

照顧一位不孕症孕婦 罹患急性闌尾炎 抉擇終止妊娠之護理經驗

張書瑗

中文摘要

本篇旨在描述一位不孕症婦女接受多次人工生殖後成功懷孕八周，但因急性闌尾炎需面臨抉擇終止妊娠，進而產生哀傷和失落之照護經驗。護理期間自2015年4月18日至4月27日，筆者運用羅氏適應模式進行系統性評估，並採直接觀察、會談及電話訪談等方式，確立個案有體溫過高、急性疼痛、抉擇衝突及哀傷等護理問題；照護期間筆者給予個別性生理照護，也協同醫療團隊召開家庭會議以提供醫療資訊與說明，協助個案面對終止妊娠的決定；亦藉由傾聽、陪伴及心理支持，輔以宗教信仰與心靈撫慰，讓個案能勇敢面對失去胎兒的事實及渡過終止妊娠的哀傷反應。本文盼能提供護理同仁於此類個案照顧之參考，以提升專業照護的品質。(志為護理，2018; 17:2, 87-96)

關鍵詞：急性闌尾炎、終止妊娠、哀傷、抉擇衝突

前言

不孕症的盛行率臺灣統計約在10-15% (吳、潘，2014)，多數夫妻尋求生殖科技的協助，其過程常使不孕症婦女的身心俱疲，成功率卻僅有36.9% (衛生福利部國民健康署，2015)。

孕婦發生急性闌尾炎頗為少見，機率

在1/800-1/1500 (Nalliah, Venugopal, & Wijesuriya, 2011)，現以闌尾切除術為優先治療方式(林、梁，2010)，孕婦若無早期治療易有合併症及高死亡率，但麻醉及藥物對初期孕婦及胎兒健康的風險及危害很大(李、陳、郭，2009；Flynn & Susarla, 2007)，當孕婦需面臨終止妊娠及衍生的否認、憤怒、悲傷等情緒，是

新光醫療財團法人新光吳火獅紀念醫院護理師

接受刊載：2017年1月14日

通訊作者地址：張書瑗 臺北市士林區美德街六號四樓

電話：886-9-8081-9204 電子信箱：nie7760@yahoo.com.tw

護理人員提供個別及人性照護、哀傷輔導與協助的專業角色，能讓個案逐漸接受失去胎兒的事實，並能以正向態度順利渡過哀傷過程(陳、林、張，2011)。

筆者於臨床工作多年首次照護此少見案例；個案是一名經歷數次懷孕失敗後而成功懷孕的36歲婦女，然而在欣喜即為人母的同時卻於第一孕期罹患急性闌尾炎且需外科手術；基於疾病的進展與威脅，陷入治療抉擇及妊娠終止的兩難局面，個案身心遭受了莫大的折磨、煎熬，且出現負面的情緒反應，故引發筆者介入與積極協助之動機，透過護理的獨特功能，亦協同醫療團隊提供醫療資訊及心理支持，以協助處理此一生命中的重大問題。

文獻查證

一、孕婦罹患急性闌尾炎的治療與照顧

懷孕期間的闌尾管徑狹窄，極易因阻塞或感染而致闌尾炎，懷孕初期發生率約6%，中期及晚期分別約10%及13%，其症狀包括：發燒、右下腹痛、腹肌反彈痛等。在治療上可採用廣效抗生素，但症狀加劇且持續超過24小時則孕婦之腹膜穿孔機率增加至43%，且胎兒死亡率高達20-35%。懷孕初期常建議腹腔鏡手術治療，但其CO₂及電燒會增加胎兒流產及死胎的機率(李等，2009；Aufses, Bickell, Bodian, & Rojas, 2006；Nalliah, et al., 2011)。

急性闌尾炎個案之主要護理措施有：(一)監測生命徵象及身體評估；(二)依醫囑提供充足體液及冷熱護理；(四)提供手術前護理以減少合併症的產生；(五)

