

中國醫藥大學

醫務管理學研究所碩士論文

編號 IHAS-363

影響本國籍和外籍產婦生產方式之原因探討

**The analysis of influencing factors on delivery modes
between Taiwanese and immigrant women.**

指導教授：郝 宏 恕 博士

研究生：黃 元 德 撰

中華民國九十五年六月

誌謝

從醫學院畢業後，一直在診療間與手術室中穿梭，忽焉一過已十數載。在這巨變的十多年中，不僅醫療技術日新月異，同時整個醫療的生態環境也劇烈變化。今天有幸能在中國醫藥大學醫管所學習，不但重拾學生時代的美好回憶，窺探研究領域的浩瀚，更對醫療產業的未來有更进一步的認識。因此，心中除了一份悸動外，更充滿了對諸位師長、親友及同學的無限感激！

本論文能順利完成，指導教授郝宏恕博士的悉心指導居功厥偉。郝老師言簡意賅的指點，總是讓我茅塞頓開，獲益匪淺。因而本論文得以獲得「九十五年度行政院衛生署所屬醫院研究發展計畫獎勵」，並且在 2006 年舉行的「醫療及生技產業經營管理國際研討會」中，入選優秀碩士論文。這些榮耀都要歸功於郝老師的諄諄教誨。其次，亦師亦友的馬作鏹教授，謙沖的學者風範及教學的熱忱，將使我永銘於心。而在論文口試期間，王俊文教授提供寶貴的意見與指正，使本論文更臻完整，在此亦由衷的表達謝意。

在忙碌的診療生涯中，能夠幸運在研究所的殿堂中接受學術的薰陶，並順利完成本論文，這都得感謝豐原醫院的長官們給我這麼好的學習機會。尤其是要感謝在問卷調查的過程中，婦產科同仁給我的協助。研究所兩年中，總是一起做專案報告的紹雯，協助文書處理的碧

蘭，以及幫助完成資料統計的宜玲學妹，沒有您們的支持，就沒有今天的論文，謝謝您們！研究所兩年的生活，不但充滿著學習上的驚喜，同時在生活上也是多彩多姿而令人回味的，這要感謝醫管所第二十一屆共二十六位老老小小的同學們，我將永遠懷念共聚一堂學習的美好時光！

當然，在職場與學業上都要兼顧之下，難免犧牲了一些陪伴家人的時間，特別是可愛的兒子—允劭，感謝內人敏卿及舍妹瓊瑩，這兩位博士家人，不但替我照顧好這個家，讓我可以沒有後顧之憂，順利完成研究所的學業，同時也提供了許多寫作論文的寶貴經驗，俾使我能順利取得碩士學位。你們的支持，永遠是我最有力的後盾。

最後，謹將本論文獻給我最摯愛的母親！

黃元德 謹誌

2006 年仲夏於豐原

中文摘要

目的：我國的產科照護目前正面臨著外籍產婦的不斷增加，以及全體產婦的剖腹產率高居不下的兩個主要議題。過高的剖腹產率潛在著醫療資源浪費的問題，而偏低的剖腹產率則可能暗示著醫療照護的不足。本研究希望調查本國籍與外籍產婦在周產期相關背景及生產方式的差異情形，並瞭解造成不同族群間生產方式差異的主要因素。

方法：本研究以準結構式問卷佐以病歷資料分析，調查中部地區某區域教學醫院與基層診所，於 2005 年 5 月至 2006 年 3 月底所有符合收案對象的產婦。結果共收集有 1465 位產婦資料(包括本國籍 1182 位、大陸籍 76 位、東南亞籍 207 位)。首先以卡方檢定及變異數分析的統計方式，調查三個族群間背景資料的差異情形，然後利用羅吉斯回歸分析，探討造成不同國籍產婦生產方式差異的相關因素。

結果：在生產方式上，本國籍、大陸籍與東南亞籍產婦之剖腹產率分別為 33.6%、26.3% 及 17.9%，三者呈現明顯差異。分析三個族群間在產婦生理特徵、新生兒特徵、分娩相關特徵與產婦相關社會經濟背景特徵等方面，發現本國籍產婦之年齡、體重、剖腹產次數均較外籍產婦為高，而相關的社會、教育、經濟背景也較好。在生產的結果方面，產婦與新生兒的健康狀況並無顯著差異。進一步分析造成剖腹產率差異之原因時，則顯示國籍別本身並非直接造成差異之因素。

本國籍產婦較高的年齡層、BMI 指數、孕期體重增加數、以及較多的先前剖腹產史，是造成剖腹率偏高的主要影響因素。而相關的經濟、社會背景等非醫療因素，則並未對不同國籍的產婦間，是否選擇剖腹生產造成有差異之影響。

結論：本國籍產婦因為分娩時年齡層較高、較為肥胖、孕期體重增加較多以及具先前剖腹產病史的比例較高，因此有偏高的剖腹產率。外籍產婦則由於年紀較輕、健康狀況良好，故相對的剖腹產率較低，醫療資源的耗用也較少。無論是本國籍、大陸籍或東南亞籍的產婦與新生兒，周產期健康結果都是一樣的良好。本研究顯示，產婦及醫師在決定是否採用剖腹產時並不受國籍別、社會經濟背景等因素干擾，可見我國對產婦照護的醫療可近性已有一定水準。因此，提倡剖腹產後自然生產、鼓勵生育年輕化、避免高齡產子、適度的體重控制是降低當今剖腹產率偏高的有效策略。

關鍵詞：外籍產婦、剖腹生產、剖腹產率

Abstract

Aim: In Taiwan, today there are two major issues in obstetric medical care, the increase of immigrant mothers and the high prevalence of cesarean rate. There are potential overuse of medical resources in excess cesarean rate, whilst low cesarean rate may indicate insufficiency of medical care. The aim of this research is to survey the variations of perinatal background and delivery modes between Taiwanese and immigrant mothers, and to identify factors that affect the choice of delivery modes among different ethnics.

Methods: Using semi-structured questionnaire and medical charts data review, we survey maternal women from a regional teaching hospital and a clinic in central Taiwan from May 2005 through March 2006. We collected data from 1465 mothers (including 1182 Taiwanese mothers, 76 mothers from mainland China and 207 mothers from Southeast Asia). Chi-square test and ANOVA were utilized to describe the background variations of the three ethnic groups, logistic regression was used to further analyze the influencing factors that affect the choice of delivery modes in different ethnic groups.

Results: The cesarean rate of Taiwanese, mainland China and Southeast Asia are 33.6%, 26.3% and 17.9% respectively, which demonstrated significant difference in their choice of delivery modes. Further analysis of the characteristics including maternal physiological characters, infant characters, clinical delivery-related characters and socioeconomical backgrounds of these ethnic groups were preceded. The age, body weight and cesarean rate are higher in Taiwanese mothers, accompanied with better social, educational, economical backgrounds. There are no

significant differences between maternal and neonatal outcomes. Further study of the influencing factors on cesarean rate difference revealed that nationality is not the direct influential factor, but higher age, body weight and previous cesarean numbers of Taiwanese mothers. The non-medical factors such as social and economical do not significantly affect the choice of delivery mode of different ethnic mothers.

Conclusion: Due to higher age, body weight, perinatal body weight gaining and previous cesarean numbers of Taiwanese mothers, the cesarean rate is significantly higher than other groups. The cesarean rates of the relatively younger and healthier immigrant mothers are significantly lower, and also consumed less medical resources. The perinatal health outcome in three different groups are all in good condition. The present study revealed that in the medical decision making process of mother and obstetrician, nationality, social and economic factors contribute no significant effect on the selection of cesarean delivery. This result demonstrates the perinatal medical care accessibility of nowadays Taiwan is acceptable and adequate. Accordingly, promoting of virginal birth after cesarean delivery, encouragement of birth at younger years, avoiding elder maternity, proper control of body weight are all effective strategies to reduce the excess cesarean rate in Taiwan.

Keywords: immigrant mothers, cesarean delivery, cesarean section rate

目錄

頁次

第一章 緒論

第一節：研究背景與研究動機 1

第二節：研究目的 7

第二章 文獻探討

第一節：陰道生產與剖腹產之介紹和比較 9

第二節：影響剖腹生產的醫療因素 14

第三節：影響生產方式的非醫療因素 17

第四節：國際間不同種族周產期照護議題之研究 22

第五節：國內新移民產婦相關背景之研究 26

第六節：文獻總結 33

第三章 研究設計與方法

第一節：研究流程與研究架構 37

第二節：研究假設 40

第三節：研究對象與問卷設計 41

第四節：研究變項與操作型定義 45

第五節：統計分析方法 50

第四章 研究結果	
第一節：描述性的統計分析	53
第二節：多變項分析	61
第三節：羅吉斯迴歸分析	76
第五章 討論	
第一節：研究樣本與研究假設之檢定	83
第二節：本國籍與外籍產婦周產期背景差異之探討	87
第三節：影響本國籍與外籍產婦分娩方式差異之原因探討	92
第四節：外籍產婦周產期照護議題之探討	97
第五節：降低剖腹產率的策略探討	101
第六節：研究限制	105
第六章 結論與建議	
第一節：結論	107
第二節：建議	110
參考文獻	117
附錄：產婦生產問卷調查表	125

圖表目錄

	頁次	
表 1-1	外籍或大陸配偶與國人結婚情形	5
表 1-2	新世代的出生結構	5
表 1-3	台灣地區醫院平均每日生產服務量及剖腹產率	6
表 2-1	產婦問卷調查之變項與操作型定義表	45
表 4-1	全體產婦之基本資料分析表	57
表 4-2-1	本國籍、大陸籍與東南亞籍產婦平均年齡之比較	68
表 4-2-2	不同國籍年齡層之比較	68
表 4-2-3	不同國籍孕前體重、產前體重、身高及 BMI 值之比較	68
表 4-2-4	不同國籍生產史之比較	69
表 4-2-5	不同國籍產婦職業別與教育程度差異之比較	69
表 4-2-6	產婦有無菸酒藥癮或具內科疾病之比較	69
表 4-2-7	新生兒體重、頭圍與身長之比較	70
表 4-2-8	新生兒妊娠週數與第一及第五分鐘 Apgar score 之比較	70
表 4-2-9	新生兒是否為多胞胎或具先天畸形	70
表 4-2-10	不同國籍產婦剖腹產率之比較	71

表 4-2-11	產婦第一產程時間、出血量、孕期體重增加情形	71
	與住院日數之比較	
表 4-2-12	產婦分娩相關產科情況之比較	71
表 4-2-13	剖腹生產原因與選擇性剖腹生產原因之比較	72
表 4-2-14	產婦家庭年收入之比較	72
表 4-2-15	產婦是否具有全民健保與商業保險之比較	73
表 4-2-16	產婦配偶年齡與夫妻年齡差距之比較	73
表 4-2-17	產婦配偶教育程度與職業別之比較	73
表 4-2-18	外籍產婦來台時間及婚後多久懷孕之比較	74
表 4-2-19	產婦接受產檢與參加媽媽教室次數之比較	74
表 4-2-20	產婦對剖腹生產認知情形之比較	75
表 4-3	產婦是否採用剖腹生產之羅吉斯迴歸分析	80
圖 2-1	研究流程圖	38
圖 2-2	研究架構圖	39

第一章 緒論

第一節 研究背景與研究動機

近年來，台灣地區的人口結構已經逐漸發生重要的改變。其一為生育率顯著下降，人口逐漸趨向老化；其二則為東南亞與中國大陸移入人口的增多。根據內政部戶政司的統計結果顯示，台灣的出生率從民國八十四年的千分之十五點五降到民國九十四年的千分之九點零六。而涉外婚姻(含外國籍以及大陸籍配偶)之對數占總結婚對數之比例卻自民國八十七年的 15.66%，持續上升到民國九十二年的 32.14%，在民國九十三年及九十四年則分別為 23.82% 和 20.14%(內政部，2006)，見表 1-1。

至九十四年底止 我國與大陸和外及配偶人數估計達 36.5 萬人。其中外籍配偶(含歸化取得我國國籍者)13.1 萬人，占 35.9%、大陸港澳籍 23.4 萬人，占 64.1%。而外籍配偶以越南籍最多，占 70.18%、印尼籍次之，占 11.38%、泰國籍占 6.57%，再次之。其中絕大多數為女性配偶，占 93.15%。

外籍配偶比例增加，而台灣總生育率卻下降，更加重外籍配偶所生育之子女數占整體出生數之比例。外籍配偶其原生國之環境因子，

諸如語言、文化、宗教信仰、社會體系、政治制度，以及個人因素，包括種族生理特質、教育程度、經濟因素及生活習慣等等，與台灣原生居民均存有極大之差異。此一差異對於其在生育、就業及生活等之選擇方式均有其影響性。因此，涉外婚姻的比例上升，外籍配偶大量融入台灣社會，必將造成對台灣整個社會組成結構以及生活體系相當程度之變化。而涉外婚姻對台灣社會的影響，包括人口結構、教育、就業及醫療服務等方面正逐漸浮現(薛承泰, 2003)。近年來此一台灣社會結構的演變已超出過往的經驗法則之應用範圍，因此對這種現象做進一步的深入探討，誠為現今台灣社會、教育及醫療體系所亟需之重要參考議題。

根據九十三年之內政部統計通報顯示外籍母親所誕育之新生兒總數已達全體新生兒之13%，見表1-2。估如此高新生兒比例的外籍母親，其生理特質、社會經濟地位、文化、醫療保險以及教育方式與本國籍產婦均有所差異。鄧秀珍等人於2004年的報告指出，外籍配偶普遍具有較低之社會經濟地位；多數有語言文化之障礙；結婚年齡亦較本地籍配偶偏低，且四成以上的外籍配偶於結婚後四個月內懷孕。根據內政部戶政司於民國九十二年的調查資料亦顯示，這些外籍配偶之教育程度以國中(職)占最大比例，而與外籍配偶結婚之國人教育程度則以高中(職)者為最多。與本地籍配偶相較，外籍配偶較低的結婚

年齡、教育程度及社經地位，這些變因對其在懷孕後所選用之醫療服務行為的影響，則有待進一步的分析研究。

近十年來，台灣地區的剖腹產率約在 32-34% 之間(行政院衛生署，2005)，見表 1-3。藉由表 1-3 顯示，台灣的剖腹產率已遠超過世界衛生組織(WHO)建議的 15%以下之上限，而任何超過 15%上限標準的剖腹產率都必須檢討其原因並加以調整(The Lancet,1985)。台大醫院於 1986 年曾統計，當剖腹產率上升到 15%時，胎兒周產期的罹病率或死亡率都有明顯的下降；但當到 20%時，胎兒周產期的狀況便不會再更好(Lien et al.,1986)。因此，適當的執行剖腹生產的確可以降低母嬰周產期的風險。但無可諱言的，剖腹產無論在產婦短期和長期的罹病率及死亡率、相關的醫療費用等都較自然生產為高(Greene et al.,2001)。過高的剖腹產比例，對於降低產婦在整個周產期的死亡率並無助益，顯示其中存在著許多非必要的手術(Foley et al., 2005)。在美國，許多不同種族間出現不同的剖腹產率，當中也潛藏在著許多不必要的剖腹產手術 (Kabir et al., 2005)。剖腹產雖然有其健康上之效益，但也有許多潛在的危險性。在新生兒方面，如人為性的早產或是新生兒肺部疾病；而在母親方面則造成死亡率增加 2-4 倍，罹病率增加 5-10 倍。無論在人口學，社會學、經濟或其他因素，對產婦決定是否採行剖腹產的影響力甚至往往高於其醫療上效益的考量。據估計

在美國約有一半的剖腹產，是醫療上非必要的，而這些非必要的手術所增加每年醫療支出的花費約十億美元 (Shearer, 1993)。可見過高的剖腹產率不僅耗費大量的醫療資源，而且亦可能潛存不必要傷害之風險。因此，國內無論是醫院評鑑暨醫療品質策進會所主導的台灣醫療品質指標計畫(Taiwan Quality Indicator Project; TQIP)或台灣醫務管理協會主辦的台灣醫療照護品質指標系列(Taiwan Healthcare Indicator Series; THIS)一直都把剖腹產率的監測作為一項重要的品質指標。

隨著外籍孕婦逐年增加而伴隨的生育問題，無論是產科醫師，乃至衛政及健保單位都是不得不加以重視的議題。然而國內對於外籍產婦周產期的背景和其選擇生產方式的原因，目前尚未有深入之研究。本研究希望能比較本國籍和外籍產婦生產方式之差異情形，並瞭解其分娩時決定其生產方式的相關因素，以期能成為產科醫師臨床判斷及相關衛生福利政策單位之施政參考。

表 1-1 外籍或大陸配偶與國人結婚情形

年 別	我國總結婚登記 數(對)	外籍與大陸港澳籍配偶			與總結婚登記數比
		合計	外籍	大陸籍	
87	145976	22864	10413	12451	6.4 : 1
88	173920	32569	14670	17589	5.4 : 1
89	181642	44967	21339	23628	4.0 : 1
90	170515	46202	19405	26797	3.7 : 1
91	172655	49013	20107	28906	3.5 : 1
92	171483	55116	19643	35473	3.1 : 1
93	131453	31310	20338	10972	4.2 : 1
94	141140	28427	13808	14619	4.9 : 1

(資料來源：內政部戶政司，2006)

表1-2 新世代的出生結構

年 別	嬰兒出生數(人)			
	合計	本國籍生母	外籍或大陸籍生母	所佔比例(%)
87	271450	257546	13904	5.12
88	283661	266505	17156	6.05
89	305312	282073	23239	7.61
90	260354	232608	27746	10.66
91	247530	216697	30833	12.46
92	227070	196722	30348	13.37

(資料來源：內政部戶政司，2004)

表 1-3 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	32.96
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
民國 93 年 2004	392.38	128.46	32.74

(資料來源：行政院衛生署 2005)

第二節 研究目的

外籍母親所誕育之新生兒總數已達全體新生兒之 13.76%，占如此高人口比例的外籍母親，其種族生理特質、社會經濟地位、文化、醫療保險以及教育方式與本國籍產婦均有所差異。這些差異點對於其在懷孕過程中所接受的醫療方式，如產檢方式及次數、分娩方式之選擇和分娩之結果等所造成之影響，以及其選擇分娩模式與本國籍產婦選擇生產方式是否存有差異性及其差異原因，到目前為止仍未有相關的詳盡研究。以國內目前外籍產婦增加之速率，每位產科醫師於執業期間均可能大量接觸到外籍產婦，在處理不同族群間的懷孕及生產等醫療方式之差異性，實已對本國產科醫療造成相當程度之實質影響。惟目前並無相關之詳盡研究可提供產科醫師及醫療政策單位參考，因而此一問題確有深入研究之必要性。

本研究擬以問卷調查之方式，參考實際病歷資料，研究比較目前國內本國籍及外籍產婦之各項基本特徵，包括母親生理特質與醫療史、新生兒特徵、分娩過程及其相關之社經背景等四大要項。藉由比較其生產方式之差異情形，分析歸納出影響選擇生產方式的因素。預期可將此研究結果提供產科醫師處理外籍產婦分娩時之臨床參考，同時可提供醫院及健保單位在照護外籍新娘之參考方向，並做為政府照

護外籍新娘的施政參考。

本研究之主要目的為：

1. 分析本國籍及外籍產婦之基本特徵並加以比較，包括母親、新生兒、分娩過程及相關之社經背景等四大要項。
2. 比較本籍及外籍產婦生產方式之差異情形及其結果。
3. 找出影響不同種族間生產方式差異的因素。
4. 研究之結果，將可提供產科醫師處理外籍產婦分娩時之臨床參考,並提供醫院、健保單位及政府在處理照護外籍新娘及監測剖腹產率之施政參考依據。

第二章 文獻探討

本章共分為七節。首先，在第一節就自然生產和剖腹生產做概略性的介紹與比較，然後分別在第二節與第三節探討影響剖腹生產的醫療與非醫療因素。第四節和第五節則就國外與台灣不同種族間健康及就醫行為之研究加以介紹，最後在第六節做一文獻的總結。

第一節 陰道生產與剖腹產之介紹和比較

一、生產方式的簡介

生產本來就是一種生物本能的行為。產婦在妊娠末期因子宮收縮產生陣痛後，子宮頸便逐漸擴張，最後在子宮收縮的壓力下，將胎兒從產道娩出，就稱為自然生產。在自然生產的過程，偶而會因母體或胎兒的因素，必須藉由器械輔助，如以真空吸引分娩或產鉗分娩等方式，協助胎兒從產道娩出，但這些都是屬於陰道生產的一種。隨著醫學的進步，人類發明了剖腹生產。大抵而言，剖腹產是將產婦的腹壁及子宮行縱向或橫向的切開，將胎兒及胎盤娩出後，再以外科縫合的方式完成生產動作。因此，剖腹生產是一種以醫療行為的方式替代了自然分娩，一般是為了因應產婦或胎兒有特殊需求時才採取的醫療行為。Anderson and Lomas(1985)曾將目前剖腹產最常見的適應症歸類

分為前胎剖腹產、臀位產、難產、胎兒窘迫及其他適應症等五個主要的原因。但近年來因產婦自身、醫療提供者及社會觀念改變等因素，加以剖腹產技術的進步，安全性增加，因此許多產婦和醫師會在沒有醫學適應症的情形下選擇剖腹生產（顏兆熊，2005）。因此，全世界許多國家的剖腹產率都高過 WHO 建議 15% 之標準，盛行的剖腹產風氣彷彿變成了一種「流行病」（epidemic）。

二、剖腹產的風險

就剖腹產的安全性而言，剖腹產的死亡率較自然生產高出五倍，而在緊急狀況下所進行的剖腹產之死亡率則又較選擇性剖腹產的死亡率高出二倍（Jackson et al., 2001）。此外，Hall 等學者在 1999 年報告亦指出，選擇性剖腹產的死亡率高出陰道生產的 2.8 倍，緊急狀況下之剖腹產更高出達 9 倍之多。

在併發症方面，剖腹產之罹病率較陰道生產高出 5-10 倍（Shearer, 1993）。剖腹產生產的婦女中 21.4% 會有以下一項的合併症；最常見的是出血，約占 8.6%、手術中的合併症（組織傷害、腸、膀胱損害）次之、占 8.1%（Hager et al., 2004）。較多的出血將使得輸血的機率增加，臟器的損害則會延長住院日的天數。此外，麻醉的危險性亦不容忽視。就長期的併發症而言，剖腹產可能造成往後腸沾黏、

慢性腹痛的機會增加，日後發生不孕的可能性亦高出自然產近一倍 (Hall and Bewley,1999)。有研究指出有剖腹產史的婦女日後再懷孕時，發生死胎(0.11%)，子宮外孕(1.1%)，胎盤早期剝離(1.15%)的機率較高(Hemminki and Merilainen,1996)。

