

行政院國家科學委員會專題研究計畫 期末報告

高齡婦女生育的醫療障礙與社會反思 (GM01)

計畫類別：個別型
計畫編號：NSC 101-2629-H-128-001-
執行期間：101年08月01日至102年07月31日
執行單位：世新大學性別研究所

計畫主持人：陳明莉

計畫參與人員：碩士班研究生-兼任助理人員：蔡仙笛
碩士班研究生-兼任助理人員：鄭力行

公開資訊：本計畫可公開查詢

中華民國 102年10月28日

中文摘要：本研究目的主要以女性主義的立場，關注高齡婦女生育議題，試圖對高齡婦女生產的社會歧視與醫療偏見進行批判與反思，探討高齡生育如何被建構為一種「高風險」、「高危險」的、「造成社會負擔」的、「影響未來經濟發展」的一種社會「問題」，並從高齡婦女為主體的生育經驗出發，進行更徹底的反思與解構，尋找此一「常識」與「論述」背後所隱含的權力關係與機制，並進一步思考有無解構或重構的可能。此外，也希望發展有關高齡婦女生育的正面論述，提供看待高齡婦女生育的另一觀點，以培力那些基於各種考量而決定延遲生產的婦女。本研究分兩階段進行：第一階段為針對國內醫療專業對高齡婦女生育問題的論述進行分析，第二階段則針對有超過 35 歲生產經驗的婦女進行深入訪談，以高齡婦女的生育經驗為基礎，建構高齡產婦的主體論述。

中文關鍵詞：高齡產婦、女性主義、論述分析、生育經驗

英文摘要：This study, from a feminist perspective, aims to explore the issues of advanced maternal age, seeking to examine critically the social discrimination and medical prejudice against pregnancy and childbearing of women after 35. It will focus on the ways in which advanced parental age is constructed as a social 'problem' of 'high risk', 'high danger', 'causing social burdens' and 'affecting the future economic growth'. Furthermore, from women's actual experiences of giving birth after 35, this study tries to interrogate and deconstruct the implicit power relations and mechanism behind these 'common senses' and 'discourses', and contemplate whether or not they could be deconstructed or reconstructed in any fashion. Moreover, the study attempts to develop positive discourses of midlife pregnancy and childbearing, offering alternative viewpoints of delayed motherhood and hoping to empower those who decide to delay their pregnancy for any consideration. This study was carried out in two phases by using qualitative research methods. Phase one involved a discourse analysis on how medical professions construct and shape the 'problems' of advanced maternal age. In phrase two, on the basis of women's actual experiences of pregnancy and giving birth after 35, a semi-structured in-depth interview

method was used to explore and develop the subjective discourses of those older mothers.

英文關鍵詞： advanced maternal age, feminism, discourse analysis

高齡婦女生育的醫療障礙與社會反思

世新大學性別研究所副教授 陳明莉

壹、研究背景

近年來，婦女生育模式產生了極大的變化，愈來愈多女性選擇延遲生育，高齡生產成為台灣當前的社會事實與未來發展趨勢。根據內政部戶政司的最新統計，國內廿到卅四歲的婦女生育率¹，自 1995 年起逐年下降（由 1995 年的 3.16 降至 2010 年的 1.43），卅五到卅九歲高齡產婦的生育率，卻連年增加（從 2004 年的 0.20 增至 2010 年的 0.28）。而且，向來生育率最高的廿五到廿九歲婦女，2008 年也首度落後（生育率為 0.72），卅到卅四歲婦女成為第一主要生育群（生育率 0.73）（內政部戶政司，2012）。以上數據可以發現，相較於之前的世代，婦女的平均生育年齡明顯提高，從未來的發展趨勢看來，「高齡產婦」（advanced maternal age/ elderly primiparas/ elderly or older mothers/ elderly primigravidas / delayed pregnancies/ late maternal age)²可能成為生育的主力群之一。

造成高齡生產趨勢的原因很複雜，社會經濟環境變遷、人們生活型態轉變、避孕技術發達、受教育年限延長、追求個人自由及事業成就、晚婚及輔助生殖科技的提昇等等，都被視為是促成婦女延遲生養小孩的社會脈絡及個人因素。而且，此一趨勢並非台灣獨有，許多工業化國家，例如美國、英國、加拿大、澳洲、芬蘭等等國家，也都同樣面臨了婦女延緩生育的現象，對國家人口結構產生重大衝擊（Ventura, 1989; Ventura, Martin, Curtin, Mathews, & Park, 2000; MacDorman, Minino, Strobino, & Guyer, 2002）

高齡生育雖然是不可擋的社會現實，但人們卻對高齡產婦充滿了疑慮與擔心，甚至形成一種歧視與偏見。醫療界幾乎一面倒地將高齡懷孕者貼上「高風險」的標籤，更有甚者將之等同於一種疾病（Bruce, 1987: 49）³；媒體上也不時可見有關

¹此處指的是育齡婦女年齡別生育率，為特定年齡組的出生數對同一年齡組年中育齡婦女數的比率（內政部戶政司，2012）。

²「高齡產婦」一詞，通常是醫療機構用來描述超過 35 歲的懷孕婦女，但以人類的生命歷程來看，這個年紀充其量只能稱為中年，一點也不算是高齡，但為理解方便，在此依然沿用「高齡」產婦用詞。

³高齡產婦在醫院安排施做羊膜穿刺，被要求填寫一張檢查項目單，其上的「病症名」即為「高齡產婦」。請參照：<http://www.wretch.cc/blog/DD5811/7167211>，查詢日期：2011 年 12 月 12 日。

高齡生育的悲觀訊息，經常引述醫療專家的說法，警告高齡產婦在懷孕過程中可能面臨的困難與風險，同時不斷提醒高齡生產容易生下畸形兒，督促高齡生產者施作各式的產前篩檢；另一面，又藉由傳遞高齡生產風險及高齡者不易受孕此類資訊，規勸女人最好還是及早完成生育大事。至於政府機構，面對人口結構老化及少子女化的趨勢，一方面祭出各種鼓勵生育的優惠措施，另一方面卻將可能是未來生育主流模式的高齡生育現象，界定為一種社會問題，認為高齡生產不僅提高社會醫療成本，也是當前國家少子女化⁴及高剖產率的元凶⁵，成為未來國家經濟發展的隱憂。

雖然，社會上也存在些許較為正面的論述，尤其是將目標讀者鎖定為孕婦的雜誌、書籍或網站，不乏以關懷及安慰的口吻，給予高齡孕婦健康照護上的提醒，例如關於飲食營養、作息調整、心情調適、運動及善用各種醫療檢驗等建議，但其背後所預設的，依然不脫離將高齡產婦視為「問題的」與「危險的」生育族群預設。

這些廣泛存在於社會上的種種有關高齡生育的悲觀訊息與論調，已然成為一種被人們普遍認知與認可的「常識」，形成一種「階層化再生產」(Stratified reproduction)現象，除了顯示了社會上對於高齡生育的擔憂與恐懼，也對擔任生育重任的女性，產生一定程度的影響。Shellee Colen (1995)指出，階層化再生產是一種權力關係，意指特定分類的群體被賦權(empowered)於養育與生殖的同時，其他群體則被去權(disempowered)。階層化再生產意味著生理與社會再生產任務存在的差異，乃是基於階級、種族、族群、性別、全球經濟位置與移民狀態的階層化，所促成的不平等，而此不平等是被社會，經濟與政治力量建構而成(Colen, 1995:78)。

如今，這種階層化再生產已延伸到以醫療論述為基礎，所形成的年齡差異關係。對於未達高產婦定義的35歲以下「適齡生育」婦女，尤其正值事業升遷衝刺期的職業婦女，都感到「生理時鐘大限」的壓力，被迫在升遷或生小孩之間作

⁴2010年1月31日的公共電視新聞報導「高齡產婦生育率連增4年」，新聞稿中指出：「根據調查，連續四年，國內35歲到39歲的高齡產婦生育率逐年增加，反而20到24歲的婦女生育率逐漸減少，內政部現在很擔心，如果這樣的狀況不改，未來國內的生育主力都將變成高齡產婦族群，而這樣少子化和高齡化也將影響台灣的經濟成長。」一位接受訪問的內政部官員更進一步表示：「晚婚就會晚育，生育年齡就會延後，變成有很多高齡的產婦，所以這並不是很好的現象。」請參照：<http://www.youtube.com/watch?v=4Q5ImPZv2iY>，查詢日期：2011年1月18日。

⁵中國時報(2010.7.10)〈當事人不解：自費選擇 何罪之有〉、台灣醒報(2010.7.10)〈生產剖腹率高達34% 監院糾正衛署〉。

出抉擇 (吳韻儀, 2002); 而年齡超過 35 歲的孕婦, 也在面對懷孕過程中的身體不適與變化外, 還得承受高度的精神壓力及焦慮。

不論任何年齡, 懷孕過程都是個充滿不確定性的重大生命事件(Light and Fenster, 1974), 都是一種心理與生理極大的考驗, 然而, 社會對於高齡生育的歧視與偏見 (Price, 1977: X) 使得高齡產婦的懷孕及生產過程, 更加充滿焦慮與壓力。根據研究指出, 這種對於懷孕過程擔憂的心理壓力本身, 即可能造成「醫源性壓力」(iatrogenic stress), 進而引發各種妊娠併發症(Mansfield, 1988)。從醫療體系的觀點而言, 「高齡」似乎是一個牢不可破的生育障礙, 對適齡或高齡產婦都會造成相當程度的影響。因此, 如何跨越此一障礙是很多婦女常常必須面對的「生理時鐘」問題。

