

生產中的現代性： 科技信仰與科技侷限的競技場

官晨怡

中央研究院民族學研究所

1960年代以後，臺灣社會的生產逐漸進入醫療模式，帶著科技能有效掌控生產的現代性信念，醫療主導了臺灣當代的生產。然而，科技真的無所不能？它能在多大的程度上掌握生產？臺灣產科社群對於科技有著什麼樣的信念？與科技實際上能掌控生產的程度之間，有沒有落差？當落差發生時，醫師如何因應？如何影響臺灣婦女的生產經驗？

我根據2008年與2009年於台北與桃園地區進行的民族誌研究來回答這些問題。本文分析場景為臺灣醫師因應降低剖腹產政策而採取的產檢監控，包括為了評估風險（透過測量骨盆與胎兒體重評估產婦們需要剖腹產的機率），與壓低風險（透過所謂「預防性醫療干預」降低剖腹產機率）所使用的醫療技術。一方面，本文探索隱身於這套措施背後的專業文化，呈現臺灣產科社群對於科技的高度信仰；另一方面，藉著描述這些為降低剖腹產而強化的科技監控，如何反而增加了剖腹產發生的可能性，突顯此種現代性信念本身存在著一定的矛盾與侷限。同時，以儘管崇尚自然產、卻終究選擇剖腹產的婦女為例，本文呈現儘管醫師們不斷遭遇科技本身的極限與不確定性，此種信仰科技與強調生產風險的醫療觀點仍逐漸影響婦女的生產認知。

當人們急切擁抱科技與現代性、卻未能省視其中侷限，需要付出什麼代價，又是誰在承擔這些代價？本文以生產為例，探索這些問題，或許也能呈現出臺灣社會在這個特定歷史脈絡中的某種現代性經驗。

關鍵字：產檢監控，剖腹產，現代性，科技信仰，風險

前言

我們這裏的剖腹產率會比較低，不會因為胎兒大就剖腹產，會多做一些評估……

小孩體重標準，以骨盆大小，你看起來有機會自然生，但生之前無法確定。

本文講述的是臺灣醫師企圖透過產檢監控減少剖腹產，卻不斷發生矛盾的故事，也是臺灣社會在實踐科技現代性的過程中，遭逢侷限的例子。在故事開始前，我們應先回顧臺灣社會與科技現代性向來曲折的關係，如同林崇熙（2010: 487）指出，日本殖民與戰後美援彷彿接力般將西方現代科技與產業引入臺灣，儘管這段戰後現代化歷程經常被歌誦，但這些過程「卻有著被忽略的現代科技風險」。特別是這些現代科技引入「來自殖民政府的強力推行，因而易於在政治意識型態與科學典範的交織下，使得科技朝單一方向發展」（林崇熙 2010: 485）。其中一個例子是，臺灣助產士被邊緣化、生產被高度醫療化（張淑卿 2011; Wu 1997）。然而，許多專業社群似乎仍對現代科技深信不疑，包括本文分析的主要對象——產科。透過臺灣產科社群試圖透過產前監控來壓低剖腹產率的做法，本文分析這個科技信仰——科技能掌控生產、也能降低剖腹產發生的困境，與其對婦女生產經驗造成的影響。

臺灣產科醫師施行此套監控，受政策壓力影響，臺灣衛生政策經常受國際影響。或許關係較為間接，但我們也能從臺灣對高剖腹產率的討論中看見國際力量的蹤影，如同在論述減少剖腹產的必要性時，臺灣剖腹產率如何遠遠高於「WHO定義之標準」與「先進國家的剖腹產率」經常被提及（吳建德 2004；黃玉芳 2004），為了追上這樣的國際標準，臺灣高剖腹產率成為有待處理的「社會問題」（涂醒哲、蘇喜 1995）。自1990年代晚期以來，臺灣剖腹產率高居不下，為了降低剖腹產，政府進行了一連串措施。自2000年起，剖腹產率被列入醫院評鑑的項目（Lo 2008）；2005年五月，健保局調高對於自然產的健保給付額，使醫師在施行自然產與剖腹產時得到同樣給付（Lo 2008）；2006年五月，提高自行要求剖腹產的自付額，希望以價格壓制婦女對剖腹產的需求（薛桂文 2006）。在其中，將剖腹產列為醫院評鑑重點，似乎對醫師發展產前監測做法有著直接影響。

這套產科醫師相信能減少剖腹產的產前監控，除了檢視孕婦有無需要剖腹產的適應症（如胎位不正或前置胎盤），也進一步藉著測量產婦骨盆與胎兒大小，來推估每位產婦成功自然產下胎兒的可能性，並在發現產婦成功自然產機率偏低時，採取預防性醫療干預，包括預先引產（preventive labor induction），讓胎兒在還沒過大就生下來，避免剖腹產發生。在上方第一則引言裏，一位醫師在產檢空檔主動為我說明這些評估的用意，如同反映在句子裏，在我的研究中，醫師們普遍相信這是減少剖腹產的理想做法。但實際觀察這套產檢操作時，我卻不斷看到當中的侷限與模稜兩可，不論是在呈現在醫師們基於評估結果的後續決策，抑或是他們與孕婦的溝通裏。

另外，上述做法似乎與降低剖腹產的主要目的背道而馳。對剖腹產濫用的檢討，最早來自於美國的自然生產運動（natural birth movement），在這波討論裏，日漸盛行的剖腹產被視為醫療過度主宰生產的體現，藉著呼籲減少剖腹產，倡議團體訴求停止對生產進行過度干預（Martin 1987）。然而，如讀者接下來會看到，在臺灣醫師努力降低剖腹產時，婦女卻經歷了更多醫療干預。那麼，對臺灣產科醫師而言，降低剖腹產率代表什麼意義？若減少醫療干預不是臺灣產科醫師關心的重點，在努力減少剖腹產的過程裏，他們在追求什麼？再者，這套做法真能幫助臺灣醫師減少剖腹產？還是在某種程度上，它反而增加剖腹產的發生？以下我將透過2008年與2009年間於台北與桃園地區進行的民族誌研究來回答上述問題，並藉以呈現這些信念與臨床實踐，將婦女帶至什麼樣的生產處境？這反映當代臺灣社會什麼樣的現代性經驗？

研究方法

本文分析資料來自我於2008至2009年間為博士論文進行的民族誌調查。¹我在四個醫療院所裏進行田野觀察，包括兩家私人婦產科診所，以及某教學醫院設置在台北市中心與外圍的兩個院區。觀察範圍涵蓋產檢、待產與生產的過程。這個田野調查，讓我近距離觀察整體生產處置背後的價值觀與相關

¹ 論文主題為「醫療科技的性別政治之探究——以臺灣的高剖腹產現象為例」（Debates on Gender and Technology: Cesarean Births in Taiwan）。

結構，並對臺灣產科社群如何思考生產與科技有深入認識，特別是看見醫師們的決策如何總是依著不同情境微妙調整，卻同時帶著某種難以妥協的價值信念。另外，醫師們在決策過程中的情緒與語言使用也是我用以了解這些信念的重要材料。

我訪談十二位醫師、三十四位婦女、一位助產士、與一位陪產員，²藉此了解這些行動者在當今醫療生產體系裏的經驗。同時，我參與於桃園與台北地區舉行的媽媽教室，並針對媒體（報章雜誌、網站）關於生產方式的言論與資訊進行分析，藉以整體性地掌握臺灣產科社群傳達給婦女的生產概念。

