

行政院國家科學委員會專題研究計畫 成果報告

人性化醫療照護模式對接受體外受精治療婦女之主觀健康 與治療結果之影響的系列研究(3/3)

計畫類別：個別型計畫

計畫編號：NSC92-2314-B-002-149-

執行期間：92 年 08 月 01 日至 93 年 07 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：蘇燦煮

計畫參與人員：研究助理：許培瑄

報告類型：完整報告

報告附件：出席國際會議研究心得報告及發表論文

處理方式：本計畫可公開查詢

中 華 民 國 93 年 9 月 14 日

中文摘要：

本研究目的為探討體外受精治療婦女，從初次接受體外受精治療、繼續治療懷孕或放棄治療之懷孕希望的實現或破滅的歷程；其所處的懷孕希望各階段之情境脈絡、生活意義與焦慮的程度，並探討其相關因素。

研究設計採質性與量性研究之結合，包括田野研究法及調查法，以橫斷式研究對象取自二群不同母群體。

(一)正接受體外受精治療的婦女(69人)；(二)曾接受體外受精治療失敗一至二年內的婦女(80人)。對於正接受治療者，研究者以諮詢護理師的身分，於治療開始時，採調查法，以問卷收集量性資料，並於個案治療期間，一面提供護理諮詢，一面以參與性的觀察收集個案追尋懷孕希望歷程的生活處境之會談資料，另一方面，對於曾接受治療一至二年者，經其同意後，以電話訪談，收集質性資料，並郵寄問卷，採調查法，以情境-特質焦慮量表及生活的目的量表收集量性資料。

本研究共收集研究對象一：69名，研究對象二：80名，共計149研究個案。平均年齡 36.32 ± 4.47 歲，個案平均接受 2.17 ± 1.42 次體外受精治療，不孕原因以女性不孕因素佔較為43.6%。由質性資料，歸類出個案們追尋懷孕希望的歷程為四個階段：分別為萌生階段、實現階段、重建階段、放棄階段，而其生活經驗分別為萌生階段的寄託科技卻又無法確定；實現階段的脫離過去並擔負為人母的任務；重建階段的緊緊希望但又感到徬徨；放棄階段的擺脫無奈重新尋求自己的生活，其所處的情境脈絡包括個人、家庭與環境因素，而各具有其獨

特性。

根據質性資料分析的四組不同希望階段來比較其生活意義的程度與焦慮的程度，也發現各有差異性。另外人口學資料中的年齡、教育程度、體外受精次數也與情境焦慮、特質焦慮與生活意義的程度有相關影響因素。

根據本研究的結果，我們針對臨床上、研究上與教育上做了建議，期待在體外受精治療上能提供更適切的醫療照護。

關鍵字：體外受精治療、希望、生活經驗、情境脈絡、生活意義、焦慮

Abstract

Hope is a vital life force in human, it is fragile, robust and dynamic. The focus of hope may change throughout the lifespan development or the course of an illness. Infertile women live a life of hope-despair circulation. Their hope changes overtime. When they received in vitro fertilization (IVF) treatment, it may inspire their hope again. They made their effort to search for the hope. But, if the IVF treatment fails, the hope would be destroyed. They must reconstruct their hope. The purpose of this study was to explore the situational context during the process of searching for pregnant hope and its influence on meaning of life and anxiety status of the women who suffered from IVF treatment failure.

The setting was one of the medical centers in Northern Taiwan that

performs 400 cases of IVF annually. The study was under cross section and triangulation design. The subjects were 80 women who suffered from the failure of IVF treatment one year later. Data were collected using interview and questionnaire. As a nurse consultant of the IVF women, the researcher took care of the patient, and collected the interview data. The Purpose in Life Test (Crumbaugh & Maholick, 1969) was used to measure meaning of life, and the State-Trait Anxiety Inventory (Spielberg & et al. 1970) was used to measure anxiety status.

