

## 照顧一位第三孕期婦女經歷胎死腹中之護理經驗

### 摘要

本文為描述一位第三孕期婦女面臨胎死腹中入院引產之護理經驗，護理期間 2013 年 11 月 17 日至 2013 年 11 月 19 日，筆者運用羅氏適應模式分析其身、心各方面適應問題，確立個案護理問題有急性疼痛、哀傷、情境性低自尊，藉由主動告知產程變化、生產球運動、簡易式拉梅茲呼吸法等，幫助個案緩解疼痛；經由以真誠的關懷建立關係後，鼓勵個案表達哀傷情緒及以同理心傾聽、不批判個案的感受，並提供獨立的空間及與孩子道別的機會等，幫助個案渡過哀傷；此外，鼓勵個案夫妻及家庭成員互相表達心中感受及適時的解釋，和運用回顧性追憶使其恢復母職信心，幫助個案改善情境性低自尊之心理問題，從後續的電訪追蹤中發現，個案已能正常的與家人互動並自然的提及此次經驗似已從此事件中漸漸走出，使筆者獲得了正向的經驗，且學習到如何照顧此類個案，提升照護品質；本文建議醫院能成立周產期安寧緩和療護團隊，給予專業持續性照護，主動地電訪，提供關懷及相關協助，相信更能幫助類似個案及其家庭早日恢復正常運作。

## 前言

現今周產期醫療照顧非常發達，但周產期胎兒的死亡仍無法避免；根據衛生福利部國民健康署 2012 年出生通報資料中顯示，死產率為 1.04%。而面臨死產的婦女，其身、心、靈都會受到莫大的影響，需要護理人員給予關懷與照護(陳、張、李、許、古，2012)，尤其是在依附關係最強的第三孕期失去胎兒，比在懷孕初期就失去胎兒，更容易使母親出現失落與哀傷的情緒反應(Rubin,1970)，且若此傷慟經驗無妥善的處理，將出現長期的心理問題及挫折，再度懷孕時，會產生更多的壓力與不安(Armstrong,2004)。

本篇內容之個案即是於第三孕期胎死腹中之婦女，筆者在接觸個案初期，個案剛得知胎死腹中的訊息，正經歷著震驚與否認的哀傷階段，表情顯淡漠，似乎還無法相信胎兒的死亡，促使筆者想運用羅氏適應模式深入探討個案的適應行為，期望藉由適當的護理措施，幫助個案獲得身、心、靈的調適；並希望藉此護理經驗，學習照護此類個案，提升護理品質，發揮更好的護理功能。

## 文獻查證

### 一、胎死腹中的定義

胎死腹中(intrauterine fetal death；IUFD)是指妊娠週數大

於 20 週，胎兒體重大於 500 公克，在娩出前已於子宮內死亡。胎死腹中主要是子宮或胎盤功能不良而造成胎兒缺氧引起，也有可能是感染或妊娠高血壓等因素，但仍有一半的婦女胎死腹中的原因不明(顏，2009)。

## 二、胎死腹中對婦女的影響

受文化背景的影響，婦女背負著為夫家傳宗接代的任務，若不幸胎死腹中，其須承受喪子之痛及家人的指責，獨自默默承受失落與哀傷等情緒(Hsu、Tseng、Banks、Kuo,2004)；而家庭成員對此事件的感受與表達，可能因同感哀傷使婦女受到支持，也可能因失望而使婦女倍感壓力(陳、王，2011)。吳、郭(2007)提出婦女面臨胎死腹中時會經歷震驚與否認、隔離與退縮、憤怒與罪惡感、痛苦與無助、回憶與接受等哀傷調適過程，也會出現哭泣、嘆息、憂鬱、無法接受事實等反應，護理人員適時的介入與支持可以幫助婦女渡過哀傷。

第三孕期最主要的母性任務為確保母子安全與健康，在依附關係最強的第三孕期失去胎兒，其傷痛會威脅母體的健康及導致其母性角色任務扮演上極大挫敗(Rubin,1970)；而當婦女不能成功生育，未能達成母性角色期望時，她會將原因歸咎於自己身體結構及功能缺失，護理人員應以同理心鼓勵

