

## 一位聽障高齡初產婦行剖腹產後之護理經驗

盧映如 鍾芬芳\*

### Nursing Experience of an Advanced-Age Postpartum Primipara with Hearing Impairment

Ying-Ju Lu, Fen-Fang Chung\*

#### 摘 要

本篇係探討照護一位39歲聽障的初產婦行剖腹產後初期的護理經驗。護理期間自98年11月30日至98年12月3日，個案與案夫分別為中、重度之聽障人士，面對高齡產後生理恢復速度較慢，加上產後照護溝通及學習上的障礙，筆者運用Roy's護理適應模式，將個案資料整理分析後歸納出主要的三個護理問題：急性疼痛、無效性母乳哺餵、知識缺失。面對夫婦皆為聽障的個案，除建立良好治療性人際關係外，護理過程中，也運用面對面清楚簡要說明及溝通，並配合紙本資料及實體模型示範與演練的方式。除協助滿足其生理需求，也指導如何持續性哺乳及相關育兒照護技巧，進而幫助個案提升自我照護能力，以增強為母的自信心。期望藉由此護理經驗提供健康照護人員於照護聽障之產後期新手母親的參考。

關鍵詞：聽障、高齡初產婦、剖腹產、產後期、護理經驗

#### ABSTRACT

This case report presents the nursing experience of a 39-year-old primiparous woman following a cesarean delivery. The nursing care was provided from November 30, 2009, to December 3, 2009. The woman had moderate hearing loss and her husband had severe hearing loss. Due to her hearing impairment and the fact that she was a first-time mother, the patient experienced difficulties in taking care of her newborn and herself in the early postpartum period. In this study, Roy's adaptation model was used as a framework to guide the nursing care. Three major nursing problems were identified: acute pain due to the surgical wound, ineffective breast-feeding, and a knowledge deficiency regarding baby-care. To identify the woman's needs, the primary nurse established a therapeutic relationship between a caregiver and this couple. A method of giving the patient simple and concise face-to-face instructions was employed throughout the nursing-care period. To enhance her self-care ability and maternal

---

中山醫療社團法人中山醫院產科病房護理師

\*長庚科技大學護理系講師、長庚大學臨床醫學研究所護理組博士生

confidence, the primary nurse utilized written health information literature as well as demonstrations and practice exercises to teach her proper breastfeeding and other related mothering skills. This nursing experience provides useful information for healthcare professionals providing care for a first-time mother with a hearing impairment.

**Key Words: deaf, hearing impairment, primipara, Cesarean, postpartum, nursing experience**

產後期的婦女因應新生兒的加入，身心都需作多方面的調適和改變，是生命中一重要的關鍵階段 (Affonso, 1987; Cowan & Cowan, 1995; Lee, 1997; Rubin, 1984)，無論其身心是否有殘障 (林、周, 2006b)。多數初為人母者，要從生產中復原、重拾先前的角色功能，又得學習新的母親角色，身心較易感疲憊 (Troy, 1999; Reece, 1995)。而高齡又接受剖腹產的婦女，還需忍著傷口疼痛，學習與新生兒接觸和互動，使得高齡的、剖腹產的婦女在親子關係建立會比年輕的、自然產者來的緩慢 (Reece, 1993)。

另一方面，一般人常誤認聽障者皆精通手語；或以為已具語言能力後才發生聽障者 (post-lingually deafened) 都會讀唇語。長久以來，對於聽障族群的缺乏瞭解，也使得醫護人員在照護聽障個案時，面臨極大的挑戰 (Lieu, Sadler, Fullerton, & Stohlmann, 2007; McAleer, 2006)，於溝通觀念及傳遞訊息過程常出現困難 (林、周, 2006a; Baker, 2002)，進而影響健康照護品質、聽障個案對於醫療照護的感受及參與健康決策的權益 (Lieu et al., 2007; McAleer, 2006)。因此，在強調尊重個案多樣性 (diversity) 並提供個別性護理之今日 (Sinclair-Penwarden, 2009)，如何透過有效溝通策略及護理，提供聽障初產婦完善的產後照護，進而協助學習母職角色及親子關係建立，值得深入探討。

## 文獻查證

### 一、聽障與醫療照護

聽障 (deaf or hearing impairment) 者泛指聽力有缺損者 (Meador & Zazove, 2005; Steinberg, Barnett, Meador, Wiggins, & Zazove, 2006; Ubido, Huntington, & Warburton, 2002)。正常人可聽到25分貝的聲音，而聽障者則需要較高分貝才能聽到。依他們可聽到聲音的分貝值為30、50、70或90分貝，可分為輕度、中度、重度聽障或完全性耳聾 (李, 2001)。由於聽障者於接收與傳達聲音訊息有困難，無法與他人進行有效的口語溝通 (林、于, 2007; 沈, 2009)。若以手語進行溝通，一般大眾又多無法理解，常易遇到溝通困境 (林, 2007; Felling, et al., 2005)。

有些醫生對於聽障者缺乏相關的瞭解，因此在解說時，常忘了要面對個案，發聲也不夠清楚 (Ubido et al., 2002)。於解說時，有時無意間會使用過於簡單的字句，或因怕麻煩而避免與個案有較多的討論，都讓聽障個案感到醫生對其智力、想要瞭解及參與健康決策的渴望與動機等，未能給予應有的尊重 (Iezzoni, O'Day, Killeen, & Harker, 2004)。另外，由於外人的不瞭解或誤解，也讓聽障個案懶得嘗試跟健康照護者解釋及澄清，也較少期望能得到額外的訊息 (Jeffrey & Austen, 2005; Steinberg et al., 2006)。例如：據2004年英國皇家聽障基金會 (Royal National

Institute for Deaf People, RNID) 統計, 英國有超過35%的聽障者未受到醫護人員提供應有的健康諮詢 (Sinclair-Penwarden, 2009)。

