

● 協編 傅大為、林宜平
● 主編 成令方

醫療 與社會 共舞

A

Dialogue

between

M

edicine

&

Society



● 編者簡介

● 成令方

學歷：英國 Essex 大學社會學博士。
經歷：高雄醫學大學性別研究所副教授兼所長。
研究興趣：性別社會學、醫療社會學、工作社會學、質性研究、性別與科技。

● 傅大為

學歷：美國 Columbia 大學科學史與科學哲學博士。
經歷：陽明大學科技與社會研究所教授、清華大學歷史所教授（科技史組與 STS 組）。
研究興趣：科學史與科學哲學、台灣當代文化史、性別與醫療／科學、性／別、台灣近代醫學史。

● 林宜平

學歷：台灣大學公共衛生學院衛生政策與管理研究所博士。
經歷：台大公衛學院健康風險及政策評估中心助理教授、台大職業醫學與工業衛生研究所專案計畫助理教授。
研究興趣：環境／工作／健康、風險管理與溝通、醫療人類學、社會流行病學、科學／科技與社會與科技。



醫療
社會
與
共舞

● 協編 傅大為、林宜平
● 主編 成令方

國家圖書館出版品預行編目資料

醫療與社會共舞

成令方 主編

一版-台北市：群學，2008.02

面；公分，不含索引

ISBN 978-986-84054-3-1（平裝）

1. 醫療與社會 2. 醫療社會學

410.15

97001324

醫療與社會共舞

主 編—成令方

協 編—傅大為、林宜平

總編輯—劉鈞佑

編 輯—張明玲、呂環延

發行人—劉鈞佑

印 刷—權森印刷事業社 電 話—(02) 8228-1567

出 版—群學出版有限公司

地 址—台北市中正區重慶南路一段61號7樓712室

電 話—(02) 2370-2123 傳 真—(02) 2370-2232

網 址—<http://www.socio.com.tw>

電 郵—socialsp@seed.net.tw

信 箱—台北郵政39-1195號信箱

郵 撥—19269524 群學出版有限公司

ISBN — 978-986-84054-3-1

NT\$ 400

一版一印—2008.02；二印—2008.08

教育部人文社會科學教學叢書補助

群學出版有限公司發行

著作權所有·翻印必究

目 錄

陳序 / 陳東升 i

王序 / 王秀紅 iii

賴序 / 賴其萬 v

主編序 具有創見的 共舞 / 成令方 vii

第 1 篇 「另類」醫療 1

導讀 / 張珣 2

為何要人也要神 / 張珣 8

奇美阿美族部落的野生植物與草藥 / 簡美玲 18

代代相傳的另類療法 / 丁志音 27

第 2 篇 醫療專業的興起與變遷 37

導讀 / 成令方 38

中醫專業的興起與變遷 / 鄭惠珠 42

助產士的興衰：專業社會學的觀點 / 吳嘉苓 51

醫師專業的興起與發展及其性別政治 / 成令方 60

醫師的生涯路徑與職場結構 / 陳端容 70

護理專業的發展與變遷 / 陳月枝 82

第 3 篇 醫學知識與權力 93

導讀 / 林文源 94

過勞職業病認定爭議中的流行病學知識 / 鄭雅文 99

女人與水：性別與RCA污染的研究 / 林宜平 108

從免洗餐具的誕生看台灣醫學知識的社會建構性 / 林崇熙 118

醫病關係的新視角：醫「用」關係 / 成令方 126

專屬個人知識的轉化：以洗腎病患為例 / 林文源 136

第4篇 醫療政策與市場 147

導讀 / 劉仲冬 148

走向「商品化」的醫療服務 / 劉梅君 152

藥商、藥師、醫師與市場 / 謝幸燕 160

婦女健康政策：世界趨勢與國內缺失 / 張珏 169

第5篇 身體經驗 179

導讀 / 王秀雲 180

是天職還是專職？母奶哺餵的身體經驗與勞動關係 / 鄭琇惠 183

一隻烏仔或雙人枕頭？威而剛與男性身體 / 傅大為 192

棉條為什麼不受歡迎？ / 許培欣 200

第6篇 工作與健康不平等 209

導讀 / 林宜平 210

健康的社會不平等：以事故傷害為例 / 呂宗學 213

檳榔與計程車司機 / 郭淑珍 223

愛拼才會過勞死：以高科技產業為例 / 翁裕峰 231

精神醫療與性別：以憂鬱症為例 / 鄧惠文 241

從社會文化觀點看移民結核病 / 何明蓉 250

第7篇 醫療技術 259

導讀 / 傅大為 260

婦產科的手術技藝與性別政治 / 李佩穎 & 傅大為 264

- 新生殖科技、新性別關係？人工授精來台灣 / 吳嘉苓 272
- 飄移中的醫療科技與病患參與 / 林文源 281
- 護理技術是什麼？以加護病房的護理技術為例 / 傅淑方 290
- 有效的利器？卡介苗與X光在台灣結核病防治中的醫療技術實踐 / 張淑卿 299
- 生命的最後旅程：醫療科技與死亡儀式 / 蔡友月 309

第8篇 風險與醫療爭議 319

- 導讀 / 吳嘉苓 320
- 為什麼台灣的剖腹產率高居不下？ / 傅大為 324
- 愛滋感染配偶的生育抉擇 / 柯乃熒 333
- 代理孕母爭議的虛與實：懷孕的權力結構 / 雷文玫 340
- 從美國牛肉談爭議性科技的風險溝通 / 周桂田 350
- 醫療糾紛的情、理、法 / 牛惠之 358

作者、導讀者、譯者簡介 367



陳序

陳東升教授

台大社會系教授 / 教育部顧問室顧問兼副主任

教育部顧問室推動多項課程革新的計畫，補助教學優良的教師提出創新的教學計畫，希望這些大學教師在普遍著重研究績效的氛圍下，能夠投入部分的心力在課程品質提升與課程內容的創新工作上，使得大學生在大學的課堂學習能夠達到獲得知識深度、拓展跨領域視野、獨立思考能力的目標。那些受到補助的教學計畫，修課的學生是最直接的受益者，爲了擴大這些優質課程對於所有大學的影響，顧問室定期舉辦各項教學工作坊，邀請這些教學傑出的教師與其他的老師分享他們教學設計的方案、教材內容、師生課程學習互動的模式等經驗。同時，也要求獲得補助的教師將課程內容放在網頁上，讓教授相同主題的大學教師能夠方便取得相關的教學資訊，進一步促進教學經驗的交流。除了推動這些具體的交流機制外，亦規劃將教學所累積的教材撰寫成課本，這是一項相當困難的工作，不過仍然有一些老師願意挑戰這個吃力但不一定討好的工作，成令方教授就是其中一位。如果沒有無比的教學熱忱以及對於學生專業知識培育的使命感，是不會花兩三年的時間，默默的完成這本教科書。我相信未來將有許許多多的學生，因爲閱讀《醫療與社會共舞》而瞭解到醫學知識發展與應用的人文社會本質。

日前，曾經擔任慈濟大學校長，目前是黃達夫基金會醫學教育講座教授的賴其萬醫師惠贈我一套有關醫學人文的翻譯叢書，其中一本是在介紹哈佛大學傳染病學教授法默醫師的故事，這位醫師具有人類學的訓練，一生致力於海地愛滋病治療與防治工作。賴其萬教授特別邀請他爲中譯本寫序，在序文中他提到醫學不應該是商品，只有那些經濟上許可的人才能夠在市場上買

到。從事公共衛生與醫學工作專業者的天職是，讓那些需要的民眾都能夠得到妥善的醫療照顧。

醫療與社會的關係當然是遠比建立醫學人文精神複雜得多，醫療資源分配與醫療衛生制度的建立必然牽涉到市場利益與國家權力，任何一位社會成員都應該具有分析批判的能力，看穿市場與國家可能造成的健康不平等，進而思考如何解決這樣的問題，以維護基本的醫療人權。醫療科技的發展也會造成公民社會成員彼此之間的衝突矛盾，促使公民對話的發展，尋找可能的共識基礎。舉例來說，美國墮胎的爭議從來都沒有在美國總統大選中缺席；而台灣代理懷孕的討論也一直是許多人關切的焦點。對基因資料庫、幹細胞研究、複製人等倫理爭議一而再、再而三的挑動我們差異的看法，社會成員無法迴避這些分歧所造成的社會後果。我相信學生可以從《醫療與社會共舞》這本書得到深刻的啟發。



王序

王秀紅

行政院衛生署副署長

早期人類的文化社會普遍建構了以男性為尊的父權體系，在這種父權體系中，對於男性的關注、興趣和價值，較之於對女性的關注、興趣以及價值更具有正當性。這種性別文化的偏差觀點，不僅存在於理論建構、學術研究，甚至於醫療照護體系也不例外。醫學與社會，猶如同一社會的兩個人，互相碰面又不相識！《醫療與社會共舞》這本專輯，透過社會學、政治經濟學、文化歷史學以及女性主義的性別觀點等多元思考，來探討現代醫療的現象，這在醫療體系逐漸量變而質變的過程中，無疑地，將猶如觸媒功能，除可增進學生批判性思考的能力，也會激起醫療與社會研究者或相關專業人員，擴展原先的思考模式。從緣起的基本慢步，逐漸加快節奏，進而共譜和諧的韻律，如此亦將有助於讀者理解各種權力與支配來源的多重管道，也將有利於擔任醫療體系弱勢個案之有力代言人！這類的聲音，絕非空谷足音，而是在面臨生老病死令人難以喘息的沉悶場景中，注入新的旋律以舞出新的舞步。也因之，對於醫療及社會領域的人和關心醫療本質與品質的所有人而言，將會因此書舞出的韻律，體會社會學的人本之心與人文思考，同時也襯托出醫學關懷生命的本質。

成令方副教授是我在 2001 年擔任高雄醫學大學護理學院院長兼性別研究所所長時，費心延攬進入性別研究所任教，可以說，她是台灣第一位任教於醫學大學性別研究所的社會學家及婦女運動者。更有幸的是，由於她的積極奔走與推薦，我們借調了清華大學的傅大為教授至性別研究所任教二年。在這幾年當中，因著兩位的熱誠與承諾，不僅在醫學校園中激起了硬性科學（自然醫學科學）與軟性科學（人文社會科學）的火花，更創造了許多性別對話

的機會與機制。今日，她／他們透過各領域專家學者的敏銳觀察、論述與研究，將近年來台灣備受關注的性別與醫療相關議題，集結成書，相信在學術與醫療體系中，可以激盪出另一波理性與感性的論辯火花。

醫療與社會的共舞，就如同「從別人那兒借火，點亮自己的蠟燭」，是把醫療推向更符合社會學的人文意味，這個舞步，是起始，也必然是社會的期待。相信「醫療」與「社會」爾後會舞出更多的默契，而成就社會，進而惠及人民。



賴序

賴其萬

教育部醫教會執行秘書

本書的主編高雄醫學大學成令方副教授邀我為本書作序，備感榮幸。站在關心台灣醫學教育的立場，我非常高興看到國內能夠集結這麼多優秀的醫學界、護理學界、公共衛生學界，以及關心醫療的社會、法律、管理、人類學，與人文歷史學者共同執筆，出版《醫療與社會共舞》這本好書。

這本書涵蓋範圍甚廣：在醫療體系裡，包括台灣民眾的民俗療法、原住民的疾病觀，以及漢人醫師對他們先入為主的看法、西醫、中醫與助產士在台灣醫療的來龍去脈；在社會民眾方面，包括病人如何達到對自己疾病的了解、職業病、過勞死、民眾衛生習慣、慢性病病人的切身感受；在醫療政策方面，則包括醫院的企業管理、藥物管理的複雜性、比較國內外對婦女健康政策以及風土民情的差異、社會弱勢份子的健康照顧問題、過去與現在科技對醫療所帶來的衝擊以及醫療爭議與風險。

這些問題以八大主題，分別由導讀加上三到六篇專論對各主題做出非常精彩的論述。因為作者來自各個不同的專精領域，一共多達三十三位，且探討的幅度相當深廣，因此編輯這樣一本書真是了不起的成就，對目前國內醫學教育正欲極力推動加強的人文教育應當會有相當大的助益，而且女性健康的各種議題散見於各不同的章節，在現今台灣的中文醫學論述裡較為少見，對於目前教育部醫教會正在研修加強醫學教育的性別意識課程的團隊而言，這本書將是十分珍貴的資料。

我一直認為自己是相當關心病人的醫師，不管在行醫或教書時，都一直強調人本醫療的觀念，對醫學生與住院醫師闡述醫病關係時，常會說到我們醫療人員所看到的「疾病」(Disease)與病人所感受到的「病痛」(Illness)

不盡相同，以提醒大家要設法去瞭解病人的想法與感受。但今天透過這本書的許多專業知識，才理解到一個臨床醫師如果沒有更深入地研讀醫療專業以外的社會學專書，單憑自己的臨床經驗，恐怕沒有辦法真正瞭解我們的病人、家屬、工作夥伴與社會。在此，我要感謝成令方老師「逼」我看完這本書，才使我瞭解「滿罐子不響、半罐子叮噹」這句話，所以我不再多寫，趕快閉門多念一些這類好「課外書」為上。

主編序

具有創見的共舞

成令方
高雄醫學大學性別研究所所長

長期以來，生物醫學知識與社會人文知識就像二個彼此絕緣的獨舞者，各跳各的舞步，頻頻發展高超亮麗的招式，在各自的社群獲得如雷的掌聲。若在舞台上二者四目相接，彼此也只是禮貌性地點頭，接著又繼續自己的舞蹈。二者彼此都很陌生，甚至有一些誤解。這本書，試圖來牽成一個具有創意共舞的可能，讓原本想像不出共舞可能的讀者，在看過本書後，可以開始欣賞雙方出色的舞技，進而發現共舞的精采之處。

這本書邀請的舞者是近幾年來對醫療與社會學有深入探索的社會人文學者約三十多人，展現過去數年來累積的舞技，跳出最有活力、最引人入勝的招式，共邀生物醫學的舞者們一同來翩翩起舞。我們相信二者的合作可以開拓彼此的知識視野，進而舞動人生。希望觀眾能給我們信心與鼓勵！

爲何要編這本書？

民國 90 年 9 月到 93 年 12 月我主持了一個教育部科技顧問室委託的 STS (Science, Technology and Society) 跨領域整合型計畫之一的「醫療與社會教學」子計畫。當初天真的構想是，藉由跨校串連與學習，期待有 STS 視野的醫療與社會教學能更迅速地開展。在第三年的計畫中，還特別做了一個「醫學與社會教學」的小型研究，訪談了 16 位分布在台北縣市、高雄縣市、台中市、台南市、花蓮市等地區大專院校（包括科技大學）教授上述課程的老師，

以便瞭解教材、課程設計、教學方法等的相關問題。在此就訪談結果與教材相關的部分簡述如下：

總匯 16 位老師的共同意見，最主要的教材問題是：相關的醫療、技術與社會的研究雖然不少，但都是符合該學門要求的學術論文，對醫護、醫管、醫技、公衛等學系的學生而言，這些論文相當艱澀難懂，學術語言對他們隔行如隔山，抽象概念與他們認知少有扣聯。

有一位台大醫管所的老師在接受訪問時提到，她開課時第一年使用一些社會學的期刊論文，但是班上醫護和公衛出身的學生，就完全進入不了狀況。所以第二年，就只好換成以 JAMA 和 BMJ 的醫學期刊上的短文做為教材。

根據上面訪談的資料，我逐漸認識到，若要在大專院校推展「醫療與社會」的教學，目前最迫切需要的是一本淺顯易懂、饒富趣味、又具有知識性的教科書。過去五、六年來，社會人文學界對「醫療與社會」的研究已經累積有相當的水平。但是這些學術論文都尚未經過「轉譯」的過程，成為適合生物醫學背景的大專院校學生閱讀的語言，因此，如何讓這些知識變得「魅力十足」，可以吸引他們願意「開卷」，就成為當務之急。若我們能提供內容有趣的教科書做為老師的教材，就有可能讓生物醫學背景的大專院校學生接近或進入不同思考模式的社會人文知識領域。由於我在醫學大學任教，於是興起了編纂一本深入淺出的教科書的念頭，正巧教育部提出「教學叢書」的編寫計畫，我就邀請二位學有專精的夥伴來擔任協同計畫的主持人，他們是清華大學歷史所的傅大為教授，以及台大公衛學院健康風險及政策評估中心的林宜平助理教授。



期待哪些讀者？

《醫療與社會共舞》這本書的誕生，正逢國科會和教育部正積極推動「醫學與人文」的課程改革，這無疑提供了一個天時與地利的機會，為二方提供形成共識的平台。教育部的「教學叢書」計畫預設的讀者是大專院校的老師與學生。在此我們再細分成下面四類的讀者群：

1. 醫、護、公衛、醫管、醫技、健康促進、精神諮商等相關科系的老師與學生。
2. 對醫療、健康與疾病議題有親身體驗或有興趣的大專院校老師與學生。
3. 醫護、公衛、健康照護行業的專業人士。
4. 關心此議題的社會人士。

《醫療與社會共舞》的作者們都認為健康、疾病、醫療其實是社會文化的產物，與當時社會的經濟、技術、文化、性別、階級、族群之間是相互影響的，醫學與社會不但無法二分，而且還有相互生成（co-production）的關係。這很可能與一般大專院校師生的認知有一段距離。這些作者的思考雖然受到英美研究文獻的指引，但是每一位作者都是以國人耳熟能詳的議題為研究對象，以日常生活中的醫療、健康的實例做為討論案例，讓讀者容易將所見所聞，甚至切身的體驗與作者的論述關連在一起。藉由作者與眾不同的見解，進而刺激讀者以另類的角度來思考「醫療與社會」的關係。我們預設一定會有一些讀者對某些作者的見解不以為然，這也達到了我們編書的目的。我們都知道二個舞技高超的舞者若要共舞，必然需要經過具有張力的溝通，換言之，二者的對話與辯論將是好的開始。

細數共舞的珍寶

《醫療與社會共舞》這本厚書分成前後二個部分，每一個部分由四個篇所組成，每一篇都包含一則導論，針對所屬同類範疇的三至六篇短文的特色與相互間理論的關連，做一有系統的介紹。大多數的文章都以一個小故事做開場，而每篇最後均提供教學輔佐用的工具箱做結束。

第一部分是以前醫療體系、醫療專業、醫學知識與權力、醫療政策與市場為主軸，比較從制度面著眼，目的在於理解以西醫為主流的醫療建制的歷史與社會成因的產生。第一篇試圖將醫療舞台放在多彩的鎂光燈下檢視。提及醫療，我們不能不正視台灣原住民倚重的草藥知識與漢人長遠傳統的中醫，原住民的草藥知識與文化，還有民間俗成的醫療智慧，這些都在西醫成爲主流醫學之後被邊緣化，而被視爲「另類」醫療。有了這樣的認識，我們才能理解生物醫學之所以能在台灣多元醫療體系中一枝獨秀，乃藉由一些社會權力的機制來提升其專業地位，同時排擠並弱化了助產士與中醫發展成專業的可能。護理專業的興起與發展，是沿著西醫師專業發展的途徑，把助產士教育納入其中，直到近幾年助產士專業的復興，才逐漸被民眾看見。醫療體系與專業之間的彼此消長與相互排擠，是第二篇的主題。

第三篇與第四篇的主題分別從西醫專業之所以成爲主流專業的二大支柱——醫學知識與權力與醫療政策與市場——進行討論。在第三篇討論醫療知識內部的議題時，作者們提出醫療知識的生產過程與傳播是經過多重社會、政治、科技力量的介入與影響，他們要挑戰生物醫學的實證知識典範和單一生物醫學的知識，主張必須承認多元醫療知識的存在，這樣才能轉變現有的醫師家長式的醫病關係，展開對等多元的認知、彼此尊重的關係。第四篇則是討論外部影響醫療制度的市場與政策。有學者擔心雖然有全民健保，但是市場的商業利益深深侵蝕了原本醫師誓言的理想與承諾的服務品質，藥

商推銷產品的手段與醫院採購制度之間有著複雜利益與情誼交錯的關係，在這樣令人擔憂的現況中，聯合國提倡的性別主流化健康政策，恰似一股清流，讓我們看到希望，也看到政府還有尚待努力之處。

第二部分是由與醫療相關具有特色的重要議題組織起來的：身體經驗、工作與健康不平等、醫療技術、風險與醫療爭議。第五篇指出，身體是醫療的對象，身體經驗銘刻著歷史的記憶，承載著特定社會文化中的價值觀和知識權威，因此，它是權力網絡作用下的結果。本篇分別以哺乳、威而剛、不使用棉條為例，說明身體、醫療與社會這三者之間的緊密纏繞關係。第六篇把我們熟悉的醫療議題，例如：意外事故、嚼食檳榔、過勞死、憂鬱症、肺結核放在台灣地區發展不均、工作環境與壓力、性別關係的不平等，移民處境的困頓等脈絡中思考醫療、健康與社會不平等的關係。

第七篇則是探討醫療領域中重要的科技議題，共有六篇短文，分別從子宮頸癌、人工受精、洗腎的血液透析技術、加護病房的護理技術、卡介苗與 X 光用在結核病的防治，加護病房心肺復甦術的使用，來說明醫療、科技與社會彼此之間是相互形塑影響的。第八篇以風險與醫療爭議做為本書的結尾，該篇的內容指出，醫療一定有風險，但醫療爭議不能化約為只是社會爭議，醫療科技本身所引發的爭議，也需要用社會、文化以及社群之間的論述角力來理解。在此討論的風險與爭議都是當前社會最常見的議題，例如：剖腹產率高居不下、愛滋感染配偶的生育抉擇、代理孕母的爭議、基因改造工程、醫療糾紛的法律問題。這些短文都指出：醫療風險造成的爭議其實是理解醫療與社會二者共舞時既緊張又無法切割的最佳例證。

感謝後台製作團隊

這本書得以順利完成，首先要感謝教育部顧問室的獎勵，給予稿費與助理的經費。其次我要特別感謝平日教書研究已經非常繁忙的三十三位作者接

受邀請，撥冗為我們撰寫文章，形成本書豐實的內容。我要感激每一位作者一開始就爽朗同意，十分認同將學術論文轉譯成為趣味盎然的精巧短文的計畫，謝謝每一位作者不厭其煩地按照我們的要求改寫修訂，一而再，再而三，甚至有些文章修改了四、五次。我特別要感謝八位寫導讀的作者，接受短短一個半月的通知，把負責的該篇中各短文編整，放置在寬廣的理論視野下，引領讀者入門。你們的功力令人佩服！

計畫協同主持人傅大為教授、林宜平教授，還有熱心學術推展的吳嘉苓教授在早期為計畫構思方向，若沒有你們的鼓勵，我不可能鼓起勇氣承接這費時耗力的重擔。在編書後期，傅大為教授與林宜平教授還分擔幾篇文章的催稿與改稿工作，減輕我的負擔，在此謝謝二位的鼎力相助。我很幸運地邀請到有豐富編輯和翻譯經驗的張明玲，給予專業文字編輯的協助，特別是順利完成與作者溝通改稿事宜。這本書從頭到尾都是由明玲擔任總監，所有雜務經過她條理有序地處理，皆能按步就班完成，我非常珍惜這次的合作經驗。我還要感謝專業編輯謝麗玲，她在百忙中，利用休假和週日假期，仔細潤飾所有稿件，提高整體文章的可讀性。我還要特別感謝協助我處理行政和報帳事宜的助理江欣蓉和陳葆瑜。她們也扮演「前導讀者」的角色，閱讀很多文章，提出「非醫療科系大學生」的閱讀意見，這樣我與明玲才得以轉告作者，提出進一步的修正方向。

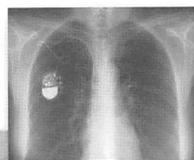
本書稿於2006年底交給教育部顧問室，到了2007年11月才收到教育部公文決議，版權還給編者與作者，自由安排出版。我很感激群學出版社的劉鈴佑總編，在書市低迷的狀況下，還願意出版本書，並邀請經驗豐富的張明玲繼續擔任出版編輯。這本書對於明玲而言，從無到有都是她一手協助促成的，其意義非比尋常。在此我要特別感謝明玲的付出。還有我衷心感恩的是我高齡八十四歲的母親許文傑女士，在她細微地呵護下，我才得以在期限內完成本書的編輯。

醫療與社會領域還有許多精彩的研究，相信一定有遺珠之憾。若本書嚴選的文章未盡滿意，我們期望下一版再補充修正，歡迎各界前輩後進不吝指正。

成令方 謹誌

2007年1月20日

寫於高雄柴山旁



第 1 篇 「另類」醫療

- 導讀 張珣
- 為何要人也要神 張珣
- 奇美阿美族部落的野生植物與草藥 簡美玲
- 代代相傳的另類療法 丁志音

導讀



張珣

中央研究院民族學研究所研究員

在 M. Foucault (1965) 把西方醫療權威與人的身體，追根究底地重新審視之後，一套醫療體系是否具有「療效」變成是「論述」是否成功的問題，或是更確切地說，「療效」變成是「建立在專業壟斷之上的論述成功與否」的問題。西方醫學或生物醫學雖然不至於說是虛心地接受了此一說法，也算是不得不承認在這世界上有其他醫療論述的存在；不過卻給了它一個貶抑的名稱，稱之為「另類醫療」(alternative medicine)，或是「補充醫療」(complementary medicine)¹，將所有非西方醫療體系全部都統括在一起。包括早期希臘醫學流傳下來的體液學說與冷熱平衡醫學、印度的吠陀醫學、中國的陰陽五行醫學，還有無數存在於世界各民族的民俗醫療。

醫療人類學長期以來即戮力於研究非西方醫療，其信念之一即認為非西方的醫療方式，或是非西方的醫療體系，不但有其邏輯與理性，也有其長年累積的實踐經驗，並且是最符合當地風土與生態的智慧結晶。更重要的是，醫療人類學相信醫療行為也是文化行為之一，醫療行為既源自於當地社會文化觀念，也受制於當地社會文化的影響。亦即，任何一套醫療體系都是鑲嵌在該地社會文化脈絡之下的。對於這樣的說法，我們很容易可以看到非西方醫療體系所受到當地文化因素影響的結果，其實，即使是橫掃全球的西方生物醫學也不例外。我們由西方醫學史的發展可以理解到，現代生物醫學權威所依賴的基礎是啓蒙時代以後，所謂科學的視覺理性的成果。

解構西方醫學權威的研究，除了 M. Foucault 強調觀念上的解構路線之

1 另類醫療是指可以單獨成立的醫療，而補充醫療是指與西方醫療一起搭配使用的醫療。

外，在制度面的解構上，英國的 Bryan S. Turner（1987, 1992）可以說是比較有系統的著述，他發揚了韋伯（Max Weber）的「專業主義」（professionalism）的概念，反省在西方醫學中，內、外科醫療權威之所以能夠建立的背後所使用的專業壟斷與連帶而來的不可避免的權力鬥爭因素。再者，他闡揚了韋伯（Weber）的「科層理性」（bureaucratic rationality）概念，說明現代大型醫院與診所，在建立專業制度與專業形象的過程當中不可或缺的「科層理性」的管理方式。

在理解非西方醫療體系如何鑲嵌於當地社會文化脈絡的研究中，我們可以引述有名的南非人類學家 Jean Comaroff（1981），以及台灣學界耳熟能詳的 Arthur Kleinman（1980）的研究為例。Comaroff 表示目前西方科學醫學的理論太過於狹隘，無法將個人的經驗與文化整體的知識，甚至是社會秩序與歷史過程都涵蓋進來。她認為一個完善的醫療理論應該是可以將疾病與醫療都放在社會文化脈絡中來加以解釋。她甚至認為醫療觀念的產生與轉變的原因都是在社會文化當中，都會受到社會文化變遷所影響。

Comaroff 認為在傳統的茲瓦那族（Tswana）的醫療體系內，病因系統是依照宇宙基模所建立起的一套解釋系統。此一病因系統說明了人與親族之間的關係，人與祖先和動植物的靈之間的關係，也說明了人與村落、郊外及荒野自然之間的關係。當人與父方親屬團體、母方親屬團體、祖先、動植物神靈、未知的神等等關係不和諧時，就會相應地生不同的疾病。而相反的，如果與上述各層面的關係維持和諧，就會得到祖靈與神明的庇佑等等。可以說傳統的宇宙觀是依賴「人會生病」這一事實，才能繼續存在。因此，病因的解釋系統維繫並支持了傳統社會道德體系於不墜（Comaroff, 1981: 371）。

Kleinman（1980）是以台灣的多元醫療體系為調查對象，說明病人、家屬、民俗醫療人員、中醫醫療人員、西方醫療人員等等不同人員之間的多重解釋模型是互相滲透、折衝、糾結運作的。他提出「生病經驗與行為是由文

化建構」的說法，認為無論是對症狀的出現是否關心、對症狀描述的詞彙、對疾病的判讀、對不同醫療方式的抉擇等，都是與病人日常生活世界密切相關的。更重要的是，人的情感與情感的表達方式也是由文化來塑造的。因而，例如西醫所謂的焦慮心理症（anxiety neurosis），在台灣的病人常會指稱自己胸痛與心臟不舒服，而用中文「煩躁」來說明。似乎焦慮是由胸口或是心臟所引發的不舒服，而與壓力或是精神（mental）一點也不相干。這一類的病人還會用「悶」、「火氣大」等詞彙來說明自己的不舒服。至於台灣精神科醫生給“depression”症狀的專有名詞是「憂鬱」，則很少被病人使用（Kleinman, 1980: 119-141）。

當越來越多的醫療人類學研究的成果，引起西方醫療體系注意的同時，醫學史的研究，從西方醫學發展的內部路線來看，也意識到科學、科技與社會文化之間的關係是緊密不可分割的。逐漸地，先進的大學醫學院也相繼成立社會醫學學系。例如哈佛大學的醫學社會學系，成立於1984年，企圖在醫學系學生專業的養成過程中，能加入社會文化層面的訓練。更進一步，在實際醫療技術方面，也開始在醫院內為病人實驗或是施行另類醫療法，例如，在麻醉科嘗試使用針灸技術來為病人進行麻醉。

另類醫療研究的第二個議題，是西方醫療與非西方醫療的接觸（encounter）問題。西方醫療與非西方醫療接觸之後，在全球各地引起的反應並不一致，有些地區西方醫療成功地取代傳統醫療，有些地區則是新舊並存。在新舊並存的地區，有的是新舊衝突，有的是新舊折衷，有的是新舊互補（Kleinman, 1975），人們的選擇便出現種種的利弊與調適問題，這之間政府的醫療政策固然攸關重大，民眾保留傳統觀念也是原因之一，然而西方醫療有其極限，恐怕是更重要的原因吧！？

在台灣多元醫療體系並存是清代以來就有的現象，根據《台灣省通志》的記載，清代時期民俗醫療、道教醫療與中醫並存。日據時期西醫與公醫

制度頒行全台，而民間底層仍然流行清代已有的各種傳統醫療（Unschuld, 1976）。台灣光復以後，國民政府恢復中醫證照考試、設立中醫學院，將中醫納入公保、勞保制度等等。民俗醫療與宗教醫療雖然至今仍然尚未獲得政府正式的承認，但是在民間根深柢固，力量不容小覷，而形成西醫、中醫、民俗醫三足鼎立的局面。

在台灣來說，另類醫療除了指漢人的中醫與民俗醫療之外，還有原住民族的民俗醫療。廣義的民俗醫療，包括宗教醫療與非宗教醫療。狹義的民俗醫療則僅指非宗教的傳統醫療方式（張珣，1989）。在世界各地的民族，其傳統使用的醫療方式通常都包括宗教與非宗教兩種。

本篇共收錄三篇文章，第一篇是張珣教授的〈為何要人也要神〉，第二篇是簡美玲教授的〈奇美阿美族部落的野生植物與草藥〉，第三篇是丁志音教授的〈代代相傳的另類醫療〉。這樣的安排是由傳統醫療到現代醫療，也讓讀者從古老的另類醫療開始，再認識現存的另類醫療。

張珣的文章以台北市保安宮的宗教醫療來說明，民眾採用民間道教的「收驚」或是「祭解」儀式來處理或是醫療某些疾病。對於常常染患的老毛病，或是西醫無法根治的慢性病，或是突如其來的、莫名其妙的疾病，或甚至是重大的開刀決定等等，病人或是其家屬會來到保安宮尋求神明給予病因解釋，或是保佑重大的開刀手術順利進行。乍看之下，祭解儀式純粹是由一連串宗教象徵或是道具所組成，但是背後牽涉到漢人傳統的魂魄觀念、星命信仰及與壽命有限觀等等，都是支持或是解釋疾病之所以會發生的原因。

草藥的使用是很多民族共同對抗病痛的方式，不一定會牽涉到宗教信仰，西方世界也會使用，中國更有明朝李時珍編撰的《本草綱目》一書，膾炙人口。台灣原住民族也不遑多讓，有長久使用草藥的經驗。台灣原住民的醫療行為甚少被有系統地研究論著，簡美玲教授的碩士論文是難得的嘗試。本書收錄的這一篇則專門說明阿美族的草藥知識，草藥不但被用在日常的飲

食當中，也運用在外傷或是腹瀉等疾病。更值得注意的是，簡美玲以五節芒為例，說明在文化內重要的草藥，不只具有醫療效用，還深含有其他文化意義。例如，把五節芒打結，帶在身上可以防止惡靈上身，五節芒的生長也被用來象徵女孩的成長與健康等等。

丁志音教授以親身經驗到蘆薈對燙傷皮膚的消炎消腫效用為開場白，娓娓道來何謂「另類醫療」，是一篇很生動，很平易近人的介紹性文章。文章中說明了CAM（complementary and alternative medicine）一詞的來源，以及美國國家衛生研究所扮演的推動角色。該單位的另類醫療研究中心（NCCAM）對另類療法做出了五大類的分類。丁志音自己在台灣的研究報告中，指出台灣民眾發展出來的「整合醫療」。許多民眾會請西醫診斷，而用中醫來治療，因為西醫有先進的診斷儀器，但是西醫的治療常常是治標不治本，或是常常以開刀來解決；而中藥則是治標又治本，但是中醫的診斷不太精確。因此，民眾認為結合中西醫是很好的醫療選擇。

參考書目

1. 張珣，1989，《疾病與文化》。台北：稻鄉。
2. Comaroff, Jean, 1981, "Healing and Cultural Transformation: the Tswana of Southern Africa", *Social Science and Medicine*, 15(3B): 367-378.
3. Foucault, Michel, 1965, *Madness and Civilization*. New York: Random House.
4. Kleinman, Arthur, 1975, *Medicine in Chinese Culture*. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office for Fogarty International Center, N.I.H. DHEW Publication.
5. Kleinman, Arthur, 1980, *Patient and Healer in the Context of Culture*. Berkeley: University of California Press.

6. Turner, Bryan, 1987, *Medical Power and Social Knowledge*. London: Sage Publications.
7. Turner, Bryan, 1992, *Regulating Bodies: Essays in Medical Sociology*. London: Routledge & Kegan Paul.
8. Unschuld, Paul, 1976, "Social organization and ecology of medicine in Taiwan." in C. Leslie (eds.), *Asian Medical Systems: A Comparative Study*, pp. 300-316. Berkeley: University of California Press.

為何要人也要神

張珣

中央研究院民族學研究所研究員

事主是一名年約六十歲的老先生，由一位年紀更大的親戚阿婆陪同前來。他說他右腳腳踝皮膚有一圈類似瘀青色澤的痕跡，腳跟的地方腫脹，站起來起步走路時會很痛，是刺刺的痛，但是多走幾步之後就好一點。昨天從林口回到家，才發現自己的腳突然如此，很奇怪的是並沒有撞到或是跌倒，無緣無故出現這樣的傷痕，感覺到應該是沖犯了什麼。今天趕緊跑來台北市大龍峒的保安宮請道士進行「祭解」儀式。

事主最近因為替死去多年的父親撿骨，為了日後方便子孫祭拜，向父親擲筊請示，希望撿骨之後可以火化，放進納骨塔內，而不要再另外做一門風水（墳墓）。父親應允，事主這幾天便忙著這件事。事主覺得他的腳跟突然出現傷痕，跟他昨天去火葬場有關。去的時候是下午六、七點鐘，因為父親的骨頭要火化，事主拿父親照片趕過去。回來之後警覺自己的腳很痛，看到腳出現瘀青傷痕，有一點嚇一跳。直覺晚上到火葬場是不好的，那裡有看不見的無形的東西，自己可能沖犯到「他們」了。因為平常自己身體都很不錯，無法理解為何會這樣。

我們問他是否有去看皮膚科醫生？事主說，像這樣莫名其妙地出現的症狀，應該是沖犯到，就先跑來廟裡處理。等一下「祭解」儀式結束之後，再去看皮膚科醫生，順便拿藥擦。事主的祭解「疏文」¹上寫著「陰煞、病符」，表示病人遭受到陰煞與病符的迫害，需要道士加以驅趕或是壓制。

1 民間信仰的神明如同帝國時期的官員，信徒拜神明時把想說的事情，恭敬地寫在一份類似公文形式的紙上，在祭拜時從容地誦念出來，再隨紙錢燒化給神明，既表示信徒的慎重誠意，也做為文書請求的證據，上達天庭。

一、民俗醫療

類似這樣的個案，保安宮的祭解壇每天為將近六十位左右的信徒（病人）服務，週六週日更多人前來，一年當中只有農曆七月休假。農曆新年時，來做「新春補運」²祭解的人，更是每天上千人，長達一整個月，萬頭鑽動，門庭若市。當然並非每位來祭解的人都是病人，人生旅途當中所遭遇到的婚姻、功名、事業等問題，都可以來做祭解。然而以疾病健康問題來的人佔大多數。

進入二十一世紀的現代化台灣，還有宗教醫療存在，似乎是件不可思議的事。事實上，只要稍微留意，全台灣以祭解、收驚等小法事³替信徒（病人）服務的各大宮廟，以及街頭巷弄裡的神壇，還真是為數不少。更何況，還有其他比較少見的栽花換斗⁴、過橋過限⁵等等儀式的服務，都與醫療或是身體疾病有關。

在衛生教育界的吳就君，或是醫療人類學界的 Arthur Kleinman，以及筆者在 1970 年代的研究中，都認為民俗醫療在台灣是除了西醫、中醫之外，號稱台灣第三大醫療類別。民俗醫療是指一個民族對付疾病的方法，尤其是指

2 又稱保運，民間信仰中的流年（十二年一個循環）信仰，認為自己的生肖與當年太歲（木星）沖犯者，需要進行補運儀式，以求一年的平安順遂。

3 民間道教的道士，或是法教的法師所舉行的儀式稱為法事。

4 民間信仰中，人的靈魂在未出生之前，均在另一個世界以花苞的形式存在，有花公與花婆負責照顧，白花為男子，紅花為女子。若是孕婦想要特定性別的子嗣，要請法師進入花園中改變白花或是紅花來達成。若是已婚婦女久不懷孕，要請法師特別精心栽花，加以培育。

5 民間信仰中，人與另一個世界之間需要透過一條橋來溝通，一年當中的特定日子，地方宮廟會請法師舉行儀式，造一木板橋，讓信徒一一走過，象徵人人平安無事。過關度限又稱過關限，是躲過太歲關、白虎關、陰陽關等等關卡的污穢煞氣，衝出極限，而得到吉祥平安，延年益壽。

俗民大眾所使用的自然與超自然的、經驗的、不成文的、當地教育孕育出來的醫療觀念與行爲。它是當地社會文化的產物，與當地生活方式息息相關。民俗醫療當中可分宗教與非宗教兩大類。宗教醫療除了本文所述的道教醫療之外，還包括各宗教場所內的醫療，例如天帝教的氣功、基督教靈糧堂的信心治療、佛教的拜藥師佛懺等等。非宗教醫療例如跌打損傷、芳香療法、精油療法等等。

台灣在明清移墾時期只有民俗醫療，以及少數的正統中醫師。歷經日據時期推行西醫、公醫、衛生所等制度，國民政府來台之後，恢復中醫師學校養成訓練、國家考試與證照制度等等，目前中西醫療有健保給付，一般民眾有病多會尋求中西醫療。唯有在久病不癒、重病、不明原因的疾病、醫生無法處理的病症等等，才會尋求民俗醫療。民俗醫療因爲未經政府的官方承認、未曾制度化、無由考核等等，而仍然處於良莠不齊，自生自滅的情況。

民間的常用俗語中「要人也要神」，意思是說：生病時，除了請醫生看病之外，常常也需要請神明幫忙，神明能夠化解一些看不見的災厄，疾病才能徹底的離開病人身體，醫生開的藥物也才能奏效。還有另外一句常說的台灣俗語是「小病不醫，大病就要觀童乩」，意思是說：人在病初發時，就應該趕快看醫生治療，否則拖延時間，等到病情嚴重，就需要請乩童察看是否冒犯了何方神聖，屆時，還需乩童或法師舉行儀式才能趕走致病的妖魔鬼怪。

宗教類的民俗醫療最常見的是收驚儀式，在台灣長大的人幾乎都間接或是直接接觸過收驚治療，尤其是在 1999 年 9 月 21 日台灣中部大地震之後，災區民眾紛紛尋求收驚治療，學界也熱烈地探討民俗醫療中的收驚治療原理。筆者則在 1993 年從台灣漢人的魂魄觀念試圖解釋收驚的療效與原理。

收驚，或是本文即將側重的祭解治療儀式，或是前述兩句台灣俗語「要人也要神」、「小病不醫，大病就要觀童乩」之間，有一個基礎知識，就是漢人認爲人的存在，除了看得到的身體之外，還有看不到的魂魄。疾病的產生

除了細菌病毒之外，還有屬於他界的鬼煞之類。因此，治療除了去除看得到的病症之外，還要驅除看不到的鬼煞。

人的魂魄來自出生時，天地蘊含的真氣，此一真氣的強弱度數，會受到出生時，時間空間的位置影響而有強弱之分，也會受到每一年歲星（木星）的運轉位置的影響而有強弱之別。魂魄當然也會受到後天飲食調節，而有增強或減弱之時，例如，年輕時血氣方剛，魂魄強，年老時氣血虛弱，魂魄也弱。魂魄的強弱有如電流的強弱，或是光線的明暗。魂魄強時，人比較清醒，也比較有抵抗力，也就比較不會受外力侵襲而生病。魂魄弱時，人比較遲鈍，渾渾噩噩，比較無法判斷，也無法抵擋外力的傷害，也就容易致病。魂魄強時，鬼煞之類的無法入侵身體，魂魄弱時，鬼煞之類的針對病人的魂魄加以拘提或是滯留，或是減損魂魄的強度，而有重病或是輕病之產生。若僅是減損魂魄強度，病情僅屬輕症初期，法師可以利用各種儀式，增強或是恢復魂魄強度，就是民間信仰中常說的「增加元神光彩」，身體的健康也就容易恢復。若是死症，就是魂魄已然被鬼煞拘提帶走，縱使再投醫藥，也是罔然。

魂魄—鬼煞—法師三者民俗醫療中的關係是有邏輯可循的。魂魄強弱是決定一個人是否生病的關鍵，鬼煞是致病的遠因，致病的近因可能是細菌、病毒、飲食不調、種種西醫或是中醫所診斷出的因素，而法師是有能力乞請神明協助，偵察出隱匿的鬼煞，進而將之驅趕或是壓制的人。法師的治療並不排除醫生的治療，相反的，法師常常勸說病人同時需要去看醫生。當然，也有許多法師在養成訓練過程中，也兼學中草藥。也就是說，民俗醫療其實是採取多重病因觀與多重治療觀的一種開放模式。

二、台北市保安宮的祭解儀式

保安宮的祭解是台北市有名的，我們在 2005 年春夏時間，同時比較了鄰

近地區的行天宮（恩主公）、慈祐宮（媽祖廟），發現各廟有其吸引信徒的特殊儀式，而保安宮是以祭解聞名的。祭解又稱解祭、改制、制改等等，乃因其閩南語發音相近，信徒望文生義而有不同說法出現。稱「祭解」乃因儀式包括兩大部分：補運與祭外方。所謂的補運是，在祭解壇內以供品供奉保生大帝、媽祖等神明，祈求替信徒解開厄運的糾纏。所謂的祭外方是，在祭解壇外以祭品祭祀天狗、白虎、五鬼等惡煞，將其驅趕至外方，勿再騷擾信徒。若稱「制改」則取其壓制天狗、白虎等惡煞，改善信徒的厄運之意。爲了讓讀者了解宗教醫療的詳情與其療效基礎，以下詳述信徒若要在保安宮祭解，所需經歷的步驟：

（一）掛號交錢

家屬拿著病人的姓名、農曆生辰八字、性別、住址、貼身衣服等，前往保安宮左廂的服務處報名。根據我們的觀察，病人會親自前來的只佔總人數的三分之一左右，多數是由家屬代替前來，很多甚至是病人本人不知情的情況之下，家屬代替前來祭解。如果病人不在場，如何產生療效？事實上，正確的病人姓名、八字與地址是醫療關鍵所在，因爲神明是依據這些資料前往勘查的。

（二）診斷⁶

廟方櫃檯人員會詢問家屬關於病人的需求或是問題所在，家屬會簡要的說出病人在身體、運勢、人際關係、感情、事業等方面的情狀，廟方服務人員會根據一份制式流年表，判斷、斟定關限或是沖煞的名稱等，再寫入疏文

6 此處診斷是一個比擬，意指廟方工作人員，或是民俗醫療人員，會根據病人所述症狀而判斷病因與醫治方法。

中。例如，一些住院病人，包括開刀、昏迷不醒、老年、在醫院睡不安穩的狀態等，疏文上常出現櫃檯人員手寫的「病符」、「刀關」、「血光」的字樣。一些久病不癒或是西醫醫不好而前來的人，疏文上多有「陰煞」、「病符」、「星暗」……等字。一些婦女婚後不孕或是未能著胎、即將臨盆、小產者或命中帶有「流蝦」⁷命者，疏文上會有「生產關」、「白虎花穢」⁸、「流蝦」的字樣。

（三）領取祭品與供品

家屬到供品領取處，工作人員會給他兩個盤子，一盤是祭鬼煞用的祭品，有小三牲⁹、關限紙、替身紙像、酒兩杯，並且把替身、本命錢、小銀、刈金、巾衣捆成一疊，一個人一疊；另一盤則是獻給神祇的供品，有天公金、壽金、土地公金、高級餅乾一包、龍眼乾、麵線。

（四）蓋印、取平安符

依據廟方工作人員的引導，家屬將給鬼煞的祭品放置在祭解壇外的桌上，工作人員請家屬拿出病人的貼身上衣，一人一件，工作人員在領口處蓋上刻有「保生大帝」字樣的神印，再給每位病人一道保生符，衣服和保生符同時置放在給神祇的紅盤上，並請家屬端到祭解壇內的供桌上置放。若是未帶衣服，則會將神印蓋在病人當天穿的衣領上。據說神印的保佑為期三天，若是外帶一件衣服來蓋神印，加起來可以有六天的保佑期。

7 流蝦或稱流霞，大流血之意，指產婦或是小產者大量出血。

8 前述民間信仰中認為婦女無法懷孕，可能是因為花園中有白虎星破壞其花苞，導致無法受孕。

9 民間祭祀中是以小三牲祭拜鬼煞：生豬肉、鴨蛋、豆干。鬼煞嗜血，故以生食祭之。

(五) 行香

家屬需要到保安宮每個神殿拜拜，總共十三柱香，行香結束，回到祭解壇，在川堂的座椅上等待道士向大家通知祭解開始。家屬或坐在椅子上閉目養神，偶與其他病人家屬聊天。根據筆者觀察，這些家屬甚少互相討論病情，不像筆者以前在乩童神壇所見，家屬們通常七嘴八舌形成一個互相諮詢的團體。

(六) 祭解

信徒參與祭解的儀式，依所處的空間，分成兩個部分，一是祭解壇內的保生大帝神位前，二為祭解壇外面的廊道空間。

1. 祭解開始，道士會用台語大喊：「開始啊！隨拜！」接著，家屬魚貫的進入祭解壇，跟隨道士請神、唸疏文，歷時約十五分鐘。這一段主要是請神，末段道士會把該場次病人的名字、住址唸一遍。道士大聲請出十方諸神名諱，以及大聲唸出病人名字住址，是治療儀式中很重要的一環。
2. 道士擲筊，一直到出現一陰一陽為聖筊，表示神明作主，已經替此些病人改除厄運。然後，道士念口白為替身紙人開光點眼。繼而道士喊出疏文上病人的名字，口唸各種關限名，手持關限紙和銀紙，不停地在家屬的盤子上方劃圈，念口白，內容是驅趕各種鬼煞，病人魂魄安然度過各種關限。口白結束，道士請家屬或是親自前來的病人哈一口氣在替身紙人上，即可以離開。「哈一口氣」是治療儀式的另一個重要環節，表示病人身上的「病氣」或是穢氣轉移到替身紙人身上，從此病人無災無殃。替身紙人或其實是道士本人則承受了病人的病氣。

3. 病人或是家屬端著盤子，在祭解壇外側的香爐過爐，順時鐘轉三圈，表示盤子內的供品以及衣服薰染過香煙，都取得神明的保佑。之後撥龍眼殼，將龍眼吃掉或是撥殼之後帶回給病人吃。在現場就將龍眼殼撥掉是另一個治療環節，表示厄運如同撥掉的龍眼殼留在保安宮，自己則如新生一般離開保安宮。因此多數人都快速離開祭解壇或是保安宮，因為理論上，祭解壇周圍充滿牛鬼蛇神等等惡煞。

三、治病先治心

道士針對人所可能干犯到的鬼煞凶星（天狗、白虎），以及魂魄所可能度過的各種關限（水關、車關），有系統地分類與命名。對於疾病與病因加以分類與「命名」是所有醫療體系，包括現代西醫或是傳統中醫執行治療的基礎。在本文則表示儀式專家對於疾病與災厄有全盤的掌握與知識，道士唸出鬼煞名稱，表示我「知汝名，汝即無所遁形」，意思是：我知道你的名字、形狀、所在位置，我便有能力消滅你。

神明為何願意接受道士邀請前來拘提鬼煞？因為神明接受了道士替信徒呈獻的供品！供品通常是高級餅乾、麵線、龍眼乾，外加上天公金、壽金、土地公金等金紙。信徒一定要掛號報名，一定要在櫃檯正確無誤地寫對名字、八字、住址，如此才能確保神明可以正確無誤地替病人作主，拘提在病人身上的鬼煞。信徒可以由家屬代替前來，信徒也可能完全聽不懂道士所念的口白，看不懂道士執行的儀式，讀不懂燒化的疏文，重要的是，要以病人名義掛號、交錢、買到供品、呈獻給神明。基於人與人之間，甚至是人與神之間的「交換原則」，神明接受了病人的供品，便會替病人拘提鬼煞治病。

道士在執行祭外方儀式時先替「紙人替身」開光點眼，讓替身來為病人受病。繼之，給予鬼煞祭品，包括生豬肉、鴨蛋、豆乾、酒兩杯，以及本命

錢、巾衣等紙錢。對於低階的鬼，甚至是無位階的鬼煞，道士採取的是「賄賂」原則，請你吃肉喝酒，飲醉食飽，你就該識相地「走路」，不要再糾纏病人。當初鬼煞使病人生病無非是要求病人祭拜，有得吃喝，現在既然被揪出來正式吃喝，就應該滿足地離開。誠如口白所唸「吃茶走巴黎，吃酒不相揪」（台語）。如果鬼煞不滿足地離開，道士繼續祭出法寶，請高階神明「壓制」，祭品中的鴨蛋，便有壓制的意涵。請神明強加壓制，將鬼煞驅離到外方。

信徒或病人則是透過「行動」，包括前來保安宮掛號、報名、等待、蓋神印、領平安符、參與儀式的進行、隨拜、哈一口氣、過香煙、撥龍眼殼等等，或是透過「言說」，包括在櫃檯說出症狀、或是其他方面的需求困難，來改善病情。根據筆者的觀察發現，多數病人或是家屬經過一番思緒或是語言上的整理生病的前因後果，或甚至是討論生病以來所有看過的醫療種類等等發展歷史，已經給病人或是家屬相當大的治療功效。尤其是當道士大聲地唸出疏文中的「神恩無私，解除災愆」時，隨拜的病家總是虔誠地感受到自己的渺小無助，有賴神明的寬宏大量，協助治療。一反平日為所欲為，自我狂妄的神態。人能反躬自省，「懺悔」前嫌，知所驅避，既是宗教目的，也是治療目的。

民俗醫療以為「要人也要神」，醫生治療可見的身體病痛，神明則處理不可見的鬼煞，安置病人失散的魂魄，如此一來疾病的深層與表層病因才會一併根治。

本文部分摘自張珣，2006，〈民俗療法的實踐〉。收錄於《台灣醫療四百年》，頁42-49。台北：經典雜誌。

問題討論

1. 從你的經驗來分析，民俗醫療成功嗎？成功的原因在哪裡？
2. 除了本文結語部分所提供的可能分析方式之外，你還可以如何思考民俗醫療存在的原因？
3. 政府需要對民俗醫療採取某些措施嗎？例如：透過各宗教協會，制訂收費，舉行資格考試測驗，發行年度有效牌照等等規則。若實施這些措施，會產生何種影響？

相關閱讀

1. 許麗玲，1999，〈台灣民間信仰中的補春運儀式〉。民族所資料彙編，13: 95-129。
2. 張珣，1993，〈台灣漢人收驚儀式與魂魄觀〉。收錄於黃應貴編，《人觀、意義與社會》，頁 207-232。台北：中央研究院民族學研究所。

奇美阿美族部落的野生植物與草藥

簡美玲

交通大學人文社會學系助理教授

一、前言

根據文化相對論 (cultural relativism) 的觀點，每一個地方社會所建構的地方知識都有其獨特的價值 (Geertz, 1983)。所謂的「另類醫療」或「另類健康知識」，基本上採取了類似的理論視野，來瞭解一個地方社會如何在特定的生活脈絡裡，對於居民的身體成長、健康或疾病蘊育出獨特的概念及應對方式。這樣的觀念早見於阿美族民族醫療的研究文獻中，例如與祖靈有關的超自然儀式概念及內容 (王崧興, 1961)、馬太安阿美族的傳統疾病名稱與藥方 (李亦園等, 1962: 336-40)，與宜灣阿美族傳統疾病“adada”的概念 (黃貴潮, 1989; 黃宣衛, 1991)。但是阿美族傳統醫療文化的行為及組織等知識，仍有待較有系統的記錄。基於此，我在 1992 年至 1993 年間到花蓮奇美部落進行八個多月民族誌田野，目的是將阿美族的醫療體系置於阿美社會與文化的脈絡中，予以綜合、整理及敘述。透過深度訪談和參與觀察，我記錄當地人的傳統疾病認知，以及日治時代以來的疾病醫療行為 (簡美玲, 1994)。在含括傳統與現代的多元醫療行為中，我在田野期間十分感興趣的是奇美人對草藥醫療的特定知識與認知，這也是之前的研究較少被注意的部分。因此在另類醫療的概念下，本文將主要描述阿美族人的野生植物文化、環繞著野生植物的在地知識及行動，以及發展形成的另類草藥醫療。

二、以草命名的古老山中部落

奇美部落位於東台灣縱谷，是在秀姑巒溪畔世居多代的古老阿美族聚落。如同其他中部阿美族人，奇美人也自稱“Pangcah”，意指「竹籬內共居的團體」。日治初期稱奇密社，昭和十二年（1937年）改名為奇美。這些文獻中不同的漢字名稱，都音譯自部落族人對自己世代所居地方的自稱——Kiwit。Kiwit 是一種漫生的草本植物，據說古早以來，村落及鄰近地區，即長滿了這種草。奇美群山環繞，多崎嶇山地，僅秀姑巒溪兩岸有較平坦的河階及環流丘。在社會組織方面，傳統阿美族村落為典型的母系社會，財產、家系皆都以母女相承為主。早期為村落內不同氏族間交表聯姻（劉斌雄，1965），採男性婚出，女性留本家的從妻居制。女性在家庭生活層面，有比較高的地位，但男性在公共事務及組織（頭目、長老、年齡階級等），則有較重的責任。

三、野生植物文化與日常生活

與生活貼近的野生植物，對於奇美阿美族人，不僅是生態下的產物，也是當地所再現的另類身體健康知識，以及輕微疾病處理的基礎。這個以草為名的古老部落所在地，土壤屬黏土性質，全年有雨，野生花草與植物豐美。這和阿美族人有豐富的野生植物知識及食用行為應有正向關聯。相較於其他居住在平地的阿美部落，奇美又因地處山林，原有生態受外來影響較小，因此早期族人所食用的野菜，至今仍是桌上佳餚。

奇美的野生植物世界在當地自成一個地方知識體系。族人普遍能清楚辨識野菜的種類、食用部位與採摘時期，其中尤以五、六十歲的中老年人，對野菜的知識最為豐富。年輕人即使說不出每一種野菜的名字，但因為從小跟

父母到園裡，卻也知道哪些野菜可食、可摘。根據我的民族誌經驗，阿美族的野菜吃法相當清淡（水煮居多），而且他們普遍嗜食帶有苦味的菜，例如藤心（loga'c）、山高苳（sama'）、咸豐草（kasipilay）、龍葵（tatokem）、輪胎菜（kakolo）與山苦瓜（sokoy no lotok）等等，都是阿美族嗜食的苦味野菜。我在奇美作田野時，對我幫助最多的一位國小退休的老師 Mikag 就幽默的說：「我們阿美族是個喜歡『吃苦』的民族，凡是苦的東西，我們都愛吃。」也許他們並不一定能有系統的解釋苦味與養生的關係，但卻在實踐的行動上展現。