剖腹產時最常見的新生兒併發症，主要是發生呼吸道問題的機率高於自然產約 6.8 倍(Morrison et al.,1995)。尤其是因剖腹產而造成醫源性早產時，產生肺晶狀膜症的機率極高。即使是在足月產時，由於胎兒的肺部未曾受到產道擠壓，因此也容易有暫時性呼吸過快的情形。馬偕醫院於 2003 年的一份研究報告指出，剖腹產組的新生兒因呼吸系統、黃疸及感染而住院之案例較自然產組為多；平均之住院費用亦高出自然產組 1.17 倍，而自然產組新生兒住院則以出血的合併症為主(徐金源等，2003)。

三、陰道生產的風險

然則以自然陰道生產方式並非絕無風險。採用自然生產方式在母親方面而言，在不適當的照護下可能會造成會陰撕裂傷，且倘若自然產失敗時則還是必須採用緊急剖腹產。此時所實施之緊急剖腹產的危險性遠高於自願選擇性的剖腹產。就長期的觀點看來，自然產也可能造成產婦日後尿失禁及肛門失禁的狀況。據統計約有三分之一的婦女

在產後可能面臨尿失禁，這當中約有 11% 日後需要以手術治療。而約有 35% 的婦女在生產時會造成肛門擴約肌撕裂傷，這可能會影響到日後排便的功能(O'Connor and Kovacs, 2003)。此外，新生兒則可能會因陰道生產而造成肩難產；產程中因使用工具協助不當時，可能造成新生兒撕裂傷、頭部血腫等。自然產對產婦的好處則為快速的復原以及較高的產後滿意度。雖然採用剖腹產的產婦較不易出現尿失禁及肛門擴約肌受傷的狀況，但是一項在以色列進行的研究則指出：在婦女經過連續三胎以上的剖腹產後，產婦尿失禁及肛門擴約肌受傷的狀況並不會較採用陰道自然生產的婦女好(Ben-Meir et al.,2005)。

對胎兒而言，陰道生產時常會面臨到許多無法事前預測的併發症，如難產、臂叢神經傷害、鎖骨骨折等等。而且待產的過程中也可能會發生如胎兒缺氧、窒息而造成胎兒腦性麻痺或死亡等傷害。這些未知的恐懼都是促使產婦及醫師容易傾向選擇剖腹產的因素。

四、剖腹生產和陰道生產在滿意度及經濟花費之比較

一般而言，在控制不同危險因素後，較低的剖腹產率和高產婦滿意度是呈正相關的 (Cohen,2005)。但亦有學者研究提出，事先安排剖腹產的產婦生產的滿意度最好，其次為陰道分娩，再其次為陰道分娩失敗而改採剖腹生產者，而以真空吸引助娩的滿意度最差

(Schindl et al.,2003)。在醫療成本的花費上，初產婦陰道生產的費用較剖腹產者少 15.1%；而經產婦則少了 20%的花費 (Bost,2003)。若是再考量剖腹生產較陰道生產高 2-4 倍死亡率及 5-10 倍併發症的額外花費，則其對醫療資源之耗費將更為龐大。據估計，在美國約有近一半的剖腹產是非醫療上所必須的 (Shearer, 1993)。因此，不必要的剖腹產的確可能耗用了過多的醫療資源，而且這些額外的花費對提高病患滿意度及品質並無助益。

總而言之，自然產與剖腹產各有優缺，端視臨床上醫師及產婦依實際的情況來做抉擇，但同樣的也都無法完全保證產婦安全而無任何併發症。由現有的證據看來，醫師不應在沒有醫學適應症下建議產婦做剖腹生產，但若經解釋風險後，產婦仍要求剖腹產，則亦不必完全排斥此選擇 (顏兆熊, 2005)。會影響醫師或產婦選擇生產方式的因素，則可概略分作醫療因素與非醫療之因素。

第二節 影響剖腹生產的醫療因素

一、剖腹生產在醫學上的適應症

在醫學上所謂剖腹生產的適應症，目的就是為了要確保產婦與胎兒最佳的健康結果，而必須採用剖腹生產的理由。其分類的方式很多，如依目的可分為絕對的適應症、預防性、急救性、保護性、治療性與選擇性的適應症等（張中全，1985）。但一般會依需要的對象，將之分為：1.胎兒的適應症 2.胎兒與母親的適應症 3.母親的適應症 4.選擇性的適應症（徐弘治，1993）。胎兒的適應症主要是為了保護胎兒安全而採用剖腹產的原因。例如：胎兒窘迫、胎位不正、胎兒過大或過小、母親有皰疹、傳染性濕疣或破水時間太久，以致胎兒有被感染之虞時，就必須採用剖腹產。當發生如難產、產前大出血、前置胎盤、胎盤早期剝離、多胞胎、巨嬰症、妊娠糖尿病或妊娠高血壓、有先前子宮手術史等狀況時，為了同時兼顧產婦與胎兒安全，所採用剖腹產的適應症，謂之母親與胎兒之適應症。母親的適應症是指，當產婦患有如心臟等內科疾病、腫瘤或骨盆畸形等不利陰道生產的因素時，為了產婦安全而必須採用剖腹產的理由。至於在醫療上並非必要，但為因應產婦要求而採行剖腹生產的適應症，就稱之為選擇性適應症。

二、傾向採用剖腹生產的危險因素

在臨床上有許多因素，雖然本身並不致直接要求醫師進行剖腹產，但這些因子卻很容易透過其它症狀的表現，而影響產婦和醫師選擇剖腹生產來娩出胎兒。醫學上會影響醫師決策的因素很多，諸如產婦生理的特質及相關的病史與生育史。產婦在分娩前的體重、身高及其相對值（Body Mass Index, BMI 指數）、年齡、種族等一般即視為其生理特質。體重較重的產婦，生產時子宮頸擴張的速度較慢，造成產程較長，容易採行剖腹生產（Nuthalapaty,2004）。體重較重的產婦其新生兒也較重，就會傾向剖腹產（Shy et al.,2000）。BMI 指數高與年齡較大的產婦，使用剖腹生產的比率也會增加（Cnattingius et al.,1998）。在美國，高齡初產婦的剖腹產率約為一般初產婦的兩倍（Gordon,1991）。在我國的研究也指出，產婦的年齡較高者，則其剖腹產率也較高（Lin et al.,2004）。此外，國外也有研究指出，在排除醫療與保險等因素後，種族差異性本身，即是造成剖腹產率不同的獨立影響因素之一（Aron et al.,2000）。

除了生理上的特質外，一些醫療行為的干預也會影響到剖腹產的使用。無痛分娩的使用，常易造成產程遲滯，結果改採剖腹產的機會就會隨之增加（Thorp et al.,1993）。施行催生的產婦，最後造成剖腹

生產的比率也比較高 (Yeast et al.,1999)。此外，由於近年來人工生殖技術進步，造成多胎妊娠的產婦增加；再次剖腹產的人數則因剖腹生產盛行而高居不下，這些醫療因素都可能會提高了整體的剖腹產率。

在實證醫學上，一項從我國中央健保局資料庫的而來研究指出，台灣地區所施行的剖腹產中，依申報健保局的 ICD-9CM 疾病分類來區分原因，以前胎剖腹產所占全體剖腹產的比例最多，為 36.3%、其次為難產，占 23.5%、胎位不正占 19.3%、胎兒窘迫占 6.9%、其他原因則共占了 13.6% (Lin et al.,2004)。這些造成採用剖腹生產主要的因素與國外的研究大致相似。

三、小結

一般而言，醫師基於醫學上的理由及絕對適應症，因而選用剖腹生產，目的是為了促進產婦和胎兒的安全，其必要性較無可置疑。但是臨床上醫師和產婦在實際決定生產方式的時候，除了醫學上的絕對適應症外，常常會再考量一些其它相關的危險因子，如年齡、體重、身高、BMI 值、胎次、新生兒大小、種族差異等生理因素；此外，許多醫療行為本身諸如催生、無痛分娩、胎心音監視器的介入診斷等等，這些都是可能會影響到剖腹產率的醫療因素。

第三節 影響生產方式的非醫療因素

近十餘年來，雖然剖腹產率加了近一倍，但整體而言，對新生兒週產期死亡率及相關神經學的後遺症，並沒有更進一步的改善(Foley et al.,2005)，可見其中有一些造成剖腹產的原因，並非醫學上所真正必要的。研究指出，剖腹產率的日益增加往往是醫師行為、醫療制度以及病人要求選擇性剖腹產所造成的 (Bailit et al.,2004)。就影響生產方式的非醫療因素之文獻之探討如下：

一、產婦社會經濟背景與醫療保險之影響

根據 Panagopoulos 等學者 (2005) 的研究指出，產婦的種族及其社會經濟地位往往會直接影響到產婦之健康表現。在澳洲新南威爾斯的調查顯示，鄉村或勞動階層的女性，在產前或生產時，包括引產、剖腹產及器械輔助生產等產科醫療介入行為之比例較低 (Roberts et al.,2003)。據 Could 等人統計，在美國年收入超過 30000 美元的家庭，其產婦剖腹產率為 22.9%；然而收入少於 11000 美元的家庭中，產婦的剖腹產率僅有 13.2%。分析的結論是：剖腹產率和產婦的社會經濟狀況的關係是直接的，而且其間的差異並不能僅單純歸因於年齡、胎次、出生體重、種族及其生產併發症 (Could et al.,1990)。在教育程度上，產婦教育水準較高者，其剖腹產率較高 (黃俊元，1995)。同

樣的，產婦社會經濟背景的狀況，也會反映在醫師是否會考慮採取防衛性醫療的手段上 (Dubay et al.,1999)。

保險介入醫療行為後，會使得病患就醫的價格彈性降低，因此容易增加對醫療的需求。研究指出，在排除了臨床的因素後，種族及保險狀況都是可以獨立影響剖腹產利用率的因子。無保險者的剖腹產率較具保險身分者為低 (Aron et al.,2000)。而私人商業保險之有無與剖腹產之關係，也早已為許多研究所證實 (Stafford ,1990)。國內方面的研究也發現，相對於沒有商業保險的產婦，有商業保險者比較傾向剖腹產，而家庭收入的差異也會影響對生產方式的選擇 (許家敏，2003)。

二、產婦觀念與心理需求之影響

剖腹產在產婦及專業人員的觀念上，往往視為一種比較安全的生產方式，基於對危險的低承受度及對未來新生兒之期望，因此容易選擇剖腹產 (Sachs et al.,1999)。瑞典的研究調查指出，日益升高的剖腹產率，其主要原因在於產婦的主動選擇，以及醫師對病人選用生產方式的堅持標準降低所致 (Florica et al.,2006)。許多台灣的研究則指出，產婦選擇性剖腹產的心理因素包括有：怕痛、方便性、擔心胎兒在生產過程受傷或發生難產、害怕陰道鬆弛影響性生活及骨盆底受

傷、看時辰以及追求流行等因素（顏兆熊，2005；黃俊元，1995；洪偉哲，2002）。這些文化上及心理上的差異，同樣也會在不同種族間，以不同的生產方式表現出來。例如，在研究美國原住民社區為何剖腹產率較低的原因時，Leeman and Leeman（2003）則指出，文化上對生產態度的差異就是其主要原因之一。

三、週產期照護體系的影響

（一）醫師因素：

醫師對剖腹產的態度往往決定了產婦的選擇。對醫療糾紛的恐懼常使得產科醫師沒有動機去降低剖腹產率。在美國約有 25% 的剖腹產是由於擔心引起醫療糾紛而被施行的（Tussing and Wojtowycz,1997），而有 84% 的產科醫師認為剖腹產率的高居不下，其原因也在此（Savage et al.,1993）。防衛性的醫療固然是原因，但剖腹產的時間上較易掌握（Sachs et al.,1999）、醫師費用收入的誘因（Wagner，2000）以及醫師個人特質等因素，也都是會影響醫師的選擇。

（二）地域、醫院層級與母嬰照護制度

Roberts 等學者在 2003 年的研究指出，鄉村地區婦女剖腹產的利

用率較低。但在是台灣地區，剖腹產率較高的地區卻多位於南部的幾個都會區，而且幾年來統計的結果都類似（徐金源等，2004）。分析其原因，可能是該地區過度醫療化結果，醫界在爭取資源時，無形中也就影響了產婦的選擇。而在醫院層次方面，則以醫學中心的比例稍高，但整體而言，並無明顯的差距（吳肖琪，1997）。

從國際間剖腹產率與母嬰照護體系的關係來看，不同的照護體系，會有不同的結果。一種是高度專業化，以醫師為中心，如美國、巴西、台灣、法國等，剖腹產率都較高；其二是以自然的方式為原則，較多的助產士參與，如英國、加拿大、日本，其剖腹產率就相對較低。而在醫療落後的國家中，剖腹產率雖然很少，但其照護的結果也不佳（Wagner, 2001）。可見醫療提供者與照護環境，在產婦選擇時所扮演的關鍵角色。一份研究亦指出，若能提供良好一對一專業照護者的支持，如此不斷能縮短產程，也會減少剖腹產率（Hodnett, 1999）。人性化的生產環境可能是一個課題。在人性化的生產環境之下，產婦自然生產的成功率也相對較高。

（三）醫療給付的因素

醫療給付的多寡也被認為會影響剖腹產率的原因，醫院與醫師若可以由剖腹產中獲得比陰道分娩更多的費用與利益時，無疑的，自然

容易傾向選擇剖腹生產 (Wagner, 2000)。因此，目前許多降低剖腹產率的策略中，都是試圖從改變醫療給付的方向著手。



第四節 國際間不同種族周產期照護議題之研究

為了追求較好的生活條件或工作需要，許多人往往跨越了國家的籬限而成為「新移民」的族群。新移民在醫療資源的可近性方面常有語言與文化上的障礙。本節就歐洲及美國不同種族間生產方式和周產期照護之研究加以介紹。

一、歐洲國家的研究

歐洲國家目前亦面臨跨國移民日益增加的議題。在周產期的照護方面，一般而言，無論是在北歐或南歐的國家，新移民產婦的周產期健康狀況及新生兒之健康情形與一般居民並無差異，兩者間的剖腹產率也很接近。但不同國家間亦稍有各種差異存在。在義大利的研究 (Rizzo et al., 2004)，兩者間的剖腹產率並無差異，但非醫療上絕對需要的選擇性剖腹產，則以本地籍產婦較高；而相對的，其外籍產婦的新生兒畸型之狀況較多，產婦也有較高比例的產道撕裂傷。Rizzo 等學者認為這是因為外籍產婦的早期產檢不足，以致許多胎兒的先天異常無法早期被診斷出來所造成的，而產道撕裂傷較多，則歸因於醫師在協助外籍產婦分娩時，較不畏醫療糾紛，而勇於嘗試陰道生產所致。希臘的研究則發現，不同種族間，施行剖腹產適應症的分布情形

也有所不同 (Panagopoulos et al., 2005)。而西班牙也有同樣的情形，亦即產婦及新生兒之整體健康狀況和本地籍相似，但兩者的差異卻表現在社會的支持方面 (Cuadrado et al., 2004)。在北歐，瑞典的觀察則發現，外籍產婦在瑞典國內居住的期間較短者，其早產率也較高 (Aurelius and Ryde-Blomqvist, 1978)。在歐洲國家中，對於兩者間剖腹產的利用而言，唯一較不同的是英國，移民英國的外籍產婦反而有較高的剖腹產利用率 (Ibison, 2005)。

二、美國不同種族間生產方式的差異研究

美國是一個多元民族的國家。相對於歐洲國家，美國國內不同種族間的剖腹產率，則存有較大的差異。整體而言，各種族的剖腹產率是相近的，但其適應症則大有不同，特別是在可能是不必要的剖腹產方面。在美國，黑人比較容易發生不必要的第一次剖腹產，而白人卻較易有不必要的再次剖腹產的現象。黑人在 35 歲以上具 Medicare 身分、在週末時段住院生產或住在東北及南部各州者，常會比較傾向接受剖腹產的手術 (Kabir et al., 2005)。黑人也常會因為妊娠高血壓及其相關合併症而採行剖腹產 (Thom et al., 1979)。管理式照護制度和保險的核付制度並不影響剖腹產率的高低 (Braveman, 1995; Hueston and Sutton, 2000)。一些學者認為，產婦和醫師對生產的認知不同，

才是造成不同種族間剖腹產率差異的原因。保險的種類也是剖腹產率差異的原因，有商業保險者高於社會保險者，而沒有保險的人，其剖腹產率則最低（Aron et al., 2000）。因此認為除了種族基因不同的生理特質外，產婦本身的期待、醫師的態度、保險的因素等等均會影響生產方式的選擇。

三、新移民產婦周產期照護議題

從美國和歐洲各國不同種族生產方式的差異，就選擇上和結果上而言，種族基因上的差異固然是因素，但產婦文化上、觀念上與醫師態度及整個醫療體系的運作模式，卻扮演了關鍵的角色。少數族群或外籍孕婦在接受預防保健的醫療照護一般都較為不足，特別是接受第一次產前檢查的時機都較晚（Gavin et al., 2004），而產前所接受的衛生教育資訊也較不足。Panagopoulos（2005）指出，外籍產婦不曾接受產前檢查或到妊娠最後階段才做產前檢查的比例偏高，因此醫師常會面臨缺乏產婦相關的疾病史，加上語言的障礙及文化差異的隔閡，在分娩或相關的醫療做決策時，難以了解其需要，醫療品質因而不易維持。

在產婦的懷孕與生產過程中，產婦及醫師必須同時面臨許多醫療照護的抉擇。醫護人員在面對不同種族間差異的態度、產婦的觀念都

可能會影響到選擇生產的方式、經驗與結果。例如無法與醫護人員以熟悉語言溝通的產婦，往往無法順利表達其生理上之感受與需求。相同的，語言的差異也會造成醫護人員不易順利傳達醫囑(O'Connor and Kovacs, 2003)。不同種族文化的產婦在懷孕及生產過程中，亦可能會有不同的特殊禁忌與習俗需求。因此，種族生理、文化和社會等差異在醫療體系所造成的影響範圍，包括產婦的個人期待、醫護人員所給予之醫療支援以及醫病關係的良窳，其重要性不容忽視(Small et al., 1999)。



第五節 國內新移民產婦相關背景之研究

一、外籍配偶在人口學及地理上之分布情形

迄九十四年底止，外籍及大陸籍配偶人數估計約達 36 萬 5 千人。其中大陸籍配偶為 23.4 萬人，占 64.1%；外籍配偶為 13.1 萬人，占 35.9%。在外籍配偶的國籍別中則以越南籍最多，占總外籍配偶之 70.18%，其次為印尼籍，占 11.38%，泰國籍占 6.57%，再其次為菲律賓籍和緬甸籍，其中 93.15% 為女性配偶（內政部，2006）。中外聯姻的比率自民國 86 年起逐年增加，民國 92 年達到 31.86% 的高峰，目前則稍有下降之趨勢，94 年則占了 20.14%。顯示國人與外籍或大陸籍結婚之熱潮已稍漸消退。但外籍配偶的減少是以越南籍為主，大陸港澳籍的配偶仍在持續增加中。

根據結婚登記之縣市別可發現，外籍配偶的總人數分布以台北縣、桃園縣及台北市最多。但以占各縣市總結婚對數之比例而言，在台灣本島地區則以嘉義縣、苗栗縣、桃園縣較多。若再區分為外籍與大陸港澳籍的配偶可以發現，大陸港澳籍配偶在北台灣的台北縣市、高雄市等都會城市的比例較高；而在中南部的鄉村地區，則以東南亞籍的配偶較多。（內政部，2006）。

二、外籍配偶的相關社會經濟背景

(一) 外籍新娘的家庭經濟背景

外籍新娘的分佈偏向在社經地位相對較不良的地區（張鈿富，2003）。而且在鄉村地區的比例也較城市為高。許多研究亦發現，外籍配偶的家庭經濟狀況一般都不如本國籍（張家禎，1999；鄧秀珍，2004）。內政部在民國 92 年發表「外籍與大陸配偶生活狀況調查報告」指出，外籍配偶為榮民、身心障礙、原住民和低收入戶者就占了 19.7%，而鄧秀珍等 2004 年曾統計指出本國籍平均家庭每月收入為 73809 元、大陸籍 36951 元、外籍 37519 元，呈現顯著差異。同時在台灣娶外籍和大陸籍配偶的人主要集中在以農業、工業為主要經濟活動的縣份或是住在都會區的邊陲地帶，且多數為台灣階層社會之底層（張家禎, 1999）。

(二) 在參加全民健保方面

外籍配偶約九成取得健保卡，而大陸籍配偶則有六成八取得健保的身份（內政部，2003），但因為約有四成左右的外籍配偶在婚後四個月內就懷孕，而此時正是沒有健保給付產檢費用的保險等待時期，因此這個階段的預防保健利用情形，值得關注（鄧秀珍，2004）。

(三) 外籍配偶的教育和職業情形

夏曉鶯(2000)對外籍新娘做過田野調查指出，大多數的外籍新娘決定遠嫁台灣的原因，都曾提及到母國經濟、政治狀不穩定，而希望嫁到經濟較穩定的台灣以求安定。因此，一般而言，外籍配偶的學歷都較偏低，多為國小或國中(占73%)，(周美珍，2001)。鄧秀珍2004年的調查研究指出，台灣育齡婦女平均受過12年以上的教育，遠高於大陸籍的9.56年及東南亞籍的7.95年。在職業方面，我國育齡婦女約57%有工作，而外籍新娘雖約34.6%有工作，但以工業和家庭代工為主，大陸籍則24.9%有工作，以服務和家庭代工等為多(內政部，2003)。

(四) 外籍產婦的男性配偶背景

根據內政部調查，外籍產婦男性配偶的年齡偏高，平均夫妻間的年齡差距為12歲。且其配偶的工作，以基層的勞力工作為最多，次為個人服務業及小本生意行業(周美珍，2001)。平均受的教育年數在本國籍配偶的台灣先生為14年，大陸極為10.5年，東南亞籍則為9.35年(鄧秀珍，2004)。因此，就外籍新娘的台灣配偶而言，其學歷、收入都是以本國籍者較高，與大陸籍通婚者次之，與東南亞籍的則較低。但在年齡方面，卻以與和大陸籍結婚的男性年紀最高，與東

