

南 華 大 學

社會學研究所

碩士論文

母乳哺育計畫與個別行動者接軌的可能：

從母乳支持團體的觀點分析

Exploring the Connection Between  
Breastfeeding Policy and Individuals:

From the Aspects of Breastfeeding Support Peer Groups

研 究 生：馮曉蘋

指導教授：蘇峰山 博士

中華民國九十四年七月

# 南 華 大 學

社會學研究所

碩 士 學 位 論 文

母乳哺育計畫與個別行動者接軌的可能：  
從母乳支持團體的觀點分析

研究生： 馮曉蘋

經考試合格特此證明

口試委員：蘇 峰 山  
黃 美 智  
周 平

指導教授：蘇 峰 山

系主任(所長)：蔡 本 瑞

口試日期：中華民國 九十四年 六月 十五日

## 摘要

1980年代，世界衛生組織開始強調母乳的重要性、使用配方奶粉的風險，並呼籲會員國訂立哺乳政策。1992年台灣跟隨國際潮流，由衛生署擬定母乳哺育推廣計畫，在多數婦女都在醫院生產的背景下，衛生政策透過考核壓力，迫使產科機構轉型為母嬰親善醫院，由醫護人員臨床協助婦女哺乳。此後關於臨床哺乳的文獻逐漸累積，歸結出婦女因個人意願而不願哺乳。隨著民間母乳支持團體成員、若干兒科醫師的持續發聲，援引系統知識指陳產科照護流程制度性地箝制了婦女的哺乳能力，宣稱婦女哺乳與否並非個人意願的問題，將哺乳議題指向醫療制度面的討論。不過該類團體仍停留在小眾推廣的階段，沒有產生廣大的影響力。本研究透過參與觀察、訪談以及文獻探討，進一步理解民間母乳支持團體對產科制度的批判，以及團體擴張無效的原因。

研究發現，1960年代台灣滿月的嬰兒幾乎以母乳哺餵，隨著產婦集中醫院生產、廠商免費提供配方奶粉給醫院、醫院採用配方奶粉集中瓶餵新生兒，形塑穩固的瓶餵行為與論述，母乳哺育率逐年下降。

1992年後產科機構面臨政策壓力而改革，但是人事成本控制、分科照護設計、醫護人員缺乏職前哺乳教育、哺乳與醫療未形成整體觀，故不易產生制度性的變革。此外，醫護人員容易視哺乳為醫療問題，忽略出院產婦需要社會支持，未能與母乳支持團體建立對等的合作關係。

母乳支持團體因為提供系統知識，增加婦女反思常民養育觀、抵抗產科規訓的能量，使婦女藉由知識重新肯定哺乳行為、堅持哺乳。不過團體缺乏由下而上改變產科制度設計的企圖，僅能協助哺乳意願較強、主動求助的婦女，以小眾模式推廣。我們歸結出，產科機構未預設婦女必然哺餵母乳的情況下，廣設母乳支持團體對提升母乳哺育率的效果十分有限。

關鍵詞：母乳哺育推廣計畫、國際母乳會中華民國總會、母乳支持團體

## **Abstract**

In 1980s, World Health Organization (WHO) begins to emphasize the importance of breastfeeding and the risk of infant formula, and to call upon the member states to conclude the breastfeeding promotion policy. Taiwan followed the international trend in 1992. The health policy has been drafted by National Health Administration. With women concentrating to labor in hospital, the hygiene policy forces the hospital of obstetrical department to make the transition for the baby-friendly hospital in order to help women to nurse clinically. Since 1992, relative discussing has been accumulated gradually. The main opinion that will be nursed or not is put in woman's personal will. As the folk breastfeeding support peer groups and some pediatricians' lasting sound, they quote systematic knowledge and mean the way that obstetrical department take care of mothers and babies is improper. And then declare that it is not a question of the personal will whether women nurse or not, the prenatal procedure of obstetrical department will disable women's nursing ability gradually. They shift the issues of breastfeeding from a personal approach to an institutional approach. But such groups' influence is still small. In the research, we try to understand more clearly what the folk breastfeeding support peer groups criticize obstetrical department for the improper way to take care of mothers and babies, and the hindrance of the groups' expanding.

According to our research, most one-month babies in 1960s were breast-fed. As woman concentrated to labor in hospital, manufacturers of infant formula offered their production to hospital for free, and the babies in hospital were bottle-fed together, mould the firm bottle-feeding behavior and discourse. The breastfeeding rate dropped year by year.

The obstetrical department faced the policy pressure and reformed after 1992, but personnel cost control, the caring design of separating mothers and babies, the training of medical personnel lack of breastfeeding programs, breastfeeding and medical treatment being thought as two different parts, it is difficult to produce the institutional change. In addition, the medical personnel is apt to regard nursing as the medical question, neglect women's need of the social support, so as to fail to establish reciprocity cooperation with the breastfeeding

support peer groups.

The breastfeeding support peer groups offer systematic knowledge to women, increase their ability to introspect the view of the local way rearing children and the rule of obstetrical department, make women insist on nursing again with knowledge. But the groups lack the attempt changing the system design of obstetrical department from bottom to top, can only help women with strong will and asking for help voluntarily. We sum up, the hospital of obstetrical department has not preserved under the situation that women must breast-feed, establishing in a wide range of breastfeeding support peer groups to be very limited to the result which improves the breastfeeding rate.

Key words: Breastfeeding Promotion Policy, La Leche League R.O.C.,

Breastfeeding Support Peer Group

# 章節目錄

圖目錄 .....	II
表目錄 .....	II
第一章 緒論 .....	1
第一節 研究背景與目的 .....	1
第二節 文獻探討 .....	5
第三節 研究觀點與資料來源 .....	17
第四節 分析策略與限制 .....	20
第五節 章節安排 .....	22
第二章 瓶餵普及化的制度性因素 .....	24
第一節 母乳代用品的營養論述 .....	24
第二節 瓶餵普及化的歷程 .....	25
第三節 母乳價值、哺乳環境的惡化 .....	29
第三章 產科機構推行哺乳的困境 .....	32
第一節 醫院管理制度、與醫護人員養成 .....	32
第二節 哺乳「醫療化」的困境 .....	38
第三節 產科機構與母乳支持團體的銜接 .....	43
第四章 民間母乳支持團體的運作邏輯 .....	46
第一節 組織的基本運作形式 .....	47
第二節 組織擴張型態的變化 .....	49
第三節 提升哺乳率的運作邏輯 .....	55
第四節 延長哺乳時間的運作邏輯 .....	61
第五節 組織擴張的窒礙因素 .....	68
第五章 母乳支持系統裡的行動者 .....	70
第一節 基層護理人員的犧牲奉獻角色 .....	71
第二節 產兒科醫師的自願缺席 .....	75
第三節 母乳支持團體的反身性色彩 .....	78
第六章 結論與討論 .....	82
第一節 結論 .....	82
第二節 研究限制 .....	83
第三節 建議 .....	86
參考文獻 .....	89

## 圖目錄

圖 1	1981-2004 年哺乳相關文獻數量統計	10
圖 2	1958-1998 年嬰兒接生人員別比率圖	28

## 表目錄

表 1	台灣地區的母乳哺育支持系統	4
表 2	台灣 2003 年嬰兒哺育率（以全台抽樣調查結果推論）	4
表 3	瑞典 2000 年嬰兒哺育率（地區性醫院通報統計資料）	4
表 4	台灣母嬰親善醫院、非母嬰親善醫院哺餵方式別（全台抽樣）	12
表 5	農復會調查全省十六鄉村接生情況（1951 年）	27
表 6	國際母乳會花蓮小組聚會系列主題	49
表 7	本研究採用文獻的臨床哺乳作業研究人員別	71-72
表 8	本研究採用文獻的研究對象別	85

# 第一章 緒論

## 第一節 研究背景與目的

二十世紀以來，許多國家共同經歷母乳哺育率急速下跌的現象，這波趨勢始於歐美，爾後擴散到其他地區。直到 1980 年代世界衛生組織（World Health Organization, WHO）呼籲母乳的重要性、強調使用配方奶粉的風險，其會員國才逐漸透過衛生政策、醫療改革拉抬母乳哺育率。如同歐美各國的發展軌跡一般，台灣地區的母乳哺育率大約在 1960 年代以降逐年下滑<sup>1</sup>。根據 1989 年衛生署保健處委託國防醫學院的調查結果，當年度全台婦女產後一個月的純母乳哺育率為 5.8%、混合哺育率<sup>2</sup>為 25%（衛生署母乳哺育網，2005）。

台灣的母乳哺育運動始於民間。1984 年左右，美籍人士戴瑪利跟隨擔任牧師的先生渡海來台傳教，因為推崇母乳，除了親自哺育自己的一雙兒女，並向國際母乳會總會申請諮詢員（leader）的資格，經過年餘訓練，戴瑪利開始在醫院、媽媽教室、百貨公司示範哺乳技巧，辦理地區性聚會，主要活動地區在中部（聯合晚報，1994）。1989 年，現職台中榮民總醫院兒童醫學部新生兒科的陳昭惠醫師因聚會而結識戴瑪利，後續與護理長聶健文和一群熱心的媽媽在台中榮總推廣母乳（陳昭惠，2002：X III-X IV）。1993 年，國際母乳會產生兩位本國籍的諮詢員，以每月一次的專題演講、電話諮詢，解決求助者的哺乳困擾（聯合晚報，1997b）。

成員除了身體力行、宣導哺乳，也對當時產科機構使用配方奶粉廠商的免費樣品、醫護人員對院內哺乳態度消極提出批判（民生報，1989a），但顯然沒有獲致廣大迴響，從國際母乳會組織擴張形式來看，與會者主要透過朋友口耳相傳而參加聚會（民生報，1994a）。此外，會員也呈現階段性的類同屬性，早年參加聚會者多為外籍人士或自國外返台的女性（民生報，1989b），後期本國籍會員的特色是哺乳態度十分積極，該會諮詢員表示「母乳會比較能夠幫助的是授乳意願非常強的母親，在社會推廣方面，比較無法著力。」（聯合晚報，1994、1997b），易言之，早期民間團體以社會網絡擴張、「小眾」模式推廣，主在協助哺乳意願強烈的婦女，並沒有產生大規模的影響力與社會壓力。

母乳哺育政策層面的改革始於 1992 年，該年行政院衛生署配合 WHO 於 1981 年呼籲的「國際母乳代用品銷售守則」（The International Code of Marketing of Breast-Milk Substitutes）（立法院公報，1998），公告禁止廠商促銷部分配方奶粉、禁止廠商到醫院發放置育嬰手冊給孕婦，同時規定嬰兒在醫院使用的配方奶粉必須以購買的方式取得（立法院公

<sup>1</sup> 早期對於哺乳率的研究並不多，就目前可見的資料中，台灣最早的哺乳率統計為台灣省婦幼衛生研究所於 1962 年針對台中地區婦女的調查，當時婦女產後一個月內的哺乳率為 95%，見衛生署母乳哺育網資料。衛生署母乳哺育網（<http://www.bhp.doh.gov.tw/breastfeeding>），為行政院衛生署國民健康局設立的網站，內容整合母乳哺育相關的資訊，包括國內哺乳政策概述、國際母乳哺育週介紹、國內哺乳研究文獻清單，以及哺乳婦女所需要的社會資源（母嬰親善醫院名單、哺乳諮詢專線、母乳哺育推廣團體聯絡方式）等。

<sup>2</sup> 混合哺餵，指兼用母乳與配方奶粉哺餵嬰兒。

報，1997)，擬定 1993 年 7 月至 1997 年 6 月為期四年的「母乳哺育推廣計畫」，希望將產後一個月的混合哺育率從 1989 年的 25%，提升到 40%（高美玲，2002：4）。其重點工作有：

1. 協調奶粉公司自我約束其促銷及廣告活動。
2. 推動醫療院所中促進產婦母乳哺育措施。
3. 辦理醫護人員繼續教育。
4. 培訓哺餵母乳諮詢人員。
5. 辦理母乳哺育宣導活動（立法院公報，1999）。

衛生署何以在 1992 年提出計畫？根據現有資料，這一波計畫緣於衛生署配合國際潮流，將母乳推廣視為施政重點，重新界定「哺乳」是比較好的嬰兒養育方式，除了衛生宣導，也透過公權力對商業行銷、產科醫療體系進行改革，計畫十年以來，衛生署從零散、非定制的短期哺乳推廣活動，逐漸朝向兩個明確的策略——促進產科機構轉型為母嬰親善醫院、成立母乳支持團體提供出院產婦持續性的社會支持，近年兩者數量均急速增長。

衛生署的第一階段計畫，一方面透過法令限制配方奶粉廠商的促銷行動，一方面開始培訓哺乳諮詢人員和設立公共集哺乳室。就衛生署的禁令而言，起初禁止六個月以下配方奶粉廣告在媒體曝光，後期禁播範圍延伸一歲以下產品（經濟日報，1992）。培訓哺乳諮詢人員、設立公共集哺乳室由台北市首先執行。台北市衛生局曾經培訓社區母乳指導員，訓練有哺乳經驗的已婚女性在社區內從事義工（民生報，1995），也在大同、信義區衛生所率先開闢公共場所餵乳區（民生報，1994b）。此外，台北市衛生局指定台安、空總、市立忠孝、仁愛及婦幼等五家醫院作為母乳推廣的示範醫院，由醫護人員擔任媽媽哺餵母乳的指導員（民生報，1994c）。1997 年計畫結束，國防醫學院公共衛生研究所統計，四年母乳哺育計畫結束，全台產後一個月的純母乳哺育率為 5%，混合哺育率為 35.9%。雖然混合哺育率提高了（25%升高到 35.9%），但是純母乳哺育率與六年前相比，並沒有什麼進步（從 5.8%降為 5%）（衛生署母乳哺育網，2005）。

第一階段計畫結束，衛生署把母乳哺育推廣工作納入「國民健保三年計畫」，實行期間為 1999 年至 2001 年。新內容除了延續第一期目標，另提出三點新政策：

1. 於各醫療院所辦理促進孕產婦母乳哺育措施，並積極辦理「母嬰親善醫療院所認證」作業計畫。
2. 獎助公私立機關團體、公司行號設置哺乳室，九十一年度共計獎助設置哺乳室一五四處。
3. 促使工作及公共場所哺集乳室之設置及落實兩性工作平等法有關鼓勵哺餵母乳之相關政策（立法院公報，2003）。

第二階段政策，與孕產婦直接相關的是「母嬰親善醫院」認證，主在改革產科的照護流程。衛生署希望透過評鑑考核的壓力，迫使產科醫院積極爭取親善醫院認證，因此在「民國 90 年 2 月 25 日的會議中訂定基準，並納入醫院評鑑的考核項目（佔 3%），預定於民國 89 及 90 年納入衛生局保健業務綜合考核之創意考核指標，民國 91 年則納入考核指標」（衛生署，2000；轉引自陳昭惠等，2001：66）。

2000 年台北市衛生局進行首波認證，由符合評鑑條件的醫院提出申請，當年度有 9 家醫院獲得認證（民生報，2000）。2001 年起，衛生署國民健康局委託婦產科醫學會辦理母嬰親善醫院評鑑，申請醫院必須每月接生嬰兒 30 人以上（衛生署母乳哺育網，2005），並以 1998 年 WHO 訂立的「成功哺餵母乳的十步驟」為認證標準，截至 2004 年底，申請認證通過的院所數為 77 所，其中 72 所是地方醫院層級以上的機構（包含醫學中心、區域醫院、地方醫院），其餘為 5 診所。

同時，近年來母乳支持團體迅速增加，根據衛生署母乳哺育網的統計，母嬰親善醫院附設的團體總量最多，數量為北部 21 個、中區 18 個、南區 13 個、東區 1 個，合計 53 個。除了醫療院所之外，衛生署國民健康局在台北市、新竹市、台中縣、台南市、屏東縣、花蓮縣六地開辦地區型支持團體、各縣市衛生局也有 19 個支持團體的據點。民間團體有國際母乳會中華民國總會、台灣母乳協會、中華民國寶貝花園母乳推廣協會（以上為截至 2005/4/14 的網站資料），顯見以母乳支持團體協助產婦哺乳已經演變成一種趨勢，衛生單位、醫療系統、民間團體都試圖以母乳支持團體的方式幫助產婦哺乳。這類支持團體主要以「媽媽幫助媽媽」的形式運作，透過聚會分享、交流哺乳經驗，增強產婦的哺乳動機、延長哺乳時間。

現階段由醫療、非醫療並行推廣哺乳，醫療單位主為產科機構的醫護人員，透過孕婦產檢、產婦住院期間宣導母乳優點、指導哺乳技巧。相對於其他單位，醫療人員能夠第一線接觸孕 / 產婦，人力也最為龐大。醫療系統之外有各縣市衛生局和部分母嬰親善醫院開辦的諮詢專線，由輪值人員負責解答哺乳問題；衛生單位、醫療系統、民間社團亦定期舉行母乳哺育支持團體聚會，內容多為主題式探討、哺乳經驗交流，由熱心的哺乳志工或醫護人員帶領。

上述資料顯示自 1992 年以來，哺乳的相關支持系統不斷被完整建立，從大眾媒體宣傳、產檢衛教、住院照護、出院後的母乳支持團體協助或者諮詢電話，一一備全，我們將相關的母乳哺育支持系統與其服務內容整理如表 1。

表 1 台灣地區的母乳哺育支持系統

週產期階段	母乳哺育支持系統	主要服務內容
孕 期	產科機構	實施母乳哺育衛教
住院生產	產科機構	臨床指導住院產婦哺乳
出 院 後	哺乳諮詢專線	提供產婦電話諮詢哺乳困擾
	母乳哺育支持團體	透過聚會活動分享哺乳經驗與困擾

陳怡君 (2003a) 認為職場集乳權仍有待發展，職場婦女受限於工作型態及組織情境，即便法律保障婦女上班集乳的權利，落實的情況並不理想。不過，職業婦女從生產至返回工作這段期間，多數可以辦理產假，根據勞動基準法 (2002) 第 50 條的規定「女工分娩前後，應停止工作，給予產假八星期」，不過十年計畫過去，產假期間內哺乳率回升速度緩慢。自 1992 年至 2003 年，產後滿月的哺乳人口雖然增加 (純母乳 5.8%→22.3%，混合哺餵 25%→48.3%，詳表 2)，卻沒有全面擴展，相較於北歐福利國家—瑞典，仍有大幅進步空間。2000 年瑞典 The National Board of Health and Welfare Centre for Epidemiology 的統計顯示，瑞典嬰兒兩個月大時，以純母乳哺餵的比例為 80.2%、混合哺餵的比例為 12%，兩者合佔 92.2% (詳表 3)，顯示目前台灣的「哺乳風氣」還無法媲美瑞典。

表 2 台灣 2003 年嬰兒哺育率 (以全台抽樣調查結果推論)

婦女產後時間點	餵食方式		
	純母乳(%)	混合哺餵(%)	純配方奶粉(%)
住院期間	17.9	47.0	35.1
1 個月	22.3	48.3	29.4
3 個月	16.6	17.4	66.0

資料來源：簡莉盈 (2003)。影響母乳哺餵因子之世代追蹤研究成果報告書，頁 17-18。

表 3 瑞典 2000 年嬰兒哺育率 (地區性醫院通報統計資料)

嬰兒出生時間	餵食方式		
	純母乳(%)	混合哺餵(%)	純配方奶粉(%)
1 週	92.6	5.7	1.7
2 個月	80.2	12.0	7.8
4 個月	68.3	14.9	16.8
6 個月	33.4	38.8	27.8

資料來源：Official Statistics of Sweden (2002), “Statistics-Health and Diseases, Breast-feeding, children born 2000”

母乳論述雖然帶著強烈的公共衛生色彩，以母乳的營養、哺乳對母嬰罹病率下降的效

果作為主要考量點，呼籲婦女儘量以母乳哺育嬰兒，但是在婦女幾乎住院生產的背景下，母乳哺育推廣計畫高度依賴醫療體系人力，1992 年以來院內哺乳的相關討論集中在醫護領域，醫護人員透過臨床哺乳作業改革，驗證新照護措施對婦女哺乳率意願、及哺乳時間延長的效果，發現婦女多因心理、生理因素、或社會風氣而停餵、不願哺餵母乳（蘇玉珍等，1994；鄧素文等，1995），例如乳房脹痛、擔心泌乳不足、主觀認為哺乳麻煩、或嬰兒拒吸等，意即哺乳率維繫在婦女個人意願或社會風氣上，醫療機構努力成果有限，解決之道在於轉介出院婦女至公衛護士、母乳支持團體加以追蹤輔導（蘇玉珍等，1994；林麗珠、許洪坤，2002；陶春蘭等，2003），使得哺乳議題有「個人化」的傾向。隨著民間母乳支持團體成員（民生報，1989a；李惠貞，2003）、兒科醫師（陳昭惠，2002）的持續發聲，援引系統知識指陳產科制度的不當，宣稱婦女哺乳與否並不是個人問題，而是產科制度設計容易導致婦女泌乳功能不佳，產科照護流程對婦女哺乳能力的箝制逐漸被披露。

產科機構與母乳支持團體雖然都在「母乳最好」的架構下實踐，卻因為歷史態度、知識權威內涵不同，使得各自對議題採取不同的詮釋，在兩者缺乏對話的情況下，處於圈外的研究者通常只能看到片段的事實描述，無法對兩者背後的預設、衍生出的互動關係進行理論性的探討。本研究試圖從母乳支持團體的觀點出發，分析母乳支持團體與產科機構的關係，同時理解母乳支持團體擴張無效、小眾化的內在因素，藉此瞭解以產科機構、母乳支持團體為主的衛生政策目標會產生何種效果。

## 第二節 文獻探討

### 一、母乳哺育計畫的反身性與風險論述

我們藉由 Giddens 對現代性的討論，梳理整個母乳哺育計畫代表的意義。Giddens 談論的「現代性」(modernity)，廣義指涉源於十七世紀歐洲，並影響世界的制度、行為模式。十七世紀的啟蒙思想家為了破除傳統信條的專斷性格，強調「理性」才能提供知識的真確性，Giddens 將這個時期定義為「早期現代性」，思想家期待用理性、科技取代傳統，認為掌握越多關於社會與自然界的資訊，便越能控制它們，進而把人類的歷史往理想方向推進 (2001: 74)。

此外，Giddens(1991/2002: 16)指出，現代制度「抽離化機制」(disembedding mechanism) 的特質，讓源於西歐的社會科學、自然科學等廣義的現代性產物得以從當地情境中被「挖出來」(lifting out)，脫離原初知識發展地點的特殊性，並在其他時空重新連結、運作，商品、技術，甚至社會制度都變得可移植。當抽離化機制與全球化過程結合，西歐、北美的社會制度開始向世界擴散，取代各地傳統的生活方式。

不過理性並沒有帶來堅實可靠的未來，我們藉助 Giddens 在《現代性與自我認同》(1991/2002) 一書中使用的三個概念，包括反身性、專家知識、風險社會，說明社會生活

不斷被修正的原因，以及因此衍生的生活態度。

### 1.反身性 (reflexivity)

任一系統知識的快速發展，依賴的是方法論上的懷疑原則，而不是科學知識的歸納原則，這一點徹底削弱了知識的確定性，不管特定科學信條依據多麼嚴密的方法建構，都必須依據最新觀念加以修正，甚至全盤拋棄，易言之，系統知識能夠根據自身發展出的最新資訊，進行階段性的修正，這種特質被稱之為「反身性」。同樣的特質不僅出現在科學研究，甚至個人、社會制度，都有可能依據最新資訊，對自我進行修正 (Giddens, 2002: 18-19)。

### 2.專家知識 (expert knowledge) 與風險社會 (risk society)

現代知識體系依靠大量專家而建立，專家透過長期訓練、專業化結合的方式，精確界定研究對象以完成專業工作。但是專業化的取向，使得專家很容易忽略意料之外的結果，Giddens 借用 Ulrich Beck 「風險社會」的概念，說明專家知識使我們避免許多前現代的恐懼 (例如飢荒)，卻可能導引出新型風險 (例如基因改造食品的潛在風險)，生活在風險社會中，意味著我們必須對生活採取一種算計的態度，在各種行動的可能性之中，透過最新知識反身性地修正我們的生活 (Giddens, 1991/2002: 18, 25, 26-27)。

## 二、母乳哺育計畫的反身性與風險論述

我們藉著反身性、專家知識、風險社會三個概念，概略分析母乳哺育計畫蘊含的意義，以及衍生的反身性觀點。二十世紀末哺乳再度復興，與多方領域科學知識的發展息息相關。配方奶粉是仿製母乳成分的代用品，早期現代性的科學家認為對母乳的營養成分了解越多、製造技術越進步，就能利用新知識製造出比母乳更加優越的嬰兒食品；但隨著科學持續發展，陸續發現母乳含有提升嬰兒免疫力的抗體，而這些抗體是配方奶粉至今無法製造的成分，易言之，哺乳可降低嬰兒罹病的機率。同時，其他領域發現親自哺乳的婦女產後子宮恢復速度較快、罹患乳癌與卵巢癌的機率也較低。這些知識顯然是不同領域專家知識所做出來的討論，討論中沒有全然否定配方奶粉的價值，而是站在一種風險管理的態度上證成母乳較好的說法，相較於使用配方奶粉，產婦或嬰兒暴露在疾病風險底下的機率較低，也意味著個別知識系統內不斷參照自身知識而變化。

據於風險管理的角度，衛生單位也必須根據最新的知識修正原有的衛生政策，母乳哺育計畫即是一例，呼籲婦女儘量以母乳哺餵自己的子女，並透過政策的手段達成目標。但是衛生政策的功能不僅在於重新肯定母乳，還會引導我們進一步以系統知識的角度檢視原本看似「自然」而且深植於社會文化的行為或概念，包括母乳哺育的社會性本質、瓶餵論述的預設與價值觀、產科常規對哺乳的衝擊。

## （一）母乳哺育的社會性本質

哺乳本身從傳統到現在都不是一種個人行為，而是關係整個社會制度設計的行動。我們現在談哺乳問題，常強調其「自然」的特質，包括產婦的泌乳能力、母乳成分的自然安全，甚至有的媽媽自詡「非洲媽媽都能餵飽自己的孩子」，更加堅持哺乳（田野記錄，2003/2/28）。但我們回到「哺乳」這件事情上，會發現哺乳並不如我們想像中的自然（Yalom, 1997/2000: 145-147）。產婦餵母乳、嬰兒吸母乳，也許是再普遍不過的現象，但新生兒的攝食能力—吸吮，並不是天生的，長年在新生兒照護室工作的護理人員發現，新生兒第一次接受餵食，不論是透過母親的乳房、嬰兒奶嘴，還是其他餵食工具，都容易發生拒絕與不安的情形，「多數孩子通常需要一點摸索的時間才學會喝奶，而很少有孩子天生就會分辨喝母乳和吸奶瓶的不同吸法」（李怡慧，2003）。換言之，吸吮是一種學習的過程。

同樣的，當我們把焦點放在產婦，尤其是初產婦，對比會更加清楚。從生物的觀點來看，母親懷孕後乳房就開始為泌乳而準備，這是產婦的生物性本能。但從「本能」轉化到「實際哺育能力」，必須透過學習。Yalom 在《乳房的歷史》便提到「即便在中世紀時代，人們也知道某些女人（主要是貴族）缺乏哺乳本能，好幾位法國詩人便曾描繪初為人母者的艱苦，『不知道如何餵奶』，因為她們從未學過，『極端缺乏哺乳技巧』。今日，從眾多醫學文獻與人類學研究，我們發現人類並未擁有哺乳本能，哺乳就和許多社會行為一樣，必須經由觀察或資訊的傳遞學習而得。」（Yalom, 1997/2000: 147）。

嬰兒配方奶粉可以安全使用、價格平易之前，母乳是嬰兒唯一的食物，一位 1956 年生有第一胎的婦女回憶「卡早流傳下來，我們吃老母的，咱兒子吃我的，就這樣而已！」（訪談 3）正說明這個情形，哺乳成爲一種根深蒂固的文化，一方面有其現實需求，嬰兒必須透過母乳才能存活；一方面維持哺乳文化的人際網路會自然形成。同時在普遍哺乳的文化底下，哺乳行為被視爲理所當然，不會招致異樣的言語或眼光。從此觀點延伸出去，即使在傳統文化底下，哺乳都不是一種個人行為而已，實際受到整個社會的支持，其隱性的支持面常被忽略。

## （二）常民知識、醫療與商業

傳統下多數嬰兒以母乳哺育，哺乳本身就是生活的一部份，形成因地制宜的一套常民知識（local knowledge）。缺乏文字記錄育兒知識的情境底下，口述經驗的哺乳教導者會自然出現，沒有哺育經驗的初產婦，透過女性社會網絡學習哺乳技巧，如母親教女兒、婆婆教媳婦，或是助產士協助。在普遍哺乳的文化下，哺餵的方式、斷奶的時間點都有一套規定，「坐月子」是一種我們熟悉的產後習俗，產後一個月內有種種禁忌，認爲月子做得好，

產婦可以充分休養。除此之外，早期餵母乳也有一套文化程序，也許各地程序不同，有一種說法是母親產後三天乳房漲起才餵奶，前三天嬰兒可能只喝水，或是服用紅嬰、黑仔仔標驚風散、八寶散之類的藥物，稱之為「退胎火」(訪談 2、3)，意味著嬰兒生下來必須做一些生理上的處理，這些文化習俗建構了生養的規範，也降低產婦初為人母者的焦慮不安。從今日的角度來看，過去的延續常民知識的「教導者」並非專家，其知識也非以系統知識的型態存在，而是對「經驗的直接表達」，以一種「理所當然」的氣息，被描繪成情境固有的、真實的道理 (Geertz, 1983/2002: 110)，傳統底下自然與文化並無明顯的分野。

至二十世紀，原本為缺乏或無法喝到母乳的嬰兒設計的配方奶粉，伴隨技術成熟的社會條件—包括有效獲知母乳成分、牛奶原料大量生產、以及製造配方奶粉的技術，將牛奶製造成嬰兒可食的配方奶粉，並透過全球化的商業促銷、產科醫院廣泛使用，先後在歐美與其他地區造成母乳哺育率下跌的情況。然而現代制度要在異地萌芽、生根，科學知識與專家必須在上層扮演前瞻性的角色。西方學者討論瓶餵普及化的演變時，常以「科學母職的意識型態」(the ideology of scientific motherhood) 作為一個有力的切入點，Apple Rima 認為女性並非拒絕哺乳，而是覺得母乳好像有點不夠營養 (Blum, 1993)，這種意識型態的形成，往往歸結到醫療體系與配方奶粉商業行銷共謀 (collusion) 使然 (Blum, 1993: 296; Yalom, 1997/2000)，制度性的力量形塑什麼是好的、有價值的哺育方式。

瓶餵知識的形塑過程，醫療系統與商業行銷不自覺的以科學系統知識取代常民知識，雖然配方奶粉是高度商業的產品，在科學知識的包裝之下，被形塑為優於母乳的代用品。同時瓶餵論述背後也包括相關的行為指導，產科機構照護母嬰的方式，包括母嬰分離、定時集中瓶餵新生兒的作法，久以來作為一個不被質疑的知識權威，被廣大常民理所當然的接受、再結構化為社會普遍養育嬰兒的方式，成為常民知識的一部份。第二章我們將透過實際的資料更加深入探討這個議題。

### (三) 哺乳生理面與產科制度的關連

產科制度、商業行銷形塑出「新的」嬰兒哺育方式、建構瓶餵本身的價值意涵，是一般學者探討近代哺乳人口銳減時刻意著重的面向，亦即哺乳者主要受到「科學母職」價值觀的牽動而採用配方奶粉。隨著哺乳生理層面知識的開展，民間母乳支持團體、支持哺乳的醫師或衛生單位開始關注哺乳涉及的複雜生理機制，我們歸納國際母乳會中華民國總會 (文獻及參與觀察資料)、支持哺乳的兒科醫師 (陳昭惠，2002)、衛生署母乳哺育網所提供的資料，從哺乳生理面解讀產科制度設計阻礙母親泌乳功能的歷程。

產後一週是所謂的「泌乳關鍵期」，具有多層次的意義。從產婦生理層面來看，此時母親的身體狀況對嬰兒吸吮的反應特別敏感，如果從嬰兒出生起按照嬰兒的需求哺餵母乳，母體會根據嬰兒吸吮量分泌適當的母乳量，達到供需平衡的狀態。母嬰分離照護的醫療體

制下，很容易出現制度性母乳供需不平衡的現象。

供給大於需求時，因為乳汁也是人類體液的一種，母嬰分離體制下婦女無法哺乳，至產後三天覺得漲奶，表示乳汁已經積存一段時間，若無法順利排出，則會造成乳房疼痛與乳腺炎的症狀，過去常以退奶針處理產婦因漲奶而身體不適的問題。

另一種需求大於供給的情況，發生在醫院集中瓶餵新生兒的常規之下。醫院為了避免新生兒感染、並以最精簡的人力照護新生兒，普遍採取集中、瓶餵的方式定時、定量哺餵嬰兒配方奶粉。國際母乳會的文獻認為，新生兒的胃容量相當小，初生嬰兒約 30 毫升，奶瓶強迫灌食的方式不易讓嬰兒依照需求進食，反而容易把嬰兒胃容量撐大；而且配方牛奶喝得多，母乳就吸得少，讓母親乳房得不到適當的刺激，無法產生足夠的泌乳量，不但泌乳量跟不上嬰兒的胃容量，而且泌乳量會越來越少，直到「自然退奶」。而且最嚴重的一點是，吸吮奶嘴與吸吮母乳的嘴型與用力方式並不相同，奶瓶讓嬰兒輕鬆喝到配方奶，喝母乳卻得耗盡「吃奶的力氣」，努力靠上下顎的力量擠壓出母乳，習慣瓶餵的嬰兒不知如何吸母乳，表現出「寶寶拒絕吃奶」的樣子，即所謂的「乳頭混淆」。

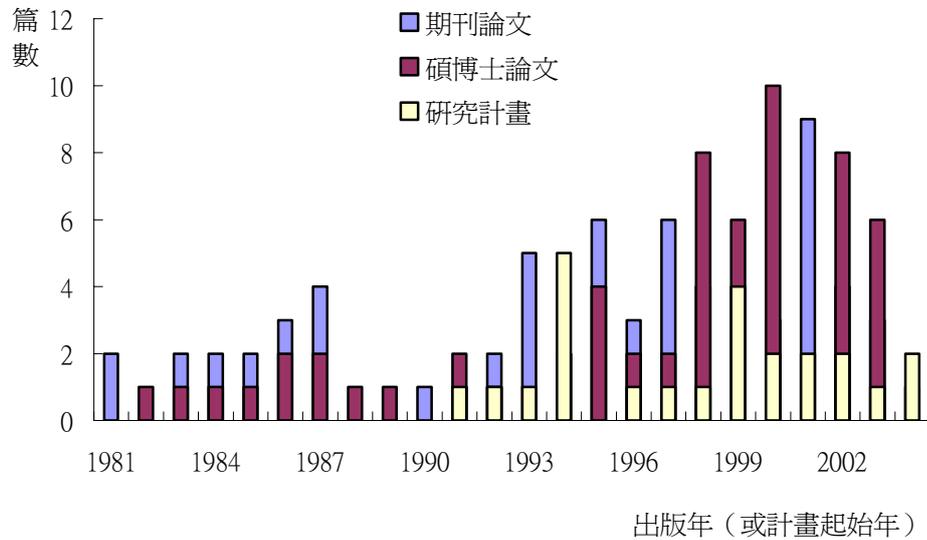
婦女產後若未能完全依照嬰兒的需求哺乳，則先歷經漲奶的痛苦、後期將逐漸退奶，無法趕上嬰兒的需求，至滿月時，哺餵型態多半已經定型（葛魯蘋等，1985：228）。雖然哺餵型態可以改變，但國際母乳會諮詢員通常會告知產婦「一切會很辛苦」（國際母乳會會訊，1997，5：1-2）。由此可知，哺乳與否與產科制度的設計息息相關，過去以瓶餵為主的時代，形成了一套對產婦、嬰兒身體狀況的解讀方式，雖然這些「見解」是特殊社會脈絡下的產物，卻在醫學的、商業的、常民知識的複雜交錯下建構出其「本質」的面貌，包括婦女奶水不足、嬰兒拒絕吸吮母乳等。

