

中國醫藥大學

醫務管理學研究所

編號：IHAS-337

剖腹產後自然生產之成效及其影響因素之探討

The Effect and Associated Factors of  
Vaginal Birth After Cesarean Section



指導教授：蔡文正 博士

研究生：林春米 撰

中華民國九十四年六月

## 誌 謝

「研究所畢業」--是我在多年前即已認定是下輩子的目標，也是此生的遺憾！但是因緣際會，在醫院長官鼓勵和外子的支持下，幸運地考上又如願畢業，心中的悸動與感觸實非筆墨可以形容。

在研究所的這段日子裡，首先感謝指導教授 蔡文正老師，在上學分班的時候即對蔡老師印象深刻；在論文寫作的這段期間，更是印證了學長姐所說蔡老師的熱忱、悉心指導及對學術品質的嚴格堅持。常常利用下班後的時間與蔡老師討論，老師總是耐心又細心地一一指導，使我這初學者獲益匪淺，也讓我的論文品質受到肯定。本論文得到「中央健康保險局九十四年度碩士論文獎勵」、「台灣健康管理學會 2005 年碩士論文競賽佳作」，還榮獲「第一屆台中市玉山醫務暨健康管理學會學生論文獎研究生組第一名」，這所有的榮耀都要歸功於蔡老師的教導，沒有蔡老師，這些對我而言都是「不可能的任務」，因此，心中對蔡老師的感謝是非常深刻與真誠的。其次，要謝謝 楊志良教授、李選教授在論文口試時，提供寶貴的意見與指正，讓本論文的內容更臻完整，在此表達由衷的謝意。

接著，要感謝協助問卷調查的所有醫院同仁在研究過程中的大力幫忙，讓這篇論文的研究調查得以順利完成。在多次的接觸中，大家也因為有共同的目標而成了好朋友，這是論文寫作之外的收穫！另外，也要謝謝個人服務醫院的林伶廷董事長、謝士明院長、沈建業副院長、林修禾主任、王雪月主任的支持與對工作上的包容，讓我可以事業與學業兼顧，這份恩情我銘記在心！當然，院內還有很多位同事也是我要感謝的，婦產科陳榮元主任、沈國壽主任、曉玉組長，提供我論文內容婦產科專業上的協助、問卷效度的檢測及問卷的收集；保險申報課的瓊瑛課長、金敏、桂梅對於健保局有關剖腹產管理訊息的提供；企劃室的蕙萍、靜雲提供文獻蒐集及電腦操作的指導；同一辦公室的巧婷，常常在我上學的日子充當我的秘書，幫我接聽電話及傳達會議內容；還有提供我工作上最多協助的最佳拍檔--銀妹，有了她，讓我在工作上無後顧之憂；此外，尚有很多、很多一直很照顧、支持我的同事，礙於篇幅，無法一一列出姓名，也向他們說聲謝謝！

還有，蔡老師研究室的曉雲學姐協助統計及修改論文，讓我見識到她學術研究的紮實功力，其他妮吟學姐、緯杰學姐、思甄學姐、夢婷學姊、凱平及崇銘學長，他們個個都比我年輕許多，但是在學術研究的領域卻每位都是我的小老師，提供我諸多的協助，也讓我體驗到「後生可畏」的意涵。而與醫管所第二十屆同學二年的同窗生涯，更是我深深珍惜與懷念的！活潑、熱忱、敦厚、「狗腿」是我們班的最大特色。能和這群老老少少的優秀人才齊聚一堂，真是非常快樂的一樁美事！如果還有機會，希望可以再成為同學。

當然，最後要感謝我的家人，尤其是外子--王雲榮先生，他總是對自己老婆的能力給予最高的肯定，鼓勵我去達成他所設定一階段又一階段的目標，並且在背後默默支持著我；還有二位可愛的兒子--子豪、子歲，由於他們的媽媽總是有「做不完的功課」，因此，晚餐自理的機率很高。多年忙碌的工作與學業，往往犧牲一些必須陪伴他們的時間，心中對先生與孩子總有一份虧欠。現在畢業了，總算可以多點時間陪陪他們了。

最後，僅將此論文獻給我的先生、孩子、爸爸、公公等所有的家人，有了您們的關懷與支持，使我的夢想得以實現。再次感謝所有在求學過程曾經幫助過我的人，致上最深的謝意與祝福。

林春米 謹誌

2005年仲夏於頭份

## 摘要

目的：台灣地區的剖腹產率在 1995 至 2003 年一直維持在 32%~34%，呈現居高不下的趨勢，近年來無論衛生署或健保局都一直希望降低國內的剖腹產率。國際間普遍認為剖腹產後自然生產是有效降低剖腹產率的方法。本研究希望瞭解剖腹產後自然生產之成效、影響剖腹產後自然生產之相關因素，並探討醫師對健保給付獎勵制度的看法及其是否鼓勵產婦剖腹產後採自然生產，從中分析醫師對產婦選擇生產方式的影響。

方法：本研究採用結構式問卷，於 2004 年 10 月至 2005 年 3 月，以中部地區 15 家醫院之住院產婦與婦產科醫師為收案對象。在產婦方面，凡前一胎是剖腹生產者，此次不論其為自然生產或再次剖腹產均為研究的對象，共收集有效問卷 318 份（27 份自然生產、291 份再次剖腹產）；在醫師方面，以前述 15 家醫院的婦產科醫師為研究的對象，共收集有效問卷 52 份。利用羅吉斯迴歸分析（Logistic Regression Analysis），探討影響產婦剖腹產後是否採自然生產之相關因素。

結果：前一次剖腹產的原因多為「胎位不正」（35.53%），而前次剖腹生產者，本次再次剖腹生產的比率高達 91.5%，其原因為「前一胎為剖腹產，經醫師建議」之比率最高(41.58%)，次要的原因為「前一胎為剖腹產，而自己要求」（28.87%）。有過自然生產經驗者，採剖

腹產後自然生產機率較高。在無產科禁忌症的情況下，醫師認為剖腹產後自然生產是安全的佔 73.08%，會鼓勵產婦剖腹產後自然生產者有 50%。在產檢期間經醫護人員鼓勵自然生產者比未經鼓勵者，採剖腹產後自然生產的機率較高(勝算比 22.86)。在無產科禁忌症情況下，認為要尊重產婦意見才決定採何種生產方式的醫師，其接生之產婦採剖腹產後自然生產機率較高。有致力推動剖腹產後自然生產政策的機構，其接生之產婦採剖腹產後自然生產的機率較高(勝算比 15.02)。私立醫院及財團法人醫院相對於公立醫院而言，產婦會剖腹產後自然生產的機率低很多，勝算比分別是 0.004 及 0.001。

結論：由本研究結果可知，「醫護人員是否鼓勵剖腹產後自然生產」及「醫療機構是否推動剖腹產後自然生產之政策」是影響產婦剖腹產後是否採自然生產的兩大重要因素；此外，產婦「前一胎之生產方式」會影響其下次的決定。因此，要降低剖腹產率，宜加強民眾衛教宣導、加強醫護人員對剖腹產後自然生產的認知與態度、鼓勵醫院推動剖腹產後自然生產的政策、建立良好的醫療保險及醫療糾紛處理模式，方能提高產婦及醫師對剖腹產後自然生產的信心與嘗試的意願，達到降低總剖腹產率的目的。

關鍵詞：剖腹產、自然產、陰道生產、剖腹產後陰道生產、

剖腹產後自然生產

## Abstract

**Objectives:** The cesarean section rate in Taiwan during 1995-2003 kept in a high level between 32% and 34%. In recent years, Department of Health and Bureau of National Health Insurance have tried to reduce this rate. Generally, vaginal birth after cesarean (VBAC) is regarded as an effective way to reduce the rate of cesarean section. This research investigated the factors affecting the VBAC, discussed the gynecologists' view on health insurance rewarding system and VBAC, and analyzed the impact of gynecologists on maternity's choices.

**Method:** The structured questionnaires were administrated to maternities and gynecologists in 15 hospitals in central Taiwan during October 2004 to March 2005. Maternities who previously experienced cesarean were included in this study. This study collected 318 effective questionnaires, including 27 of vaginal birth and 291 of second cesarean section. This study also collected 52 effective questionnaires from gynecologists. Logistic regression analysis was conducted to find out the factors related to VBAC.

**Results:** Malposition was the most common reason for the cesarean section (35.53%). About 91.5% of the maternities chose cesarean section if they previously experienced cesarean section; the reasons were gynecologist's advice (41.58%) and self request (28.87%). Maternities who previously experienced vaginal birth tended to choose VBAC. About 73.08% of the gynecologists agreed that VBAC is safe, and 50% of them recommended it if no contraindication occurs. Maternities were more likely to choose VBAC if they were recommended to do so during the examination (odds ratio 22.86). Gynecologists who put maternities'

opinion into the consideration were more likely to choose VBAC if no contraindication occurs. Hospitals with units promoting VBAC were more likely to choose VBAC (odds ratio 15.02). Private and foundational hospitals were less likely to choose VBAC than public hospitals (odds ratio 0.004/0.001).

**Conclusions:** The promotion of VBAC by gynecologists and medical organizations were two major factors affecting maternities' choices. Besides, the previous experience of birth would affect the maternities' next choices. Therefore, in order to reduce the cesarean section rate, it is suggested to strengthen the propaganda of VBAC, to reinforce gynecologists' knowledge and attitudes, to encourage the hospitals to promote VBAC, and to establish an adequate model for medical insurance and medical dissension. The confidence and inclination of maternities and gynecologists on VBAC can then be exalted and total cesarean birth rate will be reduced.

**Keywords:** cesarean section, normal spontaneous delivery, vaginal birth after cesarean section, normal spontaneous delivery after cesarean section

# 目 錄

第一章 緒論 .....	1
第一節 研究背景與研究動機 .....	1
第二節 研究目的 .....	5
第二章 文獻探討 .....	6
第一節 影響剖腹產率的因素 .....	6
第二節 剖腹產後自然生產與再次剖腹產之比較 .....	12
第三節 影響剖腹產後自然生產的因素 .....	15
第四節 剖腹產後自然生產相關研究 .....	18
第五節 剖腹產後自然生產的趨勢 .....	22
第六節 降低剖腹產的策略 .....	25
第七節 文獻總結 .....	28
第三章 研究方法 .....	30
第一節 研究流程與研究架構 .....	30
第二節 研究假設 .....	32
第三節 資料來源與問卷設計 .....	33
第四節 研究變項與操作型定義 .....	36
第五節 統計分析方法 .....	39

第四章 研究結果 .....	41
第一節 描述性與雙變項統計分析 .....	41
第二節 羅吉斯迴歸分析 .....	48
第五章 討論 .....	59
第一節 剖腹產後自然生產之成效探討 .....	59
第二節 影響產婦剖腹產之因素探討 .....	63
第三節 產婦對剖腹產後自然生產之認知與態度探討 .....	64
第四節 醫師對剖腹產後自然生產之認知與態度探討 .....	65
第五節 影響產婦剖腹產後自然生產之因素探討 .....	67
第六章 結論與建議 .....	69
第一節 結論 .....	69
第二節 建議 .....	71
第三節 研究限制 .....	75
參考文獻 .....	76
附錄一 醫院產婦問卷調查表 .....	81
附錄二 婦產科醫師對剖腹產後自然生產之看法問卷 .....	84

## 圖表目錄

表 2-1、台灣地區醫院平均每日生產服務量及剖腹產率.....	6
表 2-2、美國 1996~2003 年剖腹產相關統計資料 .....	24
表 4-1、產婦基本特性.....	49
表 4-2、產婦生產情況.....	51
表 4-3、產婦對生產方式之看法與相關人員之影響.....	53
表 4-4、產婦剖腹產原因 .....	54
表 4-5、此次自然生產原因 .....	54
表 4-6、醫師基本特性.....	55
表 4-7、醫師對剖腹產後自然產之看法.....	56
表 4-8、剖腹產後自然產羅吉斯迴歸分析.....	57
表 5-1、2002 年參與 TQIP 各層級醫院再次剖腹產率.....	61
表 5-2、2002 年參與 TQIP 各層級醫院剖腹產後自然產比率.....	61
表 5-3、2002 年參與 TQIP 各層級醫院剖腹產後嘗試自然產成功率	61
表 5-4、2004 年參與 TQIP 各層級醫院再次剖腹產率.....	62
表 5-5、2004 年參與 TQIP 各層級醫院剖腹產後自然產比率.....	62
表 5-6、2004 年參與 TQIP 各層級醫院剖腹產後嘗試自然產成功率	62
圖 3-1 研究流程圖 .....	30

# 第一章 緒論

## 第一節 研究背景與研究動機

在 1916 年 Dr. Cragin 曾經提出經過一次剖腹產，必須再次剖腹產的格言，此一觀點在之後的數十年被婦產科醫師奉為圭臬。台灣地區的剖腹產率在 1995 至 2003 年一直都維持在 32%~34%（行政院衛生署，2005），遠遠超過世界衛生組織（World Health Organization；WHO）規定剖腹產率應控制在 15% 以下的目標（The Lancet, 1985）；在國際間剖腹產率也呈現上升的趨勢。在英國方面，剖腹產率從 1996 年的 16.0% 上升至 1999 年的 19.0%（The Lancet, 2000）；在美國，1960 年代剖腹產率低於 5.0%，到了 1980 年代末期高達 23%（Greene, 2001），一時盛行的剖腹產風氣曾被人譽為「流行病」（epidemic），進而採取了大規模的檢討措施。在 1989~1996 年剖腹產率逐漸下降，但 1996 年之後又逐年上升，至 2003 年剖腹產率高達 27.6%（Hamilton et al., 2004）。

剖腹產在產婦短期和長期的罹病率、死亡率及醫療費用等均較自然生產為高（Greene, 2001），所以，早在 1985 年聯合國世界衛生組織即提出，剖腹產率低於 10% 的國家擁有最低的出生前後死亡率（perinatal mortality rate）及任何地區的剖腹產率若高於 10%~15%，

即屬不合理 (no justification) (The Lancet, 1985)。因此，台灣地區歷年的高剖腹產率引起衛生署及健保局相當的注意。

聯合國世界衛生組織於 1985 年指出，在醫院有能力執行緊急手術的狀況下，剖腹產後自然生產 (Vaginal Birth After Cesarean; VBAC) 是應該被鼓勵的 (The Lancet, 1985)。後續研究也指出，剖腹產後自然生產能有效降低 5% 的剖腹產率 (林錦洲、邱隆茂, 2000)。為了降低剖腹產率，除了政府單位的重視外，有些保險業者甚至對於有過剖腹產經驗，但是下一胎未嘗試自然生產而直接選擇再次剖腹產者，拒絕給付醫療費用 (Greene, 2001)。一直以來，剖腹產後自然生產就不斷地在婦產科界引起爭論，醫師最大的擔心在於待產過程的併發症——子宮破裂 (Uterine rupture)，可能引起母親及胎兒的併發症，甚至死亡 (張平江, 2001)。台灣近十年的高剖腹產率，無論在開發中國家或已開發國家中都是數一數二。鑒於剖腹產率居高不下，近年來無論衛生署或健保局都一直給婦產科醫師壓力，希望降低國內的剖腹產率。

國內醫院評鑑暨醫療品質策進會主導之台灣醫療品質指標計畫 (Taiwan Quality Indicator Project; TQIP)，目前將「剖腹產管理」列為醫療品質監測項目，子指標有初次剖腹產率、再次剖腹產率、總

剖腹產率、剖腹產後自然產比率及剖腹產後嘗試自然產成功率；台灣醫務管理學會創辦的台灣醫療照護品質指標系列（Taiwan Healthcare Indicator Series；THIS）亦在住院指標中列有剖腹產率、再次剖腹產率及VBAC生產率等項目。

中央健康保險局於2002年即在住診醫療品質中監測剖腹產率，其後推行自主管理，各分局也陸續將「剖腹產率」列入醫院品質指標；為了降低剖腹產率，健保局更於2003年4月1日起，增訂「前胎剖腹產之陰道生產」醫療費用支付項目，將前胎剖腹產後之自然生產個案比照剖腹產給付。以醫學中心為例，原先陰道生產健保給付是18,268元，即使醫師承擔風險，鼓勵前胎剖腹產之產婦嘗試自然生產而成功，其健保醫療給付費用仍然與自然生產相同；但是自2003年4月1日醫療給付制度改變之後，前述個案（剖腹產後自然生產）的醫療給付即與剖腹產的給付33,969元相同。由此可見，健保局試圖改變醫療費用支付制度，做為提高各醫院推動剖腹產後採自然生產的誘因，以達到降低剖腹產率的目的；此外，健保局於2004年7月1日起實施的「卓越計畫」，仍然將「剖腹產率」列入醫院品質指標項目，對於未能達到目標之醫院，則於健保局與醫院協商之總額內扣一定比率之款項。

