

東 海 大 學

工業工程與經營資訊學系

高階醫務工程與管理碩士在職專班



碩士論文

母嬰共照與母嬰分照對親子同室滿意度

差異之研究

研究生：梁慧婷

指導教授：鄭辰仰 教授

中華民國一〇二年六月

The Postpartum Women Satisfaction of Couplet Care Compared to Traditional Rooming-in Nursing in Taiwan Hospital

By
Hui-Ting Liang

Advisor : Prof. Chen-Yang Cheng

A Thesis
Submitted to Tunghai University
in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Health Administration

June 2013
Taichung , Taiwan , Republic of China

母嬰共照與母嬰分照對親子同室滿意度差異之研究

學生：梁慧婷

指導教授：鄭辰仰教授

東海大學工業工程與經營資訊學系高階醫務工程與管理碩士在職專班

摘要

親子同室能讓產婦提早學習育嬰技巧、有助於母乳哺餵的成功及延長母乳哺育的時間，並使嬰兒獲得營養與增強免疫力(Sharifah, Lee,& Ho,2007；張靖梅及林獻鋒，2009)。現今大部份醫療院所親子同室執行的護理方式仍為傳統母嬰分開照護為多，常造成護理指導時機不合宜、護理指導內容未一致性、有時無法顧及個案是否瞭解等。因此若能改以母嬰共照執行親子同室，護理人員同時照護產婦與嬰兒，不僅對產婦產後的護理指導及嬰兒方面的照護，甚至返家後注意事項，皆可由產婦的需求給予完整的護理指導，避免重複或遺漏。

但國人對於親子同室礙於傳統中國坐月子的觀念及舊有習俗禁忌，以至於醫療院所親子同室執行率偏低及臨床實施面的諸多阻力與抱怨，在缺乏本土母嬰共照實施對執行親子同室照護的相關研究下，究竟以母嬰共照實施親子同室對母育能力是否有差異？在照護品質滿意度是否有差異？環境與醫護人員支持是否影響母嬰共照則成為本研究探討之焦點。

本研究採調查研究法，資料收集期間為2012年12月至2013年2月，採方便取樣選取懷孕36週以上生產、無嚴重病史者、執行親子同室之產婦，共計176位為研究對象，研究工具以結構式問卷於產婦執行親子同室48小時後出院當日進行資料收集。以描述性及推論性統計分析，研究結果顯示母嬰共照執行親子同室在母育能力、照護品質有顯著差異；環境與醫護人員支持可增加母嬰共照執行親子同室認同度。因此醫療機構預提升親子同室滿意度與執行率可以母嬰共照模式推行親子同室。

關鍵字詞：親子同室、產婦滿意度

The Postpartum Women Satisfaction of Couplet Care Compared to Traditional Rooming-in Nursing in Taiwan Hospital

Student : Hui-Ting Liang

Advisors : Prof. Chen-Yang Cheng

Master Program for Health Administration
Department of Industrial Engineering and Enterprise Information
Tunghai University

ABSTRACT

Implementing rooming-in can help postpartum women to achieve successful breastfeeding, and early learning baby care skills. Most hospitals now perform traditional nursing care with rooming-in in which maternity nurses care for the mother, and nursery nurses care for the infants. However, in the traditional rooming-in, mothers and infants are viewed as an individual in both physical and psychosocial needs, and instruction procedures and practices are providing by nurses rather than to the personal needs of mothers and infants. In addition, it may cause inconsistent guidance because maternity nurses communicate with obstetricians and nursery nurses communicate with pediatricians. Couplet care is a form of room-in nursing in which the mother and her infants are cared for by one nurse. The quality of room-in nursing would be improved because only one nurse would be aware of both the mother's and infant's condition, and duplication or omission of nursing services can be avoided.

The aim of this study was to compare baby care skills, maternal satisfaction, and environment factors with two types of nursing care, traditional rooming-in nursing versus couplet nursing care. Ninety two and eighty four postpartum women forms traditional rooming-in (study), and couplet nursing care (control) groups respectively. Descriptive and inferential statistical analysis were performed. The result showed that the scores in baby care skills, and maternal satisfaction were higher within traditional rooming-in care. Environment and caring nurses support could increase the acceptance of adopting couplet nursing care. In addition, a historical data of traditional rooming-in and couplet care nursing allocation indicates that nursing labors could be reduced with the decreasing birth rate. In conclusion, hospitals could improve maternal satisfaction and reducing nursing labors by adoption the couplet care model.

Key words: Rooming-in Care, Maternal Satisfaction

致謝詞

寫到致謝的部分，代表著碩士學業終於～要完成了，能有今日的成果，當然要感謝指導教授鄭老師及謝老師的指導，讓我的研究論文不管在統計分析、或邏輯思考上能有清晰的引導，同時還有感謝口試委員黃崇濱副教授的大力幫忙，都是讓我完成碩士論文的最大功臣。

在求學與研究進行過程中，感謝我光田職場同仁的支持與鼓勵，上至直屬主管與護長同儕，下至我 5F 單位的同仁的配合，尤其護理部曾勤媛主任的傾囊相授與指導、月悅督導的關心支持、昔日同事慧如的協助，以及同學們的相互打氣，最讓我感動的是在我學位口試報告重要的時刻，慧真與佩琪熱情打理口試當天一切瑣事，好讓我無後顧之憂充份的好好準備口試報告，特此感謝！

最後要感謝我的家人，這段時間一直忙於學業，先生的包容和體諒，女兒的貼心和支持，才能專心完成學業，謹以此刻的喜悅及成就獻給我摯愛的家人。

慧婷于東海工工 2013 年 6 月

目錄

摘要	I
ABSTRACT	II
致謝詞	IV
目錄	V
圖表目錄	VII
第一章緒論	1
1.1 研究背景	1
1.2 問題陳述	2
1.3 研究目的	3
1.4 研究重要性	3
1.5 研究問題	3
1.6 研究假設	3
1.7 名詞界定	4
第二章文獻查證	5
2.1 親子同室的意義	5
2.2 影響親子同室的因素	6
2.3 母嬰共照實施親子同室的相關研究	7
第三章研究方法	10
3.1 研究架構	10
3.2 研究設計	10
3.3 研究對象與場所	11
3.4 研究工具與變數	11
3.5 資料收集程序	13
3.6 資料分析	13
第四章研究結果	15
4.1 研究對象基本屬性	15
4.2 比較母育能力、照護品質、環境與醫護人員支持及整體滿意度差異分析	19
4.3 不同模式在母育能力、照護品質及環境與醫護人員支持之差異	21
4.4 在母育能力、照護品質及環境與醫護人員支持之分析	25
第五章討論	28

5.1 研究對象基本屬性	28
5.2 母嬰共照與母嬰分照在執行親子同室之影響	28
5.3 對產婦與嬰兒滿意度之影響	32
5.4 母嬰共照執行親子同室對醫院之效益	33
第六章結論	35
參考文獻	36

圖表目錄

圖 3-1 研究概念架構圖.....	10
表 3-1 研究工具之專家內容效度(CVI)得分.....	12
表 3-2 研究工具之內在一致性信度分析.....	13
表 4-1 研究對象基本資料之描述性統計分析.....	16
表 4-2 不同照護模式對「年齡、婚姻狀況、教育程度、胎次及生產方式」分析.....	18
表 4-3 不同產婦背景資料對照護模式差異分析.....	18
表 4-4 比較「母育能力、照護品質及環境與醫護人員支持」之差異.....	19
表 4-5 不同照護模式對「母育能力、照護品質及環境與醫護人員支持」差異.....	20
表 4-6 不同照護模式在「產婦與嬰兒」整體照護滿意度之差異.....	20
表 4-7 比較「產婦與嬰兒」整體照護滿意度之差異.....	20
表 4-8 胎次對「母育能力、照護品質及環境與醫護人員支持」差異.....	21
表 4-9 生產方式對「母育能力、照護品質及環境與醫護人員支持」差異.....	21
表 4-10 不同照護模式對產婦母育能力之差異性分析.....	22
表 4-11 不同照護模式對照護品質之差異性分析.....	23
表 4-12 不同照護模式在環境與醫護人員支持度之差異性分析.....	25
表 4-13 執行親子同室對母育能力信心程度量表統計.....	26
表 4-14 執行親子同室對照護品質滿意度程度量表統計.....	26
表 4-15 環境與醫護人員對親子同室支持程度量表統計.....	27
表 5-1 以本研究 8 對母嬰為例護理人力之差異.....	33

第一章 緒論

1.1 研究背景

親子同室起源於 1940 年代，主要是由母親與嬰兒在產後待在同一房間，允許不受時間之接觸；親子同室推行之目的除了能讓產婦提早學習育嬰技巧外（Sharifah, Lee,& Ho,2007），另一個主因則是因為乳汁分泌量與哺餵的頻率、嬰兒有效的吸吮力、產後身體功能有關係（Knight, Peaker, &Wilde, 1998）。親子同室的實施，有助於母乳哺餵的成功及延長母乳哺育的時間，若能提升母親在產後住院期間對親子同室的滿意度及正向態度，勢必在母乳哺餵的過程中會有正面的意義，並可提早習得育嬰技巧，並使嬰兒獲得營養與增強免疫力(張靖梅及林獻鋒，2009)。

2001 年衛生署參考世界衛生組織（World Health Organization ,WHO）和聯合國兒童基金（United Nations Children's Fund ,UNICEF）的國際愛嬰醫院(Baby-friendly Hospital Initiative, BFHI)認證標準，依據民情文化修訂符合適用，因此台灣稱之為「母嬰親善醫療院所認證標準」。而認證的十大措施中的措施七「實施 24 小時親子同室」一直為醫院推行上易受困擾與成效不彰。雖然親子同室的執行隊對成功母乳哺餵有其正面且重要的意義，但根據陳昭惠、高美玲、盧玉羸及潘履嵐（2001）研究指出母嬰親善醫院親子同室期間常見的困擾問題包括：擔心嬰兒感染機率、需要休息、怕吵到鄰床產婦的休息及怕竊嬰事件等原因，造成產婦住院期間執行意願低、成效不佳。高美玲及林玉靜(2006)也指出親子同室推行受限因素常見為醫院的政策與常規、產婦擔心嬰兒受感染、醫護人員對親子同室所表現出的態度、產婦想休息以及產婦與家屬對親子同室的認同等因素影響不易執行。甚至在張靖梅及林獻鋒（2009）研究發現產婦對於實施 24 小時親子同室的壓力有：無法有效掌控情況如：徵狀無法辨識、哭鬧無法安撫；空間的囿困與擔憂如：感染的憂慮、意外突發的擔憂；無法充分休息如：瑣事之勞累；缺乏護理支持如：護理援助不足與缺乏個別性衛教等皆會造成壓力。因此在瞭解影響親子同室的因素後，如何改善來提升執行親子同室成效是須加以重視的。