生育議題向來是女性主義者所關注的焦點, 並視生育的決定為女性自主與自決的核心。女性主義者主張, 女人有權決定要或不要生、什麼時候生及生幾個小孩 (Hayden and Hallstein, 2010: xxi), 不婚、早婚、晚婚、不生、早生、晚生, 都應尊重女人的選擇。然而, 面對高齡生育的社會歧視與醫療偏見, 往往使女人在作出延遲生育的決定時, 面對極大的罪惡感與壓力。因此, 本研究希望能從高齡生產婦女的主體經驗, 對高齡產婦的社會歧視與醫療偏見進行反思, 探討高齡產婦被高度醫療化及病理化的現象, 並進一步以女性主義的視角, 提供看待高齡生育的另一觀點, 發展有關高齡生育的正面論述, 以培力那些基於各種考量而決定延遲生產的婦女。

要破除歧視與偏見, 得先理解這些當前社會主流的觀念與論述, 是如何被醫療體系與社會大眾建構而成, 以及其背後所隱含的權力機制與權力關係。Foucault (1980)提醒我們, 研究權力/知識應當著重在論述事實本身, 誰進入論述之中? 誰在發言? 他們立於什麼位置? 持什麼觀點在發言? 分配與推動論述的制度又各為何? 因此, 本研究擬以女性主義立場, 去探討高齡婦女生育「問題」的論述形構, 是誰將高齡生育現象描述、定義、建構成「問題」? 該「問題」代表著什麼意義? 問題再現的背後隱藏什麼前提或假設? 「問題」宣稱與建構的對象是誰? 此種再現所產生的效果為何? 誰最有可能從此再現中獲利? 誰受到壓迫? 在高齡生產成為重要趨勢, 高齡產婦也逐漸成為生育主力軍的現代社會中, 此一議題顯然有其重要性。

貳、文獻探討

醫學界對於延遲生育的恐懼與擔憂由來已久，至少有一百年以上的歷史。賓州州立大學教授 Phyllis Kernoff Mansfield (1986a, 1986b) 檢視了美國早期的醫療文獻，發現早在廿世紀之初，醫療專業即不贊成延遲生育的決定。在西元 1900 年以前，美國的醫學系學生業已被教導，高齡產婦的分娩比年輕產婦困難，並且是「病人及醫生都恐懼的」(Spain, 1912: 421)。根據文獻記載，在戰後的 1950 年代期間，正是美國社會神聖化與理想化母職的年代，當時高齡初產婦的出現會引發婦產醫師「一種恐懼及不祥的預感。」(Flihr, 1956: 494)。

在 1957 年時，美國知名的醫師與家庭計畫專家 Alan Guttmacher 就催促女人儘早建立家庭，他甚至主張應將此一訊息「好好地寫在高中及大學的牆上」(Guttmacher, 1957: 167-168)。直至今日，對於中年生產的醫療偏見／歧視依然強烈，美國的內科醫生及病人權益提倡者 Robert Mcndelsohn 勸告所有懷孕婦女，要對醫生說她們才 29 歲，「因為女人一旦到了 30 歲，她就被叫做老年病患 (geriatric)，而自然生產的希望隨即被拋出了窗外。」(Bruce, 1987: 49)

根據 1958 年世界婦產科聯盟(International Federation of Obstetricians and Gynecologists)官方的指導方針指出，超過 35 歲的懷孕婦女，尤其是第一次懷孕的，在醫學上便被視為高風險病人 (Blum, 1979)，她們被認為比年輕的初產婦有更高的機率會經歷各種妊娠併發症，包括對孕婦及胎兒都有較高的發病率及死亡率，有更多的分娩及生產併發症及較高的嬰兒先天缺陷。再者，普遍相信超過 35 歲婦女的生育能力將隨年齡而遞減。到了今天，對於高齡生產的疑慮甚至更高，例如被認為較容易產生自發性流產、早產、胎盤早期剝離等情況，也同時容易產生胎兒併發症，例如早期流產、胎兒生長遲滯、染色體異常、胎死腹中等問題⁶。台灣也常見到類似的醫療論述，醫療專業或官方機構經常透過媒體或政令宣導，傳佈類似訊息，更加助長了中年產婦的壓力與恐慌。例如內政部就曾製作「高齡生育不利優生」的紅布條，高掛市區街道，而受到當時台灣一些女性主義學者的抗議 (唐文慧、劉仲冬，2002)。

雖然這些深植於醫療專業之上的「高齡生產=高風險」論述，傳佈了長達一個世紀，但隨著愈來愈多高齡生產的成功例證(Bruce, 1987; McCauley, 1976; Price,

⁶ 關於高齡孕婦所面臨的風險項目，非常容易獲得，不論官方發行的健康手冊、新聞與雜誌報導、專業醫療網站、甚至一般民眾的部落格，到處充滿此類訊息，顯示這類資訊已成爲人們理解高齡產婦的「常識」。

1977)以及新的科學證據出現，此一論述也多少面臨了挑戰(Kirz, Dorchester & Freeman, 1988; Mansfield, 1986a, 1986b)。

Mansfield (1988, 1986a, 1986b)回顧與檢視了 1986 年之前美國所有探討高齡生產，與八大普遍被視為與中年生育有關的妊娠結果的醫學研究，此八大症狀分別為 1. 妊娠高血壓 (pregnancy-induced hypertension) (有時稱為毒血症 (toxemia)) 2. 胎盤合併症 (placental complications)、3.產程遲滯 (prolonged labor)、4.剖腹產 (delivery by cesarean section, c-section)、5. 周產期死亡率 (perinatal mortality)、6. 孕產婦死亡率 (maternal mortality)、7. 新生兒死亡率 (infant mortality)、8. 低出生體重 (low birth weight)。有關唐氏症的研究則未加以分析，因為 Mansfield 認為高齡生產與此症的關聯是比較確定、無爭議的。

Mansfield (1986a, 1986b)從 1917 至 1983 年的醫學研究文獻中，共找出了相關的 104 篇，並一一檢視其研究方法的優缺點。結果發現這些醫學文獻存在許多研究方法上的缺失，包括樣本數過少、抽樣偏差、缺少對照組，最重要的是，許多文獻未能在方法上或統計技術上控制可能的干擾因素，例如懷孕次數、收入、醫藥處置等。

Mansfield 根據這些文獻研究設計的完善程度，將之評為「弱」、「可接受」及「強」三個等級。在這 104 篇醫學文獻中，有 63 篇(61%)被評為「弱」，換言之，這些分析高齡生產與八種妊娠結果的文獻中，有將近三分之二的研究是有研究方法問題的，因此其研究價值是存疑的；另外 30 (29%)篇是「可接受」的，只有 11 篇(10%)是被評為「強」的研究。其次，在這些被視為最佳的研究中，只有 28%發現中年產婦會有較不利的生產過程，而在「可接受」及「弱」的文獻中，有類似發現的比例分別是 48%及 37%。換句話說，在設計完善嚴謹、且控制了可能干擾變項的醫學文獻中，發現高齡產婦有較不利妊娠結果的比例是最低的。

值得注意的是，在這些最佳設計的研究中，高齡產婦只有在剖腹產率這一項比年輕產婦高，雖然高齡產婦的確可能實際發生較多的併發症以致有較高的剖腹產率，但是從文獻中可以發現，多數情況是，醫生容易因產婦年齡較大而決定剖腹開刀，一方面是保護這個「被期待已久」的新生兒，二方面是為了避免可能的併發症的發生(de Lee, 1929; Fabe and Wikler, 1979; Friedman and Sachtleben, 1965; O'Sullivan, 1960; Weisl, 1953)。換言之，高齡產婦之所以比年輕產婦有較高的剖腹產率，乃是出於醫生的預期心理，而非確實發生了妊娠及生產併發症。

Mansfeild (1988)進一步指出，在這些醫療文獻中，高齡產婦之所以較年輕產婦有較不好的妊娠過程與結果，並非單純生育年齡的生物性因素，而是由於四種因素所造成，包括了：1.社經因素，尤其是貧窮（經常與產多子女的婦女有關）2.懷孕前即有的併發症 3.特殊的醫療處理 4.與老化有關的慢性疾病。因此，這種輕易以年齡來解釋生育能否順利，容易造成對其他因素（例如整體健康情形、醫療處置）的忽略。事實上，這種高齡=高風險的論述，對於當代的延遲生育者是極為不適用的，因為對於現代社會的中年婦女來說，有時候年齡反而可能代表的是有利的社會及醫療條件，對中產階級、健康的、有意識且有計畫的中年才當媽媽的人尤然，她因年齡而累積的資源更能協助她們順利懷孕、生產及實踐母職。

除了 Mansfield 系統性的分析與檢視了醫療文獻，並發現生育年齡與妊娠結果的關係少有支持性證據外，另也有研究證實高齡懷孕與生產並不盡然比年輕孕婦困難或危險。Windridge 與 Berryman(1999) 在英國進行一項貫時性研究，比較了 35 及 35 歲以上及 20 至 29 歲兩組婦女的懷孕、分娩及第一年的母職經驗。Windridge 與 Berryman 蒐集了 107 位婦女生產與分娩的醫療記錄，並請婦女對分娩過程的控制與疼痛管理、對醫療專業的支持性服務的滿意度、分娩問題、產後憂鬱症等等主題進行自我評估，以檢驗生產年齡、生產次數與以下因素的關聯性：1. 生育結果 (obstetric outcomes) 2. 婦女對分娩的認知及 3.產後憂鬱症。結果發現，雖然醫療專業經常將超過 35 歲的婦女歸在「高風險」的類別之中，但從分娩的醫療記錄上來看，年齡造成的影響其實很少，孕產婦死亡率與其他產科問題，皆與孕產婦年齡沒有關聯。因此 Windridge 與 Berryman 認為，35 歲或超過 35 歲的婦女，並沒有任何客觀性的理由，需要因年紀因素而更擔心嬰兒的安危。然而，他們發現，有關分娩與生產，其中有三個特定層面是與年齡相關的：1. 高齡的母親較年輕的母親更加意識到，在分娩過程中她們的小孩可能會處於危險。2. 高齡產婦的經驗較年輕婦女正面，並在分娩問題發生時，較滿意醫療機構的處理方式。3 比起年輕的母親，35 或 35 歲以上的母親在經歷分娩的疼痛時，較不會去責怪助產人員的處置(例如要求姿勢轉換或陰道檢查等)加重了疼痛的程度。

