

产科医学遇上「迷信」妇女？

——台湾高剖腹产率论述的知识、性别与权力

吴嘉苓

产妇的先生和婆婆守候在开刀房之外，之前他们敬拜过祖先，告知列宗，这个经他们算命、择订在此时此刻剖腹出世的孩子，八字大贵，命格主文昌，若在古代，是辅佐皇帝的宰相之才。

不到一小时，护士抱出一个男婴，看到儿子方面大耳，哭声洪亮，初升格的爸爸很满意的说：「果然有当官的架势，将来可能会入主内阁喔！」

护士林丽云根据经验表示，像这样子为了替小孩排个好八字而选择剖腹产的例子，每十个产妇里起码有三个。

（谢淑芬 1996，光华杂志）

台湾这几年来在 32%、33%之间摆荡的剖腹产率在世界排名名列前茅（见图一）¹。即使医院级的全国性统计数字要到 1991 年才出炉，从 1951 年以来各医院的资料已可看出剖腹产率节节上升的端倪（见图二）。1951 年，台大医院仅有 3%的新生儿由剖腹产出，

¹ 剖腹产率最先出炉的全国性统计资料应仅限于医院。而台湾有四成左右的新生儿于诊所诞生，因此「真正」全国性的统计资料可以以全民健保的统计为准，自 1995 年以来大约一直在 32%、33%左右。近几年台湾所提出的「世界第一」是参考 Notzon（1990）及其他国家的资料。目前我能收集最新的各国剖腹产率（见图一）仍显示台湾高达三分之一的剖腹产率居目前资料中的前几位，仅次于智利与巴西。

到了 1960、1970 年代，几家公立医院的剖腹产率已达 5%至 15%。1991 年医院级的全国统计数字出炉，剖腹产率达 36.6%，1997 年为 32.7%，某些医院还出现了 100%的数据。²

这样高的剖腹产率自 1995 年以来在台湾引发了相当的讨论，解释高剖腹产率的各种论述也纷纷出炉。讨论的焦点包括给付设计的影响（剖腹产比自然产来得经济）³、产科医师的偏好（医师倾向开刀以增加控制感、借开刀避免医疗纠纷）⁴、性别因素（剖腹产显现妇女于男权控制的医疗体系中为特别弱势）⁵、现今生产的意识型态（剖腹产为自然生理过程过度医疗化的最明显例证）⁶ 等等。而另有一种常见的论述方式是将箭头指向产妇的行为，我在本文称之为「妇女行为论」；除了如文首所引《光华》杂志所报导的「选择吉时良辰」外，这种妇女行为论的论述内容还包括「怕痛」、「怕阴道松弛」等等，而像这种以妇女行为来解释高剖腹产率的要因，是其他各国讨论高剖腹产率所鲜少出现的。

² 例如，根据健保局提供的资料，1995 年 9 月的剖腹产比例达 100%的医院包括：宏仁医院、仁德大众医院、中华医院。见联合晚报，1996 年 1 月 5 日，第 5 版。

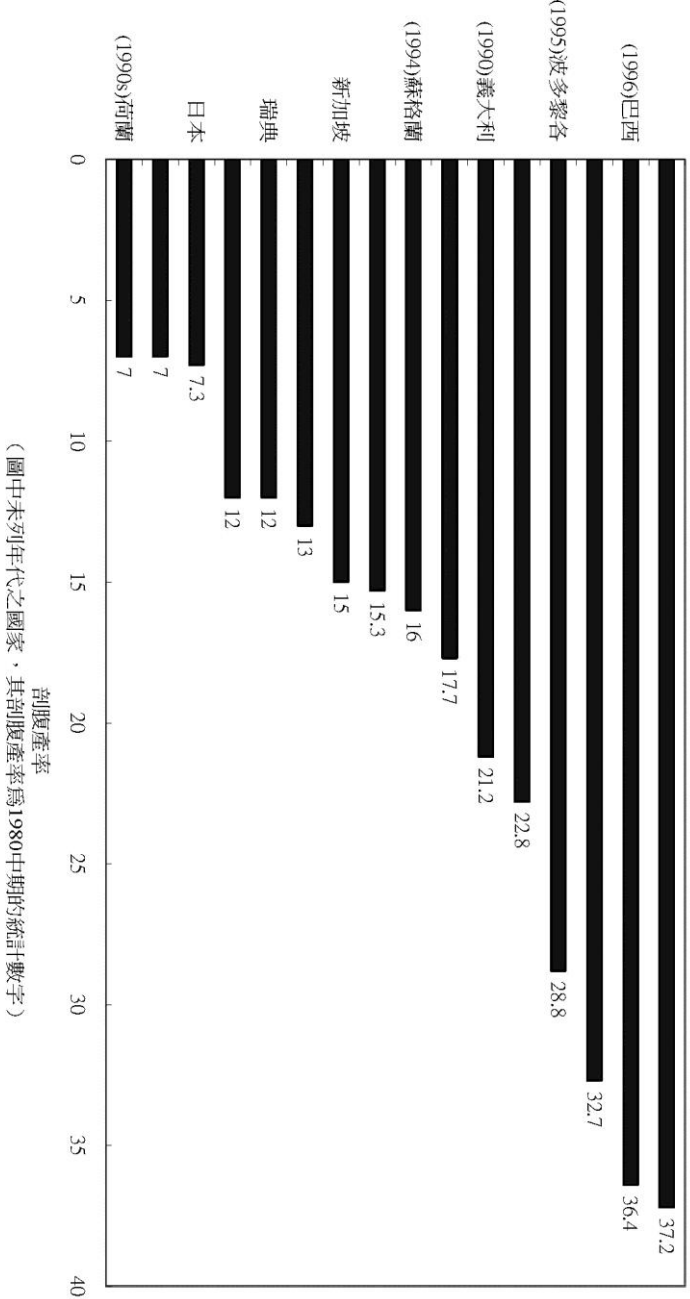
³ 例如，涂醒哲、苏喜，1995；李佳燕，1999。

⁴ 例如，何弘能，1995。

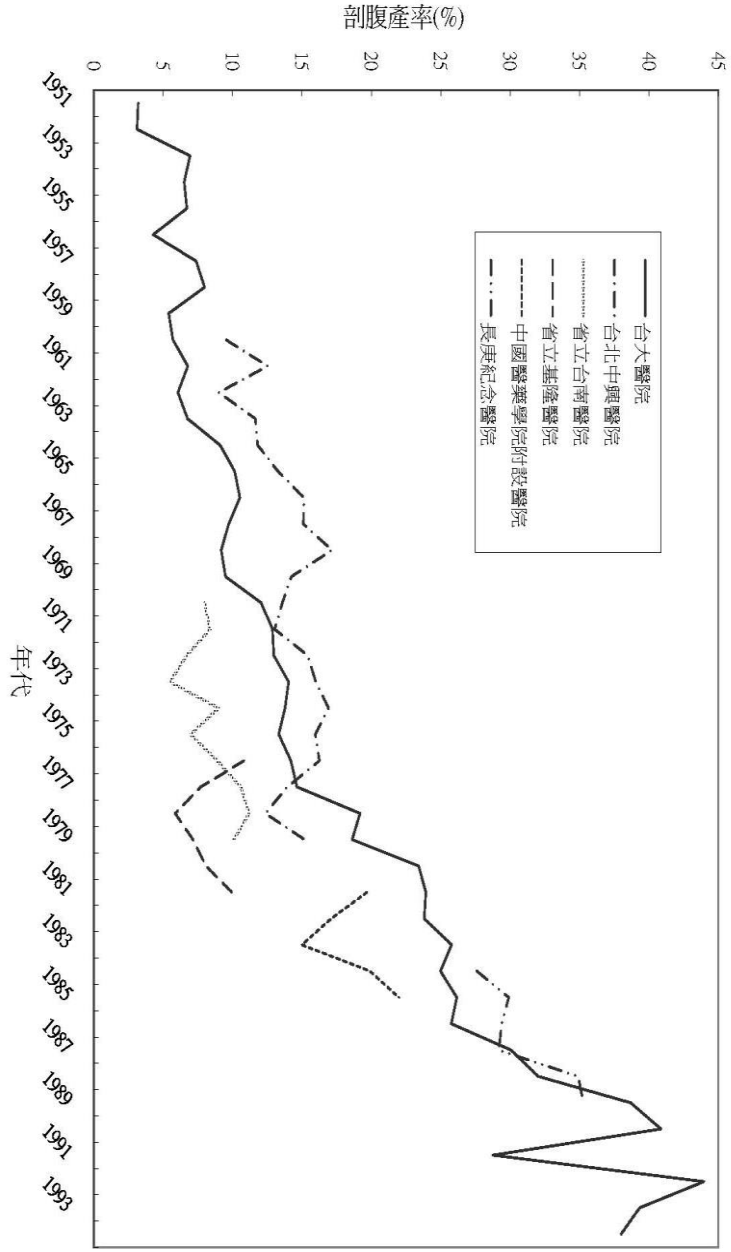
⁵ 例如，胡幼慧，引述于谢淑芬，1996。

⁶ 例如，刘仲冬，1995。

圖一 近年來部分國家/地區的剖腹產率
(資料來源：Bulger, Howden-Chapman and Stone 1998；Gomes et al. 1999；Murray and Scranji Pradetas 1998；Neizon 1990；Richman 1999；Signorelli and Caramazza 1994；US Bureau of the Census 1996；Wilkinson et al. 1998；中華民國衛生署 1997)



圖二 臺灣部分醫院的剖腹產率：1951-1994
(資料來源：Hsieh,Hsieh and Soong1990;臺大醫院婦產科1995;Tsai1982,Yang et. Al,1980;嚴高彬1980;Wang, Lee and Hsui1988)



这篇论文试着分析「妇女行为论」在台湾的呈现方式，并以作者的田野调查资料，佐以讨论⁷。生产，特别是剖腹产，可说是分析社会-生物交界面的最佳例证之一。医疗社会学讨论剖腹产技术是科技救命的力证还是医疗作为社会控制的重要手段之一（例，Loudon 1992；Zola 1972）；女性主义的讨论也争议医疗科技可能是将妇女自生殖「天职」解放出来的利器，还是多一道控制妇女身体的机制（例，Firestone 1970；Rich 1976；Tong 1997）。而我分析台湾高剖腹产率论述中「妇女行为论」的来由，主要着眼于「知识／权力」的分析策略。这种知识／权力乃伴随相生，因此分析时并非只是探查有权力者如何能产生、决定知识——因为知识的形塑过程本身就有权力的意涵。台湾的高剖腹产率是怎么一回事，是怎么被解释，特别是广受讨论的「妇女行为论」的论述是如何形塑，其中的权力结构为何，这些是我要探索的重点。除此之外，先前的「妇女行为论」的论述多来自医事人员、公卫学者、媒体、女性主义者等等，即使包括妇女本身，也常以化约量化的形式呈现；我则希望借由深度访谈的田野资料来讨论产妇本身针对这些「妇女行为论」的论述，以展现妇女复杂的决策过程以及其与权力结构互动的过