### 三、產科機構人員對哺乳議題的觀點

戰後至 1992 年的數十年裡，哺乳議題的關注焦點置於母乳的「不營養」，陳怡君(2005)對台灣戰後嬰兒健康政策、醫學知識進行考察，發現當時醫學知識認為嬰兒六個月後發育遲緩，歸因於母乳的蛋白質不足，必須額外補充營養品，因此研究焦點置於以奶粉或者代奶粉改善嬰兒生長發育情形，而且衛生政策也不排斥嬰兒出生起哺餵配方奶粉。

「哺乳」受到學術界的正面關注，與衛生署的政策關係密切。我們粗略計算衛生署母乳哺育網「專業園地」歷年母乳哺育相關研究文獻，就文獻的數量而言（詳圖 1），1992 年後，不論是期刊論文、碩博士論文或者研究計畫，文獻數量都較 1992 年前要多出數倍，顯見衛生政策對於學界研究旨趣的影響，讓哺乳成爲一項值得研究的議題。

圖 1 1981-2004 年哺乳相關文獻數量統計



資料來源：整理自衛生署母乳哺育網（2004），「專業園地」內期刊論文、碩博士論文、研究計畫的數量統計(2004/12/16)。

除了數量上的變化，從歷時性的角度看哺乳議題的演變，會發現「母乳哺育推廣計畫」不但喚起學界對哺乳議題的注意，同時哺乳行動本身的意義也在政策頒佈後轉變。1992 年以前與哺乳相關的文獻，大致可分為二個走向。

#### 1. 比較配方奶粉與母乳營養成分的異同

學者認為母乳是最適合嬰兒的食品，但此時的焦點並非宣導哺乳，而是設法製造出成分接近母乳的奶粉，關注如何透過科學方式製出營養成分、嬰兒吸收利用率與母乳相似的配方奶粉，若嬰兒出現生理異常，可以特殊配方的奶粉因應（林松洲等，1982）。此外，台灣 1985 年發生嬰兒配方奶粉鈣磷比例不調，導致嬰兒食用後抽搐的事件，配方奶粉安全性被提出討論。研究者指出，母乳仍是嬰兒不可替代的最佳食品，隨著營養學及食品工業的進步，依照母乳營養比例配製的嬰兒配方奶粉是安全的（鄭佩玲，1985；林隆煌，1985），但是食品大量製造、又要降低生產成本，不容易全然仿製母乳，必須以更嚴格的標準控管（黃伯超、游素玲，1985）。

#### 2. 將婦女哺乳與否歸因為母嬰的「個人因素」

傳統下多數嬰兒以母乳哺餵，隨著哺乳率下降，學者開始探詢婦女不哺乳、選擇配方奶粉的原因。由於哺乳與生產有密切關係、1982 年後八成以上的婦女在醫院生產（衛生署統計年報，1998），使得產婦哺餵方式的討論，幾乎集中在醫護領域。研究者藉著醫院內職務之便統計住院生產婦女的哺乳行為，劉玉秀（1983）、詹秀妹與陳群英（1985）、陶美琪

等（1985）從產婦的人口學特徵與母嬰生理狀況，找出產婦哺乳與否的歸因，這些因素包括年齡、教育程度、就職於否、生產胎次、生產方式、哺乳經驗、產婦與新生兒的健康情形，得出生育第一胎、高教育程度、自然分娩、生產無合併症、有哺乳經驗的母親傾向哺乳。葛魯蘋等（1985）則以社區為研究單位，透過問卷調查台北市古亭區 1983 年 7-8 月間生產婦女的哺乳行為，從產婦的心理、生理、社會變項，找尋婦女哺乳態度或行為的重要預測指標。

早期對哺乳行為的研究，傾向將婦女哺乳與否歸因為「個人因素」，把哺乳視為個人行為，其行動不受研究者的意志、行動所操弄，忽略了其研究對象多為「住院婦女」，哺乳行為將受到醫療體系的牽制。陶美琪等（1985：22）意識到新生兒出生三日，黃疸指數過高必須停餵母乳 2-3 日、改餵配方奶粉，容易導致婦女哺乳失敗，但是研究者處理因黃疸而停餵母乳的變項時，直接納入「新生兒健康欠佳」一項，亦即把醫療處遇造成的結果，解釋為嬰兒的「個人生理特質」使然。研究者雖指出醫護人員應該在產前、產後住院的時間點加強哺乳衛教、協助婦女哺乳，在嬰兒黃疸治療期間教導產婦維持泌乳量，但並未討論細部的執行方式。

1992 年以後，多數研究開門見山指陳衛生署「母乳哺育推廣計畫」的重要性，此時母乳的臨床效用發展得非常完備、細緻，而不是用「母乳是嬰兒最佳的食物」一筆帶過。而且關於母乳的諸多論述也成為不需質疑的前提。從文章作者的背景細分，包括在職醫護人員、醫護領域、公共衛生、營養科學的研究者，討論的議題包羅萬象，包括母乳的營養分析、母體疾病與哺乳、改變照護流程提升母乳哺育率等。

其中「院內哺乳」的議題多由產科機構醫護人員進行，相關研究主要採取臨床途徑改革，包括加強哺乳衛教、實施產檯哺乳、母嬰同室、彈性嬰兒室哺乳時間，實驗眾多措施對哺乳率的影響，主要關照點在於以醫療專業、照護流程，提升產婦的哺乳意願，也就是制度、結構面向的影響。一份關於台灣地區母嬰親善醫院、非母嬰親善醫院的統計資料，顯示母嬰親善醫院的住院純母乳率較非親善醫院多出近九倍，但是混合哺餵的比例達 52.4%，說明母嬰親善醫院的確「有效」、但沒能達到「全母乳」的目標。

表 4 台灣母嬰親善醫院、非母嬰親善醫院哺餵方式別（全台抽樣）

醫療機構別	產後時間點	餵食方式		
		純母乳(%)	混合哺餵(%)	純配方奶粉(%)
親善醫院	住院	35.6	52.4	12.0
	一個月	30.3	48.2	21.4
	三個月	21.8	23.6	54.4
非親善醫院	住院	4.0	42.7	53.2
	一個月	16.1	48.3	35.6
	三個月	12.5	12.5	74.9

資料來源：簡莉盈（2003）。影響母乳哺餵因子之世代追蹤研究，頁 43。

臨床途徑的討論歸結：產婦不願 / 或不能哺乳的原因，包括產婦自認奶水分泌不足、嬰兒不願意吸吮、產婦身體不適、或者婦女擔心哺乳會造成身材變形之類，這些歸諸於「個人」的原因，認為哺餵方式受「社會風氣」影響甚大，醫護人員在哺乳議題上難以施力。近來院內哺乳的議題被導引至一個新的、但尚未取得學者共識的取向，楊素珍、陳彰惠（2001：286）表示因為產婦住院時間有限，醫護人員無法給予持續性的協助，所以「國內可在社區成立哺育母乳支持團體，鼓勵夫妻一起參與，以促使哺育母乳的家庭成員能擁有較為廣大的支持來源；且護理人員亦應主動加入支持團體，以提供資訊及協助解決問題」，傾向用「母乳支持團體」的方式提供產婦社會性的支持，更加確定哺乳率高低與「社會風氣」有關，需要熱心人士在產婦出院後加以「導正」，顯示產科機構認為婦女哺乳與否受到機構外的力量所牽引，並非產科機構所能改正。

不過「母乳哺育推廣計畫」並沒有改變臨床哺乳作業的研究觀點，以產婦哺乳行為而來說，1992 年後許多文獻的討論方式仍然聚焦於「產婦」身上，學者用許多「分類方式」說明產婦為何不哺乳，一般以心理、生理、社會三大因素為分類主軸，心理因素包括產婦對哺乳的態度，越正向則哺乳時間越久；生理因素包括產婦自認奶水質量不佳、母嬰健康不佳、嬰兒不願意吸吮等；社會因素包括產婦社經地位越高、教育程度越高、無專職工作、自身喝母乳長大、產前接受過哺乳衛教、周圍親朋好友鼓勵，有這些特質的產婦哺乳的時間越久（鄧素文等，1997；黃寶萱等，2000）。當然此類分類架構不完全錯，觀察日常可觸及的哺乳產婦，大多符合以上的分類標準，然而這種分類標準常導致一種「誤認」，即哺乳純粹是產婦個人的行為，所以某個類型的產婦特別傾向於哺乳（或不哺乳）；此外，這種分類方式也預設產婦是獨立於研究者之外的對象，而忽略了研究者對研究對象的影響，使我們誤以為研究對象呈現出來的樣貌是本質的、天然的。當醫療體系與產婦泌乳功能的關係未曾被提出討論時，我們理所當然接受「產婦沒奶」、「嬰兒不願意吸」這樣的說法，把產婦不哺乳的原因歸結為產婦個人的心理、生理或社會因素。但是 1992 年後，即便衛生政策

上明確宣示提升哺乳率的重要，醫療體系也接受「母乳最好」的概念，但是醫護人員在思考哺乳問題時，多數認為哺乳與否是產婦自己的選擇，鮮少檢討醫療體系與產婦泌乳功能之間的關係。

泌乳知識的發展、衛生政策推廣母乳的動作，使得產科機構首當其衝。過去十年以來，受到衛生署改革直接壓力的對象幾乎都集中在產科機構，不過「母乳最好」的觀點並非源於產科機構，而是多方領域專家知識不斷發展、社會力量運作的結果。就理論而言，產科機構的原始設計並沒有把「哺乳」納入考量，產婦哺乳雖然是「自然」的生物行為之一，但是對醫護人員來說，院內哺乳卻是極「不自然」的情況，這必須回溯到西方臨床醫學的特色 (Foucault, 1994)：依照「病肇」部位分工，而不是把病患作為一個「整體」注視，因此確立了「分科照護」的型態。產婦與嬰兒雖然不是「病患」，在醫院管理制度下，分屬不同單位照護，一般稱為「母嬰分離」。1993 年以後，99%以上的婦女都在醫院生產（衛生署統計年報，1998），為了便於管理所有的母親與嬰兒，醫院朝向大型組織科層化發展，從母親待產至出院宛如一條工廠生產線，各階段都有專人負責監控。為了避免產婦因哺乳而在不同樓層配置中移動，晚近產科機構大多傾向採用配方奶粉集中、瓶餵新生兒。這也形成我們對於住院新生兒的想像—新生兒躺在嬰兒床裡，一個個整齊排列在透明玻璃之後、窗簾在固定時間開啓，好讓家人探視。

1992 年衛生署順應母乳哺育的國際潮流，但是哺乳實質造成產科機構的管理危機。「哺乳」或「瓶餵」表面看來只是嬰兒不同的食物來源，事實上牽涉不同制度設計，制度又涉及不同知識、不同價值觀的討論。「母乳最好」的知識並非發展自產科機構，而是源於營養科學、預防醫學或嬰幼兒心理發展的討論，又因 WHO 的呼籲而成為重要的衛生指標。衛生署採納「母乳最好」的說法，並要求產科機構因應改革，不過推廣母乳的衛生政策與產科機構常規—「分科照護」、「母嬰分離」背離，醫院在實質收益未增，卻必須因為母乳哺育推廣政策而增加硬體及人事成本，相對降低改革的意願與實踐，這層結構面「看不到」的障礙，目前文獻較少細部討論。

#### 四、民間母乳支持團體的發聲、與哺乳人口的共通性

##### 1. 批判產科照護制度

1992 年衛生署推動母乳哺育計畫以來，哺乳議題有了新的詮釋角度，不同於醫護人員臨床照護的研究觀點—視停餵母乳為產婦個人因素或社會風氣使然，李惠貞（2003）藉著田野資料批判產科常規、與產科空間規劃箝制婦女哺乳的能力，包括醫療過度介入生產，造成產後痛、會陰疼痛或手術後不適。產後病房與嬰兒室位在不同樓層，使婦女移動困難，打亂婦女餵食母乳的計畫。此外，產科機構系統的零碎化，由不同專業科別的醫護人員分工，缺乏專人處理婦女產後的身體變化與疼痛、婦女住院期間孤立無援。這此觀點中，把

婦女停餵母乳的「個人因素」，包括產後身體不適、擔心奶水分泌不足、嬰兒不肯吸吮，重新詮釋為產科常規帶來的規訓後果，婦女並非不願哺乳，而是產科機構結構性的力量加遽哺乳困難。

## 2. 透過知識反身性思考

此外，醫護人員不再是婦女獲得生產、哺乳知識的唯一管道，尤其在哺乳知識上更是如此。順利哺餵母乳至六個月、或曾經希望至少哺餵六個月者，絕非被動等待醫護人員提供協助、或者把哺乳想成「自然不過」的事情，婦女大多產前就開始積極蒐集哺乳資訊，陳昭惠（1999：26）調查發現，產婦的哺乳知識大多透過自行購書而來，醫護人員較常提供產婦有關餵食配方奶粉的資訊。不過哺乳資訊不似一般育兒百科繁多、普及，而且考量到內容「正確性」，受到支持哺乳的醫師或哺乳媽媽認同的中文出版品並不多<sup>3</sup>，在母乳哺育計畫早期，陳昭惠醫師的網站、國際母乳會中華民國總會成為許多婦女吸收哺乳資訊的重要管道。李惠貞（2003）自述哺乳經驗，除了顯示當事人態度積極、主動蒐集資訊是哺乳成功的關鍵，資訊提供者本身的正當性（陳昭惠醫師為母乳哺育推廣奔走多年<sup>4</sup>）、資訊本身的專業權威（陳昭惠以「醫師」身份，不斷透過醫學研究強調母乳的優點、與哺餵配方奶粉的風險）、資訊出處的專家系統意象（網站掛在榮總新生兒科下），更建立了資訊本身的可信度。

孩子還沒出生以前，我就上陳昭惠醫生的網站，尋找很多關於生產及哺育母乳的相關經驗。然而那個時候我並不常上網，因為肚子大到也很難久坐。孩子出生的第一天，因為餵母乳對孩子的反應總是不太清楚，也不知道怎麼面對餵不飽孩子的焦慮，我開始閱讀從網站上列印下來的母乳哺育的育兒資料，而這個網站因為是掛在台中榮總的新生兒科下，加上資料相當齊全，她的哺餵知識得到很多想哺餵母乳的媽媽信賴。在孩子剛出生的時候，我想我至少餵奶餵到孩子六個月。（李惠貞，2003：16）

李惠貞（2003：15-16）提到陳昭惠醫師的網站、國際母乳會中華民國總會都是哺乳媽媽的重要資訊來源，國際母乳會的志工社群「是個對母乳知識很紮實的社群……對母乳的知識和寶寶成長過程中媽媽遇到的育兒焦慮都很清楚，知道怎麼透過分享聚會中幫助媽媽

---

<sup>3</sup> 早年陳昭惠醫師認為台灣的母乳哺育資訊相當缺乏，因此在1993年寫作「愛的開始—母乳哺育」（簡稱黃皮書）一書，但沒有出版社願意發行，所以由陳昭惠本人印製、國際母乳會代售；1995年陳昭惠在台灣省婦幼衛生研究所（現在的衛生署國民健康局）資助下，翻譯了「幫助母親哺育母乳」（簡稱藍皮書）（Helping mothers to breastfeed）。這兩本書是國際母乳會認可的哺乳書籍，需要者必須透過國際母乳會的各地聚會、或劃撥購得。一直到1999年婦幼衛生研究所聲明藍皮書只送不賣，國際母乳會無法販售，目前該書可直接在衛生署母乳哺育網下載。黃皮書於2002年修正內容，交由民間出版社印製、發行。（陳昭惠，2002；國際母乳會會訊，1999，5-6：14）

<sup>4</sup> 陳昭惠醫師推動母乳哺育的紀錄，散見於報章雜誌、國際母乳會會訊等，除了宣導哺乳的優點、配方奶粉可能導致的風險，也從醫事同業人員的角度批判產科機構常規造成婦女泌乳功能不彰的問題。

在哺餵母乳的過程釋疑……是一個媽媽來幫助另一個媽媽的網絡型態」。除此之外，台灣母乳協會網站的討論區也明確標示著<sup>5</sup>：

在本畫面上端，可以看到〔搜尋〕兩個字，點下去之後，輸入你要問的問題的關鍵字（比如說「新生兒」、「上班」、「瓶餵」、「直接哺乳」、「副食品」、「大便」、「硬塊」、「奶量」、「追奶」、「體重」、「禁忌」等等），就可以看到過往媽媽們的討論及經驗。我強烈建議媽們先看過去的討論，越早期的討論越好。因為，許多資深的哺乳媽媽，特別是有國際母乳會背景的媽媽，對於母乳的觀念及知識都比較正確，在早期的討論裡，他們都對於問題，都有十分詳盡且正確的回答。

這些次級資料都說明國際母乳會在「哺乳媽媽社群」中具有知識上的專業與權威性，亦即系統知識有一部份來自「母親團體」，相關知識之所以獲得信任，並非社群成員「母親」的身份或「過來人」的經驗而已，主因仍是「紮實的哺乳知識」，不但深具同理心、而且擁有「釋疑」的能力，能夠幫助婦女有意識的理解產科常規與哺乳之間的爭議，這說明哺乳議題無法靠常民的哺乳經驗去解決，必須仰賴另一套系統知識重新界定現今哺乳行動的價值。

### 3. 成員小眾化與哺乳婦女的共通性

並非系統知識存在，行動者就一定能突破逆境，系統知識與行動者之間的連結、作用，往往透過一定的社會條件才得以產生效果。吳嘉苓、黃于玲（2002）從台灣本土的研究經驗歸結出，病患在醫療體系面對需求不滿的情況，雖然不見得絕對「順從」醫護人員的意見，但礙於醫病主從關係的文化，多數病患不會採取讓醫療組織迅速了解問題的「發聲」模式，而採「不限於順從、仍難得發聲」的行動模式。少數人從主流權威知識「出走」，但是作者也發現「從主流權威知識另立新局，必須有另一套有系統的知識體系」（吳嘉苓、黃于玲，2002：73），相對於主流權威知識，另一套系統知識相對邊緣，因此如何在主流權威之外建立可信度？成為探討的重點。作者以「計畫性居家分娩」作為分析案例，發現初期幾位產婦的高文化資本（高學歷、擁有先進國家知識），為居家分娩迅速建立了可信度，後續婦女以身體經驗（醫院生產的不愉快經驗）、社會資本（居家分娩婦女的社會網絡）為行動者增加了選擇生產方式的資源。此處的文化資本為 Michele Lamont and Annette Lareau（1988）<sup>6</sup>的討論，定義為「用於社會與文化篩選的高尚地位文化徵兆」（吳嘉苓、黃于玲，2002：97），主要原因是初期引進居家分娩概念的婦女，並非實際具有居家分娩的助產能力，而是其高學歷、先進國家知識的「文化資本」，藉以說服女性友人居家分娩的進步意涵，也

<sup>5</sup> 陳安儀（2003）〈新手媽媽請注意：在發問及加入討論之前，請先閱讀本話題〉，《台灣母乳協會》，（2003/9/30），<http://www.breastfeeding.org.tw/phpBB2/viewtopic.php?t=2826>。

<sup>6</sup> Lamont, Michele and Annette Lareau (1988) Culture capital: Allusions, gaps and glissandos in recent theoretical development. *Sociology theory* 6 :153-168.

因為國內仍有少數助產士還在登記執業，居家分娩才有可行性。

吳嘉苓、黃于玲的研究案例雖然是計畫性居家分娩，不但個案稀少，而且居家分娩未經衛生政策宣傳，僅能算是一種小眾的生產模式。但是其對病患行動分析的結果，對哺乳議題研究相當具有啟發性。

其一、近年民間母乳支持團體透過系統知識，批判產科機構箝制婦女哺乳能力，顯示一個新的詮釋架構已經成熟，亦即婦女停餵母乳的問題焦點，應從「個人」因素轉向產科機構的規訓。不過醫病主從關係的文化，讓大多數病患即使對醫療體系不滿，只能採「不限於順從、仍難得發聲」的行動模式，使得由下向上的病患草根運動更缺乏醞釀的社會條件，民間支持團體的思考態度值得探討。

其二、民間團體的「非主流知識」並沒有擴散的趨勢，它不是一種「常識」，而是婦女透過特定管道、主動爭取的非主流知識，易言之，這種知識並沒有擴散性，使得成員走向小眾化的型態。與此相互呼應的是哺乳婦女的某些共通性，包括年紀較大、學歷較高、社經地位較高，一再透過文獻被統計出來。除了醫護人員的文獻，一篇關於台灣母乳協會的新聞也是一個很好的觀察點：

據悉，台灣母乳協會的十二位發起人以全職媽媽居多，哺乳時間都長達一年以上，更有九位超過兩年，而且個個都是高學歷的知識份子，六人為大學畢業，碩士五人，另有一人為台大建築與城鄉研究所準碩士。

陳郁如說（註：台灣母乳協會發起人之一），協會將於六月二十九日正式成立，目前會員數為一百七十二名會員，多是各行各業的高級知識分子，其中還有十六名是男士，職業的分布，則從大學副教授、大學講師、研究人員、空中小姐、程式設計師、國中小老師、公務人員、護士、社工員、室內設計師、公關經理、高科技公司經理等都有（王信雄，2003）。

即便婦女哺乳的生物性功能或無二致，處於社會脈絡下，我們發現哺乳人口呈現社經結構差異，除了台灣母乳協會，國內外相關研究也出現類似現象（鄧素文等，1997；陳昭惠，1999；黃寶萱等，2000；Ryan, 1997; Gengler et al, 1999），哺乳動機較強、哺乳時間較久的女性集中在年齡較高、高學歷、高社經背景的人口<sup>7</sup>，哺乳人口有階層化的特性。

綜合民間團體成員的小眾化型態、或者哺乳婦女的共通性，顯現哺乳行為的重建往往牽扯不同社會力量的運作，使得特定人口有較為強烈的哺乳動機，更加說明哺乳與否的焦點應從「個人意願」轉向不同社會力量對婦女哺乳行為的影響。

---

<sup>7</sup> 我們在蒐集資料的過程中，曾參與一場由母嬰親善醫院開辦的母乳支持團體聚會，會中該院護理長表示參與聚會的女性多為 25 歲以上、高學歷、高社經地位，但我們事後想獲得更詳細的統計資料，該院督導以「該院母乳支持團體的研究正在進行中，資料不便外流」為由無法給予。我們要說明的是，在現有的研究分類下，反映出哺乳人口在社經結構上的差異。

## 五、小結：政策反身性與個別行動者接軌的可能？

衛生政策推廣母乳，並非本質性的否定配方奶粉，至少目前並沒有出現這種深具爆炸性的說法，重新推廣母乳並非意在仿古，而是科學知識證實母乳含有配方奶粉無法製造的成分、哺乳對產後母體的恢復也深具幫助，科學知識的討論影響衛生單位的決策方向，並從風險管理的角度呼籲婦女哺乳。衛生署作為整個母乳哺育計畫的最大推手，過去幾年來以制度性的力量重建現代的母乳哺育支持系統，包括迫使產科機構轉型為母嬰親善醫院、鼓勵社區型母乳支持團體的設立，意欲在週產期的不同階段（懷孕、生產、產後）給予婦女相應的支持，也許國外的經驗說明這些作法是有效的，但是現階段產科醫護人員與民間支持團體在哺乳議題意見上有著步調不一致的情況，前者把婦女哺乳與否視為個人意願與社會風氣決定，後者則從體制受害者的角度批判產科制度箝制婦女哺乳能力，我們從兩者觀點的差異作為討論的起點。

從文獻分析可知，從傳統到現代，哺乳並非僅憑個人意願決定，傳統底下哺乳的自然與文化並無明顯分野，一方面哺乳是母親自然的行為，另一方面社會有相應的常民知識、行為指導者、生活方式協助婦女順利哺乳。普遍哺乳的文化，被醫療、商業形塑的瓶餵科學知識所取代，並且形成新的常民知識。近年來衛生單位因為健康風險的理由推廣哺乳，並且藉著改革產科機構、鼓勵母乳支持團體的方式建構母乳哺育支持系統，但是現代哺乳行為重建受到多方力量牽引，包括瓶餵論述下的常民知識、產科制度改革的困境、母乳支持團體的實際效果，最後關連到母親（個別行動者）對哺乳反身性思考、以知識重新肯定哺乳行動，是相當複雜的過程。制度層面的改革是否能產生效果，必須放到制度實踐者的脈絡下理解，因為不同的實踐意圖會產生迥異的結果，為此，我們著眼於母乳哺育支持系統內實踐者的意圖與後續的結果，並藉此檢視該系統的設立是否真能達成預期的目標，亦即衛生政策與個別行動者如何有效接軌。

### 第三節 研究觀點與資料來源

#### 一、研究觀點

我們採取類似民族誌的觀點，以外部觀察者的身份進入田野，輔以文獻分析、參與觀察、深度訪談等方法蒐集資料，用以理解母乳支持團體的觀點、並從此觀點檢視各種社會力對婦女哺乳行為的影響，而不是引用既有的理論架構、把母乳支持團體當作一個研究對象處理，主要考量點在於目前對母乳支持團體的研究，較關注於哺乳率與團體活動次數、頻率、強度之間的討論（Dearden, et al., 2002; Dennis, 2002; Dennis et al., 2002; Tarrant, et al., 2002），認為母親同儕的非專業支持，可以增強產婦的哺乳動機、延長哺乳時間，團體藉著舉辦母乳聚會、家庭訪問、電話訪問的機會，讓無哺乳經驗的婦女學習哺乳、獲得相關資

訊與情感上的支持，即使遭遇哺乳困難，也因為同儕支持而繼續哺乳，不會立即放棄。學者多以類實驗研究的方式設計實驗組與對照組，為了實證母乳支持團體的功效，透過公開招募、徵選適合志工、課程訓練的方式培訓一群母乳志工。實驗組產婦以一多一、或多對一的方式接受母乳志工輔導、支持，對照組產婦則無同儕輔導，研究者定期記錄兩組人員哺乳率的差別，實證母乳支持團體的效用，團體因為研究的目的而被組織起來，並非在實際的社會情境中形成。。

母乳支持團體是整個母乳哺育計畫制度層面的一環，其主觀實踐意圖與接續後果為本文討論的重點之一，但現有文獻的重點偏重在哺乳率與母乳支持團體的關連，研究者傾向以自身的理論邏輯套用在母乳支持團體上，使我們無從獲知母乳支持團體的梗概與其主觀意圖。為此我們採用民族誌由內而外的理解方式，藉由描述和分析團體成員的對母乳哺育的意見和態度，歸結出母乳支持團體的觀點，並進一步討論以母乳支持團體與產科機構為主的母乳哺育支持系統，是否真的能夠達成目標。

## 二、資料來源

### (一) 文字資料：

聯合知識庫的報紙電子檔、衛生署官方統計、期刊論文、網路資料。此外，我們大量引用國際母乳會發行的會訊，該刊物並未公開發行，由團體內義工自願擔任編輯、以會費刊印，作為會員間交流意見的管道，我們蒐集到的會訊自 1997 年 2 月至 2001 年 3 月共 24 本刊物，為行文方便，以下簡稱「會訊」，引文若內容涉及姓名的部分，一律以符號「○」表示；但是引文出現「陳昭惠醫師」的部分，因前文已引用多次，故未加隱匿姓名。

### (二) 參與觀察資料：

用以理解母乳支持團體的實際運作狀況。蒐集國內有關哺乳的資訊時，我們發現除了衛生單位、醫療體系外，國內尚有三個推動母乳哺育的社會團體。因進入衛生單位、醫療單位多需要正式行文，考量研究對象的可親近性，我們選擇以民間團體為主要觀察對象。國內民間支持團體有三個，分別為國際母乳會中華民國總會（簡稱母乳會）、台灣母乳協會（簡稱台乳會）、中華民國寶貝花園母乳推廣協會（簡稱寶貝花園），我們以母乳會為主要參與觀察對象，理由有二：

第一、該團體實際運作 20 年，組織型態已趨向穩定，建立一種以哺乳為主題的聚會形式，並藉此堅定持續哺乳的信心、處理有關育兒的問題。這樣以母親為主的活動形式，在後期兩個民間團體、衛生署組織的支持團體，都看到此類母乳聚會的形式，這樣的形式是外來的，而非國內自發形成，所以哺乳媽媽如何接受這麼一個團體、進入團體、並持續參與，這是一個值得關注的問題；第二、如同上文所提，該團體編印了數年會訊，當中包含組織變化、哺乳者實際心得等，因該團體的會訊僅編印至 2001 年即停刊，未免僅靠文獻分

析產生時空上的謬誤，有必要實際參與聚會活動，並透過聚會活動瞭解現況。該團體的聚會活動僅剩台北、花蓮兩處，我們固然要分析為何聚會地點縮減至兩處，另一方面，相對於其他兩個團體地區聚會多達六、七處的景況，聚會地點少較利於我們實地參與、分析。

母乳會的聚會地點總共兩處，分別在台北市文山區、花蓮市，聚會時間約為每月一次，但兩地聚會時間並不是同一日。進入研究場域之前，我們透過母乳會刊載在衛生署母乳哺育網上的信箱，聯絡上該團體在高雄地區的負責人，並透過她的引介，參加花蓮以及台北的聚會。因為花蓮距離我們所在的縣市較為遙遠，在整個研究過程中，我們僅參與過一次花蓮的聚會，其餘參與觀察的材料取自台北聚會。

此外，為了瞭解不同支持團體的特性，我們曾參與台乳會台北場聚會、寶貝花園台北場聚會、以及正式行文至某母嬰親善醫院的母乳支持團體聚會（簡稱 T 醫院母乳聚會，為保護該醫院與受訪當事人，觀察日期予以隱匿），藉以擴展本文分析的廣度。整個研究歷程的參與觀察如下表，資料引用格式以「田野筆記+觀察日期」，例如（田野筆記，2003/12/20）的方式標明。

順序	參與觀察日期	團體簡稱	地點
1.	2003.12.20	寶貝花園	台北市
2.	2004.2.28	台乳會	台北市
3.	2004.3.1	母乳會	台北市
4.	2004.3.6	母乳會	花蓮市
5.	2004.6.7	母乳會	台北市
6.	2004.7	T 醫院母乳聚會	台北市
7.	2004.8.2	母乳會	台北市
8.	2004.8	T 醫院型母乳聚會	台北市

研究過程中，簡易的口頭訪談、書面訪談、與參與觀察交互進行。因目前缺乏國內母乳支持團體的細部文獻討論（多數是散見於報章雜誌或期刊論文的記載，並無系統性的討論），我們一開始採行參與觀察的方式，藉此描寫、理解情境意義，觀察過程中遭遇不容易理解的狀況時，我們透過與現場人員互動，尋求進一步解答，也因此並未設計結構式的訪談大綱。參與觀察的過程中，屬於當事人的個人意見、或是進一步訪談的內容，基於保護當事人的理由，我們去除真實姓名以及資料蒐集日期，以訪談資料的形式處理參與觀察筆記，當事人（不論是自行發言或受訪）一律以訪談編號表示。

此外，研究之初，我們因地緣之便訪問三位嘉義縣民雄鄉婦女的哺乳經驗，當時她們的年齡分別為 53、58、67 歲，藉以增加我們對傳統哺乳行爲的理解。資料經整理後共有 15 位受訪者，名單代號表列如下：

訪談編號	受訪者
訪談 1	嘉義縣民雄鄉的有哺乳經驗的婦女，53 歲
訪談 2	嘉義縣民雄鄉的有哺乳經驗的婦女，58 歲
訪談 3	嘉義縣民雄鄉的有哺乳經驗的婦女，67 歲
訪談 4	民間支持團體義工。1995 年時，閱讀民間團體刊登在報紙上的哺乳專欄，懷孕前即開始參加聚會，後來投入自家附近的聚會活動
訪談 5	民間支持團體義工。產前就決定哺餵母乳，非因接觸民間團體的緣故。產後二個月至外鄉訪友，得知民間團體的聯絡方式，並開始參加聚會
訪談 6	某母嬰親善醫院的護理科主任，義務支援 T 醫院母乳聚會活動
訪談 7	民間支持團體義工，在 T 醫院母乳聚會講解泌乳原理
訪談 8	民間支持團體義工，擔任會務行政工作
訪談 9	民間支持團體的諮詢員
訪談 10	民間支持團體義工，擔任會務行政工作
訪談 11	民間支持團體諮詢員，目前轉任其他會務，未主持聚會
訪談 12	民間支持團體的核心成員
訪談 13	民間支持團體義工
訪談 14	民間支持團體義工
訪談 15	參與民間團體聚會者

#### 第四節 分析策略與限制

就台灣而言，衛生單位並沒有強制要求個別婦女一定要哺乳，而是透過產科機構、母乳支持團體的力量間接、鼓勵的方式執行政策。這篇文章當中，藉著母乳會豐富的系統知識，可以幫助我們迅速掌握哺乳議題的重要癥結，使我們能夠「反事實」地指出常民知識、產科機構所隱含的問題，理解衛生單位推動母乳哺育計畫之後，政策與個人之間的連結受到何種社會力影響，以致於政策無法達到徹底、深化的效果。

我們主要的分析策略，重點放在團體成員如何透過系統知識，有意識理解哺乳行為和產科制度之間的關係，進而透過知識反思產科制度的問題、重新自我肯定哺乳行為。在本文中，母乳支持團體被窄化系統知識提供者，功效在於以小眾模式推廣哺乳。由於對團體文化向度欠缺考量，容易使我們以為母乳支持團體就是「一般母親」的團體，忽略團體可能隱含的文化區隔作用，亦即母乳支持團體有可能吸引特定文化背景的母親，而不自覺的把某些母親篩除在外，但本文並沒有處理到這個層次，主因是文化向度的資料不易取得。

參與觀察與文獻分析的過程中，母乳支持團體的「功效」是最容易捕捉的層面，包括團體傳遞的系統知識、婦女透過最新知識對哺乳與母職重新界定。但是團體何以會吸引特

定婦女參加？這些婦女是否具有一些文化上的同質性，使她們比較容易傾向積極尋找哺乳資訊、並藉由同儕互助的模式持續哺乳？身為研究者應該帶著這些疑問進入研究場域，透過與支持團體成員互動的機會釐清這些問題。但是在參與觀察之初，我們並無結識關鍵報導人 (key informant)，只能從較為正式的管道進入田野，得到的訊息偏向於系統知識層面、成員與產科機構之間的關係如何建構，不容易捕捉到成員的文化背景。

我們第一次參與民間母乳支持團體的活動，始於 2003 年 12 月底，從寶貝花園網站得知台北聯誼會的時間、地點，因該網站設有活動報名的留言版，為尊重活動辦理人與參與者的意願，聚會前一週，我們在該協會的留言版詢問可否以「研究者」的身份參與聚會。聚會前三日，該協會的理事告知，「目前...並沒有媽媽介意你的加入 所以~~我張開雙手的歡迎你的加入~~~~^^」<sup>8</sup>。聚會當日，我們前十分鐘到達會場，現場只有兩位工作人員，一位準備茶水、一位鋪設地墊（給寶寶換尿布、睡覺、爬行用）。其中一位特別告知「你要做母乳研究，要小心點！要小心不要傷害到媽媽。」事後我們掌握較多母乳支持團體的資料後，發現支持團體對研究者戒慎恐懼的態度，源自於早年母乳會積極向外擴張時，團體受到不明人事騷擾，利用哺乳媽媽熱心、不設防的態度，藉由攝影或口頭訪問的機會侵犯個人隱私，使母乳會會訊編輯趕緊呼籲「謹防外界陷阱」（會訊，2000，11-12：15）。寶貝花園這場聚會的帶領人也有類似說法，擔心出現假冒研究人員身份，混入聚會推銷商品、暴露私人資料的不肖之徒，因此對研究者持保留態度。

