

國立臺灣大學醫學院護理學研究所

碩士論文

School of Nursing

College of Medicine

National Taiwan University

Master's Thesis



探討臺灣女性之不孕污名意涵及其相關因素

Exploring the concept of infertility stigma and its related

factors among infertile women in Taiwan

鄭宇婷

Yu-Ting, Cheng

指導教授：楊雅玲 博士

Advisor: Ya-Ling Yang, RN, Ph.D.

中華民國114年7月

July, 2025



致謝

從離開醫學中心，轉而在小有規模的生殖中心持續我的護理生涯，本以為這是在不當全職學生的情況下，得以兼顧學業與家庭的最佳權衡。然而，面對兩個仍處於學齡前期的孩子，離開待了近十年的白色巨塔，要重新適應不同文化的職場環境，這一切也註定了我「把研究所當大學來讀」的結局。

這四年間，我經歷了無數日子的熬夜苦讀、育兒的崩潰、婚姻關係的磨合，這段歷程可說是我人生中最黑暗的時光。但同時，我也經歷了絕處逢生、柳暗花明。最後，我仍然重新擁抱了希望——總算畢業了，而且還活著。這裡的「活著」，不是表面意義上的存活，而是指我對學習仍懷有熱情與渴望。即便撰寫論文的日子總伴隨著壓力與痛苦，思辨與論證的過程卻令人著迷：不斷假設、不斷求證、不斷尋找可能性，這正是研究的樂趣。

誠摯感謝雅玲老師與竑卉老師的指導與熱忱。在我因工作與家庭而時常無法兼顧學業進度之時，您們始終有教無類，耐心陪伴我面對每一次難關。每一次珍貴的討論，都能切中要點、直指核心，給予我積極正向的回饋與指引。在我深夜反覆思索的時刻，總會發現自己仍有可以突破與調整的空間，這不僅促進了我的論文進展，也大大鼓舞了我的學習歷程。在重返校園的日子裡，與老師和同學的互動，讓我在高壓的職場中，也享有一份純粹與美好。

我要感謝我的家人，尤其是我的母親。她用行動支持我這個身為母親的女兒繼續追求學業，親眼見證我一路走來的艱辛，如今能夠完成學業，我想她比我更開心。感謝我的先生——我的大學同學，即便離開護理職場，卻能在我傾訴煩惱時，總能接住我的情緒。謝謝你成為我生活中的「解憂雜貨店」。還要謝謝我堅強又可愛的孩子們，謝飯禱告裡總會提到「讓媽媽早點畢業」，你們成全了媽媽的心願，也依舊乖巧可愛，令人感動。

感謝擔任口試委員的何信頤醫師，以及朱伯威醫師，每一次與您們討論如何
打造更友善的生育就醫環境，都讓我更加確信這篇論文的方向與意義。要感謝的
人實在太多，那就感謝神吧！

「你的日子如何，你的力量也必如何。」——申命記 33:25

宇婷 謹致

114 年 8 月 5 日

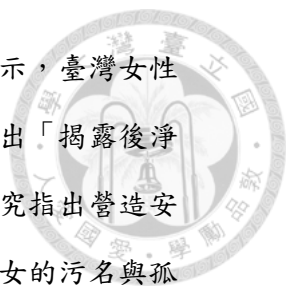


中文摘要



華人文化中，傳宗接代為核心價值，養育子女為家族與社會延續的保障，因此社會及家庭將生育子女視為婦女的責任。未能生育的女性容易承受來自社會負面不公平歧視評價與對待。隨著女性教育水準的提升及參與職場比率增加，西方現代社會風潮與思維的影響，臺灣婚育模式亦逐漸轉變，傳宗接代的觀念逐漸衰退，相對地提升婦女生育自主權。近年來，晚婚與遲育比例上升，婦女的排卵功能與受孕率仍隨著年齡增加而衰退，因此需求助人工生殖技術協助生育的夫婦人數愈來愈多。雖然生殖科技已有長足進步，但成功受孕機率仍無法百分之百，也非一次就能順利如願，因此，接受生殖科技治療婦女必須反覆袒露個人最隱私的生殖問題，經歷療程過程中，其所承受治療及家庭社會的壓力對其不孕污名感受與影響，是值得深入探討。當不孕被視為偏離常態則會引發標籤化與貶抑，形塑不孕污名；此一污名既源自家庭與他人的外在壓力，也因內化而轉為自我貶抑，進而導致自責、羞愧與社會退縮等心理社會。

本研究以自我貶抑、社會退縮、周圍人群羞辱及家庭羞辱四個面向探討不孕污名，研究對象為正在接受體外受精技術之已婚成年婦女，旨在分析其不孕污名的主觀感受及影響因素。研究期間為 2024 年 4 月至 2025 年 8 月，採立意取樣於北部一間生殖中心，共收案 101 位。研究工具包括不孕污名量表、中庸思維量表、疾病揭露量表、自尊量表與家庭功能量表。研究結果顯示，年齡較輕、與夫家同住及先生有手足者有較高的不孕污名程度；中庸思維與不孕污名因素中的自我貶抑與社會退縮呈顯著正相關；揭露與自尊則與不孕污名整體及各因素均呈顯著相關；家庭功能則除自我貶抑外，與其餘因素皆呈負相關。逐步回歸分析結果指出，自尊、揭露後淨情緒反應及向特定對象揭露為不孕污名的主要預測因子，整體模型調整後解釋力為 61.3%，顯示高自尊及高揭露程度有較低的不孕污名。



本研究結果及重要發現，在婚育綁定的脈絡下，跨文化比較顯示，臺灣女性的污名型態以內化導向的「社會退縮」、「自我貶抑」為主，並提出「揭露後淨情緒反應」作為「區辨是否揭露」及「是否揭露」的評估指標本研究指出營造安全可信的支持網絡，並促進揭露後的正向感受，可有效減輕不孕婦女的污名與孤立感；建構營造安全可信的支持網絡，由臨床人員系統性識別低自尊與揭露困難者，並評估其社經地位與家庭功能，配合追蹤揭露後的淨情緒反應，及早提供相關支持及協助從而降低污名與孤立感；提升療程適應及療程持續率。

關鍵字：不孕污名、人工生殖技術、中庸思維、家庭功能、揭露、自尊

英文摘要

Abstract



In Chinese culture, carrying on the family lineage is a core value, and raising children is regarded as essential for the continuation of both family and society. Consequently, both society and family commonly view childbearing as a woman's responsibility. Women who are unable to conceive often face negative labeling and unfair treatment. With the improvement of women's educational attainment, increased workforce participation, and the influence of Western modern ideologies, Taiwan's marriage and fertility patterns have gradually shifted. The traditional notion of lineage continuation has declined, and women's reproductive autonomy has increased. However, with the rising trends of late marriage and delayed childbearing, ovarian function and fertility rates still decrease with age, resulting in a growing number of couples seeking assistance through assisted reproductive technology (ART). Although reproductive technology has advanced considerably, the success rate of conception remains below 100%, and it is often not achieved in a single treatment cycle. Women undergoing ART must repeatedly disclose their most private reproductive issues and endure the pressures of treatment, family expectations, and social norms. The experiences and impacts of infertility stigma in this context warrant further exploration. When infertility is perceived as a deviation from social norms, it often leads to labeling and devaluation, forming infertility stigma, which arises from both external pressures from family and society and internalized self-deprecation, leading to self-blame, shame, and social withdrawal.

This study explored infertility stigma from four perspectives: self-deprecation, social withdrawal, humiliation from others, and family humiliation. The participants were married adult women undergoing in vitro fertilization (IVF). The study aimed to examine their subjective experiences of infertility stigma and its associated factors.

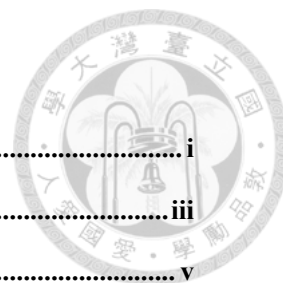
From April 2024 to August 2025, purposive sampling was conducted at a reproductive center in northern Taiwan, recruiting a total of 101 participants. Research instruments included the Infertility Stigma Scale, the Zhong-Yong Thinking Style Scale, the Illness Disclosure Scale, the Rosenberg Self-Esteem Scale, and the Family APGAR Index. Results indicated that younger age, living with the husband's family, and having a spouse with siblings were associated with higher levels of infertility stigma. Zhong-Yong thinking was significantly positively correlated with self-deprecation and social withdrawal. Disclosure and self-esteem were significantly negatively correlated with overall infertility stigma and all subscales. Family function, except for self-deprecation, was negatively correlated with the remaining subscales. Stepwise regression analysis revealed that self-esteem, net emotional reaction after disclosure, and disclosure to specific targets were the main predictors of infertility stigma, with the final adjusted model explaining 61.3% of the variance, indicating that higher self-esteem and greater disclosure were associated with lower infertility stigma.

The findings suggest that within a cultural context where marriage is strongly tied to childbearing, cross-cultural comparisons show that Taiwanese women's infertility stigma is predominantly characterized by internalized forms, namely social withdrawal and self-deprecation. This study also proposes "net emotional reaction after disclosure" as a key indicator in evaluating whether and to whom disclosure is made. It is recommended to foster safe and trustworthy support networks and to promote positive emotional experiences following disclosure to effectively reduce stigma and feelings of

isolation among women with infertility. Clinicians should systematically identify women with low self-esteem and disclosure difficulties, assess their socioeconomic status and family function, and monitor their net emotional reaction after disclosure to provide timely support, thereby improving treatment adaptation and continuation rates.

Keywords: infertility stigma, assisted reproductive technology, Zhong-Yong thinking, family function, disclosure, self-esteem

目次



致謝.....	i
中文摘要.....	iii
英文摘要.....	v
圖次.....	x
表次.....	x
第一章 緒論.....	1
第一節 研究背景與動機.....	1
第二節 研究目的.....	3
第二章 文獻查證.....	4
第一節 不孕症定義、成因及人工生殖科技.....	4
第二節 不孕污名概念及分類.....	6
第三節 影響不孕污名相關因素及心理影響.....	8
第四節 不孕污名及其相關量表.....	11
第三章 研究方法.....	13
第一節 研究架構.....	13
第二節 研究設計.....	14
第三節 研究問題.....	15
第四節 研究假設.....	16
第五節 研究場所及對象.....	17
第六節 研究工具.....	18
第七節 資料統計與分析.....	22
第四章 研究結果.....	24
第一節 研究對象基本特徵與生殖科技治療經驗.....	24
第二節 不孕污名得分及影響因素分析.....	28
第三節 中庸思維、揭露、自尊、家庭功能量表及與不孕污名相關探討.....	33
第一項 中庸思維與不孕污名相關探討.....	33

第二項 自尊與不孕污名相關探討	39
第三項 家庭功能與不孕污名相關探討	40
第四節 迴歸模型	45
第五章、結論與討論	50
第一節 不孕污名相關之重要因素	50
第二節 臺灣女性不孕污名的文化脈絡與跨國比較	53
第六章、優勢與建議	56
第七章、結論	57
第八章 參考文獻	58
英文部分	58
中文部分	63
附錄	64
基本資料	64
不孕污名量表	66
中庸思維量表	67
揭露量表	68
揭露量表(原稿)	70
自尊量表	72
家庭功能量表	73
審查核可證明	74
持續審查核可證明	75
量表使用請求書信	76

圖次

圖 一 概念架構.....	13
圖 二 收案流程說明.....	24



表次

表 一 研究對象之人口特徵及人工生殖相關因素(N=101).....	25
表 二 不孕污名量表總得分及各向度得分.....	28
表 三 年齡對不孕污名及其各向度之差異性分析(N=101).....	30
表 四 教育程度對不孕污名及其各向度之差異性分析(N=101).....	31
表 五 配偶有沒有其他手足對不孕污名及其他因素之差異(N=101).....	31
表 六 配偶是否有其他手足對不孕污名及其向度之差異(N=101).....	32
表 七 中庸思維量表得分(N=101).....	33
表 八 中庸思維與不孕污名的皮爾森積差相關分析(N=101).....	34
表 九 揭露次量表-揭露對象及其發生率(N=101).....	34
表 十 揭露次量表-有關生育困難的揭露態度與行為.....	35
表 十一 揭露量表-向特定對象的揭露程度.....	35
表 十二 揭露次量表-揭露的欲求程度.....	36
表 十三 揭露次量表-揭露後的情緒反應(N=101).....	36
表 十四 揭露次量表-揭露後的淨情緒反應(N=101).....	37
表 十五 總揭露量表 (N=101).....	37
表 十六 揭露次量表與不孕污名的皮爾森相關分析(N=101).....	38
表 十七 自尊量表(SELF-ESTEEM SCALE)(N=101).....	39
表 十八 自尊與不孕污名的皮爾森積差相關分析(N=101).....	40
表 十九 臺灣版家庭阿帕嘉指數(Family APGAR Index)(N=101).....	40
表 二十 不同程度家庭阿帕嘉指數得分情形(N=101).....	41
表 二十一 家庭功能與不孕污名的皮爾森相關分析(N=101).....	41
表 二十二 不同家庭功能程度與不孕污名及其各因素得分差異性比較(N=101)	42
表 二十三 家庭分組事後檢定(Scheffé 法).....	42
表 二十四 不同家庭功能程度與不孕污名及其各因素得分差異性比較(N=101)	43
表 二十五 家庭功能與揭露的皮爾森相關分析(N=101).....	44
表 二十六 不孕污名之線性迴歸分析(N=101).....	45
表 二十七 自我貶抑之線性迴歸分析(N=101).....	46
表 二十八 社會退縮之線性迴歸分析(N=101).....	47

表 二十九 周圍人群的羞辱之線性迴歸分析(N=101).....	48
表 三十 家庭的羞辱之線性迴歸分析(N=101).....	49





第一章 緒論

第一節 研究背景與動機

在華人社會深受儒家文化影響下，傳宗接代自古被視為維繫家族與血脈的重要責任，生育亦被賦予道德價值(Li, 2008)。因此，未能生育的女性常背負負面標籤。跨文化研究指出，在多數社會中，生育常被視為女性身份與價值的核心象徵，若無法生育，容易被界定為「失敗」或「不完整」(Inhorn & Balen, 2002)。以日本為例，婚姻與生育幾乎劃上等號，未能履行生育角色的女性經常面臨批評與排斥(Yokota et al., 2022)。此類語言與社會評價，揭示不同文化脈絡下女性所承受的生育角色壓力。

在臺灣，結婚與生育長期被視為社會地位的重要基礎。隨著女性教育普及與勞動參與提升，傳統以男性與長輩主導的家庭結構逐漸與女性職涯規劃產生張力，婚育動機因而下降(Cheng, 2020)。近年官方統計顯示初產年齡持續上升(內政部, 2024)，調查亦指出夫妻從開始嘗試懷孕至確診不孕平均約需 2.9 年，並再歷經約 1.5 年才開始治療(Chen et al., 2025)，顯示延遲生育使不孕問題更趨普遍。同時，高齡對活產率具顯著影響，且隨年齡增加成功率下降(衛生福利部, 2024)。在此脈絡下，未能於「適齡」完成生育目標經常被歸因於個人選擇與責任，因而加劇指責與污名(Inhorn & Balen, 2002)。

依 Goffman (2010)與 Link and Phelan (2001)之理論，社會會將「不能生育」的差異進行標籤化，進一步連結負面刻板印象，如：不完整、不孝，並透過「我們／她們」的區隔將責任歸咎個人，最終導致地位損失與歧視；在父權與血脈延續被高度重視的文化條件下，這一鏈結更易被強化，進而內化為女性的羞恥與自責，並引發社會退縮與人際疏離(Taebi et al., 2021)。在經歷漫長且昂貴的治療歷程中，反覆的失敗與家族期待，常使這些標籤不斷被「再度被強化，加深個體的內在污名與關係張力」(Inhorn & Balen, 2002; Loftus & Namaste, 2011)。不孕污名

不僅引發憂鬱、焦慮等情緒困擾，更會削弱婦女自尊，強化「我並不完整」的內化信念；為避免外界負評，受污名者常出現社會退縮與孤立行為（(Fu et al., 2015; Yokota et al., 2022)。

近年來，各國研究者多以 Fu 等人（2015）提出的 Infertility Stigma Scale（ISS）為核心架構，發展或改編出多種不孕污名測量工具，並已在中國、日本、南韓、土耳其與臺灣等地進行跨文化應用(Capik et al., 2019; Kim & Ban, 2022; Yokota et al., 2022; 吳宜蓉, 2017)。然而，現有實證多以社群或一般社區樣本為主，對「曾接受人工生殖療程之婦女」的污名經驗著墨有限，使我們難以掌握臨床求治者在實際療程中的污名感受，以及其對心理健康與家庭互動的影響。

基於上述脈絡與缺口，本研究旨在描繪臺灣曾接受人工生殖療程之婦女的不孕污名經驗，並探討其與心理指標、社會文化脈絡與家庭功能之間的關聯。期能在地文化情境下，提供可用於臨床介入與多專業照護之實證基礎，並為後續療程階段化的評估與支持策略提供方向。

