

# 產科醫學遇上「迷信」婦女？

——台灣高剖腹產率論述的知識、性別與權力

吳嘉苓

產婦的先生和婆婆守候在開刀房之外，之前他們敬拜過祖先，告知列宗，這個經他們算命、擇訂在此時此刻剖腹出世的孩子，八字大貴，命格主文昌，若在古代，是輔佐皇帝的宰相之才。

不到一小時，護士抱出一個男嬰，看到兒子方面大耳，哭聲洪亮，初升格的爸爸很滿意的說：「果然有當官的架勢，將來可能會入主內閣喔！」

護士林麗雲根據經驗表示，像這樣子為了替小孩排個好八字而選擇剖腹產的例子，每十個產婦裡起碼有三個。

（謝淑芬 1996，光華雜誌）

台灣這幾年來在 32%、33% 之間擺盪的剖腹產率在世界排名名列前茅（見圖一）<sup>1</sup>。即使醫院級的全國性統計數字要到 1991 年才出爐，從 1951 年以來各醫院的資料已可看出剖腹產率節節上升的端倪（見圖二）。1951 年，台大醫院僅有 3% 的新生兒由剖腹產出，

<sup>1</sup> 剖腹產率最先出爐的全國性統計資料應僅限於醫院。而台灣有四成左右的新生兒於診所誕生，因此「真正」全國性的統計資料可以以全民健保的統計為準，自 1995 年以來大約一直在 32%、33% 左右。近幾年台灣所提出的「世界第一」是參考 Notzon (1990) 及其他國家的資料。目前我能收集最新的各國剖腹產率（見圖一）仍顯示台灣高達三分之一的剖腹產率居目前資料中的前幾位，僅次於智利與巴西。

到了 1960、1970 年代，幾家公立醫院的剖腹產率已達 5%至 15%。1991 年醫院級的全國統計數字出爐，剖腹產率達 36.6%，1997 年為 32.7%，某些醫院還出現了 100% 的數據。<sup>2</sup>

性／別政治與主體形構

這樣高的剖腹產率自 1995 年以來在台灣引發了相當的討論，解釋高剖腹產率的各種論述也紛紛出爐。討論的焦點包括給付設計的影響（剖腹產比自然產來得經濟）<sup>3</sup>、產科醫師的偏好（醫師傾向開刀以增加控制感、藉開刀避免醫療糾紛）<sup>4</sup>、性別因素（剖腹產顯現婦女於男權控制的醫療體系中為特別弱勢）<sup>5</sup>、現今生產的意識型態（剖腹產為自然生理過程過度醫療化的最明顯例證）<sup>6</sup> 等等。而另有一種常見的論述方式是將箭頭指向產婦的行為，我在本文稱之為「婦女行為論」；除了如文首所引《光華》雜誌所報導的「選擇吉時良辰」外，這種婦女行為論的論述內容還包括「怕痛」、「怕陰道鬆弛」等等，而像這種以婦女行為來解釋高剖腹產率的要因，是其他各國討論高剖腹產率所鮮少出現的。

<sup>2</sup> 例如，根據健保局提供的資料，1995 年 9 月的剖腹產比例達 100% 的醫院包括：宏仁醫院、仁德大眾醫院、中華醫院。見聯合晚報，1996 年 1 月 5 日，第 5 版。

<sup>3</sup> 例如，涂醒哲、蘇喜，1995；李佳燕，1999。

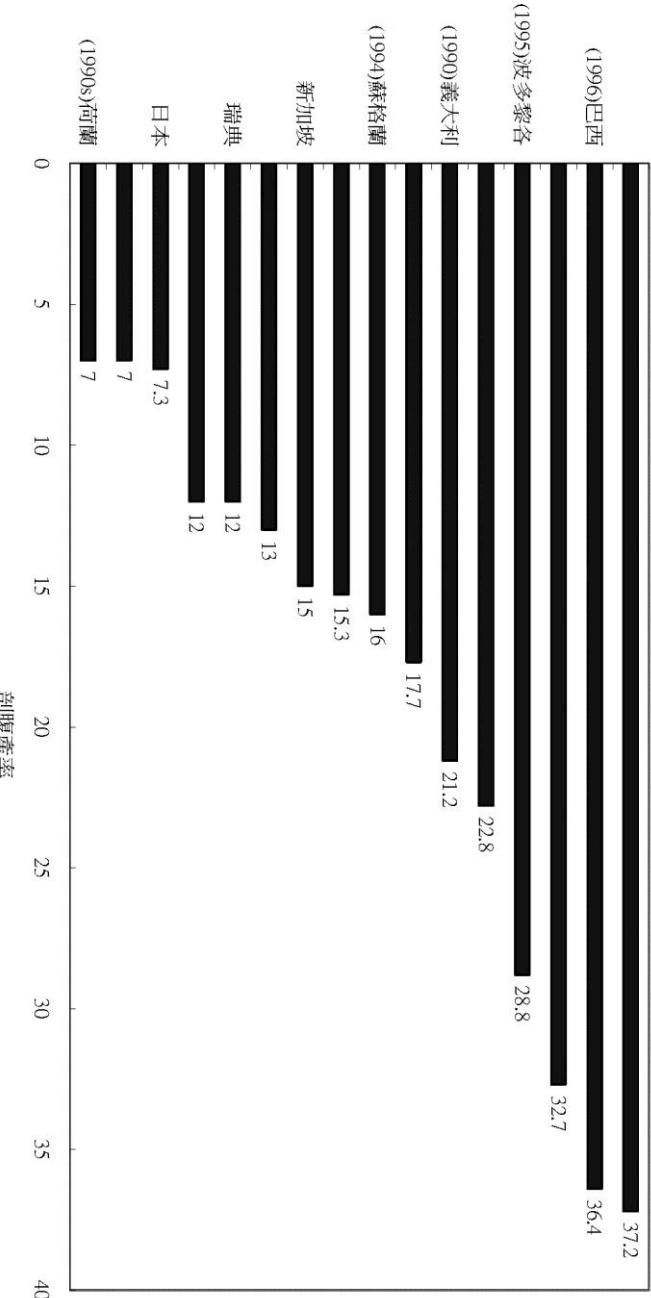
<sup>4</sup> 例如，何弘能，1995。

<sup>5</sup> 例如，胡幼慧，引述於謝淑芬，1996。

<sup>6</sup> 例如，劉仲冬，1995。

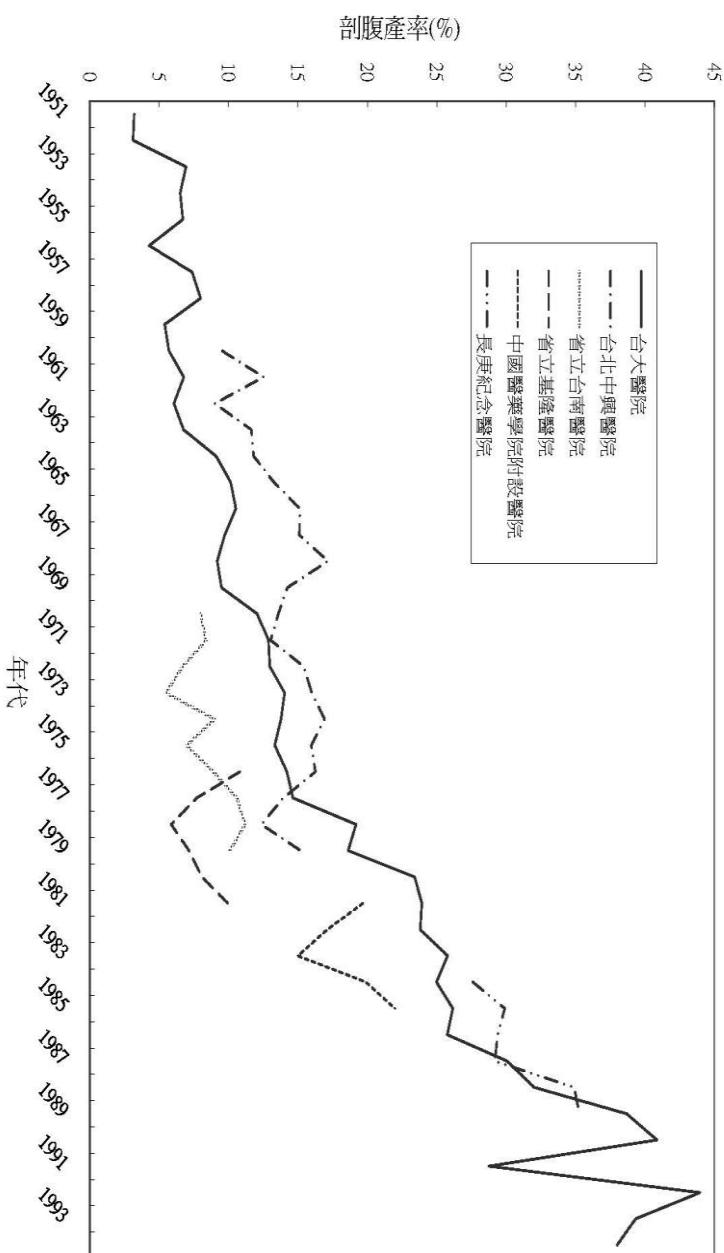
圖一 近年來部分國家/地區的剖腹產率

(資料來源：Bulger, Howden-Chapman and Stone 1998; Gomes et al. 1999; Murray and Serani Pradinas 1998; Notzon 1990; Richman 1999; Signorelli and Cattanza 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 Soong 1990;臺大醫院婦產科1995;Tsai 1982; Yang et. Al. 1980;嚴高彬1980;Wang, Lee and Hsui 1988)



