

順從、偷渡、發聲與出走： 「病患」的行動分析

吳嘉苓

台灣大學社會學系

黃于玲

台灣大學社會學系博士班

本文探討台灣「病患」（醫用者）作為一個行動者，在面對需求不滿的情況時種種回應的樣態，以及影響這些異質樣態的原因。我們提出「順從、偷渡、發聲與出走」這個理解醫用者行動的分類概念，然後藉由台灣本土的經驗研究探討，整理出「不限於順從、仍難得發聲」的台灣醫用者行動模式。偷渡、發聲與出走的存在，讓我們看見醫用者參與醫療體系不局限於「順從」的類型，但是最能讓組織迅速有效地面對問題的行動模式「發聲」卻並不常見。接著，我們藉由探索權威知識的形成過程，嘗試解釋影響醫用者行動的關鍵因素，以台灣計畫性居家分娩這個「發聲型出走」的出現做為分析案例。我們發現，從主流的權威知識另立新局，必須有另一套有系統的知識體系。早期居家分娩婦女的宗教信念提供了這樣的知識系統。當邊緣的權威知識想要建立可信度，論述者身份似乎特別重要。早期幾位關鍵產婦的高文化資本，也使這個模式得以迅速建立其可信度。同時，身體經驗成為發聲與出走的資本；產婦以身體理解原有規訓體系的後果，也以身體確認居家分娩的可信度。最後，國際母乳會組織，以其互助的特質，擴展了這些產婦的社會資本，增加其選擇生產方式的資源。我們看見行動者善用其文化資本、身體經驗與社會資本，可能匯集出的能量。這也說明未來要理解台灣醫療體系的樣貌，「病患」的行動角度絕無法缺席。

關鍵詞：發聲與出走、權威知識、居家分娩、性別

This paper addresses the issue of how Taiwanese "patients" (now referred to as medical users) respond when they are dissatisfied with the health care they receive. Based on our revision of Albert O. Hirschman's ideal type of action into an "acceptance, stealth, voice and exit" analytical framework, we found that users are not simply accepting the status quo. They actively adopting various strategies in response to poor care, yet they seldom voice their dissatisfaction. Thus, the most direct and effective mechanism for expressing discontent does not affect recuperation. To analyze why responses vary and what conditions might increase the potential for voicing concerns, we use the example of planned home birth in Taiwan in the late 1990s to show how the formation of authoritative knowledge impacts action of medical users. We find that religious beliefs provide women with a solid foundation for exploring alternatives to authoritative knowledge. In addition, the cultural capital provided by the first women to participate in home births is serving to strengthen the model's credibility. Furthermore, women's bodily experiences are confirming the negative aspects of hospital births and the benefits of home birth. We also suggest that Taiwan La Leche League chapter is extending the social capital of home birth women and influencing the increased flow of resources to other women who want to give birth to their children at home. The specific social and historical contexts making home birth possible are also discussed. We conclude by stressing the importance of viewing medical users as key actors in the analysis of the medical system.

Keywords: Albert O. Hirschman, exit and voice, authoritative knowledge, planned home birth, gender

台灣社會學第三期，頁 73-117，2002 年 6 月出版。

收稿：2001 年 5 月 5 日；接受刊登：2001 年 12 月 29 日。

在獨佔的局面下，消費者就會學習忍受無法避免的缺憾，而轉從他處尋求滿足，不會去瘋狂探尋那種並不存在的「改良」產品。——*Exit, Voice, and Loyalty*. Albert Hirschman (1970: 27)

一、前言

1995年深秋，台灣出現了這麼一個女人從主流醫院生產制度出走的行動。一位居住在台北市景美區的婦女初次懷胎，打算採取居家分娩；這應是90年代台灣以助產士協助計畫性居家分娩(planned home birth)的創始。當時這位婦女雖然有居家分娩的構想，但是要找到合適的接生人來執行，卻費了好大一番功夫。她透過各種管道，包括從104查號台查詢台北地區助產士的踪跡，最後總算透過台北縣助產公會聯絡到一位於新莊開設助產所的助產士，同意協助她第一胎的生產。這位應邀前往接生的助產士，一開始對於這個要求覺得「不可思議」，後來還在《助產雜誌》上為文指出：「我心裡是有點訝異，現在是何時代了？台灣目前的『居家生產』早已銷聲匿跡，怎麼現在還會有人選擇在家中生產？真不可思議……。」1995年本文作者之一正在進行生產相關的田野工作，當時聽到此例也僅當成「奇聞」看待，並未產生研究興趣。後來發現，這個居家分娩的例子並不是出走的特例，自1995年起至2000年底，已有50多位婦女採取計畫性居家分娩。這群婦女並不認同台灣主流醫院的生產模式，然而她們抵抗的策略不是換醫院或換醫生的出走形式，而是根本走出原有體系，另創一個模式——在家生產。

這些居家生產婦女的舉動，顯然不符合文前所引Albert Hirschman的觀察。台灣的生產制度在1990年代已達到一獨佔的局面，除了送醫不及的例子外，所有的婦女都在醫療院所生產。然而，這位對於主流醫院生產模式並不滿意的婦女，並沒有如Hirschman所說的「學習

忍受無法避免的缺憾」。即使「改良的產品」當時並不存在，她也藉由不斷的探尋，「無中生有」地創造出新的生產模式。這個消費者在獨佔局面中「自創品牌」的例子，對於瞭解台灣民衆對醫療體系有所不滿時的行動分析，可能有什麼啟發？

近年來醫療社會學的文獻越來越關照病患的行動面。早年引領醫療專業研究的 Eliot Freidson (1970: 300-301) 對於所觀察的 60 年代提出他的看法：「只要一進入醫療專業的領域，常民對病的概念就不再作用，……常民成爲醫療專業的服務對象……，而醫療專業作爲專業，也相當成功地獲得控制（醫療活動的一切）。」醫療資源的使用者（「醫用者」）廣大而無組織，正是 Freidson 認爲專業權威得以形成的重要條件。對照的是，Steven Epstein (1996) 在 1990 年代後期，已能以美國愛滋感染者的病患權益運動爲例，提出草根病患團體如何可能由下而上地影響、甚且介入科學社群的知識生產。這種病患動員介入醫學診療方向的歷史事件，（起碼在美國）劇烈地改變了傳統所認爲的主從醫病關係 (Epstein 2000)。也就是說，早年的醫療社會學研究取向，著重於剖析病患如何受制於醫療體系，如何爲醫療專業、醫療組織、醫療政策等等結構性面向所牽動；而近年來文獻迅速累積的切入點，在於探索醫用者如何作爲形塑醫療體系的關鍵行動者。生產的研究也有類似的研究取向轉型：女性主義早期文獻著力批判醫療體系對產婦的衝擊，晚近則越來越避免將產婦當成單純的體制受害者，而觀照其異質經驗與自主性（見 Fox and Worts [1999] 對此的文獻探討）。如同 Charles Ragin and Howard Becker (1992) 所強調的，研究案例之所以成爲案例並非理所當然，對當年忽略此案例的筆者之一而言，居家分娩直到現在才浮現成爲值得研究的案例，除了其現象從點連成線的趨勢外，也受到這種研究取徑轉型的影響。

台灣這個居家分娩的例子，不只是一個明顯彰顯產婦行動面向的案例，對於研究「醫用者」的行動類型也極富研究潛力——醫用者從獨佔局面中另創新局的高難度行動如何可能。我們想藉由這個例子來理解現今台灣醫用者（不限於產婦）面對需求不滿的情況時種種回應

的樣態，以及影響這些異質樣態的原因。爲了能夠瞭解類似居家分娩婦女從獨佔中出走的行動類型在各種回應樣態所佔的位置，本文首先藉由本土經驗研究文獻的二手分析整理，描述現今台灣病患參與醫療體系的樣態。Hirschman (1970)在 *Exit, Voice, and Loyalty* 一書中提出社會體系參與者對於需求不滿所引發的反應類型，成爲日後許多對於體系內行動者的研究取向，我們在此要利用 Hirschman 的行動類型分類來探討病患的醫療體系參與。我們一方面瞭解現今台灣病患面對不滿的醫療服務有何反應、特色爲何，另一方面也從過去的研究中整理出影響行動類型的關鍵因素。我們提出，影響權威知識(authoritative knowledge)的形成過程，就是影響醫用者行動類型的關鍵所在。然後，我們藉由分析這個從獨佔局面出走的高難度行動——難到 Hirschman 都視爲不可能——更進一步地討論民衆如何可能參與醫療體系的建立與改善。

二、重塑「忠誠—發聲—出走」的行動類型

Hirschman (1970)提出社會體系參與者對於需求不滿所引發的三種反應類型：¹ 出走(exit)、發聲(voice)與忠誠(loyalty)。² 出走爲「退出或轉換」(withdraw or switch)原有組織或體系(ibid: 83)；發聲指的是「對於原有不合人意狀況，任何想要改變（而非逃脫）的嘗試」(ibid: 30)。

1 所謂對需求不滿，可以是消費者面對廠商提供的產品或服務品質下滑有微詞、員工對於工作不滿意、家長覺得子女學校教育不理想，或是黨員對於政黨、國民對於國家有意見。行動者未必限於個人層次，也可以是政黨、幫派、組織、階級、國家(Kemper and Collins 1990)。這裡的需求不滿，也可以用於 A 政黨對 B 政黨的不滿、某少數族群感到受強勢族群剝削等等。由於本文主要目的在於討論醫用者的醫療體系參與，因此這裡對行動者的討論主要著眼於個人層次。

2 Hirschman 認爲過去經濟學研究多著眼於「出走」面向的反應(例如顧客的更換商家)，並將此視爲組織或社會體系因而警覺檢討改進的動力之一，但是政治學家卻往往將「出走」(例如政治上的叛逃)與犯罪連結。Hirschman 也發現到，政治學家比較倚重「發聲」，並強調這種明顯表達不滿的抗議方式，是維持穩定性民主的重要元素，但是經濟學家往往忽略「發聲」如何可能成爲促發組織檢討的關鍵。Hirschman 試圖補強過去文獻的「偏食」，將出走與發聲在不同情境、體系的種種關連性，做一整體分析。

這種改變可能是集體地或是個別地，向管理層級或威權更高的主事者要求改善的種種努力。忠誠則是留在原體系，且不出聲，只是一心覺得情況總會變好，基本上存在著信任的關係(Kemper and Collins 1990: 47)。³

我們借用這個經典的行動分類來呈現病患對於需求不滿的反應類型，並修改擴充為「順從—偷渡—發聲—出走」。Hirschman 提出的「忠誠」所帶有的正面信任意涵，無法含括其他病患行動類型研究所觀察到類似「遺憾」較負面評價的反應，因此我們改為「順從」。⁴「順從」強調不論是接受還是遺憾，行動者都只是被動地面對現有狀況，缺乏要求結構性改革的意圖，頂多期待組織或體系出現的問題，自動會有所改變。

其次，我們提出介於順從與發聲之間，還有個背地裡做、不希望被人知道，是對體系不滿的「偷渡」。Hirschman (1970: 16)自己也提及「發聲」這個概念含混，認為從低聲的嘟囔到激昂的抗議，都屬於「發聲」的形式。顯然，「發聲」的概念可以更細緻地區分。例如，Erving Goffman (1961)在 *Asylums* 一書中先描述了全控機構(total institution)如何全盤控制組織成員，繼而轉向呈現組織參與者的行動面向。他以「初級調適」描述一個人依照組織要求行事的狀況(比較類似這裡的「順從」)，而「次級調適」指的是一個人利用組織不認可的方式、達成組織不認可的目標，這種背離機構對個人角色要求的種種作為。Emily Martin (1987)也有類似的概念，稱之為「破壞」(sabotage)，指的是受訪婦女藉由一些行動或語言來避免自己受到某些醫療活動的傷害，但是都是偷偷摸摸地進行。從組織的角度來看，這也許是類似

3 相較於「忠誠」對於組織或體系的正面回應，之後的研究者還提出了「漠視」(neglect/apathy)的類型，表示一種「和稀泥」的狀況，不只不奢求組織或體系有何改變，甚至乾脆以自己的消極參與，甚或差勁表現，任其向下沈淪(Rusbult et al. 1982; Rusbult 1987)。

4 例如，Martin (1987)訪談了165位婦女，深入瞭解她們因為來經、懷孕、生產、停經等身體狀況而回應父權醫療體系的經驗。其中的「接受」反應類型(認為就是如此、無可改變，甚至也不需要改變)，類似「忠誠」；但是也另有「遺憾」(lament)的狀況(表達痛苦、不快樂，有可能也提出對於結構性因素的理解，但不一定認為情況可能改善)。

「偷鷄摸狗」的行為，我們稱之為「偷渡」。Hirschman 對於「低聲嘟囔」並無太多討論，但是本文的「偷渡」可以跟 Hirschman 比較強調的「直接的」發聲，做一區別。