The results indicated that the process of searching for pregnant hope is divided into 4 stages: creating hope, actualization hope, reconstructing hope and giving up hope. (1) The theme of situational context in the four stages was bracing for high technology but uncertainty in the creating stage, getting rid of pass and enacting maternal role in the actualization stage, holding on the chance but doubting in the reconstruction stage, transforming hopeless into hope and searching for ones own living in the giving up stage. (2) All of the four stages were in high level state anxiety and trait anxiety. Although there was no significant difference of total score within four stages, but worried, losing out on things, and low level of calm, cool, and collected in the reconstruction stage, low level of self-confidence and happy, but low level of losing out on things and

disappointment in the giving up stages, and low level content but low level nervous and tire quickly in the actualization stage.(3) Age and state-anxiety were the two predictors about the IVF failure women who decided to whether terminate the infertile treatment or not.

According to the result, we suggest providing holistic and long term medical care for the IVF women in different stage.

Key word : in vitro fertilization, hope, lived experience, situational context, meaning of life, anxiety,

目錄：

一、前言-----	4
二、研究目的-----	4
三、文獻探討-----	4
(一) 希望的概念-----	4
(二) 臨床護理理論-----	5
(三) 生活經驗-----	5
(四) 生活意義-----	6
(五) 人性化的關懷照護-----	7
四、研究方法-----	7
五、結果與討論-----	7
(一) 追尋懷孕希望的歷程-四個 希望階段-----	7
(二) 追尋懷孕希望之生活經驗 -----	8
(三) 研究對象基本資料-----	9
(四) 不同希望階段之生活意義 的程度-----	10
(五) 情境焦慮、特質焦慮與生 活意義之相關因素-----	10
六、總結-----	11
七、參考文獻-----	12

一、前言

人類生活於社會文化的環境中，有著共同的社會目標、價值、信念、行為與常模，而這些社會文化也深深的影響人類的的生活，並依照著社會常模一代代傳承下去。而「為人父母」是一個人自身與其所處的真實社會環境之互動的一種社會常模，因此，大部分的夫婦會希望能夠成為父母 (LaRossa, 1986)。但是卻有 10-15% 左右的夫婦有著不孕的問題(楊有仕，1999)，在生育的健康問題上失去的自我控制，使他們實現「為人父母」的希望受到影響。

目前，國內體外受精治療的懷孕率約 20-50%(Chao et al., 1997; Yang et al., 1991)，在尋求懷孕的過程中，僅有部分的婦女有實現懷孕希望的機會，部分的婦女因為治療失敗，而需要重新建立希望。治療的失敗，往往使得婦女對懷孕所持有的希望落空，也影響其對懷孕的信心與勇氣。因此，接受體外受精治療婦女，從不能生育到懷孕希望的夢想終於實現或破滅，甚至需要重新再接再厲或放棄懷孕希望的決定，是一個動態性的歷程，歷經希望的激勵與轉換，包括希望產生到實現或希望的重建甚至希望的放棄等不同的階段，有著獨特性的情境因素。然而，基於個人的那些獨特情境因素或個人特質，讓他們願意嘗試辛苦與委屈的體外受精治療，甚至再接再厲或是做放棄的決定呢？

二、研究目的

本研究目的為探討不孕婦女從體外受精治療失敗到希望的實現或破滅

的過程，所歷經的希望階段、生活經驗、及情境脈絡及其生活具有意義與焦慮的程度，並探討其相關因素。

三、文獻探討

(一) 希望的概念

希望是動態性的，隨著時間的改變而改變、隨著情境的改變而改變、或因個人或他人的影響而改變。希望的改變可由五個層面來分析(Gibson, 1999; Kylma & Vehvilainen-Julkunen, 1997)，包括：(1) 情感性層面；反映出希望與失望相互關係的各種情緒經驗，如信心、安全感與不安全感、平和與哀傷等。平和可被視為希望的一種特性或是一個結果，而哀傷則顯示對希望的放棄。情感性的層面，包含了對結果之信心的各種感覺。(2) 功能性層面；反映出希望歷程的活動，包括心理、生理、及靈性的活動。心理層面的活動是一種認知功能，經由這個活動，產生想像、解釋、記憶、學習、及評估一個人自己達成目標的能力。(3) 情境性層面；反映出圍繞個人之社會、心理及結構性的情境，促使一個人去認定他的未來是有希望的，或是有問題的。個體要有足夠的控制力來克服環境，提供一個潛能，來解決及維持希望。(4) 暫時性的層面；包括過去、現在與未來。當一個人記得過去曾有美好的經驗時，過去可以強化希望，而現在可提供一個對未來希望的機會。有關希望的護理研究方面，大都著重於對未來的希望之研究。而這個時間層面的範圍，其實是可以由很近程的未來到一個人的一生。而未來不一定是由時間來界定，亦可由事件的發生來界定。(5) 關係性

