

困難懷孕女性的心理困境歷程與諮商策略

Process of Psychological Difficulties and Counseling Strategies for Women with Infertility

鍾珮琪¹、施香如²
Pei-Chi Chung¹, Hsiang-Ju Shih²

摘要

據聯合國世界衛生組織現有資料顯示，全球約有4800萬對夫婦患有不孕症，懷孕困難或不孕症的相關議題也已在近幾年逐漸備受矚目，生殖醫療的文獻也大幅度增長，但有關心理支持與介入的文獻及討論則相對匱乏。懷孕困難的患者常會經歷多個層面之內在議題，本文透過文獻閱讀與梳理，將女性面對困難懷孕時所產生的心理歷程加以歸納，並說明個體於此經驗中可能經歷的心理困境，再據此歷程闡述不同層面的諮商介入策略。主要發現如下：1. 困難懷孕女性會受到傳統文化、社會觀點以及家庭婚姻互動等多重因素影響而產生不同層面之心理困擾；2. 從認知困難懷孕初期，到積極備孕或接受生殖療程以及面對最終結果，女性個體會於此歷程中衍生不同層次之心理困境，心理工作也需考量各階段需求以提供適切協助；3. 面對困難懷孕女性之多重心理狀態時，須先評估其所處階段以訂定合宜的工作目標以進一步提供適合的介入策略。

關鍵詞：困難懷孕、不孕症、心理困境歷程、諮商策略

¹國立清華大學教育心理與諮商學系諮商心理組博士生

²國立清華大學教育心理與諮商學系教授

通訊作者：鍾珮琪，（300）新竹市南大路521號，清華大學教育心理與諮商學系，E-mail: peggyami@gmail.com



壹、前言

近年來，全球都面臨育齡婦女高齡化，再加上生活壓力、環境污染的影響，高齡產婦及不孕的相關問題日益加劇，不孕或難孕已是一個全球性的健康問題。世界衛生組織（World Health Organization [WHO], 2023）一篇橫跨1990年至2021年針對全球不孕症議題之累計調查報告顯示，目前全球共有17.5%的成年人飽受無法生育所困擾，且現象普遍存在各國，正嚴重影響著人類的未來。

生育困難的現象也是台灣社會目前必須面對的重要社會議題，但由於生殖醫療所費不貲，多數遭逢受孕困難之女性在面對此現象時，未必皆能透過生殖醫療的方式來因應，台灣衛生福利部雖從2015年起便開始執行人工生殖補助方案，提供低收入和中低收入戶不孕夫妻進行生殖醫療之經濟資助，但補助條件過於嚴苛導致受惠民眾無法普及、成效不彰。直至2021年7月1日起擴大人工生殖補助對象的條件放寬至一般民眾，使大多數困難懷孕者皆能有經濟支援的協助；屆2023年台灣衛福部國民健康署提供之「人工生殖機構通報系統資料」數據顯示，2021年下半年接受治療的人次相較於2019年成長了58.14%（衛生福利部國民健康署，2023），由此可見，為此現象所擾的民眾的確存在，但除了生殖醫療的經濟壓力外，他們因之所承受的心理壓力和隨之衍生的種種情緒，也應是必須被重視的面向。

世界衛生組織（WHO, 2023）對不孕症的定義為：「一對夫妻或情侶在未採取任何避孕措施的情形下，經過一年規律的性行為，仍然無法成功懷孕者。該病症會造成嚴重的痛苦、恥辱感和經

濟困難，影響人們的精神和社會心理健康。」造成此現象的因素繁多，而醫學界普遍將35歲視為女性生育能力衰退的臨界點，此觀念導致不孕問題多被歸因於女性自身的生理條件。Kim（2020）等人的研究指出，儘管現代醫學能精確診斷因男性因素所引發的不孕情形，但由於生育結果最終需透過女性懷孕來完成，男性在此過程中往往被視為治療的輔助者、處於相對被動的角色（Dabbaghi & Rafiepour, 2022），因此，社會普遍將生育責任歸咎於女性，更加深女性在不孕困境中的壓力。

需要特別說明的是，本文研究範疇僅限於因女性自身因素導致的困難懷孕，並未涉及因男性伴侶因素引發的不孕情形或相關心理健康與諮商策略，之所以聚焦於此，乃基於多項研究顯示女性在面對因自身因素導致的不孕問題時，通常承受更高程度的憂鬱、認知困境，以及更為沉重的社會壓力與污名（林愷怡，2019；Aiyenigba et al., 2019；Hocaoglu, 2019；Ramirez-Larouche, 2015；Simionescu et al., 2021）；這些研究同時突顯了一個重要的事實，即女性在面對困難懷孕時所承受的心理壓力大多源於社會文化對其生育角色的期待和束縛，早在1980年代，西方社會便開始強調生殖醫療應提供社會心理支持，並探討心理機制與困難懷孕的關聯（Wallach & Menning, 1980），學術界及醫學界皆一致認同心理不安是面對不孕議題的必經歷程，且在女性身上尤為明顯（Burns et al., 2006；Szekulesz, 2022），然而，多數女性的不孕並非終身無法受孕，而是在渴望懷孕的生命階段中遭遇困難，包括反覆流產、受孕困難、胎停以及嘗試多種方式卻屢屢失敗等，本研究聚焦於異性婚戀關係中因自身因素而面臨生育挑戰的女性，並將上述各種導致無法順



利生育的情形以「困難懷孕」統稱之。

在某些文化觀念中，賦予女性生育即是實踐「給予 (giving)」及「創造 (making)」的價值 (孟玉麗, 2006)，多數女性的個人認同及社會認同皆與母性有關，包括懷孕、生育及母權等皆被視為女性的生命經驗，易因難孕的經歷衍生出恥辱感、羞恥感和秘密感等情緒 (Simionescu et al., 2021)。在發展中國家，則是將無法生育的現象更加污名化，也致使女性對於無法生育的恥辱感更甚 (林幗怡, 2019; Fledderjohann, 2012)，由於這樣的情緒並非出於對物質或事件經驗本身的剝奪，而是透過「匱乏」、「缺失」而引發，生育挫敗而導致的情緒困擾會將她們帶往更深的自我懷疑 (Namdar et al., 2017)。多數面臨困難懷孕的女性會以「自己似乎是為了某些身體無法達成的事實而存在的 ('I feel like I was born for something that my body can't do.')」作為對自我價值的貶抑和批判 (Fusco et al., 2023)。在求孕挫敗的過程中，這些女性皆會經歷困惑、憤怒和抑鬱的心理歷程，且往往會反映於自我接納及自我賦權的匱乏 (Ramirez-Larouche, 2015)。

當期待新生命到來卻又一再失望，情緒與心理皆會有所耗損，除了仰賴生殖醫療或各種備孕方式積極因應之外，心理支持的介入也至關重要。由上述可知，困難懷孕對女性主體之自我認同有著重要的影響，未能生育之所以被視為「女性魅力的喪失」，進而導致自我價值低落及引發角色認同衝突，並非生物或心理的必然結果，而是社會文化建構下的產物。這些心理困境可能進一步影響女性的日常生活及人際互動，因此，本研究關注因自身因素而難孕的女性在求孕過程中的可能引發的心理困境歷程及情緒反應，並探討其中所涉及的文化