野生植物在奇美阿美族社會之所以能成為地方知識，也在於他們從相當多元的管道來認知及經營這個野生植物的世界，以藤(oway)及五節芒(taloh')的多元使用來說，藤心(mioway)是阿美族的傳統美食；到山上砍藤心則是農閒、節慶前的必要活動；藤皮可以編織帽子與籃子；傳統時代在築屋之前，須先集藤，老人家認為有足夠藤材，動工建屋才會順利。現今此部落所生長的藤，除了野生，已有人工栽植，一棵藤苗約五、六年長成，藤苗與藤心是奇美晚近興起的現金農作物。

五節芒略帶苦味的嫩心，對阿美族人是既能解渴又能解饞的食物。我曾跟著一位奇美的老媽媽(ina)爬到山上的園子，她對我說：「我們到山上不帶茶壺，口渴了就拔根五節芒的芒心來咬。芒心烤一烤、沾鹽巴，也可以當做午餐的菜。」阿美族人還說，芒心不僅人愛吃，牛也愛吃，五節芒葉子及嫩心都可餵牛。成熟的五節芒有硬梗(pelen)，粗大的芒梗可蓋茅草屋，而乾枯的芒梗(acam)可以當柴火燒，夜行路人在山路旁隨手採擷枯芒梗，就是現成「火把」，可做為照明用。

以五節芒為例，野生植物在奇美阿美族人健康疾病的知識體系裡，不僅在於飲食上的價值及功能——美味解渴，也具有兩種象徵層次的意義：其一，做為人與超自然溝通的象徵符號、防止身體遭受惡靈的入侵而生病。例如到外地看病回家，快要到部落的入口時，老人家會在路旁摘支五節芒葉子，打

個結以避邪，才不會將不好的靈（kawas）帶回家。其二，在過去的阿美族社會裡，小孩在成長過程中的疾病與健康，是地方疾病體系內最為普遍及需要因應的事。相對於以年齡階級組織來解釋男孩健康及成長的階段，五節芒則被用做女孩健康及成長的比喻。

阿美族人認為男孩出生後，大約到五、六歲左右就比較健康。進入年齡組織的最小一級（leplep），也就是約當十六、七歲的青少年，是發育最快、也是即將變成男青年（masakapah）的階段；此時的健康情況依個別體質而定，有的健康、有的多病，但即使健康的，也還不是很有力（awaho ko cdi）。男青年（kapah）含括二十一至二十八歲的年輕人，他們分屬於年齡組織中活動力最強的二個階級——cupihay 與 tokolo——前者正值當兵階段，年齡為二十一至二十四歲，後者為二十四至二十八歲，是阿美族社會中「最有力也最健康的年齡（ila ko cdi）」。

根據報導人的說法，男性到達青年團體最高年級 atawagay，即年約二十八、三十歲時，體力便稍微差些；三十、三十一歲左右，體力開始明顯轉弱，但一般性的勞動工作還是照常進行；到了四十歲以後，身體便逐漸走下坡。阿美族男性通常在四十三歲左右，加入老年階級的最小一級 gayagay，成為老人的一部分。一年一度的捕魚祭開鑼時，此一階級的人在小茅屋擔任總指揮，三年後「畢業」即進入督察階級 mikacaw。督察階級中的男性已完全脫離男青年的活動範圍，捕魚祭時也不到河邊。此外，從這個階級開始，同年齡男、女便可以一起活動。在健康狀況方面，報導人說：「進入督察階級以後，身體狀況似乎就起了變化，體力也都不如從前。」

相對於以年齡階級來描述男孩的身體發育，當地人是以五節芒的生長來比喻女孩身體的成長。Ina Falahan 說：

娃娃在五、六歲以前，身體狀況比較不定，大約到快上國小一年級，亦即七、八歲時，健康情形才趨於穩定，至多也只是輕微的

感冒。十三、四歲國小畢業時，有的人開始有月經 (mafla')。女孩在初潮前看起來都還是國小學生的模樣 (cayho ka fla'a fafahian)，但十三到十六歲的女孩即便已過了初潮，在我們社會也是還未成熟的。我們喜歡以嫩綠的五節芒，來比喻這個階段的少女 (cayho kasa polen ko tiren)，十六歲以前的女孩還不算成人，身體狀況也因個別而異，有人健康有人多病。女孩過了十七、八歲就算成熟，我們用 masa pelen ganto ko tirennira 來比喻，意思指十七、八歲女性的身體就像五節芒成熟的枝梗 (pelen) 一樣潔白、挺直、漂亮。這句諺語同時也意謂著，少女隨著身軀日漸成熟，就快變成可以論及婚嫁的「小姐」(kayin) 了。

從野菜、藤心、芒草心的食用，到藤皮、藤條、芒草梗的編織與築屋，不僅讓我們看到阿美族人多元使用野生植物的做法，也讓我們初步瞭解阿美族人對植物命名與分類的細緻。在阿美族人對於兩性生命健康及成長的述說裡，五節芒成爲與年齡階級組織相互對比的重要意象。而野生植物文化多層次的豐富性，也是阿美族人得以將草藥發展爲另類醫療的前提。

四、來自經驗的草藥醫療體系

阿美族人針對當地生態環境下的植物，所形成的一套地方知識及多元的食用及使用，是阿美族草藥醫療體系的基礎。族人們認爲有很多食物具有去燥熱的功效，例如咸豐草 (鬼針草屬)、藤心等。老人家也說：「生產完的婦女吃藤心，身體會太涼，會沒有足夠奶水哺乳。」

外傷則以專治撞傷、扭傷、止血及消除疲勞的草藥爲主，例如接骨草 (layah) 的葉子可以治療撞傷、扭傷及消除疲勞；山藤 (Masay) 的葉子可以止血；糯米草 (katawagay) 打碎可以治燙傷。九芎木的嫩葉 (Pahpah no kakilec) 和藿香薊 (a'ahen) 的全草，用嘴咬碎後敷在傷口上，可以止血。利

用草藥來治療外傷，在台灣各土著社會都十分普遍。以排灣、布農、泰雅等高山部落為主要調查對象的《台灣先住民之藥用植物》一書，文中記載治療外傷的藥用植物就有 52 種之多。外傷草藥醫療的急切與必要，是山地社會諸族群對環境適應的首要課題，我認為這點應該也是外傷草藥在奇美部落的自然醫療資源中被普遍運用的原因。

治療內科疾病的草藥，在奇美最常被提起的是治療腹瀉的當地處方，例如蕃石榴的嫩葉（pahpah no kolafs）。此外，將九芎樹（kakilec）的嫩葉，以鹽巴搓揉後生嚼之，以及將莢花艾草（pataliew，學名鼠麴草，台語稱 hya¹³chao⁵³）磨碎連汁飲下。這兩種據說都可治療嚴重的腹瀉。

在阿美族人的食物及醫療的地方知識系統內，也有近似漢人食補的行為及觀念。腐肉（linado a titi）、山羌或飛鼠的胃腸（foka），以及魚的肚腸（tinay）等等，都是阿美族人傳統嗜食的特殊風味的食物。根據奇美老人的描述，腐肉的製作步驟類似阿美族傳統食物鹹肉（silaw）的作法。鹹肉是將生豬肉加酒及鹽巴密封數月，腐肉則無須放酒，但必須加少許鹽，然後蓋子不要密封，任其腐壞、生蛆，蛆會產卵，一星期後產生惡臭，即可取來煮湯。這個食物可以給久病不癒的病人或產後體虛的婦人食用。

尤其有趣的是，食用某些「非植物」的「補品」——如 foka 及 tinay——也是草藥醫療的一部分。奇美老人家告訴我說，foka 和 tinay 是奇美阿美族人公認的傳統美味。飛鼠或山羌胃腸內的東西加鹽醃製後，稱為 foka，可以生食，也可以煮湯。當地人認為，foka 可以治胃病，因為飛鼠或山羌是草食類的動物，牠們所吃的草類都是可以治病的野生藥草。魚肚腸煮食的湯，亦是阿美族老人特別喜歡的食物，主要是因為溪河裡的魚，吃的是乾淨的水草，因而對人類身體有好處。相對的，草魚會吃河裡的髒東西，山豬則是會吃芋頭等雜七雜八的東西，所以草魚的魚肚及山豬的胃腸，不在他們食用的範圍。總之，在阿美族人的草藥醫療體系中，除了有具體醫療作用的藥用植物，也

有食補作用的食物。他們深信特定的野生植物或經加工後的食物，對身體健康有幫助。

晚近，除了延續上述傳統的草藥療法外，奇美人對野生植物草藥的使用，也深受至當地移墾或開店舖數十年的客家人所影響。下面這段田野筆記裡，描述了隨著族群互動的增加，阿美族人對草藥的認知與運用，也逐漸在變遷。

1993年這整個夏天，我都在奇美部落過日子。一個炎熱的午後，吃完午飯，老人家都午睡了。我稱為「蔣媽媽」的 Ina Nikal 還在廚房忙著，她以清水煮了一鍋「野菜」。這種東西叫什麼，Nikal 也不知道。她說是從頭目的太太和 Kacaw 的太太那裡學到的，所以也煮給自己的丈夫喝。聽說喝了感覺不錯。Nikal 指著鍋裡的藥草對我說：「以前我們古時候都吃它的嫩心。我跟 Fayo 說，村裡有很多人在撿這種菜，撿來煮開水喝。以前這種菜我們都是生吃的，像 tatokem \kasipilay，我們阿美族都是把它當做菜。但是『現在的人』¹說可以當做『涼水』喝。現在的人，連 kasipilay 的根，都拔來煮成茶水，以前我們（阿美族）只有把嫩心當做菜。」

五、結語

如同人類學家歷經許多社會文化的研究之後所獲得的理解，文化通常是對環境的適應，同時也是整合以及變遷的過程與結果。奇美阿美族環繞著野生植物的在地知識及行動所展現的另類草藥醫療，也反映其對於在地生態及文化環境的適應、整合及有所變遷的特性。有別於以西方醫療為主的現代醫療，在用藥、處方或對疾病、健康的分類觀點，通常獨立於地方社會的文化

1 指與阿美族人有所接觸的客家人或閩南人。早期到奇美移墾的漢人，幾乎清一色是客家人，奇美阿美族人所吸納的台灣漢人民間知識，大多來自客家人。

與生活；本文描述的奇美阿美族人在野生植物地方知識裡的草藥醫療則指出，另類療法或另類的、在地的成長、養生論述，往往是融入在該社會所擁有的地方文化或地方知識裡。

本文改寫自：1. 簡美玲，1994a，〈奇美阿美族的野生植物文化與草藥醫療〉。

《山海文化雙月刊》，3: 66-69。

2. 簡美玲，1994b，《疾病的文化詮釋——阿美族的醫療體系與家庭健康文化》。國立清華大學社會人類學研究所碩士論文。

問題討論

1. 奇美阿美族人對於植物文化及與草藥的地方知識及行動，和你對於藥的知識、用藥的行為，以及藥與你所屬次文化之間的關聯，有哪些是相似和差異之處？請具體描述一、二個你所經驗過的實際例子，並與奇美的例子進行比較及討論。
2. 原住民使用食物與草藥醫療來養育身體和治病，這類知識是如何累積而成的？
3. 現在醫學界出現「天然藥物」研究方向，我們可以向原住民草藥學習什麼？
4. 原住民與中藥草 / 民間養身的關係為何？

相關閱讀

1. 王崧興，1961，〈馬太安阿美族之宗教及神話〉。《民族所集刊》，12: 107-178。
2. 山路勝彥，1987，〈泰雅族疾病之概念〉。收錄於《日本關西學院大學社會學部紀要》，54 號，頁 31-43。
3. 許君玫譯，1957，《台灣先住民之藥用植物》。台北：台灣銀行經濟研究室。
4. 黃貴潮，1989，〈宜灣阿美族的傳統 adada 觀念〉。《台灣風物》，39(2): 125-140。
5. Geertz, Clifford, 1983, *Local Knowledge: Further Essays in Interpretive Anthropology*. New York: Basic Books.

推薦網站 / 影片

1. MedAnth Links, http://www.kent.ac.uk/anthropology/medanth/medanth_links.html
2. Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine, <http://www.ethnobiomed.com>
3. *Medicine Man*, 1992, directed by John McTiernan, produced by Walt Disney Video

代代相傳的另類醫療

丁志音

國立台灣大學公共衛生學系副教授

那是升大四暑假一個艷陽的午後，我從瓦斯爐上將剛煮沸的水由茶壺倒入腳旁的熱水瓶中，一個不留神，滾燙的水直朝穿著短褲的我傾瀉而下。我馬上衝進浴室，用水往雙腿猛沖。約莫十分鐘吧，我在痛極與累極中關掉水龍頭，坐在沙發上看著腫脹紅透的雙腿，心想接下來該就醫還是冰敷……？這時面容愁苦的母親突然驚呼一聲，一溜煙地衝上頂樓去，幾分鐘後，她手中握著一堆的蘆薈葉直奔而來，要一旁的弟妹將蘆薈汁快速滴在我已遍佈水泡的雙腿與雙腳上。只記得在很短的時間內，我的疼痛減輕、紅腫消退，數天之後也未留下任何疤痕，雙腿的燙傷可謂不藥、同時也無醫而癒。

將近二十年後，多元醫療及補充與另類療法成爲我的主要研究領域之一。有一天在閱讀我於 UCLA 攻讀博士學位時的老師 Michael Goldstein 的著作《另類健康照護：醫學、奇蹟、或海市蜃樓？》(*Alternative Health Care: Medicine, Miracle, or Mirage?*)時，看到他在楔子中所提的親身經驗。1983年，當他的長子 Joshua 十八個月大時，有一天他的小腳被滾燙的熨斗燙傷，被發現時外皮已脫落，急診室的醫師與其他三位大夫一致認爲是三度灼傷，必須植皮，這項建議也經過燒燙傷中心極富聲望的外科醫師確認。雖然非常幸運地，手術日期快速被安排，但 Michael 和太太 Laura 卻有了另一些考量。他們想到手術後住院時，Joshua 必須整天被綁在床上，以防止他去抓植皮的傷口，這對才一歲半的小男孩來說，甚至對他們夫婦來說，毋寧是更大的折磨。他們開始猶豫要不要接受手術，並深信世上必定還有其他的方法。

這時 Laura 的哥哥提議不妨可試試蘆薈。他說日本人在二次大戰原子彈爆炸後，是用蘆薈來療癒比 Joshua 更嚴重的灼傷。決定試試看之後，

Goldstein 夫婦附近的日本鄰居告訴他們如何使用蘆薈以及該如何栽種。於是，每天三次，Michael 悉心地將蘆薈汁滴在兒子的傷口上，不但如此，由於他深信想像（imagery）可以影響身體，因此他會一邊滴抹，一邊將 Joshua 的手指朝向傷口，對他輕吟：「這白色邊緣的部分會越來越大，中間黑色的部分會越來越小……很好，很好，你的皮膚會越來越強壯，想想這汁液正幫著你的皮膚生長。」三個月後，整個傷口已痊癒，而到 Joshua 六歲時，傷處的表面只看到極度輕微的痕跡。

有趣的是，當目睹兒子傷口的奇蹟復原，Laura 建議應該將這經驗告訴原先力促植皮的醫師們，想必他們一定樂於知道如此無侵入性且廉價的療法。是的，所有的醫師都為這結果感到高興，但是沒有一位願意將這療法介紹給類似遭遇的人。除了怕被告之外，他們很坦白地說，用蘆薈來處理三度灼傷實在超乎他們的訓練背景所能理解，而且絕無法被醫界同仁所接受與認同。Joshua 的療癒經驗對他們而言根本毫無意義。

一、另類醫療是異端？

的確，就療癒而言，這世上總是有其他的法子，蘆薈只是其中之一。在我們日常生活中，偶爾看個中醫把個脈，吃些中藥調調體質；覺得壓力過大精神不濟時，泡個玫瑰精油浴；扭傷時到國術館拳頭師傅那兒喬一喬（調整一下），再弄個獨家配方的草藥膏貼一貼；覺得氣血不適時，練個氣功、做個瑜珈；家中小兒哭鬧不休，可到台北行天宮請藍衣婆婆收個驚；夏天猛灌青草茶、冬天暢飲桂圓薑湯；每天服幾滴蜂膠、外加甲殼素。從保健到治病，我們的生活中隨處可見這樣的想法與做法。簡單地說，這些有別於西醫或生物醫學的療癒方法，如今被稱為補充與另類醫學（complementary and alternative medicine，學術界簡稱為 CAM）。在此，「另類」這個名詞隱含強

烈的貶抑與排他之意，是難登大雅之堂的非我族類。只要未曾被科學方法，特別是實驗研究證實其療效的，都屬另類。根據這樣的原則，親身經驗的、口耳相傳的、甚至來自比生物醫學還悠久的古文明醫學古籍上的記載（例如中醫古籍《本草綱目》中也提及蘆薈在抗菌、保護皮膚及修復組織損傷的作用），只要療效未經科學方法證實，都被視為異端。對前述故事中的醫師們來說，蘆薈之於三度灼傷，就是個異端。

不過，到了上個世紀末了之時，類似的異端卻在一些先進國家快速且大幅度地被挖掘、描述、討論、批判、處理及「研究」。為何這些行之久遠的「常識」或「迷信」會開始被這麼慎重關切呢？那是因為由 1980 年代末到 1990 年代，在一些西方先進國家，尤其是美、英、加、澳等國的一連串研究陸續發現，民眾利用 CAM 的普及程度甚至直逼政府所規劃提供的正統醫療服務。這段時間以來，隨著民眾利用 CAM 的居高不下，這些國家的政府開始嚴肅以對。而學術界及醫界所進行的各項研究，其探索層面及視角也愈來愈廣。當然，抱著最大興趣一路觀望、躍躍欲試的，就是龐大的利益團體，包括各類健康保險公司、藥廠及生技公司，因為，CAM 顯然具有超級的市場潛力。

二、麻雀變鳳凰——另類療法進入學術殿堂

下面幾個事件更可顯示 CAM 的備受重視。首先，被視為全球生物醫學研究之尊的機構：美國國家衛生研究院，為了 CAM 的研究及訓練，特別設立了一個研究中心（National Center for Complementary and Alternative Medicine, NCCAM）。所支持的研究主要是 CAM 的臨床試驗，也就是以最嚴謹的科學研究方法——隨機分派實驗——來驗證 CAM 的療效，以及主要的機轉。除此之外，CAM 也進入了最具科學、科技與實證色彩的教學殿堂——醫學院，成為醫師養成之基礎教育中的一部分。不僅如此，如今許多最先進

國家的醫院、醫學中心、教學醫院等，已試圖將特殊的 CAM 療癒方法納入臨床治療過程中。更有甚者，許多研究顯示，有些醫師不但在臨床上不排斥、甚至接納 CAM，允許或鼓勵病患使用 CAM，就連他們自己也開始使用，或甚至學習 CAM 療癒。這樣的發展是 1983 年那群拒絕蘆薈療癒之說的醫師所無法想像的。

西方國家是如此熱熱烈烈地看待 CAM，那我們呢？台灣在國際間是個典型的醫療多元社會，與歐美各國不同的是，在台灣我們其實有一個比生物醫學還要古老許多的醫學傳統——中國醫學，除此之外，還有一些療法的歷史也遠比西醫久遠。早在將近 30 年前，美國哈佛大學的人類學家，也是精神科醫師的 Arthur Kleinman 博士藉著對台北的三峽與延平區各類療癒場所及民眾求醫的深入觀察，發展出一個著名的架構來描繪特定地區的健康照護體系。這個架構指出，任何的健康照護體系都包含三大部門：專業部門、民俗部門、常民部門（參見表 1）。

表 1 特定地區的健康照護體系：以台灣為例

類別	特色
專業部門	包含西醫與中醫兩種具有專業特質的醫療傳統。
民俗部門	包含宗教的與世俗的兩類療癒傳統，前者與超自然有關，例如收驚、乩童等樣式；後者則無超自然力量涉入其中，例如接骨、按摩、草藥等樣式。
常民部門	一般民眾在所居住的社區與家庭中，藉著周遭社會網絡中成員的知識與技能進行療癒（例如蘆薈療法），並未特別求助於哪一種療癒人員。

雖然我們的健康照護體系是如此的多元，然而和世界上許多的學者一樣，國內學者在近二、三十年來對於民眾就醫選擇的研究，不是「西醫」獨尊（西醫相對於非西醫），就是「專業部門」獨專（西醫、中醫相對於其他）。特別

值得爭議的是，把中醫與民俗療癒歸為一類是相當不當的，不是說療癒樣式本質上有高下優劣之別，而是專業具有嚴格的條件，它的形成與發展其實需要相當長的過程。分類的簡化及名稱使用上的草率，透露出的意識形態與基本假設是：只有生物醫學才是正統的。

三、另類療法的分類與應用

在國際上，其實也是最近十年左右，對各種 CAM 性質的瞭解才使得分類得以進行，並且逐漸取得國際間的共識。如今最具權威的美國 NCCAM 便將 CAM 區隔為五個範疇：(1) 另類醫療體系 (alternative medical systems)：植基於完整的理論及技術系統，通常是比生物醫學更早演進發展。主要如源於東方的中國醫學及印度醫學 (ayurveda)；或像西方的同類醫療 (homeopathic medicine) 及自然醫療 (naturopathic medicine)，前者是以同類治療 (like cures like) 的原則，將天然物質極端稀釋，用以引發身體自然療癒力量，來對抗若攝入高濃度之相同物質所導致的疾病；而後者則指一種療癒系統，以全人療癒的角度，應用各類的自然療癒方法，針對病人的需求來組合使用，以此增進身體的自療力量。(2) 身心介入 (mind-body interventions)：利用多樣的技術，以增進心靈的能力來影響身體的功能與症狀，例如冥想、祈禱、心理療法，甚至以藝術、音樂或舞蹈增進創造力者亦屬之。(3) 生物療法 (biologically based therapies)：主要指採用自然物質，例如草藥、食物及維生素。(4) 操弄及身體療法 (manipulative and body-based methods)：以操弄或移動身體的一處或多處部位來進行療癒，例如脊骨神經醫學 (chiropractic) 或骨醫學 (osteopathic) 以及按摩。(5) 能量治療 (energy therapies)：指利用能量場域，又包括生物能療法及生物電磁療法。上述的分類當然有其限制，例如與超自然相關的療癒便未包括在內，可見得 NCCAM 的清單仍有濃厚的科學中心意味。

就上述的清單來看，台灣民眾利用非生物醫學療癒樣式的概況如何呢？2002年的一個全國調查（丁志音，2003）顯示出，我國民眾在生病時利用非西醫療法的情形相當普遍。其中除了某些中醫療法有健保給付之外，絕大多數是自費使用，這表示即使每年每人平均高達14到15次的健保門診就醫，仍無法滿足需求，而必須使用體制外的資源，其中又以物質的攝入與吸收（經由鼻、口或皮膚）、操弄或身體療法最常被使用。而在物質的攝入或吸收中，芳香療法的普遍性值得重視，雖然傳統的草藥也仍受到民眾的青睞。可以這麼說，台灣民眾相當能接受新引進的療癒樣式，但卻不像流行服飾般推陳出新，而是新舊夾陳，且中外皆宜。

另外，台灣民眾也有自行發展出來的「整合醫療」。一種常見的整合方式是到西醫那兒診斷，卻用其他方式進行治療（Lew-Ting, 2005）。什麼因素形塑此種獨特的求醫方式？研究顯示這樣的傾向與對西醫的信念有關，例如認為西醫非萬能，不可能治好天下所有的病、西醫僅能治標較無法治本、西醫療法的副作用大等等，這些想法都會促使民眾採行整合醫療。有趣的是，即便在二十一世紀，仍有相當比例的民眾存有「超自然」或「個人論」的病因論，也就是認為無形的東西作怪、住的地方風水不好、遭人詛咒或作巫術等會使人生病，而且認為有些病是命中注定的劫數或厄運（宿命論）。更有趣的是，雖然不見得會去看中醫，絕大部分的民眾相信「體質」與「穴道」的存在與說法；反倒是只有約半數的人覺得只要科學繼續進步，其實什麼病都能被治好。

四、另類療法——常民的實證醫學

因此，大致說來，台灣民眾採用一些別於西醫療法的原因，其實與其他國家的民眾類似。首先是對生物醫學的存疑與不滿，對醫療效果及副作用存疑，對它對待與處理病患的方式不滿。其次是一些特殊信念與價值觀的浮現

與增強，甚至蔚為風潮（但其實也是古老的智慧），例如崇尚自然；對健康究竟是什麼的反省，而逐漸強調身、心、靈的並重與合一；還有強調對自身健康的責任，以及自己掌控身體的自主性。健康與療癒不該只是片段的、技術性、或甚至機械化地去修正或平復一個狀態，民眾追尋的是與自然的和諧，是全人的寧適，甚至是超越去除與平撫病痛的層次，達到類似宗教的境界。其實，在古老的社會中，宗教與醫療密不可分，現今，民眾冀望的是，現代的醫學能不能在科技與科學的氛圍與實踐中，也注入一些宗教的元素。

的確，對於科學與科技，二十一世紀的民眾愈來愈不像前一個世紀初或中葉的民眾那樣，毫無質疑地尊崇，而比較是愛恨交織，不知該如何客觀以待、明智以用。高科技診斷與治療固然讓人神往依賴，但是同時也讓使用者卻步。一些診斷的利器像核磁共振掃描、正子照影、乳房攝影、大腸直腸鏡等等，無一不是伴隨忐忑難安、疑惑、害怕、疏離、甚至疼痛，我們必須勉強自己的身體去遷就儀器的性質與效能。在一些特殊的檢查中，民眾往往必須拋開尊嚴與隱私，讓身體的某個部位具體呈現，以便於專業人員檢視。即使用以治療的科技也讓民眾疑慮，例如西醫最大宗的治療科技是藥物，雖然台灣人愛拿藥、愛吃藥的說法歷久不衰，但是有愈來愈多的證據顯示，民眾也愈來愈關切甚至害怕藥物的副作用，有的已到了因噎廢食的地步（例如對類固醇的懼怕）。另外，延長生命的科技像呼吸器、血液透析機的使用，所涉及的複雜層面更令人難以想像。

是的，當科學快速精進的同時，諷刺的是，我們逐漸被自己所創造的科技所圍困，也逐漸體認到科學非萬能。畢竟，療癒的本質中仍有其他微妙的成分，因而在某些醫學中心，最科技化的燒燙傷中心或加護病房旁，可能緊接著佛堂與祈禱室。而 Goldstein 所篤信的想像，他對 Joshua 持續的輕吟，難道只是個儀式？其實，仔細觀察我們四周的療癒樣式，我們所處的、所做的，處處是生物與文化的扣合，民眾在各類的療癒樣式與傳統中，擷取他們

所需的部分，加以融合，既要生物的部分，也要文化的部分，顯現出後現代社會中拋除常規、追求獨特的風尚。

療癒是一個神秘的過程。如今所累積的生物醫學知識其實對療癒機轉的解釋與掌握，仍有極大的未知空間。雖然科學家們意圖用實驗研究去參透其中的奧妙，一方面擴大知識的範疇，另一方面也認為可確保民眾的安全，然而，對許多有急迫需求的民眾來說，這個過程可說是相當牛步化，緩不濟急。如今醫學界在倡導實證醫學，可是專家學者有所不知的是，常民也有屬於自己的一套實證醫學，而且也自成一套邏輯與法則，非「亂投醫」三字所能道盡。而且肯定的是，到目前為止，西醫學術界對於這類邏輯與法則的瞭解，以及對 CAM 療癒樣式的瞭解，一樣的陌生與不足。長久以來，以科學為唯一具有合法性之求知工具的想法，不見得讓人類能受惠於真正的療癒，有時甚至扭曲了療癒的本質。

最後，我要帶上一筆的是，自從大四那次燙傷事件後，我讓蘆薈永遠長在陽台上，連辦公室都不能少，我深信 Goldstein 夫婦也會如此做的。

問題討論

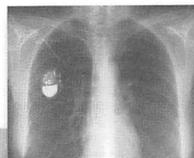
1. 你贊成將芳療師及草藥師請到醫院中與醫師共同為病患服務嗎？為什麼？
2. 有些醫師即使心裡認同某些 CAM 的療效，但表面上也不願貿然肯定它的療效，為什麼？
3. 常言道：「信就有效」，但也有人強調：「眼見為憑」，就療癒而言，你的想法是什麼？

相關閱讀

1. 丁志音，2003，〈是誰使用了非西醫的補充與另類療法？社會人口特質的無區隔性與健康需求的作用〉。《台灣衛誌》，22: 155-66。
2. Lew-Ting CY., 2005, “Antibiomedicine Belief and Integrative Health Seeking in Taiwan – Implications for CAM Research.” *Soc Sci Med*, 60: 2111-16.
3. Kelner M., Wellman B., Pescosolido B., and Saks M., eds., 2000, *Complementary and Alternative Medicine: Challenge and Change*. Australia: Harwood academic publishers.

推薦網站 / 影片

1. 美國國家衛生研究院補充與另類醫療研究中心，網址：<http://nccam.nih.gov>



第 2 篇 醫療專業的興起與變遷

- 導讀 成令方
- 中醫專業的興起與變遷 鄭惠珠
- 助產士的興衰：專業社會學的觀點 吳嘉苓
- 醫師專業的興起與發展及其性別政治 成令方
- 醫師的生涯路徑與職場結構 陳端容
- 護理專業的發展與變遷 陳月枝

導讀



成令方

高雄醫學大學性別研究所副教授

當台灣的醫療還沒有被國家的權力介入，被放置到現代化和專業化的框架下管理之前，已經有好幾套的醫療體系。正如第一篇中，張珣提及的與宗教信仰結合的醫療體系，也有如簡美玲提及的原住民的草藥（還有沒提及的巫醫）與族群文化結合為一體的原住民醫療體系，另外還有丁志音提及的民間流傳的醫療智慧，例如使用蘆薈治療燙傷，以及沒有討論的推拿、整骨、按摩。除了上述提及的醫療體系與民間廣為流傳的民俗醫療外，台灣在十九世紀中葉又多了一種以生物醫學為知識基礎的醫療體系，當時稱之為「西醫」。西醫引入初期，台灣居民對傳教士的醫療充滿懷疑，期間也發生一些小衝突，但終究不敵其背後強而有力的英美帝國勢力，以及清政府屈從在強權勢力下對傳教醫學的維護。這四種不同的醫療知識在當時的台灣同時存在，並各自發展，但未必常是「和平共存」。

台灣現代西洋醫療專業化的興起是現代國家權力介入最明顯的例證，也就是宣告這四種在台灣醫療舞台上多元爭鳴，各自為觀眾表演的戲碼正式劇終落幕。我們可以從馬偕準備進入艋舺（台北萬華）時的誓言中看出：「記住！這個驕傲的城市，有一天我們會看到你卑躬屈膝。你現在是很有力，驕傲、滿腦子惡意；但是你的權力會倒掉，你也會被制伏。」（傅大為，2005：43）這段話赤裸裸地展現醫療體系彼此之間的權力關係。諷刺的是，艋舺和台灣的醫療，以及民眾的身體，是被日本殖民政府制伏，而不是馬偕。

台灣的中醫（日治時代稱為漢醫）雖然是四百年前隨漢人引進台灣，但是在日本殖民政府的規定下，以考試發證照的方式，被排擠到漸漸消聲匿跡。中醫的恢復是在 1950 年代後期，透過民間人士的力量以「教育制度和訓練過

程」做為基石，重新蓄養人才、累積發展知識，爭取證照的發給。從鄭惠珠的文章中，我們看到中醫從日治時代的衰隱到民國時代的復生，其中有「國家的權力」、「考試與證照」、「教育制度」三個重要的專業化機制所展現的力量。

我們閱讀吳嘉苓討論助產士專業的興衰，她從專業社會學（sociology of profession）的「權力論」立場出發，讓我們看到五個專業化的主要機制，是多麼貼切地在台灣助產士的興衰歷史過程中產生作用，這五個機制是：「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」。經由這樣的機制，日治時代的助產士逐漸興起，然而也是藉由這些機制，到了1970年代這個原本被眾多女性信任依賴的助產專業逐漸式微，直到近幾年才又經過相同機制的運作，逐漸受到重視。這篇文章所提供的理論架構像是一個明鏡，讓各個專業在其中照見自己的過去與未來。另外，婦女做為積極的醫療使用者，可以在五個機制外提供另一種思考：「市場與消費者／醫療使用者需求」的機制。正如吳嘉苓在文末提到：「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。」

成令方的「醫師專業的興起與發展及其性別政治」一文，也可以從「國家權力的介入」、「證照制度」、「教育制度」、「技術發展」等四方面的專業化機制去理解醫師專業的興起，以及這過程中性別是如何鑲嵌在其中，結果造成以男性為主導的特色。除了上述專業社會學的分析架構外，也需要借用性別與工作研究常使用的制度中鑲嵌的性別意涵與個人認同的性別意義，來探討看似中立的醫師在組織中的生涯發展。於是會特別注意醫師專業的教育、內部的分科，是否給予階級和性別的操弄空間。再者，醫學專業重視吸收新知，對於承擔子女主要照顧責任的女醫師而言，是不利的時間競賽。換言之，醫療專業是一個以異性戀男性為認同對象的專業，女醫師在生涯中所遇到的困境，非男醫師所能感同身受。

陳端容的「醫師的生涯路徑與職場結構」與成令方文章的後半部有一些共同性，也是討論醫師的生涯發展途徑。但陳端容文章的重點放在探討組織網路的關係，以統計的方式收集豐富的資料，找出醫師所屬的教育機構與日後的生涯發展的網路關係。陳端容指出：「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。」這篇文章很清楚地描繪出台大醫學院的畢業生之所以能夠在其他重要醫療機構擔任高級領導地位，並非只是個人的優越才華，而是透過制度化的組織擴張的結果。這與成令方提出醫學生選科不能只從個人興趣思考，而是必須放在社會制度的大框架下理解，可謂異曲同工。

若我們用上面的專業權力的觀點來思考護理做為專業的發展，也就可以從陳月枝的「護理專業的發展與變遷」一文中，看到吳嘉苓文章中提到的專業化的五個機制。在英國，護理原本是一個普通照顧病人的職業，可能是婆婆與媽媽除了照顧家人之外，額外做的賺錢的工作。自從南丁格爾成立護士學校，把照護當成需要學習專門知識和有特別技術才能做好的職業，護理的專業地位就慢慢地提升了。當護理學校傳授的知識和技術的訓練愈來愈複雜艱深，所需要訓練的時間愈來愈長，入學資格也要求愈來愈嚴格，護理就不再只是一般的職業，而是專業了。

陳月枝的文章從 1949 年護理專業化的種種面向，例如：醫院中護理制度的建立、大學和專科護理教育的發展、專科證照制度的建立、科技的引進，以及晚近的領導與管理能力培養。這樣的成績是護理專業的菁英成員集體努力的成果，她們不斷在知識、技術，以及教育機構上拓邊，並且運用公共可以理解的說詞，例如「照護是醫療的基石，是民眾健康的保母」，向政府爭取更多的資源，向大眾取得信任與支持。這樣的權力運作，逐漸增強護理專業的「自主性」，提升了護理專業的地位，慢慢改變了過去護理與醫師二個專業不對等的權力關係。醫師不能像以前一樣，把護理人員當成「幫傭」來使喚，

或完全不重視護理人員的專業知識和技術。雖然，至今我們還繼續看到醫護之間的不平等關係，但是已經比過去有甚多的進步了。

參考資料

關於早期醫療、醫師、護士、助產士等相關資料，請參考：

1. 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: 353。
2. 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。
3. 傅大為，2005，《亞細亞的新身體》。台北：群學。
4. 劉仲冬，2006，〈我國的護理發展史〉。《護理雜誌》，53(3): 5-20。

中醫專業的興起與變遷

鄭惠珠

義守大學醫務管理系副教授

1972年美國總統尼克森訪問大陸，隨行人員中有人患急性盲腸炎，開刀時，大陸的中醫師利用針灸止痛，醫療效果讓當時參與的美國人嘆為觀止，中醫及針灸的名聲因此在西方傳揚開來，國際社會也開始注意到中國傳統醫療技術；比尼克森訪大陸晚一些時間，醫療人類學家 Arthur Kleinman 在台灣進行醫療行為田野調查，1980年在他的台灣田野研究論文中，將中醫歸類為與西醫同地位的醫療專業。當時只有台灣及中國大陸兩地承認中醫師與西醫師站在同等地位，並具有證照的專業醫師。這些事實讓歐美許多尋求較人性化醫療的人士有了科學化醫療外的另一選擇，許多人紛紛前來台灣及中國大陸學習中醫，並掀起世界性的中醫熱，許多國家相繼研究中醫及針灸技術。一直到現今，歐美許多國家不僅開設針灸科系或學院，成立大學中醫科系、針灸學會，甚至將針灸納入健保給付範圍。

但是，就我們的生活經驗，我們被教導「有病要看醫生」，而這裡的「醫生」主觀觀念裡很直接的連結是西醫師。1970至1980年代之間，雖然中醫已在歐美國家受重視，但是台灣島內較常看到的報導是不實的中醫藥消息：「中藥摻西藥」、「中醫不科學」，台灣的中醫遭受不少打擊，甚至有中醫師寫出《中醫血淚史》這樣的書籍。法令上中醫可以取得證照，但是實際上，老中醫師陸續凋零之後，市面上很少有新的中醫診所開設。直到1996年健保給付中醫之後，中醫診所才又如雨後春筍般地成立。

中醫是否可以與西醫一樣被視為「醫療專業」？當中醫在歐美國家被當成新的醫療出路的同時，被認為「相當具有專業地位」的中醫師在台灣到底

是如何呈現專業性？本文將從二方面來探討這樣的問題：中醫的內涵，以及現代中醫的發展過程。

一、中醫的內涵

我們有時會聽到週遭的人說「體質較畏寒，不適合吃生冷」、「冬季別忘了進補」，這些觀念都是中醫的說法。所謂的中醫，指的不只是一種醫療方式，基本上它涉及中國社會人民歷經幾千年生活經驗累積成的處理身體、社會及人際關係的成套方法、人生觀及哲學觀。在中國漫長的歷史上，人們為了長壽發展了治療與養生渾然一體的生命觀，人們生病了固然可以求治，但重要的是防範於未然的「養生」觀。中醫對身體的觀念並不像西方科學醫療般，將身體區分為越來越細緻的器官及生物體組合，而是重視身體整合性的關係，將人體視為與自然大宇宙對應的小宇宙，用自然節律說明身體及生活規律，人們必須順應自然界的規律，以達長壽與健康。基於人與自然間氣候、地理環境形成之「天、地、人」的和諧關係，人們以不同的活動方式及飲食作息因應，而發展出陰陽之說及五行之理。中醫雖經過數千年的發展，也經歷各時代發展出不同派別見解，但是，其重心仍不脫離人與自然間整體觀的陰陽、五行之論證。

中醫從生命整體和諧的生活觀及醫療觀推展，不像西方醫學較注重疾病治療，概念傾向提倡未生病之前的健康生活，所謂「上工治未病，不治已病」即是說明預防生病及養生的重要性。當身體不適，得靠「治療」來恢復健康時，已是最下策。現今我們常將中醫等同為「疾病醫療」方式，然而就其範疇而言，醫治只不過是其中一小部分，中醫強調的養生及生活觀，在現代以醫治為主的醫療體系中常被忽視。

二、台灣中醫的發展

過去四百年來中國大陸來台的移民陸續帶進中醫治療方式，由於炎熱氣候及人文環境的關係，台灣傳染病多，懂醫術的人少，一旦感染，病死者無數。早期台灣做為大陸邊陲新開發的土地，凡是成功、有名望的中醫師在大陸已享有足夠的經濟水準，不會選擇移民台灣，在缺乏有經驗的中醫人員的情形下，許多醫療知識多靠病者之間的經驗口耳相傳，偶有成功治癒的例子，就成為治病（特別是傳染病）的主要方法。胡鐵花（胡適的父親，原名胡傳，字鐵花，當時被任命為「台南鹽務總局提調」）於 1892 年來台時，即碰巧有幸得到一治療處方而得救：

敝友席春漁太守，以台中俗醫不識溫症，誤人不淺，著溫病摘要，刻之以遺臺人。前游瓊州，染瘴幾死，幸遇席公乃獲更生，知其術精，故葯稱道之。茲以四本寄閣下，祈檢存并送人，作緩急之備也。（胡鐵花）

1872 年，馬偕來台傳教帶來一些西方醫學的治療方法，並且注意到台灣人的醫療狀況。相較於馬偕所熟悉的西方醫學系統性科學教育及治療方式，台灣的醫療人員及學習方式——也就是當時台灣的中醫情況，在專業醫療教育及醫治上完全無法比擬：

此地有許多醫生（中醫），其醫術並非科學，此地並無公設之醫學校，沒有考試，也沒有學位。習慣就是法，成效就是唯一的文憑，一個平常人對自己或他人作些經驗而獲得某些藥材的醫藥價值，或從老醫生學習，或讀醫藥書、抄錄重要的部分、學習理論到相當程度，都可自設診所行醫。（馬偕）

中西醫原本互不相干，十七世紀以後西學東漸才有了互動。台灣在接受西醫的初期，在對待處理身體的方式上有些反抗，但是經由醫療效果及日治

時代日本政府的推動，西醫漸取得主要醫療地位。而中醫在這過程中由於無法有效普遍對抗傳染病，醫療知識的傳承又無法系統化地進行，加上當時西方經濟及武力強勢進入，西化及現代化成爲強化國力的最重要方法。中醫因此也成爲需要摒除的舊傳統之一。

明治維新時代的日本就是在這樣的思潮下，在醫療衛生方面採西方科學醫療、引進西方醫學教育，同時也抑制漢方醫療的發展。台灣在日本殖民統治下，開始有系統地發展西醫教育及西醫師教育訓練，於是西醫人數日增。中醫（日人稱爲漢醫）在當時醫療資源不足的情況下暫時被容忍，但是另一方面也採取逐步的消滅政策。例如 1910 年對中醫醫療人員進行了最後一次的登記及考試，從此以後中醫人員就不能再領有證照，已有證照的中醫人員也不能享有像西醫人員般的治療自由，只能在偏遠的無醫村，在西醫的監督下工作，並且只能被稱爲「醫生」，而西醫則享有「醫師」稱號。由於嚴厲控制非法執業及不再發給中醫證照，台灣光復時（1942 年）中醫人員由日治初期約 1900 人降到 90 多人，用自然死亡不再增補的方式消滅了中醫人員以及中醫的醫術傳承。

在中國的現代化過程中，與明治維新一樣，中醫被視爲是老舊、不能用的傳統，而幾乎被摒除於新醫療政策之外。在 1920 年代，國民政府的西化力量面對中醫界的全面抗爭，無法取代中醫深入民間的長遠傳統。中西雙方的爭論自此以後不停地在進行。1949 年國民政府撤退到台灣，中國大陸有一批認同中醫及有中醫醫術的醫療人員也隨之來台，中西醫的論爭與互動再度延伸到台灣。當時有意將中醫納入現代西式科學教育體系者，例如覃勤、陳固、陳恭炎等，於 1958 年創設中國醫藥學院（即現今的中國醫藥大學），至此，台灣的中醫才有了現代專業的「系統性教育」特質。

只是，一開始時因爲與大陸的隔離，中醫資源並不豐富，爲了讓中醫教育存續，反而當時強調的不是中醫的醫療能力，而是在台灣保留中華文化的

重要性。在教育內容上，爲了讓中醫也能「科學化」，中醫系課程中有三分之二是西醫課程，中醫課程只占三分之一。西醫實習課程如同一般西醫系學生，至於中醫部分則因爲沒有適當實習機構而無法進行。中醫系在資源缺乏及學生學習意願不高的狀況下，在醫學相關科系中排名敬陪末座。

除了教育體制的建立，證照取得及國家法令的認同也是專業的主要特質之一，台灣的中醫師取得證照的方式並不一致，原因是仍有許多人依照傳統的學徒方式或家傳學習中醫，然而，醫療專業證照的取得資格必須是事先接受系統性的教育爲前題，學徒式或家傳的學習方式很難認定其效果，但是，當時中醫界人員強調這樣的學習方式才是正統的中醫學習，因爲中醫的本質是靠經驗累積。爲此，必須給這些「有醫療經驗，沒有學歷」的中醫人員取得證照的機會，而爲了彌補學歷上的不足，證照考試之前先有資格「檢定考」，且因爲其考試規定不在一般證照考規範內，是以舉行「特考」。

換言之，中醫師的來源一開始有兩類，一類是沒有受過系統性教育，但有經驗的中醫學徒，一類是受過系統性教育，但沒有經驗的學院中醫。特別是學院中醫，因爲同時也可以取得西醫證照，在中醫訓練不足的尷尬情境下，大部分選擇執業西醫。而經由特考通過的中醫，卻被西醫醫界批評爲「不科學」的一群。直到後中醫學系的成立，通過中醫師證照考試，才較有學院訓練的中醫師執行中醫醫療業務。「傳統中醫」因此逐漸分化成多元的形式，從合法的中醫師到未合法的民俗醫療人員，從學院訓練的中醫師到非學院師徒承傳的中醫師，另外，雙證照中醫師又有別於單一證照中醫師者。中醫的發展及其在醫療體系中地位的提升，也讓台灣形成豐富多元的醫療體系。

自 1990 年代以來，中醫師已擁有做爲醫療專業的重要特質，並已大部分整合入國家認可的醫療體系。教育體制的重新建構、廣泛性的制度化、精雕細琢的合法化體制，中醫師的教育訓練已納入標準化及系統化的教育體制，中醫師必須和西醫師一樣取得醫師證照，並且，中醫師有醫師公會做爲自律

團體，中醫師已然是一個與西醫師「齊等」的醫療專業人員。中醫醫療自從加入健康保險體系之後，增強了其在醫療體系中的地位，但是，中醫醫療的行使範圍還是有限制性的。目前中醫師人數只佔總醫師人數的 13% 左右，每萬人口執業人數是 1.9 人，比西醫的 14 人相差甚遠。中醫健保只給付門診醫療，目前並沒有住院給付，另外，即使中醫師不斷強調生藥（例如天然草藥）的療效及重要性，但因為生藥未經過臨床驗證，健保並不給付。相對於西醫，中醫在醫療體系中仍屬於「另類」。中醫與西醫因為理論及語言不同，長久以來的關係一直無法對話，彼此「井水不犯河水」。

三、台灣中醫專業的反省

台灣的中醫醫學在面對西醫的擴張，以及西醫成為台灣主要醫療照護方式的同時，爲了要取得與西醫在醫療照護中同樣的位置，歷經許多的「奮鬥」，「中醫科學化」是中醫長期面對西醫的優勢所提出的一個重要的方向。中醫醫療人員爲了取得與西醫較「對等」的位置，不斷要突破醫療行使範圍，希望能藉由科學方法和「科學醫療」的方法，增進其「科學性」及「醫療的可信賴性」，更進而發展出「現代科學化中醫」。但中醫的科學化及醫療效用的實證研究卻模糊化了中醫的立基點及認同點，因爲其思考模式在於醫學的科學實證、配合西醫的疾病分類模式及器官症狀區隔，此一邏輯過程很容易將中醫的整體性身體觀逐漸拋棄。雖然中醫療效科學證據重要，但是當我們回過頭來觀看歐美人士學習中醫的理由時，其實是對西方科學醫療將人分割爲不同器官組合的失望，企圖找回將人整體性看待的醫療方式。

另外，中醫的一個可能方向是與西醫整合，此一方向可以讓中、西醫醫療知識間的整合有一較明確的醫療脈絡。而且，「中西醫整合」的用意不僅在尋求解剖、生理、病理及藥理各層面中，中醫與西醫知識上的匯通與結合，

更要進行中、西醫間專業人員的互動，並且對政府的醫療政策、健保制度提出整合性的建議，從經濟社會多方面，以及民眾的反應與需求從長計議。套一句常語：醫療方式重點不是分你我，而是在於是否讓人得到健康。中西醫的整合醫學能否存在，不是這些人是否得到正統教育或是取得執業證照問題，而是能否符合人們對健康的需求。

本文摘自：鄭惠珠，2003，〈多元醫療與專業化：台灣中醫的發展〉。德國 Bielefeld 大學博士論文。(Huei-chu Cheng, 2003, *Medizinischer Pluralismus und Professionalisierung-Entwicklung der Chinesischen Medizin in Taiwan*. Dissertation an der Universitaet Bielefeld.)

工具箱

問題討論

1. 本文沒有談太多台灣民眾利用中醫的情形，根據你日常生活的觀察，你認為台灣民眾是否認同中醫？你認為民眾利用中醫的情形如何？以你的觀察為基礎，你是否能說明「中醫的內涵」為何？
2. 您認為中醫加入健保體系的意義在哪裡，有沒有負面影響？
3. 從中醫的專業興起過程中，你看到有哪些社會力量在影響？如果要讓中醫專業地位更加提升，還需要在哪些方面做努力？

相關閱讀

1. 由於健康食品、自然保健方法普及，中醫的部分範疇也進入這個「健康產業」，市面上因此有許多中醫自我保健的輔助書籍，例如：中醫減肥法、用中醫控制高血壓等，其中有許多令人省思的觀點。
2. 中醫學教科書目前以大陸出版為主，台灣已有不少翻印本，一般書局及網路上都可找到。
3. 中醫學術論證書籍建議可讀廖育群的《岐黃醫道》，洪葉書局出版。書中對於中醫學的經典鉅作、歷代制度、醫學教育、學派之爭，以及理論體系的形成及文化背景等，都有精彩的文獻論述與考證。

推薦網站 / 影片

1. 韓劇「醫道 I、II」及「大長今」後段：雖然韓國人不斷強調韓國「傳統醫療——韓醫」與中醫並不相同，但是就其歷史來看，其理論基礎及學習方式是從中醫傳承而來。雖則中國歷史上也有不少令人敬仰的醫療人員，可惜中國大陸及台灣相關影片對醫療內容著墨不多，反而從韓劇中得以認識到不少中醫內容的思考、經驗性的觀察與學習過程，以及醫療過程中的辯證情形。

(接下頁)

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，所謂的专业知識，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专业知識，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為本業，也因為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，成為助產士的重要技術。

到了日治時期結束，台灣一半以上的生產由新式產婆執行，醫師接生的比例約為 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」為助產士的業務，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，政府為了淘汰「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，這問題不再有理所當然的答案，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。

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/
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，逐漸成為台灣人熟習的「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，若在城市行醫收入會更多，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。」¹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曾說：「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²。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，富豪金鐘翊臨終捐助經費，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%³。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足住院醫師，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，立刻匆忙趕回家，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網際網路非常方便，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.