理論視角：生產、科技、與現代性

本文著眼於生產中的科技使用，探討現代性信念如何形塑當代臺灣產科的專業實踐，並連帶影響婦女的生產經驗。由於現代性牽涉面向十分廣泛，在開始分析前，必須界定本文所關注的現代性所指為何。為貼近討論科技介入生產背後的概念與意義，我援引 Anthony Giddens 與 Ulrich Beck 對於現代性的定義：「以人為技術來控制原來受制於自然過程的事件」（Beck 1992; Giddens 1990）。Giddens（1990: 34）指出，現代性讓人們「轉化了以往立基於命定（determination）與偶然（contingency）的認知方式」，也就是說，一直以來，自然是決定事物發展的基礎，現代社會卻試圖以科技來對未來進行評估與干涉（Beck 1992; Giddens 1990）。這鮮明呈現在人們的生產認知與做法如何隨著社會發展而改變。相當程度上，生產以往被視為由天命決定，然而，在成為（或努力成為）現代社會的過程裏，人們逐漸相信自己能夠、也應該透過科技來主導生產。

這呼應長年研究生產的人類學家 Robbie Davis-Floyd（1992）提出的深刻觀察，她在 *Birth as an American Rite of Passage* 一書中指出，美國社會中對生產的高度醫療干預是一個過度儀式（rite of passage），將原來難以預測與控制

2 根據臺灣陪產員發展協會網頁，陪產員為「一位對生產有經驗的婦女能提供女性或伴侶在產前、產中、產後過程中有關於情緒與有效率上的支持」。陪產員為臺灣的新興行業，旨在為於高度醫療化環境中生產的婦女提供情緒與非藥物性的支持。

的生產，轉化為得以人為掌控的過程。此儀式源自於該文化認定科技優於自然的價值觀（technocratic value），以及對無法掌控自然的深層恐懼。在這樣的信念下，作為人類征服自然的一環，產科醫學積極透過醫療來駕馭生產。

然而，科技真能讓人順利、完美地操控生產而不帶負面效應？許多研究者不這麼認為。助產學研究強調科技經常無法真正掌控生產，卻讓母嬰為過度介入付出健康代價（iatrogenic cost of overintervention）（Davis-Floyd, et al. 2009; Shanley 1994; Walsh 2007）。例如，生產過程中頻繁指診（vaginal examination）造成的感染，以及不當催生引發的產程遲滯與胎兒發展不成熟（Davis-Floyd, et al. 2009:8），另外，討論科技副作用的醫學研究也所在多有（Anon 1985; Minkoff 2006）。本文重點不僅在於科技本身的副作用，還在於產科社群的特定信念，似乎讓它難以正視科技侷限，而讓生產陷入必須持續依賴更多科技的境地，如同研究者們觀察到的「生產干預的連鎖效應」（cascade of intervention）：「在醫療介入引發非預期狀況時，以更多醫療介入來進行修正」（Lane 1995: 63）。³

從強調女性生產主體性的觀點出發，這個現象反映的也是，臺灣產科社群因為渴求掌控生產，而有意識或無意識地犧牲生產中其他重要價值，這也是本文主要關切。Davis-Floyd（2009: 1）曾這麼說，「生產是對人類發生最深刻影響的生命經驗之一，但在當代卻也是最讓人感到失能（disempowering）的經驗」。本文描述臺灣產科如何在積極追求現代性、並試圖駕馭生產過程時，也讓生產成為某種工業式過程，等待醫師透過各式技術來提升其效能（Rothman 1989）；產婦作為完整個人所帶有的期待與情感，以及生產作為重要生命經驗的意義，皆難見容於這套生產操作中，換言之，在認真管控生產時，母親這個主體已從產科醫師的視野裏消失（Wendland 2007）。

3 Lane 在她文中討論的這個概念引自兩份報告：1) Health Department, Victoria (1990) Final Report of the Ministerial Review of Birthing Services in Victoria: Having a Baby in Victoria. Victoria: Health Department. 2) World Health Organization (1985), Having a Baby in Europe: Report on a Study, Public Health in Europe N0. 26. Copenhagen: World Health Organization.

生產中的現代性：監控生產

1960年代後，臺灣生產逐漸進入醫療模式（Wu 1997），帶著科技能有效掌控生產的現代性信念，醫療主導臺灣當代生產。隨著科技發展，臺灣對生產的醫療管控愈形嚴密，生產幾乎是在「全景式的監控」中進行（張淑卿 2011: 583）。產檢在其中有著重要角色，除了國家政策與醫療機構，許多臺灣婦女也積極參與這樣的監控（施麗雯 2013）。根據行政院衛生署國民健康局印製的「孕婦健康手冊」（俗稱「媽媽手冊」），⁴ 孕婦應接受十次產前檢查（國民健康局 2005），其中體重、血壓、胎心音、胎位、尿蛋白與尿糖等為例行檢查項目，由健保給付；手冊也列出產婦可自行決定的自費檢查項目，包括唐氏症篩檢、妊娠糖尿病篩檢與羊膜穿刺。另外，儘管沒有寫在手冊上，在我進行田野觀察的醫療機構裏，評估並與每位孕婦討論自然產成功機率，已是例行性做法。

這套評估主要依據胎兒及產婦骨盆大小。就六位長期讓我「跟門診」的醫師而言，⁵ 胎兒大小是最重要的產檢重點。醫師們透過超音波測量胎兒頭圍、腹圍與大腿骨長度，比對既有統計資料，換算成胎兒體重。換言之，以目前的技術和設備而言，醫師無法精確測量胎兒大小，而是透過間接測量結合推估。定期測量胎兒大小，醫師們一方面追蹤胎兒生長，另一方面，也依據胎兒體重來叮嚀孕婦注意飲食，避免生產困難，醫師經常這麼告訴孕婦，「寶寶夠大了，不要吃得太多，多運動，希望寶寶還沒長得太大就被生下來，這樣才會比較好生」。追蹤胎兒體重、叮嚀孕婦注意飲食的做法在臺灣其實行之有年，但在醫師試圖避免剖腹產的產前監控裏，這個測量似乎更被重視，醫師告知胎兒大小時，也經常伴隨「好不好生」的討論。

確實，胎兒偏大會使生產困難。「胎兒過重」（Fetal Macrosomia）是醫學上公認的剖腹產適應症（Parks and Ziel 1978），意指胎兒的體重落在該人

4 通常在確定懷孕之後，產科醫師便會發給孕婦一本「孕婦健康手冊」。國民健康局每隔數年會對手冊進行內容更新與重新印製，我使用2005年印製的版本，但在基本產檢次數與項目上，仍與現今規定一致。

5 「跟門診」也是醫學生們使用的術語，意即在主治醫師的門診時段裏，跟隨在旁、觀察與學習診療方式。這六位醫師當中，兩位自己開設婦產科診所，其他則在教學醫院中工作。

口所有胎兒體重分布的前百分之十（Zamorski and Biggs 2001），因此，對於多重才是過重的界定也會隨著國家有所不同，美國的「胎兒過重」被定義為胎兒出生時超過4500克（Chatfield 2001），臺灣的健保則將其界定在4000克（吳信宏 2007）。監測胎兒體重有其必要，但如同我在第二節呈現，臺灣醫師似乎容易對於胎兒偏大過度反應，並在沒有明確醫療必要時，就採取干預措施。「預先引產」是最常使用的做法，透過施打藥物，讓產婦提前分娩，其原理在避免胎兒持續長到讓產婦「生不下來」的地步。一位住院醫師告訴我，這個做法並非來自正規醫學教育訓練，「教科書上不這麼講，但是寶寶如果大，CPD 的機率比較大，所以是醫師們心照不宣的做法」。CPD 是 Cephalopelvic disproportion 的縮寫，意指「胎頭骨盆不對稱」，是健保定義的另一個剖腹產適應症（吳信宏 2007）。