這篇論文試著分析「婦女行為論」在台灣的呈現方式，並以作者的田野調查資料，佐以討論<sup>7</sup>。生產，特別是剖腹產，可說是分析社會-生物交界面的最佳例證之一。醫療社會學討論剖腹產技術是科技救命的力證還是醫療作為社會控制的重要手段之一（例，Loudon 1992；Zola 1972）；女性主義的討論也爭議醫療科技可能是將婦女自生殖「天職」解放出來的利器，還是多一道控制婦女身體的機制（例，Firestone 1970；Rich 1976；Tong 1997）。而我分析台灣高剖腹產率論述中「婦女行為論」的來由，主要著眼於「知識／權力」的分析策略。這種知識／權力乃伴隨相生，因此分析時並非只是探查有權力者如何能產生、決定知識——因為知識的形塑過程本身就有權力的意涵。台灣的高剖腹產率是怎麼一回事，是怎麼被解釋，特別是廣受討論的「婦女行為論」的論述是如何形塑，其中的權力結構為何，這些是我要探索的重點。除此之外，先前的「婦女行為論」的論述多來自醫事人員、公衛學者、媒體、女性主義者等等，即使包括婦女本身，也常以化約量化的形式呈現；我則希望藉由深度訪談的田野資料來討論產婦本身針對這些「婦女行為論」的論述，以展現婦女複雜的決策過程以及其與權力結構互動的過

<sup>7</sup> 本文所採用的田野調查資料，共計兩部分。一是於 1995 年 5 至 8 月在台北（一家醫學中心，以及一家準醫學中心），以及 1995 年 10 月至 1996 年 1 月在花蓮（三家區域醫院），所收集的。取台北與花蓮主要是為收集不同族群及社經地位的婦女。我一共訪談了 66 位婦女，其中 43 位於我在台灣期間生產（12 位有剖腹產經驗），另外 23 位則為這些產婦的媽媽輩（媽媽、阿姨、婆婆等）。其中三家醫院，我於產前檢查先認識這些產婦，取得同意後，於待產及生產時進行參與觀察，或於生產後進行訪談。另外兩家醫院則於待產室或生產後再予接觸，取得受訪或觀察的同意。我一共觀察了 23 位婦女待產及生產經過（其中包括兩次在開刀房觀察剖腹產）。認識這些婦女之後，我再請其為我介紹其媽媽、阿姨、婆婆等，並進行訪談。這些媽媽輩的婦女多於 1960 及 1970 年代生產，這部份的受訪者資料，請見 Wu, 1997。另一部份，則由一國科會研究計畫（編號 NSC-89-2412-H-002-010）初步資料整理而成，訪談於 1999 年 9 月至 12 月進行，主要訪談了 14 位有居家分娩經驗的婦女，其中 4 位有醫院剖腹產的經驗，亦在此論文中加入討論。此部分的受訪者資料，請見吳嘉苓、黃于玲，1999。本文所用產婦姓名，皆為假名。

程。我試圖傾聽這些婦女的聲音／論述，與先前的論述做對話，達到如 Martin (1990) 所說的「多音」(polyphony) 的研究分析策略。

本文另一重點是要解釋產婦在這權力結構之中的位置。已有一些女性主義論述將產婦的這些「選擇吉時良辰」、「怕痛」、「怕陰道鬆弛」等視為體制的受害者；這些體制包括「重胎兒、輕母親」、「醫療霸權」、「取悅男人」等等，而產婦深陷其中，飽受其害。這固為討論產婦的重要出發點，但只侷限受害者的討論亦有其限制。女性主義者已就各項女體議題，如從事性工作（例，黃淑玲 1996；紀慧文 1998）；美容手術（例，Davis [1995]1997）；厭食（例，Bordo 1992）等等，討論女人作為體制的受害者或行動者的多重面向，本文亦討論類似策略，亦即同時討論社會結構對產婦可能造成的限制，與從成員觀點中可能展現的行動力。

最後，對照先前的「婦女行為論」，我將提出一個「臨床行為論」的剖腹產討論論述。我藉由現今台灣剖腹產四個主要適應症 (indications) 的「主觀性」，來討論剖腹產臨床診斷的「灰色地帶」。一方面，我要對現有「『主觀的』婦女行為可議，『客觀的』醫學判斷無可爭辯」的思考模式提出質疑。另一方面，臨床診斷的這種「灰色」，正是權力運作的重要場域（例，Freidson 1970），值得作為探測台灣高剖腹產率的論述方向。

### 「她們為何剖腹？近半數為了選吉時」

1995 年 6 月 8 日的中時晚報第五版出現了一個斗大標題：「她們為何要剖腹？近半數為了選吉時」。<sup>8</sup> 報導內容的開門見山即為：「台灣的產婦決定採用剖腹產的最大考量竟是有近半比例是為了選良辰吉時。」下一段也提出：「整體研究顯示一個結果就是，確實有

<sup>8</sup> 副標並說明「保險原先有給付及醫師濫用也是主因」。相關報導共有兩篇。一標題為「台灣產婦剖腹產率世界第一」，內容主要在報導台灣剖腹產的普遍性。「她們為何要剖腹？」一文則是並列的另一篇報導，主要在陳列高剖腹產率的原因。

一定比例的產婦是受到非醫療因素的影響而決定以剖腹方式生產，如迷信、錯誤觀念的誤導，還有擔心自然產後會導致陰道裂傷鬆弛影響性生活者也佔了十六點九%。」<sup>9</sup>

這篇報導刊登後在媒體引發了一些討論。<sup>10</sup> 除了對世界第一的剖腹產率有所檢討外，「吉時良辰」的因素也成了話題之一。例如，一篇討論台灣高剖腹產率原因時提及，「有些家屬不但指名手術方式，也指定手術『時間』，…有的甚至會說，他們已花了六千元請大師算出『總統』時刻，說什麼也不會放棄。」（何弘能 1995：70）。<sup>11</sup> 亦有列舉為提前讓胎兒在鬼月前生產而剖腹的例子<sup>12</sup>。即使是隔年光華雜誌對此議題做討論，也以「剖出龍子鳳女？」作為標題，文中也提及：「統計發現有將近一半的剖腹產是基於中國傳統命理觀念，要讓孩子有個『好命』」（謝淑芬 1996：45-46）。

這「統計發現」從何而來？統計發現來自當時台大公衛系研究生黃俊元的碩士論文。這篇論文先於1995年6月7日於婦工會所舉辦的婦女健康政策學術研討會中發表<sup>13</sup>，經中時晚報記者報導之後，「近一半的產婦為了吉時而選擇剖腹產」的統計資料即數次被引用。

這種引用顯然是錯讀了黃俊元的研究。調查台大醫院（1994 年 12 月至 1995 年 2 月）近五百名產婦的過程中，黃俊元於文中列出「影響產婦決定採用剖腹產之非醫療因素」（斜線為我所加），其中有 45.1% 的樣本產婦圈選了「選擇吉時良辰」，為各項非醫療因素的首

<sup>9</sup> 「自然產」在台灣通常意味著「陰道生產」，與「剖腹產」對應。我於文中亦用「自然產」表示陰道生產 (virginal birth) 之意，而常常不等同於不用任何醫療干預的「自然」(natural) 生產方式。

<sup>10</sup> 例如，針對該報導，之後的 6 月 11 日、12 日、15 日、16 日的中國時報時論廣場都有讀者投書以及專家評論共計有四篇。

<sup>11</sup> 亦參考鄭丞傑，中國時報，1995 年 8 月 30 日，家庭版。

<sup>12</sup> 見，中國時報，1995 年 7 月 22 日，台中市新聞。

<sup>13</sup> 在這場研討會中，論文的共同發表人為黃俊元、陳維昭、楊銘欽（1995）。為便於討論，以下簡稱這篇論文為「黃文」。又，此篇論文後發表於《中華公共衛生雜誌》，見黃俊元、陳維昭、楊銘欽（1997）。

位<sup>14</sup>。「非」醫療因素的「非」字在這裡是關鍵，然而該論文列出的各「非」醫療因素只是問卷上的選項，並不等同於「決定因素」；若能閱讀黃俊元的碩士論文而非會議版的論文，更可發現 202 名剖腹產的婦女每一位都有剖腹生產的主要診斷（黃俊元 1995：50）。也就是說，樣本中每一位歷經剖腹產的產婦都有「醫療因素」，如前置剖腹產、難產、臀產、胎兒窘迫等等<sup>15</sup>。因此，媒體所言「台灣的產婦決定採用剖腹產的最大考量竟是有近半比例是為了選良辰吉時」（斜線為我所自加），實在與黃文原意相差甚遠。依黃文，剖腹產的「最大考量」很明顯地仍是前置剖腹、難產等醫療因素，產婦並未單單因為吉時良辰而「決定」採用剖腹產。

媒體雖然誤讀，但是該論文仍傳達出一重要訊息：「吉時良辰」等非醫療因素仍影響了剖腹產率的盛行。例如，會議論文中以多變項迴歸分析得出，「認為算命選擇時辰可以改造命運，比認為不可以者的剖腹產可能性較高，其勝算比為 7.1」（黃俊元、陳維昭、楊銘欽 1995：21）。文章中確定「選擇吉時良辰」這種文化觀念對產婦有所影響而「採用」剖腹產，並建議各團體要教育產婦避免受到此類「認知信念偏差」而剖腹產，特別是「婦產科醫師專業團體優可扮演觀念導正者的角色」，以「提供產婦及大眾正確的觀念」。

這些發現與建議仍塑造了婦女因迷信而主動選擇剖腹產的圖像。作者用了「採用」剖腹產的字眼，好似產婦能主動選擇，但是每一位樣本中的剖腹產產婦都有需施行剖腹產的醫療因素，而這些醫療因素常是決定剖腹產的主因。作者又強調產婦需要「教育」、

<sup>14</sup> 其他「非醫療因素」的百分比為，「比較容易安排接生時間」35.6%，「怕生產疼痛，自己提出要求」25.8%，「害怕生產過程沒有丈夫親友陪伴」22.3%，「擔心自然產後會導致陰道裂傷鬆弛影響性生活」16.9%，「親友丈夫建議」15.8%，「利用假期安排剖腹產」15.3%，「保險有給付」12.4%。

<sup>15</sup> 202 名剖腹產中，33.7% 為前置剖腹產，16.3% 為難產，14.4% 為臀產，3% 為胎兒窘迫，32.7% 為其他，文中未加說明，但依醫學文獻，其他剖腹產的主要診斷尚包括：前置胎盤、血崩等。台大醫院產科並有清楚政策規定，需有明確醫療因素、剖腹產主要診斷，才施行剖腹產。