健康照護者若能對聽障個案的表達方式與相關文化行為有正確的基本認知 (Tamaskar et al., 2000), 由臨床實務中發現並運用更多有效的溝通方法, 將可降低聽障者擔心無法與醫療體系溝通的焦慮 (Meador & Zazove, 2005; Steinberg et al., 2006), 提升照護品質 (Baker, 2002) 及增加個案執行健康促進行為的意願與持續性 (Lieu et al., 2007)。

## 二、與聽障個案的溝通策略

醫護人員習慣藉由聽障者的親友作為轉譯者 (interpreter), 代為詢問或傳達相關的健康訊息, 但個案可能不想讓親友知道某些隱私, 而未提供重要的資訊 (Steinberg, Wiggins, Barmada, & Sullivan, 2002)。事實上, 其親友非專業人員, 無法確保能正確且完整的傳達醫護人員所要表達的原意 (McAlear, 2006)。親友也可能基於保護個案的立場, 隱匿某些不想讓個案獲知的訊息而選擇性的轉達 (Lieu et al., 2007; Steinberg et al., 2006)。因此, 基於維護個案隱私 (Lieu et al., 2007) 及醫療安全的考量, 不應依賴非專業的親友團充當與聽障個案間的溝通橋樑 (McAlear, 2006)。

互動前, 可讓自己出現在個案的視線範圍內, 再輕揮手示意。或用手輕拍個案的肩膀, 動作務必要輕柔有禮, 以示尊重。先徵詢個案想要的溝通型式, 如: 可讀唇語、想用紙筆或電腦打字溝通等, 並盡可能以所想要的方式進行溝通。確認環境的光線柔和, 如果有一個強烈的光源, 則讓個案坐下來, 避免讓他面向刺眼的光線或背景。在與聽障個案溝通的過程, 應持續保持視線上的接觸, 讓個案知道你是在與他談論問題。並保持手部及臉部無任何東西遮掩, 讓個案清楚看

到你的口型, 但不需誇大口型, 只需以適當清楚的速度表達 (Abel, 2003; Barnett, 2002<sup>a</sup>; Jeffrey & Austen, 2005; McAlear, 2006)。若需戴口罩, 建議考慮以能遮掩鼻孔的護目鏡來替代 (Lieu et al., 2007)。

此外, 要面帶微笑、用溫和的眼光注視對方 (李, 2001)。使用適當手勢、文字或圖片來協助雙向溝通。過程中適時澄清個案是否確實正確瞭解, 可以在句子跟句子間停留幾秒鐘, 方便釐清內容。改變主題時, 也應清楚的讓個案知道。每次訪談結束, 應做一清楚的結論及明確說明未來的計劃 (Abel, 2003; Baker, 2002; Barnett, 2002<sup>a</sup>; Jeffrey & Austen, 2005; McAlear, 2006)。若有協助翻譯的第三者在場, 應安排於個案的側邊並靠近自己, 讓個案仍能清楚看到自己的臉部表情、手勢及唇的移動, 而自己也仍能直接面對個案進行討論 (Barnett, 2002b)。

照護聽障個案, 除須敏銳觀察、耐心傾聽外, 也可善用筆談及書面資料給予指導及澄清 (朱、董、師, 2006)。確認個案於身心舒適的情況下, 進行溝通, 以免影響其讀唇語或筆談等「聽」的能力 (Baker, 2002)。於產科臨床照護上, 更應加強主動觀察及訂定周密的護理計畫, 讓個案事先知道一天護理活動的安排, 以避免個案因專注於溝通的疲累。管理者也應安排合宜的護理人力, 以便給予適時的協助及充足的時間解說 (林、周, 2006a; 沈, 2009)。

## 三、高齡初產婦的產後調適

產後婦女初期因傷口疼痛及倦怠, 大部份的注意力都在自己身上, 慢慢的才會把焦點轉移至嬰兒身上, 學習新生兒照護知識, 即便產婦曾經照顧過家中親戚的孩子, 一旦生產結束面對自己的嬰兒仍會有焦慮、不確定感、不知所措的行為 (林、周, 2006b; Rubin, 1984)。而剖腹產的初產婦之為母自信度低於自然產者 ( $p = 0.007$ ), 因



合併症而行剖腹生產者之為母自信度又更低；但是，生男或生女並不影響其為母的自信（郭、陳、毛、鄒，2000）。另外，新手媽媽產後的壓力較經產婦高（Hung, 2007），為母自信度也明顯低於經產婦（Drake, Humenick, Amankwaa, Younger, & Roux, 2007; Hung, 2007; Rutledge & Pridham, 1987），但產後所受到親友的社會支持也較高（Hung, 2007）。

高齡初產婦心智較成熟，通常展現較高的自主性（Robinson, Garner, Gare, & Crawford, 1987; Robinson, Olmsted, Garner, & Gare, 1988），對擔任母親角色有較佳的準備度（Berryman & Windridge, 1991a, 1991b; Gottesman, 1992; May & Mahlmeister, 1994; Mercer, 1986; Nelson, 2004），對許多的需求都表現更多的關注（Gottesman, 1992; Mercer, 1986）。但產後疲憊感及復原時間都較長（楊，2001；Robinson et al., 1988; Windridge & Berryman, 1996, 1999），且常因缺乏育兒經驗、角色模範以及對自己為人母的期望較高，生活重心放在滿足新生兒的需求（Hendricks, 1998; Walker & Wilging, 2000），而使高齡初產婦有較多的母職角色轉換（maternal transition）的焦慮及困難（Levinson, 1996; Welles-Nystrom & de-Chateau, 1987），對為母角色的壓力較大（Reece, 1992, 1995）且滿意度較低（Mercer, 1986）。