第一次田野觀察，我們希望藉著與成員互動的機會建立良好關係，協尋適合的深度訪談對象，聚會上半場主題為哺乳的系統知識，與會者的問題集中在個人哺乳的生理困擾，我們顧慮到若在聚會過程中詢問太多問題，將破壞聚會的原初用意，使研究者的角色太突出，因此採取安靜聆聽的參與觀察方式。

待自由活動時間與活動帶領人詳談，藉此對母乳支持團體瞭解更多，得到的訊息是該協會在全省有四個聚會地點，分別是台北、台中、台南、高雄，各區聚會獨立辦理、並沒有交流。聚會都是透過網路發佈消息，有意願者自行參加，因此很難估算確實的會員人數。而參加聚會的成員，多是哺育母乳不順利的媽媽，中途來尋求支持、協助。同時，從一些跡象可以瞭解此類「網路的」母乳支持團體是鬆散、匿名性高的組織型態，雖然該協會是一個實體社會團體，有具體活動，但是聚會之外的溝通幾乎在網路上進行<sup>9</sup>，成員之間以留言版互通訊息，比如說因為小孩感冒而無法參加聚會，也事後在留言版說明。再者，聚會成員即使見面數次，彼此也只用網路上的暱稱去稱呼對方，對於不認識的參加者，都是先問出暱稱，我們的暱稱就是「那個研究生」。成員間不會主動過問對方的個人資料，比如居住區域、上班地點、年齡等。

---

<sup>8</sup> 該協會某理事於 2003/12/17 的回信內容。

<sup>9</sup> 附帶說明一點，該網站並不顯示留言者的信箱，會員間如果要通信，可透過網站系統轉信，高度維護成員的匿名性。

下半場活動趨近於聯誼性質的網聚，其互動的焦點鎖定在嬰幼兒的一顰一笑，經常出現「他/她幾個月了？」之類的問題，並不容易從參與觀察中獲得太多訊息，加上寶貝花園該場聚會的團體性質鬆散、成員匿名性高，主事者對參與者特質描述不多（或者因為對不請自來的研究者保持戒心）、我們未能長時間浸潤其中（聚會每月一次）、未能與該團體建立良好關係、缺乏關鍵報導人的引介，因此我們轉向觀察母乳會，這個以社會網絡擴張為主的團體。

進入田野之前，我們與母乳會的某位幹部通信，告知研究目的，希望能夠得到協助，的確經過報導人的引介，研究者有不同的感受，團體工作人員表現出友善、願意提供相關資料的態度。但這段田野過程中也面臨同樣的問題，在數次母乳會的聚會裡，與會者很少有重複參加的情況，而且與會者多半安靜聆聽諮詢員或者義工媽媽對系統知識的講解，問題也集中在個人的哺乳生理困擾上，鮮少無意間地透露個人的背景。

會後時間，我們通常會抓住機會詢問工作人員問題，但是工作人員多是攜兒帶女的家庭主婦，兩個小時的聚會下來，子女們都顯得不耐煩，希望趕快離去，因此我們從直接訪談獲得的訊息十分有限，僅能得知組織的歷史演變、目前的組織目標這些明言的訊息。綜合起來，我們雖然曾經參與過三個民間支持團體、一個醫院型母乳聚會的活動，唯一能夠明顯觀察到的是母乳支持團體的明言「功效」，也就是系統知識提供者的角色。因此本文的分析策略側重在母乳支持團體協助婦女哺乳的「功效」，對未言名的文化向度並無描寫或分析。

## 第五節 章節安排

要瞭解母乳支持團體與產科機構的關係，應該放在瓶餵普及化的大架構底下分析，這些常民習以為常的哺育方式，是產科機構之外牽動母乳支持團體的力量，因此談論母乳支持系統的重建，必須注意瓶餵論述下的常民知識、產科機構、母乳支持團體三者之間的互動關係。章節分配上，我們分別討論三者與哺乳議題的關係。

第二章，瓶餵環境的形塑：Yalom（1997/2000）、Blum（1993）與李惠貞（2003）指出配方奶粉商業行銷、醫療體系是造成瓶餵普及的主要原因，我們透過文獻回顧的方式（報紙、期刊論文、衛生統計資料）對母乳哺育率下跌的結構性因素加以分析，具體化近代科學營養知識、商業行銷與產科規訓如何形塑常民的養育觀與營養知識。這些結構性的面向，深深影響現今婦女的哺乳型態，也提醒我們產科機構與哺乳議題的高度依存關係。

第三章、產科推動哺乳的困境：婦女的哺乳能力並非天生的，產婦泌乳機制運作又涉及科學知識與產科制度設計的問題，我們將焦點轉向 1992 年以後醫護人員對臨床哺乳作業的處理方式，檢視產科機構是否能夠有效處理婦女產後哺乳的問題。同時，現今哺乳的環境已經不若傳統，整個社會制度並不利哺乳，因此出院婦女若要繼續哺乳，持續獲得社會系統的支持便更形重要。衛生政策上明確顯示母乳支持團體義工可提供產婦出院支持，文

獻上醫護人員也認同母乳支持團體的重要，我們藉著參與觀察與文獻分析，探討產科機構與母乳支持團體人力的銜接過程。

第四章，文獻指出母乳支持團體能夠協助其他婦女哺乳，並非只是同儕哺乳經驗的傳遞、交流，團體之所以得到信服，主要原因是團體能夠在產科機構之外提供非主流科學知識給產婦，顯示現階段持續哺乳的婦女往往需要高度反身性，透過最新的知識修正自我行為。本章除了介紹母乳會在台的擴張過程，同時注意團體內系統知識的內涵、團體成員對產科機構的規訓的思考方式。

第五章，重建母乳支持系統的過程中，醫護人員、母乳支持團體被認為能有效推動母乳哺育。我們綜合二、三、四章的討論結果，歸結出「產科規訓」或許是許多學者習以為常的批判方式，自 1992 年以來，許多產科機構都面臨改革，但就母乳支持團體而言，改革成果並不徹底。我們從文獻中意識到，談論產科機構改革，除了注意制度上的變革，「醫護人員」的角色鮮少被注意到，事實上醫護人員在醫療機構情境中的實踐，不只是超然、客觀的健康照護者而已，其角色、「哺乳」本身的意象都受到社會價值的引導，進而影響哺乳作業在產科機構中的實踐，我們以此解釋為何產科機構不易有制度性的改革。最後，回到母乳支持團體的行動者，從她們的特質、產科機構所反映的出問題，重新思考此一母乳支持系統是否有制度上的限制。

第六章，結論與建議。

## 第二章 瓶餵普及化的制度性因素

1960 年代以降，台灣的哺乳文化逐漸消失，這反映在兩件事情上，一是哺乳人口越來越少，大眾習慣用配方奶粉瓶餵嬰兒；另一件事是哺乳本身被視為沒有價值、低社經的。過去我們通常用個人的偏好去解釋「為何產婦不哺乳」的問題，例如產婦覺得產後體力不佳、奶水分泌不足、擔心哺乳會造成乳房變形、認為母乳的營養不夠等，所以需要使用配方奶粉養育嬰兒。以下我們將要說明，瓶餵普及與現代專家知識的發展有密切關係。配方奶粉原本設計給沒有母乳可喝、或者無法吸吮母乳的嬰兒，近代科學至上的思維在知識上奠定配方奶粉優於母乳的地位；同時，隨著大型醫療體系逐漸建立、助產士接生行為被貶低，產婦生產行為從家中移轉至醫院，產婦以「個人」的身份進入醫療系統被管理，產婦與嬰兒雖然不是病人，在醫療體系下仍以「病患」的身份被關照、注視，展開一連串的瓶餵規訓過程。

### 第一節 母乳代用品的營養論述

1945 年，日治時代結束，國民政府來台建設初期，認為戰後物資不足、婦幼營養不良，導致出生至六個月的嬰兒發育尚可，但是六個月以上的嬰兒因為母乳營養不足、又缺乏適當的嬰兒補充食品，導致發展遲緩、抵抗力降低，死亡率較其他先進國家高達兩倍以上。為了改善婦幼營養，1951 年台灣省婦幼衛生研究所向聯合國兒童基金會爭取經費，1954 年聯合國兒童基金會開始補助脫脂奶粉、全脂奶粉及魚肝油等營養品，在衛生所牛奶站供應給需要改善營養的婦幼，直到 1968 年為止，前後共 14 年的時間，平均每衛生所有 30 名母親及兒童接受奶粉與魚肝油丸作為副食品，2 至 4 名嬰兒接受全脂奶粉作為人工營養，並在鄰會及母親會中辦理營養教育及示範，教導婦幼營養常識（行政院衛生署，1995）。可以說是台灣地區大量進口嬰兒人工營養品的開始，但補助對象有限，且對象限定在營養不良的婦幼，並沒有對全台灣母乳哺育的行為造成太大衝擊。

婦幼營養品引進，讓人們意識到母乳不夠「營養」。但是嬰兒配方奶粉主靠進口，價格昂貴，根據行政院衛生署《台灣地區公共衛生發展史》的描述「光復後第二年，社會經濟仍未恢復正常，尤其嬰兒營養品極感缺乏，僅有國外製奶粉，且價格昂貴，以當時公務人員的待遇，一個月收入只能購得奶粉三磅。」（行政院衛生署，1995：291）1960 年以後，廠商開始進口配方奶粉（林湘沅，2000）以商品的形式販賣。然而進口配方奶粉價格昂貴，一般民眾無力購買，過去學者研究的焦點都在開發便宜的替代奶粉（聯合報，1971a、1974），以低廉的原料製造代用奶粉，讓一般大眾也有餘力購買。

雖然代用奶粉研發者認為母乳最好，但文章重點都在代用奶粉的「現代化科學」與「營養」，對母乳的著墨並不多，兩者形成強烈對比。過去大多數婦女都哺餵母乳的時候，產婦

哺餵母乳並不需要科學依據，哺乳作為一種社會的、文化的活動，產婦理所當然的哺餵母乳，也就出現「卡早流傳下來，我們吃老母的，咱兒子吃我的，就這樣而已！」（訪談3）這樣的說法。但配方奶粉與代用奶粉的出現，帶來的訊息是「現代化科學研發」、「含有適合嬰兒成長的營養素」。我們看同時期關於母乳的討論，多篇報紙文章暗示了母乳的營養不足，必須補充牛奶、及早添加副食品、並及早斷奶（聯合報，1966、1969、1971b、1973、1978）。近代嬰兒營養知識的討論裡，配方奶粉的優越性、母乳的劣質性，建立在「科學與否」的條件上。

然而瓶餵涉及一連串迥異於母乳哺餵的知識，就我們一般所知，瓶餵需要一些器具，比如徹底消毒的奶嘴、奶瓶、適溫開水、配方奶粉，奶粉與溫水以一定比例調製，太濃或太稀都會導致嬰兒腹瀉。瓶餵過程中，嬰兒可能吸進空氣，所以瓶餵完畢，要幫嬰兒拍背，排出胃中的空氣。這些一連串的步驟與傳統母乳為主的育嬰方式格格不入。我們現在視瓶餵為理所當然，是因為生活物質條件進步，瓶餵相關器材不斷生產，人們也接受了這一套養育模式，所以覺得瓶餵是方便的，哺乳是不方便的。過去物質條件並不充分，我們卻看到哺乳率逐年下降，養育行為在短短數十年之間以瓶餵為主。根據實際的數字，台灣地區1962年初生嬰兒約有95%以母乳哺餵（陳森輝，1979；轉引自陳怡君，2003b）；至1989年，產後一個月純母乳哺育率為5.8%、混合哺育率為25%（鄧素文等，1997）。由於台灣缺乏專門學術機構進行長期調查，國內有關母乳哺育率的統計大多是醫護人員以自身服務機關進行立意取樣的數據，無法代表整體情況，因此我們不採用。從數據當中可以發現，1962年出生的嬰兒大多以母乳哺餵，但是1989年時，產後一個月的嬰兒僅有5.8%以純母乳（不給其他食物或飲料，包含水）哺餵，其餘大部分嬰兒都使用配方奶粉，可以說過去母乳為主的文化已經消失。

很明顯的，有一股社會力量重新規訓了人們的哺育行為。文獻曾提到配方奶粉看起來較營養、婦女就業率提高、產婦健康不佳、母乳分泌不足、哺餵母乳會造成產婦身材走樣等因素，把瓶餵歸因於產婦個人或產婦家屬的選擇，預設產婦因為個人因素選擇不餵母乳。但隨著醫學、生理專家對產婦泌乳的機轉有更深一層的瞭解後，開始反省到瓶餵有時不是產婦的個人選擇，事實上某些情境裡會造成產婦的泌乳功能不順，缺乏專人協助時，產婦自以為「奶水不夠」、「嬰兒拒絕吃奶」，順其自然用起了奶瓶。這些讓產婦不得不瓶餵的結構性因素，我們歸結出廠商過度促銷、產婦集中醫院生產、醫院管理邏輯三者結合的影響（Blum, 1993）。

## 第二節 瓶餵普及化的歷程

### 一、配方奶粉廠商過度促銷

台灣早期因為配方奶粉的市場區隔尚未分殊化，進口配方奶粉的種類只有一種，專提供初生嬰兒至周歲使用。至於一歲以上嬰兒可以食用副食品及全脂牛奶，廠商並未替一歲以上的嬰兒族群設計商品。配方奶粉廠商的促銷行動，起初從媒體廣告著手，但媒體廣告的效果顯然很有限，並非隨著「配方奶粉廣告促銷越多，配方奶粉使用率越高」的邏輯進行（Potter et al., 2000）。為了更有效推廣產品，配方奶粉廠商轉向健康從業人員遊說，這些健康從業人員大多是醫院或婦產科診所、小兒科的醫護人員，透過醫護人員指導新生兒父母選用嬰兒奶粉的機會，增加產品使用率。此舉本無爭議，根據 WHO 在 1981 年通過的「國際母乳代用品銷售守則」，廠商可以向保健工作者提供配方奶粉的資料，但資料必須具有科學性及真實性；而且部分產婦或初生嬰兒若出現異常，無法或不適合哺餵母乳時，配方奶粉可以發揮救急的效果。

但廠商為了角逐產品進入醫院的機會，透過免費提供配方奶粉給醫院，讓醫護人員指導父母使用，這一點在「國際母乳代用品銷售守則」被禁止，不過台灣並非 WHO 的會員國，缺乏相關法令制止業者過度促銷。廠商與醫院形成三種合作模式：第一、醫院或診所採用單一品牌的配方奶粉；第二、醫院或診所輪流使用各牌配方奶粉，或由醫師擇一品牌使用；第三、醫院或診所提供多種品牌讓嬰兒父母挑選（林湘沅，2000：41-42）。

屈蓮、白璐（1988：234）以電訪及面訪醫療單位的結果發現，「台北市 50 家擁有婦產科之醫院中，僅 44 家為人接生，其中有 34 家（77.3%）供應嬰兒奶粉，而 52 所婦產科診所樣本中，除 17 所不接生及 1 所拒訪外，其餘 34 所中有 29 所（85.3%）供應嬰兒奶粉。」大型醫院出生的新生兒，通常按照醫院輪到的品牌、醫院規定的奶粉清單擇一，或者直接由醫生指定。反觀中小型診所，雖然產婦有較高的品牌選擇自由，但是中小型診所供應嬰兒奶粉的比例更高。消費者文教基金會在 1988 年也針對國內配方奶粉的促銷情形進行調查，結果發現在台北地區約有 60% 的醫院接受廠商免費提供的配方奶粉，40% 的醫院在產婦要求及付費的情況下供應配方奶粉，但醫院內卻很容易得到配方奶粉的相關資料（經濟日報，1988）。

## 二、產婦集中醫院生產

雖然醫院充斥免費配方奶粉，產婦若選擇不在醫院生產，接受配方奶粉訊息的機會則降低許多。但我們不得不注意，目前除了在醫院生產，產婦並沒有太多選擇空間。從台灣公共衛生的發展史來看，日治時代以前，台灣婦女的接生工作主要由產婦自己、產婦親戚、或者接生婆負責；日治時代，日本殖民政府為了增加殖民區勞動人口，在遷徙日本農民到台灣開墾失敗後，決定從降低台灣死亡率著手，當時因為衛生條件惡劣，大多數的人都死於急性傳染病或風土病，如鼠疫、瘧疾、腸胃道疾病，所以首要改善環境衛生、撲滅病媒。除此之外，日本政府也開始建立台灣的醫療系統，培養醫護人員，其中與產婦生產密切相

關的就是接生婆的合法化與培訓。

日治時代，助產士稱助產婦，初期（1897年）全台登記合格的執業助產婦有9人，日治末期（1942年）有2159人。助產婦養成始於1902年，由服完義務年限、成績優良的看護婦（註：即護士），修業一年。1907年，以公費培養助產婦，招收14-40歲、有國小三年級學力的女性，起初培育機構只有台北病院。1923年對招生資格重新規定，本科生需具備國小畢業學力，修業兩年，享有公費；速成科需具備國小畢業學力，講習一年，但廢止公費。後來台南病院（1925）、台中病院（1929）也設置助產婦的講習所。……1919年，日政府為加強助產工作的普及，開始設置「公設產婆」，其薪金由街、庄、役場支付。而公設產婆接生大部分均免費，一部份則收取低廉之費用，作為津貼（行政院衛生署，1995：231）。

日本殖民政府希望藉著公設產婆的設立，減少產婦生產過程中的危險。除了上述公費培訓的助產婦，各衛生所也編制助產士，負責地方接生事務。日治時代結束時，根據農復會調查全省十六鄉村接生情況（1951年），由開業助產士、衛生所助產士接生的比例達51%，但仍有38%的產婦由家族、鄰居或自己接生。由醫生接生的情況較少，佔3%。

表5 農復會調查全省十六鄉村接生情況（1951年）

接生者	比例（%）
家族	30
鄰居	5
母親自己	3
開業助產士	33
衛生所	18
醫生	3
其他	4

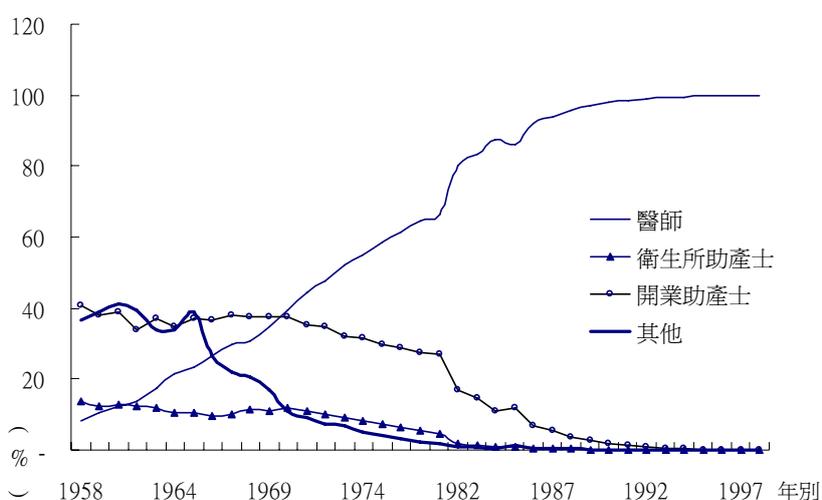
資料來源：行政院衛生署（1995）。《台灣地區公共衛生發展史》。

助產士只能接生自然產，為了增加業務量，又要顧及產婦及胎兒安全，必須花時間、花力氣建立產婦的信心與主體性，增強其自然產的能力；醫師比較容易從病理的角度提出一些「危險」的可能性，讓人戒慎恐懼（吳嘉苓，1988、2003a）。除此之外，很多婦女傾向在大型醫療院所或至少要設有小兒科的醫院生產，其實有生產後續處理、嬰兒急救及治療的考量。雖然生產過程醫療化介入，對許多產婦來說並非愉快的過程，但生產過程的不可逆，在「不怕一萬，只怕萬一」的心理恐懼下，產婦集中醫院生產一途恐怕不是憑藉「有80-90%的生產都是正常」的理性概念，就足以扭轉此一趨勢。

此外，教育部於1991年全面取消了台灣的助產教育，當時教育部的發函公文中寫著：

「大學院校方面，目前先進國家皆無設立助產科、系，產科（學）業務應由婦產科醫師負責執行，將來應無助產士制度。」（吳嘉苓，2003b）從政策去否定助產教育存在的必要，也有增強產婦集中醫院生產的效果。由於醫院能夠處理異常生產的狀況，加上醫療院所不斷擴充、助教教育逐漸衰微，台灣婦女的生產地點由家中轉向醫院。從下表可看到台灣產婦集中醫院生產的趨勢，1958年時約有54.7%的嬰兒由助產士接生，到了1998年99.84%的嬰兒由醫師接生，由助產士接生的嬰兒已經不到0.2%。

圖 2 1958-1998 年嬰兒接生人員別比率圖



資料來源：修改自衛生署統計年報（1998）表 82 臺灣地區歷年出生嬰兒按接生人員別分。

### 三、醫院管理邏輯

醫院為何要採用配方奶粉作為哺餵新生兒的主要食品，與醫院本身的設計有很大的關係。醫院原本要處理的是異常生產的狀況，根據傅科（Foucault, 1994）《臨床醫學的起源》的觀察，西方臨床醫學的發展與解剖學密不可分，解剖學定位了疾病在人體的發作部位，醫師對於病患的興趣，往往集中在疾病本身而非病患，為了細部處理身體各發病部位，西方臨床醫學以分科診治的方式處理疾病。生產原本不是病，產婦進入醫院生產後，就必須被納入醫療體系的管理方式，其中母嬰被視為不同的「個人」進行照顧，分科醫護人員各司其職，產婦入院準備生產時，並不是定點生產，而是根據醫院生產流程規劃出來的動線進行，產婦生產歷經的空間包括待產室、產檯、恢復室、產後病房。而嬰兒在產檯出生後，必須由護理人員清洗、小兒科醫師檢查後，放進嬰兒室由護理人員統一照護（李惠貞，2003），宛如一條生產線。

隨著婦女生產地點逐漸從家中轉向醫院，醫院為了管理數量龐大的孕產婦，走向組織

科層化的型態。我們從一位年長婦女的哺乳經驗（訪談 2）得知，早期醫院（1964 年）雖然也是母嬰分離照護的設計，但是當時配方奶粉不普遍、廠商也沒有免費提供醫院配方奶粉，爲了配合產婦哺育母乳，護理人員定時把嬰兒推到產後病房讓產婦哺餵母乳。這是母嬰需求（哺餵母乳）和護理工作（母嬰分科照護）衝突時，折衷的作法。但是婦女生產過程往醫療院所集中，產科機構往大型科層組織演變，母嬰需求和護理工作產生衝突。因爲產婦、新生兒被照護的地點不同，如果產婦要哺餵母乳，必須由嬰兒室護理人員把嬰兒抱到產科病房，或者由產婦走到嬰兒室哺餵，前者會增加醫院人力支出，也會增加嬰兒院內感染的機會，不利於新生兒科醫護人員作業；後者讓產後婦女覺得疲累，也違反產科病房希望產婦多休息的原則（陳昭惠等，2001）。這個情況下，使用配方奶粉哺餵嬰兒，一方面方便嬰兒室護理人員管理新生兒，同時配方奶粉可定時、定量哺餵，便於觀察與記錄新生兒的身體狀況，產婦也不用往返病房和嬰兒室之間，可充分休息。

醫院本身產程動線的設計，必須分離產婦和嬰兒，廠商免費供應的配方奶粉便於嬰兒室護理人員照護新生兒。對於產婦家屬來說，不管有沒有意識到免費商品背後廠商的利基，爲了配合醫院的作業程序，家屬對於瓶餵與否、配方奶粉品牌的選擇，通常是無從置喙。

從以上三個結構性因素來看，醫院原本設計母嬰分離，以便分科照護，母乳爲嬰兒唯一的食物時，護理人員推送嬰兒至產後病房哺餵爲折衷辦法；大量產婦集中往醫院生產，廠商又提供免費的配方奶粉，醫院爲了便於管理，修改原本折衷的照護動線，貫徹分科照護的設計，以瓶餵定時、定量哺餵新生兒，也讓產婦能夠充分休息，避免在病房與嬰兒室之間來回奔波。雖然我們缺乏「歷年母乳哺育率」與「醫師接生比例」動態變化的數據，無法直接觀察瓶餵與產婦集中醫院生產之間亦步亦趨的變化，但許多文獻都指出瓶餵與醫院生產動線之間的緊密關係。

1981 年後 WHO 重申母乳的重要性，當我們瞭解泌乳機制的原理，會發現產科照護體制會弱化母親哺乳的能力，也瞭解爲何產婦集中往醫院生產後，母乳哺育率逐漸降低的結構性因素。在知識觀（配方奶粉科學、神聖化的地位）與身體觀（產婦身體不佳、奶水不夠、寶寶不吃或吃不飽）交互滲透的影響下，瓶餵文化取代母乳文化，成爲台灣過去二十多年來的主流育嬰方式（李惠貞，2003）。

### 第三節 母乳價值、哺乳環境的惡化

瓶餵普及化也重新塑造了母乳的價值，李惠貞（2003：21-22）自述道：

我在自己的家出生，喝媽媽的母乳到一歲。在沒有生孩子和做這個研究以前，因爲身邊的同學同伴，能在醫院生產的幾乎都是中上階層的城市家庭，相較於自己 1969 年在雲林的鄉下，母親快生產時自己跑去跟產婆說快生了，要產婆過來，一直覺得自己的經驗有階級化的感覺。而同樣的配方奶在過去曾被階層化爲營養的聖品，是有錢人才吃的。

到醫院生產、使用配方奶粉，相較於請助產士接生、哺餵母乳，前者要花費更多金錢。雖然產婦可以選擇生產地點、哺餵方式，但是經濟能力的高低卻限制產婦的選擇範圍，區隔出誰是比較有能力的，誰是比較沒有能力的，並內化成個人價值觀的一部份。在瓶餵普及化的初期過程，配方奶粉被形塑為營養的、有價值的、高社經地位的人使用的（訪談 1、3），當價值被確立，哺餵母乳被賦予多面向負面的意義，一方面母乳被視為比較不營養的，另一方面哺餵母乳也代表低社經地位，無法負擔配方奶粉的花費，這個情況下，有足夠經濟能力的產婦即使泌乳功能順暢，也可能因為外在價值選擇配方奶粉。

在瓶餵普及化後期，產婦普遍使用配方奶粉哺餵嬰兒，配方奶粉廠牌的選擇也涉及象徵價值的意涵。屈蓮（1988：56）的研究指出，「教育程度越高的母親，越傾向於選擇高價位的嬰兒奶粉」，不論家庭收入多寡，「均有三分之二以上的母親選用高價位的嬰兒奶粉，而對於低價位的嬰兒奶粉，母親選用人數比例，隨著家庭收入的增加而減少」，正說明這個現象，我們很難釐清配方奶粉的價位與品質之間的絕對關係，但是就家長而言，高價位代表了高品質，是值得追求的目標。「比較貴的配方奶粉比較好？」這一點產婦們雖未言明，甚至否定這種說法，卻實際表現在購買行為上。

瓶餵一開始以經濟能力區隔使用者，透過配方奶粉較營養的論述，否定母乳的價值；當瓶餵普及，使用者又再次以經濟能力區隔自身，在養育子女的過程中感受自己是經濟上的優勢，或者經濟上的弱勢。

配方奶粉從少數人使用，到成為主流哺餵方式的過程中，產科機構的照護方式阻礙產婦的泌乳功能，並規訓產婦與嬰兒順應定時、定量的哺餵觀，相對來說，母乳無法做到定時、定量，配方奶粉才可以，醫院的照護方式穩固了配方奶粉使用上的價值。另一方面，配方奶粉由於價格昂貴，一開始僅有少數人有能力使用，其商品的特性，區隔了配方奶粉使用者，和一大群非使用者，正如李惠真提到的「配方奶在過去曾被階層化為營養的聖品，是有錢人才吃的」，其商品價值部分建立在「經濟區隔」的作用上。當商品帶有濃厚的象徵意義，產婦很難逃脫此種價值體系，更遑論反抗這種價值體系，而哺餵母乳被形塑成不營養、低經濟地位，其行為本身就不受到肯定，母乳哺育率持續降低也是必然的結果。

產科醫療照護制度改變了產婦哺乳行為、與嬰兒吸吮的習慣，但醫院的影響力不限於母嬰本身、家庭，還包括整個社會。雖然母乳哺育率下降與婦女勞動參與率逐漸上升並沒有呈現必然關係（Blum, 1993: 296），但瓶餵的確讓照顧嬰兒的工作可以假手他人，當產婦不需要親自哺餵嬰兒，母親可以脫離嬰兒主要照顧者的角色時，也改變以哺乳為主的傳統婦女家庭生活週期，並影響改變婦女勞動參與的型態。

在婦女勞動參與率的長期變遷中，許多婦女將子女托嬰、托親，或者兼任職業婦女與母親的雙重身份。婦女勞動參與率提高有許多意義，就哺乳來說，因為過去職場工作型態則是預設婦女不哺乳的（現在或許也是），一旦婦女產後返回工作崗位，兼顧哺乳和工作便

難以兩全，選擇瓶餵變成不得不的決定。隨著職業婦女蔚為潮流，也意味著哺乳的條件越來越差，職場預設婦女不哺乳，婦女不可能在上班時間擠乳，同時婦女也因為職場對於哺乳的限制，孕期或產後預期自己不能哺乳，而開始注意配方奶粉的品牌。

由此我們可以發現哺乳率低落是一個高度複雜的結果，其中包含產科醫院對婦女哺乳行為、對嬰兒吸吮行為的規訓；配方奶粉在知識上、價值上的爭論；母親身份的重新認定；婦女勞動參與率提高、職場工作型態對哺乳的影響等，整個社會結構在瓶餵普及化之後有了相當大的改變，迥異於傳統普遍哺乳的情境。

### 第三章 產科機構推行哺乳的困境

「母乳最好」的概念，基於各種實證上母乳優於配方奶粉的科學理由，但是國內醫療院所從瓶餵主流轉向認同「母乳最好」，不可單純視為一種科技民主化的過程，而是政治力量介入使然。李惠貞（2003：22）認為，因為國家衛生單位介入，醫院才開始慢慢改變院內母乳哺育的環境，「在這之前，醫院一直都是以害怕感染和覺得剛生產完的產婦體力尚未恢復無法照顧嬰兒，而一直執行母嬰分離的醫院方針。」但是，單就目前可見的文獻而言，自衛生署發佈母乳哺育計畫後，醫護人員似乎理所當然的接受「母乳最好」的概念，過程中並沒有出現醫療體系與衛生單位的明顯對抗，也缺乏對此項政策的辯論。在缺乏辯論的情況下，醫療體制原始設計利於瓶餵而非哺乳，當醫護人員用現用體制架構思考提升哺乳率的問題時，如何在原有產科照護動線中配合產婦哺乳的需要、以及建立出院產婦的支持系統就變成一大難題。

#### 第一節 醫院管理制度、與醫護人員養成

本小節藉由醫護人員在 1992 年後對於哺乳所做的臨床處理為討論重點，從母乳支持團體提供的觀點，檢視產科醫院體制如何逐漸鬆綁。雖言「鬆綁」，但醫療體系是一個龐大的機制，醫院內部有自身的科層系統，醫院外部則有診所、地區醫院、區域醫院、醫學中心的科層體制，城鄉差距又加深醫院間的異質性，所以各家產科醫院「鬆綁」的腳步、幅度差異也相當大<sup>10</sup>。本小節的用意並非推論全國各家產科醫院的現狀，本文引用的醫護人員報告，大多為都會區的大型醫院，甚至是醫學中心的報告。這些醫院對母乳哺育計畫採取因應措施的時間點是比較早的，這也意味著這些醫院較為積極回應衛生單位政策，我們藉著這些醫護人員的研究，檢視一個原本不利哺乳的體制底下推行哺乳會產生的狀況，絕不是像表面上所設想的「由醫護人員教導產婦哺乳藉以提昇母乳哺育率」那樣輕鬆容易，換言之，如果提昇哺乳率的問題單純從醫療體系解決，由於醫療體系本身的設計不利哺乳，儘管近年來產科照護流程已經逐漸改革，但改革多著眼於流程中的一小環節，讓原本窒礙難行的「哺乳」在院內可行而已，這一點多數文獻並未直接討論，不過從學者改革產科流程中遭遇的困難可以觀察到這一點。

在現有體系基礎預設不更動的情況下，醫護人員的因工作量增加產生抗拒、哺乳衝擊到不同部門的知識體系，也會影響哺乳政策的成效。近年來，支持哺乳的科學社群（雖然

---

<sup>10</sup> 以我們自己的經驗而言，家人 2003 年在中部某鎮生產，距離衛生署推動母乳哺育計畫業已十年有餘，但是該家醫院舉辦的產前媽媽教室贈送廠商印製的手冊、樣品；寶寶出生後未曾詢問家屬意見，就逕自哺餵嬰兒某牌廠商免費贈送的配方奶粉，產婦出院後，醫院又贈送印有「樣品」字樣的配方奶粉給家屬。後來醫院護士至家中訪視，帶的小禮物還是配方奶粉廠商提供的禮品，完全沒有提到母乳哺育的事情。就單一個案來說，母乳哺育計畫的城鄉差距還是存在。

也是醫療體系的人員)進入醫院體系,檢視在職人員、實習生(醫師和護士)的哺乳知識,最後反省到醫護人員的養成過程中缺乏哺乳課程、課程內容過於老舊,導致醫護人員對哺乳作業的態度冷漠、不積極。母乳科學社群的積極介入,反身性的瞭解到醫療體系形成的過程中,醫護人員的訓練、院內照護流程設計原本就沒有納入「哺乳」的考量,也暴露出依靠醫療系統推動哺乳的根本問題。

## 一、醫院管理績效的思維

產科機構執行母乳哺育計畫已經行之有年,但是誠如林麗珠、許洪坤(2002:286)所言「母乳哺育對護理人員來說是耗時費事的工作」,此外陳彰惠(2002)認為產科醫院改革牽動自身經營成本,導致醫院不易支持母嬰親善政策,「因為機構政策是以業績為導向,加上科室中的人事成本高,為了減少人事成本,單位內的人力就受到限制(頁40)」,在人力配置不足(業績導向),工作量卻因哺乳作業增加的情況下(耗時費事),也連帶影響基層醫護人員推動母乳哺育計畫的意願與能力,可能導致基層人員漠然、甚至不主動提供產婦哺乳資訊的情況,我們從兩個面向說明這種情形。

第一、產科體制中推展哺乳,馬上面臨人力不足的問題。鄧素文等(1997)依照衛生署母乳哺育計畫的建議,將研究重點置於加強婦女的產前哺乳衛教,但團體衛教工作並沒有醫護人員提供面對面的衛教,而是由研究者設計哺乳衛教內容,並預先製作成錄影帶及衛教手冊,錄影帶長度約35分鐘,在產檢候診處以每隔十分鐘播放一次、每次門診播放三至四次的頻率進行多媒體團體衛教,研究對象看完錄影帶之後發給衛教手冊。產婦不需事先報名、全程自由參加。為了適應醫療體制原始的生態,研究者只能在不更動原有的人力配置底下進行,考慮到研究結束後門診醫護人員繼續執行團體衛教的意願和可行性,所以「設計適合於醫療院所繁忙的門診中採行團體衛教」(鄧素文等,1997:14),讓候診間的產婦以觀看錄影帶、事後閱讀衛教手冊的方式吸收哺乳資訊。