綜合前述，可見「剖腹產率」在醫療品質中的重要性，而健保局致力於改善剖腹產率的目的，無非是鼓勵產婦自然生產，降低不必要的剖腹產，以期建立台灣婦女正確的生育健康觀念。在國內、國際間均致力降低剖腹產的趨勢中，本研究希望了解剖腹產後自然生產之成效、影響產婦剖腹產後自然生產之因素、醫師對健保給付獎勵制度之看法及醫師對產婦選擇生產方式的影響，研究結果可進一步做為相關衛政單位政策推行之參考。

## 第二節 研究目的

由於有許多因素影響產婦選擇其生產方式，除了臨床產科因素之外，前次生產的經驗、產婦本身的認知、醫護人員及家人所扮演的角色及醫療給付政策走向等都是可能的原因。基於上述研究動機，本研究之目的在於：

- 一、分析產婦之人口學特徵、對剖腹產後自然生產之認知及其選擇本次生產方式之主要因素。
- 二、探討影響產婦剖腹產後是否採自然生產之相關因素。
- 三、探討醫師對於剖腹產後自然生產之看法。
- 四、探討中央健康保險局鼓勵剖腹產後自然生產，對降低國內剖腹產率之成效。

## 第二章 文獻探討

本章共分七節，第一節介紹影響剖腹產率的因素，第二節介紹剖腹產後自然生產與再次剖腹產之比較，第三節介紹影響產婦剖腹產後自然生產的因素，第四節介紹剖腹產後自然生產相關研究，第五節介紹剖腹產後自然生產的趨勢，第六節介紹降低剖腹產的策略，第七節文獻總結。

### 第一節 影響剖腹產率的因素

台灣地區產婦高剖腹產率的問題，久為學界所詬病，偏高的剖腹產率自 1995 年來即引發了相當的討論。1995 至 2003 年台灣地區剖腹產率都維持在 32%~34%（行政院衛生署，2005），見表 2-1。

表 2-1、台灣地區醫院平均每日生產服務量及剖腹產率

年份	平均每日人次 接生	平均每日人次 剖腹產	剖腹產率 (%)
民國 84 年 1995	566.41	190.75	33.68
民國 85 年 1996	579.67	189.51	32.69
民國 86 年 1997	584.46	190.88	32.65
民國 87 年 1998	474.97	157.15	33.09
民國 88 年 1999	488.15	165.94	33.99
民國 89 年 2000	531.22	183.09	34.47
民國 90 年 2001	464.64	152.14	32.74
民國 91 年 2002	450.01	148.94	33.10
民國 92 年 2003	405.02	132.31	32.67

（相關資料來源：行政院衛生署，2005）

剖腹產原本是在緊急、不得已的情況下，為了產婦及胎兒的生命安全而實施的外科干預手術。剖腹產率逐年增加，並不見得是醫療技術進步的表徵，反而可能是對一個國家醫療品質的考驗。影響剖腹產率的因素很多，大致分為醫療/臨床影響因素、醫療照護體系特性的因素、產婦因素、醫師因素等四方面探討：

### 一、醫療/臨床影響因素

臨床上剖腹產的適應症在產婦方面有：破水後產程拖太久擔心會感染、產婦發生產前大出血、前置胎盤、胎盤早期剝離、難產、子癩前症、子宮頸癌、骨盆腔腫瘤、多胞胎妊娠以及產婦生殖道有疱疹感染等；在胎兒方面有：胎兒胎位不正、胎兒太大或太小、胎兒窘迫等（蘇棋楓，2003）。再次剖腹生產增加、難產診斷浮濫、器械性陰道生產使用率減少、多胞胎增加、臀位生產多由剖腹生產取代等是剖腹產率上升的原因（邱隆茂，2001）。由於醫療技術及麻醉醫學進步，硬膜外麻醉使用的增加，可以讓產婦免除待產及手術後的疼痛，也是造成剖腹產率上升的因素；另外，胎兒監視器（fetal monitor）廣泛使用，比簡單的間歇性聽診方式，其敏感度較高，易過度診斷（overdiagnosis）胎兒窘迫，發現胎兒窘迫就立刻採用剖腹產，也被認為是造成剖腹產率增加的原因（Thorp et al., 1993；王國恭，1996；

Sachs et al., 1999)。

## 二、醫療照護體系特性的因素

醫療給付的多寡，也常被認為是影響剖腹產率的原因，醫院和醫師可以由剖腹產獲取比自然生產更多的費用，自然會選擇剖腹產 (Wagner, 2000)；不過，目前很多的保險公司付給醫師剖腹產的費用等同於陰道生產；學者也認為改變給付方式從論量計酬改為管理式照護和論人計酬都有助於降低剖腹產率 (Sachs et al., 1999)。國內學者認為和加拿大、美國相較，台灣的高剖腹產率，凸顯的是缺乏解痛資源、又有增痛因素的生產環境 (臥床、使用胎兒監視器、內診、吵雜的產房環境、實習醫生的巡診教學制度等等) 造成，所以要解決台灣高剖腹產率的問題，應著眼檢討的是現今生產環境的缺失 (吳嘉苓，1998)。

## 三、產婦因素

研究指出，雖然自然生產對母親和嬰兒均較剖腹產安全，且剖腹產後自然生產的成功率也有 60%~80%，但婦女仍然選擇再次剖腹產的原因有 1.害怕產痛；2.對未知的害怕；3.認為嬰兒在確切的日期出生較方便；4.藉剖腹產順便結紮；5.認為即使子宮破裂的發生率非常低，還是不想去冒險 (Wagner, 2000；Hill, 2004)。另一研究造成高剖

腹產率的原因有 1.對危險的低承受度；2.婦女有過痛苦的生產經驗，此次希望生個完美的寶寶等因素（Thorp et al., 1993；Sachs et al., 1999）。

根據國內有關影響剖腹產率的研究發現下列的相關因素 1.產婦年齡的影響：產婦剖腹產的可能性，隨著年齡增加而增加；2.產婦生產胎次的影響：產婦生產胎次越多，剖腹產的可能性越低（黃俊元，1995；趙天麗，1996）；3.產婦保險身份的影響：多項研究顯示有保險身份的產婦，由於有經濟的誘因，剖腹產的可能性高於自費產婦（黃俊元，1995；趙天麗，1996；洪偉哲，2002）；4.產婦教育程度的影響：產婦教育水準較高的，其剖腹產率較高（黃俊元，1995）；5.良辰吉時等命理之說的影響：認為算命選擇良辰吉時，可以改造命運，對寶寶的將來有幫助的，其剖腹產率較高；同時剖腹產可以由自己決定何時生產，容易安排生產時間，符合時間效益（黃俊元，1995；洪偉哲，2002）；也有研究提出不同的看法，認為「選擇良辰吉時」其實是婦女在非得開刀生產情況下的一項附加價值，很可能是產婦的信念，而非「決定因素」，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最主要角色（吳嘉苓，1998）；6.認為剖腹產對產婦及嬰兒和自然生產一樣安全的，剖腹產率較高；7.由於醫療科技進步，婦女可以在手術風險不高的情況下選擇其生產方式，因此，避免

生產時的劇烈疼痛，也成為產婦選擇生產方式的一項決定因素（黃俊元，1995；洪偉哲，2002）。

近期研究影響產婦選擇剖腹產之主要因素，則發現「前一胎之生產方式」幾乎能夠完全解釋產婦選擇剖腹產之傾向，亦即「前胎剖腹產，後胎必定剖腹產」的觀念是造成經產婦選擇採取剖腹產的主要因素（洪偉哲，2002）；研究也指出「前胎剖腹」佔目前台灣剖腹產主要診斷的第一位（吳嘉苓，1998）。以上顯示選擇剖腹產的產婦確實受到非醫療因素的影響，並非醫療上的真正需要。

#### 四、醫師因素

##### （一）時間方面的因素

通常產婦自然生產的待產過程，大約需要醫師在醫院或以值班方式待命 12 小時或更多，而剖腹產則只需要約 20 分鐘的時間，因此，醫師為了便於掌控產婦生產時間，避免在夜間接生及免除產婦待產過程漫長的等待，醫師會選擇為產婦剖腹生產（Sachs et al., 1999; Wagner, 2000）。

##### （二）醫療訴訟方面的因素

家屬的不合理要求，常促使醫師為產婦施行剖腹生產，以避免醫療訴訟。因為若產婦家屬希望剖腹產，而醫師認為可以自然產，結果

產婦或胎兒發生問題，醫師會因而惹上訴訟的麻煩；但是醫師執行非必要性的剖腹產則極少受到批評。因此，對於醫療訴訟的擔心，也常是婦產科醫師選擇為產婦剖腹產的因素（Tussing & Wojtowycz, 1992；王國恭，1996；Sachs et al., 1999；Wagner, 2000）。

據研究指出，有 82%的醫師會為了避免醫療糾紛而採取防禦性處置方式（defensive approaches）（Birchard, 1999）；英國在 1996~1999 年剖腹產率由 16%增加至 19%，其中一項可能的原因就是醫師害怕招致醫療訴訟（The Lancet, 2000）。臨床醫師認為，在此醫療糾紛層出不窮的時代，隨著人權意識的高漲、醫療品質的要求以及法律訴訟的陰影籠罩下，醫療已不再只是單純的醫療而已，專業的考量同時要合乎人性的期望值（張平江，2001）。

## 第二節 剖腹產後自然生產與再次剖腹產之比較

### 一、剖腹產的危險性

由於醫療及麻醉技術的進步，經由快速而安全的剖腹產確實可以挽救產婦及胎兒的性命，但是不必要的剖腹產不僅浪費金錢，更有其危險性，包括 1. 麻醉的危險性，如藥物過敏反應、休克反應，乃至於吸入性肺炎等，都屬於較嚴重的問題；2. 手術的危險性，包括流血、靜脈炎、發炎感染，膀胱、直腸及小腸等之創傷均有可能發生；3. 手術後的後遺症，包括剖腹產後恢復時間較久、住院時間較長，而且由於手術前必須留置導尿管，所以會增加泌尿道發炎的可能性，有時也會造成短期膀胱功能喪失或減退，另一方面可能造成日後腸粘黏、大網膜或腹壁粘黏之可能性。剖腹生產對於未來懷孕的過程，也會造成不同程度的影響，包括前置胎盤、粘黏性胎盤及子宮外孕的發生率也會增加（謝景璋，2004）。

一份近期研究指出，剖腹生產的婦女 21.4% 至少有一項合併症，最常發生的是出血，約佔 8.6%，手術中的合併症（組織傷害、腸/膀胱損害或其他）次之，佔 8.1%；非計畫性的手術發生合併症的機會（24.1%）較計畫性的手術（16.3%）高（Hager et al., 2004）。還有研究指出，剖腹產雖然有時可以挽救新生兒的生命，但是整體而言，剖

腹產的新生兒並不會比自然生產的更健康，因為自然生產的新生兒經過產道的擠壓，可以將其肺部的羊水擠出，使新生兒的呼吸更順暢 (Hill, 2004)；剖腹產的新生兒常出現早產、缺氧、呼吸窘迫症候群的問題 (鍾聿琳，1998)。

## 二、剖腹產後自然生產的優點與缺點

### (一) 剖腹產後自然生產的定義

剖腹產後下一次懷孕嘗試以陰道生產，醫學術語稱之為「Vaginal Birth After Cesarean」或 VBAC。

### (二) 剖腹產後自然生產的優點

剖腹產後自然生產除了可避免前述剖腹產的危險性之外，尚有下列優點，包括 1.產後可以立即進食；2.可以減少產婦的罹病率：如發燒、感染；3.可以減少因出血過多而引起的貧血；4.可避免因多次手術所引起的術後骨盆腔粘黏；5.可以縮短住院天數；6.可以減少金錢上的浪費；7.可以縮短產後的恢復時間(何卿維、楊明智，1992；Sachs et al., 1999；蘇棋楓，2003)。也有研究指出，產婦的罹病率以及需要輸血或子宮切除的情況可能因為試產而減少 (Mozurkewich & Hutton, 2000)。

### (三) 剖腹產後自然生產的缺點

二份研究指出，雖然整體而言在試產和再次剖腹產的婦女，其母親的合併症在二組人員間並無明顯不同，但是在母親的主要合併症方面，如子宮破裂，試產者約是再次剖腹產者的二倍；在胎兒及新生兒死亡率與出生後 5 分鐘 Apgar score < 7 的發生率方面，試產者也均較再次剖腹產者為高 (McMahon et al., 1996; Mozurkewich & Hutton, 2000)。研究也指出，試產者生產前後的死亡率明顯高於計劃性的再次剖腹產，而且因為子宮破裂造成的死亡率顯著高於再次剖腹產者 (Smith et al., 2002)。

此外，近期於 1999~2002 年以前次剖腹產，本次懷單胎嘗試剖腹產後自然生產婦女為對象的研究指出，在試產和再次剖腹產的二組產婦中，其子宮切除的發生率和產婦的死亡率沒有顯著差異，但是在有過剖腹產經驗又再次選擇剖腹產的 15,801 位婦女中，沒有發生嬰兒腦部缺氧的情形；而在選擇試產的 17,898 位婦女中，有 12 位嬰兒在出生時發生腦部缺氧的情形；而且試產婦女子宮內膜炎的發生率也較再次剖腹產婦女為高 (2.9% vs. 1.8%) (Landon et al., 2004)。

### 第三節 影響剖腹產後自然生產的因素

#### 一、醫療因素的影響

剖腹產後自然生產的絕對禁忌症，包括 1.前胎剖腹生產是行子宮直切的帝王剖腹手術；2.曾有子宮肌肉瘤手術切除過的病史；3.曾有倒 T 型子宮切開（inverse T uterine incision）的剖腹產病史；4.此次懷孕有絕對不能由陰道生產的理由者，如前置胎盤、胎兒橫位和胎頭骨盆腔不對稱（cephalopelvic disproportion；CPD）情形；5.不願意充分溝通的產婦（何卿維、楊明智，1992）。

基於產科史和前一胎剖腹產適應症的不同，剖腹產後自然生產的成功率也不同。通常前一次剖腹生產，此次生產是否要再剖腹生產，主要與母體狀況、胎兒大小、前次剖腹的原因及手術方式有關。如果第一胎因胎位不正而剖腹生產，此次懷孕胎位正常，胎兒也沒過大，也無其他不正常，採用陰道分娩有 75%~80%的成功率。大致上認為前胎剖腹產的理由有復發可能者，如產程遲滯、骨盆狹窄與難產而剖腹產，此次自然生產成功機會稍低；而前胎剖腹產的理由不會復發者，如胎位不正，則此次嘗試剖腹產後自然生產的成功機會較高；若有曾經陰道生產之經驗其成功率最高（邱隆茂，2001；羅良明，2003）。

先前自然生產經驗對於曾經剖腹產婦女試產時子宮破裂危險性影響的文獻指出，有過一次剖腹產經驗者，如果也有過自然生產的經

驗，其試產時子宮破裂的發生率約是那些沒有自然生產經驗者的五分之一；同樣自然生產經驗對於有過一次以上剖腹產經驗者，其發生子宮破裂的機率也略低，顯示自然生產經驗是影響剖腹產後自然生產安全性的因素之一（Zelop et al., 2000）。

## 二、非醫療因素的影響

前次剖腹生產的婦女，嘗試自然生產中途又再接受剖腹產的原因，多因產婦半途退縮，臨「陣」脫逃，臨「痛」畏縮（羅良明，2003）。探討產婦再次選擇剖腹產之原因的研究指出，前次剖腹產的產婦，之後未嘗試自然生產之原因，以「醫師未建議」選項人數最多，可能醫師們考量產婦之生理、心理狀況及意願，所以未建議；也有少數產婦受到家人、先生及媒體建議而未嘗試自然生產（陳麗芳等，1997）。藉著再次剖腹產可以順便結紮，也是產婦未嘗試剖腹產後自然生產的原因（Harer, 2002）。也有研究指出，影響婦女選擇剖腹產後自然生產的主要因素是 1. 婦女在決策過程的意念；2. 醫生對剖腹產後自然生產的鼓勵；3. 生產結果的優點，係同時包含生理和心理的因素在內（Ridley et al., 2002）。另外，婦女選擇試產或再次剖腹產，受到與醫師之間互動的影響，也受她個人對於前次剖腹產及對於生殖和母性意識的影響；大致上會與她之後是否計劃懷孕有關，對於只計劃生二個

孩子以下的家庭，通常不會在意試產或再次剖腹產的選擇。生產方式的最後決定權雖然是婦女本人，但醫師的觀點及與病人間的互動是非常具影響力的（吳嘉苓，1998；Mankuta et al., 2003）。