現今大部份醫療院所親子同室執行的護理方式仍為傳統母嬰分開照護為多，意指母嬰分照，換句話是指產婦由產後病房護理人員照護，嬰兒則由嬰兒室護理人員至病房指導產婦育嬰照護的注意事項。但臨床上常見傳統母嬰分照有諸多缺點，例如護理人員所提供的護理是不連貫、重複、甚至不一致，也無法滿足個別性護理需求，例如：護理指導時機不合宜、護理指導內容未一致性、有時無法顧及個案是否瞭解等。倘若醫院實施親子同室改以母嬰共照，意指護理人員同時以照護產婦及其嬰兒以母嬰共照方式，護理人員同時照護產婦與嬰兒，不僅對產婦產後的護理指導及嬰兒方面的照護，甚至返家後注意事項，皆可由產婦的需求給予完整的護理指導，避免重複或遺漏。在綜觀國內外相關研究，雖然 Cottrell 與 Grubbs (1994)、Watters 與 Kristiansen (1995)曾對母嬰共照與傳統母嬰分照做比較，但因年代久遠且國情不同僅供參考，且國內尚無母嬰共照與母嬰分照之相關研究，因此引發本研究的動機，期望藉由國內首推以母嬰共照模式執行親子同室來提升對親子同室的滿意度及成效，以作為改善親子同室成效與提升照護品質之參考。

1.2 問題陳述

關於母嬰共照實施親子同室的相關研究國外發表文獻不多，而國內僅一篇 1993 年馮容莊的親子同室護理臨床實施護理效益研究，這篇為台灣開始由國外引進「親子同室」照護模式的概念，因此僅與非親子同室的產婦做比較，但因年代已久遠且台灣執行親子同室已十一、二年，據研究者觀察臨床執行親子同室現況，呈現國人對於親子同事已慢慢能認識，但接受度方面礙於傳統中國坐月子的觀念及舊有習俗禁忌，以至於醫療院所親子同室執行率偏低及臨床實施面的諸多阻力與抱怨，那要如何突破改善現況進而提升滿意度呢？在缺乏本土母嬰共照實施對執行親子同室照護的相關研究下，究竟以母嬰共照實施親子同室對母育能力是否有差異？母嬰共照在照護品質滿意度有差異？環境與醫護人員支持是否影響母嬰共照則成為本研究探討之焦點。因此希望能透過本研究探討瞭解母嬰共照實施成效優於母嬰分照，可提供國內各母嬰親善醫療院所改善親子同室成效之參

考。

1.3 研究目的

依據上述的問題陳述，本研究的目的為瞭解：

- 1.人口學背景對母嬰共照執行親子同室的影響。
- 2.母嬰共照對產婦與嬰兒在執行親子同室成效的相關性。
- 3.母嬰共照對在母育能力、照護品質、環境與醫護人員支持的相關性。

1.4 研究重要性

本研究的效益涵蓋下列三項貢獻，在國家政策方面：可提供母嬰親善政策相關部門，研擬有利於提升母嬰親善醫院的評鑑標準與貼近臨床執行親子同室的具體考量方針；在醫療機構方面：可幫助醫療單位推動母嬰親善醫院親子同室的具體參考措施，不僅可提升親子同室率與實施的滿意度，進而提升純母乳哺育率；在家庭方面：可提升產婦對親子同室的認同，並增強產婦的母育能力，增進親子關係的緊密連結。

1.5 研究問題

本研究主要探討的問題包括：

1. 人口學因素在母嬰共照執行親子同室的母育能力、照護品質與環境及醫護人員支持的相關性為何？
2. 接受母嬰共照模式執行親子同室時對於產婦及嬰兒的相關性為何？
3. 接受母嬰共照的親子同室的產婦在母育能力、照護品質的滿意度與環境及醫護人員支持度的相關性為何？

1.6 研究假設

依據研究目的，擬訂本研究所欲探討之研究假設如下：

1. 接受母嬰共照模式執行親子同室不會因人口學因素的不同而有差

異。

2. 執行親子同室的產婦與嬰兒的會因接受母嬰共照與母嬰分照的不同模式而有不同成效且有顯著的差異。
3. 對於產婦的母育能力、照護品質的滿意度與環境及醫護人員的支持會因母嬰共照與母嬰分照的不同模式而不同且有顯著的差異。

1.7 名詞界定

1. 親子同室：是指產婦與嬰兒住院期間共處一室，每日母嬰分離時間不超過一小時稱之。
2. 母嬰分照：產婦執行親子同室時分別由病房及嬰兒室護理人員分別照護產婦與嬰兒。
3. 母嬰共照：產婦執行親子同室時由相同一位護理人員同時照護產婦與嬰兒。
4. 母性行為：產婦能以眼對眼視覺看著嬰兒，用手觸摸或抱起嬰兒，以語言發出聲音與嬰兒互動，進而願意主動學習照顧嬰兒或哺乳等行為。
5. 母育能力：產婦照顧嬰兒的能力，例如換尿片、餵奶後知道給寶寶排氣的方法、臍帶護理的方法、嬰兒哭鬧時知道處理方法、學會如何哺餵母乳或配方奶等。

第二章 文獻查證

針對與研究主旨相關的文獻加以整理探討親子同室的意義、影響親子同室成效的因素及母嬰共照實施親子同室的策略，敘述如下：

2.1 親子同室的意義

早期的生產，分娩後母親和新生兒在一起，除了保護嬰兒安全和給予溫暖之外，且容易開始哺餵母乳及互相了解彼此。20 世紀初，分娩的場所從家庭轉到醫院，婦女產後回到病房休息，新生兒到嬰兒室由護理人員照顧，餵奶時間產婦才能到嬰兒室看到自己的新生兒，當時醫學界認為新生兒在嬰兒室比較安全，產婦有更多的時間休息(Crenshaw, 2007)。1991 年世界衛生組織-World Health Organization(WHO)和聯合國兒童基金-United Nations Children's Fund(UNICEF)共同發起國際愛嬰醫院-Baby-friendly Hospital Initiative(BFHI)其目的是確保讓每個孩子在較佳的環境中開始哺餵母乳。要成為真正的國際愛嬰醫院，世界各地醫院的產科單位依聯合國世界衛生組織、兒童基金會聲明所述的哺餵母乳十大措施，這些措施為啟動及建立母乳哺餵成功的重要關鍵，在十大措施中第七措施就是執行親子同室。新生兒的照顧由單一的照顧者在親子同室的條件下實現日夜分化休息與活動，研究結果顯示親子同室對母親決定母乳哺餵新生兒的重要性，優於那些由多個照顧者照顧的嬰兒室環境中(Procianoy, Fernandes-Filho, Lazaro, Sartori & Silvio, 1983; Protocol, 2010 ; Saadeh & Akre, 1996; Tsai, Barnard, Lentz, & Thomas, 2010)。根據研究 Ball、Ward-Platt、Heslop、Leech 與 Brown (2006) 的研究報告，親子同室新生兒與母親睡在一起有利於頻繁的哺乳，成功哺乳的開始在產後早期頻繁的吸吮。「親子同室」在研究與實證成效良好，而我國則於 1990 年代，因推行母乳哺餵和配合聯合國兒童基金會以及世界衛生組織的政策而提倡親子同室，並於台北榮民總醫院開始實施親子同室之照護模式(馮容莊，1993)，至 2001 年配合母嬰親善醫療院所認證，國民健康局全台推動展開實施。

2.2 影響親子同室的因素

親子同室的執行受到傳統觀念及社會價值觀以及個人因素的影響(馮容莊, 1993)。在2001年以前台灣大部分的產婦在醫院及婦產科診所生產後, 產婦返回病室內休息; 新生兒則在嬰兒室接受嬰兒室的護理人員照顧, 家屬探視新生兒只能在嬰兒室規定的時間一天分早上及下午2次, 每次30分鐘, 產婦也只能在醫院規定每4小時一次的餵奶時間到嬰兒室哺餵母乳或配方奶, 加上中國傳統坐月子需休息的觀念, 因此對於母嬰分照的模式認為是常規且非常能接受。

但在2002年開始打破傳統舊思維母嬰分開的概念, 行政院衛生署國民健康局積極推動親子同室並委託台灣婦產科醫學會, 依照國際愛嬰醫院十大措施的精神下, 辦理母嬰親善醫院醫療機構認證, 並依據國情、文化製訂認證基準。在政策開始推動親子同室之初, 因應民眾對親子同室的不了解及各醫院的人力規劃、行政作業等限制, 故分為全天式(24小時)或時段性實施(8小時或12小時)。至2007年改由財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會接受行政院衛生署國民健康局委託, 更透過更有效整合醫院評鑑, 協助辦理母嬰親善醫療院所認證, 因此要求執行親子同室應為24小時。

然而現今親子同室的執行率一直未能普及, 原因為一般民眾受傳統產後坐月子的觀念, 認為產婦在產後坐月子期間, 需要休息是不可勞動, 應由家人提供生活照顧及情緒上的配合, 照顧者需提供飲食及生活上瑣事的照料, 包括新生兒照顧(田聖芳, 2006), 同時產婦會自覺很累、睡不好, 也無法安撫及照顧新生兒, 家屬則擔心產婦太累、需要休息恢復體力等理由, 在社會價值觀中仍存在嬰兒室的照護比親子同室好, 讓產婦或家屬請護理人員將新生兒推回嬰兒室, 放棄親子同室。

