

台灣婦女經歷死產後再次懷孕與生產的經驗

曾英芬^{1*} 陳宇平² 鄭碧姿³ 袁綺蘋⁴ 郭佩晴⁵

¹中華醫事科技大學護理系副教授 ²國立臺南大學諮商與輔導學系副教授 ³戴德森醫療財團法人嘉義基督教醫院產房小組長 ⁴戴德森醫療財團法人嘉義基督教醫院產房護理長 ⁵天主教若瑟醫療財團法人若瑟醫院產房護理師

摘要

背景 周產期失落是家庭的創傷性事件，可能對婦女的心理健康造成嚴重的長期影響，包含再次懷孕與生產。因此，探討婦女於經歷失落後的再次懷孕之心理適應過程，才能瞭解周產期失落現象的全貌。

目的 探討婦女於歷經死產後再次懷孕與生產的經驗。

方法 採質性描述性研究設計，於台灣南部兩所區域醫院收案。立意取樣15位研究參與者，訪談次數以資料飽和為考量，共進行22次深度訪談，以內容分析法分析資料。

結果 婦女在經歷死產後再次懷孕與生產的經驗，可以歸納為三個主題以及九個類目，三個主題分別為：期待又怕受傷害、如履薄冰以及再次懷孕有助於撫平失落。

結論／實務應用 本研究結果有助於瞭解經歷死產婦女復原過程的全貌，研究建議健康照護提供者應瞭解及接納婦女再次懷孕的擔憂與反應，如此會有助於婦女於失落後獲得正面的再次懷孕與生產經驗。

關鍵詞： 再次懷孕、死產、周產期失落、質性描述性研究。

前言

根據統計，2009年全球的死產數共264萬人，亦即每天有超過7,200件死產案例(Cousens et al., 2011)。台灣2013年的死產數為2,251人，佔總生產數的11.4% (衛生福利部國民健康署, 2015)，相對於全球雖為小眾，但表示台灣每年有兩千多個家庭因此受到巨大的衝擊，並可能留給父母長期的悲傷以及顯著的調適問題(Hutti, Armstrong, & Myers, 2013; Kelley & Trinidad, 2012)。

遭逢周產期失落後所經歷的哀傷，是一個持續、複雜的以及具個別性的過程，至今尚無研究確

認失落夫妻復原所需要的時間。許多夫妻於再次懷孕因持續哀傷前次的失落，造成孕期繼續承受高度焦慮與創傷後壓力(Hutti et al., 2013)。研究顯示至少有80%夫妻於周產期失落後，仍需嘗試再次懷孕，以完成人生重要的發展任務，且大多數婦女在周產期失落後一年內再次懷孕(DeBackere, Hill, & Kavanaugh, 2008)。如此以時間推算，再次懷孕與生產的歷程，可能與前次懷孕失落後的復原過程重疊，婦女於再次懷孕和胎兒進行的產前依附，與前一胎失落的哀傷，不可避免地會互相纏繞在一起。因此，要完整地瞭解周產期失落的面向現象，很難將婦女的失落歷程與再次懷孕的經驗做切割。

接受刊載：105年3月2日

doi:10.6224/JN.63.3.52

*通訊作者地址：曾英芬 71703台南市仁德區文華一街89號 電話：(06)2671214-501；E-mail：ying_fen2003@yahoo.com.tw

引用格式 曾英芬、陳宇平、鄭碧姿、袁綺蘋、郭佩晴(2016)。台灣婦女經歷死產後再次懷孕與生產的經驗。護理雜誌, 63(3), 52-61。[Tseng, Y. F., Chen, Y. P., Cheng, P. T., Yuan, C. P., & Kuo, P. C. (2016). The childbearing experiences of Taiwanese women after a stillbirth. *The Journal of Nursing*, 63(3), 52-61.] doi:10.6224/JN.63.3.52

一份量性研究報告指出，台灣婦女在經歷死產後2-48個月($M = 21$)仍呈現中度的哀傷，60.2%婦女有重度創傷後反應(蔡，2007)。另一篇質性研究結果顯示，母親在經歷死產2-72個月($M = 26$)以後仍會與其逝去的孩子持續母子依附(曾、陳、許、王，2010)。周產期失落除了對父母的心理健康造成顯著的長期影響，也會對後續懷孕過程與結果產生衝擊，包括胎兒體重低於妊娠週數、再次發生死產、早產(Nijkamp et al., 2013; Salihu et al., 2013)以及準媽媽的心理健康。台灣鮮少有研究聚焦於此主題的探討，因此，本研究目的旨在探討婦女於歷經死產後再次懷孕與生產的經驗，期使研究結果對於全面性瞭解台灣婦女經歷死產的復原過程之知識建構與實務能有貢獻。

文獻查證

(一) 周產期失落與再次懷孕

死產帶給父母幾個面向的失落，包含失去夢想和未來、喪失自我的認同、失去開創新生活的機會以及預期成為父母的失落(Downe, Schmidt, Kingdon, & Heazell, 2013; McCreight, 2008)。父母在失落後伴隨的哀傷反應包含：震驚、罪惡感、自責、憤怒、敵意、淚流不止以及主訴身體症狀等(Lang et al., 2011; Shaefer, 2010)。周產期失落不僅對父母是一個創傷的事件，也會嚴重影響家庭生活以及未來的懷孕計畫。父母在失落後的反應可能衝擊其再次懷孕，他們會質疑自己對於順利渡過懷孕的能力，以及是否能夠在失落後成功生育健康的孩子(DeBacker et al., 2008; Nansel, Doyle, Frederick, & Zhang, 2005)。