⁷ 本文所采用的田野调查资料，共计两部分。一是于 1995 年 5 至 8 月在台北（一家医学中心，以及一家准医学中心），以及 1995 年 10 月至 1996 年 1 月在花莲（三家区域医院），所收集的。取台北与花莲主要是为收集不同族群及社经地位的妇女。我一共访谈了 66 位妇女，其中 43 位于我在台湾期间生产（12 位有剖腹产经验），另外 23 位则为这些产妇的妈妈辈（妈妈、阿姨、婆婆等）。其中三家医院，我于产前检查先认识这些产妇，取得同意后，于待产及生产时进行参与观察，或于生产后进行访谈。另外两家医院则于待产室或生产后再予接触，取得受访或观察的同意。我一共观察了 23 位妇女待产及生产经过（其中包括两次在开刀房观察剖腹产）。认识这些妇女之后，我再请其为我介绍其妈妈、阿姨、婆婆等，并进行访谈。这些妈妈辈的妇女多于 1960 及 1970 年代生产，这部份的受访者资料，请见 Wu, 1997。另一部份，则由一国科会研究计画（编号 NSC-89-2412-H-002-010）初步资料整理而成，访谈于 1999 年 9 月至 12 月进行，主要访谈了 14 位有居家分娩经验的妇女，其中 4 位有医院剖腹产的经验，亦在此论文中加入讨论。此部分的受访者资料，请见吴嘉苓、黄于玲，1999。本文所用产妇姓名，皆为假名。

程。我试图倾听这些妇女的声音／论述，与先前的论述做对话，达到如 Martin（1990）所说的「多音」（polyphony）的研究分析策略。

本文另一重点是要解释产妇在这权力结构之中的位置。已有一些女性主义论述将产妇的这些「选择吉时良辰」、「怕痛」、「怕阴道松弛」等视为体制的受害者；这些体制包括「重胎儿、轻母亲」、「医疗霸权」、「取悦男人」等等，而产妇深陷其中，饱受其害。这固为讨论产妇的重要出发点，但只局限受害者的讨论亦有其限制。女性主义者已就各项女体议题，如从事性工作（例，黄淑玲 1996；纪慧文 1998）；美容手术（例，Davis [1995]1997）；厌食（例，Bordo 1992）等等，讨论女人作为体制的受害者或行动者的多重面向，本文亦讨论类似策略，亦即同时讨论社会结构对产妇可能造成的限制，与从成员观点中可能展现的行动力。

最后，对照先前的「妇女行为论」，我将提出一个「临床行为论」的剖腹产讨论论述。我借由现今台湾剖腹产四个主要适应症（indications）的「主观性」，来讨论剖腹产临床诊断的「灰色地带」。一方面，我要对现有「『主观的』妇女行为可议，『客观的』医学判断无可争辩」的思考模式提出质疑。另一方面，临床诊断的这种「灰色」，正是权力运作的重要场域（例，Freidson 1970），值得作为探测台湾高剖腹产率的论述方向。

「她们为何剖腹？近半数为了选吉时」

1995 年 6 月 8 日的中时晚报第五版出现了一个斗大标题：「她们为何要剖腹？近半数为了选吉时」。⁸ 报导内容的开门见山即为：「台湾的产妇决定采用剖腹产的最大考量竟是有近半比例是为了选良辰吉时。」下一段也提出：「整体研究显示一个结果就是，确实有

⁸ 副标并说明「保险原先有给付及医师滥用也是主因」。相关报导共有两篇。一标题为「台湾产妇剖腹产率世界第一」，内容主要在报导台湾剖腹产的普遍性。「她们为何要剖腹？」一文则是并列的另一篇报导，主要在陈列高剖腹产率的原因。

一定比例的产妇是受到非医疗因素的影响而决定以剖腹方式生产，如迷信、错误观念的误导，还有担心自然产后会导致阴道裂伤松弛影响性生活者也占了十六点九%。」⁹

这篇报导刊登后在媒体引发了一些讨论。¹⁰ 除了对世界第一的剖腹产率有所检讨外，「吉时良辰」的因素也成了话题之一。例如，一篇讨论台湾高剖腹产率原因时提及，「有些家属不但指名手术方式，也指定手术『时间』，…有的甚至会说，他们已花了六千元请大师算出『总统』时刻，说什么也不会放弃。」（何弘能 1995：70）。¹¹ 亦有列举为提前让胎儿在鬼月前生产而剖腹的例子¹²。即使是隔年光华杂志对此议题做讨论，也以「剖出龙子凤女？」作为标题，文中也提及：「统计发现有将近一半的剖腹产是基于中国传统命理观念，要让孩子有个『好命』」（谢淑芬 1996：45-46）。

这「统计发现」从何而来？统计发现来自当时台大公卫系研究生黄俊元的硕士论文。这篇论文先于1995年6月7日于妇工会所举办的妇女健康政策学术研讨会中发表¹³，经中时晚报记者报导之后，「近一半的产妇为了吉时而选择剖腹产」的统计资料即数次被引用。

这种引用显然是错读了黄俊元的研究。调查台大医院（1994 年 12 月至 1995 年 2 月）近五百名产妇的过程中，黄俊元于文中列出「影响产妇决定采用剖腹产之 *非*医疗因素」（斜线为我所加），其中有 45.1% 的样本产妇圈选了「选择吉时良辰」，为各项非医疗因素的首

⁹ 「自然产」在台湾通常意味着「阴道生产」，与「剖腹产」对应。我于文中亦用「自然产」表示阴道生产（*virginal birth*）之意，而常常不等同于不用任何医疗干预的「自然」（*natural*）生产方式。

¹⁰ 例如，针对该报导，之后的 6 月 11 日、12 日、15 日、16 日的中国时报时论广场都有读者投书以及专家评论共计有四篇。

¹¹ 亦参考郑丞杰，中国时报，1995 年 8 月 30 日，家庭版。

¹² 见，中国时报，1995 年 7 月 22 日，台中市新闻。

¹³ 在这场研讨会中，论文的共同发表人为黄俊元、陈维昭、杨铭钦（1995）。为便于讨论，以下简称这篇论文为「黄文」。又，此篇论文后发表于《中华公共卫生杂志》，见黄俊元、陈维昭、杨铭钦（1997）。

位¹⁴。「非」医疗因素的「非」字在这里是关键，然而该论文列出的各「非」医疗因素只是问卷上的选项，并不等同于「决定因素」；若能阅读黄俊元的硕士论文而非会议版的论文，更可发现 202 名剖腹产的妇女**每一位**都有剖腹生产的主要诊断（黄俊元 1995：50）。也就是说，样本中每一位历经剖腹产的产妇都有「医疗因素」，如前胎剖腹产、难产、臀产、胎儿窘迫等等¹⁵。因此，媒体所言「台湾的产妇**决定**采用剖腹产的**最大考量**竟是有近半比例是为了选良辰吉时」（斜线为我所自加），实在与黄文原意相差甚远。依黄文，剖腹产的「最大考量」很明显地仍是前胎剖腹、难产等医疗因素，产妇并未单单因为吉时良辰而「决定」采用剖腹产。

媒体虽然误读，但是该论文仍传达出一重要讯息：「吉时良辰」等非医疗因素仍影响了剖腹产率的盛行。例如，会议论文中以多变量回归分析得出，「认为算命选择时辰可以改造命运，比认为不可以者的剖腹产可能性较高，其胜算比为 7.1」（黄俊元、陈维昭、杨铭钦 1995：21）。文章中确定「选择吉时良辰」这种文化观念对产妇有所影响而「采用」剖腹产，并建议各团体要教育产妇避免受到此类「认知信念偏差」而剖腹产，特别是「妇产科医师专业团体优可扮演观念导正者的角色」，以「提供产妇及大众正确的观念」。

这些发现与建议仍塑造了妇女因迷信而主动选择剖腹产的图像。作者用了「采用」剖腹产的字眼，好似产妇能主动选择，但是每一位样本中的剖腹产产妇都有需施行剖腹产的医疗因素，而这些医疗因素常是决定剖腹产的主因。作者又强调产妇需要「教育」、

¹⁴ 其他「非医疗因素」的百分比为，「比较容易安排接生时间」35.6%，「怕生产疼痛，自己提出要求」25.8%，「害怕生产过程没有丈夫亲友陪伴」22.3%，「担心自然产后会导致阴道裂伤松弛影响性生活」16.9%，「亲友丈夫建议」15.8%，「利用假期安排剖腹产」15.3%，「保险有给付」12.4%。

¹⁵ 202 名剖腹产中，33.7%为前胎剖腹产，16.3%为难产，14.4%为臀产，3%为胎儿窘迫，32.7%为其他，文中未加说明，但依医学文献，其他剖腹产的主要诊断尚包括：前置胎盘、血崩等。台大医院产科并有清楚政策规定，需有明确医疗因素、剖腹产主要诊断，才施行剖腹产。

「提供资讯」,更清楚点出产妇观念不清而增加施行剖腹产的可能性。

整个研究设计主导作者朝这样的结论发展。受访产妇被给予的是一份选项已固定的问卷,对于非医疗因素部份,受访者必须回答,「除了医疗因素以外,下列各项原因对您决定采用剖腹生产的重要性:(1)选择吉时良辰生产....」。受访妇女很容易将这种问题误答为剖腹产的相关状况、或「附加价值」,而非「决定采用剖腹生产」的因素。因此这样的问卷设计并无法看出剖腹产的决定过程;「吉时良辰」很可能是产妇的信念,而非「决定因素」。

我的田野调查即发现,「选择吉时良辰」常主要是在非得开刀生产的情况下的一项附加价值。例如,在台北一家医学中心产科生产的蓉蓉,在预产期前五天发现胎儿为臀位,医师与她商量后,同意施行剖腹产。反正需要约个时间来开刀,蓉蓉的母亲就想,在符合医师时间表的情况下,何不挑个好时辰:

开刀不好,没法度才开刀,尽量不要开刀…。我是有问过J医师啦,他就说,自然产是可以,但是头一胎,没有把握。医生给我们讲,我们没去做,到时候发生问题,吃亏是我们自己吃。来到病院也都是尽量听医生的话,尽量要信任医生…。医生是说四号…。J医师说要开刀,我才去算,既然要开刀,何不选个时辰。那个算命仙是个盲人,他给父母的生辰合起来,就说这生是查某仔(注:蓉蓉的确生女儿)。他是说,如果这查某因仔要是能在四号下午三点到五点生,讲这个会变成女强人。我给医生讲,他说那天有门诊,没法度。不好,再算。就选了三号早上九点到十一。…那天也不错啦,命是五两六。…蒙看啦,一个安慰啦。教育问题还是最重要。

这位阿妈一开始就颇怀疑剖腹产的必要性,也并不喜欢开刀,所以才跟医生问清楚开刀的必要性;选择吉时良辰算是「把握机会」做的,而完全不是蓉蓉剖腹产的原因。蓉蓉的妈妈在受访时不断的批评剖腹产所带来的副作用,尤其对于伤身体、恢复慢,尤有怨言。虽然因为剖腹产得以为外孙女选个五两六的命,但蓉蓉的母亲也自嘲为「蒙看啦,一个安慰啦」,并分析自我「教育问题