在親子同室相關的研究大部分都針對影響親子同室相關因素及親子同室執行之經驗分析作為改善的依據。在台灣有親子同室在量性研究鄧素文、蘇燦煮、楊雅玲及張桂玲(1995)提出接受母嬰同室(親子同室)照護在哺餵母乳時所面臨的困擾及滿月哺乳方式做探討及何惠娟(2009)針對影響產婦住院期間實施親子同室之相關因素探討; 賴亞伶(2009)針對親子同

室政策下比較不同生產方式的產婦產後疲倦、嬰兒照護活動及親子依附之差異做分析討論。在質性部分有兩篇林麗珠、李從業、郭素珍、穆佩芬與許洪坤(2004)和張靖梅及林獻鋒(2009)探討產婦住院期間實行24小時親子同室之壓力經驗。而國外文獻中針對親子同室對母乳哺餵影響的相關研究(Procianoy et al., 1983)。睡眠部份的研究在產後病房親子同室期間母乳哺餵頻率及新生兒夜間睡眠安全(Ball et al.,2006)；針對夜間執行親子同室對母子親密關係與睡眠(Keefe,1998; Svensson, Matthiese, & Widstrom,2005)；有無執行親子同室對母親睡眠時間之研究(Keefe, 1988)；親子同室與嬰兒室環境對新生兒哭鬧及睡眠時間之探討(Keefe, 1987)。

由以上文獻可知，大多數的研究只做影響親子同室相關因素之分析，因產後產婦執行親子同室都覺得壓力很大，無法勝任照顧新生兒的工作，包括先生及家屬都對醫院此措施很不能接受，覺得臨床工作人員沒有考慮到產婦需要休息及無法再分心照顧新生兒。所以在瞭解產婦其壓力與不願執行的因素後，期望可改變醫院的人力規劃、行政作業等方式，以母嬰共照模式由單一護理人員提供整體性護理指導和作業流程也因此而簡化，來提升親子同室的照護品質與滿意度。

2.3 母嬰共照實施親子同室的相關研究

2.3.1 與母育能力的相關性

Greenberg與Morris (1974)的初期母親與嬰兒互動行為研究，隨機抽樣50位實施親子同室與非親子同室比較，發現親子同室的產婦對育嬰能力較有自信，且育嬰能力相對增加、較能瞭解嬰兒哭泣的原因。而馮容莊(1993)以母嬰共照方式探討親子同室護理臨床實施護理效益的類實驗性研究，產婦依意願選擇接受親子同室，接受親子同室175位、未接受親子同室85位，其研究結果顯示實施親子同室比未實施親子同室的產婦在母育能力上較好，尤其接受親子同室護理的產婦在自我乳房龜裂的處理、新生兒生長發育之感官刺激、體溫測量、臍帶護理、大便性狀分辨能力及新生兒哭鬧的處理有明顯進步。Cottrell與Grubbs (1994)以描述性研究針對產後婦

女在執行親子同室時以母嬰共同照護與傳統的母嬰分別照護之滿意度做比較，其研究為在產後六個月進行問卷調查，接受傳統母嬰分別照護有71位，接受母嬰共同照護的有64位，結果發現不管母嬰共同照護還是母嬰分別照護在出院前育嬰技巧與產婦自我照護能力在這兩組間無差異的，但出院後育嬰技巧與產婦自我照護能力比較是有明顯差異，尤其母嬰共同照護比母嬰分別照護在產婦自我照護能力上有顯著的差異。

2.3.2與照護品質滿意度的相關性

馮容莊(1993)的親子同室護理臨床實施護理效益研究，得知實驗組與控制組對住院所接受護理照顧的滿意度有明顯的差異。特別是在住院期間能夠瞭解新生兒的生活習性與醫療狀況、獲得個別性的育嬰知識與技能的衛生教育、以及護理人員所給予的實際性協助與問題解決之滿意度分數有顯著的提高。在Cottrell與Grubbs (1994)對產後婦女在執行親子同室以母嬰共同照護與傳統的母嬰分別照護之滿意度比較，其結果發現兩組整體滿意度與產婦及嬰兒間的滿意度無顯著差異，但在母嬰共照與母嬰分照的嬰兒方面滿意度顯著高於整體滿意度及產婦照護的滿意度，係因這兩組的產婦認為她們學到育嬰照護技能與自我照護能力更多。同時研究結果顯示產婦會感到滿意是因護理人員友善、禮貌與及時性的服務態度，母嬰分別照護在剛生產後對產婦來說可能會感到滿意，而母嬰共同照護則有助於成功母乳哺餵，甚至延長哺乳時間，以及親子關係的建立。

Watters與Kristiansen (1995) 研究比較母嬰共照與單獨母嬰分開照護兩組間之差異，結果顯示整體滿意度有差異，同時在經產婦對母嬰共照滿意度有明顯不同，至於親子關係的建立、產後自我照護及嬰兒照護上則無顯著差異，並且發現訪客太多是造成產婦疲憊的原因。研究結果還顯示在實施母嬰共照理想的護病比是1:4-5對母嬰人數，不僅對產婦和工作人員都會滿意，且這些好處並不會增加院方經營成本，但最重要的是院方要有足夠適當得人力整體規劃。

2.3.3環境與醫護人員支持的相關性

產婦們在執行親子同室時，難免都會擔心顧慮到病房環境的安全性，及擔心感染問題（張靖梅及林獻鋒，2009）。因此，病房環境是否同為產婦、訪客多沒有安全感、病房出入人多、鄰床嬰兒哭鬧、房間或走廊很吵等會干擾親子同室的進行(Martell,2001)。Wilkerson與Barrows (1988)探討護理人員對實施親子同室的態度與看法，以結構式問卷調查兩家醫院42名護理人員，結果指出護理人員由於醫院政策改變，無法適應突然地改變，易造成親子同室的失敗，有48%的護理人員認為是責任加重，因此對親子同室的支持度不足也缺乏對產婦支持，另57%的護理人員認為產婦抱怨睡眠不夠，較少有時間做自己個人的事，且增加較多的責任感。高美玲、許淳森及陳昭惠(2004)表示影響醫護人員推動親子同室的另一主因，是產兒科醫護人員的理念不協調，尤其是意外事件發生時的責任歸屬問題，也造成臨床上常見的推行親子同室時的阻力。

除此之外，產婦執行親子同室時因對育嬰技巧的不熟練，需護理人員的適時給予指導或協助，較能持續執行親子同室，哺餵母乳也較容易成功（高美玲及林玉靜，2006）。而母嬰分照的護理人員分別只對各自的產科及新生兒護理專業熟悉，當產婦詢問產後病房護理人員有關嬰兒問題時無法立即解答滿足產婦的需求也造成臨床照護的困擾與品質。反觀，以母嬰共照護理人員同時照護產婦與嬰兒，能隨時掌握母嬰狀況，無形中產兒科醫師有較能認同母嬰共照的好處。因此，護理人員主動關心探視協助執行親子同室的產婦，尤其是第一胎或第一次哺餵母乳的產婦，協助解決哺乳問題或指導育嬰技巧，可減少其挫折感增加信心(Ekstrom, Widstrom, & Nissen, 2003；Hong, Calliste, & Schwartz,2003)。由此得知醫護人員所表現出來的看法、態度、鼓勵與否都會影響產婦執行意願（Sevensson et al, 2005）。

綜合以上文獻，親子同室在母育能力、照護品質滿意度、環境及醫護人員的支持上皆有明顯成效，因此藉由研究過程瞭解以母嬰共照執行親子同室更能彰顯與提升其效益，同時增加親子同室執行率。

第三章 研究方法

本研究採調查研究法，以方便取樣的方式選取個案。收案期間為 2012 年 12 月 1 日至 2013 年 2 月 28 日止。

3.1 研究架構

依據研究目的及參閱相關文獻來評值以母嬰共照實施後，在母育能力、照護品質滿意度、環境及醫護人員支持度上之差異性。本研究將產婦個人基本資料，包括：年齡、婚姻狀況、教育程度、住院病房、計劃中懷孕、性別符合期望、胎次、生產方式、住院母乳哺餵情形、住院期間主要照顧者等納入變項，將母嬰共照及母嬰分照納入自變項，將母育能力、照護品質、及環境與醫護人員支持納入依變項中，探討其相關性，以下為本研究的架構：

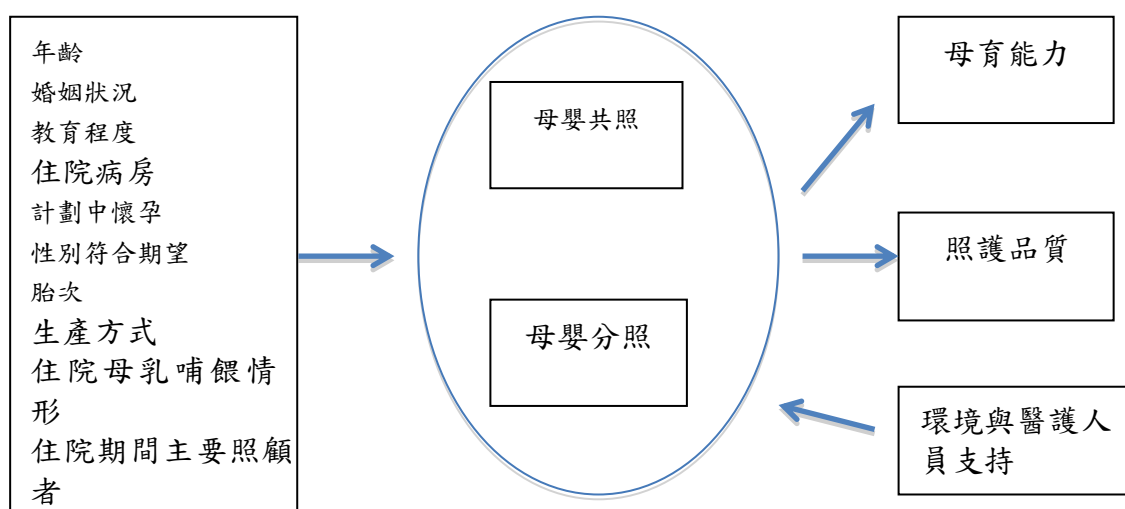


圖 3-1 研究概念架構圖

3.2 研究設計

本研究採調查研究法，以結構式問卷於產婦執行親子同室 48 小時後出院當日，向研究個案說明研究目的並取得同意書後，填寫問卷進行資料收集，以瞭解母嬰共照與母嬰分別在執行親子同室的人口基本屬性、產婦母育能力、照護品質以及環境與醫護人員支持之差異。