、社會、家庭層面因子，主張在提供心理支持介入時，應理解不同心理歷程所處之情緒狀態、提供符合需求的支持，以發揮最大效益。

貳、影響困難懷孕女性心理的外在環境因子

在二十一世紀的現代，有愈來愈多的女性深為生育挫折所擾，儘管男性因素佔所有困難懷孕因素的一半左右，但女性往往是主要被咎責的一方 (Aiyenigba et al., 2019; Dabbaghi & Rafiepour, 2022)，女性須承擔大部分治療的過程以及結果，並伴隨著生理上的痛苦和不適。傳統價值將女性以實踐「孕育」作為角色框限，當面臨「難孕」的事實時，也會間接地對「養兒育女」的期待造成衝擊，並對家庭關係互動帶來挑戰 (Chi et al., 2016; Donkor & Sandall, 2007; Dierickx et al., 2018)，因此，困難懷孕引發的心理困境是多重且多個面向的，以下將影響困難懷孕女性心理之外在影響因素加以說明。

一、當今文化視角下的生育價值觀

在多元的現今社會，「生育」依舊是社會文化對女性角色功能的期待之一，女性很容易因為懷孕挫敗而感到失落，且認為自己是有缺陷、不完整的，甚至嚴重貶損自我價值，而這些負面感受也影響個體的壓力耐受度 (Donkor & Sandall, 2007)。在日常生活中，可能會因此產生被孤立的心理，並羞於向他人談論難孕的經歷、或可能感到愧對伴侶、與有小孩的親戚互動感到不自在，且時時承受他人的異樣眼光 (林幗怡, 2019)。林旖旎 (2006) 的研究發現，



在講求人倫與家庭觀念的東方社會，生育議題是文化尤為重視的現象，困難懷孕的歷程影響女性生命中的各種關係互動，包含與自我、配偶、家庭、家族和社交以及社會文化等層面。在以穆斯林信仰為主的地區，女性的性別身份與母職緊密相連，在這種文化背景下，女性被期望踏上「尋子之旅」，因為性別價值的認同來自於完成生育以獲得正式的成年身份，不孕被視為「錯過母職」，這樣的觀念對於生活在此文化背景中且面臨生育困難的女性而言，無疑是巨大的心理負擔（Inhorn, 2020）。

同樣地，在以母系為主體的非洲社會中，婦女在社會中的地位、自尊和性別角色的認同皆取決於母性，因此，面臨困難懷孕的女性也同時會經歷著恥辱感、人際問題和情緒困擾（Fledderjohann, 2012）。在先進的西方社會中，多數面臨困難懷孕的女性也同樣受此所苦，並且也直接地對生活品質造成嚴重的影響（Hoyle et al., 2022），Palha & Lourenço（2011）及Szekulesz（2022）的研究發現，在許多歐洲國家中，無法生育亦是一種被污名化的經驗，除了將談論受孕困難視為禁忌話題外，也認為無法自然受孕同時意味著自己不是「真正的」女性。由此可見，無論在何種文化地域，困難懷孕的經歷皆會對多數女性帶來情緒困擾以及心理壓力，當探討面對屢屢挫敗的備孕經驗時，總會偏向歸因於負面的文化象徵意涵，而最常見的便是衍生「自我價值貶損」和「互動關係緊張」；再者，臨床醫學以「不孕症」作為診斷本身便是一種負面壓力源，助長女性的恥辱感和內疚感，進而引發一連串的情緒困擾及關係考驗。

從上述可知，不同文化在賦予女性生育行為時，皆暗示了「完整」或「健全」與否的象徵性意涵，生育能力的失

敗便也象徵著某種內、外在的匱乏。相較於外在生理失功能的顯現，內在匱乏的面向雖無法被個體充分意識，但對個體的生活則是更具影響，易誘發女性產生心理困擾，並可能對於自身的存在價值產生困惑、懷疑甚至否定。

二、社會觀點對於性別角色的框限

基於健康和疾病的社會建構觀點，唯有當個體將「父母」的身份視為一種理想的角色構建時，他們才會將自己置入養兒育女的期待之中；相反的，無論醫學診斷如何定義不孕症，夫妻雙方皆不會將自己視為不孕或必須接受治療（Greil et al., 2010）。但從當今社會主流觀點來看，懷孕生育依然是大多數已婚女性的重要任務，甚至可以說「成為母親」是女性的重要自我認同來源（陳美伶、陳茗晞，2009），無法生育的女性可能會因為無法完成社會規範和家庭期望而自責，甚至感到內疚和絕望（Yao et al., 2018）。1980年代，任何原因的「不孕」皆被歸類為一種心身案例，它反映了女性對母性的矛盾情緒或未解決的母女衝突（Olivius et al., 2004；Wallach & Menning, 1980），許多從心理層面探討困難懷孕經歷的文獻指出，女性往往比男性呈現更高的痛苦程度，且影響層面擴及身體、情感、性和社會聯結等（林幗怡，2019；Chi et al., 2016；Dabbaghi & Rafieepour, 2022；Greil et al., 2010；Namdar et al., 2017；Palha & Lourenço, 2011），並容易導致恥辱、內疚、空虛、焦慮和抑鬱，未能成為母親可能會喚起女性的缺陷或不完整感，且極有可能造成個人和社會認同的失落（Karaca & Unsal, 2015；Yao et al., 2018）。多數女性會對於「成為母親」勾勒出幸福、滿



足、完整等的價值意義感，但在備孕受挫的歷程中，這些理想的未來人生藍圖，皆因受孕失敗而一夕成為泡影，取而代之的負向情緒也使得多種關係互動陷入失落和困境。

無論基於何種因素導致未能成功懷孕或是否有接受生殖醫療的介入，多數正經歷困難懷孕的女性，皆會承受來自社會角色期待的心理壓力，而這些壓力將造成婚姻關係緊張、期待落空、內疚自責，且隨著時間的堆疊而更加繁複（Jung & Kim, 2017）。此現象連帶產生的不良影響皆耗費時間、資源、支持系統及個人意願等多方配合才能緩解對心理造成的負擔。

三、家庭觀念對於生兒育女的期待

雖然並非每一位經歷懷孕困難的女性皆會產生因之而來的身心影響，但相較於能夠在期盼中順利懷孕的對象相比，多數在備孕過程中經歷挫折的女性可能經歷更高程度的痛苦情緒（Greil et al., 2010；Hynie & Burns, 2006），且又因無法實現家庭的社會目標，而背負污名化的標籤（林軻怡，2019；La Rosa et al., 2020；Szekulesz, 2022）。在許多發展中國家，由於性別角色功能的框限，生育能力等同於女性存在的重要價值之一，不論女性是否為造成懷孕困難的一方，都需要承擔失敗的主要責任，家庭及婚姻生活品質皆因此造成巨大的影響（Bharadwaj, 2016；Inhorn, 2020；Saif et al., 2021）。在東方傳統社會的家庭觀念中，夫妻傾向於將家族需求凌駕於自身利益，「生兒育女」便是其中重要的一項任務，即使在現在提倡多元價值的台灣社會，延續家族血脈依然是婚姻的主要目的之一，多數家族成員皆關注生育

