

出國報告（出國類別：考察）

教育部 97 年度學海築夢補助計畫—
2009 年「英國助產師創新模式」
暑期海外專業實習結案報告

服務機關：國立台北護理學院護理系

姓名職稱：高千惠副教授

派赴國家：英國

出國日期：98.08.28-98.09.05

報告日期：98 年 10 月 15 日

摘要

有鑑於英國為全球推動助產制度最為完整之國家，本計畫擬與英國 Cambridge University Hospitals(簡稱 CUH) 合作推動將英國助產士臨床技術與模式導入國內助產教育與臨床實習中，透過培育學術方式，瞭解英國醫療系統運作模式，獲得臨床照護經驗，規劃助產專業課程培育助產士具備未來與婦產科醫師建立各自分工所需之溝通與合作能力，或者是聯合服務機制下助產士須具備之獨立危險性判斷等專業能力，推動國內助產教育對助產人才養成，以做為國內未來因應國際衛生組織（World Health Organization, WHO）推動減少生產醫療化與降低剖腹產率等政策，進而推動國內助產士合法化與助產工作權與健保制度保障等制度與政策之種子助產士或教育人員。

目 錄

壹、前言	1
貳、見習目的	1
參、見習機構特色	1
肆、執行情形	3
伍、見習成效	3
陸、行政配套措施	3
柒、建議	4
附件一 見習成果照片	6
附件二 見習人員心得	10
隨團教師：高美玲教授	10
壹、見習機構介紹	10
貳、見習目的	10
參、參訪過程	10
肆、心得與建議	16
隨團教師：護理系副教授兼專業能力實務鑑定中心主任高千惠副教授	19
壹、見習機構介紹	19
貳、見習目的	19
參、參訪過程	19
肆、心得與建議	23
附件一、學習目標	25
附件二、實務 protocol—以助產轉介個案至產科醫師為例	27

壹、前言

台灣有不少人有個迷思，認為助產士只在「落後地區」擔任接生工作，國家越先進，助產士越該被淘汰。事實上，助產士與醫師在臨床實務合作，共同提昇婦女生育服務並依產婦的個別需要而提供人性化護理的方式已在先進國家行之多年，目前歐美先進國家及世界衛生組織都傾向提升助產士教育並推動人性化生產服務，因為在助產士的照護理念裡：生產是一自然的生理過程，應以婦女為分娩過程的主角及中心、尊重產婦自主權、強調以家庭為中心的照護，尤其避免過度醫療化之介入措施，像近年來紐西蘭助產士的接生率近幾年一路攀升；英國、荷蘭、奧地利以及瑞典、挪威、丹麥、芬蘭等北歐國家，是由專業助產士與醫師彼此分工，由助產士擔任第一線的接生人員，照護大多數低危險的孕婦，少數高危險的孕婦才由醫生接生，醫療介入生產較少，因此剖腹率、孕產婦死亡率和嬰兒死亡率等數字相當低，在國際醫療照護評比中，享有極高評價。

有鑑於英國為全球推動助產制度最為完整之國家，本計畫透過與英國 Cambridge University Hospitals 之學術合作關係，推動本校助產研究所學生赴英國 Rosie Hospitals、Barkantine Birth Centre 臨床見習，參照歐洲設立專業的助產士制度和訓練，規劃助產專業課程培育助產士具備未來與婦產科醫師建立各自分工所需之溝通與合作能力，或者是聯合服務機制下助產士須具備之獨立危險性判斷等專業能力，推動國內助產教育對助產人才養成，並建立符合國際標準之生產照護模式，促成國內有更多聲音重視產婦生產尊嚴與自主權，倡導國內醫療界能營造多元選擇並符合國際標準的生產環境，提供國內孕婦和家人選擇的權利，讓每位孕婦得到她想要的生產方式。

貳、見習目的

本計畫進行一個月的海外助產臨床實務之實習，擬與劍橋大學建教合作醫院 Cambridge University Hospitals(簡稱 CUH) 合作推動將英國助產士臨床技術與模式導入國內助產教育與臨床實習中，透過培育學術方式，瞭解英國醫療系統運作模式，獲得臨床照護經驗，培養國內專業助產人才具備國際助產士經驗與技術，以做為國內未來因應國際衛生組織（World Health Organization, WHO）推動減少生產醫療化與降低剖腹產率等政策，進而推動國內助產士合法化與助產工作權與健保制度保障等制度與政策之種子助產士或教育人員。

參、見習機構特色

英國劍橋大學臨床醫藥學院(The University of Cambridge School of Clinical Medicine)及其建教合作醫院劍橋大學醫院 Cambridge University Hospitals(簡稱 CUH)

(一) 英國劍橋大學臨床醫藥學院(The University of Cambridge School of Clinical Medicine)

劍橋大學（University of Cambridge）成立於西元 1209 年，位於英格蘭的劍橋鎮，以其高素質的教學和研究水準而聞名，自 1284 年起陸續成立各學院，而各學院通常獨立運作就像一所小型大學，其中人類學、建築學、英語、化學、地理、法律及電腦科學在教學品質評估中更榮獲優級，且幾乎所有的系在研究評估中都獲得最高 5*級的評價(英國教育部評鑑的最高等級)，並在 2006 與 2007 年《泰晤士報高等教育副刊》裡名列世界第二，僅次於美國的哈佛大學。

身為英國也是全世界最頂尖的大學之一的劍橋大學，目前學生人數約為 15,821 人，其中研究生 4,661 人，海外留學生 2,339 人，共有 31 所學院，其中 3 所女子學院、2 所研究生院，劍橋大學每個學院都有自己的圖書館及電腦室，校園設施規劃十分完善，許多

學院還有小型劇院和電影放映設備。

在劍橋大學的臨床醫藥學院下的臨床醫學系中有種類繁多的科部，包含臨床生物化學部、遺傳醫學部、婦產科部、公共衛生及基層醫療保健…等，其婦產科部乃將有關病人護理效益的臨床研究和教學嵌入其建教合作醫院 Rosie 醫院的一部分，且在 Rosie 醫院設有 39 個社區助產士(其中 21 名兼職)提供劍橋及其周邊地區的婦女有關產前和產後的照護，可作為本校護理助產研究所規劃護理助產專業課程、學生臨床實習及培訓助產學生臨床能力之塚膽系所。

(二) 劍橋大學醫院 Cambridge University Hospitals(簡稱 CUH)

劍橋大學醫院(Cambridge University Hospital, 簡稱 CUH)有 1,170 張病床，一年約有 50 萬病人求診，擁有卓越的研究中心及臨床基礎設施，是英國和 NHS Foundation Trust 排名中是最頂尖的醫院。在 2008 年劍橋大學醫院獲得病人護理品質特別獎，同年 11 月更榮獲 Acute Healthcare Organisation of the Year 的年度健康服務期刊獎(the annual Health Service Journal Awards)

由 Addenbrooke 醫院和 Rosie 醫院組成的劍橋大學醫院，共有 2,500 護士及助產師，為教學醫院的 Addenbrooke 醫院有 32 個手術室、5 個重症加護病房及 14 個門診，臨床部門幾乎橫跨所有的專業(除心臟手術、一些兒童和社區精神衛生科專科醫生)且住院、門診的病人都與當地的社區服務有密切聯繫。而毗鄰 Addenbrooke 醫院的 Rosie 醫院，則是有 120 床如劇院般設備服務的婦產科醫院，其中包含生產中心、胎兒評估中心、超音波室、新生兒加護病房、社區助產士、新生兒服務，每年約有 6,000 嬰兒在這裡出生，除了提供婦女照護及產科護理全面性的服務外，在市中心還有便利的一站式家庭生育計畫診所('one stop' family planning clinic)。近年來，Rosie 醫院的角色為一個處理婦女複雜的婦科問題的專業中心，特別是在婦科癌症和生殖醫學方面。在 2008 年 1 月，第一個醫療委員會審查該國的母嬰照護，以 Rosie 醫院最佳，在 Norfolk、Suffolk 與 Cambridgeshire 等郡中的排名最高。由於 Rosie 醫院在劍橋為首屈一指的產科醫院因此，每年生產人數皆在加增中，醫院預估兩年後醫院的出生數會增至 7,500 人/每年，因此，目前正擬定建蓋另一棟新的生產中心。

(三) Barts and The London Maternity Service—Barkantine Birth Centre

位於倫敦皇家醫院(The Royal London Hospital)內的 Barts and The London Maternity Service 的分娩服務連續三年通過當地助產監管機構的標準，該產科/糖尿病團隊極獲高度評價，曾於 2006 年獲得卓越團隊獎，而 2007 年的產科服務在 NHS Litigation Authority (NHSLA) 對產科單位的一套風險管理標準更榮獲二級評價。

Barts and The London Maternity Service 為提供產婦及其家庭支持、關愛且正常分娩的生產過程及環境，於 2008 年 1 月建立 Barkantine Birth Centre，是個「獨立(stand alone)」由助產士主導提供及改善孕婦產前、產中和產後照顧服務的婦產中心，更是第一個以建立國民保健為主的服務中心。

