

台灣女性的不孕經驗：關係的觀點

林旖旎

清華大學教育學程中心
、諮商中心

蔡永杰 康介乙

奇美醫學中心婦產科
生殖醫學中心

摘要

本研究由關係的觀點，描述台灣女性於不孕診斷確立後，因不孕症影響其人生各層面關係的經驗，包括與自我、配偶、家庭、家族、朋友與他人、和社會文化的關係互動經驗。十三位女性參與者平均年齡為 32.46 歲，均為原發性不孕症患者，平均結婚 6.38 年，且曾在台灣南部一家醫學中心的不孕症治療中心接受治療，已完成至少一次不孕療程，平均接受不孕醫療的時間約 4.27 年。本研究採取現象學質化分析的方法，進行深度訪談與資料分析。研究發現女性關係連結為網狀多層面交互連結，負面情緒、同理性與相互性影響關係連結情況。台灣不孕女性的關係連結與社會文化特色密切相關，女性因不孕經歷各種層面的關係變化，經歷關係的急性失連與慢性失連的情況，並掙扎於各層面關係的重新建立。而時間點、不孕診斷與治療情況及個人接受程度影響關係連結的轉化歷程。作者最後探討相關實務、研究、與教育訓練的議題。

關鍵字：不孕女性、關係



壹、緒論

不孕症比率於世界呈現升高的趨勢 (Leiblum, 1997)，經過一年的努力，約有 17% 的夫妻無法成功受孕 (Forrest & Gilbert, 1992)，不孕的問題已成為現代人生活中最嚴重的問題之一 (Leiblum, 1997)。不孕常被夫妻們視為生活中最大的壓力源，其壓力的強度類似於威脅生命的疾病 (Mahlstedt, 1985)。63% 的不孕夫妻認為不孕的壓力更甚於離婚，49% 的不孕女性認為不孕為其生活中最令其沮喪的經驗 (Mahlstedt, MacDuff, & Bernstein, 1987)，76% 的女性認為不孕經常伴隨著嚴重的心理困擾 (Downey, Yingling, McKinney, Husami, Jewelewicz, & Maidman, 1989)。不孕影響的層面廣泛複雜，患者承受生理、心理、社會、及財務壓力，產生重大危機 (Domar, 1997; Leiblum, 1997; Shepherd, 1992)。

不孕對夫妻而言為一高度的壓力經驗，對女性的影響尤其劇烈，女性較男性顯著感受不孕的壓力、衝擊與影響 (Andrew, Abbey, & Halman, 1992; Daniluk, 1997)。研究普遍支持，當夫妻面對不孕問題時，女性傾向比男性承受較高的不孕壓力與心理、社會的擾亂現象 (Abbey, Andrews, & Halman, 1991; Berg & Wilson, 1991; 李從業、張昇平、陳嘉琦, 1997)，更多的生理症狀、較低的自尊、與較高的憂鬱程度和人際敏感度 (Collins, Freeman, Boxer, & Tureck, 1992; Slade, Emery, & Lieberman, 1997)，較高的悲傷、身心症狀、與憤怒程度、與較低自我形象 (Nachtigall, Becker, & Wozny, 1992; Zucker, 1999; 李淑杏、郭碧照、李孟智、李茂盛, 1995; 張秀玉、郭碧照, 2000; 郭碧照、李淑杏、王郁茗、李茂盛, 1998)，較嚴重的情緒困擾 (Lee & Sun, 2000; Morrow, Thoreson, & Penney 1995; 徐怡伶, 2000)，與較低的性與婚姻的滿意度 (Lee, Sun, & Chao, 2001)。對不孕女性而言，伴隨著長時間的壓力、挫折、與調適的歷程，不孕堪稱為其人生中最具挑戰與最挫折的經驗及最嚴重的危機 (Mahlstedt et al., 1987)。

不孕對女性的影響深遠，其中最顯著的影響之一為改變女性與他人的社會關係連結 (e.g., Mahlstedt, 1985; Woollett, 1985)。社會關係連結 (social connectedness) 為自我主觀知覺其與外在社會人際間的親密感 (closeness) (Lee & Robbins, 1998)，為個體自我與外在世界持續性的、無所不在的關係經驗，呈現個體個別

的、當下的關係，提供個體存在於社會中的認同感與歸屬感（Lee & Robbins, 2000）。由於女性主要自我認同與存在定位來自於與他人關係的互動與連結（Miller & Stiver, 1997）。女性傾向建構關係的連結網絡，並由關係的脈絡中，尋求自身存在的意義與確認自身的價值（Jordan, 1997）。不孕對女性而言，不但顯著影響其生理、心理、與社會層面，患者因不孕而損害或喪失既有的關係或潛在的關係連結網絡（Mahlstedt, 1985）。

本研究針對台灣女性自不孕診斷確定後，探討其各層面關係連結的衝擊與改變，本研究涵括的關係層面包含 Lee 和 Robbins（1998）所定義的社會關係連結，亦將關係層面擴展至個體與其自我認同的連結，個體與其心目中期待家庭形貌，以及其他有形或無形的連結。此外，由於女性常以說故事的方式呈現自身生活體驗，表達內心感受（Keystone & Kaffko, 1992; Williams, Bischoff, & Ludes, 1992），並藉由敘說內心情緒、感覺與他人交流進而產生連結，而關係的連結與親密感建立，幫助女性的建立自我認同與確立社會角色。由於經驗不孕乃為女性生命歷程的重大事件，女性的內在情感與自我認同所遭受的衝擊，及其外在家庭與社交人際互動狀況，可由關係連結各層面的變化加以探討。因此，本研究採反映女性關係互動變化的關係—文化理論（relational-cultural theory）（Jordan, 1997; 2003）為架構，企圖理解不孕女性因不孕問題及不孕治療影響其各層面的關係狀況。以下就不孕影響女性各層面關係與連結狀況進行文獻回顧。

貳、文獻探討

不孕影響女性各層面的關係，例如與自我、配偶、家庭、家族成員、社交人際、和社會文化的關係。不孕衝擊女性的自我認同、自我心像（陳淑，1995），亦影響其心目中建構的家庭形貌。母親與母職角色為成人女性主要的自我認同（Berg, Wilson, & Weingartner, 1991; Zucker, 1999），常代表著幸福感、價值感、和滿足、完整的感覺（Singer, 1999; 陳淑，1995）。多數女性認為成為母親為其人生最重要的角色（Leiblum & Greenfeld, 1997; Sandelowski, 1990）。當女性無法完成生育與養育的主要任務時，女性的自我完整性受到挑戰（Berg et al., 1991; Greil, 1991），其自我形象與自我認同遭受極大的衝擊（Berg et al., 1991）。

此外，每個月月經來到，重複提醒不孕女性無法懷孕的狀況，常引發女性對自己身體感到挫折 (Greil, 1991; Martin, 1987)。醫療檢查常引發女性生理與心理被侵入的感覺，使女性感到對身體失去控制 (Daniluk, 1997; Imeson, 1996)，身心遭受困擾與痛苦 (李淑杏、郭碧照、李孟智、李茂盛，1991；郭碧照、王郁茗，1993；蘇燦煮、余玉眉、陳月枝，1998)。由於女性為接受醫療檢查及治療的主體 (Collins et al., 1992)，並經常施用賀爾蒙類的藥物，常引起女性顯著的身體和心理的不適反應 (Daniluk & Fluker, 1995; Greil, 1991)，醫療技術的施用可能使不孕女性感覺與自己的身體疏離，降低其掌控自己的身體與生育經驗的感覺 (Davis-Floyd, 1994; Sandelowski, 1994)。總而言之，不孕不符合女性對其自身性別角色的期待 (Nachtigall et al., 1992)，衝擊患者的自尊、女性特質、自我認同與自我價值感 (Appegarh, 2000; Ireland, 1993; Singer, 1999)。

不孕亦影響夫妻關係 (Eugster & Vingerhoets, 1999; 李從業等，1997; 張秀玉、郭碧照，2000)，夫妻常因配偶的不孕問題，改變與其與配偶的互動。例如具生育能力的一方可能因此責備無法生育的一方，無法完成生育的一方，因無法和配偶建立擁有子女的家庭，可能感到罪惡感與失去價值。另外，具生育力的一方可能因另一方沮喪和挫折的心情，影響其情緒。此外，夫妻必須按時配合醫療歷程，此可能導致夫妻間性問題與睡眠的擾亂現象 (Robinson & Stewart, 1996)。不孕影響夫妻的情緒、性生活、生活型態與生活規劃各層面，常引起夫妻關係的緊張 (Woollett, 1985)。

另外，台灣家族以傳宗接代和血緣延續為導向，所謂不有三，無後為大 (郭碧照、李淑杏、王郁茗、李茂盛，1998；陸瑩華，2002；楊麗齡，2002；蔡文輝，1994)，不孕常被視為整個家族的問題，女性常因其子女的出生，進一步確定其家族和社會地位 (李從業等，1997)。台灣家族關心生育子女的問題，家族成員常認為婚姻最主要的目的之一為生育子女傳承及延續家族的血緣和命脈 (陸瑩華，2002)。多數的台灣女性強烈地感受家族賦予傳宗接代的責任 (陳淑，1995)，因此不孕診斷常令其感到羞恥與失面子，感到難以面對自己的公婆及祖先。不孕常導致女性於家族中失去地位，感到孤立，與夫家連結較差 (楊麗齡，2002)。

此外，不孕女性與朋友聚會時，由於多數友人與同事聊天的話題圍繞於小孩與子女的成長，缺乏與朋友的共通話題。另外，不少朋友熱心提供各式各樣的建議與勸告，不孕夫妻為避免尷尬的場面，為保護自己的隱私，可能由社交人際活

動中退縮 (Klock, 1997)，感到孤立與易受傷害 (Singer, 1999)。女性不但必須處理無法生育的失落感，也可能承受被排除於各式與親子有關的社交人際活動之外 (Daniluk, 1997)。

