

出國報告（出國類別：進修）

主題：『以家庭為中心』  
產科照護心得報告

服務機關：臺北榮民總醫院

部 門：護理部

姓名職稱：夏惠珍護理師

派赴國家：美國

出國期間：106.10.7-107.1.19

報告日期：107.4.9

## 摘要

國內婦產科醫師人力短缺，且擁有助產資格之助產師執業者鮮少，近年衛福部發展"助產師重返醫院"計畫，且因應母嬰親善醫院發展計畫，落實溫柔生產及愛嬰護理已成為國際間婦產科醫院的照護品質指標。職奉准於民國 106 年 10 月 7 日至民國 107 年 1 月 19 日至美國紐澤西州立羅格斯大學護理學院(Rutgers University, School of Nursing)、聖彼得大學醫院(Saint Peter's University Hospital)、紐約市西奈山醫院(Mount Sinai West)進行為期三個多月的觀摩見習，並參訪紐瓦克貝斯以色列醫療中心(Newark Beth Israel Medical Center)，從中瞭解美國助產師及國際泌乳顧問之教育訓練、角色功能和工作現況，學習溫柔生產、以家庭為中心照護技巧、待產婦女之指壓按摩和產前瑜珈等輔助放鬆療法，並學習運用擬真假人行產科情境模擬教學訓練。期望藉由此經驗，提供未來助產師和國際泌乳顧問在本院執業發展政策之參考，以及產科照護發展和護理人員教育訓練之參考。

關鍵字：溫柔生產、助產師、模擬教學

# 目次

一、 目的	-----3
二、 過程	-----3-12
三、 心得	-----12-13
四、 建議事項	-----14-15
附錄	-----16-18

## 目的

- 一、瞭解美國助產師培育歷程、角色及功能。
- 二、瞭解助產師於孕程初期、中期、晚期之提供照護技巧與轉介制度。
- 三、學習輔助放鬆療法及週產期臨床實務運用。
- 四、學習溫柔生產和以家庭為中心照護技巧。
- 五、瞭解國際泌乳顧問角色及功能。
- 六、瞭解國際泌乳顧問於產後婦女困難哺乳之介入及協助。
- 七、學習運用擬真教學於產科護理人員教育訓練。

## 過程

- 一、期間：106 年 10 月 7 日至 107 年 1 月 19 日。
- 二、進修地點：紐澤西州立羅格斯大學護理學院(Rutgers University, School of Nursing)、聖彼得大學醫院(Saint Peter's University Hospital)、紐約市西奈山西醫院( Mount Sinai West)。
- 三、參觀學校及醫院簡介：
  - (一)羅格斯大學為紐澤西州的最高學府，是一所公立研究型大學，共有三個校區、33 個學院，其護理學院為紐澤西州規模最大且提供全方位的護理教育訓練。
  - (二)聖彼得大學醫院為羅格斯大學的附設教學醫院之一，提供的服務有兒童急重症和周產期醫療，共有 478 張床位，每年生育人次約 6000 人，其駐院助產師共有 3 位，為提供紐澤西州和美國最大的產科服務機構之一。
  - (三)西奈山西醫院為西奈山伊坎醫學院的教學醫院之一，為綜合醫院，共有 505 張床位，每年生育人次約 5000 人。於西元 1996 年創立曼哈頓第一個設立於醫院內的溫柔生產中心，合作之助產師共有 9 位。
  - (四)紐瓦克貝斯以色列醫療中心是紐澤西州紐瓦克市最大的醫院，為一綜合醫院，共有 665 張床位，每年生育人次約 2500 人，超過 1/3 的新生兒由助產師協助接生。



羅格斯大學



聖彼得大學醫院



西奈山西醫院



紐瓦克貝斯  
以色列醫療中心

#### 四、美國產科臨床實務及教育訓練現況：

##### (一)羅格斯大學：

###### 1.助產教育-擬真訓練：

擬真訓練運用模擬假人呈現臨床情境，提供學生練習、建構臨床經驗、決策和批判性思考。教室由模擬室及控制室兩間房間組成，兩個房間由一面單向透光的鏡面玻璃隔開，教師可透過控制室的麥克風發號施令，假人除模擬真人亦可發出預設的簡短話語。訓練通常由兩位教師共同指導，大學部配合產科護理實習分組，每次受訓學生約7-9位，受訓主題通常為產後出血、產後照護及評估，除受訓學生之外，臨床指導老師須全程陪同參與訓練課程。模擬時將學生分派兩組進行，一組於模擬室進行模擬，另一組則在控制室觀摩，兩組交換模擬結束後回到課室共同討論模擬的經驗及心境，教師也針對學生在訓練中的表現給予回饋。

護理實務博士班(D N P)助產所學生於擬真訓練的主題則針對產後、產中出血或肩難產不同產科急症，配合課前配合影片及模具指導技巧進行模擬，每次訓練僅一位學員參與模擬。



