

# 運用關懷理論照護一位腎盂腎炎孕婦之加護經驗

林采蓉 林秋菊\*

## 摘要

本文探討照護一位腎盂腎炎孕婦經歷插置氣管內管、早產及提早中止妊娠住加護病房的護理經驗，筆者經由直接照顧、會談及觀察以進行整體性評估後，發現個案在生理層面有感染、發燒與疼痛；心理層面有焦慮及害怕、哀傷及失落；社會層面有經濟來源缺乏等健康問題，針對個案護理問題藉用 Watson 關懷理論，以進行護理評估、護理計劃並評值成果，持主動關懷的態度與個案建立良好的助人信任關係，協助搜尋可利用的資源，緩解疾病引起的不適感，並以同理心陪伴個案面對新生兒的早產，慢慢緩解哀傷過程，與個案及家屬一同渡過急性期及哀傷的階段，除了急重症病患最主要的生理問題，同時兼顧到心理及社會層面的問題，秉持以病人為中心的理念，提供個案真正需要的照護。冀望藉由個案報告分析，分享護理經驗，做為往後類似個案照護之參考。

**關鍵詞：**關懷理論、腎盂腎炎、孕婦

## 前言

美國每年有近 250,000 名病患罹患急性腎盂腎炎，超過 100,000 名需要住院治療，治療以抗生素為主，情況嚴重者須放置引流管及尋求外科治療 (Ramakrishnan & Scheid, 2005)。當孕婦因腎盂腎炎而住院，對於家屬及本身皆造成衝擊，需要護理人員的了解及關懷。本個案為一罹患腎盂腎炎的孕婦，因疾病轉至內科加護病房的孕

婦甚少，而個案角色為單親媽媽，孤立無援，情緒方面顯得焦慮及害怕，在實際照護過程中引發筆者選擇此個案的動機，冀望提供照護類似急性病患經驗的參考。在急重症單位的護理人員往往只照顧到主要的生理問題，時常忽略心靈層面的需求，應給予整體性的評估，提供完整的照護，方可達到病患為中心的照護目標。

---

高雄醫學大學附設中和紀念醫院內科加護病房護理師暨高雄醫學大學護理系碩士生  
高雄醫學大學護理系副教授\*

受文日期：98 年 5 月 13 日 修改日期：98 年 6 月 15 日 接受刊載：98 年 6 月 30 日

通訊作者地址：林秋菊 高雄市三民區自由一路 100 號 高雄醫學大學 護理系

電話：(07) 3121101 轉 2611 電子信箱：chiuchu@kmu.edu.tw

## 文獻查證

### 一、急性腎盂腎炎 (Acute pyelonephritis) 的治療及護理原則

急性腎盂腎炎指上泌尿道感染或輸尿管阻塞而導致腎實質及腎盂受到感染，懷孕時因黃體素分泌增加，使得腎臟血管和輸尿管擴張，加上後期漲大子宮壓迫骨盆壁而易導致腎臟和輸尿管水腫，引發腎盂腎炎；懷孕中罹患急性腎盂腎炎約占所有孕婦的 1%-2%，症狀以發燒、寒顫、腰部酸痛為主，腸胃方面包括噁心、嘔吐及食慾不振，研究顯示近 20%急性腎盂腎炎孕婦會因早產而終止妊娠，死亡率亦較未懷孕時高出許多 (陳、陳，2006；Ramakrishnan & Scheid, 2005)。

主要危險因子包括：年齡 (嬰兒或老年人)、解剖功能不正常、結石、免疫功能不全、懷孕、糖尿病等，而以糖尿病及腎結石引起的為多，治療以抗生素及補充水分、放置引流管為主 (Pertel & Haverstock, 2006；Ramakrishnan & Scheid, 2005；Scholes et al., 2005)。因泌尿道感染而導致菌血症的懷孕婦女，若未加以治療，會有 20-30%的機率變成腎盂腎炎，嚴重威脅到婦女及胎兒，甚至導致早產或產下低體重的胎兒 (Christensen, 2000)。

孕期中感染處理涉及母親和胎兒，必須考慮懷孕週數、嚴重程度、治療效果後再決定，若未盡早妥善處理可能惡化成敗血性休克、肺水腫及急性呼吸窘迫症候群，甚至必須插置氣管內管 (吳、楊、胡，2006；陳、陳，2006)。

為減緩其發炎情形，放置皮腎造瘻管以引流膿液 (Juan et al., 2007；Scholes et al., 2005)，照護期間須密切監測生命徵象的變

化，觀察呼吸型態是否有出現呼吸窘迫；記錄每日的進出入量及尿量，維持水分的平衡；針對疼痛處理，需評估其位置、性質、範圍、時間，協助更換舒適的姿勢可緩解疼痛不適感；以無菌技術更換引流管處傷口，觀察並記錄引流液的量、顏色及性質。須評估孕婦是否有出現早期宮縮的情形，可能會出現合併胎兒早產的現象；關切病患及家屬的心理壓力，以減少焦慮；密切與腎臟科、婦產科及泌尿科相互合作，醫療團隊齊心協力，才能達到以病人為中心的照護 (陳、陳，2006；Janelle, 2000)。

