

以家庭生態系統觀點論死產婦女的處境與健康

陳馥萱¹ 王素秋²

The Situation and Health Issues of Women with Stillbirth: From the Viewpoint of Family Ecology

Fu-Hsuan Chen¹ Su-Chiu Wang²

¹ 弘光科技大學護理系講師，台灣大學護理學研究所博士生

RN, MSN, Instructor, Department of Nursing, Hung-Kuang University. Doctoral Student, Graduate Institute of Nursing, National Taiwan University

² 台中榮民總醫院護理長

RN, MSN, Head Nurse, Department of Nursing, Taichung Veterans General Hospital

摘 要

懷孕22週以內，體重大於500公克的胎兒自然死亡的死產事件在台灣的發生率雖不高，但因其是出生與死亡同時發生的靈性痛事件，在我國傳宗接代及對死亡迷思的文化脈絡下，死產事件對於婦女確是一大衝擊，由於婦女所受的身心影響，與其本身信念、態度、配偶及同居家人、工作單位、社區文化、社會態度，甚至國家政策有關，但因為一般人對其境遇不了解，以及社會禁聲、文化禁忌，認為只要能再次懷孕、成功生下胎兒即可解決，使得死產婦女常需自行療傷，直至數月或數年時間才能走出此種靈性痛的哀傷，因此本文運用家庭生態系統觀點，以死產婦女為軸心，經由小系統、中間系統、外系統及大系統由內而外分析其處境，並據以提出促進其健康的建議，包括納入各系統的思維，以理解婦女的處境及壓力，建議應有研究確認照護指引的需求以及醫療政策應制定相關追蹤計劃，以協助婦女渡過死產的哀傷並降低死產婦女的健康問題。

關鍵詞：死產、家庭生態系統、婦女健康、靈性痛

前言

死產(stillbirth)是指懷孕22週以內，

通訊作者：陳馥萱

433 台中市沙鹿區中棲路 34 號

No. 34, Zhongqi Rd., Shalu Dist., Taichung City 433, Taiwan, R.O.C.

電話：(04)26318652 轉 7056

E-mail：caring07@sunrise.hk.edu.tw.

體重大於500公克的胎兒自然死亡(Alhusen, 2008)，我國於2009年的死產總數是2024人(國民健康局，2010)，發生率看似不高，但死產是出生與死亡同時發生的事件(Lynch, 2010)，此既喜且悲的靈性痛(spiritual pain)是一種創傷性失落(Säflund et al., 2004)，與後續的憂鬱、焦慮等心理疾患有關，故近

30年來開始受到重視(Capitulo, 2005)。死產婦女的哀痛常是深遠的(Schott & Henley, 2010)，近20%婦女會陷於此種哀傷達六至八週(Neugebauer & Ritsher, 2005)，在事件發生後六個月，其哀傷會再度升高，而此反覆的過程約需二至四年(Saffund et al., 2004)，或下一次懷孕並成功產下健康的胎兒後才能真正走出哀傷(曾等, 2001)。我國文化的死亡相關禁忌甚多，死產因其不公開討論的特性，更易造成婦女的挫敗感(Hsu, Tseng, & Kuo, 2002)，由於個體壓力與本身處境及環境的互動有關，故本文擬以死產婦女為軸心，運用生態系統理論討論婦女的處境與健康影響，以利提出降低其健康問題的照護建議。

文獻查證

一、從生態學觀點看死產婦女的處境

Bronfenbrenner (1979)的生態學理論強調多重環境對人類行為與發展的影響，個體被置於最中間，其外是小系統(microsystem)、中間系統(mesosystem)、外系統(esosystem)及大系統(macrosystem)由內而外層層包圍，每個系統環環相扣，使整個生態體系處在平衡狀態，若系統失衡又缺乏力量使其恢復平衡時，個體將面臨危機。

(一)小系統

小系統是發展中個體的角色與特質，是指對個體經驗有直接影響的系統，包括原生家庭、配偶、與配偶組成的家庭、家庭結構、家庭資源、個體認知能力，及同儕團體。懷孕婦女隨著胎兒生長漸由一個女性轉變為一位母親，因此死產事件對此自我認同的發展會產生影響(Alhusen, 2008)，也令一個正在孕育子女的家庭受到很大的衝擊(曾

