

懷孕的風險管理:以居家安胎婦女的生活經驗為例

摘要

因具早發性分娩風險而需居家安胎的孕婦除需適應一般懷孕帶來的身體、心理與角色關係改變，更需面對早產的威脅。於是她們需要依循醫療的建議來進行自我規範與胎兒的監控，但遵守安胎醫療建議也經常帶給孕婦諸多的身體與情緒上的負擔，並使其喪失原有的自由，例如：需要臥床休息而暫停工作及其他行動的自由，同時也無法如往常地擔負起家庭中的家務工作。因此，為了能保有胎兒，孕婦經常面臨遵守醫囑而失去原有的生活或是冒著流產的風險而增加自己的自由兩者之間的衝突。本文從懷孕風險管理的角度分析居家安胎婦女在日常生活中所進行的風險溝通與協商。從觀察居家安胎婦女的生活經驗發現，婦女在懷孕過程中除了願意進行自我監控之外，也會對遵守醫囑所帶來的生活失序有所不安。另外一方面，部分安胎建議主要是來自於醫療專家，並不具實證研究的基礎，但卻因此使具有流產風險的孕婦的日常生活被框架在醫療風險之中，並承擔主要保住胎兒的責任，增加不少壓力。

作者： 洪筱瑩

國立成功大學健康照護科學研究所博士生

Email: gying22@gmail.com

電話：06-2353535-5852

地址：台南市大學路 1 號 國立成功大學健康照護科學研究所

壹、前言

早發性分娩(Preterm labor)是導致早產的主要原因(Goldenberg et al., 2008)，故受到產科醫療的重視。早發性分娩是指懷孕 37 週前子宮呈現規則收縮並伴隨著子宮頸的擴張變薄等變化，早發性分娩導因相當複雜，至今仍找不出單一因素能夠解釋這個現象，目前普遍認為早發性分娩是多重病理機制下的最終結果，如子宮感染、發炎、蜕膜缺血/出血、子宮過度伸張、母體壓力等，至今仍缺乏有效的預防與治療方法(Romero, Dey, & Fisher, 2014)。目前對於早發性分娩的醫療處置是當懷孕小於 34 週的婦女發生早發性分娩症狀(子宮收縮與子宮頸變化)時，通常會被建議住院治療來緩解其症狀，倘若無法順利緩解早發性分娩症狀，則會期望延長婦女懷孕至少 48 小時，以便能讓 Betamethasone(一種促胎兒肺泡成熟的藥物)能夠發揮最大的效果，來減少新生兒呼吸窘迫狀態，提高新生兒存活率(American College of Obstetricians and Gynecologists practice bulletin no. 127, 2012; UpToDate, 2015)。若婦女早發性分娩急性症狀在住院期間順利被緩解，則醫師通常會囑咐婦女返家繼續安胎，而居家安胎的醫療處置通常包含安胎藥物的使用，如黃體素與子宮收縮抑制劑等，及囑咐婦女臥床休息或減少活動，然而這些醫療建議與藥物的措施至今仍缺乏足夠證據顯示其預防早產的有效性(鄧森文, 2013; UpToDate, 2015)。目前對於早發性分娩症狀除了缺乏有效預防與治療之措施外，對於其早發性分娩症狀再次發生的機率、時間以及早發性分娩症狀發生後多久時間後會進入產程等也缺乏足夠的瞭解(鄧森文, 2013; UpToDate, 2015)，這也使得早發性分娩婦女經常處於不知道自己何時會再次發生早發性分娩症狀，及何時會進入產程等不確定感受的處境。

近年來國外陸續發表早發性分娩居家安胎婦女的生活經驗之研究結果，突顯出婦女在居家安胎情境下生活的困難，其除了要因應懷孕本身所帶來諸多身體、心理與角色關係改變的需求外，更因其早發性分娩症狀而迫使其面對許多與一般懷孕婦女生活中不同挑戰(Coster-Schulz & Mackey, 1998; Lobel, Hamilton, & Cannella,

2008; MacKinnon, 2006)，例如婦女需要去調整與暫停諸多原來的生活並學習與早產威脅共存，意指她們必須要停止工作、臥床休息、學習自我身體症狀與胎兒狀態的監控、面對安胎藥物的副作用、花費更多的時間往返診所與醫院等。安胎的醫療規範與限制使得婦女無法如往常地擔負起家庭中妻子與媽媽的角色，這迫使他們必須面對與重要家庭成員間關係的改變，並且也影響了婦女的情緒感受與自我認同 (Adler & Zarchin, 2002; Coster-Schulz & Mackey, 1998; Durham, 1999; Hoglund, & Dykes, 2013; MacKinnon, 2006; Palmer & Carty, 2006)，然而居家安胎婦女並非總是完全遵循安胎的醫療建議與規範，部分的婦女會調整醫療安胎的規範來符合其生活的需求，以期能在未出生胎兒，家庭以及自我的需求之間尋求平衡(Coster-Schulz & Mackey, 1998; Durham, 1999; MacKinnon, 2006)。

從文獻中描繪中呈現出居家安胎婦女為能順利地產下健康的孩子，經常是獨自面對早產風險與學習如何去因應這個風險，並且這些描繪中牽涉諸多醫療和婦女自我的監控與規範，及其所衍伸的婦女的壓力與情緒負擔。本文從懷孕風險管理概念來進一步分析居家安胎婦女在其生活情境下，如何管理與協商早產之風險。