除了發聲之外，Hirschman 也注意到了出走這個概念內在的異質性。他提到嬉皮(Hippie)的出走——離開原有社會另創一次文化——強調要展現其特出性，用意在於影響原有社會，這比其他類型的出走（如移民、開墾），更接近「發聲」(ibid: 106-108)的性質。似乎出走可分為兩種形式，可以主要是為私有財(private goods)出走，對原有體系無言；或是主要為公共財(public goods)出走，藉由出走痛陳體系的問題，我們可以稱之為「發聲型出走」。⁵

因此，我們將原有的「忠誠—發聲—出走」模式，改成「順從—偷渡—發聲—出走」。「順從」是即使面對組織或體系出現問題，基於樂觀（自動會變好吧）或無奈（也沒有什麼辦法），任由組織或體系作為的行動者反應。「偷渡」是一種「背地的發聲」，採用組織體系不認可的方式，作為表達不滿的形式。「發聲」是直接向主事者抗議的行動，是一種音量清楚的「（公開）建言」。這個公開建言，如同 Hirschman 與 Martin 都注意到的，光譜涵蓋個人到集體的層次。「出走」是離開原有組織或體系的行動，可以再區分為「純出走」（為個人權益的出走）與「發聲型出走」（比較接近發聲，為公共財的出走）。我們可以把「順從—偷渡—發聲—出走」的順序反過來再重述一次這些概念的關連性：面對不滿，行動者可能「出走」；沒有出走、留在原有組織或體系的行動者，可能選擇「發聲」；不發聲的，可能背地裡還有一些無聲的抗議，我們稱之為「偷渡」；剩下消極無作為的，就是「順從」。

台灣的病患面對不滿的醫療品質，傾向順從、偷渡、發聲、還是出走？什麼因素會影響病患行動的形式？從台灣目前的經驗研究文

5 Hirschman 認為為私有財出走也可能導致一些非預期性的效果與衝擊，但是其最初意圖畢竟不是為了改變體制，也不是為了抨擊原有體系(ibid: 108)。

獻，我們可以得到什麼樣的病患行動現象描述與成因分析？

三、病患面對不滿的行動類型： 台灣文獻回顧

我們回顧台灣目前相關文獻，一方面試圖描繪台灣醫用者的行動模式（what的問題），一方面藉由「誰順從、誰偷渡、誰發聲、誰出走」的探索（who的問題），發掘影響病患行動的關鍵因素（how的問題）。

（一）順從：「醫生怎麼說，我們就怎麼做」

在部份的台灣「病患」研究文獻中，「順從」是典型的行動樣態。Arthur Kleinman 1970年代中期在台灣有關精神疾病的田野觀察，比較乩童、中醫與西醫，就發現「西醫比中醫更把病患當作無知看待……如果在西醫的醫病診斷期間問了問題，你要不是被忽略，要不是給予一個不清不白的回答。病患也瞭解這一點，就不太問問題」（1980: 289-290）。在他的田野觀察中，西醫平均只花 40 秒鐘的時間解釋，而且有四分之一的病患沒有得到任何解釋。即使是解釋，也都是與處方有關（文中舉的例子是：「你需要打幾針，這樣才會好一點」這類的解釋）。即使病患對於西醫醫師看診時間短暫、診療說明簡短貧乏有所抱怨，但是都是事後抱怨，在醫師面前病患多是謹慎順從。Kleinman作為一個人類學家，主要從文化面來解釋。他認為，這種在面對面互動的尊敬與順從，出自於傳統中國文化行為模式所強調的，在較自己為優的人面前應表現有禮屈從。Kleinman並以病患向醫師彎腰鞠躬的常見舉動，來強調他的論證。

相較於Kleinman從文化信念切入的解釋，另一批研究則由台灣主從醫病關係的社會結構來剖析「病患」的順從。張荳雲(1992)在觀察 70 位住院病患的處境後，提出「託付式的順從」概念，並且指陳因為專業知識權威，使得六成以上的病人和家屬，抱持著「醫師怎麼說就

怎麼做」的態度。張荳雲認為，這是由於「病人……對專業知識的陌生與敬畏，在面對知識權威的所有者時，病人們已失去對其醫師的評判和協商的意念，從而產生當然耳的順從」（頁 86）。張菊惠等(1998)對於子宮切除術的告知研究，也呈現了「順從」的病患參與狀況，作者觀察到不論是實際發問受挫，還是在角色期待上假設病患是不應發問、不應有不同於醫師的意見（例如有一半受訪者覺得「醫師很忙，不好意思問問題」、「醫師是專業，不應該有不同的意見」，三成認為「看病應該少說話，免得醫師不高興」），這些受訪婦女即使認為醫師有義務充分告知病情，卻「不敢挑戰醫療專業權威」（頁 133）。用我們的分類來看，這篇論文的研究者發現的是病患的「順從」，而且強調病患缺乏「發聲」；作者提出的欠缺「挑戰醫療專業權威」，就是本文的「（建設性）發聲」。研究者也提出，在醫病不對等——特別是資訊掌控的不對等——的權力結構下，「病人對於自身醫療決定的權力是欠缺的，對拒絕不想要醫療的勇氣也是缺乏的，結果只能順從於醫囑」（頁 134）。

除了從文化面與社會結構面來研究順從的產生，順從與否也與病患病情類屬相關。如同 Thomas Szasz and Marc Hollender (1987 [1956]) 所提醒的，醫病關係可以依病患病情區分為「主動－被動」、「引導－合作」、「相互參與」三種模型；當病患失去意識或是處於急診狀態時，全然任由醫師處置，為「主動－被動」的典型；「引導－合作」模型，則是另一種在醫師控制下的順從。蔡友月(1996)對於某些垂死病人所遭受的醫療處置研究，就呈現了在某種病況下的順從：「病人意識清楚……大部分的時間他都沈默的躺著，先後兩、三次插食道球止血，順從合作的完全沒有任何反抗掙扎。周圍的醫護人員忙碌的做著一些醫療處置，很少給他解釋，甚至任何心理支援」（頁 30）。

綜而言之，這些研究提出「順從」的醫用者參與因素，主要在於尊敬優勢者的文化、病患與醫師的權力位階，以及特定的病情。其中貫穿的核心概念，為知識的不對等；如果台灣存有尊敬優勢者的文

化，是因為優勢者被視為掌有常民難以理解的專家知識。醫病的權力位置差距，也在於「病人……對專業知識的陌生與敬畏」（張荳雲 1992: 86）。而昏迷或急診病患處於完全被動，是因為病況使之根本缺乏資訊溝通的可能。

然而，「順從」顯然並非醫用者參與醫療體系的全貌，而只是其中一種樣態。一來，以張菊惠等(1998)的研究為例，作者的樣本選擇，是已接受子宮切除術的婦女，因此「拒絕」動手術的婦女，就不在研究之列，因此她們與張荳雲(1992)的研究都無法呈現病患「出走」的可能性——不論是換醫院，還是根本揚棄切除手術這種治療方式，但是這並不表示這種可能性不存在。⁶ 台灣有關不孕的求醫研究，就彰顯了這種在醫院收案研究的限制性。現今台灣不孕求醫的研究往往受限於實際在醫院進行人工協助生殖科技的案例，對於退出治療的求診者也就缺乏調查，這樣的樣本篩選可能使得我們不容易看見對主流醫療體系最極端的抗拒。二來，張菊惠等(1998)讓我們看見「順從」的因應方式，主要發生於資訊掌握不對等的權力結構下，特別是在面對面這種特定的互動形式中，或是 Szasz and Hollender (1987 [1956]) 強調的急診情境，在這些情境中，病患特別無力「反抗」。然而醫療體系的進行並不限於這些層面，例如，固然上述研究對象在面對面互動當下沒有挑戰醫師權威，不過是否可能藉由把醫師「解雇」的換醫師舉動，或是不遵醫囑(noncompliance)，作為另一種表達不滿的方式？楊舒琴、盧孳艷(2000)的研究就呈現，停經婦女即使發現醫師推論有錯，也不會當面指出，因為面對醫師會「感受醫師的權威而不敢再多問」，但是藥拿回來後會放著不吃。固然這再度驗證面對面互動病患往往以「順從」因應，可是離開門診情境之後的行動，似乎需要進一步的探訪。除了面對面的互動，以及赴急診的就醫情境，長期病患是否比較能夠發展出不同的因應策略？林文源(1998)的田野調查，就提

6 張荳雲(1992)在提出「託付式順從」的概念後，也提出「隨時準備翻臉的尊敬」以及「逛醫師」等不同於順從的醫用者行動，我們稍後會另加討論。

出了深刻的分析。

（二）偷渡：無聲的聲音

林文源(1998)所提出的「在場(presence)的政治」觀點，頗能闡述楊舒琴、盧孳艷(2000)觀察到病患人前人後的差異表現。林文源以長期洗腎病患在洗腎室的生活，看到醫師權威如何運作——病患面對醫師在場時往往表現出「順從」。相較而言，醫師不在場時，固然能用監視器等有形裝置來監控病患，細密規訓也使病患可能自動地臣服，但是林文源仍觀察到各種衝突在醫師不在場時特別容易出現。這種衝突——我們也許可以視為「發聲」——往往產生於與較低層的醫護人員互動時，顯示醫病互動在原有階級差異縮短的情況下，才比較容易「不順從」。

更重要的是，林文源將病患對於醫療體系的種種參與，稱之為「無聲的聲音」——病患並不是沒有聲音，一味順從西醫的醫療體系，只是因為「消音、收編與病患聲音無聲的本質」(頁133)，讓病患的聲音趨於無聲。這意味著，病患其實發聲，但是一方面醫療體系予以抹滅，一方面如Martin的「破壞」與Goffman的「次級調適」這兩個概念所提出的，大部分的病患自己也不願意讓醫事人員知道，聲音才變得無聲。林文源論文中一個突出的例外，是一位以宗教治療這種完全迥異於西醫洗腎方式來處理自己身體的病患，還可能「反過來教訓醫師、護士」。這個例子在我們的分析裡，兼具發聲（公然抵抗）與出走（背離西醫洗腎的治療方式），而且出走的狀況「還怕別人不來問」，算是「發聲型出走」的典型。雖然這個例子在病患死亡後不再被提起，或是提起時以偏差行為的形態遭到否定，卻是病患聲音遭到消音與收編的具體表現。

到底病患有什麼樣的偷渡呢？林文源提出，病患以自身的身體經驗，來驗證主流醫療體制的不足。病患以實際偷渡的種種措施——吃不該吃的東西、按照自己的方式服藥、採用不合醫囑但是自己偏好的療法——來「檢驗、實驗他們的不信，調節普遍知識的缺點」(頁

69)。一位受訪者表示「我是覺得醫生沒有我們瞭解得多，只是說你讀書在理論，但是我是實務上、實際上，那不一樣啊！差很多啦！」(頁69)。林文源一再強調每個身體的獨特性——並非大家都因「腎壞了」、「同在接受西醫治療」，就會有同樣的身體感受與理解。而這個獨特性，似乎在醫療體系普同性的對待下，必須以偷渡的方式來證成自我的存在。這樣的偷渡，過去社會醫學的文獻視為麻煩的不遵醫囑、違背醫師的期待，但是林文源的分析取向強調的是醫用者對於醫療措施的質疑，以及因應解套的策略。

什麼樣的人偷渡？Goffman (1961)提出，處於組織底層的人，比較容易有次級調適的狀況，因為不遵守組織規定對這些本就是一無所有的人來說，不會增加新的損失。林文源的研究則彰顯了長期病患比較容易偷渡，這呼應了 Szasz and Hollender (1987 [1956])提出相互參與的醫病關係類型（是三種醫病關係中病患主體性最明顯的一種），適用於長期病患身上，著眼於「久病成良醫」——久病後獨特的身體經驗與知識容易出現——的處境。

（三）發聲：有聲的建言

如果偷渡是醫用者無聲的、不易被聽到聲音，這裡的「發聲」在於強調醫用者出聲、希望被聽到的建言。這個對於醫療體系有聲的建言，光譜極廣，可以從住院病患不斷地按護士鈴來爭取醫護人員的關注（蔡友月 1996: 44-53）、與醫護人員發生爭執（張荳雲 1992: 86-87）、提出訴訟(Yang 1997)，到成立病患權益團體（吳嘉苓 2000a），涵蓋了個人的抗爭與集體的行動。對 Hirschman 來說，「發聲」是一個比「出走」更混亂麻煩的行動，因為「發聲」直接地表達不滿（不像「出走」是間接地表達不滿），牽涉到人與人之間的衝突（不像「出走」就一走了之，不會有人際之間的扞格）。也因此，Hirschman 觀察到行動者往往是出走不成之後，才使用發聲這個混亂麻煩的舉動。

