

# 科技部補助專題研究計畫成果報告 期末報告

## 「周產期家庭為中心之生命末期關懷照護」護理模式之建立與成效 (A01)

計畫類別：個別型計畫  
計畫編號：MOST 103-2629-B-002-001-  
執行期間：103年08月01日至104年10月31日  
執行單位：國立臺灣大學醫學院護理學系暨研究所

計畫主持人：楊雅玲  
共同主持人：胡文郁、李建南、陳馥萱、陳建煒、張瑩如

處理方式：

1. 公開資訊：本計畫涉及專利或其他智慧財產權，2年後可公開查詢
2. 「本研究」是否已有嚴重損及公共利益之發現：否
3. 「本報告」是否建議提供政府單位施政參考：否

中華民國 105 年 02 月 01 日

中文摘要：華人社會對胎兒死亡有諸多禁忌，性別友善醫療環境相關議題對周產期非預期或預期性妊娠喪失家庭生命末期照護需求尚少關注，遑論重視兩性個別需求之介入型相關研究，故進行周產期家庭為中心生命末期關懷照護模式之探討，實乃當務之急。

本研究主要目的是。確認周產期婦女及其配偶面對妊娠喪失/死產之生命經驗及影響調適之相關需求。研究採橫斷式的研究設計，應用訪談質性資料與相關量表測試之計量資料，來確認妊娠喪失/死產對婦女及配偶家人所引發之身心壓力與影響與其調適歷程。此外藉由瞭解妊娠喪失/死產對婦女及配偶家人對於生命末期關懷照護需求項目，與其社會支持、宗教與民俗文化間的相關性影響。

研究結果呈現預期性與非預期性妊娠喪失的個案與其配偶的哀傷反應與程度有其相似與相異之處，雖然其哀傷反應會隨著時間流逝而逐漸平復，但個案夫婦在住院引產過程與出院後，是相當需要醫療與護理的持續支持與協助，因醫護人員持續的陪伴才是協助他們在調適過程的最佳助力，因可協助個案獲得情緒的出口。因此，本研究成果可協助醫護人員了解研究對象夫婦的處境與需求，同時重新思考臨床的照護流程、照護團隊的整合與照護措施，以滿足研究對象夫婦的健康需求，並協助他們正向調適他們的失落與哀傷反應。

中文關鍵詞：妊娠喪失、性別友善醫療環境、周產期生命末期關懷照護

英文摘要：Chinese culturally bound taboos against talking about perinatal loss related issues. The experience of unexpected or expected pregnancy loss can be devastating and potentially traumatizing for some parents regardless of the type of perinatal loss or the gestational age of the fetus. However, maternal postpartum care still less concerning provide supportive care for bereaved parents related to the gender friendly medical environment aspect. How to solve this clinical dilemma and to establish an appropriate compassionate bereavement support based on gender concerning challenges care-givers in perinatal medicine.

The main purpose of this study has integrated with quantity and qualitative methods and interventional process to construct the compassionate perinatal end-of-life care model of respecting for parent's gender needs in cultural and folk taboos context and evaluating the effect upon the relief of parental grief. The results presented grief reactions and extent of expected and non-expected loss in the case of pregnancy with her spouse are the similarities and differences between, although its grief reactions over time will gradually calm down, but in a couple of cases hospitalized with abortion process after discharge, it is quite in need of medical assistance and continued support and care, because health care is to assist them in continuing to accompany the best help in the process of adaptation, because they can assist in the case to obtain

export emotions.

We anticipate these results will be benefit to construct the clinical educational programme for care-givers and practice care model for bereaved parents. Eventually, to promote the quality of care and to encourage the related health policy making in both gender friendly medical environment.

英文關鍵詞：Perinatal loss, Gender friendly medical environment, Compassionate perinatal end-of-life care

# 科技部補助專題研究計畫成果報告

(期中進度報告/期末報告)

## 「周產期家庭為中心之生命末期關懷照護」護理模式 之建立與成效(A01)

計畫類別：個別型計畫整合型計畫

計畫編號：MOST 103-2629-B-002-001-

執行期間：2014年08月01日至2015年10月31日

執行機構及系所：國立臺灣大學醫學院護理學系暨研究所

計畫主持人：楊雅玲

共同主持人：胡文郁、李建南、陳馥萱、陳建煒、張瑩如

計畫參與人員：釋宗惇、鄭逸如、曾紀瑩、李開敏

本計畫除繳交成果報告外，另含下列出國報告，共0份：

執行國際合作與移地研究心得報告

出席國際學術會議心得報告

期末報告處理方式：

1. 公開方式：

非列管計畫亦不具下列情形，立即公開查詢

涉及專利或其他智慧財產權，一年二年後可公開查詢

2. 「本研究」是否已有嚴重損及公共利益之發現：否是

3. 「本報告」是否建議提供政府單位施政參考否是，（請  
列舉提供之單位；本部不經審議，依勾選逕予轉送）

中華民國 105 年 01 月 13 日

## 中文摘要：

華人社會對胎兒死亡有諸多禁忌，性別友善醫療環境相關議題對周產期非預期或預期性妊娠喪失家庭生命末期照護需求尚少關注，遑論重視兩性個別需求之介入型相關研究，故進行周產期家庭為中心生命末期關懷照護模式之探討，實乃當務之急。

本研究主要目的是。確認周產期婦女及其配偶面對妊娠喪失/死產之生命經驗及影響調適之相關需求。研究採橫斷式的研究設計，應用訪談質性資料與相關量表測試之計量資料，來確認妊娠喪失/死產對婦女及配偶家人所引發之身心壓力與影響與其調適歷程。此外藉由瞭解妊娠喪失/死產對婦女及配偶家人對於生命末期關懷照護需求項目，與其社會支持、宗教與民俗文化間的相關性影響。

研究結果呈現預期性與非預期性妊娠喪失的個案與其配偶的哀傷反應與程度有其相似與相異之處，雖然其哀傷反應會隨著時間流逝而逐漸平復，但個案夫婦在住院引產過程與出院後，是相當需要醫療與護理的持續支持與協助，因醫護人員持續的陪伴才是協助他們在調適過程的最佳助力，因可協助個案獲得情緒的出口。因此，本研究成果可協助醫護人員了解研究對象夫婦的處境與需求，同時重新思考臨床的照護流程、照護團隊的整合與照護措施，以滿足研究對象夫婦的健康需求，並協助他們正向調適他們的失落與哀傷反應。

**關鍵字：**妊娠喪失、性別友善醫療環境、周產期生命末期關懷照護

## **Abstract**

Chinese culturally bound taboos against talking about perinatal loss related issues. The experience of unexpected or expected pregnancy loss can be devastating and potentially traumatizing for some parents regardless of the type of perinatal loss or the gestational age of the fetus. However, maternal postpartum care still less concerning provide supportive care for bereaved parents related to the gender friendly medical environment aspect. How to solve this clinical dilemma and to establish an appropriate compassionate bereavement support based on gender concerning challenges care-givers in perinatal medicine.

The main purpose of this study has integrated with quantity and qualitative methods and interventional process to construct the compassionate perinatal end-of-life care model of respecting for parent's gender needs in cultural and folk taboos context and evaluating the effect upon the relief of parental grief. The results presented grief reactions and extent of expected and non-expected loss in the case of pregnancy with her spouse are the similarities and differences between, although its grief reactions over time will gradually calm down, but in a couple of cases hospitalized with abortion process after discharge, it is quite in need of medical assistance and continued support and care, because health care is to assist them in continuing to accompany the best help in the process of adaptation, because they can assist in the case to obtain export emotions.

We anticipate these results will be benefit to construct the clinical educational programme for care-givers and practice care model for bereaved parents. Eventually, to promote the quality of care and to encourage the related health policy making in both gender friendly medical environment.

