

# 產科病房心理支持方案之可行性研究： 以某醫學中心為例\*

謝珮玲

中山醫學大學心理學系  
中山醫學大學附設醫院婦產部

應宗和

中山醫學大學醫學系  
中山醫學大學附設醫院婦產部

張孝純

中山醫學大學心理學系

曾英珍

中山醫學大學附設醫院婦產部

女性在孕產期間的心理健康狀況應受到關注，而國內醫療機構在產婦生產過程中所實施的心理支持方案相當有限，並且未曾由受過心理學訓練之人員所執行，因此本研究以先驅研究的方式，探討心理學人員在產科實施心理支持方案之可行性。研究以質性典範進行，依據「聆聽式訪視」與「親嬰治療」之非指導式諮商、觀察、詮釋等方法，於中部某醫學中心產科病房執行共十週之「心理支持方案」，由五名心理系師生擔任會談者，共接觸 68 名產婦。會談者於執行期間撰寫紀錄，並對紀錄內容進行分析。分析結果發現，在人時地狀況方面，產婦的生理狀況、會談者性別、住院生活步調、病室環境等對於心理支持方案之實施均有影響。在產婦與家屬的反應方面，產婦對方案的接受程度、投入狀況各異。產婦所關心的心理社會議題包括作息與坐月子方式、情緒、教養、夫妻與婆媳關係等；先生關心的是生活忙亂、教養；娘家在意的是產婦是否被妥善地照顧，婆婆則對產婦的坐月子方式有著複雜的情緒。依據研究結果，研究者建議未來的產科心理支持，在實務上可朝孕產期宣導、設計會談主題、以家庭為中心、依據產科特性訓練心理學人員、加強醫護與心理人員之合作等方向著手。在研究上，則應發展孕產期心理衛生之評量工具，並對心理支持方案進行效果評估。

**關鍵詞：**心理支持、心理學人員、孕產期心理衛生、家庭中心、質性典範

「生產」除了在生理面向對女性有影響，在心理與社會面向上也對女性有重要的影響。女性經由「懷孕」、「生產」而成為「母親」，有了與以往不同的心理世界與生活角色，此段期間的適應狀況與自己、伴侶、嬰兒之心理健康狀況息息相關（Austin, 2003; Durrani & Cantwell, 2009; Martini, Knappe, Beesdo-Baum, Lieb, & Wittchen, 2010），因此，女性在孕產期間的適應極應受到關

---

\* 本文通訊作者：謝珮玲，通訊方式：plshieh@csmu.edu.tw。

注(謝珮玲等人, 2012)。目前在生產過程對婦女進行的支持方式, 包括有護理支持(nursing support)、產後紓解(postnatal debriefing)、產後諮商(postnatal counseling)、陪產員制度(birth doula)等(謝珮玲, 2012)。而在國內, 除了護理支持之外, 其他三者的實施仍不多見, 心理學人員亦未參與對產婦的心理支持工作。基於心理學人員具有心理評估與諮商之訓練, 本研究欲探討其在產科實施心理支持的可行性。以下介紹四種對產婦的支持方式, 並說明本研究之目的與研究問題。

「護理支持」是由護理人員例行性對待產、產程中產婦的照護, 包括教導婦女腹肌往下用力、告知產程進展情形、關心產婦的情緒(曾英芬, 2000)。王俊英與胡俊梅(2010)的作法是在第一至第三產程, 針對初產婦進行一系列介入, 包括解說生產過程、建立信心、引導放鬆、引導呼吸與用力方法、家庭支持、促成母嬰肌膚接觸等。結果發現第一產程、第二產程及總產程所花費的時間均有縮短, 產婦之舒適度也有提高。另外, 時建榮(2010)除了引導產婦放鬆與呼吸、進行家庭支持外, 也會特別將分娩室佈置得溫馨舒適、播放音樂, 並在產後二小時內進行母乳哺餵與育嬰知識之衛教。結果發現介入組的產後憂鬱分數及產後憂鬱比例均低於控制組。以上作法均屬於產程之介入, 而由於護理工作量的繁重, 在產程順利結束之後, 護理人員與產婦的心理層面互動、以產婦為中心的持續性支持, 往往就顯得不足(Deitrick & Draves, 2008; Lundgren, 2010)。

其次, 「產後紓解」是一種預防產後出現心理問題的結構化心理介入, 焦點在於討論「生產經驗」, 鼓勵產婦對於生產過程提問、抒發經驗, 由護士或助產士給予支持、解釋生產狀況, 並依據產婦的個別需求進行討論。討論次數以單次、約一小時為主(Lavender & Walkinshaw, 1998; Small, Lumley, Donohue, Potter, & Waldenstrom, 2000)。目前在英國有八成的生產機構會對婦女提供此種「產後紓解」, 但由於許多研究在對象、服務者訓練情形、服務方式、研究設計、效果變項等方面的不同, 產後紓解之有效性的證據仍莫衷一是(Steele & Beadle, 2003; Rowan, Bick, & Bastos, 2007; Meades, Pond, Ayers, & Warren, 2011; Gamble, Creedy, & Teakle, 2007)。第三, 「產後諮商」是同時包括有衛教、心理諮商的方案, 在衛教方面是給予產婦有關生理狀況的訊息, 在心理諮商方面則是討論產婦對於孕產過程不利事件的感受。共進行一至四次, 每次約 35 分鐘。「產後諮商」與「產後紓解」的不同, 在於「產後諮商」會較積極地使產婦面對、解決所遭逢的不利事件(Tam, Newton, Dern, & Parry, 2002)。在有效性方面, 「產後諮商」則與「產後紓解」同樣處在待探索的狀態。學者指出明列介入方式(內容、時間、地點)、一併納入伴侶與家人、進行多面的效果測量、以高風險者為對象等都是待努力的方向(Gamble, Creedy, Webster, & Moyle, 2002)。

第四, 「陪產員制度」是由經過訓練的「陪產員」在生產過程中陪伴產婦, 有過生產經驗、具有陪伴產婦之熱誠者皆可接受訓練(謝珮玲, 2012; Campbell-Voytal, McComish, Visger, Rowland, & Kelleher, 2011)。研究發現陪產員在待產中所運用的情緒支持方式, 不但比助產士、護士更為細膩(Gilliland, 2011), 在有效性方面, 也被證實能有減少麻醉與止痛劑之使用、剖腹產比率、產後焦慮、產後憂鬱等情形, 並有提昇親子連結、產婦自信與效能感等效益(Berg & Terstad, 2006)。

以上對產婦的支持重點皆以分娩本身, 或在分娩後討論生產經驗為主, 在執行者方面則以護理人員居多(陪產員制度除外)。與產婦之適應有關的議題並不限於「分娩」, 心理社會議題也與產婦之適應息息相關, 例如精神疾病(憂鬱、精神病、智能障礙、物質濫用)、居無定所、缺乏社會支持、家暴、兒虐、缺乏照顧寶寶的能力等(Gunn et al., 2006), 因此, 對產婦的支持也應包括心理社會面向。產科醫護人員的臨床工作忙碌, 加上學校教育並未對其提供心理議題評估與介入之訓練, 醫護人員乃不易在產後初期處理產婦的心理社會議題(Gunn et al., 2006; Yelland, McLachlan, Forster, Rayner, & Lumley, 2007)。基於對產婦進行心理支持之重要性, 以及心理學人員具有心理評估與諮商之訓練, 研究者乃思考由心理學人員在產科實施心理支持的可行性。美國心理學會目前已有 56 個分會, 其中與醫療場域相關者包括有臨床心理學、臨床神經心理學、復健心理學、健康心理學、小兒科心理學等, 但尚無產科心理學(American Psychological Association, 2013)。據研究者涉獵的文獻資料, 發現尚未有心理學家以產科病房為駐點, 進行常態式心理服務的例子, 因此, 產科可謂心理學服務的待開發場域。本研究探問的問題有二, 第一, 生產期間的產婦有其當下的身心狀態, 以及住院情境有其特殊的時間、空間條件, 因此心理學人員在產科病房中實施心理支持方案, 會遭遇哪些人時地的狀況? 第二, 產婦與家屬於此段期間對於心理支

持的接受程度、投入程度如何？所出現的心理社會議題又包括哪些？期望以研究結果做為未來設計產科心理支持方案的依據。

## 方法

由於質性典範適合用於尚屬前驅狀態的研究議題，因此本研究選擇以質性典範之發現取向（discovery-oriented approach, Douglas & Moustakas, 1984）進行，以內容分析法對資料進行整理。以下說明心理支持方案、研究對象、研究團隊、資料分析與研究嚴謹性。

### 一、心理支持方案

本方案的內容奠基於「聆聽式訪視」（listening visit）與「親嬰治療」（parent-infant psychotherapy）。前者的一般作法是以母親為對象，由訪視者至母親家中以羅傑斯式非指導性諮商（Rogerian non-directive counseling）進行「反映式聆聽」（reflective listening），訪視者藉此傳達對母親處境的真誠興趣與支持（Holden, Sagovsky, & Cox, 1989; Persaud & Morris, 2010）。「親嬰治療」則是以修正不良的親嬰互動為目標，認為不良的親嬰關係來自母親對嬰兒的負向移情，治療師藉由對親子互動的「觀察」與「詮釋」，為母親當下的行為尋找過去經驗的「因」，進而啟動母親的新觀點與互動方式（謝珮玲，2007；Mayers, 2005）。綜合而言，若以服務對象來看，「聆聽式訪視」、「親嬰治療」針對的母親主要是產後憂鬱者（或其高危險群）、經濟條件不佳者、青少年母親等（謝珮玲，2007；Wan, Sharp, Howard, & Abel, 2011）；若以孩子的年齡來看，「聆聽式訪視」會由孕期持續實施至產後五年（Turner, Chew-Graham, Folkes, & Sharp, 2009），「親嬰治療」則是孩子在二歲之前施行（Joyce, 2005）。