等, 2001; Callister, 2006)。

1. 死產婦女的感受

對育齡婦女而言，生育是一種給予與創造、也是對未來的延續，懷孕16週以上的孕婦已對胎兒的存在不再存疑且開始與其胎兒建立依附關係，許多親友也多已知悉此懷孕訊息，當胎兒的生命徵象突然消失時，即對婦女自身及其人際互動產生影響。女性在面對悲傷事件時，本就內向(林, 1998)，當婦女因此事件而覺知親職能力崩解(Callister, 2006; Turton et al., 2009)，就會感到焦慮(Callister, 2006)、憂鬱(Stanton et al., 2006)、罪惡，失去控制感、夢想破滅(Hsu et al., 2002)、也會因此失敗經驗而否定自我價值及能力，認為自己不健全(wrong self)，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)。喪失胎兒的哀傷不亞於喪失新生兒(Hsu et al., 2002)，但因缺乏可見的證據(Lynch, 2010)，通常只有父母知道胎兒曾經存在(引自Callister, 2006)，因此死產父母只能暗自處理自己的哀傷，此種隱藏的失落(Trulsson & Rådestad, 2004)，常會造成複雜性哀傷(Surkan, Rådestad, Cnattingius, Steineck, & Dickman, 2008)。

2. 死產父親的感受

失落的經驗與反應具有性別差異(Callister, 2006; Barr, 2006)，死產父親會經歷給予者及保護者角色失敗的感受，失去控制感、罪惡感以及質疑自我的價值，他們也因此對下一次懷孕沒有信心(曾等, 2001; Armstrong, 2001)，但因為男性角色的社會期望，其情

緒無處宣洩，使他們有強烈的孤獨感、自我隔離及心痛感，與配偶的關係也會有所影響 (Callister, 2006)，因此，其不僅無法支持配偶，更可能成為配偶的壓力源。

3. 其它家庭成員

死產影響著婦女的其它家庭成員，尤其是對懷孕期望甚殷的祖父母。胎兒祖父母的哀傷一部份來自失去自己的未來，另一部分則是為自己子女的遭遇感到哀傷 (Callister, 2006)，這些家庭成員對死產事件的感受與表達，可能因同感哀傷而使婦女受到支持；也可能因為失望而使婦女倍感壓力。

(二) 中間系統

中間系統指的是小系統中的關係連結 (linkages) 及互動，當小系統間在價值觀念上產生衝突時，常會造成個體適應問題。

1. 夫妻關係的變化

女性的自我價值常建立在與他人的關係上 (林, 1998)，我國婦女的角色支持以配偶為主，但1/4-1/3婦女覺得配偶的支持有限 (Hu & Chen, 1992)，死產使夫妻看似相伴，但心靈深處卻是各自緊閉 (曾等, 2001)，若配偶間的感受及哀傷能同步，可能使婚姻關係更緊密，但若哀傷不同步則更增加其關係的緊張 (Callister, 2006)，而此緊張的關係將使婦女所獲的支持更薄弱，她因此須壓抑悲傷並隔離自己的感受 (林, 1998)，而使自己更為孤立。

2. 死產婦女与其它家庭成員關係的變化

與其他家人的關係常是婦女自我價值的最主要來源 (林, 1998)，尤其我國婦女的媳

婦角色壓力最大，所得到的支持卻最少 (Hu & Chen, 1992)，媳婦的重要職責之一即是傳宗接代，懷孕幾乎是家族的喜事而非其夫妻個人的事，因此死產不僅使婦女的母親角色無法達成，也使媳婦角色不及格，更可能因婆家與娘家都同感失望而造成婦女與婆家、娘家的關係改變 (曾等, 2001)，由於許多親友無法對死產婦女的哀傷感同身受，其間的流言或竊竊私語更易成為婦女的壓力 (江、李、王、唐, 2007；曾等, 2001)。

(三) 外系統

外系統對個體沒有直接交互作用，但會影響其發展，如婦女的工作場所、政府機構、社區組織等統合的社會系統因素會威脅死產婦女的心理安適狀態。懷孕在台灣文化裡是公開的事件，但死產卻是一不可說的議題 (江等, 2007；曾等, 2010；Hsu, Tseng, Banks, & Kuo, 2004)，此事件常潛藏著鄰里流言的壓力，更使孕育失敗的婦女感到羞辱及自尊貶低 (Hsu et al., 2002)。經歷死產的婦女常希望獨處 (曾等, 2001)，但其實是孤立且缺乏支持，由於死產事件會衝擊醫療人員的情緒 (Gold et al., 2008)，讓他們感到無助及無力，或擔心引發法律問題，故醫療人員確易採逃避的態度面對死產婦女 (Gold et al., 2008; Roehrs, 2008)，因此即使在醫療單位，婦女也常覺得被遺棄、孤立，及邊緣化 (Adolfsson & Larsson, 2010)，為避免觸景傷情，產婦常於引產後即離院，與醫護人員的接觸時間不長，加上許多醫院未重視此問題，多無後續的追蹤照護 (李, 2002)，因此婦女常覺得無法自健康照護系統得到足夠的支持 (Cacciatore, 2010)。