對於曾遭遇死產的婦女而言，再次懷孕是一個重要的里程碑，研究顯示，期待下一次懷孕有助於台灣婦女經歷死產後的適應(Hsu, Tseng, & Kuo, 2002)。Van與Meleis(2003)則提出，調適下一次懷孕過程的情緒，是非裔美籍婦女在周產期失落後哀傷調適的項目之一；亦即再次懷孕婦女深受過去失落的經驗所影響，持續存在的記憶時常會提醒她們，隨著妊娠週數的進展，未必保證會生下健康的孩子，可能造成婦女對於再次懷孕的焦慮與擔憂。除了哀傷與焦慮，研究報告婦女在享受順利懷孕喜悅的同時，也會因為想起前次死產的孩子而產生罪惡感(Lee, McKenzie-McHarg, & Horsch, 2013)。

(二) 婦女於周產期失落後再次懷孕的實證研究

研究顯示婦女於再次懷孕期間的情緒是混合的，懷孕期間最常出現擔憂、緊張以及害怕(Côté-Arsenault & Bidlack, 2001)。一篇質性研究追蹤82位曾發生懷孕失落的婦女至再次懷孕25週，結果歸納婦女再次懷孕經驗的五個主題分別是：波動的憂慮、逐漸增加的自信、對於懷孕徵象的詮釋、孕期管理以及懷抱夢想(Côté-Arsenault, Donato, & Earl, 2006)。另外，一篇回顧探討父母發生周產期失落後再次懷孕的量性研究結果顯示，焦慮與憂鬱乃婦女於周產期失落後再次懷孕與生產過程常見的反應。先前的周產期失落，是婦女再次懷孕期間焦慮及憂鬱症狀的預測因子(Blackmore et al., 2011)。曾經歷周產期失落的婦女，再次懷孕之孕期焦慮程度與憂鬱症狀，皆高於無失落經驗組(Armstrong, 2002)。此外，回顧性研究顯示，在經歷死產5-18年後有1/3的婦女出現明顯的創傷後壓力症狀(Gravensteen et al., 2013)。經歷死產的婦女於再次懷孕期間，較易出現創傷後壓力反應，尤其是發生死產後間隔較短時間即再次懷孕的婦女，其再次懷孕期間，出現創傷後壓力反應的危險性會增加(Turton, Hughes, Evans, & Fainman, 2001)。

失落後再次懷孕的另一個被探討議題是孕期與胎兒的產前依附，依附是對一個個體情感與情緒的承諾，也是一個漸進的過程。準父母，尤其是母親，會和他們尚未出生的孩子發展依附關係，倘若失去孩子，父母通常會持續哀傷許多年(Tseng, Chen, & Wang, 2014)。如此，經歷周產期失落後再次懷孕的過程，婦女可能會面臨一方面哀傷前一次的失落，同時要和腹中的胎兒建立產前依附。Armstrong(2004)的研究顯示，周產期失落後再次懷孕期的焦慮增加，可能導致準媽媽產前依附減少。然而相關研究結果並未一致，另有研究比較有無周產期失落經驗對產前依附的影響，結果顯示兩組婦女於再次懷孕期間之產前依附並無顯著差異，亦即產前依附並未因前次胎兒失落而有負面的影響(Armstrong, 2002; Tsartsara & Johnson, 2006)。

周產期失落的哀傷，在21世紀持續影響大量的父母(Vais & Kean, 2012)，周產期失落後再次懷孕的過程雖然讓父母因為懷抱希望而獲得平衡；然而他們仍會擔憂再次發生失落。與未曾經歷周產期失落的懷孕婦女相比較，曾經歷周產期失落經驗的婦女，在她們再次懷孕過程的確經歷較高的焦慮。然而，對於經驗哀傷與憂鬱的婦女而言，再次懷孕也能夠促進復

原 (Swanson, Connor, Jolley, Pettinato, & Wang, 2007)。母親前次懷孕失落對於再次懷孕與生產的影響涵蓋多個面向，需要更多研究進一步的釐清此現象。

方 法

研究設計

質性描述性研究設計 (qualitative descriptive study design) 的目的是從事件的角度，以淺顯易懂的詞句，對該事件做全面性的總結 (Sandelowski, 2000)。因此，本研究採用來探討婦女於經歷死產後再次懷孕及生產過程的經驗。

研究對象

本研究於台灣南部兩所區域醫院收案，收案條件包括：前一次懷孕曾經歷死產且已順利再次懷孕與生產、再次懷孕及生產過程未診斷有合併症、以及具有清晰的國、台語口語表達能力的婦女。排除條件包含：未滿20歲以及未婚的婦女。採立意取樣，選取異質性高的研究參與者，以最大變異的原則來獲得豐富的文本資料，包括她們的宗教信仰、是否有工作、發生死產當時的懷孕週數以及是否已有子女等。此外，當資料分析時，類目達到飽和始停止收案，自2010年1月至民國2012年2月，共蒐集15位研究參與者。

倫理考量

本研究在正式收案前，將研究計畫送交收案醫院的人體試驗審查委員會進行審查通過 (編號：098068)，收案前研究者先說明研究目的及施行步驟，並主動說明她們有中途退出的權利，徵求研究參與者同意且簽署參與研究同意書後始進行訪談。

資料蒐集

本研究由任職於產房的研究小組成員，先與符合收案條件之研究參與者聯繫，獲得同意後轉介紹給研究者安排第一次訪談，訪談地點則以受訪者能自在描述其經歷為原則。以深度訪談進行資料蒐集，訪談指引包括「請談談從您得知再次懷孕到生產整個過程的經驗」。以及「前一次曾經歷死產，對於您此次再次懷孕及生產有產生哪些影響？」等。本研究第一作者即為資料蒐集者，每次的訪談時間約60-120分鐘，每位研究參與者訪談1-3次，訪談進行到不再出現新話題為止。第一次訪談都是採面對面訪談，共進行22