Barkantine Birth Centre 有一般設備室、產前預約諮詢室、5 個多用途房間(每個房間有分娩游泳池和浴室設施)還提供了一系列如產前後續治療、產前和產後的社區支援服務等相關照護服務，一年更有高達 500 位嬰兒的出生率，該中心採取「低科技」，減少使用止痛措施和介入治療，強調「以女人為中心」的生產方式，經統計有 304 位婦女在該中心生產、有 82% 的婦女是正常分娩、45% 的婦女使用水中生產，且有高達 72% 的婦女使用水來減輕痛疼、有 40% 的婦女不需以藥物為基礎來緩解疼痛，藉由助產士和輔助人員緊密合作，提供高品質、以實證醫學照護為基礎，從而支持正常分娩的信心和能力。

肆、執行情形

- 一、原訂於本校締結之姐妹校—英國女皇大學(Queen's University in Belfast)見習，因該校助產實習單位本身已有學生實習，再加上實習指導人力調動，無法負荷，以致今年無法前往該校進行海外見習，故變更計畫改為前往英國劍橋大學醫院(Cambridge University Hospitals，簡稱 CUH)及其建教合作醫院，本校教師及研究學者學術交流、參與專業研究實習及演講活動，皆依照該院的資源及規則，進行護理助產專業課程見習計畫。
- 二、本所共計二位隨團教師及三名學生出國至英國劍橋大學醫院及其建教合作的 Barkantine Birth Centre，進行專業見習及交流，實際了解英國現今助產之運用，如助產照護模式(產前、產時、產後照護、社區轉介)、居家生產照護模式、助產與醫師共同合作之模式。

編號	姓名	身份	參訪機構	參訪日期
1	高美玲	隨隊教師	Rosie Hospital	98.8.10~98.8.25
2	高千惠	隨隊教師	Rosie Hospital	98.8.28~98.9.5
3	高嘉霽	研二學生	Rosie Hospital	98.8.10~98.9.15
4	曾寶瑩	研二學生	Rosie Hospital	98.8.10~98.9.15
5	龐茜華	研一學生	Rosie Hospital、 Barkantine Birth Centre	98.8.27~98.9.27

- 三、學生實習方式為選定一位助產人員，跟隨該助產人員進行一對一實習，實習過程中可至英國劍橋大學臨床醫藥學院查閱資料及安排課程或其他醫療機構參觀及見習。

伍、見習成效

- 一、對國家：
 - (一)藉由參訪及學習助產照護之模式與技術，培育優良之助產照護人才，可提升我國產科照護之品質進而降低我國之剖腹產率，增進婦女之生產滿意度。
 - (二)使國內助產照護與國際接軌，建立一套人性化助產照護模式。
- 二、對本校：提升本校助產教育之國際聲譽及國際競爭力。
- 三、對老師：促進理論與實務能力，使國內助產教育與國際連接，進而推動台灣臨床助產制度與國際接軌。
- 四、對學生：
 - (一)擴展學生國際視野及語言能力，提升學生在國際就業市場之競爭力。
 - (二)促進助產專業之理論與實務國際化，培訓學生具有國際專業助產技術與照護態度。

陸、行政配套措施

- 一、學校開設與海外專業實習相關課程
 - (一)申請學生已修畢研究所助產相關之理論及實務課程。
 - (二)學校規劃海外實習機會，學生須參加出國前說明會，了解出國相關事宜。
- 二、海外專業實習成效評估及學分採計方式。
 - (一)學生參與英國助產人員之個案照護與見習，由助產人員依學生實際表現及該校之規定

給予考核。

(二)學生應於實(見)習結束後的回國一個月繳交實(見)習報告並檢附實習學分抵免申請表，逕由實習指導老師評核，審評通過，即可抵免「助產專業實習 I」學分(最高可抵 3 學分)。

三、海外實習學生遴選基準及作業方式。

學生遴選標準，設定為本所所有在校研究生，學業及操行成績為 80 分以上，英文聽、說、讀順暢，且經由教師推薦。

四、學校對於參與先導型計畫執行教師之獎勵措施。

參與本計畫之教師本校補助出國之生活、住宿及機票費用。

五、學校與合作機構之夥伴(國內外學校、企業或組織)關係經營

本校已獲英國劍橋大學臨床醫藥學院(The University of Cambridge School of Clinical Medicine)，同意至該校及其建教合作醫院進行教師及研究學者學術交流、參與專業研究實習及演講活動。

六、吸引外籍青年來台專業實習之配套措施。

(一)本校目前開設「國際護理碩士學程」，提供該校及其他國家有興趣學生進修及實習機會。

(二)本校各所皆開放海外青年修習“independent studies”，除了提供申請者所需之專業師資外，亦提供申請者免費住宿、生活費之補助。

七、其它相關配套措施。

(一)為鼓勵並促使本計畫之進行，本校提供部分補助金額給協助帶隊的教師及學生。

(二)派一名隨隊教師協助學生生活及學習上之問題，以了解並評估未來之發展與改進。

柒、建議

由於助產教育體制於台灣已經斷層數年，在臨床相當缺乏角色模範，因此這次學習的機會對老師及學生皆是相當好的學習機會，除了在專業角色技能有相當多的精進外，也賦權(empowe)給師生，讓生師對助產專業有更多的體認，以下是本次見習的具體建議：

一、對我國助產教育及助產政策體制的建議：

助產士(Midwife)於原文的意義為「隨時陪伴婦女」(with woman)。因此，此行業乃是因婦女的需求而設立，而非因醫師需求或權威而「陪同醫師」(with doctor)。然而，我國的助產士基於教育程度的不足、民眾需求轉向及醫療政策的限定，使得助產士不再是"with woman"，而是"被強迫"地成為醫師們的助手。

比較起英美二國，發現我國的助產士業務範圍較英美兩國小。依據我國助產士法第十八條規定，助產士的業務如下：(1) 接生；(2) 產前檢查及保健指導；(3) 產後檢查及保健指導；(4) 嬰兒保健指導；及(5) 生育指導(行政院衛生署，1992)。因此，藉由此次的參訪，我對我國助產教育及助產政策體制的建議為：

(一)恢復醫院中助產人員編制及修法

1.助產士得以在醫療院所執行助產相關業務，其業務範圍應包含低危險群的產前、產時、產後之所有照護、新生兒照護、家計指導及基本婦女保健(如子宮頸抹片、乳房自我檢查)等。

2.助產士得以簽字並領取醫療給付。

3.醫療給付的修正：助產所於全民健保的給付範圍及金額應提昇。

(二)助產教育制度的改進與提昇

因應世界潮流、國內產科住院醫師的短缺及產科照護的品質，培育幽直的助產人員時

為當務之急。並提昇民眾對助產士地位的肯定，並於養成教育中強調。

(三)強化懷孕婦女的福利政策

由於工作壓力的提昇、家庭結構之改變導致協助資源的減少，台灣目前的社會趨向「少子化」(平均生育數為 1.12)，英國職業婦女的比率與台灣相當，但其婦女生育數卻為台灣婦女的兩倍，分析其社會福利政策發現英國政府在婦幼的照護上投入相當多的經費與福利(例如：婦女營養及孩子養育的補助費、夫妻皆可領有給薪的育嬰假等)，促使婦女在養育孩子上的壓力並不若台灣婦女大。

二、對助產臨床實務的建議：

(一)著重與提昇學生於助產臨床實務經驗：英國的助產教育相當重視實務經驗，也有相當重的臨床實習，因此，幾乎每個學生在畢業時已經具備基本的助產技能，故不再需要國家考試。

(二)臨床職階的晉級應著重在臨床照護的能力而非撰寫文章的能力。

(三)建立產科醫師與助產人員共同照護的執業模式：只要確認個案為低危險群，則接由助產士照護及接生，只要對個案的照護有疑慮，皆可立即獲得其它專業人員的諮詢與協助，相當展現助產士的獨立性功能(independent role)及協同性功能之角色(interdependent role)。

(二) Barkantine Birth Centre



(三)見習情形





附件二 見習人員心得

隨團教師：高美玲教授

見習機構：Cambridge University Hospital—Rosie Hospital

見習時間：2009/08/10-2009/08/25

壹、見習機構介紹

劍橋大學醫院(Cambridge University Hospital, 簡稱 CUH)有 1,170 張病床，一年約有 50 萬病人求診，擁有卓越的研究中心及臨床基礎設施，是英國和 NHS Foundation Trust 排名中是最頂尖的醫院。

由 Addenbrooke 醫院和 Rosie 醫院組成的劍橋大學醫院，共有 2,500 護士及助產師，本次見習機構地點主要為毗鄰 Addenbrooke 醫院的 Rosie 醫院，該院是有 120 床如劇院般設備服務的婦產科醫院，其中包含生產中心、胎兒評估中心、超音波室、新生兒加護病房、社區助產士、新生兒服務，每年約有 6,000 嬰兒在這裡出生，並設有 39 個社區助產士(其中 21 名兼職)提供劍橋及其周邊地區的婦女有關產前和產後的照護，可作為本校護理助產研究所規劃護理助產專業課程、學生臨床實習及培訓助產學生臨床能力之塚膽系所。

貳、見習目的

此行主要為帶領學生進行一個月的海外助產臨床實務之實習，擬與劍橋大學建教合作醫院 Cambridge University Hospitals(簡稱 CUH) 合作推動將英國助產士臨床技術與模式導入國內助產教育與臨床實習中，透過培育學術方式，瞭解英國醫療系統運作模式，獲得臨床照護經驗，培養國內專業助產人才具備國際助產士經驗與技術，以做為國內未來因應國際衛生組織 (World Health Organization, WHO) 推動減少生產醫療化與降低剖腹產率等政策，進而推動國內助產士合法化與助產工作權與健保制度保障等制度與政策之種子助產士或教育人員。