### 二、孕婦住院的心理衝擊

住院使得孕婦感到煩躁或是知覺刺激及感受降低，情緒顯得易怒，甚至影響睡眠型態，過程中，許多孕婦會因為體質不好或是生活飲食習慣導致疾病發生而深感愧疚，惦記胎兒健康狀態或是自己病情的變化，而出現焦慮 (周等，2005)。疾病的發生，對於家庭而言是一項重大的改變及危機，護理人員應提供相關資訊，詳述疾病過程及可能造成的生心理反應，並鼓勵說出心中疑問，以降低焦慮 (胡，2003)。曾、許和郭 (2001) 研究中，質性訪談 16 位國內婦女經過提早中止妊娠內心的感受，建議透過真誠瞭解及展現同理心，滿足關懷照護的需求，以渡過哀傷歷程；另一方面，Van 及 Meleis (2003) 研究報告顯示宗教信仰及精神信心是為協助渡過哀傷之重要影響因素。換句話說，住院期間護理人員除了照顧孕婦生理層面外，孕婦心理的感受、家人的價值觀都是必須關懷的部分，引導表達內心感受，提供個別性的護理措施以協助家庭運作過程正常。

### 三、Watson 關懷理論的應用

Watson (2009) 認為關懷理論強調「關懷」是護理的本質，目的是將其融入於全人照護過程，創造一關懷療癒的環境。傳遞護理照護時，需藉由人與人之間互動過程來完成，護理人員為提供照護者，而病患即為接受者，在動態互動過程中，找尋影響病患的線索、尊重病患的意見、將納入重要決策過程中，方能產生以病患為中心之照護 (Carter et al., 2008)。

Jean Watson 理論發展於 1979 年，關懷意指將哲學與科學融入護理過程中 (Smith, 2004)，基礎核心概念包含關懷過程 (Caritas Processes)、超越個人關懷 (Transpersonal caring) 及關懷照護元素 (Caring factor) (Carter et al., 2008)，其中主要關懷照護元素包含形成人性—利他價值體系，意指照護過程互動關係建立於人性化基礎，以慈愛與平靜延伸於實務照護，立於有利病患的角度出發，可激發對健康追求之信心與希望，透過敏銳觀察、自我探索及內在省思，增進培養對自身與他人的敏感性；出於內心真誠關懷來建立並維持信任、助人的關係 (杜, 2007; Watson, 2009)。

展開心胸接受個案正負向感受的表達；有系統使用科學性原則，藉由評估個案的感受及關注事項，納入個案意見以解決問題。增進真誠教與學的互動，創造一教學環境可支持病患復原，教學需以病患角度提供資訊交換及協助決策；協助滿足基礎的需要，包括安全、舒適、隱私權等，因將病患置於最好的照護狀況下，可增進病患的信心 (杜, 2007; Watson, 2009)。

除上述外，應提供支持性、保護性及治療性的心理、生理、社會文化及靈性的環境，並秉持開放的心面對神秘的事物，

允許個人對於自我生存及死亡的不同見解，認同宗教力量對於自身痊癒的幫助 (杜, 2007)。陳和李 (2003) 認為 Watson 關懷理論應用在臨床上非常適用於護病關係的互動過程及實務上，近年亦陸續被使用在內科病患 (武、葉, 2006) 甚至小兒科 (郭、孫, 2008)，處於急重症單位的病患及家屬面對病情變化的不穩定，更是需要護理人員的主動關懷，因此筆者運用關懷理論照護一位孕婦加護經驗，期望改善生理所帶來不適及喪失胎兒內心的哀傷，重整生活步調，恢復健康。