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師生涯發展造成了不小的影響，因為醫師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。

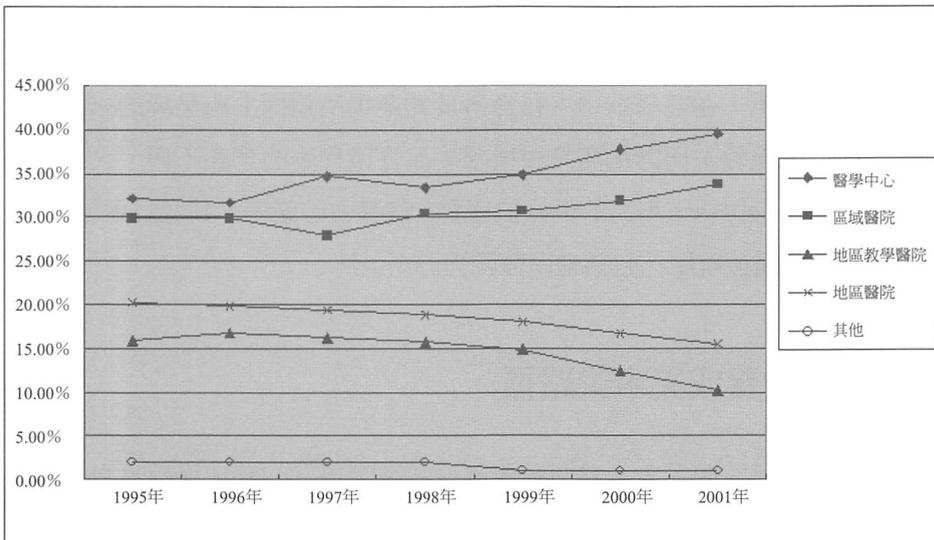


圖 1 健保門診醫療費用

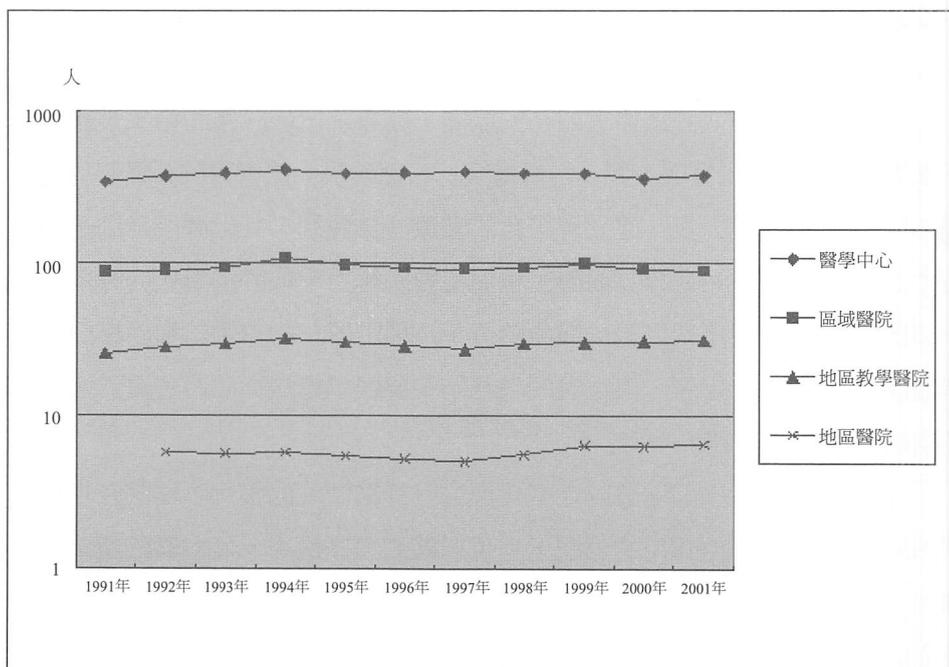


圖 2 醫師數平均值

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）。

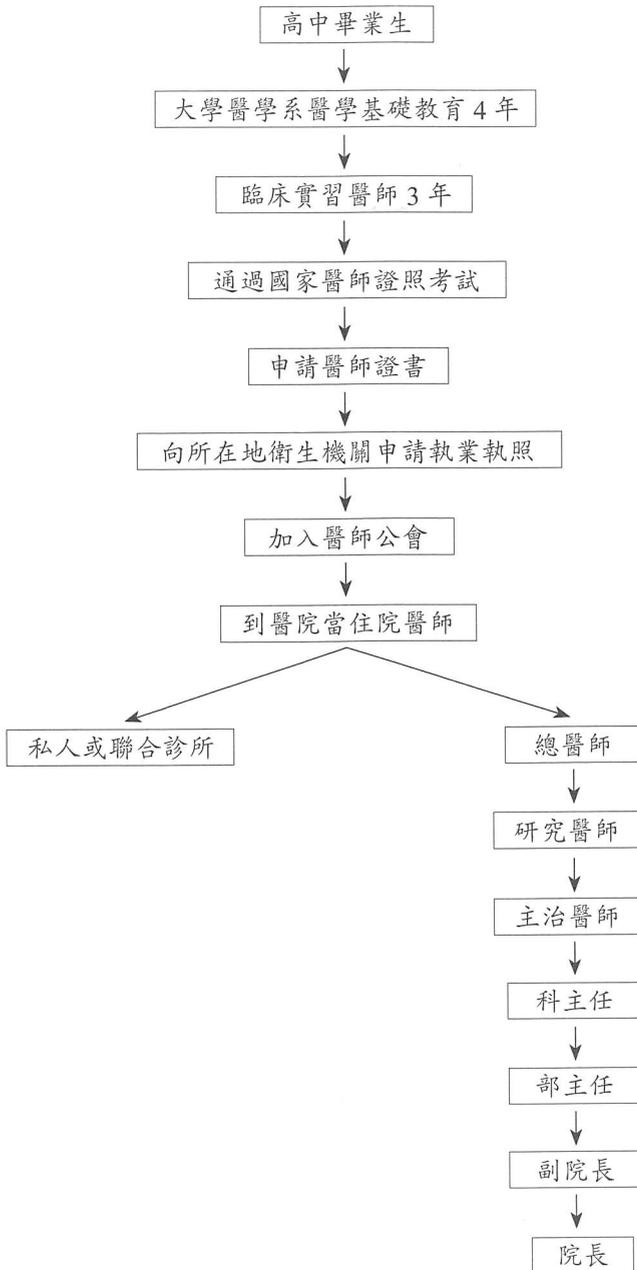


圖 3 醫師職業的養成與事業路徑

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。多數醫師希望在大型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¹（internal labour market）與「競賽模型」²（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（Horn, 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³）；（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	科部主任以上
醫學中心		
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%)
區域醫院		
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/
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

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。

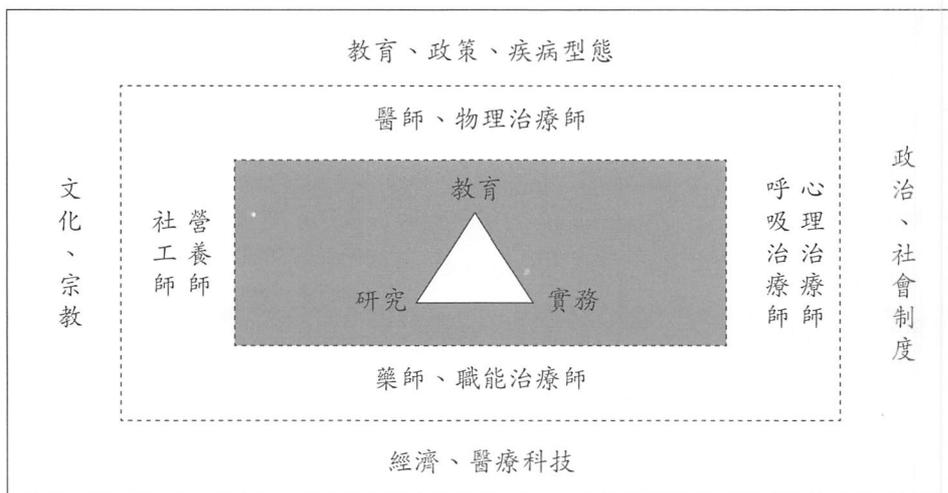


圖 1 護理專業的範疇及影響因素

二、草創、專業萌芽與護理專業的拓展（1949-2006）¹

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

1 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

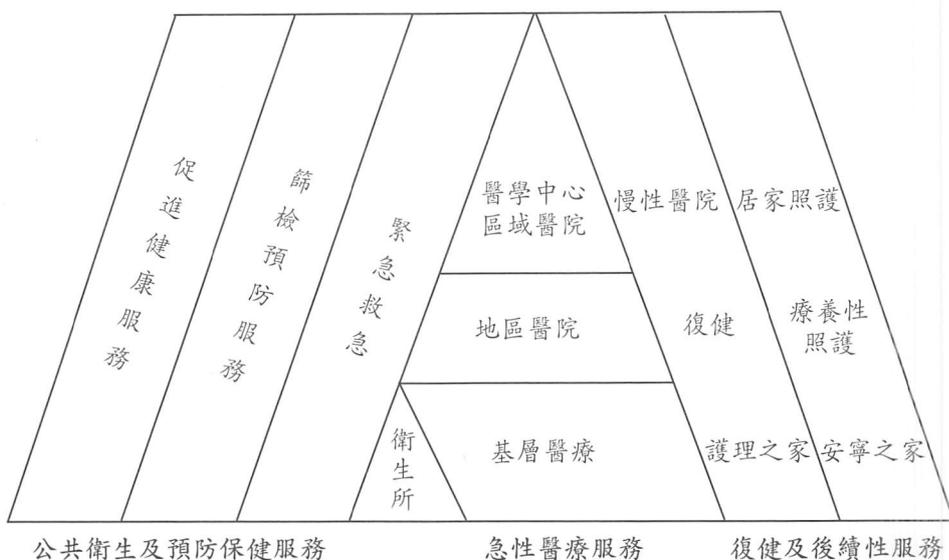


圖 2 完善的健康照護體系藍圖

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²。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。

問題討論

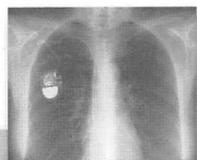
1. 護理是一種「職業」還是「專業」？從社會大眾的觀點，你認為一般民眾的想法是什麼？民眾對護理人員的「期待」是什麼？民眾對護理人員的「形象」是正向的？還是負向的？請舉實例說明。
2. 護理教育的提升，對護理專業發展的影響是什麼？
3. 若要提升護理專業對社會的影響力，要在哪些方面努力呢？

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
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，另一個相關啓發是，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常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爲醫用者。

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，將會有更多爲病患與民眾充權（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¹。

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

1 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의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爲了供水調度，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，爲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²。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？

2 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 70,753 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 成爲建教合作生，半工半讀，或是鄰近眷村的中年婦女，在結婚生子之後，爲配合家庭生活，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 月因爲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爲，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 員工因爲健康疑慮組成自救會，勞委會與環保署爲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爲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與斯的男性居民短，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，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¹，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。

1 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，免洗餐具在台灣的使用量急遽上升，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¹。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+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，那時候我其實就只是想逃離開，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，我們無法認定。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」²。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？爲了應付經痛，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」。我們也習慣認爲在「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年代以降爲人詬病的「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、家庭計畫等諮商；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，而對研究者有相當啓發，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）¹。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。

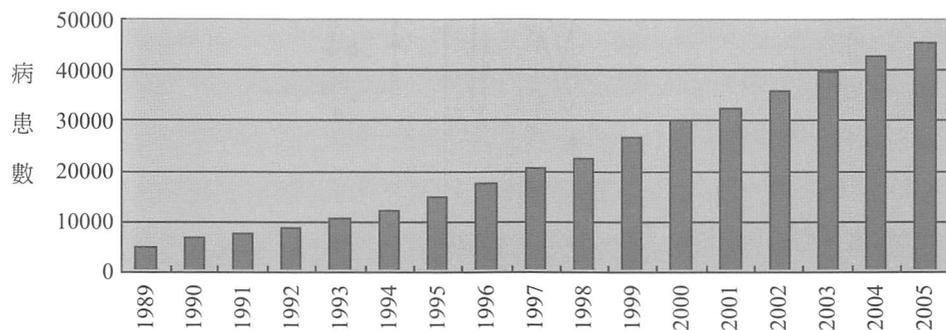


圖 1 台灣歷年血液透析病病人數統計

（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」。

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

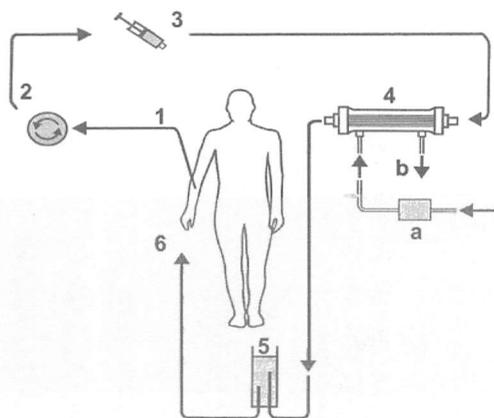


圖 2 血液透析機制示意圖（張歆宜編繪，2005）

（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：爲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，使他的行爲在他人看來是「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²……

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槿，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，他們也有對自己的想法。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。

問題討論

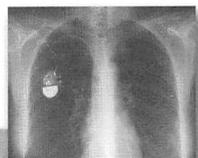
1. 思考一下，普遍知識與專屬病患的知識有何差異？
2. 專屬病患的知識是否一定是「正確」的知識？如果不見得是正確的知識，那它的重要性為何？
3. 病患的主動與被動的經驗有什麼不同？為何要強調病患專屬個人知識的主動面向？

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 張珏

導讀



劉仲冬

國防醫學大學教授兼通識中心主任

本篇共收錄三篇文章：劉梅君的〈走向「商品化」的醫療服務〉，詳細描述我國醫療商品化的現況。謝幸燕的〈藥商、藥師、醫師與市場〉，談的是我國目前藥商、藥師、醫師共生互動的生態。最後是張珏的〈婦女健康政策：世界趨勢與國內缺失〉，介紹並評價我國的婦女健康政策。

西方世界由於啓蒙及民主化，教會與國王的權力式微，促成專業的權力上升。二次世界大戰後，健康逐漸成爲人權的一部分，各國紛紛制訂政策，保障人民的就醫權利，我國也於 1995 年施行全民健康保險，去除人民就醫的經濟障礙，使得人不分貧富貴賤，都能得到基本的醫療照顧。然而就在這段期間，醫療也悄悄背離傳統社會承諾及專業倫理，長成一隻商業怪獸。

脫去了帶有神召的「道德專業」光環之後，醫療世俗化爲商品。爲了拓展業務，醫療相關事業「醫療化」生命現象、製造及販賣疾病。《英國醫學雜誌》（*British Medical Journal*）說：「生命中的許多正常過程，如：生老病死和不快樂，都可以拿來醫療化」。Jorg Blech 的《發明疾病的人》（*Die Krankheitserfinder*）一書，說的全是這樣的故事。在此我們僅以李施德林漱口水爲例說明：十九世紀李施德林剛推出上市時，僅只用來消毒、殺菌、清潔地板及治療淋病，直到 1920 年定位爲漱口水後，才大紅大紫。原本在一般人心目中口氣不好雖然惹人討厭，但並沒有嚴重到疾病的地步，但是爲了推銷李施德林漱口水，醫療創造了口臭“halitosis”這種疾病，再透過媒體大力形塑口臭病人，暗示與有口臭的人過一輩子有多可怕，造成想結婚者恐懼，結果李施德林的營收，在七年之內由十一萬五千美元一路竄升至八百萬。廣告學者 James B. Twitchell 說：「與其說李施德林藥廠生產漱口水，不如說它生

產口臭。」其他女性衛生用品、嬰兒配方奶粉、抗憂鬱藥物、賀爾蒙替代治療、威而剛等的情形亦同。

醫院經營也一樣，追求利潤變成最大目標。Stevens R. 說美國在 1977-1983 年間，社區綜合醫院的消費從 528 億美元升至 1,166 億。平均每一個人，一年要花五百元在醫療院所的照顧上。此外，醫院也已成爲重要的勞動市場，1983 年時就已經雇用了 310 萬的全職工作人員（胡幼慧，2001: 215-216）。Arnold S. Relman 檢視營利型健康照顧產業的發展，發現 1980 年後，不但商業性營利的健康照顧體系大幅成長（Conrad, 2005: 266），非營利的醫院也愈來愈企業化，將醫院當做「生意」（business）來經營。醫院的目標導向若從服務轉向賺錢，原有的利他性照顧工作將被減少到最低程度。

醫療經費大幅提升的原因，部分因爲昂貴的新興醫療科技及藥品，部分也因爲按件計酬。美國早在 1930 年代即有藍十字及藍盾兩個按人頭計算，人人保費相等的社區合作式保險，第二次世界大戰後，商業保險開始依照疾病及個人風險而採取差別收費。從此醫療費用即盤旋上升。1970 年美國政府曾嘗試打破這樣的螺旋，設法改成按人計酬的方式以控制醫療費用。目前最普遍的作法是管理式健康維護組織（HMO），由這樣的機構分別與醫院及被保險人簽約，利用該組織的議價能力來控制醫院收費。然而 HMO 有先天缺點，不但會侵蝕醫療專業的自主性、危害醫病的信任關係、降低醫療品質，甚至發生逆選擇（拒絕多病的殘障老弱簽約）、終止續保、寡頭壟斷等等。Deborah A. Stone 說：「管理式照顧鼓勵賺錢，將醫生變成生意人，造成高利潤及低服務品質。過去不分貧富貴賤的理想，現在變成空想，管理式照顧的商業性鼓勵醫生重視利潤，勝過病人。」

許多研究顯示，自行付費的營利式醫院醫療不見得比較好（Gray, 1991），因爲利潤導向，醫院會專注於利益而非照顧。醫療機構愈龐大，醫療經費高漲，醫療服務不升反降（Conrad, 2005: 267），誠如劉梅君在〈走向「商

品化」的醫療服務〉一文中引述 Weber 的觀察：「組織原初成立的使命不再是追求的核心目標，組織的存活與利益反過來控制著組織的思維及邏輯」。

不過，醫療化以及醫療機構與經費的膨脹問題固然令人憂心，二次大戰後也有些新的因素出現，對於世界醫療及健康機構的發展，產生頗有意義的好影響。例如西方從 1970 年代開始推動的婦女健康運動，而重要的世界性組織如聯合國，在 1976-1985 年間，提出「婦女十年」的計畫，後來，配合著世界婦女大會與 NGO 婦女論壇，聯合國在二十世紀末於婦女健康的議題上，特別提出「性別主流化」的重要理念。這些發展，都對台灣近年來的婦女健康政策、國民健康與衛生等議題，逐漸產生了好的影響。

雖然，從 1960 年代台灣政府的「家庭計畫」政策以來，已有不少婦女健康政策相繼提出，但很明顯的有許多缺失。例如對女性的健康，只重視她們的生殖功能，對醫療經濟利益的重視，超過了對婦女權益的重視，又如張珏所說：「即使近二十年來國際上所認定婦女健康定義早已不同，但我國衛生行政單位仍固守其原來對生殖及癌症的業務範疇，較少積極涉入新的領域，如性暴力防治工作……其他（還有）如環境、家務、照顧責任及女性職業傷害等影響婦女健康甚鉅的問題。」總之，這些都是問題，而前面所提二次大戰後國際上透過聯合國、WHO 的新發展與影響，可望逐漸對台灣婦女或性別的健康政策，產生積極而正面的影響。

各國政府都在設法利用公共政策控制醫療，無論早期（1948 年）英國的公醫制度（NHS），1965 年美國的“Medicare”及“Medicaid”，以及後來的各種改革。真希望我們能拿出什麼好對策來，解決這隻新興的商業怪獸所帶來的問題及困擾。

參考資料

1. 胡幼慧，2001，《新醫療社會學：批判與另類的視角實用邏輯》。台北：心理出版社。
2. Jorg Blech 著，張志成譯，2004，《發明疾病的人——現代醫療產業如何賣掉我們的健康》。台北：左岸。
3. Conrad, Peter, eds., 2005, *The Sociology of Health and Illness: Critical Perspectives*. New York: Worth Publishers.

走向「商品化」的醫療服務

劉梅君

政治大學勞工研究所教授

……我願在我的判斷力所及的範圍內，盡我的能力，遵守為病人謀利益的道德原則，並杜絕一切墮落及害人的行為。我不得將有害的藥品給予他人，也不指導他人服用有害藥品，更不答應他人使用有害藥物的請求。……我志願以純潔與神聖的精神終身行醫。……

無論到了什麼地方，也無論需診治的病人是男是女，是自由民是奴婢，對他們我一視同仁，為他們謀幸福是我唯一的目的。……在治病過程中，凡我所見所聞，不論與行醫業務有否直接關係，凡我認為要保密的事項堅決不予洩漏。……

（節錄自 Hippocrate's Oath）

一、前言：空谷足音的希波克拉底誓言

醫學之父希波克拉底（Hippocrates）於西元前四世紀發表的醫者誓言，成為後世行醫者的核心倫理價值。然而今日這份誓言對所有曾經宣誓過的台灣醫師而言，分外地諷刺與無奈。這篇短文將以有限的篇幅來述說醫療服務本質上的巨大轉變，以及對醫師與病患的深遠影響。

台灣當今的醫療服務，是否出現了本質與現象顛倒的荒謬？目前台灣的醫療院所在過去二、三十年間，在扭曲的保險支付結構及不當的醫療政策影響下，醫療生態體系為之丕變，許多醫療院所紛紛加入「軍備競賽」的行列，以大型化、高科技化及團隊化，來取得醫療給付及市場的競爭優勢；然而當

醫療院所往這方向發展的同時，組織也開始產生本質性的改變。誠如社會學家韋伯（Max Weber）對西方現代化發展歷程的觀察，西方社會的現代化是一個「理性化」的歷程，在這個歷程當中，原本做為手段的組織，卻弔詭地主客易位，取得了獨立的生命，原初成立的使命不再是組織追求的核心目標，組織的存活與利益反過來控制著組織的思維與邏輯。以此反觀台灣的醫療院所，不得不令人佩服韋伯的先知卓見。

二、淪為商品市場買賣關係的醫療服務

在當今使命已經變調的醫療服務體系內，台灣的醫病關係如何能不淪為商品市場的買賣關係？按理說，台灣於 1995 年正式實施強制性的全民健康保險後，無論貧富貴賤，人人皆應平等，但在醫療服務日益被商品化的情勢下，醫療組織內部卻逐漸分化出有等級差異的醫療服務內容，經濟弱勢民眾只能成為醫療次等公民，「尊爵型」的醫療服務則是有錢人才買得起的特權¹。

（一）離人本關懷愈來愈遠

事實上，台灣醫療服務的發展，在這二、三十年來，的確成為商品市場的新興標的物，現行健保支付結構主要仍是按量計酬，不論其中花費的心血及品質好壞，看病、手術、開藥是分別計價，因此在現行健保支付結構底下，醫師的利益與病人利益立刻對立起來，例如醫師花時間詢問病人詳細病史與

1 這幾年來各大醫學中心以保護病患隱私、更貼心的人性服務、更高醫療品質的保證，向特定階層推出 VIP 門診，或整形美容、抗老化等中心。引人質疑的是，隱私或確保醫療品質，難道不是醫療服務的「基本面」，怎麼這些基本面變成只有出得起市場價格的人才能享受？國際社會所呼籲的「健康權」在台灣似乎成了特權，這點可證之於許多人的求醫經驗，例如求醫時若稍稍攀附得上或展現一些有力的社會關係，醫療服務品質立刻升級。

診斷，這種對病人有極高使用價值的醫療行為，卻不利於醫師的健保收入及醫院的營收。爲了提高醫療服務的營收，「三長兩短」²的現象就是意料中事，換言之，著眼於提高收益的醫療服務，很難具有傳統醫者「視病猶親」的行為與風範，只因爲後者難以金錢來衡量，更與市場邏輯背道而馳。

(二) 背離「基本面」的醫療服務

同時，醫療服務趨向商品化的結果，必然出現愈來愈多的醫療服務提供逐漸脫離醫療的「基本面」（除病解痛），改以美容塑身、抗老化等非關醫療核心功能的服務，做爲商品買賣訴求。以整型美容爲例，許多醫療院所紛紛斥資興建豪華的整型／塑身／減肥／抗老化中心，這些與基本的醫療保健服務沒有關係，但卻耗用了台灣寶貴的醫事人力與支出，這種脫離醫療基本面的發展趨勢，產生令人憂心的影響，譬如不少專科醫師改行爲整型醫師，致使某些專科既有人力流失，更加惡化原已吃緊的醫事人力（特別是外科），造成仍然堅守崗位的同儕醫師的醫療服務負荷加重；至於尚在養成階段的準醫師也偏好選擇風險小、給付相對高的科別，結果是長久以來所謂「大科」³的風光不再，大科的人力新陳代謝出現問題。這些都對醫療服務的提供與品質的確保產生嚴重的傷害。

其次，這種脫離基本面的經營趨勢，不限於小醫院或診所，知名醫學中心也趨之若鶩，大肆成立各種迎合時尚，卻無關乎基本面的服務。按理說，

2 「三長兩短」是台灣民眾求診的普遍經驗，所謂「三長」指的是掛號排隊時間長、等候問診時間長、領藥檢驗時間長，「兩短」則是指看病問診時間短與解釋病情時間短。

3 醫界長期以來受到同儕敬重的所謂四大科——內科、外科、婦產科、小兒科——在扭曲的保險給付影響下，已不再受到醫學生選科時的青睞。那些醫療風險小、保險給付相對高、診治時間短的科別，如皮膚科、耳鼻喉科、眼科等，以鹹魚翻身之姿，讓醫學生趨之若鶩。

享有最多醫療資源的醫學中心，其主要職責是急重症的治療與教學研究，但統計數字卻告訴我們，台灣許多醫學中心汲汲營營於輕症門診，相對輕忽了醫學中心的天職使命⁴，使得健保資源的利用上出現不利於急重症病患的偏差與扭曲。

同樣值得憂慮的是，正因為台灣的大小醫療院所在功能上沒有明顯的區分，健保也相當程度地放任民眾自由求醫，加上衛政主管機關長期以來只投注關愛的眼神於大型醫院，相對忽略基層醫療，致使民眾對基層醫療的信心日漸流失，讓醫療分級轉診的理想，成為紙上空談；更致命的傷害是，醫學中心等挾其優勢資源與地位，成為民眾求醫的首選，結果是基層診所與地區醫院萎縮。基層醫療萎縮不利於醫療資源的節約，更影響民眾求醫的可近性。

（三）過度醫療化的自然生理過程

在利潤至上的資本邏輯驅使下，為確保利益，醫師、醫院及藥廠會將生命中許多正常的及自然的變化過程（如生老病死）予以醫療化，讓現代民眾生活在疾病的恐慌氛圍下。近來已有一些書籍專門討論這種趨勢⁵，而販賣疾

4 過去許多年來，醫學中心門診醫療支出的成長率持續上升，且成長率大幅超過其他層級的醫療院所，表示台灣的各層級醫療院所無不在門診上用力，這使得門診醫療支出佔全民健保醫療支出的比例高達將近七成，也締造台灣醫療的一項奇蹟，那就是國人每年平均門診次數高達14次到15次之多，是進步國家的兩倍有餘。衛生署當然也看到這方面發展的不合理性，因此以道德勸說加行政命令，要求醫學中心及區域醫院調整門住診的比例；然而遺憾的是，對於這項合理調整門住診比例的方案，醫學中心與區域醫院多所抵制與掣肘。

5 如2004、2006年國內左岸出版社翻譯出版了二本德國醫藥記者Jorg Blech的力作——《發明疾病的人》（*Die Krankheitserfinder*）及《無效的醫療》（*Heillose Medizin*），書中詳細剖析現代醫療產業如何運用科學權威，製造出令人憂心的疾病名稱，精彩地揭露醫藥科學所建構出來的疾病迷障，讓人瞭解生命自然過程如何被導引出錯誤的認知，從而成功的醫療化。參見相關閱讀1、2。

病的操作方式⁶在醫界也已不是什麼新鮮事，藉由醫學研究／實驗成果發表會為名，行銷新藥物、新治療、新疾病、新手術及新檢驗的名堂，成功地讓醫藥科學的「數字說話」，從而這些建構出來的新疾病，日漸廣泛地為一般民眾所認知並接受。無怪乎有人感嘆「疾病成了工業產品」，意思是，疾病是被製造出來，卻無關乎健康或生命品質，在醫學高深神聖的面紗背後，民眾的健康／疾病意識被操弄到無以復加的地步。

（四）營利化的醫療服務及災難

當醫療服務成了資本家投資的標的對象，例如所謂的「醫療專業控股公司」⁷，醫事服務工作者的專業自主性及執業倫理，也必然面臨極大威脅，從而「病人中心」的醫療核心價值亦將被棄守。醫師在「營利事業」的薪資報酬制度下，可能被迫陷於病人的福祉與醫師收入兩者之間的零合關係中⁸，醫師的專業倫理與道德良知，日日在金錢利益的誘惑下，不斷上演著浮士德與魔鬼的交易戲碼。換言之，醫師的專業自主與執業倫理，在此制度下，焉能不日漸被侵蝕，病患的權益嚴重地被醫療機構的逐利動機所犧牲。面對如此

6 澳洲藥學家Monyihan（2002）將販賣疾病的操作方式歸納為五種，第一種「把生命正常過程當做醫療問題」，如掉髮現象；第二種「把個人問題和社交問題當做醫療問題」，如社交恐懼症；第三種「把疾病風險當成疾病」，如骨質疏松症；第四種「把罕見症狀當做四處蔓延的流行病」，如勃起功能障礙；第五種「把輕微症狀當成重病前兆」，如大腸激躁症。換言之，許多過去不是問題的現象，今日彷彿是盒蓋被掀開的潘朵拉盒子，前所未聞的疾病紛紛出籠。參見相關閱讀7。

7 媒體報導國內第一家「醫療專業控股公司」即將成立，該醫療控股公司採同業、異業結盟，連鎖經營，期能兼顧提升品質、獲取最大利潤的目標。控股公司當然是營利事業，且須向所有大小股東負責，在此情況下，試問當股東利益與病患權益出現衝突時，控股公司會採取何種立場？

8 亦即，顧到醫師自己的荷包，就難以確保病人的權益，反之亦然。

惡質的發展，政府及醫事專業團體的緘默與不作爲，成了商業利益的共犯結構，醫療服務的公共性與公益本質終將淪喪。

三、醫療專業淪爲醫療工業，專業自主成爲奢談

長久以來，醫師在社會聲望的排序上，一直享有崇高的地位，這樣的社會地位是一般工廠勞工難以望其項背的，然而諷刺的是，少了專業自律與專業倫理，醫師與工廠生產線上的勞工，有什麼兩樣呢？當前面指出「疾病已成了工業產品」，那麼處理疾病的醫師，不也類似生產線上的勞工一般？愈來愈多醫師的報酬計算方式，正是一般製造業常採用的按件計酬制！醫師面對零底薪的報酬計算方式，會不會如製造業勞工般以趕工衝量來提高收入？外科繁忙的手術檯安排情景彷彿是工業輸送帶生產線，工人快速地拼裝檢查零組件，外科醫師忙碌地處理一檯又一檯身體局部器官需要修補或摘除的病人，整個過程，沒有人際互動，只有按著標準作業流程進行的操作行爲。

趨近工業生產的醫療服務，在另一方面卻遠不及於工業生產。面對工業生產的趕工做件，製造業雇主會有品管監控來有效監督工業產品的品質，或者消費者對品質不良的商品，也有拒購及申訴的抵制權力。然而醫療服務的趕工做件，缺乏雇主在品管上的積極行動⁹，同時醫病間存在著極大的專業知識差距，因此病患缺乏一般消費者可以抵制或拒購瑕疵品的能力；除非醫療專業組織能在品質上有效發揮控管作用，或國家積極介入醫療品質的監督，

9 提高醫療品質有利病患，但卻耗費成本，一般醫療院所在這點上是以滿足「低標」爲目標。具體的事證是，衛生署在修訂醫院設置標準時，醫院經營者軟硬兼施地杯葛其他醫事團體等（如護理師、藥師、放射師、檢驗師、醫院社工師、營養師、職能治療師等等）提出的改善人力標準的草案。醫院經營者此番行動很容易理解，因爲醫事人力標準一旦提高，醫院經營成本自然就拉高，成本提高，利潤就下降，對於「利之所在，長存我心」的醫療企業主而言，拔一毛以利天下，絕不爲也！

否則期待醫院經營者主動積極做好品管監督，無異緣木求魚！簡單地說，醫病關係在性質上與商品市場的買賣關係仍有根本性的差別，後者權利義務關係對等，但醫病之間的權力關係是嚴重的傾斜失衡。

很遺憾的是，在國際社會「病人權利」意識逐漸抬頭的同時，醫療專業仍沉緬於過去的權威，或繼續漠視，或改採防禦性醫療以為自保，卻不見其挺立面對醫院經營者並捍衛專業自主的行動與決心，不見其拒斥已漫天蓋地而來的商業邏輯，實辜負民眾的託付與傷害了醫學存在的終極使命！

四、結語：回歸非營利本質的醫療服務

最後，在醫療服務已經被醫療服務的提供者當成商品看待的當下，我們有必要檢視以下這個嚴肅課題：我們該不該放任醫療機構一味地趨向營利化，醫療服務成為商品呢？醫療一旦商品化，人命的尊重及健康的回復就不再是醫療提供者的終極關懷，醫療從目的變成手段，希波克拉底的精神與理想亦將成為空谷足音。在這個關鍵的歷史時刻，唯有我們堅定地表示：醫療服務絕不能被商品化！「病人權利」才有見到曙光的機會。那麼政府就須在政策、法制及行政措施上，明確指出醫療服務的非營利本質，從而以非營利的精神及原則，嚴格要求醫療院所落實該項基本原則。

問題討論

1. 醫療院所走向營利化的經營趨勢對民眾及醫療專業會造成什麼影響？
2. 請問有哪些管道可以達成讓醫療院所回歸「病人中心」的制度變革？
3. 有沒有以「病人為中心」的商品化醫療的可能？要如何做才能實現？

相關閱讀

1. Jorg Blech 原著，張志成譯，2004，《發明疾病的人——現代醫療產業如何賣掉我們的健康》。台北：左岸。
2. Jorg Blech 原著，李中文譯，2006，《無效的醫療》。台北：左岸。
3. Rima D. Apple 原著，楊志明、薛桂文譯，2002，《健康的騙局》。台北：時報。
4. 張苙雲、謝幸燕，1994，《醫療資源的成長與分布：制度面成因的思考》。《人口學刊》，16: 79-106。
5. 張苙雲，1995，《組織的轉型與結盟：兼論產業競爭氣候的形塑與激化》。國科會研究彙刊，《人文及社會科學》，5(1): 94-112。
6. 盧瑞芬、謝啓瑞，2002，《台灣醫院產業的市場結構與發展趨勢分析》。《台大經濟論文叢刊》，31(1): 107-153。
7. Moynihan, R., 2002, "Selling Sickness: The Pharmaceutical Industry and Disease Mongering." *British Medical Journal*, 324: 886-891.

推薦網站 / 影片

1. 紀錄片「醫生為何會犯錯？」(*Why Doctors Make Mistakes?*, 2000)，由 Martin Rocho 執導，英國 BBC 電台製播，中文版由公視發行。
2. 台灣蔡友月製導的紀錄片「病房 85033」
3. 台灣醫療改革基金會網站，網址：<http://www.thrf.org.tw>

藥商、藥師、醫師與市場

謝幸燕

義守大學醫務管理系助理教授

……醫院藥師要統計每名醫師開的藥，包括用量和廠牌有沒有突然出現變化。……抗生素的選擇最多，醫師突然換廠牌現象也最明顯。……學術藥師（醫院中負責整理或收集藥品相關資料文獻的藥師）可以平衡醫師開藥被藥廠影響的問題，我們統計出結果之後，都是把資料交給各科主任，包括什麼藥的用量不合理，什麼藥本來可以用價格比較低的，但是卻用到高價藥，有時候會看到醫師用的廠牌突然變了，連著開很多同一家的藥，也會列出資料來跟科主任討論，請他約束科內的醫師。——醫學中心學術藥師

一、去不同的地方看病，為什麼會拿到不一樣的藥？

去不同的地方看病，通常都會拿到不一樣的藥，而且醫師之間的開藥模式差別很大。即使病人的年齡、性別與診斷都完全一樣，在不同地區、不同等級的醫院就醫，去看不同科別，找不同年齡層的醫師看診，開出藥品的種類、成分、劑量、品牌都有明顯的差異，不只是台灣，在其他國家也是如此。除了醫師之間的差異很大以外，台灣還有不少醫師會開出明顯不符合用藥規範的藥給病人。為什麼會這樣呢？關於這個問題有兩種解釋，第一種是假定醫師以病人利益為優先，開藥差別大多是因為醫師程度不夠、看法不同或是醫師被病人影響；第二種是從醫師所處的社會環境找答案，醫師開藥差別很大，是因為他們不是以病人的利益在選藥，他們開藥很容易受醫療以外因素的左右。

(一) 醫學知識的限制

從醫學知識的性質來看，醫學本身就有限制，醫學界對各種藥品療效的看法並不一致，醫師為了解決診斷上的不確定性，會發展出獨特的風格，而影響風格的因素包括醫師性別、年齡、人格、對風險的態度與醫學訓練。例如台灣不同年代出生、不同專科別及接受不同醫學訓練的開業醫師，開抗生素的比例就不一樣。醫師對藥品的知識程度也會影響開藥。另一種解釋面向是：醫學新知識傳播的管道是有限制的，有些醫師接觸不到最新的資訊，所以醫院醫師開新藥的比例會比診所醫師高。

(二) 來自病人的影響

從病人的角度來看，網路和大眾傳播媒體讓醫學知識的神秘色彩逐漸降低，病人在醫病溝通的過程中掌握了更高的發言權，有機會向醫師表達期望，進而影響醫師的開藥內容。醫師之間的市場競爭也使病人在醫病溝通過程中的發言權上升。這些趨勢使醫師在開藥時必須加入病人的感受，不再純粹以醫學知識考量用藥。

(三) 社會環境的影響

從醫師所處的社會環境來分析他們怎麼開藥，可能的影響來源包括保險制度、醫療院所的規定、藥商的促銷、藥師和醫師的關係。首先，醫師是在健保制度下生存，健保付不付錢？怎麼付？當然會影響醫師開出的藥。在醫院工作的醫師會面臨另一層限制，醫院不見得有進醫師想開的藥，而醫院也會參考健保制度的規定，告訴醫師怎麼做會拿到較高的薪水，例如以前勞保採用的制度是按醫師開藥加成付錢，醫院不會要求醫師少開藥，因為醫師開藥的金額愈高，醫院獲得給付愈多。但是在健保實施總額預算制以後，藥品

費用是醫院成本的一部分，許多醫院開始要求醫師少開高價藥，健保這幾年財務愈來愈困難，醫師開進口藥品的比例也愈來愈低。

二、醫院怎麼採購藥品？

醫院醫師能開什麼藥，受限於醫院有沒有這個藥。大型醫院的藥品採購系統是由醫師、管理者、藥局主任共同組成的藥品管理委員會（簡稱藥委會），藥委會限制了醫師開藥時可以挑選的廠牌。限制廠牌數的主要目的是為了增加單一廠牌藥品的採購量，以壓低進藥的成本。醫院採購的藥品廠牌愈多，庫存成本與管理成本愈高，因此醫院管理階層會要求如果有新的廠牌要進來，就必須排除一種舊廠牌，採購政策單一化，量才能大，才有議價空間。

通常醫院採購藥品都是由藥委會開會決定，權力大的醫師才可以提他想開的新藥，再由委員會討論。藥廠會先讓醫師瞭解新產品，再請醫師幫忙介紹。「向誰推就看誰的權力大，當然是先找有份量的醫師。」一位藥商課長這樣表示。

醫院經營成本的考量也會壓縮醫師的選擇空間。在健保給付緊縮限制下，有些醫院的管理者會審核醫師的藥品總價是否過高。一位在醫院任職的醫師表示：「院方在用藥量太大時，或是用太多高價藥時會有意見……通常是管理背景的人提出來請醫師節制用藥。」如果同一科裡的醫師在一個月之內，平均開藥品項太多或是開了太多高價藥，或是開藥的藥價超出健保給付價格、過度偏好某一家藥廠、有突然換廠牌的情形時，管理人員會根據藥師提供的統計資料向科主任反應，科主任再與科內的醫師溝通。醫師參考這些意見，在下個月開藥時節制開藥量、藥價與廠牌。

三、醫師和藥商業務人員（PROPA）間的金錢往來

藥商對不同市場有不同的促銷活動，在大型的醫院，藥商傾向把促銷活動包裝成專業活動，再對醫師進行促銷，比較少出現直接給錢的模式。在小規模的醫院與診所中，因為市場比較零散、進貨量小，促銷活動的成本會直接轉嫁到醫師身上，PROPA 通常不會對醫師下太多工夫，因此喝花酒或送禮這一類促銷活動少了許多，而是改以提供藥品價格優惠或折扣的方式影響醫師的開藥行為。一位藥商業務表示：「開業醫師自己就是老闆，他們比較在乎價格，買藥也是用喊價的比較多。」

一般來說，醫學中心的醫師為了追求專業聲望的提升，會比較接受專業的促銷方式。在區域醫院，藥商同時提供「專業地位」與「物質享受」方面的好處維持和醫師間的關係。以物質享受為主的促銷手法最常用於地區醫院，比如說在市立醫院或社區型的私人醫院中，醫師比較不需要追求專業地位，藥商使用旁門左道促銷手法的機會就比較高。

與專業無關的促銷活動在區域醫院中也很常見，由於區域醫院的進貨量大，醫師會提出的要求也較多，一名外資藥商的經理表示：「只有大醫院才會這樣要求喝花酒，而且外科的醫師最多，小醫院進藥量不多，不可能提這種要求。」

大型醫院的醫師用量高，真要拿錢的話，能拿到的更多。2003 年曾經有一個醫師向藥商詐財的案例。一名醫學中心的名醫涉嫌利用不存在的醫院研究室名義，五年內向十五家國內外知名藥商詐騙贊助費用達數千萬元；數家藥廠為推銷所生產的高血壓、高血脂藥物，提供這名醫師委託研究、捐贈、活動補助，最後這名醫師被地檢署依貪污詐取財物罪起訴並求處十五年重刑。

大醫院的市場大，而 PROPA 之間競爭又相當激烈，使醫院醫師常常可以予取予求。有些台灣的藥商完全以交際為促銷手法，只要醫師開口，PROPA

就完全照辦，其他 PROPA 也會感受到壓力，不得不配合醫師的需求，送禮、運用人情關係等與專業無關的促銷手法相當普遍。一名醫師為 PROPA 下的註解是：「PROPA 是比你媽媽還關心你，又會幫你簽酒帳的那個人。」

四、醫師透過藥商取得的資訊可靠嗎？

PROPA 是醫師取得醫學資訊的重要管道。許多 PROPA 本身也是藥師，藥商透過他們提供醫師繼續教育的課程（例如出席醫院的討論會、在醫學會議中演講）、提供對藥商有利的研究資料、推廣產品，以影響醫師對藥品廠牌的熟悉度。提供新藥資訊的場合從例行性的早會、午餐的討論會到大型的學術研討會都有；對於醫院內的成員來說，藥商參與教學活動似乎已經成為醫院日常生活的一部分。一位 PROPA 表示：「新藥會在醫院的早會上介紹……一般的醫院都有晨間的教學活動，從主任到實習醫師全部都要參加，有時候是討論“case”的“conference”，公司可以利用這個機會介紹這種“case”適用的新藥……愈熟的廠牌當然開得愈多。」

藥商除了直接和醫師接觸，也可能用間接的方式影響醫師接收的資訊。藥商可以贊助醫學專業期刊，讓這些期刊帶有更明顯的產品促銷色彩；透過贊助讓期刊的審查程序更傾向於贊同特定立場；也有些藥商會贊助對業者有利的研究。醫學會也是藥商擴展勢力的另一個場域，美國一些醫學會（包括心臟病、肺部疾病、癌症醫學會）曾經被批評與藥商之間有密切利益交換關係，導致醫學會比較支持符合藥商利益的療法（例如不主張病患採用不需藥物的自然療法）。

藥商並非中立的新知來源。藥商提供篩選過的資訊，看起來好像很專業的促銷活動，其實無法完全避免掉商業利益的影響。要讓醫師接受藥商提供的資訊，「可以跟得上時代」是藥商常常用來說服醫師使用新藥的說法。一位

外資藥商的經理表示：「我們也會舉辦各科醫學會的演講，讓他們瞭解世界新藥的發展趨勢，醫師也不希望處方跟不上時代，所以原廠藥的銷售還不錯。」

醫師決定要不要用新產品時，考慮的因素顯然不只是：新藥是不是比原有的藥品更有效？病人使用新藥的危險性會不會提高？外資藥商經理是這樣說的：「通常的促銷方式是要製造一些話題，像是在醫院的早會上提供學術討論的演講，醫師通常也願意吸收這些知識，很多醫師都有意願要當意見領袖，你提供他新的研究資料，他就會支持新產品。」

五、藥商的專業促銷，真的能讓醫師的開藥行為更專業嗎？

大型醫院的醫師和藥商之間的關係，除了藥商提供不一定正確的資訊給醫師以外，藥商還透過贊助研究經費、贊助參加研討會、餽贈診療室用品及專業書籍、提供無酬勞動力等方式，企圖影響醫師的開藥行為；所以「藥商提供資訊只是表象」，無法清楚地區分成「有助於專業發展」的影響，或「需要加以限制」的利益交換關係，例如有些藥商會給醫師高額的演講費，或是在學術研討會後提供休閒與旅遊活動，藉由專業的包裝讓醫師取得物質方面的報酬。即使是藥商提供的教育訓練，醫師似乎也能從中得到不少額外好處。

一名 PROPA 表示：「醫學中心或是大一點的醫院都要做“seminar”，一般藥廠在辦“seminar”，也是要選在比較休閒的地方，讓醫師們邊開會邊休閒，所以也不是只有純開會。」

贊助研究經費是藥商與醫師間常見的合作方式，有些藥商把贊助醫師提出的研究案當做行銷策略；有些藥商爲了讓新藥進入台灣市場或進入特定醫院，主動找醫師做研究案。通常藥商會依照研究的價值分爲真正的研究與行銷活動，有些研究其實對藥商沒有發表的價值，贊助這一類的研究只是爲了進入台灣市場。

有些研究經費其實也沒有用在研究上，只是金錢饋贈的替代品。一位在製藥公司任職的課長表示：「回扣還是有啦，不過現在都不叫回扣，叫做研究費，研究費是照用量在發，醫院的藥局會有每個醫師處方量的紀錄，營業員到了月底就照用量撥研究費給醫師，開得多的人就拿得多。」

有些藥商在大飯店舉辦產品發表會，藥商也會在參與醫學會的活動時招待所有來賓用餐。送診療室設備和送書給醫師也很常見。有些醫師認為送診療室的設備和原文書是可以接受的合法促銷活動，收現金就有可能被抓，顯然醫院對這一類的饋贈行為在管理上比一般送禮或利益輸送行為的管理寬鬆。

醫院在評估醫師專業工作的表現時，評估標準包括學術活動的辦理情形與發表期刊論文的數量。在舉辦學術活動與開研討會發表論文的過程中，有一些勞動工作可以包出去，PROPA 爲了討好醫師，常常成爲方便、不需付費的勞動力來源。一名 PROPA 表示：「醫師平常的資源比較多，也很習慣藥商幫他們多做一點事，例如幫忙查期刊或指定的論文、影印書籍、辦“seminar”。」有時候醫院會辦研討會，也會把印海報、發邀請函這一類的工作分配給各家藥廠。

在 PROPA 幫忙的工作中，有些和醫師專業地位有關，也有一些是替醫師處理雜務，讓醫師有更多時間投注在專業工作上，例如接送醫師到其他醫院看診、幫醫師跑腿、繳費，或是替醫師承攬醫院交辦的行政業務。也有醫院的藥師表示：「醫師都靠藥廠在養，業務（員）是供醫師使喚，錢倒不是最主要的，醫師收入高的一個月有五十萬，藥廠給得再多，一個月也只是多個五、六萬，作業務最重要的是要讓醫師覺得很機伶，有誠意。」許多看來屬於專業許可範圍內的作法，實際上不一定有助於提高醫師開藥的專業性。

如果藥商對醫師的開藥行為只有負面影響，限制藥商與醫師之間的接觸，可以避免醫師被藥商的商業利益影響。然而，大多數的情況是藥商混合了專業和非專業的方式，使得與藥商來往的醫師，可以在專業許可的範圍內計算

他在專業生涯發展中的利弊得失。醫師的利益與病人的利益並不一致，醫師在選擇藥品的過程中有時會考慮個人的利益，而藥商提供的各種促銷活動正提供了醫師許多滿足個人利益的機會。

六、醫院藥師能不能提升醫師開藥的水準？

醫院會聘請對藥品具有專業知識的藥師，這些藥師參與進藥、教育訓練、開藥後的審核等活動，由於藥商很少對醫院藥師做促銷，藥師有可能可以平衡藥商對醫師開藥的負面影響。但是在實際運作上，醫院的藥師中，通常只有藥局主任一個人可以參與藥委會的運作，而且藥局主任雖然可以參與藥委會的討論，但基本上並沒有最後的決策權。

事後的審核可能會發揮一點制衡的效果。有些醫院的藥師會根據管理者的要求提供統計資料，也有一些醫院的藥師有直接和科主任溝通處方量與處方廠牌的權力。但是藥師只能根據統計資料提出建議，沒有權力審核醫師對個別病患開出的藥是否適當。一位醫學中心的藥師說：「藥師與醫師是同事，沒辦法給壓力，是院方拿了藥師的資料來給醫師壓力。」或許藥師確實可以平衡藥商的影響力，但是藥師的工作不見得全都是以藥學專業知識做把關的動作，而是做為醫院管理者的同路人，替醫院看緊荷包，免得醫師為了自己的利益拼命開高價藥。醫院藥師在維護病人的最大利益上，其實只扮演很消極的角色。

本文摘自：謝幸燕，2005，〈藥商、醫院與醫師的處方決策：醫療制度與組織面之脈絡分析〉。《台灣社會學刊》，34: 59-114。

問題討論

1. 藥商的商業利益龐大，醫院應不應該禁止藥商的業務代表在醫院內活動？為什麼？
2. 有什麼機制可以限制藥商和醫師之間的饋贈金額，以免商業利益影響醫師的判斷？
3. 健保給付對醫院醫師與診所醫師處方的影響為何？對二者的影響相同嗎？為什麼？

相關閱讀

1. 傑佛瑞·羅賓森著，廖月娟譯，2002，《一顆價值十億的藥丸》。台北：時報文化出版公司。
2. 王克陸、彭雅惠，2000，〈台灣醫療產業代理問題之研究〉。《產業論壇》，1(2): 205-223。

推薦網站 / 影片

1. 影片「迫切的危機」(*Clear and Present Danger*, 1994, directed by Phillip Noyce)
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. 醫藥記者全嘉莉的部落，網址：<http://blog.chinatimes.com/lilynice/>

婦女健康政策：世界趨勢與國內缺失

張珏

台大衛生政策與管理研策與管理研究所副教授

一、前言

隨著 1960 年代人權運動、婦女運動的開展，婦女健康運動在 1970 年代初期於歐美被提出，主要是有鑑於醫療資訊以及醫療政策長期以來多被由男性權威主導的醫療體系所控制，完全忽視婦女的健康議題，即使有，也是婦幼衛生掛帥，且充滿對女性的歧視與傷害，形成對女性提供或分配的健康資源非常不足。此外，醫療體系也忽視因為性別歧視所引起的暴力問題導致婦女心理傷害，需要心理健康支持不健康的問題資源。自此，各國展開一連串的婦女健康運動、婦女健康研究與婦女健康政策改革。婦女健康權益獲得重視，受到婦女運動、女性組織、婦女研究及女性政治參與極大的影響。

當國際婦女開始組織與行動起來，聯合國也因此受到壓力而開始重視婦女的議題，特別訂定 1975 年為國際婦女年後，卻發現各種有關婦女的議題在各國問題重重，需要更多有計劃的關注與處理，因此聯合國繼續於 1976-1985 年提出「婦女十年」計畫，除了對政經、教育等權益提出要求外，亦開始關心健康的權益。婦女健康的概念、議題逐漸在國際間散發開來，從社會、經濟、生態環境、政治環境等各個層面關注婦女健康，而非僅限於生物醫學部門，以整體性的視角探討婦女健康。

1995 年於北京召開第四屆婦女大會與 NGO 婦女論壇時，則發現僅有策略是不夠的，因此積極提出十二個行動綱領（platform for action, PFA），「健

康」是其中一項；並要求各政府具體行動回應，每年三月在聯合國召開婦女地位委員會時能有各會員國的報告，檢視各國具體的行動；婦女健康被安排於 1999 年討論¹。

二、聯合國提出「婦女與健康」概念與行動

因為目前健康政策只以醫療模式出發，只是醫療政策，而非融合社會、心理、文化、經濟、政治與生物多元考量的健康政策，幾乎各種政策都充滿性別盲、性別不敏感、性別歧視、性別偏見、性別角色刻板印象。這是長久以來累積的忽視，呈現婦女健康或疾病的資訊是片段地以罹病率與死亡率為例，也總以男性經驗過度類推於女性，或認定是天生生物上的影響，未進一步思索社會建構婦女的雙重角色、雙重標準、對女性的不當制度與壓迫、資源不足等才是致病原因，甚至忽略醫療場所的不友善、性騷擾，以及醫療保健服務系統的決策缺少婦女的參與。於是聯合國提出「性別主流化」的理念如下²：

各國政府在多元、多向、互動的過程中推動的所有政策或方案與研究都須進行性別檢視，須同時考量對男女的需求及影響和所擔負的與其責任；甚至納入男女共同思考解決的方法。更要求各國政府要有社會建構性別的預算、提出性別區隔的統計資料，並做性別影響的評估。

1 請參見United Nation, 1996, “Platform for Action and the Beijing Declaration”（台北：婦工會譯，1996: 44-61）。

2 請參見United Nations, 1998, “Women and health Mainstreaming the Gender Perspective into the Health Sector.” *Expert Group Meeting Report*. Tunis, Tunisia, 28 Sep-2 Oct, 1998。

那麼「性別主流化的婦女健康」政策、方案與研究應該注意哪些面向呢？

1. 釐清觀念：釐清生理性別（sex）、社會（建構）性別（gender）與健康之間的關係。例如：社會的性別分工與性別不平等對婦女健康的影響如何、性別不平等對男性健康的影響如何，生理性別有關的生育議題等。
2. 糾正健康服務中的性別偏差。目前提供的醫療服務過於重視生物醫學，存有歧視女性的服務態度，照護系統傾向責備受害者（女性）以及責難身為照護者的女性。
3. 將性別平等問題納入保健研究的主流，這是過去常被忽略的。
4. 將性別分析與性別平等議題納入提供健康服務與照護體系的主流；增加政府／政治對性別議題的關切與意願。
5. 建構性別敏感的評量需求評估；健康計畫過程中加入性別議題，積極促使各地區／族群婦女參與；發展性別計畫的架構；增強性別敏感的服務能力、可靠性、監測與評估。
6. 聯合國建議採用婦女運動的經驗，例如：意識覺醒（consciousness raising）、伙伴關係（partnership）、增長權力（empowerment）、社區參與、民主決策³。

就健康內容細分，世界衛生組織（World Health Organization, WHO）提出婦女健康涵蓋面可分為以下六大項⁴：

1. 「生育與性健康」：包括經期健康（初經、停經），避孕、不孕預防／治療，性病（骨盆腔感染、陰道發炎、梅毒、愛滋等），子宮、乳房相關保健（婦科癌症）。

3 請參見Stein, J., 1997, *Empowerment & Women's Health: Theory, Methods and Practice*. NJ: Zed Books.

4 請參見World Health Organization, 1998, "Health for All. In The Twenty-first Century."

2. 「環境與職業健康」：包括職場壓力、職場設計不當、安全防護問題、職場環境對女性歧視或性騷擾等對婦女健康傷害的影響。居家傷害也被納入職場關注議題，以及家庭與職場多重壓力的影響。
3. 「傳染性疾病」：各種傳染病包括肺病、瘧疾、愛滋等，其感染與影響男女各不同。
4. 「心理衛生」：包括社會與家庭 / 文化與制度對女性歧視、暴力、性暴力、精神疾病與藥物濫用、心理疾病、壓力創傷反應等。
5. 「健康促進」：營養與飲食（營養不良、厭食症等），體適能（運動、休閒），生活型態，健康行為等。
6. 其他慢性病等。

除了女性特有的健康問題之外，對男女迥異疾病的發生原因、嚴重度、治療方式、預防方式亦應被提出，防治策略亦應不同。此外也需關注不同群體的健康，例如照顧者、不同社經地位的婦女、原住民婦女、身體殘障者、疾病患者等，甚至在保險制度設計、醫療體系的建構等。WHO 鼓勵建立全方位婦女健康模式，包含疾病預防與健康促進的策略，須以自我照顧活動和自助團體為基礎，才能讓女性對於自己的身心健康具有自我決控權。

聯合國婦女基金會（UNIFEM）指出，唯有讓基層的婦女充權（empowerment），才能改善婦女健康政策：「女性個人或集體能覺知權力關係如何在她們生活中行使，藉此獲得自信，有力量挑戰各種層面（家庭、社群、國家、地區、國際）中存在的性別不平等。」

UNIFEM 並提出「充權」的四大要素：

1. 取得知識，並瞭解性別與權力關係是可以改變的。
2. 發展自我價值感，相信個人有能力獲得想要的改變，並有權力控制自己的生活。

3. 獲得能力就可以做選擇，藉此獲取力量和磋商的權力。
4. 發展足以組織或影響社會變遷方向的能力，創造更正義的社會與經濟秩序。

亦即，婦女的「充權」包括不同的社會行動者所引導的外在過程，移除環境的障礙，創造接近與控制資源的機會；以及內在過程改變自我的意識形態，增加婦女的自信，獲得力量、動機以維持「充權」的成果。

三、我國婦女健康政策的缺失

目前我國對婦女健康議題的重視才剛起步，過去多半是只重視「婦幼衛生」，並未將婦女健康獨立於母嬰幼兒照顧，直到 1990 年開始，台大婦女研究室與民間婦運團體（女學會），開始提倡重視婦女健康。政黨方面是在 1995 年，國民黨婦工會召開系列研討會，研擬「婦女政策白皮書」，「婦女健康政策白皮書」為其中一項。爾後歷經 1998 年北高市長選舉、2000 年總統選舉等，婦女健康被視為重要政策之一。2000 年衛生署提出「婦女健康政策」，雖以生命週期出發為涵蓋面，但其內容卻仍侷限在疾病導向，且缺少性別視野、性別區隔之需求、性別分析，以及性別影響評估。1998 年行政院成立婦女權益促進委員會，逐年提醒政府制訂政策中對婦女健康議題的忽視，尤其在 2004 年更提出修正綱領，同時衛生署也開始制訂二十一世紀婦女健康政策，希望融入「性別主流化」的觀念。婦權會訂出二十一世紀的婦女健康政策原則：「兩性平等參與及共治共決」、「建構健康優先、具性別意識醫學倫理的健康政策」。

隨著時代的轉變，以婦女為對象的健康政策已漸多元化，婦女健康也進入正式的政策討論中。然而，仍可歸納出幾項需檢討與改進的政策特質：

1. 著重在女性生殖功能上。對於新生代是否能健康產出的關心往往大於對女性個人的關懷，例如母乳推廣活動中強調哺乳對嬰兒健康的重要，卻沒有適當的資源與措施協助新產婦解決哺育過程中所遇到的問題；又如爲了維護女性生殖功能，所有女性工作者（無論是否具備生殖能力）在工時及工作項目上都受到限制。由於國家視女性爲再生產的工具，而非具有健康權的獨立個體及公民，因此政策就產生「母性 > 女性」的結果，相對地忽略了未婚及不想生育的婦女的健康需求。
2. 由上而下威權主導式政策的擬定方式。婦女相關的健康政策的產出並非有學理依據的理性模式，常是菁英模式（由少數官員、學者、科員或利益團體決定婦女需求，而非草根婦女的意見）。例如：1960 年代的家庭計劃實施方式雖以女性避孕爲主，但執行的方法是近乎強制性。1971 年即完成的優生保健法草案，擱置到 1981 年才因爲人口政策考量而完成立法程序。過程中雖然是婦女團體首度介入公共政策的制定，但一般婦女的意見仍沒有被諮詢；即使 2006 年再修法，亦是宗教團體強烈介入，沒有當事人婦女的意見。又如全民健保的制定過程，只見醫師、藥廠、雇主、工會在爭權，完全見不到對婦女意見的諮詢。
3. 醫療的經濟利益大於婦女的權益。我國四十年來醫療政策發展的結果，也使醫療專業的權力擴張，與女性生育健康息息相關的助產士專業萎縮，女性健康議題被醫療化以及醫療技術濫用情形更嚴重。例如：在代理孕母的決策過程中我們見不到性別分析，只見醫療科技的擴權，缺少如何預防不孕及健全兒童收養體系的考量。又如中老年疾病防治，使得更年期症狀及骨質疏鬆症防治受衛生行政單位青睞，但只談用賀爾蒙補充的好處，卻未針對年輕女性宣導年輕時保留骨本的重要性。政府忽視在藥商經濟利益的驅動及醫療系統的擴權下，使婦女的身體被過度干預。

4. 衛生行政因應時代新問題上的能力不足。即使近二十年來國際上所認定的婦女健康定義早已不同，但我國衛生行政單位仍固守其原來對生殖及癌症的業務範疇，較少積極涉入新的領域，如性暴力防治工作，在法案通過後才規範醫療院所的處理流程，其實若以關懷婦女健康為出發點，這些工作並不須等法案通過才進行。其他如環境、家務、照顧責任及女性職業傷害等影響婦女健康甚鉅的問題。又如坐月子中心管理、瘦身美容商業的興起、荷爾蒙補充療法的濫用、子宮切除及剖腹產的過度醫療化等，都與婦女健康息息相關，這些問題都需衛生行政單位主動著手處理。
5. 父權觀念深入。健康政策中的父權觀念充分表現在對女性身體的控制。例如 1960 年代的家庭計劃推行以女性避孕為主，而不談更方便的男性避孕方法；優生保健法的制定使女性的生育權成為父權文化、醫療專業及國家聯合控制的結果。
6. 政策中充滿僵化及偏頗的性別概念。國內外的學者皆已揭示：男女性所面對的健康問題並不相同，但國內健康政策的制定仍以男性決策者為主（各級衛生行政主管、政策諮詢委員、專業團體中性別比例懸殊可見），加上醫學研究中長久以來忽視女性，而有偏頗的健康政策。例如婦癌預防的關懷，只窄化在生殖上；職業病及職業傷害的安檢及勞工體檢，著重在以男性勞工為主的行業，對女性勞工特有的職業傷害或疾病相對忽視。

四、政策的改進建議

經過上述對婦女健康內涵、「性別主流化」的發展及我國現有健康政策的性別分析之後，筆者在此提出建言，以做為未來發展婦女健康政策時的參考。

1. 政府需對婦女健康政策做出嚴肅承諾，訂出完整的國家婦女健康政策。
2. 所有健康政策計畫、執行及評估過程中，皆應有女性參與，包括專家與社區婦女等，把性別的分析納入所有政策制訂中，並持續進行性別影響評估。
3. 由中央到地方的各級衛生單位，皆應有受過性別敏感訓練的專家與高階主管，能對其政策及執行進行長期的性別檢視。
4. 各級衛生主管單位應直接與需要服務的婦女或其代表進行政策協商。
5. 參照聯合國發行的「性別主流化」執行手冊，製作工作手冊，以俾其檢視決策過程是否具性別意識。
6. 把性別分析放在健康政策的主軸，在性別的大架構下再論及年齡層、族群性及地區性的健康差異。
7. 設立以婦女為對象的保健研究中心，進行性別敏感需求評估，對婦女特有的健康議題進行研究，結合傳統與民間保健與現代醫學，與婦女分享，使其能在得到充分資訊下為自己的健康做決定。
8. 建立性別敏感的健康指標，除了傳統的死亡率或疾病罹患率之外，須加入社會、文化及心理的生活品質指標；並發展相關的研究方法。
9. 對現行健康服務人員及醫護學校學生進行性別教育，使其對婦女健康有正確的認識，能訂出性別友善的方案，讓婦女在使用醫療資源時不再受到障礙及歧視。

本文摘自：1. 張珣，2000，〈全球化趨勢與婦女健康〉。《中華衛誌》，19(1): 5-9。

2. 張珣、陳芬苓，2000，〈台灣婦女健康政策的性別分析〉。《中華衛誌》，19(5): 366-380。

問題討論

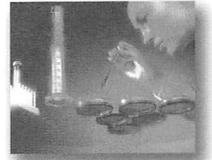
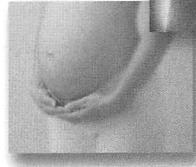
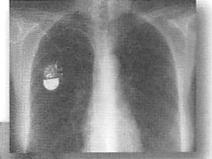
1. 為什麼我們需要具備國際視野以瞭解婦女健康議題？
2. 什麼是性別盲的婦女健康議題與政策？
3. 何謂具有性別觀點的健康分析？

