

中國醫藥大學

醫務管理學研究所碩士論文

編號：IHAS-348

影響台灣外籍產婦選擇生產方式之因素探討

**The factors affecting delivery choices of immigration
women in Taiwan**

指導教授：蔡 文 正 博士

研 究 生：曹 珮 琳 撰

中華民國 九十五年六月

誌謝

這是一本以艱辛和感恩共同砌成的論文。

身在異鄉兩年的求學日子，就像經歷一場精彩的旅程；這些努力奮鬥過的收穫不只是學位的取得，更是心智的成長。首先，非常感謝恩師 蔡文正先生與龔佩珍女士，他們溫暖的關懷融化了我初見這城市的陌生與不適應感受；在日後經歷學習的道路上，蔡老師以一貫堅持對學術品質嚴格的原則，卻是付出熱忱、耐心地指導著初學的我，並鼓勵我追求挑戰，使得在完成論文時還能獲得「中央健康保險局九十五年度碩士論文獎勵」，這甜美的滋味是因為蔡老師的用心付出方能嚐得，希望能藉以文字表達內心綿密的感恩之意。其次，感謝 龔佩珍教授、謝淑惠教授在口試時對此論文提供精闢且寶貴的指正，使之更臻以完整；同時，感謝 戴志展所長、黃光華教授在求學的道途上給予我許多學習的機會；因為有這些師長們的逐步引導，才能使我心地清潔且懷有目標地伸展入未來的理想。

在此表達由衷的感謝對研究過程中曾協助問卷調查的所有醫師和阿長們，尤其是元德大哥，使此論文得以順利完成。感謝凱平、怡如、妮吟、瑋杰、亞欣、崇銘、曉雲、思甄、慧珊、春米學長姐們，不求回報給予我許多方面地指導和協助，使我能夠度過失敗，

而毫不氣餒。感謝賓娜、佳玟及中國醫管所第二十一屆同學們，特別是「皇室家族」中冠璋、禹彤、冠馨、懿君、佳怡的扶持與包容，尤其是嘉欣，你們將使我永遠記牢那共同經歷過的艱苦與喜樂，會鮮明地成為我生命裡重要的寶藏。

最後，謝謝支持、疼愛我的爸媽、姊姊和你，你們對我的信任及肯定是支撐我勇敢面對挑戰改變的驅動力，你們每一次的擁抱都是我學習在獨自的生活挺身站立的力量，小小的我正因你們的愛和體諒，才得以無後顧之憂的追求夢想。

再次誠摯地感謝在求學過程上曾經鼓勵、幫助過我的人，謝謝!!

感謝主，並將此論文獻給我最愛的爸媽。

曹珮琳 謹誌

2006年 夏至 於台中

摘要

目的：剖腹產率是世界各國用以評鑑醫院醫療品質的一項指標，台灣的剖腹產率自 1995 年至 2005 一直都在 32~34%之間；又截至 2006 年 4 月底止，台灣新生兒生母來自大陸港澳或外國籍者佔總人數 12.88%；因此本研究希望瞭解有關台灣外籍產婦在台灣的生产情況、生產方式之認知與其選擇生產方式之因素。

方法：本研究於 2005 年 10 月至 2006 年 3 月，以中部地區 15 家醫院之住院外籍產婦(原國籍非台灣籍且不論胎次與生產方式)、及其接生產科醫師為研究對象；共計收集產婦問卷 400 份，產科醫師問卷 61 份；利用羅吉斯迴歸分析(Logistic regression analysis)，探討影響外籍產婦選擇生產方式之相關因素。

結果：本研究外籍產婦剖腹產率為 23.60%；外籍產婦第一次生產年齡平均為 26.87 歲，原國籍以越南、其他國籍者選擇剖腹產之機率高於大陸港澳籍產婦；本研究中 53.88%為初產；超過七成五者本次選擇自然生產，其原因為：「認為生產應順其自然」，其次是「醫師建議或鼓勵自然產」；在生产情況方面，本次剖腹產者年齡高於自然產者；生產住院費用上，自費給付生產費用之外籍產婦者選擇剖腹產比例高於自然生產者；選用剖腹產者有較高比例

「對剖腹產的接受程度」表示完全接受。在產科醫師對生產方式認知方面，本次採用自然產接生之醫師同意「醫師未建議是造成產婦不願意嘗試自然產的主要因素」高於採用剖腹產接生者；其餘各項產科醫師基本特性對產婦生產方式並未達統計上顯著差異。

結論與建議：由本研究結果發現外籍產婦生產年齡普遍較台灣產婦年輕，不同國籍產婦剖腹產比例有所差異；除了醫療因素影響生產方式外，產婦本身選擇生產方式之意願，產科醫師是否有鼓勵產婦選擇自然產的態度亦是影響產婦決定生產方式的非醫療因素。因此，(1)加強大陸港澳與東南亞籍婦女的健康保健、(2)增加外籍產婦及其家屬宣導孕期和育兒知識的來源、(3)加強輔導外籍與大陸港澳籍婦女及其台灣配偶加入全民健保、(4)加強醫護人員對自然產的認知與態度、(5)推動鼓勵產科醫師及醫療院所採用自然產之政策，以期降低台灣總剖腹產率，並提升外籍產婦的醫療照護。

關鍵字：外籍產婦、產科醫師、生產方式、剖腹產、自然產

Abstract

Objective: Cesarean section rate is a common criterion for medical quality on hospital accreditation in the whole world. The Cesarean section rate in Taiwan is around 32% to 34% from 1995 to 2005. 12.88% biological mothers were from China, Hong Kong, Macau or other countries in Taiwan. Therefore, this study tried to understand the situation of childbirth, methods of delivery and factors affecting delivery methods of immigration women in Taiwan.

Methods: 400 immigration women and 61 obstetricians from 15 hospitals in central Taiwan were chose from October 2005 to March 2006. Logistic regression analysis was used to discuss the effected factors for immigration women choosing delivery methods.

Results: The study found that the Cesarean section rate for immigration women was 23.60%. Their average age of first delivery was 26.87. Cesarean section rate for immigration women who were from Vietnam and other countries was higher than who were from China. 53.88% of immigration women were having primipara. More than 75% immigration women from this study chose virginal delivery. The reasons for choosing virginal delivery were “naturally methods for delivery” and “physicians advices or suggestions”. Age of Cesarean section parturient was higher than virginal delivery parturient. On the inpatient out-of-pocket payment part, immigration women who chose Cesarean section pay more than virginal delivery. On the question of “acceptance about

Cesarean section”, Cesarean section women showed more acceptance than virginal delivery women. On the part of obstetrician’s acknowledgement, physicians chose virginal delivery at this time were more agree on “physicians did not suggest is the main factor that affect parturient’ willingness of virginal delivery” than physicians chose Cesarean section. There was no significant difference between other obstetricians’ basic characteristics and parturient’ delivery methods.

Conclusions and Suggestions: This study found that immigration women were younger than native primiparity in Taiwan. Different nationality women had different rate on Cesarean section. Except for medical factors, there are some other non-medical factors that will affect delivery methods, such as parturient willingness, obstetricians’ suggestions and attitude about virginal delivery. Therefore, in order to decreasing Cesarean section rate and increasing medical care on immigration women, we can bring following categories into actions: (1) improving healthcare on immigration women from China, Hong Kong, Macau or other countries, (2) increasing pregnancy and child care education on immigration women and their families, (3) improving immigration women and their related joining National Health Insurance, (4) improving medical staffs acknowledgement and attitude on virginal delivery, (5) bringing virginal delivery policies into action on obstetricians and hospitals.

Key words: immigranton women; obstetrician; delivery choice; cesarean section; virginal delivery

目錄

第一章 緒論	1
第一節 研究背景與動機	1
第二節 研究目的	4
第二章 文獻探討	5
第一節 剖腹產與適應症及其在臺灣的情形	5
第二節 影響剖腹產的相關因素	9
第三節 外籍新娘在臺灣的現況	16
第四節 降低剖腹產的策略	19
第五節 文獻總結	21
第三章 研究設計與研究方法	22
第一節 研究流程	22
第二節 研究架構	23
第三節 研究假設	24
第四節 資料來源	24
第五節 研究變項與操作型定義	28
第六節 統計分析方法	32
第四章 研究結果	34
第一節 描述性分析	34

第二節	雙變項分析	38
第三節	羅吉斯分析	40
第五章	討論	55
第一節	分析外籍產婦之基本特性	55
第二節	外籍產婦對生產方式的認知與態度探討	58
第三節	產科醫師基本特性及認知對外籍產婦選擇生產方式之 探討	60
第六章	結論與建議	62
第一節	結論	62
第二節	建議	64
第三節	研究限制	66
參考文獻		67
附錄一、外籍產婦問卷		76
附錄二、婦產科醫師問卷調查表		79

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.....	9
表 2-2、台閩地區外籍配偶人數.....	18
表 2-3、臺閩地區外籍配偶人數按國籍分(含大陸港澳).....	18
表 4-1、產婦與配偶基本特性.....	41
表 4-2、產婦生產情況.....	43
表 4-3、產婦選擇生產方式原因.....	45
表 4-4、產婦對生產的認知.....	45
表 4-5、產科醫師基本特性.....	46
表 4-6、產婦基本特性之卡方分析.....	47
表 4-7、產婦生產情況及認知之卡方分析.....	49
表 4-8、醫師基本特性與其產婦生產方式之卡方分析.....	51
表 4-9、外籍產婦選擇生產方式羅吉斯回歸分析.....	53

圖目錄

圖 3-1、研究流程.....	22
-----------------	----

第一章 緒論

第一節 研究背景與動機

近幾年來，由於台灣人口結構與社會經濟環境的改變，使得東南亞與大陸女性藉由婚姻管道遷移至台灣的人口輸入現象，逐年增加，由內政部的統計資料顯示，截至 2006 年 5 月底為止，在台灣的外籍配偶總計有將近 37 萬人，其中女性配偶達 35 萬人(含大陸港澳)，其中大陸港澳地區的外籍新娘佔了 64.10%，其它的外籍新娘佔 35.90%。然而外籍新娘隻身離開了固有的支持系統和社會文化來到台灣，常常在一、二年內面臨懷孕生產的人生重大事件，面對完全陌生的環境，又以傳宗接代為主，生育成為生活中重要的任務，其所遭遇的健康問題是需要醫護人員加以重視的。截至 2006 年 5 月底止，台灣外籍配偶所生產胎兒總計超過 2 萬 6 千人，其中大陸港澳地區產婦所生約佔 37.81%，其他外國籍佔 62.19%，又以九成以上為東南亞地區生母佔最多。

台灣剖腹產率在 1995 至 2004 年一直都在 32%~34%(行政院衛生署，2006)；在國際間剖腹產率也呈現上升的趨勢。在美國，1970 年剖腹產率是 5.5%，1970 至 1980 年快速地增加，1980 年代，再次剖腹產率超過 9.8%，是造成剖腹產率升高的主要原因之

一，於 1988 年更達到 25% 的高峰，僅僅近二十年就增加了二十個百分點(林錦洲、邱隆茂，2000)；於 2000 至 2001 年，初次剖腹產率增加了 5%(Martin, Park & Sutton, 2002)。

Chan(1988)研究中指出，移民的婦女相較下有較高的剖腹產率，而在國內尚未有針對移民婦女進行生產方面的研究，大多數是針對剖腹產與自然產的研究。又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(洪偉哲，2002)。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(蘇棋楓，2003)。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)，自 2001 年第 1 季開始將「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、剖腹產後自然生產比率及剖腹產後嘗試自然生產成功率；台灣醫務管理學會創辦的台灣醫療照護品質指標系統(Taiwan Healthcare Indicator Series；THIS)亦自 2001 年第 4 季開始在住院指標中增加剖腹產率、再次剖腹產率及剖腹產自然生產率的監測；國內中央健康保險局推行自主管理，各分局也陸續於醫療品質監測中增列「剖腹產率」之品質指標，可見剖腹產率一直是國內醫療品質監測的重要指標；此外，中

