

科技部補助專題研究計畫成果報告

期末報告

建構「周產期生命末期關懷照護」護理模式之系列研究----建立照護內涵與措施、增進照護者的知能與評價照護模式之成效
(A01)(第3年)

計畫類別：個別型計畫
計畫編號：MOST 104-2629-B-002-002-MY3
執行期間：106年08月01日至108年07月31日
執行單位：國立臺灣大學醫學院護理學系暨研究所

計畫主持人：楊雅玲
共同主持人：胡文郁、李建南
計畫參與人員：學士級-專任助理：施欣君
學士級-專任助理：鄭文婷

報告附件：出席國際學術會議心得報告

中華民國 108 年 10 月 31 日

中文摘要：華人社會對胎兒死亡有諸多禁忌，性別友善醫療環境相關議題對周產期非預期或預期性妊娠喪失家庭生命末期照護需求尚少關注，遑論重視兩性個別需求之介入型相關研究，故進行建構以家庭為中心之「周產期生命末期關懷照護」之教育課程與臨床實務模式之探討，實乃當務之急。

鑒於前驅研究中已洞察與了解，周產期婦女及其配偶面對妊娠喪失/死產之生命經驗歷程及其相關照護需求，本研究設計是延續此一議題，研擬出之系列實證研究，建構周產期「生命末期關懷照護」護理內涵與原則、教育課程與臨床照護模式。第一年調查與發展：以系統性文獻查證、統合分析及德爾菲研究法，配合第一年實證資料，確認周產期家庭「生命末期關懷照護」之護理內涵及原則。以焦點團體及問卷調查，確認臨床人員在認知、行為意向與照護困境之現況與影響因素，建構周產期「生命末期關懷照護」之教育課程及臨床實務雛形模式。第二年設計與測試：分兩階段進行，首先提供護理實務教育課程予周產期照護相關之人員，並以認知及實作評值。第二階段則是提供「生命末期關懷照護」予妊娠喪失/死產之周產期家庭，採雙組縱貫式追蹤設計，測試模式之可行性。第三年實施與評值：分兩部分進行，首先提供經過測試修正後之「生命末期關懷照護」實務模式予妊娠喪失/死產之周產期家庭，採單組縱貫式追蹤設計，比較與評值模式之效益。過程中彙整周產期「生命末期關懷照護」之教育課程與具有實證依據之照護模式，以發展並建立妊娠喪失/死產之周產期家庭「生命末期關懷照護」學習課程、照護指引及種子師資的培育。

期本計畫之成果，提升性別友善之周產期醫療品質及引發相關政策之制定。

中文關鍵詞：妊娠喪失、性別友善醫療環境、周產期生命末期關懷照護、護理教育、護理模式

英文摘要：Chinese culturally bound taboos against talking about perinatal loss related issues. The experience of unexpected or expected pregnancy loss can be devastating and potentially traumatizing for some parents regardless of the type of perinatal loss or the gestational age of the fetus. However, maternal postpartum care still less concerning provide supportive care for bereaved parents related to the gender friendly medical environment aspect. How to solve this clinical dilemma and to establish an appropriate compassionate bereavement support based on gender concerning challenges care-givers in perinatal medicine and education.

The main purpose of this series 3-year study has integrated with quantity and qualitative methods and interventional process to construct the compassionate perinatal end-of-life care model of respecting for parent's gender needs in cultural and folk taboos context and evaluating the effect upon the relief of parental

grief. The first year will use the systemic review, meta-analysis, and Delphi research method to find the nursing components and the principle of end-of-life care for the bereaved parents. Otherwise, to investigate the current situation in Taiwan is another work. According to the finding, to develop the theoretical based educational curriculum for care-givers and practical care model for bereaved parents. The second year will work with two intervening sequences. First project is focusing on providing the adequate educational training for care-givers which including two steps. (1) Design the staff educational program and the teaching materials for providing compassionate perinatal end-of-life care. (2) Evaluate the outcome of the staff educational program. Second project is developing a pilot study to evaluate the outcome of our initially tentative intervening compassionate perinatal end-of-life care model with four times follow-up measuring. The third year will construct and evaluate the outcome of interventions with our established compassionate perinatal end-of-life care model, otherwise to hold up the workshop to modify and confirm the model, and spread it to other institutes for general public. We anticipate these results will be benefit to construct the clinical educational programme for care-givers and practice care model for bereaved parents. Eventually, to promote the quality of care and to encourage the related health policy making in both gender friendly medical environment.

英文關鍵詞：Perinatal loss, Gender friendly medical environment, Compassionate perinatal end-of-life care, Educational programme, Nursing care model

科技部補助專題研究計畫成果報告

(期中進度報告/期末報告)

(計畫名稱)

計畫類別：個別型計畫 整合型計畫

計畫編號：MOST 104-2629-B-002-MY3

執行期間：104年8月1日至108年7月31日

執行機構及系所：台灣大學護理學系

計畫主持人：楊雅玲

共同主持人：胡文郁、陳馥萱、李建南

計畫參與人員：施景中、陳倩儀、曾紀瑩、鄭逸如、林玉華
、李開敏

本計畫除繳交成果報告外，另含下列出國報告，共三份：

執行國際合作與移地研究心得報告

出席國際學術會議心得報告

出國參訪及考察心得報告

中 華 民 國 108 年 10 月 31 日

目 錄

項目	頁碼
封面	
目錄	
壹、中文摘要	(1)
貳、英文摘要	(2)
參、計畫內容	
一、主旨與背景分析.....	(3 - 10)
二、計畫整體推動研究目的.....	(11 - 12)
三、參考文獻.....	(12 - 15)
四、第一年研究成果	(16 -19)
五、第二年研究成果.....	(20 -24)
六、第三年研究成果.....	(25 - 27)

共 (29) 頁

(一) 計畫中文摘要。(五百字以內)

華人社會對胎兒死亡有諸多禁忌，性別友善醫療環境相關議題對周產期非預期或預期性妊娠喪失家庭生命末期照護需求尚少關注，遑論重視兩性個別需求之介入型相關研究，故進行建構以家庭為中心之「周產期生命末期關懷照護」之教育課程與臨床實務模式之探討，實乃當務之急。

鑒於前驅研究中已洞察與了解，周產期婦女及其配偶面對妊娠喪失/死產之生命經驗歷程及其相關照護需求，本研究設計是延續此一議題，研擬出之系列實證研究，建構周產期「生命末期關懷照護」護理內涵與原則、教育課程與臨床照護模式。**第一年調查與發展：**以系統性文獻查證、統合分析及德爾菲研究法，配合第一年實證資料，確認周產期家庭「生命末期關懷照護」之護理內涵及原則。以焦點團體及問卷調查，確認臨床人員在認知、行為意向與照護困境之現況與影響因素，建構周產期「生命末期關懷照護」之教育課程及臨床實務雛形模式。**第二年設計與測試：**分兩階段進行，首先提供護理實務教育課程予周產期照護相關之人員，並以認知及實作評值。第二階段則是提供「生命末期關懷照護」予妊娠喪失/死產之周產期家庭，採雙組縱貫式追蹤設計，測試模式之可行性。**第三年實施與評值：**分兩部分進行，首先提供經過測試修正後之「生命末期關懷照護」實務模式予妊娠喪失/死產之周產期家庭，採單組縱貫式追蹤設計，比較與評值模式之效益。過程中彙整周產期「生命末期關懷照護」之教育課程與具有實證依據之照護模式，以發展並建立妊娠喪失/死產之周產期家庭「生命末期關懷照護」學習課程、照護指引及種子師資的培育。

期本計畫之成果，提升性別友善之周產期醫療品質及引發相關政策之制定。

關鍵字:妊娠喪失、性別友善醫療環境、周產期生命末期關懷照護、護理教育、
護理模式

(二) 計畫英文摘要。

Abstract (keywords)

Chinese culturally bound taboos against talking about perinatal loss related issues. The experience of unexpected or expected pregnancy loss can be devastating and potentially traumatizing for some parents regardless of the type of perinatal loss or the gestational age of the fetus. However, maternal postpartum care still less concerning provide supportive care for bereaved parents related to the gender friendly medical environment aspect. How to solve this clinical dilemma and to establish an appropriate compassionate bereavement support based on gender concerning challenges care-givers in perinatal medicine and education.

The main purpose of this series 3-year study has integrated with quantity and qualitative methods and interventional process to construct the compassionate perinatal end-of-life care model of respecting for parent's gender needs in cultural and folk taboos context and evaluating the effect upon the relief of parental grief. **The first year** will used the systemic review, meta-analysis, and Delphi research method to find the nursing components and the principle of end-of-life care for the bereaved parents. Otherwise, to investigate the current situation in Taiwan is another work. According to the finding, to develop the theoretical based educational curriculum for care-givers and practical care model for bereaved parents. **The second year** will work with two intervening sequences. First project is focusing on providing the adequate educational training for care-givers which including two steps. (1) Design the staff educational program and the teaching materials for providing compassionate perinatal end-of-life care. (2) Evaluate the outcome of the staff educational program. Second project is developing a pilot study to evaluate the outcome of our initially tentative intervening compassionate perinatal end-of-life care model with four times follow-up measuring. **The third year** will construct and evaluate the outcome of interventions with our established compassionate perinatal end-of-life care model, otherwise to hold up the workshop to modify and confirm the model, and spread it to other institutes for general public.

We anticipate these results will be benefit to construct the clinical educational programme for care-givers and practice care model for bereaved parents. Eventually, to promote the quality of care and to encourage the related health policy making in both gender friendly medical environment.

Key Words: Perinatal loss, Gender friendly medical environment, Compassionate perinatal end-of-life care, Educational programme, Nursing care model

背景

面臨知識及技能的日新月異，醫療人員所服務的對象有個人、家庭及社區，護理及其他醫療人員將面對著社會結構與健康疾病議題的改變，強調團隊合作並提供一具有科學性之整體性照護，來滿足國人的健康照顧需求。因此，基於對人類生命的尊重，醫療人員除了需提供病患者高科技 (high tech.) 的醫療照顧外，亦應提供持續性、適切性與完整性之高人性化 (high touch) 的醫療照顧。反觀現行之周產期醫療照顧，對於周產期非預期妊娠喪失或因畸胎、基因/染色體異常或先天缺陷胎兒預期的流/引產之生命末期關懷照護卻仍未受到關注。因此以安寧緩和醫療照顧的觀點，省思胎兒的生命權益、娩出的死胎處置、或是周產期婦女(母親)及配偶(父親)家人面對胎兒的死亡的哀傷關懷之系統性探討尚為不足。臨床上常見周產期婦女為人母者常未能平等地參與醫療與死胎的處理決策過程，而醫療環境與照護處置又常未將為人父者的哀傷需求納入考量，加上民俗文化及國家政策對妊娠喪失(perinatal loss)或胎兒死亡(still birth)的周產期家庭哀傷照護需求的忽略(陳、王，2011)，以致目前醫療照顧的情境與環境對胎兒、周產期婦女及其配偶家人是一缺乏性別考量且不夠友善的情境。

