

2. 台灣政府中醫網站「中醫藥委員會」：可瞭解目前台灣相關中醫政策、法令和措施，以及政府中醫推動方向，網址：<http://www.ccmp.gov.tw>
3. 台灣整合醫學會網站：有關中醫如何與西醫合作與整合的相關資訊網，網址：<http://www.juyuan.idv.tw>
4. WHO 傳統醫療網站：可瞭解世界衛生組織對傳統醫療方式的政策，以及推動和鼓勵措施，網址：<http://www.who.int/medicines/areas/traditional/en/index.html>
5. 各大學中醫系網站，例如中國醫藥大學，網址：<http://www.cmc.edu.tw>

## 助產士的興衰：專業社會學的觀點

吳嘉苓  
台大社會系副教授

### 一、助產士的式微：現代化的必然產物？

爲什麼台灣現今的生產 99.9% 由醫師接生，助產士碩果僅存？

可能很多人會反問：「這有什麼好奇怪的？」醫生接生率的提高、助產士的沒落，不就是社會發展的結果，甚至是社會進步的指標？

的確，主流社會常會以這種「現代化」的觀點，將助產士的沒落，當做是社會進步的必然趨勢。這種觀點認爲，隨著接生知識與產科技術日趨精進複雜，受過高等醫學教育的醫生，勢必要比助產士更能勝任接生工作。若再加上經濟發達、人民知識水準提高，民眾更認可醫師接生，助產士的衰落似乎是科學知識累進、社會發展所不可避免的趨勢。「現代化」的重要元素——科學、技術的精進，認知理性的增長，以及分工的日益細密——似乎都使得助產士的式微變得理所當然。2002 年立法院院內一場有關「助產人員法」的修法活動中，當時具有醫師背景的立委林進興就是按照這種邏輯發言：「助產士制度在政策上應該是要被取消的，因爲助產士是過去留下來的產物……。」

然而，只要我們把目光轉到其他「先進國家」，就很容易對上述的觀點起疑。例如芬蘭有八成的嬰兒，由醫院的助產士接生。英國與紐西蘭的助產士接生率爲三分之二；荷蘭的助產士不但是主要的接生人，還協助四成的產婦進行居家分娩。這些重用助產士的國家，剖腹產率多在 20% 以內，母嬰健康品質也十分優良。透過這樣的國際比較，台灣助產士的邊緣地位，似乎無法解釋爲社會發展不得不然的結果。

## 二、專業社會學的權力論

專業社會學 (sociology of profession) 從權力的角度，提出不同的解釋觀點。「權力論」強調，特定職業之所以達到社會認可的專業地位，是經由一些手段、策略，並非技術上「水到渠成」，或是環境上「時勢所趨」。我們可以從以下五個專業化的主要機制，重新思考助產士在台灣的興衰：「重新定義問題」、「對技術與工具的規範」、「設定教育制度、界定訓練過程」、「建立證照制度」、「醫療照護的社會經濟組織」。

(1) 重新定義問題：對「權力論」來說，所謂的專業知識，並非僅代表解決問題的能力；有時候特定的職業團體會藉由自我創造問題，自我衍生出解決問題的專業知識，以開闢達成專業地位的管道。如果將生產從「假設正常」，轉而定義為「假設異常」，就可能創造新問題。有一些研究英國和美國助產士與產科醫師消長的論文指出，在討論醫師與助產士誰最適合接生時，將「生產」定義為自然過程或病理現象，會決定生產到底需要的是助產，還是醫療干預。在這些「重新定義」的過程中，誰能參與討論，常可能複製原有社會的強弱權力關係。

(2) 對技術與工具的規範：從「權力論」的觀點，並非專業技術成熟本身，就足以建立專業的基礎。對技術的壟斷、控制，往往是職業間權力消長的利器。例如，十七世紀發明產鉗的英國醫師 Peter Chamberlen，將產鉗私藏了三代，以確保自己跟子嗣在接生難產時的優勢。瑞典自十九世紀初期即明文規定，助產士在緊急狀況得使用產鉗；這項歷史沿革使得現今瑞典助產士在緊急狀況，仍能使用包括真空吸引器及產鉗等干預性工具，以增進瑞典助產士的工作自主權。從英國部分醫師一度私藏工具或瑞典醫師的資源共享，可看

出工具技術扮演的角色雖然關鍵，但是給予或剝奪助產士力量，還得看工具的使用權是如何分配。同時，到底什麼是「好技術」，是隨著社會價值而有不同的界定。一個社會可能會看重助產士用手保護會陰的技術，這可以減少陰道生產的撕裂傷，但是另一個社會卻可能獨尊醫師剪開會陰、再予以縫合的技術。這種對於好技術的界定差異，會影響接生人的地位。

- (3) 設定教育制度、界定訓練過程：職業地位的高低，常常與正式教育的長短成正比，但是「權力論」還強調，有時候取得知識的途徑會受到控制，以便保障稀有知識的市場獨佔性，提升擁有特定知識者的地位。在有關於助產士的研究中，不只是正規教育的門檻，教育的年限與內容也決定了助產士的地位。例如，十九世紀後半期的英國助產士，正式教育內容只限自然產接生術（而醫生則是開刀術、自然產接生術都得學），等於確立助產士的責任範疇。而助產教育是求其「淺顯」、「稀薄」，在 1892 年英國下議院對助產士證照制度的一份調查報告中點出：「要教育助產士的目的，是爲了讓他們知道他們自己所知有限」。助產內容由誰來教，也攸關助產士與醫師的從屬位置；像荷蘭助產學校於 1991 年開始由助產士（而非婦產科醫師）擔任校長，由助產士自己決定訓練內容，即被視爲助產士更全面專業化的標竿之一。除了正式教育制度對助產士生態的消長外，女性主義常問一個更基本的問題：爲何只有學院殿堂的產科知識被認可，產婆或助產士由經驗習得的知識就不算數？「權力論」提醒大家反省：用抽象邏輯的理論與用肉體接觸累積的技巧，是否因爲透過正式教育系統而產生價值上的高低之別。
- (4) 建立證照制度：「權力論」提出，證照制度與其說是保障服務的品質，不如說是用來確保市場壟斷。在十九世紀末，英國的產科醫師就成

功地利用教育的門檻以及證照制度，使傳統接生婆成爲「黑牌」，產科醫生成爲唯一合法的接生者，即使資料顯示，初出醫學院大門的產科醫生，由於技術生疏所造成的產婦死亡率，要高於經驗豐富（但無牌照可領）的產婆。教育制度與證照制度除了「排外」，也可能達成「設限」；這對助產士的權限，可能是個兩面刃。一方面，助產士被排除在證照制度之外，算是國家體制最「明確」否定該職業合法性的手段。另一方面，即使把助產士納入正式證照系統，也可能是另一種約束手段，使之接受管轄。例如在發證照的同時，也可能把助產士哪些能做、哪些不能做，予以把關，以確保助產士不會「踰越」接生自然產範圍，技能不會「過度發展」。

- (5) 醫療照護的社會經濟組織：特別像是保險制度的設計，常會影響消費者與職業團體之間的關係。國家健康保險制度因爲強化了國家對於醫療措施的管理（包括費用制度設計和醫療不當行爲的管理），常被認爲傷害醫師的自主性。然而，保險的給付範圍，也可能影響專業權限之間的關係。例如，荷蘭於 1941 年推出的國家健康保險設計就規定，除非生產出現或預見併發症，否則健康的產婦找醫師接生，健保概不給付。這種健保設計就有助於確定助產士在工作上的自主性。

在討論助產士與產科醫師的消長時，主要有四個行動者：國家、醫師、助產士與消費者。我們如果從這四個行動者的互動關係，看看上述的五個機制（正／異常產的劃分、工具與技術的使用、教育制度、證照制度、保險制度）如何影響台灣助產士的興衰，很容易看見，助產士的興衰不是「經濟及教育的成長」等結構性變遷的必然趨勢，而是各種作用力在特定歷史時空的角度結果。

讓我們先把鏡頭往前轉一百年。在 1907 年，台灣婦女第一次接受日本殖民政府設立的「新式產婆」正式教育，那是現代助產士在台灣誕生的開始。

### 三、日治時期：殖民國家主導了助產士的興起

日本殖民台灣，開啓了新式產婆的正式教育訓練與證照制度，四十年來培養了二千名的新式產婆。相較於英美等國在市民社會中自行發展助產士制度與產科醫師制度，彼此展開競爭，台灣是在二十世紀初，由國家直接分配助產士與醫師的權力關係位置。而當時日本政府界定自然生產由新式產婆執行，而生產大多是自然的，因此等於設定接生主要是產婆的工作。雖然當時由於殖民政府由上而下的規定，使得新式產婆在教育與證照的正式規範受控於醫師，但是由於其女性身分、人力充分，以及接生自然產技術的優良，新式產婆逐步主導台灣的接生市場。

日治時期的經驗讓我們看見，醫師與助產士的權力關係未必一定是你消我長的競爭關係，而可能是較平等的合作關係。即使產婆以接生自然產爲本業，也因爲常有處理難產的機會，發展出一套「不靠工具」而處理難產的本事，像是臀位接生的技術，成爲助產士的重要技術。

到了日治時期結束，台灣一半以上的生產由新式產婆執行，醫師接生的比例約爲 3%。國民政府來台的前二十年，仍大力支持助產士，程度上也許更勝於日本。就法令而言，國民政府在 1949 年頒佈助產士法，明令「接生」爲助產士的業務，比日治時期的「台灣產婆規則」更清楚地說明了助產士的工作範圍。教育上則從日治時期學徒式的助產教育，變成更正式而完整的職業教育。同時，政府爲了淘汰「不合格接生人員」，提出了「獎勵助產士下鄉計畫」，提供這些助產士一輛腳踏車、一個產包、兩年的房租補助。這些助產士在全台偏遠地區成立了 306 間助產所，使得所謂不合格的接生人員比例，從 1966 年的 27%，降到 1982 年的 1%。

#### 四、1970 年代起助產士的沒落：專業競爭加劇

台灣助產士一直要到 1970 年代才開始走下坡。1972 年，是台灣有史以來第一次，醫生接生的比例超過助產士。昔日新式產婆與產科醫師的平行分工，也漸漸轉為競爭關係、從屬分工。

國民政府帶來的醫師法，無法充分防範密醫，又讓中醫與軍醫也能成為醫師，使得西醫醫師突然必須面對專業自主權所受的威脅。雖然批評的對象主要是密醫、中醫與軍醫，但是也出現一些注意到醫師與助產士專業權限的聲音。例如台灣省醫師公會，就曾經於 1964 年向立法院請願，要求排除助產士開立出生證明的權限。而助產士幫人打針的醫療行為，也讓一些醫師形容助產士為「自動晉級的密醫」，並予以抨擊。

自 1960 年代中後期起，家庭計畫等台灣重要衛生政策，明訂「助產士必須在醫師的指導之下」才可以執行裝置樂普（一種子宮內避孕器）的醫療行為，逐漸形塑助產士與醫師實際執業上的上下從屬位置。1983 年衛生署又頒佈了一項其實違反助產士法的行政命令，「助產士在醫院必須要在醫師的主導之下才能擔任接生工作」，這等於把醫院助產士塑造成醫師的助手，而非獨立作業的接生人。同時，此時期在教育制度上，始終未能把助產教育擴充到大學。在保險制度上，公保開辦之初排除開業助產士在給付範圍之內，後來雖納入給付範圍，卻給予較為低廉的費用核定。這樣的制度設計，都間接地設定了助產士接生為價值較低的模式。

在性別關係上，隨著「生產很危險」的意識形態增強，生產過程中使用醫療科技干預的情況增多，一些婦女開始看重男醫師有魄力又有體力的男性特質，視為執行生產的優勢。即使男女授受不親的性邏輯未必完全消失，助產士以其女性身分來避免身體暴露尷尬的優勢，逐漸失去。

#### 五、1990 年代：助產士復興運動的出現

90 年代初期，助產士面臨多項生存的危機，卻促使助產士首度集結起來，爭取權益。1991 年助產教育全面取消，1995 年開辦全民健康保險之初，沒有將開業助產士納入。過去助產士或因為執業上過於分散、難以集結，很少在公領域進行組織性抗爭或協商，面對 90 年代愈演愈烈的制度性排擠，助產士公會終於展開諸多的抗爭行動。

除了在證照、保險、教育等制度爭取外，台灣主流生產模式對於侵入性醫療的濫用，特別是台灣名列世界前茅的剖腹產率（三成以上），也成為助產士爭取再生的最佳利器。一群抗拒過度醫療化的產婦，主動尋求助產士進行居家分娩，數目雖少，也成為消費者參與職業消長的一股力量。這結合了台灣婦女健康運動的一些支持，讓一度面臨生存危機的助產士出現了新貌。

兩所助產系所陸續成立，矮化助產給付的規定漸獲改善，助產士以婦女為中心、低醫療侵入的接生模式，也成為國民健康局重視的生產模式。助產士目前在台灣接生的比例仍低，但是助產士已經不再被視為過去式，而是未來式。

#### 六、結語

歷史考察讓我們看見，台灣助產士的興衰，不是經濟發展、生活水準提高的必然趨勢，而是各種作用力，在特定歷史時空的作用結果。是日本統治台灣，移植日本對於接生人的規範，使得台灣助產士建立穩固的職業地位；是國民政府帶來了醫師法，使得西醫醫師突然必須面對專業自主權的戕害，進而意識到醫師與助產士的競爭關係；是大規模實施家庭計畫，給予醫師機會確立與助產士的主從關係。我們看到的是特定歷史事件，與當時各項權力關係交錯產生的作用力，影響著台灣助產士的興衰。

我們也看見這幾個機制在不同時期，有其迥異效果。以工具與技術的規範為例，日治時期的規範對於助產士未必是個阻力，但是到了 70 年代，裝子宮內避孕器這個非關接生的技術限制，卻成為助產士邊緣化的一大因素。但是助產士也可以在 90 年代因為「不使用工具」，彰顯其接生自然產的特有能力，成為有利她們追求專業化的重要論述。於是，我們也看到了這些機制在特定時空下的特定意義。

重視助產士的發展，對於反省台灣目前過度醫療化的生產制度，能提供重要的思考窗口。助產士模式強調生產過程中以產婦為中心，並採用身心合一的身體觀。在這理念下，助產士的持續性陪產、強調藉由增強產婦信心而擴大自然產的可能性、低醫療侵入的技術（如按摩減痛、保護會陰、精進接生臀位等技術），在國際的學術文獻上，都視為是增進母嬰健康的重要作法。

如果我們重新再問：為什麼台灣現今的生產 99.9% 由醫師接生，助產士碩果僅存？在專業社會學權力論的視野上，這問題不再有所當然的答案，而從婦嬰健康政策的角度思量，這問題值得成為制度改革的重要起點。

本文摘自：吳嘉苓，2000，〈醫療專業、性別與國家：台灣助產士興衰的社會學分析〉。《台灣社會學研究》，4: 191-268。

## 工具箱

### 問題討論

1. 生產是一個單純的生物生理現象嗎？還是一個社會文化現象？我們可以從跨文化的比較看出什麼端倪？
2. 我們常聽到 A 職業批評 B 職業「不夠專業」。如何判定職業與專業的區別？
3. 探討助產士做為一個女性專屬行業的興衰，對於理解專業與性別的關係，可能有什麼啟發？

### 相關閱讀

1. 傅大為，2005，《亞細亞的新身體：性別、醫療與近代台灣》，特別參考第二章〈近代婦產科的興起與產婆的故事〉。台北：群學。
2. 郭素珍，2005，〈人性化生產〉。《護理雜誌》，52(3): 21-28。
3. Benoit, Cecilia, Eirpa Wrede, Ivy Bourgeault, Jane Sandall, Raymond De Vries and Edwin R. van Teijlingen, 2005, "Understanding the Social Organization of Maternity Care Systems: Midwifery as a Touchstone." *Sociology of Health and Illness*, 27(6): 722-737.

### 推薦網站 / 影片

1. 「歡迎誕生」紀錄片，請洽導演楊素霞 (tanha93@yahoo.com.tw)。
2. 台灣生產改革聯盟網站：[http://blog.yam.com/birth\\_reform/](http://blog.yam.com/birth_reform/)
3. 有關世界各地的助產士動態與生產議題，請參見“Midwifery Today”的網站：<http://www.midwiferytoday.com/>

## 醫師專業的興起與發展及其性別政治

成令方

高雄醫學大學性別研究所副教授

急診室中焦急的阿公、阿嬤愁容滿面，眼看著一群穿白衣白袍的醫護人員在為被機車撞傷的孫子檢查，他們口中碎碎唸著：「等了那麼久，怎麼醫師還沒來？」在那群白衣人中，有個小個子的年輕女人轉頭過來說：「我就是醫師啊！我已經來很久了。」

台灣護理界元老鍾信心回憶道：小時候（約 1930 年代）面對「我的志願」這類的作文題目，很多女學生總不約而同的寫著「我長大後要效法南丁格爾，燃燒自己照亮別人，……有好一陣子，台灣學生小時候的志願，很多女孩子長大以後選擇當「護士」、「老師」，不少男孩子長大後立志當「醫生」、「警察」。(蔡幸娥，2001: 141)

我們在日常生活中談及醫師，都會聯想到男性，提及護士則是聯想到女性。這種深植在大家腦海中的性別與職業的刻板印象，似乎早在 1930 年代就已經建立了。這其實並不是因為女人不適合行醫、男人不適合做照護工作，而是過去一百多年來，台灣在現代化過程中引進西方生物醫學，以及建立西醫醫療專業體系的歷史進程中，與男尊女卑的社會關係彼此結合而成的結果。西醫從一開始乏人問津，經過政策的引導與刺激，逐漸成為台灣人熟悉的「好出路」。自從 1954 年起舉辦大專聯考以來，學醫就是菁英學子夢寐以求的未來生涯。要探討形成這種現況的歷史過程，我們得先從日本殖民政府時期，國家強力介入進行性別、種族歧視再複製的「現代化」談起。

### 一、日本殖民政府的西醫政策

1895 年，在日本本國漢醫被西醫擊敗後，日本殖民者在台灣推行現代化的政策時，開始有計畫地消滅在台灣行之有年的漢醫。因為日本政府視漢醫為現代化的絆腳石，不相信漢醫可以有效地改善台灣地區的公共衛生、降低熱帶病的流行，當然更無助於殖民者對土地和人力資源的利用。於是在 1901 年實施「台灣醫師免許規則」之後，就不再發放任何漢醫執照，其目的是要漢醫自然消失滅亡。

現代化的第一步就是在 1897 年，開辦「土人醫師養成所」（後更名為「台灣總督府醫學校」，1936 年轉型成為台北帝國大學的醫學部）。當時根本沒有台灣人願意去醫師養成所學習，日本政府於是採取食宿學費全免，還外加零用錢的獎勵辦法，以吸引學生。由於封殺了漢醫的前途，很多漢醫和鄉紳的子弟逐漸轉向申請醫學校。1910 年開始，申請的人數激增，競爭激烈，只錄取十分之一的考生。到了 1918 年，醫學校正式廢除免費優惠的待遇。在台籍人士僅能發展的職業中，例如教師、翻譯、公家機關的警察文書工作外，當年一個鄉下醫師的月薪，可以比教師多出五倍，若在都市行醫收入會更多，因此學習西醫成為最能吸引台籍子弟的出路。

日本殖民政府推展的現代化，其實是建立在種族區隔和性別差別待遇的意識形態上。台籍男性在教育和工作機會方面遠遜於日籍男性，台籍女性的教育和工作機會更等而下之。歷史學者游鑑明指出，初等教育有日人、台人和蕃人之區隔，中等以上教育在這樣的區隔之下，造成「不僅教育機會有限，且修業年限和程度均低於日人，例如師範教育以培養日籍師資為主，台籍師資為輔，而職業教育亦僅培養台人低級技術人才。」<sup>1</sup>就醫學校或台北帝大醫

1 參見游鑑明，1988，〈日據時期台灣的女子教育〉，《國立師範大學歷史研究所專刊》，20期，42頁。殖民教育歧視台籍女性的另一例證是，台灣日人女子高級中學的內

學院畢業的台籍男性工作機會而言，作者所訪談的幾位日治時代的男性老醫師都指出，當年由於種族歧視，台人必須成績十分優秀才得以進入公立醫院工作，在公立醫院日籍醫師的待遇又遠超過台籍醫師。

現今 80 多歲的柯醫師在回憶日治時期的教育情況時會說：「當時並沒有法令規定女生不能當醫師。只是我們在中學讀的書，程度比男生的低，不能跟他們競爭。」當時台灣只設有「台北總督府醫學校」而沒有其他大學，因為女生的中學教育內容以家政為主，學術水平的訓練無法與男生相比。台籍女學生要從事醫療工作，可進入職業學校，包括「看護婦養成所」（1907 年起）與日後的助產士學校。

那麼為什麼不設立「台北女子醫專」專供台灣女子學習呢？在種族和性別的雙重歧視下，對殖民政府而言，台灣的女子沒有栽培的價值，在婦女就醫方面，也從不考慮台灣女性的需求以培養女醫師<sup>2</sup>。另外，殖民政策不重視台灣女子醫學教育，還可以從日本設立助產士學校和看護婦學校的「層級」來說，日本本土的助產士學校和看護婦學校的「層級」都比台灣的高，在台

容比照日本內地的要求，即不過度強調婦人美德訓練的課程，而平均重視數理和語言的教育。相形之下，台籍女子學校的設備與學制都不及日籍女子學校的周全完備（參考游鑑明，1988：53-75）。至於日治時代女醫師的豐富資料，請參見游鑑明，1995，〈日據時期台灣的職業婦女〉，國立師範大學歷史研究所博士論文。