第二節 研究目的

本研究旨在探究接受生殖科技治療女性的不孕相關污名感受，並分析不孕污名與心理因素、社會文化及家庭功能等變項之間的關聯。



第二章 文獻查證

第一節 不孕症定義、成因及人工生殖科技



不孕症定義及心理相關影響

不孕症係指夫妻雙方在未採取避孕措施、且規律性生活的情況下，超過一年仍未能懷孕(Anderson et al., 2010)。WHO 不孕標準為35歲以下，超過一年未避孕或35歲以上，超過半年未避孕(Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine, 2008)。WHO (2023)指出每六名育齡人口，就有一位擁有不孕的經驗。不孕不僅影響身體，也造成心理層面的衝擊。Ergin et al. (2018)一項針對598位不孕夫婦的調查發現，38%感到社會排斥，15%感到社會孤立及沒有價值，且高達60%認為「生子能帶來社會地位」。

臺灣不孕現況與人工生殖趨勢

近期台灣一項涵蓋20–49歲民眾的族群調查顯示，原發性不孕盛行率約為5.6%至6.7%，而曾就醫求助者約占 11.1%，接受檢查與治療者則分別為9.9%與2.6%(Lee et al., 2024)。近5年不孕原因前三位為卵巢因素、多種因素及男性因素，民國109年以多種因素為最高。民國111年接受人工生殖之婦女平均為38歲，有逐年增加趨勢。佔比最高的年齡層為35至39歲，約佔36.1%，其次為40至44歲，佔33.3%。根據民國111年植入後週產期活產率，小於35歲為43.7%，35至37歲為39.8%，38至40歲為31.2%，41至42歲為19.2%，大於42歲為7.6%(衛福部國健署，2024)。綜合上述結果可見，雖然人工生殖技術持續進步並帶來活產率的提升，但成功率仍隨受術者年齡的增加而顯著下降，顯示年齡因素在生殖治療中仍是一項無法忽視的挑戰。

人工生殖療程持續與適應挑戰相較於療程結果受到較多的關注，療程持續率卻鮮少被提及，英國 NICE 指南（2004）建議應監測患者的治療遵從性，並將其作為醫療品質評估與照護服務改善的依據(National Institute for Clinical Excellence, 2004)。個案的身心壓力亦成為影響治療持續與否的重要因素。在一篇縱觀20年研



究的文獻回顧中可發現，無法繼續療程的原因為心理負擔、身體疲累、道理倫理衝突、擔心療程所帶來的健康問題、醫療服務體系的問題(Gameiro et al., 2012)。

Carson et al. (2021)針對中斷療程的對象進行訪談，歸納出以下結果：對懷孕感到愈來愈失望、面對父權式醫療期待的衝突、將療程失敗歸咎在自己身上，若對照Fu et al. (2015)不孕污名量表，前述三種經驗可分別與「自我貶抑」、「公共污名」、「社會退縮」構面相呼應，將人工生殖療程失敗經驗納入污名觀點進行分析，似乎可以看出療程失敗會進一步加深不孕污名。相關研究指出，相較於中斷者，能持續進行人工生殖療程的患者往往具備較高的希望感、韌性與主動因應策略，並擁有良好的伴侶支持與醫療團隊信任感，顯示心理特質與社會支持在治療持續性中扮演重要角色(Gameiro et al., 2013; Hammerli et al., 2009; Verhaak et al., 2007)。

第二節 不孕污名概念及分類



污名 (Stigma) 概念

「污名」(Stigma) 一詞源自古希臘語，源自動詞 *stizo* (σ τ ί ζ ω)，意為「雕刻」，引申為一種造成羞辱、懲罰或恥辱的標記。在現代社會學中，高夫曼 (Erving Goffman) 是污名研究的先驅，他認為污名化過程的核心特徵在於社會中存在某種不受歡迎的差異，當此差異於互動中顯現時，會損害個體的社會身份 (Economou et al., 2020)。在其經典著作《污名：管理受損身分的筆記》中，Goffman (2010)指出，當個人的「實際社會身份」與「虛擬社會身份」之間存在落差，這種落差可能在他人尚未與之互動前就已知曉，或於互動時立即顯露，此時該人屬於「明顯遭貶抑者」(discredited)；反之，若差異尚未暴露，則屬於「可能遭貶抑者」(discreditable)。「可貶者」必須處理一種困境：他知道自己身份特徵可能引發偏見，而其他人卻尚不知情。

Fu et al. (2015) 進一步將污名分為外在與內在兩大類，其中外在污名包含經驗性污名，而內在污名則涵蓋知覺污名與自我污名。關於污名的分類，雖然文獻中定義不盡相同，但整體可歸納為三類：知覺污名 (Perceived/Felt stigma)：包含對歧視的恐懼或對他人負面態度的察覺，具體包括：(a) 個體認為大多數人如何看待整個受污名群體；(b) 個體認為社會如何評價自己作為受污名群體成員的身份 (LeBel, 2008)。經驗性污名 (Experienced stigma)：指個體實際經歷歧視或日常生活中遭遇的不平等待遇；自我污名 (Self/Internalized stigma)：指污名的內化效應，影響心理層面，常導致自尊下降甚至心理疾患 (van Brakel et al., 2006)。

全球公共衛生已將「去污名」提升至健康平權的必要條件——《The Lancet Commission on Ending Stigma and Discrimination in Mental Health》(Thornicroft et al., 2022)直言，若不鏟除各類污名與歧視，世界各國不可能真正實現健康公平。近年來，污名化議題受到廣泛探討，其負面影響已被觀察於多種族群，包含癌症患者、精神疾病患者、愛滋病患者，以及近年來受到關注的流產女性 (Chambers et



al., 2012; Hanschmidt et al., 2016; Livingston & Boyd, 2010; Mahajan et al., 2008)。污名研究延伸至多種社會情境，尤其當差異屬於隱性特質時，更容易引發污名(Quinn & Earnshaw, 2013)。不孕污名(Infertility stigma) 當不孕被視為「不正常」或「有缺陷」的狀態，個體被貼上標籤、缺乏接納甚至遭受貶抑，便形成所謂「不孕污名化」。這種污名可能來自個人內在與家庭壓力，不孕女性往往自覺「有缺陷」、「不完整」，因而感到自責、愧疚與孤立，並承受來自家庭成員的貶損、排擠與評價等心理社會壓力(林惻怡, 2017)。即使不孕狀態難以外顯辨識，吳嘉苓(2002)指出「久婚未孕」女性因未隆起的腹部而呈現「無子」的身分，經常遭受夫家詢問生育計畫，這種壓力正是不孕污名的體現。實證研究顯示，有高達53.08%的中國女性因自身不孕而感到蒙羞，且約半數女性感受到來自周遭環境的歧視(Li et al., 2017)。雷俊等人(2010)認為，不孕污名可依來源分為兩類：其一是來自外界的「社會污名」，其二是個體內在產生貶抑感的「自我污名」。林惻怡(2017)進一步指出，臺灣不孕女性的壓力主要來自家庭，因而將不孕污名分為「自我污名」與「家庭性污名」。此外，Fu et al. (2015)依不孕污名量表測量結果，將不孕污名界定為「自我污名」與「知覺污名」，依據前述分類，不孕污名可視為內在污名的一種。



文化思維及父權脈絡形塑女性生育意義

在華人社會，中庸思維被視為最具代表性的互動模式。Wu and Lin (2005)指出，中庸思維要求個體同時顧及「私我」（內在真實感受）與「公我」（文化角色期待），並依情境協商出兼顧自身與整體的行動方略。換言之，它是一種「多角度審視後求折衷」的行為邏輯。此一思維使臺灣女性在面對生育抉擇時，必須反覆衡量個人意願與社會期待。然而，中庸思維所強調的協調並不意味完全自主。父權制度透過「男主外、女主內」及「女性即生殖」的敘事持續運作。林惺怡 (2017)的質性研究顯示，當女性遭遇不孕，她們的心理經驗仍深受此種父權化生育文化形塑。林彥奴 (2009)亦發現，臺灣女性的生育決策受性別意識、子女價值觀與親職壓力交互影響，其中公婆的意見往往具決定性。進一步而言，生育自主權雖於近二十年在臺灣逐漸獲得重視，但其實踐仍面臨多重限制。劉仲冬 (1998)以「被迫生殖」與「有限生殖」概念，指出女性的懷孕自主性可能受家庭、醫療與政策制度交錯制約；代理孕母與過度醫療化等議題，更暴露出女性身體控制權易被剝奪的處境。隨社會價值轉變，女性對「是否生育」的決策空間雖有所擴充，傳統角色期待與現代自主價值之張力卻從未消失。**不孕污名的性別與社會文化因素**不孕污名具有明顯的性別差異。吳嘉苓 (2002)指出，唯有將污名概念性別化，才能充分理解不孕男性與女性的處境。女性因檢查頻率較高而更易成為「明顯遭貶抑者」，男性則因檢查較少而較不易被發現問題。研究也發現，女性比男性更敏感於污名經驗(Slade et al., 2007)，且即便不孕原因可能出在任何一方，社會責難多半仍指向女性(Hasanpoor-Azghady et al., 2019)。

社會文化背景亦會加重女性的不孕污名，特別是低社經地位、農村居住或家庭主婦身份的女性，因生育被視為核心角色責任，較易承受來自社會與家庭的壓力 Yilmaz & Kavak, 2019；Zhang et al., 2021)。相關研究指出，缺乏支持系統會使



污名經驗更加強化，而家人理解與同儕支持則能成為保護因子，緩解污名造成的心理壓力(Taebe et al., 2021；林,2017)。

自尊與不孕污名的關聯

在華人父權脈絡中，生育被視為延續血脈並維繫家族聲望的核心責任；「為人妻」與「為人母」遂成為女性角色轉換的兩道門檻(潘淑滿, 2005)。此文化腳本賦予生育高度道德與身份意義：「能生」象徵符合社會期待，「不能生」則意味角色失序與標籤化。吳嘉苓 (2002)指出，臺灣家庭主婦難以提出「無子認同」的正當性，因為從事再生產勞動的女性常被視為「不事生產」，若再缺乏生養子女的「生產力」，更難獲得社會接納。

自我概念 (self-concept) 係個體作為社會主體的整體認知與情感結構，而自尊 (self-esteem) 是其中評價自身價值的核心。高自尊可在長期壓力中維繫正向自我觀，減弱外界負評的衝擊(Baumeister, 1997; Greenwald et al., 1988; Rosenberg et al., 1995)。然而，當文化將女性價值與生殖力緊密捆綁，自尊便易被「是否能生」錨定 (Yao et al., 2018)。一旦被診斷為不孕，女性常出現「不完整」「羞愧」甚至「失落」的自我評價(Cooper-Hilbert, 1998; Dunkel-Schetter & Lobel, 1991)。

污名並非直接造成心理傷害，而是透過內化 (self-stigma) 機制——將外界負面態度內化為自我信念——削弱自尊，引發情緒困擾(Corrigan & Watson, 2002)。Lin et al. (2022)進一步證實：家庭污名需經由自我污名完全中介，方會對自尊與情緒狀態產生負向影響，凸顯「認同—內化」乃心理適應受損的關鍵路徑。

在不孕這類生活危機中，自尊較高的女性更能調節情緒並抵抗污名內化(Cooper-Hilbert, 1998; Dunkel-Schetter & Lobel, 1991)。然而，人工生殖治療成功率不確定、歷程反覆；若長期遭遇失敗，原有的自尊防衛亦可能被逐步侵蝕，降低個體對污名的調適力 (Zurlo et al., 2020)。



揭露行為與不孕污名的關聯

在醫療照護情境中，揭露（disclosure）被定義為「為尋求醫療照護而主動揭示具有個人重要性且可能帶來拒絕或負面評價的資訊」——即一種分享敏感資訊以換取支持的行為(Saiki & Lobo, 2011)。過去研究指出，適度且策略性的揭露可以強化外部社會支持、減少孤立感，進而緩解污名經驗；相對地，缺乏揭露則可能使當事人持續面對負向情緒與社會壓力而得不到緩解(Martins et al., 2012; Slade et al., 2007; Steuber & High, 2015)。雖然揭露不孕狀況有時伴隨風險，例如可能遭遇來自他人對生育選擇、性別角色或個人背景的質疑與評價(Slade et al., 2007)，但一些研究也發現能夠建立安全揭露管道——以直接或策略性的揭露，較易獲得支持、減輕污名及社會孤立感(Sternke & Abrahamson, 2015; Steuber & High, 2015)。

揭露行為與家庭功能的關聯

Taebi et al. (2021)訪談17位不孕婦女，當受訪者的家人大多數已有小孩時，這可能會加重不孕污名，此外，也發現其丈夫的家人常常成為不孕女性污名的重要來源，婆家的期待與評論可能對婦女產生極大的心理壓力。進一步指出社會支持如與其他不孕婦女建議聯繫，或在家庭支持方面，家庭其他成員的理解與鼓勵，能有效減輕不孕女性的心理壓力，且自我污名感受較少。林(2019)也提到當不孕女性感受到家人的理解與支持，她們的心理壓力和自我污名感受顯著降低。

第四節 不孕污名及其相關量表

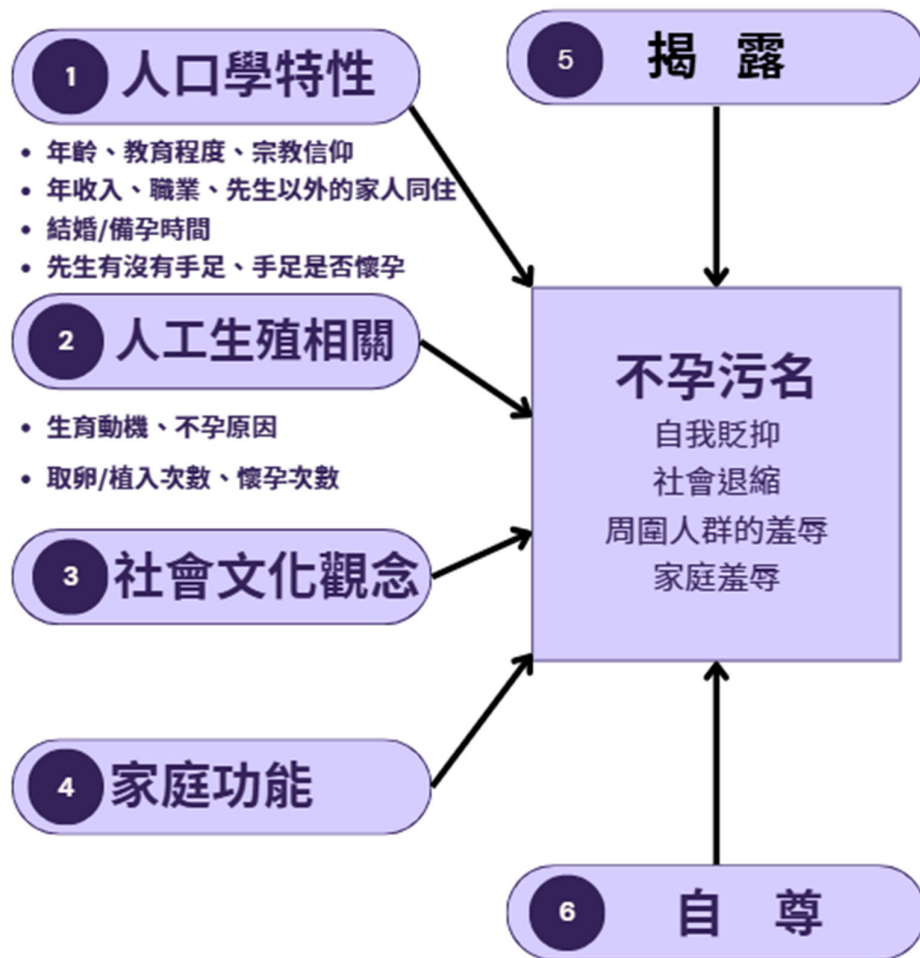
Fu et al. (2015)是第一個針對中國女性進行不孕污名測量，其認為不孕污名可分為知覺污名(Perceived stigma)及自我污名(Self-stigma)，將這兩者發展出不孕污名量表(Infertility Stigma Scale; ISS)，共萃取出四個因素，分別為自我貶抑(Self-devaluation)、社會退縮(Social withdrawal)、社會污名(Public stigma)、家庭污名(Family stigma)。不孕自我污名可歸納出「自我貶抑」、「社交退縮」、「社會污名」、「家庭污名」為知覺污名，共編製27題，解釋變異量為58.17%，Cronbach's α 為0.94。

臺灣吳(2017)建構出不孕污名量表，是依據雷俊等人(2010)研究的延續，將不孕污名分為家庭污名及自我污名，共萃取出兩個因素—家庭污名及自我污名，Cronbach's α 分別為0.94及0.84，解釋變異量為81.51%，兩因素相關值為0.47，共編製7題。此項研究同時也進行中國女性的收案，發現臺灣與大陸雖同屬華人文化，中國婦女之不孕污名感受高於臺灣婦女；中國不孕因應策略為逃避型，臺灣為解決型，研究者推測背後原因可能為生育政策與醫療可近性不同有關。

以 Fu et al.(2015)所提出 ISS 為模板，先後發展出土耳其、南韓及日本版的不孕污名量表：土耳其女性不孕污名量表(Capik et al., 2019)，所有因素的 Cronbach's α 為0.93，解釋變異量為57.89%，共編製27項；南韓女性不孕污名量表(Kim & Ban, 2022)，所有因素的 Cronbach's α 為0.97，解釋變異量為75.6%，根據研究者認為對量表貢獻度較差的兩項進行刪減—「因為不孕，我覺得自己作為女人很失敗」、「因為不孕，家人對我的關愛、支持不如前」，最後共編製25項；日本不孕女性的污名量表(Yokota et al., 2022)，共編製27項，所有因素的 Cronbach's α 為0.95，具有良好信效度，相較於中國人，日本人較不會有與婆婆住在一起的情形，故將家庭污名的第五項，原為「因為不孕的緣故，婆婆處處為難我」，更改為「因為不孕的緣故，家人處處為難我」，以上三者皆具良好信效度。

綜合以上，臺灣鮮少探討接受人工生殖療程之婦女所面臨污名困境，且完整使用 Fu et al. (2015)來測量不孕污名，而影響不孕污名相關因素又是如何呢？本研究旨在描繪臺灣曾接受人工生殖療程之婦女的不孕污名經驗，並探討其與心理指標、社會文化脈絡與家庭功能之間的關聯。





圖一 概念架構

綜觀文獻查證及臨床觀察經驗，針對不孕污名的概念及其影響因素，整理出的概念架構(圖一)。本研究建構以「不孕污名」為核心的概念架構，探討其相關影響因素及心理結果。影響不孕污名的因素包含六個面向，分別為人口學特性、人工生殖相關經驗、社會文化觀念、家庭功能、自尊、揭露。

第二節 研究設計

本研究橫斷式之量性研究設計，採立意取樣，針對臺灣北部某一生殖中心，共有六名生殖專科醫師，2023年療程數約1000個週期(含取卵及植入)，於門診進行收案，收案人數共101位。

正式收案前有前驅研究(pilot study)，以訪談的方式去測試量表的內容的適用程度。於門診區尋找符合條件的受試者，並說明研究目的與收案方式，以研究者所提供之平板電腦，在 Redcap 線上問卷平上進行問卷填寫，均為第一次填答，當受試者填答完畢後，研究者在當下會再次瀏覽，確保資料正確性及完整性。



第三節 研究問題



- 一、個人不孕污名程度差異與人口學特性哪些特性有關?
- 二、個人不孕污名程度差異與接受生殖科技治療的經驗哪些特性有關?
- 三、個人不孕污名程度差異與中庸思維、家庭功能有關?
- 四、個人不孕污名程度差異與家庭功能有關?
- 五、個人不孕污名程度差異與自尊有關?
- 六、個人不孕污名程度差異與揭露有關?