台灣文化強調傳宗接代 (李淑杏等, 1995; 陳淑, 1995; 郭碧照等, 1998; 張利中、郭美璋、江漢聲, 2000; 劉春年、郭碧照、李茂盛, 1991)，強調生育小孩為婚姻最重要的功能之一。生子仍為台灣現代社會中對已婚婦女的一個普遍期待，生育被視為婚姻中的義務與保障 (楊麗齡, 2002)。傳統的生育態度於台灣仍相當普遍 (陳淑, 1995; 張利中等, 2000)，多數人認為無法擁有親生小孩，可能傷害婚姻的品質與存續，並影響其男性 (masculine) 或女性 (feminine) 的特質 (Berg et al., 1991)。西方學者亦指出社會化過程強調成為母親為一個女人崇高的價值 (Ireland, 1993)，由於生育與母親的角色為女人於社會文化中被定義的主要角色 (Leiblum & Greenfeld, 1997; Nachtigall et al., 1992)，無法生育的女性常常覺得被污名化 (Remennick, 2000)，並感到所扮演的女性角色有所缺失 (Leiblum & Greenfeld, 1997)，因為無法達成生育的本能與生物繁衍的最終目的，與達成社會文化賦予的母性天職 (Davis & Dearman, 1991)。

綜上所述，由於不孕顯著影響女性的各層面關係連結網絡，本研究聚焦於深入了解其關係連結的特質與變化情況。由於關係—文化理論提供一概念化女性不孕經驗的良好概念化架構，可運用於幫助理解不孕女性調適不孕歷程與處理其不孕相關困難 (Gibson & Myers, 2002)。因此，本研究採取關係-文化理論為架構，分析不孕女性自不孕診斷確立後的關係互動經驗與改變的歷程。

參、關係-文化理論

關係—文化理論 (Jordan, 1997; 2003) 主張個體的成熟發展即關係的有效連結與成長 (Jordan, 1997; Miller & Stiver, 1997)，強調大部分的人因孤立而遭受痛苦，成長促進的連結關係 (growth-fostering connection) 為療癒孤立與痛苦的有效方法。女性渴望於生活中與他人連結，經由連結而成長，成長的方向也朝向與他人形成更多更深的連結。女性透過生命歷程中各式各樣的關係建立，進而分享他們的故事，與其他人經驗連結，感覺生命的意義與人生的幸福感 (Keystone &



Kaffko, 1992)，確立其存在的意義（Miller & Stiver, 1997; Surrey, 1991），經由關係的互動與連結幫助女性體會與發展生命（Bergman & Surrey, 1997; Gilligan, 1982）。

女性的自我感主要由和其他人的連結產生，女性的自我認同和自我概念的發展常於關係的情境中展開（Surrey, 1991），建立連結及維持關係協助女性形塑自我以及強化自我價值（Miller, 1988）。女性經常與他人形成情感的連結與互動，期待經由一個相互的關係，促進其發展，強化其能力，並透過與他人的互動關係，提昇對自我的了解。當女性感受與他人連結時，經常伴隨著能量的提昇，精確地觀察自己與其他的人的狀況，感受處於關係互動過程中被賦予能力活躍的感覺，感受價值，而且進一步擴展更多有意義的關係連結。女性的生命與活動可被視為積極參與他人的發展的歷程，女性使用其連結的力量，增長自己與他人的心理能量（Miller, 1986），增強相互關係（Surrey, 1991）。

當女性感受與他人無法互相同理、無法互相了解、或被他人貶抑和傷害時，易產生急性失連結的感覺。此時女性可能隱藏或扭曲自身所遭遇的經驗與感受，與內心感覺失去接觸，可能產生自我責備，扭曲其所理解的現實狀況，日趨孤立，難以與他人真誠互動，逐漸演變為慢性失連結的狀態。此時，女性可能必須將某些負向、不愉快的經驗和感受壓抑於心中，維持虛假的、表面化、不真誠的關係。女性感受孤立與邊緣化，常由社會互動中退縮，感覺憂鬱、失去能量、及降低創造力與生產力（Miller & Stiver, 1997）。綜上所述，關係-文化理論反映女性的關係互動與連結的變化，本研究採用為分析架構。

肆、研究方法

本研究採現象學質化的方法分析台灣不孕女性不孕經驗的關係本質，呈現其各層面的關係經驗。藉由受訪者回顧其不孕經驗，呈現不孕女性的關係變化。現象學研究針對個人理解生活經驗的意義，呈現其經驗的內在結構，提供探索生命經驗的方式，由個體內在的觀點呈現其所經驗的真實性，提供有意義建構經驗與生命的過程（Osboroe, 1994）。其主要目的為揭露經驗的本質及探索隱藏於經驗中的意義，並強調經由個人經驗歷程的描述產生意義（Kvale, 1996; Mishler,

1991)。受訪者闡述各層面關係變動狀況，經由所表達的字句，忠實呈現其感覺、知覺、認知、與意義。

一、受訪者

十三位受訪者均為原發性不孕症患者，年紀介於 27~38 歲，平均年齡為 32.46 歲，平均結婚 6.38 年。教育程度均為大專以上，居住於台灣南部，為中高社經階層，且曾在南部一所醫學中心的不孕症治療單位接受治療，平均接受不孕醫療的時間約 4.27 年，並且至少已完成一次的不孕療程，主要進行的不孕治療包括中醫調養、施用排卵針藥、人工授精、與試管嬰兒等。其中 3 位已成功懷孕生子，4 位正懷孕中（一位正懷孕的受訪者已經由不孕醫療生下一女），7 位仍未成功懷孕或生子，仍處於不孕醫療的歷程或準備再次接受不孕醫療。所有參與者的資料，詳見表一。

表一
受訪者資料

受訪者	年齡	教育程度	職業	家庭狀況	經濟狀況	不孕診斷	已進行的治療時間	已完成的治療方式	子女數	結婚年數
A	35 歲	大學	研究助理	原與公婆同住，現核心家庭	小康	不明原因	5 年	3 次人工授精、3 次試管嬰兒	1 子 1 女	10 年
B	30 歲	專科	商	核心家庭	小康	不明原因	3 年	打排卵針、吃排卵藥	0	7 年
C	32 歲	大學	家管	核心家庭	良好	不明原因	2 年	1 次人工授精、2 次試管嬰兒	1 子 1 女	5 年
D	27 歲	專科	原家管，現上班	與公婆同住	小康	多囊性卵巢炎	2 年	吃排卵藥、打排卵針、1 次開刀治療多囊性卵巢炎	0	3 年
E	28 歲	大學	家管	核心家庭	良好	子宮內膜異位	3 年半	吃中藥調理、1 次試管嬰兒	懷孕中	4 年
F	35 歲	大學	護士	核心家庭	良好	子宮內膜異位 卵巢功能衰竭	8 年	吃排卵藥、打排卵針、2 次開刀治療子宮內膜異位、5 次試管嬰兒	0	9 年
G	31 歲	專科	商	核心家庭	良好	多囊性卵巢 先生精蟲不足	6 年	吃中藥調理、吃排卵藥、打排卵針、1 次試管嬰兒	0	6 年半

續表一

受訪者	年齡	教育程度	職業	家庭狀況	經濟狀況	不孕診斷	已進行的治療時間	已完成的治療方式	子女數	結婚年數
H	33歲	專科	服務業	核心家庭	小康	經期不順 多囊性卵巢	7年	吃中藥調理、1次人工授精、1次試管嬰兒	懷孕中	8年
I	38歲	專科	護士	核心家庭	小康	子宮肌瘤	3年	子宮肌瘤血管結紮、子宮肌瘤切除、2次人工授精、1次試管嬰兒	0	3年
J	36歲	專科	原幼教老師，現家管	原與公婆同住，核心家庭	小康	輸卵管阻塞 卵巢功能衰竭 子宮內膜異位	8年	吃中藥調理、5次試管嬰兒	0	8年半
K	31歲	專科	原護理人員，現推銷員	核心家庭	小康	不明原因	3年	吃中藥調理、3次試管嬰兒	0	4年
L	35歲	大學	國小老師	核心家庭	良好	不明原因	3年	吃中藥調理、2次人工授精、3次試管嬰兒	1女及懷孕中	12年
M	31歲	專科畢業	自營業	核心家庭	小康	輸卵管阻塞	2年	吃中藥調理、5次人工授精、2次試管嬰兒	懷孕中	3年

二、訪談者

訪談過程由四位社工系學生進行，均已修習質化研究、研究法、和相關實習或實務課程。四位訪談者接受密集訓練，幫助其熟悉關於不孕症、不孕醫療、和不孕的心理社會反應相關文獻的重要發現。於正式訪談前，她們進行模擬訪談，將訪談過程錄音，並由主要研究者提供指導，目標著重練習開放式問句和同理式回應，並提昇其深入受訪者經驗的能力，維持聚焦於本研究的議題。

三、過程

訪談的焦點著重於受訪者於不孕歷程中各層面關係的經驗與變動狀況。訪談以一般性的、範圍較大的描述型問句開始，進行半結構式的訪談。受訪者被鼓勵回溯因應不孕產生的自我、配偶、家庭、家族、朋友及他人、和社會文化關係的

看法、感覺、和變化，以及於關係歷程中深入描述其內心的感受。訪談過程使用開放式問句以及同理式的回應，訪談者致力與受訪者建立良好的互動關係與信任，維持開放的肢體語言、友善真誠的態度、專注的傾聽，以不具批判性的態度（Kvale, 1996; Smith, 1995）。訪談者亦具備高度同理回應的能力，積極進入受訪者的經驗世界，了解其所經歷的關係變動的經驗與意義。每次訪談歷時約 1.5 小時。問句包括：請您談談於不孕歷程中對自己的看法；您與配偶互動關係的狀況；您與家人、朋友、同事、其他人、與傳統社會文化的互動關係？

四、資料分析

第一及第二作者為本研究的資料分析者。訪談資料被轉騰為逐字稿，兩位分析者為確保資料分析的可信性，採用四項質化分析的標準：確實性（credibility）、可推論性（transferability）、可靠性（dependability）、與可證實性（confirmability）（Lincoln & Guba, 1985）。分析的過程中，分析者首先將所有的逐字稿閱讀完畢，獲得整體的觀感，顯著的句子被標示出來，確認其中的涵義。兩位分析者各自獨立閱讀每一份逐字稿，確認不孕婦女描述其與不孕相關的關係經驗與意義的重要主題內容。這些主題由兩位分別確認，隨後兩人共同討論其共通性與差異性，並參照訪談的大綱，澄清解釋所分析資料的內涵，經過不斷討論與修正，最後兩位分析者達成一致同意，精確描述資料呈現不孕歷程中受訪者各層面關係變化，以上步驟支持分析過程的確實性。