**Keywords: Perinatal loss, Gender friendly medical environment, Compassionate perinatal end-of-life care**

## 目錄

項目	頁碼
一、前言	5 ~ 6
二、研究目的	6
三、文獻查證	6 ~ 11
四、研究方法	11 ~ 12
五、研究的倫理考量	12
六、研究初步分析的成果	13 ~ 17
七、討論與建議	18
八、計畫成果自評部分	18
九、參考文獻	19 ~ 22

## 前言

面臨知識及技能的日新月異，周產期的醫療與照護在過往都是著重於生殖及生育功能，隨著醫療科技的進步，也產生許多高危險妊娠的情況，再加上基因診斷的突飛猛進，亦使得畸胎、基因或染色體異常的胎兒在一定周數內其父母可能會選擇墮胎或引產方式來因應，因此人為的周產期妊娠喪失或死產的發生率就較過去多。但現行之周產期醫療照護，對於周產期非預期妊娠喪失或因畸胎、基因/染色體異常或先天缺陷胎兒預期的流/引產之生命末期關懷照護卻仍未受到關注。因此以安寧緩和醫療照護的觀點，省思胎兒的生命權益、娩出的死胎處置、或是周產期婦女(母親)及配偶(父親)家人面對胎兒的死亡的哀傷關懷之系統性探討尚為不足。

生育子女原是一個家庭發展之正常事件，婦女自準備懷孕時在心理上即開始作為人母之準備，尤其在有胎動覺知後，會更積極的與胎兒連成一體；因此妊娠喪失/胎兒死亡的父母親哀傷，不僅是對胎兒的死亡還包括他們自我的一部分，因此周產期家庭與其成員都應該是需要被關注的對象。尤其當胎兒的死亡是非預期的，再加上經歷引產催生與一般生產同樣的產痛歷程，但結果卻是失去共同的努力目標—健康的寶寶，對於周產期婦女的衝擊及哀慟更是深遠 (Kendall & Guo, 2008)，而影響哀傷症狀的強度或持續時間，與婦女所接受到的社會支持 (Badenhorst & Hughes, 2007)，包含其配偶與家庭成員等有關。死產經驗也常影響下一次懷孕的依附關係建立 (Callister, 2006)，此夢魘須等到下一胎健康無恙的出生，才能真正渡過 (曾等, 2001)。

現今周產期照護雖然強調是以家庭為中心之照護，但面對高危險妊娠或妊娠期醫療處置還是多集中關注焦點在周產期婦女與胎兒身上，其配偶常自覺是被排除在事件之外的 (Cacciatore, Erlandsson, & Rådestad, 2013; Lang et al., 2011; O'Leary & Thorwick, 2006)，因此周產期婦女的配偶常被認為是「被遺忘的哀悼者 (forgotten mourners)」 (Samuelsson, Rådestad, & Segesten, 2001)。而文化及個體社會化的影響會產生不同的性別期望，使哀傷反應有性別差異 (Avelin, Rådestad, Säflund, Wredling, & Erlandsson, 2013; Barr, 2004; Callister, 2006) 及其調適恢復所需的時間也未必相同 (Avelin et al., 2013; Lang et al., 2011)。

而在中國及台灣傳統的死亡禁忌中，也不鼓勵哀慟的周產期婦女及其家人談論與死胎相關話題，所以台灣地區許多的妊娠喪失婦女，是以沉默無聲的哀傷方式 (Campbell, 2001) 來標註自己的深沉的喪失與罪惡感受。若家庭成員間亦無法互相支持及了解，更可能造成婚姻或家庭關係的崩解 (陳、王, 2011)。

另外，傳統的醫療空間與處置流程多是以醫療人員的立場出發，依其方便性、使用習慣等進行設計，而未考量就醫者的便利性、舒適性與隱私性，往往造成了就醫者的不舒服感 (何, 2012)。尤其是對妊娠喪失/死胎的周產期家庭而言，當其失去擁有妊娠的最終目標—健康新生兒，卻仍需要處於及面對其他周產期家

庭對於新生命誕生的喜悅與慶賀的環境，此對妊娠喪失/死胎的周產期家庭不諱是二度傷害，因此這些家庭通常是選擇即早出院，以迴避方式來防堵死產的產婦及其配偶持續沈浸在傷痛環境與話題。

臨床上常見周產期婦女為人母者常未能平等地參與醫療與死胎的處理決策過程，而醫療環境與照護處置又常未將為人父者的哀傷需求納入考量，加上民俗文化及國家政策對妊娠喪失(perinatal loss)或胎兒死亡(still birth)的周產期家庭哀傷照護需求的忽略(陳、王，2011)，以致目前醫療照護的情境與環境對胎兒、周產期婦女及其配偶家人是一缺乏性別考量且不夠友善的情境，期能以更完善的醫療照護內涵與原則來切合妊娠喪失死胎之周產期產婦與其家庭的需求，進而增進目前周產期照護中仍需要被關懷的弱勢族群，能在友善的醫療照護體制與環境中受到關懷與協助。

### 研究目的

- 一、瞭解台灣地區有關周產期妊娠喪失/死產之現況與流行病學相關資料。
- 二、了解周產期婦女(母親)及配偶(父親)面對妊娠喪失/死產之生命經驗中，經驗之身心症狀、情緒反應及其調適歷程。
- 三、確認周產期婦女(母親)及配偶(父親)家人面對妊娠喪失/死產的調適過程中，社會性支持(包括醫療專業、家人支持與社會網絡資源)的需求程度與其影響。
- 四、確認周產期婦女(母親)及配偶(父親)家人面對妊娠喪失/死產的調適過程中，宗教與民俗文化等的需求程度與其影響。

### 文獻探討

#### 一、周產期醫療現況

面臨知識及技能的日新月異，醫療人員所服務的對象有個人、家庭及社區，護理及其他醫療人員將面對著社會結構與健康疾病議題的改變，強調團隊合作並提供一具有科學性之整體性照護，來滿足國人的健康照顧需求。因此，基於對人類生命的尊重，醫療人員除了需提供病患者高科技 (high tech.)的醫療照顧外，亦應提供持續性、適切性與完整性之高人性化 (high touch) 的醫療照顧。反觀現行之周產期醫療照護，對於周產期非預期妊娠喪失或因畸胎、基因/染色體異常或先天缺陷胎兒預期的流/引產之生命末期關懷照護卻仍未受到關注。因此以安寧緩和醫療照護的觀點，省思胎兒的生命權益、娩出的死胎處置、或是周產期婦女(母親)及配偶(父親)家人面對胎兒的死亡的哀傷關懷之系統性探討尚為不足。臨床上常見周產期婦女為人母者常未能平等地參與醫療與死胎的處理決策過程，而醫療環境與照護處置又常未將為人父者的哀傷需求納入考量，加上民俗文化及國家政策對妊娠喪失(perinatal loss)或胎兒死亡(still birth)的周產期家庭哀傷照護需

求的忽略(陳、王, 2011), 以致目前醫療照護的情境與環境對胎兒、周產期婦女及其配偶家人是一缺乏性別考量且不夠友善的情境。

周產期的醫療與照護在過往都是著重於生殖及生育功能, 因此隨著醫療科技的進步, 也產生許多高危險妊娠的情況, 再加上基因診斷的突飛猛進, 亦使得畸胎、基因或染色體異常的胎兒在一定周數內其父母可能會選擇墮胎或引產方式來因應, 因此人為的周產期妊娠喪失或死產的發生率就較過去多。社會的重視程度可由相關的健康資料窺見: 國健局的死產統計則是從懷孕37週以下到42週以上(國民健康局, 2012), 其間涵蓋著流產、死產及新生兒死亡, 因此我國符合死產定義的真正數據不明。再則國內目前相關的健康統計或出生登錄資料, 仍欠缺有關對周產期妊娠喪失或死產的相關性流行病學的調查與分析, 同時也沒有資源控制的分析(婦女墮胎引產的決定權或過程)。因而對於周產期婦女面臨妊娠喪失或死產的人口特性及其危險因子, 無法評估及獲得確認; 同時亦無法獲悉與了解是否有過度醫療介入周產期婦女及其配偶的決策過程。

衛生福利部之統計資料顯示, 2012 年全年總死產率雖僅占總生產率的1.04%, 但其中有80.7%的死產胎兒是無先天性缺陷, 81.7%產婦是採陰道分娩方式引產而出(國民健康局, 2012)。