如果说蓉蓉的例子算是积极地争开刀时间的选定，在花莲一家地区医院也因臀位而剖腹生产的佩芬，就可以算是消极地「核对」一下时辰的好坏：

医生说礼拜一……，也是有看一看日子啦，不会不好，所以就配合医生的时间。

在我的田野调查中所遇见的十六位剖腹产妇，每一位都有清楚的医疗因素，必须施行剖腹产。除了像佩芬只是把医生指定剖腹的时间跟算命的确认一下外，有些产妇根本就是医生说哪一天，就哪一天。尤其，若是先经历自然产的尝试而后才剖腹的，就无挑选时间的机会。在这里，吉时良辰顶多是事前决定剖腹产后，若情况许可的一个可能附加价值，而非促使产妇采用剖腹产的因素。

若是像蓉蓉、佩芬这样的产妇填写黄俊元的问卷，很可能误解题意而在「选择吉时良辰」选项中回答「重要」。但是有选择吉时良辰的行为，并非表示为了选择吉时良辰而采用剖腹产。另外，如蓉蓉、佩芬这些产妇在生产经验中与时辰有所牵连，在回答「您是否认为算命选择时辰生产可以改造命运？」的问卷问题时，她们是不是会因为的确已经有类似行为而倾向肯定的回答？更重要的是，即使如蓉蓉、佩芬得以因剖腹产而有「选择吉时良辰」的难得机会，她们都清楚的指出对于必须剖腹的无奈；她们是在必须剖腹的「困境」中，借由「选吉时」来为自己增加一些福利。

总之，「她们为何要剖腹？近半数为了选吉时」是个误读的讯息，而这样的错误资料也居然可以不断地遭引用、流传。对照黄俊元的资料与我的田野调查，可以发现剖腹产的妇女都有明显的医疗因素（而这些医疗因素是否过于宽松，容后讨论）。虽然「选择吉时良辰」的确存在，但是常常只是事前决定剖腹产之后，妇女争取

¹⁶ 文前引光华杂志的故事，也极可能与蓉蓉的情况类似，是因非不得已必须剖腹产，才顺便选个好日子。此点文中并没有说明。

来的附加价值，目前没有证据显示这项文化信念扮演了促进台湾剖腹产盛行的最主要角色。我并非完全否定台湾可能有健康产妇为了选吉时而要求剖腹的例子存在，但是要说妇女的「迷信」为台湾高剖腹产率的主要因素，并不正确。

「有越来越多的产妇自称，是因怕痛而选择剖腹产」

这是 1996 年 1 月 5 日联合晚报的一则新闻内容，是明星林青霞以剖腹产下一女之后的新闻效应之一。该新闻标题为「别学青霞剖腹产白挨一刀」，主要是采访妇产科医生，谈论林青霞的剖腹产状况，受访妇产科医生一方面认为以林青霞的身体状况并不需要剖腹，而林青霞剖腹完第二天即上电视表示「都不会痛」，也为受访妇产科医师斥责有误导作用。妇产科医师并检讨目前剖腹产的妇女行为因素，其中「怕痛」被点出为妇女选择剖腹产的关键。

从媒体访谈中，「怕痛」似乎真是林青霞选择剖腹的主因，一段林青霞的产前专访提及：

记：怎么会选择剖腹产？而不尝试自然产？

霞：金燕玲和毛舜筠一开始都选择自然产，痛了十多个小时后，还是没办法，得剖腹产，两种痛都受了，所以我想还是一开始就选择剖腹产得好。¹⁷

再加上，剖腹产后，「虽然小女孩是透过剖腹诞生，但青霞却没半点痛楚，且绽着灿烂笑容说：『一点都不痛苦，下次可以顺其自然多生几个』。」¹⁸ 青霞的剖腹产经验在媒体的报导下几可说是彻底「无痛」，符合了当初为「怕痛」而选择剖腹产的愿望。¹⁹

¹⁷ 世界日报，1996 年 1 月 3 日，B4 版。

¹⁸ 世界日报，1996 年 1 月 5 日，B5 版。

¹⁹ 方文琳剖腹产的故事亦十分相似，方文琳表示「选择剖腹产，免去了阵痛的折磨」。与林青霞不同的是，方文琳刚生产完受访，「伤口还有点痛」。见世界日报，1996 年 9 月 18 日，C4 版。

林青霞生产新闻可说是点燃另一波媒体对产痛的讨论。在黄俊元发表论文，媒体首度热烈讨论台湾的高剖腹产率时，除了「选吉时」外，「怕痛」是另一个「妇女行为论」的讨论重点。例如，在黄文之后，《中国时报》刊出的一篇读者投书「呼吁」产妇珍惜亲历阵痛以体会「母子连心」的感觉；另一篇则指出剖腹产的产后痛以及在手术台感受的孤独、恐惧，较自然产的阵痛更为痛苦，亦「呼吁」产妇珍惜自然生产的机会。²⁰ 而如「女人女人」这种软性电视谈话性节目亦于此时机讨论了剖腹产的原因；节目中提出了「呼天喊地痛难挨，一刀省事好又快」等可能性，做为来宾及观众讨论题纲。²¹

几位医生的访谈也提及现代女性怕痛，有主动要求剖腹产的情形。例如，妇产科医生詹益宏就提及：

现代女性对于疼痛的忍受程度也越来越低，为了避免经验这种痛苦，也有数不少的妇女一怀孕，就指定医生采用剖腹生产或无痛分娩，根本不接受医生给她们「先尝试自然生产，在行不通的情况下才动用医疗手术」的建议。（引述自谢淑芬1996）

林青霞的「无痛」剖腹后，医生担心妇女会被误导以为剖腹产除了可以免除阵痛，连产后痛也可以免，因而特别强调「开刀时不痛但产后痛，且有伤口及肠道、膀胱易反复沾黏、恢复慢等缺点」。²² 我于林青霞生产完不久在花莲参加一个妈妈教室，主讲的妇产科医生亦提及：「林青霞做了一个错误示范，她居然说剖腹产完都不痛。」妇产科医生亦担心这些明星会带动流行，尤其一般妇女可能会以为剖腹产相对于自然产是一高尚文化、比较文明。²³

几个女性主义观点的论述则提出影响产妇「怕痛」的「父权」

²⁰ 分别刊于6月12日、16日

²¹ 1995年7月30日播出，台湾电视公司。

²² 新光医院妇产科主任黄建荣说，引自联合晚报，1996年1月5日，第5版。

²³ 例如，何弘能1995；另见联合晚报，1996年1月5日，第5版。

因素。例如刘仲冬（1995）提出，「产科的成就实际上就是男性医疗专业的扩张，接生过程乃是男性意识型态对女性生理功能的控制」；这样由男性主导的产科一方面「有兴趣的只是高科技的使用，而非产妇的感受」，另一方面，孕妇保健书刊也浪漫化生产过程，这都可能强化产妇的产痛经验。平路（1995）则提出对母爱与忍痛的连结提出批判，提出「以女性本位来说，选择剖腹与否，以及在阵痛时要减轻痛苦或忍耐痛苦，纯然是她自己的决定」。

如果现代妇女将阵痛视为一难以忍受的折磨，那么到什么样的程度妇女会主动选择剖腹产以避免生产痛苦呢？首先，不论是黄俊元的调查或是我的田野观察都显示不出有妇女像林青霞、方文琳等，在缺乏剖腹产适应症的情况下，主动采用剖腹产。我所遇见最主动要求剖腹产的例子，应是碧霞，在医生仍鼓励尝试自然产的情况下，她坚持剖腹产：

我很早就决定剖腹，我算是高龄产妇（注：当时为41岁），与经产妇不同，我危险性比较高。…我害喜得很严重…，要生的前几天，还会呕吐。我知道我怀孕以后，就想说要剖腹产，从没考虑自然产，是K医生鼓励我，他说我羊水多，应该蛮好生的，可考虑自然产。我说好，考虑看看，觉得还是用剖腹。婆婆也认为，剖腹产安全，因为我年纪都这么大了，自然产的话，要用体力。…前一周产检时，K医生叫我上来（注：来产房）做胎音检查。有一个（待产）小姐，又哭又叫，哇，我听了觉得好可怕。这更坚定我用剖腹产的决心了。

碧霞依自己的健康状况而决定了采用剖腹产。她高龄带来的体弱，尤其是持续长久的害喜，更让她觉得剖腹产对自己较好。听见产房其他自然产妇的哀嚎，加强她认为剖腹产是最佳选择的想法。我进一步问她，如果其他产妇问起她的意见（自然产或剖腹产），她会怎么回答？碧霞说：

我会选剖腹产，是因为我年纪大，一方面身体又不好。年轻的，当然是鼓励她们用自然产。自然产比较好，自然产是产

前痛，这些自然产的，两、三天就可以出院了，我这种剖腹产的，都还要等到拆线以后才能走。

也就是说，碧霞是以个人状况无法与阵痛搏斗，而选择剖腹产。

另一种极端是有剖腹产的理由与机会但却没有为了避免阵痛而接受剖腹产的建议。欣欣在第32周时，有出血状况，必须待在床上，并服药，以防早产。她拒绝了家人所提剖腹产的建议：

三十二周有红的，就不正常，所以就安胎……。那时候，妈妈和婆婆都说，剖剖好了，就不用这样等了。我不愿意。我这个人躺在床上躺不住，剖腹的话，伤口痛、子宫收缩痛，又要等排气，好麻烦。自然产第一天比较难过，第二天就好了。我第一胎就自然生，第二胎为什么不要自然生？我就要让它自然生，自己出来。

如果碧霞担心的重点是阵痛，所以采用剖腹产，那么欣欣排斥的则是剖腹产后的痛，因此坚持自然产。碧霞和欣欣都是如愿的以自己认为最适合的方式顺利生产。

和欣欣类似，曾经历阵痛的志雯，也期待以自然产生产，却因臀位而必须施行剖腹产。志雯对剖腹产所带来的产后痛深恶痛绝：

发现是臀位、横位，那时觉得很倒楣。我第一胎是自然产，照道理第二胎很快就会生出来，结果第二胎居然要开刀，蛮亏的。第一胎舒服，自然产很轻松愉快。是痛啦，但是你知道那是一种很盼望的痛。所以第二胎会很朝向自然产的方向努力。剖完了，是另一种痛。躺在床上呻吟，痛死了！子宫收缩，加上剖腹的伤口痛。……我对剖腹产简直是深恶痛绝！

也许我们会怀疑志雯是因为对剖腹产记忆犹新，对第一胎的产痛又容易模糊记忆，所以会做不公平的比较。但是在访谈中，志雯的确是对一、二胎做非常仔细的剖析；除了看似较客观的痛的时间、类型等等外，她也透露了两种痛的相异情境脉络（一个是「很盼望的痛」，表示有所进展，而另一个是带着「倒楣」情境的痛）。她认为自己经历了两种经验，最有资格下判断，而结论是：「自然产绝对比剖腹产好！」