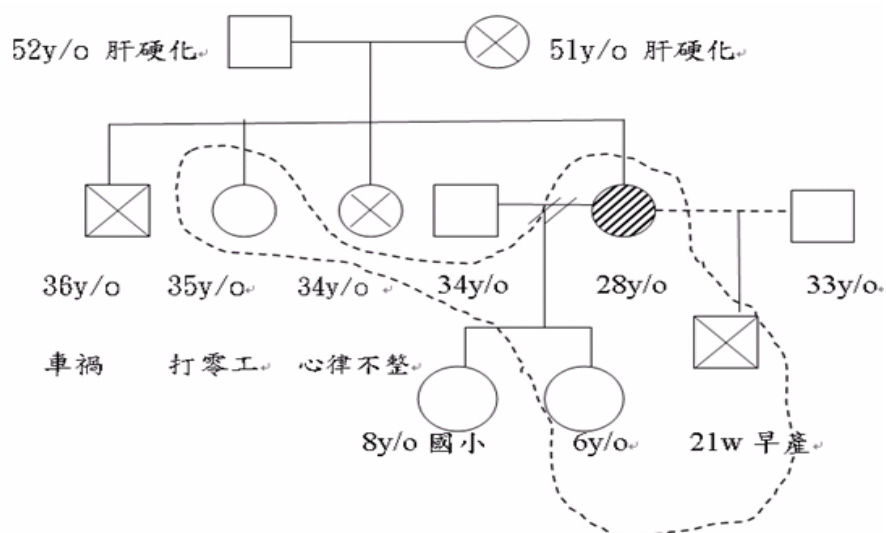
## 護理過程

### 一、個案簡介

陳小姐，28 歲，原住民 (排灣族)，高中畢業，離婚，信仰基督教，慣用國語及原住民語，育有二個女兒，有一親密的伴侶，與大姐及小女兒同住，至 11/20 懷孕 20 週加 4 天，喝酒 (三天喝一次，一次喝啤酒約 6 瓶) 及抽煙 (一天一包) 習慣，懷孕後此類習慣有減少，職業為看護，經濟支持為大姐打工所得微薄的薪水，家庭關係見圖一。

### 二、疾病求醫史

個案二年前曾因腎結石接受體外震石術治療 (extracorporeal shock wave lithotripsy, ESWL)，懷孕後僅產檢一次，於 2008 年 9 月解尿時出現灼熱感及疼痛，就醫後症狀改善，11/11 出現左腰酸痛、嘔吐、頭暈、便秘、尿量減少及發燒等症狀，11/13 至外院就診，診斷為腎盂腎炎而住院治療，11/18 因呼吸衰竭予插置氣管內管，家屬要求於 11/21 轉入本院加護病房進一步治療，治療過程見表一。



圖一 家庭關係圖

表一、疾病治療過程

日期	事件
11/20	轉本院急診，進行左側經皮腎臟造瘻管留置（percutaneous nephrostomy, PCN）。
11/21	轉內科加護病房。
11/22	因經濟狀況差，無法支付健保費用，社服人員提供協助。
11/25	移除氣管內管。 照會婦產科：腹部超音波顯示胎兒心跳正常，羊水較少。
11/26	移除導尿管及鼻胃管。 持續表示腹痛，照會婦產科：表示胎兒將早產，於下午 4 點 20 分產下一男嬰，重 510 克，婦產科醫師與家屬商討，表示胎兒體重不足存活率低，病患同意不急救。
11/28	左側水腎較改善，但仍有膿液及腹水，插入新的三條經皮腎臟造瘻管（PCN）
12/01	左側再插入兩條經皮腎臟造瘻管（PCN）
12/08	病情穩定轉外院持續治療
12/16	從外院返家（攜帶三條引流管）

### 護理評估

照護期間於 2008 年 11 月 21 日至 12 月 16 日，經由觀察、會談、身體評估及直接照護，收集個案生理、心理、社會及靈性層面的資料，以進行整體性護理評估健康問題，並運用關懷理論於實務上，提供護理措施並評值其成效。

#### 一、生理層面的評估

個案意識清醒，初期插置氣管內管合併呼吸器使用，痰液黃白、稀、量多，30 分鐘抽痰一次，量約 5 毫升，11/21 胸部 X 光呈現右側肺炎及雙側浸潤，聽診雙側呼吸音為濕囉音，個案表示：「喉嚨痛，痰很多，而且一直咳嗽，很難過」咳嗽時眉毛緊縮、額頭冒汗，雙手緊握床欄杆，表情

緊張狀，觀察個案夜眠易中斷約 3 小時。營養方面，採用持續性幫浦管灌方式，熱量為 1800 卡/每日之配方牛奶，消化良好。

個案因腎盂腎炎感染於左側插置經皮腎臟造瘻管 (PCN) 引流膿液，引流量一天約 80 毫升，色紅、濁，11/20 白血球 (WBC) 27.3k/cmm，C-反應蛋白 (c-reactive protein, CRP) 為 316.32mg/L，11/21-11/25 體溫約 37.5-38.5 度，個案表示「身體都熱熱的，背部很容易流汗，我是不是一直都有發燒的情形？」，並表示左腰際處疼痛及酸痛感，疼痛指數約 7-8 分，翻身時疼痛感加劇，心跳由 100bpm 上升至 120bpm，11/23 引流液培養顯示受到大腸桿菌的感染，照會放射科及感染科，協助於 11/28 及 12/1 置入左側經皮腎臟造瘻管 5 條，尿量每日約 1000 毫升，色黃、微濁。

## 二、心理層面的評估

11/20 初次與個案接觸時，觀察到眼神充滿害怕及惶恐，緊緊握著筆者的手，害怕的以筆書寫表示「我現在在哪裡？為什麼會在這裡？我肚子裡的寶寶還好嗎？」，表示感到害怕及不安，對於儀器警告聲：「為什麼一直有聲音在叫？」，身體不自主的扭動，血壓 150/76 mmHg，常見個案的手常不自主撫摸肚子，眉頭緊縮，顯露出對於胎兒的狀態擔憂。