## 二、周產期婦女經歷引產事件之生理和心理反應變化

文獻指出婦女自準備懷孕時在心理上即開始作為人母之準備, 尤其在有胎動覺知後, 會更積極的與胎兒連成一體; 因此妊娠喪失/胎兒死亡的父母親哀傷, 不僅是對胎兒的死亡還包括他們自我的一部分, 以及這個小孩未來有關的夢想及希望的喪失(曾、許、郭, 2001)。尤其當胎兒的死亡是非預期的, 再加上經歷引產催生與一般生產同樣的產痛歷程, 但結果卻是失去共同的努力目標—健康的寶寶, 對於周產期婦女的衝擊及哀慟更是深遠 (Kendall & Guo, 2008)。周產期婦女經歷妊娠喪失/死產會產生身體及心理社會的悲痛反應(Toffol, Koponen, Partonen, 2013)。研究亦指出妊娠喪失/胎兒死亡婦女面對喪失所引發的哀傷反應與其他喪親是相同的(Adolfsson & Larsson, 2010; Kersting & Wanger, 2012), 但妊娠喪失/胎兒死亡另具有獨特的特性, 是對所愛的喪失對象沒有實體明確的記憶, 憑藉的影像通常是周產期婦女的心理表徵及夢想(Brier, 2008)。在初期最常見的心理反應有哀傷、不安、罪惡感或身體相關症狀(睡眠及食慾的改變)。在心理上當婦女因死產事件而覺知親職能力崩解 (Callister, 2006; Turton et al., 2009), 而感到焦慮 (Callister, 2006)、憂鬱 (Stanton et al., 2006)、罪惡。台灣地區婦女因受到文化的影響, 而將傳宗接代視為人妻及人媳的角色功能及自我的一部分, 因此一旦面對妊娠喪失或死產的經驗意義包含失去控制感、夢想破滅、自我的崩解及自我責難 (Hsu et al., 2004)。亦有研究指出婦女會因此失敗的妊娠經驗而否定自我價值及能力, 對自己的生育能力缺乏自信, 死產經驗也常影響下一次懷孕的依附關係建立 (Callister, 2006), 此夢魘須等到下一胎健康無恙的出生, 才能真

正渡過（曾等，2001）。

憂鬱與焦慮是妊娠喪失/死胎婦女哀傷反應中最常見的反應。正常哀傷反應是無併發症的哀傷，其特點是婦女由震驚休克和不相信，繼之有感覺悲哀、罪惡、丟臉、無助及無望感，並可能伴隨著身體的相關症狀，這些症狀感受隨著時間過去會逐漸減退（Shear et al., 2011）；但部分婦女的哀傷症狀感受會持續超過六個月以上，而產生有「併發症的哀傷反應」（Germain et al., 2005; Monk et al., 2006），亦即婦女產生憂鬱的反應可能導致精神方面併發症，如創傷後症候群(PTSD)、焦慮混亂、重度憂鬱 (MDD) (Bonano & Kaltman, 2001)及自殺行為(Szanto et al., 2006)。因此強烈的憂鬱症狀持續六個月就應就醫治療(Badenhorst & Hughes, 2007)。此外，年輕的婦女面對妊娠喪失，可能是流產或是治療性引產，終其生命都比分娩活產的婦女，有酒精和藥物成癮及情緒障礙的高風險 (Dingle et al., 2008)。婦女對於妊娠喪失的反應與其妊娠周數有關(曾等，2001)。影響哀傷症狀的強度或持續時間，與婦女所接受到的社會支持 (Badenhorst & Hughes, 2007)，包含其配偶與家庭成員等。另外，宗教、民俗文化及禁忌(Kendall & Guo, 2008; Hsu et al., 2004)和關懷照護(曾等，2001)亦是影響妊娠期婦女哀傷歷程的重要影響因素。

### 三、引產事件對配偶心理之影響

生育子女是一個家庭發展之正常事件，因此妊娠喪失或死胎致使所有原本充滿期待的家人都失去原有的喜悅，因此周產期家庭與其成員都應該是需要被關注的對象，尤其是胎兒的父親 (Beutel, Willner, Deckardt, Von Rad, & Weiner, 1996; O'Leary & Thorwick, 2006)。文化及個體社會化的影響會產生不同的性別期望，使哀傷反應有性別差異 (Avelin, Rådestad, Säflund, Wredling, & Erlandsson, 2013; Barr, 2004; Callister, 2006) 及其調適恢復所需的時間也未必相同 (Avelin et al., 2013; Lang et al., 2011)。我國傳統上更認為男性是陽剛的，具勇敢、果決、主動、獨立等特質 (李、鍾，1996)，故男性通常不太談論他的悲傷，且傾向於壓抑自己的感情 (林，2005)。因而周產期夫婦在哀慟之際，雖然身體上仍相伴支持，但他們的心靈深處常是互為緊閉 (曾等，2001)；為減輕妊娠喪失婦女的哀傷，配偶及家人通常不願意主動談論 (曾等，2001)，認為採取避而不談的態度是最佳哀傷適應方式 (曾、陳、許、王，2010)。Beutel 等人 (1996) 以一年期的長期追蹤研究45對德國夫妻於喪失胎兒後的哀傷反應，在事件發生初期、6個月、12個月各以量表測量夫妻的哀傷程度，發現在上述三個時間點上，男性的哀傷程度都明顯比配偶低，且在6個月後，男性的哀傷反應即明顯下降。在胎兒死亡時，他們較關心的是配偶的狀況，因此Beutel 等人認為其哀傷反應會與妻子的焦慮及激動程度有關。因此周產期夫婦的良好伴侶關係是促進他們支持彼此及緩解哀傷的重要因素之一 (Lang et al., 2011; Samuelsson et al., 2001)。周產期婦女的配偶都願意承擔支持其配偶面對妊娠喪失的角色，但他們仍希望照護者不只是期待他們支持妻子，也要能感知他們的悲傷並理解他們有被支持的需要

(O'Leary & Thorwick, 2006)。現今周產期照護雖然強調是以家庭為中心之照護，但面對高危險妊娠或妊娠期醫療處置還是多集中關注焦點在周產期婦女與胎兒身上，其配偶常自覺是被排除在事件之外的(Cacciatore, Erlandsson, & Rådestad, 2013; Lang et al., 2011; O'Leary & Thorwick, 2006)，因此周產期婦女的配偶常被認為是「被遺忘的哀悼者(forgotten mourners)」(Samuelsson, Rådestad, & Segesten, 2001)。此外，現行的周產期醫療照護環境對於周產期婦女之配偶並不友善，提供的照護亦不周全。有研究以現象學研究法深度訪談10位遭遇周產期死亡的美國父親，發現這些父親覺得被忽視，自覺是未被認可(recognition)的；內心的苦無法傾訴、且不能哭，所以他們的感受非常需要被認可，但即使身心耗竭，世界並未改變，因此他們還是必須打起精神，將自己積極投入工作，以忙碌於工作分散注意力並使生活回到正軌(O'Leary & Thorwick, 2006)。部分文獻建議需要男性健康照護人員與這些父親深談，但在台灣現有的醫療制度下，男性護理人員被認為較不適合在產科單位，因此男性的醫療人員對於妊娠喪失婦女配偶輔導與諮商的角色以及必要性，皆需再深入確認(蘇、陳，2013)，但無論如何，不管何種性別的健康照護人員都應理解男性在此類事件的觀點，使整個照護環境不會因為孕母的主角定位而忽略了父親的需求。

#### 四、台灣社會對「引產」事件的看法

文化信念及死亡禁忌影響著個人看待死亡的態度(盧等，2008; McCreight, 2005)，現今在許多的東西方文化社會中，仍將流產、死產及新生兒死亡等周產期死亡排除在喪親事件外(Lang et al., 2011; O'Leary & Thorwick, 2006)，致使喪失胎兒的父母甚至產生被剝奪的哀傷(disenfranchised grief; Lang et al., 2011)。周產期妊娠喪失和死胎均觸及許多在華人社會對死亡相關態度，而此態度又源於孔孟思想及道家價值觀有關。在台灣即使是受過良好教育的婦女，面對妊娠喪失有時會因感受到婆婆或鄰居的指控或猜疑，認為胎兒的「夭死」是自己所造成的，因而自覺羞愧(Hsu et al., 2004)。周產期死亡事件在我國的社會裡亦是一種禁忌(曾等，2001; Hsu et al., 2002)，臨床上觀察到有：部分的周產期家庭認為「早夭」的小孩，是與父母無緣所以父母不要也不須感到哀傷，如此「夭死」的胎兒才不會留戀父母，而能早日獲得投胎轉世。因此在民間習俗上也不鼓勵周產期夫婦觀看他們娩出的死胎或進行任何儀式來與這個死胎存在或彼此間關係的確認(Hsu et al., 2004)。另外，中國及台灣傳統的死亡禁忌中，也不鼓勵哀慟的周產期婦女及其家人談論與死胎相關話題，以避免未來有不幸的運氣，並以此促進哀傷的調適過程(Hsu et al., 2004)。所以台灣地區許多的妊娠喪失婦女，是以沉默無聲的哀傷方式(Campbell, 2001)來標註自己的深沉的喪失與罪惡感。因而妊娠喪失/胎兒死亡的周產期婦女及其家人常有被孤立即被遺棄的感覺(徐、蘇、陳、黃，2007)，若家庭成員間亦無法互相支持及了解，更可能造成婚姻或家庭關係的崩解(陳、王，2011)。