詹益宏医师所言「为了避免经验这种痛苦，也有为数不少的妇女一怀孕，就指定医生采用剖腹生产」的情况，在我的调查中并未出现，可是阵痛当头要求剖腹产的例子却颇为普遍（亦见曾雅玲、余玉眉1994）。例如，我在台北一家医学中心所访谈的13位产妇中，3位在产检时就医疗因素而决定施行剖腹产，剩下尝试自然产的10位中至少有4位因难以忍受阵痛而喊着要剖腹。其中，良薇事后就回想，在阵痛开始之前她对自然产的坚持真是「匹夫之勇」，良薇在阵痛中曾要丈夫去问医生，可不可以就开刀算了。淑女虽然事后也说自然产较好，但是待产时看到隔壁床的产妇子宫颈口开到四指以后就没动静，去剖腹，「我不想痛了又开刀，就喊要剖腹」。美兰和如意也都在阵痛中一再要求她们的医生予以施行剖腹产。在我的田野调查中，该医学中心的医事人员对于纯因阵痛难以忍受所要求的剖腹产，一律予以拒绝；例如医事人员就对如意的要求表示，她的情况没有一项符合医院规定可以开刀的「条件」，这四人中只有美兰后来是因「产程过长」的理由而施行剖腹产的。

阵痛的确是难以忍受，关键在于现今医疗制度提供了何种资源来处理这样的产痛。

台湾妇女屡在阵痛中哭喊要剖腹，是否表示除了开刀以外，她们对生产痛楚的处理已走投无路？在这里，我要以我在1995-1996年所观察的五家医院，提出两点对现今台湾产科制度对产痛处理的观察：（一）、产痛的处理几乎不是这五家医院的产科的照护重点；（二）现有的产科制度很容易在阵痛之外增加产妇的一些不舒服。也就是说，台湾的产妇不但对阵痛少有资源来因应，产科环境与制度还可能雪上加霜，使之痛上加痛。

如果说第一产程的子宫收缩是「客观的」事实，与子宫收缩相关的痛楚，则是「主观的」感受。对照美国生产改革中对减轻生产疼痛所做的努力，这些改革方案显示了待产时不同的阵痛。在1910年代时有一个无痛分娩运动（the Twilight Sleep movement），当时一些妇女运动健将将女人生产所历经的阵痛视为女人的灾难，寻求

以麻醉的方式来解除女人的痛苦（Leavitt 1986）。当时对此无痛分娩运痛最为支持的 Bertha Van Hoosen 医生表示（1915），她所接触的产妇中大约有 8% 完全无法忍受阵痛，确实有需要麻醉药帮助的有必要。在这波争取无痛分娩的论述中，顺产的障碍来自子宫收缩所带来的肉体痛苦，解决方式则是使用 scopolamine anesthesia，这种麻醉只会改变妇女对痛的意识，但不会妨碍子宫收缩。英国产科医生 Grantly Dick-Read 在 1933 年的着书《自然分娩》（Natural Childbirth）中分析了生产中对痛楚的身心层面（psychosomatic aspects）。他认为妇女对生产的恐惧及焦虑（一部份来自现代医事人员的漠视），会使肌肉难以放松而带来痛楚。所以，对 Dick-Read 来说，顺产的障碍是害怕，解决方式就包括情绪上的支持，以及让身体放松的技巧。在这里，痛楚包括了心理与社会的层面。法国医生 Ferdinand Lamaze 于 1950 年代后期开始推介的拉梅兹呼吸法也强调借心理层面来减轻痛楚，不过有些女性主义者会批评此呼吸法更增加了医事人员加诸于妇女的控制（例，Rothman 1982；Boston Women's Health Book Collective 1992）。美国自 1970 年代开始妇女健康运动，女性主义者即强调，不必要的医疗措施会带给产妇更多不必要的痛楚。例如，从《我们的身体，我们自己》（*Our Bodies, Ourselves*）这本妇女健康运动经典的不同版本，the Boston Women's Health Book Collective（1973，1984，1992）这个妇女健康运动团体就指出，妇女在医院生产所感受的疏离感与侵入感，而非阵痛，带给产妇最不愉快的经验。于此，the Boston Women's Health Book Collective 强调的顺产障碍是医疗机构，而最基进的解决方式在于要颠覆主流生产型态，寻求另类生产方式，如居家分娩。总而言之，在这些生产改革策略中，对生产痛楚的焦点讨论，从生理的、心理的、社会的，一直到机制的等等层次，而改革方向也从医疗科技、情绪支持、环境变革，到意识型态的转变。这显示「痛」可以随着运动目标、医疗情境而被建构出不同的意义。「痛」不只是局限于个人主观的身体感知，而是与其社会脉络相紧扣合的。

以台湾目前的状况而言，我认为，产妇诉诸剖腹产来减低产痛，显示了台湾产妇对于应付产痛的贫乏资源。虽然使用药物减轻疼痛常常遭到质疑是医疗干预的滥用（例：Boston Women's Health Book Collective 1992），但是台湾妇女常常连这项选择都没有（李佳燕，1999）。所谓的「无痛分娩」只有在部份私人医院才提供。在我所观察的五家医院，有四家完全不提供硬脊膜外麻醉（epidural anesthesia）这种目前最普遍的无痛分娩麻醉法。针对没有无痛分娩这项服务，这四家医院给我的答复，主要包括麻醉师人力的不足，以及利益上的问题——全民健保对无痛分娩并无给付，产妇需自付此项费用。W 医院（台北一家医学中心）是可能提供无痛分娩的服务，但显然需要特别的「关系」。良薇因为先生的哥哥为 W 医院的医师，因此得以在她阵痛难忍的时候，安排一麻醉师进行硬脊膜外麻醉。同在 W 医院生产的志雯对此也有锐利的观察：

我第一胎本来想采用无痛分娩，但医院没有办法配合，你可以找得到医师，但找不到麻醉师，无法配合。无痛分娩啊，人家谁理你啊。除非你是特殊人士，连战院长的夫人啊，女儿啊。做无痛分娩，麻醉师要全程陪你，必须随 call 随到。因为人力不足吗？可能是 W 医院没什么心要做，W 医院根本没有推行嘛。

批评药物解痛剥夺了产妇身体自主权的学者也许会庆幸，台湾少用无痛分娩其实意外地造福了妇女，但是台湾的情况主要是减少了妇女可能的选择，忽略了对妇女这方面的需要。更重要的是，如良薇的例子、志雯的观察，这个选择可能只向某个社会阶层、或拥有某些社会资源的社群开放。

在心理方面针对生产痛楚的处理，在台湾也显不足。产妇可能对痛难以忍受，或是恐慌不知还能支持多久，在此情况下，产妇需要鼓励，而台湾产妇所喊的剖腹需求很可能是情绪需求的一个征兆。一篇调查产妇认为减轻产痛的可能有效方法中，36%的受访者提及丈夫或家人的陪伴，25%提及医生和护士的鼓励，然而，在我所观

察的医院中，产妇最常听到的不是家人的鼓励，而是邻床产妇的呻吟声。听到其他产妇的哀嚎，更可能增加产妇的痛苦（张郁婉 1994），而现今的产科设计即使得医事人员的鼓励十分受限。W 医院的护理长就在访谈中指出，该院的护士自己都批评对产科照护的不连续感。一方面是医事人员分房（待产室、产房、恢复室）的分工设计，使得产妇需历经好几批的医护人员；特别是在待产室与产房的交接中，医事人员在待产室对产妇的身体、情绪等种种特性即使有一些熟悉，都难以继续应用在关键的产房生产。另一方面电子胎儿监视器的使用使得医事人员于护理站的监控系统就可观察胎儿状况，像这样看电脑萤幕在某个程度上似乎可以替代对产妇的亲身视察，但是这样的观念却是建立在「重生理结果、轻心理感受」的身心分离概念上。以上这些情况都使得护士很难建立与产妇之间一对一的关系。我所观察的医院偶尔会提供呼吸放松的指示，W 医院也偶尔会教家人以按摩的方式帮助产妇放松、减轻疼痛和压力，但是，这些措施都是偶一为之，而非产科照护的例行重点。张郁婉（1994）的研究就显示，只有 12.4% 的产妇上过拉梅兹呼吸法的课程，而家人进入产房的陪产制度也仅在少数医院实施（钟聿琳 1995）。我所观察的五家医院都没有此项措施。

最重要的是，如同 Rothman（1982）所指出的，大环境若不支持产妇，而只靠呼吸法、按摩、或是口头上的安慰，并无法改变「生产是件恐怖的事」这种根深蒂固的想法。台湾的医事人员常常会劝那些痛得声嘶力竭的妇女放轻松，好节省力气，分娩时才有力气用力；然而我们医疗化的社会若仍将生产当作是一紧急状况，而非一自然过程，并继续将产妇当作病人来处理，那么产妇实在很难相信医事人员的宽慰。在现今「生产是危险的医疗状况」的环境下，产妇等于将阵痛当作危机看待，而非一过程，自然倾向诉诸以剖腹产来解除这个危机。

台湾主流的医院生产方式将生产视为一生病状态。即使是再健康的产妇，到了医院，也一样常换穿病人服，待在病房里，躺在病

床上；医事人员也都习惯称产妇为「病人」。而产妇无法逃脱的这种「病」的气氛不只展现在语言上，更出现在各项医疗措施上：各项例行的医疗措施，包括剃毛、灌肠、吊点滴、装置胎儿监视器等都有助于创造一个将健康产妇视为生病状态的环境。如同 Prior (1988) 所说，不只是「医院的特殊设计反映了医学的论述」，同时「病房的硬体设计，也形成了论述本身」。产房的设计、流程、措施等等，传达给产妇的意念是：她们是病人。

「待产妇女必须躺在床上」这样的医院产房措施就是一个典型的例子。产妇在到达医院诊所之前若已有破水，医院就规定其不可离开病床，以避免感染。即使是没有破水的情况，大多的妇女也必须躺在床上；有些医院更一律装上胎儿监视器，使产妇更难以随意行动。在W医院生产的如意就因为催生药剂的点滴与胎儿监视器，而必须一直躺在病床上。这对她来说是莫大的折磨：

我觉得时间过得好慢，度日如年。我要起来走动，小姐（注：指护士）说怕影响仪器（注：指电子胎儿监视器）的运作。你能想像一个人都不能动，躺了一天一夜吗？活动会比较好。可是若我稍微动得太厉害，仪器就会跑掉；但是，躺久了身体会麻掉啊。

如意的这番抱怨与W医院在产房入口所张贴的手绘海报，形成强烈对比：海报上画的是一位微笑的产妇，腹部装着胎儿监视器。海报告诉产妇：为了胎儿健康，装设胎儿监视器有其必要。静春把她在家中的自由活动与在X医院中的动辄得咎相比较，有着类似的抱怨：

胎儿监视器都让我躺在床上不能动。躺着，觉得腰部很酸。在家里（注：还没来医院前），感觉痛得很厉害，就起来走动一下，就比较不会那么痛。躺着的话，会越痛越厉害。躺着，腰部很酸，酸到全身，会想起来走走，可是医院又不让你走。