雖然研究結果顯示團體衛教與哺乳率無關,其他研究也提出類似觀點,認為光是改變院內的一個環節而不全面更動,對院內哺乳率提升的效果非常有限(鄧素文等,1997;蘇玉珍等,1994),但是這篇研究仍凸顯出產科醫院以現有的人力、體制推動哺乳政策,馬上會面臨的是基層醫護人員人力不足(陶春蘭等,2003)、降低執行意願的問題。

我們在陳昭惠等(2001)研究國內母嬰親善醫院的試辦困擾中也可以看出,現階段產科醫院因為成本考量,在單位人力不增工作量卻增加的情況下,很容易造成基層人員的反抗。例如:

1. 門診太忙,無法達到個別諮詢或團體衛教。
2. 工作人員太忙,時間配合有困難無法完成完整的訓練課程(註:指母乳哺育在職訓練課程)。

3. 工作人員接受訓練的意願不高。
4. 生產人數與產科醫護人員不成比例，造成：產臺不夠，無法使個案在產臺有足夠的時間執行皮膚的接觸；沒有醫護人員在旁協助餵奶。
5. 工作人員抱怨負荷過重，無法在每一對母嬰出院前，至少觀察一次母乳哺餵。
6. 產後病房工作人員因工作量增加或能力不足而抗拒（實施母嬰同室）。  
若以杯子、湯匙或空針筒餵食，會增加餵奶時間，且容易噎奶（摘錄自陳昭惠，2001）。

第二、產科醫院母乳支持團體的開辦，以「不支薪」、「佔用下班時間」的方式要求護理人員義務支援，這種不近常情的作法，的確加重了醫護人員的負擔。我們從 T 醫院母乳聚會觀察到基層護理人員因為推廣哺乳而額外增加工時的狀況，該聚會辦在週六上午，協助聚會的護理人員不另支薪、不算加班，義務支援活動。該院的護理科主任就表示：

支持團體活動，護理人員用自己的時間，我是認為這麼做不太好，可是看到民間支持團體的媽媽們也在做志工，所以也一起做志工。所以護理人員的信念很重要。（訪談 6）

一位義工媽媽表示，她們以民間團體的身份至其他母嬰親善醫院辦理母乳支持團體的活動，醫院方面派遣三位護理人員支援，但是與護理人員互動的過程中卻覺得護理人員迫於醫院政策所以「不自願」、「不支薪加班」支援，與民間團體自辦的聚會差異很大。

醫院做的，和民間畢竟不同。○○醫院的支持團體，只配了三個護士做，而且等於用人家下班額外的時間，有的不是自願的，只是醫院政策要她們這麼做，當然差很多。（訪談 4）

以上兩個例子反映出民間支持團體開始與產科機構合作後發生的狀況，產科機構在績效管理的思維底下，支持團體聚會是醫院以外、沒有生產力的事務，所以醫院政策要求護理人員利用下班時間、不支薪的方式支援活動，護理人員「不自願」、「不得已」的心態可被理解。

另一方面，我們認為相當重要的一點是，醫院概括性的認為開辦母乳支持團體是件好事、應該努力推廣，田野個案中護理科主任的回答「和民間支持團體一起做志工」就是明顯的例子，這種態度的形成脈絡應放在近年來民間支持團體努力向外拓展的過程，新興的台乳會、寶貝花園，除了運用原本的擴張網絡（社會網絡、大眾傳媒）吸引新成員，也將推廣將目標轉向衛生單位與醫療院所，希望在這些機構之下成立母乳支持團體（田野筆記，2003/12/20；2003/3/1），以便更進一步貼近所欲動員的民意群眾—產婦。新興民間團體的努力，讓產科機構認識所謂的母乳支持團體型態、積極奉獻的志工媽媽，以及在醫院內設立母乳支持團體的可能，卻無法幫助產科機構更進一步檢視產科常規的問題；同時，產科機構以現有的人力架構協辦母乳支持團體的活動，徒然增加基層護理人員額外的工作負

擔，更加強化哺乳作業「耗時費事」的負面形象。

## 二、哺乳對分科照護的知識體系的衝擊

在原始的醫療照護體系下，母嬰以「個人」的身分進入醫院被管理，由不同部門人員照護、監控，瓶餵恰好符合分工體系的需要，因為「各部門對於哺乳的態度及認知不一致。例如：婦產部著重於母親的需求（應多休息），而小兒部多半較重視新生兒的需求（營養為重）」（陳昭惠等，2001），瓶餵可以讓產婦多休息，同時新生兒照護人員可以透過集中監控、定時、定量哺餵嬰兒，服膺分科照護的需求。此外，李惠貞（2003）注意到原始的產科照護制度影響到醫院空間的安排，一般醫院若是基地空間有限，因為工作流程的關係，常把嬰兒室和產房置於同一樓層，產後病房置於其他樓層。

母乳哺育計畫推展後，衛生政策要求產科醫院儘早讓產婦開始哺乳、並依照嬰兒需求餵食，目的是刺激產婦的泌乳機制以產生足夠的乳汁。但是院內哺乳的措施卻衝擊到原始分科照護的制度，因為哺乳關係母嬰共同需求，在產科醫院管理制度之下，哺乳非產婦單方面的意願與行動就可進行，而必須由產後病房與新生兒室人員共同協調才得以完成，但是不同部門有著不同的態度與認知、醫院空間規劃也可能降低了產婦的移動能力，也因此影響了院內哺乳的成效。

就不同部門人員的態度與認知來說，推動母嬰親善醫院後，政策建議除非有醫療上的需要，不得提供母乳之外的食物與飲料給嬰兒，對新生兒室的護理人員而言，「工作人員或產婦擔心乳汁未泌或是奶水不足，而造成嬰兒低血糖或脫水。」，同時也擔心實施母嬰同室會「增加嬰兒感染機率」。而對產後病房的護理人員則認為「產婦需要休息（例如：身體不適、剖腹產、坐月子習俗）」，同時「若無母嬰同室，產婦往返嬰兒室頻繁，容易造成疲憊，尤其是晚上。」（陳昭惠等，2001），可見即使在產科醫院內，不同部門可能因為認知態度不同，產生「醫護人員之間無良好的溝通協調，變成多頭馬車各自分頭進行」（陳彰惠，2002：42）的情況。

雖然醫療體系倡言「母乳最好」，實施院內哺乳若無法突破「母嬰分離 / 分科照護」的思考框架，則院內哺乳會產生許多變相的「混合哺育」，而非政策建議的純母乳哺育，混合哺育會連帶影響出院產婦的哺乳適應，這個部分第二章我們已經提及，在此不贅述。蘇玉珍等（1994）就發現，該服務醫院雖鼓勵產後六小時的婦女儘早下床哺乳，卻只是針對可以下床、體力夠的婦女而言。其他剖腹產、或因醫療處置不方便行動的產婦，醫院通常等點滴注射、尿管拔除後，才請產婦至嬰兒室哺餵母乳，但此時已是產後二、三天的事了。另外一位母乳會成員雖然能在產後病房哺乳，新生兒室人員仍擔心嬰兒「喝母乳狀況不佳」，所以隨嬰兒車放置了一瓶配方牛奶供產婦哺餵寶服用。

當時門諾醫院因為還沒有採行母嬰同室的方法，所以必須每隔 4 小時由老公到育嬰室推 baby 到我的病房餵奶；院方原則上是在嬰兒車上準備一瓶牛奶並告知：如果 baby 喝母乳狀況不佳，可考慮餵牛奶。至於產婦是否餵食母乳或牛乳，院方倒也都未強力干涉。（會訊 2001，3-4：6）

表面上看起來，產科照護措施已經有鬆綁的趨勢，但仍在「母嬰分科照護」的思維底下思考哺乳本身，沒有意會到這些「有益」母嬰健康的措施，實際上不利母乳哺育。

### 三、醫護人員養成訓練的問題

陳文慧（1998）認為，一般家屬並不知道母乳對早產兒的益處，如果醫護人員不建議、不配合推廣哺乳，則家屬根本不會考慮用母乳哺育新生兒，說明醫護人員在母乳哺育計畫中的角色。鄧素文等（1995）的研究也捕捉到一個有趣的現象，問及產婦家屬對哺乳的態度，贊成母乳者 85.3%、無所謂者 14.2%，表明不贊成母乳者為極少數，僅為 0.5%；贊成配方奶粉者 39.4%、無所謂者 53.2%，不贊成配方奶粉者稍多，為 7.4%。換個角度來說，有九成以上的家屬不在意嬰兒「一定」要吃什麼，面對醫療體制，多數人心態上仍是「順從」醫療常規為主，所以醫院政策顯得格外重要。但文獻也指出醫護人員對母乳哺餵這件事不是沒意見，就是不表示態度（陳昭惠，1999：26），會造成這種情況，與醫護人員的養成訓練有密切關係。

蘇淑芳等（2002：117）曾藉由紙筆測驗瞭解護理人員的母乳哺餵知識，發現「婚姻」是影響護理人員母乳哺餵知識最重要的因素。陳昭惠（1999）也發現類似的結果，女性、為人父母者、受過訓練者的的哺乳知識都較高，這也符合常識性的瞭解，但陳昭惠（1999）進一步指出，醫護人員的養成訓練過程中母乳哺餵的教育相當不足，而且許多資訊的獲得多半不正確，應加強在職教育（陳昭惠，2001：66），點出了由醫護人員推動母乳哺育的根本問題。一位母乳會成員以親身經驗說明醫護人員與母乳支持團體提供的哺乳知識大不相同，並從住院經驗中體會到醫護人員的哺乳訓練應再加強：

這家醫院的服務態度很好，第一次到餵奶室時，還有位實習護士陪在身邊「技術指導」，而醫院也鼓勵產婦隨時可以來餵奶。那幾天有位護校老師和實習護士，很熱心的幫忙擠奶，熱敷、按摩乳房……；只是，後來我在母乳會聚會時，慢慢獲知正確的資訊，才知道脹奶又不通時，熱敷會更增加奶量分泌，讓情況更嚴重。而護校老師拼命幫我擠壓乳房的硬塊，也不夠適當，如果不把奶從乳頭擠出一些，而只壓硬塊是效果有限的；還有那些複雜的按摩程序也非必要，最要緊的是讓寶寶多吸奶（希望各護校能多吸取較正確的哺乳知識）。（會訊 2001，5-7：17）

當然這個問題不是無解，學者提出加強在職教育可以迅速提升醫護人員的哺乳知識(林麗珠、許洪坤，2002；陳文慧，1998；蘇淑芳等，2002)，但是在職教育須與醫療體制設計做整體觀，而不能只是加強在職教育而已，否則效果仍然有限。

#### 四、產科機構「瓶餵」的基本預設並未改變

前述提及，產科醫院的基本設計是最精簡人力、分科照護母嬰，達成績效管理的目的。近幾年來由於衛生政策向醫院施壓，許多醫院開始提供院內哺乳的服務，但院內並未預設產婦必然要哺乳，純母乳哺育的婦女是特例而非常例，這樣的推論可能過於武斷，我們從一些細微處觀察此現象：院內哺乳現階段並非強制性，而是自願性的，院方根據產婦的意願，「針對產後預母乳哺餵之產婦不執行任何退奶處置」(蘇淑芳等，2002：122)，產後針對不同意願的婦女給予不同處理，這種作法表面看來是尊重婦女選擇，但是換個角度想，產後一週是所謂的泌乳關鍵期，是母嬰相互適應、建立泌乳量的重要時刻，產婦不一定擁有充足的哺乳知識足以讓她慎思明辨哺乳或瓶餵的差別，也不一定有能力處理嬰兒乳頭混淆後的困擾，易言之，產婦的「意願」可能未意識到瓶餵後再哺乳時排山倒海而來的問題，所以依憑產婦的「意願」決定嬰兒是否要餵母乳，其實有待爭論。

在產科醫院體制不利哺乳的情況下，產婦必須主動爭取哺乳權、與醫護人員溝通，否則多依照院內的「常規作業」處理。也由此，新生兒室或母嬰同室病房內可能是「母乳」、「配方牛奶」寶寶混雜的情況，加上產婦可以任意選擇哺乳或請護理人員哺餵配方牛奶，加遽護理人員處理上的困難。我們在參與觀察中發現民間母乳支持團體成員不斷重申：

如果不是在母嬰親善醫院生產，建議媽媽住院期間做名牌，「我是○○○，我是母乳寶寶，我絕對不要奶瓶奶嘴、也不要葡萄糖水」吊在病床邊。因為寶寶絕不可能 24 小時在身邊，比如說照黃疸，或是洗澡，床頭有牌子，護理人員就會知道，因為有時候交班會「落勾」(註：台語，意指業務交接不完全)啊。(訪談 4、7)

另一位母乳支持團體成員則描述朋友在母嬰親善醫院住院生產的過程。

之前聽到○○醫院的情形，他們很積極推母乳，但有的媽媽沒有堅持要餵母乳，可能一下想餵母乳，一下又不想餵。因為護士很忙，又太多產婦那樣，所以會出差錯。我的某個朋友堅持純母乳，結果她孩子被推回去的時候，就被餵配方奶，她就很難過，因為她覺得嬰兒沒事被餵配方奶很冤枉，所以鼓勵媽媽做名牌放在病床邊。(訪談 5)

談起這兩段話，聚會活動的氣氛是輕鬆、愉快的，言外之意卻是對產科照護制度不信任，因為現階段支持哺乳的產科醫療體系只能提供混合哺餵的環境，而不是純母乳的環境。

混合哺餵可能造成嬰兒乳頭混淆，也是「媽媽自認沒奶」、「嬰兒不願意吸奶」的連鎖效應之始，科學知識已經做出了明確的討論，但是一般產婦可能不知道當中的因果關係。一位民間團體的義工媽媽便指出，「第二胎，醫院建議擠出，由護理人員餵，產婦晚上可以休息，後來有乳頭混淆的問題。」（訪談 8）如果醫護人員不能從知識上理解混合哺餵的嚴重性，而採取讓嬰兒白天喝母乳、晚上喝配方奶粉，這種既能夠讓母親夜間得到充分的休息、又能夠讓嬰兒喝到母乳的方式，從產科機構推廣哺乳的效用將會大大降低。

## 第二節 哺乳「醫療化」的困境

目前不論是民間支持團體，或者開辦在母嬰親善醫院下的母乳支持團體，都相當強調哺乳知識傳授的部分，以我們參與過的幾場聚會來說，聚會上半場多為哺乳知識教學，教材包括衛生署出版的「幫助母親哺餵母乳藍皮書」作為導讀書（田野筆記，2003/12/20）、母乳支持團體自行蒐集相關資料編製的簡報（田野筆記，2004/7）、或者國際母乳會使用的外文哺乳書面教具、布製乳房填充模型，雖然教材各異，大抵以哺乳相關知識「教學」為主，由一位主講者透過講述、示範（多透過圖解或模型）教授相關知識。下半場為討論時間，主題相當多元，從哺乳技巧問題、上班婦女儲存母乳、嬰兒副食品轉換、至幼兒教養問題，甚至毫無主題的純粹閒聊都有，並沒有特定的形式內容。

哺乳知識教學的過程，儘管主講者敘述風格或有差異，國際母乳會的主講者擅長以簡單的譬喻，簡化複雜的生理過程，如「嬰兒的胃容量就像小石頭一樣」（訪談 9）、「媽媽的身體就像工廠一樣，只要嬰兒下訂單，吃進去的東西分解、再合成就會有成品出來」（訪談 4）；有的主講者採用嚴謹的解釋方法，以乳房剖面圖說明泌乳的運作機制，雖然呈現議題的方式不同，但就講解內容而言，較之衛生署印行的「幫助母親哺餵母乳藍皮書」（簡稱藍皮書），都顯得平易近人的多，我們引該書第二章「奶水的產生及嬰兒如何吸奶」的文字作為說明：

### 2.1 乳房的結構

乳房由腺體組織，結締組織及脂肪組成。腺體組織製造奶水後，經由小管輸送到乳頭。到乳頭之前，這些小管會膨脹成輸乳竇，奶水就儲存在此，再經由 10-20 個小管送至乳頭。乳頭有很多感覺神經，非常敏感，對於泌乳的反射極為重要。（衛生署國民健康局，2004：24）

藍皮書雖然是衛生署發行的普遍哺乳教材，但就內容而言較適合醫護人員閱讀，對一般產婦而言並不可親，無法作為普遍的自學教材使用，所以文本的泌乳知識必須透過轉化與再詮釋，才能成為一般婦女迅速理解的常識，產婦們關心的並不是嚴密的科學論述，而是經驗上可理解的生活知識。

延續我們先前談到的問題：這些轉化型的知識教學工作，應該在孕婦產檢或產婦住院期間由醫護人員說明與執行，不過民間團體清楚意識到產科機構並未從根本改革、醫護人員也不一定有能力指導，所以民間支持團體幫助產婦們的第一件事就是哺乳知識教學，希望產婦能夠從知識的反思中意識到許多習以為常的哺育觀念可能礙於順利哺乳。下一章我們將討論母乳支持團體的運作，從中可知專業知識討論並非母乳支持團體的全貌，而是產科機構普遍不支持哺乳的前提下，哺乳媽媽們為了對抗主流的瓶餵哺育方式，需要藉助專家知識建立自身的正當性，她們開始學習一些比較專業的知識，但並非真正的泌乳專家或生理專家，她們擁有比一般產婦更為充足的哺乳知識和養育經驗，可貴之處在養育子女的經驗以及傾聽的同理心。然而母乳支持團體在產科機構中出場的姿態，仿若她們「僭越」了醫護人員哺乳衛教工作的專業領域，讓母乳支持團體好似一群非醫療的衛教工作者而已，隨之模糊了母乳支持團體存在的意義。

以我們的參與觀察為例，T 醫院母乳聚會後，因為發現該聚會由民間團體人員主導，包辦簡報製作、專題演講、小組討論等活動，我們基於好奇心詢問院方護理科主任，為何醫院的聚會由民間團體主導？

醫院的支持團體畢竟和民間團體不一樣，醫院的資源要看主管的支持。……雖然○○團體到我們這裡舉辦活動，但是我們每個護理長都可以講啊！沒有問題，我們和○○團體一起舉辦活動，有一個加強作用，讓一般民眾知道，非專業的人都可以做到，自己（註：指一般產婦）當然也可以做到。如果醫院自己來辦支持團體也沒有問題，因為這是我們醫院自己要做的事。我們找○○團體，可以讓民間團體有揮灑的空間。外面不太可能有這麼好的場地、人員配合，所以她們在我們這邊辦活動，也是很樂意。她們到我們醫院感覺到受尊重，但是成不成功，還是跟主事者有關係，所以人為因素佔很大。（訪談6）。

我們認為這段話有深刻的解釋意涵。醫界以「非專業人士」看待母乳支持團體的角色，這種觀看的視角，可能阻礙了醫療系統與支持團體進一步的合作。哺乳本身是自然無害的一件事，但是猶如生產一般，當哺乳被納入疾病管理的項目之一，相關醫療討論也就應運而生，醫護人員傾向於用醫療專業的角度注視哺乳對母嬰生理的影響，陳昭惠（2005）注意到自從產科機構推廣哺乳以來，嬰兒黃疸、高血鈉脫水症、膽紅素腦症、嬰兒體重降低的通報案例增加，這些案例引發兩派說法，一說是哺餵母乳造成嬰兒併發症、一說是產科制度讓嬰兒沒能真正吸吮到母乳才引起生理異常。為了避免併發症產生，哺乳的焦點置於母親哺乳的知識與技巧，並透過嬰兒的生理反應（吸吮速度、吞嚥聲、體溫、大小便的次數與顏色等），評估臨床哺乳作業是否成功。推廣母乳的過程中，慢慢地哺乳作業被界定為醫護人員專業的一部份，必須以正確、迅速、有效的方式讓母親順利學會哺乳，由此哺乳窄化為臨床觀點，忽略了出院婦女的社會適應問題。

以專業、非專業如此截然二分醫護人員和支持團體這種看法是否有問題？Dr. Debi

Leslie Bocar 認為<sup>11</sup>，醫護人員主在協助臨床上特殊狀況的產婦（如乳腺炎、藥物使用、需要藉助輔助器材哺乳等），因為醫護人員在臨床上遭遇的狀況較多，可以利用醫療專業知識幫助產婦持續哺乳，所以醫護人員本身的是否有哺乳經驗並不重要，重點在於醫護人員的專業知識和臨床處理經驗；而支持團體主透過同理心聆聽、廣泛的母乳知識幫助產婦，本身並不作醫療相關建議，所以醫護人員和支持團體的角色應是相輔相成（高宜伶，2004）。

我們要接著延伸這段看法，我們認為社會制度普遍不利哺乳的狀態下（職場不支持婦女哺乳、雙薪家庭養育子女的問題、與長輩溝通母乳較好的問題等），哺乳成功不單是擁有正確的哺乳知識或技巧即可，更多是社會適應的問題，必須藉助母乳支持團體的同儕經驗分享，提供資訊與情感的協助，所以醫護人員與母乳支持團體的區別不在於「專業」或「不專業」，其扮演的角色有著徹底的差異。但是哺乳議題被放在醫學討論的框架下，因為主要執行者是醫護人員，「哺乳」逐漸被界定為醫護專業的一部份、必須以醫療的方式處理，並強調自身在哺乳知識上的優越性、權威性，而產婦是被「教導」哺乳知識的對象，推廣哺乳的工作範限在醫院內。在此框架下，母乳支持團體被分類為「非專業」人士，這樣的思考方式可能阻礙了醫院與支持團體間合作的契機，我們稱之為哺乳「醫療化」的困境。我們從幾個現象觀察醫護人員對哺乳問題的思考態度。

### 一、醫學本位的問題

上文我們曾經指出，參與 T 醫院母乳聚會的過程中，我們發現醫護人員自身定義為「專業人士」，把支持團體成員定義為「非專業人士」。醫護人員認為母乳支持團體成員主持聚會，可以讓大眾瞭解「非專業人士」都可以哺乳成功，對大眾有示範、強化的作用。從對話我們可以發現，即便產科醫院與母乳支持團體有合作關係，醫護人員仍認為「哺乳專業知識」才是哺乳成功的關鍵，而醫界在哺乳知識的解釋上比較具有權威性，較少注意到產婦出院後所需要的社會支持。

就文獻而言，目前國內醫護人員對母乳支持團體的直接討論相當少，我們從醫護人員對「鼓勵院所內成立母乳哺餵支持團體，並建立轉介系統」的意見可瞭解到，醫界除了認為國內支持團體數量太少，沒有適切的支持團體提供轉介，同時也指出「支持團體可能提供不正確資訊」（陳昭惠等，2001：69），或者「哺餵母乳的志工招募困難，還需要教導其正確的觀念」（陳彰惠，2002：47），不約而同指出支持團體的哺乳知識可能不正確，這一點的確有待爭議，我們在此也不做討論，我們的重點在當醫護人員為推動哺乳的主力人員時，哺乳行動也被放置在醫學本位的架構下思考，要用醫學的方式「正確的」處理，只是

---

<sup>11</sup> Dr. Debi Leslie Bocar 為台灣母乳協會與衛生署國民健康局邀請來台的講師，於 2004 年 1 月 31 日至 2 月 3 日假台北護理學院辦理母乳指導員訓練課程，主要參加者為從事推廣母乳的醫護人員和護理老師（高宜伶，2004）。

現階段醫護人員編制有限，因為人力不足、又要提供產婦立即性的協助，所以母乳支持團體或哺乳志工被定義為「補充醫護人力配置不足」的解套方案，並沒有很仔細討論母乳支持團體在當代的意義，而支持團體人員在此種視角下被視為「非專業」的熱心人士。

陶春蘭等（2003）也提出類似的觀點，作者因為服務醫院護理人員不足，無法確實執行床邊哺乳衛教，因此仿照國際母乳會培訓母乳輔導的方式，在院內招募有意願、有哺乳經驗的婦女加以訓練，並在週一至週六上、下午各一個小時的時段裡，由哺乳志工至產後病房提供產婦哺乳協助與分享經驗。作者特別提出，「目前政策上界定志工媽媽僅提供產婦在執行母乳哺餵時的協助，然而哺餵母乳之教育指導與哺餵技巧之提供，仍有護理人員親自執行。（陶春蘭等，2003：84）」，區隔出醫護人員與哺乳志工角色不同，關於哺乳知識和技巧仍須由醫護人員進行，無法假手哺乳志工。我們可以設想，因為此研究中的哺乳志工在院內執行服務，但是哺乳志工是編制外的人力，若因為哺乳志工而出現醫療糾紛，仍須由醫院負擔大部分的責任，因此醫護人員額外界定出哺乳志工的服務範圍，這有醫院自身考量。但是這篇研究仍呈現出醫護人員把哺乳界定為知識與技巧的問題，而不是社會適應的問題。

當醫護人員在院內引進哺乳志工，或本文參與觀察到的，讓民間母乳支持團體進入醫院辦理聚會，其著眼點仍在於母乳支持團體是「非專業」的，但可以「補充醫療單位人力不足」。用「專業」與「非專業」區隔醫護人員與支持團體的不同，不但容易讓哺乳窄化為一種純粹的知識與技巧，連帶的讓醫護人員處理哺乳問題時，傾向於採用「教導者」的姿態以知識教學的方法讓產婦迅速學會哺乳，忽略出院產婦面對的社會情境迥異於醫院，需要更多同儕情感上的支持。以下我們以哺乳衛教說明此一情況。

## 二、哺乳衛教的省思

哺乳衛教是醫護人員推動母乳哺育計畫最常採取的措施，期望透過哺乳衛教讓產婦很迅速學習哺乳技巧、提升哺乳率。如同陶春蘭等（2003：81）表示的，「期望經由專案的推動，產婦能在 3-6 天的住院天數中，成功地習得母乳哺育的技巧及經驗，提升本病房住院期間之純母乳哺餵率，以提升護理品質」。哺乳衛教進行方式包括播放哺乳衛教錄影帶（鄧素文等，1997）、面對面教導產婦哺乳技巧（游淑英等，1997；蔡照文等，2000）以及提供衛教單張索閱、發放衛教手冊等，為求迅速、有效，哺乳衛教很容易流於標準化的知識教學、一種純粹的技能，而忽略產婦出院後所需的非醫療社會支持。

以蔡照文等（2000）的研究為例，醫護人員以面對面的方式進行 30 分鐘的的衛教，個別加強教導產婦哺餵母乳的技能、並提供衛教手冊供參考。並在產後四週內，每週以電話諮詢產婦的哺乳情況。另一位研究者游淑英等（1997）則是利用有插圖的衛教單張、哺乳衛教手冊，在每日哺乳時給予 20~30 分鐘的衛教，希望藉著多次討論，增強產婦哺餵母乳

的知識。兩者均認為，產婦（或其家屬）接受醫護人員的衛教指導，可以增加產婦的哺乳能力和知識、延長哺乳時間。但是在醫院管理制度下，衛教手冊或衛教單張都是標準化的哺乳知識，不一定能夠適應所有婦女的需求。陳昭惠（2002）、台乳會核心成員（田野筆記，2004/2/28）就認為，哺乳是一件很個人的事情，沒有絕對標準可言，但是一些小技巧可以幫助產婦哺乳得更順利。母乳支持團體中即發展出許多非醫療的哺乳技巧，以儲存母乳來說，許多產假完畢的婦女返回工作崗位後無法親自哺乳，必須利用上班期間儲存母乳，一方面維持泌乳量，一方面可以攜回供嬰兒隔日食用，由於工作場所不一定有充足的空間、器具和設備可以儲存母乳，支持團體的婦女們以自身經驗發展出各式各樣的母乳儲存策略，如何利用隱密的辦公空間擠乳，如何利用市售母乳袋、保鮮盒或者夾鍊式保鮮袋裝存母乳，再以公用冰箱、自行攜帶冰筒保存（台灣母乳協會網站資料），這些訊息看起來十分平易、實用，卻呈現出支持團體經驗分享的特性，哺乳婦女在日常生活中會面臨許多困境，這些困境不一定是醫療的，更多是李惠貞（2003）所謂的「哺乳身體的節奏與空間規訓力量的拉扯」的境遇，在現今多數婦女普遍不哺乳的情況下，多數公共空間，甚至是家庭並未接受哺乳行為，哺乳被歸類私密空間的行動，雖然衛生宣導、兩性平等工作法給予了哺乳正當性，但是當前哺乳婦女仍有許多結構上的限制亟待突破，這些突破困境的實用型知識必然在真實的社會脈絡中發展，而不是在醫院的管理脈絡情境下產生。（當然還有一個最根本的問題，過去產科醫院的管理制度是不利於哺乳的，大多數婦女進入醫療體系生產必須順應醫院的管理規則，而無法改變醫院的照護流程。除非產科醫院意識到自身的照護流程不利於哺乳、並且加以改革，不然的話，產科醫院本身對於哺乳婦女也是一種亟待突破的困境。）

所以就一個普遍不哺乳的社會來說，婦女更需要許多非醫療的經驗分享、情感上的支持，並透過知識 / 資訊的反思修正自身的行為，發展自我的行動策略。

能成功哺餵的母親需有許多知識與技能以處理哺乳對其生活所造成的各種影響，故即使產後初期產婦會選擇母乳哺餵，不具備充足的知識技能獲其他支持仍可能會使得她們早期放棄哺乳。（陳彰惠，2002：68）

但是在現階段醫療系統的思考框架下，醫護人員以「教導者」的角色，透過標準化的教材，讓產婦於數日內學會哺乳，並期望產婦學會這一套技能後就能因此提升哺乳率。「教導者」的思維不但違背哺乳行動的特性（哺乳是非常個人化的行為），同時也忽略出院後的產婦必須積極參與哺乳、透過同儕間的經驗分享，才能逐漸摸索、適應哺乳生活；易言之，沒有哺育經驗的婦女很難從短短數日住院、標準化的衛教手冊裡「學會」哺乳而持續哺乳。但是在「教導者」的思維框架下，醫療體系多動用內部醫護人員利用門診、住院期間加強哺乳衛教，讓產婦儘速學會哺乳，鮮少注意到產婦需要非醫療的協助資源。

其他產科照護流程改革，如產檯餵奶、母嬰同室、母嬰親善醫院等，也出現同樣的思

維。我們注意到產科醫療眾多改革措施當中，不管如何改革，醫護人員仍然專注於用醫療體系的力量提升哺乳率，即便是產婦出院後的追蹤、輔導工作，醫護人員仍建議由醫護人員接手，而非轉介至母乳支持團體：

對於哺餵母乳的產婦，在出院時介紹公衛護士，給予持續性的醫療諮詢、居家照顧，使產婦有挫折可儘早獲得解決。……護理人員能主動打電話，是有助於產婦持續餵母乳的行為（蘇玉珍等，1994：225）。

以上引文，突顯出醫護人員專注於哺乳造成的「生理異常」，因而把哺乳界定為生理的、知識的、技巧的問題，而不是社會支持的問題。連帶的，醫護人員在思考婦女產後的哺乳諮詢時，很容易因為支持團體志工多為有哺乳經驗的熱心婦女，而非專業醫護人員，把母乳支持團體劃歸為「非專業人士」，不易產生產科醫院與母乳支持團體間對等的合作關係。

### 第三節 產科機構與母乳支持團體的銜接

母乳支持團體產生的背景與所處的社會條件息息相關，從母乳會總會的簡要發展歷史可以瞭解，團體形成之初，因為（美國）產婦普遍不哺乳、醫護人員也不鼓勵產婦哺乳，因此幾位創辦人親自實踐哺乳母職，希望從實際哺育經驗裡掌握哺乳技巧（會訊，1998，1-2：3-4）。歷時半個世紀，母乳會成為國際性的重要哺乳團體，學者實證其「母親幫助母親」的聚會形式透過能有效提升母乳哺育率。

產科醫院與母乳支持團體兩者關係並不是直接的，也絕非毫無關連。從屬性而言，前者是科層化的專家系統，以臨床醫療作業處理母嬰的生理問題，隨著大型醫療體系建立，幾乎所有的母嬰都被納入這個體系被觀看、照護；後者則是非醫療的民間力量，主由積極熱心的哺乳婦女組成，透過志工的個人奉獻，協助產婦順利哺乳。乍看之下，兩者分屬不同體系，各自處理不同問題，彼此沒有銜接關係。但是 1992 年衛生署推動母乳哺育計畫後，產婦從醫院至母乳支持團體的銜接工作變得相當重要，母嬰親善醫院認證標準的最後一項即是「鼓勵母乳哺餵支持團體的成立，並且在母親出院時轉診給這些支持團體」。從近兩年的衛生政策發現，衛生單位與醫療院所迅速成立母乳支持團體，其中又以醫療院所附設的支持團體數量最多，似乎有藉著母乳支持團體維持婦女產後哺乳率的趨勢。然而國內並沒有明確文獻指出產科醫院與支持團體間存在制度性的轉介關係，我們在參與觀察的過程中也發現，即便是母嬰親善醫院自行開辦母乳支持團體，院方並無轉介院內生產婦女至院內支持團體的動作，只透過院內宣傳管道告知產檢孕婦或產後婦女院內有類似的活動（田野觀察，2004/7）。可以說，現階段產科醫院與母乳支持團體並沒有制度性的轉銜關係，兩者仍為獨立體系，各自處理不同的問題。

母乳支持團體要產生制度性的效果，地區醫院與母乳支持團體必須建立良好的轉介關係（Dennis et al., 2002；Dennis, 2002）。產科醫院在產婦出院之前，提供產婦聯絡資料予地

區母乳支持團體，藉由這個「轉介」的動作，讓產婦出院後可以持續得到非醫療系統的支持，這種支持是一對一的，每一位產婦有一位志願者協助，透過電話、面訪或聚會的形式協助產婦適應哺乳的生活。我們從產婦生理性的層面來看，產後由醫院立即轉介到母乳支持團體有其必要性，產後一週是所謂泌乳關鍵期，產婦的乳房會根據身體得到的刺激（嬰兒吸吮量、次數）決定泌乳量多寡。當我們意欲用母乳支持團體當作提升哺乳率的良方，首先產科醫院必須給予哺乳婦女充分協助，其次是轉介出院婦女給當地支持團體。如同我們所知，即便是國內的職業婦女也有將近兩個月的產假，如果哺乳是國家級的重要衛生工作，關懷產婦哺乳的困難與需求就不能只是限於生產住院的數日，出院後應有制度性的持續照護；出院後不僅需要醫療性的照護，更重要的是社會性支持，Dennis(2002: 174)認為，加入支持團體的婦女同樣也會有哺乳上的困難，但是支持團體可以緩衝哺乳困難的影響力，也就是說，因為同儕的鼓勵與經驗分享，婦女會願意延長哺乳時間，不至於遭遇困難就馬上放棄。

母乳支持團體理論要達到實質效果，產科醫院與母乳支持團體之間必須建立迅速而密切的轉介、合作關係。只是多位研究者並未把「轉介如何可能？」納入議題中，預設產婦從醫院至母乳支持團體的轉介流程順暢，也許這種預設反映出研究者自身所處情境，因此研究者並未詳細著墨。雖然 Dennis (2002) 強調母乳支持團體可以有效提升哺乳率的面向，但也強調加拿大已建立完備的產後照護系統，每位產婦都可以得到健康從業人員的照顧，作者在此背景下藉著研究設計，探詢非醫療人員（即母乳支持團體）對於哺乳提升的效果，以瞭解在原有照護系統之外加入民間力量時哺乳率是否可以再往上提升，所以並不討論產婦、醫院、團體間的銜接機制。