貳、文獻查證

在進入早發性分娩婦女居家安胎的風險管理的分析前，筆者想先從懷孕的風險論述與管理先做文獻的探討，以瞭解醫療與社會是如何建構懷孕之風險及其管理，及其可能對於具備早產風險之孕婦的影響。

一、懷孕與風險

現代的人們生存在「風險社會」當中，風險意識已成為現代生活的核心特質，人們越來越關心如何估算、管理與減少或消除日常生活中相關的風險 (Beck, 1992)。懷孕的身體進入風險社會，已經被建構成一個具有風險與創造風險危機

四伏的人工製品，且需要專家的知識體系與道德責任的行動者（孕婦）來共同管理(Rothman, 2014; Hallgrimsdottir & Benner, 2014)。

我們從醫學產科教科書對於孕婦風險之分類可以了解，懷孕被形容為充滿風險的事件，在醫學上不是高風險(high risk)就是低風險(low risk)，甚至還有發展中的風險(developing risk)一類，沒有一個孕婦是倖免於風險之外的，沒有人是全然的安全，孕婦間風險的差異只有統計數據上的較多與較少而已(Queniert, 1992; Ruhl, 1999)。所以婦女在懷孕初期，她們就會被告知許多的風險，包含有胎兒畸形、唐氏症、神經管缺損、流產、早產或死產等風險，以及許多增加風險的因素，如咖啡因、抽煙、飲酒、潛在有細菌污染的食物、壓力、高齡懷孕或太年輕懷孕等等。所以風險概念及風險最小化已經成為當代孕婦照護(maternity care)的重點，婦女被鼓勵從懷孕前就開始進行懷孕風險的管理，並持續整個孕期。婦女也被期待透過自我身體的監控（包含精神心靈的監控）與規範自我的行動與行為，以創造一個安全的防護罩來防止任何可能潛在有污染的物質通過子宮來危害的胎兒。圍繞在諸多風險論述中的孕婦的確也積極從事令人眼花繚亂的迴避風險的行為，以確保胎兒的最佳健康及發展，包含確保自己食物的種類、補充的營養品、甚至懷孕晚期她們還要確保自己身體躺下的姿勢是否恰當等等(Lupton, 2012; Rothman, 2014)。這是當代真實且普遍的婦女懷孕經驗。

學者認為懷孕的風險論述與其管理與懷孕醫療化有很大的關係，因為懷孕風險知識是從醫療對懷孕事件的描繪與闡述中產生出來的，故學者提出分析懷孕的醫療化可以協助瞭解孕婦每日面對的風險監控與管理 (Barker, 1998; Hallgrimsdottir & Benner, 2014; Murphy, 2003; Ruhl, 1999)。

（1）專家知識體系--懷孕醫療化與風險

懷孕相關醫學研究和專家建議的激增導致了懷孕觀念的轉型，懷孕再也不是一個人類「自然」的事件，而是需要專家與醫療來管理與監控的事件。Barker(1998)認為醫療對於懷孕的修辭對於懷孕醫療化有很大的影響，他認為醫療產前照護之所以成功成為一個文化上的威權(cultural authority)，並且普遍地被大眾與婦女所

接受的原因與醫療是如何描繪與解釋懷孕，以及這個解釋是如何傳遞給婦女有關。Barker透過分析1924年與1935年出版的產前照護(Prenatal care)手冊中醫學用來描繪懷孕的修辭，來呈現懷孕是如何被重新概念化為醫療的一部分。

產前照護手冊最早是由1913年馬克斯·韋斯特女士(Mrs. Max West)所著，由美國聯邦政府的兒童局(Federal Children's Bureau)發行，1930年再由諾曼地醫師(Dr. De Normandie)進行修訂與增列產前照護之內容。產前照護手冊內容主要與懷孕和生產有關，包含了孕期的禁忌、衛生、合併症與異常懷孕的徵象等。Barker對於產前照護手冊中的醫學修辭有三個批判，第一是批評產前照護手冊以疾病的方式來描繪懷孕事件，並且明顯地將懷孕描繪成為需要醫療監控的疾病，如說到「最好的母親與胎兒的照護無非就是當媽媽們一旦懷疑自己可能有懷孕的狀況下，就應該立即接受醫師的檢查與建議，並且持續地接受醫師的照護直到生產」(Prenatal Care, 1935)，並提到若沒有接受適當的醫療監控可能會招致災難發生的可能，如「有些終其一生的病弱(life-long invalidism)可能就是導因於缺乏醫師適當與充足關注...」(Prenatal Care, 1924)」。Barker認為手冊中的醫學修辭，將懷孕描繪成充滿諸多潛在的不穩定狀態且需要醫療的介入與監控，而且當產前照護手冊把懷孕形容成疾病的同時，孕婦也被醫療定位成為病人的角色，而被醫療術語圍繞的婦女也因此將自我定位為一個病人，於是更合法化了醫療對於懷孕的介入。再者產前照護手冊過度強調唯透過科學確立的處方才能確保最佳的懷孕結果，手冊依賴著科學研究結果的累積提出孕婦在懷孕過程應該保持心情快樂及應該遵守活動與工作的限制，如經常地休息以及儘量從事令人愉悅與放鬆的活動與禁止勞動的工作，但Barker認為這樣標準化的生活建議不止限制與規化了孕婦一日的行程，且實際上與婦女真實的生活情境是有所界線的。最後則是產前照護手冊否認了孕婦自我身體的懷孕經驗及懷孕相關的傳統民俗知識，這些都被其描繪為退步、無知且危險的，只有醫師才是能確保懷孕安全與否的專家。近代學者也分析其他孕婦懷孕自我照護指導手冊 (self-help guidebooks on motherhood and pregnancy)，發現手冊中除不斷強調懷孕的風險外，也強調孕婦有道德上的責任

