

Received Date: 9 December 2016

Accepted Date: 10 January 2017

澳門非自願中斷妊娠婦女的心路歷程與照護需求

郭慧雯^{1*} 馮艷霞¹ 翁美芳² 洪麗姬¹ 林淑琮¹ 陳頌儀³

【摘要】目的：探討澳門非自願中斷妊娠婦女得悉知需中斷妊娠後的心理反應，及其照護需求。方法：採質性描述性現象學研究方法，對 10 位流產婦女作半結構式深度訪談，以 Colaizzi 分析她們流產期間的感受。結果：她們希望瞭解致胎停育的原因及預防方法，部份自責甚至崩潰，更對日後懷孕心生恐懼，認為醫療程式有改善空間。結論：醫護人員應尊重病人權益，避免醫療事故，適時提供過渡服務，完善社區服務接鏈及加強推廣相關醫療資訊，進一步完善本澳婦產科服務。【關鍵詞】中斷妊娠 流產 心理反應 照顧支援需求 現象學

A phenomenological research on women's psychological changes and care needs of unintended pregnancy loss in Macau

Wai Man Kuok^{1*} Im Ha Fong¹ Mei Fong Iong² Lai Kei Hong¹ Soc Keng Lam¹ Chung Yee Chan³

[Abstract] Objective: To explore the psychological changes and care needs of women during the unexpected termination of their pregnancy. Methods: Qualitative phenomenological methodology was conducted with ten women of unintended pregnancy loss via semi-structured in-depth interviews. By employing the Colaizzi analysis technique to transcribe, collate and analyze the collected data. Results: The reason and the prevention of the pregnancy loss are most concerned. Self condemned and break-down feelings emerged among a portion of the interviewed women. They also feared of pregnancy. Improvement on the medical services and the related procedures is generally requested. As a result, conclusions were identified from the three perspectives: psychological responses, effects of pregnancy loss and needs of care support. Conclusions: Health care providers should strengthen the education of the pregnancy information to the public. Deeper understanding and cognition of patient's rights would help avoiding medical malpractice. Timely abortion transition services and continuous improvement on community health services are recommended. And thus, the Obstetric and Gynecological Services in Macau can be further advanced.

[Key Words] termination of pregnancy abortion psychological responses needs of care support phenomenology

* 通訊作者: quinkuok@yahoo.com.hk

¹ 澳門仁伯爵綜合醫院

² 澳門衛生局

³ 香港理工大學

指導老師：陳頌儀

1. 引言

不論是因胎兒發育異常、死胎或懷孕危及生命而需中斷妊娠之孕婦，都會產生失落、抑鬱、罪惡感等情緒。更有研究指出，部分流產婦女的負面情緒可持續數年，因此，應持續向其提供情緒支援至再次懷孕 (Lafarge, Mitchell, & Fox, 2013)。有研究顯示婦女流產後出現抑鬱症的概率為 30.42% (陸美英、陳燕, 2012)；而曾有流產經驗之婦女其後再次懷孕，出現焦

慮和抑鬱症的機率，更是初孕者的 2.4 至 2.7 倍 (Gong, Hao, Tao, Zhang, Wang, & Xu, 2013)。全球約 13% 婦產科死亡率與中斷妊娠合併症有關 (Sham, Yiu, & Ho, 2010)，跨學科的專業團隊可為這些婦女提供決策性諮詢、生理和心理支援服務 (Smart, & Smith, 2013)。根據澳門公立醫院 2011 至 2014 年非正式統計數字顯示，約 740 例流產病例中，經產前檢查證實需中斷妊娠的有 396 例 (53.51%)，因胎兒不能成活需中斷妊娠的有 380 例 (95.96%)，預計胎兒

出生後患有無法治癒的嚴重疾病或畸形而需中斷妊娠的有 16 例 (4.04%)。在亞洲，目前對探討中斷妊娠婦女的個人經驗、心理狀態與照護支援的相關課題的研究較少，值得學者及醫療團隊關注。本研究將採用質性現象學研究法，從澳門中斷妊娠婦女的角度，探討其感受、經歷和護理需求。

