

國立政治大學社會學研究所

碩士論文

餵什麼？為什麼？：台灣哺育知識變遷的社會學考察

研究生：黃韻庭 撰

指導教授：苗延威 博士

中華民國 102 年 7 月

本文僅獻給我的母親，劉貴珍女士。



中文摘要

本文以貫時性的描述，探討日治時期（前）至今台灣哺育知識變遷。研究者根據官方對於母乳哺育率的調查資料以及田野研究，將台灣哺育型態分為三個時期：母乳哺育期（~1970）、配方奶粉哺育期（1971~1990）和混合哺育期（1991~）。本文企圖分析哺育型態的轉折，以社會學的角度，將哺育知識的變遷帶入歷史時空架構和社會文化脈絡之中詮釋，並突顯行動者的角色及位置，描繪行動者與結構之間互相形塑的樣態。

從歷史的意義考察，本研究發現哺育型態的轉變和產程的質變聯結在一起。傳統時期的哺育知識（或母職建構）與生命歷程密不可分，存在於女性的「私相授受」之中，與女性的生活經驗交織在一塊，本文以「母性互助系統」稱之。然而隨著醫院生產成為主流，在產後病房中，則是應用兒科醫學的科學知識作為哺育指導方針。定時定量的哺育知識與配方奶粉的瓶餵實作，成為此時期的主流哺育知識，形成歷史上前所未有的人工哺育時代。而在當今的混合哺育期，則由於母乳哺育訴求與固有產科結構之間的矛盾和衝突，引導出哺育者對「新哺育專家」的需求，並詳細介紹國際認證泌乳顧問（IBCLC）目前在台灣的發展和執業狀況。

關鍵字：母職、母乳哺育、國際認證泌乳顧問、醫療化、醫療社會學

英文摘要

This study explores the historical process whereby knowledge and practice about infant feeding have changed in Taiwan from the Japan-ruled period to recent years. By analyzing how the transition occurred in patterns, it highlights the role of the cultural context within which the structure of feeding knowledge, along with construction of motherhood, has shaped and been shaped by social actors in different positions. Focusing on the historical significance, we find that feeding knowledge has varied with the qualitative transformation of the process of birth-giving. Traditional knowledge of feeding, is closely related to the course of life of females, and under the influence of the private life, interwoven with their life experience. As in-hospital birth-giving becomes the mainstream, the “medicalized” and therefore “scientific” parenting authorities serve as guidelines for feeding and nurturing. Nevertheless, the idea that mothers should breastfeed their children remains unchallenged nowadays. It brings about the conflict between appeals for breastfeeding practices and obstetrics structure. Under this trend, new expert systems in feeding teaching, such as International Board Certified Lactation Consultant (IBCLC), emerge.

Keyword: mothering, breastfeeding, IBCLC, medicalization, medical sociology

目錄

目錄.....	IV
表次.....	VII
圖次.....	VII
第一章 緒論.....	1
一、 前言.....	1
二、 問題意識.....	3
三、 文獻回顧.....	5
(一) 母職的社會性建構.....	5
(二) 地方知識.....	7
(三) 專家知識.....	9
(四) 醫療化與身體自主.....	11
(五) 進出結構與行動.....	12
四、 研究設計.....	14
五、 論文架構.....	15
第二章 研究方法.....	17
一、 田野研究.....	17
(一) 第一次田野：泌乳顧問 A.....	17
(二) 第二次田野：泌乳顧問 B.....	22
(三) 第三次田野：泌乳顧問 C.....	28
二、 田野資料蒐集.....	33
(一) 田野中的關係.....	33
(二) 觀察與聆聽.....	34
(三) 田野筆記.....	34
(四) 田野訪談.....	35

三、 深度訪談.....	36
四、 研究倫理與研究限制.....	37
第三章 從「傳統」到「現代」：哺育的問題化現象.....	39
一、 母性互助系統：早期哺育知識的傳承（清末~1970s）.....	39
二、 科學育兒知識與傳統哺育行為.....	43
三、 時代改變：生產方式的變遷與配方奶粉的應用（1970s~1990s）.....	47
(一) 居家生產到醫院生產.....	48
(二) 現代醫療分工制度：產科制度的內涵.....	50
(三) 配方奶粉的大量應用與產科結構的關係.....	53
四、 科學育兒的知識壟斷.....	55
(一) 哺育問題化.....	55
(二) 配方奶哺育敘事的壟斷期.....	57
五、 小結.....	59
第四章 無所適從的哺育：醫學典範轉移的知識落差與身體感受（1990s 起）.....	61
一、 配方奶的風險與母奶的回歸.....	61
二、 固有生產結構與母乳哺育實踐的衝突、矛盾.....	64
(一) 傳統產科結構與母嬰親善醫院制度.....	64
(二) 哺育的知識矛盾.....	66
三、 哺育身體觀.....	70
(一) 哺育的身體姿勢.....	70
(二) 乳房構造的知識.....	72
(三) 哺育乳房的差異經驗.....	74
四、 哺育的「再」醫療化：哺育醫療化的典範轉移.....	76
(一) 泌乳的生理機制.....	76
(二) 泌乳的病理.....	80
五、 小結.....	83
第五章 誰來教我餵？：哺育指導的專業化發展.....	85

一、 哺乳的專業化現象：以 IBCLC 為例	85
(一) 母乳專家在哪裡？	85
(二) 母乳專家：國際認證泌乳顧問（IBCLC）	88
(三) IBCLC 證照取得制度	91
二、 指導母乳哺育：泌乳諮詢什麼？	93
(一) 泌乳諮詢中的通常狀況	93
(二) 尊重身體經驗：諮詢重於醫療行為	98
三、 台灣 IBCLC 的執業模式初探	101
(一) IBCLC 的職業背景與執業途徑	101
(二) IBCLC 的職業背景與執業狀況	103
(三) 泌乳諮詢的輔助工具	108
四、 台灣 IBCLC 的現況與反思	112
五、 小結	117
第六章 結論	119
一、 結論	119
(一) 母乳哺育時期（清末~1970s）：母性互助系統與科學育兒知識	119
(二) 配方奶粉哺育時期（1970s~1990s）：科學育兒的知識壟斷	120
(三) 混合哺育時期（1990s 至今）：母乳哺育的逆襲	120
二、 研究限制	121
三、 研究建議	122
四、 政策建議	123
參考文獻	125
附錄一 深度訪談表	133
附錄二 田野活動表	134
附錄三 101 年度母嬰親善醫療院所認證基準及評分說明	135

表次

表 1 IBCLC 常見諮詢問題

104

圖次

圖 1 國民健康局母乳健康海報（黃韻庭 攝，2012/臺南市私人診所）	3
圖 2 診所與產後護理機構距離示意圖（GOOGLE map，擷取日期：2013/5/30）	20
圖 3 田野 A 哺乳室平面圖	21
圖 4 田野 B 門診平面圖	24
圖 5 田野 B 醫院 2 樓平面圖	25
圖 6 田野 B 哺乳室平面圖	26
圖 7 產孕婦乳房照護門診記錄表（黃韻庭 攝，2013）	30
圖 8 田野 C 門診空間配置圖	30
圖 9 田野 C 問診室（黃韻庭 攝，2013）	31
圖 10 田野 C 超音波室（黃韻庭 攝，2013）	31
圖 11 「1958-1998 年嬰兒接生人員別比率圖」（截自馮曉蘋，2005）	49
圖 12 躺餵圖，截自健康局孕產婦關懷網(來源： http://www.bhp.doh.gov.tw/mammy/breadfasting ， 檢索日期：2013/6/16)	71
圖 13 空針治療法（翻拍自《幫助母親哺育母乳》，頁 81，黃韻庭 攝，2013）	74
圖 14 乳房的解剖構造（翻拍自《幫助母親哺育母乳》，頁 24，黃韻庭 攝，2013）	77
圖 15 奶水分泌的反射（翻拍自《母乳最好》，頁 38，黃韻庭 攝，2013）	77
圖 16 不同形狀的乳頭（翻拍自《幫助母親哺育母乳》，頁 76，黃韻庭 攝，2013）	78
圖 17 正確（左）與錯誤（右）含乳（翻拍自《幫助母親哺育母乳》，頁 36，黃韻庭 攝，2013）	78
圖 18 全台母乳哺育臨床指導名單（截自健康局孕產婦關懷網，檢索日期：2013/5/17）	83
圖 19 IBCLC 標誌，黃色和藍色的條紋代表嬰兒、母親與 IBCLC。	89
圖 20 泌乳顧問 B 常用工具，黃韻庭 攝，2013	109
圖 21 梳乳棒，黃韻庭 攝，2013	110
圖 22 哺乳枕，黃韻庭 攝，2013	110
圖 23 喇叭罩測量尺，黃韻庭 攝，2013	110

第一章 緒論

一、前言

我還沒有結婚，也還沒有生小孩。每個知道我要做哺育研究的人，第一句話都問我：「妳怎麼會對這個有興趣？」似乎我還沒經歷過結婚生子，應該要對這件事情不感興趣或一無所知才是正常表現。事實上，我們每一個女孩子，在還沒有為人妻、為人母的時候，其實都或多或少已經做好了準備。從我們還是小女孩的時候開始，玩的玩具、抱小娃娃的姿勢、辦家家酒的角色扮演，再大一點了，我們的媽媽會叫我們去幫忙照顧弟弟妹妹（即使還有哥哥在），我們會被揶揄「不會煮飯打掃，小心以後嫁不出去」，這一切，全都在為了「那一天」做準備。我們透過認同母親在家庭中所扮演的角色，被預期（可能也預期自己）有一天要結婚生子、做一個好的照顧者，Nancy Chodorow (2003) 說，這叫「母職 (mothering) 的再生產」：失衡的親職結構造成男孩和女孩所需面對和處理的議題不同，其中的結構再製乃是透過社會結構誘發的心理過程，既不是生理的必然產物，也不是刻意的角色訓練。

在我大概幼稚園或小學一年級的時候，時間記不得了（約 1990 年至 1992 年之間），但有件事情卻印象深刻。小姑姑生了小嬰兒，回娘家坐月子，當時隔代教養的我，看著小姑姑和奶奶忙進忙出，對小姑姑的印象是胸前總是不自覺地濕了一片，必須不停地換洗內衣，造成她很大的困擾。我沒有印象她是否有哺育母乳（也許她躲起來餵），但我一直記得泡完奶粉之後，要先把牛奶滴在手背上試溫度，還有小嬰兒每天都可以喝葡萄「糖水」¹這兩件事。在這個回憶裡，小姑丈和爺爺的角色並不存在，只有奶奶的忙碌以及小姑姑的疲態，而我雖然年紀

¹ 長大後了某一天我忽然發現原來那是「葡萄糖」水，但小時候的我對於小嬰兒每天都可以喝糖水這件事是非常羨慕的，甚至後來另一個弟妹出生的時候，我終於「一償宿願」嚐到了一口葡萄「糖水」，結果卻發現怎麼沒味道啊？！還自我安慰應該是因為嬰兒還太小所以稀釋得很淡的關係。

小，不被准許抱新生兒，但這一個月裡我對小姑娘所進行的人生第一場「田野觀察」並未遭到阻止或勸離現場，直到現在，沐浴、換尿布、泡奶、拍嗝、包手...等等，各種新生兒照護對我來說都有既定的圖像。

也許是我個人對於母親角色（motherhood）本來就比較敏銳，或是我本來就比較喜歡孩子，人格特質肯定會在這之中造成一些差異，但是為什麼同樣喜愛孩子的單身男性，面對新生兒卻時常相對於女性更手足無措呢？

另外，小時候對泡奶粉和葡萄糖水印象深刻的我，曾在一堂課程中，即興地詢問在座的同學是「喝甚麼長大的」。當時課堂上的同學有十來位，皆出生在 1983 至 1987 年間，全數都表示自己「喝奶粉長大」，我又進一步追問大家是「喝甚麼奶粉長大的」，同學們竟不約而同地說出「惠氏 S-26」這個品牌，而此時，在場的老師給了這個話題一個相當有趣的結論：「喔～你們家境都很不錯喔。」之後，在另一個場合中，我又有機會聊起這個話題，當時同樣也有十來位同學及學長在座，出生約在 1977 至 1987 年間，同樣地，得到了一致喝奶粉長大的答案，然後我有意地提起惠氏 S-26 這個品牌，同樣地獲得在座眾人的迴響，並且開始討論這個牌子是當時「最好的」。

喝嬰兒配方奶粉長大並不是巧合，都喝惠氏 S-26 更不是一種默契。記得某一天，研究者和家母聊起外公重男輕女的陳年往事，家母憶起當時研究者的大表哥出生的時候，外公特地交代要給長孫喝「惠氏 S-26」。「因為惠氏 S-26 是當時最好也最貴的奶粉」，家母這麼解釋。只是外公家並非如研究者那堂課的老師所猜測的，是家境不錯的中上階層，大表哥的父母皆僅是在工地做工的勞工階級而已。而後來故事的結局，大表哥因為身體不適應而改喝別種品牌的奶粉，顯然當時在家人的心裡並沒有喝母乳這個選項，至今我仍記得當家母向我描述這個故事時，她眼中閃爍著驕傲的神情，因為後來喝了惠氏 S-26 的人是我，據說當時外公還叨念著我何必喝這麼好的，而母親只得意地對我說：「再好的奶粉，喝不習

慣也沒辦法啊。」

由上述的那些故事，我們可以知道，嬰兒配方奶粉的確曾經是台灣某一個世代的嬰兒主食，並且對於嬰兒配方奶粉的挑選具有一種選擇性的偏執，而其中關係到嬰兒健康的敘事，同時隱藏了社會對於母職（mothering）的敘事。然而不知道從哪一天開始，我們無時不聽到的都是關於「母乳最好」的論述，在電視媒體、報章雜誌²、醫療院所、公共場所的張貼海報（如圖 1），甚至左鄰右舍，散播開來。哺育母乳成為準媽媽們的「理想」³，即使市面上的代乳品—配方奶粉取得容易，卻仍有許多母親「（彷彿）不加思索地」將母乳做為哺育的優先考量，甚至唯一考量。「母乳是媽媽送給寶寶最好禮物」、「母乳是最自然的」等等類似論述也一樣常見。曾經，哺育母乳幾乎不在哺育的考量之中，然而如今，越來愈多人接受哺育母乳是哺育行動中，理所當然、再自然不過的事。



圖 1 國民健康局母乳健康海報（黃韻庭 攝，2012/臺南市私人診所）

二、問題意識

² 在推廣母乳哺育方面不遺餘力的兒科醫師陳昭惠，更以《母乳最好》為書名，該書並且陸續再版，其暢銷程度可見一斑。

³ 根據研究者的田野訪談，每個媽媽和準媽媽皆異口同聲，在產前的想法是：當然希望可以餵母乳，若能餵就餵，會盡力嘗試。而當研究者追問為什麼的時候，她們也總是理所當然的回答：「因為母乳最好啊。」

若僅看國民健康局（下稱健康局）歷年母乳哺育統計數字的表現，母乳哺育率的數字起伏，反映著母乳哺育與人工哺育的消長，若再由此尋找適合解釋的變項，母乳哺育率的降低是由於配方奶粉的量產及行銷，表面上看來是較無爭議的。然而驅使哺育者在選擇上有所改變，並且使得純母乳哺育率在短短 20 年間急速下降至 5%的原因，真的是因為哺育者不約而同的「理性選擇」嗎？而在近 20 年內，母乳哺育又再度成為主流價值，全是由於國家政策的成功施行嗎？研究者認為，台灣母親的哺育主流，經歷了「母乳哺育」、「配方奶粉哺育」、「混合哺育⁴」三階段的轉折，這並不單單只是單向的知識技術傳遞的成果，或個人機會選擇的總和，而是社會結構與個人行動交互流通的感染與再製。

「哺育」並無指涉一套正確標準的行為方式，而是具有文化特殊性，它是因地、因時、因人制宜的常民文化。因此，婦女對於哺育知識的能力並非與生俱來，而是透過社會學習的過程，必須建立正確的認知，才能執行（對該時空背景而言）正確的哺育及處理哺育的問題（陳淑娟，2004）。那麼指導這些哺育者的人是誰呢？她們又是從何而來？

另外，母乳哺育與配方奶粉哺育為兩種迥異的哺育型態，其中涉及的哺育知識和哺育技巧有著極大的差異；而科學知識介入的哺育知識與技巧和傳統的哺育知識與技巧，亦是兩種截然不同的知識體系。當哺育型態在短時間內急速轉變又轉變，這些截然不同的哺育知識和技巧是如何轉換和傳遞的？

以上兩個提問在研究的聚焦過程中，逐漸成為研究者的問題意識，而另外，研究者始終折服於 C. Wright Mills 和 Norbert Elias 兩位社會學者對於「個人與歷史意義」的啟蒙。「個人生活的模式和世界歷史的軌跡之間有一種微妙的接合」（Mills，1995：32），這種接合影響了我們將變成哪種人，以及我們可能參與、塑造的歷史有什麼意義。

⁴ 母乳哺育與配方奶粉哺育同時存在的現象。

因此，研究者將上述提及的兩個問題意識與歷史意義相結合，試圖從傳統哺育型態、科學配方奶粉哺育型態和當代混合哺育型態三個連貫又重疊的階段，回答此兩種提問：「哺育的指導者是誰？她們從何而來」以及「哺育知識和技巧是如何轉換和傳遞的」。

研究者認為，傳統的哺育圖像中，哺育指導者和哺育行動者乃是同一群人，當無經驗的行動者出現時，指導者將常民經驗所累積的哺育知識和技巧，透過生活的接觸管道傳遞出去，而當行動者累積了知識和技巧之後，又遭遇了無經驗的行動者，便會自動地成為哺育指導者進行知識與技巧的再傳遞。在這樣的傳遞過程中，哺育知識是封閉的內部知識，唯有行動者本身能掌握並共同形塑。

而在科學配方奶粉哺育型態中，科學知識介入了哺育，掌握了知識的詮釋權，哺育知識變成了專家知識（expertise），再加上生產醫療化（medicalization），定時定量的哺育方式應用到居家生活之中，此時哺育的指導者通常是護理人員，而哺育知識則由兒科醫師等育兒專家所主導，傳統的哺育經驗被貶抑為「無科學根據」的落後知識，而在科學哺育知識的霸權下逐漸失傳。

當代的混合哺育知識則更為複雜。由於泌乳知識的專業化，母乳哺育的指導者通常由具有專業泌乳知識的人來擔任，然而由於教育水準提高和資訊取得容易，行動者亦有取得知識和篩選的能力，再加上過去配方奶粉哺育知識仍然存在，與母乳哺育知識產生干擾，當代的行動者時常處在自身主觀經驗感受、配方奶粉哺育知識和醫學泌乳知識的矛盾之中不知所措，進而產生焦慮。然而值得注意的是，哺育知識已不再完全由專家知識所壟斷，行動者的主體經驗也逐漸受到重視，並且再度嶄露共同形塑哺育知識的可能。

三、文獻回顧

（一）母職的社會性建構

兩個世紀以前，雖然每個女人都在婚姻中生兒育女，但母職並未主宰女人的生命（Chodorow，2003；潘淑滿，2005），直到工業化發展造成社會生產組織的改變，對家庭本質的詮釋也發生改變（Engels，2004），人們開始重視兒童的社會角色（Yalom，2000；Stone，2000），而女人在家庭中的功能縮限為提供照護的角色，母性（maternity）開始受到重視，「慈愛」的形象成為母親的道德規範（Chodorow，2003：5）。

早期精神分析（psychoanalysis）學者強調母嬰之間的連結（顧燕翎，1996；Chodorow，2003），她們認為女人在懷孕或生產後，便會出現做母親的「需要（need）」或「驅力（drive）」而產生母親的本能（mothering instinct）。這些研究認為母親的照護影響嬰兒的人格發展，譬如費爾班兒提出了「嬰期依賴」（infantile dependence），認為在這個階段裡，透過母親的擁抱及餵養是嬰兒的安全感來源，而其中母嬰距離的拿捏則會塑造嬰兒的自我感，但她們忽略了其中對於家庭形式的設定是具有歷史特殊性的（Chodorow，2003：95）。直到當代，這些敘事又再度因為母乳哺育推廣受到重視，它們（陳昭惠，2002；行政院衛生署國民健康局，2008；廖慧娟，2011）相信親餵母乳無論對母親或嬰兒甚至兩者之間的關係都有相當正面的幫助，為當代母乳論述中，僅次於醫療論述最常引用的論述觀點。

1960 年代起，美國的婦女解放運動帶起了對於父權制度、性別角色、性議題以及母職的批判及反思，她們反對精神分析將母職視為女人的天職，並將母親分為生物性母職（biological mothering）和社會性母職（social mothering）兩種身分，認為女人擔任母職乃是父權制度下的社會建構（顧燕翎，1996），將母職論述帶進政治領域，為後來女性主義者開啟重要典範。然而當時的歷史背景中，配方奶粉的普及使得社會性母職的生理成分降低（Chodorow，2003：6），因此對於母職生物性和社會性的分野，似乎沒有太大的困難。然而到了當代母乳哺育推廣，推廣者不時帶入「哺乳是母親本能」的論述（陳昭惠，2002；行政院衛生署國民健康局，2008；田野筆記_田野活動 I 、田野活動 III），隨著哺育母乳再度

被論述成肯定母職的指標之一，母職的生物性和社會性分野似乎變得曖昧不明。

然而，母職並非純然的形塑、壓迫為母經驗，也非為一個普同性的實踐。潘淑滿認為，許多學者對於母職的批判，忽略了女性的社會位置可能對母職經驗所造成影響。其運用後結構女性主義（poststructuralist feminism）多元差異的觀點，對三十七位來自不同世代、國籍、社會經濟地位、籍貫、教育程度、職業與居住區域的成年已婚女性進行深度訪談，發現「成為母親」可能是女人共同的生命經驗，可是女性「實踐母職」的經驗卻因為社會位置不同而有差異，對於母職實踐的策略運用也不同；如果以女性在母職經驗中的主體性作為核心，那麼女性的母職實踐策略可分成幾種模式：（一）犧牲主體性，卻否定母職價值；（二）放棄或擁有部分主體性，但肯定母職價值；（三）重視主體性，對母職價值有較多反思（潘淑滿，2005）。

研究者並非認為，批判母職形塑的權力衝突或是描述女性的結構弱勢是對母職的錯誤理解，更非肯定母職實踐對於性別角色的再製。而是從到哺育的實際行動中進行考察，企圖進一步肯定女人實踐母職的能動（enabling），並非基進女性主義者認為的全然被動、接受壓迫；在其中有些行動者能決定自己實踐的方式，有些則迂迴地在結構和環境中找出應付策略（Wu，2003）。

（二）地方知識

在過去社會和國家尚未重視兒童的角色時，生產和養育（nurturing）是專屬於女人的特殊知識。在中國有三姑六婆中的穩婆，傳授懷孕、墮胎、撫育和性的知識（劉仲冬，1995）；在台灣有接生婆，又稱先生媽或傳統產婆（游鑑明，1993；洪有錫、陳麗新，2002）；在西方也有「midwife（助產士）」和「gossip」的說法。「gossip」⁵指那年長而有接生經驗與知識的婦女小團體，多是產婆，在鄰近的婦

⁵ 「根據 O.E.D.，『gossip』最早起源於十一世紀時，受洗時的 godfathers 或 godmothers，十六世紀時，兩種新意思出現，一是指生育時，母親所邀請來出席的女性朋友，另一則是我們比較熟

女生育時，圍繞著她而進行照顧的醫療／儀式圈子⁶（傅大為，2005：85）。這些成員在過去清一色是由女性擔任，有社區裡生產或接生經驗豐富者（游鑑明，1993；洪有錫、陳麗新，2002），或者是師徒制傳授的接生技藝（蔣竹山，1999：226）。她們除了接生之外，還會負責產婦和嬰兒的照護工作，當然因此包括授乳的教育（簡素真，2010）。甚至有時候，產婦可能還得自己接生，然而往往接生的經驗也是過去長輩所教導過的（江文瑜編，1995）。

傳統中，哺乳與生產為一個密不可分的過程，在簡素真（2000）的著作〈台灣阿嬤哺育母乳的生命經驗〉，根據其與諸位 1917 年到 1951 年出生的台灣阿嬤進行的口述歷史中，我們看見當時台灣的母乳哺育有一套由人際網絡所組成的母乳支持系統，其中有婆婆、媽媽、鄰居以及穩婆、產婆（助產士），這些阿嬤們描述，嬰兒一生出後，產婆便會將嬰兒抱過來，讓嬰兒嘗試吸吮乳房。過去中國「開奶」的傳統習俗，也常是由負責接生的穩婆來教導或進行（熊秉真，1995）。而在哺乳期間遭遇困難時，母親和婆婆也時常「根據經驗」提供解決的方法，甚至哺乳的媽媽們會聚集在某個公共場所（如家門口、廟口、田邊）一起哺乳，一邊交流哺乳經驗（簡素真，2000；李育軒，2010）。

另外，李育軒（2010）以質性訪談的方式，深究七位太魯閣族女性的哺乳經驗，檢視太魯閣族女性選擇哺育母乳的決定過程及關鍵，結果發現，部落中哺育母乳的概念以地方知識（local knowledge）的型態傳承，哺乳觀念透過口耳相傳的方式在代間傳遞，不需要衛教、或高等教育背景，部落中自成一套母職制度，在沒有文字記錄的情景下，女性透過社會網絡方式來學習哺乳的技巧，牽引著部

悉的，所謂婆婆媽媽、三姑六婆等喜愛閒話無聊的女性。當然這幾種意思都可互相關連」（傅大為，2005：351）。

⁶ 不過過去貧困的台灣農村也有一些的身邊沒有任何母乳支持系統的母親，她們自己替自己接生，有些母親是觀察母豬餵奶的樣子來依樣畫葫蘆（簡素真，2010；傅大為，2005），這樣的故事似乎駁斥了 gossip 或母性支持系統存在的必要，但是這樣的故事中，我們仍然看見這些母親初初面臨哺乳時，仍然有不知所措的焦慮，而我們目前也尚無資料可比較自力更生的母親與擁有支持系統的母親之間，在面對哺育困難時解決問題能力的差異。然而並不能因為這些產婦在經驗中成功地為自己接生，便推論「接生」是一種無需技術的工作，因此研究者也不願由此便斷定哺乳是一種無需學習的本能，而駁斥 gossip 或母性支持系統的存在及功能性。

落女性選擇母乳哺育。

由上述可知，在科學知識與醫療體系尚未介入哺育時，餵養的知識乃是由女性所掌握的地方知識，這樣的知識社群或稱為「gossip」⁷，或稱為「廚房社群（kitchen community）」（江文瑜編，1995），它們就如同 Geertz（2007）對於傳統中常識（common sense）的描述：常識的「教導者」並非現代意義下的專家，其所知的知識並非一塊富有秩序的領域，非以系統性知識的型態存在。它被描繪成情境固有的、真實的道理，形成一套體系，而在其中，渾然天成地，自然與文化並無明顯的分野，「現實世界就是它的權威」（Geertz，2007：110）。

這些女性知識社群有著共同的特徵，她們的活動如同「串門子」，其中，知識的傳遞沒有明確的講者與聽眾的分別，每個人同時是講者也是聽眾；知識體系是以個人經驗為焦點，互相撞擊而形成的多中心網絡；另外，這些知識也沒有普同性的道理，而是許許多無法化約的個案、細節的累積（江文瑜編，1995）。

（三）專家知識

人們對待嬰幼兒的態度，常可了解該社會的根本關懷以及基本價值（熊秉真，1995；劉詠聰，1998）。在西方，一直到十八、十九世紀之後，隨著核心家庭的情感結構發生變化、衛生條件的改善，降低了嬰兒死亡率，以及法國大革命的理念傳播，人們開始將兒童的養成放在「兒童本位」思考（Stone，2000），母職的高度重視，便是在將兒童發展與社會、國家發展做連結的歷史脈絡下產生。

而東方，由於近代史中對於西方列強的崇拜，無論是出於光復民族、富國強種的期待（周春燕，2008；柯小菁，2007），或是作為優秀人種之證明（范燕秋，2001；Wu，2003），在對現代化的追求和公共衛生政策的全面發展下，哺育和母

⁷ 「傳統的分娩是一種女人間的儀式性活動，它賦予了產婆在生產過程中的權威。產婆、產婦及街坊鄰居婦人的小道消息（gossips）所構成的生產文化，可算是傳統女性集體文化中的一部份」（蔣竹山，1999：234）。

職的論述自此便一直帶著強烈的公共衛生色彩。此番觀點延伸至今，國家公權力及公民社會（civil society）延伸至其中的力量無所不見，以嬰兒的健康作為最主要的敘事軸心。也因此，當醫學又再度證實配方奶粉的食用風險以及母乳哺育的好處後，國家便由上而下，制定一連串的「母乳哺育推廣計畫」（見陳昭惠等，2001；高美玲，2002）。國家力量介入個人的哺育行為，其背後的邏輯便是將嬰兒看作是國家及社會的資產。

除了國家的力量之外，民眾對於科學的崇拜也延伸到母職的實踐。第一次世界大戰後，中西方皆出現一種「科學母職（scientific mothering）」的意識型態（Apple，1995；Wu，2003；柯小菁，2007；周春燕，2010），「認為女人需要科學家及醫師的建議，才能養育出健康的小孩」（Apple，1995：161），這個意識型態由教育家、改革家、社會評論家、內科醫生、甚至母親們自己，共同鼓吹、形塑，要求母親們必須主動吸收各類科技的、科學的及醫學的相關資訊，並將之實踐在家務勞動之中，她們被要求要謹遵專家的指導（Apple，1995）。■

以美國為例，Apple 認為，美國在 1890 年到 1950 年間，哺育型態從母乳哺育轉型成瓶餵（bottle feeding），正是科學母親角色成為女人實踐母職的意識型態，最明顯的證據之一（Apple，1995：161），此時，母性本能（maternal instinct）以及傳統的育兒知識不再受到尊重，分娩能給女人的，就是讓其在身體上、生物學上成為一個母親；如果不跟專家們學習，便不能成為一個「好」母親，甚至是一個將孩子置於危險之處的「不盡責母親」（Apple，1995）。

兒科醫師則藉由編寫育兒專欄、小冊子（Pamphlets）（Apple，1995）、育兒書籍、聯合頒布「嬰兒哺育建議」（如 AAP，2012；台灣兒科醫學會，2012）等方式，壟斷了育兒的知識權，哺育知識從女性口耳相傳的地方知識，轉而成為需要遵從專家指導的專家知識。

一直到現在，女性已經習慣在哺育上接受專家意見、尋求專家協助，國家也

將哺乳指導的責任直接地認定為醫護人員的義務(如「母乳哺育推廣計畫」政策)，即使過去醫學教育養成中，幾乎沒有教授泌乳和哺乳的知識（陳昭惠，1999），意即，這些過去壟斷哺育知識的「專家」和指導者，在母乳哺育方面卻有可能是全然的「外行人」？

（四）醫療化與身體自主

二次世界大戰後，英美兩地的實證醫療體制在政府的培植和介入之下，分別迅速發展（林文源，2001），而戰後台灣的醫療體制，也接續著殖民政府的政策方向，在國民政府的協助下大力擴張，進而驅逐其它醫療方式的發展空間（張芷雲，2003；吳嘉苓，2000a），醫學藉由對於健康知識的壟斷，醫療體系也藉此不斷地將觸角伸入到各種生活層面，形成醫療化的現象。Zola 認為醫療化是一個「越來越多日常生活進入到醫療領域中，深受醫療影響與監督的過程」（引自 Conrad，1992：210），而 Conrad 自己則認為，醫療化是一個「非醫療的問題被作為醫療問題來定義與處置的過程」（Conrad，1992：209）。因此，當行動者在遭遇哺育困難時，自然地運用各種醫療資源尋求協助的行為，意謂著哺育醫療化的現象已然產生。

西方醫療社會學對於醫療化研究的發展，「醫療化」一詞最早由 Thomas Szasz 在批判精神醫學上使用（Conrad，1992），到了 1970 年代，社會控制（social control）的概念被用來檢驗醫療化現象，迅速發展為對醫療體系的整體批判（Conrad，1992），而 1980 年代起，當 Foucault 的作品在英語學界受到廣泛的閱讀與注意之後，使許多研究者開始援引、擴充 Foucault 作品中對醫療、身體、疾病等的相關概念，Foucault 所討論的醫學凝視（medical gaze）下的新身體、監控（surveillance）的身體規訓和生產性的權力佈署、治理性（governmentality）等等概念，廣泛被引伸於醫療化研究當中（林文源，2001）；而在台灣，醫療社會學的研究（劉仲冬，1995；林怡欣，2000；馬芝琳，2003；郭俊偉，2004；汪育如，2006；林

靜君，2011）也大多受到社會控制和 Foucault 理論觀點的影響，強調身體自主性的受壓迫或缺席。

然而一些研究對於醫療化研究過度強調患者無知的受害角色，這般「啟蒙態度」，有了反思與反動（林文源，2001）。這些研究開始將焦點著重在病患作為行動者的能動性，除了指出醫療化現象對女性、病患剝削的「受害控訴」外，更積極由個人的行動面向著手，改變當事人被動、受害的印象（林文源，2001），凸顯了病患策略性運用醫學論述的經驗（成令方，2002），尤其是女性與醫療的議題（汪麗琴，1999；吳嘉苓，2000b；張天韻，2004；林怡秀，2006），強調女性在醫療化的過程中並不是被動地被啟蒙，也並非全然地受結構操弄，反而是有自覺地交互檢驗自身經驗與醫療建議，將資訊去蕪存菁，或者選擇性地執行對自己有利的部分（Griffiths，1999；林怡秀，2006）。

林文源（2001）將這類的學術反動稱為去醫療化（demedicalization），並認為醫療化和去醫療化主要展現在兩個面向的差異：醫療化論者主要是強調結構面的壓迫，而去醫療化論者則強調個人行動面的主體性；然而無論是從哪一個面向出發，都無法完全描繪現實中的醫病互動關係。林文源（2001）認為，醫療／去醫療化的現象存不存在，乃是取決於不同認識觀點下所呈現的不同圖像，而筆者認為，若將此反動稱為「去醫療化」，則醫療化與去醫療化必然存在著先後關係，必須先有醫療化的結果，才能出現去醫療化的現象。

（五）進出結構與行動

本研究所指涉的醫療結構中，行動者不只是母親，還有醫護人員和母乳專家。此處研究者論及的行動概念，所指涉唯限制在 Weber 所謂社會行動之定義：「行動者的主觀意義關涉到他人的行為，而且指向其過程的這種行動」（Weber, 1993 : 19）。由此定義延伸，行動者乃是決定與行動之實際具體運作的身體場所，然而

並非侷限於個人，亦包含具有集合性質的「社會體」（葉啟政，2004）。

台灣社會學中對於結構與行動之間的關係，最熟悉的莫屬 Parsons 和 Giddens 的理論概念。對 Parsons 而言，行動乃是一種來自個體本身之外的既有集體象徵表現的形式，透過社會化與社會控制的雙重機制，使得這個集體表徵的表現形式在個體身上發揮內化（internalization）的作用（葉啟政，2004：193），因此人的主體性只能在社會所允許的範圍內被證成（葉啟政，2004：229）。然而對於 Giddens 來說，社會結構是由人的行動所組成，而它同時也是行動之所以能夠進行的介體，亦即，結構不只是對行動者的行動有所限制，它還同時能給予能動（enabling）的作用（Giddens，2002）。因此，結構並不外在於行動，而是給與行動者提供行動時的規則和資源，而行動者也同時在行動中重組或再製原本的結構，在 Giddens 的定義下，行動與結構之間的關係是一個動態互動，「結構既是行動所引生的介體，同時又是行動的效應結果」（葉啟政，2004：242）。相較於 Parsons，Giddens 顯然更肯定了人的主體性，而將人的行動提升到與結構相對等的地位。

過去一些哺育方面的研究（蘇玉珍等，1994；鄧素文等，1994；陳淑娟 2004；楊秋鈴等，2005；黃淑媛等，2010），專注在個人的角度，探討行動者的行動動機。這類型的研究將哺育的行動者置於共同的社會情境之中，想像行動者的動機和決策乃是出於結構限制下的個人選擇，忽略了行動與結構間的互塑互構，也無法展現人行動的複雜、多元、多變與瑕疪等特性（葉啟政，2004：300）。

鍾瀚慧（2006）的研究點出了當代對於母乳推廣的運作，乃是將哺乳「自然化（naturalize）」，缺乏正視哺乳女性從哺乳身體經驗出發的主體性。鄭琇惠和成令方（鄭琇惠等，2010）從權力結構的角度描述行動者網絡（Actor-Network Theory，ANT）對於母乳哺育的規訓，該研究描繪各種行動者在不對等的權力關係中，如何共同形塑母乳哺育的條件，唯哺育行動者仍處於受壓迫的情況，未能看見其亦做為行動者的一環所展現的主體能動性。馮曉蘋（2005）則突顯了政策與行動者

之間的裂縫，將母乳支持團體視為政策、結構與哺育行動者之間的中介，研究主要為肯定民間團體的能動性。這些研究皆承認哺育行動者並非全然地被動，在母乳哺育的社會學研究也都分別描述了相當重要的部分。

然而研究者想進一步提問的是：哺育的行動者是否只能受制於其他更有能動性的行動網絡，而無法展現其自主性和能動性？哺育的行動者在哺育的結構中，難道無法反過來形塑結構嗎？研究者認為，哺育作為女性、母親所獨有的經驗，就如同 Giddens 以腰背部疼痛的人所做的比喻：她也許會去找普通醫師看病，這位醫師又將她轉介給更適合的專家，然而她卻發現專家對於實際減輕病症是無能為力的，她可能會發現各種治療的方法，然後開始看些相關症狀的非技術性書籍，然後經由再熟練化和佔有，她得以知道如何將這些知識和最初專家的建議做比較，最後做出選擇（2005：203-205）。

當代社會中，由於對現代性和專家系統（expert system）的信任，食衣住行等各領域都為各式各樣的專家知識所滲透（Giddens，2005），各種專業化過程在日常生活中將民眾「去技術」（de-skilling）（林文源，2001）。壟斷知識的專家或許能對一個人的生活「指手畫腳」，然而在科技風險造成的不確定性和多樣選擇下，專家知識在日常生活的應用亦充滿了不確定性和不穩定性。隨著人們從現代性的反思中得以再熟練和賦權（empower），實際用身體經驗的行動者也能從自我認同的形塑中做出選擇（Giddens，2005），而研究者相信，台灣的哺育史也經歷了這樣的時期。

四、 研究設計

本研究之目的主要為分析台灣哺育知識變遷的社會性因素，研究中將台灣哺育史依據哺育型態的不同，大致分為三個時期：傳統母乳哺育、科學配方奶粉哺育以及混合哺育，分別採文獻分析和田野研究的方式。文獻分析主要用於傳統的

母乳哺育時期，科學的配方奶粉哺育則同時使用文獻、深度訪談和田野研究三種資料，混合哺育時期則是以深度訪談和田野研究為主要分析方式。

文獻的引用多為文人日記、古籍醫典、論文和專書中所載錄的訪談、口述故事等資料。乃是為架構出傳統母乳哺育知識傳遞的樣態，以呈現研究的問題意識：哺育知識「變遷」與「轉變」的社會性因素，突顯哺育知識問題化(problematization)、醫療化和專業化的特殊現象。