(四) 大系統

大系統是指個體可能沒有直接接觸但會影響她的意識型態、文化、價值觀等。社會文化對失落的看法多半會影響悲傷工作是否順利完成，胎兒死亡常被視為社會烙印(曾等, 2001; Hsu et al., 2002)，由於國人認為子女先於父母而亡是「歹死」(bad death)，因此父母不能公然表達其哀傷(江等, 2007; 曾等, 2001; 曾等, 2010)，社會的意識型態認為只要能再次懷孕即能忘卻懷孕失敗的傷慟，因此由這些婦女自行療傷，似乎是理所當然。社會的重視程度可由相關的健康資料窺見：我國與死產婦女健康的相關文獻不多(李, 2002)，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, 2010)，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，由此可見此事件仍是不被重視的議題，因此不易有相關的政策協助這群婦女。

二、死產婦女的健康

死產被歸類為高度的創傷後壓力症候群(Turton, Evans, & Hughes, 2009)，能使婦女經歷數月甚至數年的哀傷(Neugebauer & Ritsher, 2005; Schott & Henley, 2010)，且可能於事件後合併複雜性傷慟、憂鬱症及焦慮症等精神科問題(Surkan et al., 2008)，因此死產事件須要有適當的引導及宣洩，以減輕衝擊的後續影響，西方國家早於1985年發展照護指引(Capitulo, 2005)，但是否適用於我國文化，或我國是否應發展量身訂做的照護指引，皆尚待進一步研究確認。

討論與結論

死產婦女受其小系統、中系統、外系統及大系統的影響，除須承受挫折、憂鬱、

失敗感，配偶的哀傷未必同步、對婆家及娘家期望失落的愧疚外，尚須面對社會文化對胎兒死亡的迷思，而我國的醫療環境缺乏相關的政策，因此這些婦女只能私下療傷，此狀況對其健康及生活品質造成的影響不容小覷，因此建議應納入各系統的思維，理解婦女的處境並針對各系統的壓力一一處理，亦應有研究確認照護指引的需要，並在醫療政策上制定相關追蹤計劃，才能協助婦女渡過死產的哀傷並降低死產婦女的健康問題。

參考資料

國民健康局(2010)·98年出生通報年報統計表·2010年11月20日取自<http://www.bhp.doh.gov.tw/download/themeParkId=542/990622/1.1a.pdf>

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。

林方皓(1998)·女性的悲傷調適·*婦女與兩性研究通訊*，47，1-4。

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。

Adolfsson, A., & Larsson, P. G. (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.

Alhusen, J. L. (2008). A literature update on maternal-fetal attachment. *The Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 37, 315-328.

Armstrong, D. (2001). Exploring fathers' experiences of pregnancy after a prior perinatal loss. *MCN: The American Journal of Maternal Child Nursing*, 26(3), 147-153.

Barr, P. (2006). Relation between grief and subsequent pregnancy status 13 months after perinatal bereavement. *Journal of Perinatal Medicine*, 34, 207-211.

Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Cacciatore, J. (2010). Stillbirth: Patient-centered psychosocial care. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 53(3), 691-699.

Gold, K. J., Kuznia, A. L., & Hayward, R. A. (2008). How physicians cope with stillbirth or neonatal death: A national survey of obstetricians. *Obstetrics & Gynaecology*, 112(1), 29-34.

Hu, Y. H., & Chen, C. Y. (1992). The myth of social role and stress. *Journal of Women and Gender Studies*, 3, 25-39.

Lynch, E. (2010). A death before life. *Nursing Standard*, 24(47), 18-19.

Neugebauer, R., & Ritscher, J. (2005). Depression and grief following early pregnancy loss. *International Journal of Childbirth Education*, 20(3), 21-24.

Roehrs, C. (2008). Caring for families coping with perinatal loss. *JOGNN: Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 37, 631-639.

Schott, J., & Henley, A. (2010). After a late miscarriage, stillbirth or neonatal death. *The Journal of Family Health Care*, 20(4), 116-118.

Surkan, P. J., Rådestad, I., Cnattingius, S., Steineck, G., & Dickman, P. W. (2008). Events after stillbirth in relation to maternal depressive symptoms: A brief report. *Birth*, 35(2), 153-157.

Turton, P., Evans, C., & Hughes, P. (2009). Long-term psychosocial sequelae of stillbirth: phase II of a nested case-control cohort study. *Archives of Women's Mental Health*, 12, 35-41.