

孕產照護邏輯： 台灣女性的新生育選擇與共同修補

施麗雯（台北醫學大學醫學人文研究所）

1960年代後從美國開啓的兩波女性生育自主運動，強調對自我身體控制和生育選擇權。面對當代生產醫療過度介入問題，新興的生育改革運動延續選擇權訴求，將助產照護視為解決生產醫療化問題並回復自然的身體自主與生育選擇。相關研究指出當代女性生育選擇有限，助產照護作為生產的新選擇，是否可以促進女性生育自主與照護品質，又如何做到？為回答這些問題，本文分析近年台灣衛生福利部以試辦計畫引進助產師到醫療院所提供給女性的新選擇，討論共同照護模式下的女性經驗，藉此探討生育選擇與孕產照護實作。延伸 Annemarie Mol 的「照護邏輯」和「選擇邏輯」討論，本文探討台灣孕產照護實作，透過訪談和在北部一家醫院的參與式觀察，分析生產照護活動與待產本身的不穩定性和複雜性，以及選擇助產師或溫柔生產帶來的調節與修補。本文指出選擇有助於女性生育自主，但並非強調「選擇邏輯」。透過分析實作上的「照護邏輯」，可幫助我們了解在多變的產程和照護活動中，產婦需求、實證醫學、醫學常規之間如何因應當下狀況進行「共同修補」，以達成順利生產目的。

關鍵詞：溫柔生產、助產師、生育自主、生育選擇、照護邏輯、共同修補

收稿日期：2018年8月21日；接受日期：2019年4月8日。

一、前言

生育自主權 (reproductive right) 為女性主義長期關注的議題，1960 年代後從美國開展的兩波生育自主運動，來自女性對身體的自主性訴求與對當代醫療運作的不滿，強調回復自然 (back to nature) 的身體自主和個人選擇權。1970 年後助產照護模式的復甦與成長，源自這波運動和對生產過度醫療化的不滿，追求助產照護和居家生產 (Rothman, 2007: 9)。研究指出，助產照護和居家生產強調以女性為主的照護運作，能促進女性的身體自主與能動性，近年的復甦為女性生育自主改革帶來重要意義 (Rothman, 2007, 2016; Tracy et al., 2013; MacDorman, Declercq, and Mathews, 2011; 施麗雯, 2018)。問題是，助產照護作為生產的新選擇，是否可以、以及如何促進女性生育自主與照護品質？若否，我們該如何理解當代女性的生育選擇？在這些提問下，本文在北部一家實行助產師與醫師共同照護制度的醫院進行田野觀察，並訪談醫師、助產師、護理師和接受共同照護的女性，分析生育選擇與孕產照護實作。這些經驗研究將有助於拓展當代女性主義者面對女性生育選擇有限性的討論。

1972 年，台灣產科醫師的接生率首次超過助產士 (師)，此後至今，99.8% 的新生兒都是在醫院或產科診所由醫師接生 (衛生福利部, 2017)，成為當代少數完全由生物醫學主導的孕產照護制度國

致謝詞：感謝兩位審查委員和女學學誌編委會提供的寶貴建議，讓本文的討論和分析更縝密；感謝吳嘉苓和李宛儒仔細閱讀初稿，啟發許多豐富的對話。感謝譚淑婷細心的文字編輯。文章若有疏失當然是作者自己的責任。本文為台北醫學大學 TMU102-AE1-B41、科技部 MOST104-2410-H-038-009 和 MOST105-2410-H-038-007-MY2 研究計畫補助對象。感謝研究計畫助理劉宇庭協助收集田野資料，以及王子銘的整理和校對。作者也特別感謝 A 醫院產科醫師、助產師和護理師及所有受訪者的經驗分享。

家。1995年出版的《台灣婦女處境白皮書》中，女性主義學者劉仲冬（1995）討論台灣女性的生育自主權，指出女性經歷的被強迫生殖（如懷孕的自主性、不孕和生男壓力）和有限的生殖（如過度醫療介入的懷孕和生產經驗，以及代理孕母的爭議）。經過二十年，台灣女性的生育自主仍不見改善（Kuan, 2014; 張靜宜、高美玲，2008；官晨怡，2013；吳嘉苓，2010, 2011；郭素珍，2005, 2015）。2014年再版的《台灣婦女處境白皮書：2014年》指出生產醫療化仍是主要問題（王秀雲、盧孳豔、吳嘉苓，2014）。其他研究也指出醫療過度介入女性的懷孕和生產歷程，讓女性處於恐懼和焦慮的情境（Kuan, 2010, 2014; Shih, 2018; 吳嘉苓，2010, 2011；官晨怡，2013；施麗雯，2014, 2015）。婦女新知基金會和生育改革行動聯盟兩個國內重要婦女團體，近年針對生產過度醫療化的問題，提出身體和生產自主權的訴求，帶動台灣女性的生育改革運動。加上「最溫柔的相遇－溫柔生產臉書社團」等即時社群網站的訊息傳播，越來越多女性投入生育自主運動，選擇溫柔生產成為當代女性追求生育自主的重要行動。

為回應女性生育自主要求及醫療過度介入問題，2014年衛生福利部（以下簡稱衛福部）推動「友善多元溫柔生產醫院試辦計畫」，提出在產科醫師／生物醫學主導的照護實作中，藉由助產師進駐醫院，提供女性更多元的選擇並改善生產環境。但助產照護能否促進女性生育自主？本文關注助產師作為新加入的行動者所帶來的改變，特別是在照護活動中，助產師作為新選擇的運作對女性生產經驗的影響。跳脫「選擇」vs.「控制」的二元論，延伸荷蘭學者 Annemarie Mol（2008）的「照護邏輯」（logic of care）和「選擇邏輯」（logic of choice）討論，本文分析台灣醫院孕產照護活動的各種修補及女性的生產選擇，回應當代女性主義關注的選擇與生育自主。

二、相關文獻回顧

(一) 孕產照護模式與醫療介入

生育 (reproduction) 長期為社會學和女性主義相關研究關注的議題，這個詞與概念不單是對生物性身體的活動描述，也扣連醫學、人口學、科學的發展脈絡，蘊含現代性發展的歷史 (Clarke, 1998: 9; Duden, 1993: 28)。英國健康學者 Sheila Kitzinger (2012: 301) 指出，以往女性的生產被視為一個社會過程 (social process)，在中世紀歐洲和一些仍保持傳統文化的社會裡，婦女開始陣痛時，許多女性會到產家陪產和支持。工業社會後，醫院成為多數女性的主要生產場所，醫護人員及醫療設備為女性待產時的主要照護者，帶來不同以往的生產經驗。

女性的生產醫院化主要發生在 1920 至 1970 年代，這段時間也被視為歐洲生產醫院化的黃金時期，許多原本不需醫療介入或醫師協助的自然產從家庭移往醫院 (Benoit, Zadoroznyj, Hallgrimsdottir, Treloar, and Taylor, 2010: 476)。丹麥史學家 Signild Vallgård (1996) 比較瑞典和丹麥生產醫院化歷史，指出丹麥因為工業化的速度較鄰國慢，以及當時社會對助產師專業的肯定與信任，直到 1960 年代醫院生產才開始普及；但是隨著 1970 年代丹麥國家健康保險提供女性到醫院產檢和生產的補助，而選擇助產師需自掏腰包，女性到醫院分娩的文化逐漸成形，造就生產醫院化趨勢。

台灣也在 1970 年後急速走向生產醫院化，同樣受到 1975 年勞保和公保特約醫院生產的補助影響，間接促使民眾肯認到大醫院分娩的價值，帶動醫院生產文化 (林綺雲, 1993; 吳嘉苓, 2000)。台灣和丹麥的女性生產照護轉變歷程提醒我們，國家政策與社會脈絡的差異

是女性選擇生產場所和照護者的重要影響因素。而生產醫院化歷程也改變了當代女性的生產場所和照護者，讓生產從社會過程變成需要專業照護的醫療活動（Kitzinger, 2012: 304）。

目前對當代女性孕產照護的研究，多循兩種模式來討論：由生物醫學主導的醫療模式（medical model），及以女性為中心的助產照護模式（midwifery model）；其區分方式取決於照護者的專業知識、訓練和照護方式（Christiaens and Bracke, 2009; McKay, 1993; Benoit et al., 2005; Benoit et al., 2010; van Teijlingen, 2005; Dencker, Smith, McCann, and Begley, 2017; Wernham, Gurney, Stanley, Ellison-Loschmann, and Sarfati, 2016; Homer, 2016; Stevens, Miller, Watson, and Thompson, 2016; Walsh, 2010）。醫療模式是以醫學科學知識為主導，在重視管理與病理預防的監控下，常將懷孕和生產病理化（Beckett, 2005: 254; Rothman, 2007; Walsh, 2007）。例如在醫院生產的照護運作，幾乎無法避免胎心音監控，但有研究指出，監控胎心音可能造成更多醫療介入，如心跳率上升即採取剖腹（American College of Obstetricians and Gynecologists, 2005; Graham, Petersen, Christo, and Fox, 2006）。科技發展應用在生產上雖為預防性協助工具，卻可能讓女性失能（McKay, 1991; Walsh, 2007: 7），因為醫療和科技輔助成為待產的常規，女性的身體在工具性生產（instrumental birth）過程成為被管理的客體，其心理和需求變得相對次要。¹相較之下，助產照護實作是以女性為中心的全人照護，加上主要照護對象為低風險產婦，照護目標為促成順產，醫療介入較少。

1 例如 Anja Hiddinga 與 Stuart Blume（1992）針對女性子宮頸測量指出，因為影像醫學的發展，醫療專業人員會在產前透過測量子宮頸與胎頭，推估產程和風險；在這過程女性的感受被忽視，成為醫療科技下的客體。

除了上述兩種模式，亦有助產師和醫師合作的第三種模式：共同照護模式（collaboration model），建立在醫院產科醫師和助產師的專業分工上，依據孕婦與胎兒健康進行分層照護（初級照護和次級照護），英國、荷蘭、丹麥和瑞典等歐洲國家皆以共同照護為主要運作模式。如 Wendy Christiaens、Marianne J. Nieuwenhuijze 與 Raymond De Vries（2013）指出的，當助產師主責低風險的初級照護，成為判斷何時讓產科醫師介入的決定者，醫療介入情況往往較低。而近年生物醫學主導的照護所帶來的醫療介入問題，讓助產照護的優勢和重要性越來越受重視（Horton and Astudillo, 2014）。