「發聲」在台灣是病患有所不滿時常見的回應形式嗎？一項大型的調查結果發現，當病患對於醫師診療的方法或結果有所遲疑時，最

主要的因應措施是「直接換醫師看」（六成二），其次是「向醫師提出質疑」（四成八），什麼都沒有做的有 4.5%，真正和醫師發生衝突的不到 0.5%（張苙雲 1992: 87）。「向醫師提出質疑」與「真正和醫師發生衝突」看起來都是「發聲」的形式，但是我們這裡缺乏資料來理解「質疑」後得到什麼樣的回應，是否因此釐清遲疑，還是因而轉為表面上的「順從」？Kleinman 的田野研究讓我們對於「質疑」算不算有效的發聲，有所存疑。至於以醫療訴訟的形式作為發聲的管道，根據楊秀儀(Yang 1997)的研究，自 1982 年以來，每年都有 120 至 150 件左右，其中四成撤案、四成和解，真正提起訴訟的佔 15%，而「病患」的勝率又僅有 3.4%。若以病患權益促進運動而言，對制度提出建言的集體發聲模式，要到 1998 年以後才出現更具組織化的集結行動（吳嘉苓 2000a）。雖然台灣一直存在著自助團體或病友團體，但是 90 年代末期新發起的病患權益運動團體更「政治化」，更企圖藉由集體行動達成對現有醫療體系、病患社會處境的改變。⁷ 在台灣的社會福利運動中，病患權益運動（不包含身心殘障福利運動的話）在台灣的社會福利運動中起步最晚。綜合來看，發聲的能見度逐漸增加，但是還不是最主要的病患行動模式。

至於誰在發聲？Hirschman (1970) 提出，行動者往往是要自認為有影響組織或體系的可能性，才比較容易採取發聲的行動途徑。這似乎與 Goffman 的觀察相呼應：底層的人「偷渡」、較有資源的人「發聲」。而這個資源，在 Epstein (1996) 的研究中所呈現的，即是「文化資本」。例如，Epstein 觀察到美國愛滋感染者權益運動的社群本身就有醫師和科學家參與其中，非醫療背景的參與者，也有相當能力能夠吸收科學知識，或是社會認可的知識份子。從目前台灣的病患權益運動來看，較成功的案例也往往由文化資本高的中產階級知識份子來主

7 這些團體包括愛滋感染者權益促進會（於 1997 年 11 月正式成立）、罕見疾病基金會（1998 年 5 月開始積極募款，1999 年 6 月正式成立）、中華浮木濟世會（1999 年 1 月，一群藥害愛滋病患將原有的「藥害愛滋自救會」擴大成為病患權益團體）、中華民國醫療人權促進會（1999 年 7 月成立），以及於 2001 年正式成立的醫療品質改革基金會等等。

導，例如罕見疾病基金會有能力與經費自行委託學者從事臨床研究，以作為與國家協商修正醫療政策協商的籌碼。⁸ 台北市女權會要推動 RU486 的正式上市時，也以科學語言質疑醫學臨床研究步驟的合宜性，作為彰顯醫界與衛生署疏失的攻擊點（黃淑英、陳逸玲 1999）。於在個別病患的發聲部分，台灣文獻並沒有什麼探討發聲與社會階級關連性的討論。

（四）純出走：逛醫師、複向求醫

如前所述，當病患對於醫師診療的方法或結果有所遲疑時，最主要的因應措施是「直接換醫師看」（六成二）。這種體系內出走的形式，也就是一般說的逛醫師，似乎是醫用者面對醫療體系不滿的主要因應途徑。

逛醫師有可能是同一醫療體系中醫院所的轉換（如從 A 醫院換到 B 醫院），也可能是體系之間的轉換（如去西醫診所之外，另去中醫診所求醫）。「複向求醫」屢被研究者強調為台灣多元醫療體系的求醫行為特色（Kleinman 1980；張珣 1989；張芷雲 1998）。幾個大型研究調查都發現，約六成（吳就君 1982）到八成（Wu and Hu 1980）的家戶採取中醫、西醫以及民俗醫療等複向求醫現象。⁹ 對於一些特定疾病的研究，如精神疾病（Kleinman 1980；范碧玉等 1993）、不孕（蘇燦煮等 1995）、兒童糖尿病（王美乃等 1995）等等，都有相當比例複向求醫的情況。慢性病的複向求醫多於急性病，而急性病一般先求助於西醫，待病情控制住，也常開始向中醫與民俗醫療求助。以不孕為例，蘇燦煮等（1995）的研究就發現，採用人工協助生殖科技的

8 例如，罕見疾病基金會執行長曾敏傑（亦為社會學教授），在一次立法院公聽會（2000 年 12 月 8 日）時提出：「對玻璃娃娃成骨不全症，我們有一個藥物的實驗計劃，也想投入 50 萬元實驗計劃。一旦成功後，我們可以利用研究的結論去 push 健保局，把藥物納入給付。」

9 有些調查研究以求醫行為限於受訪的一個月內，調查出中西醫並用狀況在 10% 以下（例如陳秋瑩等 1999）。這類研究雖然確認西醫為台灣民眾主要的求醫體系，但是顯然低估複向求醫的可能性（特別是慢性疾病的求醫歷程往往時間長久）。這類研究反映的應是中西醫治療市場的大小（例如陳秋瑩等發現的民眾看中醫師的次數為西醫師的七分之一）。

婦女中有七成也嘗試中醫、五成進行算命、換花等民俗療法。

台灣這種「逛醫師」的求醫行為現象，似乎顯現醫用者「篩選」醫師與醫療體系的主動性。例如，張荳雲(1998)藉由病患的求醫歷程來彰顯，逛醫師並非是病患強求一針見效速食醫療所導致的行為，也不是「不看白不看」的濫用醫療資源情況，而是尋求病症解決方式與病因的釋惑過程，是一種「理性的行動」(頁 81)。這種理性的行動不只適用於張荳雲所研究的逛西醫，也適用於逛體系。特別是在某一醫療體系問題未得到解決時，病患或家人往往願意採用其他體系。Kleinman (1980)就提出一個開放性的解釋體系的情況：一位母親雖然傾向求助乩童與中醫師來解決兒子的健康問題，但是在效果不明顯的情況下，她也不排除在台灣污名深重的精神科。醫用者為了釋惑或是尋求更有效的醫療而「逛醫師」或「逛體系」，顯示了出走是因為醫用者對於原有醫療方式出現了信任危機(credibility crisis)。Epstein (2000)提出，「當科學的信任度出現危機，牽連廣泛的可信度爭戰(credibility struggle)，就可能在科學這個場域發生」(頁 17)。而這可信度爭戰，不只明顯表現在科學社群的辯論與民間團體的介入，也在每個醫用者出走的動作上彰顯。

誰容易出走？對於醫療體系之間的複向求醫，人類學家常解釋為受到病因的信念系統所影響。相信西方自然病因論的採用西醫，相信陰陽五行平衡論的採用中醫，相信超自然病因論則求助乩童或米卦師（張珣 1989；許木柱 1992）。在量化研究中，「宗教信仰」為一再出現影響複向求醫（特別是民俗療法）的顯著變項，表示個人信念系統的確影響出走與否（楊文山 1992）。張珣(1989)則強調逛體系不只是解決健康問題，還有尋求解釋的心理面向功能，因此意含宗教色彩的民俗醫療，抽象層次較西醫、中醫為高，往往也是病患尋求解釋過程的最後一站。另一方面，從權威知識的角度來看，無論是體系內逛醫師、還是逛體系，對經歷的醫療經驗越存疑，信任危機越大，越可能以出走的方式尋求更好的出路。

（五）小結：台灣「病患」的行動特色——不限於順從、仍難得發聲

現今台灣「病患」的醫療體系參與，有什麼特色呢？首先，偷渡、發聲與出走的存在，讓我們看見醫用者參與醫療體系不只限於「順從」的類型。固然專業知識差距的權力結構，驅使醫用者面對醫師時表現順從，但是順從主要表現在與醫師的面對面互動，而不是醫用者的行動全貌。其次，這些參與行動的類型對醫用者來說，並非彼此互斥，他們可能在不同情境下採取不同策略，例如求診時可能心有不滿卻維持表面禮貌（順從），然後逛醫師來篩選理想求醫對象與場所（出走）；需要辦理住院或是長期治療時，更易產生不遵醫囑的情況，以解決醫療照護與自身經驗的差距（偷渡）；萬一有重大醫療疏失，才發生直接與醫務管理者或醫事人員抗議的行動（發聲）。Hirschman (1970)認為特定的體系或是組織，會有特定的行動模式（可參見頁 121 組織與成員行動的關係圖），例如家庭體系或是非專制的一黨政治，成員只能發聲無法出走；競爭的產業，顧客多出走而鮮少發聲。醫用者對於醫療體系的參與，因為參與形式的多元（門診、長期住院）與病況的差異（急診與慢性病），各自呈現出不同的行動特色。

然而，行動類型固然多樣，「發聲」這個 Hirschman 認為最能讓組織迅速有效地面對問題的行動模式，卻不是主要的醫用者參與模式。我們的文獻探討發現，與醫師互動短暫的門診，醫用者以順從和出走為主，鮮少發聲。病患長期參與醫療體系（如長期住院、定期服藥治療等），因為久病發展出獨特的身體經驗與知識，使得偷渡——但仍不是發聲——這種不容易被聽到的聲音，十分普遍。就現有的文獻來看，發聲比較容易向下層級的醫護人員表達，或是面對嚴重的醫療疏失才以激烈的方式表現。發聲做為醫用者表達不滿的形式，固然在現今能見度逐漸增加（特別是「政治化」的病患權益運動團體的出現），但是並非台灣醫用者表達不滿普遍採用的方式。

台灣現今「不限於順從、仍難得發聲」的醫用者參與模式，能對

醫療體系產生什麼影響嗎？Hirschman 所關心的是：行動者較為積極的因應措施（在這裡是偷渡、發聲與出走），是否能夠促使組織或體系改進。Hirschman 提出，要回答這個問題，首先要瞭解體系的特色。有些體系主要對出走敏感，如存在著競爭關係的企業，而顧客多以出走因應。有些體系要聽到發聲才會有所行動，如國營企業，或是懶惰的寡頭市場業者，但是參與者也多以出走來因應。有些組織有民主的吸納建言管道，成員也傾向以發聲表達不滿。台灣的醫療體系，對於哪種醫用者表達不滿的方式最有反應呢？顯然在經營的考量下，醫用者的流失是醫療院所最具體的警訊，因此醫用者出走的確可能會是有效促使醫療院所改善的動力。然而，出走本身，如同 Hirschman 所提醒的，是一種間接的抗議，醫療體系沒有直接得到顧客的反應內容，因此出走無法迅速呈現不滿的關鍵所在。例如對於門診的不滿，如果醫用者採取出走策略因應，醫師就可能無法直接感受到不滿的癥結為何，那麼體系內頻繁的出走不見得能因此改變該體系現有的結構性問題。同時，如果零星的出走或是個人出走後迅速獲得替代（新醫用者上門），並沒有使醫療院所的顧客減少，也就不會造成改進的動力。再者，在一些獨佔的情況下根本無法出走，如果又缺乏發聲的管道，即使每況愈下，醫療體系或是醫療院所也難以因為醫用者的參與，而有所變化。因此，「難得發聲」的醫用者參與特徵，對於有效促使醫療體系改善，效果有限。

四、居家分娩，一個發聲型出走的行動分析

從我們對於台灣「病患」行動類型的討論，可以看出 90 年代後期計畫性居家分娩的特殊性。台灣的居家分娩，是一個從主流醫療模式的生產出走的例子。居家分娩與其他目前文獻探討的行動類型差異，在於其出走並非個人遊走於原有存在的組織或體系之間，而是在原先為「獨佔」——醫院醫師接生的生產制度——的情況下，逐步由

一群婦女的行動創出新的生產模式。¹⁰ 這樣的「自創品牌」行動，使得台灣 90 年代的居家分娩，接近我們前面討論的「發聲型出走」。固然，如下文所分析的，這些婦女有著自己的生產理念而採取居家分娩，一開始並非為著「公共財」來創出新模式。但是約有一半的居家分娩婦女為國際母乳會的成員，她們也形成一個資訊網絡提供資源，協助有意願的產婦進行居家分娩，使得這種出走的形式，有了集體行動的意味。再者，她們以及參與的助產士，也藉由在《國際母乳會會訊》、《助產雜誌》、《醫望》等處發表文章，舉辦座談會（助產士舉辦、居家分娩婦女參與）等等形式，來陳述居家分娩的作法與理念，如同公共發聲。因此，我們在此稱台灣的居家分娩為一「發聲型出走」。

（一）作為一個豐富理論的研究案例

我們認為，分析這個「發聲型出走」的案例，對於理解台灣醫用者面對不滿的行動模式，能提供更進一步的瞭解。首先，相較於我們在「順從」一節所分析的「篩選誤差」，我們在這個居家分娩的案例分析上反其道而行，以「出走者」（而非留在體系內）為主要研究對象，以凸顯過去因為「篩選誤差」而導致的片面發現，增加對理解醫用者行動的完整性。¹¹