另有一群澳洲學者試圖理解高齡初產婦是否有較高比例的產後憂鬱症，於是針對 295 位自然懷孕及 297 位藉由人工生殖科技 (assisted reproductive technology, ART)懷孕的婦女進行調查，並將這些婦女分為年輕組(20 至 30 歲)、中齡組(31 至 36 歲)及較高齡組(37 歲以上)等三組，以半結構式訪談與問卷進行資料的蒐集。在蒐集了 592 份完整的懷孕評估及 541 份的產後評估後，結果發現，在孕期中，

高齡組的焦慮及沮喪感最低，但孕期親子聯結 (maternal fetal attachment)也最低，同時具有較高的心理韌性 (psychological hardiness)及回復能力(resilient)；但借助 ART 的孕婦的懷孕經驗則較為複雜，同時有較多的孕程焦慮及對胎兒有較強烈的情緒聯結；但若與其他年齡組比較起來，不論生產年齡高低或是懷孕模式為何，與產後憂鬱症的關聯性，皆未達到統計上的顯著性。因此，不論是自然懷孕或是借助人工生殖科技懷孕的高齡母親，並不會比年輕母親更容易有憂鬱症 (McMahon, et al, 2009)

社會上對於高齡生產的疑慮，除了擔心孕產婦的懷孕過程、分娩過程可能較為不順利、甚或危險之外，另外一個關心的重點，即是小孩的健康情形。一些醫療文獻指出，高齡母親所生子女，容易罹患唐氏症(Bruce, 1987, Mansfield, 1986a)、自閉症 (Shelton, Tancredi & Hertz-Picciotto, 2010)及糖尿病 (Jolly et al., 2000)，並且生下畸形兒的比例也較高，而這些資訊也透過醫療專業人員，藉由各類的健康手冊、新聞報導而深植人心。

然而，根據澳洲昆士蘭大學教授 John McGrath (2009) 最近的一項研究指出，母親年紀越大的小孩，在認知能力上卻更好。這項研究以三萬三千四百三十七名在 1959 年到 1965 年間出生的美國小孩為追蹤對象，並在孩童八個月大、四歲和七歲時為他們進行 I Q 測驗，比對他們的思考、推理、專注力、記憶、理解、語言，及運動等各項認知能力，結果顯示，高齡母親所生的孩子愈聰明，並推斷應該是基於社會文化因素上的優勢，因為年紀越大的母親收入跟教育都更高，讓小孩可以有更好的家庭環境，這個結果也符合先前其他研究的結論 (Saha, et al., 2009)。

西北大學醫學院的孩童發展心理學主任 Mark Reinecke 表示，這份研究的最大貢獻，減輕了正考慮懷孕的高齡婦女的恐懼，研究結果令這些婦女感到寬心，因為已有太多關於超過四十歲容易生出問題小孩的資訊，這份研究成果至少能稍稍平緩這些焦慮。但 Reinecke 也強調影響小孩最終成就還有其他重要因素，例如關愛的、安全的、可預測的、且豐富認知刺激的家庭環境，這才是兒童幼年生活的核心 (Brownstein, 2009)。

父母年紀與小孩的健康情形，究竟有無關係？英國學者進行一項研究，以了解母親生產年齡與小孩身心健康(wellbeing)的關聯性，他們比較了借助人工生殖科技而懷孕生子的三組不同年齡婦女：年輕組(小於 31 歲)、中間組(31 至 38 歲)及高齡組(38 歲)，這些母親的小孩(4 至 11 歲)都是第一胎並且皆借助人工生殖科技懷孕。參與者徵募自 20 間不孕門診，共有 642 位母親及 439 位母親完成

問卷，詢問有關人口變項及生育情況、家庭環境及家長、小孩的身心健康。結果發現，在人生較後期才借助生殖科技生產，對小孩的身心健康並無負面影響。儘管這些不同年齡的母親，其人口變項(教育、收入)、生育情形(懷孕時出血、剖腹產率、哺乳)、父母溫情(parental warmth)及憂鬱症症狀有所差異，但孩童的身心健康狀況皆相似 (Boivin et al., 2009)。

綜觀這幾篇研究，可以發現各種彼此矛盾的發現。這些主要來自醫學界的研究，往往會因為不同的樣本來源、不同的資料蒐集方法、不同的研究假設，而得到相當不同的研究發現與結論。大抵而言，高齡生育是否在懷孕過程及分娩過程具有較高的危險性，是否所生的小孩較可能有健康問題⁷，支持與反駁的證據都存在，因此表示還有爭論。然而，對於高齡生育者在社會文化因素上(例如教育程度、經濟情況、心智成熟、解決問題能力)具有相對優勢，則有相當程度的共識。然而，婦產科醫生及媒體似乎較偏愛對高齡產婦負面的資訊，因此社會大眾對高齡生育的印象，也大多停留在較高風險、高問題的層面。

台灣學術界對於高齡生育的研究，數量並不多，主要是來自護理及公共衛生領域，針對高齡初產婦或中年意外得子者，探討其生育動機、懷孕過程、進行羊膜穿刺檢驗、產後復原、社會需求與支持及母職經驗等各個層面的護理需求(例如鄧映君，1997；孫吉珍、李從業、劉淑娟，1997；楊玉娥，1998；胡蓮珍，2001；賴玉敏，2003；張靖梅、余玉眉，2004；丁素珠、陳春菊，2005；梁淑惠，2006；楊慧貞、陳彰慧，2007；陳志娟，2009；熊雅蕾，2009)。至於社會人文界對於高齡產婦較少關注，除了中正大學電訊傳播研究所研究生許晏瑜針對《中國時報》與《聯合報》有關高齡產婦生育風險的新聞進行內容分析，幾乎找不到相關的學術論文。

這些來自護理領域的研究，對於高齡孕產婦懷孕過程與經驗的研究，大多得到類似的結果，多數形容高齡懷孕是個憂喜參半(楊玉娥，1998；鄧映君，1997)或憂多於喜的歷程(梁淑惠，2006)，她們除了孕程較為辛苦外，更擔憂高齡懷孕之風險、而且多數對落後社會孕齡常模覺得尷尬(楊玉娥，1998)，也自覺高齡而意識到對母子健康與安全的威脅(鄧映君 1997)，並對改變慣有的生活型態同時感到的喜悅與無奈，且隨著年齡增長而感到體力衰退，因而擔心無法勝任繁重的育兒工作(熊雅蕾，2009)；此外，也同時感受到高齡生育的好處，例如擔任母職角色成熟有耐心、經濟穩定、心理準備充足且人生經歷豐富、更加珍惜有孩子的生活、同年齡的朋友會以過來人的身分給予意見(梁淑惠，2006；熊雅蕾，2009)；

⁷ 唯一可以證實的是產婦高齡與新生兒唐氏症的比例(Mansfield, 1988)。

但在肯定高齡母親在社會文化因素上的優勢之後，卻又做出類似結論：雖然高齡產婦能夠順利經歷母職歷程，建立母職角色，但 30 歲以下才是最適合生育的年齡，因此建議女性在 30 歲之前結婚生育，以免產生高齡產婦的擔憂；而政府也應加強宣導適婚適育的年齡（熊雅蕾，2009）。

社會科學領域關於高齡生育的研究數量極少，顯示對此一影響未來人口結構甚巨的重要趨勢，仍未給予該有的關注。許晏瑜（2010）蒐集了《中國時報》與《聯合報》1994 年至 2009 年所有與高齡產婦生育風險相關的新聞報導，共計 330 則。她以偏量化的內容分析法探討，分析檢驗報紙媒體報導高齡產婦生育風險的訊息內容與呈現方式，採用的統計方法主要為描述性分析。根據該研究結果顯示，整體而言，此類報導呈現型態以「純淨新聞」為主；議題內容主要分佈在「案例報導」；消息來源以「媒體記者」居多；訊息訴求主要以「告知」為主；資訊品質以「過分仰賴單項消息來源，或對消息來源交代不清」為最多。她建議，未來報導應加入其他消息來源的資訊，提供不同面向的想法及意見，並應以較淺顯易懂的用語，提供完整知識與資訊，給予讀者更多元更充分的訊息，以促進閱聽人的認知，與增加其對相關議題的注意力與信賴感。這份研究雖然呈現了台灣兩家主要報紙對於「高齡產婦生育風險新聞」之報導樣貌，但可惜只流於量化的、表面意義的探討，但對於高齡生育如何與高風險連結，高齡生育如何被描述、再現、建構為問題的過程，付之闕如。

