中国母乳喂养影响因素调查报告（会议版）

中国发展研究基金会

2019 年 2 月

中国发展研究基金会
China Development Research
Foundation

中国发展研究基金会

“母乳喂养提升计划”项目

项目负责人：方晋

项目组成员：邱月 王晓蓓 李佳

报告执笔：王晓蓓 李佳

目 录

目录……1

第一部分 研究背景……1

第二部分 研究对象和研究方法……3

一、研究目的和总体……3

二、抽样设计……3

三、调查问卷……5

第三部分 调查对象基本情况……6

第四部分 1 岁以内婴儿的母乳喂养状况……11

一、6 个月内婴儿的母乳喂养状况……11

二、6 个月内非纯母乳喂养婴儿添加液体或食物情况比较……12

三、6 个月内婴儿喂养方式的地区差异……13

四、6-11 月龄婴儿的母乳喂养……14

五、婴儿早接触早开奶的比率……14

第五部分 母乳喂养影响因素分析……15

一、个人层面的影响因素……16

1.母婴健康状况……16

2.对母乳喂养知识的认知……18

二、机构层面的影响因素……25

1. 医疗卫生机构对母乳喂养的支持……25

2. 家庭对母乳喂养的支持……29

3.工作单位对母乳喂养的支持……30

4. 公共场所对母乳喂养的支持……32

三、社会结构层面的影响因素……33

1. 母乳代用品销售的市场监管……33

2. 产假制度……34

第六部分 讨论及政策建议……36

一、加强对母乳喂养的知识普及和技术支持……37

二、完善相关法律法规，加强对母乳代用品销售的市场监管……40

三、完善产假制度与生育保障制度……42

四、鼓励工作单位和公共场所提供有利于母乳喂养的环境和条件……45

第七部分 结论……47

参考文献……50

中国母乳喂养影响因素调查报告

第一部分 研究背景

随着经济的不断发展和社会的进步，儿童的营养和健康问题日益受到全社会的共同关注。改善儿童营养状况，提高儿童健康水平已成为促进人的全面发展、提高人力资本素质以及保障经济社会可持续发展的重要基础。同时，越来越多的研究证明，从出生到 2 岁是决定儿童一生营养与健康状况的关键时期[1]。母乳喂养是这一时期婴幼儿的最佳营养来源，是确保儿童健康成长和发育的最有效措施之一[2]。

研究表明，母乳所含的各种营养物质最适合婴儿的消化吸收，且具有最高的生物利用率，能满足婴儿不同时期的生理需求，是任何其他食物无法取代的[3,4]。而且，母乳中所含的丰富的抗感染物质可以预防婴儿感染消化道、呼吸道疾病，并有效减少婴儿的死亡率[5]。研究数据显示，改善母乳喂养行为每年可以挽救 82 万人的生命，其中 87%是 6 个月以下的婴儿[5]。同时，母乳喂养可促进婴儿早期认知能力和非认知能力的发展。一方面，母乳中所含有的婴儿大脑发育所必须的各种氨基酸对于婴儿的大脑发育、智商的提高和学习能力的提升都至关重要。另一方面，母亲在哺乳过程中的声音、拥抱和肌肤的接触，也能刺激婴儿的大脑反射，促进婴儿早期智力发展、心理发育和外界适应能力的提高[3]。此外，母乳喂养有利于婴儿健康成长和产妇恢复身体健康。例如，母乳喂养可以减少婴儿在成年后体重超重和患糖尿病的可能性[3,6]，降低母亲患乳腺癌、卵巢癌和某些心血管疾病的风险并有利于子宫恢复[6]。

母乳喂养对于母婴健康的重要性已成为国际共识。联合国《儿童权利公约》将获得良好的营养作为每个婴幼儿的一项基本权利，将促进母乳喂养作为缔约国的一项法律义务[7]。世界卫生组织和联合国儿童基金会等国际组织先后制定了《国际母乳代用品销售守则》，《因诺琴蒂宣言》、《爱婴医院倡议》等一系列母乳喂养国际标准和政策，倡导和推动世界各国采取有效措施保护、促进和支持母乳喂养。2002 年，世界卫生组织和联合国儿童基金会共同制定了《婴幼儿喂养全

球战略》，提出了婴幼儿最佳喂养方式以及通过最佳喂养方式改善婴幼儿营养状况的行动战略[2]。该《战略》指出“在生命的最初 6 个月应对婴儿进行纯母乳喂养，以实现最佳生长、发育和健康。之后，为满足其不断发展的营养需要，婴儿应获得营养充足的补充食品，同时继续母乳喂养至 2 岁或 2 岁以上”[2]。多年来，我国相关政府部门也充分认识到了母乳喂养的重要性，制定并实施了《母婴保健法》、《母乳代用品管理办法》、《广告法》、《中国儿童发展纲要》，《中国婴幼儿喂养战略》，《国民营养计划》等一系列法律和政策，保护、促进和支持母乳喂养。

目前许多国家政府、世界卫生组织及其他国际组织都采用 0-6 个月婴儿纯母乳喂养率作为衡量一个国家母乳喂养状况的重要指标。世界卫生大会（WHA）于 2012 年颁布的“全球营养目标 2025”将改善母乳喂养作为全球六大营养目标之一，提出“到 2025 年 0-6 个月婴儿纯母乳喂养率至少达到 50%”[8]。我国政府在 2011 年颁布的《中国儿童发展纲要（2011—2020 年）》以及 2017 年颁布的《国民营养计划（2017-2030）》 中明确提出了到 2020 年使“0-6 个月婴儿纯母乳喂养率达到 50%以上的目标”[10,11]。《国民营养计划（2017-2030）》还进一步提出到 2030 年，0-6 个月婴儿纯母乳喂养率在 2020 年的基础上提高 10%[11]。

然而，我国的母乳喂养状况不容乐观。研究显示，我国 0-6 个月婴儿纯母乳喂养率随着社会经济水平的发展呈下降趋势[12]。1998 年全国 40 个食物与营养监测点现场调查的结果显示，全国 4 个月以内婴儿纯母乳喂养率为 53.7%[13]。2008 年《中国卫生服务调查研究》显示，中国婴儿出生后 6 个月内纯母乳喂养率为 27.8%[14]。2013 年，国家疾控中心中国居民营养与健康状况监测调查的结果显示，6 个月内纯母乳喂养率下降至 20.8%，与《中国儿童发展纲要（2011—2020 年）》和《国民营养计划（2017-2030）》所确立的“到 2020 年将 0-6 个月婴儿纯母乳喂养率达到 50%以上”的目标还有很大的距离[15]。

从世界范围来看，在有统计数据的 101 个国家中，有 32 个国家已经达到了世界卫生大会（WHA）确定的纯母乳喂养率 50%的目标[1]。全球的平均纯母乳喂养率为 43%[1]。我国的纯母乳喂养率低于世界平均水平。此外，根据《柳叶刀》的研究，低收入和中等收入国家的纯母乳喂养率已从 1993 的 25%上升到了 2013 的 37%[17]。我国的纯母乳喂养率也明显低于中低收入国家的平均水平。

与亚洲国家相比，我国的纯母乳喂养也处于较低的水平。首先，南亚地区是2000年以来全球纯母乳喂养率提高最快的地区，2000年至2015年间，南亚地区的纯母乳喂养率从47%提高到了64%，增长了17个百分点[1]。印度的纯母乳喂养率在2013年达到64.5%，比2005年提高了18.5%[16]。孟加拉的纯母乳喂养率从2006年的37.4%提高到了2014年的55.3%。其次，在东亚及太平洋地区，我国的纯母乳喂养率也低于柬埔寨、缅甸、蒙古、印度尼西亚和老挝等国。近年来这一地区多个国家的纯母乳喂养率均有显著的提高[16]。柬埔寨和缅甸这两个国家的纯母乳喂养率自2000年以来提高了5倍，分别从11.7%和11.2%提高到了65.2%和51%。老挝的纯母乳喂养率也从2000年的22.6%提高到了2011年的40.4%。泰国的纯母乳喂养率从2005年的5.4%提高到了2015年的23%。

鉴于上述我国母乳喂养的现状，本研究旨在通过问卷调查深入了解目前我国1岁以内婴儿的母乳喂养状况及其影响因素，并探索有效保护、促进和支持母乳喂养的法律政策和措施，以进一步改善我国母乳喂养的状况，提高母婴健康水平，实现《中国儿童发展纲要（2011—2020年）》和《国民营养计划（2017-2030）》所设定的目标。

第二部分 研究对象和研究方法

一、研究目的和总体

本次中国母乳喂养影响因素调查是我国首次在全国范围内开展针对儿童母乳喂养影响因素的问卷调查。本项调查旨在收集代表中国1岁以内儿童的母亲或主要看护人的微观横截面数据，用以分析我国1岁以内儿童母乳喂养的主要影响因素，为完善相关法律政策和措施，改善我国母乳喂养状况提供科学依据。

本调查在全国范围内共抽样选取了12个县级调查点，通过电子化信息采集平台，依托手机和/或平板电脑等手持终端，依据统一的电子调查问卷，于2017年8月至2018年1月对样本儿童母亲进行了面对面询问调查，调查对象为1岁以内儿童的母亲。

二、抽样设计

为了提高样本的代表性，本次调查采用多阶段分层整群随机抽样方法，在考

虑调查区(县)特征性区划及其在全国的地理位置分布特征的基础上，按照大城市[1]、中小城市[2]和农村地区[3]将全国 31 个省（自治区、直辖市）所有县级行政单位（包括县、县级市、区）分层。调查点的选择尽可能覆盖所有的地理大区，即东北、华北、西北、华东、华中、华南、西南。此外，本调查按照人口特征，还将调查对象分为户籍人口和流动人口。由于流动人口主要集中在大城市和中小城市，本次调查只在城市中抽取了数量相当的流动婴儿，以保证充分反映流动人口的母乳喂养状况。

在将全国所有的县级行政单位分层后，按如下三个阶段随机抽取样本：

第一阶段：依照国家标准地址码排队建立县级行政单位抽样框，按照各层人口规模，采用人口比例概率抽样方法（以下“PPS 抽样”）确定每层抽取的县域数量。根据 2014 年全国传染病直报系统区县 1 岁以内人口数，最终抽取大城市 4 个调查点、中小城市 4 个调查点、普通农村 2 个调查点、贫困农村 2 个调查点，共 12 个县（区）作为调查点。调查点区域分布见图 2.1。

---

[1] 大城市是指直辖市、计划单列市、城区人口 100 万以上的省会城市的中心城区。本层含 135 个区。分别在户籍与流动人口中进行抽样。

[2] 中小城市是指大城市中心城区之外的所有区、县级市。包括 592 个贫困县中的县级市或区。本层共 1086 个区或县级市。分别在户籍与流动人口中进行抽样。

[3] 农村地区包括贫困农村和普通农村。贫困农村是指国家确定的扶贫开发重点县。本层在《中国农村扶贫开发纲要（2011-2020 年）》中确定的县区中去掉县级市或区。共 559 个贫困县。只在户籍人口中进行抽样。普通农村是指贫困农村以外的县，共 1074 县。

图 2.1 调查点区域分布

第二阶段：按照城市抽取街道和居委会，农村抽取乡镇和村委会的原则，以国家统计局乡镇（街道）级单位信息为基础建立乡镇（街道）抽样框。在抽取的每个样本区县中，采用 PPS 抽样随机抽取 4 个乡镇（街道）。原则上城市抽样点抽取街道，如中小城市街道数不足 4 个，从邻近中心城区的镇中补充抽取。农村调查点抽取乡，如果乡的数量不足从镇中补充。

第三阶段：在每个样本乡镇（街道）中利用计划免疫接种门诊儿童名单随机抽取 210 名 1 岁以下儿童。由于 2015 年流动人口子女免疫接种比例达 98.4%，在城市的 8 个调查点所抽取的样本街道中，流动人口同户籍人口均通过计划免疫接种门诊抽取。

按照调查点的人口规模，在抽取的每个调查点抽取840名1岁以下儿童进行现场问卷调查，最终回收的有效样本量为10223。

三、调查问卷

本次调查问卷的内容包括儿童及家庭的基本情况，母乳喂养相关情况，母婴健康状况，家庭及社区、医疗卫生机构、工作场所、社会环境及文化因素和家庭经济状况等八个方面。

儿童及家庭的基本情况包括婴儿的月龄、父母亲的民族、年龄、职业和文化

程度等。母乳喂养的相关情况包括婴儿出生时的基本情况、婴儿喂养方式和婴儿母亲对母乳喂养的认知等。母婴健康状况包括母亲在妊娠期的身体状况以及婴儿在出生后和近两周内的患病情况。此外，调查问卷还包括家庭及社区对母乳喂养的支持，医疗卫生机构对母乳喂养的支持、母乳代用品的销售、产假制度、工作场所对母乳喂养的支持以及公共场所的设施等因素。

第三部分 调查对象基本情况

本次调查所抽取的有效样本中，大城市样本量为 3614，中小城市样本量为 3381，农村样本量为 3228，样本分布较为均匀。调查对象的基本特征情况详见表 3.1。在大城市样本中，流动人口样本量为 1649，占 45.6%；在中小城市样本中，流动人口样本量为 877，占 25.9%；在农村样本中，贫困农村样本量为 1619，占 47.4%。

在调查的 10223 名婴儿中，男婴为 5186 名，女婴为 5037 名，分别占总样本量的 50.7%和 49.3%。所抽取的婴儿为 0-11 月龄。各月龄的样本量均匀分布。

婴儿母亲的年龄分布呈倒 U 型，其中，26-30 岁的母亲有 4172 名，占总样本量的 40.8%。31-35 岁的母亲有 2349 名，占总样本量的 23.0%。少数民族为 1417 名，占总样本量的 13.9%。母亲的受教育程度在不同的地区有着明显的差异。在大城市，66.8%的母亲有大专及以上的学历，非流动母亲的教育水平略高于流动母亲，分别为 71.1%和 61.6%。而在中小城市和农村地区，拥有初中学历的母亲比例最高，分别为 35.6%和 56.3%。在中小城市，半数以上的母亲有高中及以上的学历，而在农村地区，该比例只占到 27.6%。母亲的就业状况也呈现出明显的地区特征。大城市有半数以上的母亲属于正规就业，而在中小城市和农村，该比例只占到 24.5%和 4.2%。在农村地区，非正规就业的母亲比例最高，占 52.2%，而在大城市和中小城市，该比例只占到 16.0%和 33.5%。