運用疼痛評估量表(VAS)及PQRST評估疼痛情形，觀察疼痛的生理與行為反應，傾聽、鼓勵表達內心感受並相信其主訴；(六)提供舒適擺位及疼痛部位的支持，協助執行自我照顧及日常生活；(七)提供非藥物方式減緩疼痛，舒緩疼痛及緊張以提升舒適度；(八)預防可預期的疼痛並依醫囑給予藥物，監測其效果及副作用(邱、謝，2015；陳、謝，2010；郭、翁、陳，2015；羅，2014)。

二、抉擇衝突與照護

抉擇衝突是指牽涉到失落、遺憾或挑戰個人生命價值觀的抉擇時，處於不知所措的不確定狀態。提供的護理措施有：(一)鼓勵個案和家屬參與醫療決策，建立醫護信任關係；(二)採開放式問句收集資料及情緒宣洩，能尊重和接受個案的價值觀不與批評；(三)協同醫療團隊提供完整的相關醫療資訊及解釋相關風險、澄清價值觀念和分享成功案例(林、葉、陳，2009)。

三、失去胎兒的哀傷與照護

哀傷是指經歷或感受到潛在失落或實際失落發生前所產生的哀傷，包含理性及情緒性的反應與行為，如：否認、憤怒及討價還價等。提供的護理措施有：(一)安排一個遠離其他寶寶、孩童及產婦房間，鼓勵家人及朋友支持、陪伴及溝通，了解彼此期望及感受以降低身心疾病及負面情緒，勿讓其獨處；(二)傾聽、鼓勵抒發悲傷並接納抑鬱或憤怒情緒，適時提供自己，並以語言及非語言的支持來建立信任關係；(三)提供明確的訊息，如「已過世」，協助父母接受事實；(四)提供胎兒影像、照片

並鼓勵取名，以利回憶並增加認同感；
(五)尊重其宗教信仰及醫療團隊介入以營建心靈支持系統，出院後持續追蹤及協助(李、陳，2014；陳、林、張，2011；Adolfsson & Jansson, 2010；Buglass, 2010；Shear, 2011)。

護理過程

一、個案簡介

呂小姐36歲，結婚七年，與先生同住，國臺語皆可溝通，碩士畢業後於銀行擔任襄理，家境富裕，信奉佛教，無抽菸喝酒習慣，無慢性疾病。

二、孕產史

五年前診斷為不孕症，經歷三次人工受孕及兩次試管嬰兒後成功懷孕，個案最後一次月經為2015年2月17日，現已懷孕八週，G1P0，懷孕期間無陰道出血及腹痛情形。

三、入院經過

個案於2015年4月16日出現發燒及下腹痛的情形，因持續高燒及腹痛加劇未改善，於18日入本院就醫，腹部超音波確診為急性闌尾炎後外科醫師建議行闌尾切除手術，由於個案無法決定治療方向，故19日在醫療團隊參與下進行家庭會議，於20日同意執行手術，26日服用RU486藥物進行人工流產，於27日出院並持續電話追蹤照護。

護理評估

依羅氏適應模式進行個案整體性評估與資料分析，如下述：

一、生理適應模式(第一層次評估)

(一)氧循環需求

4/18表示「吃了退燒藥還是一直燒、退退，現在覺得好冷不管蓋多少棉被都覺得冷」；視診個案屈曲於床上使用棉被包覆住身體，觸診四肢溫熱且發抖，呼吸淺快、胸廓起伏一致，聽診雙側肺葉清晰無雜音，體溫：38.2℃、脈搏：110次/分、呼吸：22-24次/分、血氧濃度：100%、血壓：118/62mmHg，腹部超音波確診為急性闌尾炎，抽血報告：WBC：21,000uL，CRP：12.21mg/dL。4/19「我覺得頭脹脹的，好像又發燒了，現在全身熱熱的沒甚麼力氣。」體溫：38.1℃、脈搏：104次/分，視診臉頰泛紅顯疲倦。此評估為不適應，有「體溫過高」之護理問題。