2 韓國也是日本殖民地，但卻有女子醫學校，這是因為在殖民時代有美國女傳教士 Dr. Rosetta Sherwood Hall 奠下基礎，加上推動現代化的韓人菁英份子認為韓國是禮儀之邦，男女須劃分開來。需要女子醫學校的原因包括：（1）許多女性不願給男醫師看病；（2）有一些人認為要現代化，所以女性的角色要改變；（3）對於處理小孩子的疾病，女醫師比男醫師適合；（4）女人的病女人最瞭解。韓國因此設立了一間女子醫學校，後來曾面臨財務困難的危機，直到中日戰爭前，富豪金鐘翹臨終捐助經費，才得以挽救。參見奇德，1993，〈私立女子醫學教育〉，（朝鮮）《醫史學》第2卷第1號，頁 85-98。在印度，也因為男女區隔造成女性不願意給男醫師看病，於是英國殖民政府在一些英國女醫師的催促下，發展醫學校，因此培養了很多女醫師。

灣設立的都是初等看護婦學校，這裡就有明顯的殖民差異對待。此外，由於沒有女子醫專的設立，台灣女性若要繼續求學深造，必須遠赴日本。

日治時期台灣的性別區隔學制，造成在台灣人的心目中，醫師順理成章地和男性的專業之間劃上等號。這種「男性醫師」形象，是日本殖民時代特殊的歷史條件所造成的結果。

## 二、國民政府時代西醫專業的性別政治

### （一）醫學教育

醫學教育是奠定醫學專業的基石。1950 年代除了日治時期留下的台灣大學醫學院外，還有中國大陸遷移來台的國防醫學院，這二所都是國家資助的醫學教育機構。有趣的一點是，當年熱心的醫師與醫學教授們遠比政府更重視醫學教育。1954 年曾任高雄市長的陳啓川先生捐資校地，與台灣第一位醫學博士杜聰明教授共同創建全國第一所私人集資的高雄醫學院。1958 年另外一批熱愛傳統中國醫學的人士，覃勤、陳固、陳恭炎等先生，發起成立中國醫學院，教授中醫與西醫的知識。1960 年台北醫學院由創辦人胡水旺先生、婦產科名醫徐千田先生，會同熱心醫學教育人士發起捐資而成立。從民間人士的積極辦學，以及辦學所展現的雄厚財力，我們可以看到西醫專業在台灣社會的優勢地位。

到底是哪些人能擠進「白色巨塔」？自從 1960 年代起，開始有一些關於醫學系學生背景的研究資料，讓我們一窺這些幸運菁英份子的社會背景。根據粗估，1965 年的醫學院學生（不包括國防醫學院），有 61% 來自醫師家庭，只有 17% 來自農村。1982 年具有醫師家庭背景的醫學系學生降到 46.7%。1985 年有 47% 的醫學系學生來自中產階級專業家庭。女生的家庭背景普遍

比男生優越，來自勞工階級的女生只有 4%，男生卻有 22%<sup>3</sup>。如今，醫師家庭的小孩有很多其他出路，所以醫學院的學生來自醫師家庭的人數降低很多。女生人數在 1970 年代約佔總醫學生人數的 5-6%，1980 年代約略提升到 10%，1990 年代提升到 15% 左右，2000 年以後，女生人數約佔 20%。這樣的轉變說明了，台灣社會菁英的出路逐漸多元化，西醫專業不再是菁英家庭唯一的出路（即使至今的醫學教育仍然深深銘刻著中產階級的烙印）。而女性進入醫學系，雖然逐年有穩定進展，但對照於化學、生命科學等學科的男女生比例不相上下，卻是明顯的落後。

如果我們認為大專聯考（現在改為學測）沒有性別的排擠與歧視，那麼為什麼女生較少人擠進醫學院，而比較多擠進化學、生命科學等學科？目前還沒有全面且足夠的研究可以提供解釋，在此我們僅提供幾個思考的面向。

- (1) 醫學是台灣最早建立的由男性壟斷的優勢專業，這種性別鮮明的特色影響社會視聽，使得父母不會積極鼓勵女兒進入。
- (2) 醫學院學費明顯高過一般人文社會與自然學科，加上要讀七年，父母的投資大。家境不夠富裕的人家，往往會以僅有的資本栽培兒子而不是女兒，這是父系社會的必然邏輯。
- (3) 有很多父母願意資助兒子一直補習到考上醫學系為止，而女生若沒有考上，很少有人會做這種投資（因為擔心浪費青春、又認為女生做什麼工作都可以），所以最後較多男生進入醫學系。與我們鄰近

3 醫學系女生多來自優越家庭，主要是台灣父系家庭中的經濟資源分配，仍是重男輕女，只有當家庭經濟行有餘力，父母才會投資在女兒的教育上。參考 Susan Greenhalgh, 1985, "Sexual Stratification: The Other Side of 'Growth with Equity' in East Asia." *Population and Development Review*, 11(2): 265-314。醫學生背景資料，請參見陳拱北，1965，〈台灣醫科學生之社會學的研究〉，台大醫學院研究報告，1: 70-85，以及季瑋珠、楊志良，1985，〈醫學生社會化影響因素之探討〉，《中華衛誌》，5: 3-23。

的韓國，醫學系的女生幾乎超過了一半，日本醫學系的女生也占了 35%，這背後的歷史與社會的因素值得進一步探討。

## (二) 選科與醫師生涯的性別意涵

當醫學生畢業面臨日後生涯發展的選科，一般人都以為選科與個人的能力和興趣有關。事實上，並非全然如此。個人的興趣固然是規畫醫學生涯的重要理由，但市場的需求、各科別的性別形象、醫療科技的使用，都是重要的影響因素。

醫學分科主要是以內科、外科、婦產科與小兒科四大科為主，其他科目被視為「小科」，例如眼科、皮膚科、復健科等。四大科可以處理大多數的疾病，從就業市場而言，是最有發展的科別。直到 1980 年代中期以前，幾個重要的教學中心因為競爭激烈，每年錄取的四大科住院醫師總是有隱微不顯、但的確存在的性別歧視。例如，有些明文規定女生必須等待同班男生服完兵役後才能申請四大科，師長們所持的理由是，當兵是為國服務，不能讓同班男同學當女同學的學弟，以免傷害到他們的自尊心。在住院醫師的升等過程，師長也會有提拔男生的傾向，背後的理由是應該把優勢的生涯發展機會讓給男生，反正女生有丈夫養，不會以生涯發展為重。這樣的預設是傳統的「男主外，女主內」的觀念在作祟。在上述的規定與觀念的影響下，很多女醫師會被逼向選擇小科，若堅持要選四大科，就會到醫學中心以外的大醫院去找住院醫師的訓練機會。

科別的性別形象也會影響醫學生的選擇。例如，台大醫院的放射科早期是男生不願意選擇的科別，一般認為解讀影像的後台工作，不像是當醫師，不合乎陽剛帥氣有權力的形象，反而是女生與僑生喜愛申請的科別。女生選擇放射科，主要是看中工作的性質，例如，晚上加班不多、體力要求不多、



可以照顧家庭。僑生會申請，主要是其他科別會排擠僑生，認為僑生不可靠、好玩花俏，但屬於冷門邊緣位置的放射科在乏人問津之下，就容易接納僑生。

有趣的轉變是，1980年代末期開始，影像醫學科技飛躍晉級，很多檢查都仰賴精密的儀器，於是大醫院紛紛引進超音波、電腦斷層掃描、核磁共振（MRI）等儀器，需要專科醫師操作與閱讀影像結果。科技促進放射科別的專業性，專業地位的提升象徵權力與地位，使放射科又具有陽剛氣質的形象，於是開始吸引較多男生的申請。

原本外科是以陽剛特質著稱，早期只有成績優秀的畢業男生才可以申請，女生的名額限制在最多一名。若有女生進入外科，也往往走比較邊緣、不受重視的整形外科，師長們說：女生手巧心細適合整形外科。到了1990年代後期，整形外科逐漸成為男生熱愛的次專科，為什麼？因為開業利潤大，可以展現男性的「雄風」。這樣一來，造成一些原本熱門的其他外科次專科收不住住院醫師，給予女醫師進入的機會。台大醫院外科有一年就收了七名女性住院醫師，被稱為「七仙女」，可見外科的性別意涵與形象在過去十年間開始有一些轉變。

### （三）職場發展的機會與挫折

早期醫師生涯發展的主要樣態是以社區診所為主，街坊的小診所醫師往往是社區領袖，受人敬重。女醫師往往可以同時行醫兼顧家，在樓下診所看診，在樓上照顧小孩。然而從1970年代中期起，大型醫院一間一間地擴張，加上醫療知識爆炸，大醫院有較多的學習新知和新科技的機會，吸引越來越多的醫師成為醫院的受雇者。

根據台灣醫師公會2004年的統計，醫師總人數有三萬三千多人，平均每位醫師服務686人，比1987年平均每位醫師服務1207人，增加一倍的醫師；其中女醫師占12.49%。女醫師多集中在都會區，例如，台北市的女執業醫師

占台北總執業醫師人數17.55%，台中市與台南市的女醫師分別約佔13.54%和13.1%，高雄市占11.5%。

雖然女醫師的比例逐年增加，然而醫院的高階管理階層仍然是男性占絕大多數。醫學院校的女教授人數也不足。2005年「性別平等教育法」通過，要求各大專院校的校教評會需要有三分之一的女性委員，當時有一些醫學大學強烈抗議，認為不太可能執行。事後證明是不為也，非不能也。

除了上述的阻礙，女醫師的生涯發展中最常見的困境還有以下幾點。

首先，醫學新知與科技日新月異，男女醫師都得利用下班或週末時間學習充電。女醫師往往被社會期待要負擔陪伴年幼子女成長，因此，進修的時間減少。有一位女醫師說：「我先生（內科醫師）每天飯後就鑽進書房讀書，我要照顧小孩，多年來就只好原地踏步，我比他慢了至少十年。」醫學會經常在週末舉辦研討會，女醫師往往在會議結束後，立刻匆匆趕回家，有時因為要滿足家人的需求，甚至不得不放棄週末學習的機會。這時候，很多女醫師會嘆息：「若我有一個妻子該多好！」

其次，女醫師的社會網絡沒有男醫師的寬廣多元，造成她們的訊息零星片段與資源單薄。男醫師與女醫師都有學生時代的人際網絡，但除此之外，男醫師還有當兵時結交的朋友，加上沒有家務和育兒的負擔，下班後可以與同事應酬，甚至週末共同打球運動，相互結為球伴。這樣的「同性社交」（homo-social）發生在男醫師友伴團體中，其交換的工作場域訊息，往往與資源的爭取和權力的擴張有關。很多新進男醫師可以藉機向資深長輩尋求指點建議，對日後生涯的發展很有幫助。女醫師之間的「同性社交」往往傾向於個人的感情抒發，加上資深女醫師人數少，年輕女醫師很難獲得女性長輩提拔的機會。

最後，台灣醫界的新知多來自英美國家，雖然現在圖書館資料庫與國際網路非常方便，人人容易獲得最新資訊。但出國學習親自參訪，與外國頂尖

同儕進行面對面的意見交換，還是被視為重要的學習方式。男醫師出國進修，若時間需要一年，往往攜家帶眷，因為妻子較可能認為丈夫的進修遠比自己的工作重要，願意辭職或請長假相隨，有家人陪伴的異國生活，讓男醫師可以無後顧之憂，專心進修。至於女醫師往往很難攜家帶眷，因為丈夫較不可能為妻子的進修放棄工作，女醫師往往是獨自出國，一面進修一面掛念留在台灣的家人。

### 三、結語

醫師的優勢社會地位，使一般人很難想像其中所存在的性別不平等。上述女醫師的職場困境，其實，不僅僅存在於醫師專業，在其他令人稱羨的專業中處處可見。職場中的性別不平等，主要是藉由個人的性別偏見與不公正的制度才得以長年維持下去，其負面效果除了耗損優秀人才外，容易造成組織團隊的僵化，減少創造力的發揮。

性別不平等不會自動消失，必須藉由教育培訓內容的更新，制度安排的改造，才可能耳目一新。感謝一群具有女性主義意識的立委大力推動，衛生署於 2007 年 8 月 17 日完成修正「醫師執業登記及繼續教育辦法」，其中將性別議題課程列為醫學倫理的必修項目，並宣佈 2008 年 4 月以前，醫師必須接受性別辨識教育，否則不能換發醫師執照，不得行醫執業。對於具有性別敏感度的專業醫師再教育的政策，我們引領企盼，期待十年後將有不同的風景。

本文摘自：1. 成令方，2002，〈性別、醫師專業和個人選擇：台灣與中國女醫師的教育與職業選擇，1930-1950〉，《女學學誌》，14: 1-44。

2. Cheng, Ling-fang, 1998, *En/Gendering Doctors: Gender Relations in the Medical Profession in Taiwan, 1945-1995*. Ph. D. thesis. University of Essex, Department of Sociology.

## 工具箱

### 問題討論

1. 請非醫學生回答：請想想你的專業中，女性會不會受到類似的對待？哪些是在非醫學的職業也會見到的？請舉例說明。
2. 請醫學生回答：請想想有什麼實際的策略可以提供給女醫師，協助她們面對職場困境。
3. 若你將來從事的職業以單一性別為主，你可以從這篇文章中，聯想到什麼可能的性別權力關係。

### 相關閱讀

1. 成令方，2002，〈性別、醫師專業和個人選擇：台灣與中國女醫師的教育與職業選擇 1930-1950〉，《女學學誌》，14: 1-44。
2. Cheng, Ling-fang, 1998, *En/Gendering Doctors: Gender Relations in the Medical Profession in Taiwan, 1945-1995*. Ph. D. thesis. University of Essex, Department of Sociology.
3. 傅大為，2005，〈殖民近代化中的女醫、規訓、與異質帝國〉，《亞細亞的新身體》。台北：群學。
4. Rista, Elianne, and Katerina Wegar, 1993, "Women Physician: A New Forces in Medicine." In Elianne Rista and Katerina Wegar (eds.) *Gender, Work and Medicine*. London: Sage.

### 推薦網站 / 影片

1. 公視影片「世紀女性·台灣第一」，記述台灣第一位女醫師蔡阿信（1899-1990）的故事，片長一小時。
2. 東方白，2005，〈浪淘沙〉，台北：前衛。2006 年，民視大河連續劇將原著改編成同名影集「浪淘沙」，由鄧安寧與陳義雄執導，是非常好看的連續劇，共 20 集。

## 醫師的生涯路徑與職場結構

陳端容

台大醫療機構管理研究所副教授

林醫師是某醫學中心內科的主治醫師，去年年底內科主任改選時，林醫師很希望能當上內科的主任，一方面是對自己能力的肯定和自我的期許，另一方面內科主任在很多事情上都握有很大的決定權，這些誘因，都讓林醫師很有興趣爭取主任這個位置。因此，在過去待在醫院的五年當中，林醫師對主任交代的事情無不全力以赴，期望能獲得矚目；而在自我能力的提升方面，林醫師攻讀了醫務管理的碩士學位，並致力於醫學論文期刊的發表。終於到了改選當天，結果出乎意料之外，主任的人選並不是林醫師，而是主任的大學學弟陳醫師。這樣的結果讓林醫師很不能接受，因為林醫師覺得自己不管是能力和條件都不輸陳醫師，沒有理由比不上他，因此他臆測應該是因為主任還是中意自己同校的學弟，這個原因使得林醫師在往後的行醫過程中感到力不從心，覺得自己不管怎麼努力，似乎都沒辦法獲得別人的肯定，就因為自己不是名校醫學系畢業的。最後林醫師自行離職，轉到了某區域醫院執業。

依台灣目前整體醫師人力分佈結構來看，大約有七成的醫師人力集中在約二成的大型醫療機構（平均病床數為 500-1000 床的醫學中心與區域級的醫院）。而診所部分，儘管開業比例自 1990 年後逐年降低，目前大致維持在整體執業醫師的三分之一左右；此現象反映出整體醫師人力確實相當集中在大型醫療機構。那麼，我們想瞭解這七成在大型醫療機構工作的醫師，其生涯路徑是在什麼樣的職場結構中發展的？仔細分析後，我們可以看到一些台灣醫師就業的特殊型態，以及人際、醫療機構之間的網絡關係。

## 一、醫院評鑑製造差序格局

近幾年來，醫院評鑑如火如荼的展開，醫療院所依評鑑的結果被劃分成「醫學中心」、「區域醫院」與「地區醫院」三個層級。儘管醫院評鑑制度宣稱是以公權力的制度力量，建立層級化的醫療產業體制，其影響所及則是多方面的：不僅醫院可藉此提高名聲，也促使醫院極力爭取評鑑層級的升等，以求可以按規定取得不同等級的醫療給付。這種階層化的市場結構對醫师生涯發展造成了不小的影響，因為醫师生涯的主要競爭場域從此將著重於大型醫院職位之取得與升遷。

台灣的醫療產業隨著醫院大型化與醫院評鑑制度的推行，醫院在規模、專業聲望與健保醫療費用的分配上呈現明確的差序格局，使得醫院產業已逐漸形成一種相當階層化的結構。筆者根據衛生署歷年的衛生統計，製作了二個圖表，從中可以明確看到各層級醫院歷年來在健保門診、住診申報醫療費用，以及醫師數所佔比例的層級化結構。

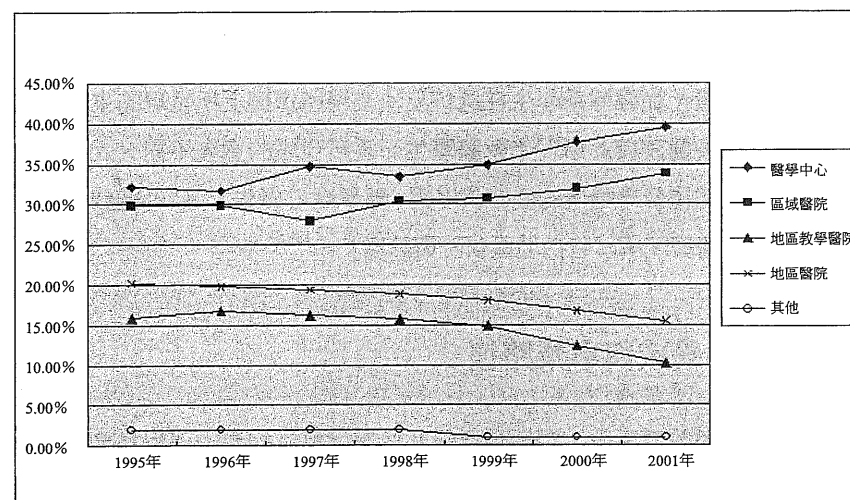


圖 1 健保門診醫療費用

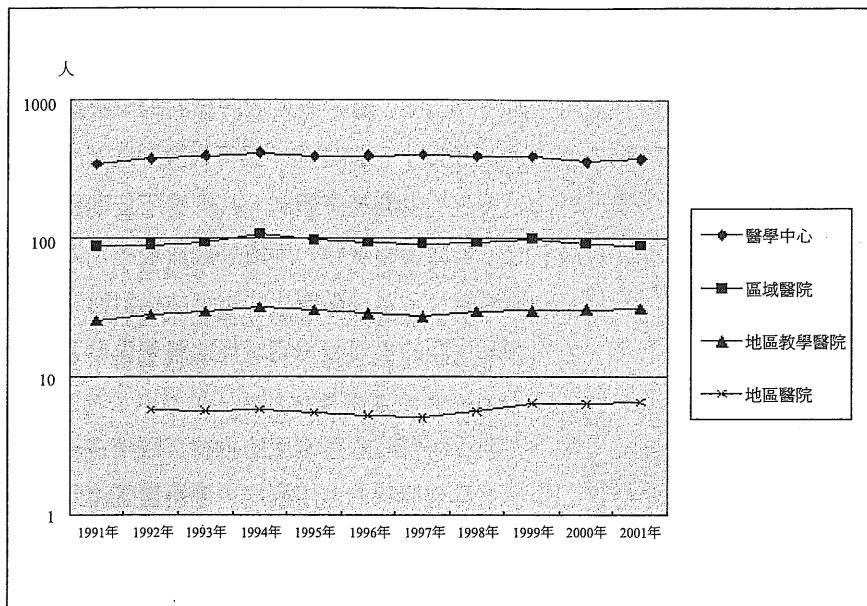


圖 2 醫師數平均值

此外，此一趨勢亦造成各校醫學生以大型醫學中心及區域醫院做為專業養成的優先考量，從醫學系學生在選科及執業場所選擇上所呈現的主觀價值取向，即可發現醫院與診所開業對醫學生而言所代表的意義不同，大多數的醫學生畢業後選擇執業場所的偏好依序為：醫學中心優先、其次為區域醫院，最後才是基層醫療院所（包括地區醫院與診所）。