經由持續的討論，與不斷重複的閱讀訪談逐字稿，確認不孕影響其各層面關係經驗的共通主題後，兩位再度重複閱讀與體會逐字稿內涵，此過程有助於資料分析所產生主題的可靠性。共通的主題內容進一步地被細緻深入描述，並使用受訪者表達的話語，闡述不孕影響其各層面關係的經驗。分析者於資料分析的過程中採延長式的參與，提昇分析過程的可靠性。豐厚的描述並引用參與者自身的話語，提昇資料分析的信賴性與可轉換性。此外，為確保結果的確實性，本研究的發現寫成初稿後，邀請五位受訪女性進行確認。他們表示，研究結果貼切並忠實地反映他們因不孕影響的各層面關係經驗。



伍、研究結果

不孕為女性重大生活壓力與危機，各層面關係均遭受顯著衝擊，不孕影響女性的關係內涵、互動與連結。女性原本嵌合於各式關係脈絡之中，發展其自我感與自我認同，與他人保持情感的同理與互動性，透過關係脈絡，定位自身存在的意義與建構自身的價值。當不孕診斷確定時，立即改變女性原先建構各層面關係的連結。以下呈現資料分析所浮現關於不孕影響女性各層面關係連結變化的主題，隨後摘錄一位或數位受訪者的話語，加以描述。

一、與自我認同關係連結產生變化

受訪者於不孕診斷確定時，均表示震驚和難以置信，產生自我懷疑和失落感。女性的自我認同遭受重大的打擊。她們開始懷疑與否定自己，不斷質疑自己為什麼與他人不同？她們認為生育為其本能，當此本能遭受不孕症挑戰時，一些女性覺得不能夠原諒自己，另一些女性認為自己比別人矮一截，感受自己處於劣勢地位，感受被貼上標籤，擔心別人異樣的眼光，並對他人的生育能力覺得羨慕又忌妒，也混合憐憫和同情自己的情緒。也有女性經歷數次不孕治療後對自己喪失信心，開始懷疑自己的能力，並質疑自己生存於世界的目的與意義。當不孕女性動搖其自我認同，缺乏自信心、否定且無法認同自己時，其內心的劣勢、不足、與自卑感，常使她們感到與原先的自我認同失去連結。

（我的）整個那個價值觀都降到最低，覺得說生孩子不是女人本能應該就會有的事嗎？怎麼會生不出來，對啊，然後你要怎麼去面對你的家人，好，我怎麼去面對我老公，對啊，就是突然間覺得世界這麼大，可是好像突然發生這種事情，就好像得癌症一樣，對啊，那種心情是沒有辦法平復的，那其實你那種心是很羨慕的，希望說有一天你也像他（別人）一樣（可以懷孕），可是，有一種心是很忌妒的，比如說，這樣倒楣的事為什麼在我身上，然後又沒做什麼壞事，我就會想的很多很亂，那這時候就是你人生最脆弱的時候。（J:4）

但是那種針（不孕醫療過程）打下去，還是會戳到自己的心坎裡，



爲什麼我不能（懷孕）這樣，就是對自己，也有一點的否定自己，每一次的治療還是會提醒自己這個部分。(G:6) ...爲甚麼結婚這麼久我都沒有生小孩，就是覺得自己好像不是這麼完整吧！...就是好像對自己很失望... (G:7)

那我剛開始知道不孕的時候，我很不能夠原諒自己，覺得說，這是最簡單的一個本能嘛，那你（我）有卵巢、有子宮爲什麼就是生不出來小孩，對啊，這是我覺得我不能夠認同自己的地方。(L:18)

唉，啊我這次失敗的話...覺得自己對自己完全沒信心吧，連那種...人工...就是那種人工治療都沒辦法受孕的話，覺得自己身體可能真的不行，就是...可能就真的沒辦法懷孕吧，就會...就變得對自己身體完全沒有自信了。(M:3)

多數女性視生育爲自我延續的主要過程，視傳宗接代與撫養子女爲主要生活的目標及生命的意義與價值，強調生育代表自己與子女相連結的重大意義，亦彰顯自己於家庭和社會中的角色定位、責任、與義務。

我就是一個很傳統的女人，我就是要一個小孩子(B:10)...(我認爲)身爲女人應該做的就（是）傳宗接代。...還有生爲女人起碼要有一次那種（生小孩）經驗 ... 小孩子，怎麼講，就傳宗接代啊！以後我們有後了啊... (B:11)

（有親生的小孩），我覺得好像就覺得我跟我先生中有了接續下去...沒會到我們這裡就沒有（延續），就會覺得好像還要一個（延續）下去，如果現在再去做什麼（不孕醫療），可能也只有這個原因（延續生命）比較大...就可能就自己是不是想說你想要自己的延續下去這樣。(H:20)

一些受訪者經歷辛苦的治療後終於懷孕，感受鬆了一口氣，慶幸自己終於擺脫不孕。他們認爲不孕的標籤，使其感覺罪惡與羞恥。當其揮別不孕的夢靨，覺得十分幸運，辛苦的努力有代價。已生育的女性，即使之前遭受許多不孕相關的

壓力、掙扎、挫折、衝突與痛苦，懷孕及生產的成功，助其提昇自尊、自信、與自我認同。

就是..嗯..其實都還好，只是會自己內心會比較..自己內心會比較驕傲高興吧，是沒有人會跟你講怎麼樣啦，你之前就算沒生，可是自己會覺得說，啊...我終於擺脫不孕了（笑），不孕這種名詞冠在身上很像很..很罪惡這樣子。(E:18)

完全沒有壓力，完全沒有阻礙了。暢行無阻，對啊，而且人家會說生雙胞胎好厲害，我覺得現在真的是，跟以前人家問都，以前人家都問怎麼不趕快生，現在都說好厲害喔，生雙胞胎！（C:10）

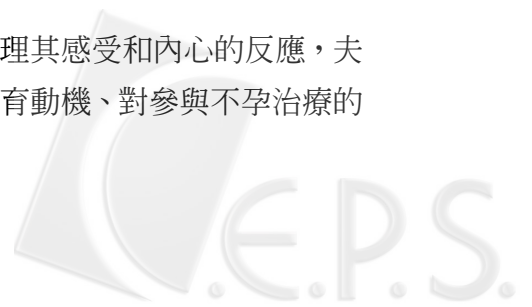
一些不孕女性經歷不孕歷程一段時間後，嘗試重新尋找自我定位，並經由其他方面的表現認同自己。她們藉由發掘自己不同的才能與肯定自我於其他層面的表現，試著擺脫不孕引發與原本自我認同失去連結的感覺。

為甚麼人家能生自己不能生？那是剛開始會這樣想，後面的話就比較不會，就覺得是說我不見得要生小孩來肯定我自己啊！我可以做別的事情啊！為甚麼一定要生小孩我才能知道喔我是這樣的一個人！（F:24）...然後工作上面就覺得說做得還不錯...又覺得說不見得不見得..在生小孩方面要跟人家一樣或是平等，在工作上跟人家平起平坐這樣也是可以。(F:25)

我現在就覺得還好，可能是我沒有那個緣分去一個當媽媽的角色，可是我至少可以當好一個太太，當好一個人家的媳婦，對不對？可能會遺憾吧，可是我覺得至少其他的事情我會做，我會告訴自己，人生有很多的遺憾，只能從其他的部分盡量去做。(G:4)

二、與配偶關係連結產生變化

當遭遇不孕問題時，不孕女性常感受先生無法同理其感受和內心的反應，夫妻關係產生急性失連結的情況。尤其當丈夫較缺乏生育動機、對參與不孕治療的



意願低落、有時甚至展現抗拒與不滿的態度和行爲，更令不孕女性覺得與先生的關係雪上加霜。不少女性因自身的不孕，甚至主動要求與配偶結束婚姻關係。由於女性背負不孕的沉重壓力，此時先生若無法同理、了解其感受，女性易感到與配偶產生急性失連結的情況，而深感痛苦。例如受訪者 G 表示：

然後我自己也非常的沮喪，很沮喪，然後，生活上也開始否定自己，也會因爲他這樣子的不能接受我的一個需要（進行不孕醫療與生子），對，我會覺得還要跟他一起生活下去，這個衝突這麼大，衝突很大，他也很抗拒，我也很難過這樣... (G:5-6) ...衝突，就真的是認知上的衝突，那個溝通方面就很冷戰啊，是不會罵啦，我們很少吵啦，應該是沒有大聲的指責過對方，但是那個氣氛就是非常的差這樣，就是一個人躲在一個房間裡面，對，然後一個房子，我們家是透天的，三層樓這樣，然後兩個人都不照面不講話，就覺得彼此在互相折磨那種感覺，對啊。
(G:7)

不孕女性與配偶於不孕引發衝突與關係失連結之後，嘗試經由不斷的溝通、試著同理對方的想法與感受，掙扎於重新再連結夫妻雙方的關係。他們強調不孕危機需夫妻同心、攜手克服。經由互相同理、了解、與支持，再度連結已受傷害的夫妻關係。

所以現在兩個就是比較，我覺得有些事情，我們自己內心比較深層的想法，我們會講出來，也會很快去感覺到他的想法是什麼，好像也經過一個衝突，我覺得那時候的衝突雖然很大，我們也這樣走過來了。(G:6-7)

三、與理想中家庭形貌連結產生改變

不孕女性於結婚前及結婚初期，多已建構出心目中理想的家庭形貌或家庭圖像。她們希望依所想像或期待的家庭藍圖，建立自己的家庭，期許自己扮演妻子和母親的角色，生育子女並教育他使其成長。她們認爲家庭中必須有小孩的參與，才能成爲正常、圓滿、完整、完美的家庭。不孕使其與原先夢想期待的家庭形貌失去連結，內心感受失落的痛苦。



嗯，我覺得可能是傳統對家庭的期待吧，以前我就會覺得，就是結婚之前會幻想一個家庭，有很愛我的先生，兩個人溝通很好，有一兩個小孩，就是全家很和樂的畫面，對，總是會這樣想，有先生，有兩個小孩，然後是自己的家，晚上大家可以一起吃飯，假日一直去玩啊，就是都會有畫面在腦海裡，對對，所以我覺得如果真的自己有一個親生的小孩，對，真的是會是這樣的想法，然後會讓自己的生活經驗是比較豐富。(G:11)

因為我覺得一個家還是要有小孩的哭聲啦，笑聲啦，還有一些滿地都是玩具啊，對啊，我覺得應該是這樣，你說兩夫妻都上班，那回到家冷冷清清的，那不是一個家的感覺、生命的延續，我在這個小孩身上可以看到，他是我跟我先生的延續。(J:16)