第四節 研究假設

本研究根據研究問題提出以下假設：

- 一、個人人口學特性與不孕污名程度高低差異無相關
- 二、個人接受生殖科技治療的經驗與不孕污名程度高低差異無相關
- 三、中庸思維與不孕污名程度高低差異無相關
- 四、家庭功能與不孕污名程度高低差異無相關
- 五、自尊與不孕污名程度高低差異無相關
- 五、揭露與不孕污名程度高低差異無相關



第五節 研究場所及對象

一、研究場所及收案場所：

本研究於臺灣北部地區一所生殖中心進行收案。該中心提供完整人工生殖治療服務，具備不孕族群的主要門診來源。研究參與者皆於門診進行療程時，由研究人員進行篩選與邀請，並於獲得同意後進行資料收集。

二、本研究採立意取樣，納入條件如下：

1. 年滿 20 歲且符合育齡、已婚之女性
2. 曾接受體外受精人工生殖技術(in vitro)
3. 從未生育(活產)過
4. 精通中文閱讀與書寫，且學歷為高中(含)以上，以確保能理解問卷內容
5. 知情同意並願意參與本研究

三、排除條件：

1. 精神相關疾病史



第六節 研究工具



本研究使用之測量工具包含基本資料本及五種量表，分別為不孕污名量表(*Infertility Stigma Scale, ISS*)、疾病揭露量表(*Disease disclosure*)、中庸思維量表(*Zhong-yong Thinking Style Scale*)、羅森伯格自尊量表(*Rosenberg Self-esteem scale, SES*)、臺灣版家庭阿帕嘉指數(*Family APGAR Index*)。各工具之編製目的、概念性定義與操作性定義分述如下：

一、基本資料表

為了解臺灣不孕女性之樣本特性，本研究設計「基本資料表」，內容包含兩大類：社會人口學特徵：例如年齡、教育程度、宗教信仰、家庭年收入以及是否與家人同住等。人工生殖相關特徵：例如不孕原因、過去人工生殖經驗（取卵次數、植入次數及懷孕次數）等。

二、不孕污名(*Infertility Stigma Scale; ISS*)

本研究採用 Fu 等人 (2015) 發展的不孕污名量表 (*Infertility Stigma Scale; ISS*) 作為測量工具。ISS 共 27 題，包含四個構面：自我貶抑 (*Self-devaluation*)：因不孕而自我否定與質疑價值；社會退縮 (*Social withdrawal*)：減少社交互動以避免他人詢問與評價；社會污名 (*Public stigma*)：感受到社會大眾的批評與標籤化；家庭污名 (*Family stigma*)：承受來自家庭成員的責難、比較與壓力。其中前兩個因素屬於自我污名，後兩個因素屬於感知性污名。

ISS 同時涵蓋自我與感知性污名，能全方位呈現不孕女性的心理壓力來源，比聚焦於單一層面的量表更全面。此外，該量表由中國研究者開發，與臺灣適用華人文化，內容貼近臺灣女性所面臨的家族期望與社會評價。已廣泛應用於多個亞洲國家的文獻中。該量表為 27 題，每題最高可得 5 分，總分為 135，分數愈高則代表不孕污名程度高，Fu et al. (2015) 原研究 Cronbach's α 為 0.94，具高度內部一致性。本研究施測後 Cronbach's α 同樣為 0.94，顯示信度良好。

本研究問卷因設計疏漏，自我貶抑因素中第 6 題「因為不孕，我自己看不起

自己」及第 7 題「因為不孕，我覺得自己沒用」未被施測，而量表中第 5 題「因為不孕，我在人們面前抬不起頭」在意涵上與之具一定程度的相似性，皆反映個體因不孕所產生的自我否定與羞愧。雖有少數題項遺漏，但整體量表仍維持高信度。

三、揭露問卷(Disclosure Questionnaire)

本研究採用改編自 Henderson et al. (2002)設計的疾病揭露問卷 (Disease Disclosure Questionnaire)，並經 Slade et al. (2007)修訂應用於不孕個案。參考此架構，本問卷共設五個向度，分別評估臺灣女性在分享生育困難時的揭露情形與心理反應：

1. 揭露對象及其發生數量(計算人次)
2. 有關生育困難的揭露態度與行為
3. 向特定對象的揭露程度
4. 揭露的欲求程度
5. 揭露後的淨情緒反應

揭露後的淨情緒反應計算方式為「正向情緒得分減去負向情緒得分」，以反映揭露行為後整體的淨情緒反應。該指標數值越高，表示揭露後經驗所帶來的正向情緒感受越強烈，整體經驗趨向正面；反之，若數值較低，則可能代表揭露後情緒反應偏向負向，揭露經驗可能伴隨壓力、不安或後悔等感受。題型包含 Likert 四點表、二元選項（是/否）與實際次數，所有題項維持正向敘述一致性，可將各題加總（或 Likert 題取平均）以產生各向度分數。於本研究中，此問卷的 Cronbach's α 為 0.57。

三、自尊(Self-esteem)

本研究採用發展的 Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES) 測量個體的總體性自尊。該量表包含 10 題，為 4 點 Likert 型項目（1 = 非常不同意，4 = 非常同意），其中 5 題為正向表述（第 1、3、4、7、10 題）、5 題為反向表述

(第 2、5、6、8、9 題)；反向題在計分前先進行反向轉換，與正向題加總後得總分，範圍為 10 至 40 分，分數越高代表自尊越高。該量表在多數樣本中具備穩定的內部一致性 (Cronbach's α 通常介於 0.77 至 0.88 之間)。

Fu et al.(2015) 指出，Rosenberg 自尊量表適用於評估不孕女性對自我價值及自我接納的程度。因此，本研究亦採用此量表評估臺灣求子女性之自尊狀態，經本研究樣本測得 Cronbach's α 為 0.85，顯示具良好的內部一致性。

四、中庸思維

本研究採用吳佳輝與林以正 (2005) 所編制之中庸思維量表作為測量工具。原量表共 13 題，透過情境式陳述設計，涵蓋三個構面：多方思考（從多角度評估）、整合性（在考量他人意見後調整自身想法）與和諧性（在決策中重視整體氣氛與關係的協調）。為符合本研究聚焦於生育相關情境的需求，經專家評估後刪減至 4 題，仍分別代表三個核心構面，例：

1. 多方思考：如「做決定時，我會考量各種可能的情况」
2. 整合性：如「我會在考慮他人的意見後，調整我原來的想法」
3. 和諧性：如「做決定時，通常會考量整體氣氛的和諧」以及「做決定時，我會考量各種可能的狀況」。

各題採用原量表之 7 點 Likert 類型評分 (1 = 完全不符合，7 = 完全符合)，將各題分數加總形成中庸思維總分，分數越高表示越傾向於兼容、多方整合並追求和諧的決策風格。由於本研究自原始 13 題刪減為 4 題，刪減後之量表需重新評估其信效度。本研究首先透過專家評審檢視內容效度，鑑於題目數較少，因而未進行傳統的因素分析，但報告了項目分析與內部一致性。原始量表的 Cronbach's α 為 0.87 (吳佳輝 & 林以正, 2005)；本研究樣本中刪減後量表的 Cronbach's α 為 0.82，顯示其信度在可接受到良好之間。

五、家庭功能

本研究使用臺灣版的家庭 APGAR 指數 (Family APGAR Index) 測量受試者

在求子歷程中所感受到的家庭支持程度。該量表由五題組成，為適應性（Adaptability）、伴侶互助（Partnership）、成長（Growth）、情感（Affection）及承諾（Resolve），分別反映家庭在壓力調適、共同決策、支持成長、情感交流及承諾付出等面向的運作情況。每題採 0（從未）到 2（總是）評分，總分範圍為 0 至 10。依據原始標準，得分 7-10 分表示家庭功能良好、4-6 分為中度障礙、0-3 分為重度功能不全。原始研究報告其內部一致性 Cronbach's α 為 0.84，兩週後再測信度為 0.72（Smilkstein, 1978）。本研究樣本中該量表的 Cronbach's α 為 0.89，顯示良好的內部一致性。

第七節 資料統計與分析

針對研究問題及研究變項，分別以描述性統計及推論性統計進行分析。量性資料包含人口學資料及量表得分結果，由 REDCap 資料登錄並匯入至 IBM SPSS Statistics 22.0版進行資料處理分析。 p value<0.05具有統計上顯著差異。

一、受試者之基本人口學資料：

以描述性統計之平均值、標準差、頻次、百分比呈現。

二、研究統計檢力

本研究使用線性迴歸分析(Linear Regression Analysis)，探討不孕污名之相關因素，將文獻查證考量人口學差異，共挑選出連續變項有年齡、中庸思維量表、揭露量表、自尊量表、家庭阿帕嘉指數，以上共有五個自變項。本研究以多元線性迴歸分析為主要統計方法，依據 Green(1991) 建議，迴歸分析樣本數應至少達 $N \geq 50 + 8m$ (為自變項數)。本研究預計納入5個主要自變項，故最少需90例，並考量10-15%可能的問卷遺漏率，最終設定目標樣本數約100至120例。實際收案完成後共獲得101份有效樣本，符合理論需求。

三、統計方法

此外，為探討人口變項（如是否與夫家同住、先生是否有手足等）在不孕污名因素上的差異，根據變項資料分佈及樣本數，本研究選擇使用適當的推論統計方法：使用獨立樣本 t 檢定進行常態且樣本數較充分之變項的群體差異檢定；若變項樣本數不足或未呈常態分佈，則採用無母數檢定（如 Mann-Whitney U 檢定）進行分析，若群組數多於兩組或自變項為類別變相，則使用單因子變異數分析（One-way ANOVA）檢定各群體之平均差異，必要時再進行事後檢定（post hoc test）。在變項間關聯性分析部分，本研究採用皮爾森積差相關分析（Pearson's correlation），以探討不孕污名與中庸思維、家庭功能、自尊與揭露等變項間之關聯強度及方向。進一步地，為探討影響不孕污名的主要預測因子，本研究使用多元線性迴歸分析（multiple linear regression），並採逐步迴歸（stepwise regression）模式，以篩選顯

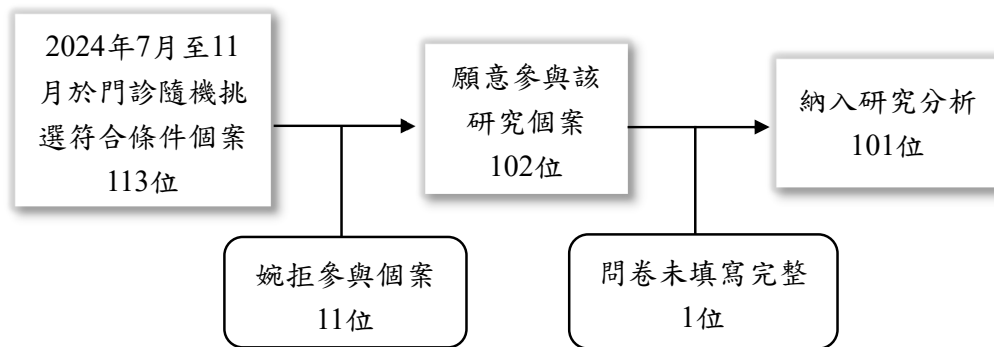
著的預測變項並建立預測模型。



第四章 研究結果

第一節 研究對象基本特徵與生殖科技治療經驗

本研究共邀請113名符合條件之個案，其中11名個案婉拒參與，婉拒原因為個人本身無意願 (n=9)、因自身帶有遺傳疾病基因而接受人工生殖科技治療 (n=2)，共102名受試者納入研究，拒答率為9.73% (圖4-1-1)。問卷完整填寫為101位。



圖二 收案流程說明

一、人口學特徵及人工生殖治療相關資料

如表一，受試者之年齡範圍為25至51歲，平均年齡為 36.97 ± 4.92 歲。高教育程度大學(含)以上者佔93.1% (n=94)；年收入為100至200萬佔49.5% (n=50)具中高社經地位；有宗教信仰佔43.6% (n=44)；多數個案 (91.1%)皆有職業 (n=92)；超過三分之一 (36.6%)者是與公婆居住 (n=37)；近一半(43.6%)結婚年數以二至五年 (n=44)；79.2%受試者已超過一年 (n=80)未採用避孕；大多數個案的配偶均有手足佔98% (n=99)，且配偶的手足是懷孕中的人數佔67.3% (n=68)；生育動機大多來自於伴侶的期待55.4% (n=56)，其次為自我規劃18.8% (n=19)。人工生殖科技治療的相關經驗：不孕原因以男性因素所佔比率最低5% (n=5)；過去無取卵經驗24.8% (n=25)；過去未接受過胚胎植入為42.6% (n=43)；曾懷孕過為24.8% (n=25) (表4-1-2)。



表一 研究對象之人口特徵及人工生殖相關因素(N=101)

變項	人數 (個)	百分比 (%)	全距	平均值±標準差
年紀	101		25-51	36.97±4.92
教育程度				
大學以下	7	6.9		
大學(含)以上	94	93.1		
宗教信仰				
無	44	43.6		
有	57	56.4		
年收入				
100萬以下	25	24.8		
100-200萬	50	49.5		
200萬以上	26	25.7		
職業				
無工作	9	8.9		
有工作	92	91.1		
與先生以外的家人同住				
是	37	36.6		
否	64	63.4		
結婚時間				
兩年以內	26	25.7		
兩至五年	44	43.6		
五年以上	31	30.7		
備孕時間				
不到一年	21	20.8		



一年以上	80	79.2
配偶有沒有其他手足		
是	99	98
否	2	2
手足是否懷孕中		
是	68	67.3
否	33	32.7
生育動機		
家人期待	16	15.8
伴侶期待	56	55.4
伴侶共識	8	7.9
自我規劃	21	20.8
不孕原因		
卵巢因素	73	72.3
輸卵管因素	7	6.9
男性因素	5	5
其他因素(包含多種、不明、子宮)	16	15.8
曾經取卵過		
0次	25	24.8
1至2次	58	57.4
3次(含)以上	18	17.8
曾經植入過		
0次	43	42.6

1至2次	26	25.7
3至4次	16	15.8
5次(含)以上	16	15.8
曾經懷孕過		
是	25	24.8
否	76	75.2



第二節 不孕污名得分及影響因素分析

如下表二，受試者在不孕污名量表（ISS）的平均總得分為 45.78 ± 14.81 分（量表滿分 125分，原量表滿分為135分），分數愈高代表污名化感受愈高。在各因素得分比較，社會退縮（Social Withdrawal）得分最高（ $M=2.62 \pm 1.01$ ），其中「因為不能懷孕，我對懷孕和小孩的事變敏感」（ $M=3.07 \pm 1.36$ ）、「被問起孩子的事，我會尷尬」（ $M=3.01 \pm 1.31$ ）及「我盡量對我的病情保密」（ $M=2.88 \pm 1.28$ ），高於該因素平均分數；次高因素為自我貶抑（Self-Devaluation），其中「因為不孕，我覺得自己和別人不一樣」（ $M=2.39 \pm 1.19$ ）高於該因素平均得分。周圍人群的羞辱（Public Stigma）得分最低（ $M=1.52 \pm 0.59$ ）。