女性追求生育自主的運動始於 1960 年代，最先出現於美國，為第一波女性生育自主運動，以爭取生育自主權為主要訴求，主張女人不是生產工具，要求有避孕和墮胎的權利（Lazarus, 1994; Clarke, 1998: 11）。1970 年代 *Our Bodies, Ourselves* 出版（Boston Women's Health Book Collective, 1973），幫助女性認識自我身體，促進生育自主意識。1970 年代後的第二波女性生育自主運動，以回復自然為主要訴求，拒絕過多醫療介入，並爭取助產照護、居家生產的生育權。美國女性主義學者 Barbara Rothman（2007: 9）指出，近年助產師照護的生產模式出現復甦與需求，即來自女性生育自主和對生產醫療過度介入的不滿。

兩波運動延續至今，帶動了女性的生育自主和選擇權意識，例如近年增加的無痛分娩、剖腹需求和居家生產需求等。前兩項是對醫療服務的需求，後一項是抵抗醫療介入。針對當代女性對醫療照護呈現的兩極化態度，Rothman（2016: 189）認為醫療照護中的醫療服務雖讓女性對自我身體的控制更有安全感，但也帶來更高的風險。她認為當代的風險控制與安全感都源於科學數據，這些數據建立在大量的醫院生產個案上，由此得來的風險觀與安全感會讓女性遵循醫學和科

學建議 (Rothman, 2016: 184)。這種科學化和醫療化造成女性身體與自我分離，Rothman 認為唯有助產照護——特別是居家生產——可屏除由科學或醫療介入帶來的控制感或安全感，幫助女性認識生產的本質，進而恢復自我與身體結合的可能性。

(二) 有限的選擇：選擇的情境

兩波女性生育自主運動後，當代女性看似擁有更多選擇和自主性，也強調需求和感受，但在生物醫療主導的照護模式下，女性的選擇仍受限於醫療運作，例如強調對胎兒最好或最有利於生產的實證醫學。相關研究也提醒我們選擇的有限性，因為所有的選擇可能已內含結構化問題 (Rothman, 1989/1984: 33)，這可以視為制度設計的侷限 (Miller and Shriver, 2012) 或「生物醫療化」(biomedicalization) 的結果 (Clarke, Shim, Mamo, Fosket, and Fishman, 2003, 2010)。例如美國女性主義者 Adele Clarke 等人 (2003, 2010) 以生物醫療化概念指出，當代社會已從以人和疾病治療為主的「醫療化」現象，轉化到看似客觀呈現有機體數據化的「生物醫療化」世代。這些轉化包含科技發展和社會意識 (常民認知與社會價值) 的改變；對疾病和病痛的治療焦點變成由生物醫學主導的預防性風險計算——包含個人選擇、責任、國家醫學預防篩檢政策與醫療運作等。澳洲學者 Joanne Bryant、Maree Porter、Sally K. Tracy 和 Elizabeth A. Sullivan (2007) 的研究回應了 Clarke 等人對預防性風險計算的分析，指出個人主義在公民權概念的強調下，個人責任與對社群的負責成為核心價值。Bryant 等人認為，這是當代生育選擇與個人責任之間的矛盾與弔詭。例如在研究中受訪的助產師、醫師和孕婦，雖然都提到女性在生產過程的主動性

和自我決定能力，看似積極並擁有相當自主性，但各種常在診間出現的危險／安全、好的／壞的、正常／不正常等醫學用詞，迫使女性必須回應當代社會對好母親該負的責任和風險的想像，例如好母親不會做出讓小孩身陷險境的選擇；這種充滿風險管控的字詞，顯示女性的選擇往往受到醫療實作影響，故而選擇自由變得有限。Bryant 等人（2007: 1196）特別提醒，當代女性看似能決定自己的生產，也回應前二波的女性生育自主運動——即爭取對自己身體的控制權和選擇權，但其實正潛移默化新自由主義的個人自由選擇論述。依此論述，個人的權利就像資本主義市場中自由選擇的消費者，進行選擇的同時也承擔責任和義務。個人的健康和生命變成可規劃和理性化的計畫（project），因此風險較少的預防性策略便成為大多數人的選擇結果（Bryant et al., 2007: 1196; Beck-Gernsheim, 1996: 142）。尤其是生產過程充滿不確定性，女性的選擇會隨生產歷程變動而改變。但當女性面臨自然生產或剖腹產的選擇，基於不確定性、母職責任和風險機率等考量，大多會選擇對胎兒最有利的生產方式（Beckett, 2005; Kingdon et al., 2009; Bryant et al., 2007; Rothman, 2016）。

（三）照護邏輯：個人選擇與「共同修補」

前二節從生產照護模式、醫療介入問題與女性生育自主運動、選擇的複雜與矛盾等面向分析孕產照護和女性的選擇，這些討論指出生物醫學主導的照護實作限制，以及因應生產歷程的選擇侷限問題。Rothman 認為唯有回到助產照護下的居家生產，女性才能拿回對生產和身體的控制權，達到最大的自主。但因目前女性多在醫院生產，面對選擇的複雜性和生產的多變歷程，也許我們需要跳脫選擇和控制的二元對立來

思考女性的選擇和生產自主。前述研究已指出，在許多情況下，女性很難有自主性或自由選擇權。即便看似女性的選擇，但可能是在迫於不確定性、風險評估或害怕自己無法面對的情況下，選擇了一種當時看起來較好的方式生產。面對當代女性的生育選擇，孕產照護實作該如何提供所謂的個人選擇和自主？更重要的是，我們該如何走向一個好的孕產照護實作？

科技與社會（science, technology and society，簡稱 STS）學者 Mol 以「照護邏輯」和「選擇邏輯」兩組對比概念檢視個人選擇和照護活動，啟發本文探索台灣在地女性的選擇情境及孕產照護的異質運作之方法與理論取徑。Mol（2008: 84 / 吳嘉苓、陳嘉新、黃于玲、謝新誼、蕭昭君譯，2018: 193）指出：

闡述「良好的照護」，並不是一種描述事實或呈現世界的方法，也不是一種評估、判斷良好照護的準則，而是一種介入，闡述照護的邏輯，是想要以健康照護本身的說法和語言，來改善健康照護。這種語言，主要強調的不是自主性，或是為自己決定的權利，而是著重於日常的生活實作與嘗試，並透過研發出來的照護功夫，讓生活好過些。

相較於女性主義追求的個人選擇與自主性，冀望從醫療化的身體中解放出來，Mol 的這段話無疑採取了不同取徑。在介入健康照護上，雙方皆以改善照護為目的；在達成的手段上，女性主義者如 Rothman 強調個人的主體性和選擇自由，Mol 則注重「實作與嘗試」和「照護功夫」。Mol 以照護實作上出現的各種狀況為例，說明「照護邏輯」的內在本質即是「共同修補」（shared doctoring）。Mol（2008: 7）指出人並非僅是選擇的主體，選擇只是照護活動的一部分；人是各種照護活動的主體。她認為照護活動中的積極行動者同時具有積極行動和

放手的順勢而為能力 (Mol, 2008: 82)。

Mol 認為當代醫療運作反映西方理性主義的精神：追求個人主義、強調自由意志，呈現出尊重個人自主性與選擇的邏輯，即其所謂「選擇邏輯」。例如在醫療照護上，醫療專業人員評估病人的檢查報告和診察後，讓病人選擇治療方式；此選擇邏輯亦反映了公民自主權與資本主義市場下的個人消費主義，強調個體的選擇自由。這種作法源於 1970 年代的病患自主運動，訴求病人對自我身體的控制和決定權。然而，Mol 認為在實作上，照護的關鍵不在誰有選擇或控制權，因為做選擇的不一定是握有掌控權的一方，也未必能得到想要的結果。她以荷蘭的糖尿病照護實作為例，對糖尿病人而言，醫療照護是幫助疾病緩解——至少維持一定的生活品質直到生命終點。因為疾病的不可治癒性，即使給予病人選擇也無法改變，最重要的是如何讓照護活動和病人的生活繼續下去。而且「選擇邏輯」往往會導向歸咎系統和道德行動，但找出誰對誰錯並無助於照護，「而是接下來要怎麼嘗試」(Mol, 2008: 80 / 吳嘉苓等譯，2018: 186)，照護活動必須隨時因應各種情況調節方式，這才是好的實作。Mol (2008: 84) 也強調：「以健康照護本身的說法和語言，來改善健康照護。」關注被照護者的需求和臨床實作間的調節，並在其中嘗試修補，才能推向對當下較好的共同修補和改善照護實作。

因此，相較於個人選擇，Mol 更關注「照護邏輯」中不同行動者間的調節與修補。雖然 Mol 討論的是慢性疾病的照護，但其「照護邏輯」的「共同修補」概念可幫助本文檢視女性生產的照護活動，如何在孕婦、醫師、助產師和醫療科技間進行。相較於糖尿病的慢性進程終至死亡，生產照護具有更多不確定性和需要處理的突發議題。本文關注女性在生產照護實作上可能遇到的各種狀況，以及助產師作為新增的照護者，能為照護活動帶來何種實作上的改變。從 Mol 的「照護邏輯」與

「選擇邏輯」討論延伸，本文討論孕產照護中的所有物質符號行動者，如懷孕女性、醫護人員、助產師、醫療運作、科技物、甚至胎兒的參與，探索孕產照護活動的運作，並檢視這些不同行動者在生產歷程中加入或退出所帶來的重新修補，藉此了解台灣女性的選擇和生育自主性。