静春在家中可以随自己对身体的感受而对身体做出使自己最感

舒适的调整，到了医院，这种对身体的控制感，这种自助调整阵痛的能力，就遭到的莫大的限制。这些产妇不只是被要求躺在床上，为了胎儿监视器的顺利运作，在部份医院还要求产妇必须维持某种姿势。如果一位产妇除了装设胎儿监视器外，必须吊点滴、或打催生药剂，那么这位产妇大部份时间都只能以僵硬的姿势待产。一些研究者曾指出，待产妇女的自由活动会增加医院管理的困难，因此，对行动的控制是产科对妇女控制的表征（例：Wertz and Wertz 1977）。而胎儿监视器的发明也将生产过程中的注意力从产妇转移至胎儿，并借由这种监控系统来新产生一种对产妇的控制（Arney 1982；亦见Duden 1993）。借由胎儿监视器，对产妇的监控变成无所不在。²⁴更重要的是，这种对行动的限制带给妇女不舒服感，常使产妇变得更虚弱，因而又进一步「支持」、「合理化」了医疗干预与控制的需要。

「为了胎儿好」常是医事人员提出使用胎儿监视器的理由，并因此限制产妇的行动。在我的田野观察中，经常有产妇的妈妈、阿姨、婆婆等上一辈的妇女根据自己以前的生产经验向医事人员质疑：「没走哪会生啊？」「这样不能动，对吗？」但只要医事人员解释，装置胎儿监视器可以适时侦察出胎儿窘迫等情况，这些有实际经验的产妇就也无话可说。

然而，电子胎儿监视器的使用一直是产科最争议的项目。电子胎儿监视器在 1970 年代未经大量研究，就大量开始使用于美国医疗院所，1970 年末期美国国家卫生单位要求对电子胎儿监视器的效用提出调查，1979 年的调查结果显示，电子胎儿监视器仅对有并发症危险的妊娠（complicated pregnancy）有改善胎儿状况的品质，对于低危险群的产妇并没有科学证据显示有什么效用（William's Obstetrics 1997: 369-370）。电子胎儿监视器的争议持续存在，甚至有些报告

²⁴ Arney 借产科的监控系统，将医院与 Foucault (1977) 的圆形监狱做一类比。这样的监控系统，不但将妇女（被监控者），也将医事人员（操控者），至于透明化的全能见度，也因此两方都等于被置于在每个人的督导下。

指出，电子胎儿监视器，没有增加胎儿健康，增加的是因探查出胎儿窘迫而增加的剖腹产（例，Levino et al. 1986）。一份将 1966 年到 1994 年间所有有关电子胎儿监视器的临床报告综合起来的评估认为，电子胎儿监视器没有想像的有效，不过也没有如批评的那么严重（Thacker et al. 1995）。美国妇产科学院（American College of Obstetrics and Gynecology）所提出的最新指导方针建议，不论对于高低危险群的产妇，以传统的胎儿听诊器（fetal stethoscope）间歇性的监控，与持续性使用电子胎儿监视器，基本上都可以（Williams Obstetrics 1997: 370）。而以胎儿听诊器听诊胎儿状况就不需要限制产妇的行动，但是电子胎儿监视器仍是台湾主流的监听胎儿方式：我所观察的五家医院皆使用电子胎儿监视器，其中有两家（一医学中心，一区域医院）是例行性的使用，另三家则是适情况使用。

其他一些现今的产科制度也可能增加产妇痛楚。例如，在一项调查中，23%的妇女认为待产时的内诊使生产痛楚更剧烈，而剃毛、灌肠等措施，也不是什么愉快的经验。嘈杂的产房环境、实习医生的巡诊教学制度等等都增加产妇的不舒服。²⁵

在这种又乏解痛资源、又有增痛因素的生产环境下，台湾的产妇在主观上可能真的比其他国的妇女更觉得生产好痛。例如，张郁婉（1994）调查了 123 位阴道生产的产妇，发现她们的疼痛指数为 3.81 ± 1.17 ，比加拿大一项类似的研究高得多（ 2.50 ± 1.10 ）（Melzack 1987）。²⁶ 台湾有一份研究产妇在生产活动期间行为表现的研究也发现，相较于类似的美国研究，台湾妇女表现忍耐的动作较频繁（陈淑月 1988）；这间接显示台湾产妇对痛的感受比较深，所以需要忍耐的程度也较大。虽然类似的跨文化比较有着不少研究方法上的疑

²⁵ 产妇互闻呻吟声，对初到产房的待产妇，也须格外造成压力，但是部份受访者也提及，这种「大家一起受苦」的感觉，有时会形成一种支持系统，产妇会因此觉得不寂寞。

²⁶ 张与 Melzack 的研究都是以 McGill Pain Questionnaire 为疼痛测量量表。这份量表的「现有疼痛强度」（Present Pain Intensity）的全距为 0（无痛）到 5（剧痛）。

点，但是鉴于台湾现今产科制度对疼痛处理的贫乏，以及生产环境的不友善，我们的确值得怀疑台湾产妇遭受的痛楚是否更多。因此，台湾产妇喊着要剖腹产，凸显的是现今生产环境的问题，而非现代妇女的「娇弱」。喊着剖腹产是妇女在困境中找出路的方式，是在贫乏资源中可寻的少数解决策略，我们应着眼检讨的是现今生产环境的缺失；某些论述中反倒谴责妇女，将问题「个人化」，模糊了对结构、环境检讨的需要。

「担心自然产后会导致阴道裂伤松弛影响性生活」

即使证据薄弱，有关台湾高剖腹产率的论述常提及妇女对「阴道松弛」的忧心作为采用剖腹产的原因之一。一项以高雄市妇女为样本的研究指出，在问卷中所列六十四项妇女产后的担心项目，「阴道松弛影响性生活」名列第 34（洪志秀、张素凰、金继春 1993）。而在黄俊元的研究中，有 16.9% 的问卷填写产妇选择了「担心自然产后会导致阴道裂伤松弛影响性生活」作为「影响产妇采用剖腹产之非医疗因素」，这也是八个选项中的第五，最后三个选项（15.8%、15.3%、12.4%）的比例与排名相去不远。值得注意的是，黄文的问卷写的是「阴道裂伤」，有可能是「会阴」裂伤之误。一份调查前胎剖腹妇女对于二胎仍采用剖腹生产的讨论显示，受访 71 人中并无任何人圈选作者所列「怕造成阴道松弛影响性生活」这个选项（陈丽芳等，1997）。虽然在这三个研究中，产妇对阴道松弛的忧虑都比其他忧虑来不重要，但是光从研究者将其列为问卷选项就可看出研究者对这项说法的重视。妇产科医生也的确提及，妇女为了性生活的美满而较偏好剖腹产（例，何弘能 1995），而台湾女性主义者将妇女这种偏好，视为父权社会的恶果之一，因为妇女为了取悦男人，会不惜自己的肚子画一刀（例，胡幼慧，引自谢淑芬 1996）。

我们再一次看到，并没有具体证据显示有大量妇女主动选择剖腹产是为了怕阴道松弛影响性生活。这项因素的存在仍较可能是「附

属利益」而非「决定因素」。例如，问及剖腹产的好坏优劣，五十二岁的宜兰妇女阿芬提及：

23

骨门不开，就要开刀。我们那时阵也有人开刀，卡少啦。我们工厂就有一个开刀生的，听说夫妻感情卡好。可能是这样吧。她生三个，三个都开刀。(她们)夫妻在一起，有生子 and 没生子，都没感觉。要是自然生，就有差。...还是自然产卡好啦，大人才不会衰弱，开刀卡痛，人卡痛苦，自然生才比较快过。

吴嘉苓

如果就性生活而言，阿芬着眼于阴道因为未担任产道任务而减少松弛的机会，认为剖腹产较好。然而，访谈中她的结论对整体妇女健康来说却倾向支持自然产。

「阴道松弛」在剖腹产的论述中得到了相当的注意，相较之下，因「会阴切割术」(episiotomy)而对妇女性生活的影响就少见讨论。台湾的产科医生仍普遍施行「会阴切割术」，在花莲Y医院带实习课的一位护理老师就告诉我，一位来自欧洲的产科医生参观Y医院产房，问及该医院的会阴切割术率，在场的医事人员很诧异为何会有此问题，难道不是该百分之百吗？Y医院的L医生在和我讨论此事时表示，使用会阴切割术在台湾是一常态，我和他争辩，并不是所有的分娩都需要施行会阴切割术。L医师回答说，除非一些医学中心能先做改变，否则地区医院「没有必要冒险作先锋。」虽然并无统计数字说明台湾会阴切割术的比例，但由此例子可看出其普遍性。例行性的会阴切割术的确可以省去不少判断的功夫，即使对有些产妇的状况而言，事先在会阴剪一刀能避免会阴剧烈裂伤，而且能缩短第二产程，但是临床文献已颇肯定，会阴切割术并非对每一产妇都有其需要(Lede, Belizan and Carroli 1996)。事实上，不必要的会阴切割术增加不必要的痛楚，英国一项研究显示，有施行会阴切割术的妇女，在产后第一个礼拜后，比会阴自然裂伤且没有施行会阴切割术的妇女，痛的感觉更强烈(Bonica and Chadwick 1989)。台湾一项研究也显示，没有施行会阴切割术的妇女，比有施行会阴

切割术的妇女，在产后的性生活满意度更高（Yin, Yan and Chen 1996）。如果自然产对妇女的性生活有影响的话，不必要的会阴切割术对妇女性生活的影响为何没有像「怕阴道松弛以采用剖腹产」一样，获致类似的关注呢？

产妇作为行动者

本文试图解析现有剖腹产论述中的妇女行为论。将产妇描述成迷信、娇弱、取悦男人，以妇女的「不理性」来解释台湾几为世界第一的剖腹产率，明显为一迷思。²⁷ 选择吉时良辰较可能是在事先因医疗因素而决定施行剖腹产的时候，部份产妇为胎儿争取的「附加利益」。阵痛之中喊着剖腹产的，的确是产科常见的画面，但这是产妇在产科制度不处理痛、甚至增加痛的不友善医疗环境，以喊剖腹来争取解决痛的策略。怕阴道松弛而主动采取剖腹产的说法也并无证据支持，而更可以增进妇女性生活的，似乎是在于避免不必要的「会阴切割术」，但这点台湾仍缺乏讨论。

同时，我也要强调，如前文所述，现今主流产科措施的确对产妇不友善，但是「选择吉时良辰」、「喊痛」等等都是妇女在受限的环境中积极为自己争取利益的表现；这显示了产妇作为「行动者」的面向——即使这是在一受限的环境，行动的选择空间亦有限，然产妇并未纯因「选择吉时良辰」、缺乏主要诊断，而选择剖腹产。产妇在台湾可能过为宽松的剖腹产标准下必须剖腹时，无奈之余，更积极以「选择吉时良辰」来增加其他「福利」。如蓉蓉的例子，产妇了解剖腹产对身体的伤害，不过常常缺乏与医师讨论的空间与考量决定自己身体处置方式的过程，于是改借由「选择吉时良辰」此一行动在自己其他的一些信念中做一些协调。「喊痛」也可视为

²⁷ 例如，官方统计也显示，1995 年 7、8、9 月间，因非医疗因素而采取剖腹产的比例分别为 1.85%、2.48%、0.9%，比例甚低。而这些非医疗因素也并不清楚是否与「选择吉时良辰」、「怕痛」、「怕阴道松弛」等有关。