基於同樣概念，婦女骨盤大小是另一個評估自然產成功機率的項目。醫師在懷孕晚期，以內診的方式，測量孕婦骨盆內不同平面的寬度，推估實際骨盆大小。X光也能測量骨盆大小，但或許因為易影響胎兒，我很少見到醫師使用X光。在教學醫院工作的X醫師特別相信這能有效預測生產順利與否，總是仔細為懷孕達35週以上的婦女測量骨盆，並在發現骨盆偏小時，建議預先引產。他特別為我說明，「這是為了減低剖腹產，可能原來38週時生的下來，但到了40週就生不下來，因為寶寶長的很快」。

儘管上述住院醫師表示，這套做法並非來自正規醫學教育，但從文獻上看來，其已有一段不短的歷史。在1978年或更早以前，胎兒過大被醫界認定為剖腹產的適應症（Parks and Ziel 1978），因為它容易造成生產過程中的意外傷害，或許因為如此，「胎頭骨盆不對稱」（CPD）也成為醫師產檢時監測的重點，而預先引產（Boyd et al. 1983）或「提早破水」（Pre-labor Rupture of Membrances）（Ayaz et al. 2008）成為預防性辦法。然而，這個行之有年的做法，已經受到質疑。

第一個質疑是，因時代條件轉變，「胎頭骨盆不對稱」已鮮少發生，因此產前監控與預先干預所能發揮的效益已相當有限，甚至弊多於利。例如，澳洲推廣生產去醫療化的網站 BellyBelly.com.au（2013）提到，在18與19世紀時，缺乏營養、天花等疾病盛行，容易造成婦女骨盆腔發生異常，導致生產死傷，但在生活條件普遍提升的當代，多數「骨盆腔異常」（pelvic

anomalies) 不是先天造成、就是車禍損傷，並不多見。美國一個類似性質網站，也引用美國助產學會 (American College of Nurse Midwives) 的數據指出，平均每250個生產案例，才會出現一個「胎頭骨盆不對稱」(American Pregnancy Association 2007)。而我搜尋文獻時也發現，早在1966年，就有一篇醫學文獻指出，「胎頭骨盆不對稱」在瑞典已不常發生 (Holmberg 1966)。針對這種情況，上述網站指出，這個產前監測已沒有必要，而且對疑似案例進行的干預也不利於母嬰健康。

第二個質疑針對這些監測與干預措施的有效性。根據美國家庭醫學期刊 (*American Family Physicians*) 的一篇文章 (Zamorski and Biggs 2001)，既有超音波或其他測量技術無法準確判斷胎頭與骨盆的對稱程度，是否會「胎頭骨盆不對稱」，在產前無從得知。另外，民間生產團體也援引助產士觀點強調，骨盆會在分娩過程中擴張，而胎頭也會為了適應產道而變換其形狀，因此這個監測意義不大 (American Pregnancy Association 2007; BellyBelly.com.au 2013)。所以，在很多時候，醫師其實是在懷疑或擔憂胎頭骨盆不對稱的情形下，施行預先引產、甚至直接建議該產婦剖腹產。另一篇研究指出，在現今的做法裏，為避免一個「胎頭骨盆不對稱」造成的確切意外，約莫會有3700個女人因被懷疑胎兒過大而接受剖腹產 (Zamorski and Biggs 2001)。⁶再者，預先引產的做法並不能如醫師預設般減少剖腹產，實際上，它反而增加剖腹產發生的機率 (Chatfield 2001; Horrigan 2001; Zamorski and Biggs 2001)，如同產科醫師 Robert S. Mendelson (1979: 54) 在 *Confession of a Medical Heretic* 裏提到，「在胎兒尚未準備好出生前就引產，容易造成胎兒窘迫，並反映在胎心音監視器上」(Shanley 1994)，而促成剖腹產。

根據上述資料，我們一方面看到對「胎頭骨盆不對稱」監測與干預已在國際間行之有年，另一方面，其必要性儘管因時代條件轉變受到質疑，但至少在美國與澳洲的產科臨床做法裏，這些監測與干預仍普遍存在。從美援時期以來臺灣與美式醫學的密切淵源來看 (張淑卿 2011b; 劉士永 2011)，臺灣同美國一般採取這套做法，或許不令人意外。然而，臺灣產科可能在降

6 Rouse DJ, Owen J, Goldenberg RL, Cliver SP. The effectiveness and costs of elective cesarean delivery for fetal macrosomia diagnosed by ultrasound. *JAMA*. 1996; 276: 1480-6.

低剖腹產的政策壓力下，更為密集、且徹底地執行這個做法。根據與教學醫院醫師的訪談，這個政策壓力頗為顯著，一位醫師向我描述，在每週晨間會議裏，主任如何帶領醫師集體檢討每個剖腹產發生的正當性、藉以管控剖腹產率。在降低剖腹產的壓力下，如同X醫師一再告訴我，他們如何藉助這個及早偵測、及早干預的做法。另外，在生產雜誌與網站上，也可以看見醫師告訴婦女，「引產的主要目的就是要避免被迫使用剖腹生產」（王文中 2012），或是「胎兒可能太大」被列為「需要引產的5大時機」，「當超音波測量可能超過4000公克，為了不要讓胎兒增加體重，可提早讓寶寶生產」（宋碧琳 2012）。

在這樣的氛圍裏，醫師可能對潛在生產困難甚為敏感。我以李芬的例子來說明這一點。李芬前來接受懷孕37週的產檢，X醫師告訴她最好能在這星期完成分娩：

X醫師：這星期天就37周，要多做運動，希望你足月了就早點生。

李芬：怕寶寶太大，對吧？！

X醫師：寶寶體重看來還好，就怕超音波看到的有誤差。

就超音波結果而言，李芬的胎兒並沒有過大，然而，當李芬隔週前來產檢，我發現X醫師的確曾考慮讓李芬預先引產：「我們現在暫時不催生，因為病房不夠，怕妳生了也沒地方睡，下週沒生再來催，寶寶三千三，羊水夠，都正常」。雖然醫師在這裏使用「催生」一詞，但他指涉的是「引產」的動作，在醫療定義裏，引產（induction）指產程自然發動前，施加藥物誘使母體開啟分娩的動作，催生（augmentation）則指涉在產程自然啟動後，透過藥物加快分娩。因為使用的藥物相同、原理相近，在醫師或婦女的描述裏，引產與催生經常被交替使用。

儘管如X醫師說的，李芬懷孕狀況一切正常，她沒有被引產的唯一原因是醫院病房不夠。X醫師在檢查結果正常時仍考慮引產，是因為「怕超音波看到的有誤差」，這反映的是，察覺科技不確定性與限制，經常讓醫師使用更多科技來掌控生產，這不僅反映前面提到的「生產干預的連鎖效應」，也牽涉到透過監控來減低剖腹產所產生的矛盾，留待下一節再談。另外，X醫師想讓李芬引產，也可能是在控制「生產品質」。這牽涉「胎盤鈣化」的觀念，

根據我得到的醫學生共筆，從懷孕第37週起胎盤會加速鈣化，影響供給胎兒的氧氣與營養。跟門診時，也經常聽醫師向婦女強調這個概念。這讓人想起 Emily Martin (1987) 描繪的，在醫療生產體系裏，生小孩 (reproduction) 宛如生產產品 (production)，醫師就是那位認真監督產品品質的主管。