2. 研究對象與方法

2.1 研究對象

採用立意取樣，以滾雪球效應於 2014 年 5 至 8 月深入訪談了 10 名懷孕 4~24 周、經醫生建議且受訪者同意中斷妊娠的婦女。她們的年齡介於 30 至 49 歲之間，均能以粵語溝通，其中 8 位為大學或以上教育程度，4 位有宗教信仰，中斷妊娠距離接受訪問時間最短為 1 個月，最長為 11 年。受訪者資料見表 1。

2.2 研究方法

為探究婦女面對非自願中止妊娠時期之心路歷程與體驗，故本研究採用質性描述性現象學研究方法，在半結構式訪談指引下，與受訪者作面對面深入訪談。訪談前，通過文獻查證 (Gerber-Epstein, Leichtentritt, & Benyamini, 2009; Abboud, & Liamputtong, 2005; Smith, Frost, Levitas, Bradley, & Garcia, 2006; Murphy, & Merrell, 2008; Musters, Taminiau-Bloem, Van Den Boogaard, Van Der Veen, & Goddijn, 2011) 及研究團隊討論，擬定訪談指引，並在訪談中不斷完善修正。訪談為時約 24~121 分鐘，全過程錄音並扼要記錄下受訪者的非語言行為，訪談結束後由研究員逐字謄寫錄音稿。具體訪談內容包括：心理狀況：知悉醫生建議需作流產時的感受 (Gerber-Epstein et al., 2009)；流產後的情緒起伏變化 (Abboud et al., 2005; Smith et al., 2006)；流產對受訪者未來生育期望的影響 (Smith et al., 2006)；流產對家庭及夫妻關係的影響 (Gerber-Epstein et al., 2009)。

照護需求：受訪者對醫療機構恆常處理方式的感受 (Smith et al., 2006; Murphy, & Merrell, 2008)；流產後期望得到家人及醫療團隊的支持及建議等 (Abboud, & Liamputtong, 2005; Smith et al., 2006; Musters et al., 2011)。訪談期間，所有受訪者情緒及整體情況穩定，順利完成。

2.3 分析方法

根據現象學 Colaizzi 七步驟分析資料，6 位研究成員歷時五個月收集資料並同步分析，多次聆聽訪談錄音，逐字謄寫錄音稿形成原始資料並交受訪者覆核。通過研究小組討論及分析，整理出共同及特異的現象，提煉主題並作整體性描述，形成現象的基本架構。研究結論再由受訪者審視，若有新資料再納入其中。

2.4 嚴謹度

6 位研究成員是資深的護理工作者，當中有 3 位長期從事婦產科護理工作。研究過程遵循嚴謹的中立性、確實性、可用性及一致性 (李選, 2011)。所有訪談錄音由研究小組負責謄稿，其後文本由 2 位組員核對，再予受訪者核實，確保內容的真確性。每位受訪者的訪談錄音平均由 3 至 4 位組員聆聽及反復檢核，文本經研究小組分析歸納，再與資深研究導師共同討論。

3. 研究成果與分析

經過反復分析 10 位非自願中斷妊娠婦女的訪談資料，對其心理變化與支援需求，歸納出 3 個類別，包括：負面心理反應，流產影響及照顧支持需求。(下文之 P 指受訪者 Participant)

3.1 負面心理反應

心理反應是指婦女知悉胎兒異常或停止發育時，由醫生建議中斷妊娠至完成程式後之內心感受。

3.1.1 無法接受

醫生告知婦女胎兒異常或停止發育時，九位受訪者都感到突然、無法接受，甚至否定診斷，認為是醫生誤診或希望由其他醫生覆檢。P3：「醫生告訴我胎兒沒有心跳，我無法接受，認為不會的，其實根本是自己欺騙自己…」

表 1 受訪者個人資料 (n=10)

項目	人數	百分比 (%)
年齡 (歲)	30~34	70%
	≥ 35	30%
宗教信仰	基督教	20%
	佛教	20%
	無	60%
教育程度	大專	20%
	大學	60%
	碩士	20%
職業	家庭主婦	10%
	文員	10%
	採購經理	10%
	賭場主任	10%
	公職人員	20%
結婚年期	專業人士	40%
	0~4	70%
	5~9	20%
子女	≥ 10	10%
	無	40%
	1	30%
流產周數	≥ 2	30%
	4~8	70%
	9~12	20%
	≥ 13	10%