南亞籍者次之，本國籍之間通婚者再次之。上述研究結果顯示娶外籍配偶者，一般而言，經濟狀況較本國籍之間結婚者為差，工作則較為粗重，但卻又是年齡偏高的弱勢族群。

三、外籍產婦的健康議題

(一) 外籍產婦與本國籍產婦基本背景與產科史之比較

許多研究都發現，外籍產婦的年齡層都較本國籍為輕，而大陸籍產婦則居中（周美珍，2001；鄧秀珍，2004）。在身高方面，台灣籍產婦的平均身高較外籍為高。外籍新娘初到台灣，通常就會有馬上要懷孕生子的壓力，相對於台灣婦女平均結婚約 12 個月後才懷孕，外籍新娘「百分之九十五以上的夫妻於婚後第一、二年便有下一代」（夏曉鵬，2000）。在產科史方面，台灣籍及大陸籍的孕婦，其平均孕次為 2.0 次，平均產次為 1.6 次，平均流產次為 0.43 次，兩者較為接近。而東南亞籍在孕次、產次、流產次數平均分別為 1.5 次、1.3 次及 0.2 次，顯示台灣籍和大陸籍產婦在懷孕的年齡、次數、生產數目以及流產次數是接近的，而東南亞籍產婦懷孕時的年齡較低，流產次數也較少，以目前而言，曾經懷孕的次數也較少（鄧秀珍，2004）。而這篇研究也發現，大陸籍與印尼籍之剖腹產率較本國籍為高，而越南籍則較低。

（二）新生兒方面

本國籍與外籍配偶新生兒性別比率並沒有差異。而在出生體重方面，越南籍產婦下低體重兒的危險比較高（李素幸，2003）。就出生的週數，本國籍的新生兒平均體重較重，出生時的週數也較大。

在新生兒的健康方面，研究指出本國籍之新生兒健康指數（Apgar score）較外籍產婦為高，而以印尼籍為最低；新生兒出生體重、身高及頭圍則以本國籍為高。國民健康局在 2005 年台灣聯合醫學會，就出生通報的統計發現，外籍配偶生產時在活產數、死產數、出生體重、出生週數、有無缺陷都較台灣為低，顯示其出生狀況除出生體重外，一般均與本國籍產婦相當，因而認為係因外籍產婦之年齡層較輕、身體狀況較佳所致（蔡益堅，2005）。但早產兒的比例則以東南亞籍為高。至於本國籍與大陸籍產婦的新生兒之間，則無明顯差異（鄧秀珍，2004）。

（三）外籍產婦健康需求方面

外籍配偶在尋求醫療保健服務時，常會面臨經濟、法律、語言和文化上的障礙。國外關於婦女預防保健項目利用情形的研究發現，外籍婦女大都較本國籍的利用較為不足（Kalofonos and Palinkas，

1999)。國內的研究也有一樣的情形，如子宮頸抹片的利用率，本國籍的利用率就較大陸籍為高，而東南亞籍婦女則更次之。而且外籍配偶就醫的科別，偏向於家庭醫學科或一般內科等基層診療科別，而較少尋求其他的專科診療（鄧秀珍，2004）。

在健康資訊的來源方面，本國籍配偶的資訊來源，較偏向親友及大眾媒介，而外籍配偶則多偏向於親朋好友間的口傳媒介。研究指出，國內外籍配偶最需要的是醫療資訊的需求，其次為保證需求及支持性的需求（鄧秀珍，2004）。而內政部（2003）的調查則指出，外籍配偶對醫療衛生方面的需求項目依序為：提供育嬰育兒知識、協助就醫時之溝通；而大陸配偶需求則是為協助加入全民健保，其次為醫療資訊的提供（內政部，2003）。

四、小結：

綜合以上的研究報告可以發現，國內的外籍配偶多分布於經濟方面較為弱勢的農、工業地區，外籍配偶本身及其台灣夫婿無論在教育、收入等各方面都不如本國籍相互通婚的夫妻。外籍產婦的年齡平均較本國籍為低，但相反的是，其台灣夫婿的年齡卻反而較高，因此容易出現有「老夫少妻」的情形。在週產期照護結果方面，除了東南亞籍產婦新生兒的出生體重較低、身高較短，且較易早產外，一般皆

與本國籍產婦的健康結果並無差異。但是外籍產婦在剖腹產及產前檢查的利用率卻較本國籍為低；相對的，大陸籍產婦的剖腹產率則稍高。在健康照護方面，則以醫療資訊的提供及就醫時的溝通協助為最主要的需求，其次為健保的協助加入。



第六節 文獻總結

國人與大陸籍或東南亞籍人士結婚的情形日益普遍，平均約每四至五對新婚的夫妻即有一對為異國間的通婚。目前台灣地區約有36萬5千位外籍配偶，而且仍然在持續增加中。研究指出，百分之九十五的外籍配偶會在結婚後一至兩年內會懷孕，相對於我國婦女普遍少子化、晚婚化的情形之下，台灣地區的人口結構，顯然已出現了重大的變化，值得關注。

台灣地區的外籍產婦以大陸籍和東南亞籍為主，這些新入籍的婦女及其夫婿，無論在教育程度、家庭經濟收入等各方面都不如本地籍人士，而且其居住的範圍也多是屬於鄉村或城鎮邊緣等以農、工業等為主要經濟活動的地區，相對的她們所接受到之醫療資源也較為不足。外籍產婦的年齡層一般都較為年輕，但其夫婿的年齡卻反而較高，故多有「老夫少妻」的情形。在周產期照護方面，這群外籍產婦的健康情形大致良好，但較容易發生有低體重兒及早產等狀況。新移民因為礙於法律、經濟、語言與文化的障礙，預防保健的利用率一般較為不足。故如何加強外籍新娘的照顧，已成為我國醫療政策的另一個新議題。

拜經濟發展及全民健保之賜，我國目前周產期母嬰的死亡率及罹病率，已經降至一般先進國家的水準。然而醫療資源的浪費卻也隨之而來。例如台灣地區的剖腹產率已達32%-33%左右。一般而言，剖腹產率在WHO所建議的15%至20%之上限之下最為合理，過高的剖腹產率則有醫療浪費的可能；但相對的，過低的剖腹產率則可能有醫療照護不足之嫌。許多研究都指出，過多的剖腹產可能會造成母體和新生兒許多不必要的後遺症與醫療資源的耗費。因此，許多關於醫療品質的評鑑，如TQIP、THIS等，均將剖腹產率的監控，做為醫療品質監控的指標項目之一。然而，剖腹生產之所以盛行，卻是由許多不同而複雜的因素所造成的。因為醫學上的絕對適應症，用以保護產婦及新生兒而採行剖腹產，是必要而無庸置疑的。但在許多的狀況之下，卻會使得產婦與醫生容易傾向選擇採用剖腹產。在生物學上，產婦的體重、身高、體型等相關生理條件與新生兒的因素，如出生體重、頭圍等皆屬之；然而，諸如醫師防衛性的醫療心態、經濟誘因以及產婦相關的心理因素、社會經濟背景，乃至整個醫療體系的運作制度，也都是有可能會影響到剖腹產率的非醫療因素。了解這些因素的背景，則有利於提供最適切的健康照護。

Aday和Anderson在1974年提出健康照護需求的理論模式，對於影響醫療資源利用的原因做了最佳的詮釋。產婦在分娩時，生產方式

的選擇亦不脫離此模式的範圍。無論是本國籍或外籍產婦，在選擇生產方式的時候，都會受到此模式中之需要因素、傾向因素和能力因素的影響。就剖腹產而言，需要因素包括了是否有醫學上的絕對適應症、胎兒狀況或產婦高齡化、有無內科疾病等原因。而諸如教育程度、產婦心理因素、有無使用無痛分娩、是否有前胎剖腹產史等則屬於傾向因素。至於能力因素，則包括了產婦的經濟狀況、有無健康保險、社會的支持等等。在探討不同種族間的剖腹產率差異之原因時，以Anderson的思考模式應有助於原因之窺探。無論是就降低不必要剖腹產率或照護外籍產婦兩方面的議題而言，從需要因素、傾向因素和能力因素等三方面來深入探討，並提出適切改善的方式，都是成功的關鍵所在。

總而言之，在控制不同的危險因素後，較低的剖腹產率和高的病患滿意度是成正相關的 (Cohen, 2005)。剖腹產率的分析，可以作為周產期照護品質的指標。影響剖腹產率的原因，不僅在於孕婦本身的生理特質，同時也包括了孕婦的心理因素、新生兒因素、社會經濟因素等等。健康保險、醫療制度及醫師因素亦都可能是影響生產方式的要因。種族上的差異所造成剖腹產率不同的結果，其中可能是由許多複雜而多重的因素導致的結果。過高的剖腹產率可能意味著醫療資源的浪費或其他非生物的因素影響；而過低的比率，則可能暗示著健

康照護的不足。研究顯示，目前台灣外籍新娘的分佈偏向在社經地位不良之區域，且鄉村地區的分布比例又較高（吳舒靜, 2002）。此社會經濟地位以及居住位置城鄉分布差異等狀況，合併外籍新娘本身文化及教育、語言、健康保險等變異因子，對於外籍產婦選用之醫療照護的方式，必將產生相當程度之影響。由於病人組成結構的改變，對醫院、醫師及整個周產期照護體系，勢必造成改變並產生衝擊。產科醫療體系如何因應整體病人結構改變所造成之影響，需要詳盡而務實的調查研究報告，以提供醫師及醫療決策機構制定對策參考。就國內目前外籍產婦增加之速率而言，有關生產方式選擇之研究，對台灣地區產科醫療之影響，確有深入而迫切的研究必要。

第三章 研究設計與方法

本章共分為五節。第一節介紹研究流程與研究架構，並分別使用簡圖呈現，以利瞭解。第二節說明研究假設，以報導本研究欲探討的議題。第三節、第四節則分別就研究的對象、各變項的操作型定義，以及問卷設計的方式，資料收集之結果，加以說明。最後在第五節中，闡述本研究運用的統計分析方法。

第一節 研究流程與研究架構

一、研究流程

本研究先進行相關文獻之收集，擬定問卷。經尋求專家意見後，將問卷設計為準結構式問卷。在訪員訓練之後，將樣本對象由訪員進行直接面對面的問卷訪談，並蒐集產婦生產前後相關病歷紀錄之資料，加以整理。最後結合訪談問卷之結果，完成問卷調查。問卷結果先以 Excel 軟體建立檔案後，再將 Excel 建檔之資料轉譯，以 SAS 統計軟體進行分析統計。最後就統計之結果，結合文獻，比較分析並加以探討，以提出相關之結論與建議。

本研究進行的方式，以下列簡單之流程圖加以呈現，如圖 2-1。

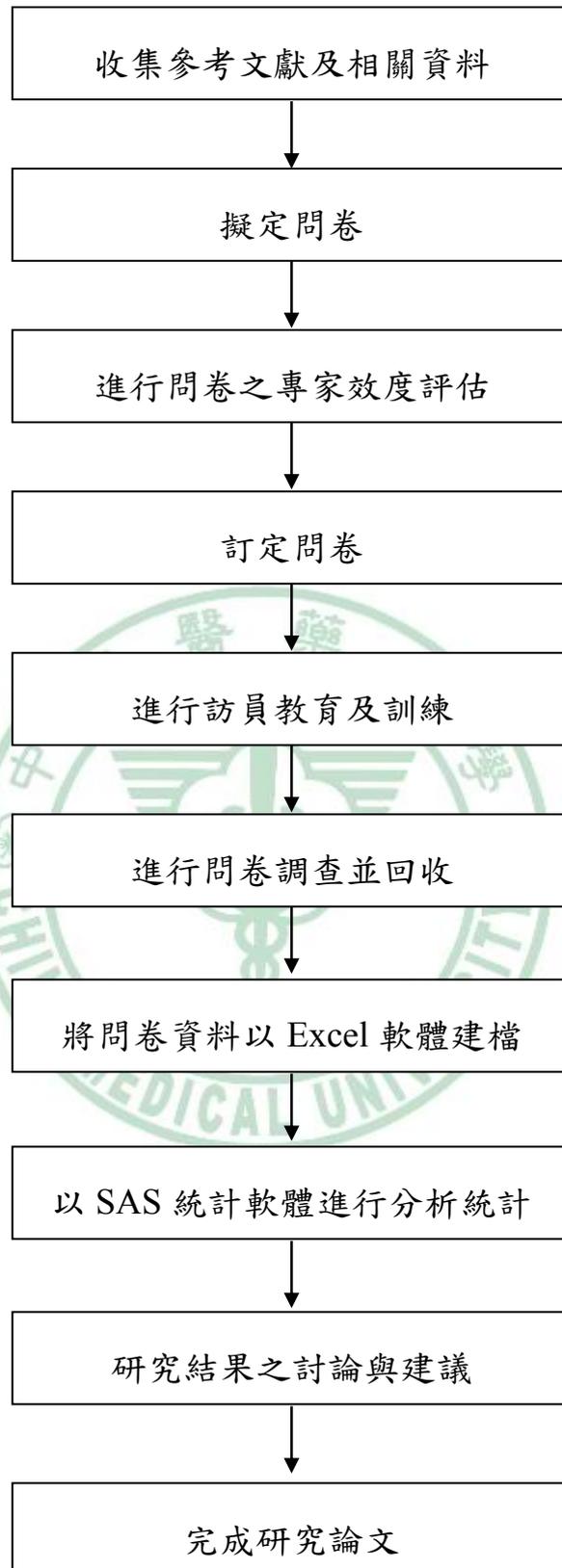


圖 2-1 研究流程圖

二、研究架構

本研究之目的是探討本國籍、外籍與大陸港澳籍產婦間的剖腹產率是否存有差異，並希望發現造成這些差異的原因，以作為提升我國周產期照護品質的參考依據。研究的架構，如圖 2-2。

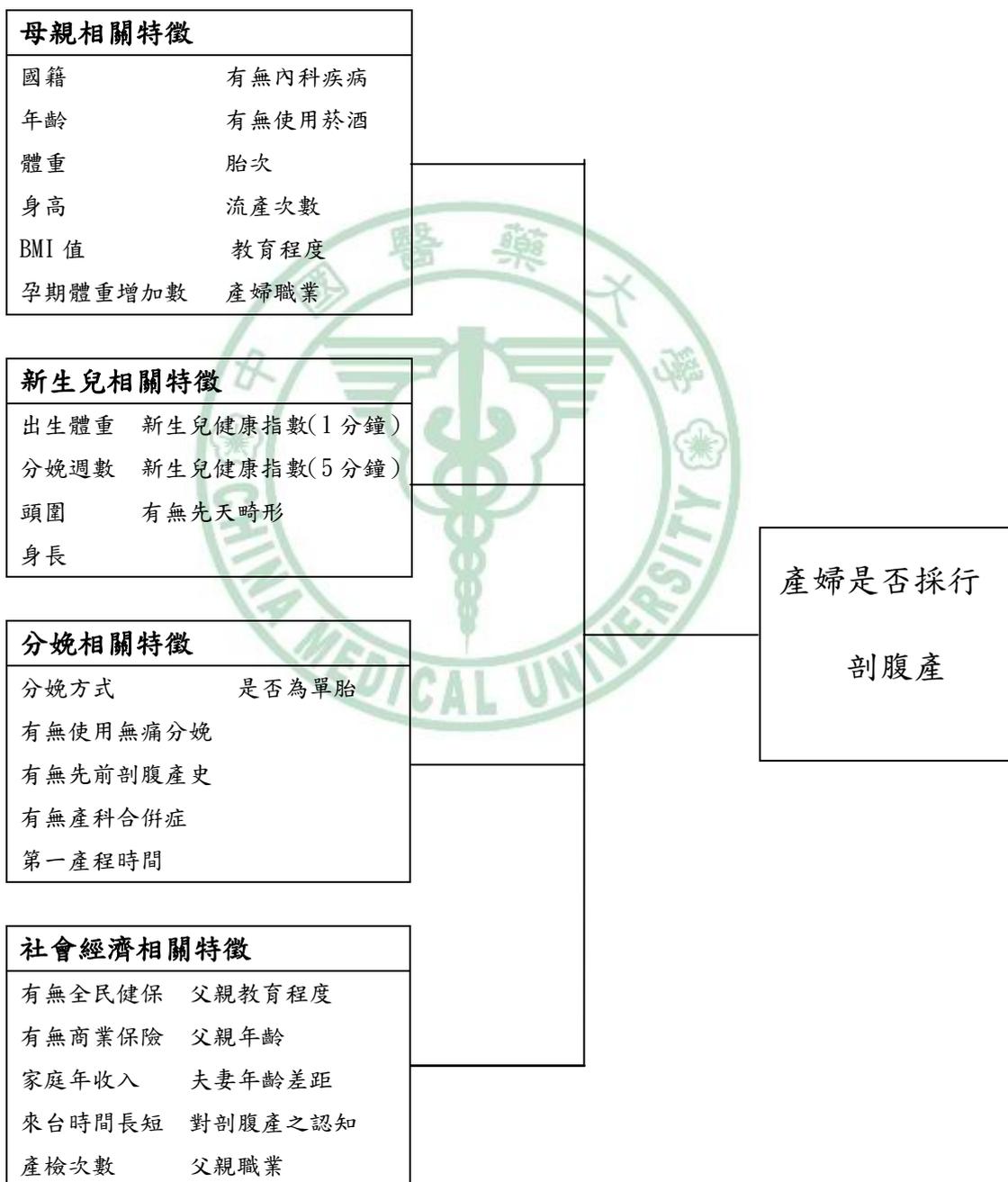


圖 2-2 研究架構圖

第二節 研究假設

本研究的目的是要探求影響不同種族間生產方式差異之相關因素。因此，以下提出本研究的研究假設。

一、本國籍與外籍產婦的剖腹產率確存有差異。

二、這種剖腹產率的差異可能是以下四種因素所造成的：

(一) 產婦生理特質

(二) 新生兒特質

(三) 分娩相關因素

(四) 產婦相關的社會經濟背景因素

三、運用統計的方式可以找出影響不同國籍間剖腹產率差異的因素。

四、找出這些造成不同種族間剖腹產率差異的原因，可以用來對照評估本國籍產婦剖腹產是否過於浮濫；並針對其原因提出降低剖腹產之策略。此外，亦可以檢討我國產科醫師或在醫療政策上，對相對弱勢之外籍產婦是否提供適當的照護。

第三節 研究對象與問卷設計

一、研究對象與資料來源：

為了減少因教學醫院和基層醫療診所因機構層級不同而造成偏差，取樣之接生機構為一教學醫院及中部某一生產數相當之基層診所，自 2005 年 5 月起至 2006 年 3 月止，在此二醫療院所生產的所有合於收案條件之產婦進行普查。

產婦對象限定為：

(一) 妊娠週數大於 28 週

(二) 活產之產婦。

將研究對象定義為：

(一) 本國籍產婦：定義為在台灣地區出生之產婦

(二) 外籍產婦：定義為不在台灣出生之產婦，指來自東南亞之產婦，包括越南、印尼、泰國、緬甸、菲律賓、柬埔寨等國籍。(含已歸化取得我國國籍者)

(三) 大陸及港澳籍產婦。(含已歸化取得我國國籍者)

二、問卷設計

本研究之測量工具乃以準結構式問卷為主。問卷的發展過程則是參考國內外相關文獻，並針對研究假設和研究目的而來。對於問卷的效度則依個案院所中，八位婦產科專科醫師進行效度的評估與建議，並由專家學者的意見加以修正而成。

本研究假設產婦選用剖腹產之原因可能為產婦生理特質、新生兒特質、產婦分娩之特定狀況以及產婦之社會經濟背景等因素所影響，因之，問卷設計則囊括下列細節：

(一) 產婦生理特質：包括產婦國籍、年齡、生育史、體重、產婦教育程度、是否有特殊嗜好，如抽煙、嗜酒等，以及是否罹患特定傳染疾病或是慢性病等因子。

(二) 新生兒特質：包括新生兒體重、頭圍、出生時之新生兒健康指數 Apgar score (第一分鐘和第五分鐘)、懷孕週數、是否為多胞胎、是否有先天畸形等。

(三) 分娩相關因素：包括分娩方式，如自願選用剖腹產分娩則進一步調查其選用原因、產婦分娩過程中之各項生理指數、是否使用無痛分娩等相關因子。

(四) 產婦相關的社會經濟因素：家庭年收入、是否有參與全民健康保險、是否有購買商業保險、產婦結婚年齡、結婚到懷孕之間隔、胎兒父親之年齡、教育程度各項社會條件等。

三、資料收集方式

(一) 訪員教育訓練：本研究的訪員皆為具有護士或護理師證照的資格。在開始進行調查之前，由婦產科專科醫師就問卷內容做一講解，並清楚說明問卷內容各變項之定義、研究目的、收案時之注意事項，解答有疑慮之處。期間並由婦產科專科醫師不定時做病例回顧比對，以期要求問卷的信度及標準達到一定之水準。

(二) 問卷調查表之收集整理：本研究的問卷經由受過訓練之護理人員，藉由訪談及參閱病例紀錄完成問卷後，將紀錄之結果以數字或編碼之代號，以 Excel 電腦軟體儲存，日後則轉由 SAS 9.0 電腦統計軟體進行統計分析。

四、資料收集結果

本研究自 2005 年 5 月 8 日起開始蒐集資料，調查至 2006 年 3 月 31 日為止。在資料蒐集期間，接受調查之院所全部生產的產婦人數

共為 1672 人，而本研究合計共獲得 1465 份的有效問卷調查表，占全體產婦數之 87.6%。個案之區域教學醫院所有生產之產婦人數為 753 人，蒐集到 649 份問卷，占該院之 86.19%。而個案基層診所總產婦數為 919 人、蒐集到 816 份問卷，占該院之 88.79%。其中本國籍產婦共 1182 人、大陸籍 76 人、東南亞國籍 207 人。未能將全部產婦收案完成調查的原因包括：產婦不符本研究收案定義者（如未滿 28 週、死產、歐美日等國籍產婦）、病歷資料填寫不全或遺漏、假日入出院因而未能訪談等因素。



第四節 研究變項與操作型定義

依據研究目的與研究之架構，茲將本研究欲分析之相關變項的內容與其操作型定義詳細列表，如表 2-1。

表 2-1 產婦問卷調查之變項與操作型定義表

變項名稱	操作型定義	屬性
國籍	係指產婦婚嫁於我國男子前之國籍分別為，本國籍、大陸港澳籍、東南亞籍等三類。 1：本國籍 2：大陸港澳籍 3：東南亞籍	名義
年齡	指產婦在此次分娩時之年齡，分為 25 歲以下、26-30 歲、31-35 歲、35 歲以上等四類。 1：25 歲以下 2：26-30 歲 3：31-35 歲 4：35 歲以上	序位
孕前體重	指產婦在此次懷孕前之體重，單位為：公斤。	比率
產前體重	指產婦在此次分娩當時之體重，單位為：公斤。	比率
身高	指產婦在此次分娩當時之身高，單位為：公尺	比率
產前 BMI 值	指產婦在此次分娩當時之 BMI 值，單位為：公斤/(公尺) ² 。依衛生署 92 年公布國人 BMI 值之區分標準分為：小於 18.5、18.5-24、24-27、大於 27 四類。 1：<18.5 2：18.5-24 3：24-27 4：>27	序位
孕期體重增加數	產婦孕期所增加之體重。單位為：公斤，區分為少於 10 公斤，10-15 公斤，大於 15 公斤等三類。 1: 少於 10 公斤 2:10-15 公斤 3:大於 15 公斤	序位
孕次	指產婦(含此次分娩)之總懷孕次數。區分為：1、2、3、4 次以上。	序位
產次	指產婦(含此次分娩)之生產次數，區分為：1、2、3、4 次以上。	序位