衛生福利部之統計資料顯示，2012年全年總死產率雖僅占總生產率的1.04%，但其中有80.7%的死產胎兒是無先天性缺陷，81.7%產婦是採陰道分娩方式引產而出(國民健康局，2012)。文獻指出婦女自準備懷孕時在心理上即開始作為人母之準備，尤其在有胎動覺知後，會更積極的與胎兒連成一體；因此妊娠喪失/胎兒死亡的父母親哀傷，不僅是對胎兒的死亡還包括他們自我的一部分，以及這個小孩未來有關的夢想及希望的喪失(曾、許、郭，2001)。尤其當胎兒的死亡是非預期的，再加上經歷引產催生與一般生產同樣的產痛歷程，但結果卻是失去共同的努力目標—健康的寶寶，對於周產期婦女的衝擊及哀慟更是深遠 (Kendall & Guo, 2008)。周產期婦女經歷妊娠喪失/死產會產生身體及心理社會的悲痛反應(Toffol, Koponen, Partonen, 2013)。研究亦指出妊娠喪失/胎兒死亡婦女面對喪失所引發的哀傷反應與其他喪親是相同的(Adolfsson & Larsson, 2010; Kersting & Wanger, 2012)，但妊娠喪失/胎兒死亡另具有獨特的特性，是對所愛的喪失對象沒有實體明確的記憶，憑藉的影像通常是周產期婦女的心理表徵及夢想(Brier, 2008)。在初期最常見的心理反應有哀傷、不安、罪惡感或身體相關症狀(睡眠及食慾的改變)。在心理上當婦女因死產事件而覺知親職能力崩解 (Callister, 2006; Turton et al., 2009)，而感到焦慮 (Callister, 2006)、憂鬱 (Stanton et al., 2006)、罪惡。台灣地區婦女因受到文化的影響，而將傳宗接代視為人妻及人媳的角色功能及自我的一部分，因此一旦面對妊娠喪失或死產的經驗意義包含失去控制感、夢想破滅、自我的崩解及自我責難 (Hsu et al., 2004)。亦有研究指出婦女會因此失敗的妊娠經驗而否定自我價值及能力，對自己的生育能力缺乏自信，死產經驗也常影響下一次懷孕的依附關係建立 (Callister, 2006)，此夢魘須等到下一胎健康無恙的出生，才能真正渡過 (曾等，2001)。

憂鬱與焦慮是妊娠喪失/死胎婦女哀傷反應中最常見的反應。正常哀傷反應是無併發症的哀傷，其特點是婦女由震驚休克和不相信，繼之有感覺悲哀、罪惡、丟臉、無助及無望感，並可能伴隨著身體的相關症狀，這些症狀感受隨著時間過去會逐漸減退 (Shear et al., 2011);但部分婦女的哀傷症狀感受會持續超過六個月以上，而產生有「併發症的哀傷反應」(Germain et al., 2005; Monk et al., 2006)，亦即婦女產生憂鬱的反應可能導致精神方面併發症，如創傷後症候群 (PTSD)、焦慮混亂、重度憂鬱(MDD) (Bonano & Kaltman, 2001)及自殺行為(Szanto et al., 2006)。因此強烈的憂鬱症狀持續六個月就應就醫治療(Badenhorst & Hughes, 2007)。此外，年輕的婦女面對妊娠喪失，可能是流產或是治療性引產，終其生命都比分娩活產的婦女，有酒精和藥物成癮及情緒障礙的高風險 (Dingle et al., 2008)。婦女對於妊娠喪失的反應與期妊娠周數有關(曾等, 2001)。影響哀傷症狀的強度或持續時間，與婦女所接受到的社會支持 (Badenhorst & Hughes, 2007)，包含其配偶與家庭成員等。另外，宗教、民俗文化及禁忌(Kendall & Guo, 2008; Hsu et al., 2004)和關懷照護(曾等, 2001)亦是影響妊娠期婦女哀傷歷程的重要影響因素。以下分別於以探討之：

生育子女是一個家庭發展之正常事件，因此妊娠喪失或死胎致使所有原本充滿期待的家人都失去原有的喜悅，因此周產期家庭與其成員都應該是需要被關注的對象，尤其是胎兒的父親 (Beutel, Willner, Deckardt, Von Rad, & Weiner, 1996; O'Leary & Thorwick, 2006)。文化及個體社會化的影響會產生不同的性別期望，使哀傷反應有性別差異 (Avelin, Rådestad, Säflund, Wredling, & Erlandsson, 2013; Barr, 2004; Callister, 2006) 及其調適恢復所需的時間也未必相同 (Avelin et al., 2013; Lang et al., 2011)。我國傳統上更認為男性是陽剛的，具勇敢、果決、主動、獨立等特質 (李、鍾, 1996)，故男性通常不太談論他的悲傷，且傾向於壓抑自己的感情 (林, 2005)。因而周產期夫婦在哀慟之際，雖然身體上仍相伴支持，但他們的心靈深處常是互為緊閉 (曾等, 2001)；為減輕妊娠喪失婦女的哀傷，配偶及家人通常不願意主動談論 (曾等, 2001)，認為採取避而不談的態度是最佳哀傷適應方式 (曾、陳、許、王, 2010)。Beutel 等人 (1996) 以一年期的長期追蹤研究 45 對德國夫妻於喪失胎兒後的哀傷反應，在事件發生初期、6 個月、12 個月各以量表測量夫妻的哀傷程度，發現在上述三個時間點上，男性的哀傷程度都明顯比配偶低，且在 6 個月後，男性的哀傷反應即明顯下降。在胎兒死亡時，他們較關心的是配偶的狀況，因此 Beutel 等人認為其哀傷反應會與妻子的焦慮及激動程度有關。因此周產期夫婦的良好伴侶關係是促進他們支持彼此及緩解哀傷的重要因素之一 (Lang et al., 2011; Samuelsson et al., 2001)。周產期婦女的配偶都願意承擔支持其配偶面對妊娠喪失的角色，但他們仍希望照護者不只是期待他們支持妻子，也要能感知他們的悲傷並理解他們有被支持的需要 (O'Leary & Thorwick, 2006)。現今周產期照護雖然強調是以家庭為中心之照護，但面對高危險妊娠或妊娠期醫療處置還是多集中關注焦點在周產期婦女與胎兒身上，其配偶常自覺是被排除在事件之外的 (Cacciatore, Erlandsson, &

Rådestad, 2013; Lang et al., 2011; O'Leary & Thorwick, 2006)，因此周產期婦女的配偶常被認為是「被遺忘的哀悼者 (forgotten mourners)」(Samuelsson, Rådestad, & Segesten, 2001)。此外，現行的周產期醫療照護環境對於周產期婦女之配偶並不友善，提供的照護亦不周全。有研究以現象學研究法深度訪談 10 位遭遇周產期死亡的美國父親，發現這些父親覺得被忽視，自覺是未被認可 (recognition) 的；內心的苦無法傾訴、且不能哭，所以他們的感受非常需要被認可，但即使身心耗竭，世界並未改變，因此他們還是必須打起精神，將自己積極投入工作，以忙碌於工作分散注意力並使生活回到正軌 (O'Leary & Thorwick, 2006)。部分文獻建議需要男性健康照護人員與這些父親深談，但在台灣現有的醫療制度下，男性護理人員被認為較不適合在產科單位，因此男性的醫療人員對於妊娠喪失婦女配偶輔導與諮商的角色以及必要性，皆需再深入確認(蘇、陳，2013)，但無論如何，不管何種性別的健康照護人員都應理解男性在此類事件的觀點，使整個照護環境不會因為孕母的主角定位而忽略了父親的需求。

文化信念及死亡禁忌影響著個人看待死亡的態度(盧等，2008; McCreight, 2005)，現今在許多的東西方文化社會中，仍將流產、死產及新生兒死亡等周產期死亡排除在喪親事件外 (Lang et al., 2011; O'Leary & Thorwick, 2006)，致使喪失胎兒的父母甚至產生被剝奪的哀傷 (disenfranchised grief; Lang et al., 2011)。周產期妊娠喪失和死胎均觸及許多在華人社會對死亡相關態度，而此態度又源於孔孟思想及道家價值觀有關。在台灣即使是受過良好教育的婦女，面對妊娠喪失有時會因感受到婆婆或鄰居的指控或猜疑，認為胎兒的「夭死」是自己所造成的，因而自覺羞愧 (Hsu et al., 2004)。周產期死亡事件在我國的社會裡亦是一種禁忌 (曾等，2001; Hsu et al., 2002)，臨床上觀察到有：部分的周產期家庭認為「早夭」的小孩，是與父母無緣所以父母不要也不須感到哀傷，如此「夭死」的胎兒才不會留戀父母，而能早日獲得投胎轉世。因此在民間習俗上也不鼓勵周產期夫婦觀看他們娩出的死胎或進行任何儀式來與這個死胎存在或彼此間關係的確認 (Hsu et al., 2004)。另外，中國及台灣傳統的死亡禁忌中，也不鼓勵哀慟的周產期婦女及其家人談論與死胎相關話題，以避免未來有不幸的運氣，並以此促進哀傷的調適過程(Hsu et al., 2004)。所以台灣地區許多的妊娠喪失婦女，是以沉默無聲的哀傷方式(Campbell, 2001)來標註自己的深沉的喪失與罪惡感受。因而妊娠喪失/胎兒死亡的周產期婦女及其家人常有被孤立即被遺棄的感覺(徐、蘇、陳、黃，2007)，若家庭成員間亦無法互相支持及了解，更可能造成婚姻或家庭關係的崩解(陳、王，2011)。

周產期妊娠喪失(perinatal loss)或胎兒死亡(still birth)是一個生與死同時發生的事件(Lynch, 2010)，因此被認為是一種創傷，近 30 年來才開始受到重視(陳、李，1998; Capitulo, 2005)，但國內外文獻的焦點多放在失去胎兒的婦女，但護理人員面對周產期死亡的感受卻甚少受到重視(Chan & Arthur, 2009; Gardner, 1999; McCreight, 2005; Modiba, 2008)，護理人員被期待有能力照護遭遇周產期死亡事件的婦女與家庭(Roehrs, Masterson, Alles, Witt, & Rutt, 2008)，多數胎兒父

母也認為專業人員的支持是必要的。過去曾有研究針對死產婦女經歷護理關懷照護的經驗，其結果涵蓋了真心瞭解、與我同在、提供自己、掌控情況、預先告知、提供選擇與分享經驗等七個主題，此結果呈現出經歷死產的婦女在接觸護理人員期間，感受到被瞭解、有人與自己同在，她會隨時掌握自己的情況，有彈性地讓自己做選擇，還會預先告知相關資訊、分享經驗，個案察覺到這樣的人際互動可以提高耐受力 and 降低壓力，對自己哀傷調適很有助益(曾等, 2001)。反之，另有一半以上的死產婦女對其所得到的支持感到不滿意，他們覺得照顧者對此失落的感受與她們差異甚大(Geller, Psaros, & Kornfield, 2010)。

臨床實務中也曾聽聞護理人員反應其照護妊娠喪失、流產或胎兒死亡的困難與壓力，國內相關文獻查證後也發現我國對此議題關注甚少，而國外研究也明言這類喪親事件對於醫療照護人員確是壓力(Gold et al., 2008; McCreight, 2005; Modiba, 2008; Reynolds, 2006; Roehrs et al., 2008)，甚至可能使一些醫療人員離開產科工作環境 (Mander, 2009)，以避免情緒的負荷。郭 (2004) 有關護理人員對協助人工流產的倫理衝突探討中，執行與協助人工流產的醫護人員何嘗不是操控了另一個新生命個體的存廢，這與健康專業尊重生命、維護生命的原則主張相違背；因此護理人員面對人工流產所經驗的倫理衝突有五個主題：尊重婦女決定要人工流產與自己理念的衝突、缺乏機會協助婦女瞭解人工流產和作選擇、對不尊重胎而屍體感到難過、沒有機會選擇不參與人工流產的程序及自我準備不足處理人工流產的倫理衝突。雖然因胎兒畸形或基因/染色體異常進行符合優生保健人工流產或引產，似乎比一般人工流產所持的理由更正當。但護理人員自事件所產生的內生感受及外在壓力等所受的衝擊，包括在無心理準備下看見引產胎兒的破碎樣貌(盧、張、白、蔡, 2008)、看見非預期下出生的嬰兒瀕死的過程，護理人員易出現不忍與不捨的痛苦，在此過程中調適不佳者可能會因此種未解決的哀傷轉為複雜性哀傷(Modiba, 2008)，因而損及其心理及情緒的健康，若照護者本身心理不健康，則其照護意願及照護品質也會受到負向影響(Rickerson et al., 2005)。