次訪談，其中包含20次面訪和2次電話訪談。訪談內容在徵求同意後全程錄音，訪談後將數位錄音檔謄寫成逐字稿後，再進行資料分析。

資料分析與嚴謹度的檢視

本研究資料蒐集後即進行初步的分析，且資料分析的結果會引導後續的資料蒐集。資料分析採用質性內容分析 (Bryman, 2001)，以確認訪談文本在脈絡上的意義，進而發展顯現出來的主題。資料分析步驟包括：(一)反覆細讀每筆文本資料，瞭解其中的脈絡，以獲得整體的概念。(二)以研究的問題為焦點，確認出有意義的敘述。(三)將找出的關鍵內容予以命名，並歸納成類目。(四)以歸納的方式將相關的類目組合形成主題。以及(五)統整類目和主題。

本研究採Lincoln及Guba (1985)所發展適合質性研究典範的四個指標，以確保研究結果的嚴謹度。為確保確實性 (credibility)，本研究除了定期與資深的產科講師進行討論 (peer debriefing) 外，資料分析後亦請兩位個案檢視研究結果是否正確地描述她們所經驗的歷程 (member checks)，她們皆回應本研究結果與其經驗相當貼切。此外，本研究採立意取樣有助於確定研究的轉移性 (transferability)，加上研究者與每位參與者進行1至3次的訪談，能夠完整地呈現其在所處家庭及社會脈絡下經歷的經驗，也可獲得確實性和推廣性的資料。而研究者有經驗的訪談技巧、訪談全程錄音以及保存文本分析文件，有助於確保資料的可靠性 (dependability) 及確認性 (confirmability)。最後，研究者在資料蒐集與分析的過程，持續撰寫反思日誌，亦有助於上述四個指標的達成。

結 果

15位研究參與者的年齡介於24歲到43歲之間 ($M = 32.3$)，教育程度以專科畢業居多 (11位)，大部分是職業婦女或在自家開店 (12位)。宗教信仰以民間信仰為多 (6位)，其次是道教 (3位)、基督教 (2位)、佛教 (2位) 及一貫道 (1位)，僅一位無宗教信仰。家庭型態則以小家庭和與公婆同住的家庭為主，分別有7位。在懷孕生產史方面，引產時的懷孕週數介於20到37週之間，13位研究參與者表示醫師有告知死產原因，另2位發生死產的原因不明。死產的孩子有10位是女孩，5位男孩。11位研究參與者於發生死產前尚未生育子女；2位在發生死產前曾有流產經

驗。此外，第一次訪談距離死產的時間為11到60個月($M = 28.0$)，其中自死產至再次生產的時間為3到28個月($M = 17.7$)，而從再次生產算起至第一次訪談的相隔時間為2到57個月($M = 13.2$)。

經過資料分析後，本研究確認出研究參與者經歷死產後再次懷孕與生產的經驗，可以歸納為三個主題以及九個類目，分別描述如下。

主題一、期待又怕受傷害

研究參與者於再次懷孕的過程，呈現一則欣喜順利懷孕成功，但是一則擔憂前次懷孕失落可能再次發生的複雜感受。此內在交戰也表現在產檢和準備嬰兒用物上，持續到順利的生產結果，才能讓再次準備為人母的她們，從上次生產的夢靨中鬆懈下來；而「很緊張」是研究參與者常脫口而出的心情寫照。

(一) 害怕歷史重演：本研究所有參與者都提到前次懷孕的陰影如影隨形，整個懷孕過程都很擔心重蹈覆轍，胎兒又像上次一樣發生狀況。而因為對於懷孕結果的不確定感，致使部分研究參與者雖然很盼望懷孕，在懷孕初期卻不敢公布自己再次懷孕的消息。如：「聽到又再懷孕，先生跟家人都很開心，我剛開始懷孕那時候是一半一半，就是心裡面一直還是那個陰影，我覺得那種感覺很複雜。」(K, 兒子6個月)；「真的！我們一點都不會高興，因為有第一次的經驗，會怕，然後壓力又更大！然後怕說又像第一個這樣的話，也是…壓力很大！所以說，一開始我都不敢講說懷孕，都只有說我身體不好要休息。」(J, 兒子1歲3個月)

(二) 面對產檢的內在拉距：研究參與者因為前次失落的負面經驗，再次懷孕過程因不敢面對產前檢查的結果，而衍生「去」與「不去」產檢的內心交戰及矛盾。她們描述自己情感上，會因怕聽到壞消息而有迴避產檢的念頭；然而理智上還是理解產檢對於查知胎兒狀況的重要，因此，一有狀況出現，還是會立即去醫院檢查，以確認胎兒的健康狀況，故多數研究參與者的產檢頻率還是高於例行性產檢。如：「不擔心、害怕是假的啦！其實還是非常的擔心，又怕像上一次一樣，有了又沒有，所以到現在連要面對產檢都有點害怕。我從知道有心跳，就不太想再去檢查，因為害怕會有心跳又停止了。因為很期待，可是又怕結果會不好，又怕後來心跳停止這樣子，結果不太想回去檢查。」(C, 女兒兩個月)；「開始懷孕之後，就覺得很怕說這一胎又會像上次那一胎那種情形，常常產檢時間還沒到，就趕快去醫院。感覺好像沒什麼在動了，我也會趕快去醫院，覺得肚

子不舒服我也會去看一下，就會很緊張。有時候我先生就說：奇怪你怎麼常跑醫院？因為那時候常到醫院找醫生幫我做檢查。」(M, 兒子1個月15天)

(三) 倒數前胎失落的週數：研究參與者描述再次懷孕期間，經常數算懷孕週數，當懷孕週數越接近前一胎死亡的時間，她們感受的壓力越大。一直到順利通過上一胎死產的週數或月數之後，才能稍微鬆懈；不過最終還是要等到孩子順利出生才能完全放心。如：「大概是在接近上一次懷孕那一段時間…就會更注意，更注意小孩子的狀況，就是會常感受他有沒有胎動。一直到小孩子這一胎生出來之後就比較放心，因為至少生出來我們看得到他，在肚子裡面就不知道他的變化怎樣，就會很緊張。」(M, 兒子1個月21天)「第二次懷孕，就是要渡過前一次發生事情的月份，我才可以放鬆。在我以前的觀念就覺得懷胎十月後就生小孩，就很正常的一件事情。那你發生這種事(前胎35週發生死產)之後，就是很擔心嘛！是等到我正常的生下來之後，我就覺得…我整個身心都放鬆了，覺得已經了結了一部份嘛！」(F, 兒子2歲2個月)