就研究者所知，以上二種介入方式至目前尚無以一般產婦為對象，實施於生產住院期間之先例。本研究中的「心理支持方案」以「聆聽式訪視」與「親嬰治療」中的「非指導式諮商」、「互動觀察與詮釋」為核心原則，將服務對象設定為以生產為目的而住院的婦女及其家人。由於由待產、生產至出院的總時間相當短（通常在三至五日），因此為了使研究對象對方案內容更具方向感，會談者在秉持以上核心原則外，亦會以數個預設問句為互動開場。為了與研究對象有較多的接觸機會，方案會由待產階段便開始，亦即，本研究對象同時包含待產婦、產後婦女，為求行文精簡，本文一律以「產婦」稱之。方案的目標是「給予產婦心理支持、培養對母職的信心、促進對嬰兒經驗的理解」。研究場域是中部某醫學中心產科病房，正式進行之前，先由第一、第二、第四位研究者（心理系教師、婦產部主任及護理長）對方案內容進行討論、試行。修正後正式實施，步驟如下：

（一）初步了解產婦：由病歷初步了解產婦的年齡、生產日期、產次、生產方式等基本資料。

（二）探視產婦及家屬、獲取參與方案之同意：是至床邊認識產婦及家屬，對其介紹方案內容。研究人員發給對方說明書，並說明：「『心理支持方案』在產前到產後這段時間中進行，以談話和探視母親、嬰兒、親人為主，希望協助母親更了解嬰兒，對母職更有信心」。在徵得產婦及家屬的同意後繼續進行，反之，則不再做後續探視。

（三）會談：在產婦住院期間內每日探視，以支持性的態度邀請母親開放式地訴說孕產過程的狀況與感受，開場問句有「您現在的情形怎麼樣？」、「寶寶的狀況怎麼樣？」、「生寶寶的過程怎麼樣？」、「現在有沒有什麼煩惱？」、「接下來有哪些安排呢？」等等。在「親嬰同室」的狀況，則亦觀察產婦、家屬與嬰兒的互動。針對產婦、家屬之述說，以及會談者之觀察，會談者會給予語言或非語言的同理回應、詮釋。例如，某產婦抱怨嬰兒「晚上都不睡，白天卻睡到叫不醒來餵奶，現在比剛出生輕了 300 公克」，會談者回應以「寶寶還在適應中，您又辛苦又擔心」。又如，會談者觀察到產婦夫妻七手八腳許久搞不定哭泣的嬰兒，好不容易嬰兒似乎睡著了，先生將嬰兒輕輕放入嬰兒床，嬰兒卻又立刻放聲大哭。先生笑著對嬰兒說「你再吵媽媽，我就要揍你屁股」，

產婦聽了立刻對先生說「你不要威脅他啦」。針對這段互動，會談者便對夫妻說道「媽媽雖然很累，但是很會保護孩子」。

(四) 紀錄：會談者每日撰寫「會談紀錄」、「工作日誌」，並於方案結束後撰寫「總心得」。

(五) 全程督導：第一位研究者於實施過程對四位學生會談者進行書面或臨場之督導。

## 二、研究對象

方案實施時間共十週，以立意取樣邀請此期間內居住於中部某醫學中心產科病房之產婦參加，共徵得 68 名，乃為本研究之研究對象。研究對象以 26~35 歲 (48 人，佔約 71%)、已婚 (65 人，佔約 96%)、初產 (43 人，佔約 63%)、自然產 (36 人，佔約 53%)、採取母嬰同室者 (41 人，佔約 61%) 居多。

## 三、研究團隊

研究團隊由心理學人員、產科醫護人員組成。心理學人員即為本研究之會談者與資料收集者，共有心理系教師一名及大四學生四名。其中，教師具有心理師資格，學生除已修習發展心理學、人格心理學、諮商理論與技術、變態心理學等課程，在實際接觸產婦之前，尚經教師、婦產部主任安排接受孕產期心理衛生文獻閱讀、個案討論、會談技巧、認識產科運作方式等訓練。心理學人員在進入病房接觸產婦及家屬前，先獲得醫院教學委員會的正式核准。另外，研究團隊之產科醫護人員為婦產部主任及護理長，二位均認為在目前的產科情境中，產婦的心理社會議題並不容易受到關注，同時，也樂見心理學人員能在產科發揮支持產婦的角色。婦產部主任、護理長在研究中對方案提供行政與實務上的支持。

## 四、資料分析

(一) 資料編碼：會談者的紀錄共達 21 萬 7000 餘字，即為本研究進行分析之原始資料。資料編碼以 A、B、C、D、E 分別代表五位會談者，其中 A 至 D 為學生，E 為教師；除 A、B 為男性外，其餘三位為女性。研究對象依據與各會談者接觸的順序來編號，例如 A01 代表會談者 A 所接觸的第一位產婦，B02 代表會談者 B 所接觸的第二位產婦。

(二) 分析步驟：由第一位、第三位研究者共同進行，步驟分述如下。

1. 段落選取：依據本研究之研究問題選取與「心理支持方案實施時遭遇之人時地的狀況」、「對心理支持方案的接受程度」、「產婦與家屬對方案之投入程度」、「針對產婦及家屬，能反映其之心理社會議題」相關的敘述。

2. 形成意義單元與命名：依選取段落之語意為單元，將所選取的段落加以分段或合併，並以簡短語句說明意義單元的意涵。

3. 形成小題、次主題、主題：將相近之「意義單元」歸納為「小題」，將相近之「小題」歸納為「次主題」，再將相近之「次主題」歸納為「主題」。

4. 達成資料分析之一致性：在段落選取、形成意義單元，兩位研究者先分別針對所有會談紀錄進行分析，再共同討論直至達成共識。意義單元的命名由兩位研究者針對五分之一的會談紀錄分別進行，再共同討論直至達成共識。之後其餘分析由第一位研究者進行，再交由第三位研究者閱讀、修正，並共同討論至達成共識為止。

## 五、研究嚴謹性

研究者以 Lincoln 與 Guba (1985) 所提出之四項標準來確保研究之嚴謹性，分別為確實性 (credibility)、可轉換性 (transferability)、可靠性 (dependability)、可確認性 (confirmability)。首先，在確實性的部分，為了真正掌握到產婦及家屬的心理社會議題，以及對於方案的經驗，除了重視會談者與研究對象建立關係、同理的能力之外，也告知研究對象談話內容將受到保密，確認研究對象在自願、自在下的狀況下進行會談。因此，本研究的資料收集方式，應能使研究對象放鬆地流露出真實經驗。其次，在可轉換性部分，研究者藉著陳述研究對象的人口變項、生產狀況，以及研究資料收集與分析方式等，盡力使閱讀者能依其情境將本研究結果做適當的轉換。第三，在可靠性部分，本研究的原始資料是會談者在當天對會談的紀錄與工作日記，因此應能避免記憶混淆的問題，能忠實反映會談者的經驗。資料分析時，兩位研究者共同完成所有會談紀錄之「段落選取」、「形成意義單元」步驟，後續分析步驟雖主要由第一位研究者進行，但亦與第三位研究者討論直至達成共識，因此資料的內容與分析結果應具有可靠性。最後，在可確認性部分，研究者在研究過程持續進行自我反思與相互討論，以覺察對於研究對象可能存在的偏見，因此應能在研究結果中能呈現研究對象的經驗。

## 結果

### 一、人時地之條件

經資料分析，發現在人物、時間、空間方面都出現可能會影響方案進行的因素。在人物方面，是「產婦的生理狀況」、「對會談者性別的顧慮」；在時間方面，是「產婦的忙碌」；在空間方面，則是母嬰同室、病房有電視、家屬在場等。以下分別說明。

#### (一)「人」的條件

##### 1. 產婦生理狀況

在方案進行中，會談者曾遇見生理狀況良好的產婦，但也遇見生理不適的產婦。B12 是生理狀況良好的產婦，會談者對她的印象是「看起來心情很好，整個會談過程笑容都沒停過，身體狀況也很好」。而產婦生理不適的狀況則有較多種，包括疲倦、腰部酸痛、有生理併發症等。例如，C12 因為半夜起來擠奶兩次，早上又前去餵寶寶，因此「沒有時間休息感覺很累」。C13、B09 是因為親友頻繁地探視，或鄰床寶寶的哭聲而感到難以負荷。以剖腹方式生產的 C10，則是因為覺得「腸子沒辦法自己鬆開、纏在一起」而感到不舒服。當產婦在休息或身體不適，會談往往無法進行，例如，會談者 D 兩次探視前晚才在催生後產下寶寶的產婦 D01，發現 D01 都在休息，因此便未出聲打擾。D06 則是對會談者表示「頭暈、不舒服，今天不想會談」。