(二)營養

個案身高162公分，體重55公斤，BMI指數21，屬於理想體重範圍。4/18入院後暫時禁食，預4/20執行手術並由周邊靜脈給予D5S：2,200cc/天，4/21術後已排氣且能吃完配送的餐點，無噁心腹脹不適情形。此評估為適應行為。

(三)活動與休息

無定期規律運動，獨立自理日常活動，平均睡眠時間約6-7小時/天。手術前因腹痛，身體姿勢呈微屈曲，給予bain 3mg iv(ST)止痛藥後可改善，下床如廁需家人攙扶，走路步態平穩，四肢肌力為五分，反射功能正常。此評估為適應行為。

(四)排泄

平日自解黃軟成型便兩天一次，無便秘及腹瀉情形，自解尿液呈淡黃色清澈，無泌尿道感染病史。此評估為適應行為。

(五)體液電解質

平日飲水量約1,500-2,000cc/天。住院

期間血壓維持在95-118/50-62mmHg，4/18 Lab. data: K：3.5 mmol/L、Na：134 mmol/L，I/O：2,350/1,450(+900)。此評估為適應行為。

(六)感覺及神經

個案意識清楚，雙眼瞳孔3mm有光反射。疼痛程度量表(VAS)0-10分，自覺對疼痛感受約3分。4/18入院表示「肚子悶痛兩三天沒有辦法站直，本來是肚臍周圍痛，後來感覺右下腹比較悶痛，疼痛指數6分」，觀察個案微皺眉表情愁苦，注意力無法集中，腹部超音波診斷為闌尾炎。4/20術後表示「可以打止痛針嗎？開刀傷口會痛，疼痛指數7分」，觀察個案手扶著傷口，不敢移動身體表情痛苦。此評估為不適應，有「急性疼痛」之護理問題。

(七)內分泌／皮膚完整性受損

無過去內分泌病史。全身皮膚完整且膚色正常，皮膚濕潤飽滿有彈性，四肢末梢溫暖。此評估為適應行為。

(八)性

生殖器外觀正常，過去無性方面疾病，懷孕前月經週期規律約28天，月經天數約5-7天；曾有五次不孕症治療，造成注射部位瘀青、頭痛等身體不適，所以這次術後想要先休息調養身體。目前懷孕八周，孕後暫無性生活；住院期間先生都會來陪伴照顧。此評估為適應行為。

二、心理社會適應模式

(一)自我概念模式

個案認為自己獨立自主，結婚多年卻無法正常受孕，先生是獨子背負著傳宗接代的使命，但因罹患不孕症且尋求醫療協助卻仍失敗數次，然而此次能順利

受孕卻因急性闌尾炎，面臨自己及孩子健康的問題而進退維谷。此評估為不適應，有「抉擇衝突」之護理問題。

(二)角色功能模式

依據Erikson心理社會發展理論，個案第一角色：36歲女性，第二角色：女兒、姊姊，第三角色：病人、準媽媽。結婚七年，與先生同住，相處融洽互動良好，鮮少吵架，懷孕後仍持續工作；依據Rubin妊娠期之心理發展任務，個案懷孕後能定時產檢並列印超音波影像確認胎兒健康，平時閱讀妊娠相關文章以及給予自己足夠營養與睡眠，身體無嚴重不適，先生、婆婆與朋友們給予極大肯定；但即將面臨失去孩子，認為沒有盡到母親養育及保護的責任，進而產生哀傷。此評估為不適應，有「哀傷」之護理問題。