要去預防與減少風險，並且手冊中提出涵蓋了孕婦日常生活各個層面的建議，如飲食、活動運動、睡眠、穿著、沐浴，以及情緒等等，並處處都在暗示孕婦應透過遵循這些規範來避免懷孕之風險，作者指出手冊的內容包羅萬象，但卻很少去談論有關胎兒發展以及懷孕對女性身體與心理的影響(Hallgrimsdottir & Benner, 2014; Ruhl, 1999)。

懷孕醫療化將懷孕過程描繪成為充滿風險且需要醫療專家的知識與建議來協助進行風險的管理。除此之外，懷孕風險論述還有幾個特點，因為懷孕風險管理的最終目的，就是安全順利地產下健康的新生兒，所以懷孕風險論述中所提的風險幾乎都是指針對胎兒的風險，而非懷孕母體的，這可能與胎兒一般被描繪為純潔，珍貴，脆弱，且需要不斷監測和保護個體，而孕婦的身體僅被描繪為一個保存珍貴胎兒的載體有關，故在這個概念下未誕生寶寶是比孕育胎兒的母體受到更多的重視與關注的，而婦女自身的需求與權利是很被忽略的。再者則是這個孕育胎兒的母體經常被描述為混亂地、不穩定、不易控制且情緒波動的，所以懷孕風險不只是來自於外在環境的，同時也來自於這個孕育胎兒的母體(Hallgrimsdottir & Benner, 2014; Lupton, 2012; Rothman, 2014)。

(2) 道德責任的行動者--懷孕婦女的自我監控與規範

隨著風險相關知識與科技的發展，強調專家知識與孕婦的自我監控管轄的論述在現代比過去更為激增，整個社會普遍呈現認為，懷孕具備高度風險，為了促使胎兒的健康與安適，懷孕婦女需要更嚴格地進行自我規範與監管以管理懷孕風險(Lupton, 2012)。近年來越來越多的公共論述、醫療論壇，以及在大眾文化書籍報章雜誌中，都會談論孕婦到保護其胎兒健康的重要性，學者指出孕婦已經被單獨地列為承負她們未出生胎兒的健康與發展全部責任的個體(McNaughton, 2011; Salmon 2011)。

婦女被架構成為擔負未出生胎兒健康與發展全部責任的主體的主要原因，Lupton 指出這與傅柯(Foucault)的新自由主義的公民(neoliberal government of

citizens)與生物政治(biopoliticse)概念有關。他提到新自由主義的公民被期待應該是個能為自己的行為與福利負責的個體，而一個國家的競爭力就在於它的公民是要有生產力且能夠自我規範的，而新自由主義不以強制的方式來實現公民的自我規範，而是透過鼓勵與激勵的機制來促使公民能為了自我的利益主動地監督，規範與約束自己，另外政府也透過其他組織與機構，如教育系統與大眾傳播媒體等，來強化與不斷再現公民自我規範的迫切需要。而生物政治講的是全體公民在新自由主義社會中都會意識到自我有責任去遵循醫療專家的建議與監督，來管理與規範自己的身體，管理好個人的身體健康已經成為良好公民的特徵之一。因為孩子代表著國家未來的潛力，故各年齡層孩子的健康是新自由主義的焦點，因此懷孕的婦女也就成為新自由主義政府的關注目標，不只重視婦女應該自我照顧好，更重要的是她們要把這個脆弱且珍貴的胎兒照顧好。這樣的論述不斷地在公眾媒體，書，報章雜誌以及政府相關政策宣導文件中被暴露與重現，於是在新自由主義的影響下，懷孕已經變成再次被道德化成為一個道德實踐 (Pregnancy has become 'remoralised' as 'an ethical practice') (Luppton, 2012; Lee & Motzkau, 2011)，也就是說孕婦照顧好自己與胎兒是個符合社會期待的道德行為。並且因為懷孕充滿風險與許多的不確定性，故近代許多關於懷孕的專家建議與公共論述的核心都在闡述一件事情就是「生殖的禁慾主義」(reproductive asceticism)，也就是說為了未出生的胎兒，婦女應該要嚴格監視和控制她們的身體，許多影響程度不明確的懷孕行為，如少量的飲酒等，都被視為危險的、不適當、不良的懷孕行為，懷孕婦女被社會期待應該完全禁止這樣的行為(Luppton, 2012)。

再者是當這種關注胎兒健康是懷孕婦女必要之責任的論述遽增後，使得孕婦成為一個公眾人物，隨時受到大眾批判與挑剔的目光凝視著。有研究指出懷孕婦女高度地察覺到自己受到大眾批判與挑剔的目光凝視著，所以她們會嘗試改變自身的行為以遵守醫療之建議與符合社會的期待，然而要在自我需求與成為一位符合社會期待的「適當的」孕婦間取得平衡是不容易的，但當婦女拒絕或抵抗懷孕的醫療規範時她們就會受到大眾批評，包含配偶、親朋好友甚至是陌生的路人的

輿論，也會受到自我道德感的制裁，這都使得婦女產生焦慮、羞愧與罪惡的感受 (Burton-Jeangros, 2011; Longhurst, 2000; Lupton, 2011)。