产妇在感受不友善产科环境下为自己找寻的出路；这并不是产妇娇弱、鲁莽、不知考虑后果，而是针对当下环境所做的策略性考量。不论痛得喊要开刀只是为了寻求心理支持，还是真正要以开刀来脱离苦海，「喊痛」都是产妇主动发表感受、在有限的选项中为自己争取利益的表征。又一次的，这可看做是产妇在环境限制下的行动力。

指出产妇这些行为所意味的行动力，并非否定现行产科环境对妇女可能有的限制，也不是天真的认为产妇可以随心所欲地忽略、「超越」这些结构上的限制。讨论行动力的面向，主要是想避免仅仅将女人视为结构的傀儡、被操纵的玩偶，而希望呈现产妇主体的确有积极采取的行动以及这些行动对其的意义。

「主观的」临床产科判断

相对于一些医疗界对于产妇「主观」信念对做出正确而「客观」的医疗判断所带来的干扰（如詹益宏医师所言），产科判断的灰色地带——主观意涵——却较少在台湾这一波的高剖腹产率论述中被讨论。一些医学研究已指出，今日剖腹产四大适应症——前胎剖腹、难产（dystocia）、臀位（breech presentation）、胎儿窘迫（fetal distress）——都是临床上的「灰色地带」（Sakala 1993:1180）。不论从受访的产妇或是现有台湾的医学文献，都可看出这些剖腹产的「主要诊断」，不是只是绝对客观的生理理由来决定的，而是依社会及历史情境而有所变化。

以「前胎剖腹」来说，这是占目前台湾剖腹产主要诊断的第一位，然而，医学上已有很清楚的认定，「一胎剖腹，终身剖腹」是错误的看法，因为「剖腹产后阴道生产」（vaginal birth after cesarean section，简称 VBAC，也就是即使前胎剖腹，也尝试施行自然产）已普遍采用。VBAC 在世界各国的差异很大，以一份 1980 年代中期的统计，对于前胎剖腹的产妇中，采取阴道生产的比例低如加拿大

的 5.7%，美国的 6.6%，高也有挪威的 46.5%，以及荷兰的 55.4%（Notzon 1990）。VBAC 可说是医疗措施被社会建构的好例子之一，美国在公卫界以及产科医师团体对降低剖腹产的强烈要求主导下，VBAC 比例从 1985 年的 6.6%，增加到 1992 年的 25%（Gabay and Wolfe 1994）。VBAC 在台湾各医院的施行状况差异甚大，例如，台北市立中兴医院于 1973 年至 1982 年 582 个前胎剖腹的例子中，38.5%判断为合乎尝试阴道生产，而成功尝试的比例为 77.2%（黄炳昌等 1983）。一个相反的例子是长庚纪念医院，在 1984 至 1989 年间，有 98%的前胎剖腹亦施行剖腹产，即使该医院亦宣称有 VBAC 的提供（谢景璋、谢灿堂、宋永魁 1990）。黄俊元于 1995 年间对台大医院的调查即发现，在 64 个前胎剖腹的例子中，全部都采用剖腹产，并无 VBAC 的例子。由这些相异甚远的数据可看出，前胎剖腹是否此胎就要剖腹，是因医院的政策而有所不同的，并无一放诸四海皆准的标准。Y 医院的 L 医生告诉我，主流医院大都不采用 VBAC，受访产妇也因此大都相信「一胎剖腹，终身剖腹」的观念；我因此怀疑，除非有医院正对 VBAC 做研究，否则目前在台湾前胎剖腹仍为剖腹产的主要诊断。

为何台湾鲜少施行 VBAC？一项对于台湾前胎剖腹的低危险群产妇并未采 VBAC 的原因探讨显示，「医师未建议」是产妇圈选的最主要原因（陈丽芳等，1997）。不只是「医师未建议」，即使产妇提出要求，也可能遭拒。我们访问的一位产妇，在前两胎剖腹生产后，隔两年后于 1999 年意外怀孕时，希望第三胎能采用自然产（即 VBAC），但是台北几家大型医院都拒绝了这个产妇的要求：

然后我都是千方百计要找到一个人...能让我自然产，...所以我就会去打听哪一些医院比较有可能。刚开始我是在 A 医院（一家医学中心）做产检...那个医生我也是跟他提我要自然产的事情，他是完全否决啦，就说你前面两个剖腹，这一个你要自然产是不可能的，说会有很大的风险。我后来就...就去找 B 医院（一家医学中心），我都去找他们很红、算很大牌的医生就是了，因为我想他们人比较权威嘛，就去问

他们。结果 B 医院那个医生跟我讲说，你这胎是男生耶，你干嘛冒那个险。我心里就在想说，那万一这个是女生就可以冒这个险吗？因为他知道我前面两个生女儿啊。他也是叫我不行自然产。后来我又去找 C 医院（一家准医学中心）…我也是问过他自然产的事情，他也是跟 B 医院讲的差不多，就是你不要冒这个风险，风险很大。我就想说好吧，就认命，就剖腹。

这位产妇后来并未「认命」，而是以助产士到家居家分娩的方式完成 VBAC。对于这位产妇而言，三家大型医院的产科医师都在未经仔细判断后否定 VBAC 的可能性，显示台湾主流产科医师并不推荐前胎剖腹后使用阴道分娩。施行 VBAC 需要对各种生产情况的判断技巧与耐心，这需要医生更多的时间精力来配合。医生通常最担心的是子宫的破裂（Paul and Miller 1995），但是医学上的评估也显示，VBAC 所带来的好处超过其所可能有的风险（见 Shearer 1993 的文献整理）；一项台湾研究亦指出，准备妥当的 VBAC，要比迳自送去开刀房，对母子健康的效果都来得好（黄炳昌等 1983）。而医生不论母子健康状况都对 VBAC 一律迟疑，显示医生对标准化技术的偏好胜于对选择的给予。许多研究强调，对 VBAC 的漠视某种程度显示了对手术刀的信任大于对母体能力的信任；比起耐心等待看看产妇的身体有何变化，医事人员也可能在手术中较有控制感（Cohen and Estner 1983; Martin [1987]1992）。英语世界产科文献已有多篇肯定从检讨产科医师个人特质或是医院照护政策来提高 VBAC 的施行比例（例，Lagrew and Adashek 1998；Poma 1998）。从目前的证据来看，台湾产科医师对于 VBAC 的低施行率，并非台湾产妇的体质特别，无法实施，而是牵涉到医师对于此技术的看法。要探究这个造成台湾剖宫产最主要适应症的原因，亦值得从台湾产科医师的临床行为着手。

「难产」是另一个产科临床的灰色地带。难产包括头骨盆不称（cephalopelvic disproportion，胎儿头骨与母亲骨盆比例不称）、子宫收缩不良所引起的产程迟滞。就以头骨盆不称为例，临床研究亦显

示，即使并未达到头骨盆不称的「绝对」适应症（'absolute' indication）也会诊断为「难产」。有研究者指出，所有生产的绝对头骨盆不称应在 1% 以下（O'Driscoll, Jackson and Gallagher 1970），但在台湾及美国，头骨盆不称列为主要适应症的比例从 1.5%（Tsai 1982），到 4% 以上（Tsai, Huang, and Chen 1979；Francome and Savage 1993），而不论是美国（Paul and Miller 1995），或台湾（例，谢景璋、谢灿堂、宋永魁 1990），「难产」作为主要诊断也在近年增加至 7% 以上。所谓的「绝对」适应症，与实际发生的主要诊断，显然是有一段距离，这显示了判断此标准的一些灰色区域。

最令人争议的一个「难产」的概念应该是「产程迟滞」，或说「产程过长」。这令一些研究者要问，「到底多长叫做过长」（Francome and Savage 1993）。即使是医学教科书中的平均产程都随着时代不同而有所变化，Rothman（1982）指出，「产程不是一个基本的、不变的生理现象，而受制于社会与医学的控制」（页 263）。Rothman 就点出，产科中最权威的教科书《威廉氏产科学》（*William's Obstetrics*）各版本所记载的第一、第二产程时间，随着年代而有所不同。对于头胎于医院生产的妇女，其第一产程（子宫颈口从刚开到全开的时间）在 1948 年平均为 12.5 小时，但在 1980 年却减为 8 小时。因此，一个 12.5 小时的第一产程在 1948 年可能看起来「正常」，但在 1980 年就有些「可疑」了，可能需要医疗的介入。Rothman 指出，只要现代产科以催生或是剖腹产等医疗干预，将较长的产程「纳入」于常态曲线之下，第一产程的时间就会越来越短。如此一来，只要第一产程的平均时间越来越短，被定义为「产程过长」的机会也会越来越大，现今美国许多医师就不允许第一产程超过 18 个小时（Francome and Savage 1993）。因此，越来越早到医院待产（相较上一代来说），以及越来越短的教科书「正常」第一产程定义，都更易使产妇抱怨待产难熬、更易使医师判断产程过长。

「臀位」作为剖腹产的主要诊断也有其社会因素。相对于「臀位」，各国的剖腹产率有瑞典的 93.3%、美国的 80.4%，以及荷兰的 34.8%

等变化 (Notzon 1990)，显示剖腹产并非臀位的唯一处理方式。荷兰一份登于 *Lancet* 期刊的医学研究就强调，即使剖腹产越来越安全，仍有其危险性，产科应在确保胎儿与母亲健康的情况下，致力于精进于判断臀位是否可采自然产的标准（如骨盆测量法 *pelvimetry*）以增进母婴健康，而非一味以剖腹产处理臀位 (van Loon et al. 1997)。相同的研究动机也见于另一份挪威的医学研究，希望借由更清楚准确的判准，使得适合阴道生产的臀位能较确切地分辨出来 (Albrechtsen 1997)。面对臀位状况，台湾医院大都倾向以剖腹产处理 (黄俊元 1995)，而我所访问的现今仍活跃的几位助产士则仍保持着接生臀位的技术。这些助产士强调，并非所有的臀位皆适合自然产，必须小心判断再作决定，但是她们以母子安全为优先考量的情况下，不会放弃自然产的机会。相对的，若台湾大部分的产科医生一发现臀位即以剖腹产处理，则接生臀位的技术也就逐渐失传。医界是否朝精进自然接生臀位的方向努力，还是倾向以剖腹产作为主要处理方式，亦值得研究这种临床行为差异的来由。

「胎儿窘迫」如何成为临床上的灰色地带，主要与电子胎儿监视器的判读有关。

如前所述，医界对于连续性使用电子胎儿监视器的争议持续存在 (Haggerty 1999; Thacker, Stroup, and Peterson 1998; Williams *Obstetrics* 1997: 370-371)。其中一个重要争议在于，电子胎儿监视器的使用没有增加胎儿健康，增加的是因探查出胎儿窘迫而增加的剖腹产（例，Levino et al. 1986）。而如产科权威教科书 *Williams Obstetrics* (1997: 371) 所言，分娩过程中胎儿心跳的异常十分常见，而有多大比例因为胎儿监视器的检测而达到救命效果，又有多大比例造成不必要的剖腹产（可能因此造成不必要的危险性），仍无定论。更重要的是，医事人员对于电子胎儿监视器的判读亦有一些变异；例如，Keith et al. (1995) 就英国 17 个产科医师对于电子胎儿监视器的判别发现，大约有四分之一的医师会不同意其他医师的判读，因此采用不同的诊疗措施。另一份于纽约州进行的研究则发现，

