

國立交通大學

高階主管管理學程碩士班

碩士論文

以推廣親善生產及生產計畫的觀念，探討新竹地區孕婦選擇生產場所重要因素之研究

Using the Concepts of Tender Birth and Birth Planning to Realize the
Factors which Influences an Expectant Mother at Hsinchu
to Choose a Childbirth's Place

研究生：曹健民

指導教授：楊千教授

中華民國九十七年六月

以推廣親善生產及生產計畫的觀念，探討新竹地區孕婦選擇

生產場所重要因素之研究

Subject: Using the Concepts of Tender Birth and Birth Planning to Realize the
Factors which Influences an Expectant Mother at Hsinchu
to Choose a Childbirth's Place

研究生：曹健民

Student : Chien-Ming Tsao

指導教授：楊 千 教授

Advisor : Prof. Chyan Yang

國立交通大學

管理學院高階主管管理學程碩士班



Submitted to Master Program of Management for Executives

College of Management

National Chiao Tung University

in partial Fulfillment of the Requirements

for the Degree of

Executive Master

of

Business Administration

June 2008

Hsinchu, Taiwan, Republic of China

中華民國 九十七 年 六 月

以推廣親善生產及生產計畫的觀念，探討新竹地區孕婦選擇生產場所重要因素之研究

研究生：曹健民

指導教授：楊 千 教授

國立交通大學

管理學院高階主管管理學程碩士班

摘要

「親善生產」概念源於 1980 年代初期，當時許多學者認為協助婦女生產的機構，應以「人性化」的婦嬰服務措施，提供以「家庭」為中心的照顧給產婦；近年來「親善生產」的概念也開始普遍推廣於國內各大醫院，越來越受到醫學上的重視。在過去孕婦選擇生產廠所的研究當中，鮮少提到「親善生產」及「生產計畫」的因素，因此本研究希望藉此可以瞭解目前推廣親善生產及生產計畫書的規劃是否影響孕婦對於醫院的選擇行為。

透過在新竹地區至醫院接受定期產檢門診的孕婦，由研究者經由詳細介紹及說明親善生產的觀念後，以自擬式問卷，做面訪的問卷調查。經由與受測者在產前進行約六十分鐘的訪談，本研究回收了共 556 份有效問卷，之後便進一步將所回收的資料予以分析與歸納。經由統計分析結果，本研究提出實務上的建議。

關鍵字：親善生產、生產計畫、健康行為科學理論

Using the Concepts of Tender Birth and Birth Planning to Realize the Factors
which Influences an Expectant Mother at Hsinchu to Choose
a Childbirth's Place

Student : Chien-Ming Tsao

Advisor : Prof. Chyan Yang

A Thesis

Submitted to Master Program of Management for Executives

College of Management National Chiao Tung University

in partial Fulfillment of the Requirements

for the Degree of Executive Master of

Business Administration



ABSTRACT

The concepts of “tender birth” are originated in the early 1980s. At that time, many scholars believed that organizations, which assist childbirth for women, should provide "humane" measures of maternal and infant services. In recent years, the concepts of “tender birth” was began to promote common in domestic major hospitals. Researches over the past year rarely mentioned the factors of "tender birth" and “birth planning”, so the purpose of this study is to understand whether or not "tender birth" and “birth planning” influence the expectant mother at Hsinchu to choose a Childbirth's Place.

This study conducted the interview through the pregnant women whom adopt regular examination in Hsinchu's hospital. Besides, a paper-based questionnaire was designed to verify the purpose of this study. The research structure was empirically evaluated using survey data collected from 556 pregnant women about their perceptions of “tender birth” and “birth planning”. Finally, the implication of this study to practitioners is discussed.

Keywords: Tender Birth, Birth Planning, Health Behavior and Science Theory

致謝

本研究承蒙楊千教授指導，深深感謝。同時要感謝東元綜合醫院護理部同仁，以及徐意鈞先生的協助，方能順利完成。

在寫本研究的這一段時間，家人給了我非常多的鼓勵與支持，感謝內人曹慈翠將一家人的生活打理的非常安穩，這讓我完全無後顧之憂，也才能專心一致地寫完。

感謝國立台北護理學院郭素珍教授，在溫柔生產方面，提供我很多新的想法、文獻資料以及觀念。

最後，要感謝所有教導我的老師們，因為您們諄諄不倦的教誨，我們才能將學校所學，回饋到社會中。



目錄

摘要	i
ABSTRACT	ii
致謝	iii
目錄	iv
圖目錄	v
表目錄	vi
第一章 緒論	1
1.1 研究背景與動機	1
1.2 研究目的	1
1.3 研究架構	3
第二章 文獻探討	4
2.1 母嬰親善生產概念的創始	4
2.2 婦女親善生產的準則	11
2.3 健康行為科學理論	16
2.4 Andersen醫療服務利用行為模式	22
第三章 研究方法	26
3.1 研究對象	26
3.2 研究變項	26
3.3 研究分析工具	28
第四章 資料分析與結果	30
4.1 量表驗證	30
4.2 受測者基本資料分析	30
4.3 能力因素分析	32
4.4 需要因素分析	34
4.5 環境因素分析	36
4.6 小結	38
第五章 結論與建議	39
參考文獻	41
中文部分	41
英文部分	42
附錄一：產婦選擇生產場所行為調查問卷	49

圖目錄

圖 2-3-1 Bandura 社會學習論中效能期望及結果期望對行為影響.....	18
圖 2-4-1 醫療服務利用行為擴大模式	24



表目錄

表 2-2-1 會陰切開比率(Graham et al., 2005)	14
表 3-2-1 本研究變項定義	27
表 4-2-1 受測者基本資料分析	31
表 4-3-1 能力因素分析	33
表 4-4-1 需要因素分析	35
表 4-5-1 環境因素分析	36
表 4-6-1 選擇生產地點考量因素排序	38



第一章 緒論

1.1 研究背景與動機

婦女的生产是婦女及其家庭中的重大事件，準父母所知覺的生产經驗對轉換為人父母而言有深遠的影響。使婦女有正向的和滿意的生产經驗應是健康照護提供者的責任。儘管多數人認為生产不是生病，生产場所以安全、方便為原則，但是孕婦選擇生产場所的決策行為，卻是多元而複雜的。以往研究孕婦選擇生产場所的影響因素並沒有加入親善生产，及生产計畫書的規劃與討論的影響因素。近年來親善生产，及生产計畫書的規劃與討論是產科可以提供給孕婦生产過程中自主性提高的重要思維，所以本研究以自擬式問卷調查為工具，以健康行為科學理論的概念為出發點，針對新竹地區內的孕婦，以面訪及問卷調查方式，來探討孕婦選擇生产場所的影響因素是否有所改變。

1.2 研究目的

本研究的研究目的包含以下三點：

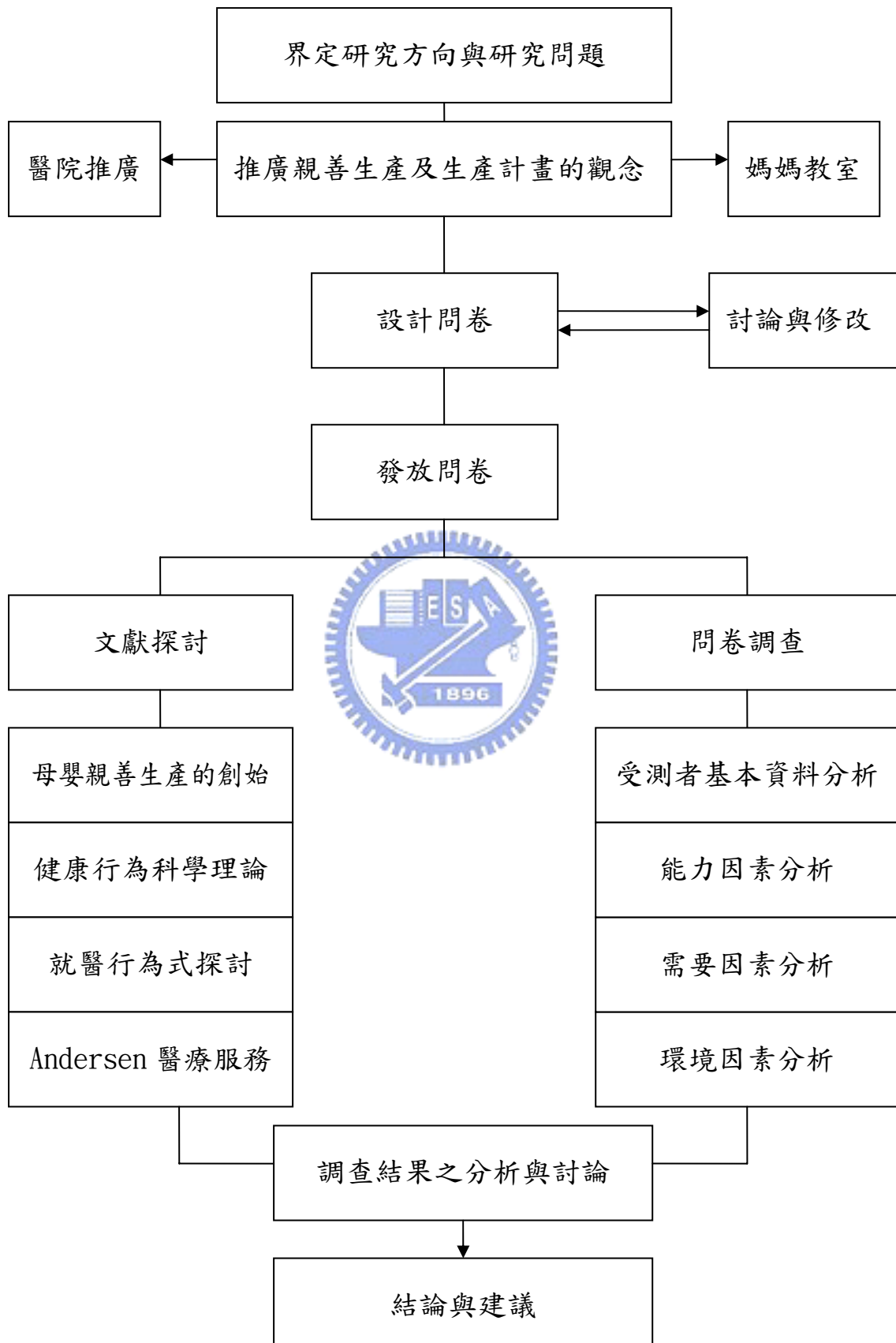
(1) 探討影響孕產婦選擇生产場所之因素：以往之研究，均未將母嬰親善生产及生产計畫列入研究因素項目內。藉由本次研究加入母嬰親善生产之選擇項目，藉以瞭解親善生产在孕婦選擇生产場所時所佔的影響比率。