央健康保險局但 2004 年 7 月 1 日開始實施的卓越計畫，仍然繼自主管理時期將「剖腹產率」列入醫療品質監測指標項目，更於 2005 年 5 月 1 日起，增修婦產科醫療費用支付標準，其中將自然產(陰道分娩)的醫療給付標準調高到與剖腹產給付相同，依照新修定的支付標準，自然產(或剖腹產)的給付在各醫療層級將為：醫學中心 33,969 元，區域醫院 32,169 元，地區醫院 30,403 元和基層診所 27,393 元；上述各項措施的目的無非是以政策鼓勵自然產，以期產科醫師能在產婦無產科禁忌症情況下，多鼓勵說服產婦選擇自然生產，以進一步達到降低不必要剖腹產率。

過去對於剖腹產的研究較多，但對於外籍產婦生產方面的研究較少。本研究希望能藉由問卷調查之資料，探討影響外籍產婦選擇生產方式的相關因素，進而瞭解外籍產婦在台灣的生产情況、生產方式之認知與其選擇生產方式之因素，以協助外籍產婦於生產過程中能夠選擇最佳的生產方式。

第二節 研究目的

外籍產婦在選擇生產方式時是否選擇剖腹產之影響因素很多，除了受醫療因素影響外，非醫療因素方面，例如：產婦本身的認知、前次生產的情況、產科醫師及配偶家人所扮演的角色等都是可能的原因。基於上述研究動機，本研究著重於外籍產婦生產方式之非醫療相關因素探討，研究目的如下：

- 一、分析瞭解外籍產婦之基本特性。
- 二、探討外籍產婦對生產方式的認知。
- 三、探討產科醫師對外籍產婦選擇生產方式之影響。
- 四、探討影響外籍產婦生產之相關因素。

第二章 文獻探討

生產是多面向的經驗，包含了生理、情緒、社會文化與靈性等因素(Lowe, 1996; Jolly, Walker & Bhabra, 1999)。根據過去國內文獻顯示，除了醫療因素之外，非醫療因素對於生產方式的選擇有相當大的影響。因此本章共分四節，第一節介紹剖腹產與適應症及其在臺灣的情形；第二節探討影響剖腹產的相關因素；第三節介紹外籍配偶在臺灣的現況；第四節介紹降低剖腹產的策略，根據上述四節了解外籍產婦及影響剖腹產之相關因素。

第一節 剖腹產與適應症及其在臺灣的情形

一、剖腹產

剖腹生產(Cesarean Section)的定義，是以手術的方式切開腹壁與子宮壁，將一個或多個體重在 500 公克以上的胎兒分娩的過程。剖腹產可以挽救母親與胎兒的健康，但也容易產生併發症如：子宮裂傷、膀胱傷害、輸尿管傷害、消化系統傷害、大量出血，以及對胎兒的傷害等(Landon, Hauth, Leveno et al., 2004)。婦女的皮下脂肪愈厚、BMI 值愈高，傷口感染的機會也愈大，日後產婦也可能出現骨盆腔或腹腔沾黏的現象(Cnattingius, 1998)。

二、剖腹產適應症

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、子癇前症、子宮頸癌、骨盆腔腫瘤、多胞胎妊娠以及產婦生殖道有感染等；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)。總而言之，大多數的剖腹產均和下列四個醫療診斷有關，包括前胎剖腹產(Previous cesarean)、難產(dystocia)、胎位不良(malpresentation)、胎兒窘困(fetal distress)。若產婦發生上述的狀況時，適時的使用剖腹產可以使產婦與胎兒有較好的健康狀態，但若產婦只是一時方便而要求剖腹產，仍會有許多沒有考慮到的危險性與生理後遺症。

三、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母親及胎兒的性命，但是剖腹生產也有其危險性，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，及膀胱、直腸、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沾粘或腹壁沾粘之可能性。此外，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、沾粘性胎盤的發生率也會增加(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)。

四、剖腹產在台灣的情況

台灣最早只有少數幾間大型醫院在計算剖腹產率；由過去學者整理可看出台灣早期各醫院剖腹產率的情況；1985 年台大醫院剖腹產率為 27.5%；長庚醫院 1984 年剖腹產率為 27.6%，到 1989 年則為 29.9%；中國醫藥學院附設醫院於 1980 年剖腹產率為 19.8%，1985 年則為 22.0%(黃俊元，1995)。直至 1991 年由衛生署開始展開台灣全國性的剖腹產調查統計，從年度總剖腹產率統計可得知，

1992 年台灣剖腹產率為 29.9%，自 1993 年開始上升至 32.2%，至今 2006 年台灣剖腹產率仍維持在 32%~34%之間。

早期台灣的剖腹產率較低，主要原因大多是「骨盆狹窄」或「前置胎盤」的因素(王國恭，1996)，但同時過去學者亦指出受到早期醫療科技與設備簡陋，無菌生產技術發展不全，且剖腹生產技術大多以子宮上段直切方式進行，此方式較易產生出血過多、感染、子宮沾黏或破裂等併發症(何卿維等，1992)，因此早期剖腹產的比例較少；發展至 1976 年~1985 年間，由於胎兒監視器的廣泛使用，時常在發現有胎兒窘迫情況時就採取剖腹生產，再加上醫療糾紛事件增多，許多醫師亦趨向採取剖腹生產以避免日後醫療糾紛的風險(王國恭，1996)。除此之外，台灣受到命理良辰吉時的文化影響，多數產婦或其家屬受個人偏好進而選擇剖腹生產，或許也影響台灣剖腹產率高居不下的原因(黃俊元，1995、黃良圭、黃正文，1999)。

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	32.96
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

(相關資料來源：行政院衛生署，2006)

第二節 影響剖腹產的相關因素

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。過去研究指出造成高剖腹產率的原因有 1.對危險的低承受度;2.害怕醫療糾紛;3.硬膜外麻醉使用的增加；4.胎兒監視器使用的增加;5.醫師的方便性;6.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；Ramin et al., 1995)。而影響剖腹產率的因素很多，大致可區分為醫療/臨床影響因素、產婦因素、醫師因素、醫療照護體系特性等四方面探討：

一、醫療臨床影響因素

由 1980 到 1985 年，在美國造成剖腹產率增加的原因包括重複剖腹產(48.4%)、難產(29.7%)、胎兒窘迫(16.1%)、臀位產(4.8%)及其他合併症(1.7%)(林錦洲、邱隆茂，2000)。根據 Taffel 等學者(1997)研究顯示，超過八成以上的剖腹產與四個醫療診斷有關，包含有前胎剖腹產(Previous Cesarean)、難產(Dystocia)、臀位生產(Breech Presentation)和胎兒窘迫(Fetal Distress)。

針對以上醫療臨床因素，近期學者研究亦指出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)；「前胎剖腹產」佔目前台灣剖腹產主要診斷的第一位(吳嘉苓，1998)。由過去學者研究發現，剖腹產原因最主要為「前胎剖腹產」的影響，是因為一般人認為受到前次頗腹生產所留下子宮疤痕的因素，擔心再次生產時會引起子宮破裂的危險，因此許多前胎有剖腹產經驗的產婦，通常不考慮其他醫療因素，會考慮再次剖腹產，同時「前胎剖腹產」亦成為早期許多婦產科醫師在決定產婦生產方式時採用剖腹產的常規。但截至目前已經有許多研究證明，前胎剖腹產後自然產(VBAC)是安全的(Flamm, 1990、林春米，

2004)。

在難產方面，通指一切胎兒不是於通過母體骨盆或陰道，或是母體無法將胎兒正常生出情況的總代稱，其中引起難產的原因有：產婦子宮收縮力不足、胎兒周圍和母親骨盆不相襯、胎位異常、產道阻塞…等因素。英國研究顯示，有越來越多婦女被認為是難產的個案，1980 年有將近三成產婦被認為是不正常分娩，但到了 1990 年時比例已經升到 7.4%(Taffel et al., 1991)，表示難產的恐懼足以影響產婦選擇自然產的意願與自信。

另外，臀位生產是指產婦足月生產時，胎兒頭與軀幹的位置在母體內會呈現垂直的現象，通常其中有將近一成之胎兒會呈現頭在上方腳在下的位置，此現象稱之為臀位；若面臨分娩時胎兒呈現為臀位，採用自然產會增加產婦生產時損傷的危險性，甚至會因臍帶脫垂情況而造成胎兒氧氣不足，發生母體與胎兒意外(Myers, 1986, 林昭沛, 1998)。最後，胎兒窘迫影響剖腹生產比例升高主要原因是使用電子胎兒監視器的因素，相較於傳統聽診器間歇性聽診方式，靈敏度較高的電子胎兒監視器容易過度診斷胎兒窘迫的情況，致使醫師與產婦選擇剖腹生產(Taffelet al., 1991；Thorp et al., 1993；王國恭, 1996；Sachs et al., 1999)。

至於其他臨床相關因素的影響也必須注意，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原因；另外，使用產箱或其他助產術進行生產時，較容易發生生產危險，若產科醫師能夠謹慎使用檢查儀器，審慎評估產婦身體撞況，就能夠降低不必要剖腹產的機會。

二、產婦因素

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；2.產婦生產胎次的影響；3.產婦保險身份的影響；4.產婦教育程度的影響；5.良辰吉時等命理之說的影響；6.認為剖腹產對產婦和自然生產一樣安全的，剖腹產率較高；7.認為剖腹產對胎兒比較安全的，剖腹產率較高；8.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，便成為產婦選擇生產方式的一項決定因素(洪偉哲，2002；吳嘉苓，1998；趙天麗，1996；黃俊元，1995)。

國外研究表示非醫療因素影響生產方式中，產婦特性包括產婦生產年齡、保險狀況、社經地位、種族、產婦對生產的觀念、認知與文化…等因素皆是有可能影響產婦選擇生產方式的相關因素(Cattaruzza, 1991)。在產婦生產年齡方面，相關研究顯示產婦的生

產年齡是決定剖腹產與否的重要因素，Gordon 等人(1991)研究發現，控制其他因素下，較高年齡的產婦其剖腹產的相對危險性明顯高於自然產者；同時，高齡產婦會影響產科醫師決定生產方式，衍生使得高齡產婦有較高不必要剖腹產的危險。產婦擁有保險的情況也會影響其選擇不同生產方式，過去學者指出有保險的產婦在校正年齡、生產胎次…等其他因素後，有保險之產婦選擇剖腹產的可能性高於沒有保險身分的產婦，勝算比為 1.63(朱僑麗，1993)；台灣一份研究調查結果亦發現具有公保、勞保及其他保險的產婦，其剖腹產率顯著高於自費生產者(黃俊元，1995)。在不同種族婦女間選擇生產方式有無差異，部分研究指出種族間的剖腹產率無顯著差異(Zahniser, 1992)；但有美國研究指出在美國許多不同種族間出現不同的剖腹產率，且潛在許多不必要的剖腹產手術(Azad A, 2005)；另一研究結果顯示在調整了醫療臨床的影響因素後，產婦的種族、保險都是可以獨立影響剖腹產率的因素(Aron DC,2000)。

針對產婦對生產的觀念、認知方面，過去研究發現認為剖腹生產較安全的產婦比認為不安全者，其剖腹產之勝算比為 3.81，且認為選擇良辰吉時生產可以改造胎兒命運的產婦，相較於不相信者勝算比為 7.10，有研究結果顯示產婦的觀念、認知受文化因素影響，能夠對產婦的剖腹產利用有所影響。

另外，學者研究調查結果顯示雖然陰道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 80%，但婦女仍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(Hill, 2004)；