四、與家族成員關係疏離

參與本研究的女性認為台灣的家庭，尤其是鄉下的家庭，對於傳宗接代、血緣延續高度重視，令其感受莫大的壓力。有些公婆直接要求不孕夫妻進行各式各樣的儀式（例如重新再結婚、迎娶）；有些公婆透過第三者轉述，要求不孕婦女快快生育；有些採取求神問卜及算命的方式；有些公婆絕口不提，但其眼神或互動時的細微動作，令不孕婦女深切感受他們對傳宗接代的高度期待。不論家族成員直接關切或間接探尋其狀況、提供鼓勵或支持進行不孕治療、或者刻意保持低調不表達他們的關切與期待，不孕女性與家族成員的互動中，均感受不同程度的壓力與不自在。而家族成員有時為了避免觸及不孕女性的痛處，也可能避免談論與小孩和生育的相關話題。一些女性們描述與家族成員互動的尷尬情況：

（公婆對我）很小心很客氣啦，對對，但是就是會有壓力，呵呵呵呵。也是有透過別的親戚來跟我們講啊，然後...就是會有壓力啦，因為覺得你認識的、不認識的親戚喔，怎麼每一個都在觀察這件事，呵呵，你就覺得很煩這樣，啊後來我就不敢回去了，我就不敢回婆家了。(L:2)

公公婆婆她們是很希望有一個小孩子，...他...他不會當著你的面說...唉...你們怎麼生不出來啊什麼的，然後他就是...比如說會去算命啊、然後...就是那種求神問卜啊，你就會覺得說...其實他們很期望有這

樣子啊... (E:18)

然後是後來公公是在別人家面前講，他是說唉我媳婦結婚兩年了一年多了快兩年了，到現在還沒有生小孩，人是很乖啦，只不過生不出小孩啊這樣子，然後這句話就講給人家聽啊...這個壓力很大耶，我覺得。(A:11)

有形無形中，人家（家人）講小孩又怕刺激到你，不講又好像很難過，人家一群小孩在那邊玩，（你和他家人）也沒有什麼好聊的，就在那邊聊，你又還沒有小孩，我（他）們講這些話不知道會不會刺激到你，我覺得別人（家人）會有這種顧忌啦！（C:17）

爲了逃避壓力、尷尬、與不自在，不孕婦女逐漸改變與家族的互動和連結，不論形體上或心理上，逃避、減少或切斷與家族互動交流的機會，並開始避免與家族成員們談論關於生育及小孩的話題。此外，大部分婦女於不孕醫療進行期間，傾向不願告知家族成員（例如公婆），他們認爲家族成員的關切，反而造成他們更大的壓力，不利於醫療，故醫療期間與家族成員的互動，情緒的交流與分享，明顯減少。不孕女性的內心壓力、焦慮、痛苦與緊張，常無法與家族成員分享，多由自身承擔。

大概知道...其實我們不太喜歡講...不太去跟人家（家人）講這個（不孕醫療）啦！尤其是...像我們做這個人工受孕，可能是長輩還比較傳統啊，就怕做人工的話...後遺症或者是一些併發症比較多啦，其實...沒什麼在跟他們講說...我們去做什麼（不孕醫療）...偶爾講，講的很淡，輕描淡寫...然後壓力來或心情不好的時候，我覺得我都會去用，我就不會讓別人發現我心情不好，然後也不一定敢哭出來，就是放在心裡，就是這樣一直壓抑自己...但是心裡還是很難過... (G:3)

只是我個人心理會覺得說不好意思，對先生、對公婆不好意思，因爲他們也沒有責備，但是他們會用關心跟你講，但是變成自己不好意思...甚至我不好意思打電話回家，對所以關心他們我也不會，頂多問一句啊你吃飽啊，啊吃飽飯沒這樣子，再來也不知道要講什麼，那也可能沒有小孩子的這個中間的這個比較沒有話題講。(H:1) ...有一些家族的

聚會我會覺得說我盡量去避免（參加），對，我不要的話我就是盡量去避免，然後有時候就是（待）在家裡這樣子。（H:22）

此外，當家族成員帶著他們的小孩出席家族聚會時，公婆對小孩的關心和愛護，常令不孕女性感受挫敗與自卑。小孩的出生與成長被視為與家族連結的重要橋樑，與公婆互動溝通的共同話題。不孕女性覺得與公婆和家族的關係，因未生育小孩而無法產生更進一步的溝通和連結。無法生育常使不孕女性不願意或不知如何與家族成員產生更深的、更親密的對話和互動。女性認為很難和具有生育經驗的家族成員分享其不孕壓力與醫療的痛苦。他們常於家族聚會場合中，感到孤立，覺得無法被家人同理了解。

比如說我們這麼多年沒有懷孕，那我的小叔結婚啦，那他們生小孩了，他們生的第一個又是男的，然後陸續又生一個女的，那其實在我心理我覺得我壓力放鬆，（公婆的）焦點完全不放在我這邊，可是又覺得說心理的一個感受就是嘿公婆的注意力轉到那邊（小孩）去了，那其實每次我都覺得滿難過的...（有一次家庭聚會）我公公就生氣，罵了（我先生）一句很難聽的話，然後我就會覺得說我心理就開始難過了，我那時候馬上就哭出來了（哽咽著），但是哭出來的感覺我是覺得說是因為我不會生，...然後之後我心情就變很差...（H:21）

因為我看我大嫂她們，雖然沒有跟我婆婆她們住，可是她們每次小孩帶回來，至少小孩子就那個就是她們之間的話題啊，至少我會覺得有差啦，多少有差啦，而且那種感覺也不一樣，好像才像真的結婚一樣（笑）...對啊，而且我可能自己心理在想說，人家會不會瞧不起你（我），哈哈，我自己會這樣想，她（婆婆）會不會想說，奇怪，你嫁來我們這裡那麼多年，也不幫我們作家事，也沒生小孩，我怕她會這樣想不講出來啦...因為我就是覺得她（婆婆）很疼我大嫂的小孩，或者是我小姑的小孩啊，對啊，每次有小孩子在家的時候...就是家裡會比較有歡笑聲啊，會比較會有互動的感覺啦！（E:3-4）



五、與不孕病友建立連結

不少不孕女性認為應該結合不孕病友的力量，互相幫助和支持。他們認為不孕的過程與所遭受的問題十分類似，若能認識更多的病友，互相分享心路歷程及新的醫療訊息，可以達到相互同理、支持與情緒紓解的效果。透過病友的經驗分享，形成新的有意義的關係與連結，並經由此關係連結療癒內心的創傷。

我覺得跟我一樣不孕症的朋友，我覺得，其實我們不要把這種力量分散掉啊，應該把這種力量聚集起來，讓我們來共同想說怎麼樣來幫助對我們是最好的，朝那個目標去努力，然後遇到壓力的時候，在這團體中大家就互相去紓解這樣的壓力，不是幫自己是幫別人，我們是用這種力量在支持的。...可能是因為我宣洩了這個重點，大家（不孕患者）都感同身受，沒有什麼疾病比我們再類似了...那大家的宣洩力量真的是很大，比我更慘的也有，不斷的把這種經驗分享出來，這就是一種治療效果，就覺得說，唉，她比我還要慘，她可以去面對，那我也要告訴我自己我也可以去面對，那慢慢的、慢慢的，這種心就會比較平復，這是在心理上，我覺得我們這樣的伴是互相支持的伴...在找不到社會的很大的支援的時候，你只能夠去引導這樣的人（不孕患者），結合大家（不孕患者）的力量，共同（互相）支持。（J:10）

六、社交人際關係疏離

於社交場合中，同儕多擁有子女，於人際社交的場合中，談論的話題常圍繞於小孩生育、養育的相關議題。不孕女性與他人互動的過程當中，常感到難以被同理和了解，通常會變得更退縮，常覺得無法融入社交群體中。當聽別人談論小孩時，常引發其內心的痛楚，有時須努力偽裝自己，不讓他人覺察其內心的難過。有時遭遇他人的關懷或疑問的眼光，常不知該如何回應。此外，友人也可能不好意思與不孕女性談論與小孩相關的話題。不少不孕女性採取逃避、退縮的方式降低其人際互動的接觸，有時必須偽裝、防衛自己，以免於社交情境與人際互動中情緒崩潰。久而久之，於各式的社交情境中，她們發覺自己可能與朋友或他人越來越疏離，於群居的社會中逐漸失去人際關係連結。



那我在學校就是擔任工作啊，那我看到的就是小孩子啊，我會覺得，唉，真是天大的折磨，看同事一個一個帶小孩來上班，喔那種環境是覺得很刺痛自己。所以，而且我在接觸試管（試管嬰兒治療）的時候，我就把工作辭掉了...有些人就是比較熱心啊，經常在詢問啊，我覺得那講太久，情緒會崩潰掉，不太想去面對這樣的環境，然後就想把那種話題轉移開來，那如果這樣的話，你（我）在這個團體久而久之你（我）也會變成那種孤僻的人...那就想說從前的我不是這樣的人啊，我也有很多朋友啊，可是為什麼，思考到現在我會變成這樣子...想一想，就是不孕帶給我的影響。(J:9)

因為其實我想要有一個小孩也是很久了，對，那其實...我覺得...自己週遭的朋友啦，像我老公的同事啊、我自己的朋友、自己的同學啊，都已經全部都有小孩了，那小孩有幾個...當然我們就是說年紀比我小的來講的話，小孩都已經兩三個了，對，那自己連一個都沒有的時候，就看到同學這樣出去聚餐的時候，都有這樣子在聊的時候，就覺得那種心情...真的是...覺得自己也沒有哪裡不正常啊，那為什麼會人家有小孩自己沒有小孩那種心態，就會覺得出他們都是孩子經啊，自己也不知道該從哪裡插嘴... (K:9)

此外，不孕女性經常處於人際關係尷尬與兩難的處境，內心明知別人的關心與安慰可能出於善意，但另一方面對他人的關心又覺得痛苦、難以接受，想要逃避，卻又難以逃開。與朋友互動時，不孕女性常覺自卑與處於劣勢的感覺，心態可能呈現忌妒、羨慕、和不平衡。她們認為多數自然懷孕及生產的女性無法同理和了解其內心的痛苦，無法與他人分享內心真正的感覺。

其實我常常比較過可是我覺得說我每次啊別人在關心我，或者是說我真的有時候覺得別人的關心啊，有些人是真的好意，可是我會覺得說我很容易掉眼淚，所以我會覺得我壓力更大，啊其實我個性比較樂觀，喔別人會說啊你怎麼不生小孩子，我這個我倒都還好，可是一些人關心的話會讓我覺得很難受，我覺得你反而不要關心我這樣子，對呀！... (H:2)