個案發洩其情緒，並應用回顧性追憶，傾聽其為母親角色的過程及喜悅，重拾母職信心(吳、郭，2007)。另外，失去胎兒的母親，會以某些行動或信念來持續與逝去孩子的依附關係：為他/她留一個位置、把他/她再生回來、他/她在一個好的地方以及他/她投胎到更好的人家，如此有助於緩解其內心深處的自責，釋放母親不安的心，撫平她們的傷口，對其復原過程具有重大的意義(曾、陳、許、王，2010)。

### 三、胎死腹中產婦之護理照護

胎死腹中的首要處置是終止妊娠接受引產，然而待產時的「陣痛」，往往造成產婦生理上的不適，因此，護理人員首先應幫助產婦解決此項生理問題。其護理措施有：引產期間主動告知產程進展、給予心理支持及陪伴；運用評估工具評估產婦的疼痛程度；協助產婦擺舒適臥位、手掌或拳頭施壓按摩薦骨處；生產球運動，坐臥於生產球上，採前後骨盆搖擺、左右搖擺或滾動畫圈運動等，並於使用時注意要有陪伴者在旁，於乾燥、平滑且避開尖銳物品之地面使用；教導及引導產婦執行拉梅茲呼吸技巧；其他非藥物措施，如接觸性觸摸、冷熱敷、音樂療法、放鬆療法(Simkin & Ancheta, 2011；吳、劉，2012；田、高、林、張、高，2013)。

在心理需求方面，護理人員可以運用以下護理措施，協

助婦女渡過哀傷過程：(一)建立信賴關係：以真誠的態度與個案互動，使其能感受到被關懷。(二)傾聽：於會談中運用開放性的語言，使個案能充分的表達自己的情緒，並以同理心傾聽，對個案的感受不批判、不下結論，及協助個案夫妻溝通，表達雙方的情緒。(三)與孩子道別：鼓勵個案接觸孩子與孩子道別，有助於依附關係的結束及傷慟之宣洩，並減少喪失胎兒的罪惡感與遺憾；提供相關後事之安排；提供腳印、毛髮等紀念物的保留；鼓勵個案夫妻為逝去的孩子作一些事，如：更衣、沐浴等，有助於解除「否認」而進入下一個階段。(四)提供獨立的空間：安排一個遠離其他寶寶與產婦的房間，使其不受他人打擾。(五)持續性的關懷：個案出院返家後，持續性的電訪表達關懷，可給予個案相當的支持(柯，2011；吳、劉，2012)。

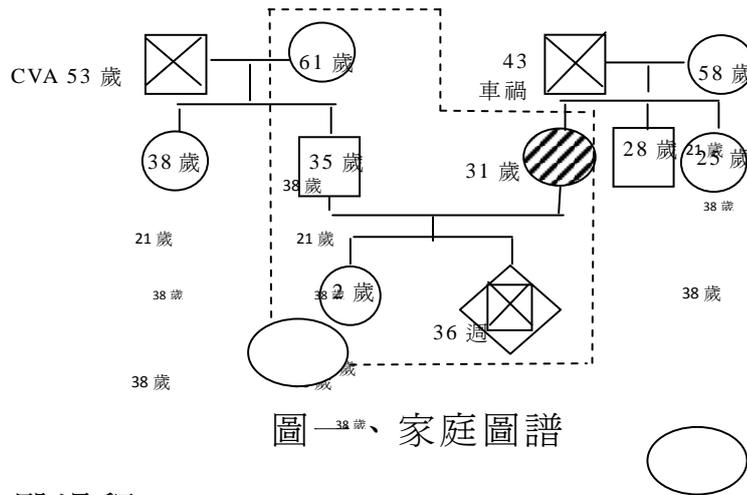
## 護理過程

### 一、個案簡介

陳女士，31 歲，大學畢業，公務員，信奉道教，慣用語為國語，對食物及藥物無過敏史。自述無內外科及遺傳疾病史。G<sub>2</sub>P<sub>1</sub>，最後一次月經 2013 年 3 月 10 日，預產期 2013 年 12 月 17 日，入院引產時懷孕週數 36 週。