三、醫師因素

產科醫師對於剖腹產在時間上不僅可以事先安排，在整個生產的過程中也都是以醫生為主導，於手術台前可多了份控制感(Tussing & Wojtowycz, 1992；何弘能，1995；黃俊元等，1995)，另外亦有研究指出訴訟與醫療糾紛保險費亦會影響醫師是否進行剖腹產(Tussing & Wojtowycz, 1992；Stafford, 1990)，而醫師的職業風格與醫師的性別等特性亦會影響剖腹產率的高低，說明如下：

(一)時間方面的因素：通常自然生產的待產過程大約需要 12 小時或更多，剖腹產則只需 20 分鐘的時間，因此，醫師為了便於掌控生產時間，避免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：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，家屬的不合理要求，常促使醫師施行

剖腹生產(Tussing & Wojtowycz, 1992 ; Thorp et al., 1993 ; 王國恭, 1996 ; Sachs et al., 1999 ; Marsden, 2000 ; 古智愷, 2002)。據研究，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 18%，其中一項可能的原因就是醫師害怕招致醫療訴訟(The Lancet, 2000)；過去一項針對美國紐約州與伊利諾州不同區的醫療糾紛保費和剖腹產關係研究發現，醫療糾紛保費的增加和剖腹產率增加有顯著關係，顯示產科醫師可能會因為擔心產生醫療糾紛，而影響對生產方式的選擇。

(三)醫師特性方面的因素：有關研究顯示，醫師對於剖腹產管理之行為，會因個人特質、認知、態度而有差異(古智愷, 2002)；醫師對於剖腹產的看法，也會影響產婦對於選擇生產方式的決定(The Lancet, 1997)。

(四)醫療照護體系特性：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賺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)。也有學者認為和加拿大、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)。



第三節 外籍新娘在台灣의 現況

外籍新娘現象是來自較低度發展國家婦女嫁往較高度發展國家的全球性現象的一環。臺閩地區外籍新娘日益增多，逐漸成為本地的人力資源，但是語言、文化的隔閡常讓身負家庭照護之責的他們，無法有效的處理健康問題。目前在台灣的外籍新娘(含大陸港澳)人數高達 31 萬多人，其中大陸港澳地區以及越南地區的外籍配偶人數佔絕大多數。依據內政部資料，近幾年來外籍結婚登記數，每年都超過十萬人，外籍新娘的生育率一般都超過本地婦女。在生育總數上，1998 年外籍與大陸新娘所生嬰兒佔台閩地區嬰兒出生

數的比率為 5.01%，但截至 2006 年已以提升為 14.78%，成長速度與外籍新娘人數一樣呈倍數成長(行政院主計處，1998-2006)。

研究指出，跨國婚姻婦女來台半年受孕率極高，因為婚後快速生育、沒有特別的生育計畫、缺乏優生保健諮詢，因此相關婦幼優生保健照護，成為護理人員及相關健康照護專業人員重要的健康關注焦點(王秀紅、楊詠梅，2002)。而來自大陸港澳與東南亞國家的婦女，其配偶大都為國內社會經濟地位較低、教育程度低、月收入較平均水準低、患有身心障礙之弱勢團體(張家禎，1999)、或者為老夫少妻的夫妻檔(周美珍，2000)，且因語言的障礙使得這群外籍新娘對健康保險系統、公共設施以及社會福利的使用受到影響(Lipson, 1991)。國內一份關於剖腹產過程中女性身體自主權的研究中指出，由於外籍產婦在語言及文字均有相當的障礙，在決定是否接受剖腹產的過程中，面臨較多的問題(馬芝琳，2003)，此外亦有研究顯示，在台灣的外籍人士與醫師的語言溝通問題是造成延誤就醫的主要因素(蔡文正等，2000)。

跨國婚姻對外籍新娘而言，必須經歷不同的文化衝擊，在接受醫療照顧方面，包括生育這件重大人生經歷更是影響深遠(Del Rio, 1999)。根據研究顯示，非歐洲婦女剖腹產的比率遠高於歐洲婦女的剖腹產比率(Diani et al., 2003；Minerva, 2000；Diani, 2000)。而

Ma & Banman 的研究指出，澳洲的移民婦女剖腹產比率比較高、產後併發症比率亦較高；其中亞洲婦女剖腹產比率、產後出血、三度撕裂傷及生產引起的感染比率均較高(Ma & Banman, 1996)。研究結果的結論，大多是因為不同文化背景、語言溝通、醫療處置及技術，皆是適當分娩的重要且必要的關鍵因素(Diani et al., 2003)。

表 2-2、台閩地區外籍配偶人數

	外籍配偶(原屬)國籍	大陸、港澳地區
男	9423	15,225
女	119,988	215,301
合計	129,411	230,526

註：統計時間為 76 年 1 月至 95 年 3 月底
(資料來源：內政部戶政司統計資料，2005)

表 2-3、臺閩地區外籍配偶人數按國籍分(含大陸港澳)

	外籍配偶(原屬)國籍	比例
大陸港澳地區	220,334	63.64%
越南	71,114	20.54%
印尼	24,750	7.15%
泰國	9,155	2.64%
菲律賓	5,670	1.64%
柬埔寨	4,532	1.31%
其他國家	10,643	3.07%
合計	346,198	100.00%

註：統計時間為 76 年 1 月至 95 年 3 月底
(資料來源：內政部戶政司統計資料，2005)

第四節 降低剖腹產的策略

國內學者認為要降低台灣非醫療必要性的剖腹產，可從孕產婦及一般民眾的教育、產科醫療提供者的再省思與再教育、周產期護理人員發揮獨立專業功能等三大方向著手，以減低台灣非醫療必要性的剖腹產率(鍾聿琳，1998)。另一項研究指出，嘗試剖腹產後自然生產確實可以降低剖腹產率。如果可以適時提高健保給付，使醫師有承擔風險的意願，同時改變民眾看時辰的觀念，加強剖腹產後自然生產的宣導教育，將可使剖腹產後自然生產成為減少剖腹產的最佳策略，達到降低剖腹產的目的(孫藝琴，2002；林春米，2003)。此外，研究發現，醫師、先生及家人的建議也會影響剖腹產率(陳麗芳等，1997)。近期研究更指出，降低再次剖腹產的有效方法是試產，而且醫院可透過內部政策運用，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，除了設立初次剖腹產的適應症，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，並且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% (Liang et al., 2004)。

國外的研究亦指出，降低剖腹產率必須同時兼顧首次剖腹產率及再次剖腹產率的管理。1995 年在美國懷孕婦女有 12% 曾有剖腹產的經驗，因此，如果僅單方面致力於降低首次剖腹產率，對於要降低總剖腹產率是很困難的。要降低剖腹產率有二項重要的策略 1. 增加剖腹產後自然生產的數量；2. 提高手術式陰道生產，即產鉗或真空吸引器生產(Sachs et al., 1999)。1990 年後美國大約都維持 10%~15% 的手術式陰道生產，其中產鉗(Forceps)生產使用率逐年降低，但是真空吸引器生產(Vacuum)的使用率則逐年增加(劉瑞德，1999)。



第五節 文獻總結

根據衛生署相關規定，外籍配偶來台需居留滿 4 個月才能取得健保資格，而大陸配偶的納保資格更為嚴格；沒有健保資格加上低經濟因素，過去多數剛嫁入台灣的外籍與大陸產婦，在懷孕生產期間，不能自費產檢，對母親與胎兒的健康照顧形成一大盲點。針對此問題，行政院衛生署於 2005 年 3 月透過「外籍配偶照顧輔導基金補助經費申請補助項目及基準」，針對上述無健保資格之外籍產婦提供五次產檢補助金；於國外移民產婦因語言的隔閡，對其分娩方式與醫療照護有很大的影響。而台灣在跨國聯姻日漸增加的情況下，新一代的外籍台灣媳婦，是否能得到妥善的醫療照護，選擇最適宜的生產方式也應受到重視。又台灣的剖腹產率與國際比較，相對高出許多，值得國內專家學者的研究。因此本研究將探討外籍產婦的基本特性與其在選擇剖腹產的相關影響因素，以作為未來協助外籍產婦於生產過程中能選擇最佳生產方式，提供外籍產婦在生產方面所需的醫療照護與健康諮詢之參考。

第三章 研究設計與研究方法

第一節 研究流程

本研究欲針對中部 15 家醫療院所之外籍產婦與其接生醫師進行外籍產婦選擇生產方式之影響因素調查，主要藉由問卷調查的方式進行研究，本研究之研究流程及進行步驟如下(如圖 3-1 所示)：



圖 3-1、研究流程

第二節 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後，確定研究架構如下：



第三節 研究假設

本研究之目的是在探討影響外籍產婦選擇生產方式的相關因素。因此，綜合文獻探討結果及研究目的，本研究提出下列假設：

- (一) 外籍產婦選擇生產方式因個人基本特性不同而有差異。
- (二) 外籍產婦對剖腹產接受程度與選擇生產方式有相關。
- (三) 經醫護人員鼓勵自然生產之產婦，採自然產之機率較高。

第四節 資料來源

一、研究對象及資料來源

本研究於 2005 年 10 月至 2006 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)之產科住院外籍產婦(含大陸產婦)，生產方式不論其為自然生產或剖腹產均為研究的對象。除了對產婦進行收案外，同時於 2006 年 1 月回收至 3 月為期兩個月。以本研究收案之外籍產婦的接生醫師為收案對象，從中分析產科醫師對外籍產婦選擇生產方式的影響。本

研究資料收集結果，外籍產婦部份共發出 500 份，回收 400 份，有效回收率 80%。醫師部分共發出問卷 70 份，經多次催收後，回收 61 份，有效回收率為 87%。

二、研究工具

(一) 問卷設計

本研究透過問卷調查的方式收集資料，測量工具採結構式問卷的方式設計問卷。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。問卷內容包括產婦個人基本特性(如：年齡、教育程度、國籍、配偶家庭背景...等)、生產情況(如：生產胎數、前次生產方式、嬰兒出生體重、胎兒狀況...等)、對生產方式之認知(如：是否瞭解自然產與剖腹產的優缺點、對於剖腹產的接受程度、是否瞭解剖腹產後可以採自然產、是否瞭解剖腹產後自然產是安全的...等)、其他影響生產方式之因素(如：醫師建議、醫療上需要臨時開刀、產婦個人因素要求剖腹產...等)。

此外，為探討產科醫師對產婦選擇生產方式之影響，產科醫師問卷內容包括醫師個人基本特性(如：醫師年齡、醫師性別、職業年資、平均接生人數...等)、對生產方式選擇因素之看法(如：在無產科禁忌症的情況下，是否鼓勵產婦自然產、是否同意「醫師未建

議」是造成產婦不願意嘗試自然產的重要原因、目前所服務的機構是否致力推動自然產的政策)。

(二) 問卷信、效度

本研究針對產婦與醫師問卷之內容效度，以專家效度進行檢測，請相關臨床專家和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)，於外籍產婦問卷收回後兩週內，選擇問卷中兩題重要題目進行再測，再測題目分別以回答是、否之問題，題目為「本次生產後是否有產後併發症」、「本次生產期間，醫護人員是否鼓勵您自然產」；再測人選中，外籍產婦由各樣本醫院中隨機抽取 2 位，共計外籍產婦 30 位，本研究計算 Kappa 平均值為 0.77(kappa 標準值 0.75)，顯示本問卷信度頗佳。