爲什麼自己想懷孕的時候偏偏自己週遭的朋友都很容易就懷孕了，然後自己卻沒有，然後會有一種這種...比較心態不平衡...我覺得人際關係後，你像...比如我們這種年紀的，大部份的朋友都有小孩子嘛，然後你就會覺得...因爲比如說...這種時候，大部分都是那種小孩子也是才剛生出來嘛，啊所以那話題就會圍繞到這方面，然後你就會覺得，碰觸到這個話題的時候，你會很...就是很被動，你甚至會很不想去回應啦，也會覺得說別人也不好意思，啊所以你對這方面就是...會變得，怎麼講，就是不願意去談，也是覺得自己...有點...這方面有點自卑，這樣子啊，就是覺得別人這麼容易懷孕就生小孩，然後我們那麼努力卻都沒辦法...對啊... (K:5)

因爲畢竟啊你要跟人家分享這一些內容來講，你一定會找到說跟你相關的人，跟你會同類似這樣情況的人他才能夠再跟你分享一些，就會說其實你這個過程喔比如說喔你會閒話家常啊說啊對我公婆怎麼樣怎麼樣子，我不會生什麼樣子，有時候你才會講到這些，你跟一些他們就是跟一些他們是正常懷孕的正常家庭來講，你根本談不到這些話題，所以沒有人會對你分享這個，對，而且別人也沒有辦法體會到你這些你這些心路歷程對，就是會這樣子。(M:12)

不孕女性表示因不孕治療與工作產生衝突，處在兩者的夾縫中感受不小壓力。由於不孕的療程可能持續甚久，她們於繁複的醫療過程中，必須盡量避免承受醫療與工作雙重壓力，一些女性必須請假進行醫療，另一些則辭掉工作，專心進行治療。有些女性因職場上接觸嬰兒或小孩，常見父母懷抱子女的场景，引發其傷心難過的情緒，因而辭掉工作。而犧牲工作的結果，往往造成她們更大的經濟壓力，並感到與不孕診斷前所扮演的職場角色和社會角色認同產生衝突與失去連結的感覺。

那我自己也會在（工作場所）接觸一些懷孕的媽媽，比如說看到人家抱著小孩的時候，那種心情是真的完完全全不一樣，然後有時候看到那個嬰兒室裡面的小孩的時候，我有時候會覺得...如果其中有一個是自己的小孩不知道該多好...有時候...那種心情是真的...嗯...看了會很難

過啦...真的...然後...所以我會覺得說...爲什麼我會想要離開這個工作...其實...原因之一是我自己想要好好休息啦,然後原因之二是因爲...嗯真的跟我衝擊力很大,因爲...自己又是屬於不孕症的夫妻之一,然後呢...又看人家...在婦產科看人家在裡面生小孩,然後抱小孩啊那種心情是...我覺得是衝擊真的是蠻大的... (K:7)

因爲我覺得說我兩方面(不孕醫療與工作)我都沒有辦法照顧好,所以在我工作來講,因爲我很喜歡我的工作,那我曾因爲要生喔想要懷孕嘛,想說啊生一個小孩子,那我覺得我喪失了兩次升遷機會(爲了進行不孕治療),那我覺得說這件事(不孕醫療)都讓我覺得說好像(工作)都辦不好,我好像以這件事一直擱在我這邊... (H:3)

因爲其實我還有我自己對工作上的期待蠻高的這樣子,雖然有時候做治療就是要放輕鬆,然後慢慢的,然後工作就是慢慢的,但是我覺得還是會有壓力吧,對,我可能對自己工作上,平常就蠻多事情的,又因爲做治療,又有期待啊,還有工作方面隨時要處理,所以我覺得那時候工作壓力很重,原有的事情再加上治療的事情... (G:8)

七、與社會文化主流體系疏離

受訪者認同傳宗接代與命脈傳承的重要性。他們深刻感受台灣重視生育與血緣傳承的文化特色。多數不孕女性認同社會文化強調生育的價值,亦認爲傳統文化期待女性承擔較重的生育與養育責任。無法生育使其感受無法融入主流社會文化體系,對自己的未來感到憂心,同時也對自己於社會邊緣化的狀況,產生迫切的危機感。此外,因不孕醫療花費昂貴,國內健保又沒有給付,相關的福利措施付之闕如,她們感覺自己似乎爲社會所遺棄,必須自行掙扎求生存,成爲和社會疏離的邊緣人。

講難聽一點,就像人家說,譬如說好,我們真的沒辦法生,那等於說,到我先生就絕後了,就沒有人了,就其實生小孩,就是要一直傳下去這樣,畢竟(我是)比較保守的觀念吧! (B:4)



因為我覺得外界、這個社會給女孩子很大的壓力，結婚一陣子啦，不要說一年兩年啦，如果兩年沒有生，街坊鄰居一來就會問你們結婚多久了？怎麼還不快生？你就會發現每個人見面的第一句，就是問你要不要生... (C:6) ...在我們這個年代啊，我是覺得除非家長公婆很新潮或很開放，如果他們還是很傳統的，我覺得我們女生還是一部生產的機器，你沒有生好像你的地位也不怎麼樣... (C:17)

那你想要這麼大的花費（不孕醫療），那健保都沒給付，對啊，那對我們來講是很不公平的，然後你想想看你又受這些（壓力），那到最後醫生跟你說，對不起這次沒成功，那感受是什麼？ (J:2-3)

陸、討論

本研究結果呈現不孕動搖女性們原本建構的關係網絡，衝擊女性各層面關係的連結。仔細審視橫跨不孕女性自我、配偶、家庭形貌、家族成員、社交人際、社會文化等五層面，共通主題為發現他們經歷關係的急性與慢性失連結階段，一些女性繼而進入關係的掙扎重建、與企圖再連結的過程。以下討論關係連結的特色與探討台灣文化特質對不孕女性關係連結的影響。隨後針對上述五層面不孕女性的關係連結與改變的三階段過程和關係轉化歷程進行討論。

一、關係連結特色

網狀多層面交互連結。不孕女性關係連結以自我認同為核心，涵括婚姻、家庭、社區、社會與文化等層面，關係連結呈現網狀架構，拓展連結至各面向，多層面相互連結和交互影響。除不孕女性本身和他人的關係互動關聯外，也呈現與生育相關的期望、想法、信念、價值、自我認同、社會角色、家庭形貌、或社會文化集體特質的連結。當獲知不孕診斷時，不孕動搖女性的自我認同，當無法和原先自己所建立的認同感連結，進而影響自我與各層面間的連結狀況，與期待中的家庭形貌與自我角色、家人互動、社交人際、及社會文化的網狀關係結構產生斷裂或損害。

負面情緒影響關係連結。不孕引發女性各式負面情緒，包括失落、悲傷、痛

苦、罪惡感、自責、自憐與否定自我等情緒。隨著不孕診斷與醫療的進行，不孕女性的負面情緒紛至沓來，此發現呼應國內外文獻論述，例如 Atwood 和 Dobkin (1992)、Daniluk (1997)、Hart (2002)、李淑杏等 (1995)。由於不孕為隱形非外顯的問題，若非自我揭露，旁人較難得知，更由於不孕易被污名化 (Bergart, 2003; Remennick, 2000)，兼所處的家庭氣氛、社區環境與社會文化均高度重視生育子女，不孕女性常掙扎於不知如何表達自己的不孕問題與負面情緒 (Sherrod, 2004)。

舉例而言，不孕女性於醫療期間傾向隱藏相關訊息或壓抑自身的負向情緒，傾向逃避或切斷與家族成員互動，選擇沉默或輕描淡寫不孕問題和相關影響。此發現呼應李麗熒 (1994) 所稱不孕女性傾向隱藏不孕相關情緒，也呼應 Lee、Sun、Chao 和 Chen 與其同儕 (2000) 所稱與其伴侶相比，台灣不孕女性傾向選擇與家人疏遠或避免接觸。不孕所引發的負向情緒衝擊女性與他人的關係連結，當女性無法真誠的表達自身的經驗，無法敘說自身的故事，無法傾訴內在情緒，並將實際情緒隱藏，以虛假的面具呈現於他人時，極可能封閉自己、阻斷自己與配偶、家人和社會的連結。

同理性與相互性增強關係連結。如上所述，不孕女性的負向情緒與內心感受若能被真誠並充分表達時，相關困擾與經驗可為配偶、家人、朋友、鄰里人士等同理了解時，她們感覺與他人關係連結被維繫。此研究結果呼應 Ferber (1995)、Jordan (2003)、Miller 和 Stiver (1997) 的觀點，同理為促進關係連結的重要要素。也支持 McDaniel、Hepworth 和 Doherty (1992) 的論點，不孕女性若能與他人交談分享，有助於降低不孕的心理擾亂與負向情緒。她們重視與配偶和朋友分享 (Watkins & Baldo, 2004)，尤其配偶的同理與了解為不孕女性主要支持動力 (林旖旎、蔡永杰、康介乙，2004)，此亦呼應 Lee 等人 (2001) 所發現夫妻分享感覺與改善溝通有助雙方調適因應不孕問題。

此外，研究結果呈現不孕女性體認與其他具不孕問題或經歷不孕治療的患者相互支持和分享的重要性，她們認為經歷類似的心理歷程，承受類似的壓力與關係失連結的痛苦，適合成為相互傾訴、同理及支持的對象，此相互性亦為關係連結的要素。與其他患者的真誠接觸和分享，伴隨相互傾聽、接納、關懷，與他人形成關係同盟，不孕女性建立和他人親密信任，深化關係的穩固連結。因此，週遭他人若能給予更多的傾聽與體會，有助於和不孕女性發展各層面關係連結，重建支持的關係網絡。此發現亦支持不孕患者自助性支持團體的重要性與有效性

(e.g., Klock, 1997; Leiblum & Greenfeld, 1997; 李麗熒, 1994)。

關係連結與文化特色. 本研究發現台灣不孕女性重視與家人、親戚、鄰居、社區、和社會各式關係連結，傾向認同傳統文化重視生育與傳宗接代的觀念，接受生育子嗣與血緣傳承的文化特色。女性重視與配偶、公婆、家族和親戚的關係連結，重視公婆的看法與意見，及與他們關係的經營維護。此發現呼應 Lee 和 Sun (2000) 所稱公婆對台灣不孕女性心理社會狀況具有相當影響力。因不孕引發的人際關係變動與疏離，對不孕婦女形成顯著壓力，尤其與配偶、公婆和家人間的關係疏離或當其發現連結關係受損時，內心充滿失落和痛苦。