(三)相互依賴模式

4/19個案表示「我先生是我最重要的人，過去經歷了多少事情，我們一路扶持走到今天」；案夫表示「這是上天給我們的考驗，就讓我們一起面對它！」案母及其他家人探訪時，口頭鼓勵個案要面對疾病並一起討論、做抉擇，在案夫及家人溝通及安慰下，4/20同意手術，4/26服用RU486藥物進行人工流產。此評估為適應行為。

護理計畫

經由上述資料分析確立個案護理問題：一、體溫過高；二、急性疼痛；三、抉擇衝突；四、哀傷。

一、體溫過高／與急性闌尾炎有關(4/18-4/27)

主客觀資料	第一層評估:行為評估 S1: 4/18「吃了退燒藥還是一直燒燒退退,現在覺得好冷一直發抖,不管蓋多少棉被都覺得冷」。 S2: 4/19「我覺得頭脹脹的,好像又發燒了,我全身熱熱的沒甚麼力氣。」。 O1: 4/18生命徵象:體溫38.2℃、脈搏:110次/分、呼吸:22-24次/分、血氧濃度:100%、血壓:118/62mmHg;抽血報告WBC: 21,000/uL、CRP: 12.21mg/dL;腹部超音波確診為急性闌尾炎。 O2: 4/18視診個案屈於床上並使用棉被包覆住身體,觸診四肢溫熱且發抖。 O3: 4/19生命徵象:體溫: 38.1℃、脈搏: 104次/分,視診臉頰泛紅顯疲倦,四肢末梢溫熱。 第二層評估:影響因素 主要刺激:闌尾炎導致腹腔內感染。 相關刺激:炎症反應。 剩餘刺激:懷孕之生理變化。
目標	1.4/19接受治療後三十分鐘能表示較舒服。 2.4/27前能維持體溫於正常範圍:37.5℃以下。
措施	寒顫時協助增加被蓋,依醫囑適時給予烤燈,每30分鐘 觀察是否有不適反應;發燒時減少被蓋,維持室溫在20-24℃,並依醫囑給予冰枕使用;退燒後協助皮膚護理,擦拭易流汗的部位,適時更換棉質寬鬆衣物及床單以增加舒適。 1-2.適時協助口腔護理,以水或護唇膏預防乾裂、口臭及舌苔等,維持安靜環境使其充足休息。 1-3.依醫囑給予點滴及電解質,觀察個案是否有脫水現象如:脈搏變快、皮膚口腔乾燥、尿量減少等。 2-1.定時監測生命徵象,觀察發燒早期徵象。 2-2.監測檢驗報告值並追蹤異常數值。 2-3.依醫囑給予cefmetazole 1g iv及acetamol 1g iv使用,並30分鐘後測量體溫及副作用。
評值	1.4/19依醫囑使用冰枕及退燒藥物,治療30分鐘後測量體溫37.4℃,觀察面部表情放鬆且雙頰無泛紅,額頭、後頸部及身體有流汗的情形,協助毛巾擦拭身體並更換病人衣服,表示「感覺退燒了流了很多汗,擦擦身體換完衣服舒服很多了」。 2.4/27體溫維持36.1-37.2℃,追蹤抽血報告WBC: 8,400uL, CRP: 1.2mg/dL,觀察腹部縫線傷口無紅腫發炎滲液,協助醫師拆線並使用美容膠帶覆蓋,外觀乾淨。

二、急性疼痛/與闌尾炎及手術傷口有關(4/18-4/27)

主客觀資料	第一層評估:行為評估 S1: 4/18「肚子悶痛兩天沒有辦法站直,本來是肚臍周圍痛,後來感覺右下腹比較悶痛,疼痛指數6分」。 S2: 4/20「可以打止痛針嗎?開刀傷口會痛,疼痛指數7分」。 O1: 4/18觀察個案微皺眉表情愁苦,注意力無法集中。 O2: 4/19臉部表情扭曲,雙眼緊閉且眉頭深鎖,呼吸淺快,偶有呻吟,手摸著肚子呈現屈曲姿勢於床上。 O3: 4/21個案手扶著傷口,不敢移動身體表情痛苦。 第二層評估:影響因素 主要刺激:闌尾發炎及手術傷口造成疼痛。 相關刺激:對懷孕用藥保守。 剩餘刺激:對疼痛的經驗。
目標	1.4/19處置後三十分鐘能表示疼痛指數降至3分。 2.4/22能下床行走繞至護理站一圈並疼痛指數降至3分以下。