綜觀當前國內關於高齡婦女生育的研究，雖有其貢獻，可做為本研究進一步延伸的基礎，然而亦各有其尚未觸及之處，需要再進一步深入探討。

- 一、以往的研究或論述大都是從醫療體系的角度，缺乏以高齡婦女為主體的生育經驗分析。
- 二、以醫療為主體的研究背後，都預設了高齡生育即等於高風險，著重於高齡產婦的醫護照顧需求的探討，也因此再度問題化、病理化了高齡生育者與高齡生育現象。
- 三、部份研究(例如，顏兆雄，1991；王子芳，1996；孫瑞瓊，2001)理所當然地將高齡生育——染色體異常、畸形兒——加重社會及國家負擔進行連結，並未提出實質證據，更未對此一連結進行反思與批判。
- 四、雖然研究目的在理解高齡孕產婦的懷孕、生產經驗，並根據此一族群之特定需求，提供適切之醫護照顧及諮詢協助，但最後卻提出鼓勵「適齡」結婚、「適齡」生育的建議，代表對於高齡生產存有疑慮與懷疑，認為

高齡生育依然能免則免，除未真正體貼到高齡生育者的心理需求，也未肯定高齡生育的意義與價值。

為跨越高齡產婦的醫療障礙，並補足以往的缺失，研究有必要從女性主義的角度，植基於高齡婦女為主體的生育經驗。女性主義意識常常被視為是造成生育率持續降低的間接性因素（張明政、李美慧，2001；黃意萍、余清祥，2002；莫藜藜、賴珮玲，2004），女性主義者也常被批評為反對母職，但這種看法只能適用於 1960 年代的少數基進女性主義者，事實上，女性主義與生育是動態的關係，在不同的時期隨著不同的觀點、立場與位置，而呈現出或批判、或讚揚的態度，而有些女性主義者則將生育視為權利抗爭的場域。

對於女性主義者而言，母職與生育究竟是女人受壓迫的根源或是女人特有的能力與樂趣，始終是爭論的焦點。1960 年代至 1970 年代初期，女性主義者對母職及生育大多採取較為負面的批判態度，認為女性的相對地位低落，是來自其天生生理上之結構被當是「母性容器」，而注定了其必須依賴男性且被當成生育的工具，更是被劃分在私領域照顧工作的主因。例如基進女性主義者 Shulamith Firestone 在其《性的辯證》(*The Dialectic of Sex*, 1979)一書中主張，生育能力是女性被壓迫的源頭，唯有發動生物革命，積極發展生殖技術，使男人也可以擁有小孩，才能將女性從生育功能中解放，並消除生理決定的性別分工，使生育小孩的角色由整個社會分攤。有別於 Firestone 過於生物決定論的觀點，存在主義女性主義者 Simone de Beauvoir 則在《第二性》(*The Second Sex*)質疑「女人必須成為母親」是社會建構出來的集體想像，並且認為懷孕生育會妨礙女性自我發展、摧毀一個獨立自主的女人，因此她拒絕懷孕生育。

但自 1970 年代中期開始，女性主義者逐漸改變對母親角色與定位與評價，積極尋找並肯定母職的正面意義與貢獻，並認為母親角色是女人認同的來源，且可以賦權女人。Adrienne Rich (1986)的《為女人而生》(*Of Woman Born*)一書提供一個分析架構來解套母職同時頭有壓迫與解放女人的可能性。她將母職分為「母職經驗」與「母職體制」，前者所指為母職所帶給女性的主觀經驗，而後者乃是父權制度的建制，因此她認為應該摧毀的是母職角色的制度，而不是要廢除母職的經驗，女性應保留其生殖的特殊性，讓女性與她的身體一同飛翔，一起順勢前進，按照自己的心意來操持身體，控制自身生育權利，唯有如此，才能從母職經驗中獲取對抗父權的力量，鬆脫父權體制對母職的限制。另外，精神分析女性主義者 Nancy Chodorow (1978)循著 Freud 的理論，駁斥了「母職天性」說，她以「客體關係理論」(object – relation theory)說明母職誘發心理是透過與社會的性別角色

分化過程的差異持續被內化，同時，女人在家庭與社會的性別分工結構位置，也鞏固與再生產母職，因此 Chodorow 認為應該打破「女人作為唯一照顧者」的性別分工安排。

相對於女性主義對於母職的歧異觀點，生育政治(reproductive politics)卻是各個不同流派女性主義的接合處。生育權與生育自由、控制自我的生育過程與抵抗對女人身體的利用與剝削，卻是不同女性主義流派與運動者的共同主張。對女性主義者而言，女人的生育控制權向來被視為邁向個人自由及自主性的必要步驟，也同時是對抗父權控制及改善女人集體處境的重要基礎。爭取免費及安全的墮胎，以及不受外在干預、自主決定生育小孩的數量，皆是女性主義生育政治長久以來的核心目標。

叁、研究目的與研究問題

本研究目的主要以女性主義的立場，關注高齡婦女生育議題，試圖對高齡婦女生產的社會歧視與醫療偏見進行批判與反思，探討高齡生育如何被建構為一種「高風險」、「高危險」的、「造成社會負擔」的、「影響未來經濟發展」的一種社會「問題」，並從高齡婦女為主體的生育經驗出發，進行更徹底的反思與解構，尋找此一「常識」與「論述」背後所隱含的權力關係與機制，並進一步思考有無解構或重構的可能。此外，也希望發展有關高齡婦女生育的正面論述，提供看待高齡婦女生育的另一觀點，以培力那些基於各種考量而決定延遲生產的婦女。

針對以上研究目的，本研究主要研究問題如下：

- 一、高齡婦女生育「高風險」的問題論述如何形成：誰進入論述之中？誰在發言？他們立於什麼位置？什麼觀點在發言？分配與推動論述的制度又各為何？
- 二、高齡婦女生育「問題」建構的論述為何：其內容意義何在？論述背後所蘊含的利害關係、價值觀與意識型態為何？
- 三、高齡婦女為主體的生育經驗為何：她們如何面對高齡產婦的醫療障礙？實際的生育經驗與感受為何？
- 四、如何建構高齡產婦的主體論述：醫療體系與高齡產婦的主客關係為何？如何去看待高齡生育婦女現象，又如何剖析背後牽連的性別權力關係與其論述？

肆、研究方法與研究步驟

本研究旨在從女性主義的立場與角度，解析高齡生育被病理化及問題化的過程與機制，並試圖展開有關高齡生育的正面經驗與論述。因此，研究將分兩階段進行：第一階段為針對國內醫療專業對高齡婦女生育問題的論述分析，第二階段則為以高齡婦女的生育經驗為基礎，建構高齡產婦的主體論述。

第一階段：國內醫療專業對高齡婦女生育問題的論述分析

論述分析 (discourse analysis) 為一跨領域的學科，它衍生自人類學、認知心理學、社會心理學、社會學、語言學、符號學、口語傳等。其源頭可追溯至兩千年前的語藝 (rhetoric) 和詩學發展，直到 1960 年代，論述分析才奠定了較完整的分析架構，至 1970 年代末期，論述分析才漸行成熟。

Fairclough (1995) 系統歸納了論述分析的幾種取向及傳統：包括語言學與社會語言學分析 (linguistic and social-linguistic analysis)、對話分析 (conversation analysis)、語意分析 (semiotic analysis)、批判語言學及社會語意學 (critical linguistics and socialsemiotics)、van Dijk 的「社會認知」模式 (the social cognitive model) 以及文化類型分析 (cultural-generic analysis) 等。

1970 年以來，論述分析研究之切入點已不再侷限於語言的結構學，亦即，對字詞、句法結構等分析，而逐漸將重心轉移到關注語言在特定社會脈絡中的使用途徑，以及語言成為權力控制之工具的問題上。因此，論述分析逐漸從早期的語言分析面向轉換到社會學層面。社會學取向的論述分析是關於各種文本和論述如何服務於各種意識型態利益、以及它們所產生的各種強大的政治後果的分析。重要的是，權力機制安排運作的方式，幾乎是所有論述分析研究共同欲探討的論點，並欲藉由語言分析來尋找埋藏於文本中的社會權力關係。

本研究的論述分析擬選擇近十年來，國內有關高齡產婦問題的專文，文本來源有三：一是國內權威性的婦幼學術研究期刊：包括臺灣婦產科醫學會發行的《臺灣婦產科醫學會會刊雜誌》(93 年 3 月之後改為英文期刊：*Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology*)、台灣新生兒科醫學會發行的《台灣新生兒科醫學會會刊》；二是國內大眾型的婦幼雜誌：《嬰兒與母親》、《媽媽寶寶》、《媽咪寶貝流行通》、《婦幼保健雜誌》、《婦幼衛生》；三是國內婦產科醫生的個人部落格貼文。

本研究於 2012 年 12 月起開始進行相關文獻的蒐集，以高齡產婦、高齡妊娠、高齡媽媽、高齡孕婦等名詞為關鍵字，蒐尋婦幼學術研究期刊及大眾型的婦幼雜

誌，然因有關高齡產婦的討論文章並不多，因此又增加了報紙資料庫及網路論壇的資料蒐集，所蒐集到的文獻來源及文章數，請見表一。

表一：高齡產婦相關文獻蒐集一覽表

文獻來源	蒐集期間	相關文章數
台灣婦產科醫學會會刊雜誌	2006/1~2013/1	10
台灣新生兒科醫學會會刊(含"Clinical Neonatology")	1998/1~2013/1	6
健康醫療網	2008/1~2013/1	17
明報健康網	2006/1~2013/1	7
中時健康網	2007/1~2013/1	13
華人健康網	2010/1~2013/1	18
中國時報	2004/1~2013/1	46
聯合報	2004/1~2013/1	89
蘋果日報	2006/1~2013/1	21
自由時報	2006/1~2013/1	14
經濟日報	2005/1~2013/1	20
中央日報	2004/1~2013/1	5
工商時報	2005/1~2013/1	9
總計	1998/1~2013/1	275