接下來，我想呈現臺灣醫師在操作時展現的科技信仰，這些信仰某種程度顯露在X醫師如何帶著自信與些許驕傲，對我指出他們醫院的剖腹產率會相對低，因為「不會因為胎兒大就剖腹產，會多做一些評估」。該院剖腹產率是否真的較低，我並未得到統計資料，但從這段話，也能看到該做法的矛盾，如其所言，這個強調評估自然產機率的作法，讓其他醫院更容易在胎兒大時，建議產婦剖腹產。

科技信仰與其根本矛盾

如同前述來自家庭醫學與助產學的批評，這套監控反而增加剖腹產發生機率。這呼應許多生產研究指出的，科技監控增加，才是生產風險提高的主因。Karen Lane (1995) 援引 Beck 的人造風險 (manufactured risk) 理論，檢視高度干預與科層化管理如何持續製造風險，不論是在概念或生理層面上。Cecilia de Mello E. Souza (1994) 提出這個論點的最好證據就是，當高風險懷孕 (high-risk pregnancy) 的概念重新定義後，剖腹產率隨之攀升。在這一小節裏，我以民族誌資料來呈現這個論點，特別是上述產檢監控如何增加被認定有風險而需要剖腹產的個案。首先，醫師面臨不確定時，普遍傾向「先做最壞打算」，極大化自然產可能出現的風險 (Michelson and Alvin 1988: 143)。

認真執行評估、想壓低剖腹產率的X醫師，某次在沒有明確適應症的情形下建議剖腹產，讓我頗為驚訝。這位孕婦來做第38週的產檢，X醫師先問她有無產兆，「還沒痛？那要不要直接催生或是開刀？看要哪一個」，產婦請教他的意見，X醫師說：「寶寶比較大，有可能催不出來，不然就下週二，就是39週的時候，如果還不痛，就排隔天開刀」。或許從沒想過自己會開刀，孕婦有點疑惑地問，健保會不會給付她的手術，X醫師回答：「原則上〔在檔案裏〕先填 elective，就是自費的意思，等確定 baby 過大，再改過

來」。⁷ 這起剖腹產必須在文件裏登記為自費，顯示該孕婦並沒有明確適應症，但X醫師仍認為有必要剖腹產。或許瞥見我訝異的神情，孕婦離開後，X醫師轉過頭解釋：「這是少數第一胎沒陣痛〔沒嘗試自然產〕就考慮開刀，因為寶寶一直比標準大二到三週」。

目睹這個個案，我意識到醫師建議選擇性剖腹產的原因遠比文獻提到的複雜。國內外研究指出，即便沒有醫療狀況，醫師也傾向剖腹產，因為有助管理時間（Potter et al. 2007）、增加收入（涂醒哲、蘇喜 1995）、控制生產（Hopkins 2000）、與避免訴訟（Faundes and Cecatti 1993）。然而，這些似乎都不是X醫師建議剖腹產的直接理由，從他自己提出的解釋看來，有兩個可能，第一，根據這套評估，X醫師相信「寶寶一直比標準大二到三週」使該孕婦難以自然產，極可能以剖腹產收場，當他對這個推斷有足夠把握，便可能認為不值得多花時間力氣嘗試自然產；第二，這套監控使X醫師更加敏感地意識到胎兒偏大，並擔憂可能導致意外，在他的認定裏，「胎兒持續大於平均值兩到三週」帶來極大風險，已讓剖腹產成為必要。不論是哪個原因都顯示，加強監控以求減低剖腹產，很可能帶來反效果。

再者，母體與自然生產過程是否真如此不可靠，需要嚴密監控？根據助產士觀點，生產在根本上是個安全過程，健康母體本身就具有完成分娩的能力（MacDonald 2006; Shanley 1994）。對比之下，上述產前監測顯現的是對母體的不信任。在此種不信任下，任何暗示生產困難的條件，都可能使醫師更傾向剖腹產，或至少默許剖腹產在沒有醫療必要時發生。X醫師告訴我，他從不接受婦女自費剖腹產，⁸ 只在發現孕婦骨盆偏小時破例妥協，因為「骨盆太小，會痛很久生不出來的」，所以這時「就不會太刁難」。

另外，雖然這套做法頗受爭議，臺灣醫師普遍認為產前評估搭配預防性干預能有效避免剖腹產。事實上，我曾在媽媽教室裏，聽見主講醫師如此說服婦女：

7 胎兒出生若超過4000克，符合健保局界定的「胎兒過重」適應症，手術費用便由健保給付，不然的話，這個剖腹產仍是自費剖腹產。

8 我跟門診時也總是看到他嚴格把關，並對這些孕婦語氣嚴厲。

我們一般就是小孩子已經夠大、成熟了，可是因為媽媽骨盆真的太小，⁹我會跟病人說，要不要考慮催生，也許妳可以因此給寶寶一個機會自然產，如果都順其自然的話，可能到時候會生不出來。這是以醫生的觀點來建議，但是有人說婆婆說絕對不能催生，妳這樣催生就是破壞他的時辰，還有一些人是認為催生是不自然的，我說那還是自然生阿，不過他們就說不自然（露出無奈的笑）。

這短短一段話充分表現臺灣醫師的科技信仰。首先，很弔詭地，這些婦女若想自然產，藉助科技是唯一希望，堅持「自然」而拒絕催生，反而使她們終將面對更大醫療干預（亦即剖腹產），也就是說，科技可以修正這些帶有瑕疵的母體，改變她們無法自然產的命運。其實，不僅是骨盆偏小的個案，在醫療觀點裏，母體普遍而言就是一具容易失靈的機器，若無醫療協助，難以順利完成生產（Davis-Floyd 2004），因此，醫療介入原來就是生產中不可或缺的部份。基於這種觀點，主講醫師難以理解婦女何以認為引產不自然，甚至將其視為無稽之談。¹⁰

這個科技信仰還表現在醫師們如何認定科技有益無害，而大範圍施行醫療干預，我從兩位敬佩的醫師身上看到這件事。Z醫師在教學醫院工作，為人謙虛、熱心，對我的田野調查幫助最多，他相信無謂剖腹產不僅提高生產風險，也影響母嬰健康。為堅持不做無謂剖腹產，每月平均接生一百人的Z醫師經常在產房裏過夜。¹¹然而，面對其他醫療干預可能有的風險和副作用，Z醫師並未抱持相同警覺，相反的，他視這些技術為管理生產的理想工具，並擴大用來解決醫療以外的疑難雜症。某次，他建議一位孕婦：「這是妳的第二胎，而且已經開了一公分左右，痛起來其實很快就生了，所以寧願早點到，不然會來不及。不然也可以來催生，催了大概六、七個小時就會生出來，也是一種方法」。雖然孕婦沒有任何醫療狀況，但Z醫師怕她來不及趕到醫院，提供催生作為選擇。

9 我認為醫師這裏說的「子宮過小」指的其實是「骨盆過小」，因為我並未在其他資料裏看過任何「子宮太小」的相關理論概念。

10 在我的觀察裏，臺灣高居不下的剖腹產率也與此種態度發展出來的醫療生產體系關係密切（官晨怡 2010）。

11 當我問及 Z 醫師每月接生人數，他告訴我，他平均每月接生一百人。而 Z 醫師為堅持不做無謂剖腹產而經常在產房過夜，則是我從其他受訪醫師那裏得知的。

Y醫師是另一位令我敬佩的醫師，溫柔細心，最讓我印象深刻的是其他醫師身上難得看到的耐心，因為不厭其煩幫孕婦解答大小問題，他的門診時間總是大幅延長。如同Z醫師，Y醫師也在為病人解決問題時，建議催生，這一次的問題是臨盆前的不適：