同時，這個案例不只是補強過去研究所缺乏探討的類型，更能探索性地觸及各行動類型的比較。大部分我們所深度訪談到的居家分娩婦女，對於現有醫療體制有著豐富的經歷與觀察，對於醫療體系（以生產體系為例）有多樣的參與（包括順從、偷渡、發聲、以及逛醫師之類的體系內出走），並不局限於居家分娩這種體系外出走的經驗，

10 現今台灣 99.8% 的生產以醫療院所醫師接生的形式主導（行政院衛生署 1999）。另一不同的生產制度，是由助產士在助產所接生，目前採用的比例，已不到 0.2 %。居家分娩雖然主要由助產士接生，但是其地點（在家生）是比由助產士在助產所接生，更較主流生產制度截然不同的生產方式。

11 Hirschman 對於從獨佔中出走並沒有什麼討論，他主要分析獨佔出現競爭對象時所造成的後果，而不是過程（如何從獨佔場面出現出走管道）（1970: 55-61）。

因此針對這群婦女的探討有助於剖析發聲型出走以外的行動。能夠掌握醫用者行動參與的多樣性，是因為我們採取過去台灣文獻較少出現的事件史分析（針對受訪者求醫歷程的事件史研究仍屬少數，幾個例外為張荳雲[1998]、林文源[1998]）。而由於居家分娩的人數尚少，我們呈現的不只是個別的出走史，還力圖掌握整個居家分娩類型的發展狀況，這也是過去資料所缺乏的研究取向。

最重要的是，研究這個高難度的醫用者行動案例，給予我們理解影響行動因素的重要窗口，特別是如果發聲以及發聲型出走是促使醫療體系改進的有效策略之一，從這些少數發聲的例子可以探究發聲如何可能。我們並不認為這個單一案例可能呈現所有的影響因子，但是由於其「高難度性」讓我們推測這個案例更能彰顯出眾多因素中的關鍵者。但是在從這個案例分析來探索影響行動因素之前，先前的台灣經驗研究回顧給我們什麼樣的分析線索呢？

（二）權威知識的形成作為分析概念的主軸

知識的位階性是我們回顧台灣相關文獻時，一直貫穿醫用者行動類型的概念軸線。順從是因為醫用者對於醫病專業知識不對等的畏懼，偷渡是醫用者身體經驗衍生的知識而背地對專業知識的對抗，發聲是直接對專業知識的建言，出走的背景在於對專業知識產生不解與懷疑。醫用者的行動類型，可以說是醫用者自身的身體知識、西醫體系的專業知識，與其他醫療體系的知識彼此競逐協商的結果。

這裡，我們採用人類學家 Brigitte Jordan「權威知識」(authoritative knowledge)的概念，來進行討論。在 Jordan (1993)有關生產的跨文化比較中，她觀察到「在特定的場域中，總有好幾種知識系統同時存在，有的就比較獲得認可，比其他的份量重」(頁 152)，而 Jordan 的「權威知識」概念強調：「權威知識的力量，並非在於該知識為真，而是該知識算數」(頁 154)，強調的是權威知識是作為結論的知識，而未必是比較「對」的知識。這樣將權威知識作為多重知識體系競逐結果的談法，用 Epstein (1996)的語言，就在於討論知識宣稱的可信度

(credibility of knowledge claims)如何達成的過程。這樣的研究取向都在強調，權威知識不是自然而然取得的，而是達成的；可信的知識不是自動產生的，而是藉由一些策略取得的。

對於這 50 多位的婦女而言，居家分娩相較於醫院生產，代表的是權威知識內涵的差異。這兩種生產方式，表面上看起來只是生產地點的不同，實際上意味著兩種生產理念。這可以從社會學家 Barbara Katz Rothman (1982)在 *In Labor: Women and Power in the Birthplace* 一書中以美國經驗提出的對照模型來彰顯：醫療模式(medical model)將生產視為病理的，既然為病理，主要決策由醫師而非產婦做決定，並採用身心分離的二元身體觀，著重生理結果、忽略心理需求。對照的是助產士模式(midwifery model)，將生產視為女人身體的活動，生產過程以產婦為中心，並採用身心合一的身體觀，也把母親與胎兒視為共生的一體。Rothman曾考慮稱「助產士模式」為「居家分娩模式」(home birth model)，但是念及醫療模式也可能帶入家中而作罷，但是這個名稱上的考慮顯示居家分娩與助產士模式的親近性。而我們這裡討論的計畫性居家分娩由助產士助產，接近 Rothman 所說的助產士模式（吳嘉苓 2001）。

如果西醫的專業知識是現今台灣社會醫療體系的權威知識，那麼醫用者的行動策略，等於在與這個權威知識做協商。如何協商呢？過去有關專業社會學或是談論醫療化的文獻，著重的是西醫如何取得權威知識的地位，這些文獻可以用來解釋「順從」的產生——醫用者身體知識或是生活世界知識如何「不算數」的過程。但是偷渡、出走，特別是發聲呢？這些明顯質疑權威知識，甚或具體建立非西醫的權威知識，又是怎麼達成的呢？Jordan (1993、1997)和 Epstein (1996、2000)的研究，都提供了很多分析的線索。Jordan (1993)提出，如果某個知識系統脫穎而出，獲得認可，「一來是這個知識系統在當下解釋力比較強（「效力高」），或是該知識系統有著比較強的權力基礎（「結構上的優勢」），或是兩者兼具」（頁 152）。因此，能夠競逐西醫的權威知識，一來本身知識系統內在必須嚴謹，才能提供足夠分庭

抗禮的解釋力，二來行動者也要有強大的社會網絡，增強其行動的合法性(Jordan 1997: 58-59)。如前討論的，Epstein 也提出，在科學社群內部出現爭議時，其他常民的介入變得更為可能。同時，介入的常民擁有相當的文化資本，增加其創立可信度的資本。這也類似 Hirschman 所提到的，發聲的要素最主要在於行動者需要自認為對改變組織有影響力。

我們在前述的文獻回顧中，已約略提出類似的討論。例如，中醫或是民俗療法本身已有其完備的知識體系，較容易成為醫用者從西醫體系出走之後選擇的目標。長期累積的身體知識，因為歷時長久而更有系統，也更具質疑權威知識的能量。林文源(1998)研究中的男性醫用者面對女性護士，要比張菊惠等(1998)與楊舒琴、盧孳艷(2000)研究中的女性醫用者面對男性醫師更容易發聲，顯示互動者因其性別與位階而產生的文化資本差異，影響挑戰權威知識的可能性。

為了更有系統地呈現發聲（明白地質疑權威知識）如何可能，發聲型出走（不只是質疑權威知識，還另創權威知識）如何可能，我們以台灣計畫性居家分娩的出現，做分析的案例，探討獨佔的狀況如何可能因為醫用者何種形式的參與而被打破，又是如何被打破呢？在分娩形式獨佔的情況下（例如，台灣婦產科界對於生產地點並沒有如 Epstein 所說科學社群的爭議），產婦如何能夠採取發聲型出走的行動類型？研究這個案例，可以幫助我們理解醫用者採取行動、挑戰並另創權威知識的過程與策略。

（三）研究方法與資料

我們對於計畫性居家分娩的過程，主要透過居家分娩婦女以及助產士的訪談，於 1999 年 9 月至 2000 年 11 月進行。我們透過國際母乳會以及助產士尋得受訪者，一開始先採用滾雪球的方式尋求有居家分娩經驗的婦女，然後再根據特定研究目的（例如因為不同原因而居家分娩的婦女、非都會地區的勞動階級婦女等），尋求適合的訪談對象。我們一共訪談了 20 位有居家分娩經驗的婦女（見表一），佔目

前全台 50 多位居家分娩婦女的五分之二。我們亦訪問了兩位在台灣執行居家分娩的助產士。除了訪談之外，我們也蒐集相關文獻資料，如《國際母乳會通訊》與媒體報導等。

表一：受訪居家分娩婦女資料（依照採用居家分娩的時間順序排列）

編號	醫院生產經驗	居家生產經驗	採取居家分娩過程
HB018	無	第一、二胎	第一胎國外居家分娩，宗教靈修經驗引導，並且看見具體國外居家分娩措施。回國後，第二胎亦居家分娩。
HB013	無	第一胎（1995 年 11 月）、第二胎	宗教上認為居家分娩較能實施給小孩的祝福，見 HB018 國外居家分娩經驗，主動在台灣找尋助產士，要求居家分娩。
HB009	第二胎（2000 年 7 月，醫院三合一產房生產）	第一胎（1997 年 2 月）	原先靈修就期待不同於醫院生產的方式，因為做月子中心和母乳會網絡，第二胎另尋醫院助產士接生。
HB010	無	第一胎（1997 年）	宗教上希望給予嬰兒祝福（一貫道），透過母乳會網絡閱讀會訊，得知居家分娩方式。
HB006	第一胎（剖腹產）	第二胎（1997 年 5 月）	第一胎生產經驗不好，透過母乳會網絡，知道居家分娩管道。
HB019	無	第一、二、三胎	宗教信仰上反對任何醫療措施。頭兩胎由醫事人員的教友接生，後來教友引介助產士，第三胎由助產士居家接生。
HB002	第一、二胎	第三胎（1998 年 8 月）	逛街看到助產所入所聊天，助產士提及助產雜誌上的居家分娩資訊。因為產婦前兩次生產經驗不滿，因此第三胎採取居家分娩。
HB012	無	第一胎（1998 年 11 月，最後生產從家移到助產所）	先是害怕醫院，朋友提起母乳會情況，透過母乳會網絡，聯絡助產士，計畫採用居家分娩。
HB015	第一胎胎死腹中 第二胎醫院出生	第三胎（1998 年 11 月）	因為前兩次生產不順利，不信任醫院生產。見到媒體報導居家分娩，由媒體得知居家分娩資訊。

HB014	第一胎 第二胎 (剖腹產)	第三胎 (1999 年 2 月)	前兩胎經驗不好，母乳會成員打電話叫她看電視有關居家分娩的報導，使她確認助產士的可信度，實際產檢時親身驗證後也覺得助產士不錯，採用居家分娩。
HB003	第一胎	第二、三胎 (雙胞胎) (1999 年 3 月)	母乳會核心成員，不強烈反對醫院生產，但為了方便餵母乳，採用居家分娩。
HB008	第一胎 (剖腹產)	第二胎 (1999 年 3 月)	跑過各個醫院，無法達成自然產與產後餵奶。在母乳會訊看到居家分娩文章，採取居家分娩。
HB004	第一胎	第二胎 (1999 年 3 月)	母乳會核心成員，對第一胎醫院生產並無不滿，對於生產品質也沒有特別要求，但覺得受到周遭母乳會成員的「壓力」，覺得居家分娩也可以。
HB005	第一胎	第二胎 (1999 年 4 月)	母乳會核心成員，對第一胎醫院生產經過非常不滿。第二胎採取居家分娩。
HB001	第一胎	第二胎 (1999 年 7 月)	母乳會網絡得知居家分娩的方式，上網查詢資料確認居家分娩的安全性，第二胎採取居家分娩。
HB020	第一、二胎	第三胎 (1999 年 8 月)	透過 HB018 得知居家分娩的管道，對於自己生產深具信心，採用居家分娩。
HB007	第一胎	第二胎 (1999 年 9 月)	對於第一胎生產經驗不滿，藉由母乳會網絡、母乳會訊的文章、國外翻譯的書籍驗證居家分娩的可行性。
HB011	第一胎 (剖腹產) 第二胎 (剖腹產)	第三胎 (1999 年 9、10 月)	參與母乳會聚會，聽過成員提起居家分娩。前兩胎剖腹，逛醫院都不支持第三胎自然分娩，因此求助助產士。
HB016	第一胎 (1999 年 8 月，本欲居家分娩，後來醫院剖腹產)		透過 HB018 得知居家分娩資源，主要因為宗教信仰上、希望居家分娩。後來因為助產士時間無法配合，改採醫院生產，並且剖腹生。產婦宗教上的要求，也獲得醫院的配合。
HB017	第一胎 (剖腹產)	第二胎 (1999 年 9 月)	向衛生署抗議有人在醫院販賣奶粉，衛生署引介支持餵母乳的小兒科醫師給產婦認識，小兒科醫師介紹產婦由助產士接生，以增加餵母乳的可能性。國外經驗、書籍佐證居家分娩的可行性，並採用水中生產。

五、發聲型出走的過程： 一個新權威知識的形成

90年代後期出現於台灣的計畫性居家分娩是由產婦——而非醫事人員——主動創造出來的出走途徑。為什麼這些產婦會從主流的生產制度中出走？我們藉由簡述計畫性居家分娩的發展歷程，來討論這些產婦出走的原因。

（一）出走的起源：宗教／靈修信念作為系統知識

宗教信仰或是靈修經驗，似乎是自然分娩成為理想生產狀況最強而有力的起源。從1995年開始到1998年中間的居家分娩，共約10人（我們訪問到其中關鍵六人），增加數目緩慢。現有生產醫療體系與她們宗教上的信念相抵觸，因此宗教信念成為這群婦女「出走」的主因（HB018、013、009、010、019；較後期的HB016，亦主要受宗教因素影響）。特別的是，相較於之後的婦女多為不滿先前醫療經驗而在第二胎、第三胎採用居家分娩，最早的這批「出走」產婦，往往是第一胎就因為宗教理念而施行居家分娩。這些宗教理念彼此互異，可分成三類。