基於醫療經濟學的觀點，醫療費用支付標準的改變，會直接影響醫師提供的醫療服務，而且由於醫療資訊的不對稱，也可能使醫師扮演不完全代理人的角色，即醫師個人的財務誘因將是重要的因素（盧瑞芬、謝啟瑞，2004），因此，醫師對剖腹產後自然生產的觀點，以及對於剖腹產後自然生產之醫療給付制度的看法，也是影響剖腹產後自然生產推行成效的重要因素之一。

## 第四節 剖腹產後自然生產相關研究

### 一、剖腹產後自然生產的成功率及子宮破裂之發生率

國外研究指出，剖腹產後自然生產的成功率是 60%~80% (Hill, 2004)。國內台北榮民總醫院婦產部自 1997 年 2 月至 2000 年 1 月有 193 例 (佔 16.7%) 前胎剖腹生產個案願意嘗試自然生產，結果成功從陰道生產者有 151 例，成功率為 78.2%，所有 193 位嘗試剖腹產後自然生產之產婦，未有子宮破裂之證據或確切之診斷 (邱隆茂，2001)。

國外以有過一次剖腹產經驗，本次懷單胎的婦女為對象的研究指出，其剖腹產後自然生產的整體成功率是 74%，子宮破裂的發生率是 1.4%。在沒有自然生產經驗的婦女，當其前次剖腹產的適應症是胎頭骨盆不相稱、產程進展失敗或使用引產者，剖腹產後自然生產的成功率會下降，而且當嬰兒體重 $\geq 4000$  公克時，子宮破裂的危險性會增加；但是當婦女有過自然生產經驗或有過剖腹產後自然生產的經驗時，剖腹產後自然生產的成功率不會低於 50% (Elkousy et al., 2003)。

一項在 1985 年 1 月至 1994 年 12 月以 210 位前次剖腹產，此次懷雙胞胎的婦女做試產的危險性和利益相關的研究指出，其中 118 位

(56%) 再次剖腹產，92 位 (44%) 選擇試產，剖腹產後自然生產有 64 例 (70%) 成功，並未增加母親和嬰兒的罹病率及死亡率，子宮破裂的比率為 0% (Miller et al., 1996)。

根據文獻報告，前胎行子宮直切的帝王剖腹術，其下胎懷孕引起子宮破裂的比率為 4%；但若前胎行子宮橫切的剖腹術，其下胎懷孕引起子宮破裂的比率低於 0.5% (何卿維、楊明智，1992)。因此，傳統式剖腹產 (Previous classic section) 不宜採剖腹產後自然生產。

## 二、子宮破裂對嬰兒與母親的影響

剖腹產後自然生產最嚴重的合併症是子宮破裂，雖然臨床上很少發生，可是一旦發生卻可能引起產婦及胎兒的併發症，甚至死亡 (張平江，2001)。子宮破裂的徵兆，可以從產婦身上或胎兒身上發現一些不尋常的變化。子宮破裂發生時，在胎兒方面可能有明顯的胎心速率減速現象，而且臍帶或胎盤可能會突然經由子宮肌肉的裂口進入腹腔，造成出血、胎兒窘迫，甚至有些會造成腦部損傷或死亡；對產婦的影響主要的是出現無力感、焦慮、心悸、明顯的腹部疼痛、陰道出血、血尿、子宮的形狀改變 (特別是恥骨處有突起物)、子宮收縮減少或停止，甚至呈現低血壓狀態，有些必須緊急施行子宮切除手術 (何卿維、楊明智，1992；Hill, 2004)。

### 三、剖腹產後自然生產的最適人選及相關準備

推行剖腹產後自然生產固然可以降低剖腹產率，然而，過度的執迷於剖腹產後自然生產反而會增加胎兒與母親的危險性。謹慎選擇和評估嘗試剖腹產後自然生產的產婦，做好隨時緊急剖腹產的準備，產程中小心地監視與評估產程進展狀況是相當重要的課題(蘇棋楓，2003)。

#### (一) 剖腹產後自然生產的最適人選

剖腹產後自然生產需要在慎選產婦的狀況下為之，美國婦產科學會(The American College of Obstetricians and Gynecologists; ACOG)於2004年7月修訂1999年訂定之剖腹產後自然生產的指引(ACOG, 2005)；也有國內外學者指出，剖腹產後自然生產除了必須是產婦本身要有嘗試的意願外，最適人選的條件為1.有過一次剖腹產，但其原剖腹產的適應症不再存在；2.有過成功陰道生產經驗者；3.低橫位子宮切開；4.頭位產；5.臨床判斷有足夠的骨盆腔大小；6.妊娠37~40週；7.估計胎兒體重 $\leq 4250$ 公克；8.沒有其他的子宮疤痕或前次子宮破裂者(蘇棋楓，2003；Elkousy et al., 2003；ACOG, 2005)。不適合嘗試剖腹產後自然生產的孕婦有1.古典式子宮切開；2.曾經子宮破裂者；3.有二次剖腹產但沒有自然生產經驗者；4.多胞胎或胎位不正者，這些產婦會增加子宮破裂的危險，不建議嘗試剖腹產後自然生產；另

外，有內科或婦產科併發症，不適合自然生產者，也不建議嘗試剖腹產後自然生產（蘇棋楓，2003；ACOG, 2005）。

## （二）剖腹產後自然生產相關的準備

婦女有意願嘗試剖腹產後自然生產，必須 1.密切監控待產過程：必須有醫護人員密切照護，醫護人員對子宮破裂的徵兆應該有足夠的警覺性，待產過程需要全程以胎兒監視器（fetal monitor）監控著；2.必須在有手術及麻醉設備齊全的醫院進行；3.醫院必須有能力可在緊急狀況發生時，自決定要行立即剖腹生產到胎兒取出的時間在 30 分鐘之內完成；4.應有小兒科及麻醉科醫師的配合；5.待產院所應有完善的血庫，可提供充分的血源，以備不時之需；6.讓產婦簽立剖腹產後自然生產同意書及緊急手術同意書：對於有意願嘗試剖腹產後自然生產的產婦，婦產科醫師應清楚其前胎剖腹產的狀況及其手術方式，醫師有責任與產婦充分地討論並告知其危險性及合併症，經過分析利弊之諮詢後，仍然願意嘗試者，應予其簽妥同意書；同時重要的是應將說明及討論的內容請產婦簽名作為憑證，以免造成不必要的醫療糾紛；尤其對於以前曾有二次或二次以上的剖腹產者，若要嘗試採行自然生產時更應特別說明（何卿維、楊明智，1992；邱隆茂，2001；Harer, 2002；孫藝琴，2002；羅良明，2003；蘇棋楓，2003；ACOG, 2005）。

## 第五節 剖腹產後自然生產的趨勢

### 一、台灣剖腹產後自然生產之趨勢

國內空軍總醫院在 1988 年為了降低剖腹產率，即已大力推展剖腹產後經陰道試產，當年 1 至 8 月共有 36 例前胎剖腹產孕婦嘗試陰道生產，成功的有 26 例，成功率為 72.2%，胎兒及產婦狀況均良好（李向榮等，1989）。長庚醫院 1984~1989 年即使在宣稱有提供剖腹產後自然生產的情況下，仍有 98% 前胎剖腹產的產婦施行剖腹產（Hsieh, Hsieh & Soong, 1990）。台北榮民總醫院在 1993 年也致力推動剖腹產後自然生產的政策，至 2003 年其剖腹產後自然生產率已經達到 12.4%，計畫在未來的五年要達到 37%（Liang et al., 2004）。

台灣近幾年的高剖腹產率引發衛生署及健保局高度的關切，指示各院降低剖腹產率。台灣醫療品質指標計畫（TQIP）及台灣醫療照護品質指標系列（THIS）均在醫療品質指標中列入剖腹產管理項目；健保局在醫院品質指標中也持續監測「剖腹產率」，更於 2003 年 4 月 1 日起，增訂「前胎剖腹產之陰道生產」醫療費用支付項目，將前胎剖腹產後之自然生產個案比照剖腹產給付，希望能夠藉由醫療支付制度的改變，誘導醫院及醫師配合推動剖腹產後自然生產的政策，達到降低剖腹產率的目的，不過，截至目前為止尚未有正式的成效報告。

### 三、美國剖腹產後自然生產趨勢

1980 年代在美國已掀起了前胎剖腹產後嘗試自然生產的熱潮。在美國，每一年約 60% 的婦女有過剖腹產經驗，在下一胎懷孕時嘗試自然生產 (Lydon-Rochelle et al., 2001)。在 1989~1996 年剖腹產率逐年下降，但 1996 年之後又呈現逐年上升的趨勢，至 2003 年總剖腹產率高達 27.6% (Hamilton et al., 2004)。在剖腹產後自然生產率方面則自 1985 年後逐年上升，期間確實使剖腹產率下降，但是子宮破裂的比率卻隨著上升。在 1992 年到 1997 年洛杉磯地區由於實施 Medicare，強迫婦產科醫師對於前胎剖腹產的孕婦必須先嘗試剖腹產後自然生產，結果發生多起母親死亡、胎兒死亡、新生兒顱內出血事件，法庭因而判處醫療賠償，因此，洛杉磯地區也從 1998 年起不再強迫婦產科醫師必須嘗試剖腹產後自然生產 (劉瑞德，1999)。

近年來，基於安全的考量，美國嘗試剖腹產後自然生產婦女的比率大幅下降 (Landon et al., 2004)，美國 1996~2003 年剖腹產相關統計資料如表 2-2。由表顯示，美國 1996 至 2003 年總剖腹產率及初次剖腹產率呈現一路上升的趨勢，2003 年較 1996 年總剖腹產率上升了 6.9%，初次剖腹產率上升 4.5%；1996 至 2003 年在剖腹產後自然生產率方面則呈現逐年下滑的趨勢，2003 年較 1996 年下滑了 17.7%，

在 2003 年有剖腹產經驗的婦女，當其再次生產時，約有 90% 選擇再次剖腹產 (Hamilton et al., 2004)。同樣的情形也發生在英國，英國的剖腹產後自然生產率由 1996 年的 17% 下降至 1999 年的 11% (The Lancet, 2000)。

表 2-2、美國 1996~2003 年剖腹產相關統計資料

類 別	年 份							
	2003	2002	2001	2000	1999	1998	1997	1996
總剖腹產率 (%)	27.6	26.1	24.4	22.9	22.0	21.2	20.8	20.7
初次剖腹產率 (%)	19.1	18.0	16.9	16.1	15.5	14.9	14.6	14.6
剖腹產後自然生產率 (%)	10.6	12.7	16.4	20.6	23.4	26.3	27.4	28.3

(相關資料來源：National Vital Statistics Report, 1998~2004)

## 第六節 降低剖腹產的策略

影響剖腹產率的因素很多，因此要降低剖腹產率需要從多方面著手，茲分述如下：

### 一、加強產婦及家屬的衛教

可從加強孕產婦及一般民眾之教育著手，落實民眾基本醫學常識的教育，孕期教導孕產婦自我保健，讓孕產婦了解生產的情況，對剖腹產及自然生產要有正確的認知，減低自己剖腹產的機率，尤其是不必要的第一次剖腹產。教育孕產婦消費者之權利與義務、鼓勵接受生產教育課程，使與醫師有良好的溝通，減少生產方式的選擇過程不必要的糾紛發生等（鍾聿琳，1998；孫藝琴，2002）。也有研究發現，醫師、先生及家人的建議也會影響產婦剖腹產後是否嘗試自然生產，因此，提供如何增加剖腹產後自然生產成功率的資訊，可幫助夫妻們減少挫折與焦慮，讓夫妻與醫師共同訂定生產計劃亦是重要的課題（陳麗芳等，1997）。

### 二、產科醫療服務的再檢討

重新檢視醫療作業流程，提供個別化之照護，將生產視為生理過程，不要如目前台灣主流的醫院生產方式，將生產視為一生病狀態。

正視產婦疼痛之處理，避免常規性的使用胎兒監視器，謹慎解讀其所提供的資料（鍾聿琳，1998；吳嘉苓，1998）。有研究認為要降低剖腹產必須要管制初次剖腹產，管制事後的再次剖腹產或推行剖腹產後自然生產的效果並不大；另外，提倡手術式陰道生產，即推廣產鉗、真空吸引器的使用，也可降低剖腹產率（Sachs et al., 1999）。

醫院管理者對剖腹產管理的重視也是降低剖腹產的重要因素，如成立「剖腹產諮詢委員制度」（Peer review），執行剖腹產適應症之把關與再諮詢的工作，設立初次剖腹產適應症的指引，並對選擇再次剖腹產的個案鼓勵嘗試剖腹產後自然生產，透過嚴格的管理有助於降低剖腹產率，而且可避免不合適的剖腹產適應症。研究結果證明，實施前述措施後，從1993至2000年台北榮民總醫院的剖腹產率從37.0%下降至30.7%，初次剖腹產率從21.3%下降至17.8%，再次剖腹產率則從15.7%下降至12.9%，剖腹產後自然生產的成功率是77.1%（Liang et al., 2004），顯示良好的制度設計與安全保障應是有效推廣剖腹產後自然生產的希望所在。對開發中國家而言，導致剖腹產率增加的問題是缺乏可以做為管理衡量的標準，如有標準化的生產管理及降低非必要性的初次剖腹產，將可自動地減少再次剖腹產率及總剖腹產率（Chanrachakul, Herabutya & Udomsubpayakul, 2000）。

### 三、適時提高健保給付並加強醫師保障，使醫師有意願承擔風險

醫院管理者與醫師對剖腹產管理指標的認知、態度與行為的研究指出，增加自然產給付可降低剖腹產率，保險機制若讓給付金額更能與剖腹產及自然生產的各項成本配合，則國內生產品質提升的可能性就會更大。有 74.6%的醫師認為，當自然產給付增加到愈接近剖腹產給付時，剖腹產自然就會降低。另外，避免醫療糾紛的發生，讓醫師以專業來判斷生產方式，也有助於降低剖腹產率（趙天麗，1996；古智愷，2002）。

## 第七節 文獻總結

將近十年以來，台灣 32%~34%的高剖腹產率，相較於其他已開發國家有過之而無不及，不必要的剖腹產不僅浪費金錢及醫療資源，更對產婦及新生兒具有潛在性的生命威脅。因此，降低剖腹產率一直是國際間多年來一直努力的目標。經過各國多項的研究顯示，剖腹產後自然生產的成功率約 60%~80%；國內先後的研究也顯示類似結果，而且剖腹產後自然生產確實能降低再次剖腹產的比率。研究指出，婦女有過陰道生產經驗者，其剖腹產後自然生產成功率較高。

在降低剖腹產率的目標下，母親與胎兒的健康更是大家關注的。剖腹產後自然生產相較於再次剖腹產有較多的優點，但也有眾所矚目的焦點，即是在有疤痕的子宮破裂及其對母體與胎兒的潛在危險性；但是在剖腹產後嘗試自然生產的個案中，子宮破裂的發生可藉由待產期間的嚴密監測與立即性的手術應變。研究發現，生產方式的選擇受到很多因素的影響，包括生理及心理、醫療與非醫療方面的因素，且非醫療因素的影響力似乎超越醫療因素的影響力。國內民眾普遍對醫學常識的不足，是民眾不合理要求剖腹產以及造成醫療糾紛的因素之一；管理者為了醫院生存與競爭的著想、醫師對生產時間的掌握以及醫療糾紛審理的公平與合理性，都會影響醫師專業判斷的空

間；研究也指出，臨床醫師的態度及醫療給付方式同樣都是影響剖腹產率重要的因素。

從文化民情上的不同，加上醫療環境的影響來檢視台灣的高剖腹產率，或許有它存在的背景因素。醫療機構或相關衛政單位在研擬生產管理及生產給付政策時，實不宜僅以降低剖腹產率為目的，亦不宜認為只要剖腹產率低即表示醫療品質良好，而應以探討影響產婦選擇生產方式的原因為主，後續再研究合理的剖腹產率應為多少較適當。

綜合以上文獻得知，產婦本身的生產經驗及對生產方式的認知、家人對生產方式的態度、醫師的臨床行為、相關的醫院照護措施及醫療給付政策，應是討論降低剖腹產率的主要方向。因此，本研究綜合產婦方面（包括個人基本特性、生產情況、對生產方式之看法及醫師與相關人員之支持與影響）及醫師方面（包括個人基本特性、對剖腹產後自然生產之看法、服務之機構是否致力推動剖腹產後自然生產之政策、對健保給付獎勵制度之看法），探討影響產婦剖腹產後是否採自然生產之相關因素。