反觀國內，截至目前為止產科醫院並無制度性轉介產婦至地區支持團體的舉動，醫護人員對於支持團體的討論也相當少，這個事實與國內母乳支持團體數量遽增，尤其和大多數支持團體由醫院開設的現象有些扞格。而 1992 年以來，各家試辦母乳哺育計畫的醫院都試圖從不同的產科照護措施中找尋有利哺乳率提升的方式，在積極追求哺乳率的過程中，產科醫院多動員內部人員推行哺乳計畫，特別是產科、新生兒科的護理人員，鮮少注意到醫院外部可用資源，比如國際母乳會中華民國總會之類的組織，這意味著即便國內醫院已經開始注意哺乳的重要性，產科醫院與民間團體的合作關係並沒有被制度化的建立起來。

我們在參與觀察的過程中得知，幾位母乳會的成員因為哺乳不順利，透過花蓮地區某醫院一位護理人員的介紹開始參加花蓮母乳會的聚會活動（田野筆記，2004/3/6），雖然形式上她們由醫護人員引介至民間團體，但這些成員與母乳會之間的網絡聯繫並非透過正式組織的轉介，而是仰賴某些醫護人員與母乳會的私交所促成的，這種私人網絡不但擴散效果低，而且充滿偶然性。

我們觀察的 T 醫院母乳聚會，把每月聚會時間、主題的傳單訂在媽媽手冊上（記錄產檢結果的手冊），讓產婦自行決定參加與否，另外醫護人員也會鼓勵該院生產住院的婦女參

加聚會活動。但是該院開辦的聚會由民間團體成員主持，內容包括專題演講、簡報製作、小組討論，場地與支援人力主要由院方提供，人力支援多來自週產期護理人員（包括門診、產後哺乳諮詢等）。會中我們看到許多穿著病人服的產婦推著甫出生的小寶寶參加聚會、也有大腹便便的婦女、攜著幼子嬰兒的奶爸、奶媽，會場內外擠得水洩不通。我們問及醫院管理階層如何評斷支持團體的績效，院方認為支持團體參加人數日益增加就是績效（田野筆記，2004/7），由於院方無法控制參加人數，討論時四組人員的麥克風相互干擾，與會者多半聽不清楚同組人的發言。聚會結束，民間團體成員與院方人員共同討論聚會優缺點，俾利改善下一次的聚會品質。

我們可能直覺上認為母乳支持團體普遍設立有助於提升哺乳率，但是目前產婦與母乳支持團體並沒有被制度性的銜接，即便許多醫院已經開辦自己的支持團體聚會，醫院與團體之間仍然不存在轉介關係。以該場聚會來說，固然該所醫院透過自己的管道宣傳活動，但聚會仍屬自由參加的性質。因為沒有「轉介」、沒有制度性的一對一協助人力，可知聚會會吸引某一群比較積極想要哺乳的婦女，而無法幫助所有婦女。

## 第四章 民間母乳支持團體的運作邏輯

近年來越來越多單位挹注人力辦理母乳支持團體活動，藉此推廣母乳哺育。現況如此，但國內設立母乳支持團體的目的、運作邏輯與本身的限制卻鮮少被討論，以致我們只能用常識性的理解看待這些團體，最常見的理解是把母乳支持團體當作傳統文化底下產婦身邊的女性支持系統，一篇報導衛生單位培訓哺乳志工的新聞可以凸顯此觀點：

台灣地區長期以來的母乳哺餵率偏低，台北市衛生局積極成立「社區母乳志工媽媽」，利用她們「婆婆媽媽」的個性，到處宣揚哺餵母乳的好處。(民生報，2003)

此觀點基於哺乳志工不但身兼「婆婆媽媽」的角色，而且具有哺乳經驗，可以藉助她們的宣傳、推廣與示範，達到提升哺乳率的目的。但無論是「母乳支持團體」或是「社區志工媽媽」，這些概念並非國內原創的，而是引自外國的經驗。國外研究給予母乳支持團體正面的肯定，認為哺乳的同儕團體可以提供哺乳資訊、技巧以及情感上的協助，進而有效提升哺乳率，但是從「母乳支持團體」到「有效提升哺乳率」，有意識的把兩者關係兜連起來，卻是非常晚近的事情，至少是在「哺乳率低落」成爲一種公共衛生議題之後。

最早的母乳支持團體的型態源於 1956 年在美國伊利諾州創立的「國際母乳會」，創始的七位婦女並非爲了提升哺乳率，原本目的並非要振興一蹶不振的哺育率，而是倡導一種概念—母親透過親自哺乳、養育子女的過程，敏銳感受子女的需要，學習如何做母親。她們認為哺乳是一項重要的母職，但當時處於低哺乳率的時代，生產住院的婦女大約不到 30% 會哺乳，5% 的婦女會哺育到嬰兒六個月 (Ryan, 1997)，由於母乳替代品風行、哺乳率低下、醫師也不建議產婦長期哺乳，因此許多婦女並不哺乳，也缺乏哺乳技能。同樣的情形也發生在這幾位創始人身上，她們雖然都有哺乳經驗，但哺乳技巧不好、嬰兒採混合哺餵。爲了學會哺乳技巧，她們透過親自經驗揣摩哺乳技巧，一開始可能並不順利，到了第二、第三個孩子以後就能順利哺餵。其後，團體藉著地區性聚會與其他母親交流經驗，幫助更多母親順利哺乳，隨著聚會點增加、從美國本土團體衍生成國際性團體，即我們今日所知的國際母乳會。

《乳房的歷史》作者 Yalom 認為國際母乳會以子女最高利益爲準的育兒觀，讓不哺乳的婦女、或是嬰兒離乳前即出外工作的婦女充滿罪惡感，但 Yalom 也重申，相對於推廣哺乳的衛生政策，國際母乳會所帶來的社會壓力算是很輕微的 (Yalom, 1997/2000)<sup>12</sup>。

<sup>12</sup> 這是一個有意義的討論。1992 年衛生署推動母乳哺育政策以來，不斷強調「母乳最好」的概念，相關支持系統卻遲遲未建立，以致哺乳對個人來說是非常辛苦的實踐。但一般大眾很少意會到制度層面的障礙，反而容易感受來自於母乳支持團體的社會壓力。我們在 2003/12/10-14 觀察台大椰林風情(bbs.ntu.edu.tw) Children 版一篇「給我一個爲(註：應爲「餵」)配方奶不自責的理由...」爲題的文章以及相關討論，原作者請支持母乳的媽媽們不要回應她的文章，因爲「我母乳協會文章看很多了，我知道母乳的好處……在現在這麼提倡餵母乳的壓力下，應該還是很多媽媽不餵母乳的吧?可不可以給我一點不餵母乳的理由?」會出現這

這樣一個以哺乳實踐母職的團體，而非以提升母乳哺育率為主要目標的團體，晚近受到公共衛生領域注意。WHO 推廣母乳的目標與國際母乳會的理念部分重疊，研究者注意到「母乳支持團體」可「有效提升哺育率」；WHO 於 1998 年公布的「成功哺餵母乳的十個步驟」，最後一項即「鼓勵母乳哺餵支持團體的成立，並且在母親出院時轉診給這些支持團體」，說明了母乳支持團體在提升哺育率的正向作用。這些報導或研究帶來了某些觀點，認為透過母乳支持團體推動哺乳是自然而且有效的方式。

然而根據母乳會花蓮聚會義工媽媽的說法，母乳會在台運作二十餘年，受惠者卻微乎其微，相較於每年數十萬的新生兒是嚴重不足。

花蓮聚會，從八十五年開始。有的媽媽可能來幾次就消失了，或者沒有登記成會員，所以估不出來這幾年參與者的數目。目前有續會的會員有二十幾人，如果加上未續會者，大約幾十個，因為不會對「未續會者」進行追蹤，因此無法統計參加人次。參與者的職業，哺乳輔導（註：即聚會帶領人）並沒有注意。至於參與者居住區域，一位幫忙寄送通訊的媽媽說，最遠有到玉里的，但是大家都沒有注意。（訪談 8、10）

顯見這麼一個「移植」的概念，雖然增加了國內哺乳人口，卻沒有擴張哺乳人口的趨勢。因此，本章將藉由分析母乳會聚會活動、1997 年至 2001 年出版刊物（2001 年 8 月後已停刊），與所謂的母乳支持團體理論進行對話，實地瞭解「母乳支持團體」思維架構產生效果的理由、無法擴展的因素、以及母乳支持團體對哺乳議題的基本預設。

## 第一節 組織的基本運作形式

### 一、以諮詢員（Leader）為主的小組聚會

1980 年代美國人戴瑪利引進母乳會的制度，其小組聚會通常包含三類成員，諮詢員、義工媽媽、與會者，母乳聚會必須由諮詢員親自主持，包含帶領聚會、審核帳目、編輯刊物都必須由諮詢員擔任，也只有諮詢員可以代表母乳會回答哺乳問題（會訊 2000，11-12：7）。諮詢員必須符合一定資格，並認同母乳會的理念才能提出申請：

1. 申請資格：已親自哺乳九個月以上、了解媽媽的陪伴與哺餵母乳對於寶寶是同等重要、能夠清楚執行母乳會的理念。（訪談 11）
2. 申請過程：申請者由諮詢員推薦給審核部，申請者必須研習哺乳學、哺乳管理技巧、諮商技能與團體管理，審核部以書面、電話或直接訪談的過程，審核其是否完全符合母乳會的理念、能擔任諮詢員的基本工作，經審核部門通過後接受委任。

---

種現象，其實是因為制度沒有給予妥善的支持，所以婦女必須自行承擔「政策輿論壓力」所產生的結果。

3. 基本工作：安排並帶領每個月的聚會、推薦適合人選擔任諮詢員、吸收並傳達最新的母乳哺育資訊、監督小組聚會運作並回報總部，請求總部給予意見及協助。（會訊 1997，2：2；會訊 2001，5-7：4）

諮詢員以「一對一」的方式協助聚會者、電話諮詢者，一對一的形式包括面對面溝通（聚會或家訪）、電話諮詢、傳真回覆，或者電子郵件往返。一位諮詢員認為，光靠大型演講無法解決每位母親的個別需求，這些需求可能是哺乳技巧上的、可能是哺乳醫療知識上的，或者是情感上的一位哺乳的母親需要他人的肯定與鼓勵，諮詢員必須視個別需求給予協助。（訪談 11）。

義工媽媽在聚會中協助處理事務性的工作及分享哺乳經驗，這些事務性的工作包括會計、會訊寄發、印刷、打字、聯絡、會場招待。成員參加聚會不須事先報名、付費，屬於自由參加的性質。

雖然如此，為了維持組織財務健全，母乳會內部還是有會員制，以收取會費、販售書籍及哺乳特殊器材、接受捐款及贊助（如金錢、提供聚會場地、廠商對會務需要用品的優待），但不接受任何與其宗旨相違背單位的捐款，如母乳代用品、相關器材、副食品廠商。新入會或續會的會員資格為期一年，會員與非會員的差別在於前者可以較低價購買聚會內販售的商品，包括書籍、哺乳特殊器材等。

任職母乳會的成員均為無給職，但各地母乳會必須從會費提撥一定金額至總會，以支付審核部門審核與教育諮詢員過程中產生的聯絡費用及其他雜支。（會訊 1997，2：4；會訊 1998，9-10：11；會訊 2000，9-10：14）

## 二、循環主題的聚會內容

聚會約每月一次（可視諮詢員自身狀況暫停或永久停止聚會），每月有固定主題，以下列四個主題為一個循環，週而復始。以國際母乳會花蓮聚會為例：

表 6 國際母乳會花蓮小組聚會系列主題

<p>A. 哺乳的好          哺餵母乳有哪些優點          餵乳如何讓親子關係更緊密          以哺乳來滿足寶寶特別需求</p>	<p>B. 哺乳的藝術          生產的準備及成功的哺乳計畫          父親在哺乳中的角色          哺乳與工作之間</p>
<p>C. 坐月子及全家的調適          常見哺乳問題的預防          新手父母與嬰兒之間的調適          新的夫妻關係及全家外出</p>	<p>D. 營養的原則與離乳方式          全家人的營養原則          最好的離乳方式          對幼童愛的指引及副食品製作</p>

資料來源：母乳會花蓮聚會宣傳樣張（2004）。

從我們參與聚會的經驗來看，雖然每月聚會有固定主題，但由於參與人數不定，當人數較少時，主題較為彈性，可直接針對與會者的需求進行討論。

## 第二節 組織擴張型態的變化

母乳會的基本概念中，諮詢員必須以家庭為優先，當諮詢員能安頓好家庭，才從事諮詢員的幾項基本工作——帶領聚會、推薦適合的諮詢員人選等。諮詢員必須自行判斷自身的情況，「在家庭與孩子照顧之餘暇投入母乳會，當家庭與孩子必須全心照料時選擇離開或者選擇性地參加會內的活動而無法參與工作」（會訊 2000，3-4：3）。至於推廣、宣導母乳優點，或者向政府機構聯繫都是次要的（會訊 1997，2：2）。在國際母乳會的基本預設中，「推廣」哺乳並不是最重要的工作，重點在於「一對一」提供母親們實質的協助，這種預設之下，產婦進入母乳支持團體的機會並不均等，因此哪些婦女有機會接近母乳支持團體，何時得到團體的幫助，就相當值得關注。

### 一、國際母乳會在台擴張方式的簡史

1980 年代戴瑪利以國際母乳會諮詢員的身份在台推動母乳哺育，由於大多數婦女都不哺乳、也沒有意會哺乳的重要性，戴瑪利形容「前八年好像在沙漠中開墾」，直到 1992 年衛生署開始推動母乳哺育計畫，主動尋求幫助的婦女增加，團體規模才慢慢擴大（聯合晚報，1994）。

我們特別注意國際母乳會的擴張方式。一方面，現有對母乳支持團體的研究幾乎都採取準實驗法，團體因為研究的目的被組織起來，哺乳志工與產後婦女能夠制度性的連結起來，但是真實社會脈絡底下母乳支持團體的成員間如何銜接，文獻上並沒有仔細探究。二方面，我們透過文獻探討得知哺育率下降與近代大型醫療體制興起有關，也就是說產婦因

為制度性的障礙無法順利哺乳，當我們意欲以母乳支持團體解決當前哺育率低落的問題，產婦是否能夠制度性的進入母乳支持團體這個體制，就變得相當關鍵。

早期因網路並不發達，母乳會聚會宣傳除了靠發放傳單、由諮詢員在報章雜誌撰寫哺乳專欄並留下諮詢電話（林純惠，1996a、1996b、1996c），另一個管道是靠社會網絡擴張，也就是靠熟人的力量一個一個帶進來。一位諮詢員表示：

一開始靠著發聚會通知單，也許張貼於社區公佈欄，也許請醫院相關的醫護人員幫忙發，或由熱心的媽媽找機會散發。有的 Leader 會上報登聚會廣告。聚會之後，媽媽們有時也會在下次聚會時帶著她們的朋友來，Leader 會視情形將自己的聯絡電話、e-mail 及地址留在聚會單上或提供給參加聚會的媽媽。（訪談 11）

值得一提的是，台灣地區母乳會的運作方式雖然一直以小組聚會為主，但是擴張方式在中期（約 1992 至 1997 年）產生很大變化。1992 年隨著衛生署開始推動母乳哺育，有意願哺乳的婦女漸漸增多。幾位當時還是諮詢員申請人的母親，因為自身哺乳成功的經驗而感到自信，並急切的想要把成功的經驗推廣出去、讓更多婦女受惠，因此以「國際母乳會」的名義主動參與衛生所舉辦的活動，希望擴大影響層面。但衛生單位並不希望這些哺乳婦女以母乳會的名義參加，這些婦女只好以哺乳媽媽的名義參加活動。（訪談 11）

原本小型的聚會，由諮詢員及工作小組也算帶領的輕鬆愉快，只是參加的人數快速增加，而當時的社會環境也都還不太支持哺餵母乳，政府也不承認我們是正式的團體。（會訊 2000，11-12：4）

為了讓組織受到政府的重視、服務更多婦女，並且用自己的方式經營運作，台灣地區的成員在沒有取得美國總會相當的了解和支持下，花了數年的時間推動母乳會在國內的立案工作。1996 年 3 月美國總會認可台灣地區以 La Leche League International R.O.C 的名稱（LLLI-R.O.C.）成立正式團體。1997 年 12 月完成「國際母乳會中華民國總會」內政部社會團體登記（訪談 11；聯合報，1997a），並尊重總會以諮詢員為主的精神，以諮詢員為優先的理、監事人選（會訊 1998，9-10：11）。

立案之初，除了例行的小組聚會，母乳會為了擴大對外影響力，1998 年派員至台北市衛生局協助培訓「母乳哺育推廣志工指導員」、至衛生局及醫院為醫護人員或一般民眾講授哺乳課程、並參加公共電視「民意高峰會—要不要推廣母乳哺餵」的錄影節目，希望能夠透過媒體或其他管道提升國際母乳會的知名度（會訊 1999，1-2：7），「以這類免費而有效的宣傳方式，以最新、最正確的哺乳資訊傳達出去，並打響國際母乳會的知名度，讓各多想要哺乳的母親知道我們所提供的特別幫助。」（會訊 1999，1-2：5）雖然母乳會的宣傳管道在立案後變得更多元，其思考架構仍在於以「一對一」的方式提供婦女最直接的協助，認為「各位會員們自己或是願意邀請其他朋友來實際參與活動，就是給我們最大的安慰與

支持。」(會訊 1999, 1-2: 5)。我們在稍後對成員進入團體路徑的分析中, 可以發現擴張方式改變, 的確讓部分婦女透過大眾傳播媒體觸及這個團體。

除了對外宣傳, 1999 年國際母乳會開辦一系列名為「成長列車」的親職講座, 內容「涵蓋的範圍從親子、夫妻關係的維繫, 到關照生活的營養保健新知都有。這樣一個基礎的親職教育課程, 要幫助父母了解, 育兒是一件長期而深遠的工作, 一對新手父母對於親職角色的正確認知與成熟心態, 遠勝過一般醫院僅重於疾病防治的衛教課程。」(會訊 1999, 1-2: 5), 第一屆理事長強調這類課程是專門為父母, 特別是全職在家的哺乳媽媽而開辦的, 我們雖然未曾參加這些活動, 但這些活動反映的母乳會的中心思想—哺育母乳不僅是嬰兒營養上的需求, 更是一種比較好的養育方式, 能夠促成親子間緊密的連結, 我們將在「持續哺乳的運作邏輯」一節敘述。

宣傳效果顯現在聚會人數迅速增加上, 原本的小組聚會參與人數逐漸增加, 諮詢員開始意識到參加人數增加並沒有辦法達到支持團體預期的支持效果。

在國外, 每一個母乳會的聚會是儘量不超過二十個人參加, 因此, 只要人數一達到上限便有分組聚會的必要, 但在台灣, 由於諮詢員的產生都醞釀太久了, 這樣的期望往往很難達成, 才造成在雙連聚會有五、六十人參加的盛況, 連地區諮詢員召集人 (ACL) ……都在回給我的小組報告函中說這樣的聚會不只是「大」而已, 而且是「龐大」。在國外, 他們不太讓這樣的情況發生, 如此很難照顧好每一個來參加的會員或非會員們。(會訊 1999, 1-2: 3)

而且由諮詢員與義工人力運作的母乳支持團體, 至 2000 年已經無法負荷因擴大宣傳、對外活動而衍生出的行政工作, 開始聘僱一名有給職的行政人員, 於辦公室開放的時間內 (週一至週五上午 9 至 12 點), 處理傳真與電話、郵寄會訊及資料、販售哺乳週邊商品、協助行政工作進行。同時有更清楚的組織化趨向, 會務朝向詳細分工 (會訊 2000, 5-6: 4-5), 但沒有克服本身體制的問題:

國際母乳會中華民國總會 (前身為母乳會) 在 86 年 12 月底成立 2 年來, 已因運作不成熟而產生了一些問題, 最明顯的是行政中心; 傳真或電話諮詢沒有給予適時妥善的回應……對母乳會這樣一個參與會務者都是一手抱著稚子的媽媽的義工團體, 面對這些問題有其無奈之處與困難點的。(會訊 2000, 9-10: 12)

2000 年 10 月母乳會亞洲醫療顧問 (Area Professional Liaison) 來台, 除了與台灣的諮詢員、義工媽媽討論哺乳知識, 更重要的是確定母乳會在台的未來走向。其亞洲醫療顧問與環球諮詢員部部長認為, 台灣在職的諮詢員過少, 擔負的對外工作卻太多, 致使有些諮詢員不是申請保留、請假便是退休。

超量工作造成了對諮詢員及其家庭的傷害, 影響到家庭生活。及讓媽媽們害怕成為諮

詢員因而須承擔如此多的工作。(會訊 2000, 11-12: 4)

母乳會的理事長也在團體經營兩年後，對於母乳支持團體應該如何經營提出感言，她認為母乳支持團體僅能在能力範圍內幫助需要的母親們，對於推廣或影響社會實在無法著力。

我知道有很多人的想法跟我以前一樣，希望母乳會能快一點壯大起來，但經過六年多來的參與，有些事真的不如想像中或嘴巴說的容易……如果盡做些超乎能力所及的事，且影響了孩子與家庭，實非當初想幫助他人的心意及成為志工之所望。今天，母乳會的成長不在於迎合他人的期望，而是要以自身的能力做考量，做能力所及之事，幫能力範圍內可幫之人。(會訊 2000, 1-2: 4)

可以說組織化並沒有帶來預期的效果，「一些活動在當時並未引起多大的效益，反而使經常盡心投入的媽媽們在邊帶寶寶邊辦活動的情況下心力交瘁。」(訪談 11)，最後使母乳會在台的擴張方式回復至最初的低調宣傳，包括簡單的網頁介紹(見衛生署母乳哺育網對民間支持團體的介紹)、與社會網絡擴張。母乳會在 2000 年確立了未來走向，包括回歸總會的基本精神，以「一對一」的方式幫助媽媽。同時，在產生足夠的諮詢員之前，不在媒體與公開場合留下諮詢員的聯絡電話，也不接受外界對母乳會的邀約活動，俾利諮詢員全心帶領聚會活動(會訊 2000, 11-12: 4)。因此，當其他新興民間母乳支持團體普遍以架設網站、媒體曝光的方式宣導哺乳的重要性時，母乳會則顯得相當低調，目前我們僅能在衛生署母乳哺育網關於民間支持團體的介紹看到母乳會的簡介、聚會時間、地點，而無法獲得其他相關資料。

至於母乳會定期出版的中文會訊，因為總會規定會訊內容必須由出版部門審核通過才能出版，增加編輯處理的時間(會訊 2001, 3-4: 15)，加上中文會訊必須翻譯成英文，才能送至總會審核，審核通過後又必須將版本譯為中文，這些工作涉及中英文能力與專業知識，以義工為主體的團體無法負荷這份工作，因此中文會訊在 2001 年 7 月後停刊(訪談 9)。

## 二、婦女進入母乳會的管道

本小段將從「參與者」的角度分析婦女進入母乳會的管道，當母乳支持團體不是制度性的推展，而是靠志工的力量擴張時，志工人數有限、提供的幫助有限，當社會普遍不支持哺乳、光靠母乳支持團體推廣哺乳，我們固然可以了解支持團體推動過程的艱辛，但比較少被注意到的面向是，母乳支持團體這樣的資源不平均的分佈在社會中，雖然其聚會的大門為所有需要的婦女開放、大眾傳媒的效力也沒有選擇特定對象傳播，但是婦女如何意會到母乳支持團體是可用的社會資源，在普遍不哺乳的社會中顯得格外重要。以下我們把

婦女進入母乳會的管道區分為兩類：透過社會網絡擴張進入，以及透過大眾傳播媒體進入。

## （一）社會網絡擴張

### 1. 家人介紹

有些婦女因為家人或朋友參與過母乳會，而有機會參加聚會、獲得哺乳相關資訊。以下的例子，婦女本身哺乳動機並不強，因為家人不斷鼓吹，勉強同意試試。

我的寶貝兒子…因為他有個參加母乳會的阿姨，而這位超級熱心的宣導員，早在我懷孕的初期，便不停的嘮叨，說了很多餵母乳的好處，還影印了一大疊母乳雜誌的相關資料，交待我：仔細研讀，一定要餵母乳！……天底下喝牛奶的嬰兒何其多？簡單就好！我總不能挺著豐滿的胸部出操吧！（我現在是軍訓教官）可是妹妹仍不死心，陸續又影印了「空姐也能餵母乳」等資料說服我一試，我終於勉強同意考慮看看。（會訊 2001，5-7：15）

### 2. 朋友介紹

也有因好友介紹而加入母乳會的例子。同時因為朋友有親自哺乳的經驗，提供婦女產後知識上、情感上的協助。

在懷孕 5 個月時經由好友○○介紹，加入了「母乳會」……可是我還是碰到了一些困難，例如 baby 的便便太稀太水……差點因此添加牛奶。幸好電話詢問○○，才知道喝母乳的小孩都是如此。（會訊 2001，3-4：4-5）

### 3. 路人介紹

這個例子較為特別，由路人介紹參加母乳會，但這樣的「機緣」還是有一些條件限制。這位婦女生產前決定要全母乳哺餵嬰兒，一直到產後三個月逛百貨公司時，一位媽媽告訴她「你的餵奶姿勢錯了」，還給了一支電話，說是母乳會的諮詢電話，也因此開始參加聚會（訪談 9）。

回想醫護人員的養成教育中，並未有哺乳課程，只知道它的好，縱使我餵全母乳，但確有太多的問題不得其解，直到參與母乳會的小組聚會。參與每次的聚會，都讓我重新獲得信心與勇氣，在那哺乳媽媽仍是少數之時，……我從美國總會的原文出版品獲得許多的鼓勵與問題解答，而後在工作上寧願賠錢解約，只為圓一個全職媽媽的夢。（會訊 2000，11-12：8）

### 4. 醫師引薦

醫師引薦的例子並不多，以下的例子是因為嬰兒對配方奶粉嚴重適應不良，母親透過閱讀文章發現解決嬰兒便秘的唯一方式應該是哺育母乳，回過頭求助生產醫院，詢問產後

兩個月是否能夠哺乳，因為醫院給予否定的答案，母親又開始詢問文章的原作者，透過原作者，這位母親聯絡上母乳會的諮詢員。

這一胎開始也並不覺得有餵母奶的必要，在醫院試了幾天，寶寶也不太肯吸，出院後就完全餵牛奶了。一個月後，寶寶有了嚴重的便秘，幾乎沒有自己順利排過便……另外，有一天媽媽又發現，所用的奶瓶竟然會脫色、掉漆……正好這個時候，○○○看到了陳昭惠醫師的文章，她突然發現餵母奶似乎是她所遭遇問題的解決之道。……陳醫師介紹她找在台北的母乳會諮詢員…告訴她這是可能的，並且有器具可以幫助她（國外領養孩子的人就是這樣餵母奶的），不過也提醒她一切會很辛苦。（會訊 1997，5：1-2）

## （二）大眾傳媒路徑

母乳會積極擴張的年代，諮詢員曾在母嬰雜誌撰寫專欄、或者參加廣播電視節目，藉此提醒母乳的重要性、以及宣傳母乳會的社會服務，這段期間，有不少婦女因為主動或不經意接觸大眾傳播媒體，而參加聚會。

### 1. 閱讀諮詢員在雜誌上撰寫的專欄

這一類的例子相當多，我們並沒有一一舉例。可以看出，這一類母親通常產前就開始蒐集養育嬰兒的相關資料，因緣聚會閱讀到諮詢員撰寫的專欄，產生興趣，因此參加聚會。

我本來就是一個很愛看書的人，在決定要餵母奶之後，我便到處尋找母奶的資訊，我相信應該找得到一個可供諮詢的機構，果然我在嬰兒與母親的某本叢書中看到了母乳會的介紹。從此我便找到了一個最佳的諮詢站，從懷孕五六個月起，我便定期的參加母乳會的聚會，從中獲得了許多寶貴的哺乳資訊。（會訊 2001，1-2：8）

### 2. 收聽諮詢員在廣播節目的錄音

母乳會在活躍時期，諮詢員曾經參加廣播電台錄音節目、推廣母乳（會訊 1999，7-8：5），廣播節目帶來了些微效果，一位正在哺乳中的母親無意間收聽到節目，連忙抄下聯絡方式。

在 Baby 兩個月大時，我和老公無意間從廣播節目「媽咪寶貝」上聽到「母乳會」這個名稱與組織，才知道原來還有這樣一個單位在服務新手媽媽餵哺母乳。於是急忙抄下花蓮諮詢員的電話並與她聯絡……在還沒有加入母乳會時我是每隔 4 小時餵奶一次，加入母乳會後才了解 baby 喝奶是沒有時間限制的，baby 想喝就讓她喝。（會訊 2001，3-4：7）

這些細瑣的擴張形式分析可以看出，當社會不是制度性協助（或強制）婦女哺乳的時候，婦女身邊若無哺乳成功的資源（如家人或朋友），除非自己夠積極，否則不容易找到相

關的社會協助資源。利用大眾傳播媒體宣傳、擴張的也有其侷限，除了宣傳管道過少，每位母親得到訊息的機會不等；同時，從這些母親普遍的特質也可以看出，母親本身的主動性要夠強，而主動性又取決於母親自身長久的積習。

### 第三節 提升哺乳率的運作邏輯

母乳會運作二十年來規模雖未能擴張，不過團體內有許多成功哺乳的例子，不但「餵母乳」，而且「餵得久」，前者涉及一開始的哺乳動機，後者則與「離乳」<sup>13</sup>的時間點息息相關，越晚離乳則哺餵時間越長，兩者分屬不同的議題，本文採取這兩個範疇討論母乳支持團體的運作邏輯。本小節先就母乳支持團體提升哺育率的運作邏輯敘述，下一節再就母乳支持團體延長哺乳時間的機制討論。

文獻探討母乳支持團體效果時，常以產後 0 至 6 個月為測量區間 (Dearden et al, 2002; Dennis et al., 2002)，談母乳支持團體延長哺乳時間的效果，較少論及母乳支持團體在婦女產前介入的作用，或許是國情差異使然。但就一個普遍不支持哺乳的社會來說，母乳支持團體提升哺育率的重要時間點在婦女產前，而非產後。

以我們實際的觀察經驗來說，各類型的母乳聚會裡都有孕婦及產婦。產後的時間點因為國內有坐月子的習俗，剛生產完的婦女不能出門，產後才開始參加聚會的婦女已經親自哺乳或瓶餵母乳一段時間（一個月以上），她們多半因著哺乳困擾、覺得餵得不順，藉著參加聚會吸收新知，聚會中常有母親撩起衣角開始餵奶。這些婦女在孕期時雖然沒有參加母乳支持團體，但是她們產前多有強烈的哺乳動機，生產之後極力克服哺乳困擾，卻總有些問題無法解決，因此帶了詳細的疑問參加聚會，聚會氣氛格外專注，也可以討論相當細節的哺乳問題。所以這些產後才開始參加聚會的婦女並非「全然生手」，她們已經努力過一段時間，李惠貞（2003：15）就說道：

孩子滿月以後，我就帶著孩子參加母乳會的聚會，在一個充滿母乳媽媽和母乳寶寶的環境裡，看著孩子們滿地爬滿地跑，媽媽們自在的餵母乳，我總是很安心。

另一群婦女一滿月時已經停餵母乳的媽媽並沒有出現在聚會。這個現象是有意義的，它顯示，母乳支持團體主要功能在「解決」產後婦女的哺乳困擾，而無法積極「改變」產後婦女不哺乳的狀態，也無法「提升」產後婦女的哺育率，因為產婦的泌乳功能會隨著刺激減少而降低，至滿月時哺餵型態已經固定，較難以改變。因此，儘管母乳會強調「泌乳關鍵期」的重要性，但是對於「泌乳關鍵期」的婦女（也就是剛生產完的婦女）並無法主

---

<sup>13</sup> 離乳，俗稱「斷奶」。前者以幼兒的觀點出發，母乳會認為當幼兒身心狀態準備好、不再需要吸吮母乳時，會自行決定「離乳」，每個幼兒身心成熟的時間點不同，因此沒有絕對的離乳時間點。後者則是文化決定，對幼兒何時要停止吸吮母乳有一套文化規定，當幼兒至一定年紀還想要吸母乳，常被成人稱為「羞羞臉」，因此必須以「斷奶」的方式，強迫幼兒不敢吸母乳。

動提供協助。可知用母乳支持團體推動哺育效果必然有限，猶如母乳會義工媽媽表示的，「其實醫院才是第一線，如果醫院做不好，我們能夠努力的也很有限。」（訪談4）

以下談母乳支持團體對提升哺育率的效果，重點放在產前，而非產後。我們必須注意到醫院常規與哺乳關係的知識性討論並非在國內發展，而是母乳會總會數十年經驗累積的成果。透過居住在台灣的母乳會諮詢員，這些知識性的討論被帶進國內，但是國內的醫療制度、常民知識卻沒有亦步亦趨的改變。產前參加聚會的婦女，常因母乳支持團體提供的知識性討論與現行醫療體制、常民知識與養育觀不同，造成產婦與醫院、家屬之間的對立。然而弔詭之處卻在於，母乳支持團體提升哺育率的運作邏輯即奠基在這種對立關係上，這種對立並非「為哺乳而哺乳」的堅持，而是一種依照最新知識反思性修正自我行為的過程（Giddens, 1991/2002: 18）。

### 一、傳遞迥異於科學養育觀的哺乳知識

聚會中諮詢員會提供哺乳的基本知識，包括母乳營養成分、泌乳原理、哺乳姿勢與技巧、嬰兒吸吮嘴型、初生嬰兒進食與睡眠的型態、特殊哺乳器具、哺乳裝製作方式等。值得一提的是，由於這些知識與科學養育的標準差異甚多——科學養育觀強調如何有效控制嬰兒，包括定時、定量的哺餵方式、參照標準化的嬰兒生長曲線；哺餵母乳則鼓勵母親依照嬰兒需求進食，不限時間與次數，也不必過度在意嬰兒進食量，只要嬰兒活動力良好、持續成長即可。兩者迥異的觀點，讓許多初次參加聚會的孕/產婦總抱著「懷疑又不安」的心情聆聽。

早在婚前，就立志哺餵母乳，懷孕時參加過4次母乳會聚會，當時的諮詢員…提及的「哺乳知識」都與我的認知很不相同，當時總對哺餵母乳抱持著「懷疑又不安」的心情。生下女兒後才一一印證了母乳會的說法，真的不是所謂的：「我母親若沒奶，我就會遺傳她的『體質』」，相反的，由於女兒旺盛的吸吮需求，她九個月大時，我還不斷溢奶呢！（會訊2001，5-7：14）

這些討論相當細節。由於目前配方奶粉仍為主流，諮詢員很仔細的把常民營養觀點之下哺乳的種種「缺點」，透過知識性討論轉化其意義，讓產後哺乳的情況變得可預期、也降低孕婦的心理壓力。

從嬰兒出生開始，必須餵8-12次/天，但是嬰兒的胃很小（用小石頭做比喻）。第一天就要不斷吸，有30c.c./天，頭一兩天，孩子不需要太多奶水。第五天，母乳應該有300c.c./天。有位母乳會哺乳教育者認為，媽媽夜晚用鬧鐘定時提醒擠奶，會被驚嚇到，不如多喝點水，有尿意就會自然醒。漲奶時未處理，身體不知道製造奶水，準備要退奶了，所以排出奶水是增加奶水的重要方式。（訪談9）

同時，聚會集合了一群仍在哺乳中的母親，而不是衛教單張、或者人體模型，孕婦透過「眼見為憑」的過程，增強哺乳的動機與信心。

幸運地在生產前去新店小組參加第一次聚會，回想起那次去聚會的感覺，用「震撼」來形容也不為過。打從有記憶以來，不曾看過母親懷抱孩子餵母乳，那天見到月子裡的嬰孩吸著媽媽的乳房，諮詢員當場指導媽媽如何以正確的姿勢輕鬆地餵奶……這才知道從聚會裡得到力量，已一掃之前的愁容，更堅定自己有能力餵母乳的信心。（會訊 2001，1-2：6）