三、台灣脈絡

近年台灣已有許多研究指出，待產過程中的醫療介入讓女性失去能动性，但礙於胎兒的健康考量，只能遵循醫療常規（Kuan, 2010, 2014; 張靜宜、高美玲，2008；官晨怡，2013；吳嘉苓，2010；郭素珍，2005, 2015）。根據衛生福利部（2016: 18, 96）出版的《101 年家庭與生育調查報告》，48.10% 有生育經驗的女性表示醫護人員「有詳細說明」切開會陰、剃陰毛及灌腸之必要及程序，另有 26.95% 的女性表示醫護人員「沒有說明」，其中以教育程度較低的女性自述醫護人員未詳細說明的比例較高。從全國女性生育經驗調查結果可看出，半數以上的女性在自然待產過程中，可能「不清楚」或「完全不知道」有切開會陰、剃陰毛及灌腸等措施。衛福部在 2011 至 2014 年委託台大醫學系婦產科和周產期醫學會針對國內生產環境進行調查和評估，這兩份研究計畫的結案報告皆認同必須減少醫療介入和提供友善的生產環境（許德耀，2013；李建南，2014）。其中，李建南（2014）教授主持之「發展本土化之友善生產模式及其成效評估研究」，共調查 273 位台灣產科醫師的態度與實際臨床操作。報告中指出，60% 以上的醫師都同意取消不必要的醫療介入，如灌腸、剃毛、禁食、打點滴、人工破水等，並支持推廣非藥物減痛。然而在臨床實作上，一些不必要的醫療介入在台灣仍被列為生產照護常規。

面對醫療過度介入問題，許多婦女團體要求政府改善台灣的生產環境（劉育志，2013/6/26；蔡明松，2014；郭庚儒，2014/7/24；李昀濤，2014/7/25；郭素珍，2005, 2015；婦女新知基金會，2014a, 2014b；生產改革行動聯盟，2015/12/12），衛福部於2014年10月16日召開「友善多元溫柔生產醫院試辦計畫」（以下簡稱試辦計畫）記者會，宣布推動助產師重返醫院服務，希望提供友善生產環境和新的生產選擇。²這個由國家推動的助產師回流產科醫療院所計畫，運作方式如參與執行的醫院所言：

待產時由婦產科醫師與助產師共同為孕婦評估。如果是低風險的孕婦，先詢問孕婦意願，由她決定找醫師或助產師接生。如果選擇由助產師主導及接生，婦產科醫生負責諮詢協助。（司晏芳，2014）

加入助產人力作為孕婦在醫院生產的新選擇，實作上能否提供女性更友善的生產環境，或達到溫柔生產的目標？根據第一年六家醫院執行的成果報告，產婦及陪產家屬滿意度平均達90%，助產師教育訓練的滿意度平均達96%。³該結果看似回應了計畫目標，但由於實施時間短，無法比較各醫院的實施前後概況，也無法進一步得知實作上有哪些改變及後續影響。

近年台灣的女性生育改革主要以女性身體自主和減少醫療介入為訴求，在實作上則以生產計畫書和助產師照護為倡議內容。⁴國內婦女團體、個人社群和政府試辦計畫在討論女性生產選擇和自主性時，或以「溫柔生產」概稱。不過生產計畫、助產照護和溫柔生產並非同一件

2 該計畫2015年因預算等問題中斷，2016年又開始第二期計畫。

3 為維持醫院的匿名性，無法於參考文獻提供成果報告之出版資訊。

4 有關台灣的生產改革運動，請見謝新誼、吳嘉苓（2018）的討論。

事：生產計畫為女性表達生產需求，作為與醫療人員溝通的管道；助產照護是由助產師提供的孕產照護活動；溫柔生產則是相對於生物醫學主導的生產模式，強調重視孕婦需求和資訊充分對等溝通的生產方式。三者其實作上有時理念一致，但並非完全相同。本文將女性選擇助產照護或溫柔生產視為一個新選擇——亦即女性透過助產師和生產計畫表達自己的需求，以及此選擇所帶來與現行醫療常規不同的生產照護方式。

四、研究方法

為了解孕產照護的新選擇與台灣女性的生產經驗，本文以質性研究方式探索孕產照護活動，以及參與的孕產婦、家屬和醫療專業人員的照護經驗，並以訪談和參與式觀察為主要研究方法。

（一）參與式觀察：A 醫院的助產照護和溫柔生產實作

2014 至 2015 年間，作者參訪推動試辦計畫的六家醫院，最後選定台灣北部的 A 醫院進行主要田野觀察。A 醫院是國內最早實施助產師和醫師共同照護的醫院，自 2012 年起以約聘方式引進助產師，與婦產科醫師、護理人員合作，提供助產照護，在共同照護經驗上已有基礎，一些孕婦也慕名而來。2014 年下半，在衛福部計畫補助下，A 醫院開始聘任兩位專任助產師進駐婦產科協助孕產照護，加強原有的共同照護模式；2015 年 5 月首創由助產師獨立進行門診諮詢服務。目前 A 醫院有兩個助產師門診諮詢時段，負責孕產檢相關諮詢，由醫師引介第三孕期（約 32 至 36 週）的孕婦至助產師門診。

2014 年至 2016 年 12 月，接受共同照護模式的產婦共計 356 人，

試辦滿意度達 99%（黃筱珮，2016/12/23）。2014 年試辦計畫結案報告指出，A 醫院 2014 年 7 月中至 12 月 31 日止，由助產師協助接生的產婦有 39 位，在該年 12 月佔總生產率 26.83%。⁵根據該院產科紀錄，2016 年 6 月共有 64 位產婦生產。當月助產師協助照護的產婦人數為 16 位。若以自然產計算，40 個自然產中有 16 個由助產師協助，表示 1/3 產婦選擇了助產師照護。

2015 年 10 月至 2016 年 8 月，作者在 A 醫院進行參與式觀察與訪談，主要以低風險產婦為對象，探索女性如何表達和選擇想要的生產方式，以及照護活動的進行情況。這段期間，共參與八次助產師門診、四次產科醫師門診，以及一次全程參與待產與分娩，分別在產科醫師門診、助產師門診、待產室和產後病房等場所進行參與式觀察，記錄孕產照護活動的內容和結果，包含懷孕女性在產前門診諮詢、待產期間及產後與家人、醫護人員的互動，以了解醫院的生產和醫療照護運作。之後再整理成田野筆記，分析醫療場域中的對話和照護活動。

（二）訪談

透過 A 醫院助產師與醫師引薦，共訪談 25 位產婦及配偶、醫師與助產師（呈現方式皆用化名，參見附錄）。這些受訪者是在 A 醫院選擇溫柔生產與助產照護、剛結束生產的女性和伴侶，以及有共同照護經驗的 A 醫院醫護助產人員。每次訪談時間 1 至 2 小時，全程錄音，地點為 A 醫院的產後病房和會議室，以半結構問卷方式進行深度訪談，以了解女性的孕產經驗與孕產照護活動的內容和進行方式。

5 為維持 A 醫院的匿名性，無法於參考文獻提供其結案報告之出版資訊。

助產師加入醫院的照護概念逐漸被推廣，被視為「溫柔生產」的重要照護提供者。2016年後，台北市和新北市的一家區域醫院和三家婦產科診所也開始提供助產師門診諮詢和助產照護。故本文除了在A醫院的田野觀察和訪談外，2018年1至8月間，也從這四個醫療院所中，透過滾雪球抽樣增訪了兩位有溫柔生產和共同照護經驗的助產師、一位產科醫師和兩位接受溫柔生產與助產照護的產婦。⁶以上所有訪談在結束後均謄打成逐字稿，進行敘事性分析（narrative analysis）。

在分析女性的自我敘述上，本文延伸 Diana Meyers（2001）所建議的女性主義發聲理論（feminist voice theory）分析技巧。⁷首要是檢視女性發聲來源的脈絡，以避免將女性已內化的來自壓迫者的聲音，誤認為她們的聲音；其次是檢視她們所概念化的客觀價值（Meyers, 2001: 739-740）。Meyers（2001: 741-742）提出七個可供檢視的技巧，以判斷其自主性是否為自我決定（self-determination），包含：是否擁有內省和自我描述的技巧、溝通技巧、記憶與回溯記憶的技巧、思考可能性的想像技巧、剖析自己生命故事的分析技巧、表達意願的技巧，以及個人間的轉換技巧（能勇於挑戰和改變權威）。透過檢視這些技巧，研究者可藉由女性的發聲探索其自主性。本文分析受訪孕婦和產後女性在自我描述和敘事上，如何客觀述說選擇的意義和價值、如何因應變動進行調節，以及這些調節對她們的影響。透過分析這些自我敘事中的經驗和所帶動的意義，探索女性的選擇及其生育自主的發展。

6 一位在產後第二天進行訪談，另一位則是產後兩週。訪談地點皆在醫院。

7 在此特別感謝吳嘉苓在分析策略上提供的文獻建議和討論。

五、「想要的照護」vs.「修補後的照護」

(一) 選擇之後：照護實作與助產師角色

選擇到 A 醫院產科諮詢的女性，大多是地緣之故，但也有慕助產師之名而來。對於主動提出溫柔生產需求或對生產計畫有特定需求者，主治醫師通常會提供助產師的名片和門診時間。若遇到一般門診產檢和生產諮詢的孕婦詢問生產相關問題時，主治醫師也會先介紹該院的助產師，並建議可以跟助產師約診。根據田野觀察，由於門診時間有限，主治醫師傾向讓孕婦主動預約助產師門診諮詢，以得到更多資訊，例如拿出助產師名片並寫上門診時間，告訴孕婦「如果你有需求，可以約助產師門診」。由醫師轉介助產師的孕婦，是醫師評估為有溫柔生產需求，通常都是低風險且可以自然產者。換言之，能夠接受助產照護的孕婦，必須先由醫師門診的產檢診斷，母體和胎兒在健康上沒有其他高風險問題或併發症的可能性。因此，即使主動提出助產照護需求或想要自然產的孕婦，若經醫師診斷為高風險者，因為醫療預防與介入的必要，可能無法如願透過低醫療介入或自然產的手段達到生產目的。

在 A 醫院選擇溫柔生產或助產照護的孕婦，從妊娠第三期開始到助產師的門診討論生產計畫。待產期間若有助產師值班，則會有一對一的陪產，直到最後才由醫師接生。⁸此照護模式看似建立在助產師與醫師分工的共同照護模式，但若檢視該制度和實作，台灣目前的共同照護模式與歐美大不相同（施麗雯，2018）。相較於荷蘭或北歐國家的助產師是以低風險孕婦為對象的初級照護者，A 醫院的助產照護在