田野研究為研究中主要資料蒐集的方式，採用參與觀察、田野訪談以及深度訪談三種方式進行資料蒐集。此處資料主要用於觀察當前醫療化的母乳哺育知識，以及哺育知識傳遞專業化的特色。而為確實理解、描述前述特色，研究者認為應該實際進入知識傳遞的真實場景之中，始能如實地描繪互動的脈絡。

五、論文架構

第二章中，研究者將詳細描述研究資料的蒐集過程，從進入田野、田野的場景描繪以及深度訪談的提問方向，盡量詳實地交代田野場域裡的各種現象。本章中，我們可以看見經由研究者所觀察的三位國際認證泌乳顧問（以下簡稱 IBCLC 或泌乳顧問）的執業狀況⁸，並在最後點出資料蒐集的限制。

第三章則是描繪哺育知識典範如何從地方知識的型態轉變成專家知識的過程。研究者依時間順序，先是描述了傳統母乳哺育的母性互助系統的知識傳遞；再進行到 20 世紀初，科學知識對傳統哺育的企圖干預；而後則是 1970 年後，集中醫院生產的醫療化現象，帶來了配方奶粉哺育型態以及哺育的醫療化結果。本章最後則探討了科學配方奶粉哺育知識的壟斷。

⁸ IBCLC 的「執業」定義有許多爭議，本研究中所使用的「執業」一詞，研究者所指涉的定義為「以 IBCLC 的身分，單獨進行一場完整的泌乳諮詢工作」。即進行泌乳諮詢時，從接觸個案、問題釐清到諮詢、處置甚至轉介，都由該 IBCLC 負責，具有相對程度（非絕對）的專業自主性。

第四章中，研究者將由社會變遷、典範轉移的角度來探討哺育的醫療化，並且援引醫療凝視（medical gaze）及身體規訓等概念。首先凸顯出產後病房中，固有產科結構分別和當代母乳哺育知識、哺育身體主觀經驗之間的衝突和矛盾；而後則藉由醫學對於泌乳生理和病理研究的舉例，描繪哺育醫學典範轉移後的再醫療化。

第五章研究者首先推論了社會對於「哺乳專家」的需求，再詳細介紹國際認證泌乳顧問的歷史背景和認證過程，最後分別探討 IBCLC 的執業現況以及對於現況的反思。本章將焦點轉到行動者的主體性，無論是 IBCLC 對於現有環境結構限制所採取的因應策略，或是哺育的行動者如何在泌乳諮詢中展現主體經驗感受，並在過程中發現哺育醫療化裡的去醫療化曙光。

第六章中，研究者先為本文作一總結，並提出幾點研究限制、研究建議及政策建議，並歸納幾點研究貢獻。

第二章 研究方法

一、田野研究

在 IBCLC 執業範圍的篇章中，我們大致理解 IBCLC 對於母乳哺育的責任為：保護、推動及支持母乳哺育，而積極的意義則是展現其在泌乳及母乳哺餵方面特殊的知識及臨床專業，提供安全、稱職且實證基礎的照護 (IBLCE, 2008)。因此，本研究以這些實際從事臨床諮詢，積極提供執業服務的 IBCLC 作為研究對象，並以其執業模式作為探討母乳哺育指導往專業化發展的現象。

本研究的田野報導人 (informant) 主要有三位，分別為三位不同職業背景、不同執業方式的 IBCLC。以下研究者將分別詳細介紹這三次的田野狀況。

(一) 第一次田野：泌乳顧問 A

第一位報導人為非醫療背景、母親支持諮詢員出身的泌乳顧問 A。在認識泌乳顧問 A 之前，雖然我已關注母乳哺育議題許久，但並不知道 IBCLC 這個證照，幾乎都將心力放在母職與哺育間的關係，然而為了更了解哺育母乳以及相關資訊，我瀏覽許多網路資源及母乳哺育論壇，也加入一些社群網站，如 Facebook 關於母乳哺育的粉絲專頁，泌乳顧問 A 所經營的粉絲專頁便是其中之一。直到有一天，我偶然發現「泌乳顧問」這四個字，進而開始瀏覽 A 的部落格，才知道原來「泌乳顧問」是一個經過「專業認證」的頭銜，而非任何人可以宣稱的名號。我於是對這個專業認證產生好奇：「餵母奶這件事，是需要專家指導才學得會的嗎？」，如果不是，「為什麼現在需要哺乳專家？」，以前是否也有哺育指導者呢？

基於這些疑問，我在 2012 年 3 月 27 日寄了一封信聯絡泌乳顧問 A，希望能與她進行一次訪談，了解 IBCLC 這個證照。泌乳顧問 A 於三天後給了正面回覆，我們於同年 4 月 10 日在臺南一間複合式餐飲店見了第一次面，進行了一次長達

2 小時的深度訪談。訪談中，泌乳顧問 A 非常開心有人願意以 IBCLC 作為一個研究主題，並且表示願意幫助我，作為我滾雪球的媒介，而我在訪談中得知 A 正在台南一間接生數頗高的私人診所從事泌乳諮詢的工作（職稱為母乳衛教師），該診所當時也即將進行母嬰親善醫院的認證，於是求 A 讓我以她的助理的方式，進入診所進行田野觀察，A 當時不能確定，但她相當樂意幫忙，因此答應與主管單位討論後再給我答覆。而後，於同年 5 月 7 日，A 來信告訴我，已與主管（副總）討論這件事，然而主管有些顧慮，A 表示願意再繼續與老闆（診所負責人）討論。之後，2013 年 5 月 30 日 A 來信告知診所答應我可去幫忙進行母嬰親善認證的工作。

韻庭妳好

告訴妳一個好消息

最近因為母嬰親善評鑑有許多文件要整理，

今天問老闆娘是否可以找妳來幫忙整理一些東西

她說 ok 喔！

所以妳看看妳什麼時候要開始，一星期要來幾天

由於泌乳顧問 A 的幫忙，研究者得以進行第一次的田野觀察，此次田野從 2012 年 6 月 11 日至 2012 年 7 月 16 日期間，扣除 A 休假以及研究者有其他工作的日子，共進行了 13 次田野觀察，每次的田野從早上 9 點 30 分到下午 3 點或 4 點結束，端看當天下午 A 是否有諮詢對象而定。一天中，A 通常會諮詢 2-4 位媽媽，來源有診所掛號、產後病房和產後護理機構的病房三種。

每天 A 都會確認當天是否有產後 3 至 5 天⁹正值泌乳第二期的媽媽，以診所內線電話關心哺育狀況、確認是否需要協助，若當天掛號諮詢的母親較少，A 就會大概估算一下餵奶的時間，主動過去探望。A 表示過，這其實是她本來進診所

⁹ 陰道產 3 天，剖腹產 5 天。

工作最想做的一塊，不過由於自己過份積極，而導致院內一些護理同仁的不滿後，她便轉為被動，當母親主動尋求協助時才過去諮詢，或自己行有餘力時才去巡房。

另外，當產後護理機構病房反應有乳房或哺乳狀況時，A 會打電話詢問，預約下次哺乳的時間過去諮詢。除了這兩種住院病人（inpatient）的狀況之外，A 較常處理的就是掛號看診的門診病人（outpatient），這些諮詢者通常是診所出院的病人，或在網路上看見 A 的部落格或粉絲專頁後，打電話預約的哺乳媽媽。即使是經由網路預約的媽媽，A 通常也都請她們直接到診所掛號，並無額外收費。而雖然 A 的諮詢工作有前述三種類型，研究者多數參與的是掛號看診的諮詢工作，產後病房及產後護理機構的觀察各僅有一次。

A 在診所中的工作有：1.泌乳諮詢、2.整理「門診母乳諮詢記錄」等資料、3.協助關於母乳哺育諮詢的學術問卷收集、4.母嬰親善醫院認證的相關文書工作、5.為院內的護理人員進行母乳專業課程等。因此，A 的工作場域不固定，時常在診所、產後護理機構和辦公室之間奔波。診所的辦公室與產後護理機構同棟，辦公室位於七樓，間隔成前後兩間，裡面那間是副總辦公室，其他人則在外面那間，與營養師、工程師和助理等人員一起，研究者在田野中亦暫時有個辦公桌緊鄰於 A。

田野中，研究者須穿著診所的護理制服，參與身分是 A 的研究生。院內的同仁都認知我是 A 的研究生，但並不都清楚我要研究什麼。諮詢時，通常不太需要表明身分，可能因為研究者穿著制服又很自然地進入，有時遇到需要解釋的情況，研究者與 A 便以研究生介紹。雖然泌乳諮詢需要裸露乳房，可能因為研究者是女生的關係，通常不會有拒絕的狀況。

該診所與產後護理機構的位置為前後棟，掛號諮詢的時候，我們便從後棟七樓的辦公室，先著好隔離衣及口罩，到達一樓產後護理機構大廳後，再脫下無菌

衣及口罩，然後離開產後護理機構，約走 20 公尺到達前棟位於大馬路上的診所（見圖 2）。這其實是一個很麻煩的移動，以 A 的立場考量，她應該要有一間專屬的空間，讓她能同時處理行政工作和泌乳諮詢。

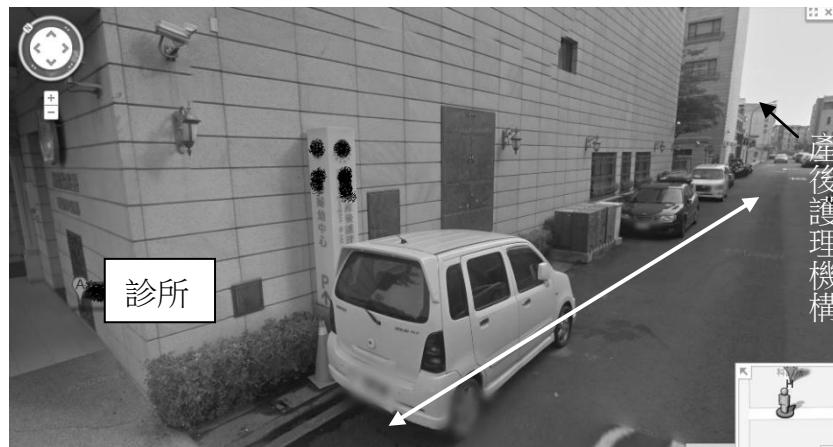


圖 2 診所與產後護理機構距離示意圖（GOOGLE map，擷取日期：2013/5/30）

掛號諮詢的地點位於診所一樓的哺乳室內（見圖 3），哺乳室有一個約三人座的軟墊座椅、兩張折疊扶手椅、一座尿布台、一個單門小冰箱（上鎖，院內員工使用）、一個洗手台以及幾格收納櫃。諮詢中哺乳室會上鎖，然而由於收納櫃及小冰箱的緣故，偶爾會有院內員工進入取用（若狀況不方便通常會請她稍候），除此之外基本上不受打擾。由於哺乳室不大，通常僅能容納 4 個人便差不多了，哺乳室內有空調、插座，就諮詢而言環境尚稱舒服，唯哺乳室中僅有一張軟墊座椅，若母親需要學習其他擺位，僅能利用軟墊座椅學習，另外由於哺乳室只有一間，若同時有其他母親佔用便只能等待，是較美中不足之處。

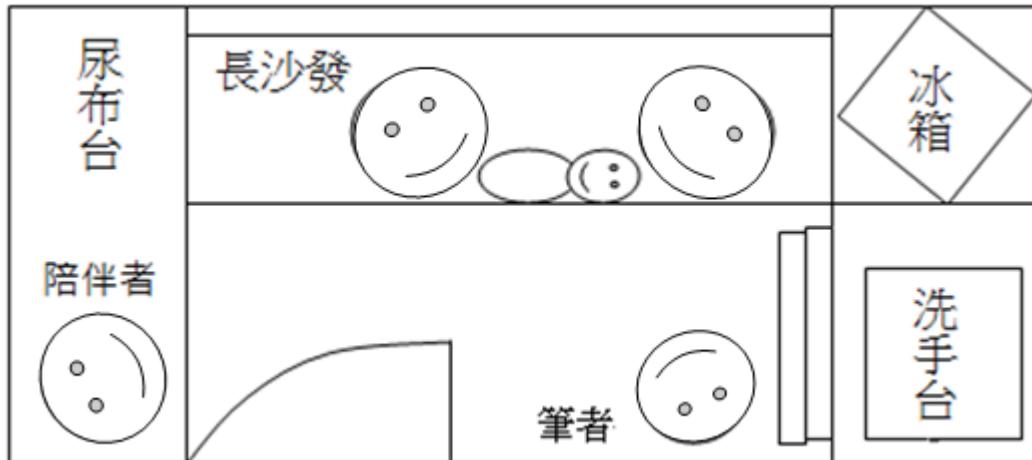


圖 3 田野 A 哺乳室平面圖

電話預約時，A 會要求母親帶孩子來，並且會預約需要哺乳的時間點，因為 A 通常會進行親餵的指導，若諮詢時嬰兒不需要吃奶或在睡覺，就沒辦法教授。諮詢時，母親通常抱著嬰兒側坐在沙發上，A 視狀況或站立或與母親並坐在沙發指導哺乳，陪伴者（通常是老公或媽媽）則站在一旁或坐在扶手椅上，研究者則站在一旁觀察。諮詢的時間通常在一個小時到兩個小時之間，端視諮詢問題而定，A 會盡量在一次的諮詢中，將所有的問題處理到好（無論是否為原定的諮詢問題），因此和另外兩位 IBCLC 相較，通常花費較多的時間。另外，研究者觀察到，當老公是陪伴者時，多數都在一旁玩手機或發呆，甚少參與諮詢過程，這樣的情況較少發生在另外兩個田野場景中，也許是區域的不同之故？（另外兩個田野都在台北市）

由於此次田野是研究者第一次進行觀察，尚屬於摸索及了解的階段，並沒有對資料做太多的控制，焦點也不集中，對於田野中的場景、關係、內幕、語言都還相當陌生，因此僅站在守望、聆聽、學習的過程，並沒有進行太多資料的蒐集，也不懂得如何蒐集，因此在本次田野中，並沒有獲得太多能夠實際使用在研究中的資料。然而本次田野的經驗十分珍貴，泌乳顧問 A 在田野過程中給與研究者相當多的指導，讓研究者對於 IBCLC 以及母乳哺育知識打下了很好的基礎，確實建

構了一個初步的田野藍圖以及方向。

第一次的田野於 2012 年 7 月 16 日結束，原本是因為研究者須回台北值班之故，暫停至 8 月底再開始，然而此時 A 決定於 9 月提出辭呈，因此田野便因此終止。而研究者由於希望能與 A 再進行第二次的深度訪談，於是 A 邀請研究者於 2012 年 8 月 19 日，一起參與了嬰兒用品公司於台北維多利亞酒店舉行的哺乳茶會講座（A 是與談人之一）。由於時間零碎又內容多是閒聊性質，並沒有額外錄音，然而在本次聚會中，經由 A 的引薦認識了另一位與談人泌乳顧問 B，開啟了研究者第二次田野的大門。

（二）第二次田野：泌乳顧問 B

研究者於 2012 年 8 月 19 日認識了泌乳顧問 B，並在當時獲得了 B 的同意，到 B 的泌乳門診進行田野觀察。泌乳顧問 B 為一位兒科醫師，任職於台北市某間綜合醫院，於每週二、四下午與星期三早上開設泌乳特別門診，並於每個月最後一個星期二主持醫院的母乳支持團體。當 B 得知研究者正準備以泌乳顧問為研究主題時，便表示相當樂意提供協助，於是研究者便與 B 約定好，等研究者通過口試大綱後，將與 B 聯繫田野事宜。

研究者於 2012 年 12 月 14 日於網路社群上傳訊息給泌乳顧問 B，而 B 於 2012 年 12 月 21 日回覆：

啊...你的訊息被淹沒了，我現在才發現！真抱歉！

歡迎你來找我談談啊，我的手機 0955***90*，或是上午打到門診找
我也可以 02-257***7*-01*

我想我們很需要這些研究喔！

在電話聯繫之後，很快地敲定了田野觀察的行程，此次的田野觀察於 2013 年 1 月 8 日起，截至 2013 年 5 月 2 日為止，中間由於年假（2013 年 2 月 9 日至

2013 年 2 月 17 日)暫停。參與的頻率於 2013 年 1 月 8 日至 2013 年 2 月 28 日，每週二、四下午 2 點到 6 點及星期三早上 9 點到 12 點，為全程參與；2013 年 3 月 4 日之後，由於加入第三個田野場域，因此改為每週二、四下午；自 2013 年 4 月起，又減少為每週二下午，期間總共參與觀察了 55 個諮詢個案。

泌乳顧問 B 所服務的醫院為地區型綜合醫院，因此位於交通便利的地方，門外還設有以該醫院為站名的公車停靠站，附近共有兩條不同路線的捷運站，分別都僅有兩到三站的公車站距離，唯處於交通要塞，醫院沒有停車場，停車似乎不甚便利。泌乳顧問 B 為兒科醫師，因此有自己的門診室，該醫院的兒科門診室位在二樓，由於醫院臨近不少大型醫院，屬於社區型醫院的功能，平時的門診量並不多，因而 B 得以將部分門診改為泌乳特別門診，專心進行泌乳諮詢而沒有時間及門診量的壓力，泌乳門診甚至為醫院吸引了一些非地緣性的新病患，許多曾找過 B 諮詢哺乳的母親，後來都持續讓孩子到此打預防針和看病。

泌乳顧問 B 的泌乳門診是健保掛號門診，通常須要先電話預約，掛號的對象是母親而非嬰兒，有時候母親們會掛錯，就必須重新掛號。預約時，也會要求帶嬰兒一同前來，因為 B 認為許多哺乳的問題其實是出在哺乳的姿勢上，從姿勢進行矯正才是治本的方式，偶爾遇到母親獨自前來的（通常是乳腺阻塞），B 也會盡量說服母親再次帶嬰兒一起過來諮詢。通常諮詢的陪伴者是老公或媽媽，有時候是婆婆，但相對較少，也有老公和媽媽或老公和婆婆一起前來的情形，甚至也有遇過由姊姊、姨媽、爸爸或幫傭陪伴的，諮詢的陪伴者比較多元，這是另外兩個田野中幾乎沒有看到的情況。

求助泌乳顧問 B 的諮詢者，通常的管道是某個網路社群的知名私密哺乳社團，B 是該社團的顧問；另外也有各種網路哺乳社群的推薦、親友推薦以及母乳諮詢專線推薦等等管道前來的諮詢者。

田野中，研究者同樣以 B 的研究生身分參與觀察，原本 B 想過我是否要穿醫

師袍，然而由於第一次進行田野時，暫時找不到可以借用的白袍，因此抱著姑且嘗試的態度，發現研究者並不需要特別穿著制服，諮詢者也沒有太多在意。雖然是泌乳諮詢，諮詢者須先進到門診室（見圖 4）進行基本的資料核對以及簡單的問題釐清，如嬰兒的月齡、目前的健康狀況、本次主要想要諮詢的問題等等，而通常研究者一開始在門診室時，便會坐在 B 的旁邊。

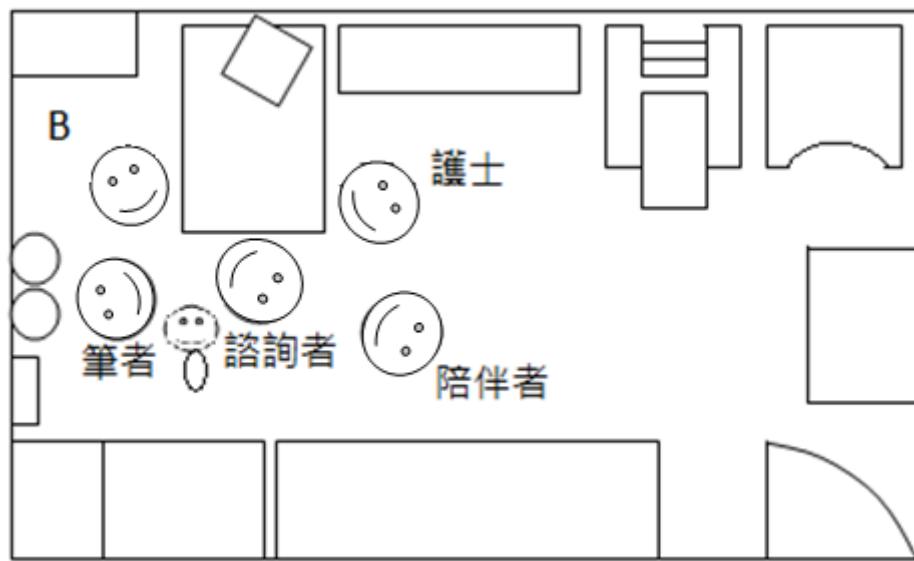


圖 4 田野 B 門診平面圖

大致在門診簡單詢問幾個問題之後，便會移動到諮詢的主要場地—哺乳室去，哺乳室與門診室同樣位於二樓，大概十公尺的距離（見圖 5），在移動的過程中，研究者便會自然地起身跟過去。前進途中，或是甫進到哺乳室時，此時諮詢者通常會好奇我的身分，而 B 會在查覺時主動告知：「這位是我們的研究生。」若諮詢者仍未表現出理解或放心的樣子，B 便會再主動補充：「她是要跟著我做泌乳顧問的研究。」大多數的諮詢者會在此時表現出歡迎，其中少數諮詢者會主動對研究者的研究感到有興趣或表示支持，認為應該要有人多多研究哺乳的問題。偶爾若諮詢者仍有些遲疑的樣子時，B 會進一步詢問：「她方便一起進來嗎？」有

時諮詢者會表現出猶豫但最後仍會同意¹⁰。有時研究者較晚到，B 已開始諮詢，此時研究者便會直接敲門請求進入，進入時 B 會主動介紹我的身分，而研究者會在進入時禮貌地與諮詢者打招呼，釋出善意，諮詢者通常都表示歡迎。在此次田野中，研究者都是身著便服，通常是 T-shirt 和長褲，盡量打扮樸素，可能因為研究者是女生，或者是一般民眾對於「研究」的尊重，又或者是醫病關係中，病人角色的不對等，或認為看醫生時，旁邊有人在「實習」是常態，研究者鮮少（僅有一次）遭遇拒絕的情況。偶爾會有諮詢者誤以為我是醫學或護理研究生，然而在研究者解釋自己的真實身分之後，也都表示善意與支持的態度。

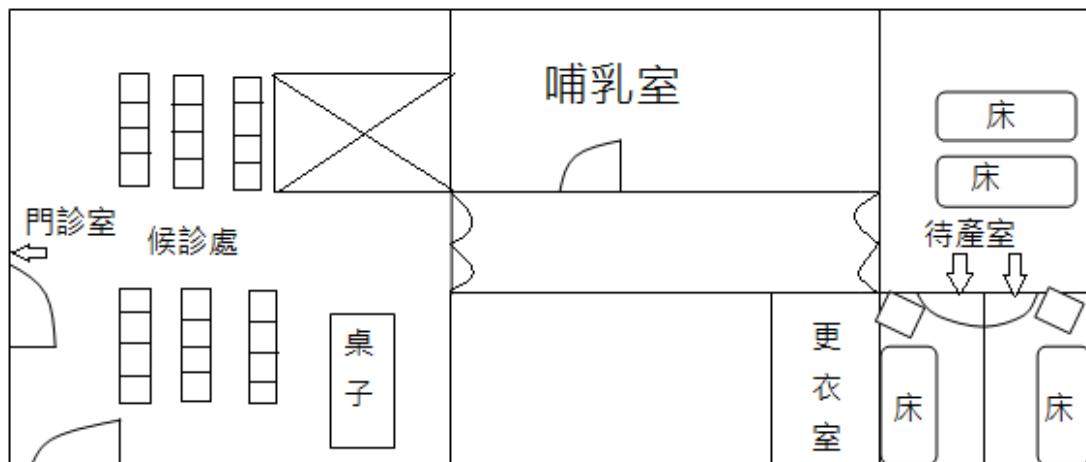


圖 5 田野 B 醫院 2 樓平面圖

進到哺乳室之後，哺乳室會上鎖，正式的諮詢開始，諮詢的時間通常在 30 分鐘到一個小時，偶爾超過一小時。諮詢過程中，有時若有病人候診，護理人員會敲門通知，但並不會因此影響諮詢的時間，也鮮少有諮詢中斷的情況，即使中斷也會在該次諮詢已告一段落之後，獲得諮詢者的同意下，B 才會暫時離開處理打預防針或看病的患者。

哺乳室的空間很大（見圖 6），設備方面有一張雙人沙發、四張有坐墊和背墊的扶手椅、兩張茶几、一座尿布台、一個組合櫃、一間廁所。哺乳室中還有一

¹⁰ 唯有一次拒絕的狀況，那次狀況較為特殊，當時除了研究者之外，還有另一位泌乳顧問 E 也同行，可能因為人數太多，諮詢者有些嚇到，因此拒絕。

些輔助哺乳或諮詢的器材，如踩腳凳、兩個假嬰兒娃娃、幾本《幫助母親哺餵母乳》（King，1992）藍皮書、幾本母嬰雜誌等，亦有空調、插座，提供舒服的哺乳環境。

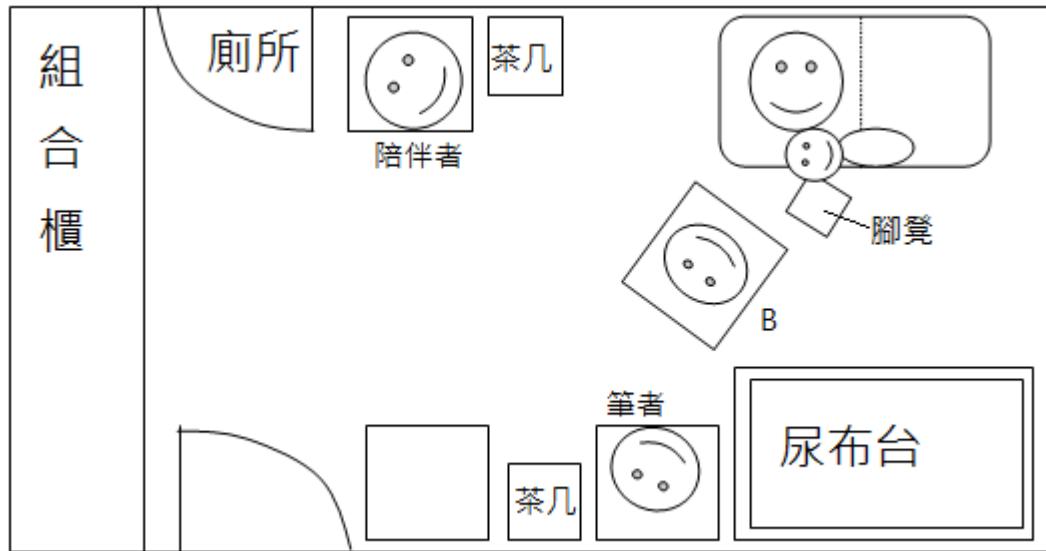


圖 6 田野 B 哺乳室平面圖

哺乳諮詢時的狀況通常如上圖 6，諮詢者會坐在沙發上，B 對坐於她，在沙發上進行各種諮詢，唯當諮詢者學習躺餵時，須移動到後方待產室（見圖 5），約七、八公尺的距離。待產室有兩間，端看諮詢者想用哪邊乳房學習，裡頭有床、枕頭、棉被等，可以提供諮詢者實際學習躺餵。

當諮詢佔用哺乳室時，若有其他媽媽想用哺乳室，通常也會請她們到待產室去使用，而無論諮詢結束時是在哺乳室或待產室，也都提供諮詢者繼續留下來哺乳，並不會有催促離開的狀況，而研究者通常會趁此時詢問諮詢者是否願意接受訪談，B 則會回到門診室看診。當諮詢完全結束之後，諮詢者會再回到門診室去拿估價單和健保卡，除非諮詢者有發燒或發炎的症狀，否則並不會額外開藥，而由於申請健保的醫令代碼中，並沒有哺乳指導或衛教的處置代碼，因此 B 會在處置代碼中輸入「問診」，作為一般門診診療費申請的依據。

諮詢中，研究者以參與觀察的角色，並不會在過程中參與諮詢或討論，除了偶爾 B 暫離時，研究者會趁此機會進行訪談之外，訪談都是在諮詢之後進行。訪談沒有每次諮詢都進行，有時諮詢者較多時，研究者會以完整觀察每個諮詢者為主；或者諮詢者沒有額外時間；研究者也會進行篩選，若該次諮詢中，B 已經將研究者有興趣的部分都問到了，或是在後期，研究者通常只對特殊事件進行訪談。

訪談的問題大多是詢問諮詢者個人的哺育史（如哪裡生產、哪裡坐月子、之前學習哺乳的經驗、遭遇過的挫折、從生產到目前的哺育狀況等等）、為什麼會來找泌乳顧問 B、是否找過其他求助管道、以及本次諮詢的感受等。受訪者通常都非常樂意分享自己的經驗，尤其是諮詢後，當諮詢者對此次諮詢滿意度越高，對於訪談的分享就越踴躍。

第二次田野是研究者歷時最久的一場，本次田野中，研究者逐漸聚焦，更清楚田野中的各種事件所代表的意義，也逐漸與報導人建立起一定的信任關係，隨著在田野上所花費的時間，研究者也能在觀察到敏感的事件時主動詢問、解惑，甚至到了後期，由於研究者對不同 IBCLC 進行的訪談及田野，在這之中和報導人之間的資訊交流，讓報導人對彼此的執業模式產生興趣，而加深了 IBCLC 共同合作的動機。甚至在一次與泌乳顧問 E 進行訪談的機緣下，促成了兩位 IBCLC 互相觀摩、聯合諮詢的場景，對研究者來說這樣的經驗彌足珍貴。雖然 IBCLC 們之間的關係友好，但由於目前並沒有明確的組織機構讓彼此有交流機會，因此 IBCLC 對於彼此的諮詢模式是相當陌生的，她們也許清楚彼此的動態，IBCLC 之間的資訊交流亦頗為頻繁，然而卻不清楚彼此是如何進行諮詢，因此她們都很好奇，研究者也會在田野的閒聊中，分享其他田野中觀察到的情況，也藉此澄清一些疑惑。

而隨著第二次田野觀察與第一次相對照，研究者開始對於「職業背景是否會

影響諮詢方式」產生好奇。泌乳顧問 B 在研究者的田野及訪談中都顯示其執業的自主性是很高的，然而研究者無法確定這是由於個人氣質、執業環境亦或職業背景的關係，因此研究者開始尋找機會，希望能再進行一個護理背景的 IBCLC 為報導人的田野場景，因此有了第三次的田野觀察。

（三）第三次田野：泌乳顧問 C

第三次田野觀察的促成，要感謝高美玲老師的引薦，讓我有機會旁聽目前正在由王淑芳所主持的《國際認證泌乳顧問（IBCLCs）在台灣服務模式發展、實施與評量》三年期的國科會計畫，在 2013 年 2 月 25 日中午 12 點到下午 2 點，於台大兒童醫院 15 樓會議室所舉行的一次專家焦點會議¹¹，會議中出席許多正在進行泌乳諮詢工作的 IBCLC，在高老師的引薦下，認識了於某教學醫院開設聯合門診的 IBCLC（護理長）。原先研究者希望能參與觀察這個聯合門診，然而由於該門診一星期只有一次，於是護理長主動為我牽線，當場聯絡了另一位在私人診所開設泌乳聯合門診的泌乳顧問 C，並且在 C 的同意之下，交換了彼此的電話。

當天晚上，研究者便與泌乳顧問 C 取得電話聯繫，由於有高老師及護理長引薦，在研究者說明來意之後，C 便一口答應讓研究者隨同門診進行觀察，於是約定在 2013 年 3 月 4 日進行第一次的田野觀察。本次田野從 2013 年 3 月 4 日至 2013 年 4 月 29 日（泌乳顧問 C 離職），3 月的田野時間為每週一下午 2 點到 5 點，和每週三早上 9 點到 12 點¹²，4 月為每週一下午 2 點到 5 點，期間共參與觀察了 38 個諮詢個案。

門診中，有時諮詢的病人較多，便會有延診的情形，例如研究者第一次觀察時，便延診到 6 點半左右，然而據 C 所言，較常發生在星期五晚上的門診時間；

¹¹ 基於學術倫理及王淑芳老師的要求，本研究並不引用於會議中獲得的數據或資料。

¹² 從 3 月開始，泌乳顧問 B 的田野時間改為每週二、四下午；另外，泌乳顧問 C 還有一個門診時間為星期五晚上 6 點到 9 點，唯這時間研究者有其他工作，因此無法前往。

另外，看診人數的多寡也是一陣一陣，根據 C 的推測，似乎有「連假效應」，當連假結束後，通常看診的病人也會變多，而研究者推測，這可能跟 C 較常處理乳腺阻塞或乳腺炎的症狀有關，在泌乳顧問 B 的門診中，這樣的情況較不明顯。

泌乳顧問 C 工作的診所位於台北市的交通樞紐，除了離高鐵站、火車站及捷運站相近之外，也是各路公車停靠的線路，而附近停車較不方便，不過並不影響該診所的來客量。該診所是 2012 年新開幕的婦產科診所，沒有接生，主打產檢、母胎兒醫學，由三位大型教學醫院出身的知名醫師坐鎮，泌乳顧問 C 則從同年 12 月開始於該診所進行母乳特別門診的諮詢服務，並於 2013 年 4 月底離職。

泌乳顧問 C 於該診所進行的母乳特別門診是由她和診所內兩名醫師輪流聯合開設的聯合門診，即是以醫師名義開立醫令，並在醫師的監督下提供泌乳諮詢的服務。該門診以健保掛號及部分自費的方式進行，收費的方式視諮詢的問題及狀況而定，若諮詢的問題為乳腺炎等主要涉及醫療行為的疾病診斷，則僅會收取健保掛號費用；若諮詢問題包括哺乳諮詢指導、乳腺阻塞的乳房護理、母乳衛教等，則會收取部分自費，而再復診時則僅收取掛號費。

C 的泌乳門診也是採取預約制，門診量有時一至二人，有時則可能多達十人，時間通常是 20 至 40 分鐘，視當日預約人數和諮詢問題而定。診所的候診處與門診室約距離 7 至 8 公尺，中間隔了一扇自動門（隔開診所大廳和門診區）和一扇門診室門，諮詢者預約到診後，在候診處稍待，然後叫號進入。田野前期 C 有一名跟診的護理人員，後期則通常僅有 C 一人，有時 C 會親自走出診間叫號，較少以機器按鈕叫號，也較少主動請護理人員協助。叫號後，諮詢者進到診間，會先在問診室進行諮詢問題的釐清，若是初診，需要填寫一張「產孕婦乳房照護門診記錄表」（見圖 7），清楚諮詢問題之後，才會移動到診間內的超音波室進行諮詢的主要部分（見圖 8）。

孕產婦乳房照護門診記錄表

日期：2013 / / 姓名：

基本資料：

生產方式： 自然產 剖腹產 懷孕週數：週

生產日期： 生產醫院： 胎次： 職業婦女：是 否

哺乳情形： 純餵母乳 母乳混合配方奶

餵食方式： 親餵 擠出瓶餵 兩者都有

餵食頻率： 小時/ 次 (C.C)

擠乳頻率： 小時/ 次，擠 C.C

擠乳方式： 手擠 吸乳器： 牌 電 手動

目前問題： 乳房腫脹 奶水不足 奶量減少 ml → ml (左 右)

發燒 目前體溫： °C 發燒溫度 °C 共 天

有服藥及就診

右 左 局部硬塊： ___ o'clock ~ ___ o'clock

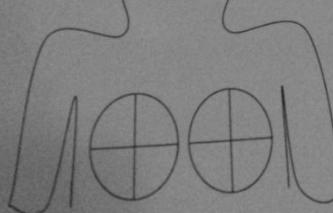


圖 7 產孕婦乳房照護門診記錄表（黃韻庭 攝，2013）



圖 8 田野 C 門診空間配置圖

由於診間並非針對泌乳諮詢設計，除了問診室（圖 9）之外，還有超音波室（圖 10）和內診室，環境雖以紅色、粉紅色等暖色系搭配木頭系統櫃營造溫馨的視覺，空間上仍然是傳統的醫病模式。以諮詢的主要場所「超音波室」來說，其設計的目的是進行超音波檢查，因此僅有一台超音波儀器、一張滾輪椅、一個三層櫃、一張超音波床、一個枕頭、一條蓋住腳部的毛毯、一張餐椅和兩個插座

(圖 10)。內部的空間並不大，當泌乳顧問、諮詢者、研究者和護理人員或陪伴者四人同處其中時，便幾乎卡住無法移動，而由於環境的限制，諮詢時，諮詢者通常平躺在床上，先由泌乳顧問 C 檢查乳房的狀況，有需要時則輔以超音波儀器檢查是否有發炎的症狀。若要學習親餵，除了躺餵較能模擬實際狀況之外，通常只能坐在床邊以搖籃式學習，並且無法實際營造正確姿勢，僅能以口頭指導的方式告知應該注意的部分，至於其他擺位，研究者則沒有機會在田野過程中觀察到。



圖 9 田野 C 問診室（黃韻庭 攝，2013）



圖 10 田野 C 超音波室（黃韻庭 攝，2013）

諮詢過程中，泌乳顧問 C 相較於另外兩位泌乳顧問，花了更多的心力在於乳房護理的工作上，例如排除乳腺阻塞、處理小白點、確認乳房是否有發炎等，也在擠奶技巧上較多指導，例如正確判斷脹奶和塞奶、正確的手擠奶技巧、正確的電動擠乳器使用技巧等，泌乳顧問 C 通常會主動鼓勵諮詢者學習，並且有較細緻的教學，而這是在 A 和 B 的諮詢中較為少見的情況¹³。

進行諮詢時，通常泌乳顧問 C 都能自行處理大多數的諮詢個案，然而護理人員法§24 規定：「護理人員從事醫療輔助行為時，應在醫師的指示下行之」，且依據醫師法§11 條規定：「醫師非親自診察，不得施行治療、開給方劑或交付診斷書」，因此護理人員開診原先便受有較大的限制。再加上此門診為與醫師合開的聯合門診，而非獨立門診，因此當諮詢者需要醫療介入時，C 便需要打內線電話請共同開診的醫師過來支援，而當諮詢結束時，C 也會詢問諮詢者是否有再請醫師診察的需求。

田野觀察前期，偶爾有醫師過來親自診察後，接手泌乳諮詢的情況，甚至有一次醫師的建議與泌乳顧問相左的情形，雖然泌乳顧問給予委婉的改正，然而我們並不難想像，在獨立門診中，這樣的情況較無發生的可能。另外，私人門診的執業環境也讓泌乳顧問 C 相較於 A 和 B 來說，較有看診數的壓力(田野筆記 C_19)。C 曾表示雖然她的諮詢量並不會讓診所「虧錢」，然而相較於其他醫師所能執行的各種自費診療(如羊膜穿刺等)，因為賺得比較慢，而有了比較的壓力。另外，同樣由於營業效益之故，診所會希望看診時能不要「一次看到好」，院長曾暗示 C 在處理諮詢問題時，要「留一點」好預約下次復診(田野筆記 C_35)，除了企圖影響諮詢模式之外，也意味著對於診所主管而言，泌乳諮詢同樣是以疾病治療的眼光看待。在田野後期，根據研究者觀察，C 逐漸轉變諮詢方式，不但諮詢時間延長，諮詢的方向除了乳房護理、母乳衛教之外，更常主動鼓勵諮詢者學習親