## 二、反思醫療體制的生產照護常規

目前產後一週內的婦女多在醫院生產、接受產後照顧，醫院原始的設計是母嬰分離、分科照護，前述已經提及醫院制度不利母乳哺餵。母乳會清楚意識到醫院制度與哺乳間的兩難關係，在問題處理上，並不鼓勵孕婦強硬要求院方完全配合哺乳的需求，而採取退而求其次的態度，在知識層面上告訴孕婦們如何避免生產照護體制對哺乳的衝擊，比如拜託護理人員不要使用奶瓶奶嘴哺餵新生兒，並藉著製作嬰兒床邊吊牌「我是○○○，我是母乳寶寶，我絕對不要奶瓶奶嘴、也不要葡萄糖水」，提醒護理人員多留意一些；同時選擇支持母乳的醫院生產、尋找支持哺乳的醫師診治母嬰疾病，以避免哺乳失敗。

這些知識在個人層次上產生了效果。有些婦女開始思索生產方式（自然產、剖腹產）、生產地點（醫院或家中）與哺乳之間的關係，希冀尋求較佳的產後哺餵環境。其中有部分婦女從主流的醫院生產體制出走，以「居家分娩」的方式取得較大的哺乳自主權，1998年後台灣居家分娩個案微幅增加，即與母乳會的哺乳知識觀與成員間社會網絡的資訊交流有密切關連（吳嘉苓、黃于玲，2002）。

其他在醫院生產的婦女，雖然希望生產醫院儘量配合母親哺乳的需求，不過一旦進入醫院內，母嬰都必須以「個人」的身份進入體制內被管理，哺乳知識與產科流程的衝突依然存在，尤其在一些至今仍然爭論的議題上——嬰兒黃疸要不要停餵母乳？更引發這些婦女的焦慮感（害怕乳頭混淆、泌乳量下降）。對此，每位母親採取的態度與作法並不相同。值得注意的是，當產科醫院的作法與母乳會傳遞的知識出現歧異，這些婦女往往尋求另一個知識權威——母乳會的顧問醫師，確認繼續哺乳的必要性，高度呈現出現階段哺乳議題以知識權威（母乳會及其顧問醫師）對抗另一個知識權威（產科機構）的運作色彩。以下就上述各點敘述：

### （一）積極選擇生產方式

吳嘉苓、黃于玲（2002）對病患的行動分析中，注意到病患自身文化資本與社會網絡的累積，有可能打破傳統把病患當作純粹體制受害者的觀點，病患不再只是「順從」醫療體制的安排，也可能藉由隱藏不滿情緒、直接「發聲」給於醫療體制建言，或者「出走」，以換醫院或醫師、或自創品牌的方式獲得理想的醫療過程，居家分娩就是這麼一個極端出走的例子。1995 年後台灣居家分娩的案例增加，早期（1995 至 1998 年）產婦因為宗教信仰反對生產過程中的醫療干預而選擇居家分娩；1998 年後，居家分娩個案多透過母乳會的社會網絡取得相關資訊，她們多因為對主流醫療體制不滿而產生「出走」的念頭，不滿的原因之一來自於醫療體制對哺乳的種種不便，當孕婦試圖向醫療體系提出產檯餵奶、母嬰同室的請求而被拒絕時，居家分娩變成一種選擇。由於居家分娩仍屬於小眾的生產模式，一般婦女並不容易接觸到相關資訊，母乳會的社會網絡透過高文化資本、親身經驗形塑居家分娩安全、美好的印象，增加團體內成員選擇生產方式的資源（吳嘉苓、黃于玲，2002）。

然而居家分娩並非毫無風險，這些婦女會事先與熟識的醫師聯絡，或者確認就近的醫療資源，防範生產中可能出現的風險。

當我詢問平時產檢的診所，沒想到醫生不僅拒絕我產檯上哺乳，甚至連母嬰同室、哺餵母乳他都反對，原因竟是怕我將細菌帶給 baby！……在和先生多次討論後，我們決定選擇「居家分娩」。除了和老大溝通媽咪要在家裡生 baby 之外，也去醫院做了一次產檢，以防若是 baby 過大或肩難產、血崩等突發狀況，可以儘速送醫（會訊 2001，3-4：5）

有些個案則在主流醫療生產體系裡尋找支持哺乳的醫院，醫院是否提供產檯餵奶、是否開放母嬰同室，成為準媽媽們關懷的重點。若醫院無法提供適當的幫助，「出走」至他家醫院生產，成為一些準媽媽的選擇。

猶記得兩年多前，懷孕已 35 週，因接觸母乳會而毅然決定換醫院生產（原來的醫院不願意開放「母嬰同室」），為了孩子的健康，雖然心裡忐忑不安，也堅持做了下去。（會訊 1999，7-8：10）

選擇在醫院生產的婦女，除了考量醫院政策上是否支持哺乳、硬體是否配合哺乳需求（產檯餵奶、母嬰同室），在心態上會傾向於自然生產，以避免剖腹後體力不夠、手術疼痛，一開始無法順利哺乳。一位核心義工媽媽引述自己的臨時剖腹生產經驗，說明剖腹產不但會導致身體疼痛，當醫院又缺乏幫助母親哺乳的相關措施時，則可能面臨出院後乳頭混淆的問題。

我老大在○○醫院生的，那時候她們沒有母嬰親善，剖腹生產後我身體很痛、坐著輪椅，結果她們說「寶寶在保溫箱，現在不能餵」，我就很傷心。連奶瓶下面一圈都擠不出來。（訪談 4）……自己是受到其他媽媽的幫忙及鼓勵，才能克服重重的困難（臨時決定剖腹生產、寶寶吸入羊水要住保溫箱受到隔離，乳頭嚴重凹陷、乳頭混淆、脹奶……）而哺乳

成功。(會訊 2000, 7-8: 7)

成員間的生產經驗分享，讓成員即使必須剖腹生產，也能事先向醫院爭取有利哺乳的措施，避免醫院常規對哺乳的箝制。

一直到 38 週醫生表示胎兒已經太大又胎位不正要剖腹生產……再次向母乳會求救，她們的堅定鼓勵安撫了我害怕的心。同時積極向院方詢問餵奶的相關規定，在我們努力爭取之下終於同意我們母嬰同室的要求。(會訊 2001, 1-2: 6-7)

## (二) 溫和的發聲策略：不要奶瓶、配方奶粉和葡萄糖水

母乳會雖然不鼓勵產婦因為哺乳問題與醫院產生衝突，但是溫和的「發聲」策略——以名牌紙卡提醒醫護人員不要使用奶瓶、配方奶粉、和葡萄糖水的建議，經常出現在會訊、母乳支持團體聚會、甚至是醫院型的母乳支持團體聚會中，成員認為現階段即使母嬰親善醫院也還是母乳與配方奶粉寶雜的情況，有的母親一會兒餵母乳，一會兒要餵配方奶，加遽護理人員照顧的困難。尤其是護理人員必須輪班，有時候交班會「落勾」啊！（訪談 4、7）為了避免嬰兒食用配方奶粉造成出院後乳頭混淆的困擾，成員常再三申論「名牌」的重要性。

聚會或會訊常強調溫和「發聲」的重要性，卻鮮少談論「發聲」的後果，也就是醫療體系給予發聲者的回應。從醫療體系的回應可以看出母乳支持團體與產科醫院之間的關係如何被建構，傳統上病患廣大而無組織的特性，使得醫療專業權威得以形成（吳嘉苓、黃于玲，2002: 75），病患在醫院內只能「順從」，即使不滿，多私下表達意見，不會和醫護人員產生正面衝突。但是母乳會這樣一個稍具組織的團體，國外哺乳知識成為會員可運用的文化資本，增加成員「發聲」的能力，同時在「內憂外患」（會訊 2000, 9-10: 6）的氣氛下，成員認識到「發聲」不但可為，而且有迫切性，成員間不斷交流著因為產後缺乏相關知識、嬰兒乳頭混淆，接連著母嬰都痛苦不堪的日子，增強了準媽媽發聲的動力。

○出生三天，我如期出院，但○卻因為黃疸指數過高而需要住院照光……這三天中，由於黃疸的關係，醫院不讓我餵母乳，改餵配方奶，幸好回家後○仍然吸母乳吸得很高興，後來我才聽母乳會的人告訴我，我算是幸運的，因為有很多寶寶因為在醫院吃了奶瓶，便不會吸媽媽的奶了。(會訊 2001, 1-2: 9)

不過與龐大的醫療系統比起來，個別產婦「發聲」的動作仍算是逆勢而為，並不保證產婦可以獲得理想中的醫療資源；而且母乳會「發聲」的內容，與產科醫療體制的管理方式相互矛盾，很容易貼上「母乳會媽媽」的標籤，或者被指認為「找麻煩」的一群人，對醫療體制的改革鮮有助益。

從懷孕開始，我就在為餵母乳做準備，每次去參加聚會，我總是纏著剛生產完的媽媽東問西問、收集情報，最後我挑選了可有 12 小時母嬰同室的台大醫院。……女兒順利出生後，在產臺上我只抱了她，沒有餵奶，一回到病房，我就急忙請老公去嬰兒室，帶著我寫的備忘錄，從「我要完全餵母乳」到「請不要給我的寶寶奶瓶、奶嘴、糖水……」到「我不需要休息，請隨時叫我，寶寶一哭就叫我」，叨叨絮絮、三令五申，深怕醫護人員不把我的決心當一回事，又暗自擔心護士給我貼上「母乳會媽媽」的標籤——這真是很莫名其妙，我曾聽說，護士們私下會互相「警告」，某一個寶寶是母乳會的，好像我們的要求是在「找麻煩」似的。(會訊 1999，9-10：8)

### (三) 理解黃疸與母乳間「解釋性」的因果關係

《會訊》「孩子黃疸，可以繼續吃母乳！」一文曾詳細討論過嬰兒黃疸的問題(會訊 2000，3-4：10-11)，主要焦點在於母乳不是引發嬰兒黃疸的主要原因，但是嬰兒黃疸時，醫護人員通常告知要停餵母乳、照光治療，使產婦誤以為母乳會引發嬰兒黃疸而停餵母乳。母乳會的聚會也提到類似問題，其核心成員曾經詢問該生產醫院的院長，是否嬰兒黃疸就不能餵母乳？得到的回答是：

黃疸是嬰兒體內的膽紅素過高引起，餵母乳的確會讓膽紅素代謝得比較慢，但不是引發黃疸的原因。醫院通常建議有黃疸的嬰兒停餵母乳二十四小時，觀察嬰兒黃疸是生理性或是非生理性因素，但只需要停餵二十四小時，而非黃疸住院期間完全停餵。(訪談 12)

但現場一些媽媽回應，即便是母嬰親善醫院，醫護人員也不一定會仔細解釋，讓媽媽們誤以為母乳引發黃疸，或者有黃疸的嬰兒不能喝母乳，因而停餵母乳。(田野筆記，2004/2/28)，為了確認黃疸兒可以繼續喝母乳，在醫療知識不平等的情況下，婦女往往求助會內顧問醫師的意見，藉以抉擇是否要繼續哺餵母乳，顯現在專家知識高度分化的背景下，不同知識權威之間的內涵差異甚大。

醫生護士異口同聲「教育」我不得餵母乳。天啊！我不敢相信，母乳會加重黃疸？我和先生在回家的途中兩人淚流滿面，不知道自己的決定會不會害了兒子。情急之下想到曾經參加母乳會的講座，趕緊翻閱母乳會背後的聯絡電話。在請教了○○○諮詢員，並由她介紹認識了母乳會的顧問醫師陳昭惠大夫，才知道母乳並不會造成黃疸現象。心中巨石方才放下，可見連婦產科醫師有時對於餵母乳的重要性，並不見得正確。(會訊 1999，1-2：19)

理解黃疸與母乳之間「解釋性」的因果關係，改變母乳會婦女就醫的處境和行動，婦女能指認出母乳不是造成黃疸的絕對原因，但同時也希望照光治療黃疸的期間，醫護人員

不要給予嬰兒奶瓶、奶嘴，以免療程結束後母親必須處理乳頭混淆的問題。但知識上的理解不一定會獲得醫院的支持與協助，同樣是嬰兒黃疸的問題，以下兩位婦女的處境便截然不同，前者因為住院醫護人員支持母親哺乳的需求，採行「絕對不給奶瓶」、方便母親餵奶的處理模式，使家屬感到充分受到尊重；

嬰兒室護理長前來向我解釋小兒需要照光治療，有二種方式讓我都可以親自餵母乳，一是嬰兒放在嬰兒室，醒來時護士會抱來病房給我餵奶，保證不會給奶瓶；另一是仍然採母嬰同房，將保溫箱及照燈放在病房，我隨時可以餵母乳。(會訊 2000，3-4：10)

後者因為無法得到期望中的醫療品質(醫院不建議黃疸嬰兒餵母乳)，請教母乳會顧問醫師，確認嬰兒可以繼續哺餵母乳後，毅然決然從醫療體系「出走」，以便繼續哺餵母乳。

第三天我和一般媽媽一樣也會「漲奶」，孩子卻因為測出黃疸而被院方要求停止餵奶且繼續照光觀察。當時因漲奶使我覺得乳房異常疼痛，孩子又不能吸奶。……擠出部分奶水而渡過難關，但日子一天一天過去了，卻還不能餵奶，我們實在擔心奶水會愈來愈少。……所幸我們請教了母乳會的戴師母有關黃疸到底可不可以餵奶的問題？並請榮總小兒科陳昭惠醫師(母乳會顧問醫師)加以確定「可以餵後」，安心地把老大帶回家好好餵奶。(會訊 2000，7-8：5)

#### 第四節 延長哺乳時間的運作邏輯

本小節就母乳支持團體延長婦女哺乳時間的機制討論。雖然未經正式的統計，團體內的婦女的確哺乳時間較一般女性來得久，甚至引以為樂，我們在參與觀察中遇到的婦女，持續哺乳至幼兒三歲以上的例子並非特例，主要原因除了奠基於科學知識的討論，認為前六個月母乳能夠供給嬰兒需要的所有營養，其後母乳可以繼續維持嬰兒的免疫力；哺餵超過六個月者，多從母乳會的母職觀點看待哺乳本身，認為嬰兒不只需要母親的奶水或乳房，更需要從母親處得到安全感。母乳會創辦人 Mary White 曾經表示，「我想我們必須呈現出全職母親對她們的孩子、她們自己，還有她們的家庭是多麼的重要。她們的孩子需要的不只是母親的奶水、母親的乳房，而是全部的她 (but for all of her)」(Weiner, 1994: 1381)，可概括母乳會的母職思想，她們把養育嬰兒勞苦的一面，轉化為婦女投入母職所感受到的愉快，使得婦女願意持續投入；另一個面向是特殊的「自然離乳」觀，她們認為當幼兒身心成熟、轉換副食品後，吸吮的次數會漸漸減少，直到幼兒自己選擇「離乳」是較佳的方式。

由於「自然離乳」的態度與科學養育觀大相逕庭，婦女首先會遭到周遭親友的強烈反對，認為哺乳過久對嬰兒或母親都有不良的影響，必須以文化手段迫使幼兒「斷奶」，導致婦女與親友間、甚至與醫護人員的爭執，堅持哺乳的婦女往往要藉由母乳會的科學知識重新確認自己的決定與行動。其次，「自然離乳」或「全職母親」的概念強烈挑戰當代對母職

的信念，雖然以幼兒最高利益為中心的思考方式值得稱許，但是職業婦女蔚然成風之際，全職母親在社會中往往被孤立、而且社會地位益低落，爲了「圓一個全職媽媽的夢」，成員並非僅靠相互提攜、加油打氣的方式堅持哺乳，而是透過身體經驗、科學知識的討論重新塑造母職價值。

## 一、反思常民營養知識與養育觀

常民營養知識與養育觀，深深受到所謂「科學化養育」的觀念所影響，並不是說常民熟悉嚴密的科學論述，而是常民把科學化養育的特徵建構爲有點常識意味的東西，其特徵被描繪成養育情境中固有的、真實的本然面向（Geertz, 1983/2002: 122-124），而獲致廣大的影響力。在產科機構的規訓之下，不但確立了配方奶粉較好、嬰兒應該定時定量哺餵的概念，同時婦女身體經驗到的不適、嬰兒乳頭混淆的情況，都被描繪成情境固有的狀態，使瓶餵行動得以再結構化。以下個案就是一個相當典型的例子，缺乏哺乳科學知識的反思能量下，瓶餵常識對婦女養育行動有深刻的影響。

老大……喝母乳只有 20 天左右，由於醫院都採母乳、牛奶混合方式，我也比照辦理，就在長輩說我沒有奶水，叫我不餵，因是第一胎不懂，就很聽話只有餵牛奶。（會訊 2000，9-10：8）

由於瓶餵常識穩固的特性，當婦女決定要哺乳時，嬰兒哭鬧、嬰兒睡眠時間較短，常被指出這是母乳量不夠、營養不足的徵兆，應該添加配方奶粉。此外，常民知識以經驗直接表達的特性，把感官所經驗的事物與結果做出因果的連結，如產婦吃青菜水果，導致嬰兒腸胃不好；母親身形過於瘦小，則奶水不夠營養等，這樣歸咎方式往往帶給堅持哺乳的婦女莫大壓力。

等寶寶一出院，我馬上全改餵母乳，沒想到婆婆不斷的在嫌棄我的奶水，說我太瘦小，營養不夠，所以奶水「輕輕淡淡」少得可憐，不像她以前的奶水多到會自動「噴出來」；寶寶邊吃邊拉稀便，表示腸胃不好，是因為我愛吃青菜水果……每次遇到這些狀況，不管我怎麼解釋，婆婆似乎都難以接受，反而不斷向我遊說配方奶的優點，還四處向人詢問何種品牌奶粉最好，搞得我快招架不住。……我也曾求助於醫生，但醫生告之我得了產後憂鬱症，要我心情放輕鬆，並勸我暫停母乳，改餵配方奶粉。怎麼會這樣？（會訊 2000，11-12：11）

配方奶粉的量化哺育思考，和母乳哺育思考常混雜在一起，是聚會媽媽們主要的困擾來源。婦女們常參照嬰兒體重百分位表，觀察嬰兒的生長發育情形，但是母乳會指出，普行的嬰兒體重百分位表是爲配方奶粉嬰兒設計的，母乳嬰兒並不適用。

一位媽媽憂心問到，嬰兒出生喝母乳以後，體重百分位表一直下降，但是體重有增加。義工媽媽說體重百分位表是依照牛奶寶寶製作的，並不適用母乳寶寶。此外還問這位媽媽的哺育情形，義工媽媽表示，母乳有前乳、後乳之分，後乳的脂肪含量比較高，喝得久的寶寶才會吸到脂肪，反之如果吸前乳就飽足的寶寶，通常體型比較瘦。(田野筆記，2004/3/1)

當婦女遭遇「負面」聲浪、或者本身對哺乳開始質疑，求助母乳會的諮詢員或者會內顧問醫師的意見成爲常例，透過非主流知識的詮釋，這些常民看來相當「理所當然」的意見，往往被指認爲「錯誤」的。

女兒在剛出生的四個月內比較難帶，有時吃完奶還是哭，再餵，吃了兩口又哭，而且挺著身子往後仰，很難安撫，每逢此刻，身旁的人就會說：「啊！她沒吃飽，一定是因為你的奶不夠，她才哭的。」初爲人母，我也不清楚是怎麼回事，就問：「那怎麼辦呢？」對方往往回答：「再餵她一些配方奶就好了！」女兒吃了配方奶，果真不哭了，建議的人也走了；過不了多久，女兒又哭了，奇怪，她的食量會如此大嗎？後來母乳會諮詢員告訴我，女兒身體直挺挺地往後仰是腹絞痛的現象，而非肚子餓，但因配方奶沖泡的溫度比母乳高（母乳溫度與體溫相同），她吃下去暫時有熱敷作用，但隔一陣子，配方奶的成分會使她腹絞痛更加劇。(會訊 2000，1-2：9)

## 二、從嬰幼兒罹病率降低肯定母乳優點

母乳能降低嬰兒罹病率，雖然是衛生政策的宣導，但母乳會的成員從身體力行中證實這個觀點，發現哺餵母乳與配方奶粉的確有免疫力的差異。除此之外，幼兒低罹病率的身體經驗，使她們回過頭來重新肯定母乳的重要性，也就是說透過身體實踐的過程，非主流知識已經內化成身體認知的一部份。

餵母乳的好處真的很多，我體會最深的就是孩子免疫力的差別。老大從四個月大就開始常跑診所，他有過敏體質，只要天氣稍稍變化，就咳嗽、不舒服，吃藥好沒幾天又來了，實在令人憂心；但是老二除了健康檢查和預防注射外，因感冒跑診所的次數不過三、四次，兩者真是天壤之別，而且老二的感冒還都是老大傳染的。(會訊 1998，9-10：7)

我們在文獻分析中也看到一個非主流知識轉換爲經驗上常識的例子，一位幼兒因爲喝母乳，結果安度寒流而未罹病，其他未哺餵母乳的幼兒相繼感冒，這一點引起鄰居的關心，認爲母乳真的「有效」！

前陣子寒流來襲，附近幾個同齡的小孩，相繼流行感冒，只見○○仍然活潑、健康的踩著他的學步車，這全是拜母乳所賜，而周遭親友們也開始改變觀念，只要遇到那家媳婦生產了，都紛紛爭相走告，四處推崇母乳的好處。(會訊 2000，3-4：9)

這些實踐知識對其他婦女產生了效果，一位職業婦女在產前看到朋友的孩子健康成長，因而決定哺乳。但是返回工作崗位後，嬰兒拒食奶瓶、而且母親下班後嬰兒吸奶的時間變成相當長，使母親精神不濟，一度考慮轉用配方奶粉哺育，但是重新思考缺乏持續母乳的供應將提高嬰兒的罹病率，基於風險評估，還繼續哺餵母乳。

有時幾乎要忍痛讓○○改吃配方奶粉及強迫他習慣吃奶瓶，但一想到她必須離開心愛的母乳，又不知是否能成功轉換，腸胃能否適應配方奶，是否會因適應不良而漲氣、或拉肚子。所以，就還是堅持餵她吃母乳。(會訊 2001, 3-4: 11)

### 三、強調自然離乳的重要性

自然離乳的概念以幼兒觀點為中心，認為當幼兒的身心狀態發展成熟，滿六個月開始接觸副食品，而且副食品的份量漸漸增多，會漸漸減少吸奶次數，最後不知不覺間停止吸奶，達到自然離乳的狀態。由於每個幼兒身心發展的時程不一，離乳的時間點並沒有一定標準。

基本上，自然離乳的觀念跟「需求式餵奶」的原理相通，都是出於對孩子的尊重。…寶寶時而吃多、時而吃少；時而睡、時而含著不放；我們在這個過程中，逐漸體認出尊重孩子的獨特性與需要，而不是急於為他們設定成長的範圍與標準，這正是尊重生命本身。…孩子是否已經進入離乳階段，也是同樣的道理，得由孩子的反應來告訴我們，而不是大人事先為孩子計劃好。(會訊 1999, 5-6: 4)

為了證明人類有「自然」離乳的可能，母乳會引用人類學家對原始部族婦女哺乳時間的紀錄，說明大部分人類史的哺乳期可達七年(會訊 1988, 1-2: 5)，雖然會內並不強調婦女一定要長時間哺乳，一位母乳會儲備諮詢員用「成就孩子的夢想」描述自然離乳對幼兒的重要性，談到文化習俗上的強迫性「斷奶」，將導致幼兒心靈的斷傷。

不管強迫性斷奶的方式為何：塗辣椒粉、撒胡椒粉、或是突然跟孩子隔離個三、五天，表面上好像已經成功，然而孩子內心的絕望與傷心，恐怕不是我們料想得到的；小小心靈的困惑不解，覺得「媽媽的ㄋㄟ ㄋㄟ不再愛我」、「是不是我做錯了事才受到這樣的懲罰」，恐怕也不是大人能一時察覺並立即平復的。(會訊 1999, 5-6: 4)

在自然離乳的觀點下，婦女們發展出許多持續哺乳的策略，首要面對的是文化上對於斷奶的要求、其次克服自身哺乳倦怠感，以及孕期哺乳必須考量到腹中胎兒與成長中幼兒的需求。

### (一) 回應文化上「斷奶」習俗

斷奶的要求是母親都必須面臨到的問題，在應對的行動策略上，有的婦女趁機給他人「機會教育」，說明持續哺乳對幼兒的好處。

眾親友在他滿周歲後都不斷地建議「斷奶」，當然這是出於好意，但是我也趁機教育他們繼續哺乳的好處。所以平時仔細閱讀會訊的心得此時全派上用場了！（會訊 2000，7-8：6）

此外，到達一定年齡卻還在吸母奶的幼兒，常會被投以「羞羞臉」的形容，一位母親以詼諧幽默的溝通策略，使家人認同幼兒「吸奶」就如同成人「吸煙」一般只是一種習慣，成功、和諧地說服家人讓幼兒自然離乳。

我的公婆住屏東，小孩三歲的時候，吃完飯要喝母奶，公公就會說「吃飯吃完還吃奶喔！」我就回答「就跟你一樣，飯吃完也要抽煙。」公公此後不再有意見。對於離乳，家人若有不同意見，要保持和諧的關係，但堅持己見。（訪談 5）

### (二) 克服哺乳倦怠感

雖然自然離乳立意良好，但母親卻不免面臨哺乳倦怠感的掙扎，而興起「斷奶」的念頭。其他成員則站在聆聽與建議的角色，提醒母親應該倦怠感的來源，避免傷害到幼兒。

曾有數次家人認為孩子大了，可以斷奶了，自己有時也覺得不耐煩孩子的頻頻吸奶……一次向○○借離乳的書看時，○○提醒我先想想「問題到底是出在孩子？還是出在自己？」，其實是自己有些內在需求沒有處理，小孩只是代罪羔羊而已。（會訊 2000，9-10：6）

一位婦女持續哺乳四、五年之久，雖然也有漸進離乳的念頭，但是許多資料顯示長期哺乳對幼兒的好處、加之哺乳能帶來親密的親子互動，因此仍然繼續哺乳。

目前第二胎（兒子）讀幼稚園大班，還在喝母乳。也有掙扎過要不要離乳，不過覺得小孩子喝母乳會很開心，沒理由拒絕。我可以這麼做，是因為背後有很大的支持，包括研究報告，讓她知道很多母乳媽媽樂於享受親子關係，母乳也不只是營養的，還有心理的。（訪談 9）

### (三) 仰賴科學知識支持孕期餵奶

婦女在哺乳期間再度懷孕，習俗顧及母親要擔負腹中胎兒養分、又要提供營養給較大

幼兒，爲了婦女的健康著想，通常會建議婦女「斷奶」。爲了解決孕期婦女身體不適、與自然離乳的兩難，母乳會透過報告與實例調查，證實孕期餵奶不會造成腹中胎兒營養不良的問題，因此會內仍鼓勵婦女繼續哺乳。

根據美國總會提供的研究報告與實例調查，科學上並「沒有」明確而充分的理由可以證實孕期哺乳會對母親或胎兒造成不良影響。由於我有正確的知識作為後盾，對於孕期餵奶自然沒有內心的衝突。我很能體會有些懷孕中的媽媽對繼續餵奶的遲疑，一方面由於害羞，一方面孕期情緒起伏較大，比較不願意讓孩子打擾她的身體。這些情緒都很能令人理解，不過天真的孩子恐怕無法了解媽媽身體變化所帶來的影響，這時，與大孩子的溝通就更不可少。(會訊 1999，5-6：5)

一位成員表示，她在懷第二胎時仍然繼續餵母乳，主要原因是理論支持懷孕媽媽可以繼續餵母乳，「倘若我不曉得的話，我可能也沒辦法做這樣的事。」(訪談 9) 另一位婦女也面臨孕期哺乳的問題，爲了安全起見，婦女求助顧問醫師，從醫師處得到肯定回答，因此沒有因爲懷孕而斷奶。

在懷老二的過程中，我也遇到懷孕時可不可以餵奶的問題？經過陳醫師的說明知道我不屬於不可餵的類型，從此就放心的餵老二直到現在(她已四歲)。(會訊 2000，7-8：4)

但是孕期餵奶並沒有想像中的輕鬆容易，婦女必須面對自己身體與情緒的變化，一方面又要滿足較大幼兒的需求。以下的個案可以看出母乳會「自然離乳」與「孕期餵奶」的概念對婦女有深刻的影響，一方面婦女相信持續哺餵母乳能與幼兒保持較好的互動，一方面幼兒吸吮造成母體不適的生理反應也相當清楚，爲此婦女在孕期當中極力忍耐哺乳所造成的不適，甚至在病床上依然並行不悖。

我懷孕期餵了十個月，生產那一天，在病床上還在餵。懷孕期不離乳，好處是跟小孩的互動上輕鬆，在生理上是痛苦。奇怪的是，生完小孩以後，給老大吸奶，乳頭真的就不痛了。老大到四歲生日才離乳。(訪談 13)

#### 四、重塑母職價值

母乳會認爲全職母親最符合嬰幼兒的利益，其核心思想在於嬰幼兒不但需要母乳、乳房，更需要母親，此種思想雖然立意良好，但是全職母親的身份與社會主流取向並不一致，隨著生活期望上漲、職業婦女比例逐漸上升，會內並未格外堅持婦女成爲全職母親。我們在母乳會聚會中，發現職業婦女與全職婦女皆有，但是職業婦女的哺乳時間較短(約在六個月以下)，主要透過聚會解決哺乳技巧上的困擾，較少談論她們所經驗到的母職經驗。儘管如此，《會訊》(1999，9-10：12)、及其他民間母乳支持團體(田野筆記，2003/12/20)

都顯示職業婦女哺乳超過一年以上，其著眼點在於母乳成分對嬰兒的益處，所以格外「堅持」。

侃侃而談母職經驗的母親，通常是全職母親，哺餵時間也較久，其描述重點在於全職母親能夠給予嬰幼兒「安全感」、「美好的童年時光」（會訊 2000，3-4：9），正面肯定全職母親對嬰幼兒的價值。一位母乳會成員以親身經驗強調全職母親的好處就是隨時滿足嬰兒吸吮的需求、並建立安全感。

生第二胎時，上班餵奶一年多，到第二年留職停薪。全心帶寶寶後，發現寶寶每天晚上都要起來喝五至六次，媽媽相信嬰兒要彌補白天沒有喝到的，因為嬰兒能夠從吸吮中得到安全感，所以在保母家吸得少，媽媽下班後吸得多。媽媽留在家裡後，寶寶整天吸，大約半年建立起安全感，不會常夜奶。還有一點，媽媽跟孩子睡，會怕壓到嬰兒、被子蓋到嬰兒，但實際去做應該不會。認為母親一開始整天帶，會建立嬰兒的安全感。（訪談 8）

## 五、小結

我們認為母乳會提供的非主流知識之所以被婦女信任，並不只是因為非主流知識以科學知識論證其可靠性，從許多跡象來看，母乳會內部提供的知識其實一如常識般是相當經驗性、可以身體力行的知識，並非嚴密的科學論證，但是她們提供了一個哺乳婦女的行為參照模式，確認婦女哺乳期間感受到的身體經驗是大多數哺乳婦女都曾經歷過的生命歷程，哺乳婦女在團體中找到定位，確認自己落在「正常值」內，這一點也許才是最重要的。

一位媽媽說，女兒八個月時，夜醒多次（五～八次），到天亮時，媽媽的腰已經快斷掉了。詢問哺乳輔導，輔導說現象「正常」時，媽媽才比較放心。（訪談 10）

所謂的「行為參照模式」並非意指哺乳有一定的行為規則，相反的，聚會的場合中成員不斷提供「差異」經驗，雖然參與成員的想法或說法，通常來自實際經驗，而不是嚴謹的研究成果，比如一位核心義工就談到：媽媽吃什麼，「只要覺得寶寶的反應是你不喜歡的，你下次就不要吃，或慢慢減少量」。（訪談 4）說明沒有一種標準化的母乳哺育方式，藉此提供成員嘗試的機會，透過不斷試驗，尋找出最適合自己的哺育行動。（訪談 12）

此外，正如吳嘉苓、黃于玲（2002：108）所觀察到的，母乳會的核心價值在於「互助」，成員分享個人的哺乳經驗，做為他人可用的資源。

我開始積極透過母乳會詢問成功餵母乳的職業婦女案例。也用各種容器做餵食嘗試，例如滴管、特製餵奶器、咖啡杯用的小湯匙（最好是塑膠製），最後也是請教其他上班的母乳媽媽，用一種湯匙型的餵藥器，小○○終於接受，也漸漸越吃越多。當然，其間不斷的和母乳媽媽溝通，鼓勵母乳，並同意小孩不吃時，不強迫餵奶，是相當重要的。（會訊 2001，3-4：11）

而成員熱心的態度，很容易讓缺乏育兒經驗的新手媽媽感受團體的溫情，進而形塑堅定的哺乳信念。

出院後孩子半夜常常醒來吃奶，好多人都勸我要讓孩子添加配方奶，說這樣才吃得飽，也才能睡過夜。這實在與我所學的理论相抵觸（註：作者為婦產科護士），後來詢問母乳會義工媽媽○○○小姐，經她熱心指導才使我有信心堅持下去。（會訊 2000，1-2：10）

尤其目前哺乳婦女仍處於少數的階段，婦女不僅需要正確的哺乳資訊，往往更需要同儕婦女正向的、鼓勵的情感支持，也就是社會支持的部分。

我是一個很害羞內向的人，是真的，而且不善於與人搭訕。第一次參加母乳會的聚會時，看到有那麼多人和我一樣努力在餵母乳，我知道我並不孤獨。（會訊 2000，7-8：4）

## 第五節 組織擴張的窒礙因素

然而回歸到我們一開始探討的主題，母乳會的非主流知識的確幫助少部分婦女順利哺乳，但是哺乳人口卻沒有擴張的趨勢。就外部原因而言，產科機構瓶餵的預設，可能使出院婦女必須面臨嬰兒乳頭混淆的問題，一般婦女若缺乏解決哺乳困擾的相關知識、與技巧，直覺以為「嬰兒不願意吸吮」，加之常民把產科規訓下的女性身體反應視為「正常」的，哺乳行動便難以持續。

母乳會藉著本身的科學知識，幫助成員指認出產科機構的諸多「錯誤觀念」，顯示團體已經反省到醫療結構面的問題，一個批判產科機構規訓的社會運動意識已經躍然形成，但是團體至今聚會地點縮減為兩處，根據《會訊》的記載，母乳會自 1997 年立案至 2001 年這段時間，的確想要透過大眾媒體打響母乳會的知名度、藉著母親同儕團體的力量協助更多母親哺乳，但是因為人力不足，後期漸漸感受到大舉宣傳嚴重影響義工家庭生活，母乳會總會人員也來台建議必須回歸最初的團體運作模式—由母親幫助母親，在國內產生足夠的諮詢員之前，必須把對外活動量降到最低，有其組織運作的基本考量。

除了組織面向說明缺乏人力、物力，僅僅靠著非主流知識對醫療體制反省難以產生大規模的社會運動效果，其宗旨也顯示出母乳會並不是一個向外擴張、亟欲改變多數人哺育行為的團體，其「幫助母親哺乳」的概念，把哺乳放在「個人行為」的框架下討論，團體立於「支援」的立場，協助原本就有哺乳意願的婦女。