三、資料收集

(一) 訪員訓練

針對產婦問卷進行訪員訓練。由研究人員親自向收案人員說明本研究之研究目的、收案注意事項，並解答其疑慮，以達收案標準的一致性。

(二) 問卷收集方法

1.產婦問卷：由前述收案醫院內原國籍非台灣籍的外籍產婦，不分胎次或生產方式，且願意回答問卷之產婦，於出院前以結構式問卷由受過訓練的護理人員完成問卷調查。

2.醫師問卷：以郵寄方式將問卷寄給接生本研究之研究對象外籍產婦的產科醫師，請其填答問卷後，以所附回郵信封寄回給研究者。



第五節 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

表 3-1、操作型定義

變項名稱	內 容	類型
生產次數	第幾次生產	比率
生產經驗	歷次生產經驗	比率
新生兒體重	新生兒出生體重，單位：公克	比率
足月/早產	是否早產(懷孕週數<37週為早產)	名義
生產方式	自然生產、剖腹生產	名義
剖腹生產原因	醫師建議：有 7 選項 原本嘗試自然生產，但生產不順，臨時開刀：有 3 選項 自己要求剖腹生產：有 9 選項	名義
流產經驗	此次生產前是否有流產經驗： 否、是	名義
第一次生產年齡	20 歲以下、21-25 歲、26-30 歲、31-35 歲、36 歲以上	序位
生產費用來源	此次住院費用付費方式： 自費給付、健保給付	名義
自然生產原因	此次自然生產原因－醫師建議或鼓勵自然生產	名義
自然生產原因	此次自然生產原因－害怕開刀手術危險 否、是	名義
自然生產原因	此次自然生產原因－害怕手術傷口疼痛 否、是	名義
自然生產原因	此次自然生產原因－費用較低 否、是	名義

表 3-1、操作型定義(續)

變項名稱	內 容	類型
自然生產原因	此次自然生產原因—不喜歡開刀留疤痕 否、是	名義
自然生產原因	此次自然生產原因—生產後身體恢復較佳 否、是	名義
自然生產原因	此次自然生產原因—認為生產應該順其自然 否、是	名義
嬰兒健康情形	此次生產嬰兒之健康情形： 良好、普通、不佳	序位
嬰兒安置場所	此次生產後嬰兒被送至： 嬰兒室、新生兒中重度病房、新生兒加護病房、轉院	名義
剖腹產接受度	您對剖腹生產接受程度： 不能接受、尚可接受、完全接受	序位
選擇之生產方式	在沒有經濟壓力下，您會選擇的生產方式 自然生產、剖腹生產	名義
產後併發症	此次生產是否有產後併發症： 否、是	名義
產後併發症	產後併發症為： 出血、感染	名義
醫護人員對自然生產的支持	此次產前產檢期間，醫護人員是否鼓勵您自然生產： 否、是	名義
產婦居住地	台中縣市、彰化縣市、南投縣市、苗栗縣市、其他	名義
產婦原國籍	大陸港澳、越南、印尼、菲律賓、緬甸、其他	名義
產婦年齡	20 歲含以下、21-25 歲、26-30 歲、31-35 歲、36 歲含以上	序位
配偶年齡	30 歲含以下、31-35 歲、36-40 歲、41 歲含以上	序位

表 3-1、操作型定義(續)

變項名稱	內 容	類型
產婦教育程度	國小含以下、國中、高中(職)、專科、大學含以上	序位
產婦配偶教育程度	國小含以下、國中、高中(職)、專科、大學含以上	序位
產婦職業	家庭主婦、農林漁牧、工、商、學生、服務業、其他	名義
產婦配偶職業	農林漁牧、工、商、軍、公教、榮民、學生、服務業、其他	名義
家庭總年收入	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	序位
產婦宗教信仰	佛教、基督教、道教、回教、天主教、無	名義
產婦配偶宗教信仰	佛教、基督教、道教、回教、天主教、無	名義
產婦自覺健康	非常好、好、普通、不好、非常不好	序位
產婦是否有重大傷病	無、有	名義
產婦是否有其他疾病	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、其他癌症	名義

二、醫師問卷

表 3-2、操作型定義

變項名稱	操作型定義	變項
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	否、是、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	否、是	名義
醫院層級	醫學中心、區域醫院、地區醫院	名義
醫院屬性	公立醫院、私立醫院、財團法人醫院	名義
醫師年齡	35 歲以下、36-40 歲、41-45 歲、46 歲以上	序位
醫師性別	男、女	名義
醫師教育程度	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

第六節 統計分析方法

本研究問卷回收後，採用 SAS8.02 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。將統計分析訪法分述如下：

一、描述性分析

以次數、百分比，描述外籍產婦個人基本特性(如：年齡、教育程度、國籍、配偶家庭背景.....等)、生產情況(如：生產胎數、前次生產方式、嬰兒出生體重、胎兒狀況.....等)、其他影響生產方式之因素(如：醫師建議、原本嘗試自然產，但生產不順臨時開刀、自己要求剖腹生產)。醫師部分依照個人基本特性(如：醫院層級與屬性、年齡、性別、教育程度、近一年內平均接生人次、執業年資等)、對生產方式選擇之看法(在無產科禁忌症情況下，是否鼓勵產婦自然產等)、服務之機構是否致力推動自然產的政策等方面統計其次數、百分比，以瞭解收案對象在各變項之看法、感受情形。

二、雙變項分析

利用卡方檢定(χ^2 test)分析產婦以及產科醫師兩部分；產婦方面：是否選擇剖腹產之外籍產婦個人基本特性(如：年齡、教育程

度、國籍、配偶家庭背景...等)，生產情況(如：生產胎數、前次生產方式、嬰兒出生體重、胎兒狀況...等)、對生產方式之認知(如：是否瞭解自然產與剖腹產的優缺點、對於剖腹產的接受程度...等)、其他影響生產方式之因素(如：醫師建議、醫療上需要臨時開刀，產婦個人因素要求剖腹產)。醫師部分為：本次生產方式為剖腹產或自然產之兩組產婦其接生醫師的基本特性、對生產方式選擇因素之看法、服務之機構是否致力推動自然產的政策等變項之差異。

三、迴歸分析

利用羅吉斯迴歸分析(Logistic Regression Analysis)，以外籍產婦此次生產方式為依變項，以外籍產婦的個人基本特性、生產經驗、對生產方式之認知與產科醫師基本特性、對生產方式之認知、態度等相關因素為自變項，在控制其他變項下，探討影響外籍產婦選擇生產方式之顯著因素。

第四章 研究結果

本章節依據研究設計和測量變項，將研究結果分為三部份：第一部份為描述性分析，主要描述針對回收問卷作外籍產婦與其產科接生醫師之樣本於各變項間之分布情形。第二部份為雙變項分析，利用卡方檢定分析本次生產為自然產及剖腹產兩組外籍產婦，及其產科接生醫師在各變項之間是否達統計上顯著差異；第三為推論性分析，利用羅吉斯迴歸分析(Logistic Regression Analysis)，探討影響外籍產婦選擇生產方式之相關因素。

第一節 描述性分析

本研究於 2005 年 10 月至 2006 年 3 月，共計六個月，總計回收外籍產婦有效樣本 400 份，其產科接生醫師有效樣本 61 份。

一、外籍產婦與配偶部份

在 400 位有效研究樣本中，301 位外籍產婦本次生產方式為自然產，93 位外籍產婦本次生產方式為剖腹產。茲將回收問卷進行描述性分析。

(一)外籍產婦與配偶基本特性

本研究結果顯示樣本產婦原國籍以大陸港澳為最多，有 116 位 (29.00%)，其次分別為越南和印尼，分別佔 28.00%與 26.5%。以年齡而言，外籍產婦年齡範圍分佈為 19 到 42 歲，平均年齡是 26.87 歲(SD=4.39)，以 21-30 歲者最多，佔 77.06%；但配偶年齡方面，平均年齡為 37.35 歲(SD=6.19)，將近六成以上配偶年齡是 36 到 41 歲以上。近九成外籍產婦教育程度為高中(職)以下程度，其中以國中程度最多，有 167 位(41.75%)；但有七成的配偶其教育程度在高中(職)以上。職業方面，八成以上外籍產婦在台灣期間，主要為家庭主婦，佔 87.34%，而配偶職業則以工(含服務業)為最多 (68.01%)。外籍產婦與配偶之宗教信仰主要皆以佛、道教為最多，分別是 48.98%和 59.02%。夫妻兩人總年收入有近五成者為 30 到 50 萬元。本研究結果發現，超過九成五以上的外籍產婦表示本身並無重大傷病或慢性疾病。在自覺健康狀況方面，表示身體健康不佳者僅佔 8.61%(詳見表 4-1)。

(二)外籍產婦生產情況

本研究受訪者中僅有 4.18%在醫學中心生產，且以公立醫院為最多，佔 46.69%。僅有 5.75%的受訪者此次生產住院費用給付方面是自費給付。在外籍產婦生產經驗方面，第一次生產年齡平均為

27.72 歲(SD=4.17)，其中以 21-25 歲居多(49.37%)。53.88%的受訪者其總生產次數為初產。332 名外籍產婦無流產經驗，佔 83.21%，但在 67 名有流產經驗之外籍產婦中，以流產一次者為最多(85.07%)。以產後併發症而言，有 366 名外籍產婦此次生產無發生產後併發症(95.31%)，有產後併發症的 18 名產婦中，以出血為最多，佔 61.11%。九成產婦在此次生產前有按照孕婦手冊進行產檢(90.56%)，但在 37 名無按時產檢之產婦中，38.24%受訪者表示無按時產檢原因為沒有時間到醫院為最多。此次生產嬰兒健康狀況方面，有八成以上嬰兒之健康狀況良好，且大部分被送至嬰兒室(96.46%)(詳見表 4-2)。

在外籍產婦選擇生產原因方面，本研究結果顯示有七成五以上之外籍產婦本次生產方式為自然產；在 215 名初產者中，生產方式選擇剖腹產者僅有 24.65%。93 位剖腹產者中，36.14%表示剖腹產原因為醫師建議，胎位不正最多；另外有 16.28%表示因產程延長而臨時決定開刀；在自己要求剖腹產下，以前一胎為剖腹產之故最多(16.28%)。就產婦選擇自然產原因方面，有 63.21%的外籍產婦認為生產應該順其自然，其次為醫師建議或鼓勵自然產(43.14%)。在產婦對生產的認知方面，僅有 10.28%者不能接受剖腹產；本研究結果顯示有五成左右受訪者回答本次產檢期間，有接受到醫護人員

鼓勵其自然產者(51.70%)(詳見表 4-3、4-4)。

二、產科接生醫師部份

(一)產科接生醫師基本特性方面

本研究調查結果，產科醫師平均年齡 43 歲(SD=6.88)，年齡分佈最多為 36-45 歲，佔 72.14%。受訪者中有九成左右為男性，僅 9.84%的產科醫師教育程度為碩士。有將近五成者表示近一年內平均每月接生 11-20 人；平均執業年資為 13.14 年(SD=7.37)，以執業 11-15 年分佈最多，佔 34.43%。在產科醫師對生產方式選擇因素之看法部份，將可能影響外籍產婦選擇剖腹產的原因分為 3 題，在無產科禁忌症的情況下，有 34 人是鼓勵產婦在無產科禁忌症的情形下採取自然產，佔 55.74%；超過半數者表示同意醫師未建議是造成產婦不願意嘗試自然產的原因之一(52.46%)；65.57%的人表示目前所服務的機構是有致力於推動自然產的政策，加以顯示台灣超過半數的醫療機構都有致力於推行此項政策(詳見表 4-5)。

第二節 雙變項分析

在外籍產婦基本特性方面，年齡、自覺健康狀況、罹患重大傷病與罹患慢性疾病，皆達統計上顯著差異($p < 0.05$)。在年齡方面，本次採自然產者年齡小於 30 歲者所佔比例最高(82.76%)。以自覺健康狀況而言，本次採自然產認為健康狀況非常好(20.28%)的比例高於採剖腹產者(9.89%)。在罹患重大傷病與罹患慢性疾病方面，採剖腹產者有罹患疾病的比例(3.23%與 4.30%)高於採自然生產者(0.33%和 0.67%)。至於其他變項如：原國籍、產婦教育程度、產婦職業、總年收入、產婦宗教信仰等變項在本次生產方式之分析中，則未達統計上顯著差異(詳見表 4-6)。

