

華杏廣場

雙月刊

FARSEEING PRESS



創刊於 1988 年 7 月 7 日 2017 年 8 月份

各版介紹

1. 綜合 人物專訪 促進正常分娩的專家——專訪高美玲教授
2. 幼保 戲水？溺水？預防夏季隱形殺手
3. 公衛 愛滋病患者，說與不說？——愛滋病患者的隱私與救護人員的安全
- 4&5. 叢書目錄
6. 高齡 吾愛吾家——終生住宅
7. 護理 關心您的健康——護理師不可不知的職業相關傷害
8. 護理 人物專訪（續）



人物專訪

促進正常分娩的專家——

專訪高美玲 教授

這一期我們邀請到台灣助產學會理事長、臺北護理健康大學助產及婦女健康照護系——高美玲教授，分享助產師的角色、產科護理的新觀念與常見的迷思。

高美玲 口述・蕭聿雯 專訪・邱明仙 整理・陳杏汝 企劃

Part 1 助產師的角色與發展

* 助產師主要任職場域

臺灣在 2007 年以前的助產師是以自行開業的助產所為主，根據衛福部統計 2016 年資料執業登記的助產師（士）約有 154 位，其中 100 多位的執業登記是在醫院，17 家是獨立開業的助產師。這些在醫院工作的助產師多為雙重執業登記（護理師及助產師），但仍多以護理人員的工作內容為主，沒有把助產師獨特的功能完全發揮出來。原因在於醫院的規範、或有些醫師不願意將某些助產師可擔任的獨立角色釋出。目前在醫院實際執行助產師角色的人數不到 5 人，然這些助產師合作的醫師都覺得在工作上是比較輕鬆的。

* 助產師的工作內容

依據《助產人員法》第 25 條：助產人員業務有接生、產前檢查及保健指導、產後檢查及保健指導、嬰兒保健指導、生育指導等。所以，助產師的工作不僅於「接生」這個階段，而是強調「一條龍的服務模式」，一般慣例助產師會接觸一對夫妻 3～5 次以上，與醫師一樣在產前階段即參與整個孕期的產前檢查、衛教指導。助產師也可協助孕前的諮詢，執行超音波檢查、子宮頸抹片檢查等，一般基本的婦女健康保健事項助產師均可執行。

助產師投入很多時間進行產前衛教，與孕婦建立關係，提供許多產前教育課程，且課程內容不僅是提供給孕婦，還有包括其家人（配偶、家中其他手足），個人的生產計畫，緩解孕期不適、減輕疼痛的方法。除了幫助孕婦因應未來的生產做準備之外，也協助孕婦開始學習如何勝任產後母職這一角色。到生產階段時，助產師會全程陪伴分娩過程，或進行接生的工作，在整個正常生產過程會使用的一些藥物（如子宮收縮劑、Vit. K 等）不需醫師處方，助產師即可給予。然後是產後的照護及居家訪視。

若是在醫院執業的助產師，例如新北市聯合醫院三重分院的一位助產師，因為醫師很願意與她合作，因此這位助產師開設了產前門診，若夫妻希望採溫柔生產，助產師可於門診時衛教夫妻，讓他們有一準備度，彼此也充分建立信任關係後，入院待產時夫妻可聯繫助產師陪伴，直到快進入分娩時，請醫師在旁察看，由助產師接生，需縫合會陰傷口時會由醫師執行，胎盤娩出仍由助產師執行，若遇到胎位不正等

的情形，則由醫師來接生。助產師執行風險度較低的工作，然後一直照顧到產後。

產房護理師 vs 助產師之差異

於法規的規範中，產房護理師有許多事項不被允許執行，例如接生、處方權給藥。產房護理師可以執行陰道檢查，但是不能下診斷，而助產師可以。

* 推展助產師制度

許多先進國家，甚至中國大陸、香港，產房中的照護人員均為助產師編制。他們認為產房的工作需要一套非常專業獨特的訓練。臺灣目前在醫院接生工作多由醫師執行，產房護理師常遇到最尷尬的是 Call 醫師至產房接生的時間上必須拿捏的很準，太早、太晚都會被醫師指責，有時胎兒已經快要出來了，但醫師還沒到場，護理師會以手擋住等醫師，此時產房若是以助產師編制，那這個狀況就不會存在。