P6：「當你期待一個生命在自己身上出現，準備迎接一個新開始，但突如其來的情況下，不知為何會沒有了…那一刻很難接受…」P10：「會想是否暫時沒有心跳，今天可能有吧！」婦女聽到胎兒情況異常時，第一反應都是否定的。

3.1.2 責怪自己

當婦女開始接受胎兒異常或停育的事實後，會開始猜測原因，並自責未注意自身不適，甚至認為是以往曾作人工流產而導致上天給予懲罰。P3：「怪責自己是否做了甚麼導致這個結果？是我身體不好沒有注意？還是我亂吃東西，或做了些甚麼以致胎兒停止發育？」P4：「如果當初我有咖啡色分泌物時，立刻臥床休息或去看醫生會比較好！」P10：「我覺得上天可能對我有點…因為我曾經做過人流，上天要懲罰我…」她們都將問題歸咎於自己。

3.1.3 情緒崩潰

滿懷期待的孕婦，突然面對悲痛的消息，往往大受打擊，情緒低落，甚至陷入崩潰狀態。P3：「我對這次懷孕抱著很大期望，但告訴我胎兒沒了，我很傷心，整個人崩潰了，泣不成聲…」P6：「那一刻接受不了，就像崩潰一樣，突然間從很開心的天堂跌到地獄一樣…」可見她們有著不能言喻的悲痛。

3.1.4 假裝堅強

部份婦女知道丈夫及家人的心情同樣難過，會假裝堅強。P6：「那時候感覺很特別的，面對家人時，因為害怕丈夫及母親擔心，所以在他們面前會自然地表現出很堅強，但其實自己內心卻很脆弱…」為免加重家人的困擾，轉找朋友或護理人員傾訴。

3.1.5 觸景傷情

婦女在中斷妊娠後，首兩個月情緒仍相當波動，從電視、社交網站看到胎兒掃描照片或嬰兒相片，甚至見到家人或朋友的小孩均會牽動悲痛情緒。P3：「在流產後一個月裡，每次見到我家中三個小孩，我都會哭…會讓我勾起…為何有這樣的結局。」P5：「上網看到朋友的掃描照片，說現在懷孕幾周，我就會想，如果我懷孕成功，現在也應該幾周了，想到這就哭了…」P6：「我看電視看到嬰兒都會哭…」部份婦女的傷痛情緒更會延續達兩年之久。所有非自願中斷妊娠的婦女都會產生負面情緒，醫護人員應體諒、陪伴、給予調適空間，提供正面資訊及同理心支援，協助其渡過哀傷時期。

3.2 正反之生活影響

本類別是指中斷妊娠對婦女、家人之間及日後生育方面所帶來的影響。

3.2.1 對懷孕既期待又恐懼

經歷了胎兒停育的流產手術，9 名受訪婦女表示對下次懷孕感到害怕、擔心與恐懼，但同時又渴望及期待。P7：「對於下次懷孕…期待，

但又害怕，擔心會跟這次一樣。」P3：「恐懼的力量很大…因為我年紀大（35 歲），生過小孩，也流產過，各方面身體因素，加上我丈夫可能也有問題，精子跟卵子不夠健康，就發育不了，我經常這樣想，導致我很恐懼，我就覺得我下次懷孕結果都會一樣，都會胎兒停育，這個心理壓力困著我…」此時期婦女的心情異常矛盾。

3.2.2 與丈夫關係有正增長

所有受訪婦女都認為，在這段時期若得到丈夫陪伴與支持很重要，大部份婦女感受到丈夫給予百分百的支持。P6：「感覺跟丈夫挽手一同渡過難關，當中大家建立了更多的支持、信任、體諒，變得更好！」P9：「大家變得更瞭解對方、默契更好，可能大家經歷了這件不好的事情，知道該怎樣互相扶持。」她們大多表示與丈夫關係比以往更好。