8 本文所訪談的孕婦只有兩位由助產師接生，但都是在有醫師在旁的情況下。

實作上多由醫師主動提供資訊，產科醫師為所有孕婦的主要照護者，助產師為輔助性角色。在制度上，由於目前的共同照護模式沒有明確臨床指引，助產與產科專業也並非各自獨立，助產師須遵循產科醫師的醫囑。在醫院執業的助產師多只能陪產，最後接生由醫師執行，即使由助產師接生，也必須有醫師在旁。歐洲助產師則可獨當一面接生，與產科醫師的專業平齊（Christiaens et al., 2013; 施麗雯，2018）。

為了解女性選擇溫柔生產及助產師對孕產照護活動的影響，取得 A 醫院一位孕婦邱怡伶同意，在她妊娠 36 週後，每週跟隨她到醫師門診、助產師門診，直至最後待產與分娩。觀察怡伶四次的產前門診，發現在 A 醫院的產科醫師門診中，醫師主要是就例行檢查解釋胎兒和母體健康狀況，像是透過超音波討論胎兒狀況，並說明生產中需要的醫療介入，如乙型鏈球菌檢測結果為陽性，需施打抗生素。雖然醫師也會關心母體懷孕狀況，建議如何緩解骨盆受到壓迫帶來的疼痛感，但討論主題仍為生物醫學主導的孕產照護：

醫生告訴怡伶上次檢查的乙型鏈球菌檢測結果為陽性反應，所以到時她生產時需要施打抗生素。這時，怡伶提到待產時「不想要吊點滴」〔施打靜脈輸液〕，醫生沒有正面回答，只說「到時再看看」。……走出診間後，怡伶向我抱怨自己根本來不及和醫生討論準備好的生產計畫書。（田野筆記，A 醫院產科門診）

門診中怡伶沒有機會討論生產計畫的情境，看似回應了相關研究指出的問題：生物醫學主導的照護模式中，女性需求容易被忽視（Walsh, 2007, 2010）。但若再細探，可能原因包含諮詢時間的限制。台灣產科醫師在門診時，除了進行產前諮詢，亦須應付突然的接生工

作。當天王醫師在門診中也的確遇到接生，延遲了產前諮詢進度，諮詢時間變得相當有限，以至於門診時怡伶感覺完全沒有討論機會。針對「不要吊點滴」，雖然醫師回答「到時再看看」，但當下怡伶察覺似乎只能依循醫療常規。

由於怡伶選擇了溫柔生產和助產師諮詢，所以同一天在助產師諮詢的診間，怡伶再次提出「不想要吊點滴」：

我有跟玫君說，就是我不要那個，我不要到〔產房〕就開始注射。然後，她是跟我說〔確認〕所以我不要打那個靜脈輸液……什麼什麼的。因為我跟她講不要，她講說不過他們還是會留置軟針〔靜脈留置針〕。……因為我有顯性乙型鏈球菌，所以再怎麼說我也是要打一針。（邱怡伶）

怡伶回憶自己與助產師玫君諮詢時，雖然不滿「醫院規定」，但最終願意採取醫院和自己雙方都可接受的選擇：靜脈留置針留在手上，輸液則有需要再施打。怡伶自我解讀是因為乙型鏈球菌檢查結果為陽性，所以必須施打抗生素。從怡伶拒絕施打靜脈輸液到願意接受靜脈留置針的過程，透過助產師的中介，怡伶的需求和「醫院規定」在實作上有了調節的可能。

從兩個門診諮詢觀察，A 醫院提供助產師門診作為女性的新選擇和照護活動，照護工作如助產師曾佩瑜所說，主要是協調的角色：

因為我覺得以目前醫院在做的助產這塊，跟很多媽媽接觸到有關於溫柔生產的一個差距其實還蠻大的。跟醫院說的這一套就是還有一段距離。……就是幫助她，讓她可以在……讓她就是可以去緩和地用自己的方式，也可以接受醫院的〔方式〕下去完成她的生產。（曾珮瑜）

換言之，即使產婦提出照護的個人需求，但因醫療運作「差距其實還蠻大的」，所以助產師需要幫助孕婦「緩和地用自己的方式，也可以接受醫院的方式」完成生產。如前面提到怡伶的產前諮詢，因為助產師的協調，她的生產選擇不是只有接受或者拒絕醫療常規，至少是朝向怡伶和醫療常規都可接受的生產計畫執行。這樣的照護實作，讓照護內容在照護者與被照護者雙方意見不同時，透過協調讓照護活動可以繼續進行。換言之，女性的生產計畫內容和形式，並不是單純在某個選項進行勾選或提出需求，或由照護者提供或者不提供，而是在實作上由產婦與醫療常規、醫護人員和助產師來回調節。這個過程也呈現 Mol「照護邏輯」中的「共同修補」。

(二)「共同修補」的照護活動

英任（怡伶的先生）詢問是否可以自己帶小型塑膠浴池在產房進行溫浴？醫生說：「最好是不要。因為羊水破了後，怕〔水〕進去子宮裡面，怕會感染。」英任繼續追問：「那沖澡可以嗎？」醫生再一次回答道：「沖澡 ok，只要是地心引力會往下的部分，都沒有關係。但是若是水往裡面進去，怕會感染，最好是不要。」

在護理站遇到另一位助產師聿珽。怡伶請教待產泡溫浴問題。聽到主治醫師是王醫師後，聿珽只回說：「王醫師比較不喜歡產婦自己弄一些有的沒有的，他有自己的生產的想法。」（田野筆記，A 醫院產科門診）

在第一次助產師門診，怡伶已跟助產師玫君確認進行溫浴的生產

計畫，但玫君後來因產假無法陪產，在不確定先前的生產計畫是否仍可行的疑惑下，英任在醫師門診再次提出溫浴的問題。醫師「怕會感染」，所以建議「最好是不要」。然而當晚怡伶到醫院待產時，還是帶來自己準備的小型塑膠泳池。為配合產房護理師的定時內診，進行溫浴前，英任請護理師先來內診，並表達內診後將進行溫浴的想法。護理師聽了雖未反對，卻也特別要求注意安全，避免滑倒，並強調自行負責。在主治醫師不建議且無護理人員在旁下，怡伶最後如願在產房浴室進行溫浴。如果以此來理解溫柔生產和女性選擇的自主性，會誤認為只有順從或抵抗的對立關係。但若從怡伶對溫浴的堅持和照護活動內容進行分析，整個過程並非孕婦或配偶單獨決定而完成。配合產房定時內診和避開可能被打擾的時間，且產婦羊水未破，沒有發燒症狀，皆可降低溫浴造成感染的風險。⁹

醫療運作上有許多臨床常規，以預防或保障病人安全為主要考量，但如前述，有些是不必要的醫療介入。在怡伶的溫浴需求和實作經驗上，由於溫浴在台灣的產房並非常規的待產方式，因而在 A 醫院變成一個實作上的「異托邦」(heterotopias)，作為照護活動卻也同時挑戰著在地醫療常規。¹⁰這不單是怡伶和先生有需求、只能違背或順從醫療常規的情況。如前所述，他們必須先做出願意對自己行為

9 英國皇家婦產科醫學院 (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 簡稱 RCOG) 在提供給孕婦的資訊中，針對乙型鏈球菌 (Group B Streptococcus) 相關問題指出，英國並未針對該疾病提供常規性的全面篩檢，原因在於大多數篩檢為陽性的女性，所生下的新生兒並沒有特別高的感染風險，因而不需要進行全面篩檢 (RCOG, 2017: 5)。但是產婦破水 24 小時後若還未分娩，就要注意新生兒的感染風險 (RCOG, 2017: 2)。

10 「異托邦」也是照護活動本身，但通常挑戰臨床規範，所以是相對於醫療常規或醫學實證下的「他者」(other)，具有越界特質 (Mol, 2008: 91)。關於「異托邦」的討論，詳見 Mol (2008: 89-94) 和林文源 (2018: 234-237) 的回應。

負責的決定，並配合常規的內診，也透過醫學實證確認羊水未破感染機會低，產房護理師也採取不干預的態度，才能促成溫浴成為孕產照護的「異托邦」。這些看似靜默的協調並非由生物醫學、產婦需求或醫療常規競相主導。相反地，一切都是在實證醫學、產婦需求及醫療常規之間進行修補照護。「修補」在此並非單指調節，更多情況是來自參與其中的行動者（人或非人）的協力，讓照護得以繼續、嘗試各種手段。照護活動的修補也並非只能以醫學或介入為主要手段，而是能夠整合其他可能性。以下再以怡伶的待產為例。

待產 6 小時後，護理師進行例行內診時發現怡伶子宮頸紅腫，解釋是因為胎頭在下降過程與子宮頸摩擦所致。護理師向醫師回報後，建議怡伶注射幫助子宮頸擴張和軟化的針劑。生產前，怡伶的生產計畫是以不要有過多醫療介入（如催生藥物、灌腸、剪會陰）為主要需求。但因產程的不確定性，且為避免胎頭和子宮頸的紅腫影響生產，在與英任討論後，決定接受注射藥物。雖然藥物的副作用相當輕微，但遇到這種狀況時，醫學介入的修補是否為唯一的手段？怡伶的助產師玫君因故無法陪產，事後有來電關心。作者也請教玫君，若她當時在現場會如何處理？玫君表示：

會改變姿位，像是採膝式臥胸，讓寶寶的頭不要一直壓迫子宮頸的地方。所以就避免地心引力讓胎頭去一直摩擦子宮頸……。但是也不會排除藥物，因為藥比較快，也很有效。兩個一起比較快。因為 $1+1$ 大於 3 嘛！（劉玫君）

若以數學邏輯來說， $1+1$ 當然無法大於 3。但在孕產照護邏輯上，當藥物介入的同時，助產師也協助產婦改變姿位，透過物理方式減緩胎頭下降的壓力，雙管齊下地緩和產婦的疼痛、減輕子宮頸摩擦，

降低胎兒和產婦的健康不確定性，也讓產婦更能直接參與修補照護，完成分娩。玫君的「1+1 大於 3」貼切地描述了這個過程，在助產和醫學兩個專業分工照護下，加上產婦自己，能夠照護修補成 1+1 大於 3。但因 A 醫院的助產人力有限，晚上無助產師值班，怡伶未能全程得到助產照護，藥物介入便成為當下減輕子宮頸紅腫的唯一修補手段。