護理系大學部學生  
擬真訓練



控制室觀摩  
訓練



身體評估



課室討論

##### (二)聖彼得大學醫院：

###### 1.助產教育

###### (1)擬真訓練：

擬真訓練由 Nursing Educator 共同管理，共有五組模擬假人，依據目的和功能性而有成人男性、產婦、兒童、嬰兒等模擬假人供醫護人員練習，除急救、插管、注射、身體評估外產婦機器人亦可模擬自然生產及高風險生產情境。護理師每年需完成多個主題的擬真訓練。



一對一擬真假人



擬真假人課程



肩難產擬真教學

## 2. 新進產科護理師訓練:

剛從學校畢業的新進護理師稱為實習護理師，進入醫院會先接受三個月白班訓練，和臨床教師共同照護病人，所以前三個月無支薪，一周上班三天，每天 12 小時，第四個月開始獨立工作才支付薪水，有其他科工作經驗的護理師前三個月則採行環境熟悉，除完成 Nursing Educator 安排之技術和照護目標外，也協助其他護理師工作，並依據不同類型個案學習照護，若是有上夜班需求者則會在完成白班訓練後，至夜班和臨床教師再共同工作一個月，無論有護理經驗者或應屆畢業護理師，其訓練內容及學習目標都相同。新進護理師皆有訓練手冊，內容包含產科緊急狀況的處理流程與三個月內需完成之學習項目，為確保每位新進護理師的狀況，前三個月時 Nursing Educator 會和教師及學員每兩周會談一次了解適應狀況，在新進護理師獨立後也會安排時間關心其工作狀況。

### (1) 臨床教師及 Charge Nurse 資格:

臨床教師通常需有兩年以上工作經驗，且有教學熱忱者。Charge Nurse 資格則為 5 年以上工作經驗，表現良好且緊急應變能力佳者，產房約有 5-6 位 Charge Nurse。

### (2) Nursing Educator:

負責產科教育訓練的 Nursing Educator- Jennifer 是一位有產房工作經驗 9 年，曾在母嬰病房、手術室、高危險妊娠病房有工作經驗之護理師，因其豐富的產科經驗，在協助產科護理訓練上極具說服力，有助於其他醫事人員間之溝通和協調。

## 3. 產房設備、環境及生產輔助物品

### (1) 待產室:

產房共有 5 間剖腹產手術室及 15 間待產室，每間待產室皆為單人病室及樂得兒產房 (LDR)，陪產人數限制為三人，配置一新生兒處理台、內建式手術燈、醫護人員專用電腦、胎兒監視器(FM)連線電腦，除生產床之外亦有電視、陪客床、沙發、床旁桌供陪客使用，另外特別的是配置可活動式立鏡，供產婦在待產用力時可檢視胎頭推出情形，而所有生產設備和需要之衛材、拋棄式產包等等皆可從待產室內的庫房領取，但縫線和藥物因特殊管制需求，需至護理站領取。

### (2) 急救設備:

分別針對產婦和新生兒配置專用急救車各一台，一律採用拋棄式標籤鎖上鎖，每日由

Charge Nurse 確認標籤完整性，每次使用完需送回藥局補貨，產科單位皆配置大出血專用之急救包-當產後大出血發生時，所有緊急需要之止血藥物、塞劑、工具皆可在其中找到。亦配置嚴重大出血需急救時可緊急領用之備用品(未交叉比對的血品)。

#### (3)生產輔助物品:

除生產球之外，亦廣泛使用花生球(peanut ball)、座椅式蹲坐工具(Kaya Birth Stool)、蹲踞把手(Squat bar)和單次拋棄式手動真空吸引器(KIWI)。

#### (4)藥品管理:

多使用單一袋裝劑量，並使用電腦系統管控藥車，需透過 ID 登入和醫囑相比對才能領取藥物，且設有防呆機制，使藥品管理的安全性較高且可避免藥物失竊和拿錯藥品。

#### (5)衛材管理:

領取特殊衛材也需輸入醫護人員 ID 和病人資料，採使用者付費直接為病人入帳，除方便庫存量管理外，亦減少人工作業的漏帳情形。

#### (6)翻譯服務:

醫院因地域性關係，常見許多不同國籍和語言之病人及家屬，翻譯需求量大，故醫院除雇用翻譯人才外，亦設置方便使用之雙頭電話(撥打翻譯專線由專人協助轉接合適語言，再由翻譯專員透過電話和護理師及病人溝通，因使用雙話孔使三人都可以同時聽到對答的內容)，可有效減少語言不通的隔閡或誤解，亦減少翻譯人員四處奔波及醫護人員等待時間，除省時方便外，也可將各自工作效益作最大發揮。

#### (7)防跌用具:

因待產時藥物使用及手術後下床活動等，產科病人常為高危險跌倒族群，故醫院讓病人在待產時即穿上止滑襪，讓病人不須穿鞋也能下床走動，另外使用高危險跌倒手環做辨識，入院時亦提供病人防跌指導。