助產師制度並不是要目前產房的護理師離開，高教授認為在未來助產人力充足下，希望產房護理工作由助產師來擔任，是比較好的情況。高教授希望有機會可以與婦產科醫學會進行溝通討論，未來助產師在醫院中可以擔任一線的角色，如果孕婦懷孕狀況與產程進展是在 low risks 的狀況下，助產師可以獨立處理待產及接生，當有緊急狀況下再 Call 醫師，這樣醫師不需隨時 stand by。如此不但可以改善醫師的生活品質，醫師更可以專注於婦科手術、產科手術或一些高危險性妊娠孕婦的照護。所以這在分工上面是可以進一步去思考的議題。

* 團隊體制的助產師

國外多是以一個團隊的體制來照護每位孕婦。例如可由 5 位以上的助產師組成一團隊，每週輪流值勤於門診、產房兩單位，孕婦在 10 個月孕期中會接觸到每一位助產師，整個團隊的助產師均對這位孕婦懷孕過程有一定的認識，孕婦會產生一種信任感，因為無論何時生產、遇到哪一位助產師，她都可以很安心。目前生產過度醫療化的原因多在於「時間」，生產是一個無法確定時間的事情，如果只有一位助產師，而生產發生時剛好遇到助產師休假或事務繁忙，這時助產師會很焦躁，無法耐心的陪產；因此，團隊照護的方式比較沒有時間的壓力，或無法協助個案生產時產生的罪惡感。

本機構誠徵 護理文字編輯

1. 工作內容：與作者聯繫，稿件之催稿、審稿、修稿、校對等。
2. 所需條件：
 - (1) 限護理系（所）畢業。
 - (2) 創意能力佳，個性積極、細心，具溝通整合及協調能力。
3. 聯絡方式：請 e-mail 個人履歷資料至 edit@email.farseeing.com.tw 吳小姐

* 理想中，國內助產師的需求量

目前全國約有 170 餘家接生的醫療院所，每家一位也至少需有 170 多位助產師。但理想中不管醫療院所型態的大小，以排班、休假係數來計算，一個團隊約需至少 5 位助產師來組成，所以最少需要 850 位助產師。但若按照先進國家 OECD（經濟合作暨發展組織）人力統計來看，平均每一千人口的助產師為 0.35，若以臺灣目前人口數為 2,355 萬人口數來計算，大約會需要 8,242 位助產師人力。

* 哪些特質的婦女會尋求助產師協助？

1. **自主性高的婦女** 認為生產是個人的事情，對於女性應有的權利與責任之認知非常清楚、獨立自主且知道自己的需求。對於助產師而言，將生產大事全權交給醫護助產人員的孕婦會比較擔心醫糾的問題，因為一旦發生不可預期的憾事，孕婦較容易將責任推諉給助產師。但如果孕婦有做足功課，就會知道整個過程，孕婦也多半願意承擔自己可能遭受的不可預期性之生產風險。
2. **家人全數支持居家生產或選擇助產師協助**。這一點對助產師很重要，助產師必須評估孕婦的家人是否支持（尤其是伴侶），這可以在門診時請其家人一同前來諮詢，若家中有一人不支持，助產師就需要考量是否要接受這個案，因為要全家都支持，在妊娠期一起接受生產教育課程及準備，孕婦才能有一個美好的生產經驗。

* 尋求助產所協助的婦女是否有城鄉差距？

目前接案較多的助產所位於南投／臺中、花蓮、宜蘭地區，但這些助產所的個案不是僅限於該縣市，全臺都有個案，所以助產師也是全臺跑訪視與接生的一份辛勞工作。

* 哪些管道可讓有需求的婦女覓得一位助產師？

- 高教授推薦有興趣的孕婦可以瀏覽以下兩個 FB 網頁，因為這兩個社團的經營者很用心於每個問題的答覆與管理。
1. **台灣助產學會、中華民國助產師助產士公會全國聯合會之網頁**：可以找到目前執業中的助產師聯繫方式。
 2. **FB 網頁**：生產行動聯盟、溫柔生產社團等。許多婦女會在 FB 上面討論、詢問各種關於溫柔生產的問題，例如：如何找到支持溫柔生產的醫師、如何胎盤製作拓印，留下生產的美麗印記、我要採蓮花式生產要準備什麼？徵求借用水中生產的浴池、生產球？等等。