自我準備不足以處理妊娠喪失的周產期家庭，是造成護理人員的工作壓力之主因之一。許多護理人員坦承不知該如何因應或支持遭遇周產期死亡婦女的哀傷(陳、張、李、許、古, 2012; McCreight, 2005)，故更可能將自己置身於事件之外，努力與此自然生成的哀傷感保持距離 (Reynolds, 2006)。盧等人(2008)為瞭解護理人員面對死亡的心理衝擊與因應方式，以我國北部某醫學中心 15 位護理人員所進行的質性研究發現，當護理人員面對死亡衝擊時，常以重新對生命意義詮釋、努力做好當下的照護工作、尋求支持、以宗教儀式或象徵物提供精神力量等方式因應，但這些護理人員所談的對象通常是成人或是末期病患，感受可能與周產期死亡事件的感受不同。McCreight (2005)訪談數家醫院婦產科病房之 14 位護理人員，發現她們為因應周產期死亡的哀傷情緒，會限制自己投入的程度以避免情緒負荷。許多護理人員自覺在死亡事件的照護能力有限，且害怕會將婦女的情緒打亂，他們常會以「讓她休息」為由，而在該情境中撤離

(Mander, 2009)。Roehrs 等人(2008)以質性研究方式探討八位護理人員在周產期死亡事件的感受，發現其本身感受到的自在程度(degrees of comfort)對提供照護很重要。有照護經驗或本身有喪親及周產期死亡經驗及有宗教信仰的護理人員，在照護遭遇周產期死亡事件的婦女時的自在程度較高。

文化信念及死亡禁忌影響著個體看待死亡的態度(盧等，2008；McCreight, 2005)，國外的研究結果可能無法全部適用於我國，因此除了在深入了解護理人員面對這些情境的感受與如何調適外，再依據台灣地區已發展之安寧療護的理念所提出的內涵與建議才能真正協助護理人員充能，並做為未來發展本土化「周產期生命末期關懷照護」護理的內涵與原則以強化護理人員照護能力之參考。

生命末期照顧 (end-of-life care) 強調以病人為中心，追求倫理且適切的醫療照顧，目前先進國家已認定末期照顧的知能與態度之訓練，為二十一世紀每位醫療專業人員所必備，故皆致力將其列入醫學教育及繼續教育之課程，英美各國也撥出龐大的醫療經費協助生命末期照護之護理課程發展與推廣，也因此生命末期緩和醫學(palliative medicine)在英美發展成次專科醫學，英美加更是以國家級組織及力量推動臨床實務訓練及醫學教育課程。安寧緩和醫療係以「關懷 (Caring)」為導向的專業，由於末期病人承受整體性痛苦 (total suffering)，需要整體性照顧 (total care)，因此，配合護理教育的核心能力及醫護人員需具備多面向與多層次的末期醫護專業知識與技能，以展現以「末期病人為中心與家庭為單位」之跨專業醫療團隊且符合末期倫理素養之生命末期臨床核心能力 (圖一)。國內之安寧療護相關研究已提出，國內健康醫療體系中隨時均有可能會遭遇或面對下列六個常見的生命末期照護議題，即全人評估、舒適護理、末期病情溝通，末期倫理、家庭會議與團隊會議。此些議題亦與妊娠喪失/死產之周產期家庭的照護需求相符合。



圖2 生命末期照護之臨床核心能力

此外，生命末期醫療具有整體性、持續性與多重專業團隊照護的特性，每一健康專科在照顧末期病人與家屬有其獨特的貢獻，健康團隊成員必須瞭解團隊各專業的角色功能及團隊合作互動模式；加上強調全人(身心靈)、全家及全社區的照護，唯有多科際間的團隊合作，方能各司所長地滿足病人多樣且複雜的健康照護需求，達到整體性的照護目標。另外，跨領域團隊溝通是未來的趨勢，非常需要跨團隊的溝通與合作，醫療專業人員應培養具備跨領域團隊工作(work in interdisciplinary team)的能力，以良好溝通後、合作與分工態度，整合團隊間之醫療照護行為，才能確保末期照護的持續性及可信賴性，並且減少末期照護資源的重覆及浪費。周產期安寧照護的團隊成員包括位於中心的受難家庭，以及受過良好訓練的產科及兒科醫師、助產士及護理人員、社工人員、牧師等神職人員、遺傳諮詢人員等(Collier, 2011; Hoeldtke & Calhoun, 2001)，必要時甚至

需延伸至社區照護人員繼續給予關懷或追蹤 (Engelder, Davies, Zeilinger, Rutledge, 2012)，在照護過程中，具備照護熱情的照護人員各司其職並充分合作 (Collier, 2011; Hoeldtke & Calhoun, 2001; Engelder et al. 2012)，藉由正式的跨團隊會議及非正式的資訊交流 (Hoeldtke & Calhoun, 2001)，依婦女與家庭的個別狀況或期望 (Hoeldtke & Calhoun, 2001, Engelder et al. 2012)，提出個別性的照護計劃。

過去台灣本土有關周產期生命末期關懷的研究，多數仍著重於探討周產期婦女或其家庭的生命經驗，較少有研究進行介入性研究設計；而臨床實務上應用本土之生命末期照護理念於周產期生命末期的關懷照護仍闕如，但臨床上卻有其需求性與必要性。美國於1999年開始周產期緩和照護 (perinatal palliative care) 的概念 (Collier, 2011)，至2006年，已有90所醫院提供周產期安寧照護給繼續懷孕的婦女與家庭 (Calhoun & Reisman, 1997)，Kavanaugh (2001) 提到多數美國醫院作法：傷慟關懷專屬推車、提供家屬文件夾、設置紀念碑、紀念花園、小型墓園，可以讓家屬及親友去懷念與榮耀他們的嬰孩，成立父母支持團體及跨領域傷慟關懷服務委員會等。陳、余 (2012) 針對周產期夫婦因胎兒異常而選擇中止妊娠之綜論中，提出周產期安寧照護應早在胎兒診斷確立時立即啟動 (Engelder et al. 2012)，其內容包括精確的周產期診斷、更新對周產期哀傷的理解 (Hoeldtke & Calhoun, 2001)，照護的目的是在初步的醫療確定後協助父母提出生產及照護計畫 (Engelder et al. 2012; Lathrop & VandeVusse, 2011)，使胎兒能在他短暫的生命過程中獲得舒適，並讓家庭在懷孕結束前、中、後能得到持續的支持及周產期哀傷處置 (Collier, 2011)，使能對這些不幸的狀況多些掌控感 (Hoeldtke & Calhoun, 2001)。目前台灣僅少數醫院有較人性化的處置：李 (2002) 推行「傷慟關懷服務」，制訂『傷慟關懷服務手冊』，服務方式是將嬰孩腳印蓋在慰問卡上，註明身長、體重、週數，並製作嬰孩腳印石膏模型，剪取胎兒頭髮一束以紫色膠帶紮好，用包布將嬰孩包好後照相，將嬰孩紀念物裝在紫色盒內，於出院前送給父母，並於產後第一個月及第三個月訪視諮詢，瞭解他們的感受，而父母們對於腳印模型接受度很高，且很感激院方有此貼心的設計。此研究雖有提出創新的照護措，但卻缺乏全團隊及持續照護的安寧療護的基本主張。陳等 (2012) 專案研究也提出應有特定性死產產婦產後關懷照護流程、並為死產產婦安排合宜病室、結合院牧部提供宗教的關懷與諮商服務、制訂死產產婦產後關懷手冊及慰問卡、並規劃個案討論會來進行護理人員的在職訓練。此專案對於周產期生命末期照護的護理模式提出流程與照護的病室的建議，但此專案的成效評值因樣本數少且無後續之追蹤照護與評值，無法以實證之效益評值。

另外，照護空間的安排確實是友善醫療的一項重點，傳統的醫療空間與處置流程多是以醫療人員的立場出發，依其方便性、使用習慣等進行設計，而未考量就醫者的便利性、舒適性與隱私性，往往造成了就醫者的不舒服感 (何，2012)。尤其是妊娠喪失/死胎的周產期家庭而言，當其失去擁有妊娠的最終目標—健康新生兒，卻仍需要處於及面對其他周產期家庭對於新生命誕生的喜悅與慶賀的環境，此對妊娠喪失/死胎的周產期家庭不諱是二度傷害，因此這些家

庭通常是選擇即早出院，以迴避方式來防堵死產的產婦及其配偶持續沉浸在傷痛環境與話題。部分醫院已針對就醫環境、醫療流程做改善，並且推行婦女親善病房等，但缺乏從性別觀點的角度去檢視是否符合女性的需求，有時矯枉過正，反而忽略男性的需求而使其權益受損(何，2012)。因此配合現行的醫療環境與空間安排，並同時考量妊娠喪失/死胎周產期婦女及其配偶家庭成員需求的醫療空間與照護流程，亦是本研究予以探討澄清的重點項目。

綜合以上文獻，可以得知「死產」在民間是一個禁忌，在國外針對喪親的父母有完善的支持系統，不論在醫院或社區均有很好的制度，為嬰孩命名、視為家中一份子等，這和國人將死產的嬰孩視為「不詳」，不報戶口不領回遺體等處理，是截然不同的社會風俗與適應行為。因此，未來期能透過周產期家庭的生命末期關懷照護的在職教育，使周產期相關照護單位的護理人員能具備生命末期關懷照護的知能，使其在有所準備下提供相關的照護行為與關懷。同時在臨床周產期照護院所中，規劃死產產婦跨領域專業小組關懷諮詢服務或支持團體，共同為經歷死產的父母及其家庭服務。並期能以更完善的醫療照護內涵與原則來切合妊娠喪失死胎之周產期產婦與期家庭的需求，進而增進目前周產期照護中仍需要被關懷的弱勢族群，能在友善的醫療照護體制與環境中受到關懷與協助。

研究概念架構

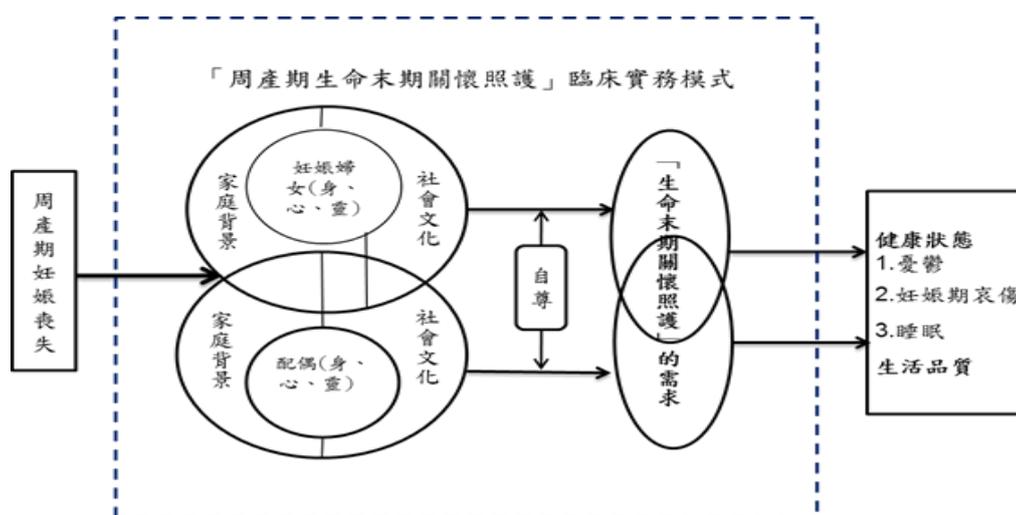
醫護人員是提供妊娠喪失父母舒適與支持、協助與其逝去子女道別、並指導父母對哀傷的調適方式的第一線照護者。但統整上述相關的文獻過程發現，到底那些照護活動或訊息對於妊娠喪失的父母是有效益或是傷害的，至今仍無定論(Gold, 2007)。過去一年研究者致力於探討與了解妊娠喪失父母的經驗歷程，亦有相同的發現，有的個案能感受到醫護人員的支持性關懷；反之，有的個案會覺得支持性關懷會形成他們情緒上的壓力，因為醫護人員的關心無法切中他們的需要。在訪談的過程中，研究者發現造成關懷照護成效不彰的主要因素，是妊娠喪失/死胎是一個結果，但是其發生的致因及父母面對喪失的調適歷程亦各有不同。總結而言，妊娠喪失的原因大致可分為兩種：一為可預期性喪失，如胎兒有畸形或基因異常等，這類型的周產期父母個案須面對終止或繼續妊娠的抉擇；或決定終止妊娠後，如何與早逝的胎兒道別並找出避免重蹈覆轍的致因。另一類則為非預期的妊娠喪失，如早期破水安胎失敗或胎死腹中，這類型的周產期父母個案對於喪失的情緒反應激烈，需要較多的傾聽陪伴與支持。但過去在護理相關的教育對於這類的訓練或是本土性實證資料較少，因此周產期相關醫護人員面對死亡的議題，會受限於自身的經驗，在照護這類的個案時自己亦覺得不自在，甚至有逃避接觸個案或迴避議題的行為。此外，在探討生死的議題，常會涉及個案的背景文化與其靈性需求。