參、參訪過程

此次參訪 Rosie hospital，除了擔任行政聯繫工作，輔導學生在該院的實習得以符合我們的學習目標外，該院亦安排我完整的見習課程，透過二週的見習及參訪，瞭解英國醫療系統運作模式及助產教育制度如下：

一、英國的助產教育制度及臨床助產人員的培訓體制：

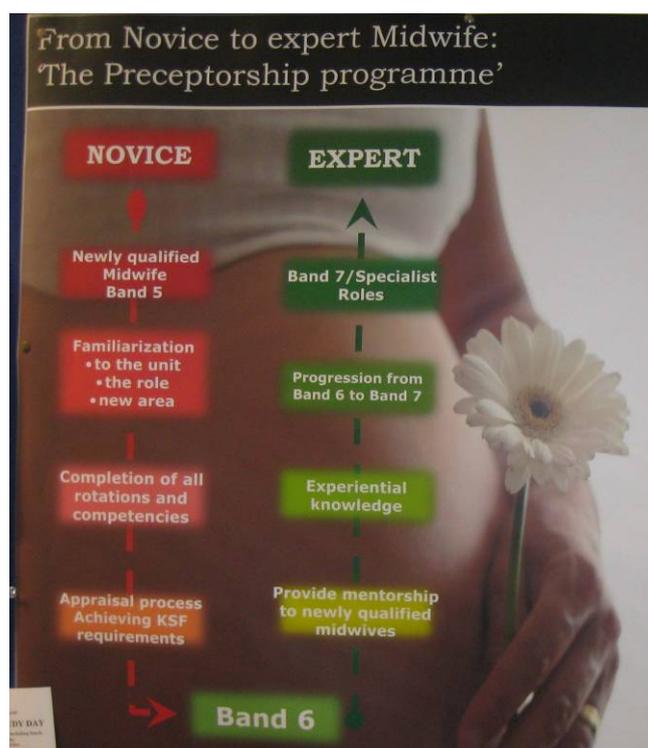
英國的助產教育有二體制：一為具有護理背景後，再研修 18 個月的助產教育的體制，稱為護理助產課程(nurse-midwifery program)；另一為直接進入體系，此體系之學生不需具備護理背景，修習三年的助產教育及臨床實習後即可獲得學位及助產師執照，稱之為 direct-entry program。這兩種體制畢業的學生，在臨床專業技能與態度的表現(含所有助產照護的要求，如接生、產檢、溝通諮詢技巧、身體評估、協同合作能力等等)皆符合標準後，即可在臨床執業。

英國助產人員的分級是用 Band，剛進入臨床執業的助產人員其職階為 Band 5 (註: band 1~4 為產科助理 maternity care assistant 或護佐，依分級而有不同可做的事，如抽血、量血壓…etc，非正式教育體系所培訓，主要由醫院訓練，若之後到別家醫院也可以工作，但要看培訓能力，若是 NVQ [national vocational qualification]的訓練就較有品質保證)。

每一位新進的助產人員都有一位導師(montor)，導師除了輔導新進助產人員的技能外，亦關懷其於新環境的生活適應、人際互動等，定期評值新進人員，目的在於讓新進人員成為臨床專家 (圖一)，Band 5 助產人員通常在一段時間後 (約一年)，完成所有應具備的六大能力 (溝通、照顧品質、個人及人際發展、健康安全防護、服務、平等及尊重文化)

並可獨立擔當照護的責任後，經由主管與 mentor 一起評值，通過即可進階至 band 6，並可帶領新進之助產人員。這些 band 6 階層的助產人員可以一直留任在 band 6（當然每一年如果表現得好，其薪水會晉級），如果他們有興趣於管理與行政，便可以申請進階至 band 7 或專家角色（如：breastfeeding midwife、safeguard midwife、personal and resource midwife、research midwife、risk manager、diabetes midwife 等等），當然，即便 band 6 在申請及考核通過可以進階至 band 7，但也要在有職缺的情況下方能晉級。

另外，值得一提的是，在英國執業的每一位助產士，不管職階高低，都有一位督導 (supervisor)，一直到他退休，若搬家到其他地方則會換該地的督導。這些督導負責監控其導生的照護品質，每一位 supervisor 約有 10-15 位導生，supervisor 也有自己的 supervisor，這些 supervisor 都必須到學校修習督導相關的課程及具備相關技能通過後，方能成為 supervisor。



圖一、臨床助產人員職階體制

二、產科及新生兒臨床照護體制：

(一) 照護概況：

在英國，所有低危險的孕產婦及新生兒皆為助產人員照護（懷孕至產後 28 天），在孕期及產後皆由社區助產士（community midwife）照護，僅有在需要抽血或超音波檢查時才需到醫院，個案孕期的產檢可以選擇在家中、社區診所（稱之為 surgery）或是公司。個案生產時，也可以選擇在家中（Rosie hospital 的居家生產率約 5%，全英國約 3%）、生產中心或是醫院，通常自然產的住院天數為一天，剖腹產為三天，然後個案會轉介給社區助產士，一般產後訪視有四次：產後回家隔天、產後 5-6 天（順便做新生兒篩檢）、產後 10-12 天（也評估新生兒體重）、產後 16-21 天（若是都 OK 就可結束 midwife care，改由 health visitor 照顧直到孩子上學，當孩子上學後即由學校護士接手管理孩子的健康照護），產後訪視時間和次數也可以很有彈性的，且結束 (discharge) 後產婦還是可以繼續跟社區助產士連絡。

(二) 產前照護：

英國有統一的產前照護的指引 (guideline)，由 NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) 所制訂，每個醫院再依據 NICE 的指引訂定自家醫院的標準準則 (protocol)，一旦訂定 protocol，則一定要遵循，否則會依醫院法規執行處置，其照護準則如下表：

表一、Rosie Hospital 產前檢查及照護準則

懷孕週數	訪視內涵	注意事項
6-8週 / 家醫及助產士 (可能必須要有兩次看診來完成註冊程序)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 完成危險評估單及Rosie註冊表格 2. 告知孕期照護服務項目、可選擇的生產地點、生活型態及飲食注意事項(食物、個人衛生、產前教育課程)、討論各專業人員的照護(社區/醫院、諮商員/助產人員/家醫) 3. 完成產科史及疾病史資料，特別包括精神狀態之評估。 4. 紀錄BMI、血壓及urine routine(尿蛋白、菌尿、尿糖) 5. 建議每天服用400 mcg葉酸，直到12週。 6. 告知孕期及哺乳期維生素D的重要性，如果為高危險群，建議每天口服 vitamin D (10mcg)。 6. 明載有家暴危險群之個案，並持續性探評估。 7. 討論及安排下列症篩檢：血型及RH因子、紅血球抗體、全血球計數、血糖、B型肝炎、HIV、德國麻疹、血球型態、梅毒、產前血漿篩檢等。 8. 必要時討論抽菸及戒菸。 9. 安排性病高危險群的篩檢。 10. 確認是否為FGM高危險群，特別是來自以下國家之婦女 (Djibouti, Guinea, Somalia, Eritrea, Sierra Leone, Sudan and some Asian and Middle Eastern countries)。 11. 提供以下兩本書籍給婦女：‘<i>The Pregnancy Book</i>’, the ‘<i>Rosie Hospital Maternity Services Information for pregnancy, birth & beyond</i>’。 	<p>如果有任何危險因子，則需要轉介至產科醫師看診；特別留意有否家暴及精神疾病。</p> <p>缺乏維生素D的高危險群個案為：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 來自於南亞、非洲、加勒比海或中亞之婦女 2. 很少有機會接觸陽光的婦女 (例如：少外出或是外出時必須遮蓋全身者) 3. 孕前BMI大於30者 4. 飲食中缺乏維生素D者(不吃魚油、蛋、肉、margarine、燕麥等)
10-14週 醫院/超音波掃瞄	<ol style="list-style-type: none"> 1. 超音波掃瞄確認懷孕週數 2. 必要時預約諮詢門診 3. 執行上述的血液檢測。 	<p>必須看到胎兒及確認胎兒數，以確認預產期。血液篩檢以確認貧血、血源性感染、德國麻</p>