婴儿父亲的年龄分布同样呈倒 U 型，平均年龄略高于母亲。少数民族为 1284 名，占总样本量的 12.6%，略低于母亲。婴儿父亲的受教育程度同样呈现出明显的地区特征。在大城市，67.8%的父亲拥有大专及以上的学历，非流动父亲的比

例比流动父亲高 10 个百分点。在中小城市和农村，拥有初中学历的父亲比例最高，分别为 37.8%和 56.8%，略高于母亲。

表 3.1 调查对象基本情况表（%）

样本特征		地区									总样本量
		大城市			中小城市			农村			
		非流动（n=1965）	流动（n=1649）	合计（n=3614）	非流动（n=2504）	流动（n=877）	合计（n=3381）	普通（n=1609）	贫困（n=1619）	合计（n=3228）	合计（n=10223）
婴儿	**性别**										
	男	50.9	51.2	51.1	50.5	51.5	50.8	49.5	51.1	50.3	50.7
	女	49.1	48.8	48.9	49.5	48.5	49.2	50.5	48.9	49.7	49.3
	月龄										
	0-1 月	18.7	18.4	18.6	18.0	18.0	18.0	16.7	17.5	17.1	17.9
	2-3 月	16.7	15.7	16.3	16.2	15.8	16.1	16.1	16.1	15.2	16.1
	4-5 月	16.5	16.4	16.4	17.1	14.3	16.4	16.8	16.4	15.7	16.5
	6-7 月	16.8	16.5	16.7	16.9	17.3	17.0	17.6	16.9	16.3	17.0
	8-9 月	17.1	18.1	17.5	17.1	16.1	16.8	17.2	16.8	16.1	17.1
	10-11 月	14.2	15.0	14.5	14.7	18.5	15.7	15.7	16.2	15.1	15.4
母亲	**年龄**										
	<=20 岁	0.7	1.5	1.1	4.5	8.7	5.6	2.7	5.5	4.1	3.5
	21-25 岁	7.7	15.2	11.1	22.2	25.8	23.2	22.7	30.1	26.5	19.9
	26-30 岁	36.0	42.4	39.0	40.5	41.7	40.8	50.8	35.0	42.8	40.8

	31-35 岁	32.8	27.7	30.5	20.7	15.8	19.4	17.5	19.1	18.3	23.0
	>35 岁	22.4	12.7	18.0	11.9	7.8	10.8	6.3	9.8	8.0	12.5
	民族										
	汉族	84.0	84.4	84.2	83.2	70.1	79.8	98.9	88.8	93.8	85.8
	少数民族	15.8	15.2	15.5	16.7	29.8	20.1	0.9	10.1	5.5	13.9
	教育程度										
	小学及以下	1.5	2.4	1.9	9.4	13.6	10.5	3.4	18.4	10.9	7.6
	初中	12.3	17.6	14.7	34.1	39.9	35.6	56.9	62.1	59.5	35.8
	高中或中专	14.7	18.3	16.3	23.3	18.7	22.1	23.7	10.2	16.9	18.4
	大专及以上	71.1	61.6	66.8	33.2	27.8	31.8	15.9	8.6	12.2	38.0
	就业状况										
	正规就业	58.5	45.8	52.7	26.5	18.9	24.5	5.3	3.6	4.4	28.2
	非正规就业	14.3	18.0	16.0	30.9	41.2	33.5	41.6	68.8	55.2	34.2
	未就业	27.1	35.9	31.1	42.4	39.6	41.6	53.1	27.0	40.0	37.4
父亲	**年龄**										
	<=20 岁	0.1	0.7	0.3	1.4	3.3	1.9	0.8	0.7	0.7	1.0
	21-25 岁	5.5	9.1	7.1	12.3	16.4	13.4	16.7	20.6	18.7	12.8
	26-30 岁	27.8	37.1	32.1	38.0	41.7	39.0	53.4	37.4	45.4	38.6
	31-35 岁	32.0	30.0	31.0	26.0	23.7	25.4	19.4	22.8	21.1	26.0

	>35 岁	34.7	23.2	29.4	22.3	14.8	20.4	9.7	18.5	14.1	21.6
	民族										
	汉族	86.0	84.4	85.3	84.9	71.6	81.4	99.0	91.4	95.2	87.1
	少数民族	13.6	15.2	14.4	15.0	28.1	18.4	0.9	8.0	4.5	12.6
	教育程度										
	小学及以下	1.5	2.1	1.8	8.8	13.3	10.0	4.7	15.7	10.2	7.1
	初中	13.1	16.3	14.5	36.6	41.2	37.8	58.6	61.6	60.1	36.6
	高中或中专	12.8	19.0	15.6	23.1	21.0	22.5	24.8	14.2	19.5	19.1
	大专及以上	72.4	62.3	67.8	31.3	24.3	29.5	11.9	8.2	10.0	36.9

第四部分 1 岁以内婴儿的母乳喂养状况

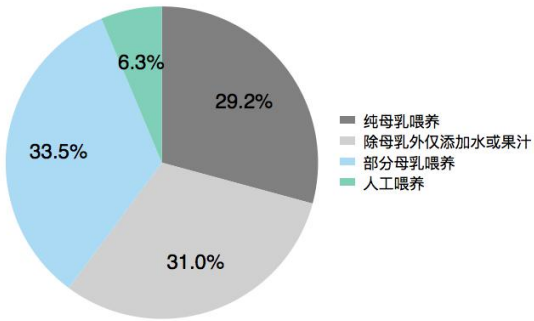
按照世界卫生组织《婴幼儿喂养全球战略》的建议，在生命的最初 6 个月应该对婴儿进行纯母乳喂养。从 6 月龄开始应给婴儿添加营养充足的辅食，同时继续母乳喂养至 2 岁或 2 岁以上[2]。本研究针对 1 岁以内的婴儿，考察了 0-5 月龄（即 6 个月内）婴儿的纯母乳喂养、6-11 月龄婴儿的继续母乳喂养以及婴儿出生后 1 小时内早接触早开奶的情况。

一、6 个月内婴儿的母乳喂养状况

本研究将 6 个月内婴儿的喂养方式分为两大类，即纯母乳喂养和非纯母乳喂养。根据世界卫生组织的定义，纯母乳喂养是指在婴儿出生后的最初 6 个月只给婴儿喂母乳，不添加任何额外的食物或液体，也不添加水，可以服用维生素或矿物质补充剂和药物滴剂或糖浆[18]。本研究将非纯母乳喂养分为三种情况：（1）除母乳外仅添加水或果汁等液体；（2）部分母乳喂养，即除母乳外给婴儿添加奶粉、其他乳制品或其他固体、半固体食物；（3）人工喂养，即不喂母乳，完全用母乳以外的食物喂养婴儿。

本次调查数据显示，在 6 个月内的婴儿中有 29.2%属于纯母乳喂养，有 31.0%属于除母乳外仅添加水或果汁等液体的喂养方式，有 33.5%是部分母乳喂养，即除母乳外，还添加了奶粉、其他奶类或食物，还有 6.3%是人工喂养（图 4.1）

图4.1 6个月内婴儿喂养方式分布



二、6 个月内非纯母乳喂养婴儿添加液体或食物情况比较

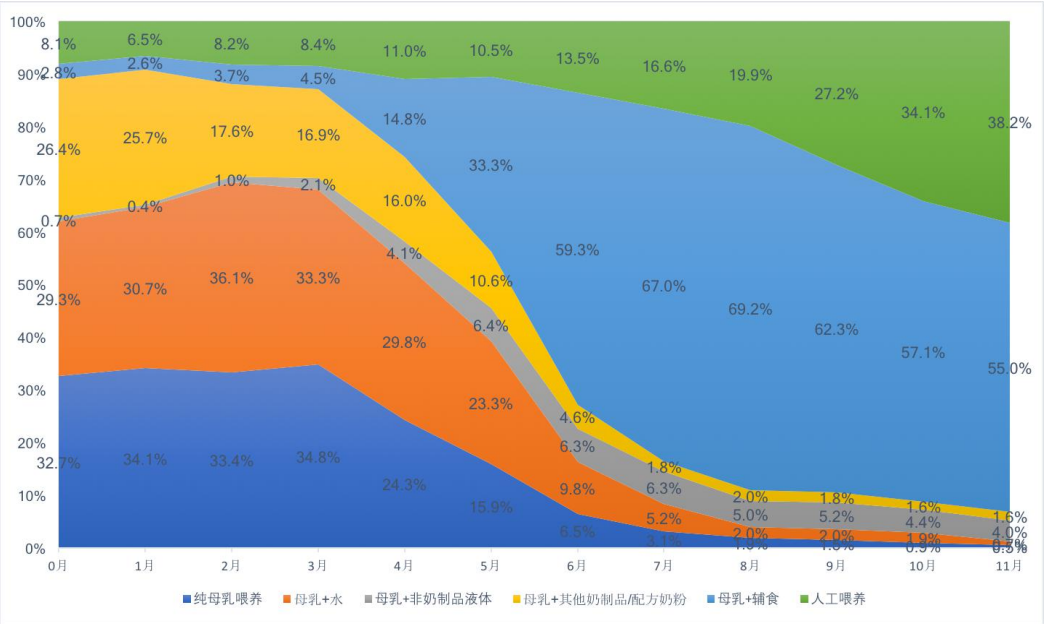
本次调查数据进一步显示，对于 6 个月内非纯母乳喂养的婴儿，他们添加水或果汁等液体以及添加奶粉和其他乳制品及食物的具体情况在各月龄的分布情况有所不同（图 4.2）。

首先，除母乳外，仅添加了水或果汁等液体的婴儿在 6 个月内相应月龄婴儿中所占比例均较高。在 0 月龄时这一比例为 29.8%。在 1-4 月龄婴儿中这一比例均高于 30%。到 5 月龄时，这一比例略有下降，也达到了 24.0%。

其次，除母乳外，添加了其他奶制品或配方奶粉的婴儿在相应月龄婴儿中所占的比例也较高。在 0-1 月龄的婴儿中，这一比例分别为 27.3%和 26.5%。在 2-4 月龄，这一比例较前两个月龄下降了 10%左右。在 5 月龄时，这一比例进一步下降至 11.6%。

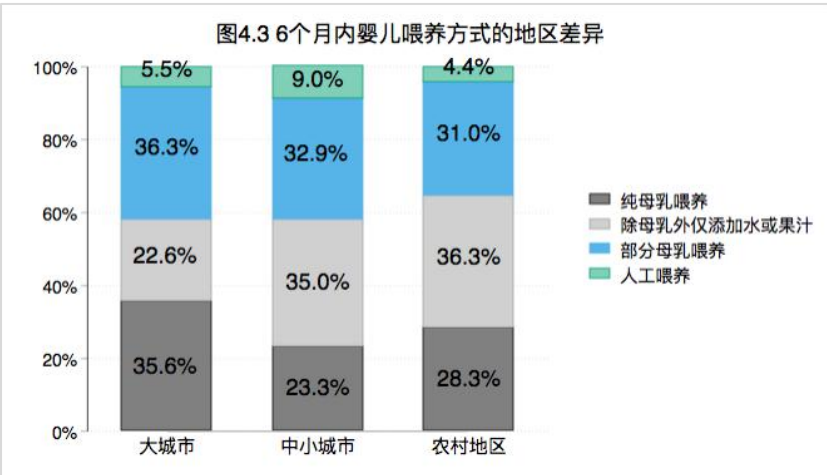
第三，在 4-5 月龄，各月龄给婴儿添加配方奶粉或其他奶制品以外的食物的比例较 0-3 月龄有明显上升。在 0-3 月龄的婴儿中，这一比例均在 5%以下。在 4 月龄，这一比例上升到了 15.2%，在 5 月龄时，这一比例进一步提高到了 33.7%。

图 4.2 1 岁以内婴儿各月龄喂养方式分布



三、6 个月内婴儿喂养方式的地区差异

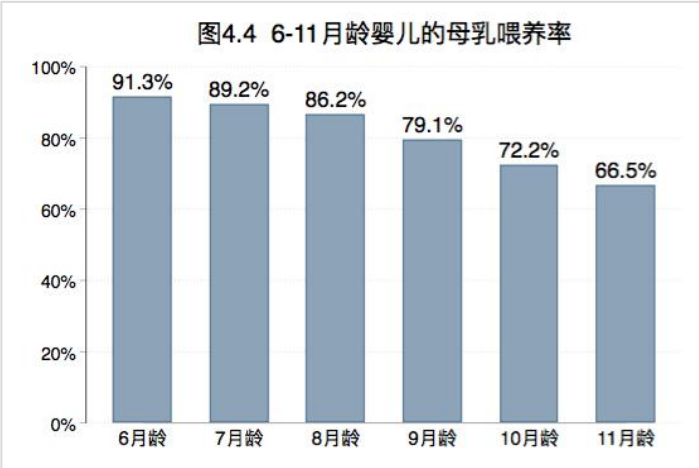
调查数据显示，在所调查的大城市，中小城市和农村地区之间，6 个月内婴儿喂养方式有显著差异（P<0.001）（图 4.3）。大城市的纯母乳喂养率在这三类地区中最高，为 35.6%。其次是农村地区，纯母乳喂养率为 28.3%。中小城市纯母乳喂养低于其他两个地区，仅为 23.3%。从流动人口与非流动人口的对比情况来看，大城市中非流动人口纯母乳喂养率为 37.6%，流动人口的纯母乳喂养率为 33.1%，相差 4.5%。中小城市非流动人口的纯母乳喂养率为 24.3%，比流动人口高 4.2%。