個案於 11/26 出現宮縮，間歇性腹痛的症狀，隨後胎兒早產，體重 510 公克，個案親眼看到新生兒卻無能為力挽救而感到難過，激動表示「之前心跳不是都很正常嗎？我以為他應該可以好好活下來…」，自責的言語出現「是不是因為我咳嗽太用力的關係，是不是因為我之前都沒有好好的照顧身體的關係？」，對於寶寶的期待個案表示「因為之前都是生女生，這次是男的

，所以很期待這個寶寶的出生，我的男朋友也很期望這孩子的出生，沒想到…（低聲的啜泣，流眼淚）」，因失去胎兒而感到哀傷，不願意與人交談，常默默的流眼淚，雙眼泛紅，食慾差，每餐進食情形僅三分之一便當。個案表示這個胎兒雖然沒有在完整的家庭支持下出現，仍然希望他可以健康的出生，「我男友也曾說過會好好的養他，可是現在什麼都沒有了」，言語中表露對於失去胎兒而感到失落。

## 三、社會層面的評估

目前的家人僅剩大姐，父母及兄弟姐妹都已過世。因身體不適而辭職，生活經濟狀況不好。大姐工作收入一天僅 800 元，表示「本來有健保卡，但因沒有工作及收入，已好幾個月沒有繳錢，不知這次住院費用怎麼辦？」，案姐因需照顧個案而無法工作，生活經濟來源頓失，案女的托付及經濟負擔全落在案姐身上，讓案姐倍感經濟壓力，案前夫住院期間曾探視個案一次，表示可暫時照顧案女，但於經濟上無法提供支持。

## 四、靈性層面的評估

個案全家人都是基督徒，常會帶小女兒去教堂禱告，認為禱告主耶穌可以帶來心靈平靜及生活力量。住院期間，宗教室義工會不定期協同禱告，個案總是低頭跟著禱告祈求自己的身體趕快好起來，希望可以渡過這次生病，個案表示「有些事情不是禱告就可以解決的」，禱告時臉上表情似乎因此感受到心靈得到慰藉，表示「禱告可以讓自己感受到還有未來的希望」，對於自我人生的看法感到現實的無奈，因新生兒早產感受到生命的脆弱，目前小女兒為她唯一希望來源及生活意願的寄託。

## 問題確立及護理計畫

綜合以上生理、心理、社會及靈性層面的護理評估，確認個案具發燒與感染、疼痛、焦慮及害怕、哀傷及失落、社會支持系統不足等護理問題，針對個案之健康問題，運用 Watson 關懷理論之關懷照護因素為個案擬定個別性的護理措施並評值。

### 問題一 發燒/與腎臟及肺部感染有關 (11/21-12/5)

護理評估	護理目標	護理措施	護理評值
<p>主觀資料：</p> <p>1.11/21 個案表示：「痰很多，而且一直咳嗽，咳不停，很難過」</p> <p>2.個案表示「身體都熱熱的，背部很容易流汗，我是不是一直都有發燒的情形？」</p> <p>客觀資料：</p> <p>1.11/21 個案痰液黃稀，約每 30 分鐘抽痰一次，每次量約 5 毫升。</p> <p>2.聽診雙側肺葉呼吸音呈現濕囉音，右肺葉明顯爆裂音。</p> <p>3.11/21 胸部 X 光呈現右側肺炎及雙側浸潤。</p> <p>4.11/21 腹部電腦斷層：左側腎盂腎炎，左側引流管量一日約 80 毫升、色紅、混濁。</p> <p>5.11/21-11/23 體溫 37.5-38.5 度，觸診全身皮膚溫熱，心跳約 100-120 bpm。</p> <p>6.11/20 WBC(白血球)：27.3k/cmm，C-反應蛋白(CRP)：316.32mg/L。</p> <p>7.11/23 左側經皮腎造瘻術引流液培養為大腸桿菌。</p>	<p>1.11/28 體溫(耳溫) 37.5 度以下。</p> <p>2.11/27 胸部 X 光顯示肺炎改善。</p>	<p>肺炎方面：</p> <p>1.運用科學性的問題解決方法：</p> <p>(1)評估及監測生命徵象、血液檢驗值，並與個案討論胸部 X 光的變化。</p> <p>(2)每班評估雙側呼吸音的變化，考量個案呼吸順暢度，以提供抽痰決策。</p> <p>(3)胸部 X 光呈現右肺葉浸潤嚴重，於翻身時協助背部叩擊 5-10 分鐘，加強右肺葉，以利痰液咳出。</p> <p>2.促進與個案互動的教與學：</p> <p>(1)協助搖高床頭 45 度，教導個案深呼吸後，用力咳嗽幫助痰液咳出，促進肺炎之改善。</p> <p>腎盂腎炎方面：</p> <p>1.運用科學性的問題解決方法：</p> <p>(1)評估引流管是否有通暢，翻身時避免管路壓迫或扭結。</p> <p>(2)每班記錄引流量的顏色、性質及量。</p> <p>(3)每日予無菌技術更換消毒傷口，並觀察傷口周圍皮膚是否有紅、腫、熱、痛等感染情形。</p> <p>(4)11/23 照會感染科醫師，討論後決議抗生素 Mepem(0.5g)2 vial+N/S100 Q12h 治療。</p> <p>(5)當體溫超過 38 度時，依醫囑給予退燒藥及使用冰枕。</p> <p>2.運用腦力激盪想出創造性的問題解決方法</p> <p>(1)減少被蓋，利用電風扇讓體溫達到散熱的效果。</p> <p>(2)將冰毛巾放置額頭。</p>	<p>11/26 個案發燒症狀漸漸趨緩，體溫維持 36.5-37.5 度，</p> <p>11/27 胸部 X 光顯示右側肺炎改善，感染情形受到控制。</p>