表二 不孕污名量表總得分及各向度得分

向度	題目	Mean $\pm$ SD	Range
	總分	45.78$\pm$14.81	25-51
自我貶損	因素平均得分	1.94$\pm$0.79	1-4
	(1) 因為不孕，我覺得自己的命不好	1.89 $\pm$ 0.88	1-4
	(2) 因為不孕，我覺得自己作為女人失敗	1.86 $\pm$ 1	1-4
	(3) 因為不孕，我覺得自己是家裡的負擔	1.72 $\pm$ 0.97	1-4
	(4) 因為不孕，我覺得自己和別人不一樣	2.39 $\pm$ 1.19	1-5
	(5) 因為不孕，我在別人面前抬不起頭	1.84 $\pm$ 0.95	1-5
社會退縮	因素平均得分	2.62$\pm$1.01	1-5
	(6) 因為不能懷孕，我對懷孕和小孩的事變得敏感	3.07 $\pm$ 1.36	1-5
	(7) 被問起孩子的事，我會尷尬	3.01 $\pm$ 1.31	1-5



	(8) 因為不孕，我盡量避免與其他 人接觸	1.77±1.07	1-5
	(9) 我不願意提起不孕這件事情	2.35±1.22	1-5
	(10)我盡量對我的病情保密	2.88±1.28	1-5
周圍人群的 羞辱	向度平均得分	1.52±0.59	1-3.33
	(11)沒有小孩，被別人歧視/排斥是 平常的事	1.54±0.69	1-4
	(12)我不敢主動結交朋友，以防他/ 她會知道我有不孕症	1.36±0.58	1-4
	(13)我擔心別人知道我的情況後會 疏遠	1.33±0.60	1-4
	(14)我擔心別人知道我的情況後看 不起我	1.5±0.84	1-4
	(15)我擔心別人知道我的情況後嘲 笑我	1.56±0.91	1-4
	(16)因為不孕，我在別人眼裡是異 類，是不完整的女人	1.45±0.74	1-4
	(17)因為不孕，別人在背後議論/嘲 笑	1.76±0.97	1-4
	(18)因為不孕，周圍的人看不起我	1.47±0.67	1-4
	(19)因為不孕，人們將我和其他人 區別看待	1.75±0.99	1-4
家庭的羞辱	向度平均得分	1.55±0.63	1-3.67
	(20) 不孕毀了我的生活	1.5±0.73	1-4
	(21)我擔心和丈夫的關係變得不好	1.73±1.01	1-5
	(22)我擔心丈夫會和我離婚	1.5±0.83	1-5
	(23)因為不孕，家人對我的關愛、 支持不如以前	1.42±0.64	1-4
	(24)因為不孕，家人(尤其婆婆)處處	1.6±0.88	1-5

為難我
(25)我擔心別人知道我的情況後，
影響我再擇偶

1.52±0.73

1-4



為探討個人社會學特徵對不孕污名（Infertility Stigma）及其各因素的影響，根據人工生殖報告所進行各年齡層的懷孕率分析，本研究初步將受試者依年齡分為三組（34 歲以下、35 至 39 歲、40 歲以上）進行單因子變異數分析，如表三顯示，年齡在不孕污名總分、自我貶抑、社會退縮及周圍人群的羞辱等構面具有顯著差異。

表三 年齡對不孕污名及其各向度之差異性分析(N=101)

年齡	34歲以下 (n=26)	35至39歲 (n=43)	40歲以上 (n=32)	F值
不孕污名	53.96±17.41	44.23±13.32	41.22±11.9	6.331**
自我貶抑	2.36±0.87	1.86±0.79	1.71±0.59	5.831**
社會退縮	3.17±1.03	2.61±0.93	2.17±0.89	8.06**
周圍人群的 羞辱	1.81±0.76	1.45±0.52	1.39±0.45	4.514*
家庭的羞辱	1.67±0.64	1.47±0.62	1.56±0.63	0.839

註：* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

根據表六，受試者依教育程度區分為大學以下與大學(含)以上，由於大學以下人數過少，故使用 Mann-Whitney U 無母數檢定進行不孕污名各因素上的差異。結果顯示：教育程度對不孕污名各構面之差異僅在「家庭的羞辱」構面達統計顯著 ($Z = -2.438, p < 0.05$)，顯示教育程度較低者($M=1.50 \pm 0.59$)在家庭羞辱感受上顯著高於教育程度較高者($M=2.21 \pm 0.81$)。



表四 教育程度對不孕污名及其各向度之差異性分析(N=101)

教育程度	大學以下 n=7 (6.9%)	大學(含)以下 n=94 (93.1%)	
	Mean±SD	Mean±SD	Z值
不孕污名	53.57±14.59	45.20±14.74	-1.432
自我貶抑	2.29±0.74	1.91±0.79	-1.53
社會退縮	2.6±1.02	2.62±1.01	-0.007
周圍人群的羞辱	1.76±0.65	1.50±0.59	-1.279
家庭的羞辱	2.21±0.81	1.50±0.59	-2.438*

註：* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

由表七，與配偶家人同住者有較高的不孕污名，「不孕污名」(F=5.682, $p < 0.05$)、「自我貶抑」(F=4.29, $p < 0.05$)、「社會退縮」(F=4.169, $p < 0.05$)、「家庭羞辱」(F=6.036, $p < 0.05$)。

表五 配偶有沒有其他手足對不孕污名及其他因素之差異(N=101)

與配偶家人 同住	是 n=37 (36.6%)	否 n=64 (63.4%)	
	Mean±SD	Mean±SD	F值
不孕污名	50.30±15.87	43.17±13.6	5.682*
自我貶抑	2.15±0.86	1.82±0.73	4.29*
社會退縮	2.88±0.92	2.46±1.03	4.169*
周圍人群的羞辱	1.63±0.67	1.46±0.54	1.881
家庭的羞辱	1.74±0.71	1.43±0.55	6.036*

註：* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$



如表六所示，針對配偶是否有其他手足進行不孕污名及其各因素之差異分析，由於配偶無手足人數較少，故使用 Mann-Whitney U 進行分析，結果顯示先生無其他手足者之配偶在「不孕污名總分」($M = 71.50 \pm 10.61$) 顯著高於有其他手足者($M = 45.26 \pm 14.45$)，差異達統計顯著 ($Z = -2.122, p < 0.05$)。

表六 配偶是否有其他手足對不孕污名及其向度之差異($N=101$)

配偶是否有 其他手足	是 $n=99$ (98%)	否 $n=2$ (2%)	
	<i>Mean</i> ± <i>SD</i>	<i>Mean</i> ± <i>SD</i>	Z值
不孕污名	45.26 ± 14.45	71.50 ± 10.61	-2.122*
自我貶抑	1.90 ± 0.75	3.8 ± 0.00	-2.310*
社會退縮	2.59 ± 0.99	4.00 ± 1.13	-1.759
周圍人群的羞辱	1.51 ± 0.58	2.39 ± 0.86	-1.658
家庭的羞辱	1.54 ± 0.63	1.83 ± 0.47	-1.064

註：* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

不孕污名及其各向度之間與生殖科技治療經驗的不同並無存在差異。

第三節 中庸思維、揭露、自尊、家庭功能量表及與不孕污名相關探討



第一項 中庸思維與不孕污名相關探討

中庸思維量表：如表七所示，中庸思維量表包含三個向度：多方思考、整合性與和諧性，原有13題。考量題目與生育情境的相關性後，進行刪減，最終保留多方思考1題、整合性2題、和諧性1題，共計4題。調整後的量表滿分為28分，其平均得分為 $M=21.5 \pm 3.19$ ，其中以和諧性的分數最高 5.71 ± 0.973 ，表示婦女傾向追求追求人際圓融、避免衝突。

表七 中庸思維量表得分($N=101$)

向度	題目	Mean $\pm$ SD	Range
		21.51$\pm$3.19	12-28
多方思考	1.做決定時，我會考量各種可能的情況	5.28 $\pm$ 1.01	2-7
整合性	2.我會在考慮他人的意見後，調整我原來的想法	5.19 $\pm$ 0.902	3-7
	3.我在決定時，通常會考量整體氣氛的和諧性	5.33 $\pm$ 1.059	2-7
和諧性	4.做決定時，我會考量各種可能的狀況	5.71 $\pm$ 0.973	3-7

本研究採用皮爾森積差相關分析(Pearson's correlation)探討中庸思維與不孕污名之關係。如表八結果顯示，中庸思維與「自我貶抑」呈現正向顯著相關($r=0.206$, $p<0.05$)，亦與「社會退縮」構面呈現顯著正相關($r=0.222$, $p<0.05$)，顯示中庸思維傾向愈高者，愈可能產生較多的自我貶抑與社會退縮情形。



表 八 中庸思維與不孕污名的皮爾森積差相關分析(N=101)

	不孕污名	自我貶抑	社會退縮	周圍人群的 羞辱	家庭的羞辱
中庸思維	0.184	0.206*	0.222*	0.059	0.128

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

揭露量表分為五個次量表，包含揭露對象及其發生率、有關生育困難的揭露態度與行為、向特定對象的揭露程度、揭露的欲求程度、揭露後的情緒反應。分析結果顯示，如表九，其中向伴侶的揭露程度最高為23.5%，而對伴侶的親屬揭露程度則相對較低(落在2.1%至9.2%)。在其他人的揭露方面，親密朋友是揭露程度最高的群體為34.6%，而伴侶的遠方朋友則為揭露程度最低的對象為4.7%。

表 九 揭露次量表-揭露對象及其發生率(N=101)

	Mean $\pm$ SD	Range
1.向直系親屬的揭露(平均每人得分)	3.75$\pm$2.06	0-9
1.1 自己的伴侶(%)	23.5%	
1.2 自己的父親(%)	11.9%	
1.3 自己的母親(%)	19.8%	
1.4 自己的兄弟(%)	9.0%	
1.5 自己的姊妹(%)	14.2%	
1.6 伴侶的母親(%)	9.2%	
1.7 伴侶的父親(%)	5.8%	
1.8 伴侶的兄弟(%)	2.1%	
1.9 伴侶的姊妹(%)	4.5%	
2.向其他人的揭露(平均每人得分)	2.54$\pm$1.49	0-6
2.1 自己的其他家人(%)	22.6%	
2.2 親密朋友(%)	34.6%	
2.3 遠方朋友(%)	16.3%	
2.4 伴侶的其他家人(%)	13.2%	
2.5 伴侶的親密朋友(%)	8.6%	
2.6 伴侶的遠方朋友(%)	4.7%	



針對有關生育困難的揭露態度與行為，如表十可知，每人平均得分為 $M=2.36\pm0.77$ ，面對生育困難的情境，仍願意揭露比例為 34.5%；大多數受試者與伴侶在揭露意願上較為一致佔 37.5%；而 29.8% 受試者在反向計分後表現出程度較低的不實揭露。

表 十 揭露次量表-有關生育困難的揭露態度與行為

	<i>Mean ± SD</i>	Range
平均總分	2.36±0.77	0-3
1.未來您會願意將生育上所面臨的困難告訴其他人嗎?	34.5%	
2.對於向別人訴說生育上所面臨的困難，您認為和伴侶持有相同的看法?	37.5%	
3.您是否曾經向其他人提供關於伴侶沒有生育孩子這件事，非真實的資訊?	29.8%	

針對向特定對象的揭露程度，如表十一可發現，向伴侶或親密的家人或朋友揭露較不困難，分別為 $M=3.76\pm0.65$ 及 $M=3.3\pm0.89$ ；而對遠方的家人或朋友揭露會感到較為困難($M=2.45\pm1.04$)。

表 十一 揭露量表-向特定對象的揭露程度

	<i>Mean ± SD</i>	Range
平均總分	9.51±1.97	3-12
1.伴侶	3.76±0.65	1-4
2.親密的家人或朋友	3.30±0.89	1-4
3.遠方的家人或朋友	2.45±1.04	1-4

從表十二，意圖向人揭露生育困難的事實($M=2.57\pm0.71$)，有略高於試圖保密的傾向。

表 十二 揭露次量表-揭露的欲望程度

	<i>Mean ± SD</i>	Range
平均總分	4.89±1.18	2-8
1.您有多想告訴其他人關於生育上所面臨的困難?	2.57±0.71	1-4
2.您有多想向其他人保密關於生育上所面臨的困難?	2.32±0.85	1-4

表十三可知，將揭露後的情緒反應分為正向及負向，正向情緒反應得分 ($M=9.53\pm1.76$) 高於負向得分 ($M=6.9\pm2.31$)，其中正向情緒反應以「被支持」的感受最高 ($M=3.35\pm0.69$)，負向情緒反應以「感到尷尬」的最高 ($M=2.3\pm0.9$)，顯示大多數的人在揭露後得到正面的回饋。

表 十三 揭露次量表-揭露後的情緒反應($N=101$)

	<i>Mean ± SD</i>	Range
正向情緒反應	9.53±1.76	4-12
1.釋然的	2.99±0.78	1-4
2.被理解的	3.20±0.79	1-4
3.被支持的	3.35±0.69	1-4
負向情緒反應	6.90±2.31	4-13
4.尷尬的	2.30±0.90	1-4
5.被羞辱的	1.29±0.55	1-3
6.被孤立的	1.44±0.71	1-4
7.感到不適當的	1.88±0.93	1-4

為統整受試者在揭露經驗後的整體情緒反應，本研究進一步計算正向情緒反應總分減去負向情緒反應總分，以形成「淨情緒反應分數」，如表十四。此作法有助於將受試者的情緒經驗統一呈現為單一方向的數值指標，數值越高代表揭露後感受到的正向情緒相對較多，反之則表示負向情緒體驗較強。

表 十四 揭露次量表-揭露後的淨情緒反應(N=101)

	<i>Mean ± SD</i>	Range
正向情緒反應-負向情緒反應	2.63±3.68	-8-+8

由於「揭露對象及其發生率」、「有關生育困難的揭露態度與行為」、「向特定對象的揭露程度」、「揭露的欲求程度」，以及「揭露後的淨情緒反應」等五個次量表皆具相同的題項方向性，故本研究進一步將各次量表之得分進行加總，以建構整體揭露程度之總分。結果如表十五，整體揭露總分為 $M = 25.70 \pm 6.95$ 。

表 十五 總揭露量表 (N=101)

	<i>Mean ± SD</i>
1.揭露對象及其發生率	6.30±2.96
2.有關生育困難的揭露態度與行為.	2.36±0.77
3.向特定對象的揭露程度	9.51±1.97
4.揭露的欲求程度	4.89±1.18
5.揭露後的淨情緒反應	2.63±3.68
總分	25.70±6.95

如表十六所示，採皮爾森積差相關分析(Pearson's correlation)可知，揭露總分與不孕污名總分呈現顯著負相關 ($\gamma = -0.546, p < 0.001$)，與各因素也呈現顯著相關，分別為「自我貶抑」($\gamma = -0.314, p < 0.01$)；「社會退縮」($\gamma = -0.63, p < 0.001$)；「周圍人群的羞辱」($\gamma = -0.477, p < 0.001$)；「家庭的羞辱」($\gamma = -0.298, p < 0.01$)。顯示揭露程度越高者，感受到的不孕污名程度越低。

進一步檢視五個揭露次量表與不孕污名及其各因素之相關性後發現，「揭露對象及其發生率」、「有關生育困難的揭露態度與行為」與不孕污名均無顯著相關性，其中「向特定對象的揭露程度」、「揭露後的淨情緒反應」與不孕污名及

其各因素皆有顯著相關性，「向特定對象的揭露程度」與不孕污名($\gamma = -0.522$)，自我貶抑($\gamma = -0.35$)、社會退縮($\gamma = -0.609, p < 0.001$)；周圍人群的羞辱($\gamma = -0.366$)；家庭的羞辱($\gamma = -0.35$)皆呈現顯著負相關($p < 0.001$)。此外，「揭露後的淨情緒反應」與不孕污名($\gamma = -0.618$)、自我貶抑($\gamma = -0.432$)、社會退縮($\gamma = -0.643$)、周圍人群的羞辱($\gamma = -0.54$)、家庭的羞辱($\gamma = -0.351$)皆呈現顯著負相關($p < 0.001$)。

「揭露後的欲求程度」與不孕污名有顯著相關($\gamma = -0.368, p < 0.001$)，自我貶抑($\gamma = -0.279$)、社會退縮($\gamma = -0.46$)、周圍人群的羞辱($\gamma = -0.306$)均呈顯著相關($p < 0.01$)。

整體而言，揭露程度愈高，特別是在揭露後正向情緒反應較多者，其不孕污名感受愈低。

表 十六 揭露次量表與不孕污名的皮爾森相關分析($N=101$)