#### (8)資訊安全:

為因應病人資訊安全性及預防 ID 盜用，醫事人員於登入電腦時都需使用識別證感應方可使用，若停滯過久系統將自動登出，且無法允許兩個電腦為同一使用者，若前台電腦未登出且未達自動登出時間，醫事人員則無法成功登入下一台電腦。



嬰兒和產婦專用急救車



產後大出血  
專用急救箱



待產室庫房



手術室設置



資訊安全裝置



電腦管控藥車



防跌用具止滑襪



生產輔助物品

#### 4. 助產護理

##### (1) 產房產科病人分級動線規劃：

由產房 Charge Nurse 依據檢傷分級探視病人，評估後決定後續動線，盡可能讓每位產婦到院後五分鐘內就開始處置。檢查室配置胎心音檢測、血壓、都普勒等檢查儀器。

##### (2) 護病比：

產房白班護理師每天約 15 位，護病比為 1:1；夜班護理師每天約 11-13 位，護病比為 1:2。主治醫生多會為自己病人接生，若是無法前往，則由住院醫師協助，每天值班之住院醫師是白天四位、晚上三位。駐院助產師共有三位，一週有 2.5 天助產師門診，助產師僅協助接生於助產師門診產檢之產婦，且每位助產師一週需值班 2-3 次，每次 24 小時，值班期間若有產婦待產則須至醫院照護至生產完畢。

##### (3) 照護模式：

採連續性護理，每位病人由一位護理師照顧產前、產中、產後的恢復室照顧，期間除護理師用餐時間 30 分鐘外，其餘時間皆由相同的護理師提供照護，直至班別更換時才由夜班護理師接續照護，可增進護病關係和連續性照護效益。

##### (4) 剖腹產手術：

###### ① 麻醉方式：

麻醉方式為 Combined spinal and epidural anaesthesia (CSE)，結合脊髓麻醉和硬脊膜外麻醉及陣痛的優點。行半身麻醉或是硬脊膜外麻醉時，皆請病人坐於床緣注射，注射畢才躺下協助手術準備。

###### ② 聘用技術員取代刷手護理師工作：

近年美國各醫院陸續聘任訓練有素之刷手護理技術員取代刷手護理師工作，讓護理師回歸病人照護工作，除使分工和訓練更精細外，亦稍緩解護理人力短缺問題。

③ 手術中陪產：配偶或成年直系親屬可擇一人於剖腹產手術時陪產，產婦和重要關係人須配戴和嬰兒手腳圈相同識別碼之手圈以茲證明，且須全程陪伴嬰兒。

④ 新生兒護理：手術時由 Baby Nurse、嬰兒室護佐、小兒科醫師執行新生兒照護，嬰兒娩出後，經小兒科醫師檢查若無異常，由護佐協助親子肌膚接觸。

###### ⑤ 拋棄式包布和統計出血量：

手術皆使用防水拋棄式包布，包布設計採中心圓環、兩側有塑膠袋，使排出之血水可

流至兩側塑膠袋，統計出血時由醫師抽吸兩側袋中血水，以正確統計出血量。使用電子秤測量紗布重量，並統一紗布、棉墊及衛材重量表，減少計算的差異。

#### (5) 剖腹產後即刻護理:

手術後至恢復室觀察時間為 1.5-2 小時，每五分鐘測量生命徵象並和電腦系統連線，手術後不需平躺，術後床頭須抬高至少 30 度，回病房後即可進食。同時嬰兒就在產婦身旁的處理台做檢查，待觀察結束後和產婦一起轉送至產後病房，減少產婦和嬰兒分開機會。剖腹產住院天數為四天三夜。

#### (6) 待產護理:

① 待產和催生時須採清流質飲食或禁食，目的為預防需行緊急手術。

② 常用催生方法為陰道塞劑和放置 Cook、Foley balloon。

③ 破水檢查採用的是載玻片顯微鏡檢查-使用 Speculum 撐開後以棉棒沾取子宮頸附近液體到載玻片，再使用顯微鏡鏡檢，因羊水試紙容易受尿液、血液影響。

④ 90%產婦會使用減痛分娩，產婦可要求使用低劑量笑氣於宮縮間放鬆。

⑤ 經產婦於子宮頸全開後才開始用力。

⑥ 除多胞胎自然產需於手術室分娩以預防緊急手術需求外，皆採樂得兒(LDR)生產。

⑦ 使用拋棄式產包、單次拋棄式手動真空吸引器(KIWI)，幾乎不使用產鉗協助生產，會陰切開率約 60%。

### 5. 產後『以家庭為中心』的照護

#### (1) 護病比:

採親子同室護理(Couplet Care)，產後病房護理師照顧的病人數是四至五組家庭，意即 5 位產婦和 5 位新生兒，每日皆採整套的身體評估，給予合併新生兒和產後婦女之衛教指導，並呈現於病程護理紀錄，紀錄方式使用點選表格居多，取代每日頻繁且重複性高的文字輸入，如護理計畫僅需於選項後備註進展中或減短扼要說明。