另外，台灣社會文化傾向將生育子女共組家庭視為理所當然，不孕女性內化血脈傳遞與子嗣傳承的文化特質，她們的自我期許、自我認同、家庭形貌藍圖、與家庭社會角色等，均與母親角色形成緊密連結。多數受訪者強調其所居住的台灣南部區域，尤其是鄉下地區，人際關係互動較為頻繁，整體社區文化氛圍均重視生育子女，家人與鄰居對其不孕的高度關注影響其人際互動關係。因不孕引發與家人、鄰里社區人士、朋友的疏離，不孕女性感受無法融入社會主流文化體系與被社會邊緣化。她們提及即使生活於現代社會，具備工作與經濟自主能力，但其自我認同仍深受家庭情境、社會文化與傳統特色的影響，關係連結因不孕衝擊無法維繫或受到傷害時，引發關係失連的無奈與苦楚。

另外，研究發現當不孕女性承受不孕壓力與危機、企圖尋求被了解與支持、努力修復關係、企圖重新再連結時，常感覺他人難以同理她們的心理情緒變化，也發現配偶與家人朋友多忽略其關係連結需求，傾向直接與其討論問題解決方法與如何改變行為。週遭重要他人常立即給予勸告或資訊提供，進行不孕醫療、求神問卜、宗教或傳統儀式、改變飲食與調理身體等方法。顯示多數人看待不孕問題傾向著重問題解決為導向，似較忽略情緒的處理。因此多數不孕女性於此婚姻、家庭、社區、及社會文化氛圍中，常感覺其情緒與感受難以被了解，其關係連結的需求難以被滿足。

最後，一些與不孕相關的文化特殊儀式，例如求神問卜、宗教信仰、民間療法、中醫調理等，多被台灣不孕女性採用協助處理不孕問題，抒解壓力或提升受孕機會。例如，受訪不孕女性關切自身體質與不孕的關聯，除接受西醫治療外，尋求中醫治療，或尋求偏方以求改善體質。此發現呼應郭美璋、張利中和江漢聲 (1999) 的發現，不孕患者求醫習慣為中西醫並行，也希望藉由改善體質而受孕。

此外，各式民俗療法或傳統求子儀式，亦多被採行，此發現某種程度呈現受訪女性與台灣傳統文化特質連結的意涵。

二、三階段關係歷程與轉化

急性失連結階段. 女性原嵌合於複雜的關係網絡中，當不孕診斷確定時，常因無法感受被他人同理與接納不孕的狀況，立即覺得各層面關係產生急性失連結的狀況。此種失去連結的感覺來自於不孕女性感受其本身問題的特殊性，與大多具生育能力的女性有所差異，感受自身的問題無法被他人了解，認為具生育能力的女性、夫妻、及社會大眾難以體會其所遭受的痛苦與無奈。急性失連結的感覺亦來自於大眾對其不孕問題欠缺敏感性與同理心，難以體會他們所承受的挫折與煎熬。因此，不孕造成女性減少或切斷原先建構的關係連結網絡與降低關係互動的品質。例如，一些不孕女性於處理不孕問題過程中，與先生產生衝突與緊張，甚至考慮結束婚姻關係。她們亦感受孤立於家族互動和社交人際互動過程，感到難以融入以小孩和生育為中心的社會文化主流價值。

女性們因不孕產生關係急性失連的過程，常伴隨著震驚、疑惑、混亂的心情。於關係失連的過程中，她們傾向經歷各式憤怒、憂鬱、焦慮、沮喪的情緒，也伴隨懷疑、憐憫、和同情自己的感受，責備與貶低自己，否定自身的價值，感到難以啓齒與他人談論自身的不孕問題。由於關係的變動牽涉的層面廣泛，且相互之間有所牽連，女性因不孕而必須處理各式關係的失連或改變，常覺得十分疲倦、精力耗盡、與挫折沮喪，因此不少女性於關係中退縮、感受無助、無力與孤立的感覺。此呼應由於女性於不孕的經驗歷程中，感受不被同理、失落、孤立、與自我責備和憂鬱的感覺（Atwood & Dobkin, 1992; Daniluk, 1997）。這些負面感覺，可能進一步阻礙女性的行動力與決定力。當女性的不孕經驗無法被充分地表達與被他人同理時，她們常由關係中退縮、隔絕自己與他人的接觸、減低互動的頻率與品質。

慢性失連結階段. 不孕女性必須處理各式關係變化，於關係的掙扎時期，經歷高度的關係不確定性。由於舊有的關係網絡連結已改變或受損，不孕女性常掙扎於與他人互動的歷程，不確定該如何處理變動的關係。一些不孕女性表示因不知如何面對家人或他人而採取逃避、忽略、及否認的方式，一些人表現冷漠、退縮、或孤立的態度，另一些人可能呈現憤怒與不滿的情緒。另有女性描述他們帶

著面具，掩飾對於人際互動過程失去關係連結的痛苦。

於慢性關係失連結的階段，女性們常不自覺地使用內心的防衛機轉，例如否認、壓抑、逃避、退縮等，幫助他們處理因為關係的變動與失去連結所產生的各式壓力與危機。女性掙扎於處理關係的過程，內心常混合著矛盾的情緒。一方面了解社會文化所定位其角色，另外一方面感受由於自身的不孕問題無法被充分表達和了解，引發其內心的矛盾、痛苦、與衝突。此關係掙扎的階段，有時歷時數年，不孕女性常掙扎於因應處理這些錯綜複雜的關係，企圖調整與適應各層面關係的變動。

療癒性的連結階段。一些不孕女性努力掙扎重新建構各式關係，進行修補或再連結，例如致力於建立與自我之間新的連結、建構新的不孕自我認同，進而調適自己的角色。並經由肯定自我於其他方面（例如工作方面）的表現，逐漸恢復對自己的信心。此發現呼應不孕女性逐漸體會其多面向的自我認同，不只包括母親與照顧者的角色，也包含其他的角色（Lisle, 1996）。亦呼應 Daniluk（2001）所強調不孕者經長時間治療失敗後，逐漸了解除扮演親職角色之外，其未來可以多元發展其他的嗜好、職業、教育、與任務等不同的生活內涵。

此外，本研究發現女性強調建立與配偶新的關係連結的重要性，透過衝突的解決與持續的溝通，夫妻了解對方的感受、心情、想法、價值、對生育子女動機及家庭形貌的期望、及對不孕治療的決定，尋求處理不孕問題的共識。雙方經由想法與情緒的表達與互相同理，發展出新的關係連結方式。此呼應先前的發現，不孕夫妻之間經由溝通、同理了解，提昇親密感與支持（Fleming & Bury, 1988），藉由共同努力克服不孕的挑戰，夫妻關係將更堅固（Becker, 1997; Daniluk, 1997）。此發現亦呼應不孕夫妻最終必須發展關係連結，形成共識，共同超越舊的文化與傳統所定義的家庭與親職角色，建構屬於他們新的參照架構，展開新生活（Daniluk, 2001）。

另外，不孕女性提及與其他的不孕症患者建立關係連結的重要性，他們認為親身經歷不孕的歷程，才能深刻體會不孕的感受。藉由與其他病友們分享，了解與同理彼此的感受，可產生有意義的、信任的連結關係，幫助不孕女性強化關係連結，提昇其處理不孕的能力，強化自我感和促進發展，助其克服不孕壓力與創傷。此亦與前人發現吻合，呼籲結合患者的力量，組成治療性或自助性的支持團體（例如 RESOLVE）（e.g., Klock, 1997; Leiblum & Greenfeld, 1997），提供不孕患者的社會支持與情緒紓解功能。

關係連結轉化歷程。關係連結轉化似與時間點、醫療診斷與治療情況、和個人接受不孕的程度有關。女性提及不孕診斷確定時，立即感受巨大衝擊與伴隨低落、消沉、失落、哀傷等負向情緒，感受孤立與關係失連結、毀壞與崩解，此為關係急性失連階段。於此時期，負向情緒充塞紛亂，她們常不知如何表達，傾向隱藏這些情緒，內在負向情緒的壓抑隱藏，生活經驗無法表達更加深女性急性失連結而產生的孤獨無助感。一段時間後，當不孕女性逐漸了解不孕相關的心理社會反應，漸漸進入關係慢性失連階段，當其進入醫療期，可能歷經數月甚至數年的療程，各式身、心、社會反應與衍生問題往往成為壓力源，壓力的調適因應與關係連結或失落的掙扎成為日常生活的重要議題。於此階段，一些不孕女性可能嘗試揭露和表達部分情緒與經驗，也可能時常覺得難以得到足夠的同理回應或了解。當她們接受不孕問題且發展不孕的自我認同，並企圖整理並思考因應關係的混亂失連結的狀況，願意嘗試修補與重建關係連結，著手進行調適和問題解決，此時邁入關係連結的修復重建期。

綜上所述，台灣不孕女性關係連結特色包括網狀多層面交互連結與影響、內在負面情緒影響關係連結、提升相互性與同理性促進關係連結等。台灣不孕女性的關係連結情況深受社會文化特色與所居住的地域風氣影響，尤其傳統生育與傳宗接代的觀念，以及女性內化社會文化價值觀，深刻影響不孕女性自我認同與其家庭和社會角色，對各層面的關係連結網絡影響顯著。另外，女性於不孕經驗歷程中，其原先建立的網狀關係各層面深受衝擊，各層面均經歷急性失連、慢性失連與療癒重建階段。關係連結轉化歷程與時間點、不孕診斷與治療情況，和個人接受程度有關。

柒、建議

由於不孕衝擊女性關係的所有層面，諮商輔導專業人員應幫助不孕女性處理與自我、夫妻、家庭形貌、家人、朋友與他人、社會文化各層面的關係衝突，幫助不孕女性於關係的改變中重新定位自己，修補疏離或失連的關係，建立支持性、信任性、同理的關係連結。專業人員可與不孕女性建立有意義的關係連結，幫助他們於辛苦的不孕歷程中，得到同理、關懷、和支持，幫助她們表達內心的