問題二 疼痛/與身上管路留置有關 (11/21-11/28)

護理評估	護理目標	護理措施	護理評值
<p>主觀資料：</p> <p>1.11/21 個案以手指著喉嚨表示插管的地方會疼痛。</p> <p>2.11/21 個案書寫表示「翻身都會很痛，因而都不敢動，怕會拉到管子」。</p> <p>3.個案表示疼痛指數約 7-8 分。</p> <p>4.個案表示夜眠情形常因疼痛而中斷</p> <p>客觀資料：</p> <p>1.個案咳嗽時，眉頭緊縮，表情痛苦，呈現不舒服的狀態，雙手會緊握著床欄杆。</p> <p>2.觀察個案翻身時不敢翻向左側。</p> <p>3.翻身時，個案心跳會由原本基準值 100bpm 上升至 120bpm。</p> <p>4.察覺個案的手會不自自主的摸著左腰際</p>	<p>11/25 疼痛指數下降至 3 分，主動言語表達疼痛情形改善。</p>	<p>1.運用科學性的問題解決方法：</p> <p>(1)評估個案腰部疼痛的性質、疼痛的範圍、維持多久的時間、疼痛的指數，什麼姿勢會引起疼痛，每班做詳細記錄。</p> <p>(2)使用 Xylocaine 噴劑噴於喉頭上，有局部麻醉的效果，可減緩插管疼痛。</p> <p>(3)11/21 疼痛指數 8 分，表情呈現不舒服狀，與個案及醫師討論後依臨時醫囑給予 panadol (500mg) 1# 口服。</p> <p>(4)11/28 與醫師討論使用麻醉性止痛藥 Fentanyl (500ug) 幫浦滴注。</p> <p>2.運用人性化-利個案的原則出發：</p> <p>(1)協助翻身時，配合個案的反應，動作盡量輕柔，放置枕頭於左側腰際，可避免管路直接壓迫。</p> <p>(2)協助放置退冰的冰枕於左腰際下，可有減緩疼痛的效果。</p> <p>3.培養對自己及個案的敏感度</p> <p>(1)密切觀察個案的表情是否有出現因疼痛而不舒服的表情，如皺眉頭、手握拳、冒汗等。</p> <p>(2)觀察個案夜眠情形，是否有皺著眉頭睡覺的情形，或是有言語表達因疼痛而無法入眠的情況。</p>	<p>11/25 疼痛指數降至 5 分，表情和緩，11/25 氣管內管移除，喉嚨疼痛情形改善，11/28 疼痛指數降至 3 分，並表示「翻身較不會痛了」。</p>

問題三 焦慮及害怕/對於環境、治療不熟悉、擔心疾病的變化及胎兒的健康有關。(11/21-11/25)