#### (2) 嬰兒室運作模式:

上班人數為 3 位護理師，白班另有 1 位護佐。其中一位護理師為產房執行剖腹產新生兒護理的護理師，每日計畫剖腹產約 4-5 台，護佐於術中幫忙執行體重測量、親子肌膚接觸或哺餵母乳，護理師協助嬰兒身體評估、給藥和記錄，並和病房護理師交班嬰兒狀況。另外兩位護理師輪流至各待產室協助自然產後即刻新生兒檢查、評估及給藥。產後新生兒一天會有兩個時段送回嬰兒室，由醫師執行評估和檢查，或由護理師協助沐浴。嬰兒室通常只撰寫特殊手術如包皮環切術或檢查的記錄，而嬰兒的評估由產後病房護理師每八小時評估一次及記錄。

#### (3) 親子同室:

不強求親子同室，而是提供家庭資訊，由產婦和配偶自我判斷哺餵母乳、配方奶或是執行親子同室與否。共有三間產後病房，每間約 20 床皆為單人室，另有高危險妊娠病房收治產前及產後高風險個案，共 10 間病房亦為單人室皆可採母嬰同室。

#### (4)產後護理指導:

通常在轉入產後病房時即同步指導環境、病人安全、防跌、嬰兒安全、哺乳衛教等等，逐項詳細的哺乳衛教則由泌乳顧問協助，出院前會加強嬰兒汽車座椅使用方式正確性、哺乳支持資源、嬰兒睡眠安全等預防窒息事項、出院後返診時間和緊急狀況評估。

#### (5)防止嬰兒失竊:

為防止嬰兒失竊，在嬰兒手腳戴上和父母有相同識別碼之手圈，另外在嬰兒腳上裝置追蹤感應器，若嬰兒靠近安全門或大門太近時，警報器就會發出警示聲、使大門緊閉無法開啟，若嘗試手動移除感應器亦會發出警鈴聲，使嬰兒無法離開單位，若需執行特殊檢查需由護理師將感應器解鎖並親自護送，全程陪伴檢查後送回病房。

#### (6)國際泌乳顧問

共有兩位全職泌乳顧問和數位兼職顧問，每日上班人數為三人，每日上班八小時，分別探視不同病房之產後個案，針對產後第一天家庭予詳細指導哺乳技巧和泌乳資訊，並詳述產後 1-3 天可能發生的狀況，且於出院前會再次探視評估哺乳狀況及後續相關需要。

### (三)紐約市西奈山西醫院

#### 1.設備及環境

##### (1)待產室:

產房共有 3 間剖腹產手術室、13 間待產室、1 間觀察室(共三床)，除觀察室外，其餘待產室皆為單人病室和樂得兒產房(LDR)，配置新生兒處理台、內建式手術燈、醫護人員和麻醉專用電腦、電視、陪客床、床旁桌等，胎兒監視器(FM)採中央連線。

##### (2)Triage:

於產房旁設置產科病人觀察室(Triage)共六床，功能為產科急診室，供產科病人接受待產及早產評估、治療。每位產婦皆須經過 Triage，監測宮縮、胎心音及經醫師評估決定後續動向，每天就診人數約 15-30 人。



Triage 房間配置



止痛配備-笑氣



胎心音生理監視器  
中央控制面板



母嬰健康部門  
督導長合影

#### 2.助產護理

##### (1)護病比:

產房每天白班約 16 位護理師 (2 Triage+1 Birthing Center+1Recovery Room)，夜班則是 9 位，護病比為 1:2，若有產婦分娩用力時，護理師全程陪伴一對一照護。每班

僅一位住院醫師值班，負責所有病人照護，但各主治醫師之病人若待產或住院時，各組住院醫師通常會輪流到院留守。駐院助產師共兩位，和幾位主治醫師合作看診，一週有 2.5 天助產師門診，除一週一次值班 24 小時替合作醫師接生外，通常會為自己病人接生。合作助產師共 7 位，分屬四個助產團隊，輪流看診及值班，其所有產婦皆於西奈山西醫院生產。產婦若經助產師電話評估可能達待產標準時，助產師會到院親自評估狀況，若病人進入待產室，則在分娩中心或產房待命，且盡可能全程陪伴病人。

#### (2) 照護模式:

產房採分區護理，分別提供 Triage、待產室及恢復室三區照護，如剖腹產個案由一位護理師協助術前準備、手術中流動護理，至恢復室則交班由恢復室護理師提供後續照護，但流動護理師仍續照護新生兒至術後一小時，並親自送至嬰兒室。

#### (3) 剖腹產手術:

① 麻醉方式: 採用 Combined spinal and epidural anaesthesia (CSE)。

② 新生兒護理: 手術時由 Baby Nurse、小兒科醫師執行新生兒照護。Baby Nurse 由流動護理師之外的產房護理師擔任，於醫師評估後協助新生兒給藥及親子肌膚接觸。