Y醫師：〔看著病歷〕是不是該生啦？

孕婦：我覺得是，從昨天就覺得肚子很緊。

Y醫師：那內診看一下子宮頸有沒有開？還沒開耶，〔轉頭問孕婦先生〕她還能不能走的動？

孕婦先生：還OK，只是她昨晚都沒睡。

Y醫師：〔帶著同情語氣，轉頭跟孕婦說〕還沒開耶。

孕婦：〔苦著臉說〕還沒開阿。

Y醫師：可以直接去催生阿，如果真的很不舒服的話。催生平均要一天半……如果可以的話，就多動動，不然直接去產房催生，因為週數也夠了，看妳，不然就早點讓他出來。

孕婦：早點出來也好。

也許背後還有更多影響因素，但基於對Y、Z兩位醫師的認識，我傾向將這些建議解釋為，他們真心認為催生效率高又無害，是幫助產婦管理時間與解除不適的好方法。根據我與臺灣產科醫師的接觸，他們很少擔心科技介入帶來的風險，儘管那是經過證實的。位居產科領袖地位的美國婦產科醫學會（American Congress of Obstetricians and Gynecologists，簡稱ACOG）（2006），根據研究結果發布一項指導原則，除非確保胎兒肺部發育成熟，任何剖腹產都不能排在懷孕39週前。但我研究中許多醫師認為，妥善地安排並執行手術，才能得到最佳生產結果，相較於此，胎兒肺部不成熟不值得擔心，而且可以用更多科技來解決。我經常聽見醫師們建議因胎位或胎盤狀況需要剖腹產的婦女，將手術安排在39週前，「如果排在39週就比較麻煩，因為有可能已經痛起來了，那就要臨時開刀」。讀者或許猜想，這只是醫師為了安排時間，喜歡事先排定手術，那麼我們得看另一個例子。

Y醫師的太太也是一位婦產科醫師，懷孕晚期發現輕微前置胎盤，儘管並不真的需要剖腹產，但因為想要排除意外，以及「不想遇到緊急狀況，必須要臨時剖腹產」，夫婦倆仍決定預先排定手術，並由先生操刀。我好奇問起為何臨時剖腹產也是想避免的狀況，Y醫師太太告訴我，完美安排的手術能避開風險和副作用：

最近不是有一篇，我不知道是不是有醫師拿給你看，是中文的，其實很多講到剖腹產的後遺症和風險，都是把臨時剖腹跟預先剖腹混在一起談……說剖腹一定比較有麻醉的風險、感染的風險、和沾粘的風險，可是如果把預先剖腹的和臨時剖腹的分開來，就會發現，預先剖腹的，在感染、腸阻塞、沾粘這些的〔發生率〕，並沒有比較高，所以我會這麼決定（筆者：為什麼一樣是手術，預先準備好的，就不會有這些？）因為如果你的消毒是很徹底，常常臨時剖腹，有時候就隨便潑灑一下……

研究期間，我總為臺灣產科醫師信任科技的程度感到驚訝，如同我試圖描繪的，他們經常無視科技的極限、風險與副作用，從對臺灣產科知識環境的討論上，我得到一些解釋。在當代臺灣，生產版圖幾乎由產科獨斷，其他生產典範（如助產士）已在國家追求現代化的過程被邊緣化（Wu 1997），因此，缺乏多元挑戰與競爭，許多醫療干預在臺灣成為生產例行流程。再者，當生產與醫療角色上的辯論逐漸促成國外產科知識轉變，臺灣在由單一醫學專業主導、以及婦女自然產運動起步較晚的社會條件下，並未受到這波知識轉型的影響（曾家琳、張珣 2007）。或許就在臺灣產科壟斷國內知識生產、又自外於國外知識轉型的情形下，醫師對於科技的信仰愈發極致。

林崇熙對臺灣社會的科技風險進行歷史分期（林崇熙 2010），臺灣醫師積極透過監控來降低剖腹產，約莫發生在他定義的「90年代的系統風險與風險消費」，這時期的科技風險主要來自於對科技系統性的依賴，並高度強調潛在不確定性。這反映在臺灣醫師因應高剖腹產率的做法上，一方面，臺灣醫師認定科技監控是解決高剖腹產率的合理做法，另一方面，也讓醫師在監控過程裏仰賴更多介入，來處理他們遭遇的科技不確定性與極限，包括他們原想避免的無謂剖腹產。更重要的是，這個「愈益系統化的科技已內化為生

活方式或價值觀時，科技本身作為一種風險，就直接將整個社會帶入新的風險型態與內容中，而不再僅是外在的一個副作用而已」（林崇熙 2010: 500），在下一節裏，我們從產婦經驗出發，來了解這套監控如何讓強化臺灣生產對科技的依賴。

蔓延的現代性

在這一小節，我們暫且把目光從醫師身上移開，看看婦女如何受到此種產檢操作的影響。我鎖定兩位受訪者的經驗，她們儘管認為自然產是較好的生產方式，卻因擔憂「生不下來」與「痛兩次」，動搖了對自然產的信念。她們的決策歷程反映兩件事，第一，延續以上討論，強調科技監控的做法，增加了剖腹產發生機率，而這次是婦女自己要求剖腹產；第二，產檢是生產觀點傳遞的重要場域（Faundes and Cecatti 1993），醫師們積極追求的現代性，也透過這個管道蔓延，如同呈現在以下故事裏，這套產檢操作傳遞的，不只是特定生產知識與概念，還有整套認為生產必須事前評估、以有所因應的科技觀點。

Lily 是一位國小體育老師，受訪時三十三歲，正要生下第一胎。訪談時，Lily 表示她一直想要自然產，最近才開始動搖。她從一星期前參加的一場媽媽教室談起：

這次主要講的是生產面面觀，最主要就是你在自然產過程中會遇到什麼樣的困難，聽完這堂課以後，我有開始認真地考慮要自然產還是剖腹產，因為我很高，我一百八，然後我老公一八六，所以我們的小朋友，目前為止就已經比正常小朋友要大了，那我唯一擔心的，就是怕他太大了，然後在生產的過程中會很困難。

這堂讓 Lily 猶豫自己該自然產或剖腹產的媽媽教室是由一位醫師主講，說明生產如何進行、以及可能的狀況。簡單的說，她以醫療觀點來向婦女再現生產過程。主講醫師提到胎兒大導致生產困難，顯示上述監控所使用的理論概念，也在媽媽教室或其他場域向外散布。

當 Lily 從這個觀點去重新看待生產，發生了很大的掙扎：「就是以前不懂危險性，可是現在聽完她很客觀地描述了很多可能發生的狀況以後，我就會開始擔心很多，就不知道聽這個到底對我是幫助，還是……」。Lily 發出這個疑問，正是因為她原來對於「自然最好」的強烈信念，使她難以輕鬆面對這些生產風險，一方面，她不願意輕易放棄自然生產的機會，但另一方面，她無法不去擔心這些狀況，如同上述，Lily 意識到因為自己與先生高大的身材，胎兒勢必偏大，這意味著她屬於「生不下來」的高風險群。Lily 說這些事情自己「本來沒想過，就想說就這麼簡單嘛，每個人都可以生，我一定可以」。

傳遞這個觀念的，不只有醫師，因為 Lily 的朋友也這樣告訴她：

我朋友有些有經驗，就會說你不要痛兩次喔，就是自然產以後，生不出來就是變成……就他們覺得是浪費時間又很痛的事情，已經有兩個人跟我說你就直接考慮剖腹產好了，可是我不覺得我會直接考慮剖腹產，可以自然，我就一定要自然生，除非她〔胎兒〕大過於我想像的那個範圍。

「痛兩次」一詞被受訪婦女們用來形容自然產失敗轉而剖腹產的慘痛經驗，這種情形下，產婦不僅先承受了產痛，也承受剖腹產帶來的術後疼痛。朋友勸 Lily 直接剖腹產，免得痛兩次，但 Lily 並不打算放棄自然產，除非胎兒大過某個範圍。