懷孕週數	訪視內涵	注意事項
		疹及篩檢出任何有害於胎兒健康之血源因子。
14-20週 GP surgery	母體血清檢查	唐氏症篩檢
>16週 GP surgery	<ol style="list-style-type: none"> 1. 檢查報告結果並黏貼於病歷 2. 與孕婦討論檢驗結果 3. 若血色素低於11g/dl，應補充鐵劑。 4. 測血壓及尿蛋白。 5. 告知產前教育課程之時間。 6. 監測胎心音(之後的產檢則依產婦的需求才監聽) 7. 若個案為RH陰性，則與之討論並注射 anti-D Ig prophylaxis (RADDP)。 	若還是有持續性貧血，應該再監測。
18-20週 醫院超音波室	詳細超音波篩檢以確認胎兒是否異常及胎盤位置是否正常。	20週若為低位胎盤，則在32週時必須再複診。
25週 GP surgery (適用於初產婦)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 量血壓、驗尿、測宮底高度 2. 給MAT B1. 3. 評估胎動情形 4. 若為RH陰性，確認個案是否決定施打 anti-D Ig prophylaxis，並準備於28週回診實施打。 	<p>確認胎兒是否正常及胎兒的成長(在成長曲線內或成長停滯否?)。</p> <p>提供機會討論有關家暴及心智健康問題。</p>
28週 GP surgery	<ol style="list-style-type: none"> 1. 再次血液檢查：紅血球抗體、血色素及血糖 (one hour following ingestion of 273mls Lucozade®). 2. RH陰性者應注射 anti-D Ig prophylaxis。 3. 檢查血壓、尿液、宮底高度 4. 評估胎動情形 	確認是否為正常及需要進步一治療否；如果成長不正常則需轉介。
31 週 GP surgery (適用於初產婦)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 討論孕期28週血液檢查之結果並載於病歷中。 2. 檢查血壓、尿液、宮底高度 3. 若血色素低於10.5g/dl，應給予治療 4. 討論可選擇的生產地點 5. 評估胎動情形。 	<p>如果成長不正常則需要再次安排超音波。</p> <p>持續性的貧血需要再檢測。</p>
34週 GP surgery	<ol style="list-style-type: none"> 1. 檢查血壓、尿液、宮底高度 2. 經產婦：討論孕期28週血液檢查之結果並載於病歷中。 3. 確認血液檢查結果，若血色素低於 10.5g/dl，應給予治療。 4. 討論可選擇的生產地點 5. 36週時安排居家探訪，內容為生產計 	<p>如果成長不正常則需要再次安排超音波。</p> <p>提供機會討論家暴及心智健康。</p>

懷孕週數	訪視內涵	注意事項
	畫之討論。 6. 評估胎動情形。 7. 若懷孕20週時胎盤覆蓋過子宮頸口，再次檢閱超音波掃瞄之結果。	
36週 居家 GP surgery/	1. 討論生產地點及生產方式 2. 將生產計畫的討論結果載於病歷；告知如何辨識產兆及產痛因應方法。 3. 討論嬰兒餵食計畫、新生兒照護、產後自我照顧、居家照護及產後沮喪/憂鬱症。 4. 檢查血壓、尿液、宮底高度 5. 腹部觸診，確認胎位 6. 評估胎動情形。	如果成長不正常則需要再次安排超音波。 如果為臀位/胎位不正，討論其看法，若確認為臀位，應轉介給產科醫師做未來的諮詢。
38週 居家 GP surgery	1. 檢查血壓、尿液、宮底高度 2. 腹部觸診，確認胎位 3. 評估胎動情形。 4. 討論如過懷孕超過41週的選擇。	確保正常，如果為臀位，照護原則如上述。
40週 居家 GP surgery (適用於初產婦)	1. 檢查血壓、尿液、宮底高度 2. 腹部觸診，確認胎位 3. 評估胎動情形。 4. 討論如過懷孕超過41週的選擇。	超過41週時進行Membrane sweep / IOL。
41週 居家 GP surgery /	1. 檢查血壓、尿液、宮底高度 2. 腹部觸診，確認胎位 3. 評估胎動情形。 4. 施行membrane sweep (可能在48小時候需要重複施行一次)並於超過足月10-14天時討論引產。 5. 給予引產的衛教單。 6. 如果個案拒絕引產，需於病歷記載，並提供轉介之資源以確保胎兒健康。	參考NICE之指引；如果個案拒絕引產，需於病歷記載，並提供適當之轉介與以利于監督。

(三)產時照護：

低危險群的婦女主要產時照護者為助產士，採一對一的照顧（因此助產士會將所有的病歷，移至待產/生產室，專心陪伴在側），另外，每班還會有2-3位資深助產士（band 7）巡房，每2-3小時巡視每位助產士的照護情形，或是做為她們的替代照護者（讓助產士可以有時間休息、吃飯等）。Rosie hospital有兩個待產病房，一為delivery unit (DU)，若個案有高危險情況（如GBS陽性、施打減痛分娩、催生等），經評估還是可以自然生產，則會將個案安置於DU待產及生產；另一為midwife-led delivery unit (MLDU)，則完全是低危險且要自然分娩者。為了促進自然分娩，單位中有不少設備來協助與促進自然分娩，及非藥物性的減痛方法，例如：生產球、水池、收音機、TENS、搖椅、按摩棒等（如圖二、三、四），待產床也相當大及舒服，因此相當有利於待產時姿位的改變，而能促進產程之進展及舒適

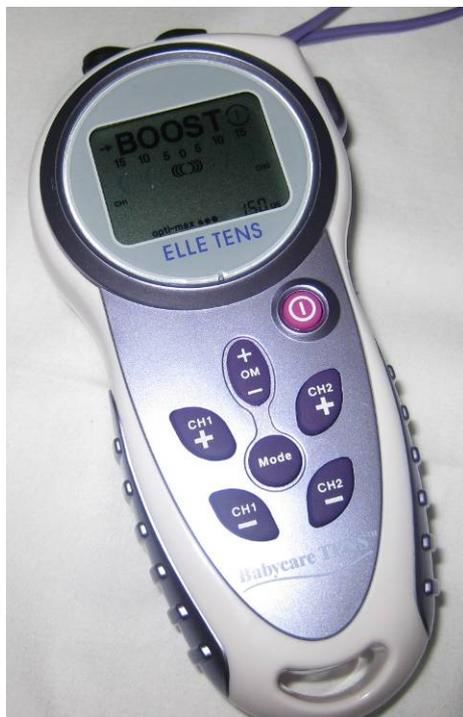
感；爲了促進產程進展，助產士會至少2小時鼓勵個案更換一次姿勢（圖五）。



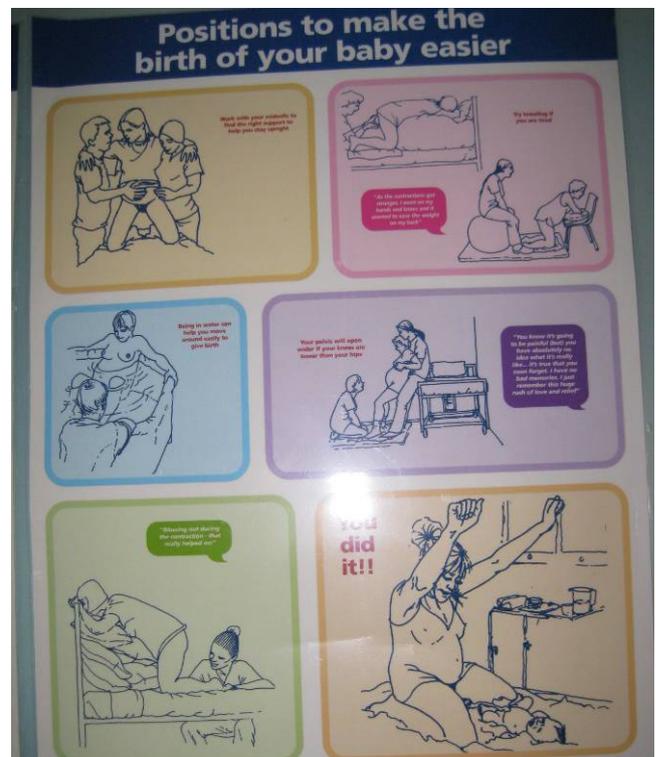
圖二、舒服的搖椅



圖三、水池、產球及舒適的待產床



圖四、TENS



圖五、待產的姿勢

(四)產後及新生兒照護：

在生產後，通常自然產的住院天數爲一天，剖腹產爲三天，在產後單位的專業人員有助產師、護理人員、功能性照護助手…等等，助產師主要是對婦女的狀況負責任，並且做評估及衛教。剛生產完會肌肉注射子宮收縮劑，之後就不會特別給藥；且產後不會常規教導要去按摩子宮，除非有出血較多或是收縮不好（但那情況很少），若子宮已自然收縮得很好、解尿也都 OK，那就不用擔心啦！

個案由醫院返家後，會轉介給社區助產士，一般產後訪視有四次：產後回家隔天、產後 5-6 天（順便做新生兒篩檢）、產後 10-12 天（也評估新生兒體重）、產後 16-21 天（若是都 OK 就可結束 midwife care，改由 health visitor 照顧直到孩子上學，當孩子上學後即由學

校護士接手管理孩子的健康照護），產後訪視時間和次數也可以很有彈性的，且結束（discharge）後產婦還是可以繼續跟社區助產士連絡。

肆、心得與建議

在英國的婦女，由於產後有社區助產人員的長期介入及關懷，使為人父母的自信心相對地較國內婦女提昇許多，所以住院期間比台灣的婦女短，由於助產教育體制於台灣已經斷層數年，在臨床相當缺乏角色模範，因此這次學習對老師及學生皆是相當好的學習機會，除了在專業角色技能有相當多的精進外，也讓生師對助產專業有更多的體認：

一、英國的助產教育制度及臨床助產人員的培訓體制：

(一)英國的助產教育相當重視實務經驗，也有相當重的臨床實習，因此，幾乎每個學生在畢業時已經具備基本的助產技能，故不再需要國家考試；另外，其臨床也有相當好的監控及輔導機制，所以新進之助產人員幾乎在到任一～二年後即可上手，相當值得學習。