變項名稱	操作型定義	屬性
流產次	指產婦生產前曾經流產之次數，區分為：0、1、2、3次以上。	序位
母親教育程度	指曾接受國內外教育之最高學歷，分為，無或國小以下、國中、高中、大專以上等四類。 1：國小以下 2：國中 3：高中 4：大專以上	序位
母親職業	產婦懷孕時之職業，區分為：無或家庭主婦、有兩類 0：無或家庭主婦 1：有	名義
有無全民健保	指產婦分娩時是否具全民健保身分，區分為有無兩類。 0：無 1：有	名義
有無商業保險	指產婦分娩時是否具有商業保險，區分為有無兩類。 0：無 1：有	名義
有無使用菸、酒、檳榔、藥物	指產婦於懷孕時是否有菸、酒、藥物、檳榔等習慣，區分為無、有兩類。 0：無 1：有	名義
有無內科疾病	指產婦於孕期間是否有主要之內科疾病，區分為無、有兩類，此變項另加調查其疾病名稱。 0：無 1：有	名義
新生兒出生體重	指新生兒出生時之體重，單位為公克，分為 <2499g、2500-2999g、3000-3499g、3500-3999g、>4000g 等五類。 1：<2499g 2：2500-2999g 3：3000-3499g 4：3500-3999g 5：>4000g 等五類。	序位
分娩週數	指新生兒出生時之臨床週數，區分為小於 34 週、34-37 週、37-40 週、大於 40 週等四類 1：<34 週 2：34-37 週 3：37-40 週 4：>40 週	序位
頭圍	指新生兒出生時之頭圍，單位為：公分，區分為小於 33 公分及大於 33 公分二類。 1: 小於 33 公分 2: 大於 33 公分	序位
身長	指新生兒出生時之身長，單位為：公分_____	比率
是否為多胞胎	指此次生產是否為多胞胎，區分為是、否二類。 0：否 1：是	名義

變項名稱	操作型定義	屬性
有無先天畸型	此次生產之新生兒是否有先天畸型，分為無、有二類。 0：無 1：有	名義
新生兒健康指數 Apgar-score (第一分鐘)	新生兒出生時第一分鐘之健康指數（代表胎兒出生狀況）以 Apgar score 評估，Apgar score 以心跳、呼吸、膚色、反射、張力等五項從 0 至 10 分加以給分，區分為 0-6 分（代表新生兒健康狀況不佳）、7-10 分（代表新生兒健康狀況良好）等二類。 1：0-6 分 2：7-10	序位
新生兒健康指數 Apgar-score (第五分鐘)	新生兒出生時第五分鐘之健康指數（代表出生狀況與日後腦部是否會受影響之機率）以 Apgar score 加以評估，區分為 0-6 分、7-10 分等二類。 1：0-6 分 2：7-10	序位
分娩方式	產婦此次調查之生產方式，區分為陰道生產、剖腹生產二類。 1：陰道生產 2：剖腹生產	名義
有無剖腹產史	指產婦於此次生產前，是否曾接受剖腹生產。分為無、有兩類。 0：無 1：有	名義
無痛分娩使用	產婦於生產過程是否使用無痛分娩，分為無、有兩類。 0：無 1：有	名義
有無產科合併症	產婦於生產過程中是否有產科合併症。分為無、有等兩類。本變項另調查合併症之名稱。 0：無 1：有	名義
估計出血量	指此次生產時，由其接生醫師估計之出血量。單位為：毫升	比率

變項名稱	操作型定義	屬性
剖腹生產之原因	<p>指此次施行剖腹生產之原因分為：前胎剖腹產、胎位不正、產程遲滯、胎兒窘迫、胎兒過大、前置胎盤、骨盆狹窄、選擇性剖腹產、其它等九類。</p> <p>1：前胎剖腹產 2：胎位不正 3：產程遲滯 4：胎兒窘迫 5：胎兒過大 6：前置胎盤 7：骨盆狹窄 8：選擇性剖腹產 9：其它</p>	名義
選擇性(自願)剖腹產之原因	<p>此次因非醫療適應症而自願接受剖腹產之原因，分為：怕痛、擔心胎兒危險、看時辰、長輩要求、高齡、害怕陰道鬆弛、擔心子宮破裂、有商業保險、其它等九類。</p> <p>1：怕痛 2：擔心胎兒危險 3：看時辰 4：長輩要求 5：高齡 6：害怕陰道鬆弛 7：擔心子宮破裂 8：有商業保險 9：其它</p>	名義
產婦第一產程時間	<p>指陰道生產之產婦，從開始規則陣痛至子宮頸口全開之時間。單位為：分鐘</p>	比率
有無產科合併症	<p>產婦於生產過程中是否有產科合併症，分為無、有等兩類。本變項另調查合併症之名稱。</p> <p>0：無 1：有</p>	名義
家庭年收入	<p>本研究將產婦家庭年收入區分為 30 萬以下、31-50 萬、51-80 萬、81-100 萬、101-120 萬、121 萬以上等六類。</p> <p>1：30 萬以下 2：31-50 萬 3：51-80 萬 4：81-100 萬 5：101-120 萬 6：121 萬以上</p>	序位
外籍產婦來台之時間長短	<p>指非本國籍產婦截至此次生產時，來台之時間長短，區分為半年內、半-1 年、1-2 年、2-3 年、3 年以上等五類。</p> <p>1：半年內 2：半-1 年 3：1-2 年 4：2-3 年 5：3 年以上</p>	序位

變項名稱	操作型定義	屬性
父親年齡	指產婦生產時其配偶之年齡。單位為：歲。區分為小於25歲、26-35歲、35歲以上三類。 1: 小於25歲 2: 26-35歲 3: 35歲以上	比率
父親教育程度	指曾接受國內外教育之最高學歷，分為：無或國小以下、國中、高中、大專和研究所以上等五類。 1: 國小以下 2: 國中 3: 高中 4: 大專 5: 研究所以上	序位
父親職業	產婦生產時，其配偶之職業，區分為無、農林漁牧、工、商業、軍公教、榮民、服務業、其他等八類。 0: 無 1: 農林漁牧 2: 工 3: 商業 4: 軍公教 5: 榮民 6: 服務業 7: 其他	名義
夫妻年齡差距	指產婦生產時其配偶與產婦之年齡差距。單位為：歲。區分為小於5歲、5-10歲、10歲以上三類。 1: 小於5歲 2: 5-10歲 3: 10歲以上	序位
婚後多久懷孕	指產婦第一次懷孕和結婚時之時間差距。區分為半年內、半-1年、1-2年、2-3年、3年以上、婚前即受孕等六類。 1: 半年內 2: 半-1年 3: 1-2年 4: 2-3年 5: 3年以上 6: 婚前即受孕	序位
接受產檢次數	產婦非因疾病而接受產前檢查之次數，因全民健保目前共提供十次，故分為小於9次、10次以上等二類。 0: 小於9次 1: 10次以上	序位
有無參加媽媽教室	產婦孕期參加孕期衛教講座之次數，分為無、有兩類。 0: 無 1: 有	名義
對剖腹產的認知	指產婦本人對剖腹產之認知情形。區分為可接受、無法接受、尚可接受、沒意見、依醫師評估、其它等六類。 1: 可接受 2: 無法接受 3: 尚可接受 4: 沒意見 5: 依醫師評估 6: 其它	名義
住院日數	產婦此次生產之住院日數。住院日數以入院當日起算，出院當日十六點前離院則當日不計，但若超過十六點則計入一日。單位：日	序位

第五節 統計分析方法

本研究之問卷調查表經回收後，先以 Excel 電腦軟體將資料結果編碼整理，再採用 SAS 9.0 之統計套裝軟體加以分析。茲將統計分析之方法分述如下：

一、描述性分析

本研究將所有接受調查的產婦分為本國籍、大陸籍和東南亞國籍等三個族群。然後就各族群間，產婦的個人生理特質（如年齡、身高、產前 BMI 值、孕次、產次、流產次等）、新生兒特徵（如出生體重、頭圍、身長、出生週數等），若屬連續變項則以平均值呈現其集中趨勢、以標準差呈現其離散程度，做一基本資料的統計分析報導。其次就各族群中，產婦一些其他的個人相關特徵（如教育程度、職業、有無全民健保、商業保險、是否有內科疾病或使用無痛分娩等），以及產婦之相關背景（如家庭年收入、父親職業與教育程度、接受產前檢查的次數、外籍產婦來台時間長短等）屬於類別變項者，以個數、百分比、頻率來加以呈現其分佈情形。

在分娩的結果方面，本研究以生產方式（陰道生產或剖腹生產）、住院天數、估計出血量、新生兒出生第一分鐘和第五分鐘之健康指數

(Apgar score)、是否有產科合併症等做為指標加以呈現。統計分析的方法包括：平均值、標準差(連續變項)和個數、百分比、頻率(類別變項)。

此外，本研究再依施行剖腹生產的原因，以次數、頻率等加以呈現。如果產婦是因非醫療需要的自願性剖腹產，則再深入分析其原因。

二、多變項分析

依據研究目的及架構，將欲分析之變項，依產婦生理特徵、新生兒特徵、分娩相關因素、產婦相關背景等因素，依表 2-1 的操作型定義加以分類。分類變項的屬性包括有：名義尺度、序位尺度和比率尺度。變項屬性若是名義尺度或是序位尺度，則以卡方檢定(Chi-square test)或 Fisher's exact test 初步分析本國籍、大陸籍和東南亞國籍等三個族群間存在差異之情形。若是像孕期體重增加數、夫妻年齡差距、新生兒頭圍等比率尺度的變項，則以變異數分析(ANOVA)來檢視三者間是否有差異，若確存在差異($P < 0.01$)，則以事後檢定的統計分析方式(Bonferroni test)來比較三個族群間差異的情形。

三、羅吉斯迴歸分析

探討生產方式差異時，依變項為陰道生產和剖腹生產兩類選擇之類別變項，故本研究利用羅吉斯迴歸來加以分析(Logistic regression test)。將產婦是否採用剖腹生產列為依變項，而以問卷中產婦生理特

徵、新生兒特徵、分娩相關因素、產婦相關背景等在三組間具差異或臨床上重要變項為自變項，在控制其他的相關變項下，計算其相對之勝算比及其 95%之信賴區間。為了避免某些屬於比率尺度的自變項與依變項間有非線性相關之情形，因而影響回歸之結果，故選擇性的將具比率尺度之變項轉換為類別變項後，再做羅吉斯迴歸分析，藉由比較各變項間不同勝算比差異的情形，探討影響產婦是否採行剖腹生產的顯著因素。



第四章 研究結果

本章依統計分析的結果，分為三節加以描述。在第一節中，就全體產婦的基本資料作描述性的統計分析，第二節則比較不同國籍產婦間各種變項間的差異情形。最後就具有差異或具重要影響性的變項，以羅吉斯回歸分析造成不同國籍產婦生產方式差異的原因，並呈現於第三節。

第一節 描述性的統計分析

本節就研究調查完成之問卷，茲將全體產婦的調查之基本資料，包括產婦基本特徵、新生兒特徵、分娩相關特徵以及產婦其他相關背景等特徵，分析列表。如表 4-1：

一、產婦基本特徵

本研究共收集 1465 位產婦，其中本國籍為 1182 位（佔 80.68%），大陸籍為 76 位（佔 5.19%），東南亞籍 207 位（佔 14.13%）。在東南亞籍的部分，以來自越南籍最多，共有 150 位，印尼籍 26 位次之，柬埔寨 25 位，緬甸籍則有 6 位。

全體產婦的平均為 27.41 歲，分布在 15-45 歲之間。懷孕之前的平均體重為 54.63 公斤，分娩時平均則為 67.63 公斤，平均在懷孕過程中增加了約 13 公斤。產婦的平均身高為 159 公分，換算為產前之 BMI

值則為 26.73 kg/m²。包括此次生產的總懷孕次數平均為 1.90 次，而生產次數為 1.71 次，至於先前流產的次數則為 0.20 次。

在產婦的教育程度方面，以高中程度最多（佔 52.5%），大專次之（佔 25.9%），再其次為國中（佔 14.5%），國小以下則有 7% 左右。產婦的職業方面，以家庭主婦的所佔的比例最高（佔 63.8%），其次為商業或服務業（佔 26.1%）。全體產婦的健康狀況大致良好，94.7%沒有其他內科疾病，5.3%的產婦則有貧血、糖尿病、高血壓等內科疾病。絕大多數的產婦（95.6%）在孕期並未使用菸、酒、檳榔或有藥癮的情形。

二、新生兒特徵

本研究共有 18 位雙胞胎的產婦（佔 1.23%），故新生兒的總數為 1483 人。新生兒出生時的平均體重約為 3026.36 公克，分布在 1100-4480 公克不等。出生時的平均頭圍與身高分別為 33.0 公分及 49.73 公分。分娩時平均的臨床週數為 38.7 週。出生時的健康狀況大多良好，第一分鐘之新生兒健康指數（Apgar score）為 7.89 分，第五分鐘為 8.91 分，至於有先天畸形的新生兒則佔了 1.30%。

三、分娩相關特徵

本研究的依變項為生產方式，在 1465 位產婦中，有 454 位採用剖腹生產，故全體剖腹產率為 30.99%。其中 222 位（佔 15.15%）的產

婦在此次生產之前已有過剖腹生產的經驗。生產時估計出血量平均為 335.29 毫升。採陰道生產者，第一產程平均為 353.98 分鐘，在陰道生產的過程中時有 45 人 (3.07%) 曾經採用無痛分娩。生產時曾發生相關的產科合併症者佔 35.87%，而有 108 人 (佔 7.37%) 在生產後立即施行結紮手術。此次調查中，產婦生產的平均住院日數為 3.29 日。

在 454 位接受剖腹產的產婦中，有 208 位 (佔 45.8%) 是因前胎剖腹產而施行再次剖腹產之比率最高，其次為胎位不正 (佔 22.25%)，再其次為產程遲滯，佔了 13.22%，因胎兒窘迫或胎兒過大而剖腹產者各佔 1.54%，而有相當比例 (9.25%) 的剖腹產是非醫療需要而進行的選擇性剖腹產，4.85% 的產婦則勾選了其他的選項。

進一步分析選擇性剖腹產的原因時，發現 66.67% 的產婦是因為害怕產痛，有 33.33% 產婦則因害怕胎兒危險而採用剖腹產，因要求在良辰吉時出生而採剖腹產佔 11.9%，另有 14.29% 的選擇性剖腹產是因為產婦具有商業保險之理賠而採行剖腹生產。

四、產婦其他相關背景

新生兒父親的平均年齡為 32.07 歲，從 17-60 歲不等。男性配偶的教育程度以高中最多 (佔 53.38%)，其次為大專 (佔 24.37%)，再其次為國中 (佔 17.82%)，研究所以上或國小以下則分別佔了 1.84

%及 2.59%。父親職業別方面，以工業為最多佔 41.64%，商業為 24.03%，服務業 17.47%，農林漁牧業佔 10.31%，軍公教 3.75%，而有 33 人（2.25%）在職業欄的選項上圈選「無」。

產婦家庭年收入以 51-80 萬元最多（佔 42.39%），其次為 31-50 萬元（佔 31.13%），而勾選 120 萬元以上或 30 萬元以下分別佔了 1.02% 和 9.83%。

大多數產婦在生產時已具有健保身分（佔 97.75%），但仍有 2.25% 的產婦在生產時仍然沒有參加全民健康保險。至於一般商業保險方面，70.78% 的產婦具有商業保險，但也有 29.22% 的產婦並無參加任何的商業醫療保險。

全體產婦在懷孕期間平均接受 9.93 次的產前檢查。而平均約參加過 1.17 次的產前衛生教育講座（媽媽教室），在對於剖腹產的認知上，大多數的產婦的認知是「依醫師評估」（佔 40.41%）或「可接受」（佔 36.11%），有 14.2% 表示「沒意見」。

就外籍產婦初次來台的到此次生產的時間長短方面，以「1-2 年」最多，佔 32.86%，3 年以上佔 22.97%，半年-1 年佔 21.55%，2-3 年佔 18.37%，4.24% 在此次生產時，來台時間還不到半年。

表 4-1 全體產婦之基本資料分析

變項名稱	類別	個數 平均值	百分比 標準差
產婦基本人口特質			
國籍	本國籍	1182	80.68
	大陸港澳籍	76	5.19
	東南亞籍	207	14.13
年齡	Range 15-45	Mean=27.41	SD=4.60
孕前體重 (kg)	Range 36-98	Mean=54.63	SD=9.08
分娩前體重 (kg)	Range 45-111	Mean=67.63	SD=9.64
身高 (m)	Range 1.45-1.79	Mean=1.59	SD=0.05
產前 BMI 值	Range 17.26-46.80	Mean=26.73	SD=3.64
孕次	Range 1-9	Mean=1.90	SD=1.03
產次	Range 1-7	Mean=1.71	SD=0.80
流產次	Range 0-5	Mean=0.20	SD=0.56
母親教育程度	國小以下	103	7.03
	國中	213	14.54
	高中	769	52.49
	大專以上	380	25.94
母親職業	家庭主婦	935	63.82
	農林漁牧工	85	5.80
	商業和服務業	383	26.14
	軍公教和榮民	48	3.28
	其他	14	0.95
有無內科疾病	無	1387	94.68
	有	78	5.32
新生兒特徵			
新生兒出生體重 (g)	Range 1100-4480	3026.36	SD=426.32
分娩週數	Range 28.43-42.57	Mean=38.70	SD=1.39
頭圍 (cm)	Range 26-39	Mean=33.04	SD=1.62
身長 (cm)	Range 34-59	Mean=49.73	SD=2.62
Apgar score (第一分鐘)	Range 4-9	Mean=7.89	SD=0.38
Apgar score (第五分鐘)	Range 6-10	Mean=8.91	SD=0.33

變項名稱	類別	個數 平均值	百分比 標準差
是否為多胞胎	否	1447	98.77
	是	18	1.23
有無先天畸型	無	1446	98.70
	有	19	1.30
分娩相關特徵			
分娩方式	陰道生產	1011	69.01
	剖腹生產	454	30.99
有無剖腹產史	無	1243	84.85
	有	222	15.15
剖腹生產之原因 (可複選) n=454	前胎剖腹產	208	45.81
	胎位不正	101	22.25
	產程遲滯	60	13.22
	胎兒窘迫	26	5.73
	胎兒過大	7	1.54
	前置胎盤	7	1.54
	骨盆狹窄	8	1.76
	選擇性剖腹產	42	9.25
	其它	22	4.85
	選擇性剖腹產原因 (可複選) n=42	怕痛	28
擔心胎兒危險		14	33.33
看時辰		5	11.90
有商業保險		6	14.29
其它		3	7.14
陰道分娩 第一產程時間	Range 10-2205	Mean=353.98	SD=250.21
估計出血量 (c.c.)	Range 40-2200	Mean=335.29	SD=228.42
無痛分娩使用	無	1420	96.93
	有	45	3.07
有無產科合併症	無	1379	94.13
	有	86	5.87
有無結紮	無	1357	92.63
	有	108	7.37
住院天數 (日)	Range 1-15	Mean=3.29	SD=1.37

變項名稱	類別	個數 平均值	百分比 標準差
產婦其他相關背景			
家庭年收入	30 萬元以下	144	9.83
	31-50 萬元	456	31.13
	51-80 萬元	621	42.39
	81-100 萬元	175	11.95
	101-120 萬元	54	3.69
	121 萬元以上	15	1.02
有無全民健保	無	33	2.25
	有	1432	97.75
有無商業保險	無	428	29.22
	有	1037	70.78
父親年齡 (歲)	Range 17-60	Mean=32.07	SD=5.90
父親教育程度	國小以下	38	2.59
	國中	261	17.82
	高中	782	53.38
	大專	357	24.37
	研究所以上	27	1.84
父親職業	無	33	2.25
	農林漁牧	151	10.31
	工	610	41.64
	商業	352	24.03
	軍公教	55	3.75
	榮民	1	0.07
	服務業	256	17.47
	其他	7	0.48
接受產檢次數	Range 0-23	Mean=9.93	SD=2.34
參加媽媽教室之次數	Range 0-25	Mean=1.17	SD=1.83
外籍產婦來台時間 n=283	半年內	12	4.24
	半 1 年	61	21.55
	1-2 年	93	32.86
	2-3 年	52	18.37
	3 年以上	65	22.97

變項名稱	類別	個數 平均值	百分比 標準差
對剖腹產的認知 n=1465	可接受	529	36.11
	無法接受	30	2.05
	尚可接受	106	7.24
	沒意見	208	14.20
	依醫師評估	592	40.41
	其他	0	0.00



第二節 多變項分析

本節探討本國籍、大陸籍和東南亞籍的產婦在人口學特徵、胎兒特徵、分娩相關因素與其他社會經濟背景的差异情形。藉由卡方檢定及變異數分析，比較三個族群間彼此差异的情況，並整理於表 4-2。

一、產婦基本特徵之比較

(一) 不同種族產婦年齡、孕前和產前體重、身高、BMI 值之比較

本研究結果發現，在產婦年齡方面，本國籍（平均為 27.94 歲）和大陸籍（平均為 28.29 歲）的年齡較東南亞籍（平均為 24.1 歲）為高，而且具有顯著差异。進一步將年齡做分層比較可以發現，東南亞籍之產婦大多在 25 歲以下（65.22%），而本國籍和大陸籍產婦則多在 25 歲以上（77.23%，89.47%），其分布的情形也有顯著之差异。詳見表 4-2-1 及表 4-2-2。

在產婦體重方面，本國籍產婦無論是產前或生產時的體重（平均 55.34，68.64 公斤）皆較大陸籍（平均 52.19，65.50 公斤）與東南亞籍（平均 50.37，62.63 公斤）為重，而且呈現顯著差异（ $p < 0.0001$ ），但大陸籍與東南亞籍之間則無統計上之差异。在身高方面，本國籍平均 159.5 公分，大陸籍 160.1 公分，東南亞籍 156.5 公分，藉 Bonferroni

事後比較的方法發現，本國籍和大陸籍的身高相當，且兩者皆較東南亞籍產婦為高。在孕前的 BMI 值上，則可以發現本國籍大於東南亞籍，且本國籍亦大於大陸籍，但大陸籍與東南亞籍之間則無顯著差異之情形。(表 4-2-3)