(四) 拖延築巢的時間：部分研究參與者因為對於再次懷孕結果的不可預知及缺乏自信，她們描述自己在再次懷孕過程，會特意延後準備孩子衣物和用品的時間，以免自己再次的受傷害。如：「出事(指死產)後那一胎等於說我是延後，不然前一胎7個月的時候就準備開單要買什麼，我那一胎有比較晚，不敢提早買，因為很緊張啊！…有的人不是都會先買嗎？因為我想說如果太早買，如果過程又不順利的話，我會更難過。」(N, 女兒3歲3個月)；「這一胎變成不敢太早準備，不敢太早準備，我這一胎一直到32週以後，我才準備。(為什麼是32週?)因為我上一胎是30週到31週發生的…我認為最危險的時候，我就跟我老公講說晚一點，這一胎晚一點再買，可是還是會擔心。」(M, 兒子1個月21天)

主題二、如履薄冰

指研究參與者從確定再次懷孕到完成生產過程的戒慎恐懼以及步步為營的內在與外顯行為，除了隨時觀察注意胎兒狀況，連同生活起居及工作型態，也都因此做了調整。再次懷孕全程參與的不僅是婦女本身，還包含她的重要他人，所有人的目標都是順利完成此次的懷孕與生產。

(一) 全神貫注：研究參與者皆描述從確定懷孕到完成生產，腹中的孩子是她們注意觀察和奮力保護的焦點，其中胎動的監測是所有研究參與者不約而同提到的觀察重點。如：「因為醫生就說要注意胎動，所

以變成說我就很注意他的胎動阿！他如果沒有動你就把他動一動，讓他動啊！剛好他也是很活潑，不時在敲鑼打鼓這樣，所以比較安心。對啊！因為醫生就是有跟你講說重點，就是注意這個就好了。」(H, 女兒4個月)；「我下班回到家裡把事情處理好了，就會坐在那邊，一邊看電視一邊就是照書上說的，他半小時內應該動幾次。懷第一胎的時候，只是每天都在那邊翻書，今天幾週，小孩子應該是怎樣的狀況，是沒有那麼的注意，對啊！不會注意說真的要去看他動幾次或怎樣。」(K, 兒子6個月)

(二)生活改變：研究參與者描述從確定懷孕開始，即積極迴避可能對懷孕結果產生疑慮的事項，包含飲食、作息、活動以及工作環境與型態，也都因懷孕做了調整，就連過去不會採納的民俗和傳說也願意遵從，例如胎神和祭拜註生娘娘等。如：「我一月開始工作，二月份就懷孕，就不做了，因為那種汽車保養廠就是有那個烤漆、鍍金那些的，是比較不合適在那種地方工作啊！…還有那時候我不曉得我結婚後會馬上懷孕啊，我本身就是會有蕁麻疹，然後都有吃那個止癢的藥，我想是那個藥物造成的吧！所以這一胎我是根本連吃藥…反正人家說吃什麼的一律禁止，我只有吃辛寶納多而已，不敢亂吃東西。」(H, 女兒4個月)；「前三個月還是小心翼翼，那時候都是在睡覺，睡到我婆婆叫我起床吃中餐、晚飯。他們會說家裡盡量不要撞到，不要移動。他們說有胎神，不要拿鐵鎚釘東西，啊他們自己也不要。那時候小孩子走掉，所以他們就是才要更交待啊！連戴腳鏈、戴項鏈、戴戒指，他們叫我說拔掉(為什麼?)怕小孩子會勒死啊！」(C, 女兒兩個月)

(三)全體總動員：因為前次死產的懷孕結果，再次懷孕成為家族和重要他人的小心謹慎的焦點，大家都主動關心以及提供意見與支持。除了丈夫特別留意準媽媽的作息和安全，安排小孩照料事項，以及避免劳累的活動。雙方長輩則較注意懷孕期的營養與睡眠，提醒孕期居家生活的禁忌，以及主動提供生產醫院與醫師的建議。此外，職場的主管也會調整工作負荷，而醫護人員也會提供較多的關注、資訊和處置。如：「快生的時候，我媽媽有建議說要不要36週的時候就剖腹就把他拿出來？啊有些親戚也說要不要好好的休息，就在家裡待產，或是問醫院看能不能讓你住院觀察…壓力真的還是蠻大的，對啊，我和先生是覺得就順其自然啦！」(K, 兒子6個月)；「我們護理長就是能讓我休息就讓我休息，因為萬一我這一胎又不好，她不敢擔當這個責任啦！我上班她都不敢叫我做粗重的事情，就是擔心我

的狀況。所以我如果去上班，她會排我做行政工作，一直叫我多休息，不要一直走動。」(M, 兒子1個月15天)

主題三、再次懷孕有助於撫平失

研究參與者描述死產之後，自己一面療傷一面還是有生育健康孩子的壓力與計畫，尤其她們之中有9位是初胎懷孕即遭逢死產。回顧再次懷孕與生產的歷程，本研究所有參與者都描述新生命為生活帶來新的重心，可以彌補失落造成的缺憾，悲傷的情緒能得到緩解，自己亦會比較釋懷。