措施	1-1.提供心理及情緒支持，鼓勵家屬表達關心及陪伴，協助將紅燈鈴放置於個案隨手可得之處，並保證會立即處理疼痛問題，建立信任關係。 1-2.評估疼痛情形並將評值結果列入交班，與醫師討論並作為止痛藥調整之依據。 1-3.給予舒適臥位，維持半坐臥姿，腰部及膝下墊小軟枕，提供適當支托，以降低腹部肌肉張力。 1-4.利用非藥物方式減緩疼痛，鼓勵利用深呼吸、看電視轉移注意力，或使用芳香療法舒緩放鬆。 1-5.依醫囑給予術前bain 3 mg iv 及術後morphine 3mg iv，30分鐘後觀察並監測疼痛效果。 2-1.在可預期的疼痛治療前30分鐘依醫囑給予止痛藥使用；執行護理措施時動作宜輕柔並敏銳觀察是否有不適反應。 2-2.協助盡早下床行走活動，可使用枕頭按壓傷口或束腹帶以避免傷口拉扯並於過程中給予讚美及鼓勵。
評值	1.4/19個案腹部疼痛指數8分，協助舒適臥位及依醫囑給予止痛藥治療，個案可運用深呼吸及芳香療法後30分鐘後，觀察面部表情無皺眉並雙眼閉合休息，表示「肚子沒那麼痛了，疼痛指數3分」。 2.4/22個案能自行下床活動並可繞至護理站一圈，觀察行走過程面部無痛苦表情，並表示「走路傷口有一點痛，但可以忍受疼痛指數2分」。

三、抉擇衝突/與是否接受人工流產有關(4/18-4/20)

主客觀資料	第一層評估:行為評估 S1: 4/18「我們努力兩年卻始終無法懷孕，五年前被診斷為不孕症讓我非常難過，不斷的打針吃藥及一堆副作用，過程有多辛苦你知道嗎？為什麼要為了盲腸炎而拿掉寶寶，我不想放棄當媽媽的機會，但是擔心藥物會影響寶寶健康，而且我先生希望我能放棄小孩，我該怎麼辦？我已經是高齡產婦又不孕，以後也許就生不出來了」。 S2: 4/19「醫生說：如果不趕緊開刀可能會因為盲腸破掉導致敗血症，而且手術跟藥物也容易導致死胎及早產，建議把小孩拿掉，可是這是我第一次當媽媽，你知道我有多期待這個孩子的到來嗎？」 S3: 4/19「我不知道我該怎麼選擇才可以兩全其美，可以給我一點時間讓我跟我先生討論一下，希望我們能夠有共識」。 O1: 4/18個案表達時情緒高亢、大聲且拍桌，表情焦慮眼眶泛淚。 O2: 4/19觀察雙眼紅腫且表情冷漠，會談時一直流淚，對任何事情都顯得不耐煩且對醫護人員發脾氣。 O3: 4/19家庭會議時，個案要求先生及家屬在旁邊一起抉擇。 第二層評估：影響因素 主要刺激：人工流產的抉擇與痛楚。 相關刺激：手術中麻醉藥物對胎兒的可能影響。 剩餘刺激：多次人工受孕失敗的經驗。
目標	1.4/19表達對人工流產的想法。 2.4/20選擇並與家人討論出可以接受的決策。
措施	1-1.以開放式問句協助個案表達自我情緒，如：「你希望…?你覺得…?」；接受情緒反應，尊重和接受個案的價值觀，不予批評。 1-2.召開家庭會議(含：麻醉科醫師、外科醫師、婦產科醫師、護理師、社工、個案、案夫、案母)討論手術目的及風險，鼓勵提出問題，給予解釋及價值觀澄清，列舉內外科不同治療方式。 1-3.陪同婦產科醫師以了解其人工流產的方式、過程及其利弊風險；以會談方式如：「對人工流產有什麼想法？」，鼓勵表達感受並觀察個案及家屬對人工流產接受的程度。 2-1.提供高齡產婦成功懷孕及生產的案例分享，增加其信心並鼓勵表達想法。 2-2.給予充分時間鼓勵個案與家人討論及做決策，適時以代言人立場提供必要的協調，以維護個案權利。 2-3.協同社工師以了解對人工流產手術的想法，協助紓解心理壓力及協助抉擇。