(二) 產婦生產史之比較

本研究比較三個族群間在孕次、產次與流產次數時發現，本國籍平均懷孕 1.96 次，生產 1.75 次，而有 0.22 次的流產史；而大陸籍分別為 1.68 次、1.53 次與 0.18 次；東南亞籍則為 1.65 次、1.54 次、0.11 次。本研究以 ANOVA 分析，無論是孕次、產次或流產次之 P 值皆小於 0.01。三者間存有差異，再經做事後比較發現，本國籍在孕次、產次或流產次均較東南亞籍為多，而本國籍和大陸籍或大陸籍與東南亞籍之間，則無顯著差異情形。(表 4-2-4)

(三) 產婦間教育程度、職業別與健康情形之比較

本研究以卡方檢定發現，產婦在教育程度上呈現明顯差異， χ^2 值為 788.39 ($P < 0.0001$)，本國籍產婦的學歷在高中或大專程度佔了 90.27%；相對的，大陸籍以高中或國中程度最多 (48.68%，34.21%)，而東南亞籍的學歷較低，34.8% 為國中程度，47.3% 為國小以下程度，

呈現明顯的差異。同樣的，在職業別上也有統計上之差異情形，大陸或東南亞籍約有 90% 均為家庭主婦，而本國籍中家庭主婦佔 57.6%，另外 42.4% 則職場上有工作。(表 4-2-5) 全體產婦健康情形大致良好，對於是否具有內科疾病之時，三組並無差異。值得注意的是，本國籍產婦較大陸和東南亞籍產婦有較多比例使用菸酒、檳榔或藥物的情形。(表 4-2-6)。

二、新生兒特徵之比較

(一) 新生兒大小與妊娠週數之比較

在新生兒之出生體重方面，本研究發現本國籍與東南亞籍產婦所生的新生兒其出生體重相近，分別為 3036.88 公克與 3031.21 公克，而大陸籍產婦之新生兒平均為 3201.42 公克，與本國籍和東南亞籍之新生兒呈現差異 ($P=0.029$)。在新生兒頭圍方面，本國籍為 33.06 公分，大陸籍為 33.62 公分，東南亞籍為 33.08 公分，經 ANOVA 分析 $P=0.0279$ ，顯示仍有差異，而事後檢定則發現差異僅存在於本國籍和大陸籍這一組。新生兒的身長在本國籍、大陸籍和東南亞籍平均分別為 49.83、50.19、49.70 公分，並無統計上之差異 ($P=0.0556$)。(表 4-2-7)

(二) 本研究從表 4-2-8 可以發現，比較三者平均妊娠週數，本國籍為 38.70 週，大陸籍為 39.05 週，東南亞籍為 38.56 週，經 ANOVA 及 Bonferroni 事後比較檢定其差異發現，僅在大陸籍與東南亞籍這一組存有差異，其他各組間則不顯著。

對新生兒健康狀況之評估，本研究以第一分鐘及第五分鐘之 Apgar score 來判斷。結果在三組新生兒中，平均第一分鐘的指數都在 7.88 分以上，第五分鐘也都在 8.88 分以上，顯示此次調查之新生兒健康情形大致良好。而統計分析結果，所有的新生兒組別之間並未達統計上之顯著。(表 4-2-8)

(三) 至於新生兒是否為多胞胎或具有先天畸形，三個族群間以卡方檢定的統計方式亦無顯著之差異，P 值分別為 0.274, 0.084(表 4-2-9)。

三、分娩相關特徵之比較

(一) 在剖腹產的比率方面，三個族群呈現明顯的差異 ($P < 0.0001$)。其中本國籍的剖腹產率為 33.9% 最高，大陸籍次之 (26.3%)，而東南亞籍之剖腹產最低，為 17.9%。(表 4-2-10)

(二) 在其他分娩特徵上，本研究也一併調查了三個族群間是否使用無痛分娩，有無產科合併症、是否立刻施行產後結紮以及陰道生產的

產婦其第一產程的時間，結果發現這些變項都沒有達到顯著的差異，惟獨在估計生產時之出血量時，東南亞籍產婦之出血量（平均 281.21 毫升）較本國籍（平均 343.27 毫升）及大陸籍（平均 358.55 毫升）為少，而本國籍與大陸籍產科出血量之比較，則沒有統計上之差異。在住院日數方面，本國籍平均住院 3.374 天、大陸籍 3.145 天、東南亞籍 1.33 天，統計發現本國籍產婦較東南亞籍住院日數長（ $p < 0.0001$ ），而懷孕期間，產婦體重增加情形以本國籍較東南亞籍為多，其他各組間則無顯著差異，見表 4-2-11、表 4-2-12。

（三）剖腹產原因之比較

本研究由表 4-2-13 發現，三個族群中，採用剖腹產的適應症在統計上存在差異。三組中均以「前胎剖腹產」為最常見之理由。本國籍有 45.81%、大陸籍為 31.58%、東南亞籍為 37.50%。其次為胎位不正，分別是 21.7%、21.1%及 18.8%。差異最大的是選擇性（自願）剖腹產的比例以本國籍，佔了 10.1%，大陸籍 10.5%較多，而東南亞籍則無此情形。進一步分析為何要在非醫療需要下，選擇性剖腹產的原因時，同樣也發現本國籍和大陸籍產婦在選擇自願剖腹產的原因仍存有差異。因為畏懼產痛、具有商業保險考量，使得本國籍產婦有較多選擇非醫療需要剖腹產之比率。

四、產婦社會經濟等相關背景之比較

(一) 本研究調查家庭年收入、產婦是否具全民健康保險身分或具有商業醫療保險來代表產婦分娩時之經濟考量。從表 4-2-14 可以得知在家庭年收入方面，三者是有差異存在的 ($P < 0.0001$)，從收入分析的比例可以看出，本國籍產婦的家庭收入優於大陸籍產婦，而大陸籍的情形又較東南亞籍為佳。同樣的，在是否具商業保險方面也有類似的情形。至於是否具全民健保方面，本國籍 98.05% 具有，東南亞籍 97.58% 次之，但大陸籍則是 93.42% 具健保身分，在統計上 P 值為 0.03，仍有差異。(表 4-2-15)。

(二) 關於新生兒父親的背景比較，東南亞籍及大陸籍產婦之配偶的年齡平均都較本國男性為高 ($P < 0.0001$)，但大陸籍與東南亞籍之夫婿年齡間則無差異。進一步比較夫妻年齡之差距時，更可以發現三個族群間，彼此都呈現明顯的差異 ($P < 0.0001$)。東南亞籍夫妻年齡差距最大，大陸籍次之，本國籍間通婚者之年齡較為接近。在國人間通婚之夫妻年齡約差 2.98 歲，在與大陸籍產婦結婚者年齡差距為 8.63 歲，而東南亞籍產婦與其配偶的年齡差距更高達 12.75 歲。(表 4-2-16)。

在新生兒父親的教育程度及職業別方面，本研究以卡方檢定來分

析，結果仍發現三者間存有差異。在教育程度上，以本國籍男子較高，大陸籍產婦之配偶次之，而娶東南亞籍者則較低。在職業方面，先生之工作多以「工」業為主，東南亞籍產婦之夫婿有相對較高比例(29.95%)從事農林漁牧業，本國籍產婦之配偶從事服務業比例較其他二者為多。(表 4-2-17)。本研究比較大陸籍及東南亞籍來台時間的長短，發現彼此間並無差異 ($P=0.0975$)，但比較結婚後到第一次懷孕的時間卻發現有差異存在，其中大陸籍 (56.57%)、東南亞籍 (64.73%) 在結婚後第一年內就懷孕，均較本國婦女為早。但本國籍則有較高比例的婚前即受孕之情形 (佔 14.47%)，外籍產婦則較少有此現象。(表 4-2-18)。

關於產婦接受產前檢查的比較，本國籍和東南亞籍產婦在接受產前檢查的次數並無差異，但相對的，大陸籍產婦在接受產前檢查的次數上就較前兩者為少。對於相關衛生教育的課程，東南亞籍參與的情形 (平均 0.71 次) 較本國籍 (平均 1.27 次) 為少 ($P<0.0001$) (表 4-2-19)。結果反映在對剖腹產的認知上也出現差異。本國籍和大陸籍產婦對剖腹產的態度多為「可接受」或「依醫師評估」，但東南亞籍產婦則有相當比例填答「沒意見」(佔 23.19%)，而且也有較高比例 (7.73%) 的人填答「無法接受」。顯示彼此在觀念上也的確存在差異。(表 4-2-20)。

表 4-2-1 本國籍、大陸籍與東南亞籍產婦平均年齡之比較

國籍	平均值 +- 標準差		
	本國籍	大陸籍	東南亞籍
產婦平均年齡	27.94+-4.53	28.29+-4.22	24.10+-3.64
F/P	72.47/<0.0001		

具差異之組別 本>東;大>東

(本：本國籍，大：大陸籍，東：東南亞籍)

表 4-2-2 不同國籍年齡層之比較

國籍	本國籍		大陸籍		東南亞籍		χ^2/P ※
	人數	百分比 (%)	人數	百分比 (%)	人數	百分比 (%)	
25 歲以下	270	22.84%	8	10.53%	135	65.22%	$\chi^2=178.536$ P<0.0001
25-29 歲	482	40.78%	43	56.58%	54	26.09%	
30-34 歲	336	28.43%	19	25.00%	15	7.25%	
35 歲以上	94	7.95%	6	7.89%	3	1.45%	

※ Fisher's exact test

4-2-3 不同國籍孕前體重、產前體重、身高及孕前 BMI 值之比較

國籍	平均值 +- 標準差			
	孕前體重	產前體重	身高	BMI 值
本國籍	55.34+-9.33	68.64+-9.79	1.59+-0.05	21.84+-3.52
大陸籍	52.19+-6.34	65.50+-8.12	1.60+-0.05	20.35+-2.19
東南亞籍	50.37+-6.84	62.63+-7.38	1.56+-0.05	20.56+-2.66
F/P	32.86/<0.0001	38.06/<0.0001	36.54/<0.0001	18.25/<0.0001
具差異之組別	本>大;本>東	本>大;本>東	本>東;大>東	本>大;本>東

表 4-2-4 不同國籍生產史之比較

國籍	平均值 +- 標準差		
	孕次	產次	流產次
本國籍	1.96+-1.07	1.75+-0.82	0.22+-0.59
大陸籍	1.68+-0.87	1.53+-0.66	0.18+-0.58
東南亞籍	1.65+-0.76	1.54+-0.66	0.11+-0.37
F/P	10.21/<0.0001	8.26/0.003	3.47/0.0313
具差異之組別	本>東	本>東	本>東

表 4-2-5 不同國籍產婦職業別與教育程度差異之比較

國籍	本國籍		大陸籍		東南亞籍		χ^2/P ※
	人數	百分比	人數	百分比	人數	百分比	
家庭主婦	681	57.61%	69	90.79%	185	89.37%	$\chi^2=124.003$
農林漁牧工 ^{**}	68	5.75%	0	0.00%	17	8.21%	P<0.001
商業.服務業	372	31.47%	7	9.21%	4	1.93%	
軍公教榮民 ^{**}	48	4.06%	0	0.00%	0	0.00%	
其他 ^{**}	13	1.10%	0	0.00%	1	0.48%	
國小以下	0	0.00%	5	6.58%	98	47.34%	$\chi^2=788.391$
國中	115	9.73%	26	34.21%	72	34.78%	P<0.001
高中	697	58.97%	37	48.68%	35	16.91%	
大專以上	370	31.30%	8	10.53%	2	0.97%	

※ Fisher's exact test

t

表 4-2-6 產婦有無菸酒藥癮或具內科疾病之比較

國籍	本國籍		大陸籍		東南亞籍		χ^2/P ※
	人數	百分比	人數	百分比	人數	百分比	
菸酒檳榔癮(無)	1134	95.94%	75	98.68%	206	99.52%	$\chi^2=7.9097$
菸酒檳榔癮(有)	48	4.06%	1	1.32%	1	0.48%	P=0.0108
內科疾病(無)	1116	94.42%	72	94.74%	199	96.14%	$\chi^2=1.0332$
內科疾病(有)	66	5.58%	4	5.26%	8	3.86%	P=0.6565

※ Fisher's exact test

表 4-2-7 新生兒體重、頭圍與身長之比較(N=1483)

國籍	平均值±標準差		
	出生體重	頭圍	身長
本國籍	3036.88±406.75	33.06±1.39	49.83±2.47
大陸籍	3201.42±352.22	33.62±1.43	50.19±2.09
東南亞籍	3031.21±416.05	33.08±2.11	49.70±2.67
F/P	5.86/0.029	3.59/0.0297	2.9/0.0556
具差異之組別	大>本;大>東	大>本	無

表 4-2-8 新生兒妊娠週數與第一分鐘及第五分鐘 APGAR SCORE 之比較

國籍	妊娠週數	平均值±標準差	
		A'S'(1)	A'S'(5)
本國籍	38.70±1.39	7.88±0.40	8.91±0.33
大陸籍	39.05±1.14	7.92±0.27	8.93±0.25
東南亞籍	38.56±1.46	7.91±0.33	8.88±0.36
F/P	4.10/0.0167	0.98/0.3741	0.79/0.4544
具差異之組別	大>本	無	無

表 4-2-9 新生兒是否為多胞胎或具先天畸形

國籍	本國籍		大陸籍		東南亞籍		χ^2/P ※
	人數	百分比	人數	百分比	人數	百分比	
單胎	1167	98.73%	74	97.37%	206	99.52%	$\chi^2=2.197$
多胞胎	15	1.27%	2	2.63%	1	0.48%	P=0.2743
無先天畸形	1170	98.98%	73	96.05%	205	99.03%	$\chi^2=5.4320$
有先天畸形	12	1.02%	3	3.95%	2	0.97%	P=0.084

※ Fisher's exact test

表 4-2-10 不同國籍產婦剖腹產率之比較

國籍	本國籍		大陸籍		東南亞籍		χ^2/P
	人數	百分比	人數	百分比	人數	百分比	
陰道生產	785	66.41%	56	73.68%	170	82.13%	$\chi^2=21.155$
剖腹生產	397	33.59%	20	26.32%	37	17.87%	P<0.0001

表 4-2-11 產婦第一產程時間、出血量、孕期體重增加情形與住院日數之比較

國籍	平均值 ± 標準差			
	第一產程	生產出血量	孕期體重增加數	住院日數
本國籍	354.24±254.81	343.27±233.34	13.00±4.51	3.37±1.37
大陸籍	392.05±265.73	358.55±315.11	13.31±4.24	3.15±1.13
東南亞籍	340.24±222.07	281.21±137.81	12.26±4.38	2.87±1.33
F/P	0.91/0.4048	6.97/0.001	3.34/0.035	12.63/<0.001
具差異之組別	無	本>東;大>東	本>東	本>東

表 4-2-12 產婦分娩相關產科情況之比較

國籍	本國籍		大陸籍		東南亞籍		χ^2/P ※
	人數	百分比	人數	百分比	人數	百分比	
剖腹產史(無)	983	83.16%	69	90.79%	191	92.27%	$\chi^2=13.563$
剖腹產史(有)	199	16.84%	7	9.21%	16	7.73%	P=0.0011
無痛分娩(無)	1142	96.62%	74	97.37%	204	98.55%	$\chi^2=2.267$
無痛分娩(有)	40	3.38%	2	2.63%	3	1.45%	P=0.3806
產科合併症(無)	1118	94.59%	72	94.74%	190	91.79%	$\chi^2=2.566$
產科合併症(有)	64	5.41%	4	5.26%	17	8.21%	P=0.2919
產後結紮(無)	1092	92.39%	71	93.42%	194	93.72%	$\chi^2=0.533$
產後結紮(有)	90	7.61%	5	6.58%	13	6.28%	P=0.7661

※ Fisher's exact test

表 4-2-13 剖腹生產原因與選擇性剖腹生產原因之比較

國籍	本國籍		大陸籍		東南亞籍		χ^2/P ※
	人數	百分比	人數	百分比	人數	百分比	
剖腹產原因							$\chi^2=82.776$
前胎剖腹產	186	45.81%	6	31.58%	12	37.50%	P<0.0001
胎位不正	88	21.67%	4	21.05%	6	18.75%	
產程遲滯	47	11.58%	3	15.79%	5	15.63%	
胎兒窘迫	17	4.19%	2	10.53%	5	15.63%	
胎兒過大	4	0.99%	2	10.53%	0	0.00%	
前置胎盤	5	1.23%	0	0.00%	1	3.13%	
骨盆狹窄	5	1.23%	0	0.00%	2	6.25%	
選擇性剖腹產	41	10.10%	2	10.53%	0	0.00%	
其它	18	4.43%	1	5.26%	1	3.13%	
選擇性剖腹產原因							$\chi^2=44.000$
怕痛	27	51.92%	1	25.00%	0	0.00%	P<0.0001
擔心胎兒危險	13	25.00%	1	25.00%	0	0.00%	
看時辰	4	7.69%	1	25.00%	0	0.00%	
害怕陰道鬆弛	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	
擔心子宮破裂	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	
有商業保險	6	11.54%	0	0.00%	0	0.00%	
其它	2	3.85%	1	25.00%	0	0.00%	

※ Fisher's exact test

表 4-2-14 產婦家庭年收入之比較

國籍	本國籍		大陸籍		東南亞籍		χ^2/P ※
	人數	百分比	人數	百分比	人數	百分比	
30 萬元以下	95	8.04%	7	9.21%	42	20.29%	$\chi^2=100.546$
31-50 萬元	325	27.50%	31	40.79%	100	48.31%	P<0.0001
51-80 萬元	531	44.92%	36	47.37%	54	26.09%	
81-100 萬元	164	13.87%	2	2.63%	9	4.35%	
101-120 萬元	53	4.48%	0	0.00%	1	0.48%	
121 萬元以上	14	1.18%	0	0.00%	1	0.48%	

※ Fisher's exact test

表 4-2-15 產婦是否具有全民健保與商業保險之比較

國籍	本國籍		大陸籍		東南亞籍		χ^2/P
	人數	百分比	人數	百分比	人數	百分比	
全民健保(有)	1159	98.05%	71	93.42%	202	97.58%	$\chi^2=6.99$
全民健保(無)	23	1.95%	5	6.58%	5	2.42%	P=0.0303
商業保險(有)	969	81.98%	23	30.26%	45	21.74%	$\chi^2=372.759$
商業保險(無)	213	18.02%	53	69.74%	162	78.26%	P<0.0001

表 4-2-16 產婦配偶年齡與夫妻年齡差距之比較

國籍	平均值 +/- 標準差	
	父親年齡	夫妻年齡差距
本國籍	30.92+-4.96	2.98+-3.58
大陸籍	36.92+-6.62	8.63+-6.19
東南亞籍	36.85+-7.13	12.75+-7.18
F/P	137.71/<0.0001	461.2/<0.0001

具差異之組別 大>本;東>本 東>大>本

表 4-2-17 產婦配偶教育程度與職業別之比較

國籍	本國籍		大陸籍		東南亞籍		χ^2/P ※
	人數	百分比	人數	百分比	人數	百分比	
國小以下	13	1.10%	2	2.63%	23	11.11%	$\chi^2=248.984$
國中	147	12.44%	17	22.37%	97	46.86%	P<0.0001
高中	658	55.67%	46	60.53%	78	37.68%	
大專	338	28.60%	10	13.16%	9	4.35%	
研究所以上	26	2.20%	1	1.32%	0	0.00%	
無	25	2.12%	2	2.63%	6	2.90%	$\chi^2=138.983$
農林漁牧	76	6.43%	13	17.11%	62	29.95%	P<0.0001
工	482	40.78%	35	46.05%	93	44.93%	
商業	310	26.23%	17	22.37%	25	12.08%	
軍公教	55	4.65%	0	0.00%	0	0.00%	
榮民	1	0.08%	0	0.00%	0	0.00%	
服務業	227	19.20%	9	11.84%	20	9.66%	
其他	6	0.51%	0	0.00%	1	0.48%	

r※ Fisher's exact test

表 4-2-18 外籍產婦來台時間及婚後多久懷孕之比較

國籍	本國籍		大陸籍		東南亞籍		χ^2/P
	人數	百分比	人數	百分比	人數	百分比	
外籍產婦來台時間							$\chi^2 = 7.842$
半年內			7	9.21%	5	2.42%	P=0.0975
半-1 年			16	21.05%	45	21.74%	
1-2 年			20	26.32%	73	35.27%	
2-3 年			16	21.05%	36	17.39%	
3 年以上			17	22.37%	48	23.19%	

表 4-2-18 外籍產婦來台時間及婚後多久懷孕之比較(續)

國籍	本國籍		大陸籍		東南亞籍		χ^2/P ※
	人數	百分比	人數	百分比	人數	百分比	
婚後多久懷孕							$\chi^2 = 85.063$
半年內	167	14.13%	25	32.89%	55	26.57%	P<0.0001
半-1 年	286	24.20%	18	23.68%	79	38.16%	
1-2 年	295	24.96%	11	14.47%	45	21.74%	
2-3 年	135	11.42%	7	9.21%	14	6.76%	
3 年以上	128	10.83%	12	15.79%	10	4.83%	
婚前即受孕	171	14.47%	3	3.95%	4	1.93%	

※ Fisher's exact test

表 4-2-19 產婦接受產檢與參加媽媽教室次數之比較

國籍	平均值 +- 標準差	
	產檢次數	參加媽媽教室次數
本國籍	10.00+-2.25	1.27
大陸籍	9.04+-2.25	0.95
東南亞籍	9.83+-2.81	0.71
F/P	6.82/0.0011	8.85/0.0002
具差異之組別	本>大；東>大	本>東

表 4-2-20 產婦對剖腹生產認知情形之比較

國籍	本國籍		大陸籍		東南亞籍		χ^2/P ※
	人數	百分比	人數	百分比	人數	百分比	
可接受	448	37.90%	24	31.58%	57	27.54%	$\chi^2=49.135$ P<0.0001
無法接受	16	1.35%	0	0.00%	14	6.76%	
尚可接受	83	7.02%	7	9.21%	16	7.73%	
沒意見	150	12.69%	10	13.16%	48	23.19%	
依醫師評估	485	41.03%	35	46.05%	72	34.78%	
其他	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	

※ Fisher's exact test



第三節 羅吉斯迴歸分析

為瞭解造成本國籍、大陸籍與東南亞籍產婦生產方式不同的原因，本研究採用羅吉斯迴歸分析加以探討。在迴歸模式中，依變項分為剖腹生產（ $n=455$ ）與陰道生產（ $n=1010$ ）兩組，以剖腹產作為事件（event）。自變項則採用不同國籍產婦間，在前一節中具統計上差異之變項或具重要代表意義的變項共 26 組，進行羅吉斯迴歸統計，計算其造成剖腹產之勝算比及其 95% 信賴區間，以了解造成不同國籍產婦生產方式差異之影響因素，統計結果並整理於表 4-3。