(一)轉移生活重心：研究參與者描述再次懷孕期間，因前次的失落常會有不確定感，加上再次懷孕的生活事件也經常讓她們睹物思情。當胎動的出現，提醒她們一個新生命正在腹中孕育，如此激發她們有責任把一些關愛給腹中的胎兒。此外，新生的孩子在產後也轉移她們的注意力，成為生活的重心。如：「剛懷孕那時候會覺得很複雜，那時候的心情跟之前的心情又不一樣。可是一直到…就是第二個寶寶有胎動的時候，我就覺得我如果又去擔心其他的事情，而沒有好好的去照顧他，我對他很不公平。就是你心裡面還是有那個陰影在，可是現在又懷孕，可是又…也不能放著，你還是要關心他，對啊！」(K, 兒子6個月)；「直到這個小孩子生下來之後，那個痛就幾乎沒了，心裡就不會痛，因為好像有一個代替，因為小孩子已經出來了，就重心都在她身上了，因為我想說他(指逝去的孩子)跟你沒有緣分吧！這個小孩子生出來之後，人家比較不會去問說怎麼不要再生？現在人家就說啊妳生這個好可愛。」(D, 女兒11個月)

(二)填補心中空缺：研究參與者從死產後到再次懷孕前，當想起或是提起前次死產事件時，仍然會不由自主地哭泣，只是出現頻率與心痛程度逐漸減少。她們描述經歷懷孕失敗後，需要再有一次成功的生育結果，才能確保自己的角色功能完好無缺，而再生的孩子也能夠彌補她們心中的失落。如：「我覺得傷口一直在變小，但是可能小到一個程度就維持住了，我自己認為永遠沒辦法說沒發生過，它永遠在我的內心深處…妳要我釋懷，我就是要生了一個小朋友出來啦！對，弟弟妹妹都沒有關係，我都不在乎，可以把她那個孔…有辦法把它填補。」(O, 女兒1歲10個月)；「一直到她平安生出來才比較釋懷，因為這一胎也是妹妹，就想說我是不是真的把她生回來了…我這胎就是蓋掉之前的情緒，對啊！我就一直慢慢感覺會比較淡掉了。」(N, 女兒3歲3個月)

討 論

「期待又怕受傷害」是本研究所有婦女於再次懷孕與生產過程的心情寫照，整個孕期來回於再次懷孕的欣喜，前次失落未消褪的哀傷，以及不確定此次結果能否成功之間。雖然她們全都是計畫懷孕，然而，從她們因為擔憂重蹈前次死產的懷孕結果，而計算何時通過發生上次的懷孕週數，以及表現在迴避產檢和準備新生兒用品的內在衝突，皆清楚呈現婦女再次懷孕過程的矛盾與困難。本研究結果顯示，再次懷孕過程的第一個重要關卡是前次發生死產的週數，主要是害怕重蹈覆轍的預期性焦慮，因此，準媽媽的擔憂，在通過此里程碑後能夠明顯減低。Côté-Arsenault和Marshall(2000)訪談13位曾有懷孕失落經驗的美國婦女，她們將再次懷孕的心情比喻為「一隻腳在裡面，另一腳在外面(one foot in—one foot out)」，婦女描述她們在情緒上不願意兩隻腳都跳進去，是因為對於再次懷孕結果的疑慮，當渡過上次失落的週數後，會讓再次懷孕的準媽媽能夠暫時鬆一口氣。台灣和美國婦女對於失落後再次懷孕過程，有類似的矛盾心情。本研究發現，部分婦女雖然理智上想要藉由延後準備新生兒用物，來和腹中胎兒保持適當的情感投入，自我防衛以保護自己避免再次受傷；然而，本研究也顯示，隨著懷孕期的進展，腹中胎兒仍是婦女全神貫注的重要焦點。保持距離也是瑞典婦女經歷流產之後第一孕期的情感狀態，以避免再次的失望(Adolfsson, Johansson, & Nilsson, 2012)。

本研究參與者雖然對於產檢的決策過程有深度的擔憂與掙扎，最終，她們大多數於再次懷孕期間的產檢次數都有增加，如此有助於緩解她們的不確定感與焦慮。土耳其與美國的研究有類似的結果，母親於經歷周產期失落後再次懷孕過程中，接受非例行產檢的次數顯著高於無失落經驗組(Kinsey, Baptiste-Roberts, Zhu, & Kjerulff, 2015; Yilmaz & Beji, 2013)。此外，統合分析研究亦報告，焦慮和憂鬱是孕期依附的危險因子；而產前檢查則是孕期依附的促進因子(Yarcheski, Mahon, Yarcheski, Hanks, & Cannella, 2009)，表示增加產檢的次數對於準媽媽有正面的意義。至於前次失落對於母親再次懷孕孕期依附的影響，相關研究結果仍不一致(Armstrong, 2002; Armstrong, 2004; Tsartsara & Johnson, 2006)，尚無法釐清此多面向以及動態的過程，建議未來可設計追蹤性研究做進一步的探討。

本研究顯示「如履薄冰」是婦女在經歷死產後，整個懷孕與生產過程盡其所能以及步步為營的行為表現，此過程可印證Rubin(1976)提出的四個孕期母性行為。本研究發現，婦女再次懷孕過程共通的行為表現是密切注意或計算胎動，一發現有變異就趕緊到醫院檢查，以確保胎兒的健康與安全，且婦女專注於胎動監測，也是學習貢獻出她自己的表現。為了確保胎兒的健康，研究參與者即使對產檢結果心存壓力，還是願意去醫院檢查。此外，她們也會捨棄平日喜歡的活動，在家多休息。為了胎兒，就連平時不信的民俗傳說，還是願意遵從其禁忌。所有的付出與願意調整的生活改變，皆突顯準媽媽在經歷失落後之再次懷孕過程，以順利生產為目標的主動奉獻行為。另外，早期研究顯示，計算胎動有助於孕期依附的建立；然近期一篇收案1,123位孕婦的隨機對照實驗性研究，則有不一致的結論，其研究發現第三孕期計算胎動可能反而會成為孕期壓力的來源(Saastad, Israel, Ahlborg, Gunnes, & Frøen, 2011)。建議未來可以進一步從質性和量性研究設計，深入探討準媽媽居家監測胎動對於再次懷孕過程與結果的影響。除了婦女本身，本研究發現再次懷孕過程中，丈夫、雙方家族、工作同事以及醫護人員，都一起關心注意以及提供支持，在台灣的家庭，懷孕與生產一向是準父母雙方原生家庭共同關心的大事，尤其是在發生非預期的死產之後的再次懷孕。此與瑞士的質性研究結果一致，伴侶、重要他人以及健康專業人員，是婦女再次懷孕過程，因應情緒與維持希望的支持來源(Lee, McKenzie-McHarg, & Horsch, 2013)。