相關閱讀

1. 張珣、陳芬苓，2000，〈台灣婦女健康政策的性別分析〉。《中華衛誌》，19(5): 366-380。
2. 張珣，2000，〈全球化趨勢與婦女健康〉。《中華衛誌》，19(1): 5-9。
3. 朱明若、張珣、張菊惠，2007，《婦女健康促進研究與方案》。台北：心理。

推薦網站 / 影片

1. 台灣女人健康網，網址：<http://www.twh.org.tw/>
2. 世界衛生組織婦女健康網頁，網址：<http://www.who.int/hac/techguidance/pht/womenshealth/en/>
3. 世界衛生組織性別、婦女與健康網頁，網址：<http://www.who.int/gender/en/>
4. 聯合國世界婦女運動網站，網址：<http://www.un.org/womenwatch/daw/>



第5篇 身體經驗

- 導讀 王秀雲
- 是天職還是專職？母乳哺餵的身體經驗與勞動關係 鄭琇惠
- 一隻鳥仔或雙人枕頭？談威而剛與男性身體 傅大為
- 棉條為什麼不受歡迎？ 許培欣

導讀



王秀雲

高雄醫學大學性別研究所助理教授

我們往往以為身體是最自然不過了。身體所具有的生理現象讓它被視為是個機器或是工廠，身體的生老病死是天經地義的歷程，而這些在在都指向它的生物性。換句話說，身體的種種經驗似乎具有普遍性，是跨越時空並超越文化的。但是，與身體相關的種種，其實都與人類社會相互糾結形成，就連生老病死的意義與方式也隨之而異。身體的生物性是西方的生物醫學在過去兩三百年的興起過程中造就而成的產物，換句話說，身體被自然化了。於是，與身體相關的種種「現象」或事物，被視為是理所當然的生物學或醫學的領域，其中當然包括：性、再生產、月經，甚至一些已經成自然的習慣。

其實身體一點也不自然，與身體相關的種種，都取決於身體所處的時空情境與脈絡。而「身體」與「經驗」所組成的此一名詞，更蘊含了異質多樣性，身體經驗往往脫離不了社會歷史脈絡，而這些脈絡的成分可以是特定社會文化中的價值觀、意識形態、知識權威及個別身體所處的權力關係。舉例來說，我們的身體經驗會受醫學知識的權威所形塑，甚至侷限。現代人的很多經驗常常是被醫學用語所框架住，身體的正常與否是以溫度、化學檢驗、儀器檢驗等等來表示，個體的經驗反而被貶抑為主觀意見，因而顯得毫不重要。為了瞭解不同的歷史社會脈絡如何影響人們的身體經驗，身體與經驗都需要被分析與被瞭解，本章的幾篇文章正是以此為目標。

一般人聽到哺乳會想到哺乳動物，以為它就是如此的自然，事實上在人類的社會中，哺乳的女性身體絕不可能是純粹自然的身體。鄭琇惠的〈是天職還是專職？——母奶哺餵的身體經驗與勞動關係〉一文，以哺乳為例，挑

戰了一般將母職視為是天職的觀點。鄭琇惠指出哺乳的身體需要許多的訓練與技術，哺乳的身體就如同工作的身體，不但在上工之前需要職前訓練，在職中也需要維持一定的「工作能力」，不是自然而然就能夠哺乳。特別是在我們的現代社會中，女性要如何將自己的身體「鍛鍊」成能夠在不同的空間、不同的場合下，擔任不同的任務而不至於分身乏術，往往是個難題。正如作者所指出的：「哺乳的的確確是份專職而非天職，它需要準備勞動的身體、體力與時間的付出，亦需瞭解各項哺餵知識與相關的科技產品，當然還需要提供情緒的勞動」。各界在大力鼓吹哺乳的同時，如果沒有好的哺乳環境與配套措施，那麼要用天職與母愛這種道德用語來要求個別的女性哺乳，恐怕也只是徒增女人的壓力與困擾罷了。

另外一個關乎身體而常常被賦予自然意義的莫過於性身體了，透過不同歷史中的泌尿科論述，並比較威而剛醫療研究中所隱藏的問題，傅大為〈一隻鳥仔或雙人枕頭？談威而剛與男性身體〉一文，點出了醫療如何建構一套關於性身體的論述。過去醫療化的對象，比較是以女性身體為主，但到了二十世紀的後半期，男人的性身體也逐漸被醫療化，而二十世紀末的泌尿科醫學，就儼然成為醫療化男人性身體的主要來源。如作者所指出，近代世界一個總的趨勢，是愈來愈「醫療化」身體（把愈來愈多的身體問題，都看成是醫療問題）。威而剛所代表的是一個男性身體醫療化很新的案例，「這個新型的醫療化的特色之一，就是把男性的性身體集中到男性的一個小器官上：陰莖。」文中清楚地指出了男性身體的醫療化的後果：不管異性戀性行為中的女主角的感受，只管男人是否保住他們的雄風。當然，這樣的男性身體醫療化所展現出來的，追根究底還是與父權文化對於男人所應有的表現的要求有關。

上述男性性身體的醫療化例子，有誇大陰莖的重要性的傾向，而在女人的性身體上，處女膜的重要性也被賦予極重要的地位，雖然方式有所不同。

許培欣的〈棉條爲什麼不受歡迎？〉一文，以棉條在台灣的低使用率爲問題出發（棉條在台灣的使用率是 2.1%，而在美國單獨使用棉條者佔 29%、交替使用棉條與衛生棉者佔 52%），用「月經科技」這樣的概念來說明，某一科技之所以被使用或不使用，必然與很多社會文化因素有相互生成的關係。換句話說，科技或產品本身的優劣好壞，不見得是決定性的因素，甚至優劣與否也是由社會文化因素所決定。作者歸納出棉條在台灣不受歡迎有下列因素：棉條引進時的污名化、棉條科技的傳播困境（衛生署將棉條歸爲醫療用品不利廣告與銷售、產品說明書不夠本土化、健康教育教材中的缺席）、經血的身體觀，以及棉條與處女膜迷思。除了處女膜迷思之外，棉條被列爲醫療用品的背景，仍然有很大的部分是爲了處女膜的安全顧慮。這些思維與醫療決策，到頭來還是強化了文化中加諸女性性身體的道德規範。

這幾篇文章都分析了不同的身體所處的社會歷史情境，我們或許可以說這是將身體去自然化的一個努力。自二十世紀下半期以來關於身體的研究，在西方的學界（無論是人類學、社會學、哲學或是歷史學）已經小有成就。做爲學術的一個議題，身體經驗自近代社會以來的種種歷程自然有其重要性。但是，閱讀這些學術著作而瞭解了加諸於身體的種種知識論述之後，重要的課題之一或許是，對於那些強化權力不平等關係的論述，或是規範性的身體措施（進而排斥所謂偏差的身體），我們該如何在可能的範圍之內提出另類（多重）論述與之對抗，甚至就地身體力行。

是天職還是專職？ 母乳哺育的身體經驗與勞動關係

鄭琇惠

高雄醫學大學性別研究所碩士

49 歲的阿麗從年輕時就是工廠的女工，她的四個小孩前幾個月都是哺育母乳，在物資貧乏的年代中，沒有冰桶與哺乳室的設備，靠著每天午休的時間衝回家給小孩餵母乳，在漲奶的疼痛與時間的賽跑下，辛苦地餵了四個孩子。阿麗曾說了這一段話：

阿麗：攏嘛按呢艱苦乎痛，無袂按怎？像彼嬰仔食奶，乎就痛嘎，牙齒根咬著，伊一吸，目屎強要滴下來，嘛是乎吸，哪有法度啊，……（台語，意思是：都是這樣讓它痛，不然怎麼辦，小孩在吸奶，都痛到咬緊牙根，他一吸，眼淚都快掉下來了，也是讓他吸，哪有辦法）

筆者：嘛是真辛苦。

阿麗：是啊，做查某人不值。（哈哈）

這是二、三十年前的故事，而在二十一世紀，35 歲的銀行行員小雲，一樣一面工作一面餵了八個月的母乳。雖然台灣在 2001 年即通過兩性工作平等法，小雲在女性員工居多的銀行，一樣沒有哺（集）乳室、集乳時間。小雲每天要自己結冰塊、帶冰桶上班、忍受漲奶痛，然後在工作的空檔，穿著高跟鞋與制服，匆忙地在廁所擠下每一滴奶。

這幾年政府不斷地大力鼓吹媽媽們要餵母乳，在「母乳最好」的聲浪中，媽媽們的身體經驗為何？社會又是如何看待母乳哺育的工作？是母愛？是天職？還是一項勞務工作？筆者認為餵母乳並非天生自然，餵母乳的身體是充滿了技術與勞動事實的身體。以下筆者將逐步的加以解析、呈現。

一、勞動的身體

現代夫妻小孩數都不多，且不同於過去資訊封閉的時代，現今傳媒、書籍、網路發達，到處都充斥著醫學與育兒資訊。爲了孩子的健康，媽媽不只要餵母乳，還得泌出最好的母乳。怎樣能分泌出最好的乳汁呢？首先得準備好「哺乳的身體」，最好從懷孕期的乳房護理開始，才能讓乳腺暢通。過去的母乳衛教會教導孕婦在孕期每天做乳房的熱敷按摩與乳頭的刺激揉捏，來促進乳腺暢通與乳頭韌性。雖然現在較新的衛教資訊不必再做這些準備，但訊息紛亂，仍有很多孕婦會如此執行。而且即使現今的衛教策略不再重視產前按摩，但仍鼓勵婦女觀察自己的乳頭，若有乳頭扁平、凹陷的問題，建議在產前做 Hoffman 運動¹或戴乳房罩來矯正。產後乳汁也並非自然流出，大多數的產婦都會遇到漲奶的問題，仍須做處理才能保持乳腺暢通，也才能達成哺乳的身體。即使幹練的批發商老闆晶晶也曾辛苦地處理過乳腺不通的問題。

晶晶：我們都去拿那個一百度的水，……擰的時候那個手都紅掉，……妳也知道熱水擺出來沒多久它就會涼掉了，那妳還要再去弄，再去要抱回來這邊，然後要再去擰，……妳這樣子跑來跑去，一次要跑個五六趟，那妳還擠不出來，妳有什麼感覺，……

而哺乳的身體準備並不只有在產前，每天的哺乳都必須準備好順暢的乳腺與完美的乳汁，才能順利哺餵。對很多媽媽而言，若要有品質優良的乳汁與充足的奶量，還得補充營養的飲食。即使家境並不富裕的家庭主婦小娜，也很捨得花錢烹煮營養的食物，以維持乳汁的品質。

1 懷孕期間，透過每日以手指向乳房、乳暈壓擠與牽拉的Hoffman運動，試圖讓乳頭突起，以利於哺乳。

小娜：做完月子之後，我自己還是會多煮一些魚湯啦、雞肉湯啦，自己去燉煮，因為妳雖然說做完月子，但我覺得這是說讓妳母奶的品質比較好，而且是確保妳奶水的奶量會夠，不會因而減少啦。

這並非家庭主婦小娜的個人想法，哺乳媽媽都會希望自己提供給小孩的乳汁是最營養的，或多或少都會比平常吃更營養的食物，不只在坐月子的時候補，整個授乳期間都會去注意自己母奶的營養。而且做為「哺餵工作」的身體，並不是只注重吃什麼能發奶就好，什麼不能吃更是一個大課題。

小玲：飲食方面就是，以前會有吃一些泡麵啊那種東西，但是因為有在餵母奶，就會特別的、特別的注意，就是比如說我吃的東西要屬於比較正常食品，……然後就是飲料類的東西啊就是盡量少吃，那生病的話若是小感冒，我都會讓它盡量自然好。……那比較屬於就是太寒或太躁熱的東西，我就會比較少吃。

媽媽們得隨時注意分辨食物的冷熱屬性與是否引起過敏性反應，每天都生活在什麼該吃、什麼不能吃的自我要求中。很多媽媽為了哺乳，禁掉了懷孕前每天都會喝的咖啡與茶等飲料。若原本體質不好，還得調理自己的身體成為符合哺乳的身體，像銀行行員小雲自認為體質不好，擔心奶質影響小孩健康，所以哺乳期間不論在什麼季節，每天準備一壺溫熱的黃耆枸杞湯，未曾間斷達八個月之久。由此可看出，餵母奶並非稀鬆平常之日常生活中的一部分，在現今的社會脈絡下，是得刻意去經營、執行，甚至與原本的好惡所抵觸的身體經營。

哺乳的身體做為工作的場域，不只得準備與保養好工作的身體，還必須有實質的付出，媽媽們必須忍受身體的變化、疼痛與傷害，以及隨時處理腫脹與漏奶的身體。批發商老闆晶晶陳述自己生產完和另一位同房產婦因為

漲奶痛兩人輪流「哀」的慘狀，家庭主婦小娜也曾擠奶擠到乳頭出血，護理老師小雪常在半夜中漲奶痛醒無法入睡，助理教授阿君也曾被護士擠得哇哇叫，她還被認為太不耐痛了。做為母親是否就必須很「自然」地忍受這些疼痛，若無法或不願意忍受這樣的身體疼痛，難道就違反了「自然」？還是不具母愛？母奶媽媽除了忍受漲奶的疼痛，還得處理、忍受漏奶所帶來的困窘與不適，女性這些身體的實質變化與真實經驗，卻在一片鼓勵餵母奶的聲浪中被淹沒了。

二、技術性的工作

餵母奶真的需要技術嗎？也許很多人會質疑，哪有什麼技術這麼複雜的東西，哺乳動物的哺乳行為，不就是一種自然的現象嗎？若你是一位完全無哺乳經驗的人，你會驚訝於哺乳媽媽竟然會傳授出一大堆你無法想像的經驗與技巧。但是弔詭的是，幾乎所有的母奶媽媽自己都不認為哺餵母奶是一項技術性的工作，即使衛教書籍密密麻麻從乳房護理、清潔、乳汁分泌、擠奶、輔助工具、吸吮韻律、儲存等等，充滿教導、知識與技巧。更令人好奇的是，筆者所搜尋到的網路、書籍與文獻，在討論這些知識時，幾乎都未曾使用「技術」、「技巧」等形容詞，最常出現的是「行為」、「方式」與「原則」。這似乎隱含了與女性身體相關的事務，不可能與技術扯上關連，但若餵母奶是那麼單純的自然現象，為何不是只要當了母親就會做，為何還需要這麼多的衛教手冊，仔細地描述與教導每個哺乳細節？

哺餵母奶並非單靠生理反應的自然行為，亦非每個女性當了媽媽就會渾然天成餵得好，這中間必須不斷學習、協商、改進，甚至是發展出一套屬於自己的模式，才有辦法順利餵得好。很多媽媽都表示初期非常辛苦，漲奶、乳腺不通或沒奶等等問題，若能處理得好，熬得過去，就比較能餵得成功，

然後會愈來愈熟練，就比較不會覺得那麼辛苦。這表示若有好的技術，母乳哺育就能比較順利地進行。

三、時間與體力的付出

配方奶粉因為比較容易產生飽足感，通常只需四小時餵一次，而且配方奶的瓶餵工作任何人都可以執行。但餵母乳的嬰兒通常一至二小時就得餵一次，如此頻繁、日夜無休的工作，無疑的是一大體力勞動。若媽媽是個全職家庭主婦，眾人更是會期待全程母乳哺育是自然與必然的選擇，但這中間的體力勞動、時間付出與自由的牽絆，要不是被隱而不現，就是被視為理所當然。像家庭主婦小玲，以前乳汁不夠時，半夜先生會起來泡牛奶，當乳汁充足全餵母乳時，常要半夜起來餵母乳，睡眠總是斷斷續續，以致常有暈眩的現象。這很明顯地透露出哺育母乳的確是耗時又耗力的工作。

而這不只是全職家庭主婦才有的困擾，有工作的母乳媽媽，除了上班時間由保母瓶餵母乳外，下班後仍負責每一次的哺育，甚至每天得先在家製造保存母乳所需的冰塊，然後在上班時間擠出母乳放至冰桶，儲存隔天白天小孩所需的奶量。阿君雖在大學任教，感覺工作內容與時間都較為彈性，但常在講課中途乳房就漲痛了，兩堂課間的空檔也無法休息，必須趕著擠奶，還要常常面對學生好奇的眼光。時間的緊迫與避免長時間的出差，也讓校方懷疑她的工作能力與熱忱，阿君甚至做好大不了當個兼任老師的打算。

如同 Karin Jurczyk (1998) 對女性時間的觀點，過去談時間都是以工作時間或男性專業化時間才稱得上時間，女性的工作、家務與付出都稱不上時間，她們的時間被切割、零碎、安排在家庭、小孩與他人的要求下，沒有了自己的時間。若女人跳脫家庭至工作場所，仍須依照男性時間概念的工作方式，在男性工時的概念下，女性是被去身體化的，自然不會有哺乳的時間。

四、情緒的勞動

很多女性所從事的工作，除了體力、時間的付出之外，常被要求加入情感與情緒的勞動。同樣的，很多媽媽在母乳哺餵過程中，其實做了許多情緒勞動的付出卻往往被忽略了。很多媽媽在全年無休的疲勞轟炸下，仍要控制自己想尖叫、不耐煩、疼痛、和先生吵架等等情緒，甚至努力要求自己展現溫柔、慈愛的情緒，並營造慈愛溫馨的氣氛來哺乳，否則擔心母嬰關係不好，或害怕因情緒不好造成乳汁有毒（這是一種流傳在媽媽之間的傳聞）。小雲就提到餵奶中「我ㄟ給伊睇頭，阿無就給伊睇身軀」（意指輕撫頭部與身體），媽媽們除了一面餵奶一面輕撫寶寶頭部、說話、唱歌，甚至即使疲累煩躁，還是會盡量控制自己，保持好的情緒。菜販阿珠甚至認為這樣的情緒勞動讓小孩更聰明，「我會用那個胎教、聽音樂，摸摸他很乖，所以第二胎很黏就是這樣，那，他很黏而且很聰明，就是第一胎跟第二胎真的差很多。」

在現今媒體資訊發達的社會文化下，相信媽媽們都聽過或看過類似的論述：為了生產好品質的乳汁，必須保持心情愉悅。不少書上還提及哺乳時最好要有舒適的靠墊，一邊放輕柔的音樂，還要與小孩互動。這讓媽媽在餵母乳時，不單只是體力與時間的付出，還得有良好的情緒展現。這些媽媽們大都會認同與執行這些情緒與肢體要求，雖然有時她們也會享受這些與孩子的互動方式，但是身為一個平凡人，當她們累了，不想去「享受」了，又該如何？

五、男造環境²與組織下的母乳哺餵

哺餵母乳不只是私領域個人的事情，職業婦女必須每天面對組織的環

2 男造環境一詞參考Weisman所著的《設計的歧視》，如同語言不是中立與中性的，空間為社會所建構，亦充滿了權力關係與性別意涵。

境，而家庭主婦一樣必須外出面對公共的空間。但組織是中性的嗎？Susan Halford 等人（1997）的觀點就非如此，組織的身體觀是以男性為基礎的，並不會去注意或處理女性的月經、泌乳或懷孕等身體現象。所以女性在男性身體化的組織中，女性的身體是需要被隱藏，其需求是被視而不見的。女性在公共空間亦感受不到善意，更遑論自在地哺乳。母乳媽媽們大多有這樣的感受，家庭主婦小玲就認為自己和小孩是失去自由的連體嬰。

小玲：很辛苦，有一種感覺就覺得說我變得很不自由，因為我沒有辦法出門，然後別的人都可以，大家都是很自由的，那只有我一個人，我必須要、會很沮喪，但是那時候會有一種使命感，會覺得說小孩子是我生的，所以我必須要對他負責任，那所以我不能出去，我也不能有什麼、什麼樣的抱怨或是怎樣子，對啊。

「在我們的社會裡，女孩被教養要期待與接受空間的限制」（Weisman，王志宏等譯，1997: 36），所以即使因為公領域不當的空間規劃，讓母乳媽媽被侷限在私領域中，媽媽們也不會有太大的抱怨。當這樣的「自然」哺乳身體進入組織中，亦必須被隱藏、被忽略、被視而不見。大部分的公司、組織沒有設置哺乳室，亦沒有集乳的時間。更諷刺的是，過去在百貨公司任職的小尤表示，沒有同事餵母乳，因為百貨公司的育嬰室是給顧客用的；而安安、小玉兩位護士雖然在設備豪華又推廣母乳的婦產科診所工作，一樣表示沒有護士會在上班後繼續哺乳，因為忙碌無休的工作不可能有時間給她們擠奶。

母乳媽媽在組織中所面對的不友善空間，也許多數的女性會選擇默默承受。女性從小就被教導要去適應環境，所以也失去了抗爭與批判的能力，不認為那是敵意與不友善的環境，而是自己該去處理與面對的問題，於是若不是自己想辦法解決，就是放棄哺餵母乳。在沒有善意的公共環境與公共政策之下，女性想要餵母乳，可說是困難重重。

六、結語

在瑞典等先進國家，15個月的產假薪資是由政府社會福利而非雇主給付，解讀其意義是哺育幼兒等同工作，而且是重要的工作，所以由國家來給付。筆者堅信哺乳的的確確是份專職而非天職，它需要準備勞動的身體、體力與時間的付出，亦需瞭解各項哺餵知識與相關的科技產品，當然還需要提供情緒的勞動，這不就是一份工作嗎？

也許有人質疑，在過去沒有配方奶的年代，餵母乳是極自然之事，奶頭啣過去就吸了，是現代女性太過自我意識，想得太多了。但是不可否認的，在現今的社會脈絡下，對媽媽的母乳哺餵要求遠超過「啣去就餵」這個層次，而是必須有充足、營養又純淨的乳汁，還得注意哺餵過程的母嬰互動與斷奶期的妥善處理。再加上現在婦女的高就業率，還得面對職場環境與哺乳的衝突，以及外出所要面臨的不友善空間等等，所以在現今的社會脈絡下來談母乳，意義自然不同。本文的重點並不在於贊成、反對，或認同、不認同做為母親就該哺餵母乳，筆者是從女性哺餵母乳的身體經驗，重新釐定與呈現，以現今的社會脈絡下，女性執行母乳哺餵，在母愛與天職的大帽子下，其實是一項具有勞動事實，卻被隱匿輕忽的工作。就如同女性長期以來在家務、照顧工作與情緒勞動等等工作上，同樣被視為天職與理所當然。

本文改寫自：鄭琇惠，2005，〈哺乳技術網絡、規訓、與性別工作——台灣母乳哺餵網絡中的多重權力關係〉。高雄醫學大學性別研究所碩士論文。

問題討論

1. 這篇文章有沒有改變你對女性哺餵母乳的看法？為什麼？
2. 女人若僅餵短暫的母乳，或選擇不餵母乳，會遇到什麼樣的社會壓力？
3. 台灣媽媽若是要快樂餵母乳，需要具備什麼條件？

相關閱讀

1. Britton, Cathryn, 1998, "Feeling letdown': an exploration of an embodied sensation associated with breastfeeding." in Nettleton, S. & Watson, J. eds., *The Body in Everyday Life*, pp.64-81. London: Routledge.
2. Meyer, D. E. & Oliveira, D. L., 2003, "Breastfeeding policies and the production of motherhood: a historical-cultural approach." *Nursing Inquiry*, 10(1): 11-18.
3. 鄭琇惠，2005，〈哺乳技術網絡、規訓、與性別工作——台灣母乳哺餵網絡中的多重權力關係〉。高雄醫學大學性別研究所碩士論文。

推薦網站 / 影片

1. 國民健康局母乳衛教網站，網址：<http://www.bhp.doh.gov.tw/breastfeeding>
2. 國際母乳會網站，網址：<http://www.lalecheleague.org>

一隻鳥仔或雙人枕頭？談威而剛與男性身體

傅大為

清華大學歷史所教授

一、舉不舉，有關係

某泌尿科醫師在一次訪談中，談到他認為的「男性的脆弱」：

「男性在年輕時可能無所謂，到了四、五十歲，男性蠻需要的雙方良好互動，他可能得不到了。女性月經一停了，她不願與他有性交、有性接觸了的時候，他就嚐到苦果，……男性到五、六十歲，他必須靠對方的煽火才行，如果沒有煽火的對象，他這性功能……就要停止。男人只要他失敗一次，他會覺得頭都抬不起來！……這打擊很大！這社會角色就被塑造出，男孩子從小就被教導要騎馬打仗，女孩子玩洋娃娃。男性就必須扮演強壯陽剛……」

在今天的社會裡，婦女運動者常強調「男性霸權」，認為女性在權力關係上往往是弱勢，被男性打壓。不過，從泌尿科醫師江漢聲風行的男性笑話以來，一個基本的論點，就是男人其實是脆弱的，特別是男人那命根子，而泌尿科醫師的知識權威，就在號稱是那命根子的唯一專業照顧者。所以，男性脆弱論，一方面可以拿來回應婦女運動者，另一方面也在於鞏固泌尿醫學不可動搖的權威吧。

但是，男性的快感、愉悅與尊嚴（或說受喜愛），是不是一定要建立在那命根子上呢？泌尿科醫師也許要說，即使一個男人有權有勢有才，但他終極的尊嚴，還是會建立在那上面，何況還有許多既無權又無勢又無才的男

人。所以，也許我們可以理解，為甚麼當年威而剛一問世，就在媒體造成轟動，而且引起那麼多男人的注意。但是，威而剛究竟是讓男人自我滿足的象徵物，還是它真的是可以令女人（或同性戀的男性）喜歡的不二法門？泌尿科的醫學發展，這些年來愈來愈集中在塑造一個金鎗不倒的陽具，不但忽略了女人是否真的那麼喜歡，甚至男人自己，也都不見得認為自己的身體、魅力、性情，還都比不上一根表現良好的陰莖。

當然，男性身體其實有很多層的意義。它可以是運動的身體、工作的身體、遊樂的身體，甚至是戰鬥的身體，但它當然也是性的身體 (sexual body)。也許泌尿科醫師要說，既然也是性身體，那就顯示那陰莖的重要性了吧！其實，筆者想說那也不一定，性身體其實基本上是雙人的性身體，而不是一根陰莖那孤單而軟小的性身體，這一點留待本文最後來解釋。不過，我們先從泌尿科醫學自己的傳統來看，看看不同世代的醫師如何說性身體：過去的老泌尿科醫師，他們對男性身體的看法，不見得就是比較過時而不合理的。

二、男性身體的醫療化

我們首先看看 50 年代台灣的泌尿科耆老江萬煊醫師如何看待今天認為很嚴重的男性性障礙等等問題，他的說法其實很有意思（摘自江醫師的《性字路上五十年》、《台灣金賽的性學檔案》）。關於早洩，江老醫師說：「對早洩求診的病人，我強調早洩不是病，相反的是身體強壯的證明，七十歲的老人要早洩也洩不出來」；只要「每天兩、三次繼續三天，第三天包君不早洩！」又說：「人類的祖先多半是早洩的，如果追溯人類的進化史……那些做愛要『久』到兩分鐘以上的人，很早就被老虎、獅子、狼群吃光了。」

另外，關於做愛頻率與慾望的例子，江老醫師又說：「現代是人權的時

代，性也是一樣，每個人有權選擇最適合自己的性生活、性對象、做愛的次數、方式……」；「一對夫妻要做幾次愛是他們兩人的事，沒有幾次是正常、幾次以下是不正常的，都是正常的。」他甚至提到「無性夫婦」(sexless couple)，「結婚三十多年從來不做愛，領養了一男一女，但家庭圓滿幸福，養子養女也很孝順，這樣的家庭沒什麼不好啊。其實天下多了那些所謂性慾太強的人反而不妙……。」

所以，這是一個做愛自由的時代。男人是否早洩、與愛人是否做愛、做愛次數，是個選擇，是人類在面對不同環境下的自然適應問題。這些，都與「醫療」、「男人的性身體正常與否」無關。然而，到了二十世紀末，常常早洩，就是一種性功能的阻礙，做愛次數太少，就是一種慾望的阻礙，這些，如果不是泌尿科上的不正常，就是精神科上的不正常。原本是個個人「性愛權利」的問題，現在變成一個醫學問題、一個身體是否健康、正常或是病態的新問題。總之，就叫做身體或性的「醫療化」(medicalization)。

一般來說，某些原本被認為與醫療無關的身體現象（不孕、各種宗教式的天譴等、癲狂、失憶等），後來被認為是一種身體功能上的缺陷，而由醫學來施以幫助，這很可能是不錯的事情。但是，如果某些人本來就選擇、或樂於不孕，對性的行為態度與一般主流的意見很不同（快速的、或很少的性行為），強調生產應該在家中自自然然地進行（居家生產），剖腹產後下一胎改行自然生產，女性自然的進入更年期，或是強調宗教上的神聖行為而非精神上的失常（如扶乩等），那麼，現代醫療判斷說這些都是不正常、不恰當、或甚至是病態的現象時，反而對當事人造成很大的壓力，那就有商榷的餘地了。

一般來講，近代世界的一個特色，就是把愈來愈多的身體問題，都看成是醫療或病痛問題，所以，我們可以看到一個總的趨勢，一個愈來愈「醫療化」身體的一個大趨勢。本來，至少在十九世紀，歐洲醫療化的對象比較是以女性身體為主，當時產生了大量的新醫療知識權威，但基本都建立在醫療

化女性身體的基礎上（例如各種女性的精神病，從著名的歇斯底里症開始，到更年期、避孕丸、女性性高潮、憂鬱症等等），這也許特別與當時的資本主義父權社會有關係。終於，到了二十世紀的後半期，男人的性身體也逐漸被醫療化，而泌尿科醫學在二十世紀末尾的發展，就成為醫療化男人性身體的主流。

總之，威而剛與男性性身體，代表著一個男性身體醫療化很新、很晚近的案例。這個新型的醫療化的特色之一，就是把男性的性身體集中到男性的一個小器官上：陰莖。

三、勃起功能國際量表

從江萬煊的行為性的性醫療，到後來 70 年代台灣以精神醫學的角度來介入性醫療，都假設「性」是兩個人身體之間的事。但是到了今天，威而剛的使用，卻是男人個人身體器官的表現問題，女伴的觀感與意見，並不重要。這種偏執，我們從台灣幾年前所進行的威而剛「藥物測試」的設定，就可以很清楚地看出來。

首先，就實驗對象的選定而言，基本上必須是起碼已經有六個月的「穩定性關係」的異性戀男性（通常平均年齡是六十歲左右）。這是唯一我們所知道的有關實驗男性的「女性性伴侶」的資料！所以，我們完全不知道他們的「女人」是否對威而剛排拒或是喜愛——雖然我們常識性地知道，她們的態度、同情與否，與兩人性愛有相當的關係；而且在年紀大的性愛關係中，這種雙方合作的需要會更大。那麼，這些參與臨床實驗的男人，為什麼必須有一個「穩定的女性伴侶」呢？大概只是在於參與實驗者可以更專心於自己陰莖的表現，不必擔心在實驗期間因「沒有插入對象」而造成「不穩定」的情況吧。

其次，從受試者問卷題目（勃起功能國際量表 IIEF）的措辭和論文的語言中，我們也可以透視泌尿科醫界對異性戀性愛的圖像。IIEF 問卷中的第三、四題，也許是美國與台灣的臨床實驗中最重要問題。第三題問：「在過去一個月裡當您嘗試性交時，您的陰莖可以插入（進入）伴侶體內的次數？第四題則繼續問「在過去一個月裡當您在性交時，在您已插入（進入）伴侶體內後，您可以繼續保持勃起的次數？」（底線為筆者所加）。都是五選一的選擇，從「從未」到「幾乎每次」等來選擇與計分。注意這種問題的語言，是很令人驚訝地，非常地機械、冰冷，像是在練功夫時出劍刺穿木人的問題。同時，可以注意到，這些問題都嚴格地把男性與其性愛對象的身體，彼此撕裂分開；雖然這些實驗對象有親密的性伴侶，但是就問卷的問題意識而言，有無真正的性伴侶並不重要，「插進」的對象，也可以是個充氣娃娃、自慰（或「自我鍛鍊」）的成人玩具、或甚至是一夜情的陌生對象。

總之，在台灣的醫療脈絡裡，我們真的很難聽到女人對男伴服用威而剛的心聲。在國外一位精神科醫師討論威而剛的書中，我曾看到幾句很有趣的描述：芭芭拉是這樣來描述她與服用威而剛的先生傑克的新情境：「現在性交時，傑克好像在他的陰莖做愛，我卻被丟在一邊。性交好像是跑馬拉松似的，他好像是用馬錶和尺，不停地去量他陰莖的表現，在他腦中彷彿有一隊啦啦隊在歡呼，簡直快把我逼瘋了。」

所以，這是本文一開始所說的，在高科技醫療化發展下的泌尿醫學所建構出來的一根只能短暫揚威的陽具，而它大部分的時間其實都是一根孤單而軟小的陰莖。泌尿科醫師常愛強調，男人的陰莖其實很脆弱，而表面上看來粗獷的男人常常不能忍受一次的失敗。泌尿科醫師以近乎恐嚇的話語說「對，一次就完了」，所以，他們醫師多重要啊。不過，本文前面也說過：性身體，其實基本上是雙人的性身體。當然，我也不是說雙人性身體就是傳統所說的那金石為開的堅實愛情，但是，明顯的，它不會比任何人世間的身體關係脆

弱，甚至常常是更激情、基進、而有創意的，這正因為它是徹底的身體快樂關係。

四、雙人的性身體

雙人性身體的意涵之一，就是說性身體的最小單位，起碼是雙人的，這當然就會牽涉到我們的「身體界線」究竟在哪裡？

一般而言，一個人的所謂「身體界線」，今天通常是指生物性身體的界線，這也常是醫學觀點下的個人身體界線。而本質上基於生物醫學的泌尿科醫學，即使在觸及性功能及性身體時，也同樣地以個人的身體界線為單位，更何況，因為是泌尿科，所以此醫科中所關注的對象、所研究與看診的範圍，更只侷限在個人身體的一小部分中。至於超過這個範圍之外的性問題，一般泌尿科醫師若非夾雜著本位主義的「領土情結」，認為那些都不重要，就是謙虛地以「不是本行」推給精神科來規避與忽略。但是，性（sexuality）之為物，難道不該起碼是兩個身體的活動？難道不是兩個身體的彼此激情擁有、相互吞食？或許我們說「性身體」時的身體界線，就不同於一般的身體界線，而是一種「雙人」的性身體界線？一種反父權關係、又有性別權力張力的雙人性身體？

這個雙人性身體，不是傳統夫唱婦隨有從屬關係的雙人性身體，也不侷限於今天所說的「性伴侶」這個領域。夫唱婦隨，似乎著重在傳統的「插入」，而非兩個性身體的彼此配合相互吞食。性伴侶，似乎著重在兩個人的穩定性關係，但是就廣義的性身體關係而言，並沒有這個必要。舉凡短暫的、或多重的性身體關係，與這裡所提的雙人性身體都沒有衝突。就「相互吞食」這個意義而言，雙人性身體企圖超越傳統男人性行為常被看成是主動「表演」、被動女人性身體則常被問及「是否滿意」的那種不對稱關係，反而強調一種

徹底的雙人互動與共同建構的關係。當然這裡我們排除了「自慰」的性意義，那是個需要另外處理的領域。

五、結語

所以在這裡，筆者不禁回想起，傅科 (Michel Foucault) 在《性史》(*The History of Sexuality*) 系列之中，如何企圖逃逸於近代歐洲的醫療化之外，去追溯與重溫古希臘人相當私人化的性風格、性美感、還有性的養生之道。在那個世界裡，個人的性行爲還沒有被醫療化，沒有正常與病態的區別，有的只是各式各樣的個人化、私人化的養生格言，而沒有近代世界那具有普遍知識權威的性醫療論述，那管制與判定人們性行爲正常或病態的醫療權力。

筆者同時也回想起，一些所謂「陽萎」但又是優美的愛人，如科學哲學家費若本 (Paul Feyerabend)，一生如何地男女相愛。從他的自傳 *Killing Time* (1995) 裡，我們看到費若本早年在戰火中受傷，成爲傷殘性陽痿，但是這並不妨礙他的女性緣、他在情愛關係上的魅力，而他自傳中的許多愛戀故事，需要從這個角度來重新思考。而這樣的故事，其實並不罕見。它們或許可以喚醒我們早已遺忘掉的另類性身體經驗。甚至，我們可以再回頭來看威而剛。一方面，它可以是陽具勃起主流論述意義下的威而剛，但是在「去醫療化」的另類視野中，透過再詮釋，它可以是一種特殊的「維他命」，在各種不同的性品味與性偏好之中，成爲 (停經) 女性、男女同性戀者、高齡者、異性戀者等，在他 / 她們發展多元「性風格」選擇中的一種。

本文摘自：成令方、傅大爲，2005，〈威而剛與泌尿科的男性身體觀〉。《亞細亞的新身體》。台北：群學。

工具箱

問題討論

1. 泌尿科醫師常說男性的陰莖、還有男性的性本身，都是非常脆弱的。爲何他們會這麼說？這說法有何問題？
2. 威而剛所預設的男性性身體是怎麼樣的一種身體？男性的性身體，除了堅舉，還有什麼其他的可能性？
3. 我們如果有機會去訪談服用威而剛的男性，還有那些男性的女伴，你猜他們的說法和醫師的說法，會有什麼可能的差別？

相關閱讀

1. 江萬煊，1995，《性字路上五十年》。台北：聯經。
2. 江萬煊，1997，《台灣金賽的性學檔案》。台北：健行文化。
3. 蘇珊·沃安醫學博士（Susan Vaughan, M.D.）著，印鮑氏譯，1998，《威而剛》（VIAGRA: A Guide to the Phenomenal Potency-Promoting Drug）。台北：笛藤。
4. 文榮光，2000、2004，〈誰來幸福門診？〉。2004 第四屆「性別與醫療工作坊」，性別、性醫學、與性學座談會，文榮光引言稿附錄（2000/11/16）。

推薦網站 / 影片

1. 影片「金賽性學教授」（*Kinsey*, 2005）。Fox Searchlight Pictures presents, in association with Qwerty Films, a NiEuropean Film Produktions-GmbH & Co., KG/PrettyPictures production, a Bill Condon film; produced by Gail Mutrux; written and directed by Bill Condon.（2005 年曾在台灣上映）
2. 醫療與身體：當代台灣人文研究網際網路，網址：<http://sts.nthu.edu.tw/twmed/>

棉條為什麼不受歡迎？

許培欣

東方技術學院講師

相信各位一定在超商或是大賣場中看過各種廠牌、多種款式的衛生棉，譬如量多型、量少型、夜安型、護墊等，選擇性相當高。但是當同學、朋友在計劃著出遊、泡湯、游泳時，仍免不了有許多女性擔心「那個」會不會來報到？生理期的因素不僅減少她們參與的興致，甚至會讓她們放棄參加。也許有人會說：「可以使用棉條啊」，但是妳／你知道這項產品嗎？妳／你曾經看過嗎？妳使用過嗎？事實上，棉條在台灣的使用率大約僅 2.1%，想一想，為何會這麼低？

一、前言

從青春發育期開始到停經為止，月經是每一個女人都要面對和處理的議題。筆者從訪談及相關文獻中得知，衛生棉和棉條引進台灣前，婦女主要使用布和粗紙。衛生棉大約在 60 年代中期引進，棉條則在 70 年代進入台灣。

在 90 年代，台灣衛生棉的使用率高達 95%，而棉條的使用率僅 2.1%。產品的種類變化也印證了這樣的趨勢，例如在短短十年間，市面上的衛生棉從 80 年代的 18 種，到 90 年代增至 51 種，衛生棉可以說是台灣經期產品的主流，相較之下，棉條在 80 年代原本有四家進口廠商，1991 年後，就僅剩嬌生公司所代理的 O.B. Tampons，種類上也僅有迷你型及標準型兩種選擇。根據一些資料推測，2000 年台灣女性使用棉條的比例甚至只有 0.4-1.2%。

有一個美國的研究可以做為強烈的對照。根據 Omar, Aggarwal 及 Perkins (1998) 的調查，美國大學女生，使用衛生棉和棉條的比例為：單獨使用衛生棉者佔 19%、單獨使用棉條者佔 29%、交替使用二者的佔 52%，他們的總結是美國年輕女孩使用棉條 / 混合使用的達到 81%。為什麼台灣的女性對棉條科技的使用度與美國如此不同？在此筆者以科技與社會研究領域常用的一個概念來解釋：月經科技（以及任何一種科技）能夠被人們使用或不使用，以及如何使用，如何被賦予社會文化的意義，必然與很多社會文化因素彼此有相互生成（co-production）的關係。下面筆者就以台灣女性不使用棉條為例，分別從污名化的醫學「舊」知識、科技傳播的困境，以及女性使用者的身體經驗三個面向來說明。

二、毒性休克症候群：棉條引進時機的污名化

棉條引進台灣沒多久，1980 年在美國爆發了使用超強吸水力的 Rely 廠牌的棉條時間過長，造成八百多人感染到「毒性休克症候群」的事件。台灣衛生署立刻採取行動，在 1982 年正式發文給棉條進口業者，要在棉條的使用說明書上加上警語。在美國，消費者經歷了八年，牽扯到廠商、消費者、社會政策、媒體及婦女團體的立場與爭議等複雜的過程，直到 1988 年才制訂出棉條吸收量的統一標準，以防止「毒性休克症候群」的發生，但這在台灣卻無法做到，因為棉條的產地來自於加拿大、德國、澳洲、日本，進口地國家的不同，產品的吸收量也有不同的標準，直到現在台灣對於進口棉條的吸收量，仍舊沒有標準規定。

80 年代初期，美國社會對於棉條造成的「毒性休克症候群」感到擔憂而高度警覺，到了 90 年代這擔憂已經煙消雲散。然而 90 年代的台灣婦產科權威仍然以十年前的「舊聞」，在媒體上侃侃而談「經期毒性休克症候群」與棉條的關係。

台大婦產科醫生李建南指出：如果使用塞入型衛生棉可能導致部分未婚少女處女膜破裂。……同時也會引發「毒性休克症候群」的發生，因此美國 FDA（食品藥物檢驗局）早已建議婦女不要使用塞入型衛生棉。（1991 年 8 月 1 日中國時報第五版）

過去國泰等醫院都發現，一些年輕女性，將衛生棉條擺放體內過久，導致「休克症候群」的病例……。包括台大婦產科教授李鎡堯、周松勇、台北榮總家計科主任張昇平等婦產科醫學人士，過去即曾多次提醒婦女在使用棉條的時候要多加的小心。（1992 年 4 月 24 日聯合報第五版）

上述報導中有二個錯誤，不知道是媒體記者報導錯誤，還是婦產科醫生的資訊錯誤？第一，應該不是美國 FDA，而是美國疾病管制與預防中心（Center for Disease Control and Prevention）的建議。此外，該中心不曾建議婦女不要使用塞入型衛生棉，而是建議要經常替換棉條，並選購吸收力適當的棉條。第二，台灣首例被證實的「毒性休克症候群」案例發現於 1993 年，一名女童因傷口感染引起毒性休克症候群，與棉條毫無關係。筆者認為從上述兩則 90 年代的新聞可以看出，台灣醫界傳達的棉條與「經期毒性休克症候群」的知識是非常具有選擇性的，他們選擇配合「污名月經」的文化，以過時老舊的信息重覆警告棉條使用者。醫學界對棉條的污名化，反映出婦產科醫界對婦女月經科技的輕忽，也反映了社會對棉條的使用非常不友善。

三、棉條科技的傳播困境

西方文獻常常將商業型棉條的出現及大賣歸功於廣告傳銷、女性先前使用經期產品的經驗以及醫療權威的支持。1945 年，Dr. Robert Latou Dickinson 在美國醫學會中所提出的報告中指出：因為衛生棉和空氣接觸容易產生異

味、且衛生棉的體積龐大更容易造成浪費與丟棄不便，因此推薦婦女使用棉條。這樣的報告在西方社會中，被視為是推展棉條的重要說帖。70年代愛寶衛生棉條在台灣廣告的標題也是以「小小的東西，無比舒適，O.B. 讓我活躍於商場」，強調「攜帶方便」、「沒有異味」、「了無痕跡」等優點來行銷。但是類似的廣告，為何無法讓棉條在台灣成功地推展？筆者將針對棉條屬於醫療器材，以及廠商當時發放的試用品、產品說明書，試圖去尋求一些可能性。

（一）棉條屬於醫療器材是「保護」或是「限制」？

衛生棉在台灣屬於日常用品，銷售地點不受限制，但是棉條被衛生署列為「醫療器材管理法規」的範圍，屬於醫療器材，因此依照我國現行的「醫療器材管理」法規，在進口時必須要經過「許可」、「簽證」、「發照」、「列管」。而進入台灣市場後，棉條被限制在藥局中才能出售。雖然現在我們可以在連鎖藥局和某些大賣場中購得，但是卻還沒有普及到所有便利商店和雜貨店，而且廁所牆上也不能有棉條的販售機。「醫療器材管理法規」也限制了廣告的範圍，依規定需要送衛生主管機關核准，取得證明文件後，才能在電視、雜誌中刊登，因此在限制上又比衛生棉更加的嚴格。由於傳播的管道不暢通，使得很多人根本不知道哪裡可以買到棉條，也不知道月經來時若使用棉條仍然可以游泳和從事劇烈運動。

另外，棉條在台灣銷售價格跟香港、新加坡相比，實在「貴得離譜」¹。我要在此特別指出，棉條與衛生棉雖然進入台灣的時間大致上相同，但是除了廣告的限制之外，在銷售的地點與售價上，棉條與衛生棉的待遇確實是很不一樣。

1 有消費者反應，丹碧斯棉條四十條裝，香港售價折合台幣為85.5元，在台灣售價為274元（1989年1月18日／聯合報／5版／生活萬象）。丹碧斯棉條公司解釋說：這個稅、那個稅加起來當然貴！

(二) 產品說明書不夠本土化

棉條對於很多女性而言，屬於罕見的產品。棉條進口廠商在推展棉條時，曾發放試用品讓女性試用，廠商所提供的使用說明書，常常是用女性正面外生殖器官與側面內生殖器官的解剖圖，來解釋棉條使用的方式，以及棉條放置的位置。根據筆者的訪談，受訪者常看不懂說明書中所教的方法，並希望能以辦說明會的方式來讓女性瞭解，否則往往得自己去摸索與嘗試。

比較目前棉條中文與英文的說明書後發現，廠商只是提供翻譯的說明書，並沒有針對台灣婦女的需求做特別的說明。例如在說明書中僅提及將棉條推到食指的第二關節處，並沒有考慮到中／西方或是女性個別體型上的差距。同時台灣的氣候也和西方社會不同，因為潮濕，棉條的儲存會有問題，這在西方翻譯的說明書中也看不到。因此棉條進口到台灣時，即便是有使用說明書，仍然是忽略了使用者在種族文化以及對於經期身體觀的差異，在台灣婦女接受棉條的過程中，造成許多的困擾，因此放棄使用的女性相當多。

(三) 健康教育教材中的缺席

2003年，行政院衛生署國民健康局在其設置的青少年網站上，以衛教漫畫「國小性教育系列——長大的感覺」教導國小學生怎麼選擇衛生棉。漫畫中，很明顯地將棉條定義為不適合未婚女性的經期產品，因此小學生可以選擇薄的、厚的、不同廠牌的衛生棉，就是不要使用棉條。在同一網站上，為經期教育所製作的小手冊——《健康的面對月經》，也清楚地描繪了衛生棉的使用方法，卻隻字未提棉條的使用，反而提到使用棉條可能有「中毒休克症候群」的風險，要小學生謹慎。

四、經血的身體觀

很多女性深受近代中醫和民間的經血身體觀的影響。歷史上記載，女性會使用稻草、布、粗紙等材料處理月經，甚至在西元前五世紀，就有記載希臘女人用麻布包在木頭上，塞入陰道。中國的歷史上很少記載月經的處理方式，在漢唐有以「女體為藥」的記載，也就是用月水入藥，除了月水外，也有用「月布」燒成灰做為藥物，以滋陰補陽，彌補耗盡。在以往的文獻中可以看到中國女性使用月經布的記錄，但並沒有看到類似古希臘以布棒塞入的使用。中國古代原本不認為未排放經血會致病，但近代台灣的中醫和女性卻都很在意經血的暢通，對使用棉條顯得很謹慎。中醫認為經期間有性行為會對女性造成傷害，在經期中性交會干擾自然的血流，就好比是「轉水龍頭時將一根手指堵住出口」——造成停經、經血逆流或是體內調節紊亂。中醫也認為女性最好在經期中運用陰／陽調合等觀念，進行食補以便讓血排除乾淨。受到上述觀點的影響，很多女性認為使用棉條會阻礙經血排出，因此除非必要否則也就不用棉條。可見文化對於血的認知，影響到女性如何去看待月經的處理。

五、棉條與處女膜迷思

另外一個阻礙台灣女性使用棉條的文化因素是擔心棉條會破壞處女膜。傳統社會檢驗處女的方法，是以初夜是否「落紅」為判斷主要標準，這樣的處女情結至今還很普遍地存在很多男女的腦海中，於是很多年輕女性會問：未婚是否能使用棉條？是否會造成處女膜破裂？

棉條到底會不會造成處女膜的破裂？Goodyear-Smith and Laidlaw 在 1998 年的醫學文獻回顧中指出，從 1945 年至 1998 年之間，只有三篇醫學論

文研究沒有性交經驗的女人使用棉條是否會改變處女膜。其中只有一篇沒有直接證據而推測，棉條可能造成處女膜有所改變，但二位作者都質疑該篇論文的嚴謹度。其他兩篇則認為不會改變處女膜，其中，1994年 Emans 等人以二百位無性交經驗和一百位有性經驗的少女為比較對象，指出棉條使用不會造成處女膜破裂，該研究是目前被認為最具科學證據，稱得上嚴謹的研究。但是 Goodyear-Smith and Laidlaw 也指出，處女膜的破裂其實有很多原因，包括：有異性戀性行為、使用手指或是按摩器自慰、兒童期的意外傷害、正常的生理變化、也有可能是使用棉條。

台灣的婦產科醫師也提出類似的看法，例如「馬偕醫院婦產科醫生鄭丞傑表示，雖然說處女膜本身是有開口且具有韌性，只要使用小心就不會造成傷害，可是要多小心？還是很難說出一個標準。……時代在變，不應再刻意強調處女膜的重要性，但站在婦產科的立場，沒有性經驗的婦女朋友還是盡可能避免使用衛生棉條較佳」（消基會檢驗委員會，1993）。

如此看來，是否適合使用棉條，不只是解剖學上的認知，同時也包含著社會信號，告訴年輕女性應當如何保有處女的貞潔。醫界雖然知道處女膜是有開口的，理論上使用棉條並不會造成處女膜破裂，但醫生仍舊認為沒有性經驗的女性最好是不要使用棉條，以免傷害到處女膜，這與社會上普遍認為未婚女性應當要好好保護處女膜的主流論述相吻合。婦產科醫生雖然能公開地談論女性處女膜的問題，但仍然順從「處女貞潔」、「婚姻中才能有性關係」的父權主流觀點，對於未婚女性的身體產生規訓的作用，使其好好地去保護處女膜的完整。

相較於整個社會文化以及醫生的說法，1990年擔任藥政處處長的蕭美玲的說法則是一個例外，她站在女性的立場認為「處女膜的問題似乎只有中國男性才重視」，表示不支持在包裝盒上加上「塞入型衛生棉可能導致部分未婚少女處女膜破裂」的警語，但蕭美玲的想法仍無法抵擋社會上普遍存在的處

女情結。行政院衛生署於 1991 年 11 月 1 日頒布衛署字第 991169 號規定，明白地要求棉條廠商要在產品說明書中加上：「未婚少女應注意小心使用」以及包裝中不得出現「對處女膜絕無傷害」的警語，同時也要標明這是「要經醫生的指示使用」，並僅能在藥局中才能販售的產品。對於違反標示規定者，處新台幣三萬元以上、十五萬元以下的罰鍰。在這樣的規定中，看到台灣社會所存在的處女情結和處女膜迷思，藉由衛生署對棉條的使用說明書的規範，正式地以法令呈現出來。

六、結論

若上述分析可以解釋「台灣女性為何不使用棉條」，那麼我們也可以指出「解構棉條污名的過程」是有可能的。因為社會上各種勢力的協商和角力是持續進行的、可以被翻轉的，例如很多都會年輕女性不再謹守月經的傳統文化規範，也不再重視處女膜的完整，少數婦產科醫生也開始站在女性立場發聲，女性對自己身體的知識也逐漸提升，使用棉條遇到的困境也可能逐漸改善。當女性發現使用棉條讓參與運動和戶外活動變得方便，銷售廠商面對與日遽增的需求，就會考慮引進多樣商品種類、改善說明書的解說，那麼鬆動這經期科技的「牢籠」也就指日可待。

本文摘自：許培欣，2003，〈從布、粗紙到衛生棉條：月經科技和身體經驗，1945-1995〉。高雄醫學大學性別研究所碩士論文。

問題討論

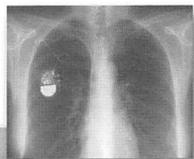
1. 妳使用過棉條嗎？妳使用或不使用的原因是什麼？
2. 限於篇幅，其實台灣女人不用衛生棉條，還有幾個解釋面向沒有寫入本文。你可以想到哪些呢？
3. 本文以棉條科技在台灣不受歡迎的歷程，說明科技的使用與社會有密切的關係。請你按照本文的結構，以其他案例來說明是什麼社會文化因素促使科技產品受到歡迎，例如手機、摩托車在台灣的使用率高居世界前幾名。

相關閱讀

1. 許培欣，2003，〈從布、粗紙到衛生棉條：月經科技和身體經驗，1945-1995〉。高雄醫學大學性別研究所碩士論文。
2. 成令方、許培欣，2006年3月5日，〈小棉條，大問題〉。中國時報「時論廣場版」。

推薦網站 / 影片

1. 月經博物館，網址：<http://www.mum.org>



第 6 篇 工作與健康不平等

- 導讀 林宜平
- 健康的社會不平等：以事故傷害為例 呂宗學
- 檳榔與計程車司機 郭淑珍
- 愛拼才會過勞死：以高科技產業為例 翁裕峰
- 精神醫療與性別：以憂鬱症為例 鄧惠文
- 從社會文化觀點看移民結核病 何明蓉

導讀



林宜平

台大公衛學院健康風險及政策評估中心助理教授

工作與健康不平等，原本就是古老的公共衛生問題。1839年英國第一位統計局長 William Farr 發現「貧窮地區死亡人數較多」，1848年推動英國公共衛生立法的 Edwin Chadwick 在「勞動人口衛生狀況調查報告」中指出，利物浦的上流階級和專業人員的平均死亡年齡是 35 歲，零售商及其家屬是 22 歲，而勞工、技工和僕役則只有 15 歲。

健康不平等的議題在 1980 年前後，再度成為歐洲國家關注的焦點，主要的原因是社會經濟狀況惡化，蘇聯瓦解後，歐洲由原來的 32 國增加為 51 國，各國經濟蕭條、失業率升高，再加上人口老化，不但影響整個醫療照護體系，也對國家的社會福利制度造成很大的負擔。其次則是健康趨勢的惡化，蘇聯解體後，幾個小國的平均餘命急遽下降，而英國的研究也發現，社會階級間的標準化死亡率的差距愈來愈大。近年來有關健康不平等的社會流行病學研究報告見諸歐美各大期刊，並且結集出版許多專書與讀本，而消除健康的不平等也成為幾個歐洲國家的重要衛生政策。

這幾年台灣社會的健康差距也逐漸增加，從繁榮富裕的台北到位處偏遠的台東，平均壽命就足足少了七歲，「一個台灣，兩個世界」，到底是什麼因素造成這樣明顯的健康差距？在「工作與健康不平等」篇中所收錄的文章，都是國內學者所做的研究，研究的社會變項包括地區、工作狀況、性別與移民，而健康的後果則包括意外事故、肺結核、憂鬱症、心血管疾病與嚼食檳榔，充分凸顯健康不平等的普遍及多元。

呂宗學以台灣事故傷害死亡率的地區差異，說明事故傷害並不是無法預

測、無法抗拒與不可預防的「意外」。台灣 1970 年代與 1980 年代的快速經濟成長，其中一個慘痛的代價就是道路交通事故傷害死亡率的顯著增加，雖然死亡率的絕對值在 1980 年代末期就開始下降，但是縣市間的相對不平等卻持續增大。由於事故傷害比較不受基因影響，發生原因主要是人為與社會性的，因此也比較可以預防。呂宗學的文章，也討論事故傷害預防的四個 E：教育（education）、工程（engineering）、環境（environment）與執法（enforcement）。

郭淑珍的研究對象是嚼食檳榔的計程車司機，在她豐富的田野資料中，我們可以進一步探討「開計程車」工時長、單調、無聊，又侷限在狹小空間的工作特性，與嚼食檳榔之間的關係，並且藉由這樣的例子，讓我們重新思考健康行為與人和社會生活之間錯綜複雜的關係。

郭淑珍研究的是位於社會底層的計程車司機，以及他們不良的生活型態；而翁裕峰研究的則是科技新貴的過勞死。他從國際化與經濟競爭、國家管制與過勞死預防兩個面向，嘗試釐清高科技產業過勞現象與職業傷病之間的關係。翁裕峰認為生產技術是高科技產業過勞現象的原始驅力，讀者可以對照本書另外一篇文章，鄭雅文討論工作壓力與管理技術間的關係，進一步探討全球化的市場結構如何結合生產技術與管理技術，造成高科技產業員工「愛拼才會過勞死」。