整個研究設計主導作者朝這樣的結論發展。受訪產婦被給予的是一份選項已固定的問卷，對於非醫療因素部份，受訪者必須回答，「除了醫療因素以外，下列各項原因對您決定採用剖腹生產的重要性：（1）選擇吉時良辰生產....」。受訪婦女很容易將這種問題誤答為剖腹產的相關狀況、或「附加價值」，而非「決定採用剖腹生產」的因素。因此這樣的問卷設計並無法看出剖腹產的決定過程；「吉時良辰」很可能是產婦的信念，而非「決定因素」。

吳嘉苓

我的田野調查即發現，「選擇吉時良辰」常主要是在非得開刀生產的情況下的一項附加價值。例如，在台北一家醫學中心產科生產的蓉蓉，在預產期前五天發現胎兒為臀位，醫師與她商量後，同意施行剖腹產。反正需要約個時間來開刀，蓉蓉的母親就想，在符合醫師時間表的情況下，何不挑個好時辰：

開刀不好，沒法度才開刀，盡量不要開刀…。我是有問 J 醫師啦，他就說，自然產是可以，但是頭一胎，沒有把握。醫生給我們講，我們沒去做，到時候發生問題，吃虧是我們自己吃。來到病院也都是盡量聽醫生的話，盡量要信任醫生。…。醫生是說四號…。J 醫師說要開刀，我才去算，既然要開刀，何不選個時辰。那個算命仙是個盲人，他給父母的生辰合起來，就說這生是查某仔（註：蓉蓉的確生女兒）。他是說，如果這查某因仔要是能在四號下午三點到五點生，講這個會變作女強人。我給醫生講，他說那天有門診，沒法度。不好，再算。就選了三號早上九點到十一點。…那天也不錯啦，命是五兩六。…矇看啦，一個安慰啦。教育問題還是最重要。

這位阿媽一開始就頗懷疑剖腹產的必要性，也並不喜歡開刀，所以才跟醫生問清楚開刀的必要性；選擇吉時良辰算是「把握機會」做的，而完全不是蓉蓉剖腹產的原因。蓉蓉的媽媽在受訪時不斷的批評剖腹產所帶來的副作用，尤其對於傷身體、恢復慢，尤有怨言。雖然因為剖腹產得以為外孫女選個五兩六的命，但蓉蓉的母親也自嘲為「矇看啦，一個安慰啦」，並分析自我「教育問題

如果說蓉蓉的例子算是積極地爭開刀時間的選定，在花蓮一家地區醫院也因臀位而剖腹生產的佩芬，就可以算是消極地「核對」一下時辰的好壞：

醫生說禮拜一…，也是有看一看日子啦，不會不好，所以就配合醫生的時間。

在我的田野調查中所遇見的十六位剖腹產婦，每一位都有清楚的醫療因素，必須施行剖腹產。除了像佩芬只是把醫生指定剖腹的時間跟算命的確認一下外，有些產婦根本就是醫生說哪一天，就哪一天。尤其，若是先經歷自然產的嘗試而後才剖腹的，就無挑選時間的機會。在這裡，吉時良辰頂多是事前決定剖腹產後，若情況許可的一個可能附加價值，而非促使產婦採用剖腹產的因素。

若是像蓉蓉、佩芬這樣的產婦填寫黃俊元的問卷，很可能誤解題意而在「選擇吉時良辰」選項中回答「重要」。但是有選擇吉時良辰的行為，並非表示為了選擇吉時良辰而採用剖腹產。另外，如蓉蓉、佩芬這些產婦在生產經驗中與時辰有所牽連，在回答「您是否認為算命選擇時辰生產可以改造命運？」的問卷問題時，她們是不是會因為的確已經有類似行為而傾向肯定的回答？更重要的是，即使如蓉蓉、佩芬得以因剖腹產而有「選擇吉時良辰」的難得機會，她們都清楚的指出對於必須剖腹的無奈；她們是在必須剖腹的「困境」中，藉由「選吉時」來為自己增加一些福利。

總之，「她們為何要剖腹？近半數為了選吉時」是個誤讀的訊息，而這樣的錯誤資料也居然可以不斷地遭引用、流傳。對照黃俊元的資料與我的田野調查，可以發現剖腹產的婦女都有明顯的醫療因素（而這些醫療因素是否過於寬鬆，容後討論）。雖然「選擇吉時良辰」的確存在，但是常常只是事前決定剖腹產之後，婦女爭取

---

<sup>16</sup> 文前引光華雜誌的故事，也極可能與蓉蓉的情況類似，是因非不得已必須剖腹產，才順便選個好日子。此點文中並沒有說明。

來的附加價值，目前沒有證據顯示這項文化信念扮演了促進台灣剖腹產盛行的主要角色。我並非完全否定台灣可能有健康產婦為了選吉時而要求剖腹的例子存在，但是要說婦女的「迷信」為台灣高剖腹產率的主要因素，並不正確。

### 「有越來越多的產婦自稱，是因怕痛而選擇剖腹產」

這是 1996 年 1 月 5 日聯合晚報的一則新聞內容，是明星林青霞以剖腹產下一女之後的新聞效應之一。該新聞標題為「別學青霞剖腹產白挨一刀」，主要是採訪婦產科醫生，談論林青霞的剖腹產狀況，受訪婦產科醫生一方面認為以林青霞的身體狀況並不需要剖腹，而林青霞剖腹完第二天即上電視表示「都不會痛」，也為受訪婦產科醫師斥責有誤導作用。婦產科醫師並檢討目前剖腹產的婦女行為因素，其中「怕痛」被點出為婦女選擇剖腹產的關鍵。

從媒體訪談中，「怕痛」似乎真是林青霞選擇剖腹的主因，一段林青霞的產前專訪提及：

記：怎麼會選擇剖腹產？而不嘗試自然產？

霞：金燕玲和毛舜筠一開始都選擇自然產，痛了十多個小時後，還是沒辦法，得剖腹產，兩種痛都受了，所以我想還是一開始就選擇剖腹產得好。<sup>17</sup>

再加上，剖腹產後，「雖然小女孩是透過剖腹誕生，但青霞卻沒半點痛楚，且綻著燦爛笑容說：『一點都不痛苦，下次可以順其自然多生幾個』。」<sup>18</sup> 青霞的剖腹產經驗在媒體的報導下幾可說是徹底「無痛」，符合了當初為「怕痛」而選擇剖腹產的願望。<sup>19</sup>

---

<sup>17</sup> 世界日報，1996 年 1 月 3 日，B4 版。

<sup>18</sup> 世界日報，1996 年 1 月 5 日，B5 版。

<sup>19</sup> 方文琳剖腹產的故事亦十分相似，方文琳表示「選擇剖腹產，免去了陣痛的折磨」。與林青霞不同的是，方文琳剛生產完受訪，「傷口還有點痛」。見世界日報，1996 年 9 月 18 日，C4 版。

林青霞生產新聞可說是點燃另一波媒體對產痛的討論。在黃俊元發表論文，媒體首度熱烈討論台灣的高剖腹產率時，除了「選吉時」外，「怕痛」是另一個「婦女行為論」的討論重點。例如，在黃文之後，《中國時報》刊出的一篇讀者投書「呼籲」產婦珍惜親歷陣痛以體會「母子連心」的感覺；另一篇則指出剖腹產的產後痛以及在手術台感受的孤獨、恐懼，較自然產的陣痛更為痛苦，亦「呼籲」產婦珍惜自然生產的機會。<sup>20</sup> 而如「女人女人」這種軟性電視談話性節目亦於此時機討論了剖腹產的原因；節目中提出了「呼天喊地痛難挨，一刀省事好又快」等可能性，做為來賓及觀眾討論題綱。<sup>21</sup>

幾位醫生的訪談也提及現代女性怕痛，有主動要求剖腹產的情形。例如，婦產科醫生詹益宏就提及：

現代女性對於疼痛的忍受程度也越來越低，為了避免經驗這種痛苦，也有數不少的婦女一懷孕，就指定醫生採用剖腹生產或無痛分娩，根本不接受醫生給她們「先嘗試自然生產，在行不通的情況下才動用醫療手術」的建議。(引述自謝淑芬 1996)

林青霞的「無痛」剖腹後，醫生擔心婦女會被誤導以為剖腹產除了可以免除陣痛，連產後痛也可以免，因而特別強調「開刀時不痛但產後痛，且有傷口及腸道、膀胱易反覆沾黏、恢復慢等缺點」。<sup>22</sup> 我於林青霞生產完不久在花蓮參加一個媽媽教室，主講的婦產科醫生亦提及：「林青霞做了一個錯誤示範，她居然說剖腹產完都不痛。」婦產科醫生亦擔心這些明星會帶動流行，尤其一般婦女可能會以為剖腹產相對於自然產是一高尚文化、比較文明。<sup>23</sup>

幾個女性主義觀點的論述則提出影響產婦「怕痛」的「父權」

<sup>20</sup> 分別刊於 6 月 12 日、16 日

<sup>21</sup> 1995 年 7 月 30 日播出，台灣電視公司。

<sup>22</sup> 新光醫院婦產科主任黃建榮說，引自聯合晚報，1996 年 1 月 5 日，第 5 版。

<sup>23</sup> 例如，何弘能 1995；另見聯合晚報，1996 年 1 月 5 日，第 5 版。

因素。例如劉仲冬（1995）提出，「產科的成就實際上就是男性醫療專業的擴張，接生過程乃是男性意識型態對女性生理功能的控制」；這樣由男性主導的產科一方面「有興趣的只是高科技的使用，而非產婦的感受」，另一方面，孕婦保健書刊也浪漫化生產過程，這都可能強化產婦的產痛經驗。平路（1995）則提出對母愛與忍痛的連結提出批判，提出「以女性本位來說，選擇剖腹與否，以及在陣痛時要減輕痛苦或忍耐痛苦，純然是她自己的決定」。

如果現代婦女將陣痛視為一難以忍受的折磨，那麼到什麼樣的程度婦女會主動選擇剖腹產以避免生產痛苦呢？首先，不論是黃俊元的調查或是我的田野觀察都顯示不出有婦女像林青霞、方文琳等，在缺乏剖腹產適應症的情況下，主動採用剖腹產。我所遇見最主動要求剖腹產的例子，應是碧霞，在醫生仍鼓勵嘗試自然產的情況下，她堅持剖腹產：