## 二、醫師的養成與事業路徑

在台灣的醫院體系中，醫師升遷制度與醫師專業的養成過程息息相關。一般而言，醫師在大型醫院是以七個逐步晉升的階梯來區分專業地位高低與專業訓練的養成（參考圖 3）。

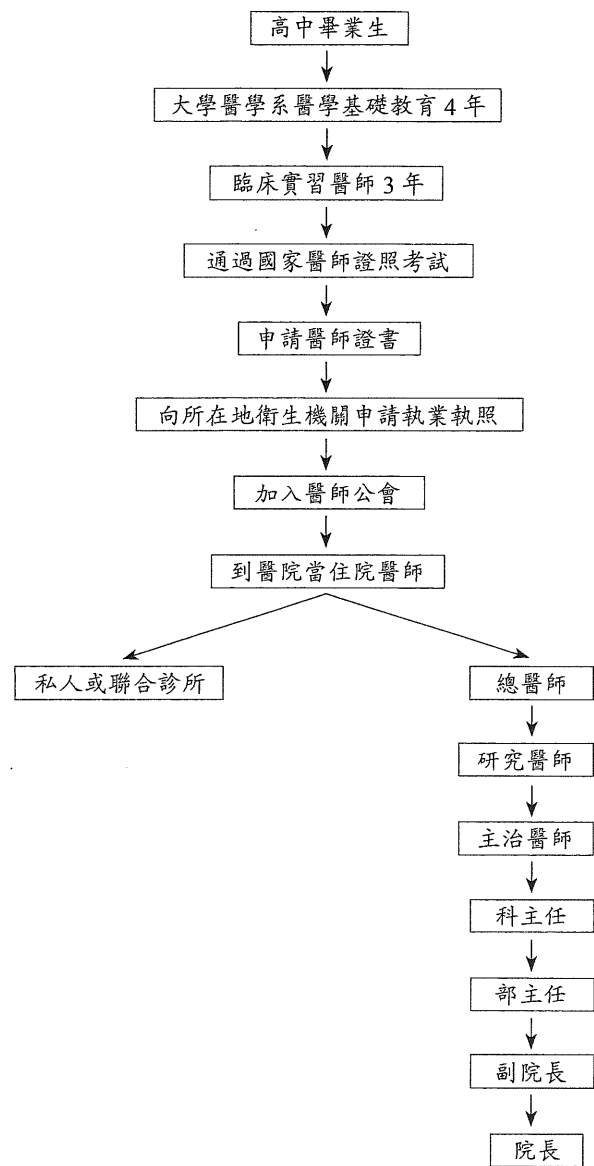


圖 3 醫師職業的養成與事業路徑

簡單來說，醫學生大學畢業後，取得醫師證照，開始申請住院醫師的訓練。以大型醫學中心為例，第一個層級為住院醫師，是醫師養成的主要階段，並完成專科醫師訓練。醫師在接受住院醫師訓練期間，必須接受醫院內較高層級的主治醫師、總住院醫師的教導、評分與提拔，工作內容則以配合主治醫師工做為主，並學習操作醫院的精密儀器與熟悉醫院病人特性。當醫師完成住院醫師訓練後，首先考慮在原醫院升任總住院醫師，如不能升任即會選擇離開，再到其他醫院擔任總醫師或主治醫師，或是自行開設診所。

第二層級為總住院醫師 (Chief Resident, C.R.)，即當醫師完成住院醫師訓練後，被醫院拔擢擔任總住院醫師，主要負責病房事務與病床調度的行政工作。

第三個層級為主治醫師 (Visiting Staff, V.S.)，當醫師完成了一至二年的總住院醫師訓練後，如果原醫院有主治醫師職缺，即可升任為主治醫師，如果沒有職缺，醫師可以擔任所謂的「研究醫師」(fellow)，等待主治醫師職缺，如果不願等待，即會選擇離開，到其他醫院升任主治醫師，或是自行開設診所。

第四層級為科主任，大部分醫師在擔任主治醫師一段時間後 (約 5-10 年)，大都希望能晉升為科、部主任。然而晉升主任的機會隨醫院層級與科別不同而有不同程度的競爭；在大型醫學中心，因為專科化的程度較強 (主專科下又有次專科)，因此在大型的醫學中心當專科主任是指次專科主任 (如心臟內科主任)，另外會在各次專科主任上另設部主任 (如內科部主任)，以統籌相關次專科，形成第五個層級，再上去就是第六個層級——醫療副院長，以及最後一個層級——院長。

### 三、逐步晉升或尋求其他發展

每個醫師或多或少都會經歷這些不同專業地位層級的轉變。多數醫師希望在大機構中取得主治醫師的專任職位已屬不易，而在大型醫學中心相對於區域醫院升遷至醫療專業的主管職務則顯得更為困難。醫學中心的正副院長多半必須由主治醫師、科主任、部主任一路由內部晉升上來，同時，在不同醫院是由哪些較為「強勢」的科、部主任晉升為正副院長也會有所不同。

醫師升遷的模式類似組織內部勞動力市場模式<sup>1</sup> (internal labour market) 與「競賽模型」<sup>2</sup> (tournament model) 的混合。因為醫師在醫學中心有三到五年的住院醫師與五到十年的主治醫師的觀察與養成期，醫院從而對醫師個人的能力與品格有所瞭解。然而，在每個階段或重要的競爭中，失敗者很難進一步再有晉升的機會，此時，多半會選擇離開，到其他醫院去。因此，醫師必須耐心遵循醫院組織中所規劃的一系列連續的階梯，緩慢地往上爬，以取得在醫院內被觀察、被選擇的機會，從而接受良好與必要的醫學訓練，獲得進一步的升遷。因此醫師通常會選擇在聲譽較高的大型醫院中等待經歷每一個階段，停留時間通常又較醫師本身所預期的長，不會輕易轉換醫院。

一般而言，醫院內決策權力多集中在少數職權高的核心人士，他們

1 內部勞動力市場是在 1970 年代由 Doeringer P. B. 和 Piore M. 提出的觀念，主要的論點是雇主對員工有長期雇用或保障工作安全的道德性承諾，而員工對雇主也須效忠不隨便跳槽。內部勞動市場中的成員除了最低階部分是由外部吸收之外，其他都與外界保持隔離的狀態，員工的升遷都是由內部擢升，形成一封閉體系 (Hom, 2003: 129)。

2 競賽理論 (the tournament model / theory) 最早是由 Lazear 和 Rosen 於 1981 年所發展出來的，運用於員工的給薪制度，將勞動者所面對的競爭壓力轉化為影響薪酬差距的重要因素，以及藉此企圖獲勝的強烈誘因，試圖以員工之間的競爭做為決定薪酬水準的機制。該理論主張以員工在公司層級 (rank) 的高低順序代替邊際生產力為支薪依據，醫院當中的管理階層多屬決策性質，縱使在醫院當中占有絕對的重要性，卻沒有如銷售員有明確的業績可以衡量，因此要客觀地定出其產出水準極為困難。

大多數是男性，他們向下挑選地位低者，採取師生式的「恩主隨從」關係 (sponsorship)，他們可以決定後進者在專業上的成敗與地位。

當一位醫師在大型醫療組織取得醫療主管職務 (如科部主任、正副院長)，所代表的不僅是個人職業生涯上的成就，亦代表醫師可以離開例行性的臨床事務 (rank and file)，參與醫院管理的決策，例如複雜的醫療藥品與器材購買等事務的決策權，其所涉及的利益與醫療資源，使得高階主管職位成為相當搶手的資源與價值。

當醫師必須離開原任職醫院，重新進入就業市場時，以同學、校友、師生或同事關係為基礎所建構的社會網絡，即扮演相當主要的人與事的謀合機制。一般而言，醫師較少利用正式化的求才管道 (例如廣告)，來尋找工作機會。所以平日人際關係的培養，成為醫师生涯發展很重要的課題。

筆者的研究指出，台灣醫師勞動職場大致上具有下列三項主要特質：(1) 醫師為取得專業的進階位置，而有執業場所上的異動 (譬如當任職的醫院沒有足夠的主治醫師職缺時，受完總住院醫師訓練的醫師若無法順利晉升，則轉往其他醫院，或者資深主治醫師也可能轉往其他醫院擔任院長或副院長職位<sup>3</sup>)；(2) 醫師在醫療組織間的流動代表了專業地位的進階，而醫療組織的地位差序也象徵了醫師專業地位高低；(3) 醫學中心層級的醫院會透過內部層層篩選機制，留任優秀且合乎組織文化的醫師。

綜上所述，影響醫師職場流動最重要的因素之一，是任職機構間所擁有的非正式聲譽與專業地位差序。筆者針對在戰後台灣出生並在台灣完成醫學教育與訓練的主治醫師為研究選擇對象，選取在 2002 年時畢業於國內醫學系

3 生涯初期的異動多半是為了取得專業資格，然而，初期訓練醫院的地位與聲望往往可以影響醫師的專業聲望與人脈的累積。如果醫師的住院訓練醫院是在醫學中心層級，完成住院訓練後的工作場所異動常常是競爭失敗的結果，而異動的方向往往是轉向次一級的醫院或是不同地理區域，如由北部轉南部或是都會區轉向都會區外圍。

內、外、骨、婦、小兒等所謂大「專科」共 9893 位醫師做為研究對象。研究顯示：67% 的醫師到目前為止，從未自行開業；有 25% 的醫師在醫院體系內轉換多次後，再轉換到診所開業，不再轉回；只有 7% 的醫師是在醫院與診所間來回轉換，其轉換異動史亦較為混亂。

#### 四、醫院高級主管：中年男性、台籍、台大畢業

筆者曾於 2004 年進行全省 65 家醫院，來自內科、外科、骨科、婦產科、兒科之科部主任及正副 (醫療) 院長為對象 (如表 1)，進行分析研究，結果顯示，擔任科、部主任以上主管職的醫師以男性為主，年齡主要介於 40 至 50 歲之間，其次為 51 至 60 歲；大約 75% 的醫師籍貫為台灣籍。整體而言，有較高比例的主管職醫師畢業於台大。擔任主管職醫師在專科別上，外科系所占比例仍屬最高。

從上述研究可推論，醫學系背景是影響醫師職場生涯發展另一個重要因素之一。由於醫學中心皆附設醫學系培育醫師人才，因此會有不同醫學系背景主導不同醫學中心高階主管職的區隔化現象。同時，由於醫學系階層化明顯，預期台大名校的醫學系文憑具有所謂的「才能」訊號效應，這效應在取得高階主管職上有正面影響。其次，醫師取得進階的碩、博士學位，是人力資本的進一步投資，可能在醫院的升遷決策上對取得高階主管職有正面影響。

從表 1 所登錄醫學中心擔任正副院長主管職醫師的學歷背景分佈來看，共有五個集結 (clique)。例如一個較大的「台大醫師集結」，包括台大醫院本身、還有國泰、新光、成大、長庚與慈濟醫院；第二個集結為「國防醫師集結」，包括三軍總醫院與榮民總醫院系統；第三個則為「高雄醫師集結」，包括彰化基督教醫院與高醫附設醫院；最後包括兩個自成體系的中國醫藥學院與中山醫學院所附設的醫學中心。我們可以看到在醫學中心的職場上，台

表1 醫學中心正副院長的學歷背景分佈

	畢業學校											歷任正副 院長人數
	中山 醫學院	中國醫 藥學院	成功大學 醫學院	長庚 醫學院	高雄 醫學院	陽明大學 醫學院	台北 醫學院	台大 醫學院	國防 醫學院	國外 大學	其他/ 查無資料	
國立成功大學醫學院附設醫院							71%					7
國立台灣大學醫學院附設醫院							71%					34
三軍總醫院附設民眾診療 服務處								100%				12
行政院國軍退除役官兵輔導委 員會榮民總醫院 (含台北、台中、高雄分院)								71%				42
財團法人長庚紀念醫院 (含林口、台北、林口兒童、 基隆、高雄分院)							56%					25
財團法人國泰綜合醫院							100%					9
財團法人新光吳火獅醫院							75%					4
財團法人彰化基督教醫院 & 財團法人彰化基督教醫院中華 路分院					75%							4
財團法人私立高雄醫學大學 附設中和紀念醫院					69%							32
中山醫學大學附設醫院中港分 院 & 中山醫學大學附設醫院	82%											11
財團法人私立中國醫藥學院 附設醫院		88%										8
財團法人佛教慈濟綜合醫院							47%					17

大畢業醫師除了在台大醫院居主導地位外，在其他五家醫學中心擔任 70% 以上的正副院長高階主管職（包括慈濟醫院，其比例雖未過半，但所占比例相對較高），相當具有名校優勢。進一步分析科主任以上所有主管職，呈現大致相同的模式。

台大之所以取得「名校優勢」，很大程度上是透過制度化的組織運作與醫院間合作網絡而確立的。在「台大醫師集結」的三家醫學中心與五家區域醫院，在醫院草創或發展階段，都曾與台大醫院簽有建教與醫療合作計劃；若檢視台大與他們所簽定的建教合作契約，第一條即載明合作對象的科、部主任人選應參考台大醫院的意見。此結果反映優勢組織（包括醫療聲譽與歷史地位）可以透過強勢操作組織合作關係，將勞力市場制度化與區隔化，此即部分說明何以台大畢業醫師在取得醫院高階主管職時具有相當優勢（見表 2）。

表 2 台大醫學系在醫療合作（區域）醫院擔任醫療管理職比例\*

	正副院長	科主任以上
<b>醫學中心</b>		
國泰醫院	9 (100%)	26 (85%)
新光吳火獅醫院	4 (75%)	10 (85%)
成大附設醫院	7 (71%)	20 (75%)
<b>區域醫院</b>		
恩主公醫院	2 (100%)	9 (89%)
和信治癌中心醫院	5 (100%)	9 (89%)
署立桃園醫院	18 (100%)	33 (91%)
署立台北醫院	12 (83%)	23 (78%)
羅東博愛醫院	12 (75%)	26 (65%)

\* 本表僅登錄比例達 70% 以上的合作醫院。

多數區域醫院沒有附設醫學院，因此區域醫院的正副院長職位對許多醫學系畢業醫師而言，應該是一個比較可以對等競爭的場域。就取得區域醫院的正副院長與科、部主任主管職的醫師，不僅在年齡上有明顯差異，在學校背景、進階學位與主要專科別上也有明顯差異。公私立部門流動的生涯路徑與異動次數上則沒有顯著差異。

## 五、結語

在醫院評鑑使得醫院結構逐漸層級化之下，在在都影響了醫師在選科及選擇執業場所的取向，加上醫師升遷制度和專業養成的傳統路徑，使得醫師職場內產生了特有的生涯路徑型態。醫院當中的高階主管職位，所象徵的不僅只是職業生涯上的成就，其亦參與了醫院管理的決策，造成高階主管的職位相當搶手，而在此種「僧多粥少」的情況之下，醫生會受這種能擁有非正式的聲望和專業地位差序的誘因影響，轉而到其他較有機會的醫療院所執業，因此使得其轉換的異動史較為混亂。

檢視高階主管特質研究的結論分析發現，醫學系背景為影響醫師職場生涯發展的重要因素之一，此種情況以台大醫學系的集結最為明顯，而此種「名校優勢」亦為透過制度化的組織運作與合作醫院的網絡確立的前提之下產生，探究其原因，應是醫學系的層級化較為明顯，名校文憑具有其「才能」的訊息效應，亦可能為經由名校的社會網絡而彼此提攜的結果。

本文摘自：陳端容，2004，〈大型醫院主管職的生涯路徑與醫師職場結構〉。  
《台灣社會學刊》，33: 109-155。

## 工具箱

### 問題討論

1. 如果你是一位剛畢業的醫學生，你對於未來生涯規劃的每個階段當中會有什麼樣的考慮因素？（建議可由「醫師職業之養成與事業路徑」為架構論述之。）
2. 醫生間的同校學長學弟和名校優勢等都是影響醫師再升遷或未來生涯規劃的一個很重要的影響因素，你在生活中是否也遇過類似的例子或事件，會因為關係或畢業的學校而在生涯規劃上讓你覺得佔有很大的影響力？
3. 在醫療機構當中，相較於護士，醫生的流動率或離職率通常較小，你認為造成這樣的差別原因為何？

### 相關閱讀

1. 侯文詠，1992，《大醫院小醫師》。台北：皇冠文化。

### 推薦網站 / 影片

1. 日劇「白色巨塔」，日本富士電視台製作，網址：[http://japan.videoland.com.tw/channel/b\\_hp/](http://japan.videoland.com.tw/channel/b_hp/)
2. 台灣電視劇「白色巨塔」，導演蔡岳勳，揚名影視製作，網址：<http://the-hospital.com/>
3. 日劇「帥哥醫生」，東京廣播公司（TBS）製作，網址：[http://www.tvbs.com.tw/TVBS\\_G/t\\_g\\_a/t\\_g\\_doctor/t\\_g\\_doctor.htm](http://www.tvbs.com.tw/TVBS_G/t_g_a/t_g_doctor/t_g_doctor.htm)



## 護理專業的發展與變遷

陳月枝

國立台灣大學醫學院護理學系教授

### 一、前言

護理專業的發展與社會的發展息息相關，圖 1 說明了護理專業的範疇及影響因素。護理專業的範疇包含教育、臨床及研究，護理專業環境中影響最大的是醫療團隊的成員，包括醫師、護理人員、物理治療師、職能治療師、社會工作師、呼吸治療師、營養師等等。而醫療團隊的發展更是受到社會大環境的影響，包括文化、政治、經濟、教育及社會制度的變遷等。因此，要瞭解護理專業的發展與變遷，必須同時考量當下的社會大環境與社會脈絡。

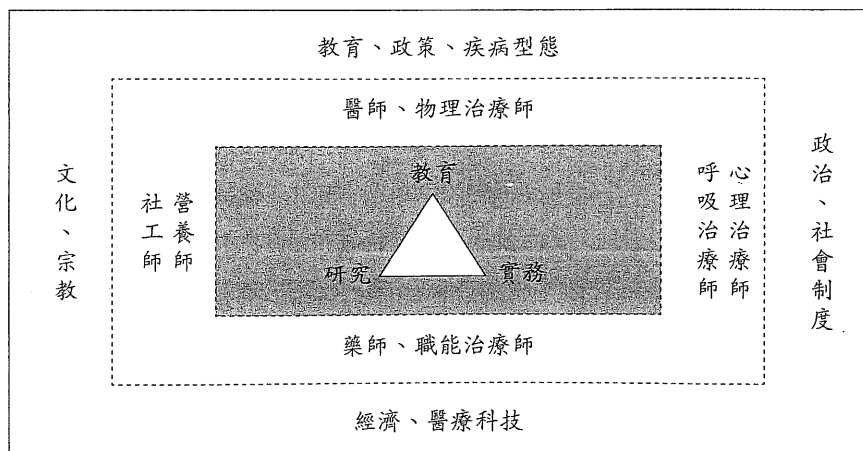


圖 1 護理專業的範疇及影響因素

## 二、草創、專業萌芽與護理專業的拓展（1949-2006）<sup>1</sup>

由於日本統治台灣 50 年，日據時代的護理人員大部分由醫院和私人診所附設的短期訓練班培育，根據蔡幸娥（2001: 61）的資料：「1945 年日本投降時，全台計有看護婦 820 人，其中台籍 508 人，日人 312 人，助產士計有 2,961 人，其中日人 863 人，台灣籍 2098 人。」台灣光復後百廢待舉，護理專業一路發展至今，可分為三個階段來說明：護理制度草創期、護理專業萌芽期，以及護理專業推展期。

### （一）護理制度草創期（1949-1965）

1. 護理工作制度化：台灣光復初期，醫院內並無護理部的組織，護理人員隸屬於總務部門。護理人員的排班方式是採德日式，特點是護理人員上班方式為白天上班、晚上值班的兩班制方式。1949-1958 年間，台大醫院陳翠玉主任大刀闊斧地改革，將護理人員上班方式改為英美式，特點是護理人員上班採三班制的輪班方式，使病人每日 24 小時都能得到良好的照護。在管理上，開始注重護理人員的專長。過去，護理人員在臨床上是樣樣工作都做，從清潔病室到病人照護，全由護理人員執行。1949 年以後，臨床上開始雇用書記以辦理掛號、照會、借 X 光片等行政業務，使護理人員得以有較多的時間從事病人的直接照護工作。當時照護病人主要是採用功能性的護理照護模式，另外，護理人員在婚後亦可繼續工作。此制度一直實施至今。
2. 教育制度化：台大醫院於 1950 年成立「台大醫院附設高級護理職業學校」（即台大護校，於 1960 年停辦），國防醫學院自 1954 年開始頒發

<sup>1</sup> 由於篇幅限制，本文以台大護理的發展為主要焦點，並不是有意忽略其他非台大系統的護理發展，而是很多制度變革均從台大開始。不周之處，請護理界同仁多多包涵。

護理學系畢業生「理學士」學位。台灣大學的護理學系則於 1956 年成立，由余道真教授接任系主任，在任 15 年期間，除了積極發展台大護理學系外，還為往後台灣護理專業的制度、人才培育及管理奠定了紮實而重要的基礎。但在當時，由於護理觀念仍多承襲日據時代的教育模式，故護理人員的工作和生活仍多較為軍事化或科層化的訓練和管理，以服從上級命令、依醫囑執行護理工作為其特點，獨立性的護理功能比較欠缺。1977 年余道真女士退休時，獲台大聘為名譽教授。

3. 助產士的培育：助產士是婦幼照護中很重要的一環，日據時代曾培育一批助產士，擔任接生及婦幼照護工作，訓練時間約 1-2 年。例如，劉張換女士是當時培育出來，之後在萬里地區服務的助產士。在她的自述中，不論颱風或寒夜，只要有產婦家屬來邀請，她就必須跋山涉水，24 小時待命地做接生工作；在經過深山的地區，有時還得穿雨鞋，以避免被蛇咬。在她從事助產工作的 46 年中，大約接生了二萬名新生兒，可見當時助產士對台灣醫療工作的貢獻有多大。劉張換女士在 2000 年獲得台灣第十屆醫療奉獻獎，可說是實至名歸。
4. 執照制度的建立：為持續培育護士及助產士，政府在 1953 年開始陸續成立兩所公立高級護理助產職業學校，1958 年開始陸續成立私立高級助產職業學校。高級護理助產職業學校為招收初中畢業學生，經過入學考試，進入學校接受四年教育，畢業後通過國家考試，可取得護士及助產士執照。

## (二) 護理專業萌芽期 (1966-1985)

在 1970 年代，台灣的政治、經濟及社會都呈現穩定發展的狀況，護理專業逐漸走向專科化，並引入科學化管理的觀念。1979 年台灣有了第一位護理博士——余玉眉，她引進了許多新的護理及管理上的觀念。余博士於 1980 年