過去台灣本土有關周產期生命末期關懷的研究，多數仍著重於探討周產期婦

女或其家庭的生命經驗，較少有研究進行介入性研究設計；而臨床實務上應用本土之生命末期照護理念於周產期生命末期的關懷照護仍闕如，但臨床上卻有其需求性與必要性。美國於1999年開始周產期緩和照護 (perinatal palliative care) 的概念(Collier, 2011)，至2006年，已有90所醫院提供周產期安寧照護給繼續懷孕的婦女與家庭(Calhoun & Reltman, 1997)，Kavanaugh (2001)提到多數美國醫院作法：傷慟關懷專屬推車、提供家屬文件夾、設置紀念碑、紀念花園、小型墓園，可以讓家屬及親友去懷念與榮耀他們的嬰孩，成立父母支持團體及跨領域傷慟關懷服務委員會等。陳、余 (2012)針對周產期夫婦因胎兒異常而選擇中止妊娠之綜論中，提出周產期安寧照護應早在胎兒診斷確立時立即啟動(Engelder et al. 2012)，其內容包括精確的周產期診斷、更新對周產期哀傷的理解(Hoeldtke & Calhoun, 2001)，照護的目的是在初步的醫療確定後協助父母提出生產及照護計畫(Engelder et al. 2012; Lathrop & VandeVusse, 2011)，使胎兒能在他短暫的生命過程中獲得舒適，並讓家庭在懷孕結束前、中、後能得到持續的支持及周產期哀傷處置(Collier, 2011)，使能對這些不幸的狀況多些掌控感(Hoeldtke & Calhoun, 2001)。目前台灣僅少數醫院有較人性化的處置：李(2002)推行「傷慟關懷服務」，制訂『傷慟關懷服務手冊』，服務方式是將嬰孩腳印蓋在慰問卡上，註明身長、體重、週數，並製作嬰孩腳印石膏模型，剪取胎兒頭髮一束以紫色膠帶紮好，用包布將嬰孩包好後照相，將嬰孩紀念物裝在紫色盒內，於出院前送給父母，並於產後第一個月及第三個月訪視諮詢，瞭解他們的感受，而父母們對於腳印模型接受度很高，且很感激院方有此貼心的設計。此研究雖有提出創新的照護措施，但卻缺乏全團隊及持續照護的安寧療護的基本主張。陳等(2012)專案研究也提出應有特定性死產產婦產後關懷照護流程、並為死產產婦安排合宜病室、結合院牧部提供宗教的關懷與諮商服務、制訂死產產婦產後關懷手冊及慰問卡、並規劃個案討論會來進行護理人員的在職訓練。此專案對於周產期生命末期照護的護理模式提出流程與照護的病室的建議，但此專案的成效評值因樣本數少且無後續之追蹤照護與評值，無法以實證之效益評值。

## 五、醫療環境對周產期家庭之重要性

另外，照護空間的安排確實是友善醫療的一項重點，傳統的醫療空間與處置流程多是以醫療人員的立場出發，依其方便性、使用習慣等進行設計，而未考量就醫者的便利性、舒適性與隱私性，往往造成了就醫者的不舒服感(何，2012)。尤其是妊娠喪失/死胎的周產期家庭而言，當其失去擁有妊娠的最終目標—健康新生兒，卻仍需要處於及面對其他周產期家庭對於新生命誕生的喜悅與慶賀的環境，此對妊娠喪失/死胎的周產期家庭不諱是二度傷害，因此這些家庭通常是選擇即早出院，以迴避方式來防堵死產的產婦及其配偶持續沉浸在傷痛環境與話題。部分醫院已針對就醫環境、醫療流程做改善，並且推行婦女親善病房等，但缺乏從性別觀點的角度去檢視是否符合女性的需求，有時矯枉過正，反而忽略男性的需求而使其權益受損(何，2012)。因此配合現行的醫療環境與空間安排，並

同時考量妊娠喪失/死胎周產期婦女及其配偶家庭成員需求的醫療空間與照護流程，亦是本研究予以探討澄清的重點項目。

綜合以上文獻，可以得知「死產」在民間是一個禁忌，在國外針對喪親的父母有完善的支持系統，不論在醫院或社區均有很好的制度，為嬰孩命名、視為家中一份子等，這和國人將死產的嬰孩視為「不詳」，不報戶口不領回遺體等處理，是截然不同的社會風俗與適應行為。因此，未來期能透過周產期家庭的生命末期關懷照護的在職教育，使周產期相關照護單位的護理人員能具備生命末期關懷照護的知能，使其在有所準備下提供相關的照護行為與關懷。同時在臨床周產期照護院所中，規劃死產產婦跨領域專業小組關懷諮詢服務或支持團體，共同為經歷死產的父母及其家庭服務。並期能以更完善的醫療照護內涵與原則來切合妊娠喪失死胎之周產期產婦與期家庭的需求，進而增進目前周產期照護中仍需要被關懷的弱勢族群，能在友善的醫療照護體制與環境中受到關懷與協助。

## 研究方法

本年度研究採橫斷式的研究設計，應用訪談與相關計量測量來確認妊娠喪失/死產對婦女及配偶家人所引發之身心壓力與影響與其調適歷程。此外藉由瞭解妊娠喪失/死產對婦女及配偶家人對於生命末期關懷照護需求項目，與其社會支持、宗教與民俗文化間的相關性影響。以深入探討周產期婦女(母親)及配偶(父親)家人面對妊娠喪失/死產的生命經驗(包含決策的過程與其調適歷程)中，對「生命末期關懷照護」的需求與所獲得的照護現況。

### 一、研究對象和場所：

本研究場所於台灣北部、南部二所選定之醫學中心進行研究，經研究人員向符合條件之對象詳細說明並取得同意後，請之填寫同意書、問卷並進行訪談。

本研究之研究對象條件有：(1)北、南二所醫療院所中篩選出，經歷周產期妊娠喪失/死產(包含妊娠 20 週以上因胎兒畸形染色體異常人工引產及因脅迫性流產或早產者)之婦女分別在其經歷引產、流產或早產後 2 個月內、3~4 個月及 6~8 個月間，(2)有婚姻關係者且有意願參與研究者，(3)年齡為 20~45 歲之間，(4)具有讀寫中文的能力，約為國中以上的教育程度。

### 二、研究工具

本研究所採用工具包括研究對象的基本資料紀錄單、低結構式深度訪談指引、妊娠期哀傷量表、SF-12健康量表、貝克憂鬱量表、自尊量表和整體自我效能量表。其中妊娠期哀傷量表、SF-12健康量表、貝克憂鬱量表、自尊量表和整體自我效能量表採用國內翻譯國外且沿用多年的量表作為研究工具。

研究對象之基本資料包括：(一)個人基本屬性，包括：1. 年齡、2. 婚姻狀態、3. 教育程度、4. 職業、5. 夫妻居住情形、6. 家庭月收入、7. 宗教信仰，(二)個人

孕產史，包括：1. 生產史、2. 此胎懷孕曾接受的檢查、3. 此胎妊娠週數、4. 此胎生產方式、5. 此胎出生狀況，(三) 家族史。妊娠期哀傷量表包括：「主動性哀傷」、「調適困難」、及「失望」三個分量表。SF-12健康量表包括：「生理」和「心理」2個分量表。自尊量表包括：「自我能力」和「自我喜愛」兩個層面。貝克憂鬱量表和整體自我效能量表，以統計總分方式了解其憂鬱程度和自我效能感高低。

### 三、研究資料的分析

#### (一) 量性資料之分析方法

本研究使用SPSS/PC 21.0 的電腦統計套裝軟體，予以分析量性資料。研究對象基本特性如：基本屬性、自尊程度及健康狀況等方面是否有差異，以描述性統計。

#### (二) 質性資料之分析方法

對於焦點對象及其重要他人間之訪談資料的分析，將以內容分析法予之歸納分類，以瞭解其意義及變化情形。本資料欲採嚴謹性議題以審查性、信用性、適合性、確定性等四方面來評價資料之收集與分析(Chen, 1988; Sandelowski, 1986; Woods, 1988)。