評 值	1.4/19個案表示「在佛教裡人工流產這個手術是不好，弄不好會有很多併發症，而且可能我之後就無法再次懷孕」。 2.4/20經過家庭會議後，個案表示「我很難過做了這個決定，但是醫生給我建議及提供很多的醫療資訊，給我很大的支持及鼓勵，我知道身體健康還是最重要的，沒有健康的身體就沒有機會再懷孕的機會，所以我同意闌尾切除及人工流產」。
--------	--

四、哀傷/與失去胎兒的傷痛有關(4/18-4/27)

主 客 觀 資 料	第一層評估:行為評估 S1: 4/18「聽完醫師解釋後，我真的覺得老天真是太不公平」。 S2: 4/19「只要閉上眼睛就會想到寶寶，可以感受到他的心跳，但我就要失去他了！」。 S3: 4/20「我最後還是決定放棄孩子了，不管我多想多想留住這個孩子，但現在還是不能給他最好的環境」。 S4: 4/20案夫「當她知道她不能留住這個小孩的時候，她一直看著、摸著肚子，一直說對不起」。 S5: 4/25「明天我就要永遠失去這個孩子，希望時間可先暫停」。 S6: 4/26「才吃顆藥就這樣沒了，可是我覺得他還在我肚子裡」。 O1: 4/18-4/20個案不主動交談且落寞，提及胎兒就淚流滿面，表達情緒時語氣激動並流淚，獨自坐在床上看天花板不時嘆氣眼睛含著淚。 O2: 4/25巡房發現個案睡著，臉上有淚水痕跡並暗自哭泣。 O3: 4/26雙眼腫脹，鞏膜佈滿血絲，手摸著肚子並流淚。 第二層評估:影響因素 主要刺激:即將失去胎兒的傷痛。 相關刺激:第一次懷孕的挫折。 剩餘刺激:即將執行人工流產的壓力。
目 標	1.出院前能表達失去胎兒的情緒及想法。 2.出院兩週內能表達已承認失去孩子的事實並規劃未來。
措 施	1-1.鼓勵家屬陪伴，勿讓個案單獨於病室。 1-2.傾聽並引導表達對失去孩子的感受，接受負向情緒並鼓勵情緒宣洩，傳達同理心和關懷，藉由肢體語言及表情給予輕撫背部、支持的眼神等。 2-1.鼓勵個案及家屬共同取名，增加對失去的胎兒認同感。 2-2.陪同婦產科醫師利用超音波確認胎兒，於錄製過程並列印影像，成為追悼收藏的回憶。 2-3.陪同婦產科醫師於個案服用RU486藥物前，再次給予解釋整個治療過程及結果，鼓勵提出問題及表達情緒。 2-4.服藥後，婦產科醫師使用超音波確認並解釋影像，告知胎兒「已流產」，利用信仰告知胎兒死後會去的地方。 2-5.依個案信奉佛教信仰，建議念經給胎兒或建立牌位。 2-6.協同社工師提供心理支持及關懷，引導說出之後準備懷孕的計畫，共同討論及規畫未來生活，出院後續追蹤及協助。
評 值	1.4/27個案語氣平靜的表示：「這兩天我一直看著超音波的影像，看著我的寶貝想想過去自己求助人工受孕治療，費盡千辛萬苦終於懷孕要當媽媽，到現在放棄寶寶的決定，不管未來是好的還是不好的，都是一個很寶貴的回憶。」 2.5/8電話訪談表示：「我們的幫寶寶取名為陳OO還特別精心製作一個木盒子，放著第一本媽媽手冊、每一次超音波圖片還有上次的超音波影像，以及我親手寫的一封信，裡面有著我滿滿的愛跟回憶，這個禮拜日就是母親節，難免有點難過跟感傷，但很開心昨天夢到寶寶在遠方跟我微笑，感覺到他在一個很美的地方，希望他能投胎再當我的小孩，所以決定為孩子吃素一年並虔誠信佛去廟裡拜拜，希望能多多祈福和保佑我們，我一定還會再懷孕生下可愛的寶寶」。