外籍產婦生產情況方面，僅第一次生產年齡、此次生產住院費用給付、本次胎兒健康、生產後嬰兒被送往何處安置及產婦對剖腹產的接受程度有顯著差異($p < 0.05$)。第一次生產年齡，本次剖腹產者有 7.53%高於 36 歲以上，自然產者則僅有 0.34%。此次生產住院費用為健保給付，自然產(96.01%)的比例高過於剖腹產(88.17%)。在產婦對剖腹產的接受程度方面，本次剖腹產者認為能夠完全接受剖腹產(38.04%)的比例高過於自然產者(11.34%)。本次剖腹產中胎兒健康不佳者(3.26%)比例高於自然產者(0.68%)。本次選擇自然產者產後嬰兒被送至嬰兒室(97.64%)比例高於選用剖腹產者

(92.47%)。其他變項如：醫院層級、醫院屬性、生產次數、有無流產經驗、產後併發症及本次產檢期間是否醫護人員鼓勵自然產等，皆未達統計上顯著差異(詳見表 4-7)。

產科接生醫師基本特性與產婦選擇生產方式的差異分析結果。僅「是否同意醫師未建議是造成產婦不願意嘗試自然產的主要原因」有達統計上的顯著($p < 0.05$)，本次自然產者之接生醫師同意「醫師未建議是造成產婦不願意嘗試自然產」(57.40%)顯著高於本次為剖腹產者之接生醫師(40.00%)。其餘各項產科接生醫師基本特性在其產婦生產方式為自然產與剖腹產兩族群中並未達顯著差異(詳見表 4-8)。



第三節 羅吉斯迴歸分析

為瞭解影響外籍產婦選擇生產方式的相關因素，以有效回覆問卷的 61 位產科醫師其所接生的 248 位外籍產婦為樣本，外籍產婦此次生產方式為依變項，以外籍產婦的基本特性、生產經驗與認知和產科醫師對生產方式的認知與特性等相關因素為自變項，進行羅吉斯迴歸分析。並將雙變項分析後 p 值小於 0.25 之變項與產婦原國籍強迫放入羅吉斯迴歸分析中(詳見表 4-9)。結果發現，就整體模式而言，在控制其他變項之下，在外籍產婦方面，產婦原國籍為越南籍者相對於大陸港澳而言，達到統計上顯著差異($p<0.05$)，越南籍產婦選擇剖腹產的勝算比為大陸港澳產婦的 2.29 倍；家庭總年收入為 81~100 萬者選擇剖腹生產的勝算比是 30 萬元以下者的 5.33 倍；且此次生產住院費用採健保給付之外籍產婦較自費給付者有較少比例選擇剖腹產，勝算比為 0.21 倍。有罹患重大傷病之外籍產婦選擇剖腹生產的勝算比是沒有罹患重大傷病者的 32.10 倍。在產婦生產經驗方面，第一次生產年齡，有達統計上顯著差異($p<0.05$)，及表示 36 歲以上相對於 20 歲以下之外籍產婦選擇剖腹產的勝算比為 74.83 倍(95%CI=0.65~>999.99)。

表 4-1、產婦與配偶基本特性

變項名稱	N=400	(%)	變項名稱	N=400	(%)
產婦原國籍			宗教信仰		
大陸港澳	116	29.00	佛、道教	192	48.98
越南	112	28.00	天主、基督教	18	4.59
印尼	106	26.50	回教	4	1.02
緬甸	41	10.25	無	178	45.41
柬埔寨	13	3.25	遺漏值	8	
其他 ^a	12	3.00	職業		
年齡^b			家庭主婦	345	87.34
20歲含以下	11	2.84	工(含服務業)	37	9.30
21-25歲	157	40.46	商	14	3.54
26-30歲	142	36.60	農林漁牧	2	0.51
31-35歲	59	15.21	遺漏值	2	
36歲含以上	19	4.90	自覺健康狀況		
遺漏值	12		非常好	67	17.49
教育程度			好	166	43.34
國小含以下	65	16.25	普通	117	30.55
國中	167	41.75	不好	31	8.09
高中(職)	136	34.00	非常不好	2	0.52
專科	22	5.50	遺漏值	17	
大學含以上	10	2.50	重大傷病		
夫妻兩人總年收入			無	394	98.99
30萬含以下	43	10.89	有	4	1.01
31-50萬	155	39.24	遺漏值	2	
51-80萬	115	29.11			
81-100萬	58	14.68			
101萬含以上	24	5.82			
遺漏值	5				

表 4-1、產婦與配偶基本特性(續)

變項名稱	N=400	(%)	變項名稱	N=400	(%)
慢性疾病			配偶職業		
無	390	98.48	工(含服務業)	270	68.01
有 ^c	6	1.52	商	64	16.12
遺漏值	4		農林漁牧	33	8.31
配偶年齡^d			自由業	15	3.78
30歲含以下	49	12.76	公教	6	1.51
31-35歲	99	25.78	軍	5	1.26
36-40歲	131	34.11	無(含退休)	4	1.01
41歲含以上	105	27.34	遺漏值	3	
遺漏值	16		配偶宗教信仰		
配偶教育程度			佛、道教	229	59.02
國小含以下	7	1.75	天主、基督教	7	1.80
國中	98	24.56	無	152	39.18
高中(職)	224	56.14	遺漏值	12	
專科	57	14.29			
大學含以上	13	3.26			
遺漏值	1				

註：百分比計算未納入遺漏觀察個案

^a：包含日本、菲律賓、泰國、紐西蘭、韓國等外籍產婦

^b：平均年齡為 26.87 歲，標準差為 4.39，最大年齡 42 歲，最小年齡為 19 歲

^c：罹患慢性病種類為氣喘、慢性肝病、地中海貧血乙型

^d：配偶平均年齡為 37.35 歲，標準差為 6.19，最大年齡 63 歲，最小年齡為 16 歲

表 4-2、產婦生產情況

變項名稱	N=400 (%)	變項名稱	N=400 (%)
醫院層級		此次生產前流產次數(n=67)	
醫學中心	12 4.18	一次	57 85.07
區域醫院	190 66.20	二次	7 10.45
地區醫院	85 29.62	三次	2 2.99
遺漏值	113	遺漏值	1
醫院屬性		此次生產住院費用給付	
公立醫院	134 46.69	自費給付	23 5.75
私立醫院	110 38.33	健保給付	377 94.25
財團法人醫院	43 14.98	此次生產嬰兒健康狀	
遺漏值	113	良好	351 89.31
第一次生產年齡^a		普通	37 9.41
20歲以下	56 14.18	不佳	5 1.27
21-25歲	195 49.37	遺漏值	7
26-30歲	103 26.08	生產後嬰兒被送至	
31-35歲	33 8.35	嬰兒室	381 96.46
36歲以上	8 2.03	新生兒中重度病房	6 1.52
遺漏值	5	新生兒加護病房	7 1.77
產婦總生產次數		轉院	1 0.25
初產	215 53.88	遺漏值	5
第二次	160 40.10	產後併發症	
第三次	20 5.01	有(n=18)	18 4.69
第四次	4 1.00	出血	11 61.11
遺漏值	1	感染	2 11.11
此次生產前是否有流產經驗		其他 ^b	5 27.78
是	67 16.79	無	366 95.31
否	332 83.21	遺漏值	16
遺漏值	1		

表 4-2、產婦生產情況(續)

變項名稱	N=400 (%)	變項名稱	N=400 (%)
按照孕婦手冊產檢		本次生產方式(n=394)	
無(n=37)	37 9.44	自然產(n=301)	301 76.40
沒有時間來醫院	13 38.24	初胎	162 53.82
沒有交通工具來醫院	7 20.59	第二胎	121 40.20
不知道要產檢	2 5.88	第三胎	15 4.98
自己認為不需要產檢	1 2.94	第四胎	3 1.00
其他 ^c	11 32.35	剖腹產(n=93)	93 23.60
遺漏值	11	初胎	53 56.99
有	355 90.56	第二胎	36 38.71
遺漏值	8	第三胎	4 4.30
		遺漏值	6
		本次初產者生產方式(n=215)	
		自然產	162 75.35
		剖腹產	53 24.65

註：百分比計算未納入遺漏觀察個案

^a：第一次生產年齡平均年齡為 27.72 歲，標準差為 4.17，最大年齡 40 歲，最小年齡為 18 歲

^b：包含陰道 4 度撕裂傷、無法排尿、前胸痛等

^c：包含配偶在外工作無時間前往產檢、外籍產婦回國、時間無法配合產檢等

表 4-3、產婦選擇生產方式原因

變項名稱	N	(%)	變項名稱	N	(%)
本次剖腹產	93		本次自然產*	301	
醫師建議*			認為生產應該順其自然	189	63.21
胎位不正	30	36.14	醫師建議或鼓勵	129	43.14
前一胎為剖腹產	17	20.48	生產後身體恢復較佳	86	28.76
多胞胎	5	6.02	費用較低	49	16.39
胎兒太大	3	3.61	害怕手術後傷口疼痛	21	7.02
高齡產婦	2	2.41	害怕開刀手術危險	20	6.69
前置胎盤	1	1.20	不喜歡開刀留下疤痕	7	2.34
其他	5	6.02	其他	9	3.01
遺漏值	10		遺漏值	6	
生產不順，臨時開刀*					
產程延長	14	16.28			
胎兒窘迫	5	5.81			
其他	1	1.16			
遺漏值	7				
自己要求剖腹產*					
前一胎為剖腹產	14	16.28			
看時辰	4	4.65			
害怕產痛	4	4.65			
多胞胎	2	2.33			
擔心子宮破裂	2	2.33			
其他	1	1.16			
遺漏值	7				

註：百分比計算未納入遺漏觀察個案

*以複選的型式呈現

表 4-4、產婦對生產的認知

變項名稱	N=400	(%)	變項名稱	N=400	(%)
產婦對剖腹產的接受程度			本次產檢期間，醫護人員是否鼓勵自然產		
不能接受剖腹產	40	10.28	是	198	51.70
尚可接受剖腹產	280	71.98	否	185	48.30
完全接受剖腹產	69	17.74	遺漏值	17	
遺漏值	11				

註：百分比計算未納入遺漏觀察個案

表 4-5、產科醫師基本特性

變 項	N=61	(%)
醫師年齡		
35 歲含以下	4	6.56
36-40 歲	22	36.07
41-45 歲	22	36.07
46 歲含以上	13	21.31
醫師性別		
男	57	93.44
女	4	6.56
醫師教育程度		
學士	55	90.16
碩士	6	9.84
近一年內平均每月接生數		
10 人含以下	9	14.75
11-20 人	29	47.54
21-30 人	9	14.75
31 人含以上	14	22.95
執業年資		
5 年含以下	5	8.20
6-10 年	20	32.79
11-15 年	21	34.43
16 年含以上	15	24.59
在無產科禁忌症的情況下，是否鼓勵產婦自然產		
是	34	55.74
否	13	21.31
其他	14	22.95
是否同意「醫師未建議」是造成產婦不願意嘗試「自然產」的主要原因		
同意	32	52.46
不同意	29	47.54
目前的服務機構致力於推動自然產的政策		
是	40	65.57
否	21	34.43

