

第二章 文獻探討

本章節共分為三節，分別為：第一節產前檢查服務之內容、第二節新移民婦女社會文化差異、第三節影響新移民婦女產前檢查之因素。分別於下列敘述之。

第一節 產前檢查服務之內容

一、產前檢查的重要性

產前檢查是給予孕婦護理與指導，其目的在減少懷孕期間身體與精神之不適，預防各種併發症，維持孕婦身體之健康，而獲得安全分娩及健康的嬰兒。1920年Ballantyne 首倡產前檢查之重要性。往後的許多研究也指出較常做產前檢查的孕婦發生不良妊娠預後之機會似乎較少，小孩異常的機率也相對減少(張盈寬等，1998)。

歐美國家在二十世紀初已有產前檢查的概念，他們利用產前檢查來了解孕婦心理或身體的健康狀態。1958 年隨著產前門診的設立，許多孕產婦開始在生產前尋求醫師的診治與檢查，以確保生產的安全性。這也使得醫師有機會了解孕產婦過去的相關病史，為她們執行身體檢查，並經由產前檢查得到適當的醫療與照護（引自林妙玲，2004）。

1920 年Ann Steven 於產科協會中將產前檢查的目的定義為：產前檢查主要在使孕產婦之身心不適降至最少，且達最佳的身心健康直至妊娠終止，並使新生兒得以健全的發展並降低死亡率（引自林妙玲，2004）。許多研究結果發現，產前檢查服務利用率對孕婦及新生兒健康的影響，根據研究結果顯示產前檢查服務利用率較低的孕婦，

產下低體重兒的比率較高（Luke et al 1993；Wang, & Chou, 2001；Han, Chen, & Li, 2003）。適當的產前檢查能減少孕產婦的罹病率及死亡率，降低新生兒死亡率、減少早產兒及低體重兒的比率（Kogan, Alexander, Kotelchuck, & Nagey, 1994；Korenbrod, Simpson, & Phibbs, 1994；Kotelchuck, 1994；Mustard, & Roos, 1994）。研究指出未能適當使用產前檢查的婦女，對醫療人員的信任感較差，較少尋求醫療資源或提出醫療服務需求（Kieffer, Alexander, & Mor, 1992）；即使在周全的醫療保險制度下，她們產後參與健兒門診及預防注射的比例亦較適當使用產前檢查服務的婦女差(引自林妙玲，2004)。

二、理想的產前檢查的服務

為了達到產前檢查服務的目的，有品質的產前檢查服務內容應包含孕婦之身體檢查、實驗室檢驗及孕期保健指導等（劉，1995）。依據美國產科醫學會（American College of Obstetricians and Gynecologists, ACOG）指出正確的產前檢查應於懷孕前三個月即開始，每週一次至二十八週；第二十九週起採每二週執行一次至三十六週；第三十七週起每週一執行一次至妊娠終止。妊娠期間若有任何之身心不適狀況應隨時增加產前檢查次數（Kogan et al., 1998）。

及早發現新生兒疾病，提早預防以免發生更嚴重的後遺症。有鑑於此，1995年三月實施全民健康保健以來，孕婦產前檢查一直是政府推行預防保健的重點之一。但由於台灣全民健康保險預防保健經費分配的限制，目前全民健康保險產前檢查給付次數為10次，時程分列為三階段：妊娠未滿十七週給付二次，妊娠十七週至未滿二十九週給付二次，妊娠二十九週以後給付六次。孕婦接受十次的產前服務不需負擔費用，若因病情需要，需做必要之超次產前檢查，可以健保卡按

一般就醫程序辦理。

全民健康保險產前檢查給付次數為10次，包括初次產檢及例行產檢。初次產檢項目包括：（一）問診項目，包括對家庭病史、過去病史、過去孕產史及本胎不適症狀等。（二）身體檢查，包括孕婦之身高、體重、血壓、甲狀腺、乳房、骨盆腔、胸部及腹部檢查。（三）實驗室檢查，包括血液常規（WBC, RBC, PIL, HCT, Hb, MCV）、血型、Rh 因子、梅毒檢查（VDRL）、尿液常規。初次產檢以後的例行產檢檢查項目則包括：問診（含水腫、靜脈曲張等本胎不適症狀之診察）、身體檢查（含身高、體重、宮底高度、胎心音及胎位檢查）、實驗室檢查（含尿蛋白及尿糖、妊娠二十週左右一次超音波檢查、三十二週B型肝炎S抗原及e抗原檢查、梅毒血清反應及德國麻疹等特殊實驗室檢查）；而部分孕婦需在醫師認為必要時實施母血篩檢、唐氏症、葡萄糖耐糖試驗及羊模腔穿次檢查（劉丹桂，1995；黃月桂、林勤豐，2000）。