另外，產後婦女或其家人常擔心乳汁不足讓嬰兒吃飽，對於哺母乳顯得信心不足（McFarland & McFarlane, 2003）。但是，婦女缺乏自信，擔心、壓力或疲憊等，都可能導致乳汁不足。而哺乳頻率太低、沒有夜間哺乳、哺乳時間短、使用安撫奶嘴或以奶瓶補充餵食，都是導致母乳哺餵失敗的要素（Chen & Chi, 2003）。研究也證實（Khoury, Moazzem, Jarjoura, Carothers, & Hinton, 2005; Marina & Noreen, 2007; Ogbuanu et al., 2009），醫護人員的支持和衛教是影響母乳哺餵的重要因素。教導正確哺乳的知識及姿勢，如何

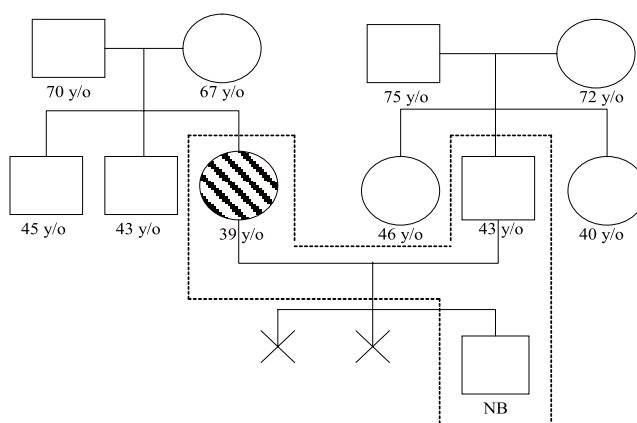
判斷嬰兒是否吃飽等技巧，都可以提供支持並幫助婦女建立信心及成功哺餵母乳（郭等，2000；McFarland & McFarlane, 2003）。

因此，針對產婦個別性的需求提供適時、適當的產後及新生兒的照顧知識、指導與鼓勵（丁、陳，2005；吳，2000；沈，2009；郭等，2000；Nelson, 2004; Ruchala & Halstead, 1994），配偶或親友的支持（Deave, Johnson, & Ingram, 2008; Reece, 1993），都能促進產後身體恢復及母性角色適應，提升為母的自信（Pridham & Chang, 1992; Sayil, Güre, & Uçanok, 2006）。

## 資料收集及分析

### 一、個案簡介

邱女士，39歲，已婚，高職畢業，信仰佛教，使用國、台語。目前與先生同住，從事行政業務工作，先生擔任學校工友，雙方工作穩定，此為第三次懷孕，前兩次懷孕因經濟狀況不佳，故採人工流產，現經濟狀況許可，即決定孕育下一代。住院期間，親友皆不定時到院探視，互動良好，先生為主要照顧者，家庭圖譜見圖一。



圖一、家庭圖譜

### 二、過去病史及家族史

出生時患有開放性心導管疾病，於孩童時期

已做過修補術。幼童時期，因發燒而導致聽力受損，現以助聽器作為輔助工具。家中母親罹患高血壓，父親罹患糖尿病。

### 三、住院過程及產後評估

預產期為98年12月8日，因胎位不正（臀位）於98年11月30日以剖腹方式娩出一名男嬰，體重為3,920公克，身長53公分，第一及第五分鐘的Apgar score各為9分及10分，外觀皆正常。剖腹產採子宮下段橫切方式，於下腹部有一約16公分的橫切傷口。住院期間採正常飲食。於尿管移除後，自解尿順暢，產後復舊良好。12月1日，首次於協助下坐輪椅至嬰兒室哺乳，住院期間皆可依寶寶需求不定時哺乳。12月2~3日，剖腹傷口乾紗有淡黃紅色滲液。於12月3日出院，乳房充盈，剖腹傷口未再滲液。

### 四、護理評估

護理期間（2009年11月30日至2009年12月3日），藉由身體評估、會談、觀察家庭互動及查閱病歷等資料收集方式，並運用羅式適應理論進行評估，內容如下：

#### (一)生理適應模式

1. 營養：身高163公分，孕前體重56公斤，目前體重70公斤，孕期體重增加14公斤，身體質量指數（BMI）由21%增至26.3%，屬正常範圍。平日及孕期食慾正常且飲食均衡攝取，不偏好特定食物，無飲食禁忌或不良嗜好，如抽菸等。孕期有服用新寶納多（New Prenatal®）一天一顆。產後第一天已排氣，腸胃系統皆正常，無腹脹情形。自行訂購坐月子餐，餐點皆為坐月子中心的營養師親自調配，皆能吃完。故此項目評估為適應。
2. 活動與休息：四肢肌力正常，皆五價（5

+)，可獨立完成日常活動，目前產後因剖腹傷口未癒，活動時會使用束腹帶，步態穩健。孕前沒有睡眠障礙，目前因夜間需哺餵母乳，一天睡眠時間最多不到7小時，自覺疲累，但仍可應付一天的活動。觀察個案精神可，無倦容。故此項目評估為適應。

3. 氧合與循環：只有懷孕後期，活動時有稍喘情形，其餘皆正常。血壓值皆於正常範圍內。術前血紅素為12.2 gm/dl，手術出血量為700 gm，術後第一天之血紅素為11.6 gm/dl，皆為正常。指甲與皮膚粘膜呈粉紅色，呼吸次數及呼吸音正常，四肢皮膚溫暖，霍曼式徵象（Homan's sign）呈陰性。故此項目評估為適應。
4. 排泄：住院前排便次數約1至2天解一次，無便秘情形。產後第一天已自行排便一次。平日排尿正常，懷孕後期較感頻尿，目前因處於產後利尿期，故比平日尿量多，但無自覺解不乾淨或疼痛燒灼感。生產前，水腫程度為一價（1+），目前水腫測試凹陷復原小於三秒，水腫情形已改善。基於上述資料，於此項目為適應。
5. 皮膚完整性：行子宮下段橫切之剖腹產方式，腹部傷口長約16公分，紗布覆蓋。術後第二天，出現少量淡黃、淡紅色滲液，第三天為淡黃色組織滲液，屬正常現象，皮膚無紅腫，其餘皮膚完整有彈性，故此項評估為適應。
6. 感覺知覺功能：因小時候發燒而影響聽力，目前聽力測試為中度重聽。配戴一耳助聽器，以唇語、手語及筆談方式進行溝通。視覺方面，無近視、老花等視力障礙。評估嗅覺、味覺，皆可正確分辨氣味，無特別偏重任何口味。觸覺部分，對冷熱感覺皆正常。此次生產採剖腹方式，