(二)臨床職階的晉級並不在於撰寫文章的能力（不似台灣寫個案報告、問題分析、專案行政報告、研究等作為進階之能力），而是真正地評核其臨床照護之能力來決定助產人員的職階。

二、產科及新生兒臨床照護體制：

(一)英國只要確認個案為低危險群，則皆由助產士照護及接生（連產科醫師也不例外），由於助產士相當重視「自然產」之概念，相對地個案也認為生產是一件自然的事，因此，在懷孕期即對生產地點及方式的選擇、非藥物性減痛方法等相當熟悉。

(二)助產士和各產科照護專業人員（如GP、產科醫師）的聯絡網相當密切，因此，只要對個案的照護有疑慮，皆可立即獲得其它專業人員的諮詢與協助，相當展現助產士的獨立性功能(independent role)及協同性功能之角色(interdependent role)。

(三)在個案照護方面，由助產士主導具有下列之優勢：

1.成本低但服務品質高：每位助產士手中個案約100-150位（含產前一直至產後28天之個案），個案就診地點為其家中或社區中的GP surgery，相當便利；另外，每個個案的就診時間至少為15分鐘（不足還可以再視情況增加），有相當充分的時間討論其問題。

2.助產士亦負責產前教育課程（非由奶商或是廠商主導），因此授課的內容對個案的幫助性非常地大。

3.由專業人員（助產師、health visitor、school nurse）協助照護比家人照護的好處有：

(1)對於缺乏家人資源小家庭而言，由政府提供專業之資源，可以提昇照護的滿意度，保證照護之品質。

(2)產婦不需在住院期間勉強強記一些自我及新生兒照護的注意事項，只要安心休息即可。

(3)出院後仍有專業人員的持續關懷，除了增進新手父母的適應力外，可以減少產後憂鬱、防範虐嬰及家暴事件的產生，也可早期發現異常、早期治療。

三、英國對懷孕婦女的福利相當完善：

(一)婦女一懷孕，就可以得到一張牙醫證（exemption），從懷孕直到產後一年可以免費看牙醫。

(二)產婦可以有一年的maternal leave，1-6個月全薪給付、6-9個月半薪、9-12個月則不支領薪水；先生則有兩個星期的leave（但要視職業情況而定）。

(三)一確認婦女懷孕，政府就會在懷孕25週給予190英鎊的補助（主要是讓婦女補充其營養

狀況，好讓懷孕有好的結果)，孩子一生下來再給250磅，之後每個月或每禮拜都會固定補助金額直到小孩長大。

四、良好的人力照護品質：

- (一)要有好的照護品質，人力的配置相當重要，無論英國的NICE或是美國的JACHO所建議的產時人力照護，皆為1：1，而且在所有的evidence-based practice的實證研究中，皆指出continue support在生產結果上為絕對性地好處，如減少產程時間、顯著地減少藥物及麻醉劑的使用、減少嬰兒阿帕加分數小於7分的比率，及減少以手術的方式進行分娩；反觀台灣的產房照護系統，鮮少少於1：4，因此我們的照護品質顯然地遜於歐美先進國家。
- (二)助產士執業有相當好的監督及backup系統（產科醫師及資深的助產人員一定同時上班，做隨時的支援及諮商），因此助產士執業的安全性相當高，且其對工作的滿意度也相當高，相對地也較少產生職業倦怠。
- (三)台灣在產時的照護，有需多還停置在類型B、C、D的照護模式，因此在生產結果就相對地比較差，以下為兩國的統計數值之比較：

表三、台灣及Rosie hospital生產照護結果之比較

照護項目	台灣 %	Rosie Hospital %
引產	20.3	無數據
下床自由活動	46.9	95
剃糞	75.3	0
灌腸	63.6	0
點滴	63.2	24.3
催生	31.5	24.3
導尿	23.0	無數據
先生陪產	32.0	100
壓宮底	61.8	0
會陰切開	92.9	8.8
剖腹產	34.5	25.9

註：台灣之資料來源—郭素珍（2005）·婦女接受生產實務之評估及改進·行政院衛生署護理及健康照護處研究計畫，DOH94-HN-10·

※補充

WHO（1996）將世界各國正常生產時常用的做法，依照其是否有益、有功效及傷害等分為四類：

類型A：有用且應該被鼓勵的做法	類型B：明顯有傷害性或無效，應予以廢除的做法
<ol style="list-style-type: none"> 1. 決定在哪、由誰參與分娩的個人計劃，應和產婦共同制定並告知其先生或陪伴者，如果可以也告知其家人。 2. 在產前進行的風險評估，應該在每次接觸健康醫療系統、第一次接觸分娩照護者，以及整個分娩過程中重新檢視。 3. 在分娩過程中，以及分娩結束時監測產婦生理及心理狀況。 4. 在分娩時提供口服的液體或流質食物。 5. 尊重產婦對生產地點的選擇。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 例行性地灌腸。 2. 例行性地剃糞。 3. 在分娩時例行性的靜脈注射）。 4. 例行的預防性靜脈插入導管(cannula)。 5. 例行地在分娩時使用仰臥姿勢。 6. 直腸檢查。 7. X 光骨盆測量。 8. 在分娩前任意時間使用催產素，無法掌握其效用。 9. 在分娩時例行性地使用膀胱截石式臥位。

<ol style="list-style-type: none"> 6. 提供分娩的照護是安全、合適且產婦感到安全、有信心。 7. 在分娩處，尊重產婦在隱私上的權利。 8. 照護者給予產婦具同理心的支持。 9. 尊重產婦對分娩時陪伴者的選擇。 10. 滿足產婦要求的資訊和解釋。 11. 在分娩時使用非侵入、非藥物性的方式止痛，如按摩和放鬆的技巧。 12. 以間歇性聽診監測胎兒的狀況。 13. 在分娩時拋棄式的器具只使用一次，重複使用的要適當地消毒。 14. 在分娩及處理胎盤時檢查陰道，應戴手套。 15. 在分娩時自由地選擇姿勢及行動。 16. 鼓勵分娩時採非仰臥的姿勢。 17. 仔細監測分娩的過程，如使用WHO 的產程進產表。 18. 針對產後出血機率較高，或小量出血但狀況危急的產婦，在第三產程預防性地施打催產素。 19. 注意剪臍帶時的無菌狀態。 20. 防止新生兒體溫過低。 21. 如同WHO 對哺育母乳的準則，母親和新生兒儘早進行皮膚間的接觸，並且在新生兒出生後1 小時內哺餵母乳。 22. 例行性地檢查胎盤和胎盤膜。 	<ol style="list-style-type: none"> 10. 在第二產程時，鼓勵產婦持續且直接的（Valsalva maneuver）用力推擠。 11. 在第二產程時，按摩及伸展會陰。 12. 在第三產程時，使用ergomatrine 口服錠防止或控制出血。 13. 在第三產程時，例行性地使用非口服的ergomatrine。 14. 分娩後例行性地清洗子宮。 15. 分娩後例行性地重新檢視（用手檢查）子宮。
<p>類型C：缺乏足夠證據支持或在有研究澄清前應謹慎採用的做法</p>	<p>類型D：經常被不適當使用的做法</p>
<ol style="list-style-type: none"> 1. 分娩時非藥物性的止痛，如草藥、浸浴和神經刺激。 2. 在第一產程例行性地早期切開羊膜。 3. 分娩時於宮底施以壓力。 4. 生產時保護會陰和對胎兒頭部施壓的動作。 5. 生產時那一刻主動地操控胎兒。 6. 在第三產程時，例行性地使用催產素、控制臍帶牽引，或合併兩種做法。 7. 早期夾臍。 8. 在第三產程時，刺激乳頭以增加子宮收縮。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 分娩時限制進食及飲料。 2. 以全身性藥物止痛。 3. 以硬脊膜外麻醉止痛。 4. 胎兒電子監測。 5. 參與分娩時配戴口罩及無菌的手術衣。 6. 由一個以上的照護者反覆檢查陰道。 7. 以催產素催生。 8. 在第二產程時，例行性地將產婦轉移至不同房間。 9. 插導尿管。 10. 當子宮頸完全或幾乎完全擴張，但還沒有用力推擠的慾望時，鼓勵產婦推擠。 11. 在產婦及胎兒狀況良好，且分娩持續進行時，嚴格地堅守第二產程的時間，如一個小時。 12. 手術的分娩。 13. 例行性或大量地使用會陰切開術。 14. 分娩後用手檢查子宮。

隨團教師：護理系副教授兼專業能力實務鑑定中心主任高千惠副教授

見習機構：Cambridge University Hospital – Rosie Hospital

見習時間：2009/08/28-2009/09/5

壹、見習機構介紹

英國 Addenbrooke 醫院產科照護中心內的 Rosie Hospital，包含生產中心、胎兒評估中心、超音波室、新生兒加護病房、社區助產士、新生兒服務，每年約有 6,000 嬰兒在這裡出生，除了提供婦女照護及產科護理全面性的服務外，在市中心還有便利的一站式家庭生育計畫診所('one stop' family planning clinic)。近年來，Rosie 醫院的角色為一個處理婦女複雜的婦科問題的專業中心，特別是在婦科癌症和生殖醫學方面。在 2008 年 1 月，第一個醫療委員會審查該國的母嬰照護，以 Rosie 醫院最佳，在 Norfolk、Suffolk 與 Cambridge shire 等郡中的排名最高。由於 Rosie 醫院在劍橋為首屈一指的產科醫院，每年生產人數皆在增加中，醫院預估兩年後醫院的出生數會增至 7,500 人/每年，因此，目前正擬定建蓋另一棟新的生產中心。