(2) 藉由孕婦選擇生產場所影響因素的可能變動，提供醫療照護者在提供醫療服務時，另一種省思方向。

(3) 本研究希望藉此可以瞭解目前推廣親善生產及生產計畫書的規劃與討論是否影響孕婦的選擇行為模式。同時也希望藉由親善生產觀念的推廣，使婦女可以重新檢視生產過程中可以主動參與選擇、做決定所期望的生產經驗。當醫療照護提供者能相信親善生產的意義並做出改變時，相信婦女在生產時，能更為自主，更有尊嚴，這個願景應該是指日可待的。



1.3 研究架構



第二章 文獻探討

2.1 母嬰親善生產概念的創始

生產是婦女及其家庭中的重大事件，準父母所知覺的生產經驗，對以後轉換為人父母而言，有著深遠的影響。使婦女有正向的和滿意的生產經驗，應該是健康照護提供者的責任。所有婦女都希望生產時有身體及情緒的隱私，而且整個生產過程能在一個友善的、舒適的環境下進行。婦女親善生產的目標與期望包含：(1) 瞭解產婦；(2) 與醫護人員詳盡說明充分溝通；(3) 讓產婦瞭解即將進行的醫療行為；(4) 因人因時而異，採取最適合個人生產的方法。



改善母嬰服務聯盟是第一個同意倡導改善母嬰服務的聯盟，也提出了母親親善生產的作法及準則；母嬰服務改善聯盟是一個關懷母親、嬰兒及家庭照顧的個人性與全國性組織。其任務是希望在提昇母嬰照顧安康的同時，也能改善生產結果並且降低實質上的費用。這種以母親、嬰兒及家庭實證為基礎的親善模式，是專注於預防及改變高費用的篩選、診斷及治療。(郭素珍，2002)^[5]

提出母嬰親善服務的觀念主要是鑒於以下幾點：

- 雖然較其他國家花費了更多的費用在母親及嬰兒上面的照

顧，美國的週產期罹病率及死亡率均高出其他工業先進國家很多。母親死亡率非裔母親死亡率是歐裔母親的四倍之多。

- 助產士在工業先進國家負責主要生產事務，並擁有最佳的週產期結果。而在美國助產士只負責承擔少部分的生產。
- 現行的母親及嬰兒實務，所以產生高費用及低結果的原因，包括醫療科技使用不當及不合乎科學證據的常規過程。
- 過度依賴科技，已經使得母親如果不藉助醫療措施，就能自行生產的原始能力及信心降低。
- 在懷孕時期就已形成的母嬰關係的完整性，由於母親與嬰兒分離的產科治療模式而被破壞。
- 雖然母乳被證實具有合乎健康、營養及發育的好處，是有利於母親與嬰兒的，美國只有小部分的母親在六週前是完全哺餵母乳。
- 美國現行的母嬰照護系統對於弱勢團體婦女、沒有保險的婦女及對指定照顧者與生產地的有保險婦女，沒有提供相同接受健康照護資源的機會。

正因為如此，所以美國率先有民間團體提出了母嬰服務改善聯盟簽署的規範與原則，依據下列的原則，可以清楚界定和提昇母親親善的母嬰服務。(郭素珍，2002)^[5]

母嬰服務改善的重大原則有以下四點：(1) 生產過程是正常的；(2) 賦予權力；(3) 自主性；(4) 不受傷害。依據這四點原則，可以延伸出其服務的哲學基礎：(郭素珍，2002) [5]

(1) 生產過程是正常的

- 生產是一個正常的、自然與健康的過程。
- 母親與胎兒有生產的天生智慧。
- 新生兒在生產的時候是警覺性高及敏感性高的「人」，必須要被如同「人」般的對待與認識。
- 母乳提供新生兒和嬰兒最佳的營養。
- 可以在醫院，生產中心與家中生產。
- 支持與維護正常生產過程的助產照護是最適合於大多數的懷孕和生產的婦女。

(2) 賦予權力

- 婦女對生產與照護嬰兒的信心與能力是跟隨照護提供者與生產環境而彰顯或消失的。
- 母親與嬰兒在懷孕、生產與嬰兒期是兩個獨立但相互依賴的個體，兩者之間的連結是非常重要的而且一定要尊重的。
- 懷孕、生產與產褥期是生命延續過程中的里程碑，此時

期的經驗深深地影響婦女、嬰兒、父親及家庭，對社會也有重要和長遠的影響。

(3) 自主性

每個婦女應該有權力去：

- 不論婦女的年齡及境遇，都應該有一個讓婦女自己與家庭都是健康與愉悅的生產經驗。
- 依照婦女的希望，在一個讓婦女感受到自然、安全、情緒穩定、具有隱私及尊重個別性的場所生產。
- 在所有的生產場所、照護提供者及實務上提供完整的有關懷孕、生產及餵食嬰兒的正確資訊。
- 懷孕、生產、產褥期中對所有建議的程序、藥物及檢驗均要有正確與最新的立意與危害的訊息，婦女有權力被完全告知而同意接受或拒絕。
- 支持並准予婦女依照婦女個人的價值觀與信念，決定婦女個人及嬰兒最好的決策。

(4) 不受傷害

- 醫療措施不應該視為常規性的使用於懷孕、生產及產褥期。許多醫療標準的測試程序、醫療科技措施、藥物對母親與嬰兒是有傷害的，對於缺乏特殊科學使用指標

的，應該避免使用。

- 假若懷孕、生產及產褥期有合併症發生時，應提供有實證的醫療措施。

要達成母嬰服務改善，成為母親親善服務的重要條件，就是不論是在醫院、生產中心和居家生產，都必須執行母親親善照護的十大步驟：(郭素珍，2002) [5]

1. 提供所有生產的母親：

- 由母親決定生產陪伴者，可為父親，伴侶、小孩、家庭成員或朋友。
- 能獲得有經驗的婦女其持續的情緒上和身體上的支持，如陪產員或生產支持的專業人員。
- 能獲得助產專業照護的管道。

2. 提供大眾生產實務與照護程序，包括處置和結果的測量，在描述和統計的訊息上是正確的。

3. 提供具文化相稱的照護一對母親的種族和宗教信仰的特殊信念、價值和習俗，具有敏感性和有反應性的照護。

4. 准許待產、生產的婦女可以自由走動與活動，自由選擇採取的姿勢(除非為矯正某特殊的合併症需要限制母親的姿勢)。

不鼓勵採用膀胱截刀石式握位（平躺跨腳）生產。

5. 有明確規定下列政策或程序：

- 產前階段與其他產科機構合作與諮詢，包括需要由該生產場所轉診到另一生產場所時，與該組織中照護提供者的溝通。
- 把母親與嬰兒串連到合宜的社區資源，包括產前照護，產後追蹤與母乳哺餵的支持。

6. 不常規性採取沒有被科學證據支持的實務和過程，包括下列事項，但不限於此：

- 剃陰
- 灌腸
- 靜脈注射
- 禁食或禁水
- 過早人工破水
- 電子胎心音監測



其他應該被限制的措施包括：

- 引產率限制在 10% 或以下。
- 會陰切開率限制在 20% 或以下，目標是 5% 或更少。
- 社區醫院的剖腹生產率限制在 10% 或以下，高危險後送

醫院的剖腹生產率在 15% 或以下。

- 剖腹生產後嘗試陰道生產率達到 60% 或以上，目標是 75% 或更多。

7. 教育工作人員以非藥物性方法緩解疼痛，在無矯正合併症的特殊需要下，不建議使用止痛藥或麻醉藥。

8. 鼓勵所有的母親及家庭接觸、擁抱嬰兒、哺餵母乳和照顧嬰兒，包括身體狀況許可的病而、早產兒或有先天問題的嬰兒。

9. 不鼓勵非宗教因素的嬰兒包皮環切術。

10. 努力達成 WHO-UNICEF “嬰兒親善醫院提議十大步驟” 去提倡成功哺餵母乳。

(1) 有正式文字的哺育母乳政策，並和所有醫療人員溝通。

(2) 訓練所有醫療人員施行這些政策之技巧。

(3) 讓所有的孕婦知道哺育母乳之好處及如何餵乳。

(4) 幫助產婦在產後半小時內開始哺餵母乳。

(5) 教導母親如何餵乳，及在必須和嬰兒分開時，如何維持泌乳。

(6) 除非有特殊需要，不要給嬰兒母乳以外的食物。

(7) 實施每天二十四小時母嬰同室。

(8) 鼓勵依嬰兒之需求餵乳。

(9) 不要給予餵母乳之嬰兒人工奶嘴或安撫奶嘴。

(10) 幫助建立哺育母乳支持團體，並於母親出院後轉至該團體。

2.2 婦女親善生產的準則

在國際間，讓婦女有參與權和自主權，而且避免不必要的醫療措施，要首推美國推動的母嬰親善生產「黃金指標」，包括不建議剃毛、灌腸、禁食、降低會陰切開比例、待產婦女可以自由走動等。