③ 出血量統計: 採行 EBL，無統計抽吸桶出血量和紗布秤重，容易錯誤判斷出血量。

#### (4) 剖腹產後即刻護理:

恢復室共四床，配有一位護理師，手術後至恢復室觀察時間為 2 小時，手術後不需平躺，回病房即可進食。新生兒於恢復室由流動護理師照護一小時後送至嬰兒室檢查。

#### (5) 溫柔剖腹生產:

少數醫師可配合溫柔剖腹產 Gentle C-Section-胎兒娩出時，麻醉師將布簾拉下讓產婦和陪產者看見新生兒，醫師協助斷臍後將嬰兒抱到產婦胸前作親子肌膚接觸，也讓配偶剪臍帶，將嬰兒直接在產婦身上做身體評估。

#### (6) 待產護理:

自然生產時不須消毒會陰部位或調整生產床，由家屬和護理師協助產婦彎曲雙腿後即開始生產，醫師直接坐於床邊或是站立協助生產、修補會陰，用力過程中使用無菌 Jelly 潤滑胎頭和會陰、不停協助按摩會陰、控制胎頭推出的速度，以降低會陰撕裂傷風險，採延後斷臍、配偶剪臍帶、給予時間等待胎盤自然娩出。

#### (7) 胎兒體外迴轉術(external cephalic version):

通常由高危險妊娠科主治醫師經超音波監測下協助施行。為避免破水或早產發生，通常在妊娠 37-38 週間施行，施行後於 Triage 留觀一小時，若無不適才可返家。體外迴轉術不一定每次皆成功，有其風險，但此回轉術減少因胎位不正而需剖腹產之人數。

### 3. 產後『以家庭為中心』的照護

#### (1) 嬰兒室運作模式:

嬰兒室和產後病房合併，每班護理師人數為 1 位，主要工作為協助醫師執行產後新生兒例行檢查、手術及沐浴。

## (2)親子同室:

共有兩間產後病房，每間總數約 20 床，一間合併單人室及雙人室，一間為純雙人室，皆可採親子同室，但夜裡僅單人室可有陪伴者，單人室每日費用為 900 美元。

## (3)國際泌乳顧問

共有六位泌乳顧問，每日上班人數為一至兩人，每日上班 12 小時，分別探視有需要介入之困難哺乳個案，且每日開立母乳哺餵課程，現場評估產婦哺乳技巧，予指導與提供哺乳知識。

## (四)紐瓦克貝斯以色列醫療中心

因地域關係及貧富差距，紐瓦克有許多無法負擔私人保險費而接受低收入戶醫療保險者(Medicaid)，當這些民眾懷孕時，無法到私人診所產檢，通常到醫院由值班醫師協助產檢，生產時則由助產師協助接生。助產師採 12 小時輪班制，除住院醫師外皆有助產師駐守產房，若是接生遇特殊或緊急狀況，通常會立即諮詢醫師。因接受 Medicaid 的病人眾多，此院雇用之助產師不須另外看門診，而每年由助產師接生之產婦約 900-1000 人次。

## (五)西奈山西醫院 Birthing Center

### 1.設備及環境:

為紐約市第一間設置於醫院內的 Birthing Center，自 1996 年開始營運，歷史悠久，古典風格，共有三間病房，每間病房設置如同飯店，除新生兒處理台供量測嬰兒體重及緊急處理外，房間配有舒適雙人大床、木製衣櫃、搖椅、按摩浴缸、小型冰箱、間歇性胎心音監測儀(Doppler)，減少所有非必要之儀器，目的是讓每位產婦感受如在家中生產，房間內沒有設置時鐘或電視，避免產婦於待產過程中有時間壓力，崇尚以自然的方式分娩。因有產科及新生兒科急救團隊支持，西奈山西醫院的 Birthing Center 成為紐約市民採行溫柔生產的指標之一，每月生產人數約 25 到 30 人。



Birthing Center



按摩浴缸



哺乳教學輔助工具



和泌乳顧問合影

### 2.助產護理

#### (1)護病比及照護模式:

通常由一位護理師專責照護，護病比為 1:1 或 1:2，因產後離院步調快速，護病比很少達 1:3。若已有兩位產後病人，第三位待產婦女則由支援的產房護理師照護，自然產後兩小時再交班由 Birthing Center 護理師續照護。

#### (2)待產護理:

①在 Birthing Center 生產的婦女需和醫師或助產師討論且評估為低風險，於 37 週

前接受 Birthing Center 課程(內容講述分娩機轉、入院流程、收治條件、減痛方法、常見需轉送狀況、產後停留時間、實地走訪環境介紹等內容，並於前往醫院前聯絡助產師到院評估產程進展)。

②若無特殊風險或乙型鏈球菌陽性個案即便破水仍可在家觀察宮縮，並持續電話聯繫助產師評估。入院前須至 Triage 評估產程進展，若胎心音穩定且子宮頸擴張 6 公分以上，才啟動入院待產程序，若胎心音不佳或有胎便染色風險，雖無法於 Birthing Center 生產，仍可和醫師討論如何在產房中達到溫柔生產經驗，盡可能配合生產計畫書提供待產、生產照護。