第一類的宗教信念，強調醫療本身的害處。例如，一位受訪產婦（HB019）所屬教派認為，人生病會自然痊癒或是經過潔淨心靈的過程來治療，「藥物」不但對於治病無幫助，反而有害。因為這個「藥物有害」的宗教理念，使得HB019等約7至8位教友，自1997年以來即避免上醫院生產，而採取居家分娩。¹²

第二類是強調生產當下對於新生兒的宗教祝福（HB018、013、010），並認為這樣的祝福形式，不可能在醫院執行。本文一開始所描述的「尋找助產士」故事，該婦女（HB013）即著眼於其參與源自印度

12 早期該教教友因為缺乏助產士居家接生的資源，由教友中的醫師或護士執行接生。

的靈修團體，強調在嬰兒輔出生時，在嬰兒耳邊複頌某種祝福的重要性。另一位受訪者(HB010)也強調，因為自己的生病經驗（癌症），使其開始探索生命的意義，因而重視在一貫道的宗教信仰中，強調新生兒出生後七天內為他念大藏經可以消除業障、增長福氣的作法。對這些信仰者來說，這些對新生兒的祝福會影響新生兒的人生，意義重大，因此強烈期待能夠具體實踐。但是這些產婦具體觀察到，她們的信念在醫院的醫療措施難以執行，所以必須選擇居家分娩。地點代表的是組織的彈性，在這裡是關鍵，因為「即使有很多人知道（每天唸一部大藏經對嬰兒好），但是沒辦法克服現實的環境，不像我們這樣在家裡生，才有辦法念給他聽」(HB010)。堅持的信念如果無法在以醫療照護為主來安排流程的醫療院所執行，就只有在能充分掌握個人生產儀式的家中進行。

第三類的靈修或宗教經驗，是強調女性在生產過程中的主體性(HB018、009)，兩位受訪者也都深受女性主義論述與實踐的影響。其中一位受訪者(HB009)，大學時期就參加女研社，「對於自己身為女性這個部份，一直在探索、一直在反省」，並且在強調身心靈合一重要性的靈修過程中，理解女性做為母親與身俱有的潛在力量：「女性生產的時候有一股很神聖、很強大的力量，這股力量是源自於……女神」。於是她以居家分娩的形式來追求這種「女神精神」，以在生產過程中充分發揮女性內在的力量。一些國外的研究也指出，選擇居家生產的產婦常擁有一種生命的整體觀(holistic ideology)，她們會特別強調身／心、母親／胎兒的結合關係，而懷孕生產正是一個整合的過程(Davis-Floyd 1992)。這些產婦特有的身體觀，在靈修經驗中受到重視，很明顯地與主流醫學體系所主張的身心分離、身體是機械性的這些預設相衝突。特別是女性的身體往往在西醫體系中被視為是一個待修的機器，而懷孕的女體只是胎兒的容器(Martin 1987)，這促使了一些靈修女性在接觸了居家生產的相關資訊後，偏好居家分娩。

一些研究者(Rothman 1982；Klassen 2001)觀察到美國居家分娩的婦女，從基進的女性主義者，到強調生產要在男主人家中進行的傳

統主義者都有。¹³而台灣這些因為宗教理念而出走的產婦，內在也存有異質性：有的直接反對醫療干預的生產，因此非得在家生產；有的強調給予新生兒祝福，或是強調女性在生產過程中的主體性，這些並非完全在醫院不能達成，但是現有醫療體系不允許，在家比較可能達成。

異中有同的是，宗教上的信念成為一開始直接從主流醫院生產體制出走的利基。Epstein (1996, 2000)提出，當知識位階高的科學社群本身出現爭議時，比較容易打開由科學社群以外的行動者參與論爭的空間。對於到醫院生產這種生產形式，台灣婦產科內部並無爭議，並沒有什麼醫院生產與居家分娩的科學社群內部論證。那麼居家分娩的形式如何從無到有？如前面我們所討論的，Jordan (1993)指陳，要從主流的權威知識另立新局，必須有另一套有系統的知識體系，才能累積足夠可信度。宗教信念——即使來源非常異質——就提供了這樣的知識系統。而 80 年代以來（特別是解嚴後），多元新興宗教紛紛成立（瞿海源 1997），這樣的社會結構背景使得傾向居家分娩的信念似乎更易浮出。¹⁴

（二）可信度的建立：高學歷產婦、國外知識與文化資本

當邊緣的權威知識想要建立可信度，論述者身份似乎特別重要。如同 Epstein (1996, 2000)所觀察到的，在愛滋治療的病患權益運動中，社運團體 ACT-UP 的成員若非具有醫療背景，也在其他領域佔有菁英位置的知識份子。他／她們以其高文化資本，增加與科學社群對話的可能性。這裡的文化資本，我們採用 Michele Lamont and Annette Lareau (1988)的討論，定義為「用於社會與文化篩選的高尚地位文化徵兆」。如果過去的文化資本主要用來探究階級的複製(例如 Pierre Bour-

13 有趣的是，我們並未在台灣看到西方文獻所提及「強調生產要在男主人家中進行的傳統主義者」。

14 例如，反對醫療措施的 HB019 所屬宗教，在 1990 年代從日本來台灣設立。HB018、013、016 所屬的印度宗教團體，在 1970 年代後期接觸台灣，80 年代後期更具組織。一貫道與新世紀的靈修團體也是 80 年代在台灣能見度大增。

dieu and Jean-Claude Passeron 1990 [1977])，我們採用 Epstein 的切入點，分析文化資本如何成為在可信度競逐戰中扭轉劣勢的資源。我們發現，固然宗教引導的強烈信念促發居家分娩的出走模式，而早期幾位關鍵產婦的高文化資本，也使得這個模式得以進一步向非特定宗教信仰者有效建立其可信度。

文化資本的形式有其地域性(Lamont and Lareau 1988)，而台灣與歐美的政治經濟文化位階落差，以及台灣社會對文憑的重視，使得居家分娩婦女的高學歷與先進國家國外知識這兩個面向，特別成為可動員的文化資本。於是我們可以理解，「在美居家分娩的留美碩士」(HB018)這樣的身份，其經歷如何深深影響其他產婦對於居家分娩的信任。我們可以說，台灣計畫性居家分娩的開創，是由這位產婦具體實踐後，經歷傳回台灣，再由教友(HB013)找到助產士而開始台灣的居家分娩制度。¹⁵ 回國之後，這位產婦除了參與朋友的生產，也將相關資訊交給台灣的助產士，助產士之後告知來訪的產婦類似的國外資訊。幾乎每位受訪產婦在透過助產士的描述，或是閱讀相關報導，都知道（甚至實際認識）這位（最）高文化資本的居家分娩開創者。例如，一位居家分娩產婦如此肯定居家分娩的價值：「聽聞留美歸國的×××監事，談及北歐、美國等進步國家正流行『居家分娩』復古風潮，而國內仍只有醫院生產，且剖腹產高居世界第一，實在太落伍。」¹⁶ 而其他「有國外進修經驗的台大畢業生」(HB009)、「留法碩士」(HB017)、「空中小姐」(HB007)等等，亦是其他「廣為流傳」的高文化資本產婦。¹⁷ 更重要的是，除了口傳之外，這些高文化資本產婦也藉由正式的書寫，將經歷刊登在《助產雜誌》、《國際母乳會會訊》，或是其他刊物上，正式的書寫更增強居家分娩作法的可信度。

15 在美居家分娩的這位婦女(HB018)認為，固然宗教上對於嬰兒的祝福提供了一些對居家分娩的偏愛，但是美國的生活經驗，讓她接觸到更多「崇尚自然，重視人本關懷」的價值系統，以及實際接觸到居家分娩的具體措施，例如助產士與產院(birthing center)的完善制度，都使她更確認居家分娩的可行性。

16 《國際母乳會會訊》，1999年1-2月：14。

17 另一類「廣為流傳」的類別，則是「高危險群」但是仍順利居家分娩的例子，如雙胞胎(HB003)、破水兩天才生(HB009、012)等等。

這種能以文本——而非個人記憶——來保存文化，正是原始累積文化資本的形式(Bourdieu 1990: 125)。

這樣的文化資本，不只是助產士或是早期居家分娩產婦「向內取信」其他產婦居家分娩的資源，也是接生人與產婦「對外呈現」的倚重資源。例如，一位助產士於 1998 年年中在居家分娩累積 10 個案例後，自行舉辦座談會，當時可能被社會視為「異教」的產婦群就沒有來，而其他助產士友人對這些居家分娩家庭的印象是「氣質很好」。在通俗母嬰健康雜誌《嬰兒與母親》的一篇報導中（應為助產士引介所寫成），一開頭這麼描述：「您知道嗎？在台灣，有一群勇於做自己的現代新女性，他們都是高學歷高知識份子，認為自然生產乃是人類與生俱來的本能……」（頁 78）。¹⁸ 醫學人文雜誌《醫望》在 2000 年以「居家生產捲土重來」為專題，由兩位居家分娩的產婦現身說法，一為留美碩士的美國經驗，一為能閱讀英文資訊的母乳會諮詢員。¹⁹ 就學歷而言，我們 20 位受訪產婦有 7 位為大學或研究所學歷，其配偶有 11 位為大學或以上學歷，比同世代的教育程度為高，但是受訪產婦的異質性仍存在。固然有些受訪者生活上的偏好、行為、某些物品的擁有、知識水平等等文化徵兆，足以區辨出她們的文化高尚地位——會請法國按摩師來按摩懷孕的身體、待產期間摘門前荷花來清新環境、家中陳設像是《雅砌》雜誌上的範例，以法文、英文上網來蒐集水中生產相關資訊——但是有些受訪者則是家中從事零件加工、住處狹窄而凌亂、小孩穿著有 Hello Kitty 圖樣拖鞋的「尋常百姓」。因為居家分娩在台灣往往被解讀為「開倒車」的「落伍偏差行為」——如一位受訪者所意識到的，「我們幾個媽媽就互相彼此鼓勵，就是說我們不是愚婦」（HB005），而向周遭親友甚至公眾宣告「不是愚婦」的重要策略，就是利用高文化資本，將居家分娩模式從「不可為」的負面形象，轉化為理性的、先進的知識與作為。

18 《嬰兒與母親》，1999，267: 78-86。

19 《醫望》，2000，30: 68-91。

值得一提的是，即使不是高文化資本產婦的「親自示範」（真的去生），增強居家分娩的可信度，高文化資本產婦引入、解讀的「先進國家」經驗與資訊，或是國內零散的翻譯作品，都成為對抗主流「醫院生產才安全」的權威知識的重要關鍵。一方面，一些婦女直接在異國接觸居家分娩措施(HB018、017)，並從國外帶回出版資訊；另一方面，這些婦女也從台灣一些出版品，得到相關資訊（例，HB002、017、020），包括「琉璃光養生世界」這個組織於1999年所出版的《還我健康》。這本美國作家 John Robbins 以類似學術範例（有註腳、引用學術期刊）寫成的通俗批判主流醫學書籍，以「手銬腳鐐下的產婦」、「生產、醫院與人性」、「獵巫事件今版」三個章節，來討論醫療化生產的弊病與居家分娩的意義。市面上翻譯的生產書籍、孕婦手冊，特別是翻譯自英國版（例如 DK）的書籍，往往提供了居家分娩的資訊，也等於確認居家分娩的正當性（例，HB007）。網路的便利，也使得有些英文閱讀能力強的產婦自行上網確認居家分娩的可行程度與作法（例，HB001、004、017）。由於台灣與歐美的文化位階落差，「先進國家」經驗，成為有力的出走資本。我們要再度強調這是台灣脈絡的鞏固權威知識策略。對照的是，「先進國家」的居家分娩反而以非西方國家的自然生產經驗，來作為啓發。Klassen(2001)的研究發現一些美國居家分娩婦女會以第三世界女性無須任何科技協助也能生產的「想像」現象，來強調上帝賦予女人的生產本能。Klassen批評這是一種以神秘化種族主義的形式，過度浪漫化缺乏資源的貧苦地區生產，來增強「文明人」的生產能量。²⁰而台灣在世界體系的位置，使得台灣部份居家分娩產婦反而是向「上」取法，而非向「下」張望，在此過程中也可能因此過度理想化

20 一位評審者提問，居家分娩作為一種自古以來就有的生產方式，是否會因此產生其內在權威性與說服性。在我們的田野調查中，僅有一位產婦提及其先生以「上一代的人也在家裡生產，生得好好的」來合理化現今居家分娩的可行性(HB007)。大部份產婦都多少遭到家人的反對，而家人常以「居家分娩」為「落後」的方式為說詞。由此看出居家分娩目前在台灣難以與「古老的智慧」連結，而主要被認為「落後」的作法，這也許是這些產婦特別需要「挾洋以自重」（該位評審語）的原因。