結論與討論

本篇描述一位不孕症婦女接受多次人工生殖後成功懷孕八周，因急性闌尾炎而需面臨抉擇終止妊娠進而產生哀傷和失落的護理經驗。筆者運用獨立及協同護理活動，增進個案的身心靈健康，如：運用冷熱敷護理以降低體溫(邱、謝，2015)與使用非藥物方式以減緩因急性闌尾炎造成的急性疼痛(郭、翁、陳，2015)；當個案面臨人工流產之抉擇時，協同醫療團隊以提供相關醫療資訊、釐清問題，並引導說出心裡的感受(林、葉、陳，2009)；而當個案面對失去胎兒的極大心理衝擊及負向情緒與哀傷反應時，予以陪伴及支持等，也以宗教信仰重塑心靈平靜與心安，以協助個案接受現況、渡過哀傷及迎向未來生活(陳、林、張，2011)。

哀傷個案是需要長時間觀察及持續性的照護，但臨床上護理人員需同時照顧諸多病人，因此在照護時間的限制下，影響個案深入的了解與交流，雖然筆者於個案出院後仍利用電訪方式來加強後續心靈層面的關心與照護，但其長期照護的質與量仍顯不足。建議轉介社工師並進行持續追蹤與心理支持，而臨床繼續教育課程也應增加心靈層面評估及照護，或舉辦實際案例演講，以提升護理人員的觀察力及警覺心。

照顧此個案使筆者深刻體會到失去孩子的傷痛及失落，在滿足生理舒適的同時，背後隱藏更大的靈性需求，需具備敏銳的觀察力及同理心，及時發現心靈上的問題並查閱相關資料與運用新知，

讓個案的身心靈皆得舒適與安康，以展現護理人員的專業角色與功能。

參考文獻

- 吳品潔、潘湘茹(2014)．男性不孕症．*家庭醫學與基層醫療*，29(11)，284-289。
- 李耀泰、陳福民、郭宗正(2009)．懷孕期間的闌尾炎．*當代醫學*，37(8)，62-65。
- 李麗玟、陳翠玲(2014)．照顧一位胎兒染色體異常死產產婦之護理經驗．*彰化護理*，21(2)，15-23。
- 邱淑玲、謝珮琳(2015)．冷熱療法的護理．於蘇麗智總校閱，*實用基本護理學下冊*(七版，3-29頁)．臺北市：華杏。
- 林昊諭、梁金銅(2010)．懷孕婦女的急性闌尾炎．*中華民國大腸直腸外科醫學會雜誌*，21(2)，95-100。
- 林美伶、葉莉莉、陳清惠(2009)．影響病人參與醫療決策之論述．*護理雜誌*，56(3)，83-87。
- 陳偉鵬、謝惠玲(2010)．發燒．於陳偉鵬總校閱，*臨床症狀護理*(二版，1-6頁)．臺北市：華杏。
- 郭瑞萍、翁靜美、陳金玫(2015)．護理人員在術後疼痛照護中的挑戰．*領導護理*，56(4)，11-20。
- 陳誼珍、林育年、張馨文(2011)．協助父母面臨新生兒死亡傷憾之護理經驗．*馬偕護理雜誌*，5(1)，73-81。
- 衛生福利部國民健康署(2015，7月)．101年台灣地區人工生殖分析報告．<http://www.hpa.gov.tw/Pages/Detail.aspx?nodeid=233&pid=6938>
- 羅夢伶(2014)．手術病人之護理．於胡月娟總校閱，*內外科護理學上冊*(四版，635-719頁)．臺北市：華杏。
- Adolfsson, A., & Jansson, M. (2010). Applicability of general grief theory to Swedish women's experience after early miscarriage, with