最後分娩時，怡伶因為陣痛和精疲力盡，無法使力而崩潰，醫師詢問是否要剪會陰，她毫不猶豫地回答好。怡伶在產程的最後階段接受了醫療介入，若以此分析女性的自主性和選擇，怡伶看似為被動的主體性。但從照護活動分析，在以順利分娩為主要目標的照護上，醫學介入協助生產變成當時主要的照護修補。

（三）自主性與選擇的差異化

大部分來找我的產婦，普遍性就是……就是會比較希望生產是可以自主的。就是可以自己選擇她想要的方式，然後或是可以自己選擇……就是她不要剪會陰，不要這些醫療。我感覺她們都是比較有自己的想法，就是有自己的選擇。（李瑩儒）

討論女性的需求時，助產師李瑩儒觀察到尋求助產師和醫師共同照護的孕婦「比較希望生產是可以自主的」，也很有「自己的想法和選擇」。但什麼是自主？怡伶提供了很好的註解：

應該是在這個生產的過程裡面，會有很多東西是可以選擇跟討論的，不會只有每個人都是一模一樣的方式，或是每個人都需要一模一樣的……。

我以為的溫柔生產是有很多個選項，或者是我想要怎麼做，我想要這些是可以被討論的，不是說醫生很溫柔就是溫柔生產，這是有討論空間的啦！（邱怡伶）

怡伶指出生產過程「有很多東西是可以選擇跟討論的」，因應每個孕婦的「身體狀況」和需求而定。所以實際情況並不是女性選擇溫柔生產後就可以得到結果，整個生產也非由醫師個人決定，因為可能「到時候每個人的身體狀況也不一樣」。對她來說，生產的自主性展現在是否有「討論空間」，這個討論空間必須因產婦和照護者而異。若以 Meyers（2001）建議的分析策略，檢視怡伶從產前到生產的歷程，從她追述生產選擇，透過建立自我意義等敘事發聲，在自我需求和調節的情境中，呈現自我決定歷程。從怡伶發聲和自我決定的情境脈絡，我們看到她的選擇並非單獨生成，而是因應外在情境，在醫療人員和助產師的協調與自我需求的「共同修補」下所成就。

然需注意的是，女性即便選擇了助產師諮詢並勾選生產計畫書的內容，也不一定確保生產會朝向女性的需求或醫療期待的結果發展。因為生產是動態且充滿變數的歷程，其中自主性、選擇和期待的結果有時必須折衷，詳見下節討論。

另一方面，當大多數女性主義者提倡選擇和生育自主時，有些孕婦卻不見得想擁有選擇自由權。助產師劉玫君觀察到「大部分的孕婦其實是都是尊重醫師的建議」；或者如陳家偉醫師的經驗：「其實大部分人就是……醫師說該催生就催生，醫師說該開刀就開刀。」2014年衛福部委託計畫調查女性對於生產過程醫療介入的意見和態度，得到的結果也多是「視情況而定」或「由醫師判斷」。¹¹

11 例如針對會陰是否切開的意見調查，請見結案報告（李建南，2014: 37）。

有的人真的就是……她不覺得 free choice 對她來講是好的……。
沒有 free choice 這件事情對很多人來講反而是安心的，有時候你
把 free choice 的權利交給媽媽的時候，對她反而是一個很大的慌
亂跟衝擊。(吳佳榛)

吳佳榛醫師認為，一些女性在面對選擇自由時會有「很大的慌亂跟衝
擊」，沒有選擇反而讓她們放心。問題是，為什麼這些女性不想要選
擇自由？然而這樣的提問將忽略女性作為一個群體的個別差異，是故
女性主義學者 Donna Haraway (1991: 155) 以「碎裂認同」(fractured
identities) 概念提醒研究者關注女性群體中的異質性。一些經驗研究
也指出，不同群體的女性在生產選擇上會有不同表現和限制 (Martin,
1989/1987; Lazarus, 1994)。女性的選擇也可能受限於經濟資本的差
異，如受訪者陳莉卿的觀察：

就是現在的生產環境，變成……也不能說是兩極化，就是如果你的
經濟能力有到那個條件的話，然後你也比較喜歡像是客製化的
生產方式，像 OO 和 MM [診所名稱]。……MM 的名氣很大，
名氣很大之外，費用也頗高。他們所謂溫柔生產，其實就是客製
化的內容，你可以選擇部分的項目是你要或不要的。

私人診所的話，自然產 2 至 3 萬，然後剖腹產 5 到 8、9 萬都
有。如果是像 OO 或者 MM 這種等級比較高的 [診所]，差不多
大概就是這個價錢。(陳莉卿)

因為經濟因素，莉卿選擇提供溫柔生產和助產師的一所北部公立

區域醫院。她指出有些產科診所提供「客製化的內容」，但產家必須在「經濟能力有到那個條件」時，才能擁有「客製化的生產方式」。莉腳的觀察指出，當選擇生產方式變成客製化的消費行為，經濟條件將構成女性是否有選擇的要素。這樣的結果除了誤導生產選擇等同於消費照護外，女性的選擇也將受制於經濟條件。因而在關注當代台灣女性生育自主議題上，亦須思考如何將這些選擇納入制度，讓女性不會因經濟或文化資本差異而經歷生產的差異化。

(四) 選擇不一定總是能得償所願

即便許多台灣女性擁有相當的自主性選擇生產方式或助產照護，但根據訪談和參與觀察的發現，實作上選擇不一定總是能得償所願。

原本我以前都是想說我要剖腹生，因為怕生產怎麼樣或是什麼之類的比較不會那麼……。(林佳玲)

我一直……想要催生，我就是想要直接剖腹，可是後來就是來這邊的時候，護士助產師醫生都有跟我說，他們覺得我的骨骼、骨盆是可以的。(謝嘉琪)

因為對產程的不確定，林佳玲和謝嘉琪一開始都想要自費剖腹產，希望透過醫療介入掌控生產，但最後都在醫療人員以自然產「是可以的」的建議下改變想法。過程中，醫療人員其實沒有直接拒絕她們的要求，而是以醫學理由提供自然產的可行性——例如「他們覺得我的骨骼、骨盆是可以的」——說服受訪者嘗試自然產，與醫療人員「共

同修補」照護活動，最後兩人也順利自然產。

在生產方式上，佳玲和嘉琪一開始提出自費剖腹產的需求，回應了女性生育自主運動訴求：即醫療服務應滿足女性對自我身體控制的需求。在個人選擇和生育自主的訴求下，類似剖腹或無痛分娩等要求醫療提供服務的情況其實相當多。Rothman（2016）認為，女性想透過醫療控制生產的現象，建立在預設生產是一個可以把身體和女性的自我分開的過程；她認為這是有問題的，原因之一在於生產是一個有時會失控、甚至可能全然失控的過程，所以女性的自我也無法單憑以醫療作為手段控制身體而得到解放。問題是，選擇完全規避醫療的居家生產，是否就可以得到控制權？

本來要居家生產，可是開到 6 公分就都沒有進展，就 9 個小時都沒進展，所以後來助產師建議我們去醫院。

我那時候是很不想打，因為有一些網路上資訊是寫說，如果乙型鏈球菌是陽性的話，自然產可能會感染到寶寶這樣子……（問：那在家的話就是……）就是自己要承擔那個如果小孩被感染的風險。（蘇鈺婷）

身為護理師，鈺婷在醫院實習時「有看過人家在推肚子……」（壓宮底），因不想要類似的經歷而選擇居家生產。但產前的乙型鏈球菌檢查結果為陽性，依照台灣醫療常規，需在胎兒生出前「每 4 到 6 個小時就要再接受一次抗生素治療」。鈺婷根據自己找到的相關醫療資訊，評估「風險性並沒有這樣大」，且擔心「去醫院的話就是真的就出不來……就覺得會沒有辦法回家，也沒有得選」，於是決定

不去醫院施打抗生素。但因產程延滯，最後轉到 A 醫院待產。到了 A 醫院後，雖然主治醫師和助產師都認為產程進展「還可以再等等看」，但因產婦「越來越痛就決定要剖腹產」。回顧鈺婷的生產照護歷程，起初選擇居家生產是擔心在醫院會有「沒有得選」的醫療介入，後因生產進展在時間、身體和心理上都超出預期，儘管助產師和主治醫師皆不建議立即剖腹，她仍在最後一改拒絕醫療介入的初衷，主動要求剖腹產；看似戲劇化的轉折，讓人更加了解生產無法單純建立在產婦個人需求或助產師和醫師的醫學評估上。順應不同階段，產科醫師和助產師需依據臨床診斷給予建議，同時因應產婦無法忍受陣痛的失控要求，隨時共同修補照護，達到順利生產。

雖然完成生產是孕產照護的主要目的，有時也會有失控的意外。例如莉卿原本堅持自然產，也選擇要在醫院水中生產，預產期當天卻因胎盤剝離而緊急剖腹，胎兒出生時已無心跳。

醫生說這是非典型的胎盤剝離，無論如何都很難預防。……如果你真的是警覺性這麼高的產婦，你往醫院跑，也許醫院檢查出胎盤剝離，也許醫院不會檢查出胎盤剝離，因為這個東西是沒有辦法從外觀上去判斷得出來的……。即使照了超音波和胎心音……寶寶保得住保不住都是很難說的事情，他〔寶寶〕是一個什麼樣的狀況，你都很難知道。(陳莉卿)

莉卿自述懷孕和產檢都很順利，所以很放心，也很期待水中自然產下寶寶。但是到醫院產房報到和待產時，助產師發現出血不正常，告知需進行剖腹產。當下莉卿雖然感到失望，但立即接受手術準備。在明白問題和接受照護的過程，莉卿並未堅持原先自然產的想法，而是因

應當時母體和胎兒的突發狀況，放手換另一種方式生產，沒想到最後發生胎盤剝離的意外。對於這個意外，照護的助產師和主治醫師解釋，因為她的非典型狀況「無論如何都很難預防」，即使照了超音波和胎心音檢查，也不一定可以檢查出胎盤剝離。莉卿的經歷顯示從懷孕到生產其實還有「很難知道」的不確定性，即使醫學企圖預防和監控，也終究無可控制。這些「你不會知道的」事情，如醫師和助產師對她的解釋，可能是來自懷孕身體對胎盤剝離不明顯反應、「或者是寶寶自己決定的」一個意外。這些失控或意外，都會改變孕婦原來的選擇或預期結果。