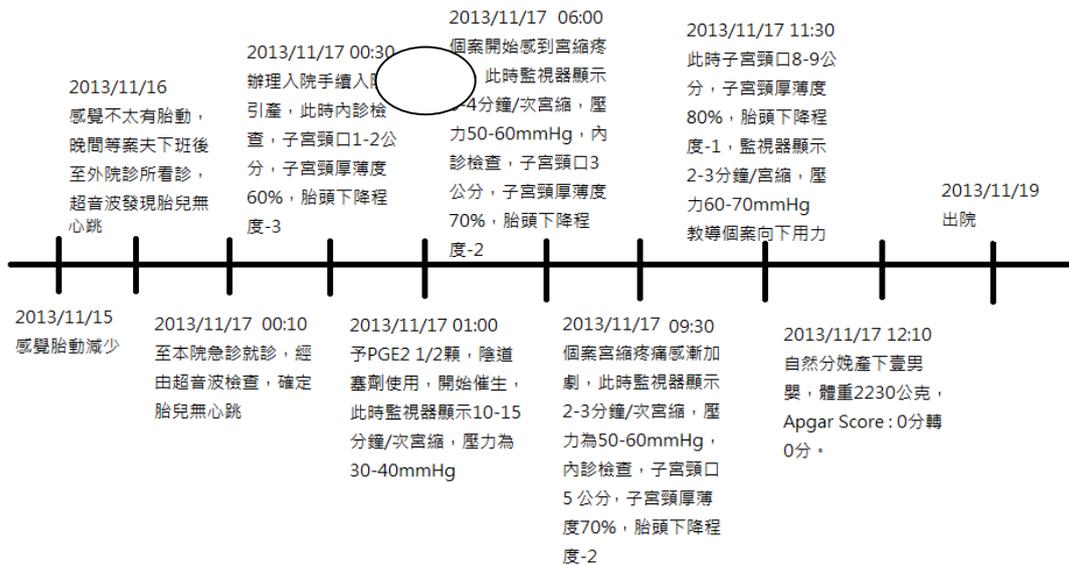
### 二、家庭評估

個案為家中長女，婚後與婆婆同住，公公已過世，婆媳相處融洽，夫妻結婚五年，育有壹女 2 歲，平時外出工作，女兒交由婆婆代為照顧。先生 35 歲，職業為公務員，是家中獨子，有壹長姊，婆婆期待個案能為家中添一個孫子，當得知此胎為男孩時，個案及家人都抱有高度的期盼。



圖一、家庭圖譜

### 三、求醫過程



圖二、求醫過程圖  
護理評估

筆者於 2013 年 11 月 17 日至 11 月 19 日護理期間，以直

接護理、觀察、會談等方式收集資料並運用羅氏適應模式進行分析與評估。

### 一、生理適應模式

(一)活動與休息：個案職業為公務員，平日除了工作外並無其它休閒活動，假日偶爾與先生或同事逛街、散步。每晚十時就寢且容易入睡，約 7 點起床，無午睡習慣，每日平均睡眠約 8-9 小時。個案表示入院後因失去孩子且引產時宮縮疼痛，產前未有睡眠，產後無特殊活動，大多臥床休息，因會不時想起逝去的孩子，睡眠時間短暫且斷斷續續，平均一天睡眠約 5-6 個小時，但自覺無疲累感，且觀察精神狀況尚可，無頻打哈欠、黑眼圈等情形，評估此屬適應範圍。

(二)營養：個案飲食無特殊禁忌，平時每餐約 1 碗飯及兩份蔬果、一至兩份肉類。懷孕後，增加魚類及湯品類的攝取量。住院後，表示因心情低落食慾降低，三餐吃的較住院前少，但有增加點心類的攝取。個案外觀皮膚溫暖、黃褐色、無水腫，毛髮無不正常脫落情形，口腔黏膜潮濕無破皮。身高 160 公分，孕前體重 52 公斤，孕前身體質量指數(body mass index, BMI)值  $20.3\text{kg}/\text{m}^2$ 。入院體重 61 公斤，BMI 值  $23.83\text{kg}/\text{m}^2$ ，符合孕期標準體重。評估此屬適應範圍。