榮升教授，她也是台灣第一位護理教授，可以說是這個階段的代表人物。本階段的發展特色如下：

1. 護理模式的改變：在護理品質的提升方面，臨床上將原有功能性護理照護模式改為主護護理及成組護理混合的模式。這種護理模式使病人有負責照顧的護士，可以得到個別性的整體照護並提升護理的品質。此後主護護理的觀念在台灣各醫療機構相繼實施，並沿用至今。這種以「病人為中心」的人性化護理，現已是世界護理的主流與趨勢。
2. 組織再造：此時期護理部門的組織也陸續進行組織再造的工作，採用功能性分組，成立了在職教育、品質管制等小組。另外為提升護理管理階層的品質，開創了「護理長儲訓計畫」，這樣的儲訓計畫，一改過去以工作年資的長短為升任護理長的考量重點，而以護理長的能力為判準；現今各醫療機構都可看到「護理長」年輕化的現象。
3. 護理專科化：1980 年，院內感染的觀念漸被重視，台大醫院首度甄選臨床優良的護理人員負責院內感染控制，並且成立跨部門的感染控制小組。這些制度一直沿用至今，也是今日醫院評鑑的一項重要指標，護理的品質也因此而有明顯提升。
4. 管理科學化：科學化管理的觀念也被引入護理管理中，強調護理工作流程的簡化，以及提升中央供應系統的品質與能力。另外，為了改善臨床護理人員花費過多時間在配藥上，1984 年，開始推行單一劑量藥物配送制度 (UDD)，這種方式不僅節省了護理人員花費在非直接性護理的時間，也降低了給藥的浪費及錯誤率；這個制度至今仍是醫院評鑑的一項重要指標。
5. 護理教育的提升：這段期間，醫學院護理學系陸續成立，專科及大學畢業生可取得護理師執照，1980 年代，許多醫學中心進用專科或大學畢業生。另一方面，由於醫院增加，對護理人員的需求數也相對增加。

### (三) 護理專業推展期 (1986-2006)

1986年後，台灣的經濟發展快速，社會繁榮，政治上也漸漸朝向民主化的目標。這個階段的護理專業發展就是在這樣一個大環境之下的最佳寫照。要說明此時期的發展，似乎不是本短文可完全摘述的，筆者僅將此時期分成以下幾方面來說明：

#### 1. 提升臨床護理

在此時期護理的發展有以下四大面向：

- (1) 在專科化護理的發展：專科化小組相繼成立，例如：營養小組、器官移植小組、大腸診療室、糖尿病衛教小組，並遴選優良護理師擔任各小組成員。這些小組不僅發揮了專科化護理師的功能，使病人得到品質更好的護理，同時也負起臨床護理人員相關專業知識再教育的功能。
- (2) 在護理品質管制的落實：推動「護理技術的統合及審核」、「病人滿意度的調查及改善」、「護理紀錄標準化及查核」等方案。並成立了護理品管小組；編印完成《台大醫院護理技術手冊》，為護理技術標準奠下基石。在此特別值得一提的是，當時台大醫院護理部陳月枝主任針對臨床針扎事件加以調查，與公共衛生學院負責醫院安全衛生的王榮德教授積極研擬預防策略及追蹤，目前針扎事件處理流程已列為醫院品質管制的常規。
- (3) 統合教學、研究與服務：為了進一步強化護理教學、研究與服務之統合，台大率先實施護理學系教師與醫院護理人員的雙聘制度，除了護理學系教師兼任附設醫院的工作之外，附設醫院護理部具碩士學位以上的護理長、督導長、副主任，

亦聘為護理學系的兼任教師。藉此制度，可使臨床護理人員具有教學經驗，並引領教學與實務配合；而教師兼任臨床護理服務，除可使教學不至脫離臨床外，更使臨床護理能引入最新的觀念，兩者互蒙其利，目前許多學校與醫院均沿用此制度。

- (4) 護理人力的需求高：1980年後期，大型醫院（1000床以上）陸續開設，護理人員的需求也相對增加，導致發生1989年空前的護理人力荒現象，各醫院只得關閉人力需求較高的加護病房。為了因應實務上的需求，教育部於1991年大量招收護校生。

#### 2. 護理人員擔任高階的衛生行政職務

1989年，余玉眉博士接任行政院衛生署保健處處長一職，此為當時護理人員擔任最高醫療行政的職位。她領導屬下積極地規劃十年保健計畫，並將護理人員的角色與功能列入行政院醫療衛生組科技顧問會議中討論，自此護理人員在醫療保健體系中的角色與功能，以及功能提升的重點有了明確的藍圖，如圖2所示；此藍圖一直是往後發展護理人員角色與功能的依據。

2001年，王秀紅博士接任行政院衛生署副署長。2004年，衛生署成立了「護理及健康照護處」，顯示護理專業的重要性以及受肯定。

#### 3. 教育制度的大幅改變

在護理教育學制方面，此段期間有了很大的改變：

- (1) 陸續成立大學護理學系、護理研究所碩士班及博士班：1980年代以後，大學或醫學院護理學系陸續成立，到2006年共有12所（不含隸屬國防部的國防大學醫學院護理學系）。高等

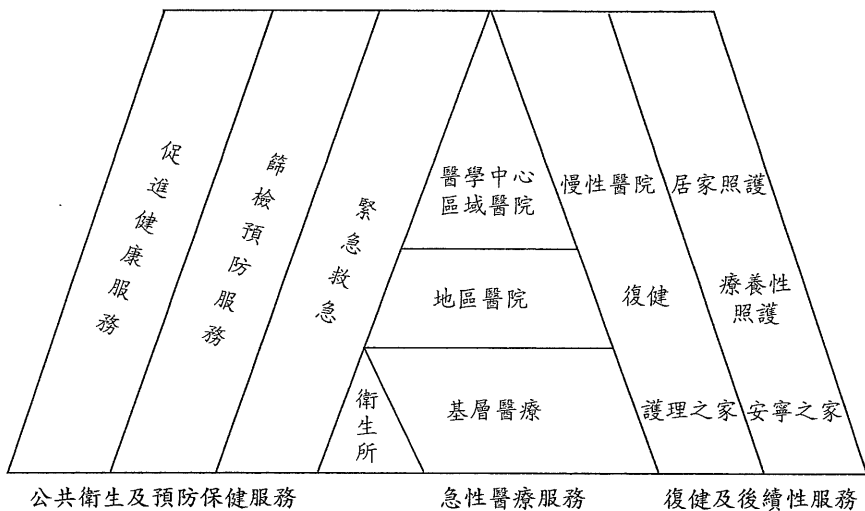


圖 2 完善的健康照護體系藍圖

教育體系的繼續教育為研究所，含碩士、博士；國立台灣大學護理學研究所於 1984 年成立第一所碩士班，於 1997 年成立第一所博士班。截至 2006 年，台灣設有護理學碩士學位的學校共有 16 所，設有護理學博士班的學校共 9 所<sup>2</sup>。至此階段，護理專業有了完整的教育學制。

(2) 護理技職教育學制也有了快速的變化：

- I. 五專改制技術學院：1994 年教育部全面提升教育水準，原有的五專陸續改制為技術學院，第一所改制的是「國立臺北護理學院」(於 1994 年改制)，其他學校亦陸續改制。
- II. 技術學院改制科技大學：1997 年之後，另外一波的變遷是

2. 中國醫藥大學醫學院醫學研究所博士班曾設護理組，於 2002 年 8 月開始招生，但於 2004 年 8 月停止招生，只招收三屆，共三位學生。

科技大學的興起。第一所改制的是「輔英科技大學」(於 2001 年改制)，此時科技大學包含所有的學制，包括研究所(碩士)、二技、五專、二專，學制複雜。至 2006 年共有四所科技大學。

- III. 空中大學：空中大學亦於 1993 年在生活科學系中開設護理學系的部分課程。
- IV. 職業學校改制專科學校：1996 年開始，高級護理職業學校陸續改制為專科學校，高級護理職業學校已於 2005 年開始全面停招。
- V. 執照的改變：1991 年入學高職及護理專科學校者，畢業後通過國家考試可取得護士或護理師執照之資格，但不再取得助產士執照。具護理師資格者，可再進修助產學士班或碩士班，畢業後通過國家考試可取得助產師資格。未來的助產師均具有護理師資格。

#### 4. 專業規範

過去並沒有任何護理的法規做為護理人員執業的規範。所以，護理人員的權利並無保障。經過護理界的努力，「護理人員法」於 1991 年 5 月公佈實施。之後，有鑒於有些條例不是很周全，於 2002 年 6 月修正部分條文，同時，將專科護理師列入。自此，護理人員的權利才得以獲得保障。

護理人員法中對護理人員的「業務權」明定為「執業權」和「開業權」。執業權是指護理人員受聘於醫療機構、護理機構及其他相關機構執行護理業務的權利；開業權是指護理人員設置護理機構，提供護理服務的權利。護理機構的種類，包括居家護理、護理之家、產後護理等機構。而護理機構服務的對象，包括罹患慢性病須長期護理的病

人、出院後需繼續護理的病人、產後需護理人員照護的產婦及嬰幼兒。

#### 5. 進階護理執業的萌芽

近年來，由於疾病型態的改變、健保制度的實施，我國的醫療體系生態亦隨之改變，進階護理執業（Advanced Nursing Practice，簡稱 ANP）應運而生。進階護理執業在美國分為四類護理人員：

- 開業護理師（Nurse Practitioner，簡稱 NP）
- 臨床護理專家（Clinical Nurse Specialist，簡稱 CNS）
- 麻醉護理師（Nurse Anesthetist，簡稱 NA）
- 助產護理師（Nurse-midwife，簡稱 NM）

上述四類進階護理執業在美國是均衡發展的，而目前台灣所需求的是第一類（NP）。且由於台灣的「護理人員法」明定護理人員包含護理師、護士及專科護理師，因此，在法律上，只能用專科護理師的名稱。

衛生署已在 2003 年開始規劃專科護理師制度的建立，依照目前的進度，如果一切順利，第一梯次的專科護理師可望在 2007 年獲得衛生署正式授與證書。專科護理師制度的建立，受惠最大的是需要醫療服務的對象——民眾。

#### 6. 護理專業團體相繼成立

護理要專業化，專業團體的設立是很重要的條件。台灣的護理專業團體大都是在 1990 年以後成立的，顯示 1990 年以後，護理人員的教育提升以及對專業本身的期許。

#### 7. 護理專業參與國際護理組織

台灣護理學會自 1961 年重新加入國際護理協會（International Council for Nurses，簡稱 ICN），積極地參與國際護理組織。余玉眉博

士於 1997 年擔任 ICN 的理事，2001 年擔任 ICN 的副理事長；1999 年，台灣護理學會陳月枝理事長與 ICN 余玉眉副理事長積極爭取到 2005 年第 23 屆國際護士大會（每四年舉辦一次）及國家代表大會（每二年舉辦一次）在台灣舉辦。

2005 年國際護士大會如期且成功地在臺北舉行，為護理專業開拓國際之路。此外，2005 年在 ICN 的理事中，台灣再度擁有一席，希望護理界未來在國際上能繼續努力。

### 三、結語

綜觀台灣護理專業的發展史，恰似看見時代巨輪的轉動，護理前輩的努力，有目共睹。可惜的是，台灣醫療體系的發展，偏向以急性醫療為主，較為缺乏預防性醫療體系和後續照護或持續性照護體系。此外，護理人員的任用是採聘用的方式，亦即需有職缺，才能進用護理人員，也因此，80% 的護理人員是在急性醫療體系工作。回顧過去，瞻望未來，我們關切的是目前台灣人口的平均壽命男性為 73 歲，女性 79 歲，隨著年齡的提升，老人及慢性病日益增加，發展完整的醫療體系刻不容緩，如此，護理人員才能在預防體系及持續照護體系發揮功能，為全民健康福祉而努力。

## 工具箱

### 問題討論

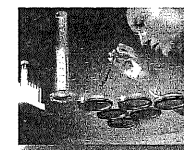
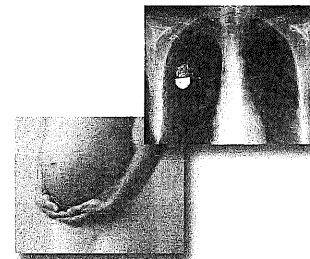
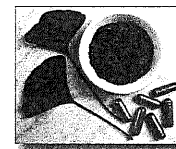
1. 護理是一種「職業」還是「專業」？從社會大眾的觀點，你認為一般民眾的想法是什麼？民眾對護理人員的「期待」是什麼？民眾對護理人員的「形象」是正向的？還是負向的？請舉實例說明。
2. 護理教育的提升，對護理專業發展的影響是什麼？
3. 若要提升護理專業對社會的影響力，要在哪些方面努力呢？

### 相關閱讀

1. 蔡幸娥，2001，《護理的信心——走過台灣歷史的足跡》。台北：華騰。
2. 陳月枝，1996，《台大醫院護理部成長紀事》。台北：台大醫院護理部。
3. 陳月枝等，2005，《護理專業問題研討》（第四版）。台北：華杏。
4. 余玉眉、陳月枝、張媚、田聖芳，2002，《護理人力規劃評估報告》，台北：教育部技職司專案研究計畫。
5. 劉仲冬，2006，〈我國的護理發展史〉。《護理雜誌》，53(3): 5-20。

### 推薦網站 / 影片

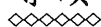
1. 行政院衛生署，民國 91 年國人主要死因統計資料，衛生統計資訊網，網址：<http://www.doh.gov.tw/statistic/index.htm>
2. 行政院衛生署護理及健康照護處，網址：[http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2.aspx?now\\_fod\\_list\\_no=9293&class\\_no=211&level\\_no=1](http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2.aspx?now_fod_list_no=9293&class_no=211&level_no=1)
3. 台灣護理學會，網址：<http://www.twna.org.tw>
4. 台灣大學醫學院護理學系網站，網址：<http://www.mc.ntu.edu.tw/nurse/main.php?Page=A1>



## 第 3 篇 醫學知識與權力

- 導讀 林文源
- 過勞職業病認定爭議中的流行病學知識 鄭雅文
- 女人與水：性別與RCA污染的研究 林宜平
- 從免洗餐具的誕生看台灣醫學知識的社會建構性 林崇熙
- 醫病關係的新視角：醫「用」關係 成令方
- 專屬個人知識的轉化：以洗腎病患為例 林文源

## 導讀



林文源

清大社會所及通識中心助理教授

歐美工業化國家在二次大戰後，醫學教育、醫療專業、醫療保險制度逐漸建制化，加上社會醫學（流行病學）、精神醫學、預防醫學逐漸擴張的結果，使醫療體制與相關知識的建制化，不但成為西歐、北美社會的顯著現象，也成為學術上的逐漸受到重視的議題。1970年代後，加上當時女權運動、環保運動與人權運動相關的消費者／病患權益運動交會下，醞釀的政治與社會批判思潮影響，更開始出現跳脫過去對醫療與科學專業對其知識與專業的自我宣稱，轉而將醫療與科學專業定位於具體社會活動與關係中的社會研究。

這些研究思考累積為兩個重要的研究方向。一是將科學與技術視為鑲嵌在社會活動中，而質疑理工學界自我標榜的客觀理性、科技知識線性累積、發展史觀的「科技與社會」（science, technology and society）研究取徑；另一是跳脫醫療專業服務的「醫學中的社會學」（sociology in medicine），轉向將醫療視為社會制度與社會活動的一環，以社會學的問題意識探討醫療相關現象的「醫療社會學」（sociology of medicine）。

這些研究的視野轉變，對於醫療過程以及醫學相關知識的探討，我們可以視為一種由「生物醫學」朝向「社會醫學」的轉變。以下介紹這個轉變的相關背景、脈絡，並藉此指出本篇各章的相關論點。

### 除了單一生理與病理機轉，也開始尋找社會、環境因素

在十八、十九世紀，西方醫學逐漸在解剖學、細菌學說等逐漸確立地位

後，走向實證醫學的方向，其中，最主要的特徵是以人體的生理功能與致病因子的影響解釋與治療疾病的「生物醫學」（bio-medicine）模型。在臨床成果確立後的生物醫學，循著兩個重要途徑，朝「社會醫學」的方向發展。

一方面，在傳染病等議題上，應用實證方法重新檢視環境因素，將環境議題納入實證醫學領域。例如 John Snow 應用細菌學說與統計方法證實倫敦龐德街（Broad street）霍亂疫情是由飲水中的微生物散佈，使瘴氣（miasma）說中難以捉摸的環境因素成為具體可觀察的實證經驗現象，進而促成現代公共衛生與流行病學。

另一方面，心理、社會與文化因素也經由實證研究，被證實對疾病與健康議題有影響。精神醫學的普及，使得生理客觀因素之外，主觀因素也成為重要考量，加上人類學的研究，顯示不同文化擁有不同於生物醫學的對疾病與身體觀。社會學研究也指出，民眾對疾病與健康的想法會反應其社會階層、宗教、性別與族群差異，而個人的社會處境、生活型態，以及醫療資源的分佈，對民眾健康與罹病機會則有顯著影響。

由侷限在個別有機體的生物醫學，到將整體環境與主觀面向納入考量的社會醫學，儘管仍以實證研究方法為主流，但是在此思考典範轉變中仍有三項重要知識意涵。

### 以知識的生產過程挑戰生物醫學的實證知識典範

首先是其一為非生物醫學的研究視野，逐漸發展對實證知識生產與真理地位的檢討。社會文化因素不但被用以衡量對疾病與健康的影響，考量這些因素對知識生產的影響時所引發的「社會建構」（social construction）觀點，有助於瞭解實證知識生產的侷限。

鄭雅文探討職業流行病學中儘管有嚴謹的研究設計，但是諸如不同分析

取徑往往有傾向個人心理及行為歸因等價值預設，以及認定職業病的實際測量與操作上的因果歸因問題，凸顯了研究本身不可能超然中立，必須小心檢視其中的價值觀點與主觀判斷。除了方法上的檢討，實證醫學也往往因為忽略知識生產的社會面向而受到批判。林宜平以調查 RCA 受害爭議的知識生產為例指出，當污染過程主要是由家庭用水所媒介時，未考量家務性別分工、女性婚姻遷徙與女性員工的污染源暴露年齡等因素的職業流行病學研究便會因為實證方法的「平均人」盲點，而低估污染的危害程度。這些研究均指出，實證科學方法不但無法生產出所期望的客觀知識，反而因為方法上的客觀性假象所造成的限制與盲點，有礙我們對事實的瞭解。

### 以知識傳佈的社會角力揭示醫療知識的社會性格與政治性

其次，正如忽略社會面向與主觀價值的實證流行病學無法反映出事實狀況，若不考慮醫學知識的傳佈過程，我們無法瞭解我們的生活型態是如何深受醫療知識、科技與政治的共構（co-construction）所影響。林崇熙以台灣防治 B 型肝炎的歷史指出，在宣導防治 B 型肝炎的過程中，台灣社會不是單純接受外來知識，而是在各種產業發展與政治考量下，以創造性轉化來產生「新知識」。而在接受新的「正確知識」之時，新的行為及新的生活——例如使用免洗餐具——也就出現了。也因此，所謂「正確知識」不必然是顛撲不破的真理，而有可能因為新的社會脈絡及新的考量再重塑內容與面貌。

### 由單一生物醫學的知識，逐漸承認多元知識的存在

最後，瞭解實證知識的侷限後，不可避免地必須考量多元知識的存在與其正當性。生物醫學典範中，醫療專業——往往是醫生——被視為是唯一的

知識來源。而患病的病患則被化約為病理或生理現象，其主觀想法往往被視為次要（例如情感需求），或甚至是錯誤的（例如迷信）。而至於社會醫學典範則強調多元的知識來源，以及這些知識對醫療知識的補充與挑戰。

在這意義下，成令方認為要超越醫生有知識、病患沒知識的病人／體的醫「病」架構，而提出將社會文化、病患身體、個人隱微知識等與生物醫學知識一同考量的醫「用」架構。而承認多元知識來源後，另一個相關啟發是，在不同行動者的立場下，不但生產出不同的知識，極有可能連生產知識的方法與機制都與生物醫學的實證方法不同。林文源由透析病患身體實踐的經驗指出，在長期病患處理疾病的歷程中，會逐漸發展出專屬個人的知識，也會因此歷經轉化的過程。這種現象指出一種不同於實證知識的客觀性假象，由特定認識立場出發的「民眾認識論」（lay epistemology）的存在。

### 醫學知識中的權力關係與醫病關係的轉變

在這個朝向社會醫學典範的過程中，背後所呈現的出重要政治意涵是改變權力關係的可能，這個面向是本篇收錄的論文共同關懷。一方面，在知識生產上，過去認為醫療專業、研究者獨佔知識生產工具與方法，而醫療場域只存在單一的正當生物醫學知識的狀況已經逐漸改變。實證方法的盲點與知識的社會建構指出生物醫學的侷限性，讓其他多元知識有機會進一步發展與創造新的可能性。

另一方面，在醫病關係上，由生物醫學到社會醫學的知識典範轉變，也重新調整醫病間的權力關係。由過去生物醫學視野中病人只是體現疾病而必須聽命於醫生的專業權威，而病患的不同意見往往被視為不從醫囑，到體會病患的主觀需求與社會文化，醫生必須在專業治療中以家長式的關愛聆聽病患意見（但不必全然採納），到體認病患的不同意見可能是來自不同立場所生



產的另類知識，而承認病患在醫療過程的貢獻，甚至到某些病患的個人知識受到承認，且有充分應對醫療專業的能力而成為醫用者。

這個轉變過程依不同醫學知識的穩定程度、社會政治環境、病患背景與能力，以及患病歷程等因素不同而有差異，並非一致的，但可以預期的是更多另類認識立場受到承認，將會有更多為病患與民眾充權 (empower) 的可能。

### 進階閱讀

1. Epstein, S., 1995, *Impure Science: AIDS activism, and the Politics of Knowledge*. Berkeley: University Press of California.
2. Foucault, M., 1975, *The Birth of the Clinic: an Archaeology of Medical Perception*, N. Y.: Vintage.
3. Hogg, C., 1999, *Patients, Power and Politics: from Patients to Citizens*. London: Sage.
4. Williams, S., and M. Calnan, eds., 1996, *Modern Medicine: Lay Perspective and Experiences*. London: University of London Press.