然而，產婦即使處於疲倦與傷口痛楚中，會談也未必非結束不可。例如，B 見到 B13「眼睛閉了起來，看起來非常疲累」時本想離開，但產婦與先生卻說「沒關係，我/她是因為傷口痛很不舒服」，邀請 B 繼續留在病房中。另外，會談者也感到自己的陪伴，能對生理不適的產婦發揮支持的作用。例如，C 談到自己對於 C10 的不忍心，以及期盼她能好轉，又因為醫師交代 C10 以多走動來促進腸子蠕動，C 就一邊陪著她散步、一邊談話，在這些過程中感覺到自己的陪伴，似乎有為產婦減輕擔憂的作用。

##### 2. 對會談者性別的顧慮

當在產科病房進行心理諮詢時，男性會談者似乎會因為「性別」而有「不便單獨探視」、「應迴避產婦暴露身體隱私之情境」等顧慮。即使由女性工作人員陪同可化解部分顧慮，但男性會談者的行動仍有許多限制，因此會談者會出現不耐煩、不安等感受。在「不便單獨探視」方面，是護理人員建議男性會談者進入病室時要有其他工作人員陪同，或是要有產婦家屬、鄰床家屬在場。

B 在這樣的建議下，便會邀請護理人員、護生或同儕一起拜訪獨處的產婦。B 感到這樣的安排有助於放下與性別有關的障礙（「我就可以不用那麼顧忌我的性別，而可以放心跟她們談」），然而，其他人常常因為開會、用餐、忙碌等原因無法立即陪同，況且，B 也對於要求他人陪同感到不安。B 說到他的等待與不安：「本來 xx 房的護士也要跟我一起進去，但是她說她現在還在忙，可能我要等她弄完，她還問我要講多久，我說這時間不一定，總不好讓護士跟著我談一個小時吧，那其他房的工作怎麼辦」。

即使男性會談者在有人陪同或家屬在場下接觸產婦，仍然會面臨許多「應迴避」的情境，包括產婦擠奶、哺乳、身體清潔或護理等。例如，B 與女性會談者 E 一同探視產婦時，遇見產婦正在哺乳，此時 E 自然地走進床簾與產婦說話，而 B 卻只能留在床簾外（「因為我是男的，我就不方便進去，這裡待了快二十分鐘……（今天的產婦）要不是在哺乳就是在擠奶，我只能站在床簾外，只聞寶寶聲，不見寶寶人……一個寶寶都沒見到……」）。對於因顧慮產婦身體隱私而無法近距離地觀察或互動，男性會談者感到無奈、費力與惋惜。

## （二）「時間」的條件

產婦在住院期間的生活步調相當忙碌，她們在訪客到來、哺乳、作息、身體處置與其他事務之間忙碌著，加上住院時間短，常常使會談時間不易謀合或提早結束。以下對各種情況加以描述。

### 1. 訪客到來

C 與 B 都有過因產婦親友來訪而不易謀合會談時間的經驗，除了產婦會因為家人即將來訪，而請會談者改時間再來之外，會談者也會主動因家屬而結束會談。例如，B 談到與 B13 接觸時，因為探視的親友人數很多，感到無法會談與不知所措，而提早將會談結束。B 在此處有一段傳神的描述：「產婦先生的三姐帶著三個小孩來看她，一群人『湧』了進來……病房人忽然多起來，害我有點不知所措，……我看家屬實在太多人，我接下來也講不到什麼話，就和產婦約定明天再來看她，趕快離開、落荒而逃」。

### 2. 哺乳

哺餵前的準備工作、哺餵本身，都可能使會談時間不易謀合或中斷，並且，不論產婦是否採取「母嬰同室」，皆會出現此狀況。未採取「母嬰同室」的產婦，會因為即將前往嬰兒室哺餵寶寶，而無法接受會談，也會在會談中因嬰兒室來電話要求哺乳而中斷會談。採取「母嬰同室」的產婦，則是因為正在哺乳，而要另找其他會談時間，或是，當寶寶在會談中開始啼哭，產婦也會表示想餵奶，而使得會談提早結束。除了上述情形，當嬰兒室護理人員前來進行哺乳衛教時，會談也會中止。不過，縱然哺餵工作對會談很可能有影響，但仍然出現有產婦因會談而暫停哺乳準備工作的情形，例如，正在擠奶的 C13 便是因為會談者前來，而「把（擠奶的）工具放到一邊」。

### 3. 作息與身體處置

產婦的作息（包括用餐、上廁所）會使會談時間受到影響。產婦正在進食，或餐點在會談中送達，都會使會談中斷（例如，A 提到「因吃飯時間將近，送便當的人進來並將便當放在床的旁邊。產婦似乎想要先用中餐，我認為不方便就與她約定明天再來看望她」）。「上廁所」則例如 B 探視 B12 的經驗，B12 先是因為接受護理，再是因為「又要去廁所」，因此 B「直到第三次才真正見到她」。

「身體處置」也會使會談中斷，包括進行傷口處理、身體清潔等。B、C 都曾因醫護人員前來為產婦換藥、清理傷口，而將會談暫停或提早結束；E 則因產婦 E01 對先生表示「想擦身體」，而結束會談。但相反地，會談者也曾有在產婦接受身體處置時，雖然會談暫停，但仍停留在產婦身邊的經驗，C 感到「信任」應是產婦未請自己迴避的重要因素（C 說到與 C17 互動的一段經驗：「或許是因為產婦對於專業人員的信任，所以在護生幫她清理傷口的時候，沒有把我請出病房」）。

### 4. 其他事務

產婦除了在病房中休息、用餐、哺乳……等之外，也有許多時間在病房外處理其他事務，例如，探視寶寶、赴其他科之門診、辦理手續等，因此，「撲空」是會談者常會遇到的情況。對於多次探視未遇，B 的因應是稍晚再行探視，D 則以卡片留言，告知產婦隔日再訪（「10 點 45 分進病房找產婦，她不在，婆婆說不知道什麼時候會回來……11 點半再進去確認，連婆婆都不在……我只好晚一點再去」；「10 點 33 分過去一次，產婦與先生都不在，11 點過去一次，還是沒回來……所以 11 點 20 分左右時，我寫了一張小卡給她，告知她我有來過，並且說明天下午會過來」）。

### 5. 住院時間短

由於產後一般住院時間約三至五日，因此，會談時間不免受到「即將出院」的影響。除了會談者在約定會談時間時，會考慮預計出院的日期，產婦也會因為預期自己即將出院，而對於進入會談顯得猶豫（例如，B 描述 B06 的反應：「老師介紹了我們團隊，也介紹我給她認識，並詢問她會談的意願，結果她說她下午就要出院了」）。不過，對於此點，也有雖然知曉即將出院，但仍欣然接受會談的產婦，例如 C02，C 描述道「她今天要出院，但是答應會談，（而且）很健談……展露出高度的意願」。

### （三）「地點」的條件

由於心理支持的實施地點在病室內，當產婦採取母嬰同室、病室中有電視、家屬陪伴等，均可能對會談造成影響。在母嬰同室的情境中，B 的注意力會因寶寶而分散，C 會為了不吵醒寶寶而降低談話音量。B、C 發現，產婦 B13、C02 在會談時，注意力有被電視吸引的現象（「注意力大多放在電視上」、「眼睛一直注視著電視，雖然都有回答，但是沒有看著我們」）。

相對於寶寶、電視會分散產婦的注意力，「家屬在旁」對於會談的影響性質，則較不容易界定。有時候會談者與產婦感到家屬在場並不妨礙會談；有時候感到家屬在場雖然使會談受到限制，但也同時有其好處。因此，會談者對於家屬在旁，可說是有著較為矛盾的態度。在「不妨礙」方面，C10 的婆婆在會談時開始與鄰床家屬聊天，因此 C 感到「不用分散婆婆的注意力，可以專注的與產婦會談」。E 詢問 E21 是否會因為媽媽在場，而不便談心事，產婦回答道「還好」。在「受到限制」方面，B、C 都曾感受到家人在場的不便。其中，C 對照產婦獨處與家人同在之會談狀況，感

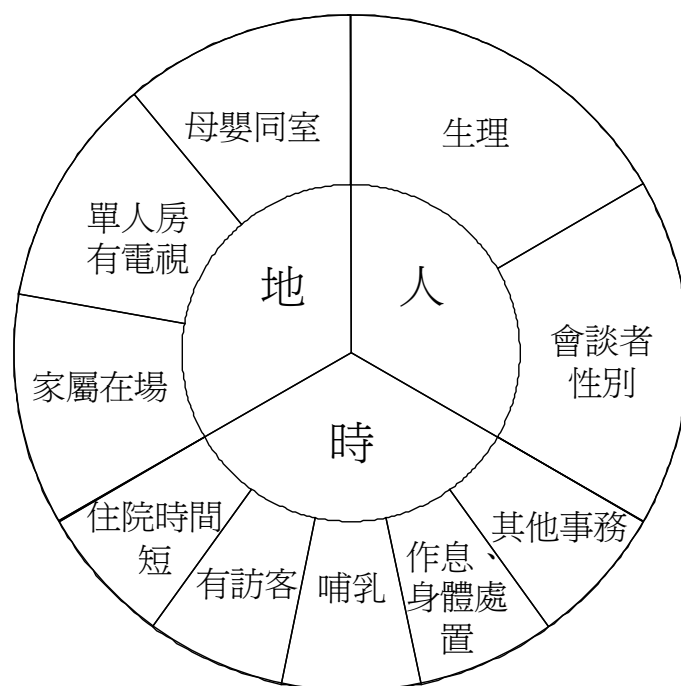


圖 1 產科心理支持方式遭逢之人時地狀況

到產婦在獨處時「比較好發揮」，而會談者也「比較好發問」。面對青少年產婦時，C更是因為先生在場而感到發言困難（「第一次接觸小媽媽……但是（有些問題）不好在先生也在的時候問，又或者（擔心）在先生不在的時候問，產婦也不會回答」），因此暗自期待先生能暫時離開產婦身邊。另外，家屬在場也使得話題的主軸易受轉移，因此，會談者便感到自己得時時將話題主軸拉回以聚焦在產婦身上。誠然家屬在場對於會談有不便，然而，會談者也有發現家屬在場的好處，例如，C認為家屬能對產婦提供重要的心理支持，B、C則認為有助於會談者進行親子互動觀察，並可練習修正會談策略（「與產婦接觸非常順利，可以看到母嬰同室的狀況，又可以看到她和她的大孩子互動，也可以練習如何讓家屬融入會談，一兼二顧，感覺非常棒」）。茲將上述人時地狀況繪如圖1。