護理評估	護理目標	護理措施	護理評值
<p>主觀資料：</p> <p>1. 11/21 個案以筆書寫表示「我現在在 哪裡？為什麼會 在這裡？我肚子 裡的寶寶還好 嗎？」</p> <p>2. 11/21 個案表示 對於儀器的警告 聲感到害怕：「 為什麼一直有 聲音在叫。」</p> <p>客觀資料：</p> <p>1. 11/21 個案的 眉頭緊縮，神情 害怕，眼神惶恐。</p> <p>2. 11/21 當個案 聽到儀器警告聲 時，會顯得不 安。</p> <p>3. 11/21 個案 對於自己目前的 情況不瞭解，擔 心自己的病情及 胎兒的健康狀況。</p> <p>4. 11/21 心跳 偏快約 120bpm， 血壓 150/76 mmHg。</p>	<p>個案於 11/23 可 表達對於環境的 熟悉及治療的 目的，對於胎兒 目前的狀況可以 清楚了解。</p>	<p>1. 運用發展及助 人的信任關係、 促進病間互動的 教與學：</p> <p>(1)主動向個案 介紹自己並請醫 師解釋相關病情 ，清楚的解釋住 院的原因。</p> <p>(2)向個案解釋 目前身上管路有 氣管內管、中心 靜脈導管、導尿 管及引流管，並 清楚告知其作用 及介紹加護病房 的環境。</p> <p>2. 運用促進並接 受所表達的正、 負向感受：</p> <p>(1)鼓勵可用白 板筆書寫出內心 擔憂的事，及表 達目前的想法及 感受。</p> <p>(2)增加與案姐 會客的時間至一 小時，鼓勵個案 向案姐表達目前 的感受及想法。</p> <p>3. 運用培養對自 己及對個案的敏 感：透過敏銳觀 察個案語言及非 語言的表現。</p> <p>(1)注意個案臉 部的表情及情緒 的反應起伏。</p> <p>(2)觀察個案對 於刺激所表現的 反應，適時的提 供解釋可緩解情 緒。</p> <p>4. 運用科學的方 法解決問題：</p> <p>(1)每 2 小時利 用都普勒儀器測 試胎兒的心跳是 否正常，將音量 調大，讓個案明 確聽到胎兒的心 跳聲，解釋胎兒 正常心跳範圍為 120-160bpm。</p> <p>(2)將儀器的警 告聲調低，減少 音量的刺激，並 告知儀器警告聲 所代表的意義。</p> <p>5. 運用人性化及 利個案原則：</p> <p>(1)用輕柔的言 語與個案對話， 握著個案的手讓 其感受到關懷及 陪伴，直到個案 覺得比較不緊張。</p> <p>6. 運用維持支持 性、保護性的照 護環境，滿足基 本的需求：</p> <p>(1)幫個案解除 約束，維持足夠 的活動空間，並 使用持續性的監 測儀器，</p> <p>(2)幫個案翻身 或清潔做治療 時，清楚讓個案 明瞭目前治療 的項目。</p>	<p>11/23 個案的 表情和緩，眉頭 不再深鎖，以筆 書寫表示「比較 不害怕住在這裡 ，知道自己這次 住院是因為腎臟 感染，我有聽到 胎兒的心跳聲就 較安心了」，對 於胎兒目前的狀 態清楚明瞭，可 說出胎兒心跳正 常值範圍。</p>



問題四 哀傷及失落/與喪失胎兒有關 (11/26-12/16)

護理評估	護理目標	護理措施	護理評估
<p>主觀資料：</p> <p>1. 11/26 個案表示：「之前心跳不是都很正常嗎？我以為他應該可以好好活下來」。</p> <p>2. 11/26 個案表示「是不是因為我咳嗽太用力的關係，是不是因為我之前都沒有好好的照顧身體的關係？」</p> <p>3. 11/29 個案表示「因為之前都是生女生，這次是男的，所以很期待這個寶寶的出生，我的男朋友也很期望這孩子的出生，沒想到.....（低聲的啜泣，流眼淚）」</p> <p>客觀資料：</p> <p>1. 11/26 個案目睹胎兒早產的過程，表情憂傷、難過。</p> <p>2. 11/26 個案看著胎兒的身體不斷的流眼淚，頻頻擦拭淚水。</p> <p>3. 11/29 察覺個案與他人互動減少，常沉默不語，雙眼泛紅，進食量減少至三分之一個便當。</p> <p>4. 觀察個案常一個人默默的在想事情，神情顯露出哀傷。</p>	<p>出院前個案可言語表達接受胎兒過世的事實，12/10 主動言語表達情緒釋懷，並發展新生命希望。</p>	<p>1. 運用促進接受個案對正、負向感受的表達：</p> <p>(1)鼓勵個案及案姐表達對於胎兒早產過世內心的感受</p> <p>(2)接受個案情緒上的抒發，允許個案出現哭泣、流淚的表現。</p> <p>2. 運用提供具支持性的環境：</p> <p>(1)增加每次案姐與個案陪伴、會客的時間達一個小時。</p> <p>(2)不定時的陪伴在個案身旁，如果個案想一個人靜靜，將門闔上，提供一安靜的環境，並給予護士鈴，若有需要可隨時諮詢護理人員。</p> <p>3. 運用發展助人-信任的關係：</p> <p>(1)宗教室的義工協同個案一起為胎兒禱告，讓個案感受到還有其他人一起陪在身旁幫她渡過。</p> <p>(2)幫忙協助新生兒處理，並告知個案最後處理流程處，可於身體狀況較好時前往探望。</p> <p>4. 運用引發信心及對未來的希望：</p> <p>(1)讓個案明瞭新生兒早產不是因為個案的關係，而是疾病所造成的，降低個案內在自責感</p> <p>(2)鼓勵進食進補類食物，如宗教室阿姨幫個案準備麻油雞、護理人員提供香菇雞湯等，並提醒只要調養好身體，未來仍有機會再懷孕的。</p> <p>5. 允許個人對於自我生存及死亡的不同見解，認同宗教力量對於自身的幫助。</p> <p>(1)鼓勵個案藉由禱告方式陳述對新生兒早產事件的看法。</p> <p>(2)鼓勵個案可替過世的新生兒取名字，並在家保留一些物品作紀念。</p>	<p>12/1 個案口述表示「目前最重要的是調養自己的身體，然後工作賺錢，我還要養一個女兒的，我不能就一直這樣下去」，12/8 出院前展現笑容與醫護人員主動交談，並表示「生孩子有時候是緣分的問題，這也是沒有辦法的事，但心裡面多少還是會難過」，12/16 家訪時回應表示「偶爾還是會想起這件事，但現在比較不會那麼難過了，重要就是要開始工作，希望以後有機會可以再懷孕」。</p>