## 第三章 研究方法

### 第一節 研究流程與研究架構

#### 一、研究流程

本研究的進行步驟，簡單用以下的流程圖呈現，如圖 3-1 所示：

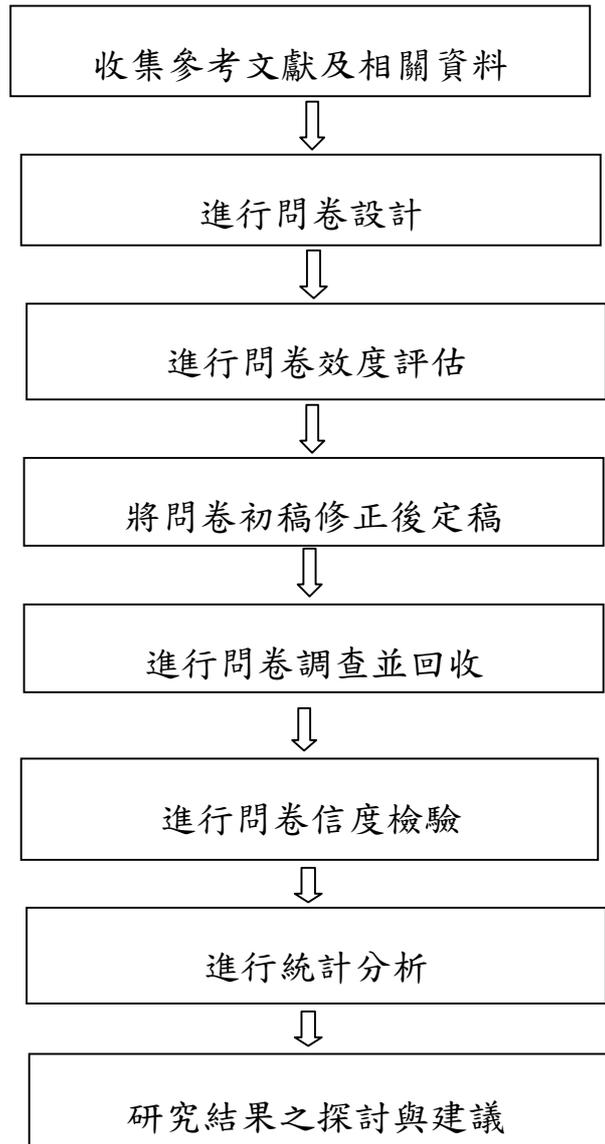
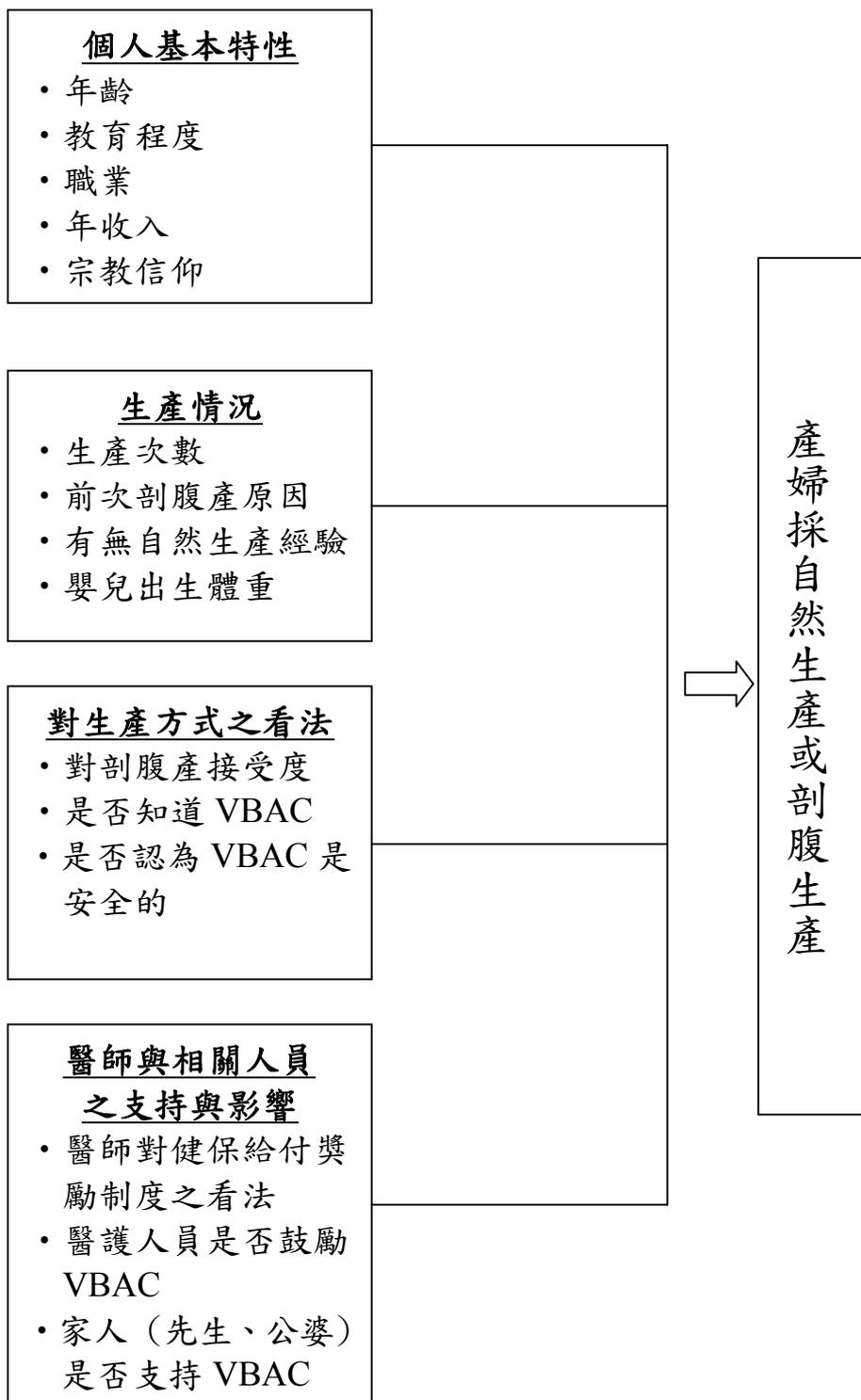


圖 3-1 研究流程圖

## 二、研究架構

本研究收集國內外學者、專家的研究文獻進行探討，以確

定本論文的研究架構與方向，研究架構如下：



## 第二節 研究假設

本研究之目的是在探討影響產婦剖腹產後是否採自然生產的相關因素。因此，本研究提出以下的研究假設：

- 一、有過自然生產經驗之產婦，採剖腹產後自然生產機率較高。
- 二、產婦認為剖腹產後自然生產是安全者，採剖腹產後自然生產機率較高。
- 三、醫師認同健保給付獎勵制度者，其接生之產婦採剖腹產後自然生產機率較高。
- 四、經醫護人員鼓勵自然生產者，採剖腹產後自然生產機率較高。
- 五、致力推動剖腹產後自然生產政策的醫療機構，其接生之產婦採剖腹產後自然生產機率較高。

### 第三節 資料來源與問卷設計

#### 一、研究對象與資料來源

本研究於 2004 年 10 月至 2005 年 3 月，共計六個月，以中部地區 15 家醫院(含 1 家醫學中心、11 家區域醫院、3 家地區醫院)之住院產婦，凡前一胎是剖腹生產者，此次生產方式不論其為自然生產或再次剖腹產均為研究的對象。除了對產婦進行收案外，為探討醫師對於剖腹產後自然生產的看法、是否鼓勵產婦剖腹產後採自然生產及對健保給付獎勵制度的看法，從中分析醫師對產婦選擇生產方式的影響，同時於 2005 年 1 月 15 日至 3 月 15 日，為期二個月，以前述 15 家收案醫院的專任婦產科醫師為收案對象。

#### 二、研究測量工具

##### (一) 問卷設計

本研究之測量工具以結構式問卷為主，問卷的發展過程則是參考國內外的相關文獻，針對研究目的及研究架構設計而成。在產婦問卷方面，問卷內容包括產婦基本特性(如：年齡、教育程度、職業、年收入、宗教信仰、自覺健康狀況等)、生產情況(如：生產次數、嬰兒出生體重、有無流產經驗、前次剖腹產原因、有無自然生產經驗等)、對生產方式之看法(如：在沒有經濟壓力下所選擇之生產方式、

對剖腹產接受度、是否知道剖腹產後可以採自然生產、是否認為剖腹產後自然生產是安全的等)、醫師與相關人員之支持與影響(如:家人是否支持剖腹產後自然生產、醫護人員是否鼓勵剖腹產後自然生產)。在醫師問卷方面,問卷內容包括醫師基本特性(如:年齡、性別、服務醫院層級及屬性、教育程度、執業年資等)、對剖腹產後自然生產之看法(在無產科禁忌症情況下,是否同意剖腹產後自然生產是安全的而且是否會鼓勵產婦嘗試等)、服務之機構是否致力推動剖腹產後自然生產的政策、對健保給付獎勵制度的看法(如:是否同意2003年4月1日健保局增訂的「前胎剖腹產之陰道生產」醫療費用支付項目可降低國內剖腹產率)及降低剖腹產率應努力的方向。

## (二) 信、效度測量

針對產婦問卷與醫師問卷之內容效度,以專家效度進行檢測,請相關臨床專家及學者進行效度之評估與建議,依據專家學者之意見加以修正。在信度方面,本研究利用再測法(test-retest method),針對產婦及醫師,於問卷後二週,在問卷中剖腹產後自然生產的認知方面,各選擇二題重要題目;在產婦方面,再測人選由各樣本醫院隨機抽取2位個案,共30位;在醫師方面於樣本數中隨機抽取10位進行再測,以Kappa Statistics進行問卷信度的檢驗,結果在產婦問卷及醫師問卷,平均Kappa值分別為0.81及0.91,顯示問卷之信度頗佳。

### 三、資料收集方式

#### (一) 訪員訓練

針對產婦問卷進行訪員訓練。由研究人員親自將產婦問卷送至每一家收案醫院，向收案人員說明研究目的、收案注意事項，並解答其疑慮，以達到收案標準的一致性。

#### (二) 問卷收集方法

##### 1. 產婦問卷

前述 15 家醫院符合收案條件，願意回答問卷的產婦，均在出院前以結構式問卷由受過訓練的護理人員完成問卷。

##### 2. 醫師問卷

以郵寄方式將問卷寄給前述 15 家醫院的專任婦產科醫師，請其填答問卷後，用所附回郵信封寄回給研究者；於問卷發出後一個月，再以信函提醒未回覆問卷者。

### 四、資料收集結果

產婦部分共發出問卷 400 份，回收 318 份（27 份自然生產、291 份再次剖腹產），有效回收率 79.5%。醫師部分共發出問卷 55 份，經多次催收後，回收 52 份，有效回收率為 94.5%。

#### 第四節 研究變項與操作型定義

依據研究目的與研究架構，將本研究之各種分析資料變項的詳細內容與定義詳列如下：

##### 一、產婦問卷

變項名稱	操作型定義	變項屬性
生產次數	第一次、第二次、第三次、第四次	序位
此次生產嬰兒體重	≤2500 公克、2501-3000 公克、3001-3500 公克、3501-4000 公克、≥4001 公克	序位
此次生產嬰兒是否足月	足月、早產 (<37 週)	名義
生產方式	自然生產、剖腹生產	名義
剖腹產原因	醫師建議： 前一胎為剖腹產、胎位不正、胎兒太大、多胞胎、高齡、前置胎盤、其他	名義
	原本嘗試自然產，但生產不順，臨時開刀： 胎兒窘迫、產程延長、其他	名義
	自己要求剖腹生產： 前一胎為剖腹產、看時辰、多胞胎、高齡、害怕造成陰道鬆弛影響性生活、擔心子宮破裂、害怕產痛、有商業保險、其他	名義
此次生產前是否有流產經驗	否、是，流產：____次	名義
第一次生產年齡	20 歲以下、21-25 歲、26-30 歲、31 歲以上	序位
此次生產前有無自然產經驗	無、有	名義
此次生產住院費用	自費給付、健保給付	名義
此次自然生產原因	醫師建議或鼓勵自然生產、害怕開刀手術危險、害怕手術傷口疼痛、費用較低、不喜歡開刀留疤痕、生產後身體恢復較佳、認為生產應該順其自然、其他	名義

變項名稱	操作型定義	變項屬性
此次生產嬰兒健康	良好、普通、不佳	序位
對剖腹產接受程度	不能接受、尚可接受、完全接受、沒有意見	序位
沒有經濟壓力下， 選擇之生產方式	自然生產、剖腹生產	名義
產後併發症	無、有：出血、感染、其他	名義
照孕婦手冊時間 產檢	有 無：自己認為不需要產檢、不知道要產檢、 沒有時間來醫院、無交通工具來醫院、其他	名義
知道剖腹產後可以 採自然生產	不知道、知道	名義
認為剖腹產後採自 然生產是安全的	是、否	名義
贊成剖腹產後採自 然生產	不贊成、贊成、沒有意見	序位
家人支持剖腹產後 採自然生產	不支持、支持、沒有意見	序位
此次產檢期間醫護 人員鼓勵自然生產	是、否	名義
居住縣市	台中縣市、彰化縣市、南投縣市、苗栗縣市、 新竹縣市、其他縣市	名義
年齡	25歲以下、26-30歲、31-35歲、36歲以上	序位
教育程度	國中以下、高中(職)、專科、大學以上	序位
職業	家庭主婦、工、商、軍公教、其他	名義
夫妻兩人總年收入	30萬以下、31-50萬、51-80萬、81-100萬、 101-120萬、121萬以上	序位
宗教信仰	佛教、道教、基督/天主/回教、無	名義
自覺健康狀況	非常好、好、普通、不好、非常不好	序位
重大傷病	無、有，疾病診斷為：_____	名義
慢性病	無 有：心臟病、腦血管疾病、糖尿病、高血壓、 氣喘、慢性肝病、慢性腎病、子宮頸癌、乳 癌、其他	名義

## 二、醫師問卷

變項名稱	操作型定義	變項屬性
在無產科禁忌症情況下，是否同意剖腹產後自然生產是安全的	非常同意、同意、不同意、非常不同意	序位
在無產科禁忌症情況下，是否會鼓勵產婦剖腹產後自然生產	是、否、其他	名義
是否同意「醫師未建議」是造成產婦不願意嘗試「剖腹產後自然生產」的原因	非常同意、同意、不同意、非常不同意	序位
服務機構致力推動剖腹產後自然生產的政策	是、否	名義
健保局增訂「前胎剖腹產之陰道生產」醫療費用支付項目可降低剖腹產率	非常同意、同意、不同意、非常不同意	序位
降低國內剖腹產率應努力之方向（開放性）	提高自然生產給付、加強民眾衛教宣導、降低醫療糾紛之醫師責任、同儕制約	名義
醫院層級	醫學中心、區域醫院、地區醫院	序位
醫院屬性	公立醫院、私立醫院、財團法人醫院	名義
年齡	35歲以下、36-40歲、41-45歲、46歲以上	序位
性別	男、女	名義
教育程度	學士、碩士	序位
近一年內平均每月接生數	10人以下、11-20人、21-30人、31人以上	序位
執業年資	5年以下、6-10年、11-15年、16年以上	序位

## 第五節 統計分析方法

本研究問卷回收後，採用 SAS 8.0 之統計套裝軟體，依據研究目的、研究架構及研究假設進行分析。茲將統計分析方法分述如下：

### 一、描述性分析

以個數、百分比，描述產婦部分個人基本特性（如：年齡、教育程度、職業等）、生產情況（如：生產次數、前次剖腹產原因、有無自然生產經驗等）、對生產方式之看法（如：對剖腹產接受度、是否知道剖腹產後可採自然生產、是否認為剖腹產後自然生產是安全的等）及醫師與相關人員之支持與影響（如：家人、醫護人員是否支持與鼓勵剖腹產後自然生產）。醫師部分個人基本特性（如：醫院層級及屬性、年齡、性別等）、對剖腹產後自然生產之看法（如：在無產科禁忌症情況下，是否同意剖腹產後自然生產是安全的、是否會鼓勵產婦嘗試等）、服務之機構是否致力推動剖腹產後自然生產的政策、對健保給付獎勵制度的看法（如：是否同意 2003 年 4 月 1 日健保局增訂的「前胎剖腹產之陰道生產」醫療費用支付項目可降低國內剖腹產率），以瞭解收案對象在各變項的分佈情形。