(三)排泄：個案表示懷孕後期解便較困難，但經由醫師

的建議補充益生菌及增加水份攝取後，排便情形有較改善，平均兩天一次，為成形、色黃、質軟，無腹瀉情形，住院後，排便情況與住院前無異。懷孕後排尿次數約 7-8 次/天，呈淡黃色清澈、無懸浮物，住院後相同。評估此屬適應範圍。

(四)氧合循環與體液電解質：個案無心、肺疾病，入院體溫 36.2-36.6℃，脈搏 68-72 次/分，呼吸 17-22 次/分，血壓 116~124/64~72mmHg，血色素：11.5g/dl，四肢皮膚溫暖，指甲床呈粉紅色及有光澤，四肢無水腫情形。引產期間，靜脈點滴注射量 D5S 500ml run 120c.c./hr，產後 2 小時，惡露量少色紅，子宮呈硬，即移除靜脈點滴，生產時出血量約 300ml。評估此屬適應範圍。

(五)感覺的調節：視、嗅、觸、聽覺皆正常，吞嚥、發音均正常，四肢肌力各 5 分。自覺對疼痛感受較敏感，11/17 入院引產過程中，個案於 06:00 開始感覺到宮縮疼痛，表示：「好痛！肚子怎麼那麼痛？(皺眉)」，07：00「肚子越來越痛了，而且腰好痠，什麼時候才會生？(皺眉、宮縮時呻吟)」，09：30「我真的好痛，現在幾公分了？(流淚、哭泣)」，11：00「肚子好痛，我想用力了！可以用力了嗎？(緊握拳頭)」，11：40「好痛！我快沒力了！出來了嗎？(冒冷汗)」，以視覺類比疼痛量表(visual analoge scale; VAS)評估，個案進入活動

期後，宮縮時，疼痛指數 10 分。評估個案有急性疼痛的健康問題。

(六)皮膚完整性：個案住院前後皮膚外觀完整無破損及脫屑情形，飽滿有彈性，口腔黏膜完整，11/17 生產時執行正中會陰切開術，傷口外觀乾淨、無紅腫。評估此屬適應範圍。

(七)神經內分泌及生殖系統：個案意識清楚，可分辨人、時、地等；無甲狀腺及內分泌疾病，初經 15 歲，經期規則，週期為 30 天，經血中量且持續 5-6 天，無經痛情形，與先生性生活和諧，現育有壹女，但兩人仍想要再有壹男孩。11/18 乳房評估，觸診柔軟，有少量奶水分泌。評估此屬適應範圍。

## 二、自我概念模式

(一)身體我：個案對自己的外表感到滿意，且身體健康少生病。11/17 入院時表示：「我的身體很健康，為甚麼會發生這種事？是我疏忽了什麼嗎？」、「是我的問題嗎？下一胎會不會也這樣？」。(二)人格我：自覺是感情豐富的人，遇到傷心的事情會哭泣，開心的事情會大笑，11/17 表示：「我一直很期待這個孩子，是男生啊！怎麼會這樣？(默默流淚)」11/17 入院時，個案表情較淡默，至廁所更衣時，放聲大哭。(三)理想我：希望自己能完成傳宗接代的任務，11/17 個案表示：「先生是獨子，只有一個姊姊，所以先生和婆婆都很希望

我生個男孩，我自己也是這麼想的！」，11/17 表示：「孩子都這麼大了！就快生了啊！爲什麼沒心跳了？(眼神呆滯、眼眶泛淚)」。(四)道德我：自覺失去孩子是自己的錯，11/17 個案表示「孩子沒了，我好難過，我要是早一點發現就好了！(嘆氣、流淚)」。評估個案有哀傷及情境性低自尊的健康問題。