子女的議題，並將是否有後代作為履行孝道的評斷（Logan et al., 2019），若未生育下一代，便在家庭中處於邊緣地位（Cui et al., 2021）。這種現象不僅發生於亞洲的家庭，在許多歐美國家中，多數婦女亦會因困難懷孕而面臨婚姻、家庭關係的挑戰，且這些困境也直接造成心理壓力攀升，若家族成員過度關切再加上缺乏伴侶的理解及支持，將更容易令人感到喪失意義感、導致憂鬱及焦慮（Dierickx et al., 2018；Roozitalab et al., 2021；Szekulesz, 2022；Wang et al., 2015）。由此可見，女性在面對困難懷孕時，家庭互動及伴侶態度支持與否皆會對關係造成挑戰，並容易在這樣的過程中動搖自我價值，進而誘發不安、焦慮情緒或憂鬱狀態，致使心理困擾加劇。

綜上所述，女性面對懷孕困難的經驗在生活及環境適應方面涉及許多外在環境因素的交互影響，從文化、社會與家庭因素三個面向交互而導致的個人心理困境狀態，大致輪廓如圖1所示：

由以上文獻統整可知，在傳統文化層面而言，有著性別角色期待的框架束縛，生育的挫敗間接導致女性對自身的存在價值產生困惑；就社會層面而言，則是飽受讚揚孕育下一代才是完整人生的主流價值觀所框限；依家庭互動層面而言，則會因家族血脈延續、長輩期待而感到壓力，且直接對夫妻關係造成影響，種種因素內化於個人心理層面，便易促成負向自我認知產生，因此對於困難懷孕女性之心理支持則必須考量更多層面的理解與評估。

參、困難懷孕女性於之心理困境歷程及因應策略

如前文所述，近年來困難懷孕或與其相關的議題已備受關注，儘管生育議

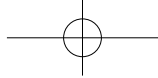
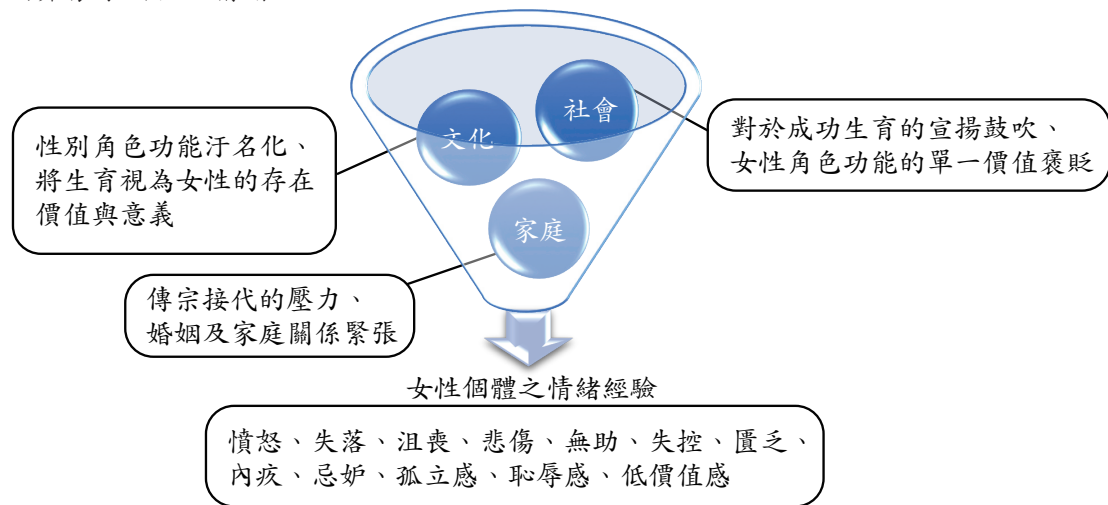


圖1

困難懷孕女性之情緒經驗



題是夫妻雙方皆須共同面對的議題，但即使男性也有可能是造成困難懷孕的主因，多數女性仍因此事實承受著相較於男性更多的心理壓力以及生活上的挑戰（Dabbaghi & Rafieepour, 2022；Kim et al., 2020），許多研究皆證實了面對此困境的女性相較於男性普遍皆有較高的憂鬱、焦慮和壓力相關精神共病現象（Chi, 2016；Cui et al., 2021；Dabbaghi & Rafieepour, 2022；Jing et al., 2021；Namdar et al., 2017；Saif et al., 2021），間接地影響她們的生活、情感、社交和工作。在目前生殖醫療成功率多半低於50%的狀況下，隨著年齡的增長，實現懷孕的可能則愈低（Simionescu, 2021），如此不但造成經濟壓力、夫妻或家庭關係緊張，且還會影響個體的心理健康，若再加上過程中缺乏情感支持，各項壓力程度無疑會持續遞增並陷入心理困境（Sharma et al., 2022）。

呈上所述，多位學者對於困難懷孕的心理特徵提出諸多相關論述，這其中涉及了外在環境因子的影響以及個人內在心理歷程的轉折，困難懷孕女性的心理狀態會因來自於文化、社會及家庭的

交互影響以及行為因應策略而經歷許多認知和情緒的變化，因此更該被重視的是此族群在各階段所面臨的心理歷程和情緒轉折。以下嘗試將個體處於此狀態中的心理困境轉換歷程進行歸納與整理，並聚焦於本文所關注之女性主體情緒經驗，說明如下：

一、認知困難懷孕初期的錯愕與不安

Clayman（1990）首次清楚提出了面對備孕挫折的六個心理歷程，首先，一般夫妻在面對此困境時的情感經驗多半是否認、驚慌失措，醫療領域自此開始注重在面對困難懷孕夫婦尤其女性於不同階段的療程時，需給予更細膩的理解與心理支持；Diamond（1999）則是試圖釐清懷孕困難的夫妻隨著時間的推移所採取的因應模式會從初始的「問題現身」（dawning）階段走向「行動」（mobilization）階段，當生育計畫因現實與期待的落差而產生情緒衝擊時，多數人會尋求相關諮詢、了解與自身相關的生育問題、並依據評估的結果做出後續的行動策略，在這個階段，除了對問



題意識更為明顯之外，也必須彈性調配各種資源，Loke & Hayter (2012) 也強調，當發現未能順利懷孕開始，男性或女性皆認為自身是有缺陷的，並產生羞恥感、認為自己被「滋養」的世界所隔離，但仍意圖尋找解決之道，女性尤其會因此感到歉疚自責；Jing (2021) 等人的研究則將此階段所呈現的情緒反應稱之為「主動迴避策略」，與Hocaoglu (2019) 及Roozitalab 等人 (2021) 在探討女性於此事件中所產生第一個的情緒反應即是震驚與否認不謀而合，而會呈現此反應的目的為暫時分散和緩解精神壓力，但同時卻也可能因自責和罪惡感造成恥辱感和無助感加劇。