## 過勞職業病認定爭議中的流行病學知識

鄭雅文

台大衛生政策與管理研究所副教授

《伊索寓言》中有一則螞蟻與蟋蟀的故事：螞蟻整天辛勤工作，蟋蟀卻只顧著唱歌玩耍；當冬天來臨，勤奮的螞蟻靠著囤積的糧食度過寒冬，好逸惡勞的蟋蟀卻餓死了。這則寓言的啟示是「好天著積雨來糧」的道理。但是，現代版的故事卻是：螞蟻整天辛勤工作，蟋蟀成天唱歌玩耍；當冬天來臨，操勞的螞蟻積勞成疾，不久就過勞死了，快樂的蟋蟀則利用螞蟻囤積的糧食，輕鬆地度過寒冬<sup>1</sup>。

在崇尚工作的社會中，全心投入工作的態度一向被視為是值得稱頌的工作美德。近年來市場競爭激烈，企業管理者致力於壓縮人事成本，也更講求績效管理，對工作者而言則意味著工作壓力愈來愈大。近年來，疑似過勞而猝死的案例不時出現在媒體報導中，引發社會廣泛的關注。工作壓力會導致許多身心疾病，但工作壓力疾病是否能被認定為職業病呢？這之間的因果關係與責任歸屬，又該如何界定呢？職業病的認定涉及保險給付與法律賠償問題，牽動敏感的勞雇權力關係。在勞工團體與民意的壓力之下，政府於1997年頒佈了過勞疾病相關的職業病認定標準，又在短短幾年內修訂數次。

在爭議中，勞雇雙方立場迥異，而職業醫學與流行病學專業知識扮演著仲裁者的角色。「讓證據說話」不但是大多數公衛研究者的信念，也是社會爭議各方一致的期待。但是，流行病學知識真的是客觀中立、立場超然的嗎？本文將介紹歐美國家工作壓力流行病學所常用的理論模型，並探索流行病學

<sup>1</sup> 參閱：掘史朗著，陳惠莉譯，2001，《遠離疲勞》。台北：晨星。

研究者的問題意識如何影響工作壓力疾病的因果論述，並進而影響疾病的責任歸屬。

## 一、工作壓力流行病學

二次世界大戰後，大型流行病學研究開始在歐美國家蓬勃發展。此時疾病型態迅速地從急性疾病轉變為慢性疾病，尤其心血管疾病隨著人們生活日益富庶而快速蔓延，成為西方社會的第一大死因。此時也是經濟發展快速、工作成為大多數人生活重心的時代。1950年代即有不少流行病學研究，開始探討職場中的工作壓力對於疾病的影響，其中大多數研究以心血管疾病為主。早期研究發現的危險因子，包括工時過長、工作負荷過重、管理職的責任壓力、夜班工作等等。人格特質也被廣泛研究，包括所謂的「A型行為」被發現是心血管疾病的危險因子，A型人格的人競爭性強、積極進取、對工作充滿幹勁，通常也是職場中身負重責大任的高階工作者。

1970年代之後，由於健康知識的普及，人們開始改變飲食與抽菸習慣，加上醫療藥物如降血脂、降血壓藥物的介入，西方國家的心血管疾病發生率開始巨幅下降。在疾病的社會分佈上，心血管疾病從高社經階層轉移至沒有工作權限、沒有管理責任壓力的中下勞動階層。「A型行為」在後期的研究中也失去了預測性。

疾病的發生，不僅是生物現象，也是社會現象。尤其大多數慢性疾病的成因複雜多元，各種致病因素又深受社會時空背景所影響。然而，現今的流行病學研究深受生物醫學化約論的影響，在疾病因果論述上強調「普遍性」與「一致性」；也就是說，因果關係必須在不同的時空背景之下都呈現一致，才具有說服力，因此疾病社會歷史脈絡的特殊性，往往不是流行病學研究關係的重點。職場特質與心血管疾病之間不一致的研究發現，造成工作壓力流行病學上推論的困擾，促使研究者進一步尋求理論模型來解釋。

歐美國家的研究者開發出許多問卷量表做為測量工作壓力的工具，並應用於大型的健康調查中。其中「負荷—控制模型」(demand-control model)與「付出一回饋失衡模型」(effort-reward imbalance model)最受到廣泛使用。這兩個模型都試圖以最精簡的概念，對工作壓力現象提出普遍性的解釋。由於大量使用並累積了龐大的實證資料，兩個模型在工作壓力流行病學領域最具有權威性。

「負荷—控制模型」由美國學者 Robert Karasek 與瑞典學者 Tores Theorell 於 1980 年前後共同發展而成，此模型強調「工作控制」(job control)對工作壓力的重要性。他們主張工作者的「去技術化」(deskilling)與「失去自主性」(lack of decision authority)乃是工作壓力的來源；壓力疾病的產生來自於「工作負荷」過大而「工作控制」過低。此模型由於概念簡單清晰且量表題目精簡，自 1980 年代以來，受到歐美、日本等國流行病學研究者的廣泛使用，也獲得充分的實證支持。

「付出一回饋失衡模型」模型則由德國學者 Johannes Siegrist 於 1990 年前後提出，理論概念源自社會交換理論 (social exchange theory)。他認為，工作壓力來自於「工作付出」與「工作回饋」失去平衡；「工作回饋」包括薪資福利、工作保障、升遷機會、社會支持、社會地位等等。另外這個模型也將人格特質再度帶入，即所謂的「工作過度投入」特質。這種病態人格特質被定義為：思緒難以從工作抽離、過分冀望從工作上得到肯定、工作使命感過高。這個模型被應用在流行病學研究，也得到愈來愈多實證研究的支持，例如有研究指出，「付出一回饋失衡」的狀態，以及具有「過度投入」人格特質的工作者，較易罹患高血壓、高血脂症、高血漿纖維蛋白原症、憂鬱症狀，以及急性心肌梗塞。

## 二、工作壓力流行病學中的價值觀點

在工作壓力流行病學研究中，我們可發現學術社群在學派觀點上的差異。上述兩個工作壓力致病的理論模型各自得到實證支持，但因為模型源自不同的理論架構，研究者以截然不同的觀點看待工作壓力問題，研究所產生的流行病學知識與政策意涵，也就有很大的差異。「負荷—控制模型」發展的時空背景為 1970 年代的西歐與美國，正值雇主與工會權力衝突最熾之時，「工作控制」乃是當時勞工運動重要的議題。因此模型著重於工作內容的分析，強調工作組織內的權力結構與工作技能的安排，所衍生的預防策略則著重於結構面向的改變，譬如重視工作內容的多元性、避免工作的零碎化、提高員工的自主性、組織工會要求參與決策、強化參與感並提升員工之間的社會支持等等。

「付出一回饋失衡模型」，則著眼於個人與環境的互動關係，強調付出與回饋在社會交換過程中，工作者是否自覺公平合理。此模型隱含著 1980 年代以來新自由主義所強調的市場機制，並預設個人在市場中具有理性與自由的選擇權。根據此模型，特定人格特質（例如過度重視工作、具競爭性、需要被肯定、高度使命感）被視為是工作壓力的成因，因此壓力疾病的預防策略除了提高工作回饋，降低外在負荷之外，也包括改變工作者的工作態度、工作認知與壓力適應行為。

從以上兩個模型的比較我們可以發現，其實研究者看待工作壓力問題的觀點，或是研究議題的設定，事實上已預設了科學證據的內容，也預設了疾病預防策略的偏好。傾向個人心理及行為歸因的流行病學研究，所提供的科學證據會證實某類型的人確實是壓力疾病的高危險群，譬如具有「工作狂」特質、或壓力因應能力較差的人。而個人心理取向的研究所衍生的疾病預防策略，往往也傾向於個人層面的介入，譬如鼓勵運動、戒煙、給予壓力調適

訓練、工作心態調適等等。這類研究往往把工作壓力問題化約為個人問題，忽視社會結構因素對個人心理或行為的影響；目前政府所推動的許多職場健康促進政策，大多是採取這類策略。

社會學取向的流行病學研究則傾向於探討造成過勞的社會性結構因子，譬如缺乏參與感的工作情境、威權式的管理模式、績效取向的生產方式、彈性的勞雇關係等等。舉例而言，工時過長背後的社會因素可能是薪資過低，低底薪制度誘使工作者拼命加班趕工，在趕時間的狀況下常常容易發生職災與過勞疾病；彈性的雇用模式，對公司而言是成本的下降與利潤的提高，但對工作者而言卻是勞動條件的惡化與工作安定性的流失；鼓勵同事互相競爭的績效考核制度，是造成同事之間社會關係惡化的原因。社會學取向的流行病學研究將關注的焦點放在社會結構因子，所衍生的預防策略也因此傾向於改變社會結構。

此外，也有不少工作壓力流行病學研究致力於生物機制的科學探索，譬如壓力的生理反應、壓力疾病的致病機轉。生物醫學取向的研究者往往不信任問卷資料，也不熟悉社會脈絡的分析，這類研究常以生物指標，譬如壓力賀爾蒙的濃度，做為工作暴露的指標，或是以個人生物特性，譬如基因表現型，做為研究的主軸。因此攜帶這些生物指標的個體所處的社會情境，不會是這類研究的重點，這種「去社會化」的科學研究也往往會做出個人化的疾病歸因。

即使歐美國家在工作壓力這個議題上已有三、四十年的研究歷史，也累積了相當龐大的流行病學資料，但不同觀點的研究提供截然不同的科學證據，對因果關係也有相當不同的詮釋。

### 三、醫學知識在過勞職業病認定上的角色

台灣職業病認定的爭議，主要出現在勞工或家屬依據勞保條例爭取勞保職業傷病給付，以及依據勞基法向雇主要求補償之時。對於勞工而言，若能證明傷病是由於工作引起，就可得到比一般傷病更優渥的保險給付，但對雇主而言，這意味著額外的補償金與其他法律賠償責任。以下是兩件發生在台灣的過勞實例。

#### 案例一：勞保職業傷病給付判例

勞保被保險人謝先生是一家紙箱製造工廠的老闆，住家與工作場所在同一地方。因年關將近訂單很多，客戶趕著要貨而日夜趕工，某天突然於工作中昏倒，緊急送醫發現罹患腦中風。謝先生中風後癱瘓在床無法自理生活，家屬向勞保局申請職業傷病給付，但勞保局認為謝先生之前即患有糖尿病與高血壓，本來就是中風的高危險族群，因此認定腦中風並非由工作直接導致，僅能以普通傷病事故來給付。

#### 案例二：公務員因公殉職從優撫卹

2004年9月桃園風災後水質混濁，缺水多天引發民眾強烈不滿。自來水公司員工吳先生為了供水調度，不眠不休工作數日不幸猝死，政府根據2003年頒佈的「公務人員因公傷殘死亡慰問金發給辦法」發給慰問金300萬元。考試院官員表示，為了鼓勵公務人員戮力從公，只要能舉證有「積勞成疾」因果關係者，大都會從寬認定。許多公務員抱怨政府近年來大力推動人事精簡，造成公務員工作負擔加重，這次缺水事件造成不少員工工作受傷，也有員工罹患憂鬱症。

世界衛生組織（WHO）對於「職業病」的定義是十分寬廣的，只要與工作有關，不管是直接致病原因或是間接加重疾病，都屬職業疾病<sup>2</sup>。但是，社會意義上的職業病認定，由於牽涉到保險給付、傷害賠償與政治規範問題，各國的職災補償體系皆會依據政治、社會的考量，決定職業病認定的寬鬆程度。政治考量決定了職業病的範疇，而職業病範疇又透過醫學的界定來落實。

由上述兩例我們可發現，相對於公務人員的撫卹制度，勞保條例對於職業病的界定是相當嚴格而限縮的。勞保制度下的職業疾病，必須是「職業病種類表」所列舉的疾病或經勞委會鑑定委員會認定通過者才算，而且必須「因工作當場促發疾病，或於下班應經途中促發疾病，而該項疾病之促發與作業有相當因果關係者」。在過勞疾病方面，又加入許多複雜的規定，譬如要舉證有「超乎尋常工作的特殊壓力」的事實，如嚴重工作超時（有關工時的界定舉證，以及嚴重超時的定義又有許多認定規則），或是曾被醫學文獻報告證實過的特殊壓力源；另外，判斷是否為職業病時還必須考量是否「與其自身體質、危險因子相比，由質與量考量職業原因超過50%機率」。這些複雜的認定規則看似科學中立，但其實內部充滿爭議與不確定性。譬如，慢性疾病不見得會在工作中當場急性發作，如何能依據疾病發作的地點來判斷是否為職業疾病？另外，「相當因果關係」如何判斷呢？如何「由質與量考量」判斷「職業因素所佔的疾病風險超過50%」呢？諸如心血管疾病、心理壓力疾病、肌肉骨骼問題、甚至癌症等等牽涉多重致病因子的慢性疾病，「相當因果關係」所參考的科學證據主要來自流行病學，但我們從之前的討論可以看到，研究者的問題意識與疾病因果歸因無法免除價值觀點。心、腦血管疾病致病過程漫長且危險因子多元，包括抽菸、肥胖、缺乏運動、高血脂症、高血壓等，這些危險因子本身就與工作者的職業屬性、工作型態、社經階層息息相關。在計算工作因素的致病風險比例是否超過50%之時，哪些因子被納入？

<sup>2</sup> 參閱：郭育良，2002，《職業病概論》（第二版）。台北：華杏。

哪些因子與工作無關而需要被排除，事實上學界並無共識，這裡存有不少主觀判斷，也牽涉到研究者的問題意識。

此外，心血管疾病原本就好發於中高齡男性，目前的認定基準僅以心血管疾病為主，已事先排除了許多較不易發生心血管疾病的族群，如年輕人、女性。而這些族群的工作壓力較易導致的其他疾病（譬如憂鬱症、自殺），也完全被排除在目前的認定制度之外。

#### 四、結語

職業病的界定與認定，以及職業傷病賠償制度的設計，原本就深受政治、社會因素所影響，在爭議之中，醫學與流行病學專業知識以客觀中立、立場超然的面貌出現，並被賦予仲裁者的角色，知識本身的社會性格，往往由於專業知識門檻過高而很少被批判與檢視。尤其近十幾年來，歐美國家「實證衛生政策」（evidence-based health policy）研究蔚為風潮，希望以科學證據取代政治角力來制訂衛生政策，但是科學證據的內容，流行病學內部傾向於生物化約論的研究取向，卻很少被分析、討論。

疾病的發生不只是生物現象，也是社會現象，流行病學研究自然無法獨立於社會之外。以過勞疾病為例，工作壓力問題的產生根植於現今社會的生產模式，而職業病認定又與社會權力結構息息相關，牽涉到資方、勞方、行政立法部門之間的角力，也和社會大眾對於這些問題的認知與態度有關。仰賴流行病學研究確立疾病的因果關係，即便有充分的研究資源與嚴謹的研究設計，仍舊無法免除價值觀點。本文強調，當醫學與流行病學知識被賦予解決社會爭議的重責大任，所謂客觀中立的因果知識背後所隱含的價值預設，更需要被批判地檢視。

#### 工具箱

##### 問題討論

1. 愈講求成本控制與績效管理的生產模式，也愈容易發生過勞問題。你認為目前政府有哪些政策加速了職場中的工作壓力問題？
2. 當「工作狂」（workaholic）成為社會常態，成為維持個人競爭力不得不然的生活方式時，那麼工作壓力所伴隨而來的健康風險，應該由誰來承擔？我們應該如何看待過度勞動所導致的職災或職業病？
3. 工作壓力問題廣泛存在於社會各階層，但是尋求社會救濟或賠償的受害者，常以陷入經濟困境的中下階層為主。當知識經濟日益擴大階層之間的社會差距時，我們如何看待健康不平等的問題？
4. 社經階層愈低的族群，平均壽命愈短，各種疾病的風險也愈高。除了過勞疾病外，其他疾病的流行病學研究是否也存在價值觀點的差異？

##### 相關閱讀

1. Markowitz G & Rosner D., 1997, "The Illusion of Medical Certainty: Silicosis and the Politics of Industrial Disability, 1930-1960." In *Framing Disease: Studies in Cultural History*. New Brunswick: Rutgers University Press.
2. Nishiyama K & Johnson JV. Karoshi, 1997, "Death from Overwork: Occupational Health Consequences of Japanese Production Management." *International Journal of Health Services*, 27(4): 625-641.
3. Scott, HS., 2004, "Re-conceptualization the Nature and Health Consequences of Work-related Insecurity for the New Economy: The Decline of Workers' Power in the Flexibility Regime." *International Journal of Health Services*, 34(1): 143-153.

##### 推薦網站 / 影片

1. 紀錄片「陸上潛水俠」，由倪世傑導演，內容是關於台北市捷運工人的職災事件。

## 女人與水：性別與RCA污染研究

林宜平

台大公衛學院健康風險及政策評估中心助理教授

在《紅樓夢》裡，賈寶玉說：「男人是泥做的，女人是水做的。」的確，在我們的日常生活經驗裡，女人與水的關係較諸男人密切許多。女人除了和男人一樣，飯前洗手、飯後刷牙與洗澡都需要用水之外，又多了許多洗衣、拖地等家務工作，特別是廚房裡的工作，從飯前的切洗準備，食物蒸煮到飯後的清理工作，無一不用水。

如果男女兩性對水的使用方式與使用量，存在很大差異，要評估污染源對健康所造成的危害，可以使用男女一致的標準進行風險評估嗎？環境與職業流行病學研究如何分析性別變項？這其中是否存在性別盲點？本文以發生在桃園地區的美國無線電公司（RCA Victor Company，以下簡稱 RCA）地下水污染事件為例，分析與事件相關的公共衛生研究報告，討論環境與職業健康研究中的性別議題。

### 一、變色的 RCA 家園

美國 RCA 公司於 1967 年來台，在桃園設廠，主要生產電視及電器產品。由於一般認為電子業乾淨、細緻，最適合由手指靈巧、有耐心的女工擔任，再加上女工比男工工資便宜許多，因此 RCA 公司在美國與世界各地都雇用許多年輕、未婚的女工。1970 年代台灣地區勞力充沛，再加上在戒嚴法之下，嚴禁工會的運作與組織，台灣因而成為外資投資的天堂。當時 RCA 曾經連續創下台灣地區多年「外銷第一名」的紀錄，也是當年台灣地區的「模範工廠」。

根據勞保局 1973 年至 1992 年資料顯示，曾經在 RCA 任職的 86,868 名

員工中，男性有 16,133 人（佔總人數的 18.6%），女性則有 70,735 人（佔 81.4%）。我們由員工訪談得知，這些為數眾多的女工，來自全台各地，其中有高中畢業後，由南部的眷村北上工作，也有桃園地區的居民，國中畢業後進入 RCA 成為建教合作生，半工半讀，或是鄰近眷村的中年婦女，在結婚生子之後，為配合家庭生活，進入工廠當夜班的女工。當年的 RCA 桃園廠不但有來自全台各地，年輕女工居住在七棟女生宿舍裡，每天往來工廠與鄰近地區，接送員工上下班的交通車，在桃園地區更是往來頻繁。

1986 年 RCA 被美國奇異公司（GE）併購，1988 年再併入法國湯姆笙公司（Thomson），RCA 廠址的產權也同時轉移給湯姆笙公司。RCA 桃園廠從 1991 年起至 1992 年全面關廠，共分三批資遣員工。1992 年 RCA 將廠房及土地售予宏億建設開發股份有限公司。

1994 年 6 月因為立法委員趙少康的揭發，媒體開始報導已經關廠的 RCA 工廠，不當傾倒有機廢液污染地下水，環保署等相關單位立刻展開一連串의 污染調查與整治工作。至於 RCA 地下水污染是否會影響鄰近居民與勞工的健康？從事件一開始，有關 RCA 環境與職業健康效應的議題，就引發美國與台灣流行病學專家之間的爭議，由資方聘請的美國流行病學家認為，RCA 地下水污染濃度，對當地居民的健康應不致造成危害，不需進一步追蹤研究。不過 1998 年 RCA 廠址宣告整治失敗，一群前 RCA 員工因為健康疑慮組成自救會，勞委會與環保署為釐清地下水污染的健康效應，於是委託台灣的學者專家，開始進行一系列的勞工與居民健康相關研究。

RCA 從 1967 年來台設廠至今已近 40 年，而 1994 年地下水污染事件爆發至今，也已超過 10 年。RCA 事件是台灣第一件以女性健康議題為主要訴求的環保抗爭，與此一事件有關的公共衛生相關研究，目前已有六篇經同儕審查，並且發表在國際學術期刊上的科學研究報告（表 1），不過這些研究結果分歧，RCA 地下水污染對居民與勞工健康的影響，至今仍無定論。

表 1 台灣 RCA 地下水污染健康效應的研究報告

動物實驗	Wang FI, Kuo ML, Shun CT, et al., 2002, "Chronic toxicity of a mixture of chlorinated alkanes and alkenes in ICR mice." <i>J Toxicol Environ Health, A</i> , 65:279-91.
健康風險評估	Lee LJ, Chan CC, Chung CW, et al., 2002, "Health risk assessment on residents exposed to chlorinated hydrocarbons contaminated in groundwater of a hazardous waste site." <i>J Toxicol Environ Health, A</i> , 65:219-35.
環境流行病學 (居民)	Lee LJ, Chung CW, Ma YC, et al., 2003, "Increased mortality odds ratio of male liver cancer in a community contaminated by chlorinated hydrocarbons in groundwater." <i>Occup Environ Med</i> , 60:364-9.
職業流行病學 (勞工)	Chang YM, Tai CF, Lin RS, et al., 2003, "A proportionate cancer morbidity ratio study of workers exposed to chlorinated organic solvents in Taiwan." <i>Ind Health</i> , 41:77-87.
	Chang YM, Tai CF, Yang SC, et al., 2003, "A cohort mortality study of workers exposed to chlorinated organic solvents in Taiwan." <i>Ann Epidemiol</i> , 13:652-60.
	Chang YM, Tai CF, Yang SC, et al., 2005, "Cancer incidence among workers potentially exposed to chlorinated solvents in an electronics factory." <i>Journal of Occupational Health</i> , 47: 171-180.