問題五 社會支持系統不足/與經濟來源缺乏有關 (11/21-12/5)

護理評估	護理目標	護理措施	護理評值
<p>主觀資料： 11/21 個案表示：「本來有健保卡的，但於9月即沒有在工作，健保很久沒有繳費了」，「目前沒有在工作，家裡也沒有多餘的錢可以付醫藥費用。」</p> <p>客觀資料： 當個案及案姐提及經濟狀態時，面露擔憂狀，常陷入深思。</p>	<p>11/28 個案言語表示對於經濟缺乏擔憂減少</p>	<p>1. 運用人性化及有利個案的基本價值體系： (1)評估個案現有的資源，發現個案經濟來源嚴重不足，案姐生活費用不足。 (2)個案陳述經濟狀況時，以同理心對待</p> <p>2. 運用發展助人及信任的關係： (1)請求社服人員的介入了解個案的情況，協助尋求可利用的資源，以降低住院費用的負擔，並解決健保費用的問題。</p> <p>3. 運用發展助人的目的： (1)與案姐建立信任的關係，發揮團隊合作，並誠懇的向大姐表示可以幫忙申請資源的協助。</p> <p>4. 運用培養對自己及他人的敏感： (1)案姐目前在醫院陪伴個案，案姐表示目前無法工作，連自己的生活費用都明顯是問題，社服人員尋找可用資源，協助可申請救急的方案，以解決生活的困窘。</p> <p>5. 運用創造性的問題解決方法： (1)與個案及案姐討論可暫將小女兒送至前夫住所居留，前夫可提供小女兒就學的能力，暫可減輕案姐的負擔。</p>	<p>11/27 案姐與個案表示「有健保的話，醫療費用可以減輕不少，不然真不知怎麼處理住院費用」，言語表示擔憂情形減少。</p>

## 結論與討論

感染急性腎盂腎炎的孕婦若未加以治療可能會造成生命的威脅及胎兒早產。本文個案因感染情形嚴重，病情惡化須插管，甚至提早中止妊娠，與文獻雷同（吳等，2006；陳、陳，2006）。照護過程中發現 Watson 關懷理論可以適用在每個病患身上，不分種族。筆者運用了關懷理論之關懷因素如運用發展助人信任的關係與個案建立良好的護病關係，並促進護病間的互動教學，減緩因感染引起的不適，並培養對個案的敏感性，互動中察覺語言及非語言的表態主動發現需求，以提供適時的照護，讓個案隨時都能感受到護理人員的關懷，與個案共同討論如何利用科學性方法解決問題，以恢復健康，藉由鼓勵及增加對未來生命的希望，個案渡過疾病的煎熬及新生兒早產過程的哀傷、難過，重整生活步調，重新追求健康生活。筆者在工作經驗中甚少遇到孕婦住加護病房，因而照護過程中戰戰兢兢，查閱相關知識以提供家屬及個案資訊，也讓自己成長不少，因此深切感受到，當急重症單位的病患及家屬承受加倍壓力時，此時護理人員若能利用主動提供關懷照護，發揮助人、利他的功能，勢必可讓病患及家屬的焦慮及壓力降至最低。

個案於 12/16 由外院返家後，筆者曾藉由居家訪視 2 次及電訪 2 次，探視個案復原情況並對於疑問及不了解之處予以澄清，個案表示衷心感受到住院期間醫護人員的關懷及照顧，也表明自己的哀傷情緒可以慢慢釋懷是因為住院期間受到不斷鼓勵及支持，而目前的目標就是趕快將身體調養好，然後工作賺錢，對於引流管留置的

護理再次教導其注意事項，並針對預防再次泌尿道感染做衛教，以達到持續性的照護。利用關懷理論在孕婦住院期間的照護，呼應 Watson 強調的護理是人性的科學也是人性的照護，達到照顧疾病的人並協助其復健，恢復健康的目的。

照護過程中未曾遇見個案男友，無法探知其對於新生兒早產事件的看法及想法，是為一大照護限制。即使病患的種族文化背景不同，但關懷卻是適用於所有病患，個案為一年輕的原住民，感情世界複雜，筆者對於個案的感情方面採接納、不批評、論斷的態度，並接受其內心感受的發洩，藉由 Watson 關懷理論的應用，幫助個案渡過生病及喪失胎兒的痛苦，重拾信心以尋求健康。訪視過程中也深感體驗原住民的居家生活條件普遍落後，衛生教育的觀念也不齊全，故建議未來應有更多的衛生教育落實在原住民的生活習慣裡，讓健康生活概念推廣到原住民的社區。