	揭露總分	揭露對象及其發生率	有關生育困難的揭露態度與行為	向特定對象的揭露程度	揭露的欲求程度	揭露後的淨情緒反應
不孕污名	-0.546***	0.017	-0.303	-0.522***	-0.368***	-0.618***
自我貶抑	-0.314**	0.18	-0.238*	-0.35***	-0.279**	-0.432***
社會退縮	-0.63***	-0.06	-0.276**	-0.609***	-0.46***	-0.643***
周圍人群的羞辱	-0.477***	-0.062	-0.261**	-0.366***	-0.306**	-0.54***
家庭的羞辱	-0.298**	0.049	-0.203*	-0.35***	-0.105	-0.351***

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

第二項 自尊與不孕污名相關探討

自尊量表如表十七所示，該量表總分為 40 分，受試者的平均得分為 ($M=29.37 \pm 4.26$)。在量表的 10 道題目中，以「整體而言，我傾向認為自己是個失敗者」的得分最高($M=3.21 \pm 0.61$)，而「我希望能夠對自己有更多的尊重」的得分最低($M=1.72 \pm 0.59$)。

表 十七 自尊量表(SELF-ESTEEM SCALE)($N=101$)

題目	Mean±SD	全距
整體平均分數	29.37±4.26	19-38
(1) 整體而言，我對自己感到滿意	2.94±0.51	2-4
(2) 有時候我會覺得自己一無是處【反向題】	2.95±0.8	1-4
(3) 我覺得我有許多優點	2.94±0.58	2-4
(4) 我能把事情做得像大多數的人一樣好	3.21±0.61	1-4
(5) 我覺得自己沒甚麼值得自豪的地方【反向題】	3.02±0.69	2-4
(6) 有時候我真的感到自己沒有用【反向題】	3.04±0.82	1-4
(7) 我覺得自己是個有價值的人，至少與別人不相上下	3.14±0.51	2-4
(8) 我希望能夠對自己有更多的尊重【反向題】	1.72±0.59	1-4
(9) 整體而言，我傾向認為自己是個失敗者【反向題】	3.34±0.68	1-4
(10) 我對自己擁有正面積極的態度	3.07±0.64	2-4

本研究進一步探討自尊與不孕污名之關聯性，本研究採皮爾森積差相關分析 (Pearson's correlation)，結果如下表十八，顯示自尊與不孕污名總分呈顯著中度負相關 ($\gamma = -0.596, p < 0.01$)，表示自尊越高者，其對不孕污名的感受得分越低。在各因素方面，皆呈顯著負相關：自我貶抑 ($\gamma = -0.569, p < 0.001$)；社會退縮 ($\gamma = -0.421, p < 0.001$)；周圍人群的羞辱 ($\gamma = -0.510, p < 0.001$)；家庭的羞辱 ($\gamma = -0.460, p < 0.001$)。

表 十八 自尊與不孕污名的皮爾森積差相關分析(N=101)

	不孕污名	自我貶抑	社會退縮	周圍人群的 羞辱	家庭的羞辱
自尊	-0.596**	-0.569***	-0.421***	-0.51***	-0.46***

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

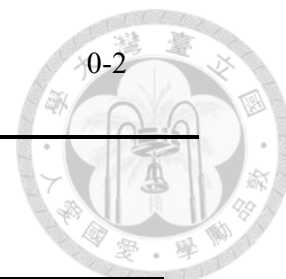
第三項 家庭功能與不孕污名相關探討

以臺灣版家庭阿帕嘉指數代表家庭功能高低，如表十九所示，受試者平均得分為 6.7 ± 2.49 (總分為 10 分)。家庭功能可分為適應性、伴侶、成長、情感、信念五個向度，其中信念向度得分最高($M=1.41 \pm 0.57$)；而情感向度得分最低($M=1.25 \pm 0.54$)。根據 Smilkstein (1978)將家庭功能分為功能無障礙 (7-10 分)、中度功能障礙 (4-6 分)、重度功能不足 (0-3 分) 三組。本研究結果顯示，如表二十，家庭功能無障礙為 46.5%($n=47$ 人)、中度障礙為 44.6%($n=45$ 人)，及重度功能不足為 8.9%($n=9$ 人)。

表 十九 臺灣版家庭阿帕嘉指數(Family APGAR Index)(N=101)

向度	題目	Mean $\pm$ SD	全距
		6.70 $\pm$ 2.49	0-10
適應性 (Adaptability)	(1)當我遭遇困難時，可以從家人得到滿意的幫助	1.38 $\pm$ 0.63	0-2
伴侶 (Partnership)	(2)我很滿意家人與我討論各種事情以及分擔問題的方式	1.29 $\pm$ 0.61	0-2
成長 (Growth)	(3)當我希望從事新的活動或發展時，家人都能接受且給予支持	1.39 $\pm$ 0.53	0-2
情感 (Affection)	(4)我很滿意家人對我表達情感的方式以及對我的情緒(憤怒、悲傷、愛)的反應	1.25 $\pm$ 0.54	0-2

信念 (Resolve)	(5)我很滿意家人與我共度時光的方式	1.41±0.57
-----------------	--------------------	-----------



表二十 不同程度家庭阿帕嘉指數得分情形(N=101)

家庭功能	重度障礙 (0-3分)	中度障礙 (4-6分)	無障礙 (7-10分)
	8.9% (n=9)	44.6% (n=45)	46.5 % (n=47)
Mean±SD	2.44±1.01	5.09±0.47	9.06±1.15

如表二十一，家庭功能與不孕污名總分之間呈顯著負相關 ($r = -0.357, p < 0.01$)，亦即家庭功能愈佳，女性感受到的不孕污名程度愈低。在不孕污名的各向度中，家庭功能與社會退縮 ($r = -0.312, p < 0.01$)、周圍人群的羞辱 ($r = -0.282, p < 0.01$) 及家庭的羞辱 ($r = -0.234, p < 0.05$) 均呈顯著負相關；然而，與自我貶抑向度之間的相關並未達統計顯著 ($r = -0.181, p > 0.05$)。

表二十一 家庭功能與不孕污名的皮爾森相關分析(N=101)

	不孕污名	自我貶抑	社會退縮	周圍人群的 羞辱	家庭的 羞辱
家庭功能	-0.357**	-0.181	-0.312**	-0.282**	-0.234*

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

為探討不同家庭功能程度與不孕污名及其各因素之得分差異，本研究以單因子變異數分析 (One-way ANOVA) 進行比較，如表二十二，結果顯示在不孕污名總分 ($F = 6.592, p < 0.01$)、社會退縮 ($F = 5.82, p < 0.01$) 及家庭羞辱 ($F = 10.12, p < 0.001$) 三項因素達顯著差異。進一步以 Scheffé 事後檢定進行分析，如表二十三，在「不孕污名」方面，中度障礙組與無障礙組差異達顯著 ($p < 0.01$)；在「社會退縮」方面，重度障礙組與無障礙組之間達顯著差異 ($p < 0.05$)；在

「家庭羞辱」方面，重度障礙組與無障礙組之差異亦達統計顯著($p < 0.001$)。

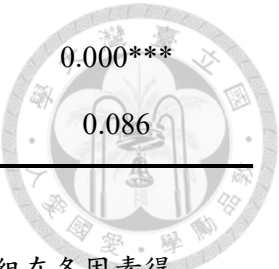
表 二十二 不同家庭功能程度與不孕污名及其各因素得分差異性比較($N=101$)

家庭功能	重度障礙 (n=9)	中度障礙 (n=45)	無障礙 (n=47)	F 值
	Mean $\pm$ SD	Mean $\pm$ SD	Mean $\pm$ SD	
不孕污名	52.78 $\pm$ 18.03	50.00 $\pm$ 14.00	40.40 $\pm$ 13.27	6.592**
自我貶抑	1.93 $\pm$ 0.83	2.14 $\pm$ 0.78	1.75 $\pm$ 0.76	2.96
社會退縮	3.33 $\pm$ 1.19	2.80 $\pm$ 0.85	2.30 $\pm$ 1.02	5.82**
周圍人群羞辱	1.78 $\pm$ 0.90	1.61 $\pm$ 0.58	1.39 $\pm$ 0.51	2.56
家庭羞辱	1.74 $\pm$ 0.45	1.80 $\pm$ 0.72	1.27 $\pm$ 0.42	10.12***

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

表 二十三 家庭分組事後檢定(Scheffé 法)

組別比較	平均差異(I-J)	標準誤	p值
不孕污名			
重度vs中度	2.78	5.13	0.864
重度vs無障礙	12.37	5.11	0.058
中度vs無障礙	9.60	2.93	0.006**
社會退縮			
重度vs中度	-0.533	0.352	0.321
重度vs無障礙	-1.031	0.35	0.016*
中度vs無障礙	-0.498	0.201	0.051
家庭羞辱			
重度vs中度	-0.056	0.211	0.966



重度vs無障礙	-0.527	0.12	0.000***
中度vs無障礙	-0.471	0.21	0.086

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

綜合以上，考量 Scheffé 事後檢定結果，發現中度與重度障礙組在各因素得分上無顯著差異，惟與無障礙組呈現顯著差異，故本研究將家庭功能分組合併為「中重度障礙組」與「無障礙組」兩組進行獨立樣本 t 檢定，如表二十四，進一步發現，在自我貶抑 ($t = 2.324$, $p < 0.05$)、社會退縮 ($t = 3.035$, $p < 0.01$)、周圍人群的羞辱 ($t = 2.13$, $p < 0.05$) 及家庭的羞辱 ($t = 4.66$, $p < 0.001$) 各因素上亦皆顯著高於無障礙組。

表 二十四 不同家庭功能程度與不孕污名及其各因素得分差異性比較($N=101$)

家庭功能	中重度障礙	無障礙	t值
	($n=54$)	($n=47$)	
	<i>Mean</i> ± <i>SD</i>	<i>Mean</i> ± <i>SD</i>	
不孕污名	50.46±14.59	40.40±13.27	3.603***
自我貶抑	2.11±0.79	1.75±0.76	2.324*
社會退縮	2.89±0.92	2.30±1.02	3.035**
周圍人群的羞辱	1.64±0.64	1.39±0.51	2.13*
家庭的羞辱	1.79±0.68	1.27±0.42	4.66***

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

為探討家庭功能與揭露之關聯性，如表二十五，本研究進行皮爾森積差相關分析(Pearson's correlation)，結果顯示整體家庭功能與揭露總分 ($\gamma = 0.327, p < 0.001$)、向特定對象的揭露程度 ($\gamma = 0.33, p < 0.01$)，以及揭露後的淨情緒反應 ($\gamma = 0.437, p < 0.001$) 皆呈顯著正相關，表示家庭功能愈佳者，其整體揭露程度愈高，亦更可能對特定對象進行深入揭露，並經歷較多正向情緒反應。

表 二十五 家庭功能與揭露的皮爾森相關分析($N=101$)

	揭露總分	揭露對象及其發生率	有關生育困難的揭露態度與行為	向特定對象的揭露程度	揭露的欲求程度	揭露後的淨情緒反應
家庭功能	0.327***	-0.048	0.15	0.33**	0.04	0.437***

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

第四節 迴歸模型

為探討不孕污名之預測因子，本研究採逐步回歸法（Stepwise Regression），將「年紀」、「中庸思維」、「自尊」、「家庭功能」、「揭露」變項作為自變項進行篩選分析，結果如表二十六，最終模型(Model 3)納入三項預測因子，包含「揭露後淨情緒反應」($\beta = -0.351, p < 0.001$)、「自尊」($\beta = -0.417, p < 0.001$)及「向特定對象的揭露程度」($\beta = -0.304, p < 0.001$)，整體模型具統計顯著性 ($F(3, 97) = 53.727, p < 0.001$)，其調整後解釋力 (Adjusted R^2) 為61.3%，顯示該模型可有效預測不孕污名程度。整體而言，當受試者在揭露後有較正向的情緒體驗、具備較高的自尊，並且對特定對象有較高的揭露程度時，其不孕污名程度相對較低。

表 二十六 不孕污名之線性迴歸分析($N=101$)

變項	非標準 化係數	SE B	標準化 係數	R^2	Adj R^2	F
Model 3				0.624	0.613	53.727***
constant	113.818	7.861				
揭露後淨情緒反應	-1.411	0.287	-0.351***			
自尊	-1.377	0.219	-0.417***			
向特定對象的揭露 程度	-2.285	0.511	-0.304***			

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

除了探討不孕污名總分之外，本研究亦針對其下各因素進行逐步多元線性迴歸分析，結果如下：

在自我貶抑因素中，如表二十七，最終納入「自尊」($\beta = -0.41, p < 0.001$)、「向特定對象的揭露」($\beta = -0.281, p < 0.01$)、「揭露對象」($\beta = 0.239, p < 0.01$)及「年紀」($\beta = -0.196, p < 0.05$)，整體模型達統計顯著 ($F = 18.327, p < 0.001$)，其調整後解釋力 (Adjusted R^2) 46.4%。結果顯示，年齡相

對較大、自尊程度較高、對特定對象揭露程度較高者，其自我貶抑傾向較低；相反地，揭露對象及其發生率較高者，反而呈現較高的自我貶抑感受，此結果顯示，單純增加揭露的對象數量並不一定能減少污名感，可能因為揭露後遭遇的支持不足或負向回饋，導致羞愧與自責加劇，進一步指出揭露的品質比揭露範圍更重要。

表 二十七 自我貶抑之線性迴歸分析(N=101)

變項	非標準 化係數	SE B	標準化 係數	R ²	Adj R ²	F
Model 5				0.491	0.464	18.327***
constant	5.956	0.667				
自尊	-0.072	0.014	-0.407***			
揭露後淨情緒反應	-0.035	0.018	-0.163			
向特定對象的揭露 程度	-0.112	0.034	-0.281**			
揭露對象及其發生 率	0.103	0.034	0.239**			
年紀	-0.032	0.012	-0.196*			

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

在社會退縮因素中，如表二十八，最終模型納入五項顯著預測因子，分別為「揭露後淨情緒反應」（ $\beta = -0.380, p < 0.001$ ）、「向特定對象的揭露程度」（ $\beta = -0.408, p < 0.001$ ）、「年紀」（ $\beta = -0.209, p < 0.01$ ）、「自尊」（ $\beta = -0.163, p < 0.05$ ），以及「中庸思維」（ $\beta = 0.138, p < 0.05$ ），整體模型達統計顯著（ $F = 35.22, p < 0.001$ ），其調整後解釋力為 63.1%。結果顯示，揭露後若能獲得較正向的情緒經驗、對特定對象有較高的揭露程度、年紀較大以及具較高自尊者，其社會退縮程度相對較低；相反地，中庸思維程度較高者，其社會退縮傾向則相對較高。

表 二十八 社會退縮之線性迴歸分析($N=101$)

變項	非標準 化係數	SE B	標準化 係數	R^2	Adj R^2	F
Model 5				0.65	0.631	35.22***
constant	6.653	0.850				
揭露後淨情緒反應	-0.104	0.019	-0.38***			
向特定對象的揭露 程度	-0.209	0.034	-0.408***			
年紀	-0.043	0.013	-0.209**			
自尊	-0.037	0.015	-0.163*			
中庸思維	0.044	0.02	0.138*			

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

在周圍人群的羞辱因素中，如表二十九，最終模型共納入兩項顯著預測因子分別為「揭露後淨情緒反應」($\beta = -0.413, p < 0.001$)及「自尊」($\beta = -0.367, p < 0.001$)。整體模型達統計顯著($F = 34.061, p < 0.001$)，其調整後解釋力為39.8%。結果顯示，揭露後能獲得較正向情緒經驗以及擁有較高自尊者，其在「周圍人群的羞辱」感受上顯著較低。

表 二十九 周圍人群的羞辱之線性迴歸分析($N=101$)

變項	非標準 化係數	SE B	標準化 係數	R^2	Adj R^2	F
Model 2				0.41	0.398	34.061***
constant	3.196	0.33				
揭露後淨情緒反應	-0.066	0.013	-0.413***			
自尊	-0.048	0.011	-0.367***			

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

在家庭的羞辱因素中，如表三十，最終模型共納入三項顯著預測因子，分別為「自尊」($\beta = -0.353, p < 0.001$)、「家庭功能」($\beta = -0.259, p < 0.01$)及「向特定對象的揭露程度」($\beta = -0.199, p < 0.05$)。整體模型達統計顯著($F = 16.753, p < 0.001$)，其調整後解釋力為32.1%。結果顯示，自尊較高、家庭功能良好以及對特定對象揭露程度較高的受試者，其在「家庭的羞辱」感受上顯著較低。

表 三十 家庭的羞辱之線性迴歸分析(N=101)



變項	非標準 化係數	SE B	標準化 係數	R^2	Adj R^2	F
Model 3				0.341	0.321	16.753***
constant	4.117	0.406				
自尊	-0.049	0.012	-0.353***			
家庭功能	-0.065	0.023	-0.259**			
向特定對象的揭露 程度	-0.064	0.028	-0.199*			

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

第五章、結論與討論

本研究旨在探討臺灣女性不孕污名之意涵及影響不孕污名之相關因素，本章依據研究目的、假設及結果，進行分析探討，並比較各國不孕污名現況。

第一節 不孕污名相關之重要因素

不孕污名與年紀的相關性

本研究發現在人口學特徵當中，年齡與不孕污名有顯著的負相關性，表示在年輕的族群當中，會有較高的自我貶抑感及社會退縮情形。Yilmaz and Kavak (2019)顯示傳統文化下，年輕女性可能面臨額外心理壓力與自我污名。Taebi et al.(2021)的質性訪談指出，傳統文化下年輕女性可能面臨更高壓力與污名期待，