周產期父母個案須面對終止或繼續妊娠的抉擇，周產期醫護人員應如何適當地協助個案夫婦負起責任地做出最後的決定，確實是需要技巧與經驗。尊重病人的「自主權」是生命末期照護的核心價值之一。其中自主原則乃是有決定能力之

個人有權決定自身的醫療而不受他人(包括家屬或醫師)的強制 (Emanuel, et al., 2000)。故醫療人員應應用自主、施益及不傷害等醫療倫理原則，協助個案夫婦能依臨床診斷與家庭脈絡背景來確認自我的期望與價值，以求得科學與人文情境脈絡間的平衡(Latimer & Lesage, 2005)。

護理強調「全人關懷」照護，是指人是生理、心理、社會及靈性的整體，重視人性的永恆價值，以愛與關懷為基礎(Watson & Smith, 2002)。靈性照顧的精神在於：能夠在花時間照顧工作中也陪伴病人，做病人的朋友，以尊重的態度包容並接受病人的無知與差異性；過程中，並沒有什麼「對的方式」的標準流程，而是要願意去分享「病人以他們的觀點」看他們自己的生命(Ronaldson, 2000)。「靈性關懷」照護可以口語解釋為：如何協助病人態度價值的轉念，進而緩解病人心靈的困擾。也就是改變個人以往價值的優先性，放下引起困擾的執著，讓病人達到內心平和的境地(杜，2004)。南丁格爾認為靈性是每個人本身即有的內在，是疾病復原時深入與潛在的重要資源(Macrae, 1995)。護理人員從事病患靈性照顧之目的，乃藉由病患照顧中，瞭解病人的不安，參與其對「生命的意義與目的、希望的感覺、及對自己與超能力的信念」之探討，瞭解自己的傷害並探索原因，達到另一個完整及平衡。因此，持續性的醫療照護、心理與社會性的支持亦是相當重要。

綜合臨床經驗、研究與文獻查證結果針對周產期妊娠喪失/死產父母的哀傷及其調適，提出生理行為模式(Biobehavioral Model)以探討並藉由「周產期生命末期關懷照護」模式的介入，降低哀傷父母自尊的降低和提升他們的健康狀態與生活品質的效益。並針對研究目的及變項後，加以整合出本系列性研究之概念架構(參見圖二)。



圖二、概念架構
研究計畫總目的一建構本土性「周產期生命末期關懷照護」模式

第一階段研究目的（第一年計畫）-確認周產期生命末期關懷照護內涵與相關措施

1. 調查與分析台灣地區臨床周產期照護體系對周產期妊娠喪失/死產之婦女(母親)及配偶(父親)家人提供生命末期關懷照護相關醫護介入處置的現況。
2. 了解台灣地區臨床周產期相關照護單位護理人員對周產期妊娠喪失/死產之婦女(母親)及配偶(父親)家人提供生命末期關懷照護護理過程中，所經驗到的照護困境與衝擊。
3. 制訂台灣地區周產期生命末期關懷照護的護理內涵及原則。
4. 確認台灣地區臨床醫護人員對提供周產期妊娠喪失/死產之婦女(母親)及配偶(父親)家人所需之生命末期關懷照護的內涵認知程度與行為意向。
5. 確認周產期妊娠喪失/死產之婦女與其家庭所需之「生命末期關懷照護」處置方案之內容、工作項目與實施程序。
6. 建立妊娠喪失/死產之「生命末期關懷照護」護理模式雛型。

第二階段研究目的（第二年計畫）-增進周產期醫療照護人員對生命末期關懷照護之知識與技能

1. 建立妊娠喪失/死產之「周產期生命末期關懷照護」之教育內容及教材。
2. 建立妊娠喪失/死產之「周產期生命末期關懷照護」護理教育課程中，所需使用之學習成效評量指標與測量表。
3. 分析與評值臨床周產期相關照護單位護理人員接受妊娠喪失/死產之「周產期生命末期關懷照護」護理在職教育，對其認知及行為意向的影響。
4. 進行前驅研究以檢視第一年研究所形成之「周產期生命末期關懷照護」護理模式，實施於妊娠喪失/死產之周產期父母之可行性及其干擾因素。
5. 分析與評值臨床周產期相關照護單位護理人員接受妊娠喪失/死產之「周產期生命末期關懷照護」護理在職教育後，在參與前驅研究中對提供周產期妊娠喪失/死產之婦女(母親)及配偶(父親)家人生命末期關懷照護護理過程中，所經驗到的照護滿意程度與意義。

第三階段研究目的（第三年計畫）--評值妊娠喪失/死產「周產期生命末期關懷照護」護理模式之效益

1. 修訂並完成妊娠喪失/死產之「周產期生命末期關懷照護」護理模式之照護措施與標準實施流程。

- 2.分析與比較妊娠喪失/死產之周產期家庭接受「生命末期關懷照護」其照護滿意度。
- 3.確認與分析妊娠喪失/死產之周產期家庭「生命末期關懷照護」護理模式之效益。
- 4.建立妊娠喪失/死產之周產期家庭「生命末期關懷照護」護理繼續學習課程。
- 5.培育周產期家庭「生命末期關懷照護」之護理人員種子師資。
- 6.確立妊娠喪失/死產之周產期家庭「生命末期關懷照護」護理模式。

參考文獻

- 何曼筠 (2012)·應用服務體驗工程建立醫療院所性別友善環境·碩士學位論文。
- 李美枝、鍾秋玉(1996)·性別與性別角色析論·本土心理學研究,6,260— 299。
- 李從業 (2002)·傷慟關懷服務於產科護理的運用·護理雜誌,49(1),28-33。
- 林綺雲 (2005)·社會文化與悲傷反應·生死學研究,2,107 — 127。
- 陳映燁、李明濱 (1998)·婦女流產或死胎之心身醫學觀·台灣醫學,2(2),204-207。
- 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),36-47。
- 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。
- 陳馥萱、胡文郁 (2013)·周產期死亡事件對護理人員的衝擊及其因應·護理雜誌,60(1),1-5。
- 徐金梅、蘇燦煮、陳月枝、黃建榮 (2007)·胎兒染色體異常的婦女於第二孕期接受終止妊娠之生活經驗·護理雜誌,54(6):22-30。
- 曾英芬、許敏桃、郭玲莉 (2001)·關懷照護的現象學研究—從經歷死產之台灣婦女經驗談起·護理研究,9(3),223-232。
- 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·護理暨健康照護研究,6(1),24-32。
- 郭素珍 (2004)·護理人員協助人工流產的倫理衝突·應用倫理研究通訊,31,7-14。
- 盧璧珍、張靜安、白玉珠、蔡欣玲(2008)·臨床護理人員面對死亡事件的心理反應與處理方式之探討·榮總護理,25(3),268-275。
- 國民健康局 (2012)·出生通報年報統計表·2013年11月20日取自 <http://www.bhp.doh.gov.tw/download/themeParkId=542/990622/1.1a.pdf>

- Adolfsson A, Larsson PG. (2010). When pregnancy fails: Coping strategies, support networks and experiences with health care of ethnic women and their partners. *Journal of Reproductive & Infant Psychology*, 23(1), 3-18.
- Avelin, P., Rådestad, I., Säflund, K., Wredling, R., & Erlandsson, K. (2013). Parental grief and relationships after the loss of a stillborn baby. *Midwifery*, 29(6), 668–673. doi:10.1016/j.midw.2012.06.007
- Barr, P. (2004). Guilt-and shame-proneness and the grief of perinatal bereavement. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 77(4), 493–510. doi:10.1348/1476083042555442
- Bonanno, G.A., Kaltman, S., 2001. The varieties of grief experience. *Clinical Psychology Review* 21, 705–734.
- Brier N. (2008). Grief following miscarriage: a comprehensive review of the literature. *Journal of Women's Health*, 17:451-464.
- Badenhorst W, Hughes P. (2007). Psychological aspects of perinatal loss. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynecology*, 21(2):249-259.
- Beutel, M., Willner, H., Deckardt, R., von Rad, M., Weiner, H., 1996. Similarities and differences in couples' grief reactions following a miscarriage: results from a longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Research* 40, 245–253.
- Cacciatore, J., Erlandsson, K., & Rådestad, I. (2013). Fatherhood and suffering: A qualitative exploration of Swedish men's experiences of care after the death of a baby. *International Journal of Nursing Studies*, 50(5), 664 – 670. doi:10.1016/j.ijnurstu.2012.10.014
- Calhoun BC, Reltman JS. (1997). Perinatal hospice: A response to partial birth abortion for infants with congenital defects. *Issues in Law & Medicine*, 13(2):125-43.
- Callister LC. (2006). Perinatal loss: A family perspective. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 20(3), 227–234.
- Campbell B.B. (2001) Shattered futures, mended lives: the ritualized mourning of mothers of stillborn babies. *Dissertation Abstracts International* 61(10A), 3825.
- Capitulo KL. (2005). Evidence for healing interventions with perinatal bereavement. *MCN, American Journal of Maternal Child Nursing*, 30(6), 389-396.
- Chan MF, Arthur DG. (2009). Nurses' attitudes towards perinatal bereavement care. *Journal of Advanced Nursing*, 65(12), 2532-2541.
- Collier R. (2011). Providing hospice in the womb. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 183(5):E267-E8.

- Dingle, K., Alati, R., Clavarino, A., Najman, J.M., Williams, G.M., 2008. Pregnancy loss and psychiatric disorders in young women: an Australian birth cohort study. *British Journal of Psychiatry* 193, 455–460.
- Engelder S, Davies K, Zeilinger T, Rutledge D. (2012). A model program for perinatal palliative services. *Advances in Neonatal Care*, 12(1):28-36.
- Geller, P., Psaros, C., & Kornfield, S. (2010). Satisfaction with pregnancy loss aftercare: Are women getting what they want? *Archives of Women's Mental Health*, 13(2), 111-124. doi:10.1007/s00737-010-0147-5
- Germain, A., Caroff, K., Buysse, D.J., Shear, M.K., 2005. Sleep quality in complicated grief. *Journal of Traumatic Stress* 18, 343–346.
- Gold, K. J., Kuznia, A. L., & Hayward, R. A. (2008). How physicians cope with stillbirth or neonatal death: A national survey of obstetricians. *Obstetrics & Gynecology*, 112(1), 29-34. doi:10.1097/AOG.0b013e31817d0582
- Hoeldtke NJ, Calhoun BC. (2001). Perinatal hospice. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 185(3):525-9.
- Hsu MT, Tseng YF, Banks JM, Kuo LL. (2004). Interpretations of stillbirth. *Journal of Advanced Nursing*, 47(4), 408-416.
- Hsu M, Tseng Y, Kuo L. (2002). Transforming loss: Taiwanese women's adaptation to stillbirth. *Journal of Advanced Nursing*, 40(4), 387–395. doi:10.1046/j.1365-2648.2002.02386.x
- Lang, A., Fleischer, A. R., Duhamel, F., Sword, W., Gilbert, K. R., & Corsini-Munt, S. (2011). Perinatal loss and parental grief: The challenge of ambiguity and disenfranchised grief. *OMEGA: Journal of Death and Dying*, 63(2), 183–196. doi:10.2190/OM.63.2.e
- Lathrop A, VandeVusse L. (2011). Affirming motherhood: Validation and invalidation in women's perinatal hospice narratives. *Birth*, 38(3):256-65.
- Lynch, E. (2010). A death before life. *Nursing Standard*, 24(47):18-19.
- Kavanaugh, K. (2001, 5月) · Bereavement support in the U. S. A. · 於國防大學醫學院護理學系主辦，周產期胎兒死亡傷慟關懷服務現象學研討會講義 · 台北：國防醫學院護理學系。
- Kendall A, Guo W. (2008). Evidence-based neonatal bereavement care. *Newborn & Infant Nursing Reviews*, 8(3):131-135.
- Mander, R. (2009). Good grief: Staff responses to childbearing loss. *Nurse Education Today*, 29(1), 117-123. doi:10.1016/j.nedt.2008.07.005
- McCreight, B. S. (2005). Perinatal grief and emotional labour: A study of nurses'