## 二、產婦與家屬的反應

經由資料整理，本段由「接受程度」、「投入程度」、「心理社會議題」呈現產婦與家屬在會談過程的經驗。其中，「接受程度」是對於會談者與方案的接納態度，以及接納態度與人時地條件的交互作用；「投入程度」是在方案中表達的積極情形（活躍性），以及對於會談主題的導引情形（主導性）；「心理社會議題」則是產婦與家屬所關切的情緒、互動關係等。

### （一）接受程度

產婦與家屬對於心理支持的「接受程度」，有「不需要」、「接納」兩種。認為「不需要」者例如 B09、B10，以及 B11 的家屬（阿姨）。其中，B09 對會談者表示「一切都很好，沒什麼好談的」，B10 表示「我想談的時候再來找你們，你們不用主動來找我」。B11 之阿姨則是以「家人都會照顧她」來婉拒會談。當產婦與家屬展現出「接納」態度，此態度又可由針對「會談者」、「心理支持方案」兩方面來描述。

#### 1. 對會談者的正向態度

在對「會談者」方面，產婦與家屬對會談者展現出「道謝」、「友善」、「尊重」、「抱歉」、「好奇」等態度。其中，C 描述 C18 的「友善」是「整體會談氣氛很不錯，我敢問，她也願意回答，我有鬆一口氣的感覺」。E05 是會談者由產程開始接觸的產婦，她在產痛中皺著眉頭，但是仍能與 E 維持對談。當產後 E 再度探視時，E05 戴上了眼鏡，神情愉快、輕鬆地對 E 說「前天沒有看清楚妳」。C12、B13 及家屬們對於會談者的尊重，由「馬上拿椅子給我坐」、「全部的人都會停下來聽我講（話）」流露出來。E04 則是因為忙於以電話聯絡事務、忽略了會談者，而對會談者感到抱歉。產婦與家屬對於會談者的好奇，主要是針對會談者之所學（心理系），會提問心理系的出路、修業時間、特性等問題。例如，D03 的先生問道：「你們要念幾年？」、「精神科跟你們是不是很像？那身心科呢？」、「小兒科會不會有心理師在？」。順著對於「心理系」的好奇，「心理測驗」、「對社會事件的看法」也會被提出，例如，B13 的姐姐問到「有沒有心理測驗可以給我們做？」，C02 看到電視播出恐怖攻擊的新聞，則問道「為什麼恐怖份子會這麼做，我想知道心理系的人怎麼看待」。

#### 2. 對於心理支持方案的認同

對心理支持方案表示「認同」者包括有產婦、先生，例如，處在陣痛中的產婦 E03，不但能與會談者對談、約定生產後的探視時間，甚至表示希望在會談者的陪伴下進入產房。先生們也因為對於會談的認同，而自發地擔任「媒介」角色，促進會談者、產婦之間的溝通（例如，A08 的先生對 A 說「想要問什麼都可以問，不用太拘束」；在 C01 質疑會談者有關會談之目的時，先生對她說道：「有些事我們不知道該怎麼做，他們比較是專業……比較懂得該怎麼做」）。

在「認同」的態度下，產婦、先生、來訪友人也對於需要心理支持之對象、支持方式提出看法。在對象上，初產婦、虐嬰者、哺餵母乳者、孩子入住新生兒加護病房者，都被認為是需要關懷的；在方式上，他們則提到支持團體對於哺餵母乳的重要性。生下第二胎的經產婦 D09 與 A15，對照自己這胎與前胎的經驗，認為第一胎的孕產婦比第二胎更需要心理支持。其中，A15 說到自己在第一胎懷孕時「因為經驗不足，所以難免會焦慮，時常需要別人陪伴跟說話，所以那時常常



會哭著跟朋友聊天……心情才會比較好」。D03 的先生指出，虐嬰的媽媽很需要被關心。正苦於擠母乳的疼痛，而在「放棄」、「要撐過去」之間掙扎的 C04，對會談者強調支持團體對於哺乳的重要性。在懷孕中期曾參加過哺乳團體的她，說道：「……連已經有心理準備的我，都會因為產後擠母乳痛到想放棄，就覺得一定很多媽媽也一樣辛苦，需要支持與打氣」。D12 的朋友是新生兒加護病房工作人員，她認為新生兒加護病房應要有心理師：「……因為有些媽媽需要幫助，不希望轉介給社工師後，再轉介給心理師，這樣不好」。

### 3. 「接納」與「人時地條件」的交互作用

當產婦與家屬接納心理會談，會談者能參與的情境顯然地擴大，並不限於產婦處理完其他事務後的「不忙」時刻，不限於在產婦生理安適或非接受生理照護的時刻，也不限於在病室內進行。產婦在哺乳、探視嬰兒時均歡迎會談者陪伴；產婦在傷口疼痛或進行處置時，也不拒絕會談者同在。例如，在哺乳情境，E03 主動詢問會談者「要不要和我一起去餵奶」；C 則是在與 C06 打招呼之前，發現她正在哺餵寶寶，一時手足無措、進退兩難，後來卻驚喜地得到產婦的正向回應。C 寫到這段經驗：「透過床簾看發現她在餵寶寶母乳，心想：怎麼辦，好像在忙耶，要出聲打擾嗎？後來鼓起勇氣去打招呼。她說我可以進去……」、「原本以為她會不方便會談，沒想到她很大方的說 OK！」。在探視嬰兒的情境，C、D 前往探視 C03 時，夫妻倆正要去看看寶寶，會談者乃「詢問可不可以一起去看，她和先生都不反對，於是……我們跟著她和先生一起到 2 樓看寶寶」。在傷口疼痛或進行傷口處置的情境中，B13 因傷口疼痛而閉起眼睛，會談者因此欲離去，卻受到產婦夫妻的挽留。C17 則是在接受隱私部位之傷口護理時，沒有要求會談者離去（C 說道：「在護生幫她清理傷口的時候，沒有把我請出病房，倒是我自己有點不好意思，所以自動站在個案的頭側」）。

產婦與家屬的接納，也會使會談時間比會談者原先所預期的更長。其中，B 與 B01、先生談話約三十分鐘後打算離開，但產婦與先生對 B 表示「你可以繼續留下來」。另外，C 在跨年前夕原本只是預計對 C16 致送小卡片、簡短探視，卻在 C16「話匣子一開就停不下來」的情況下，會談了 90 分鐘。

## （二）投入狀況：活躍性、主導性

### 1. 活躍性

在活躍性方面，有些產婦在會談中一開始便顯得健談、投入，使得會談氣氛融洽，而有些產婦一開始表示不想會談，卻在談了幾句後漸漸投入，或是先生的投入程度高過於產婦。C12、C04 都是一開始就健談的產婦，其中，C12 是「通常一個問題就會回答很多」，另外，自己也是早產兒的 C，因為與早產兒媽媽 C04 分享自己幼時的成長狀況，而與 C04 快速地拉近了距離。

B17、C08、D10 都是原本表示不需要會談的產婦，但在會談者的詢問、同理、支持下，產婦開始述說自己的苦惱、顯出內在的情緒。B17 是「在老師問她一些問題後，開始滔滔不絕，就這樣說了一個多小時」。C08 是先表示自己沒有太大的問題，但在「一問下去，加上同理支持，她就像話匣子打開一樣，滔滔不絕」。D10 則是在會談後開始哭泣，訴說因為這胎生的又是女兒，而感到來自長輩的壓力。C02 的先生比產婦對於會談顯得更感興趣，C 如此描述先生：「……（不但）感覺起來人很好，有時問題都會在太太回答前先回答，或者在太太回答後接著回答，回答時也都看著我們」。

### 2. 主導性

在會談的主題或主導性上，「產婦心理」與「育兒方式」是較常被提出的問題。在產婦心理方面，「產後憂鬱」、「虐嬰」都被產婦或家屬主動提出。例如，B14 和先生都很關心如何判斷有「產後憂鬱」；B13 的媽媽對於產後憂鬱的出現時機頗有認識，她表示產後數天內不會出現，而是「之後自己在家帶小孩才會憂鬱」。D04 的先生在看到一則虐嬰新聞後，表示「那樣子的媽媽需要多一點關心」。在育兒方面，B12 的先生問到「過動兒」的問題，A03 的媽媽則感到「小朋友很精，稍微不對勁就會動（哭）」，因此詢問會談者對於照顧嬰兒的看法。