3.3 研究對象與場所

本收案場所為中部某區域教學醫院的兩個院區，每月生產數平均約為 150 人，依照行政院衛生署國民健康局母嬰親善醫院評鑑十大措施擬定醫院哺乳相關措施，西元 2002 年起開始配合推行衛生署政策施行母嬰親善醫院並通過母嬰親善醫院評鑑，每年參與評鑑工作都順利通過，同時依評鑑標準設置委員會，制定相關標準作業規範推動母嬰親善業務，且醫護人員均受相同母乳哺育相關教育訓練。因此收案雖分別在不同院區的產後病房進行，但仍遵循相同的院方政策、作業標準及評鑑標準執行。並確立執行親子同室之產婦符合以下條件之產婦將予以收案：

- 1.懷孕 36 週以上生產，無嚴重病史者，如嚴重高血壓、心臟病等疾病者。
- 2.執行親子同室。
- 3.能夠聽、說、讀及寫中文者。
- 4.同意參與本研究者。

當嬰兒預出養或未執行親子同室之產婦則予以排除;凡符合以上條件之產婦於執行親子同室 48 小時後出院當日，經研究者主動說明本研究目的及方法，告知其權益後，願意及配合本研究計劃者，予以收案。

3.4 研究工具與變數

本研究工具是參考相關文獻及研究者的臨床經驗所擬定，並由研究者整理而成結構式問卷表，研究工具為結構式問卷表，項目包括四部分：第一部份產婦個人基本資料、第二部份為產婦母育能力構面、第三部份為照護品質構面、第四部份為環境與醫護人員支持構面。

本研究問卷第一部分產婦個人基本資料，依據文獻中常用之相關控制變數歸納而成，其內容包括：年齡、婚姻、教育程度等;產科史包括：胎次、生產方式、是否計劃中生產、是否符合性別期待、哺乳情形等;環境變項包括：住院病房、主要照顧者等。第二部份為產婦母育能力構面及第三部份為照護品質構面，參考馮容莊(1993)及 Anne 等(2009)人內容修訂，其母育能力為 12 題項、照護品質為 13 題項。第四部份為環境與醫護人員支

持構面，則依據 Anne 等人(2009)及常晶晶(2011)內容修訂成 13 題項。產婦個人基本資料變項及研究之資料收集表延請四位產科臨床專家(附錄)針對各項內容的重要性、內容適切性與文字清晰度三項進行評分，評分標準介於 1-4 分；4 分為非常適當，表示該題已達評分表中的三項要求，且正確無誤為本研究所必須，不可省略；3 分為適當，表示該題已達評分表中的二項要求，需要且適當，但仍須稍加修改；2 分為不適當，表示該題未達評分表中的一項要求，須大幅修改或應考慮刪除；1 分為：非常不適當，表示該題未達評分表中的三項要求，應於以刪除。經專家審查後，使用 CVI(the Index of Content Validity)的計分方式，對問卷題目進行檢定，並參考 Hong, Calliste,& Schwartz(2007)提出的對於 CVI 在內容效度得分高於.80 以上之題目，為題目保留之標準，並針對專家所提之意見作內容及文字上的修正，以使內容更適切與正確。個人基本資料原始題數為 11 題 CVI 得分為.95 (表 3-1)，文辭修改有 2 題，修改問題內容有 4 題；產婦母育能力構面原始題數為 12 題 CVI 得分為.99 (表 3-1)，文辭修改有 2 題；以 Cronbach's alpha 係數檢定問卷內容的內在一致性，產婦母育能力構面內在一致性 Cronbach's alpha 為.90 (表 3-2)。照護品質構面原始題數為 13 題 CVI 得分為.99 (表 3-1)，文辭修改有 1 題；以 Cronbach's alpha 係數檢定問卷內容的內在一致性，照護品質構面內在一致性 Cronbach's alpha 為.93 (表 3-2)。環境與醫護人員支持構面原始題數為 13 題 CVI 得分為.99 (表 3-1)，文辭修改有 1 題；以 Cronbach's alpha 係數檢定問卷內容的內在一致性，環境與醫護人員支持構面內在一致性 Cronbach's alpha 為.89 (表 3-2)。

表 3-1 研究工具之專家內容效度(CVI)得分

變項	原始題數	CVI	保留題數	修改題數
產婦個人基本資料	11	.95	5	6
產婦母育能力構面	12	.99	10	2
照護品質構面	13	.99	12	1
環境與醫護人員支持構面	13	.99	12	1

表 3-2 研究工具之內在一致性信度分析

變項	題數	α
產婦母育能力構面	12	.90
照護品質構面	13	.93
環境與醫護人員支持構面	13	.89

3.5 資料收集程序

3.5.1 研究資料收集過程

本研究經由收案醫院人體試驗倫理委員會審查通過後，研究者至研究單位與主管說明研究目的及方法後，開始進行資料的收集。並於產婦填寫前，向其說明研究目的及方法，取得研究同意書後再進行問卷填寫。為方便取樣收案，以結構式問卷分別對母嬰共照與母嬰分照在執行親子同室的產婦母育能力、照護品質及環境與醫護人員支持等進行資料收集。

3.5.2 研究倫理考量

本研究經由收案醫院的人體試驗委員會進行研究審查（Institutional Review Board, IRB），通過後才開始進行收案，對於符合研究個案，先進行研究內容說明包括目的及過程，取得研究個案填寫受試者同意書一式兩份，才開始進行資料收集的步驟。基於倫理考量，本研究採不記名方式。個案之相關資料僅提供此報告之研究使用，決不對外公開個人資料，若個案中途決定退出研究，則決不勉強或影響個人權益。

3.6 資料分析

問卷回收整理後，以 Microsoft Excel 進行資料建檔處理，再以 SPSS 19.0 套裝軟體進行統計分析。

3.6.1 描述性統計

以百分比呈現本研究對象之基本資料、母嬰共照之各項經驗感受，以平均值、標準差等數值以描述照護品質滿意程度。

3.6.2 推論性統計

首先，以卡方檢定（Chi-square）分析研究對象基本屬性是否有顯著差異性，以確立兩組樣本之同質性。以 Pearson correlation 分析母嬰共照與母嬰分照在照護品質上之相關性；以 t-test、One-way ANOVA 分析研究對象基本屬性對母嬰共照與母嬰分照在母育能力程度及環境與醫護人員支持上是否有顯著差異性，研究調查結果僅供研究者使用，不做學術以外用途。

第四章 研究結果

4.1 研究對象基本屬性

本研究之樣本數共 200 人，母嬰共照 100 人、母嬰分照 100 人，問卷未回收及資料不齊全 24 人，完成研究樣本 176 人，母嬰共照 84 人、母嬰分照 92 人，茲將結果說明如下：

4.1.1 研究對象基本屬性

本研究之樣本數共 176 人，研究對象的背景因素資料分析，包括年齡、婚姻狀況、教育程度、住院病房、計劃中懷孕生產、此胎兒性別符合期望、胎次、生產方式、住院母乳哺餵情形、住院期間主要照顧者、照顧模式，分述如下，其分析資料如表 4-1 所示。

1. 年齡：研究對象之年齡以 26-30 歲產婦居多佔 37.5%，其次為 31-35 歲產婦佔 33.0%。
2. 婚姻狀況：研究對象之婚姻狀況為已婚居多佔 97.2%。
3. 教育程度：研究對象之教育程度以大學以上者居多佔 44.3%，其次依序為高中職及以下 43.2%，專科 12.5%。
4. 住院病房：研究對象以住雙人房佔 31.8% 居多。
5. 此胎為計劃中懷孕：以計劃中懷孕者居多佔 73.3%。
6. 嬰兒為期望中的性別：以性別都可以佔 47.7%，期望中的性別者 46.6%。
7. 胎次：胎次以初產婦者居多佔 45.5%，其次為經產婦者 40.9%。
8. 生產方式：生產方式以陰道生產者居多佔 84.1%，其次為剖腹產 15.9%。
9. 住院期間哺乳情形：以混合奶（母乳＋配方奶）者居多佔 55.1%，其次為純母乳哺餵 41.5%，純配方奶者 3.4%。
10. 住院期間主要照顧者：以配偶照顧者居多佔 88.6%。
11. 照顧模式：以母嬰分照佔 52.3%，母嬰共照佔 47.7%。

總結以上資料可知，研究對象的背景資料因素顯示 176 位研究對象中，以 26-30 歲產婦居多，婚姻狀況多為已婚，其教育程度以大學以上為最多，此胎以計劃中懷孕者居多，而嬰兒的性別則以都可以為最多，胎次以第一胎初產婦者居多，生產方式也以陰道生產者為主，生產後住院期間哺乳以混合奶（母乳與配方奶）者居多，在住院期間主要照顧者也以配偶為主要照顧者。

表 4-1 研究對象基本資料之描述性統計分析 (N=176)

變項	總人數 <i>n</i>	百分比(%)	母嬰共照(%) <i>n₁</i>	母嬰分照(%) <i>n₂</i>
年齡				
25 歲以下	34	19.3	18(21.4)	16(17.4)
26-30 歲	66	37.5	35(41.7)	31(33.6)
31-35 歲	58	33.0	24(28.6)	34(37.0)
36 歲以上	18	10.2	7(8.3)	11(12.0)
婚姻狀況				
已婚	171	97.2	81(96.4)	90(97.8)
未婚	5	2.8	3(3.6)	2(2.2)
教育程度				
國中	12	6.8	7(8.3)	5(5.4)
高中職	64	36.4	32(38.1)	32(34.8)
專科	22	12.5	12(14.3)	10(10.9)
大學	72	40.9	32(38.1)	40(43.5)
研究所及以上	6	3.4	1(1.2)	5(5.4)
住院病房				
單人房	54	30.7	22(21.4)	36(39.1)
雙人房	56	31.8	32(38.1)	24(26.1)
三人房	35	19.9	0(0)	31(33.7)
四人房	31	17.6	30(35.7)	1(1.1)
計劃中懷孕				
是	129	73.3	57(67.9)	72(78.3)
否，意外	47	26.7	27(32.1)	20(21.7)
性別符合期望				
是	82	46.6	36(42.9)	46(50)