- experiences in gynae wards. *International Journal of Nursing Studies*, 42(4), 439-448. doi:10.1016/j.ijnurstu.2004.07.004
- Modiba, L. M. (2008). Experiences and perceptions of midwives and doctors when caring for mothers with pregnancy loss in Gauteng hospital. *Health SA Gesondheid*, 13(4), 29-40.
- Monk, T.H., Houck, P.R., Shear, M.K., 2006. The daily life of complicated grief patients—what gets missed, what gets added? *Death Studies* 30, 77–85.
- O’Leary, J., & Thorwick, C. (2006). Fathers’ perspectives during pregnancy, postperinatal loss. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 35(1), 78 – 86. doi:10.1111/j.1552-6909.2006.00017.x
- Reynolds, F. (2006). How doctors cope with death. *Archives of Disease in Childhood*, 91(9), 727. doi:10.1136/adc.2005.092015
- Rickerson, E. M., Somers, C., Allen, C. M., Lewis, B., Strumpf, N., & Casarett, D. J., (2005). How well are we caring for caregivers? Prevalence of grief-related symptoms and need for bereavement support among long-term care staff. *Journal of Pain and Symptom Management*, 30(3), 227-233.
- Roehrs, C., Masterson, A., Alles, R., Witt, C., & Rutt, P. (2008). Caring for families coping with perinatal loss. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 37(6), 631-639. doi:10.1111/j.1552-6909.2008.00290.x
- Samuelsson, M., Rådestad, I., & Segesten, K. (2001). A waste of life: Father’s experience of losing a child before birth. *Birth*, 28(2), 124 – 130. doi:10.1046/j.1523-1536X.2001.00124.x
- Szanto, K., Shear, M.K., Houck, P.R., Reynolds 3rd, C.F., Frank, E., Caroff, K., Silowash, R., 2006. Indirect self-destructive behavior and overt suicidality in patients with complicated grief. *Journal of Clinical Psychiatry* 67, 233–239.
- Shear, M.K., Simon, N., Wall, M., Zisook, S., Neimeyer, R., Duan, R., Reynolds, C., Lebowitz, B., Sung, S., Ghesquiere, A., Gorscak, B., Clayton, P., Ito, M., Nakajima, S., Konishi, T., Melhem, N., Meert, K., Schiff, M., O’Connor, M.-F., First, M., Sareen, J., Bolton, J., Skritskaya, N., Mancini, A.D., Keshaviah, A., 2011. Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5. *Depression and Anxiety* 28, 103–117.
- Toffol E, Koponen P, Partonen T. (2013). Miscarriage and mental health: results of two population-based studies. *Psychiatry Research*, 205:151-158.
- Trulsson O, Rådestad I. (2004). The silent child-mothers’ experiences before, during, and after stillbirth. *Birth*, 31(3), 189 – 195. doi:10.1111/j.0730-7659.2004.00304.x

(三) 研究方法及進行步驟

本研究乃兼顧質性與量性研究資料，並運用橫斷式及縱貫式研究設計之三年系列性研究。本研究期能藉由之第一年計畫，對周產期「生命末期關懷照護」的照護現況進行全面性調查研究，並配合研究者前驅研究之結果——周產期婦女(母親)及配偶(父親)家人面對妊娠喪失/死產的生命經驗(包含決策的過程與其調適歷程)歷程的照護需求，進而得以發展出本土性「周產期生命末期關懷照護」的原則與內涵，繼而確認並形成「周產期家庭為中心之生命末期關懷照護」的照護雛型。第二年的研究則延續第一年照護雛型的成果，建立「周產期家庭為中心之生命末期關懷照護」的教育內容與教材，以進行周產期相關照護單位的繼續教育，以增進周產期相關照護人員對「周產期家庭為中心之生命末期關懷照護」相關知識與技能的學習與成長。當照護人員的先備知能建立後，隨即進行的雛形照護模式的測試，期能藉此排除或控制干擾照護模式施行之負向影響因素。第三年的研究則是延續第二年的成果——已修正之照護模式進行正式的施行，期能並藉此護理專業的介入與支持下，促使周產期婦女(母親)及配偶(父親)家人在經歷妊娠喪失/死產的過程後，能有正向且健康的生命經驗。同時亦得以建立本土性「周產期家庭為中心之生命末期關懷照護」之學習課程及培育相關種子教師持續擴展「周產期家庭為中心之生命末期關懷照護」模式的推行。

第一年研究方法、結果與討論 (含結論與建議)

一、研究對象和場所

焦點團體部分，邀請北、中二地區參與研究之醫療院所實際參與執行周產期家庭照護相關單位中，具照護周產期妊娠喪失/死產婦女/家庭經驗之醫護人員參與，除研究員外每場次擬邀請12名成員，進行在北、中二場次各90分鐘之討論。

系統性文獻查證(Systematic review)及統合分析(meta-analysis)：研究對象為國內外之各式電子資料庫、網站、書籍、學術文章、政府出版品，包括已出版及未出版之著作。

二、研究方法與設計

研究工具包括：

- (一)焦點團體訪談指引：針對周產期妊娠喪失/死胎婦女及配偶家人生命末期照護困境與經驗，會談題目如：面對照護妊娠喪失/死產個案及其家屬的感受、困難，對於生命末期關懷與相關醫療照護的理解，影響提供周產期妊娠喪失/死產婦女與其家庭生命末期關懷醫療照護的因素等
- (二)系統性文獻查證(Systematic review)：因臨床照護的醫療決策過程充滿不確定性，而實證基礎的臨床實務須以系統性文獻回顧進行統合分析，以作為執行依據，轉化成實際性的臨床照護指引

三、研究資料的分析

(一)質性資料之資料分析

依余氏內容分析法(余、田、蔣, 1991)進行資料分析, 在尊重經驗脈絡的研究前提, 研究者及兩位同儕同時進行反覆閱讀文字稿與相互交叉檢視命題, 再進行編碼分類, 並作為問卷進行的參考指標。

(二)量性資料之資料分析

文獻查證是將文獻結果資料, 採質性與量性的分析方法。

在量性資料部分: 將專家所提供的意見進行詮釋、分析歸納並逐次新增、刪除或修正指標。質性資料予以分析與歸納出整合性的意見。

四、研究之倫理考量

本研究於執行前已通過「台灣大學附設醫院人體試驗委員會」審查(編號: 201504039RINA), 研究期間自2015年8月至2018年7月。研究助理一名, 為資深之婦產科臨床護理師, 曾投入孕產婦護理工作多年。研究個案的來源為研究者於參與研究之醫療院所實際參與執行周產期家庭照護相關單位之護理長協助下, 邀請實際照護周產期妊娠喪失的醫護人員參與本研究。若獲得個案同意則在研究資料收集前, 給予個案「研究受訪者說明及同意書」的說明與填寫以取得其書面同意, 在個案訪談或自填問卷過程中尊重個案自主權, 個案可隨時要求中斷訪談或填寫問卷。填寫過程中, 研究助理會全程陪同, 若個案有任何問題, 亦可以當場向研究助理詢問, 以助個案完成所有資料的收集。

研究計畫初步歸納分析結果

一、研究樣本基本資料

本研究係採用立意取樣, 於產房護理長協助下邀請19名護理人員參與焦點團體, 以親訪方式向個案說明研究目的和研究進行方式, 並徵求個案同意參與。

本研究之研究對象「個人基本屬性」初步分析結果, 可得知研究對象的平均年齡為39.5歲, 教育程度為大專以上者占100%, 臨床工作年資平均為16.3年, 護理進階層級為N2以上者(包含N2)占73.7%; N2以下者占26.3%。

二、質性資料分析成果

目前已針對產房護理人員進行2次焦點團體訪談, 彙整訪談內容可歸為七類:

(一)護理人員在照顧周產期家庭時, 會有感傷、害怕的感受, 同事間會採互相分享的方式調適這些情緒。

(二)護理人員照護周產期家庭時最常碰到的困難包括：

1. 醫師對護理人員的不信任，及醫療主導權多在醫師身上，因此在照護過程中，若遇到不合倫理的情況會覺得無能為力。
2. 如何有效、快速建立護病關係，並介入處理病人的哀傷？當病人不想看寶寶時，如何讓病人沒有遺憾？
3. 當胎兒出生狀況和預期有差異時，不同醫療單位之處理方法不一致。

(三)護理人員覺得周產期家庭需要的協助為：

1. 預先告知引產流程，使其有心理準備。
2. 給予生理上舒適，並分享其他引產案例以給予鼓勵、或是如何預防此事件再次發生。

(四)護理人員覺得影響提供周產期家庭照護的原因為：

1. 需猜測產婦的個性或對引產事件的想法，並依其悲傷程度決定所提供的照護
2. 若護理師已為母親，因切身了解與孩子連結的依附關係，所以在引導產婦之哀傷情緒時，所引導出的感覺會與未當母親的護理人員不同。

(五)護理人員會詢問每位引產的產婦是否要看其生下的寶寶，若產婦拒絕，則會了解其想法並再次引導與小孩接觸，於引導後產婦仍拒絕看寶寶，則會請產婦先生看寶寶並拍照，以避免留下遺憾。另亦會視產婦意願，將寶寶外觀整理後抱給產婦，使其可與寶寶有實際接觸；若寶寶出生週數較小，護理人員也會協助留取紀念物(如：寶寶的腳印)，並告知產婦有需要可再回醫院申請資料。

(六)護理人員覺得在辦理住院時提供有關引產流程和胎兒遺體處理的資訊最適合，因可讓周產期家庭有時間思考後續之處理方式。

(七)護理人員希望可針對「如何處理周產期家庭之哀傷」和「如何增進對哀傷之心理 調適」開設繼續教育課程。

結論與建議

由目前蒐集到的焦點團體訪談資料可得知護理人員在照護周產期家庭時的困境，以及醫護間溝通的難處，因此藉由第一年向護理人員蒐集到的資料擬定結構式問卷，問卷內容已擬定好，待發送至參與研究之周產期照護相關單位之醫療人員填寫，以蒐集更豐富之資料，並和前驅研究的結果(周產期家庭面對死產的生命經驗)作結合，以發展出「周產期生命末期關懷照護」的原則與內涵，繼而確認並形成「周產期家庭為中心之生命末期關懷照護」的照護雛型。

而在研究過程中，因參與的個案數較多，若考慮到研究對象不要重複，恐影響實際接受研究的樣本數，而影響研究之正確性，因此若有較充足的人力支持與

協助，則可收集較多醫療院所護理人員接受施測，以彌補此缺憾。

另每間醫院的照護常規不同，會造成所蒐集資料之一致性不足，而影響資料判定，因此在研究進行前，儘可能瞭解每間醫院的照護常規差異，並進行溝通，使差異能降到最低。

計畫成果自評部分

本研究內容完全依計畫進行，截至目前已針對產房護理人員進行2次焦點團體訪談，並擬出結構性問卷草稿，但尚未發出給護理人員填寫；系統性文獻查證也已選定書籍和文獻整理中，德爾菲調查法已和相關專家及學者聯繫，上述研究方法皆符合第一年研究的相關進度。因此相符程度幾乎一致。本研究成果在學術方面亦適合在學術期刊發表，讓更多有心投入照護這類個案的健康專業者，除了了解個案夫婦的處境與需求，亦能了解醫護人員在照護上所面臨的狀況；另外本研究團隊亦將應用此研究成果，而發展出更符合個案夫婦需要及適合醫護人員的整合性照護模式。