感受，學習建立具功能性、支持性的各式關係連結。專業人員亦可幫助不孕女性連結其他的不孕病友，透過團體諮商、病友會、與自助式支持團體的互動交流，幫助他們紓解及調適壓力，形成同理性與支持性的關係網絡。本研究呼應 Gibson 和 Myers (2002) 所強調，關係取向相關的理念與技巧適用於幫助不孕女性。諮商輔導實務人員可著重於發展各式諮商模式、方案與技巧，幫助不孕病患度過三階段的關係改變歷程、關係轉化的歷程，並聚焦於關係連結與療遇重建的處遇成效。教育訓練者應加強提供處理不孕女性的關係互動、連結、與轉化的理論、模式、與技巧的訓練。未來研究可深入探討三階段關係改變歷程、各階段特色、與關係轉化的歷程。而相關的政策制定者，可以進一步考慮就醫資源與保險給付的分配，幫助不孕病患族群，獲得醫療與經濟資源協助，有效幫助其與社會形成良性的互動連結。

捌、研究限制

本研究的受訪者全部來自於台灣南部中高社經階層，教育程度均為大專以上，其中多處於核心家庭。這些受訪者願意參與研究，談論其不孕歷程中各層面的關係變化，可能暗示其人格特質較為積極開放。因此，本研究受訪者的特色可能與來自不同人口背景變項和拒絕受訪的不孕人口群的特色有所差異。另外，這些受訪者均屬於異性戀夫妻的群體，且為非自願性無親生子女者 (involuntary childlessness) 的關係經驗，本研究的結果可能無法反映同性戀、未婚、或自願選擇不生小孩的女性不孕族群的觀點。此外，本研究僅由女性觀點描述其因不孕的各層面關係的變化，欠缺男性的看法。

玖、結論

不孕衝擊女性網狀多層面交互連結的關係，改變其原先所建構的關係互動和連結的網絡。不孕女性的內在負面情緒、與所居住的地域風氣和外在社會文化特色深刻影響其關係連結狀況。她們多經歷關係的急性失連結、慢性失連結、與療癒性的關係再連結三階段。由於無法生育子女，女性的自我認同遭受打擊，對自

己的身體與功能產生懷疑與不確定。另外，女性和配偶的關係亦產生變化，可能感受配偶的不了解、疏離與衝突，產生孤立與失連的感覺。亦可能與心目中原先所期待理想中的家庭形貌與藍圖失去連結。不孕女性可能由家族的聚會及社交活動中退縮，覺得孤立與無法融入家族活動與社交團體中。她們亦傾向感受於社會文化主流價值體系中被邊緣化。透過與不孕病友接觸和相互同理，不孕女性可擴展支持網絡，強化力量於關係互動之中。諮商輔導實務工作者、研究者、與教育訓練者可就不孕女性的關係連結的各層面需求與問題著手，提升相互性與同理性，幫助其因應關係連結的三階段變化，處理因不孕導致關係失連的痛苦與失落，並重新建立療癒性關係的有效連結，克服不孕帶來的危機與挑戰。

針對本文之任何回應、回饋或意見，請直接聯繫：林旖旎，新竹市光復路二段 101 號，清華大學。TEL：(03)5715131-34682；E-mail：ynlin@mx.nthu.edu.tw

收件日期：2005 年 8 月 24 日

通過日期：2005 年 12 月 28 日



參考書目

- 李淑杏、郭碧照、李孟智、李茂盛（1991）。接受人工生殖科技治療之不孕症婦女的心理壓力及其相關因子。**公共衛生**，**18**（2），148—163。
- 李淑杏、郭碧照、李孟智、李茂盛（1995）。接受人工生殖科技治療的不孕症夫妻之心理社會反應。**台灣醫誌**，**94**（1），S26—S33。
- 李淑杏、郭碧照、李孟智、賴慶祥、李茂盛（1998）。不孕症夫妻成爲父母後的心理反應變化。**台灣醫學**，**2**（2），133—140。
- 李從業、張昇平、陳嘉琦（1997）。不孕夫妻的困擾程度、壓力感受及因應策略的比較。**護理研究**，**5**（5），425—438。
- 李麗熒（1994）。不孕症婦女的壓力源及因應行爲。**輔英學報**，**14**，50—68。
- 林旖旎、蔡永杰、康介乙（2004）。不孕夫妻於不孕歷程的反應與互動：台灣不孕女性的觀點。**彰化師大輔導學報**，**26**（1），39—66。
- 徐怡伶（2000）。接受生殖科技治療不孕夫妻情緒反應及因應行爲與其相關因素之探討。中山醫學院醫學研究所碩士論文。
- 張利中、郭美璋、江漢聲（2000）。男性不孕症求診患者之生育概念研究。**台灣性學學刊**，**6**（1），64—76。
- 張秀玉、郭碧照（2000）。初次與重複接受施試管嬰兒治療不孕症夫妻之心理社會反應。**護理研究**，**8**（2），190—202。
- 陳淑（1995）。一位充滿失落經驗的繼發性不孕症婦女再次生產時對身體功能的關注。**護理雜誌**，**42**（3），57—65。
- 郭碧照、王郁茗（1993）。中部某教學醫院不孕症婦女憂傷過程與反應之研究。**公共衛生**，**20**（1），46—57。
- 郭碧照、李淑杏、王郁茗、李茂盛（1998）。傳統生育觀念與不孕夫妻憂傷反應之相關探討。**中山醫誌**，**9**（1），89-99。
- 郭美璋、張利中、江漢聲（1999）。男性不孕病人的生育諮商。**台北市醫師公會會刊**，**44**（2），24—27。
- 陸瑩華（2002）。中年雙薪不孕夫妻生活經驗之研究。國立高雄師範大學成人



教育研究所碩士論文。

楊麗齡 (2002)。台灣北部地區不孕婦女婚姻關係之生活經驗：一個現象學研究。

新竹師院學報，**15**，453-476。

劉春年、郭碧照、李茂盛 (1991)。不孕症婦女之社會心理反應及其相關因素的探討。**衛生教育雜誌**，**12**，1-12。

蔡文輝 (1994)。**家庭社會學**。台北：五南。

蘇燦煮、余玉眉、陳月枝 (1998)。不孕婦女面對不孕及治療的困惑及護理需求。**護理雜誌**，**45** (3)，15-20。

Abbey, A., Andrews, F. M., & Halman, L. J. (1991). The importance of social relationships for infertile couples' well being. In A. L. Stanton & C. Dunkel-Schetter (Eds.), *Infertility: Perspectives from stress and coping research* (pp. 61-86). New York: Plenum Press.

Andrews, F. M., Abbey A., & Halman L. J. (1992). Is fertility problem stress different? The dynamics of stress in infertile and fertile couples. *Fertility and Sterility*, *55*, 1247-1253.

Applegarth, L. D. (2000). Individual counseling and psychotherapy (pp. 85-101). In L. Hammer Burns & S. H. Covington (Eds.), *Infertility counseling: A comprehensive handbook for clinicians*. New York: Parthenon Publishing.

Atwood, J. D., & Dobkin, S. (1992). Storm clouds are coming: Ways to help reconstruct the crisis of infertility. *Contemporary Family Therapy*, *14*, 385-403.

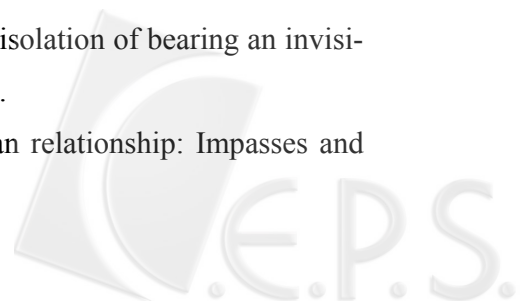
Becker, G. (1997). *Healing the infertile family*. Berkeley, CA: University of California Press.

Berg, B. J., & Wilson, J. F. (1991). Psychological functioning across stages of treatment for infertility. *Journal of Behavioral Medicine*, *14*, 11-26.

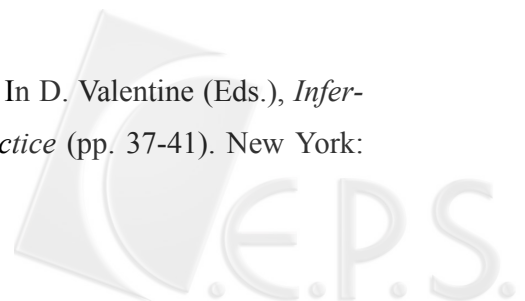
Berg, B. J., Wilson, J. F., & Weingartner, P. J. (1991). Psychological sequelae of infertility treatment: The role of gender and sex role identification. *Social Science and Medicine*, *22*, 1071-1080.

Bergart, A. M. (2003). Group work as an antidote to the isolation of bearing an invisible stigma. *Social work with groups*, *26*(3), 33-43.

Bergman, S. J., & Surrey, J. L. (1997). The woman-man relationship: Impasses and

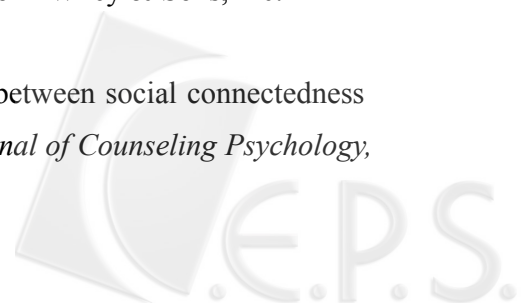


- possibilities. In J. V. Jordan (Ed.), *Women's growth in diversity*. New York: Guilford Press.
- Collins, A., Freeman, E. W., Boxer, A. S., & Tureck, R. (1992). Perceptions of infertility and treatment stress in females as compared with males entering in vitro fertilization treatment. *Fertility and Sterility*, 57, 350-356.
- Daniluk, J. C. (1997). Gender and infertility. In S. R. Leiblum (Eds.), *Infertility: Psychological issues and counseling strategies* (pp. 103-128). New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Daniluk, J. C. (2001). Reconstructing their lives: A longitudinal, qualitative analysis of the transition to biological childlessness for infertile couples. *Journal of Counseling and Development*, 79(4), 439-450.
- Daniluk, J. C., & Fluker, M. (1995). Fertility drugs and the reproductive imperative: Assisting the infertile woman. *Women & Therapy (Special Issue on Psychopharmacology)*, 16, 31-47.
- Davis, D., & Dearman, C. (1991). Coping strategies of infertile women. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 20, 221-228.
- Davis-Floyd, R. E. (1994). The technocratic body: American childbirth as cultural expression. *Social Science and Medicine*, 38, 1125-1140.
- Domar, A. D. (1997). Stress and infertility in women. In S. R. Leiblum (Eds.), *Infertility: Psychological issues and counseling strategies* (pp. 67-82). New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Downey, J., Yingling, S., McKinney, M., Husami, N., Jewelewicz, R., & Maidman, J. (1989). Mood disorders, psychiatric symptoms, and distress in women presenting for infertility evaluation. *Fertility and Sterility*, 52, 425-432.
- Eugster, A., & Vingerhoets, A. J. J. M. (1999). Psychological aspects of in vitro fertilization: a review. *Social Science of Medicine*, 48, 575.
- Ferber, G. M. (1995). An empathy-supporting approach to the treatment of infertile women. *Psychotherapy*, 32(3), 437-442.
- Fleming, J., & Burry, K. (1988). Coping with infertility. In D. Valentine (Eds.), *Infertility and adoption: A guide for social work practice* (pp. 37-41). New York:

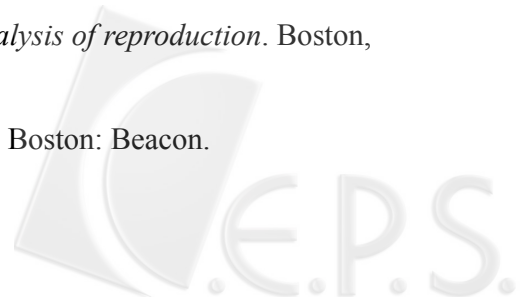


Haworth.