我很早就決定剖腹，我算是高齡產婦（註：當時為41歲），與經產婦不同，我危險性比較高。…我害喜得很嚴重…，要生的前幾天，還會嘔吐。我知道我懷孕以後，就想說要剖腹產，從沒考慮自然產，是K醫生鼓勵我，他說我羊水多，應該蠻好生的，可考慮自然產。我說好，考慮看看，覺得還是用剖腹。婆婆也認為，剖腹產安全，因為我年紀都這麼大了，自然產的話，要用體力。…前一周產檢時，K醫生叫我上來（註：來產房）做胎音檢查。有一個（待產）小姐，又哭又叫，哇，我聽了覺得好可怕。這更堅定我用剖腹產的決心了。

碧霞依自己的健康狀況而決定了採用剖腹產。她高齡帶來的體弱，尤其是持續長久的害喜，更讓她覺得剖腹產對自己較好。聽見產房其他自然產婦的哀嚎，加強她認為剖腹產是最佳選擇的想法。我進一步問她，如果其他產婦問起她的意見（自然產或剖腹產），她會怎麼回答？碧霞說：

我會選剖腹產，是因為我年紀大，一方面身體又不好。年輕的，當然是鼓勵她們用自然產。自然產比較好，自然產是產

前痛，這些自然產的，兩、三天就可以出院了，我這種剖腹產的，都還要等到拆線以後才能走。

也就是說，碧霞是以個人狀況無法與陣痛搏鬥，而選擇剖腹產。

另一種極端是有剖腹產的理由與機會但卻沒有為了避免陣痛而接受剖腹產的建議。欣欣在第32週時，有出血狀況，必須待在床上，並服藥，以防早產。她拒絕了家人所提剖腹產的建議：

三十二周有紅的，就不正常，所以就安胎…。那時候，媽媽和婆婆都說，剖剖好了，就不用這樣等了。我不願意。我這個人在床上躺不住，剖腹的話，傷口痛、子宮收縮痛，又要等排氣，好麻煩。自然產第一天比較難過，第二天就好了。我第一胎就自然生，第二胎為什麼不要自然生？我就要讓它自然生，自己出來。

如果碧霞擔心的重點是陣痛，所以採用剖腹產，那麼欣欣排斥的則是剖腹產後的痛，因此堅持自然產。碧霞和欣欣都是如願的以自己認為最適合的方式順利生產。

和欣欣類似，曾經歷陣痛的志雯，也期待以自然產生產，卻因臀位而必須施行剖腹產。志雯對剖腹產所帶來的產後痛深惡痛絕：

發現是臀位、橫位，那時覺得很倒楣。我第一胎是自然產，照道理第二胎很快就會生出來，結果第二胎居然要開刀，蠻虧的。第一胎舒服，自然產很輕鬆愉快。是痛啦，但是你知道那是一種很盼望的痛。所以第二胎會很朝向自然產的方向努力。剖完了，是另一種痛。躺在床上呻吟，痛死了！子宮收縮，加上剖腹的傷口痛。…我對剖腹產簡直是深惡痛絕！

也許我們會懷疑志雯是因為對剖腹產記憶猶新，對第一胎的產痛又容易模糊記憶，所以會做不公平的比較。但是在訪談中，志雯的確是對一、二胎做非常仔細的剖析；除了看似較客觀的痛的時間、類型等等外，她也透露了兩種痛的相異情境脈絡（一個是「很盼望的痛」，表示有所進展，而另一個是帶著「倒楣」情境的痛）。她認為自己經歷了兩種經驗，最有資格下判斷，而結論是：「自然產絕對比剖腹產好！」

詹益宏醫師所言「為了避免經驗這種痛苦，也有為數不少的婦女一懷孕，就指定醫生採用剖腹生產」的情況，在我的調查中並未出現，可是陣痛當頭要求剖腹產的例子卻頗為普遍（亦見曾雅玲、余玉眉1994）。例如，我在台北一家醫學中心所訪談的13位產婦中，3位在產檢時就醫療因素而決定施行剖腹產，剩下嘗試自然產的10位中至少有4位因難以忍受陣痛而喊著要剖腹。其中，良薇事後就回想，在陣痛開始之前她對自然產的堅持真是「匹夫之勇」，良薇在陣痛中曾要丈夫去問醫生，可不可以就開刀算了。淑女雖然事後也說自然產較好，但是待產時看到隔壁床的產婦子宮頸口開到四指以後就沒動靜，去剖腹，「我不想痛了又開刀，就喊要剖腹」。美蘭和如意也都在陣痛中一再要求她們的醫生予以施行剖腹產。在我的田野調查中，該醫學中心的醫事人員對於純因陣痛難以忍受所要求的剖腹產，一律予以拒絕；例如醫事人員就對如意的要求表示，她的情況沒有一項符合醫院規定可以開刀的「條件」，這四人中只有美蘭後來是因「產程過長」的理由而施行剖腹產的。

陣痛的確是難以忍受，關鍵在於現今醫療制度提供了何種資源來處理這樣的產痛。

台灣婦女屢在陣痛中哭喊要剖腹，是否表示除了開刀以外，她們對生產痛楚的處理已走投無路？在這裡，我要以我在1995-1996年所觀察的五家醫院，提出兩點對現今台灣產科制度對產痛處理的觀察：（一）、產痛的處理幾乎不是這五家醫院的產科的照護重點；（二）現有的產科制度很容易在陣痛之外增加產婦的一些不舒服。也就是說，台灣的產婦不但對陣痛少有資源來因應，產科環境與制度還可能雪上加霜，使之痛上加痛。

如果說第一產程的子宮收縮是「客觀的」事實，與子宮收縮相關的痛楚，則是「主觀的」感受。對照美國生產改革中對減輕生產疼痛所做的努力，這些改革方案顯示了待產時不同的陣痛。在1910年代時有一個無痛分娩運動（the Twilight Sleep movement），當時一些婦女運動健將將女人生產所歷經的陣痛視為女人的災難，尋求

以麻醉的方式來解除女人的痛苦 (Leavitt 1986)。當時對此無痛分娩產痛最為支持的 Bertha Van Hoosen 醫生表示 (1915)，她所接觸的產婦中大約有 8% 完全無法忍受陣痛，確實有需要麻醉藥幫助的必要。在這波爭取無痛分娩的論述中，順產的障礙來自子宮收縮所帶來的肉體痛苦，解決方式則是使用 scopolamine anesthesia，這種麻醉只會改變婦女對痛的意識，但不會妨礙子宮收縮。英國產科醫生 Grantly Dick-Read 在 1933 年的著書《自然分娩》(Natural Childbirth) 中分析了生產中對痛楚的身心層面 (psychosomatic aspects)。他認為婦女對生產的恐懼及焦慮 (一部份來自現代醫事人員的漠視)，會使肌肉難以放鬆而帶來痛楚。所以，對 Dick-Read 來說，順產的障礙是害怕，解決方式就包括情緒上的支持，以及讓身體放鬆的技巧。在這裡，痛楚包括了心理與社會的層面。法國醫生 Ferdinand Lamaze 於 1950 年代後期開始推介的拉梅茲呼吸法也強調藉心理層面來減輕痛楚，不過有些女性主義者會批評此呼吸法更增加了醫事人員加諸於婦女的控制 (例，Rothman 1982；Boston Women's Health Book Collective 1992)。美國自 1970 年代開始婦女健康運動，女性主義者即強調，不必要的醫療措施會帶給產婦更多不必要的痛楚。例如，從《我們的身體，我們自己》(Our Bodies, Ourselves) 這本婦女健康運動經典的不同版本，the Boston Women's Health Book Collective (1973, 1984, 1992) 這個婦女健康運動團體就指出，婦女在醫院生產所感受的疏離感與侵入感，而非陣痛，帶給產婦最不愉快的經驗。於此，the Boston Women's Health Book Collective 強調的順產障礙是醫療機構，而最基進的解決方式在於要顛覆主流生產型態，尋求另類生產方式，如居家分娩。綜而言之，在這些生產改革策略中，對生產痛楚的焦點討論，從生理的、心理的、社會的，一直到機制的等等層次，而改革方向也從醫療科技、情緒支持、環境變革，到意識型態的轉變。這顯示「痛」可以隨著運動目標、醫療情境而被建構出不同的意義。「痛」不只是侷限於個人主觀的身體感知，而是與其社會脈絡相緊扣合的。

以台灣目前的狀況而言，我認為，產婦訴諸剖腹產來減低產痛，顯示了台灣產婦對於應付產痛的貧乏資源。雖然使用藥物減輕疼痛常常遭到質疑是醫療干預的濫用（例：Boston Women's Health Book Collective 1992），但是台灣婦女常常連這項選擇都沒有（李佳燕，1999）。所謂的「無痛分娩」只有在部份私人醫院才提供。在我所觀察的五家醫院，有四家完全不提供硬脊膜外麻醉（epidural anesthesia）這種目前最普遍的無痛分娩麻醉法。針對沒有無痛分娩這項服務，這四家醫院給我的答覆，主要包括麻醉師人力的不足，以及利益上的問題——全民健保對無痛分娩並無給付，產婦需自付此項費用。W 醫院（台北一家醫學中心）是可能提供無痛分娩的服務，但顯然需要特別的「關係」。良薇因為先生的哥哥為 W 醫院的醫師，因此得以在她陣痛難忍的時候，安排一麻醉師進行硬脊膜外麻醉。同在 W 醫院生產的志雯對此也有銳利的觀察：

我第一胎本來想採用無痛分娩，但醫院沒有辦法配合，你可以找得到醫師，但找不到麻醉師，無法配合。無痛分娩啊，人家誰理你啊。除非你是特殊人士，連戰院長的夫人啊，女兒啊。做無痛分娩，麻醉師要全程陪你，必須隨 call 隨到。因為人力不足嗎？可能是 W 醫院沒什麼心要做，W 醫院根本沒有推行嘛。