¹³ 須特別說明的是，A 和 B 並非認為正確的手擠奶和使用擠乳器的技巧不重要，事實上，至少手擠奶的技巧是普遍被認為即使是親餵的母親也必須學習的基本乳房護理。

餓。研究者推測，可能因為田野後期，研究者觀察的診次剛好諮詢的人次較少，因此比較無時間壓力，另一部份，研究者猜測，也可能是因為決定離職，因而更能夠展現自己諮詢的自主性。

二、 田野資料蒐集

（一）田野中的關係

田野研究者如何在田野中呈現自己，是研究者隨時須要保持警覺之事，因為研究者的自我呈現多少會對田野關係有所影響（Neuman, 2000）。以角色涉入程度而言，在三次的田野觀察中，研究者基本上都是扮演「參與觀察者」的角色，意即在田野場景中，無論是 IBCLC 或是諮詢者，都知道研究者的存在，並且在知道研究者的研究身分下，同意研究者參與諮詢過程，與研究者分享田野中的資訊。

對於主要報導人—IBCLC—而言，她們都事先知道研究者的研究單位，也大略知道研究主題，在偶爾的田野訪談中，研究者也會與報導人分享或討論截至當時的研究發現或疑點。而對於諮詢者而言，則會因是否有額外時間與諮詢者接觸而有程度上的不同：在泌乳顧問 A 和 B 的田野中，由於 A 和 B 通常會主動介紹研究者，而在諮詢途中或諮詢過後，研究者能夠額外進行短暫的訪談時，會更清楚地介紹自己的身分及研究主題。而泌乳顧問 C 的田野場域中則較為特殊，由於研究者很少有與諮詢者談話或接觸的機會，對於諮詢者而言，研究者的身分比較偏向「完全參與者」的身分，諮詢者可能會誤以為研究者為實習醫師或實習護士的身分，這在偶爾研究者與諮詢者單獨相處時，諮詢者對於研究者的提問可以查覺。

其實多數時候，無論在哪個田野場景中，當研究者與諮詢者單獨相處時，諮詢者時常會對研究者提出諮詢問題，有時是因為訪談中剛好提到，或者是對於研

究者身分的誤解。此時研究者大多會為了訪談的順利，依當時的狀況以及提出的問題，適切地回答基礎問題後，再鼓勵諮詢者對 IBCLC 提出問題。這樣的狀況通常是研究者在田野中感到困惑的，意即對於自我呈現是否踰越了研究者身分感到警惕。

（二）觀察與聆聽

在泌乳諮詢中，研究者並不會主動說話，也不會做出任何引起騷動或注意的舉動，盡量在過程中保持隱形和安靜，盡可能的讓諮詢的過程不會因為研究者的存在而產生變化，因此在田野中，研究者通常做的只是觀察和聆聽，並且記錄田野筆記。當然，再如何隱身也沒辦法真正消失，諮詢者偶爾會點出研究者努力筆記的樣子，意即研究者的存在還是吸引了她們部分的注意力。如同 Neuman 所言：「田野研究者不僅觀察與調查田野中的成員，同時也被田野成員所觀察與調查」（Neuman, 2000: 667），而不隱藏身分的田野研究者該如何把社會研究平常化（normalize social research），在研究者的做法，是盡量讓諮詢者感覺到研究者是與 IBCLC 一起的工作成員、研究者是泌乳諮詢中「固有的一部份」，以「理所當然」的姿態進入諮詢的場景之中，例如諮詢者進入診間時，主動與諮詢者眼神自然接觸並微笑；大方地進入哺乳室或超音波室，主動開門、關門，主動協助 IBCLC 遞衛生紙；當諮詢者在自我描述時，與研究者對到眼，研究者會表現出感興趣的樣子；在諮詢者對研究者提出問題時，不直接回絕提問，而是採取避重就輕的方式回應等等。然而這樣的危險便是如上所述的，研究者的自我呈現是否踰越了身分，實際上的情況則通常是在兩者的權衡之間擺盪。

（三）田野筆記

田野中的大部分資料都是書面筆記的形式。當出現特殊用具或場景，會經過同意取得照片，或偶爾會有些資料（如廠商提供的 DM 或贈品）會准許研究者拿

取一份，但這樣的情況都相對少見。

另外，田野諮詢的後期，在情況准許的前提下，研究者也錄製了 6 次完整的泌乳諮詢過程。沒有以錄音為主要記錄方式的原因在於，首先，由於研究者長時間浸淫在田野工作中，錄音的方式過於曠日廢時，其次是必須保護患者的隱私，而最重要的是，為求研究倫理，錄音前必須先取得受訪者的同意並且宣讀一些必要事項，然而過度強調錄音及研究事實，會破壞諮詢的流暢度和品質，並且增加諮詢過程被干擾或監視的感受 (Neuman, 2000: 683)。因此，研究者的資料來源多數是出於田野中所記錄的書面筆記。

書面筆記的方式，在田野初期，研究者以記錄諮詢者的基本資料、諮詢問題、處置方式為主要記錄內容，而在田野中後期，則開始較有餘裕詳細記錄下每個 IBCLC 諮詢中較常出現的逐字內容。筆記中也時常穿插研究者過程中的疑點及感想，並且在事後延伸為推論筆記。

研究者將此類田野筆記資料，依諮詢個案的場次分別建檔，如在泌乳顧問 B 處觀察的第一個諮詢個案，其田野筆記編號為 B_01，第二個諮詢個案編號為 B_02，而在泌乳顧問 C 觀察的諮詢個案，田野筆記編號為 C_01、C_02、C_03...等，以此類推。以此為編號的田野筆記資料有 B_01 至 B_55、C_01 至 C_38，共計 93 個筆記資料，在正文中，資料引用將以「田野筆記 B_01」的方式呈現。

（四）田野訪談

而除了泌乳諮詢的觀察之外，研究者也把握機會進行田野訪談。訪談分為兩部分：一部分是與 IBCLC，談話內容通常是研究者在田野過程中的感受分享，或是對田野中的疑點或推論的求證。這樣的對話經常是在一般談話閒聊中帶出來，通常是無結構、無既定方向的非正式訪談，由於沒有明確的開始或結束，因此也經常沒有使用錄音記錄，而是簡單筆記下來。然而與 IBCLC 的田野訪談是研究者

研究推論中相當重要的一環，無論是在訪談中逐漸與報導人建立關係，或者分享各種田野上的經驗或疑問，研究者也時常以反覆詢問一樣的問題，來確認答案的一致性，以及旁敲側擊的方式了解一些田野中較為敏感的議題等等。

另一部份則是針對諮詢者，發生在泌乳顧問 A 和 B 的田野中，主要為釐清諮詢者的哺乳史、尋求協助的管道及諮詢過後的感受等等。因為通常嬰兒會有很多狀況要處理、諮詢者也通常身兼數職（媽媽、太太、媳婦）因此時間不多，大概 10 分鐘左右，同樣以邊訪談邊筆記的方式記錄，以免增加訪談者的負擔。

三、深度訪談

除了田野研究的三位報導人之外，研究者亦另外盡可能地補充各種不同的 IBCLC、護理人員的訪談，增加資料的完整度，因此另外與一位母乳臨床經驗豐富的專科護理師（非 IBCLC）、兩位 IBCLC、三位有母乳哺育經驗的母親¹⁴，各進行了數場長達 2 小時的深度訪談（見附錄一），另外也參與了五場與 IBCLC、母乳哺育相關的活動和會議（見附錄二）。

在進行其他 IBCLC 或哺乳母親的深度訪談以及活動參與，每一位報導人都是我滾雪球的重要媒介。在每一次的田野及活動參與中，藉由 IBCLC 的引薦而得以認識更多的 IBCLC，唯研究時間有限而無法收集更多的深度訪談資料，是研究者的遺憾。

由於研究者有意地將深度訪談的時間放在田野研究較為成熟之後，訪談內容多數是在田野中聚焦，而希望能進一步釐清的問題，因此為針對受訪者而設計的半結構式訪談。訪談問題的方向有：

- ◆ 如何與母乳哺育指導結緣的？

¹⁴ 實際上研究者訪談過的母親不只三位，不過此處只列出研究中引用的報導人；另外，對尋求泌乳顧問 B 諮詢的母親所進行之訪談，僅有少數幾位有額外錄音，研究中一律以田野筆記的形式記錄。

- ◆ 為什麼會成為 IBCLC／母乳哺育專家？
- ◆ 認為目前的母乳哺育指導出現什麼困境？
- ◆ 如何界定各種不同位置的母乳哺育推動者（如志工媽媽、產後病房護理人員、母乳衛教師、IBCLC 等）？
- ◆ 對於母乳哺育推廣的願景？

另外，針對非 IBCLC 的母乳專家，詢問「非 IBCLC 的哺育指導者的指導模式」、「對於 IBCLC 的看法」等等，而針對 IBCLC 詢問「認證考試的過程」、「諮詢服務的經驗分享」與「目前執業所感到的限制」。

四、研究倫理與研究限制

取得資料的過程中，研究者謹遵研究倫理，攝影、錄音、拿取田野物品時，均事先取得報導人及受訪者的同意，並告知其對於資料內容永遠有保密、拒絕之權利，在確認受訪者清楚權利之後才取得。取得資料過程亦不強迫、欺騙報導人及受訪者，以平等、互相尊重的方式進行資訊交流，並且不為交換資料而捏造研究者的資訊內容。

研究中所觸及的研究對象皆為了保護隱私而使用匿名，並且由於內容涉及私人醫療行為，對於資料呈現，盡可能的以組合的形式，而非以連結特定個人的方式描述。

而在研究限制上，由於 IBCLC 的實際名冊為保密資訊，每個 IBCLC 提供泌乳諮詢服務的情況也一直都在改變，因此本研究並無法為 IBCLC 做一個全面性的描述，而研究的目的也不在此。另外，由於研究時間的有限，對於傳統母乳哺育的指導，研究者未能親身訪談當時的哺育指導者，僅能從文獻資料的斷簡殘垣中拼湊；而當代的母乳指導方面，研究者未能到醫療院所中實際參與臨床哺乳指導，亦未能參與居家服務型態的服務模式，也尚未能觀察婦產科醫師和男性 IBCLC 的

執業狀況，僅能就門診諮詢服務的模式做一個較詳細的說明，是研究者描述哺育知識指導的主軸上的不足。

另外，由於研究者並非醫學背景出身，關於醫師和護理人員的職業背景、學術術語以及局內人所使用的行話全然不熟悉，也影響了報導人在田野中願意對研究者透露的程度，以及對研究者的信任。研究者雖盡量以時間來建立與報導人之間的關係，努力學習泌乳諮詢的基本知識，取得報導人對於研究者的信任，也所幸研究者所接觸的報導人都相當樂於分享，然而仍然有一些限制，相信若研究者同樣是醫護背景出身，將能夠更游刃有餘地深入敏感議題，以及打入圈內人的關係。



第三章 從「傳統」到「現代」：哺育的問題化現象

雖然官方在國民健康局母乳哺育網站「相關政策／哺乳大事記」¹⁵中，以台灣母乳哺育推廣狀況為觀點，將台灣哺育史分為奶粉補助期（1950~1980）、消極規範奶粉期（1981~1990）、母乳推廣期（1991~），然而研究者認為這樣的分類法過於「母乳中心」，無法如實反映台灣的哺育狀況。另外，文獻檢閱以及田野觀察中，研究者發現哺育知識與生產知識息息相關，也發現哺育知識與生產知識的改變都隱含著相似的時代背景與母職實踐¹⁶，例如配方奶粉的濫觴，主流論述皆認為與傳統的產科結構有著密切關係，另外，也正是由於產科醫師主導的醫院生產，對過去由傳統接生者、助產士所主導的居家生產的取代，導致哺乳知識的失落。本章，研究者將先探討早期傳統社會中，「母性互助系統」所發揮的作用；再探討傳統哺育知識與科學育兒的哺育知識間的消長；而後介紹 1970 年代台灣生產結構產生變革的社會背景，傳統產科結構的內涵，最後再帶入配方奶粉，探討配方奶的哺育型態與產科結構之間共存共榮的關係；引導出哺育知識在歷經此時期後的問題化現象。

一、母性互助系統：早期哺育知識的傳承（清末~1970s）

農業時代，在配方奶粉尚未量產、普及之前，婦女自己哺乳是作為一種「想都不用想」的事情，母乳哺育率維持於百分之九十以上，哺育母乳本身就是生活的一部份，當人們提到哺餵的時候不需要疑問「餵什麼」？這樣的「理所當然」，與當代將哺育母乳和生物本能綁在一起而建構的「理所當然」並不相同，雖然它們在哺乳行動的敘事中常常糾葛在一起，很難梳理開來。這是因為傳統中常識（common sense）的「教導者」並非現代意義下的專家，其所知的知識並非一

¹⁵ 國民健康局母乳哺育網站「相關政策／哺乳大事記」，資料來源：

http://www.bhp.doh.gov.tw/breastfeeding/11policy_02.htm，檢閱日期：2012/10/07。

¹⁶ 傅大為亦在其著作《亞細亞的新身體》說道：「近代台灣的形成，必然也伴隨著『近代台灣身體』的形成。這個近代身體的形成，最明顯的要素之一，就是各種近代的身體技術與醫療技術。…同時，附著在前近代身體上的傳統技藝，也一片片地被有系統地剝落與取代」（2005：27）。

塊富有秩序的領域，非以系統性知識的型態存在。常識的思維方式乃是「對經驗的直接表達而非對經驗的有意識反省」(Geertz, 2007 : 110)，它被描繪成情境固有的、真實的道理，形成一套體系，而在其中，渾然天成地，自然與文化並無明顯的分野，「現實世界就是它的權威」(Geertz, 2007 : 110)。以傳統社會的哺育為例，當區域中已形成一套關於哺育知識的常識後，即使在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也會自然地出現 (馮曉蘋，2005)。

由於傳統觀念裡，認為男性參與生產過程是不吉利的事，因此生產的場域除了接生者和前來幫助生產的婦女之外禁止他人進入(鍾淑姬, 2005; 楊舒雅, 2011)，她們如同一個以關係連帶為基礎所組織的「生育圈」，而這些參與生產的人，基本上都是親友、鄰居等平時就熟識的人，幾乎不會出現陌生人，包括傳統意義上的接生者：產婆，也經常是由親近的、有豐富生產或接生經驗的長者所擔任 (楊舒雅，2011 : 42)。並且根據簡素真的訪談 (2010) 以及游鑑明的研究 (1993)，接生者常常是產婦們的最佳顧問，因為接生者對於產婦的照護，並不單單只有分娩的時刻，甚至在懷孕初期便會時常給予協助、解惑 (洪有錫、陳麗新，2002 : 156)，而在產後的當下片刻，產後護理和一些育嬰知識也常經由生育圈所指導¹⁷。

許多經歷如此生產經驗的產婦都認為，接生者在整個生育過程中提供了有力的協助以及心理上的支持¹⁸，因而形成彷彿以口碑、地緣的「執業」形式，「不僅個人生產必找特定產婆，甚至親友、子孫都共聘一個產婆，而形成產婆與產家之間特殊的網絡」(游鑑明，1993 : 85)。然而傳統社會中的接生者暨團隊，本就是以女性特有的知識經驗及地緣亦血緣的方式所組成。由文獻資料來看，無論殖民政府或國民政府，都以國家力量將傳統的「無照產婆」貶為非專業、非科學 (傅大為，2005)，而至於制度之外，根據中國農村復興聯合委員會調查全省十六鄉

¹⁷ 這套生產流程 (懷孕、分娩到產後照護、育嬰知識) 也一直延續到後來助產士的執業內容。

¹⁸ 詳細的訪談描述可參閱在簡素真 (2010) 的著作〈台灣阿嬤哺育母乳的生命經驗〉。

村接生情況，即使在 1951 年，由開業助產士、衛生所助產士接生的比例為 51%，但仍有 38% 的產婦由家族、鄰居或自己接生，由醫生接生的情況僅佔 3%（馮曉蘋，2005：27）。

研究者認為，在傳統接生習俗中，所謂的「生育圈」之所以可能，乃是由一套純由婦女社會網絡所組成的「母性互助系統」所支持著。這樣的情況，在簡素真（2010）的著作中，也有相同的描述。我們看見當時台灣的母乳哺育有一套由人際網絡所組成的母性互助系統，這樣的母性互助系統中，有婆婆、妯娌、親友、產婆、甚至助產士等等。

在此，研究者將母性互助系統區分為兩大類別：一是以情感連結的傳統女性社會網絡（如媽媽、婆婆、妯娌、親友、鄰居等），另一是以技術連結的傳統女性支持系統（如家族長者、傳統意義下的接生者、產婆、助產士等），而常民哺育知識的傳遞，依靠的便是這兩大體系的支持。如這些阿嬤們描述，嬰兒一生出後，接生者便會將嬰兒抱過來，實際參與產婦的初次哺乳經驗；而在哺乳期間遭遇困難時，婆婆及妯娌也時常「根據經驗」提供解決的方法，甚至哺乳的媽媽們會聚集在某個公共場所（如廟口、榕樹下、田邊）一起哺乳，一邊交流哺乳經驗（簡素真，2010）。

在此，本研究亦要強調，研究者所拓展的「母性互助系統」，並非僅是類似「gossip」所指涉的儀式性生育圈子¹⁹而已。所謂的母性互助系統，除了在整個孕期發揮作用之外，亦包括身為女性所經歷的生命特殊經驗²⁰以及從中獲取的常識積累²¹。這套特殊的知識具有私密性、傳承性和傳記性質，乃是由女性所特有

¹⁹ 參見第一章的文獻回顧。

²⁰ 其中多是身體經驗，如做為女兒的經驗，從小便是以照顧整個家庭做為養成教育，若身為長姊要照顧弟妹，若身為童養媳要照顧夫家等等；又如地方特色以女性為群落時，如採茶、洗衣、裁縫、家庭代工、女工等等，在純女性的場域中談論關於女性的問題。

²¹ 例如傳統社會裡，大部分的婦女均以母乳哺育嬰兒，可於室外自然地將乳房露出餵奶，女性在從小到大的生長環境中，就可以看到周圍婦女哺餵母乳，進而模仿及學習，在生產後她很自然的就會哺餵母乳。即使遇到一些問題或挫折，婆婆或周圍的婦女可以很快的提供自己的經驗來幫忙支持她，透過經驗及知識傳承的方式獲得母乳哺育相關資訊（簡素真，2010：13-14）。在簡素

及壟斷的女性權威，長年累月形成一整套有文化、有脈絡的地方知識。

乃是由於「母性互助系統」的存在，生育儀式／gossip 因運而生。生育儀式／gossip 的運作模式不可能像「快閃族」，聽聞某處有婦人臨產才聚集過來，平日裡毫無相干。甚至在多產的傳統社會中，生育儀式／gossip 的運作說不定比我們想像得還要頻繁和熱絡，如果村落裡一胎接著一胎生的話，也許導致生育儀式／gossip 的運作沒有解散的時候。

而另一方面，在母乳代用品尚無法輕易取得的年代，雖然哺育母乳時常是唯一的選擇，然而當時的母親並沒有因為「沒有選擇」而毫無哺乳的困難或更少的焦慮，哺乳仍然是一件需要經過學習以及「經驗傳承」的事（江文瑜，1995；鄭琇惠等，2010），而「母性互助系統」便在之中發揮功能。當某個初產的、無經驗的（準）媽媽出現時，每個「有經驗」的人都可以成為她的老師，根據分享個人生命史或口述故事中別人的生命史作為知識傳授的基礎。在那個時代裡，哺育母乳被視為一種「生活實作」，只需要一些「技巧」，但人人都學得會的工作，哺育知識作為一種「常識」，如同其他女性身體的知識，歸本於「直覺性理解」的氣息（高彥頤，2007：323），它以「完全沒有甚麼論據，簡單地講，它就是生活」（Geertz, 2007：110）這樣的斷言，存在於女性生活情景的「私相授受」之中，乃是一種依靠身體經驗具體傳承的女性知識（高彥頤，2007：319）²²。

然而在往後的時期，哺乳的技術因為傳授過程中「閒聊」及私密的性質，以及僅發生在女性團體中的特性，如同其他女性的身體經驗和生活實作在歷史中的

真的研究裡，還有許多例子可以佐證這個說法，而李育軒（2010）檢視太魯閣族女性母乳哺育的研究中，也有類似的發現。

²² 在此，欲另外補充的是，在對過去傳統中國幼科醫籍的考察中，雖我們得以查閱到一些教導婦女乳養幼兒的章節，如唐代孫思邈的《千金要方》、宋代的《小兒餵生總微論方》等等，然而如同熊秉真於《幼幼—傳統中國的襁褓之道》（1995：21）中所澄清的：「歷史上醫學進步與民眾健康改善是相關而不相等的兩個現象。…傳統中國從事於健康服務或醫療工作的人種類很多，上至宮廷太醫，下至遊走江湖的郎中、鈴醫，不一而足。普通人家裡有人健康出了毛病，除了盡量自療或求助於臨坊親友之外，街坊市集的藥鋪，乃至巫士扶乩，都是民眾訪求的對象。醫學發展與民眾醫療行為之間存在著一種相當複雜的互動關係」。

地位，被簡化、貶抑及邊緣化；亦如同女性從事的工作皆被低估、去技術性的過程，因而貶低其知識的價值；又隨著傳統產婆、產婆被婦科醫學鄙為不科學、非專業等等因素，「哺乳」於焉隨之被劃入私領域的範疇，且被排斥在婦產科醫學體系之外。

二、科學育兒知識與傳統哺育行為

歷史中，掌握話語權的精英階層、醫界、社會觀察家等，對於指導「正確育兒觀念」始終熱衷（熊秉真，1995；Stone，2000；Yalom，2000；柯小菁，2007；周春燕，2010），以中國傳統幼科醫學為例，幼科醫籍中，已有對於母親哺育幼兒的一連串建議，然而與近代以來，以科學育兒所不同的是：無論在哺育的行為或知識方面，與民間習俗的實踐、母親的身體經驗並無二致²³。然而，十八世紀婦科醫學最重要的發展之一，婦幼疾病被納入正統醫學範疇後（蔣竹山，1999：224），科學的觸角延伸到育兒和母職的敘事，在哺育的知識和實踐上顛覆「傳統」，與以往有著相當大的差異。

我們都知道，隨著母乳哺育率的逐漸沒落、配方奶粉哺育的大量應用，科學育兒的觀念真正改變了民眾的哺育觀，然而這些由上而下的指導，在二十世紀初期的台灣，影響力也許僅及受教育的婦女及中上層階級家庭，尚未能全面地顛覆大眾傳統的哺育習慣。而此處，我們將先著眼於這些以科學哺育知識在台灣的濫觴及時代背景，之後再討論新、舊哺育行為之間的落差所造成的衝突，如何前所未有的將哺育問題化。

²³ 例如宋代《小兒衛生總微論方》提醒：「若乳汁湧·恐兒咽乳不及·慮防嗆噎·則輒奪之·令兒少息·又復與之·如是數反則可也」；又例如過去對於初乳的營養價值並不了解，因此反對嬰兒出生後立即哺乳，而主張應先餵食甘草湯或「朱蜜」等，清除「胎毒」及「胸中惡汁」後再行哺乳（熊秉真，1995：92；劉聰詠，1998：73）。而民間，無論滿、漢皆流行著「開奶」的習俗（周春燕，2010：15），而台灣民間社會，亦有母親產後三天脹奶後才餵奶，前三天嬰兒只喝水，或是服用紅嬰、黑研仔標驚風散、八寶散之類的藥物，稱之為「退胎火」的習慣（馮曉蘋，2005：8；楊舒雅，2011）。

十九世紀末起，美國存在著一段獨尊科學知識的母職意識型態，「認為女人需要科學家及醫師的建議，才能養育出健康的小孩」(Apple, 1995: 161)；而到了二十世紀前葉的美國中產階級母親，必須準備特別的嬰兒食品、消毒奶瓶、每天為小孩量體重，還必須閱讀營養、傳染病控制的最新研究 (Cowa, 2004)。

Apple 認為，哺育型態從親餵轉型成瓶餵 (bottle feeding)，是科學母職成為女人實踐母職的意識型態，最明顯的證據之一 (Apple, 1995: 161)²⁴。若我們以此論述做為科學母職實踐的驗證，便可知，科學育兒的知識觀和科學母職的實踐並不見得是同時性的。

以近代中國為例，由於從清末以來遭受列強欺凌，基於強國強種的民族主義以及現代化的追求，20世紀初，這股「科學育兒」的風潮也吹到中國來（柯小菁，2007；周春燕，2008）。在女子教育上，「科學知識」被廣泛運用在家政、育兒方法上，強調以科學方法來養育兒童（柯小菁，2007: 51）；醫界也引進西方解剖學，開始從生理學的觀點，認識妊娠期和產褥期的母嬰變化以及幼兒發展，並從營養學分析母奶、乳製品及各種食物的營養價值，以補充幼兒童適切的營養（柯小菁，2007: 152）；另外，定時定量的哺育法也在此時被提出（周春燕，2010: 18）。

然而周春燕 (2010: 45) 認為，中國近代 (1900-1949) 雖然存在母乳與代乳品的競爭，但僅限於城市裡的中上階層，並且只有趕時髦、追求自由的新女性，或是當母親因故而無法親自哺乳，或是母乳不足，甚至嬰兒已至斷乳期時，才以人工哺餵取代母乳。顯見在中國，科學育兒知識的鼓吹和科學母職的實踐之間，是有一段時間差，這樣的情形在當時的台灣亦然，然而台灣的科學育兒知識由於

²⁴ 瓶餵能成為證據，主要是因為瓶餵涉及一連串迥異於母乳哺餵的知識，而這些知識本身都「明示」著它比親餵更科學的哺餵實踐。例如就我們一般所知，瓶餵需要一些器具，如奶嘴(好幾個)、奶瓶(好幾支)、乾淨的水、配方奶粉…等，裡頭全都涉及了如定時定量、消毒等科學知識（雖然瓶餵在現今觀點看來並不見得等同於配方奶粉哺餵，但在此將先不論把母乳擠出來瓶餵的哺餵模式，當時的母親會這麼做的比例應該不多）。

殖民時代的特殊背景，有其獨特的發展。

1895 年，台灣因為馬關條約割讓給日本，當時的日本自明治維新以來，便效仿歐洲列強進行現代化的移植，其中科學醫學及公共衛生的推廣，直接關係到一個民族國家的強盛與否（范燕秋，2005：69），因此當日本師法列強將台灣納入第一個殖民地時，也以醫學作為其統治和教化的工具。

從《台灣醫療史・明清篇》（莊永明，1998）可以發現，日軍的侵台史讓日本對台灣的「瘴癟之地」印象深刻，莊永明認為歷史教訓奠定了日後日本治台時對「衛生醫療」的重視（1998：59）。然而日本政府對於台灣公共衛生的重視，全然是一種移植於歐洲殖民主義的「風土馴化」，其目的僅是為了確保日本人種族的優越性（范燕秋，2005），因此其所制定一系列衛生政策，都乃是為了保障、監測在台日人的健康狀況（Wu，2003：10）。

以殖民醫學（colonial medicine）為特色的醫學發展，不難想像往後殖民政府所施行的婦幼保健政策，其實也帶著濃厚的社會達爾文主義以及殖民主義的預設。殖民前期，當時仍未見醫學對於台灣地區嬰幼兒養育的重視，而是將焦點放在學童的身體發展的比較，以對學生施行身體健康檢查的方式，監測在台日人子弟的發育狀況（范燕秋，2005：36-37）。然而，1920 年代以降，原本只在日本施行的保健衛生措施也延長至台灣（范燕秋，2005：81-83），在這樣的脈絡下，嬰兒死亡率（mortality）等屬於「社會衛生」（social hygiene）的問題才開始在殖民地受到重視（范燕秋，2001；Wu，2003）。然而嬰兒死亡率的偏高在殖民政府的詮釋下，乃是傳統接生者的接生技術所導致，於是設立新式產婆的訓練（游鑑明，1993；傅大為，2005）。

從過去殖民政府對學童的身體檢查、人口普查等，就是政府以國家力量所展現的身體規訓，而新式產婆的設立，在研究者看來，無非也是企圖將國家的規訓力量延伸到婦女之中，而這正是殖民醫學對母職以科學知識干預的濫觴。新式產

婆雖然同為女性擔任，然而這些產婆接受的是西方醫學的訓練，教育她們的正是婦產科醫師，正如同殖民政府以醫師作為教化人民的工具（傅大為，2005：82），新式產婆便是醫師的再延伸。然而新式產婆的制度很難實際深入到台灣鄉村之中（范燕秋，2001），也使得殖民政府以及科學知識無法有效地進行規訓。

時至 1930 年代，基於日本帝國戰爭動員，特別台灣作為帝國南進基地，為培蓄人力資源的需要，殖民政府開始積極推行衛生教育宣導活動，特別是 1940 年初，總督府再度普及公共衛生活動（范燕秋，2001）。除了將每年 5 月 5 日訂為兒童健康日（莊永明，1998：232）、舉辦嬰兒博覽會之外，更提出以生理發展和生理學研究為基礎的哺育計畫（Wu，2003）。值得注意的是，本土醫師也開始在報章雜誌中發表婦幼保健的指導（范燕秋，2001；傅大為，2005），而當時便已表現出醫學在此議題上，對於嬰幼兒的關注顯然多於婦女的傾向，並且也顯現出將女性視為「脆弱、無知」而需要幫助和教育的態度（Wu，2003）。

然而和新式產婆無法深入鄉間接觸到多數的台灣人民一樣，這些以日文或中文所撰寫的文章是給誰看呢？即使是動員到市街層級的嬰兒博覽會，實際上參加的多數仍是中上層階級的婦女（Wu，2003：23），而真正需要「被教育」的農婦們，仍然以傳統的地方知識哺育著自己的孩子，科學知識的育兒觀雖然已在當時的台灣菁英階層傳播著，但仍未形成一股強勢的影響力，而科學母職的實踐也尚未到來。此時的兒科醫師雖然逐漸掌握嬰幼兒健康照護的知識權，建立一套標準哺育計畫，然而研究者認為，此時兒科醫師企圖規訓的並不是哺育，而只是嬰幼兒健康而已，因此此時哺育尚未進入醫療化領域。

那麼哺育是如何進入醫療化之中呢？在文獻檢閱以及田野觀察中，研究者發現哺育型態與生產型態息息相關，也發現哺育型態與生產型態的改變都隱含著相似的時代背景與母職實踐。然而在這之前，我們必須先了解一些前提。

從美國經驗取經，我們知道科學育兒、瓶餵與兒科醫師有相當密切的關係

(Apple, 1995)。台灣兒科醫學會什麼時候開始聯合發表「嬰兒哺育建議」，目前研究者尚未找到相關史料，然而我們從兒科醫學會的創辦，可以知道至少是 1959 年之後的事²⁵。過去由於殖民醫學的影響，台灣醫學發展偏向德國的實驗醫學取向（范燕秋，2005：96），然而 1950 年後，由於美援的技術轉移和提供，醫療和公共衛生因而得到改善，醫學也開始轉向英美，重視臨床訓練（莊永明，1998：398-403）。研究者推論，台灣兒科醫學應該也是從此時開始轉向，跟隨美國兒科醫學為圭臬。

兒科醫學會在台灣醫學專科來說，算是成立較早的，因此從動員能力來說，研究者推論兒科醫學在戰後仍然活躍。因此，研究者無意認為在戰後到 1970 年代之間，兒科醫師沒有持續致力於科學育兒知識的傳遞，然而傳統哺育到科學母職的轉變，卻非單靠兒科醫師的「鼓吹」所能影響。

前述我們提到，科學母職成為女人實踐母職的意識型態，最明顯的證據之一是哺育型態從親餵轉型成瓶餵。在台灣，根據官方統計，直到 1962 年仍然有 94.5% 的母乳哺育率，然而卻在之後逐年下降。這樣的轉變，從歷史的意義考察，我們很難不跟產程的質變聯繫在一起，主流論述也都認為，配方奶粉的大量應用與傳統的產科結構有著密切關係；研究者更推論，醫院產科結構間接造成了傳統母性互助系統失去作用，而導致常民母乳哺育知識的失傳，而在回顧生產模式的過程中，我們便能看見哺育是如何進入醫療領域之中，成為一個醫療化現象。

三、時代改變：生產方式的變遷與配方奶粉的應用

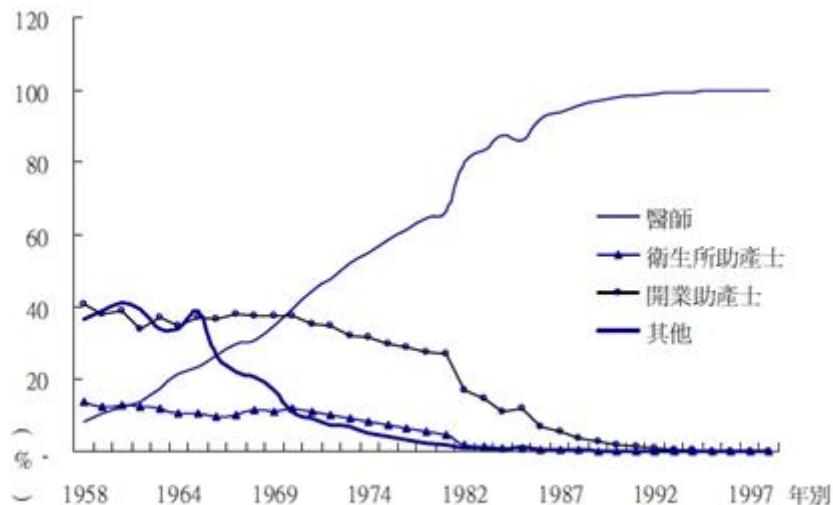
（1970s~1990s）

²⁵ 「1959 年底，在故魏火曜教授領導之下，由數十餘位兒科工作同仁共同發起成立〔兒科醫學會〕，以促進小兒保健醫療工作之發展、兒科醫學之研究、聯繫會員感情並加強與國際兒科醫學界之合作及交流為宗旨。本會成立之初，其重要會務之一即為發行雜誌，故於 1960 年 5 月發行第一卷第一期的《兒科醫學會雜誌》」。資料來源：台灣兒科醫學會官方網站「沿革宗旨」，<http://www.pediatr.org.tw/about/history.asp>，檢閱日期：2013/6/10。

(一) 居家生產到醫院生產

台灣婦女的生產狀況，大約從產婆的建置後，逐漸地產生質變。婦產科醫生藉由訓練產婆，到插手介入異常產以及複雜的婦科手術中，逐漸取得權威地位(傅大為，2005)；而婦女的生產環境，從傳統的居家生產到現代的醫院生產，除了殖民醫學的奠基，產婆（或在民國之後稱為「助產士」）亦在其中扮演著極為關鍵的輔助角色，從日治時期，產婆和產科醫生的「合作策略」(游鑑明，1993；洪有錫、陳麗新，2002；傅大為，2005)，到戰後台灣助產士自行發展出來的「助產所」，被視為產婦從居家生產發展到醫院生產的歷史過程中的中繼站(鍾淑姬，2005)。

而此時，前述母性互助系統及其意義，在西方近代醫學崛起（配合著純男性的醫學教育）、男性婦產科醫師大幅發展之後，就逐漸被擠壓到邊緣，於是產婆逐漸消失，而女性身體的照顧與醫療，也開始由男醫師來全面接管(蔣竹山, 1999；傅大為，2005)。根據歷史資料（圖 11）顯示，1972 年，醫師接生率首次超過助產士，並且直到 1983 年，助產士的接生率僅剩下 15.7% (吳嘉苓, 2000a:192)，從此，從懷孕到生產的過程由婦產科醫學所壟斷，以男醫師為絕對優勢的婦產科，變成台灣主流西醫中的四大科之一 (傅大為，2005：82)。



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。

圖 11 「1958-1998 年嬰兒接生人員別比率圖」（截自馮曉蘋，2005）

由上述可推知，台灣的婦產科大概從 1970 年代開始，逐漸全面取代產婆、助產士，壟斷了整個生育流程，成為生產權威。與西方近代婦產科醫學史的路徑不同，台灣近代婦產科之路，沒有頑強的民間醫學與之抗衡（傅大為，2005：116），甚至後來導致助產士的沒落（林綺雲，1993；吳嘉苓，2000a）。

而傅大為並提出一個族群因素作為轉換的解釋，雖然他謙稱這個假設尚未有更多具體資料證實，不值一提，不過研究者認為在邏輯推導上仍具有一定程度的說服力。傅大為提出，1940 年代末，有一群「外省人」來到台灣，其中的女性，大部份是值生育的年齡，因此提供了當時在醫院中正求發展的婦產科醫生，一個潛在非常大數量的新病患群體（傅大為，2005：149）。根據我們前述的母性互助系統，助產士和產婆的服務對象有很深的地緣關係，而從中國來台的生育婦女，她們與台灣眾多產婆所屬的社區是隔離的（例如眷村、軍官宿舍），也沒有信任感；同時，外省婦女當時多享有軍公保等的優惠，因此醫院婦產科領域下的優惠，吸引她們到醫院尋求醫療服務，同時也吸引了外省先生的「本省太太」（傅大為，2005：149）。在這幾個相關因素的促成下，對台灣婦產科的發展，適時提供了一

個重要的推力。在此，研究者提出柯小菁的研究加強此論述。從柯小菁的研究顯示，在近代中國已逐漸建立起到醫院生產的觀念，原因在於研究者前述的，以富國強種為動機的現代化思維以及科學崇拜，人們開始將未受「科學訓練」的穩婆視為危險及落後的生產模式(其所受的批評和台灣傳統接生者的批評論述高度雷同)，加上當時中國並沒有一套有系統完整的訓練新式產婆的政策²⁶，因此提倡女性到醫院生產，經由醫生與護士接生，逐漸成為 1930 年代的一股風尚（柯小菁，2007：34）。

而隨著產程的質變，哺育行為在此時也正巧發生了轉變。在過去，生產的場域是在家中，一出生嬰兒便能在母性互助系統的協助下，立刻吸吮母親乳房，然而在幾乎由男性醫生所主導的婦產科產房中，這個情況並無法發生。

（二）現代醫療分工制度：產科制度的內涵

在台灣的婦產科結構及制度，由於直接移植西方醫療分科制度（Foucault, 2011）和生產醫療化（張笠雲，2003；馮曉蘋，2005；Young, 2006）的交互作用之下，產科結構的設計並不將產婦及嬰兒視為主體，而是以醫療人員管理的效率及便利性為考量（吳嘉苓，2001）。因此產科結構中，產婦及嬰兒被視為不同的病人進行個別的醫療照護，分別由不同單位的醫護人員負責照顧，不同單位的醫護人員之間存在著彼此協調卻不相互支持的關係，各司其職地安置在待產室、產房、產後病房、嬰兒室、新生兒病房、兒科...等，將原本一氣呵成的生產分工成細碎的工作事項。

這樣打從一開始就被定案的制度化產程，導致了產程的破碎化，原因則是由於殖民化醫學以及富國強民的現代化所共同塑造的：一種對於西方生物科技醫療

²⁶ 不過國民政府播遷來台後，便制訂了一套助產士法來明文規定助產士的業務範圍和開業標準。然而，根據吳嘉苓指出，這樣一套規範實則是要限制助產士「不可」做什麼的策略（吳嘉苓，2000）。而事實上，台灣的助產士也的確隨著政策上的刻意忽視而逐漸邊緣化。