产科医师的确借由增加电子胎儿监视器的使用采取「防御性医疗措施」(defensive medicine)，以减低医疗纠纷的风险，而电子胎儿监视器的使用也的确增加因为检测出「胎儿窘迫」而造成的剖腹产率。虽然这对于胎儿健康的利弊无法看出，但是医师临床行为受到医疗纠纷所影响，的确存在。再一次地，「胎儿窘迫」作为台湾剖腹产的四大适应症之一，也不是黑白分明的判准；医师临床行为的变异，存在着进一步讨论的空间。²⁸

从以上对于剖腹产四个主要适应症的检视可看出，医师临床的行为对于是否采用剖腹产，扮演了重要的角色。若检视几个主要的产科学期刊，包括 *American Journal of Obstetrics and Gynecology*，*British Journal of Obstetrics and Gynaecology*，*International Journal of Obstetrics and Gynaecology*，*Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*，*Obstetrics and Gynecology* 等等即可发现，医师的临床行为（例，Poma 1999；Peipert et al. 1999）以及相关的医院照护措施（例，Gregory et al. 1999），是这些医学文献中讨论降低剖腹产率的主要方向。²⁹ 例如，在美国一波检讨其高剖腹产率的研究中，「产

²⁸ 对于医疗诉讼的担心，的确是台湾产科医生常提及的剖腹产因素。医师指出，家属的抱怨与要求促使医生施行剖腹产，以避免医疗诉讼；这不只限于胎儿窘迫的情况，。W 医院一位医生告诉我，台湾的情况较美国更为严重，是因为除了诉讼之外，台湾家属尚可能把棺材抬到医院以羞辱医生。在解释美国的高剖腹产率时，美国医师协会（American Medical Association 1989）所出版的《医学百科》（*Encyclopedia of Medicine*）解释：「这一部份是由于手术日渐安全，另一部份也因为医师担心，若困难生产引起并发症，对母子健康造成影响，医生将会被告」。医师意见调查也显示，美国及英国的医生都将害怕医疗纠纷列为剖腹产增加的最重要原因（Lomas and Enkin 1991；Francome and Savage 1993）。然而，医师以剖腹产作为防御性医疗措施，是否对其真的较有利，亦有争议。在美国，有证据显示，剖腹产所相关的诉讼，与因为未能施行剖腹产所带来的诉讼，来得高（O'Reilly et al. 1986；Gilfix 1984）。对台湾而言，Yang（1997）则指出，现今台湾的法律制度以及医院对病历的管理，都使得病人要诉讼医生根本有其困难。杨秀仪强调，从台湾的现今医疗诉讼状况看来，被剥夺的是病人的权利，而非医生的权利。

²⁹ 我以 MEDLINE 检视这些期刊自 1995 年以来有关剖腹产的讨论，极少看到有类似台湾「产妇行为论」的研究取向。

科医生也是一危险因素」(Lomas and Enkin 1991)，即得到广大的讨论。主要讨论的方向有二。一、医学训练中，妇科与产科一同训练的方式，易使得产科倾向使用医疗干预。二、医事人员对医学知识的倚重，使自己倾向以剖腹产这样的手段来为自己的行为加以「辩护」。也因此，前述所提的四项主要适应症的定义会变的越来越宽松。

比起「自然产」而言，剖腹产更「符合」现今的医疗意识型态。在分析医学教科书时，一些研究者发现，产科将子宫视为一机器，生产的女人是工人，而产科医生为监工(Corea 1979; Davis-Floyd 1992; Martin [1987]1992; Rothman 1982 1989)。监工帮助工人适当操纵机器；工人做不好时，监工下场接管；监工在某些程度以下场操作来达到更高的成就感。如 Francome 与 Savage 所分析的：「产科与妇科的这种合并，以及训练中对喜欢手术及行动的人的偏好，都表示大多产科医生对于施行剖腹产或是其他协助生产方式，觉得较有意思，而不是坐着顺其自然、让产妇慢慢来」(页 1207)。

这些研究者指出，为了合理化产科存在的必要，产科医师必须证明他们借由医疗干预而拯救生命；剖腹产是当中最具侵入性亦最戏剧化的一种方式。

台湾的产科医生也的确提及，同业认为剖腹产比起自然产更有控制感。例如，何弘能(1995)指出，比起剖腹产，自然产要花上医师更多的时间与精力，也面临更多的压力。对于一个初产妇，医生可能要 stand by 十几个小时，而剖腹产约一小时也就结束了。张升平也指出，「现今医生对自然接生的耐心和信心也有别与以往，以致在漫长的自然生产过程中，只要稍有危险的征兆出现，就决定动用剖腹手术以策安全」(引述自谢淑芬 1996)。「以策安全」听起来好像剖腹产并没有危险，但是产科医生都知道不是这么如此。因此，「以策安全」应解读为产科医生对控制生产过程的渴望；产科医生做为一个医疗专家，有着就必须做点什么的自我「压力」。此外，使用剖腹产的压力还来自「科技万能」的讯息，而这讯息部

结尾语

在这篇论文中，我重新诠释「妇女行为论」。我先分析了现有对台湾高剖腹产率中「妇女行为论」的论述，并强调现有论述对妇女行为的误解。除了去迷思外，对照我在田野实际所观察到的现今产科环境与产妇行为，特别是呈现产妇自己对这些「妇女行为论」的论述，我一方面想强调现今环境对产妇的不友善，另一方面也重新解释「选择吉时良辰」、「喊痛」，是产妇考量现行环境下，为自己争取福利的行动策略；这是呈现妇女行动能量的另一「妇女行为论」版本。最后，对照于台湾主流剖腹产论述所强调的妇女「不理性」面，我剖析了剖腹产对主要适应症的诊断，也并非客观的科学判断，而参杂许多主观价值，是某些意识型态下的产物。主流这种「『不理性』『主观』的产妇 vs 『理性』『客观』的产科学」的论述，因此受到挑战。

现阶段对于台湾高剖腹产的论述，「妇女行为论」远较「临床行为论」受到更多重视。从这论述上的差异也显示产妇相较于医界在论述上权力不平等的状况，使得产妇更容易比医界成为问题的核心来源，而将问题指向妇女行为；另一方面使得台湾高剖腹产率的问题陈述一直倾向朝「产妇个人化」发展，以教育产妇作为主要解决途径，我们因此一直缺乏将高剖腹率视为一公共议题的讨论空间，也未对医界的临床行为展开有系统的分析与检讨。这篇论文希望能呈现对现有「妇女行为论」的误解、限制，并开拓对台湾的高剖腹产率其他复杂面向的讨论。也许，「临床行为论」是可以丰富台湾高剖腹产率讨论层次的起点。

- 中华民国卫生署，1996，《卫生统计》，台北：卫生署。
- 平路，1995年6月15日，〈产妇的两难处境〉，《中国时报》11版。
- 何弘能，1995，〈剖腹产的原罪〉，叶林采访整理，《医望》8：70-71。
- 李佳燕，1999，〈回应45期网氏女性电子报——恢复『复兴助产士，降低剖腹产』的错误观念〉，《网氏女性电子报》（47期，12月13日）。
- 吴嘉苓、黄于玲，1999，〈规训的身体与抵抗的策略：以现今台湾医院生产与居家分娩的比较分析为例〉，发表于「间别千年：临界空间与社会」国际学术研讨会会议论文，1999年12月11-12日*。
- 纪慧文，1998，《12个上班小姐的生涯故事：从娼女性之道德生涯研究》。台北：唐山。
- 洪志秀、张素凰、金继春，1993，〈产褥其妇女之压力与其相关因素〉，《公共卫生》20（1）：29-45。
- 涂醒哲、苏喜，1995，〈肚皮无罪〉，《医望》8：67-69。
- 陈淑月，1988，《第一产程活动期待产妇手部行为的探索性研究》，硕士论文，台大护理学系研究所。
- 陈丽芳、师慧娟、谢淑芳、王如华，1997，〈探讨产妇再次选择剖腹产之原因〉，《国防医学》25（2）：156-160。
- 张郁婉，1994，〈待产妇产痛情形之分析及探讨〉，《公共卫生》21（2）：128-141。
- 黄炳昌、杨丽川、李木生、张中全、徐千田，1983，〈剖腹产后生产方式的分析〉，《中华民国妇产科医学杂志》22（3）：53-64。
- 黄俊元，1995，《影响剖腹产利用之相关因素研究：以某医学中心为例》，硕士论文，台大公卫所医院管理组。
- 黄俊元、陈维昭、杨铭钦，1995，〈剖腹产对产妇健康之影响——从影响剖腹产利用之产妇因素谈起〉，发表于妇女健康政策学术研讨会，台北：妇女政策研究发展中心主办，1995年6月8日。
- 黄俊元、陈维昭、杨铭钦，1997，〈产妇特性与采用剖腹产：以台大医院为例〉，《中华公共卫生杂志》16（4）：309-318。
- 黄淑玲，1996，〈台湾特种行业妇女：受害者？行动者？偏差者〉，《台湾社会研究季刊》22：103-152。
- 曾雅玲、余玉眉，1994，〈正常分娩的初产妇于待产及生产时主观经验之探

* 本文部分由一国科会研究计画（编号 NSC-89-2412-H-002-010）初步资料整理而成，该计画目前仍在进行中，文章亦尚待修正。因此，如需引用此会议论文，请征得作者同意。我们亦欢迎任何意见与评论。Email 联络请用：clwu@ccms.ntu.edu.tw。

- 讨》，《护理研究》，2（4）：359-369。
- 台大医院妇产科，1995，《台大医院妇产科百年史料辑录》，台北：台大医院。
- 刘仲冬，1995年6月11日，〈是谁剥夺孕妇自然产的权利？〉，《中国时报》11版。
- 钟丰琳，1995，〈夫妻共同参与的生育健康体制〉，发表于妇女健康政策学术研讨会，台北：妇女政策研究发展中心主办，1995年6月8日。
- 谢淑芬，1996，〈剖出龙子凤女〉，《光华》21（8）：44-51。
- 谢景璋、谢灿堂、宋永魁，1990，〈长庚医院六年来的剖腹产〉，《长庚医学》13（4）：283-289。
- 严高彬，1980，〈省立台南医院10年来的剖腹产〉，《中华民国妇产科医学学会杂志》19(4):160-165。
- Albrechtsen, Susanne, Svein Rasmussen, Hallvard Reigstad, Trond Markestad, Lorentz, M. Irgens, and Knut Dalaker. 1997. "Evaluation of a Protocol for Selecting Fetuses in Breech Presentation for Vaginal Delivery or Cesarean Section." *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 177 (3): 586-592.
- American Medical Association. 1989. *The American Medical Association Encyclopedia of Medicine*. New York: Random House.
- Arney, William Ray. 1982. *Power and the Profession of Obstetrics*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Barros, C. F., J. P. Vaughan, C. G. Victora and S. R. A. Huttly. 1990. "Epidemic of Caesarean Sections in Brazil." *Lancet* 338: 167-69.
- Bonica, John F. and H. S. Chadwick. 1989. "Labour Pains," in *Textbook of Pain* 2nd edition, eds. Patrick D. Wall and Ronald Melzack. London: Churchill Livingstone. pp. 482-499
- Boston Women's Health Book Collective. 1992. *The (New) Our Bodies, Ourselves*. New York: Simon & Schuster.
- Bordo, Susan. 1992. *Unbearable Weight: Feminism, Western Culture, and the Body*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Bulger, T., P. Howden-Chapman and P. Stone. 1998. "A Cut Above: the Arising Caesarean Section Rate in New Zealand." *New Zealand Medical Journal* 111 (1059): 30-33.
- Cohen, Nancy Wainer and Lois J. Estner. 1983. "Silent Knife: Cesarean Section in the United States." *Birth* 10:95-108.
- Corea, Gena. 1979. *The Mother Machine: Reproductive Technologies from Artificial Insemination to Artificial Wombs*. New York: Harper and Row.
- Davis, Kathy. [1995]1997. 《重塑女体：美容手术的两难》（张君玫译），台北：巨流。
- Davis-Floyd, Robbie. 1992. *Birth as an American Rite of Passage*. Berkeley,