③部分產婦會僱用私人陪產員(Daupa)-陪產員需經過特定臨床訓練及規定生產次數才能執業，可提供新生兒家庭協助。

④間歇測量胎心音。產婦可選擇穿產袍或舒適衣物。

⑤Birthing Center 無法使用減痛分娩藥物，但持續協助變換姿勢促使骨盆腔放鬆，配合低劑量笑氣、瑜珈、身體按摩、泡澡及水療等方法緩解陣痛。不使用催生藥物但會視需要協助人工破水，若產婦要求使用減痛分娩或產程進展不順，可隨時轉送至產房續行照護。

### 3. 產後『以家庭為中心』的照護

(1)產後停留的時間短，通常於產後 12 小時內返家，出院標準為產婦哺乳狀況佳、新生兒已排便及排尿、嬰兒經小兒科醫師檢查，且返家後哺乳支持及小兒科照護資源皆已備妥。

(2)生產費用和產房相同，間接鼓勵溫柔生產而不收取高額費用，且縮短住院天數，使醫療成本降低。

## 心得

美國助產師工作已行之有年，除和醫師配合外，也提供產婦更多就醫選擇，很幸運能到三間醫院產房學習，並到羅格斯大學學習助產實務，接觸助產師實務工作與技能，並實際參與，將學習資訊化為實務運用，感到收獲滿滿。最覺得奇特是在西奈山西醫院遇見產房工作的菲律賓籍男性護理師，於菲律賓時就在產房工作，其表示通常男護理師在產房工作時不太有問題，但因文化差異於台灣鮮少見到男性護理師於婦產科工作，故很高興美國能破除性別芥蒂讓男性護理師在產房工作。

聖彼得大學醫院以高品質產科照護立足於紐澤西州，注重照護的微小細節，理念為『為了讓病人選擇自己的醫院，就要做到最好的服務和態度。』，故服務品質和賓至如歸的概念非常落實，醫護人員做到讓病人滿意，因此在見習過程中遇到的病人對於護理師都非常尊重，護病關係良好像朋友一般，在台灣醫療人力有限，本院仍努力

落實服務品質做得更好，相信如能再有充分護理人力，能將照護品質登上高峰。

西奈山西醫院除見習工作外，亦常和泌乳顧問做實務經驗交流，以往職在面對困難哺乳個案，除更換哺餵姿勢、評估泌乳狀況及尋求嬰兒室護理師協助外，從沒想過應從嬰兒的部分著手，哺乳和嬰兒含乳嘴型、口腔肌肉、舌頭及牙齦先露部位皆息息相關，應鼓勵於哺乳間隔中持續讓家庭成員和嬰兒做親子肌膚接觸，以增加親子連結和嬰兒保暖，泌乳顧問表示面對平坦乳頭，通常使用擠乳器協助牽引，但因病人需自費購買器具，通常不會優先考慮，因討論到台灣常使用空針牽引乳頭法，職順勢製作空針牽引器，運用於平坦乳頭致困難哺乳的產婦，因效果極佳，改善平坦乳頭問題，使嬰兒得以飽餐一頓，且空針取得容易、方便操作又經濟實惠，立刻成為泌乳顧問們日後協助母乳哺餵的技巧。

職於見習之餘也積極參與產前教育課程、Birthing Center 課程、產前瑜珈課程，除了解產前課程之運作模式，學習到孕產婦之瑜珈運動、幫助骨盆放鬆之各式搖擺骨盆姿勢。亦見習陪產員工作，學習使用精油配合穴位按摩等肌肉放鬆、緩解疼痛技巧。

Birthing Center 見習的最後一天亦遇到採溫柔生產失敗之個案，雖已自然破水、子宮頸擴張 9 公分，仍積極在走廊散步及行蹲踞動作期望促使產程進展，但後續因產程遲滯、產婦忍痛程度達極限，轉送至產房使用減痛分娩，產婦和先生才得以在陣痛 36 小時後小睡片刻，因使用催生藥物仍產程遲滯近 14 小時、子宮頸水腫嚴重，最後施行剖腹生產，就此和最後一組家庭、護理師、助產師、陪產員道別，很榮幸可以和家庭建立關係，也踏實的學了不少指壓、骨盆搖擺、聲音治療技巧。