體系的全盤性移植。這樣的移植所展現的無疑是國家的力量，因此在西醫專業化及塑造典範的過程中，一直都沒有遭遇過太大的阻礙（吳嘉苓，2000a；張笠雲，2003；傅大為，2005）。

然而不可否認的是，自從純女性所組成的支持系統被排除在生產流程之外後，原本純女性所能傳承的哺乳知識也隨著前述過的原因，而簡化、去技術化，排除在整個生產流程之外²⁷，生產的醫療化，連帶地無法與生產切隔開來的哺育也一同進入醫療結構之中，然而哺育醫療化也許並非產科醫療體制的原意，因為在醫療分科邏輯下，新生兒的健康照護是屬於兒科的範疇。

傳統產科結構²⁸中，一旦新生兒和母親分開後，便被視為兩個不同的個體的結果，產婦甫生產完即刻被推進產後病房，而足月健康的新生兒一出生則要接受婦產科及兒科醫生的檢查，給爸爸媽媽看一看，然後由護士推進嬰兒室，遵守著四個小時喝一次奶、固定開放參觀的標準化作業流程²⁹。自此，在初生產那三至五天，負責協助哺育的人從女性支持系統變成護理人員，而護理人員中多是未婚未生育的小女生，不太可能「經驗傳承」這些初為人母的媽媽如何哺乳，另外，在醫護養成教育中也沒有教授母乳哺育「技巧」（陳昭惠，1999）³⁰，母乳哺育被現代醫學排除在專業範疇之外，傳統的產科結構也扼殺了母乳哺育傳承的脈絡。

²⁷ 可參見吳嘉苓於《空間、規訓與生產政治》（2001）一文中，運用 Foucault 對於空間分配作為規訓手段的概念，詳述了產科結構如何呈現種種醫院生產中規訓的技巧，凸顯了主流生產模式的權力運作模式以及各種權力部署的策略，該文已對於產科結構有相當詳細的描繪。

²⁸ 相對於現今因應母乳哺育而做了一連串產科結構變革。

²⁹ 雖然對我們來說都是護士，都同樣由護理養成教育中畢業，然而根據研究者的田野觀察及訪談心得，產科分工科層化細緻的程度到達，對護士們來說，產房的護士、產後病房的護士、嬰兒室的護士、兒科的護士是完全不同而各有其責任，無法輕易協調、支援的單位。「產科機構系統的零碎化」（李惠貞，2003）使得產婦的生產經驗斷裂成無法連續的片段。當乳房脹痛阻塞時，她該找產後病房的護士還是嬰兒室的護士呢？

³⁰ 陳昭惠（1999）發現在醫學養成教育中，有 84% 的醫學生、30% 的護生在學校沒有母乳哺育的課程。而根據研究者田野訪談一些醫師及護理師的結果，他們多數反映學校的養成教育中，幾乎沒有涉及母乳哺育技巧或知識的課程；而回應上過母乳哺育相關課程的，皆表示學校教得很粗淺、片面，現下職場上所用到的哺育知識皆是日後臨床上實習、在職訓練或自學所得。

然而，即使醫學知識體系不重視母乳哺育，配方奶粉也席捲了產科病房，原有伴隨著生產而來的身體內分泌的變化，卻不會因為產科制度的變革而跟著改變，泌乳機制仍然運作著，於是，生產的身體也隨著產科制度的變遷而有了一個全新迥異的身體經驗。

例如產科結構的母嬰分離制度，讓媽媽的哺育方式變成「定點餵食」：

「時間到了就推出來餵，餵完之後就推回去。」(訪談 C_20130429)

受訪者 C、D 談到當年在婦產科產後病房值勤時，在病房中幫產婦擠奶、熱敷、打退奶針或吃退奶藥的工作。

受訪者 D (1980 年護校畢業)：「當時 (1980~1985) 我在病房裡面的工作...產科的話，就是照著 (距今) 三十年前老師的教法，就給她熱敷、按摩、擠奶，所以我從那個時候，那十年 (1980~1990) 我很厲害。其實那是不對的...那個時候，(我：妳幫她們擠奶的原因是因為？是因為她們脹奶嗎？) 對，那個時候，不但是餵配方，每個人還沒出產房，有的人還退奶針就給它打下去了。那妳知道，退奶針打下去不是百分之百耶，很多人還是會脹奶...妳還是要去處理她的乳房。...就 80 幾年、90 年以前，遇到超級多。(我：所以那個脹奶只是單純處理脹奶的症狀？) 我要教她擠。(我：所以她也有在餵嗎？) 她們應該不曉得怎麼餵，我剛開始那個時候也沒辦法教她餵，大部分都在教擠奶，根本沒甚麼教餵。」(訪談 D_20130427)

受訪者 C (1996 年護校畢業)：「以前在學校教，脹奶的時候就是要讓媽媽做乳房護理，或是例行性地妳可能就是要教乳房護理。...(我：乳房護理是指要幫她擠奶嗎？) 呃...就是會...我們以前 (在產後病房) 就要教媽媽可能妳就是要自己開始熱敷、按摩、擠奶，就是那一整套

動作都要教給她。而且那時候是每個生完的都要教，不管三七二十一，就是教她做。...（我：那直接打退奶針的多嗎？）不多，不會打退奶針，但是有的會吃退奶藥。」（訪談 C_20130429）

在實踐科學育兒的同時，多數的母親比起傳統母職的身體經驗，多了面對脹奶時無法有效排解的痛楚及困擾，有些便轉而直接選擇醫療處置，使用退奶針或退奶藥。脹奶的乳房原先應該是正常、健康的身體所產生的內分泌作用，然而在此時，卻進入醫藥領域，被視為需要「治療」的症狀。

（三）配方奶粉的大量應用與產科結構的關係

根據柯小菁（2007：36）轉述黎烈文 1937 年的文章，提到黎烈文的妻子在醫院生產的經驗，當他去探望孩子的時候，嬰兒室「一個看護婦也沒有，就剩下一個嬰兒在狂哭，那個嬰兒是誰呢？正是他的兒子！原來是吃奶的時間到了，看護婦把所有的孩子，一個一個送到母親們的身邊餵奶去了，而他們的孩子因為喝牛奶的緣故，要等別的孩子吃飽了，都抱回來後，才輪到餵食他的兒子。」

這文章顯示兩個現象，一是當時近代中國的婦產科結構已有嬰兒室的設計，二是即使當時有嬰兒室，除非異常狀況，多數嬰兒都是哺餵母乳，而這也是研究者推測，哺育醫療化也許並非產科醫療體制的原意之依據。

另外，根據馮曉蘋的訪談，「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，為了配合產婦哺餵母乳，護理人員定時把嬰兒推到產後病房讓產婦哺餵母乳」（馮曉蘋，2005：29）。我們亦可知，在當時尚未形成後來許多研究所詬病的，配方奶粉在產科病房大肆行銷的情況。不過這樣的情況似乎在不久後便有了改變：「邱女士前兩胎分別於 1967 年及 1969 年在醫院生產，那時第一胎產後需住院三天，孩子住在嬰兒房內皆喝配方奶，並無醫護人員教導如何餵奶及幫小孩洗澡，亦沒告

知注意事項。...第二胎仍選擇同一家醫院生產，那時生產完後便跟護理人員要求母乳哺餵，但是遭受拒絕，且告知孩子住嬰兒房就都是要喝配方奶，而且這個月的配方奶很好，宣導配方奶的好處，勸導她不要輕易放棄這種機會」（簡素真，2010：45）。

也許是區域所產生的差異或個案的特殊性，兩個個案在比較上是否能夠拿來推論全體，研究者在沒有更進一步資料之前，不敢妄下定論。然而先不論普遍狀況為何，我們在這兩位個案的生產經驗中看見的，是兩種迥異的醫院生產經驗。

由上述舉的幾個例證，我們發現「產房—嬰兒室—產科病房」的產科結構，是在配方奶粉普及之前便已定型的作業體系，即上一節提及的橫向移植西方的產科結構，而在當時（至少在 1937 年的中國），哺餵母乳仍是多數人視為「常識」的哺育型態。當然我們尚無法得知醫院生產的產婦哺餵母乳與母乳代用品（通常是煉乳或配方奶等）的比例，雖然在當時的上海，乳製品經過大幅度的降價，又向大眾階層親近了一點（王書吟，2011），但仍屬於上層階級的消費型態（柯小菁，2007；王書吟，2011），而根據黎烈文的撰文，至少在他妻子生產的醫院，哺餵母乳仍是佔大多數的比例。

因此，若要說在母乳代用品普及化之前，就預先設計了一套完全不把母乳哺育模式（當時的主流）納入考量的產科結構，就邏輯上是有點弔詭的。產科結構的運作雖導致了母乳哺育的不便利性，然而若認為產科結構的設計在原初便有意地排除照護產後泌乳或是嬰兒生理需求的概念，則將會導出產科醫療有意以配方奶粉取代母乳哺育的結論，這顯然是個相當嚴重的偏誤。

一些研究（屈蓮、白璐，1988；Blum，1993；Yalom，2000；陳怡君，2002；馮曉蘋，2005）詳述了配方奶粉的商業性質如何「入侵」產科病房，在此研究者認同，也更進一步往前推論，究竟是配方奶粉的便利性推動了「產房—嬰兒室—產科病房」的標準化作業體系得以完成，還是這個作業體系對於身體監控和管理

效率的追求（吳嘉苓，2001），創造了配方奶粉壟斷式的供給呢？

現今多數想要在這樣的產科結構中哺乳的母親，都深刻地感受到此設計的不友善之處，研究者認為，此乃是因為醫療體系將生產納入醫療領域時，並沒有打算將哺育一同定義為醫療問題，然而生產與哺育是無法分開的同一件事，因而導致了哺育在產科結構的空間規訓下產生了非預期性的變化。

自 1970 年起，勞保開辦門診，按醫院規模給付醫療費用，大大減輕了產婦前往醫院生產的經濟負擔，而醫療組織也競相擴大規模爭取高給付，來吸引服務對象就醫。當時，台灣的醫療組織出現了明顯的資源集中化以及組織大型化的趨勢，加上保險給付方式的改變，民眾開始集中到有高給付的大醫院生產，醫院的接生比率首度超過助產士，學者將此歸為助產士沒落的結構性因素（林綺雲，1993；吳嘉苓，2000a；張芷雲，2003）。於此，研究者亦認為，乃是這個組織集中化及大型化（因此更加科層化）的過程，導致產科結構對於追求管理效率的需求逐漸增強。

因而，並非僅是唯利是圖的配方奶粉廠商如何使用卑劣行銷策略單向「入侵」³¹，另一方面，高度科層化的醫院體制，對於管理和監控的需要也同樣召喚了配方奶粉，配方奶粉與產科結構形成了各取所需的關係。

四、科學育兒的知識壟斷

（一）哺育問題化

哺育知識的問題化現象，並非意指在傳統社會中沒有任何困難及問題產生，而是由於母性互助系統的協助、陪伴女性經歷生命歷程中的特殊時刻，無論是生

³¹ 而這個原因可能比較能解釋部份的財團型或民營醫療院所，而非公立醫院。從研究者的田野觀察中了解，這樣的「利誘」較常發生在有營業成本壓力的中小型私人醫療院所中（田野筆記_田野活動III），大型公立醫療機構反而因受制於制度及政策的規範和保障，較沒有接受廠商圖利的動機，而可能較傾向於後述的原因。

產或哺育的知識，皆是由女性身體經驗出發，尊重身體感受，並與女性身體經驗相符的「身體敘事」，然而在科學意識型態的哺育知識下，卻悖離了泌乳切實的身體反應。

以「定時定量」的觀念為例，就現今對於人體泌乳機制的生理學角度，定時定量在母乳哺育的身體實踐上來說，是相當困難也相當弔詭的。以「定時」的概念，嬰兒並不如成人有時間的觀念³²，另外，甫生產完時，泌乳的量還未固定，需要頻繁刺激乳汁分泌，此時若採取定時的方式哺餵，對初期刺激泌乳量的黃金期反而是很大的不利。而「定量」也同樣不利於母乳哺育的身體經驗，親餵時，哺育的量並無法被測量及客觀觀察，同樣地，若初期哺乳以採取定量的方式哺餵，對初期泌乳量尚未達「標準」的哺育者來說，是很大的壓力。甚至時至今日親餵的哺育知識，即使欲以量化的標準衡量餵食，也改由「尿布數量」、「嬰兒體重增加數」來判斷，可知定時定量哺餵的方式對母乳哺育是幾乎不可行的。然而哺育者一旦接受了定時定量所展現的「科學」意識後，便陷入「無法控制」的焦慮³³。為了看得到「刻度」、計算「次數」、更豐富的「營養」、更「衛生」的飲食，她們很難不拋棄乳房，轉而接受奶瓶做為新的哺育工具。

而乳製品的行銷策略，從一開始便是塑造成「補品」的形象深植於人心（周春燕，2010；吳坤季，2010；王書吟，2011），嬰兒食用的配方奶粉更是以「科學配方」的營養，及「科學技術」的製造為其號召；再加上政府基於「幼兒發展健康」為由，對配方奶粉採取的補助政策，使配方奶粉的研究分析成為顯學，母乳的營養價值更加受到貶抑（陳怡君，2002）；甚至由於現代衛生觀念，對於「細菌（germ）」（Cowan，2004；Sunderland，2006）及「消毒」（游鑑明，1993；柯小菁，2007）的建立與強調，當乳房及乳汁被汙名化為「不衛生」的象徵³⁴時，母親們似乎沒有多大抵抗地接受（周春燕，2010）。

³² 周春燕亦提到，「定時哺乳的被提出，或許也和鐘點時間的引入有關」（2010：18）。

³³ 母親們對於量化的執著時至今日仍然根深蒂固。

³⁴ 當時的配方奶粉廠商散播著女人的胸部並不衛生的觀念（Allen，2005：192）。

科學至上的意識型態下，純粹身體的經驗價值被忽視及否定，如同懷孕主體的經驗，被醫療器械、醫學語言的客觀觀察手段所取代及貶低價值，造成產程的客體化或異化 (Young, 2006: 93；吳嘉苓，2001)。哺育的身體亦然。過去以身體經驗傳授的哺乳知識不再受到重視，直接吸吮乳房的哺育方式和純天然、非科學配方的母乳，隨之也在科學論述中失去地位。這個新母職圖像，雖然非為配方奶粉發展出來的，然而瓶餵的哺育形式恰好滿足了科學育兒的意識型態，因此當哺育者紛紛選擇瓶餵時，所展現的其實是科學母職的具體實踐。甚至，配方奶粉具有的科學、健康且昂貴的特質，與母乳相較之下，成為新的階級象徵(李惠貞，2003；鍾瀚慧，2006；柯小菁，2007；周春燕，2010；簡素真，2010)，許多人甚至是以能給孩子喝某種昂貴的品牌奶粉，來展現其家庭的經濟狀況。

過去，要餵孩子什麼、母乳還是配方奶、什麼品牌的配方奶、餵食的步驟是什麼、我這樣餵對嗎，這些都不是「問題」，更沒有選項，然而從這個時期開始，這些問題便圍繞著每一個哺育者，直到今日亦然。

（二）配方奶哺育敘事的壟斷期

1950 年代起，政府開始正視台灣嬰幼兒的健康問題，這段期間由官方稱為「奶粉補助期」³⁵，目前多數相關研究 (李惠貞，2003；馮曉蘋，2005；鍾瀚慧，2006；鄭琇惠、成令方，2011) 皆採納陳怡君 (2002) 的研究認為，台灣地區對於配方奶粉的大量應用或對外國配方奶粉的崇拜即是從那個時候開始的。而 1980 年至 1990 年間，則被官方稱為「消極規範奶粉期」，指稱此時雖然對嬰兒奶粉的進口與行銷有所規範，但是並沒有積極介入與保護母乳哺育。因此目前主流論述皆認為，台灣的母乳哺育率在 1964 年後，隨著科技介入醫療體系、食品工業、配方奶粉的行銷而急速下降 (陳怡君，2002)。

³⁵ 更詳細資料介紹可參閱行政院衛生署 (1995) 所編印的《台灣地區公共衛生發展史》。

1970 年代起，多數的產婦選擇到醫院生產時，醫院掛的海報、兒科的時鐘、醫生的便簽（李惠貞，2003）、電視媒體的宣傳廣告、母嬰雜誌的廣告頁、產檢時拿的媽媽手冊、孕期參加的媽媽教室...等等，生產後，嬰兒室泡的奶粉、出院時醫院給的媽媽包，身邊充斥著各種配方奶粉的廣告；而在產後病房的日程則是，經由護理師的衛教工作學習如何泡奶餵奶、換尿布、嬰兒沐浴，處理脹奶和退奶等等。

科學育兒的母親，產前聽從婦產科醫師的建議照顧胎兒，產後則依照兒科醫師的建議照顧嬰兒，由於識字人口大幅提升，官方印製的育兒手冊和兒科醫師所著的育兒專欄和育兒指南，更是每個母親必讀的教科書（Apple，1995）。上一代的傳統哺育知識不再管用甚至遭受汙名（Apple，1995），如何選擇配方奶粉、消毒奶瓶，以及其他因運而發明的新工具成為這一代母親的新功課。

母親們複製嬰兒室的哺育模式，將醫院學習到的知識延續到居家生活之中，遵守著四小時餵食一次、一次約 90~120ml 的頻率及份量；挑選奶嘴的尺寸有標準建議，以嬰兒能在 15 分鐘左右喝完最為適當（森田佐加枝、井手郁編，2005）。餵食的技巧亦有標準化的比例及流程，如須將沸騰的水放冷到 50~60°C 左右加入預定量的 2/3 水量，計量的調羹必須用正確的量取出（也就是要與調羹齊高，不可以凸凸的也不能凹凹的），以「底部劃圓圈」的方式溶解奶粉（意思是不可像搖飲料一樣上下搖晃），再把 50~60°C 的水加足剩下的 1/3 份量，最後要把奶瓶用水沖至人體體溫的溫度，用手臂內側測試，以不感到熱即可。

以配方奶粉育兒成為主流的哺育知識，排擠了母乳哺育知識，也讓傳統形式的女性互助系統失去功能，母親育兒的知識來源不再習於依靠以自身經驗傳授的長者，而是新的知識權威，如兒科專家、醫護人員、育兒雜誌百科等等（Apple，1995）。這個時期，約莫從 1970 年代起，一直到 1993 年國內推廣第一期「母乳哺育推廣計劃」（高美玲，2002：4）為止，中間形成了一個 20 年的母乳知識斷

層。這段期間生產的母親們多數都是哺育配方奶³⁶，而這段期間出生的嬰兒（配方奶世代），時至今日（2013 年）正好坐落於適產期的年紀。當母乳哺育的益處又再度被科學研究所重視，過去的母性互助系統則已失去運作，哺育的行為與知識再度問題化，新的教導者又從何而來？

五、小結

「西方知識系統的橫向移入以及縱向殖民，強勢主宰了台灣社會對於何謂科學以及為何科學（並由此也大致決定了何謂知識以及為何知識）的集體想像，以致於其它知識系統淪為如 Michel Foucault 所言之「隸從的知識」（subjugated knowledge）」（蔡晏霖，2011：207）。隨著女人及其與生產過程的異化（吳嘉苓，2001；Young，2006），原本被視為常識般的母乳哺育技術及知識也隨之邊緣化，甚至失傳，除了母性互助系統失去作用的原因之外，在醫院生產的產婦如果想要哺乳，必須由嬰兒室的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（吳嘉苓，2001），然而前者會增加醫院人力分配的負擔，並且擔心增加嬰兒院內感染的機會；後者則增加婦女產後的疲累。而在醫院生產，陰道產需住院三天、剖腹產五天的常規之下，就現今哺乳知識檢驗之，除了母親錯過了泌乳的黃金期之外，嬰兒也因為先學會吸食奶瓶而造成乳頭混淆的結果，使得等到出院之後想重拾哺餵母乳更是難上加難³⁷。

而此同時，除了產科結構對母乳哺育環境的不友善之外，母乳哺育的技巧及知識也隨著醫院逐漸壟斷生產而消失在日常生活之中，當醫學研究全力支援配方奶粉的營養學研究，甚至在處理嬰兒健康發展問題時，直接跳過母乳而訴諸其他

³⁶ 在統計資料方面，根據國民健康局母乳哺育網站所整理的統計資料顯示，1962 年，母乳哺育率曾高達 94.5%，而在之後的調查裡，母乳哺育率便逐年下降，且不論都會區或鄉村地區之母乳哺育率均偏低，1985 年衛生署食品衛生處調查發現國內產後一個月母乳哺育率僅佔 32.5%，1989 年衛生署保健處委託國防醫學院調查發現產後一個月純母乳哺育率僅佔 5.4%、混合哺育率也僅佔 21.2%。

³⁷ 兒科泌乳顧問 B 便說：「我最常跟媽媽說的就是，餵母奶就像練習騎腳踏車，喝奶瓶就像坐計程車，誰坐慣了計程車會想騎腳踏車的？」（田野筆記_田野活動 I ）

解決之道（陳怡君，2002）；或在一旦遭遇任何嬰兒健康問題（如黃疸、腹瀉）時，首要要求就是停止母乳哺餵（陳怡君，2002），母乳的消失便完全不令人意外。在配方奶哺育為主的 20 年間，無論醫界／學界、產前教育手冊、通俗育兒雜誌、廣告媒體……，人們彷彿遺忘了母乳也能哺餵嬰兒似的³⁸，母乳被徹底拒絕在現代化社會的大門之外，即使哺育母乳不過是二十年前的事。

另外，科學介入生產及哺育知識後的「去身體敘事」，將原本不可分割的生產與泌乳、泌乳與哺育異化，也使舊有與身體經驗相符映的哺育知識受到質疑，哺育的知識權不再由女性文化所掌握。當內部知識外部化，行動者不再握有對行動的定義及詮釋，對行動者而言，固有的、因襲的傳統知識不再有效，而須藉由外部的專家進行指導。「我應該什麼時候餵？我這樣餵對嗎？餵食的步驟是什麼？」，母親們永遠有一堆關於哺育的問題需要解答。

³⁸ Stephania N Wyatt 於研究中指出，過去 10 年中許多婦女在產前收不到母乳哺餵之資訊，他們的文化中一般是接受「瓶餵」（Bottlefeeding）的資訊，此結果影響執行持續母乳哺餵的效益（簡素真，2010：9）m

第四章 無所適從的哺育：醫學典範轉移的知識落差與身體感受（1990s 起）

一、配方奶的風險與母奶的回歸

當配方奶粉的行銷、醫院生產以及傳統產科結構三者結合在一起，致使大眾接受配方奶粉的瓶餵哺育為常態後（Blum，1993），配方奶粉哺育取代了傳統哺育，成為 1970 年代後的哺育「常識」，科學觀的育兒知識與配方奶粉的哺育行為相互結合，哺育的指導與傳授在產科結構的科層制度下系統地、制度地穩定運作，在哺育的實踐上，行為與知識之間沒有矛盾。

然而這段時期維持得並不長久，在配方奶粉成為多數母親選擇的同時，醫學界已經開始重新檢視配方奶粉的食用安全³⁹。1939 至 1976 年期間，世界各國已提出不少關於配方奶粉可能造成更嚴重嬰兒健康問題的警訊⁴⁰（陳怡君，2002：12），學者亦分析出母乳蘊含多種珍貴的營養素，如提供嬰幼兒生長發育最理想的營養，並降低他們獲得傳染病的機率（Fulhan et al, 2003），科學研究更發現哺育母乳之新生兒及嬰兒死亡率較人工哺育者低，某些歐美國家於是開始重新鼓勵母乳哺育（高美玲，2002：3），世界衛生組織（World Health Organization, WHO）也公開呼籲會員國重視母乳的重要性、強調使用配方奶粉的風險（WHO，1981），母乳又再度躍身舞台，成為「21 世紀嬰兒的夢幻食品」（陳昭惠，2002）。

然而如同二十世紀初期，科學對於傳統哺育知識的指導一般，這些新知識的影響力此時並未遍及到實際的哺育實踐之中。雖然不同於當時，二十世紀中期的女性政治動員力已大有進展，母乳推廣的民間組織也早在政策指導之前就活躍地

³⁹ 例如 1939 年，Cicely William 醫師首度提出「奶水謀殺（Milk murder）」一詞（王淑芳等，2012：36）。

⁴⁰ 1971 至 1975 年國內也亦有少數的母乳哺育相關調查提出類似呼籲（陳怡君，2002：12）。

運作著⁴¹，然而缺乏有力資源的情況下，實在不敵配方奶粉的強力行銷。而另外，不可忽視的，配方奶粉廠商與醫藥科學研究計畫掛勾的傳統⁴²，使得配方奶粉廠商也對這一波知識的轉變有因應的對策。

「母乳是最適合嬰兒的食品」此一概念被配方奶粉的研發人員運用，然而並非用來宣導母乳哺育，而是開始設法製造出成分接近母乳的奶粉，關注如何透過科學的新配方配製出營養成分、嬰兒吸收利用率與母乳相似的配方奶粉。隨著醫學實驗報告對母奶營養的解析，配方奶粉朝「母乳化」的方向持續研發（林湘沅，2000），甚至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（馮曉蘋，2005），因此只要研發有一個新進展，就會成為廠商最主要的推廣訴求（林湘沅，2000）。

配方奶粉廠商的強勢宣傳資本，直到政府的介入才逐漸式微。台灣制度力量的運作中，對於配方奶粉廠商最大的打擊，便是配合 WHO 於 1981 年所呼籲的「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），禁止廠商促銷部分配方奶粉、禁止在醫院發放育嬰手冊，嬰兒在醫院使用的配方奶粉必須以購買的方式取得（立法院公報，1997）；以及 1999 年開始進行的第二期「母乳哺育推廣計劃」，配合「因挪千替宣言（Innocenti declaration）」（WHO，1990）的呼籲，督促所有產科機構執行幫助成功哺餵母奶的十大步驟，制定符合國情的「母嬰親善醫院評鑑」⁴³，並制定法律保護職業婦女哺育母乳的權利（陳昭惠等，2001：60；許淳森等，

⁴¹ 1956 年國際母乳會（La Leche League International）成立於美國，是第一個有組織的母乳哺餵團體，在 1990 年代擴展為世界性組織，約有四萬個分會（陳昭惠等，2001：60）。而台灣也於 1984 年開始，在美籍人士戴瑪利向國際母乳會總會申請諮詢員（Leader）資格而邁出母乳哺育推廣的第一步。

⁴² 配方奶粉的製造商就是製藥公司，如惠氏、美強森、雀巢等，這些製藥公司的經濟資本雄厚，更有資助醫學研究計畫的慣例，當新的醫學研究對於疾病的投藥有所斬獲時，製藥公司便與之簽約，進行後續的測試及行銷階段（Angell，2012）。

⁴³ 因挪千替宣言（Innocenti declaration）的標準為愛嬰醫院（baby-friendly hospital initiative, BFHI），其「成功哺餵母乳十措施」的施行內容和目前台灣母嬰親善醫院的實際做法有些細微的出入，例如產台肌膚接觸時間長短的差異、純母乳哺育率的要求等。

2002)。

此後，台灣母乳哺育的制度性推廣在追求統計數據⁴⁴的壓力下展開，透過政府的政令宣導、報章媒體的呼應、醫療院所的產前產後衛教，逐漸使「母乳最好」的觀念深植人心。「哺育母乳有甚麼好處？」幾乎人人都能隨口說出一兩個優點，而根據國民健康局邱局長表示：「從精神層面來說，母親與嬰兒的關係會更緊密，也是『愛與人權』的體現；就實質層面而論，根據中外專家研究，哺育母乳的嬰兒不僅可增強免疫系統，降低腸胃道感染、呼吸道感染、及中耳炎的危險機會；母乳哺育對嬰兒能降低高危險群兒童期糖尿病的機會，減少過敏，而且認知發展比較好。實證研究也顯示，餵母乳的婦女，產後子宮恢復較快，產後出血的機會較小，身材恢復較快，也比較不會罹患停經前乳癌、卵巢癌及骨質疏鬆。藉由餵哺母乳，母嬰的健康都獲得改善，也能控制節節高升的醫療經費」（廖慧娟，2011：46-47）。母乳哺育的知識論述不僅從實證醫學科學探討，也出現心理學論述，內容之廣涵括了精神分析、生理學、病理學、免疫學、神經科學等，對象包含了嬰兒及母親。

這些學理知識透過特定管道的推廣，以常人能理解的知識敘事進入一般大眾的理解之中，如同一種「知識運動」的概念，目的是成為新的主流價值。這個新知識以一種「理念」的方式傳達，理念的力量展現於意識型態的擴張，而理念的推廣則超越了行動者自身的特殊性，訴諸社會全體。意識型態便在這樣行動之中被生產、傳達與接收（劉華真，2008）。

母乳哺育的知識沒落了二十年之後，又重新被帶回主流價值之中，原先常民習慣的配方奶粉哺育知識及行為又再度受到挑戰。然而，以「理念」推廣的母乳哺育尚在青黃不接的「知識運動」階段，過去常民習以仰賴的哺育指導者是否能繼續勝任新的哺育知識傳授？固有的、因襲的配方奶粉哺育知識是否將因此遭受

⁴⁴ 產後一個月、兩個月、四個月、六個月母乳哺育率。

貶抑？而傳統的母乳哺育知識系統是否會重回哺育知識傳遞的權威？「我應該什麼時候餵？我這樣餵對嗎？餵食的步驟是什麼？」這些問題又再次出現，哺育行為及知識再度出現問題化的現象。

二、固有生產結構與母乳哺育實踐的衝突、矛盾

哺育再度問題化的現象，使得哺育的行動者在哺育實踐中再度深陷無所適從的困惑。上一章，我們討論到配方奶粉哺育行為下的哺育敘事，所描繪的是一個「去身體經驗」的哺育敘事，因此，產後病房對於「乳房」的處理，除了進行例行性的乳房護理工作之外，並不重視乳房這個器官，而是將注意力放在新生兒的健康照護或是子宮的恢復狀況等。然而隨著母乳哺育又再度成為主流價值，「乳房」無可避免地成為主角之一，另外，隨著協助母乳哺育而產生變革的產科作業流程及產科結構，也大大衝擊著過去被賦予「哺育指導者」角色的醫護人員。對醫護人員而言，新的知識、制度及工作內容與固有的傳統之間，存在著技術上、行動上以及認知上的矛盾。在這一節，我將根據田野觀察中所了解到的知識及現象，探討固有的哺育知識與新的哺育知識之間的差異，藉以突顯上述的矛盾。

（一）傳統產科結構與母嬰親善醫院制度

第一章中，我們已經介紹過傳統產科結構的運作流程，這樣的流程除了是一套標準化的步驟之外，依靠的還有護理人員長久沿襲的執業傳統。在田野訪談中我們了解到，醫護人員在學業養成教育中學習到的哺乳知識可能是不正確的，而醫護人員在執業過程中最重要的臨床工作及技術，則往往是在實習的過程中習得（訪談 C_20130429）⁴⁵。以第一線接觸哺育實踐和哺育知識指導的護理人員為例，在產後病房的例行性工作，如乳房護理技巧，幾乎都是由「學姊」或護理長傳授

⁴⁵ 陳昭惠醫師亦提到，在自己的經驗中發現過去醫護人員的哺乳訓練僅在學校時期所學，並且多半是不正確的資訊，例如：過度強調乳房護理、沒有依照嬰兒需求餵食、B 型肝炎和新生兒黃疸不能哺乳、餵母乳的嬰兒仍須補充水分等（陳昭惠等，2001：66）。

的。因此，病房中護理人員所使用的臨床經驗、知識應用及技術，展現的是整個專科病房的「傳統」，這個傳統是在長年的工作實踐裡，由「人」的經驗累積所適應、演化而來，並不單單是「教育養成」或「制度」所能造就或撼動的。而我們一旦了解這個前提，便不難理解為何母嬰親善的制度推行的「真實效果」總不如評鑑或統計數據的書面結果。

母嬰親善醫院的建置，在對國內母乳哺育的成就，無論在於理念的推廣或實際哺育率的提升都有非常重要的建樹，其功不可沒。然而其以政策的國家力量，由上而下地試圖直接顛覆固有的產科生產流程，在適應期和陣痛期過程之中，勢必充滿了矛盾、衝突，而某些行動者也將再度適應環境而演變出一套新的應對方式。在過渡期之中，新的應對方式的發生所顯示的，並非是表面上醫護人員故步自封的抵抗，而是當環境突發地、非脈絡地發生斷裂及變遷時，行動者自然地捍衛自身行動的正當性的反應。

當我們檢視「成功哺餵母乳的十措施」（十項要點及母嬰親善醫院認證制度的操作化請參見附錄三），我們可以想像，將這樣「親善母嬰」的措施武斷地套用在固有的產科結構⁴⁶上，就好像突然要一個習慣瓶餵的嬰兒丟掉奶瓶直接親餵一樣，「乳頭混淆（nipple confusion）」的狀況和伴隨的強烈哭鬧並不難理解。即使十措施乃是根據學理基礎，也確實能協助母親持續哺育母乳，卻並不真的適用於固有的傳統，也不適用於醫護人員所習慣的工作流程。雖然過去產科結構所被詬病便是「醫學本位」的思考，然而在產科結構中，實際面對這個結構、實際形塑之、長期行動於其中的便是醫護人員。於是當醫護人員對於哺育行為所採取的行動與新的哺育知識、行為有落差的時候，為了調和「評鑑制度的壓力」及「工作任務執行的壓力」，護理人員自有一套適應的潛規則運作著。

以台北市某間知名教會醫院為例，該醫院的婦產科相當知名，甚至是第一批

⁴⁶ 須強調，「產科結構」所指涉的同時是產科病房硬體上的配置，以及因應硬體而發展出來的一套工作流程。

試辦親善醫院的元老之一（陳昭惠等，2001），然而在田野觀察中，仍有母親反應該醫院的做法「很不親善」，護理人員對於指導哺乳「很混亂、各說各的」，甚至直接拿出「同意當寶寶吃不飽的時候，添加配方奶粉」的同意書，「一簽同意書就直接餵，我的寶寶便從第一天加 20（毫升）、30（毫升）、60（毫升），一直到出院 90（毫升）」，在沒有讓母親們對於添加配方奶粉將會對哺育母乳造成影響有充分的衛教知識下，「她們就拿進來，每個人都問要不要簽，當然每個媽媽都簽啊。」這位媽媽說，她的哺乳技巧是月子中心教的（田野筆記 B_013、B_016）。

對於醫院的親善措施「不夠親善」、「做半套」的反應，在田野中所在多有，不乏教學醫院或生產數名列前茅的大型醫學中心，在與報導人的田野訪談中，對於這樣的現象感到訝異之餘，也能體會這種現象的產生，也許正因為這些醫院生產數太多，又適逢龍年的出生潮，導致護理人員在懸殊的醫病比下，對於照護工作的分身乏術所致。然而，親善醫院尚且如此，更遑論那些非母嬰親善的醫院或私人診所呢？在因應的潛規則順利運作下，導致一些應該被突顯的問題反而「不再是問題」。

（二）哺育的知識矛盾

產科固有的結構除了導致指導哺育的行動者在採取行動時，與新制度產生矛盾，新的哺育知識也與指導哺育的行動者其慣有工作型態產生矛盾。

結合婦產部專科護理師（訪談 D_20130427）、產後病房護理長（訪談 C_20130429）以及泌乳顧問（訪談 B_20130502）的看法，在母乳哺育的指導過程中，產後病房的護理人員所應肩負的任務，是指導母親們基礎的正確哺乳知識及技巧，例如母乳知識的衛教、親餵（嬰兒含乳及擺位）和手擠奶技巧等，讓母親們在返家後的居家照護中，有能力自行哺育。學理上的研究也是如此，根據目前生產住院的習慣，在產後泌乳第一期轉換到第二期的關鍵時刻，第一線接觸到

母親的正是護理人員，而此時正確的含乳及刺激都有助於乳汁的分泌，在田野中所遭遇初期哺乳受挫的母親，多數是出於「乳汁分泌不足」的打擊。然而基本的母乳哺育指導為什麼常常不能順利地在產後病房執行呢？在此列舉田野觀察中，尋求協助的母親們最常發生的三種狀況，敘述新舊哺育知識上的衝突所造成的哺乳不順狀況。

首先，以餵食頻率為例，「餵食頻率」的問題化，研究者以為是在縱觀整個哺育知識史中最具代表性的例證。傳統的母乳哺育是沒有時間表的，在計時工具普及到家戶之前，人們的作息遵循自然環境、身體經驗及習慣，餓了就餵、哭了就餵是理所當然的事。然而在近代，「定時定量」的哺育觀念在科學的邏輯下被提了出來，隨著配方奶粉哺育的實作，再配合著嬰兒室「定點餵奶」的慣例，定時定量成為哺育行為的「理所當然」。

然而如今，新的母乳哺育知識提倡「依需求餵奶 (demand feeding)⁴⁷」，在這個概念下，定時定量不再可行，因為嬰兒並沒有時間的概念，新生兒的作息極不固定。在定時定量的觀念下，四個小時哺育一次，一天大概哺育六次，然而在由嬰兒主導餵食 (baby-led feeding) 的方式中，則可能一天須餵食八至十二次以上，並且是不平均的分配。這樣的餵食方式若沒有母嬰同室的配套措施，換來的不是疲於奔命的護理人員就是疲於奔命的母親。然而在硬體的產房配置短時間內無法改變，以及極度重視產後休息的傳統觀念下，母嬰同室的做法很難被接受，常見的做法是母親們必須到嬰兒室餵奶或將奶水擠出來瓶餵，然後由於乳房刺激不足、擠奶技巧不好等原因，導致自覺奶水不足的結果。

除了餵食頻率的問題之外，「哺餵的份量」也是新舊哺育知識之間矛盾的展現。在過去，所有兒科或新生兒科的教科書上都說新生兒第一天需要 60cc 的水

⁴⁷ 「依需求餵食」的概念當然主要便是依嬰兒的需求來餵食，一旦嬰兒顯露出饑餓的反應時，就讓母親餵奶。套用泌乳顧問 B 在諮詢時常使用的說法，即「無限暢飲」。

分⁴⁸，因此過去嬰兒室時常一出生便餵食嬰兒這樣的份量，並且逐日增加，這樣的餵食份量的認知延續到母乳哺育的行為上，時常是造成許多母親壓力的來源。田野中許多（自覺）乳汁分泌不足而補充配方奶粉的媽媽表示，當她還在產後病房時，護理人員所給予的餵食記錄表上便記錄著嬰兒一餐須要 90 毫升甚至 120 毫升的份量，而當擠出來的奶量不足這個數字時，便成了她奶量不足的「證據」。

這些數據是哪裡來的呢？坊間的確流傳著嬰兒餵食的公式⁴⁹，在田野中，研究者也確實遇過，當母親提問應該補充多少奶水，泌乳顧問 C 曾提出一套計算嬰兒所需熱量轉換成乳汁的公式⁵⁰，這些公式所提供的份量是一天的總量，因此當哺育者使用這個公式的時候，便很自然地帶入一天所欲哺育的次數，將這些總量「平均分配」在每一餐之中，再加上沿用嬰兒室四小時定點餵食的習慣，假設一個嬰兒出生時體重為 3000 公克，套用進公式中便得出一餐須哺育 75 毫升的答案，而當嬰兒口慾較強或較難安撫時，過度餵食的狀況就更容易產生⁵¹。