先進國家的生產情況。

（三）質疑主流權威知識：身體的驗證

1995 到 1998 年中期，最早一批居家分娩婦女主要是受到宗教理念上的影響，第一胎就在家生產，但是後繼者的動力往往是來自身體的驗證，才產生對主流醫療體制的不滿。在表一可以發現，1998 年中之後的居家分娩產婦，大都為第二、三胎才採取居家分娩。其中大部分的受訪者(HB006、002、012、015、014、008、005、001、007、011、017)，都對先前的生產經驗不滿。她們親身驗證主流生產體制的弊病，才轉以居家分娩做為出路。對中後期的居家分娩婦女而言，不只是宗教理念如何說，國外知識如何說，更重要的引發點是，自己的身體說了什麼。

1. 身體經驗與對醫療體系不滿的類型

這股對醫療體系的不滿，可以分成以下四類。第一類的不滿是經歷過醫療體系實際造成身體傷害。其中包括與實際生產經驗有關的傷害：產婦認為醫師醫療疏失造成死胎(HB015)、嬰兒照顧不周(HB014)，以及其他生病經驗而排斥西醫／醫院體系，如生病吃西藥而把身體弄壞(HB002)、母親在醫院過世而產生對醫院的排斥(HB012)。一位婦女就是以過去在醫院不理想的經驗，來說服先生：

懷老大不是很順利，所以（先生）一直不讓我在家裡生產。我們溝通了很久……，最後……，我就寫了一封信跟我先生說，我當初就是因為太相信醫生了，所以才會失去我第一個孩子。然後第二胎我在醫院生產的過程，……很沒有安全感。所以，我才會一直想在家裡生產。(HB015)

本來因為過去的生產經驗，使得產婦家人對於居家分娩有所保留，但是這位婦女等於是用了 Ivan Illich (1976)所用的「醫源學」(iatrogenesis)的概念來說服家屬，認為傷害的主因並非來自病患自己的

缺陷或疏失，而是來自醫療體制本身（「我當初就是因為太相信醫生了」），因此解決的辦法是遠離醫療體制。

第二類的不滿是對於生產經驗的屈辱感與疏離感(HB002、015、014、005、001、007)，「一點也不人性化」是這些婦女最常出現的描述。這包括產檢門診的短暫與草率、受到醫事人員的責罵、剃毛灌腸內診過程的尷尬、受電子胎兒監視器的儀器綑綁而造成的身體約束、家人陪產被拒等等。一位產婦(HB005)甚至將這樣的生產評價為：「這次××（醫院名）生產的經驗，是我第一次感受到我長這麼大，我人生最沒有尊嚴的一個過程。」這位產婦呈現的「我人生最沒有尊嚴的一個過程」，主要來自兩個因素，用這位婦女的話，就是「第一個是把產婦當病人看，第二個是不把產婦當人看」。「把產婦當病人看」即前面所討論的醫療模式的生產方式。²¹「不把產婦當人看」則來自醫院作為一個科層組織，為求效率而對組織成員講角色、規則、功能，而力求去個人性（吳嘉苓 2001）。²²

第三類的不滿，來自前胎剖腹產後，想要自然產的慾望，但是一般醫療院所並不配合。這類產婦也往往歷經逛醫師的歷程後，出走到居家分娩的型態(HB006、014、008、011)。以下我們以一位前胎剖腹的產婦為例，彰顯這樣的狀況：

21 有關醫療化的生產的學術討論亦見 Oakley (1980,1984)；Riessman (1983)；Rothman (1982)；Wertz and Wertz (1989 [1977])；Davis-Floyd (1992)；Davis-Floyd and Sargent (1997)。婦運實務文獻可參見 Rich (1995 [1976])；Kitzinger (1991)；Boston Women's Health Book Collective (1992)。

22 特別值得注意的是，這位十分在乎生產過程品質的產婦(HB005)，瞭解目前的醫院生產方式不合她意，因此事先採取了一些「防範措施」，如選擇單人房以確保隱私權、製作說明牌提醒醫護人員不要餵新生兒配方奶。這種行動並非被動地接受醫院的不理想設計（順從），也不是背地裡「搞破壞」（偷渡），又不算是直接地抗議（發聲），也還沒有出走，我們這裡的「順從—偷渡—發聲—出走」的類型分類，都不能描述這樣的積極舉動。也許可以將此視為另一種發聲的類型，或是另外以「自保」的類型加入考量。然而，產婦固然可以事先做好種種自保策略，在不理想的環境中努力創造出實現自己理念的可能性，但是在實際生產過程中的不愉快遭遇，卻只得「順從」（「其實我們都很努力的去配合對方」），有意見但難以發聲（「我那时候我就一直告訴我自己說，我絕對不要用夾子，我也絕對不要用真空吸盤，我一定要靠我自己的力量生出來。結果……」），即使「發聲」做出要求（要求先生進產房、產婦抱嬰兒）也沒有得到滿意的回應。這樣的經歷，更使得出走成為唯一改善品質的策略。

我意外懷第三胎在想，我要自然產……我千方百計要找到一個能讓我餵母乳、自然產的醫生……我剛開始在Z醫院做產檢……我跟他說我想要自然產，他是完全否決，他說妳前面兩個剖腹，妳這個要自然產會有很大的風險。後來為了餵母乳的事情就去找了X醫院，我都去找很紅，算是很大牌的醫生就是了。X醫院那個醫生就跟我講：「是男生耶！妳幹嘛冒那個險？」我心裡想：「那這個是女生就可以冒這個險嗎？」……後來我又去找Y醫院，Y醫院對餵母乳比較配合，我也問過自然產的事，他們也是跟X醫院講得差不多，風險很大。那我就想就認命吧！就要剖腹了。(HB011)

以「前胎剖腹」來說，這是佔目前台灣剖腹產主要診斷的第一位。然而，醫學上已有很清楚的認定，「一胎剖腹，終身剖腹」是錯誤的看法；「剖腹產後陰道生產」(vaginal birth after cesarean section, 簡稱 VBAC, 也就是即使前胎剖腹，也嘗試施行自然產)已普遍採用。但是在台灣，除非有醫院正對VBAC做研究，否則目前前胎剖腹仍以剖腹產來處理(吳嘉苓 2000b)。在產婦也以逛醫院(包括逛大醫院)的方式證實主要醫院都不採用VBAC的情況下，一度她也如Hirschman所預測的，「學習忍受無可避免的缺陷」(「那我就想就認命吧！就要剖腹了」)，最後強調前胎剖腹也可以接生的助產士理念，就成為出走的動力。

第四類對於主流醫療生產體系的不滿，來自哺餵母乳的不便。產檯餵奶與母嬰同房，是國際母乳會提出順利哺餵母乳的因素。因此有強烈意願的產婦尋求這樣的醫療組織，但是在「逛醫院」之後，發現並不可得，因而出走。例如，一位產婦(HB010)就在「逛醫院」之後提出：「我是很想要母嬰同房、產檯餵奶，醫院既然都辦不到，那我就在家裡生。」產檯餵奶與母嬰同房當時在台灣亦僅有少數醫療院所施行。這類要求各種方便哺餵母乳環境的產婦，往往嘗試發聲(提出要求)，但是屢遭回絕，就難以繼續力爭，因此再以逛醫師找尋出

路。逛醫院的經驗，同樣地讓她看到科層組織的普同性規範（例如該產婦提及嬰兒室有如「嬰兒工廠，沒有一點人性化」）、如何否定個人的措施，因此只有跨體系地出走，藉由在家生產實現理念。

2. 從規訓的身體轉到溝通的身體

用 Frank (1991) 有關「社會行動的身體展現」四個類型來說，²³ 上述第二、三、四類歷經的是「規訓的身體」，渴望達成的是「溝通的身體」。對這些產婦而言，現行醫療體制使得她們無法與自己的身體溝通（例如用自己喜歡的方式或姿勢生產）、無法與家人溝通（例如陪產）、無法與胎兒溝通（例如藉由哺乳所強調的「連心」關係）。Frank 採取由下而上的分析策略，探討「身體如何同時作為社會『身體技術』的媒介與結果，而社會也同時作為這些技術總和的媒介與結果」（頁 48）。例如，透過管控身體變得可預測，而透過這樣可預測的身體，具體表現了規訓社會。這些產婦意識到自己的身體受到規訓，認為藉由居家分娩才可能以身體達到理想的溝通。

如同女性主義文獻所討論的，19 世紀開始，西方產科醫學將女性的身體病理化、異常化(Rothman 1982; Riessman 1983)，而女性主義文獻已從早年揚棄生物性的女體，例如 Firestone (1970) 提出女性拒絕生殖，轉為重新掌握女體（關於女性主義文獻身體論述的轉折，可參考 Williams and Bendelow [1998]）。產婦獨特的身體經驗，特別可以成為權威知識的來源。Martin(1987: 143)就提出，居家分娩可能是產婦抵抗主流醫療體系最有效的方法，如同勞工自己開店免除受雇主控制，產婦也拒去醫院，選擇在家生。Martin 強調，在家生固然有如對產科系統的罷免動作，可是產婦與工人不同的是，資本家擁有生產工具(means of production)，勞工沒有，但是產婦自己就擁有「生產」工具(means of reproduction)，在家生就等於成為自雇的小頭家，地點工具一應俱全。而由於產婦自己擁有生產工具，透過自己的生產過程累積獨特的身體經驗，可能成為抵抗主流權威知識的來源。

23 Frank 提出的四個類型是：規訓的身體、鏡像的身體、支配的身體與溝通的身體。

如前所說的，從規訓的身體轉化為溝通的身體，從徒有生產工具到真正自己掌握生產工具，首先是要能藉由身體經驗徹底意識到規訓的後果。有時候當下疏離、不舒服的生產經驗，要經過跟其他集體身體經驗的對照，才明白「當一個人單獨受苦時以為是個人的經驗，看書後才知是許多婦女的經驗」。²⁴ 這個「書」，可能是《還我健康》、DK 的生產指南、其他居家分娩產婦書寫的文章等等。例如，一位受訪者(HB007)就表示，是看英國版的生產指南，才猛然知道可以質疑過去醫院生產的不合理待遇：「為什麼一定要到醫院去？為什麼一定要剪你的會陰？為什麼一定要灌腸什麼的。」幾乎每位第一胎在醫院生產的產婦，都描述「沒生過，不知道怎麼生」，因此對於醫院即使有不如人意的措施，也很容易順從。一位產婦，是這樣描述的：「那時候都不懂，只覺得醫院的規定就這樣子，反正人到醫院就是給他了嘛，也沒有想這麼多」(HB003)。親自生過，對照集體經驗的批判性描述，一些受訪者才深刻明白不同生產經驗的可能性。

3. 以身體經驗挑戰／驗證權威知識

一些居家分娩婦女，藉由獨特的身體經驗——哺乳經驗——來確認主流醫療權威知識的錯誤。往往就是婦女這類的身體經驗，使得主流醫療權威得以現出弱點，為這些婦女所揚棄。有關哺育母乳的身體經驗與知識，是這批婦女最常驗證「比較好的知識」的著力點。例如：

我問他（婦產科醫生）說，我生完以後可不可以馬上餵奶。他說這樣護士很高興，但是他問我一句說：可是你不知道現在有沒有奶。我跟他說我現在還在餵奶（我那時候已經懷第二胎，我還在餵奶）……怎麼會沒有奶？……我也知道說，我一定不能在這一家醫院生，因為……他們都認為說產

24 這句話是琉璃光養生世界創辦人雷久南在《還我健康》的序中，描述女性友人閱讀《還我健康》的反應。

婦沒有奶，其實這些資訊都是錯誤的。他們已經有這樣錯誤的資訊，我想我在那裡生的話，一定不會得到我想要的……。(HB006)

這位產婦，是以自己實際哺乳的經驗，驗證國際母乳會的資訊，並以此「專門知識」，來判斷醫事人員的優劣。對於哺乳知識與個人經驗或是母乳會知識不符的醫療院所，就遭到這些產婦的「解雇」。正是這樣的身體經驗（「我現在還在餵奶」）所建立的權威知識，使得這些產婦可以扭轉傳統醫用關係的不平等。專業知識的不對等，是醫用關係不平等的核心（Freidson 1970；成令方 2002），但是靠著自己身體的親身體認，以及同質團體（如母乳會）經驗分享的確認，使得這些產婦產生「醫生你錯了」的抵抗能量。不過，這些產婦鮮少當面直接點出醫護人員的錯誤，而往往是藉由換醫院的方式，做為解決問題的方法。也就是說，這些產婦多是以「出走」，而非「發聲」的途徑，來尋求最適合自己的生產方式。

產婦也以身體經驗來檢測居家分娩是否能成為權威知識。一來自己先前的生產經驗可能增強在家生沒有安全問題的信心，一位產婦就認為，到了第三胎，有實際身體經驗累積的知識，有把握能夠掌握自己的生產品質：