除了少數被主動提出的議題，會談中究竟要談論哪些話題，是產婦與會談者都面臨的問題。有些產婦的話語很少，有些產婦會明白指出不知道要談些什麼，因此請會談者主動地、結構式地提問，當實在找不到話題時則詢問會談者的學業，或者將注意力轉到電視上。A12、B07、B13 都是少語的產婦，其中，A12 似乎有些疲憊，所以「談話過程是斷斷續續的」；20 歲的年輕產婦 B07，是「非常害羞，講話超級小聲，話都糊在嘴裡……一直露出靦腆的笑容，不太講話」；B13 則是「不

會主動說話，大部分都要我問她才會講，所以這幾次會談內容實在很少」。B12 告訴會談者「昨天一直在想要跟你們聊什麼」。幾位同意參加會談的產婦，不約而同地希望會談者主動發問。其中，雖然會談者告訴 B01「想聊什麼都可以」，但 B01 還是說道「你們應該先想好要問什麼」。三位會談者都曾經歷到因為「沒有話題」，而提早結束會談的經驗。其中，C 提到在對產婦 C01 進行第六次會談時因為「已經沒有話題」感到尷尬，會談 15 分鐘後便結束（「談了也蠻多次的，現在不知道該談些什麼好，所以這次的會談時間並沒有很長，也或許是我自己怕尷尬，所以不想待太久」）。

### （三）心理社會議題

產婦、先生、娘家與婆家在此刻皆出現有心理社會議題，分別呈現如下。

#### 1. 產婦方面

##### （1）產後作息的無所適從、苦思坐月子的安排

作息、坐月子的方式，是產婦在產後便要面臨的生活安排議題。在產後作息方式上，產婦會因為家屬之間、家屬與醫護人員之間不一致的意見，而感到無所適從。例如，對於產後該不該洗澡洗頭，B13 的媽媽說道自己現在的偏頭痛，就是因為當年在產後第三天洗澡洗頭所致；而 B13 的姊夫則強調，既然現在有吹風機和暖氣，因此只要不著涼，便沒有理由不可以洗。又如，對於產後是否該下床走動，C13 表示「醫生跟護士要我多走動，促進傷口癒合，但是親朋好友看到我在走動，都會阻止我，跟我說要好好躺著休息，傷口以後才會好」。因為不知道該聽誰的，C13 只好在家人不在時下來走動，家人在的時候就乖乖躺著。在坐月子地點、飲食的安排上，不論原來的婆媳關係如何，「婆婆的感受」都是產婦，甚至娘家媽媽顧慮的因素之一，而「先生的意見」也具有影響力。例如，C03 在前一胎由婆婆煮月子餐，而在這一胎改採用月子中心餐點，她特別強調「婆婆人很好」，這麼決定是因為「怕婆婆太累」，以及婆婆的烹飪習慣和自己的飲食偏好較不合。她說道「老人家麻油雞煮得都很油，飯也都會用很多，很不好意思不吃，吃了才三天膽固醇就飆高！……（而且）吃月子中心的餐，可以要求不要吃自己不喜歡的食物」。即將帶著寶寶回娘家坐月子的 C10，表示由媽媽坐月子比較沒有壓力，因為「自己媽媽比較好說話，想吃什麼、不想吃什麼可以直接講」，而婆婆也對這樣的安排表示同意。即使已經選擇由媽媽幫忙坐月子，產婦夫妻也未必對於居住地點達到共識，例如，E04 便仍繼續與先生溝通，究竟要前往一段距離之外的娘家，或是依照先生的期待，由媽媽前來家中幫忙。

##### （2）對於哺乳感到憂慮、疲憊、掙扎

在哺餵母乳方面，「母乳分泌不足」、「餵奶方式不正確」是產婦們的憂慮，頻繁地哺餵母乳則讓產婦感到身心疲憊，因而出現「放棄或堅持」的掙扎。A03、A12、C18、E11 等都對哺餵母乳顯得憂心。其中，C18 擔心的是奶水量不足，擔心的理由是「妹妹的奶水好像（也）不是很夠」；而 A12 則是擔心餵奶的方式，因為自己「是第一次，所以還是不太會餵，寶寶也沒有吸很多」。神情疲憊的 C13 表示自己整夜為了餵奶疲於奔命。在放棄或堅持中掙扎的 C04，說道擠母乳很痛、很花時間，擠出來的奶量卻又很少，還好有先生的幫忙和自己的盼望（「（一定）能撐得過去」、「會越來越順利」），不然就會放棄了。

##### （3）遺憾、自憐、憂鬱、亢奮、懷疑自己是「產前憂鬱」

產婦在產後除了有正面情緒，也會出現遺憾、自憐、憂鬱、亢奮等情緒狀態，另外，部分產婦提及自己在產前可能有憂鬱的現象。原本打算要自然生產的 B14，因為「胎兒頭位太高，破水後生不出來」而改為緊急剖腹，她遺憾地感嘆自己無法自然娩出孩子。同樣是剖腹生產，產下一對雙胞胎的 C01 表示，雖然在探視寶寶的時候很開心、會忘記痛苦，但是因為傷口很痛，因此「回到病床的時候就會覺得自己很可憐……（產後）並沒有覺得比較輕鬆」。E12 因憂慮孩子的哺乳與照顧方式而哭泣，先生不解地望著淚眼汪汪的妻子，問道「會不會很多人有產後憂鬱症？這（生孩子）應該是高興的事才對啊！」。E03 是在產後出現亢奮情緒，她說道自己因為很興奮而「睡不著」。B08 與 B12 則是不約而同地懷疑自己有「產前憂鬱」，B08 說道自己這兩次懷孕時「對事情的反應都很激烈，很容易動怒……」、「感覺情緒很容易被激起，而且會故意不配合婆婆和媽媽的照顧來『傷害』自己……」。

##### （4）教養的憂慮、負荷

三位經產婦 C08、E01、B08 都表示對於孩子的教養問題感到憂慮或負荷沉重。其中，E01、C08 擔心的是大孩子的發展或管教問題，例如，E01 擔心大孩子的「語言問題」，因為滿兩歲的大

孩子至今只會講三個字的句子。B08 則是因為自己同時要上班和帶孩子、年紀較大、先生未能分擔等因素，而覺得難以負荷。

#### (5) 夫妻、婆媳關係上的煩憂

夫妻或婆媳關係的問題可能在生產過程展現出來。在夫妻關係方面，幾位產婦均流露出對於先生的不滿或擔憂。初產婦 E21 在努力擠奶時，先生站在一邊收拾物品和觀看，顯得害怕、不敢靠近太太，於是 E21 嗔怪先生不敢參與。第二胎產婦 B08，是擔心先生在教養上的投入有限，而產下第三胎的 E07，則是提及自己會因先生對孩子的責打而感到「心痛」。

另外，產婦也會提及婆媳關係方面的問題。例如，E07 前兩胎都生女兒，這次雖然生了兒子，但也沒有感覺到婆婆的支持和喜悅，反而感到婆婆關心的是自己為何不趁剖腹產之便進行結紮。B08 長期即感到婚姻不被婆婆接受，一向與婆婆保持著「迴避」的關係，正猶豫著是否該將孩子交由婆家照顧，在得知娘家媽媽要求自己回婆家坐月子時，便無法承受地哭了出來。

### 2. 先生、娘家與婆家方面

#### (1) 先生的無措、忙亂與擔心教養問題

面對妻子生產與孩子誕生，先生們眼前的感受是不知所措、忙亂，也會流露出對於長期教養問題的擔心。例如，E21 的先生在太太努力擠奶時，一面感到害怕，一面也不知道如何幫忙，只能在旁收拾物品與觀看。B14 的先生表達在公司與醫院間奔波的疲憊。在教養方面，A07 的先生擔心自己因為年紀較大而無法帶養孩子；D03 的先生則是擔心與長輩在寶寶教養問題上的溝通，以及寶寶未來在發展及行為上的問題。

#### (2) 娘家與婆家的複雜感受

隨著孩子的誕生，娘家與婆家似乎有許多複雜的感受隨之浮現，包括慨歎現代育兒觀念的不同、對於女婿照顧女兒的方式感到不滿、聯想起自己的婚姻不順或過去的「產後憂鬱」等，婆婆則特別會提到對媳婦回娘家坐月子的感受。其中，B09 的媽媽認為某些產婦讓小孩一直哭是「不正常的」，但她也感嘆道「自己與現代年輕人帶小孩的不同」。因為擔心女兒產後的身體狀況，C16 的父親對於女婿的照顧方式顯得十分不滿，他連續半小時對著 C 抒發情緒（「他（女婿）要給我一個交代。怎麼可以晚上放妳一個人……把妳當仙嘍……晚上如果想喝水或者是上廁所，沒人在旁邊怎麼可以！……我知道他工作很忙，但是這事不能開玩笑的，再怎麼忙都應該有時間來顧啊！」）。B 探視 B11 時，她的阿姨正在陪伴她，B11 顯得極為沉默，阿姨對會談的動機則明顯強了許多，阿姨對 B 細細傾訴自己先生的家暴行為。B12 的姐姐在年初生產，此次探視剛生產完的妹妹時，憶起自己產後的狀況，乃問道自己是否曾有「產後憂鬱」（「姐姐……問了我產後憂鬱的問題，她說她今年二月才生，當時看護士幫寶寶洗澡時，感覺寶寶好小好可憐，她就哭了，她問我這算不算憂鬱症？」）。