貳、見習目的

本次在計畫主持人高美玲教授的聯絡下，我主要的職責為帶領一位助產所研一的研究生龐茜華至 Addenbrooke 醫院產科照護中心—Rosie Hospital 見習，此行藉由瞭解 Rosie Hospital 醫院中產科醫師與助產士的合作模式，及英國助產士臨床技術與模式導入國內助產教育與臨床實習中，透過培育學術方式，瞭解英國醫療系統運作模式，獲得臨床照護經驗，培養國內專業助產人才具備國際助產士經驗與技術，進一步發展台灣助產人員的實務技能培訓鑑定課程。[附件一](#)為助產所針對英國海外見習的學習目標，而醫院也依據我們的學習目標，規劃一系列的學習課程。

參、參訪過程

我主要參訪的機構為 Rosie hospital，擔任督導學生在醫療機構的實習品質，並瞭解該院 Band 7（助產主管或臨床專家）角色功能，主要拜訪者有：Research midwife、risk management midwife、safeguarding midwife、diabetic midwife、breastfeeding midwife、midwife development team，其職責及實務執行情況如下：

一、研究助產師（research midwife）

研究助產師主要的職責有三：

（一）建立臨床助產實務的指引(clinical practice protocol guidelines)

在英國，所有的實務皆由 NICE（National Institute of Care Excellence, NICE）訂定照護之準則(care standard)，這些照護之準則皆以實證為基礎(evidence-based)或學理依據，一旦準則建立後，NICE 便公告在網站上，並定期宣導至醫院，以利全國之醫院遵循 NICE 的標準；各醫療院所在收獲 NICE 的通知後，便由 research midwife 協同一組助產人員一起訂定該院的常規準則(protocol)，一旦 protocol 建立後，所有的人員一定要遵循，若未遵循則會被提出檢討，一旦有醫療糾紛而且是因為助產人員未依循 protocol 而產生的醫療疏失，則會被取消執照，且下一年度的執業保險(malpractice insurance)也會提高很多。因此，對所有的助產士而言，遵循 protocol 是最佳的執業保障，也是和其它專業人員（產科醫師、社工等）、個案的最佳溝通管道。舉例而言，NICE 在前幾年發現懷孕中期後常規性地聽胎心音並不會導致有較佳的生產結果，而且有些個案覺得胎心音相當吵雜。因此，

在產前幾乎所有的助產士不會把懷孕中末期聽胎心音當成一個常規（個案業相當清楚，不一定需要常規性地聽胎心音）；然而，他們也相當尊重個案，如果個案覺得要聽到胎心音才覺得安心，助產人員還是會依照個案的需求給予聽診。這相當符合依循實證研究之結果來執行事務工作，但又能達到尊重文化及個別性差異的照護原則。Rosie hospital 的 protocol 分爲兩大類(low-risk & high risk)，每一類又再區分爲產前、產時、產後及新生兒，Protocol 的架構主要是以 NICE 的 standard 爲準則，又再依據醫院的研究結果或統計數值來適當修改 NICE guideline 的內容。

(二)研究(research)

研究助產師的另一個角色功能是推動或執行研究，可以是配合國家政策或其它機構所執行的研究(如 NICE)來協助收案，或是針對單位之需要執行研究。Rosie hospital 目前正配合 NICE 執行 Birth place outcome study，主要在探討個案選擇不同的生產地點(home, hospital, birth center)在母體及嬰兒的生產結果是否具有差異性。

(三)監控實務操作的品質(audit the practice)

研究助產師與 clinical development team 會定期地開會瞭解臨床助產人員是否遵循 protocol 執行實務工作。

二、Risk management midwife

Risk management midwife 的主要角色功能有：

(一)監督單位的實務結果是否有異於正常者(例如：WHO 建議會陰切開率應低於 5%，剖腹產率應低於 20%，如果醫院的統計數值高過這數據，則稱爲異常，必須分析、檢討並處理)。監督包含兩大層面：(1)單位/醫院層級(unit/hospital level)：主要在評估整個單位/醫院的「異常」事件情形，例如：剖腹產率、引產率會不會太高？是否有任何方法來降低？在整體的檢討後，會決定是否需要修正 protocol，故 risk management midwife & research midwife 兩者間的合作相當密切；及(2)個人層級(individual level)：在於檢討個人層面的實務是否吻合 protocol，例如：個案不應該剖腹產，而最後卻施行剖腹產，就得檢討，類似我們的異常事件報告。主要監督的項目、年度目標及如何達成目標皆列成表格，每月監督並進行檢討，如下表：

表一、產科照護品質指標（2009/7 月）

指標	內容	參考值	成效	目標值	行動
助產人員/產婦比	一年中每位助產士平均的生產數	1:30.8	36.1	1:30.8	增加助產人力
剖腹產率	選擇性及緊急剖腹產的比率	24%	28.5%	24%	強化助產士 VBAC 門診之衛教 定期檢討剖腹產 檢討臨床路徑
第三、四度陰道裂傷	第三、四度陰道裂傷的比率	5%	3.9%	--	新的指標，尚未訂定目標值
產後出血量大	PPH>2500 的比率	--	1.2%	--	新的指標，尚未訂

於 2500 mls					定目標值
哺乳率	寶寶在出生後即哺乳的比率	每個月 提昇 2%	79.2%	85.7%	Infant feeding working group
吸菸	懷孕至生產持續抽菸的婦女比率	每個月 降 1%	8.6%	8.0%	提昇個案停止吸菸 之知覺 參與 PCT 討論會

(二)個案申訴處理(Patient complain management):當有個案申訴事件時,risk management midwife 必須針對抱怨事件作一瞭解、分析及報告,也會要求被申訴的助產士及其 mentor 針對該事件作回應,在分析瞭解該事件之脈絡後,必須回應院方及個案有關後續之處理。

三、安全監督助產師 (safeguarding midwife)

Safeguarding midwife 的主要職責是守護母親及嬰孩的安全、遠離家庭暴力,主要協助的對象為易受傷害之族群 (vulnerability group),例如:家暴、青少年懷孕、身心殘障、低社經地位、藥癮酒癮(drug & alcohol, D & A)、學習障礙等。由 GP 或是 community midwife 或是醫院的 midwife 發現高危險群、通報給 safeguarding midwife, 她會依個案之情況給予衛教、尋求社區之資源、保護及轉介,並提供物質及心理的支持。Safeguarding midwife 有一評分表評估,依不同項目給分,然後分數結果也分成不同 level 及緊急程度,若發現有異狀,助產師不會直接寫在產檢單子或本子上,而會在特定的角落做記號,一般人不知道那是什麼,以保護個案。

另外最令人敬佩的是,英國對於文化差異的尊重及照護相當無微不至,若語言不通者(如外籍配偶),醫院也有提供語言翻譯服務,即便個案的先生懂得英語,但他們仍堅持個案應該完全地瞭解其衛教內容,不會透過先生來做翻譯,若人員一時無法到場甚至可以用電話連線,這些服務完全由醫院付費,個案不需付任何費用。

四、糖尿病管理助產師 (diabetic midwife)

每個孕婦在一開始知道懷孕就做 GDM 篩檢,先測隨機血糖,若大於 7mmol/L 就必須做 75g OGTT,並測空腹、1hr、2hr 血糖,2hr 那次大於 7.8 就診斷 GDM。在 28 週時又再進行第二次 GDM 篩檢,先做 50gOGTT,若 1hr 測大於 7.8 就再做 75gOGTT,診斷同前,若發現孕婦 GDM,會在 32、36、40 週時追蹤胎兒生長。若孕婦原先就是 1&2 型 DM:24 週做 uterine artery,28 週追蹤生長,32 週開始每兩週追蹤生長、34 週開始每週追蹤羊水量。所有 GDM 個案會轉介給糖尿病管理助產師 (diabetic midwife) 進行個案管理,教導個案使用血糖機(醫院就會送媽媽血糖機並教導使用方式,回家每天量四次自我監控血糖)、教導施打 insulin、飲食控制、運動及孕期日常注意事項。

五、哺乳指導助產師 (breastfeeding midwife)

哺乳指導助產師主要的角色與功能有:醫院醫護人員的哺乳在職教育、個案哺乳問題的諮詢、轉介與管理,並協助醫院推動 WHO/UNICEF 成功哺乳十大措施以通過「愛嬰醫院」(Baby-friendly Hospital Initiative, BFHI),有鑑於 Rosie hospital 在推動母乳哺育方面的成效並不如國家的平均值(initiate breastfeeding rate: 79.2%),因此他們的近期目標是希望能成為 WHO/UNICEF 認可的 BFHI, BFHI 的成功哺乳十大措施為:

- (一) 有正式文字的哺育母乳政策,並和所有醫療人員溝通。
- (二) 訓練所有醫療人員施行這些政策之技巧。

- (三) 讓所有的孕婦知道哺育母乳之好處及如何餵奶。
- (四) 幫助產婦在生產半小時內開始哺育母乳。
- (五) 教導母親如何餵奶，以及在必須和嬰兒分開時，如何維持泌乳。
- (六) 除非有特殊需要，不要給嬰兒母乳之外的食物。
- (七) 實施每天廿四小時母嬰同室。
- (八) 鼓勵依嬰兒之需求餵奶。
- (九) 不要給予餵母乳之嬰兒人工奶嘴或安撫奶嘴。
- (十) 幫助建立哺育母乳支持團體，並於母親出院後轉介至該團體。

在這十大措施中，哺乳諮詢助產師認為最困難之步驟有二：措施四早期肌膚接觸、措施九不提供餵母乳之嬰兒人工奶嘴或安撫奶嘴（特別是在 NICU）。另外，他們不認為醫院應該設立支持團體（措施十），因為他們認為個案應該回到社區，與社區的資源連結，並且她們產後都有社區的助產人員追蹤訪視；志工人員缺乏也是醫院不成立支持團體的另一個主因。

除了醫院層級的提昇哺乳率方面的檢討外，Cambridge 當地衛生局(Department of Health)亦會依據當地情況召集各醫療院所及與哺乳相關之單位共同商議提昇 Cambridge 地區的哺乳率，這次參訪正好有機會參與由 Cambridge Department of Health 主持的提昇哺乳率補助計畫的討論會，參與的人員除了有 Cambridge 各大醫療院所的哺乳諮詢助產師外，還有學校托兒保育人員、健康管理師(health visitor)等，各單位就其單位之現況作一檢討，並擬定年度計畫與目標，以便共同向政府單位申請計畫經費，一起合作來提昇劍橋地區的哺乳率，這樣的模式相當值得我們學習，因為提昇母乳哺育率並非單單一個單位的責任，連結各環扣/系統，方能達到事半功倍之效果，這是我們國家在訂定哺乳政策上相當需要學習的項目一整合。

六、助產專業角色發展組 (midwife development team)

助產專業角色發展組共有三人，號稱為所有單位的「急救小組」(rescue team)，由此名稱即知其工作內容相當繁雜與龐大，主要工作項目包括：

(一)臨床助產人員的培訓與考核：

英國助產人員的分級是用 Band，剛進入臨床執業的助產人員其職階為 Band 5 (註: band 1~4 為產科助理 maternity care assistant 或護佐，依分級而有不同可做的事，如抽血、量血壓...etc，非正式教育體系所培訓，主要由醫院訓練，若之後到別家醫院也可以工作，但要看培訓能力，若是 NVQ [national vocational qualification]的訓練就較有品質保證)。

每一位新進的助產人員都有一位導師(mentor)，導師除了輔導新進助產人員的技能外，亦關懷其於新環境的生活適應、人際互動等，定期評值新進人員，目的在於讓新進人員成為臨床專家，Band 5 助產人員通常在一段時間後（約一年），完成所有應具備的六大能力（溝通、照顧品質、個人及人際發展、健康安全防護、服務、平等及尊重文化）並可獨立擔當照護的責任後，經由主管與 mentor 一起評值，通過即可進階至 band 6，並可帶領新進之助產人員。這些 band 6 階層的助產人員可以一直留任在 band 6（當然每一年如果表現得好，其薪水會晉級），如果他們有興趣於管理與行政，便可以申請進階至 band 7 或專家角色（如：breastfeeding

midwife、safeguard midwife、personal and resource midwife、research midwife、risk manager、diabetes midwife 等等)，當然，即便 band 6 在申請及考核通過可以進階至 band 7，但也要在有職缺的情況下方能晉級。

另外，在英國執業的每一位助產士，不管職階高低，都有一位督導(supervisor)，一直到他退休，若搬家到其他地方則會換該地的督導。這些督導負責監控其導生的照護品質，每一位 supervisor 約有 10-15 位導生，supervisor 也有自己的 supervisor，這些 supervisor 都必須到學校修習督導相關的課程及具備相關技能通過後，方能成爲 supervisor。

(二)臨床助產人員的在職教育：

每位助產人員必須每年要有一定的在職教育積分點數方能持續執業，因此，midwife development team 定期會安排在職教育課程，其中有些項目爲每年一定要審閱及舉辦的課程，例如：新生兒急救訓練、哺餵母乳、接生實務演練等。

(三)參與各項會議（如：DU、MLBU、research meeting）：在會議中提供意見，並將會議中有關臨床專業角色發展的相關議題帶回組裡研發與討論。

(四)新儀器的在職教育與訓練。

(五)跨專業人員的在職訓練：如對單位中產科醫師、社工等的訓練。

(六)助產人員處方權的討論及訂定規則 PGD (patient-group drugs)：雖然 NICE 有訂定標準，但每家醫院會依其醫院之狀況訂定 protocol。

(七)制訂 maternity early warning system (MEWS)以即早發現異常個案，即早轉介與治療。

肆、心得與建議

由於助產教育體制於台灣已經斷層數年，在臨床相當缺乏角色模範，因此這次學習的機會對老師及學生皆是相當好的學習機會，除了在專業角色技能有相當多的精進外，也賦權(empower)給師生，讓生師對助產專業有更多的體認，以下是本次見習的心得與具體建議：

一、增加臨床多樣化的助產角色 (multi-role development)

這次的見習讓我體認到助產師的多重角色，不論他們在哪一種角色，都充滿了自信，我想這應該歸於英國有完整的助產教育訓練體制！另外，由於高自主性且 patient-load 相當合理（幾乎是 1：1 照護），每位助產士對其工作的滿意度相當高，成爲助產士是很多護理人員的憧憬。而醫師也相當尊重助產士，一位產科醫師曾經對我說：

「我若在 MLBU（專司照顧低危險待產婦女）便無用武之地，因爲我不知道如何給予言語上的支持、使用非藥物性止痛方法、如何等待自然產、沒有機器我就無法判斷個案是否正常，但是他們就是很奇妙，單憑 pinard（木質的胎心音聽筒）就可以判斷胎心音是否正常，真是太奇妙了！！而我，僅是用機器協助生產而已，當然，這是我們的角色功能不同的原因。產科醫師本來就應該照護高危險群，這樣才不會浪費國家成本。在 MLBU 我的存在是多餘的，他們（指助產士）都具備相當好的能力(well-competency)。」

在這次參加他們規劃新的生產中心時，印象相當深刻的是一位新生兒科醫師對生產概念的正向而提出的忠告，相當具有力量，也是對助產人員的肯定。新生產中心在規劃時將 MLBU（低危險）及 DU（高危險）的床位比率不均，DU 單位的床數較多，

且樓層較低（位於二樓，但 MLBU 卻在 3 樓），該產科醫師認為這樣的規劃不對，不符合助產士接生的精髓（應以低危險為主），因為助產士才是接生的主體，醫師是協助者的角色；若依目前的規劃恐怕會導致反客為主的情形。這位兒科醫師的一番話，給我相當大的震撼教育，台灣的產科醫師要在什麼時候才會尊重助產專業？與助產專業攜手合作共同守護個案的健康？？另外，也建議臨床職階的晉級應著重在臨床照護的能力而非撰寫文章的能力。

二、宣導以實證為基礎的生產照護模式 (evidence-based practice)

NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence)在英國的生產照護上建立相當標準的準則，這對助產人員的執業有相當大的保障，因為所有專業人員及民眾都知道這些準則，也遵循這些準則。因此，醫療糾紛的情形就相當少，也很容易判斷是否為醫療疏失，且保證照護品質的一致性。舉例而言，當助產士認為個案需要轉介給產科醫師，在其 protocol 就會列出需要轉介的條件（含孕期、產時、產後）、轉介應注意事項及照護準則（[附件二](#)），而轉介的醫師有義務必須照護，並且不得拒絕照護。這是大家共同依循的準則，如不遵循，個案或助產士得以依據這準則來提出告訴。而在所有的實務，皆有其理論及實證基礎，因而如果有疑問，就是做研究，找出最好的方式去執行，並建立資料庫，以供搜尋，並且會接納他人的意見，相當達到專業間的互相尊重。

三、宣導以個案及其家庭為主體的的照護模式(woman-centered and family-centered care model)

婦女在英國受到相當大的尊重及自主性，他們可以選擇自己要的生產方式及地點，且他們的婦女也相當講求實證，不會盲從於醫師及助產士的建議，所有的決策一定是經過討論後而決定的（如要不要剪會陰？割包皮？用奶瓶餵奶？）。印象很深的是在助產人員陪產的過程中，絕對是讓個案及其先生有很多的自主空間，他不會去干涉他們的互動（除非是危及安全），且助產士在執行任何治療活動時（如聽胎心音、量血壓、收集資料等）如果正逢個案在宮縮，一定先停下手中正再進行的工作，專心陪伴個案，一直等到宮縮停止才進行她的工作。助產士給予產婦的是陪伴及尊重，持續的陪伴給予婦女極大的心理支持，這點對於待產中的婦女來說我想是很重要的！這真正的落實了生產是自然過程的這個觀念，生產並非是疾病，所以生產絕對具有自主性，助產士站在協助的角度，而非絕對主導者。

附件一、學習目標

Clinical Practice Guideline

I. Course Title: Midwifery Clinical Practicum

II. Course Objectives:

The purpose of this clinical observation program is to provide the opportunity for trainees to explore roles of nurse midwife in UK. The roles of nurse midwife in premarital, antenatal, labor, and postpartum care such as preconception counseling, family planning, fetal health screening, preparation for childbirth, attending the normal labor and conducting of selected method in delivery, promoting in breast feeding, attachment and parental role will be explored. Additionally, the trainees are expected to gain experiences in transcultural care.