- Duden, Barbara. 1993. *Disembodying Women: Perspectives on Pregnancy and the Unborn*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Firestone, Shulamith. 1970. *The Dialectic of Sex*. New York: Bantam Books.
- Foucault, Michel. 1977. *Discipline and Punish: The Birth of the Prison*. Translated by Alan Sheridan. New York: Vintage Books.
- Francome, Colin and Wendy Savage. 1993. "Cesarean Section in Britain and the United States 12% or 24%: Is Either the Right Rate?" *Social Science and Medicine* 37:1199-1218.
- Freidson, Eliot. 1970. *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. New York: Dodd, Mead & Company.
- Gabay, M and S. M. Wolfe. 1994. *Unnecessary Cesarean Sections: Curing a National Epidemic*. Washington, DC: Public Citizen Publications
- Gomes, Uilho A. Antonio A. M. Silva, Heloisa Bettiol and Marco A. Barbieri. 1999. "Risk Factors for the Increasing Cesarean Section Rate in Southeast Brazil: A Comparison of Two Birth Cohorts, 1978-1979 and 1994." *International Journal of Epidemiology* 28 (4): 687-694.
- Gregory, Kimberly D., Emily Ramicone, Linda Chan, Katherine L. Kahn. 1999. "Cesarean Deliveries for Medicaid Patients: A Comparison in Public and Private Hospitals in Los Angeles County." *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 180 (5): 1177-1184.
- Haggerty, Lois A. 1999. Continuous Electronic Fetal Monitoring: Contradictions Between Practice and Research. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing* 28 (4): 409-416.
- Hoosen, Bertha Van. 1912. *Scopolamine-Morphine Anaesthesia*. Chicago, IL: House of Manz.
- Illich, Ivan. [1975]1976. *Medical Nemesis: The Expropriation of Health*. New York: Random House. Keith, Robert D. F., Sarah Beckley, Jonathan M. Garibaldi, Jenny A. Westgate, Emmanuel C.
- Ifeachor, and Keith R. Greene. 1995. "A Multicentre Comparative Study of 17 Experts and an Intelligent Computer System for Managing Labour Using the Cardiotocogram." *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 120: 688-700.
- Lagrew, David and Josph A. Adashek. 1998. "Lowering the Cesarean Section Rate in a Private Hospital: Comparison of Individual Physicians' Rates, Risk Factors and Outcomes." *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 178: 1207-1214.
- Leavitt, Judith Walzer. 1986. *Brought to Bed: Childbearing in America 1750-1950*. New York: Oxford University Press.
- Lede, Roberto L., Jose M. Belizan and Guillermo Carroli. 1996. "Is Routine Use of Episiotomy Justified." *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 174 (5): 1399-1402.

- Leveno, Kenneth J., F. Gary Cunningham, Sheryl Nelson, Micki Roark, M. Lynne Williams, David Guzick, Sharon Dowling, Charles R. Rosenfeld and Ann Buckley. 1986. "A Prospective Comparison of Selective and Universal Electronic Fetal Monitoring in 34,995 Pregnancies." *The New England Journal of Medicine* 315 (10): 615-619.
- Lomas, Jonathan and Murray Enkin. 1991. "Variations in Operative Delivery Rates," in *Effective Care in Pregnancy and Childbirth*, eds. Iain Chalmers, Murray Enkin and Marc J. N. C. Keirse. Oxford: Oxford University Press. pp. 1182-1195
- Martin, Emily. [1987]1992. *The Women in the Body: A Cultural Analysis of Reproduction*. Boston, MA: Beacon Press.
- , 1990. "Science and Women's Bodies: Forms of Anthropological Knowledge," in *Body/Politics: Women and the Discourses of Science*, eds. Mary Jacobus, Evelyn Fox Keller, and Sally Shuttleworth. New York: Routledge. pp. 1182-1195
- O'Driscoll, K., R. J. Jackson and J. T. Gallagher. 1970. "Active Management of Labor and Cephalopelvic Disproportion." *Journal of Obstetrics and Gynecology of British Commonwealth* 77: 385-389.
- O'Reilly, Wenda Brewster, Pamela S. Eakins, Myra Gerson Gilfix and Gary A. Richwald. 1986. "Childbirth and the Malpractice Insurance Industry," in *The American Way of Birth*, ed. by Pamela S. Eakins. Philadelphia, PA: Temple University Press. pp. 196-212
- Melzack, Ronald. 1987. "The Short-form McGill Pain Questionnaire." *Pain* 30: 191-197.
- Murray, S. F. and F. Serani Pradenas F. 1997. "Cesarean Birth Trends in Chile, 1986-1994." *Birth* 24 (4): 258-263.
- Notzon, Francis. 1990. "International Differences in the Use of Obstetric Intervention." *Journal of American Medical Association* 263 (24): 3286-3291.
- Peipert, Jeffrey F., Joseph W Hogan, Deidre Gifford, Elizabeth Chase, and Rebecca Randall. 1999. "Strength of Indication for Cesarean Delivery: Comparison of Private Physician Versus Resident Service Labor Management." *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 181 (2): 435-439.
- Poma, Pedro A. 1998. "Effect of Departmental Policies on Cesarean Delivery Rates: A Community Hospital Experience." *Obstetrics and Gynaecology* 91 (6): 1013-1018.
- , 1999. "Effects of Obstetrician Characteristics on Cesarean Delivery Rates: A Community Hospital Experience." *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 180: 1364-1372.
- Prior, Lindsay. 1988. "The Architecture of the Hospital: a Study of Spatial Organization and Medical Knowledge." *The British Journal of*

- Rich, Adrienne. 1976. *Of Women Born: Motherhood as Experience and Institution*. New York: W. W. Norton.
- Richman, Vincent. 1998. "Lack of Local Reflection of National Changes in Cesarean Delivery Rates: The Canadian Experience." *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 180: 393-395.
- Rothman, Barbara Katz. 1982. *In Labor: Women and Power in the Birthplace*. New York: Norton.
- , 1989. *Recreating Motherhood: Ideology and Technology in a Patriarchal Society*. New York: Norton.
- Sakala, Carol. 1993. "Medically Unnecessary Cesarean Section Births: Introduction to a Symposium." *Social Science and Medicine* 37: 1177-1198.
- Shearer, Elizabeth L. 1993. "Cesarean Section: Medical Benefits and Costs." *Social Science and Medicine* 37: 1223-1231.
- Siganorelli, Carlo and M. Sofia Cattaruzza. 1994. "Cesarean Section Rates in Italy." *American Journal of Public Health* 84: 1340-1341.
- Thacker, Stephen B., Donna F. Stroup and Herbert B. Peterson. 1995. "Efficacy and Safety of Intrapartum Electronic Fetal Monitoring: An Update." *Obstetrics and Gynecology* 86 (4): 613-620.
- , 1998. "Intrapartum Electronic Fetal Monitoring: Data for Clinical Decisions." *Clinical Obstetrics and Gynecology* 41 (2): 362-368.
- Tong, Rosemarie, 1997. *Feminist Approaches to Bioethics: Theoretical Reflections and Practical Application*. Boulder: Westview.
- Tsai, Junn-Lin (蔡景林). 1982. "Cesarean Section at Provincial Keelung Hospital During 1976-1981." *ROC Journal of Obstetrics and Gynecology* 21 (3): 94-100.
- Tsai, Lu-Lu, Li-Hsiung Huang and His-Yao Chen (蔡璐璐、黄立雄、陈哲尧). 1979. "Cesarean Section at National Taiwan University Hospital During 1972-75." *ROC Journal of Obstetrics and Gynecology* 18 (1): 15-24.
- Tussing, A. Dale and Martha A. Wojtowycz. 1997. "Malpractice, Defensive Medicine, and Obstetric Behavior." *Medical Care* 35 (2): 172-191.
- US Bureau of the census. 1996. *Statistical Abstract (116th edition)*. Washington DC: US Bureau of the Census.
- van Loon Aren J., Albert Mantingh, Elvira K. Serlier, Gerard Kroon, Eduard L. Mooyaart, Henk J. Huisjes. 1997. "Randomised Controlled Trial of Magnetic-Resonance Pelvimetry in Breech Presentation at Term." *Lancet* 350 (9094): 1799-1804.
- Wang, Horng-Muh, Hung-Chang Lee and Tai-Yea Hsu (王宏木、李鸿樟、徐泰彦). 1988. "Analysis of Cesarean Section at China Medical College Hospital During 1980-1985." *ROC Journal of Obstetrics and*

- Gynecology* 27 (4): 237-243.
- Wertz, Richard W. and Dorothy C. Wertz. 1977. *Lying-in: A History of Childbirth in America*. New York: The Free Press.
- Wilkinson, Chris, Gillian McIlwaine, Clare Boulton-Jones and Susan Cole. 1998. "Is a Rising Caesarean Section Rate Inevitable?" *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 105 (1): 45-52.
- Williams Obstetrics (20th edition)*. 1997. Stamford: Appleton & Lange.
- Wu, Chia-ling. 1997. *Women, Medicine, and Power: The Social Transformation of Childbirth in Taiwan*. Ph.D. dissertation. Department of Sociology. University of Illinois at Urbana-Champaign.
- Yang, Hsiu-I. 1997. *Medical Malpractice in Taiwan: Myth and Reality*. Degree of Doctor of the Science of Law Dissertation. Stanford University.
- Yang, Yung-Kuei, Meau-Huei Lin, Chang-Liang Tsai and Chunag-Chuang Chang (杨荣贵, 林妙惠, 蔡忠良, 张中全). 1980. "Analysis of Indications for Cesarean Section in the Taipei Municipal Chuang-Hsing Hospital: A Twenty Years' Series." *ROC Journal of Obstetrics and Gynecology* 19 (4): 151-159.
- Yin, Chang Sheng, Yan, Jaw Shong and Wei Hwa Chen. 1996. "The Sexual and Perineal Function Following Normal Vaginal Delivery in Chinese Women." Personal communication.