變項	總人數 <i>n</i>	百分比(%)	母嬰共照(%) <i>n₁</i>	母嬰分照(%) <i>n₂</i>
否	10	5.7	2(2.4)	8(8.7)
都可以	84	47.7	46(54.8)	38(41.3)
胎次				
初產婦	80	45.5	34(40.5)	46(50)
經產婦	96	54.5	50(59.5)	46(50)
生產方式				
陰道生產	148	84.1	71(84.5)	77(80.4)
剖腹產	28	15.9	13(15.5)	18(19.6)
住院母乳哺餵情形				
純母乳	73	41.5	49(58.3)	24(26.1)
配方奶	6	3.4	4(48)	2(2.2)
混合奶 (母奶+配方奶)	97	55.1	31(36.9)	66(71.7)
住院期間主要照顧者				
配偶	156	88.6	72(85.7)	84(91.3)
婆婆	7	4.0	3(3.6)	4(4.3)
媽媽	7	4.0	4(4.8)	3(3.3)
其他	6	3.4	5(6.0)	1(1.1)
照顧模式				
母嬰共照	84	47.7		
母嬰分照	92	52.3		

4.1.2 兩樣本檢定：

- 1.在年齡變項中以 26-30 歲為多數，而「母嬰共照」84 位產婦中也以 26-30 歲為主，「母嬰分照」的 92 位產婦則以 21-25 歲為主。胎次與生產方式則兩組皆以第一胎及陰道生產較多。如表 4-2 所示。
- 2.Pearson 卡方值考驗不同產婦背景資料在兩組照護模式是否有顯著差異性，由年齡、婚姻、教育、胎次及生產方式等皆為 $P>0.01$ ，未有顯著差異，故這兩組樣本為同質的。如表 4-3 所示。

表 4-2 不同照護模式對「年齡、婚姻狀況、教育程度、胎次及生產方式」分析

變項	照護模式		
	母嬰共照 (n)	母嬰分照 (n)	
年齡	25 歲以下	18(52.9%)	16(47.1%)
	26-30 歲	35(53.0%)	31(47.0%)
	31-35 歲	24(41.4%)	34(58.6%)
	36 歲以上	7(38.9%)	11(61.1%)
婚姻	已婚	81(47.4%)	90(52.6%)
	未婚	3(60%)	2(40.0%)
教育	國中	7(58.3%)	5(41.7%)
	高中職	32(50.0%)	32(50.0%)
	專科	12(54.5%)	10(45.5%)
	大學	32(44.4%)	40(55.6%)
	研究所及以上	1(16.7%)	5(83.3%)
胎次	初產婦	34(42.5%)	46(57.5%)
	經產婦	50(52.1%)	46(47.9%)
生產方式	陰道生產	71(48.0%)	77(52.0%)
	剖腹產	13(46.4%)	15(16.3%)

表 4-3 不同產婦背景資料對照護模式差異分析

變項	X2 值	自由度	漸近顯著性
年齡	3.641	5	0.602
婚姻	0.311	1	0.577
教育	3.714	4	0.446
胎次	1.748	3	0.626
生產方式	2.847	2	0.241

4.2 比較母育能力、照護品質、環境與醫護人員支持及整體滿意度差異分析

4.2.1 比較不同照護模式在母育能力、照護品質、環境與醫護人員支持及整體滿意度的差異性分析

- 1.比較不同照護模式在母育能力構面， $t=4.58$ ， $P=0.000<0.01$ ，顯示不同照護模式兩者有明顯差異。
- 2.比較不同照護模式在照護品質構面， $t=6.93$ ， $P=0.000<0.01$ ，顯示不同照護模式兩者有明顯差異。
- 3.比較不同照護模式在環境與醫護人員支持構面， $t=5.51$ ， $P=0.000<0.01$ ，顯示不同照護模式兩者有明顯差異。
- 4.比較不同照護模式整體滿意度平均方面， $t=7.05$ ， $P=0.000<0.01$ ，顯示不同照護模式兩者有明顯差異。

總結以上資料可知，不同照護模式對產婦母育能力、照護品質、環境與醫護人員支持及整體滿意度皆為 $P=0.000<0.01$ 顯示有顯著的差異。如表 4-4 及表 4-5 所示。

表 4-4 比較「母育能力、照護品質及環境與醫護人員支持」之差異

變項	平均數	標準差	最小值	最大值
母育能力	3.50	0.56	2.09	5
照護品質	3.82	0.54	2.54	5
環境與醫護人員支持	3.64	0.48	2.36	4.71
整體滿意度平均	3.70	0.46	2.61	4.76

表 4-5 不同照護模式對「母育能力、照護品質及環境與醫護人員支持」差異

變項	照護模式	平均數	標準差	t 檢定	P
母育能力	母嬰共照	3.69	0.56	4.58	.000
	母嬰分照	3.32	0.50		
照護品質	母嬰共照	4.08	0.48	6.93	.000
	母嬰分照	3.59	0.47		
環境與醫護人員支持	母嬰共照	3.83	0.45	5.51	.000
	母嬰分照	3.47	0.43		
整體滿意度平均	母嬰共照	3.93	0.41	7.05	.000
	母嬰分照	3.50	0.41		

4.2.2 比較產婦與嬰兒整體照護滿意度之差異分析

分別以產婦及嬰兒面向比較不同照護模式的差異性由資料得知皆為 $P=0.000<0.01$ 顯示有顯著的差異，且在產婦方面的高於嬰兒。如表 4-6 及表 4-7 所示得知。

表 4-6 不同照護模式在「產婦與嬰兒」整體照護滿意度之差異

變項	照護模式	平均數	標準差	t 檢定	P
產婦	母嬰共照	3.87	0.42	6.87	.000
	母嬰分照	3.45	0.40		
嬰兒	母嬰共照	3.88	0.48	6.26	.000
	母嬰分照	3.48	0.47		

表 4-7 比較「產婦與嬰兒」整體照護滿意度之差異

變項	平均數	標準差	最小值	最大值
產婦	3.67	0.47	2.16	4.68
嬰兒	3.65	0.46	2.53	4.68

4.2.3 比較胎次與生產方式對「母育能力、照護品質及環境與醫護人員支持」之差異

比較胎次與生產方式分別對母育能力、照護品質及環境與醫護人員支持的差異性，由資料得知皆為顯示無顯著的差異性。如表 4-8 及表 4-9 顯示得知。

表 4-8 胎次對「母育能力、照護品質及環境與醫護人員支持」差異

變項	初產婦	經產婦	t 檢定	P
	<i>M±SD</i>	<i>M±SD</i>		
母育能力	3.39 ± .49	3.58 ± .60	-2.25	.026
照護品質	3.83 ± .63	3.85 ± .55	-3.31	.754
環境與醫護人員支持	3.56 ± .37	3.72± .54	-2.26	.025

表 4-9 生產方式對「母育能力、照護品質及環境與醫護人員支持」差異

變項	陰道生產	剖腹產	t 檢定	P
	<i>M±SD</i>	<i>M±SD</i>		
母育能力	3.45 ± .54	3.74 ± .60	-2.48	.014
照護品質	3.83 ± .60	3.90 ± .52	-5.94	.553
環境與醫護人員支持	3.65 ± .47	3.64± .51	0.28	.977

4.3 不同模式在母育能力、照護品質及環境與醫護人員支持之差異

4.3.1 不同照護模式產婦母育能力之比較

比較不同照護模式在母育能力的差異性分析，分述如下，其分析資料如表 4-9 所示。

1. 比較不同照護模式在「產後自我照顧」方面， $t=4.19$ ， $P=0.000<0.01$ ，顯示不同照護模式兩者有明顯差異，母嬰共照（平均數=3.74）較母嬰分別在產後自我照顧能有信心。
2. 在「育嬰照護」方面， $t=4.00$ ， $P=0.000<0.01$ ，顯示不同照護模式兩

者有明顯差異，母嬰共照（平均數=3.72）較母嬰分照在育嬰照護能有信心。

3. 在「母乳哺餵」方面， $t=3.32$ ， $P=0.001 < 0.01$ ，顯示不同照護模式兩者有差異，且母嬰共照（平均數=3.51）較母嬰分照有信心學會哺餵母乳。
4. 在「母性行為」方面， $t=4.25$ ， $P=0.000 < 0.01$ ，顯示不同照護模式兩者有明顯差異，母嬰共照（平均數=3.86）較母嬰分照母性行為上有信心執行。

總結以上資料可知，不同照護模式對母育能力的差異，母嬰共照在「產後自我照顧、育嬰照護、母乳哺餵及母性行為」等較母嬰分照在母育能力上有明顯差異。如表 4-10 所示。

表 4-10 不同照護模式對產婦母育能力之差異性分析

變項	照護模式	平均數	標準差	t 檢定	P
1.產後自我照顧	母嬰共照	3.74	0.84	4.19	.000
	母嬰分照	3.22	0.81		
2.育嬰照護	母嬰共照	3.71	0.60	4.00	.000
	母嬰分照	3.36	0.59		
3.母乳哺餵	母嬰共照	3.51	0.66	3.32	.001
	母嬰分照	3.20	0.60		
4.母性行為	母嬰共照	3.86	0.65	4.25	.000
	母嬰分照	3.47	0.57		