批評藥物解痛剝奪了產婦身體自主權的學者也許會慶幸，台灣少用無痛分娩其實意外地造福了婦女，但是台灣的情況主要是減少了婦女可能的選擇，忽略了對婦女這方面的需要。更重要的是，如良薇的例子、志雯的觀察，這個選擇可能只向某個社會階層、或擁有某些社會資源的社群開放。

在心理方面針對生產痛楚的處理，在台灣也顯不足。產婦可能對痛難以忍受，或是恐慌不知還能支持多久，在此情況下，產婦需要鼓勵，而台灣產婦所喊的剖腹需求很可能是情緒需求的一個徵兆。一篇調查產婦認為減輕產痛的可能有效方法中，36%的受訪者提及丈夫或家人的陪伴，25%提及醫生和護士的鼓勵，然而，在我所觀

察的醫院中，產婦最常聽到的不是家人的鼓勵，而是鄰床產婦的呻吟聲。聽到其他產婦的哀嚎，更可能增加產婦的痛苦（張郁婉 1994），而現今的產科設計即使得醫事人員的鼓勵十分受限。W 醫院的護理長就在訪談中指出，該院的護士自己都批評對產科照護的不連續感。一方面是醫事人員分房（待產室、產房、恢復室）的分工設計，使得產婦需歷經好幾批的醫護人員；特別是在待產室與產房的交接中，醫事人員在待產室對產婦的身體、情緒等種種特性即使有一些熟悉，都難以繼續應用在關鍵的產房生產。另一方面電子胎兒監視器的使用使得醫事人員於護理站的監控系統就可觀察胎兒狀況，像這樣看電腦螢幕在某個程度上似乎可以替代對產婦的親身視察，但是這樣的觀念卻是建立在「重生理結果、輕心理感受」的身心分離概念上。以上這些情況都使得護士很難建立與產婦之間一對一的關係。我所觀察的醫院偶爾會提供呼吸放鬆的指示，W 醫院也偶爾會教家人以按摩的方式幫助產婦放鬆、減輕疼痛和壓力，但是，這些措施都是偶一為之，而非產科照護的例行重點。張郁婉（1994）的研究就顯示，只有 12.4% 的產婦上過拉梅茲呼吸法的課程，而家人進入產房的陪產制度也僅在少數醫院實施（鍾聿琳 1995）。我所觀察的五家醫院都沒有此項措施。

最重要的是，如同Rothman（1982）所指出的，大環境若不支持產婦，而只靠呼吸法、按摩、或是口頭上的安慰，並無法改變「生產是件恐怖的事」這種根深蒂固的想法。台灣的醫事人員常常會勸那些痛得聲嘶力竭的婦女放輕鬆，好節省力氣，分娩時才有力氣用力；然而我們醫療化的社會若仍將生產當作是一緊急狀況，而非一自然過程，並繼續將產婦當作病人來處理，那麼產婦實在很難相信醫事人員的寬慰。在現今「生產是危險的醫療狀況」的環境下，產婦等於將陣痛當作危機看待，而非一過程，自然傾向訴諸以剖腹產來解除這個危機。

台灣主流的醫院生產方式將生產視為一生病狀態。即使是再健康的產婦，到了醫院，也一樣常換穿病人服，待在病房裡，躺在病

床上；醫事人員也都習慣稱產婦為「病人」。而產婦無法逃脫的這種「病」的氣氛不只展現在語言上，更出現在各項醫療措施上：各項例行的醫療措施，包括剃毛、灌腸、吊點滴、裝置胎兒監視器等等都有助於創造一個將健康產婦視為生病狀態的環境。如同 Prior (1988) 所說，不只是「醫院的特殊設計反映了醫學的論述」，同時「病房的硬體設計，也形成了論述本身」。產房的設計、流程、措施等等，傳達給產婦的意念是：她們是病人。

「待產婦女必須躺在床上」這樣的醫院產房措施就是一個典型的例子。產婦在到達醫院診所之前若已有破水，醫院就規定其不可離開病床，以避免感染。即使是沒有破水的情況，大多的婦女也必須躺在床上；有些醫院更一律裝上胎兒監視器，使產婦更難以隨意行動。在 W 醫院生產的如意就因為催生藥劑的點滴與胎兒監視器，而必須一直躺在病床上。這對她來說是莫大的折磨：

我覺得時間過得好慢，度日如年。我要起來走動，小姐（註：指護士）說怕影響儀器（註：指電子胎兒監視器）的運作。你能想像一個人都不能動，躺了一天一夜嗎？活動會比較好。可是若我稍微動得太厲害，儀器就會跑掉；但是，躺久了身體會麻掉啊。

如意的這番抱怨與 W 醫院在產房入口所張貼的手繪海報，形成強烈對比：海報上畫的是一位微笑的產婦，腹部裝著胎兒監視器。海報告訴產婦：為了胎兒健康，裝設胎兒監視器有其必要。靜春把她在家中的自由活動與在 X 醫院中的動輒得咎相比較，有著類似的抱怨：

胎兒監視器都讓我躺在床上不能動。躺著，覺得腰部很痠。在家裡（註：還沒來醫院前），感覺痛得很厲害，就起來走動一下，就比較不會那麼痛。躺著的話，會越痛越厲害。躺著，腰部很痠，痠到全身，會想起來走走，可是醫院又不讓你走。

靜春在家中可以隨自己對身體的感受而對身體做出使自己最感

舒適的調整，到了醫院，這種對身體的控制感，這種自助調整陣痛的能力，就遭到的莫大的限制。這些產婦不只是被要求躺在床上，為了胎兒監視器的順利運作，在部份醫院還要求產婦必須維持某種姿勢。如果一位產婦除了裝設胎兒監視器外，必須吊點滴、或打催生藥劑，那麼這位產婦大部份時間都只能以僵硬的姿勢待產。一些研究者曾指出，待產婦女的自由活動會增加醫院管理的困難，因此，對行動的控制是產科對婦女控制的表徵（例：Wertz and Wertz 1977）。而胎兒監視器的發明也將生產過程中的注意力從產婦轉移至胎兒，並藉由這種監控系統來新產生一種對產婦的控制（Arney 1982；亦見Duden 1993）。藉由胎兒監視器，對產婦的監控變成無所不在。<sup>24</sup> 更重要的是，這種對行動的限制帶給婦女不舒服感，常使產婦變得更虛弱，因而又進一步「支持」、「合理化」了醫療干預與控制的需要。

「為了胎兒好」常是醫事人員提出使用胎兒監視器的理由，並因此限制產婦的行動。在我的田野觀察中，經常有產婦的媽媽、阿姨、婆婆等上一輩的婦女根據自己以前的生產經驗向醫事人員質疑：「沒走哪會生啊？」「這樣不能動，對嗎？」但只要醫事人員解釋，裝置胎兒監視器可以適時偵察出胎兒窘迫等情況，這些有實際經驗的產婦就也無話可說。

然而，電子胎兒監視器的使用一直是產科最爭議的項目。電子胎兒監視器在 1970 年代未經大量研究，就大量開始使用於美國醫療院所，1970 年末期美國國家衛生單位要求對電子胎兒監視器的效用提出調查，1979 年的調查結果顯示，電子胎兒監視器僅對有併發症危險的妊娠（complicated pregnancy）有改善胎兒狀況的品質，對於低危險群的產婦並沒有科學證據顯示有什麼效用（William's *Obstetrics* 1997: 369-370）。電子胎兒監視器的爭議持續存在，甚至有些報告

---

<sup>24</sup> Arney 藉產科的監控系統，將醫院與 Foucault (1977) 的圓形監獄做一類比。這樣的監控系統，不但將婦女（被監控者），也將醫事人員（操控者），至於透明化的全能見度，也因此兩方都等於被置於在每個人的督導下。

指出，電子胎兒監視器，沒有增加胎兒健康，增加的是因探查出胎兒窘迫而增加的剖腹產（例，Levino et al. 1986）。一份將 1966 年到 1994 年間所有有關電子胎兒監視器的臨床報告綜合起來的評估認為，電子胎兒監視器沒有想像的有效，不過也沒有如批評的那麼嚴重（Thacker et al. 1995）。美國婦產科學院（American College of Obstetrics and Gynecology）所提出的最新指導方針建議，不論對於高低危險群的產婦，以傳統的胎兒聽診器（fetal stethoscope）間歇性的監控，與持續性使用電子胎兒監視器，基本上都可以（Williams *Obstetrics* 1997: 370）。而以胎兒聽診器聽診胎兒狀況就不需要限制產婦的行動，但是電子胎兒監視器仍是台灣主流的監聽胎兒方式：我所觀察的五家醫院皆使用電子胎兒監視器，其中有兩家（一醫學中心，一區域醫院）是例行性的使用，另三家則是適情況使用。

其他一些現今的產科制度也可能增加產婦痛楚。例如，在一項調查中，23%的婦女認為待產時的內診使生產痛楚更劇烈，而剃毛、灌腸等措施，也不是什麼愉快的經驗。吵雜的產房環境、實習醫生的巡診教學制度等等都增加產婦的不舒服。<sup>25</sup>

在這種又乏解痛資源、又有增痛因素的生產環境下，台灣的產婦在主觀上可能真的比其他國的婦女更覺得生產好痛。例如，張郁婉（1994）調查了 123 位陰道生產的產婦，發現她們的疼痛指數為  $3.81 \pm 1.17$ ，比加拿大一項類似的研究高得多 ( $2.50 \pm 1.10$ ) (Melzack 1987)。<sup>26</sup> 台灣有一份研究產婦在生產活動期間行為表現的研究也發現，相較於類似的美國研究，台灣婦女表現忍耐的動作較頻繁(陳淑月 1988)；這間接顯示台灣產婦對痛的感受比較深，所以需要忍耐的程度也較大。雖然類似的跨文化比較有著不少研究方法上的疑

<sup>25</sup> 產婦互聞呻吟聲，對初到產房的待產婦，也須格外造成壓力，但是部份受訪者也提及，這種「大家一起在受苦」的感覺，有時會形成一種支持系統，產婦會因此覺得不寂寞。

<sup>26</sup> 張與 Melzack 的研究都是以 McGill Pain Questionnaire 為疼痛測量量表。這份量表的「現有疼痛強度」(Present Pain Instensity) 的全距為 0 (無痛) 到 5 (劇痛)。