由上述可知，女性在發現困難懷孕的初期，必須對此情形有清楚認知且同時懷有孕育下一代的期待，才能促使她們採取實際行動來調節因此事實而帶來的情緒困擾，並尋求解決之道。

二、接受生殖醫療與否的擺盪與挫折

當否認和驚慌的情緒漸漸緩和之後，便會進入負向情緒的迴圈，在這個階段裡，積累了許多來自傳統文化、社會觀點以及家庭互動的壓力未能好好消化，若又缺乏心理支持，個體便會將自己置於憤怒難平的情緒狀態，而充滿不確定的生殖療程更易引發憂鬱及焦慮的情緒、進一步產生強烈的無助無望感，且女性會因一再的受孕失敗而否認自己在文化中所定義的母職角色、咎責於自己剝奪了伴侶行使父愛的權利 (Clayman, 1990; Inhorn, 2020)；Diamond (1999) 認為，多數人決定開始進入生殖療程或採民間流傳方法試圖積極備孕時，容易「沉浸」(immersion) 於一種情緒擺盪劇烈的狀態，這也是困難懷孕對象情緒

最複雜和心理壓力最高的時期；Loke & Hayter (2012) 的研究發現，當意識問題之後，人們傾向合理化此令人遺憾的事實，並藉著強化與育兒相互衝突的事件來證明有了孩子的生活並非人生必要的選項來安慰自己；Jing (2021) 等人的研究指出，此階段的不同心態所產生的因應策略分為「積極對抗」和「被動迴避」。有著積極對抗策略的女性傾向努力尋求特定且可控的行為計畫，以降低求孕受挫所產生的沮喪和失望，即使結果往往不如預期，也會試圖透過各種方式來獲得自我掌控感；另一方面，也有多數女性因積累了許多挫折經驗後又未能良好的調適壓力時，可能會因為害怕面對困難懷孕的現實，而選擇避開與之相關的事物或場景，例如不願意碰觸與生育有關的話題和社交、避免接觸任何有關如何因應困難懷孕的資訊 (Roozitalab et al., 2021)。相較於前述的主動迴避強調女性自主的選擇因應行為，「被動迴避」則是因為害怕面對現實而消極地逃避，以及避免接觸到任何可能因生育議題產生的心理反應。

此時個體多半已接受了各種不同種類的醫療介入或採取非醫療的備孕行為因應策略，且長期處在臨界懷孕的不確定狀態，面對隨時可能失敗的壓力循環也造成了一種生活的困境，這段期間會深刻感受到醫療程序的時間壓迫、失去隱私和對身體的控制感以及對可能沒有孩子的預期悲傷所打擊，這同時也是最考驗各種關係的動盪期。對於女性而言，除了須承受醫療處遇或任何民間備孕方法對身體造成的不協調感之外，無時不刻也面臨著許多內在與外在的心理壓力。由上述可知，當認知自身困難懷孕的事實後，尋求行為因應策略的歷程會引發女性較大幅度的情緒擺盪，且有可能因自身處境不同而有不同的心理狀態。



三、堅持或放棄生育目標的心理調適

到了末期，則是進入關鍵的調適或活力恢復期，個體開始有意識地努力維持正常的生活、盡量減少因困難懷孕而造成的影響、嘗試在生活中找到其他的重心以轉移注意力（Clayman, 1990），至此仍未能懷孕的女性，面臨的問題核心不僅僅是無法擁有孩子，也意味須放棄理想家庭的未來藍圖。Diamond（1999）認為「解決」（resolution）以及「重新思考」（legacy）是此時期的心理狀態，包括終止醫療、接受並哀悼未能生育的事實、思索規劃沒有孩子的餘生，或轉移焦點去關注生活中的其他目標，除此之外，尋求替代生殖的可能性也是此時期的因應策略之一。當悲傷失落、婚姻衝突、親密關係困難和溝通僵局都因困難懷孕的歷程而一一突顯後，女性最終皆可能選擇結束生殖醫療或為失去生育孩子的能力而失落，然而也會重新關注其他家庭生活樣態的可能，Jing等人（2021）將此階段定義為「基於意義的應對策略」，女性可能會透過尋找新的意義和目標來應對困難懷孕帶來的困境，並可能重新審視自己的價值觀和生活目標、尋求新的意義和成就感來填補因備孕挫折而產生的缺憾。這可能包括尋找其他的生活意義、投入工作、追求個人興趣等，她們將可能透過尋找新的意義和目標，以重新調整對生活的期待，除了意圖彌補因生育挫折而產生的匱乏和低價值感之外，也同時幫助自己調節因生育困境所產生的心理壓力。Loke & Hayter（2012）認為，儘管悲傷往往是揮之不去的後遺症，但對於許多能共同面對並一一經歷此困境的夫妻，會發現他們的婚姻變得更加鞏固，親密關係變得彈性與成熟，此外，多數曾因此而社交退縮的人，也會試圖開展新的人際連結。

四、面對困難懷孕所產生之因應策略

由上述學者提出之觀點可知，懷孕困難之女性在面對此困境時的心理轉折是有時序性的，女性所經驗到的心理困境歷程從意識問題到面對困難懷孕的事實、繼而選擇進入生殖療程或其它替代方案與否，在認知、情感及行動的因應策略有不同層次的轉換，以下表歸納前述各學者所提出的觀點進行綜述並加以說明之（Clayman 1990；Diamond, 1999；Hocaoglu, 2019；Jing et al., 2021；Loke & Hayter, 2012；Roozitalab et al., 2021）：

由上述文獻整理可見，當陷入生育期待未果的循環後，第二至第五階段是最需要心理支持介入的時期，由於女性除了情緒上的失落之外，還可能須直接面對自身生理功能的限制或不斷承受醫療器材觸碰、藥劑施打的疼痛不適感，因此針對女性心理健康的積極介入是相對重要且必須的。當認知問題的存在或對生殖醫療的不確定性而失去掌控時，過程中的無助、挫折、自責，以及對於生存價值的困惑將會使心理陷入困境，若再加上支付各種醫療的高額花費所帶來的經濟壓力，則更加劇沮喪和失控感；此外，與伴侶間的情緒支持和問題解決、合作能力也考驗著婚姻關係，心理支持的介入若能在個人及婚姻或家庭層面提供支持或處遇性的治療，則能大幅降低女性因面對困難懷孕的心理衝擊或生活挑戰所帶來的影響。