第二節 新移民婦女社會文化差異

一、新移民婦女跨國婚姻之發展

台灣的新移民婦女始自 1970 年代至 1980 年初，由於部份退伍老兵面臨擇偶困難，少數的東南亞歸僑，媒介印尼、菲律賓、泰國及馬來西亞等地婦女，尤以華裔貧困女子為主，這些女子來台最早已超過二十年(引自呂美虹，2001)。

近年來新移民婦女來台人數逐漸增加，與我國東南亞經政策有相當的關連，台灣經濟發展的軌跡，間接促成外籍新娘輸入的主要原因

(陳秀麗，1998；夏曉鶻，1997)。1994 年開始李前總統的「南向政策」，使得台商與東南亞國協間的交通往來日益頻繁，尤以馬來西亞、印尼、泰國、菲律賓為最 (楊詠梅，2002)。台灣工廠大量轉到資金較便宜的東南亞各地設廠，來自台灣工廠派駐於東南亞的勞工，因工作環境因素與當地女子結婚，新移民婦女婚姻的發展也漸漸形成(鐘重發，2003)。台灣成為東南亞地區新娘輸入國已有一段時間了，從民國 76 年以來，台灣各地農村即有輸入「東南亞地區新娘」的現象發生 (楊詠梅，2002)。夏曉鶻(1997)在高雄縣美濃地區進行四年的田野調查發現，娶新移民婦女的男子大多基於傳宗接代的家族壓力，不得不借助仲介業者取東南亞籍新娘。且台灣男性的優越地位被日漸提升的女性所威脅(夏曉鶻，2001)，面對台灣「男高女低」(蔡淑玲，1994)之「婚姻坡度」(Marriage gradient)婚配模式，也是造就台灣新移民婦女人數遽升的原因。

新移民婦女並非台灣特有的現象，而是全球化現象下國際通婚之必然性的產物。鄰近的日本也曾有過與我國相同的現象，日本政府為了幫助鄉村地區解決青年失婚的問題，乃透過各種管道鼓勵其與外國女子完成終身大事(邱琄雯，1999；蔡雅玉，2001)。

二、新移民婦女之文化差異

台灣的新移民婦女人數已超過十二萬人。其異質文化婚姻適應所帶來的問題如權力、互動、壓迫與被壓迫間的關係(Kim & Rew, 1994)及原生國籍次文化 (Jones, Bond, Gardner, & Hernandez, 2002)，皆會影響其適應是否良好。陳庭芸 (2001) 對澎湖地區印尼與越南新娘之國際婚姻調適研究發現，外籍新娘本身的家庭背景、價值觀與期望會影響其對新環境的接受程度。而外籍新娘對新環境的適應，亦會影

響孕育下一代的品質（戴君倚、鍾肆琳，2002）。跨國婚姻其環繞的不只是在婚約下個人及家庭的適應，亦包含在現階段的台灣家庭與未來台灣新生代的家庭成員，在生物性遺傳上、自我文化認同及家庭撫育與傳承上的挑戰(劉美芳、鍾信心、許敏桃，2001)。

新移民婦女來自不同的國家，他們因語言、生活習慣、文化價值觀與台灣是不同的，其生育及養育行為必定會有很大的差異（朱玉玲，2001；邱淑雯，1999；戴君倚、鍾肆琳，2002）。如在鄭雅雯(1999)的研究中指出，新移民婦女為了儘快懷孕，而有所謂的大肚子比賽。新移民婦女的婚姻目的都以傳宗接代為主，生育成為日常生活中重要的任務，常在身、心狀態尚未完全調適好的狀況下懷孕或生育，許多研究指出新移民婦女常在婚後第一、兩年便有下一代(陳庭云，2001；夏曉鶯，2000)，待達到家庭所預期的子女數後，才會考慮到節育的問題(楊詠梅，2002)。這與我國婦女普遍晚生及少子化的情況，大不相同，這些婦女的個人健康及適應情況，不僅關係著婦女本身及其嬰兒的健康，連帶影響下一代身、心、社會及後續的養育問題。