3.2.3 對未來生育更有計劃

九名受訪婦女認為，有了這次經歷，日後會加倍注意身體狀況及健康的生活細節，為未來的生育計畫更審慎地做好準備。P3：「我本來是一個晚睡、不太注重健康的人，現在盡量在飲食、作息方面都作出改善。」P4：「下次懷孕之前我會先好好調理身子。」P5：「現在我在看中醫跟西醫，希望中西合璧，積極地等待再次懷孕。」P6：「我會審慎地計畫，以往會順其自然，認為不用準備，但有了這次經歷，就會先計畫好，希望事事做好準備，例如在懷孕前先作婦科檢查！」她們都更注重身體，更好地準備下次懷孕。婦女在非自願中斷妊娠後，除了情緒比較負面，其他影響大都屬正面，與丈夫關係更親密，同時也更關注個人生活模式，摒棄陋習。

3.3 照顧支援需求

婦女在流產階段對照顧及支援的需要。

3.3.1 配偶的陪伴

所有受訪者均認為配偶的陪伴與支持是最重要的。P4：「幸好那天他請假陪我，不然要我一人面對這個壞消息，我不知會怎樣。」P6：「我知道他（配偶）心裡也不好受，但沒表露出來，他安慰了我一段日子，然後要我重新振作，用正面的態度陪我過渡。」P7：「最想第一時間找到他（配偶），陪在我身旁就夠了，讓我不會感到孤單一人。」配偶的陪伴及精神支持，讓婦女們感到欣慰，以正面態度渡過此傷痛的階段。

3.3.2 醫療支持

九位受訪婦女認為，醫院對流產的恆常處理方式與細節尚有進一步完善的空間，主要歸納為：提供資訊；覆檢確診；尊重隱私；心理輔導。

1) 提供資訊

雖然所有受訪者均希望得知胎兒停止發育的原因，但僅有一位受訪者獲醫生提供詳細解

釋，P2「醫護人員都很好，解釋詳盡，告訴我手術後會怎樣，該怎樣調理身體，下次懷孕要注意甚麼，還分享其他流產案例懷孕成功的例子，讓我能整個過程中好好調適及恢復，這也是對我心靈上的支持。」其餘受訪者都認為醫生沒有詳細解釋病情，認為醫護人員應提供更多相關資訊，P9：「手術完成後醫生消聲匿跡，完全沒有解釋手術如何？多久會康復？多久後可再懷孕？」P4：「護士在住院期間並沒有給予我任何相關資訊…」P6：「如果可以提供資訊或小冊子，告知懷孕流產機率是很高的，導致流產的可能原因，預防方法會更好。」可見大部分婦女對胎兒停育的原因、中斷妊娠的過程、愈後身體調理及對將來生育的影響等，都十分關注。

2) 覆檢確診

有一位受訪者提出，中斷妊娠為重大決定，應由兩位醫生或兩次掃描作覆檢確診，P4：「如果當日他（醫生）為我再檢查確診一次的話，我感受會好很多。一次的判斷未必正確，而且只有一位醫生判斷…」該婦女首次被診斷過期流產時拒絕入院，其後到院外由其他醫生確診後才入院接受治療。

3) 尊重隱私

三名受訪者認為，醫護人員的處理方式如例行公事，也有未充分顧及病人隱私的情況，P9：「他們好像已習慣了，視為一個普通程式來處理，完成後就離開。」更有受訪者在治療期間因醫療團隊內有男性而感尷尬，P1：「我心情已經很低落，還要由一位實習的男醫生替我進行陰道塞藥，我感到很尷尬！沒有問我是否同意，也沒有給我拒絕的空間及機會…」P4：「我進入手術室還未麻醉之前，我還在有意識下張開雙腿，當天的麻醉醫生是男醫生，我很尷尬，坦蕩蕩的，完全沒有私隱！」可見婦女希望儘量避免男性參與其臨床的治療過程。