對於餵食份量的另一種堅持，亦是田野中時常觀察到的諮詢問題。有些母親即使有親餵的條件，仍然堅持將奶水擠出來餵，這麼做的理由有很多，但在哺乳初期採取擠奶瓶餵的母親，多數的原因都是對於乳汁分泌的憂慮，無論這個憂慮是來自於自身或是周遭。在田野的觀察中，母親們最常提問的問題之一便是擔心嬰兒是否吃飽的問題，而即使有許多「徵兆」提供母親觀察，母親們仍然會感到不安及迷惘，直到泌乳顧問回答出「觀察寶寶一天的尿布量有濕濕重重的 5 片以上，每個月體重增加 500 公克或每週增加 125 公克」（田野筆記 C_12、C_24）的「數字」之後，才會顯現出了解、放鬆的表現，即使泌乳顧問總會特別囑咐「數字的觀察並不準確，觀察寶寶的反應才是最準的」（田野筆記 B_28、B_50）。

⁴⁸ 陳昭惠，〈新生兒的頭兩天〉，資料來源：<http://www.bhp.doh.gov.tw/breastfeeding/pdf/n4-2-6.pdf>，檢索日期：2013/6/10。

⁴⁹ $(\text{寶寶體重} \times 150\text{c.c}) \div \text{餐次} \div (\text{天}) = \text{一餐的奶量}$ （余靜雯，2011）。

⁵⁰ $(\text{寶寶體重} \times 100 \text{大卡} \div \text{一天所需的熱量}) \div 20 \times 30 = \text{一天的補餵量}$ （田野筆記 C_09、C_22）。

⁵¹ 現在的研究則認為，新生兒頭一天的為容量只有 5 到 7 毫升，到了第三天，則增加到 22 到 27 毫升，到了十天左右，位容量則大約 45 到 60 毫升左右。因此「過度餵食」經常出現在瓶餵的新born 身上。資料來源：同註釋 50。

在田野中，研究者觀察到一些母親對於「依需求餵奶」的哺育方式感到不安、不確定，因為她們「看不見」寶寶喝下了多少，當她們又不是奶量相當充足（通常已是供過於求）的時候，她們更難說服旁人的質疑，唯有把奶擠出來才能「證明」自己有能力餵飽自己的孩子。而這樣的質疑，不僅發生在親屬，有些母親反應，當護理人員「掐了掐她的乳房，擠一擠之後」的宣判，更容易讓她們失去哺育的信心。另外，相較於瓶餵規律地補充大量奶水的方式，依需求餵奶所顯現的，是新生兒在初期哺育的次數頻繁且不規律，看不見餵了多少、又動不動就要討奶的情況，更加深了母親「自覺泌乳不足」，認定自己就是天生沒奶水的媽媽。

過去配方奶粉哺育時期對於「控制」及「數字」的迷思，分別展現在定時和定量的哺育行為上，直至今日仍然支配著母乳哺育的實踐。

最後，一個在產後病房中產生的矛盾在於「乳房知識」，例如當泌乳進入第二期時，對於乳房腫脹 (engorged) 的處置。過去產科護理人員無論在正規教育、在職教育或臨牀上，接觸母乳哺育的機會並不多，傳統產後病房在乳房上的工作，往往僅止於例行性的乳房護理工作（熱敷、按摩、擠奶）以及退奶，然而這些都並非協助泌乳的必要工作，甚至降低母親哺乳的意願及自信。例如當身體進入泌乳第二期（俗稱脹奶 fullness），乳房會因為結締組織中增加的血量及水分造成組織水腫的狀況，奶水會因為乳房腫脹而難以移出，並且疼痛。此時的處置應是讓嬰兒持續吸吮移出乳汁，搭配「反向施壓」或冷敷，過度熱敷及錯誤的按摩會讓乳房腫脹的情形更為嚴重，而錯誤的擠奶技巧⁵²（常見是過度使力以及使用推、掐的方式「擠」出乳汁）更容易造成乳房組織受傷。在田野中，仍有許多母親回應初生產的三到五天，由護理人員幫忙擠奶或推奶的經驗，在某些護理人員的傳統知識中，這是「追奶」的必要之惡，如此的觀念影響很多母親在往後居家生活

⁵² 過去產後病房所謂的「擠奶」，實際和母乳哺育中的手擠奶技巧並非指涉同一內涵。母乳哺育中，手擠奶的工作主要是有效的引發噴乳反射 (let-down reflex) 之後，輕壓乳腺管協助奶水移出；而過去產科病房或如今坊間常提的「擠奶」、「推乳」，常常只是使盡蠻力地將奶水「擠」出乳房，其過程不但十分疼痛（田野中，許多母親的反應是：「比生產還痛」），最嚴重的是導致組織受傷或乳腺管破裂導致感染的症狀。

中，複製護理人員的擠奶手法及力道收集乳汁，而造成受傷甚至發炎的狀況；另外，另一個更常見的後果，是許多母親歷經這些「乳房護理」之後，仍然沒有辦法有效率地引出奶水，做出自己「沒有奶」的結論，而選擇搭配補充配方奶粉哺餵。

三、 哺育身體觀

新舊哺育行為所產生的另一個矛盾，展現於哺育的身體觀。過去補充配方奶粉及瓶餵的方式，導致了哺育的去身體化，母親的身體與哺育切分開來，甚至連哺育實踐都可以假他人之手，由其他人代勞。哺育的身體經驗在傳統指導者逐漸消逝的情況下失傳，護理人員習於瓶餵的情況下，哺育的身體時常無法獲得妥善的指導。然而哺育的身體實踐與哺育行為的關係是密不可分的，以下也將列舉三種在田野中所觀察到的「身體」現象，藉以描述新舊哺育行為之間的差異。

（一） 哺育的身體姿勢

哺育的姿勢是由兩個角色所共同形塑的，一個是嬰兒的含乳，另一個是母親就乳的姿勢（擺位），而兩者在新舊哺育行為中所形成的哺育圖像是截然不同的情況。在瓶餵的情況下，嬰兒含住奶嘴的嘴巴並不需要特別張大，吸吮的方式也只需要用上下顎擠壓奶嘴，甚至有些奶嘴的開孔較大的話，只要奶瓶呈現仰角奶水就會流出；然而在親餵時，嬰兒必須先將嘴巴張大，吸吮包含乳暈的部位，並且下唇外翻，吸吮時會運用到整個口腔運動（王淑芳等，2012）⁵³。

另外，在瓶餵的情況下，哺育時托抱嬰兒的姿勢只有一種－搖籃式抱法

⁵³ 不正確的含乳姿勢會嚴重影響親餵的效果，例如乳汁移出的效率不好、乳頭受傷等情況，而習慣了瓶餵的含乳之後的嬰兒，也時常發生「乳頭混淆」的情形。然而在田野中發現，因為含乳問題就診，或有乳頭混淆情形的嬰兒十分常見，因為嬰兒第一次上乳房時，造成乳頭疼痛受傷，於是選擇擠奶的母親，以及剛出生便使用奶瓶來補充配方奶粉的新生兒身上最為常見。田野中，許多母親抱怨，產後病房的護理人員並沒有正確指導她們如何「上乳房」（田野筆記 C_23、C_24），或沒有標準化的指導方針（田野筆記 B_16）、草率地看一看便結束（田野筆記 B_28）、偷餵配方奶（訪談 G_20120711、田野筆記 B_06）、配套不夠完善（田野筆記 B_08）等等。

(cradle position)，哺育者的姿勢通常是一手支托嬰兒身體，一手哺餵，僅需要注意支托嬰兒頸背部及臀部，而嬰兒的身體姿勢則注意舒適即可。然而在親餵母乳時，在就乳的姿勢上除了每次都須注意嬰兒是否含乳正確之外，母親及嬰兒的身體都需要特別注意。

「我們說，抱小孩有一個口訣叫『一、面、貼、支』，頭和身體成一直線，像剛剛如果手在裡面的話，她就是身體跟頭... (爸：分開。) 對...不是成一直線，這樣她會不舒服，好～頭和身體成一直線，所以你看到一隻手、一隻腳、(媽：嗯。) 一個耳朵。(媽：嗯嗯。) 好，再來我們說『面』，面對乳房，我們說鼻頭對著乳頭，(媽：鼻頭對著乳頭...)，然後再來，『貼』緊肚子，妳們要貼緊肚子，妳們兩個要貼很緊，(媽：嗯。) 像剛剛那樣手卡在妳們兩個中間妳們貼不緊，(媽：喔～)『支』托頸背部和臀部，那有這個〔哺乳〕枕頭的好處就是可以讓妳可以稍微分擔一下支托的力道。」(田野筆記 B_51)

另外，哺育的擺位也不只搖籃式一種，比較常見的還有躺餵 (side-lying position)、橄欖球式 (football hold)、甚至躺餵的進階版 69 式 (田野筆記 B_39 、 B_45) (見圖 12) 等，幾乎每一個親餵的母親都會學會一種以上的哺育姿勢，來因應哺育中的各種突發狀況。例如晚上睡覺的時候採取躺餵，乳房外側的乳腺管阻塞時採取橄欖球式等，更多的是當嬰兒月齡較大，無法再專心以單一姿勢吃奶時，還會發展出更多母親與嬰兒之間的哺育身體默契 (田野筆記 B_50)。



圖 12 躺餵圖，截自健康局孕產婦關懷網(來源：<http://www.bhp.doh.gov.tw/mammy/breadfasting>)

然而哺育的身體經驗尚未回歸到主體經驗中，田野中仍然常見的是「以瓶餵的身體經驗哺育母乳」所造成的哺育困難。泌乳顧問 A 曾在田野訪談中聊到她個人對於瓶餵及親餵的哺育實踐中，母親與嬰兒之間的身體觀察，她發現採取親餵的嬰兒與母親之間的身體，在擁抱時較能自然緊密地貼合在一起，而採取瓶餵的嬰兒與母親之間的身體距離則會有些許縫隙。哺育母乳相較於哺育配方奶粉來說，的確是需要更多的身體經驗，或者說，需要付出更多的身體勞動，除了乳頭被吸吮的感受之外，最常被強調的就是母親必須和嬰兒綁在一起。田野中時常有母親反應嬰兒將自己的乳頭當安撫奶嘴「玩弄」（田野筆記 B_51）或「掛奶」（田野筆記 B_08、B_27），造成她生活上的不便，這些也往往是採取瓶餵或離乳的動機。雖然哺育母乳的身體經驗時常被描繪成「安全感、親密感」，但田野中卻發現並不是有這麼多母親甘願買單，甚至有些母親寧願忍受擠奶的不便，來換取空間及身體的自主權。 ■

（二）乳房構造的知識

另一個身體上的矛盾來自於對乳房構造的了解⁵⁴。多數人對於乳房除了視為人體性徵及情色意涵之外，幾乎沒有更深入了解，大多數女人對於乳房的觀看是以「男性凝視」的方式（Yalom, 2000；Kaufmann, 2002），對於乳房的在意僅限於乳房形狀、大小、顏色等，而近代由於對乳癌發生率的關注，呼籲女性應在日常進行乳房自我檢查，女性才開始試著了解自己乳房組織分布的「觸覺」，而其他乳房構造一如乳頭、乳孔、乳暈、乳腺管、蒙哥馬利腺體（Montgomery's glands）⁵⁵等，卻很少被深刻或細緻的了解，然而這些構造卻與哺乳實踐有著密不可分的關係。

⁵⁴ 關於乳房在現今的母乳哺育敘事中，如何以解剖學、生理學、病理學的方式被敘事，我們將在下一節描寫，在此主要描述的是母乳哺育的實踐上，乳房這個器官的身體經驗。

⁵⁵ 乳暈周圍分泌油脂的小腺體。

二十世紀以來乳房愈發地性感化、情慾化 (Yalom, 2000)，使得女性對於談論自身乳房、直視自身乳房彷彿都帶著一點點性的罪惡感，而配方奶哺育行為的去身體敘事，也讓乳房順利地從哺育中缺席、退隱。田野中觀察到，有些母親們分不清楚纖維囊腫和乳腺管阻塞所產生的硬塊 (田野筆記 C_15、C_17)；不清楚自己輸乳的乳孔有幾個 (田野筆記 B_25)；乳腺管阻塞時，無法區別哪個乳孔塞住了導致奶出不來 (田野筆記 C_29)。

以乳頭作為乳房構造缺乏關注的例子，乳頭是乳房「色情化 (pornography)」的界線，女性之間很少談論乳頭，然而在母乳哺育實作中，有些形狀的乳頭卻被特地界定出來，需要特別輔助、治療才能順利哺乳，例如扁平的乳頭 (flat nipple) 或凹陷的乳頭 (inverted nipple)。當乳頭扁平又缺乏伸展性 (poorly protractile) 時，可能會造成嬰兒初期含乳較為困難⁵⁶；而乳頭凹陷則需要空針筒來治療 (見圖 13)，利用空針筒真空的吸力將凹陷的乳頭拉出。倘若母親們對於乳頭形狀影響哺育的了解不深，可能造成初期哺乳的挫折⁵⁷。

⁵⁶ 此時可能需要支持及耐心，反覆練習含乳，有的醫護人員會建議將乳頭「塑形」，掐起乳暈形成較易含乳的形狀，並且更需注意乳暈處的柔軟度，若乳暈腫脹或水腫，須先將乳暈處的奶水移出。

⁵⁷ 因為當乳頭形狀較扁平、凹陷，甚至乳頭過長，在沒有相對應的處置就直接讓嬰兒含乳，可能造成乳頭的受傷、皸裂，因此初期哺育的正確指導對這類的哺育者是更為重要的事。

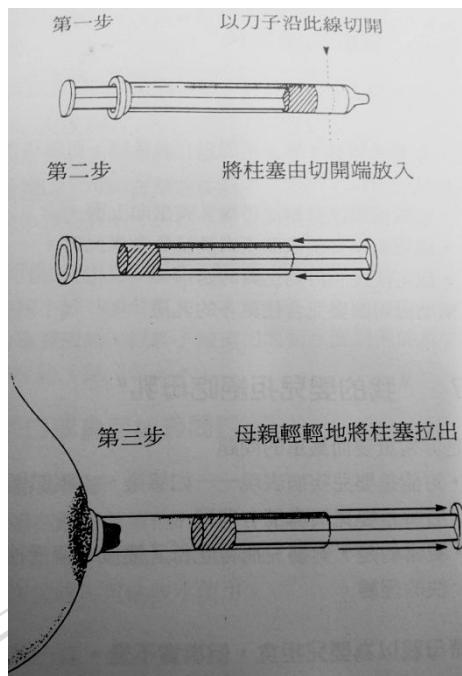


圖 13 空針治療法（翻拍自《幫助母親哺育母乳》，頁 81，黃韻庭 攝，2013）

（三）哺育乳房的差異經驗

配方奶粉哺育的乳房可能會經驗泌乳的第二期，而當時產後病房對於脹奶的錯誤處置，可能導致乳房經歷腫脹的疼痛，而後由於刺激不足於是自然地退乳，或者直接施打退奶針或退奶藥的方式來處理⁵⁸，結束乳房在生育過程中的角色。然而，也許從身體自主的觀點來看，她們的身體反而獲得了相對的自由和解脫。

母乳哺育的乳房經驗則多得多，除了遭遇具備過時哺育知識的醫護人員時，可能面臨與配方奶哺育的乳房同樣熱敷、按摩、強力擠奶的過程，而導致乳房腫脹、瘀青的疼痛之外，持續哺育的乳房在哺乳之路中，總是隨時在經歷著擠奶、加壓乳房（增加乳汁的流速）、乳房塑形、乳頭破皮、破裂、小白點、小水泡、乳房腫脹、乳腺阻塞...等各種乳房經驗。更不用提母乳哺育中，乳房一天需被使用六至十二次以上，以時間來說，一次哺乳或擠奶可能需要 30 分鐘，新生兒更可能長則一個小時以上，這些時間裡，乳房反覆的裸露、乳頭反覆地摩擦、乳暈

⁵⁸ 而退奶針或退奶藥的處置其實有其風險，不幸面臨治療副作用的母親們，經歷了著這個時期特殊的乳房經驗。（田野筆記 C_19）

也反覆地拉扯著。有的母親苦於增加泌乳量，甚至二十四小時都處於擠奶、餵奶、消毒奶瓶及擠乳器又同時親餵的循環中，飽受身體及精神的勞累。

在現代，由於瓶餵及配方奶粉並沒有因為母乳哺育成為主流價值而銷聲匿跡，因此哺育的方式變得更多元。以哺育的方式可分為親餵和瓶餵，以哺餵的內容可分為純母乳、混餵（母乳加配方奶）和純配方奶，綜觀現今的哺育型態，便有純母奶 type I（全親餵）、純母奶 type II（全擠奶）、純母奶 type III（親餵加擠奶）、混餵 type I（親餵加配方奶）、混餵 type II（擠奶加配方奶）、混餵 type III（親餵加擠奶加配方奶）及純配方奶七種模式。這七種模式中，有五種（純母奶 type II、純母奶 type III、混餵 type I、混餵 type II、混餵 type III）是在過去前所未有的，然而卻是現今多數母親實際在哺育上的實踐，也是比起另外兩種更為辛勞的哺育方式。

以理性的行動邏輯來看，有更有效率及更輕鬆的方式，卻不採取，而是採取較累、較花費時間的路徑，是很不合理的行動，在這樣哺育型態的選擇中，反應的正是哺育知識和行為上的矛盾與焦慮，亦即，當母乳哺育在如今成為主流價值，卻沒有相對應的配套措施（如妥善的生產流程、一致的哺育知識、環境的充分支持等）下，在其中概括承受的都是哺育實踐中一具具活生生的身體。

例如擠乳器便是焦慮的身體所找到的出口之一。擠乳器如同一些號稱「協助減輕母親勞務」的家電用品（Cowan, 2004），實際上並沒有真的減輕多少母親的負擔（鄭琇惠等，2010）。雖然許多需要和嬰兒長時間分離的母親，因為擠乳器而能更方便地收集乳汁，但更多的情況是反而讓母親受困於擠奶的時間和量，還可能因為不當的使用而增加乳腺阻塞或乳房受傷的機率，即使她們並沒有長時間離開嬰兒的需求。母親們對擠乳器趨之若鶩的原因，可能是因為把奶水擠出來能夠看見數字的刻度，也可能是因為可以將哺餵的工作交付他人之手，然而，無論是將哺餵的工作交移，或是讓乳頭和嬰兒分離，其背後的因素是很複雜的，卻

都同樣反映著哺育身體的主觀經驗的焦慮。

無論如何，混餵、擠奶等現今多數母親所實踐的哺育方式，是如此迥異於配方奶粉哺育的身體經驗，時常讓哺育母乳的母親因為不被了解而不被支持。田野中，有些母親反應家人對於自己疲於哺育母乳時，時常會說「那麼累就不要餵了，餵奶粉就好了啊。」或質疑母親「擠這麼累／一直餵，是不是沒有奶？」（田野筆記 B_05、B_15、B_17）因為過去哺育的乳房經驗在日常生活中缺席，多數人習於用配方奶粉哺育的眼光及標準衡量母乳哺育的身體經驗，導致在母乳哺育實作中極為「普遍」、「正常」的身體經驗，被理解為「異常」而否定其乳房的經驗，田野中亦發現，唯有周遭環境皆將母乳哺育的乳房經驗視為哺育的常態、理所當然時，母親的乳房經驗才能獲得尊重及支持。

四、 哺育的「再」醫療化：哺育醫療化的典範轉移

上一節中，我們了解了配方奶粉哺育與母乳哺育在知識方面及身體經驗上所產生的差異及矛盾，然而母乳哺育的知識是如何被帶回主流價值之中的呢？在田野中，研究者觀察到現今對於母乳哺育的指導，已經並非出於身體經驗的傳授，而是由一套有系統的知識體系所支撐。在過去，醫療體系對於哺育的醫療化敘述，僅止於關注嬰兒的健康，如今由於醫學典範的轉移，醫學研究開始重視母乳的營養價值，因而從乳房構造、泌乳機制、嬰兒含乳等方面，從解剖學、生理學、病理學等學理，重新定義了母乳哺育的知識，而哺育上所產生的困難，也在醫療的領域中被重新定義，研究者稱為哺育的「再」醫療化。

（一）泌乳的生理機制

人類對於泌乳（lactation）機制的了解，並非對自身生理引發的興趣，而是從動物學界對於哺乳動物的研究展現端倪（Hrdy, 2004）。時至今日，醫學對於人類的泌乳機制、乳汁所含有的營養成分都尚未有全面的了解。

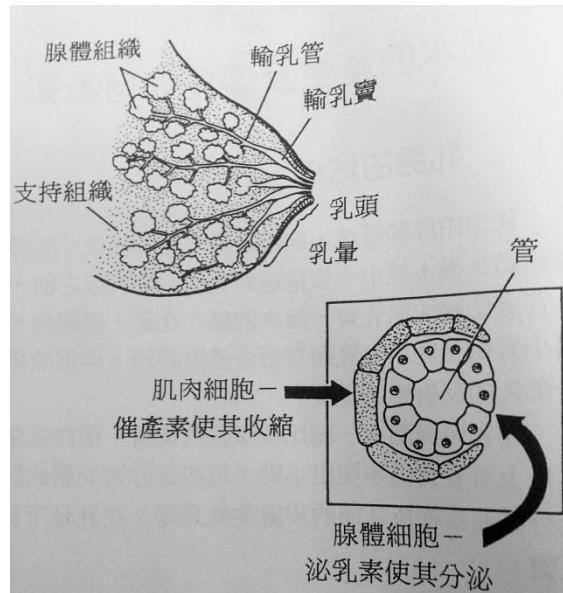


圖 14 乳房的解剖構造（翻拍自《幫助母親哺育母乳》，頁 24，黃韻庭 攝，2013）

學者從動物學了解哺乳動物的泌乳機制，如催產素 (oxytocin) (Hrdy, 2004)，從生理解剖學了解乳房的構造（見圖 14），並且分析人類泌乳期的生理現象（見圖 15）。

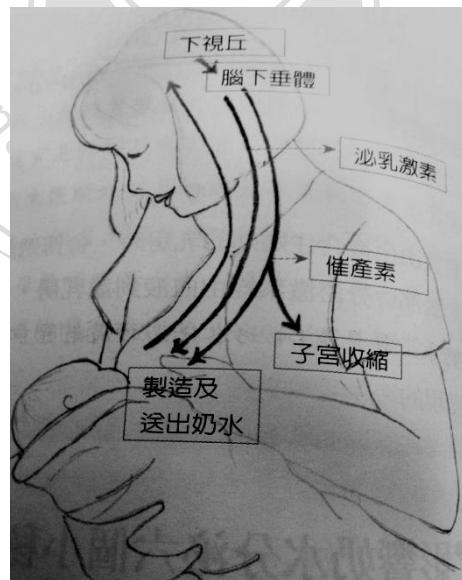


圖 15 奶水分泌的反射（翻拍自《母乳最好》，頁 38，黃韻庭 攝，2013）

基於對泌乳生理的研究與了解，醫學據此定義了何謂「正常的哺乳」，如正常／異常的乳房狀態（見圖 16）、正常／異常的含乳姿勢（見圖 17）、正常／

異常的就乳姿勢等，而當母親們在哺育過程中發生問題、出現困難時，便是有其「異常」之處，因此也有相對應的「正確的指導與治療方式」。從「權力論」的觀點，藉由自我創造「風險」—重新定義正常和異常，也就是塑造「專業」的管道之一（吳嘉苓，2000a：197），泌乳醫學也由哺乳生理正常／異常的重新定義，界定出「母乳專業」的知識範疇。

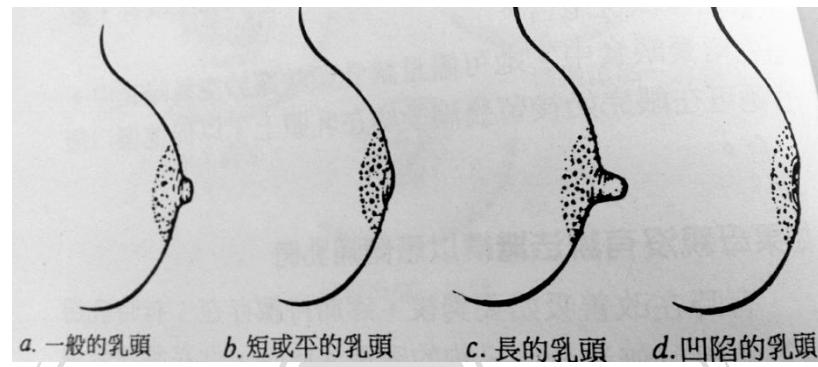


圖 16 不同形狀的乳頭（翻拍自《幫助母親哺育母乳》，頁 76，黃韻庭 攝，2013）



圖 17 正確（左）與錯誤（右）含乳（翻拍自《幫助母親哺育母乳》，頁 36，黃韻庭 攝，2013）

以田野中母親們最關心的問題—嬰兒吃飽為例，怎麼分辨嬰兒飢餓的徵兆以及吃飽的表現，是每個母親初期與新生兒相處時共同需要學習的事。前述我們提過，母親們對嬰兒進食規律的焦慮反應在對定點餵食和瓶餵的執著上，當母乳哺育提倡依嬰兒需求餵食的建議時，幾乎每個母親都會接著問：「那我怎麼知道他

餓了／飽了？」學理從嬰兒及母親的生理表現來界定判斷依據，例如嬰兒的肢體動作是緊張或放鬆、舌頭是否主動伸出來表現出想吃東西的樣子、嬰兒是否有吞嚥動作或只是無效的吸吮（ineffective suckling）等，然後提供正常嬰兒的排泄次數及體重增加幅度，並且釐清一些不可靠的常識經驗，例如用手指戳嬰兒臉頰刺激尋乳反射來判斷嬰兒是否飢餓是不準確的，用乳房是否有「奶陣」來判斷奶水是否足夠也是不可靠的。

另外，以田野中常見的乳腺管阻塞（blocked duct）為例，許多到門診就醫的母親都是由於「塞奶」，然而有更多的母親求助於坊間的推乳師或 spa 美體業者也是因為「塞奶」。「塞奶」的觀念對母親們來說是相對寬鬆的定義，當擠奶不順暢、乳房脹痛有硬塊、或只是奶量不如預期，母親們便會自我定義「塞奶」，然後進行處理。處理的方式亦相當多元，從熱敷按摩、吃發奶或退奶食物⁵⁹、卵磷脂，讓嬰兒、老公吸通，推奶（自己推或找老公、朋友、護理人員、推奶師、按摩師），或就醫。然而從學理來看，乳腺管阻塞指的是乳汁的引流不良所造成的脹痛，最主要的是改善造成引流不良的因素，並且持續有效地移出乳汁，通常不需要額外的治療（王淑芳等，2012：196-198），除非已出現乳頭白點或發炎的症狀。學理上通常非常反對用力推擠乳房或搓揉乳房硬塊的做法，也對多數號稱能夠「疏通乳腺」的產品或食材持保留、懷疑的態度。

醫學提出許多關於母乳哺育的生理知識，試圖建立哺育者正確的母乳哺育知識，然而卻與舊有的哺育知識及一些根據經驗的「民俗療法」相互交織、干擾，導致哺育行動者在接受過多且片面的資訊下，時常是無所適從的狀態。

田野中，許多母親很努力地「做功課」，藉由網路資源接觸到許多母乳哺育的經驗分享，也有許多專屬的討論園地提供她們提出個人遭遇的問題。而這些資

⁵⁹ 吃發奶或退奶的食物，端看母親自身如何解釋自己「塞奶」的原因，有的母親將乳腺阻塞後，乳汁較難移出的狀況認知為「奶水不足」；有的母親則將乳腺阻塞後，乳房腫脹的狀況認知為「奶水過多」。

源可以應付一些哺乳的通常疑問，卻顯然無法解決所有的難題，有母親反應，她在一一個網路社團發問：「嬰兒體重增加不理想，應該怎麼辦？」許多人提供了各種方式，而她經過「篩選」之後，選擇了一些「比較多人推薦」的方法，最後仍然沒有效果，直到有人推薦她尋求泌乳顧問的協助（田野筆記 B_22、B_24）。許多母親分享了對於哺乳資訊過於紛亂的焦慮，「有時候一個問題丟出來，有一堆人回答，大家都說的不一樣，有的還衝突、矛盾，不知道該聽誰的。」（田野訪談 B_22）

而對此現象，以母乳哺育作為專業的一些醫護人員（田野筆記_田野活動III、訪談 D_20130427）皆認為，母乳哺育知識的衛教是醫療院所的責任，他們一致地認為應在產前檢查中補充母乳哺育的指導，事先建立母親們正確的哺育觀念，以防止母親獨自面對過多的哺育資訊卻無力篩選，因接觸錯誤或無根據的訊息而造成哺乳的困難。亦即，如今哺育已從「假設正常」定義為「假設異常」並歸屬於醫療範疇，而具備「正確」知識是醫護人員的責任。

（二）泌乳的病理

醫學除了致力於對乳房生理的了解，一些乳房的病理學也由於母乳哺育而有了新的臨床經驗及解釋觀點。以田野中觀察到的兩種病理症狀-雷諾氏症（Raynaud's Phenomenon）及乳腺炎（mastitis）-為例。雷諾氏症在 1862 年由法國的 Maurice Raynaud 醫師率先描述，主要是指當溫度降低時，血管痙攣導致身體某個部位無法得到血液供應所發生的身體反應，典型是發生在肢體端，如手指腳趾。雷諾氏症的現象並不罕見，尤其好發於女性，但對於雷諾氏症的病理敘事過去卻多著墨於肢體末梢神經、血管病變、免疫性疾病等有關（如楊森安，1992；Lin et al,2009），直到 1997 年，才由 Lawlor-Smith LS 和 Lawlor-Smith CL 回報五個因哺乳而患有雷諾氏症的案例（Anderson et al,2004）⁶⁰。根據泌乳顧問 B 自己的

⁶⁰ 雷諾氏症發生在乳頭，此情況常發生在餵完奶、寶寶離開乳房後。可能是因為外界比寶寶口

估算，大概有 5% 到 10% 的母乳媽媽有這樣的狀況（田野筆記 B_14），研究者亦在 93 個個案中觀察到兩個哺乳媽媽有雷諾氏症的症狀（田野筆記 B_14、C_25），雷諾氏症的症狀及發生率在母乳哺育中應該並不罕見，然而卻是直到晚近，因哺乳而引起的雷諾氏症才受到醫學研究的重視，書寫進母乳哺育的衛教單張之中，列為乳房的常見問題之一（王淑芳等，2012）。

另一個更為典型的例子則是乳腺炎。田野中，因乳腺炎就診的病例不少（田野筆記 C_03、C_04、C_08、C_22），有些媽媽因為誤將乳腺炎視為嚴重的乳房腫脹或乳腺阻塞而延誤就醫。乳腺炎的治療在初期通常會施以抗生素，倘若嚴重到併發乳房膿瘍則須要清除膿瘍。在母乳哺育知識尚不被乳房醫學的臨床經驗重視的時期，由於誤認抗生素會經由乳汁「過奶」給嬰兒，因此一旦哺乳的媽媽罹患乳腺炎，醫師會建議母親在用藥期間停止哺乳，而乳房膿瘍時，則多以外科引流的方式進行清創手術，這些處置方式都等於宣告退奶的開始。對於這些處置，在現今已被視為是對哺乳「不友善」的治療方式（王淑芳等，2012），泌乳顧問 B 甚至直言：「過去的觀念是錯誤的，教她不要餵或是直接畫一個大洞，那個方式其實是錯誤的。」（訪談 B_20130502）現今的哺乳知識認為，持續的哺乳是治療乳腺炎的一部份，因為持續哺乳，「乳汁裡面就有血流，就會產生白血球，不讓它淤積，讓它流動，對膿瘍來說才是好事情。」（訪談 B_20130502）因此對於「哺乳友善」的做法，是以抗生素治療的同時，鼓勵母親持續地哺乳，給予正確的哺乳指導，而乳房膿瘍的治療方式也以空針抽吸或超音波導引放入引流管的方式（王淑芳等，2012），盡量減小傷口面積，非到必要不採取外科手術的方式進行治療。

中的溫度低，當寶寶離開乳房時，乳頭很快地在幾分鐘（甚至是幾秒鐘）內由一般正常的顏色變成白色，這可能是因為乳頭加速乾燥所引起的，媽媽通常在乳頭變白時有灼熱的疼痛感，而一段時間後，乳頭會回復正常的顏色，此時媽媽會感到抽痛。一般認為雷諾氏症的起因為含乳不良或念珠菌感染等（王淑芳等，2012）。

關於母乳哺育方面的知識，醫界有許多辯論⁶¹，在此研究者尚無能力進行爬梳，然而由於哺育知識的醫學典範轉移，醫學研究始重視乳房的生理及內分泌，也改變了部分乳房病理的臨床經驗，母乳哺育的知識成為醫學專業領域的一個新範疇，*Breastfeeding Medicine* 一詞在台灣雖然還很陌生，在國外已行之有年，不但有學會組織（如 *Academy of Breastfeeding Medicine* ）、期刊（如《*Breastfeeding Medicine*》ISSN: 1556-8253），也有專科門診和醫學中心（如「*Center for Breastfeeding Medicine*」、「*Lakeshore Medical Breastfeeding Medicine Clinic*」等等）。當今母乳哺育由醫學語境掌握，取代過去母乳哺育由女性經驗所傳遞、指導的傳統，改由婦產科及兒科中，具備母乳哺育知識的醫護人員共同把持。

即使已經離開產後病房，當哺育者在哺育上遭遇困難或對於哺育有問題時，仍然會回頭尋求接生醫師或嬰兒的兒科醫師的協助；當網路資源或民間的母乳協會、志工團體無法解決哺乳問題時，母親便會被建議應去尋求「專業人員⁶²」的指導。國民健康局的母乳哺育網站中，亦建置了全台「母乳哺育臨床指導」的名單（見圖 18），建議母親在母乳哺育上需要臨床指導時，可尋求此數十間醫療院所的專科醫師及護理師給予協助。

⁶¹ 如去年台灣兒科醫學會與母乳學會對於嬰兒哺育建議的爭議，或母嬰同床與嬰兒猝死症發生率的爭議等。

⁶² 通常是具備母乳哺育知識的醫護人員，如具備哺乳諮詢認證的泌乳顧問，或在網路上經營母乳哺育部落格或網路粉絲專頁的醫護人員。

w.bhp.doh.gov.tw/mammy/breastfeeding/

分類	文章標題	內容摘要	點閱數
媽媽 - 母乳哺育	母乳哺育臨床指導(東部/離島)	東部/離島母乳哺育臨床指導縣市名稱單位服務內...	406
媽媽 - 母乳哺育	母乳哺育臨床指導(高高屏)	縣市名稱單位服務內容醫師/護理人員聯絡電話高...	703
媽媽 - 母乳哺育	母乳哺育臨床指導(臺嘉南)	臺嘉南母乳哺育臨床指導縣市名稱單位服務內容...	557
媽媽 - 母乳哺育	母乳哺育臨床指導(中彰投)	縣市名稱單位服務內容醫師/護理人員聯絡電話台...	806
媽媽 - 母乳哺育	母乳哺育臨床指導(桃竹苗)	桃竹苗母乳哺育臨床指導縣市名稱單位服務內容醫...	946
媽媽 - 母乳哺育	母乳哺育臨床指導(北北基)	北北基母乳哺育臨床指導縣市名稱單位服務內容醫...	1268

圖 18 全台母乳哺育臨床指導名單（截自健康局孕產婦關懷網，檢索日期：2013/5/17）

五、小結

醫院生產的例行化（routinization）讓哺育與生產一起納入醫療體制之中，以及兒科醫師以專業權威之姿提供育兒建議，長久以來，使大眾在哺育遭遇困難時，便自然地尋求醫療資源的協助。而隨著醫學典範的轉移，哺育母乳重新受到重視，關於人類泌乳的研究成為新的醫學領域，也造成醫學知識的落差，因而使得行動者例行性的求助途徑不再管用。

另一方面，醫學研究人類泌乳生理後提出：「因乳房未正確發育而導致無法製造足夠的奶水，是非常罕見的情況」（王淑芳等，2012：185），乃使得哺育「自然化」的敘事得以支持母乳哺育推廣的運作（鍾瀚慧，2006）。然而如此我們不禁更要提問：為什麼還是有這麼多母親遭遇哺育的困難呢？為什麼還是有許多母親自認自己「天生就沒有奶水」？難道光是依靠生理本能仍然是不夠的嗎？

研究者認為，泌乳是生理的，哺乳是社會的。哺育母乳需要協助及指導，從傳統的哺乳社會到現代，一直都沒有改變，無論哪種型態中都存在哺育的指導者。然而當代的母乳指導無法像過去以常民知識傳遞的原因，除了因為「現在資訊太多，餵不好反正還有配方奶」（田野筆記 C_36）之外，更重要的是「並不像以前

社會大家都在餵奶，也只有母奶可以餵」（田野筆記 B_18）。哺育資訊過多的干擾以及常民哺育指導者的缺乏，亦是造成如今母乳哺育完全依賴醫療知識與醫療專業的原因之一。

由於對母乳的重新重視，讓乳房得以暫時脫離「男性凝視」的詮釋，回歸到乳房的自身經驗，然而哺育再醫療化的結果，卻又將乳房放入「醫療凝視（medical gaze）」的框架，哺育身體的每一個感受或生理變化，都被仔細地記錄並以醫學語言重新詮釋。

哺育的「再」醫療化顯現的是母乳哺育成為一個醫療專業的特殊領域：並非所有的醫護人員都具備母乳哺育的知識，甚至並非所有婦產科、兒科、乳房外科的醫護人員都具備正確且詳盡的泌乳知識。哺育的再醫療化，事實上從政府制定母嬰親善醫院時便已開始，國家從政策上劃定哺育乃是醫療的責任，而母嬰親善醫院認證的十項措施則告訴我們，母乳哺育的知識並非醫護人員所原先具備的能力，醫護人員皆須要再教育去學習母乳哺育的知識。然而，田野中我們觀察到，母嬰親善醫院並不保證獲得正確的哺乳衛教和技巧，這告訴我們，單靠醫護人員在產後病房的指導似乎是不夠的，其原因可能是因為醫病比例的懸殊、例行性任務的繁重；可能是固有的產科結構不易於實踐母乳哺育；可能是每年八小時的訓練課程不足以應付母乳哺育的所有狀況等等，導致許多母親仍然在醫院中遭遇許多知識和行動上不一致的矛盾。然而這些現象所造成的結果，是母親們對於某些產兒科醫護人員「專業」上的質疑（田野筆記 B_15、田野筆記 B_20、田野筆記_田野活動III、訪談 D_20130427），並且開始尋找「新的專家」。

第五章 誰來教我餵？：哺育指導的專業化發展

由於網路的普及以及訊息交換便利，現代的母親除了被動地接受資訊之外，也主動地分享，如今想要取得哺育知識的管道多元，不再侷限於醫療專業的衛教篇章或報章雜誌，有些媽媽甚至主動地結合起來，在社群網絡組成私密社團⁶³互相交流資訊及個人經驗，儼然是個新型態的女性互助系統。然而也正因為資訊的交換過於頻繁、錯雜，而使得哺育的知識傳遞經常是非常片面、去脈絡化的轉錄，交雜著個人經驗於其中。許多人對於哺育知識的了解時常是「知其然，不知其所以然」的狀況，反而造成知識的錯誤理解或套用，而招致更多的挫折（田野訪談 B_51）。