肆、困難懷孕女性之諮商目標與策略

困難懷孕的心理困擾對女性個體而言有不同的階段和議題層面須處理，諮商目標也須因個人所處狀態進行調整，



表1

女性面對懷孕困難而產生的心理困境歷程及因應策略

階段	心理困境		因應策略		
	認知	情緒	認知調適	情緒處理	行動因應
階段一	推測自身有受孕困難，試圖找出原因。	1. 震驚。 2. 匱乏。 3. 羞恥。	1. 評估健康狀況。 2. 蒐集相關資訊。	1. 接受情緒矛盾。 2. 緩解羞恥感。	1. 進行生理檢查。 2. 尋求專業建議。
階段二	與「滋養」的世界隔離。	1. 憤怒。 2. 挫折。 3. 消極。	1. 反思母職角色。 2. 陷入性別迷思。	1. 減少自責。 2. 緩解孤立感。	1. 迴避生育話題以及社交接觸。 2. 尋求醫療評估或嘗試各種受孕方式。
階段三	咎責自己剝奪伴侶成為父親的角色與權利。	1. 憂鬱。 2. 無助。 3. 壓迫。 4. 失控。	合理化生育非必要選項。	1. 隨著充滿不確定性的生殖療程調適壓力。 2. 沉浸於失落感。	1. 積極嘗試各種備孕方式。 2. 接受生殖療程或已進入反覆的生殖醫療循環。 3. 社交隔離。
階段四	意識此事件對婚姻和關係造成的影響。	1. 無助。 2. 無望。 3. 愧疚。 4. 自責。	思索生育對婚姻及人生的意義和目的。	1. 挫敗。 2. 哀傷。 3. 憤怒。	1. 嘗試找尋更多備孕方法。 2. 選擇繼續療程 3. 結束生殖醫療或停止接收更多備孕相關訊息。
階段五	思索療程未能如願的結果。	1. 缺憾。 2. 悲傷。 3. 無意義感。	重新思考生活的其他可能性。	1. 嘗試與悲傷共處。 2. 接受失落。	1. 重新關注其他家庭生活樣態的可能。 2. 試圖尋找其他社會互動及關係連結。
階段六	接受現狀。	1. 彈性且成熟。 2. 調適悲傷。	1. 調整未來人生及家庭生活的期待。 2. 尋求新的生活重心與意義。	1. 接受缺憾。 2. 重振精神。	1. 思索無子女狀態的生涯模式。 2. 重新與旁人建立連結、恢復社交。

從以上歸納可知，心理困境的歷程可分為初期認知事實的影響和因應態度的調適；而後漸漸進入中期因躊躇於選擇接受生殖醫療與否或其它備孕的因應行為所產生的各種情緒擺盪；後期的重點則著重在心理困擾的處遇、思考較健康的生活模式或不同人生選擇所需考慮的面向。針對上述各階段之策略因應，本文

參考以下學者所提出針對困難懷孕女性之諮商目標及相對應的因應策略統整如下：

一、困難懷孕女性之諮商目標

困難懷孕女性的心理歷程是一個多層次且複雜的過程，涉及情緒、認知、



自我認同及社會文化等多方面的挑戰。在這個過程中，女性可能將生育困境視為一種問題或病症，並採取相應的行動策略以因應其帶來的不適感（Greil et al., 2010）。與一般醫療行為追求「痊癒」的終極目標不同，困難懷孕的診治介入過程中，其結果往往充滿不確定性，並存在多種替代可能性（Patel, 2018）。因此，針對困難懷孕女性的心理歷程，諮商目標需根據其在不同階段的心理需求進行調整。以下將心理歷程劃分為初期、中期及晚期三個階段，並深入探討各階段的心理特徵與相應的諮商目標。

在初期階段，女性開始認知生育困境的事實，並可能面臨情緒矛盾與失落感（Hocaoglu, 2019）。此階段的主要諮商目標包括幫助個體識別個人及關係層面的挑戰（Greil et al., 2010），促進情緒穩定，並提供基礎的衛教資訊與支持（Aiyenigba et al., 2019）。此外，協助個體面對困境並減少初期的心理壓力亦是重要的介入方向（Hocaoglu, 2019）。透過這些策略，可有效幫助女性在初期階段建立對生育困境的初步認知與情緒調適能力。

進入中期階段後，女性需面對是否接受生殖醫療或其他備孕方式的選擇，而這一過程常因不確定性與壓力而引發情緒波動（Patel, 2018）。此時，諮商的重點在於協助女性調適心理衝突，提升其壓力因應能力（Greil et al., 2010；Hocaoglu, 2019），而鞏固家庭支持功能並促進伴侶間的有效溝通亦是重要目標（Loke & Hayter, 2012），此外，針對因社交孤立而引發的心理困擾提供支持性介入則有助於減輕女性在此階段所承受的壓力（Jing et al., 2021）。這些目標的設定旨在幫助女性在中期階段更有效地應對選擇過程中的心理挑戰。

至晚期階段，女性通常需要重新評

估生育選擇，並探索更健康且富有彈性的人生意義與價值（Aiyenigba et al., 2019）。此階段的諮商目標包括協助女性處理持續或終止生育選擇所帶來的心理困擾（Hocaoglu, 2019），並支持其建立更滿意的生活方式，同時探索多樣化的人生方向（Patel, 2018）。此外，協助女性詮釋整個歷程對生命的意義，並凝聚家庭共識，也是此階段的重要任務（Aiyenigba et al., 2019），透過這些目標的設定，可協助女性在晚期階段重建自我認同與相對健康的心理狀態。

綜上所述，困難懷孕女性在不同階段的心理歷程具有明顯差異，而相應的諮商目標也需根據其心理需求進行調整。從初期階段的認知與穩定、中期階段的調適與支持，到晚期階段的重建與探索，每一階段皆需針對性地提供心理支持與介入，以協助女性有效應對生育困境所帶來的挑戰。這種多層次且動態調整的諮商模式，不僅能促進個體身心健康，也為其探索更廣闊的人生意義提供了重要支持。

二、困難懷孕女性之諮商介入策略

如前所述，困難懷孕是一種多層次的心理挑戰，會對個體的情緒、認知、自我認同及社會關係造成深遠影響（Patel et al., 2018；Greil et al., 2010），且於不同階段會形成不同之心理困境以及相對應的諮商目的。以下為整合現有文獻，針對心理諮商在困難懷孕女性於初期、中期和晚期諮商目標之提出相對應的具體介入策略：

（一）初期階段：認知與接受

在初期階段，困難懷孕女性通常可能經歷情緒矛盾、失落感和自我認同的挑戰（Hocaoglu, 2018；Patel et al., 2018）



。此時心理諮商的核心目標是協助女性理解不孕症的生理與心理影響，穩定情緒，並建立基本的支持系統（Aiyenigba et al., 2019）。具體策略包括：

1. 提供資訊教育：對來談者解釋困難懷孕的生理機制、可進行的應對方式或醫療選項，並說明療程中可能遭遇的挑戰，幫助其減少對未知的恐懼（Greil et al., 2010；Patel et al., 2018）。

2. 情緒穩定與壓力管理：引導女性識別和挑戰負面思維模式，並學習放鬆技巧以減輕壓力（Aiyenigba et al., 2019；Jing et al., 2021）。

3. 建立支持性對話：鼓勵女性與伴侶及家庭成員展開開放性對話，增強家庭支持功能，緩解因社會孤立而產生的心理困擾（Loke & Hayter, 2012；Jing et al., 2021）。

此階段的重點在於幫助女性接受困難懷孕事實，並為接下來的因應策略和心理調適奠定基礎。

（二）中期階段：調適與行動

在中期階段，女性通常需要面臨是否接受生殖醫療或其他備孕方式的選擇，並經歷因不確定性和治療壓力引發的情緒波動（Patel et al., 2018；Jing et al., 2021）。心理諮商的目標是協助女性調適心理衝突，提升壓力應對能力，並促進其在治療過程中的積極參與。具體策略包括：

1. 壓力管理與心理支持：透過團體心理治療或個人諮商，協助女性發展積極的應對策略，幫助其在面對此困境的歷程中找到相對彈性且健康的生活目標（Jing et al., 2021；Patel et al., 2018）。

2. 伴侶與家庭溝通：可透過關係會談協助夫妻共同應對困難懷孕所面臨的各種挑戰，並改善伴侶間的情感支持與溝通模式（Loke & Hayter, 2012；Patel et

al., 2018）。

3. 備孕失敗的情緒調適：幫助女性處理因屢屢嘗試懷孕卻面臨失敗結果的失望與挫折感，並重新評估其生育目標及可能的替代方案（Hocaoglu, 2018；Patel et al., 2018）。