從上述的文獻中可以了解懷孕風險管理已經成為孕婦個人必然的道德責任，其需要遵循專家的知識與建議才能順利地管理其懷孕風險，因此懷孕婦女的日常生活與行為被框架在減少或消除風險的醫療與專家建議當中，並且這樣的醫療建議提倡的是一種禁慾主義。雖然這樣的醫療與專家建議在婦女真實的生活情境不易落實，但一旦婦女抵抗與拒絕醫療專家的建議，將使得懷孕婦女受到大眾與自我的制裁，故懷孕婦女在社會大眾與自我批判與挑剔的目光凝視下，只能更加嚴格地自我監管(Hallgrimsdottir & Benner, 2014; Murphy, 2003; Ruhl, 1999)。

然而對於已經發生產科合併症的「高危險妊娠」婦女來說，這樣高風險的懷孕狀態對她們生活的影響，以及她們又是如何來因應與管理所面對的懷孕風險，以下將以風險管理論述之概念來分析早發性分娩居家安胎婦女的生活經驗。

參、早發性分娩居家安胎婦女的生活經驗的分析

風險論述已經被應用於分析高風險與低風險懷孕婦女身上(Lee, 2014; Hammer & Burton-Jeangros, 2013)，故本文從風險管理論述之概念來分析1998-2013發表九篇有關描述早發性分娩婦女居家安胎的生活經驗之研究結果。筆者首先呈現早發性分娩居家安胎婦女生活經驗文獻統整之內容，將其經驗歸納為風險知覺與衝擊、風險管理與協商兩大主題。之後筆者再進行居家安胎婦女之生活經驗的分析。這九篇納入分析研究的個案特徵，年齡範圍為16-43歲的懷孕婦女、包括初產婦與經產婦、多為已婚、中產階級、僅有1篇有納入有經濟或資源受限個案，以及1篇除了訪談安胎婦女外也同時訪談她們的配偶。

(1) 早發性分娩居家安胎婦女之生活經驗

風險知覺與衝擊

醫界因為早發性分娩與早產有相當大的關係而相當重視之，故一旦醫師診斷婦女為早發性分娩的之後，她們就會開始被告知許多有關早發性分娩的資訊以及如何預防早產，這個過程帶給婦女諸多震驚、擔憂與缺乏控制感(Durham, 1999)，對婦女而言這個早發性分娩的診斷會讓其直接聯想到早產或者是她們的懷孕即將結束的意思，婦女認為早發性分娩這個診斷，打壞她們本來正常的懷孕過程，讓她們從一個欣喜且正常的懷孕中，掉到許多的擔憂與害怕的「不正常」懷孕過程中(Coster-Schulz & Mackey, 1998; MacKinnon, 2006)。

風險管理與協商

因為缺乏有效早產預防的治療措施且無法掌握早發性分娩症狀再次發生的機率與時間，故當懷孕婦女在其早產急性症狀緩解後，醫師通常會囑咐婦女返家繼續安胎。婦女對於要返家安胎這件事情感到害怕，因為她們必須要孤單地面對如何維持肚子裡的胎兒(MacKinnon, 2006)。剛返家進行安胎時，婦女表達許多對於胎兒安全的擔憂，所以這時候她們的焦點在於維持胎兒安全身上，她們會開始思考與尋找早發性分娩發生的原因，有些婦女會表達是因為自己工作的壓力太大、太勞累或者是不小心拿了重物才會導致子宮收縮的發生，甚至有些婦女會覺得是可能是自己做錯了什麼事情，所以受到上帝的處罰等。而在尋找為何會如此的過程中，婦女也經常會自我責難，覺得自己應該要為自己身體產生的變化負起責任 (MacKinnon, 2006; Palmer & Carty, 2006; Hoglund, & Dykes, 2013; Weiss, Saks, & Harris, 2002)。然後婦女儘量排除自己原來生活中任何可能危及胎兒的事件，接下來婦女會進行自我身體監控與規範並與原來的生活型態進行協商，以便能遵從居家安胎的相關醫囑，如臥床休息/減少活動、胎動的監控與安胎藥物的使用等，來避免早產症狀再次的發生。

自我身體監控的部分，首先婦女必須時時小心且細微地觀察監控自己身體任何變化，並學著辨識與早產相似的混淆症狀以及胎兒的健康狀態，包括是否

有宮縮的再次發生、辨識此次的宮縮是真宮縮還是假性宮縮、陰道分泌物是否正常、身體上的酸痛與早產徵象有無關係以及胎動的情形。對婦女來說自我的身體監控，讓她們產生許多不安全的感受，第一是她們感覺對自己的身體失去了控制感，如無法掌握何時會宮縮，第二則是她們不確定自己是否能夠明確地掌握所有危險的身體訊號，因為身體出現的症狀總是與早產徵象很相似，所以讓婦女感到很混淆。而婦女這種對自我身體不安全的感受也帶給她們許多情緒與心理上的負擔，她們甚至擔心自己這樣胡思亂想是否也影響胎兒的健康 (Hoglund, & Dykes, 2013; MacKinnon, 2006)。