三、新移民婦女之社會條件差異

中外聯姻的情形節節高升，平均每 5.5 對就有一對為異國聯姻(行政院主計處，2004 年 04 月 20 日)，新移民婦女在台灣的人口已佔重要的一席。許多相關研究（王秀紅、楊詠梅，2002；朱玉玲，2001；李棟明，2000；周美珍，2001；夏曉鶯，2001；夏曉鶯，2000）結果指出，與外籍新娘結婚之本地男性，罹患身心障礙者與低社經地位者比率較高，其結婚對象的年齡與教育程度也低於本國籍之配偶。臨床上發現，不少異國婚姻的下一帶患有遺傳性疾病或兒童發展遲緩的情況，許多人把問題歸咎於新移民婦女身上，然而這是不公平的。經過

遺傳諮詢及檢驗中常發現很多原因是出於男方，在健康方面，是因為許多男方有不良的生活習慣，例如：抽菸、嚼檳榔、酗酒、賭博、吸毒等；此外，也有年齡較大、身心缺陷、智障、精神疾患或其他先天性遺傳疾病者(莫藜藜、賴珮玲 2004)。也就是說，男方本身就是高危險群，也些明知可能禍延下一代，卻還是冒險懷孕，就為了傳宗接代，導致生下的孩子不是低體重兒或有先天性遺傳疾病(王秀紅、楊詠梅，2002)。因此家庭計劃研究所自 1998 年度起，以此類特殊群體為建卡對象，取代原來第八類的不孕症個案，希望能提高其避孕實行率，延長每胎間隔時間，並預防生育過多子女(引自孫麗娟，2003)。

外籍新娘均來自不同的國度，大多來自東南亞，並透過日益成熟、有厚利可圖商業化婚姻仲介的推動，經過3 個月到一年便可順利來台，造成人數的快速增加(孫麗娟，2003)。由於新移民婦女婚嫁對象多屬社經地位較低的族群 (Carrasquillo, Carrasquillo, & Shea, 2000；王宏仁，2001；呂美紅，2001；周美珍，2001；夏曉鵬，2000；蕭昭娟，2000)，且在台灣居住處所的分布，大多屬於各區域內相對的邊陲地帶(夏曉鵬，2000；鄭雅雯，1999；蕭昭娟，2000；蕭雅竹、蕭世魁、黃松元，2002)。由上述資料得知許多新移民婦女的結婚對象為年齡較大、身心障礙者或社經地位較弱勢的族群，而傳宗接代一直是婚姻移民婦女在夫家的重責大任，除非因生理或不可克服的因素之外，大多數的婚姻移民婦女來台後，很快就進入懷孕生子的歷程(潘淑滿，2004)。因此如何透過衛生教育的介入，解決新移民婦女所衍生的生育等相關問題，便是一大學問。

新移民婦女來台常會有「馬上要懷孕、生子」的壓力，相對於台灣婦女平均結婚一年才懷孕，新移民婦女約半年的時間便懷孕(薛承泰、林慧芬，2003)，對婚姻生活的身心調適尚未進入情況，便懷孕

或生育。如此一來，對母親角色的生疏，以及對兒童的發展和成長都有不良的影響。

第三節 影響新移民婦女產前檢查之因素

一、社會人口學變項

許多研究指出孕產婦社會人口學變項的不同對產前健康行為的影響。一份針對283位移民至加拿大渥太華的移民婦女參與產前教育課程的研究 (Edwards, 1994)，發現懷孕經驗對孕產婦參加產前教育課程的影響。該研究指出影響經產婦與初產婦參加產前教育課程的不同因素，在經產婦方面年齡是影響參加產前教育課程的唯一因素；而影響移民初產婦參加產前教育課程的因素包括：年齡、教育程度、語言能力、移民時間及移民時的狀況。研究顯示語言能力佳的移民初產婦較語言能力差的移民初產婦高7倍的機率參加產前教育課程；大於35歲及小於25歲的初產婦參加產前教育課程的機率約為其他年齡初產婦的三分之一。

在經濟方面，有研究發現貧窮的婦女較經濟條件佳的婦女會延遲第一次接受產前檢查的時間 (Mustard et al., 1994)。未接受適當產前檢查與低社經地位、低教育程度、沒有工作及經產婦有關 (Miguel, Montserrat, Aurora, & Ramon, 1997)。Higgins等學者 (1994) 的研究，亦指出低收入孕產婦未適當使用產前檢查服務的比率較高收入孕產婦高；高教育孕產婦接受適當產前檢查服務的比例較低教育程度孕產婦高；無保險的孕產婦未適當使用產前檢查服務的比率較有醫療保險者高。Braveman等學者的研究 (2000) 亦發現，保險的普及率是影響低收入孕產婦即時接受產前檢查服務的因素；亦即提供低收入孕產