傷口於下腹部，恥骨聯合上緣，傷口長約16公分，術後第一天疼痛指數為5至6分，由麻醉科護士給予止痛劑使用，並使用束腹帶固定傷口，術後第二天可下床坐輪椅出病房，疼痛指數約4至5分，術後第三天，於活動、咳嗽、大笑時感疼痛，疼痛指數約三分。基於上述評估，確立有急性疼痛方面的問題，導因為剖腹產手術傷口。

7. 神經內分泌：月經生理週期約28-30天，經期期間偶有輕微腹痛情形，月經量中，持續約5-7天。此次為第三次懷孕，前兩次行人工流產，與性伴侶的相處感受愉悅，性生活相當滿意。目前產後休養中，尚未想恢復到孕前的性相處模式，預計等生理狀況回復之後再開始。了解產後子宮復舊及產後運動對身體恢復的重要性，對於相關的照護皆可提出自己的疑問以澄清觀念，基於上述評估結果為適應。
8. 認知：意識清楚，可正確分辨人、時、地，評估定向感、判斷力、抽象思考、計算能力、記憶能力皆無問題。住院期間，步態穩，平衡佳，可維持一般正常生活功能。對於產後照護方面，個案表示：「第一次哺乳，不知道自己的奶水夠不夠寶寶喝？餵奶的姿勢怎麼擺才是正確的？雖然家人都很支持餵母乳，但很怕會失敗，真的很煩惱。」，基於上述評估，個案出現無效性母乳哺餵的護理問題，導因為知識缺失。

## (二)自我概念模式

1. 身體我：對於身體心像的改變適應良好，表示：「產後雖然有剖腹產的傷口痕跡，不過，傷口那麼下面也看不到，沒關係啦！」。在協助傷口換藥及衛教返家後傷

口護理時，個案能自然的看著自己的腹部與傷口，並討論。經評估後，此項目為適應。

2. 人格我：個性隨和，覺得自己很開朗、樂觀，對事情不會太強求。產後情緒穩定，與人應對合宜，專心學習照護自己及寶寶的技巧。經評估後，此項目為適應。
3. 理想我：表示：「讓小孩子能夠平安長大，就是最大的願望」。此項目評估結果為適應。
4. 道德—倫理—精神我：雖然信仰是佛教，但是也沒有特別深入信教。不過，當有不順遂的時候，還是會藉由拜佛來平復心靈。經評估後，此項目為適應。

## (三)角色功能模式

第一角色為39歲的女性。第二角色：女兒、妻子、媳婦、母親。第三角色：高齡產後婦女。表示：「雖然家族成員中有育兒的經驗，但是第一次當媽媽，對照顧弟弟（寶寶）方面還是會不知所措。」，經評估後，有新生兒照護之知識缺失的護理問題，導因為新手母親缺乏經驗。

## (四)相互依賴模式

當遇到事情的時候，家裡的人都會互相支持。此次住院期間，個案父母親、案夫及親友們皆會不定時前來探視，給予關懷及鼓勵。住院後將會到坐月子中心，由專業人員照護。有懷孕生產的疑問時，也會請教母親或是親戚，經評估後，此項目結果為適應。

## 確立問題、護理措施及結果評估

運用羅式適應模式評估整理後，歸納出三個護理問題：一、急性疼痛/剖腹產手術傷口；二、無效性母乳哺餵/哺乳知識及技巧不足；



三、新生兒照護需求/新手母親，缺乏經驗。相關護理目標及措施，詳述如下：

#### (一) 急性疼痛/剖腹產手術傷口

98.11.30個案表示：傷口疼痛，疼痛指數5至6分。表情皺眉，不想翻身或移動身體，每隔四小時麻醉科護士會前來給予硬膜外麻醉術後止痛劑；98.12.1由先生協助下，個案使用束腹帶，下床坐輪椅至嬰兒室哺乳，表示活動時傷口疼痛指數約5分，表情皺眉，無使用止痛藥。持續使用術後止痛劑；98.12.2個案可自行緩慢下床，疼痛指數約3分，已無使用硬膜外麻醉術後止痛劑或口服止痛藥，可自行調整束腹帶。

經評估後，訂定的護理目標為：98.12.1個案能正確說出緩解疼痛的方法，至少三種；98.12.2個案可使用緩解疼痛的方法以減輕不適感，疼痛指數可降為3分。

護理措施包括：1-1.運用面對面清楚簡要方式說明緩解疼痛的方法。當傷口疼痛時，可告知醫護人員給予止痛劑；避免給予言語刺激，例如說笑話，而導致大笑牽扯腹部肌肉造成疼痛；以表情、手勢等溝通方式，告知當無可避免需使用到腹部肌肉，如大笑、起身、翻身等，應使用束腹帶或適時輕壓傷口，以避免牽扯到傷口附近的肌肉；教導正確使用束腹帶的方法；協助採舒適臥位，減輕腹部肌肉的牽扯；鼓勵活動時，可請家屬協助，採漸進式方式；必要時，依醫囑給予止痛藥物，說明藥物作用、副作用及注意事項，並觀察使用後反應。1-2.衛教過程中，面帶微笑、溫和的眼光，予以傾聽及鼓勵表達感受。1-3.於討論後，請個案以口語搭配手勢回示教。1-4.針對個案未明瞭之處，再予澄清；2-1.觀察個案執行衛教內容的情形；2-2.對於家人的陪伴給予適當的讚賞。