鄧惠文研究性別與精神醫療，探討憂鬱症成為新世紀女人病的主要因素。她指出，處於逆境和缺乏資源的女性，常因生活條件不良、勞累、壓力而產生各種身心不適，因而進入醫療體系。我們應該進一步思考，如何將女性的身心不適，還原於生活的脈絡中，探討各種層面的影響，以女性的需求為改善的方向，才能從根本解決問題。

何明蓉的研究，則帶領我們飄洋過海，進入另外一個田野，探討紐約中國城非法移民的肺結核。從何明蓉的案例中，我們發現這些感染肺結核的移民，並不是如主流公衛論述所說的，是在其母國「高風險」的環境感染的，

而更有可能是 在移民路程中，在擁擠而封閉的空間，因為心理疲憊與營養不良等因素，感染結核病。她的研究讓我們超越生物醫學觀點，進一步瞭解全球政治經濟的不平等，以及與中國城的居住和工作環境的關係。

從古老的英國，到現代的台灣，我們其實已經有非常豐富的研究證據顯示，健康不平等主要是社會經濟因素的不平等所造成的。從科技與社會的觀點，我們應該進一步討論，如何改變與介入這樣的健康差距？我們需要什麼樣的公共衛生政策，才能真正降低事故傷害、嚼食檳榔、過勞死、憂鬱症與肺結核？我想答案絕對不只是衛生部門的加強「衛生教育」或是推動「健康促進」，而是要結合環境、交通、勞動等跨部會的增建捷運、改善工作條件、重視女性的身心需求，以及更重要的，消彌全球政治經濟不平等。

我們要強調的是，健康不只是個人的問題，也不是醫療的問題，而是社會的問題，我們不只需要「健康政策」(health policy)，更需要政府跨部門的「健康的政策」(healthy policy)，才能真正增進全民健康。

健康的社會不平等：以事故傷害為例

呂宗學

成功大學公共衛生研究所副教授

健康不平等的研究是近二十年來社會流行病學、健康社會學與公共衛生學的熱門研究議題。為什麼健康不平等的研究受到重視？因為近十幾二十年來，大多數國家的死亡率絕對水平都呈現下降趨勢，但是死亡率的相對水平（譬如城鄉別、社經位置別、所得別與教育別差異）卻都呈現上升趨勢。許多研究也顯示其他健康指標（譬如失能率、自覺健康率、存活率、疾病發生率）都出現明顯社會不平等差異。

由圖 1 可看到台灣整體道路交通事故傷害死亡率由 1960 年代到 1980 年代呈現顯著上升趨勢，從 1990 年代開始出現下降趨勢。可是縣市間的離散差異分佈卻在 1990 年代逐年加大。圖 2 將台灣的縣市依照家戶可支配所得區分為四組，可發現在 1970 年代不平等並不明顯，但是到了 1980 年代與 1990 年代，不平等愈來愈加大。

學者、政策決策者或是一般民眾或許同意健康的社會不平等有加大的現象，但是不一定同意這樣的現象值得研究。有人認為健康不平等是自然的，就好比生物特徵的多樣性，每個人的身高、體重、膚色與生理值有變異量（variances），沒有什麼好壞的價值判斷。有人認為健康不平等是應該的，就好比教育、收入與職業一樣，健康是一個人努力獲得的成就。有人努力維護健康（如不抽菸、每天運動並節制飲食），當然應該比不努力維護健康的人要有較佳的健康結果才公平，如此才能激勵人們願意投資時間與金錢去維護健康。反之，有人認為健康不平等是不應該的，並且很悲觀地認為健康不平等難以改變，譬如面對一位沉溺於吸菸與吸毒的失業者，不僅要個人改變行為

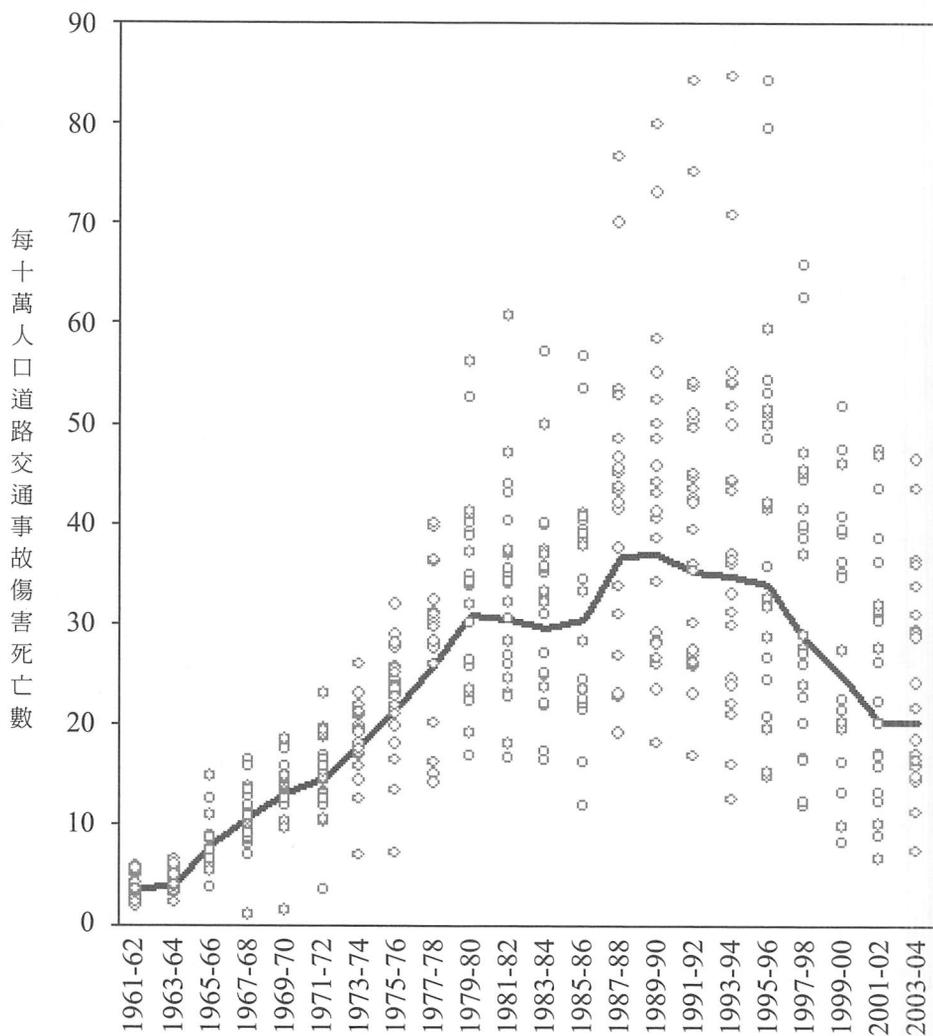


圖 1 台灣各縣市別道路交通事故傷害死亡率趨勢數，1961-2004

(註：每一點是一個縣市的道路交通事故死亡率，例如1991-92年最高點是花蓮縣的84.2，最低點是台北市的16.7。)

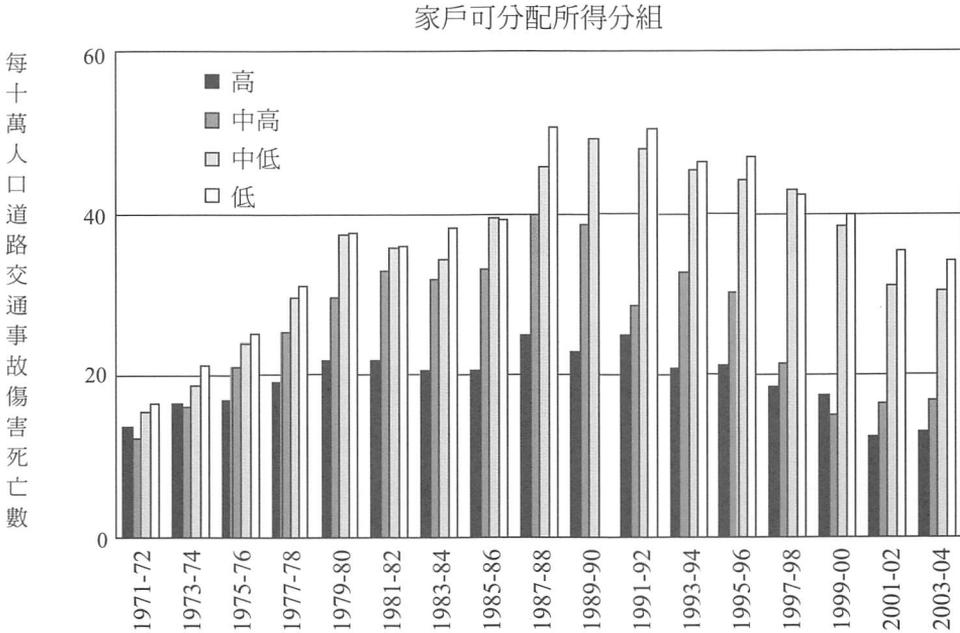


圖 2 台灣 23 個縣市家戶可支配所得分組與事故傷害死亡數，1971-2004

(註：家戶可支配所得分組，是依每年調查平均家戶可支配所得區分為四組，每一組約六個縣市。從圖中的數據，可以比較不同所得的道路交通事故死亡率是否有階級差異。)

很困難，直接給予工作或是金錢更難，因為有了錢可能又拿去買毒品，所以也是無效的。

由於有如此大的認知差異，而且都有相當的合理性，因此有必要對於健康不平等的概念予以釐清。本文接下來分為三部分，第一部分要討論的是哪些健康不平等是不公平的。簡言之，如果某些健康不平等是可避免的或是不必要的，這類的健康不平等就是不公平與不公義，應該要加以消除。根據這個標準，第二部分將說明事故傷害是最可避免也是最不必要的健康問題。第三部分進一步探討造成事故傷害社會不平等的路徑為何。本文的結論是：事

故傷害的社會不平等是有趣且複雜的社會現象，具有相當的科學學術研究價值，也有相當道德倫理的重要性與解決迫切性，值得更多人投入研究與提出有效的解決對策。

一、哪些健康不平等並不公平？

有學者將健康不平等與健康不公平予以區分，前者是價值中立的統計描述差異，後者是基於道德倫理評價，指涉某些健康差異是可避免或不必要的，因此是不公平與不公義。其實，大多數學者使用健康不平等時都暗含著健康不公平的關懷與道德評價。如果沒有這層關懷，學者可能直接使用中性的健康差異。想要瞭解哪些健康差異是可避免或不必要的，我們必須對於造成健康差異的決定因素有所瞭解。綜合過去的研究，這些決定因素大致可以分為六類：

1. 生物性變異，譬如年齡別的死亡率差異，或是女性骨質疏鬆較嚴重等。
2. 自由選擇某些損害健康的行爲，譬如從事高空彈跳或滑雪等高危險的休閒運動，又譬如因為宗教因素拒絕輸血或戴保險套等醫療措施。
3. 較快接受某些促進健康的行爲，使某些群體短時間獲得較佳的健康結果。譬如預防接種或子宮頸抹片篩檢。
4. 選擇某些損害或促進健康行爲的自由程度受到限制。
5. 暴露在不健康與高壓力的生活與工作環境。
6. 基本健康與公共服務的可近性受到限制。

大多數人都有共識，上述第一至第三種因素所造成的健康差異不應該視為健康不公平，至於第四至第六種因素比較是可以避免的，因此這些因素造成的健康差異是不公義的。譬如許多窮人因為缺乏資源，不得不住在不安全

與擁擠的住家，從事較危險與骯髒的工作，承受隨時可能失業的壓力，這些環境因素將導致高疾病發生率與死亡率。偏偏許多社會經濟問題與健康問題又常常是如影隨行，許多弱勢群體常常面臨禍不單行，或屋漏偏逢連夜雨的處境。

舉例而言，一位原住民因為山地教育資源較差無法獲得較佳學歷，因此只能從事較危險的建築板模工作。因為工地安全管理不善造成該原住民手臂被輾斷，在沒有獲得賠償又失去工作之下，只好返鄉並日日藉酒消愁。長期酗酒再加上小時候因為打針感染 C 型肝炎，使他四十歲就罹患肝硬化。肝硬化造成食道靜脈瘤破裂大量出血，因為山區交通不便，再加上醫院血庫缺血與處理設備不足，他可能四十歲就英年早逝。這類弱勢群體的惡性循環所造成的夭壽（premature death）與健康不平等，絕對是社會不公義。

同樣地，許多所謂的「個人」健康行為選擇，也是相當程度受到社會經濟環境的限制。譬如在山地鄉的居民比較難獲得較新鮮的食物，雜貨店賣的食品也可能是地下工廠製造；許多人不願意運動，主要是因為工作太忙碌無法撥出時間，同時也找不到適當場所與設施；許多危害健康的商品（譬如香菸）也都針對年輕男性勞工階級與年輕女性進行強力行銷，使他們不知不覺地成癮。因此，區別哪些健康不平等是健康不公平的關鍵在於：人們可以自由選擇造成不良健康的情況的程度，是否超過自己能直接控制的範圍。

也因此大多數學者所說的健康不平等，其實是指健康的社會不平等。健康的「社會」不平等，基本上是探討「群體間」的健康差異。這類研究的前提是：個人層次的變異量在群體內會互相抵消，因此群體間的健康差異主要是來自群體間的「結構性」健康影響因素差異。譬如城鄉的健康不平等主要是探討居住環境（譬如自來水與污水處理系統）與資源（譬如較便利的交通、醫療與教育機構等）差異對健康的影響。又譬如白領與藍領的健康不平等主要是探討職業環境危害暴露、工作壓力與次團體文化（藍領階級較多吸菸與

嚼檳榔等)對群體每一個人的健康影響。如果健康的社會不平等是因為都市規劃政策不恰當,或是工廠安全管理不當造成,這種健康的社會不平等就不自然、不應該,也不難改善。下一部分將說明,如果以「可避免」與「不必要」做為判斷標準,事故傷害的社會不平等是最不公平的健康問題。

二、為什麼事故傷害是最可避免與最不必要的健康問題？

日常生活中,我們常常將車禍、溺水、跌倒、燙傷、中毒、電擊等事故傷害(injury)統稱為「意外」(accidents)。當我們使用意外兩字時,我們腦海中其實也暗含著這些事故傷害是無法預測、運氣不好、上天的旨意、無法抗拒與不可預防的。事故傷害真的是無法預測與不可預防嗎？

事故傷害的簡單定義是：人體瞬間承受無法承受的能量造成身體組織的受損。在這個定義中,最重要的關鍵就是能量,上述不同事故傷害都涉及不同類型的能量。譬如車禍涉及動能、溺水涉及化學能(缺氧)、跌倒涉及位能、燙傷涉及熱能、中毒涉及化學能、電擊涉及電能。暴露能量較多的人,人體接觸能量的機會也相對較大,譬如工廠勞工暴露化學與機械能量、採蚵者暴露海水與職業駕駛暴露交通車輛都遠高於一般民眾,也因此有較高機會接觸到能量並造成傷害。人體暴露能量愈大,造成傷害也愈嚴重,譬如職場上的機械撞擊傷害當然比運動場上被球擊傷嚴重。

不過,許多長期暴露高能量者並沒有發生事故傷害,顯然還是有許多其他因素導致事故傷害發生。事故傷害的成因理論主要來自傳染病成因理論,造成傳染病流行的主要影響因素包括病原(登革熱病毒)、媒介(蚊子)、環境(有積水易滋生蚊子)與宿主(穿短褲的人)。同樣地,造成機動車事故傷害的成因也可區分為能量(高速行車)、媒介(車輛)、環境(道路面有坑洞)與宿主(酒後駕車)。這四個因素彼此交互作用造成事故傷害的發生,每一個因素的重要性也是相對於其他因素。

譬如家中廚房地面上有油水（環境）造成二十歲兒子（宿主）跌倒，所造成的傷害不會很嚴重，頂多是紅腫與擦傷。但是相同的環境與能量若讓八十多歲的阿婆跌倒，就可能造成股骨與頸骨骨折的嚴重傷害，最後還可能因為長期臥床而死於肺炎。類似地，浴缸裝滿水對成人而言是小能量聚集，但是對於幼兒卻是大能量聚集，因此小孩溺死於浴缸的意外仍時有所聞。

綜合上述理論，事故傷害的防制原則可以簡單分為兩部分，「防」是預防人體接觸能量，「制」就是控制能量對人體傷害的嚴重度。預防人體接觸能量，首先要求限制能量的聚集（不要超速），其次是避免能量的釋放（良好煞車系統），第三是疏散與轉移能量移動方向使其不接觸人體（路間中隔與護欄）。至於控制能量對人體傷害的嚴重度，首先是在能量與人體間增加組阻隔（安全帽與安全氣囊）、改變接觸面（車內避免凸起按鈕）、避免二次傷害（避免撞車後車輛著火）、避免重覆事件發生（車禍現場後方設置三角警示標誌）、緊急送醫與良好復健。

許多國家都根據上述理論與防制原則積極進行防制措施，也明顯看到事故傷害死亡率的絕對值下降。但是，為什麼事故傷害發生率、失能率與死亡率的不平等卻逐年增加？下一部分將探討造成事故傷害社會不平等的路徑。

三、造成事故傷害社會不平等的路徑

學者對於造成健康的社會不平等的原因，提出了幾種解釋模型：一是行為文化模型，低社經位置者因為教育程度不足或是同儕文化影響，有比較高比例的危害行為（吸煙、不運動、高油高脂飲食等），因此疾病率與死亡率較高。二是物質環境模型，低社經位置者因為住家與社區環境的有利資源（好學校、公園、醫療設施）較少，有害暴露（污染工廠、危險道路與劣質食品）較多，因此疾病率與死亡率較高。三是社會選擇模型，因為先有疾病才導致

社會競爭不足，因此流落到低社經位置。四是社會心理模型，低社經位置者因為眼見高社經地位者的優勢而心生不滿與忌妒，或是長期缺乏成就感導致荷爾蒙、神經傳導物質與免疫失調，因此比較容易罹患疾病與預後不良。五是生命歷程模型，胎兒、幼童、就學期間、初次工作、後來工作晉升與退休等不同時期的生活機會與境遇都有明顯的社經地位差異，一點一滴累積造成不同階段疾病的社會不平等。

事故傷害流行病學學者比較常用行為文化模型與物質環境模型來解釋事故傷害的社會不平等。依照行為文化模型的解釋，低社經位置者有較高事故傷害發生率，可能是因為低社經地位者她／他們有較多酒後駕車、違規行駛、飆車、不戴安全帽、不繫安全帶、在危險水域戲水、不依照標準作業流程工作。低社經地位者一旦發生事故傷害，就醫配合度可能不高，因此醫療與復健結果較差。這種解釋比較偏重個人行為，因此事故傷害防制也會偏重個人教育與懲罰，譬如曾經發生過事故傷害者加重保險金額或者不再錄用。

反之，依照物質環境模型的解釋，造成低社經位置者高事故傷害發生率的原因常常不是個人可以改變或決定。譬如工廠安全措施不良，過多噪音與空氣不良導致勞工容易發生事故傷害；景氣不良導致公司裁員，因此員工工作量增加，暴露量也增加。同樣地，低社經地位者因為居住地的緊急醫療系統與醫療資源不足，再加上公司無法配合提供復健治療的工作調整，所以導致醫療與復健結果較差。這種解釋比較偏重管理與制度面，因此事故傷害防制也會偏重立法與監督。

有人可能會說：一個低社經位置者酒後飆車車禍而死是咎由自取，如果還撞死路人更是罪加一等。事故傷害的社會不平等理論提醒我們不要忽略影響個人行為的社會環境，我們可能要進一步思考是什麼樣的社會脈絡讓那個人可以酒後飆車？事故傷害防制有四個 E，分別是教育（education）、工程（engineering）、環境（environment）與執法（enforcement），評估研究也指出，

後兩者最有效。當我們有好的大眾運輸系統（譬如台北市的公車與捷運），民眾可以盡情喝酒不必酒後駕車。如果警察嚴格取締與重罰酒後駕車，民眾也會因此減少酒後駕車的行為。不要忘記，人是社會動物，一定會受到社會環境影響的。

四、結語

健康的社會不平等研究關心群體間因為結構因素導致的健康不平等。其中，事故傷害發生與預後的社會不平等最值得重視。台灣每年大約有八千人死於事故傷害，其中大約一半左右是道路交通事故傷害。再加上事故傷害大多發生於年輕人與壯年工作者，也都造成相當大的社會經濟損失。由圖 1 與圖 2 可看到，雖然道路交通事故傷害死亡率在 1990 年開始下降，但是縣市別不平等卻逐年加大。因為事故傷害比較不會受到基因的影響，大多數能量的產生與聚集都是人為與社會性，因此也比較可以預防。流行病學研究已經顯示，許多事故傷害是可以預期也可以預防，許多國家的防制計劃也證明事故傷害發生率與死亡率可以降到非常低。但是這些有效介入政策的實施，有時候反而會加大社會不平等。因為社經位置高者常常是較快採行或獲得較有效的介入措施，社經位置低者可能較慢或不見得可以獲得這些有效的介入措施，結果造成高社經位置者死亡率下降幅度大於低社經位置者，社經位置不平等反而加大。如何消弭健康的社會不平等並不簡單，希望有更多人能投入此方面的研究，減少不必要的冤死。

問題討論

1. 探問一下周遭親朋好友或同學，有誰曾經發生過事故傷害，請他們敘述事故傷害的發生經過與影響，他們認為事故為什麼會發生，並且討論如何預防該事故再發生。可否嘗試以事故傷害成因理論重新敘述該事件？
2. 請嘗試解釋高低社經位置者酒後駕車行為差異之原因？
3. 請舉出五種事故傷害，分別比較這五種事故傷害，哪一個成因是由較高比例的「組織結構因素」所造成？

相關閱讀

1. 曹昭懿、王榮德，1995 《台灣的事務傷害防制》。台北：健康世界雜誌社。
2. 胡幼慧，1991，《社會流行病學》。台北：巨流。
3. Cubbin, C., and Smith G.S., 2002, “Socioeconomic inequalities Inequalities in Injury: Critical Issues in Design and Analysis.” *Annual Review of Public Health*, 23: 349-375.
4. Lu, T.H., Chiang T.L., and Lynch J.W., 2005, “What Can We Learn from International Comparisons of Social Inequalities in Road Traffic Injury Mortality?” *Injury Prevention*, 11: 131-133.

相關網站

1. 美國暴力與事故傷害防制中心，網址：<http://www.cdc.gov/ncipc/>
2. 世界衛生組織暴力與事故傷害防制，網址：http://www.who.int/violence_injury_prevention/en/
3. 聯合國道路安全國際合作計畫，網址：<http://www.who.int/roadsafety/en/>
4. 台灣事故傷害預防與安全促進學會，網址：<http://www.tipspa.org.tw/index.htm>

檳榔與計程車司機

郭淑珍

元培科技大學醫務管理系助理教授

看到「檳榔」你想到什麼呢？想到有人「嚼檳榔」，你的腦海中會浮現什麼影像呢？是「口腔癌」？還是嘴巴紅紅的、牙齒黑黑的工人或司機呢？當衛生署與學術界不斷的提出「檳榔危害」時，為什麼許多勞動職業群體還是繼續嚼食檳榔呢？是他們無知嗎？或是不愛惜自己的生命呢？

生物醫學知識因為是在實驗室與臨床中產生，大多被認為是「科學」的，健康領域的相關專家常常根據這類的「科學事實」，透過各種媒介不斷地向民眾宣導健康知識，他們認為只要大眾有充足的健康知識、正確的態度，人們就能實踐健康行爲。在此論述下，專家們通常只看到「行爲」與「健康」的單一關係，以致常將人們的「不健康」歸因於個人特質或是生活方式的「選擇」，卻不考慮個人所處的結構限制對健康行爲的影響，也未考慮「健康行爲」與人們的日常生活、工作脈絡的關係。事實上，許多人並沒有資源與自由去實踐所獲得的健康相關科學知識。

本文以台北地區有嚼食檳榔的計程車司機為例，藉由司機們的敘說，來探索他們的工作內涵和檳榔的關係，以及背後的社會脈絡，這樣的例子能讓我們重新思考健康行爲與人和社會生活的關係。

一、「選擇」開計程車

在台灣，開計程車是限制性較低的職業，只要有職業駕照和執業登記證，再加上有一台計程車就可以工作，可以說是自由進出、替代性很高的職業，這對於許多教育程度不高，又缺乏經濟、社會資本的人來說，是一個非常「容

易選擇」的工作。依據交通部統計處的資料也發現，計程車司機大多是男性，約有七成年齡在 40 歲以上，國中畢業以下的佔了一半以上，顯示台灣地區大部分的計程車司機教育程度並不高。

如果只從個人層次觀點，看待人與人之間職業「選擇」的差異，會以為這只不過是「個人選擇」的結果。但事實上，不同的人有不同程度的自由，每個人在選擇自由與決定採取的行動範圍上，都不盡相同，尤其對於教育程度不高，又沒有什麼經濟、社會與文化資本的人而言，他們可以「選擇」的職業其實是有限的。雖然有少數司機沒有經濟壓力，開計程車只是為了「好玩」、打發「無聊」時間，但大部分司機是在事業不順利之後，不得不選擇這個行業；而有一大部分的司機則因教育程度影響了職業機會，只能在勞動工作中遊走，最後選擇開計程車為主要的職業。也就是說，許多司機會選擇進入計程車行業，是在評估了自己擁有的資源與能力下所做的「最好」選擇，這樣的選擇受到社會結構環境的影響；司機們進入此職業也許是「自由」的，但是「脫離」這個職業群體並不容易，尤其在缺乏其他「選擇」或職業「上升流動機會」的時候，許多司機只能繼續做下去，他們的職業生活特質「看似自由」，實則「充滿束縛」，這幾乎是司機們共同的生存現實。

由於不同的職業有不同的聲望、收入，也有不同的人際網絡、工作環境、工作性質與職場文化等，使得人們為了因應所處的職場環境，而採取不同的行為，進而對健康產生影響。嚼檳榔似乎是勞動者或計程車司機的工作「職場文化」，但是若把嚼檳榔行為看成是這群人的「職場文化」，其實忽略了所謂「職場文化」就是社會結構脈絡的問題。表面上看來，檳榔的消費是計程車司機個人偏好的「選擇」，但個人的偏好「選擇」本身是在團體文化被模塑成形，而團體的文化其實涉及到整體社會結構、政治與經濟力量的運作。對於檳榔的偏好與消費，必須與司機們所處的社會脈絡與社會關係相連，才能進一步瞭解檳榔在嚼檳榔司機的生活中扮演什麼角色。

二、計程車司機工作內涵與嚼檳榔的關係

自古以來，許多精神作用物質（psychoactive substance）就與勞動階級關係密切。由於勞動工作的性質大多較單調、無聊與勞累，爲了提振工作效率，許多勞力工作者都會使用藉助提神的物質，甚至過去有些雇主爲了安撫、控制、剝削勞力，也常發給勞工這類物質（例如酒）以代替工資。

如果以人類學的角度來看，任何商品都有傳播溝通的用途，商品是用來指示社會關係和分類的最基本「標誌」，消費某類物質於是可以被運用來區隔等級和價值、認同及特殊身分。有時爲了親近某些社會網絡，需要使用某些商品的符碼，和適當地運用它們的儀式，唯有如此才能被當做「自己人」。商品可以用來排外，也可以做爲辨識自己人的憑據。

消費是一項極具社會意義的活動，任何消費形式都具有「文化」特殊性，它們都在特定的生活方式下被結構成形，正是透過這樣生活方式特殊性的消費行爲而製造與複製某種「文化」、社會關係與實存的社會。爲了成爲某種「文化」或生活方式的成員，人們必須理解特定群體的需求與物品符碼，以便複製與證明在這特殊群體社會秩序內的資格。藉由消費某種物質來創造充滿意義的結構，不只是本身的認同感，還有社會關係本身，此時，消費某物質就形成該團體建立認同的「媒介物」。

在台灣，檳榔在勞動相關工作的場域也扮演同樣的功能，嚼檳榔不但可以處理沈悶、無聊與重覆的工作，工作時維持清醒、提高工作效率，而且又不妨礙工作的進行，也就是說，嚼食檳榔對勞工而言，除了可以提升工作的生產力，同時也是一種樂趣與應付生活磨難及壓力的機制，成爲其工作上最佳「適應品」。此外，「檳榔」一直被視爲勞工階層的專屬物，「嚼檳榔」常是勞工尋求認同歸屬的依據以及溝通媒介。

(一) 檳榔做為計程車工作的「適應品」

在台灣從事計程車行業，並沒有太多的要求與限制，因而許多人在找不到理想工作時就會轉往開計程車。事實上，開計程車必須付出相當的時間與勞力，才足以維持生計。大部分的司機每天開車超過十小時，所以如何維持充足的精神、體力以應付開車工作，是相當重要的。大部分嚼檳榔的司機認為檳榔最大的好處是「提神」。例如，有司機說：「我可以兩天不睡覺，吃檳榔，都在跑車，就是以檳榔來提神。」

此外，計程車司機的工作，不同於一般的工作，不載客時，只有司機一人坐在車上，「工作場所」不但狹小，也沒有其他「工作伙伴」在旁邊。司機們往往必須開車到街上尋找搭乘的客人，或是到某些較可能有客人坐車的地方去排班（例如百貨公司、醫院、娛樂場所等）。換句話說，計程車司機的工作，有很多時候是在「等待」，等待著客人，在等待時，經常連說話的對象都沒有，此時，對某些司機而言，「檳榔」可以說是最好的「陪伴物」。例如，許多司機提到：

「開計程車變成一天這樣，都是沒有什麼變化，超過十幾小時，而且都在車上，那空間非常狹小，讓人感覺很容易累與無聊，頂多只能說有音樂、或是收音機、或是說有小電視，但是會累，不一定有人可以聊天，就是吃個檳榔，抽個香菸，打發等客人無聊的時間。」

由於司機的工作必須在大街小巷繞，以便尋找客人，有時可能一直載不到客人，此時不但沒有收入，空車在街道繞還會磨損車子與損耗油費，使得許多有經濟壓力的司機感到心煩氣躁、著急。而計程車在大街小巷裡繞，難免會遇到各種交通狀況，嚼檳榔可以讓司機在面對塞車，或是遇到與其他車子擦撞時，讓緊繃的情緒和緩與安定。例如，有許多司機說：

「我們開車一直沒有載到客人，會煩，會想趕快去找客人，這時你就一直想要去吃檳榔。」

「你開車開一開，有時，頭有點火氣，嚼一嚼檳榔好像會降火氣，有時候開車明明就是說，明明不該塞的就被他（指不會開車的人）造成塞車，或是他開車不照自己的路線走，我們跟在他後面就很火大，吃檳榔就可以降火氣。」

開計程車工作時間長、單調、無聊，又幾乎都在狹小的車內空間工作，幾年下來後，有些司機會出現看到計程車就有「害怕」與「疲累」的情緒，爲了轉換這種害怕與疲累的職業倦怠心情，每天工作前一定先去買檳榔；換句話說，買檳榔變成「開始工作」的「儀式性」行爲。例如，有位開車七年多的司機提到：

「開車為什麼抽菸、吃檳榔，因為本身煩悶無聊，每天做的事情都一樣，客人上下車這樣，沒有什麼人可以聊天，我很少下車，就是在外邊繞圈子載客人，就這樣坐，那樣子無形中，會有出來看到車子會怕，你會倦怠，做的事，每天每天都開兩、三百多公里才回到家，兩、三百多公里開多遠你知道嗎？幾乎等於從台北開到台南，會怕，很不想開，所以我現在從家裡出來就是檳榔 50 塊，蠻牛一瓶。去買檳榔，蠻牛一瓶，我知道要工作了，沒有這個，我不知怎麼開始工作。」

有些司機在長時間工作後，爲了放鬆心情與促進睡眠，睡覺前常常習慣飲用較高濃度的酒，以便能快速入睡恢復體力，但是有時喝過多時，第二天睡醒，酒卻未醒，爲了工作安全，會利用檳榔幫助醒酒。

（二）檳榔做為融入工作團體的社交「媒介物」

檳榔除了是許多司機個人工作上的最佳「陪伴物」外，也可以藉由檳榔

與其他司機建立起較密切的社會關係。由於計程車司機不像上班族跟同事有往來互動，即使是加入無線電叫車服務組織，彼此互動仍有限，司機們大多是在休息處或固定排班點與其他司機熟識。「檳榔」常常是原本就熟識的司機朋友之間互動的媒介，也是與不認識的司機打破隔閡的「開始」，例如，有位開車二十多年的司機談到：

「司機來來去去，有些知道，有些也不是很認識，見面就是拿檳榔給對方，我告訴你，司機中十個人有五個人都有吃檳榔，所以檳榔拿出去，不怕沒有人吃。」

檳榔除了是司機們休息時聊天的社交媒介外，也是他們融入計程車司機小團體，打聽工作相關訊息的「媒介」。例如，有位剛開車的司機說：

「感覺上吃檳榔感覺上比較好相處。……但是我們在一群體，這一個群體你如果不吃，好像跟人家距離很遠，而有吃檳榔，感覺上在這群體有一種認同感。……嚼檳榔感覺比較有親和力，比較能融入這團體。嚼檳榔，檳榔，給人易親近的感覺……你這個族群的朋友都吃這種東西，你會跟著他們吃，你不會想要標新立異。……有時大家聊天時，他們會告訴我，哪些路、哪些時段比較好跑，……大家一起嚼檳榔，感覺上不會讓人很有距離。」

三、結語

從上述討論我們發現，計程車司機因為工作時間長，「工作場所」在車子裡，工作內容主要是「等待」客人，以及不停地在大街小巷穿梭，為了提振精神、打發等待的沈悶和無聊，以及鎮定、平撫面對不同交通狀況所產生的情緒，檳榔無形中已經成為他們工作時最佳的「陪伴物」，甚至「買檳榔」是少數司機每日工作開始的「儀式」。

但是，當人們認為某項物品具有生活上一些「功能性」的意義時，通常是因為這些人有某種特定的生活方式；生活方式雖是人們的一種選擇，卻不是隨機的選擇，也不是和社會結構無關，而是受生命機會所限的選擇，生命機會與生活的選擇都是社會決定的。所以與其說檳榔對計程車司機工作有許多「功能」，不如說是許多司機為了「適應」工作，才「選擇」了檳榔。

檳榔除了是司機工作上的「適應品」外，有時也是司機群體中的溝通媒介，藉由它與其他司機建立起某種社會型態的關係，例如，檳榔是司機們的社交媒介，有時也被當成辨識群體的憑據，尤其對於少數剛入行的司機，透過檳榔的消費，能很快得到計程車相關工作的資訊與社會支持網絡；顯見嚼檳榔不只是單純的習慣性行為，更隱含了許多社會意義。

衛生教育所努力的目標對象是從事「不健康」行為的民眾，而這些民眾大多是藍領勞動階層、低教育程度，以及在政治、經濟上較弱勢的群體，衛生教育專業者與衛生教育訊息接受者佔據不同的社會位置，但這種社會位置的差異過去卻很少被健康專業者察覺。換句話說，過去對勞動職業群體的檳榔相關衛教之所以成效有限，是因為忽略了個人如果所處環境缺乏另類的選擇，也很少有機會做選擇，通常較會依賴能夠節省時間與能量的原有習慣；如果個人有許多資源任他處置，而且負擔得起改變的成本，則能從事更多的選擇，也較有可能去改變行為。未來如果要對較低社經地位的民眾推動健康促進活動，必須考量他們的社會位置與所處社會環境的限制。

以往公共衛生專家容易認為民眾對於自身健康是無知和冷漠的，尤其是中下階層的人，但是民眾的無知與冷漠其實是整個經濟、社會與政治宰制情境下的產物。正是由於這樣的社會情境，他們並不被鼓勵或是有能力去瞭解所處世界的具體現實並對現實做出反應。相反地，他們陷入在個人的生活情境中，將生活上的困境與剝削，看成是難以改變；由於受到現實的限制，他們可能會對生活感到焦躁不安，因而產生某種依賴，包括依賴於某種物質，

尤其是精神作用的物質，例如酒、菸與檳榔等，來舒緩生活面對的種種壓力。因此，公共衛生專家要更深入瞭解較低社會階級人們的生活與文化特質，以便針對他們的生活現實與限制，發展出特有的生活文化健康促進活動，進而改善他們身處的不利環境，唯有如此，「衛生教育」才能真正達成目標。

工具箱

問題討論

1. 爲什麼檳榔常會成爲勞工的「最愛」？
2. 「嚼檳榔的人都是不愛惜自己健康的人」，你對這句話有什麼看法？
3. 「人們從事各種行爲與活動都會考慮到健康」，你對於這句話有什麼看法？

相關閱讀

1. 郭淑珍，2005，〈嚼食檳榔的脈絡分析：一項對台北地區計程車司機的田野研究〉。國立台灣大學衛生政策與管理研究所博士論文。
2. 郭淑珍、丁志音、陳怡君，2005，〈民眾如何看待健康教育訊息：深度訪談嚼檳榔的計程車司機〉。《台灣衛誌》，24(3): 239-253。
3. 郭淑珍、丁志音，2006，〈茶行裡的檳榔客：嚼食檳榔的社會脈絡初探〉。《台灣社會研究季刊》，63: 143-208。

推薦網站 / 影片

1. 檳榔 e 化網，網址：<http://tw-gum.he.ntnu.edu.tw>
2. 塔山文集 / 民族植物隨筆 / 檳榔，網址：<http://tnl.org.tw/article/column/hanwen/01051/01051.htm>

愛拼才會過勞死：以高科技產業為例

翁裕峰

成功大學「社會、科技與醫學研究中心」專案助理教授

高科技產業的上班族被公認為科技新貴，這些科技新貴卻可能面臨過勞死的危害。英業達副董事長溫世仁在 2003 年以 55 歲英年早逝，蕭敦仁醫師在元智大學的公開演講中指出：「由於他長期患有高血壓與糖尿病，加上壓力過大才導致過勞死。」他的壓力來自哪裡呢？有人指向一年出差一百多次。但是可有人知道在出差一百多次那一年之前，也就是 2001 年，英業達發生什麼事？曾是台灣接單生產筆記型電腦龍頭的英業達，在 2001 年因為唯一下單公司康柏（Compaq）被戴爾（Dell）擠下全球第一大電腦業者寶座而流失其市場佔有率後，導致英業達面臨「成立二十七年來的第一次衰退」——一年失血 300 億，營收剩下 622 億，收入大幅下滑 34%；相對地，Dell 的代工廠廣達則因此在同年營收高達 1155 億，業績急遽攀升 40%。如果說溫先生是因為過勞而英年早逝的話，高科技電子產業在國際市場競爭下慘烈廝殺的過程，可能才是他過勞死的主要脈絡之一。

最近幾年過勞死不但逐漸成為職業傷病補償運動中的焦點話題，更是職業安全衛生運動的重點之一。什麼是過勞死？除了醫學觀點外，還可以用什麼觀點解釋過勞死？誰應該為過勞負責？本文從國際化與經濟競爭、國家管制與過勞死預防兩個面向，揭開高科技產業過勞現象這個不易被理解的職業傷病關係之謎。

一、過勞死的定義

1969年日本出現第一個過勞死案例，但是這個詞在1982年才正式以書名的方式“Karoshi”出現。台灣正式出現過勞死案例應該是在1994年，台北市勞動檢查所公開發佈有四個職業傷病死亡個案是「過勞死」。勞委會的委外研究報告則於同年稍後，以醫學專有名詞「職業性引起急性循環系統疾病」稱呼過勞死。這些名詞的確實操作型定義，事實上影響受害人請求職業傷病補償的權利至鉅。

何謂過勞死？日本醫學權威 Uehata（1990）認為，過勞死是「心理上令人無法接受的工作過程被允許持續地阻礙工人正常生活規律，導致工人身體的疲倦增加，伴隨原有高血壓或動脈血管硬化的惡化，最後導致致命性崩潰」。台灣雖無過勞死明確的定義，但以勞委會1997年以來制訂與修正「職業引起急性循環系統疾病」認定基準的內容看來，大致上接受 Uehata 的觀點。亦即，過勞死是職業性引起的心血管疾病。

隨著日益增加的過勞死個案工作史的曝光，以及職業安全衛生專家的深入調查，過勞死成因已不再限於病理解釋，而是進一步直搗造成過勞死的社會與經濟結構。

二、經濟大環境的壓力與過勞死

有學者認為過勞死與工作狂有關：如果你每天以工作態度在過生活，不論何時何地，整個生活都處於工作的環境狀態中，這會使你的人生一直很忙碌，最後將會因為過度勞動而死。也有人認為過勞死或是心血管疾病與堅毅果決、努力不懈、忙碌，以及沒有耐性的 A 型人格特質有關，特別是管理階層主管，他們為了追求完美而奮力工作，永無懈怠之日。也有人將之歸因為社會文化因素，從禪宗（zen）及社會責任的角度說明何以有人會不停地工作。

早已有許多人認為過勞死與冗長的工作時間（long working hours）或壓力有關，這種說法最近也獲得一些醫學研究的支持。不過醫學的說法只能從人類交感與副交感神經在長工時下對血壓造成生理上的變化做解釋，以醫學觀點建議嚴格限制每週工作時間不得超過 40 小時，可能不切實際，因為它無法說明為什麼有人願意從事那種工作時間長或壓力大的工作。當然，工作狂或 A 型人格也無法完全解釋過勞死的原因，畢竟不是所有的受害人都屬這一類型的人物。因此，如要將過勞死的受害可能性降到最低，需要另起爐灶，從大環境如何形塑長工時與壓力著手或可提供一些答案。

經濟大環境的壓力被認為是冗長工時與壓力的來源，Kato（1994）認為，在外包制度的大廠壓力下，佔日本勞動力超過五成的日本小廠員工，無法依法只工作五天，面對上包的壓力，下包小廠只好以非法加班因應。

台灣的過勞死案例是不是也面臨與日本相似的經濟因素呢？如果單就冗長工時來看，台灣跟日本的狀況似乎並沒有差異。在高科技產業方面，長工時已經是不爭的事實，新竹科學園區的科技新貴一天上班 12 個小時也不是新鮮事。104 人力銀行於 2004 年針對科技從業人員的調查發現，每週工作時數在法定標準以內的受訪者不到一半，每天工作 10 到 12 小時之間者佔 26.5%，每天工作超過 12 小時者則高達 20%。在想拼全球電子製造服務業龍頭的企業中，這種普遍超時工作的情況更可能是明顯命令下的產物：

像我一個朋友進鴻海，操半死。每天早上 9 點上班，但主管要求 8 點要早餐會報，晚上都要做到 11-12 點才走。若有一天可以 9-10 點走人，真是感動到痛哭流涕。（一則署名「猴子吃香蕉」的網路留言，2005）

這種拼勁的動力實際上不同於日本。台灣外貿以電子、資訊、通信等科技產品為主要的生產型態，長期依賴為世界知名大廠代工生產而整合進國際生產分工的框架中，要繼續維持此種生產架構，就不能被其他的競爭對手搶

走訂單。連 2002 年在世界電子製造服務業排名第六的大型企業——鴻海，都必須為爭奪世界電子科技產品代工市場的國際分工生產架構，而採取以時間為導向的三大經營策略——一地設計（time to market）、三地製造（time to volume）、全球交貨（time to money）。事實上，這些策略無非就是要以時間換取金錢，這也就難怪鴻海的設計、製造與服務可能會涉及過度勞動了。

這種以時間為導向的代工生產策略，除了讓鴻海在世界電子科技產品代工市場佔有舉足輕重的地位之外，負面效果也似乎開始發酵。2005 年鴻海科技集團兩名 40 餘歲的台灣籍優秀員工在大陸廠死於過勞，這毋寧是時間導向經營策略下的警訊。幸好，鴻海總裁郭台銘可能有看到喪失這些優秀人力資本對企業未來營運的影響，毅然決定要求健康檢查沒過的台籍員工回台灣調養，且調養期間的薪資不打折。

三、另類的價值交換

日本過勞死的論述除了以政治經濟觀點闡釋長工時與過勞死的關聯之外，也有人以文化觀點解釋之。對日本人而言，禪的觀念對他們的工作價值有些影響：「努力工作，你的心就會平靜」；更有甚者，努力工作與否是日本社會評量一個人好壞的重要依據。這種社會文化的道德枷鎖，使日本人不得不超時工作以換取人生聲譽的榮耀。

也有人認為過勞死是日本式生產管理下的產物。為了節省生產成本，日本企業採用各式各樣的改善生產力活動，例如品質管制、全面品質管理、精實生產等，企業由上到下每個人為了配合管理體系都必須努力工作。

觀察台灣高科技產業勞工對過勞死或長工時、高壓力工作的反應，我得到了另類價值交換的結論：政治經濟、社會文化與管理模式，都對過勞工作

現象有某種程度的影響。他們的長工時與工作壓力主要來自「摩爾定律」¹對高科技電子產業產生快速淘汰舊產品以搶奪市場的驅力——每 18 個月就必須有新的微處理器出現。這種變化速度已經使科技新貴，特別是研發族群，不敢奢求能夠調劑身心的長期休假，深怕「去休假、旅行一陣子後，回來就沒人耍，因為會嚴重脫節」，以致 19 天的假只得忍痛縮為 9 天，從南美之旅變成遊長江三峽。整體超時工作的大環境已經造成高科技產業中高階層者落入心血管疾病的高危險群，他們的不健康指標涵蓋「肝功能異常、膽固醇偏高、脂肪肝、體重超重」，而一些勞工甚至必須「靠吃藥在撐」。

這群科技新貴之所以願意在過勞死與高工作壓力的威脅下工作，主要是因為高科技產業提供令人欽羨的分紅入股制度，只要努力工作為公司創造利潤，透過配股可以在最短時間內累積最多財富，景氣好時，連線上作業員年薪也可突破百萬，即使景氣差一點，仍然「比上不足，比下有餘」。

在高科技產業，40 幾歲退休已經不是一個想法，而是普遍存在的現象。放眼望去，很多 IC 設計大廠都有員工在 50 歲以前即退休。他們是真正的退休嗎？有的是真正退休，而且旅居或移民他鄉；有的其實不然，他們轉任原公司顧問、教書、經營民宿、服裝店等。對照前述狀況，40 幾歲退休的真正意義不在於有沒有繼續工作，而在於遠離那個令人喘不過氣的過勞與高壓的不健康工作環境。換句話說，他們將健康的生活與報酬視為一種可交易的財貨。這種交易之所以存在是它可以在極短的時間內完成——工作 15 年到 40 餘歲。相較於一般產業退休年齡的要件——工作滿 25 年或到 60 歲，高科技

1 摩爾定律是指微處理器內部的電晶體個數每隔二年（一開始摩爾提出的成長週期為十八個月）就會成長一倍。這個定律是摩爾（Gordon Moore）觀察微處理器研發時程所做的推測。微處理器從研發到量產的時程分為三個階段，一般來說，制定規格與選定合適的製程技術約需三個月；開發製程技術與電路設計約需一年到一年半；量產上市又需要約三個月。這個時間有可能因為有市場競爭者在後追逐而被縮短。若為獨占性高的市場，則時間就可能延長。

產業勞動者自我設定的退休條件，確實反應出與日本過勞者不同的勞動價值觀。他們之所以日以繼夜地工作，目的不在於獲得社會道德的正面評價，也不在於努力工作可以獲得平靜（其實根本無法獲得平靜），而在於快速累積財富，然後早日離開高科技職場，追求更健康的工作或生活方式。

四、國家管制的消極作為

國家對於改善職場安全衛生環境，依法具有一定的角色，可以是說服者，也可以是處罰者。處罰種類包括罰鍰的行政罰與檢察官起訴的刑罰，檢察官起訴不一定是最好的方法，但是對發生職業傷害或職業性死亡的雇主或企業管理者採取起訴手段，確實會使業者遵守法令。國家嚴格執行法律所賦予的處罰角色，有可能對嚴重或連續的職業安全衛生環境危害發揮改善的效果。

日本政府無法介入那些發生在中小企業的過勞現象，因為他們的勞動基準法將小企業排除在外，以致無法獲得法定工時與加班時數限制的保護。台灣的勞基法雖有排除適用規定，但與日本不同。它採取工作類型排除，除了監督、管理、責任制專業、監視性、間歇性或性質特殊之工作者外，所有受雇者之工時一律受勞基法第 24、30、32 條的保護，每人每天正常工時是 8 小時，超過的部分不僅要給加班費，而且每天最高只能工作 12 小時，一個月只能超時工作 46 小時。換句話說，每個月只能有 11 天左右可以工作 12 小時；違反者應處以二千至二萬的罰鍰。若強制勞工上班，雇主或企業管理者還可被求處五年以下牢獄。

雇主有一套既能使員工常態性超時加班，又不會遭主管機關處罰的做法，那就是不讓員工報加班費。這正應驗了一句俗話：「偷吃要會擦嘴巴」。這些偷吃的廠商使用的擦嘴方式，包括要求員工在正常上下班時間刷卡簽到與簽退、報加班需要送給副董事長簽核，或請有意申報加班者考慮年底分紅與加

班費之間的輕重緩急。換句話說，雇主不是在意錢而是在意市場，爲了市場，他們願意以一整年的高報酬做爲對超時工作的補償，也不願意依勞基法的工時規定給予加班費，不然研發、生產與服務就無法緊跟「摩爾定律」與「貝爾定律」的法則前進，也就阻礙了“time to market”的目標。例如有位工程師，放假與友人出遊，途中手機響了，原來德國客戶打電話來，要求開越洋電話會議，於是他必須取消假期，配合客戶的時間，又回去工作。

問題是政府主管機關知不知道高科技產業超時工作現象，以及雇主規避文字化或檔案化超時工作的方法？答案是他們顯然瞭若指掌，包括加班有無打卡和加班與分紅入股之間的經濟誘因關係。任職於政府機關的小嘉即指出：

「有很多高科技產業沒有上下班刷卡的……如果你有去過高科技公司你就知道，你的認真（超時工作）就是在你年終的 bonus 有幾張股票，也就是說，你在健康還沒發生問題之前，你就拼命去衝這個東西嘛。」（小嘉，2004，訪問稿）

面對這種違法超時加班的現象，國家有沒有依勞基法規定採取處罰手段，以改善高科技產業的工作環境呢？答案是：沒有。理由之一是：

「勞基法有工作加班的規定限制，實際執行上業者他也不跟你配合……當然對外我們就說加強查察嘛，看能不能減少超時工作的情況，但是這個部分有時候滿困難的啦。工商競爭的社會裡面政府機關需不需要去介入這麼多——你能不能夠超時工作——這個部分需要再做考量啦，因為很多國家也沒有限制這個部分啦。」（小嘉，2004，訪問稿）

2 貝爾定律是指，以微處理器爲基礎之新式低價電腦等級隨著摩爾定律（微處理器內部電晶體的個數每隔十八個月就會成長一倍）而產生。電腦的功能或執行能力增強而形成新等級的電腦，而電腦的價格則隨著電晶體元件的成本下降而變得較便宜。

也就是說，國家其實不太願意以公權力和國際高科技電子製造生產市場所形構的過勞生產體系直接正面交鋒，所以只好把「尚方寶劍」束諸高閣，備而不用。這種做法可能是爲了避免影響高科技產業這隻台灣金雞母，不使生蛋的速度比其他競爭對手國慢而失去市場，進而影響對台灣整體經濟發展的貢獻³。然而，這等於是將國家做爲執行基本勞動人權保障的角色幾乎完全自殘。

雖然政府部門爲降低超時工作的過勞現象而採取軟性說服策略，「辦一些健康促進的活動，告訴他（勞工）要注意自己的健康」。然而，健康促進的重點是要求勞工改變個人的生活型態、飲食習慣、適度運動等等。問題是，科技新貴們的生活、飲食和運動與否，大多是國際電子製造市場競爭與分紅入股高報酬機制所形塑的結果；他們個人沒有跟雇主、國際電子製造市場、分紅入股討論合理工時的空間，也沒有工會可以做爲工時談判的靠山。「只好乖乖回公司」是最符合經濟效益的選擇。辦理健康促進活動不過是政府的自我安慰而已，只能表示政府已經透過教育訓練盡到告知的義務，至於改不改變個人生活型態是科技新貴們的個人問題，與國家無涉。相較之下，郭台銘要求健康亮紅燈的員工全薪暫停工作養病，這種做法還比較合乎勞基法的精神。

本文摘自：1. 翁裕峰，2006，〈高科技產業過勞（死）的社會因素〉，2006年工業衛生暨環境職業醫學國際學術研討會，4月28-29日，台灣大學公共衛生學院。

2. 翁裕峰，2006，〈過勞死：解開高科技產業中天使與魔鬼不對等交易之謎〉，2006台灣社會學年會，11月25-26日，東海大學社會科學院。

3 根據經濟部於2006年1月25日發佈的「外銷訂單變動提要分析」顯示，2005年外貿貨品類別排名中，電子與資訊通訊兩類屬於高科技產品的外貿訂單分別以571億8千8百萬美元與501億7千4百萬美元排名前兩名，合計以1073億6千2百萬美元佔全年外貿訂單總額的24%。

工具箱

問題討論

1. 高科技產業自 1980 年代起逐漸取代傳統產業，成為台灣主要出口產值的來源。隨著全球化市場所帶來的利基與分工，為配合市場需求，過度勞動不僅成為高科技產業的重要現象，連高科技產業的受雇者也成為過勞死的高危險群。如果你打算進入高科技產業，你會如何看待過度勞動、個人健康與職業生涯之間的關係？
2. 有學者認為過勞死與管理技術有關，特別是「日本式生產管理」。本文則認為生產技術是高科技產業過勞現象的原始驅力。請討論這種驅力能否獨自存在於管理技術之外？全球化市場結構如何結合生產技術驅力與管理技術，形塑高科技產業的過勞現象？

相關閱讀

1. Hayes, Dennis, 1989, *Behind the Silicon Curtain: The Seductions of Work in a Lonely Era*. Boston, MA: South End Press.
2. Nishiyama, K., & Johnson, J. V., 1997, “Karoshi--death from Overwork: Occupational Health Consequences of Japanese Production Management.” *International Journal of Health Services*, 27(4): 625-41.
3. Shigeru, S., & Sadanobu, K., 1998, “Working Hours as a Risk Factor for Acute Myo-cardial Infarction in Japan: Case-control Study.” *British Medical Journal*, 317: 775-780.