### 三、角色功能

個案第一角色爲 31 歲女性，依 Erikson 發展任務個案進入「親密對隔離」，個案在 26 歲時與先生結婚，育有壹女 2 歲，夫妻感情融洽。第二角色爲妻子、媳婦、母親，婚後與婆婆同住無婆媳問題，平日上班由婆婆協助照顧女兒，但下班後都會陪伴女兒，吃飯、沐浴、講睡前故事等，與女兒互動情形良好。11/17 個案聽到鄰床產婦，推入產房生出健康嬰兒時，大哭並抱著先生，表示「我沒有保護好孩子，沒有盡到媽媽的責任(哽咽)」，「孩子沒了！婆婆會怪我嗎？我真對不起她！(哭泣)」。第三角色爲引產婦，引產期間能配合各項醫療處置。評估個案有情境性低自尊的健康問題。

### 四、相互依賴

個案與原生家庭成員關係融洽，婚後兩家互動頻繁，先生及母親是個案最依賴的人，若遇無法解決的事會跟先生及母親討論。此次住院主要照顧者爲先生，住院引產期間先生

全程陪伴，婆婆在家中照顧女兒，但仍有不時以電話表達關心，住院期間母親、弟弟、妹妹、同事與阿姨前來探視，互動情形良好。評估此屬適應範圍。

### 護理計畫

綜合以上護理評估，筆者歸納個案的健康問題為急性疼痛、哀傷、情境性低自尊。

#### 一、急性疼痛／與子宮收縮痛有關 (11/17)

行為評估第一層評估	<p>11/17</p> <p>S1.06:00「好痛！肚子怎麼那麼痛？(皺眉)」</p> <p>S2.07:00「肚子越來越痛了，而且腰好痠，什麼時候才會生？(皺眉、宮縮時呻吟)」</p> <p>S3.09:30「我真的好痛，現在幾公分了？(流淚、哭泣)」</p> <p>S4.11:00「肚子好痛，我想用力了！可以用力了嗎？(緊握拳頭)」</p> <p>5.11:40「好痛！我快沒力了！出來了嗎？(冒冷汗)」</p> <p>O1.以視覺類比疼痛量表評估，個案進入活動期後，宮縮時，疼痛指數 10 分。</p> <p>O2.觀察到宮縮時個案會有皺眉、發出呻吟聲、冒冷汗、哭泣、緊握拳頭等疼痛反應。</p> <p>O3.01:00 使用PGE2 1/2 顆陰道塞劑引產。</p> <p>O4.進入活動期後宮縮頻率約 2-3 分鐘/次，壓力 50-60mmHg。</p>
影響因素評估第二層評估	<p>F：子宮收縮劑引起子宮收縮。</p> <p>C：對減輕疼痛的方法不了解。</p> <p>R：無法預估產程何時結束，疼痛需持續多久。</p>
護理目標	<p>11/17</p> <p>1.進入第二產程前個案能執行 2~3 項減輕疼痛的技巧。</p> <p>2.執行疼痛控制技巧後個案能表示疼痛指數由 10 分降為 4-5 分。</p>
護理措施	<p>11/17 0600~1130</p> <p>1.以視覺類比疼痛量表評估個案疼痛程度。</p> <p>2.主動向個案解釋產程變化及適時評估產程進展並告知評估結果。</p> <p>3.協助個案減輕宮縮時的陣痛，如：擺一舒適臥位，並予薦骨處按摩、陣痛時配合簡易拉梅茲呼吸法。</p> <p>4.教導案夫在個案無宮縮時，可予擦汗或以棉棒沾濕口唇，維持身體之舒適。</p> <p>5.請案夫在旁陪伴、傾聽，並給予心理支持。</p>

	6.協助教導個案使用生產球，並自由選擇舒適姿勢如：坐臥於生產球上，前後左右或滾動畫圈骨盆搖擺，且告知案夫在旁陪伴注意個案安全，並將待產床周圍清空以利放置生產球避免碰撞破裂。
評 值	11/17 06:00~11:30 1.對於拉梅茲放鬆呼吸技巧，由無法配合到能正確執行。 2.宮縮時，個案會鼻吸嘴吐方式緩慢的呼吸，並適時調整姿勢，維持最舒適的臥位，以減輕疼痛。 3.個案可配合護理人員或先生口令於宮縮時發出「呼、呼、呼」。 4.個案如廁後，會坐於生產球上，以上下左傾右斜方式運動以鬆弛肌肉，並表示：疼痛由原來的 10 分降至 4 分。