婦保險可促進其接受產前檢查服務的行為。

在種族特性方面，研究結果顯示（Ellencweig, Palti, Neumark, & Donchin, 1993），在美國影響以色列裔孕產婦第一次接受產前檢查的因素為：血統、教育程度、妊娠經驗。而以以色列裔婦女會依其保險狀況及對健康的認知，決定尋求產前檢查的方式。Kieffer等學者的研究調查發現（1992），在美國之日裔、華裔及成年的孕產婦能適當接受產前檢查的比率較高；未婚、低教育程度、黑膚色種族或吸菸族接受適當的產前檢查服務的情形較低。部分文獻亦指出，在缺乏適當的產前檢查人口中，以少數民族、弱勢族群及低教育階層、低社會階層者居多（Gaffney, 2000；Miguel, Montserrat, Aurara, Ramon, 1997；Sable, Stockbauer, Schramm & Land, 1990）。

外籍新娘因年紀輕、教育程度低、產前照護較差，其產下低體重兒的比率亦較高（Fuentes-Affick, Hessol, & Perez-Stable, 1999）。國內學者（黃秀梨、邱怡玟，1999；劉美芳、鍾信心、許敏桃，2001；傅瓊瑤、陸振翹、吳欣玟、王銘賢、陳淑貞，1999）的研究亦顯示嬰兒低體重，可能受到遺傳或環境與家庭因素影響。且另有社會文化背景之差異（呂旻瑾、康春玉、鍾明惠，2002；Sable & Herman, 1997；Strauss & Dietz, 1998）。Ivanov（2000）以397位無妊娠合併症的孕產婦所做的研究發現，婚姻狀況及母親的職業狀況，是孕產婦產前檢查使用狀況的影響因素；該研究發現單身的產婦或無工作的孕產婦較晚接受產前檢查服務。

在台灣地區領有居留證明文件之外籍人士，自在台灣居留滿四個月之日起，應一律強制參加全民健康保險（行政院衛生署中央健康保險局，2000）。然而實際上近年來由於大環境的經濟不景氣，以致許

多低收入戶無力繳交保費，且新移民婦女入境申請外僑居留證後，需連續住滿四個月才可加入健保，因此這段期間新移民婦女是無法享有健保的，由於產檢需完全自費的經濟考量，可能影響新移民婦女產檢查的使用率。

跨國婚姻的問題如同國際移民，屬於一種生活的壓力事件，移民者面對新文化與新環境時，會造成人際關係、個人角色、語言、價值體系及態度等改變，而這樣的改變會對個人健康造成負面的影響。此群體是屬於健康易感性的群體，由於文化隔離、語言障礙、文化衝突、人際關係隔離及支持系統的缺乏，使得不易獲得健康資訊及資源，也減少對醫療資源的利用性(Lipson, 1991)。

因此本研究將新移民婦女社會人口學變項列入影響產前檢查檢測因素。

二、健康照護系統

根據Pender 的健康促進模式，情境及人際間的影響會影響個人的健康促進行為。當個人感受到從事健康行為的阻礙因素，這些阻礙因素就會讓個人喪失某些滿足感，繼而產生逃避該行為的動機（Pender, 1996）。孕產婦接受產前檢查服務，會受到整體照護環境及照護人員的影響。整體環境的障礙因素亦是決定孕產婦就醫地點及就醫持續性的重要影響因素（Kogan, Martin, Alexander, Kotelchuck, Ventura, & Fredric, 1998）。Dennis 等學者（1995）研究指出，孕產婦在初次懷孕時沒有得到良好的醫療服務以及產前檢查時經驗到漫長的候診時間，是她們不願意於第一孕期開始接受產前檢查的理由，而其他包括，對檢查過程的恐懼，以及對看診醫師、看診程序的繁瑣也同樣使孕產婦不願意在第一孕期接受產前檢查。就醫的方便

性、就醫的交通障礙以及候診需耗費的時間，是孕產婦妊娠期間未充分使用產前檢查服務的原因，而負面就醫經驗及孕產婦對健康照護者的負面印象皆為接受產前檢查的障礙因素（Ivanov, 2000；Mikhail, 2000）。能適當接受產前檢查的孕產婦較未適當接受產前檢查的孕產婦就醫滿意度高（Higgins et al., 1994；Ivanov, 2000）。McAllister 等學者（1998）針對13位貧窮的美籍非裔孕產婦做的質性研究發現，每位母親都期待產下健康的子女，但當孕產婦的生活充滿者無法克服的威脅時，會使他們無法兼顧孕期的健康問題。當社會福利系統能適時提供就醫協助及福利補助時，就醫的方便性以及醫療照護人員的態度就成為這些婦女能否規律就醫的重要影響因素。可見一個能使孕產婦適當運用產前檢查資源的就醫環境，不僅需考量就醫的可近性、可利用性，醫護及衛教人員提供服務的態度以及存有的刻板印象也都是值得考量的影響因素。