第二階段：以高齡婦女的生育經驗為基礎，建構高齡產婦的主體論述

為避免生產時間過久，導致記憶流失，因此本研究決定以(1) 35歲以後生產第一胎、且目前幼兒三歲以下的高齡初產婦；(2) 35歲以後生產第二或第三胎、且目前最小幼兒三歲以下的高齡經產婦為研究的對象。

為蒐集可能的受訪名單，並增進對高齡媽媽的生育經驗與感受，研究者於2012年10月在「BabyHome 寶貝家庭親子網」成立「高齡媽媽／產婦俱樂部」網路家族，然而此一曾是國內最熱門的懷孕、育兒及教養資訊交流網站，由於所提供的留言及互動的介面，不夠活潑、也不夠即時性，因此會員不斷出走到較新興的社交網站（例如 facebook），因此在家族成員的人數成長得很慢，成員彼此之間的互動程度也很有限，因此研究者決定於2013年1月底改在 facebook 上成

立同名的社團，加入社團的成員人數及彼此互動情形有明顯改善，截至 2013 年 9 月止，已有 138 位成員加入。

原本本研究計劃組成 12-16 人的「高齡產婦焦點團體」，深入探討高齡生產的議題，建構高齡產婦的主體論述。然而，發現在未能提供託育服務的情況下，要同時集合 12-16 位家有幼兒的母親，困難度很高，因此改採半結構式的深入訪談。

本研究透過觀察高齡媽媽網路社團的成員自我介紹及互動情形，以及廣泛蒐集曾在 Baby Home 親子討論區針對高齡生產議題提問或發表意見的媽咪，在比對其自述的個人基本資料後，建立符合受訪條件的受訪者名單，並透過她們在 Baby Home 個人網頁的留言功能或 facebook 上的訊息功能，發送訪談邀請信，結果有超過 20 位符合資格的媽媽主動表達受訪的意願，經考量研究者的時間、資源與訪談人力後，並避免訪談結果受地域因素干擾，決定只邀請居住北部(新竹以北)的媽媽接受訪談。受訪者名單確定後，於 2013 年 3 月至 5 月期間在一位研究助理的協助下，密集訪談了 15 位超過 35 歲生產的婦女，訪談計劃、邀訪信與訪談同意書，請見附件一、二、三。此 15 位接受訪談的媽咪基本資料(如表二)及受訪者的個人描繪如下：

表二：受訪者基本資料

序號	受訪者	現齡 / 出生年次	婚齡	生第一胎年齡	生第二胎年齡	小孩人數 / 性別 / 年齡	全職媽媽或職業婦女	小孩主要照顧者	家庭組成	居住地區	教育程度	家庭經濟情況
1	趙小姐	40 / 62 年次	35	37	無	一女 / 一歲十個月	職業婦女 (證卷業)	娘家媽媽	與先生、孩子同住。	台北市	大學	小康但是每月的收入

												幾乎都花光。
2	錢小姐	38/ 64年 次	33	37	無	一女 ／將滿八個月	全職媽媽	自己 (娘家媽媽偶爾會幫忙)	與先生、娘家媽媽、弟弟與弟媳同住	台北市	大學	夠用(小康)
3.	孫小姐	39/ 63年 次	29	30	37	二男 、八歲與一歲八個月	職業婦女(公幼教師)	白天由公婆幫忙，晚上則是夫妻一起帶。	與先生小孩同住，但是公婆就住在隔壁。	新北市板橋區	大學	小康
4.	李小姐	37/65	32	34	無	一	職	白天	與	新	碩士	小

		年次				男 兩歲	業 婦 女 (國 小 教 師)	由 社 區 保 母 帶 小 孩 ， 晚 上 則 是 夫 妻 一 起 帶 。	先 生 還 有 小 孩 同 住 。	北 市 淡 水 區		康
5.	周小姐	43/59 年次	39	41. 5	無	一 女 \ 一 歲 半	職 業 婦 女 (證 卷 業)	小 孩 白 天 去 幼 幼 班 ， 晚 上 主 要 是 太 太 自 己 帶 。	與 先 生 還 有 小 孩 同 住	北 市	碩 士	小 康
6.	伍小姐	41/61 年次	36	38	無	一 男 / 三 歲	職 業 婦 女 (半 導 體 業)	小 孩 一 個 月 半 開 始 白 天 就 去 保 母 家 ， 晚 上 則 是 夫 妻 輪 流 帶 (因 為 太 太 有 時 候	跟 先 生 還 有 小 孩 同 住 。	新 竹 市	高 職	小 康

								要值班到半夜)。				
7.	鄭小姐	39/63 年次	29	31	38	一男 / 七歲與一女 / 一歲半	職業婦女	白天由保母照顧，晚上則由媽媽為主要照顧者。	跟先生還有小孩同住。	台北南港區	大學	還過得去
8.	王小姐	43/59 年次	34	42	無	一女 / 一歲四個月	全職媽媽	媽媽為全日的主要照顧者	跟先生還有小孩同住	桃園市	美國的大專 (college)	小康
9.	張小姐	39/63 年次	25	26	38	一男十二歲 / 一女十一個月	全職媽媽	媽媽為全日的主要照顧者	與先生及小孩同住	木柵	高職	普通

10	林小姐	42/60 年次	36	38	40	一女 / 四歲與一男 / 兩歲	職業婦女	白天由婆婆照顧小孩，晚上則由自己（先生長年在大陸工作）。	跟公婆、小叔以及二嫂住在同一棟內。	平常住林口，假日住三重娘家。	高職	小康
11	陳小姐	43/ 59 年次	26 、38	40	42	一女三歲三個月 / 一女九個月	職業婦女 (兩家全美語幼兒班的經營者)	老大當時託 24 小時保母 / 老二則是請小姑來家裡全天照料	先生、小姑、兩個女兒	新店	大學	優渥
12	馬小姐	46/56 年次	28	29	第二胎 32、第	一女 18 歲、	全職媽媽	媽媽是主要的照顧者，先生	跟先生還有小	楊梅	大學	勉強糊口

					三胎 45	一男 15歲 以及一男 2歲		有空 時也 會幫 忙	孩 同住			
13	蔡小姐	37/65 年次	29	29 (俗稱的 入門喜)	36	一男 8歲 以及一 女五個 月	全 職 媽 媽	媽媽 是全 天候 的照 顧者。	與 先生 還有 小孩 同住。	桃 園	高職 (大 陸)	小 康
14	鄭小姐	43/60 年次	39	41	無	雙 胞 胎 (二 男) 兩 歲 半	職 業 婦 女	保 母 在 家 居 住， 為全 天候 的照 顧者。	與 先生 還有 小孩 以及 保母 同住。	中 壢	研 究 所 (台 灣中 原大 學)	小 康
15	羅小姐	45/58	36	39	42	雙	全	有 聘	與	蘆	高 中	小

		年次				胞 胎 （ 一 男 一 女 ） 四 歲 、 一 男 兩 歲	職 媽 媽	請 外 藉 勞 工 協 助 照 顧 。	先 生 、 小 孩 還 有 外 籍 勞 工 同 住 。	洲		康
--	--	----	--	--	--	---	-------------	--	--	---	--	---

受訪者個人描繪

1. 錢小姐：

錢小姐受訪時 38 歲，33 歲時結婚，37 歲生下一個女兒。錢小姐目前與先生住在娘家的媽媽家，也與弟弟及弟媳同住，平日由自己一人照料小孩，但媽媽偶爾也會幫忙照顧。

雖然結婚時已屆「高齡生產」的年紀，婆家也偶爾會給壓力，但因自認不特別喜歡小孩，沒有做媽媽的心理調適與準備，而且對生產過程也有所恐懼，加上對自己體質瘦弱沒信心，因此面對親友的詢問與期待，總是能拖就拖。原先打算先看中醫調養身體，想說調養好再懷孕比較放心，沒想到還沒開始看中醫就意外懷孕了。

開始知道懷孕，她很驚恐，一時無法調適，也不興奮，但整個懷孕過程都很謹慎小心，所有醫生建議的檢查，都做了，因為自覺「不想賭這個險」。因為懷孕過程一切順利，王小姐一直不認為自己是高齡生產，唯一擔心是能陪伴小孩幾年。

2. 孫小姐：

孫小姐任教於公立幼稚園，非常健談，在言談間會不斷以自己的工作經驗以及閱讀過的相關書籍回應問題。她有兩個兒子，年紀相差了七、八歲，而跟他們的相處關係也有不同。

她本身有家族性的子宮疾病，在第一次生產時就已造成一些困擾，更使她第二次的生產過程充滿波折。不過，她的求診過程大致上很順遂，再加上她曾經受

過護專的訓練，因此即使她有一次很不愉快的產檢經驗，她仍然很正面看待醫療與高齡生產之間的關係。

3. 李小姐：

李小姐在國小工作已經十多年，目前只有一個孩子，約兩歲。她二十九歲結婚，嘗試自然受孕後半年，發現自己的卵巢阻塞，便立即選擇做試管嬰兒，第一次就成功懷了雙胞胎。但是，在生產當日卻不幸流失其中一個胎兒。

她在這樣曲折的受孕過程中，並沒有感受到醫療體制對於高齡產婦的任何偏見與歧視，雖然她在坊間也看過一些有關高齡生產的負面描繪，但是她覺得要不要採信是個人的選擇。另外，她預計今年年中進行第二次的試管受孕。