### 四、研究之倫理考量

本研究於執行前已通過「台灣大學附設醫院人體試驗委員會」審查(編號：201404094RINB)、暨「成功大學附設醫院人體試驗委員會」審查(編號：A-ER-104-173)，研究期間自2014年8月至2015年10月。研究助理二名，皆為資深之婦產科臨床護理師，曾投入孕產婦護理工作多年；其中一名為產房之副護理長年。研究個案的來源為研究者於各區參與研究之婦產科醫師協助下，獲取經歷過預期性及非預期性終止妊娠之婦女的相關資料，研究助理會採電話關懷或親訪的方式邀請醫師轉介的個案參與本研究。若獲得個案同意則在研究資料收集前，會給予個案有關「受試者知情同意書」的說明與填寫以取得其書面同意，在個案訪談或自填問卷過程中尊重個案自主權，個案可隨時要求中斷訪談或填寫問卷。填寫過程中，研究助理會全程陪同，若個案情緒宣洩的需要，會適時給予情緒支持，並會告知其主治醫師，協同進一步處理；若病人有任何問題，亦可以當場向研究助理詢問，以助病人完成所有資料的收集。

## 研究計劃初步歸納分析結果

### 一、研究樣本基本資料一

本研究係採用立意取樣，本研究在合作之婦產科醫師協助下獲取一年中(2014-2015)經歷過預期性及非預期性終止妊娠之婦女的個案數共 181 人(北部：172 人，南部：9 人)；其中符合本研究之樣本條件者共 158 人(北部：70 對夫妻，南部：9 對夫妻)，逐一以電訪或親訪方式向個案說明研究目的和研究進行方式，並徵求個案同意參與。本研究列為研究對象共 59 人(北部 54，南部 5)，其中同時參與訪談和填寫問卷者為 41 人(69.5%)，只填寫問卷者為 13 人(22%)，問卷未回收者為 5 人(8.5%)。考量現今台灣社會中，婦女對引產此話題多仍不願再次提起，導致收案過程較為困難，本研究之拒絕參與研究之比率相當高，尤其是產後二個月婦女之拒絕率為 80.3%、產後四個月組之拒絕率為 70.9%、產後六個月組之拒絕率為 69.3%。故研究案中總收案人數為 59 人，拒絕率為 73.5%；若以完成所有資料收集者(同時參與訪談和填寫問卷)為 41 人，拒絕率為 82.5%。

本研究之研究對象「個人基本屬性」初步分析結果，可得知已收案之研究對象中其中預期性妊娠喪失與非預期性妊娠喪失者約為各半，平均年齡分別平均為 34.1 及 35.4 歲，其配偶之平均年齡亦分別為 35.9 歲及 35.1 歲。研究對象之教育程度為大專以上占 66.7% 與 88.8%；配偶之教育程度亦同為大專以上占 80% 與 88.8%。研究對象有職業者分別為 86.7% 及 77.8%；配偶之就業情形兩組相同，有職業者均為 90% 以上。家庭月收入在 40,001 元以上者 100% 與 88.8%。研究個案之夫妻居住情形大部分為同居狀況者，兩組均僅個別有 1 人為周末同居的生活型態。研究個案有宗教信仰者兩組均有 80% 以上，分別為佛教、道教、基督教、民間傳統信仰、一貫道及伊斯蘭教；其配偶之信仰比例則略低於各按比例，分別為 60% 與 77.8%。佛教者、道教者、基督教、天主教、民間傳統信仰、一貫道、伊斯蘭教。

研究個案之孕產史，預期性妊娠喪失組有流產病史者約占一半，但非預期性妊娠喪失組則僅有 16.7%。兩組均。兩組之孕產史及此胎懷孕過程相關資料如表一。

表一、個案之基本孕產史與此胎懷孕之相關資料

項目	組別	預期性妊娠喪失組	非預期性妊娠喪失組
孕次			
1次		26.7%	50.0%
2次以上		73.3%	50.0%
流產史			
0次		53.3%	83.3%
1次以上		46.7%	16.7%
此胎妊娠周數			
≤24週		100%	55.6%
≥25週			44.4%

<b>此胎曾接受之檢查</b>		
母血篩檢及頸部透明帶檢測	32%	41.7%
絨毛膜採樣術	12%	
羊膜穿刺術	36%	29.2%
產前基因晶片	12%	25%
非侵入性產前染色體檢測	4%	
螢光染色體雜交檢查	4%	
高層次超音波		4.1%
<b>此胎生產方式</b>		
自然流產		11.1%
治療性引產	100%	61.1%
剖腹產		11.1%
早產		16.7%

研究對象家族無遺傳病史者有84.8%、家族有遺傳病史者有15.2%，其中糖尿病、高血壓和心臟病、地中海型貧血；配偶家族無遺傳病史者占81.8%、家族有遺傳病史者其中有地中海型貧血、高血壓、糖尿病。

由上述資料分析結果可知，預期性妊娠喪失大多均為妊娠期間產前檢查發現胎兒基因異常或結構異常，在符合優生保健法之規範下入院接受人工引產。而非預期性妊娠喪失個案，則以胎死腹中、安胎失敗、羊膜早期破水自然流產及早期早產。兩組個案之教育與社經程度差異不大，但若細分則以預期性妊娠喪失組之社經背景稍高於非預期妊娠喪失組。

## 二、量性資料分析

### (一)「妊娠期哀傷量表」之測量結果

「妊娠期哀傷量表」可分為3個層面，分別為「主動性哀傷」(Active grief)、「調適困難」(Difficulty coping)和「失望」(Despair)，每題選項有「非常不同意」、「不同意」、「同意/不同意」、「同意」、「非常同意」分別給予1到5分，問卷總分為33~165分，每個層面之總分為11~55分，分數越高表示其哀傷程度越高。收案之54位個案中，三個層面之總分為53~137分，總分平均為89.72分，其中預期性妊娠喪失組之個案與其配偶之得分總平均分為87.77分；非預期性妊娠喪失組之個案與其配偶之得分總平均分為91.54分。此結果說明研究對象之哀傷得分隨著時間的改變均有降低的趨勢，但分數的改變不多，表示時間雖經過六個月但其哀傷的程度仍無太大改善，且兩組間哀傷程度並無差異。而研究對象配偶之哀傷得分均低於研究對象。但在非預期妊娠喪失組中，研究對象與其配偶之得分在每個測量時間點均差異不多；反之，在預期妊娠喪失組之研究對象的哀傷得分與其配偶間均差距在20分左右，但其配偶的哀傷得分隨時間變化卻不多，說明配偶之哀傷程度呈現持續性。

其中「主動性哀傷」項目，研究對象之總平均分為37.3分。預期性妊娠喪失組平均分數為39.56分，其配偶之平均分數為32.3分。非預期妊娠喪失組平均分數為39.71分，配偶平均分數為34.82分。

「調適困難」項目，研究對象之總平均分為28.22分。預期性妊娠喪失組平均分為29分，配偶之平均得分為25.5分。非預期性妊娠喪失組平均分為29.71分，

配偶之平均得分為29分。

「失望」項目中，研究對象之總平均分為41.75分，配偶之平均分數為37.55分。預期性妊娠喪失組平均分數為39.56分，其配偶之平均分數為32.3分。非預期性妊娠喪失組平均分數為42.17分，配偶平均分數為37.5分。

上述資料顯示於「主動性哀傷」、「調適困難」和「失望」三個測量項目中，研究對象較其配偶有較高程度哀傷、調適困難和失望之情形，引產後2個月內的婦女和配偶較引產後6~8個月和引產後3~4個月之婦女和配偶有較高程度哀傷情形。

## (二)「貝克憂鬱量表」測量結果

「貝克憂鬱量表」共21題，每題選項分數由0~3分，問卷總分為0~63分。研究對象之總平均分為12分，配偶之平均分數為4.71分。預期性妊娠喪失組平均分數為12分，其配偶之平均分數為2.9分。非預期性妊娠喪失組平均分數為12.21分，配偶平均分數為5.8分。憂鬱量表的得分隨著時間的變化，有減少的趨勢。