推薦網站 / 影片

1. “KAROSHI: DEATH FROM OVERWORK”, ILO Encyclopedia-Sample Record (國際勞工組織百科全書範本記錄), 網址: <http://www.ilocis.org/en/samplilo.html>

(接下頁)

2. KAROSHI HOTLINE (日本過勞死專線), 網址: <http://karoshi.jp/english/overwork.html>
3. “Worked to Death”, 請參閱 *Hazards Magazine* (《危害雜誌》), 網址: <http://www.hazards.org/workedtodeath/workedtodeath2.htm>

精神醫療與性別：以憂鬱症為例

鄧惠文

台北市立萬芳醫院精神科醫師

美玲一向健康開朗，擔任主管級的工作。結婚後她的生活步調完全改變——住進陌生的婆家，面對不同的生活習慣和瑣碎的家事，也不再屬於自己的空間。幾個月下來，她的創意和衝勁都變差，失去了原本被看好的升遷機會。公婆不瞭解她對成就的期望，只擔心她年紀太大還未生育。身心俱疲的美玲順著家人的期望辭掉工作，沒想到整天待在家裡使她的心情更加沮喪，與家人的衝突更多。她開始失眠、疲倦不堪、吃不下東西，甚至開始覺得活著沒有意義。先生帶她到精神科就醫，醫師診斷為憂鬱症，開了一些抗憂鬱藥物和鎮靜劑，並且勸她「多放鬆，少生氣」。持續服藥幾週後，失眠狀況改善了，體力也好些，但是心情的起伏、挫折和焦慮卻未見改善。為此，醫師幾度調高藥物的劑量，使用了新型抗憂鬱劑，並且加上情緒穩定劑。

經過三個多月，美玲的憂鬱症狀稍稍減輕，但還不算痊癒，精神科醫師囑咐千萬不能停藥以免再度惡化。這時候她發現自己懷孕，已經七週了。期待已久的家人起初非常高興，但婦產科醫師看了她的病歷後說：「妳吃的藥可能對胎兒不好。」美玲嚇了一跳，仔細詢問醫師後，得到令人為難的答案：她持續服用的鎮定劑和情緒穩定劑有造成胎兒發育異常的可能，至於抗憂鬱劑，雖然至今未有導致異常的案例報告，但他也不敢保證絕對安全。

公婆知道後，指責美玲亂服藥，萬一生下畸形的小孩要她自己負責。美玲夫妻考慮過把孩子拿掉，但又覺得有罪惡感，也擔心未來不容易受孕。原本就還未痊癒的憂鬱症狀變得更嚴重了，她整天

心慌、哭泣，看過幾個不同的醫師，有的說應該繼續吃藥，未必會影響胎兒；有的卻說不要服藥最安全，自己想開一點就好；也有醫師建議她接受電療法。但都要她自己抉擇，也就是後果要自己負責。想到接下來難熬的八個月，以及可能出現的後果，美玲深感無助。

一、憂鬱症是新世紀的女人病？

聯合國世界衛生組織（WHO）近年將憂鬱症與愛滋病、癌症並列為二十一世紀最應受到重視的三大疾病，號召全球積極進行防治。雖然憂鬱症的診斷準則並未包含任何特指女性的敘述，但實際上，憂鬱症卻顯現為一個有性別差異的疾病——根據美國精神醫學會在 1994 年的估計，女性憂鬱症的終身盛行率，即一生中曾經發病過的人口比率，約為男性的二至三倍。此外，一般認為憂鬱症女性的就醫率比男性高，且女性憂鬱症的發作期較長、較易慢性化、復發率較高，於是，女性成為憂鬱症論述與醫療實作的主要對象。

隨著國家衛生政策對憂鬱症的關注，從醫療專業到大眾媒體，大量出現的憂鬱症論述將女性的多種情緒、身心與行為問題疾病化，本章將探討這些與「憂鬱症」相關的醫療概念對女性的影響。

二、憂鬱症的定義

精神醫學如何定義一個人患有「憂鬱症」？

憂鬱症的診斷需由經過訓練的醫師問診及觀察，根據現行的「精神疾病統計與診斷手冊」（*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV, DSM-IV*），判斷病人是否具有符合「重鬱症」、「輕鬱症」或其他「未分類憂鬱疾患」的症狀（請參見工具箱）。DSM-IV 對憂鬱症的定義主要是論「症狀」

而不論「病因」，除了產後四周內出現的憂鬱症可特別加註「產後發生」之外，「憂鬱症」這個診斷並不代表任何與病因相關的推論。也就是說，目前精神醫學上所謂的「憂鬱症」指的其實是「一群症狀」，它可以是社會心理壓力、神經生理或人格個性因素所引發的。

三、女性憂鬱症的相關成因

多巴胺、血清素。

研究顯示憂鬱症是多項因素共同造成的，包括生物的（如神經傳導物質、基因、荷爾蒙）、心理的（如個性、人格）、以及社會環境的（如壓力事件）等等多種因素。但目前還不確定女性憂鬱症盛行率高於男性的原因。

在生物病因方面，目前證據較為充分的理論是「神經傳導物質失衡」，抗憂鬱藥的作用就在於改變神經傳導物質的濃度；但研究並未顯示兩性在這方面具有本質上的差異。另一項常被提及的生物因素是女性荷爾蒙，這些研究者認為「青春後女性憂鬱症的發生率才顯著升高，女性憂鬱症應該與荷爾蒙有關」，但迄今仍未達結論，也就是說，生物因素似乎不能完整地解釋女性的憂鬱症。

在心理因素方面，精神分析理論指出，女性的成長過程導致必然的挫折感，認知心理學著重探討女性的負面態度與思考、女性使用語言、自我安慰等「無效的」調適方法等。受限於心理評估的工具不易標準化，這些研究缺乏足夠的重覆驗證，迄今尚未出現具說服性的完整結論。

上述生物、心理等病因理論的共同之處，在於把憂鬱症歸因於病人「自身」的某些問題。另有許多研究顯示，外在的社會處境也是憂鬱症的重要因素。例如，在社會經濟條件相同的前提下，男女憂鬱症的發生率相當。Brown 和 Harris（1978; 1989）等人長期以嚴謹的方法研究生活事件對女性憂鬱症的影響，發現在憂鬱症發生前的六個月，病患組經歷的生活事件比對照組多，

具有威脅性、違反意願或是感覺羞辱、無法逃脫的生活事件最容易造成憂鬱症；長期的生活困境不僅可能造成憂鬱症，也會加劇短期生活事件引發憂鬱症的作用¹。此外，某些狀況被稱為「脆弱因子」(vulnerability factor)，讓人一遇到壓力事件就發病，包括：照顧幼小孩子、沒有外出工作、缺乏傾吐心事的對象、早年失去母親、失落等經驗，以及女性較男性易經歷的「傷害事件」，如受虐、性侵害等。

有些學者指出女性受到較多的「角色束縛」，例如女性被要求負擔較多家務、照顧孩子等責任，對已婚、無外出工作的婦女而言，自我認同和自信都取決於家庭主婦的角色，而這個角色充滿許多難以避免的挫折。如果是已婚且外出工作的婦女，不僅家庭責任沈重，還可能遭受不公平的職場待遇，形成雙重負擔、角色衝突等問題，因此罹患憂鬱症。

瞭解憂鬱症的診斷原則，以及多重的可能病因後，我們可以回到本章的案例美玲。一個這樣的女性案例與精神醫學相遇時，會產生什麼結果？

首先，美玲的種種情緒反應和身心症狀，因為符合診斷準則，會被診斷為憂鬱症，這個醫學名詞將美玲的問題由日常生活移至醫學的領域，她的情緒與想法，將受到精神醫學的涉入。接著，「為什麼會得憂鬱症」的病因理論，會重新詮釋美玲的故事。如果醫師、親友對憂鬱症的解釋傾向「個人病因」，例如前述的生物因素和心理因素，美玲的角色可能變成一名「生理或心理上有病」的女人，她的問題從發生的背景被抽離出來，變成「病人」後，她失去自我詮釋的合理性，由醫療專業接管。家庭衝突、成就挫折、社會性別結構帶給女性的壓力不再是被討論的重點。從症狀診斷、病因解釋到治療

1 (1) Brown, George W. & Harris, Tirril., 1978, *Social origins of depression: a study of psychiatric disorder in women*. London: Tavistock Publications.

(2) Brown, George W. & Harris, Tirril, eds., 1989, *Life events and Illness*. New York: the Guilford Press.

模式，一名女性在困境下的不悅與不滿，在憂鬱症的論述中微妙地轉變為一種亟待治療的疾病，而那些困境卻可能免於被檢視而維持下去。

四、憂鬱症醫療模式與性別政治

嚴格地說，憂鬱症在醫學上算是一種「症候群」，而不是一種已經確知病理機轉的疾病。試想，把情緒低落、失眠、食慾降低等症狀視為一種病態的依據是什麼？

DSM-IV 對精神疾病「症狀」的定義是：造成個體「失能」、「痛苦」，而且「脫離社會文化預期的常態」。這使得許多學者質疑憂鬱症的診斷並非絕對的客觀。首先，「失能」與「罷工」如何區分？如果一名女性不願去做無盡的、無償的家務，該不該被視為「失能」？再者，如果不論引起痛苦的原因為何，只要「痛苦」就算症狀，而症狀夠多，便可達到憂鬱症的診斷標準，那麼各種因受壓迫、剝削或遭遇艱難生活情境而痛苦的受害者，都很容易被定義為病人。

例如，若有一名女職員對主管的性別歧視感到不滿，與主管處不好，每天上班都覺得很痛苦，情緒低落，也因此出現失眠、沒自信、疲倦、注意力不集中等「症狀」，她是否該被診斷為憂鬱症？這應該算是個人與社會的衝突，非關疾病，還是因為符合症狀準則，又有「痛苦、失能」的現象，所以算是憂鬱症？

弱勢的女性可能經由不客觀的憂鬱症診斷，變成醫療的主要對象，其中牽涉的權力支配與「醫療化」引起女性主義學者的重視。社會學家 Zola 和 Friedson 曾提出醫療化（medicalization）的反思，他們指出醫療藉由對於健康和疾病的定義，形成了某種社會常模（norms），具有控制行為的功用

規範

(Friedson, 1975)²。現代社會把許多不被贊同的行為移入精神醫療的範疇中，用疾病的觀念重新加以詮釋，一旦行為被冠上「疾病」的標籤，接下來的就是由醫療專業人員施予「治療」。於是許多與社會常態不合的行為都變成精神醫療的對象。

女性主義學者 (Chesler, 1972; Miles, 1991)³ 質疑憂鬱症醫療是父權社會控制女性的方法之一，藉由把女性塑造成病人，維持了既得利益者的現況。精神疾病的定義對兩性有不均等的影響，例如把憂鬱或焦慮定義為疾病時，在一個認為女性比男性適合表現這些情緒的文化中，女性病人勢必比男性多。Chesler 發現，不符合「女性刻板印象」的女人容易被冠上精神疾病的標籤，諸如抱怨家庭生活不快樂的主婦、對丈夫和孩子表現敵意的女人、較激進、不順從、不耐心、不溫柔的女人等。Miles 也對女性憂鬱症較多的現象，提出兩種假設：一是女性承受較多生活壓力，導致患病，所以憂鬱症應被視為女性受苦的指標，而不是女性本身弱質的證據；另一假設是，社會和醫療傾向把女性塑造為精神疾病患者，或是以精神問題詮釋女性的困境和不快樂。

有研究指出台灣媒體的憂鬱症論述將某些性別規範包裝為醫學建議，把女性不符社會期待的行為標籤為憂鬱症，還有多種針對女性荷爾蒙的憂鬱症論述，如經前憂鬱症論述以「無理」與「病態」異化女性的情緒經驗，封鎖女性訴求不滿的機會，要求女性被馴順。產後憂鬱症論述將不快樂或不喜歡母職的女性病態化，主張女性應放棄自我、獻身子女。更年期憂鬱症論述貶抑、病態化不再生殖的女性，忽略女性的身心需求。對照各種憂鬱症論述，顯見父權社會對於女性角色的多重期待與矛盾，以及女性的雙綁處境 (鄧惠文, 2004)

2 Friedson, Eliot, 1970, *Professional Dominance: The Social Structure of Medical Care*. New York: Atheron Press.

3 (1) Chesler, P., 1972, *Women and Madness*. New York: Avon.

(2) Miles, A., 1991, *Women, Health and Medicine*. Philadelphia: Open University Press.

從社會與性別的角度探討憂鬱症醫療，並不是要摒棄女性利用科技藥物、舒緩痛苦症狀的機會，例如抗憂鬱藥物的確可以減輕身心不適。但我們必須覺知醫學在建構如憂鬱症這樣的疾病時，如何可能將女性的不悅或不滿消音，促使女性符合社會所需的角色，間接維持父權系統的運作。

五、結語

處於逆境和缺乏資源的女性，常因生活條件不良、勞累、壓力而產生各種身心不適，因而進入醫療體系。在憂鬱症的診斷與病因解釋中，女性容易被病態化，將社會問題轉化為歸咎女性的個人問題，於是女性必須承擔「病人角色」與恢復正常的責任。如果忽略外在環境的影響，單方面地將女性診斷、標籤為病人，使其承受各種治療的壓力與副作用，真正造成身心不適的社會環境問題並不會獲得改善。我們應該思考，如何將女性的身心不適，還原於生活的脈絡中，探討各種層面的影響，以女性的需求做為改善的方向。

本文改寫自：鄧惠文，2002，〈憂鬱症論述的性別政治：台灣近年平面媒體憂鬱症報導之內容分析〉。台北醫學大學醫學研究所碩士論文。

憂鬱症診斷準則

根據美國精神醫學會的 *DSM-IV* (APA, 1994), 「憂鬱症」(depressive disorders) 包括重鬱症 (major depressive disorder)、低落情緒疾患 (dysthymic disorder)、未分類憂鬱疾患 (depressive disorder not otherwise specified) 三類。重鬱症的定義是「有過一次以上的重鬱發作」(major depressive episode), 且必須先「排除因其他重大精神疾病、身體疾病或藥物引起的可能性」, 而所謂「重鬱發作」係指符合下列準則的某段時期:

- A. 持續兩週以上情緒低落或暴躁、對事物失去興趣 (兩者中至少一項)。
- B. 疲倦易累、出現明顯的食慾及體重變化、睡眠障礙、精神急躁或遲滯、注意力不集中或猶豫不決、悲觀自責想法、反覆出現的自殺念頭 (七項中有四項以上)。
- C. 因上述症狀造成顯著的生活、職業或社會功能的損害。

低落情緒疾患是指持續兩年以上的低落情緒, 造成生活功能損害, 症狀與重鬱症相似, 但程度較輕, 未達重鬱發作之嚴重度。

而未分類憂鬱疾患是指因某些憂鬱症狀影響生活功能, 但並未符合前述兩種憂鬱疾患的診斷條件。

問題討論

1. 妳 / 你認為造成美玲「心情沮喪」、「失眠」、「喪失食慾」的原因是什麼? 社會上對於女性的要求與束縛, 女性在家庭、工作、自我之間的角色衝突, 這些結構性的因素如何影響美玲的身心狀況?

(接下頁)

2. 美玲的種種身心不適，是一種「疾病」嗎？所謂「憂鬱症」，代表美玲自身發生了某些「異常」嗎？
3. 像美玲這樣的憂鬱症，其病因在治療的過程中是否獲得適當的處理？哪些問題被處理得較多，哪些被忽略了？決定某種問題是否受到重視的原因又是什麼？
4. 案例中的精神診斷與醫療，對美玲的處境會有什麼影響？藥物造成美玲懷孕後的困擾，是可以避免的嗎？

相關閱讀

1. Brown, George W. & Harris, Tirril, 1978, *Social Origins of Depression: A Study of Psychiatric Disorder in Women*. London: Tavistock Publications.
2. Janet, M., 2000, *Understanding Depression: Feminist Social Constructionist Approaches*. London: Routledge.
3. 鄧惠文，2002，〈憂鬱症論述的性別政治：台灣近年平面媒體憂鬱症報導之內容分析〉。台北醫學大學醫學研究所碩士論文。

推薦網站 / 影片

1. 世界衛生組織憂鬱症網頁，網址：http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en

從社會文化觀點看移民結核病

何明蓉

台大醫學院社會醫學科助理教授

林佳盈 / 翻譯

林宜平、何明蓉 / 校訂

一、從一個案例說起

來自福州的曾女士，是紐約中國城的非法移民。我在進行中國移民的結核病經驗田野調查時，和她成為好朋友，她告訴我一個連管「都治」（DOT, Directly Observed Therapy）計畫的公共衛生人員，和胸腔科診所的醫師都不知道的秘密。她知道結核病是由細菌引起的，不過她直言公衛人員跟醫生並沒有發現她真正的病因。曾女士認為她受許多因素的影響而體質虛弱，所以才會得結核病。她在中國時被迫接受結紮手術，接著又熬過一段艱困的非法移民路程，她跟超過兩百名同行的旅客擠在一艘貨船的底部三個月，每天靠一個饅頭或一塊豆腐乾度日。貨船停泊在瓜地馬拉後，他們被送進一輛密閉的香蕉貨車裡，一待就是十小時。在那段時間裡，他們得要忍受其他人的腹瀉惡臭。他們一天只睡幾小時，一路登山跋涉，靠芒果與其他野生植物維生。對曾女士來說，在這段移民路程中，擁擠而封閉的空間、心理的疲憊，和營養不良等因素，才是她得到結核病的病因。

對這些移民來說，紐約居大不易。在我進行田野調查的 1990-2000 年間，從中國到紐約的非法移民旅程需要花費六萬美金。曾女士得拼命工作才能清償債務，同時才能接她在中國的家人赴美。她在中國城一家通風不良的成衣工廠上班，每天工作超過十三小時。她節儉度日，以麥片粥或麵包糊口，偶爾用一顆蛋犒賞自己，她在擁擠的中國城廉價公寓裡租了一個可以躺下來睡

覺的地方。她剛到中國城時，曾住在位於樓梯間下方靠排水管的狹小地方。兩年後，她開始跟另一個非法勞工分租一張上下舖的床位，另外還有兩個室友分租上舖，這樣的睡覺空間每月租金就得花上 150 美元（圖 1）。曾女士在開始接受都治計畫治療後，就被房東掃地出門。在她還沒找到下榻處之前，只好偷偷躲在工作的成衣工廠裡小睡片刻。這其實滿諷刺的，根據保守的估計，至少有一半的非法中國移民，就在紐約市政大樓旁最糟的環境工作與生活。有人質疑那些常在中國城吃午餐的公務員，是否意識到這些非法勞工的工作現況，以及他們悲慘的生活處境。很明顯的是，全球政經發展塑造不平等的財富與工作機會，跨國勞工階級隨之浮現，他們全都面臨剝削、不良的健康狀況與結核病的威脅。



圖 1 中國城廉價公寓裡分租的上下舖

曾女士的故事只是許多民族誌案例的其中一例，這些案例提供詳細的脈絡，說明造成非法移民結核病許多不同層次的因素。然而，目前對結核病的解釋與管理方式，以主流生物醫學與公共衛生為基礎，只著重生物性因素，而忽視社會文化致病因素。有關結核病的生物醫學解釋於 1882 年首次提出，此即柯霍所發表的「結核病細菌——結核桿菌——分離與培養報告」。然而，以實驗為基礎的細菌論，並無法解釋實驗室外的自然現象，例如同樣暴露在結核桿菌下，僅有 25% 到 50% 的人會受到感染，更只有 10% 感染結核菌的人會發病。此外，在發現結核菌後，結核病的治療方式進步緩慢，直到 1943 年發現鏈黴素，才出現有效的抗生素治療。雖然採用適當的抗生素組合，可以治療 95% 的結核病，但結核病在已開發國家有捲土重來之勢，並且仍是全球成人的頭號傳染病殺手，主要影響社會裡的弱勢族群，例如遊民、少數族群、窮人以及非法美國的移民。無論今昔，社經地位低下與結核病的相關都是大家公認的。

結核病仍舊危害弱勢族群，並且在已開發國家捲土重來，迫使我們重新檢討目前強調生物致病因素的結核病解釋與管理方式。本文的主要目的在強調社會文化因素納入解釋與管理結核病的重要性。讓我們先回顧從社會與文化層面解釋結核病的相關研究。

二、有關結核病的社會文化研究

一般而言，先前有關結核病的社會文化研究可分為文化、環境與政治經濟等三大類。這樣的分類方式，讓有興趣者有方便的入門指南，可進一步理解結核病的社會文化研究。依照目前學術領域的分類，這些社會文化研究者包括人類學家、人口統計學家、經濟學家、教育學家、倫理學家、地理學家、哲學家、政治分析家、政治學家、心理學家與社會學家，另外還包括流行病學家、健康教育學家、醫師與公共衛生工作者。由於我受的是人類學訓

練，因此我所討論的重心與評論主要是人類學的成果，不過我提供的分析架構可以應用到結核病的不同研究領域，而且我也會提供例證。雖然不同的研究領域之間還是有相同的特徵，不過每種研究都可根據其研究重心分類。我要強調，並且也會在下文詳細地說明：目前已經有愈來愈多學者建議，任何結核病的社會文化研究都應該考慮以下三個因素。

（一）文化因素

人類學家往往將這類研究的重心放在與結核病有關的文化因素上。遵循著研究民俗醫療的慣例，這些研究常強調根源於固有文化，與疾病有關的信念與習俗。民俗醫療的研究，協助我們進一步理解非生物醫學式的健康習俗與文化。在許多調查疾病文化觀點的人類學研究中，常民的疾病信念，會跟生物醫學的疾病知識並列，前者被視為源自於文化，而後者則代表事實。雖然醫療人類學已經開始質疑經驗主義的假設，但近年來主要的結核病文化研究，仍隱含以經驗主義來理解文化因素。例如，公共衛生學者 Long 等人（1999）曾在越南的四個地區，以焦點團體探索越南人對結核病的「信念」。他們的結論是，傳統上「錯誤的傳染途徑信念」可能會延遲結核病的治療和增加疾病的社會污名。民俗信念被貼上「不正確」的標籤，被視為「錯誤的想法」，而生物醫學知識則被當成適當的「修正方法」。生物醫學不可言喻的特權，和理性主義的經驗假設構成簡化的結論，傳統的信念被視為傳播生物醫學的障礙，要用生物醫學進行救贖，把對傳統信念的信仰，轉變成生物醫學的知識。

除了經驗主義的假設外，Paul Farmer 進一步批評，強調文化因素的結核病研究忽略了塑造疾病分佈的政經力量。在海地進行的多元抗藥性結核病研究中，Farmer 指出只要提供適度的經濟誘因，民眾就會接受治療，不論其傳統信念為何。他質疑，在與海地差不多的環境中，社會科學家往往誇大文化

因素的影響，忽略影響深遠的社經因素。儘管文化觀點有其限制，但不應將之拋在一旁。例如 Vecchiato (1997) 以文化觀點，在衣索比亞進行結核病人類學研究。他並不將傳統信念視為傳遞生物醫學的阻礙，而是建議利用傳統文化的觀點，像是有關傳染病與改善飲食的民俗醫療概念，來設計健康教育，同時考量社經因素的影響。

(二) 環境因素

在人類學的訓練裡，調查環境因素的研究被稱為「生態研究」。生態研究的優勢是在分析疾病時，能納入環境因素的考量，並能統整塑造疾病的生物與文化因素，還可整合歷史與考古學的觀點。然而，生態研究基本的演化觀點，卻成爲某些人類學家主要的批判目標。Merrill Singer 對醫療人類學的生態研究，提出了最直言不諱的批評，他在《醫療人類學季刊》(*Medical Anthropology Quarterly*) 上發表一篇標題聳動的文章〈適應論的輓歌：不自然的選擇和生物學的政治〉(1996)。Singer 在文中指出，生態模式想用「適應」來解釋概念，根本就是徒勞無功。因爲生態模式無法說明是政治經濟塑造了人類適應的環境。每個社會團體不同的生存方式，是「不自然」地由所處的情境決定，而這些情境是爲了符合優勢階級的利益，而被創造出來的。

相較於著重環境因素的人類學研究，其他領域的學者在進行有關結核病與環境因素的研究時，就會分析塑造致病環境的社會力量。在 1990 年到 2003 年六月間，《社會科學與醫學期刊》(*Social Science and Medicine*) 刊登了六篇強調環境因素如何影響結核病的文章。這些研究不只舉出擁擠的環境與結核病的關係，還提出多種會危害環境的政治經濟局勢。例如中國佔領西藏，逃亡難民的難民營人滿爲患，提高結核病在僧侶與難民中的發生率。而在美國，非裔美國人與白人並未混住在同一個地區，凸顯少數族群居住的地區同時存在著過度擁擠的住家環境、有限的醫療管道以及結核病。

(三) 政治經濟因素

在 Farmer 與 Singer 等人類學家批判過那些討論影響疾病分佈型態的文化與環境因素的研究之後，想必就不須對批判醫療人類學（critical medical anthropology）這個領域多做介紹。這個領域關注的焦點，非政治經濟因素莫屬。然而，回顧這類文獻就可發現，大部分解釋政經因素的研究都不是由人類學家提出，而是由醫師、流行病學家、歷史學家和公共衛生工作者撰寫的。歷史學家很早就指出，結核病在弱勢人口中分布極高，例如 Dubos（1996）指出，「實際上，結核病是資本主義社會無情剝削勞工，所得到的第一個懲罰。」當工業國家都市勞工的生活情況獲得改善後，結核病的罹病率在二十世紀上半葉就下降了。然而，也因為結核病的病例在整個二十世紀下半葉大規模地減少，花在控制結核病的公衛基礎設施上的資金大幅刪減，造成結核病捲土重來。Farmer（1997）進一步指出，從他在海地進行的多元抗藥性結核病研究中可發現，影響受試者接受治療與否的主要原因是經濟因素，而非傳統文化對結核病的解釋。

政經觀點著力於塑造結核病的結構性因素。然而，這可能會造成結構決定論，把人類描繪成「結構暴力」的受害者，而忽略人類的創造力可以解決問題。其次，許多採用政經觀點的研究是生物醫學中心論，並認為惡劣的健康狀態與無法接受生物醫學有關。此外，許多批判性人類學家擺出一種激進主義者的姿態，非常急切地想要使決策者和社會科學家的想法變得跟他們一樣。

三、公共衛生機構的論述

在回顧強調文化、環境或政經因素的結核病社會醫學研究後，想必有人會好奇公共衛生機構如何看待這些因素。分析刊載在《罹病率與死亡率周報》（*Morbidity and Mortality Weekly Report, MMWR*）裡，與移民結核病有關的

文本之後，可以發現社會文化因素稍被提及。MMWR 是美國重要的公衛機構——疾病管制局（the Centers for Disease Control and Prevention）——最主要的官方出版品。儘管這是紐約市公共衛生工作者主流的觀點，但是在 1989 年至 1999 年 MMWR 的移民結核病報告中，並未討論病患文化為傳遞生物醫學的阻礙。

在政經因素方面，1989 年有一篇報告指出，高風險族群的結核病可歸咎於美國本地出生者的社會經濟狀況。然而，這篇報告並未特別著重解釋移民的社經狀況，甚至還預測，只要精確掌握生物科技，而非改善社經狀況，就能消滅散佈在社經弱勢族群裡的結核病。

在環境因素方面，一篇 1995 年的報告定義了結核病的「高風險環境」，並把監獄、安養中心、健康照護機構、遊民收容所和愛滋病患居住的地方視為高風險的環境，但卻未提到如何降低環境風險。這篇報告建議，要教育處於高風險環境的人瞭解生物醫學模式，以便感染者與病患可以用抗生素治療。此外，在討論移民結核病時，沒有考慮環境因素，因為他們假設移民是在母國，而不是在美國的高風險環境感染結核病。

四、病人的觀點

對照公衛機構重視母國風險因素的移民結核病論述，我研究的紐約中國城移民，則傾向討論母國之外的結核病風險因子。我在此扼要地說明環境因素，從病患蒐集的敘事顯示，他們並非因主流公衛論述所說的，是因為其生長的母國這種「高風險」環境而染病，而更有可能是因在旅程中，得待在擁擠的船艙、通風不良的貨車與秘密藏身地，因而感染結核病，這些場所的性質就跟美國移民人口密集的地方差不多，例如非法移民拘留所、狀況不良的中國城廉價公寓，以及曾女士故事中提到的美國血汗工廠。就文化因素而言，

衛生當局懷疑傳統中醫信念與習慣可能會阻礙與延誤生物醫學的治療，實際上傳統的中醫師與一般中國城的居民，將他們整體的文化信念視為對生物醫學的補充，而非阻礙他們接受結核病的生物醫學治療。例如，曾女士提到，她採用傳統中醫來降低抗結核菌療法的副作用。她說若沒有同時使用中醫，她將無法繼續接受衛生部的治療方法。此外，親屬關係中的文化價值，對病患是否遵從醫囑有極為正面的影響，因為家庭成員對病患的支持，會使病患為求康復，不受社會角色的拘束，接受自己是病患的事實。在政經因素方面，本研究認為，要解決結核病這個問題，提供都治是不足夠的。我們需要瞭解全球政治經濟的不平等，以及中國城的居住和工作環境的關係。我們也需對人口販子和非法移民雇主有進一步瞭解，才能成功控制移民的結核病。

五、結語

本文從一個案例研究開始，接者進行文獻回顧。我希望能證明，爲了要瞭解一種疾病，我們必須超越生物醫學的觀點，由病患觀點再加上社會文化視野，才能檢視該疾病的社會文化脈絡。

本文改寫自：Ho M.J., 2004, "Sociocultural Aspects of Tuberculosis: A Literature Review and a Case Study of Immigrant Tuberculosis." *Soc Sci Med*, 59(4): 753-62.

問題討論

1. 台灣的疾病管制局防治結核病的工作目前也在推動都治計畫，透過關懷員每日親自將藥物送至病患，並紀錄病患服藥的效果，落實「送藥到手、服藥入口、吞下再走」三步驟。讀完本文，你認為台灣推動都治計畫，在「文化」面向可能遭遇什麼問題？
2. 台灣推動都治計畫，在「環境」面向可能遭遇什麼問題？
3. 台灣推動都治計畫，在「政經」面向可能遭遇什麼問題？

相關閱讀

1. Ho M.J., 2004, "Sociocultural Aspects of Tuberculosis: A Literature Review and a Case Study of Immigrant Tuberculosis." *Soc Sci Med*, 59(4): 753-62.
2. Farmer P., 1999, *Infections and Inequalities: The Modern Plagues*. CA: University of California Press.

推薦網站 / 影片

1. 世界衛生組織肺結核資料網，網址：<http://www.emro.who.int/stb/media/pdf/TBAdvocayRep03.pdf>
2. 世界衛生組織肺結核網頁，網址：<http://www.who.int/topics/tuberculosis/en/>
3. 美國疾病防治中心肺結核相關網頁，網址：<http://www.cdc.gov/nchstp/tb/default.htm>



第7篇 醫療技術

- 導讀 傅大為
- 婦產科的手術技藝與性別政治 李佩穎 & 傅大為
- 新生殖科技、新性別關係？人工授精來台灣 吳嘉苓
- 飄移中的醫療科技與病患參與 林文源
- 護理技術是什麼？以加護病房的護理技術為例 傅淑方
- 有效的利器？卡介苗與X光在台灣結核病防治中的醫療技術實踐 張淑卿
- 生命的最後旅程：醫療科技與死亡儀式 蔡友月

導讀



傅大為

清華大學歷史所教授

無論從媒體上，或是在醫療博物館裡，關於科技或技術的議題，我們看見的，通常都是介紹新科技美好的誕生（如 X 光），及其絕佳的應用，而社會則通常被說成是承受其福澤，有許多人受惠，甚至整個社會都產生衝擊，並逐漸為之改變。

通常，這是科技專家、醫師、或工程師的夢想。但是，從 STS 的角度來看，技術的意義、與社會的真實關係，卻很不一樣。通常，大家說技術與社會的關係，大致有兩種，一種是「技術決定（社會）論」，前面說新科技衝擊社會、社會逐漸為之改變，就是這種流行的說法；另一種則是技術的「社會決定論」，它強調技術的出現是來自社會需求、來自社會主流階層的利益與建構。所以社會的利益或需求，是先於技術的發明，如牙醫最先發明麻醉來輔助治療、婦產科醫師發明產鉗來與產婆競爭「接生」的事業等。

從 STS 的角度來說，以上所說的兩種決定論，都很有問題。在本文中，我想用「醫療技術篇」的五篇論文為例，對「技術與社會」的關係來做分析討論，以說明 STS 在醫療技術中的分析觀點。

首先，對於治療子宮頸癌的兩種療法技術（李佩穎 & 傅大為）在戰後台灣史上的演變，顯示在醫療技術與社會之間，醫學專業內部的不同傳統與技術選擇、還有技術選擇的前後反覆，都扮演了重要的角色。技術不是單純地衝擊社會，或是社會需求單純地在決定或選擇技術，其中有許多無法決定的情境。

其次我們看到，一種新的生殖科技操作，例如人工授精技術（吳嘉苓），它同時也需要建構、塑造一組不同的「人工授精家庭」的角色組合：家庭成

員能理解授精不是通姦、性與生殖二事可以徹底地分離、父系的血親傳承其實不重要、健康能孕的妻子必須成爲病人並辛苦配合來接受授精。一旦其他新生殖科技取代了人工授精後，醫師又需要塑造另一種家庭（如「試管嬰兒家庭」角色組合）來配合新的試管嬰兒技術。如此，新的醫療技術、還有新的家庭角色組合（此爲社會面），二者是同時、共同製造（co-produce）出來的，缺一不可，沒有先後。

這是技術與社會的「共同製造論」，而非技術決定社會、或是社會決定技術。在沒有人工授精技術前，社會中並沒有像「人工授精家庭」這樣的意識形態來形成對「人工授精」技術的需求。當然，並不是所有的技術與社會都會有「共同製造論」所展示的關係，有些時候，舊的社會需求的確是先於某些小型的技術改革（如休旅車）而存在的。同樣的，「共同製造」的情形，也見諸於子宮頸癌療法中，無論是強調婦科的新手術技術，還是強調產科反對新手術以支持傳統的女性形象，其實都共同塑造了「布娃娃」或「盜娃娃」的新女性性格（to co-produce a new femininity with a new technology）。

其三，在林文源所討論的血液透析技術的漂移之作（driftworks）中，我們看到一個更細緻而新穎的說法。技術與社會所共同塑造、或共同建構出來的是什麼新現實？過去在 STS 裡面，有的人說是一個系統（中間有個系統建造者，如愛迪生）、有的人說是一個人與非人彼此串聯的網絡（其中有網絡建構者），但在血液透析的複雜例子中，其實沒有一個單一的系統建造者存在。所以，林文源認爲：「在實際操作上，存在各個場域中的行動者面對同一種科技操作時，關注的焦點各不相同。因此，不須再問是否各個場域中的操作是形成一個系統，或是網絡。當循著科技操作的軌跡，經歷過一個又一個場域時，我們看到的血液透析……在不同操作中有不同樣貌，而且關於這項科技的操作，有各地不均質的分佈狀態」。

其四，關於護理的技術，特別是關於護理人員「情緒勞動」的技術（傳

淑方)，我們又該如何去理解呢？從前面「科技與社會的關係」議題的角度來看，情緒勞動雖然也是一種技術、一種身體技術，但卻是最低調、最隱形的技術。它似乎是社會對刻板女性溫柔形象的需求投射在醫療技術上的結果。這個投射所發展出來的技術，就是護理人員的情緒勞動技術。雖然它需要訓練、技巧、知識與智慧，但它被掩蓋在傳統關愛的女性形象中，被隱形起來。所以護理人員所服務的病患及家人、還有醫師，常會把她看成一個關愛的女性而已，而習慣地把醫療知識與技術，全部歸諸於醫師。所以這是一種被社會性別關係所「性別化」的技術，但同時，它也是醫療技術，透過護理人員，戴著「社會性別」面具而深入社會的一種技術。起碼在台灣，護理技術是醫師介入社會的中介，但也是社會「性別化」醫療技術的中介。在這裡，我們看到技術與社會互相交纏。類似的情況，也出現在討論生殖科技時，社會性別刻板印象剝削了健康能孕婦女的角色，以及討論子宮頸癌的治療時，那些因為手術開刀失敗而過世的女性病患，她們做為醫師的「老師」身分，也是被隱形化的。

其五，再以「疫苗」這樣的技術物來說。通常，我們會強調「疫苗」的科學性、如何製造等問題，但是疫苗如何安全、有效的注射進人體，卻會牽涉到此疫苗技術的社會面。我們以卡介苗（BCG）如何成為結核病的預防疫苗、還有 X 光二者為例（張淑卿）。因為結核病是傳染病，再加上政府的防癆政策，使得無論是健康人或病患或病家，與結核病均產生密切的關係。特別是 BCG 接種與 X 光檢查時，均深入社區或學校。而進入如此的社會場域，除了打針技術、設備與醫院不同外，排隊打針、大家觀看別人打針等這些形式，也是為達成社區醫療的另一種技術。而這些「田野技術」的成效如何，也間接影響到台灣 BCG 總體效用的評估。總之，我們思考，什麼是一種「疫苗」的醫療技術實踐？從 BCG 的例子可以看到，疫苗本身的效力，所謂的純醫學部分，只佔技術實踐的一小部分而已，除此之外，這個敏感而脆弱的疫

苗的保存、如何使用與施打、接種員的經驗與專技、疫苗進入到不同田野中所發展出來不同的施打技術與施打技術物（如遮風板與遮光板），這些混雜著田野技術物、身體技術與社會技術的「異質綜合體」，顯然也都是這個醫療技術實踐的一部分。

最後，我們來談談關於加護病房照顧垂死病患的技術（蔡友月）。做為一種技術的「使用者」，垂死病患這種使用者，還有她／他的家人，其實都十分的特別。當加護病房的高科技籠罩著極度弱勢的垂死病患時，二者之間的宰制關係似乎更嚴重，家人的出現並不見得解決問題，有時反而只是授權醫療技術更加宰制垂死病患。甚至，加護病房的高科技，有時只在參與演出一種「死亡的儀式」（如心肺復甦術），它實質的功能很弱，甚至只是保護醫師避免醫療糾紛而已。這裡所謂的宰制，意味著醫療科技本身的巨大重量，超越與忽略了垂死病患自身的需求或非需求，頑強地壓在孤獨而被遺忘的病患身上，至死也不肯離開。它隔開垂死病患與親人的連結、與過去人世的連結。原來，現代的醫療死亡是如此地孤獨而被遺忘，相較於被醫療化之前的死亡，死亡是心靈平靜、家人朋友牧師環繞送別、沒有顧慮地跟隨天使含笑離去，是多麼的不同啊！在這裡，也許顯示的是，醫療技術決定論中最強的一個情境或效果了吧！不過，前面傅淑方所討論的加護病房中的情緒勞動，也許可以在這裡一起考慮，顯示垂死病患的複雜性，以及情形或許並沒有那麼糟。

婦產科的手術技藝與性別政治

李佩穎 / 傅大為

清華大學社會所研究生 / 清華大學歷史所教授

你知道戰後的台灣婦產科，曾經以「手術絕活」——子宮頸癌根除術，聞名國際嗎？

你知道原本在日治時代處於邊陲的婦產科，如何在戰後名列台灣醫學四大科嗎？

本文以台灣戰後婦產科的「手術技藝」為主題。也許有人乍看之下會覺得奇怪：「手術技藝」應該是醫生才需要煩惱的事情吧？我們一般人只要在生小孩的時候到婦產科醫院、身體不舒服的時候去看醫生，醫生自然會依他的醫學專業決定要怎麼處理、治療我們的身體——應該運用什麼樣的「手術技藝」，這好像沒什麼問題嘛！但是，STS 的觀點正是要告訴大家：這種看似理所當然、很科學、很專業的地方，可能也正是最需要「問題化」、需要我們去思考的地方。

台灣長期以來存在著以女性接生者——產婆——為主角的接生傳統，然而當以男性醫師為主的婦產科在戰後漸次取代了產婆、助產士，開始以現代的醫學知識、手術技藝來處理女性身體時，一個「性別與醫療」、「技術與身體」彼此交纏的歷史於焉展開了！以下，我們將從婦產科的墮胎基本技藝：子宮擴刮術，也就是所謂的 D&C 開始，然後進入到戰後徐千田流派的「婦產科絕學」：子宮頸癌廣泛性切除手術（或簡稱「子宮頸癌根除術」）的討論，最後則要提出「另類婦產科技藝」的可能性。本文所要做的，正是打開這個科技的「黑盒子」——從性別政治的角度深入婦產科的醫學技藝之中，同時面對手術與罹病的女體，並與精細的手術技藝對話，也隨時要警覺到：醫學中最有技術內容的環節，也可能是意識形態發揮最大功能的地方。

一、「家庭計畫」之前台灣的子宮擴刮術

「子宮擴刮術」對於戰後婦產科醫師具有相當的重要性。由於日治時期墮胎是非法的，也少有避孕的知識流通，今天我們看到的一篇篇日治時代的「阿媽的故事」，都不斷地在訴說母親們如何不斷地為生育所苦，說她如何在不斷生育、兒女時而早夭、又常被送做童養媳的環境中度過。

在傅大為等所訪談的許多老婦產科醫生中，幾乎每個人都承認，在 60 年代中期台灣官方開始進行大規模的節育「家庭計畫」之前，婦產科醫師透過子宮擴刮術替許多婦女墮胎，是個公開的秘密，在當代婦女墮胎史中有相當大的份量。雖然當時日本的避孕環（Ring）已經進入台灣，但是，可能有許多的家庭（包含先生）與婦女，仍然不斷地前往診所墮胎。我們認為戰後台灣，逐漸產生以「墮胎」做為一種家庭私下節育的有效手段；而其結果之一是，從日治後期以來，在婦產科醫師與助產士彼此競爭獲取「家庭與婦女」信任的過程中，婦產科醫師透過墮胎的特殊醫療技術與醫師權威，開始領先。雖然當時助產士也有進行子宮擴刮術墮胎，但是案例可能不多，尤其後來法律對助產士的行為規範愈來愈嚴，許多助產士都感受到相關法律禁制的壓力。

總之，子宮擴刮術在戰後台灣的婦產科發展、還有「婦女與家庭」的新規劃上，都扮演了重要的角色。很有可能，透過這個「小手術」，戰後的婦產科醫師和台灣婦女與家庭，建立了重要的關係。我們首先來看看，戰後婦產科的名醫徐千田，如何教導醫學生進行這項基本技術，及其與婦女子宮的「關係」為何。

（徐千田）他常苦口婆心的告誡住院醫師，婦產科醫師最容易賺錢的是 D&C，最容易出事的也是 D&C，因此做 D&C 時，必須要確實，不能有一點疏忽，更不可以快速草率的搔爬幾下即要結束，一個婦產科醫師沒有穿破幾個子宮的經驗，其 D&C 是不算畢業的。其

意思是說有穿破子宮的經驗才會有破的感覺，而知所停止，避免造成進一步的傷害。我在住院醫師時曾跟他處理一例子宮搔爬手術後子宮穿洞，小腸多處破洞。我們將子宮修補後切腸子重接，修補小腸全部自己來，不找外科。（傅大為，2005: 195）

的確，一個以手術為主的婦產科醫師，不需要外科。值得注意的是，像「一個婦產科醫師沒有穿破幾個子宮的經驗，其 D&C 是不算畢業的」這樣的名言，在徐千田之後，似乎在婦產科界頗為流行。但是，這種建立在子宮穿孔之下的 D&C 學習方式，有沒有問題，很值得進一步探討，特別是婦女子宮又成為學習基本手術的「實驗品」的時候。而參考美國產科教科書的聖經 *William's Obstetrics* (20th edition) 在討論 D&C 技術時，完全沒有提到這句名言或類似的意思，甚至書中特別要求一些動作，為的就是避免穿孔。那麼，我們要如何來理解徐千田這樣的名言？是否婦女的子宮，即使做為基本技術的訓練器材時，也可能是如此地被當作練習材料呢？

二、戰後台灣的子宮頸癌及其廣泛性根除手術

戰後的台灣婦產科，論開刀，許多人都會提到徐千田及其學生輩。至今在各種紀念徐千田的場合中，醫師學生們最津津樂道的就是徐千田繼續發展岡林式 (Okabayashi operation) 的「子宮頸癌廣泛性根除手術」，還有它如何在徐門之中被發展成熟、徐千田如何在亞洲各地作開刀秀等等。從社會學的角度來看，子宮頸癌根除術在當年是如此的炙手可熱，進而多少形塑了戰後婦產科的一種歷史性格（手術型婦產科）、一種醫院技術的技術傳統。

由於台灣的子宮頸癌發生率一直頗高，使得「婦科如何醫療子宮頸癌」一直是個重要的問題。那麼 1950 年代的台灣，婦產科界究竟是如何處理子宮頸癌呢？這裡我們可以看到台灣婦產科技藝兩條不同的路線：1950、60 年代，源自京都大學擅長用刀傳統的中興醫院「徐千田派」，研發了著名的岡林

式開刀法，進行廣泛式子宮根除手術，而成爲「徐門絕技」（見圖 1）；藝成之後，聲名遠播，從中興醫院的徐千田「醫局」到徐千田自己開業的「徐婦產科」，前去求診的婦女非常之多。而同時做爲一個明顯的對照、一個非手術的傳統，是台大婦產科的戰後發展取徑；當時，東京大學出身的魏炳炎接手負責台大婦產科之後，對於子宮頸癌開刀術並不熱衷，而傾向於放射線療法。

這種婦產科內部的「異質性」，其實在歷史上由來已久。以英國爲例，從十八世紀開始到二十世紀，就如 Moscucci 的名著 *The Science of Women* 所言，近代婦科與產科的複雜歷史，正是兩種不同而有衝突的傳統（傾向內科的產科 vs. 傾向外科手術的婦科），在既鬥爭又須聯合一致對外的歷史中，共同建構了近代英國婦女的女性性格（femininity）。一些從「男產婆」（man-midwife）出身的著名產科醫師，如 William Hunter，從當初反對產鉗、到後來反對一些婦科大動刀戈的著名手術，都是常發生的事。而二十世紀，在日治時期的日本內地，東大婦產科與京大婦產科之間的歧異與辯論¹，也同樣顯示了婦產科內部類似的異質性。

不過，台大這個對「手術房」有所保留的婦產科傳統，在戰後只持續了二十年。到了 1968 年，台大在魏炳炎主任一聲令下成立子宮頸癌手術小組，由李卓然教授主持，「病人數目激增，有口皆碑，李卓然教授，儼然一代宗師，與徐千田教授同屬台灣子宮頸癌手術之二大天王」²。轉眼間，「手術型的婦產科醫師」已經不分台大、中興，不分徐千田、李卓然，再加上 1963 年起，由外科傳統直接進入婦產科的國防醫學院系統。這幾個傳統共同形塑了 70 年代以來「手術型婦產科醫師」在台灣的歷史軌跡，這個時期，也是台灣剖腹產率開始升高的年代。

1 京大婦產科積極發展開刀術，是岡林醫師的基地，徐千田的老師大賀征也出自京大。台大後來則受東大婦產科的影響，對開刀採取保留的態度。

2 見《台大醫院婦產科百年史料輯錄》，1995，頁17。

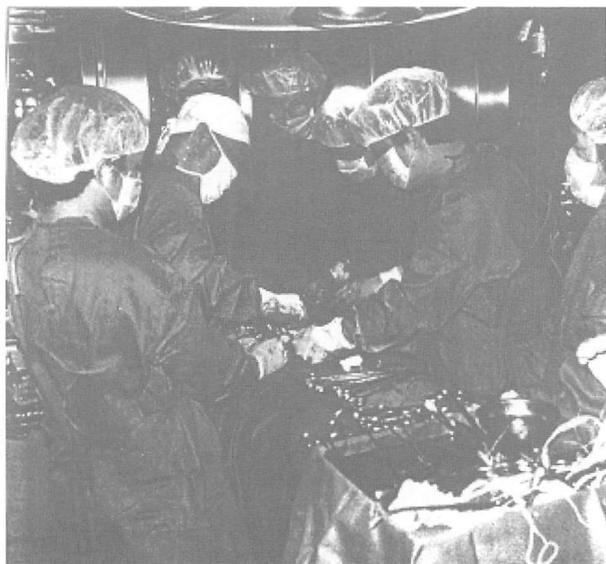


圖 1 手術房中的徐千田醫師

「手術型婦產科醫師」的特質，也可以由婦產科醫師的訓練中看出端倪。子宮擴刮術、剖腹產、還有子宮切除術，是徐門訓練婦產科醫師的三種基本手術，而除了臨床手術的學習與操作外，學習的重點還包括觀摩其他人手術等等。這種以各式「婦科手術」為中心的婦產科基本訓練，以及被視為婦產科手術巔峰的子宮頸癌根除術，很可能形塑了台灣婦產科勇於動刀的傳統，並將這些手術技藝、還有手術動刀的比例與頻率，推到一個有國際高知名度（或說壞名聲？）的地步。

固然，今天檢討起來，以徐千田廣泛性切除子宮頸的方式來治療子宮頸癌，其成果是比不開刀的放射性療法要來得好。但是，當年徐千田在對婦女與對醫師都不利的環境下，不斷地改進與練習子宮頸癌根除術，過程中也有許多手術失敗的例子。而每一個手術失敗與婦女的亡故，都是此開刀術得以改進的教訓與珍貴案例，而她們的病體，其實是徐千田及學生輩改進開刀術無言的老師啊。然而這些無言的老師們，在享譽國際的子宮頸癌根除術的光

環中，卻很少被提及、被感謝³。這也是婦產科高科技黑箱中的性別意識形態問題。

值得注意的是，可以使「子宮頸癌根除術」施行率大幅降低的婦產科新技術「子宮頸抹片篩檢」，1950年代就在美國開始大量篩檢，而當年深受美國醫學影響的台灣，為什麼卻遲至1974年才開始進行大量的篩檢？這個技術取用時間上的落差，我們認為，一部分原因是台灣婦產科手術傳統所形成的阻力，也就是這個「手術型婦產科」的技術傳統所形成的歷史慣性。一直要等到1970年代，終於徐千田流派也開始推動子宮頸抹片篩檢，在子宮頸癌的對待上，這個獨尊動刀手術的傳統，才稍有遏止之勢。

三、另類婦產科技藝的可能

上面的討論點出了這樣的問題：戰後台灣婦產科傳統的歷史，形成了「手術型婦產科醫師」的歷史類型。而這裡面的醫療技術與性別意識形態又有什麼關連呢？

Moscucci 回溯十九世紀以來英國傾向外科動刀手術的「婦科」與傾向內科的「產科」兩傳統之間的壁壘，指出近代歐洲「婦科」的發展，從鴨嘴器（speculum）開始，就逐漸與手術、外科「切割身體」的取向逐漸接近，這也許是一種男性婦科醫師「男性雄風」的展現，透過知識權力的手術刀，對女性身體做切割與縫合，同時也建構了一個零碎化、身體部分可先後組合切割、容易剖開操作與再縫合的女體，也許可稱之為「布娃娃女性」。然此同時，部分的「產科」醫師，卻對於切割或侵入女性身體有所保留，這出發點雖然

3 名醫徐千田本人，當年倒是為此感慨萬千。這裡談到的「無言的老師」、「公開感謝的缺乏」，與今天家屬捐贈遺體（也被稱做老師）供醫學研究或解剖，各醫院都有定期祭典的方式，是很不一樣的。（見傅大為，2005: 190）。

有時與女性利益較為接近，但他們對於女人形象的關切，以女性的純真、母親的天職、女性性魅力為出發，所以這個傳統，其實反而複製了傳統賢淑女性的意識形態——「瓷娃娃」的潔淨、脆弱與易碎。

因此，我們要問：台灣婦女的身體，在婦產科的歷史傳統脈絡下，到底被擺放到什麼位置？是否可以有一種以「產婦為中心」的「另類婦產科技藝」呢？婦產科的基本訓練，是否不必然是徐門的那三刀。一個婦產科醫師的基本訓練，特別是產科醫師，為什麼不可以是臀位產接生、雙胞胎接生、還有例如「無痛分娩」的相關技術與麻醉技術⁴？一個老醫師回憶說，在二、三十年前，如果一個婦產科醫師透過剖腹產來為雙胞胎接生，是會被同行笑話的，但是在今天卻非如此。甚至，如何進行剖腹產後陰道產（Vagina Birth After CS, VBAC），也可以是個基本訓練啊。

另一個可能的途徑，則是在於婦產科的「預防醫學」與相關的公衛發展。若能夠廣泛施行有效率的、「非集中化」科技型態的預防醫學篩檢，例如前面提過的子宮頸抹片篩檢，應可以大幅降低傳統嚴重病患的數量，自然可以使集中化的「手術婦科」型態在整個婦產界的重要性降低，也會使得更以女性為中心的產科技術（同時也會減低剖腹產率、子宮切除率、會陰切開率，並且增加 VBAC 比例等等）能夠在婦產科界有新的發展空間。

總之，本文追溯婦產科手術技藝的爭議細節及歷史，我們想要做的是一個「今天的歷史」：台灣社會是如何透過種種曲折路徑變成今天這樣的？一個從戰後以來的婦產科手術技藝的傳統，如何影響到今日的台灣？並且從這個過程中，我們打開了台灣婦產科手術技藝的「黑盒子」，檢視了其中的醫療技術與性別意識形態。透過對歷史的檢視與反省，我們希望看到一個更好的明日、一個「突破」的可能——台灣婦女的身體，是否有可能從一層層近代醫療所纏繞的技術之繭中，破繭而出呢？

⁴ 請參考本書〈為什麼台灣的剖腹產率居高不下？〉一文，作者傅大為。

本文摘錄與改寫自：傅大為，2005，〈徐千田與戰後婦科手術技藝的兩條路線〉。《亞細亞的新身體：性別、醫療與近代台灣》。台北：群學。

工具箱

問題討論

1. 為什麼台灣的子宮頸抹片篩檢的施行，落後其他國家很多？
2. 從 STS 角度，打開台灣婦產科手術技藝的黑箱，去討論一些技術的細節，能讓我們看到哪些隱含利益與性別偏見的意識形態？
3. 從女性主義的角度來看，有時我們容易「本質化」婦產科的技術，認為它其實是受父權影響下的鐵板一塊，同質性很高，但是從本文內容看來，你是否看到不同的情況？

相關閱讀

1. 台大婦產科同門會，1995，《台大醫院婦產科百年史料輯錄》。台北：台大婦產科同門會。
2. Ornella Moscucci, 1990, *The Science of Women: Gynecology and Gender in England, 1800-1929*. Cambridge: Cambridge University Press.