## 二、雙變項分析

利用卡方檢定 ( $\chi^2$  test) 分析產婦部分：本次剖腹產後自然生產及再次剖腹產兩組產婦在基本特性、生產情況、對生產方式之看法及醫師與相關人員之支持與影響等變項之差異；醫師部分：在本次剖腹產後自然生產及再次剖腹產兩組產婦其接生醫師在基本特性、對剖腹產後自然生產之看法、服務之機構是否致力推動剖腹產後自然生產的政策及對健保給付獎勵制度之看法等變項之差異。

## 三、迴歸分析

利用羅吉斯迴歸分析 (Logistic Regression Analysis)，以產婦此次生產方式為依變項，以產婦的生產經驗、對生產方式的認知及醫師對生產方式的認知與態度等相關因素為自變項，在控制其他變項下，探討影響產婦剖腹產後是否採自然生產之顯著因素。

## 第四章 研究結果

本章依據研究設計與測量變項，將研究結果分為二節呈現，第一節為描述性與雙變項統計分析，主要針對回收之問卷簡單描述整體樣本分佈情形，並利用卡方檢定分析剖腹產後自然生產及再次剖腹產二組產婦及此二組產婦其接生醫師在各變項之間是否達到顯著差異。第二節為推論性統計分析，利用羅吉斯迴歸分析（Logistic Regression Analysis），探討影響產婦剖腹產後是否採自然生產之相關因素。

### 第一節 描述性與雙變項統計分析

#### 一、產婦部分

本研究共收集 27 位（佔 8.5%）剖腹產後自然生產及 291 位（佔 91.5%）剖腹產後再次剖腹產之產婦問卷；27 位剖腹產後自然生產之產婦均經嘗試分娩而成功地由陰道生產。

##### （一）個人基本特性方面

在年齡分佈方面，此次採自然生產的產婦，以「31-35 歲」最多，佔 33.33%，而在再次剖腹產的產婦中，以「26-30 歲」及「31-35 歲」最多，分別都佔 34.02%。在教育程度分佈方面，此次自然生產及再次剖腹產之產婦，其教育程度同樣都以「高中（職）」最多，

分別佔 44.44% 及 50.86% ，顯示產婦的教育程度居於中等。在職業分佈方面，此次自然生產及再次剖腹產之產婦，同樣以「工」最多，分別佔 48.15% 及 33.68% 。在夫妻兩人總年收入分佈方面，此次自然生產及再次剖腹產之產婦，同樣都以「51-80 萬」最多，分別佔 44.44% 及 26.12% 。在宗教信仰分佈方面，此次自然生產及再次剖腹產之產婦，同樣都以「無」宗教信仰最多，分別佔 48.15% 及 36.43% ，詳見表 4-1。將二組產婦年齡、教育程度、職業、夫妻兩人總年收入及宗教信仰等變項進行卡方檢定，結果發現此次自然生產及再次剖腹產的二組產婦，在基本特性之各變項，皆無統計上顯著差異 ( $P>0.05$ )，詳見表 4-1。

## (二) 生產情況方面

在生產次數分佈方面，此次自然生產及再次剖腹產的產婦，同樣都以「第二次」最多，分別佔 77.78% 及 73.88% 。此次生產前有無自然產經驗方面，在此次自然生產及再次剖腹產的產婦，同樣都以「無」自然生產經驗最多，分別佔 81.48% 及 93.13% ，此次自然生產的產婦有 18.52% 有自然產經驗，高於再次剖腹產產婦的 6.87% ，達到統計上的顯著差異 ( $P<0.05$ )，顯示「此次生產前有無自然生產經驗」對產婦此次的生產方式有顯著影響。在嬰兒出生體重分佈情形方面，此次自然生產及再次剖腹產的產婦，同樣都以嬰兒

出生體重在「3001-3500 公克」最多，分別佔 55.56% 及 48.11% ，詳見表 4-2。

在前次剖腹產原因之分佈情形方面，本研究樣本 318 位產婦中，前次剖腹產的原因以「胎位不正，經醫師建議」最多，佔 35.53% ，其次是「原本嘗試自然生產，但因產程延長，生產不順而剖腹產」，佔 22.64% ；而本次再次剖腹生產的有 291 位（佔 91.5% ），此次剖腹產的原因為「前一胎為剖腹產，經醫師建議」最多，佔 41.58% ，其次是「前一胎為剖腹產，而自己要求」，佔 28.87% 。本研究樣本中，「剖腹產後自然產比率」是 8.5% （27/318），「剖腹產後嘗試自然產成功率」是 67.5% （27/40），詳見表 4-4。

進一步探討此次自然生產之 27 位（佔 8.5% ）產婦，其前次剖腹產的原因以「胎位不正」最多，佔 51.85% ，顯示如果前次剖腹生產的原因是胎位不正，其下次懷孕採自然生產之成功率較高，詳見表 4-4。至於此次自然生產之產婦，其選擇自然生產的原因（複選），以「生產後身體恢復較佳」最多，佔 44.44% ，其次是「醫師建議或鼓勵」，佔 37.04% ，詳見表 4-5。

### （三）對生產方式之看法方面

在剖腹產接受度分佈情形，此次自然生產的產婦中，以「尚可接受」最多，佔 48.15% ，而在再次剖腹產的產婦中，則以「完全

接受」最多，佔 52.58% ，顯示再次剖腹產的產婦對剖腹產的接受程度較高。在沒有經濟壓力下所選擇之生產方式，此次自然生產之產婦選擇「自然生產」的佔 100% ，高於再次剖腹產產婦的 70.45% ，此變項達到統計上的顯著差異 ( $P < 0.05$ )。在是否知道剖腹產後可以採自然生產方面，此次自然生產及再次剖腹產的產婦，同樣都以「知道」佔多數，分別是 96.30% 及 93.13% ，顯示絕大多數的產婦都知道剖腹產後可以採自然生產，此次自然生產的產婦知道剖腹產後可以採自然生產的百分比高於再次剖腹產的產婦，詳見表 4-3。

在是否認為剖腹產後採自然生產是安全的方面，此次自然生產及再次剖腹產的產婦中，同樣都以認為「是」最多，分別佔 88.89% 及 64.26% ，顯示至少有六成四以上的產婦認為剖腹產後自然生產是安全的，而且此次自然生產的產婦認為剖腹產後自然生產是安全的百分比高於再次剖腹產的產婦，此變項達到統計上的顯著差異 ( $P < 0.05$ )。在是否贊成剖腹產後採自然生產方面，此次自然生產及再次剖腹產之產婦，贊成的分別佔 85.19% 及 52.58% ，亦達到統計上的顯著差異 ( $P < 0.05$ )，詳見表 4-3，顯示此次自然生產的產婦贊成剖腹產後採自然生產的百分比高於再次剖腹產的產婦。

#### (四) 醫師與相關人員之支持與影響方面

本研究樣本中，於家人（先生、公婆）是否支持剖腹產後採自然生產之分佈情形，在此次自然生產的產婦中，以「支持」最多，佔 70.37%，而在再次剖腹產的產婦中，則以「沒有意見」最多，佔 50.17%，其次是「支持」，佔 35.74%，達到統計上的顯著差異（ $P < 0.05$ ）。在此次產檢期間，醫護人員是否鼓勵自然生產之分佈情形，此次自然生產及再次剖腹產的產婦中，同樣都以「是」最多，分別佔 92.59% 及 58.42%，亦達到統計上的顯著差異（ $P < 0.05$ ），詳見表 4-3。顯示家人、醫護人員是否支持與鼓勵剖腹產後採自然生產是產婦選擇生產方式的影響因素。

## 二、醫師部分

本研究共收集 52 位臨床婦產科醫師之間卷，結果分述如下：

### （一）個人基本特性方面

在所屬之醫院層級分佈方面，以服務於「區域醫院」最多，佔 59.62%。在「年齡」分佈方面，以「36-40 歲」最多，佔 34.62%。在「性別」分佈方面，以「男性」為多數，佔 92.31%，「女性」只佔 7.69%。在「教育程度」分佈方面，以「學士」為多數，佔 88.46%，「碩士」只佔 11.54%。在「近一年內平均每月接生數」分佈方面，以「11-20 人」最多，佔 46.15%。在「執業年資」分佈方面，以「6-10

年」最多，佔 32.69% ，以上變項在此次自然生產及再次剖腹產的二組產婦之間，皆無統計上顯著差異 ( $P > 0.05$ )。但在所服務之醫院屬性分佈方面，以服務於「私立醫院」最多，佔 67.31% ，醫院屬性之變項在此次自然生產及再次剖腹產的二組產婦之間，達到統計上顯著差異 ( $P < 0.05$ )，詳見表 4-6。

## (二) 對剖腹產後自然產之看法方面

在無產科禁忌症情況下，是否同意剖腹產後自然生產是安全的分佈情形，以「同意」最多，佔 65.38% ，「非常同意」佔 7.69% 。在無產科禁忌症情況下，是否會鼓勵產婦剖腹產後自然生產方面，以「是」最多，佔 50.00% ，其次是「否」，佔 38.46% ，認為要「尊重產婦意見」的佔 11.54% ，顯示有半數的醫師在無產科禁忌症情況下，會鼓勵產婦剖腹產後採自然生產，也有近四成 (38.46% ) 的醫師即使在無產科禁忌症情況下，仍然不會鼓勵產婦剖腹產後採自然生產。另外有超過 10% 的醫師則持保留態度，認為要尊重產婦意願才決定；此結果也顯示即使多數醫師 (73.08% ) 認為在無產科禁忌症情況下，採剖腹產後自然生產是安全的，但是卻未必會鼓勵產婦嘗試。在是否同意「醫師未建議」是造成產婦不願意嘗試「剖腹產後自然生產」的重要原因方面，以「同意」最多，佔 55.77% 。醫師對剖腹產後自然產之看法中的各變項，在此次自然生產及再次剖腹產的二組產婦之

間，均未達到統計上顯著差異 ( $P > 0.05$ )，詳見表 4-7。

(三) 服務之機構是否致力推動「剖腹產後自然生產」的政策方面

在「機構是否致力推動剖腹產後自然生產的政策」方面，以「是」為多數，佔 59.62%，顯示國內近六成的醫院都有致力推行剖腹產後自然生產的政策，相對也有 40.38% 的醫師認為醫院沒有推行此項政策。此變項在此次自然生產及再次剖腹產的二組產婦之間，未達到統計上顯著差異 ( $P > 0.05$ )，詳見表 4-7。

(四) 對健保給付獎勵制度的看法方面

在是否同意 2003 年 4 月 1 日健保局增訂的「前胎剖腹產之陰道生產」醫療費用支付項目可降低國內剖腹產率方面，以「不同意」最多，佔 50.00%，其次是「同意」佔 34.62%，「非常同意」及「非常不同意」則分別都佔 7.69%，顯示有將近六成的醫師認為健保局改變剖腹產後自然生產支付制度，無法達到降低國內剖腹產率的目的，此變項在此次自然生產及再次剖腹產的二組產婦之間，未達到統計上顯著差異 ( $P > 0.05$ )，詳見表 4-7。

在降低國內剖腹產率，應朝哪些方向努力的開放性問題中，認為需要「加強民眾衛教宣導」最多，佔 32.69%，其次是「提高自然生產給付」佔 26.92%，其他依序是「降低醫療糾紛之醫師責任」及「同儕制約」，分別佔 23.08% 及 9.62%，詳見表 4-7。

## 第二節 羅吉斯迴歸分析

為了解影響產婦選擇生產方式的相關因素，以有回覆問卷的 52 位醫師其所接生的 276 位產婦為樣本，以產婦此次生產方式為依變項，以產婦的生產經驗與認知及醫師對生產方式的認知與態度等相關因素為自變項，進行羅吉斯迴歸分析。結果發現，就整體模式而言，在控制其他變項下，在產婦方面以「此次產檢期間醫護人員是否鼓勵自然生產」最具影響性，達到統計上顯著差異 ( $p < 0.05$ )，詳見表 4-8。在產檢期間經醫護人員鼓勵剖腹產後自然生產的產婦採自然生產的之勝算比為未經鼓勵之產婦的 22.86 倍，即表示經醫護人員鼓勵剖腹產後自然生產的產婦，採自然生產的機率較高。

在醫師方面以「機構是否致力推動剖腹產後自然生產的政策」最具影響性，達到統計上顯著差異 ( $p < 0.05$ )。有致力推動剖腹產後自然生產政策的機構，其接生產婦採剖腹產後自然生產的勝算比是未致力推動此政策之機構的 15.02 倍，即表示致力推動剖腹產後自然生產政策的機構，產婦採自然生產的機率較高。另外，私立醫院及財團法人醫院相對於公立醫院而言，產婦會剖腹產後自然生產的機率低很多，達到統計上顯著差異 ( $p < 0.05$ )，勝算比分別為 0.004 及 0.001。在無產科禁忌症之情況下，認為要尊重產婦意見才決定生產方式的醫師，其產婦剖腹產後自然生產的機率較高 ( $p < 0.05$ )，詳見表 4-8。

表 4-1、產婦基本特性

變項名稱	自然產		剖腹產		$\chi^2$ p 值
	N=27	%	N=291	%	
<b>居住縣市</b>					0.234 <sup>†</sup>
台中縣市	12	44.44	98	33.68	
彰化縣市	1	3.70	52	17.87	
南投縣市	1	3.70	20	6.87	
苗栗縣市	12	44.44	89	30.58	
新竹縣市	0	0.00	13	4.47	
其他縣市	1	3.70	19	6.53	
<b>年齡</b>					0.935 <sup>†</sup>
25 歲以下	4	14.81	35	12.03	
26-30 歲	8	29.63	99	34.02	
31-35 歲	9	33.33	99	34.02	
36 歲以上	6	22.22	58	19.93	
<b>教育程度</b>					0.767 <sup>†</sup>
國中以下	3	11.11	27	9.28	
高中（職）	12	44.44	148	50.86	
專科	7	25.93	78	26.80	
大學以上	5	18.52	38	13.06	
<b>職業</b>					0.437 <sup>†</sup>
家庭主婦	9	33.33	140	48.11	
工	13	48.15	98	33.68	
商	2	7.41	29	9.97	
軍公教	2	7.41	18	6.19	
其他	1	3.70	6	2.06	

註：†.Fisher exact test

表 4-1、產婦基本特性 (續)

變項名稱	自然產		剖腹產		$\chi^2$ p 值
	N=27	%	N=291	%	
<b>夫妻兩人總年收入</b>					0.125 <sup>†</sup>
30 萬以下	1	3.70	31	10.65	
31-50 萬	3	11.11	74	25.43	
51-80 萬	12	44.44	76	26.12	
81-100 萬	3	11.11	53	18.21	
101-120 萬	6	22.22	37	12.71	
121 萬以上	2	7.41	20	6.87	
<b>宗教信仰</b>					0.473
佛教	5	18.52	93	31.96	
道教	7	25.93	76	26.12	
基督/天主/回教	2	7.41	16	5.50	
無	13	48.15	106	36.43	
<b>自覺健康狀況</b>					0.022 <sup>†</sup>
非常好	11	40.74	54	18.56	
好	12	44.44	125	42.96	
普通	4	14.81	109	37.46	
不好	0	0.00	3	1.03	
<b>重大傷病</b>					1.000 <sup>†</sup>
無	27	100.00	287	98.63	
有	0	0.00	4	1.37	
<b>慢性病</b>					0.387 <sup>†</sup>
無	27	100.00	272	93.47	
有	0	0.00	19	6.53	

註：†.Fisher exact test

表 4-2、產婦生產情況

變項名稱	自然產		剖腹產		$\chi^2$ p 值
	N=27	%	N=291	%	
<b>第一次生產年齡</b>					0.425
20 歲以下	2	7.41	19	6.53	
21-25 歲	8	29.63	98	33.68	
26-30 歲	14	51.85	110	37.80	
31 歲以上	3	11.11	64	21.99	
<b>生產次數</b>					0.612
第二次	21	77.78	215	73.88	
第三次	6	22.22	66	22.68	
第四次	0	0.00	10	3.44	
<b>此次生產前有無自然產經驗</b>					0.048 <sup>†</sup>
無	22	81.48	271	93.13	
有	5	18.52	20	6.87	
<b>此次生產嬰兒是否足月</b>					0.243 <sup>†</sup>
早產	0	0.00	24	8.25	
足月	27	100.00	267	91.75	
<b>此次生產嬰兒體重 (公克)</b>					0.468 <sup>†</sup>
$\leq 2500$	0	0.00	19	6.53	
2501-3000	10	37.04	80	27.49	
3001-3500	15	55.56	140	48.11	
3501-4000	2	7.41	45	15.46	
$\geq 4001$	0	0.00	7	2.41	