的層面；強調個體自己與自己生命的關係性、與他人的關係性、及與上帝或信仰力量、宿命、或宇宙自然法則的關係性。屬於與他人之間的關係或與自己的生命間的關係，是屬於一個人的自尊。在這關係中發現自己的自身資源，而感覺自己可以影響，及塑造自己的生命。而當別人的介入之關係性，則是屬於一種關懷的表達。這些均是影響一個人希望經驗的重要層面 (Gibson, 1999; Kylma & Vehvilainen-Julkunen, 1997)。本研究依據希望概念之文獻，以希望的動態性為主軸，由影響希望的情境層面，對於體外受精治療婦女想要達成希望的歷程，分成「實現懷孕的希望狀態」、「重建懷孕的希望狀態」、及「實現懷孕的希望狀態」等不同的階段，探不孕婦女在不同的希望狀態，其所處的情境脈絡。而研究方法則以質性的資料，詮釋不同希望狀態的情境，同時依據希望對人的影響，探討希望與生活意義彼此是相互的情況，而以生活具有意義的程度之量性資料做輔助的說明。此外，依據影響希望的情感性層面，探討希望的動態過程，受到希望與失望二者間的交互作用，有著各種的情緒經驗，而以情境-特質焦慮程度之量性資料相比較。

(二) 臨床護理理論

Rubin 以臨床工作中所觀察到的臨床實證，對人、健康、環境與護理所呈現的特殊現象，提出人 (person)、情境 (situation)、與護理照護 (nursing care) 互動關係的臨床護理理論。她認為一個人的生活，是其所處之社會情境，在時空的延續與變化中，所形成的結果。因此，在臨床護理理論的架

構中，涵蓋著改變與互動的動態過程 (Rubin, 1968; Mercer, 1995; 余、蔣、陳、蘇、劉, 1999)。此理論界定出臨床護理科學的建立，應該將護理研究的焦點界定於以病患為中心的研究，而研究方法論界定護理研究者以參予性的觀察之角色進行研究，參予病患健康照護環境，是屬於病患健康照護環境的一個部份。這個哲學觀點，認為護理研究的目的是清楚地界定護理的範疇及護理問題，且避免實驗室的人為情境。Rubin 同時提出此參予性的觀察之研究方法是一種田野研究，以廣泛性的臨床研究問題為導向，界定出病患於該時空變化中所處的情境。本研究即依據 Rubin 的臨床護理理論，以接受體外受精治療的婦女為研究對象，對於曾經治療失敗者其一至二年內，在這段時空中所處的希望狀態，及導致其處於該希望狀態之特殊情況或狀況的情境脈絡為自變項，病患的生活意義與焦慮程度為依變項。而研究者以參予性的觀察參與病患的臨床照護情境，進行本研究。

(三) 生活經驗

生活經驗是一個複雜的現象，人們不但生活在他們現在所經驗的情境之中，也挾持著過去所經歷過的經驗。所以生活經驗是一個持續進行的過程，包含了多層面的因子，形成人類每日的生活經驗。此外，每個經驗都是獨特性的，有其獨特性的特性或屬性 (穆佩芬, 1996; Sadala & Adorno, 2002)。Husserl 學派沿襲 Heidegger 的現象學思想，以「在世存有」(being-in-the-world) 描述一個人的生活世界 (Benner, 1994)；現象學派認為人們在日復一日的決策中，構成了其所存有