醫療的過度介入促使女性抵抗，追求沒有醫療介入的選擇權和自主性變成一個手段。受訪者的經驗指出，生產照護進行的重點不在於誰擁有掌控權力，重要的是面對生產的不確定性，如何讓照護繼續下去，直到胎兒「平安地出來」。甚至當生產未如預期時，可以在共同修補下持續照護活動，因為這次的生產經驗也可能影響下次的選擇。

（五）自主性：有時積極有時無為

現在如果我有第二胎，我考慮到的是我先生也會要承受的事情。……我現在覺得我不能這麼自私地只為我想要怎麼生產而做這個選擇。

之前我的出發點就是越自然越少醫療干預越好，但是經歷過這次的事情之後，你如果有第二胎，就會往風險最小、最避險的這個方式去想。〔問：理由是？〕還是就是想要讓他平安地出來。（陳莉卿）

經歷緊急剖腹仍無法順產的莉卿，在回答「未來如果再次懷孕時會做什麼？」假設性問題時，連續說了六個「我」。這六個「我」，看起來全是指莉卿自己。在描述胎盤剝離意外發生的前後，莉卿分析過去「我」的選擇，也想像未來「我」的可能選擇。如她說的「我不能這麼自私地只為我想要怎麼生產而做這個選擇」，莉卿詮釋先前的生產選擇是以自己想要的方式進行，直到經歷意外並聽聞先生害怕失去妻兒的焦慮，才決定未來的生產選擇將不再以自己的偏好為主。如訪談中所提，她想像未來「我」的選擇是結合醫學對高風險產婦的評估，並將胎兒和伴侶面對生產失控和需要承擔的風險納入考量。然此調節和改變並非立基於壓迫或控制，而是在評估生產需求和下一胎可能面對的不確定性時，重新衡量伴侶也要承擔的風險和想「讓他平安地出來」的願望，而後做出選擇。莉卿闡述的生產需求、醫學評估、決定考量和想像選擇，符合 Meyers (2001: 744) 強調的內省、自我剖析和改變等自我決定能力的自主性發展過程。雖然莉卿未能完成原先渴求的自然產目標，但對自我和客觀環境的評估，以及重新調節和改變的能力，傳達出 Meyers 認為最重要的女性自主。

有選擇被視為積極行動者的自主性展現，但有了選擇也未必能達成順利生產的願望。莉卿的發聲和生育選擇上的積極行動，及其未能完成所願的生產經驗和之後的調節，展現了女性在生產上的主動性與被動性之間的施為。如同 Mol (2008: 82) 強調的，真正積極的行動者不僅在能力所及時積極參與，也明白遇到問題時可以放手和順勢而為。積極參與和放手之間，揉合了需求、自我調節、修補、客觀評估等多重集合，並非以產婦自我需求或醫療為主導，而是能因應狀況找到修補照護的方式。生產實作如此，生命的實作亦然。就如同助產師游惠婷曾協助一位本來堅持要自然產，但最後剖腹產的孕婦：

但是她後來告訴我們，她並沒有因為這樣就覺得，啊——我失敗了！就是沒有希望了！我怎麼會剖腹產！她反而覺得在這個過程裡面，我們是嘗試了各種可能，然後她的選擇是被尊重的。（游惠婷）

雖然生產過程未如己願，結果與最初的生產計畫不同，但產婦的「選擇是被尊重的」，也了解整個孕產過程需要她們投入而非放棄，參與生產照護活動的所有相關行動者「嘗試了各種可能」並「共同修補」照護活動；對這些女性來說，這才是最理想的孕產照護實作。

對，就是至少她們會覺得，有些時候決定權不在她們自己身上。對，是在寶寶身上。對。可能壓力就會沒那麼大，就是，對。（笑聲）是她們的選擇，她們跟小孩一起的選擇。（問：那她們可以做什麼？）順其自然，就順其自然就好了。（李瑩儒）

瑩儒的照護經驗指出，當生產是女性的個人決定時，也有相應而來的壓力。Bryant 等人（2007）和 Kingdon 等人（2009）的研究指出，自由主義脈絡下的個人選擇迫使女性承擔選擇後的責任，因而在由生物醫學和風險評估主導的訊息下，女性的選擇也變得有限。但是從「照護邏輯」的觀點分析，面對生產的多變性，女性的選擇作為照護行動之一，並非主要決定者，當明白決定權不只在「她們自己身上」，便能夠「順其自然」和順勢「共同修補」照護，而非歸咎責任。唯有走出個人主義「選擇邏輯」帶來的選擇情境與負責迷思（Mol, 2008: 7），「選擇」才不會是造成問題的來源，或迫使女性單面對責任和壓力。更因為明白生產的無可控制，所以在需求、母體和

胎兒狀況、醫療常規與醫學實證間的協調，必須能夠因應各種狀況隨時調節和修補，或許這才是孕產照護實作中最大自主性的實踐，而這些更有賴完善的孕產照護制度支持。

六、結論

延伸 Mol 的「照護邏輯」討論，本文檢視台灣女性的新生育選擇和孕產照護實作中的「共同修補」，並透過 Meyers 的女性發聲理論分析受訪者的自主性和生產選擇。受訪者從產前到待產、分娩所經歷的各種選擇情境，讓我們了解生產的多變性及隨時共同修補照護活動的必要性。雖然女性可透過生產前的計畫來表達需求，進而與醫療常規進行協調，但因生產是動態且複雜的歷程，待產的女性也需因應生產的變動——包括母體的變化、胎兒的回應、助產師的支持、醫護人員的醫療協助等——進行調節，甚至做出願意被控制的改變，例如放靜脈留置針、綁上胎心音、施打藥劑和剪會陰等。對產婦和參與照護的所有行動者來說，共同目的是順利完成分娩，面對生產過程的多變，「共同修補」是必要的。另一方面，不論女性產前的選擇是什麼，有時也無法保證得到想要的結果。例如想要自然產的受訪者最後因母體和胎兒的健康失控緊急剖腹，仍無法順產。不確定性和失控或許才是生產的本質，了解此本質不是為了控制它，因為就算介入控制也未必能達到目的，只能在照護中不斷調整並共同修補照護內容。如助產師惠婷指出的，當產婦和所有醫護助產人員、醫療科技嘗試了所有可能的修補後，才能夠順應自然。這也是溫柔生產的本質，亦是「照護邏輯」的「共同修補」。

生產照護並非理性的商品或計畫，也不是做了選擇後便可得償所

願。女性的生產無法以新自由主義下的個人「選擇邏輯」思考，因為照護在實作上不單純是女性個人「自我決定」，亦非只是醫師、助產師或護理人員的醫療照護活動。孕產照護能夠傾聽個人需求，醫學常規和實作也能因應不同狀況調整照護的方式和內容，才有可能朝向理想的照護實作前進，而非導向選擇的情境；女性在此過程必也能擁有相對大的自主性。

過去相關女性主義研究為了強調「助產模式」的重要性，多對比「助產模式」與「生物醫學模式」的差異和優缺點，落入自然 vs. 病理、社會過程 vs. 醫療過程、自主 vs. 依賴／控制、女性／家庭為中心 vs. 生物醫學為中心、經驗導向 vs. 實證醫學導向、身心合一 vs. 身心分離等二元對立的討論（Mckay, 1991; Kitzinger, 2012; Rothman, 2007, 2016; Walsh, 2010）。本文跳脫二元相對論，透過台灣的經驗研究和「照護邏輯」分析，檢視照護實作中的各種可能狀況，以及助產師參與的修補活動和其所帶來的效益，呈現「助產模式」所具有的協調和修補特性。特別是在由產科醫師主導的台灣孕產照護，助產師作為新加入的照護者角色，帶來的不只是選擇的意義，還有在照護過程展現修補功能，在個別女性需求和醫療常規間調節，亦能在緊急狀況做出醫療應變，為「照護邏輯」所需的修補做出最佳說明。如助產師玫君所言，這些協調和修補將能帶來「1+1 大於 3」的效益。但是實作上，臨床照護如何在個人需求和照護歷程遇到的各種狀況間協調，讓照護活動持續進行，順利完成生產？這不單是所有孕產照護參與者、相關政策制定者、也是所有相關學科研究者關注的焦點。唯有了解不同實作歷程中修補照護的必要性，才能進一步深化女性生育選擇的討論與實踐方向。

另一方面，當生育選擇作為改善台灣女性生育自主的手段，我們

也需自我提醒，在轉譯西方個人主義的精神到台灣的生育政治時，如何避免僵化在「選擇邏輯」上？為此，在生產照護實作上，我們更需繼續追問，適合台灣女性的理想孕產照護該是如何？本文已指出理想的照護並不同於產婦想要的照護方式、或照護者各自設想的目標，而是能夠因應各種生產狀況隨時進行修補的照護設計。這也指向一套必須因應生產複雜性的制度設計之必要。若以此檢視共同照護模式的設計，我們看到試辦計畫中助產照護在實作上的效益，但也有因分工不完善所導致的侷限。如田野經驗所顯示，特別當助產人力不穩定時，可能將女性的生產推向更不確定的歷程。

從試辦計畫的內容和田野經驗歸納，台灣未來若欲建立理想的共同照護模式，促進孕產照護之共同修補和女性自主，在實作上必須先健全助產照護制度。除了透過專業分工的設計，讓助產師與產科醫師在專業與臨床實作上各自獨立外，亦須建立明確的臨床準則來保障產科專業、助產專業及產婦的自主性。助產照護制度健全除了可以減少產程的不確定性，亦能落實因應女性不同需求的必要性。但需注意的是，這套助產照護制度並非將孕產照護引向「選擇邏輯」的照護模式，而是從田野學到照護活動中「共同修補」的「照護邏輯」，從助產師作為一個選擇，為既有的孕產照護新增修補的照護者，進而改善台灣孕產照護實作上的過度醫療化問題。更重要的是能避免落入強調個人選擇與個人責任的歸咎系統，避免讓女性獨自承擔生產選擇和責任背後的風險。這也是「照護邏輯」帶給女性生育自主和選擇的啟發和修補。這部分亦回應並肯定婦女團體要求全面將助產師納入醫院和制度化的訴求，以期讓所有女性都能擁有選擇助產照護的平等權益，而非負擔得起私人診所費用的高經濟資本女性才能有較多選擇，從而扭轉差異化照護的消費者主義導向。