此階段的核心在於協助女性保持心理穩定，並提升其面對困難懷孕歷程的掌控感。

（三）晚期階段：重建與探索

在晚期階段，女性可能需要面對持續或終止生育選擇的心理困擾，並探索更健康且具彈性的人生意義與價值（Aiyenigba et al., 2019；Patel et al., 2018）。心理諮商的目標是幫助女性重建生活目標，並促進形成相對健康的心理狀態。具體策略包括：

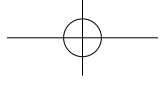
1. 探索替代方案：幫助女性評估替代選擇的可行性，並支持其在情感和實際層面上接受這些選擇（Hocaoglu, 2018；Patel et al., 2018）。

2. 心理創傷處理：引導女性重新詮釋困難懷孕的意義、審視自身在此困境歷程中的因應狀態及情緒，並將其轉化為個人成長的契機（Jing et al., 2021；Patel et al., 2018）。

3. 重塑社交連結：鼓勵女性塑造新的且具支持性的社交網絡，或可能邀請其參與支持小組，分享經驗並獲得情感支持，同時凝聚家庭共識，促進家庭成員的相互理解（Aiyenigba et al., 2019；Loke & Hayter, 2012）。

晚期階段的重點在於幫助女性找到新的生活方向，並在困境中重建心理韌性和生活滿足感。

從以上整理可知，困難懷孕女性的心理諮商應針對不同階段的心理需求進行靈活調整，從初期的接受與穩定，到中期的調適與行動，再到晚期的重建與



探索，形成一個完整的支持系統。除了理解不同階段之介入目標外，亦須掌握相對應可執行的具體介入策略，以協助此族群在心理調適與生活重建中獲得更好的支持與成長，在此綜合以上論點，形成表2統整說明之（Aiyenigba et al., 2019；Greil et al., 2010；Hocaoglu, 2018；Jing et al., 2021；Loke & Hayter, 2012；Patel et al., 2018）：

由上述統整可知，困難懷孕女性的心理調適是一個多層次、跨階段的動態過程，深受個人、婚姻與家庭，以及社會文化環境的交互影響。在初期階段，重點在於幫助個人識別情緒矛盾與挑戰，並促進伴侶及家庭的支持功能，同時協助案主面對此困境的去污名化；到了中期階段，焦點轉向協助女性面對困難懷孕的不確定性和各種關係挑戰，鞏固

婚姻與家庭支持，並減少社交孤立感；在晚期階段，則著重於心理健康的評估與介入、建立支持性的社交網絡、凝聚家庭共識，並幫助女性探索更具彈性的人生價值。若能掌握困難懷孕女性於不同階段及多重層面所面臨的心理困境，並以具體化的工作目標和策略為核心、協助其維持心理健康與提升生活品質，將會是一相對完整且具實效性的專業介入。

三、以團體形式介入的優勢

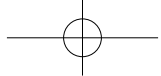
值得一提的是，團體諮商的形式在困難懷孕的族群應用上，具有相當的優勢，且能作為一相對有療效的介入形式。

於團體諮商工作歷程中，透過成員間相互分享與探討困難懷孕涉及多面向

表2

困難懷孕女性心理諮商之各層面工作目標與介入策略

	個人	婚姻與家庭	社會與文化環境
目標	辨識個人議題及關係挑戰	穩固伴侶與家庭關係	提升社會對不孕症的理解
初期策略	1. 提供生殖醫療衛教。 2. 覺察情緒矛盾，促進行動。	1. 評估家庭支持，確認伴侶共識。 2. 審視家庭與生育價值觀。	1. 審視關於性別、性及生育的價值觀。 2. 辨識社會文化影響。
目標	幫助心理調適，應對壓力	鞏固家庭與婚姻支持	減少社交孤立
中期策略	1. 處理心理不確定性。 2. 提供療程支持與悲傷輔導。	1. 探索生育對家庭的意義。 2. 建立伴侶溝通模式，降低衝突。	1. 探討性別角色與價值衝突。 2. 辨識文化主流觀點影響。
目標	評估心理健康，促進調適	凝聚家庭與伴侶之共識	探索健康且有彈性的人生意義
晚期策略	1. 進行心理治療與選擇評估。 2. 強化自我照顧，詮釋生命意義。 3. 探索多元生涯方向。	1. 親密關係的經營與調適。 2. 評估關係滿意度。 3. 評估療程持續與否的規劃。	1. 梳理社會連結與人際關係。 2. 建立支持性人際網絡。 3. 探討社會建構與自我認同。



議題的歷程，除了能協助個案調節心理壓力以減輕因困難懷孕而衍生的焦慮、抑鬱及自我價值感低落等情緒困擾外（Karaca et al., 2019；Taebi et al., 2021），在支持性的團體情境中引導情緒釋放能為成員提供安全的空間以促進其表達因污名化而壓抑的情感，有助於提升心理健康（Goodman & Rothman, 1984；Malik & Coulson, 2011；Karaca et al., 2019；Taebi et al., 2021）；其次，由於多數女性面對困難懷孕時經常陷入角色認同的危機，而團體成員的普同感能在經驗交流歷程中獲得自我洞察、間接促使每位成員重新審視自身的情緒與行為模式、重新定義自我價值、跳脫傳統母職框架，從而獲得新的視角與彈性的因應方式（Ramirez-Larouche, 2015；Esmaeili et al., 2018；Karaca et al., 2019），此外，也能透過他人成功的經歷而注入希望感，增加團體成員重拾對治療的信心與動力（Goodman & Rothman, 1984；Malik & Coulson, 2011）。

綜上所述，團體諮商與治療透過凝聚力、普同性、情緒宣洩、互助與認知重建等療效因子，為個案提供支持性環境，幫助其減少心理壓力、增加因應此困境的內在力量，這些療效因子在團體中相互作用，不僅能幫助個體有較佳的心理韌性，也強化了團體的凝聚力，對困難懷孕女性的整體心理健康具有關鍵意義，心理專業工作者在提供服務時，應特別納入這一形式，使心理工作之介入更具效益與完整性。

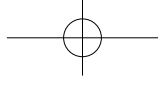
伍、結論與建議

困難懷孕的現象日益顯著已成為全球性趨勢，這種情況不僅被視為無法順利成為父母的生活危機，多數女性還會在面對這一困境的過程中產生各種生活

壓力，可能導致過去未解決的關係衝突復甦，帶來許多心理上的衝擊。根據前文對多篇文獻的綜合分析可知，多數女性產生心理困擾的原因並非因無法生育的事實或醫學上定義的不孕症「結果」，而是在於她們正在經歷困難懷孕的「動態歷程」（Aiyenigba et al., 2019；Jing et al., 2021；Patel, 2018）。