再次懷孕有助於撫平失落，是本研究發現的第三個主題，再次懷孕成功對於台灣婦女至少涵蓋兩個意義：除了宣告自己生育角色的達成之外，此次再生的孩子往往也能夠轉移注意力，成為婦女的精神寄託與另一個生活重心。在現實的華人社會，作為生育主體的父母透過生育孩子，除了個人可以獲得心理愉悅以及精神寄託，還可以獲得社會和他人的正面評價、維護家庭的社會地位以及體現人生價值等(羅, 2003)。對台灣的婦女而言，完成生育仍是被期待的角色功能，此社會價值信念可能扮演她們在經歷死產後療癒過程的推手，但也可能成為阻礙其復原的障礙因子。研究顯示，期待下一次懷孕是婦女經歷死產後的共同期盼，可以減輕將孩子死亡歸因於自己，重獲健康的身體與自我，以及完成文化的期待(Hsu et al., 2002)。本研究結果顯示研究參與者再次懷孕與

完成生產，的確有助於調適以及撫平其前次的失落。Tseng等(2014)的研究有相同的結果，再次懷孕生產是母親調適死產傷痛之恢復過程的重要里程碑，對於部分婦女而言，如果沒有再生一個孩子，失落後留下的傷口再久都無法完全癒合。死產的經驗致使婦女更加關注其再次生育的結果，因此，順利再次生育可以安定婦女在現實世界的存處問題，婦女悲傷的情緒能得到緩解，她們亦得以獲得釋懷。

至於臨床和研究都曾討論「替代孩子症候群」(replacement child syndrome)，是指失落後再次懷孕的婦女會全神貫注在她身體內的新生命，致使她對前一胎失落的哀悼可能中斷，而在下個孩子出生後再度開始，如此將造成病態的母子關係(Lewis, 1979)。父母將再次生育的孩子當成前次失落孩子的替身，替代的孩子將無法發展他自己的認同，而未能完成哀傷的父母被認為有產生病態心理的風險(Grout & Romanoff, 2000)。本研究結果顯示，在經歷死產婦女的心目中，再生的子女可能是再生的另一個孩子，或是將前一胎死產重新生回來的孩子，不論其再生的子女是前述哪一種身分，所有婦女皆肯定再生的孩子可以填補心裡因為失落造成的遺憾，有助自己從失落中獲得釋懷。她們都表示前後兩個孩子是不同的個體，再生的孩子無法取代逝去的孩子，亦即，本研究所有參與者並未出現替代孩子症候群，而Grout和Romanoff(2000)的研究也有相同的結果。

結 論

本研究描繪台灣婦女經歷死產之後，再次懷孕過程憂喜交錯的複雜內在歷程，同時呈現婦女以順利產子為目標，孕期全程戰戰兢兢、貢獻出她自己的因應方式，最終婦女也反映順利的再次懷孕與生產對其失落經驗的正面意義。因此，本研究結果對於瞭解台灣婦女經歷死產的全貌亦有貢獻。「期待又怕受傷害」足以代表所有婦女再次懷孕孕期隱諱的內在情感，其中對於產檢和準備新生兒用品的猶豫念頭與行為，則顯現她們在孕期的深度不安和矛盾。此外，本研究也顯示，台灣家族對於曾歷經懷孕挫折子女或家人的關照與支持。而最後順利生育的孩子具有雙重意義，除了能達成婦女此次懷孕的角色目標，亦能療癒婦女前次失落所留下的傷痕。本研究建議，產科醫護人員能夠接納婦女再次懷孕的反應，以及適時提供資訊與支持，如此對她們能否經歷一個正面的再次懷孕及生產經驗將會有助益。

研究建議

本研究以順利再次懷孕與生產婦女為收案條件，然而部分婦女於死產後再次發生周產期失落，建議未來研究可探討婦女重複發生周產期失落的經驗。

實務應用

本研究顯示，曾經歷死產的經驗的確帶給婦女再次懷孕過程的壓力與焦慮。健康照護提供者能夠審慎評估孕婦的產科史，以及確認過去的周產期失落經驗是很重要的，可和夫妻討論如何在孕期協助她們，對其此次再次懷孕較有助益。此外，本研究也發現，婦女面對產檢的內在矛盾，以及醫護人員是婦女因應再次懷孕的支持來源之一。因此，健康照護提供者透過提供一個能讓夫妻放心與支持性的環境，瞭解、接納婦女再次懷孕的反應與擔憂以及適時提供資訊，將有助於婦女降低焦慮，以及經歷一個正面的再次懷孕與生產經驗。

誌 謝

本研究感謝科技部提供研究經費的支持(NSC 101-2314-B-273-003)，同時也對所有參與研究的婦女致上最高的謝忱。

參考文獻

- 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。[Tseng, Y. F., Chen, C. H., Hsu, T. L., & Wang, H. H. (2010). Maternal-fetal attachment transformation in women experiencing stillbirth. *Journal of Nursing and Healthcare Research*, 6(1), 24-32.] doi:10.6225/JNHR.6.1.24
- 衛生福利部國民健康署(2015, 7月)·102年、101年度活產及死產分布·取自[https://olap.hpa.gov.tw/search/ShowReport.aspx?mode=7&tarId=101&year=102&com_year=101&ftype=&fvals=&fpage=0&CityWhere=&City](https://olap.hpa.gov.tw/search/ShowReport.aspx?mode=7&tarId=101&year=102&com_year=101&ftype=&fvals=&fpage=0&CityWhere=&CityName=&chart=0&addType=&NoLevel=1)

Name=&chart=0&addType=&NoLevel=1]