附錄：受訪者資料

一、A 醫院受訪者

受訪者 (化名)	年齡	教育程度	胎別	職業	備註
A醫院醫護人員					
陳家偉	52	大學	na	婦產科主治醫師	
劉玫君	37	碩士	na	助產師	
鐘筱珩	35	碩士	na	助產師	
曾珮瑜	32	碩士	na	專科護理師 (兼助產師工作)	
選擇溫柔生產的孕婦					
謝嘉琪	28	大學	1	na (問不到)	自然產
林文淵	28	大學	1	na (問不到)	自然產
林淑婷	27	大學	1	業務	自然產
邱怡伶	36	碩士	1	無 (懷孕後辭職)	自然產 共訪談兩次 作者全程參與 生產
王英任	40	碩士	na	工程師	邱怡玲的先生
許瑋寧	34	大學	1	自己開店	自然產
蘇鈺婷	27	大學	1	公務員／護理師	剖腹產
葉志成	32	大學	na	電腦工程師	蘇鈺婷的先生
黃美如	31	碩士	2	na	自然產
陳斯曼	28	大學	2	護理師	自然產
江依晨	26	國中	1	在家幫忙	自然產
曾曉熙	32	國中	2	家管	自然產

陳玫茹	33	大學	3	家管	自然產
陳佩君	28	大學畢／ 碩士肄業	1	美術老師	自然產 共訪談兩次
非在一開始選擇溫柔生產的孕婦（但待產中有助產師協助）					
林佳玲	31	碩士	1	代書	自然產
王如萍	28	專科	1	作業員	自然產

二、A 醫院以外的受訪者

受訪者 (化名)	年齡	教育程度	胎別	職業	備註
吳佳榛	43	碩士	na	婦產科主治醫師	
李瑩儒	28	碩士	na	助產師	
游惠婷	34	碩士	na	助產師	
陳美華	37	大學	2	家管	自然產
陳莉卿	35	大學	1	商品企業	胎盤剝離

參考文獻

- 王秀雲、盧葦豔、吳嘉苓 (2014)〈性別與健康〉，陳瑤華編《台灣婦女處境白皮書：2014年》，241-274。台北：女書。
- 司晏芳 (2014)〈想要好好生？產科照護新趨勢〉，《健康線上雜誌》。取自 <https://www.commonhealth.com.tw/article/article.action?nid=68635&fullpage=true>
- 生產改革行動聯盟 (2015年12月12日)〈共照、參走，邁走：還我友善多元生產方案！〉，記者會新聞稿。取自 http://www.midwife.org.tw/modules/News/News_view.php?id=274
- 李建南 (2014)〈發展本土化之友善生產模式及其成效評估研究 (全程三年研究總報告)〉。委託機關：行政院衛生署國民健康局，計畫編號：DOH100-HP-1203~DOH102-HP-1203，執行期間：2011年1月1日至2014年5月23日。
- 李昀濤 (2014年7月25日)〈產前簽計畫書 醫界民團看法相左〉，《台灣醒報》。取自 <https://anntw.com/articles/20140724-iNKv>
- 吳嘉苓 (2000)〈台灣助產士興衰的社會學分析〉，《台灣社會學研究》，4: 191-268。
- 吳嘉苓 (2010)〈臨床因素的消失：台灣剖腹產研究的知識生產政治〉，《臺灣社會學刊》，45: 1-62。doi: 10.6786/TJS.201012.0001
- 吳嘉苓 (2011)〈編排風險：多胞胎孕育的多重社會科技網絡〉，《台灣社會學》，22: 111-56。doi: 10.6676/TS.2011.22.111
- 官晨怡 (2013)〈生產中的現代性：科技信仰與科技侷限的競技場〉，《臺灣人類學刊》，11(1): 65-91。
- 林文源 (2018)〈回應：作為在地實作的實用手冊〉，吳嘉苓、陳嘉新、黃于

- 玲、謝新誼、蕭昭君譯《照護的邏輯：比賦予病患選擇更重要的事》，227-244。台北：左岸。
- 林綺雲（1993）〈台灣助產士專業的變遷——社會學的解析與省思〉，《國立台北護專學報》，10: 269-284。
- 施麗雯（2014）〈To Do or Not to Do？台灣懷孕女性與產前篩檢與檢測〉，林文源、楊谷洋、陳永平、陳榮泰、駱冠宏編《科技社會人2：跨領域新挑戰》，125-138。新竹：交通大學出版社。
- 施麗雯（2015）〈台灣的道德先鋒：焦慮、產檢選擇與責任的矛盾〉，《科技醫療與社會》，21: 77-134。
- 施麗雯（2018）〈丹麥孕產照護：助產師和產科醫師共同照護模式〉，《台灣公共衛生雜誌》，37(3): 280-294。doi: 10.6288/TJPH.201806_37(3).107005
- 張靜宜、高美玲（2008）〈生產疼痛的意義〉，《助產雜誌》，50: 10-15。doi: 10.6518/TJOM.2008.50.3
- 許德耀（2013）〈發展本土化之友善生產模式及其成效評估研究（101年後續擴充）〉。委託機關：行政院衛生署國民健康局，計畫編號：DOH101-HP-1204，執行期間：2012年3月27日至2013年3月26日。
- 婦女新知基金會（2014a）〈母親不服從運動：秀出妳的生產計劃書〉。取自 <https://www.awakening.org.tw/news/3498>
- 婦女新知基金會（2014b）〈拒絕過度醫療化，給我生產計劃書〉。取自 http://www.tygh.mohw.gov.tw/?aid=302&pid=0&page_name=detail&iid=343
- 郭素珍（2005）〈人性化生產〉，《護理雜誌》，52(3): 21-28。doi: 10.6224/JN.52.3.21
- 郭素珍（2015）〈從性別觀點看醫療化的婦女生產〉，《護理雜誌》，62(1): 10-15。doi: 10.6224/JN.62.1.10
- 郭庚儒（2014年7月24日）〈訂定生產計畫書？醫界批不平等契約〉，《健康

醫療網》。取自 <https://reurl.cc/VyZoN>

黃筱珮 (2016 年 12 月 23 日)〈溫柔革命／衛福部推醫師助產師共照計畫 滿意度 99% 卻僅有 1 家在做〉，《民報》。取自 <http://www.peoplenews.tw/news/99837d0c-264c-4cf8-9459-1d431d1f4955>

劉仲冬 (1995)〈国家政策下的女性身體〉，劉毓秀編《台灣婦女處境白皮書：1995 年》，220-254。台北：時報。

劉育志 (2013 年 6 月 26 日)〈被告怕了！台灣婦產科醫師遭集體「殲滅」〉，《商業週刊》。取自 <http://www.businessweekly.com.tw/KBlogArticle.aspx?id=3959>

蔡明松 (2014)〈理事長的話〉，《台灣周產期醫學會會訊》，214: 1。

衛生福利部 (2016)《101 年家庭與生育調查報告研究計畫報告》。取自 https://www.hpa.gov.tw/Pages/ashx/File.ashx?FilePath=~/File/Attach/1289/File_6288.pdf

衛生福利部 (2017)《105 年出生通報統計年報》。台北：衛生福利部國民健康署。

謝新誼、吳嘉苓 (2018)〈挑戰權威知識：臺灣的生產改革運動〉，蕭新煌、官有恆、王舒芸編《臺灣社會福利運動與政治效應：2000-2018 年》，163-186。台北：巨流。

American College of Obstetricians and Gynecologists (2005) Intrapartum fetal heart rate monitoring. ACOG Practice Bulletin. Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists, number 70, December 2005 (replaces Practice Bulletin number 62, May 2005). *Obstetrics and Gynecology*, 106: 1453-1460.

Beckett, Katherine (2005) Choosing cesarean: Feminism and the politics of childbirth in the United States. *Feminist Theory*, 6(3): 251-275. doi:

10.1177/1464700105057363

- Beck-Gernsheim, Elizabeth (1996) Life as a planning project. In Scott Lash, Bronislaw Szerszynski, and Brian Wynne (Eds.), *Risk, environment and modernity: Towards a new ecology* (pp. 139-153). London: Sage.
- Benoit, Cecilia, Sirpa Wrede, Ivy Lynn Bourgeault, Jane Sandall, Raymond Gene De Vries, and Edwin van Teijlingen (2005) Understanding the social organisation of maternity care systems: Midwifery as a touchstone. *Sociology of Health and Illness*, 27(6): 722-737. doi: 10.1111/j.1467-9566.2005.00471.x
- Benoit, Cecilia, Maria Zadoroznyj, Helga Hallgrimsdottir, Adrienne Treloar, and Kara Taylor (2010) Medical dominance and neoliberalisation in maternal care provision: The evidence from Canada and Australia. *Social Science and Medicine*, 71: 475-481. doi: 10.1016/j.socscimed.2010.04.005
- Boston Women's Health Book Collective (1973) *Our bodies, ourselves: A book by and for women*. New York: Simon and Schuster.
- Bryant, Joanne, Maree Porter, Sally K. Tracy, and Elizabeth A. Sullivan (2007) Caesarean birth: Consumption, safety, order, and good mothering. *Social Science and Medicine*, 65(6): 1192-1201. doi: 10.1016/j.socscimed.2007.05.025
- Christiaens, Wendy and Piet Bracke (2009) Place of birth and satisfaction with childbirth in Belgium and the Netherlands. *Midwifery*, 25(2): e11-9. doi: 10.1016/j.midw.2007.02.001
- Christiaens, Wendy, Marianne J. Nieuwenhuijze, and Raymond De Vries (2013) Trends in the medicalisation of childbirth in Flanders and the Netherlands. *Midwifery*, 29(1): e1-8. doi: 10.1016/j.midw.2012.08.010