除了自我身體的監控外，婦女也需要調整原來生活型態，以因應安胎醫療規範中最重要且核心的醫囑-活動限制/臥床休息，所以她們被迫要放棄許多原來的日常活動，包含職業、社交活動與家人的生活。關於原來受雇工作的部分，婦女必須去協商同事來協助幫忙完成其尚未完成的工作，而面對突然無法上班，婦女覺得有罪惡感，因為這破壞了她們對於工作的承諾，感覺自己不是一個好職員或者沒有完成已經答應老闆或顧客的要求等(Coster-Schulz & Mackey, 1998; Hoglund, & Dykes, 2013)。而關於家庭生活的安排，為了維持胎兒的安全，婦女會儘量凝聚所有的資源，包含親朋好友或鄰居等來協助與擔負她們原來妻子與其他孩子母親的角色與功能，如協助準備三餐，清潔家務或照顧家中其他的小孩等。婦女很感激這些外來的協助，也覺得這些協助可以維持她們生活的平衡，但協商外來的幫助對婦女來說也不是一件容易的工作，一方面是因為別人也有自己的家庭與工作要照顧，再者則是外來的協助也會增加婦女心理的負擔，因為不知道何時可以回報這樣的協助(Durham, 1999; MacKinnon, 2006; May, 2001)。

雖然外來的協助總是婦女初期的活動限制上帶來許多生活的穩定與平衡感受，但活動限制/臥床休息這件事仍對婦女本身及其家庭仍帶來諸多的衝擊。對婦女來說，活動限制/臥床休息的醫療規範，她們感覺自己的生活被侷限住了

(being on hold)，感覺自己對生活失去了控制感，指得是婦女覺得自己無法像過去一樣主動且獨立地照顧自己、家人與外出工作，這樣的狀況使得她們產生許多情緒的負擔，如感到懊惱、挫折、壓力與憤怒，婦女覺得自己再也不是那個原來的自己，現階段的她們只是家人與配偶的負擔(Coster-Schulz & Mackey, 1998; Adler & Zarchin, 2002; Rattasumpun & Raines, 2008)，有的婦女描述無法為孩子煮飯、洗澡餵食，無法如同過去一般地照顧孩子，並且要將孩子暫時託付給其他人照顧，讓她們感到困難，並形容與孩子關係的改變是一種痛苦的失去(Adler & Zarchin, 2002; Coster-Schulz & Mackey, 1998; Hoglund, & Dykes, 2013; MacKinnon, 2006)。有的婦女表示活動限制的醫囑影響了她與配偶的婚姻關係，因為配偶除了要負擔家庭經濟外，下班回家他們還成為婦女與小孩的主要照顧者，這對配偶產生許多的壓力，婦女甚至表示這樣緊張的婚姻關係，讓她們擔憂可能引發配偶的暴力對待或是遺棄(May, 2001)。

雖著活動限制/臥床休息的時間越來越長，居家安胎的媽媽們覺得雖然預防早產的目標不變，但是當生活情境需求與活動限制發生衝突時，婦女為了要去呼應這些生活情境中必要的需求時，她們會重新衡量與排序她們生活事件的重要性，進而選擇不這麼嚴謹地遵守活動限制的醫囑，而去做她們認為應該要做的事，嘗試在在未出生胎兒，家庭以及自我的需求上去尋求平衡(Coster-Schulz & Mackey, 1998; Durham, 1999; MacKinnon, 2006)，例如婦女會嘗試接送孩子去保母家或者去學校；或給自己一點自由外出參加重要家人的生日聚會；或試著起身做點什麼來減輕配偶的負擔，這對婦女來說這是生活上必需的調整，婦女表示這樣做（指不完全地遵守醫囑或忽略醫囑的限制）是維持她們不發瘋與取得平衡的方法(Coster-Schulz & Mackey, 1998; Durham, 1999; May, 2001)，但是不可否認的她們也對自己這樣的行為感到羞愧與罪惡，因為擔心這樣會對胎兒的健康造成危害 (Coster-Schulz & Mackey, 1998; Durham, 1999; MacKinnon, 2006)。婦女也會做情緒與態度上的調整，例如尋求家人的支持或者發展新的個

人哲學觀來面對安胎的處境，例如婦女提到他們會以這一切都會過去(this too shall pass)的看法或隨他去(letting go)或放棄控制(giving up control)來面對這一切。

婦女提及生活在早產威脅中，她們雖然努力要求得一個平衡，但生活中總是不時有其他問題會產生而破壞她們努力取得的平衡，如安胎藥物帶來的噁心嘔吐及頭痛等的副作用，都會讓婦女失去原本取得的平衡與影響她們維持平衡的能力(Adler & Zarchin, 2002; Coster-Schulz & Mackey, 1998)。

(2) 早發性分娩居家安胎婦女之生活經驗之分析

整體而言，早發性分娩居家安胎婦女的生活被框架與侷限於迴避「早產風險」之中，婦女為了管理早產之風險，她們需要在其生活情境中不斷地進行風險協商與溝通，並為此而承受諸多身體或情緒的負擔。然而「早產高危險」之標籤對婦女的意義為何？迴避早產風險之相關安胎醫療規範之正當性是否合理？都在下面進一步分析與討論。

在風險知覺與衝擊段落的描述中首先突顯出高風險懷孕的標籤對懷孕婦女的影響，文獻中提到婦女對於自己被下了早發性分娩的診斷會感到震驚，並進而延伸不安與擔憂的情緒，婦女覺得自己要從此過著「不正常」的懷孕過程。風險的宣告，將會使得懷孕婦女增加其不確定感受與壓力，並且使得婦女更加認同醫療健康照護者才是引導她們減少懷孕風險的主導者，這時候婦女會對專家知識與醫療科技產生更多的信任與依賴，因為相信這些能夠提供她們的安全且預防風險 (Jordan & Murphy, 2009; MacKenzie Bryers & van Teijlingen, 2010) 也曾評論產科醫療的風險評估的優劣處，利處是產科風險的評估能夠提供高風險孕婦一些更適當的產科照護，以確保婦女與胎兒的健康，然而弊處就是這樣的風險標籤一旦貼上就成了定局(幾乎代表整個孕期均是如此)，並且可能迫使