一、產婦基本特徵對是否採行剖腹產之影響

本研究將產婦依國籍別、年齡、孕前 BMI 值、孕期體重增加情形、身高、產次、教育程度、有無職業、有無菸酒、檳榔及藥癮等九項自變項投入迴歸分析，結果顯示國籍別本身並未對是否使用剖腹產造成顯著差異之影響。相較於本國籍而言，大陸籍與東南亞籍是否採行剖腹產之 P 值分別為 0.435 及 0.973，並未達統計上之顯著差異。其次，在教育程度、有無職業、有無菸酒藥癮等特徵方面亦未達統計上之顯著差異情形。

在年齡層方面，本研究將產婦之年齡區分為小於 25 歲、25-29

歲、30-34 歲及大於 35 歲（高齡產婦）四組，而以小於 25 歲為參考組。結果發現在 30-34 歲及 35 歲以上兩組會剖腹產之勝算比分別為 2.67 及 4.07 倍。顯示超過 30 歲後，年齡越高，剖腹產的機會也越大。

在孕前 BMI 與孕期體重增加數方面，結果顯示 BMI 值越高、孕期體重增加大於 15 公斤者，其剖腹產之風險也越高。BMI 值在 24-27 kg/m²（過重）與 >27 kg/m²（肥胖）二組相較於 BMI 值小於 18.5 kg/m² 的參考組之勝算比分別為 3.056 及 3.490，而孕期體重增加大於 15 公斤這一組，也較增加 10-15 kg 之參考組（孕期建議之適當體重增加數）增加了 2.18 倍，且上述二組檢定之 P 值皆小於 0.01。

在身高方面，以身高在 155-164 公分為參考組。身高低於 155 公分這一組的勝算比為 1.721，亦即有 1.721 倍的機會可能發生剖腹產。但身高大於 165 公分以上者，對於是否採用剖腹產則無顯著差異之情形。在產次方面，本研究以第一胎為參考組，在控制了前胎剖腹產的因素下，顯示了較高胎次的分娩其剖腹產的機會也較小（ $p < 0.05$ ）。

二、新生兒特徵對是否採行剖腹產之影響

本研究以出生體重、頭圍、分娩週數、第一及第五分鐘之健康指

數來探討。結果顯示，相較於 3000-3499 公克（參考組）而言，過輕的出生體重（<2499 公克）或過重的胎兒（>4000 公克），其發生剖腹產的勝算比分別為 6.021 倍及 4.033 倍，且達統計上之顯著（ $p < 0.05$ ）。對於新生兒頭圍小於 33 公分的參考組而言，頭圍大於 33 公分新生兒，其產婦較容易採用剖腹產（勝算比為 2.856）。此外，代表新生兒在母體中狀況的第一分鐘健康指數不佳者（Apgar score ≤ 6 分），其剖腹產之勝算比為 4.388，呈現顯著影響。其他如分娩週數、第五分鐘健康指數則無統計上之差異。

三、分娩相關特徵對是否採行剖腹產之影響

具有剖腹產史與多胞胎妊娠，對產婦是否採用剖腹產具有絕對的影響性，其勝算比高達 386.868 及 72.125 倍。顯示產婦若具有先前剖腹產史或多胞胎妊娠，絕大多數的產婦與醫師是選擇採用剖腹產分娩。而在考慮是否採用無痛分娩或有無行產後結紮手術的情形時，有使用無痛分娩或產後結紮者，發生剖腹產之勝算比分別為無使用者之 3.245 及 5.104 倍，其 P 值小於 0.01，故呈現顯著差異之影響情形。至於分娩時產程時間的長短，由於三組間在先前檢定時並未有顯著差異，故本研究未其納入迴歸統計的模式中。

四、產婦相關社會經濟背景與認知對是否採行剖腹產之影響

在產婦的社經背景方面，本研究以家庭年收入、有無全民健保、有無商業保險、父親年齡及教育程度作為探討的自變項，投入迴歸統計的模式，結果皆沒有呈現出統計上之顯著情形。而對於產婦接受產前檢查之次數及是否參加相關產前衛教課程方面，也發現對將來是否會採用剖腹產，並無產生影響。

對於產婦的剖腹產認知與接受度方面，本研究以「尚可接受」為參考組。結果發現，若勾選「沒意見」、「無法接受」或「依醫師評估」者，對於是否會採剖腹產並無明顯的影響，而填寫「可接受」剖腹產者，相對於「尚可接受」者的勝算比則為 3.171 倍，顯示產婦心理認知上，若傾向接受剖腹產者，將來真的採用剖腹產的機會就相對提高了 3 倍之多。

表 4-3 產婦是否採用剖腹生產之羅吉斯迴歸分析

變項	類別	迴歸係數	P 值	OR	95%CI
常數		-4.4833	<0.0001**		
國籍	本國 (參考組)				
	大陸籍	-0.3280	0.4350	0.720	0.316-1.641
	外籍	-0.0144	0.9734	0.986	0.422-2.302
年齡	<25 (參考組)				
	25-29	0.4607	0.0622	1.585	0.977-2.573
	30-34	0.9034	0.0010**	2.468	1.438-4.236
	>35	1.4034	0.0057**	4.069	1.504-11.008
孕前 BMI 值	<18.5 (參考組)				
	18.5-24	0.2295	0.3605	1.258	0.769-2.058
	24-27	1.1170	0.0007**	3.056	1.608-5.808
	>27	1.2500	0.0011**	3.490	1.650-7.384
孕期體重增加數	<10 公斤	0.2155	0.3806	1.240	0.766-2.008
	10-15 公斤 (參考組)				
	>15 公斤	0.7792	0.0027**	2.180	1.309-3.629
身高	<1.55	0.5429	0.0221*	1.721	1.081-2.740
	1.55-1.65 (參考組)				
	>1.65	0.0556	0.8197	1.057	0.655-1.705
產次	1 (參考組)				
	2	-1.9169	<0.0001**	0.147	0.091-0.238
	3	-2.2095	<0.0001**	0.110	0.049-0.246
	>=4	-1.3406	0.0298*	0.262	0.078-0.877
母親教育程度	國小以下 (參考組)				
	國中	0.0135	0.9783	1.014	0.382-2.689
	高中	-0.0257	0.9619	0.975	0.340-2.792
	大專以上	-0.2811	0.6319	0.755	0.239-2.384
產婦職業	無 (參考組)				
	有	-0.0939	0.6345	0.910	0.618-1.341

變項	類別	迴歸係數	P 值	OR	95%CI
使用菸酒、藥物、檳榔	無 (參考組)				
	有	0.9066	0.0632	2.476	0.951-6.444
全民健保	無 (參考組)				
	有	-0.1597	0.7713	0.852	0.290-2.502
商業保險	無 (參考組)				
	有	0.0911	0.7001	1.095	0.689-1.741
新生兒出生體重	<2499g	1.7953	<0.0001**	6.021	2.894-12.527
	2500-2999g	0.3791	0.0697	1.461	0.970-2.201
	3000-3499g (參考組)				
	3500-3999g	0.2564	0.3725	1.292	0.736-2.270
	>4000g	1.3945	0.0481*	4.033	1.012-16.076
分娩週數	<34 週	0.0998	0.9295	1.105	0.121-10.088
	34-37 週	0.5820	0.1116	1.790	0.874-3.666
	37-40 週 (參考組)				
	>40 週	-0.0947	0.6748	0.910	0.585-1.416
頭圍	<33 公分 (參考組)				
	>=33 公分	1.0494	<0.0001**	2.856	1.863-4.378
Apgar score (第一分鐘)	<=6 分	1.4788	0.0374*	4.388	1.090-17.664
	>=7 分 (參考組)				
Apgar score (第五分鐘)	<=6 分	9.9457	0.9849	>	<0.0001->
	>=7 分 (參考組)			999.999	999.999
多胞胎妊娠	否 (參考組)				
	是	4.2784	0.0002**	72.125	7.813-665.829
剖腹產史	無 (參考組)				
	有	5.9581	<0.0001**	386.868	168.139-890.137
無痛分娩使用	無 (參考組)				
	有	1.1771	0.0057**	3.245	1.408-7.481

變項	類別	迴歸係數	P 值	OR	95%CI
有無結紮	無 (參考組)				
	有	1.6300	0.0003**	5.104	2.116-12.309
家庭年收入	<30 萬元 (參考組)				
	31-50 萬元	0.2408	0.4735	1.272	0.659-2.458
	51-80 萬元	0.2235	0.5106	1.250	0.643-2.433
	81-100 萬	0.3738	0.3386	1.453	0.676-3.125
	101-120 萬	0.4411	0.3981	1.554	0.559-4.324
	>120 萬元	0.1360	0.8943	1.146	0.154-8.516
父親年齡	<25 歲	-0.0801	0.8007	0.923	0.495-1.720
	25-35 歲 (參考組)				
	>35 歲	0.2526	0.2811	1.287	0.813-2.038
父親教育程度	國小以下 (參考組)				
	國中	0.3881	0.5270	1.474	0.443-4.907
	高中	0.7655	0.2108	2.150	0.648-7.131
	大專	1.2182	0.0609	3.381	0.946-12.087
	研究所以上	1.3307	0.1057	3.784	0.755-18.973
接受產檢次數	<=9 次	-0.0679	0.7241	0.934	0.641-1.362
	10 次以上 (參考組)				
對剖腹產認知	可接受	1.1540	0.0011**	3.171	1.583-6.354
	無法接受	-0.8436	0.3235	0.430	0.081-2.296
	尚可接受 (參考組)				
	沒意見	-0.4698	0.2746	0.625	0.269-1.452
	依醫師評估	-0.1307	0.7137	0.877	0.437-1.764
參加媽媽教室	無 (參考組)				
	有	-0.1890	0.3121	0.828	0.547-1.194

註：* P<0.05

** P<0.01

第五章 討論

本章共分為六節。首先在第一節中，就研究的樣本及研究假設作一整體性的檢定。然後分別依不同國籍產婦的周產期背景差異情形及造成生產方式差異的原因，就研究之結果加以探討，並描述於第二節與第三節中。第四、五節則就研究目的，依研究結果作一現況的探討與改善的策略性論述。最後在第六節中，對本研究有所不足的研究限制部分加以說明。

第一節 研究樣本與研究假設之檢定

一、對研究樣本之檢定

台灣地區在 94 年合計共出生 205854 人，其中生母為本國籍者 187753 人(佔 91.2%)，大陸籍 10022 人(佔 4.9%)，外國籍 16487 人(佔 8%)(內政部，2006)。相較於本研究中本國籍佔 80.7%、大陸籍 5.2%、東南亞籍 14.1%，可以發現本研究的抽樣中，以東南亞籍的所佔的比例較多。探討其原因在於，本次研究抽樣的地區為台中縣及雲林縣，是以農業為主的兩個縣份。張家楨於 1999 年的研究曾指出，外籍新娘多分布在以農、工業為主要經濟活動之縣份。而大陸籍配偶的分布則以北台灣地區為較多（內政部，2003）。故本研究之抽樣情形與中

台灣地區外籍產婦之分布情形大致吻合，因此具有代表性。同時，進一步分析東南亞籍產婦的國籍別時也發現，仍以越南籍最多，佔 72.5%；印尼籍次之 12.5%，這種分佈比例也與內政部 2006 年的統計，越南籍佔 70.18%、印尼籍佔 11.4% 呈現一致性。較不同的是，本研究中柬埔寨籍佔了 12.2%，有較高的比例，此點乃因在雲林縣地區，柬埔寨產婦人數比例較多所致。

在依變項部分，生產方式的差異(即剖腹產率)。我國於 2004 年全國之剖腹產率為 32.74% (衛生署，2004)，而本研究產婦平均之剖腹產率為 30.99%，較全國剖腹產率為低，顯示此次抽樣之兩所醫院剖腹產率控制較國內一般情形稍佳，並未有浮濫之情形，故研究之結果應可正確反映國內目前剖腹產之執行狀況。

二、對研究假設之檢定

本研究之假設有四：(1)不同國籍生母之剖腹產率存有差異(2)剖腹產率差異之原因可能在於產婦生理特質、新生兒特質、分娩過程及產婦相關社會背景(3)期望以統計方式找出影響剖腹產率差異之因素(4)藉由此發現評估改善與解決之道。茲分別檢視於下：

(一) 剖腹產率是否有差異之檢定

本研究發現，在本國籍、大陸籍與東南亞籍產婦之間的剖腹產率分別為 33.9%、26.3%、17.9%，以卡方檢定發現，P 值小於 0.0001，故確實存在明顯差異，驗證了假設（1）的存在。

（二）不同國籍產婦周產期背景是否存有差異性之檢定

本研究以變異數分析和卡方檢定分別就本研究架構中四大要項中，一共 44 個變項加以分析，探討不同國籍間相關背景之差異情形，結果發現在其中有 31 個變項存有差異之情形，因此研究假設（2）的確存在，也就是無論在產婦特質、新生兒特質、分娩過程及產婦相關社會背景等各方面都存有差異。

（三）本研究以羅吉斯回歸的統計方式，將各國籍產婦間存有差異的變項投入回歸方程式中，藉由所得到各變項的 P 值及相對之勝算比的探討，發現在不同種族間剖腹產率確實存在差異。但回歸分析之結果得到「國籍」這個變項並不是直接造成剖腹產差異的因素。推論其原因有二點：其一是國籍別的確不是影響剖腹產率的唯一因素，造成不同國籍間剖腹產率不同之解釋，是由於存在於族群間相關因素的差異，如年齡、胎兒頭圍、剖腹產史等之差異，因而造成剖腹產率不同。而並非僅是種族因素一項就可以概括解釋。原因之二即為可能存在之研究限制，亦即取樣數量不夠大，而變項種類數稍多，因而造成在統計

分析上，過度飽和(saturation)之結果。

(四) 綜合本研究之結果顯示，剖腹產率在各國籍產婦上的確不同，但除東南亞籍產婦外，本國籍及大陸籍產婦之剖腹率的高於 WHO 建議之 15% 之標準，深究其原因可發現，各族群中內部的各項特徵才是真正影響剖腹產率之因素。因此，從中便得以獲得許多如何有效控制剖腹產率的資訊意涵。同時，在比較各國籍產婦各項差異的過程中，也確實驗證許多事實，那就是外籍產婦的確是處於較弱勢的族群，藉由比較其間的差異也就可以反映出外籍產婦的真正需求，針對以上兩點發現之檢定與探討，應可達成本研究之研究目的。



第二節 本國籍與外籍產婦周產期背景差異之探討

一、產婦生理特質之差異

許多研究都曾指出，東南亞籍產婦的年齡層較本國籍為低，而大陸籍產婦的年齡則居中（周美珍，2001；鄧秀珍，2004），本研究也有同樣的發現，但大陸籍產婦的年齡則稍長於本國籍。究其原因，乃因本次調查的抽樣範圍係屬於以農、工業為主之縣份，因此本國籍產婦生產時的年齡層一般會較大都會區之產婦稍低所致，然而較之東南亞籍產婦的年齡仍具有明顯的差距。因此，若以全國性的角度來比較的話，差距應會更為顯著。也因為本國籍與大陸籍產婦的年齡較大，故在孕次、產次、流產次上等方面皆多於東南亞籍，此點與學者之研究相同（鄧秀珍，2004）。因此，本研究認為，隨開放政策時間的增長，外籍產婦的年齡層也會逐漸增加，新的問題勢必將慢慢浮現。

本研究顯示，本國籍婦女的體重、身高及 BMI 值都較高。種族上的先天差異固然是其原因之一，但也有研究指出，外籍新娘來台後在飲食習慣上的適應仍然有所差異，導致胃口不佳的情形，故其體重自然不若本國籍產婦重（李素幸，2003）。此在妊娠初期，孕婦容易發生孕吐時，尤為明顯。過高或過低的 BMI 值，對生育的結果都有

不良的影響，尤其是本國籍產婦，BMI 值高於 27 kg/m^2 （肥胖以上）之比例過高，飲食及運動習慣的改善，值得注意。

二、新生兒特質之差異

在新生兒的出生體重方面，以大陸籍生母的新生兒體重最重，東南亞籍稍輕，此點與鄧秀珍在 2004 年的研究報告相符，而且本研究也同樣發現，東南亞籍的產婦較易有早產的情形發生；相對的，大陸籍產婦則有較高的機會產下大於 4000 公克的胎兒（佔 3.9%），值得注意。至於在是否有先天畸型胎兒、胎兒窘迫等現象時，則三者間並無明顯不同，此點與國民健康局的報告相同（蔡益堅，2005）。因此本研究也澄清了一般人認為，外籍產婦新生兒健康狀況較本國籍不佳的錯誤刻板印象。

三、分娩相關特質之差異

在生產方式上，本研究發現剖腹產率在三個族群中存在很大的差異，但許多相關研究卻有不一致的結果。陳敏龍於 2006 年台灣婦產科醫學會中口頭報告，認為本國籍與外籍產婦生產方式並無差異（陳敏龍等，2006），而鄧秀珍 2004 年則報導大陸籍及印尼籍產婦之剖腹產率較高。但此二篇文章調查的地區是在南部地區。部份南部縣市的

剖腹產率是一向偏高（衛生署，2002），是否因而產生影響，值得探討。未來若能以國民健康局資料庫作全國性的調查，應更有利於分析。

在是否具剖腹產史方面，本國籍有較高之比例（16.8%）。因為前胎剖腹產而行再次剖腹產的機率很高，再加上本國籍產婦使用無痛分娩的比例也較東南亞籍為多，因而反映在本國籍產婦的剖腹產率方面也就較高。因此，提高剖腹產後自然產的嘗試、積極的產科處置、減少不必要之催生或引產、限制無痛分娩的使用等皆是學者提出降低剖腹產率的具體策略（Porreco and Thorp，1997）。

四、產婦社會經濟背景之差異

無論是產婦受教育的程度或家庭收入，本研究的結果和先前許多研究都十分類似，也就是外籍產婦的社會、經濟、教育地位皆不如本國籍產婦（張家楨，1999；夏曉娟，2000；周美珍，2001）。同時，外籍配偶夫婿的年齡層都偏高，老夫少妻的情形遠較本國籍明顯。而其教育程度也較低，且以從事工、農業等勞動工作者偏多。此發現與內政部 2003 年之外籍配偶生活狀況調查報告之結果符合（內政部，2003）。因此，本研究認為，外籍產婦的確是屬於經濟上較為弱勢的族群，必須加以協助輔導。

至於攸關醫療可近性的全民健保加入情形，本研究發現即使大多數（98%）的產婦在生產時都已具有健保身分，但仍有 7% 之大陸籍產婦是以自費的身分到醫院生產。醫療保險對產婦就醫行為及健康照護之保障有絕對性的影響。特別是本研究指出，大陸籍產婦有 9.2% 是在來台半年內即生產，此時卻仍是屬於我國健保制度規定的 4 個月保險等待時間內。上述結果發現，我國對外籍產婦的照護仍存有缺口。

五、產婦生產結果之比較

在生產之結果方面，本研究係以產婦的住院日數、估計分娩出血量及代表新生兒預後的第五分鐘健康指數來比較。結果顯示，在新生兒的健康狀況上，三者並無差異，但比較住院日數和產科出血量，本國籍和大陸籍的住院日數及出血量都明顯較多。顯示本國籍產婦耗用了較多的醫療資源。深究其原因可以發現，較高的剖腹產率直接影響著住院天數和生產時的失血量。因此可以證實，減少不必要的剖腹產確有其必要性。

在接受產前檢查及產婦的衛生教育方面，本研究發現，在接受產檢的次數方面，並不因為國籍不同而有所差異，此點與國外研究認為，移民婦女接受預防保健的利用率較低之結果不符（Kalofonos and Palinkas, 1999）。可見我國在提升醫療可近性方面的成就。但在參加

媽媽教室的情形上，東南亞籍產婦明顯較少。語言的障礙、對生育重視的程度與家庭的支持都可能是影響的因素。因此，在被問及對剖腹產的看法時，東南亞籍的產婦多表示”沒意見”或”由醫師評估”，顯示其對健康資訊的缺乏及自主性的不足。同時本研究也提出省思，外籍產婦接受產檢的次數上雖然與本國籍產婦相近，但就醫的品質是否一致，醫護人員是否提供足夠的健康知識，值得關注。



第三節 影響本國籍與外籍產婦分娩方式差異之原因探討

健康行為的表現往往是許多複雜的因素透過直接或間接影響所造成的，而這些因素間通常又是彼此有關連而互動的。Panagopoulos (2005) 曾指出，在研究族群與健康相關議題時，不可以單以統計方式，比較不同族群間健康結果之差異，就驟下種族是影響健康結果的因素。而必須再深入探討各族群間，各項因子之間的差異情形。本研究呼應了學者的論述。就本研究中，不同族群間雖有不同剖腹產率，但經統計發現，國籍別本身卻不是造成剖腹產率不同的原因，而是族群中各項相關因素的差異所造成的影響。也由於國籍別不是影響剖腹產率的因素，證明了我國醫療體系中，對外籍產婦分娩方式的處理是有一致性的標準，而無歧視的偏差情形。

年齡是造成剖腹產率偏高的重要原因之一。本研究發現，超過 30 歲後，年紀越大，剖腹產率也越高。年齡往往透過許多因素影響產婦的生產方式。生理上體力的問題，超過 30 歲潛在一些內科合併症的問題 (Irwin et al., 1996) 是醫療方面的因素。此外，高齡產婦心理上的焦慮感，相對的社經地位，乃至醫師認為高齡產婦有較高的生產風險，因而傾向採用剖腹產的防禦性醫療心態，都會促成產婦年齡越高，剖腹產率也越高的結果 (Peipert and Bracken, 1993)。本研

究的調查中，本國籍產婦在 30 歲以上就佔了 36.38%，較大陸籍之 32.89% 及東南亞籍之 8.7%，顯示本國籍產婦年齡層較高，因而也反映出偏高的剖腹產率。

體重、BMI 值及孕期體重增加過多，是造成剖腹產的危險因子。生產時較容易發生感染與撕裂傷，同時也容易發生產程遲滯的現象 (Nuthalapaty, 2004; Shy et al., 2000)。我國籍產婦的 BMI 值較東南亞籍為高，懷孕時體重增加數又偏多，自然造成剖腹產率的偏高。在現代工商業發達的時代中，婦女普遍晚婚、高齡產子，而且容易營養過剩、運動缺乏，因此體重控制不佳，這正是造成目前剖腹產率不易控制的重要生理因素。