將近三個半月時間有幸能有機會至美國行短期進修，從實習計畫開始至接洽、溝通協調等前置作業、繁瑣資料往來、公文申請流程等，準備近三年時間，雖然過程一波三折，謝謝醫院提供經費，感恩護理部的長官支持與同事們的鼓勵，最終始能順利成行。啟程之前了解美國之醫療發展可能有許多部分優於台灣，期望能將滿滿收穫帶回本院，真正進入醫院見習後發現在許多層面台灣產科照護仍有進步的空間，如脊髓麻醉手術後病人不需完全平躺八小時，而這樣的措施在美國已停止近三十年，在國內保險制度不同，所以多年來仍無法採行。美國因推崇溫柔生產早已無常規執行灌腸、皮膚剃雉、會陰切開術等，生產輔助工具和減痛方法的選擇更多樣化，雖深感醫療進步之差異，但本院仍有其他參訪醫院沒有之優點，如待產時可進食、使用減痛分娩不須常規留置導尿管等，此次職有機會到美國學習，希望能將習得之有用資訊運用於職場中，提供未來政策發展和修改照護指引的有力支持。

## 建議事項（包括改進作法）

### 一、運用擬真訓練於產科護理教育訓練

本院運用擬真訓練於成人、小兒急救已行之有年，亦成功運用擬真訓練於 ACLS 證照考試及醫學生 OSCE 考試，亦運用產婦假人於婦產科醫學教育。現行產科護理人員訓練除安排專科課程採自由參加、臨床教師口述指導外，近年亦安排急產演習，合併訓練醫師、麻醉及護理師團隊合作，但針對像是產後大出血及肩難產項目仍需運用擬真假人，始能創造真實情境取代口述或想像以提升訓練效果，故建議使用已有之臨床技術訓練中心資源，每年安排醫護同仁進行教育訓練，由 Nursing Educator 安排訓練項目、教案及規劃排程，每位護理同仁每年需完成特定主題擬真訓練，如產後大出血、急產、肩難產照護，評估不採分數計算，目的為讓所有人都能體驗及記憶事情發生和解決方法，訓練前需提供簡單課程訓練，如介紹擬真假人功能和訓練運作方法，簡化流程方便記憶，採團隊合作讓所有資源在可及處，每次模擬採少數 2-3 人團隊合作，訓練後需即時回饋、釋疑及再造，並且適時問卷評估其學習效果。

### 二、醫療團隊共同建立產後出血通報機制與處置流程

產後出血為造成孕產婦死亡的首要原因，故除每年行教育訓練外，建議在產房和產後病房設置產後出血專用急救箱，並建立產後大出血通報機制和應對流程。於產科相關單位設置相同之急救箱，將緊急需求藥物和少量針具放入，於大出血發生時可立即取得所有緊急止血用藥，並及時建立其他管路供輸液、輸血，避免緊急狀況發生時，護理師需自冰箱、藥櫃、換藥車分別取藥品或衛材等，或是常因推入急救車、換藥車於病室內造成急救動線壅塞情況。另應建立產後大出血通報機制，明定出血通報流程，及時通知相關醫師、麻醉師和解釋病況，並建立大出血應對流程，除每年安排團隊教育訓練外，亦應將大出血應對流程置於急救箱明顯處，使同仁於事件發生時可依據指引操作，避免因慌張失措而遺漏步驟，除保護病人安全外亦可使醫護團隊合作更為流暢。

### 三、發展與醫師共同合作的溫柔生產內容建構

近年因教育普及和女性自主意識提高，越來越多的產婦尋求溫柔生產經驗，於產前規劃生產計畫書，期望能擁有溫馨的生產環境，溫柔生產已成為產婦選擇醫院的選項。現行待產婦女皆常規行會陰部毛髮剃雉、灌腸、輸液治療或會陰切開術，但英國、

美國及澳洲甚至是台灣許多醫療院所皆已停止類似措施，本院向來期望發展為臺灣頂尖及全民就醫首選醫院，既有堅強的小兒科急救團隊和設備，又為高危險妊娠第一線照護醫院，如能搭配溫柔生產的推行，或許可以提升生產人數，除此之外，在經費許可之內，未來於空間規劃時能增添多間樂得兒室，增添生產輔助工具如花生球、KAYA、Scrub bar，並和醫師合作，鼓勵低風險產婦於現有之樂得兒室生產，施行溫柔生產技巧如減少皮膚剃毛、灌腸、會陰切開術比率，鼓勵低風險個案於床邊活動、IV LOCK 或單次抽血，嘗試營造溫柔生產氛圍。

#### 四、積極培訓國際泌乳顧問，專責協助困難哺乳

本院現行母乳哺育護理指導由產後病房及嬰兒室護理師共同執行，但產後病房護病比高，而困難哺乳之產婦需要之護理時數相對多於其他個案，且嬰兒室護理師須不停穿梭至各病房探視嬰兒，常無法顧全每位產婦及家庭之需求，目前本院僅有 1 位擁有國際泌乳顧問執照，卻因無相關職位續從事護理工作，建議應積極培訓國際泌乳顧問，同時設立泌乳顧問門診，專責協助困難哺乳護理，並開設哺乳衛教課程，提供護理師及困難哺乳產婦諮詢，創造醫院的營收。