註：<sup>†</sup>.Fisher exact test

表 4-2、產婦生產情況（續）

變項名稱	自然產		剖腹產		$\chi^2$ p 值
	N=27	%	N=291	%	
<b>此次生產前是否有流產經驗</b>					0.252
否	21	77.78	195	67.01	
是	6	22.22	96	32.99	
<b>此次生產住院費用</b>					0.271 <sup>†</sup>
自費給付	2	7.41	10	3.44	
健保給付	25	92.59	281	96.56	
<b>此次生產嬰兒健康</b>					0.845 <sup>†</sup>
良好	26	96.3	260	89.35	
普通	1	3.7	24	8.25	
不佳	0	0	7	2.41	
<b>產後併發症</b>					0.415 <sup>†</sup>
無	26	96.3	286	98.28	
有	1	3.7	5	1.72	
<b>照孕婦手冊時間產檢</b>					1.000 <sup>†</sup>
無	1	3.7	20	6.87	
有	26	96.3	271	93.13	

註：<sup>†</sup>.Fisher exact test

表 4-3、產婦對生產方式之看法與相關人員之影響

變項名稱	自然產		剖腹產		$\chi^2$ p 值
	N=27	%	N=291	%	
<b>對剖腹產接受程度</b>					0.535 <sup>†</sup>
不能接受	0	0.00	3	1.03	
尚可接受	13	48.15	99	34.02	
完全接受	12	44.44	153	52.58	
沒有意見	2	7.41	36	12.37	
<b>沒有經濟壓力下所選擇之生產方式</b>					<0.001 <sup>†</sup>
自然生產	27	100.00	205	70.45	
剖腹生產	0	0.00	86	29.55	
<b>知道剖腹產後可以採自然生產</b>					1.000 <sup>†</sup>
不知道	1	3.70	20	6.87	
知道	26	96.30	271	93.13	
<b>認為剖腹產後採自然生產是安全的</b>					0.010
否	3	11.11	104	35.74	
是	24	88.89	187	64.26	
<b>贊成剖腹產後採自然生產</b>					0.005
不贊成	1	3.70	51	17.53	
贊成	23	85.19	153	52.58	
沒有意見	3	11.11	87	29.90	
<b>家人支持剖腹產後採自然生產</b>					0.002
不支持	2	7.41	41	14.09	
支持	19	70.37	104	35.74	
沒有意見	6	22.22	146	50.17	
<b>此次產檢期間醫護人員鼓勵自然生產</b>					0.001
否	2	7.41	121	41.58	
是	25	92.59	170	58.42	

註：†.Fisher exact test

表 4-4、產婦剖腹產原因

原 因	前一次 剖腹產原因		此次剖腹產原因		此次自然產之產婦 ，前次剖腹產原因	
	N=318	%	N=291	%	N=27	%
<b>醫師建議</b>	194		183		17	
胎位不正	113	35.53	70	24.05	14	51.85
前一胎為剖腹產	24	7.55	121	41.58	1	3.70
胎兒太大	19	5.97	8	2.75	1	3.70
前置胎盤	11	3.46	6	2.06	1	3.70
多胞胎	5	1.57	1	0.34	0	0.00
高齡產婦	2	0.63	4	1.37	0	0.00
其他因素	31	9.75	12	4.12	0	0.00
<b>嘗試自然產，但生產不順</b>	96		13		10	
產程延長	72	22.64	7	2.41	5	18.52
胎兒窘迫	18	5.66	3	1.03	3	11.11
其他因素	10	3.14	3	1.03	2	7.41
<b>自己要求剖腹產</b>	26		95		0	
前一胎為剖腹產	15	4.72	84	28.87	0	0.00
害怕產痛	7	2.20	7	2.41	0	0.00
有商業保險	3	0.94	1	0.34	0	0.00
高齡產婦	2	0.63	4	1.37	0	0.00
擔心子宮破裂	1	0.31	10	3.44	0	0.00
看時辰	0	0.00	10	3.44	0	0.00
多胞胎	0	0.00	1	0.34	0	0.00
害怕陰道鬆弛	0	0.00	0	0.00	0	0.00
其他因素	3	0.94	5	1.72	0	0.00

表 4-5、此次自然生產原因（複選）

原 因	N=27	%
生產後身體恢復較佳	12	44.44
醫師建議或鼓勵	10	37.04
認為生產應該順其自然	8	29.63
害怕手術傷口疼痛	6	22.22
害怕開刀手術危險	1	3.70
費用較低	1	3.70
不喜歡開刀留疤痕	0	0.00
其他因素	1	3.70

表 4-6、醫師基本特性

變項名稱	醫師數		自然產接生數		剖腹產接生數		$\chi^2$ p 值
	N=52	%	N=26	%	N=250	%	
<b>醫院層級</b>							0.197
醫學中心	5	9.62	1	5.26	18	94.74	
區域醫院	31	59.62	16	12.90	108	87.10	
地區醫院	16	30.77	9	6.77	124	93.23	
<b>醫院屬性</b>							<0.001
公立醫院	6	11.54	7	36.84	12	63.16	
私立醫院	35	67.31	10	5.65	167	94.35	
財團法人醫院	11	21.15	9	11.25	71	88.75	
<b>年齡</b>							0.183 <sup>†</sup>
35 歲以下	4	7.69	1	9.09	10	90.91	
36-40 歲	18	34.62	6	6.59	85	93.41	
41-45 歲	17	32.69	9	7.89	105	92.11	
46 歲以上	13	25.00	10	16.67	50	83.33	
<b>性別</b>							0.607
男	48	92.31	26	9.81	239	90.19	
女	4	7.69	0	0.00	11	100.00	
<b>教育程度</b>							0.285 <sup>†</sup>
學士	46	88.46	22	8.80	228	91.20	
碩士	6	11.54	4	15.38	22	84.62	
<b>近一年內平均每月接生數</b>							0.168
10 人以下	9	17.31	3	13.04	20	86.96	
11-20 人	24	46.15	11	14.29	66	85.71	
21-30 人	8	15.38	6	10.17	53	89.83	
31 人以上	11	21.15	6	5.13	111	94.87	
<b>執業年資</b>							0.101
5 年以下	5	9.62	3	15.00	17	85.00	
6-10 年	17	32.69	3	3.90	74	96.10	
11-15 年	15	28.85	7	7.95	81	92.05	
16 年以上	15	28.85	13	14.29	78	85.71	

註：<sup>†</sup>.Fisher exact test

表 4-7、醫師對剖腹產後自然產之看法

變項名稱	醫師數		自然產 接生數		剖腹產 接生數		$\chi^2$
	N=52	%	N=26	%	N=250	%	p 值
在無產科禁忌症情況下，是否同意 剖腹產後自然生產是安全的							0.178
非常同意	4	7.69	1	3.45	28	96.55	
同意	34	65.38	21	11.80	157	88.20	
不同意	14	26.92	4	5.80	65	94.20	
在無產科禁忌症情況下，是否會鼓 勵產婦剖腹產後自然生產							0.633 <sup>†</sup>
是	26	50.00	15	9.62	141	90.38	
否	20	38.46	9	9.18	89	90.82	
尊重產婦意見	6	11.54	2	9.09	20	90.91	
是否同意「醫師未建議」是造成產 婦不願意嘗試剖腹產後自然生產							0.427
同意	29	55.77	11	8.21	123	91.79	
不同意	22	42.31	15	11.28	118	88.72	
非常不同意	1	1.92	0	0.00	9	100.00	
服務機構致力推動剖腹產後自然生產							0.060
是	31	59.62	23	11.44	178	88.56	
否	21	40.38	3	4.00	72	96.00	
健保局增訂「前胎剖腹產之陰道生產」 醫療費用支付項目可降低剖腹產率							0.749
非常同意	4	7.69	4	12.50	28	87.50	
同意	18	34.62	10	10.20	88	89.80	
不同意	26	50.00	10	7.81	118	92.19	
非常不同意	4	7.69	2	11.11	16	88.89	
降低國內剖腹產率之努力方向（開放性）							
提高自然生產給付	14	26.92	8	9.52	76	90.48	
加強民眾衛教宣導	17	32.69	10	9.62	94	90.38	
降低醫療糾紛之醫師責任	12	23.08	3	8.11	34	91.89	
同儕制約	5	9.62	4	14.29	24	85.71	

註：<sup>†</sup>.Fisher exact test

表 4-8、剖腹產後自然產羅吉斯迴歸分析

變項名稱	迴歸係數	p 值	OR	95% CI	
常數	-19.536	0.968	-	-	-
產婦年齡	0.019	0.774	1.019	0.896	1.159
<b>此次生產前有無自然產經驗</b>					
無 (參考組)					
有	1.265	0.108	3.542	0.758	16.553
<b>前一次剖腹產原因</b>					
醫師建議 (參考組)					
嘗試自然產但生產不順	0.701	0.239	2.015	0.628	6.468
自己要求剖腹產	0.572	0.660	1.772	0.139	22.605
<b>沒有經濟壓力下所選擇之生產方式</b>					
自然產 (參考組)					
剖腹產	-12.483	0.950	<0.001	<0.001	>999.999
<b>認為剖腹產後採自然生產是安全的</b>					
否 (參考組)					
是	1.295	0.151	3.652	0.624	21.364
<b>贊成剖腹產後採自然生產</b>					
沒意見 (參考組)					
否	0.413	0.785	1.512	0.078	29.212
是	0.878	0.330	2.406	0.411	14.090
<b>家人支持剖腹產後採自然生產</b>					
沒意見 (參考組)					
否	0.530	0.685	1.698	0.132	21.890
是	0.990	0.178	2.691	0.638	11.351
<b>此次產檢期間醫護人員鼓勵自然生產</b>					
否 (參考組)					
是	3.129	0.011	22.860	2.067	252.820

註：迴歸模式依變項分為自然產(n=26)和再次剖腹產(n=250)兩組，以自然產做為事件(event)。

表 4-8、剖腹產後自然產羅吉斯迴歸分析 (續)

變項名稱	迴歸係數	p 值	OR	95% CI	
<b>醫院屬性</b>					
公立醫院 (參考組)					
私立醫院	-5.632	0.006	0.004	<0.001	0.198
財團法人醫院	-6.730	0.004	0.001	<0.001	0.113
<b>醫師性別</b>					
女 (參考組)					
男	12.702	0.979	>999.999	<0.001	>999.999
醫師執業年資	1.417	0.246	4.125	0.377	45.109
<b>醫師教育程度</b>					
學士 (參考組)					
碩士	-0.027	0.569	0.974	0.889	1.067
<b>在無產科禁忌症情況下，是否同意剖腹產後自然生產是安全的</b>					
不同意 (參考組)					
同意	-0.026	0.984	0.974	0.080	11.927
非常同意	-1.011	0.592	0.364	0.009	14.638
<b>在無產科禁忌症情況下，是否會鼓勵產婦剖腹產後自然生產</b>					
否 (參考組)					
是	3.302	0.088	27.173	0.610	>999.999
尊重產婦意見	4.391	0.048	80.724	1.035	>999.999
<b>機構致力推動剖腹產後自然生產</b>					
否 (參考組)					
是	2.709	0.041	15.021	1.121	201.190
<b>健保局增訂「前胎剖腹產之陰道生產」</b>					
<b>醫療費用支付項目可降低剖腹產率</b>					
非常不同意 (參考組)					
不同意	0.076	0.970	1.079	0.021	54.422
同意	-1.743	0.328	0.175	0.005	5.749
非常同意	2.250	0.431	9.484	0.035	>999.999

註：迴歸模式依變項分為自然產(n=26)和再次剖腹產(n=250)兩組，以自然產做為事件(event)。

## 第五章 討論

本章針對研究結果之重要部分加以討論，主要分五節，第一節為剖腹產後自然生產之成效探討，第二節為影響產婦剖腹產之因素探討，第三節為產婦對剖腹產後自然生產之認知與態度探討，第四節為醫師對剖腹產後自然生產之認知與態度探討，第五節為影響產婦剖腹產後自然生產之因素探討。

### 第一節 剖腹產後自然生產之成效探討

本研究樣本 318 位產婦中「再次剖腹產率」高達 91.5% (291/318)，「剖腹產後自然產比率」為 8.5% (27/318)，「剖腹產後嘗試自然產成功率」為 67.5% (27/40)。此結果與健保局 2003 年 4 月 1 日增訂「前胎剖腹產之陰道生產」醫療費用支付項目之前，國內 2002 年參與 TQIP 醫院品質監測提報之醫學中心組及區域醫院組的資料比較，在「再次剖腹產率」及「剖腹產後自然產比率」方面，本研究的結果居中（見表 5-1、5-2）；但是在「剖腹產後嘗試自然產成功率」方面，本研究結果則明顯較高（見表 5-3）。再將本研究結果與健保局增訂「前胎剖腹產之陰道生產」醫療費用支付項目之後，國內 2004 年參與 TQIP 醫院品質監測提報醫院之資料比較，則發現有類似

的結果。在「再次剖腹產率」方面，醫學中心組及區域醫院組的再次剖腹產率分別是 91.46% ~92.78% 與 87.62% ~92.54% ，在地區醫院組更高達 91.75% ~98.97% （見表 5-4）。在「剖腹產後自然產比率」方面，醫學中心組及區域醫院組分別是 7.83% ~9.52% 及 7.46% ~12.38% （見表 5-5）。在「剖腹產後嘗試自然產成功率」方面，則與區域醫院的 60.82% ~72.73% 相近（見表 5-6）。

進一步將國內參與 TQIP 醫院品質監測的醫學中心組及區域醫院組 2004 年第四季與 2002 年第四季之結果做比較，於「再次剖腹產率」方面，兩組都呈現下降的趨勢（醫學中心組 2002 年 93.69% vs. 2004 年 91.86% ，區域醫院組 2002 年 94.59% vs. 2004 年 87.62% ），詳見表 5-1、5-4。在「剖腹產後自然產比率」方面，兩組都呈現上升的趨勢（醫學中心組 2002 年 7.44% vs. 2004 年 8.95% ，區域醫院組 2002 年 5.41% vs. 2004 年 12.38% ），詳見表 5-2、5-5。在「剖腹產後嘗試自然產成功率」方面，醫學中心組由 2002 年的 61.22% 下降至 2004 年的 52.86% ，區域醫院組則由 2002 年的 51.59% 上升至 2004 年的 61.54% ，詳見表 5-3、5-6。依前述「再次剖腹產率」及「剖腹產後自然產比率」比較之結果初步評值，健保局 2003 年 4 月 1 日增訂「前胎剖腹產之陰道生產」醫療費用支付項目，似乎達到降低國內剖腹產率的目的，但是其真正的成效仍有待持續追蹤。

表 5-1、2002 年參與 TQIP 各層級醫院再次剖腹產率

醫院層級	第 1 季		第 2 季		第 3 季		第 4 季	
	家數	%	家數	%	家數	%	家數	%
醫學中心	14	92.22	14	93.17	14	91.44	14	93.69
區域醫院	36	88.67	37	73.43	37	93.20	37	94.59
地區醫院	2	NA	2	NA	2	NA	2	NA

(相關資料來源：財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會，2005)

表 5-2、2002 年參與 TQIP 各層級醫院剖腹產後自然產比率

醫院層級	第 1 季		第 2 季		第 3 季		第 4 季	
	家數	%	家數	%	家數	%	家數	%
醫學中心	13	7.99	12	8.29	12	10.25	12	7.44
區域醫院	36	11.33	37	15.07	37	6.80	37	5.41
地區醫院	2	NA	2	NA	2	NA	2	NA

(相關資料來源：財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會，2005)

表 5-3、2002 年參與 TQIP 各層級醫院剖腹產後嘗試自然產成功率

醫院層級	第 1 季		第 2 季		第 3 季		第 4 季	
	家數	%	家數	%	家數	%	家數	%
醫學中心	7	58.49	9	48.33	8	29.17	8	61.22
區域醫院	19	66.67	24	40.59	25	63.95	24	51.59
地區醫院	2	NA	2	NA	1	NA	1	NA

(相關資料來源：財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會，2005)

註：NA=Not able to calculate or display value due to low facility count.

表 5-4、2004 年參與 TQIP 各層級醫院再次剖腹產率

醫院層級	第 1 季		第 2 季		第 3 季		第 4 季	
	家數	%	家數	%	家數	%	家數	%
醫學中心	17	92.78	17	91.46	17	92.23	17	91.86
區域醫院	41	88.18	39	88.60	42	92.54	40	87.62
地區醫院	4	94.85	3	91.75	2	NA	4	98.97

(相關資料來源：財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會，2005)

表 5-5、2004 年參與 TQIP 各層級醫院剖腹產後自然產比率

醫院層級	第 1 季		第 2 季		第 3 季		第 4 季	
	家數	%	家數	%	家數	%	家數	%
醫學中心	15	7.83	14	9.52	14	8.52	15	8.95
區域醫院	41	11.82	39	11.33	42	7.46	40	12.38
地區醫院	3	5.26	3	8.25	2	NA	3	1.11

(相關資料來源：財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會，2005)

表 5-6、2004 年參與 TQIP 各層級醫院剖腹產後嘗試自然產成功率

醫院層級	第 1 季		第 2 季		第 3 季		第 4 季	
	家數	%	家數	%	家數	%	家數	%
醫學中心	9	57.41	7	53.45	9	54.55	8	52.86
區域醫院	24	72.73	23	60.82	25	62.14	23	61.54
地區醫院	1	NA	2	NA	1	NA	1	NA

(相關資料來源：財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會，2005)

註：NA=Not able to calculate or display value due to low facility count.