根據訂定的兩個護理目標於98.12.1評值，個

案表示：可於下床時，採漸進式方式，並使用束腹帶避免牽扯傷口肌肉，疼痛無法忍受時會告知醫護人員並要求使用止痛劑。98.12.2個案表示經由家人協助下，能正確使用束腹帶，並可自行下床活動，活動時疼痛指數約3分。觀察個案下床餵奶皆有使用束腹帶，活動時，表情平順，無皺眉。經評值後，兩項目標皆已達成。

#### (二) 無效性母乳哺餵/哺乳知識及技巧不足

98.12.1個案表示：擔心自己奶水不足以供給寶寶的需求，不知道餵奶姿勢該怎麼調整？陪同個案至嬰兒室哺乳時，觀察其哺乳姿勢不正確。餵奶結束時，未等嬰兒鬆口，便逕自將乳房由寶寶口中移出；98.12.2表示：寶寶不知道是不是有喝到奶水？很擔心自己沒有乳汁，不知道怎樣才是正確含乳。由個案哺餵時觀察。寶寶含乳姿勢不正確，個案未能主動察覺；98.12.3表示：雖然有乳汁，但是還是擔心寶寶喝不夠。觀察個案乳房呈充盈狀態。

經評估後，訂定的護理目標為：98.12.2個案能1.說出至少兩種哺乳姿勢、2.執行正確的哺餵姿勢；98.12.3個案能3.讓寶寶正確含乳、4.正確執行手擠奶技巧、5.說出脹奶的護理技巧，及6.返回職場後的哺餵母乳方式。

護理措施包括：1-1.教導母乳哺餵的正確姿勢及哺餵時機，如坐姿、側姿、搖椅式、橄欖球式等姿勢，並請其回示教以進行評估及加強教導正確哺餵姿勢；1-2.教導協助寶寶正確含乳的姿勢及技巧，如：嬰兒與母親的擺位為腹部相對，嬰兒的頭頸成一直線，嬰兒的下巴是緊貼乳房，嬰兒嘴巴張的很大，且上下嘴唇外翻，上唇上方的乳暈較下唇下方的乳暈露出較多，可觀察到嬰兒慢慢深深的吸吮；1-3.提醒餵奶結束時，需等嬰兒鬆口或以尾指輕放入嬰兒嘴中，使其停止吸吮再移出；1-4.於哺餵過程中，觀察個案實際哺乳姿勢及嬰兒吸吮、吞嚥反應。2-1.鼓勵母親保

持心情愉快、攝取足夠的營養及水份，並且有適當休息及睡眠；2-2.教導自我評估乳房是否充盈、脹滿、發炎、破裂等的方法；2-3.鼓勵更換哺餵姿勢，減少乳頭受壓部位；2-4.教導乳房護理及脹奶處理方式；2-5.鼓勵返回職場時，仍可親自哺乳或定時將母乳擠出，以利持續哺餵母乳；2-6.教導母乳擠出後的保存、使用及回溫方式。以上衛教，皆配合紙本的衛教手冊，並利用面對面口說與實際示教、回示教等方式進行。

根據訂定的兩個護理目標於98.12.2評值，個案可於嬰兒室哺乳時採搖椅式及橄欖球式的哺餵姿勢，並可說出返家後可採側姿哺餵。98.12.3可自行正確調整嬰兒含乳姿勢，執行手擠奶技巧，並說出脹奶時可因狀況不同採取按摩、熱敷及冰敷，以緩解不適，返回職場後預計定時將乳汁擠出，以利持續哺乳。經評值後，兩項目標皆已達成。

### (三) 新生兒照護需求/新手母親，缺乏經驗

98.12.1個案表示：不知道寶寶是否有喝到奶水？住院期間未實施親子同室；98.12.2表示：雖然有看過其它寶寶洗澡的情形，也知道大概的技巧，但還是會擔心。嬰兒室有提供嬰兒照護的衛教影片。

經評估後，訂定的護理目標為：98.12.2個案能說出1.如何觀察寶寶有喝到奶、2.喝母乳的寶寶如何觀察大小便；98.12.3個案能說出新生兒沐浴技巧。

護理措施為：1-1.運用面對面清楚簡要說明及溝通，並配合紙本資料，教導如何觀察寶寶有喝到奶及是否吃飽的方法，包括：寶寶喝到奶的表現方式，如：深而慢的吸吮，能聽到吞嚥聲及看到吞嚥動作，吸奶時不會有嘔嘔聲，吸完奶後能安然入睡不哭鬧等；尿片觀察：產後第四、五天開始，每天約4至5次，第六天以上一天至少會有六次小便。排便前三天是深綠色黏便，第四至

六天，顏色漸漸轉為黃綠便，第六天以後一天至少3至4次黃色大便；1-2.於協助餵奶時，實際指出寶寶吸乳行為並討論；1-3.於討論過程評估請個案對於衛教內容的瞭解程度；1-4.適時予以稱讚。2-1.運用面對面清楚簡要說明及溝通，並配合紙本資料及實體模型，示範教導新生兒沐浴技巧，並提醒先放冷水再放熱水、將欲穿衣服、包巾及尿布先攤開，毛巾沾濕後從臉部之眼睛擦起，應由內眥至外眥擦，洗頭時需將耳朵搗起避免水滲入耳朵等；2-2.以實體模型讓個案回覆示教並與之討論疑問；2-3.適時予以稱讚。