除纯母乳喂养外，6 个月内婴儿的其他喂养方式也有显著地区差异（P<0.001）。在这三类地区中，农村地区除母乳外给 6 个月内婴儿添加水或果汁的比例最高，达到 36.3%。其次是中小城市，为 35.0%。大城市的这一比例最低，为 22.6%。对于给 6 个月内婴儿添加奶粉、其他奶制品及食物的部分母乳喂养方式，大城市的比例最高，为 36.3%，其次是中小城市，为 32.9%。农村地区的这一比例最低，为 31.0%。

四、6-11 月龄婴儿的母乳喂养

世界卫生组织建议在婴儿 6 月龄时开始添加有足够营养和安全的辅食，同时继续母乳喂养至 2 岁或 2 岁以上[2]。本研究考查了婴儿从 6 月龄至 11 月龄继续母乳喂养的情况，即婴儿在 6 月龄及以后是否还在母乳喂养。调查数据显示，在 6-11 月龄的婴儿中，各月龄的母乳喂养率呈逐渐下降的趋势。6 月龄时的母乳喂养率为 91.3%，之后逐月下降，到 11 月龄时母乳喂养率下降至 66.5% （图 4.4）。



五、婴儿早接触早开奶的比率

早接触早开奶是世界卫生组织倡导的《促进母乳喂养成功十条标准》之

一和母乳喂养的重要影响因素[19]。世界卫生组织建议，应在婴儿出生后尽快帮助和鼓励母亲和婴儿进行早期和不间断的皮肤接触，帮助所有母亲在分娩后第一个小时内尽快开始让婴儿吸吮乳房。新生儿生命的最初几个小时和几天是建立哺乳和为母亲提供成功母乳喂养所需支持的关键时期[19]。研究显示，出生后不久母亲和婴儿之间的皮肤接触有助于早开奶，并提高在婴儿出生后纯母乳喂养的可能性以及增加母乳喂养的总持续时间[20]。

本次调查数据显示，新生儿在出生后一小时内开始吸吮母亲乳房的比例为11.3%。在出生后24小时内能够开始吸吮母亲乳房的婴儿占73.2%的婴儿。还有26.8%的婴儿开始吸吮母亲乳房的时间超过了24小时。

第五部分 母乳喂养影响因素分析

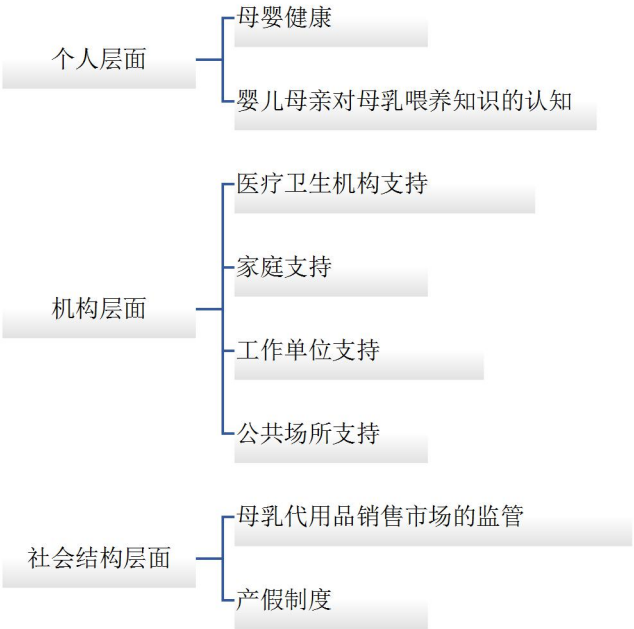
影响母乳喂养的因素是多方面的。《柳叶刀》的研究将母乳喂养的影响因素归结为个人、机构和社会结构三个层面[17]。个体层面因素包括母亲的年龄、体重、受教育程度、信心和认知以及婴儿的性别，健康状况和性格等；机构层面因素包括医疗卫生机构、社区和家庭以及工作单位等对母乳喂养的支持；社会结构层面因素包括社会文化、法律政策及市场环境。这三个层面同时影响着母亲们的哺乳行为，决定着母亲们是否能够按照世界卫生组织建议的最佳喂养方式喂养孩子。

本研究依据《柳叶刀》提出的研究框架，从个人层面、机构层面以及社会结构层面这三个维度，考察了婴儿母亲在6个月内纯母乳喂养的影响因素(图5.1)。本研究按照第四部分中详述的定义将6个月内婴儿的喂养方式分为纯母乳喂养组和非纯母乳喂养组，运用SPSS软件包进行了单因素分析。与此同时，还以是否6个月内纯母乳喂养为因变量，运用Stata14.0统计软件进行了多因素Logistic回归分析。此外，本研究还将是否早接触早开奶

作为因变量，从个人层面进行了单因素和多因素 Logistic 回归分析。

本次的调查数据显示，从个人层面来看，母婴健康状况和婴儿母亲对母乳喂养相关知识的认知对早接触早开奶和 6 个月内纯母乳喂养均有着显著的影响。在机构层面，医疗卫生机构、家庭、工作单位和公共场所的支持对纯母乳喂养有显著的影响。在法律政策层面，产假制度和母乳代用品的销售推广对纯母乳喂养有显著影响。

图 5.1 母乳喂养的影响维度



一、 个人层面的影响因素

1. 母婴健康状况

本研究的调查对象中，低体重儿占 4.7%，剖宫产儿占 39.3%。母亲孕期患妊娠糖尿病或高血压疾病的比例为 8.7%，婴儿新生儿期患低血糖、黄疸、因病住院、近两周患腹泻或呼吸系统疾病的比例为 53.7%。

上述分娩情况和母婴健康状况都可能会对母乳喂养产生影响（表 5.1）。在本研究中，低体重儿出生后早接触早开奶的比例要比非低体重儿低 5.5 个百分点，剖宫产儿出生后早接触早开奶和 6 个月内纯母乳喂养的比例相比自然分娩的婴儿要分别低 5.2 和 6.0 个百分点。新生儿期患低血糖、黄疸、因病住院或近两周患腹泻或呼吸系统疾病的婴儿，比新生儿期未患病的婴儿 6 个月内纯母乳喂养的比例低 7.9 个百分点。这些差异均有统计学意义。

表格 5.1 母婴健康对母乳喂养的影响

		早接触早开奶		6 个月内纯母乳喂养	
		比例	P 值	比例	P 值
低体重儿	是	6.1%	<0.001		
	否	11.6%			
剖宫产	是	8.2%	<0.001	25.6%	<0.001
	否	13.4%		31.6%	
孕期患病	是	9.6%	0.092		
	否	11.5%			
婴儿患病	是			25.3%	<0.001
	否			33.2%	

此外，在控制了地区、婴儿个人特征、母亲特征等众多影响因素的基础上，本研究还运用 logistic 回归模型，分析了母婴健康对早接触早开奶(附录表 1)和 6 个月内纯母乳喂养(附录表 2)的影响。关于母婴健康对接触早开奶的影响，回归结果显示低体重儿出生后早接触早开奶的概率（OR 0.57, 95%CI: 0.39~0.84）显著低于非低体重儿；母亲孕期患妊娠糖尿病或高血压疾病的婴儿，早接触早开奶的概率要显著低于母亲孕期未患这些疾病的婴儿

（OR 0.66，95%CI: 0.52~0.85）；剖宫产婴儿出生后早接触早开奶的概率也低于自然分娩的婴儿（OR 0.60, 95%CI: 0.52~0.69）。关于母婴健康对 6 个月内纯母乳喂养的影响,回归结果显示剖宫产婴儿 6 个月内纯母乳喂养的概率显著低于自然分娩的婴儿（OR 0.81, 95%CI: 0.71~0.93）。另外，出生后患病的婴儿 6 个月内纯母乳喂养的概率也显著低于那些出生后健康的婴儿(OR 0.77，95%CI: 0.67~0.87)。

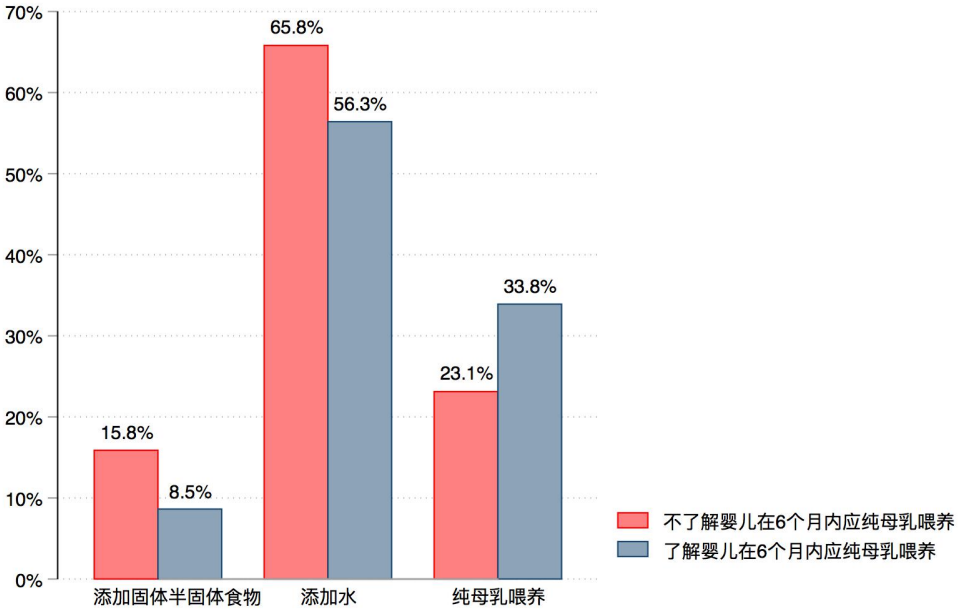
2.对母乳喂养知识的认知

《婴幼儿喂养全球战略》指出要改善母亲、父亲和其他照料者喂养婴儿的方式，首先要使他们能够获得关于适当喂养方法的客观、一致和完整的信息，并为母亲提供技术支持，帮助她们顺利地开始并持续地以最佳喂养方式喂养婴儿[2]。本研究的单因素和多因素回归分析结果表明，婴儿母亲们对以下五项知识和方法的认知对纯母乳喂养有重要影响。

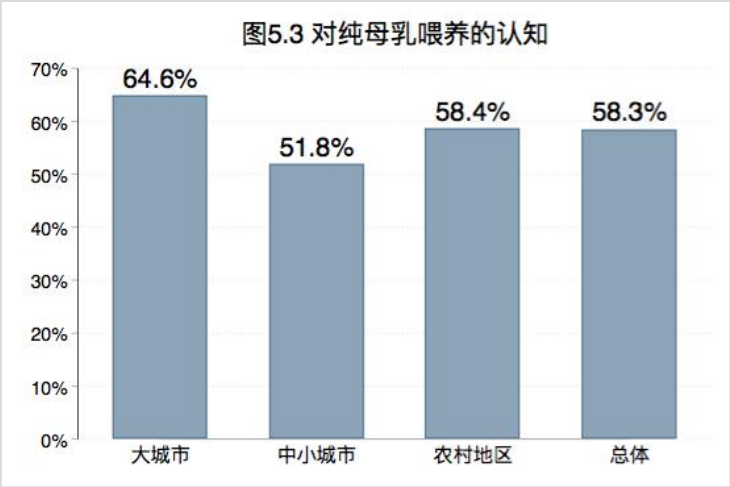
（a）对纯母乳喂养的认知

婴儿母亲对纯母乳喂养的正确认知是纯母乳喂养的基础和前提，对于纯母乳喂养率有显著影响。调查数据显示，不了解这一知识的母亲中有 65.8%给孩子添加了水，比了解这一知识的母亲高 9.5 个百分点。此外，不了解这一知识的母亲中有 15.8%在 6 个月以内给孩子添加了固体、半固体或糊状食物，比了解这一知识的母亲高 7.3 个百分点。相应的，了解这一知识的母亲的纯母乳喂养率比不了解这一知识的母亲的纯母乳喂养率高 10.7 个百分点（图 5.2）。在控制了地域、个人特征、母亲特征等众多影响因素后，回归结果显示知晓纯母乳喂养的母亲对 6 个月内婴儿纯母乳喂养的概率显著高于不知晓这一知识的母亲（OR 1.55, 95%CI: 1.36~1.78）。

图5.2 对纯母乳喂养的认知对纯母乳喂养的影响



从婴儿母亲对纯母乳喂养的认知情况来看，有 58.3%的母亲了解婴儿应该在 6 个月内纯母乳喂养。同时，对这一知识的认知存在显著的地区差异。在大城市，有 64.6%的母亲了解这一知识，其次是农村地区，有 58.4%的母亲了解这一知识。中小城市的知晓率最低，有 51.8%的母亲了解这一知识（图 5.3）。



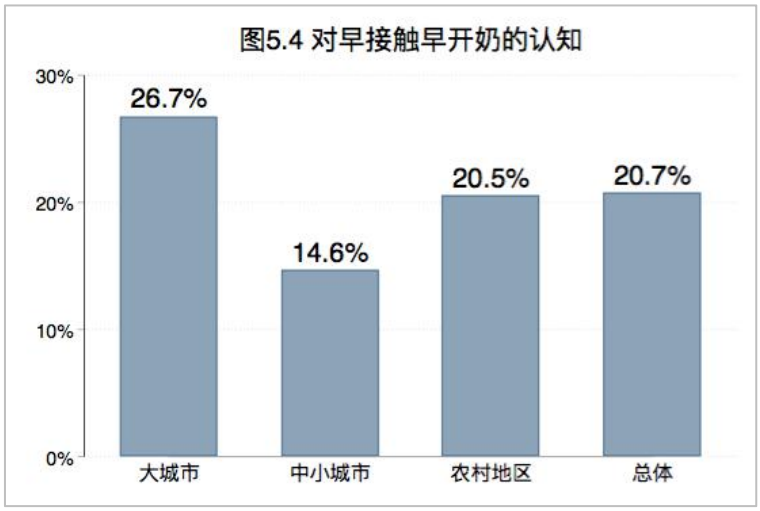
(b) 对早接触早开奶的认知

婴儿出生后与母亲进行早期的和不间断的皮肤接触并在分娩后一小时内开始让婴儿吸吮乳房可以提早初乳分泌时间和成功建立纯母乳喂养。本次调查显示，母亲了解这一知识的婴儿早接触早开奶的比例远高于母亲不知晓这一知识的婴儿。前者更有可能让孩子在出生后 1 小时内吮吸乳房和在 6 个月内纯母乳喂养。从具体数据来看，母亲了解这一知识的婴儿在出生后 1 小时内吮吸乳房的比率比母亲不了解这一知识的婴儿高 43.7 个百分点，纯母乳喂养率高 7.5 个百分点（表 5.2）。