日本不孕污名的研究中(Yokota et al., 2022)，其受試者年紀($M=35.9\pm5.6$)與本研究相近，不孕污名得分為 73.6 ± 23.9 分，與本研究不孕污名相比($M=45.78\pm14.81$)高出許多，除了年紀因素，影響不孕污名因素也存在文化差異。

不孕污名與揭露

本研究結果發現揭露對象為直系親屬中，向自己的家人揭露多於配偶的家人，而在直系親屬之外的親友中，最常向親密的好友揭露生育上的困難，揭露後的情緒反應為正向居多，這樣的結果與 Kim et al.(2021)所提出的結論相符，揭露有助於降低憂鬱情緒。然而，有別於 Slade et al.(2007)研究中所發現，揭露生育困難可能導致情緒困擾增加的情況。在一篇講述揭露歷程模式(Disclosure Processes Model)的研究可解釋這個部分，揭露後的心理結果並非單向決定，當個體從揭露中獲得理解與支持，有助於心理適應與減少污名，但若遭遇否定或冷漠，則可能加重心理壓力及自我否定(Chaudoir & Fisher, 2010)

因此，本研究亦呼應相關文獻的觀點，揭露的「品質」比「範圍」更為關鍵，並非揭露對象愈多愈好；過度擴大揭露範圍，若缺乏支持性回饋，反而可能造成反效果。除了營造支持的環境，尊重對方揭露意願也是同為重要的。Honest, Open, Proud Program (HOP；前稱「勇敢揭露 Coming Out Proud, COP」)是一套



由同儕帶領的團體計畫，旨在協助心理疾病患者做出揭露決策，並學習如何因應污名。然而這個目標並不是推動人們進行揭露，而是促進審慎的揭露，選擇不完全揭露也可能是合理的選擇，也被稱為賦權的不揭露(Rusch & Kusters, 2021)。

不孕污名及自尊

此外，本研究也發現不孕污名與自尊存在顯著負相關，即當個案感受到較高的不孕污名，則也會產生低自尊情形。而 Taebi et al. (2021)的質性研究指出，不孕女性經歷來自社會與自我的污名，這些污名會被內化為負面情緒與自我價值貶低，從而威脅其自尊與心理健康，與本研究結果呈現一致。Peterson 等人(2025)亦指出，不孕者常將不孕視為個人失敗，這種內化的羞辱感受可能進一步損害其自尊與心理健康。

不孕污名及家庭功能

在家庭功能方面，與不孕污名及其四個向度也是同樣存在顯著負相關，意即家庭功能愈良好，感受到的不孕污名愈少。臺灣研究亦指出家庭污名對家庭的影響是透過自我污名的中介作用所產生，換言之，良好的家庭功能可降低污名感受，進而減少個體將外在批判內化為自我否定(Lin et al., 2021)。Zou et al. (2024)發現，良好的家庭功能——特別是情感支持——能透過提升自我效能與減少心理壓力，顯著緩解接受人工生殖治療者的焦慮與憂鬱。系統性回顧 Xie et al. (2023)進一步強調，社會與家庭支持為減少不孕污名感的重要因子。

不孕污名與中庸思維

本研究發現中庸思維與是否與家人同住具有顯著差異，前文有提及中庸思維多方思考後做出最適切的決定，各種中庸故進一步以不同家庭功能分組，藉以了解中庸思維與家庭功能之間的關係，然而，單因子變異數分析結果無顯著差異。Li et al.(2023)提出家庭適應性(family adaptability)的概念，是指家庭成員在面對生活壓力或變動情境時，能夠靈活調整角色、關係與互動方式以維持家庭運作的能力，研究指出家庭適應性與中庸思維之間存在正相關，也間接可解釋本研究結果

家庭功能與中庸思維並無顯著相關。

本研究發現，未與家人同住者中庸思維較高。雖未見有直接文獻對此現象進行驗證，但可從中庸思維的理論與互動情境特性進行合理推斷。根據吳佳輝及林以正(2005)對中庸思維的界定，其本質是一種動態情境整合理性，需透過對不同社會場域的協調與適應得以啟動。當個體離開家庭，進入工作、合租或社交等多元人際環境時，需要更頻繁地運用中庸策略，促進了思維發展。而留在原生家庭中的個體，若家庭互動較單一或權威色彩濃厚，可能反而難以激發此一思維風格，因此中庸思維得分可能較低。這一發現雖為推論，但具有理論上的一致性，亦與中庸思維需通過多元角色協商與情境適應的觀點相呼應。

此外，研究結果也顯示中庸思維與自我貶抑及社會退縮皆呈現顯著正相關，根據中庸思維的核心概念，其強調在人際互動中追求和諧、避免衝突與節制情緒表達(吳佳輝 & 林以正, 2005)。此種取向雖有助於維持人際穩定，但也可能限制主動表達情緒感受的能力。根據 Cui et al. (2022)研究指出，中庸思維在華人年輕族群中與心理社會適應呈現正相關，具有促進情緒調節與人際和諧之作用。然而，研究亦指出，若個體習慣性採用情緒壓抑策略 (expressive suppression)，則可能對其心理健康產生不利影響。此結果顯示，儘管中庸思維可促進心理調適，若伴隨過度的衝突迴避與自我情緒壓抑，仍可能轉化為自我貶抑與社會退縮的心理風險因子。

第二節 臺灣女性不孕污名的文化脈絡與跨國比較

跨國比較：不孕污名強度與因素差異

本研究與他國關於不孕污名的研究比較可見(量表範圍27至135分)，日本的污名程度最高(73.6±20.9分)(Yokota et al., 2022)，皆高於中國(62.6±21.6分)(Fu et al., 2015)與土耳其(51.7±23.0分)(Capik et al., 2019)，顯示在這些國家中日本女性感受的不孕污名最為強烈。在日本與南韓等研究中，「自我貶抑」與「周圍人群的羞辱」是得分較高的兩個構面；本研究則呈現不同型態，以「社會退縮」得分最高，其次依序為自我貶抑、家庭羞辱與周圍人群的羞辱，顯示雖然污名普遍存在，但其表徵與主要影響路徑在文化脈絡與樣本特性下有所差異。

華人文化對不孕污名型態的塑造

本段旨在探討社會文化壓力如何塑造不孕污名的呈現型態，並比較本研究與雷俊等人(2010)及 Lin 等人(2022)的發現。雷俊等人(2010)指出，在中國傳統文化脈絡下，不孕女性因承擔強烈的傳宗接代期待、性別角色不平等與社會對不孕知識的匱乏，而承受明顯的外部污名，進而造成心理壓力、低自尊、婚姻緊張與人際疏離。相較之下，本研究顯示臺灣女性的不孕污名更傾向內化，尤以「社會退縮」與「自我貶抑」最為突出，且揭露程度與家庭功能對污名感具有緩和作用。此一結果一方面呼應雷俊等人(2010)所指出的社會文化壓力來源，另一方面進一步指出，透過增強心理支持與促進良好家庭互動，可阻斷外部壓力向內化的負向轉化。

同樣以臺灣不孕女性為對象，Lin et al.(2022)聚焦於家庭污名如何透過自我污名影響心理適應，發現家庭污名本身並非直接損害心理福祉，而是完全透過自我污名中介，進一步降低自尊並影響正向與負向情緒。相比之下，本研究在涵蓋自我污名(如自我貶抑)之外，亦擴展納入社會退縮、周圍人群羞辱與家庭羞辱等構面，並揭示揭露行為與家庭功能的調節效果。結果顯示，揭露程度與自尊在降低內化型污名(尤其是社會退縮與自我貶抑)上具有顯著保護作用。整體而言，

Lin et al. (2022) 揭示污名內化的負向傳導機制，本研究則補充指出自尊與揭露可作為削弱該機制的關鍵緩衝因子。

臺灣女性不孕污名的文化心理輪廓

綜合本研究與華人及東亞地區相關研究，可更清晰地勾勒出臺灣女性不孕污名的文化心理輪廓。本研究樣本以高教育、高家庭收入及良好家庭功能者為主，整體心理與社會資源相對較佳，這可能使得不孕污名得分偏低，並影響其因應方式。研究發現，臺灣女性在不孕污名各因素中以「社會退縮」得分最高，顯示多數個體在面對不孕議題時傾向減少社交互動以避免他人詢問與評價，此結果與中國的相關研究 (Fu et al., 2015) 一致，皆指出華人文化脈絡下，對未能完成生育角色的擔憂常轉化為社交上的自我保護。

此外，本研究亦發現揭露程度愈高，不孕污名感愈低，而影響最明顯的是社會退縮，顯示在退縮背後，部分女性若能跨出揭露行為，反而可能在互動中獲得情緒支持與認同，進一步降低內化的羞辱感。多數揭露後感受到的情緒為正向與被支持，強調建構開放與支持性的社會環境對減輕污名經驗的重要性。

再者，吳 (2017) 在其橫跨兩岸研究中指出，自我污名得分略高於家庭污名，顯示個體內在的自我否定為主要情緒來源。雖然本研究中「自我貶抑」並非得分最高的構面，仍反映出不孕女性對個人價值的質疑與情緒壓力。與日本研究 (Yokota et al., 2022) 比較，儘管兩者樣本年齡相近，日本女性的不孕污名總分顯著高於本研究受試者，顯示不同文化對女性生育角色期待以及污名內化程度仍存在差異，這可能與日本婚育綁定、強調表面和諧與情緒抑制的高羞恥與集體主義文化有關 (Markus & Kitayama, 1991)。

綜合上述，本研究從構面得分、因應方式與跨文化比較出發，描繪出臺灣女性所面對不孕污名的文化心理特性。





綜合本研究與華人及東亞地區相關研究結果，可更清晰地勾勒出臺灣女性不孕污名的文化心理輪廓。本研究的樣本特性以高教育、高家庭收入及家庭功能良好者為主，整體心理與社會資源相對較佳，這可能使得不孕污名得分較低，並影響其因應方式。研究發現，臺灣女性在不孕污名各因素中以「社會退縮」得分最高，顯示多數個體在面對不孕議題時，傾向減少社交互動以避免他人詢問與評價，此結果與中國研究（Fu et al., 2015）一致，皆指出華人文化脈絡下，女性對「未能完成生育角色」的擔憂常轉化為社交上的自我保護行為。此外，本研究亦發現「揭露程度愈高，則不孕污名感愈低」，而影響最多的為社會退縮，顯示在退縮背後，部分女性若能跨出揭露行為，反而可在互動中獲得情緒支持與認同，進一步降低其內化的羞辱感。多數揭露後感受到的情緒為正向與被支持，顯示建立開放、支持性的社會環境有助於減輕污名經驗。

此外，吳（2017）在其橫跨兩岸的研究中指出，自我污名得分略高於家庭污名，顯示個體內在的自我否定為主要情緒來源。雖然本研究中「自我貶抑」非最高因素，仍呈現出不孕女性對個人價值的質疑與情緒壓力。而與日本研究（Yokota et al., 2022）相比，儘管本研究與其樣本年齡相近，日本女性的不孕污名總分卻明顯高於本研究受試者，顯示不同文化中對女性生育角色的期待與個體內化的程度仍存在差異，其可能與日本婚育綁定，以及強調表面和諧與情緒抑制的高羞恥、集體主義文化有關（Markus & Kitayama, 1991）。

綜合上述，本研究從構面得分、因應方式與跨文化比較中，描繪出臺灣女性所面對不孕污名的心理輪廓與文化特性。

第六章、優勢與建議

本研究有若干限制需加以說明。首先，研究樣本以教育程度較高、家庭收入較佳且家庭功能良好的族群為主，本研究受試者的家庭年收入高於內政部所揭示的一般育齡已婚家庭中位數(主計總處, 2023)，顯示本樣本在社經地位上有向上偏移的傾向。較高的家庭收入意味著較充裕的心理與物質資源，例如更容易取得醫療協助、較強的自我效能與社會支持網絡，這些都可能使女性在面對不孕污名時具備更大的調適能力 (Fu et al., 2015)，包括揭露行為的安全感與減輕內化的羞辱，結果可能無法完全推及至其他社經地位或家庭功能較低之不孕族群。因此，年收入的差異不僅是解釋本研究污名感偏低的一個潛在來源，也提示結果在外推至收入較低的族群時需謹慎；未來研究應將家庭收入納入控制變項或進行分層分析，以釐清其調節／中介角色。

其次，本研究使用之不孕污名量表 (ISS) 在施測過程中，因問卷設計疏漏，自我貶抑構面最後兩題 (「因為不孕，我自己看不起自己」、「因為不孕，我覺得自己沒用」) 未被施測與分析，雖然整體量表仍具高信度，但該構面之結果需謹慎詮釋。

最後，研究中揭露經驗的測量僅限於直系親屬及親友，未涵蓋社群平台及職場等重要的揭露情境，後續研究可納入更多元的人際脈絡。最後，部分參與者因遺傳疾病因素接受試管療程，或為受贈卵子族群，顯示不孕成因與族群的異質性仍需在未來研究中進一步區辨與探討。

第七章、結論

本研究針對接受試管療程的臺灣女性，探討不孕污名的現況、其影響因素與跨文化特性。結果顯示，在不孕污名的各因素中，以「社會退縮」得分最高，其次為自我貶抑、家庭羞辱與周圍人群的羞辱，反映出受試者在面對不孕議題時，傾向以減少社交互動的方式來避免他人詢問與評價。逐步迴歸分析指出，揭露後的正向情緒、自尊、向特定對象的揭露程度、家庭功能及年齡為影響不孕污名的重要因子，能有效預測總分及各因素之污名程度。值得注意的是，本研究樣本多為家庭收入較佳且家庭功能良好的族群，顯示在資源較充足的情境下，不孕污名雖仍存在，但其心理調適方式及因應策略可能有所不同。

綜合研究結果，建立安全、可信賴的支持性社會網絡，並促進正向的揭露經驗，有助於減少污名與孤立感；同時也指出，揭露的品質比範圍更為關鍵。跨文化比較顯示，雖然東亞文化共同存在婚育角色的期待，臺灣女性的不孕污名型態呈現以社會退縮為主的特徵，與其他國家有所差異。

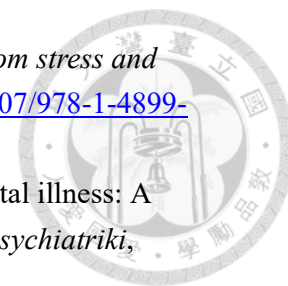
本研究結果可提供以下兩點實務參考。第一、自尊及揭露為主要預測因子，臨床人員可於初診評估時快速篩檢自尊較低、揭露困難的個案，及早介入以降低污名衝擊。第二、研究顯示家庭收入與家庭功能可能影響污名感，建議將社經與家庭支持評估納入常規諮詢流程，以提供分層化、文化敏感度高的心理支持。

第八章 參考文獻

英文部分

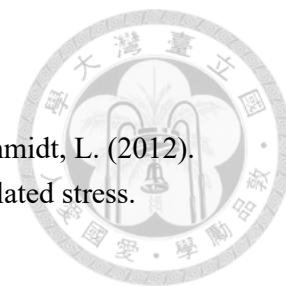


- Anderson, K., Norman, R. J., & Middleton, P. (2010). Preconception lifestyle advice for people with subfertility. *Cochrane Database Syst Rev*(4), CD008189. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008189.pub2>
- Baumeister, R. F. (1997). Identity, self-concept, and self-esteem: The self lost and found. In *Handbook of personality psychology* (pp. 681-710). Elsevier.
- Capik, A., Aksoy, M., Yilmaz, E., & Yilmaz, F. (2019). Infertility Stigma Scale: A psychometric study in a Turkish sample. *Perspect Psychiatr Care*, 55(2), 328-335. <https://doi.org/10.1111/ppc.12360>
- Carson, A., Webster, F., Polzer, J., & Bamford, S. (2021). The power of potential: Assisted reproduction and the counterstories of women who discontinue fertility treatment. *Soc Sci Med*, 282, 114153. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114153>
- Chambers, S. K., Dunn, J., Occhipinti, S., Hughes, S., Baade, P., Sinclair, S., Aitken, J., Youl, P., & O'Connell, D. L. (2012). A systematic review of the impact of stigma and nihilism on lung cancer outcomes. *BMC cancer*, 12(1), 184-184. <https://doi.org/10.1186/1471-2407-12-184>
- Chaudoir, S. R., & Fisher, J. D. (2010). The disclosure processes model: understanding disclosure decision making and postdisclosure outcomes among people living with a concealable stigmatized identity. *Psychol Bull*, 136(2), 236-256. <https://doi.org/10.1037/a0018193>
- Chen, W. A., Wu, C. L., Ho, H. Y., Chang, F., Yang, J. H., Kung, F. T., Chen, M. J., & Chen, M. J. (2025). Social determinants of health that impact the time to diagnosis and treatment of infertility in Taiwan. *J Formos Med Assoc*, 124(4), 348-354. <https://doi.org/10.1016/j.jfma.2024.05.002>
- Cheng, Y.-h. A. (2020). Ultra-low fertility in East Asia: Confucianism and its discontents. *Vienna Yearbook of Population Research*, 18, 83-120. <https://doi.org/10.1553/populationyearbook2020.rev01>
- Cooper-Hilbert, B. (1998). *Infertility & involuntary childlessness: Helping couples cope*. W. W. Norton & Company.
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). The paradox of self-stigma and mental illness. 9(1), 35-53. <https://doi.org/10.1093/clipsy.9.1.35>
- Cui, L., Tang, G., & Huang, M. (2022). Expressive suppression, confucian Zhong Yong thinking, and psychosocial adjustment among Chinese young adults. *Asian Journal of Social Psychology*, 25(4), 715-730. <https://doi.org/10.1111/ajsp.12529>
- Dunkel-Schetter, C., & Lobel, M. (1991). Psychological reactions to infertility. In A. L.