婦女親善生產的準則包含：

一、分娩自行啟動：

- 在懷孕最後幾週內，媽媽的身體和胎兒都在為分娩而準備。
- 一旦胎兒已經做好到子宮外存活的準備，便會向媽媽釋放出極微量的荷爾蒙，發出信號以啟動分娩。
- 分娩自行啟動，避免催生。
- 催生主要目的原本是避免胎兒過大或是妊娠週數過期，造成胎兒窘迫、產程遲滯、產道裂傷等等危險性。
- 有醫學上的必要性才加以催生。而且重點在於對產婦詳盡說明，充分溝通，尊重產婦的決定來採取催生。

二、待產過程自由移動：

- 自由移動身體及藉由重力的原理，可以幫助胎兒下降，也可以使子宮能更有效地收縮，並且讓骨盆的形狀及大小更

適合胎兒通過。

- 待產過程自由移動身體是疼痛處理很重要的環節之一，透過身體姿勢的改變，對於幫助胎兒旋轉並通過骨盆是有很有效的方法。
- 協助待產婦選擇舒適的姿勢，例如側躺，不斷地傾聽自己身體發出的信息、放鬆心情，找到屬於自己分娩的節奏。

三、持續的待產支持：

- 在待產過程中接受持續、一對一的陪伴支持的待產婦較少發生下列情況：剖腹產、生產時使用真空吸引器或產鉗、使用硬膜外麻醉及止痛藥物、較負向的生產經驗與感受。
- 待產的產婦常會問：「到底要再等多久，我才能把小孩生出來？」「有誰能幫忙我應付產程進展時的不舒服？」
- 所以要建議產婦，在懷孕過程中就要規劃及安排好待產期間可以陪伴支持的人，當然配偶是最佳人選。
- 透過產前的生產教育課程與練習，可以學習到彼此正向的互動與溝通、促進身體舒適與情感支持的表達方式。
- 待產期間能夠有人在旁邊持續陪伴與支持待產婦，是達到婦女親善生產的重要關鍵之一。

四、禁食：

- 主要是為了避免如果需要緊急剖腹生產時，空腹時間不足造成麻醉危險。
- 整個產程中，嚴格禁止產婦喝水或是進食，會造成生產過程疲累，而且產婦會飢渴及不舒服。
- 建議在有醫療必須的狀況出現時，才要求產婦禁食。

五、剃毛及灌腸：

- 剃毛及灌腸都是為了避免生產時污染。
- 會陰部的毛髮如果過長，可以稍加修剪取代完全剃除
- 灌腸可用較溫和口服藥物取代，以避免腹痛或是腹瀉的不適現象。



六、哺餵母乳：

- 主要是要提高親子互動關係，同時可以增強嬰兒抵抗力，增進母子間關係，並提早讓母親熟悉照顧新生兒的模式。
- 在新生兒出生後，立即讓他（她）趴在母親胸部，並嘗試吸吮乳頭，與媽媽有立即的肌膚接觸
- 哺餵母乳及二十四小時母嬰同室。

七、會陰切開：

- 會陰切開是一種外科方式，剪開介於陰道至肛門之間的肌肉組織。

- 目的在避免自然生產時嚴重不規則撕裂傷。
- 目前的研究顯示，常規性的會陰切開，容易導致會陰傷口疼痛不適，需局部麻醉等風險。傷口疼痛程度及恢復時間，依切開方式的不同而有所差異。

在國際間，會陰切開並非常規執行。以下所列舉為 1995 年至 2003 在 Birth 期刊所提出的研究報告內容。

表 2-2-1 會陰切開比率(Graham et al., 2005)

地區	國家	年份	第一胎產婦比率%	總數比率%
北美	加拿大	2000-2001		23.8
	美國	2000		32.7
中南美洲	阿根廷	1996	65.3	28.5
	墨西哥	1995-1998	69.2	
	巴拿馬	1995-1998	81.8	
	哥倫比亞	1995-1998	86.2	
	尼加拉瓜	1995-1998	86.3	
	玻利維亞	1995-1998	90.8	
	巴拉圭	1995-1998	91.5	
	宏都拉斯	1995-1998	92	
	巴西	1995-1998	94.2	

	秘魯	1995-1998	94.4	
	多明尼加 共和國	1995-1998	94.9	
	烏拉圭	1995-1998	95.1	
	智利	1995-1998	95.9	
	瓜地馬拉	1995-1998	100 (估計)	
北歐	瑞典	1999-2000		9.7
	丹麥	2002-2003		12
	芬蘭	2003		33.9
西歐	英格蘭	2002-2003		13
	蘇格蘭	2002-2003		16.3
	荷蘭	1995		24.5
	德國	2002-2003		44.4
	瑞士	2004		46
	愛爾蘭	1999-2000		46
	法國	2002-2003		49.5
	義大利	1999		58
	土耳其	1999		64
	西班牙	1995		87.3
東歐	保加利亞	1997	77.1	45.6

	聖彼得堡，俄國	1997		46.2
亞洲	尼泊爾	2003		42.9-67.3
	中國大陸	2001		82
	台灣	2002		100 (估計)
中東	以色列	2001		37.6
大洋洲	紐西蘭	2001		11
	澳洲	2002		16.2
非洲	布基那法索國	1998	37	14
	奈及利亞	2001	90	20
	波紫那	1998-2000		20.7
	辛巴威	1997-1998	54	27
	南非	2003		63.3-67.5

2.3 健康行為科學理論

行為科學理論中，有關健康行為的模式很多，最常見的有健康信念模式(Health Beliefs Model)、PRECEDE-PROCEED 模式、自我效能理論(Theory of Self-efficacy)、計畫行為理論(Theory of Planned Behavior)、控握信念(Locus of Control)、社會連結理論(Theory of Social

Bonding)、醫療服務利用行為模式。

一、健康信念模式(Health Beliefs Model):「健康信念模式」是Becker等人說明一個人對某種疾病的罹患性、嚴重性認知，以及採取預防此疾病的健康行為時之有效性及障礙性認知，會影響行為是否出現。模式中的人口學變項、架構原素，會影響個人認知，行動線索是引發行動所必須(Becker, Drachman & Kirscht, 1974)^[18]。也就是要增加對疾病的認知，提供行動所需的線索，才可以有正向的預防行為，而其動力通常由疾病的罹患性及嚴重性引起，自覺利益和自覺障礙的衡量比較，會影響個人最佳行動途徑的選擇。

二、PRECEDE-PROCEED 模式：由 Green 與 Kreuter(1991)共同發展，其目的是經由改變或建立與健康有關的行為及生活形態，藉以縮短病程或增加生活品質。PRECEDE 模式就是在解釋影響健康狀態的因素；PRECEDE 是由下列字首所組成：Predisposing, Reinforcing, Enabling Constructs in Educational、Environmental and Evaluation，主要是做為社區分析與計畫發展的基本架構；之後為了延伸 PRECEDE 模式成為一綜合模式，Green 等人在 PRECEDE 之後，加上 PROCEED 的理念，PROCEED 則是由下列字首所組成：Policy、Regulatory and Organization、Constructs in Education 與 Environmental Development，

期望能使健康促進計畫更為完備，也因此將名更改為 PROCEDE-PROCEED 模式。

PROCEDE-PROCEED 模式分為 a. 社會診斷、b. 流行病學診斷、c. 行為及環境診斷、d. 教育及組織診斷、e. 管理與行政診斷、f. 執行、g. 過程評鑑、h. 影響評鑑及 i. 結果評鑑等，共九個階段。這個模式除了將健康促進計畫著重於影響健康的行為及環境等因素以達到易於執行之用外，也可作為醫療衛生計畫執行與評鑑的準則；通常是先以 PROCEDE 模式釐清問題、設定目標計畫，之後再以 PROCEED 模式做為政策執行與評鑑。



三、自我效能理論(Theory of Self-efficacy)：自我效能理論源自 Bandura 的社會學習理論中效能期望(efficacy expectation)部分（如下頁圖 2-3-1），是個人在相信自己的情形下能實施特定行為的一種能力知覺，可作為解釋行為程度的預測變項。