## 二、哀傷／與胎兒死亡有關(11/17~11/19)

行為評估 第一層評估	11/17 S1.「我一直很期待這個孩子，是男生啊！怎麼會這樣？(默默流淚)」 S2.「孩子都這麼大了！就快生了啊！為什麼沒心跳了？(眼神呆滯、眼眶泛淚)」 S3.「孩子沒了，我好難過，我要是早一點發現就好了！(嘆氣、流淚)」 O1.入院時，個案表情較淡默，至廁所更衣時放聲大哭。 O2.與個案會談時，會出現流淚、眼眶泛淚、嘆氣、眼神呆滯等哀傷情緒表現。 O3.個案聽到鄰床產婦，推入產房生出健康嬰兒時，大哭並抱著先生。
影響因素 評估第二層評估	F：面對失去胎兒。 C：第三孕期失去胎兒。 R：受鄰床干擾。
護理 目標	1.住院期間個案能表達失去孩子情緒與感受。 2.住院期間個案能與先生分享失去孩子的感受，並與孩子道別。
護理 措施	11/17 1.建立良好護病關係並引導個案說出內心感受，適時給予握手安撫，會談時運用同理心傾聽、不批判個案的想法與感受。 2.當個案出現哀傷哭泣等情緒反應時，藉由非語言行為，如：輕撫背部、點頭，給予安慰與支持。 3.尊重孩子給予擦淨整理，以布巾包裹放入「天使盒」。 4.協助個案夫妻瞭解，當寶寶出生後，可抱抱寶寶並與之告別。 5.協助個案夫妻一起討論有關遺體處理方式。 6.鼓勵案夫表達對失去胎兒的看法感受與後續處理。 7.產後安排個案至雙人房休息(隔床無人)，避免接觸正常分娩產婦，使個案有安靜及發洩情緒的空間，讓個案有時間沉澱思緒進而接受胎兒死亡的事實。 11/18

	<p>1.與個案及家人討論保留物品以供留念的必要性，並依其意願提供孩子的相關物品。</p> <p>2.介紹各相關機構心理諮詢專線，鼓勵出院後若有需要可撥打電話，並建議可在社群網站成立專屬帳號抒發情緒。</p> <p>3.獲得個案同意，筆者會每週一次電訪個案，追蹤其出院後之身心健康。</p>
評 值	<p>1.11/17</p> <p>1.個案起初不主動提及失去孩子的哀傷，經由護病關係建立後，願意向筆者表達當獲知孩子無心跳時，腦中一片空白，根本就不知道發生了什麼事，且說：「他是我們第一個男孩子，我根本無法相信，也不能接受！之前產檢都正常，為什麼就沒了？」</p> <p>2.先生全程陪伴個案，且會抱著個案彼此宣洩情緒並給個案鼓勵及心理支持。</p> <p>3.在病房，先生對筆者說：我們想看看孩子，並與他做最後道別，請麻煩您抱給我們看」。筆者抱入病房時，個案伸出那顫抖的雙手來接住孩子，並放聲大哭，且述說著對他的歉意及希望再把他生回來續母子緣。</p> <p>4.夫妻討論後決定保留腳印及死產證明做紀念，並決定遺體交由醫院合約之葬儀社處理。</p> <p>11/18</p> <p>1.先生表示「與孩子有很深的感情，從超音波圖中的一個小點點到五官很清楚，真的很難過，我能體會人家失去孩子的心情，也許我跟孩子的緣份還沒到吧！」</p> <p>2.筆者探視時，夫妻表示「非常感謝您們幫我們在床位上的安排，讓我們有獨立隱私的空間，不用看著別人擁抱健康的孩子。」</p> <p>11/22 電訪時，個案聲音顯哭過，表示還是會想起剛過逝的孩子。</p> <p>11/29 電訪時，個案表示有於社群網站中，申請專屬帳號，抒發心情並獲得許多人的回應與支持，且邀請筆者加入其社群網站。</p> <p>11/30 瀏覽個案之社群網站，發現個案在網站中放入胎兒的超音波、媽媽手冊、孩子腳印等照片並於其中書寫心情感受，以紀念已逝去的孩子，其中一篇留言中寫到：「小凱凱：你離開我們已一星期了，媽媽真的很想你。從超音波看著你慢慢長大到失去你的痛苦常常在媽媽的腦海裡翻騰，你應該在媽媽肚子裡健健康康的長大出生的，請原諒媽媽沒把你保護好！失去你是爸爸和媽媽最深的痛，也期望你能再次回來當爸爸和媽媽孩子，小凱凱不要忘記回家的路喔！」</p>