本文將由女性主義的觀點，回顧這六篇相關研究中的性別變項，試圖回答在目前的公共衛生研究典範下，「為什麼女性的環境與職業健康危害難以證實？」

## 二、廚房與浴室裡的女人

根據環保署調查結果顯示，RCA 附近地下水中主要的污染物為多種氯化烷烯 (chlorinated alkanes and alkenes, CA)，在造成污染的 12 種化學物中，

三氯乙烯及四氯乙烯濃度超過世界衛生組織所公佈的飲用水標準，並且在實驗動物身上有充分的致癌證據。

不過化合物之間可能有多種交互作用，但是氯化烷烯「混合物」的毒性研究卻鮮有研究報告。台大醫學院毒理所的動物實驗以 RCA 地下水污染混合物餵食鼯鼠，結果發現，雄鼯鼠於暴露 16 個月後，肝細胞腺瘤 (hepatocellular adenoma) 發生率升高；而雌鼯鼠則於暴露 18 個月後，乳腺癌 (mammary gland adenocarcinoma) 的發生率升高。

這項動物實驗證實 RCA 地下水模擬混合物是可能的致癌物。不過這項研究最大的限制是，在動物實驗中完全以飲水的方式給予鼯鼠氯化烷烯混合物，並未考慮在真實生活中吸入與皮膚吸收等其他暴露方式。

為評估地下水污染地區居民的健康危害，台大公衛學院以 1997 年 RCA 污染整治後，地下水中檢測出七種含氯揮發性有機物濃度，配合當地居民用水習慣，進行健康風險評估，結果發現其危害指數 (Hazard Index, HI) 偏高，證實 RCA 地下水污染地區在 1997 年的土地整治之後，對居民健康仍造成威脅，其中最重要的風險因子為地下水污染濃度、暴露年數，以及洗澡時間等。

由於含氯揮發性有機物在煮沸之後濃度大幅降低，因此這項健康風險評估考量國人飲用水都有先煮沸的習慣 (問卷發現 99% 受訪者都「喝開水」)，在計算污染地下水的健康效應時，主要以皮膚吸收 (如洗手、洗澡等直接的皮膚接觸)，或是口鼻吸入 (如淋浴時所吸入的蒸汽)，計算人體的暴露量。

這項風險評估根據美國環保署的標準步驟進行，並考量國人的生活習慣、進行實驗室模擬測試，經複雜的模式運算之後發現，污染地區的居民食入含氯揮發性有機物的可能性幾可忽略，由皮膚吸收的比重不高，最重要的污染暴露途徑是洗澡時的吸入。不過這篇研究報告在討論中提及，這項量化風險評估只估算浴室裡吸入的含氯揮發性有機物濃度，並未考量其他的室內空氣暴露途徑，例如「煮水、烹飪、洗碗、如廁等」，因而可能低估了污染地下水的健康風險。

有趣的是，這項研究所低估的暴露方式，除了如廁之外，煮水、烹飪以及洗碗，在一般台灣家庭中，多半是女人的工作，換句話說，此一健康風險評估模式低估的，其實不是一個「中性人」的健康風險，而是女性的健康風險。根據行政院主計處的「婦女婚育與就業調查」，台灣地區 15 至 64 歲的已婚婦女，平均料理家務的時間是 5.35 小時，其中做家事佔了 3.07 小時，照顧小孩 2.13 小時，照顧老人 0.15 小時。在女人做家事的 3.07 小時中，經常需要接觸水，而照顧小孩與老人，可能還包括幫他們洗澡與如廁等。

這項科學的健康風險評估，只以問卷調查中的個人洗澡時間計算浴室裡的吸入劑量，再以 20 分鐘計算皮膚接觸水的暴露劑量，很可能嚴重低估女性的危害暴露。其實這篇研究報告的結論應該是 RCA 地下水污染地區在整治之後，對「男性居民」的健康即足以造成威脅，對女性居民的健康威脅可能更大。

### 三、嫁出去的女兒、潑出去的水

台大公衛學院進行環境流行病學調查研究，比較居住在污染地區上、下游兩個地區居民的癌症死因，結果發現，下游地區的男性居民肝細胞癌的「病因勝算比」(mortality odds ratio, MOR) 偏高，而女性居民的肝癌死亡的比例則無顯著差異。這篇研究報告提及，台灣地區民眾肝癌死亡的男性是女性的 2 至 4 倍，但是文中對女性居民未經證實的癌症風險並未做進一步討論。

若根據前述台大毒理所的動物實驗研究結果推論，女性居民較可能罹患乳癌，而非肝癌，發生時間可能較晚，並且乳癌死亡率也可能較肝癌低，未來應持續追蹤污染地區女性居民的罹癌（而非僅止於癌症死亡）風險。

此外，這項環境流行病學研究，以戶籍資料中「在污染地區死亡」的居民為研究對象，存在方法學上的重大限制。由於台灣地區從父（夫）居（patrilocal system）的制度與習俗，女性因為婚姻而遷移的比例高於男性，出

生在污染地區的女性，自出生起就暴露在污染的環境中，不過這些「嫁出去的女兒」，如果因為某種癌症死在異鄉，因為入籍夫家，以目前的環境流行病學資料取得方式，就會如同台灣諺語所說的，像「潑出去的水」一般，並不會列入污染地區的死因統計。至於許多死在污染地區的女性居民，可能是從外地娶進門的媳婦，暴露時年紀較大，暴露時間也較生於斯死於斯的男性居民短，以「進門的媳婦」為污染地區的女性研究樣本，可能無法找到癌症流行病學的相關。

以戶籍資料為基礎的台灣環境流行病學研究，若不能克服其方法學限制，女性居民的資料因為樣本流失及選擇偏差（selection bias）較多，環境污染的健康危害會較男性更難以證實。

### 四、倒掉澡盆裡的嬰兒

在上述的 RCA 健康風險評估與環境流行病學研究中，公共衛生研究者忽視的是「社會的性別」(gender)，包括女人使用水的方式與頻率，以及女人的婚姻遷移等。但是在一系列的 RCA 職業流行病學研究中，研究者不但忽視台灣 RCA 員工的社會人口學特性，同時也未進一步考量「生物的性別」(biological sex)。

有關 RCA 員工癌症流行病學的研究，勞委會的勞工安全研究所共有一系列三篇研究論文發表。第一篇研究報告發現，相較於新光及遠東兩家紡織廠，以及菲立普電子廠員工的死亡資料，RCA 廠女工的乳癌「比例癌症死因比」(proportionate cancer morbidity ratio, PCMR) 偏高。

由於比例癌症死因比是比較不同的職業族群（選擇電子業及紡織業勞工做為對照）的死因，這種研究方法在流行病學研究上，是比較簡略的方法，原本就存在許多方法學上的限制，因此勞研所的研究者在第二年的流行病學



研究，進一步與台灣地區民眾的癌症死亡資料做比較，計算整個 RCA 勞工世代的「標準化死亡比」(standardized mortality ratio, SMR)，結果發現在校正年齡及死亡年代後，RCA 男女性員工的乳癌、胃癌、大腸癌、肝癌、子宮頸癌、卵巢癌、白血病及何杰金氏病等八種癌症的標準化死亡比，都無顯著增加。

這項「RCA 員工癌症無顯著增加」的研究結果一發表，立刻引發 RCA 自救會員工的強烈反彈，勞委會為了解決爭議，於是又有第三年流行病學研究計畫，與台灣地區民眾的癌症發生（而非死亡）進行比較，計算 RCA 勞工世代癌症的「標準化發生比」(standardized incidence ratio, SIR)。結果發現 RCA 勞工之乳癌、子宮頸癌、卵巢癌、胃癌、肝癌、結腸癌、直腸癌、腎臟癌及淋巴造血系統癌等九種癌症的標準化發生比，都沒有顯著增加。不過由乳癌發生的年齡來看，RCA 女性員工罹患乳癌有年輕化的傾向，35 歲至 45 歲的乳癌標準化發生比增高，但並未達統計上的顯著性。

這三篇研究報告共同的特點是，研究者以在 RCA 的任職長短做為暴露指標，進行資料分析，研究者發現，若將「任職不滿三個月的員工」資料剔除，整體資料中原本略微升高的癌症風險，都與對照族群無差異。這樣的分析策略，在一般職業流行病學研究中，基於「劑量反應關係」（任職愈久、暴露量愈多、疾病發生也愈多），是常用並且合理的作法。但是非常特別的是，研究者由勞保資料庫取得的 70,735 名 RCA 女性員工資料中，工作不滿一年的高達 65% (46,063 人)；因癌症死亡的 250 名女性員工中，有 38% (95 人) 在 RCA 工作未滿三個月；而罹患癌症的 897 名女性員工中，則有 42% (376 人) 在 RCA 工作未滿三個月。這幾篇研究報告指出，工作不滿三個月的 RCA 員工，主要來自當年廠方與桃園地區高中、高職的「建教合作」方案，這些年齡介於 14 到 18 歲的年輕女工，有許多人在實習三個月後離職。不過研究者只分析癌症發生與死亡的年齡，並未進一步分析 RCA 員工的污染源暴露年

齡與癌症發生的關係，也未討論這些短期工作，罹患癌症或因為癌症死亡的 RCA 女性員工，其社會人口學特性與其癌症的發生有無相關。

許多文獻指出，從初經至第一次懷孕的有機溶劑暴露，是乳癌發生的重要危險因子。在這一系列的 RCA 勞工流行病學研究中，這些工作不滿三個月，但是罹患癌症或是因為癌症死亡的女性員工，接觸有機溶劑暴露時是否正值青春期的絕對值得進一步分析。然而這一系列的 RCA 勞工健康研究，根據一般的流行病學研究方法，以任職長短為暴露指標的資料分析策略，並未考量 RCA 女工的社會人口學特性（多數年輕、短期工作），也未考量女性的生物特性（從初經到第一次懷孕的化學暴露），在剔除研究資料的過程中，就如德國諺語所說的「倒掉澡盆裡的嬰兒」一般，可能因而錯失許多重要的訊息。

雖然就目前的科學知識而言，沒有證據可支持三個月內的短期化學暴露可導致癌症的發生，但是這些研究者可能都忘了，發生於 1970 年代初期的飛歌事件，八名死於肝病的電子廠女工，年齡都在 15 至 21 歲之間，她們工作都不滿三個月。其後又有一家電子零件工廠，有七名女工死於肝病，她們也都是 17 到 19 歲，上班才 17 到 40 天。當年這兩家電子工廠，在製程中都使用有機溶劑三氯乙烯，當時參與調查工作的研究者，雖未找到工作與污染源暴露與年齡、年資之間可能的關連，但也認為這樣的巧合絕非偶然。

## 五、女性主義科學與公共衛生研究

早期的環境與職業醫學對女性健康的研究，主要集中在生殖危害，而非女體健康，而各國的勞工安全法規，也以保護兒童與脆弱的女體為重點，避免讓兒童與女人在危險的工作環境（如礦坑等）工作。電子工廠的工作，在 1970 年代被視為是乾淨、細緻、適合女性的工作，直至 1990 年代工業污染的問題浮現，乳癌等女性環境與職業性癌症發生，公共衛生專家才開始進行女性的環境與職業癌症流行病學研究。

然而本文由性別的觀點分析 RCA 健康相關研究發現，在這幾篇經同儕審核，並已發表在國際學術期刊的論文中，公共衛生學者以建立在男性環境與職業健康的研究典範，研究女性健康議題，他們或是忽視女性的社會特性，或是未考量女性的生物特性，因而在這些研究報告中，女性的環境與職業性癌症，相較於男性更難以證實。

近年來乳癌已成為歐美國家女性的重要疾病，而乳癌防治也成為女性健康運動的重要議題。除了尋找個人生活習慣與遺傳等危險因子之外，環境乳癌運動結合環保與女性健康議題，致力於尋找工業污染與乳癌發生的相關性。台灣的 RCA 健康相關研究，不只關係桃園地區居民與八萬多名前 RCA 員工的健康，也關係所有女性的健康。

女性主義學者哈定 (Sandra Harding) 於 1991 年出版專書《誰的科學？誰的知識？》以「從女性生活思考」為副標題<sup>1</sup>，她強調，由獨斷的男性觀點描述與解釋這個世界的科學知識，無法幫助我們（包括男人與女人）理解我們所存在的真實世界。本文以 RCA 事件的健康相關研究為例，進一步強調，具有女性主義觀點的科學研究，才是更好的科學研究，公共衛生研究女性健康，需要女性主義的科學。

<sup>1</sup> Harding S., 1991, *Whose Science? Whose Knowledge?* Ithaca, NY: Cornell University Press.

## 工具箱

### 問題討論

1. 公共衛生研究可以協助我們回答什麼樣的問題？
2. 為什麼女性的健康問題較少被研究？
3. 要探討 RCA 地下水污染的健康效應，我們還需要什麼樣的資料？資料可以如何取得？

### 相關閱讀

1. Sandra Harding 著，蔡麗玲譯，2004，〈多元文化與後殖民世界中的女性主義科學研究〉。收錄於吳嘉苓、傅大為、雷祥麟主編，《科技渴望性別》，頁 171-197。台北：群學。
2. Harding S., 1991, *Whose Science? Whose Knowledge?* Ithaca, NY: Cornell University Press.
3. 王榮德，1990，《流行病學方法論：猜測與否證的研究》。台北：健康世界。

### 推薦影片

1. 紀錄片「奇蹟背後：RCA」，由蔡崇隆與陸凱聲執導，公視製作。

## 從免洗餐具的誕生看台灣醫學知識的社會建構性

林崇熙

雲林科技大學文化資產維護系

1980年3月中旬，多家台灣的報紙都報導了：美國華盛頓大學醫學研究中心未得到衛生署許可，即預備以台北市幼稚園幼童為實驗對象，進行B型肝炎血漿疫苗人體試驗計畫。不過，該計畫最後遭到行政院衛生署的否決。衛生署認為，由於此疫苗尚未得到美國政府批准使用在人體上，在安全與效能未獲得證實之前，我國兒童不能供為試驗對象。然而，疫苗事件發生數個月之後，行政院衛生署成立了肝炎防治委員會，並於次年頒佈了「加強B型肝炎防治計畫」，繼而將B型肝炎防治列為八大重點科技之一來推動。

這個疫苗試驗事件揭開了台灣官方面對B型肝炎防治的序幕。而這段防治肝炎的歷史，其意義不在於人們如何努力戰勝病毒，而是在這個歷程中，我們看到人們如何面對未知的狀況及新「知識」；在地人不是單純接受外來知識，而是在各種考量及各種在地因素的影響下，經由創造性轉化來產生「新知識」；而在接受新的「正確知識」之時，新的行為及新的生活方式也就出現了。此「正確知識」不必然是顛撲不破的真理，而有可能因為新的社會脈絡及新的考量再重塑其內容與面貌。

### 一、為何進行B型肝炎的防治？

1984年7月1日，台灣成為世界上第一個進行大規模B型肝炎血漿疫苗接種的國家。也就是說，B型肝炎防治在80年代初期，躍升為台灣公共衛生

最重要的議題。B型肝炎究竟有多嚴重，以致於需要國家傾力防治呢？當時官方及學者的基本說法如下：

- 台灣民眾 80% 至 90% 在 39 歲以前曾感染過 B 型肝炎。
- 台灣民眾的 B 型肝炎帶原者約佔總人口的 15% 至 20%，在一千八百萬人口中約有三百萬人是帶原者。
- B 型肝炎病毒是肝癌及肝硬化的主因，而肝癌是台灣男性癌症死因的第一位，肝硬化則是台灣人口死因的第六位。
- 目前無適當的方法消除患者體內的 B 型肝炎病毒。
- 預防是解決 B 型肝炎問題的唯一方法。

換句話說，B型肝炎的嚴重性不在於它會直接致人於死地，而是經由引發肝硬化及肝癌，對台灣民眾的生命造成嚴重威脅。

B型肝炎在台灣很嚴重嗎？幾乎台灣所有的肝炎研究者都會給予肯定的答案。然而，在70年代，政府並不認為肝炎是重要的疾病，肝炎研究者也一直無法說服政府來重視肝炎的嚴重性。那麼，為何在盛行率或致死率都平穩的情況下，政府在1980年突然重視起B型肝炎的「嚴重性」及其防治呢？我們得從其他面向來考察，本文將從70年代末期台灣的政治、經濟、產業發展狀況的方向來思考。

### 二、從台灣政治經濟的脈絡理解

台灣在70年代末期遭遇了各種動搖內、外部正當性的危機：從退出聯合國、與日本斷交、與美國斷交等一連串的外交挫敗，經濟上來自兩次石油危機導致的通貨膨脹及外貿衰退，內政上要求民主化及自由化的呼聲越來越高。國民黨政府的因應方針，除了政治上有限度的「台灣化」外，就是進一步強化經濟發展，不僅用以穩定政權，也用於發展「實質外交」。

面對來自其他新興工業化國家在傳統外銷產業上的強力競爭，政府選擇以產業升級來因應。其中的「生物技術」在台灣的早期發展則和「肝炎防治」有著密切的關係。

生物技術在 70 年代中期因基因重組技術愈益成熟，被各科技先進國家視為廿一世紀的重要產業領域。生物技術的應用範圍廣泛，且具有耗能少、技術密集、附加價值高、使用再生資源等優點；尤其當時各國都進入此領域不久，似乎有著一較高下的可能性。

不過，一項新工業的提倡，不但需要確實地引進相關技術，更要確保將來產品的出路。政府的策略是在技術方面由國科會選擇 B 型肝炎基因工程疫苗做為「生物技術」的起始點，在市場方面成立財團法人生物技術開發中心及保生公司（一家「可控制的民營公司」），以接受法國 B 型肝炎血漿疫苗的生產技術及進行本土疫苗技術發展。在這樣的設計下，最關鍵的因素是台灣民眾能接受 B 型肝炎疫苗，否則上述的努力都將付諸流水。要讓民眾願意接受此疫苗，就得讓民眾相信 B 型肝炎是非常嚴重的！

### 三、B 型肝炎變「嚴重」，疫苗變「安全」

絕大部分 B 型肝炎帶原者的體內病毒是與免疫系統「和平共存」的，故稱之為「健康帶原者」；既然「健康」，理應不是嚴重的公共衛生問題。將 B 型肝炎健康帶原者與肝癌關連在一起，從而塑造了 B 型肝炎「嚴重性」的關鍵人物，是 70 年代即在台灣進行 B 型肝炎研究的美國華盛頓大學醫學中心的畢斯理（R. Palmer Beasley）。

畢斯理透過國防部軍醫局以「研究用」名義申請進口試驗中的 B 型肝炎血漿疫苗，在未經衛生署許可的情況下，想以台灣幼童進行人體試驗而被揭發後遭到阻止。事實上，在此疫苗事件之前，畢斯理及黃綠玉已於 1979 年秋

天，在衛生署不知情的情況下，在台灣進行了小規模的 B 型肝炎血漿疫苗人體試驗，對象是一百位台灣幼童，年齡分佈自六個月至七歲。由於極少人知道這個小規模的疫苗試驗，因此當時並沒有被發覺或阻止。

1980 年肝炎疫苗在台灣進行試驗受阻，畢斯理並沒有因此而放棄。他在觀察台灣科技行政界的權力結構後，以強調 B 型肝炎患者有兩百倍的風險會罹患肝癌的說法，成功地說服了當時在科技行政界的權力人物政務委員李國鼎與行政院長孫運璿。很迅速地，政府即在 1980 年 7 月宣示要進行肝炎防治！在此，我們不但看到 B 型肝炎「突然」變得「嚴重」了，而先前為衛生署強烈質疑的疫苗也突然變得「安全」了。

### 四、預防的「正確知識」從何浮現？

如果 B 型肝炎果真是無藥可醫的嚴重疾病，那該如何防治呢？在疫苗尚有數年才能上市前，僅有透過「正確知識」來預防。在 1981 年之前，有關 B 型肝炎傳染途徑的研究，除了血液一項受到肯定外，其餘傳染途徑都莫衷一是或不明確。然而，在學界仍有爭議或不甚清楚的情況下，衛生署斷然宣傳預防 B 型肝炎病毒的傳染途徑的「正確知識」：不做不必要的注射及輸血，不要共用牙刷、刮鬍刀、毛巾，飯前便後要洗手，不要嚼食餵兒，不要在路邊攤進食；此外，衛生署建議民眾改變進餐形式為「中菜西吃」及使用「公筷母匙」。

值得注意的是，衛生署發佈這些「正確知識」的依據是學術界研究者組成的衛生署肝炎防治委員會的決議。那麼，他們為什麼在相關現象及學理尚未釐清之際，就對外發佈所謂的「正確知識」？