女性在備孕過程中會經歷不同階段的心理困境。初期，她們通常抱持積極且充滿未知的心態期待理想結果；中期，可能由於多次嘗試的失敗或醫療費用的壓力而直接面臨現實的挑戰，若在加上生殖療程的藥物使用所帶來的副作用以及頻繁的器具接觸直接引發的生理不適感；或可能因嘗試各種民間偏方的因應策略也加重了生理與心理的負擔，如此更易導致女性有更多的心理壓力，於此同時，對於成功受孕的期待也會影響各種關係的變化、進一步增加心理負荷。後期則由於過程和結果的不確定性，易產生失控與無助感，因此，伴侶、家庭和醫療人員的支持與陪伴對女性的心理健康至關重要，穩定的情緒和良好的心理狀態能幫助她們以相對健康的態度面對困難懷孕的事實以及日常生活的各項挑戰。

困難懷孕的心理健康近年來逐漸成為一個新興的專業知識和技術領域，對此心理議題的關注不僅能協助受困於此現象的個體提高、探索和澄清備孕歷程對生活品質及滿意度的影響，也提供了一個適切的管道，讓正受苦於此的個體能夠表達與難孕相關的情緒，並探索更深層的自我價值及角色認同。本研究旨在以統整性的概念呈現因自身因素造成不孕之女性在這個過程中的心理困境，揭示其多層次的成因，並區分各階段的不同特性。期望能喚起大眾及有此經歷的女性對心理照顧的重視，筆者探討之

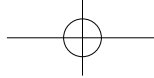


視角相對於議題的全貌必然未臻完善，但希望能藉此一觀點為相關工作者提供專業省思與成長的思路，以便為困難懷孕的女性提供更合適的心理健康支持。

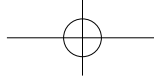
本文從傳統文化、社會觀點以及家庭互動等方面探討造成困難懷孕女性心理困境的成因。然而，在女權意識逐漸成熟的現代，愈來愈多的女性不再受這些因素的困擾，反而能積極地活出有別於傳統價值期待的人生。這或許涉及個人性格及成長過程等其他因素的影響，本文因篇幅有限未能深入探討此層面，希望有志於關注此族群的助人工作者能補足這一缺失。

參考文獻

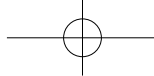
- 林旖旎、蔡永杰、康介乙 (2006)。台灣女性的不孕經驗：關係的觀點。《中華輔導學報》，19，175-210。https://doi.org/10.7082/CARGC.200603.0175
- 林愷怡 (2019)。不孕污名對不孕夫妻情緒的影響：行動者與伴侶相依模式之探討〔未發表之碩士論文〕。國立政治大學。
- 孟玉麗 (2006)。不孕症婦女的壓力源及因應策略—領養之初探。《網路社會學通訊期刊》，52。
- 陳美伶、陳茗晞 (2009)。根治性子宮全切除手術對於婦女女性特質之衝擊與因應。《志為護理》，8(4)，73-81。https://doi.org/10.6974/TCNJ.200908.0071
- 衛生福利部 (2022)。試管嬰兒補助上路半年已逾2萬對不孕夫妻取得補助資格。111年衛生福利部新聞。https://www.mohw.gov.tw/cp-5264-64696-1.html
- 衛生福利部國民健康署 (2023)。人工生殖施行結果分析報告。https://www.hpa.gov.tw/File/Attach/17531/File_22374.pdf.
- Aiyenigba, A. O., Weeks, A. D., & Rahman, A. (2019). Managing psychological trauma of infertility. *African Journal of Reproductive Health*, 23(2), 76-91. https://doi.org/10.29063/ajrh2019/v23i2.8
- Bharadwaj, A. (2016). *Conceptions: infertility and procreative technologies in India* (Vol. 34). Berghahn Books.
- Burns, L. H., Covington, S. N., Covington, S. N., & Burns, L. H. (2006). *Psychology of infertility*. Infertility counseling: A comprehensive handbook for clinicians.
- Chi, H. J., Park, I. H., Sun, H. G., Kim, J. W., & Lee, K. H. (2016). Psychological distress and fertility quality of life (FertiQoL) in infertile Korean women: The first validation study of Korean FertiQoL. *Clinical and experimental reproductive medicine*, 43(3), 174. https://doi.org/10.5653/cerm.2016.43.3.174
- Clayman, P. F. (1990). *The crisis of infertility: Understanding its emotional impact*. University of Pennsylvania.
- Cui, C., Wang, L., & Wang, X. (2021). Effects of self-esteem on the associations between infertility-related stress and psychological distress among infertile Chinese women: a cross-sectional study. *Psychology Research and Behavior Management*, 1245-1255. https://doi.org/10.2147/PRBM.S326994
- Dabbaghi, H., & Rafieepour, Z. (2022). Infertility and Women's Suffer (A Review of the Psychological, Social & Economic Problems of Infertility). *Social Sciences*, 29(98), 81-119. https://



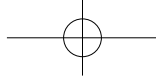
- doi.org/10.22054/qjss.2023.72483.2610
- Donkor, E. S., & Sandall, J. (2007). The impact of perceived stigma and mediating social factors on infertility-related stress among women seeking infertility treatment in Southern Ghana. *Social science & medicine*, 65(8), 1683-1694. <https://doi.org/10.22054/qjss.2023.72483.2610>
- Diamond, R. et al. (Ed.). (1999). *Couple therapy for infertility*. Guilford Press.
- Dierickx, S., Rahbari, L., Longman, C., Jaiteh, F., & Coene, G. (2018). 'I am always crying on the inside' : a qualitative study on the implications of infertility on women's lives in urban Gambia. *Reproductive health*, 15, 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0596-2>
- Esmaeili, A., Khodadadi, M., Norozi, E., & Miri, M. R. (2018). Effectiveness of mindfulness-based cognitive group therapy on cognitive emotion regulation of patients under treatment with methadone. *Journal of Substance Use*, 23(1), 58-62. <http://dx.doi.org/10.1080/14659891.2017.1348553>
- Fledderjohann, J. J. (2012). 'Zero is not good for me': implications of infertility in Ghana. *Human Reproduction*, 27(5), 1383-1390. <https://doi.org/10.1093/humrep/des035>
- Fusco, C., Masaro, C., & Calvo, V. (2023). 'I feel like I was born for something that my body can't do': a qualitative study on women's bodies within medicalized infertility in Italy. *Psychology & Health*, 1-20. <https://doi.org/10.1080/08870446.2023.2180148>
- Greil, A. L., Slauson Blevins, K., & McQuillan, J. (2010). The experience of infertility: a review of recent literature. *Sociology of health & illness*, 32(1), 140-162. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2009.01213.x>
- Goodman, K., & Rothman, B. (1984). Group work in infertility treatment. *Social Work with Groups*, 7(1), 79-97. https://doi.org/10.1300/J009v07n01_07
- Hocaoglu, C. (2019). The psychosocial aspect of infertility. *Infertility, assisted reproductive technologies and hormone assays*, 65, 75-78. <https://doi.org/10.5772/intechopen.80713>
- Hoyle, R. H., Davisson, E. K., & Novice, M. L. (2022). Relations between protective traits and psychological distress among women experiencing infertility. *Journal of Health Psychology*, 27(2), 397-407. <https://doi.org/10.1177/1359105320953466>
- Hynie, M., & Burns, L. H. (2006). Cross-cultural issues in infertility counseling. *Infertility counseling: A comprehensive handbook for clinicians*, 61-82. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511547263.006>
- Inhorn, M. C. (2020). The feminist ethnography of untested assumptions: Traveling with assisted reproductive technologies across the Muslim Middle East. *Gender, Considered: Feminist Reflections Across the US Social Sciences*, 297-332. https://doi.org/10.1007/978-3-030-48501-6_13
- Jing, X., Gu, W., Zhang, L., Miao, R., Xu, X., Wang, M., ... & Wang, W. (2021). Coping strategies mediate the association between stigma and fertility quality of life in infertile women undergoing in vitro fertilization-