點，但是鑑於台灣現今產科制度對疼痛處理的貧乏，以及生產環境的不友善，我們的確值得懷疑台灣產婦遭受的痛楚是否更多。因此，台灣產婦喊著要剖腹產，凸顯的是現今生產環境的問題，而非現代婦女的「嬌弱」。喊著剖腹產是婦女在困境中找出路的方式，是在貧乏資源中可尋的少數解決策略，我們應著眼檢討的是現今生產環境的缺失；某些論述中反倒譴責婦女，將問題「個人化」，模糊了對結構、環境檢討的需要。

### 「擔心自然產後會導致陰道裂傷鬆弛影響性生活」

即使證據薄弱，有關台灣高剖腹產率的論述常提及婦女對「陰道鬆弛」的憂心作為採用剖腹產的原因之一。一項以高雄市婦女為樣本的研究指出，在問卷中所列六十四項婦女產後的擔心項目，「陰道鬆弛影響性生活」名列第 34（洪志秀、張素凰、金繼春 1993）。而在黃俊元的研究中，有 16.9% 的問卷填寫產婦選擇了「擔心自然產後會導致陰道裂傷鬆弛影響性生活」作為「影響產婦採用剖腹產之非醫療因素」，這也是八個選項中的第五，最後三個選項（15.8%、15.3%、12.4%）的比例與排名相去不遠。值得注意的是，黃文的問卷寫的是「陰道裂傷」，有可能是「會陰」裂傷之誤。一份調查前胎剖腹婦女對於第二胎仍採用剖腹生產的討論顯示，受訪 71 人中並無任何人圈選作者所列「怕造成陰道鬆弛影響性生活」這個選項（陳麗芳等，1997）。雖然在這三個研究中，產婦對陰道鬆弛的憂慮都比其他憂慮來不重要，但是光從研究者將其列為問卷選項就可看出研究者對這項說法的重視。婦產科醫生也的確提及，婦女為了性生活的美滿而較偏好剖腹產（例，何弘能 1995），而台灣女性主義者將婦女這種偏好，視為父權社會的惡果之一，因為婦女為了取悅男人，會不惜自己的肚子畫一刀（例，胡幼慧，引自謝淑芬 1996）。

我們再一次看到，並沒有具體證據顯示有大量婦女主動選擇剖腹產是為了怕陰道鬆弛影響性生活。這項因素的存在仍較可能是「附

骨門不開，就要開刀。我們那時陣也有人開刀，卡少啦。我們工廠就有一個開刀生的，聽說夫妻感情卡好。可能是這樣吧。她生三個，三個都開刀。(她們)夫妻在一起，有生子和沒生子，都沒感覺。要是自然生，就有差。...還是自然產卡好啦，大人才不會衰弱，開刀卡痛，人卡痛苦，自然生才比較快過。

如果就性生活而言，阿芬著眼於陰道因為未擔任產道任務而減少鬆弛的機會，認為剖腹產較好。然而，訪談中她的結論對整體婦女健康來說卻傾向支持自然產。

「陰道鬆弛」在剖腹產的論述中得到了相當的注意，相較之下，因「會陰切割術」(episiotomy)而對婦女性生活的影響就少見討論。台灣的產科醫生仍普遍施行「會陰切割術」，在花蓮Y醫院帶實習課的一位護理老師就告訴我，一位來自歐洲的產科醫生參觀Y醫院產房，問及該醫院的會陰切割術率，在場的醫事人員很詫異為何會有此問題，難道不是該百分之百嗎？Y醫院的L醫生在和我討論此事時表示，使用會陰切割術在台灣是一常態，我和他爭辯，並不是所有的分娩都需要施行會陰切割術。L醫師回答說，除非一些醫學中心能先做改變，否則地區醫院「沒有必要冒險作先鋒。」雖然並無統計數字說明台灣會陰切割術的比例，但由此例子可看出其普遍性。例行性的會陰切割術的確可以省去不少判斷的功夫，即使對有些產婦的狀況而言，事先在會陰剪一刀能避免會陰劇烈裂傷，而且能縮短第二產程，但是臨床文獻已頗肯定，會陰切割術並非對每一產婦都有其需要 (Lede, Belizan and Carroli 1996)。事實上，不必要的會陰切割術增加不必要的痛楚，英國一項研究顯示，有施行會陰切割術的婦女，在產後第一個禮拜後，比會陰自然裂傷且沒有施行會陰切割術的婦女，痛的感覺更強烈 (Bonica and Chadwick 1989)。台灣一項研究也顯示，沒有施行會陰切割術的婦女，比有施行會陰

切割術的婦女，在產後的性生活滿意度更高（Yin, Yan and Chen 1996）。如果自然產對婦女的性生活有影響的話，不必要的會陰切割術對婦女性生活的影響為何沒有像「怕陰道鬆弛以採用剖腹產」一樣，獲致類似的關注呢？

### 產婦作為行動者

本文試圖解析現有剖腹產論述中的婦女行為論。將產婦描述成迷信、嬌弱、取悅男人，以婦女的「不理性」來解釋台灣幾為世界第一的剖腹產率，明顯為一迷思。<sup>27</sup> 選擇吉時良辰較可能是在事先因醫療因素而決定施行剖腹產的時候，部份產婦為胎兒爭取的「附加利益」。陣痛之中喊著剖腹產的，的確是產科常見的畫面，但這是產婦在產科制度不處理痛、甚至增加痛的不友善醫療環境，以喊剖腹來爭取解決痛的策略。怕陰道鬆弛而主動採取剖腹產的說法也並無證據支持，而更可以增進婦女性生活的，似乎是在於避免不必要的「會陰切割術」，但這點台灣仍缺乏討論。

同時，我也要強調，如前文所述，現今主流產科措施的確對產婦不友善，但是「選擇吉時良辰」、「喊痛」等等都是婦女在受限的環境中積極為自己爭取利益的表現；這顯示了產婦作為「行動者」的面向——即使這是在一受限的環境，行動的選擇空間亦有限，然產婦並未純因「選擇吉時良辰」、缺乏主要診斷，而選擇剖腹產。產婦在台灣可能過為寬鬆的剖腹產標準下必須剖腹時，無奈之餘，更積極以「選擇吉時良辰」來增加其他「福利」。如蓉蓉的例子，產婦瞭解剖腹產對身體的傷害，不過常常缺乏與醫師討論的空間與考量決定自己身體處置方式的過程，於是改藉由「選擇吉時良辰」此一行動在自己其他的一些信念中做一些協調。「喊痛」也可視為

<sup>27</sup> 例如，官方統計也顯示，1995 年 7、8、9 月間，因非醫療因素而採取剖腹產的比例分別為 1.85%、2.48%、0.9%，比例甚低。而這些非醫療因素也並不清楚是否與「選擇吉時良辰」、「怕痛」、「怕陰道鬆弛」等有關。

產婦在感受不友善產科環境下為自己找尋的出路；這並不是產婦嬌弱、魯莽、不知考慮後果，而是針對當下環境所做的策略性考量。不論痛得喊要開刀只是為了尋求心理支持、還是真正要以開刀來脫離苦海，「喊痛」都是產婦主動發表感受、在有限的選項中為自己爭取利益的表徵。又一次的，這可看做是產婦在環境限制下的行動力。

指出產婦這些行為所意味的行動力，並非否定現行產科環境對婦女可能有的限制，也不是天真的認為產婦可以隨心所欲地忽略、「超越」這些結構上的限制。討論行動力的面向，主要是想避免僅僅將女人視為結構的傀儡、被操縱的玩偶，而希望呈現產婦主體的確有積極採取的行動以及這些行動對其的意義。

### 「主觀的」臨床產科判斷

相對於一些醫療界對於產婦「主觀」信念對做出正確而「客觀」的醫療判斷所帶來的干擾（如詹益宏醫師所言），產科判斷的灰色地帶——主觀意涵——卻較少在台灣這一波的高剖腹產率論述中被討論。一些醫學研究已指出，今日剖腹產四大適應症——前胎剖腹、難產 (dystocia)、臀位 (breech presentation)、胎兒窘迫 (fetal distress)——都是臨床上的「灰色地帶」(Sakala 1993:1180)。不論從受訪的產婦或是現有台灣的醫學文獻，都可看出這些剖腹產的「主要診斷」，不只是絕對客觀的生理理由來決定的，而是依社會及歷史情境而有所變化。

以「前胎剖腹」來說，這是佔目前台灣剖腹產主要診斷的第一位，然而，醫學上已有很清楚的認定，「一胎剖腹，終身剖腹」是錯誤的看法，因為「剖腹產後陰道生產」(vaginal birth after cesarean section，簡稱 VBAC，也就是即使前胎剖腹，也嘗試施行自然產) 已普遍採用。VBAC 在世界各國的差異很大，以一份 1980 年代中期的統計，對於前胎剖腹的產婦中，採取陰道生產的比例低如加拿大

的 5.7%，美國的 6.6%，高也有挪威的 46.5%，以及荷蘭的 55.4% (Notzon 1990)。VBAC 可說是醫療措施被社會建構的好例子之一，美國在公衛界以及產科醫師團體對降低剖腹產的強烈要求主導下，VBAC 比例從 1985 年的 6.6%，增加到 1992 年的 25% (Gabay and Wolfe 1994)。VBAC 在台灣各醫院的施行狀況差異甚大，例如，台北市立中興醫院於 1973 年至 1982 年 582 個前胎剖腹的例子中，38.5% 判斷為合乎嘗試陰道生產，而成功嘗試的比例為 77.2% (黃炳昌等 1983)。一個相反的例子是長庚紀念醫院，在 1984 至 1989 年間，有 98% 的前胎剖腹亦施行剖腹產，即使該醫院亦宣稱有 VBAC 的提供 (謝景璋、謝燦堂、宋永魁 1990)。黃俊元於 1995 年間對台大醫院的調查即發現，在 64 個前胎剖腹的例子中，全部都採用剖腹產，並無 VBAC 的例子。由這些相異甚遠的數據可看出，前胎剖腹是否此胎就要剖腹，是因醫院的政策而有所不同的，並無一放諸四海皆準的標準。Y 醫院的 L 醫生告訴我，主流醫院大都不採用 VBAC，受訪產婦也因此大都相信「一胎剖腹，終身剖腹」的觀念；我因此懷疑，除非有醫院正對 VBAC 做研究，否則目前在台灣前胎剖腹仍為剖腹產的主要診斷。