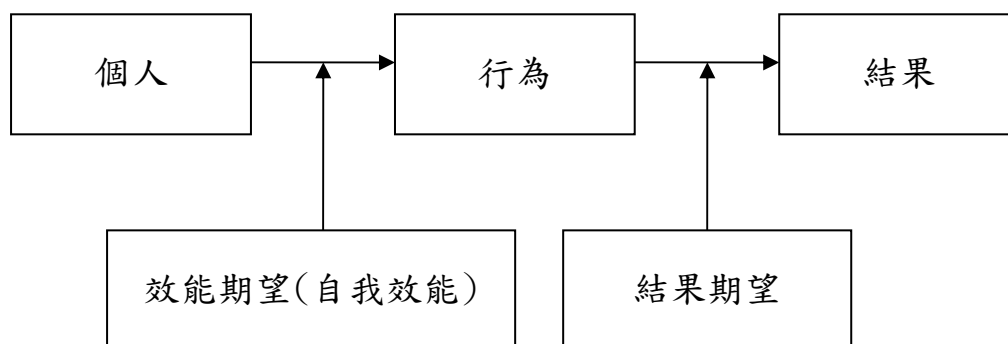


圖 2-3-1 Bandura 社會學習論中效能期望及結果期望對行為影響

自我效能的來源有四種：

(1) 過去的經驗類推(Performance Accomplishments)：個人對將執行相關行為能力的指標，過去成功的經驗會提高個人對相關行為的控制或熟練的期望。

(2) 替代經驗(Vicarious Experience)：觀察他人成功的經驗來產生個人對執行此行為能力之期望。

(3) 言語勸服(Verbal persuasion)：著他人告知其有執行此行為的能力來信服自己握有此能力。

(4) 情緒引發(Emotional Arousal)：情緒亦會影響個人執行某特定行為。



四、計畫行為理論(Theory of Planned Behavior)：理性行動論(Theory of Reasoned Action)發展於1967年，然後經過不斷的改善、驗證，才由Fishbein及Ajzen共同發展出來。

此理論的基本前題是：人是「理性」的個體，因此在決定是否採行某項行為之前，會先考慮他們的「行動」，此乃理論名稱的由來。其有兩項基本假設：a. 人們大部分的行為表現是在自己的意志控制下，而且合乎理性。b. 人們是否採行某項行為的行為意圖，是該行為發生與否的立即決定因子(immediate determinant)。影響行為意圖的

兩因素為：1.源自個體本身，對從事某項行為的態度。2. 源自外在，影響個體從事某項行為的主觀規範(Ajzen & Fishbein, 1975)^[25]。

但是，將理性行動論應用在不完全受到意志控制的行為，如：習慣性行為或很難達成的行為時，就可能出現問題。因為行為能否成功，不只決定於個人的行為意圖，有一部分也會受到超出個人控制之外的元素影響。「行為必須在意志控制之下」的假設對理論應用範圍強加上嚴格的限制，故每逢非意志因素（如：機會、技術、與他人合作等）對行為有很強烈的影響時，理性行動論對於行為的預測、解釋能力就顯著降低。因此，學者 Ajzen 與 Madden (1986 & 1988)依據理性行動論，另外再增加一個知覺行為控制(Perceived Behavioral Control)，其定義為個人對完成某行為可能有多困難或容易的信念，並假定它可以回應過去的經驗和預期的阻礙。當個人認為們所擁有的資源與機會愈多，所預期的阻礙也愈小，對行為的知覺行為控制就愈強。因此，計畫行為論假定意圖有三個影響因素：態度、主觀規範和知覺行為控制。

五、控握信念(Locus of Control)：區分為外控信念及內控信念，外控信念是影響個人行為的外在因素，例如：幸運、信仰、機會或者他人的幫助，內控信念則是個人本身的努力影響到自己的成功，也就是所謂的操之在己，但是外控及內控本身並不是相互對立，而是一連續

變項，個人只是在內、外控之間的程度有別，重於外者為外控、內者為內控，如何增強個人的健康行為端指加強個人內、外控因子，以促進或影響個人的行為。

六、社會連結理論(Theory of Social Bonding)：Hirschi 所提之社會連結理論認為，親和(attachment)、投入(commitment)、參與(involvement)和信仰(belief)會影響個人的行為，換句話說，家人或者是親友間的行為影響病患本身對醫療行為選擇及作法。

七、醫療服務利用行為模式：早期的醫療服務利用行為模式使以經濟學與社會學單一層面變項角度加以探討（葉國樑，2001）^[13]，其實架構上並不完整。由於影響民眾求診的行為，包含了人口、文化、政治、經濟、社會、心理等因素，為探討民眾對求醫行表現與醫療照護體系利用之差異，開始有各種健康信念模式及求醫行為研發，從Suchman(1965)^[45]的疾病行階段模式(Stages of Illness and Medical Care)、Andersen(1968)的第一階段醫療服務利用行為模式、Rosenstock(1974)^[42]的健康信念模式(Health Belief Model)和Mechanic(1978)^[38]的尋求協助整體理論(General Theory of Helping Seeking)，這四種理論都是以個人為出發點的健康或疾病行模式（李卓倫，1987）^[13]，但其中以Andersen的醫療服務利用行為模式較為完

整且最常被人引用。

2.4 Andersen 醫療服務利用行為模式

Andersen的醫療行為模式^[17]早在1968年即已提出，廣泛的被醫療經濟學家與心理學家使用。Andersen從個人來考量影響醫療服務使用的因素，並將其因素區分為以下三類：

(1) 傾向因素(Predisposing characteristics)：這是指出在疾病發生之前，有哪些人比較傾向會去使用醫療服務，其中包括了 a. 人口學特徵(demographic)，例如：性別、年齡；b. 社會結構(social structure)，例如：教育程度、種族、執業及社經地位等；c. 健康信念(health beliefs)，例如：有關健康與疾病的價值觀、知識及態度。

(2) 能力因素(Enabling resources)：這是指出讓有利用醫療服務傾向的人，有機會去獲得服務的能力，包括個人／家庭資源(personal / family resources)，例如家庭經濟狀況、健康保險等；社會資源(community)，例如醫事人員的人口比、醫療服務價格等。

(3) 需要因素(Need)：這是指出個人在有某些醫療需求時，所發生的醫療行為，包括個人主觀感受(perceived)，例如自訴之健康狀況、病徵等；執業人員評估的需要(evaluated)，例如醫護人員在臨床上對個人生理、心理及社會健康狀況的評估。

Andersen在1995年，針對醫療服務，利用行為模式做了一系列的

回顧，並且認為健康保險體制，與病患個人的滿意度也是影響醫療服務利用行為的重要因素。因此將此兩個變項加入模式之中，進而修正為擴大行為模式(The Expanded Behavioral Model) (李香瑤，1997^[2]；葉國樑，2001^[13]；黃敏毓，2005^[7]) (下頁圖 2-4-1) 其主要內容包括：

(1) 人口學特徵：這是醫療服務利用模式最初的傾向、能力及需要因素。其中包含了可變以及不可變的變因，例如能力因素會因全民健康保險的施行，而出現變化。

(2) 健康照護系統：其中包含政策、資源及組織。「政策」是指財力、物力、人力的衛生計畫；「資源」則為健康照護體系的人力、物力之數量與分佈；「組織」則是擁有資源、提供醫療利用服務的單位。

(3) 衛生服務利用：藉此區分醫療服務利用的地點、目的及頻率次數，「地點」：是指醫療服務提供單位的所在位置；「目的」為醫療服務利用者，本身在使用醫療服務時所抱持的期望；「頻率次數」則指出使用者利用醫療服務的次數。