Basic Principles for the trainees:

1. No hand-on practice unless under the supervision/allowance of the clinical instructor.
2. Don't take photos unless you get permission from the clinical sites/clients.

Weekly Learning Objectives: The main objectives are as follows (but not limited to)

Week I: Orientation Week

The trainees will be able to

1. Be familiar with the clinical sites (environment, routines, people...etc)
2. Identify the current issues and trends of midwifery
3. Explore the role and function of nurse midwife
4. Identify success factors of the collaborative relationships between midwives, nurses, obstetricians, and other professionals
5. Characterize client-centered & midwife-friendly care principles and practice

Week II: Antenatal Care

The trainees will be able to

1. Attend prenatal education classes (e.g., exercise, Lamaze, breastfeeding, sibling, parenting...etc)
2. Describe antenatal assessment and care (i.e., initial assessment, PE, abdominal examination, and ongoing antenatal care)
3. Describe and discuss psychosocial nursing interventions for the woman who has a high risk pregnancy
4. Develop and discuss care plan for the screening and management for antepartal complications

Week III & VI: Intrapartum and postpartum Care

The trainees will be able to

1. Describe and discuss nursing interventions of the maternal client during intrapartum and postpartum periods, while understanding complications and treatments to provide competent nursing care
2. Identify methods to reduce a woman's risk for all intrapartum and postpartum complications
3. Facilitate normal birth processes practice
4. Monitoring the labor progress of labor and the condition of the mother and fetus
5. Provide non pharmaceutical pain relief and comfort in labor
6. Provide appropriate assessment and care during second stage of labor (e.g., positions, parents supports, maternal comfort, birth skills)
7. Develop and discuss screening for and collaborative management of complications during first and second stages of labor

8. Provide appropriate assessment and care during third stage of labor (e.g., physical care of the mother and neonatal, bonding)
9. Discuss appropriate discharge teaching for the postpartum woman and her infant
10. Describe interventions to promote optimal infant nutrition for breastfeeding and bottle feeding
11. Explore the challenges offered in the provision of maternity care in a multi-cultural/multi-ethnic society
12. Discuss the strategies adopted to ensure the provision of equitable care in a midwifery setting
13. Demonstrate awareness of the role of the midwife in the provision of an equitable service

Low Risk – Antenatal – Criteria for referral for obstetric-led care (or Guideline Criteria for Referral for Obstetric-led Care (or Obstetric Opinion) by Midwives

1. Scope

This guideline is applicable in maternity services for use by all professional staff, particularly midwives, both within hospital and the community.

2. Aim

The aim of this document is to guide health professionals in the assessment of risk of the pregnant women, in relation to the antenatal, intrapartum and post-natal periods. It will thereby assist midwives in the initial contact with the pregnant woman, and subsequently during the maternal care episode, to allocate her to the correct pathway for her antenatal, intrapartum and/or post-natal care.

This guideline should be read in conjunction with the low risk guideline [2.1 MLBU Criteria](#) and the low risk guideline [2.2 Admission Assessment & General Principles for the Care of Women in Labour](#).

Audit Standards

1. All women with the defined risk factors in section 4.1 should be referred at booking for obstetric-led care in pregnancy.
2. All women with the risk factors in section 4.2 should be referred for an obstetric opinion in pregnancy.
3. All women with the risk factors in section 4.3 in labour should be referred for an obstetric opinion.
4. The lead professional should at all times be clearly identifiable from the hospital notes, in particular:
 - In pregnancy, on the hand-held notes and on the pink divider sheet in the hospital notes
 - In labour, in the hospital notes.

3. Introduction

The primary purpose of risk assessment is to classify individual women into different categories (high and low risk) for which specific actions are recommended. It is a form of screening, although the benefits of such assessments lack evidence and harm has rarely been addressed. It is therefore important that care is individualised and based upon the unique needs of each woman.

An assessment of risk should be performed at booking and reviewed regularly throughout pregnancy & labour in order to indicate:

- the most appropriate lead professional
- where referral/liaison with other health professionals is required
- low risk (midwifery led) or high risk (consultant led) care
- the most appropriate place of admission for the woman during antenatal, intrapartum and postnatal periods

The lead professional should be clearly identified on the woman's handheld maternity records and on the pink obstetric divider sheet in her hospital notes.

4. High Risk factors

The following high risk factors indicate that a referral for obstetric-led care, or opinion, should be made.

4.1 High Risk factors at Booking

- BMI <18 or >35
- Booking BP > 150/90
- Poor past obstetric history:
 - o severe pre-eclampsia or eclampsia, HELLP syndrome
 - o rhesus antibodies
 - o uterine surgery including caesarean section, myomectomy, hysterotomy or uterine rupture
 - o APH or PPH on more than two occasions
 - o major primary PPH requiring treatment
 - o placental abruption with adverse outcome
 - o previous shoulder dystocia
 - o puerperal psychosis
 - o grand multiparity (para 5 or more)
 - o stillbirth/neonatal death
 - o children born with low birthweight (< 2.5 kgs) or high birthweight (> 4.5 kgs)
 - o retained placenta on two or more occasions
 - o children born with congenital/genetic or chromosomal abnormality
- Major medical conditions that might complicate pregnancy or anaesthesia
 - o Booking BP \geq 150/90 or a history of BP problems
 - o haemoglobinopathies (sickle cell or thalassaemia)
 - o renal impairment/disease
 - o cardiac disease or hypertension
 - o respiratory disease including severe asthma
 - o endocrine disorders or diabetes
 - o autoimmune disease
 - o recurrent herpes
 - o epilepsy requiring anticonvulsant drugs
 - o malignancy
 - o haematological disorders
 - o strong family history of thromboembolism (1st degree relative)
 - o anticoagulant therapy
 - o HIV, Hep B or Hep C positive
 - o neurological disorders
- Psychiatric history:

- o major episode past/present
- o medication for mental illness
- o previous psychiatric admissions
- o history of drug or alcohol abuse

4.2 High risk factors presenting antenatally

- Confirmed intrauterine death
- Multiple pregnancy
- High risk maternal screening test results or ultrasonic abnormalities
- Recurrent antepartum haemorrhage
- Fetal growth restriction
- Persistent anaemia despite iron (Hb <9.0 g/dl)
- Small for gestational age (< 5th centile or reduced growth velocity)
- Polyhydramnios or oligohydramnios
- Breech presentation, oblique or transverse lie > 36/40
- Reduced fetal movements > 26/40, in line with the reduced fetal movements guideline (HR 1.40)
- Placenta praevia
- Diastolic BP \geq 95 mmHg or proteinuria \geq 1+, or systolic > 160mmHg
- Onset of gestational diabetes
- Vulnerable women: Teenagers (i.e.< 16yrs)

Asylum seekers

Late bookers (i.e. > 20 weeks)

4.3 High risk factors presenting during labour or intrapartum

- Unbooked women
- Low platelet count (< 100) and/or Hb < 8.5 g/dl
- Preterm labour < 37/40
- Suspicious/pathological CTG
- Pyrexia
- Undiagnosed malpresentation
- Intrapartum haemorrhage
- Absence of fetal heart
- BP > 90 or an increase of 20 mmHg above booking on two consecutive
- Occasions
- Delay in 1st or 2nd stage labour, as defined in the low risk progress of labour guideline (2.7) and second stage guidelines (2.9)
- Spontaneous rupture of the membranes > 48 hours and/or requiring induction of labour
- Cord prolapse
- Significant meconium stained liquor (that is, dark green or black amniotic fluid that is thick or

tenacious, or any meconium-stained amniotic fluid containing lumps of meconium, i.e. Grade II/III)

- Indications for continuous EFM following abnormalities of the FH on intermittent auscultation
- Epidural
- Retained placenta
- Postpartum haemorrhage
- 3rd or 4th degree tear
- Post term pregnancy (> 42 weeks)
- Induction of labour for high risk reasons

6. Monitoring the Effectiveness of the Guideline

The use and effectiveness of this guideline will be monitored, either continuously or on an ad-hoc basis, through the following processes:

- Risk management
- Clinical audit
- Individual patient case reviews
- User/clinician feedback
- Patient complaints
- Staff meetings
- Practice development
- Observation of practice
- Midwifery supervision

Results will be fed back to the research midwife who will consider review and initiate changes to the guideline, as appropriate.

References

CEMD (2007) *Why Mothers Die 2003-2005. The Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom* RCOG Press, London.

NICE (2007) *Antenatal Care: Routine Care for the Healthy Pregnant Woman*

National Institute for Clinical Excellence RCOG Press, London.

Equality and Diversity Statement

This document complies with the Cambridge University Hospitals NHS Foundation Trust service Equality and Diversity statement.

Disclaimer

It is **your** responsibility to check against the electronic library that this printed out copy is the most recent issue of this document.