的現實(reality of being),而人們依照著自己思想的不同,對現實做了分類。這些思想包括意見、信念及知識。這些思想的每一類別,對現實與思想者之間,做了特殊關係的預測。而現象學派又認為現實是一個人之生活經驗的意義所組成的。人們知道其存有的世界,是其所獨自擁有的獨特經驗;是經由其意識與自己及環境的互動所形成的。而人們現實之所具有的概念,是其對事物的感受與互動而成的,這對人們而言是具有意義的(Leonard, 1989; Omery & Mack, 1995)。

(四) 生活意義

許多學者對生活的意義做了詮釋,其中最著名的是 Victor E. Frankl 由存在心理學的觀點所提出的生活意義(Frankl, 1959)。Frankl 是一位受傳統精神分析學訓練的維也納醫師,在他所著的「從存在主義到精神分析」一書中,他由精神醫學的觀點,對生命的意義做了詮釋,他認為生活的意義是在一個具體的情況之下的一個具體的意義,是一個特定的時間、特定的情況下的一種特定的挑戰,對每個人具有獨特性的意義。這個生活的意義是既已存在的,而非被建構出來的,因此,是要被發現的,非去創造的(Auhagen, 2000; Frankl, 1959; Frankl, 1967)。

Frankl (1959)提出可由三方面來肯定生命的意義:(1)從創造、工作中,確認成就與價值等意義,(2)從世界之中,真、善、美的諸般體驗來肯定生命的意義,(3)從受難也有其意義;為著生命的某個目標,而忍受各種生之痛苦,乃是生命最崇高的意

義。而意義的追尋乃是一種行動、一種生活的介入。一個人決定徹底地改變一下環境、改變一下自己時,往往在現實的壓力下被絆倒,此時企求有種「實際的」方法來引領自己跨大腳步,毅然地邁入物競天擇式的奮鬥環境。一個人不只從他的行為、工作和創造中發現生命的意義,也透過它自己的體驗,他與這世界中真、善、美的交會,以及透過與他人獨特性的交會,而肯定生命的意義。然而,了解及把握他人的獨特性,也就意謂著關愛他人(Auhagen, 2000; Frankl, 1959; Frankl, 1967)。

Frankl 認為許多人的心理困擾和受苦的感覺,實在是由於生活上失去了意義所造成的。他把這種現象稱之為「存在的空虛」(existential vacuum)。人們可清楚地了解到自己生活上的空虛,可是卻無法加以改善。因此,要想解決人類的困境,則不能不考慮到人類基本的存在問題。Frankl 的心理治療目的,是透過對病人存在性挫折的分析,使他們能夠重新尋找到生活的意義。一個人必須充分意識到自己存在的價值,同時對他們負責,人類的目標是一種生活意義的組合。一旦失去了意義,一個人的完整性將受到破壞。基於這個前題, Frankl 強調心理治療應該將一個人的整個情況列入考慮,而不應僅將治療的重點放在症狀的消除上(Auhagen, 2000; Frankl, 1959, Frankl, 1967)。

此外,生活的意義亦可由 Maslow 的人類之需要階層的理論,解釋為是一種超越自我的需要,是人的一種需要。由 Erikson 的人類發展理論,對生活的意義亦可解釋為個人在不同的生

命階段需要完成不同自我認同的發展任務，是一種人類的發展（Auhagen, 2000）。這些觀點，說明了生活意義是一個人渴望的目的，以此為目標，而當達成時，這個結果對個人生活上會造成特定性的感覺。

（五）人性化的關懷照護

護理是對於人與其特殊情境互動的過程，以人的主觀感受，提供動態中的個人，在健康問題的經驗期間之照護需要(Astedt-Kurki, 1995; Braden, 1998; Taylor & Woos, 1996; Yearley, 1995)。Watson (1988) 認為護理是一種關懷性的照護；幫助人達到或維持健康或安寧的去世之照護過程。這個照護性的重要部份包括，提供支持性舒適的方法及無時無刻浸潤信心-希望的方法，並不持續不斷地發覺與創新。護理的目標是促使個體獲得更高品質之身心與靈性的和諧，藉以產生自己的知識、自我尊重、自己治癒及自己照護的過程，而增加個體的多樣變化(Meleis, 1990; Malinski, 1997; Rollnick, Mason, & Butler, 1999; Watson, 1988)。這是強調此目標的達成是透過人與人照護的過程與照護的執行。