說實在，你如果第一胎叫我在家生，可能我也不敢，不放心。因為是第三胎，（之前）開刀生也生過、自然生也生過，所以知道生產是什麼樣子了，所以就敢放心地在家生。(HB014)

二來，產婦在產檢的過程中，實際比較助產士與醫師的種種措施，也使產婦體認到助產士可能是一個更好的選擇，包括助產士較醫師花更多時間做說明與諮詢、助產士更能提供情緒上的支持等等。部份助產士仍採用一些醫師已經不太使用的技術（胎兒外轉術、避免剪

會陰、對於前胎剖腹採取自然分娩）也為一些產婦所倚重。這些實際接觸，使得部分產婦「確認」助產士可能更高明。產婦以身體理解原有規訓體系的後果，以身體確認原有體系可能的錯誤，也以身體確認居家分娩的可信度。居家分娩的身體實踐，也會反餽成為知識的一部份，重新修正或加強她們的生產知識體系。一位產婦充滿感觸地說：

其實生產的過程對一個婦女來講，是可以去學習的，可是我覺得我們現在在產檯上，我們在醫院的時候，我們都沒有任何的學習。像那天（第二胎居家分娩時）我覺得我才學習到原來可以用怎麼樣的方法、用力或什麼，可以讓孩子更快的產出，或是說讓我們可以比較舒服還是怎麼樣。（HB001）

這類希望掌握自己生產過程的產婦，在權威知識建構與實踐的過程中更「精進」自己的身體知識，她們所建構與實踐的有關生產知識的內容，也豐富了台灣生產模式的變遷歷史。

然而我們要問，受規訓的產婦很多，為什麼是這些產婦出走？那些對生產經驗不滿卻仍留在主流生產模式的女性們，其實提供我們另一個重要的研究課題。一來，主流醫學知識體系也可能化為生產觀或身體觀的一部份，例如一個義大利生產體系的研究便指出，大眾文化與醫生的告誡使得許多女性（特別是都會地區）將安全、無痛、完美生產的想法內化，造成她們對於主流生產體制的服從(Szurek 1997: 292-293)。二來，居家分娩作為邊緣小眾的生產模式，如果資訊欠缺流通管道，就無法成為產婦的一種選擇。於是我們轉而探索 Jordan (1997: 58-59)的觀察，理解行動者如何以其社會網絡增強其行動的合法性，又是什麼樣的社會資本形式與內容，影響了居家分娩模式的擴大。

（四）國際母乳會、核心家庭與社會網絡

並非所有不滿生產經驗的產婦，都會選擇換體系的出走，產婦主

要的出走方式是換醫師。即使因為前述宗教信念的引導，或是有具體的不滿經歷，產婦也未必能接觸到居家分娩形式，即使有機會接觸到，居家分娩目前的低社會接受度情況，也未必能順利成為出走的選項。我們觀察到，這些以居家分娩作為權威知識的產婦，有其特定的社會資本，影響了這個出走途徑的鋪陳。在這裡，社會資本定義為「社會關係所鑲嵌資源的投資與使用，以達到期望的效果」(Lin 2000: 786)。我們嘗試理解，這些產婦為達到理想的生產方式，曾獲得什麼樣的社會關係、提供什麼樣的資源。

首先，對一些產婦而言，居家分娩在台灣做為邊緣的知識體系與生產方式，也需要「科學認證」以說服自己，說服家人。能認識國外友人實際居家分娩（例如 HB018 的美籍助產士，HB019 的法國友人），或認識醫師朋友討論目前居家分娩的臨床研究文獻（例如 HB001），是這些高社會資本產婦得以運用的資產。

更關鍵的是，這些產婦主要以國際母乳會的社會網絡，彼此互為他人有用的社會關係。從表一可以看出，除了少數經由媒體得知居家分娩方式，或是透過親友引介協助居家生產的助產士，大多數受訪者都直接（本身是國際母乳會成員）或間接（朋友是母乳會成員而提供資訊）透過母乳會的社會網絡而接觸到居家分娩模式的存在。這些居家分娩婦女不只是提供資訊、分享心得、提供情緒支持，往往還參與其他居家分娩婦女的陪產（例如，HB018 參與了 HB013 的生產、HB009 參與了 HB003 的生產）。本文作者之一進行這項研究時，正好懷孕在身、挺著大肚子，在與受訪者先前並無其他社會關係的情況下，好幾位受訪者曾慷慨提出陪產的意願，很容易讓人感受一種互助的熱情。

如 Portes (1998)所提醒的，我們要問，為什麼在沒有立即回收的情況下，人們會願意成為他人的社會資源：為什麼母乳會的成員如此積極成為他人的資源，主動提供資訊與人力來增加他人的社會資本？第一，「互助」本就是國際母乳會的核心價值。過去成員本就以自願分享餵母乳經驗，作為傳播知識的方式，這種自願性互助的組織文

化，也延續到居家分娩的例子。第二，作為一種邊緣知識，居家分娩的資訊較為零散，特別仰賴「過來人」的指導。「過來人」也特別能體會這樣的資源需求，而能主動提供。第三，居家分娩在主流社會仍有污名（如前所述，被視為「愚婦」）的處境下，反而容易形成圈內人的緊密團結。過去文獻多指出，女性的社會網絡較男性單一、稀少（Moore 1990；熊瑞梅 2001），特別是有年幼子女的女性，網絡大小與密度都因生兒育女而減少，並局限於親友網絡(Munch et al. 1997)。然而，國際母乳會這樣的組織與其互助的特質，擴展了這些產婦的社會資本，增加其選擇生產方式的資源。特別是母乳會的組織在 1998 年開始更活絡（正式登記為財團法人），也是這樣的歷史時機使得這個強調互助的女性團體特別在此時刻成為其他女性的資源。

社會網絡可能提供資源，也可能成為社會控制的來源(Portes 1998)，例如關係緊密的家庭成員，就可能成為產婦實施居家分娩的阻力。然而，我們所訪問的 20 位居家生產的產婦，家庭結構全都是核心家庭形式，這樣的家戶形式，使得產婦面臨出走決策的反對聲音，可以藉由阻絕於家庭其他權威成員（如公婆、父母）的接觸而得以排除。而大部分的居家分娩婦女，在家庭中有較大的主導權，生產期間的家務也有先生與親人分擔，因此得以實踐自己理想的分娩模式。²⁵正是這種家戶結構與家庭關係的改變，使得「家」更可能較上一個世代，成為實踐產婦理念的地方。²⁶

25 助產士的女性身份，以及目前在醫事人員中所屬的較低層級，也使得產婦比較容易與助產士有平等的互動，便於成為理想出走的模式。

26 台灣地區的家庭型態有逐漸由核心家庭取代擴展家庭的趨勢；1960 年代僅有三成的核心家庭（章英華 1994），但是 90 年代則有六成左右(<http://www.dgbas.gov.tw/census~n/six/luc5/HT46.HTM>)。這樣的發展應該有利於消滅上一代女性在居家生產時所面對的家庭負擔，特別是與婆婆的關係。在有關台灣女性生產空間的研究裡（吳嘉苓 2001），曾經提及上一代女性在居家生產與醫院生產時所面對的複雜情況：不管是家庭或是醫院，都可能同時提供了女性解放與壓迫的情境。因為對於住家的熟悉感，相較於醫院生產，居家生產的產婦對她們的生產經驗可以有較高程度的自我掌控；然而，家庭中繁重的家務及緊張的婆媳關係卻多少減弱了家作為一個溫暖、舒適的生產場所的可能性。居家生產與醫院生產帶給產婦的雙重可能，經過了一個世代已經有了許多的變化，以往大家庭繁重的家務與緊張的婆媳關係對於產婦所帶來的壓迫性，因為世代間家庭結構的改變及經濟生活的改善而得以減輕。

（五）小結

從計畫性居家分娩在台灣發展的歷程可以看出，要將居家分娩當成一個權威知識——一個產婦認可並實際採行的知識——必須仰賴特定變數在特定時空的聚合。我們發現，宗教理念可說是開創新模式的立基，也就是說，即使有產婦對主流的生產制度不滿，在宗教型產婦未能因為宗教信仰而具體實施居家分娩措施之前，獨佔的局面很難因為需求不滿而打破。這特別是因為部份宗教信仰本身已經提供出「理想藍圖」。也就是說，宗教型產婦是因為信念根本與獨佔體制「不合」而出走，而原先在獨佔體制內「不滿」的產婦在缺乏獨佔體制以外可能性的想像之下，在居家分娩出現前「學習忍受無可避免的缺憾」。但是獨佔局面打破之後要能擴散，要能為其他非宗教型產婦所採用，還得仰賴早期成員的高文化資本，為這個在台灣仍屬基進的模式建立其可信度。特別是強調女性主體性的女性主義靈修者，能將宗教信仰與對醫療生產模式的批判結合，更能將計畫性居家分娩論述成主流生產制度的另類出路。等到模式建立後，越來越多對過去生產經驗不滿的產婦，以身體證成主流生產體制的弊病，選擇以這個出走模式來改善生產品質。此外，視互助為核心價值的母乳會網絡，以及家庭作為社會支持（而非社會控制）的社會資本形式，逐漸強化這個模式成為生產的選擇。我們提出的宗教信仰、文化資本、身體經驗與社會網絡不只是我們認為打破獨佔的要素，我們想強調這些要素是歷史的：一來這些要素在出走過程的不同時期有不同的重要性（例如宗教信仰的開拓性、母乳會的組織化將居家分娩模式更有系統地推介），二來這些因素在特定的歷史時空下才在台灣出現（例如解嚴後的宗教多樣性、母乳會於 90 年代後期的組織化等等）。²⁷

到了 1999 年，已出現一些例子顯示，居家分娩成為同儕網絡提出的一種可能性，值得參考；產婦未必是出自宗教原因，或是對於主流醫療體系強烈不滿才出走(HB003、004、020)。這時的居家分娩，

27 我們感謝一位評審者的意見，讓我們在此特別強調這個居家分娩形式發展的歷史過程。

看似已經比較接近 Hirschman 所描述的，競爭激烈的產業中顧客能有的選擇。然而，我們之後的持續觀察，卻發現 2000 年以來居家分娩雖仍然存在，卻未能擴大應用，我們提出幾點觀察：1. 主流生產體制出現改變。台灣近兩年部份醫院大力推廣母嬰親善措施，使得前述因為哺餵母乳不獲支持而尋求居家分娩的因素降低。同時，像是台北護理學院附設醫院採行助產士產檢、接生，以及擬居家方式的三合一產房（待產、分娩、產後恢復在同一地點，並鼓勵家人陪產），這些具體改革為降低醫院生產病理化女體的措施，也成為部份產婦的出路之一（例如 HB009）。2. 居家分娩的「倡議」降低。如前述的社會網絡討論，我們發現小團體也可能出現另一種「權威成員」，有少數產婦一度感受身為母乳會圈內人應該採取居家分娩的壓力（例如 HB004）。²⁸ 但是核心成員也檢討了這種提出理想價值所造成圈內人的強迫性，而自動減少發言機會（例如近一兩年少見在會訊上交流居家分娩經驗），這反倒使得居家分娩在國際母乳會圈在近一兩年降低了「發聲型出走」的發聲性。

六、結論

那些最最在乎產品品質的消費者，也往往最可能成為主動、積極、創意十足的建言發聲者，但也正因為如此，在產品品質下降的情況下，他／她們往往就是那批最先出走的人。Hirschman (1970: 47)

台灣的「病患」面對不滿是如何予以回應？我們在本文中提出，限於文化與權力結構，「難得的發聲」為其特色。門診病患多是以直

28 我們感謝一位評審者提醒我們注意這種「新權威論述可能具有的獨斷與強制」，因此在此略作討論。

接出走（逛醫師）而非發聲的形式表達不滿，長期病患可能多了一些接近發聲的可能性。而從居家分娩婦女在獨佔的生產體系的經歷來看，也是主要以出走（逛醫師）的形式來尋求解決問題的途徑。這些產婦如果試圖提出要求，做了發聲的嘗試，也很快遭到拒絕。在未發現出路前，往往也只得順從，忍受無法避免的缺陷。如果發現逛醫師也無法解決問題，更激烈的出走（居家分娩），就成了唯一的出路。我們發現幾個最積極的發聲例子，例如打電話向衛生署抗議廠商在醫院推銷奶粉，不合聯合國規定(HB017)，或是逛了 10 多家醫院，奮力與醫師交涉(HB018)，都無法從這樣的積極行動解決問題。²⁹ 她們最終還是轉向居家分娩的出走策略，以實現自己的理念。難以發聲，或是發聲無效，似乎是台灣醫用者參與醫療體系的特色。