除了母親生理因素外，過大或過小的胎兒也影響著剖腹產的使用。在產科學中，是否可以由陰道生產有三個關鍵：娩出力量 (Power)、產道寬度 (Passage) 及產體大小 (Passenger) (陳哲堯等, 1981)。新生兒過大、頭圍過大是屬於這三個“P”中的「產體過大」，因此就不易由陰道自然生產。本研究顯示，大於 4000 公克及 33 公分以上頭圍的新生兒，發生剖腹產的勝算比為 4.033 及 2.856 倍，此結果與學理和實務上的經驗吻合。而當新生兒體重過小時，則容易合併如胎位不正、子宮內胎兒窘迫或是母體產生併發症，因此也顯示了較

高的剖腹產率。本研究在比較時發現，大陸籍新生兒之體重及頭圍均顯著大於東南亞籍，這可以解釋大陸籍產婦之剖腹產率高於東南亞籍的部份原因。

許多的產科醫療介入也會影響剖腹產率。其中最顯著的就是有無先前剖腹產史。臺灣地區的民眾，往往有「一次剖腹產，終生剖腹產」的錯誤觀念，而醫師也為了要避免醫療糾紛，遂順勢予以剖腹產。因此，有剖腹產史的經產婦，很少採用「剖腹產後自然生產」的方式分娩。因此在本國籍婦女晚婚化的情形下，本來就容易採用剖腹產，若再次生產時，則總體的剖腹產率更容易提高。部分婦女為了家庭計劃要順便結紮的考量因而剖腹產，此點則有本末倒置之嫌。此外，使用無痛分娩、多胞胎妊娠也是影響剖腹產率偏高的因素之一。

本研究以羅吉斯回歸統計方式發現，產婦的社會、經濟、教育背景和是否採用剖腹生產並沒有明顯的關連，此點與一般認為剖腹產率和產婦的社經地位有關的研究不同 (Could et al., 1990)。此外，保險的有無也並未對剖腹產率發生顯著之影響。本研究認為有幾個可以解釋的原因。第一，由於我國全民健保的普及率很高，本研究調查產婦在分娩時有 97.75% 的參加率，因而保險給付降低了產婦就醫時的價格彈性，使得產婦在選擇生產方式時，家庭收入等經濟因素障礙被抵

消了，故在統計時，無法顯示其差異性。這一點與許多歐洲福利國家的情形類似。第二、本研究取樣的醫療院所為公立醫院和一般基層診所，其剖腹產之收費約為 25000-35000 元，自然產為 16000-20000 元之間，價格尚稱低廉，且兩者差距僅約一萬餘元，以目前台灣一般的家庭經濟所得而言，負擔不算太高，因而無法顯示產婦社經背景對剖腹產的影響程度。

最後在探討剖腹產率差異時，本研究一併分析了採行剖腹生產者的剖腹產原因。結果與國內主要剖腹產的原因（Lin et al., 2004）大致吻合，也就是以前胎剖腹產最多，胎位不正及難產次之，胎兒窘迫則再次之。但若再依國籍別加以比較時，則可以發現本國籍以因「前胎剖腹產」最多，而大陸籍則有相對較多「胎兒過大」的情形。值得注意的是，東南亞籍產婦因「胎兒窘迫」而剖腹產佔了 15.63%，較大陸籍 10.53%及本國籍 4.19%為多。因為「胎兒窘迫」的發生率高，意味著產前檢查或待產中的照護品質可能不足，其原因是否為語言溝通不良等因素，有待深入研究。至於非醫療必要的選擇性剖腹產，本國籍與大陸籍占了約 10%，而東南亞籍產婦則無此要求，顯示東南亞籍產婦是否在生產時沒有主導的地位抑或受經濟狀況限制，則有待探討。至於為何產婦會採行選擇性剖腹產的原因，則以「害怕產痛」及「擔心胎兒危險」最多，顯示我國在產時照護仍有加強改善的空間。

此外，因為商業保險給付而採用剖腹產的產婦，也占了選擇性剖腹產的 11.5%，這種社會現象也十分值得關注。



第四節 外籍產婦周產期照護議題之探討

本研究的結果顯示，由於外籍產婦普遍的年齡層較本國籍產婦為低，因而其整體產婦與新生兒之健康情形並不遜於本國籍產婦。但若再深究一些相關的細項，則可以發現我國醫療體系對外籍產婦的照護，仍存有改善的空間。例如大陸籍產婦之新生兒的畸型比率稍高、東南亞籍產婦則有較多的產科合併症及早產現象，而且因「胎兒窘迫」而行剖腹產的機會也較本國籍產婦為高。這些都是代表著目前產科醫療照護有待加強之所在。因此，本研究提出以下幾點論述。

一、妊娠初期產前檢查的質量不足

本研究顯示，無論是東南亞籍或大陸籍產婦約有 55% 在婚後一年內即受孕。在本次調查中，約有三成的大陸籍產婦及近四分之一的東南亞籍產婦是在來台後一年內即分娩。此與鄧秀珍（2004）指出四成左右的外籍產婦在婚後四個月內就懷孕的研究結果類似。國外關於婦女產前預防保健利用情形的研究曾指出，若是孕婦在新僑居地區居住的時間少於一年者，其發生早產的機會，將比移民較久的孕婦為高（Aurelius and Ryde-Blomqvist, 1978）。也因為外籍產婦缺乏早期產檢，無法及早發現一些胎兒的先天異常，因而造成新生兒畸型比例

有稍高的現象 (Rizzo et al., 2004)。目前我國健保制度規定要有四個月的保險等待期，因此造成許多外籍產婦在早期妊娠時，因為沒有保險而未接受產前檢查。一般而言，在妊娠第 16 週時，產婦應接受超音波檢查、唐氏症母血篩檢、地中海型貧血及相關傳染病之檢驗，但許多外籍產婦極可能因為沒有健保給付或資訊不足，錯失了應該的檢查時機，而這種情形尤以大陸籍產婦為甚。於是就反映出大陸籍產婦其新生兒畸型比率稍多的結果。雖然內政部於 94 年 3 月 8 日已公告「外籍配偶照護輔導基金醫療補助作業要點」，給付 5 次以下的產檢檢查費用，每次產檢給付六百元，但由於宣導不足，且作業流程繁複，顯然尚未收到成效。

二、外籍產婦的健康資訊來源不足

由於語言、文化及對環境的適應問題，外籍產婦對健康資訊的接受程度顯然是不夠的。內政部 92 年的調查也指出，外籍產婦對醫療衛生的需求，前三位分別是提供幼兒健康檢查、提供育嬰之事及協助就醫時溝通。本研究發現，即使醫療院所提供了媽媽教室等許多衛教課程，但許多外籍產婦仍然沒有參加。因為語言的障礙、認知的不同、資訊的不足與教育程度的差異，極可能是使外籍產婦缺乏參與動機的因素。Gavin (2004) 指出，即使提供完全公平的經濟因素，種族差

異仍然會造成對周產期照護利用率的不同。本研究也發現，產前檢查少於 6 次的本國籍產婦僅佔 3.4% ，而大陸及東南亞籍卻佔了 6.6% 及 6.1% 。可見如何提供足夠的健康訊息與觀念，並對醫療利用缺乏之外籍產婦，建卡管理，以提供足夠的輔導是迫切而需要的。

三、加強醫護人員與外籍產婦的溝通

東南亞籍產婦由於普遍較為年輕，理論上應較少有產科合併症的發生，但本研究之結論卻正好相反。因此認為東南亞籍產婦的產前檢查與產時照護在品質上可能有所不足。缺乏足夠的疾病史、文化與語言的障礙，往往使得醫師無法充分瞭解病情，以致無法決定採取何種適當的醫療介入程度 (Panagopoulos et al. , 2005)。此外，醫師可能因為對社經階層較低的外籍產婦，相對較不畏懼醫療訴訟，而勇於採用一些產科的處置 (Rizzo et al. , 2004)。所以反映出剖腹產率較低的結果，但也是否因為採取了一些冒險的措施，反而造成相對產科合併症較高的結果，值得關注。

因此，為了提供對日益增多的外籍產婦足夠的照護，翻譯人員的訓練養成是迫切需要的。因為藉由家屬轉譯，往往不能忠實的反應外籍產婦潛在的問題。所有的醫護人員必須要學習和翻譯的人員溝通，以求瞭解外籍產婦真正的需求。而毫無疑問的，要改善這些外籍產婦

及其新生兒的照護，社會上的支持也是非常重要（Cuadrado et al., 2004）。總之，種族和社會階層常會透過複雜的機轉，直接或間接的來影響健康表現。產科醫療提供者必須要能區分種族在基因上、社會經濟上、階級上、乃至種族文化觀念上的差異，並加以比較，才能鑑別出彼此間危險因子的不同，從而能提供較優質的產科健康照護（Kaplan, 2003）



第五節 降低剖腹產率的策略探討

台灣地區近十年來的剖腹產率一直在約 32%-34% 之間，已遠高於 WHO 建議 15% 的標準。過高的剖腹產率在實證醫學上對母親與胎兒的死亡率及罹病率的改善並無幫助，甚至反而產生許多不良的結果。而且在醫療資源及經濟上也造成了許多不必要的耗費。因此，對目前過高的剖腹產率確有設法降低之必要。本研究在探討不同族群間剖腹產率差異時，也得到在降低剖腹產率策略方面的啟發，認為可從醫療供給者、產婦和家屬以及整體的醫療環境等三方面著手。

一、就醫療供給面而言

依國際上的文獻回顧，目前共有六種主要的策略來控制剖腹產率的施行 (Stafford, 1997)：(1) 婦產科醫師的教育和同儕審核 (2) 外部審查剖腹產的運用情形 (3) 公佈剖腹產率 (4) 改變剖腹產給醫師的給付 (5) 改變剖腹產對醫院之醫療給付 (6) 改善醫療疏失的處理方式。這些策略分別從醫師的觀念、教育、醫界自律、外界壓力以及經濟誘因等觀點來試圖降低不必要剖腹產的比率，部分的策略確實有所成效，但整體而言，仍有探討改進的空間。

一般認為教育是最有效方式，而事後審查及管制的結果則並不如

想像中有效。Porreco and Thorp (1997) 曾指出：提倡剖腹產後自然生產、積極的產科處置、減少不必要的引產及催生，並限制無痛分娩的使用等觀念是改善剖腹產率時必須推動的作為。同時作者也認為，包裹式的產科給付制度和居家產科護理的給付仍是有效的策略。另外，提供手術式的陰道生產（如使用產鉗、真空吸引器助娩）也是降低剖腹產率的策略 (Sachs et al.,1999)。本研究發現無痛分娩使用者有較高的剖腹產率，而觀念上之差異也的確影響剖腹產的使用。因此，本研究呼應了上述學者之說法。

同儕審查與提供經濟誘因而來抑制日益增多的剖腹產率也是國內外常用的手段。我國中央健康保險局於 2001 年曾提出「週產期前瞻性支付制度」，試圖將現行論量計酬、論病例計酬的支付制度改為論人計酬的方式，將自然產與剖腹產的醫療給付拉平，但實施後成效並不明顯。研究認為是因為醫療給付的改變，由於礙於醫院的薪給制度，提高之給付無法直接回饋給醫師所致 (徐金源等，2004)。結論是在醫療供給面而言，醫師的再教育與觀念的改變才是最重要的，而同儕審查及經濟誘導則僅能收到部分的成效。

二、就醫療需求面而言

本研究發現，高齡產子是剖腹產的重要影響因素，而產婦對剖腹

產認同度越高者，將來接受剖腹產之機會也越高。如同學者指出：文化上及觀念上對生產的態度是產婦在選擇生產方式差異的原因所在（Leeman and Leeman,2003）。因此，教導民眾對自然生產及剖腹生產有正確的認知，瞭解兩者之優劣利弊及風險之所在，才可使產婦能夠做出最佳的選擇。而這些都需要有良好的衛生教育及產婦和醫護人員良好的溝通時方能收到成效。Cnattingius 等學者（1998）曾指出現今社會上在降低剖腹產率的困難是因產婦的年齡、體重以及產婦本身在孕期的體重增加的程度都隨著社會進步而逐年增加，而這些都是不利於自然生產的因素。本研究也再一次證實，BMI 指數越高者，其接受剖腹產之風險也越高、孕期體重增加超過 15 公斤者也有一樣的情形。因此，如何在產前即教導婦女避免高齡生子、適度控制體重及合宜的運動等觀念，都是要努力的課題。而這些觀念的改變，不單僅是對於產婦本人，產婦的親友與整個社會的觀念調整也都是一樣的重要。

三、就整體醫療環境而言

擔心發生醫療糾紛是造成醫師採取防衛性醫療的主要原因，在產科而言，選擇剖腹生產就是一種相對性的防禦性醫療（Savage et al.,1993）。雖然新修訂的醫療法第 82 條已規定，將醫師的賠償責任

限定於發生過失或故意時，但是對於訴訟及巨額賠償的恐懼，仍使得醫師沒有動機主動去降低剖腹產率。本研究發現年輕的產婦、外籍的背景其剖腹產率較低。可能的解釋是因為醫師相對的較不畏懼發生糾紛而勇於嘗試自然生產。因此，改善目前醫療糾紛的處理方式，是降低剖腹產率的一個重點。醫師責任保險制度、生育基金等是在糾紛發生後減少醫師壓力的方式；而建立標準化的醫療作業準則以作為照護的依據，則是事先防範的手段。



第六節 研究限制

本研究雖力求嚴謹，但基於研究時間和人力等外在因素之限制，研究中尚有許多不足與匱乏之處。茲列舉於下：

一、本研究的樣本來源為中部地區之區域教學醫院和個案之基層婦產科診所，產婦之背景和各國籍間之比例分布情形，可能和國內其他地區不同。而且產婦就醫場所之喜好不同，亦可能反映在生產意向之表現方面。因此，即使研究設計上已考量到大醫院和小診所之差異。但樣本內容仍有不能完全代表全國的產婦生產行為之虞。故研究之外推性可能不足。受限於取樣之院所有限，本研究中實際執行接生業務之婦產科專科醫師，共僅有八位醫師。雖然相對的控制了醫療供給面的差異狀況，但同樣的，卻也無法代表全國近三千位婦產科醫師的臨床決策模式，以及醫院層級別差異所造成的影響。

二、本研究屬橫斷型研究設計〈cross-sectional study〉，研究的時間範圍，僅限於產婦此次生產時之相關資料，對於日後無論是產婦自身的生產後遺症，或是新生兒未來的健康發展情形，無從得知比較。因此研究的完整性較不足，且在做因果關係之推論時，亦較為保守。



第六章 結論與建議

本章分為兩節，第一節根據研究之結果說明本研究之重要結論。

第二節則依本研究之結論，進而對醫療主管機關、醫療服務機構及人員、社會大眾、媒體及後續研究者提出提議。

第一節 結論

隨著外籍新娘政策的開放，國人日益少子化的影響，我國人口結構已經產生了重大的變化。外籍配偶所生育的子女數在 2003 年已佔全體出生數的 13.37%。另一方面，我國的剖腹產率近十年來一直在 32-34% 左右，高居不下，也引起相關單位的重視。過高的剖腹產率代表醫療資源的浪費，而偏低的剖腹產率則又暗示著醫療照護的不足。為了深入探討上述兩個議題，本研究以問卷訪談結合病歷調查，共收集 1465 份完整資料加以統計分析，期望能藉由瞭解本國籍與外籍產婦周產期背景及生產方式是否存有差異，及其差異之原因，找出改善此二議題的啟示，俾利提供政府決策及產科醫師的臨床參考。

本研究調查發現本國籍、大陸籍與東南亞籍產婦在生產方式的選擇上的確存有差異。本國籍產婦的剖腹產率高於大陸籍，而大陸籍產婦又高於東南亞籍。深究其原因，本研究發現，國籍別本身並不是造

成剖腹產率差異的原因。之所以在不同族群中，有相異的剖腹產率，主要在於各族群人口組成特徵不同所造成的。本國籍產婦分娩時有較高的年齡層、孕前較為肥胖，而懷孕時體重增加過多，是造成剖產率較高的原因，此外，由於本國籍產婦因剖腹產率原本就較高，因此再次懷孕生產時，往往再以剖腹生產方式分娩，因而更加造成三者之間剖腹產率差距增大的情形。

無論是本國籍或外籍產婦，本研究發現影響產婦生產方式選擇的原因，仍是以醫療因素為主。較高的年齡、過重的體重、較低的身高、過重或過輕的胎兒、胎兒頭圍較大等因素，都會使剖腹產的機會提高，而醫療方面的考量，也包括了是否具有剖腹產史、多胞胎妊娠。無痛分娩與順便進行產後結紮，也增加了剖腹產的可能性。至於相關的非臨床因素，如產婦的經濟、教育程度、是否有全民健保或商業保險、男性配偶的職業、收入等等，在本次研究中，都未發現對產婦是否採行剖腹產造成顯著的影響。

本研究也顯示在取樣的產婦中，絕大多數的產婦在生產已接受到全民健保的保障，因而產婦在選擇生產方式時，已經排除了經濟因素等就醫障礙，而單純以臨床需求為考量為主。

雖然由於本國籍產婦的剖腹產率較高，導致其住院日數或產科出

血量較多。但整體而言，不同國籍間產婦及其新生兒的健康狀況都是一樣的良好，此點澄清了社會上對外籍新娘較不健康的誤解。不過本研究也發現，外籍產婦無論在經濟、教育、社會地位上，的確居於較弱勢的地位，且大多數外籍產婦在來台第一年內即懷孕，在尚未完全適應環境的情況下，周產期的照護顯得格外重視。東南亞籍產婦由於語言限制，較少接受產前的衛教，或表達能力較差，因此發生產科合併症與早產的機會較多，而大陸籍產婦的全民健保加保率僅約 93.42%，在早期產檢時可能有所不足，因而有稍高的新生兒畸形比率，此點值得相關單位加以重視。

在討論對外籍產婦照護情形或控制偏高的剖腹產的議題時，藉由比較不同族群在背景特徵、及生產方式的差異的情形，並深入分析造成差異的因素，可以找出根本的原因，並得到改善的啟示。本研究認為，在目前我國醫療及健保制度下，無論是否為本國籍產婦，都可以得到基本的照護。但在對外籍產婦的協助上，卻仍存有改善的空間。而本國籍產婦日漸高齡化產子及體重過重的情形，正是造成不同族群間生產方式差異的主要因素。

第二節 建議

無論是基於如何加強照護外籍產婦或是改善過高的剖腹產率，都是目前產科醫療上，刻不如緩的議題。本節依研究之發現與結論，分別就如何對加強對外籍產婦的照護，以及對減少不必要剖腹生產的相關議題提出建議，並對醫療院所及醫護人員、社會大眾、傳播媒體等分別提出建言，最後對後續研究者舉出相關的研究建議。

一、加強外籍產婦照護的建議

本研究發現東南亞籍產婦在生產時因「胎兒窘迫」而緊急行剖腹生產的比例偏高，且分娩時之產科合併症也比較多；而大陸籍產婦則有較高比例會產下具先天畸形新生兒的情形。因此可以顯示出我國產科醫療體系目前對外籍產婦的照護的確仍存有不足之處。故本研究依研究發現之結果，提出以下的之建議：

(一) 積極提供外籍產婦孕期與分娩時的協助，尤其是語言及溝通上的支援。外籍產婦在周產期時最需要的協助，就是醫療資訊的取得，而主要的障礙就在於對語言和環境的不熟悉。由於就醫的資訊及觀念不同，加之以部分外籍產婦語言溝通能力不足，所以在分娩時自然容易會產生突發狀況，甚至發生危險。因此，醫院應設法籌設具

無語言障礙的空間及作業流程。具體的做法如培訓外籍志工媽媽協助來自同故鄉的產婦、制定多語言的簡易就醫及衛教手冊、提供專門的衛教師或翻譯人員協助就醫及育兒保健知識的傳遞等等。

(二) 所有的醫護人員應該要多學習一些對文化上包容的訓練，並尋求更好的實證醫學來照護新移民的產婦，而這些努力必須從醫學院、護理學院及住院醫師訓練的時期就得開始著手。醫護人員須秉持同理心，積極提供滿足外籍產婦在懷孕及生產的特殊需求，以提供這群相對弱勢的族群最適切的產科照護。同時產科醫師在接生過程中，也要儘量避免受到非醫療因素之誘導，以正確的觀念做積極的產科處置。

(三) 加強對外籍產婦的健康管理。本研究顯示，外籍產婦的確是屬於社經及教育地位較為弱勢的一群。雖然目前因為外籍產婦普遍較為年輕，故分娩生產的結果較佳，併發症也相對較少。但隨著開放的時間增長，此一弱勢族群日後仍可能面臨與本國婦女一樣，較高齡生育的問題。此外，由於健康諮詢不足，爾後其家庭生育計畫的問題勢將浮現，必須未雨綢繆。因此建議必須建立專責機構，以單一窗口積極輔導外籍產婦。本研究發現，產前檢查少於6次的本國籍產婦僅佔3.4%，而大陸及東南亞籍卻佔了6.6%及6.1%。外籍產婦有很

高的比例是在來台的短時間內就懷孕，而我國參加健保前仍須四個月的保險等待期，這一段照護之空窗期亟待改善。具體的做法則包括逐一訪視新入籍之外籍新娘，並建卡以利照護管理，同時在教育與社會服務上，協助其語言、文化、工作、就醫和育兒等各方面之適應。同時必需設立心理及健康諮詢輔導制度，以求有效的照顧這一群新的「台灣之子」。

二、減少非必要剖腹生產的建議

本研究發現全體產婦之剖腹產率為 30.99%，尤其是本國籍產婦之剖腹產率為 33.59%，相對偏高。即使是比率最低的東南亞籍產婦也有 17.87%。這個比例遠遠超過 WHO 建議的 15% 的標準，顯示出我國對剖腹產的利用，的確存有較為浮濫之現象，有待改善。同時本研究藉由比較不同族群剖腹產率的差異時，也再一次驗證，較高的剖腹產率對生產之結果並沒有更多的改善，反而增加了住院日數和產科失血量。因此針對本研究發現容易傾向剖腹產之危險因子，提出以下改善之建議：

(一) 建立對生產態度的正確觀念：本研究發現，造成剖腹產的主要危險因子有：較高的年齡、孕前 BMI 值較高或懷孕時體重增加過多、新生兒體重太大或過小、多胞胎妊娠、具前胎剖腹產史及產婦