4. 周小姐：

周小姐三十九歲才選擇走入婚姻，在嘗試自然受孕的過程中，比她年長七歲的先生被檢查出精蟲的活動性過低，於是也選擇做試管嬰兒，而在第三次成功懷孕。

她的身體狀況一直十分健朗，即使是在懷孕晚期也不避諱爬山活動，因此她對於高齡生產的態度向來都很正面。而對於坊間常見對於高齡生產的負面描繪，她也沒有強烈感受。

5. 伍小姐：

伍小姐與先生交往多年，因為先生不願意走入婚姻，所以拖延至三十六歲才結婚，而且先生婚後也不想馬上有小孩，以致於婚後兩年才懷孕生子。她的懷孕過程並不因為三十八歲的年紀而有許多阻礙，也不會因為懷孕而有所特別顧忌，甚至工作到生產當日。

不過，即使她的懷孕生產不受所謂高齡限制，她仍然強調假使有選擇，她不願意高齡生子，因為怕孩子成年時要面對父母高齡的境況。另外，她並沒有任何不愉快的醫療經驗，也很強調醫療專家的意見有其重要性。

6. 鄭小姐：

鄭小姐與先生交往多年後才結婚，但是不想踏入婚姻卻是她而非她先生。她有兩次生產經驗，兩個孩子相差七歲，而在嘗試懷第二胎的過程中，曾經有兩次小產。在訪談中，提到第二次小產時，她提及當初已經懷孕 13 週，也已知道小孩性別是男孩，因此格外有感情（不過並非是因為重男輕女的心態），所以在訪談中情緒一度崩潰痛哭。

而兩次生產與照顧的經驗大同小異，她並不覺得第二次的經驗比較辛苦，不過，即使她覺得醫生沒有惡意，但是她說她很不喜歡醫生提到她的年紀，而且她在面對其他年輕媽媽時也會覺得自己生第二胎時年紀過大。

7. 王小姐：

王小姐在 34 歲結婚，整整花了八年求子，過程相當艱辛。她說，她在這八年內歷經了四次流產，四處求醫卻無法找出確切原因。之後在台北醫學院給予卵巢老化的診斷，但是在她以試管懷孕成功後，原本在胎中的雙胞胎很快就又流失一個，接著她自己上網搜尋資料，懷疑自己之前的不孕與免疫系統運作不良有關，便去尋找也提出這樣主張的醫生，進而獲得證實。而在懷孕期間爲了保住胎兒，不但不避諱打類固醇更服用奎寧等藥物。她在產子之後，還因爲深感自己處境的辛苦，決定在臉書成立一個秘密社團，以召集有相同處境的女性共同交流，而目前社團內有超過兩百位的成員，裡頭有三十五歲以上也有較爲年輕的女性。

因此，高齡對她這個歷程而言，她並不覺得扮演著關鍵性的因素。即使她也會擔心體力的日漸衰退，以及女兒很快就得面對父母的老年期，她同時也覺得高齡時再生產，除了心性較爲成熟之外，也有經濟上較爲穩定的優勢。

8. 張小姐：

張小姐 25 歲結婚、26 歲就生下老大，卻在隔了 12 年之後意外懷孕。由於是易流產體質（曾經有七、八次的流產經驗），懷孕過程非常辛苦，常要格外留意，時時得安胎，雖然處處小心，但前後兩胎都是早產。由於老大是過動兒，加上當時身爲新手媽媽，完全沒有經驗，育兒過程極端辛苦。但是隔了十二年後，雖然懷孕過程依然辛苦，甚至感覺更爲疲累，但養育的過程卻覺得更輕鬆。基於宗教信仰，雖然老大是過動兒，加上懷老二時已屆高齡，仍然決定不做羊膜穿刺。雖然新成員的加入，使得經濟負擔頗爲吃緊，但到目前爲止，老二的成長與發育得很好，讓她感受到身爲母親的快樂與滿足，因此深覺老二是上帝的恩賜，也絲毫不覺得有體力不好的問題。

11. 洪小姐：

洪小姐之所以會晚於三十五歲懷孕生產，是因爲在三十歲之前有過一段不長的婚姻（只有一年），接著過了七年才又再婚。而再婚後於 38 歲以及 40 歲總共產下二子（一女一男），兩次經驗皆是自然的受孕與生產。在詢問懷孕生產過程是否有任何不適，她都說沒有印象，雖然第一胎是早產兒，不過她提到那時剛好父親過世，所以身心皆疲以致嬰兒早產。至於第二胎她只記得懷孕早期有出血現象，但是她就是按照醫師指示安胎，並沒有找中醫師或者其他偏方補身。

而雖然她的懷孕生產經驗很正面，旁邊的高齡朋友們也有不少順利懷孕產子，她還是一直強調，聽醫生的話以及做該做的檢查很重要，她並不認爲之前的任何擔憂都是白費的。

12. 馬小姐：

馬小姐在四十四歲意外懷孕，於四十五歲生下第三胎，而懷孕與生產的過程

都非常順利，她覺得因為已經有兩次經驗，因此並沒有感到格外辛苦。另外，她提到自己會比年輕媽媽還要多些耐心，不過除此之外她並沒有感覺到自己跟那些媽媽有什麼差異。

她在醫療方面並沒有遇到任何不愉快的經驗，也沒有特意去尋求西醫之外的醫療協助，她說就是好好的做檢查。而當談到醫療檢查的風險時，她雖然也覺得擔憂，但是她認為該做的檢查還是得做。最後談到高齡媽媽的需求時，她指出高齡媽媽與年輕媽媽相較，生產前會被醫生建議或直接施以較多的檢查，而這些檢查假使是自費的，索價通常不低，她覺得這對高齡產婦是個沈重的負擔。

13.蔡小姐：

蔡小姐是大陸東北人，在 29 歲時嫁到台灣，先生比她大了十二歲。她懷孕生子的最大阻礙並不是年齡因素，而是婆媳關係。她說自己的婆婆在十五歲就生下第一胎，雖然年紀並不老，但是有很多老舊的觀念，像是在她拼第二胎的時候，婆婆前來辱罵且阻擋，理由是覺得她年紀這麼大了還要生小孩很丟臉，而婆婆這樣的對待也讓她毅然決定冷凍婆媳關係，目前兩人已經快一年沒有來往。

另外一方面，在訪談時她一直強調接受檢查的重要性，也說自己在醫療上面沒有什麼不愉快不舒服的經驗。但是在我提及其他受訪者在看婦產科醫師時，曾經被醫生吐槽年紀太大，而感到很不高興時，她立即就說自己也有這樣的經驗，並且發現這樣的經驗都源自於女性的婦產科醫師。她認為，她遇到過的較年長的男性婦產科醫師反而對她是比較溫柔且尊重的。

14.鄭小姐：

鄭小姐之所以在高齡懷孕生子是因為晚婚，她笑說自己一直都沒有找到理想對象，所以就這樣拖延到 39 歲才進入婚姻。不過她並沒有擔心過會成為高齡產婦，她覺得晚婚生子也有好處，像是經濟比較穩定還有個性更為有耐心等等。雖然她在懷孕的過程中有些波折，最後是經由人工受孕才產下一對雙胞胎，而她因為覺得不能自然受孕就是不孕症，所以在訪談中屢次用不孕症形容自己的狀態。除此之外，她並不覺得目前的醫療體系對高齡懷孕生產有任何歧視或偏見，她也提出中醫跟西醫的診療方式不同，會相互干擾。

不過，最後談到假使可以給現在的西醫醫療體系建議，她卻強調，有些診所為了賺錢，會建議有不孕症的女性先注射不必要的藥物，她針對這點也舉了一些案例。因此，她覺得應該要廣為教育醫生還有求診者，不要因此而多花了冤枉錢。

15.羅小姐：

羅小姐也是晚婚，她說自己本來是不婚族，所以對於高齡產婦的資訊也從來不關心。而結婚後半年沒有懷孕，她去婦產科檢查後當下就決定要做人工受孕。她形容自己決定要生小孩之後就開始勤做功課，會上網以輸入關鍵字的方式尋找相關資訊，並且會詢問親友是否有更合適的醫生與診所。接著她在結婚第二年就

人工受孕成功，產下一對雙胞胎，不過原本以為自己的生育能力每況愈下的她，竟然在兩年後自然受孕又產下第三個孩子。

談到醫療經驗，她反覆強調就是找好的醫生跟診所，並且放鬆心情，而被問到是否有不愉快的回憶，她一直說沒有。但是，在訪談的最後，當被詢問是否想要對這次訪談給予建議時，她反問其他受訪者有不愉快的醫療經驗嗎？而在我舉了幾個例子之後，像是醫療人員很冷漠粗魯，或者是診所建議不必要的療程以多收費用等，她才回應，她的確也遇到過不少冷漠且不回應她提問的醫療人員，不過她還是覺得自己消化這樣的經驗就好，不用放在心上。另外，她也曾經有朋友被不當診所剝削的經驗，她同意這的確也是該注意的事項，但她還是強調這些都是個體可以解決與面對的狀況，個體不該被醫療體系所影響。

伍、研究結果與討論

本研究業已完成資料蒐集，並利用質性研究分析輔助軟體NVivo10，根據主題或範疇對所有資料內容加以編碼，並尋找意義中的變化和細微差異，以及概念間的關連性，接著將完成研究結果的分析與書寫，論文完成後將投稿學術期刊，期望能將研究成果正式對外發表。