- Stanton & C. Dunkel-Schetter (Eds.), *Infertility: Perspectives from stress and coping research* (pp. 29-57). Plenum Press. https://doi.org/10.1007/978-1-4899-0753-0_3
- Economou, M., Bechraki, A., & Charitsi, M. (2020). The stigma of mental illness: A historical overview and conceptual approaches. *Psychiatrike= Psychiatriki*, 31(1), 36-46.
- Ergin, R. N., Polat, A., Kars, B., Oztekin, D., Sofuoglu, K., & Caliskan, E. (2018). Social stigma and familial attitudes related to infertility. *Turk J Obstet Gynecol*, 15(1), 46-49. <https://doi.org/10.4274/tjod.04307>
- Fu, B., Qin, N., Cheng, L., Tang, G., Cao, Y., Yan, C., Huang, X., Yan, P., Zhu, S., & Lei, J. (2015). Development and validation of an Infertility Stigma Scale for Chinese women. *J Psychosom Res*, 79(1), 69-75. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2014.11.014>
- Gameiro, S., Boivin, J., Peronace, L., & Verhaak, C. M. (2012). Why do patients discontinue fertility treatment? A systematic review of reasons and predictors of discontinuation in fertility treatment. *Hum Reprod Update*, 18(6), 652-669. <https://doi.org/10.1093/humupd/dms031>
- Gameiro, S., Verhaak, C. M., Kremer, J. A., & Boivin, J. (2013). Why we should talk about compliance with assisted reproductive technologies (ART): a systematic review and meta-analysis of ART compliance rates. *Hum Reprod Update*, 19(2), 124-135. <https://doi.org/10.1093/humupd/dms045>
- Goffman, E. (2010). 污名: 管理受損身分的筆記 (曾凡慈, Trans.). 群學. (1963)
- Greenwald, A. G., Bellezza, F. S., & Banaji, M. R. (1988). Is self-esteem a central ingredient of the self-concept? *Personality and Social Psychology Bulletin* 14(1), 34-45. <https://doi.org/10.1177/0146167288141004>
- Hammerli, K., Znoj, H., & Barth, J. (2009). The efficacy of psychological interventions for infertile patients: a meta-analysis examining mental health and pregnancy rate. *Hum Reprod Update*, 15(3), 279-295. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmp002>
- Hanschmidt, F., Linde, K., Hilbert, A., Riedel- Heller, S. G., & Kersting, A. (2016). Abortion Stigma: A Systematic Review. *Perspectives on sexual and reproductive health*, 48(4), 169-177. <https://doi.org/10.1363/48e8516>
- Hasanpoor-Azghady, S. B., Simbar, M., Vedadhir, A. A., Azin, S. A., & Amiri-Farahani, L. (2019). The Social Construction of Infertility Among Iranian Infertile Women: A Qualitative Study. *Journal of reproduction & infertility*, 20(3), 178-190.
- Henderson, B., Davison, K., Pennebaker, J., Gatchel, R., & Baum, A. (2002). Disease

- Disclosure Patterns Among Breast Cancer Patients. *Psychology & Health*, 17(1), 51-62. <https://doi.org/10.1080/08870440290001520>
- Inhorn, M. C., & Balen, F. v. (2002). *Infertility around the globe : new thinking on childlessness, gender, and reproductive technologies / edited by Marcia C. Inhorn, Frank van Balen*. University of California Press.
- Kim, M., & Ban, M. (2022). The Reliability and Validity of Korean Version of the Infertility Stigma Scale (K-ISS). *Journal of Korean Academy of Nursing*, 52(6), 582. <https://doi.org/10.4040/jkan.22068>
- LeBel, T. P. (2008). Perceptions of and Responses to Stigma. *Sociology Compass*, 2(2), 409-432. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9020.2007.00081.x>
- Lee, M. C., Chien, P. S., Zhou, Y., & Yu, T. (2024). Prevalence and help-seeking for infertility in a population with a low fertility rate. *PLoS One*, 19(7), e0306572. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0306572>
- Li, C. (2008). Production and influence of the Chinese tradition birth idea. *Journal of North China Institute of Water Conservancy and Hydroelectric Power (Social Sciences Edition)*, 24, 77-80.
- Li, H., Lei, J., Xu, F., Yan, C., Guimerans, M., Xing, H., Sun, Y., & Zhang, D. (2017). A study of sociocultural factors on depression in Chinese infertile women from Hunan Province. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 38(1), 12-20. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2016.1265500>
- Lin, Y. T., Wang, A. W., Wei, S., Hong, J. S., & Hsu, W. Y. (2022). The relationship between infertility family stigma, self-stigma and psychological well-being in female first-visit patients at a reproductive medicine center in Taiwan. *Health Psychol Rep*, 10(2), 122-128. <https://doi.org/10.5114/hpr.2021.107335>
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363–385. <https://doi.org/https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>
- Livingston, J. D., & Boyd, J. E. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med*, 71(12), 2150-2161. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.09.030>
- Loftus, J., & Namaste, P. (2011). Expectant mothers: Women's infertility and the potential identity of biological motherhood. *Qualitative Sociology Review*, 7(1), 36-54.
- Mahajan, A. P., Sayles, J. N., Patel, V. A., Remien, R. H., Sawires, S. R., Ortiz, D. J., Szekeres, G., & Coates, T. J. (2008). Stigma in the HIV/AIDS epidemic: a review of the literature and recommendations for the way forward. *AIDS*



- (London), 22(Suppl 2), S67-S79.
<https://doi.org/10.1097/01.aids.0000327438.13291.62>
- Martins, M. V., Peterson, B. D., Costa, P., Costa, M. E., Lund, R., & Schmidt, L. (2012). Interactive effects of social support and disclosure on fertility-related stress. *Journal of Social and Personal Relationships*, 30(4), 371-388.
<https://doi.org/10.1177/0265407512456672>
- National Institute for Clinical Excellence. (2004). *Fertility: Assessment and treatment for people with fertility problems* (Clinical guideline CG11). N. I. f. C. Excellence. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg11>
- Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. (2008). Definitions of infertility and recurrent pregnancy loss. *Fertility and sterility*, 89(6), 1603. <https://doi.org/doi.org/10.1016/j.fertnstert.2008.03.002>
- Quinn, D. M., & Earnshaw, V. A. (2013). Concealable Stigmatized Identities and Psychological Well-Being. *Soc Personal Psychol Compass*, 7(1), 40-51.
<https://doi.org/10.1111/spc3.12005>
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton University Press.
- Rosenberg, M., Schooler, C., Schoenbach, C., & Rosenberg, F. (1995). Global self-esteem and specific self-esteem: Different concepts, different outcomes. *American sociological review*, 141-156.
- Rusch, N., & Kusters, M. (2021). Honest, Open, Proud to support disclosure decisions and to decrease stigma's impact among people with mental illness: conceptual review and meta-analysis of program efficacy. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 56(9), 1513-1526. <https://doi.org/10.1007/s00127-021-02076-y>
- Saiki, L. S., & Lobo, M. L. (2011). Disclosure: a concept analysis. *J Adv Nurs*, 67(12), 2713-2722. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05741.x>
- Slade, P., O'Neill, C., Simpson, A. J., & Lashen, H. (2007). The relationship between perceived stigma, disclosure patterns, support and distress in new attendees at an infertility clinic. *Hum Reprod*, 22(8), 2309-2317.
<https://doi.org/10.1093/humrep/dem115>
- Sternke, E. A., & Abrahamson, K. (2015). Perceptions of Women with Infertility on Stigma and Disability. *Sexuality and Disability*, 33(1), 3-17.
<https://doi.org/10.1007/s11195-014-9348-6>
- Steuber, K. R., & High, A. (2015). Disclosure strategies, social support, and quality of life in infertile women. *Hum Reprod*, 30(7), 1635-1642.
<https://doi.org/10.1093/humrep/dev093>
- Taeibi, M., Kariman, N., Montazeri, A., & Alavi Majd, H. (2021). Infertility Stigma: A

- Qualitative Study on Feelings and Experiences of Infertile Women. *Int J Fertil Steril*, 15(3), 189-196. <https://doi.org/10.22074/IJFS.2021.139093.1039>
- Thornicroft, G., Sunkel, C., Alikhon Aliev, A., Baker, S., Brohan, E., El Chammay, R., Davies, K., Demissie, M., Duncan, J., Fekadu, W., Gronholm, P. C., Guerrero, Z., Gurung, D., Habtamu, K., Hanlon, C., Heim, E., Henderson, C., Hijazi, Z., Hoffman, C.,... Winkler, P. (2022). The Lancet Commission on ending stigma and discrimination in mental health. *Lancet*, 400(10361), 1438-1480. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01470-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01470-2)
- van Brakel, W. H., Anderson, A. M., Mutatkar, R. K., Bakirtziev, Z., Nicholls, P. G., Raju, M. S., & Das-Pattanayak, R. K. (2006). The Participation Scale: measuring a key concept in public health. *Disabil Rehabil*, 28(4), 193-203. <https://doi.org/10.1080/09638280500192785>
- Verhaak, C. M., Smeenk, J. M., Evers, A. W., Kremer, J. A., Kraaimaat, F. W., & Braat, D. D. (2007). Women's emotional adjustment to IVF: a systematic review of 25 years of research. *Hum Reprod Update*, 13(1), 27-36. <https://doi.org/10.1093/humupd/dml040>
- WHO. (2023). *1 in 6 people globally affected by infertility: WHO*. World Health Organization. Retrieved 2025, July 30 from <https://www.who.int/news/item/04-04-2023-1-in-6-people-globally-affected-by-infertility>
- Wu, C.-h., & Lin, Y.-C. (2005). Development of a Zhong-Yong thinking style scale. *Indigenous Psychological Research in Chinese Societies*, 24, 247-300.
- Xie, Y., Ren, Y., Niu, C., Zheng, Y., Yu, P., & Li, L. (2023). The impact of stigma on mental health and quality of life of infertile women: A systematic review. *Frontiers in Psychology*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1093459>
- Yilmaz, E., & Kavak, F. (2019). The effect of stigma on depression levels of Turkish women with infertility. *Perspect Psychiatr Care*, 55(3), 378-382. <https://doi.org/10.1111/ppc.12319>
- Yokota, R., Okada, H., Okuhara, T., Goto, E., Furukawa, E., Shirabe, R., Sakakibara, K., & Kiuchi, T. (2022). Development of the Japanese Version of the Infertility Stigma Scale: Examination of Its Reliability and Validity. *Healthcare (Basel)*, 10(3). <https://doi.org/10.3390/healthcare10030505>
- Zou, F., Fang, Y., Lin, Y., Feng, Z., Cai, S., Huang, J., Zheng, S., & Li, J. (2024). Pathway analysis of the impact of family function and self-efficacy on depression and anxiety in patients undergoing in vitro fertilization-embryo transfer. *BMC Psychol*, 12(1), 749. <https://doi.org/10.1186/s40359-024-02246-y>

中文部分



- 內政部. (2024). *111 年人口統計資料：出生及生育資料*.
- 主計總處. (2023). *所得總額與可支配所得 (表1)*. 主計總處 (行政院).
<https://www.dgbas.gov.tw/>
- 吳佳輝, & 林以正. (2005). 中庸思維量表的編製. *本土心理學研究*, 24:.
- 吳宜蓉. (2017). *不孕污名與因應策略對不孕患者情緒適應的影響*
- 吳嘉苓. (2002). 受污名的性別, 性別化的污名: 從臺灣 [不孕] 男女處境分析污名的性別政治.
- 林彥奴. (2009). 生」與「不生」的矛盾: 現代女性生育行為之探究
- 林惘怡. (2017). *不孕污名對不孕夫妻情緒的影響行動者與伴侶相依模式探討*
- 雷俊, 李暉, 朱妹娟, & 晏春麗. (2010). 不孕症女性污名現象產生原因、影响及对策思考. 31(4).
- 劉仲冬. (1998).
- 潘淑滿. (2005). 台灣母職圖像. *女學學誌: 婦女與性別研究*, 41-91.
- 衛生福利部. (2024). *111 年人工生殖施行結果分析報告*. Taipei, Taiwan: Ministry of Health and Welfare

附錄



基本資料

機密

基本資料

請完成以下問卷。

謝謝！

- | | |
|--------------------------|--|
| 1) 出生年月日 | _____ |
| 2) 年齡 | _____ |
| 3) 教育程度 | ☐ 高中
☐ 大學
☐ 碩士
☐ 博士 |
| 4) 宗教信仰 | ☐ 無
☐ 佛道教
☐ 伊斯蘭教
☐ 一貫道
☐ 基督教 |
| 5) 家庭年收入 | ☐ 100萬以下
☐ 100至200萬
☐ 200萬以上 |
| 6) 職業 | ☐ 家管
☐ 上班族
☐ 醫療相關人員
☐ 老師
☐ 自營者
☐ 其他 |
| 7) 與除了先生以外的家人同住 | ☐ 是
☐ 否 |
| 8) 結婚多久 | ☐ 一年以內
☐ 一年至兩年
☐ 兩年至五年
☐ 五年至十年
☐ 十年以上 |
| 9) 備孕多久 | ☐ 半年
☐ 半年至一年
☐ 一年以上 |
| 10) 先生有沒有其他兄弟姊妹? | ☐ 是
☐ 否 |
| 11) 其他兄弟姊妹是否已有生育小孩(包含懷中) | ☐ 是
☐ 否 |



- 12) 您的生育動機主要來自於
- ☐ 家人期待
☐ 伴侶期待
☐ 伴侶共識
☐ 自我規劃
☐ 其他
- 13) 承上題，若為其他，請簡述您的想法
- 14) 經醫師診斷，不孕原因主要為：
- ☐ 卵巢因素
☐ 輸卵管因素
☐ 多種因素
☐ 男性因素
☐ 檢查皆正常，因個人生育規劃進行
管療程
- 15) 過去曾經歷過幾次取卵？
- ☐ 0次
☐ 1次
☐ 2次
☐ 3次
☐ 4次
☐ 5次以上
- 16) 過去曾經歷過幾次植入？
- ☐ 0次
☐ 1次
☐ 2次
☐ 3次
☐ 4次
☐ 5次以上

植入結果 次數(若目前為植入後懷孕，不列入統計，因此無懷孕中選項，以下若無填寫0即可)

未懷孕 _____
淺著床 _____
流產(胚胎萎縮/無心跳) _____

不孕污名量表

機密

不孕污名

不孕使女性自視為有缺陷、不完整等自我認同改變，感到自責、愧疚、被孤立等，亦承受被家庭成員貶損、排擠及評價等各種心理及社會壓力。透過不孕污名量表可以幫助我們更多了解您的需求。



以下為不孕污名問卷，共25題，請根據問題選出最合適的答案

	非常不同意	不同意	不確定	同意	完全同意
1) 因為不孕，我覺得自己的命不好	☐	☐	☐	☐	☐
2) 因為不孕，我覺得自己作為女人很失敗	☐	☐	☐	☐	☐
3) 因為不孕，我覺得自己是家裡的負擔	☐	☐	☐	☐	☐
4) 因為不孕，我覺得自己和別人不一樣	☐	☐	☐	☐	☐
5) 因為不孕，我在別人面前抬不起頭	☐	☐	☐	☐	☐
6) 因為不能懷孕，我對懷孕和小孩的事變得敏感	☐	☐	☐	☐	☐
7) 被問起孩子的事，我會感到尷尬	☐	☐	☐	☐	☐
8) 因為不孕，我盡量避免與其他人接觸	☐	☐	☐	☐	☐
9) 我不願意提起不孕這件事情	☐	☐	☐	☐	☐
10) 我盡量對我的病情保密	☐	☐	☐	☐	☐
11) 沒有小孩，被別人歧視/排斥是平常的事	☐	☐	☐	☐	☐
12) 我不敢主動結交朋友，以防他/她會知道我有不孕症	☐	☐	☐	☐	☐
13) 我擔心別人知道我的情況後疏遠我	☐	☐	☐	☐	☐
14) 我擔心別人知道我的情況後看不起我	☐	☐	☐	☐	☐
15) 我擔心別人知道我的情況後嘲笑我	☐	☐	☐	☐	☐
16) 因為不孕，我在別人眼裡是異類，是不完整的女人	☐	☐	☐	☐	☐
17) 因為不孕，別人在背後議論/嘲笑我	☐	☐	☐	☐	☐
18) 因為不孕，周圍的人看不起我	☐	☐	☐	☐	☐
19) 因為不孕，人們將我和其他人區別看待	☐	☐	☐	☐	☐
20) 不孕毀了我的生活	☐	☐	☐	☐	☐
21) 我擔心和丈夫的關係變得不好	☐	☐	☐	☐	☐
22) 我擔心丈夫會和我離婚	☐	☐	☐	☐	☐
23) 因為不孕，家人對我的關愛、支持不如以前	☐	☐	☐	☐	☐
24)					