### 三、情境性低自尊/與失去胎兒有關(11/17~11/19)

行為評估 第一層評估	<p>11/17</p> <p>S1.「我的身體很健康，為甚麼會發生這種事？是我疏忽了什麼嗎？」</p> <p>S2.「是我的問題嗎？下一胎會不會也這樣？」</p>
---------------	--

	<p>S3.「我沒有保護好孩子，沒有盡到媽媽的責任(哽咽)」</p> <p>S4.「先生是獨子，只有一個姊姊，所以先生和婆婆都很希望我生個男孩，我自己也是這麼想的！」</p> <p>S5.「孩子沒了！婆婆會怪我嗎？我真對不起她！(哭泣)」</p> <p>11/17</p> <p>O1.會談時，個案哭泣流淚，神情哀傷。</p> <p>O2.與個案交談過程中，常出現否認自己的話語。。</p>
影響因素 評估第二層 評估	<p>F：胎死腹中妊娠無法繼續。</p> <p>C：未能保護好胎兒。</p> <p>R：對懷下一胎無信心。</p>
護理 目標	<p>1.住院期間個案說出心中感受。</p> <p>2.住院期間個案能說出自己有信心恢復母親角色。</p> <p>3.出院前個案能跟家人溝通，了解彼此想法，面對出院回家之生活。</p>
護理 措施	<p>11/17</p> <p>1.引導個案說出失去胎兒之內心感受，並運用同理心以真誠的態度回應。</p> <p>2.個案表達愧疚時，以陪伴、傾聽其感受，並告知個案、先生及婆婆了解胎死腹中原因目前尚不明確，並給個案言語或行動上的支持與鼓勵，以恢復其母性角色的信心。</p> <p>11/18</p> <p>1.於個案情緒較穩定時，藉由回顧性追憶、傾聽個案為母親角色所做的努力與準備，如：獲知懷孕的喜悅、初期孕期的不適、嬰兒用品的準備及命名的過程，感覺胎動時之心情等，來回顧此次懷孕過程的感受，使個案憶起為此胎所作的努力並予以肯定。</p> <p>2.了解婆婆對此事的看法，適時讓婆婆了解個案的壓力，鼓勵個案與婆婆間互相表達心中感受及關懷。</p> <p>3.安排女兒陪伴，藉由與女兒的互動使個案重新燃起對於母職角色的信心。</p>
評 值	<p>11/18</p> <p>1.個案願意以言語及行為表達其情緒，也會陷入短暫的沉思，開始會向筆者詢問相關問題如：何時可再懷孕、如何避免憾事再發生。</p> <p>2.產後探視個案表示，先生的支持與體諒讓她愧疚的心情平復不少。</p> <p>3.個案主動向先生說：擔心婆婆的心情，先生表示要個案無須擔心，孩子沒了，大家都需要時間去調適的。</p> <p>4.個案向筆者表示：「婆婆在電話中說：孩子跟我們家沒緣，他不想跟我們，現在將身體養好才是最重要！」個案表示婆婆的諒解讓她比較放心。</p> <p>11/19</p> <p>1.婆婆來接個案出院時，個案適時對婆婆說出「媽！對不起」，婆婆回應「啊！坐月子不能哭，否則眼睛會很傷，不要想這麼多，孩子再懷就好！」</p> <p>2.筆者探視時，個案正在為女兒餵食，並表示回家要好好照</p>