參考書目

- 丁素珠、陳春菊（2005）。〈照顧一位高齡初產婦產後初期之護理經驗〉，《高雄護理雜誌》，22（1）：37-49。
- 內政部戶政司（2012）〈育齡婦女生育率〉，《內政部統計年報》。2012年1月20日取自 <http://sowf.moi.gov.tw/stat/year/y02-04.xls>
- 王子芳（1996）。〈文化價值與生育行為〉收錄於李從業等著《實用產科護》，145-151頁。台北：華杏。
- 吳韻儀（2002）。〈無子女浪潮來襲：要升遷，還是要生小孩〉，《Cheers雜誌》，23：34-41。
- 胡蓮珍（2001）。〈一位處於婚姻衝突的高齡初產婦於產後的調適行為及護理〉，《醫護科技學刊》，3（3）：279-286。
- 唐文慧、劉仲冬（2002.1.1）〈高齡不利優生？另類恐怖主義！〉，《中國時報》。

- 孫吉珍、李從業、劉淑娟（1997）。〈施行羊膜穿刺術對高齡孕婦的意義〉，《護理研究》，5（2）：171-181。
- 孫瑞瓊（2001）。《高齡孕婦面對羊膜穿刺術之經驗歷程與因應行爲》，國立陽明大學臨床護理研究所碩士論文。
- 張明政、李美慧（2001）〈臺灣地區人口轉型後之生育趨勢與發展〉，《人口學刊》，23：93-112。
- 張靖梅、余玉眉（2004）。〈高齡孕婦或之須接受羊膜穿刺術至實際執行期間之經歷〉，《醫護科技學刊》，7（1）：56-69。
- 梁淑惠（2006）。《老天爺送的禮物至中年意外懷孕的親職經驗》。嘉義大學家庭教育研究所碩士論文。
- 莫藜藜、賴珮玲（2004）。〈臺灣社會「少子化」與外籍配偶子女的問題初探〉，《社區發展季刊》，105：55-65。
- 許晏瑜（2010）。《高齡產婦生育風險之新聞內容分析》。國立中正大學電訊傳播研究所碩士論文。
- 陳志娟（2010）。《比較年輕及高齡初產婦產後初期之母育信心與社會支持》。臺灣大學護理學研究所碩士論文。
- 黃意萍、余清祥（2002）。〈臺灣地區生育率推估方法的研究〉，《人口學刊》，25：145-171。
- 楊玉娥（1998）。〈三十五歲以上高齡孕婦的經驗歷程及護理需求---一個現象學研究〉，行政院國家科學委員會研究計劃成果報告（計畫編號：NSC-88-2314-B-037-016）。
- 楊慧貞、陳彰慧（2007）。〈歷經重複性妊娠失敗再度懷孕的高齡孕婦於住院安胎期間之行爲表現〉，《護理雜誌》，54（3）：53-60。
- 熊雅蕾（2009）。《高齡初產婦母職歷程與社會支持之探究》。元智大學資訊社會研究所碩士論文。
- 鄧映君（1996）。《和上帝搶時間的一群：四十歲以上高齡初胎孕婦之生活處境及因應行爲的探討》。國立台灣大學護理學研究所，台北。

- 賴玉敏 (2003)。《高齡初產婦產後初期執行新生兒照護之自我期許行爲》。國立台灣大學護理研究所碩士論文。
- 顏兆雄 (1991)。〈高齡產婦〉，《國防醫學》，12 (1)：55-60。
- Nalcy J. Chodorow 著、張君玫譯 (2003)。《母職的再生產：心理分析與性別社會學》(*The Reproduction of Mothering: Psychoanalysis and the Sociology of Gender*)。台北市：群學。
- Simon de Beauvoir 著，陶鐵柱譯 (1999)。《第二性》(*The Second Sex*) 台北：貓頭鷹。
- Blum, M. (1979). Is the elderly primipara really at high risk? *Journal of Perinatal Medicine*, 27: 49-52.
- Boivin, J., Rice, F., Hay, D., Harold, G., Lewis, A., van den Bree, M.M., Thapar, A. (2009). Associations between maternal older age, family environment and parent and child wellbeing in families using assisted reproductive techniques to conceive. *Social Science & Medicine*, 68(11): 1948–1955.
- Brownstein, Joseph (2009). The Older the Father, the Less Intelligent the Child? *ABC News Medical Unit*, 上網日期：2011 年 1 月 20 日，取自 <http://oaklandcountymoms.com/homenews/753-the-older-the-father-the-less-intelligent-the-child>.
- Bruce, G. (1987). So you want to be a midlife mom? *East West Journal*, 17: 45-50.
- Colen, Shellee (1995). Like a Mother to Them? Stratified Reproduction and West Indian Childcare Workers and Employers in New York. In Faye D. Ginsburg & Rayna Rapp (eds.) *Conceiving the New World Order: The Global Politics of Reproduction*, 78-102. London: University of California Press.
- de Lee, J.B. (Ed.). (1929). *Principles and Practice of Obstetrics*. (5 ed.) Philadelphia: W.B. Saunders.
- Fabe, M. & Wikler, N. (1979). *Up against the Clock*. New York: Warner Books.
- Fairclough, Norman (1995) *Media Discourse*. London: Edward Arnold.
- Firestone, Shulamith (1979). *The Dialectic of Sex: The Case for Feminist Revolution*.

London: The Women's Press.

- Fliehr, R.R. (1956). Management of the elderly primigravida. *Obstetrics and Gynecology*, 8: 494-499.
- Foucault, Michel (1980). *Power/Knowledge: Selected Interviews and Other Writings 1972-1977*, edited by Colin Gordon. London: Harvester.
- Friedman, E.A. & Sachtleben, M.R. (1965). Relation of maternal age to the course of labor. *American journal of Obstetrics and Gynecology*, 91: 915-924.
- Guttmacher, A. (Ed.). (1957). *Pregnancy and Birth : A Book for Expectant Parents*. New York: Warner Viking.
- Hayden and Hallstein (2010). Introduction. In Sara Hayden and D. Lynn O'Brien Hallstein. Lanham (eds.) *Contemplating Maternity in an Era of Choice: Explorations into Discourses of Reproduction*. MD: Lexington Books..
- Jolly, M., Sebire, N., Harris, J, Robinson, S. & Regan, L. (2000). The risks associated with pregnancy in women aged 35 years or older. *Human Reproduction*, 5 (11): 2433-2437. doi:10.1093/humrep/15.11.2433.
- Kirz, D.S., Dorchester, W., & Freeman, R.K. (1986). Advanced maternal age: The mature gravida. *American journal of Obstetrics and Gynecology*, 152: 7-12.
- Light, W., & Fenster, C. (1974). Maternal concerns during pregnancy. *American journal of Obstetrics and Gynecology*, 118: 46-50.
- MacDorman, M. F., Minino, A. M., Strobino, D. M., & Guyer, B. (2002). Annual summary of vital statistics—2001. *Pediatrics*, 110: 1037–1052.
- Mansfield, P. K. (Ed.). (1986a). *Pregnancy for Older Women : Assessing the Medical Risks*. New York: Praeger.
- Mansfield, P. K. (1986b). Reevaluating the medical risks of late-life childbearing. *Women and Health*, 11: 37-60.
- Mansfield, P. K. (1988). Midlife Childbearing: Strategies of Informed Decisionmaking. *Psychology of Women Quarterly*, 12:445-460.
- McCauley, C. G. (1976). *Pregnancy after 35*. New York: Pocket Books.

- McMahon, Catherine A., Gibson, Frances L., Allen, Jennifer L. & Saunder, Douglas (2009). Psychosocial adjustment during pregnancy for older couples conceiving through assisted reproductive technology. *Human Reproduction*, 22(4): 1168–1174.
- O’ Sullivan, J.F. (1960). The elderly primigravida. *Journal of Obstetrics and Gynecology of the British Empire*, 67: 265-270.
- Price, J. (Ed.). (1977). *You're Not Too Old to Have A Baby*. New York: Farrar, Strauss, & Giroux.
- Rich. A. (1986) *Of Woman Born: Motherhood as Experience and Institution* (Tenth Anniversary Edition) . (pp. 71-72: 168-169). New York: W W Norton & Company.
- Saha, S., Barnett, A., Foldi, C., Burns, T., Eyles, D., Buka, S., McGrath, J., (2009). Advanced Paternal Age Is Associated With Impaired Neurocognitive Outcomes during Infancy and Childhood. *PLoS Medicine*, 6(3): e40.
- Shelton, J. F., Tancredi, D. J & Hertz-Picciotto, I. (2010). Independent and dependent contributions of advanced maternal and paternal ages to autism risk. *Autism Research*. 3(1): 30-9.
- Spain, K.C. (1912). Childbirth in elderly primiparse. *American Journal of Obsterics*, 65: 421-428.
- Ventura, S. J. (1989). First births to older mothers, 1970–86. *American Journal of Public Health*, 79: 1675–1677.
- Ventura, S. J., Martin, J. A., Curtin, S. C., Mathews, T. J., & Park, M. M. (2000). *Births: Final data for 1998*. National Vital Statistics Report, 48: 1–100.
- Weisl, B.A.G. (1953). A five year study of elderly primiparas. *American Journal of Obsterics and Gynecology*, 66: 1235-1247.
- Windridge, Kate C.& Berryman, Julia C. (1999). Women’s Experiences of Giving Birth After 35. *Birth*, 26: 1.