- embryo transfer. *BMC Women's Health*, 21, 1-7. <https://doi.org/10.1186/s12905-021-01525-9>
- Jung, Y. J., & Kim, H. Y. (2017). Factors influencing infertility-related quality of life in women undergoing assisted reproductive techniques: focusing on depression and resilience. *Korean Journal of Women Health Nursing*, 23(2), 117-125. <http://dx.doi.org/10.4069/kjwhn.2017.23.2.117>
- Karaca, A., & Unsal, G. (2015). Psychosocial problems and coping strategies among Turkish women with infertility. *Asian nursing research*, 9(3), 243-250. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2015.04.007>
- Karaca, A., Yavuzcan, A., Batmaz, S., Cangür, ., & Çali kan, A. (2019). The effect of cognitive behavioral group therapy on infertility stress, general health, and negative cognitions: a randomized controlled trial. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 37, 375-394. <https://doi.org/10.1007/s10942-019-00317-3>
- Kiesswetter, M., Marsoner, H., Luehwink, A., Fistarol, M., Mahlkecht, A., & Duschek, S. (2020). Impairments in life satisfaction in infertility: Associations with perceived stress, affectivity, partnership quality, social support and the desire to have a child. *Behavioral Medicine*, 46(2), 130-141. <https://doi.org/10.1080/08964289.2018.1564897>
- Kim, M., Yi, S. J., & Hong, J. E. (2020). Experiences of women with male factor infertility under in vitro fertilization. *International journal of environmental research and public health*, 17(21), 7809. <https://doi.org/10.3390/ijerph17217809>
- La Rosa, V. L., Barra, F., Chiofalo, B., Platania, A., Di Guardo, F., Conway, F., ... & Lin, L. T. (2020). An overview on the relationship between endometriosis and infertility: the impact on sexuality and psychological well-being. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 41(2), 93-97. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2019.1659775>
- Logan, S., Gu, R., Li, W., Xiao, S., & Anazodo, A. (2019). Infertility in China: Culture, society and a need for fertility counselling. *Asian Pacific Journal of Reproduction*, 8(1), 1-6. <https://doi.org/10.4103/2305-0500.250416>
- Loke, A. Y., Yu, P. L., & Hayter, M. (2012). Experiences of sub fertility among Chinese couples in Hong Kong: A qualitative study. *Journal of clinical nursing*, 21, (3 4), 504-512. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03632.x>
- Malik, S. H., & Coulson, N. S. (2011). A comparison of lurkers and posters within infertility online support groups. *CIN: Computers, Informatics, Nursing*, 29(10), 564-573. <https://doi.org/10.1097/NCN.0b013e318224b31d>
- Namdar, A., Naghizadeh, M. M., Zamani, M., Yaghmaei, F., & Sameni, M. H. (2017). Quality of life and general health of infertile women. *Health and Quality of life Outcomes*, 15(1), 1-7. <https://doi.org/10.1186/s12955-017-0712-y>
- Olivius, C., Friden, B., Borg, G., & Bergh, C. (2004). Why do couples discontinue in vitro fertilization treatment? A cohort study. *Fertility and sterility*, 81(2), 258-261. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2003.06.029>



- Palha, A. P., & Lourenço, M. F. (2011). Psychological and cross-cultural aspects of infertility and human sexuality. *Sexual dysfunction: Beyond the brain-body connection*, 31, 164-183. <https://doi.org/10.1159/000328922>
- Patel, A., Sharma, P. S. V. N., & Kumar, P. (2018). "In cycles of dreams, despair, and desperation:" Research perspectives on infertility specific distress in patients undergoing fertility treatments. *Journal of Human Reproductive Sciences*, 11(4), 320-328. https://doi.org/10.4103/jhrs.JHRS_42_18
- Ramirez-Larouche, M. T. (2015). *Person-centered Expressive Arts Group for Women Experiencing Infertility* (Master's thesis, Saint Mary's College of California).
- Roozitalab, S., Rahimzadeh, M., Mirmajidi, S. R., Ataee, M., & Saeieh, S. E. (2021). The relationship between infertility, stress, and quality of life with posttraumatic stress disorder in infertile women. *Journal of Reproduction & Infertility*, 22(4), 282. <https://doi.org/10.18502/jri.v22i4.7654>
- Saif, J., Rohail, I., & Aqeel, M. (2021). Quality of life, coping strategies, and psychological distress in women with primary and secondary infertility; a mediating model. *Nature-Nurture Journal of Psychology*, 1(1), 8-17. <https://doi.org/10.47391/NNJP.02>
- Sharma, A., Shrivastava, D., & Sharma IV, A. (2022). Psychological problems related to infertility. *Cureus*, 14(10). <https://doi.org/10.7759/cureus.30320>
- Simionescu, G., Doroftei, B., Maftei, R., Obreja, B. E., Anton, E., Grab, D., ... & Anton, C. (2021). The complex relationship between infertility and psychological distress. *Experimental and Therapeutic Medicine*, 21(4), 1-6. <https://doi.org/10.3892/etm.2021.9737>
- Szekulesz, D. (2022). 'All planned babies must be born'. Women's experience of infertility and assisted reproductive technologies in Hungary. *Intersections. East European Journal of Society and Politics*, 8(3), 30-47. <https://doi.org/10.17356/ieejsp.v8i3.874>
- Taebi, M., Kariman, N., & Majd, H. A. (2021). Infertility stigma: A qualitative study on feelings and experiences of infertile women. *International journal of fertility & sterility*, 15(3), 189. <https://doi.org/10.22074/IJFS.2021.139093.1039>
- Wallach, E., & Menning, B. E. (1980). The emotional needs of infertile couples. *Fertility and sterility*, 34(4), 313-319. [https://doi.org/10.1016/S0015-0282\(16\)45031-4](https://doi.org/10.1016/S0015-0282(16)45031-4)
- Wang, J. Y., Li, Y. S., Chen, J. D., Liang, W. M., Yang, T. C., Lee, Y. C., & Wang, C. W. (2015). Investigating the relationships among stressors, stress level, and mental symptoms for infertile patients: A structural equation modeling approach. *PloS one*, 10(10), e0140581. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0140581>
- World Health Organization. (2023). *Infertility prevalence estimates, 1990-2021*. World Health Organization. <https://reurl.cc/V0YEZR>
- World Health Organization. (2023). *1 in 6 people globally affected by infertility*. World Health Organization. <https://reurl.cc/zpqMKV>



Yao, H., Chan, C. H. Y., & Chan, C. L. W.
(2018). Childbearing importance: A
qualitative study of women with
infertility in China. *Research in nursing
& health, 41*(1), 69-77. [https://doi.
org/10.1002/nur.21846](https://doi.org/10.1002/nur.21846)

投稿日期：113年04月25日

第一次修改日期：113年05月30日

第二次修改日期：113年09月29日

通過日期：113年12月24日