* 生產事故救濟條例

於產科部分比較特別的一個法令，是於 2015 年底正式公布《生產事故救濟條例》，一旦有醫療事故的發生，無論責任歸屬哪一方，雙方願意和解，就可以啟動國家救濟機制，如此可確保產婦、胎兒及新生兒於生產過程中，不幸發生事故時能獲得及時的救濟，以減少發生醫療糾紛的訴訟。這個條例已經擴大到所有的接生機構，包括助產所的個案。



未完，續接 8 版

國內郵資已付
臺北郵局
臺北第 91 支局
許可證
北臺字第 5476 號
新聞紙類



粉絲團

上接1版

★「生產計畫書」是醫護之間的一種溝通與信任

透過生產計畫書，婦女可以知道生產過程中可能遇到的事情，以及表達個人對生產細節的期望。它不是一個絕對的承諾，而是在不違反安全及實證建議照護措施前提下，儘量滿足孕婦的期待，在緊急情況或是危及母嬰安全時，醫護人員還是依照實際情況執行必須的措施；而這些都應該在產前溝通生產計畫書時進行說明與準備。這世代已經不追求零意外，因為這是不可能的事情，應該留意與建立意外發生時，要如何盡快進行一線的處理，讓傷害降到最低。



★對於助產領域有興趣的學生，在什麼層級或年齡再接受專業助產訓練較合宜？

國內早期設立助產師（Nurse Midwives）時，是設定在研究所層級，並且要先有護理師執照後方能進修，主要是跟國外的制度層級可以接軌，加上要發揮助產師這個角色功能，所需的成熟度比較高，工作內容很多是獨立作業與判斷，生產本身是一個瞬息萬變的過程，需要較足夠的緊急應變能力與經驗值，因此理想上，助產師是以碩士層級較為合適，且是已具備有臨床經驗者。

然目前國內助產師學制上，有研究所、助產系、護理助產科等層級，高教授認為這種現象可視為是一個階段性任務，因為目前是助產師數量不足的情況，特別是助產教育被中斷了9年。現在草創時期遇到一個很大的困難是，學生看不到未來的路，以及學習上艱辛無法持續下去，也可以說是從這一群人中篩選留下有心走助產專業的人，在這階段性任務完成後，再逐漸的提升教育程度。就如美國的助產學制，一開始也不是從碩士層級開始的。

★推動助產師的職業與發展之最終目標

高教授一直以來都致力於助產師這個職業的推動與發展，也不斷在宣導一些臨床上產科新觀念，並透過教科書的編訂來從教育紮根，在這些努力的背後，高教授強調最終的目標是：要以婦女、助產師、醫師及國家社會四贏的角度來推展助產師制度與發展，婦女的權益應該得到一種被善待的生產方式。讓生產是一個正常、自然的過程，讓婦女在整個生產過程中得到美好的生產經驗，並讓夫妻在為人父母時感覺是被賦予能力且很有自信的去執行這個角色。助產師是促進自然陰道分娩很重要且是一個很適合擔任陪伴者的角色，可以協助孕婦達到正常分娩的目標。

Part 2 翻轉產科護理的新觀念！

★表觀遺傳學（Epigenetics）與生產之間的關係

高教授表示，在她鑽研產科護理領域多年來的感想：生產必須被視為是一個自然的過程，特別是從表觀遺傳學（epigenetics）與生產之間的關係來看，推動自然陰道分娩（SVD）是一個使命，因為文獻回顧再再告訴我們，不要小看生產過程中的任何一個措施，一個措施不僅將影響媽媽或新生兒當時的健康狀態，更是會影響至其子子代代的健康。舉例來說：

1. 在待產過程中施打催生針劑，這種外衍性（人工合成）荷爾蒙，對於自身體內分泌的 oxytocin 是不會產生作用性的，而內在荷爾蒙 oxytocin 有一個很重要的角色是——讓媽媽產生母愛、關係連結及內在穩定的一個歷練，它是一個愛的荷爾蒙，但是注射外衍性催產素之後，無法讓內在荷爾蒙 oxytocin 分泌出來，有些研究指出經施打催生針劑生產出來的小孩，成長過程會有較高比例的心理社會問題，如自閉症、社交情緒障礙等。
2. 1950 年代加拿大曾有一場大風雪造成斷電、斷糧 42 天，學者探討在這種高度壓力環境下出生的孩子之健康情形，與其他沒有處在上述情境下出生的孩子之健康做比較，一個有趣的發現是，這群在高度壓力環境出生的孩子日後發展為肥胖、罹患心血管疾病的機率比一般的孩子高出很多，甚至在未來同一對父母生出的手足其帶有肥胖基因的