附件一：訪談計劃

訪談主題：高齡婦女生育的醫療障礙與社會反思

訪談目的：

- 一、 描述、理解高齡產婦對高齡生產的感知與詮釋
- 二、 描述、理解高齡產婦在懷孕及生產過程中如何被醫療化及病理化
- 三、 描述、理解高齡產婦對高齡生產歧視的及醫療偏見的回應
- 四、 描述、理解高齡產婦的正面生產經驗
- 五、 訪談方法：半結構訪談

訪談對象：

高齡初產婦 (35 歲以後生產第一胎、且目前幼兒三歲以下的婦女)

高齡經產婦 (35 歲以後生產第二或第三胎、且目前最小幼兒三歲以下的婦女)

訪談題綱：

一、請問您基於什麼樣的原因或考量，會在 35 歲以後懷孕生產？(當時知道懷孕的時候，心情如何？當時有意識到自己是所謂的「高齡產婦」嗎？第一次聽到「高齡產婦」這個名詞是在什麼時候、什麼情況之下？您對「高齡產婦」的理解是什麼？您對「高齡產婦」的這些知識或常識，是從哪些管道獲得的？及其他相關問題。)

二、請問您在整個懷孕與產檢的過程中，曾經聽到或看到哪些針對高齡產婦的資訊或醫療措施？(您當時有因為自己年齡已超過 35 歲，而對懷孕或生產過程感到擔心嗎？擔心些什麼？伴侶及家人怎麼說？醫生有做任何有關高齡生產的提醒或警告嗎？您有因為自己是所謂「高齡產婦」而有什麼特別的顧忌或考量嗎？對於一些負面的或強調高齡生產風險的資訊或勸告，您有何看法？及其他相關問題。)

三、請問您曾因為自己的「高齡生產」而多做了什麼樣的保健或產檢項目嗎？(您的考慮是什麼？您在決定施作前，是否有參考一下相關資訊？哪裡獲得的資訊？有任何的擔心嗎？醫生怎麼說？最後為何決定去做或不做？後來您對這個決定有何意見？您覺得在整個決定及實際施作的過程中，讓您感到最擔心或最不舒服

的部分是什麼？及其他相關問題。)

四、請問您的生產過程如何？(依您個人經驗，您認為所謂的「高齡產婦」您個人在生產過程、產後恢復、及新生兒照料(三項分開問)上，與年輕媽媽有哪些不同？您認為感受最深的是什麼？您認為「高齡媽媽」在懷孕、生產及育兒(三項分開問)上，有什麼優勢與劣勢(例如體力、經濟、心態或其他方面)？及其他相關問題。)

五、請問如果有其他超過三十五歲的婦女朋友，剛得知懷孕了，您會想對她說些什麼？(以過來人經驗，您會給她什麼提醒或建議？回顧您個人「高齡」懷孕及生產的過程，實際的體驗與之前的擔憂是否有所不同(是否有哪些之前的擔憂，事後證明是多慮？)您認為醫生及一般大眾對「高齡生產」的媽媽是否有偏見或歧視(是哪些偏見或歧視)？您認為對「高齡產婦」、「高齡媽媽」該有哪些「正確」的觀念及做為？及其他相關問題。)

附件二：邀訪信

親愛的媽咪您好：

我是世新大學性別研究所副教授陳明莉，目前正在進行一項國科會贊助的研究計劃，目的是想了解台灣「高齡產婦」懷孕及生產的經驗及感受，研究結果希望能對未來的「高齡產婦」提供一些助益。我們想邀請 (1). 35 歲以後生產第一胎、且目前幼兒三歲以下的婦女；或 (2). 35 歲以後生產第二或第三胎、且目前最小幼兒三歲以下的婦女，所以希望能有機會用訪談的方式跟您當面請教。

一次訪談大約花費一個半至兩小時，訪談時間及地點由您來決定。您的經驗非常寶貴，衷心希望您能接受我們的邀請，所有訪談資料都僅供研究之用，即使寫成論文，也會以匿名的方式呈現，請您放心。訪談結束後我們會送您一張價值一千元的郵局禮券，作為謝禮。

如您同意受訪，請簡單回覆，告知您的聯絡方式 (email、電話或 FB 帳號)，我及研究助理將會進一步與您聯繫，非常謝謝您！

祝您
平安如意！

世新大學性別研究所副教授 陳明莉 敬上 2013.3

陳明莉 (研究主持人)
世新大學性別研究所副教授
電話：xxxxxxxxxx
Email: xxxxx@cc.shu.edu.tw

蔡仙笛 (研究助理)
世新大學性別研究所研究生
電話：xxxxxxxxxx
Email: xxxxxx@hotmail.com

附件三：參與訪談同意書

參與訪談同意書

您好，我是世新大學性別研究所副教授陳明莉，目前正在進行一項國科會贊助的研究計劃，目的是想了解台灣「高齡產婦」懷孕及生產的經驗及感受，研究結果希望能對未來的「高齡產婦」提供一些助益。

在訪談的過程中，您可以根據自己的實際情況來分享您的經驗；您有權決定回答的內容和深度，如果您想結束訪談，可以依意願隨時終止談話。

所有訪談資料都僅供研究之用，即使寫成論文，也會以匿名的方式呈現，請您放心。訪談結束後我們會送您一張價值一千元的禮券，作為謝禮。

若有任何疑問，您有權利請訪談者作進一步的說明。

世新大學性別研究所副教授

敬上

現在，我已明白研究過程、資料運用以及我參與研究的權利及義務。因此，我願意接受有關「高齡產婦懷孕及生產經驗」的訪談。

訪談者：_____

受訪者：_____

日期：中華民國 年 月 日

國科會補助計畫衍生研發成果推廣資料表

日期:2013/10/25

國科會補助計畫	計畫名稱: 高齡婦女生育的醫療障礙與社會反思 (GM01)
	計畫主持人: 陳明莉
	計畫編號: 101-2629-H-128-001- 學門領域: 文化研究
無研發成果推廣資料	

101 年度專題研究計畫研究成果彙整表

計畫主持人：陳明莉		計畫編號：101-2629-H-128-001-					
計畫名稱：高齡婦女生育的醫療障礙與社會反思 (GM01)							
成果項目		量化			單位	備註 (質化說明：如數個計畫共同成果、成果列為該期刊之封面故事...等)	
		實際已達成數 (被接受或已發表)	預期總達成數 (含實際已達成數)	本計畫實際貢獻百分比			
國內	論文著作	期刊論文	0	0	100%	篇	
		研究報告/技術報告	0	0	100%		
		研討會論文	0	0	100%		
		專書	0	0	100%		
	專利	申請中件數	0	0	100%	件	
		已獲得件數	0	0	100%		
	技術移轉	件數	0	0	100%	件	
		權利金	0	0	100%	千元	
	參與計畫人力 (本國籍)	碩士生	0	0	100%	人次	
		博士生	0	0	100%		
		博士後研究員	0	0	100%		
		專任助理	0	0	100%		
國外	論文著作	期刊論文	0	0	100%	篇	
		研究報告/技術報告	0	0	100%		
		研討會論文	0	0	100%		
		專書	0	0	100%		章/本
	專利	申請中件數	0	0	100%	件	
		已獲得件數	0	0	100%		
	技術移轉	件數	0	0	100%	件	
		權利金	0	0	100%	千元	
	參與計畫人力 (外國籍)	碩士生	2	2	100%	人次	
		博士生	0	0	100%		
		博士後研究員	0	0	100%		
		專任助理	0	0	100%		

<p>其他成果 (無法以量化表達之成果如辦理學術活動、獲得獎項、重要國際合作、研究成果國際影響力及其他協助產業技術發展之具體效益事項等，請以文字敘述填列。)</p>	<p>無</p>
--	----------

	成果項目	量化	名稱或內容性質簡述
科 教 處 計 畫 加 填 項 目	測驗工具(含質性與量性)	0	
	課程/模組	0	
	電腦及網路系統或工具	0	
	教材	0	
	舉辦之活動/競賽	0	
	研討會/工作坊	0	
	電子報、網站	0	
	計畫成果推廣之參與(閱聽)人數	0	

國科會補助專題研究計畫成果報告自評表

請就研究內容與原計畫相符程度、達成預期目標情況、研究成果之學術或應用價值（簡要敘述成果所代表之意義、價值、影響或進一步發展之可能性）、是否適合在學術期刊發表或申請專利、主要發現或其他有關價值等，作一綜合評估。

1. 請就研究內容與原計畫相符程度、達成預期目標情況作一綜合評估

達成目標

未達成目標（請說明，以 100 字為限）

實驗失敗

因故實驗中斷

其他原因

說明：

2. 研究成果在學術期刊發表或申請專利等情形：

論文： 已發表 未發表之文稿 撰寫中 無

專利： 已獲得 申請中 無

技轉： 已技轉 洽談中 無

其他：（以 100 字為限）

3. 請依學術成就、技術創新、社會影響等方面，評估研究成果之學術或應用價值（簡要敘述成果所代表之意義、價值、影響或進一步發展之可能性）（以 500 字為限）

目前高齡產婦面臨的是相當不友善的環境，不但必須面對醫療體系所共同認定的「高風險障礙」，甚至必須面對社會的偏見與歧視。事實上，不論任何年齡，懷孕過程都是個充滿不確定性的重大生命事件，都是一種心理與生理極大的考驗，然而，醫療體系與社會大眾對於高齡生育的歧視與偏見，使得高齡產婦的懷孕及生產過程，更加充滿焦慮與壓力。因此，如何跨越此一障礙是很多高齡婦女常常必須面對的難題。

本研究旨在以女性主義的角度，以高齡產婦的生育經驗為基礎，建構高齡婦女生育的主體論述，去打破醫療體系的一元論觀點，為高齡婦女，甚至年輕婦女創造一個比較免於緊張、焦慮、恐懼的環境，最終目的在讓婦女對於生育時間的安排，獲取更多自主性的空間。此一研究若順利完成，其具體的影響評估如下：

一、打破醫療體系對高齡產婦的一元論觀點。

二、跨越高齡婦女生產的醫療障礙。

三、建構高齡婦女生產的友善環境。

四、爭取婦女在生育時間安排更自主的空間。