因此，健康照護系統對台灣的新移民婦女產前檢查行為的影響，列入本研究檢測的因素。

三、產前檢查知識

知識常是許多研究用來預測健康行為的重要因素。研究指出婦女缺乏對產前檢查的懷孕知識，會影響她們對懷孕事件的察覺，延後接受產前檢查的時間（Burks, 1992；Goldenberg, Patterson,& Freese, 1992）。知識的缺乏也常是產前檢查使用的障礙因素，當婦女不知道應該在第一孕期開始接受產前檢查時，會導致其產前檢查接受時間的延誤（Braveman et al., 2000）。而多份研究也顯示青少年及低收入婦女的知識缺乏問題，是導致延後尋求照護的重要因素（Burk, 1992；Sable et al., 1990；Young, McMahon, Bowman, & Thompson, 1989）。

國內學者(林金定、陳麗美，1995)研究發現，母親的教育年數每增加一年，其生下低出生體重兒的發生率會減少0.83。林妙玲(2004)調查亦發現，妊娠知識愈好的台灣籍孕產婦，其懷孕期間產前檢查的次數愈多。由文獻顯示，知識影響婦女對懷孕事件的察覺能力，也影響他們對產前檢查的正確認知與產前檢查行為有相關性，因此，知識對台灣的新移民婦女產前檢查行為的影響，列入本研究檢測的因素。

四、產前檢查態度

Pender 於1975 年提出的健康促進模式指出，個人對從事某行為之主觀感受，會影響是某行為的表現程度，或間接地藉由強化自我效能來影響行為。當個人對某項行動持有正向的期待及預期的利益，將促使他們願意耗費時間與資源從事該項行為（引自林妙玲，2004）。對產前檢查重要性的認知態度，是影響孕產婦產前檢查使用情形的重要影響因素；認為接受產前檢查是重要者較早開始接受產前檢查，其產前檢查使用率亦較高（Ivanov, 2000；Mikhail, 2000）。

Zambrana 等學者（1997）針對低收入的墨西哥裔孕產婦產前檢查行為的研究顯示，對懷孕事件的正向態度，與開始接受產前檢查週數間有顯著的相關性。孕產婦對懷孕事件的態度，也與產前檢查的使用情形有顯著的相關，沒有生育計劃的婦女或未察覺懷孕徵象的婦女會延遲第一次產前檢查的時間；許多未成年、不想懷孕的婦女於第一孕期未察覺懷孕徵象，而延遲第一次產前檢查的時間；不想懷孕的婦女，即使發現自己懷孕的事實，仍不願意接受產前檢查（Braveman et al., 2000）。非預期的懷孕是孕產婦未能適當接受產前檢查的重要危險因子（林妙玲，2004；Mayer, 1997；Miguel et al., 1997）。

Meikle等學者(1995)研究發現，不同種族的孕產婦在妊娠態度上有所差異，研究發現黑膚色種族的孕產婦認為產前檢查服務不是一項重要的事，她們不喜歡去思考關於懷孕的事情，懷孕也常讓她們感到不快樂與矛盾，同時她們也較缺乏尋求產前檢查的協助。Burks(1992)的研究亦發現，黑膚色種族的低收入孕產婦延後接受產前檢查的主要因為未察覺懷孕，其次的原因為對懷孕事實的否認與矛盾心態。社經地位較低的孕產婦因曾接受品質不佳的產前健康服務，使他們認為接受產前檢查所需付出的代價超出產前檢查的益處，也使她們懷孕期間的產前檢查使用情形不充足(Hansell, 1991)。由以上的研究結果發現，懷孕態度會影響孕產婦產前檢查服務的利用率。

陳淑月、蘇喜(1980)研究發現，計劃中的懷孕會使孕產婦有較多的產前檢查次數。林妙玲(2004)對台灣及東南亞籍孕產婦的研究發現，期待生育小孩的態度，是東南亞籍孕產婦懷孕期間產前檢查使用次數的顯著預測因子。因此，態度對台灣的新移民婦女產前檢查行為的影響，列入本研究檢測的因素。