孕婦將進入某個可能不是符合婦女個人需求的特殊照護方式當中與導致婦女壓力與罪惡感的產生，故文獻中也突顯安胎婦女就如一般的懷孕婦女，會將維護胎兒健康深化與內化為個人必然的道德責任，為了胎兒健康，她們應當嚴格地管控自己。所以懷孕一發生什麼不對勁，婦女本身就會將第一怪罪的對象指向自己，覺得是個人未盡責，未注意某個特定風險而導致子宮收縮等早發性分娩症狀的產生。筆者本以為當前科學證據顯示早發性分娩症狀的導因複雜，並非單一因素可以解釋，這樣的描述好像可以提出來減少懷孕婦女將早產症狀的發生怪罪於自己身上的反應，然而仔細閱讀醫學文獻上關於早發性分娩導因的描述：「微生物引發子宮內發炎或感染反應、子宮蛻膜缺血、損傷或衰退、子宮過度伸張、母體的心理壓力以及許多不明之原因等 (Beckmann, et al., 2014; Romero et al., 2014)」，描述中好像也是暗示著是因為承載胎兒的母體出了狀況才會導致今天的結果，也就是回應前述文獻查證中所指出的，醫療與大眾媒體對於懷孕母體的論述，均指向母體是個創造風險的載體，而這樣的描述其實無形中也不斷地強化婦女自我管轄與維護胎兒健康的必然道德責任。

而在風險管理與協商段落則是在描述這些具有早產風險的婦女，她們如何在其生活情境中，去協商與平衡早產之風險。可以看出婦女為了避免早產，婦女必須付出相當多身體與情緒上的代價，她們盡自己所能地在協調相關資源（家人朋友等等）來進行早產風險的管理，並且不惜將自己侷限在一個更小範圍的生活框架中，原本懷孕期間的日常生活就已經被醫療所規化，但早發性分娩婦女的生活範圍更小，她們在不得已的狀態下，被自己，醫療與社會軟禁在其家中，甚至是在其臥房中或一張床上。且文獻的描述也讓我們看見安胎醫療規範中的活動限制/臥床休息這個看似簡單的醫療規範，對居家安胎婦女來說卻像是龍捲風過境，把她們原來生活整個翻轉過來。然而活動限制/臥床休息這樣的安胎醫療規範之正當與合理性，其實是有待商榷的，因為越來越多的文獻指出其對母體健康將造成不良的影響，且對於預防早產的有效性也很有限。從過

去到現在，許多的醫療教科書都將活動限制或臥床休息為列舉為預防早產是最開始的第一步 (Crowther 1991; Cunningham 1993; Schwarcz 2005)，即便到目前為止仍無足夠的實證科學證據顯示活動限制或臥床休息預防早產發生的有效性(Sosa, Althabe, Belizan, & Bergel, 2015)，然而許多的醫師依然會給予具早產風險婦女這樣的醫療建議，主要的原因是過去研究曾發現粗重的工作與劇烈的身體活動與早產有其相關性，並且發現臥床休息可以減少子宮的收縮與子宮頸的變化 (Sciscione, 2010; Teitelman 1990; Goldenberg 1994)，且美國產科醫學會 (American College of Obstetricians and Gynecologists, ACOG) 的照護指引中也建議有早產徵象的婦女應該要減少身體的活動(ACOG committee opinion no. 267, 2002)。然而越來越多的研究指出長時間的活動限制或臥床休息將導致母體的身、心與社會許多負面的影響。例如在生理的層面，活動限制會導致母體肌肉的流失、骨質改變、體重的下降與循環系統功能的變化等，甚至會影響母親產後仍持續有下背部與腿部肌肉的酸痛問題及其上下樓梯與行走的功能也仍受影響(Maloni et al., 1993; Maloni & Schneider, 2002; Maloni & Park, 2005)；在心理社會層面則會導致婦女出現憂鬱、焦慮、缺乏控制感與壓力的感受，並且家庭經濟也會因此受到影響(Maloni, Margevicius & Damato, 2006; Maloni, Brezinski-Tomasi & Johnson, 2001; Maloni, 2011)。

雖然越來越多的證據指向活動限制或臥床休息對於預防早產並沒有效果，且其會導致許多婦女與家庭的負向影響，但學者指出這樣的研究結果對於目前產科的臨床實務並無明顯影響，活動限制或臥床休息依然是產科中對於早產風險婦女的常規照護之一 (Maloni, 2010)，主要原因可能與醫師們認為目前活動限制或臥床休息對於預防早產之效果無法呈現，可能與各研究對於活動限制或臥床休息的定義分歧導致（有些研究定義是一天至少在床上休息三次，每次一小時；有些是一天不要超過 1-2 小時離開床；或是除了上廁所之外不能離開床）或者因為隨機分派研究進行不易，總之，整體而言醫界認為活動限制/臥床休息