- 蔡淑惠 (2007) · 歷經非選擇性終止妊娠之婦女的哀傷與創傷後反應及其相關因素 (未發表的碩士論文) · 臺北市：國立臺灣大學護理研究所。[Tsai, S. H. (2007). *Grief and post-traumatic reaction in the women received non-selective termination* (Unpublished master's thesis). National Taiwan University, Taipei, ROC.]
- 羅麗艷 (2003) · 孩子成本效用的拓展分析及其對中國人口轉變的解釋 · *人口研究*, 27(2), 47–54。[Luo, L. Y. (2003). Extensive analysis of children's cost-effect theory and its application in explaining Chinese demographic transition. *Population Research*, 27(2), 47–54.]
- Adolfsson, A., Johansson, C., & Nilsson, E. (2012). Swedish women's emotional experience of the first trimester in a new pregnancy after one or more miscarriages: A qualitative interview study. *Advances in Sexual Medicine*, 2(3), 38–45. doi:10.4236/asm.2012.23007
- Armstrong, D. S. (2002). Emotional distress and prenatal attachment in pregnancy after perinatal loss. *Journal of Nursing Scholarship*, 34(4), 339–345. doi:10.1111/j.1547-5069.2002.00339.x
- Armstrong, D. S. (2004). Impact of prior perinatal loss on subsequent pregnancies. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 33(6), 765–773. doi:10.1177/0884217504270714
- Blackmore, E. R., Côté-Arsenault, D., Tang, W., Glover, V., Evans, J., Golding, J., & O'Connor, T. G. (2011). Previous prenatal loss as a predictor of perinatal depression and anxiety. *The British Journal of Psychiatry*, 198(5), 373–378. doi:10.1192/bjp.bp.110.083105
- Bryman, A. (2001). *Social research methods*. New York, NY: Oxford University Press.
- Côté-Arsenault, D., & Bidlack, D. (2001). Women's emotions and concerns during pregnancy following perinatal loss. *Maternal Child Nursing*, 26(3), 128–134. doi:10.1080/073993301753235406
- Côté-Arsenault, D., Donato, K. L., & Earl, S. S. (2006). Watching and worrying: Early pregnancy after loss experiences. *MCN: American Journal of Maternal Child Nursing*, 31(6), 356–363. doi:10.1097/00005721-200611000-00005
- Côté-Arsenault, D., & Marshall, R. (2000). One foot in—one foot out: Weathering the storm of pregnancy after perinatal loss. *Research in Nursing & Health*, 23(6), 473–485. doi:10.1002/1098-240X(200012)23:6<473::AID-NUR6>3.0.CO;2-I
- Cousens, S., Blencowe, H., Stanton, C., Chou, D., Ahmed, S., Steinhardt, L., ... Lawn, J. E. (2011). National, regional, and worldwide estimates of stillbirth rates in 2009 with trends since 1995: A systematic analysis. *The Lancet*, 377(9774), 1319–1330. doi:10.1016/S0140-6736(10)62310-0
- DeBackere, K., Hill, P. D., & Kavanaugh, K. L. (2008). The parental experience of pregnancy after perinatal loss. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 37(5), 525–537. doi:10.1111/j.1552-6909.2008.00275.x
- Downe, S., Schmidt, E., Kingdon, C., & Heazell, A. E. P. (2013). Bereaved parents' experience of stillbirth in UK hospitals: A qualitative interview study. *BMJ Open*, 3(2), e002237. doi:10.1136/bmjopen-2012-002237
- Gravensteen, I. K., Helgadottir, L. B., Jacobsen, E.-M., Radestad, I., Sandset, P. M., & Ekeberg, O. (2013). Women's experiences in relation to stillbirth and risk factors for long-term post-traumatic stress symptoms: A retrospective study. *BMJ Open*, 3(10), e003323. doi:10.1136/bmjopen-2013-003323
- Grout, L. A., & Romanoff, B. D. (2000). The myth of the replacement child: Parents' stories and practices after perinatal death. *Death Studies*, 24(2), 93–113. doi:10.1080/074811800200595
- Hsu, M. T., Tseng, Y. F., & Kuo, L. 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
- Hutti, M. H., Armstrong, D. S., & Myers, J. (2013). Evaluation of the perinatal grief intensity scale in the subsequent pregnancy after perinatal loss. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 42(6), 697–706. doi:10.1111/1552-6909.12249
- Kelley, M. C., & Trinidad, S. B. (2012). Silent loss and the clinical encounter: Parents' and physicians' experiences of stillbirth—A qualitative analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 12(1), 137. doi:10.1186/1471-2393-12-137
- Kinsey, C. B., Baptiste-Roberts, K., Zhu, J., & Kjerulff, K. H. (2015). Effect of multiple previous miscarriages on health behaviors and health care utilization during subsequent pregnancy. *Women's Health Issues*, 25(2), 155–161. doi:10.1016/j.whi.2014.11.008