表格 5.2 对早接触早开奶的认知对母乳喂养的影响

	是否了解应该让孩子在出生后 1 小时内吸吮乳房		
	是	否	
让孩子在出生后 1 小时内吸吮乳房的比率	46.0%	2.3%	P<0,001
纯母乳喂养率	35.1%	27.6%	P<0,001

从婴儿母亲的认知情况来看，婴儿母亲们对早接触早开奶的知晓率偏低。只有 20.7%的婴儿母亲了解应该在产后 1 小时内让孩子吸吮乳房。同时，对这一知识的认知存在显著的地区差异。中小城市对这一知识的知晓率最低，只有 14.6%。大城市和农村地区的知晓率均高于中小城市，也分别只有 26.7%和 20.5%（图 5.4）。



（c）对婴儿吸吮是最有效的刺激泌乳方法的认知

了解婴儿吸吮是最有效的刺激乳汁分泌的方法对于提早初乳分泌时间和促进成功地建立纯母乳喂养有显著影响。调查数据显示，了解婴儿吸吮是最有效的刺激乳汁分泌方法的母亲在没下奶时坚持让孩子吸吮乳房的比率比不了解这一知识的母亲高 11.3 个百分点。坚持让孩子吸吮的母亲的孩子更有可能在出生后 24 小时内吃到第一口奶，并且这些婴儿 6 个月以内纯母乳喂养的比率比没下奶时没有坚持吸吮的婴儿高 11 个百分点。这些差异均有统计学意义（表 5.3，表 5.4）。但是，回归结果显示，仅仅了解吮吸是最有效的刺激泌乳方法对纯母乳喂养并没有直接的显著地影响（OR 1.03, 95%CI: 0.85~1.24）。而在没下奶时坚持让孩子吮吸乳房的母亲，其孩子在 6 个月内纯母乳喂养的概率显著高于那些母亲没有这样做的婴儿（OR 1.44, 95%CI: 1.12~1.85）。

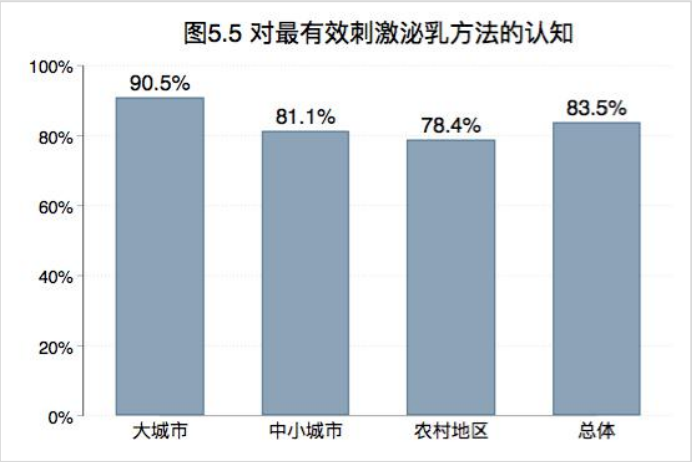
表格 5.3 对最有效的刺激泌乳方法的认知对是否坚持让孩子吸吮的影响

	是否了解婴儿吸吮是最有效的刺激乳汁分泌的方法		
	是	否	
没下奶时坚持让孩子吸吮乳房	92.7%	81.4%	P<0.001

表格 5.4 没下奶时是否坚持让孩子吸吮对纯母乳喂养的影响

	没下奶时坚持让孩子吸吮乳房		
	是	否	
婴儿在 24 小时内吃到第一口奶	15.1%	6.0%	P<0.001
纯母乳喂养率	30.3%	19.3%	P<0.001

调查数据进一步显示，了解婴儿吸吮是刺激泌乳最佳方法的婴儿母亲的比例较高，达到 83.6%。大城市的婴儿母亲对这一知识的知晓率达到了 90%，高于中小城市和农村地区（图 5.5）。



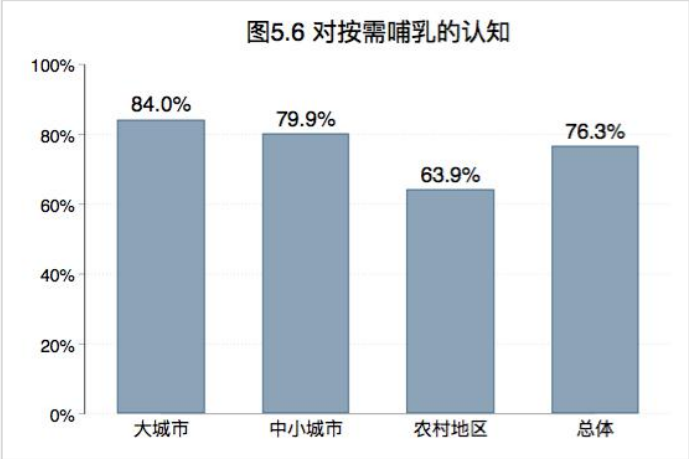
(d)对按需哺乳的认知

世界卫生组织积极倡导按需哺乳，并将其作为促进母乳喂养的重要方法之一[19]。调查数据显示，是否了解应该按需哺乳对于纯母乳喂养有显著影响。了解应该按需哺乳的母亲的纯母乳喂养率比不了解这一知识的母亲的纯母乳喂养率高 7.6 个百分点（表格 5.5）。在回归结果中，了解按需母乳的母亲，其孩子在 6 个月内纯母乳喂养的概率显著高于那些母亲不了解这一知识的婴儿（OR 1.31, 95%CI: 1.11~1.55）。

表格 5.5 对按需哺乳的认知对纯母乳喂养的影响

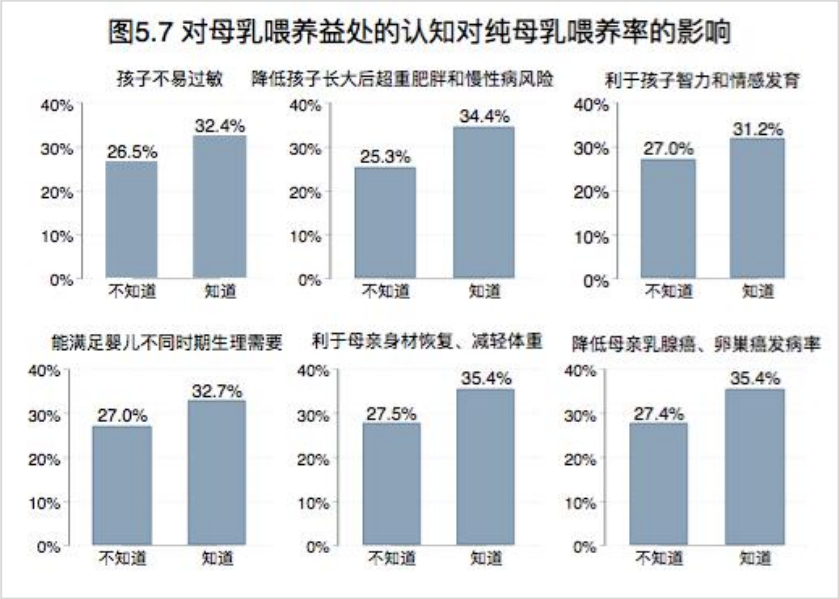
	是否了解应按需哺乳		
	是	否	
纯母乳喂养率	31.0%	23.4%	P<0.001

从对按需哺乳的认知情况来看，了解应该按需哺乳的婴儿母亲的比例较高，达到了 76.3%。同时，婴儿母亲对这一知识的认知存在显著的地区差异。大城市和中小城市的婴儿母亲对这一知识的知晓率分别为 84.0%和 79.9%。农村地区的婴儿母亲对这一知识的知晓率显著低于城市地区，为 63.9%（图 5.6）。



（e）**对母乳喂养益处的认知**

调查数据显示，了解母乳喂养对于婴儿和母亲的益处对于提高纯母乳喂

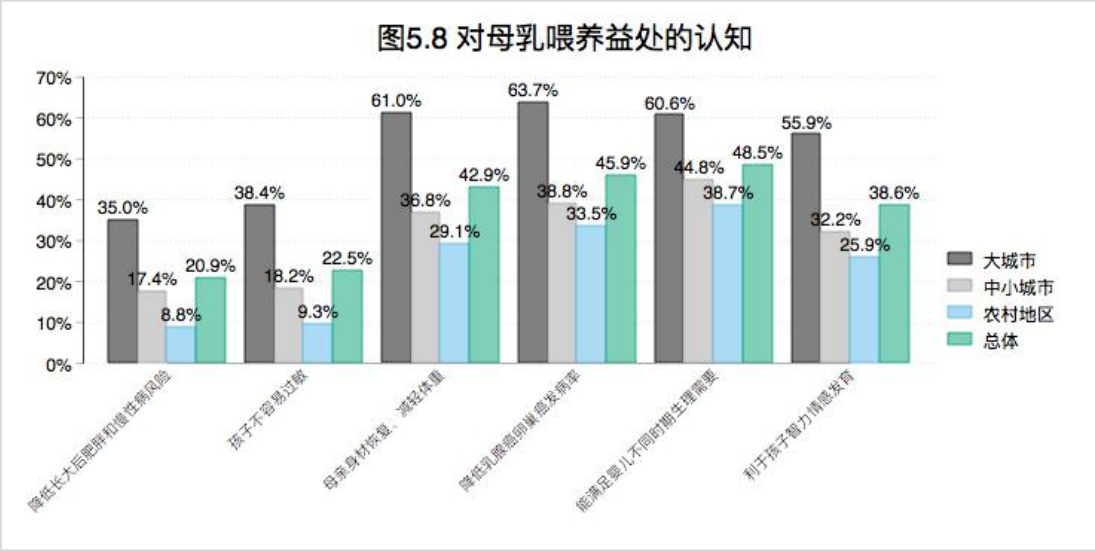


养率有显著影响（图 5.7）。了解母乳喂养能满足婴儿不同时期的生理需要，是其他代乳品不能比拟的、母乳喂养的孩子不容易过敏、母乳喂养可降低孩子长大后发生超重肥胖和慢性病的风险、母乳喂养有利于孩子的智力和情感发育四项益处可分别使纯母乳喂养率提高 4.6 个百分点，8 个百分点，7.9 个百分点和 5.7 个百分点。了解母乳喂养有利于母亲身材恢复、减轻体重以及母乳喂养有利于降低母亲乳腺癌、卵巢癌的发病可分别使纯母乳喂养率提高 9.1 个百分点和 5.9 个百分点。这些差异均有统计学意义。回归结果显示，对母乳益处的认知程度越高，在 6 个月内进行纯母乳喂养的概率也越高（OR 1.06, 95%CI: 1.02~1.10）。

从婴儿母亲对母乳喂养益处的认知情况来看，有 48.5%的婴儿母亲了解母乳能满足婴儿不同时期的生理需要，是其他代乳品不可比拟的。分别有

42.9%和 45.9%的母亲了解母乳喂养有利于母亲身材恢复，减轻体重以及降低母亲乳腺癌、卵巢癌的发病率。然而，了解母乳喂养的孩子不容易过敏、母乳喂养可降低孩子长大后发生超重肥胖和慢性病的风险以及母乳喂养有利于孩子的智力和情感发育的比例较低，分别为 22.5%，20.9%和 38.6%。

此外，对母乳喂养益处的认知也存在显著的城乡差异。大城市普遍好于中小城市。农村地区的认知率低于城市地区(图 5.8)。



二、机构层面的影响因素

1. 医疗卫生机构对母乳喂养的支持

医疗卫生机构在孕期，分娩及产后为婴儿母亲们提供的母乳喂养知识的宣教和技术指导，可帮助婴儿母亲们了解母乳喂养的知识，解决她们在母乳喂养中可能遇到的障碍和问题，使她们建立起母乳喂养的信心，对婴儿母亲们成功地进行母乳喂养有重要影响。

（a）孕期保健机构开展的孕期母乳喂养教育

医疗卫生机构开展的孕期母乳喂养教育对帮助母亲们在产前了解母乳喂养知识发挥着重要作用。本次调查的数据显示，参加孕期母乳喂养教育可显著提高婴儿母亲们对母乳喂养知识的了解程度，并显著提高婴儿的纯母乳喂养率。参加孕期母乳喂养教育的母亲的纯母乳喂养率比未参加的母亲高7.1%。 如表格 5.6 所示。

表格 5.6　孕期母乳喂养教育对婴儿母亲了解母乳喂养知识及纯母乳喂养的影响

母乳喂养知识		是否参加过孕期母乳喂养教育		P 值
		是	否	
对母乳喂养方法的认知	了解应在产后1小时内让孩子吸吮乳房的比例	22.0%	17.7%	P<0.001
	了解应该按需哺乳的比例	80.7%	76.9%	
对母乳喂养好处的认知	了解母乳喂养有利于孩子的智力和情感发育的比例	42.0%	33.4%	P<0.001
	了解母乳能满足婴儿不同时期的生理需求，是其他代乳品不能比拟的	53.7%	45.8%	
	了解母乳喂养可能降低孩子长大后发生超重肥胖或慢性病的风险	24.2%	17.4%	
	了解母乳喂养孩子不容易过敏的比例	25.4%	18.9%	
	了解母乳喂养有利于降低母亲乳腺癌、卵巢癌的发病率的比例	50.9%	43.0%	
	了解母乳喂养有利于母亲身材恢复、减轻体重的比例	49.0%	38.2%	