中庸思維量表

機密

中庸思維量表

中庸思維是華人文化個人與他人的互動情境中，最為突顯的一種思維方式，它不僅隱含了個人本身的自我感受，也隱含了他人所給予的外在要求，透過中庸思維，可了解在社會期待的框架下，女性是如何對於生育的選擇做出回應？

	完全不符合	不符合	有點不符合	中立	有點符合	符合	完全符合
1) 做決定時，我通常會為了顧及整體的和諧，而調整自己的表達方式	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2) 我會在考慮他人的意見後，調整我原來的想法	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3) 我在決定意見時，通常會考量整體氣氛的和諧性	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4) 做決定時，我會考量各種可能的狀況	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5) 我習慣從多方面的角度來思考同一件事情	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6) 我會試著將自己的意見融入他人的想法中	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7) 我會試著在意見爭執的場合中，找出大家都能夠接受的意見	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8) 在意見表決的時候，我會聽取所有的意見	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9) 我會試著在自己與他人的意見中，找到一個平衡點	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10) 我期待在討論的過程中，可以獲得具有共識的結論	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11) 我通常會以委婉的方式表達具有衝突的意見	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12) 意見討論時，我會兼顧相互爭執的意見	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13) 意見決定時，我會試著以和諧的方式，讓少數人接受多數人的意見	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

揭露量表

機密

揭露量表

與污名化管理有關的揭露行為，面對生育困難的你，是否常常陷入是否揭露的掙扎當中，除非確保揭露後能得到支持，否則是不會輕易與他人分享。



1. 您是否曾經告訴家人或者被問及關於生育上所面臨的困難?(勾選)			
	是	否	不適用
1) 自己的伴侶	☐	☐	☐
2) 自己的母親	☐	☐	☐
3) 自己的父親	☐	☐	☐
4) 自己的兄弟	☐	☐	☐
5) 自己的姊妹	☐	☐	☐
6) 伴侶的母親	☐	☐	☐
7) 伴侶的父親	☐	☐	☐
8) 伴侶的兄弟	☐	☐	☐
9) 伴侶的姊妹	☐	☐	☐

2. 您是否曾經告訴其他人或者被問及關於生育上所面臨的困難? (勾選)					
	0位	1位	2-4位	5-10位	11位以上
10) 除了以上所提到自己的家人，您還曾與幾位家庭成員分享過	☐	☐	☐	☐	☐
11) 我最親密的朋友	☐	☐	☐	☐	☐
12) 我遠方的朋友	☐	☐	☐	☐	☐
13) 除了以上所提到伴侶的家人，您還曾與幾位家庭成員分享過	☐	☐	☐	☐	☐
14) 我伴侶最親密的朋友	☐	☐	☐	☐	☐
15) 我伴侶遠方的朋友	☐	☐	☐	☐	☐

16) 3. 未來您會願意將生育上所面臨的困難告訴其他人嗎?	☐ 是 ☐ 否
17) 4. 對於向別人訴說生育上所面臨的困難，認為您和伴侶持有同樣的想法?	☐ 是 ☐ 否
18) 5. 您是否曾經向其他人提供關於與伴侶沒生育孩子這件事，非真實的資訊?	☐ 是 ☐ 否

6. 在以下群體中，訴說自己生育上所面臨的挑戰的困難程度?				
	一點也不困難	有一點困難	有些許困難	非常困難
19) 伴侶	☐	☐	☐	☐
20) 親密的家人或朋友	☐	☐	☐	☐
21) 遠方的家人或朋友	☐	☐	☐	☐



7.關於生育困難的坦承/保密有多困難呢?

	從不	極少	有時	總是
22) Q1 您有多想告訴其他人關於生育上所面臨的困難?	☐	☐	☐	☐
23) Q2 您有多想向其他人保密關於生育上所面臨的困難?	☐	☐	☐	☐

8.當您訴說關於生育上所面臨的困難時，您的感受如何呢?

	從不	極少	有時	總是
24) 釋然的	☐	☐	☐	☐
25) 尷尬的	☐	☐	☐	☐
26) 被羞辱的	☐	☐	☐	☐
27) 被理解的	☐	☐	☐	☐
28) 被孤立的	☐	☐	☐	☐
29) 感到不適當	☐	☐	☐	☐
30) 被支持的	☐	☐	☐	☐



Appendix 4.2 Disclosure questionnaire

1) Who have you told (or asked another person to tell) about the difficulties you are experiencing with fertility? (please tick appropriate box for partner/mother/father and state how many for brothers/sisters).

Family:

My:	Yes	No	N/A
Partner			
Mother			
Father			
Brother (s) - how many:	out of.....		
Sister (s) - how many:	out of.....		

My partner's:	Yes	No	N/A
Mother			
Father			
Brother (s) - how many:	out of.....		
Sister (s) - how many:	out of.....		

2) Who have you told (or asked another person to tell) about the difficulties you are experiencing with fertility? (please tick appropriate box)

Others

Group	Number told				
	0 than 10	1	2-4	5-10	more
Other family members not mentioned above					
My close friends					
My distant friends					
Other members of my partners family, not mentioned above					
My partners close friends					
My partners distant friends					
Someone who is having similar difficulties					
Co-workers					
Others					

3) Are you planning to tell anyone in the near future, about the difficulties you are experiencing around infertility?

☐ No ☐ Yes, if yes who i.e. Friend/Co-worker/Auntie...

.....

.....

.....

.....

4) Do you feel that you and your partner have similar views about telling others about the fertility difficulties you are having?

☐ YES ☐ NO



5) Have you ever given false information to questions from others related to not having a child with your partner?
☐ YES ☐ NO

6) How difficult it has been for you to talk to the different groups of people below about what you are experiencing in relation to your fertility difficulties: (please tick)

People:	Not at all difficult	A little difficult	Somewhat difficult	Extremely difficult
Partner				
Close family and close friends				
Distant family and distant friends				

7) How much have you wanted someone to talk to about your experiences of fertility difficulties? (please circle)

Not at all A little Somewhat A lot

8) To what degree have you wanted to keep your fertility problems a secret? (please circle)

Not at all A little Somewhat A lot

9) People have reported a variety of feelings when talking to others about their fertility difficulties, some of these feelings are listed in the table below. Some, all or none may relate to feelings you have experienced.

In the past have you ever felt the following, when talking to others about your fertility difficulties? (please tick)

Feeling	Not at all	A little	Somewhat	Extremely
Relieved				
Embarrassed				
Ashamed				
Understood				
Blamed				
Isolated				
Inadequate				
Supported				

自尊量表

機密

自尊量表

自尊為個體對自己整體的正向或負向的定位，是一種認同與否的態度，該量表可用來測量不孕女性自我價值及自我接受的感受。



第 1 頁

自尊量表				
	非常不同意	不同意	同意	非常同意
1) 1.整體而言，我對自己感到滿意	☐	☐	☐	☐
2) 2.有時候我會覺得自己一無是處	☐	☐	☐	☐
3) 3.我覺得我有許多優點	☐	☐	☐	☐
4) 4.我能把事情做得像大多數的人一樣好	☐	☐	☐	☐
5) 5.我覺得自己沒甚麼值得自豪的地方	☐	☐	☐	☐
6) 6.有時候我真的感到自己沒有用	☐	☐	☐	☐
7) 7.我覺得自己是個有價值的人，至少與別人不相上下	☐	☐	☐	☐
8) 8.我希望能夠對自己有更多的尊重	☐	☐	☐	☐
9) 9.整體而言，我傾向認為自己是個失敗者	☐	☐	☐	☐
10) 10.我對自己擁有正面積極的態度	☐	☐	☐	☐

家庭功能量表

機密

家庭支持

儘管這趟生育旅程充滿許多不確定性及各種壓力，但家人的支持總能讓人繼續走下去，這個量表想了解您從家庭獲得支持度是如何的呢？

第 1 頁

家庭支持度		非常同意	經常如此	有時這樣	幾乎很少
1)	1.當我遭遇困難時，可以從家人得到滿意的幫助	☐	☐	☐	☐
2)	2.我很滿意家人與我討論各種事情以及分擔問題的方式	☐	☐	☐	☐
3)	3.當我希望從事新的活動或發展時，家人都能接受且給予支持	☐	☐	☐	☐
4)	4.我很滿意家人對我表達情感的方式以及對我的情緒憤怒、悲傷、愛的反應	☐	☐	☐	☐
5)	5.我很滿意家人與我共度時光的方式	☐	☐	☐	☐

審查核可證明



國立臺灣大學
行為與社會科學研究倫理委員會

Research Ethics Committee
National Taiwan University
No. 1, Sec. 4, Roosevelt Rd., Taipei, Taiwan 10617, R.O.C
Phone: 3366-9956 Fax: 2362-9082

審查核可證明

核可日期：2024 年 7 月 2 日

倫委會案號：202404HM039

核可證明有效期限：2024 年 7 月 2 日起至 2024 年 8 月 31 日

計畫名稱：探討台灣女性之不孕污名意涵及其相關影響因素

校/院/系/計畫主持人：國立臺灣大學/醫學院/護理學系暨研究所/楊雅玲 助理教授

計畫文件版本日期：【研究計畫書，2024 年 3 月 20 日】、【知情同意書，2024 年 7 月 2 日】、

【問卷，2024 年 3 月 20 日】、【招募文宣，2024 年 6 月 19 日】

上述計畫業經 2024 年 7 月 2 日 國立臺灣大學行為與社會科學研究倫理委員會同意，符合研究倫理規範。本委員會的運作符合本校行為與社會科學研究倫理準則與規範及政府相關法律規章。

本案需經研究經費補助單位核准同意後，該計畫始得執行。

計畫主持人最遲應於本核可證明到期前的 6 週，提出持續審查申請表，本案需經持續審查，方可繼續執行。在計畫執行期間，若有計畫變更或嚴重不良反應事件，計畫主持人須依國內及本校相關法令規定通報本委員會。

行為與社會科學研究倫理委員會主任委員 洪貞玲

Ethical Review Approval
National Taiwan University

Date of approval: July 02, 2024

NTU-REC No.: 202404HM039

Validity of this approval: from July 02, 2024 to August 31, 2024

Title of protocol: Exploring the Stigma of Infertility and Its Associated Factors among Taiwanese Women.

University/ College/ Department/ Principal Investigator : National Taiwan University / College of

Medicine / Graduate Institute of Nursing / Assistant Professor Ya-Ling, Yang

Version date of documents : 【Research Protocol, March 20, 2024】，【Informed Consent Form, July

02, 2024】，【Questionnaires, March 20, 2024】，【Recruitment Advertising, June 19, 2024】

The protocol has been approved by Research Ethics Committee of National Taiwan University and has been classified as expedited on July 02, 2024. The committee is organized under, and operates in accordance with, Social and Behavioral Research Ethical Principles and Regulations of National Taiwan University and governmental laws and regulations.

Approval by funding agency is mandatory before project implementation.

Continuing Review Application should be submitted to Research Ethics Committee no later than six weeks before current approval expired. The investigator is required to report protocol amendment and Serious Adverse Events in accordance with the National Taiwan University and governmental laws and regulations.

Chairperson Chen-Ling Hung
Research Ethics Committee

持續審查核可證明



國立臺灣大學
行為與社會科學研究倫理委員會

Research Ethics Committee
National Taiwan University
No. 1, Sec. 4, Roosevelt Rd., Taipei, Taiwan 10617, R.O.C
Phone: 3366-9956 Fax: 2362-9082

持續審查 審查核可證明

核可日期：(持續審查) 2024 年 10 月 4 日

倫委會案號：202404HM039

核可證明有效期限：2024 年 10 月 4 日起至 2025 年 8 月 31 日

計畫名稱：探討台灣女性之不孕污名意涵及其相關影響因素

校/院/系/計畫主持人：國立臺灣大學/醫學院/護理學系暨研究所/楊雅玲 助理教授

計畫文件版本日期：【研究計畫書，2024 年 10 月 3 日】、【知情同意書，2024 年 7 月 2 日】、
【問卷，2024 年 3 月 20 日】、【招募文宣，2024 年 6 月 19 日】

上述計畫業經 2024 年 10 月 4 日國立臺灣大學行為與社會科學研究倫理委員會同意，符合研究倫理規範。本委員會的運作符合本校行為與社會科學研究倫理準則與規範及政府相關法律規章。

本案需經研究經費補助單位核准同意後，該計畫始得執行。

計畫主持人最遲應於本核可證明到期前的 6 週，提出持續審查申請表，本案需經持續審查，方可繼續執行。在計畫執行期間，若有計畫變更或嚴重不良反應事件，計畫主持人須依國內及本校相關法令規定通報本委員會。

行為與社會科學研究倫理委員會主任委員 洪貞玲

Ethical Review Approval
National Taiwan University

Date of approval (Continuing Review): October 04, 2024

NTU-REC No.: 202404HM039

Validity of this approval: from October 04, 2024 to August 31, 2025

Title of protocol: Exploring the Stigma of Infertility and Its Associated Factors among Taiwanese Women.

University/ College/ Department/ Principal Investigator: National Taiwan University / College of Medicine / Graduate Institute of Nursing / Assistant Professor Ya-Ling, Yang

Version date of documents: 【Research Protocol, October 03, 2024】、【Informed Consent Form, July 02, 2024】、【Questionnaires, March 20, 2024】、【Recruitment Advertising, June 19, 2024】

The protocol has been approved by Research Ethics Committee of National Taiwan University and has been classified as expedited on October 04, 2024. The committee is organized under, and operates in accordance with, Social and Behavioral Research Ethical Principles and Regulations of National Taiwan University and governmental laws and regulations.

Approval by funding agency is mandatory before project implementation.

Continuing Review Application should be submitted to Research Ethics Committee no later than six weeks before current approval expired. The investigator is required to report protocol amendment and Serious Adverse Events in accordance with the National Taiwan University and governmental laws and regulations.

Chairperson Chen-Ling Hung
Research Ethics Committee

量表使用請求書信



量表使用請求

✉ 收件匣 ✕

2023年12月21日 下午9:26 ☆ ☺ ↶ ⋮

鄧宇婷 <sheki424@gmail.com>
寄給 leijunbao

雷俊教授您好：

冒昧打擾您，我是目前就讀台灣大學護理研究生宇婷，對於不孕污名感到相當有興趣，有看到您發表的文章—Development and validation of an infertility stigma scale for Chinese women，讀完備感受益良多，是否能使用您的量表，作為後續研究使用呢？

教授的回覆對我來說相當重要

衷心感謝您！

leiunbao <leiunbao@126.com>
寄給 我

2023年12月27日 下午6:43 ☆ ☺ ↶ ⋮

宇婷：

你好！同意你將女性不孕症患者感受量表用于課題研究，請參考文章Development and validation of an infertility stigma scale for Chinese women. Journal of psychosomatic research, 2015, 79(1): 69-75. 屆時請在論文中引用參考文獻註明來源。祝課題進展順利！

雷俊

關於中庸思維量使用

✉ 收件匣 ✕

2023年12月12日 週二 下午4:41 ☆

鄧宇婷
吳佳輝教授您好：我是目前就讀台大護理研究所碩士生-宇婷，想請教您關於中庸思維量表的使用，是否能作為目前碩論的參考，我的研究主題為：台灣版不孕污名量表的發展與驗證，教授的回覆對我而言相當重要！誠摯感謝！

Chia-Huei Wu <chiahuei.wu@kcl.ac.uk>
寄給 我

2023年12月12日 週二 下午4:55 ☆ ☺ ↶ ⋮

You can use the scale freely. No need to ask for permission. Many thanks, Chiahuei

關於Family Apgar Index量表使用想請教林醫師

✉ 收件匣 ✕

2023年12月29日 週五 上午1:05 ☆

鄧宇婷
林醫師您好：冒昧打擾您，我是目前就讀台大護理研究生宇婷，對不孕污名相當感興趣，針對Family Apgar Index，有看到林醫師的一篇文章裡—Association between Problematic Cellular Phone Use and Suicide: The Moderating Ef...

林皇吉 <cochigi@yahoo.com.tw>
寄給 我

2024年1月1日 週一 上午7:42 ☆ ☺ ↶ ⋮

同學好：
目前這個量表應該是附上reference，即可使用
祝學習順利

林皇吉

Request for The Disclosure Questionnaire

✉ 收件匣 ✕

2024年2月15日 週四 上午12:04 ☆

鄧宇婷
Dear Professor Pauline Slade, My name is Yu-Ting, Cheng, a nursing graduate student from National Taiwan University. I am interested in disclosure and infertili

Slade, Pauline <pauline.slade@liverpool.ac.uk>
寄給 我

2024年2月19日 週一 下午6:16 ☆ ☺ ↶ ⋮

Please find attached
Yours
Pauline Slade

Professor of Clinical Psychology/Consultant Clinical Psychologist BSc MSc PhD C Psychol FAcSS FBPss

tel 01517945485

Department of Primary Care and Mental Health
Eleanor Rathbone Building
Bedford Street South
University of Liverpool
Liverpool
L69 7ZA

My working days are Mondays to Wednesdays.

76

doi:10.6342/NTU202503612

doi:10.6342/NTU202503612