E04 與 C10 的婆婆對於產婦娘家幫忙坐月子這件事似乎有著複雜的情緒。E04 的婆婆認為，媳婦在娘家媽媽相伴下坐月子，當然能得到足夠的支持（「她媽媽就在她身邊，不會緊張啦」）。C10 的婆婆雖然同意媳婦到娘家坐月子，但「說到自己女兒沒有給自己坐月子時，就略顯無奈」。在會談中，婆婆數次與媳婦同時對著會談者說話，讓 C「不知道該先同理誰比較好」，也感到婆婆似乎比產婦更需要支持。

## 討論

### 一、在產科病房實施「心理支持方案」的人時地條件

#### (一)「人」的條件：產婦生理狀況、會談者之性別

產後婦女的生理狀況大致有三類：輕鬆舒適、疲倦、痛苦，其中，如文獻所示（Patterson, Winslow, & Matus, 2008），生產是個自然的過程，因此，研究中多數產婦在產後能在輕鬆的狀態下與會談者談論產後心情。其次，當產婦感到疲倦，「休息」便是她最渴切的需求，因此，會談顯得較難進

行，此時判斷產後疲倦的減輕情形便是重要關鍵。至於正承受生理痛苦的產婦能否接受會談，則視其生理痛苦的情形而定。在本研究中，會談者感到能對此類產婦發揮支持、同理的作用。李孟蓉等人（2005）在一項改善初產婦參與團體衛教情形的方案中，發現自然產與剖腹產產婦之生理狀況恢復至適宜接受衛教的時間，分別是產後 24 小時與 72 小時，是否心理支持方案恰當的實施時間亦是如此，可再加以探討。

另外，本研究發現男性會談者在實施心理支持時，會因為顧慮產婦身體隱私而受到限制，此點呼應了 Whittock 與 Leonard（2003）對男性護理人員在涉及身體隱私之治療上有許多限制的觀察。另外，國內在產科實習的男護生也有遭遇到在執行某些護理措施時必須由女性工作人員陪同，甚至某些婦產科不接納男護生前往實習等現象，因此，男護士在決定服務科別時，就乾脆選擇能減輕性別限制、能避免接觸病人隱私部位之單位，如精神科、外科、手術室、急診、加護病房等（曾雅玲，1997，2000）。「男性」在產科進行服務，可說是具有著不易避免的尷尬與不便，因此，不難理解男性會談者會遭遇到此問題，此現象應如何克服，以及是否男性在產科的心理支持服務可以調整為以產婦之外的其他家人為主，皆是尚待探討的議題。

### （二）「時間」的條件

「結構」與「案主有動機」是心理諮商與治療的基本條件，因此，心理介入通常是在約定好的時間，以及在案主主動求助下發生（曾文星，2009）。而本方案在產科情境進行的心理介入與一般狀況有所不同，是由會談者在產婦繁忙的生活步調中「搶時間」，又是主動地對案主給予關心。國外研究者發現病房忙碌、混亂的步調，會使工作人員不易對產後婦女進行心理社會支持（Yelland et al., 2007），本研究也同樣發現住院時間短、有訪客、進行哺乳、接受身體處置等等因素，都會使會談時間難以謀合。然而，由會談者造訪某些產婦時，產婦能放下手中事務，或是能開放會談者共同參與其事務，研究者推測「忙碌」並不是進行會談的必然阻礙，產婦與家屬對於「心理支持」的認識與開放度，應是影響會談能否進行的關鍵之一。因此，由孕便由醫護人員對心理衛生之重要性、心理支持服務之內容進行宣導，應能提昇婦女與家人在生產過程接受會談之意願。

### （三）「空間」的條件

本方案所實施之產科病房，其病室有單人房、雙人房、四人房之規劃。在單人房配備有電視，產婦在無會談話題時會將注意力轉到電視上，因此，會談開始時是否宜請其關閉電視，在執行上又如何說明，是需要思考的問題。在雙人房與四人房，床位乃以布簾或走道相區隔，產婦與家屬並未表示談話與鄰床之聲音相互干擾，或有擔心洩露隱私之顧慮。Yelland 等人（2007）指出「病室空間」是在醫院執行心理社會介入的障礙之一（例如，作者指出「當病室同時容納四位產婦、四位嬰兒，以及四組訪客時，便不易進行會談」），本研究的發現則指出，空間上的困難並非在於「音量」的問題，而是產婦與會談者都會因為嬰兒、家屬而分散注意力。與其會談者努力將注意焦點拉回產婦身上，或許將嬰兒、家屬一併納為心理支持方案的關注範圍，更能符合產婦之興趣以及環境特性，也具有「以家庭為中心」照顧的意義。文獻已有新生兒科護士在產婦床邊觀察嬰兒、鼓勵父母親與嬰兒互動、教導父母親了解嬰兒行為之意義、建立親嬰連結之做法（謝珮玲，2012；Amy, 2001；Karl, Limbo, & Ricker, 1998），也會對產婦夫妻、家屬進行衛教，說明「關係」對於生產過程身心健康的重要性（時建榮，2010）。執行產科心理支持的心理學人員，可使用發展心理學、依附理論為基礎培養相關知能，或是調整家庭諮商的技巧而運用於產科情境。

## 二、產婦與家屬對於「心理支持方案」的反應

### （一）接受程度

在方案的運作中，本研究發現產婦與家屬對於心理支持之態度有「不需要」、「接納」兩種，而兩種不同態度者的比例、原因、相關因素仍有待未來研究加以探討。在「比例」方面，Olin 與 Faxelid（2003）詢問瑞典產婦與先生對於產後談話（postpartum talk, 談其生產經驗）的需求，結果發現六成以上的產婦、三成以上的先生表示有此需要，而國內尚缺乏此方面的資料。另外，在本研究中接納會談的產婦，究竟有多少人是確有心理介入之需求；在表示「不需要」者中，又有

多少人卻反而有此需要呢？關於前者，Verkerk、Denollet、Van Heck、Van Son 與 Pop 等人（2004）發現，在高危險群中，孕婦喜好諮商是產後憂鬱的預測因子，因此，接納諮商或許反映出婦女對其問題有所覺知。相反地，Hegarty 等人（2004，引自 Yelland 等人，2007）表示面臨某些心理社會議題的婦女，反而會因為難以啓齒，而使得工作人員也無法與之共同討論。這些心理社會議題，例如家暴、憂鬱、藥物濫用、社會孤立、性侵史、心理疾病等等，因此，表示「不需要」者未必無接受心理介入之需求。不論如何，提升婦女與家屬對於心理介入的接納度，是使心理工作者觸及有潛在需求者的關鍵。提早在孕期介紹心理支持方案的內容，準備書面資料供產婦與家屬閱讀，以及善用產婦與家屬對心理學的「好奇」為起始話題等，都是可能提昇對心理支持方案之接受度的方法。

## （二）投入狀況、心理社會議題

由於產婦在會談中有不同的活躍程度，有時先生對談話的興趣顯得比太太更高，因此會談者有必要善用「暖化」、「建立關係」等技巧，並且，在產婦家屬對會談表現出興趣時，正是將家屬納入，實施「以家庭為中心」照護的機會（Ellberg, Högberg, Lundman, & Lindholm, 2006; Hildingsson, Thomas, Olofsson, & Nystedt, 2009），尤其先生是產婦幸福感的重要來源，工作人員對先生的態度能助長產婦之安全感（Ellberg, Högberg, & Lindh, 2010），因此，對先生進行支持也正是對產婦之支持。

在主導性方面，產婦與家屬除了提問少數問題外，幾乎不會主動提出其他話題，因此，方案所預設之非指導式諮商、互動觀察與詮釋，容易帶來雙方的沉默、尷尬。雖然方案已預設數個開場問句，但或許尚可再準備其他主題以進行較結構化的談話。本研究在心理社會議題方面的發現，或許能為心理支持服務的內容提供方向。產後憂鬱資訊、育兒、坐月子方式是產婦與家屬普遍關心的議題。而在產婦方面，特別會面臨的是哺乳壓力、傷口不適、情緒起伏；先生感受到的是眼前照顧妻子及未來教養孩子的責任加重。娘家特別關心的是產婦是否得到足夠照顧，而不論是娘家或婆婆，產婦的「生產」都容易喚起自己對於生活經驗的感受。另外，「生產」也會使家人之間原有的關係問題更加明顯，其中，媳婦對婆婆的矛盾、複雜感受已被探討（利翠珊，2007；黃曬莉、許詩淇，2006），而對於婆婆經驗的探討則極有限。「婆婆」在華人文化中常以批評媳婦的「對角」形象出現，但其實「為人婆婆」是女性生命週期的一個階段，因此處於此階段的個體究竟有著如何的主體經驗，又需要何種心理支持協助，都需要被關心。總之，誠然在生產過程中，產婦是需要被關心的主角，但周遭家人在此過程中自有其主體經驗，加上家庭是個系統，如果家人的經驗皆能在心理支持方案中受到關注，不但是家人之福祉，家庭系統的和諧亦是產婦的福祉。