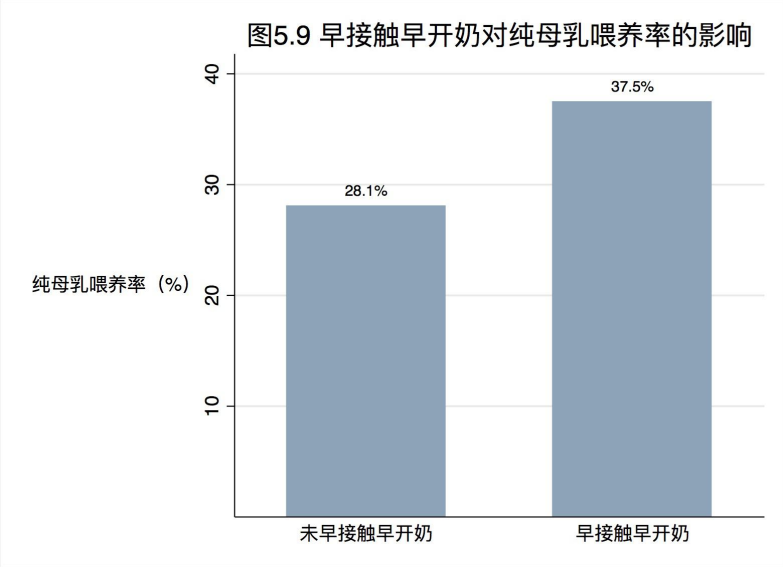
纯母乳喂养率	31.7%	24.6%	P<0.001

调查数据还显示，孕期保健机构母乳喂养教育的参与率为 68.1%。在大城市和农村地区，婴儿母亲参加孕期保健机构母乳喂养教育的比例均较高，分别为 74.7%和 74.5%。中小城市的参与率较低，为 56.4%。

（b）分娩住院期间的母乳喂养宣教和指导

分娩住院期间是医疗卫生机构进行母乳喂养宣教和指导的关键时期。调查数据显示，90.2%的母亲认为在分娩住院期间医院提供的母乳喂养宣传、教育、指导对母乳喂养很有帮助。

婴儿出生后的早接触早开奶是医疗卫生机构为母乳喂养提供技术支持的一个重要环节。新生儿生命的最初几个小时是建立哺乳和为母亲提供成功母乳喂养所需支持的关键时期。根据世界卫生组织的建议，医疗卫生机构应在婴儿出生后尽快帮助和鼓励母亲和婴儿进行早期和不间断的皮肤接触，帮助所有母亲在分娩后第一个小时内尽快开始让婴儿吸吮乳房[1]。



本次调查数据显示，早接触早开奶对纯母乳喂养有显著影响。进行早接

触早开奶的婴儿的纯母乳喂养率比不进行早接触早开奶的婴儿高 9.4%（图 5.9）。多因素回归分析结果也显示，早接触早开奶婴儿的纯母乳喂养率显著高于没有早接触早开奶的婴儿（OR 1.30, 95%CI: 1.07~1.57）。

同时，本研究询问了婴儿母亲们孩子在出生后多久开奶吸吮乳房，即婴儿出生后第一次吸吮母亲乳头的时间，不论是否真正吸吮到乳汁。根据婴儿母亲们报告的时间，婴儿在出生后 1 小时内开始吸吮乳房的比例仅为 11.3%。其中，大城市的婴儿母亲们报告的婴儿在出生后 1 小时内开始吸吮乳房的比例为 19.1%。 中小城市和农村地区的这一比例分别只有 6.5%和 7.6%。

此外，婴儿母亲们在住院期间遇到母乳困难后，寻求帮助的主要渠道是医护人员。有 48.1%的婴儿母亲向专业医护人员寻求了帮助。此外，还有 27.9%向通乳师寻求了帮助，有 24.8%向家人寻求帮助，有 20.1%自己解决。如表 5.7 所示。

表格 5.7 住院分娩期间遇到哺乳困难的求助途径

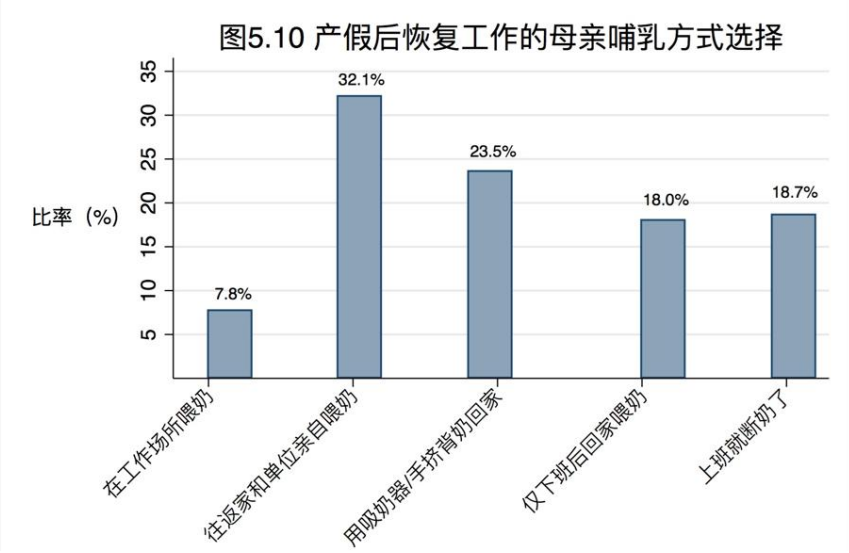
	医护人员	通乳师	家人	亲戚朋友	自己解决	病房护工	其他
住院期间	48.1%	27.9%	24.8%	8.2%	20.1%	4.6%	2.2%

2. 家庭对母乳喂养的支持

家庭成员的态度也对母亲的母乳喂养行为产生影响。调查显示，外婆、祖母和父亲对母乳喂养的支持率分别为 89.4%、87.7%和 89.6%。在这些亲友中，父亲的态度对母亲在 6 个月内纯母乳喂养有着显著影响，父亲支持母乳喂养的母亲的 6 个月内婴儿的纯母乳喂养率显著高于父亲不支持母乳喂养的母亲（OR 1.53, 95%CI: 1.19~1.95）。

3.工作单位对母乳喂养的支持

工作单位的支持对于母亲们恢复工作后是否能够继续母乳喂养至关重要。母亲们恢复工作后需要兼顾哺乳与工作。调查数据显示，在婴儿母亲休产假恢复工作后，有 81.3%能够坚持继续母乳喂养。但这些母亲们选择继续母乳喂养的方式有所不同。有 32.1%选择往返家和单位亲自喂奶，有 23.5%用吸奶器或手挤背奶回家，有 7.8%选择在工作场所喂奶，还有 18.0%选择仅下班后回家喂奶（图 5.10）。



这些母亲们坚持母乳喂养需要单位提供充足的哺乳时间、哺乳室和存储母乳的冰箱等设施，使她们能够在工作时间内或亲自为婴儿哺乳或将母乳挤出后储存。为了支持和促进女职工在恢复工作后继续母乳喂养，我国《女职工劳动保护特别规定》要求用人单位在每天的劳动时间内为哺乳期女职工安排 1 小时哺乳时间，并根据女职工的需要建立哺乳室[21]。这也是《婴幼儿喂养全球战略》所倡导的促进婴幼儿适宜喂养的有效措施之一[2]。这些措施为哺乳期的女职工母乳喂养提供了便利条件，有利于促进母亲在恢复工作后继续母乳喂养以及 6 个月以内的婴儿母亲继续纯母乳喂养。

调查数据显示，工作单位是否有每天 1 小时的哺乳时间，是否设立了哺乳室以及是否有可以存放母乳的冰箱这三项措施对于 6 个月内婴儿纯母乳喂养有显著影响。这三项措施可以分别使婴儿母亲的纯母乳喂养率提高 6.8 个百分点、7.1 个百分点和 12.1 百分点，并可以分别使恢复工作后的婴儿母亲继续母乳喂养的比例提高 21.3 个百分点，8.9 个百分点和 14.1 个百分点（表 5.8）。在前面提到的多因素回归模型中，本研究另外加入了工作场所的相关变量，发现工作单位有可存放母乳的冰箱的母亲，其孩子在 6 个月内纯母乳喂养的概率显著高于那些工作单位没有存在母乳冰箱的母亲(OR 1.32, 95%CI: 1.01~1.73)。（附录表 3）

表格 5.8 工作场所的支持对纯母乳喂养的影响

		纯母乳喂养率		恢复工作后继续母乳喂养比率	
是否有每天 1 小时的哺乳时间	是	36.1%	P<0.05	88.4%	P<0.001
	否	29.3%		67.1%	
是否设立哺乳室	是	40.0%	P<0.05	88.5%c	P<0.001
	否	32.9%		79.6%	
是否有可以存放母乳的冰箱	是	40.4%	P<0.001	88.8%	P<0.001
	否	28.3%		74.7%	

从婴儿母亲们实际得到的工作单位的支持情况来看，有 67.2%的婴儿母亲所在单位有每天 1 小时的哺乳时间，有 19.1%的婴儿母亲所在单位有哺乳室，有 49.0%的母亲所在单位有可以存放母乳的冰箱。这些调查数据反映出，

尽管法律规定哺乳期的女职工有每天 1 小时的哺乳时间，但仍有 32.8%的正规就业的婴儿母亲没有享受到这一法定的权利。此外，所在单位有哺乳室和存放母乳冰箱的婴儿母亲的比例偏低，还远不能满足母亲们恢复工作后坚持母乳喂养的需求。

4. 公共场所对母乳喂养的支持

公共场所设立哺乳室对于母亲们的母乳喂养也有重要影响。调查数据显示，公共场所设立的哺乳室还远不能满足婴儿母亲们哺乳的需要。在本调查中，认为所在生活区有充足的哺乳室的母亲仅占 10.2%，认为公共场所需要建立哺乳室的则占到 88.1%。60.2%的母亲曾因为在公众场所哺乳不便而减少了外出，还有 27.2%的母亲因为公众场所哺乳不便而给孩子喂婴儿配方奶粉。曾有过因在公共场所哺乳不便而给孩子喂奶粉经历的母亲，其纯母乳喂养率比没有这种经历的母亲低 7.7 个百分点。回归结果也显示有过因在公共场所哺乳不便而给孩子喂奶粉经历的母亲对 6 个月内婴儿进行纯母乳喂养的概率显著低于没有这种经历的母亲(OR 0.69, 95%CI: 0.59~0.81)。

此外，受较为保守的传统观念的影响，77.9%的母亲认为在公众场所母乳喂养是尴尬的，30.3%的母亲觉得在女性亲戚和朋友面前进行母乳喂养是尴尬的，85.6%的母亲觉得在男性亲戚和朋友面前哺乳是尴尬的。其中，在公众场所觉得母乳喂养尴尬的母亲，纯母乳喂养率要比不觉得尴尬的母亲低 4.6 个百分点。对 6 个月内的婴儿纯母乳喂养率显著低于不觉得的尴尬的母亲（OR 0.75, 95%CI: 0.59~0.81）。

三、社会结构层面的影响因素

1. 母乳代用品销售的市场监管

国际社会早已意识到婴儿配方奶粉等母乳代用品的销售和推广会对母乳喂养产生负面影响。1981 年世界卫生大会通过了《国际母乳代用品销售守则》，旨在严格监管母乳代用品的销售，阻止母乳代用品的不当销售行为，促进母亲尽可能在不受商业影响的情况下以公正信息为基础做出最好的喂养选择，并在这一过程中得到充分支持[23]。我国《母婴保健法实施办法》、《母乳代用品销售管理办法》[4]和《广告法》等一系列相关法律法规都对规范婴幼儿配方奶粉等母乳代用品的推广和销售做出了明确的规定。

但调查数据显示，母乳代用品的制造商和销售商仍在通过医疗机构，互联网、电视广播等传统媒体以及商场、亲戚朋友和家人等多种渠道向婴儿母亲及家人宣传推广母乳代用品。婴儿母亲们获得的这些添加配方奶粉的建议显著提高了她们给孩子添加奶粉的可能性，从而降低了 6 个月内婴儿的纯母乳喂养率（表 5.9）。在 6 个月以内的婴儿母亲中，接受过添加婴儿配方奶粉建议的妈妈有 50.8%给孩子添加了奶粉，在未接受过添加婴儿配方奶粉建议的妈妈中只有 20.0%给孩子添加了奶粉。前者添加奶粉的比例比后者高 30.8%。相应的，接受过添加配方奶粉建议的妈妈的纯母乳喂养率仅为 21.0%，比未接受过添加配方奶粉建议的妈妈低 11.2 个百分点。回归结果也显示，母亲接受过添加配方奶粉建议的 6 个月内婴儿的纯母乳喂养率比母亲没有接受过添加配方奶粉建议的婴儿低（OR 0.54, 95%CI: 0.44~0.65）。

---

[4] 该法已于 2017 年废止。

表格 5.9 添加婴儿配方奶粉的建议对母乳喂养的影响

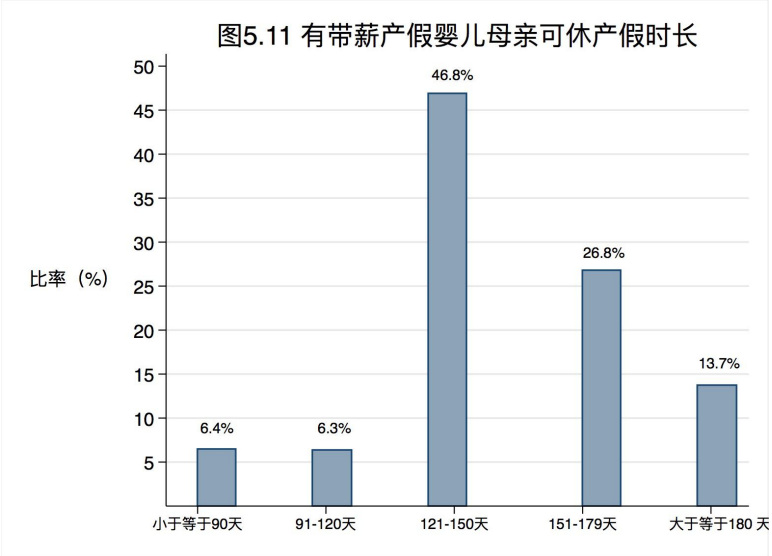
	是否接受过添加婴儿配方奶粉的建议		
	是	否	
6 个月以内的婴儿添加奶粉的比例	50.3%	19.6%	P<0.001
纯母乳喂养率	21.0%	32.2%	P<0.001