當衛生署不斷地宣傳 B 型肝炎很嚴重時，引起了立法委員的嚴重關切。當時許多立法委員認為飲食衛生及唾液是傳染 B 型肝炎的主要途徑，因此要

求衛生署加強衛生管理，而具體的作法是推廣衛生教育、公筷母匙、免洗餐具等。立法委員們的意見可能來自媒體的報導、專家學者的說法或立委自己的經驗等。換句話說，研究者及衛生機關藉著媒體傳佈有關 B 型肝炎的「正確知識」來影響民意代表，而民意代表再以這些「正確知識」來要求衛生機關進行防治，則衛生機關即可順利地達成民意代表的期望。

## 五、編織「白色謊言」

然而，當台灣民眾接受了有關 B 型肝炎的新知識時，另一些場合卻透露了另類的「正確知識」。例如 1982 年 8 月，衛生署決定不使用拋棄式口含溫度計來避免唾液傳染 B 型肝炎，就說明了 B 型肝炎傳染與唾液的關係其實尚待商榷。其次，衛生署認為不需要禁止帶原者從事供膳業務，乃是因為擔心會引起大量失業的社會問題，而非基於傳染病學理來思考。這般社會面向的考慮所形成的「肝炎知識」都與衛生署早先發佈的「正確知識」相左。

最後，衛生署肝炎防治委員會主任委員宋瑞樓在 1988 年的「第二屆國際病毒性肝炎與細胞癌研討會」上坦承，的確沒有任何學術報告證明飲食會感染 B 型肝炎；至於為何強調飲食會感染 B 型肝炎呢？這是為了順便防治 A 型肝炎，及促使民眾注意餐飲衛生的觀念，才会有如此「白色謊言」的作法。

由此可見，80 年代初期，雖然有關 B 型肝炎的傳染途徑尚未澄清，但衛生署基於改善飲食衛生及防治 A 型肝炎的考量，塑造了以免洗餐具、公筷母匙等，引導民眾相信 B 型肝炎應藉由注意飲食衛生來防治。此配合前述滿足民意代表的「關切」，成為當時的「正確知識」。但如以下所述，當衛生署及專家學者面臨新的社會考量時，原先衛生署宣導的「正確知識」不得不變成「不正確」，而新的「正確知識」則嶄新登場。

## 六、以免洗餐具來防治 B 型肝炎是「錯誤的想法」

如果 B 型肝炎會透過唾液及飲食傳染，則台灣民眾習以為常的路邊攤飲食就是罪魁禍首了。1982 年 8 月，衛生署奉行政院長孫運璿的指示對路邊攤販採取行動，但成效不彰；衛生署退而求其次，要求攤販採用免洗餐具以求衛生，且以此做為取締攤販的標準之一。餐廳或攤販對免洗餐具採取正面的態度，因為免洗餐具能為他們塑造出「衛生」的形象。在強力宣導下，免洗餐具在台灣的用量急遽上升，但也迅速成為令人頭痛的垃圾問題。

另一方面，當免洗餐具成為新的「衛生」象徵時，也意味著免洗餐具逐漸深刻地進入台灣民眾的生活中。免洗餐具的龐大消耗量除了表徵民眾接受了關於 B 型肝炎的「正確知識」外，更代表著台灣社會進入了大量消費的時代。當人們的日常生活開始習慣於免洗餐具用過即丟的消費樣態時，有可能在其他方面也就以同樣的態度來面對。換句話說，新的知識帶來了新行為，也改變了台灣人的生活面貌。

免洗餐具從 80 年代初期開始推動，被衛生署強力宣傳為防治 B 型肝炎的重要法門，大多使用以發泡聚苯乙烯製成的保麗龍，該原料引發了是否會釋出有害物質的疑慮及因處理不易而引發的環境污染問題。在這樣的環境保護壓力下，衛生署被迫改弦易轍，一方面呼籲大專院校改用洗滌設備及推動紙製餐具，另一方面也只好「正本清源」地告訴民眾，B 型肝炎並非經由飲食傳染，以減少免洗餐具的龐大使用量。

然而，透過免洗餐具在民眾生活中的普遍使用，這些錯誤的「正確知識」已內化到民眾的言行舉止上了。加上其後免洗餐具的自我轉化（從保麗龍轉成紙製品等），免除了環保的批評，而且大量生產之後的物美價廉，契合著台灣工商社會的來臨，餐飲業一方面可免除大量的清洗工作，另一方面也博得消費者眼中「衛生」的「美名」。在這種社會環境與價值觀改變的情況下，加

上衛生署在 90 年代已經將 B 型肝炎防治的工作列為例行公事，不再如 80 年代那般地大張旗鼓，因此，衛生署也就難以「導正」民眾以免洗餐具來防治 B 型肝炎的「錯誤想法」了。

## 七、結語：新知識 / 新生活

在這段台灣 B 型肝炎防治的歷程中，我們可以看到醫學知識在台灣的社會性格中，交織著人際關係、利益考量、政治議題、社會變遷等因素而形成的網絡，醫學知識的命運，可說是由相關的政府、科學家、醫生、疫苗、民眾、攤販、廠商……等在不同時空下的互動所共同塑造而成。正是上述醫學知識關係到如此眾多的社會因素，且在「事實未知」及「必須已知」相交融的情況下，創造出相關的「正確知識」，而其形成或再塑造，不必然是專家學者孜孜不倦研究下的成果，疾病的嚴重性也不是由十大死因的排行榜來決定。

從本文 B 型肝炎「正確知識」的形成與轉折，我們可以看到醫學知識在台灣的社會性格；這時，所謂的「正確知識」不必然是傳統的「絕對真理」，而可能是時空下的動態共識。對於病家或一般民眾而言，如何治療或預防 B 型肝炎是當務之急；對於研究者而言，救人濟世或是製造出研究論文，可能都是重要的動機；對於衛生署而言，滿足政治上的壓力是必要考量；對於廠商而言，將疫苗或試劑順利銷售是首要目標；對於經建單位而言，藉由肝炎防治來推動生物技術是其真正的目的。不同的關心在某些歷史時空下交織出對於 B 型肝炎的談法或爭議，而當爭議結束時，最後的贏家就是所謂的「正確知識」了。

本文改寫自：林崇熙，1998，〈免洗餐具的誕生——醫學知識在台灣的社會性格分析〉。《台灣社會研究季刊》，32: 1-37。

## 工具箱

### 問題討論

1. 科學知識如何產生？一定要由實驗室產生嗎？實驗室生產的知識你就相信嗎？核能專家保證核能很安全，你就接受核電廠蓋在你家旁邊嗎？
2. 你如何面對未知狀況與其相應的新知識？例如長期暴露於電磁波下是否影響人體尚未有定論，你會不會接受基地台或變電所設在你家附近？專家說口蹄疫病死豬仍可食用，你會不會去買來吃？再想想幾年前爆發 SARS 時整個社會的反應。
3. 如果科學家或衛生署宣稱的科學知識沒有得到民眾的廣泛接受，對民眾而言，這些所謂的「知識」還是知識嗎？例如衛生署與科學界都說煙、酒、檳榔有礙健康，可是抽煙、喝酒、吃檳榔者何只千百萬人（其中包括多少醫生與科學家！）？你怎麼看待這些「知識」？

### 相關閱讀

1. Steven Shapin and Simon Schaffer, 蔡佩君譯，2006，《利維坦與空氣泵浦：霍布斯、波以耳與實驗生活》。台北：行人。
2. Bruno Latour, 林宗德譯，2004，〈給我一個實驗室，我將舉起全世界〉。吳嘉苓等編，《STS 科技渴望社會》。台北：群學。
3. 林崇熙，2004，〈檳榔、知識與社會正義的辯證〉。台灣鄉村社會學會「空間不平等與社會包容學術研討會」，2004 年 4 月 30 日。

## 醫病關係的新視角：醫「用」關係

成令方

高雄醫學大學性別研究所副教授

在醫學上是沒有什麼絕對的東西。任何一個醫師如果絕對相信他的診斷是對的，或是感覺他所提供的治療是絕對有效、沒有問題的，這個醫師根本就不知道自己在講什麼，所以民眾必須避開這種醫師。——美國內科教授 Berczeller 在《醫師和病人》一書中的建議，引自王國裕（1997）。

現代醫療是一種科學，而診治病人的行為卻是超越科學的，換句話說，診治的行為是一種社會學，因為我們不能忽視人性因素與文化背景對病人的影響。——引自黃達夫（1999），《用心聆聽：黃達夫改寫醫病關係》。

### 一、遭人詬病的醫病關係

人們一聽到「醫病關係」（doctor-patient relationship）這個詞，就會想到自己看病的經驗，而且大多都能立刻滔滔不絕地述說自己或家人的親身經歷，其中大部分的經歷都不太好。到底台灣學界研究者為我們描繪出怎樣的「醫病關係」？筆者綜合多人的研究如下：醫師與病人接觸的時間，在大醫院大約三分多鐘，在基層診所則是約六分多鐘。有些醫師將這種情形歸因於健保的給付安排，由於求診的病人太多，以致於看診時間短促，造成醫療品質低落。在這短暫的接觸當中，有一半以上的醫師根本沒問與症狀有關的問題，絕少數的醫生會問到與病人家庭和生活相關的問題。在診斷過程中，醫師和

病人之間的溝通問題很大，例如：很多病人沒有提供醫師充足的資訊，在看診時，形同「隱形病人」；超過二分之一的病人說醫師不會向他們解釋生病的源由；醫師會因為病人是老榮民或貧民而和他們的互動關係冷淡；在溝通上，醫生常使用病人不易瞭解的術語。在決定開刀或深入檢查時，約有 85% 的病人沒有參與檢查的決策過程，而且病人與家屬對醫師有託付式的順從。甚至有研究指出，在婦女進行子宮切除術前，醫師提供片面的手術資訊，誘使病患做出動手術的決定。去婦產科看診的婦女，很多人抱怨醫護人員不注重看診者隱私，使得她們怯於踏進婦產科門診。此外，由於診治效果以及醫病之間的溝通不良，病人傾向於「逛醫師」（doctor-shopping）四處比較。

不可否認，如果門診人數降低、看診時間增長，醫師問診時或許有更多的機會詢問病人，若加上病人也積極告知與病狀相關的訊息，醫療互動和溝通多少得以改善。然而，這樣的改善並未挑戰到傳統醫病關係中不對等的「知識」和「權力」的關係。因此，令人詬病的「醫病關係」在某一程度上還是會持續下去。

### 二、醫療互動中的「權力」與「知識」

為什麼醫療互動關係中，「知識」與「權力」是二個基本核心？

我們先來討論權力關係。傳統中，醫師很有權威，經常扮演「父兄師長」的角色，而採取「以病人為中心」的醫師人數仍相當少。然而由於醫療關係充滿了診斷和解釋的「不明確性」，在治療效果方面也有「不確定性」，使得醫師必須採取比較自我保護的策略，例如：不多說也不讓求診者多發問；或者運用專業權力，讓求診者順服聽從，不讓他們懷疑專業者的診治效果。換言之，醫師在看診過程中，隱微地運作權力以傳達他們的權威。但是求診者也未必是「順從」的，他們也會用各種方式挑戰醫師（直接向他提不同的意

見，或背後批評他），或直接出走（以後不再來看病），所以求診者也在運用他的權力去回應。可見醫療互動之間充滿看不見的雙向權力關係。

醫療互動中的知識交流，其實包括四種知識：「生物醫學知識」（醫師擁有）、「社會價值觀和社會論述」（醫師與病患都會擁有）、「個人隱微知識」（醫師與病患都會擁有）、「病患的身體知識」（病患擁有）。這是本文主要的討論重點之一。

### （一）生物醫學知識

「生物醫學知識」是醫師擁有的專業知識，但是運用在診斷治療方面，醫師的見解卻可能彼此相左。我們從醫學實驗的研究論文就可以看到其中的紛雜與矛盾。以更年期「雌性賀爾蒙替代療法」（HRT）為例，因為醫學期刊的研究論文使醫師們相信，HRT 可以減輕更年期不適症狀、避免骨質疏鬆、避免老年失憶、增進「性」趣，使婦女保持青春容貌，好像是更年期婦女的「萬靈丹」。直到 2002 年，美國國家健康研究院的所屬單位 WHI（Women's Health Initiative）以 16,608 位婦女為對象的雙盲研究，進行了五年多的「雌激素—黃體素混合荷爾蒙療法」的臨床實驗突然喊停。研究指出，服用這種 HRT 比服用安慰劑的婦女，乳癌增加 26%、心血管疾病增加 29%、中風增加 41%，血栓（特別是腿和肺）也有增加超過一倍的風險。唯有二個好處是結腸癌減少 37%，骨折（骨質疏鬆造成的）減少 34%。

但台灣醫師對於這些西方醫學文獻，卻有不一樣的解釋<sup>1</sup>。在筆者訪談的婦產科醫師中，對 HRT 的使用看法也不一致。有些醫師主張只要使用 HRT

1 成令方、林秀怡（2004）在〈HRT風暴後的婦產科〉（發表於「第四屆性別與醫療工作坊」，高雄醫學大學性別研究所舉辦）中指出：北美更年期醫學會（NAMS）於2003年9月17日發表於學會期刊*Menopause*上的立場表述（position statement）與台灣婦產科醫學會傳遞的HRT醫療知識有不一致的看法，茲表列如右。

不超過五年應該沒有問題，也有醫師主張既然對 HRT 的風險沒把握，就建議病人盡量採用多元方法減輕更年期不適症狀。

### （二）社會價值觀和社會論述

本文一開始引述黃達夫醫師談的「社會文化」的場域是指：求診者和醫護人員都深受社會文化的影響，雙方的性別、階級、族群、世代等的社會位置必然扮演重要的角色。在台灣有很多醫師受限於自己是男性、中產階級和漢人，往往只有都會生活的經驗與視野，與女性、社會底層的勞工貧民、原住民頗有隔閡，彼此也存有偏見。所以醫師與求診者互動溝通時，必然都從自己的社會位置出發，問診和醫囑就容易彼此誤解。例如：Wula 是三十多歲的排灣族婦女，她回憶高中時代因為月經延期去看婦產科的經驗，這不好的經驗結果造成她日後第一胎胎死腹中。

	北美更年期醫學會（NAMS）+ WHI（March, 2004）	台灣婦產科醫學會十受訪醫師
骨質疏鬆	因為沒有任何關於骨質疏鬆症藥物使用超過 7 年的公開資料，因此對於在未來 5-10 年內可能發生骨折的高危險婦女而言，其他可替代 HRT 的療法，也應該納入考慮。	強調婦女在停經前 5 年會流失 1/3 的骨質，HRT 是唯一被證實可以預防骨折的藥物。（中華民國骨質疏鬆症協會提供的資訊比較多元，HRT 只是其中之一）
為 HRT 找「安全窗口」，長期？短期？	沒有共識。5 年內可能是乳癌的安全期，但 2 年內也會有冠狀心臟病，血栓栓塞症和缺血性中風。	都只提到 4-5 年的乳癌安全期，沒有提到其他的訊息。
中風&記憶	中風風險高。增加痴呆的風險。	未有定論。雌激素可改善注意力。
能否增進婦女生活品質	未達共識，因為尚未有適切的評估研究項目。	HRT 的確可以促進更年期婦女的生活品質（強調症狀治療和預防骨質疏鬆）。



那醫生就問我說有沒有過性經驗，我跟他說沒有，他就很直接告訴我說：「可是你們原住民……」然後他就停頓了，他就叫了一個護士來，拿了杯子叫我去化妝室弄一點尿，那時候我其實就只想逃離開，我就想說我是沒有，但是又有一種不服氣，我就是要證明我沒有，所以我於是去（驗尿），當然證明我沒有。可是就是那個經驗，使我懷第一胎就是不願去看婦產科，所以才胎死腹中。因為我就是很不喜歡去看醫生，我很討厭人家用那種異樣的眼光去看原住民。

Wula 的醫師所說的「可是你們原住民……」，暗含著什麼意思，我們沒法認定。但是這句話多少透露出該醫師對原住民有既定的想法，也就是「社會論述」對原住民的刻板印象。換言之，醫師在應用他們的專業知識時，一定會摻入主流的社會價值觀念與說法。這也是黃達夫醫師所言，診斷病人的知識是社會學，不僅病人受社會文化的影響，連醫師也不能避免主流的「社會論述」。

相信很多讀者一定認為 Wula 過份反應了。進一步分析，我們可以發現她與很多原住民女性都深受種族歧視的社會論述的困擾。例如在訪談中，Wula 提到她過去與漢人男子社交的身體經驗，是非常不愉快的。漢人男子經常攬她的腰，拍她的屁股，「好像我們原住民女生就是可以欺負的。」她經常受到性騷擾的身體經驗，以及原住民女性的集體社會烙印，深入她的腦海，於是她把醫師未完成的句子，接合併湊到她的身體經驗和集體知識中，做出如上的反應。

### （三）個人隱微知識

醫師在應用生物醫學知識診治時，雖然有「套餐式」的生物醫學知識和診療方法，但是他們終究是社會文化形塑出來的個人，也會有個人身體經驗

累積而得的「個人隱微知識」<sup>2</sup>。以我訪談的柯醫師為例，他可以接受婦女帶小孩去收驚，也接受醫療使用者看中醫或使用民俗偏方。這些都不是生物醫學訓練中認可的，而是從他個人的生活和看診經驗中摸索出來的。例如，提到對更年期初期婦女的建議：

雖然說我們的上課內容是說更年期婦女還是要補充賀爾蒙對身體會比較好，但一般我不會一開始就建議她們補充賀爾蒙。我會建議她們去吃一些中藥，例如：四物啊、當歸、蜂王乳、維他命 E、月見草；這些都有文獻證明是有效的。……像月見草很久之前就有病人跟我講過，她們移民紐西蘭都吃這種東西，後來抽血驗出來她的女性賀爾蒙的確很高，所以她已經更年期還不覺得老，所以我去翻文獻，文獻是最近出來的。

對生物醫學知識以外的知識抱持開放的態度，其實跟柯醫師的個人生活經驗與台灣社會多元醫療文化體系有關。例如柯醫師父親生病時抗拒服用西藥，加上他家人傾向有病痛先尋求民俗療法或中藥食補，再無效後才求西醫。台灣民間三種醫療體系並存的現象，使得柯醫師對求診者可能的抗拒有更深一層的體認。家人的經驗也使得柯醫師在看診時，能將生物醫學知識和個人隱微知識混雜使用，來與醫療使用者溝通協商。

### （四）病患的身體知識

很多人因為長期身體不舒服，例如經痛、慢性病，或長期依賴某一類醫療技術（如洗腎患者、聽障者），需要長期服用藥品或使用醫療器材，他們從經驗中逐漸累積一些深入理解自己身體的知識，比醫師還更瞭解自己的身體

2 隱微知識 (tacit knowledge) 是借用 Micheal Polanyi 的說法：就像一個人學會騎自行車後，很難把騎車的知識向不會騎的人解釋。我們對自己的健康與身體經驗有很多長年累積的隱微知識，在與醫療和專業者的互動中，這種隱微知識扮演很重要的角色。

狀況，無怪乎有「久病成良醫」的諺語。這些有生病經驗的人去看醫師時，等於是「專家遇見專家」。

林秀怡（2005）針對經痛經驗所做的研究說明，病患長期病痛的身體經驗有時反而可以成為病患的知識來源。林秀怡的受訪者小玲處理經痛的經驗就是一個好例子。小玲月經來時，經痛常常讓她疼到在床上翻滾，臉色發白冒冷汗。以前每次去看醫師，醫師都說是體質問題，結了婚就會好了。此時，醫師的「社會價值觀與論述」就進入問診中，小玲是女同志，結婚？哪有可能？為了應付經痛，小玲逐漸發展出一些減輕疼痛的策略，並且與有經痛的網友交換處理經痛的經驗。現在，她偶而還會去求診，但是她不再像以前一樣無助地依賴醫師的診斷，而是積極把她處理經痛的身體知識和醫師溝通，希望促使醫師協助她找到造成她經痛的生理病變根源。

### 三、一個新視角：醫「用」關係

「醫病關係」其實暗示的是「去看醫師的一定是生病的人」。我們也習慣認為在「醫病關係」中，醫師擁有至高的知識權威。現在，我要提出一個不一樣的觀念：醫「用」關係（user-professional relationship）。名詞的改變意味著觀念的改變，觀念的改變又反映在下面幾個新面向上：

（一）來看醫師的未必都是有病待診的人，他們可能是找醫師諮詢的「醫療資源使用者」（users），例如懷孕生產、月經和更年期諮詢、身體檢查等，這些都不是病症，這樣的看法是針對過去醫界把「懷孕生產」、「月經和更年期」等女性生理變化當成「疾病」看待，也就是1970年代以降為人詬病的「醫療化」（medicalization）。加上，近來民眾的醫療知識愈來愈豐富，會主動認定需要做一些醫療檢查，以便瞭解自己的身體狀況，預防疾病，例如乳房照相、子宮頸抹片

檢查、抽血驗尿、定期健康檢查。有時人們也會需要徵求醫療專業者的意見，例如避孕、家庭計畫等諮詢；或與公共衛生議題相關的諮詢，例如預防小兒腸病毒與照顧老年癡呆的父母。這些人與其說是病人，不如說是會主動積極地使用醫療資源來照顧自己和家人身體的「醫療資源使用者」。

（二）慢性病患者的人數日漸增加，很多人一輩子都要與「病」共存，他們對自己身體變化的瞭解遠比醫療專業者（醫師和護士）的知識豐富。當他們去求診時，他們與醫師的關係類似「專家對專家」的會談，雖是病患，但已經不是只會求教專家的無知者，他們來到醫院其實是與醫師協商如何有效地使用醫療資源（如前述小玲經痛的例子）。簡言之，因為健保制度使用方便，民眾對健康維護的意識高漲，加上反對把所有生理狀況劃入醫療範圍的「反醫療化」論述，使得醫界愈來愈重視「醫療資源使用者」的主體性，不再視他們為無助依賴的病患。