要相信每個媽媽與生俱來的「做母親的直覺」。這一點可以說是整個母乳會所秉持的內在精神指標。因為幫助別人並不等於教別人過日子，不管諮詢員與義工媽媽對於哺餵母乳的育兒方式是如何信守，當一個媽媽在面臨困惑與抉擇時，還是得自己去處理內在的情緒壓力及相互衝突的種種念頭，這些都是她在做母親的生命過程中必經的過程。我們所能做

的只是一個真誠的陪伴，並適時在她需要時去肯定並提醒她這一點。(會訊 1998, 7-8:13)

此外，從成員自述面對大環境不利哺乳的心態，可知由下向上改革醫療體制的病患草根運動不容易形成。其心態包括：

1.自認能夠接觸團體、順利哺餵母乳是「幸運」的：

我內心十分慶幸自己因哺乳而認識了母乳會，在這裡找到了可以相互支持、互吐苦水的友伴，交換彼此為人妻母的心得與經驗，讓自己更喜悅、更有創意地活在選擇在家的人生路途上！因為有母乳會，有各位這群堅持與奉行哺乳理念的姊妹，我可以在家庭與社會之間，找到一個可以喘息、充電的中間地帶。(會訊 1999, 5-6:3)

2.認為醫療結構面之下，哺乳婦女挫折難免，只要哺乳知識正確，即使必須停餵母乳，也可以用正確的方法解決乳頭混淆的困擾。

我個人認為在哺乳的知識上，我們該有更正確的認識，再來要求別人才合理！如此，也使醫護人員對你「刮目相看」，而非貼上標籤「另眼相待」了！更大的好處是遇到環境或狀況無法完全如願時，可以「有彈性」的做改變，或許黃疸被迫「暫停哺乳」，但知道「一日停餵母乳，不代表永遠停餵母乳」的道理，就可以擠奶維持乃亮，待孩子返家後用正確的方法來面對奶頭混淆的困擾，不多久，相信孩子將再回到您的懷中的。(會訊 2000, 3-4:11)

3.認為哺乳成功的重點在於堅定的信念、與家人的支持。

以我的經驗來分析，餵奶成功最重要的還是要有堅定的信念，這也是母乳會傳達的，此次家人的支持及協助也扮演了重要的角色，當然母乳會居功闕偉。(會訊 1998, 11-12:11)

母乳會並沒有由下而上改變產科制度設計的企圖，其作用在於以「互助」的形式，傳遞非主流科學知識，提供其他成員情感上、技巧上或資訊上的協助。而且就成員進入團體的路徑分析可看出，至母乳會尋求幫助的母親，本身哺乳的主動性較強，哺乳成功的機會較高。從這裡也可以看出，支持團體的作用在於「協助」有哺乳意願的婦女，而沒有辦法改變多數婦女不哺乳的狀況，若醫療體制無法從根本改革瓶餵的預設，以母乳支持團體提升哺乳率的效果非常有限。

## 第五章 母乳支持系統裡的行動者

二、三、四章的分析結果確認了現代社會婦女的哺乳行為與產科機構的制度設計息息相關，多數人養育新生兒的方式，深受醫療論述的影響。歷史的偶然，關於哺乳的科學討論被母乳支持團體帶進台灣，但一直停留在小眾的哺乳人口內，以社會網絡的方式擴張，並沒有造成嚴重的社會壓力，真正發揮廣大影響力的是衛生政策，過去幾年的改革過程中，衛生單位雖然注意到產科機構對婦女哺乳能力的規訓，並且用公權力強制產科機構改革，一如大眾耳熟能詳的「母嬰親善醫院」、「母嬰同室」等，事實上造就了醫院內混合哺餵的環境，而不是純母乳的環境，亦即母乳哺育計畫無法在產科機構內徹底推行。第三章我們曾就臨床哺乳作業推廣不易的外緣因素加以分析，說明產科機構人事成本控制的目標、母嬰分科照護觀點、以及醫護人員缺乏足夠的哺乳作業訓練，都是導致院內混合哺餵率高居不下的原因，也就是產科機構瓶餵的預設仍然沒有改變，這些外在的結構性因素，可以幫助我們理解哺乳臨床作業無法有效提升哺乳率的原因。

除了產科機構的原始設計不利哺乳，另一個值得思索的面向是產科機構重新推動哺乳時，哪些行動者參與其中？以何種方式參與？哪些行動者沒有現身？無聲的行動者又代表了哪些意義？當我們檢視產科機構內行動者的異質性，更能清楚勾勒出「母乳最好」的價值在產科機構內以何種形式被肯定。

臨床哺乳作業現場看似中性，學者常以「醫護人員」一詞稱呼推廣哺乳計畫的人員，但哺乳作業實則隱含性別分工／醫護主從／自然與醫療的分野意涵。協助產婦哺乳往往由女性的基層護理人員擔任，而非相關的所有醫護人員，從既有文獻與參與觀察結果來看，宣導哺乳優點、協助產婦哺乳被劃歸為基層護理人員的工作。此外，這份工作包含濃厚的道德規範意涵，基層護理人員被要求「耐心指導，將會使她們瞭解哺餵的知識與方法。」（蔡照文等，2000：95）；而其他面向，包括利用下班時間、不支薪地支援母乳支持團體活動，或者被期許「和志工媽媽一起做義工」，都一再強化護理人員「愛心工作」、談論報酬太庸俗、自我犧牲的角色（劉仲冬，1999），無法讓臨床哺乳作業朝向專業工作發展。

產科機構決策者的施為，不但強化了教導婦女哺乳是「女性／基層護理人員的愛心工作」，同時產兒科醫師在哺乳計畫中自願缺席，不但使產科機構難以產生結構性的變革，也再次鞏固了「醫療的歸醫療、哺乳的歸哺乳」的思維，當哺乳遭遇醫療爭議時，哺乳的優位性往往置於醫療處遇之後。

此種背景之下，帶著母乳系統論述、進入產科機構生產的母乳支持團體成員，其維護哺乳權的種種行動看似「反醫療」、不願意全然配合產科常規的，實質上是因為這些媽媽們有能力透過知識反省醫療論述，進而要求理想中的照護品質。

## 第一節 基層護理人員的犧牲奉獻角色

1992 年後，由於衛生署推動母乳哺育計畫，產科機構臨床哺乳作業文獻迅速累積，雖然研究者強調「醫護人員」對產婦哺乳行動的影響力，必須加強人員教育訓練，但是在實際執行上，醫師與護理人員角色的異質性相當大，產兒科醫師的角色在於「鼓勵」產婦哺乳（鄧素文等，1997：16），並不提供臨床的哺乳諮詢與協助，換句話說，教導孕產婦哺乳並不是產兒科醫師的工作，因此討論重點在於產兒科醫師以及醫學生對哺乳的知識是否足夠、態度是否正向，但是陳昭惠（1999）也指出，文獻很少探究產兒科醫師與哺乳之間的關連，同一篇文章也指出，超過 70% 的產科兒醫師不是沒有意見，就是沒有讓產婦知道他們的態度，顯然產兒科醫師在母乳哺育計畫中自願缺席，臨床哺乳作業的多數工作由護理人員推動。

從相關研究也可以清楚看出，臨床哺乳作業未言明的界定為護理專業的一部份。依據我們蒐集的相關文獻，自 1994 至 2003 年的相關研究者多來自護理學界或者產科機構內的護理管理階層，產兒科醫師鮮少參與臨床哺乳作業的研究，詳表 7。表中灰色塊為產兒科醫師背景的研究者，與護理界人士相較起來比例懸殊。

表 7 本研究採用文獻的臨床哺乳作業研究人員別

出版年	作者	職稱	研究題目
1994	蘇玉珍 陳偉德 張淑娟 吳翠華 陳敏菁	嬰兒室護理長 小兒科主任 嬰兒室護士 嬰兒室護理師 小兒科醫師	協助產婦持續哺餵母乳—嬰兒室採行措施之評值
1995	鄧素文 蘇燦煮 楊雅玲 張桂玲	護理系講師兼督導長 護理系講師兼督導長 護理系講師兼嬰兒室護理長 產科病房護理長	探討母嬰同室照護對哺母乳產婦之困擾及滿月哺乳方式的影響
1997	鄧素文 張 媚* 楊雅玲*	護理系 護理系副教授 護理系講師兼護理科督導長	影響產婦哺母乳態度及哺乳方式的因素
1998	陳文慧	護理科講師	提高早產兒母乳哺餵率之改善方案
1999	陳昭惠	新生兒部主任	台中地區—醫學中心母乳哺餵現況調查及影響因素分析探討
2000	蔡照文 駱淑卿 陳自立	護理系講師 職校實習指導老師 護理部主任	衛教對哺餵母乳汁自信與滿意度之影響

出版年	作者	職稱	研究題目
2000	黃寶萱 陳彰惠 王秀紅	護理系講師 護理學院教授 護理系教授	選擇不同哺餵方式的孕婦其哺餵母乳態度及社會支持
2001	陳昭惠 高美玲 盧玉贏 潘履嵐	新生兒部主任 護理學院副教授 護理學院講師 研究助理	台灣地區嬰兒親善醫院實施現況與未來展望
2002	陳彰惠	護理學院教授	高雄市各層級醫療院所推行母嬰親善醫院之調查及其成效之探討
2001	高美玲 陳昭惠 盧玉贏 潘履嵐	護理學院副教授 新生兒部主任 護理學院講師 研究助理	「母嬰親善醫院」政策之介紹
2002	林麗珠 許洪坤	護理長 護理督導長	推展母嬰親善醫院政策之經驗分享
2002	蘇淑芳 廖美南 陳美玉 林秀珍	護理部副主任 護理部主任 護理部督導 護理部護理長	母乳哺餵作業之改善
2002	高美玲	護理系副教授	母嬰親善醫院於改善母乳哺餵成效之探討
2003	陶春蘭 張貞 謝玥媛	護理師 副護理長 護理師	提升住院產婦純母乳哺餵率之改善方案

資料來源：整理自本研究使用的產科機構哺乳臨床作業研究，清單中並沒有包含碩博士論文，因碩博士研究生多以「學生」的身份進行研究，無法精確反映出護理實務界對產科機構內母乳哺育推廣的看法。然而必須附帶說明的是，這些文獻清單主要參考衛生署母乳哺育網提供的資料，以及我們能夠蒐集到的有限文獻，資料分析並無法做到窮盡的程度。

\* 為原始文獻未標明作者職稱，我們透過作者提供的聯絡方式，至作者服務單位的網站查詢而來。

護理界學者、護理管理階層的角色在於擬定不同的臨床護理程序，督導基層護理人員確實執行母乳哺育計畫，基層護理人員包括任職婦產科門診、產房、產科病房、嬰兒室護理人員（蘇淑芳等，2002），改革內容主要以加強護理人員在職教育、對孕產婦施行哺乳衛教工作、以及提供產婦哺乳上的協助，細節我們並不一一陳述，我們要指出的重點是產科機構推動母乳哺育計畫時，主要執行人力其實為基層護理人員，蘇淑芳等（2002：122）明確表達了產科機構內主由基層護理人員推動母乳哺育計畫：

由院方院長室公佈母乳哺餵政策，並張貼於門診、嬰兒室、產後病房及公共區域；督導及護理長向護理人員宣導母乳哺餵重要性。由護理長宣導母乳哺餵作業中護理人員的角色功能、護理指導內容、相關單位母乳哺餵作業方式、及流程變更說明。

臨床哺乳作業自然而然的以「女性」為主的基層護理人員擔任，重現傳統文化底下產婦周圍的女性社會網絡型態，與傳統不同的是，擔任這份工作的基層護理人員大多缺乏生育以及哺乳的經驗，蘇淑芳等（2002）、陳昭惠（1999）發現因為護理人員養成訓練過程並不重視哺乳課程，婚姻或為人父母的經驗是影響基層護理人員母乳知識的重要因素，也因此產科機構重新推動母乳哺育時，加強護理人員在職教育、擬定明確的哺乳作業常規、更動原有的硬體設施，成為護理界的普行作法。由此可知，母乳哺育在產科機構重新實踐時，並不是傳統底下女性間的哺乳經驗傳授，而是透過系統性的訓練（哺乳課程培訓、紙筆測驗），讓基層護理人員有能力協助產婦哺乳，或者說基層護理人員是以「專業性」的角色教導產婦哺乳的知識與技巧。但是在母乳支持團體的文獻、聚會中，卻鮮少以「肯定」、「稱許」的態度描述基層護理人員的「專業」工作，這些媽媽們反而仰賴團體內的「非主流知識」批判產科機構內諸多措施有礙產婦與嬰兒建立初期的哺乳關係，因此檢視基層護理人員的專業工作如何在產科機構內建立？成為理解母乳支持團體與產科機構之間歧見根源的重要因素。

就外緣因素而言，產科機構管理層級雖然認同母乳哺育計畫的推廣價值，但是基於全民健保論病例計酬的原則（陶春蘭等，2003：80），擔心不提供產科機構配方奶粉、或強制產婦哺餵母乳將導致病例減少，所以「全母乳」、或「純配方奶粉」的產科機構並不容易形成。多數產科機構內為母乳、配方奶粉並行的局面，提供產婦彈性的哺餵方式，結果導致基層護理人員的工作相當龐雜。

有研究對象指出醫護人員要有耐心向產婦及家屬說明要自行購買奶粉，對於某些產婦及家屬而言，可能會誤認為該機構之服務較差，因此為擔心流失個案，地區醫院的產科機構的人員比較起醫學中心及區域醫院更不同意醫院是不應接受奶粉公司免費的配方奶之供應方面要克服這一點，恐怕在民眾知識宣導方面要更加強。（陳彰惠，2002：66）

就內緣因素而言，我們藉著醫療社會學者對護理專業性建構的研究，理解護理專業如何受制於組織工作情境而不易施展。陳端容（2003）指出，雖然社會建構了護理人員的專業性（待遇、形象、社會聲望），但是護理「作為一種專業」的建構常受制於工作組織情境，其中健保給付制度與醫療環境緊縮，使得護理人員必須密集、彈性運用，讓護理工作的體力負荷日益沈重、工作內容繁多。此外護理工作的特性，包括輪班制、體力負荷、工作壓力、情緒勞動等，不但護理專業感的建構趨於「脆弱」，而且產生地位劣勢感的認知。

產科機構內推廣哺乳的護理人員，亦不能自免於醫院工作組織情境的影響。基於人事

成本考量的產科機構（陳彰惠，2002：40），因為推廣母乳並不能帶來實質效益，在原有的護理人力架構下推動哺乳作業，健保給付制度與醫療環境緊縮脈絡下的護理專業脆弱層面立即被凸顯。陶春蘭等（2003：82）就提出，護理人員輪班的制度，使得白班才有較充裕的護理人力協助產婦哺乳，即使如此，配置人力不足、產後病房患者的多樣性，都是護理人員無法給予住院產婦全程哺乳協助的原因。

根據白班現有人力配置，每日約有三至四名護理人員在餵奶時間能提供從旁協助的服務，但是產後病房內護理工作不僅是照顧產婦，更有約30%以上的床位（共39張床位）是屬於安胎的產婦。母乳哺餵護理指導集中於白班執行……但礙於人力配置的關係，往往所提供的服務人次有限。

當小夜班及大夜班時段，人力更形減少（陳彰惠，2002：43），使得臨床哺乳作業更加難以推行。基層護理人員的專業訓練，並不足以解決醫療組織決策所衍生的問題。

與上述護理人力不足一體之兩面的問題是母乳支持團體對現行產科制度的不確定感，由這些媽媽不斷強調給寶寶「做名牌」，怕護士交班會「漏勾」，致使寶寶使用到奶瓶的說法，可知「漏勾」並不是個別護理人員工作疏失的問題，而是產科機構制度設計的問題，制度並無提供足夠的人力、適當的規劃執行臨床哺乳作業，而是用現有的人力架構加以教育訓練，在產科機構內同時執行母乳與瓶餵作業，不但沒有簡化基層護理人員的工作內容，反而使常規作業更加龐雜。

護理管理階層如何回應這個問題呢？轉化護理人員的苦勞為有意義、具使命感的工作價值為常見的處理方式，林麗珠、許洪坤（2002：286-287）指出「見到母嬰滿足的樣子，也是我們最大的成就。此次推展母嬰親善醫院政策，是多科別的參與、全院運作，雖然執行上以護理人員為主，但是因為上級長官的支持、醫師對產婦適時的鼓勵和團隊的合作更增加推展的力量。」

或者陶春蘭等（2003：83）表示的，「畢竟成功的母乳哺餵是需要不斷的支持的，而住院期間支持的來源最重要的是來自於護理人員的協助與指導過程。」雖然研究者重視基層護理人員的哺乳作業專業性，以課程培訓或者紙筆測驗的方式加強專業能力，但是在工作組織情境中其專業性並不容易凸顯、實踐，反而彰顯哺乳作業是一份「愛心工作」（labour of love）（劉仲冬，1999），靠著基層護理人員的情緒勞動、自我犧牲、榮譽感達成哺乳率提升的目標。

時空轉換到醫院型的母乳支持團體聚會，從臨床哺乳作業的現場抽離，更能看清楚「母乳最好」的價值如何在醫院政策之下運作。母乳支持團體活動的意義，理論上是藉由同儕母親的力量，接續產科機構提供哺乳婦女協助，楊素珍、陳彰惠（2001：286）設想的情況是「國內可在社區成立哺餵母乳支持團體，鼓勵夫妻一起參與，以促使哺餵母乳的家庭成

員能夠擁有較廣大的支持來源；而且護理人員亦應主動加入支持團體，以提供資訊及協助解決問題」，其著眼點為運用護理人員的專業性，提供支持團體成員認知層面的幫助。

但是民間母乳支持團體的成員提到，她們在醫院辦理支持團體活動時，被醫院指派前來的護理人員以「不支薪」、「佔用下班時間」的方式協助活動進行，感覺到「配了三個護士做，而且等於用人家下班額外的時間，有的不是自願的，只是醫院政策要她們這麼做，當然差很多。」(訪談 4)。這樣的情況不獨出現在一家醫院，T 醫院母乳聚會亦是，該院的護理科主任認為，支持團體活動辦在週六上午，「護理人員用自己的時間，我認為這麼做不太好，可是看到支持團體的媽媽們也在做志工，所以也一起做志工，所以護理人員的信念很重要。……醫院辦這個活動，非常有績效，建立口碑，有很多無形的附加效果。」(訪談 6)，雖然明確意識到額外挪用護理人員下班時間辦理支持團體活動並不合理，但是站在醫院管理階層的立場，該院的護理科主任只得以「做志工」心情，把護理人員的苦勞轉化為使命感。

院內臨床哺乳作業、院外母乳支持團體活動，雖然處於不同場景，卻指向同一問題處理模式—衛生政策使得產科機構必須處理推廣哺乳的問題，然而產科機構在缺乏實質的收益下，未有整體性的改革，臨床哺乳作業被劃歸為護理人員工作的一部份，透過密集使用護理人員的勞動力達成政策績效、口碑建立的目的，護理人員的專業性在其間無法施展，其角色反而被間接定義為母性的、不計報酬的、犧牲奉獻的志工，富含道德取向的意味，無法讓臨床哺乳作業朝向專業工作發展，產科機構的結構面問題反而隱沒在高度的院內混合哺育率之下。

## 第二節 產兒科醫師的自願缺席

雖然產兒科醫師在臨床哺乳作業的文獻上鮮少發聲，這份工作也未言明的界定為基層護理人員的職責，並不代表產兒科醫師在哺乳議題上缺乏影響力；相對的，在醫護主從關係的角色定位下，由於產兒科醫師的自願缺席，使得「利於哺乳」的產科照護流程不易生成，尤其當哺乳觸及醫療問題時（如嬰兒黃疸），哺乳的優先性往往置於醫療之後，醫師不但未能鼓勵產婦繼續哺乳，反而建議母親停餵母乳，顯現產科機構內部的母乳推廣存在著「醫療的歸醫療，哺乳的歸哺乳」的分野。

產兒科醫師在臨床哺乳作業的自願缺席不光表現在文獻數量上，從護理人員的研究也可以略窺一二。學者觀察到產科機構內的哺乳培訓課程，護理人員的參與態度是「積極的」，而醫師多因為工作無法參與，解決之道是製作題庫，讓醫師以筆試的方式取得培訓證明。

很多護理人員都利用個人時間積極參與，但醫師則因為工作需要無法配合，故參與有限……整理母乳哺育相關題庫，讓新進人員、實習學生或無法實際參與上課的醫師，能用筆試方式代替上課取得證明。(林麗珠、許洪坤，2002：285-286)

在哺乳訓練上，醫師與護理人員被要求的標準不一，「醫院每一年都會辦 16 小時的在職訓練，醫生可能比較沒有辦法，但護理人員一定要參加。」(訪談 6) 醫師的缺席，被護理管理階層內化為認知的一部份。雖然研究指向產兒科醫師職前教育過程缺乏哺乳課程，使得醫師無法有效支持產婦持續哺餵母乳(陳昭惠，1999)，上述現象則指出即便產科機構以在職教育加強人員的哺乳訓練，但接受訓練者主為護理人員，而不是產兒科醫師。

固然產兒科醫師並不親自執行臨床哺乳作業，但哺乳作業若放在醫護主從關係的脈絡下思考(劉仲冬，1999)，更能呈現醫師自願缺席的廣泛後果。陳端容(2003)指出，醫療界在客觀的分級制度之外，社會、病患與醫師往往透過言語、情緒的操作，建構出醫師以主、護理為從的位階關係，兩者的差異除了客觀可計的薪資別，病患對待醫師與護理人員的態度差異、護理人員隱忍醫師的情緒、或者醫師有意拉開與護理人員的距離，都強化了醫護主從關係的形塑，使得護理人員無法發揮檢核醫療診斷的正面效果。

因此，把臨床哺乳作業納入醫護主從關係的想像時，產兒科醫師的態度與作為，更能實質引發產科機構結構面的改革。由於 1992 衛生署開始推動母乳哺育，文獻上已經鮮少看到反對哺乳的說法，這並不意味著產兒科醫師全然支持母乳哺育，陳昭惠(1999)指出產兒科醫師對哺乳態度的研究付之闕如，我們僅能從產兒科醫師在哺乳課程中自願缺席、或者如以下個案，產婦明確向醫師表達哺餵母乳的意願，醫師卻未因此主導臨床哺乳作業進行的情況，瞭解到表面上產兒科醫師雖然不反對母乳，卻不著力於推廣哺乳，臨床哺乳作業與產兒科醫師的工作範圍截然二分，因此未能進一步促使產科機構照護流程徹底改革。

生老大時我是在醫院生產……胎兒呱呱落地後，護士立即把嬰兒抱離產房，身為母親的我連抱、看的機會都沒有，母嬰就被隔離。……當時我也有告訴醫生我要餵母乳，但是護士從未把嬰兒抱來給我餵奶，反而先行餵配方奶，並以「產後頭一、二天尚未必乳」為理由。沒經驗的我到了第三天出院當晚，奶漲得硬如石頭，加上母嬰還在適應彼此，奶水不充足，其中的艱辛使我差點放棄哺餵母乳。(會訊 1999，1-2：16)

當哺乳觸及醫療問題，如嬰兒生理性黃疸，兒科醫師建議產婦停餵母乳、改餵嬰兒配方奶粉，嬰兒症狀較嚴重者需集中隔離、照光治療，以加速膽紅素代謝，是國內普遍處理的方式。

出生第三天，兒子出現生理性黃疸，小兒科醫師及護士勸我給他添加嬰兒奶粉……而且周遭的親人又多半對母乳抱持著排斥的態度，在這種無奈且無知的情況下，我的兒子首次接觸了嬰兒奶粉……兒子產生了奶頭混淆……後來經由母乳會的諮詢員○○○小姐幫忙才解決了脹奶的問題。然而，至今兒子仍然有奶頭混淆的現象。(會訊 1997，4：2)

民間母乳支持團體對於醫院處理嬰兒生理性黃疸方式存有疑義，因為嬰兒出生的頭幾

天是母親建立泌乳量的重要時機，使用奶瓶哺餵、嬰兒集中管理的治療方式，會造成後續嬰兒乳頭混淆、婦女泌乳刺激不足的問題，增加婦女哺餵母乳的困擾，所以期望一切醫療處遇能夠以婦女持續哺乳作為主要考量。

還記得大女兒在美國出生時，……大女兒從出生後就沒有離開過我一分鐘，醫院讓每一個生產的媽媽住單人房，而且是 24 小時母嬰同室。必須作的新生兒照料如：幫寶寶洗澡、黃疸照燈等，通通由護士到病房中來做，一切以媽媽和寶寶的舒適為優先，餵母乳也是理所當然、第一優先，絕對不必讓產婦自己三番兩次強調「請不要給我的寶寶喝水、吃奶嘴……」，相反的，醫護人員還會教育我們如何避免乳頭混淆、如何依照寶寶需求來餵母乳的種種常識。（會訊 1999，9-10：8）

然而哺乳作業在性別分工 / 醫護主從的模式下，護理人員的工作在於協助婦女「學會」哺乳，本身並不做醫療的建議與檢核；醫師主要處理產婦與嬰兒的異常狀況，以嬰兒生理性黃疸的處理方式為例，哺乳或許是自然不過的事，當哺乳觸及醫療問題，哺乳的優先性往往置於醫療處遇之後，其後果可能導致婦女哺乳失敗，這一點常被略而不談，也可以看出「醫療的歸醫療，哺乳的歸哺乳」二元分立的觀點，哺乳 / 醫療並未被放置在同一個思考架構下。

當然，哺乳 / 醫療的優先性抉擇涉及醫學知識對哺乳的解釋與爭論，不同的知識會帶來不同的解釋，進而形塑多元的價值觀。從醫師處理嬰兒生理性黃疸方式的差異，可知知識的解釋、價值觀的取決可能帶來迥異的醫療處遇模式。一位民間母乳支持團體的成員回憶道，因為「有幸遇到都是支持哺乳的醫生，感受非常不同」，支持哺乳的醫師能夠配合婦女的哺乳需求，更動醫療機構原始的硬體配置與照護流程，一方面治療嬰兒生理性黃疸，一方面能夠讓婦女持續哺乳。

我們住在小兒科雙人房，夠大的空間，擺上一張大床——給我的，也是免費的喔！再和加護中心商借一臺保溫箱，加上二管照燈，給小兒睡的。入院後，才知道這是首例，雖然許多醫護人員瞪大眼在看，交班不忘一再交待，但是大家很快就知道如此可行也非常省事，因為 Baby 的事，做母親的我都包辦了；後面的發展就是不到 48 小時，膽紅素值就退到 11.3mg/dl，我們很快出院了。（會訊 2000，3-4：10）

我們藉著以上的敘述，說明產兒科醫師雖然不必親自執行臨床哺乳作業，對哺乳推廣卻有深遠的影響，當醫療處遇的「常規」與哺乳扞格，作為婦女與醫療機構的中介者，產兒科醫師的角色至為關鍵，這一點卻常被忽略，甚至醫師的缺席被內化為護理人員認知的一部份，使得哺乳 / 醫療形成二元分野，兩者不易形成整體性的觀點。同時，醫療機構對「母乳最好」的認同，常表現在硬體設施、人員訓練這些環節上，實際上整個醫療系統（包括醫療處遇的取決）是否預設了婦女必然哺乳，隨之安排適宜哺乳的環境，而不是犧牲哺

乳以延續過往的醫療處遇方式，恐怕才是最根本的問題。

### 第三節 母乳支持團體的反身性色彩

Giddens (1991/2002; 2001: 74) 運用反身性的概念解釋現代性發展對個人與社會造成的影響，點出科學日益精進，不但沒有穩定知識的確定性，反而迫使社會或個人都必須有意識地面對外在情境的變動，做出適當的回應。母乳哺育，就是一個科學持續發展，迫使個人重新選擇嬰兒哺餵方式的例子。

經由衛生署的宣導，「母乳最好」、或者「初乳富含抗體」已經成為許多初為人母者朗朗上口的概念，與傳統婦女的哺乳行為不同的是，母乳哺育計畫本身就是一件透過知識對哺乳行為重新界定的過程，現代婦女不論哺乳時間久暫，大多會意識到哺乳並不是「卡早流傳下來，我們吃老母的，咱兒子吃我的，就這樣而已！」(訪談 3)，大眾傳媒、醫院衛教、或是母乳支持團體所提供的知識，讓婦女對哺乳行為重新定義、賦予價值，亦即哺乳是具有自覺的活動。

但是哺乳的復興還涉及兩個轉折的過程，一是產科制度的改革、二是當事人對哺乳價值的再確定。我們先前談到，哺乳雖然是生物行為的一種，對人類來說卻是富有社會意涵的活動，因為多數婦女必須透過學習、模仿才會哺乳，傳統下教導婦女哺乳的女性網絡會自然形成。歷經長期的瓶餵主流後，母乳的營養與價值被不斷貶低，過去的女性互助網絡已然消失。

現代哺乳雖然是一件具有自覺的活動，其本質還是社會性的，需要透過學習和模仿，不過時至今日，生產的場景已經由家中轉換至產科機構，婦女普遍在產科機構生產，深受醫療論述的影響，產科制度對婦女產後初期的哺乳行為相當關鍵。另一個問題是，長時間高瓶餵率、配方奶粉普及、社會變遷等諸多因素下，雖然衛生單位不斷宣導母乳的益處，但是長期的瓶餵論述形成了穩固的常民知識，婦女要相信母乳較佳、值得堅持，通常必須透過知識再次肯定自身行為的價值。所以傳統與現代的哺乳行為看似相同，行為內涵卻迥然有別，傳統哺乳作為一種理所當然的生活方式，現代哺乳卻需要用知識再次確認自我行為的正確性。

親友們及左鄰右舍在年輕的這一代尚無人哺餵母乳，加上我是剖腹產又餵母乳，可想而知，大家的關心如潮水般向我而來，如：「開刀生產是沒有奶水的，我看你還是餵牛奶、營養比較好」，就連媽媽與婆婆也是每天關心的詢問：「奶水夠嗎？添加配方奶、吃得比較飽」……等，這一連串關切的話語，每天不斷地重複上演，或許是信心不夠堅定吧！連我和外子也開始質疑、迷惑了。曾經想嘗試半母乳半牛奶，但寶寶一遇到奶瓶嘴時，便會嚎啕大哭，怎麼也不肯接受…持續約兩個禮拜後，終於決定，不再勉強，一切順其自然。(會訊 2000, 3-4: 9)

也因此，母乳哺育的復興必然牽涉到產科制度層面的改革，與個人層次的反思與實踐、最後達到社會接納的程度。歷史性的偶然，母乳支持團體的概念與實體運作方式由母乳會引入，透過母親同儕團體的支持與分享，實質增加了哺乳人口，在此層次上，母乳支持團體被認為有提升哺乳率的正面效果。但是我們也注意到，團體運作邏輯並非只是婆婆媽媽的經驗分享而已，她們相當程度仰賴系統知識的解釋，而不是純粹的「媽媽經」。舉凡：嬰兒純母乳與否、哺餵姿勢、睡眠週期、體重增加、疾病預防、疾病照護等，雖然這些媽媽們並非真正的「專家」，每位媽媽對知識的瞭解程度、能力也不一，但毫無例外的是，其行動必須藉助知識確認問題所在與可行性，這也是現代社會生活的重要特徵。

○○的吸吮次數，一天不計其數，常弄得我一夜每隔一兩個小時就必須起來。婆婆媽媽認為小孩是沒吃飽，所以常要不斷的吸食，產婦未能得到休息。我之後請教有經驗的哺乳媽媽及查詢書籍，才知嬰兒的睡眠週期與大人不同，嬰兒較短大人較長，在漸漸調適自己與小孩的睡眠週期後，在坐月子的第二個月，自己若因漲奶醒來，不一會兒嬰兒就醒了，我在調整好姿勢後，她就吃著吃著睡著了，我自己也跟著入睡。（會訊 2001，3-4：11）

這樣一個以「互助」為核心價值的母親團體，卻發展出種種看似「反醫療」的論述、不願意完全配合醫療常規的行為，最普行的例子是呼籲想要純母乳的媽媽們住院期間幫寶寶做「名牌」，避免護理人員換班時業務交接不完全，表現了母乳支持團體對產科機構的不確定感。較為特殊的例子是，在多數黃疸嬰兒都住進加護中心的現況中，要求醫師讓母親和嬰兒同住一間病房，把相關治療設備（保溫箱、照燈）搬進病房中，好讓母親可以持續哺乳、又治療嬰兒黃疸，這位母親清楚意識到自己是首例（會訊 2000，3-4：10）。

母乳支持團體看似「反醫療」的論述或行為，與醫療機構處理哺乳的方式是有關的。透過知識反省醫療處遇的能力，使這些母親不再只是被動接受醫療服務，而能夠從「就建立良性的哺乳關係而言，停餵母乳是最不得已、也是最後的一步。」（會訊 1999，9-10：11）思考醫療處遇的後果。然而就現況而言，產科機構重新推動母乳時，並沒有把母乳當作預設的哺餵方式，其思考面向在於以有限護理人力「教導」婦女哺乳，而且產兒科醫師並沒有真正參與其中，這使得哺乳／醫療並沒有放在同一個架構下思考，當哺乳觸及醫療問題，哺乳的優先性往往置於醫療處遇之後，形成母親對嬰兒乳頭混淆、泌乳量下降的恐慌。

一個積極為哺乳而認真準備的母親，為什麼還會困難重重？「停餵母乳」並非新生兒黃疸的唯一治療方法，為什麼國內醫學界多半不給哺乳媽媽其他平順的路走？（會訊 1999，9-10：3）

我們認為，這些媽媽們並不是真的反醫療、或想要脫離醫療體系，而是有能力尋找另一套專業論述，藉此反省現行的醫療論述，這些知識讓她們有信心面對整個系統，包括醫

療、大眾對母乳的認知，也讓她們有信心照顧好下一代，並試圖在醫療常規的條件下爭取或尋找理想中的醫療品質—支持母親哺乳的醫療處遇。

我們都絕口不提還在吃母乳，得來的醫囑也必須自己再三斟酌，拿回來的藥袋也常常原封不動地供著。我們當然自知，懂得不會比醫生多，但卻很無奈地面對這樣的抉擇，冒得可是小孩健康的險，我仍在努力尋覓，希望找到一個理念比較契合的小兒科醫生。（會訊 1999，9-10：10）

綜合前述的討論，再回頭看哺乳人口的特徵，更能解讀其中意義。許多文獻指出哺乳率較高、哺乳時間較久的婦女集中在年齡較大、高學歷、高社經背景的婦女族群（鄧素文等，1997；陳昭惠，1999；黃寶萱等，2000；Ryan, 1997; Gengler et al, 1999），高美玲（2002）指出，這群婦女較為現代化，所以哺餵母乳的動機較強。我們認為就台灣地區而言，統計上哺乳人口的特徵或許只是表面現象而已，真正的原因是這群婦女有能力尋求產科機構之外的資源，比如說主動蒐集資料、瞭解配方奶粉與母乳之間的爭議點，並且在醫療環境、社會接納對哺乳不夠友善的情況下，以知識重新肯定哺乳行為，換句話說，這些母親對哺乳是比較積極的，其特質也符合國際母乳會諮詢員林純惠（聯合報，1997b）所談到的「母乳會比較能夠幫助的是授乳意願非常強的母親」。

但是對一般人來說，台灣地區的社會條件，包括良好的環境衛生、普及的自來水、煮沸飲用水的習慣、密集的醫療體系，這些客觀條件大大降低了食用配方奶粉嬰幼兒的死亡率；再者從我們日常生活經驗觀察，過去數十年來為數眾多的嬰兒仰賴配方奶粉成長，中間或有品質不良的配方奶粉造成嬰幼兒食用後抽搐、嘔吐的事件（經濟日報，1985），依然可以透過持續進步的醫療體系、更精良的配方奶粉製造與控管技術、更嚴格查核的食品衛生等各方面的條件，持續使用配方奶粉而不墜。也就是說，短時間而言，母乳與配方奶粉的差異可能相當些微，既然「自然」與「科技」沒有絕對分明的差異，在瓶餵論述引導、產科機構無法要求婦女全母乳的狀況下，一般人並不會刻意回復到母乳哺餵的狀態。