使用無痛分娩等因素。同時產婦對剖腹產認同度越高者，將來接受剖腹產之機會也越高。因此從觀念上的改變應是較有效的方式。因此，如何在產前即教導婦女避免高齡生子、適度控制體重及合宜的運動等正確觀念，都是要努力的課題。在醫師方面也有要改進之必要。本研究發現，具前胎剖腹產史的產婦，在分娩時幾乎都是再次以剖腹的方式來分娩，顯示無論是產婦或醫師都不願意嘗試所謂的「剖腹產後陰道分娩」。事實上許多研究都指出，剖腹產後陰道分娩是有其安全性的，因此，若能積極的推行剖腹產後陰道分娩，即可有效的降低剖腹產率。此外，我國產科醫療多以醫師主導，因而容易有過多的醫療介入行為，如引產、催生及使用無痛分娩等等。如何減少不必要的引產及催生，並限制無痛分娩的使用等，醫病雙方觀念的改變，是降低剖腹產率時必須推動的作為。

(二) 制定政策鼓勵婦女適齡生育：就本研究所顯示的，年齡仍是影響剖腹產率等醫療資源耗用或生育結果的主要因素。我國的人口結構已趨向高齡化與少子化的時代，依內政部民國 93 年的統計，國內每個婦女一生中平均僅生育 1.18 個小孩，粗出生率已降低達 9.3 %。這當中尚包括近年來為數不少新移民產婦。這種趨勢對將來台灣地區的人口結構勢必將發生重大影響。尤其是相對屬於社經地位及教育程度較佳的本國籍婦女，不但生育數目較少，而且生產時的年齡亦

日益增高。因此建議政府必須及早擬定政策，以經濟或租稅優惠、教育輔助或新的托兒政策來鼓勵婦女趁早生育，並適度增加生育子女的數目。

(三) 建立親善的生產環境：目前我國產科的照護模式，多由醫護人員主導，但產科的照護，本應將分娩視為一種生理的過程，從而提供個別化、人性化的照顧。但是在許多醫療發達的國家，則容易將生產過程視為醫療化的病理治療，產婦在壓力下分娩，剖腹生產的機會就會因而增加。學者分析，若能一對一的專業照護以及家人或陪產員的支持，就有助於降低剖腹產率 (Hodnett, 1999)。因此，建立一個親善的生產環境、人性化的照顧、減少不必要的醫療干預，並使產婦能夠得到適當的心理支持，不但可以給相對較孤單的外籍產婦更多的安全感，同時也是改善目前剖腹產率過高的有效策略。

(四) 對剖腹產率監控的建議：剖腹產率的監控一向是衛生主管機關及健保單位所注重的議題。本研究顯示，無論是哪一種國籍的產婦，大多在生產的時候都已受到全民健保的照護，醫療的可近性已獲解決。本研究進一步分析，發現經濟因素，已不再成為我國產科醫療服務的就醫障礙。那麼在討論控制剖腹產率的策略時，就必須考量到全民健保制度下，醫病雙方可能產生「道德危機」(Moral hazard) 的

因素。本研究建議，教育及觀念的改善是解決目前剖腹產率過高的根本之道。民眾必須有足夠的資訊瞭解剖腹產的潛在風險，而醫師也要在觀念及態度上作正確的釐清。其次，建立標準化的醫療作業準則，並改善目前醫療糾紛的處理模式，以避免醫師採取防衛性醫療的手段規避風險，這些都是重要的課題。至於健保局目前採用經濟誘因的方式，恐怕只是事倍功半的政策。

三、對社會及大眾傳播媒體之建議

(一) 肯定外籍新娘的貢獻並提供相關之協助：一般社會民眾對外籍新娘常容易有歧視或誤解，認為其健康、知識、生活習慣等皆遠遜於本國籍人士，甚至認為這些外籍新娘是次一等的民族。因而對其在人權上的保障難免造成損害。但事實上，本研究發現，外籍產婦在健康行為及健康表現之結果上並不輸給本國籍產婦。差異僅在於對環境的適應程度而已，因此社會大眾及媒體應該重新省思，並予以應有之尊重與協助，使其早日適應台灣的社會環境。

(二) 傳播媒體應正面報導外籍產婦的貢獻，避免負向的導引，使民眾能對外籍產婦有正確的認識。同時，在報導相關醫療新聞時，最好著重在宣導良好而正確的健康知識。盡量減少對醫療糾紛誇大的報導，以避免醫病關係日益惡化，甚至造成對立的情形，而迫使醫師在

執行醫療業務時，不得不採取一些防禦性的醫療行為（如剖腹生產）。

四、對後續研究者的建議

（一）增加取樣的範圍及數量：本研究取樣的院所僅限於中部地區，故外推性有相當程度之限制。未來若能擴充為在北、中、南、東各區都能獲得相當比例的產婦，而取樣的院所又能包括醫學中心、區域及地區醫院、基層診所等，並依照全國產婦分布之情形，按比例加以抽樣調查，如此更能反映出真實的情況，並且可以避免因為醫療供給面差異所造成的偏誤。此外，增加產婦樣本數量，也可以增加統計上的準確度。

（二）擴大議題研究的深度與廣度：本研究大多數的變項皆為臨床之數據，對於產婦分娩時，一些傾向因素或能力因素等偏向質性研究的議題，可能無法完全探知。其次，醫師及醫院制度面所造成醫師在臨床決策時的影響亦有待深入的分析。因此，未來的研究方向應可加強產婦心理需求層面及醫療供給面的探討，以期能確實瞭解照護外籍產婦這個新興的議題，同時藉由比較分娩行為之差異，找出改善目前國內剖腹產率偏高的解決之道。

參考文獻

一、英文部分

Allen, V.M., O'Connell, C.M., Farrell, S.A. and Baskett, T.F. 2005 Economic implications of method of delivery. *Am J Obstet Gynecol* **193**:192-197

Aron, D.C., Gordon, H.S., DiGiuseppe, D.L., Harper, D.L. and Rosenthal, G.E. 2000 Variations in risk-adjusted cesarean delivery rates according to race and health insurance. *Med Care* **38**:35-44.

Aurelius, G. and Ryde-Blomqvist, E. 1978 Pregnancy and delivery among immigrant *Scand J Soc Med* **6**:43-48.

Bailit, J.L., Love, T.E. and Mercer, B. 2004 Rising cesarean rates: are patients sicker? *Am J Obstet Gynecol* **191**:800-803.

Barrett, G., Peacock, J., Victor, C.R. and Manyonda I. 2005 Cesarean section and postnatal sexual health. *Birth* **32**:306-311.

Ben-Meir A, Schenker JG, Ezra Y. 2005 Cesarean section upon request: is it appropriate for everybody? *J Perinat Med* **33**:106-111.

Bost, B.W. 2003 Cesarean delivery on demand : What will it cost ? *Am J Obstet Gynecol* **188**:1418-1421.

Braveman, P., Egerter, S., Edmonston, F. and Verdon, M. 1995 Racial/ethnic differences in the likelihood of cesarean delivery, California. *Am J Public Health* **85**:625-630.

Cnattingius, R., Cnattingius, S. and Notzon, F.C. 1998 Obstacles to reducing cesarean rates in a low-cesarean setting: the effect of maternal age, height, and weight. *Obstet Gynecol* **92**:501-506.

Cohen, J.R. 2005 Patient satisfaction with the prenatal care provider and the risk of cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol* **192**:2029-2032.

- Could, J.B., Davey, B. and Stafford, R.S. 1989 Socioeconomic differences in rates of cesarean section, *N Engl J Med* **322**:268-270
- Cuadrado, P., Munoz, S., Avalos, N., Sanches, R. et. al., 2004 Characteristics of immigrant women and their neonates, *An Pediatr* **60**:3-8.
- Dubay, L., Kaestner, R. and Waidmann, T. 1999 The impact of malpractice fears on cesarean section rates *J Health Econ* **18**:491-522
- Floric, M., Stephansson, O. and Nordstrom, L. 2006 Indications associated with increased cesarean section rates in a Swedish hospital. *Int J Gynaecol Obstet* **92**:181-185.
- Foley, M.E., Alarab, M., Daly, L., Keane, D., Macquillan, K. and O'Herlihy, C. 2005 Term neonatal asphyxial seizures and peripartum deaths: lack of correlation with a rising cesarean delivery rate. *Am J Obstet Gynecol* **192**:102-108.
- Gavin, N.I., Adams, E.K., Hurtmann, K.E., Benedict, M.B. and Chirean, M. 2004 Racial and ethnic disparities in the use of pregnancy-related health care among Medicaid pregnancy women. *Matern child Health J* **3**:113-126.
- Gordon, D., Milberg, J., Daling, J. and Hickok, D. 1991 Advanced maternal age as a risk factor for cesarean delivery. *Obstet Gynecol* **77**:493-497.
- Gould, J.B., Davey, B. and Stafford, R.S. 1989 Socioeconomic differences in rates of cesarean section. *N Engl J Med* **321**:233-239.
- Greene, M.F. 2001 Vaginal Delivery After Cesarean Section—Is The risk Acceptable? *New Eng J Med* **345**:54-55.
- Hager, R.M.E., Daltveit, A.K., Hofoss, D. et al. 2004 Complications of cesarean deliveries : Rates and risk factors. *Am J Obstet Gynecol* **190**:428-434.
- Hemminki, E. and Merilainen, J. 1996 Long-term effects of cesarean Section : ectopic pregnancies and placental problems *Am J. Obstet Gynecol* **174**:1569-1574.
- Hodnett, E. 1999 Caregiver support for women during childbirth (Cochrane review). In :The Cochrane Library , Issue 3,. Oxford : Update software.

- Hueston, W.J. and Sutton, A. 2000 Managed care market share and cesarean section rate in the United States: is there a link? *Am J Manag Care* **11**:1202-1208.
- Ibison, J.M. 2005 Ethnicity and mode of delivery in "low-risk" first-time mothers, East London, 1988-1997. *Eur J Obstet Gynecol Report Biol* **118**:199-205.
- Irwin, D.E., Savitz, D.A., Bowes, W.A., St Andre, K.A. 1996 Race, age, and cesarean delivery in a military population. *Obstet Gynecol* **88**:530-3.
- Jackson, N. and Paterson-Brown, S. 2001 Physical sequelae of caesarean section. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* **15**:49-61.
- Kabir, A.A., Pridjian, G., Steinmann, W.C., Herrera, E.A. and Khan, M.M. 2005 Racial differences in cesareans: an analysis of U.S. 2001 National Inpatient Sample Data. *Obstet Gynecol* **105**:710-718.
- Kalofonos, I. and Palinkas, L.A. 1999 Barriers to prenatal care for Mexican American women. *J Gender Culture Health* **4**:135-152.
- Kornelsen, J. and Grzybowski, S. 2005 Safety and community: the maternity care needs of rural parturient women. *J Obstet Gynecol Can* **27**:554-561.
- Leeman, L. and Leeman, R.A. 2003 Native American community with a 7% cesarean delivery rate: does case mix, ethnicity, or labor management explain the low rate? *Ann Fam Med* **1**:36-43.
- Lin, H.C., Sheen, T.C., Tang, C.H. and Kao, S.Y. 2004 Association between maternal age and the likelihood of a cesarean section: a population-based multivariate logistic regression analysis *Acta Obstet Gynecol Scand*:**83**:1178-1183.
- Morrison, J.J., Rennie, J.M. and Milton, P.J. 1995 Neonatal respiratory morbidity and mode of delivery at term: influence of timing of elective cesarean section. *Br J Obstet Gynecol* **102**:101-106.
- Nuthalapaty, F.S., Rouse, D.J. and Owen, J. 2004 The association of maternal weight with cesarean risk, labor duration, and cervical dilation rate during labor induction. *Obstet Gynecol* **103**:452-456.

- O'Conner, V. and Kovacs, G. 2003 *Obstetrics, gynaecology and women's health*. Cambridge University Press, Cambridge, U.K.
- Panagopoulos, P., Tsoukalos, G., Economou, A., Zikopoulos, M., Koutras, I., Petrakos, G. and Pachakis, M. 2005 Delivery and immigration: the experience of a Greek Hospital. *Clin Exp Obstet Gynecol* **32**:55-57.
- Peipert, J.F. and Bracken, M.B. 1993 Maternal age: an independent risk factor for cesarean delivery. *Obstet Gynecol* **81**:200-5.
- Porneco, P.R. and Thorp, J.A. 1997 Evaluation of cesarean Birth Epidemic *ACOG Clinic review*. **2**, pp 3.
- Rizzo, N., Ciardelli, V., Colleoni, G.G., Bonavita, B., Parisio, C., Farina, A. and Bovicelli, L. 2004 Delivery and immigration: the experience of an Italian hospital. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* **116**:170-172
- Roberts, C.L., Algert, C.S., Raynes-Greenow, C., Peat, B., and Henderson-Smart, D.J. 2003 Delivery of singleton preterm infants in New South Wales, 1990-1997. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* **43**:32-37.
- Sachs, B.P., Kobelin C., Castro, M.A. and Frigoletto, F. 1999 The risk of low the cesarean section rate. *New Eng J Med* **340**:54-70.
- Savage, W. and Francome, C. 1993 British cesarean section rate: have we reached a plateau? *Br J Obstet Gyncl* **100**:493-496.
- Schindl, M., Birner, P., Reingrabner M. et al: 2003 Elective cesarean section vs. spontaneous delivery : a comparative study of birth experience. *Acta Obstet Gynecol Scand* **82**:834-840.
- Shearer, E. L. 1993 Cesarean section: medical benefits and costs. *Soc Sci Med* **37**:1223-1231.
- Shy, K., Kimpo, C., Emanuel, I., Leisenring, W. and Williams, M.A. 2000 Maternal birth weight and cesarean delivery in four race-ethnic groups. *Am J Obstet Gynecol*. **182**: 1363-1370.

- Small, R., Rice, P.L., Yelland, J. and Lumley, J. 1999 Mothers in a new country: the role of culture and communication in Vietnamese, Turkish and Filipino women's experiences of giving birth in Australia. *Women Health* **28**: 77-101.
- Stafford RS. 1990 Cesarean section use and the source of payment: an analysis of California hospital discharge abstracts. *Am J Public Health*,**80**:313-315.
- Stafford, R.S. 1990 Alternative strategies for controlling rising cesarean section rates. *JAMA* **263**:683-687.
- Thom, M.H., Chan, K.K. and Studd, J.W. 1979 Outcome of normal and dysfunctional labor in different racial groups. *Am J Obstet Gynecol* **135**:495-498.
- Thorp, J.A., Hu, D.H., Albin, R.M. et al. 1993 The effect of intrapartum epidural analgesia on nulliparous labor: A randomized, controlled, prospective trial. *Am J Obstet Gynecol* **169**:851-858.
- Tussing, A.D. and Wojtowycz, M.A. 1997 Malpractice, defensive medicine, and obstetric behavior. *Med care* **35**:172-191.
- Wagner, M. 2000 Choosing cesarean section. *Lancet* **356**:1677-1680.
- World Health Organization, Appropriate technology for birth, *Lancet* 1985;2:436-437.
- Yeast, J., Jones, A., and Poskin, M. 1999 Induction of labor and the relationship to cesarean delivery: a review of 7001 consecutive inductions. *Am.J Obstet Gynecol*,**180**:629-633.

二、中文部份

內政部戶政司，2004，九十二年外籍與大陸配偶生活狀況調查摘要報告

內政部，2006，內政部統計月報：現住人口出生、死亡、結婚、離婚登記。台北：內政部

行政院衛生署，2005，台灣地區醫院平均每日醫療服務量及剖腹產率。台北：行政院衛生署

吳舒靜，2002，台灣外籍新娘分布及其相關因素之研究。暨南國際大學教育政策與行政研究所，碩士論文

吳肖琪、藍忠孚、蔡淑玲、李菱菱，1997，全民健康保險各類被保險人住院醫療利用之評估。行政院衛生署委託研究計畫報告

周美珍，2001，新竹縣「外籍新娘」生育狀況探討。公共衛生第二十八卷，第三期，255-266

夏曉鵬，2000，資本國際化下的國際婚姻-以台灣的「外籍新娘」現象為例。新世紀之婚姻、生育與家庭問政與政策研討會論文集，內政部編印，第34-83頁

洪偉哲，2002，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。台灣大學醫療機構管理研究所，碩士論文

徐弘治，1993，剖腹生產，陳哲堯、謝豐舟、謝燦堂主編。當代周產期醫學(417-450頁)台北：合記

徐金源、羅紀瓊、陳治平、張瑞幸、黃富源，2003，非必要性剖腹產的件數及其成本的分析與研究~伴隨生產方式之早期新生兒所罹疾病。行政院衛生署委託研究報告

徐金源、羅紀瓊、游素娟、陳治平、張瑞幸、黃富源，2004，降低不必要的剖腹產率策略建議。國民健康局93年度科技研究發展計畫報告

張中全，1985，剖腹生產。婦科手術(初版腹式篇 466-467頁)，台北：嘉洲。

陳哲堯、謝豐舟、黃立雄，1981，高危險分娩的監視。高危險妊娠(初版 34-39頁)，

台北：華榮

張家楨，1999，台灣外籍新娘幸福感與其他因子之因果關係。行政院國科會專題研究報告

張鈿富，2004，台灣外籍新娘分部及其相關因素之研究。暨南國際大學，教育政策與行政研究所，碩士論文

許家敏，2003，產婦特性對其生產方式的選擇之影響。台北醫學大學醫管系，碩士論文

黃俊元，1995，影響產婦剖腹產利用之相關因素探討—以某醫學中心為例。台灣大學公共衛生研究所，碩士論文

李素幸，2003，外籍新娘所產新生兒低體重及其他健康問題之探討。行政院國家科學委員會專題研究計畫成果報告

鄧秀珍、張家楨、黃慶三、何少祈、蘇斌光、洪信嘉、王秀紅，2004，外籍與大陸配偶（新娘）生育健康問題及就醫需求評估。國民健康局 93 年度科技研究發展計畫報告

陳敏龍、林大欽、關龍錦、林茂、郭宗正，2006。本國與外籍產婦生產方式之比較。台灣婦產科醫學會 2006 年，口頭報告（OO-3）

盧瑞芬及謝啟瑞，2000，支付制度的經濟誘因探討。醫療經濟學（初版 297-321 頁），台北：學富

薛承泰，2003，台灣地區婚姻的變遷與社會衝擊。國家政策論壇季刊秋季號 92.07，台北：國家政策研究基金會

薛承泰及林慧芬，2003，台灣家庭變遷——外籍新娘現象。國家政策論壇季刊冬季號 92.10，台北：國家政策研究基金會

顏兆熊，2005，自行要求剖腹產的利弊。台灣醫界第 48 卷第 6 期 94.06，中華民國醫師公會全國聯合會

陳鈞凱，2006，外籍配偶子女不優生？國健局調查平反。yahoo 奇摩新聞，2005 年 11 月 11 日

摘自 <http://tw.news.yahoo.com/051111/43/2irau.html>



附錄：產婦生產問卷調查表

婦女分娩研究問卷調查表

序號：_____

產婦姓名：_____ 病歷號：_____ 分娩日期：____年____月____日

住院日數：_____天

母親資料

- _____1. 年齡：_____歲
- _____2. 國籍：a.台灣 b.中國大陸 c.越南 d.印尼 e.柬埔寨 f.菲律賓 g.其他_____
- _____3. 外籍媽媽來台時間：a.半年內 b.半-1年 c.1-2年 d.2-3年 e.3年以上
- _____4. 生育史：G_____P_____A_____ (先前剖腹產次數_____)
- _____5. 身高：_____公分
- _____6. 體重：孕前_____公斤，分娩前_____公斤
- _____7. 懷孕前的BMI_____ (BW/hgt²)
- _____8. 教育程度：a.無 b.國小 c.國中 d.高中 e.大專 f.研究所以上
- _____9. 職業：a.無 b.家庭主婦 c.農林漁牧 d.工 e.商 f.軍 g.公教 h.榮民 i.服務
j.其他_____
- _____10. 健保狀況：a.無 b.有
- _____11. 無其他商業保險：a.無 b.有
- _____12. 是否有內科疾病：a.無 b.高血壓 c.糖尿病 d.結核病 e.貧血 f.梅毒 g.心臟病
h.腎臟病 i.氣喘 j.其他_____ (可複選)
- _____13. 有菸、酒、檳榔癮：a.無 b.煙 c.酒 d.藥物 e.檳榔

新生兒資料

- _____ 1. 出生體重：_____公克
- _____ 2. Apgar score：1 分鐘_____，5 分鐘_____
- _____ 3. 分娩週數：_____週_____天
- _____ 4. 頭圍：_____公分
- _____ 5. 身長：_____公分
- _____ 6. 本次生產胎數：a.單胎 b.雙胎 c.參胎以上
- _____ 7. 先天畸形：a.無 b.有

分娩狀況

- _____ 1. 生產方式：a.自然生產 b.真空吸引分娩 c.第一次剖腹產 d.有剖腹產史之剖腹產 e.剖腹產後之陰道生產
- _____ 2. C/S 原因：a.前胎剖腹產 b.胎位不正 c.產程遲滯 d.胎兒窘迫 e.胎兒過大 f.前置胎盤 g.骨盆狹窄 h.選擇性剖腹產 i.其他_____
- _____ 3. 選擇性(自願)剖腹生產原因：a.怕痛 b.擔心胎兒危險 c.看時辰 d.長輩要求 e.高齡 f.害怕陰道鬆弛 g.擔心子宮破裂 h.有商業保險 i.其他_____ (可複選)
- _____ 4. 產程：第一產程_____分，第二產程_____分，第三產程_____分
- _____ 5. 出血量：_____cc
- _____ 6. 無痛分娩使用：a.無 b.有
- _____ 7. 合併症：a.無 b.發燒 $>38^{\circ}\text{C}$ c.胎便染色 中/重度 d.早期破水 >24 小時 e.妊娠毒血症 f.早產(<37 週) g.產後大出血 h.急產(<3 小時) i.胎盤早期剝離 j.其他_____ (可複選)

_____8. 是否施行產後結紮：a.無 b.有

社會狀況

_____1. 家庭年收入：a. 30 萬以下 b. 31-50 萬 c. 51-80 萬 d. 80-100 萬 e. 101-120 萬 f. 120 萬以上

_____2. 父親職業：a.無 b.農林漁牧 c.工 d.商 e.軍 f.公教 g.榮民 h.服務 9.其他_____

_____3. 父親年齡：_____歲

_____4. 父親教育程度：a.無 b.國小 c.國中 d.高中 e.大專 f.研究所以上

_____5. 婚後多久懷孕：a.半年內 b.半-1 年 c.1-2 年 d.2-3 年 e.3 年以上 f.婚前即受孕

_____6. 接受產檢次數：_____次(本院_____次，外院_____次)

_____7. 參加媽媽教室次數：_____次

_____8. 特殊產檢利用情形：a.唐氏症母血篩檢 b.羊水檢查 c.葡萄糖耐受性檢查 d.高層次超音波 e.其他_____ (可複選) f.無

_____9. 對剖腹產的觀念：a.可接受 b.無法接受 c.尚可接受 d.沒意見 e.依醫師評估 f.其他_____

備註：_____