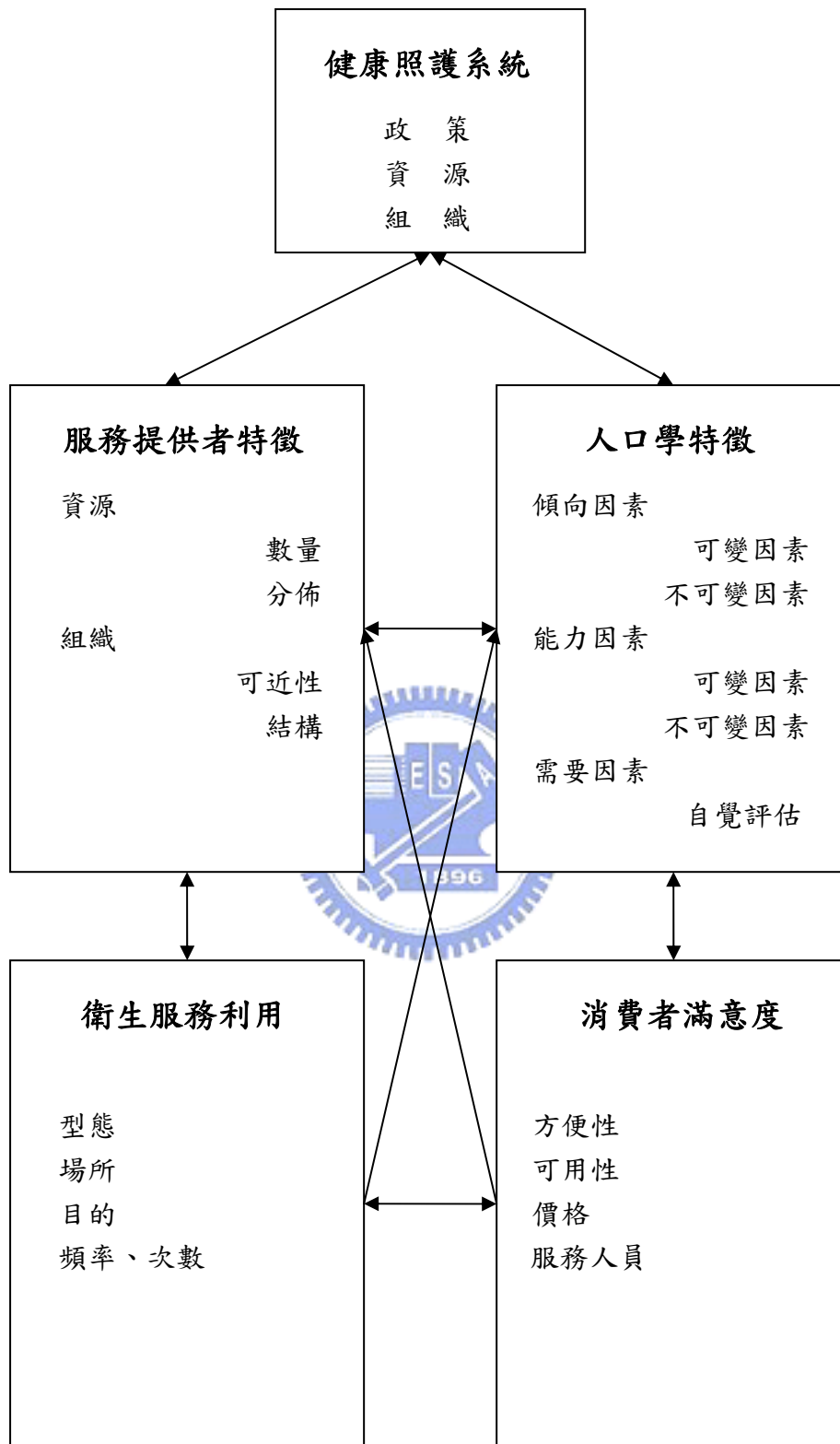


圖 2-4-1 醫療服務利用行為擴大模式

(4) 消費者滿意度：指出使用者在接受醫療服務之後對其所接受的服務主觀性的感覺：其中包含服務所需的費用、提供服務的場所及人員、服務內容、服務態度、所獲得相關訊息等等，這些都會對醫療服務利用產生影響。可是由於這一個變項，太過於抽象，內含的變因數量過多，往往無法以簡單的模式加驗證。



第三章 研究方法

本研究資料以問卷發放、面談方式取得。與研究對象在產前進行約六十分鐘的訪談後收集而來。受訪者在訪談結束後，填寫問卷後繳回，我們再將所獲得的資料進一步的歸納、分析。資料分析與結果敘述於第四章。

3.1 研究對象

在新竹地區，至醫院接受定期產檢門診的孕婦，由研究者經由詳細介紹及說明親善生產的觀念後，以自擬式問卷，做面訪的問卷調查。研究對象涵蓋懷孕 28 週至 42 週之間的孕婦，收案時間為 97 年 01 月至 97 年 03 月。共計發出 556 份問卷，經人工整理後，未有填答不完整的問卷，因此得有效問卷 556 份，有效問卷占總回收問卷比率是 100%。

3.2 研究變項

根據健康信念模式(Health Beliefs Model)與 Andersen 的醫療行為模式等文獻探討，針對本研究主題做適當的修改，以發展本研究問卷之變項。本研究討論新竹地區孕婦選擇生產場所的影響因素探討，各變項之定義如表 3-2-1。

表 3-2-1 本研究變項定義

變項名稱	變項定義
一、產婦人口學特性	
出生年次	自填之出生年次，並換算為年齡
居住地點	新竹縣、市、其他地區
國籍	中華民國、其他國籍
婚姻狀況	已婚、其他
教育程度	高中（職）、大學（專）、研究所
職業	家管、公務人員、其他
宗教	佛教、道教、基督教、其他宗教
生產胎次	第一胎、第二胎以上
生產場所的選擇	自己選擇、親友推薦、其他醫師轉介、與醫護人員熟識
二、能力因素：	
保險狀況	有健保、沒有健保，完全自費
家庭年收入	五十萬左右、八十萬以上、一百二十萬以上
個人人壽保險	有、沒有
自費項目多寡	會、不會、不一定
改變選擇的原因	
候診時間改變選擇	會、不會
交通便利性	是、不是
經常產檢地方生產	會、不一定
三、需要因素：	
生產為自然過程	同意、不同意
是否有胎兒異常	有、沒有
是否有內科疾病	有、沒有
產科合併症改變選擇	會、不一定
醫師告知親善生產觀念	沒有、有
先前不好經驗改變選擇	會、不一定
四、環境因素：	
推廣親善生產及生產計畫	是、不是
醫療設備	是、不是

醫師專業能力	是、不是
醫護人員態度	是、不是
病房設備	是、不是
托嬰附加服務	是、不是
固定醫師	是、不是
醫療機構過去名聲改變選擇	是、不是

根據以上調查問卷，綜合歸納為八項因素，分別為醫師的因素、親善生產及生產計畫、經濟或是交通的因素、醫療設備及病房設施、候診時間短、產後坐月子及托嬰等附加服務、有產科合併症、先前不好的生產經驗，再由產婦依序選出最重要的前三項考量因素。

3.3 研究分析工具

本研究所使用之問卷係依據國內外文獻探討及醫療上的臨床經驗，依據產婦人口學特性、能力因素、需要因素、環境因素等四個結構面研擬出來之結構式問卷，並經指導教授、專家適當的修正，期能找出會影響新竹地區懷孕婦女選擇生產場所影響因素的變化。

本研究以 SPSS 12.0 統計套裝軟體進行資料的統計分析呈現。依照研究架構及問卷調查所得之資料模式，本研究進行之資料分析方法可以分為描述性統計及綜合考量因素統計兩種。

(1) 描述性統計：以頻率及百分比描述自變項中婦女人口學特徵、環境因素、需要因素及能力因素四構面的數量分布情形，找出自變項中有顯著差別的影響因素。

(2) 綜合考量因素統計：將調查問卷歸納為八項因素，由產婦依序選出最重要考慮的三項因素，以 Excel 製表，按發生的頻率及順序加權統計，找出產婦選擇生產場所時，最重要考慮的前三項影響因素，及其他因素所佔的比率。



第四章 資料分析與結果

4.1 量表驗證

由於本研究之研究問卷在設計上並沒有使用一般的 Likert 衡量尺度，因此在信度與效度的檢驗上，較不適合以 Cronbach alpha 與因素分析(Factor analysis)等統計方法來驗證。然而，本研究在問卷設計初期，透過前測(Pretest)方法，以發掘問卷題項是否有語意不清或造成受測者誤達的情況，進而影響問卷的信效度。在前測部分，本研究在問卷發放之前，邀請指導教授與相關專家對問卷進行審閱，在前測之後，依其建議修正語意不清的題項，再次經由確認才進行正式問卷的發放。



4.2 受測者基本資料分析

本研究針對 556 份有效問卷進行敘述型統計分析，分析結果如下表。從下頁表 4-1-1 得知本研究中受測者的年齡以 21 至 40 歲居大多數，而居住地點以「新竹縣竹北市」為最多，占有有效問卷中的 49.6%，其次為「新竹縣竹東鎮」(10.8%)；至於在教育程度部份，以「大學(專)」學歷的 66.2% 為大多數；此外受測者在選擇生產場所時是以「自己選擇」的比例最高，占了有效問卷的 68.8%。

表 4-2-1 受測者基本資料分析

項目		次數(N=556)	百分比
年齡	20 歲(含)以下	5	0.9%
	21 歲至 30 歲(含)	273	49.1%
	31 歲至 40 歲(含)	276	49.6%
	41 歲(含)以上	2	0.4%
居住地點	新竹縣竹北市	271	48.7%
	新竹縣竹東鎮	60	10.8%
	新竹縣新豐鄉	41	7.4%
	新竹縣湖口鄉	37	6.7%
	新竹縣新埔鎮	21	3.8%
	新竹市	72	12.9%
	其他	54	9.7%
國籍	中華民國	527	96.6%
	外國國籍	19	3.4%
婚姻狀況	已婚	542	97.5%
	其他	14	2.5%
教育程度	高中(職)	132	23.7%
	大學(專)	368	66.2%

	研究所	56	10.1%
職業	家管	123	22.1%
	公務人員	42	7.6%
	其他	391	70.3%
宗教信仰	佛教	327	58.8%
	道教	117	21.0%
	基督教	18	3.2%
	其他	94	16.9%
懷孕胎數	第一胎	300	54%
	第二胎(含)以上	256	46%
選擇生產場所的決定是 (複選)	自己選擇	429	68.8%
	親友推薦	158	25.3%
	其他醫師轉介	10	1.6%
	與醫護人員熟識	27	4.3%

4.3 能力因素分析

能力因素資料分析的結果如下表。從表 4-2-1 得知，受測者家庭年收入以「五十萬左右」為最多，占 40.1%，其次是「八十萬以上」；而有效問卷中，有近九成的受測者擁有「個人人壽保險」，僅一成未

擁有個人人壽保險；此外受測者目前最常進行產檢的地點中，「醫院」(96.8%)的比例遠高於「診所」(3.2%)，顯示大多數的孕婦對於醫院的接受度較診所高；而多數的受測者也會考慮在經常進行產檢的地點生產(97.5%)；除此之外，本研究發現有大多數的受測者不會因為「自費項目多寡」而影響選擇生產的地點(55.8%)，反之「候診時間長短」(79%)與「交通便利性」(85.4%)對大多數受測者來說，會影響其選擇生產的場所；由此可知，大多數的孕婦在選擇生產場所時，會考量到問診時間長短與交通的便利性。