本研究即是基於人性化的醫療及關懷照護的觀點，從信心-希望的關懷照護層面，整體性與長期性的探討體外受精治療婦女，在其追求懷孕希望的過程中，所獲得的關懷、關懷其周圍的事物與關懷自己的情境。

四、研究方法

本研究合併質性與量性研究設計；採用橫斷式研究(cross-sectional design)，研究對象來自兩個群體；(一)

正接受體外受精治療的婦女(69 位),及(二)曾接受體外受精治療失敗一至二年內的婦女(80 位)，並將研究對象、依據其初次 IVF 治療、懷孕、繼續治療及放棄治療而分成四組。資料收集：對於正接受治療者，研究者以諮詢護理師的身分，於治療開始時，採調查法，以問卷收集量性資料，並於個案治療期間，一面提供護理諮詢，一面以參與性的觀察收集個案追尋懷孕希望歷程的生活處境之會談資料，另一方面，對於曾接受治療一至二年者，經其同意後，以電話訪談，收集質性資料，並郵寄問卷，採調查法，以情境-特質焦慮量表及生活的目的量表收集量性資料。

五、結果與討論(含結論與建議)

(一)追尋懷孕希望的歷程-四個希望階段

本研究依據「初次接受體外受精治療」、「達成孕育自己的小孩」、「繼續接受不孕治療」或「放棄不孕治療」等分類標準，分別歸類追尋懷孕希望的歷程為四個階段：希望的萌生階段、希望的實現階段、希望的再接再厲階段、及希望的放棄階段，分別簡稱為萌生階段、實現階段、再接再厲階段、及放棄階段。

(二)研究對象基本資料(表一)：

研究對象共 149 人，四個不同希望階段的研究對象分別為「萌生階段」39 人、「實現階段」22 人、「再接再厲階段」64 人、與「放棄階段」24 人。年齡方面，萌生階段 33.4 ± 3.5 歲、實現階段 36.1 ± 3.2 歲、再接再厲階段 36.8 ± 4.4 歲、與放棄階段 40.1 ± 4.1 歲。本研究再將年齡分成小於 30 歲、30-34 歲、35-39 歲、40-44 歲、45 歲等五

類，顯示個案的年齡集中於 30 歲到 44 之間，而實現階段的年齡集中於 30 到 39 歲之間，再接再厲階段與放棄階段的年齡則以 40-44 者佔多數。而放棄階段 40 歲者佔所有放棄組之 62.5% (15/24)。綜合以上人口學資料，實現階段的年齡較低，而放棄階段與重建階段的年齡較高。在不孕的原因方面，43.6% (65/149)的個案屬於女性方面的不孕，20.8% (31/149)的個案為男性的不孕因素，11.4% (17/149)的個案為夫妻雙方的不孕因素，24.2% (36/149)的個案屬於不明原因的不孕。體外受精治療次數方面，將治療次數分成一次、二次、三次、及四次等四個類別，實現階段接受體外受精治療的次數不超過三次者佔多數，四次及四次以上者僅佔所有實現組的 4.5% (1/22)。而放棄階段接受一次治療者佔所有放棄組的 50.0% (12/24)，其中 6 人家中仍無小孩，3 人已育有自己的小孩，3 人則已領養小孩。綜合以上不孕治療史資料，實現階段接受兩次或三次者佔多數，再接再厲階段的治療次數較高，治療四次或以上者有顯著性偏高；而放棄階段中有 50% 僅接受一次治療。在已孕育子女方面，放棄階段已孕育子女者，較重建階段多。求醫狀況方面，再接再厲階段斷續求醫者有顯著性偏高，放棄階段偶而看診者偏高，兩組亦有差異。而接受體外受精治療的時間方面，再接再厲階段治療二年以上者具有顯著性偏高，顯示再接再厲階段在追尋懷孕希望的歷程中，歷經較多次的治療失敗，且歷經較長的治療時間，追尋懷孕希望對她們來說是一個長遠與巔坡的路途。