顧女兒，當一個稱職的母親。 11/22 電訪個案表示：婆婆幫我做月子，每天叫我多吃一些才能將身體養好再懷下一胎，很感謝婆婆的照顧與關心。
---

### 討論與結論

本文為描述一位第三孕期婦女面臨胎死腹中入院引產的過程。在照顧個案的過程中，筆者運用羅氏適應模式分析個案身心方面對此事件的適應問題，發現個案在生理方面，因引產產生疼痛造成生理上的不適，心理方面因失去胎兒而引起一系列的哀傷情緒反應如：震驚、否認、罪惡感、哭泣、嘆息等，此與吳、郭(2007)所提的「胎死腹中的孕婦會出現負向情緒」相應證；及因胎死腹中自覺未能保護胎兒，懷疑自己身體功能出現了缺失，此也與吳、郭(2007)所提「當婦女不能成功生育，未能達成母性角色期望時，她會將原因歸咎於自己身體結構及功能缺失」相符；這些生理及心理的問題，筆者藉由相關護理措施及心理支持，協助個案達到適應，而從後續的追蹤中發現個案已能正常的與家人互動且自然的提及此次經驗，似已從此事件中漸漸走出，這使筆者獲得了正向的經驗，對於往後再照顧此類個案，將有信心提供更好的照顧品質，促使其身、心、靈都能得到全方位的照顧。

護理個案期間礙於醫院待產硬體空間的關係，無法提供個案一個獨立安靜的待產環境，導致個案聽到鄰床產婦生出

健康嬰兒時，隨即抱著先生大哭，形成再次傷害，乃是筆者較感無力與限制之處；另一方面，急性醫療照護時間相當短暫，故建議未來醫院能成立周產期安寧緩和療護團隊，給予專業持續性照護，主動地電訪，提供關懷及相關協助，相信更能幫助類似個案及其家庭早日恢復正常運作；對護理人員而言，也有尋求支援之管道，並可提供相關安寧悲慟的課程，進而幫助護理人員心靈之昇華，且更提升護理照護品質。

#### 參考資料

- 田淑惠、高千惠、林寬佳、張靜宜、高美玲(2013)·生產球運動計畫對孕產期婦女生產疼痛及生產滿意度之成效·*護理暨健康照護研究*，9(1)，13-22。
- 吳昭華、郭素珍(2007)·一位糖尿病產婦面臨死胎的哀傷反應及調適行爲·*實證護理*，3(1)，62 -74。
- 吳蕙如、劉秀琴(2012)·照顧一位初次妊娠護理人員面臨胎死腹中之護理經驗·*助產雜誌*，54(3)，83 -92。
- 柯淑華(2011)·分娩異常的護理·於李從業總校閱，*實用產科護理學*(六版，690-693 頁)·台北：華杏。
- 陳馥萱、王素秋(2011)·以家庭生態系統觀點論死產婦女的處境與健康·*助產雜誌*，53，12-16。
- 陳翠玲、張德馨、李美玉、許碧鳳、古雪貞(2012)·運用產

後關懷照護模式提升死產產婦產後護理執行率・馬偕護理雜誌，6(1)，36-46。

曾英芬、陳彰惠、許貂琳、王秀紅(2010)・經歷死產婦女與胎兒依附關係的轉換・護理暨健康照顧研究，6(1)，24-32。

衛生福利部國民健康署(2012)・101年出生通報活產、死產按懷孕週數分・取自<http://www.hpa.gov.tw/download/themParKId=023/1.13a.pdf>

顏兆熊(2009)・高危險妊娠・台北：今名。

Armstrong,D.S(2004).Impact of prior perinatal loss on subsequent pregnancies. *Journal of Gynecology, Obstetric, & Neonatal Nursing*,33(6),765-773.

Hsu , M. T., Tseng , Y. F., Banks, J. M., & Kuo, L. L. (2004). Interpretations of stillbirth. *Journal of Advanced Nursing*. 47(4), 408-416. doi : 10.1111/j.1365-2468.2004.03119.x

Rubin, R. (1970). Cognitive style in pregnancy. *American Journal Nursing*, 70(3), 502-508.

Simkin, P., & Ancheta, R. (2011). *The labor progress handbook :Early interventions to prevent and treat dystocia* (3<sup>rd</sup> ed.). Ames, IO: Wiley-Blackwell.