但是，當 Lily 決定採取「更科學」的態度，卻發現自己不斷被不確定性困擾。比方說，一位醫師教過我，胎兒過大不必然意味生產困難，因為真正造成困難的是「胎頭骨盆不對稱」，換言之，若是產婦骨盆夠大，就不會有問題。因此，當 Lily 說著自己擔心無法成功自然產，我直覺告訴她，因為她個子高大，或許這不會是個問題，但這顯然無法讓 Lily 擺脫擔憂：「可是我不大相信……一般他們都會說，你個子大，你骨盆腔就會比較大，可是你如果沒有實際測量，我就會覺得不一定哪」。當 Lily 進入醫療觀點來看待自己的生產，任何沒有經過科學測量的推測，都變得極不可靠。

更甚者，在另一些時候，科學測量也顯得不可靠，特別是當 Lily 得知科技有所限制的這個事實。在與我談話的同時，Lily 不斷思索著自己究竟要憑藉什麼來決定自己的生產方式，最後她告訴我，醫師評估的結果將是她最重要的依據。但當我繼續追問，Lily 這樣表達她仍舊無法被消除的疑慮：

筆者：所以如果產檢時，醫生告訴你，看起來是 OK 的，你就會相信他，不再去想剖腹產了嗎？

Lily：我想那是騙人的啦，如果她覺得是 OK 的……因為我在媽媽教室有問那醫生，醫生說寶寶的重量其實都是預估值，就是用她的頭圍大小去做很多的評估。所以我們跟你說有四千，結果你選擇剖腹了，結果生出來只有三千多，你可能會覺得醫生為什麼要騙你。所以當然這個誤差，我也會考量在裏面，所以如果醫生都覺得是 OK 的，那我就會自然生試試看，可是還是會想阿！

筆者：還是會擔心？

Lily：對阿。

如同發生在前述醫師身上，Lily 在依賴科技的同時，也不斷受困於科技的極限與不確定性，而產生一股在生產完成前都難以解除的疑慮。如同 Giddens 指出，此種焦慮乃是與現代性共存的特有氛圍（Cassell 2003）。

或許 Lily 日後幸運地得到某些足以與這套科技觀點抗衡的另類資訊，或是對於生產有了其他更重要的考量，當我結束田野工作、返美寫論文之際，透過共同的朋友轉述得知，Lily 終究以自然產的方式，生下自己的第一個孩子。然而，其他婦女並未如 Lily 一般堅持自然產的計畫，當評估自然產機率成為例行產檢，許多醫師經常在產檢過程中，向孕婦強調她們「生不下來」的可能性。可欣選擇剖腹產的決定，便是在這樣的情境中發生。

可欣受訪時三十六歲，在一家私人企業工作，一年前生下第一胎時，她主動選擇剖腹產。受訪過程中，她提起因為目睹姊姊剖腹產後痛苦的情形，她很早就打定主意自然產，因此，自己後來主動要求剖腹產，其實也出乎她的意料之外。

其實我大概在八個月以前，一直覺得自己會自然產，一方面我覺得自然產……感覺上它就應該要是一個比較自然的狀態，那我覺得人當然是自然會比較好，比較安全吧……我兩個姊姊是剖腹產嘛，我一直很有印象，我那時候好像是大學四年級快畢業的時候，我一直很有印象，我去看我姊的時候，我覺得她好痛苦，因為她傷口就在腹部嘛，我印象很深，她要下床上廁所的時候，非常非常痛苦，所以我以前一直覺得，如果我可以自然產，我一定不會要剖腹。

因為目睹姊姊剖腹產後痛苦的過程，可欣下定決心沒必要時絕不剖腹產，即使後來父母因為擔心她高齡生產會有困難，勸她剖腹產，可欣仍不為所動。

然而，儘管有著如此明確的信念，如同 Lily，這些信念在可欣遇到醫療主導的生產資訊時，開始鬆動。可欣回憶著這樣的轉變，懷孕後期，她大量閱讀由醫學專家撰寫的生產書籍，也許是這些資訊的影響力，可欣逐漸視自然產為漫長、痛苦、且難以預測的過程，「那時候我就比較傾向說，如果有一點點狀況的話，我會比較想要剖腹產」，在這樣的心情下，醫師最後一次產檢時給的訊息讓她毅然決定剖腹產：

等到我最後一次產檢，她有說我的外骨盆可能有比較窄一點，但是她覺得還是可以自然產，我就問她說，這個意思是不是說我會痛很久，她就說其實可能會是這樣，妳就是可能要用點力，到後來應該還是可以開，「可能還是會開」，我就想說，喔，那也有可能就是痛半天，還是沒辦法自然產，後來我當下就說好，跟她約剖腹產的時間。

醫師總結性地評估可欣自然產的機率，並指出骨盆偏小，熟諳該套理論的她，立刻收到自己將會「痛兩次」的警訊。儘管醫師鼓勵她自然產，可欣仍當下與醫師排定剖腹產。從這個例子，我們看到這個產檢操作如何動搖婦女自然產的信念與信心，當完成自然產的「機率」成為醫療監控的對象，婦女不斷被提醒「自然產是難以完成的」，因此，當醫師強調她「可能」還是可以自然產，可欣傾向將這項訊息解讀為她「更可能」自然產失敗，選擇直

接剖腹產。¹² 這是臺灣醫師們試圖以擴大監控來降低剖腹產時始料未及的效應，也是現代性的非意圖性後果（unintentional consequences）。值得強調的是，這些婦女的決策並非來自醫師誘導，而是受到這套操作的根本預設所影響。在本文裏，我們雖然只看見 Lily 和可欣的例子，但從訪談裏，也不斷聽見她們的女性親友如何也深受影響。另外，如同我在田野裏聽到的，「醫生，現在能看出來我能不能自己生嗎？」，已經是婦女產檢時會問的典型問題。

我認為透過這個科技觀點來看待生產，對於生產的政治與經驗造成兩個直接影響。第一，在過去，自然產一向是沒有醫療狀況下，婦女們理所當然的生產方式，但現在即便是健康狀況良好的婦女也可能懷疑、甚至否定自己自然產的能力。換句話說，生產成為一個更為「失能」的經驗（Davis-Floyd, et al. 2009）。第二，自然生產的價值被貶低，婦女自然產的機會也因此更容易被犧牲。如同我們從前面的例子裏不斷看到的，當科技被視為有效率、優於自然過程時，自然產漸漸變得不值得嘗試或堅持，就像我們先看到 X 醫師在沒有醫療狀況時建議李芬引產，接著見到 Lily 和可欣放棄自己認為更為理想的自然生產方式。

結語

在本文結束之際，我希望以 Giddens 所指出的現代性的兩面效應作為結語：「現代性與相關社會機制的發展為人類創造了機會，得以在前所未有的程度上享有被保障的生活，然而，現代性卻也有它的陰暗面，這在當前的世紀裏已顯然可見」（Cassell 2003: 286），對生產的醫療介入正是上述觀點的最好印證。當這些科技確實拯救了許多婦女與胎兒，它們卻也在婦女健康與身體政治上帶來不容忽視的負面效應，特別是現階段的醫療生產體系過度依賴與使用這些科技。

12 這些決策固然受到醫療觀點影響，卻也經常超越科學定義的風險架構，成為婦女主動援用科技來排除意外並保障生產結果的策略，反映出與現代性共存的反身性。如同我在另一篇文章中指出，是婦女面對風險的積極作為（官晨怡 2010）。