4) 心理輔導

住院期間，四名受訪者認為醫護人員有提供足夠的心理支援，P6：「醫生有跟我解釋，教我積極面對，入手術室時護士摸摸我的頭，握著我的手，我感到很溫暖，當時對我來說已經幫我很多了。」但大多數受訪者都認為醫護人員在心理支持方面有所不足，P7：「作為一個婦產科急診醫生，遇到這種情況也應該安慰一下吧，但她沒有！」P8：「那幾天跟我最相近的就是醫護人員，他們的態度還好的，但如果他們多一點心理慰問會比較好…」P4：「住院期間，沒有人提及過有情緒支援或心理輔導的服務，如果醫院或社區有此等服務，我會選擇去，我當時都覺得很難過，想找專業人士傾訴！」可見婦女對心理支持及輔導的需求很大。

受訪者有感現時的照顧服務較忽略關顧心

理層面，如獲得醫護人員詳細解釋及心理支持，會較容易接受。可見醫護人員的解釋與支持對婦女渡過哀傷時期有很大幫助。

4. 討論

中斷妊娠對婦女的心理衝擊，激起了不同層面的防禦機制，倘壓力未能得到適當緩解或處理，將會造成再次懷孕的心理壓抑，對個人、家庭乃至社會造成影響；故此，婦女在中斷妊娠過程中的心理需求絕對值得關注。

4.1 尊重權益避免醫療事故

醫療人員告知婦女胎兒異常或停育時，應持同理心向其解釋，同時給予足夠空間及時間，讓病人及家屬清楚瞭解實際狀況，提供醫療諮詢訊息，並以適當的語言及非語言形式作出關顧和慰問；中斷妊娠對孕婦及其配偶而言均是一項重大決定，尤其對初孕或因習慣性流產而未有小孩的家庭而言，所以讓其瞭解確診的嚴謹性，並予作覆檢程式，可讓婦女儘快順利過渡「否認階段」，正向面對並配合治療，減少爭端。再者，在流產過程中，必須加以關注婦女的私隱和個人感受，尊重病人權益，避免發生醫療事故。

4.2 適時提供流產過渡服務

婦女由懷孕初始已快速建立起深厚的母嬰關係，胎兒異常或停育的消息，對她們而言就像晴天霹靂，否認且混亂的思緒在她們身上湧現，她們往往會尋求其他醫療人員的覆檢，直至事實再三被確認，才能接受中斷妊娠。

在這痛苦的待流產日子裡，婦女的身體狀況固然重要，但其心理層面亦不可忽略，在任何時間及狀況下，配偶及親友的支持無疑是最重要的（Andersson, Nilsson, & Adolfsson, 2012）。亦有文章（馮豔霞等，2014；McCOYD, 2009）指出，在住院期間，護理人員接觸病人的時間相對較長，若能在此期間提供專業的心理護理及哀傷輔導服務，將有助中斷妊娠婦女順利過渡悲傷時期。

4.3 充分完善社區服務接鏈

流產程序完成後，婦女的心靈傷害仍未消失。離院回家的婦女，其心理狀況仍起伏不定，尤其華人婦女多數有「自我承擔」的傳統觀念，甚少將自己不愉快的事情與別人分擔，而對於那些未獲得清楚醫學解釋的流產婦女而言，內心疑慮未釋，可能影響其未來再次懷孕的計畫。本澳各社區實際有不少心理輔導服務，有的更是針對關注婦女的非牟利機構，若流產後的婦女可獲得相關服務諮詢或資訊，從而在出院後得到延續的、專業的心理護理服務，對婦女的心理復康將產生更長遠的幫助（Rowlands, & Lee, 2010）。故此，提倡及推廣社區心理健康

服務，完善醫院與社區之間的連結，可為充分實踐持續照護邁進一步。

4.4 加強推廣相關醫療資訊

婦女得悉胎兒異常或胎兒停育而需中斷妊娠後，較嚴重的可導致情緒崩潰等反應，這與李英英（2014）的研究結果相似：她們在過程中會不停尋找中斷妊娠的原因，甚至自責是否做了不該做的事。根據目前的醫學發展，胎兒異常或停育原因仍未有確切定論；而一些華人的傳統觀念容易令這批婦女陷入悲痛的惡性循環。因此，以開放審慎的態度，在不同時機提供適切的醫療資訊，對緩解中斷妊娠婦女的悲痛及協助其制定再次懷孕計畫，皆有正向、積極的作用。