根據訂定的兩個護理目標於98.12.2評值，個案可於嬰兒室哺乳時將觀察到的結果分析寶寶是否有喝到奶水，並可說出尿布如何觀察。98.12.3可以口述方式指出沐浴時應注意放水的順序、洗澡的順序、洗頭時注意耳朵不進水、洗完後用按壓方式將水分吸乾，經評值後，兩項目標皆已達成。

## 討 論

由國內的照護經驗（丁、陳，2005；林、周，2006<sup>a</sup>；林、周，2006<sup>b</sup>；沈，2009；郭等，2000；陳、雷、周，2004）可知，台灣的初產婦女行剖腹產後，常會出現急性疼痛、無效性母乳哺餵及照顧新生兒方面之知識缺失等的護理問題。本篇初產婦個案也因缺乏育兒與哺乳經驗，同樣出現相同的護理問題。另外，在協助個案解決無效性母乳哺餵的問題中，發現缺乏哺餵母乳的相關知識、自我信心不足、嬰兒吸吮不佳等，是導致其出現無效性母乳哺餵的主要因素，此與陳慧主等人（2004）所述之照護經驗相符。經提供哺乳的相關知識及給予個別性指導與鼓勵後，個案對哺餵母乳的信心增加許多，母乳哺餵的問題明顯獲得改善的情況，也與文獻所述一致（郭等，2000；Chen & Chi, 2003；McFarland &



McFarlane, 2003)。

針對聽力障礙的部分，在與個案溝通時運用了專家建議的溝通策略，事前擬定一天的照護活動時間表並於前一天下班前及早晨初次見到個案時告知一天的時間安排，例如口語交談時以正面相向，使個案夫妻能清楚的看到我們的口型，咬字清楚並注意說話速度，搭配手勢、文字的衛教資料以利溝通，面帶微笑、用溫和的眼光注視對方，互動開始前一定先讓個案知道，細心的注意聽個案說的話，過程中隨時澄清以確認個案可以清楚的了解筆者想傳達的訊息。因此，照護過程中並沒有出現言詞溝通障礙的問題。此經驗印證多數相關文獻 (Abel, 2003; Baker, 2002; Barnett, 2002<sup>a</sup>; Jeffrey & Austen, 2005; McAleer, 2006) 所建議之方式也適用於產科臨床照護實務，且有良好的效果。

此外，過往研究 (楊, 2001; Robinson et al., 1988; Windridge & Berryman, 1996, 1999) 指出，隨著年紀增長，高齡產婦產後疲憊感及復原所需時間也較長。而本個案腹部雖有傷口，除手術後當天及第一天外，上下床都不需他人攙扶且動作迅速。對於相關衛教內容及練習，皆積極參與。但產後第三天以疲倦感量表 (Fatigue Symptom Checklist, 中文版量表內在一致性信度檢定 Cronbach's  $\alpha$  係數為0.91, 此量表總分最高為30分, 最低為0分。分數越高, 表示產後疲倦感越高) (詹, 1996) 測量, 個案得到14分。雖然未觀察到個案有如文獻所述復原較慢現象, 也未主訴疲憊, 但以有良好信效度之量表測量, 卻發現個案出現中度的產後疲憊感。此可能因為高齡初產婦對自己為人母的期望較高, 會為了滿足新生兒的需求而犧牲自己的滿足有關 (Hendricks, 1998; Walker & Wilging, 2000)。建議產後除細心觀察外, 也應配合客觀工具之測量, 以免低估了高齡個案產後疲憊感的程度。

另外, 多數研究結果 (郭等, 2000; Drake

et al., 2007; Hung, 2007; Rutledge & Pridham, 1987) 發現, 新手媽媽產後會展現較低的為母自信度。筆者於產後第三天以母親自信度量表 (Maternal confidence questionnaire, 中文版量表的內在一致性信度檢定 Cronbach's  $\alpha$  係數為0.87, 此量表總分最高為70分, 最低為0分。分數越高, 表示為母的自信度越高) (Ko, Yang, & Chiang, 2008) 來測量, 個案得到48分, 顯示自信度偏中~高度, 與文獻所述部分吻合。其原因可能與個案之家庭支持系統良好, 且醫護人員提供產後一小時內儘早母嬰接觸並協助親自哺乳, 以及個案成熟度有關。此結果恰好印證過往文獻 (吳, 2000; 郭等, 2000; Deave et al., 2008; Nelson, 2004; Pridham & Chang, 1992; Reece, 1993; Ruchala & Halstead, 1994; Sayil et al., 2006) 所建議, 專業照護與鼓勵、社會性的支持, 確實有助提升新手媽媽的為母自信度。

## 結論及限制

個案有權利參與照護決策, 並獲得正確的評估及治療處置的訊息 (ANA, 2001; Pozgar, 2004)。對於醫護人員而言, 照護聽障個案是一大壓力與挑戰。其實, 聽障者除聽力功能外, 其他身體功能皆與一般人無異。唯需依其聽力受損程度, 選擇適切的方式與策略來溝通及傳達訊息。聽障個案也能夠感受到醫護人員關注其健康問題的心意。本文個案雖為中度聽障的個案, 但因有助聽器的輔助, 加上個案能讀唇語, 只要注意並運用如文獻查證所建議之溝通策略, 在照護上並沒有特別的困難, 個案夫妻所產生之護理需求或行為表現與一般個案並無不同。個案產後住院期間雖出現急性疼痛、無效性母乳哺餵、知識缺失等護理問題, 除協助滿足其生理需求, 也配合紙本資料及實體模型示範與演練的方式, 在給予個別性的護理措施後, 皆獲得改善或解決, 並