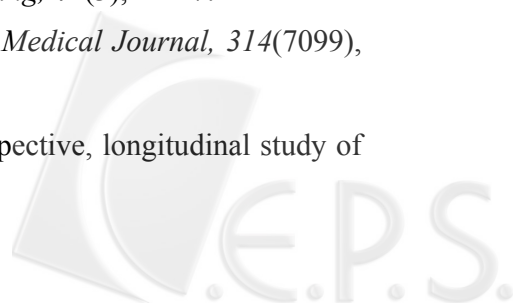
- Forrest, L., & Gilbert, M. S. (1992). Infertility: An unanticipated and prolonged life crisis. *Journal of Mental Health Counseling, 14*, 42-58.
- Gibson, D. M., & Myers, J. E. (2002). The effect of social coping resources and growth-fostering relationships on infertility stress women. *Journal of Mental Health Counseling, 24*, 68-80.
- Gilligan, C. (1982). *In a different voice: Psychological theory and women's development*. Cambridge, Ma: Harvard University Press.
- Greil, A. L. (1991). *Not yet pregnant: Infertile couples in contemporary America*. London: Rutgers University Press.
- Hart, V. A. (2002). Infertility and the role of psychotherapy. *Mental Health Nursing, 23*, 31-41.
- Imeson, M. (1996). Couples' experience of infertility: a phenomenological study. *Journal of Advanced Nursing, 24*, 1014-1022.
- Ireland, M. S. (1993). *Reconceiving women: Separating motherhood from female identity*. New York: Guilford Press.
- Jordan, J. V. (1997). Relational development through mutual empathy. In A.C. Bohart & L. S. Greenberg (Eds.), *Empathy reconsidered: New directions in psychotherapy* (pp. 343-351). Washington, DC: American Psychological Association.
- Jordan, J. V. (2003). Relational-cultural therapy. In M. Kopala & M. A. Keitel (Eds.), *Handbook of counseling women* (pp. 22-30). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Keystone, M., & Kaffko, K. (1992). The braided threads: Intimacy, sexuality and gender differences. *The Canadian Journal of Human Sexuality, 1*, 47-54.
- Klock, S. C. (1997). To tell or not to tell: The issue of privacy and disclosure in infertility treatment. In S. R. Leiblum (Eds.), *Infertility psychological issues and counseling strategies* (pp. 167-188). New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Kvale, S. (1996). *Interviews*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Lee, R. M., & Robbins, S. B. (1998). The relationship between social connectedness and anxiety, self-esteem, and social identity. *Journal of Counseling Psychology,*



- 45, 338-345.
- Lee, R. M., & Robbins, S. B. (2000). Understanding social connectedness in college women and men. *Journal of Counseling & Development, 78*, 484-491.
- Lee, T. Y. & Sun, G. H. (2000). Psychosocial response of Chinese infertile husbands and wives. *Archives of Andrology, 45*, 143-148.
- Lee, T. Y., Sun, G. H., & Chao, S. C. (2001). The effect of an infertility diagnosis on the distress, marital and sexual satisfaction between husbands and wives in Taiwan. *Human Reproduction, 16*(8), 1762-1767.
- Lee, T. Y., Sun, G. H., Chao, S. C., & Chen, C. C. (2000). Development of the coping scale for infertile couples. *Archives of Andrology, 45*, 149-154.
- Leiblum, S. R. (1997). Introduction. In S. R. Leiblum (Eds.), *Infertility psychological issues and counseling strategies* (pp. 3-17). New York, N.Y.: John Wiley & Sons, Inc.
- Leiblum, S. R., & Greenfeld, D. A. (1997). The course of infertility: immediate and long-term reactions. In S. R. Leiblum (Eds.), *Infertility psychological issues and counseling strategies* (pp. 83-102). New York, N.Y.: John Wiley & Sons, Inc.
- Lincoln, Y. S., & Cuba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Newbury Park, CA: Sage.
- Lisle, L. (1996). *Without child*. New York: Routledge.
- MacDaniel, S. H., Hepworth, J., & Doherty, W. (1992). Medical family therapy with couples facing infertility. *The American Journal of Family Therapy, 20*, 101-122.
- Mahlstedt, P. P. (1985). The psychological component of infertility. *Fertility and Sterility, 43*, 335-346.
- Mahlstedt, P. P., MacDuff, S., & Bernstein, J. (1987). Emotional factors and the in vitro fertilization and embryo transfer process. *Journal of In Vitro Fertilization and Embryo Transfer, 4*, 232-236.
- Martin, E. (1987). *The woman in the body: A cultural analysis of reproduction*. Boston, MA: Beacon Press.
- Miller, J. B. (1986). *Toward a new psychology of women*. Boston: Beacon.



- Miller, J. B. (1988). *Connections, disconnections and violations*. Work in Progress, No.33. Wellesley, MA: Stone Center Working Paper Series.
- Miller, J. B., & Stiver, I. R. (1997). *The healing connection: How women from relationships in therapy and in life*. Boston, MA: Beacon Press.
- Mishler, E. (1991). *Research interviewing: Context and narrative*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Morrow, K. A., Thoreson, R., & Penney, L. L. (1995). Predictors of psychological distress among infertility clinic patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*(1), 163-167.
- Nachtigall, R.D., Becker, G., & Wozny, M. (1992). The effects of gender-specific diagnosis on men's and women's response to infertility. *Fertility and Sterility, 57*, 113-121.
- Osboroe, J. W. (1994). Some similarities and differences among phenomenological and other methods of psychological qualitative research. *Canadian Psychology, 35*, 167-189.
- Remennick, L. (2000). Childless in the land of imperative motherhood: Stigma and coping among infertile Israeli women. *Sex Role, 43*(11/12), 821-841.
- Robinson, G. E., & Stewart, D. E. (1996). The psychological impact of infertility and new reproductive technologies. *Harvard Review of Psychiatry: Women's Issues, 4*, 168-172.
- Sandelowski, M. J. (1994). Separate, but less unequal: Fetal ultrasonography and the transformation of expectant mother/fatherhood. *Gender and Society, 8*, 230-245.
- Shepherd, J. (1992). Stress management and infertility. *The Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynecology, 32*, 353-356.
- Sherrod, R. A. (2004). Understanding the emotional aspects of infertility: Implications for nursing practice. *Journal of psychosocial nursing, 42*(3), 41-47.
- Singer, D. (1999). Dealing with loss of fertility. *British Medical Journal, 314*(7099), 66.
- Slade, P., Emery, J., & Lieberman, B. A. (1997). A prospective, longitudinal study of



- emotions and relationships in in-vitro fertilization treatment. *Human Reproduction*, 12, 183-190.
- Smith, J. A. (1995). Semi-structured interviewing and qualitative analysis. In J. A. Smith, R. Harre, & L. VanLangenhove (Eds.), *Rethinking methods in psychology* (pp. 9-26). London: Sage.
- Surrey, J. (1991). The self-in-relation: A theory of women's development (pp. 51-66). In J. V. Jordan, A. G. Kaplan, J. B. Miller, L. P. Stiver, & J. L. Surrey (Eds.). *Women's growth in connection: Writings from the Stone Center*. New York: Guilford Press.
- Watkins, K. J. & Baldo, T. D. (2004). The infertility experience: Biopsychosocial effects and suggestions for counselors. *Journal of Counseling and Development*, 82(3), 394-402.
- Williams, L., Bischoff, R., & Ludes, J. (1992). A biopsychosocial model for treating infertility. *Contemporary Family Therapy*, 14, 309-322.
- Woollett, A. (1985). Childlessness: Strategies for coping with infertility. *International Journal of Behavioral Development*, 8, 473-482.
- Zucker, A. N. (1999). The psychological impact of reproductive difficulties on women's lives. *Sex Roles*, 40, 767-786.



Taiwanese Infertile Women's Experiences of Infertility: A Relational Perspective

Yii-Nii Lin
National Tsing Hua University

Yung-Chieh Tsai Chieh-Yi Kung
Chi Mei Medical Center

Abstract

The purpose of this study was to describe Taiwanese female patients' perspectives of the relational changes toward self, spouse, family, extended family, friends and others, and sociocultural characteristics after being diagnosed with primary infertility. Thirteen female patients from the middle or higher socioeconomic class in southern Taiwan voluntarily participated in this study. They averaged 32.46 years old, 6.38 years' marriage, and 4.27 years of infertility medical treatment. A phenomenological qualitative research method with in-depth interviews was employed. The study found that infertile women's relationship connections revealed a multi-layered network and were affected by the accumulation of their negative emotions and the acquisition of empathy and mutuality from others. The changes of relationship connections were deeply influenced by the societal and cultural characteristics in Taiwan. Infertility significantly influenced the relationships of infertile women in multiple aspects, and these participants suffered from three stages of relational changes: acute disconnection, chronic disconnection, and relational reconstructions. The transformation of infertile women's relationship connections depended on the timing, the status of infertility diagnosis and treatment, and the acceptance of infertility. Finally, implications of clinical practice, education/training and research were delineated.

Key word: infertile woman, relationship