- Clarke, Adele E. (1998) *Disciplining reproduction: Modernity, American life sciences, and the problems of sex*. Oakland: University of California Press.
- Clarke, Adele E., Janet Shim, Laura Mamo, Jennifer Ruth Fosket, and Jennifer R. Fishman (2003) Biomedicalization: Technoscientific transformations of health, illness, and U.S. biomedicine. *American Sociological Review*, 68(2): 161-194. doi: 10.2307/1519765
- Clarke, Adele E., Janet Shim, Laura Mamo, Jennifer Ruth Fosket, and Jennifer R. Fishman (2010) Biomedicalization: Technoscientific transformations of health, illness, and U.S. biomedicine. In Adele E. Clarke, Janet Shim, Laura Mamo, Jennifer Ruth Fosket, and Jennifer R. Fishman (Eds.), *Biomedicalization: Technoscience, health, and illness in the US* (pp. 47-87). Durham: Duke University Press.
- Dencker, Anna, Valerie Smith, Colette McCann, and Cecily Marion Begley (2017) Midwife-led maternity care in Ireland—a retrospective cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1): 101. doi: 10.1186/s12884-017-1285-9
- Duden, Barbara (1993) *Disembodying women: Perspectives on pregnancy and the unborn*. London: Harvard University Press.
- Graham, Ernest M., Scott M. Petersen, Dana K. Christo, and Harold E. Fox (2006) Intrapartum electronic fetal heart rate monitoring and the prevention of perinatal brain injury. *Obstetrics and Gynecology*, 108: 656-66. doi: 10.1097/01.AOG.0000230533.62760.ef
- Haraway, Donna (1991) *Simians, cyborgs, and women: The reinvention of nature*. New York: Routledge.
- Hiddinga, Anja and Stuart S. Blume (1992) Technology, science, and obstetric practice: The origins and transformation of cephalopelvimetry.

- Science, Technology, and Human Values*, 17(2): 154-179. doi: 10.1177/016224399201700202
- Homer, Caroline S. E. (2016) Models of maternity care: Evidence for midwifery continuity of care. *The Medical Journal of Australia*, 205(8): 370-374. doi: 10.5694/mja16.00844
- Horton, Richard and Olaya Astudillo (2014) The power of midwifery. *The Lancet*, 384(9948): 1075-1076. doi: 10.1016/S0140-6736(14)60855-2
- Kingdon, Carol, Vicky Singleton, Mark Gabbay, Tina Lavender, Gill Gyte, Jim Neilson, and Alyssa Hart (2009) Choice and birth method: Mixed-method study of caesarean delivery for maternal request. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 116(7): 886-895. doi: 10.1111/j.1471-0528.2009.02119.x
- Kitzinger, Sheila (2012) Rediscovering the social model of childbirth. *Birth*, 39(4): 301-304. doi: 10.1111/birt.12005
- Kuan, Chen-I (2010) A reinterpretation of maternal requests for cesarean sections in Taiwan. 《考古人類學刊》, 72: 97-136。doi: 10.6152/jaa.2010.06.0004
- Kuan, Chen-I (2014) “Suffering twice”: The gender politics of cesarean sections in Taiwan. *Medical Anthropology Quarterly*, 28(3): 399-418. doi: 10.1111/maq.12103
- Lazarus, Ellen S. (1994) What do women want?: Issues of choice, control, and class in pregnancy and childbirth. *Medical Anthropology Quarterly*, 8(1): 25-46. doi: 10.1525/maq.1994.8.1.02a00030
- MacDorman, Marian F., Eugene Declercq, and Thomas J. Mathews (2011) United States home births increase 20 percent from 2004 to 2008. *Birth*, 38: 185-190. doi: 10.1111/j.1523-536X.2011.00481.x

- Martin, Emily (1989/1987) *The woman in the body: A cultural analysis of reproduction*. Boston: Beacon Press.
- McKay, Susan (1991) Shared power: The essence of humanized childbirth. *Pre- and Peri-natal Psychology Journal*, 5(4): 283-295.
- McKay, Susan (1993) Models of midwifery care: Denmark, Sweden, and the Netherlands. *Journal of Nurse-Midwifery*, 38(2): 114-120. doi: 10.1016/0091-2182(93)90145-7
- Meyers, Diana Tietjens (2001) The rush to motherhood: Pronatalist discourse and women's autonomy. *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, 26(3): 735-773. doi: 10.1086/495627
- Miller, Amy Chasteen and Thomas E. Shriver (2012) Women's childbirth preferences and practices in the United States. *Social Science and Medicine*, 75(4): 709-716. doi: 10.1016/j.socscimed.2012.03.051
- Mol, Annemarie (2008) *The logic of care: Health and the problem of patient choice*. London: Routledge.
- Mol, Annemarie (2008) *The logic of care: Health and the problem of patient choice*. London: Routledge. 吳嘉苓、陳嘉新、黃于玲、謝新誼、蕭昭君譯 (2018) 《照護的邏輯：比賦予病患選擇更重要的事》。台北：左岸。
- Rothman, Barabar Katz (1989/1984) The meanings of choice in reproductive technology. In Riane Eisler (Ed.), *Test-tube women: What future for motherhood?* (pp. 23-33) London: Pandora Press.
- Rothman, Barabar Katz (2007) A lifetime's labor: Women and power in the birthplace. In Wendy Simonds, Barbara Katz Rothman, and Bari Meltzer Norman (Eds.), *Laboring on: Birth in transition in the United States* (pp. xi-xxii). New York: Routledge.

- Rothman, Barabar Katz (2016) *A bun in the oven: How the food and birth movements resist industrialization*. New York and London: New York University Press.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) (2017) *Group B streptococcus (GBS) in pregnancy and newborn babies*. Retrieved from <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/patients/patient-information-leaflets/pregnancy/pi-gbs-pregnancy-newborn.pdf>
- Shih, Li-Wen (2018) Moral bearing: The paradox of choice, anxiety and responsibility in Taiwan. In Ayo Wahlberg and Tine Gammeltoft (Eds.), *Selective reproduction in the 21st century* (pp. 97-122). Cham: Palgrave Macmillan.
- Stevens, Gabrielle, Yvette D. Miller, Bernadette Watson, and Rachel Thompson (2016) Choosing a model of maternity care: Decision support needs of Australian women. *Birth*, 43(2): 167-175. doi: 10.1111/birt.12212
- Tracy, Sally K., Donna L. Hartz, Mark B. Tracy, Jyai Allen, Amanda Forti, Bev Hall, Jan White, Anne Lainchbury, Helen Stapleton, Michael Beckmann, Andrew Bisits, Caroline Homer, Maralyn Foureur, Alec Welsh, and Sue Kildea (2013) Caseload midwifery care versus standard maternity care for women of any risk: M@NGO, a randomised controlled trial. *The Lancet*, 382(9906): 1723-1732. doi: 10.1016/S0140-6736(13)61406-3
- Vallgård, Signild (1996) Hospitalization of deliveries: The change of place of birth in Denmark and Sweden from the late nineteenth century to 1970. *Medical History*, 40: 173-196. doi: 10.1017/S0025727300060993
- van Teijlingen, Edwin (2005) A critical analysis of the medical model as used in the study of pregnancy and childbirth. *Sociological Research Online*, 10(2):

1-15. doi: 10.5153/sro.1034

Walsh, Denis (2007) *Evidence-based care for normal labour and birth: A guide for midwives*. New York: Routledge.

Walsh, Denis (2010) Childbirth embodiment: Problematic aspects of current understandings. *Sociology of Health and Illness*, 32(3): 486-501. doi: 10.1111/j.1467-9566.2009.01207.x

Wernham, Ellie, Jason Gurney, James Stanley, Lis Ellison-Loschmann, and Diana Sarfati (2016) A comparison of midwife-led and medical-led models of care and their relationship to adverse fetal and neonatal outcomes: A retrospective cohort study in New Zealand. *PLOS Medicine*, 13(9): e1002134. doi: 10.1371/journal.pmed.1002134

◎作者簡介

施麗雯，英國 Lancaster University 社會學博士，專長為科技與社會、性別與健康、醫療社會學，研究關注產檢基因科技的應用及其對女性生殖選擇的影響；近年在生產照護運作議題的探討上嘗試進行制度、文化與個人選擇的跨國比較。在丹麥進行移地研究探討其孕產照護運作，了解台灣如何可能參考其他國家成功的孕產照護經驗和模式，分析助產師和產科醫師共同照護模式的特色以及運用在台灣的可能性。目前在台北醫學大學服務，開授的課程有科技與社會、性別與健康、性別與身體、醫療社會學、質性研究、社會醫學等等。

〈聯絡方式〉

Email: lwshih33@gmail.com

The Logic of Maternity Care: Taiwanese Women's New Reproductive Choice and Shared Doctoring in Childbirth

Li-Wen Shih Graduate Institute of Humanities in Medicine
 Taipei Medical University

Since the 1960s, reproductive choice has been at the center of two waves of U.S.-led women's reproductive rights movements. In response to medicalization of childbirth, the women's movements asked for getting back to nature and for greater autonomy and free choice in method of birth. Many studies have shown that women's reproductive choices are limited by the social and medical system. Therefore, it is significant to examine what is the meaning of having reproductive choices within the medical practice, and how and to what degree the practice of midwifery and the idea of free choice empowers women's autonomy. Can choice bring better maternity care to women? To answer these questions, this paper explores Taiwanese women's new reproductive choices and their practice in maternity care. Based on interviews and participant observation in a local hospital which practices midwifery, the paper delineates women's new choices and how such choice influences women's experiences of maternity care. Drawing on Annemarie Mol's discussions on the logic of care and the logic of choice, this paper analyses women's situation in relation to choice, the constitution of choice, and how women's choice fluctuates during the process of birth. It first argues that having the opportunity to

choose midwife care can facilitate women's agency and strengthen their autonomy because a midwife plays a role as an articulator in between women's needs and medical-led routine practice. However, this paper does not stress the importance of "the logic of choice". Instead, it argues that, with successfully giving birth to a child as the goal, the improvements will depend on an adaptable shared doctoring mediating the pregnant women's needs and the medical-led routine practice, since the process of childbirth is unpredictable.

Keywords: gentle birth, midwife, reproductive autonomy, reproductive choice, the logic of care, shared doctoring