為何台灣鮮少施行 VBAC？一項對於台灣前胎剖腹的低危險群產婦並未採 VBAC 的原因探討顯示，「醫師未建議」是產婦圈選的最主要原因 (陳麗芳等，1997)。不只是「醫師未建議」，即使產婦提出要求，也可能遭拒。我們訪問的一位產婦，在前兩胎剖腹生產後，隔兩年後於 1999 年意外懷孕時，希望第三胎能採用自然產（即 VBAC），但是台北幾家大型醫院都拒絕了這個產婦的要求：

然後我都是千方百計要找到一個人…能讓我自然產，…所以我就會去打聽哪一些醫院比較有可能。剛開始我是在 A 醫院（一家醫學中心）做產檢…那個醫生我也是跟他提我要自然產的事情，他是完全否決啦，就說你前面兩個剖腹，這一個你要自然產是不可能的，說會有很大的風險。我後來就…就去找 B 醫院（一家醫學中心），我都去找他們很紅、算很大牌的醫生就是了，因為我想他們人比較權威嘛，就去問

他們。結果 B 醫院那個醫生跟我講說，你這胎是男生耶，你幹嘛冒那個險。我心裡就在想說，那萬一這個是女生就可以冒這個風險嗎？因為他知道我前面兩個生女兒啊。他也是叫我不行自然產。後來我又去找 C 醫院（一家準醫學中心）…我也是問過他自然產的事情，他也是跟 B 醫院講的差不多，就是你不要冒這個風險，風險很大。我就想說好吧，就認命，就剖腹。

這位產婦後來並未「認命」，而是以助產士到家居家分娩的方式完成 VBAC。對於這位產婦而言，三家大型醫院的產科醫師都在未經仔細判斷後否定 VBAC 的可能性，顯示台灣主流產科醫師並不推薦前胎剖腹後使用陰道分娩。施行 VBAC 需要對各種生產情況的判斷技巧與耐心，這需要醫生更多的時間精力來配合。醫生通常最擔心的是子宮的破裂（Paul and Miller 1995），但是醫學上的評估也顯示，VBAC 所帶來的好處超過其所可能有的風險（見 Shearer 1993 的文獻整理）；一項台灣研究亦指出，準備妥當的 VBAC，要比逕自送去開刀房，對母子健康的效果都來得好（黃炳昌等 1983）。而醫生不論母子健康狀況都對 VBAC 一律遲疑，顯示醫生對標準化技術的偏好勝於對選擇的給予。許多研究強調，對 VBAC 的漠視某種程度顯示了對手術刀的信任大於對母體能力的信任；比起耐心等待看看產婦的身體有何變化，醫事人員也可能在手術中較有控制感（Cohen and Estner 1983; Martin [1987]1992）。英語世界產科文獻已有多篇肯定從檢討產科醫師個人特質或是醫院照護政策來提高 VBAC 的施行比例（例，Lagrew and Adashek 1998；Poma 1998）。從目前的證據來看，台灣產科醫師對於 VBAC 的低施行率，並非台灣產婦的體質特別，無法實施，而是牽涉到醫師對於此技術的看法。要探究這個造成台灣剖腹產最主要適應症的原因，亦值得從台灣產科醫師的臨床行為著手。

「難產」是另一個產科臨床的灰色地帶。難產包括頭骨盆不稱（cephalopelvic disproportion，胎兒頭骨與母親骨盆比例不稱）、子宮收縮不良所引起的產程遲滯。就以頭骨盆不稱為例，臨床研究亦顯

示，即使並未達到頭骨盆不稱的「絕對」適應症（'absolute' indication）也會診斷為「難產」。有研究者指出，所有生產的絕對頭骨盆不稱應在 1% 以下 (O'Driscoll, Jackson and Gallgher 1970)，但在台灣及美國，頭骨盆不稱列為主要適應症的比例從 1.5% (Tsai 1982)，到 4% 以上 (Tsai, Huang, and Chen 1979；Francome and Savage 1993)，而不論是美國 (Paul and Miller 1995)，或台灣（例，謝景璋、謝燦堂、宋永魁 1990），「難產」作為主要診斷也在近年增加至 7% 以上。所謂的「絕對」適應症，與實際發生的主要診斷，顯然是有一段距離，這顯示了判斷此標準的一些灰色區域。

最令人爭議的一個「難產」的概念應該是「產程遲滯」，或說「產程過長」。這令一些研究者要問，「到底多長叫做過長」 (Francome and Savage 1993)。即使是醫學教科書中的平均產程都隨著時代不同而有所變化，Rothman (1982) 指出，「產程不是一個基本的、不變的生理現象，而受制於社會與醫學的控制」（頁 263）。Rothman 就點出，產科中最權威的教科書《威廉氏產科學》( *William's Obstetrics* ) 各版本所記載的第一、第二產程時間，隨著年代而有所不同。對於頭胎於醫院生產的婦女，其第一產程（子宮頸口從剛開到全開的時間）在 1948 年平均為 12.5 小時，但在 1980 年卻減為 8 小時。因此，一個 12.5 小時的第一產程在 1948 年可能看起來「正常」，但在 1980 年就有些「可疑」了，可能需要醫療的介入。Rothman 指出，只要現代產科以催生或是剖腹產等醫療干預，將較長的產程「納入」於常態曲線之下，第一產程的時間就會越來越短。如此一來，只要第一產程的平均時間越來越短，被定義為「產程過長」的機會也會越來越大，現今美國許多醫師就不允許第一產程超過 18 個小時 (Francome and Savage 1993)。因此，越來越早到醫院待產（相較上一代來說），以及越來越短的教科書「正常」第一產程定義，都更易使產婦抱怨待產難熬、更易使醫師判斷產程過長。

「臀位」作為剖腹產的主要診斷也有其社會因素。相對於「臀位」，各國的剖腹產率有瑞典的 93.3%、美國的 80.4%，以及荷蘭的 34.8%

等變化（Notzon 1990），顯示剖腹產並非臀位的唯一處理方式。荷蘭一份登於 *Lancet* 期刊的醫學研究就強調，即使剖腹產越來越安全，仍有其危險性，產科應在確保胎兒與母親健康的情況下，致力於精進於判斷臀位是否可採自然產的標準（如骨盆測量法 pelvimetry）以增進母嬰健康，而非一味以剖腹產處理臀位（van Loon et al. 1997）。相同的研究動機也見於另一份挪威的醫學研究，希望藉由更清楚準確的判準，使得適合陰道生產的臀位能較確切地分辨出來（Albrechtsen 1997）。面對臀位狀況，台灣醫院大都傾向以剖腹產處理（黃俊元 1995），而我所訪問的現今仍活躍的幾位助產士則仍保持著接生臀位的技術。這些助產士強調，並非所有的臀位皆適合自然產，必須小心判斷再作決定，但是她們以母子安全為優先考量的情況下，不會放棄自然產的機會。相對的，若台灣大部分的產科醫生一發現臀位即以剖腹產處理，則接生臀位的技術也就逐漸失傳。醫界是否朝精進自然接生臀位的方向努力，還是傾向以剖腹產作為主要處理方式，亦值得研究這種臨床行為差異的來由。

「胎兒窘迫」如何成為臨床上的灰色地帶，主要與電子胎兒監視器的判讀有關。

如前所述，醫界對於連續性使用電子胎兒監視器的爭議持續存在（Haggerty 1999；Thacker, Stroup, and Peterson 1998；Williams *Obstetrics* 1997: 370-371）。其中一個重要爭議在於，電子胎兒監視器的使用沒有增加胎兒健康，增加的是因探查出胎兒窘迫而增加的剖腹產（例，Levino et al. 1986）。而如產科權威教科書 Williams *Obstetrics* (1997: 371) 所言，分娩過程中胎兒心跳的異常十分常見，而有多大比例因為胎兒監視器的檢測而達到救命效果，又有多少比例造成不必要的剖腹產（可能因此造成不必要的危險性），仍無定論。更重要的是，醫事人員對於電子胎兒監視器的判讀亦有一些變異；例如，Keith et al. (1995) 就英國 17 個產科醫師對於電子胎兒監視器的判別發現，大約有四分之一的醫師會不同意其他醫師的判讀，因此採用不同的診療措施。另一份於紐約州進行的研究則發現，

產科醫師的確藉由增加電子胎兒監視器的使用採取「防禦性醫療措施」（defensive medicine），以減低醫療糾紛的風險，而電子胎兒監視器的使用也的確增加因為檢測出「胎兒窘迫」而造成的剖腹產率。雖然這對於胎兒健康的利弊無法看出，但是醫師臨床行為受到醫療糾紛所影響，的確存在。再一次地，「胎兒窘迫」作為台灣剖腹產的四大適應症之一，也不是黑白分明的判準；醫師臨床行為的變異，存在著進一步討論的空間。<sup>28</sup>

從以上對於剖腹產四個主要適應症的檢視可看出，醫師臨床的行為對於是否採用剖腹產，扮演了重要的角色。若檢視幾個主要的產科醫學期刊，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* 等等即可發現，醫師的臨床行為（例，Poma 1999；Peipert et al. 1999）以及相關的醫院照護措施（例，Gregory et al. 1999），是這些醫學文獻中討論降低剖腹產率的主要方向。<sup>29</sup> 例如，在美國一波檢討其高剖腹產率的研究中，「產