(三) 追尋懷孕希望之生活經驗：

由資料分析，本研究四個不同希望階段的研究個案為『萌生』階段、『實現』階段、『再接再厲』階段、及『放棄』階段，分別處於『希望的萌生狀態』、『希望的實現狀態』、『希望的重建狀態』及『希望的放棄狀態』。本研究分別對此四種狀態下之資料做質性分析，歸類出研究個案在不同的希望狀態下之獨特的生活經驗之四個主題(theme)，而分別處於獨特性的情境脈絡。茲分述如下：

一、萌生組之生活經驗：寄託科技卻又無法確定，個案們將自己的生育功能寄託於醫療科技，並寄予高度的期望，但對醫療成效的疑慮及一個治療週期的漫長期待中又充滿不確定感。

二、實現組之生活經驗：脫離過去並擔負為人母的任務，個案們在實現懷孕希望的狀態下，終於脫離過去不孕的生活經驗，並踏入為人母的任務。

三、再接再厲組之生活經驗：緊緊希望但又感到徬徨，個案們在重建懷孕的狀態下，是處於緊緊著唯有繼續治療才有懷孕的希望但一方面又感到對治療效果與懷孕希望的矛盾徬徨的處境。

四、放棄組之生活經驗：擺脫無奈重新尋求自己的生活，個案們已不再接受體外受精治療及其他不孕的醫療，其所處的情境脈絡是擺脫無奈並重新尋求自己的生活的處境。

(四) 不同希望階段之生活意義的程度

本研究以生活目的量表測得個案們生活具有意義的程度，並萃取出四個因素命名為；因素一：對存在的意義、因素二：對生活的操控與準備、

因素三：對生活的面對、因素四：對生命的面對，以各因素之因素得點 (factor score)，分析四組個案在生活意義上的差異。結果顯示結果顯示：(1) 因素一：放棄組對「存在的意義」，具有較高的正向評價，相對於再接再厲組，具有較負向的評價。(2) 因素二：放棄組在「生活的操控與準備」上具有較高程度的自我控制能力，而相對於實現組對生活的操控與準備上具有較低程度的自我控制能力。(3) 因素三：實現組與放棄組在「生活的面對」上，具有較正向的看法，相對於再接再厲組及萌生組在生活的面對上具有較負向的個人看法。(4) 因素四：實現組及萌生組在「生命的面對」上，具有較積極的態度，相對於再接再厲組與放棄組，在「生命的面對」上，具有較消極的態度。雖然，這些差異僅在因素二及因素四，四組具有顯著性差異，其餘二因素並不具統計上顯著性的差異，但是，卻呈現出四組生活意義的型態。不但可說明生活目的量表中二十題具有差異性的題項，亦更進一步將生活目的的二十個題項，由所萃取的四個因素層面來說明與比較四組個案的特性與差異。

(1) 萌生組在生活的面對上具有傾向於負向的生活意義，但在生命的面對方面，較再接再厲組高。(2) 實現組對生活的面對與生命的面對上顯得較積極，但是，對生活的操控與準備顯得負向，且較放棄組低。(3) 再接再厲組在四個因素方面均具有傾向於負向的生活意義，且在生命的面對方面，較萌生組與實現組為低。(4) 放棄組雖然在生命的面對上，顯得傾向於負向，但是，在存在的意義、生活的操控與