第二年研究方法、結果與討論（含結論與建議）

一、研究對象和場所

系統性文獻查證(Systematic review)及統合分析(meta-analysis)：研究對象為國內外之各式電子資料庫、網站、書籍、學術文章、政府出版品，包括已出版及未出版之著作。確認出現行周產期生命末期關懷照護」教育的現況與缺裂。在北、中二地參與研究之醫療院所，實際參與執行周產期家庭照護相關單位之照護現況之分析，以確認出現行照護現況之可改善介入之處。

德爾菲研究法(Delphi Method)：採立意取樣，透過研究著作、學術及網頁等方式搜尋確認初步名單，邀請醫學、護理、心理、倫理、哲學法律等不同領域之學者專家15位進行調查。以確認「周產期生命末期關懷照護」模式的基本要素與教育之核心能力。

二、研究方法與設計

研究工具包括：

(一) 德爾菲研究法 (Delphi technique) 調查，本研究預計進行二次調查，藉以了解專家學者意見。依據研究對象所提供之卓見修正問卷內容。邀請學者專家對「周產期生命末期關懷照護」模式的處置方案及相關實施程序之可行策略及評值指標等評定其重要程度。步驟(一) 第一次德爾菲專家意見整合問卷：本問卷由研究者依據系統性文獻及統合分析結果擬定出，「周產期生命末期關懷照護」內涵之「重要組成要素」及「成效指標」等相關問題與內容。擬定題目後，由研究團隊進行題目之審查與用語修正，經討論定稿後，完成初次專家整合問卷之編製。第一次專家意見整合問卷採 closed end 及 open end question，並以李克特氏 (Likert-type) 五等量尺來判斷其適當程度。分數從1至5，分數愈高，表示愈適合。每題目有「意見說明或建議欄」有任何修改意見及建議(包括增刪)均填寫在欄內。步驟(二) 第二次德爾菲專家意見整合問卷：第一次德爾菲之專家問卷回收後，依第二次德爾菲意見整合結果，此外，將依據實際調查結果確立德爾菲專家意見調查次數，最終以能整合出一致性的意見以研擬全面性台灣本土性之周產期家庭面對妊娠喪失/死產之生命末期照顧的護理原則及內涵項目，並進行探討「周產期生命末期關懷照護」護理模式之雛形。

德爾菲調查法將每次結果資料的問卷，採質性與量性的分析方法。在量性資料部分：將專家所提供的意見進行詮釋、分析歸納並逐次新增、刪除或修正指標，並呈現於下次的問卷內容中。質性資料予以分析與歸納出整合性的意見。

(二)問卷調查：以北中二地參與研究之周產期照護相關單位之醫療部與護理部為調查對象，收集研究對象為照護教育課程與照護模式之評值，內容包括：

1. 個人因素
2. 對生命末期關懷醫療照護的知識
3. 提供生命末期關懷醫療照護的態度(信念與評價)
4. 對提供生命末期關懷醫療照護的主觀規範(規範信念及依從動機)

三、研究資料的分析

(一)質性資料之資料分析

依余氏內容分析法(余、田、蔣, 1991)進行資料分析, 在尊重經驗脈絡的研究前提, 研究者及兩位同儕同時進行反覆閱讀文字稿與相互交叉檢視命題, 再進行編碼分類, 並作為問卷進行的參考指標。

(二)量性資料之資料分析

本研究使用SPSS/PC 21.0的電腦統計套裝軟體, 予以分析量性資料。並對各項基本資料屬性做「ANOVA」(單因子變異數分析)來檢定其呈現的特性, 與知識、態度、主觀規範及行為意向是否具有顯著統計意義。

四、研究之倫理考量

本研究於執行前已通過「台灣大學附設醫院人體試驗委員會」審查(編號: 201504039RINA), 研究期間自2015年8月至2018年7月。研究助理一名, 為資深之婦產科臨床護理師, 曾投入孕產婦護理工作多年。研究個案的來源為研究者於參與研究之醫療院所實際參與執行周產期家庭照護相關單位之護理長協助下, 邀請實際照護周產期妊娠喪失的醫護人員參與本研究。若獲得個案同意則在研究資料收集前, 給予個案「研究受訪者說明及同意書」的說明與填寫以取得其書面同意, 在個案訪談或自填問卷過程中尊重個案自主權, 個案可隨時要求中斷訪談或填寫問卷。填寫過程中, 研究助理會全程陪同, 若個案有任何問題, 亦可以當場向研究助理詢問, 以助個案完成所有資料的收集。

研究計畫初步歸納分析結果

一、現行教育的缺裂

1. 國內周產期教科書之審閱:

以目前大專用書中常用八本教科書, 進行內容分析: 結果發現目前教科書內容多為一般性綜論或不孕症的照護, 針對妊娠喪失家庭的照護內容, 僅有哀傷概念與父母常見反應的簡介, 且敘述方式較為抽象, 綜合上述三項主題論述相關內容所佔之比例約為全書之1.4%(18頁)至3.3%(43頁)。

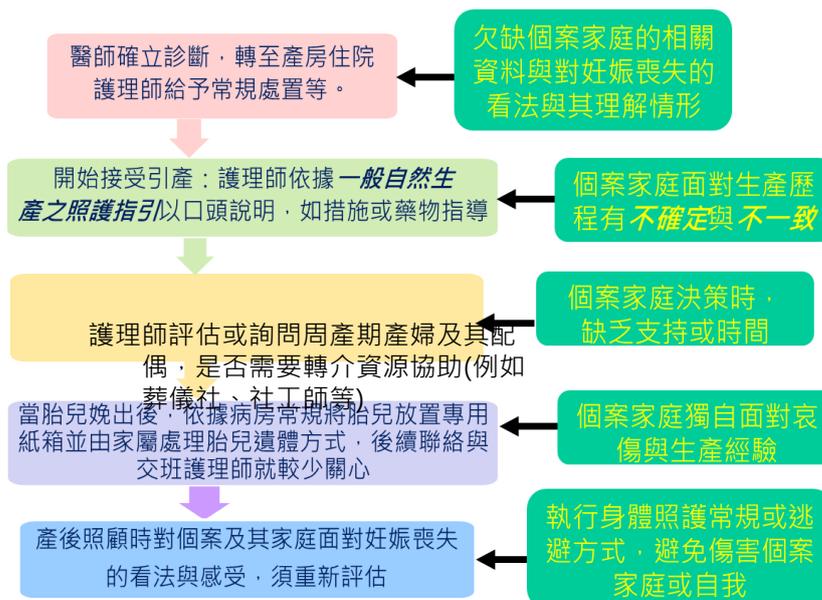
綜合評析結：護理師或護理學生對此議題認知與執行照護經驗反思均不多。但對於在職教育的需求強。

2. 現行周產期生命末期照護之現況與教育需求

彙整現行資料之內容可歸納如下：

- (一)護理人員在照顧周產期家庭時，期待能增強自我關懷性溝通的能力。
- (二)護理人員照顧周產期家庭時最常碰到的困境，包括：
 1. 醫師與護理師間溝通不良，因此護理師在照護過程，常感無能為力。
 2. 護病關係建立與溝通方式，對介入處理病人的哀傷效能差！
 3. 不同醫療單位間彼此的理解與溝通方式不一致，影響照護品質。
- (三)護理人員覺得最有效之周產期家庭需要照護項目為：
 1. 引產流程的告知，及提供生理與身體之監測與照護。
 2. 提供心理與情緒支持。
 3. 預防性護理指導與說明：如何預防此事件再次發生。
- (四)護理人員覺得影響提供周產期家庭照護的原因為：
 1. 有效溝通以減少猜測產婦的個性或對引產事件的想法，而能有效提供符合個案情緒需求之照護。
 2. 減少護理師因個人屬性或經驗的差異，而影響照護品質。
 3. 如何制訂能配合護理師與個案/家庭需求之終止妊娠病人之照護。
 4. 可針對「如何處理周產期家庭之哀傷」和「如何增進對哀傷之心理調適」開設繼續教育課程。

總結：針對上述結果資料的分析，與現行照護措施現況所得之改善項目如圖三所示。



圖三、現行之入院引產流程與工作人員評值相關缺失

- 3.制訂周產期妊娠喪失「生命末期關懷照護」標準與作業規範。將照護內容加以統合歸類為：何謂終止妊娠、終止妊娠待產須知、引產方式及注意事項、分娩徵兆與過程、減輕產痛方式、胎兒遺體處理及喪葬說明、宗教信仰需求、父母傷慟關懷、產後自我照顧、產後相關證明開立流程及支持團體與諮詢轉介等。並將照護內容制訂護理指導的內容，讓單位護理師可以依終止妊娠照護護理指導單張內容提供一致性及完整性的衛教內容。
- 4.制訂周產期「生命末期關懷照護」在職教育課程：依照**德爾菲研究法 (Delphi technique)** 調查結果擬定成課程教案，舉辦在職教育與案例討論會，並在參與研究之院所周產期照護單位所有護理師須參與所有課程。

在過去有關悲傷領域已經出現典範的轉移，傳統的觀點認為必須與逝者解除連結，而新的典範認為需要與逝者有持續的連結(Boerner & Heckhausen, 2003)。因此悲傷若能有適當的引導與調適，可以作為個人成長的推力，使其對生命有更深層的感謝(Polatinsky & Esprey, 2000)。因此本研究之周產期家庭面對妊娠喪失/死產之生命末期關懷照護教學課程的背景理論是採用「意義重建」理論。Neimeyer認為悲傷是意義重建的歷程，傳統悲傷理論是消極地去辨識一系列調適的階段或時期，從我們所愛的人即將或真正死亡開始，逐漸進入各種情緒反應的時期，直到喪親者最後完成某種形式的和解、痊癒或其他類似的狀況。「意義重建」是朝向對潛在健康發展任務的認知，了解與逝者維持象徵性連結的重要性，以更為關注的角度看待重大失落對個體認同感所具的意義，深入檢視喪慟者對自我的定義，增加創傷後成長使其將此部分的收穫與失落整合，除強調要拓寬所關注的焦點，不僅要將喪慟者的個別經驗納入，同時也要了解失落在家庭與文化族群中的交互衝擊。

在職繼續教育之教學內容重點將是促使周產期的照護人員學習以更積極地思考理路，來評估個案夫婦的失落，並配合家庭文化的脈絡來提供照護相關措施。因次，周產期家庭面對妊娠喪失/死產之生命末期關懷照護教學課程綱要包含三個面向：1. 協助周產期家庭面對妊娠喪失/死產能建立正向的生死觀、2. 協助傷慟的周產期父母能覺察本身所具的優勢力量、3. 協助傷慟的周產期父母能善用支持系統。亦即使周產期照護人員除自身能夠藉由學習而體悟到以不同的角度來看待死亡，並選擇正向積極的意義，進而對生命有更深層的體悟與認識，才能懂得尊重、關懷別人，並且對於難能可貴的生命會更加珍惜；並將此學習經驗能夠落實在協助喪慟的周產期父母身上，以增進其身心靈與社會的調適與健康增進。課程分為八個單元，並以四次課程與案例討論，以強化護理師輔導周產期失落與哀傷的知識與技巧。

目前仍正持續進行中。未來課程進行方式與內容穩定後，將同時將錄製成線上課程，以方便學校與單位護理師可隨時複習，並列為日後新進護理師教育訓練之教材。

結論與建議

由目前蒐集到的焦點團體訪談資料可得知護理人員在照護周產期家庭時的困境，以及醫護間溝通的難處，因此藉由第一年向護理人員蒐集到的資料擬定結構式問卷，問卷內容已擬定好，待發送至參與研究之周產期照護相關單位之醫療人員填寫，以蒐集更豐富之資料，並和前驅研究的結果(周產期家庭面對死產的生命經驗)作結合，以發展出「周產期生命末期關懷照護」的原則與內涵，繼而確認並形成「周產期家庭為中心之生命末期關懷照護」的照護雛型。

而在研究過程中，因參與的個案數較多，若考慮到研究對象不要重複，恐影響實際接受研究的樣本數，而影響研究之正確性，因此若有較充足的人力支持與協助，則可收集較多醫療院所護理人員接受施測，以彌補此缺憾。