推薦網站 / 影片

1. 台灣生產改革聯盟部落格，網址：http://blog.yam.com/birth_reform/
2. 電影「愛妳鍾情」(*If These Walls Could Talk*, 1996, directed by Savoca, Nancy, produced by HBO)
3. 電影「用力！用力！」(韓國片，Park Chul Soo 導演)
4. 電影「天使維拉卓克」(*Vera Drake*, 2004, directed by Mike Leigh)

新生殖科技、新性別關係？人工授精來台灣

吳嘉苓

台灣大學社會系副教授

如果一項新醫療科技的引進，挑戰到原有的社會秩序，甚至被認為會造成「社會問題」，那會發生什麼事？

1950年代的台灣，台灣婦產科醫師引進人工授精技術，就思考著這樣的挑戰。當時為了讓有男性不孕問題的夫婦生出小孩，醫界開始採用「捐贈者人工授精」(donor insemination)的方法：醫師透過注射器，將他人的精子注入到婦女的陰道，以期讓婦女懷孕。精卵結合的方式沒有透過異性戀性交，生出來的小孩沒有丈夫的血緣，這些都不符合當時的性行為傳統與性別規範。台灣民眾當時為什麼會接受這麼不符合過去生殖方式的技術？為了讓這項技術能夠被民眾所接受，醫師如何調整這個受爭議的科技？「捐贈者人工授精」在台灣施行的過程，什麼樣的男性氣概會受到注目？生殖科技與性別關係如何共同演化成新的樣態？

終究，新科技要成為社會的一部分，就要成為文化認可的一部分。特別是要引進帶有爭議的科技，常常會歷經一個科技與社會相互形塑的過程；在這個過程中，科技會變、社會關係也會變。仔細探討這個相互形塑的過程，會讓我們避免僅是關注醫療科技如何衝擊社會（例如只問「試管嬰兒」的出現如何改變社會），或是僅是社會如何影響科技發展（例如只問全民健保制度如何影響新興科技的發展），而能將科技與社會的關係視為緊密連結不可分，不斷地相互滲透、彼此塑形。

十九世紀就已經出現這種以捐贈精子來達成受孕的醫療科技方式，不過在西方社會要到1930年代才廣為注意這項人工協助生殖科技，醫師也才開始

支持以這項技術做為處理男性不孕的方法。台灣最早的一篇人工授精報告，是由台大醫院婦產科的吳家鑄醫師團隊執筆，發表於 1954 年。這個在當時顯然很基進的生殖科技，到底是怎麼進入台灣的？

一、轉換科技、合乎男子氣概

1950 年代，台灣醫界開設了不孕門診，其中為了處理男性不孕，台大醫院提出「人工授精」(artificial insemination) 的作法。人工授精的精子來源，可以是丈夫的精子，也可以是他人的精子。透過人工授精，男性精蟲數量少或活動力不足的生理情況並不會改善。所以這裡男性不孕的「治療」，並非如治療女性不孕的手術或用藥等方式，去治癒不孕的身體。人工授精做為一種「治療」方式，是透過這種助孕科技，在精蟲品質仍有問題的情況下，達到有子的結果。因此，與其說這是「治療」，不如說是「解決無子問題」。

要實施捐贈者人工授精的諸多技術網絡，在當時其實一應俱全：不孕門診建立了、婦產科醫師也擁有相關知識與技術、所需的醫療設備都很齊全、不孕夫婦也會上門求診、連精子都有醫學生做為固定的捐贈者。那還缺什麼？當時的醫師顯然認定，還缺「不孕男性的同意」，即使在實際的流程中，根本不需要不孕男性的身體。

從當時醫界的作法可以看出，當時的醫師擔憂，捐贈者人工授精這項技術，顯然很不符合當時的性別關係，特別容易打擊不孕男性的男子氣概。當時的醫師，認為這種非配偶間的人工授精，會使得丈夫血親缺席，與主流社會認可的父系傳承價值有所不合，這可能會是一般民眾最在意的事。於是醫師就調整醫療措施，讓這項科技在這方面的爭議予以降低。台大醫院醫師採用的方法，就是「淡化」捐精者的身分。首先，當時醫界將捐精者與丈夫的精液混合，再注射到女性的身體內。在那個沒有 DNA 檢驗的時代，生出來

的小孩無法驗證到底是丈夫的、還是捐贈者的，因此有些醫師稱這種混合精液的策略為「安慰法」，安慰丈夫也許小孩還是有可能是他親生的。其次，當時的捐精者也保持匿名，以避免讓捐精者有機會成為家庭的一份子，降低原有婚姻家庭結構遭到破壞的可能性。同時，醫師也努力在醫療措施上盡量彌補，找尋與不孕丈夫相似的捐精者。吳家鑄醫師的團隊在研究報告中就提到，「donor 的選定是非常重要的事情」，除了精液必須健康外，「不僅僅在種族或體質上與病人的丈夫相似，最好在感情上，氣質上，也要相似。……我們根據這些見解，主要從學生選擇 donor」。「氣質上」要如何類似？根據我的訪談，有些醫師會看看求診者在氣質上比較像是讀書人還是鄉下人，來尋找氣質相似的醫學系學生來捐贈精子。透過這樣的作法，原本在生理上無法延續的血緣，卻能夠利用捐贈者各方條件的相似性來彌補。

當時的醫師也認為，非配偶間的人工授精，明顯抵觸了透過異性戀婚姻制度內的性交才能進行合法生殖活動的社會規範，這是否意味妻子「出軌」而使得丈夫「戴綠帽」，成為需要釐清的焦點。因此，「人工授精不是通姦」成為當時臨床報告討論的重點：「這種操作，因沒有色慾，情慾等的因素，而且病人和 donor 之間沒有肉體關係，而絕對不能視為通姦」。

從當時的醫學文獻討論來看，醫師認定捐贈者人工授精是否能進入台灣社會，關鍵在陽剛氣質遭到多大的損害。於是醫師一方面調整科技、一方面做概念澄清，減輕非父系血親的遺憾、戴綠帽的聯想等「社會問題」。科技的形貌做了調整，以便符合當時的性別規範，減少醫師眼中可能會發生的「社會問題」。

二、能孕女體的病理化

然而，一項新科技可能引發的「社會問題」到底是什麼？牽涉到誰？用什麼樣的目光來界定？當時的醫界認為不孕男性的陽剛氣質受損，茲事體大，

在醫師眼中，真正要經歷整個人工授精流程的婦女反而比較不是「問題」。

事實上，人工授精技術解決了男性不孕所造成的無子問題，當然也可能為女性製造了新的問題。舉例來說，女性對於上手術台來經歷人工授精的方式，相較於以往的異性戀性交模式，會不會「不習慣」？本來是健康的女性，卻因為配偶的不孕問題，要經歷許多侵入性的醫療措施，有沒有權利抗拒？然而，這些問題，並不是當時醫師關心的議題，因此根據我所能找到的文獻資料，當時醫師並沒有像關注不孕男性的男子氣概一般，為女性面對的新性別關係、新的生殖模式，來調整臨床措施或是公開呼籲澄清。

捐贈者人工授精原是男性不孕的治療方式，但是當時的醫學文獻，稱呼男性為「丈夫」，女性為「病人」：「通常使病人仰臥，已沒有附著消毒亦之乾淨的，消毒 Speculum 插入陰道後……」、「(人工授精) 完了之後，保持骨盤高約 30 公分，然後讓病人起來」、「病人和 donor 之間沒有肉體關係」。人工授精做為「治療」男性不孕的主要方式，使得男性無須經過侵入性醫療，即可達到使女方受孕的結果，但是「生殖機能健全」的女性，卻很早就要因為這種治療男性不孕的方式而受到侵入性的醫療。婦女要測量三個月的基礎體溫，在排卵日由醫師檢查，以窺鏡撐開陰道口及子宮頸外口，以注射器將精液注入，然後平躺約 30 分鐘。1950 年代台大是在 8 小時以內施行兩次人工授精。這經常不是一次成功，可能要重複好幾個月。而人工授精對於婦女可能造成損害健康的副作用，主要在於注射器插入可能造成的感染。由於治療對象在於女體，明明是男性不孕，需要進一步接受檢查的反而是女性。因此台灣在 1950 年代強調人工授精的要件之一，就是強調女體的健康，當時台大醫院就強調：「不能有很大的骨盤病態，不能有閉塞的輸卵管，而且必須有排卵，黃體賀爾蒙的分泌正常。」為了實行人工授精，增加婦女醫療檢查的機會。由於特定界定「社會問題」的目光聚焦在不孕男性身上，這樣「男性不孕、治療女性」而病理化能孕女體的情況，當時並沒有得到醫師太多的關注。

捐贈者人工授精從 1950 年代的零星案例，到了 1980 年代初期，台大、榮總每年各有上百例。這項科技也帶出了新的生殖理念，產生了一批前所未有的新生殖型態，使得有一批民眾願意進入前所未有的生殖關係——將性與生殖分離，孕育沒有配偶血緣的新生命。而等到這項新醫療科技逐漸在台灣各大醫院實施，科技與社會相互改造的過程，又發生了什麼變化？

三、醫師創造新的生殖理念、新的優質陽剛氣質

1980 年 3 月，由於美國一家精子銀行推出諾貝爾獎得主的精子，使得非配偶間的人工授精，受到台灣媒體密集報導，也使這個男性不孕的治療管道得到更多披露。榮總自 1981 年 4 月成立精子銀行，也讓這項醫療技術更受社會注目，增加了求診的人次。這個時期的人工授精，一如 50 年代，仍強調設法處理血緣上的問題，例如當時榮總的不孕症及家庭計畫科主任林猷炯就表示，相同的血型是一般性的措施。榮總在 1981 年公開徵求捐精，目的之一在於增加「遺傳條件最接近丈夫的精蟲」之機會。然而，這種求取生理上親近性的努力，已經比 50 年代降低。例如，像是高矮胖瘦等其他條件要符合丈夫就無法採行；50 年代將捐贈者與丈夫精液混合的做法，此時也已不再採行。這透露出 80 年代初期雖然還是顧及血緣因素，但是已較 50 年代淡化許多。這個時期已經看不到 50 年代會考慮的「通姦」論述，顯示當時這項科技的發展，已經逐漸脫離了性偏差或生殖偏差的討論脈絡。

這時期開始出現捐贈者人工授精這項科技，有助於優生的新價值。由於早年捐精者多為醫學系學生或是年輕醫師，醫師在 1970 年代後期，就開始以捐精者的高智商為特色，彰顯這項科技的附加價值。例如，榮總的林猷炯醫師提出「供應者的智商都是相當不錯的」；台大的李鎡堯醫師也表示，他知道這些經由經由捐贈者人工授精而長大成人的小孩，在大學裡的課業表現都相

當不錯。台灣媒體當時也轉載了美國第一位接受諾貝爾獎得主精子的婦女產下女嬰的新聞，她不僅欣喜於人工授精得來的女兒，也認為「她將是個女愛迪生」。這些說法開始強調捐精者為優質男性，力圖形塑這個科技成爲一種有助於優生的科技。

相較於之前醫師關心的男子氣概，在於「生殖能力」，並小心翼翼地保護缺乏這種男性特質的不孕男人，這個時期醫師重視的男子氣概，在於「聰不聰明」，並且強調這類優秀捐精男性帶來的好處。於是，醫師創造了一種新型的優質男子氣概，以智商、成就（而非生殖能力）做爲區分男性差異的界線。如果說這些論述與做法有助於打破親子關係與血親傳承的「先天說」（來自血親父母基因的孩子才最適合成爲子嗣），醫界提出捐精者的高智商以肯定這項科技的說法，卻又以類似優生學的觀念，強化了人類品質的「先天說」（高智商的「種」會產生優秀聰明的孩子），結果反而落入另一套「基因決定論」的論調中。

矛盾的是，由於精子銀行的設立，各式各樣的男性也可能成爲捐贈者，原先醫界強調的優生論點，也就容易受到挑戰。一些醫療院所會自行訂定「社會性優生」的門檻，例如要求要有一定的學歷才能進行捐精。一直要到 1994 年衛生署發佈的「人工協助生殖技術管理辦法」，才正式訂定對於捐贈者的規範，主要是年齡的設限，以及健康方面的檢查，並沒有要求一定的教育程度。因此，設定學歷門檻的醫療院所，等於在積極實踐使這項科技繼續做爲一種優生科技。

1980 年代中期，醫界陸續關注透過捐贈者人工授精而傳佈的愛滋、B 型肝炎等疾病。醫界透過冷凍精子來進行健康篩檢，以試圖確保捐贈者精子的安全性。然而，也許是因爲捐贈精子的程序變得較爲複雜，或是其他涉及男子氣概的因素，從醫學院學生到一般民眾，捐精者愈來愈少，精子銀行紛紛倒閉，這項科技也面臨瓶頸。

四、「還是血親重要！」

ICSI (intracytoplasmic sperm injection, 卵細胞質內精子顯微注射) 自 1992 年在 *Lancet* 發表第一篇應用成功的臨床報告以來，普遍被醫界認為是處理男性不孕的人工協助生殖科技發展的一大里程碑。從 1995 年開始，台灣陸續發表有關 ICSI 的本土研究報告，並有更多相關的媒體披露。到了 1998 年，全台灣已實施兩千多例的 ICSI，捐贈者人工授精僅有 130 例。

為了強調 ICSI 的好處，台灣的醫師重新提出「血親的重要性」，藉此說明 ICSI 較捐贈者人工授精來得吸引人。例如，劉志鴻醫師在一篇回顧新生殖科技的文章中，開場就提出「生命的意義在於宇宙繼起之生命」這句話（原出自蔣介石），做為支持追求血親子女的正當性。正文中第一句又強調維繫血緣傳承做為人類最核心重要的事。藉由這種規範性的說詞，只要能夠提高擁有血親子女機會的技術，就當成是一大突破。雖然無精症等男性不孕類型，還是需要捐贈者人工授精的技術，但是寡精症的類型，昔日可能以嘗試捐贈者人工授精來達到受孕目的，後來就多採用 ICSI 了。

如果以傳承父系血親做為評斷標準，ICSI 的確會比捐贈者人工授精這項舊科技更能達到目的。但是如果以生出小孩的「成功率」而言，ICSI 不見得比較好。如果我們把「減少侵入性醫療干預」做為欲求的目標，那麼 ICSI 更未必能脫穎而出。具體來說，假設一個社會普遍認為健康的女性應避免因為男性不孕而成為「病人」，因此以「減少女性所承受的侵入性醫療干預」做為處理男性不孕的理想基準，那麼得到子女的理想的方式，依序應為：領養 > 人工授精 > ICSI。

因此，ICSI 並不會在台灣社會一推出就自動取代舊科技。醫界也往往藉由提出擁有父系基因傳承做為重要價值，來說明 ICSI 這個新科技的好處。顯然，在台灣父系 / 父權社會中，以父系血親觀念來倡導 ICSI，會比之前引進一個不合傳統性別規範的基進科技，要來得容易得多。

五、結論

在不同的歷史時期，捐贈者人工授精這項科技的改變，使得性別關係也有所改變。在引介階段，醫師藉調整技術以便讓科技符合台灣社會的主流性別關係，這項科技的實施也創造了願意進入性與生殖分離的性別主體。而等到這項科技比較穩定之後，醫師開始藉由強調醫學系學生做為捐精者的優異性，建立以智商與成就做為區辨男人好壞的方式。等到男性不孕「治療」方式出現競爭的對手，父系血親重新被醫師提出，做為 ICSI 值得倡導的理由，捐贈者人工授精成為式微的科技。從最早期修補受損的男性氣概，到中期強調高學歷與特定職業的男性較為優質，乃至近期提出父系血親傳承的重要價值，生殖科技推陳出新的過程中，也參與了男性氣概的建立。另一方面，從混合精液的措施，到重 ICSI 而輕捐贈者人工授精，也可以看出文化價值影響了科技的施行與選擇。

台灣這幾年有關人工協助生殖科技的討論，多半集中在代理孕母的議題，爭論著新科技是舊父權的幫凶，還是能將新科技用做身體的新抗爭。然而代孕只是眾多助孕科技的一環，從 1950 年代的人工授精，還有俗稱「試管嬰兒」的體外受精技術、ICSI 等等，這些生殖科技就跟性別關係彼此影響、相互形塑。為何我們今日偏好哪種助孕科技，不能僅以「成功率」來解釋；父系血親如何鬆動、如何維持，不能只看宗教與法律。透過人工授精在台灣的引介與式微，可以發現醫界在施行醫療科技的同時，往往也涉及了文化價值的協商，瞭解這些科技與社會彼此形塑的過程，將有助於我們理解科技的選擇與性別關係的建立。

問題討論

1. ICSI 做爲一項生殖科技的革命創新，就必然受到社會重用嗎？從這種「創新決定論」的角度來說明一項科技的施行，可能會有什麼問題？
2. 雖然捐贈者人工授精在 1950 年代就在台灣開始實施，但是要到 1990 年代才出現單身女性與女同志想要利用這項科技來懷孕，但是卻於法不容。爲什麼會有這樣的時間落差？社會應該規範只有異性戀夫婦才能使用這項技術嗎？
3. 如果我們重視人工協助生殖科技對於女性身體的傷害，我們的社會可以做些什麼？

相關閱讀

1. 吳嘉苓，2002，〈台灣的新生殖科技與性別政治，1950-2000〉。《台灣社會研究季刊》，45: 1-67。
2. 雷文政，2004，〈解構我國胚胎保護規範體系——發現父母生育自主的地位〉。《台大法學論叢》，33(4): 1-35。
3. David Edgerton 著，方俊育、李尙仁譯，2004，〈從創新到使用——十條兼容並蓄的技術史史學提綱〉。收錄於吳嘉苓、傅大爲、雷祥麟編，《科技渴望性別》，頁 131-170。台北：群學。

推薦影片

1. 影片「人工授精」(*Making Babies: The Male Factor*, produced by Discovery)，在這部紀錄片中，兩對美國夫婦分別以捐贈者人工授精以及 ICSI 的方式，來處理男性不孕的問題。

漂移中的醫療科技與病患參與

林文源

清華大學通識中心及社會學研究所助理教授

胡先生是末期腎病（End Stage Renal Disease, ESRD）病患，他正在接受每週三次，每次四小時的血液透析（haemodialysis）¹，一項維持 ESRD 病患生命的醫療技術。以下，我們先看一段常見的透析場景。



圖1 正在進行血液透析的場景（林文源攝，2004）

1 由於ESRD病患本身腎臟無法代謝血液中的有毒廢棄物，因此，這項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，經過洗腎機上幫浦的推動，使血液能在人工腎臟中經由滲透原理被過濾。相關操作與過程請見圖1。

胡先生躺在病床上，護士長準備好人工腎臟並且連接好導管。量了胡先生的血壓後，護士長做了記錄，然後將病歷遞給另一位護士。隨後，護士長打開連結在胡先生瘻管²上的蝴蝶針導管蓋，將它連接上另一個連著人工腎臟的管線。暗紅的血液湧現，沿著管線緩慢流向人工腎臟。護士啟動機器的循環幫浦，流速設定非常慢。幫浦對導管施壓，推動管線裡頭的血液，所以愈來愈多的血由胡先生的瘻管流出，進入導管，在人工腎臟內擴散開來。人工腎臟是一個填裝眾多白色纖維的透明圓柱狀物，當血液經由連接於頂部開口的管線流入人工腎臟時，它便轉變成紅色。

最後，血液注滿整個人工腎臟，並且流向位於底部的開口，從連結在人工腎臟另一端的管線流出，這端尚未連接至靜脈端的導管。在這個過程中，當血液流入導管與人工腎臟，用來沖洗人工腎臟與導管的食鹽水，從那個尚未連接完成的管線中滴出。當食鹽水即將流盡，而血液幾乎到達這個管線的出口時，護士迅速地將此管線連接上靜脈端那尚未接合的輸入端。於是，血液流回胡先生的體內，而沒有流出管線外。

在管線連接完畢後，護士長開始設定儀器。當護士長鍵入所有資料後，機器開始啟動。護士再量一次血壓，之後收集好器具便離開，留下胡先生以及運作中的機器（參見本書〈專屬個人知識的轉化：以洗腎病患為例〉一文，第 138 頁，圖 2）。

一、關於科技與社會關係的二種論點

在研究科技與社會的關係中，有兩種極端對立的看法。其中一種極端，是常見的技術決定論的看法，認為科技本身有其內在動力，科技的發展因而

2 通稱動靜脈瘻管（A-V fistula），連結病患的動脈與靜脈，藉此加大流速，以便汲取血液進行透析。

往往會決定社會關係的變遷，使人類社會往特定方向發展，例如，科幻電影中常見的高科技介入社會關係的運作，甚至由電腦取代人腦的決策與判斷等等。另一種極端，是認為科技反映社會關係，例如，社會優勢群體會運用科技配置，維持優勢或施展權力，或者行動者的意圖可以化身為物質模本（material script），寫進科技中，而代替行動者行使權力，因此科技反映了社會關係。也就是說，科技是由既有社會運作關係所決定的，例如公共工程建築師為了阻擋窮人進入海灘遊憩區，而設計禁止巴士通過的低架橋，希望藉由技術上的阻擋，防止沒有私人汽車而搭巴士的窮人進入海灘。

上述兩種極端看法，都隱含著一種悲觀色彩，要不是科技決定了社會發展的方向與人們的生活方式，就是科技複製了特定優勢社群對大眾或其他群體的控制。面對科技，不屬於優勢地位的大眾因而處於失能的狀態。然而，當我仔細去追溯血液透析科技操作的過程時，我發現到，對於科技、社會與行動者的關係，似乎有更為動態與積極的面向。這種思考，來自我稱之為「漂移之作」（driftworks）的觀點，而我認為這種觀點，不但可以包含現有的多種介入科技的行動，也可以帶來更積極地介入科技的思考。

二、去科技模本

表面上看來，很多在台灣使用的醫療科技適用於上述兩種對科技與社會的解釋。血液透析機器與人工腎臟是一組在其他地區設計、製造完成的機器與相關配備，而相關醫學知識很大部分也是源自其他地區。機器、知識與技能，構成一個整體的科技系統，在 1963 年傳入台灣，然後在台灣醫療環境中逐漸產生變化。在這場景中的病患胡先生為了延長生命，必須接受瘻管手術，必須改變飲食習慣，必須監控自己的飲食等等，因此，一方面，看似本土醫療社群的操作，事實上是環繞著已經多少被決定的透析知識、洗腎機的

機型運作方式、瘻管的手術方式等科技模本（technological script）的強力影響，就像本土劇團的成員只是將在國外寫好的劇本在本地上演一次一樣。也因如此，另一方面，病患的身體與生活型態也順著由本地透析醫療專業引介的科技模本，逐漸成為特定的身體與生活型態。

然而，以下的場景，提醒我們不能過早論斷。

我正在參觀透析診所清洗人工腎臟的房間。我站在入口處，在我的左手邊有兩台機器，每一台機器都有一個水龍頭開關，在開關下面各有一個水槽。負責清洗工作的林先生戴著手套、口罩與圍裙，手套與圍裙上都沾滿血與水。林先生將沾滿血的人工腎臟放在水槽裡，並用水稍微沖一下。然後，他打開每一個人工腎臟兩端的開口，旋開人工腎臟的蓋子，將水管移到靠近我的那個人工腎臟，並將水灌入。兩分鐘後，原本充滿血漬的人工腎臟再度變為白色。林先生將它從水龍頭接口拔走，然後走到房間最右側的一台機器，他拿起那台機器的水管，將醋酸液注入人工腎臟。之後，他將蓋子用螺絲鎖在人工腎臟上，並在人工腎臟上做了一行標記，走到為了隔離不同肝炎感染狀況的架子間，在第二個架子上找到對應的格子名稱，將人工腎臟放在那裡。

大約二十餘年前因為醫療給付等財務問題，原本被廠商標示為「一次使用」（single use only）的高效能人工腎臟，在台灣開始重覆使用。而原本在其他重覆使用行之有年的地區，例如美國，使用後的人工腎臟不但要加消毒劑消毒，在重新使用前還需要經由儀器測試它的效率，以及消毒劑殘留量的程序，而這些重新測試的程序在台灣許多中小型院所中，都被省略了，我所參觀的這家透析診所便是其中之一。在這個例子中，我們原本想像的科技系統，似乎並不是那麼具有整體性。換言之，原本的科技模本，在台灣在地的考量下，被去模本化（de-script）。

然而，這種去模本過程並不是沒有問題的。根據中華民國腎友協會的觀察，台灣地區的重覆使用有相當嚴重的城鄉差距。在病患團體無力監督醫療

院所，或是無法比較醫療院所品質優劣的地區，有些院所以相當不安全的方式進行重覆使用。因此，基於關心透析品質、健保財務問題，以及病患安全問題，在 2004 年 12 月 22 日，中華民國腎友協會與台灣醫療改革基金會舉辦了記者會。會議重點之一就是抨擊目前人工腎臟重覆使用缺乏規範，沒有標準操作程序，因此病患暴露在消毒劑殘留、感染，以及重覆使用次數過多可能導致透析效率不足的危險。這場記者會後引發一連串論爭並牽動許多團體的關係改變。健保局與衛生署出面表示即將徹查洗腎中心，並公布不合格院所，以及取消健保特約。醫療院所與腎臟醫學會出面抨擊腎友會與醫改會干涉專業，並提出反駁與說明。而在此事件後，腎友會人員向我表示他們來自醫界的捐款收入遽減，而醫改會人員也表示該事件使其蒙受很大壓力。這些事件也促使腎臟醫學會在 2006 年開始進行透析院所的評鑑計畫，並公布品質有待改善的院所。

在此，我們看到了對科技系統去模本化引發了在地行動者的憂慮與行動，而進一步撼動在地社會關係。因此，科技決定論或社會決定論的單向觀點思考，並不適用於思考這種「實作中的科技」(technology in practices)。在我的田野研究中，從報章報導、訪談、田野觀察，我看到在政策會議、請願、抗議，腎友會活動、座談會，以及臨床互動中，透析科技的發展從過去近四十年到現在，就像這些例子所顯示的一般，因為不同行動者的參與，構成了不同的社會現實³ (林文源，2006)。

三、漂移之作中的透析科技

因此，我不傾向停留在思考社會受科技宰制，或科技反映社會的關係，

3 詳細討論與案例請見林文源，2006，〈漂移之作：由血液透析病患的存在與行動談社會本體論〉。《台灣社會學》，第十二期。

也不只看科技模本是否形塑社會，或者社會行動者是否將科技去模本化。我們要看的是實作中的科技：科技在具體場域與事件的各種實踐活動中，如何在過程裡被中介為特定方式的存在，並且與社會生活發生關連。

實作中的科技，是以社會與科技「相互構成」(co-constitutive)的過程為基礎的思考。探討科技與社會關係的研究者，已經對實作中的科技提出著重於社會中的物質性，人與非人的交互構成，或是科技研發、創新過程中，不同社會團體競逐不同的詮釋，形成的不同科技框架 (technological frame)，以及使用者的介入與參與對改變科技形構的影響。這些研究指出了科技與社會都不是一個單獨的整體，而彼此之間的關係也不是穩固不變的。唯有在動態的實踐過程中，我們才能掌握科技何以成為特定樣貌，以及社會如何與科技不斷相互衝擊與融合。

在跟隨這種動態、實作的思考，深入進入血液透析操作的相關各個場域後，我發現，我們不能假設有「一個科技」存在於這些場域中。在實際操作時，存在各個場域中的行動者面對同一種科技操作時，關注的焦點各不相同。因此，不需再問是否各個場域中的操作 (situated practices) 是形成一個系統或是網絡。當循著科技操作的軌跡，經歷過一個又一個場域時，我們看到的血液透析是這項已經普遍使用的醫療科技，在不同操作中有不同樣貌，而且關於這項科技的操作，有各地不均質的物質、操作與知識的分佈狀態。

例如，我們看到在臨床醫療時，醫生關心的是病患的生化檢驗值；護士關心的是瘻管是否發炎、打針、血液流速是否順暢、機器是否運作良好；在政策會議上，健保局關心的是醫療品質是否真的反應透析預算支出、每個病患每年花費健保多少預算、院所是否浮報或虛報；醫改會關心健保透析預算是否合理運用；而腎友會則關心病患安全與透析品質。至於在一般關於透析的報導上，大眾關心透析是否浪費納稅人的錢，或者透析病患長期與病魔奮鬥的艱苦歷程。我們可以無窮地羅列下去，包括透析器材廠商、衛生署、腎

臟醫學會、醫學院、護理學院、病患家屬等等，不同行動者在相關場域中的操作裡，呈現血液透析的不同面向。透析科技，因此不只是指那具體的機器與醫療器材，還包括技術（techniques）、相關政策、法規、決策單位、醫護訓練組織、偏方、透析知識、病患自我照顧、病患身體、病患團體等等有形無形的多面向操作，而這些操作所呈現的透析科技，是一種不斷相關、不斷變化、不斷彼此相互影響的過程。

四、在漂移之作中的病患實踐

在這種不斷相關的漂移（drifting），以及在實作中（works）呈現的透析科技是一種漂移之作（driftworks）。這種漂移之作的觀點，不認為科技有一個已經被預先決定的整體性，因為，科技是在諸多場域中的實作裡萌生與維持的，沒有任何一個場域的行動者能掌握、規劃全貌。因此，沒有任何社會群體擁有控制這項科技全貌的能力，所謂科技模本的現象，在現實生活裡只侷限於某些場域中。例如，衛教過程一再強調正確的透析飲食知識，但是，病患的日常生活卻往往不遵守。又或者，腎臟醫學會有一套訓練醫護人員的標準治療操作程序，但是當這些醫生開業時，為了經營成本或其他理由，這些程序往往被變通、省略或違背。這些操作不只是模本與去模本的關係，重點在於模本仍在衛教與法規中，而病患日常生活與診所實際運作中也有各種去模本狀況。也就是說，沒有一個整體透析科技，在實作中，各種操作狀態共存於一個場域而相互衝突，或者分佈在不同場域中。

漂移之作觀點下的科技，包括了非物質的部分，因此，社會關係不是受到科技決定。相反地，是經由（且唯有在）具體操作與社會關係中，物質科技與社會相互構成。例如，血液透析的醫病關係如何產生？若非有熟悉機器操作的醫護人員，以及需要透析治療的 ESRD 病患，只有透析儀器是毫無用

處的。但是，反過來說，若非透析機器，醫護人員永遠無法藉由過濾病患體內的血液，來維持病患的生命。

在這種各個場域的實作不斷連結的漂移之作中，透析科技其實處於各個場域所構成的不同狀態。而我所看到的血液透析科技中的病患活動，並不限於醫療專業、國家等結構性權力之下的醫療化或去醫療化的正反命題，而是立足在具體的處境中，企圖介入洗腎科技的漂移之作中，以改變情勢。以台灣目前的透析病患團體來說，根據所屬協會各自的理念、能力與資源，有的聘請營養師為病患提供臨床諮詢與家訪；有的聘請社工師為病患尋找社福資源與協助；有的介入臨床治療，企圖由病患觀點監督醫療品質；有的承辦就業輔導，企圖協助病患自力更生；有的介入給付政策辯論與協商，避免透析品質因而滑落；有的企圖推動法規，以使透析醫療更安全。

因此，在透析科技的漂移之作觀點中，並不只有驚天動地的「科技革命」或是「社會革命」才值得追求。病患團體不必然只著力於政策制訂，或只關心醫病關係，他們也可能注意醫療器材的發展、醫療知識的生產等等。因為科技的運作是在漂移中所構成的，因此科技使用者不同規模與方向的操作，都能在具體場域中介入、改變科技的當前狀態。這樣的思考或許能為科技使用者在探索如何介入科技發展與使用時，帶來更靈活、更有彈性的行動策略與思考觀點。

問題討論

1. 我們平常會援用哪些觀點解釋科技與社會的關係？
2. 找一下資料，看看目前台灣的病患團體在介入醫療議題時，主要的作用場域是在哪裡？他們關心哪些議題？
3. 試著運用漂移之作的觀點，想一想我們的哪些操作正不知不覺地改變某項日常生活科技的樣貌？而這些改變有何重要意義嗎？

相關閱讀

1. Bijker, W., T. P. Hughes, et al., eds., 1987, *The Social Construction of Technological Systems*. Cambridge, MA: The MIT Press.
2. Epstein, S., 1995, *Impure Science: AIDS Activism, and the Politics of Knowledge*. Berkeley: University Press of California.
3. 林文源，2006，〈漂移之作：由血液透析病患的存在與行動談社會本體論〉。《台灣社會學》，第十二期。

推薦網站 / 影片

1. 中華民國腎臟基金會，網址：<http://www.kidney.org.tw/>
2. 中華民國腎友協會，網址：<http://homepage17.seed.net.tw/web@1/kidney03/Untitled.html>
3. 台灣醫療改革基金會，網址：<http://www.thrf.org.tw/>

護理技術是什麼？以加護病房的護理技術為例

傅淑方

慈惠醫事專科學校專任講師

何謂護理技術呢？至今我在帶護理實習生的臨床實習課時，我都會問每一批學生這個問題，但學生給我令人玩味的不變答案就是：「老師，妳怎麼會問這麼奇怪的問題，護理技術不就是幫病人打針、發藥及量血壓嗎！」這個答案是否和妳／你的不謀而合呢？我們對於護理技術一般的刻板印象，不就是如此，但我在本文所指的護理「技術」並不僅指狹義的硬體器具，還包括人的活動與知識傳承。而加護病房裡的護理照護，更會使人們和高科技的醫療器材連結在一起，想當然護理技術也是和這些儀器有所關聯，也就是護理人員透過科技儀器來照護重症的病患。因此，自然而然會被認為，只要能精熟操作儀器，即能有優質的護理技術及照護。但這也只是加護病房護理人員護理照護技術「外顯」的一部分，其中還包含許多「隱而不顯」的區塊，接下來我就深入來剖析這個問題。

一、加護病房的護理技術

首先，我就引用國外學者 James（1992）所提「照護的內涵等同照護機構加上身體勞動及情緒勞動」，來和大家一起探討加護病房內的護理技術。首先，機構與身體勞動是外顯的，這部分一般人比較能理解，例如：護理人員使用血壓計來測量病患血壓，這個量血壓技術就是屬於護理人員身體勞動的一種；但情緒勞動（emotional labour）則是一種隱形的勞動，一般人容易忽略。情緒勞動一詞，最早出現於 Hochschild（1983）的著作，他除了區別一般的體能勞動或智能勞動與情緒勞動的差異，同時也將情緒勞動界定為「個人致

力於情感的管理，以便在公眾的面前，創造一個大家可以看見的表情及身體動作」，而「情緒勞動是被用來出售以取得工資的，因此具有交換價值」。所以，情緒勞動是要求個人「引發或抑制情感」，其目的在「維持一個大家安心的表情」。

舉例來說，提到加護病房中的場景，一般人會想到一個常常出現在電視中的畫面：一位患者虛弱地躺在病床上，身上有許多管路及呼吸器、病患生理監視器、抽痰器等（見圖 1）。因此，操作科技儀器是加護病房護理技術的一個重要項目，坊間許多重症護理技術的教科書，不外乎就是教導護理人員如何操作、評估並紀錄這些儀器所呈現的數據，護理人員往往也借重這些儀器功能來護理病患。這裡所提的護理技術，也就是 James 所說的護理人員身體勞動的一部分。



圖 1 加護病房內的病患與儀器

加護病房中護理人員的身體勞動，有別於一般普通病房的地方，就是護理人員常常是介於機器與病患的中間者。這句話乍聽之下似乎很難理解，因此接下來我更進一步來解釋這現象。加護病房護理人員的工作，就是將病患

和機器加以連接的工作（articulation work）——護理人員必須適當地把護理工作併入到病患的監視器（machine monitoring）中。而這種連接的工作被併入到每日護理工作常規中，是一種隱而不顯的工作，而護理人員須扮演「中間者」的角色。而且，通常護理人員被要求精熟地使用生理監視器，以便獲得一些病患的生理數據，然而它並不能帶給病患舒適的感受，所以護理人員也必須設法說服病患以期能好好地來配合使用。例如：病人使用生理監視器，但黏貼在病患身上的導線，常常會使病患覺得行動被限制或黏貼部位發癢不舒服，護理人員必須透過給予解釋和安撫等技術，使得病患能配合使用。因此，機器併入護理工作中，也就是護理照護工作成了病人和機器的連接，而這連接工作往往不被看見，就好比砌牆磚塊中的水泥一樣，雖然看不見，但對於建構整面牆卻扮演舉足輕重的角色。

除此之外，加護病房的護理技術是可以很清楚地被看見，且被清楚地規定在每日的工作常規中，例如：每日的病患鼻胃管灌食、拍痰翻身、傷口護理、管路護理、治療等等，都有具體的工作標準、時間表及工作手冊，而護理人員須依循這些規定完成工作任務。科技也加重了護理人員「記錄」及「觀察」的角色。在加護病房中特有的護理技術，都和病患監視器有關連，例如：腦壓監視器、肺動壓測量、中心靜脈壓測量等，這些都是科技產品延伸出的護理技術。當科技結合護理時，護理人員的體力勞動也必須更加費神去注意病患身上的醫療物品，以免稍有不慎導致管路滑脫。另外，護理人員也必須監視這些科技產物是否有感染的跡象，例如：中央靜脈導管、氣切口等或是心電圖黏貼片是否導致病患皮膚受損，所以本來是花五分鐘的技術，因病人身上的機器及科技產品，而使護理的時間延長。而有些病患則因為使用科技產品，容易導致一些合併症的產生，這些都是護理病人時須特別注意的。換句話說，護理勞動過程中，除了注意病人的病況外，那些科技儀器也成為照護的對象。

綜合以上所言，加護病房中的護理技術，在科技儀器的相伴之下，不再只侷限於照護病人的基本技術，例如：換床單、擦澡、遞便盆、口腔護理等，而是「標準化」、「複雜化」及「專業化」的護理技術。

二、護理人員的情緒勞動

接下來我就來談談加護病房另一個極為重要，但又被大家所忽視的護理技術——護理人員的情緒勞動。情緒的照顧就如同身體照顧，都是勞動的一部分。然而在過去有關工作、勞動及組織的分析上，並沒有很好地被發展。社會學家 Stacey 就提到：「服務工作中的情緒這一部分一直被古典理論所忽視，但它卻是服務工作中最重要的一部分。」Hochschild（1983）就清楚地闡明情緒勞動的對象，是包括對勞動者本身及對他人，也就是勞動者須壓抑自身的感受，表現出符合組織要求的情緒，以及符合社會規範的人際溝通。在護理工作中，情緒勞動也是每日工作裡必要的一部分，但這並不表示每日反覆的身體勞動不重要，而是許多身體勞動都要依靠護理人員管理本身的情緒及病患家屬的情緒才得以順利完成。換句話說，情緒勞動可細分為護理人員自我的情緒管理，以及對他人的情緒管理。

（一）自我情緒管理

在護理人員自我情緒管理方面，由於加護病房的病患多來自一般病房急救後或是開刀房手術失敗的患者，護理人員在面對這種狀況時，即便不知所措，但也不可表現慌張，以免導致家屬擔憂，故加護病房的護理人員比一般病房的護理人員，需要有更多對於自我情緒的控制。而且護理人員必須壓抑自己負面的情緒，而表現出「合適」的情緒。那麼，社會又是如何期待一位專業的護理人員呢？不外乎就是護理人員在不同的情境之下，須表現出不同

的情緒控制，例如：在面對病患及家屬時必須以親切而莊重的服務，在病人病情變化時或急救時須動作迅速、面露肅穆，且具有同理心的神態，病患死亡時更須以哀傷嚴肅的表情，不能嘻笑輕浮。這些情緒管理，內化到每位護理人員的心中，認為是專業護理人員所應有的態度。

傳統上，對護理人員的要求是：必須具備溫柔、友善、耐心及關心等正向的情緒表現，而負面的情緒則必須隱藏起來，因此對於加護病房護理人員而言，這是除了精熟的科技操作技術外，另一大工作挑戰。除此之外，加護病房的護理人員，向來給一般大眾一種比較「專業」的形象，因此更須有專業的情緒表現。此外，憤怒更是一種性別化的情緒，當病人急救失敗，醫生（目前仍以男性醫生居多）出現憤怒的情緒常是被許可的，但護理人員則不被允許。這是因為在護理人員的專業訓練過程中，不被允許在工作時有生氣的情緒，而她們有時的大笑反應，其實是在掩飾心中的不安。這都證明了護理人員在工作中的情緒勞動，是受到社會規範、職業規範及組織的規範，也證明情緒的展現非常性別化——（男）醫生可以生氣，但（女）專業護理人員則不可以。

（二）對他人的情緒管理

再者，對他人情緒管理的重要任務，也落在加護病房護理人員的身上。我們深知加護病房是個高科技的場域，而且是隔離的單位，病房中也常常利用不同的儀器來監控病患，因此病人往往會感到害怕及無助。有研究顯示，在加護病房的病患，有 70% 受到心智的困擾，所以這更凸顯加護病房護士對於病患的情緒勞動至為重要。尤其是住在加護病房中意識清楚的病人，一方面是由於住在隔離封閉的空間，另一方面面對疾病的不確定感，特別容易產生焦躁不安的情緒，因此常常需要護理人員安撫情緒及解釋病情。由於加護病房最初的設計，是以收容急重症病患為主，只考量到病患的「生理」需求問

題，所以電視及收音機等並未被納入基本配備，然而今日加護病房的病患中，意識清楚的病患為數不少（例如：急性心肌梗塞、開刀術後病人），多數的醫療機構在設計時卻沒有考慮到他們的需求。在這種充斥各種儀器的吵雜聲中，病人往往產生害怕焦慮的情緒，此時唯有護理人員能安撫他們的情緒。

情緒勞動的對象不只有病人而已，當家屬面臨病患病情不穩，或是對於環境中的種種儀器有疑惑時，都需要護理人員的關懷及解釋，以便使家屬安心。雖然加護病房的護理人員和病患家屬接觸的時間，的確比一般病房護理人員來得少，但她們每次面對家屬時，都是攸關病患的生死、突然的病情變化。住在一般病房內久病的病人，往往家屬早已有心理準備來應付病患的死亡，但加護病房內的病患，多來自急診或病情突然惡化，對於一些突發狀況，家屬通常沒有心理準備，所以特別需要加護病房護理人員給予心理支持。

加護病房中醫護的互動十分頻繁，護理人員就好像家中「慈母」、「好妻子」一般，常常主動給予協助。當醫生急救失敗，有些醫生因而感到挫折，護理人員通常會主動給予安慰，常聽到的是「×醫師，你不要再自責，我想你已經盡力了。」此外，每日伙食也主動幫忙打理，「×醫師，我們今天訂這家的便當，你要不要一起訂？」而當實習醫生或住院醫生，因不瞭解主治醫生的習慣，被主治醫生責罵時，護理人員也會給予支持，「×醫師，你不要難過，他（主治醫生）就是這種個性，有什麼事需要我們幫忙的？」由於大部分的醫生都是男性，護理人員是女性，所以上述的醫護關係，也是一種性別、階層的關係。雖然組織未規定護理人員必須對醫生做這類的情緒勞動，但護理人員基於維持良好的工作氣氛及互動，這些工作也就成了一種「非正式勞動」。

由上述的分析可知，加護病房護理人員的照顧工作，包括情緒勞動及身體勞動。護理工作向來強調「關懷」（caring）乃護理的中心概念，當在高科技的加護病房中，護理人員秉持這種關懷的理念，便可解決科技可能造成去人性化的照顧問題。也就是說，加護病房的勞動過程中，身體勞動和情緒勞

動同樣重要。但這一些情緒勞動是一種「心照不宣」的技術，一般認為女性護理人員比男性其他工作人員更適合。因此，定義這些工作及個人技術時，是以一種性別偏見的方式來進行。總而言之，在我們的社會及文化下，女性護理人員被建構成比較適合「照顧」的工作者，而照顧當然也包含了情緒的部分，但情感和理智常被認為是對立的。如此一來，情緒勞動的價值是被隱藏了。

(三) 情緒勞動也是一種技術

難道情緒勞動真的是女性天生就會的嗎？James（1989）的看法是：「情緒勞動是『技術性』的，且情緒勞動的技術包括四點：能夠瞭解及解釋他人的需求、能夠提供他人的需要、能夠去不斷平衡修改和處理個體與群體間的需要，以及能夠不斷調整工作步調及考慮其他的責任¹。」這些技術必須透過學習而來，絕非女性天生具有的，且情緒勞動必須注意對方的反應，適時地自我揭露，所以並無一定的形式，這也證明它是一項困難的工作。我認為，雖然情緒勞動是「技術性」的勞動，但它和一般的技術並不相同。一般技術的對象是「物」，而情緒勞動是針對「人」，因此比較難以評估。進一步說，通常一般「技術」有等級區分，可被簡化成一些原理和條列式的知識，有步驟的訓練方式，可依量表評定效果。但情緒勞動是「無步驟」、「無法循序漸進的等級」、「無法評估高低深淺」，也就是說，當一位護理人員展現「親切的笑容」，你無法知道到底有多少是出自訓練後的「偽裝」，有多少是出自內心的「真實感受」。雖然護理人員的情緒勞動「技術」不易評估，但只要達到使患者或家屬有「溫暖」、「舒服」及「專業」的感受，這就達到管理的目標。

1 James, N., 1989, "Emotional Labour: Skill and Work in the Social Regulation of Feeling. *The Sociological Review*, 37(1): 15-42.

三、結語

長久以來，護理工作一直深受南丁格爾的護理概念影響，著重照護（caring）而非治療（curing），一般也認為護理工作是屬於「女性的工作」，是一種必須具備「女性溫柔」特質的工作，因此女性比男性更適合從事該工作。照護和關懷在父權意識形態中被形塑成不具專業性的工作，只是較低技術的工作，進而貶低它的價值。換句話說，「技術」的定義裡充滿「性別」的偏見，也凸顯「權力」的滲透。所以在父權文化下，女性是被賦予及建構成爲較適合照顧的工作，雖然現今女性已由「私領域」的無給家務工作，進入「公領域」的有給照護工作，但她們的工作仍被貶低。除此之外，在父權社會建構中，「治療」和「照顧」是以二分法來區分，且治療的價值高於照顧，所以護理人員對於病患一系列的照護，如氣管內管護理、抽痰、協助翻身、管灌餵食、胸部物理治療，以及溝通、心理支持等等，往往被定義爲次等的。

一般而言，人們所指的護理技術往往只侷限於護理人員的身體勞動，而情緒勞動常常被忽視。爲什麼「技術」在人們的觀念中就只能僵化於狹義的定義？這是因爲技術是性別化的，它反映了社會性別分工，以及男女在技術知識和權力的位階差異。更進一步說，在技術領域中，性別分工非常明顯，技術技巧往往被等同於異性戀陽剛特質。「技術做爲陽性文化」的表現，在組織結構上往往以明文規定的條例或隱含未明的「男成員共識」，決定哪些「技術」才算「技術」，如此一來，結果就是那些（陽剛）「技術」的價值比另一些（女性）「技術」的價值高。換句話說，就是護理人員操作科技儀器以便協助治療的技術，比安撫關懷病人的情緒支持「技術」價值更高，這就是忽視護理人員情緒勞動的貢獻及影響。本文期望能打破大眾對於護理技術的迷思，也盼望未來的學生對我的提問，不再只是回以千篇一律的答案。

本文摘自：傅淑方，2004，〈台灣南部加護病房中的性別與勞動——以科技使用者的女性護理人員為例〉。高雄醫學大學性別研究所碩士論文。

工具箱

問題討論

1. 想想看，護理工作中有哪些工作項目可稱之「技術」？為什麼？
2. 回想一下，妳／你過去對於加護病房護理人員工作內容的印象是什麼？看完本文後的印象又是什麼？請具體提出例子。
3. 讀完本文後，如果妳／你再聽到「護士的工作不就是打針發藥」，妳 你會如何回應？
4. 在妳／你的印象中，護理人員（女性）工作時有哪些情緒表現？而醫生（男性）又有何不同？這些情緒和「性別」又有何關聯呢？

相關閱讀

1. James, N., 1989, "Emotional Labour: Skill and Work in the Social Regulation of Feeling. *The Sociological Review*, 37(1): 15-42.
2. James, N., 1992, "Care=organization + physical + emotional Labour." *Sociological of Health & Illness*, 14(4): 488-509。
3. 李選，2003，〈情緒護理〉。台北：五南文化。
4. 傅淑方，2004，〈台灣南部加護病房中的性別與勞動——以科技使用者的女性護理人員為例〉。高雄醫學大學性別研究所碩士論文。

推薦網站 / 影片

1. 顧景怡，2005，〈選擇生命被看見：拍紀錄片的護士〉。台北：天下雜誌。

有效的利器？

卡介苗與X光在台灣結核病防治中的醫療技術實踐

張淑卿

長庚大學醫學系助理教授

1956年，台灣地區死於結核病的0-4歲嬰幼兒只有686人，5-9歲的兒童有132人。到了1981年，死於結核病的0-4歲嬰幼兒只有19人，25年間下降97%，5-9歲的兒童只有1人，下降了99%。這樣顯著的變化不得不歸功於卡介苗接種。——台灣省防癆局，1983年

從1950年代開始與WHO防癆專家在台推動BCG，我一心一意認為卡介苗可以解決台灣的結核問題，三十年的經驗與觀察，其中問題甚多。——星兆鐸，〈卡介苗無效，台灣地區小學生不應再接種〉

一、從自身的生活經驗說起

在台中鄉下長大的我，左鄰右舍的感情都非常好，記得農忙時大家互相幫忙，閒暇之餘則互相串門子聊天。大概是在我約八、九歲左右，當時有位鄰居阿伯年約40歲，身體非常瘦弱，沒有工作。他的家境不好，田地都賣光了，只剩下棲身的「土角厝」。三個小孩也因為家庭窮困，小學畢業後即無法繼續升學。家人常告誡我與弟妹們，不要到這位阿伯家玩耍。當時並不知原因何在，只知道阿伯經常咳嗽，喜歡坐在他家門口曬太陽。沒幾年時間，這位身體瘦弱的阿伯就過世了。長大後出外就學，有次放假返家與阿嬤閒聊，阿嬤突然降低音量，小聲地說：「街上的醫生說，隔壁阿婆有肺癆，跟她先生

一樣，叫我不要去她家，現在鄰居都知道她有肺癆，我怕被她傳染。」我問：「阿伯死這麼久了，怎麼會有關係？」阿嬤：「醫生說，阿婆年輕時就被伊先生傳染到了細菌，現在才發作。」當我聽到這訊息時，我有點無法相信，因為阿婆與阿嬤情同姊妹，阿婆也曾是小妹的保母，常到家裡串門子，與我們家的關係相當親近。

於是，一連串的疑問從心中浮起，台灣政府不是相當自豪傳染病的防治嗎？BCG（Bacille Calmette-Guerin，即卡介苗，以下皆以BCG稱之）不是可以預防肺結核嗎？台灣人不是從小就打過BCG嗎？家裡也接過來自衛生所的明信片，通知家裡的大人到村子的活動中心照X光。結核病的患者最常問醫生的問題也是：「我小時候有打過預防針啊？怎麼會得到肺結核呢？」

結核病在戰後台灣一直是位居榜首的傳染病（見圖1）。「聞癆色變」確實是1950、60年代台灣社會的寫照，而台灣政府為了解決這個問題，以社區為中心，展開一連串的防治計畫，防癆的對象不限於結核病患，尚擴及至健康的人或成為社區、團體的活動。因此，本文希望從與每位台灣人均有關係的BCG接種與X光檢查為主軸，討論BCG與X光檢查的醫療技術的實踐過程，有哪些值得思考的面向。

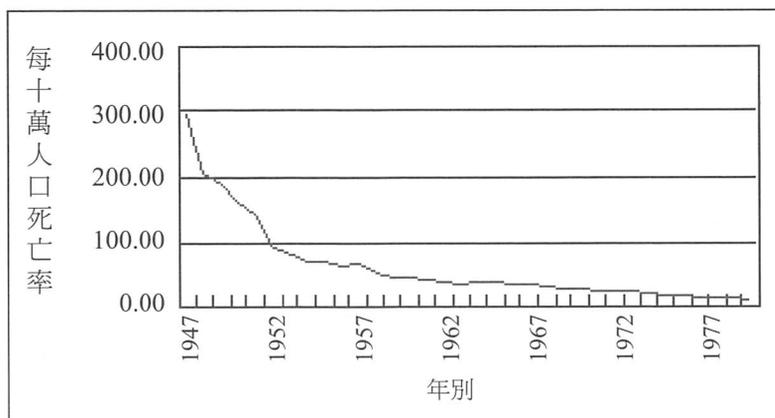


圖1 戰後台灣地區結核病死亡率 (1947-1980)

二、BCG 有效嗎？

在 1951 年之後出生的台灣新生兒均被強制接種 BCG。BCG 為滅毒菌種的疫苗，目的在於取代自然感染，讓接種者自身產生抗體，接種的對象以未接受結核感染者為主。但是不同年代對 BCG 的效果評價不盡相同，其成效在國際間也頗有爭議。紐西蘭學者 Linda Bryder 曾以跨國方式比較 BCG 在各主要國家的發展。1922 年，法國推行 BCG 之後，大多數的歐洲國家很快地接受這神奇的禮物。1925 年引進德國，但因為在 1930 年發生疫苗污染的 Lubeck 事件，造成 72 名嬰兒死亡，德國即以疫苗的安全性為由，拒用 BCG。

1920 年代後期 BCG 在瑞典（1944 年）、挪威（1947 年）、丹麥（1947 年）等國家已被普遍接受，這三個國家均全面要求結核菌素測驗陰性的老師與學童接種 BCG。英國到 1949 年才接受 BCG，因為英國醫生與公衛專家認為應該以運動、呼吸新鮮空氣、健康的生活方式與好的營養來建立自身的免疫力。美國也是拒絕接受 BCG 的國家，原因也是質疑 BCG 的有效性。

在日本方面，1925 年日本自法國巴斯德研究所取得 BCG 菌株後，立即加以研究製造。但因尚未確定 BCG 的效果、疫苗品質也不穩，官方將結核病視為社會問題，故廣設療養所、健康相談所，做為解決結核病的主流方式。不過隨著日本發動對外戰爭，療養所只能用於隔離結核病患，更積極的做法就是提高抵抗力，接種 BCG 逐漸被日本政府接受。1937 年日本政府開始試種計劃，1944 年成立 BCG 製造室，1948 年將 BCG 列為強制接種的疫苗，並同步研發新型的乾燥冷凍疫苗，從此之後，BCG 在日本的結核預防工作上扮演重要的角色。

日治時期因在台日人的結核病死亡率低於日本國內（見圖 2），故是否要在 1920、30 年代的台灣推動 BCG 注射，對總督府而言並不急切。同時總督府的中央研究所衛生部無法自製 BCG，即使 BCG 自日本運送至台灣，也早

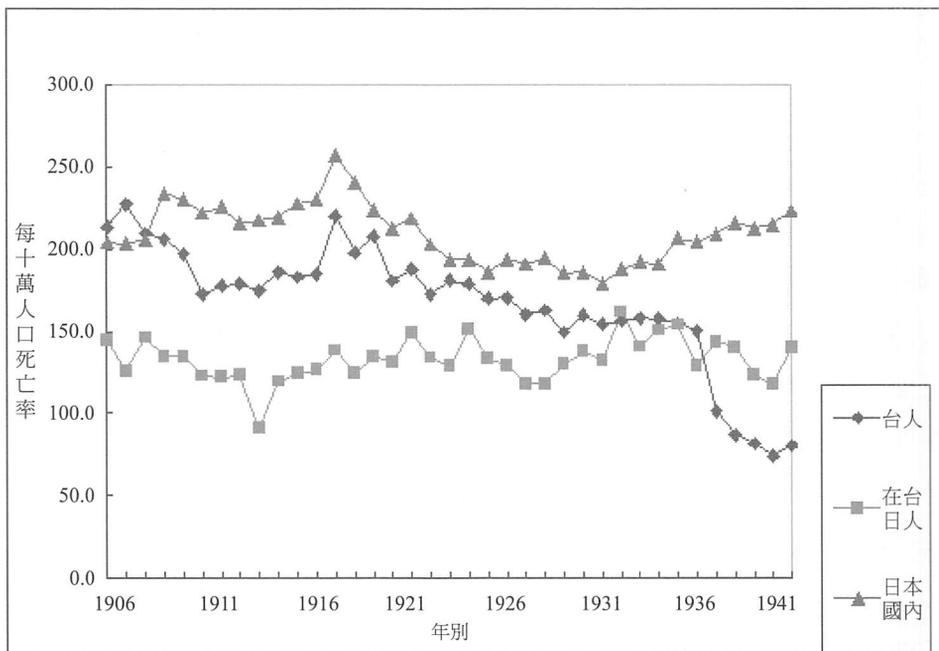


圖 2 日本與台灣結核病死亡率（1906-1942）

已失效。因此日治時期台灣並沒有 BCG 接種的記載，僅有醫界建議殖民政府可利用 BCG 接種，加強人為免疫措施。

戰後台灣衛生單位評估，若要收容全台的結核病患，至少需要兩萬床，依當時政府的財力與醫療衛生人力，根本無法負擔，而世界衛生組織也強烈建議，BCG 注射是有效且最經濟的防癆方式。1951 年，台灣防癆單位首先以學童為對象，進而擴及新生兒與幼童，強制接種 BCG。在 1957 年的防癆年報上，官方防癆單位曾以結核死亡率，尤其是 0-4 歲的肺外結核死亡率降低 50% 以上，而認定是施打 BCG 的結果。防癆機關也指出，歷年來小兒結核性腦膜炎的人數逐年降低，從 1951-1960 年的 137 人，到 1971-80 年的 18 人，顯見 BCG 接種發揮功效；而台灣多數的防癆專家也深信小兒結核性腦膜炎的減少是 BCG 的功勞。

但是，BCG 的預防效果，在不同的年代說法紛云。1950 年代，台北榮民總醫院胸腔科醫師暨中華民國防癆協會總幹事星兆鐸醫師和其他防癆專家一樣，相信 BCG 對成年人的結核病有 80% 的預防力，對小孩的結核性腦膜炎與粟粒性結核病有 100% 的預防力。但到了 1970 年代後期。星兆鐸醫師改變看法，認為台灣的 BCG 接種是自 1950 年開始，結核性腦膜炎的下降是在 1970 年之後，在時間上有 20 年的落差。因此，結核性腦膜炎的急遽下降，與其說是 BCG 的功勞，不如說是更新的抗結核藥物出現，減少感染來源後，自然減少結核性腦膜炎的罹患率。

而就 BCG 這種醫療技術的實踐而言，包含兩部分，一是疫苗本身的製作與實驗室中的效能，另一則是疫苗實際施打的技术細節，故能否讓 BCG 發生效能，包括了施打者的技術、劑量與接種反應等。首先是 BCG 接種員的技術訓練，這些接種員都來自各縣市衛生局或衛生所與醫療院所，且需具備護士或助產士或護理師執照，通常限制在四十歲以下，視力好，手部穩定度高者。而 BCG 在台灣的爭議，除了疫苗本身外，還涉及到台灣施打技術的成效。

在訓練過程中，最重要的是實際操作，「經驗」之多寡常影響 BCG 接種的效果。所謂的「經驗」，其實與技術的純熟度有關，由於 BCG 注射器與一般針筒不同，施打時必須稍作修改。BCG 注射器比一般注針筒更精細，技術不純熟的接種員常出現注射位置過深或太淺的問題，而透過訓練員的教導技術，重覆練習後也可以成為專精的接種員。故先前護理學校的訓練和能否成為一位優秀的接種員關係不大。

疫苗的劑量濃度與保存條件也影響 BCG 的接種成效。台灣的 BCG 疫苗為台灣自製，屬於液態 BCG，在保存方面有許多缺點。首先是對溫度與光線都很敏感，不可以接觸強光，無論是運送或工作進行時一定要保持在 2-4°C。其次，即使保持在有遮光且適當溫度下，BCG 仍會自然死亡。再者，有效期也只有兩週。

雖然日本在戰後即研發乾燥 BCG 疫苗，然台灣在未退出聯合國之前，衛生政策受到 WHO 與 UNICEF（聯合國兒童基金會）的影響甚深，1950、60 年代 WHO 以推動液態 BCG 疫苗為主。1971 年台灣才派員至日本學習該項技術，到 1980 年才採用乾燥 BCG，解決了疫苗保存、運送與有效期過短的問題。

透過 BCG 接種計畫，除了在注射過 BCG 的人民身上產生一個記號外，同時也將這群人納入官方管理之中，BCG 疤痕成爲一種安全的象徵——可免於結核病的侵襲。然而 BCG 接種仍有風險存在，如造成某些人淋巴腫大或疤痕過大的情況。淋巴腫大的原因與接種疫苗的種類與注射量、體質、注射過深及年齡太小等有很大關係；如液態疫苗因每單位所含的活菌數不易控制，容易出現淋巴腫大的副作用。另外，將疫苗注射至皮內深部或皮下時，發生淋巴腫大的比例高達四成以上。而疤痕過大則與注射過深或於皮下或太過接近肩關節，或與個人體質有關。

從 BCG 注射器材也可看出在社區進行 BCG 注射時，需要發展出一些特別的「田野技術」。我們可以先想像在醫院打針時的場景，酒精棉、從藥櫃直接取下的針劑，一人一針的無菌針筒，然後在屏風後面由護士進行注射。但是 BCG 的注射往往不是在醫院進行，每天注射人數可能達數百人，因此爲了能在最短時間內完成工作，無論是注射器材或注射方式均有所改變。如圖 3 所示，1970 年代後期的 BCG 注射器材包括：酒精燈、遮風板、BCG 器盒、專用空針筒、空針架、遮光板、皮內注射用 BCG 專用針頭、疫苗保冷杯、疫苗固定架。值得注意的是，其中的「遮風板」與「遮光板」。接種人員進行精細的注射工作時，須在光線充足之處，但 BCG 怕光，遮光板可阻擋光線。遮風板則可避免酒精燈被風吹息。然接種 BCG 的場所可能是學校或某單位的大走廊、禮堂、健康中心或廣場，這些地點都是開放空間，會有風吹或光線過強的問題，爲維持疫苗的穩定性與工作效率，這兩項遮蔽工具就成爲必要的設備。

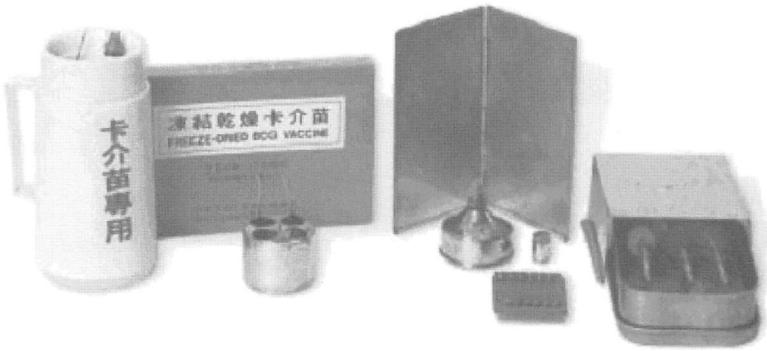


圖3 1970年代後期的卡介苗注射器材

(資料來源：台中縣衛生局網站，網址：<http://www.hbtc.gov.tw/book/menu/07.htm>)

三、來！來！來！照「電光」

從1950年代至今，台灣防癆單位的X光檢查是發現病患的重要方式。就早期發現早期治療的觀點而言，X光是重要的診斷工具，但是X光檢查也有其侷限。首先，X光檢查無法篩檢出最早期的病灶損傷，再者，某些肺部病灶可能存在活動性的軟組織，內含結核桿菌；這兩點都是從X光片看不到的部分，會讓醫生誤以為沒病或痊癒。同時，X光片可能因為醫生錯誤的詮釋，造成不正確的診斷。亦即，X光檢查的敏感度與準確度，並不足以提供醫生最正確的必要訊息。

「照X光是對身體有害」的看法，也存在於台灣社會。1953年，台大醫院X光科主任姜藍章所寫的〈神秘的X光〉一文，提及一般人對X光的感受：

一般人在受X光檢查時，往往有一種「怕」的心理，害怕這大機器。其實這大機器與日常照相機照一張照片同樣的安全，如果說怕X光燒到，這我可告訴你：離那劑量還遠著呢！需要千萬倍才有那樣的可能。

接受多少劑量的 X 光會造成身體的危害呢？如果要讓一個人喪失生殖能力，需要 625 單位的 X 光線，而照一張胸部 X 光，只受到 0.16 單位。這是防癆單位用來說服民眾，X 光無礙身體健康的標準說法。不過，仍有少數人不願意接受照 X 光，原因仍是害怕 X 光的輻射線會對身體有害，或以為 X 光巡迴車外觀老舊，裡面的 X 光機必定也很差，不如不照。

無論是從接受 BCG 接種或 X 光檢查來看，其共同現象是「參與人數眾多，大排長龍」，或許官方會認為這是民眾熱情的參與，然更深的意義在於：這是一種社區醫療的「社會技術」呈現。在接受注射和 X 光檢查的場景中，除了正在接受注射或 X 光照相的人外，四周還有一群人圍繞著等待注射或照射，這群人除了等待之外，還用眼睛看著前面的人，大家開始互相比較，誰哭得比較大聲？誰比較勇敢？這種社區醫療的社會技術是利用一個大場景，讓大家互相觀看。以打針為例，在社區醫療裡，打針變成是一件公開的事，大家互相觀看和評鑑，而照 X 光亦是如此。換言之，這是一個經過設計與選擇的結果，大家一起來可以減少害怕、減輕疼痛。

四、結語

綜合前述，BCG 的效果雖然受到質疑，但還是廣受在台灣醫界的支持。BCG 接種在台灣成為主流的預防措施，首先是受到政治局勢與國際組織的影響。WHO 與 UNICEF 在二次大戰後的歐洲全面推展 BCG，使得 BCG 很快在全球被普遍使用。再者，在每十萬人的結核死亡率達 188.67 之時（1949 年），要找出一個能對健康人（尤其是幼童）產生預防效果且便宜的方式，BCG 似乎成為唯一的選擇。另外，推展並執行 BCG 的過程，也讓防癆單位相信他們的努力沒有白費，至少在歷次的盛行率調查時，有疤者的罹患率低於無疤者。這些都強化防癆單位的信心，是讓執政當局繼續支持 BCG 接種的主因。

除了結核病患必然與結核病有關外，新生兒或國小一年級的學童接受 BCG 注射，一般民眾接受社區巡迴醫療或機關團體的胸部 X 光檢查，這些對象都是健康人。換言之，因為結核病是傳染病，再加上政府的防癆政策，使得無論是健康人或病患、病家，都與結核病產生密切的關係。特別是 BCG 接種與 X 光檢查，均深入社區或學校，進入如此的社會場域，除了打針技術、設備與醫院不同外，排隊、觀看也是為達成社區醫療的另一種技術。而這些田野技術的成效如何，也間接影響到台灣 BCG 總體效用的評估。從 BCG 的例子，我們看到疫苗本身的效力，所謂的純醫學部分，只佔技術實踐的一小部分而已，除此之外，這個敏感而脆弱的疫苗保存法、如何使用與施打、接種員的經驗與技術、進入到不同田野中所發展出來不同的施打技術與施打技術物（如遮風板與遮光板），這些混雜著田野技術物、身體技術與社會技術的異質綜合體，顯然也都是這個醫療技術實踐的一部分。

本文改寫自：張淑卿，2004，〈防癆體系與監控技術：台灣結核病史研究，1945-1970s〉。國立清華大學博士論文。

問題討論

1. 有哪些因素可能影響 BCG 接種？接種 BCG 可能有哪些風險？既然有這些風險，政府為何要推動這項政策？
2. 關於「打疫苗」這種醫療技術實踐，大致可以包括哪些部分？為何我們有時會稱之為「異質綜合體」的技術實踐？

相關閱讀

1. Bettyann Holtzmann Kevles, 1997, *Naked to the Bone: Medical Imaging in the Twentieth Century*. New Brunswick: Rutgers University Press.
2. 張淑卿，2004，〈防癆體系與監控技術：台灣結核病史研究，1945-1970s〉。國立清華大學博士論文。
3. Linda Bryder, 1999, "We shall not find salvation in inoculation: BCG Vaccination in Scandinavia, Britain and the USA, 1921-1960." *Social Science & Medicine*, 49: 1157-1167.