上述資料顯示婦女較配偶有較高程度之憂鬱情形，引產後2個月內的婦女和配偶較引產後6~8個月和引產後3~4個月之婦女和配偶有較高程度之憂鬱情形。

## (三)「自尊量表」測量結果

「自尊量表」共10題，每題選項有「非常不符合」、「大部分不符合」、「部分符合」、「非常符合」分別給予1到4分，其中第2、5、6、8、9題為反向計分，問卷總分為10~40分，總分越高表示自尊越高，若總分小於15分表示低自尊，總分介於15~25分之間為中自尊，總分大於25分為高自尊。研究對象之總平均分為29.35分，配偶之平均分數為32.01分。預期性妊娠喪失組平均分數為28.85分，其配偶之平均分數為33.16分。非預期性妊娠喪失組平均分數為29.84分，配偶平均分數為30.85分。

上述資料顯示研究對象之自尊程度均低於其配偶，其中值得注意的是預期性妊娠喪失組之得分在產後六個月後的得分才與非預期性妊娠喪失組無差別。而非預期性妊娠喪失婦女之自尊程度改變不大。

## (四)「整體自我效能量表」測量結果

「整體自我效能量表」共10題，每題選項有「完全不正確」、「少部分正確」、「大部分正確」、「完全正確」分別給予1到4分，問卷總分為10~40分，總分越高表示自我效能感越高。研究對象之總平均分為28.15分，配偶之平均分數為29.55分。預期性妊娠喪失組平均分數為26.83分，其配偶之平均分數為31.1分。非預期性妊娠喪失組平均分數為26.47分，配偶平均分數為28分。

上述資料顯示研究對象之整體自我效能程度均低於其配偶，其中值得注意的是預期性妊娠喪失組之得分與非預期性妊娠喪失組並無差別。

## (五)「SF-12」生活品質量表

「SF-12」分八個層面分別解釋生理與心理健康兩個次分項，以呈現研究對象

之生活品質的程度。在生理健康次分項中，研究對象之總平均分為48.99分，配偶之平均分數為53.22分。預期性妊娠喪失組平均分數為49.75分，其配偶之平均分數為53.83分。非預期妊娠喪失組平均分數為48.22分，配偶平均分數為52.61分。在心理健康次分項中，研究對象之總平均分為41.34分，配偶之平均分數為44.59分。預期性妊娠喪失組平均分數為42.20分，其配偶之平均分數為45.44分。非預期妊娠喪失組平均分數為40.48分，配偶平均分數為43.73分。

上述資料顯示研究對象之生活品質均低於其配偶，而兩組之研究個案之生理健康生活品質均高於心理健康生活品質，其配偶亦是。其中值得注意的是心理健康生活品質測量結果，兩組間無論是個案或其配偶之心理健康生活品質均低於一般人，且兩組個案間的得分並無太大之差異，且在初期(引產後兩個月)預期性妊娠喪失組之得分遠低於非預期妊娠喪失組。預期性妊娠喪失組之心理健康生活品質得分隨這時間改變有逐漸改善之趨勢；反之，非預期妊娠喪失組之心理健康生活品質隨著時間的變化雖有改善但變化不大，但其配偶的改善程度較明顯。

### 三、質性資料分析成果

#### (一) 預期性妊娠喪失組

研究個案對於預期性妊娠喪失之決策看法—>100%認為「是一種天人交迫的內心煎熬，很困難但也是當時最好的方式最」。決策者有夫妻自己決定、或是與父母一起討論的結果，但最後的決定還是自己或是自己的配偶；從訪談過程中可以察覺夫婦中身為最後決定者的壓力很大其罪惡或內疚感也最強，此種負向情緒反應會隨著時間的消逝而逐漸改善，雖是如此但談起時仍會感受研究個案與其配偶的感傷反應。

研究個案與其配偶在引產後之身心反應與調適—>研究個案通常在最初一個月是最傷心難過的時刻，只要一想到胎兒就會不自覺流淚，但也不想與他人分享，因為別人不會了解那種感受；配偶也是很傷心但夫婦雙方卻無法一起分享感受，這是所有訪談對象的共同經驗，因為配偶認為個案的傷心與難過他可以體會，但是他自己也很難過，彼此之間是無法互相討論，因為彼此的痛怕會影響對方；因此都暗自傷心，尤其配偶都得假裝自己堅強不在乎，否則個案會更難過。基本上無論個案或是其配偶對於心情的調適只是任時光的流逝順其自然，但與引產後六個月的個案夫婦會談過程依然仍能感受其哀傷與失落。其心理的調適問題與需要依然存在。

研究個案與其配偶對於引產期間的需求—>研究個案最在意的是護理人員的會談語氣，認為因產過程中因胎兒週數還小應該不會很不舒服，因而忽略他們的疼痛不適。此外更多的抱怨是引產後與一般順產的產婦在同一單位或是同一病房，對他們而言是很諷刺也很難堪的情境，因此他們往往只住一天就出院，來逃離此一傷心的情境。當然他們也能理解醫院制度的限制，但只要一想此就不滿意，尤其是產後病房中有時護理人員還不清楚他們的狀況，常會答非所問更是加深他們的無奈與哀傷。配偶此時通常忙與處理胎兒後續事務的處理，對於醫療的

需求就較不明顯。

## (二) 非預期性妊娠喪失組

研究個案對於非預期性妊娠喪失之經驗感受—>100%認為「是一種突然意料之外的打擊」。那是一種喪失控制且無助的經驗感受，不管是個案夫妻或是雙方父母或姊妹都是一很傷感的經驗。對於胎兒的處理，大部分都是交由葬儀社處理，僅有少數是自己處理；其決策過程大多是個案配偶做決定，要不要看逝去的胎兒也是個案配偶做的決定為多。至於是否留下腳印或胎兒的照片手腳圈，大多個案與其配偶都無法確認其需要，但對其會表示對於產檢過程的超音波照片或媽媽手冊，都會保存著當作紀念，至於何時會翻出來看？至於留存胎兒相關紀錄的意義與作用個案均表示不知道，但就是會收著作紀念。從訪談過程中可以察覺夫婦皆有強大的失落壓力與哀傷反應，此種負向情緒反應會隨著時間的消逝而逐漸改善，雖是如此但談起時仍會感受研究個案與其配偶的感傷反應。

研究個案與其配偶在引產後之身心反應與調適—>研究個案通常在最初一個月是最傷心難過的時刻，只要一想到胎兒就會不自覺流淚，但也不想與他人分享，因為別人不會了解那種感受；配偶也是很傷心但夫婦雙方卻無法一起分享感受，這是所有訪談對象的共同經驗，因為配偶認為個案的傷心與難過他可以體會，但是他自己也很難過，彼此之間是無法互相討論，因為彼此的痛怕會影響對方；因此都暗自傷心，尤其配偶都得假裝自己堅強不在乎，否則個案會更難過。基本上無論個案或是其配偶對於心情的調適只是任時光的流逝順其自然，但與引產後六個月的個案夫婦會談過程依然仍能感受其哀傷與失落。其心理的調適問題與需要依然存在。此種反應與預期性妊娠喪失組有一樣的經驗感受，但其哀傷強度更強，哀傷持續時間上也更長。但與預期性妊娠喪失組有不同之情緒反應，是非預期組通常最先表現出的情緒反應是，憤怒、生氣與攻擊，其對束手無策的喪失反應，無法找到致因且無理由，因此常會是對周圍的親人生氣。因此遠離熟悉的環境與人事物，是避免傷感反應最常使用的調適處理，同時也希望他人不要詢問他一切過程，因為他們不了解。反之，有經驗的醫護人員的會談對他們可能是最佳的協助，因為他們了解一切情境也是證實其胎兒存在的最佳見證人，因此在引產過程的陪伴是他們最需要的護理措施。良好的護理支持，也是未來最慰藉他們的經驗之一。

研究個案與其配偶對於引產期間的需求—>研究個案最在意的是護理人員與他人對於他們哀傷感受的無謂安慰的口吻，是對他們再次的傷害！尤其是跟他們說加油期待下次更好，這種忽略生命的輕忽態度是引發他們憤怒與生氣的主因。此外，與預期性妊娠喪失的個案一樣的抱怨，是引產後與一般順產的產婦在同一單位或是同一病房，對他們而言是很諷刺也很難堪的情境，因此他們往往只住一天就出院，來逃離此一傷心的情境。當然他們也能理解醫院制度的限制，但只要一想此就不滿意，尤其是產後病房中有時護理人員還不清楚他們的狀況，常會答非所問更是加深他們的無奈與哀傷。