Hirschman 提出出走與發聲的討論，最終還是關心怎樣的行動參與，以及體系怎樣的因應，最可能使向下沈淪的組織或體制，得以向上提升。他提出，發聲與出走都要存在，才能強化改變的可能性。以發聲為特色的體系，就要提供出走的可能性；以出走為特色的體系，要加強發聲的機制。醫療體系若缺乏吸納發聲的機制，醫用者對於醫療體系的不滿，要不無法直接為醫療體系所聽到，要不也習於忽略不理。這些居家分娩的產婦，顯然就是 Hirschman 所描述「那些最在乎產品品質的消費者」，如果她們這種「主動、積極、創意十足的建言」在現有的醫療體系無法成為主事者改善的資源，可能就因此失去了立即改變原有體系的可能性。固然居家分娩的創出為這些不滿現況的產婦提供了出路，可是如同 Hirschman 所觀察到的，獨佔的體制有時還希望有點出走的途徑，因為這些要求最嚴苛的參與者離開體系，也減少了組織或體系必須處理抱怨的麻煩。居家分娩的產婦已經藉由這種「發聲型的出走」實際改變了台灣的生產體系（提供了新的選擇），但是要能夠撼動主流生產體系，還需要醫療體系本身發聲機制

29 這兩位最積極「發聲」的例子，大學都是念社會學系（東海與中興），之後都出國進修取得碩士學位。她們都提出，社會學批判的觀點使得她們勇於發聲。

的強化來配合。

居家分娩產婦因為發聲不得而出走，一方面符合 Hirschman 的觀察（「那些最在乎產品品質的消費者，……往往就是那批最先出走的人」），但是另一方面又展現一種出走形式的特殊性——出走無門，轉而另創新品牌。這讓我們更清楚看見「病患」要的可能是什麼。如同先前所討論的，「逛醫師」也許是現今台灣醫用者面對不滿最主要的因應方式，但是如果這個不滿根源來自對現有體系的不滿，而非對個別醫師或醫院，「逛醫師」終究不會得到理想回應。以生產為例，台灣欠缺的是奠基於多樣生產理念而並存的多樣生產制度，只要醫師主導的醫院生產模式獨佔了現有的生產制度，不滿將可能繼續存在。由此思考，台灣社會要回應現有醫用者的不滿，不能忽略考量主流生物醫學體制本身的問題。

最後，我們以居家分娩產婦為例，呈現行動者在特定時空背景下善用其文化資本、身體經驗與社會網絡，可能匯集出的能量。這個「發聲型出走」是一個常民由下而上挑戰主流權威知識的企圖，即使影響力可能有限，卻多少已轉變了原有體系生態。相較於女性主義文獻累積較多有關父權醫療體制對於女性的限制，或是醫療社會學著墨已久的專業支配，本研究更從女人、「病患」的分析角度來呼應近年來強調的主體能動性。這個「發聲型出走」不會是個異例，這也更說明，未來要理解台灣醫療體系的樣貌，「病患」的行動角度絕對無法缺席。

誌謝：在資料蒐集過程中，許多受訪婦女及其家屬、助產士、醫師與護士所提供的慷慨協助與啟發，我們僅在此表達深深謝意。特別感謝范雪冰對於居家分娩婦女訪談上的聯繫。本文的進行由國科會研究計畫（編號 NSC-88-2412-H-002-12）資助，在此一併致謝。本文初稿曾發表於 2000 年 11 月台大社會系主辦的「2000 年醫療社會學小型研討會」。我們要向當時提出深刻批評和建議的評論人雷祥麟以及與會諸君致謝。兩位匿名審查者費心對此論文給予意見與期許，促使這篇論文有著大幅度的修改，作者受惠甚多，在此表達萬分的謝意。我們也在此特別對顧彩璇與曾凡慈兩位充滿創意的研究助理，以及《台灣社會學》認真仔細的編輯謝麗玲，鞠躬致謝。

參考文獻

- 王美乃、毛新春、喻永生(1995)胰島素依賴型糖尿病病童家長爲其子女疾病尋求醫療之行爲探討。公共衛生 22(2): 75-85。
- 成令方(2002)醫「用」關係的身體、知識與權力。台灣社會學 3: 1-66。
- 行政院衛生署(1999)衛生統計。台北：行政院衛生署。
- 吳就君(1982)台灣地區居民社會醫療行爲研究。公共衛生 8(1): 25-49。
- 吳嘉苓(2000a)台灣病患權益運動初探，見蕭新煌、林國明主編，台灣的社會福利運動，頁 389-432。台北：巨流。
- (2000b)產科醫生遇上迷信婦女？台灣高剖腹產率論述的性別、知識與權力，見何春蕤主編，性／別政治與主體形構，頁 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。
- 林文源(1998)To Be or Not to Be - 長期洗腎病患的生活、身體經驗。新竹：清華大學社會人類學研究所碩士論文。
- 范碧玉、李淑宜、葉英瑩、林秀霞(1993)精神疾病患者就醫行爲研究。公共衛生 20(1): 83-98。
- 張荳雲(1992)工具理性與實質理性之間：剖析台灣醫院醫療照顧的儀式性與迷思。中央研究院民族學研究所集刊 74: 63-93。
- (1998)「逛醫師」的邏輯：求醫的歷程分析。台灣社會學刊 21: 59-87。
- 張珣(1989)疾病與文化。台北：稻香出版社。
- 張菊惠、胡幼慧、張珣(1998)子宮切除術前醫生告知內容之研究。婦女與兩性學刊 9: 115-144。
- 許木柱(1992)民俗醫療與醫護因應。榮總護理 9(2): 117-119。
- 陳秋瑩、張淑桂、紀駿輝、陳世堅、李卓倫、賴俊雄(1999)台灣地區民衆使用中醫師門診服務的因素之調查。中國醫藥學院雜誌 8(1): 77-87。
- 章英華(1994)變遷社會中的家戶組成與奉養態度：台灣的例子。台大社會學刊 23: 1-34。
- 黃淑英、陳逸玲(1999)RU486 之謎——真相與假象。紫色姊妹 64: 3-4。
- 楊文山(1992)台灣地區民衆求醫行爲之分析。榮總護理 9(2): 121-126。
- 楊舒琴、盧孳艷(2000)台灣婦女停經的身體政治。護理研究 8(5): 491-501。
- 熊瑞梅(2001)性別、個人網絡與社會資本，見邊燕杰、涂肇慶、蘇耀昌編，華人社會的調查研究：方法與發現，頁 179-216。香港：Oxford University Press。
- 蔡友月(1996)現代社會對死亡的省思——以癌症病人爲個案剖析垂死歷程醫療化

- 之影響。台中：東海大學社會學研究所碩士論文。
- 瞿海源 (1997) 台灣宗教變遷的社會政治分析。台北：桂冠。
- 蘇燦煮、鄧素文、楊雅玲 (1995) 接受生殖科技治療婦女所曾尋求受孕之醫療及民俗療法的型態與歷程。護理研究 3(3): 127-136。
- Boston Women's Health Book Collective (1992) *The (New) Our Bodies, Ourselves*. New York: Simon & Schuster.
- Bourdieu, Pierre (1990) *The Logic of Practice*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Bourdieu, Pierre and Jean-Claude Passeron (1990 [1977]) *Reproduction in Education, Society and Culture* (2nd edition). London: Sage
- Davis-Floyd, Robbie (1992) *Birth as an American Rite of Passage*. Berkeley: University of California Press.
- Davis-Floyd, Robbie and Carolyn F. Sargent (eds.) (1997) *Childbirth and Authoritative Knowledge: Cross-Cultural Perspectives*. Berkeley: University of California Press.
- Epstein, Steven (1996) *Impure Science: AIDS, Activism, and the Politics of Knowledge*. Berkeley: University of California Press.
- (2000) Democracy, Expertise, and AIDS Treatment Activism. Pp. 15-32 in *Science, Technology and Democracy*, edited by Daniel Lee Kleinman. New York: State University of New York Press.
- Firestone, Shulamith (1970) *The Dialectic of Sex: The Case for Feminist Revolution*. New York: Bantam.
- Fox, Bonnie and Diana Worts (1999) Revisiting the Critique of Medicalized Childbirth: A Contribution to the Sociology of Birth. *Gender and Society* 13(3): 326-346.
- Frank, Arthur W. (1991) For a Sociology of the Body: An Analytical Review. Pp. 37-102 in *The Body: Social Process and Cultural Theory*, edited by Mike Featherstone, Mike Hepworth and Bryan S. Turner. London: Sage Publications.
- Freidson, Eliot (1970) *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Goffman, Erving (1961) *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. New York: Anchor Books.
- Hirschman, Albert O. (1970) *Exit, Voice, and Loyalty: Responses to Decline in Firms, Organizations, and States*. Cambridge: Harvard University Press.
- Illich, Ivan (1976) *Medical Nemesis*. New York: Pantheon.
- Jaggar, Alison M. (1983) *Feminist Politics and Human Nature*. Totowa: Rowman & Allanheld.

- Jordan, Brigitte (1993) *Birth in Four Cultures: A Crosscultural Investigation of Childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and the United States* (4th edition). Waveland Press, Inc.
- (1997) Authoritative Knowledge and Its Construction. Pp. 55-79 in *Childbirth and Authoritative Knowledge: Cross-Cultural Perspectives*, edited by Robbie Davis-Floyd and Carolyn F. Sargent. Berkeley: University of California Press.
- Kemper, Theodore D. and Randall Collins (1990) Dimensions of Microinteraction. *American Journal of Sociology* 96(1): 32-68.
- Kitzinger, Sheila (1991) *Homebirth: The Essential Guide to Giving Birth Outside of Hospital*. New York: Dorling Kindersley.
- Klassen, Pamela E. (2001) Sacred Maternities and Postbiomedical Bodies: Religion and Nature in Contemporary Home Birth. *Signs* 26(3): 775-809.
- Kleinman, Arthur (1980) *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*. Berkeley: University of California Press.
- Lamont, Michele and Annette Lareau (1988) Cultural Capital: Allusions, Gaps and Glissandos in Recent Theoretical Developments. *Sociological Theory* 6: 153-168.
- Lin, Nan (2000) Inequality in Social Capital. *Contemporary Sociology* 29(6): 785-795.
- Martin, Emily (1987) *The Women in the Body: A Cultural Analysis of Reproduction*. Boston: Beacon Press.
- Moore, Gwen (1990) Structural Determinants of Men's and Women's Personal Networks. *American Sociological Review* 55: 726-735.
- Munch, Allison, J. Miller McPherson, and Lynn Smith-Lovin (1997) Gender, Children, and Social Contact: The Effect of Childrearing for Men and Women. *American Sociological Review* 62: 509-20.
- Oakley, Ann (1980) *Women Confined: Towards a Sociology of Childbirth*. Oxford: Robertson.
- (1984) *The Captured Womb: A History of Medical Care of Pregnant Women*. Oxford: Blackwell.
- Portes, Alejandro (1998) Social Capital: Its Origins and Applications in Modern Sociology. *Annual Review of Sociology* 24: 1-24.
- Ragin, Charles C. and Howard S. Becker (1992) *What is a Case: Exploring the Foundations of Social Inquiry*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Rich, Adrienne (1995 [1976]) *Of Women Born: Motherhood as Experience and*

- Institution*. New York: Norton.
- Riessman, Catherine Kohler (1983) Women and Medicalization: A New Perspective. *Social Policy* 14 (summer): 3-18.
- Rothman, Barbara Katz (1982) *In Labor: Women and Power in the Birthplace*. New York: Norton.
- Rusbult, Caryl E. (1987) Responses to Dissatisfaction in Close Relationships. Pp. 209-237 in *Intimate Relationships: Development, Dynamics, and Deterioration*, edited by D. Perlman and S. Duck. Newbury Park, CA: Sage.
- Rusbult, Caryl E., Isabella M. Zembrodt, and Lawanna K. Gunn (1982) Exit, Voice, Loyalty and Neglect: Responses to Dissatisfaction in Romantic Association. *Journal of Personality and Social Psychology* 43: 1230-1242.
- Szasz, Thomas S. and Marc H. Hollender (1987 [1956]) The Basic Model of the Doctor-Patient Relationship. Pp. 174-181 in *Dominant Issues in Medical Sociology* (2nd edition), edited by Howard Schwartz. New York: McGraw-Hill.
- Szurek, Jane (1997) Resistance to Technology-Enhanced Childbirth in Tuscany: The Political Economy of Italian Birth. Pp. 287-314 in *Childbirth and Authoritative Knowledge: Cross-Cultural Perspectives*, edited by Robbie E. Davis-Floyd, Carolyn F. Sargent. Berkeley: University of California Press.
- Wertz, Richard W. and Dorothy C. Wertz (1989 [1977]) *Lying-in: A History of Childbirth in America*. New Haven: Yale University Press.
- Williams, Simon J. and Gillian Bendelow (1998) *The Lived Body: Sociological Themes, Embodies Issues*. London: Routledge.
- Wu, A. C. and Y. H. Hu (1980) Many Ways to Health: A Study of 2,000 Rural and Urban Taiwan Families. *American Journal of Chinese Medicine* 8(4): 310-330.
- Yang, Hsiu-I (1997) *Medical Malpractice in Taiwan: Myth and Reality*. DSL dissertation: Stanford University.