## 結論、建議與限制

### 一、結論

本文探討國內心理學人員在產科服務之可行性，由五名心理系師生於產科病房進行共十週之心理支持服務。或許因為人們對於產科心理支持的陌生，不同產婦對方案的接受程度、投入狀況有相當的不同。產婦疲倦、會談者性別（男性）、產科病房生活步調緊湊等，都會影響心理支持方案的實施。但研究也發現，心理學人員可對生理不適的產婦發揮支持作用，又，當產婦及家人對會談者與方案有正向的態度，產科生活步調對會談的負向影響便會減少。另外，研究中觀察到產科病房常有親人伴隨、親嬰同室，以及產婦、家屬均面臨生產相關心理社會議題的現象，因此心理支持方案的服務對象可由「產婦」加以擴展，會談主題則可由較常見的心理社會議題著手。

## 二、建議

以下先將實施經驗加以整合，提出有待驗證之工作模式（圖 2），並對未來在實務與研究方面可繼續努力的方向提出建議。

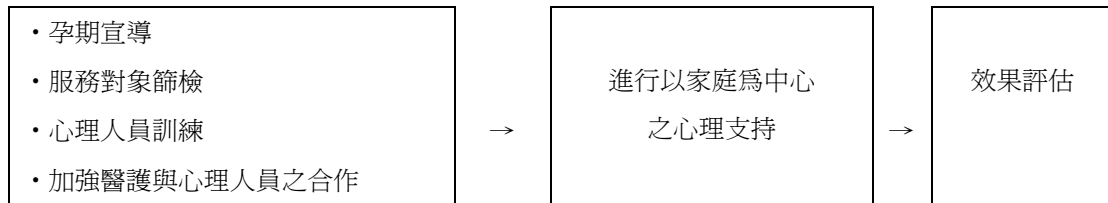


圖 2 待驗證之產科心理支持方案工作模式

### （一）實務方面

#### 1. 在孕期建立對於心理支持方案的認識

本研究的對象是已進入產程之住院產婦及家屬，發現他們對於會談的接受程度不一。生產過程的婦女面臨著生理不適、照顧寶寶、接待訪客等多方面的負荷，在此刻若才要開始認識並接受這項服務，恐怕會感到心力交瘁。因此可由產檢時便由醫護人員介紹「孕產期心理衛生」之重要性，也提供心理支持方案的內容、進行方式，使婦女之後在生產期間對於心理學人員的探視有更佳之準備度。

#### 2. 規劃以家庭為中心、較具結構式會談主題之支持方式

本文對產婦及家屬進行以聆聽、觀察、詮釋為主之心理支持，依據研究結果所呈現的空間特性與心理社會議題，發現以產婦及家屬為對象的家庭中心式服務是適切的，而依據個人及家庭在產後的調適、產後憂鬱、育兒、坐月子方式等為主題，可以主動對產婦與家人提供情緒支持、親職教育與早期療育資訊。若發現產婦或家人有顯著的個人苦惱，則特別給予同理，並告知進一步的心理衛生求助管道。

#### 3. 依據產科特性對心理學人員進行訓練

心理學人員尚需具有新生兒發展、促進母嬰連結之技巧，也有必要依產婦之生理特性、產科生活步調找到恰當的介入時間點，較積極地建立關係，提供較簡短之心理服務。另外，男性會談者如何克服性別顧慮，而能在產科發揮貢獻，也是待嘗試之課題。

#### 4. 加強醫護人員與心理學人員之合作：本研究已獲得婦產部主任、護理長在行政與實務上的支持，然而若能再獲得其他第一線醫護人員的協助，方案的推展應能更加順利，心理學人員的角色也能更彰顯。產科病房中直接照護產婦的醫護人員有醫師、護理師、醫師助理，另外，嬰兒室與新生兒加護病房醫護人員也會在哺乳衛教、照護嬰兒時接觸到產婦。基於產婦對醫護人員既有的信任關係，醫護人員可望成為宣導「心理支持方案」的有效媒介。再者，對於有心理社會問題之潛在對象，醫護人員較有機會由其照護中發現，發現後若能將之轉介給心理學人員，不僅使產婦獲得更完整之關注，也有助於心理學人員逐漸建立在產科團隊工作中的角色。

### （二）研究方面

#### 1. 發展孕產期心理衛生之評量工具，以篩檢需要心理介入之對象

發展具有穩定心理計量特徵之問卷，藉由產婦及家屬之填寫，心理學人員可初步辨認需要心理支持的潛在對象，不僅使心理學人力之運用更有效率，也減少對產婦與家屬之干擾。

#### 2. 進行心理支持服務之效果評估

本研究之心理支持服務乃在國內產科情境之首次實施，因此對於方案之效果應進行評估，尤其是由產婦、家屬的觀點，探討方案對於產後適應、母嬰關係、家人互動等等之影響情形，以做為未來繼續執行之依據。

### 三、限制

本文呈現的是接受心理支持方案之產婦與家屬的經驗，未能代表所有產婦、家屬的經驗。同時，方案執行的場域集中於中部一所醫學中心，執行的時間僅有十週，因此由研究對象所收集到的資料未必達到「飽和」，尚待未來研究再加以擴充。

### 參考文獻

- 王俊英、胡俊梅(2010):初產婦分娩期的心理及護理措施。**中國誤診學雜誌**, 10(32), 7884-7885。  
[Wang, J. Y., & Hu, J. M. (2010). The psychological and nursing intervention for primipara during delivery. *Chinese Journal of Misdiagnosis*, 10(32), 7884-7885.]
- 李孟蓉、陳小蓮、張文英、林惠玲、林佩陵、羅映琪(2005):提昇初產婦住院期間參加產後媽媽教室之改善專案。**新臺北護理期刊**, 7(1), 75-83。[Lee, M. J., Chen, H. L., Chang, W. Y., Lin, H. L., Lin, P. L., & Lo, E. C. (2005). Increasing the participation rate of postpartum class for primipara during hospitalization. *New Taipei Journal of Nursing*, 7(1), 75-83.]
- 利翠珊(2007):華人已婚女性代間矛盾情感之特色與測量。**中華心理衛生學刊**, 20(4), 357-386。  
[Li, T. S. (2007). Intergenerational ambivalence in Chinese married women construct clarification and measurement development. *Formosa Journal of Mental Health*, 20(4), 357-386.]
- 時建榮(2010):簡析如何運用導樂陪伴分娩方法改變初次生產後抑鬱情緒。**中國民族民間醫藥**, 19(5A), 79。[Shih, J. R. (2010). The effect of doulas in primiparas' depression. *Chinese Journal of Ethnomedicine and Ethnopharmacy*, 19(5A), 79.]
- 曾文星(2009):**心理治療：操作與會談**。台北：心理出版社。[Tseng, W. S. (2009). *Psychotherapy: Practice and interview*. Taipei, Taiwan: Psychological Publishing Co., Ltd.]
- 曾英芬(2000):分娩與生產過程之護理支持—比較待產婦與護理人員的知覺。**護理研究**, 8(4), 470-782。[Tseng, Y. F. (2000). Nursing support during labor and delivery: Comparing mothers' and nurses' perception. *Nursing Research*, 8(4), 470-782.]
- 曾雅玲(1997):護理界也需要兩性教育--談如何避免性別刻板印象對男護生之影響。**護理雜誌**, 44(3), 56-60。[Tzeng, Y. L. (1997). The nursing field also requires sex education: Discussion on how to avoid the influence of gender role stereotypes on male nursing students. *Journal of Nursing*, 44(3), 56-60.]
- 曾雅玲(2000):男護士—探討隱藏在性別角色下的問題。**護理雜誌**, 47(1), 69-73。[Tzeng, Y. L. (2000). Men in nursing: Exploring potential problems underlying gender and occupational roles. *Journal of Nursing*, 47(1), 69-73.]

- 黃曬莉、許詩淇 (2006)：虛虛實實之間：婆媳關係的和諧化歷程與轉化機制。 *本土心理學研究*，**25**，3-45。 [Huang, L. L., & Hsu, S. C. (2006). From superficiality to genuineness: Harmonization processes and transformation mechanisms between mothers-and daughters-in-law. *Indigenous Psychological Research in Chinese Societies*, 25, 3-45.]
- 謝珮玲 (2007)：母嬰治療：心理健康的起跑點。 *身心障礙研究*，**5**，76-89。 [Shieh, P. L. (2007). Mother-Infant Psychotherapy: The start of mental health. *Journal of Disability Research*, 5, 76-89.]
- 謝珮玲 (2012)：孕產期心理衛生工作之實施方式。 *健康促進暨衛生教育雜誌*，**33**，83-98。 [Shieh, P. L. (2012). The practice of perinatal mental health. *Health Promotion & Health Education Journal*, 33, 83-98.]
- 謝珮玲、應宗和、曾英珍、薛媛云、張孝純、許芳綺、林信佑 (2012)：孕產婦之母嬰連結經驗探討。 *教育心理學報*，**43**(3)，681-700。 [Shieh, P. L., Ying, T. H., Tseng, Y. C., Hsueh, Y. Y., Chang, H. C., Hsu, F. C., & Lin, S. Y. (2012). A study on the experiences of mother-infant bonding. *Bulletin of Educational Psychology*, 43(3), 681-700.]
- American Psychological Association. (2013). *Join on APA Division Now*. <http://www.apa.org/about/division/join.aspx>. Retrived on May 19, 2013.
- Amy, E. (2001). Reflections on the interactive newborn bath demonstration. *MCN. The American Journal of Maternal Child Nursing*, 26(6), 320-322.
- Austin, M. (2003). Perinatal mental health: Opportunities and challenges for psychiatry. *Australasian Psychiatry*, 11(4), 339-403.
- Berg, M., & Terstad, A. (2006). Swedish women's experiences of doula support during childbirth. *Midwifery*, 22(4), 330-338.
- Campbell-Voytal, K., Fry McComish, J., Visger, J. M., Rowland, C. A., & Kelleher, J. (2011). Postpartum doulas: Motivations and perceptions of practice. *Midwifery*, 27(6), e214-e221.
- Deitrick, L. M., & Draves, P. R. (2008). Attitudes towards doula support during pregnancy by clients, doulas and labor-and-delivery nurses: A case study from Tampa, Florida. *Human Organization*, 67(4), 397-406.
- Douglass, B., & Moustakas, C. (1984). *Heuristic inquiry: The internal search to know*. Detroit, MI: Center for Humanistic Studies.
- Durrani, A., & Cantwell, R. (2009). Characteristics of patients seen by a community perinatal mental health service. *Psychiatric Bulletin*, 33(10), 368-370.