提升其照護自我及寶寶的能力。

但由於產後住院天數之限制，照護時間相對有限，初產婦女需接受大量的護理指導，與聽障個案溝通為求清楚，速度不可能快，又需兼顧個案休息的需求。因此，無暇更深入了解或追蹤個案為母之心路歷程，是本文之限制。建議未來能針對聽障產後婦女發展相關的影音衛教教材，除能讓個案依其時間及需求彈性播放、自我學習，有助產婦及醫護人員能投注更多精力於問題的澄清與討論，而非教導。在專業教育方面，可增加對於聽障族群相關文化、法規的介紹及手語技能的訓練，以提供更完善的照護。

### 參考文獻

- 丁素珠、陳春菊 (2005) . 照顧一位高齡初產婦產後初期之護理經驗 . 高雄護理雜誌, 22 (1), 37-49 .
- 朱麗玲、董道興、師慧娟 (2006) . 照顧一位先天聽障感染愛滋病個案的護理經驗 . 新台北護理期刊, 8 (1), 97-105 .
- 李惠玲 (2001) . 眼睛與耳朵疾病之護理 . 於劉雪娥總校閱, 成人內外科護理 (下冊, 1215-1309頁) . 台北: 匯華 .
- 沈彩吟 (2009) . 一位聾啞初產婦產後照護之護理經驗 . 志為護理, 8 (4), 93-101 .
- 吳繡雯 (2000) . 出院護理指導對初產婦居家照顧新生兒之知識及自信度的影響 . 未發表的碩士論文, 台北: 台灣大學護理學研究所 .
- 林玉華、周汎濤 (2006a) . 一位聾啞婦女生產之護理經驗 . 高雄護理雜誌, 23 (1), 45-53 .
- 林玉華、周汎濤 (2006b) . 運用羅氏適應模式於一位高齡初產婦剖腹產後之護理經驗 . 高雄護理雜誌, 23 (1), 83-96 .
- 林秀奇 (2007) . 聽覺障礙者心理社會適應 . 聽障教育期刊, 6, 29-33 .
- 林秀卿、于普華 (2007) . 聽力障礙者生活品質及其相關因素之探討 . 澄清醫護管理雜誌, 3 (1), 18-26 .
- 郭淑芬、陳月枝、毛新春、鄒國英 (2000) . 個別性護理指導對初產婦新生兒照顧認知及母親自信度成效之探討 . 護理研究, 8 (2), 152-164 .
- 陳慧主、雷玉華、周承珍 (2004) . 協助一位剖腹產產婦住院期間哺餵母乳的護理經驗 . 長庚護理, 15 (1), 99-108 .
- 楊玉娥 (2001) . 產褥期疲倦感的相關因素及因應策略 . 高雄護理雜誌, 18 (1), 1-4 .
- 楊雅玲、余玉眉 (1993) . 剖腹產後經產婦對自己及新生兒之關注行為及所感受的護理照顧 . 護理研究, 1 (4), 316-327 .
- 詹淑敏 (1996) . 早產兒出院前母親自信度的相關因素 . 未發表的碩士論文, 台北: 陽明大學臨床護理研究所 .
- Abel, M. (2003). See the signs. *Nursing Standard*, 17(33), 18.
- Affonso, DD. (1987). Assessment of maternal postpartum adaptation. *Public Health Nursing*, 4(1), 9-20.
- American Nurses Association (ANA). (2001). Code of ethics for nurses. Retrieved June 6, 2007, from <http://www.nursingworld.org/ethics/chcode.htm>
- Baker, C. (2002). Caring for patients with hearing impairments. *Dermatology Nursing*, 14(1), 49, 52.
- Barnett, S. (2002a). Communication with deaf and hard-of-hearing people: A guide for medical education. *Academic Medicine*, 77(7), 694-700.
- Barnett, S. (2002b). Cross-cultural communication with patients who use American sign language.

- Family Medicine*, 34, 376-382.
- Berryman, J. C., & Windridge, K.C. (1991a). Having a baby after 40: I. A preliminary investigation of women's experience of pregnancy. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 9, 3-18.
- Berryman, J. C., & Windridge, K. C. (1991b). Having a baby after 40: II A preliminary investigation of women's experience of motherhood. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 9, 19-33.
- Chen, C. H., & Chi, C. S. (2003). Maternal intention and actual behavior in infant feeding at one month postpartum. *Acta Paediatrica Taiwanica*, 44(3), 140-144.
- Cowan, C. P., & Cowan, P. A. (1995). Interventions to ease the transition to parenthood. *Family Relations*, 44, 412-423.
- Deave, T., Johnson, D., Ingram, J. (2008). Transition to parenthood: the needs of parents in pregnancy and early parenthood. *BMC Pregnancy Childbirth*, 29, 8-30.
- Drake, E. E., Humenick, S. S., Amankwaa, L., Younger, J., & Roux, G. (2007). Predictors of maternal responsiveness. *Journal of Nursing Scholarship*, 39(2), 119-125.
- Felling, J., Holzinger, D., Dobner, U., Gerich, J., Lehne, R., Lenz, G., & Goldberg, D. (2005). Mental distress and quality of life in a deaf population. *Social Psychiatry and psychiatric epidemiology*, 40(9), 737-742.
- Gottesman, M. M. (1992). Maternal adaptation during pregnancy among adult early, middle, and late childbearers: Similarities and differences. *Maternal-Child Nursing Journal*, 20, 93-111.
- Hendricks, A. K. (1998). On the back-burner: The needs of first-time mothers. *Birth Issues*, 7, 81-86.
- Hung, CH. (2007). The psychosocial consequences for primiparas and multiparas. *Kaohsiung Journal of Med Science*, 23(7), 352-360.
- Iezzoni, L. I., O'Day, B. L., Killeen, M., & Harker, H. (2004). Communicating about health care: Observations from persons who are deaf or hard of hearing. *Annals of Internal Medicine*, 140(5), 356-362.
- Jeffrey, D., & Austen, S. (2005). Adapting de-escalation techniques with deaf service users. *Nursing Standard*, 19(49), 41-47.
- Khoury, A. J., Moazzem, S. W., Jarjoura, C. M., Carothers, C., & Hinton, A. (2005). Breast-feeding initiation in low-income women: Role of attitudes, support, and perceived control. *Women's Health Issues*, 15, 64-72.
- Lee, C. (1997). Social context, depression, and the transition to motherhood. *British Journal of Health Psychology*, 2(2), 93-108.
- Levinson, D. J. (1996). *The seasons of a woman's life*. New York: Ballantine Books.
- Lieu, C. C., Sadler, G. R., Fullerton, J. T., & Stohlmann, P. D. (2007). Communication strategies for nurses interacting with deaf patients. *Medsurg Nursing*, 16(4), 239-245.
- Marina, L. J., & Noreen, E. (2007). Barriers and facilitators for breastfeeding among working women in the United States. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 36, 9-20.
- May, K. A., & Mahlmeister, L. R. (1994). *Pocket guide to maternal and neonatal nursing*. Philadelphia: Lippincott.
- McAler, M. (2006). Communicating effectively