對於預防早產的效果只是還沒有被證實它的有效性，但不代表無效 (Maloni, 2010; Sciscione, 2010)。從這樣的描述也可以了解，醫界對於具備什麼樣程度的早產風險的婦女應該給予怎麼樣的活動或休息的程度建議，目前尚無定論，故只要婦女被評估有早產風險，她們就會被建議儘量地臥床休息，筆者認為這也是在表現醫療論述於懷孕禁慾主義的主張，並且呼應懷孕風險論述中，未出生胎兒的重要性是比母體更受到醫界（社會大眾）重視與在意的，故當醫界給予婦女活動限制/臥床休息這樣建議時，完全忽略婦女自身健康與需求，不論活動限制/臥床休息會對母體產生怎麼樣的副作用，母體的健康與安全似乎不是醫界進行早產風險管理的重點，以及就如學者提出風險規避的文化氛圍與產科照護提供者的利益都已經導致懷孕風險以及醫療系統減少風險的能力被誇大了 (Jordan & Murphy, 2009)，故不論醫療活動限制/臥床休息在婦女真實的生活情境脈絡下是多麼難以實踐與遵循的，婦女只能面對這不得不的改變，而進行早產風險的管理，並非去抵抗與質疑安胎醫療之規範。但當早產風險與其情境中必要之需求相衝突時，婦女會進行複雜的早產風險與情境中必要需求重要性的重新衡量與排序，這時她們會選擇不完全地遵守醫療之建議，以在自我、胎兒與其他家人需求間取得一個平衡，選擇如此做的婦女覺得這樣是在確保自己不發瘋且同時確保家庭成員都安全的方法，雖然不嚴格地遵循醫療規範已經是經過婦女理性的思考而判斷的，但抗拒主導性醫療風險框架是不容易的，尤其是一位被標籤化為懷孕高風險婦女，即便她們有充足的理由說明自己的選擇為何如此，但婦女仍會產生罪惡與焦慮的情緒負擔。

肆、結論

本文嘗試從風險論述的觀點進一步分析早發性分娩居家安胎婦女生活經驗，結果發現早發性分娩婦女的生活受到醫療安胎規範強大的衝擊，醫療風險論述將婦女的生活框架侷限住了，為了管理早產風險，她們會進行自我的監控與生活及情緒上的調整以能依循醫療的安胎規範與建議，面對這不得不的改變，

她們也只能在其生活情境中想盡辦法地去協商與情境化她們所面對的早產風險，包括產生一個新的哲學觀與信念來堅決地來平衡風險，但平衡風險的過程總不如想像中容易，也延伸婦女諸多身體與情緒的負擔。本文期望透過早發性分娩婦女居家安胎經驗的分析，來突顯其生活情境中的困難與壓力，並提出對於居家安胎醫療規範正當性的質疑。首先在這個懷孕高度醫療化的現代，高風險標籤的宣告，會讓早發性分娩婦女產生許多焦慮與不確定感，使得她們只能依靠專業的醫療照護來提供她們自身與胎兒安全的保障，但對早發性分娩居家安胎的婦女而言，早產風險宣告之後她們就被迫要帶著這樣充滿風險的警告，返家安胎與自我監控，筆者認為懷孕的高度醫療化早把婦女身體的知識給否認掉，但卻矛盾地要求婦女在家好好地監管自己的身體，過程中似乎只是徒增婦女的焦慮與緊張，或增加她們不斷返回醫院確保自己身體的狀態罷了。再者則是標準化的居家安胎醫療規範忽略其對於婦女身體、生理與家庭的衝擊，將婦女不論是身體、心理與社會的付出與犧牲似乎視為理所當然，且重視未出聲胎兒健康勝過於婦女，導致婦女的主體性在安胎醫療建議與規範中全然消失。期望未來居家安胎婦女的照護模式應該是要能把婦女的生活處境納入考量，同時重視她們情緒與社會關係上的負擔，母親的主體性與胎兒應該是整體且被給予相同的關注，朝向一個能保障婦女生理、心理和情緒健康且具備實證證據為基礎的照護。

伍、參考文獻

鄧森文(2013)·安胎治療的新趨勢·台灣周產期醫學會訊，207，2-5。

ACOG practice bulletin no. 127 Management of preterm labor. (2012). *Obstetrics and Gynecology*, 119(6), 1308-1317. doi: 10.1097/AOG.0b013e31825af2f0

Adler, C. L & Zarchin, Y. R. (2002). The "virtual focus group": using the Internet to reach pregnant women on home bed rest. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal nursing*, 31(4), 418-427.