- Ellberg, L., Högberg, U., Lundman, B., & Lindholm, L. (2006). Satisfying parents' preferences with regard to various models of postnatal care is cost-minimizing. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 85(2), 175-181.
- Ellberg, L., Högberg, U., & Lindh, V. (2010). 'We feel like one, they see us as two': New parents' discontent with postnatal care. *Midwifery*, 26(4), 463-468.
- Gamble, J., Creedy, D. K., & Teakle, B. (2007). Women's expectations of maternity services: A community-based survey. *Women and Birth*, 20(3), 115-120.
- Gamble, J. A., Creedy, D. K., Webster, J., & Moyle, W. (2002). A review of the literature on debriefing or non-directive counseling to prevent postpartum emotional distress. *Midwifery*, 18(1), 72-79.
- Gilliland, A. L. (2011). After praise and encouragement: Emotional support strategies used by birth doulas in the USA and Canada. *Midwifery*, 27(4), 525-531.
- Gunn, J., Hegarty, K., Nagle, C., Forster, D., Brown, S., & Lumley, J. (2006). Putting woman-centered care into practice: A new (ANEW) approach to psychosocial risk assessment during pregnancy. *Birth*, 33(1), 46-55.
- Hildingsson, I., Thomas, J., Olofsson, R. E., & Nystedt, A. (2009). Still behind the glass wall? Swedish fathers' satisfaction with postnatal care. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 38(3), 280-289.
- Holden, J. M., Sagovsky, R., & Cox, J. L. (1989). Counselling in a general practice setting: Controlled study of health visitor intervention in treatment of postnatal depression. *British Medical Journal*, 298, 223-226.
- Joyce, A. (2005). The parent-infant relationship and infant mental health. In Baradon, T. (Ed.), *The practice of psychoanalytic parent-infant psychotherapy: Claiming the baby*. London, UK: Routledge, 5-24.
- Karl, D. J., Limbo, D., & Ricker, V. J. (1998). Healthy connections: A relational model to extend primary care into the perinatal period. *Journal of Pediatric Health Care*, 12(4), 176-182.
- Lavender, T., & Walkinshaw, S. A. (1998). Can midwives reduce postpartum psychological morbidity? a randomized trial. *Birth*, 25(4), 215-219.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Newbury Park, CA: Sage.
- Lundgren, I. (2010). Swedish women's experiences of doula support during childbirth. *Midwifery*, 26(2), 173-180.
- Martini, J., Knappe, S., Beesdo-Baum, K., Lieb, R., & Wittchen, H. (2010). Anxiety disorders before birth and self-perceived distress during pregnancy: Associations with maternal depression and obstetric, neonatal and early childhood outcomes. *Early Human Development*, 86(5), 305-310.

- Mayers, H. A. (2005). Treatment of a traumatized adolescent mother and her two-year old son. *Clinical Social Work Journal*, 33, 419-431.
- Meades, R., Pond, C., Ayers, S., & Warren, F. (2011). Postnatal debriefing: Have we thrown the baby out with the bath water? *Behaviour Research and Therapy*, 49(5), 367-372.
- Olin, R., & Faxelid, E. (2003). Parents' needs to talk about their experiences of childbirth. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17(2), 153-159.
- Patterson, D. A., Winslow, M., & Matus, C. D. (2008). Spontaneous vaginal delivery. *American Family Physician*, 78(3), 336-341.
- Persaud, R., & Morris, N. (2010). The whole obstetric team must be involved in screening and prevention of postnatal depression. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 202, e19.
- Rowan, C., Bick, D., & Bastos, M. H. D. S. (2007). Postnatal debriefing interventions to prevent maternal mental health problems after birth: Exploring the gap between the evidence and UK policy and practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 4(2), 97-105.
- Small, R., Lumley, J., Donohue, L., Potter, A., & Waldenstrom, U. (2000). Randomised controlled trial of midwife led debriefing to reduce maternal depression after operative childbirth. *British Medical Journal*, 321(7268), 1043-1047.
- Steele, A., & Beadle, M. (2003). A survey of postnatal debriefing. *Journal of Advanced Nursing*, 43(2), 130-136.
- Tam, L. W., Newton, R. P., Dern, M., & Parry, B. L. (2002). Screening women for postpartum depression at well baby visits: Resistance encountered and recommendations. *Archives of Women's Mental Health*, 5(2), 79-82.
- Turner, K. M., Chew-Graham, C., Folkes, L., & Sharp, D. (2009). Women's experiences of health visitor delivered listening visits as a treatment for postnatal depression: A qualitative study. *Patient Education and Counseling*, 78(2), 234-239.
- Verkerk, G. J. M., Denollet, J., Van Heck, G. L., Van Son, M. J. M., & Pop, V. J. M. (2004). Patient preference for counseling predicts postpartum depression: A prospective 1-year follow up study in high-risk women. *Journal of Affective Disorders*, 83(1), 43-48.
- Wan, M. W., Sharp, D. J., Howard, L. M., & Abel, K. M. (2011). Attitudes and adjustment to the parental role in mothers following treatment for postnatal depression. *Journal of Affective Disorders*, 131(1-3), 284-292.
- Whitlock, M., & Leonard, L. (2003). Stepping outside the stereotype. A pilot study of the motivations and experiences of males in the nursing profession. *Journal of Nursing Management*, 11(4), 242-249.

Yelland, J., McLachlan, H., Forster, D., Rayner, J., & Lumley, J. (2007). How is maternal psychosocial health assessed and promoted in the early postnatal period? Findings from a review of hospital postnatal care in Victoria, Australia. *Midwifery*, 23(3), 287-297.

收稿日期：2013年03月02日

一稿修訂日期：2013年05月21日

接受刊登日期：2013年06月03日

Bulletin of Educational Psychology, 2014, 45(3), 329-348  
National Taiwan Normal University, Taipei, Taiwan, R.O.C.

## The feasibility of an obstetric psychological support project at a medical center

Pey-Ling Shieh

School of Psychology

Chung Shan Medical University

Department of Obstetrics and Gynecology

Chung Shan Medical University Hospital

Tsung-Ho Ying

School of Medicine

Chung Shan Medical University

Department of Obstetrics and Gynecology

Chung Shan Medical University Hospital

Hsiao-Chun Chang

School of Psychology

Chung Shan Medical University

Ying-Chen Tseng

Department of Obstetrics and Gynecology

Chung Shan Medical University Hospital

Perinatal mental health of women is an important issue that deserves attention. However, few psychological support projects have been adopted in obstetric units and few psychology professionals have been involved in such projects. The purpose of this study was to preliminarily explore the feasibility of an obstetric psychological support project led by psychology professionals. Based on a qualitative paradigm, a ten-week psychological support project was implemented at a medical center in Central Taiwan. Based on the principles of Listening Visit and parent-infant psychotherapy, strategies of nondirective counseling, observation, and interpretation were used in this project. Five psychology professionals (one professor, four undergraduates) and sixty-eight women participated in this project. Content analysis was conducted to analyze the psychology professionals' process records. In the person, time, and space aspects, several factors that influenced the implementation of the project emerged. Those factors included: women's physical wellbeing, the gender of interviewers, the pace during hospital stay, and the room environment. According to reactions of the participants, obstetric women showed different degrees of acceptance and involvement. For women, the most frequently raised psychosocial issues were postpartum living style, the way of "doing-the-month." emotions, child-rearing problems, and relationships with partner and mother-in-law. Chaotic states of life and child-rearing challenges were psychosocial issues that husbands were concerned with. As for the obstetric women's family of origin, they were most concerned about whether their daughters were appropriately taken cared of. For the mothers-in-law, they have mixed feelings about the ways for which "doing-the-month" were carried out. Based on the results, we suggest an early implementation of educational programs of the psychological support project for pregnant women and their families. We also address the importance of the structured, family-based counseling approach, further training for psychology professionals, and their collaboration with medical staffs. The development of measures to assess perinatal mental health and the outcome of psychological support project are needed.

**KEY WORDS: family-based, perinatal mental health, psychology professionals, psychology support project, qualitative paradigm**