比率也是比較高的，雖然父母本身都沒有肥胖基因，但在那種高壓力的環境之下，已經把孕婦的基因表態重新組裝了，而且是持續影響到下一代，因為基因的銘印（genomic imprinting）會一直存在。醫護人員常對父母說，會做這些措施是為了媽媽的安全，但是做了那些不應該做的，好像是為了一時安全而做的措施，卻是會影響後代一輩子的健康。高教授長期致力於推廣母乳哺餵，在鑽研表觀遺傳學越深入後，對於配方奶公司使用的策略會越覺得恐慌，因為一口配方奶就會影響孩子腸道內的菌種，而且這菌種會有一種記憶，它會影響到未來整個腸道健康。因此推廣母乳哺餵並不是要去逼迫媽媽，因為哺餵母乳真的不是輕鬆容易的事，在鼓勵媽媽哺餵母乳的同時，很重要的是要給予支持，不要讓媽媽覺得母乳哺餵是為了護產人員達成母嬰親善醫院評鑑的目標，實際上是為了母嬰的健康大家共同努力。

★強調呼吸技巧結合其他緩解疼痛的方式

早期拉梅茲（Lamaze）非常強調呼吸技巧的訓練。其實呼吸技巧是緩解疼痛的方法之一，但不是全部！因為後來發現很多待產婦在非常疼痛時，孕期學習過的呼吸技巧並無法應用得很好。後來 Lamaze 進行了一個大型調查研究結果指出，呼吸技巧的確是待產婦在緩解疼痛時最常使用的技巧，但她們同時也表示這是最無法緩解疼痛的技巧（相較於其他非藥物性減痛技巧，例如：冷熱敷、按摩）。也就是說，沒什麼效果但大家卻很常用。進一步詢問待產婦在緩解疼痛方面還曾採取過哪些方式？她們提到有按摩、水療、熱敷等，Lamaze 基於這調查結果開始進行檢討呼吸技巧的訓練，發現要將呼吸技巧運用得很好，必須事先就已經練習的很好才有辦法；且並不是每位待產婦在不同的產程階段都必須如此制式化的呼吸技巧。所以後來 Lamaze 呼吸技巧強調只要有達到放鬆的效果，就是好的呼吸技巧。Lamaze 開始僅強調原則性：①運用呼吸技巧過程中，伴侶必須檢查待產婦有無真的放鬆；②不要呼吸得太快，而導致換氣症候群的發生。如此一來，讓媽媽們比較能夠接受及學習，且真的可以做得到；③呼吸技巧不應單獨使用，應該和其他非藥物性減痛技巧一起使用，才能有效地緩解疼痛。另外，Lamaze 也開始思考生產的核心理念是「促進正常分娩」，而不是「呼吸技巧」；這也大大地改變其生產教育課程的方向——從著重教導呼吸技巧開始轉向促進正常分娩。

★促進正常分娩的六大護理準則

Lamaze 國際組織改變了 50 多年來的生產準備觀念，因為生產是一個自然且正常的過程，基於此核心目標，在照護措施上，呼吸技巧僅是其中一項措施，而進一步提出「促進正常分娩的六大護理準則」：

1. **讓產程自然的開始。**當胎兒、子宮、荷爾蒙和胎盤都準備就緒時，產程自然就會開始；所以不應任意施打催生藥物或引產，而讓生產成為一個醫療事件、增加複雜性。
2. **待產過程中可以自由下床走動及改變姿勢。**實證研究已指出自由體位、經常更換姿勢、自由走動均可促進正常分娩。
3. **持續性的產程支持。**配偶或親密的友人、陪產員在產程中持續給予力量與支持，實證研究顯示會降低剖腹生產、使用器械、負面生產經驗與感受的情形。
4. **無例行性常規干擾。**非醫療必要性，儘量不要給予醫療介入措施。
5. **分娩時採非仰臥位，順著身體的感覺向下用力。**儘量不要平躺，採直立式的姿勢最好；進入第二產程時，等到有迫切想用力時再用力。
6. **母嬰不分離是促進嬰兒安全感、母嬰身心健康、母嬰關係及母乳哺育的最佳措施。**