表 4-3-1 能力因素分析

項目		次數 (N=556)	百分比
保險狀況	有健保	552	99.3%
	沒有健保，完全自費	4	0.7%
家庭年收入	五十萬左右	223	40.1%
	八十萬以上	199	35.8%
	一百二十萬以上	134	24.1%
個人人壽保險	有	487	87.6%
	沒有	69	12.4%
目前最常產檢的地點	診所	18	3.2%

	醫院	538	96.8%
是否會在經常產檢的地點生產	會	542	97.5%
	不會	14	2.5%
以下因素是否會影響選擇生產的地點：			
(1)自費項目多寡	會	246	44.2%
	不會	310	55.8%
(2)候診時間長短	會	439	79%
	不會	117	21%
(3)交通便利性	會	475	85.4%
	不會	81	14.6%

4.4 需要因素分析

需要因素資料分析的結果如下表。從表 4-3-1 得知，大多數的受測者同意生產為自然過程，因此應該到醫院生產(78.4%)；而在受測者個人的因素項目中，大多數的受測者在產檢過程中沒有異狀(79.7%)，此外多數的受測者過去沒有內科疾病的比例(93%)遠高於曾有內科疾病的比例；另外，在產檢過程中，醫生有告知關於「親善生產及生產計劃」的觀念占了 51.3%，而告知關於「母嬰親善生產」的觀念僅占了 48.4%；最後，有高達九成的受測者認為先前不愉快的生

產或產檢經驗會影響選擇生產的地點。

表 4-4-1 需要因素分析

項目		次數 (N=556)	百分比
在您的觀念中認為，生產為自然過程，並非一定要到醫院生產	同意	120	21.6%
	不同意	436	78.4%
在產檢過程中，醫師是否曾告訴您胎兒有異常	有	113	20.3%
	沒有	443	79.7%
過去是否有內科疾病	有	39	7%
	沒有	517	93%
產檢過程的不正常或合併其他內科疾病，是否會改變生產地點	會	312	56.1%
	不會	244	43.9%
產檢過程中，醫生是否有告知關於親善生產及生產計劃的觀念	有	285	51.3%
	沒有	271	48.7%
產檢過程中，醫生是否有告知關於母嬰親善生產的觀念	有	269	48.4%
	沒有	287	51.6%
先前不愉快的生產或產檢經驗，是否會影響選擇生產的地點	會	503	90.5%
	不會	53	9.5%

4.5 環境因素分析

環境因素資料分析的結果如下表。從表 4-4-1 得知，大多數受測者認為推廣親善生產及生產計劃(72.3%)、推廣母嬰親善計畫(71.8%)、有較好醫療設備(如：產科超音波、急救設備、附設小兒科等)(98.9%)、醫師專業能力與知名度(91.9%)、醫師與護理人員態度(98%)、高品質與隱密性的個人病房(91%)、有固定醫師產檢及接生(98.6)與該醫院或診所過去的名聲(88.5%)，均會影響其選擇生產的地點。因此對於醫院與診所而言，在環境上必須著重在醫院或診所過去的名聲、醫療設備的先進程度、病房的環境與隱密性等因素；在人員部分，醫師專業能力與知名度、醫療人員的服務態度等也是會影響孕婦選擇生產場所的重要指標。

表 4-5-1 環境因素分析

項目		次數 (N=556)	百分比
以下因素是否會影響選擇生產的地點：			
(1)有推廣親善生產及生產計劃	是	402	72.3%
	不是	154	27.7%
(2)有推廣母嬰親善計畫	是	399	71.8%
	不是	157	28.2%

(3)有較好醫療設備(如：產科超音波、急救設備、附設小兒科等)	是	550	98.9%
	不是	6	1.1%
(4)醫師專業能力與知名度	是	511	91.9%
	不是	45	8.1%
(5)醫師與護理人員態度	是	545	98%
	不是	11	2%
(6)高品質與隱密性的個人病房	是	506	91%
	不是	50	9%
(7)提供產後托嬰與坐月子等服務	是	307	55.2%
	不是	249	44.8%
(8)有固定醫師產檢及接生	是	548	98.6%
	不是	8	1.4%
(9)該醫院或診所過去的名聲	會	492	88.5%
	不會	64	11.5%

4.6 小結

綜何以上所述，受測者在選擇生產地點時的考量因素中，以醫師的因素考量為最多，占了有效問卷中的 29.5%，其次是醫療設備與病房設施(29.2%)，第三是經濟與交通因素(14.9)，而提供親善生產及生產計劃佔了全體的 11.4%，其他資料整理如下表 4-5-1。

表 4-6-1 選擇生產地點考量因素排序

排序	項目	次數	百分比
1	醫師的因素	492	29.5%
2	醫療設備及病房設施	486	29.2%
3	經濟或交通因素	249	14.9%
4	親善生產及生產計劃	190	11.4%
5	先前不好的生產或產檢經驗	80	4.8%
6	候診時間短	70	4.2%
7	有產科合併症	53	3.2%
8	產後坐月子及托嬰等附加服務	46	2.8%

第五章 結論與建議

所謂婦女親善生產，這是一個需要醫療照護提供者、產婦及其家屬共同參與討論的懷孕及生產過程規劃。透過這樣的規劃，讓產婦可以自己選擇以何種方式進行生產，完全自主，同時在懷孕及生產過程中，是充分被尊重的。

生產的過度醫療化，讓我們不得不深思目前的生產處置方式是否妥當；同時另一個原因是，目前在醫院生產總令人有不自然且缺乏人性的感覺。一方面，生產本身乃是一種生理的，而非病理的過程，然而為數甚多的非高危險群產婦，卻被待之如病人；而另一方面，即使是病理性的高危險群產婦，他們所受到的照顧，也令人有人性化不足的感受。



世界衛生組織（WHO）對於正常自然產孕婦的建議及其他研究都指出，在醫院中廣為使用甚至有些視為常規的醫療行為，對低風險的孕婦沒有任何益處，反倒增加他們的不舒適。懷孕及生產並非疾病，而是生命過程中充滿喜悅的事，在分娩的過程中，對母親和嬰兒來說，以現今的醫療水準來說，安全的結果已不是問題，進一步要求的是如何避免生產中產婦不想要以及沒有正當理由的產科醫療介入與干預。將生產過程的主控權還給女人，創造更親善的生產環境。

經由以上想法及作法的落實，可以讓醫療照護提供者在對於孕產

婦的服務方面，充分提供選擇、以及詳細的說明，讓產婦可以知道自己在生產過程中扮演絕對重要且主導的角色。

檢視以往相同性質的研究，發現均未加入以母嬰親善生產的服務提供為變數，來探討孕婦選擇生產場所的考量因素。所以在本次研究中特別加入該項因素來討論並分析孕婦在選擇生產場所時的考量因素是否因為婦女親善生產以及提供生產計畫而有所改變。

本研究發現，可能是由於長期就醫習慣的緣故，在孕婦選項的第一至三項並無發現重大改變之外；親善生產及生產計畫，在第一次加入孕婦選擇生產場所的選項中，其影響孕婦在選擇生產場所因素，排名在第四選項。孕婦的觀念及想法改變，是絕對可以提供給醫療照護提供者一個省思，除了在專業及醫療設備的提昇之外，對於孕婦選擇生產方式的自主權方面，應該更加關心與瞭解，這樣才能提供更完整及優良的醫療服務，並提昇產科的醫療水準，強化孕婦、產婦於生產過程中的自尊與自主性。

當然，本研究所取樣的人數如果能夠增加更多數量，是否會出現不同的結果，亦有待觀察；也期待日後有更大規模的研究可以提供更多的數據，讓醫療照護提供者可以多方面觀察產婦在選擇生產場所時所考量的因素變化，讓醫療照護可以有更多元的服務選項，也希望藉由此可以更提昇國內的生產意願及比率。

參考文獻

中文部分

1. 行政院衛生署衛生統計資訊網，2004。
2. 李香瑤（1997）：「產婦選擇生產場所之影響因素研究—生育付政策有影響嗎？」國立陽明大學衛生福利研究所碩士論文。
3. 李卓倫、周碧瑟（1987）：「以健康信念模式分析鹿谷鄉民的肝癌篩檢行為」，公共衛生，第14卷第3期，236-249。
4. 郭素珍（2005）「人性化生產」•護理雜誌，52（3），21-27
5. 郭素珍譯（2002）「母親親善生產的創始」•助產雜誌第四十五期，1-6。
6. 黃月桂（1996）：「全民健康保險預防保健服務之利用分析」，中央健康保險局委託研究計畫。
7. 黃敏毓（2005）：「產婦選擇診所或醫院生產之相關因素探討—以澎湖地區為例」。高雄醫學大學健康科學院公共衛生研究所碩士論文。
8. 曾雅玲、余玉眉（1994）：「正常分娩的初產婦於待產及生產時主