準備、及生活的面對上具有較積極的態度與看法，尤其在生活的操控與準備方面，較實現組高。

(五) 情境焦慮、特質焦慮與生活意義之相關因素

本研究由個案的人口學資料及不孕治療史資料，分析其對情境焦慮、特質焦慮與生活意義的程度之相關因素。發現年齡、教育程度、及接受體外受精治療次數等因素，具有影響。

年齡因素的影響：(1) 年齡 < 30 歲者，情境焦慮與特質焦慮程度較高，尤其在「生活處境」之情境焦慮的程度較其他年齡者高，且其生活意義的程度較低。(2) 年齡 30-34 歲者，情境焦慮量表萃取因素之「生活處境」與「壓力感受」均較高，特質焦慮量表萃取因素之「壓力感受」的焦慮程度亦較高。(3) 年齡 35-39 歲者，情境焦慮量表萃取因素之「生活處境」的焦慮程度較高。(4) 40-44 歲者，情境焦慮萃取因素之「生活處境」的焦慮程度較高，生活目的量表萃取因素之「對生命的面對」之生活意義的程度較低。(5) 45 歲者，情境焦慮與特質焦慮程度總分較低，且生活意義的總分較高。這顯示年齡的增長，可能也代表一個人對生活處境、壓力感受之焦慮程度的調適能力，也說明了一個人對存在的意義，有更正向的看法，較能面對生活上的挫折，而年齡較低者，在生活的處理上，需要較多學習與協助。

教育程度因素的影響：國高中者，情境焦慮程度總分較高及特質焦慮程度總分較高，且生活意義的程度較低，均與大學以上者具有顯著性差

異。顯示，教育程度高者，可能有更多獲取資訊或支持性資源的能力，而教育程度較低者，需要更多的資訊提供與支持。

接受體外受精治療次數之因素的影響：接受三次以下者者，情境焦慮與特質焦慮程度較高，顯示初次治療或治療次數高者，需要較多的壓力緩解。

六、總結：

體外受精治療婦女追尋懷孕希望的生活經驗是一個複雜的現象，是她們在其所處的處境中，與其環境互動的結果，是一個持續進行的過程。由質性研究探討體外受精治療婦女追尋懷孕希望之歷程的生活經驗與情境脈絡，發現她們歷經希望歷程的萌生、實現、再接再厲、或放棄等希望的階段，而不同希望階段婦女之情境脈絡各具有其獨特性，是她們對個人、家庭與環境因素的情境因子互動的感受，而其主觀感受建構不同希望階段的生活經驗。

在量性研究探討體外受精治療婦女追尋懷孕希望歷程之生活意義及焦慮的程度，發現不同希望階段的婦女們，生活意義的程度、焦慮的程度有所差異，不同希望階段的婦女其年齡、教育程度、體外受精治療次數等，具有差異性，而年齡、教育程度、體外受精治療次數等與生活意義與焦慮的程度具有相關性，此外，年齡與焦慮程度可用以區別及預測曾治療失敗之婦女決定繼續治療或放棄治療的預測因子。

本研究的建議，在臨床上對體外受精治療婦女的醫療照護，建議應包

括短期性與長期性的規劃、及個別性的醫療照護，以協助婦女面對不同希望階段的調適策略及生涯規劃，在研究上的建議，由希望是動態的觀點，建議未來的研究，在沒有時間的限制下，可以採長期性的追蹤研究，與本研究做比較。在教育上的建議，希望提供護升及護理人員在職教育上的參考，使護生及護理人員不但能對醫療新科技的發展有更深入的了解，同時亦能深入了解接受體外受精治療婦女身、心、社會的現實處境。

七、參考文獻

- 余玉眉、蔣欣欣、陳月枝、蘇燦煮、劉玉秀 (1999)。質性研究資料的量化及詮釋——從研究例證探討臨床護理研究方法與認識學：第一部分：質性臨床護理研究知方法學及認識學的探討。《護理研究》，7(3)，276-288。
- 穆佩芬 (1996)。現象學研究法。《護理研究》，4，195-201。
- 蘇燦煮、陳月枝 (2001)。“尋求受孕”對接受生殖科技治療婦女之生活經驗意義。《台灣醫學》，5(1)，10-18。
- Astedt-Kurki, P. (1995). Religiosity as a dimension of well-being: A challenge for professional nursing. *Clinical Nursing Research*, 4(4), 387-396.
- Auhagen, A. E. (2000). On the psychology of meaning of life. *Swiss Journal of Psychology*, 59(1), 34-48.
- Benner, P. (1994). The tradition and skill of interpretive phenomenology in