<sup>28</sup> 對於醫療訴訟的擔心，的確是台灣產科醫生常提及的剖腹產因素。醫師指出，家屬的抱怨與要求促使醫生施行剖腹產，以避免醫療訴訟；這不只限於胎兒窘迫的情況，W 醫院一位醫生告訴我，台灣的情況較美國更為嚴重，是因為除了訴訟之外，台灣家屬尚可能把棺材抬到醫院以羞辱醫生。在解釋美國的高剖腹產率時，美國醫師協會（American Medical Association 1989）所出版的《醫學百科》（*Encyclopedia of Medicine*）解釋：「這一部份是由於手術日漸安全，另一部份也因為醫師擔心，若困難生產引起併發症，對母子健康造成影響，醫生將會被告」。醫師意見調查也顯示，美國及英國的醫生都將害怕醫療糾紛列為剖腹產增加的最重要原因（Lomas and Enkin 1991；Francome and Savage 1993）。然而，醫師以剖腹產作為防禦性醫療措施，是否對其真的較有利，亦有爭議。在美國，有證據顯示，剖腹產所相關的訴訟，與因為未能施行剖腹產所帶來的訴訟，來得高（O'Reilly et al. 1986；Gilfix 1984）。對台灣而言，Yang (1997) 則指出，現今台灣的法律制度以及醫院對病歷的管理，都使得病人要訴訟醫生根本有其困難。楊秀儀強調，從台灣的現今醫療訴訟狀況看來，被剝奪的是病人的權利，而非醫生的權利。

<sup>29</sup> 我以 MEDLINE 檢視這些期刊自 1995 年以來有關剖腹產的討論，極少看到有類似台灣「產婦行為論」的研究取向。

科醫生也是一危險因素」（Lomas and Enkin 1991），即得到廣大的討論。主要討論的方向有二。一、醫學訓練中，婦科與產科一同訓練的方式，易使得產科傾向使用醫療干預。二、醫事人員對醫學知識的倚重，使自己傾向以剖腹產這樣的手段來為自己的行為加以「辯護」。也因此，前述所提的四項主要適應症的定義會變的越來越寬鬆。

比起「自然產」而言，剖腹產更「符合」現今的醫療意識型態。在分析醫學教科書時，一些研究者發現，產科將子宮視為一機器，生產的女人是工人，而產科醫生為監工（Corea 1979；Davis-Floyd 1992；Martin [1987]1992；Rothman 1982 1989）。監工幫助工人適當操縱機器；工人做不好時，監工下場接管；監工在某些程度以下場操作來達到更高的成就感。如 Francome 與 Savage 所分析的：「產科與婦科的這種合併，以及訓練中對喜歡手術及行動的人的偏好，都表示大多產科醫生對於施行剖腹產或是其他協助生產方式，覺得較有意思，而不是坐著順其自然、讓產婦慢慢來」（頁 1207）。

這些研究者指出，為了合理化產科存在的必要，產科醫師必須證明他們藉由醫療干預而拯救生命；剖腹產是當中最具侵入性亦最戲劇化的一種方式。

台灣的產科醫生也的確提及，同業認為剖腹產比起自然產更有控制感。例如，何弘能（1995）指出，比起剖腹產，自然產要花上醫師更多的時間與精力，也面臨更多的壓力。對於一個初產婦，醫生可能要 stand by 十幾個小時，而剖腹產約一小時也就結束了。張昇平也指出，「現今醫生對自然接生的耐心和信心也有別與以往，以致在漫長的自然生產過程中，只要稍有危險的徵兆出現，就決定動用剖腹手術以策安全」（引述自謝淑芬 1996）。「以策安全」聽起來好像剖腹產並沒有危險，但是產科醫生都知道不是這麼如此。因此，「以策安全」應解讀為產科醫生對控制生產過程的渴望；產科醫生做為一個醫療專家，有著就必須做點什麼的自我「壓力」。此外，使用剖腹產的壓力還來自「科技萬能」的訊息，而這訊息部

份亦為醫界本身為鞏固其權力位置所不斷形塑出的（Arney 1982；亦見 Davis-Floyd 1992；Illich [1975]1976）。

### 結尾語

在這篇論文中，我重新詮釋「婦女行為論」。我先分析了現有對台灣高剖腹產率中「婦女行為論」的論述，並強調現有論述對婦女行為的誤解。除了去迷思外，對照我在田野實際所觀察到的現今產科環境與產婦行為，特別是呈現產婦自己對這些「婦女行為論」的論述，我一方面想強調現今環境對產婦的不友善，另一方面也重新解釋「選擇吉時良辰」、「喊痛」，是產婦考量現行環境下，為自己爭取福利的行動策略；這是呈現婦女行動能量的另一「婦女行為論」版本。最後，對照於台灣主流剖腹產論述所強調的婦女「不理性」面，我剖析了剖腹產對主要適應症的診斷，也並非客觀的科學判斷，而參雜許多主觀價值，是某些意識型態下的產物。主流這種「『不理性』『主觀』的產婦 vs 『理性』『客觀』的產科醫學」的論述，因此受到挑戰。

現階段對於台灣高剖腹產的論述，「婦女行為論」遠較「臨床行為論」受到更多重視。從這論述上的差異也顯示產婦相較於醫界在論述上權力不平等的狀況，使得產婦更容易比醫界成為問題的核心來源，而將問題指向婦女行為；另方面使得台灣高剖腹產率的問題陳述一直傾向朝「產婦個人化」發展，以教育產婦作為主要解決途徑，我們因此一直缺乏將高剖腹率視為一公共議題的討論空間，也未對醫界的臨床行為展開有系統的分析與檢討。這篇論文希望能呈現對現有「婦女行為論」的誤解、限制，並開拓對台灣的高剖腹產率其他複雜面向的討論。也許，「臨床行為論」是可以豐富台灣高剖腹產率討論層次的起點。

- 中華民國衛生署，1996，《衛生統計》，台北：衛生署。
- 平路，1995年6月15日，〈產婦的兩難處境〉，《中國時報》11版。
- 何弘能，1995，〈剖腹產的原罪〉，葉林採訪整理，《醫望》8：70-71。
- 李佳燕，1999，〈回應45期網氏女性電子報——恢復『復興助產士，降低剖腹產』的錯誤觀念〉，《網氏女性電子報》（47期，12月13日）。
- 吳嘉苓、黃于玲，1999，〈規訓的身體與抵抗的策略：以現今台灣醫院生產與居家分娩的比較分析為例〉，發表於「間別千年：臨界空間與社會」國際學術研討會會議論文，1999年12月11-12日\*
- 紀慧文，1998，《12個上班小姐的生涯故事：從娼女性之道德生涯研究》。台北：唐山。
- 洪志秀、張素凰、金繼春，1993，〈產褥其婦女之壓力與其相關因素〉，《公共衛生》20（1）：29-45。
- 涂醒哲、蘇喜，1995，〈肚皮無罪〉，《醫望》8：67-69。
- 陳淑月，1988，《第一產程活動期待產婦手部行為的探索性研究》，碩士論文，台大護理學系研究所。
- 陳麗芳、師慧娟、謝淑芳、王如華，1997，〈探討產婦再次選擇剖腹產的原因〉，《國防醫學》25（2）：156-160。
- 張郁婉，1994，〈待產婦產痛情形之分析及探討〉，《公共衛生》21（2）：128-141。
- 黃炳昌、楊麗川、李木生、張中全、徐千田，1983，〈剖腹產後生產方式的分析〉，《中華民國婦產科醫學雜誌》22（3）：53-64。
- 黃俊元，1995，《影響剖腹產利用之相關因素研究：以某醫學中心為例》，碩士論文，台大公衛所醫院管理組。
- 黃俊元、陳維昭、楊銘欽，1995，〈剖腹產對產婦健康之影響—從影響剖腹產利用之產婦因素談起〉，發表於婦女健康政策學術研討會，台北：婦女政策研究發展中心主辦，1995年6月8日。
- 黃俊元、陳維昭、楊銘欽，1997，〈產婦特性與採用剖腹產：以台大醫院為例〉，《中華公共衛生雜誌》16（4）：309-318。
- 黃淑玲，1996，〈台灣特種行業婦女：受害者？行動者？偏差者〉，《台灣社會研究季刊》22：103-152。
- 曾雅玲、余玉眉，1994，〈正常分娩的初產婦於待產及生產時主觀經驗之探

吳嘉苓

\* 本文部分由一國科會研究計畫（編號 NSC-89-2412-H-002-010）初步資料整理而成，該計畫目前仍在進行中，文章亦尚待修正。因此，如需引用此會議論文，請徵得作者同意。我們亦歡迎任何意見與評論。Email 聯絡請用：[clwu@ccms.ntu.edu.tw](mailto:clwu@ccms.ntu.edu.tw)。

- 性／別政治與主體形構
- 討>，《護理研究》，2（4）：359 - 369。
- 臺大醫院婦產科，1995，《臺大醫院婦產科百年史料輯錄》，台北：臺大醫院。
- 劉仲冬，1995年6月11日，<是誰剝奪孕婦自然產的權利？>，《中國時報》11版。
- 鍾聿琳，1995，<夫妻共同參與的生育健康體制>，發表於婦女健康政策學術研討會，台北：婦女政策研究發展中心主辦，1995年6月8日。
- 謝淑芬，1996，<剖出龍子鳳女>，《光華》21（8）：44-51。
- 謝景璋、謝燦堂、宋永魁，1990，<長庚醫院六年來的剖腹產>，《長庚醫學》13（4）：283 – 289。
- 嚴高彬，1980，<省立台南醫院10年來的剖腹產>，《中華民國婦產科醫學會雜誌》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* 2<sup>nd</sup> edition, eds. Patrick D. Wall and Ronald Melzack. London: Churchill Livingston. 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. 《重塑女體：美容手術的兩難》（張君玲譯），台北：巨流。
- Davis-Floyd, Robbie. 1992. *Birth as an American Rite of Passage*. Berkeley,

CA: University of California Press.

35

Duden, Barbara. 1993. *Disembodiment Women: Perspectives on Pregnancy and the Unborn*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

吳  
嘉  
苓

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 Bettoli and Marco A. Barbieri. 1999. "Risk Factors for the Increasing Caesarean 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 an 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、黃立雄、陳哲堯). 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 (116<sup>th</sup> 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, 李鴻樟, 徐泰彥). 1988. "Analysis of Cesarean Section at China Medical College Hospital During 1980-1985." *ROC Journal of Obstetrics and Gynecology* 27 (3): 211-216.

- 性／別政治與主體形構
- 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 (20<sup>th</sup> 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 (楊榮貴, 林妙惠, 蔡忠良, 張中全). 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.