中斷妊娠過程對婦女造成的心理傷害，非一言一語可以描述，也非短時間內即可恢復，配偶和親友的陪伴與關心慰問十分重要且不可取替。與此同時，若醫護人員能適時、適當地給予心理照護與支持，有助抒解壓抑情緒，順利渡過治療階段，恢復健康，重過新生活。

5. 小結

是次研究由一位指導師帶領 5 人小組進行，故作者一共六位，當中五位作為訪談員，在開始訪談前，經過導師不斷指導及多次相互練習，訪談經驗分享，以減低因訪談技巧而出現偏差。但訪談時間之長短，亦因受訪者個人性格及流產經驗之多寡而影響。此外，在尋找個案方面，亦遇到不少困難，不少具非自願中斷妊娠之婦女均拒絕接受訪談邀請，拒絕提及流產事件，可見流產對婦女有一定負面影響，令他們不願舊事重提。期望將來再有機會進行相關研究，本研究可作為一方向性參考。同時亦希望醫療機構對於診斷婦女胎停育時，務必「覆檢確診」及「尊重隱私」，詳細解釋現在及將來狀況，充足地「提供資訊」，且適時作「心理輔導」，協助婦女重整身與心之安康。

參考文獻

- 李英英（2014）。心理護理在人流術中的應用。
中國校醫, 28(1), 72-73。
- 李選（2011）。*護理研究與應用*（第四版）。台北：華杏。
- 陸美英、陳燕（2012）。自然流產患者抑鬱與壓力和社會支持的相關性研究。*護理與健康*, 11(3), 203-205。
- 馮豔霞、郭慧雯、翁美芳、林淑琮、洪麗姬、陳頌儀（2014）。非自願中斷妊娠婦女的心理狀況與照護支持研究進展。*護理學雜誌*, 29(14), 92-94。
- Abboud, L., & Liamputtong, P. (2005). When pregnancy fails: coping strategies, support networks and experiences with health care of ethnic women and their partners. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 23(1), 3-18.
- Andersson, I. M., Nilsson, S., & Adolfsson, A. (2012). How women who have experienced one or more miscarriages manage their feelings and emotions when they become pregnant again-a qualitative interview study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(2), 262-270.
- Gerber-Epstein, P., Leichtentritt, R., & Benyamini, Y. (2009). The experience of miscarriage in first pregnancy: the women's voices. *Journal of Death Studies*, 33, 1-29.
- Gong, X. J., Hao, J. H., Tao, F. B., Zhang, J. L., Wang, H., & Xu, R. (2013). Pregnancy loss and anxiety and depression during subsequent pregnancies: data from the C-ABC study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 166, 30-36.
- Lafarge, C., Mitchell, K., & Fox, P. (2013). Women's experiences of coping with pregnancy termination for fetal abnormality. *Qualitative Health Research*, 23(7), 924-936.
- McCOYD LMJ. (2009). What do women want? experiences and reflections of women after prenatal diagnosis and termination for anomaly. *Health Care for Women International*, 30(6), 507-535.
- Murphy, F., & Merrell, J. (2008). Negotiating the transition: caring for women through the experience of early miscarriage. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 1583-1591.
- Musters, A. M., Taminiau-Bloem, E. F., Van den Boogaard, E., Van der Veen, F., & Goddijn, M. (2011). Supportive care for women with unexplained recurrent miscarriage: patients' perspectives. *Journal of Human Reproduction*, 26(4), 873-877. doi: 10.1093/humrep/der021
- Rowlands, I. J., & Lee, C. (2010). "The silence was deafening": social and health service support after miscarriage. *Reproductive and Infant Psychology*, 28(3), 274-286.
- Sham, A. K. H., Yiu, M. G. C., & Ho, W. Y. B. (2010). Psychiatric morbidity following miscarriage in Hong Kong. *Science Direct, General Hospital Psychiatry*, 32(3), 284-293.
- Smart, J. C. & Smith, L. B. (2013). A transdisciplinary team approach to perinatal loss. *The American Journal of Maternal Child Nursing*, 38(2), 110-114.
- Smith, L. F., Frost, J., Levitas, R., Bradley, H., & Garcia, J. (2006). Women's experiences of three early miscarriage management options. *British Journal of General Practice*, 56, 198-205.