4.3.2 照護品質分析

比較不同照護模式在照護品質的差異性分析，分述如下，其分析資料如表 4-11 所示。

1. 在「親子同室期間對醫師照護」方面， $t=3.80$ ， $P=0.000<0.01$ ，顯示不同照護模式兩者有明顯差異，母嬰共照（平均數=3.90）較母嬰分照滿意醫師的照護品質。
2. 在「親子同室期間對護理人員照護」方面， $t=6.90$ ， $P=0.000<0.01$ ，顯示不同照護模式兩者有明顯差異，母嬰共照（平均數=4.31）較母嬰分別滿意護理人員的照護品質。
3. 在「親子同室期間有足夠的休息與睡眠」方面， $t=6.90$ ， $P=0.019>0.01$ ，顯示在休息睡眠的品質上不同照護模式無明顯差異。
4. 在「親子同室期間在產婦照護」方面， $t=6.23$ ， $P=0.000<0.01$ ，顯示不同照護模式兩者有明顯差異，母嬰共照（平均數=4.26）較母嬰分照滿意在產婦照護品質上。
5. 在「親子同室期間在嬰兒照護」方面， $t=7.08$ ， $P=0.000<0.01$ ，顯示不同照護模式兩者有明顯差異，母嬰共照（平均數=4.18）較母嬰分照滿意在嬰兒照護品質上。

總結以上資料可知不同照護模式對照護品質的差異，母嬰共照在「親子同室期間對醫師照護、對護理人員照護、親子同室期間在產婦照護及嬰兒照護」等方面較母嬰分照在照護品質上有明顯差異與滿意。而「親子同室期間有足夠的休息與睡眠」則無顯著差異。

表 4-11 不同照護模式對照護品質之差異性分析

變項	照護模式	平均數	標準差	t 檢定	P
1.親子同室期間對醫師照護	母嬰共照	3.90	0.57	3.80	.000
	母嬰分照	3.58	0.52		
2.親子同室期間對護理人員照護	母嬰共照	4.31	0.59	6.90	.000
	母嬰分照	3.70	0.58		

變項	照護模式	平均數	標準差	t 檢定	P
3.親子同室期間足夠休息睡眠品質	母嬰共照	3.21	0.82	2.37	.019
	母嬰分照	2.93	0.80		
4.親子同室期間在產婦照護	母嬰共照	4.26	0.64	6.23	.000
	母嬰分照	3.65	0.66		
5.親子同室期間在嬰兒照護	母嬰共照	4.18	0.52	7.08	.000
	母嬰分照	3.63	0.50		

4.3.3 環境與醫護人員支持分析

比較不同照護模式獲得環境與醫護人員支持的差異性分析，分述如下，其分析資料如表 4-12 所示。

1. 比較不同照護模式在「醫師主動說明親子同室好處」方面， $t=4.31$ ， $P=0.000<0.01$ ，顯示不同照護模式兩者有明顯差異，母嬰共照（平均數=3.93）較母嬰分照能認同醫師主動說明親子同室的好處。
2. 在「護理人員說明好處並鼓勵」方面， $t=5.03$ ， $P=0.000<0.01$ ，顯示不同照護模式兩者有明顯差異，母嬰共照（平均數=4.08）較母嬰分照能認同護理人員會主動對我說明親子同室的好處，與不斷地鼓勵有助於執行親子同室的意願。
3. 在「親子同室的環境安全」方面， $t=4.05$ ， $P=0.019>0.01$ ，顯示不同照護模式兩者無差異。
4. 在「親子同室的感染風險」方面， $t=5.20$ ， $P=0.000<0.01$ ，顯示不同照護模式兩者有差異，且母嬰共照（平均數=3.94）較母嬰分照認同感染風險會影響著執行親子同室的意願。
5. 在「他人分享親子同室的好處」方面， $t=6.52$ ， $P=0.000<0.01$ ，顯示不同照護模式兩者有明顯差異，同時母嬰共照護（平均數=4.03）較母嬰分別認同其他產婦的經驗分享有助執行親子同室的意願。

總結以上資料可知，不同照護模式獲得環境與醫護人員支持度的差異，母嬰共照在「醫師主動說明、護理人員說明好處並鼓勵、親子同室的环境安全、感染風險及他人分享親子同室的好處」等方面較母嬰分照有明顯差異與認同，在「親子同室的环境安全」方面則無差異。

表 4-12 不同照護模式在環境與醫護人員支持度之差異性分析

變項	照護模式	平均數	標準差	t 檢定	P
1.醫師主動說明親子同室好處	母嬰共照	3.93	0.56	4.314	.000
	母嬰分照	3.54	0.64		
2.護理人員說明好處並鼓勵	母嬰共照	4.08	0.54	5.03	.000
	母嬰分照	3.63	0.61		
3.親子同室的环境安全	母嬰共照	3.99	0.62	4.05	.019
	母嬰分照	3.63	0.55		
4.親子同室的感染風險	母嬰共照	3.94	0.84	5.20	.000
	母嬰分照	3.26	0.89		
5.他人分享親子同室的好處	母嬰共照	4.04	0.70	6.52	.000
	母嬰分照	3.33	0.74		

4.4 在母育能力、照護品質及環境與醫護人員支持之分析

4.4.1 執行親子同室對母育能力信心程度之差異

本研究之產婦在執行親子同室對母育能力信心量表結果顯示（表 4-13）產婦對母育信心各項目總平均分數為 $3.50 \pm .56$ 分，顯示在 5 分量表中研究對象產婦母育能力介於有點信心與有信心之間，其結果得分最高為：母性行為 $3.66 \pm .64$ ，分數最低則母乳哺餵 $3.35 \pm .65$ 。

表 4-13 執行親子同室對母育能力信心程度量表統計

變項	$M \pm SD$	排序
總平均分數	3.50 ± .56	
1.產後自我照顧	3.47 ± .86	
2.育嬰照護	3.53 ± .62	
3.母乳哺餵	3.35 ± .65	4
4.母性行為	3.66 ± .64	1

4.4.2 執行親子同室對照護品質滿意程度之差異

本研究之產婦對執行親子同室的照護品質滿意度量表結果顯示（表 4-14）各項目總平均分數為 3.82±.54 分，顯示在 5 分量表中研究對象產婦對親子同室照護品質介於尚可與滿意之間，其結果得分最高為：親子同室期間對護理人員照護 4.00± .66，分數最低則為有足夠的休息與睡眠 3.06± .82。

表 4-14 執行親子同室對照護品質滿意程度度量表統計

變項	$M \pm SD$	排序
總平均分數	3.82 ± .54	
1.親子同室期間對醫師照護	3.73 ± .57	
2.親子同室期間對護理人員照護	4.00 ± .66	1
3.有足夠休息與睡眠品質	3.06 ± .82	5
4.親子同室期間在產婦照護	3.94 ± .58	
5.親子同室期間在嬰兒照護	3.89 ± .58	

4.4.3 環境與醫護人員對親子同室支持程度之差異

本研究之產婦對於環境與醫護人員在親子同室支持程度認同度量表結果顯示總平均分數為 3.64±.48 分，顯示在 5 分量表中研究對象在環境與醫護人員支持度介於尚可與認同之間，其結果得分最高為護理人員說明好處

並鼓勵有助於執行親子同室的意願 $3.84 \pm .62$ ，分數最低則為親子同室的感染風險會影響執行親子同室的意願 $3.59 \pm .92$ 。如表 4-15 所示。

表 4-15 環境與醫護人員對親子同室支持程度量表統計

變項	$M \pm SD$	排序
總平均分數	$3.64 \pm .48$	
1.醫師主動說明親子同室好處	$3.73 \pm .63$	
2.護理人員說明好處並鼓勵	$3.84 \pm .62$	1
3.親子同室的環境安全	$3.78 \pm .61$	
4.親子同室的感染風險	$3.59 \pm .92$	5
5.他人分享親子同室的好處	$3.66 \pm .80$	

第五章 討論

根據研究目的及研究假設，研究結果針對三個部分加以討論：研究樣本屬性、母嬰共照與母嬰分照在執行親子同室之影響、對產婦與嬰兒滿意度之影響。本章將分三部分進行討論。

5.1 研究對象基本屬性

本研究為描述性研究，採方便取樣（Convenience sampling），共發出 200 份問卷，回收 198 份，有效問卷 176 份（N=176），母嬰共照為 84 份佔 41.7%，母嬰分照為 92 份佔 52.3%。研究對象平均 26-30 歲，教育程度以高中或大學為主，與 2011 年戶政司統計育齡婦女生育年齡 30-34 歲和教育程度大學及專科 33.31% 相仿。

本研究以 Pearson 卡方檢定不同產婦背景資料對照護模式之差異，結果顯示兩組樣本在年齡、婚姻、教育、胎次及生產方式皆為無差異性，顯示本研究是在同質性下比較，母嬰共照與母嬰分照不受胎次、生產方式等影響。葉淨雅(2012)比較母嬰同室與非母嬰同室之照護成效研究結果指出，產婦接受母嬰同室會與產婦職業、生產胎次、育嬰經驗、生產方式、哺餵方式、嬰兒是否為產婦期望的性別等有關係，而本研究與其不同之處為台灣推動親子同室已近十年，民眾對於親子同室認識與接受度已提升，故在時空背景轉變下，已能慢慢接受親子同室，因此，在本研究中年齡、學歷與胎次無關選擇母嬰共照與母嬰分照的模式。

5.2 母嬰共照與母嬰分照在執行親子同室之影響

本研究結果發現母育能力的信心建立上優於母嬰分照，從母嬰共照平均分 3.69 分高於母嬰分照 3.32 分，推論對於產婦產後恢復的自我照顧、嬰兒需求與照護的育嬰技巧以及協助產婦母乳哺餵等指導，由母嬰共照的護理人員在整體性評估後，可隨時清楚掌握產婦的需要及嬰兒的需求，立即協助，能讓產婦感到安全感與信任，同時護病間互動增加，且提供適時的完整性指導因而增強產婦的信心，因此在統計上才会有明顯差異。

母嬰共照在照護品質滿意度的統計上優於母嬰分照且有顯著差異。母

嬰共照的照護品質平均得分 4.08 分高於母嬰分照的 3.59 分，並且在兩組內各為排序第一，顯示照護品質的滿意度不管哪種照護模式都是產婦所重視的照護品質。可見現今醫療除重視生理疾病與照護外，民眾最能直接表達感受到是照護品質的滿意度，而母嬰共照由單一護理人員直接提供產婦的產後自我照顧與嬰兒的育嬰照護等技巧，且與母嬰建立良好互動，故親子同室的照護滿意度能提升。