## 第二節 影響產婦剖腹產之因素探討

本研究 318 位樣本中，前次剖腹產的原因以「胎位不正」最多，佔 35.53%，其次是原本嘗試自然生產但因產程延長而臨時開刀，佔 22.64%；此次自然生產者前次剖腹產的原因是「胎位不正」者佔 51.85%，此與過去研究指出，前胎剖腹產的理由不會復發者，如胎位不正，則此次嘗試自然生產的成功率較高（邱隆茂，2001；羅良明，2003）之結果相同。本研究發現前次剖腹產是醫師建議者，此次有 8.76%（17/194）自然生產成功，但是前次是自己要求剖腹產者，則此次自然生產的比率卻為 0（0/26），顯示產婦本身對生產方式的認知會影響其對生產方式的決定，深受「前胎剖腹產，後胎必定剖腹產」的觀念影響。

此次自然生產的產婦中，有 18.52% 有過自然生產的經驗，而在再次剖腹產的產婦中僅有 6.87% 有過自然生產的經驗，顯示先前有過自然生產經驗的產婦，採剖腹產後自然生產的機率較高，此結果與研究假設一相同；也與過去研究指出，當產婦有過自然生產或剖腹產後自然生產的經驗時，剖腹產後自然生產的成功率較高（Elkousy et al., 2003），同時也與多位學者提出的剖腹產後自然生產的最適人選條件之一是有過成功陰道生產經驗者（蘇棋楓，2003；Elkousy et al., 2003）之結果相同。

### 第三節 產婦對剖腹產後自然生產之認知與態度探討

本研究樣本顯示，有 21 位（佔 6.6%）產婦不知道剖腹產後可以採自然生產，顯示孕期的衛教仍有待加強。此次自然生產及再次剖腹產的產婦，在沒有經濟壓力下所選擇的生產方式，都以選擇「自然生產」較多，分別佔 100% 及 70.45%，顯示「自然生產」仍是多數產婦認同的主要生產方式。此次自然生產的產婦有 85.19% 贊成剖腹產後採自然生產，高於再次剖腹產之產婦的 52.58%，顯示贊成剖腹產後採自然生產的產婦，選擇自然生產的機率較高。本次自然生產及再次剖腹產的產婦對於剖腹產「完全接受」的分別佔 44.44% 及 52.58%，顯示採再次剖腹產的產婦對剖腹產的接受程度較自然生產者高。

本次自然生產及再次剖腹產的產婦，認為剖腹產後自然生產是安全的分別佔 88.89% 及 64.26%；認為剖腹產後自然生產是安全的產婦，其採剖腹產後自然生產的機率較高，此結果與研究假設二相同。本研究也發現，在所有 318 位產婦中，有 211 位（佔 66.35%）認為剖腹產後採自然生產是安全的，但是僅有 27 位（佔 8.5%）成功採剖腹產後自然生產，顯示儘管產婦認為剖腹產後自然生產是安全的，但是仍有安全上（此次剖腹產的產婦中，有 3.44% 因為擔心子宮破裂而自己要求剖腹產）及其他因素的顧慮，致不敢或不願意去嘗試剖腹產後自然生產。

#### 第四節 醫師對剖腹產後自然生產之認知與態度探討

通常在無產科禁忌症的情況下，醫師認為剖腹產後自然生產是安全的佔 73.08% (38/52)，但是會鼓勵產婦剖腹產後自然生產的卻只有 50%，顯示有部分醫師即使認為剖腹產後自然生產是安全的，卻未必會鼓勵產婦嘗試，反映出醫師對於剖腹產後自然生產的推動仍持保留的態度。有 55.77% 的醫師同意「醫師未建議」是造成產婦不願嘗試剖腹產後自然生產的重要原因，前述顯示醫師也認同本身對剖腹產後自然生產的認知與態度會影響產婦對剖腹產後是否採自然生產的決定。

本研究在醫師對健保獎勵制度之看法對於產婦選擇生產方式的影響方面，未達統計上顯著差異 ( $P > 0.05$ )，因此，研究假設三不成立。有 57.69% 的醫師不認為健保局增訂「前胎剖腹產之陰道生產」醫療費用支付項目可降低國內剖腹產率；不過，雖然此變項未達統計上顯著差異，但是對獎勵制度「非常同意」者，其接生之產婦採剖腹產後自然生產的機率有較高之趨勢。

在降低國內剖腹產率，應朝哪些方向努力的開放性問題中，有 32.69% 的醫師認為需要「加強對民眾衛教宣導」，此與過去研究指出，要降低剖腹產率，必須落實民眾對基本醫療觀念的認知，加強剖腹產後自然生產的宣導教育（鍾聿琳，1998；孫藝琴，2002）之結果

相同；有 26.92% 的醫師認為應「提高自然生產給付」，此與過去研究指出，醫療費用支付制度是影響剖腹產率的因素（Sachs et al., 1999；Wagner, 2000；盧瑞芬、謝啟瑞，2004）之結果相同；另外有 23.08% 的醫師認為應「降低醫療糾紛之醫師責任」，此與過去研究指出，害怕醫療糾紛是造成剖腹產率增加的因素之一，當產婦要求剖腹產或是有自然生產風險時，醫師往往會選擇剖腹產來避免風險以及醫療糾紛（Tussing & Wojtowycz, 1992；王國恭，1996；Sachs et al., 1999；Wagner, 2000）之結果相同。醫師普遍認為醫療糾紛代價太大，因此，在產婦生產方式的抉擇上格外謹慎。

## 第五節 影響產婦剖腹產後自然生產之因素探討

本研究發現，「醫護人員是否鼓勵剖腹產後自然生產」及「醫療機構是否致力推動剖腹產後自然生產之政策」是影響產婦剖腹產後自然生產的兩大重要因素。在此次產檢期間經醫護人員鼓勵剖腹產後自然生產的產婦，其採自然生產之勝算比為未經鼓勵之產婦的 22.86 倍，即表示經醫護人員鼓勵自然生產的產婦，採剖腹產後自然生產的機率較高，此結果與研究假設四相同，顯示醫護人員的認知與態度確實會影響產婦對生產方式的選擇。此與過去研究指出，有過剖腹產經驗的產婦選擇試產或再次剖腹產，受到與醫師之間互動的影響（吳嘉苓，1998；Ridley et al., 2002；Mankuta, 2003）之結果相同；也與另一研究指出，「醫師未建議」是造成產婦不願嘗試剖腹產後自然生產的重要原因（陳麗芳等，1997）之結果相同。顯示醫療機構要降低剖腹產率，應該要從改變醫護人員的認知與態度著手。

家人（先生、公婆）對剖腹產後自然生產之支持對於產婦選擇生產方式的影響，雖然未達到統計上的顯著差異（ $P > 0.05$ ），但是此次自然生產的產婦受到家人的支持度（70.37%）明顯高於再次剖腹產的產婦（35.74%），顯示家人的態度仍是產婦選擇生產方式的影響因素。

有致力推動剖腹產後自然生產政策的醫療機構，產婦採自然生產的勝算比為沒有致力推動之醫療機構的 15.02 倍，即表示致力推動剖

腹產後自然生產政策的醫療機構，其接生產婦採剖腹產後自然生產的機率較高，此結果與研究假設五相同；此也與過去研究指出，透過醫院內部政策的運用，執行剖腹產適應症的把關與再諮詢的工作，有助於降低剖腹產率（Liang et al., 2004）之結果相同。

在無產科禁忌症的情況下，認為仍然要尊重產婦意願才決定採何種生產方式的醫師，其接生之產婦剖腹產後自然生產的機率也較高。研判此結果可能是多數醫師（73.08%）都認為剖腹產後自然生產是安全的，但是為了避免承擔風險，希望以臨床狀況並參考產婦的意見後再做決定，又由於產婦對生產方式的選擇往往受到醫師的影響，所以，抱持此種態度的醫師，其產婦剖腹產後自然生產的機率較高；也更印證醫師的認知與態度會影響生產方式的研究結果。

本研究還發現，私立醫院及財團法人醫院其接生之產婦再次剖腹產的機率較公立醫院高。嘗試進一步分析不同屬性的醫院在推動「剖腹產後自然生產」政策的差異性，結果未達統計上顯著（ $P > 0.05$ ）；而且公立醫院、私立醫院及財團法人醫院的醫師，認為醫院有致力推動剖腹產後自然生產政策的分別佔 50%、54.29% 及 81.82%，顯示私立醫院及財團法人醫院在推動剖腹產後自然生產政策方面的努力並不亞於公立醫院，但是成效卻是相反的，其中是否有其他因素影響，有待進一步探討。

## 第六章 結論與建議

本章共分三節，第一節根據研究結果說明本研究結果之重要結論，第二節提出建議，第三節提出研究限制。

### 第一節 結論

台灣地區的孕婦生產模式在近幾年幾乎全面醫療化，民眾普遍也選擇前往醫院生產，因此生產過程醫療行為的介入干涉也相對增加，無形中也導致剖腹產率的上升。「剖腹產率」幾乎是在眾多的醫療品質指標系統中皆有監測的一項指標，可見其在醫療品質中的重要性。「降低非醫療必要性的剖腹產率」是二十一世紀週產期醫護人員最重要的使命，也是最大的挑戰。研究指出，剖腹產後自然生產確實是降低剖腹產率的最佳利器，但是研究也指出，剖腹產後自然生產需要在慎選產婦的情況下為之。

本研究探討影響產婦剖腹產後是否採自然生產之相關因素，除了收集產婦的資料外，也進一步探討醫師對於剖腹產後自然生產議題相關的認知與態度，期望找出關鍵因素，提供衛政單位及醫院內部擬訂、推行政策之參考，在兼顧醫療政策及產婦母子安全的前提下，使剖腹產率降低至合理範圍。

整體而言，「自然生產」仍然是多數產婦認同的生產方式，同時產婦「前次的生產方式」會直接影響其對下次生產方式的決定，所以應嚴格管控第一次的剖腹產。本研究發現，影響產婦剖腹產後自然生產的因素，以非醫療因素如「產婦產檢期間醫護人員是否鼓勵剖腹產後自然生產」、「醫療機構是否致力推動剖腹產後自然生產之政策」佔了最大的影響性。因此，要降低整體剖腹產率，應正視「產婦及醫師對剖腹產後自然生產的認知與態度」及「醫院推動剖腹產後自然生產之政策的落實性」二項因素。

## 第二節 建議

### 一、加強民眾衛教宣導

衛生署及健保局致力於推動剖腹產後自然生產的政策，期望降低剖腹產率。本研究樣本 318 位產婦中仍有 21 位（佔 6.6%）不知道剖腹產後可以採自然生產；在本次自然生產及再次剖腹產的二組產婦，認為剖腹產後自然生產是安全的分別佔 88.89% 及 64.26%，但是再次剖腹產率卻仍高達 91.5%，顯示剖腹產後自然生產的普及率仍偏低，同時也顯示產婦對於剖腹產後自然生產的認知與行為未達到一致性。

家人對生產方式的看法也會影響產婦對生產方式的選擇，因此，為達到降低國內剖腹產率的目的，固然醫療體制需要改善，重要的是產婦及其家人對生產方式的認知與態度。除了政府及醫療機構應加強衛生教育並提供相關資訊外，對於公眾人物非醫療必要性剖腹產的報導應節制，建議善用大眾傳播的功能及影響力，加強報導自然生產的好處，讓民眾對生產方式的選擇有正確的認知。

### 二、加強醫護人員對剖腹產後自然生產的認知與態度

由於前胎剖腹產的婦女，再次剖腹產的比率高達 90% 以上，因此，對於有意願嘗試剖腹產後自然生產的婦女，醫師必須與產婦及其

先生詳細分析優缺點並解答其疑問，減少產婦及其家人的挫折與焦慮，以增加剖腹產後自然生產的成功率。

本研究發現，在產檢期間受到醫護人員鼓勵剖腹產後自然生產的產婦，採自然生產的機率較高；而多數醫師（73.08%）也認為在無產科禁忌症的情況下，採剖腹產後自然生產是安全的，但是會鼓勵產婦嘗試的卻只有 50%，顯示醫師對剖腹產後自然生產的認知與行為不一致，需要再加強其對剖腹產後自然生產的認知與信心。

由於婦產科醫師對於剖腹產後自然生產的看法對剖腹產率的影響甚大，建議醫院可安排醫師至推動剖腹產後自然生產成效良好的醫院標竿學習，提高對剖腹產後自然生產的正向認知，進而改變其態度與行為。此外，建議透過相關醫學會宣導，並提供臨床醫師互相分享經驗的機會；同時，國內監測「剖腹產率」的單位宜適時公佈剖腹產後自然生產之推行成效，使臨床醫師有意願與信心鼓勵產婦嘗試。

### **三、鼓勵醫院推動「剖腹產後自然生產」之政策**

本研究發現，醫院是否致力推動剖腹產後自然生產的政策，對剖腹產後自然生產之成效具有顯著的影響。在醫院內部最重要的是醫院管理者對剖腹產率的重視，以及婦產科醫師對於剖腹產後自然生產政策的配合度，建議醫院應柔性宣導推行剖腹產後自然生產。管理單位

宜 1.與醫師充分溝通，共同訂定院內剖腹產率的目標值，做為評值成效的依據；2.設置專人負責提供必要的協助，如加強產房應變設備及人員訓練，製作衛教單張及宣導海報等；3.設立相關的委員會，長期追蹤剖腹產率，定期舉行剖腹產適應症會議，檢討每一個案例的剖腹產原因及結果，避免非醫療必要性的第一次剖腹產，此作業管理方式有助於醫院評估降低非必要剖腹產的成效，也是降低整體剖腹產率的重要關鍵。

健保局的生產管理醫療費用支付標準，對於醫院政策或醫師選擇的生產方式會有一定程度的影響。健保局自 2003 年 4 月 1 日增訂的「前胎剖腹產之陰道生產」醫療費用支付項目，對於降低剖腹產率的影響，截至目前為止尚未有正式的成效報告。建議適度提高「自然生產給付」，尤其是第一胎的自然生產給付，將可提供誘因，降低非醫療必要性的初次剖腹產率，可以達到減少再次剖腹產的目的。此外，建議透過醫院評鑑機制來改善剖腹產率，使剖腹產率趨於合理化。

#### 四、建立良好的醫療保險及醫療糾紛處理模式

「害怕醫療糾紛」是臨床婦產科醫師對於剖腹產後自然生產裹足不前的因素之一。尤其婦產科的醫療作業牽涉產婦母子 2 人的安危，一旦發生意外事件，往往導致嚴重的後果，形成婦產科醫師比其

他科別醫師面臨抉擇時更大的壓力；加上高醫療賠償時代的來臨，造成臨床醫師趨向先求自保，再談保護患者的心態。因此，建議成立強制性的醫療保險制度，讓醫師在有保障的狀況下，才能提高其鼓勵產婦嘗試剖腹產後自然生產的意願；另外，成立公平合理的醫療糾紛處理專責機構，對於醫療糾紛的處理能夠有更客觀的審理，讓婦產科醫師面臨生產方式抉擇時可以有更多專業判斷的空間，而不是以逃避醫療糾紛為首要考量，將有助於降低非醫療必要性的剖腹產，達到降低總剖腹產率之目的。

### 第三節 研究限制

- 一、本研究僅針對中部地區 15 家醫院的產婦及婦產科醫師收案，將來若能收集北、中、南、東各區的資料，擴大研究樣本數，所得結果的客觀性應更充足。
- 二、本研究未能將 15 家樣本醫院符合收案條件的產婦均納入收案(有效回收率 79.5% )，因此以研究法則來說，此回收率並不能完全代表母群體。

## 參考文獻

### 一、英文部份

- Birchard K. Defence union suggests new approach to handling litigation costs in Ireland. *The Lancet* 1999; 354(9191): 1710.
- Chanrachakul B, Herabutya Y, Udomsubpayakul U. Epidemic of cesarean section at the general, private and university hospitals in Thailand. *Journal of Obstetrics and Gynecology Research* 2000; 26(5): 357-61.
- Curtin SC, Martin JA. Birth: Preliminary Data for 1999. *National Vital Statistics Reports* 2000; 48(14).
- Editorial. Cesarean section on the rise. *The Lancet* 2000; 356(9243): 1697.
- Elkousy MA, Sammel M, Stevens E, Peipert JF, Macones G. The effect of birth weight on vaginal birth after cesarean delivery success rates. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2003; 188(3): 824-30.
- Greene MF. Vaginal Delivery After Cesarean Section—Is The Risk Acceptable ? *The New England Journal of Medicine* 2001; 345(1): 54 -5.
- Hager RME, Daltveit AK, Hofoss D et al. Complications of cesarean deliveries: Rates and risk factors. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2004; 190(3): 428-34.
- Hamilton BE, Martin JA, Sutton PD. Births: Preliminary Data for 2002. *National Vital Statistics Reports* 2003; 51(11).
- Hamilton BE, Martin JA, Sutton PD. Births: Preliminary Data for 2003. *National Vital Statistics Reports* 2004; 53(9).
- Harer WB. Vaginal Birth After Cesarean Delivery. *JAMA* 2002; 287(20): 2627-30.
- Hill DA. Issues and Procedures in Women's Health Vaginal Birth After Cesarean (VBAC). (cited 2004 Feb 9). Available from [http : //www. obgyn.net/women/articles/VBAC-dah.htm](http://www.obgyn.net/women/articles/VBAC-dah.htm).