★重新闡釋「生產的疼痛」

以前的觀念認為：痛是很慘的事情、是一種疾病，所以要予以消除。Lamaze 的新觀念要讓媽媽了解生產疼痛是一個正常的生理現象，疼痛有什麼好處等。當然疼痛還是需要處理，但不是以藥物性的方式來緩解，而是給予支持及其他非藥物性的減痛方式。多種緩解疼痛的方式遠比單一呼吸技巧來得重要。因此強調除了呼吸技巧之外還要結合其他緩解疼痛的方式，呼吸技巧僅是一小部分。

★生產過程中是以待產婦為主體

以前 Lamaze 的觀念是將配偶（先生）當作一個 Coach（教練）的角色，Lamaze 的新觀念是：不是 Coach 產婦該做哪些事，而是生產過程中要以待產婦為主體，亦即待產婦覺得哪一種姿勢最為舒服，那就是最好的姿勢。當待產婦覺得某姿勢不舒服時就是胎兒壓迫到某個壓力點，胎兒卡住就下不來，此時待產婦會自然去調整到最舒服的體位，壓力點被釋放後胎兒也同時進行轉位至最佳位置。

★生產環境要重新安排

一個好的生產環境有幾項特徵，可以讓生產比較順利。安排一個具隱私且可以休息和放鬆的環境，光線儘量維持昏暗、柔和燈光（dim light），這會促進生產時相關的荷爾蒙（如：催產素、腦內啡等）的分泌，進而促進正常分娩。

★尊重媽媽與寶寶之間的連結

Lamaze 在教育的過程會讓媽媽經常去思考（回到內在）去感覺（sense）寶寶正在做什麼？自己身體有哪些變化。有時在練習時，媽媽會說感覺寶寶正在轉動、下降，我的子宮頸口開了……。當媽媽對這些感覺越敏銳時，就越容易因應生產過程。

★打破「24小時親子同室，壓力好大、好疲累！」的迷思

24 小時親子同室常給民眾負面感受、好多缺點，如壓力會很大、睡眠休息不好、疲累感倍增等。高教授認為這是因為執行過程中發生在「人」的問題上面。如果醫院規定執行此措施，而執行的護理師本身不明白親子同室的核心價值、目的而執行得很勉強，甚或不認同這項措施時，那他在跟媽媽解釋時可能會加入個人偏見，如「親子同室可能會很累，你自己負責喔！」所以個人態度會影響到媽媽的意願。

所謂愛嬰醫院十措施之核心目的，是透過醫院的措施協助那些想要完全母乳哺餵的媽媽們達到她的期望。核心理念中當然以 24 小時親子同室為最好的方式，因為可以隨時知道寶寶肚子餓就隨時哺餵，可是這不是一項強迫性措施。在愛嬰的過程中強調的是自主性，只要有強迫就不符合親善的定義。此項政策本身立意是好的，但是應該檢視實施推動此項措施時，是否有配套的整體環境支持系統，亦即媽媽想要達到完全母乳哺育時，外在環境是不是夠親善！讓媽媽可以得到應有的支持。以下兩篇研究報告可以說明親子同室之壓力與疲憊感的迷思，高教授建議讀者可以自行閱讀。

1. 江慧琴（2016）・社會支持、親子同室時間與產後壓力之關係：中介與調節效應之測試・未發表的碩士論文・國立臺北護理健康大學。
2. 李孟蓉（2014）・親子同室對產後婦女疲憊感及其睡眠品質之相關性・未發表的碩士論文・國立臺北護理健康大學。

對於為什麼產後 3 天媽媽會覺得那麼累、壓力那麼大、睡不好。高教授指出，必須回歸到幾個問題：

1. 孕期媽媽的準備度，於產前教育時要讓孕婦事先知道生產後會遇到哪些問題、如何因應。
2. 讓媽媽有一個好的生產經驗。如果沒有好的生產經驗、沒有足夠的被愛或支持，生產完她如何馬上可能充滿愛、願意付出愛孩子！

以上相關的研究很多，結果也一樣。因此生產過程中護產人員應給予足夠的支持及協助，以減少產後的疲憊程度，有好的睡眠品質。在產前教育內容強化親子同室目的、重要性，讓產婦覺得有足夠的精神及體力實施親子同室。

新 版 上 市



★榮獲國家考試參考用書

★依考選部命題大綱編著

國立臺北護理健康大學助產及婦女健康照護系教授
高美玲 總校閱

王淑芳 等編著

ISBN 978-986-194-434-0

華杏／精裝／全彩／16 開／852 頁

NT\$950