註：百分比計算未納入遺漏觀察個案

醫師平均年齡為 43 歲，標準差為 6.88，最大年齡為 73 歲，最小年齡為 32 歲

表 4-6、產婦基本特性之卡方分析

變項名稱	合計		本次自然產		本次剖腹產		χ^2 p 值
	人數	(%)	人數	(%)	人數	(%)	
產婦原國籍	394		301		93		0.362
大陸港澳	114	28.93	91	30.23	23	24.73	
越南	103	26.14	73	24.25	30	32.26	
印尼	112	28.43	91	30.23	21	22.58	
緬甸	41	10.41	28	9.30	13	13.98	
柬埔寨	12	3.05	9	2.99	3	3.23	
其他(含菲律賓)	12	3.05	9	2.99	3	3.00	
產婦年齡	382		290		92		0.002
20 歲含以下	11	2.88	9	3.10	2	2.17	
21-25 歲	157	41.10	130	44.83	27	29.35	
26-30 歲	136	35.60	101	34.83	35	38.04	
31-35 歲	59	15.45	42	14.48	17	18.48	
36 歲含以上	19	4.97	8	2.76	11	11.96	
產婦教育程度	394		301		93		0.833
國小含以下	65	16.50	51	16.94	14	15.05	
國中	165	41.88	126	41.86	39	41.94	
高中(職)	133	33.76	99	32.89	34	36.56	
專科	21	5.33	16	5.32	5	5.38	
大學含以上	10	2.54	9	2.99	1	1.08	
產婦職業	392		299		93		0.616 [†]
家庭主婦	339	86.48	254	84.95	85	91.40	
工(含服務業)	2	0.51	2	0.67	0	0.00	
商	34	8.67	29	9.70	5	5.38	
農林漁牧	14	3.57	11	3.68	3	3.23	
其他	3	0.77	3	1.00	0	0.00	
夫妻兩人總年收入	389		297		92		0.066
30 萬含以下	43	11.05	36	12.12	7	7.61	
31-50 萬	151	38.82	124	41.75	27	29.35	
51-80 萬	114	29.31	81	27.27	33	35.87	
81-100 萬	57	14.65	38	12.79	19	20.65	
101 萬含以上	24	6.17	18	6.06	6	6.52	

註：[†]Fisher exact test

表 4-6、產婦基本特性之卡方分析(續)

變項名稱	合計		本次自然產		本次剖腹產		χ^2 p 值
	人數	(%)	人數	(%)	人數	(%)	
產婦宗教信仰	386		295		91		0.453 [†]
佛、道教	189	48.96	142	48.14	47	51.65	
天主、基督教	18	4.66	12	4.07	6	6.59	
回教	3	0.78	2	0.68	1	1.10	
無	176	45.60	139	47.12	37	40.66	
自覺健康狀況	377		286		91		0.017
好	163	43.24	186	65.03	44	48.35	
普通	114	30.24	78	27.27	36	39.56	
不好	31	8.22	22	7.69	11	12.09	
重大傷病	392		299		93		0.043 [†]
有	4	1.02	1	0.33	3	3.23	
無	388	98.98	298	99.67	90	96.77	
慢性疾病	390		297		93		0.031 [†]
有	6	1.54	2	0.67	4	4.30	
無	384	98.46	295	99.33	89	95.70	

註：[†]Fisher exact test

表 4-7、產婦生產情況及認知之卡方分析

變項名稱	合計		本次自然產		本次剖腹產		χ^2 p 值
	人數	(%)	人數	(%)	人數	(%)	
第一次生產年齡	389		296		93		<.001
20 歲含以下	56	14.40	46	15.54	10	10.75	
21-25 歲	191	49.10	156	52.70	35	37.63	
26-30 歲	101	25.96	72	24.32	29	31.18	
31-35 歲	33	8.48	21	7.09	12	12.90	
36 歲含以上	8	2.06	1	0.34	7	7.53	
生產次數	394		301		93		0.955 [†]
初產	215	54.57	162	53.82	53	56.99	
第二次	157	39.85	121	40.20	36	38.71	
≥第三次	24	6.09	18	5.98	4	4.30	
此次生產前是否有流產經驗	393		300		93		0.087 [†]
是	66	16.79	45	15.00	21	22.85	
否	327	83.21	255	85.00	72	77.42	
此次生產住院費用給付	394		301		93		0.004
自費給付	23	5.84	12	3.99	11	11.83	
健保給付	371	94.16	289	96.01	82	88.17	
此次生產嬰兒健康	388		296		92		0.044 [†]
良好	347	89.43	270	91.22	77	83.7	
普通	36	9.28	24	8.11	12	13.04	
不佳	5	1.29	2	0.68	3	3.26	
生產後嬰兒被送至	389		296		93		0.047 [†]
嬰兒室	375	96.40	289	97.64	86	92.47	
新生兒中重度病房	6	1.54	3	1.01	3	3.23	
新生兒加護病房	7	1.80	3	1.01	4	4.30	
轉院	1	0.26	1	0.34	0	0.00	
產後併發症	378		288		90		0.580 [†]
有	18	4.76	15	5.21	3	3.33	
無	360	95.24	273	94.79	87	96.67	
按照孕婦手冊產檢	386		294		92		0.811
有	350	90.67	266	90.48	84	91.30	
無	36	9.33	28	9.52	8	8.70	

註：[†]Fisher exact test

表 4-7、產婦生產情況及認知之卡方分析(續)

變項名稱	合計		本次自然產		本次剖腹產		χ^2 p 值
	人數	(%)	人數	(%)	人數	(%)	
產婦對剖腹產的接受程度	383		291		92		<.001
不能接受剖腹產	39	10.18	39	13.40	0	0.00	
尚可接受剖腹產	276	72.06	219	75.26	57	61.96	
完全接受剖腹產	68	17.75	33	11.34	35	38.04	
本次產檢期間,醫護人員是否鼓勵自然產	377		289		88		
是	184	48.81	139	48.10	45	51.14	0.617
否	193	51.19	150	51.90	43	48.86	

註：† Fisher exact test



表 4-8、醫師基本特性與其產婦生產方式之卡方分析

變項名稱	醫師數		自然產	剖腹產	χ^2 p 值
	N=61	%	%	%	
年齡					0.259
40 歲含以下	26	42.62	72.60	27.40	
41-45 歲	22	36.07	82.12	17.88	
46 歲含以上	13	21.31	77.97	22.03	
性別					1.000 [†]
男	57	93.44	78.57	21.43	
女	4	6.56	100.00	0.00	
教育程度					1.000 [†]
學士	55	90.16	78.85	21.15	
碩士	6	9.84	75.00	25.00	
近一年內平均每月接生數					0.545
10 人含以下	9	14.75	66.67	33.33	
11-20 人	29	47.54	77.22	22.78	
21-30 人	9	14.75	82.20	17.80	
31 人含以上	14	22.95	77.03	22.97	
執業年資					0.460 [†]
5 年含以下	5	8.20	75.00	25.00	
6-10 年	20	32.79	77.08	22.92	
11-15 年	21	34.43	81.40	18.60	
16 年含以上	15	24.59	72.88	27.12	

註：† Fisher exact test

表 4-8、醫師基本特性與其產婦生產方式之卡方分析(續)

變項名稱	醫師數		自然產	剖腹產	χ^2 p 值
	N=61	%	%	%	
在無產科禁忌症的情況下， 是否鼓勵產婦自然產					0.476
是	34	55.74	76.92	23.08	
否	13	21.31	86.11	13.89	
其他	14	22.95	79.12	20.88	
是否同意「醫師未建議」是 造成產婦不願意嘗試「自然 產」的主要原因					0.016
同意	32	52.46	84.21	15.79	
不同意	29	47.54	72.52	27.48	
目前的服務機構致力於推動 自然產的政策					0.714
是	40	65.57	79.22	20.78	
否	21	34.43	76.92	23.08	

註：† Fisher exact test



表 4-9、外籍產婦選擇生產方式羅吉斯迴歸分析

變項名稱	回歸係數	OR	95%CI	
常數	-2.96	0.94	-	-
產婦原國籍				
大陸港澳(參考組)				
越南	1.07*	2.92	1.15	7.41
印尼	0.64	1.89	0.71	5.04
緬甸	0.69	2.00	0.58	6.85
柬埔寨	-0.04	0.96	0.15	6.07
其他(含菲律賓)	0.81*	2.24	0.34	14.62
產婦年齡				
20歲以下(參考組)				
21-25歲	-0.50	0.61	0.08	4.96
26-30歲	-0.05	0.95	0.10	9.04
31-35歲	-0.27	0.76	0.07	8.56
36歲以上	-0.25	0.78	0.05	12.62
夫妻兩人總年收入				
30萬以下(參考組)				
31-50萬	0.83	2.29	0.55	9.52
51-80萬	1.38	3.97	0.96	16.39
81-100萬	1.67*	5.33	1.19	23.98
101萬含以上	0.78	2.18	0.34	13.92
自覺健康狀況				
好(參考組)				
普通	0.56	1.75	0.85	3.60
不好	0.26	1.30	0.43	3.92
重大傷病				
無(參考組)				
有	3.47*	32.10	1.30	790.34
慢性疾病				
無(參考組)				
有	-0.34	0.71	0.04	13.31
第一次生產年齡				
20歲以下(參考組)				
21-25歲	0.04	1.04	0.34	3.19
26-30歲	0.75	2.11	0.51	8.67
31-35歲	1.59	4.88	0.76	31.22
36歲以上	4.32*	74.83	2.82	>999.99

註：回歸模式依變項分為剖腹產(n=93)與自然產(n=301)兩組，以剖腹產作為事件(event)

表 4-9、外籍產婦選擇生產方式羅吉斯迴歸分析(續)

變項名稱	回歸係數	OR	95%CI	
此次生產住院費用給付				
自費給付(參考組)				
健保給付	-1.55*	0.21	0.07	0.67
此次生產嬰兒健康				
良好(參考組)				
普通	0.41	0.71	2.03	0.72
不佳	1.01	0.53	1.70	0.12
產婦對剖腹產的接受程度				
	1.93	6.88	3.59	13.19
本次產檢期間,醫護人員是否鼓勵自然產				
否(參考組)				
是	0.39	0.92	2.35	0.92
此次生產前是否有流產經驗				
否(參考組)				
是	0.76	2.13	0.96	4.75

註：回歸模式依變項分為剖腹產(n=93)與自然產(n=301)兩組，以剖腹產作為事件(event)



第五章 討論

本章針對研究結果之重要部分加以討論，依據研究目的所欲瞭解之內容進行討論，主要分為四節，第一節為分析外籍產婦之基本特性，第二節為外籍產婦對生產方式的認知與態度探討，第三節為產科醫師對外籍產婦選擇生產方式之認知與態度探討。

第一節 分析外籍產婦之基本特性

由衛生署國民健康局統計 2002 年新生兒通報數顯示台灣本籍產婦剖腹產比例為 35.8%；本研究外籍產婦剖腹產率為 23.60%，與國健局統計外籍產婦(含大陸港澳籍)比例 23%相似，表示外籍產婦選擇剖腹產比例少於台灣本籍產婦；推論可能原因是近年來台灣異國聯姻情況增加，受台灣男性為延續香火與傳宗接代之目的影響，這些肩負生育重責的外籍新娘其健康情況則被台灣夫家作為考量重點，因此，平均生產年齡上外籍產婦較台灣產婦年輕，身體健康情況也較佳；且過去研究指出，台灣婦女相較於外籍產婦在特質方面，多為對妊娠態度與知識水準高、具有健保身分、晚婚、高齡生產、選擇生產時辰等因素，因此有較高的剖腹產利用率(楊玉娥，1996；黃俊元，1997；鍾聿琳，1998；邱隆茂，2001；許家敏，2004；林妙玲，2004)；故外籍產婦接受剖腹產比例較台灣產

婦少。

本研究調查 400 位外籍產婦分析結果，整體外籍產婦平均年齡為 26.87 歲，與內政部統計台灣外籍產婦(不含大陸港澳籍)平均年齡 22.9 歲相比，平均相差 3.97 歲，可能是因為本研究在產婦年齡計算上將大陸港澳籍產婦(29.11 歲)包括計算，以致使整體研究樣本平均年齡較內政部統計資料數據偏高。