## 結論與建議

經由與個案訪談與分析問卷資料可得知，預期性與非預期性妊娠喪失的個案與其配偶的哀傷反應與程度有其相似與相異之處，雖然其哀傷反應會隨著時間流逝而逐漸平復，但個案夫婦在住院引產過程與出院後，是相當需要醫療與護理的持續支持與協助，因有我們的陪伴才是協助他們在調適過程的最佳助力，因為有位個案特地寫信回饋研究者，其信上表示感謝研究者之訪談以協助他的情緒有出口的機會。因此，本研究結束後，研究團隊會持續針對醫護人員的準備度，並應用本年之研究成果，協助醫護人員了解研究對象夫婦的處境與需求，同時重新思考臨床的照護流程、照護團隊的整合與照護措施，以滿足研究對象夫婦的健康需求，並協助他們正向調適他們的失落與哀傷反應。

### 計畫成果自評部分：

本研究內容是完全依照原計畫進行，因此相符程度幾乎一致。但妊娠喪失的議題一向是醫護專業過往較忽略且刻意避免討論的議題，因此有些醫師會對參與研究感到怯步，擔心會引發相關個案的投訴與抗議，此情況以南部參與研究之醫療院所較為明顯，因此也限制了收案的數量。雖然北部的收案數量已符合計畫要求，但在南部目前僅達成一半。雖然成果僅達成預期目標的八成，但截至目前研究資料所呈現出來的豐富性與個案夫婦的回饋與需求，雖研究也已結案，但本人仍會自費將此研究完成並達計畫預期的目標，以不負科技部的經費支持。本研究成果在學術方面，當然適合在學術期刊發表，讓更多有心投入照護這類個案的健康專業者，能更了解個案夫婦的處境與需求；另外本研究團隊亦將應用此研究成果，發展更符合個案夫婦需要的整合性照護模式，以協助個案整合自己的生育經驗並調適自己的哀傷與失落，進而提升其與配偶的生活品質。

## 參考文獻

- 何曼筠(2012)·應用服務體驗工程建立醫療院所性別友善環境·碩士學位論文。
- 李美枝、鍾秋玉(1996)·性別與性別角色析論·*本土心理學研究*, 6, 260-299。
- 李從業(2002)·傷慟關懷服務於產科護理的運用·*護理雜誌*, 49(1), 28-33。
- 林綺雲(2005)·社會文化與悲傷反應·*生死學研究*, 2, 107-127。
- 陳映燁、李明濱(1998)·婦女流產或死胎之心身醫學觀·*台灣醫學*, 2(2), 204-207。
- 陳翠玲、張德馨、李美玉、許碧鳳、古雪貞(2012)·運用產後關懷照護模式提升死產產婦產後護理執行率·*馬偕護理雜誌*, 6(1), 36-47。
- 陳馥萱、王素秋(2011)·以家庭生態系統觀點論死產婦女的處境與健康·*助產雜誌*, 53, 12-16。
- 陳馥萱、胡文郁(2013)·周產期死亡事件對護理人員的衝擊及其因應·*護理雜誌*, 60(1), 1-5。
- 徐金梅、蘇燦煮、陳月枝、黃建榮(2007)·胎兒染色體異常的婦女於第二孕期接受終止妊娠之生活經驗·*護理雜誌*, 54(6), 22-30。
- 曾英芬、許敏桃、郭玲莉(2001)·關懷照護的現象學研究—從經歷死產之台灣婦女經驗談起·*護理研究*, 9(3), 223-232。
- 曾英芬、陳彰惠、許貂琳、王秀紅(2010)·經歷死產婦女與胎兒依附關係的轉換·*護理暨健康照護研究*, 6(1), 24-32。
- 郭素珍(2004)·護理人員協助人工流產的倫理衝突·*應用倫理研究通訊*, 31, 7-14。
- 盧璧珍、張靜安、白玉珠、蔡欣玲(2008)·臨床護理人員面對死亡事件的心理反應與處理方式之探討·*榮總護理*, 25(3), 268-275。
- 國民健康局(2012)·*出生通報年報統計表*·2013年11月20日取自<http://www.bhp.doh.gov.tw/download/themeParkId=542/990622/1.1a.pdf>
- Adolfsson A, Larsson PG. (2010). When pregnancy fails: Coping strategies, support networks and experiences with health care of ethnic women and their partners. *Journal of Reproductive & Infant Psychology*, 23(1), 3-18.
- Avelin, P., Rådestad, I., Säflund, K., Wredling, R., & Erlandsson, K. (2013). Parental grief and relationships after the loss of a stillborn baby. *Midwifery*, 29(6), 668-673. doi:10.1016/j.midw.2012.06.007
- Barr, P. (2004). Guilt-and shame-proneness and the grief of perinatal bereavement. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 77(4), 493-510. doi:10.1348/1476083042555442
- Bonanno, G.A., Kaltman, S., 2001. The varieties of grief experience. *Clinical Psychology Review* 21, 705-734.
- Brier N. (2008). Grief following miscarriage: a comprehensive review of the

- literature. *Journal of Women's Health*, 17:451-464.
- Badenhorst W, Hughes P. (2007). Psychological aspects of perinatal loss. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynecology*, 21(2): 249-259.
- Beutel, M., Willner, H., Deckardt, R., von Rad, M., Weiner, H., 1996. Similarities and differences in couples' grief reactions following a miscarriage: results from a longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Research* 40, 245–253.
- Cacciatore, J., Erlandsson, K., & Rådestad, I. (2013). Fatherhood and suffering: A qualitative exploration of Swedish men's experiences of care after the death of a baby. *International Journal of Nursing Studies*, 50(5), 664–670.  
doi:10.1016/j.ijnurstu.2012.10.014
- Calhoun BC, Reltman JS. (1997). Perinatal hospice: A response to partial birth abortion for infants with congenital defects. *Issues in Law & Medicine*, 13(2): 125-43.
- Callister LC. (2006). Perinatal loss: A family perspective. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 20(3), 227–234.
- Campbell B.B. (2001) Shattered futures, mended lives: the ritualized mourning of mothers of stillborn babies. *Dissertation Abstracts International* 61(10A), 3825.
- Capitolo KL. (2005). Evidence for healing interventions with perinatal bereavement. *MCN, American Journal of Maternal Child Nursing*, 30(6), 389-396.
- Chan MF, Arthur DG. (2009). Nurses' attitudes towards perinatal bereavement care. *Journal of Advanced Nursing*, 65(12), 2532-2541.
- Collier R. (2011). Providing hospice in the womb. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 183(5):E267-E8.
- Dingle, K., Alati, R., Clavarino, A., Najman, J.M., Williams, G.M., 2008. Pregnancy loss and psychiatric disorders in young women: an Australian birth cohort study. *British Journal of Psychiatry* 193, 455–460.
- Engelder S, Davies K, Zeilinger T, Rutledge D. (2012). A model program for perinatal palliative services. *Advances in Neonatal Care*, 12(1): 28-36.
- Geller, P., Psaros, C., & Kornfield, S. (2010). Satisfaction with pregnancy loss aftercare: Are women getting what they want? *Archives of Women's Mental Health*, 13(2), 111-124. doi:10.1007/s00737-010-0147-5
- Germain, A., Caroff, K., Buysse, D.J., Shear, M.K., 2005. Sleep quality in complicated grief. *Journal of Traumatic Stress* 18, 343–346.
- Gold, K. J., Kuznia, A. L., & Hayward, R. A. (2008). How physicians cope with stillbirth or neonatal death: A national survey of obstetricians. *Obstetrics &*