當哺育再醫療化，意味著哺育成為一門研究領域，也意味著將有一批掌握知識的專家成為新的哺育指導者。這批哺育指導者和傳統母乳哺育的指導者不同，他們的背景是一套由醫學研究支撐的系統性知識；這批哺育指導者和科學配方奶粉哺育的指導者也不同，他們強調哺育的社會文化面向，尊重個案的個殊性，重視每個主體的主觀身體經驗。這批哺育指導者開始有專屬的稱謂，而不再只是某個身分或職業中的一條工作項目。

一、 哺乳的專業化現象：以 IBCLC 為例

（一）母乳專家在哪裡？

醫療照護並不是去性別的，無論在診斷、治療、照顧上，性別一直都扮演著影響的角色，男性經常是醫療實作所預設的對象，一直到晚近女性在臨床實作中的重要性才開始被注意（陳嘉新，2012：228）。因此母乳哺育復甦時，雖然民間早有以指導女性哺育母乳的角色出現，在醫療體系方面，卻遲遲未普遍設立專門

⁶³ 這些社團的組成通常是以嬰兒的年齡為共通點，社團內的成員便互相分享彼此的成長過程，討論一些教養的話題或一起購買嬰兒用品，例如以生肖為共通點的母嬰社團。

指導母乳哺育的醫護角色。

社會上第一批以「(指導哺育)母乳」為志業的角色，是國際母乳會的「母乳輔導員 (Leader)」，這群母乳輔導員除了親自指導、協助母親如何哺乳之外，也經營母乳支持團體 (LLLI, 2010)；再來，台灣母乳哺育協會也依循國際母乳會的模式，訓練一批「母乳志工」，提供母乳哺育諮詢專線、舉辦母乳支持團體以及母乳哺育網路論壇；以及各地衛生所訓練的志工 (田野筆記_田野活動III)。

在醫療照護領域中，指導母乳哺育僅被視為護理工作的一部份（訪談 C_20130429、D_20130427），雖然醫療院所中開始有「母乳衛教師」的角色，然而卻不是醫院編制內常規性的工作職稱，也沒有普遍地常設在婦產科、兒科中。母乳衛教師很少是一個專職的職位，甚至有些母乳衛教師與一般護理師在母乳的專業教育上，只是多了母嬰親善認證所規定的「八小時教育時數」(田野筆記_田野活動III、訪談 D_20130427、H_20120712)。另一個在醫療院所新興的母乳職稱是「母乳個案管理師」，然而根據研究者的了解，似乎目前僅有少數幾間大型醫院有這樣的職稱。而根據訪談 (C_20130429、D_20130427) 發現，無論是母乳衛教師或母乳個管師，似乎都是一個定位不明的職位，並沒有明確的規範來劃定母乳衛教師或母乳個管師的業務內容，而有些稱謂上並沒有「母乳」的護理工作，其工作範圍卻涵蓋母乳衛教師或母乳個管師的工作內容。其中，有些護理人員出於個人熱忱，自行額外進修母乳專業知識，累積豐富的臨床指導經驗，然而其在母乳專業上的能力，卻未能卻得相對的肯定，她們對於母乳哺育的付出，僅被視為工作任務的一部份，或者是「熱心」。

曾任職於某間大型教學醫院產後病房的泌乳顧問 C 這麼說：

「母乳個案管理師和母乳衛教師都是醫院自己設立的，一般就看他們要做到什麼地步，像有的就是對於哺乳的指導，比如說產前跟產後，那有的就是不會進一步處理乳房上面的問題，因為大多數都是在門診。」

那我知道有一家叫○綜合醫院，他們就做得不錯，他們有專屬的衛教師之外，她有點像個案管理師，就是她可能會在產前就接觸媽媽，那產後她會去探個一兩次，如果媽媽有問題她就會提供服務。（所以要做到個案管理師的程度，就是會變成每一個媽媽她都要長期的介入她的 case 這樣？）對對對，就像我覺得婦產科比較少做這種東西，不然的話，像腫瘤或是糖尿病就會有個案管理師，就會協助...可是我覺得母乳這塊沒有的原因，就是因為大家一直以來都覺得她是一個正常的過程，就是不像生病，也不用去追蹤它的過程，反正它就是這樣子。...我覺得...可能...婦產科還是屬於弱勢（笑）。」（訪談 C_20130429）

雖然對母親們和醫護人員來說，設立專職的母乳哺育指導人員能更有助於推動母乳哺育工作，然而對於醫院而言，要使母乳哺育工作成為一個專門職位，主要考量的似乎是成本及效益的問題。

「要弄管理師一定是它有某種程度的『收益』啊，他怎麼會用母奶來弄個個案管理師，就表示你是不是其他事都不用做了？」（訪談 D_20130427）

「（其實母乳應該要有個案管理師是比較好的？）對，但相對來說就要看醫院願不願意花這樣的...成本，因為我覺得其實在很多大醫院，不見得願意的原因是因為他們不靠這個，去維持他們的營收或是他們的『知名』可能不在這邊。」（訪談 C_20130429）

即使在母嬰親善的醫療院所之中，以「母乳」為專職的工作需求也完全是依靠醫院政策的方向或主管單位的主觀判定，即使在前述的分析中，母乳哺育的知識已逐漸朝向一個特殊的醫療領域發展。

由於醫療院所對於母乳哺育指導的業務歸屬曖昧不明，民間母乳社團又僅能

傳授哺育經驗及情感支持，無法提供完備的哺育知識，哺育者遭逢哺育上的困難只能病急亂投醫。「到底誰能解決我的哺乳問題？」市面上開始出現通乳師、spa按摩師，自稱能處理母親的乳房問題，卻沒有正確的學理知識，有時甚至因此造成更嚴重的哺乳困難（如乳管受傷等）。

當固有的哺育指導者無法有效解決問題，傳統的哺育指導又已失傳的狀況下，一群自稱具有母乳哺育專業醫療知識的行動者跳出來。這批行動者將「泌乳及母乳哺餵的照護能力」視為專業知識領域，以此做為行動的背景知識；亦將民間團體建立的支持模式以及心理學的諮詢技巧作為指導方針。他們以「母乳專家」自稱，目的為提供正確且完備的哺育知識，以及個人化的哺育指導。

研究者認為，正是由於「哺育問題化」和「哺育醫療化」的現象同時存在，造成社會對於哺育指導者專業化的需求，「哺育指導」逐漸成為一個專業領域。以下，研究者將深入地介紹這群在此特殊時空背景下而生的「母乳專家」。

（二）母乳專家：國際認證泌乳顧問（IBCLC）

IBCLC/IBCLCs 為 International Board Certified Lactation Consultants 的縮寫，在台灣稱之為國際認證泌乳顧問，又簡稱為泌乳顧問⁶⁴，是一個經由國際泌乳顧問認證委員會（IBLCE, International Board of Lactation Consultant Examiners）的考試通過所頒發的「國際證照」，同時也是唯一被國際泌乳顧問組織（ILCA, International Lactation Consultant Association）承認的母乳諮詢專業能力認證資格。IBLCE 學會的成立，是希望藉以 IBLCE 學會考試的方式，來提供在泌乳與母乳哺餵照護方面國際公認基準的知識（IBLCE, 2011b）。

IBCLC 的認證開始於 1985 年，一群專家學者在美國創立 IBLCE 學會，用於提供學習課程與考核認證的機制，協助全球具有指導泌乳資格的人士，取得 IBCLC

⁶⁴ 本文在行文上以 IBCLC 及泌乳顧問兩個簡稱交換使用。

資格的非營利組織(NGO)。IBLCE 學會在 1988 年通過美國認證機構委員會認可，開始在全球推動這項國際認證的工作，至今，除了設立於美國的總部（負責美洲及以色列事務）之外，還有歐洲區域辦公室（負責歐洲、中東、北非事務）和亞洲區域辦公室（負責澳洲、亞太地區、非洲事務），而定期辦理認證考試的國家則設有國家聯絡人（Country Coordinator）。根據 2007 年的統計，在全球 75 個國家中，已經有超過 17,000 位 IBCLC(陳昭惠、楊誠嘉、王淑芳、廖慧娟，2008)，而根據 IBLCE 學會的網站 (<http://www.iblce.org/>) ，現 (2013 年) 已有 94 個國家，超過 26,000 位專業人員具備 IBCLC 的證照⁶⁵。另外，截至 2009 年，已有 68 個國家地區的保險制度將 IBCLC 的諮詢費用納入給付範圍 (王淑芳，2012) 。



圖 19 IBCLC 標誌，黃色和藍色的條紋代表嬰兒、母親與 IBCLC 。

(截自 MILCC 網站，檢索日期：2013/6/15)

台灣方面，在 IBLCE 學會的定義下，台灣屬於澳洲區域辦公室的範圍，2007 年，出現了首批考取證照的 IBCLC，其中有三位兒科醫師、一位婦產科醫師（台灣首位男性 IBCLC ）、一位護理教師及一位非醫護背景的「母親支持諮詢員(Mother Support Counsellors)」（亦是台灣唯一一位），並且其中四位具有醫護背景的

⁶⁵ IBLCE 官方網站，「Over 26,000 professionals worldwide hold the International Board Certified Lactation Consultant certification, in 94 countries.」，資料來源：<http://www.iblce.org/home.php>，檢索日期：2013/5/18 。

IBCLC 在考取證照後，便開始在所屬醫院開設母乳哺育特別門診，進行母乳哺育諮詢工作。2008 年開始，王淑芳擔任台灣地區的國家聯絡人，負責國內 IBCLC 的認證考試報名及資格認定相關事宜，並在同年舉辦台灣地區的認證考試，更於 2009 年成功爭取以中文試題考試(報考人數須到達 15 人以上)(王淑芳, 2009)。

各國 IBCLC 所提供的主要服務，在醫院與私人診所中包括：母嬰一對一的諮詢、母乳哺育門診、家訪、電話諮詢、產前及產後母乳哺育教育課程、提供其他醫療專業人員在職教育、提供泌乳設備的建議、編寫給父母的衛教單、為產科單位或醫院制定母乳哺育政策和規範、協助醫院成為母嬰親善醫院等（訪談 A_20120410）。而這些服務也是目前台灣多數 IBCLC 正在從事的工作。

此外，各國的 IBCLC 在學校及政府、民間相關團體中所扮演的角色也相當多元，例如為學生辦理泌乳教育課程、在母嬰福利相關的委員會和理事會服務、幫助政府或國家制定母乳哺育政策和規範；有的國際泌乳顧問還在社區成立、運作母乳銀行等（廖慧娟，2008：40）。而在台灣，由醫事人員所組成的母乳哺育聯合學會，其中許多學會成員在國內制訂母乳哺育政策上擔任要角，也多數同時具備 IBCLC 的身分。

在國外，IBCLC 大多是在醫院服務，或自行開設私人門診，部份納入健康保險給付範圍，但大部份需要自費，然而由於 IBCLC 制度在歐、美、大洋洲等地已行之有年，民眾的接受度極高，也願意付出相對的費用（廖慧娟，2008：38）。根據王淑芳（2009）的研究，在美國，IBCLC 通常具有另一種身分，像是醫師、執業護理師，但以 IBCLC 身分提供服務時，母親的保險會支付諮詢費用，諮詢的費用則是依照提供服務的內容以及提供服務的對象，各自獨立分別計費。然而目前台灣的 IBCLC 尚在試探市場的階段，多數開診醫師都是運用自己原本的門診時間，僅收取健保掛號費，在一次掛號的看診中所有問題全部看，無論是媽媽的乳房問題還是新生兒的照護技巧，並不分開計費。而無論和醫師聯合開診或獨立門

診的 IBCLC 護理人員，雖採取部分自費或全自費的制度，諮詢內容也是無所不包。更遑論是在醫療院所中，由醫師轉介免費諮詢的 IBCLC 護理人員了。

（三）IBCLC 證照取得制度

IBCLC 的認證考試，訂於每年的七月的最後一周（如 2013 年的考試日期為 2013 年 7 月 29 至 31 日），全球同步，可採用電腦考試（CBT）或紙筆的方式進行。IBLCE 學會認為，考取 IBCLC 的證照等於通過難度相當於碩士層級的國際考試，對於報考的資格也設有門檻，以下以 2013 年由 IBLCE 學會所著作的〈考生資訊指南〉（IBLCE, 2012）內容作為說明。

考試的報名資格有三種途徑。途徑一為執業中的醫療專業人員，或於一個公認的母親支持團體中提供哺乳支持的母親支持諮詢商員，途徑二為泌乳相關的專門學術科系畢業生⁶⁶，途徑三為接受指導的人才培訓計畫。目前台灣所有的 IBCLC 都是經由途徑一的報名資格。其中，除了醫療專業人員之外的考生⁶⁷，都須檢附 14 項健康科學教育（Health Sciences Education）課程⁶⁸的修課證明，而另外，亦必須修習 90 小時的泌乳專業教育，具備 1000 小時的臨床泌乳諮詢實務經驗⁶⁹（途徑三的考生則須完成 500 小時，由資深 IBCLC 所監督指導）。以上資格都須完備，始能具備考試資格。

IBLCE 學會近年曾兩度更改應試者的資格認定，先是將泌乳專業教育的時數由 60 個小時增加為 90 個小時，而又刪除了非醫事人員過去得以用較高的泌乳專

⁶⁶ 目前在美國有四個專業學系可滿足這個條件：Birthingway College of Midwifery、Carolina Global Breastfeeding Institute、Union Institute and University 和 University of California San Diego Extension，台灣及亞太、非洲地區都尚未提供路徑二的課程。

⁶⁷ 須檢附「醫事人員專業證照」及「專業教育畢業證書」影印本。

⁶⁸ 如人體解剖學、人類生理學、生物學、嬰兒與孩童之成長與發育、營養學、社會學、心理學、諮詢輔導等主題，以及基礎救命術（也就是心肺復甦術）、醫學術語、醫學紀錄、全面性防護措施與傳染病控制、職業安全、包括保安、專業上/法律上的職業道德等修課記錄。

⁶⁹ 為實際接觸哺乳母親和嬰兒，並提供哺乳指導之時數，包括臨床實務「1 對 1 專業母乳諮詢」工作及「團體母乳支持團體」兩種形式。

業臨床經驗時數，避開途徑三的應試資格的方式（訪談 F_20130530），IBCLC 們認為此舉是增加了非醫事人員應考資格的難度。IBLCE 學會提高了應試資格的醫學知識背景，將 14 項健康科學教育訂為每一個 IBCLC 都至少須具備的背景知識，無疑是認為這些課程為提供泌乳諮詢時必備的知識基礎；然而增加非醫事人員應試的門檻，也等於間接將泌乳諮詢專業化於醫學領域之內。

考試的內容為 175 題單選題，其中 75 題為臨床彩色照片題，100 題為情境題，考試的內容涵蓋：母親及嬰兒解剖學、母親及嬰兒一般生理學及內分泌學、母親及嬰兒一般營養學和生化學、母親及嬰兒免疫學和感染性疾病、母親及嬰兒病理學、母親及嬰兒藥理學與毒物學、精神醫學、社會學與人類學、成長的變數和發展的里程碑、學術研究的判讀、道德和法律的議題、母乳哺育的裝備和技巧學、技巧、公共衛生、及年齡順序週期(Chronological Periods)，總共 14 大類(IBLCE , 2011a)。以上這些學門被圈定為考試範圍，同樣反映了 IBLCE 學會認定一位具資格的泌乳諮詢專業人員所應具備的知識，易言之，IBCLC 學會相信，通過這些學門測驗就具備了泌乳諮詢的專業⁷⁰。這些知識其中除了社會學、人類學以及道德法律議題之外，幾乎都是醫學領域的學科，易言之，IBCLC 的認證，是哺育醫療化和哺育專業化的具體展現。

IBCLC 認證通過的標準是依每年考生的水平而定，全球平均及格率約為 65-68%左右（訪談 F_20130530）。另外，IBLCE 學會為了確保 IBCLC 擁有的知識與技巧都是最新、最正確的，IBCLC 的證書效期只有 5 年，必須在認證到期前，再取得 75 個被 IBLCE 學會認可的教育點數(Continuing Education Recognition Points , 簡稱 CERPs) 後，向 IBLCE 學會申請續證；而當認證滿 10 年後，則必須重新再上進修課程、提出一定時數的臨床諮詢指導證明，重新考照。此外，在 IBCLC 的「專

⁷⁰ 這樣的認定是否有誤差，考試的結果是否如實反映考試的設計，是另外一個層次的討論。事實上的確是需要反思的，研究者亦不只一次聽到少數一兩位通過 IBCLC 證照考試的人，其所具備的泌乳專業能力是被懷疑的（訪談 A_20120410、E_20130502、F_20130530），然而極少數的個案並不能拿來否定 IBCLC 的公信力，至少這個認證是被許多國家以及國際泌乳組織唯一認可的。

業行為準則」(IBLCE, 2011b) 中明定，IBCLC 僅得於提供授乳諮詢的服務時，可使用 IBCLC 之名稱，若未有證書或無 IBLCE 學會的授權，不可使用「IBCLC」、「RLC」、「國際認證泌乳顧問」或「已註冊的泌乳顧問」等稱謂，意謂著認證的專業化和市場壟斷的企圖。

在經過嚴格的資格審核、長時數的臨床諮詢經驗，以及多學科的考題範圍下，始得以獲得 IBCLC 證照。而在取得 IBCLC 資格之後，可以在全世界各國執行業務 (IBLCE, 2008)，由於各國對於 IBCLC 的規範不同，IBCLC 們可能同時在不同的工作環境裡提供服務，包括醫院、診所、婦幼健康、門診、私人執業、政府機關以及國際組織等 (廖慧娟, 2008: 39)。台灣母乳哺育推廣的靈魂人物，並且也是台灣第一批 IBCLC 之一的陳昭惠醫師認為：「國際認證泌乳顧問指的是：一位提供健康照護的人員，他或她具有必備的技巧、知識和態度，通過難度相當於碩士層級的國際考試之後，可獨立協助母乳哺育，針對哺乳相關問題提供熟練的專業處理」(廖慧娟, 2008: 38)。如今，在台灣，雖然官方對於 IBCLC 的態度並不明朗⁷¹，然而有越來越多 IBCLC 開始從事泌乳諮詢的工作，以下研究者將描述 IBCLC 在台灣目前的服務情況。

二、指導母乳哺育：泌乳諮詢什麼？

(一) 泌乳諮詢中的通常狀況

在 IBCLC 的執業範圍 (IBLCE, 2008) 中，「泌乳諮詢」是最符合 IBCLC 執業目的的行動，從 IBCLC 的諮詢過程，我們可以看見母乳哺育的真實經驗，例如哺育的母親們真實遭遇的困難為何，對於哺育的個人經驗感受等等；以及當前母乳哺育推行的不足，對於哺育的母親們所造成的影響。以下，研究者將詳述諮詢過程的內容，藉以呈現泌乳顧問的諮詢方式以及互動、哺乳母親對於自己哺育經驗

⁷¹ 例如在官方資料上，輔助母乳哺育的資源轉介中並未提及 IBCLC，甚至曾經在健康局母乳哺育網站上建置的「國際認證泌乳顧問名單」，也在網站更新後悄然下架。

的真實反應。

在指導親餵時，IBCLC 通常都有一套自己的教學敘事，通常以「口訣」的方式及通俗的比喻，來讓哺育者更容易記憶和了解應該如何行動。例如在指導嬰兒含乳時，泌乳顧問 B 會用「鼻頭對著乳頭，等嘴巴張得像打哈欠一樣大」（田野筆記 B_51）的口訣，指導母親帶孩子上乳房；而泌乳顧問 C 則說「用乳頭逗弄孩子的上嘴唇，等嘴巴張大注音符號『ㄅ』的時候，就把孩子帶上去」（田野筆記 C_34、C_37）。

在指導母親的就乳姿勢時，使用口訣的方式：

「我們說，抱小孩有一個口訣叫『一、面、貼、支』，頭和身體成一直線，像剛剛如果手在裡面的話，她就是身體跟頭...（爸：分開。）對...不是成一直線，這樣她會不舒服，好～頭和身體成一直線，所以你看到一隻手、一隻腳、（媽：嗯。）一個耳朵。（媽：嗯嗯。）好，再來我們說『面』，面對乳房，我們說鼻頭對著乳頭，（媽：鼻頭對著乳頭...），然後再來，『貼』緊肚子，妳們要貼緊肚子，妳們兩個要貼很緊，（媽：嗯。）像剛剛那樣手卡在妳們兩個中間妳們貼不緊，（媽：喔～）『支』托頸背部和臀部，那有這個〔哺乳〕枕頭的好處就是可以讓妳可以稍微分擔一下支托的力道。」（田野筆記 B_51）

或者是在指導母親的哺乳姿勢時，建議觀察哺育者「背、腰、手、腿」的姿勢是否舒服：

「所以...我常常說這是爸爸的功課啦，爸爸的功課就是要檢查媽媽的...背、腰、手、腿有沒有都有支撐，齁，不應該有一個地方是有出力氣的，即便我們要 hold 住孩子，但是我們也應該要給很多輔具的。」（田野筆記 B_51）

另外，前述我們提及，由於資訊取得容易，許多母親們所學習到的哺育知識可能並不全然正確，或者不適合她，IBCLC 也常在諮詢中，對片斷或錯誤的哺育知識或經驗常識的誤導進行釐清。

例如常見的「前奶、後奶」的認知，許多母親認為同一次哺餵中，前 15 分鐘喝到的稱為前奶，之後喝到的稱為後奶，因此堅持一次哺餵一邊乳房一定要持續超過 15 分鐘以上。這樣的做法並不是錯的，然而對於「前奶、後奶」的理解卻是錯誤的，而且也不適用於奶量一般的母親。

例如這位媽媽擔心 IBCLC 建議「頻繁換邊哺餵」，是否會導致嬰兒喝不到後奶而吃不飽：

「(媽：喔～所以我這樣會...它會不會什麼後奶、前奶的問題？)

基本上，後奶、前奶是一整天的事情，(媽：喔～)齁，只要妳一整天都是她想吃妳就餵她，因為其實...我不知道妳自己會不會覺得，早上起來奶滿脹的。(媽：對對對～我早上起來特別脹是真的，然後...)對～(媽：然後還有半夜。)然後到傍晚的時候，對，到了傍晚的時候就覺得『欸～好像...嗯...好啦，也還是有奶啦，但(爸：比較沒那麼多)就是軟的這樣』所以妳可以想像寶貝早上吃到的奶就已經比較像前奶，然後傍晚吃到的奶就比較像後奶，所以我們基本上是請妳看一整天。

(媽：喔～)」(田野筆記 B_51)

又，在經驗常識方面，民俗上對於哺育有些食材的建議，例如韭菜、人參、生麥芽水、退奶茶可以退奶，又現在許多母親都會買卵磷脂來預防乳腺阻塞，在諮詢中，母親們也時常詢問 IBCLC 「飲食」上的建議，然而在學理上來說，未經證實的經驗法則，只要無害於身體或不實際影響哺育的，IBCLC 幾乎都是保持不反對但也不鼓勵的態度。泌乳顧問 C 通常會列舉一些常見又安全的做法，讓母親們「回去可以試試看。」(田野筆記 C_11、C_29)

如下述這位媽媽在諮詢中提及自己之前乳腺阻塞的經歷，IBCLC 進一步詢問當時的處理方式：

「後來你怎麼...怎麼處理？讓她多吸？（媽：我後來...我後來...〔思考〕欸～我後來怎麼用啊？〔問爸爸〕）（爸：吃卵磷脂啊。）（媽：喔對對對，我就瘋狂吃卵磷脂，吃...一天吃三顆，我不知道這樣可不可以，吃三顆然後再請吸。）如果妳有效的話，是 OK 啦...（媽：吃三顆請她吸，然後請他〔爸爸〕幫我吸〔笑〕）OK～（爸：好像沒什麼效果。）（媽：現在有比較軟了，但是好像裡面還是...）卵磷脂因為每個媽媽的效果不一樣，所以我不會強力推薦，其實我就是推薦寶貝吸...那尤其是下巴對準硬塊的方向。」（田野筆記 B_51）

另一個諮詢中常見的情況，多數的泌乳顧問表示，在泌乳諮詢中，幾乎每一次都要做的就是「心理支持（mental support）」（田野筆記_田野活動IV、訪談A_20120410、E_20130502）。這是因為，IBLCE 學會認為，IBCLC 主要從事的是授乳諮詢服務，而非醫療行為（IBLCE，2011b），除此之外，這其實也顯現了當前哺乳的母親們缺乏支持、承受許多壓力的狀況。

田野中，我們也觀察到，有些媽媽在諮詢後即使已經學習正確的哺育技巧，仍會回診與 IBCLC 「再次確認」或是電話諮詢，而她們通常其實已經哺育得很好了，卻仍然缺乏自信，有時只是需要 IBCLC 告訴她們：「這樣沒錯，餵得很好！」（訪談 A_20120410）許多媽媽在諮詢時是很焦慮、不安的，而她們對自己的不確定甚至否定，有時候是來自於對自己身體的不信任，如總是以「擠出多少 cc 的奶量」來判斷自己是否有奶；有時候是來自於旁人的質疑，太多資訊的干擾，導致她們沒自信有能力餵飽一個嬰兒。因此在諮詢時，IBCLC 常常要表現出感同身受的同理心，並且不時地給與母親們正面的肯定：

「我覺得啦，如果是剛從瓶餵轉親餵的小朋友，畢竟聽起來她才

轉三個禮拜嘛，對不對？（媽：對。）也許她需要一點點時間適應期，對，就是說她...在...〔伸出舌頭示範〕口腔運用上啊、然後她舌頭的那個靈活度啊，還需要一點點適應，不過我覺得整體來說算還不錯。（媽：真的喔？）對對對。（媽：好棒喔～）齁～很厲害唷～（媽：妳〔指嬰兒〕好厲害唷～）齁～很會吃～對不對，我們很會吃的啦～」（田野筆記 B_51）

另外，如前所述，由於台灣的 IBCLC 目前對於諮詢收費的方式尚未制度化，因此 IBCLC 常常在一次的諮詢中，必須處理各種非原先預定的諮詢問題，或者是新生兒照護、育兒法的諮詢，而非與泌乳、哺育相關。如泌乳顧問 B 同時身為兒科醫師，因此在諮詢中，也時常遭遇到關於育兒技巧或是幼兒發展的問題。

「（爸：胎毛要剃嗎？）欸...這個個人選擇啦～（爸：會掉嗎？）會掉會掉。」、「（媽：欸，對我想問一下像她這個年紀我還要幫她帶手套嗎？）我其實都不建議帶手套，就讓她手放開，幫她剪指甲。」（田野筆記 B_51）

一位提供到府服務的 IBCLC 也提到這樣的情況：

「一開始我也是不知道要講清楚，一去媽媽就會開始問我很多問題，常常她想到什麼就問什麼，我後來就發現這樣不行，這樣問題都會無法聚焦。」（訪談 E_20130502）

因此她開始嘗試在諮詢前，以「產後基本資料評估」的問卷方式，一方面事先釐清諮詢者的諮詢問題，一方面藉此告知所提供的服務範圍，並且表列出須額外計價的部分。這位 IBCLC 認為這樣的做法確實改善了諮詢無法聚焦的問題，而諮詢的母親也都頗能接受必須額外收費的部分（訪談 E_20130502），然而另一位 IBCLC 則認為分項收費的方式並不是台灣民眾就醫的習慣（訪談 F_20130530），

因此可能較難適用於以門診方式執業的 IBCLC。

（二）尊重身體經驗：諮詢重於醫療行為

在上述介紹了泌乳諮詢過程中的一般狀況，我們發現，泌乳諮詢的過程是這麼進行的：IBCLC 以探問及鼓勵的方式，引導諮詢者訴說自己的經驗和感受，以開放式的問句提問（如：妳之前都是怎麼餵她？），並以理解性的回應（如：是、對、了解）表現出同理的反應，並且在大致了解諮詢者的想法及情況後，再給予她適切且具體的建議。

在 IBCLC 的諮詢過程中，許多時間是花費在引導哺育者描述自己的身體經驗感受，這種著重個人經驗的諮詢模式，並不同於一般臨床問診的狀況，探問身體經驗的感受，目的並非為了歸納出相對應的病徵，以便下出診斷，也並非以醫學指導的姿態來面對諮詢者；相反地，描述的過程，是以描繪哺育者的哺乳史和圖像為目的，而支持訴說身體感受，是為了根據不同的經驗、感受，給出個人化的建議。

在諮詢過程中，泌乳顧問積極鼓勵母親訴說對於哺育身體的直接感受，給予適合她個人的哺育計畫，在這之中所顯現的，是對哺育身體經驗的重新重視，每一個身體感受都是特殊的、有意義的，諮詢的氣氛也是如同聊天一般，以放鬆、自在的對談方式，諮詢的過程必須面對面坐著，如同朋友一般直視對方，懇切地聽對方的談話。泌乳顧問 B 認為，諮詢的氣氛很重要，唯有沒有壓力的諮詢環境才能真正引導母親們說出最真實的感受（訪談 B_20130502）。

田野中我們發現，通常母親們不是很清楚自己所遭遇的困難與自己的哺育狀況之間的關聯性，甚至有時候是因為錯誤的認知，導致母親們採取了不適合自己的哺育方式。然而 IBCLC 並不採取直接否定的作法，而是先鼓勵母親們仔細地描述自己哺育的感受及狀況，在充分了解問題發生的原因，以及理解哺育者採取當

前做法的理由之後，才給予適當的意見。

如下述例子中的媽媽，在描述自己的擔憂時，呈現了不一致的矛盾，然而泌乳顧問 B 以引導諮詢者敘述更細碎的狀況和感受，來了解之所以呈現矛盾的原因，然後再給出建議：

「(媽：我奶常常會脹的話，我到底要不要擠它啊？有時候會脹得...) 滿多的？(媽：滿不舒服，嗯。) ...嗯〔思考〕...可是又擔心她吃不飽？(媽：對對對。) 又擔心奶會脹，這兩件事好矛盾喔！(媽：對～哈哈～) 呵都脹...都什麼時候比較脹？(媽：我脹...呃...比如就是她很久沒有喝的時候會脹，因為她有時候也沒有甚麼討奶。) 她...大概哪一段時間最會討奶？(媽：欸...哪一段時間喔？欸她的時間很不固定喔～比如說她...她現在喝了這一邊...因為我後來就是會給她餵一邊嘛，)是。(媽：可是她有時候吃一邊吃一吃，吃到最後她就睡著，)睡著了。(媽：睡著了抱起來要吃我還是給她吃嘛，吃一吃她睡著，就一直在睡的時候，這邊就變沒有給她吃，就變又...) 喔～(媽：等到她...) 太脹了。(媽：下次...) 才吃到。(媽：要吃的時候才吃，那它就...覺得好脹好脹喔，然後...) 可是下次吃的時候她會把妳吃完嗎？她會吃軟嗎？(媽：我覺得她都沒有吃到軟欸，我用吸奶器吸出來的軟度，跟她吃起來的軟度，我覺得吸奶器吸出來的軟度比較軟欸！) 噤噠...了解，所以她可能沒有需要吃那麼多，(媽：喔～) 應該是說，像這樣沒什麼力氣的孩子，(媽：嗯。) 我們可以把她簡單歸成是比較沒力氣的孩子。沒有力氣的孩子其實我會建議...如果她這邊已經吃得很不耐煩了，她還想吃，那就換邊。(媽：嗯。) 為什麼？因為她這樣可以用...雖然不是那麼多的力氣，可是吃到比較多的奶水，(媽：嗯嗯。) 鞑，那我們又擔心她長得...長得慢嘛，(媽：嗯。) 我們又擔心沒得吃，那當然就是讓她多吃一點，沒什麼其他撇步〔台語〕，(媽：好。) 所以就讓她兩邊都吃，也可以避免掉妳...因為有

一邊好久好久都沒有餵，然後好脹的一個狀況。(媽：好。)對。其實這樣兩邊輪流餵比較好，然後下一次，從結束側開始餵，(媽：好。)比如說妳右邊餵完現在餵左邊，然後左邊可能吃一下下，(媽：嗯。)那下一次就從這邊開始。(媽：左邊再開始餵)對。」(田野筆記 B_51)

哺育的真實感受為什麼如此重要？在諮詢中，我們時常遇到諮詢者諮詢的問題並非她真正所遭遇的困難。研究者印象最深的一個個案（田野筆記 B_41），是一位懷疑孩子有乳糖不適症的媽媽，這位媽媽因為懷疑自己的孩子有乳糖不適症，因此從新生兒便補充燕麥奶及嬰兒羊奶粉，又擔心嬰兒體重增加不足，於是改為全親餵，然而一天只親餵四次，因此體重卻不增反減，如今由於計畫補充副食品，因此找泌乳顧問進行諮詢（同時亦於另一間醫院進行乳糖不適症的檢測）。這位媽媽有一套自己的哺育計畫，然而卻充滿了矛盾，泌乳顧問給予母親改善的建議，最後發現原來母親處於極大的壓力之中，母親真正的困難並不是孩子的體質過於敏感，而是她一人必須照顧兩個孩子，另一個孩子有嚴重的過敏性體質，母親將沒有顧好第一個孩子的自責投射到第二個孩子身上；再加上她沒有幫手，除了母職之外，還需料理三餐、整理家務，因此她一直處於被時間追趕的壓力，而對自我的要求也讓她無法鬆懈。

在田野的過程中，這位媽媽的情況非但不是特例，甚至是常態，淚灑哺乳室的媽媽，往往只出於一句：「妳是不是壓力太大了？」的關心。若諮詢的過程只如一般的醫病互動：哪裡不舒服？哪裡有問題？然後對症下藥。上述的那位母親也許能得到過敏體質的嬰兒如何補充副食品的指導，但並沒有真正觸及問題的核心，也就失去「諮詢」的意義。

更重要的，從田野觀察的發現，我們可以說，泌乳顧問作為母乳哺育的指導者，既有醫療專業知識背景的醫療化特性，亦融合了傳統母性互助系統所提供的情感支持、經驗分享，在指導的過程中，哺育的身體經驗再度被描述、被重視，

而後以專業醫學知識提出適切的建議。在泌乳諮詢的過程中，諮詢者與泌乳顧問同處在相同的敘事高度，哺育者的身體經驗並非完全被動地以「醫學凝視」的角度進行診斷，自我經驗的陳述與醫學專業知識乃是以「互相對話」的方式進行，每一個個案、每一場諮詢，看似分享著大同小異的哺育知識，卻又是一段段獨一無二的個人哺育史。

三、台灣 IBCLC 的執業模式初探

上一節中我們呈現了泌乳諮詢的通常過程，而本節我們將以研究者的三個泌乳諮詢田野，分別為三個不同形式的諮詢場域、三種不同背景的泌乳顧問進行分析，藉以探看台灣 IBCLC 目前大致執業的狀況。

（一）IBCLC 的職業背景與執業途徑

目前在台灣單獨執行泌乳諮詢的 IBCLC，據研究者了解，大致上是以泌乳門診、居家訪視（又稱到府服務）和醫師轉介（以面對面、家訪、網路、電話諮詢為主）等三種方式提供服務。泌乳門診又分為由醫師開診的健保門診（占多數）、護理人員獨自開診的自費門診（僅有一名），以及由醫師監督、護理人員執行的聯合門診；居家訪視則是由 IBCLC 獨自接案的方式進行。

由醫師轉介提供諮詢的方式，通常發生在產後病房、門診或產後護理機構，護理人員身兼 IBCLC 的情況，這也是目前絕大多數在職護理人員身分的 IBCLC 的職業現況：在工作時段甚至工作之餘，提供「無償」的諮詢服務（王淑芳，2012）。這些具備 IBCLC 證照的護理人員，以護理工作為正職，由於有 IBCLC 的認證，也許出於個人熱忱，也許由於醫院或醫師指示，額外進行泌乳的諮詢與指導，卻沒有增加工作收益，這些付出通常被視為應盡的工作義務，這樣的情形，其實並不只出現在具有 IBCLC 身分的護理人員上，一些自學累積哺育豐富知識的護理人員也同樣如此（訪談 D_20130427），母乳哺育的指導工作，雖然需要比一般例行性

護理工作更多的時間成本、肢體勞動和情緒勞動，卻被視為是護理人員應盡的責任與義務，是一個被「低估價值」的勞動，也顯示了醫療院所仍習慣將哺育指導僅視為工作任務，而非工作（job）。

另外，目前台灣 IBCLC 單獨執行泌乳諮詢的服務模式還在剛起步的階段，許多 IBCLC 雖從事臨床泌乳指導，卻並非以 IBCLC 為一份「職業」，而即使少數單獨從事泌乳諮詢工作的 IBCLC，也是身兼數職。研究者推測，原因之一在於醫療院所對於哺育指導工作價值的低估和成本效益的考量⁷²，即使是最有專業自主性的醫師，在開泌乳門診的同時往往還是需要身兼數職；而護理人員受限於健保制度的規範，通常只能選擇全自費的泌乳門診，或者和醫師合開門診，自主性相對又更加受到限制，因此多數的在職護理人員 IBCLC 都是在醫療院所中，以護理人員的身分，提供「免費／義務」諮詢服務。因此嚴格來說，唯有居家訪視的 IBCLC 是將此做為一份「職業」。目前已知以居家訪視執業的 IBCLC，於今年（2013）增加為三位，居家訪視的 IBCLC 在執業上是自主性較高的，唯目前三位都是非醫師身分的背景，牽涉到醫療行為時仍必須轉介給醫師，另外可能還會遭遇「個案來源不足」或「收費方式不明確」的困難（王淑芳，2012）。不過隨著居家訪視的經驗累積，這些 IBCLC 也逐漸適應出應變的模式，例如以經營個人部落格、網路粉絲團的方式宣傳；與醫師、產後護理機構合作轉介；以填寫諮詢問卷，事先告知收費方式及項目等（訪談 E_20130502）。

事實上，不只 IBCLC，幾乎所有在母乳推廣上出力的哺育指導者都笑稱，教餵奶根本是慈善事業、佛心來的，因為一次完整的哺乳教學通常動輒一小時的時間，健保收費幾乎等於是免費服務。因此當主管機關認真審核泌乳諮詢的成本與效益後，通常都不願支持。可喜的是，部分 IBCLC 正有意突破目前從業的限制，

⁷² 據目前實際進行收費制度的泌乳門診的收費狀況，開設一個泌乳門診在成本計算下，每位病患大至須負擔約新台幣一千元左右的諮詢費用。然而更主要的是，每進行一次諮詢時間短至 20 分鐘，長至 90 分鐘，一個診次可能只能諮詢 4-7 位媽媽，相較於其他門診的門診量，對醫院來說並不具吸引力。

計畫成立泌乳工作室或泌乳醫學中心，研究者亦樂觀以待。

單獨執行泌乳諮詢的服務模式是否為 IBCLC 的必要目標，這部分是後話，同樣重要的是，IBCLC 的泌乳諮詢是否能夠確實幫助母乳哺育實踐？許多研究顯示，相較於沒有 IBCLC 的一般哺育照護，IBCLC 的介入與協助，能提升母乳哺育的持續性和滿意度 (Vari, Camburn, & Henly, 2000; Bonuck et al, 2005; Thurman & Allen, 2008)，而台灣的部分，王淑芳（2012）蒐集 282 個 IBCLC 的服務樣本，結果顯示經過 IBCLC 指導後的母親，六個月大時純母乳哺育率 52.8%，遠高於全國調查的 24.2%，並且對於 IBCLC 的服務滿意度達 86.1 分（滿分 90），顯示泌乳諮詢確實能提升母乳哺育的持續性。而在研究者於泌乳諮詢後，對諮詢母親所進行的田野訪談，母親們也均以正面評價諮詢結果，認為自己獲得幫助⁷³。