另外，針對外籍產婦第一次生產年齡分析，本研究中產婦年齡超過 30 歲本次選擇剖腹產比例(20.43%)超過選擇自然產者(7.43%)；進一步以羅吉斯迴歸分析，則 36 歲以上者選擇剖腹產的勝算比是 20 歲以下者的 74.83 倍，結果顯示產婦年齡較高者在選擇生產方式上以剖腹產為主；過去文獻指出產婦的年齡是決定剖腹產與否的重要因素，第一次生產年齡越高者選擇剖腹生產的機會大於年齡較輕者(Paul, 2001)，且台灣與美國研究皆證實產婦無論是初產或再次選擇剖腹產的可能性隨著年齡增加而增加(Cattaruzza, 1991；Gordon, 1991；楊銘欽，1994；Burns, 1995；Cnatingius, 1998；Pacsal, 2000；Dunsomoor-Su et al., 2003)。

在羅吉斯迴歸分析顯示產婦原國籍為越南者選擇剖腹產之勝算比是大陸港澳籍的 2.92 倍，且有罹患重大傷病者選擇剖腹生產之勝算比是未罹患重大傷病之產婦的 32.10 倍(詳見表 4-9)。過去探討

移民婦女健康照顧主題的文獻指出，在營養攝取方面，東南亞婦幼健康呈現蛋白質攝取不足、缺鐵、缺碘等的營養問題(Hull, 1979；Thapa & Wiknjossastro, 1989；Kaye & Novell, 1994)，可能因營養攝取不足形成母體健康情況不佳，或較容易導致早產或胎兒體重不足狀況，造成越南籍產婦選擇剖腹生產的比例高於大陸港澳籍產婦。

此外，由描述性分析顯示本研究樣本中僅有 1.29%的胎兒健康狀況不佳，相較於過去文獻表示台灣本籍先天性缺陷兒比例為 1.34%，外籍為 1.22%(國健局，2002)，顯示台灣本籍產婦生下新生兒健康狀況不佳的比率高於外籍產婦所生，此結果與本研究相似(詳見表 4-7)。



第二節 外籍產婦對生產方式的認知與態度探討

本研究結果顯示在產婦對剖腹產的接受程度中，選擇剖腹產者表示可以接受剖腹產之比例高於選擇自然產者，顯示對此項認知有較高同意感之外籍產婦在作生產決定時，對剖腹產的拒絕程度較低；推測可能原因是由於外籍產婦本身在生產方面的教育知識不足，低估剖腹產可能造成的合併症或危險情況，認為選擇剖腹生產和選擇自然產一樣安全；過去相關研究亦指出，對於自然產生產議題認知程度較高產婦，採用自然產的機率也較剖腹產者高(許家敏，2004)；相關研究中由大陸學者所作「產婦自主選擇剖宮產原因調查分析」研究結果亦表示，大陸產婦較缺乏對剖腹產併發症認知者會傾向選擇剖腹生產(彭檢妹，2003)；台灣學者的研究則發現台灣、外籍(越南、印尼)與大陸籍產婦之育嬰知識，以台灣產婦的育嬰知識得分最高，其次大陸籍產婦得分高於外籍(劉秀琪，2004)；顯示台灣的外籍產婦面對生產方面之相關教育相當不足的情形下，容易發生低估生產方式不同時所產生的危險性；本研究結果與文獻研究相似。

本研究發現「此次生產住院費用給付」方面，採健保給付之外籍產婦較自費給付者有較少比例選擇剖腹產；另外，研究樣本中家庭總年收入較高之外籍產婦相較於總年收入少者有較高比例選擇剖

腹生產；進一步分析本研究樣本中家庭總收入較高之外籍產婦在對剖腹產接受態度方面，此類產婦表示在無經濟壓力下，會比較願意選擇剖腹生產，對剖腹產的接受程度同樣有較高的接受意願；推測可能是此類產婦有購買私人保險，私人保險會補助部分生產費用，過去文獻指出，擁有私人保險之產婦相較於擁有社會保險者採取剖腹生產比例較高(Joseph et al., 2001)。



第三節 產科醫師基本特性及認知對外籍產婦選擇生產方式之探討

本研究調查 61 位外籍產婦其產科接生醫師對產婦選擇生產方式之分析結果，在「醫師未建議是造成產婦不願意嘗試自然產的主要原因」此變項有達統計上顯著差異，顯示產科醫師同意上述認知者則採取自然產接生比例高於採取剖腹產接生；推論可能原因是具有上述認知之醫師會比較鼓勵產婦選擇自然產，本研究結果亦顯示外籍產婦本次選擇自然產之原因中除產婦認知「認為生產應該順其自然」外，「醫師建議或鼓勵」同樣是重要因素之一；過去文獻也指出醫師是醫療行為的提供者，對產婦就醫後的醫療照護方式具有主導的影響性(蔡雅惠，2005)，產婦對於生產方式的選擇上，雖然理解自己是生產方式的主要決定者，但仍會強烈地受到與醫師之間互動情形、醫師態度的影響(McClain, 1990；吳嘉苓，1998；Mankuta, 2003；林春米，2005)，美國學者曾提出，醫護人員與其他受過訓練的人員對產婦所提供的安慰及支持，可能會降低產婦使用剖腹產的比例(Shy K, 2000)，本研究與過去文獻結果相似。

本研究進一步加入「無產科禁忌症之下，會鼓勵產婦採取自然產」變項進行交叉比較後，發現即使不同意「醫師未建議是造成產婦不願意嘗試自然產」認知之醫師仍有多數者表示會鼓勵產婦自然

產；另外，同意上述認知之醫師有多數呈現保守態度，表示會向產婦說明有關情況後，由產婦自行決定生產方式；結果顯示在決定產婦生產方式上，醫師們認為產婦自行決定的因素較醫師建議更為重要，此結果與過去學者所指出醫師因素對於產婦生產方式之影響的重要程度，僅次於產婦本身的因素與醫療機構的因素 (Goyert et & Nehra, 1989；Burns et al., 1995；林春米，2005)。



第六章 結論與建議

第一節 結論

為探討影響台灣外籍產婦選擇生產方式之相關因素，本研究針對中部 15 家醫療院所之外籍產婦收集資料，同時也進一步探討外籍產婦之產科接生醫師之特性與對生產方式相關認知，以瞭解目前台灣的外籍產婦對生產方式的決定因素。

本研究發現外籍產婦生產年齡普遍較台灣產婦年輕，不同國籍之產婦剖腹產的比例有所差異，選擇剖腹產較多的印尼、緬甸產婦是因為其自覺健康狀況不好，且罹患重大傷病的人數較大陸港澳者多，可看出來母體本身健康情況的好壞是選擇剖腹產的因素。另外，產婦本身對生產方式認知較貧乏的影響，會有較大的意願接受剖腹生產，選擇剖腹生產的機會大於生產教育認知較高的產婦，因此提供給外籍產婦更多有關生產方面的知識或教育，是有助於協助外籍產婦和家屬選擇更合適之生產方式，以避免受產婦或家屬本身意願影響，進而降低不必要之剖腹生產的機率。

在產科醫師方面，本研究結果顯示醫師之個人特質、執業年資與平均接生人數並非影響外籍產婦選擇生產方式的主要因素，但醫

師對自然產的認知是影響其接生產婦是否選擇剖腹產的因素，本研究樣本中對「醫師未建議而影響產婦不願嘗試自然產」同意者其接生產婦較多選擇自然產，但在「無產科禁忌症之下，會鼓勵產婦採自然產」問題中同意和不同意者，皆有多數表示會鼓勵產婦選擇自然生產，顯示產科醫師若能夠在產婦沒有醫療因素考量時，對生產方式的選擇建議是影響產婦決定的因素之一。



第二節 建議

近年來，大陸港澳、東南亞籍女子在跨國聯姻中，不僅須面對婚姻調適，且通常在很短的時間內即要面臨傳宗接代的重責大任。但外籍新娘在家庭計畫與身心準備不足備的情況下懷孕，對於孕期保健、生產、養育等婦幼健康問題將造成嚴重的影響。

一、外籍產婦及其家屬方面

由本研究結果得知，外籍產婦剖腹產利用率平均低於台灣婦女，經進一步研究分析後顯示印尼、緬甸籍產婦自覺健康狀況較差，且選擇剖腹生產比例高於大陸港澳籍婦女；顯示可加強大陸港澳與東南亞籍婦女的健康保健，從懷孕生產前、中、後作全面完善照護，重視外籍產婦孕期營養，提供產婦健康檢查、胎兒健康的監測評估，增加孕期和育兒照護知識的來源，加強宣導不同生產方式的利弊，提升外籍產婦及其家屬對自然產的認知，以避免受個人主觀偏好選擇影響，以期降低不必要的剖腹產機會。

二、婦產科醫師方面

本研究結果產科醫師對產婦採取自然生產的鼓勵態度是影響產婦選擇生產方式的因素之一。建議為提高產科醫師對自然產的利用率，可透過醫學會宣導，並增加舉辦相關外籍產婦議題之研習、講座，加強產科醫師對採用自然產的認知與信心。

三、衛生主管機關方面

針對外籍與大陸配偶生育健康管理計畫已於 2003 年 10 月由衛生署國民健康局編列預算執行。而然，外籍產婦中仍有許多人尚未擁有醫療保險，因此，需加強輔導外籍與大陸港澳籍婦女及其台灣配偶加入全民健保，並對於尚未加入健保者提供更多生產期間相關醫療輔助，以期能夠增加外籍產婦醫療資源利用；健保局自 2005 年 1 月起增修婦產科醫療費用支付標準，其中提高了自然產的給付金額，對於是否達到增加產科醫師選擇以自然產接生的誘因，以降低非醫療必要性的剖腹產，截至目前為止尚無正式的成效報告。此外，建議透過醫院評鑑制度來改善剖腹產利用率，使台灣剖腹產率趨於合理化。

四、研究建議方面

本研究發現本次生產住院費用給付中，剖腹產之產婦為自費者比例採取剖腹產比例高於自然產為自費者，推測可能原因是自費者尚未具有健保身份，或有購買私人保險，而私人保險對剖腹生產有較高補助費用，但本研究並未進行有關外籍產婦有關保險方面調查，建議可進行此部分研究調查。

第三節 研究限制

一、外推性不足

本研究僅針對中部 15 家醫療院所之生產外籍產婦與其產科接生醫師進行問卷調查，若未來研究能擴大範圍至台灣北、中、南、東各區進行資料收集，所得結果之客觀性應更充足。

二、研究對象之限制

影響外籍產婦選擇生產方式上，除產婦本身與醫師的重要角色外，家屬的影響以及院內推行相關政策的行政、相關醫護人員的鼓勵或宣導也是重要關鍵。因此，本研究僅針對外籍產婦本身和醫師進行調查無法完全呈現出影響台灣外籍產婦選擇生產方式所面臨的決定因素。

三、臨床醫療因素取得困難

外籍產婦選擇生產方式的影響因素，除本研究針對的非醫療因素影響外，臨床醫療因素同樣也是決定產婦生產方式的影響因素之一，若未來研究能增加臨床醫療因素於研究之資料收集，所得結果之客觀性應更充足。

參考文獻

一、英文部分

Azad A. Racial differences in Cesareans: An analysis of U.s 2001 Nation inpatient sample data. OBS&GYN 2005;105:710-718.

Aron DC. Variation in risk-adjusted cesarean delivery rates according to race and health insurance. Med care2000; 38(1):35-44.

Cattaruzza MS, Signorelli C, Elliott P, Osborn J. Trend of cesarean section in Italy:an examination of national data 1980-1985. International Journal of Epidemiology 1991; 20(3): 712-716.