## 參考文獻

- 杜友蘭 (2007)·選擇性護理理論家及其理論的簡介·*護理理論與實務應用* (二版, 304-310 頁)·台北:華杏。
- 吳泰德、楊皇煜、胡紹安 (2006)·急性腎衰竭與懷孕·*腎臟與透析*·18 (4), 161-165。
- 周雨樺、蕭仔伶、何美華、孫瑞瓊、林淑玲、黃樹欽 (2005)·高危險妊娠的護理·於余玉眉總校閱·*產科護理學* (三版, 426-478 頁)·台北:新文京開發。
- 胡美連 (2003)·照顧一經人工生殖致多胞胎妊娠之不孕症婦女減胎的護理經驗

- 護理雜誌 • 50 (2), 92-98。
- 武香君、葉淑惠 (2006) • 協助使用呼吸器之肺癌病患面對焦慮—Watson's 關懷理論之運用 • *新臺北護理期刊* • 8 (2), 83-91。
- 郭婷婷、孫惠玲 (2008) • 運用 Watson 關懷照顧理論於一位輕度燙傷幼兒之護理經驗 • *護理雜誌* • 55 (3), 104-109。
- 陳淑真、李選 (2003) • 華森理論於護理先天性肺炎早產及其家屬之應用 • *中山醫學期刊* • 15, 469-477。
- 陳國瑚、陳麗如 (2006) • 懷孕中發生反覆性腎盂腎炎併發阻塞性腎水腫及敗血性休克 • *輔仁醫學期刊* • 4(4), 203-208。
- 曾英芬、許敏桃、郭玲莉(2001) • 關懷照顧的現象學研究—從經歷死產之台灣婦女的經驗談起 • *護理研究*, 9 (1), 223-232。
- Caruso, E. M., Cisar, N., & Piper, T. (2008). Creating a healing environment. *Nursing Administration Quarterly*, 32(2), 126-132.
- Carter, L. C., Nelson, J. L., Sievers, B. A., Dukek, S. L., Pipe, T. B., & Holland, D. E. (2008). Exploring a culture of caring. *Nursing Administration Quarterly*, 32(1), 57-63.
- Christensen, B. (2000). Which antibiotics are appropriate for treating bacteriuria in pregnancy? *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*, 46, 29-34.
- Janelle, G. (2000). Acute pyelonephritis during pregnancy. *American Journal of Nursing*, 100(3), 24-25.
- Juan, Y. S., Wu, W. J., Chuang, S. M., Wang, C. J., Shen, J. T., Long, C. Y., et al. (2007). Management of symptomatic urolithiasis during pregnancy. *The Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, 23(5), 241-246.
- Pertel, P. E., & Haverstock, D. (2006). Risk factors for a poor outcome after therapy for acute pyelonephritis. *Journal of Complication*, 98, 141-147.
- Ramakrishnan, K., & Scheid, D. C. (2005). Diagnosis and management of acute pyelonephritis in adults. *American Academy of Family Physicians*, 71(5), 933-942.
- Scholes, D., Hooton, T. M., Roberts, P. L., Gupta, K., Stapleton, A. E., & Stamm, W. E. (2005). Risk factors associated with acute pyelonephritis in healthy women. *American College of Physicians*, 142, 20-27.
- Smith, M. (2004). Review of research related to Watson's theory of caring. *Nursing Science Quarterly*, 17(1), 13-25.
- Van, P., & Meleis, A. I. (2003). Coping with grief after involuntary pregnancy loss: Perspectives of African American women. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 32, 28-39.
- Watson, J. (2009). Caring science and human caring theory: transforming personal and professional practices of nursing and health care. *Journal of Health and Human Services Administration*, 31(4), 466-482.

# A Nursing Experience of Applying Watson's Caring Theory to a Patient with Pregnancy in ICU

*Tsai-Rung Lin      Chiu-Chu Lin \**

## Abstract

This report describes the nursing experience in caring for a patient with pyelonephritis and gestation in the intensive care unit. In the process, she underwent the endotrachea tube insertion and premature delivery. Information was collected by care taking, observation, communication and performing physical skill tests. Five main domains on health problems were determined: "infection, fever" and "pain", "anxiety and fear", "sad and grieving; and "poor social support system". We used Watson's caring theory for nursing assessment, intervention and evaluation with mutual confidence foundation, and providing individual protective nursing. We actively provided care and offered our concern at the appropriate time for the patient to get through this time of grief with her relatives. Not only did we take care of the major physiological problems, but also the mental and the social problems, while providing the care she really needed. Nursing experience will be shared as reference for those who might deal with a similar situation in the future.

**Key words :** Watson's caring theory, pregnancy, pyelonephritis

---

RN, BSN, Medical Intensive Care Unit, Kaohsiung Medical University Hospital & Graduate student, Graduate institute of Nursing, Kaohsiung Medical University.

RN, PhD, Associate Professor, College of Nursing, Kaohsiung Medical University \*

Received : May. 13, 2009      Revised : Jun. 15, 2009      Accepted for publication : Jun. 30, 2009

Correspondence : Chiu-Chu Lin, No. 100, Tz-You 1st Road Kaohsiung 807, Taiwan

Telephone : ( 07 ) 3121101 ext. 2611      E-mail : chiuchu@kmu.edu.tw