## 附件

聖彼得大學醫院、西奈山西醫院及臺北榮民總醫院差異比較表

項目 \ 醫院	紐澤西州 聖彼得大學醫院	紐約市 西奈山西醫院	臺北榮民總醫院
<b>產房設備及環境</b>			
床數	15 床	16 床	8 床
樂得兒病房數	15 間	13 間	1 間
每年生育人次	6000 人	5000 人	2000 人
助產師人數	3 人	9 人	0 人
<b>助產護理</b>			
產科動線分流	產房 Charge Nurse 依據檢傷分級，評估後決定後續動線。	產婦經過 Triage 由護理師接待，經醫師評估決定後續動向。	由待產區護理師接待，經醫師評估決定後續動向。
產房護病比	1:1	1:2	白班 1:1.5-2 夜班 1: 2.5-3
照護模式	連續性護理	分區式護理	分區式護理
<b>剖腹產手術護理</b>			
麻醉方式	Combined spinal and epidural anesthesia (CSE)	Combined spinal and epidural anesthesia (CSE)	Spinal Anesthesia (SA)
刷手人員	1 主治醫師、 1 住院醫師、 1 刷手技術員	1 主治醫師、 1 住院醫師、 1 刷手技術員	1 主治醫師、1 住院醫師、1 實習醫師、1 刷手護理師
手術中陪產	配偶或成年直系親屬擇一人	配偶或成年直系親屬擇一人	不可陪產
新生兒護理	由嬰兒室護理師和小兒科醫師共同執行，護佐協助親子肌膚接觸。	另一產房護理師和小兒科醫師共同執行，產房護理師協助親子肌膚接觸。	流動護理師兼新生兒護理，和產科值班醫師共同執行，流動護理師協助親子肌膚接觸。
包布	防水拋棄式	防水拋棄式	非拋棄式
統計出血量	QBL。 1. 統一紗布、棉墊及衛材重量表。 2. 使用電子秤測量紗布重量。 3. 統計抽吸桶出血量。	EBL。 無統計抽吸桶出血量和紗布秤重。	QBL。 1. 紗布秤重。 2. 統計抽吸桶出血量。

剖腹產後即刻護理	1.術後觀察 1.5-2 小時。 2.手術後不需平躺，術後床頭抬高至少 30 度。 3.回病房後可進食 4.嬰兒在產婦身旁的處理台做檢查， 5.恢復室觀察結束後和產婦一起轉送至產後病房。	1.術後觀察 2 小時。 2.手術後不需平躺 3.回病房可進食。 4.新生兒於恢復室由流動護理師續照護一小時後先送至嬰兒室檢查。 5.產婦於恢復室 2 小時後由護送隊轉送至產後病房。	1.術後觀察 2 小時。 2.手術平躺八小時 3.平躺時間結束才可進食。 4.新生兒於手術中由流動護理師護送至嬰兒室交班。 5.產後至原待產室觀察 2 小時後送至產後病房。
產後住院天數	四天三夜	四天三夜	五天四夜
<b>待產護理</b>			
飲食	禁食	清流質飲食	軟質飲食
常用催生方法	1. 陰道塞劑 2. Cook 3. Foley balloon 4. Oxytocin	1. 陰道塞劑 2. Cook 3. Foley balloon 4. Oxytocin	1. Oxytocin 2. 陰道塞劑
破水檢查	顯微鏡鏡檢	顯微鏡鏡檢	羊水試紙
生產工具	第一產程： 花生球、KAYA、 Scrut bar 第二產程： 拋棄式抽吸器	第一產程： 花生球、Scrut bar 第二產程： 拋棄式抽吸器	第一產程： Scrut bar、生產球 第二產程： 產鉗、電動抽吸器
藥物減痛方法	1. 減痛分娩 2. 低劑量笑氣	1. 減痛分娩 2. 低劑量笑氣	減痛分娩
用力時機	子宮頸完全擴張	子宮頸完全擴張	初產婦： 子宮頸完全擴張。 經產婦： 六至七公分以上且 便意感強烈者。
產後住院天數	三天兩夜	三天兩夜	四天三夜
胎兒體外迴轉術	妊娠 37-38 週間由高危險妊娠醫師執行。	妊娠 37-38 週間由高危險妊娠醫師執行。	不執行
<b>產後以家庭為中心照護</b>			
照護模式	親子同室，由同一護理師照護嬰兒及產婦	親子同室，由同一護理師照護嬰兒及產婦	親子同室，產後病房護理師照護產婦，嬰兒室護理師照護嬰兒。
護病比	1:8-10(產婦+嬰兒)	1:6-8(產婦+嬰兒)	1:8(產婦)

國際泌乳顧問			
人數	兩位全職泌乳顧問和數位兼職，每日上班人數為 3 人，每日上班 8 小時。	六位泌乳顧問，每日上班人數一至兩人，每日上班 12 小時。	無
職責	1. 產後第一天家庭予詳細指導哺乳技巧和泌乳資訊 2. 出院前會再次探視評估哺乳狀況及後續相關需要。	協助有需要介入之困難哺乳個案，且每日開立母乳哺餵課程，現場評估產婦哺乳技巧與提供哺乳知識。	無