觀經驗之探討」·護理研究，第二卷，第四期，327-338。

9. 陳筱華，祝道松，徐永新（2001）：「病患選擇醫院之關鍵因素及決策行為—以產科病人為例」，醫務管理期刊，第2卷第1期，77-92。
10. 陳嘉綺、李從業（2004）：「拉梅茲生產教育—孕期產球運動」·慈濟護理雜誌第3卷第1期，28-32。
11. 陳麗芳、朱大維、李從業（2000）：「產前會陰按摩法」·護理雜誌，第47卷第4期，64-70。
12. 葉季森（2006）「孕婦選擇生產場所相關因素研究-以台中地區數家醫療機構為例」·醫護科技學刊，8卷2期，144-156
13. 葉國樑（2001）：「健康行為科學理論應用於健康教育的調實驗研究」，翰林文教雜誌第十七期。
14. 張靜宜、高美玲（2006）：「運用生產球協助婦女待產之經驗」·護理雜誌53卷3期，98-102。

英文部分

15. Adams EK et al. "Predicting hospital choice for rural medicare beneficiaries: The role of severity of illness." Health Services

Research. Dec. 1991;26(5):583-612

16. Anson O. "Utilization of maternal care in rural HeBei Province, the People's Republic of China: Individual and structural characteristics." Health Policy. 2004 Nov;70(2):197-206
17. Andersen RM. "Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter?" Journal of Health and Social Behavior. Mar. 1995;36:1-10.
18. Becker MH, Drachman RH, Kirscht JP. "A field experiment to evaluate various outcomes of continuity of physician care." Am J public Health. 1974 Nov;64(11):1062-70.
19. Benight CC, Bandura A. "Social cognitive theory of posttraumatic recovery : the role of perceived self-efficacy." Behav Res Ther. 2004 Oct;42(10):1129-48.
20. Byrne JP, Crowther CA, Moss JR. "A randomized controlled trial comparing birthing centre care with delivery suite care in Adelaide, Australia." Aust NZJ. Obstet Gynaecol. 2000 Aug;40(3):268-74.
21. Combier E, Zeithin J, de Courcel N, Vasseur S, Lalouf A, Amat-Roze JM, de Pourville G. "Choosing where to deliver: decision criteria among women with low-risk pregnancies in France." Soc Sci

Med.2004 Jan;58(11):2279-89.

22.Davies Jel al. "Prospective regional study of planned homebirth. "

British Medicine Journal. 1996;313:302-306.

23.Ellen D. Hodnett. "Personal control and the birth environment:

comparisons between home and hospital settings. " Journal of

environmental psychology (1989)9,207-216.

24.Esimai OA,Ojo OS,Fasubaa OB. "Utilization of approved health

facilities for delivery in Ile-Ife, Osun State, Nigeria. " Niger J

Med.2002 Oct-Dec;11(4):177-9.

25.Fishbein M, Ajzen I. "Theory-base behavior change

interventions:comments on Hobbis and Sutton. " J Health

Psychol.2005 Jan;10(1):27-31;discussion 37-43.

26.Gertler P,Rahman O,Feifer C,Ashley D. "Determinants of pregnancy

outcomes and targeting of maternal health services in Jamaica. " Soc

Sci Med.1993 Jul;37(2):199-211.

27.Gooding SS. "Quality, sacrifice, and value in hospital choice: For

major treatment, quality reigns;for minor treatment, sacrifice assumes

more importance. " Journal of Health Care

Marketing.1995;15(4):24-31.

28. Hundley V, Rennie AM, Fitzmaurice A, Graham W, van Teijlingen E, Penney G. "A national survey of women's views of their maternity care in Scotland." Midwifery. 2000 Dec;16(4):303-13.
29. Hildingsson I, Waldenström U, Radestam I. "Swedish women's interest in home birth and in-hospital birth center care." Birth. 2003 Mar;30(1):11-22.
30. Ian D. Graham, PhD, Guillermo Carroll, MD, Christine Davles, BA, and Jennifer Mary Medves, RN, PhD. "Episiotomy rates around the world: An update." Birth. 2005 Sep; 32:3: 219-223
31. Jackson DJ, Lang JM, Swartz WH, Ganiats TG, Fullerton J, Ecker J, Nguyen U. "Outcomes, safety, and resource utilization in a collaborative care birth center program compared with traditional physician-based perinatal care." Am J Public Health. 2003 Jun;93(6):999-1006.
32. Kenny P, King MT, Cameron S, Shiell A. "Satisfaction with postnatal care—the choice of home or hospital." Midwifery. 1993 Sep;9(3):146-53.
33. Kimberlee T. Goode, M.D. "Episiotomy rates in private vs. resident service deliveries—A comparison." The Journal of Reproductive

Medicine. 2006 Mar; 51(3):190-192.

34.Liamputtong P. "Giving birth in the hospital: childbirth experiences of Thai women in northern Thailand. " Health Care Women Int. 2004 May;25(5):454-80.

35.Madden P. "The Swedish experience. " Health Serv J.1988 Jun 30;98(5107);736-7.

36.Marlene C. Mackey, PhD, RN. "Women's evaluation of their childbirth performance. " Maternal-Child Nursing Journal. 1995 Apr-Jun; 23(2):57-72.

37.McKenna P, Matthews T. "Safety of home delivery compared with hospital delivery in The Eastern Region Health authority in Ireland in the years 1999-2002. " Ir Med J.2003 Jul-Aug;96(7):198-200.

38.Mechanic D. "Prospects and problems in health services research. " Milbank Mem Fund Q Health Soc. 1978 Spring;56(2):127-39.

39.Neuhaus W, Piroth c, Kiencke P, Gohring UJ, Mallman P. "A psychosocial analysis of women planning birth outside hospital. " J Obstet Gynaecol. 2002 Mar;22(2):143-9.

40.Phibbs CS, Mark DH, Luft HS, Peltzman-Rennie DJ, Garnick DW, Lichtenberg E, McPhee SJ. "Choice of hospital for delivery: a

- comparison of high-risk and low-risk women. " Health Serv Res. 1993 Jun;28(2):201-22.
41. Ramona T. Mercer. "Relationship of psychosocial and perinatal variables to perception of childbirth. " Nursing Research. 1983 Aug; 32(4):202-207.
42. Rosenstock IM. "The health belief model and preventive health behavior. " Health Education Monograph. 1974;2:354-386.
43. Schneider Z. "An Australian study of women's experiences of their first pregnancy. " Midwifery. 2002 Sep;18(3):238-49.
44. Stekelenburg J, Kyanamina S, Mukelabai M, Wolffers I, van Roosmalen J. "Waiting too long: low use of maternal health services in Kalabo, Zambia. " Trop Med Int Health. 2004 Mar;9(3):390-8.
45. Suchman EA. "Stages of illness and medical care. " J Health Behav. 1965 Fall;6(3):114-28.
46. The Society of Obstetricians and Gynaecologists fo Canada. "SOGC Clinical Practice Guidelines. Guidelines for operative vaginal birth. " International Journal of Gynecology and Obstetrics. 2005, 88, 229-236.
47. Trovik J, Salvesen H, Maroy M, Dalaker K.「 If the woman giving birth

had her choice...Results of a consumer study in the region of Bergen」

Tidsskr Nor Laegeforen,1995 Mar 10;115(7):838-41.

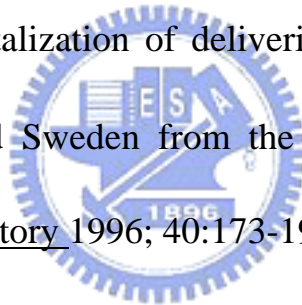
48.Thind A, Banerjee K. "Home deliveries in Indonesia: who Provides assistance? " J community Health. 2004 Aug;29(4):285-303.

49.van der Hulst LA, van Teijlingen ER, Bonsel GJ, Eskes M, Bleker OP.

"Does a pregnant woman's intended place of birth influence her attitudes toward and occurrence of obstetric interventions? " Birth.

2004 Mar;31(1):28-33.

50.Vallgarda S. "Hospitalization of deliveries: the change of place of birth in Denmark and Sweden from the late nineteenth century to 1970. " Medical History 1996; 40:173-196.



51.Wagle RR, Sabroe S, Nielsen BB. "Socioeconomic and physical distance to the maternity hospital as predictors for place of delivery: an observation study from Nepal. " BMC pregnancy Childbirth. 2004 May 22;4(1):8.

52.Yassin K, Laaser U, Kraemer A. "Maternal morbidity in rural upper Egypt: levels, determinants, and care seeking. " Health care Women Int. 2003 May-Jun;24(5):452-67.