處在不支持哺乳的大環境下，外來的母乳會內在精神一開始就不採取積極抗爭的姿態，強調哺乳必先「反求諸己」，瞭解堅持哺乳背後的理由再要求他人配合（會訊 2000，3-4：11），也透過母職價值的重建，發展作為一個哺乳母親的高層次意義。

我想要特別鼓勵這些媽媽們，真正的女性主義，不是要教你去和別人抗衡或爭什麼，而是請你好好珍惜上天所賦予你的這個可以生育、哺育的權利，試著克盡母職的同時，展現女人柔能克剛的毅力，努力發展自己，做一個求進步、有思想、對自己有所交待的女人。（會訊 1998，9-10：3）

使得母乳會雖然極力批判哺乳與否並非個人意願，並透過系統知識指出產科制度的問題，但其內在精神卻又把哺乳議題轉向個人層次的討論。除此之外，母乳會成員也意識到

現代哺餵母乳已經不是一件理所當然的事情，婦女必須面臨個人的生涯規劃而在哺乳與職業生涯之間作取決，因此母乳會在立場上只是協助婦女哺乳、不對婦女個人的選擇進行批判。

全職媽媽、上班媽媽、假日媽媽，都是個人的選擇，沒什麼好批評的，可是要注意到每種選擇都有利跟弊。上班媽媽，她們的孩子有的時候，從禮拜五到禮拜一特別不乖，會有不吃奶的狀況，其實是正常的。就好像是度假回來，不想上班一樣，嬰兒的狀況，跟你的選擇包在一起。我是全職媽媽，我選擇不賺錢，所以我的孩子沒有「假日症候群」，因為我每天都在。(訪談5)

所以就提升哺乳率這件事而言，並不是廣泛設立母乳支持團體就能達到效果，支持團體主在「解決」產後有強烈哺乳意願婦女的非醫療困擾，無法從根本改變婦女一開始哺乳的動機與行爲。另外，高達 99.84%的婦女住院生產率（衛生署統計年報，1998），突顯出產科制度對婦女哺乳行爲的形塑有關鍵的影響力，但是從母乳支持團體的「反醫療」論述與行爲、成員積極自主的特質，以及前述產科機構內部行動者的分析，可以看出產科機構目前無法針對結構面的問題提出改革，積極哺乳的婦女只能以自力救濟的方式獲得理想中的照護 / 醫療品質，對整體哺乳行爲的改變並無太大裨益。

## 第六章 結論與討論

### 第一節 結論

1992 年衛生署擬定母乳哺育計畫，確立母乳哺育的重要性，十年以來建立了龐大的母乳哺育支持系統，系統主體為產科機構轉型的母嬰親善醫院、以及由民間、醫院、衛生單位成立的母乳支持團體，由於資料有限，我們並沒有對此系統成立的目的、過程有太多著墨。從制度表面而言，兩個次支持系統間有階段性的銜接關係，母嬰親善醫院主要提供婦女產前、住院生產期間在哺乳上的直接協助，母乳支持團體則是以義工的力量，給予產後婦女「母親對母親」的同儕支持，國外的研究經驗說明母嬰親善醫院與母乳支持團體合作，可以提高母乳哺育率、延長婦女哺乳時間。

儘管如此，文獻呈現出國內產科機構與民間母乳支持團體有著步調不一致的情況，前者把婦女哺乳與否歸諸於個人選擇、社會風氣所致，後者則從體制受害者的角度，批評產科制度設計箝制婦女的哺乳能力。為了釐清此一問題，我們從既有文獻整理出幾個概念，包括母乳哺育的社會性本質、醫療、商業形塑的瓶餵論述如何影響常民知識、以及哺乳生理層面與產科制度的細微關連，從而得知婦女哺乳行為和社會制度設計密切相關，其中產科制度對婦女的哺乳行為影響至深，第二章我們引用實際的統計數據與資料說明此一動態過程。

第三、四章，我們以文獻分析、參與觀察的方式歸納出民間母乳支持團體對母乳哺育所持的觀點，並依此觀點檢視 1992 年以來醫護人員在臨床哺乳作業所做的研究。我們認為民間母乳支持團體「堅持」哺乳，甚至「反醫療」的表徵，與產科制度處理臨床哺乳作業的方式息息相關。「母乳支持團體」的概念由母乳會諮詢員引進，主要透過地區小組聚會的方式，傳承（美國）總會養育子女的信念，其中以母乳哺育嬰兒是相當重要的一環，為了讓成員能夠順利哺乳，母乳會總會數十年來累積成功哺乳的經驗與知識，其知識對產科制度有相當深入的反省，但是國內產科機構的環境並沒有隨著衛生署推動母乳哺育計畫而有根本改革，使得母乳會成員必須藉助「反醫療」的自力救濟形式，獲得理想中的醫療資源。此外，母乳支持團體只能協助哺乳意願強烈的婦女，無法提升整體的母乳哺育率。

另一端自 1992 年以來遭受民間母乳支持團體批判、面對公權力改革壓力的產科機構也有其自身的結構困境，產科制度的設計上以瓶餵為主，院內哺乳對醫院而言是極不自然的一件事，近年來因為受到衛生政策壓力開始改革照護流程，從醫護人員的研究仍可見不利哺乳的客觀因素，包括醫療人力的成本控制思維、原始母嬰分科照護的觀點、以及醫護人員職前教育缺乏哺乳課程，這些客觀因素使得純母乳哺餵在院內並不容易實行，從母乳會的觀點看來，混合哺餵會造成日後母嬰相互適應的困難。此外，母乳哺育支持系統要產生效果，產科機構與母乳支持團體必須有制度性的銜接，兩者在母乳哺育上扮演不同的角

色，但是醫護人員傾向從「醫療」的角度思考哺乳問題，亦即專注於病徵的預防與治療，容易忽略哺乳行為本身的社會支持層面，因而不易產生產科醫院與母乳支持團體間對等的合作關係。換句話說，母乳哺乳支持系統本身的兩個次系統，實質上是雙頭馬車各自進行的情況，藉此我們可以理解一件事，產科機構未預設婦女必然哺餵母乳的情況下，廣設母乳支持團體對提升母乳哺育率的效果有限，團體僅能協助哺乳意願較強、主動求助的婦女。

此結論也指向兩個更深入的議題。首先，我們意識到母乳會或者相關人士對產科機構的批判，幾乎集中在母嬰分離、嬰兒瓶餵這兩個癥結點上<sup>14</sup>，從母乳會的知識討論而言，這兩點不利於早期哺乳關係的建立。倘若推廣母乳是產科機構重要的措施，為何難以突破？我們從側面理解的研究方法，試圖勾勒出哺乳對產科機構的價值意涵。從現有的文獻來看，進行臨床哺乳作業研究的「醫護人員」，事實上以護理人員為主，產兒科醫師鮮少參與。護理管理階層以加強人員在職教育、擬定哺乳作業常規、更動院內硬體設施的方式，由基層護理人員協助婦女哺乳，但是健保給付制度與醫療環境緊縮脈絡下，推動哺乳反而加遽了護理人員的工作負擔，哺乳作業被期許為一份自我犧牲的無酬愛心工作，無法朝向專業工作發展。而產兒科醫師在哺乳計畫中的自願缺席，一方面使得產科制度難以產生結構性的變革，另一方面當哺乳觸及醫療問題（本文以嬰兒黃疸為例），哺乳的優先性往往置於醫療處遇之後，這也是引起母乳會成員恐慌的原因。這也顯示出產科機構的價值觀並未全然改變，還是沿用原有的制度架構「處理」婦女的哺乳需求，哺乳與照護流程、醫療處遇並未做整體觀。

其次，母乳會成員的行為，顯示現代哺乳行為背後仰賴一套可信任的知識系統，使這些婦女能夠對自己的哺乳行為再次肯定，積極在醫療常規的條件下爭取或尋找理想中的醫療品質，也就是說知識不但改變了行動者對哺乳的價值觀，更形塑了行動的可能性。但是就一般大眾而言，母乳或者配方奶粉的差異可能相當小，一般人並不會刻意回復母乳哺餵的狀態，也意味著推動母乳哺育演變成整個社會價值爭論的問題：有沒有必要因為「母乳最好」而全盤修改幾乎已經以「瓶餵」作為預設模式的社會制度？才是哺乳議題的核心主軸，這個問題顯然是母乳支持團體無力解決的部分。

## 第二節 研究限制

### 一、資料推論上的限制

#### （一）母乳支持團體面向

本文討論的母乳支持團體，其運作背景為社會普遍不哺乳的情況底下，包括深信瓶餵

---

<sup>14</sup>從我們引述的會訊來看，母乳會並不反對嬰兒黃疸接受照光治療，而是希望醫院能夠不要瓶餵、母嬰儘量一起住院，以避免嬰兒乳頭混淆、母親泌乳量下降的問題。

論述的常民知識、產科機構並未預設婦女哺餵母乳，不可與普遍哺餵母乳的社會相比擬，例如澳洲衛生政策爲了增強母嬰早期的連帶關係，要求產科機構強制執行母嬰同室（Rice, 2000），這種情況下，當地母乳支持團體成立的目的與效果，自然與本地相異甚多。

此外，母乳支持團體的擴張形式逐漸走向以網路爲主，如新興的台乳會、寶貝花園，設立單位也從民間支持團體轉向衛生單位、醫療體系爲主，這些轉變的趨勢，本文並沒有探討到，因此有資料推論上的限制。

## （二）產科機構面向

我們無法進入產科機構進行實地觀察，因此藉由產科機構醫護人員對臨床哺乳作業的研究進行二手文獻的分析，並以民間母乳支持團體對產科機構措施的批判作爲分析觀點，意欲瞭解原本不利哺乳的制度下推動哺乳造成的困境。現階段該類的文獻數量不多，在資料蒐集上我們以中華民國期刊論文索引系統，以及衛生署母乳哺育網提供的專業文獻資訊作爲蒐集目標，並無刻意篩選來源。文獻中有的以單一醫院作爲研究對象，實驗特定照護流程對哺乳率的影響，有較多質性描述，在七篇單一醫院的研究裡，公立醫院佔五篇、財團法人醫院佔兩篇。也有部分學者受到衛生單位委託，邀集數家產科機構一起參與研究計畫，以瞭解產科機構推動母嬰親善醫院的困擾、以及母嬰親善措施對於哺乳率的影響。

文獻雖然能夠直接或間接說明產科機構執行臨床哺乳作業的困境，但是透過二手文獻分析，藉此梳理產科醫護人員的態度與實際執行層面，卻會帶來若干解釋上的危險。首先，因爲缺乏現場田野經驗、僅靠二手文獻分析的情況下，我們有意識的揀選出產科機構不利婦女哺乳的措施，進行鋪陳與分析，但我們面對的資料已經是專業學術研究的文本，可能因爲誤讀、誤解，而造成推論、理解上的錯誤。

其次，母乳哺育推廣計畫是衛生署公權力介入醫療體系的過程，醫院本身是被迫改革的對象，因此醫院的屬性（公立或財團法人醫院）、研究者的位置與立場、研究執行部門的歷史態度，都會影響文獻如何被呈現，以致於這些看似相同的主題，可能在不同的討論層次上。以表 8 爲例，該表以「研究對象別」分類本研究所使用的文獻內容，從單一醫院作爲研究對象的文獻可知，在醫院分科照護的架構底下，許多學者從週產期照護制度的某一環節推行臨床哺乳作業，學者從產前門診、嬰兒室、產後病房、新生兒加護病房等不同的執行部門/角度，分析產科機構推動哺乳的成效與困境，各種角度都有其既定的立場與預設，但是我們資料處理的方式，缺乏對研究者背後的立場及預設的討論，不分層次地拼貼了產科對婦女哺乳能力規訓的圖像，以致於我們抓到了數個「產科機構推動哺乳困境」的點，例如產科分科照護的設計、醫護人員缺乏哺乳課程等，卻無法更清楚地討論出產科機構不利哺乳的癥結爲何。

表 8 本研究採用文獻的研究對象別

研究對象	作者	醫院名稱 / 主要執行部門
單一醫院	蘇玉珍等 (1994)	台北市立忠孝醫院 / 嬰兒室
	鄧素文等 (1995)	台灣大學醫學院附設醫院 / 產後病房
	鄧素文等 (1997)	台灣大學醫學院附設醫院 / 產前門診
	陶春蘭等 (2003)	台北榮民總醫院 / 產後病房
	林麗珠、許洪坤 (2002)	台中榮民總醫院 / 週產期相關部門
	陳文慧 (1998)	彰化基督教醫院 / 新生兒加護病房
	蘇淑芳等 (2002)	長庚紀念醫院 / 週產期相關部門
數家醫院	高美玲 (2002)	台中榮民總醫院、台北市立萬芳醫院、台北市立中興醫院、台北市立婦幼醫院、台北市立景美醫院、中山醫院、台安醫院七所醫院為實驗組
	陳昭惠 (1999)	台中榮民總醫院、台中台安醫院、台中郭婦產科診所
	陳昭惠等 (2001)	台北馬偕醫院、台南奇美醫院、台中市仁愛綜合醫院
	陳彰惠 (2002)	高雄市的一所醫學中心、二所區域醫院、十所地區醫院

此外，目前臨床哺乳作業的研究者，許多是護理領域的學者，又身兼產科機構的管理階層，這意味著研究者一方面要立足於超然客觀的角度，檢視產科制度與院內哺乳之間的拉鋸，管理階層的身份的確給予制度改革更大的可能性，但是管理階層的身份使得制度改革必須顧及醫院政策走向，研究者的多重身份，包括學者、改革者、醫院管理階層等，在文獻中同時並呈，換言之，文獻可能代表了不同意見與立場，但本研究在資料有限的情況下，無法做出進一步的觀點釐清工作。

## 二、過度重視母乳支持團體的「功效」，忽略團體的文化向度

本文由於資料蒐集的限制，分析策略側重母乳支持團體的「功效」，然而這不表示文化向度在哺乳行為重建的過程中不具影響力。母乳會早期參與者多為外籍人士或者國外回台的女性，或者我們在數場聚會得到的概略印象，參加聚會的婦女集中在公教人員、私人單位的白領階級、或因哺乳而辭職者，這些訊息具有一定啟發性。當我們把「母乳支持團體」

視爲提升母乳哺育率的有效策略時，思考層面仍然停留在「如何教會你餵奶」，把母乳支持團體當作是「一般母親」的團體。事實上，媽媽們所處的結構、自我形象的認定，都會影響到她們的哺乳抉擇，進而影響其加入支持團體的主觀意圖、機會，這個問題又回歸到母乳支持團體被廣泛推廣以後，服務的對象是否侷限在特定人口，而部分人口是否被排除在系統之外？這個問題值得思考，但本文限於資料不足，因故忽略結構、階級、文化向度的討論，專注於團體透過系統知識肯定哺乳的機制，使我們僅能看到母乳支持團體「功效」的層面，但本文觀看的視角、蒐集資料的方式會產生若干缺失，最重要的一點即是過於重視母乳支持團體的「功效」，忽略團體的文化向度。

### 第三節 建議

本文研究目的並非把母乳支持團體當作一個文化團體研究，而是試圖從母乳支持團體的觀點出發，釐清哺乳行爲重建時，衛生政策與個人的連結受到哪些社會力的影響，並藉此思考以產科機構與母乳支持團體爲主的母乳哺育支持系統，是否能達到制度上的效果。由此衍生而出的研究建議，不免會落入政策建言，文中歸納出癥結在於產科機構瓶餵預設未改，是造成院內混合哺育率居高不下的主要原因，連帶影響出院婦女的哺乳適應，但是該問題涉及衛生單位與產科機構之間的協調，已經超出本文能夠處理的範圍。因此，我們針對未來研究可採行的面向加以建議。

#### 一、網路普及是否造成新型態的母乳支持團體？

不同的支持團體因爲社會條件、自身的歷史發展與主觀意圖，會產生明顯的異質性。以母乳會而言，該會 1997 年立案至 2001 年之間，爲了擴大組織的影響力，透過社會網絡以外的力量發聲（如媒體宣傳），後期因爲人力不堪負荷，聽從總會建議，回復原初低調的社會網絡擴張，能夠幫助的婦女十分有限。近年網路普及，社會網絡擴張的形式並未改變，該會諮詢員認爲：

要瞭解一個哺乳媽媽的問題，靠一點點陳述是不夠的，我在電話諮詢的時候，也必須問得很清楚才能夠回答。所以我不喜歡透過網路留言版或電子郵件回答問題，一來不瞭解對方情形，二來打字太麻煩。（訪談 9）

由於進入母乳會的管道有限、諮詢員十分重視系統知識的正確性、主張依照個別婦女的需求給予口頭上、面對面的協助，以致於我們所接觸婦女具有一定特質，包括本身對哺乳的態度積極、主動吸收相關資訊，能夠利用系統知識對常民知識、產科機構進行反省，當然這些婦女佔的人口比重也相對稀少。

隨著網路日趨發達、衛生政策的影響力逐漸發酵、哺乳人口數量增加，這些社會條件

使得母乳會之外的母乳支持團體得以形成，並產生新的擴張型態，2003 年成立的兩個新興民間團體，台乳會與寶貝花園，特色在於利用網站作為哺乳婦女間交換意見的平台、發佈新聞稿，舉辦名人代言、組織義賣募款活動、培訓哺乳志工或哺乳指導員、推動醫療改革，充分運用大眾傳播媒體及網路的力量，動員更多人參加母乳哺育運動、打造適合母乳哺育的環境，面向是鉅觀的。而國際母乳會的活動沒有宣傳、沒有廣告，透過社會網絡，以諮詢員及義工媽媽有限的力量默默耕耘。兩者同樣是關懷母乳哺育的媽媽，但是視野不同、可爭取資源不同，就會有不一樣的面貌。本文將焦點置於母乳會，並沒有對其他兩個新興民間支持團體進行探討，因此無法得知擴張方式改變衍生的效果，未來研究者可從這個方面著手。

## 二、政府與醫療單位設立母乳支持團體的目的？

維持民間團體的運作，消耗成員個人的時間和精力，政府單位、醫療院所開始興辦母乳支持團體聚會後，民間團體活動的次數得以相對減少。由於部分醫院還提供精美紀念品，吸收原本民間團體的成員參與，這未必不是一件好事。當政府、醫療、民間，同在「母乳哺餵支持團體」經營母乳議題，團體性質看似相近，卻因發展脈絡、立場不同，而有不同樣態，但是衛生單位、醫療單位投入母乳支持團體的目的、運作情況、背後預設為何，現有資料並不足夠，這方面的投入可延伸母乳支持團體議題討論的廣度與深度。

## 三、婦女的生存條件、階級意識對哺乳行為的影響

本文未能蒐集母乳支持團體成員文化面向的資料，僅能從表面現象進行推論，使得研究偏向於一種「功效」式的解釋，把影響婦女哺乳行為的重點置於系統知識上，強調婦女因為系統知識產生反身性。事實上，哺乳行為重建不但涉及系統知識的有無，還牽涉婦女所處的結構、對自身形象的認定。

田野過程中有兩位令人印象深刻的母親。一位是全瓶餵母乳的媽媽，服務的私人公司設有留職停薪的制度，只因為職位非常高，擔心銷假上班以後，原來的職位無法保留，所以每天擠乳，讓自己也能成為「全母乳」媽媽。「公司雖然可以請育嬰假，還可以請兩三年，可是只保留職缺、不保留職位，如果是重要職位的話，誰可以幫你保留兩、三年啊？所以我不敢請（育嬰假）啊！」（訪談 14）

她表示，公司設置集哺乳室之前，必須每天拎著電動擠乳器上下班，後來因為集哺乳室放置電動擠乳器，她才免去攜帶器材的重擔。此這個案例可知，職業婦女因為所處結構、個人信念的不同，而有不同的哺乳方式。職位越高、或是高度專業者，會考慮返回崗位後，

職位是否保留、與專業能力是否跟得上的問題，她們可能傾向全瓶餵母乳，這種兼顧寶寶營養和個人職業生涯的作法。

另一位法院工作的媽媽，由於公家單位保障哺乳媽媽很多權利，儘管長官對她上班哺乳有意見，也不敢說出來。工作地點設有哺乳室，恰巧她的同事也剛生產，所以常常是兩個人一起在哺乳室擠乳，之後會有幾位產婦陸續生產，她笑著說「以後會有六、七個人同時在哺乳室擠乳，就像個辦公室團隊一樣！」她也表示，有同事一起哺乳的好處就是可以相互砥礪，因為擠乳的心情好，泌乳量也會增多（訪談 15），可視為藉助政府賦予的集乳權，挑戰職場中的男性霸權的一種方式。

由此可知，婦女個人的選擇，可能與產業結構、職場文化、職業位階、個人信念等原因交互作用，當然職場結構上的利基，讓媽媽們可以安心哺餵母乳，也增加這些婦女進入母乳支持團體的動機。被排除到結構以外的媽媽，除非有意識進行抗爭，爭取上班集乳，或者留職停薪的權利，否則只好付出辭職的代價。其他未出現在聚會場合的婦女，她們的困境可能不只停留在哺乳知識、技巧的層次上，其他如職業類別、社會階級、文化背景、是否把哺乳視為私人問題而不願訴諸公權力，都是幫助我們理解哺乳率為何無法提升的重要因素。

## 參考文獻

### 一、政府與媒體資料

王信雄(2003)台灣母乳協會將成立 陳幸好加入為榮譽會員。國際厚生健康園區,(2003/6/22)  
[http://www.24drs.com/Daily/article.asp?x\\_no=878&page=4](http://www.24drs.com/Daily/article.asp?x_no=878&page=4)。

民生報(1989a)鼓勵母親 親自哺乳 醫生的話 最中聽!。8月4日。

民生報(1989b)職業婦女寧為奶瓶媽媽? 藉口:工作忙 實情:不方便 親自哺乳者愈來愈少。4月6日。

民生報(1994a)台語溜得很 宣導母乳哺育有功力 台灣通 戴瑪俐 易獲共鳴。8月16日。

民生報(1994b)哺餵母乳 不愁沒地方 市立仁愛醫院率先開辦哺乳室。11月29日。

民生報(1994c)提高哺乳率 雙率合一:一批指導員將到各醫院推廣 北市兩衛生所率先設哺乳區。11月13日。

民生報(1995)衛署推廣哺乳風氣 擬培育社區指導員。1月12日。

民生報(2000)母嬰親善醫院 9家獲認證 不提供奶瓶、奶嘴、免費奶粉 營造哺乳環境。10月9日。

民生報(2003)北市培訓「社區母乳志工媽媽」宣揚哺餵母乳好處。8月5日。

立法院公報(1997)院會記錄。86(48):296-297。

立法院公報(1998)院會記錄。87(5):698-699。

立法院公報(1999)院會記錄。88(15):251-252。

立法院公報(2003)院會記錄。92(39):1018-1019。

全國法規資料庫(2002)。勞動基準法(民國91年12月25日修正)。

<http://law.moj.gov.tw/Scripts/Query4B.asp?FullDoc=所有條文&Lcode=N0030001>。

行政院衛生署(1995)台灣地區公共衛生發展史。

經濟日報(1985)味全發出緊急「收回令」 「新AGU」受理退貨 「困擾了經銷商」 台灣必治妥對檢驗結果表示懷疑。1月27日。

經濟日報(1988)。打廣告利誘醫生誤導母親 奶粉商無視聯合國規定! 剝奪嬰兒吃母乳權實在「罪過」。3月12日。

經濟日報(1992)。嬰兒奶粉禁止在一般媒體廣告 廣告業少了二億「奶水」。10月4日。

衛生署母乳哺育網(2005) <http://www.bhp.doh.gov.tw/breastfeeding/index01.htm>。

衛生署統計年報(1998)表82 臺灣地區歷年出生嬰兒按接生人員別分。

<http://www.doh.gov.tw/statistic/data/衛生統計年報/87年衛生統計年報/4保健/表082.xls> (2004/9/2)。

聯合晚報(1994)戴瑪莉老外落腳寶島 傳授哺乳的喜悅。3月20日。

聯合報(1966)乳兒怎樣斷奶。11月28日。

- 聯合報（1969）關於孩子的飲食。12月25日。
- 聯合報（1971a）代奶粉祇是奶糕而已 維生素缺少甲丙與丁 農復會正研製·廉價嬰兒食品  
如論營養價值·還是母乳最好。3月4日。
- 聯合報（1971b）母乳不足的特徵。7月19日。
- 聯合報（1973）購物指南 奶粉的選購。10月13日。
- 聯合報（1974）奶粉與穀粉混合 可取代全脂奶粉。6月19日。
- 聯合報（1978）嬰兒的哺育程序。12月14日。
- 聯合報（1997）出了家門何處哺乳 除了少數百貨公司夠體貼 有多少公家機關.私人企業  
設有餵奶室?。7月30日。

## 二、中文文獻

- 吳嘉苓（1998）復興助產士、鼓勵自然產：健保給付制度促進婦女生育健康的可能策略。載於第三屆婦女國是會議，<http://www.social.ntu.edu.tw/%7Echialing/doc/mw3.htm>。
- 吳嘉苓（2003a）新手媽媽札記。  
<http://www.social.ntu.edu.tw/%7Echialing/doc/mothertalk.htm>，(2003/6/2)。
- 吳嘉苓（2003b）又一個難堪的世界第一？台灣助產士沒落的警訊，  
<http://www.social.ntu.edu.tw/%7Echialing/doc/mw2.htm>，(2003/6/2)。
- 吳嘉苓、黃于玲（2002）順從、偷渡、發聲與出走：「病患」的行動分析。台灣社會學 3：73-117。
- 李怡慧（2003）餵母乳其實很容易又方便。網市/罔市女性電子報 135。(2003/4/28)，  
<http://forum.yam.org.tw/bongchhi/old/light/light133-1.htm>。
- 李惠貞（2003）持續哺餵母乳的母職空間經驗。台灣大學建築與城鄉研究所碩士論文，台北，未出版。
- 屈蓮（1988）嬰兒奶粉促銷活動與母親對嬰兒奶粉之選擇的探討。國防醫學院公共衛生學研究所碩士論文，台北，未出版。
- 屈蓮、白璐（1988）嬰兒奶粉促銷活動與母親對嬰兒奶粉之選擇的探討。中華民國公共衛生學會雜誌 8（4）：230-247。
- 林松洲等（1982）臺灣地區市售嬰兒奶粉的成份與嬰兒異常狀態之奶粉的選用。實踐學報 13：432-420。
- 林純惠（1996a）上班媽媽也可以餵母乳。嬰兒與母親 233：208-209。
- 林純惠（1996b）推廣母乳哺育的世界標準。嬰兒與母親 235：181-183。
- 林純惠（1996c）哺餵母乳乳頭預備及乳房護理。嬰兒與母親 241：210-212。
- 林湘沅（2000）嬰幼兒奶粉成熟期產品進入新市場區隔之探索性研究。國立台灣科技大學管理研究所在職學程碩士班碩士論文，台北，未出版。

- 林隆煌（1985）認識嬰兒奶粉。護理雜誌 32（3）：35-39。
- 林麗珠、許洪坤（2002）推展母嬰親善醫院政策之經驗分享。榮總護理 19（3）：283-288。
- 高宜伶（2004）哺乳指導員國際研討會紀實。母乳哺育諮詢網絡充電報 2：6-7。
- 高美玲（2002）母嬰親善醫院於改善母乳哺餵成效之探討。行政院國家科學委員會補助專題研究計畫成果報告，編號：NSC89-2320-B-227-004、NSC89-2314-B-227-002、NSC90-2314-B-227-002。
- 高美玲、陳昭惠、盧玉羸、潘履嵐（2001）「嬰兒親善醫院」政策之介紹。護理雜誌 48（2）：59-63。
- 陳文慧（1998）提高早產兒母乳哺餵率之改善方案。健康促進暨衛生教育雜誌 18：45-51。
- 陳怡君（2003a）哺乳親善職場對婦女母乳哺育行為之影響。台灣大學衛生政策與管理研究所，博士論文，台北，未出版。
- 陳怡君（2003b）高蛋白嬰兒食物系列之研究，表三。台灣科技與社會網路，  
<http://sts.nthu.edu.tw/~tsts/W-paper/%A7%DA%AD%CC%A6p%A6%F3%A5%A2%A5h%A5%C0%A5%A4.htm>, (2003/9/29)。
- 陳怡君（2005）我們如何失去母奶？從戰後台灣奶粉補助政策與相關科學研究談起。  
<http://sts.nthu.edu.tw/~tsts/W-paper/%A5%A4%AF%BB%B1R%AB%F4.htm>, (2005/6/2)。
- 陳昭惠（1999）台中地區一醫學中心母乳哺餵現況調查及影響因素分析探討。行政院衛生署八十八年度委託研究計畫，編號：DOH88-TD-1035。
- 陳昭惠（2002）母乳最好—哺餵母乳必備指南。台北：新手父母。
- 陳昭惠（2005）讓寶寶真正吃到母乳：避免哺乳問題的產生。母乳哺育諮詢網絡充電報 2（1）：2-4。(2005/2/1), <http://www.bhp.doh.gov.tw/breastfeeding/pdf/n2-1-all.pdf>
- 陳昭惠、高美玲、盧玉羸、潘履嵐（2001）台灣地區嬰兒親善醫院實施現況與未來展望。長庚護理 12（1）：64-71。
- 陳惠雯（1999）大稻埕婦女的活動空間近百年來的變遷。台北：博揚文化。
- 陳彰惠（2002）高雄市各層級醫療院所推行母嬰親善醫院之調查及其成效之探討。行政院衛生署九十年科技研究發展計畫，編號：DOH90-TD-1136。
- 陳端容（2003）護理的勞動情境：專業組織、健康風險與不平等。2003 台灣社會學會年會暨「邁向新世紀的公平社會——社群、風險與不平等」研討會論文。(2003/11/29),  
<http://tsa.sinica.edu.tw/Imform/file1/2003meeting/11291102.pdf>
- 陶春蘭、張貞、謝玥媛（2003）提升住院產婦純母乳哺餵率之改善方案。慈濟護理雜誌 2（1）：80-87。
- 陶美琪、楊如莉、張淑容（1985）影響產婦選擇哺餵方式因素之分析。護理雜誌 32（3）：21-32。
- 游淑英、李效梅、劉波兒（1997）應用個人衛生教育計畫模式於一位母乳哺餵初產婦之衛

- 教經驗。弘光醫專學報 29：19-32。
- 黃伯超、游素玲（1985）母乳、牛奶與嬰兒配方奶粉。健康世界 111：7-12。
- 黃寶萱、陳彰惠、王秀紅（2000）選擇不同哺餵方式的孕婦其哺餵母乳態度及社會支持。護理研究 8（4）：383-395。
- 楊素珍、陳彰惠（2001）父親對哺餵母乳的態度、父子依附及婚姻調適之相關性探討。護理研究 9（3）：279-288。
- 葛魯蘋、曾清俊、石曜堂（1985）台北市古亭區母親哺乳行為及相關因素分析之研究。公共衛生 12（2）：223-244。
- 詹秀妹、陳群英（1985）影響產婦選擇哺餵方式相關因素之探討。公共衛生 14（1）：85-94。
- 劉玉秀（1983）產婦母乳餵飼情形之追蹤調查。護理雜誌 20（2）：77-86。
- 劉仲冬（1999）醫學世界裡的性別分工。兩性平等教育季刊 6：34-41。
- 蔡照文、駱淑卿、陳自立（2000）衛教對哺餵母乳之自信與滿意度之影響。美和技術學院學報 18：93-102。
- 鄭佩玲（1985）母乳和嬰兒奶粉的問題。健康世界 109：28-34。
- 鄧素文、張媚、楊雅玲（1997）影響產婦哺母乳態度及哺乳方式的因素。中華民國公共衛生學會雜誌 16（1）：13-23。
- 鄧素文、蘇燦煮、楊雅玲、張桂玲（1995）探討母嬰同室照護對哺母乳產婦之困擾及滿月哺乳方式的影響。護理研究 3（2）：181-194。
- 簡莉盈（2004）影響母乳哺餵因子之世代追蹤研究。國民健康局九十二年度科技研究發展計畫成果報告書。計畫編號：DOH92-HP-1206。
- 蘇玉珍、陳偉德、張淑娟、吳翠華、陳敏菁（1994）協助產婦持續哺餵母乳—嬰兒室採行措施之評估。護理研究 2（3）：217-226。
- 蘇淑芳、廖美南、陳美玉、林秀珍（2002）母乳哺餵作業之改善。新台北護理期刊 4（1）：115-126。

### 三、英文文獻

- Blum, Linda(1993). "Mothers, Babies, and Breastfeeding in Late Capitalist America: The Shifting Contexts of Feminist Theory". *Feminist Studies* 19(2):291-311.
- Dearden, Kirk, Mekibib Altaye, Irma de Maza, Maritza de Oliva, Maryanne Stone-Jimenez, Barton R. Burkhalter, and Ardythe L. Morrow(2002). "The impact of mother-to-mother support on optimal breast-feeding: a controlled community intervention trial in peri-urban Guatemala City, Guatemala," *Pan Am J Public Health* 12(3):193-201.
- Dennis, Cindy-Lee(2002). "Breastfeeding peer support: maternal and volunteer perceptions from a randomized controlled trial", *Birth* 29(3): 169-176.

- Dennis, Cindy-Lee, Ellen Hodnett, Ruth Gallop, and Beverley Chalmers(2002). "The effect of peer support on breast-feeding duration among primiparous women: a randomized controlled trial," *Canadian Medical Association Journal* 166(1): 21-28.
- Foucault, Michel(1994), 劉絮愷 (譯) 臨床醫學的誕生。台北：時報。
- Geertz, Clifford(1983/2002), 楊德睿 (譯)。地方知識—詮釋人類學論文集。台北：麥田。
- Gengler, Charles E., Michael S. Mulvey, and Janet E. Oglethorpe(1999). "A Means-End Analysis of Mothers' Infant Feeding Choices", *Journal of Public Policy & Marketing* 18(2): 172-188.
- Giddens, Anthony(1991/2002), 趙旭東、方文 (譯)。現代性與自我認同。台北：左岸文化。
- Giddens, Anthony(2001), 趙文書 (譯)。生活在後傳統社會中。收錄於周憲、許鈞主編「自反性現代化：現代社會秩序中的政治、傳統與美學」。北京：商務印書館。
- Official Statistics of Sweden(2002). Breast-feeding, children born 2000. (2002/10/23)  
<http://www.sos.se/FULLTEXT/42/2002-42-7/2002-42-7.pdf>
- Potter, Beth, Judy Sheeshka and Ruta Valaitis(2000). "Content Analysis of Infant Feeding Messages in a Canadian Women's Magazine, 1945 to 1995", *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 32(4): 196-203.
- Rice, P.L.(2000). "Rooming-in and cultural practices: choice or constraint?" *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 18(1): 21-32.
- Ryan, Alan S.(1997). "The Resurgence of Breastfeeding in the United States," *Pediatrics* 99(4):e12. (<http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/full/99/4/e12>)
- Tarrant, Marie, Joan E. Dodgson, Shirley Tsang Fei(2002). "Initiating and sustaining breastfeeding in Hong Kong: Contextual influence on new mothers' experiences", *Nursing and Health Sciences* 4: 181-191.
- Weiner, Lynn Y.(1994). "Reconstructing Motherhood: The La Leche League in Postwar America". *Journal of American History* (March):1357-1381.
- Yalom, Marilyn(1997/2000), 何穎怡 (譯)。乳房的歷史。台北：先覺。