另每間醫院的照護常規不同，會造成所蒐集資料之一致性不足，而影響資料判定，因此在研究進行前，儘可能瞭解每間醫院的照護常規差異，並進行溝通，使差異能降到最低。

計畫成果自評部分

本研究內容完全依計畫進行，截至目前已針對產房護理人員進行在職教育課程，擬出結構性問卷，在課程結束後再發出給護理人員填寫；上述研究方法與內容均符合第二年研究的相關進度。本研究成果在學術方面亦適合在學術期刊發表，讓更多有心投入照護這類個案的健康專業者，除了解個案夫婦的處境與需求，亦能了解醫護人員在照護上所面臨的狀況；另外本研究團隊亦將應用此研究成果，而發展出更符合個案夫婦需要及適合醫護人員的整合性照護模式。

第三年研究方法、結果與討論（含結論與建議）

一、研究對象和場所

系統性文獻查證(Systematic review)及統合分析(meta-analysis)：研究對象為國內外之各式電子資料庫、網站、書籍、學術文章、政府出版品，包括已出版及未出版之著作。確認出現行周產期生命末期關懷照護」的現況與缺裂。在北部參與研究之醫療院所，實際參與執行周產期家庭照護相關單位之照護現況之分析，以確認出現行照護現況之可改善介入之處。

二、研究方法與設計

本階段之研究設計是採用前瞻式研究設計，研究方法包括(1)行動研究法，進行「周產期生命末期關懷照護」模式內容與方式的確認。(2)問卷調查法，進行參與者(照護者及備照護對象)滿意度的調查。

行動研究法是研究和行動結合的一種研究方法；即情境的參與者（如教師）基於解決實際問題的需要，與專家、學者或組織中的成員共同合作，將問題發展成研究主題，進行有系統的研究，講求實際問題之解決的一種研究方法。但也有學者認為行動研究只是一種研究「方式」，不是一種「方法」，因為這種研究法只在強調由實際工作人員在實際情境中進行研究，並將研究的結果應用到同一個情境中，至於研究的設計與進行，仍須採用其他的研究方法，故不贊成它是真正的研究活動，頂多只是管理上的應用。總之，無論行動研究是研究方法還是管理策略，本研究採行此方式主要在結合研究和行動，研究者即行動者，透過不斷的反省、思考、再計畫的過程，促使研究者不斷聚焦問題，進而解決問題。

研究工具包括：

(一)翻轉教學之應用

依據 Mayer 學習認知理論提及學習者要達到有意義的學習，需經由選擇、組織、整合過程，將所看到的文字、圖像加以連結、整合，產生有意義的學習連結，才能有較長久的記憶（Mayer, 2009）。翻轉教學是透過網路看已錄好的課程影片，然後再到課程上進行討論。學習者於上課前透過數位學習，先觀看教學影片、完成評量等，課程中透過討論、辯論、練習等方式運用所學知識，老師只需負責引導、重點提示及澄清疑問，如此一來能有更多的時間進行雙向互動，刺激思考及增加課堂上的參與感（邱、蘇、劉、黃，2015；郭、何，2014）。

本計畫則是依據第二年所進行之八次的在職繼續教育課程的重點，摘要式地以短片再次複習，之後則由參與課程的護理師針對以研擬好的議題進行討論，並在討論中，藉由彼此腦力激盪後試圖思索及整合出改善措施或照護方案，並考慮各提案之必要性、可行性、效果性進行深入討論，而後就討論議題在上課結束前做出可行之決策，以逐步建立「周產期生命末期關懷照護」模式內容與方式。

(二)問卷調查法

針對翻轉教學之學習者進行課程後之認知與滿意度調查。此外「周產期生命

末期關懷照護」模式實施於照護單位後，對照護者及被照護者均進行滿意度調查。調查知問卷係以研究自擬之問卷，在經專家信效度檢視後才實施測試。

表一、翻轉教學步驟

階段	教學步驟
課前功課	1.教學影音檔放置於病房護理站內。 2.課室課程前須完成「周產期生命末期關懷照護知能」測驗。
課室討論	小組討論，可協助澄清在自學活動時遇到之學習問題。
課後	實體課程後完成「周產期生命末期關懷照護知能」後測及滿意度。

四、研究之倫理考量

本研究於執行前已通過「台灣大學附設醫院人體試驗委員會」審查(編號：201504039RINA)，研究期間自2015年8月至2018年7月。研究助理一名，為資深之婦產科臨床護理師，曾投入孕產婦護理工作多年。研究個案的來源為研究者於參與研究之醫療院所實際參與執行周產期家庭照護相關單位之護理長協助下，邀請實際照護周產期妊娠喪失的醫護人員參與本研究。若獲得個案同意則在研究資料收集前，給予個案「研究受訪者說明及同意書」的說明與填寫以取得其書面同意，在個案訪談或自填問卷過程中尊重個案自主權，個案可隨時要求中斷訪談或填寫問卷。填寫過程中，研究助理會全程陪同，若個案有任何問題，亦可以當場向研究助理詢問，以助個案完成所有資料的收集。

研究計畫初步歸納分析結果

一、翻轉教學的成效

周產期照護單位護理師「周產期生命末期關懷照護知能」之測試，課前之生命末期關懷照護認知正確率為 70.3%，悲憫語關懷溝通技巧認知 75.3%；課後生命末期關懷照護認知正確率為 95.3%，悲憫語關懷溝通技巧認知 90.3%，針對周產期生命末期關懷照護制訂引產入院照護流程及評核標準、建立稽核制度等一系列改善方案後皆達目標值，由此可顯示實施此參與式教學模式成效佳。

二、「周產期生命末期關懷照護」模式的評價

本研究係採用立意取樣，於產房護理長協助下邀請10名護理人員參與照護者，另對被照護者(個案/家屬)以親訪方式向個案說明研究目的和研究進行方式，並徵求個案同意參與。

本研究之研究對象「個人基本屬性」初步分析結果，可得知護理師研究對象的平均年齡為38.3歲，教育程度為大專以上者占100%，臨床工作年資平均為12.6年，護理進階層級為N2以上者(包含N2)占83.5%；N2以下者占16.5%。工作滿意

度為90.2，其中對個案宗教需求滿足及胎兒遺體處置得分較低。

被照護者(個案/家屬)共有42人其「個人基本屬性」初步分析結果，可得知研究對象的平均年齡為36.2歲，教育程度為大專以上者占85%，有職業且為第一胎者占多數。對照護品質之滿意度為92.09，其中對胎兒遺體處置相關的照護處置品質回饋的得分較低。

結論與建議

由目前蒐集到的資料可得知護理人員在照護周產期家庭時的困境，然後藉由自我參與及進行工作內容與流呈的反思對話，因此藉由第二年向護理人員蒐集之資料，並和前驅研究的結果(周產期家庭面對死產的生命經驗)作結合，以發展出「周產期生命末期關懷照護」的教學內涵，繼而經此反轉教學行動確認並形成「周產期家庭為中心之生命末期關懷照護」的照護模型。

而在研究過程中，因參與的個案數較少，若考慮到研究對象特性不要重複，恐影響實際接受研究的樣本數，而影響研究之正確性，因此若有較充足的人力支持與協助，則可收集較多醫療院所護理人員接受施測，以彌補此缺憾。

另每間醫院的照護常規不同，會造成所蒐集資料之一致性不足，而影響資料判定，因此在研究進行前，儘可能瞭解每間醫院的照護常規差異，並進行溝通，使差異能降到最低。

計畫成果自評部分

本研究內容完全依計畫進行，截至目前已針對產房護理人員進行在職教育課程，並以結構性問卷，在課程前及結束後發出給護理人員填寫；同時亦收集被照護者對於本研究所形成「周產期家庭為中心之生命末期關懷照護」的照護模型進行照護後滿意度的調查，以確認形成「周產期家庭為中心之生命末期關懷照護」的照護模型的成效即對臨床照護品質提升的增進。上述研究方法與內容均符合第三年研究的相關進度。本研究成果在學術方面亦適合在學術期刊發表，讓更多有心投入照護這類個案的健康專業者，除了解個案夫婦的處境與需求，另外本研究團隊亦將應用此研究成果，而發展出更符合個案夫婦需要及適合醫護人員的整合性照護模式。

科技部補助專題研究計畫出席國際學術會議心得報告

日期：107 年 10 月 05 日

計畫編號	MOST 104-2629-B-002-002-MY3		
計畫名稱	建構「周產期生命末期關懷照護」護理模式之系列研究---- 建立照護內涵與措施、增進照護者的知能與評價照護模式之成效 (A01)		
出國人員 姓名	楊雅玲	服務機構 及職稱	國立臺灣大學醫學院護理 學系暨研究所助理教授
會議時間	107年07月19日至 106年07月23日	會議地點	澳洲墨爾本 (Melbourne, Australia)
會議名稱	(中文) Sigma Theta Tau 第 29 屆國際護理研究大會 (英文) Sigma Theta Tau International's 29th International Nursing Research Congress		
發表題目	(中文) (英文) The Predicting Factors of Quality of Life in Women With Invasive Ovarian Cancer		

一、參加會議經過

Sigma Theta Tau 國際護理榮譽學會係國際性護理專業學術團體，於一九二二年首創於美國印地安那大學。會名 Sigma Theta Tau 源於希臘字的「愛、勇氣、榮譽」。主旨為表揚護理人員的傑出表現、鼓勵並促進護理領導人才的發展、促成高度的護理標準、刺激具創造性的工作和強化對護理專業的投注。至今總會已有四三一一個分會，活動會員十二萬五千人，為全球第二大之護理組織。會員均擁有學士程度以上的護理人員，且百分之六十一以上的會員擁有碩士或博士之學位。該會於一九八五年發展為國際性的護理專業學術團體，除美國本土外，並有國際分會散佈在加拿大、荷蘭、巴基斯坦、巴西、南韓、中華民國台灣、澳洲及香港..等。

Sigma Theta Tau 國際護理研究大會為國際護理榮譽學會專為國際研究學者間舉辦之大型交流盛事，今年為舉辦第 28 屆選在澳洲墨爾本 Convention Center 舉辦。本屆共有 1,300 餘位各國護理研究學者、專家、醫師及護理人員與會，口頭及海報論文發表的人數亦約達 1000 多篇，我國共有百位護理研究學人參加陣容龐大，深受矚目。除了論文發表外，在國際研究大會的議程中意安排名人堂，表揚傑出研究學者。雖然在國際學術會議中未似雙年會有安排各國代表攜會旗入場，但中華民國國際榮譽護理學會慮及中國野心，處處阻擾台灣國際的代表權，

本年度會議的開幕儀式中台灣代表集中坐在會場的正中前排並攜中華民國國旗入場，在開幕儀式中大會司儀唱名到台灣所有參加開幕的代表皆揮旗致意，當陣容龐大旗海飄揚時全場與會人士亦以熱烈的掌聲，予以回應及鼓勵；連司儀亦表示稱許台灣所有代表的熱情！！為開幕式帶起活力。

會議地點為都柏林的 Convention Center，是一設備新穎且舒適的國際會議中心，交通亦很便利，因此會議空間很充足設備也很完善，網路建構很完善且快速，會議期間的餐點及飲料供應都很豐富，以自助餐方式讓各國代表享用美式佳餚與白紅葡萄酒，與會人士可以自由交談，用餐周邊亦安排或是展示之書籍與醫療用品觀覽與購買，是一感性與理性自由發揮的交誼活動相當不錯。而今年會議主題聚焦於「*INNOVATIVE GLOBAL NURSING PRACTICE AND EDUCATION THROUGH RESEARCH AND EVIDENCE-BASED PRACTICE*」：亦說明現今護理專業團體除重視實證護理實務的推展，更強調創新的護理實務與教育是需透過研究的發現來協助護理實證的基礎，進而護理專業才能在多變的健康照護體系，藉由國際醫療資源的共享，以系統性及科學化的方式加以整理研究成果，發展成為具有實證基礎的臨床護理照護指標，進而協助護理人員作最佳的臨床決策，才能提供病人一致性且有效的照護措施。

駐墨爾本代表處亦於7月23日安排歡迎餐會，大使也在餐會中致詞表示，本屆「國際護理研究年會」我國代表團係各國團隊中人數最多者，除代表我國對參與此一年會之重視，亦凸顯臺灣參與全球非政府組織、貢獻國際社會之決心，並期盼「國際護理研究年會」未來能移師臺灣舉辦，透過學術交流讓世界各國瞭解臺灣護理專業之發展及進步情形，並增進臺灣與國際非政府組織之關係。