透過民族誌來呈現臺灣這套產前監控，與其在降低剖腹產率上形成的矛盾，本文想突顯臺灣產科如何受制於自己的科技信仰，不僅無法壓制過高的剖腹產率，也陷生產於一種持續依賴醫療干預的境地。以科技掌控生產的現代性概念，也持續形塑婦女對於生產的概念與實踐，文中 Lily 與可欣在狀況正常、且偏好自然產的情況下仍選擇剖腹產，某種程度標示這種現代性正向外蔓延。了解這些面向，讓我們更貼近地理解臺灣剖腹產何以高居不下，從1992到2008年，臺灣平均剖腹產率為33%，期間政策制定者、與許多醫師皆設法減少剖腹產，但剖腹產率依舊年年攀升，截至2009年，臺灣剖腹產率已達37%（邱宜君2010）。

過去研究傾向以醫院管理與醫師個人行為的面向來理解醫療面造成的高剖腹產率，例如，私人婦產科診所如何因受到較少政策規範、並有較高營利取向，而有較其他醫療機構更高的剖腹產率（Hsu, et al. 2007）。這些因素固然扮演一定角色，然而，從文中的民族誌資料，我們也看到，這些教學醫院裏的醫師受到醫院評鑑等壓力，積極透過臨床做法減少剖腹產，但這些做法經常增加剖腹產的發生，因此，臺灣產科社群的科技信仰，以及其在實踐過程中發生的矛盾，也是問題核心之一。

我在臺灣現有生產模式裏，看到更多醫師在遭遇科技困境時，仍掙扎著要控制生產的例子，上述產檢監控只是其中之一，這些掙扎以不同路徑促成臺灣的剖腹產盛行（Kuan 2011）。更重要的是，如同本文所描繪的，在產科社群認真省視科技理性的侷限之前，生產恐怕必須繼續作為此種科技現代性信念與科技侷限之間的競技場。

參考書目

王文中 Wang, Wen Zhong

- 2012 「催生」好嗎？tsueisheng hauma? [Is induction a good thing to do?]。嬰兒與母親（12月號）taipei: yinger yu muqin shier yue hao。網路資源 wanglu ziyuan [Internet information], http://mag.udn.com/mag/newsstand/storypage.jsp?f_ART_ID=428588，瀏覽日2012年6月7日。

吳信宏 Wu, Shen Hong

2007 剖腹生產 vs. 自然生產: 妳的考慮與選擇 pofu shengchan vs ziran shengchan: nide kaolu yu xuanze [Cesarean section vs. vaginal birth: how do you decide]。好媽媽懷孕寶寶交流網 haomama huaiyun baobao jiaoliuwang [Website of good mommy and baby]。網路資源 wanglu ziyuan [Internet information], <http://www.howmama.com.tw/b112/vs-t106702/>，瀏覽日 2012年6月7日。

吳建德 Wu, Jian De

2004 認識剖腹產及其術後飲食注意事項 renshi pofuchan jiji shuhou yinshi zhuyi shixiang [Get to know Cesarean section and its after-surgery care]。仁愛醫療財團法人全球資訊網 renai yiliao cai tuan faren quanqiu zixunwang。網路資源 wanglu ziyuan [Internet information], <http://www.jah.org.tw/form/index-1.asp?m=3&m1=8&m2=364&gp=361&id=249>，瀏覽日 2008年12月15日。

宋碧琳 Song, Bi Lin

2012 「催生」不用怕！必要時能保母子均安 cuisheng buyongpa biyaoshi nengbao muzi junan [No need to fear of induction. It assures safety for you and baby]。嬰兒與母親4月號 inger yu muqin siyuehao。網路資源 wanglu ziyuan [Internet information], <http://www.mababy.com/knowledge/article.aspx?aid=DE2467213D0AC73A>，瀏覽日 2012年6月7日。

官晨怡 Kuan, Chen-I

2010 Reinterpret Maternal Requests of Cesarean Section in Taiwan. 臺灣大學考古人類學刊 taiwan dasiao kaogu renlei siaokan [Bulletin of the Department of Anthropology, National Taiwan University] 72: 97-136。

林崇熙 Lin, Chunghsi

2010 科技、風險與現代性 keji fengxian yu xiandaixing [Technology, risk and modernity]。帝國邊緣：臺灣現代性的考察 diguo bianyuan taiwan xiandaixing de kaocha [The margin of empire: modernity in Taiwan]，黃金麟、汪宏倫、黃崇憲主編 huangjinlin, wanghungluen, huangchungshian jubian [Hwang, Jinlin, Horngluen Wang, and Chung-hsieneds Huang, eds.]。頁477-508 [Pp. 477-508]。台北：群學 taibei: qunxiao [Taipei: Socio Publishing]。

邱宜君 Ciou, Yi Jyun

2010 令人擔心的高剖腹產率？！lingren danxin de gao pofuchan lu [The overly high Cesarean rates]。財團法人臺灣醫療改革基金會 caituan faren taiwan yiliao gaige jijinhui [Taiwan Healthcare Reform Foundation]。網路資源 wanglu ziyuan [Internet Information], <http://>

www.thrf.org.tw/Page_Show.asp?Page_ID=1203，瀏覽日2012年6月7日。

施麗雯 Shih, Liwen

- 2013 Prenatal Care Shopping in Taiwan: The Logic of Prenatal Care and the Logic of Choice. 第十一屆性別與健康研討會會議論文 dishiyijie xingbie yu jiankang yantaohui huiyi lunwen [Paper for the 11th Conference on Gender and Health]。臺南：成功大學 tainan: chengong daxiao [Tainan: National Cheng Kung University]。

涂醒哲、蘇喜 Twu, Shing-Jer and Si Su

- 1995 肚皮無罪 dupi wuzuei [Innocent belly]。醫望 yiwang [Medical look] 8: 67-69。

國民健康局 [Bureau of health promotion]

- 2005 孕婦健康手冊 yunfu jiankang shouce [Maternal health handbook]。臺中：衛生署國民健康局 taichung: shengshu guomin jiankangjyu [Taichung: Bureau of Health Promotion, Department of Health]。

張淑卿 Chang, Shu-ching

- 2011 國家、醫學專業與社會互動 guojia yixiao zhuan ye yu shehui hudong [State, medicine, and society]。中華民國發展史：社會發展（下冊） zhonghua minguo fazhanshi: shehui fazhan xiace [The history of development in Taiwan(II): social development]。頁559-588 [Pp. 559-588]。台北：聯經 taibei liajing [Taipei: Linking]。

曾家琳、張珣 Tseng, Chialin and Chueh Chang

- 2007 「會陰切開術」的當代爭議與其必要性的論述分析 hueiyin ciekaishu de dangdai jhengyi yuji biyaosing de lunshu fensi [Discourse analysis of the episiotomy dispute in Taiwan's obstetrics practice]. 女學學誌 nyusiao siaojih [Journal of Women's and Gender Studies] 21: 47-112。

黃玉芳 Huang, Yufang

- 2004 臺灣剖腹產比率高達三成三，世界第三 taiwan pofuchan bilu gaoda sanchengsan, shijie disan [Taiwanese cesarean rate reach 33%, the third in the world]。大紀元 da ji yuan [Dajiyuan News]，2月10日 [February 10th]。

劉士永 Liu, Shi-Yung

- 2011 斷裂或延續？1940-50年代臺灣的公共衛生 duanlie huo yanxu? 1940-1950 niandai taiwan de gonggong weisheng [Break or continue? Public health in Taiwan in 1940-50s]。多元鑲嵌與創造轉化：臺灣公共衛生百年史 duoyuan xiangqian yu chuangozao zhuanhua: taiwan gonggong weisheng bainianshi [Multiple connections and transformation: a hundred year history in Taiwanese health]，范燕秋主編 fanyanqiu

zhubian [Fan, Yenchiu, ed] , 頁353-388 [Pp. 353-388] 。台北：遠流 taibei: yuan liu [Taipei: Yuan-Liou Publishing] 。

薛桂文 Hsueh, Kuiwen

2006 利誘自然產不成健保調給付 zihranchan jianbao diao geifu [Raise payment for C-sections after failing in encouraging vaginal birth] , 民生報 minshengbao [Minsheng News] , 4月22日 [April 22nd] , 台北 taibei [Taipei] 。

American Preganacy Association

2007 Cephalopelvic Disproportion (CPD). Please see <http://americanpregnancy.org/labornbirth/cephalopelvicdisproportion.html>. Accessed June 7th, 2013.