在環境與醫護人員的支持認同對於母嬰共照亦比母嬰分照更能獲得認同度。在本研究結果顯示統計有顯著的差異，母嬰共照在環境與醫護人員的支持度認同分數為 3.83 分較與母嬰分照的 3.47 分高，推論雖然在產婦產前檢查時便開始接受醫護人員的解釋說明與介紹，但母嬰分照為現行親子同室模式，而母嬰共照則是全面以 24 小時親子同室的新照護模式，在護理人員對產兒科的護理知識及技能提升，都須在充分準備下執行，因此母嬰共照的產婦對此認同分數會高於母嬰分照。同時在產後以母嬰共照執行親子同室期間產、兒科醫師與護理人員均在病室內直接與診視照護產婦及新生兒，直接面對面地提供醫療服務，對於有疑問可立即澄清，解除擔憂，因此更能認同肯定醫護人員的支持與協助。

5.2.1 對母育能力之影響

本研究結果發現以母嬰共照比母嬰分照執行親子同室可增加母育能力的信心。從本研究得知在母育能力母嬰共照與母嬰分照達統計上顯著差異。從研究結果顯示產後自我照顧、育嬰技巧、協助母乳哺餵的指導及母性行為等，母嬰共照皆比母嬰分照有明顯的差異，尤其又以母性行為的平均得分最高，推論以母嬰共照的模式下護理人員同時照護產婦與其嬰兒，進而協助母性行為的執行因此才會有明顯的幫助與成效。這與 Cottrell 與 Grubbs (1994)的研究母嬰共照的護理人員在產婦照護及育嬰技巧上皆有顯著差異相仿。

母嬰共照對於母乳哺餵的母育能力高於母嬰分照的母乳哺育，雖在兩組中平均分數排序皆為最低項目，印證張靖梅及林獻鋒(2009)研究指出，產後疲倦會影響母親角色的勝任，致使壓力耐受度降低進而影響母乳哺

餵，故母乳哺餵信心方面的平均得分會較低，因此我們可瞭解教導母乳哺餵前需評估產婦的疲倦程度，才能真正幫助成功哺乳。雖然如此兩者間無顯著差異性，可能為各醫療機構配合國家衛生政策積極推廣母乳哺餵，以致不管是否執行親子同室或以母嬰共照、母嬰分照不同模式執行親子同室，皆以協助產婦如何成功哺餵母乳，使嬰兒獲得適當營養與增強免疫能力為服務目標。

依據上述討論，母嬰共照模式以相同護理人員評估產婦產後情形，提供產後自我照護指導；並依嬰兒需求教導育嬰技巧，促使母性行為能順利執行，尤其對於生產後的疲倦或剖腹生產之產婦須加以評估產後恢復狀況，才能達到親子同室的好處，使產婦方便母乳哺餵。

5.2.2 對照護品質之影響

本研究結果得知以母嬰共照比母嬰分照在執行親子同室可提升照護品質的滿意度。從本研究結果顯示統計上有顯著的差異。而以胎次及生產方式來探討則無明顯差異，可見胎次與生產方式無關不同照護模式，而親子同室期間對「醫師」、「護理人員」的照護滿意度、是否「有足夠休息睡眠品質」以及在「產婦」與「嬰兒照護」等方面的滿意度都是大家重視的。

尤其在親子同室期間對護理人員的照護品質更是滿意得分最高，其次相關對於產婦照護的品質與嬰兒照護品質滿意陸續排序為第二及第三，表示相同護理人員執行母嬰共照對產婦的服務滿意度是獲得肯定。在 Cottrell 與 Grubbs (1994)研究中提及不管母嬰共照還是母嬰分照兩組整體滿意度無差異，推論之所以研究結果會有不同，可能是因為本研究收案時機為產後至少 48 小時在出院當日才訪查，而 Cottrell 與 Grubbs (1994)等人的研究收集母嬰分照照護的對象則在產後 6-10 週、母嬰共同照護的對象在產後 6 個月，兩者研究收案時機不同，如同 Cottrell 與 Grubbs (1994) 也表示在 6-10 週後的時間可能影響產婦當初的看法與感受，所以與本研究會有差異不同。

至於兩組照護品質滿意度項目中最低分的項目皆為「有足夠休息與睡眠品質」，統計無差異，顯示不管母嬰共照或母嬰分照照護都是一樣需要有足夠的休息與睡眠，推論產婦在生產後自覺要有足夠的休息與睡眠後才能執行親子同室進而影響滿意度，這與常晶晶（民 100）研究指出產婦的睡眠會影響親子同室滿意度，而產後疲憊則無關親子同室的意願結果相同。而且母嬰共照平均得分 3.21 分比母嬰分照的平均得分 2.93 分高，顯示母嬰共照的「足夠休息與睡眠品質」對親子同室滿意度是比母嬰分照還要好，推論可能為母嬰共照的護理人員能清楚掌握產婦的產後恢復狀況與嬰兒的生理狀況，能適時給予協助，如：安撫嬰兒，教導家人共同照護嬰兒，使讓產婦可稍作休息，故「足夠休息與睡眠品質」之滿意度能高於母嬰分照。而護理人員應了解產婦造成休息與睡眠不滿意的主要原因為何，例如：是否待產時間太長、生產過程不順利或訪客太多等有關，適時協助處理方能增加滿意度。

5.2.3 環境與醫護人員支持的影響

從本研究發現提升環境與醫護人員的支持度可增加執行母嬰共照親子同室的認同。結果顯示在此構面中平均得分排序第一的「護理人員說明好處與鼓勵」，打破傳統認知，只要醫師多加說明會有幫助，推論為臨床上與產婦接觸最多的醫療人員為護理人員，從產前、到院生產至產後護理人員不斷地反覆指導說明、鼓勵與實際的協助，有助於執行親子同室的意願，這與曾英珍(2012)研究發現產前護理人員的介入說明指導，對產婦有很大的幫助，且在提升親子同室時間、純母乳哺育時間及哺乳自我效能都有很大的協助相仿。

然而執行親子同室中每位家屬與產婦最關心的感染風險問題，在本研究結果呈現是有差異。這可反映臨床上推動親子同室時最常遇到的阻礙與受到拒絕親子同室的理由之一。母嬰共照模式單位為純產科病房，病床數僅有 12 床，只收住生產後的產婦與嬰兒，同時為維護嬰兒安全在病房區域還設有門禁管理，且護理人員以母嬰共照方式全面實施親子同室，在照護對象單純只有產婦與嬰兒，沒有照顧其他科別的病患，能讓產婦減少擔

心會受到其他疾病感染的風險。然而，一般婦產科病房非單純產科病房，病床數大都比 12 床還多，且因產婦選擇病房種類，如：單人房、雙人套房、或健保房等而無法集中區域執行親子同室，雖然病房內執行親子同室的產婦不會與其他科別病患住在一起，但護理人員除照護產婦外，還可能需照護其他病患，無法專心一直在親子同室病房區域提供服務。而且從陳昭惠等人(2001)、林麗珠等人(2004)和張靖梅及林獻鋒(2009)的研究中皆指出生產是件喜事，依照本國文化常會有家人好友至病室探訪恭賀，醫院對訪客雖有設限規範，但為順應民情很難徹底執行，再加上看到嬰兒可愛的模樣，多少都會忍不住的接觸嬰兒，以致產婦難免會擔心交叉感染問題外，也擔心環境上的清潔感染風險，因此衛教接觸嬰兒前後洗手的預防感控是很重要，也是醫療院所執行親子同室應重視的問題。在環境設備的配套措施都應做好，才能讓產婦及家屬很放心地執行親子同室。

綜合以上討論，每位家屬與產婦最關心的感染風險問題，可從硬體規劃親子同室病房時，須考量病房種類應包含有單人房、雙人套房及健保房等，才能集中區域照護，在護理人力安排上也能避免同時需照護其他病患，減少交叉感染的風險影響產婦執行親子同室的意願。同時從產前、產中至產後護理人員不斷地反覆指導說明與鼓勵，同時藉由他人分享親子同室的好處，營造正向氛圍，最重要護理人員能實際的協助，對於執行母嬰共照的親子同室有很大的影響。

5.3 對產婦與嬰兒滿意度之影響

本研究發現母嬰共照可增加執行親子同室的產婦與嬰兒照護滿意度。從本研究結果得知在產婦照護滿意度的統計上有顯著差異，母嬰共照產婦的滿意度平均得分為 3.87 分高於母嬰分照的 3.45 分。嬰兒照護滿意度部分在統計上亦有顯著差異，母嬰共照的滿意度平均得分為 3.88 分亦高於母嬰分照的 3.48 分。推論傳統母嬰分照產婦由產後病房護理人員照護，嬰兒部分則由嬰兒是護理人員照護，即使執行親子同室仍由分別護理人員各自照護產婦與嬰兒，一旦產婦對於嬰兒照護有問題需詢問嬰兒室護理人員，若與產後有關的自我照護問題需詢問產後病房護理人員，常造成無法立即

滿足產婦與嬰兒的需求與指導。反之，母嬰共照為產婦及嬰兒是相同的護理人員，在照護期間能針對產婦產後的護理問題與需求，以及育嬰技巧與注意事項，能夠立即提供完整的護理指導，因此母嬰共照對執行親子同室的產婦與嬰兒在照護滿意度上有明顯的成效。

5.4 母嬰共照執行親子同室對醫院之效益

母嬰共照執行親子同室可減少醫院的護理人事成本。因應大環境的改變，出生率逐年下降，在本研究以母嬰共照全面執行親子同室，相同護理人員照護產婦與嬰兒，將產後病房與嬰兒室護理人力整合運用，照護人力安排仍依醫院評鑑基準為原則，經實施後發現母嬰共照在護理人事成本上至少可節省一位以上的護理人力，可避免傳統母嬰分照下因未全面性實施親子同室，以致產後病房及嬰兒室仍須各自安排護理人力。以本研究為例母嬰分照與母嬰共照每班視產婦及嬰兒人數增減護理人力，並依據醫院評鑑基準護病比最好不超過 1:8~10（護理學會，2013），因此在產婦與嬰兒人數大於 8 對以上時，兩組護理基本人力差異 1 位；母嬰人數大於 13-16 對時則無差異；在大於 17 對以上時，兩組護理人力差異 1 位。比較兩組差異一位護理人力，粗估院方一年至少可節省約 1,200,000 元以上（以一位護理人員月薪 35,000 元計算）。因此，以母嬰共照執行親子同室對院方經營管理者而言，在現今護理人力吃緊的環境下，出生數的業務量減少，產兒科單位又是醫院的基本科別，如何有效運用護理人力並使其發揮最大效能，是各醫療院所汲汲努力的目標。如表 5-1 所示。