（二）IBCLC 的職業背景與執業狀況

每個泌乳顧問的諮詢模式不盡相同，可能由於每個人個性、氣質的不同，也可能是由於職業背景以及工作場域所造成的差異。綜觀田野，這樣的差異大致上展現在三個方面，分別為：諮詢問題、諮詢時間以及諮詢自主性。

1. 諒詢問題

研究者發現，在諮詢問題上，三位泌乳顧問所面對的並不盡相同（見表 1），泌乳顧問 B 處理體重問題的頻率高於 A 和 C，泌乳顧問 C 較常處理乳房上的狀況，而泌乳顧問 A 則花較多的時間在親餵的指導上⁷⁴。

⁷³ 當研究者在田野中進行諮詢後的訪談時，諮詢者時常會主動反應自己對於諮詢結果以及 IBCLC 的感激，諮詢者也經常提起自己尋求協助的心路歷程，認為 IBCLC 應該要更多，讓哺育的母親們擁有正確的諮詢管道，以免和自己遭受同樣的困難（田野筆記 B_08、B_16、B_54）。

⁷⁴ 須強調，這並不是指泌乳顧問 C 不處理體重問題或親餵，或泌乳顧問 A 不會遭遇到乳房問題或體重問題，或泌乳顧問 B 不指導擠奶技巧等等，在此研究者指的是頻率上較常處理的問題。

表 1 IBCLC 常見諮詢問題

	泌乳顧問 A	泌乳顧問 B	泌乳顧問 C
常見諮詢問題	1.學習親餵（第一次） 2.瓶餵轉親餵 3.乳頭混淆 4.乳腺阻塞	1.體重增加不理想 2.瓶餵轉親餵 3.乳頭破皮疼痛→含乳問題 4.乳腺阻塞 5.新生兒照護	1.乳腺阻塞（特別是小白點） 2.乳房腫脹 3.乳腺炎 4.擠乳技巧 5.產前哺乳諮詢

諮詢問題的不同可能是泌乳顧問原本的職業身分以及工作場所所導致的差異。如泌乳顧問 B 的主要身分是兒科醫師，因此較常遭遇與嬰兒健康相關的諮詢問題，甚至 B 在諮詢過程中，也相對來說較關注嬰兒的生長發育狀況，例如當嬰兒含乳、吸吮狀況較差時，B 會特別檢查嬰兒的舌繫帶是否有問題；母親們也常在諮詢中提出育兒問題，例如如何調整嬰兒作息、如何安撫高需求寶寶等。

而泌乳顧問 C 原本的身分為產後病房的護理人員，對於臨床護理工作相對最為熟悉，關注的對象也較多放在母親及乳房的狀況上；另外，也由於診所門診的主要諮詢環境為一張超音波床，並且諮詢的母親通常是獨自前來，以及時間的壓力，較無法准許 C 進行親餵的指導，於是 C 策略地以協助、解除母親當下的困難為主要任務⁷⁵（田野筆記 C_19）。

而 C 的諮詢者也有些共同特色，例如諮詢者獨自前來看診的比例較泌乳顧問 A 和 B 高，利用上班時間請半天休假的職業婦女較多，以親餵為主要哺育方式的比例較低，諮詢者的主訴也以乳房問題為多數。其實以上特色是很一致的狀況，亦即尋求 C 協助的母親，多數為擠奶、混餵的職業婦女，然而這樣的特色卻也巧合地與 C 的諮詢模式相符應，我們很難說孰為因、孰為果。

尋求泌乳顧問 C 的諮詢者，管道來源除了原先在該診所產檢的母親之外，主

⁷⁵ 根據研究者的觀察，到了後期，泌乳顧問 C 亦開始鼓勵母親帶孩子來學習親餵的技巧，研究者自行推測，可能是因為那段時間後診的人數較少，較無時間壓力，也可能是因為當時 C 已經確定離職，自主性相對較大了。

要就是來自於附近大型教學醫院的泌乳門診的轉介，或由前述泌乳門診的護理長所經營的網路粉絲專頁。C 原為該醫院的產後病房護理長，與該護理長為前後輩關係，可以說，C 的臨床泌乳專業是跟著該護理長一起學習的。由於研究者並未能了解前述醫院的泌乳門診的諮詢模式⁷⁶，因此也無法確定這樣的諮詢模式是否為這兩個關係緊密的泌乳門診的諮詢特色。

然而研究者相信，將諮詢處置的方向集中在乳房護理上，有一部份是出於前述的硬體設備限制，一部份可能是 C 過去在於臨床泌乳諮詢的訓練，然而也有一部份可能是出於聯合門診結構上的限制。

泌乳顧問 A 則是母乳諮詢員 (Leader) 出身，諮詢時也較偏重於支持母親堅定哺乳上，指導親餵及上乳房，讓乳頭混淆的嬰兒能學習含乳等，以不厭其煩的態度反覆教學，在三位泌乳顧問中，研究者認為泌乳顧問 A 在情感支持上的比重是最多的，無論是支持母親繼續哺乳，或是對母親所面臨的各種壓力源的調解，A 相對於另外兩位泌乳顧問涉入更多，在諮詢過程中，面對個案的諮詢距離來看，A 以並坐在沙發上貼近個案的方式，提供親友般的諮詢氣氛。

2. 診詢時間

泌乳顧問 B 的諮詢時間通常為 30 分鐘到一小時，通常視諮詢的問題而定，因此諮詢的掛號為預約制，一個診次 (四小時) 中不會安排超過 5 個預約。諮詢過程中即使有其他病人在候診，也不會出現催促或加快諮詢速度的情況，亦不太會有諮詢中斷的狀況，即使偶爾因為諮詢時間較長，外面需要看診或打預防針的病例較多，也總是會在諮詢已告一段落，在徵求諮詢者的同意後短暫離開，而即使有久候的情況，也鮮見病人抱怨。意即，泌乳顧問 B 的諮詢是幾乎沒有時間壓力的；同樣地，泌乳顧問 A 也幾乎如此，A 的諮詢時間約為一個小時至兩個小時

⁷⁶ 泌乳顧問 C 每週四亦會回到該醫院提供前述的泌乳門診諮詢服務。

不等，一個下午最多只能看到兩個個案；而相較於 A 和 B，泌乳顧問 C 的諮詢時間約為 20 分鐘至 40 分鐘，通常視諮詢問題以及候診數而定，忙碌時，一個診次可能會處理 7 到 10 個個案以上。

3. 諮詢自主性

泌乳顧問 B 為兒科醫師，首先，不像有些婦產科醫師的 IBCLC 有接生的壓力，另外，在泌乳門診的時段安排上，B 亦特別挑選較少病患的時段，再加上該醫院的門診量原先就不是非常客滿的情況下，院方並不會對 B 的泌乳門診多加干涉。易言之，B 在執業上自主性是較高的，有自由安排執業模式的權利和空間，也能自由地運用院內的哺乳室和待產室。這反映了兩種可能，一種可能是由於該醫院原本就不是業務量相當龐大的醫療院所，B 也坦言，是由於本來的門診量就不多，因此若加開泌乳門診反而吸引了原本不會到這間醫院來看診的病例（訪談 B_20130502）；然而醫師的身分也讓 B 在開診的程序上沒有任何阻礙，並且身為醫師以及專科主任的身分，也讓 B 在選擇自己的執業方式上本來就有相對較高的自主性。

泌乳顧問 A 也同樣沒有來自院方對於看診時間及看診數的壓力，這是因為 A 的執業模式較類似經由醫生轉介個案的方式，因此 A 不須負擔開診的成本壓力。然而，A 雖然在泌乳諮詢模式上有自主的自由度，然而在整體工作的自主上卻有相當大的局限性，尤其對內輔助母乳哺育的推行上，遭遇相對較大的阻礙。以同樣在院所內推行母嬰親善認證作業的工作來說，泌乳顧問 B 認為自己在說服院內同仁之後，院內同仁也能夠同樣理解母嬰親善的必要，並且盡力配合；然而 A 却遭遇種種困難，同仁的不合作、主管階層的漠視，都讓 A 在院所內的母乳哺育指導幾乎是孤軍奮戰的情況。例如，A 有時需要幫助產後護理機構的母親，指導她們處理脹奶以及親餵，並鼓勵母嬰同室，然而在田野中我們便遭遇過如此情況，在 A 建議母親母嬰同室後，護理人員卻告訴母嬰同室的種種「規則」以勸退母親。

泌乳顧問 C 門診的開設地點是私人診所，由於計算營業成本，因此有看診量的壓力，雖然 C 亦曾經計算她每個月諮詢的整體營收並未「虧本」，當診所其他門診一個診次的進帳，必然遠超過泌乳門診時，若此時聯合開診的醫師也無法支持，對於諮詢模式的干涉便隨之而來⁷⁷。另外礙於 C 為護理人員的身份，無法開設健保門診，C 的泌乳門診為與醫生合開的聯合門診。由於聯合門診的形式仍是出於醫生監督的概念下，基本上，醫令的開立、醫療行為、諮詢模式都仍須要經過開診醫師的同意或指導，自主性相對沒有自行開診來得高。例如，C 偶爾會在諮詢結束後，主動詢問個案需不需要再由醫師看診的情況，而當需要開藥時，也需要上傳病歷給開診醫師審核並開立藥單。進一步言，在開設門診方面，護理人員相較於醫師，無論是制度上或是專業自主性，原先就有較多限制，泌乳顧問 B 也坦言，非醫師若想要開診（包括營養師等），在與醫院主管或診所負責人洽談時，的確不如醫師有較多談判籌碼（訪談 B_20130502），也需要更多的說服工作。

另一個自主性的限制則展現在研究者田野觀察的自由度，在泌乳顧問 B 的門診中，研究者只要經過 B 以及受訪者的同意，就能夠獨自使用諮詢空間與時間，與諮詢的母親進行田野訪談，每一次的諮詢，研究者也都能夠隨時進入、參與和退出；泌乳顧問 C 的門診中，研究者也能自由地參與每一次的諮詢，唯由於環境的限制，並沒有適當的空間及時間能對諮詢的母親進行田野訪談；而在泌乳顧問 A 的諮詢，則有較多考慮，若顧慮到諮詢對象「可能」不方便接受研究者的參與時，A 便會請研究者在辦公室等待。這樣的差異可能是由於泌乳顧問 A 的諮詢對象，有些是產後病房的媽媽或產後護理機構中坐月子的母親，因此比較有過濾訪客的疑慮，雖然我身著診所護理人員的制服，通常不會被懷疑身分。因此研究者推測，「不方便」可能是以「不得罪顧客」的考量，為的是與其他同仁工作上的和諧，以及為研究者能持續田野的保護，避免孳生紛爭而做的預防措施。

由此，我們可以發現，IBCLC 的其他身分可能影響諮詢的問題及諮詢的方向，

⁷⁷ 詳見第二章的田野描述。

而諮詢時的場域影響諮詢的時間，諮詢的時間壓力也可能決定諮詢服務提供的內容，例如當時間壓力較緊迫時，IBCLC 便很難有餘裕指導乳頭混淆的孩子練習上乳房的工作，因此，提供泌乳諮詢一個無壓力的環境，無論對 IBCLC 或是母親而言，也無論是在時間或硬體設施方面，都是影響諮詢品質的一個關鍵因素。

（三）泌乳諮詢的輔助工具

隨著母乳哺育率的提升，輔助哺乳的工具逐漸多樣化，輔助哺育的商品琳瑯滿目，並且不斷地發展及創新，以奶嘴為例，有許多母親使用標榜「母乳實感」的奶嘴⁷⁸，而如今，除了母乳實感的奶嘴之外，亦出現了另一款稱為「母乳專用哺乳器」的奶瓶，奶嘴的設計標榜如同嬰兒吸吮乳房的口腔運動與吸吮節奏，以減少親餵與瓶餵之間轉換的困難。哺育輔助器具的科技創新與使用如何影響母乳實踐，是個相當有趣的議題，唯可惜在此研究者須先擱置不論，然而在傳統社會中，哺育幾乎是純身體的，並沒有所為「哺乳專用」工具，對照當前的母乳哺育，卻鮮少有「赤手空拳」地哺乳的母親，而在泌乳諮詢中，輔助工具的指導和使用也是其中一個部分。

我們可以這麼說，每個執業的 IBCLC 都有一個自己的「百寶箱」，只是每一位的法寶不盡相同。泌乳顧問 A 是研究者所觀察的 IBCLC 中，使用工具最少的，A 通常使用的器具只有一個超音波震動器，當母親乳汁分泌不順暢時，作為手擠奶的輔具；其次使用的輔具則是哺乳枕，然而頻率並不高；另外，當母親主動表達想學習時，A 也會教導使用包巾及擠乳器。除此之外，A 鮮少使用輔助器具。研究者推測，可能與 A 在過去所受的訓練有關，A 的 IBCLC 證照是在澳洲以國際母乳會母乳輔導員的應考資格考取，國際母乳會的核心價值是強調自然主義的母職方式，把母親和嬰兒帶回一起（bring mother and baby together again）乃是她

⁷⁸ 母乳實感的奶嘴的使用是模擬乳頭的含乳姿勢，使用母乳實感的奶嘴目的是為了減少乳頭混淆的發生率，然而田野中也發現，多數使用的方式是錯誤的，導致吸吮時仍然沒有拿到「母乳實感」的目的，這是題外話。

們推廣母乳哺育的中心思想（李惠貞，2003），母乳輔導員所受的訓練是相信自己的身體，從自身身體直接經驗、學習，相信每一個人都可以用最自然的方式哺餵，工具的介入並非一般情況下的必要。

泌乳顧問 B 則備有一個工具箱，裡面有乳房球、哺乳輔助器（OG/NG）、USB 按摩器、乳頭罩、空針筒（見圖 20），還有哺乳枕、背墊及腳凳。其中，哺乳枕是每次諮詢都會使用的輔助工具，USB 按摩器和哺乳輔助器也經常用來輔助，而另外，非輔助哺乳而是輔助諮詢的工具，則有嬰兒娃娃和《幫助母親哺餵母乳》（King，1992）藍皮書。



圖 20 泌乳顧問 B 常用工具，黃韻庭 攝，2013

泌乳顧問 C 由於經常遭遇諮詢乳房問題的母親，較常使用的輔助工具有梳乳棒（見圖 21）、乳房球、乳頭滋養油、羊脂膏等；親餵教學時，亦會使用哺乳枕（見 22 圖）、哺乳輔助器；另外，也會進行擠乳器的使用教學，因此除了會使用到各式擠乳器之外（媽媽自己帶或診所的試用品），也會用到喇叭罩測量尺（見圖 23）等特殊用具，此外，非輔助哺乳而是輔助諮詢的工具，則經常使用超音波，協助判斷乳房問題。



圖 21 梳乳棒，黃韻庭 攝，2013



圖 22 哺乳枕，黃韻庭 攝，2013

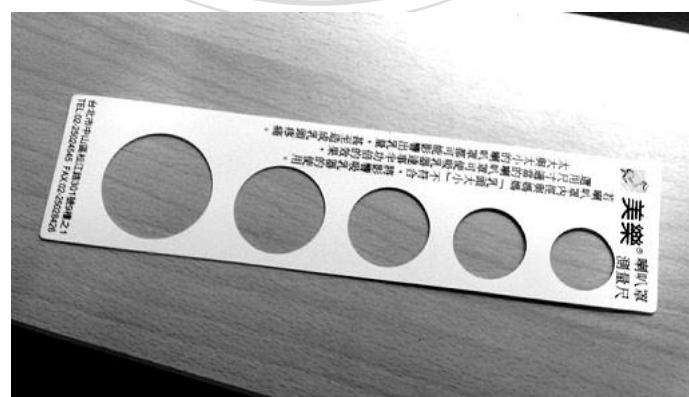


圖 23 喇叭罩測量尺，黃韻庭 攝，2013

另外，比較特殊的情況是，如上述的梳乳棒、乳頭滋養油、羊脂膏、哺乳枕、哺乳輔助器、擠乳器等哺乳輔助用品，診所內都有販售，不過 C 表示並沒有銷售壓力，只是提供諮詢者一個方便的管道，根據研究者的觀察，C 也確實從來未曾推銷商品，不過在 A 和 B 的泌乳諮詢中，沒有銷售商品或商品寄售的情況。另外，相較於另外兩位 IBCLC，C 的泌乳門診更常提供一些「泌乳輔助藥物」，通常 C 會問諮詢者需不需要「請醫師開普拿疼或者備一些暢通乳管的藥（如 Danzen）」（田野筆記 C_05、C_24、C_29），而這類「暢通乳管」的藥品在泌乳顧問 A 和 B 的泌乳諮詢從來沒有開立過。事實上，根據研究者私下詢問 C，這類藥品的效用時，C 也坦言「成效其實是看人體質，但是因為來診所看病，病人都會希望能拿一些藥才有看到病的感覺」（田野筆記 C_11）。研究者認為，這樣的差異是出於私人診所的特殊情境所導致，而 A 的泌乳諮詢雖然也在私人診所，但 A 的職稱是「母乳衛教師」，而非開診，因此 A 沒有分擔診所的「業績」的壓力。

另外，相較於 A 的自然主義，B 和 C 對於輔助工具的接受度較高，研究者推測，可能是因為他們兩位都是醫療背景出身，在過去的執業中就時常使用各種工具作為輔助，對於這些由醫療器材改製的輔具很熟悉也有認同感，對於工具創新的接受度較大，也較能接受輔助工具的使用能有助於解決哺乳的困難⁷⁹。

實際上，泌乳諮詢的工具使用因人而異，尤其是輔助哺乳的一些工具使用，可能還涉及 IBCLC 個人對於「哺育母乳」的態度而定，有些 IBCLC 認為哺育母乳並不等同於親餵，有些 IBCLC 選擇尊重哺育者的決定及態度，有些 IBCLC 則認為親餵是哺育母乳最好的方式，每個 IBCLC 對於母乳哺育的推廣和泌乳諮詢，都有自己的解讀及方式，而這些都影響了泌乳諮詢中所涉及的輔助工具。

⁷⁹ A 和 B、C 兩派對於哺乳輔助工具的態度，總讓研究者聯想到過去產科技術發展，產婆與婦產科醫師對於產鉗(forceps)的使用和態度，雖然兩者之間並無直接關係。產婆／助產士並不真的喜歡使用產鉗這種「工具」，反而更驕傲於自己雙手調整胎位的技術，而婦產科醫師則積極地壟斷這些產科技術（傅大為，2005）。主張減少工具輔助的哺育指導者，也許是一種女性自身對於科技和醫療過度干預的反動。

四、台灣 IBCLC 的現況與反思

事實上，想描述 IBCLC 現況的全貌是很困難的，這就像調查不動產估價師證照的執業狀況一樣，我們並沒有辦法去接觸到所有的人。由於隱私的保護，除了國家聯絡人之外，沒有人能夠得知每一位 IBCLC 的詳細名冊、資訊甚至執業的狀況，研究者僅能從田野及訪談所獲得的資訊和觀察，盡力拼湊出研究者所知的，並且盡量詳實地描述。

台灣 IBCLC 的成員來自不同的領域，其中絕大多數都是專業醫事人員，如醫師、助產士、護士、衛教師、營養師、職能／物理／語言治療師等，目前僅有一位非醫護背景的母親支持諮詢員。目前，台灣已有 84 位人員考取 IBCLC 的證照（王淑芳，2012），其中絕大多數為護理人員、其次為兒科醫師及婦產科醫師。然而多數持有 IBCLC 證照的人員，目前都仍在原先的工作崗位服務，或在理念上、學術上推廣母乳哺育，實際單獨執行泌乳諮詢服務工作的 IBCLC，由於是非公開資訊，並且時常有變動，無法準確得知。王淑芳（2012）曾於研究中記錄，2012 年有六位具醫師身分之泌乳顧問在日常門診中開設母乳特別門診，以泌乳顧問身分獨立執業者僅兩人，而根據研究者的了解，2013 年的人數已經又更多了。

而在區域分布上，也由於資訊不得公開，無法得知實際的統計數字，唯根據研究者的了解，台北地區及中彰地區的 IBCLC 人數最多，再來則是桃園、台南及花蓮三地。其中，大台北地區一直是醫療資源豐富、集中的地區，而其他四個區域也都有因積極推行母嬰親善醫院而相當知名的醫療院所⁸⁰；另外，這些地區也都至少有一名以上在醫療院所中開設母乳特別門診的 IBCLC。易言之，這些區域對於母乳哺育的推廣是相對更積極也有實際作為的。因此研究者推測，IBCLC 區域發展的差異，主要在於該地區醫療院所的支持程度、以及是否存在積極有力的行動者。在台灣，IBCLC 的出現僅有 6 年時間，去年第一批考取證照的 IBCLC 才

⁸⁰ 如彰基醫院甚至曾表示要讓醫院中接觸母乳的同仁都具備 IBCLC 的資格（訪談 F_20130530）。

進行第一次的換證（滿 5 年），目前的發展仍在「探路」的階段。IBCLC 之間，不但尚未組織化、制度化，也沒有固定聚會或交流的方式，彼此對於「IBCLC」的定義、任務和目標也不一致，仍在討論和交換的階段（田野筆記_田野活動IV）。每個人對於泌乳諮詢的責任界定不同，對 IBCLC 這個證照的期望也不同，雖然 IBCLC 的中心理念是保護、推廣母乳哺育，然而推廣或保護的範圍為何？提供服務的界限為何？應該從寬認定或積極規範？國內仍尚未能發展出更細緻的共識。從訪談中，研究者發現，「做什麼事情才算是『做』IBCLC」？不同 IBCLC 心中的答案可能有很大的差異；「IBCLC 是一個自我能力提升的證照，還是一個可以賴以維生的職業？」每個人的想法也不同（訪談 D_20130427、訪談 E_20130502、訪談 F_20130530、田野筆記_田野活動IV）。

IBCLC 究竟該如何定位？甚至，IBCLC 應不應該被定位？也許都還是個需要討論的議題，然而 IBCLC 們對於自我詮釋的不明朗，也影響了非 IBCLC 的母乳相關人員看待這個證照的不確定感，連帶影響了其他人考取 IBCLC 證照的猶豫（訪談 D_20130427），甚至可能無意識中讓渡了對 IBCLC 的詮釋權：暗示每個人可以用自己的想像來定義這個證照。然而，這當然是 IBCLC 們的非戰之罪，也是一個新興領域發展必經過程，如同一位 IBCLC 所言，過去一段對母乳哺育的熱衷推廣及政策壓力的高峰期，導致一些醫護人員也許在尚不清楚 IBCLC 是什麼的情況下，便考上了這個證照，而在接下來陸陸續續「換證」的年限到期，也隨著「IBCLC 的證照究竟可以做什麼？」在服務的實踐中越來越被人所了解，也許會有一波新局面也說不定（訪談 F_20130530）。

而另一個 IBCLC 目前所面臨的共同問題是收費機制標準化及制度化的建構⁸¹。IBCLC 執業收費機制的不明朗，是造成一些對母乳哺育有熱忱的醫護人員，對取得認證卻步的因素之一，「很多人考上了都還是在做原本的工作啊！又不能靠那個吃飯，考還要花很多錢去上課耶！」（訪談 D_20130427）IBCLC 的考試資格需

⁸¹ 例如該不該收費、該收多少費用、該如何收費、該由誰付費等。

要應試者花費許多時間和金錢達成標準，然而考上證照後，卻未能實際為自己的職業生涯加分或達到效益，使得一些醫護人員不願在繁忙的工作之餘，額外付出成本準備考試。這個重要的議題，目前由王淑芳、高美玲教授共同主持的國科會計畫《國際認證泌乳顧問 (IBCLCs) 在台灣服務模式發展、實施與評量》發展中，該計畫目的在了解全球泌乳諮詢服務模式及保險給付經驗，希望能建立國內服務模式及收費制度，預計於 2014 年結束。研究者期待計畫成果，IBCLC 得因此提供更多元、完善的服務制度。

易言之，「IBCLC 這個證照保障的是什麼？」⁸² 不只是 IBCLC 們共同思索、追尋，也是所有對 IBCLC 感興趣的人亟欲詢問的問題。在國內推行母乳哺育多年下來，已有越來越多民眾接受母乳哺育指導是一個專門領域，要到「特定的地方」、「問特定的人」才能解決的問題；醫療領域也開始能夠承認，過去在醫學養成中對於泌乳的教育不足，而有越來越多醫師會在母親們詢問哺乳問題時，將個案轉介給「懂母乳的人」(訪談 F_20130530)。然而 IBCLC 證照所追求的，並非是對於母乳知識的權威壟斷。據研究者所訪談的 IBCLC，多數都不認為唯有 IBCLC 才是夠格進行泌乳諮詢的身分。她們不約而同地認為，在哺乳知識領域上積極進修、在臨床指導上有豐富經驗的醫護人員，也同樣是專業的哺育指導者，IBCLC 的證照所提供的，是一個有公信力的認證：「擁有這個證照的人具有母乳專業能力」的證明 (訪談 B_20130502、C_20130429、F_20130530)。泌乳顧問 B 認為：就像廚師、保母的證照，沒有這個證照的人也可以做這件事，並不代表他們炒的菜比較難吃，或她們沒辦法照顧好小孩，但是如果他們提供了證照，妳會比較相信她們對自己的專業是有根據的 (田野筆記 B_06)。泌乳顧問 C 則提供了更積極的看法：在醫療院所中服務母乳諮詢的醫護人員當然也有很專業的，但如果沒有這張證照，也許就只能待在醫院裡服務，要到醫院編制外單獨提供母乳諮詢服務，就比較難為自己的專業提供證明 (田野筆記 C_25)。

⁸² 外插一個所有研究者訪談的 IBCLC 都說過類似的玩笑話：「IBCLC 證照保障的就是不能賺大錢。」

所以，IBCLC 這張證照只是一種專業的自我證明嗎？難道沒有更積極的意義，例如讓它成為一個「專業」嗎？研究者並非 IBCLC，無法為 IBCLC 的目標或走向下定論，然而一位 IBCLC 對於長年以來的執業過程所進行的反思，卻告訴我們，IBCLC 所追求的理念，並非是知識的絕對獨佔，反而是一種更開放、民主的哺育理想：

（經研究者潤飾）我開門診這樣六年下來，我的心路歷程是：剛開始很志得意滿，然後到後來覺得，欸，怎麼有些個案離開我之後又去找別人？然後到最後才發現：喔，原來我對她沒有幫助。我會覺得，在那些歷程當中，妳會發現到，這些知識真的不是獨占、也不是特有、也不是專一，它就是經驗累積。我告訴妳吃卵磷脂有用、敷高麗菜有用，可能我讀書讀到；可是這些東西有用，都只不過是個科學研究，對她有用不一定對妳有用。所以當這些知識很快速的在周邊散布的時候，我開始發現到：「原來我的知識，妳早就都知道了！」我覺得它就會回到常民知識。所以當妳擁有的很多知識，她也都可以取得的時候，我覺得就開始自我提問：有沒有泌乳顧問好像沒差耶？因為妳能夠提供的就是這些東西，妳只是不斷地在累積妳的個案：「那後來妳怎麼處理的？喔～」那下次妳再告訴另一個個案說，曾經有個個案她怎樣、怎樣，其實也就只是一直在累積各種的常民經驗。到最後就開始覺得空虛了，我頂著一個「國際認證」，可是我發現，我也不過是傳遞「各人」的常民經驗，將它們統合在一起，因為我就是個 consultant，我其實就是只能諮詢。所以我就說，後來有一段時間我就變得很空，因為理論上我不開藥不給藥，我就只能諮詢，可是由於我們現階段對知識的獨佔性，民眾會覺得：可是我來掛號欸，妳不是應該比別人更厲害？可是我就沒有比別人更厲害啊！所以我才會覺得說，有一天泌乳顧問可能就會「消失」啦，因為當所有的常民經驗累積到一個知識的程度的時候，可能大家知道說：喔

～原來就是這樣。我覺得到時候就會有新的一個轉折出現。(訪談 F_20130530)

從上述這段 IBCLC 對自己執業過程所做的反思，我們可以看見，社會情境作為母乳哺育的結構，IBCLC 和哺育者同時身為結構中的行動者，「是行動者涉入一組構之中所展現的一種過程性狀態。這是一個對話的過程，經由此，具活生生經驗的行動者，乃在集體、且組織化的行動脈絡中，與其他行動者產生關係」(葉啟政，2004：336)。

不同於過去醫療專業壟斷知識的企圖，這位 IBCLC 對自身執業過程的感想，卻帶有對科學研究和專家知識的高度反思，比起本文先前引用 Giddens 對於腰背部疼痛婦女的故事，這位泌乳諮詢的「專家」，甚至進一步提出，在日常中進行實踐的哺育行動者，亦是對於這些知識體系的結構形塑，具有主導地位的「能動者」。亦即，哺育知識應是全民共享，甚至是與常民共進的累積過程，而非藉由資訊的壟斷和權力佈署，由上而下地進行指導或監控。這樣的反思，除了否認女性長年來在醫療化過程中，定位為單純被啟蒙的角色之外，更進一步積極肯定女性在生產的知識結構中所具備的實踐力和影響力。

事實上，根據研究者所訪談的 IBCLC 和護理人員，也有類似看法，亦即對於哺育者的主體能動性皆有高度正面的肯定：她們認為，現階段 IBCLC 所提供的諮詢內容只是因環境所導致的階段性任務，也就是，由於常民對於哺乳知識和經驗的缺乏所導致的暫時性現象 (訪談 B_20130502 、 C_20130429 、 D_20130427 、 F_20130530)。

就實際情況而論，在台灣，IBCLC 的發展僅有 6 年時間，IBCLC 到底能做什麼？至今仍是渾沌不明的狀態。從本文對這幾位堪稱為「先鋒」的 IBCLC 所進行之觀察，我們可以知道，固有的醫療結構雖然還沒準備好接納「母乳專業人才」，然而她們仍然善用手中的資源，在自己的能動範圍內實踐理念。例如沒有專門為泌

乳諮詢打造的空間，便退而求其次，以哺乳室作為諮詢場地；或是泌乳顧問 F 以「無償勞動」為籌碼，說服醫院設立獨立門診（訪談 F_20130530）；或者，制度上限制護理人員設立門診，便轉而說服醫師與之設立聯合門診；又例如泌乳顧問 A 在該診所的非典型聘僱關係，以泌乳專業說服診所聘僱一位非醫護背景的「母乳衛教師」；另外亦有 IBCLC 嘗試居家訪視的型態，一步步地耕耘著自己的專業。

她們所期望的，是有一天母乳哺育回歸常民化、正常化之後，IBCLC 的價值才能真正展現，也就是以泌乳的專業知識處理特殊情況下的哺乳指導，例如早產兒、唇顎裂、嚴重過敏體質或母嬰有重大病症等等，異常情況的哺乳指導（訪談 B_20130502、C_20130429、E_20130502、F_20130530）。

五、小結

母乳哺育是否能回到常民知識的狀態，現在還未可知，但我們從對過去哺育史的回顧可以相信，即使到那個時候，哺育指導者還是會依舊存在著，因為「泌乳是天生的，但是哺乳是社會的」，沒有任何一個時代，「社會」不對哺育問題發表意見（見 Yalom, 2000）；而在現代，只要國家仍然將婦幼保健納入公共衛生政策，只要「社會」仍然將兒童與國家命運相連，認為「兒童是國家未來主人翁」（周春燕，2010：6），便不會停止告訴母親們，該如何當一個「好媽媽」。

而這些打頭陣的 IBCLC 們運用自身資源和熱情，建立泌乳諮詢模式的過程，就如同「摸著石頭過河」，充滿了實驗性質，也看見行動者的策略應用，胼手胝足地為 IBCLC 開創特有的台灣經驗。如今，有 IBCLC 計畫設立泌乳醫學中心，也有 IBCLC 提議與醫療院所建構轉介網絡，而台灣第一間由 IBCLC 獨立接案的泌乳工作室也在今年六月成立！

國家主導母乳哺育推廣至今二十三年，泌乳醫學雖在國外已逐漸成為新的次專科領域，台灣的醫療界卻似乎尚未準備好，其中除了醫療文化的特殊性之外，

更是牽涉到整體醫療結構、權力部屬和資源分配的變動。隨著民眾對於母乳哺育的專業需求越來越高，母乳專業的醫療發展勢必還有一番變化，除了 IBCLC 在台灣仍屬於新生階段，混合哺育期的哺育指導者也尚未建構起來，研究者對於未來母乳專業指導的發展以及 IBCLC 能走到哪裡，皆充滿著無限期盼，然而首先須要的，便是能讓更多人了解哺育知識的變遷和其中所隱含的社會因素，也許就是本研究的棉薄貢獻了。



第六章 結論

一、 結論

本文以一個貫時性的描述，探討日治時期（前）至今，台灣哺育知識變遷。

根據官方對於母乳哺育率的調查資料，我們都知道台灣哺育型態可分為三個時期：

母乳哺育（~1970）、配方奶粉哺育（1971~1990）和當今的混合哺育（1991~）。

本文便是企圖分析哺育型態的轉折，以社會學的角度，將哺育知識的變遷帶入歷史時空架構和社會文化脈絡之中詮釋，並突顯行動者的角色及位置，描繪行動者與結構之間互相形塑的樣態。

（一）母乳哺育時期（清末~1970s）：母性互助系統與科學育兒知識

此時，母乳哺育被視為「理所當然」，是因為當時除了少數貴族能雇用奶媽（Yalom, 2000；Stone, 2000；柯小菁, 2007），以及豬乳、羊乳、稀薄的穀粉製品為代乳品（柯小菁, 2007：64）之外，常民幾乎沒有其他選擇。當時的哺育知識（或母職建構）與生命歷程密不可分，存在於女性的「私相授受」之中，與女性的生活經驗交織在一塊，本文以「母性互助系統」稱之。

這套非系統的特殊知識，具有私密性、傳承性和傳記性質，乃是由女性所特有及壟斷的女性權威，長年累月形成一整套有文化、有脈絡的地方知識。文中，研究者將母性互助系統區分為兩大類別：一是以情感連結的傳統女性社會網絡，另一是以技術連結的傳統女性支持系統，而常民哺育知識的傳遞，依靠的便是這兩大體系的支持。

母性互助系統的存續，除了依靠傳統以血緣、地緣為主的社會互動之外，更與傳統生產儀式密不可分。因此，即使 1930 年代起，台灣也出現了科學育兒的醫學呼籲（Wu, 1993），卻仍未改變多數常民的哺育實踐。

（二）配方奶粉哺育時期（1970s~1990s）：科學育兒的知識壟斷

據官方統計，1951 年，由助產士接生的比例為 51%，由家族、鄰居或自己接生為 38%（馮曉蘋，2005：27）；1962 年，台灣仍然有 94.5% 的母乳哺育率。然而之後，無論是助產士、傳統接生者的接生比例，或是母乳哺育率，都在逐年下降。

這樣的「巧合」，從歷史的意義考察，我們很難不將哺育型態的轉變和產程的質變聯結在一起。主流論述認為，配方奶粉的大量應用與傳統的產科結構有著密切關係；本文更推論，醫院產科結構間接造成了傳統母性互助系統失去作用，而導致常民母乳哺育知識的失傳，過程中，我們還看見哺育是如何被納入醫療領域之中，成為一個醫療化現象。

隨著傳統產婆、助產士在婦科醫學的汙名化和邊緣化過程，母性互助系統也失去作用，取而代之的，是一批批由護理專業訓練出身的護理人員。她們被視為「醫師助理」：醫師負責研究更新穎的技術，而護理人員則負責處理常規化的日常使用議題（盧孳艷等，2012）。在產後病房中，則是應用兒科醫學的科學知識作為哺育指導方針。定時定量的哺育知識與配方奶粉的瓶餵實作，成為此時期的主流哺育知識，形成歷史上前所未有的人工哺育時代。

（三）混合哺育時期（1990s 至今）：母乳哺育的逆襲

過去二十年來，常民習以配方奶粉瓶餵哺育，母乳哺育的知識和技術已在代間失傳，然而醫學對於配方奶粉從推崇到質疑的典範轉移，又使得母乳哺育重新受到重視。1990 年，我國政府以國家力量開始了一連串的母乳哺育推廣政策，企圖扭轉常民的哺育型態，同樣地，二十年來，由於醫療院所的親善政策、民間團體的積極推動以及報章雜誌的理念推廣，「母乳最好」的理念已深植人心，然而母乳哺育率的提升卻不如當年配方奶粉的席捲風潮，似乎已到了瓶頸？

本文從產科結構理解上述提問，分別以護理人員和哺育者的角度出發，剖析固有的產科結構與母嬰親善措施的「先天不協調」，導致兩種行動者在這樣的結構下，各自面對的矛盾與衝突。再由前述衝突、矛盾中，引導出哺育者對「新哺育專家」的需求。

然而由於醫療院所遲遲未將母乳哺育指導專業化、編制化，一群醫護人員自願地尋求其他方式，「國際認證泌乳顧問」便是在此問題化、醫療化的哺育社會脈絡之下，回應了「新哺育專家」的這個空缺。2007 年，台灣第一批 IBCLC 誕生，至今 6 年，已有 84 位 IBCLC。本文作為 IBCLC 這個新興「哺育專家」的研究初探，將焦點集中於「泌乳諮詢」的服務模式，參與了三場共歷時五個月的田野研究、五場相關活動，搜集了 9 位報導人、93 個諮詢個案，以此資料初步描繪了台灣 IBCLC 目前諮詢服務的圖像。

本文發現，IBCLC 的職業背景和執業場域，是影響 IBCLC 提供諮詢服務的重要變因；IBCLC 的泌乳諮詢，在母乳知識的傳遞上有相當高的一致性，然而由於前述兩個影響因素，導致諮詢中所面對的諮詢問題、花費的諮詢時間、諮詢的自主性以及輔助工具的使用等有所差異。另外，IBCLC 個人對於「哺育母乳」的態度、泌乳諮詢的責任界定、以及對 IBCLC 這個證照的期望，都有各自解讀，也是造成 IBCLC 提供服務模式所有差異的因素。

然而本文仍然肯定 IBCLC 的諮詢模式試圖突破傳統醫病關係的結構。泌乳諮詢中，將身體主觀經驗的重要性提升到醫學知識平行的高度，以討論、諮商的方式與哺育者交換經驗與知識，而非以上對下的醫學指導，對哺育知識進行獨佔。泌乳諮詢的有意識「去醫療化」，讓哺育行動者的能動性得以提升，也使哺育者在諮詢中獲得個人化的建議，而能有效地解決哺育問題。

二、研究限制

由於隱私的保護，我們無法接觸每一位 IBCLC 的詳細名冊和資訊，因此無法描述 IBCLC 現況的全貌，研究者僅能從田野及訪談所獲得的資訊和觀察，盡力拼湊出研究者所知所察，並且盡量詳實地描述。

然而研究者並非醫學背景出身，關於醫師和護理人員的職業背景、學術術語以及局內人所使用的行話全然不熟悉，也影響了報導人在田野中願意對研究者透露的程度，以及對研究者的信任。