論文發表，與各國交流，了解全球護理教育與研究趨勢是本次會議的第一個收穫。在口頭或是海報論文發表，台灣代表的論文質與量亦能與各國並列。

以上二項是參與本次國際會議的主要績效。

二、與會心得

這次參加Sigma Theta Tau在墨爾本之國際學術會議，因是國際間護理研究學術會議，所以全球各國的參與相當熱烈，研究論文發表主題範圍也很廣泛，就教育方面的探討，包含學校正式課程或是臨床之在職教育課程探討；此外也有名人堂授獎學者之公開演講，這些傑出護理研究者的學思歷程及其目前的研究成果發表，有需多值得我去學習及仿效之處。另有一個Symposium主題相當吸引我，*Bridging the Theory-to-Practice Gap: An innovative Approach Through Situated Thinking and Action*. 亦即以整合研究，理論與臨床實務的相結合，並以此作為領導臨床、教學、臨床在職教育及領導管理的指標的工作內容與指標，促使團隊成員彼此間和善的相處氣份與態度，進而促使病人對疾病的調適，此是很一很值得我們借鏡與學習的護理行政改善方案。

本學系有我和林豔君助理教授共同參加，本次台灣共有 40 篇論文發表，我很榮幸特別為大會所指定與挑選參與口頭論文發表，並與各國分享學習研究的成果。本人口頭報告是安排在 21 日，當天下午 1 點半至 2 點 45 分，原本很擔心是否與會的人會只剩很少的人，還好有點多慮！事實上和過去一樣在發表之後，與會的學者們的提問和意見讓我受益匪淺，這些意見對進一步修改論文的說明和討論的部分的加強尤其有幫助，當然也有一些與會者給的正向回饋也增加了不少對自己的論文的信心。

另外楊曉玲、林豔君老師參與海報論文發表，海報展示時間我也接觸到不同國家的研究人員、學生，了解到不同的思考方式與層面。這次的出國經驗除了把自己的研究成果在正式發表於期刊前，藉由這樣的學術交流的機會聽聽出席的學者們的意見、尋找志同道合者找尋合作機會以外，事實上也是在訓練自己參與國際會議及練習英文交換意見的經驗。

這次的出國經驗除了自己的論文發表之外，五天的大會論文發表中，也看到台灣臨床護理人員在研究上的努力與實力，此次台灣地區參與會議的同仁出席人數最多的國家之一，論文的品質也很高，台灣的研究成果，在此次學術發表的會議上已經擁有亮人的成績，整個星期讓我有機會和其他與會者分享護理學術上的創新及新技術發展與知識的連接，了解到世界各地學者在世界各地衛生保健工作上驚人的發展與差異，是我參與論文發表最深刻的體悟與收穫。

整體而言，這次學會總會主辦的會議因規劃的場地空間夠寬敞，時間掌握恰當，讓與會者有充份時間專心聽演講、吸收重要知識、休息、及交流，場地轉移沒問題非常舒適。此次會議特別的收穫，是在會議中分別認識三位正在美國從事護理教育之旅美學者，有時間與機會分享自己學校的教育學制與理念，與研究方向及未來彼此合作的可能性。體察出正如開幕式中新任之理事長之致詞內容，惟有加強彼此的合作學習，是未來在長照或急重症照護的發展上可以互相交流合作。

三、發表論文全文或摘要

The predicting factors of Quality of Life in women with invasive ovarian cancer YA-LING YANG*¹

¹Nursing, College of Medicine, National Taiwan University, Taipei, Taiwan.

I submit my abstract to be considered for the following award: None

Introduction: Ovarian cancer is the seventh most common cancer in women

worldwide, and more than 75% newly diagnosed patients are already in the late stage due to the lack of symptoms. This situation thus profoundly impacts their quality of life. Moreover, consequent surgery, chemotherapy, and/or recurring negative effects of physical and psychological symptoms has also been associated with their quality of life (QOL). However, studies exploring the predicting factors of quality of life for women with invasive ovarian cancer are sparse.

Objectives: To (1) compare the differences in clinical characteristics (newly diagnosed, and long-term survivor with progression-free or recurrence) and quality of life in women with ovarian cancer, and (2) explore predicting factors for quality of life in women with invasive ovarian cancer.

Methods: Patients were recruited from a teaching hospital in northern Taiwan. A cohort study was performed on patients with ovarian cancer at the bedside for those undergoing surgery or at the outpatient settings for those completing active treatment. Medical records (disease status, clinical and demographic characteristics), self-reported patients' daily activities, sleep, and quality of life by EORTC QLQ-C30 and OV28 were collected. Moreover, we used global health in EORTC QLQ-C30 as a dependent variable for multivariate analysis, and correlated with age by fitting multiple linear regression models and using the stepwise variable selection procedure to identify the predictor.

Results: There was a total of 258 patients, where fifty-eight (22.66%) patients were in the elderly group (age ≥ 60 years). Compared to the younger ovarian cancer patients, the elderly patients had more late stage (stages III and IV according to FIGO) ovarian cancer, and had a higher number of pregnancies and births. We found that BMI (at the time of diagnosis), chemotherapy protocol, the time since their primary chemotherapy, and recurrence rate upon completion of all treatment were not predictors. Fatigue, appetite/GI side effect, and education level (education below elementary) were negative predictors for QoL. The drug of chemotherapy only negatively impacted on QoL when interacting with age. The women self-reported good sleep quality and more years of survival after surgery were positive predictors for QoL.

Conclusion: The risk factor for the elderly group's lowered quality of life were being treated with Lipodox and less educational years. Therefore, we suggest providing the patient more individualized nursing intervention for managing side-effect symptom (fatigue and appetite/ GI problems), and providing nursing instruction for daily life to increase self-care ability and sleep quality during treatment and progression-free follow-up period in order to maintain their QOL.

References:

1. Eisenhauer, EL., Tew, WP., Levine, DA., Lichtman, SM., Brown, CL., Aghajanian, C., et al., (2007). Response and outcomes in elderly patients with stages IIC-IV

- ovarian cancer receiving platinum-taxane chemotherapy. *Gynecol Oncology*, 106, 381-387.
2. Hilpert F., Bois, Ad., Greimel, ER., Hedderich, J., Krause, G., Venhoff, L., et al., (2007). Feasibility, toxicity and quality of life of first-line chemotherapy with platinum/ paclitaxel in elderly patients aged ≥ 70 years with advanced ovarian cancer-a study by the AGO OVAR Germany.
 3. Bruchin I, Altaras M, Fishman A. (2002) Age contrasts in clinical characteristics and pattern of care in patients with epithelial ovarian cancer. *Gynecol Oncology*, 86, 274-278.

Disclosure of Interest: None Declared

Keywords: Quality of life, Multivariate analysis, Ovarian cancer, Fatigue, Sleep quality

四、建議

出國參加國際學術會議，除得以加強個人之學識與研究能力外，尋求國際化的合作模式，進行校際間的教學觀摩或學術交流活動，以增進國內護理界與國際間各國學術交流的學習與合作。這次的出國經驗除了自己的論文發表之外，五天的大會論文發表中，也看到台灣臨床護理人員在研究上的努力與實力，此次台灣地區參與會議的人數相當踴躍，論文的品質也很高，是一值得鼓勵的趨勢！！此一成果表示國家若有更多經費補助獎勵學者出席國際會議、短或中長期的出國參訪交換學習之政策，其效益應較僅補助短期國際會議之效益更顯著。

五、攜回資料名稱及內容

會議議程、相關論文摘要集與與會證書。

六、其他

會議手冊封面照片



澳洲墨爾本國際會議大廳



本人口頭論文發表中



本人與當場的主持人合影



本人口頭發表會後與同場發表人照相留念

104年度專題研究計畫成果彙整表

計畫主持人：楊雅玲		計畫編號：104-2629-B-002-002-MY3				
計畫名稱：建構「周產期生命末期關懷照護」護理模式之系列研究----建立照護內涵與措施、增進照護者的知能與評價照護模式之成效 (A01)						
成果項目		量化	單位	質化 (說明：各成果項目請附佐證資料或細項說明，如期刊名稱、年份、卷期、起訖頁數、證號...等)		
國內	學術性論文	期刊論文		0	篇	
		研討會論文		0		
		專書		0		本
		專書論文		0		
		技術報告		0		篇
		其他		0		
	智慧財產權及成果	專利權	發明專利	申請中	0	件
				已獲得	0	
			新型/設計專利		0	
		商標權		0		
		營業秘密		0		
		積體電路電路布局權		0		
		著作權		0		
		品種權		0		
		其他		0		
	技術移轉	件數		0	件	
		收入		0		千元
	國外	學術性論文	期刊論文		0	篇
			研討會論文		2	
		專書		0	本	

		專書論文		0	章		
		技術報告		0	篇		
		其他		0	篇		
	智慧財產權 及成果	專利權	發明專利	申請中	0	件	
				已獲得	0		
			新型/設計專利		0		
		商標權		0			
		營業秘密		0			
		積體電路電路布局權		0			
		著作權		0			
		品種權		0			
其他		0					
技術移轉	件數		0	件			
	收入		0	千元			
參與計畫人力	本國籍	大專生		0	人次		
		碩士生		0			
		博士生		0			
		博士級研究人員		0			
		專任人員		0			
	非本國籍	大專生		0			
		碩士生		0			
		博士生		0			
		博士級研究人員		0			
		專任人員		0			
其他成果 (無法以量化表達之成果如辦理學術活動、獲得獎項、重要國際合作、研究成果國際影響力及其他協助產業技術發展之具體效益事項等，請以文字敘述填列。)							

科技部補助專題研究計畫成果自評表

請就研究內容與原計畫相符程度、達成預期目標情況、研究成果之學術或應用價值（簡要敘述成果所代表之意義、價值、影響或進一步發展之可能性）、是否適合在學術期刊發表或申請專利、主要發現（簡要敘述成果是否具有政策應用參考價值及具影響公共利益之重大發現）或其他有關價值等，作一綜合評估。

1. 請就研究內容與原計畫相符程度、達成預期目標情況作一綜合評估

達成目標

未達成目標（請說明，以100字為限）

實驗失敗

因故實驗中斷

其他原因

說明：

2. 研究成果在學術期刊發表或申請專利等情形（請於其他欄註明專利及技轉之證號、合約、申請及洽談等詳細資訊）

論文： 已發表 未發表之文稿 撰寫中 無

專利： 已獲得 申請中 無

技轉： 已技轉 洽談中 無

其他：（以200字為限）

3. 請依學術成就、技術創新、社會影響等方面，評估研究成果之學術或應用價值（簡要敘述成果所代表之意義、價值、影響或進一步發展之可能性，以500字為限）

學術成就：(1)本研究之各階段成果，均可與國外相關研究進行學術之交流與探討。(2)本研究所建立之台灣地區周產期「生命末期關懷照護」的護理內涵及原則，能增進健康照護專業教育品質與完整性，並開啟相關教育學術研討會的樞紐。

教育成就：1. 可增進臨床工作上溝通與觀察的能力技巧。2. 可增進參與研究者（含臨床照護者）學習尊重生命、關懷他人與對自我生命更深層的體悟。3. 學習如何與各相關專家聯繫與建立研究伙伴關係，與各專業團隊成員建立合作照護的工作模式。

社會影響等方面：我國安寧緩和照護自1990年開始受到重視，相對的先天異常或患有致命疾病之胎兒的妊娠喪失/死產之周產期家庭的生命末期議題卻仍未被關注。因此本研究之成果可促使周產期之胎兒、新生兒、孕產婦及其家人等的健康弱勢族群的生命尊嚴與健康權益受到保障，提升國家的健康照護制度的完整性。

4. 主要發現

本研究具有政策應用參考價值：否 是，建議提供機關教育部, 衛生福利部,

(勾選「是」者，請列舉建議可提供施政參考之業務主管機關)

本研究具影響公共利益之重大發現：否 是

說明：(以150字為限)