- factor analysis of Bonanno's taxonomy, using the perinatal grief scale. *Upsala Journal of Medical Sciences*, 115(3), 201-209. doi:10.3109/03009731003739851
- Aufses, A. H., Bickell, N. A., Bodian, C & Rojas, M. (2006). How time affects the risk of rupture in appendicitis. *Journal of the American College of Surgeons*, 202(3), 401-406. doi:10.1016/j.jamcollsurg.2005.11.016
- Buglass, E. (2010). Grief and bereavement theories. *Nursing Standard*, 24(41), 44-47. doi.org/10.7748/ns2010.06.24.41.44.c7834
- Flynn, T.R., & Susarla, S.M. (2007). Oral and maxillofacial surgery for the pregnant patient. *Oral Maxillofacial Surgery Clinics of North America*, 19(2), 207-221. doi: 10.1016/j.coms.2007.01.006
- Nalliah, S., Venugopal, S. & Wijesuriya, L. (2011). Issues in management of acute appendicitis in pregnancy. *Review Article*, 5(1), 2-9.
- Shear, M. K. (2011). Complicated grief treatment: The theory, practice and outcomes. *Bereave Care*, 29(3), 10-14. doi:10.1080/02682621.2010.522373

靜
思
語

不要讓環境影響我們的心，
心要能控制境界，這就是「定力」。

~ 證嚴法師靜思語 ~

Let us not be led by external influences,
but be the master of our mind,
where we can transcend
our conditions and circumstances.

That is samadhi.

~ Master Cheng Yen ~



A Nursing Experience of an Infertile Woman with Appendicitis Terminating Pregnancy

Shu-Yuan Chang

ABSTRACT

The aim of this article is to describe a nursing process of an infertile woman eight weeks into pregnancy after multiple artificial inseminations facing decision to terminate pregnancy due to acute appendicitis and grief and loss as result of the decision. The Nursing period was from April 18 to 27, 2015. The author conducted systematic evaluation with Roy's adaptation model via direct care, meetings, and phone interviews, and confirmed that the patient had hyperthermia, acute pain, grief, and decisional conflict. During the nursing period, the author provided individual physiological care, and coordinated with the medical team to hold a family meeting to provide medical information and instructions to assist the patient in facing the decision of pregnancy termination. The author also assisted the patient to accept the fact of her loss and overcome the grief reaction from pregnancy termination through listening, companionship, psychological support, and religion and spiritual solace. This article can serve as a reference for clinical nurses to improve the quality of professional care. (Tzu Chi Nursing Journal, 2018; 17:2, 87-96)

Keywords: acute appendicitis, decisional conflict, grief, termination of pregnancy

Register Nurse, Shin Kong Wu Ho-Su memorial hospital

Accepted: January 14, 2017

Address correspondence to: Shu-Yuan Chang 4F., No.6, Meide St., Shilin Dist., Taipei City 111, Taiwan

Tel: 886-9-8081-9204 ; E-mail: nie7760@yahoo.com.tw