Birchard K. Defence union suggests new approach to handling litigation costs in Ireland. The Lancet 1999 ; 354 : 1710.

Burns L, Geller S, Wholey D. The effect of physician factors on the cesarean section decision. Medical Care 1995; 33: 365-382.

Chan A, Roder D, Macharper T. Obstetric profiles of immigrant women from non-English speaking countries in South Australia. 1981-1983.Aust N ZJ obstet Gynaecol.1988 May; 28(2):90-5.

Cnattingius S et al.. Prenatal and perinatal risk factors for schizophrenia,

affective psychosis, and reactive psychosis of early onset: case-control study. *BMJ* 1999, 318(7181): 421-426.

Del Rio MM. The role of connection to the native culture in intercultural marriage: Perceptions of Puerto Rican women. *Fissertation Abstracts International Section B: The Science and Engineering*. 1999; 59(7-B):3768.

Diani F, Forestieri C, Foschi F, Zaflagnini S, Scollo M, Turinetta A. Assisted labor among non European community pregnant women at the Gynecology and Obsteric clinic of the Verona university. *Minerva Ginecol*. 2000; 52(11): 447-57.

Diani F, Zanconato G, Foschi F, Turinetta A, Franchi M. Management of the pregnant immigrant woman in the decade 1992-2001. *J Obstet Gynaecol*. 2003 NOV;23(6):615-7.

Dunsomoor-Su R, Sammel M, Steven Erike, Peipert JL, Macones G. Impact of sociodemographic and hospital facts on attempts at vaginal birth after cesarean delivery. *Obstetrics & Gynecology* 2003; 102(6): 1358-1365.

Flamm BL. *Birth after Cesarean: The Medical facts*. Prentice-Hall Press,

New York(1990).

Gordon D, Milberg J, Daling J, Hickok D. Advanced maternal age as a risk factor for cesarean delivery. *Obstetrics & Gynecology* 1991; 77: 493-497.

Goyert GL, Bottoms SF, Treadwell MC, Nehra PC. The physician factor in cesarean birth rates. *The new England journal of medicine* 1989; 320: 706-709

Hager ME, Daltveit AK, Hofoss D, Nilsen ST, Kolaas T, Qian P. et al. Complications of cesarean deliveries: Rates and risk factor. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2004 ; 190(3):428-34.

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).

Hull D. Migration, adaptation, and illness: A review. *Social Science and Medicine*. 13:25-36.

Jolly J, Walker J, Bhabra K: subsequent obstetric performance related to primary mode of delivery. *British Journal of Obstetrics and*

Gynecology. 1999,106(3): 227-232.

Joseph EP, Elza B, Lgnez OP et al.. BMJ2001. 323(17): 1155-1158.

Kaya K, Novell MK. Health practice and indices of a poor urban population in Indonesia patterns of health service utilization. Asia Pacific Journal of Public Health 1994; 7(3): 178-182.

Liang WH, Yuan CC, Hung JH, Yang ML, Yang MJ, Chen YJ. 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.

Lipson JG. Afghan refugee health: Some findings and suggestions. Qualitative Health Research.1991;1(3):349-369.

Lowe NK: The pain and discomfort of labor and birth. Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing. 1996,25(1):82-92.

Ma J, Bauman A. Obstetric profiles and pregnancy outcomes of immigrant women in New South Wales,1990-1992. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 1996; 36(2):119-25.

Mankuta DD, Leshno MM, Menasche MM, Brezis MM. Vaginal birth

after cesarean section: trial of labor or repeat cesarean section? A decision analysis. *Am J Obstet Gynecol.* 2003; 189(3):714-9

Martin JA, Park MM, Sutton PD. *Birth : Preliminary Data for 2001. National Vital Statistics Reports 2002 ; 50(10).*

McClain CS. The making of a medical tradition: vaginal birth after cesarean. *Social Science Medical* 1990; 31:203-210.

Myers SA, Gleicher N. The Mount/ Sinai cesarean section reduction program: an update after 6 years. *Social Science Medicine*(1993); 37: 1219-1222.

Pascale G. Proceedings of the 13th Annual NorthEast SAS Users Group Conference: Risk-adjustment of cesarean section as part of clinical quality improvement. 714-716.

Paul S, Kaiser, MSN, CNM, Russell S, Kirby. Obesity as a risk factor for cesarean in a low-risk population 2001. 97(1): 39-43.

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.

Shy K. Maternal birth weigh and cesarean delivery in four race-ethnic groups. America Journal OBGYN 2000; 182(6):1363-1370.

Stafford Rs: The impact of nonclinical factors on repeat cesarean section. Journal of the American Medical Association. 1990, 265:59-63.

Taffel SM, Placek PJ, Moien M, Kosary CL. 1989 U.S cesarean section rate steadies—VBAC rate rises to nearly one in five. Birth(1991) ; 18(2) : 73-77.

Thorp JA, Hu DH, Albin RM, McNitt J, Meyer BA, Cohen GR. 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):529-540.

二、中文部分

內政部戶政司統計資料，2006。

內政部統計通報：2006年結婚者國籍別統計，2006。

- 內政部統計通報：外籍配偶人數統計，2006。
- 王秀紅、楊詠梅：東南亞跨國婚姻婦女的健康。護理雜誌 2002；49：35-41。
- 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
- 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。
- 朱僑麗：某醫學中心保險與剖腹產之相關研究。國立陽明醫學院衛生福利研究所碩士論文，1994。
- 行政院衛生署(2005)：民國九十三年衛生統計·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/統計年報/93.htm>
- 行政院衛生署：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> 2006
- 何弘能：剖腹產的元罪(葉林採訪整理)。《醫望》1995；8：70-71。
- 吳佑珍、唐文慧：新移民女性的母職實踐與社會政策制訂。社會暨健康政策的變動與創新趨勢國際學術研討會，2005。
- 吳嘉苓(1998)：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。四性研討會論文。
- 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。
- 吳慧娜(2005)：新移民婦女健康需求與早產現況。早產兒基金會會刊，56。

- 周美珍：新竹縣「外籍新娘聲譽狀況探討」。公共衛生 2001；
28：255-65。
- 林妙玲：台灣東南亞籍孕產婦妊娠知識、妊娠態度及就醫環境與產
前檢查行為之相關探討-以台灣籍孕產婦為對照。私立高雄醫
學大學護理學研究所碩士論文，2004。
- 林春米：剖腹產後自然生產之成效及其影響因素之探討。中國醫藥
大學醫務管理研究所碩士論文，2005。
- 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。
- 邱隆茂(2001)：剖腹產後陰道生產降低剖腹產率的初步經驗。助產
雜誌，44(5)：18-23。
- 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。
- 孫藝琴：剖腹產後行陰道生產(VBAC)之探討。助產雜誌 2002；
45：36-40。
- 財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會，<http://www.tjcha.org.tw>，
2006。
- 馬芝琳：剖腹產決策過程中女性身體自主權初探。台北醫學大學醫
學研究所碩士論文，2002年。
- 張家禎：南台灣外籍新娘家庭功能、幸福感與相關因子之探討。行
政院國家科學委員會成果報告 1999 台北：國科會。
- 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。
- 彭檢妹(2003)：產婦自主選擇剖宮產原因調查分析。護理學雜誌，
18(5)：333-335。

- 黃俊元、楊銘欽、陳維昭(1997)：產婦特性與採用剖腹產：以台大醫院為例。中華衛誌，16：309-318。
- 楊玉娥、徐玉眉、謝生蘭、簡美玲(1997)：選擇時間剖腹生產的內涵意義-一個現象學研究。護理研究，5(4)：331-340。
- 楊詠梅、王秀紅(2003)：台灣印尼跨國婚姻婦女的生活與健康關注。護理研究，11(3)：167-176。
- 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。
- 劉秀琪：苗栗地區台灣、外籍、大陸育齡婦女育嬰知識、育嬰態度、社會支持與嬰兒生長發育狀況之探討。台北護理學院護理研究所碩士論文，2003。
- 劉美芳、鍾信心、許敏桃(2001)：台灣外籍新娘之文化適應-護理專業的省思。護理雜誌，48(4)：85-89。
- 劉瑞德：降低剖腹產率的優缺點。台北長庚婦產科月刊 1999。
- 蔡文正、龔佩珍、陳綾穗：外籍勞工是否延誤就醫及其相關因素之研究。公共衛生 2001；28：109-22。
- 蔡雅慧：前胎剖腹產陰道生產論病例計酬實施對醫師執行剖腹產後自然產之影響：以某財團法人醫療體系為例。台北醫學大學醫務管理研究所碩士論文，2005。
- 謝景璋：剖腹產有哪些危險。台北長庚婦產科月刊 2004。
- 鍾聿琳：產科照護之再省思。護理雜誌 1998；45(5)：61-5。
- 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、外籍產婦問卷

親愛的產婦 您好：

本份問卷為一探討影響產婦選擇生產方式意願之學術卷，主要目的是想要瞭解台灣外籍產婦選擇生產方式之影響因素，本研究蒐集之資料僅供學術研究使用，您的協助將使本研究更具意義，懇請您撥冗填寫，謝謝！

中國醫藥大學 醫務管理學研究所
指導教授：蔡文正 博士
研究生：曹珮琳
聯絡電話：(04)22053366 轉 7231

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	<input type="checkbox"/> 1. 足月 <input type="checkbox"/> 2. 早產	<input type="checkbox"/> 1. 足月 <input type="checkbox"/> 2. 早產	<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	<input type="checkbox"/> 1. 自然生產 <input type="checkbox"/> 2. 剖腹生產	<input type="checkbox"/> 1. 自然生產 <input type="checkbox"/> 2. 剖腹生產	<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. 此次生產後嬰兒被送至：1. 嬰兒室 2. 新生兒中重度病房 3. 新生兒加護病房
4. 轉院，原因：_____
9. 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
10. 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：_____
11. 這次生產前您接受產檢次數：____次
12. 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：____）
13. 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：_____
14. 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. 您的原國籍為
1. 大陸港澳 2. 越南 3. 印尼 4. 泰國 5. 菲律賓 6. 其他：
3. 您的年齡：____歲（出生年月： 年 月）
4. 您的配偶年齡：____歲（出生年月： 年 月）
5. 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

6. 您先生的教育程度

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

7. 您的職業

1. 家庭主婦 2. 農林漁牧 3. 工 4. 商 5. 學生 9. 服務業 10. 其他：

8. 您先生的職業

1. 無 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：

9. 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

10. 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

11. 您先生的信仰是1. 佛教 2. 基督教 3. 道教 4. 回教 5. 天主教 6. 無

12. 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

13. 您是否有重大傷病？1. 無 2. 有，疾病診斷為：

14. 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，您的幫助將讓我們能更瞭解產婦生產的相關問題，謝謝！)

附錄二、婦產科醫師問卷調查表

親愛的產婦科醫師 您好：

本問卷旨在瞭解台灣外籍產婦於選擇生產方式之影響因素探討，懇請 您撥冗回答，您的資料提供有助於本研究更能了解影響台灣外籍產婦選擇生產方式之各項影響因素。

請您務必每一題都填答。本問卷上所有的資料僅供學術研究之用，個人資料部分絕對保密，敬請放心填答。謹此致上誠摯的感謝，謝謝您的協助！

中國醫藥大學 醫務管理學研究所

指導教授：蔡文正 博士

研究生：曹珮琳

聯絡電話：(04)22053366 轉 7231

第一部分：對生產方式選擇因素之看法

1. 通常在無產科禁忌症的情況下，您是否鼓勵產婦自然產？

1. 是 2. 否 3. 其他_____

2. 曾經有研究指出「醫師未建議」是造成產婦不願意嘗試「自然產」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自然產的政策？

1. 是 2. 否

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. 您在婦產科領域執業年資是：_____年