- Barker, K. K. (1998). A ship upon a stormy sea: the medicalization of pregnancy. *Social Science & Medicine*, 47(8), 1067-1076.
- Bessett, D. (2010). Negotiating normalization: The perils of producing pregnancy symptoms in prenatal care. *Social Science & Medicine*, 71(2), 370-377.
- Burton-Jeangros C (2011) Surveillance of risks in everyday life: the agency of pregnant women and its limitations, *Social Theory and Health*, 9, 419-436.
- Coster-Schulz, M. A., & Mackey, M. C. (1998). The preterm labor experience: a balancing act. *Clinical Nursing Research*, 7(4), 335-359.
- Durham, R. F. (1999). Negotiating Activity Restriction: A Grounded Theory of Home Management of Preterm Labor. *Qualitative Health Research*, 9(4), 493-503.
- Murphy, E. (2003). Expertise and forms of knowledge in the government of families. *The Sociological Review*, 51(4), 433-462.
- Lobel, M., Hamilton, J. G., & Cannella, D. T. (2008). Psychosocial perspectives on pregnancy: prenatal maternal stress and coping. *Social and Personality Psychology Compass*, 2(4), 1600-1623. doi: 10.1111/j.1751-9004.2008.00119.x
- Lockwood, C. J. (2015, June). Overview of preterm labor and birth. In UpToDate. Retrieved from <http://www.uptodate.com/contents/overview-of-preterm-labor-and-birth>
- Lupton, D. (2011) 'The best thing for the baby': mothers' concepts and experiences related to promoting their infants' health and development. *Health, Risk & Society*, 13 (7/8), 637-651.
- Goldenberg, R. L., Culhane, J. F., Iams, J. D., & Romero, R. (2008). Epidemiology and causes of preterm birth. *Lancet*, 371(9606), 75-84. doi: 10.1016/S0140-6736(08)60074-4
- Hallgrimsdottir, H. K. & Benner, B. E. (2014). "Knowledge is power": risk and the moral responsibilities of the expectant mother at the turn of the twentieth century. *Health, Risk & Society*, 16(1), 7-21. doi:10.1080/13698575.2013.866216

- Hoglund, E., & Dykes, A. K. (2013). Living with uncertainty: a Swedish qualitative interview study of women at home on sick leave due to premature labour. *Midwifery*, 29(5), 468-473. doi: 10.1016/j.midw.2012.03.003
- Jordan, R. G., & Murphy, P. A. (2009). Risk assessment and risk distortion: finding the balance. *Journal of Midwifery Womens Health*, 54(3), 191-200. doi: 10.1016/j.jmwh.2009.02.001
- Kasperson, J. X. & Kasperson, R. E. (2005). *The social contours of risk: Publics, risk communication and the social amplification of risk*. London: Earthscan.
- Maloni, J. A., Chance, B., Zhang, C., Cohen, A. W., Betts, D., & Gange, S. J. (1993). Physical and psychosocial side effects of antepartum hospital bed rest. *Nursing Research*, 42(4), 197-203.
- Maloni, J. A., & Schneider, B. S. (2002). Inactivity: symptoms associated with gastrocnemius muscle disuse during pregnancy. *AACN Clinical Issues*, 13(2), 248-262.
- Maloni, J. A., & Park, S. (2005). Postpartum symptoms after antepartum bed rest. *Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing*, 34(2), 163-171. doi: 10.1177/0884217504274416
- Maloni, J. A., Margevicius, S. P., & Damato, E. G. (2006). Multiple gestation: side effects of antepartum bed rest. *Biological Research for Nursing*, 8(2), 115–128.
- Maloni, J. A., Brezinski-Tomasi, J. E., & Johnson, L. A. (2001). Antepartum bed rest: effect upon the family. *Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing*, 30(2), 165–173.
- Maloni, J. A. (2011). Lack of evidence for prescription of antepartum bed rest. *Expert Review of Obstetrics & Gynecology*, 6(4), 385-393. doi: 10.1586/eog.11.28
- Maloni, J. A. (2010). Antepartum bed rest for pregnancy complications: efficacy and safety for preventing preterm birth. *Biological Research for Nursing*, 12(2), 106-124. doi: 10.1177/1099800410375978
- Medina, S. & Magnuson, S. (2009). Motherhood in the 21st century: implications for counselors. *Journal of Counseling & Development*, 87(1), 90-96.

- MacKenzie Bryers, H., & van Teijlingen, E. (2010). Risk, theory, social and medical models: a critical analysis of the concept of risk in maternity care. *Midwifery*, 26(5), 488-496. doi: 10.1016/j.midw.2010.07.003
- MacKinnon, K. (2006). Living with the threat of preterm labor: Women's work of keeping the baby in. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal nursing*, 35(6), 700-708. doi: 10.1111/j.1552-6909.2006.00097.x
- Palmer, L., & Carty, E. (2006). Deciding when it's labor: the experience of women who have received antepartum care at home for preterm labor. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 35(4), 509-515. doi: 10.1111/j.1552-6909.2006.00070.x
- Rattasumpun, P. & Raines, D. A. (2008). The experience of Thai women facing the onset of preterm labor. *The American Journal of Maternal Child Nursing*, 33(5), 302-306.
- Ruhl, L. (1999). Liberal governance and prenatal care: risk and regulation in pregnancy. *Economy and Society*, 28(1), 95-117. doi:10.1080/03085149900000026
- Sprague, A. E., O'Brien, B., Newburn-Cook, C., Heaman, M., & Nimrod, C. (2008). Bed rest and activity restriction for women at risk for preterm birth: a survey of Canadian prenatal care providers. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 30(4), 317-326.
- Sosa, C. G., Althabe, F., Belizan, J. M., & Bergel, E. (2015). Bed rest in singleton pregnancies for preventing preterm birth. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 3, CD003581. doi: 10.1002/14651858.CD003581.pub3
- Sciscione, A. C. (2010). Maternal activity restriction and the prevention of preterm birth. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 202(3), e231-235. doi: 10.1016/j.ajog.2009.07.005
- Weiss, M. E., Saks, N. P., & Harris, S. (2002). Resolving the uncertainty of preterm symptoms: women's experiences with the onset of preterm labor. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 31(1), 66-76.
- Romero, R., Dey, S. K., & Fisher, S. J. (2014). Preterm labor: one syndrome, many causes. *Science*, 345(6198), 760-765. doi: 10.1126/science.1251816