- Hsieh CC, Hsieh TT, Soong YK. Prevalence of Cesarean Section in Chang Gung Memorial Hospital, 1984-1989. *Chang Gung Medical Journal* 1990; 13(4): 282-9.
- Landon MB, Hauth JC, Leveno KJ et al. Maternal and Perinatal Outcomes Associated with a Trial of Labor after Prior Cesarean Delivery. *The New England Journal of Medicine* 2004; 351(25): 2581-9.
- Liang WH, Yuan CC, Hung JH et al. Effect of Peer Review and Trial of Labor on Lowering Cesarean Section Rates. *Journal of the Chinese Medical Association* 2004; 67(6): 281-6.
- Lydon-Rochelle M, Holt VL, Easterling TR et al. Risk of Uterine Rupture During Labor Among Women With A Prior Cesarean Delivery. *The New England Journal of Medicine* 2001; 345(1): 3-8.
- Mankuta DD, Leshno MM, Menasche MM, Brezis MM. Vaginal birth after cesarean section: Trial of labor or repeat cesarean section? A decision analysis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2003; 189(3): 714-9.
- Martin JA, Smith BL, Mathews TJ, Ventura SJ. Birth and Deaths : Preliminary Data for 1998. *National Vital Statistics Reports* 1999; 47(25).
- Martin JA, Hamilton BE, Ventura SJ. Birth: Preliminary Data for 2000. *National Vital Statistics Reports* 2001; 49(5).
- Martin JA, Park MM, Sutton PD. Birth: Preliminary Data for 2001. *National Vital Statistics Reports* 2002; 50(10).
- McMahon MJ, Luther ER, Bowes WA, Olshan AF. Comparison of a trial of labor with an elective second cesarean section. *The New England Journal of Medicine* 1996; 335(10): 689-95.
- Miller DA, Mullin P, Hou D, Paul RH. Vaginal birth after cesarean section in twin gestation. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1996; 175(1): 194-8.
- Mozurkewich EL, Hutton EK. Elective repeat cesarean delivery versus trial of labor : A meta-analysis of the literature from 1989 to 1999. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2000; 183(5): 1187-97.
- Ridley RT, Davis PA, Bright JH, Sinclair D. What Influences a Woman to Choose Vaginal Birth After Cesarean? *Journal of Obstetric Gynecology, & Neonatal Nursing* 2002; 31(6): 665-72.

- Sachs BP, Kobelin C, Castro MA, Frigoletto F. The Risks of Lowering The Cesarean-Delivery Rate. *The New England Journal of Medicine* 1999; 340(1): 54-7.
- Smith GCS, Pell JP, Cameron AD, Dobbie R. Risk of Perinatal Death Associated With Labor After Previous Cesarean Delivery in Uncomplicated Term Pregnancies. *The Journal of the American Medical Association* 2002; 287(20): 2684-90.
- The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG): USA VBAC Guidelines. (cited 2005 Apr. 9). Available from [http : //www.vbac.com/hottopic/usavbac/ usavbacguidelines.html](http://www.vbac.com/hottopic/usavbac/usavbacguidelines.html)
- Thorp JA, Hu DH, Albin RM et al. The effect of intrapartum epidural analgesia on nulliparous labor : A randomized, controlled, prospective trial. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1993; 169(4): 851-8.
- Tussing AD, Wojtowycz MA. The cesarean decision in New York State, 1986. Economic and noneconomic aspects. *Medical Care* 1992; 30(6): 529-40.
- Ventura SJ, Anderson RN, Martin JA, Smith BL. Birth and Deaths: Preliminary Data for 1997. *National Vital Statistics Reports* 1998; 47(4).
- Wagner M. Choosing cesarean section. *The Lancet* 2000; 356: 1677-80.
- World Health Organization : Appropriate Technology for Birth. *The Lancet* 1985; 2(8452): 436-7.
- Zelop CM, Shipp TD, Repke JT, Cohen A, Lieberman E. Effect of previous vaginal delivery on the risk of uterine rupture during a subsequent trial of labor. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2000; 183(5): 1184-6.

## 二、中文部份

- 王國恭：剖腹產—帝王切開術(1996)。摘自 [http://med.mc.ntu.edu.tw/~obsgyn/spe/spe\\_002.htm](http://med.mc.ntu.edu.tw/~obsgyn/spe/spe_002.htm)
- 古智愷：醫師與醫院管理者對剖腹產管理指標之認知、態度及行為之研究。國立台灣大學公共衛生學院醫療機構管理研究所碩士論文，2002。
- 行政院衛生署(2005)：民國九十二年衛生統計·台灣地區醫院平均每日醫療服務量及剖腹產率。摘自 <http://www.doh.gov.tw/statistic/data/衛生統計年報/92/3醫政/表62.xls>
- 李向榮、李世明、黎惠波、蘇石州：剖腹產後經陰道試產。國防醫學 1989；8(6)：573-5。
- 吳嘉苓：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。第三屆四性學術研討會論文集，1998。
- 何卿維、楊明智：前胎剖腹產後陰道生產。臨床醫學 1992；30(3)：176-80。
- 邱隆茂：剖腹產後陰道生產降低剖腹產率的初步經驗。助產雜誌 2001；44：18-23。
- 林錦洲、邱隆茂：剖腹產後之自然分娩-Vaginal Birth after Cesarean Delivery (VBAC)。台北榮總婦產部 2000。
- 洪偉哲：以健康信念模式探討產婦於產前選擇剖腹產之傾向—以台北市立婦幼綜合醫院為例。國立台灣大學醫療機構管理研究所碩士論文，2002。
- 財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會(2005)：TQIP (Taiwan Quality Indicator Project) 急性照護整體性報表-指標 6 剖腹產管理 2004 年。
- 陳麗芳、師慧絹、謝淑芳、王如華：探討產婦再次剖腹產之原因。國防醫學 1997；25(2)：156-60。
- 黃俊元、陳維昭、楊銘欽：影響產婦剖腹產利用之相關因素探討—以某醫學中心為例。國立台灣大學公共衛生研究所碩士論文，1995。
- 張平江：剖腹產後陰道生產安全嗎？周產期會訊 2001；69。
- 孫藝琴：剖腹產後行陰道生產(VBAC)之探討。助產雜誌 2002；45：36-40。
- 趙天麗：剖腹產之費用結構、醫療因素與非醫療因素之相關研究—以某醫學中心

- 為例。中國醫藥學院醫務管理學研究所碩士論文，1996。
- 劉瑞德：降低剖腹產率的優缺點。台北長庚婦產科月刊 1999。
- 盧瑞芬、謝啟瑞：醫療經濟學 2004。台北：學富。
- 鍾聿琳：產科照護之再省思—由減少剖腹產談起。護理雜誌 1998；45(5)：61-5。
- 謝景璋：剖腹產有那些危險。台北長庚婦產科月刊 2004。
- 羅良明：不得已的選擇—剖腹生產。台北長庚婦產科月刊 2003。
- 蘇棋楓：近年剖腹產的概況—自然產好？還是剖腹產好？中山醫刊 2003；31(3)：13-9。

## 附錄一 醫院產婦問卷調查表

親愛的產婦您好：

本問卷是有關於生產原因之探討，感謝您撥空填寫，您的資料提供有助於本研究更能瞭解剖腹生產的各項因素，使婦產科的醫療服務更提昇，您所填寫的資料僅提供研究人員分析，請安心填寫。謝謝您的合作！

指導教授：蔡文正

研究生：林春米

### 第一部份、生產情況

1. 這次是第幾次生產？1. 第一次    2. 第二次    3. 第三次    4. 第四次
2. 您的生產經驗：(若是剖腹生產，請參考下列的原因，在原因欄寫出代碼，例：剖腹生產原因是醫師建議，係因胎位不正，請寫「1.b.」)

胎次	第一胎	第二胎	第三胎	第四胎
新生兒 出生體重	公克	公克	公克	公克
足月/ 早產(<37週)	<input type="checkbox"/> 1. 足月 <input type="checkbox"/> 2. 早產			
生產方式	<input type="checkbox"/> 1. 自然生產 <input type="checkbox"/> 2. 剖腹生產			
剖腹生產原因 (自然生產者免填)	原因代碼：	原因代碼：	原因代碼：	原因代碼：

◎「剖腹生產」的原因：

1. 醫師建議：a. 前一胎為剖腹產    b. 胎位不正    c. 胎兒太大  
d. 多胞胎：\_\_胞胎    e. 高齡：\_\_歲    f. 前置胎盤  
g. 其他：\_\_\_\_\_

2. 原本嘗試自然產，但生產不順，臨時開刀：a. 胎兒窘迫    b. 產程延長  
c. 其他：\_\_\_\_\_

3. 自己要求剖腹生產：a. 前一胎為剖腹產    b. 看時辰  
c. 多胞胎：\_\_胞胎    d. 高齡：\_\_歲  
e. 害怕造成陰道鬆弛影響性生活  
f. 擔心子宮破裂    g. 害怕產痛  
h. 有商業保險    i. 其他：\_\_\_\_\_

3. 這次生產前您是否有流產經驗？1. 否    2. 是，流產：\_\_\_\_\_次

- 4.第一次生產時您的年齡是：\_\_\_\_\_歲
- 5.此次住院費用是 1.自費給付 2.健保給付
- 6.此次「自然生產」的原因為？（可複選，剖腹生產者免填）
- 1.醫師建議或鼓勵自然生產 2.害怕開刀手術危險
- 3.害怕手術傷口疼痛 4.費用較低
- 5.不喜歡開刀留疤痕 6.生產後身體恢復較佳
- 7.認為生產應該順其自然 8.其他\_\_\_\_\_
- 7.此次生產嬰兒之健康情形如何1.良好 2.普通 3.不佳
- 8.您對剖腹生產接受程度？
- 1.不能接受 2.尚可接受 3.完全接受 4.沒意見
- 9.在沒有經濟壓力下，如果您可以選擇生產方式，您會選擇？
- 1.自然生產 2.剖腹生產，主要原因：\_\_\_\_\_
- 10.這次生產是否有產後併發症？1.否
- 2.是(a.出血 b.感染 c.其他：\_\_\_\_\_)
- 11.這次生產您有沒有照孕婦手冊時間產檢？
- 1.有 2.沒有，原因1.自己認為不需要產檢
- 2.不知道要產檢
- 3.沒有時間來醫院
- 4.沒有交通工具來醫院
- 5.其他,原因：\_\_\_\_\_
- 12.您是否知道剖腹生產後可以採自然生產？1.是 2.否
- 13.您是否認為剖腹生產後採自然生產是安全的？1.是 2.否
- 14.您是否贊成剖腹生產後嘗試採自然生產？1.是 2.否 3.沒意見
- 15.您的家人(先生、公婆)是否支持您剖腹生產後嘗試採自然生產？1.是
- 2.否 3.沒表示意見
- 16.此次生產前產檢期間，醫護人員是否鼓勵您自然生產？1.是 2.否

## 第二部份、基本資料

1. 您居住的縣市

1. 台中縣市 2. 彰化縣市 3. 南投縣市 4. 苗栗縣市 5. 其他：\_\_\_\_\_

2. 您的年齡：\_\_\_\_\_ 歲(出生年月： 年 月)

3. 您的教育程度

1. 未接受教育 2. 小學 3. 國中 4. 高中(職) 5. 專科  
6. 大學 7. 研究所以上

4. 您的職業

1. 家庭主婦 2. 農林漁牧 3. 工 4. 商 5. 軍 6. 公教 7. 榮民  
8. 學生 9. 服務業 10. 其他：\_\_\_\_\_

5. 您和先生總年收入

30 萬元以下  31-50 萬元  51-80 萬元  
 81-100 萬元  101-120 萬元  大於 120 萬元

6. 您的宗教信仰是

1. 佛教 2. 基督教 3. 道教 4. 回教 5. 天主教 6. 無

7. 您自己覺得健康情形？

1. 非常好 2. 好 3. 普通 4. 不好 5. 非常不好

8. 您是否有重大傷病？1. 無 2. 有，疾病診斷為：\_\_\_\_\_

9. 您是否有以下疾病？1. 無 2. 有，請在下列正確欄位勾選

a. 心臟病 b. 腦血管疾病 c. 糖尿病 d. 高血壓 e. 氣喘  
f. 慢性肝病 g. 慢性腎病 h. 子宮頸癌 i. 乳癌  
j. 其他癌症：\_\_\_\_\_癌

(感謝您填答這份問卷，您的幫助將讓我們更瞭解產婦生產的相關問題，謝謝！)

## 附錄二 婦產科醫師對剖腹產後自然生產之看法問卷

親愛的婦產科醫師您好：

鑒於國內剖腹產率居高不下，近年來無論衛生署或健保局都希望婦產科醫師致力於降低剖腹產率，健保局更於 2003 年 4 月 1 日起，增訂「前胎剖腹產之陰道生產」之醫療費用支付項目。本問卷旨在探討醫師對剖腹產後自然生產之看法及其影響性，懇請 您撥冗回答。

請您務必每一題都填答，若備選答案以外，還有更適合的答案，請您在「其他」欄後面的橫線上將您的意見表達出來。本問卷上所有的資料僅供學術研究之用，個人資料部份絕對保密，敬請放心填答，若有任何疑問，請與我們連絡。

請您於 **1 月 31 日** 前以所附回郵信封寄回問卷，謹此致上誠摯的感謝之意！

中國醫藥大學醫務管理學研究所 副教授 蔡文正  
研究生 林春米 敬上  
中華民國九十四年一月

聯絡人：林春米

聯絡方式：電話(037)676811 轉 8882、手機 0928-241152

E-mail：linne123@ms27.hinet.net

### 第一部份、對剖腹產後自然生產之看法

1. 通常在無產科禁忌症的情況下：

1-1. 您是否同意剖腹產後自然生產是安全的？

1.非常同意 2.同意 3.不同意 4.非常不同意

1-2. 您是否鼓勵產婦剖腹產後採自然生產？

1.是 2.否 3.其他：\_\_\_\_\_

2. 曾經有研究指出「醫師未建議」是造成產婦不願嘗試「剖腹產後自然生產」的重要原因，您是否同意？

1.非常同意 2.同意 3.不同意 4.非常不同意

3. 目前您服務的機構是否致力推動剖腹產後自然生產的政策？

1.是 2.否

4. 您是否同意 2003 年 4 月 1 日健保局增訂的「前胎剖腹產後之陰道生產」醫療費用支付項目可降低國內剖腹產率？

1.非常同意 2.同意 3.不同意 4.非常不同意

5. 您認為降低國內剖腹產率，應朝哪些方向努力？請提供寶貴意見！

第二部份、基本資料

1. 您所屬的醫院層級：1.醫學中心    2.區域教學醫院    3.區域醫院  
4.地區教學醫院    5.地區醫院
2. 您所屬的醫院屬性：1.公立醫院    2.私立醫院    3.財團法人醫院
3. 您的年齡是：\_\_\_\_\_歲
4. 您的性別是：1.男    2.女
5. 您的教育程度是：1.學士    2.碩士    3.博士    4.其他：\_\_\_\_\_
6. 您個人近一年內平均每月接生數是：\_\_\_\_\_人次
7. 您在婦產科領域的執業年資是：\_\_\_\_\_年

本問卷到此結束，感謝您撥冗填寫，並請將此問卷置於回郵信封內寄回，再次感謝您的協助！！