表 5-1 母嬰分照與母嬰共照護理人力之差異（以本研究 1:8 對母嬰為例）

產婦人數 預估	嬰兒人數 預估	母嬰分照	母嬰共照	護理人力 差異
		(產後病房護理人力/嬰兒室護理人力)	整合 護理人力	
7	7	(1/1)	2	0
8	8	(1/1)	2	0
9	9	(2/2)	3	1
10	10	(2/2)	3	1

產婦人數 預估	嬰兒人數 預估	母嬰分照	母嬰共照	護理人力 差異
		(產後病房護理人力/嬰兒 室護理人力)	整合 護理人力	
11	11	(2/2)	3	1
12	12	(2/2)	3	1
13	13	(2/2)	4	0
14	14	(2/2)	4	0
15	15	(2/2)	4	0
16	16	(2/2)	4	0
17	17	(3/3)	5	1
18	18	(3/3)	5	1

綜合以上結果與討論，執行親子同室以母嬰共照模式比母嬰分照模式佳：與 Cottrell 與 Grubbs (1994) 的研究可相呼應母嬰共照能比母嬰分照在產婦的母育能力信心建立上成效好。同時母嬰共照可提升照護品質，至於休息及睡眠品質與執行親子同室無關，甚至母嬰共照還能提高休息與睡眠的滿意度。最重要的是護理人員的積極說明與鼓勵，和主動地協助勝過醫師的說明。因此，醫療機構欲提升親子同室滿意度與執行率可以母嬰共照模式實施，但在執行母嬰共照時護理人員的產兒科教育訓練是必須考量其完整性。

第六章 結論

本研究結果顯示：母嬰共照執行親子同室在母育能力有顯著差異。母嬰共照執行親子同室在照護品質有顯著差異；環境與醫護人員支持在增加母嬰共照執行親子同室認同度上有明顯差異性。結果發現母嬰共照對產婦及嬰兒照護上有幫助，同時對親子同室的滿意度也有很大成效，是可以在臨床上推行。

依據本研究結果建議在以母嬰共照的模式執行親子同室時：

1. 護理人員的教育訓練應包含產科護理及新生兒護理，才有能力照護產婦與嬰兒。
2. 產後病房與嬰兒室單位人力應合併整合一起運用，以母嬰成對為計算，護病比依醫院評鑑基準最好不超過 1:8~10，即不超過四~五對母嬰（護理學會，2013），才能實質真正協助指導與幫忙產婦照護嬰兒。
3. 本研究收集的研究對象為產婦，而護理人員對於母嬰共照及母嬰分照的壓力、滿意度及專業成就上之關聯性是我們可以再深入去探討的。

本研究因限於時間、人力以及母嬰共照的醫院不多等因素，研究對象僅限於中部某區域教學醫院之親子同室之產婦，故研究無法推論至所有執行親子同室之產婦，故建議未來可以增加樣本數及收案場所，以提供研究的推論性。

參考文獻

一、 中文部分

- 田聖芳(2006)。台灣婦女產後照護之變遷—以北部地區為例(未發表碩士論文)。台灣大學護理學研究所，台北。
- 何惠娟(2009)。影響產婦住院期間實施親子同室之相關因素探討（未發表碩士論文）。台北護理健康大學護理助產研究所，台北。
- 林麗珠、李從業、郭素珍、穆佩芬、許洪坤(2004)。產婦接受母嬰同室護理的生活經驗。護理雜誌，51(1)，35-44。
- 高美玲、林玉靜(2006)。母乳哺餵與母嬰同室。領導護理，7(1)，42-47。
- 高美玲、許淳森、陳昭惠 (2004)。醫療院所推動「母嬰親善醫院」政策障礙分析與改進研究。衛生署國民健康局補助計劃，DOH93-HP-1204。
- 常晶晶(2011)。產後婦女選擇親子同室行為相關因素探討-橫斷面決策樹分析（未發表碩士論文）。台北護理健康大學護理助產研究所，台北。
- 陳昭惠、高美玲、盧玉羸、潘履嵐 (2001)。台灣地區嬰兒親善醫院實施現況與未來展望。長庚護理，12(1)，64-70。
- 張靖梅、林獻鋒(2009)。產婦實行 24 小時親子同室之壓力經驗。長庚護理，20(4)，429-440。
- 馮容莊(1992)。產科母嬰同室護理模式只運用與評值。榮總護理，9(4)，416-426。
- 馮容莊(1993)。母嬰同室護理臨床實施護理效益之探討。護理研究，1(1)，71-81。
- 曾英珍(2012)。親子同室護理指導方案對執行時間與哺乳相關指標之成效（未發表碩士論文）。台北護理健康大學護理助產研究所，台北。
- 葉淨雅(2012)。比較母嬰同室與非母嬰同室之照護成效（未發表碩士論文）。台北醫學大學護理學研究所，台北。
- 鄧素文、蘇燦煮、楊雅玲、張桂玲(1995)。探討母嬰同室照護哺乳產婦之困擾及滿月哺乳方式的影響。護理研究，3(2)，181。

賴亞伶(2009)。於親子同室政策下比較不同生產方式的產婦產後疲倦、嬰兒照護活動及親子依附之差異（未發表碩士論文）。高雄醫學大學護理學研究所，高雄。

財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會 (2013 年 4 月 23 日)。【母嬰親善醫療院所認證基準及評分說明】。取自 <http://www.tjcha.org.tw>

台灣護理學會 (2013 年 4 月 24 日)。【102 年醫院評鑑基準「三班護病比合理」試評條文】。取自 <http://www.twna.org.tw>

二、英文部分

Anne H. Salonen, Marja Kaunonen, Paivi Astedt-Kurki, Anna-Liisa Jarvenpaa, Hannu Isoaho, Marja-Terttu Tarkka (2009). Parenting self-efficacy after childbirth. *Journal of Advanced Nursing* 65.(11), 2324-2336.

Ball, H. L., Ward-Platt, M. P., Heslop, E., Leech, S. J., & Brown, K. A. (2006). Randomised trial of infant sleep location on the postnatal ward. *Archives of Disease in Childhood*, 91(12), 1005-1010.

Cottrell, B. H., & Grubbs, L. M. (1994). Women's satisfaction with couplet care nursing compared to traditional postpartum care with rooming-in. *Research in Nursing & Health*, 17(6), 401-406.

Crenshaw, J., Klaus, P. H., & Klaus, M. H. (2004). #6: No Separation of Mother and Baby with Unlimited Opportunity for Breastfeeding. *The Journal of Perinatal Education*, 13(2), 35-41.

Crenshaw, J. (2007). Care Practice #6: No Separation of Mother and Baby, With Unlimited Opportunities for Breastfeeding. *Journal of Perinatal Education*, 16(3), 39-43.

Ekstrom, A., Widstrom, A. M., & Nissen, E. (2003). Duration of breastfeeding in Swedish Primiparous and multiparous women. *Journal of Human Lactation*, 19(2), 172-178.

Hong, T. M., Calliste, L. C., & Schwartz, R. (2003). First time mother's view of breastfeeding support from nurses. *The American Journal of Maternal Child Nursing*, 28 (1), 10-15.

- Keefe, M. R. (1987). The impact of infant rooming-in on maternal Sleep at night. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 17(2), 122-126.
- Keefe, M. R. (1988). Comparison of neonatal nighttime sleep-wake patterns in nursery versus rooming-in environments. *Nursing Research*, 36(3), 140-144.
- Knight, C.H., Peaker, M., & Wilde, C. J. (1998). Local control of mammary development and function. *Reviews of Reproduction*, 3(2), 104-112.
- Greenberg, M., & Morris, N. (1974). Engrossment: The newborn's impact upon the Father. *American Journal Pathology*, 4(6), 520-531.
- Martell, L. K., (2001). Ten hospital and the postpartum experience: A historical analysis. *Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing*, 29(1), 65-72.
- Polit, D.F., Beck .C.T,& Owen, S.V. (2007). Focus on Research Methods Is the CVI an Acceptable Indicator of Content Validity? Appraisal and Recommendations. *Research in Nursing & Health*, 30, 459-467.
- Procianoy, R. S., Fernandes-Filho, P. H., Lazaro, L., Sartori, N. C., & Silvio D. (1983). The Influence of Rooming-in on Breastfeeding. *Journal of Tropical Pediatrics*, 29, 112-114.
- Protocol, A. (2010). ABM Clinical Protocol# 7: Model Breastfeeding Policy (Revision 2010). *Breastfeeding Medicine*, 5(4).
- Saadeh, R., & Akre, J. (1996). Ten steps to successful breastfeeding: a summary of the rationale and scientific evidence. *BIRTH*, 23(3), 154-160.
- Sharifah, H., Lee, K. S., & Ho, J. J. (2007). Separate care for new mother and infant versus rooming-in for increasing the duration of breastfeeding. *Cochrane of Systematic Reviews*, 3, 1-7.
- Svensson, K., Matthiese, A.-S., & Widstrom, A.-M. (2005). Night Rooming-in: Who Decides? An Example of Staff Influence on Mother's Attitude. *BIRTH*, 32(2), 99-105.

- Tsai, S. Y., Barnard, K. E., Lentz, M. J., & Thomas, K. A. (2010). Mother-Infant Activity Synchrony as a Correlate of the Emergence of Circadian Rhythm. *Biological Research For Nursing, 13*(1), 80-88.
- Watters, N. E., & Kristiansen, C. M. (1995). Two evaluations of combined mother-infant versus separate postnatal nursing care. *Research in Nursing & Health, 18*(1), 17-26.
- Wilkerson, M. N., & Barrows, T. (1998). Synchronizing care with mother-baby rhythms. *American Journal of Maternal- Child Nursing, 13*(4), 246-269.