调查数据进一步显示，在 6 个月内婴儿母亲中，有 25.9%接受过给孩子添加婴儿配方奶粉建议。在大城市的 6 个月以内的婴儿母亲中，接受过给孩子添加婴儿配方奶粉建议的婴儿母亲的比例最高，为 42.4%。其次是中小城市，这一比例为 27.1%。农村地区这一比例最低，为 20.0%。

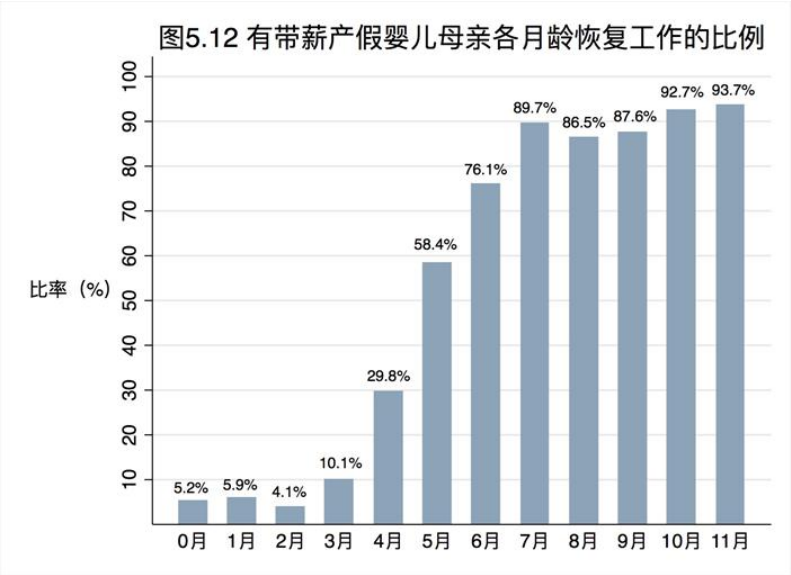
婴儿的母亲们获得添加配方奶粉建议的渠道也是多方面的，其中互联网、医疗卫生机构以及电视、广播等传统媒体是最主要的三个渠道。调查数据显示，有 42.6%的婴儿母亲从妇幼保健院和分娩医院获得过添加婴儿配方奶粉的建议，有 32.3%的婴儿母亲从互联网获得过添加婴儿配方奶粉的建议，还有 19.2%的婴儿母亲从电视、广播等传统媒体获得过添加婴儿配方奶粉的建议。

2. 产假制度

带薪产假是我国女职工的法定权利。国务院 2012 年出台的《女职工劳动保护特别规定》明确规定女职工生育享受 98 天带薪产假。在产假期间，用人单位要按法律规定为母亲保留工作岗位并发放工资[22]。《婴幼儿喂养全球战略》也将带薪产假作为促进母乳喂养的重要措施之一[2]。调查数据显示，在有带薪产假的婴儿母亲中，有 93.4%的母亲可休 98 天以上的产假，但是可休 180 天及以上的产假只有 13.7%（图 5.11）。



此外，调查数据显示， 恢复工作的婴儿母亲的比例在婴儿 3 月龄以后呈明显上升的趋势。在 0-2 月龄，已恢复工作的婴儿母亲为分占这两个月龄有带薪产假的母亲的比例不足 6%。在 3 月龄以后，这一比例逐步上升，在 4 月龄时为 29.8%，到 5 月龄时达到 58.4%（图 5.12）。



对于有带薪产假的婴儿母亲，可休产假的长短对于她们是否能在婴儿 6

个月内纯母乳喂养以及持续母乳喂养的时间有显著影响。回归分析结果显示，在 6 个月内已经恢复工作的母亲进行纯母乳喂养的概率显著低于还没有恢复工作的母亲(OR 0.60, 95%CI: 0.41~0.87)。此外，调查数据显示，产假后恢复工作会显著地提高婴儿母亲们给孩子断奶或添加奶粉或母乳以外的其他辅食的可能性，从而降低了婴儿的母乳喂养率和纯母乳喂养率（表 5.10）。具体来看，在婴儿 6 个月内已恢复工作的母亲给孩子断奶的比例比仍在休产假中的母亲高 8.4%。给孩子添加奶粉和固体半固体食物的比例比仍在休产假中的母亲分别高 14.3%和 39.8%。在 6 个月内已经恢复工作的母亲进行纯母乳喂养的概率比还没有恢复工作的母亲低 10.1%。

表格 5.10 婴儿 6 个月内母亲是否恢复工作对母乳喂养的影响

	恢复工作后	休产假中	
给孩子断奶的比例	11.1%	2.7%	P<0.001
给孩子添加奶粉的比例	48.7%	34.4%	P<0.01
给孩子添加固体半固体食物的比例	47.1%	7.3%	P<0,001
纯母乳喂养率	26.7%	36.8%	P<0,001

第六部分 讨论及政策建议

从以上调查数据分析可见，婴儿母亲是否能够按科学的方法成功地进行母乳喂养主要受到来自个体层面，机构层面以及法律政策层面等多方面因素的影响。个体层面的影响因素主要包括母婴健康状况和个体对母乳喂养知识的认知。机构层面的影响因素主要包括来自医疗卫生机构、家庭、工作单位以及公共场所为母乳喂养提供的支持。法律政策层面的影响因素主要包括产假制度和对母乳代用品销售的监管。

本次调查结果也揭示出，要进一步改善我国的母乳喂养状况，在个体认知层面，机构层面和法律政策层面均存在着一系列的问题和挑战。应对这些问题和挑战，保护、促进和支持母乳喂养，需要调动政府、医疗卫生机构、工作单位、社会和家庭的资源和力量，建立一个全社会共同参与的母乳喂养支持体系。

一、加强对母乳喂养的知识普及和技术支持

调查结果显示，对母乳喂养知识的认知对于婴儿母亲们是否能够按科学的方法成功地进行母乳喂养以及纯母乳喂养率的提升有重要影响。同时，与母乳喂养相关的知识是多方面的。这些知识都在一定程度上影响着婴儿母亲的母乳喂养方式。婴儿母亲对这些知识和方法掌握得越充分，越全面，就越有能力用正确的方式进行母乳喂养。

但由调查结果可见，婴儿母亲们对一些主要母乳喂养知识的知晓率仍偏低，并且婴儿母亲们对母乳喂养知识的认知程度存在显著的地区差异。有近半数的婴儿母亲不了解婴儿在 6 个月以内应该纯母乳喂养，有近 80%的婴儿母亲不了解婴儿应该在出生后 1 小时内早接触早开奶。同时，中小城市对这两项知识知晓率显著低于大城市和农村地区。此外，在对母乳喂养益处的认知方面，了解母乳喂养的孩子不容易过敏以及母乳喂养可降低孩子长大后发生超重肥胖和慢性疾病的风险的婴儿母亲分别只有 22.5%和 20.9%。中小城市对这两项知识的知晓率不足 20%。农村地区对这两项知识的知晓率不足 10%。

调查结果进一步显示，医疗卫生机构在为婴儿母亲们提供母乳喂养知识的宣教和技术指导方面发挥着重要作用，可显著提高婴儿母亲们对母乳喂养知识的认知，帮助婴儿母亲们解决在母乳喂养中遇到的障碍和问题，从而提

高了 6 个月内婴儿的纯母乳喂养率。但医疗卫生机构提供的支持也存在着一些问题和挑战。首先，孕期保健机构提供的母乳喂养教育的参与率还有较大的提升空间。在孕期保健机构开展了母乳喂养教育的情况下，有 31.9%的婴儿母亲没有参加。中小城市的未参加母乳喂养教育的比例最高，达到 43.6%。此外，特别值得关注的是婴儿母亲们所报告的婴儿出生后早接触早开奶的整体比例偏低，仅为 11.3%，远低于 45%的世界平均水平[1]。

《婴幼儿喂养全球战略》强调母亲应该在产前、分娩和产后获得专业医务人员的技术支持，以帮助她们用正确的喂养方法坚持进行母乳喂养，对她们可能遇到的困难加以预防，并帮助她们解决在哺乳过程中遇到的问题和障碍[2]。我国的相关法律法规和政策已对医疗卫生保健机构为母乳喂养提供支持和帮助做出了全面详细的规定。只有进一步加大相关法律法规和政策的执行力度，加强医疗卫生机构对母乳喂养知识的宣传和专业支持，同时采取有效措施，缩小医疗卫生机构母乳喂养支持的地区间差异，才能进一步促进我国母乳喂养状况的改善。

在社区对母乳喂养的支持方面，北京市做出了有益的探索。为保护、促进和支持母乳喂养，北京市提出了爱婴服务“在医院、下社区、进家庭”的连续管理和综合促进模式，并自 2013 年起在北京建立了 300 多个爱婴社区。“爱婴社区”是由政府主导建立的城市医疗卫生母乳喂养社区支持体系，旨在加强社区对母乳喂养的倡导、推广以及支持和服务。每个爱婴社区都安排了妇幼保健医生，为居民提供母乳喂养方面的指导。爱婴社区设有母乳喂养咨询电话。居民在母乳喂养过程中遇到困难和疑问可以联系爱婴社区，寻求医务人员的帮助。此外，一些自发组织的民间机构和妈妈互助组织也在社区层面为婴儿母亲们提供母乳喂养知识的宣传和培训，成为社区母乳喂养支持体系的重要组成部分。

为探索加强对贫困地区的母乳喂养知识宣教和技术支持，中国发展研究基金会于 2009 年开展了“妈妈学校”项目。“妈妈学校”通过县、乡镇和村级的妇幼保健人员，依托乡/村社区卫生服务中心对贫困地区孕产妇及其家庭提供妇幼保健、母乳喂养以及辅助喂养等内容的健康教育，以此来改善孕产妇和婴儿的营养和健康状况。在进行知识宣教的同时，“妈妈学校”还向孕产妇和母乳喂养阶段的母亲分发多元维生素补充片，每天 2 片。项目采取“有条件的现金支付”的方式，对参加项目的女性和儿童家庭提供一定标准的补贴，以此来提升项目的参与度。2009 年-2013 年，青海省乐都区和云南省寻甸县的 13 个试点乡镇，200 个村庄，约有 6000 名孕产妇参加了此项目，在两地共设立了 61 所“妈妈学校”。调查数据显示，目前乐都区的孕期保健机构母乳喂养教育参与率以及婴儿母亲接受鼓励母乳喂养信息的比率分别达到了 77.9%和 72.6%，超过了本次所调查的农村地区的平均水平。乐都区的纯母乳喂养率为 27.1%，也接近本次所调查的农村地区 28.3%的平均水平。

此外，各种网络平台、社交媒体、电视、广播为母乳喂养知识的传播提供了灵活多样的形式和平台，使母乳喂养知识和技能的宣教更为便捷。应充分利用网络及传统媒体等传播渠道，面向公众广泛开展母乳喂养知识和技能的宣传教育，普及母乳喂养的正确方法和相关知识，提高公众对母乳喂养的认知，营造母乳喂养的社会和文化氛围。

网络所带来的信息传递新途径也为医疗卫生机构支持和促进母乳喂养提供了新的方法和路径。一些医院已开始利用网络平台，开通了网上孕妇学校，对孕产妇进行在线授课和咨询。孕产妇通过手机、电脑在家中就能随时随地学习孕产期健康教育知识，大大提高了孕妇学校的参与率。研究证明，父亲和家人的陪伴和支持对于母乳喂养的改善有重要影响，可以有效地提高

纯母乳喂养率、母乳喂养持续时间和母乳喂养率 [2,17]。网上孕妇学校为父亲和其他家庭成员参与母乳喂养课程提供了便利条件。此外，医疗机构的专业资源与网络的结合，也有助于专业医疗资源及孕妇学校课程在不同地区之间的分享，解决中小城市和农村地区，特别是贫困地区，由于人力物力资源缺乏导致母乳喂养知识和技能宣教不到位的问题。

二、完善相关法律法规，加强对母乳代用品销售的市场监管

母乳代用品的宣传推广正在以各种形式渗透到婴儿母亲及其家人日常生活的方方面面，诱导婴儿母亲们给孩子添加奶粉，从而显著提高了婴儿母亲们给孩子添加奶粉的可能性，降低了纯母乳喂养的比率。互联网、医疗卫生机构以及电视广播等传统媒体都成为了婴儿配方奶粉宣传推广的平台和渠道。此外，婴儿配方奶粉的宣传推广也呈现出显著的地区差异。在大城市，6 个月以内的婴儿母亲接收过给孩子添加配方奶粉的建议的比例达到了 42.4%，远高于中小城市和农村地区。

近年来随着包括进一步加强婴幼儿奶粉安全质量检查，以及新《食品安全法》和奶粉配方注册制等一系列监管政策的出台，中国消费者对国产奶粉的信心在逐步走强[24]。2016 年中国婴幼儿奶粉市场的零售规模达到 1189 亿元。预计到 2021 年，中国婴幼儿奶粉将超过 1700 亿元的市场规模[24]。母乳代用品销售已构成了我国促进母乳喂养的一个重大障碍。

为消除母乳代用品的不当销售行为对母乳喂养产生的负面影响，世界卫生大会于 1981 年通过了《国际母乳代用品销售守则》，严格禁止对公众进行母乳代用品的广告宣传；禁止向母亲推销母乳代用品，并禁止在卫生保健机构中使用这些产品[23]。该《守则》的第一条即指出要保护和促进母乳喂养，确保只在必要时适当地使用母乳代用品，并且要确保信息充分，营销方式适

当[23]。在母亲确因各种原因不能母乳喂养时，该《守则》倡导使用最佳可获得的母乳代用品安全地喂养婴儿，但反对任何促进使用母乳代用品的做法[23]。《婴幼儿喂养全球战略》将实施和监测执行《国际母乳代用品销售守则》作为促进婴幼儿健康和营养的重要措施之一[2]。