- with deaf patients. *Nursing Standard*, 20(19), 51-54.
- McFarland, G. K., & MaFarlane, E. A. (2003). 新臨床護理診斷：營養代謝型態（葉明真、程仁慈譯）。台北：華杏。（原著出版於1997）
- Meador, H. E., & Zazove, P. (2005). Health care interactions with deaf culture. *Journal of the American Board of Family Practice*, 18(3), 218-222.
- Mercer, R. T. (1986). *First time motherhood-experiences from teens to forties*. New York: Springer Publishing Company.
- Nelson, A. M. (2004). A qualitative study of older first-time mothering in the first year. *Journal of Pediatric Health Care*, 18, 284-291.
- Ogbuanu, C. A., Probst, J., Laditka, S. B., Liu, J., Baek, J. D., & Glover, S. (2009). Reasons why women do not initiate breastfeeding: A Southeastern State study. *Women's Health Issues*, 19, 268-278.
- Pozgar, G. D. (2004). *Legal aspects of health care administration* (9th ed.). Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers.
- Pridham, K. F., & Chang, A. S. (1992). Transition to being the mother of a new infant in the first 3 months: maternal problem solving and self-appraisals. *Journal of Advanced Nursing*, 17(2), 204-216.
- Reece, S. M. (1992). The parent expectations survey. *Clinical Nursing Research*, 1, 336-346.
- Reece, S. M. (1993). Social support and the early maternal experience of primiparas over 35. *Maternal-Child Nursing Journal*, 21(3), 91-98.
- Reece, S. M. (1995). Stress and maternal adaptation in first-time mothers more than 35 years old. *Applied Nursing Research*, 8(2), 61-66.
- Robinson, G. E., Garner, D. M., Gare, D. J., & Crawford, B. (1987). Psychological adaptation to pregnancy in childless women more than 35 years of age. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 156, 328-333.
- Robinson, G. E., Olmsted, M., Garner, D. M., & Gare, D. J. (1988). Transition to parenthood in elderly primiparas. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 9, 89-101.
- Rubin, R. (1984). *Maternal identity and the maternal experience*. New York: Springer.
- Ruchala, P. L., & Halstead, L. (1994). The experience of low-risk women: A time of adjustment and change. *Maternal-Child Nursing Journal*, 22(3), 83-89.
- Rutledge, D. L., & Pridham, K. F. (1987). Postpartum mothers' perception of competence for infant care. *Journal of Obstetric, Gynecological, and Neonatal Nursing*, 16(3), 185-194.
- Sinclair-Penwarden, A. (2009). Deaf people have unique care needs that nurses must understand and help address. *Nursing Times*, 105(3), 31.
- Steinberg, A. G., Barnett, S., Meador, H. E., Wiggins, E. A., & Zazove, P. (2006). Health care system accessibility. Experiences and perceptions of deaf people. *Journal of General Internal Medicine*, 21(3), 260-266.
- Steinberg, A. G., Wiggins, E. A., Barmada, C. H., & Sullivan, V.J. (2002). Deaf women: Experiences and perceptions of healthcare system access. *Journal of Women's Health*, 11(8), 729-741.
- Tamaskar, P., Malia, T., Stern, C., Gorenflo, D., Meador, H., & Zazove, P. (2000). Preventive

- attitudes and beliefs of deaf and hard-of-hearing individuals. *Archives of Family Medicine*, 9(6), 518-526.
- Ubido, J., Huntington, J., & Warburton, D. (2002). Inequalities in access to healthcare faced by women who are deaf. *Health & Social Care in the Community*, 10(4), 247-253.
- Walker, L. O., & Wilging, S. (2000). Rediscovering the "M" in "MCH": Maternal health promotion after childbirth. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 29, 229-236.
- Welles-Nystrom, B. L. & de-Chateau, P. (1987). Maternal age and transition to motherhood: Prenatal and perinatal assessments. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 76, 719-725.
- Sayil, M., Güre, A., & Uçanok, Z. (2006). First time mothers' anxiety and depressive symptoms across the transition to motherhood: associations with maternal and environmental characteristics. *Women and Health*, 44(3), 61-77.
- Troy, N. W. (1999). A comparison of fatigue and Energy Levels at 6 weeks and 14 to 19 months postpartum. *Clinical Nursing Research*, 8(2), 135-152.
- Windridge, K. C., & Berryman, J. C. (1996). Maternal adjustment and maternal attitudes during pregnancy and early motherhood in women 35 and over. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 14, 45-55.
- Windridge, K. C., & Berryman, J. C. (1999). Women's experiences of giving birth after 35. *Birth*, 26, 16-23.
- Ko, Y. L., Yang, C. L., & Chiang, L. C. (2008). Effects of postpartum exercise program on fatigue and depression during "Doing-the-Month" period. *Journal of Nursing Research*, 16(3), 177-186.