附錄一：產婦選擇生產場所行為調查問卷

研究生：東元綜合醫院婦產部產科主任曹健民

親愛的準媽媽們：問卷主要是要瞭解產婦選擇生產場所時的行為研究，以提供醫療院所未來改進的參考，問卷採不計名方式，請放心作答，謝謝您的寶貴意見。

問卷調查緣起：

婦女的生產是婦女及其家庭中的重大事件。準父母所知覺的生產經驗對轉換為人父母而言有深遠影響。所以我們希望提供一個思考方向，在婦女生產已經被醫療措施介入相當深的今日，醫療服務提供者是否可以提供更人性、更親善的生產方式，來營造對產婦更親善、更正面的生產環境與方式。

使婦女有正向和滿意的生產經驗應該是健康照護提供者的責任。婦女希望生產時有身體及情緒的隱私，而且整個生產過程能在一個友善的、舒適的環境下進行。針對那些正常生產的婦女，要使其有正向的生產經驗，推行人性化（親善）生產將是可行的方法之一。

有關人性化（親善）生產概念用在婦女的生產已有一段時間，早在 1980 年代初期就有學者討論到協助婦女生產的機構，如何以人性化的婦嬰服務措施而能提供以家庭為中心的照顧（McKay & Phillips, 1984）。

人性化（親善）生產的概念，最近在 2000 年 11 月 2-4 日於巴西所舉行的人性化生產的國際會議(The International Conference on the Humanization of childbirth)，包括聯合國兒童基金會(United Nations Children's Fund, UNICEF)、世界衛生組織(WHO)及 26 個國家，共計約二千人參加。

Wagner(2001)對人性化生產的意義有進一步的說明，人性化生產的意義是瞭解婦女生產時將孕婦當作一個人，不是一個機器，也不是一個製造嬰兒的容器。另外一方面，尊重婦女是具有重要性的、是有價值的人，確保孕婦生產時的經驗

是滿意的，賦權不單是少數人的特權，它絕對是促使孕婦堅強，進而強健社會所不可或缺的。

人性化生產的意義，是指將孕婦的生產放在中心，以及孕婦是可以控制他的生產，所以孕婦可以對將發生的事件充分瞭解並做決策，並非醫師或是其他人為孕婦做決策。人性化生產又是指母嬰服務是基於良好的科學根據包括使用科技和藥物都是有證據的(Wagner, 2001)。

親善生產的定義：

何謂母嬰親善生產？讓婦女有參與權和自主權，且避免不必要的醫療措施。

美國推動的母嬰親善生產「十大黃金指標」，包括不建議剃毛、灌腸、禁食、降低會陰切開比例、待產婦女可以自由走動等。

母嬰親善生產的準則

一、分娩自行啟動：在懷孕最後幾週內，媽媽的身體和胎兒都在為分娩而準備。通常在分娩前二週，胎兒已進入骨盆腔內，媽媽可能會感覺到不規則的子宮收縮，而且子宮頸也開始變軟。一旦胎兒已經做好到子宮外存活的準備，便會向媽媽釋放出極微量的荷爾蒙，發出信號以啟動分娩。分娩自行啟動，避免催生。催生主要目的原本是避免胎兒過大或是妊娠週數過期，造成胎兒窘迫、產程遲滯、產道裂傷等等危險性。有醫學上的必要性才加以催生。而且重點在於對產婦詳盡說明，充分溝通，尊重產婦的決定來採取催生。

二、待產過程自由移動：待產時，自由移動身體及藉由重力的原理，可以幫助胎兒下降，使子宮能更有效地收縮，並且讓骨盆的形狀及大小更適合胎兒通過。待產過程自由移動身體是疼痛處理很重要的環節之一，透過身體姿勢的改變，對於幫助胎兒旋轉並通過骨盆是有很效的方法。協助待產婦選擇舒適的姿勢，例如側躺，不斷地傾聽自己身體發出的信息、放鬆心情，找到屬於自己分娩的節奏。

三、持續的待產支持：在待產過程中接受持續的、一對一陪伴支持的待產婦較少發生下列情況：剖腹產、生產時使用真空吸引器或產鉗、使用硬膜外麻醉及止痛藥物、較負向的生產經驗與感受。很多待產的媽媽常會問：「到底要

再等多久，我才能把小孩生出來？」 「有誰能幫忙我應付產程進展時的不舒服？」 建議您，在懷孕期就要事先安排好待產期間可以陪伴支持的人，當然您的先生是最佳人選。透過產前的生產教育課程與練習，可以學習到彼此正向的互動與溝通、促進身體舒適與情感支持的表達方式。待產期間能夠有人在旁邊持續陪伴與支持待產婦，是達到母嬰親善生產的重要關鍵之一。

四、禁食：禁食是避免需要緊急剖腹生產時，空腹時間不足造成麻醉危險。但是禁止產婦喝水進食，會造成生產過程疲累且產婦飢渴不舒服。所以建議在有明顯醫學上的危險時，才要求產婦禁食。

五、剃毛及灌腸：剃毛及灌腸都是為了避免生產時污染。毛髮過長可稍加修剪；而灌腸可用較溫和口服藥物取代，避免腹痛腹瀉的不適。

六、哺餵母乳：出生後立即讓新生兒趴在母親胸部，並嘗試吸吮乳頭，讓新生兒與媽媽有立即的肌膚接觸，促進親子互動關係哺餵母乳及二十四小時母嬰同室，主要是可以增進母子間關係，又增強嬰兒抵抗力，而且提早讓母親熟悉照顧新生兒的模式。

七、會陰切開：會陰切開是一種外科方式，剪開介於陰道至肛門之間的肌肉組織。目的在避免自然生產時嚴重不規則撕裂傷。但會導致會陰傷口疼痛不適，需局部麻醉等風險。傷口疼痛程度及恢復時間，依切開方式的不同而有所差異。

在國際間，會陰切開並非常規執行。以下所列舉為 1995-2004 年間，研究報告所指出之內容：

洲別 / 國家別	會陰切開比例
美洲 / 美國	32.7%
美洲 / 加拿大	23.8%
北歐	平均在 30% 左右
東歐	45% 左右
大洋洲 / 紐西蘭	11%
大洋洲 / 澳洲	16.2%
亞洲 / 中國大陸	82%
亞洲 / 台灣	92.9% 以上

以下填寫資料為分析樣本所需，請您詳細填寫。

一、基本資料： 產婦本人填寫 先生或親屬代填

1. 您的出生年次：中華民國（_____）年
2. 您現在居住的地點為：_____（市、縣）_____（市、鎮、鄉）
3. 您的國籍：(1) 中華民國 (2) 其他國籍
4. 您的婚姻狀況是：(1) 已婚 (2) 其他
5. 您的教育程度：(1) 高中職 (2) 大學 (3) 研究所
6. 您的職業：(1) 家管 (2) 公務人員 (3) 其他
7. 您的宗教：(1) 佛教 (2) 道教 (3) 基督教 (4) 其他宗教
8. 您這次的懷孕為：(1) 第一胎 (2) 第二胎以上
9. 您選擇生產場所的決定是（可複選）：
(1) 自己選擇 (2) 親友推薦 (3) 其他醫師轉介 (4) 與醫護人員熟識

二、能力因素

1. 您的保險狀況是：(1) 有健保 (2) 沒有健保，完全自費
2. 家庭的年收入狀況：(1) 五十萬以上 (2) 八十萬以上 (3) 一百二十萬以上
3. 您是否有個人壽保險：(1) 有 (2) 沒有
4. 自費項目的多寡，會不會影響您選擇生產地點 (1) 會 (2) 不會
5. 就診的方便性，候診時間短，會不會影響您選擇生產地點 (1) 會 (2) 不會
6. 生產地點距離住家的遠近，交通的便利性，會不會影響您選擇生產地點
(1) 會 (2) 不會
7. 您目前最常產檢的地點為：(1) 診所 (2) 醫院
8. 您會在您經常產檢的地方生產嗎？ (1) 會 (2) 不會

三、需要因素：

1. 在您的觀念中認為，生產為自然過程，並不一定要到醫院生產 (1) 同意 (2) 不同意
2. 您過去是否有內科疾病：
(1) 沒有 (2) 有【糖尿病、高血壓、心臟病、甲狀腺疾病或其他】
3. 在產檢過程中，醫師是否告訴您胎兒有異常：
(1) 沒有 (2) 有【雙胞胎、胎位不正、出血、妊娠高血壓糖尿病、

生長遲緩或其他】

4. 產檢過程的不正常或合併其他內科疾病，會不會改變您選擇生產地點
(1) 會 (2) 不會
5. 在產檢過程中，醫師是否告訴您有關於親善生產及生產計畫的觀念：
(1) 沒有 (2) 有
6. 在產檢過程中，醫師是否告訴您有關於母嬰親善生產的觀念：
(1) 沒有 (2) 有
7. 先前不愉快的生產或產檢經驗，會不會影響您選擇生產地點 (1) 會 (2) 不會

四、環境因素：

1. 有推廣親善生產及生產計畫，是不是您選擇生產地點時的考慮因素 (1) 是
(2) 不是
2. 有推廣母嬰親善生產，是不是您選擇生產地點時的考慮因素 (1) 是 (2) 不是
3. 有較好醫療設備，如產科超音波、急救設備、附設小兒科等，是不是您選擇生產地點時的考慮因素 (1) 是 (2) 不是
4. 醫師專業能力強且知名度高，是不是您選擇生產地點時的考慮因素 (1) 是
(2) 不是
5. 醫師及護理人員親切的態度，會不會影響您選擇生產地點 (1) 會 (2) 不會
6. 能提供高品質且隱密性的個人病房，是不是您選擇生產地點時的考慮因素
(1) 是 (2) 不是
7. 能提供產後托嬰及坐月子等服務，不受健保約束，是不是您選擇生產地點時的考慮因素
(1) 是 (2) 不是
8. 有固定的醫師產檢及接生，是不是您選擇生產地點時的考慮因素
(1) 是 (2) 不是
9. 您選擇生產地點時，不會考慮到該醫院或診所過去的名聲 (1) 會 (2) 不會

綜合以上所述，目前您準備生產的場所為：(1) 診所 (2) 醫院

請由以下表格內的選擇項目，填入數字選項。

1.	醫師的因素	5.	候診時間短
2.	親善生產及生產計畫	6.	產後坐月子及托嬰等附加服務
3.	經濟或交通的因素	7.	有產科合併症
4.	醫療設備及病房設施	8.	先前不好的生產或產檢經驗

在您選擇生產地點時，最重要的前三項考量因素依次序排列為：

第一優先選項：()

第二優先選項：()

第三優先選項：()