Anon

1985 Appropriate Technology for Birth. *Lancet* 2: 436-437.

Ayaz, Aqueela, et al.

2008 Pre-labor Rupture of Membrances at Term in Patients with an Unfavorable Cervix: Active versus Conservative Management. *Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology* 47(2): 192-196.

Beck, Ulrich

1992 *Risk Society: Towards a New Modernity* Newbury Park, CA Sage Publicaions.

BellyBelly.com.au

2013 Small Pelvis? Here's The Truth About Cephalopelvic Disproportion (CPD). Please see: <http://www.bellybelly.com.au/birth/small-pelvis-big-baby-cpd#.UbNU2NiDFjr>. Accessed June 7th.

Boyd, ME, RH Usher, and FH. McLean

1983 Fetal Macrosomia: Prediction, Risks, Proposed Management. *Obstetrics & Gynecology* 61: 715-722.

Cassell, Philip, ed.

2003 *The Giddens Reader*. London: The MacMillan Press.

Chatfield, Joanne

2001 ACOG Issues Guidelines on Fetal Macrosomia-American College of Obstetrics and Gynecologists: American Academy of Family Physicians.

Davis-Floyd, Robbie, et al.

2009 Introduction. *In Birth Models That Work* R. Davis-Floyd, L. Barclay, B.A. Davis, and J. Tritten, eds. Pp. 1-30. Berkeley: University of California Press.

Davis-Floyd, Robbie E.

2004 *Birth as an American Rite of Passage*. Berkeley: University of California Press.

- Faundes, Anibal, and Jose Guilherme Cecatti
1993 Which Policy for Caesarian Sections in Brazil? An Analysis of Trends and Consequences. *Health Policy and Planning* 8(1): 33-42.
- Giddens, Anthony
1990 *The Consequences of Modernity*. Stanford: Stanford University Press.
- Holmberg, NG
1966 Clinical Evaluation of the Pelvic Outlet. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 45: 377-382.
- Hopkins, Kristine
2000 Are Brazilian Women Really Choosing Deliver by Cesarean? *Social Science and Medicine* 51(5): 725-740.
- Horrigan, Terrence J.
2001 Physicians Who Induce Labor for Fetal Macrosomia Do Not Reduce Cesarean Delivery Rates. *Journal of Perinatology* 21: 93-96.
- Hsu, Chin-Yuan, et al.
2007 Cesarean births in Taiwan. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 96: 57-61.
- Kuan, Chen-I
2011 *Debates on Gender and Technology: Cesarean Births in Taiwan*. Doctoral Dissertation, Syracuse University.
- Lane, Karen
1995 The Medical Model of the Body as a Site of Risk: A Case Study of Childbirth. *In* *Medicine, Health and Risk*. J. Gabe, ed. Pp. 53-72. Cambridge: Blackwell.
- Lo, Joan C.
2008 Financial Incentives Do Not Always Work—An Example of Cesarean Section in Taiwan. *Health Policy* 88:121-129.
- MacDonald, Margaret
2006 Gender Expectation: Natural Bodies and Natural Births in the New Midwifery in Canada. *Medical Anthropology Quarterly* 20(2): 235-256.
- Martin, Emily
1987 *The Woman in the Body: A Cultural Analysis of Reproduction*. Boston: Beacon Press.
- Michelson, Karen L., and Barbara Alvin
1988 Technology and Context of Childbirth: A Comparison of Two Hospital Settings. *In* *Childbirth in America: Anthropological Perspectives*. K.L. Michelson, ed. Pp. 142-152. Massachusetts: Bergin & Garvey Publishers.

- Minkoff, Howard
2006 The Ethics of Cesarean Section by Choice. *Seminars in Perinatology* 30: 309-312.
- Parks, D Gene, and Harry K Ziel
1978 Macrosomia. A Proposed Indication for Primary Cesarean Section. *Obstetrics & Gynecology* 52: 407-409.
- Potter, Joseph E., et al.
2007 Women's Autonomy and Scheduled Cesarean Sections in Brazil: A Cautionary Tale. *Birth* 35(1): 33-40.
- Rothman, Barbara Katz
1989 *Recreating Motherhood: Ideology and Technology in a Patriarchal Society*. New York: Norton.
- Shanley, Laura Kaplan
1994 *Unassisted Childbirth* London: Bergin & Garvey.
- Walsh, Denis
2007 *Evidence-Based Care for Normal Labour and Birth: A Guide for Midwives*. New York: Routledge.
- Wendland, Claire L.
2007 The Vanishing Mother: Cesarean Section and "Evidence-based Obstetrics". *Medical Anthropology Quarterly* 21(2): 218-233.
- Wu, Chia-Ling 吳嘉苓
1997 *Women, Medicine, and Power: The Social Transformation of Childbirth in Taiwan*. Doctoral Dissertation, University of Illinois at Urbana-Champaign.
- Zamorski, Mark A., and Wendy S. Biggs
2001 Management of Suspected Fetal Macrosomia. *American Family Physician* 63(2): 302-307.

官晨怡

中央研究院民族學研究所

115台北市南港區研究院路二段128號

Cheni.kuan@gmail.com

Pursuing Modernity in Childbirth: Struggles between Technocratic Value and Technological Constraints

Chen-I Kuan

Institute of Ethnology, Academia Sinica

Since the late 1960s, childbirth in Taiwan has been gradually medicalized. With the idea that technology can control childbirth, the medical model dominates childbirth in contemporary Taiwan. However, can technology perfectly control childbirth? Does technological control over childbirth ever reach its limit? What are the Taiwanese obstetric community's beliefs about technology? How do these beliefs influence women's birthing experiences?

I answer these questions based on my ethnographic research in Taipei and Touyuan from 2008 to 2009. This article focuses on the prenatal surveillance by which Taiwanese obstetricians attempt to reduce Cesarean rates as a response to policy. The obstetricians conduct prenatal assessment on how possible it is for a woman to complete vaginal birth, mainly through measuring fetal weight and pelvic size. They implement so-called "preventive interventions," such as labor induction, when the possibility is low. On the one hand, I examine the professional beliefs behind these clinical practices, and show the strong technocratic values among Taiwanese obstetricians. On the other hand, I analyze how this prenatal surveillance may increase, instead of reducing, Cesarean sections. In doing so, I highlight the contradiction between the obstetricians' beliefs in technology, and the constraints of technology itself. Meanwhile, although the obstetricians constantly face the limits of technology, their technocratic values are widespread and significantly influence women's birthing experiences.

Based on this analysis, this article is also concerned with the following questions: What prices do people have to pay when they pursue modernity without reflecting on the limits of technology? Who pays for it? This article

shows how childbirth has become an arena where people struggle between their technocratic values and the limits of technology.

Keywords: prenatal surveillance, Cesarean sections, modernity, technocratic value, risk