（三）醫師在診療時若能參考醫療使用者的個人背景和個人的身體知識，以病人為中心所給的醫囑可能會更符合醫療使用者的個人狀況，減少醫療專業者和使用者之間的誤解；醫師和護士如果意識到他們的醫囑夾帶著社會論述，那麼必然會更加警覺和小心。筆者也要提醒醫療使用者，不要過度忽視自己的身體知識而依賴醫師的診斷，也不必過度重視醫護專業者的社會論述，因為他們來自社會論述的意見並沒有專業價值可言。此外，醫療使用者可以從很多方面增加生物醫療的知識，例如藉由朋友和家人的討論、經驗交流和網路資訊，可以得到很多醫療資訊和挑戰錯誤醫療的勇氣，這也說明醫療使用者的充權（empowerment）是可能的。若這樣的新視角有可能在醫界和民眾中間發展成熟，我們可以期待「反思的醫療專業者和使用者」出現的可能。

(四) 若將「醫用關係」的思考帶入醫學護理教育和專科醫師訓練的課程，讓醫護專業者意識到，在醫療互動的知識交流中，病患的身體知識也非常重要，不可利用白袍的權威，將自己的社會價值觀強加於醫療使用者身上。筆者主張這應該是醫學教育很重要的一環，可惜目前醫學教育者沒有注意到這一方面。

- 本文摘自：1. 成令方，2002，〈醫「用」關係的知識與權力〉。《台灣社會學》，第3期，頁11-71。
2. 成令方、林秀怡，2004，〈HRT 風暴後的婦產科〉，發表於「第四屆性別與醫療工作坊」，高雄醫學大學性別研究所舉辦。

### 工具箱

#### 問題討論

1. 請你談談你和家人的看病經驗，使得看病經驗很好的原因可能會是什麼？造成惡劣的看病經驗的原因又是什麼？
2. 本文提到，醫療使用者與醫療專業者之間的互動包含了四種知識的交流：「生物醫學知識」、「社會論述」、「隱微知識」、「病患的身體知識」。請你想想你的求診經驗中，有什麼例子可以說明這四種知識的交流？
3. 本文作者提出「醫用關係」的新角度，你覺得對求診者或醫療專業者互動時的交流與溝通有什麼幫助？

#### 相關閱讀

1. 成令方，2002，〈醫『用』關係的知識與權力〉。《台灣社會學》，3: 11-71。
2. 黃達夫，1999，《用心聆聽——黃達夫改寫醫病關係》。台北：天下文化。
3. 賴其萬，2000，《當醫生遇見 Siki》。台北：張老師文化出版社。
4. 林秀怡，2005，〈當專家遇見專家：經痛女性的西醫就醫經驗〉。高雄醫學大學性別研究所碩士論文。

#### 推薦網站 / 影片

1. 影片「再生之旅」(*The Doctor*, 1991)，由 Randa Haines 執導，Walt Disney Video 發行。主角 William Hurt 飾演一位成功的醫師，當他發現他得了癌症，才開始從病人的角度看到醫院中很多不合理的現象，以及過去醫病互動中有很多對病人不友善的作法。
2. 台灣女人連線「婦女與健康」，網址：<http://twl.ngo.org.tw/health/health.htm>

## 專屬個人知識的轉化：以洗腎病患為例

林文源

清華大學通識中心及社會學研究所助理教授

其實有時會覺得醫生沒有我們瞭解得多，因為醫生……你洗腎他不瞭解，你只知道他理論研究出來，喔，就是什麼什麼不能吃，那可是你沒有去嘗試你怎麼知道呢？那我是一個活生生的例子啊！我吃就可以啊！「妳什麼什麼不可以」，一句話就把我否定掉，那說什麼香蕉鉀很高不能吃，那我為什麼就可以吃？我是覺得醫生沒有我們瞭解得多，只是說他讀書在理論上，但是我是實務上、實際上，那不一樣啊！差很多啦！我是自己在實驗我自己，他醫生也是實驗，可是也要透過我告訴他，我自己是我直接就瞭解了。

這是一段我在訪談血液透析病患時常聽到的話。這種由病患口中親自說出的體驗，不但因為顯示出生命與疾病體驗的多樣性，而對研究者有相當啟發，也因為凸顯醫療知識與專業的侷限性，而帶有深刻的批判意涵。

本文將以血液透析病患的例子，描繪病患經驗的一些特質，最後，並提出病患經驗挑戰醫療知識做為一種普遍知識的可能性。

### 一、血液透析

血液透析（台灣俗稱洗腎）在 1930 年代開始臨床應用，到 1960 年代開始穩定、普及，成為慣例性治療末期腎病（End Stage Renal Disease, ESRD）的醫療操作。血液透析治療雖然相當昂貴，但這項技術目前仍是治療腎衰竭

的主要方式，藉此存活的病患約有百萬人之譜（USRDS, 2004: ch12）<sup>1</sup>。台灣自 1963 年開始進行血液透析，迄今已經累計有超過四萬名腎衰竭病患（見圖 1），目前九成以上進行長期血液透析治療。

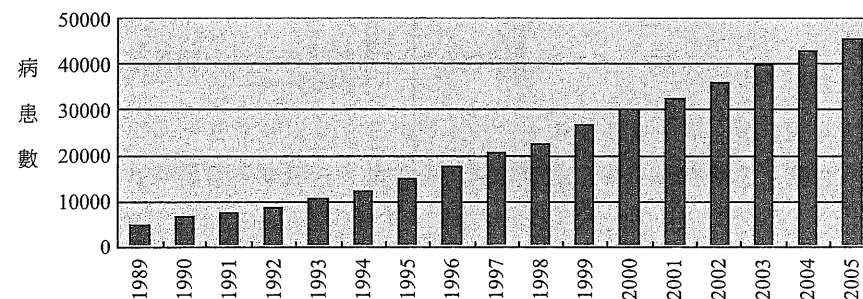


圖 1 台灣歷年血液透析病人數統計

（資料來源：中華民國腎臟基金會歷年統計，1989年之前沒有歷年統計資料。）

由於 ESRD 病患本身腎臟無法代謝血液中的有毒廢棄物，因此，血液透析治療技術原理是定期（目前一般慣例是每週三次，每次四小時左右）以人工腎臟過濾血液，以延續患者生命。操作原理是將血液由病患身上的動靜脈瘻管（A-V fistula）抽出，經過洗腎機的協助以及加入抗凝血劑，以便使血液能在人工腎臟中經由滲透原理被過濾。為了搭配這種間歇性清除體內水分與毒素的治療，透析病患必須注意飲食及水分攝取。

因為必須長期接受治療，洗腎病患對自己的處境、不同療法、正統醫療，以及疾病，最後都發展出許多「偏離」透析醫療要求的方式，以安身立命。相較於透析治療的「普遍知識」，在此，我稱病患的經驗為「專屬個人的知識」。

<sup>1</sup> 資料來源：USRDS, 2004, *2004 Annual Data Report*. Minneapolis, MN: USRDS Coordinating Center (<http://www.usrds.org/adr.htm>).

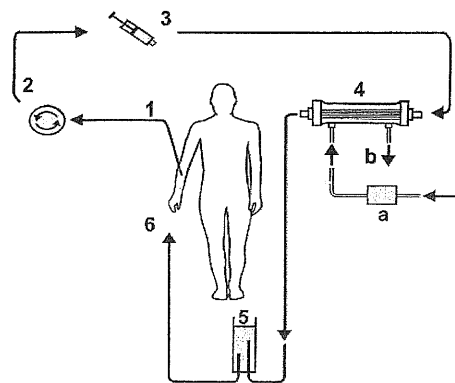


圖 2 血液透析機制示意圖（張欽宜編繪，2005）

（圖片說明：1. 引流出血液的管線；2. 循環幫浦；3. 添加抗凝劑；4. 人工腎臟；  
5. 壓力偵測裝置；6. 引流回的管線。a. 逆滲透水流入；b. 逆滲透水流出。）

## 二、洗腎病患的經驗

以下，我試圖描述專屬個人知識的一些特質。

### （一）片段、拼裝地使用各種知識

洗腎病患通常嘗試過許多不同療法，例如宗教、中醫、能量、民俗療法等等。對於這些接受多方影響的病患來說，他們或多或少都有一套拼裝組合這些知識與操作的方式。

對積極嘗試宗教與氣功療法，而逐漸減少透析次數的彭先生而言，西醫和其他醫療方式是：

像一輛車子一樣，一開始要靠它，後來轉搭另一種車子。我們人像司機，在人生旅途中如何維持生命……其中所學就是維持的東西，最後都要放掉。你說你死了還能不放掉嗎？我也還沒放掉西方醫學。（訪談，1998/03/28）

當我接著問：為什麼他還沒放掉西醫這輛車子時，他說：

因為還是沒辦法靠自己使腎臟運作。西醫是有優點，就是比較會讓你難過時不會難過，像外傷、開刀那些比較緊急的還是要靠它……

（按：宗教醫學）現在講求心理影響身體，這個比西方進步。西方也有心理學，可是心理學只講人，但是其實要加上大自然才比較完整，像上天要給你生命他就給你，可是祂什麼時候要拿回去，你人也沒有辦法。只有靠祂、靠自己的作用（按：行善、還業力），讓生命過得較好。（訪談，1998/03/28）

我繼續追問，是什麼因素使他不相信西醫，他說：

也不是不信，是層次的問題。吃藥就是有需要才吃，可是藥是毒，如果你覺得不需要你為何要吃它，對不對？像我有一次胃痛，吃西藥吃到吐，後來人家跟我說吃蘋果，結果吃一個蘋果就好了，也不會吐了。然後我自己看書，吃黑豆，吃了三年以後胃沒有再痛過。（訪談，1998/03/28）

由這些敘述，我們知道彭先生在面對疾病與普遍知識時，他積極尋找各種可能。雖然以另一套宇宙觀安身立命，使他的行為在他人看來是「不要命了」、「走偏了」，但是他卻積極地身體力行，以調節各種知識間的關係。

## (二) 實驗

要拼裝知識，靠的是一連串親身體驗，例如劉小姐描述她在洗腎初期的經歷：

吃了很多草藥，把肚子當藥櫥。自己有試著調洗腎次數，調到一兩次，後來聽醫生的話洗三次。之前也都有尿，後來是一個月洗三次就常生病，也沒尿了。以後要調回去就不會尿了。腎臟不用就會依賴，沒功能了。(訪談，1997/10/20)

至於對那些飲水限制、食物的禁忌，她採取的態度是：

像龍眼那些，人家說不能吃，我就不相信人家講的，你說不能吃，那我就吃給你看，結果也沒事，好好的<sup>2</sup>……

像我，我每一次喝那一大杯的水，那人家說妳奇怪，醫生說不能這樣，那為什麼我就可以這樣子！我自己可以承受得了，我可以脫八公斤不會怎樣。呵呵，他說妳已經是奇葩了，人家洗兩三公斤就受不了，就哇哇叫，妳可以洗七、八公斤，又不胖、瘦瘦的。妳已經是奇葩了！（同上引）

因此，在這個歷程中，劉小姐的感想就是如前言所說的那些對醫生的知識的挑戰。這種經驗，當然其他病患也有過。例如彭先生認為：

什麼都吃，營養素不能偏廢，不過如果吃了難過就少吃，慢慢的就會知道了。對我自己來說，現在是比較偏向補充鈣質、鐵質，多吃芝麻那些。(按：因為彭先生由檢驗報告得知自己貧血。)

……

以前我也是吃藥都吃一大把的，可是慢慢的試一些植物性的東

2 不過，劉小姐同時也說有一次吃了榴槤，結果鉀中毒的例子。

西，現在藥也不用吃那麼多了，因為知道哪些東西比較適合自己。(訪談，1997/12/19)

由上可知，病患的實驗有時是十分合乎西方科學理性，甚至也會運用西醫的知識與工具（例如他們都會看檢驗報告），但有時不盡然是，只是懷疑的衝動的展現。不過，它們共同的特點是，病患的依據都是他們的身體與生活狀況。他們藉此檢驗、實驗他們的不信或需求，調節普遍知識的缺點。

## (三) 誤讀 / 接合

由於醫療知識儘管具有普遍性，但它無法獨立地存在，知識要施展效用必須藉助一套具體的操作過程，而這個實施過程與醫生的權威有相當密切的關係。因此，即使病患相當服從醫生指示、企圖（有意識地）完全配合西醫的處理時，仍不可避免地會有誤差產生。

例如，對許多醫生來說，對年長的病患解釋疾病的問題很麻煩。因為不解釋的話，病患會不安心，同時，病患也會覺得他不可靠；但要解釋卻又無從解釋起（醫學術語不在大部分年長病患的認知中）。變通的方法是，醫生會以最接近日常認知的方式去解釋病痛。因此，病患會聽到醫生以「你欠血」（貧血）、「骨頭酥了」（缺乏鈣質）等方式解釋檢驗報告的數據，或是以「血有毒」來解釋為何要洗腎；在解決方法上則以具體概念說明，例如需要補、打一支營養針、打一支補骨頭的。這是一種相當獨斷的說明（命令），所仰賴的不是知識、病人主體的自我規訓，而是全然仰賴醫生權威的命令，如同信我者，得永生！

然而，就在這種獨斷與直接的命令中，我發現它的副作用。在黃老太太的例子中，由於營養攝取能力較差、時常食不下嚥、沒胃口，因此她體內的白蛋白濃度不足，使得每次洗腎時經常在完全將多餘水份脫出前就會體力不支。醫生對她的解釋是：「妳營養不夠，要給妳打營養的補一補。」結果，這

種「補」的意思，對黃老太太而言是可以與日常生活（中醫？）的說法加以接合的。當我問她最近身體有沒有比較好時，她告訴我：

有喔，我現在每次來都有打那個營養的，醫生說我要補。我回去也有補，常常用四物燉雞、燉東西來吃。現在身體感覺比較好了。

（訪談，1998/01/13）

然而，事實上，對西醫而言，中醫宣稱的補（以乾燥藥材熬出湯汁）「對正常人是補，對洗腎的人是毒」（醫生和護士的用語）。因為補品中高濃度的鉀離子等等，極易引起心律不整，嚴重時甚至會導致死亡。

這也是拼裝使用各種話語的一種表現，其獨特之處在於分離了「合作的病人」與「遵從醫囑」的關係，顯示醫療知識與操作間的裂縫及各種話語的接合。

#### （四）忽略

然而，對病患來說，這種親身實驗後不信的情形畢竟只是少數，生活不可能經常徘徊在這種拿命去試試看、吃或不吃的抉擇中。但是，儘管如此，對許多相信西方醫學知識的病患來說，我們仍可在他們身上看到許多犯規、不信的蹤跡。為什麼呢？

在透析的衛教手冊中，包含許多飲食、用藥、自我照護規定，這些普遍知識無所不在地吸附在病患生活的每一刻，除了因為其他的干擾而使這些規定失去約束力外，對病患而言，活著這回事本身就足以動搖這些規定了。

一般而言，大部分的病患，在剛生病時都十分遵守規則，甚至有人還會刻意去找和醫院提供的同樣食品，以確保安全；劉小姐則說因為怕死，醫生說什麼不能吃就都不敢吃。但是，幾乎後來都是「久了就不管了」，為什麼呢？許多人給類似的答案：「結果好像也不會怎樣」。

因為，人是活的、規則是死的，生活是千變萬化的、規定是固定的，身體是可塑的，其感受是具體的，而普遍知識是抽象的。無意中忽略、忘記規則之後，如果身體並無異狀，就會習慣成自然，而產生專屬個人的知識。

#### （五）指向具體個人

病患以專屬個人知識調節、修改、甚至挑戰普遍知識，背後的動力包含了面對刻板印象時希望證明自己，而這也讓他們自覺到自己的特殊性。一般人會以洗腎就沒用了等污名，強加於病患身上。但對病患來說，他們也有自己的想法。例如劉小姐說：

當成病人就是我認為我是不正常的人，我覺得我洗腎我是很正常，妳為什麼把我當不正常的人？我在這裡上班，妳就把我當成正常人一樣，不要說我什麼不行什麼不行。除了洗腎之外，我和其他人沒什麼不同，想開了就跟正常人一樣，想不開就把自己當病人，不要把自己當病人。（訪談，1997/12/09）

王小姐的經驗是：

自己也是洗腎了以後才會想說要再念書，要考空專。自己也是想說之前沒有多念一點書，現在生病了又沒有辦法跟別人一樣會很難過。想說現在只是身體比較不好，可是還是可以跟別人一樣去念一點書，做一些事，想說利用時間去念空專。盡量去發掘一些……說不要只是設定在身體的限制以外再去做一些事情。

所以洗腎對我來說除了健康以外，不會造成太大的影響。（訪談，1998/01/04）

另外，在提到自己會如何對其他剛洗腎的病患談洗腎經驗時，王小姐說：

我不知道怎麼講，這方面有困難，我不知道要怎麼跟人家講。

因為每個人的經驗不太一樣，像我的話我剛開始不算很難過，可是如果他很難過，你怎麼……像我在長庚開瘻管的時候，護士就要我跟一個老太太說開瘻管一點都不痛，可是我們開瘻管就是要血管淺一點才好撈，可是我覺得她很胖，那一定不太容易。護士叫我跟她說不會痛，可是我覺得滿痛的，妳要我怎麼說。好像有點那個。

……

就是說叫我去跟她講的話，吃的什麼我或許會跟她講，可是其他的話，畢竟他感受跟我不太一樣，像那個換腎的每個月回去，他覺得他洗得很痛苦，可是我覺得還好。就是我們去講的話也只能說個大概，畢竟他親身下去洗的話，情況會跟我們不一樣。（訪談，1998/01/04）

彭先生則認為：

要看對方是怎麼樣，如果是比較願意聽的我就會跟他多說一點，如果是一般的，我會建議他到大德寺去看看，如果是老人家，身體比較不行的，我就跟他說吃素的好處。畢竟我們也不能勉強人家。（訪談，1997/11/18）

這些經驗都具體指向自身的經驗，也反省到個人的差異。我認為，這些是病患能藉由專屬自身的知識，設身處地（incarnate feeling）地體會他人的處境，而展現出來的態度。這樣的特質無法藉由任何抽象知識學習而獲得，因為它來自切身之痛，而且每個人的情形也不相同。

### 三、默會致知的轉化

由以上所舉的例子，我們可以知道歷經疾病過程的病患，不是像人們一般認為的：受到病魔打擊、既有生活節奏受到破壞，或是生活上必須仰賴他

人協助的被動過程。病患在面對醫學的普遍知識，以及個人生活、身體、甚至是信仰上的特殊處境時，他們會／必須以自己的身體實驗、拼湊各種知識與治療，因此會有接合不同知識的狀況，也往往在誤讀下以自己的方式詮釋醫學知識。雖然病患不見得有意發展這些「專屬個人的知識」，但是，這些知識出現後，的確影響病患重新反省普遍知識的問題，以及每個人的特殊性，而或多或少體驗到病患知識是專屬個人的。

在此過程中，病患歷經的是一種「默會致知」（tacit knowing）的轉化。在病患的生活與身體經驗中，病患自身的存在是病患能夠獲得知識的基礎。就病患的身體來說，除了各種說得出、看得見的變化之外，病患在洗腎的疾病歷程中會有其他「無法為外人道」的身體經驗；另外，就病患的生活而言，在求醫過程、與他人的互動中，病患的生活和醫療計畫並不純然能由理性選擇、衝突或壓力來解釋，其中，存在這些概念涵蓋範圍之外的感受，是超乎所謂選擇、壓力的層次。不同於普遍知識的系統性思考與明確知識，病患的身體與生活經驗都是由具體體驗而產生的「默會致知」。這些默會致知，轉化了各種普遍知識，也轉化了病患，產生了專屬個人的知識，也使病患的經驗與生活呈現多元而豐富的面貌。



工具箱

問題討論

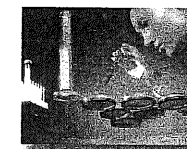
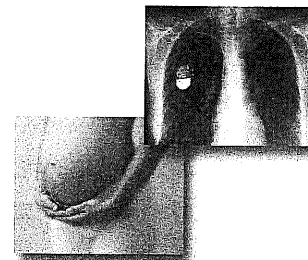
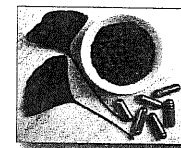
1. 思考一下，普遍知識與專屬病患的知識有何差異？
2. 專屬病患的知識是否一定是「正確」的知識？如果不見得是正確的知識，那它的重要性為何？
3. 病患的主動與被動的經驗有什麼不同？為何要強調病患專屬個人知識的主動面向？

相關閱讀

1. Anderson, R. and M. Bury, eds., 1988, *Living with Chronic Illness: the Experience of Patients and Their Families*. London: Unwin Hyman.
2. Bury, M., 1982, "Chronic Illness as Biographical Disruption." *Sociology of Health and Illness*, 4(2): 167-82.
3. Polanyi, M., 1966, *The Tacit Dimension*. Gloucester, MA: Peter Smith.

推薦網站 / 影片

1. 台灣腎臟醫學會，網址：<http://www.tsn.org.tw/>
2. 中華民國腎臟基金會，網址：<http://www.kidney.org.tw/>
3. 中華民國腎友協會，網址：<http://homepage17.seed.net.tw/web@1/kidney03/Untitled.html>



## 第4篇 醫療政策與市場

- 導讀 劉仲冬
- 走向「商品化」的醫療服務 劉梅君
- 藥商、藥師、醫師與市場 謝幸燕
- 婦女健康政策：世界趨勢與國內缺失 張珺