另外，礙於研究的時間有限，對於傳統母乳哺育的指導，研究者未能親身訪談當時的哺育指導者，僅能從文獻資料的斷簡殘垣中拼湊；在當代母乳指導方面，研究者未能到醫療院所中，實際參與護理人員的臨床哺乳指導；IBCLC 的部分，以居家服務型態的諮詢模式、婦產科醫師為背景的 IBCLC 以及以性別為變項的服務模式比較，都尚未能及。以上三點缺乏，是本文站在試圖描述哺育知識指導的論點上，無法更細緻、更深刻的不足。再加上，IBCLC 的發展仍在「探路」的階段，作為一尚在萌芽的新領域的初步研究，本文實為一個描述性報導為主、理論強度不足的不成熟研究。

三、研究建議

目前台灣實際從事泌乳諮詢工作的 IBCLC（即本研究所聚焦的研究對象）的比例並不高，另外大多數的 IBCLC，也許是由醫師轉介免費諮詢，或以護理人員的身分持續原本的工作，偶爾臨床協助母乳哺育（非以 IBCLC 的身分），這部分的比例為何，實際指導母乳哺育情況為何，本研究尚無法描述；而另外，亦有一群具有證照，卻完全沒有提供母乳哺育服務的 IBCLC，這部分也是本研究未能迄及之處。

此外，還有一群具有豐富臨床母乳指導經驗的護理人員，也許因為一些原因並未考取 IBCLC 的執照，然而同樣致力於母乳哺育指導，也未有能力在本次研究

中給予定位、詳加描述。

國家主導母乳哺育推廣至今二十三年，泌乳醫學雖在國外已逐漸成為新的次專科領域，台灣的醫療界卻似乎尚未準備好。民眾對於母乳哺育的專業需求越來越高，母乳專業的醫療發展勢必還有一番變化。

研究者相信，本研究上述不足，對於描述哺育專業化現象、IBCLC 的全面性，絕對有所影響，研究者寄望在日後能有機會更進一步描述今日尚未能及的部分。

四、政策建議

在研究過程中，研究者對於「母乳哺育」從基進女性主義的批判態度，到田野中期，看見許多被現今多重哺育知識擾亂得無所適從的哺育者後，甚至有了「也許『全親餵』才是給哺育者真正的幫助」的念頭。

我們承認，母乳哺育的母職意識型態，確實或多或少影響了哺育實踐，然而什麼才能賦與哺育行動者真正的主體能動性？研究者認為，是讓行動者在「充分了解的情況下有所選擇」。所謂的選擇，並不是狀似還有退路地說：「反正不能 A，那就 B。」而是「在既有 A 也有 B 的情況下，讓行動者能回到自我認同之中做出選擇」。

為達成此目標，本研究擬提出三點建議：

- 一、應在醫療院所中，將哺育指導人員專職化和編制化。
- 二、落實「產前哺育衛教」，如編列為產前檢查的例行項目之一。
- 三、加強落實「親善生產」和「母嬰同室」。

本研究發現，哺育指導專家無論在哪一種哺育型態中，都能幫助哺育者解決哺育的焦慮與困難。而在如今的醫療院所中，由於醫病比例懸殊，以及醫護人員未能即時補充泌乳專業知識，導致哺育者時常獲得錯誤的哺育知識，進而影響哺

育實踐，這正是由於醫療院所不重視泌乳專業知識以及哺育指導人員所致。

本研究亦發現，哺育者時常由於母乳哺育與「天生、本能」的論述結合，而誤認哺育母乳只要「順其自然」就可以做到，因而錯失產後三至五天的黃金泌乳期，導致日後一連串的哺育困難。然而，若能在產前檢查中，建立正確的哺育衛教知識，便能降低以上發生的機率。

本研究提出生產結構與哺育型態之間的緊密連帶關係，母嬰分離的傳統產科結構與配方奶粉哺育的共絆性，可能是目前母乳哺育率無法再提升的因素之一，然而目前一些母嬰親善醫院，由於未真正改善生產空間上的配置，以及人力吃緊之故，造成親善生產和母嬰同室的實施皆有其限制。這樣的結構下，許多產婦無法真正了解親善生產對於生產和哺育的影響，導致初期哺育不順利，因此誤認自己沒有哺乳的條件或能力。

研究者認為，並非只要哺育者不餵母乳也不受批判，便是母職不再受到壓迫的證明。田野中，研究者看見更多的母親並非糾結於「我壓根不想餵母乳，為什麼一定要我餵」，而是「我想嘗試餵餵看，為什麼叫我放棄」。當然，本研究能接觸到的母親，大多是肯定母乳哺育的母職論述，然而研究者仍然認為，讓哺育行動者能充分了解、甚至習得母乳哺育，正是哺育者真正擁有「哺育自由」的第一步。

參考文獻

- American Academy of Pediatrics (AAP). 2012. "Breastfeeding and the Use of Human Milk," *Pediatrics*, 129:827-841.
- Allen, Stewart Lee 著，朱衣譯，2005。《惡魔花園：禁忌的美味》。台北：時報文化。
- Anderson, E. Jane, Nancy Held, Kara Wright. 2004. "Raynaud's Phenomenon of the Nipple: A Treatable Cause of Painful Breastfeeding," *Pediatrics*, 113(4):360-364.
- Angell, Marcia 著，曾育慧譯，2012。《藥廠黑幕：製藥公司如何掏空你的錢包和健康？》。台北：商周文化。
- Apple, Rima D. 1995. "Constructing Mothers: Scientific Motherhood in the Nineteenth and Twentieth Centuries," *Social History of Medicine*, 8(2):161-178.
- Blum, Linda. 1993. "Mothers, Babies, and Breastfeeding in Late Capitalist America: The Shifting Contexts of Feminist Theory," *Feminist Studies*, 19(2):291-311.
- Bonuck, Karen A., Michelle Trombley, Katherine Freeman, & Diane McKee. 2005. "Randomized, Controlled Trial of a Prenatal and Postnatal Lactation Consultant Intervention on Duration and Intensity of Breastfeeding up to 12 Months," *Pediatrics*, 116(6):1413 -1426.
- Chodorow , Nancy J.著，張君攷譯，2003。《母職的再生產：心理分析與性別社會學》。台北：群學出版社。
- Conrad, Peter. 1992. "Medicalization and Social Control," *Annual of Review Sociology*, 18:209-232.
- Cowan, Ruth Schwartz 著，楊佳羚譯，2004。〈家庭中的工業革命：20 世紀的家庭科技與社會變遷〉，收錄於吳嘉苓、傅大為、雷祥麟主編《科技渴望性別》（p.99-130）。台北：群學。
- Giddens, Anthony 著，李康、李猛譯，2002。《社會的構成：結構化理論大綱》。新北：左岸文化。
- Giddens, Anthony 著，趙旭東、方文譯，2005。《現代性與自我認同：晚期現代的自我與社會》。新北：左岸文化。
- Geertz, Clifford 著，楊德睿譯，2007。《地方知識：詮釋人類學論文集》。台北：麥田。

- Griffiths, Frances. 1999. "Women's Control and Choice Regarding HRT," *Social Science & Medicine*, 49: 469-481.
- Engels, Frederick. 2004. *The Origins of the Family, Private Property and the State*. Australia: Resistance Books.
- Foucault, Michel 著，劉北成譯，2011。《臨床醫學的誕生》。南京：譯林。
- Fulhan, ill, Sharon Collier, & Christopher Duggan. 2003. "Update on Pediatric Nutrition: Breastfeeding, Infant Nutrition, and Growth," *Current Opinion in Pediatric*, 15(3):323-332.
- Hrdy, S. B.著，薛絢譯，2004。《母性》。台北：新手父母。
- IBLCE，2008。〈國際認證泌乳顧問（IBCLCs）的執業範圍〉。台灣，國際泌乳顧問認證委員會。
- _____, 2011a。〈國際泌乳顧問認證委員會之考試藍圖〉。台灣，國際泌乳顧問認證委員會。
- _____, 2011b。〈國際認證泌乳顧問之專業行為準則〉。台灣，國際泌乳顧問認證委員會。
- _____, 2012。〈考生資訊指南〉。台灣，國際泌乳顧問認證委員會。
- Kaufmann, Jean—Paul 著，謝強、馬月譯，2002。《女人的身體，男人的目光》。台北：先覺。
- King, F. Savage 著，陳昭惠譯，1992。《幫助母親哺餵母乳》。台北：行政院衛生署國民健康局。
- Lin, Ko-Ming, Tien-Tsai Cheng, & Chung-Jen Chen. 2009. "Clinical Applications of Aailfold Capillaroscopy in Different Rheumatic Diseases," 《內科學誌》20 (3) : 238-247.
- La Leche League International (LLL). 2010. "Thinking About La Leche League Leadership?" USA, La Leche League International.
- Mills, C. Wright 著，張君玲、劉鈴佑譯，1996。《社會學的想像》。台北：巨流。
- Neuman, W. Laurence，朱柔若譯，2000。《社會研究方法—質化與量化取向》。台北：揚智文化。
- Sunderland, Jane. 2006. "'Parenting' or 'Mothering'? The Case of Modern Childcare Magazines," *Discourse & Society*, 17(4):503-527.

Stone, Lawrence 著,刁筱華譯,2000。《英國十六至十八世紀的家庭・性與婚姻》。台北：麥田出版。

Thurman, Sara Elizabeth, & Patricia Jackson Allen. 2008. "Integrating Lactation Consultants Into Primary Health Care Services: Are Lactation Consultants Affecting Breastfeeding Success?" *Pediatric Nursing*, 34(5):419-425.

Vari, Patty M., Joan Camburn, & Susan J. Henly. 2000. "Professionally Mediated Peer Support and Early Breastfeeding Success," *The Journal of Perinatal Education*, 9(1): 22–30.

Weber, Max 著，顧忠華譯，1993。《社會學的基本概念》。台北：遠流。

World Health Organization (WHO). 1981. "International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes," Geneva, World Health Organization.

WHO/ UNICEF. 1990. "Innocenti Declaration On the Protection, Promotion and Support of Breastfeeding," Florence, Italy.

Wu, Chia-ling. 2003. "Child health and the Emergence of Scientific Motherhood in Colonial Taiwan," Paper presented for the workshop of the Project "Idea, Organization and Practices of Hygiene in Han Society from the Traditional to Modern Periods." Taipei: Academic Sinica, September 25-26.

Yalom, Marilyn 著，何穎怡譯，2000。《乳房的歷史》。台北：先覺出版社。

Young, Iris Marion 著，何定照譯，2006。《像女孩那樣丟球：論女性身體》。台北：商周。

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。

行政院衛生署，1995。《台灣地區公共衛生發展史》。台北：行政院衛生署。

王書吟，2011。〈哺育中國：近代中國的牛乳消費—二十世紀二、三〇年代上海為中心的考察〉，《中國飲食文化》7（1）：207-239。

王淑芳，2009。〈由美國經驗檢視國際認證泌乳顧問在台灣發展現況與展望〉，《台灣母乳哺育聯合學會會訊》4（3）：1-4。

王淑芳，2012。〈台灣國際認證泌乳顧問(IBCLCs)服務模式建立與成效評估〉。行政院國家科學委員會專題研究計畫成果報告，編號：NSC 100-2314-B-277-001

王淑芳[等]著，王淑芳、陳昭惠總校閱，2012。《母乳哺育：理論與實務》。台北：台灣母乳哺育聯合學會。

- 江文瑜編，1995。《消失中的台灣阿媽》。台北：玉山社。
- 行政院衛生署國民健康局，2008。〈推動母乳哺育的重要性與現況〉，《醫療品質雜誌》2 (2)：68-71。
- 成令方，2002。〈醫「用」關係的知識與權力〉，《台灣社會學》3：11-71。
- 汪麗琴，1999。〈女人的身體作為一個戰場—以「坐月子」為例〉。台中：東海大學社會學研究所碩士論文。
- 汪育如，2006。〈免不了的一刀—台灣產婦的社會建構〉。台北：東吳大學社會學系碩士論文。
- 吳嘉苓，2000a。〈醫療專業、性別與國家：台灣助產士興衰的社會學分析〉，《台灣社會學》4：191-268。
- _____, 2000b。〈產科醫生遇上述信婦女？台灣高剖腹產率論述的性別、知識與權力〉，收錄於何春蕤主編《性／別政治與主體形構》(p.1-38)。台北：麥田
- _____, 2001。〈空間、規訓與生產政治〉，《台大社會學刊》29：1-58。
- 吳坤季，2010。〈帝國符碼與殖民策略：《臺灣日日新報》圖像內容分析〉。台北：臺北教育大學臺灣文化研究所碩士論文。
- 李惠貞，2003。〈持續哺餵母乳的母職空間經驗〉。台北：台灣大學建築與城鄉研究所碩士論文。
- 李育軒，2010。〈含辛「乳」苦—太魯閣族女性哺乳辛/欣經驗〉。花蓮：東華大學多元文化教育所碩士論文。
- 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〉，《中華衛誌》8 (4)：230-247。
- 林綺雲，1993。〈台灣助產士專業的變遷—社會學的解析與省思〉，《國立台北護專學報》10：269-284。
- 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〉。台北：國立台灣科技大學管理研究所在職學程碩士論文。
- 林怡欣，2000。〈醫病互動關係中的身體自主權-以女性乳癌病患為例〉。高雄：高雄醫學大學行為科學研究所碩士論文。
- 林文源，2001。〈「醫療化」再思考〉，《臺大社會學刊》29：213-250。
- 林秀怡，2006。〈當專家遇見專家—經痛女性的西醫就醫經驗〉。高雄：高雄醫學

大學性別研究所碩士論文。

林靜君，2011。〈婦幼雜誌中母親的身體建構與規訓〉。嘉義：南華大學傳播學研究所碩士論文。

洪有錫、陳麗新，2002。《先生媽、產婆與婦產科醫師》。台北：前衛。

周春燕，2008。〈女體與國族：強國強種與近代中國的婦女衛生（1895-1949）〉。台北：國立政治大學歷史學系博士學位論文。

_____, 2010。〈胸哺與瓶哺—近代中國哺乳觀念的變遷（1900-1949）〉，《近代中國婦女史研究》18：1-52。

卓金璉，2012。〈日治時期台灣漢人婦女妊娠與分娩之研究（1895～1945）〉。台中：國立臺中教育大學區域與社會發展學系暑期在職進修專班碩士論文。

范燕秋，2001。〈日本帝國發展下殖民地台灣的人種衛生〉。台北：政治大學歷史所博士論文。

_____, 2005。《疫病、醫學與殖民現代性》。臺北：稻鄉。

柯小菁，2007。〈塑造新母親：近代中國育兒知識的建構（1903-1937）〉。新竹：國立清華大學歷史所碩士論文。

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

高彥頤著，苗延威譯，2007。《纏足：「金蓮崇拜」盛極而衰的演變》。新北市：左岸文化。

馬芝琳，2002。〈剖腹產決策過程中女性身體自主權初探〉。台北：台北醫學大學醫學研究所碩士論文。

莊永明，1998。《臺灣醫療史：以台大醫院為主軸》。臺北：遠流。

郭俊偉，2004。〈身體・權力・醫療化：探討兒科醫師之論述場域〉。台北：東吳大學社會學系碩士論文。

許淳森、高美玲、陳昭惠，2002。〈二十一年度台灣地區醫療院所母嬰親善醫院評鑑結果分析報告〉。台北：行政院衛生署國民健康局。

張芷雲，2003。《醫療與社會：醫療社會學的探索》。台北：巨流。

張天韻，2004。〈女人的月經，女人的知識〉。台北：台北大學社會學系碩士論文。

- 陳昭惠、高美玲、盧玉贏、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
- _____, 2002。《母乳最好：哺餵母乳必備指南》。台北：新手父母。
- _____, 2008。〈國內母乳哺育諮詢網絡之推廣〉，《醫療品質雜誌》2 (4): 30-34。
- 陳怡君，2002。〈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〉，台灣科技與社會網路，科技，醫療與社會工作坊，台北。
- 陳淑娟，2004。〈比較職業婦女與家庭主婦的哺餵型態、知識、態度及其相關因素〉。台北：國立台北護理學院護理研究所。
- 陳嘉新，2012。〈醫學凝視與女性身體：從歇斯底里症到經前症候群〉，收錄於盧孳艷、蔣欣欣、林宜平主編《護理與社會：跨界的對話與創新》(p.227-247)。台北：群學。
- 游鑑明，1993。〈日據時期台灣的產婆〉，《近代中國婦女史研究》1: 49-89。
- 森田佐加枝、井手郁編，2005。《第一次養育寶寶就上手》。台北：華立文化。
- 傅大為，2005。《亞細亞的新身體》。台北：群學。
- 馮曉蘋，2005。〈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〉。嘉義：南華大學社會學研究所碩士學位論文。
- 黃淑媛、盧瑛琪、陳瑩婕、江佩陵、王允伶、陳倩芳、邱曉彤、林錦源、李淑桂，2010。〈產後二個月期間停止純母乳哺餵之相關因素探討：一個前趨性研究〉，《中山醫學雜誌》21 (3): 263-273。
- 楊森安，1992。〈雷諾氏症候群之皮膚微小循環研究及病因探討〉。高雄：高雄醫學大學醫學研究所碩士學位論文。
- 楊秋鈴、陳彰惠，2005。〈職業婦女持續哺餵母乳生活經驗的困境和因應行為〉，《實證護理》1 (1): 13-21。
- 楊舒雅，2011。〈臺灣總督府舊慣調查及其所見之漢人生命禮俗〉。新北市：台北大學民俗藝術研究所碩士論文。
- 熊秉真，1995。《幼幼—傳統中國的襁褓之道》。台北：聯經出版事業股份有限公司。
- 鄧素文、何雪華、郭敏娟，1994。〈影響哺母乳產婦滿月時哺餵方式相關因素之

- 探討〉，《護理研究》2 (2)：153-165。
- 廖慧娟，2008。〈國際泌乳顧問認證對台灣的影響〉，《醫療品質雜誌》2 (4)：38-42。
- _____, 2011。〈《公共場所母乳哺育條例》實現母嬰親善社會理想〉，《醫療品質雜誌》5 (1)：46-51。
- 蔣竹山，1999。〈從產婆到男性助產士：評介三本近代歐洲助產士與婦科醫學的專著近代〉，《中國婦女史研究》7：223-241。
- 蔡晏霖，2011。〈思索「地方知識」〉。《亞太研究論壇》54：202-213。
- 劉仲冬，1995。〈醫療社會學、女性、歷史研究〉，《近代中國婦女史研究》3：205-216。
- 劉詠聰，1998。《中國古代育兒》。台北：台灣商務印書館。
- 劉華真，2008。〈重新思考「運動軌跡」：台灣、南韓的勞工與環境運動〉，《台灣社會學》16:1-47。
- 潘淑滿，2005。〈台灣母職圖像〉，《女學學誌：婦女與性別研究》20：41-91。
- 鄭琇惠、成令方，2010。〈以行動者網絡理論解釋在台灣的低母奶哺餵率〉，《高醫通識教育學報》5：64-97。
- 盧孳艷、蔣欣欣、林宜平主編，2012。《護理與社會：跨界的對話與創新》。台北：群學。
- 鍾瀚慧，2006。〈母為二乳？台灣當代哺乳的知識結構與社會生活〉。新竹：國立清華大學人類學研究所碩士學位論文。
- 簡素真，2010。〈台灣阿嬤哺育母乳的生命經驗〉。台北：國立台北護理學院護理助產研究所碩士學位論文。
- 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值〉，《護理研究》2 (3)：217-226。
- 顧燕翎主編，1996。《女性主義理論與流派》。台北：女書文化。

網路資料

- IBLCE 官方網站。<http://www.iblce.org/home.php>，檢索日期：2013/5/18。
- 余靜雯，2011。〈為何寶寶就是不喝奶？〉，《MamiHome 媽咪窩》(2011/1)，<http://www.babyhome.com.tw/info/c2.php?catid=4&subid=1&cid=4276>，檢索

日期：2013/6/05。

台灣兒科醫學會，2012。〈嬰兒哺育建議〉。

http://www.pediatr.org.tw/member/bedside_info.asp?id=15，檢索日期：
2013/6/10。

台灣兒科醫學會「沿革宗旨」。<http://www.pediatr.org.tw/about/history.asp>，檢閱
日期：2013/6/10。

國民健康局母乳哺育網站「相關政策／哺乳大事記」。

http://www.bhp.doh.gov.tw/breastfeeding/11policy_02.htm，檢閱日期：
2013/6/17。

陳昭惠。〈新生兒的頭兩天〉。

<http://www.bhp.doh.gov.tw/breastfeeding/pdf/n4-2-6.pdf>，檢索日期：
2013/6/10。



附錄一 深度訪談表

受訪者	備註	訪談日期	訪談地點	訪談編號
報導人 A	IBCLC，亦是田野觀察第一場報導人	2012/4/10 12:00	複合式餐飲店	A_20120410
報導人 B	IBCLC，亦是田野觀察第二場報導人	2013/5/2 19:00	連鎖咖啡店	B_20130502
報導人 C	IBCLC，亦是田野觀察第三場報導人	2013/4/29 14:00	泌乳門診	C_20130429
報導人 D	專科護理師、知名母乳社團創辦人	2013/4/27 13:30	醫院美食街	D_20130427
報導人 E	IBCLC，護理背景，目前主要提供居家服務的泌乳諮詢	2013/5/2 11:00	捷運站旁複合式餐廳	E_20130502
報導人 F	IBCLC，護理教師，台灣第一個獨立泌乳諮詢門診	2013/5/30 12:00	火車站旁怡客咖啡	F_20130530
報導人 G	媽媽，家管，第一胎自認母乳哺育「失敗」，第二胎找泌乳顧問 A 諮詢。	2012/7/11 14:30	自家店面 2 樓	G_20120711
報導人 H	媽媽，胸腔科護理師（原為母嬰親善醫院婦產科護理師），自認母乳哺育「失敗」，育有二子。	2012/7/12 14:00	醫院辦公室	H_20120712
報導人 I	媽媽，職業婦女，全母乳，育有一女，因乳腺阻塞尋求 IBCLC 諮詢。	2013/5/3	報導人家	I_20130503

附錄二 田野活動表

活動名稱	日期	地點	報導人	資料編號
哺乳茶會講座	2012/8/19	台北維多利亞酒店	兩位 IBCLC、一位母乳協會創辦人	田野筆記_田野活動 I
醫院支持團體	2013/1/29	台灣親子教育協會	IBCLC、嬰兒按摩師、13 位家長（9 位媽媽、2 位孕媽媽、2 位爸爸、9 位 1 個月~1 歲的嬰兒）	田野筆記_田野活動 II
母嬰親善績優醫療院所頒獎暨經驗交流研討會	2013/1/30	中國文化大學推廣教育部	健康局、各縣市衛生局、各級醫療院所醫護人員	田野筆記_田野活動 III
國科會計畫之專家焦點座談會	2013/2/25	臺大兒童醫院	計畫主持人、IBCLC、保險業者	田野筆記_田野活動 IV
第三屆第二次會員大會暨學術討論會	2013/3/23	萬芳醫院	台灣母乳哺育聯合學會	田野筆記_田野活動 V

附錄三 101 年度母嬰親善醫療院所認證基準及評分說明

基準	評分說明	配分
措施一：訂定明確的支持哺餵母乳政策		
(一)醫療院所成立母嬰親善推動委員會，由副院長級以上人員擔任主任委員，並定期召開會議，評估醫療院所支持哺餵母乳政策之成效。	1-1.醫療院所成立母嬰親善推動委員會，主任委員須為副院長級以上擔任，並定期（至少半年一次）召開會議，且評估醫療院所支持哺餵母乳政策之成效。	3分 官
(二)訂定明確之支持哺餵母乳政策，內容應包括： 1.成功哺餵母乳的十大措施 2.禁止母乳代用品之促銷活動，包括不得以贊助、試用或免費等方式，取得奶瓶及安撫奶嘴。	1-2-1.由醫療院所提供之支持哺餵母乳政策之書面資料，此政策包括成功哺餵母乳的十大措施。 1-2-2.此政策包括禁止母乳代用品之促銷活動，包括不得以贊助、試用或免費等方式，取得奶瓶及安撫奶嘴。	1分 官 2分 官
(三)於所有與母嬰照護相關的區域，如婦產科門診、兒科門診、產房、產科病房、嬰兒室、新生兒加護病房及新生兒中重度病房等處所張貼支持哺餵母乳政策。	1-3.此政策在婦產科門診、兒科門診、產房、產科病房、嬰兒室、新生兒加護病房及新生兒中重度病房等區域張貼，若鄰近單位（同一出入口）或兩單位位於同一區可只張貼一張政策海報。	1分 官
(四)統計產婦之哺乳情形，建立產婦母乳哺育率相關資料。	1-4.醫療院所追蹤產婦住院期間之哺乳情形，建立產婦母乳哺育率相關資料。 [註]： 1.可參考醫療院所之追蹤紀錄本評量。	2分 官
措施二：提供照護母嬰相關工作人員教育訓練		
(一)對照護母嬰之工作人員(包括產、兒科醫師及護理人員等)，訂有哺餵母乳之訓練課程規劃： 1.課程內容參考世界衛生組織之建議訂定。 2.訓練課程至少8小時以上；且每隔兩年必須再接受繼續教育至少8小時以上。 3.講師受過哺乳專業課程之訓練。	2-1.由醫療院所提供之照護母嬰之工作人員(包括產、兒科醫師及護理人員等)有關哺餵母乳之訓練課程規劃，此訓練課程至少8小時。訓練課程的講師為有受過哺乳專業課程訓練的母嬰親善認證之認證委員或種子講師。 2-2.挑選當班照護母嬰的工作人員，所有被挑選的工作人員曾接受過哺餵母乳相關教育訓練，如果是到職未滿6個月之新進工作人員，至少接受過該醫療院所支持哺餵母乳政策之介紹。 2-3.挑選當班照顧母嬰的工作人員，所有被挑選	3分 官 3分 產學 6分

<p>(二) 所有照護母嬰之工作人員，接受過該醫療院所支持哺餵母乳政策之介紹。工作人員曾接受過哺餵母乳之訓練。</p> <p>(三) 工作人員熟知哺餵母乳之優點及相關知識。</p>	<p>的工作人員能正確地回答有關哺餵母乳問題。</p>	<p>產學</p>
--	-----------------------------	-----------

措施三：提供孕婦哺餵母乳之相關衛教與指導

<p>(一) 孕婦表示該醫療院所有教導哺餵母乳的優點及產後6個月內純哺餵母乳的重要性。</p> <p>(二) 孕婦（懷孕28週以上）知道下列哺餵母乳相關知識至少3項以上：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 24小時親子同室的好處 2. 如何確保奶水充足 3. 依嬰兒需求餵奶的重要性 4. 抱嬰兒的姿勢及嬰兒含住乳房的姿勢 5. 產後即刻母嬰皮膚接觸的好處 <p>(三) 孕婦表示該醫療院所未曾對她們進行嬰兒配方奶之促銷活動。</p> <p>（醫療院所不得與配方奶公司共同合作辦理產前教室或其他衛教宣導活動）</p>	<p>於醫療院所產前門診挑選5位懷孕週數28週以上之孕婦(不含初診孕婦)：</p> <p>3-1.所有被挑選的孕婦回答曾與工作人員討論哺餵母乳的優點、曾被教導產後前6個月內純哺餵母乳的重要性，並能說出哺餵母乳好處至少3項。</p> <p>3-2.所有被挑選的孕婦可以描述下列5項題目中的3項：24小時親子同室的好處、如何確保奶水充足、依嬰兒需求餵奶的重要性、抱嬰兒的姿勢及嬰兒含住乳房的姿勢、產後即刻母嬰皮膚接觸的好處。</p> <p>3-3.所有的孕婦確定她們沒有接受該醫療院所院內人士有關嬰兒配方奶之促銷活動。（醫療院所不得與配方奶公司共同合作辦理產前教室或其他衛教宣導活動）</p>	<p>2分 官</p> <p>5分 官</p> <p>4分 官</p>
--	--	---

措施四：幫助產婦產後儘早開始哺餵母乳

<p>(一) 陰道生產之產婦，於產後半小時之內（不限地點），就能與自己的嬰兒，有20分鐘以上之皮膚接觸，及剖腹生產之產婦，於手術中或手術完成清醒後半小時之內（不限地點），就能與自己的嬰兒，有10分鐘以上之皮膚接觸，在接觸時，工作人員教導如何觀察嬰兒想吃奶的</p>	<p>4-1.產科單位中挑選2位陰道產的產婦，所有被挑選的產婦回答產後半小時之內（不限地點）就能抱自己的嬰兒，有母嬰身體皮膚對皮膚的接觸至少20分鐘，及挑選1位剖腹產的產婦，於手術中或手術完成清醒後半小時之內（不限地點）就能抱自己的嬰兒，有母嬰身體皮膚對皮膚接觸至少10分鐘，在接觸時，工作人員教導如何觀察嬰兒想吃奶的表現，並且在想吃奶時協助。</p>	<p>8分 產學</p>
	<p>4-2.挑選3位產科單位之工作人員，所有被挑選者</p>	<p>2分</p>

<p>表現，並且在想吃奶時協助。</p> <p>(二) 產科病房工作人員，知道鎮靜劑、麻醉藥或止痛劑等藥物對哺乳的影響，並能正確使用。</p> <p>(三) 產婦若使用鎮靜劑、麻醉藥、止痛劑等，應有醫療上可接受的理由；或使用退奶藥，應有醫療上可接受的理由或產婦及家屬在充分被告知後仍堅持要求。</p>	<p>可以正確回答鎮靜劑、麻醉藥或止痛劑等藥物對哺乳的影響，並能正確使用。</p> <p>4-3.挑選3位產婦病歷，若有使用鎮靜劑、麻醉藥、止痛劑等，應有醫療上可接受的理由；或使用退奶藥，應有醫療上可接受的理由或產婦及家屬在充分被告知後仍堅持要求。</p>	<p>產學</p> <p>2分 產學</p>
<p>措施五：提供母親哺餵母乳及維持奶水分泌等相關指導及協助</p>		
<p>(一) 產婦表示，在產後<u>6小時內</u>有醫護人員提供進一步哺乳之協助(哺餵母乳姿勢、維持泌乳、嬰兒含住乳房技巧)，給予指導，且告知她們可以在何處得到協助。</p> <p>(二) 哺乳產婦，會正確示範餵奶姿勢及嬰兒含住乳房的方法。</p> <p>(三) 產科病房工作人員會教導且會示範正確之餵奶姿勢、嬰兒含住乳房的方法及以手擠奶的技巧及時機。</p> <p>(四) 因醫療上需要而暫時無法哺餵母乳之產婦表示，曾接受維持泌乳之指導。</p> <p>(五) 在新生兒加護病房或中重度病房有提供母乳保存之設備及母乳哺餵之指導。</p>	<p>5-1.挑選3位產婦(包括1位剖腹產)，產婦回答在產後<u>6小時內</u>，有醫護人員提供進一步哺乳之協助(哺餵母乳姿勢、維持泌乳、嬰兒含住乳房技巧)，給予指導，且告訴她們何處可得到協助。</p> <p>5-2.哺乳產婦，可以正確示範餵奶姿勢及嬰兒含住乳房的方法。</p> <p>5-3.挑選產科病房當班之工作人員，所有被挑選的工作人員回答會教導產婦正確之餵奶姿勢、嬰兒含住乳房的方法及以手擠奶的技術及時機；所有被挑選的工作人員能示範教導病房中任1位產婦正確之餵奶姿勢，及嬰兒含住乳房的方法；所有被挑選的工作人員能描述他們教導產婦以手擠奶之技巧。</p> <p>5-4.挑選1位需特殊照顧嬰兒之母親，曾接受過維持泌乳的指導。</p> <p>[註]：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.本項為可選項目。 2.需特殊照顧意指母嬰分開的情況。 	<p>5分 產學</p> <p>4分 產學</p> <p>4分 產學</p> <p>2分 官</p>
	<p>5-5.在新生兒加護病房或中重度病房有提供此類新生兒母乳保存的設備及母乳哺餵之指導。</p> <p>[註]：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.本項為可選項目。 2.未設有新生兒加護病房和中重度病房之院所，本項免評。 	<p>2分 官</p>
<p>措施六：除有醫療上的需求之外，不得提供哺餵母乳的嬰兒母乳以外的食物或飲料給嬰兒</p>		

<p>(一) 哺餵母乳的嬰兒，不得提供母乳以外的食物或飲料；如有接受其他食物或飲料，係因醫療理由，或因產婦及家屬之意願。</p>	<p>6-1. 詢問產科病房，挑選3位產婦(包括1位剖腹產)，她們的嬰兒在醫療院所是否接受過母乳以外的食物或飲料，如果哺餵母乳的嬰兒接受母乳以外其他食物或飲料，能說出醫療上可接受的理由或是因產婦及家屬經說明仍堅持而為之。</p>	<p>2分 產學</p>
<p>(二) 醫療院所因醫療需求或孕婦及其家屬意願，而採非純母乳哺育之產婦，應個別提供餵食方面之指導、諮詢及協助。</p>	<p>6-2. 挑選產科病房當班之工作人員，所有被挑選的工作人員回答：對採非純母乳哺育之產婦會個別教導有關嬰兒配方安全餵食的方法，及告知母親們諮詢資訊。</p>	<p>0.5分 產學</p>
<p>(三) 醫療院所不得以贊助、試用或免費等方法，取得母乳代用品。</p>	<p>6-3. 挑選非哺育母乳的產婦，說明她們在準備及給予小孩餵食方面曾受到個別指導如何正確餵食。 [註]：個別指導不包括以公共、團體衛教方式提供之指導。</p>	<p>0.5分 產學</p>
<p>(四) 哺餵母乳的嬰兒，有醫療需求須添加水分及母乳代用品，須以非奶瓶、奶嘴方式（如杯餵、滴管或湯匙等）餵食。</p>	<p>6-4. 醫療院所不得以贊助、試用或免費等方法，取得母乳代用品，如醫療院所有嬰兒配方奶，應提供採購流程及採購證明（至少是本年度的發票或收據）。</p>	<p>2分 官</p>
	<p>6-5. 哺餵母乳的嬰兒有醫療需求須添加水分及母乳代用品者，須以非奶瓶、奶嘴方式（如杯餵、滴管、空針或湯匙等）餵食。</p>	<p>2分 產學</p>

措施七：實施親子同室

<p>(一) 當日訪問之產婦，在產前及住院時被醫療院所主動告知有提供親子同室及相關注意事項。</p>	<p>7-1. 當日訪問之產婦中，在產前及住院時被醫療院所主動告知有提供24小時親子同室。 [註]：24小時親子同室指新生兒出生後4小時內即進行親子同室，且在全程住院期間每日母嬰分離時間不超過1小時。</p>	<p>3分 產學</p>
<p>(二) 實地認證前之3個月住院陰道產產婦中，住院期間實施全天24小時親子同室者，平均達10%以上（因醫療上可接受之理由，而無法實施親子同室者除外）。</p>	<p>7-2. 實地認證前3個月住院陰道產產婦中（正常新生兒）至少平均有10%之產婦於住院期間實施全天24小時親子同室（因醫療上可接受之理由，而無法實施親子同室者除外）。</p>	<p>3分 官</p>
<p>(三) 實地認證前之3個月住院剖腹產產婦中，住院期間實施全天24小時親子同室者，平均達5%以上（因醫療上可接受之理由，而無法實施親子同室者除外）。</p>	<p>[註]：</p> <ol style="list-style-type: none"> 陰道產產婦採行24小時親子同室率 = 陰道產採24小時親子同室人數 ÷ 總正常產婦人數中之陰道產產婦人數 × 100% 正常產婦人數指母嬰皆正常的母親數，故 	

<p>同室者除外）。</p> <p>（四）醫療院所訂有具體之親子同室感染控制及安全相關措施，並告知產婦及家屬。</p>	<p>多胞胎以一人計算。</p> <p>7-3. 實地認證前3個月住院剖腹產婦中(正常新生兒)至少平均有5%之產婦於住院期間實施全天24小時親子同室（因醫療上可接受之理由，而無法實施親子同室者除外）。</p> <p>[註]：</p> <p>剖腹產婦採行24小時親子同室率=剖腹產採24小時親子同室人數÷總正常產婦人數中之剖腹產產婦人數×100%</p>	<p>2分 官</p>
<p>措施八：鼓勵依嬰兒的需求哺餵母乳</p>		
<p>（一）產婦表示該醫療院所沒有限制其哺乳時間及次數。</p> <p>（二）產婦表示，曾被教導不論是在嬰兒有需求時，或是母親乳房脹奶時，就可以哺餵母乳。</p> <p>（三）產婦表示，於母嬰分開期間被通知可於任何時間哺餵母乳。</p>	<p>8-1. 挑選3位產婦(包括1位剖腹產)，所有被挑選的產婦回答醫療院所沒有限制其哺乳時間及次數。</p> <p>8-2. 挑選3位產婦(包括1位剖腹產)，所有被挑選的產婦回答曾被教導不論是在嬰兒有需求時，或是母親乳房脹奶時，就可以哺餵母乳。</p> <p>8-3. 挑選3位產婦(包括1位剖腹產)，所有的產婦於母嬰分開期間被通知可於任何時間哺餵母乳。</p>	<p>4分 產學</p> <p>3分 產學</p> <p>3分 產學</p>
<p>措施九：不得提供嬰兒人工奶嘴餵食或安撫奶嘴</p>		
<p>（一）哺乳產婦表示，醫療院所沒有給他們的嬰兒安撫奶嘴及人工奶嘴餵食。</p> <p>（二）沒有看到哺餵母乳之正常嬰兒使用安撫奶嘴及人工奶嘴餵食。</p>	<p>9-1. 挑選3位產婦(包括1位剖腹產)，其中哺乳的產婦回答就她們所知，醫療院所沒有給她們的嬰兒安撫奶嘴及人工奶嘴餵食。</p> <p>9-2. 沒有看到提供哺餵母乳之正常嬰兒使用安撫奶嘴及人工奶嘴餵食。</p>	<p>2分 產學</p> <p>2分 產學</p>
<p>措施十：鼓勵院所內成立母乳哺餵支持團體，並建立轉介系統</p>		
<p>（一）哺乳產婦表示工作人員曾與他們探討出院後之嬰兒餵食計畫，並提供產婦哺餵母乳諮詢電話及當地母乳哺餵支持團體或衛生所母乳哺育志工訊息。</p> <p>（二）應設置24小時諮詢電話，提供哺乳方面的諮詢服務。</p> <p>（三）應與當地之衛生單位或母乳哺餵支持團體建立轉介模式。</p>	<p>10-1. 挑選3位產婦(包括1位剖腹產)，其中哺乳的產婦回答工作人員曾與她們探討出院後之嬰兒餵食計畫，並提供產婦哺餵母乳諮詢專線、當地母乳哺餵支持團體或衛生所母乳哺育志工訊息。</p> <p>10-2. 醫療院所應設置24小時諮詢電話，提供母親有關哺乳方面的諮詢服務。</p> <p>10-3. 母嬰照顧的工作人員應知道當地之母乳哺餵支持團體，及建立轉介模式。</p>	<p>3分 產學</p> <p>3分 官</p> <p>3分 官</p>

適用總分：

- 不適用5-4，且不適用5-5，總分為98分。
- 適用5-4，但不適用5-5，總分為100分。
- 不適用5-4，但適用5-5（但僅設置新生兒加護病房或中重度病房之一者），總分為99分。
- 不適用5-4，但適用5-5（且同時設有新生兒加護病房及中重度病房），總分為100分。
- 適用基準5-4，且適用基準5-5（但僅設置新生兒加護病房或中重度病房之一者），總分為101分。
- 適用基準5-4，且適用基準5-5（且同時設有新生兒加護病房及中重度病房），總分為102分。