- 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
- Lee, L., McKenzie-McHarg, K., & Horsch, A. (2013). Women's decision making and experience of subsequent pregnancy following stillbirth. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 58(4), 431–439. doi:10.1111/jmwh.12011
- Lewis, E. (1979). Mourning by the family after a stillbirth or neonatal death. *Archives of Disease in Childhood*, 54(4), 303–306. doi:10.1136/adc.54.4.303
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. London, England: Sage.
- McCreight, B. S. (2008). Perinatal loss: A qualitative study in Northern Ireland. *OMEGA: Journal of Death and Dying*, 57(1), 1–19. doi:10.2190/OM.57.1.a
- Nansel, T. R., Doyle, F., Frederick, M. M., & Zhang, J. (2005). Quality of life in women undergoing medical treatment for early pregnancy failure. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 34(4), 473–481. doi:10.1177/0884217505278319
- Nijkamp, J. W., Korteweg, F. J., Holm, J. P., Timmer, A., Erwich, J. J. H. M., & van Pampus, M. G. (2013). Subsequent pregnancy outcome after previous foetal death. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 166(1), 37–42. doi:10.1016/j.ejogrb.2012.10.008
- Rubin, R. (1976). Maternal tasks in pregnancy. *Journal of Advanced Nursing*, 1(5), 367–376. doi:10.1111/j.1365-2648.1976.tb00921.x
- Saastad, E., Israel, P., Ahlborg, T., Gunnes, N., & Frøen, J. F. (2011). Fetal movement counting—Effects on maternal-fetal attachment: A multicenter randomized controlled trial. *Birth*, 38(4), 282–293. doi:10.1111/j.1523-536X.2011.00489.x
- Salihu, H. M., August, E. M., de la Cruz, C., Mogos, M. F., Weldelesasse, H., & Alio, A. P. (2013). Infant mortality and the risk of small size for gestational age in the subsequent pregnancy: A retrospective cohort study. *Maternal and Child Health Journal*, 17(6), 1044–1051. doi:10.1007/s10995-012-1085-9
- Sandelowski, M. (2000). Whatever happened to qualitative description? *Research in Nursing & Health*, 23(4), 334–340. doi:10.1002/1098-240X(200008)23:4<334::AID-NUR9>3.0.CO;2-G
- Shaefer, S. J. M. (2010). Perinatal loss and support strategies for diverse cultures. *Neonatal Paediatric & Child Health Nursing*, 13(2), 14–17.
- Swanson, K. M., Connor, S., Jolley, S. N., Pettinato, M., & Wang, T. J. (2007). Contexts and evolution of women's responses to miscarriage during the first year after loss. *Research in Nursing and Health*, 30(1), 2–16. doi:10.1002/nur.20175
- Tsartsara, E., & Johnson, M. P. (2006). The impact of miscarriage on women's pregnancy-specific anxiety and feelings of prenatal maternal-fetal attachment during the course of a subsequent pregnancy: An exploratory follow-up study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 27(3), 173–182. doi:10.1080/01674820600646198
- Tseng, Y. F., Chen, C. H., & Wang, H. H. (2014). Taiwanese women's process of recovery from stillbirth: A qualitative descriptive Study. *Research in Nursing & Health*, 37(3), 219–228. doi:10.1002/nur.21594
- Turton, P., Hughes, P., Evans, C. D. H., & Fainman, D. (2001). Incidence, correlates and predictors of post-traumatic stress disorder in the pregnancy after stillbirth. *The British Journal of Psychiatry*, 178(6), 556–560. doi:10.1192/bjp.178.6.556
- Vais, A., & Kean, L. (2012). Stillbirth—Is it a preventable public health problem in the 21st century? *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine*, 22(5), 129–134. doi:10.1016/j.ogrm.2012.02.006
- Van, P., & Meleis, A. I. (2003). Coping with grief after involuntary pregnancy loss: Perspectives of African American women. *Journal of Obstetrics and Gynaecologic & Neonatal Nursing*, 32(1), 28–39. doi:10.1177/0884217502239798
- Yarcheski, A., Mahon, N. E., Yarcheski, T. J., Hanks, M. M., & Cannella, B. L. (2009). A meta-analytic study of predictors of maternal-fetal attachment. *International Journal of Nursing Studies*, 46(6), 708–715. doi:10.1016/j.ijnurstu.2008.10.013
- Yilmaz, S. D., & Beji, N. K. (2013). Effects of perinatal loss on current pregnancy in Turkey. *Midwifery*, 29(11), 1272–1277. doi:10.1016/j.midw.2012.11.015

The Childbearing Experiences of Taiwanese Women After a Stillbirth

Ying-Fen Tseng^{1*} • Yu-Ping Chen² • Pi-Tzu Cheng³ • Chi-Pin Yuan⁴ • Pei-Ching Kuo⁵

¹PhD, RN, Associate Professor, Department of Nursing, Chung Hwa University of Medical Technology; ²PhD, RN, Counseling Psychologist, Associate Professor, Department of Counseling and Guidance, National University of Tainan; ³BSN, RN, Leader, Delivery Room, Department of Nursing, Ditmanson Medical Foundation Chiayi Christian Hospital; ⁴MSN, RN, Head Nurse, Delivery Room, Department of Nursing, Ditmanson Medical Foundation Chiayi Christian Hospital; ⁵BSN, RN, Delivery Room, Department of Nursing, St. Joseph's Hospital.

Abstract

Background: Perinatal losses are traumatic events for women and may have serious long-term consequences for the psychological health of women and subsequent pregnancies. Therefore, it is important to explore the psychological adaptation process of subsequent pregnancy after loss in order to understand the overall phenomenon of perinatal loss.

Purpose: To explore the childbearing experiences of women who have experienced a prior stillbirth.

Methods: This qualitative descriptive study targeted a purposive sample of 15 women who had prior personal experiences with stillbirth. A total of 22 in-depth interviews were conducted in order to ensure data saturation. Women who had experienced stillbirth at one of two teaching hospitals in southern Taiwan were recruited. Data were analyzed using content analysis.

Results: Three themes were identified that captured the complex feelings of participants regarding their subsequent childbearing experiences: (1) looking forward to another pregnancy but afraid of being hurt again, (2) treading on thin ice, and (3) bearing another child helps heal the loss of the stillborn.

Conclusions / Implications for Practice: The empirical data gathered in the present study helps build a more complete understanding of the process of recovery that women undergo following a stillbirth experience. In addition, the results suggest that healthcare professionals should be aware of and accept the worries and reactions of women during their subsequent pregnancy in order to help these women achieve a positive subsequent childbearing experience.

Key Words: subsequent pregnancy, stillbirth, perinatal loss, qualitative descriptive study.

Accepted for publication: March 2, 2016

*Address correspondence to: Ying-Fen Tseng, No. 89, Wen-Hwa 1st. St., Rende District, Tainan City 71703, Taiwan, ROC.
Tel: +886 (6) 267-1214 ext. 501; E-mail: ying_fen2003@yahoo.com.tw