根据世界卫生组织的统计，目前全球共有 135 个国家依据《守则》的规定在本国制定了相关的法律，其中有 39 个国家的法律涵盖了《守则》的所有规定 ，有超过一半的国家禁止母乳代用品的广告和促销[25]。

我国在 1995 年根据《国际母乳代用品销售守则》并结合我国国情制定了《母乳代用品销售管理办法》。该《办法》对母乳代用品的销售做出了严格的禁止性规定，禁止发布母乳代用品广告，禁止在传播媒体上对母乳代用品进行报道、文章和图片形式的宣传，要求母乳代用品包装标签上不得印有婴儿图片，不得使用“人乳化”、“母乳化”或类似的名词，并要用有说明母乳喂养优越性的警句[26]。该《办法》在过去的 20 多年中为规范母乳代用品销售行为，促进母乳喂养起到了一定的作用。但该《办法》在实施过程中存在缺乏有效的监督和执行机制，执法和监管力度弱或处于缺位状态的问题[17]，致使母乳代用品不恰当的销售行为屡禁不止。在强大的经济利益驱使下不断变化的营销手段和策略以及试图规避相关法律的做法也给有效规范母乳代用品销售行为带来了更多新的严峻的挑战。该《办法》已于 2017 年底被废止[27]。

在《母乳代用品销售管理办法》被废止之后，我国目前缺乏一部全面规范母乳代用品销售办法的专门立法。只在《母婴保健法实施办法》和《广告法》中有一些与规范母乳代用品销售行为相关的条款。《母婴保健法实施办法》规定医疗、保健机构不得向孕产妇和婴儿家庭宣传、推荐母乳代用品。

母乳代用品产品包装标签应当在显著位置标明母乳喂养的优越性。母乳代用品生产者、销售者不得向医疗、保健机构赠送产品样品或者以推销为目的有条件地提供设备、资金和资料[28]。《广告法》禁止在大众传播媒介或者公共场所发布声称全部或者部分替代母乳的婴儿乳制品、饮料和其他食品广告[29]。

显然，这两部法律对母乳代用品销售行为的规范距离《国际母乳代用品销售守则》的要求和规范我国母乳代用品销售的现实需要都相去甚远。我国严峻的母乳喂养形势以及日益迅猛的母乳代用品销售势头和花样翻新的销售手段，亟待在加强《广告法》执法力度的同时，出台一部面全面地严格地规范母乳代用品销售的专门立法，以填补当前由于《母乳代用品销售管理办法》的废止留下的法律空白，全面有效地规范母乳代用品市场，消除其对母乳喂养形成的不利影响，为保护、促进和支持母乳喂养创造良好的社会环境。

三、完善产假制度与生育保障制度

随着经济的快速发展，中国女性就业的规模也在不断增加，日益成为劳动力大军中不可或缺的重要组成部分。据北京师范大学劳动力市场中心撰写的《2016 中国劳动力市场发展报告》，目前中国女性劳动参与率约为 64%，远高于 50.3%的世界平均水平[30]。

《婴幼儿喂养全球战略》将带薪产假作为促进母乳喂养的重要措施之一[2]。研究显示，带薪产假通过保护女性在怀孕期间和产后的就业与收入，降低了母乳喂养的机会成本，从而提高了母乳喂养达到最佳时间的可能性[31]。《柳叶刀》的研究进一步显示，产假政策可以有效地提高纯母乳喂养率[17]。早在 20 世纪 50 年代我国就实行了长度为 56 天的带薪产假[32]。1988 年国务院颁布的《女职工劳动保护规定》将女职工的产假时间延长至 90 天[33]。国务院 2012 年出台的《女职工劳动保护特别规定》明确规定女职工生育享受

98 天带薪产假。在产假期间，用人单位要按法律规定为母亲保留工作岗位并发放工资[22]。

从正规就业的婴儿母亲们可休产假的时间长短来看，目前有 94.3%的婴儿母亲可休的产假不足 6 个月。调查数据显示，产假的长短直接影响着母亲们对婴儿喂养方式的选择以及婴儿 6 个月以内的纯母乳喂养率。已恢复工作的婴儿母亲给孩子断奶或添加奶粉及母乳以外的其他食物的比例明显高于未恢复工作的婴儿母亲。并且，随着从 3 月龄开始恢复工作的母亲的比例的上升，婴儿的纯母乳喂养率呈现出逐步下降的趋势。

在现有产假制度的基础上，将产假延长至 6 个月无疑会对母亲们能够在 6 个月以内纯母乳喂养起到积极的促进作用。2016 年实施“全面两孩”政策后，各省份陆续修订地方人口与计划生育条例，对延长产假做出了规定，延长时间从 30 天到 90 天不等。其中广东，福建、海南、黑龙江、甘肃、河南等省已将产假延长至 6 个月。但产假制度不是孤立的。要让延长产假成为一个普惠性的政策，还需要有配套的生育保险制度的保障，要对由谁承担延长产假所带来的成本有一个合理的制度安排。

根据我国《社会保险法》，生育保险待遇包括生育医疗费和生育津贴。职工应当参加生育保险，由用人单位按照国家规定缴纳生育保险费，职工不缴纳生育保险费。用人单位已经缴纳生育保险费的，其职工享受生育保险待遇[34]。从法律制度层面来看，企业职工的生育保险费用完全由企业承担，国家和个人不承担。按照《女职工劳动保护特别规定》，“女职工产假期间的生育津贴，对已经参加生育保险的，按照用人单位上年度职工月平均工资的标准由生育保险基金支付；对未参加生育保险的，按照女职工产假前工资的标准由用人单位支付。”[22] 此外，对于延长产假部分的企业职工生育津贴，目

前还处于探索阶段。在国家法律层面，还没有对延长产假后的企业职工生育津贴由谁来承担做出统一的规定。在地方层面，各省在延长产假后对生育津贴的规定做出了一些探索。大多数省延长的产假没有纳入生育保险范围。在新修订的省级人口与计划生育条例中，大多数省份规定延长产假部分的生育津贴由用人单位支付。还有一些省份规定生育津贴由生育保险基金支付。也有一些省份没有明确规定延长产假工资的来源。此外，各省新修订的人口与计划生育条例都对男性护理假做出了规定，时间从 7-30 天不等，并且护理假期间的护理津贴由用人单位承担，没有纳入生育保险。

但多项研究显示，随着市场经济的深入发展，企业承担生育保险制度的弊端日益凸显。生育保险基金的筹集是由企业按照其职工工资总额的一定比例向社会保险经办机构缴纳生育保险费，国家和个人不承担企业职工的生育保险。这种单一的企业保险模式，一方面加重了企业的负担，提高了企业的用工成本，与市场经济所要求实现的企业生育保险费用筹资的多元化和社会化方向存在较大的差距，另一方面使女职工比例越高的企业需要承担的生育成本也越高，加剧了女性的就业歧视问题[35,36]。如果按照多数地方省份所规定的，延长产假部分的生育津贴以及男性的护理假不纳入生育保险，由用人单位支付，加之国家实施全面二孩政策后生育两个孩子妇女人数的增加，企业的用人成本无疑会进一步提高，加重了用人单位的负担，也会使女性的就业环境进一步恶化。

改善我国的母乳喂养状况，提高纯母乳喂养率，需要进一步完善我国的产假制度和生育保险制度，更好的保障女职工的劳动权益和母乳喂养权益。首先，在国家法律层面应统一将产假延长至 6 个月，为婴儿母亲 6 个月纯母乳喂养提供更好的制度保障。同时，应将企业职工延长产假津贴和男性护理假纳入生育保险基金，改变企业职工生育保险由企业承担的方式，增加企业

职工生育保险中的政府主体责任，平衡国家、雇主及雇员的利益，实行企业职工生育保险由国家、企业、个人三方共同承担的新模式[37]。这也是国际生育保险制度的基本特征[35]。完善的产假及生育保险制度可为女职工在生育及哺乳期间的生活提供保障，同时减轻用人单位负担，预防和减少就业性别歧视，进而促进母乳喂养状况的改善和纯母乳喂养率的提升。

四、鼓励工作单位和公共场所提供有利于母乳喂养的环境和条件

婴儿母亲们恢复工作后继续坚持母乳喂养会面临一系列问题和挑战。工作单位为哺乳期女职工进行母乳喂养提供的支持，包括提供每天 1 小时的哺乳时间、哺乳室和存放母乳的冰箱等，均可以有效地促进婴儿母亲们在恢复工作后继续坚持母乳喂养，并减少因生育和哺乳而给母亲们的工作和收入带来的不利影响。

国际劳动组织的第 183 号和 191 号公约要求通过相关立法和措施保障母亲能够在返回工作后继续母乳喂养和照顾婴儿[38, 39]。世界卫生组织进一步强调工作单位应支持所有来自正规和非正规部门的妇女继续在工作场所进行母乳喂养[8]。根据卫生部颁布的《儿童喂养与营养指导技术规范》，母亲上班后应该鼓励她们坚持母乳喂养，每天应哺乳不少于 3 次或将母乳挤出，以保持母乳的分泌量，否则将导致泌乳量下降和提前断奶[40]。同时，多项研究证实，工作单位支持母乳喂养，为哺乳期的母亲们提供便于母乳喂养的环境和条件，有助于她们更有信心在返回工作岗位后继续母乳喂养，而缺乏这样的支持性环境则会缩短母乳喂养时间[41]。支持哺乳期母亲在返回工作岗位后继续母乳喂养也将为用人单位带来诸多益处[41]。首先，母乳喂养有利于母婴的健康，减少疾病，从而减少了母亲因自身生病或需要照顾生病的婴儿而缺勤的情况。其次，用人单位为员工提供支持性环境，帮助员工平衡哺乳与工

作的关系，可以对保留有价值的员工，降低离职率产生积极的作用。第三，用人单位积极支持母乳喂养有助于在公众中树立良好的企业形象。

但从制度层面和实际执行层面来看，目前工作单位为哺乳期母亲提供的支持并不能满足她们坚持母乳喂养的需求。我国《女职工劳动保护特别规定》规定用人单位在每天的劳动时间内为哺乳期女职工安排 1 小时哺乳时间，并根据女职工的需要建立哺乳室[42]。从本次调查的结果来看，仍有近半数的正规就业的婴儿母亲没有能够享受每天 1 小时的哺乳时间。单位设立哺乳室的婴儿母亲的比例不足 20%。

国际经验显示，工作单位可为母乳喂养提供的支持是多方面的，具体包括：（1）制定工作场所支持母乳喂养的政策；（2）对员工进行母乳喂养知识培训；（3）设立哺乳室；（4）允许哺乳期女职工有弹性工作时间，方便她们在上班期间挤出母乳；（5）给哺乳期的女职工更多的工作方式的选择，如远程工作、兼职工作等；（6）在工作单位内或单位附近设立托儿所；（7）提供专业哺乳咨询服务和支持[43]。这些措施在工作单位的推动和实施，有赖于企业对母乳喂养重要社会意义的认知，也有赖于企业对社会责任的承担。但更为重要的是相关法律法规要对工作单位支持母乳喂养提出相应的规范和要求，并辅之以政策上的支持和鼓励。

除工作单位之外，公共场所提供有利于母乳喂养的环境和条件对与营造一个对母乳喂养友好的社会大环境也至关重要。随着“全面两孩”政策的实施和婴儿出生率的提高，对在机场、火车站、商场和游客中心等公共场所设立母乳喂养室的需求也会大幅上升。本次的调查数据显示，大部分的母亲都认为所在的生活区域没有充足的哺乳室，而且有 60.2%的母亲曾因为在公众场所哺乳不便而减少了外出，有 27.2%的母亲因为公众场所哺乳不便而给孩子喂婴儿配方奶粉。

自 2013 年 5 月起，联合国儿童基金会与中国疾病预防控制中心妇幼保健中心联合发起了“母爱 10 平方”活动，倡导在我国的公共场所设立更多的哺乳室。2016 年国家卫生计生委发出了《关于加快推进母婴设施建设的指导意见》，要求到 2020 年底，所有应配置母婴设施的公共场所和用人单位基本建成标准化的母婴设施[44]。制定和完善哺乳室相关设施标准，为母乳喂养提供更加良好的公共环境，无疑将有助于进一步改善我国的母乳喂养状况。

第七部分 结论

母乳喂养是我国重要的公共卫生战略，也是儿童生存、保护和发展的重要指标。我国法律将母乳喂养作为母婴的一项基本权利予以确认和保护。同时，母乳喂养也被纳入了我国的发展战略和政策当中。国务院颁布的《中国儿童发展纲要(2011-2020 年)》将完善和落实支持母乳喂养的相关政策，积极推进母乳喂养作为改善我国儿童营养状况的重要举措，并提出要在 2020 年实现 0-6 个月婴儿纯母乳喂养率达到 50%的目标。2017 年国务院颁布的《国民营养计划（2017-2030）》在提高全民健康水平，为建设健康中国奠定坚实基础的指导思想下，将进一步完善母乳喂养保障制度，改善母乳喂养环境，提高母乳喂养率作为生命早期 1000 天营养健康行动的重要组成部分。

但是母乳喂养问题仍是我国当前面临的主要公共卫生问题之一。本次对全国 12 个调查点的调查结果显示，6 个月内婴儿纯母乳喂养率仅为 29.2%，与《中国儿童发展纲要(2011-2020 年)》和《国民营养计划（2017-2030）》所确定的到 2020 年达到纯母乳喂养率 50%的目标仍有一定的距离[10,11]，也远低于 43%的世界平均水平[1]。

本次调查结果显示，我国母乳喂养状况受多方面因素的制约，面临一系

列问题和挑战，包括公众对母乳喂养的认知不足、医疗卫生机构对母乳喂养的宣教和支持亟待加强、母乳代用品促销缺乏有效监管、产假较短制约婴儿母亲恢复工作后继续母乳喂养、工作场所及公共场所支持母乳喂养设施不足、母乳喂养状况地区差异显著等。应对这些问题和挑战，需要制定和完善相关的法律法规和政策，调动政府、医疗卫生机构、工作单位、社会和家庭的资源和力量，建立全社会共同参与的多方联动的母乳喂养支持体系，为婴儿母亲们提供一个能够得到充分支持的母乳喂养环境，支持体系，保护、促进和支持母乳喂养。