- studying health, illness and caring practices. *In Interpretive Phenomenology: Embodiment, Caring, and Ethics in Health and Illness*.(pp.105-118). CA: SAGE Publications.
- Braden, S. (1998). *Evaluating nursing interventions: A theory-driven approach*. CA: Thound Daks, SAGE Publications.
- Chao, K. H., Chen, S. U., Chen, H. F., Wu, M. Y., Yang, Y. S.,& Ho, H.N. (1997). Assisted hatching increases the implantation and pregnancy rate of in vitro fertilization (IVF)-embryo transfer (ET), but not that of IVF-tubal ET in patients with repeated IVF failures. *Fertility and Sterility*, 67(5), 904-908.
- Frankl, V. E. (1959). *Man's search for meaning: an introduction to logotherapy*.(活出意義來 - 從集中營說到存在主義，趙可式、沈錦惠合譯)台北：光啟文化。
- Frankl, V. E. (1967). *Psychotherapy and Existentialism. Selected Papers on Logotherapy*.(從存在主義到精神分析，黃宗仁譯)台北：杏文醫學文庫。
- Gardner, R. (1991). Rekindling hope. *Nursing Time*, 87(15), 50-52.
- Gibson, P. R. (1999). Hope in multiple chemical sensitivity: social support and attitude towards healthcare delivery as predictors of hope. *Journal of Clinical Nursing*, 8(3), 275-283.
- Kylma, J., & Vehvilainen-Julkunen, K. (1997). Hope in nursing research: a meta-analysis of the ontological and epistemological foundations of research on hope. *Journal of Advanced Nursing*, 25(2), 364-371.
- LaRossa, R. (1986). *Becoming a parent*. Beverly Hill, CA: Sage Publication.
- Leonard, V. W. (1989). A heideggerian phenomenological perspective on the concept of the person. *Advances in Nursing Science*, 11(4), 40-55.
- Malinski, V. M. (1997). Rogerian health patterning: Evolving into the 21st Century. *Nursing Science Quarterly*, 10(3), 115-116.
- Meleis, A. L. (1990). Being and becoming healthy: The core of nursing knowledge. *Nursing Science Quarterly*, 3(3), 107-115.
- Mercer, R. T. (1995). *Becoming a mother: Research on Maternal Identity from Rubin to the Present*. New York: Springer Publishing Company.
- Omery, A., & Mack, C. (1995). Phenomenology and science. In A.Omery, C.E. Kasper, & G.G. Page (Eds.) *In Search of Nursing Science*(pp 130-158). CA. Thousand Oaks: SAGE Publication.
- Rees, C., & Joslyn, S. (1998). The importance of hope. *Nursing Standard*, 12(41), 34-35.
- Rubin, R. (1968). A theory of clinical nursing. *Nursing Research*, 17(3), 210-212.
- Rollnick, S., Mason, P., & Butler, C.

- (1999). *Health behavior change: a guide for practitioners*. New York: Churchill Livingstone.
- Sadala, M. L. A., & Adorno, R. (2002). Phenomenology as a method to investigate the experience lived: a perspective from Husserl and Merleau Ponty's thought. *Journal of Advanced Nursing*, 37(3), 282-293.
- Taylor, D. L., & Woods, N. F. (1996). Changing women's health, changing nursing practice. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 25(9), 791-802.
- Watson, M. J. (1988). New dimensions of human caring theory. *Nursing Science Quarterly*, 1, 175-181.
- Yang, Y. S., Hwang, J. L., Ho, H. N., Lien, Y.R., Lin, H. R., Chiu, Y. H., & Lee, T. Y. (1991). Translaparoscopic tubal embryo transfer: Preliminary experience at National Taiwan University Hospital. *Asia-Oceania Journal of Obstetrics and Gynecology*, 17(3), 255-259.
- Yearley, C. (1995). The nurse as mediator of pollution: The influence of the nursing role on the socialization of disease and illness. *Journal of Advanced Nursing*, 21(6), 1186-1190.