*Gynecology*, 112(1), 29-34. doi:10.1097/AOG.0b013e31817d0582

- Hoeldtke NJ, Calhoun BC. (2001). Perinatal hospice. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 185(3): 525-9.
- Hsu MT, Tseng YF, Banks JM, Kuo LL. (2004). Interpretations of stillbirth. *Journal of Advanced Nursing*, 47(4), 408-416.
- Hsu M, Tseng Y, Kuo L. (2002). Transforming loss: Taiwanese women's adaptation to stillbirth. *Journal of Advanced Nursing*, 40(4), 387–395.  
doi:10.1046/j.1365-2648.2002.02386.x
- Lang, A., Fleischer, A. R., Duhamel, F., Sword, W., Gilbert, K. R., & Corsini-Munt, S. (2011). Perinatal loss and parental grief: The challenge of ambiguity and disenfranchised grief. *OMEGA: Journal of Death and Dying*, 63(2), 183–196.  
doi:10.2190/OM.63.2.e
- Lathrop A, VandeVusse L. (2011). Affirming motherhood: Validation and invalidation in women's perinatal hospice narratives. *Birth*, 38(3): 256-65.
- Lynch, E. (2010). A death before life. *Nursing Standard*, 24(47): 18-19.
- Kavanaugh, K. (2001, 5月) · Bereavement support in the U. S. A. · 於國防大學醫學院護理學系主辦，周產期胎兒死亡傷慟關懷服務現象學研討會講義 · 台北：國防醫學院護理學系。
- Kendall A, Guo W. (2008). Evidence-based neonatal bereavement care. *Newborn & Infant Nursing Reviews*, 8(3): 131-135.
- Mander, R. (2009). Good grief: Staff responses to childbearing loss. *Nurse Education Today*, 29(1), 117-123. doi:10.1016/j.nedt.2008.07.005
- McCreight, B. S. (2005). Perinatal grief and emotional labour: A study of nurses' experiences in gynae wards. *International Journal of Nursing Studies*, 42(4), 439-448. doi:10.1016/j.ijnurstu.2004.07.004
- Modiba, L. M. (2008). Experiences and perceptions of midwives and doctors when caring for mothers with pregnancy loss in Gauteng hospital. *Health SA Gesondheid*, 13(4), 29-40.
- Monk, T.H., Houck, P. R., Shear, M. K., 2006. The daily life of complicated grief patients—what gets missed, what gets added? *Death Studies* 30, 77–85.
- O'Leary, J., & Thorwick, C. (2006). Fathers' perspectives during pregnancy, postperinatal loss. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 35(1), 78–86. doi:10.1111/j.1552-6909.2006.00017.x
- Reynolds, F. (2006). How doctors cope with death. *Archives of Disease in Childhood*, 91(9), 727. doi:10.1136/adc.2005.092015

- Rickerson, E. M., Somers, C., Allen, C. M., Lewis, B., Strumpf, N., & Casarett, D. J., (2005). How well are we caring for caregivers? Prevalence of grief-related symptoms and need for bereavement support among long-term care staff. *Journal of Pain and Symptom Management*, 30(3), 227-233.
- Roehrs, C., Masterson, A., Alles, R., Witt, C., & Rutt, P. (2008). Caring for families coping with perinatal loss. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 37(6), 631-639. doi:10.1111/j.1552-6909.2008.00290.x
- Samuelsson, M., Rådestad, I., & Segesten, K. (2001). A waste of life: Father's experience of losing a child before birth. *Birth*, 28(2), 124–130. doi:10.1046/j.1523-1536X.2001.00124.x
- Szanto, K., Shear, M.K., Houck, P.R., Reynolds 3rd, C.F., Frank, E., Caroff, K., Silowash, R., 2006. Indirect self-destructive behavior and overt suicidality in patients with complicated grief. *Journal of Clinical Psychiatry* 67, 233–239.
- Shear, M.K., Simon, N., Wall, M., Zisook, S., Neimeyer, R., Duan, R., Reynolds, C., Lebowitz, B., Sung, S., Ghesquiere, A., Gorscak, B., Clayton, P., Ito, M., Nakajima, S., Konishi, T., Melhem, N., Meert, K., Schiff, M., O'Connor, M.-F., First, M., Sareen, J., Bolton, J., Skritskaya, N., Mancini, A.D., Keshaviah, A., 2011. Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5. *Depression and Anxiety* 28, 103–117.
- Toffol E, Koponen P, Partonen T. (2013). Miscarriage and mental health: results of two population-based studies. *Psychiatry Research*, 205:151-158.
- Trulsson O, Rådestad I. (2004). The silent child-mothers' experiences before, during, and after stillbirth. *Birth*, 31(3), 189–195. doi:10.1111/j.0730-7659.2004.00304.x

# 科技部補助計畫衍生研發成果推廣資料表

日期:2016/02/01

科技部補助計畫	計畫名稱: 「周產期家庭為中心之生命末期關懷照護」護理模式之建立與成效 (A01)
	計畫主持人: 楊雅玲
	計畫編號: 103-2629-B-002-001- 學門領域: 性別主流科技計畫
無研發成果推廣資料	

103年度專題研究計畫研究成果彙整表

計畫主持人：楊雅玲		計畫編號：103-2629-B-002-001-				計畫名稱：「周產期家庭為中心之生命末期關懷照護」護理模式之建立與成效 (A01)	
成果項目		量化			單位	備註 (質化說明： 如數個計畫共同成果、成果列為該期刊之封面故事...等)	
		實際已達成數 (被接受或已發表)	預期總達成數 (含實際已達成數)	本計畫實際貢獻百分比			
國內	論文著作	期刊論文	0	0	100%	篇	本研究成果將在2016三月在台灣大學醫學院研究公開發表會中發表
		研究報告/技術報告	0	0	100%		
		研討會論文	0	100	100%		
		專書	0	0	100%		
	專利	申請中件數	0	0	100%	件	
		已獲得件數	0	0	100%		
	技術移轉	件數	0	0	100%	件	
		權利金	0	0	100%	千元	
	參與計畫人力 (本國籍)	碩士生	0	0	100%	人次	
		博士生	0	0	100%		
		博士後研究員	0	0	100%		
		專任助理	0	0	100%		
國外	論文著作	期刊論文	0	0	100%	篇	
		研究報告/技術報告	0	0	100%		
		研討會論文	0	0	100%		
		專書	0	0	100%		
	專利	申請中件數	0	0	100%	件	
		已獲得件數	0	0	100%		
	技術移轉	件數	0	0	100%	件	
		權利金	0	0	100%	千元	
	參與計畫人力 (外國籍)	碩士生	0	0	100%	人次	
		博士生	0	0	100%		
		博士後研究員	0	0	100%		
		專任助理	0	0	100%		
其他成果 (無法以量化表達之 成果如辦理學術活動 、獲得獎項、重要國 際合作、研究成果國		無					

際影響力及其他協助 產業技術發展之具體 效益事項等，請以文 字敘述填列。)			
	<b>成果項目</b>	<b>量化</b>	<b>名稱或內容性質簡述</b>
<b>科 教 處 計 畫 加 填 項 目</b>	測驗工具(含質性與量性)	0	
	課程/模組	0	
	電腦及網路系統或工具	0	
	教材	0	
	舉辦之活動/競賽	0	
	研討會/工作坊	0	
	電子報、網站	0	
	計畫成果推廣之參與(閱聽)人數	0	

# 科技部補助專題研究計畫成果報告自評表

請就研究內容與原計畫相符程度、達成預期目標情況、研究成果之學術或應用價值（簡要敘述成果所代表之意義、價值、影響或進一步發展之可能性）、是否適合在學術期刊發表或申請專利、主要發現或其他有關價值等，作一綜合評估。

1. 請就研究內容與原計畫相符程度、達成預期目標情況作一綜合評估

達成目標

未達成目標（請說明，以100字為限）

實驗失敗

因故實驗中斷

其他原因

說明：

2. 研究成果在學術期刊發表或申請專利等情形：

論文： 已發表  未發表之文稿  撰寫中  無

專利： 已獲得  申請中  無

技轉： 已技轉  洽談中  無

其他：（以100字為限）

3. 請依學術成就、技術創新、社會影響等方面，評估研究成果之學術或應用價值（簡要敘述成果所代表之意義、價值、影響或進一步發展之可能性）（以500字為限）

本研究內容是完全依照原計畫進行，因此相符程度幾乎一致。但妊娠喪失的議題一向是醫護專業過往較忽略且刻意避免討論的議題，因此有些醫師會對參與研究感到怯步，擔心會引發相關個案的投訴與抗議，此情況以南部參與研究之醫療院所較為明顯，因此也限制了收案的數量。雖然北部的收案數量已符合計畫要求，但在南部目前僅達成一半。雖然成果僅達成預期目標的八成，但截至目前研究資料所呈現出來的豐富性與個案夫婦的回饋與需求，雖研究也已結案，但本人仍會自費將此研究完成並達計畫預期的目標，以不負科技部的經費支持。本研究成果在學術方面，當然適合在學術期刊發表，讓更多有心投入照護這類個案的健康專業者，能更了解個案夫婦的處境與需求；另外本研究團隊亦將應用此研究成果，發展更符合個案夫婦需要的整合性照護模式，以協助個案整合自己的生育經驗並調適自己的哀傷與失落，進而提升其與配偶的生活品質。