首先，正确的认知是科学母乳喂养的前提。应利用多种传播渠道，在全社会广泛开展母乳喂养知识的宣传教育和普及，提高公众对母乳喂养的认知，营造支持母乳喂养的社会和文化氛围。

其次，要提高医疗卫生机构对母乳喂养的支持力度。应充分发挥医疗卫生机构在母乳喂养宣教和技术支持方面的核心作用，提高医务人员的知识和技能水平，为婴儿母亲提供从孕期、分娩至产后的全方位的母乳喂养宣教和专业技术支持，使婴儿母亲及家人掌握母乳喂养的知识和技能，支持和帮助她们解决母乳喂养中的困难和问题，使她们能够按科学的方法成功地进行母乳喂养。

第三，为消除母乳代用品的促销对母乳喂养的不利影响，应尽快出台一部专门立法，填补当前由于《母乳代用品销售管理办法》的废止留下的法律空白，全面有效地规范母乳代用品销售市场。同时，应加强对《广告法》的执法力度，禁止在大众传播媒介或者公共场所发布声称全部或者部分替代母乳的婴儿乳制品、饮料和其他食品广告。

第四，带薪产假是促进母乳喂养的重要措施之一。应进一步完善产假制度，在现有法定 98 天产假的基础上，将产假延长至 6 个月，并完善相应的

生育保险制度，为婴儿母亲 6 个月内纯母乳喂养提供更好的制度保障。

第五，要鼓励和支持工作单位为哺乳期的女性提供充分的支持和良好的环境。劳动部门和工会组织可以通过制定相关法律法规和政策鼓励工作单位为母乳喂养提供多方面的支持，例如，设立哺乳室，允许哺乳期女职工有弹性工作时间和弹性工作方式，以充分保障哺乳期母亲在恢复工作后能够继续母乳喂养。同时，相关政府部门应将公共场所母婴设施建议纳入建设规划，为哺乳期母亲出行时哺乳创造良好的环境。

第六，应从提高认知，加强医疗卫生机构支持力度以及加强对母乳代用品销售的监管等方面采取有效措施，缩小大城市、中小城市和农村地区母乳喂养状况的差距，全方位改善我国母乳喂养状况。

改善我国的母乳喂养状况，不仅是婴儿父母和家庭的责任，更是国家的责任，是全社会的责任。只有建立完善的母乳喂养支持体系，为婴儿母亲们创造一个能够得到充分支持的母乳喂养环境，才能有效改善我国的母乳喂养状况，确保儿童健康成长，实现十九大提出的健康中国目标。

参考文献

[1] UNICEF. From the first hour of life: Making the case for improved infant and young child feeding everywhere[J]. New York: UNICEF, 2016.

[2] WHO, UNICEF. 婴幼儿喂养全球战略[R]. WHO UNICEF, 2003.

[3] 卫生部. 婴幼儿喂养策略[R]. 2007.

[4] Gartner L M, Morton J, Lawrence R A 等. Breastfeeding and the use of human milk. [J]. Pediatrics, 2005, 115(2): 496–506.

[5] Victora C G, Bahl R, Barros A J 等. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect[J]. The Lancet, 2016, 387(10017): 475–490.

[6] UNICEF, WHO. Breastfeeding Advocacy Initiative[R]. UNICEF, WHO, 2015.

[7] 联合国. 儿童权利公约[R]. 1990.

[8] WHO. WHO Global Nutrition Targets 2025: Breastfeeding Policy Brief. [R]. World Health Organization. 2014.

[9] WHO. 孕产妇、婴儿和幼儿营养全面实施计划[R]. WHO, 2012.

[10] 国务院妇女儿童工作委员会. 中国儿童发展纲要（2011-2020 年)[M]. 2011.

[11] 国务院. 国民营养计划（2017-2030）[M]. 2017.

[12] Duan Y, Yang Z, Lai J et al. Exclusive breastfeeding rate and complementary feeding indicators in China: A national representative survey in 2013[J]. Nutrients, 2018, 10(2): 249.

[13] 富振英，常素英，何武等. 1998 年中国 4 个月以内婴儿纯母乳喂养与生长发育[J]. 卫生研究，2000，29(5)：275－278.

[14] 卫生部. 中国卫生服务调查研究[J]. 卫生部统计信息中心，2008.

[15] Yang Z, Lai J, Yu D et al. Breastfeeding rates in China: a cross-sectional survey and estimate of benefits of improvement [J]. The Lancet, 2016, 388: S47.

[16] WHO. World Health Organization Global Health Observatory Data Repository [DB/OL]. http://apps.who.int/gho/data/node.main.52?lang=en, 2018-5-17.

[17] Rollins N C, Bhandari N, Hajeebhoy N et al. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? [J]. The Lancet, 2016, 387(10017): 491–504.

[18] WHO. Indicators for assessing infant and young child feeding practices: conclusions of a consensus meeting held 6-8 November 2007 in

Washington DC, USA. [M]. World Health Organization (WHO), 2008.
[19] WHO, UNICEF. Protecting, promoting and supporting Breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised BABY-FRIENDLY HOSPITAL INITIATIVE. [R]. World Health Organization, 2018.
[20] Moore E R, Bergman N, Anderson G C et al. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants[J]. The Cochrane Library, 2016.
[21]参见《女职工劳动保护特别规定》（国务院令第 619 号）第九条
[22]参见《女职工劳动保护特别规定》（国务院令第 619 号）第七条、第八条
[23] WHO. International code of marketing of breast-milk substitutes[J]. World Health Organization: Geneva, 1981.
[24]钱瑜，王子扬．配方注册红利下的国产奶粉新考[J]．北京商报，2018.
[25] WHO. Marketing of Breast-milk Substitutes: National Implementation of the International Code Status Report[J]. World Health Organization: Geneva, 2016.
[26]参见《母乳代用品销售管理办法》（已废止）第六条、第九条、第十条、第十一条
[27]《国家卫生计生委关于决定废止<母乳代用品销售管理办法>等 4 件部门规章的委令》（中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会令第 17 号）：“经 2017 年 12 月 5 日国家卫生计生委委主任会议讨论通过，决定废止《母乳代用品销售管理办法》等 4 件部门规章”。
[28]参见《母婴保健法实施办法》第四章第二十八条、第二十九条
[29]参见《广告法》第二章第二十条
[30]赖德胜，孟大虎，李长安．中国劳动力市场报告[M]．北京：北京师范大学出版社，2012.
[31]贾男，宋月萍．带薪产假对母乳喂养的影响及政策建议[J]．中国妇女报，2017：B02.
[32] 参见《中华人民共和国劳动保险条例》（一九五三年一月二日政务院修正公布）第三章第十六条
[33]参见《女职工劳动保护规定》（国务院令第九号）第八条
[34]参见《社会保险法》（主席令第三十五号）第六章第五十三条、第五十四条
[35]胡芳肖．我国生育保险制度改革探析[J]．人口学刊，2005(2)：60－64.
[36]宋健，周宇香．全面两孩政策执行中生育成本的分担——基于国家，家庭和用人单位三方视角[J]．中国人民大学学报，2016，30(6)：

107－117.
[37]李线玲．新形势下生育保险待遇落实探讨[J]．妇女研究论丛，2016(2)：14－17.
[38]参见《2000 年保护生育公约（修订）》（第 183 号公约）
[39]参见国际劳工大会《关于修订 1952 年保护生育建议书》（第 191 号建议书）
[40]卫生部．儿童喂养与营养指导技术规范[R]．2012.
[41]Slavit W. Investing in workplace breastfeeding programs and policies: An employer's toolkit[J]. Washington, DC, 2009.
[42]参见《女职工劳动保护特别规定》（国务院令第 619 号）第九条、第十条
[43]CDC. The CDC Guide to Strategies to Support Breastfeeding Mothers and Babies[M]. Centers for Disease Control and Prevention.
[44]参见《关于加快推进母婴设施建设的指导意见》（国卫指导发〔2016〕63 号）

附录

附录表 1 早接触早开奶影响因素分析

变量	OR 值（95%CI）
居住地区（以大城市为参照）	
中小城市	0.32(0.27 - 0.38)***
农村地区	0.43(0.35 - 0.52)***
男孩	1.12(0.99 - 1.27)*
头胎	0.84(0.73 - 0.98)**
母亲为汉族	0.98(0.95 - 1.01)
母亲年龄（以<25 岁年龄组为参照）	
26 岁-35 岁	0.94(0.79 - 1.12)
36 岁以上	0.98(0.76 - 1.27)
母亲文化程度（以初中及以下为参照）	
高中/中专/技校	1.24(1.02 - 1.51)**
大专及以上	1.89(1.55 - 2.30)***
工作类型（以正规就业为参照）	
非正规就业	1.02(0.82 - 1.27)
未就业	1.45(1.20 - 1.74)***
剖宫产	0.60(0.52 - 0.69)***
低出生体重	0.57(0.39 - 0.84)***
母亲孕期患糖尿病或高血压疾病	0.66(0.52 - 0.85)***
样本量	9,971

注：1. 表中所示的回归结果使用 logistic 模型进行估计，被解释变量为是否早开奶的虚拟变量。2.括号中是相应系数的稳健 95%置信区间的下限和上限。 3. ***、**和*表示在 1%、5%及 10%的水平上显著。

附录表 2 纯母乳喂养影响因素分析

变量	OR 值（95%CI）
居住地区（以大城市为参照）	
中小城市	0.63(0.53 - 0.75)***
农村地区	0.76(0.62 - 0.93)***
男孩	0.99(0.87 - 1.12)
头胎	0.87(0.75 - 1.01)*
月龄	0.87(0.84 - 0.90)***
母亲为汉族	0.98(0.96 - 1.01)
母亲年龄（以<25 岁年龄组为参照）	
26 岁-35 岁	0.94(0.79 - 1.12)
36 岁以上	0.76(0.58 - 0.99)**
母亲文化程度（以初中及以下为参照）	
高中/中专/技校	1.13(0.93 - 1.36)
大专及以上	1.27(1.05 - 1.55)**
工作类型（以正规就业为参照）	
非正规就业	0.94(0.77 - 1.16)
未就业	0.88(0.73 - 1.07)
没下奶时坚持让孩子吸吮乳房	1.44(1.12 - 1.85)***
早开奶	1.30(1.07 - 1.57)***
知道产后 7 天内的乳汁为初乳	1.13(0.96 - 1.33)
知道纯母乳喂养	1.55(1.36 - 1.78)***
知道婴儿吮吸使最有效的刺激乳汁的方法	1.03(0.85 - 1.24)
知道按需哺乳	1.31(1.11 - 1.55)***
知道母乳喂养的好处	1.06(1.02 - 1.10)***
儿童出生后患病	0.77(0.67 - 0.87)***
儿童父亲支持母乳喂养	1.53(1.19 - 1.95)***
参加过孕期保健	1.06(0.78 - 1.43)
接受过鼓励母乳喂养的信息	1.17(1.00 - 1.38)*
剖宫产	0.81(0.71 - 0.93)***
收到过配方奶粉喂养的建议	0.55(0.46 - 0.65)***
接受过配方奶粉免费赠品	1.14(0.95 - 1.37)
在公共场所进行母乳喂养觉得尴尬	0.75(0.64 - 0.88)***
在公共产所哺乳不便而用配方奶粉代替的经历	0.69(0.59 - 0.81)***

样本量	4,993

注：1. 表中所示的回归结果使用 logistic 模型进行估计，被解释变量为是否纯母乳喂养的虚拟变量。2.括号中是相应系数的稳健 95%置信区间的下限和上限。

3. ***、**和*表示在 1%、5%及 10%的水平上显著。

附录表 3 纯母乳喂养影响因素分析

变量	OR 值（95%CI）
居住地区（以大城市为参照）	
中小城市	0.56(0.40 - 0.78)***
农村地区	0.58(0.32 - 1.05)*
男孩	1.04(0.81 - 1.33)
头胎	0.80(0.61 - 1.05)
月龄	0.97(0.90 - 1.05)
母亲为汉族	0.97(0.92 - 1.03)
母亲年龄（以<25 岁年龄组为参照）	
26 岁-35 岁	1.03(0.65 - 1.63)
36 岁以上	0.77(0.44 - 1.36)
母亲文化程度（以初中及以下为参照）	
高中/中专/技校	0.76(0.29 - 1.99)
大专及以上	1.26(0.54 - 2.90)
没下奶时坚持让孩子吸吮乳房	2.32(1.27 - 4.24)***
早开奶	1.35(0.95 - 1.91)*
知道产后 7 天内的乳汁为初乳	0.96(0.68 - 1.36)
知道纯母乳喂养	1.74(1.34 - 2.28)***
知道婴儿吮吸使最有效的刺激乳汁的方法	1.14(0.70 - 1.87)
知道按需哺乳	0.98(0.69 - 1.39)
知道母乳喂养的好处	1.13(1.06 - 1.20)***
儿童出生后患病	0.68(0.53 - 0.87)***
儿童父亲支持母乳喂养	1.70(1.15 - 2.52)***
参加过孕期保健	0.98(0.56 - 1.72)
接受过鼓励母乳喂养的信息	0.79(0.52 - 1.18)
剖宫产	0.72(0.55 - 0.93)**
收到过配方奶粉喂养的建议	0.63(0.47 - 0.84)***
接受过配方奶粉免费赠品	1.02(0.72 - 1.43)
在公共场所进行母乳喂养觉得尴尬	1.12(0.80 - 1.55)
在公共产所哺乳不便而用配方奶粉代替的经历	0.59(0.45 - 0.78)***
工作单位有存放母乳的冰箱	1.32(1.01 - 1.73)**
母亲目前已经恢复工作	0.60(0.41 - 0.87)***

样本量	1,347

注：1. 表中所示的回归结果使用 logistic 模型进行估计，被解释变量为是否纯母乳喂养的虚拟变量。2.括号中是相应系数的稳健 95%置信区间的下限和上限。

3. ***、**和*表示在 1%、5%及 10%的水平上显著。