推薦網站 / 影片

1. 世界衛生組織肺結核網頁，網址：<http://www.who.int/topics/tuberculosis/en/>
2. 衛生署疾病管制局全球資訊網結核病分類網站，網址：<http://www.cdc.gov.tw/mp.asp?mp=230>

生命的最後旅程：醫療科技與死亡儀式

蔡友月
台大社會系博士

一、前言

我曾在一門課，讓還沒有臨床經驗的學生談及對死亡的看法。醫學系的小宜寫著：「我對死亡的感覺是害怕的，加上親人的過世，讓我更加恐懼。」護理系的靜怡則寫道：「人體解剖會覺得噁心，想克服自己這樣的想法。」醫管系的永國也寫道：「爸爸在我國三時過世，我認為喪禮真是活人折磨死人的東西。」

學生們普遍對死亡的印象都是恐懼、冰冷、可怕，加上一些喪禮中繁文縟節、五子哭墓的陋習，更加深了他們負面的情緒。在我們的文化中「死亡」或與「死」相關的話題，似乎就是一個難以打破的禁忌。特別是醫療科技發達後，人類的死亡過程也開始因為醫學的介入而被「隱藏」起來，法國歷史學家 Philippe Aries 稱這樣的現象為「看不見的死亡」。

Aries 在他的著作《我們的死亡時刻》（*The Hour of Our Death*, 1974）一書中，描寫整個歐洲文明到今日，不同時期所形塑出人對死亡的態度均有所不同。Aries 指出，溫馴的死亡是十世紀初主要的特色，「溫馴」代表著對死亡抱持一種平常的態度，在當時，死是一件很簡單的事，死亡是日常生活司空見慣的一個現象。死亡並非個人單獨的經驗，而是包含著全體社區共同的連帶，透過公共儀式社群成員一起面對危機。直到整個二十世紀中後期（1950-1975），死亡才成爲一種羞恥（shameful）的事。醫療科技的進步、家庭制度的變遷，以及對臨終病人醫療照顧制度化的影響，現代社會的死亡已

很少發生在家中。在醫院病人死後，馬上就被送入太平間，不再有以往的臨死禱告與宗教儀式。

死亡在歷史脈絡下，展現多樣的面貌，使我們不禁質疑：爲什麼到了今天，死亡成爲如此令人難以忍受的事實，是什麼機制把它與我們正常的生活隔離開來？在現代社會中，醫療專家取代了親愛的家人，成爲現代人生死大事的重要陪伴者。究竟，醫療科技的發達與進步，是保障了現代人生死大事，還是引發了新一波的醫療科技與生命倫理的問題。我們又該如何面對？我將以國內某家醫院加護病房中一位肝癌患者的垂死歷程，進行分析與說明。

二、加護病房內高科技環繞的垂死歷程

第一次見到剛被推到加護病房的林先生，他正不斷地吐血。當時林先生的兒子則在護理站簽一份加護病房的同意書（規定家屬留守外面，一天只有三次的探訪時間，一次 30 分鐘），完成手續後病人的兒子便在護士的一聲令下，被隔離到門外等候。

當時的林先生僅包著紙尿布躺在床上，而家屬在門外。周圍的醫護人員正忙碌地幫他做緊急的醫療處理，一旁的護士迅速給予靜脈注射、加升壓劑，然而他吐血的情況卻一直沒有改善。一直到主治醫師趕到加護病房，幫他用食道球止血，他吐血的情況才暫時緩解。所有的醫護人員關心著心電圖、血壓等儀器上的數值，忙著做注射、輸血等緊急醫療處置，沒有人與躺在床上意識清醒的林先生，有任何的言語互動。

61 歲的林先生，最先是吐血，由兒子送來 A 醫院，住了一星期止血後就出院，當時診斷爲肝硬化。不料，隔年因爲在家解血便，第二度食道靜脈血管破裂出血，再度前來 A 醫院住院，張醫師用斷層掃描發現肝有七、八公分腫瘤，確定是肝癌，轉入一般內科病房治療。護理站的小藥牌上寫著，他是

liver cirrhosis（肝硬化）、E-V bleeding（食道靜脈出血）、hepatoma（肝癌）的患者。林先生入院一星期後，因吐血、解黑便，進入加護病房觀察。

在我田野觀察期間，加護病房內的醫護人員都以一種儀式化、例行式的照顧方式與病人互動。護士交班時是以第五床如何如何來稱呼他，有時則沒有任何交談，就自行幫他打針、量血壓。病人雖然意識清楚，但大部分的時間他都眼睛緊閉地躺在床上。即使是先後兩、三次插食道球止血，他也都很合作地躺在床上，周圍的醫護人員忙碌地做著一些醫療處置，很少給他解釋，甚至任何心理支持。他憔悴發黃的臉上，總令人覺得帶著忍辱的卑屈。而守候在門外的兒子，曾焦急的和我說到在門外的感受：

「我們是相信護士的，但人在外面總是擔心，像有次會客時間，我爸爸說口渴，後來才知道被禁食。因為怕感染，所以要隔離，我們也不懂。」（三兒子）

林先生的家庭連帶強，住院期間都是太太與三個兒子輪班照顧。病人的兒子主導了整個醫療歷程，他們私底下要求醫護人員不能告知父親實情，也瞞著母親。於是張醫師說：「所以我也配合家屬，我只有告訴病人肝不好，發炎的比以前厲害。」一直到病人過世，家屬與醫護人員對他都處在一種相互偽裝的情境。我曾主動地問林先生是否知道自己得了什麼病？他虛弱地告訴我：「好像胃腸破洞，所以會出血。」問他一個人躺在這邊會不會擔心害怕？他無奈地說：「反正就這樣了，沒有什麼好怕。」

送入加護病房第五天後，林先生病情急速惡化，當晚凌晨 2 點左右，他的意識開始轉為半昏迷狀態，一直到當天早上 7 點左右，開始呈現喘嘆式呼吸。面對突如其來生命徵兆的不穩定，當日值班的醫師緊急施行心肺復甦術（CPR），給予強心劑、電擊、插氣管內管等急救儀式。而此時林先生的兒子，依舊被隔離在加護病房外。早上 7 點 45 分心肺復甦術結束，在護士關上成一直線的心電圖開關後，黃醫師才說：「家屬可以進來了。」

在護士的通知下，病人的三個兒子匆匆忙忙地跑進去。當時兩個大夜班護士忙著交班前的準備，醫師坐在護理站處理病歷，另一個大夜班的護士則站在病人的床旁邊儀式化地擠著 Ambu-Bag（手壓式人工呼吸器），來到床邊看著父親，林先生的小兒子不敢相信這突發的噩耗，忍不住問護士：「真的沒有呼吸了嗎？」護士仍站在病人的床旁邊儀式化地擠著 Ambu-Bag，沒有出聲，只是點點頭。7 點 50 分值班醫師走進病床前簡單地向家屬解釋，便走回護理站。8 點 15 分急救車到了，特別護士把病人送到擔架上，一同走出加護病房外，一場死亡的戲就此落幕。

最後，病人沒有交待任何遺言。甚至，當他彌留的最後一天，焦慮的兒子仍被隔離在加護病房的大門外。望著加護病房外緊閉的電動門，如果，有天門內躺著你親愛的人，在他與死神搏鬥之際，你只能望著這扇門，看他被封鎖在一個房間內，連握緊他的手喊加油的機會都不給你，會是怎樣的遺憾？家屬紛亂的情緒，失落的心情，在封閉、隔離的醫療情境中，往往得不到醫護人員的瞭解與安慰，甚至醫護人員本身也不願意面對這樣的場景，以儀式化、例行化的態度面對死亡的場景，成為工作下去的生存策略。

當時急救儀式結束後，一位照顧他的護士，喃喃地唸著她上大夜班，每天都有 CPR 真是倒霉。值班醫師則用開玩笑的口吻對護士說：「CPR 可以幫助你發育啊！」當我詢問護士對這場死亡儀式有什麼看法，二位大夜班護士異口同聲地說：

「麻痺了！這邊工作好累，煩死了！」

醫護人員在處理死亡儀式的冷漠與自我防衛的消極態度，是臨床很普遍的現象。值得深思的是，以儀式化的程序來處理垂死病人與家屬的需求，是否能有效提供一個專業的支持角色？隱藏在「加護病房」內的死亡儀式有何缺失？而醫療科技的進步，為人類生命存在帶來什麼問題？

三、誰主導對病情的認知與病程？

該不該告知病人真相，一直是醫療倫理的一大課題。當張醫師確定診斷後，讓家屬自行決定要不要告知的問題。對於為什麼不直接告訴病人，張醫師解釋說：

「我是先跟家屬講。他們第一個反應就是不要讓病人知道，第二個反應就是去找其他的方法治療。他一直都沒有主動問我，只知道他的情況很不好，一直出血，到死他都不知道他有肝癌。」

告知家屬後，張醫師除了建議轉到大醫院，該轉何處、轉出去後是否就一定有較好的醫療照顧，由於欠缺專業知識及經驗，家屬很難有所抉擇，病人的二兒子就說：

「醫師說可以手術，但成功率不高。爸爸因為信任張醫師，不願意轉院治療。我們有跑到廟裡抽籤，結果說轉院也不會比較好。」

深怕「癌症」這樣的污名所引發的憂慮與恐懼，會加速個案病情的惡化。守候在加護病房外的小兒子也告訴我：

「我爸爸只知道他有肝硬化，我們也不便明講，怕他瞭解愈多，擔心會多於放心。」

面臨癌症病情告知的尷尬時，在台灣大部分醫師協商的對象以家屬、親友為優先，而把病人視為沒有行為決策能力的倚賴性角色。這時家人與親友所形成的支持系統，對醫療機構、治療方向的選擇，以及病人對疾病的認知會有很大的影響。但是，周圍的人早期為保護病人的善意欺騙，以及所牽引出來的醫病關係，到後期可能是脆弱的「幽谷伴行」之旅。或者，隨著病情的加重，症狀毫無改善，病人很容易會對醫護人員產生不信任的態度和負面的情緒反應。

四、「心肺復甦術」的儀式化

住進加護病房的林先生，臨終前曾接受心肺復甦術的急救儀式。我們今日所熟知醫院的心肺復甦術，始於 1960 年 Kouwen-Hoven 醫生所發明的閉胸式心肺按摩術（closed-chest cardiac massage）。其後於 1966 年，美國國家科學院—國家研究委員會（National Academy of Sciences-National Research Council）正式建議全國醫生及相關醫療從業人員學習並熟悉 CPR 的技術。自此，CPR 逐漸被廣泛使用於瀕死病患的急救過程，終而成爲醫生必備的基本知識。

然而 CPR 是否應使用於每一位瀕死的患者，這個問題卻一直是許多醫師心頭共同的疑問。其實早在 1965 年，Talbot 醫師即指出「CPR 的技術是爲了處理未預期的死亡，如溺水、電擊、心臟傳導阻礙、急性心肌梗塞，或手術中死亡等狀況。」1974 年，美國國家心肺復甦術與緊急心臟照護標準會議（National Conference on Standards for CPR and Emergency Cardiac Care）更明白指出，「CPR 的目的在防止非預期的突發死亡，對末期且無法恢復的疾患並不適用。」

在醫學教育的洗禮下，靠科技延長生命成爲醫師主要的責任。許多醫師就理所當然地認爲，有義務替每一位臨終患者進行人工呼吸或心肺復甦術。以一套固定模式來處理面對死亡的壓力，也使得醫師在面對選擇時，心理上可以免除無所適從之感。上述林先生的病程中，醫護人員很少會與病人或家屬討論或分享死亡的感受與處理。然而當林先生彌留之際，醫護人員把要不要急救的問題丟給家屬，要家屬立刻做決定。

事實上，我國醫療法已於 1986 年 11 月 24 日公佈施行，其中第 43 條明文規定：「醫院診所遇到危急病人，應依其設備予以救治或採取一切必要的措施，不得無故延誤。」但法律形式上的保障未必具有實質的意義，以下摘錄兩位 A 醫院臨床醫護人員對「心肺復甦術」的看法：

一位醫師說：「實習時有次急救一個病人，結果沒有救了，主治醫師就問我：有沒有 on 過 Endo（插氣管內管）。我說：沒有。他就讓我 on Endo。還告訴我，有 Endo 在那，家屬會以為可以留一口氣回家。我也學到了一個經驗，這樣做可避免與家屬爭議，也是保護我們自己啦！」

一位加護病房護士說：「像那個 xx 醫生，CPR 都拼命救，好像要印證什麼學理似的，強心針拼命打。他對仁愛之家的老人也是一視同仁（仁愛之家的老人多沒有家屬，大部分的醫生因為不用表現出努力急救的樣子給家屬看，所以在病人心跳變慢時，醫師大多只打強心針，不會施行氣管插管這種比較大費周張的舉動）。有次仁愛之家的癌症病人，我們和他 CPR 了快一個小時，後來 on MAI（呼吸器），keep 一、二天後就走了。我覺得他都只在乎能不能盡到醫生的責任，把病人救回來，可是救回來有沒有意義，他都不會考慮。」

上述兩位醫護人員的說法相當諷刺。仁愛之家重病老人因為沒有親人，反而少了例行的電擊、插管等心肺復甦術的儀式，成為護士眼中較安詳的死亡方式。認真負責的 XX 醫師，經過努力的搶救儀式，使癌末的老人毫無意識地用呼吸器多活了兩天。但是，這兩天到底對他有什麼意義呢？過度倚賴高科技的醫療處置，是否可以滿足以病人為主體的醫療照護目標？事實上，醫療高科技帶來的最大危機，即在於它僅能告訴我們如何最有效地解決問題，也就是達成「要如何」（how）的目標，但是，科技並無法告訴我們「為什麼」（why）要達到這個目標。為什麼的問題，需要更多人文社會科學的思考與反省。

五、結語

醫學科技革命性的進展，生命因此延長。相對地，這些進步卻也導致生

與死的分界逐漸模糊。醫療技術和延長生命的精密設備迅速擴充，使得死亡發生在隔離、消毒、不讓外人進入的地方，臨終的人舉目所見並不是家人，反而是醫師、護士等專業人員。

Norbert Elias 在《臨終者的孤寂》（*The Loneliness of The Dying*, 1985）一書中，認為現代社會面對死亡最大的危機，即是「醫療化的死亡」下所產生的壓抑（repression）與隔離（isolation）。在醫院制度化、儀式化的常規下，垂死病人情感的表達往往會被剝奪；在現代化的醫院中，垂死的病人會被送到加護病房，由具有專業知識的人照顧著，醫護人員保持中立的情感，病人最後也許就死在這完全隔離的狀態。Elias 認為，死亡所造成最困難且難以解決的社會問題，即活著的人很難去認同垂死的人。

事實上，當現代人死亡也開始成爲醫療專業下的科技產物，缺乏醫學知識的病人，即使在面臨生死的大限中，要能瞭解這套醫療過程，並進一步參與醫療決策，往往有實質的困境。當病人帶著身體的病痛進入醫療科層中，整個菁英的專業知識所造成的鴻溝——中英夾雜的醫學名詞、入醫院繁雜的制度及轉診辦法、新環境的陌生等等，都造成病人醫療過程參與的無知，在這種病人處於弱勢的情況，焦慮無助可以想見。在現代社會中，我們應如何讓病人的權益在這白色巨塔中落實？該如何覺醒到醫療化的死亡儀式對現代人造成的影響？值得深思。

- 本文改寫自：1. 蔡友月，1998，〈最後一段旅程——剖析癌症病人在醫院的垂死歷程〉。《中華心理衛生學刊》，第十一卷第三期，頁 1-26。
2. 蔡友月，2004，〈台灣癌症病患的身體經驗：病痛、死亡與醫療專業權力〉。《台灣社會學刊》，第 33 期，頁 51-108。

工具箱

問題討論

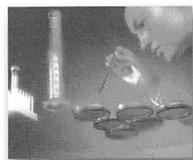
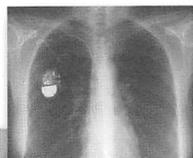
1. 醫療科技延長了人類的生命，卻帶來新的生命倫理的問題。你認為腦死、植物人的個案有生存的權利嗎？家屬、社會又該如何面對這樣的問題？
2. 大部分國內「重症加護病房」，規定不能有家屬陪伴，家屬只能一天探望三次，一次 30 分鐘。你對這樣的規定有什麼看法？
3. 靈玉是一位乳癌末期的病人，她選擇住進不給予心肺復甦術的安寧病房，但住入後卻告訴醫護人員，孩子還小希望能活下去，所以萬一發生緊急情況時，她要進行 CPR 等急救儀式，如果你是安寧病房內的醫護人員會如何處理？

相關閱讀

1. Philippe Aries, 1981, *The Hour of Our Death*. London: Penguin Books
2. Norbert Elias, 1985, *The Loneliness of the Dying*. New York: Basil Blackwell
3. Elizabeth, Kubler-Ross, 1969, *On Death and Dying*. New York: Macmillan.

推薦網站 / 影片

1. 蔡友月製導之紀錄片「病房 85033」，片長 50 分，請洽醫改會。



第8篇 風險與醫療爭議

- 導讀 吳嘉苓
- 為什麼台灣的剖腹產率高居不下？ 傅大為
- 愛滋感染配偶的生育抉擇 柯乃熒
- 代理孕母爭議的虛與實：懷孕的權力結構 雷文玫
- 從美國牛肉談爭議性科技的風險溝通 周桂田
- 醫療糾紛的情、理、法 牛惠之

導讀



吳嘉苓

台灣大學社會系副教授

探究爭議，是瞭解台灣醫療政治的窗口。代理懷孕要不要合法化？來自疫區的牛肉要怎麼把關才能降低狂牛病的風險？器官可不可以買賣？什麼才是造成高剖腹產率的關鍵原因？這些醫療爭議常常佔據報紙版面、在各種公聽會進行辯論、引發學界引發筆戰，也讓民眾爭論不休，因為這些醫療爭議對台灣的文化價值、法律制度以及與民眾的權益福祉，有著重大影響。這些爭議往往無法純由科學技術的層面來處理獲得解決：愈來愈精進的科學研究與技術發展，並無法就此讓爭議塵埃落定。要充分瞭解這些醫療爭議，更需要社會研究的角度。Brian Martin 與 Evelleen Richards 提出了四種社會科學家研究爭議的方法，同樣適用於瞭解醫療爭議的研究取向。

第一種是實證主義（positivist）取向。這類取向的社會科學家，往往先接受正統的科學觀點，以此做為分析的起點。如果醫療爭議在科學與技術面上並沒有爭辯，也沒有不確定性，社會科學家就會研究為什麼仍有批評與反彈存在，例如為何即使醫界屢屢宣揚特定疫苗的好處，民眾還是心存恐懼；或是醫界斥之荒謬對於某種療法，仍有業者強力促銷，民眾也趨之若鶩、業者強力促銷；或是像傅大為在本單元所探討的，台灣一些有關解釋剖腹產率成因的研究論文，如何著重以婦女的迷信、怕痛等行為做為主要解釋因子。民眾的心理、信念，以及相關團體的利益，在這種研究取向中，往往成為探討的重點。這類研究把爭議分成知識爭議（有關科學知識），與社會爭議（非科學性的議題），前者可能隨著更大的樣本、更精良的研究設計，得以就會迎刃而解，後者則可能不斷地持續下去，需要借用傳統社會學、心理學、政治學等角度來討論。

實證主義取向等於把社會科學跟科學 / 醫學本身分開，並不認為科學知識的內容可能也有社會因素，因此不去涉及科學知識爭議的部分。至於為何正統的科學 / 醫學觀點，一直得以維持，也就不在這種取向關注的範圍之內。

第二種是社群政治（group politics）取向。這種研究取向探討不同群體如何涉入爭議，例如。政府、醫界、產業界、一般民眾等關鍵社會群體，如何界定問題，如何動用資源（政治權力、論述能力、具有可信度的知識等），來讓爭議的解決朝特定的方向發展。如同雷文政在文章中所指出的，即使某些醫療科技的使用，在技術上可行（實然面），還是得由社會來決定是否要應用這些科技，以及在什麼樣的限制下使用（應然面）。於是，探究這些爭議發展的過程，往往可以讓我們瞭解社會的權力角力。例如，柯乃熒以愛滋感染者是否能夠懷孕生產的爭議，呈現了不同社群各有不同的關注焦點：抗愛滋病毒藥物如果應用於生育研究，主要的焦點在於胎兒的健康，而非母體；而愛滋感染配偶的家長，也以傳宗接代為主要目的，而非女性生育決定涉及的身心健康。而在這個過程中，科學知識可以被各種社群所用，而且往往因為社群的利益，而對科學知識有不同的詮釋。例如周桂田有關風險溝通一文，就呈現開放美國牛肉進口的風險評估爭議：同樣的風險機率數字，有些社群認為適合做為把關門檻，有些社群則詮釋為過高而難以接受。

社群政治取向比較適合浮上檯面的公開爭議，但是如果爭議只限於科學界內部，沒有溢出成為政府、企業、病患團體等一同參與討論的情況，社群政治的研究取向就力有未逮。

第三種是科學知識社會學（sociology of scientific knowledge）的取向。這種取向特別著眼於科學界內部的爭議，強調社會分析也適用於分析科學知識的宣稱，認為科學家在解釋自然的過程中，也是一種社會過程。例如，傅大為在文中所提出的「產科醫學搖擺論」，就以美國產科聖經《威廉式產科學》與台灣主流產科醫學的差異，來凸顯醫學界對於特定接生技術的爭議。這種

「科學知識的社會建構」觀點強調，諸多科學宣稱是真是偽，來自於科學家的詮釋與行動，因此爭議的真偽與否，答案並不在於自然本身，而爭議如果告終，也不僅是因為有更嚴謹的科學檢測，而是來自裁判社群的壓力與限制，例如某這個社群所接受的知識典範，以及這個社群所投資的利益與社會目標。當科學家公開進行辯論，能為科學知識社會學提供珍貴的研究起點，因為參與辯論的科學家，往往會在辯論的過程，把這些科學知識建立的社會過程，予以彰顯出來。

科學知識社會學取向比較重視科學社群內部的互動，因此比較容易忽略科學爭議形成背後更廣大的社會脈絡。。

第四種是社會結構取向（social structural approach），主要從社會結構的主要概念，像是階級、國家、父權體制與專業權力等等，來解釋爭議的產生與發展。例如馬克思主義者，可能會從階級鬥爭的角度，來解釋為何某些爭議的藥品會在第三世界傾銷。某些女性主義者，會討論一些生殖科技的引介是否複製或顛覆了父權價值；雷文玟的文章中就呈現了台灣婦運與女性主義學界對於代理懷孕的歧異爭論。而從專業權力的觀點處理醫療爭議，可能會以專業權力的鞏固與擴張，做為最主要的解釋因子。

社會結構分析取向的限制在於把社會看得過於靜態，例如將階級結構與性別體制都當做是鐵板一塊，而忽略了競逐、鬥爭與改變的可能性。

社會科學研究醫療爭議，可能常是上述四種取向的綜合體。Brian Martin 與 Evelleen Richards 也強調，我們需要一種整合模型（例如結合社群政治與科學知識社會學），來更周到地解釋爭議的產生與處理。這樣的研究強調，醫療的社會爭議很重要，但是醫療爭議不能僅是社會爭議；把醫療爭議化約為社會爭議，忽略科技爭議本身也需要社會觀點來瞭解，等於把科學知識與社會介入視為兩個不重疊的領域，忽略了兩者交互影響的重要面向。

這些研究爭議的取向，往往預設了處理爭議的手段。實證主義取向偏好

由專家來決斷爭議；社群政治取向則提倡多元主義，期會寄望民間聲音也能夠透過審議民主的方式來呈現；社會結構的取向，則期待更大規模的社會結構變革，使得某些爭議根本不會產生。爭議處理絕對複雜，如同周桂田所強調的，「專業權威、黑箱式決策的專家治理模式」，已經屢屢碰壁；牛惠之亦以醫療糾紛為例，呈現了以法律來處理醫療糾紛的限制與難題。如果我們能夠更周延地探討醫療爭議的性質，思索政策環境與權力分配如何與醫學知識與醫療科技的發展密不可分，也許會更有助於創造出符合公平正義與民眾福祉的醫療科技政策，更能面對醫療爭議的處理。

參考書目

1. Martin, Brian and Evelleen Richards., 1995., “Scientific Knowledge, Controversy, and Public Decision Making.” in Sheila Jasanoff, Gerald E. Markle, James C. Petersen and Trevor Pinch eds., *Handbook of Science & Technology Studies*, pp. 506-526. London: Sage Publication.

為什麼台灣的剖腹產率居高不下？

傅大為

清華大學歷史所教授

開刀不好，沒法度才開刀，盡量不要開刀……。我是有問J醫師啦，他就說，自然產是可以，但是頭一胎，沒有把握。醫生給我們講，我們沒去做，到時候發生問題，吃虧是我們自己吃。來到病院也都是盡量聽醫生的話，盡量要信任醫生。……醫生是說四號……。J醫師說要開刀，我才去算，既然要開刀，何不選個時辰。那個算命仙是個盲人，他給父母的生辰合起來，就說這生是查某仔（註：蓉蓉的確生女兒）。他是說，如果這查某仔要是能在四號下午三點到五點生，講這個會變作女強人。我給醫生講，他說那天有門診，沒法度。（引自吳嘉苓〈產科醫學遇見「迷信」婦女？〉，2000）

一、前言

從台灣戰後開始，到醫院接生的婦女就不斷增加，而從1970年開始超過了給助產士接生的人數。回顧歷史，我們要問，她們是利用什麼樣的醫院科技（如剖腹產，本文亦以CS簡稱之）來接生呢？其實，在50、60年代的台灣，醫院的剖腹產率並不高，許多老醫師覺得剖腹產率是個需要壓低的數字，一些醫師也積極地研究與嘗試「剖腹產後陰道產」（Vagina Birth After CS, VBAC）的技術。但是，這個原本很謹慎的醫療態度，到了70、80年代整個就改觀了。CS開始被產科醫學認為是一個十分安全、方便、可以多多執行的手術，也是個可以讓醫院多多收費的手術。隨著80年代台灣興起財團辦醫院

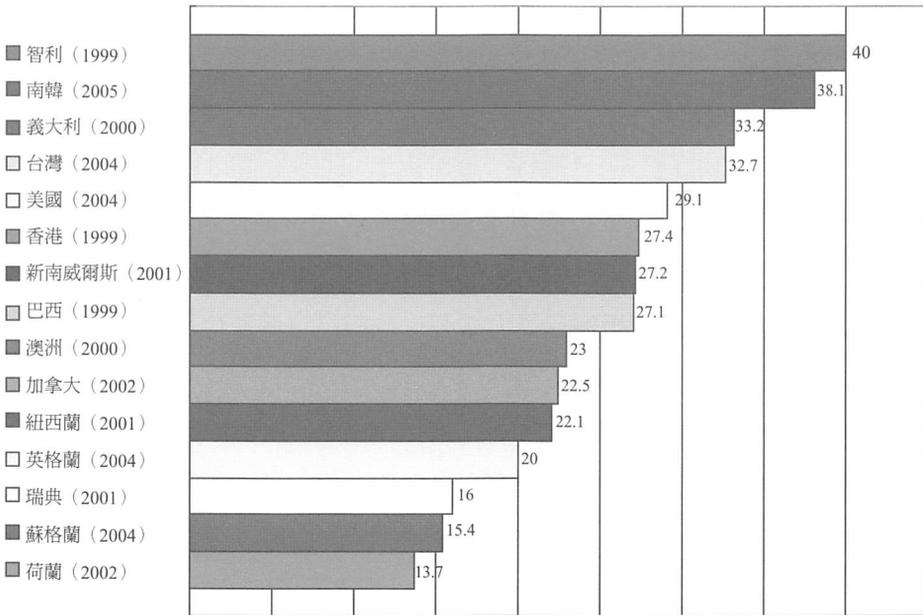


圖 1 一些國家與區域在最近幾年的剖腹產率

的潮流，幾乎在各種醫院裡 CS 率皆大幅提高，這還是全民健保開始實施之前的情況。

等到台灣在 1995 年左右開始實施健保，全國性的 CS 率出現，與世界其他國家相比，台灣的 CS 率竟排名世界前三名。本來，80 年代產科醫學認為，CS 率高，並沒有什麼不好，但是到了 90 年代，部分因為世界婦女健康運動、還有女性主義運動，都開始質疑婦女生產的過度「醫療化」(medicalization)，而剖腹產率的高漲，就是一個明顯的例子；這種觀點與質疑，在台灣也逐漸開始出現。所以，在這個背景下，最近幾年台灣剖腹產率仍高居世界前四名，才變成是個問題、是個需要台灣產科醫學解釋的數字。

關於這個「為什麼」的解釋，本文準備從三方面來說明：

- 一、90年代一般媒體常從文化、健保制度、還有婦女行為等與醫療建制無關的角度來解釋。一個常常訴諸的理由是台灣婦女迷信要良辰吉日生子（由媒體與一些學者、醫師提出：此即所謂的「婦女行為論」）。
- 二、從剖腹產「適應症」（在什麼醫療症狀下符合進行某些手術的條件）本身的模糊灰色地帶來解釋。因為CS適應症隨著產科學歷史的改變而放寬，因而使得醫學權力擴張、並操控這個灰色地帶（此即「臨床行為論」，見吳嘉苓，2000）。
- 三、從婦產科醫學「對剖腹產的看法」在戰後歷史中的大幅演變來解釋。我們發現無論是產科醫學本身或醫學教育（傅大為稱此為「產科醫學搖擺論」，2005b）、還有一般醫療院所的制度，都直接或間接地共同促成了這個大的變化。

以上是解釋台灣高剖腹產率的三種說法：1. 婦女行為論、2. 臨床行為論、3. 產科醫學搖擺論。本文批評第一種說法，贊同第二種說法，並以第三種說法提供理解剖腹產率高升的歷史脈絡。

二、婦女行為論

在1990年代上半葉全國性的剖腹產率公開以後，大約從1995年開始，報章雜誌與一些國內的研究報導，開始提出數據來，認為台灣CS率之所以那麼高，是因為近半數的產婦是「迷信婦女」，她們希望選在良辰吉日生子，以求得吉利。這樣的「迷信婦女」論述，雖然在數據操弄與調查方法上有很多的缺失（吳嘉苓，2000），但卻在短時間內，在媒體、醫師的口中不斷地被引用，許多人也選擇性地拿自己經驗中相關的部分來支持這種說法。雖然這

種論述，常被醫療社會學家與婦女健康運動者批評，但是它卻有相當頑強的生命力。我們覺得一部分的原因，大概也在於把問題歸諸多數無聲的女性，而不必改變任何現有醫療建制與權力關係。

即使到了二十一世紀，台灣一篇刊登在 *Social Science & Medicine* (2003, July) 討論台灣高剖腹產率的論文，仍然是以「迷信婦女」論述做為最主要的觀點（以產婦的行為與態度當做主要的解釋項）。該論文是透過健保的給付記錄，把台灣近年來剖腹產新生嬰兒的生日，和黃曆上黃道吉日的日子來作對比，結果發現是高度相關，並以此來推論產婦對剖腹產的行為與態度。但是，這個推論，其實有許多的問題。其一，即使這些剖腹日期是婦女所選的日子，但很多可能是因為醫師已經告知要剖腹產了，產婦才在一定的時間範圍裡，選出好日子來剖腹（不選白不選，見本文開頭的訪談引文）。何況，根據一些口述記錄，我們有理由懷疑，這些好日子，部分也可能是醫院裡的醫護人員主動提供的。

除了「迷信婦女」的解釋外，另一個被提到的婦女行為是產婦害怕自然產的疼痛，所以要剖腹產，這是所謂「怕痛婦女」的解釋，這種「剖腹產比較不痛」的說法在一些公眾名女人的推波助瀾下更廣為流傳（例如 1996 年林青霞選擇剖腹產並被媒體大肆報導）。但是，難道台灣婦女對自然產產痛的害怕，高居世界前四名嗎？這點似乎很難令人信服。

其實，因為 90 年代台灣醫療設施的問題，例如缺乏無痛分娩的新技術與麻醉醫師，使得歐美的新技術在台灣很難進行，同時，因為台灣的產房缺乏完備且令產婦心安的照顧系統，疏離的產房往往讓產婦更難忍受生產的疼痛，遂使「產痛」的問題常常被提起。當然台灣早期的產房雖然照顧系統也不完備，但當時醫師並不特別鼓勵剖腹產，所以沒有太多比較；還有當時許多婦女也找助產士接生，照顧上要好很多，再加上那時產婦運動較多，總之，早年產痛的問題似乎不大。另外，比起自然產，剖腹當時因為有麻醉，所以不

痛，但是麻醉消失後，剖腹產的疼痛更長更久，更不用提還有各種可能的副作用。

三、臨床行爲論

相對於這些「婦女行爲論」，或以其他的「非醫療因素」來解釋台灣的高剖腹產率（例如，用醫師喜歡批評的「健保制度不合理」來解釋，但台灣的CS率在健保實施前就已經類似今天的水準了），我們現在開始提一些與醫療因素密切相關的原因來解釋。而一旦這種解釋有力道時，如果要降低剖腹產率，醫療制度（含醫師的臨床行爲）本身就不能夠置身事外、不能不改變。

前面提過吳嘉苓的「臨床行爲論」，從這個角度去思考，可以得到一些很重要的結果。一般而言，我們很容易相信產科醫學的「科學性」。產科所規定下來的條件：產婦什麼樣的身體狀況符合剖腹產手術的「適應症」，應該是很明確而客觀的，而且，適應症的客觀性還涉及到健保「給付與否」的問題，是個重要的財政問題。但是，研究常指出，今日剖腹產四大適應症——前胎剖腹、難產（dystocia）、臀位（breech presentation）、胎兒窘迫（fetal distress），都是臨床上的「灰色地帶」，而符合這幾個條件的說法，在歷史上也不斷地改變。

在台灣的70、80年代，因為當時美國產科對剖腹產的觀感很正面、而且對VBAC頗有保留，所以影響所及，使得「前胎剖腹」成爲台灣進行剖腹產最主要的原因。當時台灣的醫學教育基本上都不鼓勵VBAC。到了90年代，因為美國剖腹產的費用比自然產高出實在太多，而醫療保險費用過於高漲，使得美國產科學界重新開始鼓勵VBAC，進而挑戰了剖腹產的安全性。但是，美國產科這個新的趨勢，反而並沒有影響到台灣，許多台灣的醫師，繼續強調「一胎剖腹、終身剖腹」的老觀念，同時，開始建構像「迷信婦女」、「怕

痛婦女」這類的論述，以「這是婦女的行為問題」的解釋策略，來處理台灣剖腹產率過高的問題，但卻迴避檢討醫療體制與醫療行為本身的問題。

至於「難產」這個適應症，最常發生的實際情況就是因子宮收縮不良而引起的「產程過長」的問題。一個明顯的問題是：到底多久才算是過長？就產科教科書的聖經《威廉氏產科學》來說，各版次所推薦的第一、第二產程時間，隨著年代而有所不同。對於頭胎生產的婦女，其第一產程（子宮頸口從剛開到全開的時間）在 1948 年平均為 12.5 小時，但是到了 1980 年，卻減為 8 小時。因此，一個 12 小時的第一產程在 1948 年可能看起來「正常」，但在 1980 年就變得「可疑」了，可能需要剖腹產的介入。所以，只要現代產科習慣以催生或是剖腹產等來進行醫療干預，第一產程的時間定義就會愈來愈短。如此一來，只要第一產程的平均時間愈來愈短，被定義為「產程過長」的機會也會愈來愈大。

其三，「臀位」做為剖腹產的主要適應症，也有其社會變化。對於「臀位」一項，一份 1990 年的論文顯示，各國因為適應症造成的剖腹產率有瑞典的 93.3%、美國的 80.4%，以及荷蘭的 34.8% 等變化，顯示剖腹產並非臀位的唯一處理方式。荷蘭的醫學研究就強調，即使剖腹產愈來愈安全，仍有危險性，產科應在確保胎兒與母親健康的情況下，致力精進於判斷臀位是否可採自然產的標準，而非一味以剖腹產來處理臀位。而且，在這種以揮刀剖腹來解決問題的潮流下，台灣許多助產士與老醫師所擁有的「臀位生產」手動技術，如巧妙的外轉術，恐怕也會逐漸流失。

最後，「胎兒窘迫」成為臨床上的灰色地帶，主要與電子胎兒監視器（EFM）的判讀有關。今天醫界對於連續性使用 EFM 有很大的爭議，例如，EFM 的使用並沒有增加胎兒健康，增加的反而是因儀器顯示胎兒窘迫而增加的剖腹產。另外，如《威廉氏產科學》（1997）所言，分娩過程中胎兒心跳的異常十分常見，而有多大比例因為胎兒監視器的檢測而達到救命效果，又

有多大比例造成不必要的剖腹產（可能也因此造成不必要的危險性），仍無定論。同時，也有研究發現，產科醫師的確藉由增加 EFM 的使用，進行「防禦性醫療措施」，以減低醫療糾紛的風險——即由「客觀」的儀器判定，來取代「主觀」的醫師判斷造成疏失而挨告的可能。而 EFM 的使用，也的確增加因為檢測出「胎兒窘迫」而造成的剖腹產率。

諷刺的是，EFM 這個儀器本身就值得懷疑。當初它被不加批判而熱烈地引進產科醫療界，現在許多研究高剖腹產率的學者則直接歸咎於 EFM 所造成的問題，但是，因為醫師盲目地照著 EFM 的指示來做，反而在今天醫療糾紛問題上可以避免掉人為疏失的指責。所以雖然 EFM 不可靠，但它在保護醫師上還滿可靠的，畢竟，多一點剖腹產率，讓產婦與嬰兒多受點苦、納稅人多繳點稅，也沒有什麼關係吧。以上四項，正是所謂醫師的「臨床行為論」，吳嘉苓（2000）特別稱之為「主觀的」臨床行為論，用以來對比醫師們提出的「婦女行為論」。

四、產科醫學搖擺論

最後，簡單談一下我提出的「產科醫學搖擺論」（傅大為，2005b），用以解釋台灣高剖腹產率的部分原因。當然，這也是個訴諸醫療因素的解釋，與前面提到的「婦女行為論」很不一樣，但與「臨床行為論」頗有些歷史傳承的關係。

前面我提到，雖然今天我們習慣說台灣高剖腹產率是個「問題」，還有台灣醫界近十幾二十年來也習慣於「一胎剖腹、終身剖腹」的看法，但如果我們回溯一下戰後 50 年代以來產科學界的看法，就會發現我們今天習慣的看法都只有短暫的歷史而已，而產科學界的看法其實搖擺得很厲害。我們先看看 50、60 年代的《威廉氏產科學》，書中其實已經逐漸的在鼓勵剖腹產。雖

然威廉氏產科教授本人（prof. J. Whitridge Williams）在 1920 年代反對「一胎剖腹、終身剖腹」，但是 50、60 年代美國產科學的主流已經開始質疑 VBAC 的安全性，強調子宮破裂的危險，還有評估子宮剖腹疤痕強韌度的困難。這個趨勢，到了 70 年代愈發強勁，連一開始要抗拒這個趨勢的台大產科（基於日治以來對手術採保守態度的傳統，當時提出「一胎剖腹，不一定之後也要剖腹」，並且鼓勵 VBAC），到 70、80 年代也放棄對剖腹產的抗拒。所以，就如西方世界許多地方一樣，台灣的剖腹產率，在 60、70 年代開始攀升，到 80、90 年代到達高峰。

不過，也許是毫無限制的剖腹產所致，高漲的醫療費用，使得美國的產科醫學界逐漸改變看法，開始鼓勵 VBAC 的重要性，用以降低美國的剖腹產率。同時，因 VBAC 可能導致子宮破裂的危險，也不再那麼被強調。剖腹產對產婦、對新生兒的壞處，開始被新的研究所證實。之前陳水扁總統的女兒陳幸妤生第二胎，就是進行 VBAC，公開的理由說是產後就可馬上授乳，而剖腹產後則做不到。

但是，台灣的高剖腹產率，有兩個要點與西方各地不同。

- 一、台灣在 70、80 年代攀升的幅度，一般說來要高於大部分西方同時期的曲線（如荷蘭、瑞典、美國、英國等）。究其原因，可能有兩個，一是台灣近代婦科的手術傳統極為興盛（以徐千田的婦科傳統為主），所以，當產科手術一旦解禁，婦科手術的「優越傳統」、開刀的「科技表象」，可能就很快地影響到產科的發展，畢竟，對醫學生而言，婦科產科通常是一起訓練的。其次，80 年代正是台灣私人財團介入醫療界，以牟利為目的的許多大型醫院建立起來的時代，筆者猜測這大概也帶動了台灣剖腹產率的強力攀升吧！
- 二、當西方因為種種原因，例如產科醫學的看法改變、醫療費用過高、實證醫學的興起（evidence based medicine）、婦女健康運動的壓力等

等，使得剖腹產率在 90 年代開始下降時，台灣並沒有跟進，仍然保持著高剖腹產率，維持著世界前三、四名這個不名譽的成績。同時，從 1995 年開始，前面討論很多的「迷信婦女論」開始流行，這個歸咎於女人的說法，在西方卻極少聽到，這其實是一種利用傳統的「東方封建」、「女人誤事」的說法來遮掩台灣「現代醫學」無力自我改進的事實吧。

工具箱

問題討論

1. 如果一個社會，婦女生產都用剖腹產，有什麼不好？尤其這代表醫學科技昌明，婦女又可免除產痛。
2. 如果將台灣高剖腹產率的原因都說成是婦女的迷信，這種解釋對誰最有利？對誰最不利？
3. 請試說明剖腹產對母體有什麼不好的影響？

相關閱讀

1. 吳嘉苓，2000，〈產科醫學遇上「迷信」婦女？——台灣高剖腹產率論述的知識、性別與權力〉。收錄於何春蕤編《性／別政治與主體形構》。
2. 傅大為，2005a，〈近代婦產科的興起與產婆的故事〉。《亞細亞的新身體》。台北：群學。
3. 傅大為，2005b，〈戰後台灣的剖腹產秘史〉。發表於第五屆性別與醫療工作坊，2005 年 11 月。

推薦網站 / 影片

1. 台灣生產改革聯盟部落格，網址：http://blog.roodo.com/birth_reform/

愛滋感染配偶的生育抉擇

柯乃榮

成功大學醫學院護理系

「當我看到報紙關於感染者有「子」望的報導時，我興奮地跑下樓告訴我媽媽去把會標下來，我終於可以做人了！！到了醫院我迫不及待地拿出報紙請問醫生關於我們生小孩的事，他卻默不作聲，一句話也沒說……那時候我就知道他的答案了！」（35歲男性感染者，已婚，目前尚無小孩）

一、感染者的生育需求是實際可行的願望

自從1997年台灣引進抗愛滋病毒藥物（Highly Active Antiretroviral Therapy, HAART）並免費提供給HIV感染者後，感染者的預期壽命逐年增加，因為免疫力下降而出現伺機性感染的比例及因愛滋病相關疾病的死亡率顯著下降，約84%接受HAART的存活率長達十年以上，愛滋病儼然成爲一種需要長期治療、控制病毒的慢性病^{1,2}。

抗愛滋病毒藥物的進步及人工生殖技術的成熟，讓生兒育女的需求成爲感染者實際可達的願望。對於懷孕的女性感染者，懷孕滿14周之後使用抗愛滋病毒藥物治療，加上預定排程實施剖腹產、產後避免哺餵母乳以及新生兒

1 行政院衛生署疾病管制局HIV / AIDS統計資料，2006。

2 Fang CT, Hsu HM, Twu SJ, Chen MY, Chang YY, Hwang JS, et al., 2004, “Decreased HIV transmission after a policy of providing free access to highly active antiretroviral therapy in Taiwan.” *J Infect Dis*, 190: 879-885.

在出生後 24 小時內開始予口服抗愛滋病毒藥物糖漿 (AZT)，並連續六週，可以有效地降低母子垂直傳染的機率至 2% 以下³。研究亦指出，人工生殖技術，包括精子洗滌術 (sperm washing)、人工授精 (AIH)、試管嬰兒 (IVF) 或精蟲顯微注射 (ICSI)，皆可有效地降低 HIV 不一致的配偶 (一個為 HIV 陰性，一個為 HIV 陽性) 之間因受孕而相互傳染 HIV 的危險性，增加受孕的安全性以避免新生兒感染 HIV⁴。

在台灣，愛滋感染者的生育健康的確未受重視，直到 2005 年衛生署疾病管制局開始辦理孕婦全面篩檢愛滋計畫，將 HIV 篩檢納入產前檢查，而衛生當局或是臨床研究關注的焦點大多著重在新生兒的健康，而非感染配偶的生育健康或是需求。目前台灣針對 HIV 感染婦女的新生兒做臨床研究僅有兩篇，報告指出台灣母子垂直傳染的比例約為 18%，新生兒感染 HIV 都是因為母親未能在懷孕初期偵測出 HIV 病毒，而無法即時有效地給予抗愛滋病毒藥物或是剖腹產等預防措施⁵。對於尚未生育小孩的 HIV 感染配偶，目前也僅有台大醫院以臨床研究的方式幫 HIV 不一致的配偶進行人工生殖。雖然台灣提供免費預防母子垂直傳染的抗愛滋病毒藥物，亦擁有幫助愛滋感染配偶執行人工生殖的醫療技術，然而對於愛滋感染配偶而言，在知道自己感染 HIV 後，他們仍可獨立做出何時生育、生育數或是採取哪種避孕措施的自主決定嗎？生兒育女真的是實際可行的願望嗎？

3 McIntyre J., 2006, "Strategies to prevent mother-to-child transmission of HIV." *Curr Opin Infect Dis*, 19: 33-38.

4 Fiore JR, Lorusso F, Vacca M, Ladisa N, Greco P, De Palo R., 2005, "The efficiency of sperm washing in removing human immunodeficiency virus type 1 varies according to the seminal viral load." *Fertil Steril*, 84: 232-234.

5 Lin HC, Wang SM, Wu CS, Chang FM, Liu CC., 2005, "Clinical and immunologic characteristics and therapeutic interventions in children born to human immunodeficiency virus-infected mothers in southern Taiwan." *J Microbiol Immunol Infect*, 38: 89-95.

二、生育決定是文化、醫療與女性自主的角力戰

感染 HIV 與否不是影響愛滋感染配偶生育決定的單一因素，相對的，滿足雙方家長對於傳宗接代的渴求、為男方傳宗接代的壓力，以及自己對於生育下一代的期待都是重大的推力。愛滋病伴隨的社會歧視，讓許多愛滋感染配偶得承受是否告知家人的兩難，尤其是女性在面對不知情的家人的殷切盼望及親朋好友的關切時，更有龐大（沈重）的傳宗接代壓力。倘若男性伴侶為家中長子或是男方家族中尚未生育男丁，愛滋感染配偶中的女性無論有無感染 HIV，都要承受為男方傳宗接代並孕育健康下一代的壓力，此即傳統父權社會對女性的期待。

愛滋感染者的生育常以新生兒是否感染 HIV 做為論斷的依據，母體成為預防母子垂直感染的抗愛滋病毒藥物的試驗場域。1985 年首先上市的抗愛滋病毒藥物 AZT，直到 1994 年才被確認可有效地預防母子垂直感染，近幾年來，關於抗愛滋病毒藥物應用於生育研究的目標，大多以胎兒的福祉為唯一的考量，以降低母子垂直感染為主要目的，而臨床研究甚至以如何給予最少的藥物劑量來達到有效降低新生兒感染為目標，但是目前仍缺乏足夠的臨床藥物試驗來印證抗愛滋藥物對懷孕及產後婦女健康狀況的影響。

男性伴侶對於愛滋感染配偶的生育決定扮演極重要的角色，而女性通常得概括承受生育決定的一切後果。一般而言，男性伴侶對於發展愛滋病解藥的未來會比較樂觀，且根據自己的醫療資訊而對懷孕結果有正向的期待，然而，女性愛滋配偶會比較擔憂藥物對於胎兒的影響以及小孩出生後的教養問題。也就是說，男性伴侶以正向樂觀的態度說服或鼓勵自己的伴侶懷孕，然而在懷孕並決定要將小孩生下那一刻，女性感染者就需承擔小孩感染 HIV 的風險，一直提心吊膽到新生兒一歲半時確認有無感染的結果出來為止；即使小孩是健康的，女性愛滋配偶還要擔憂自己的健康狀況能否持續養育小孩長大，以及小孩懂事後要如何告知雙親感染 HIV 的實情等。

國內外的研究不約而同發現，醫療專業人員面對感染者詢問關於生育的問題時，通常會以負向的態度或是聽而不聞的方式加以回應，除非感染者是在懷孕的時候才發現感染 HIV。台灣愛滋醫療專業人員對於愛滋感染配偶生育下一代的論述分為三大類：以小孩健康為首、有條件式的決定、個人的自主決定。

醫療專業人員如何解釋抗愛滋病毒藥物對於懷孕婦女的治療目的以及降低母子垂直傳染的機率，明顯地會影響愛滋感染配偶的生育決定。1997 年以前，大多數台灣醫療專業人員仍在「以小孩健康為首」的考量下，一旦發現愛滋感染者懷孕，即建議當事人終止懷孕，如果愛滋感染配偶堅持想生下小孩，有些醫師會指責這是「自私、製造社會問題」，並以專業權威威脅說如果不墮胎，生下的小孩一定會感染，甚至不再繼續給她藥物治療或是要求轉院治療等。但是也有愛滋感染配偶決定要墮胎時，卻因為沒有一個婦產科醫師願意為她執行墮胎手術，而被迫生下小孩的情況。

1997 年以後，得知抗愛滋病毒藥物能有效抑制愛滋病毒，愛滋感染配偶生育下一代的論述轉變成「有條件式的決定」，由醫療專業人員評定愛滋感染配偶是否有足夠的體力及經濟能力、長期遵從醫囑服藥的意願，以及生育小孩強烈的動機，須符合醫療專業設定的條件及評估後，愛滋感染配偶才能決定是否生育下一代。

相對於「以小孩健康為首」、「有條件式的決定」兩種主流論述，僅有少數的愛滋醫療專業人員認為生育是一種個人的基本權利，愛滋感染配偶是否生育下一代為「個人的決定」。

HIV 不一致的配偶，他們的生育需求一直備受爭議，主要的擔憂是：如果男方是 HIV 感染者，女方沒有受到感染，如何安全受孕，又可避免被傳染的危險，進而達成生兒育女的願望。1997 年一位義大利醫生 Semprini 首度利用清洗精子的方法，讓愛滋感染配偶受孕成功並生下健康未受感染的新

生兒⁶。直到 2003 年，醫學界對於人工生殖技術運用在愛滋感染配偶的正當性及安全性仍在持續爭論中。支持人工生殖技術應開放給想要生育的愛滋感染配偶的論點，主要是基於不傷害、利他、公平及自主原則下，醫療專業人員應開誠佈公地與愛滋感染配偶討論所有生育的選擇及方式，在技術許可及安全性的考量下，協助其選擇最安全的受孕方式，包括人工生殖技術。相對的，反對的論點仍質疑人工生殖技術是否真的能安全無虞地讓未感染的一方安全受孕，又確保胎兒不會被感染，並保障愛滋感染者生下的新生兒的福祉。2001 年台大婦產科醫師首次針對這個爭議提出文獻回顧，並在文章最後，支持人工生殖技術應開放給想要生育的愛滋感染配偶的立場，文中建議衛生署不應規避此問題，應舉辦充分的公聽會及討論，並且訂定規範，提供給想要生育的愛滋感染配偶合理又安全的人工生殖技術⁷。直到 2004 年，台大婦產科才開始以臨床實驗研究的方式，針對 HIV 不一致的配偶（男方是 HIV 感染者，女方沒有受到感染）提供人工生殖技術的協助。

三、生小孩是個人的選擇還是一種被決定的選項？

大多數愛滋感染配偶因擔心家人的排斥及離棄，隱瞞家人自己感染或是配偶感染的狀況，因此面對雙方家長、親友或男性伴侶對於生育下一代的期盼，甚至何時生育、生育幾個小孩、或是採取哪種避孕措施的生育決定有更多的難言之隱。再者，愛滋感染配偶從採取人工生殖協助受孕、懷孕過程、生產、產後選擇以瓶餵取代母乳哺育、新生兒接受抗愛滋病毒藥物的預防性

6 Semprini AE, Fiore S, Pardi G., 1997, “Reproductive counselling for HIV-discordant couples.” *Lancet*, 349: 1401-1402.

7 吳明義，何弘能，楊友仕，2001，〈愛滋病毒帶原者夫婦的人工協助生殖課題〉。《臺灣醫學》，5: 734-738.

投藥（給予六週口服抗愛滋病毒藥物糖漿 AZT），以及未來避孕措施的選擇等，每個環節都仰賴醫療專業的介入。生育過程中每一個決定都受到文化社會及醫療權威的影響，愛滋感染配偶的生育選擇，不單僅止於 HIV 感染對於新生兒健康的影響，也不應該全由女性來概括承受決定之後的所有責任。

本文改寫自：Ko, N. Y., 2003, *Reproductive Decision Making among Couples with HIV/AIDS in Taiwan*. Doctoral dissertation, University of Washington-Seattle.

工具箱

問題討論

1. 社會中有哪些弱勢族群與愛滋感染配偶所面臨的複雜生育決定類似？
2. 如果您是 HIV 感染者，什麼因素會使您想要生育下一代？
3. 如果您身為醫療人員，面對想要生小孩的 HIV 感染夫妻或配偶，您會如何建議或是幫助他們？

相關閱讀

1. 吳明義、何弘能、楊友仕，2001，〈愛滋病毒帶原者夫婦的人工協助生殖課題〉。《臺灣醫學》，5: 734-738。
2. Ko, N. Y., 2005, “Muecke M. Reproductive Decision-making among HIV-positive Couples in Taiwan.” *J Nurs Scholarsh*, 37: 41-47.
3. Taylor, G. P., 2003, “View 2: Assisted Conception in Couples with HIV Infection.” *Sex Transm Infect*, 79: 189-190.

推薦網站 / 影片

1. 電視劇「神啊！請多給我一點時間」。金城武、深田恭子主演。
2. 電視劇「抱抱我、親親我」。南野陽子、赤井英和、三浦友和、南果步主演。
3. *And the Band Played On*. Starring by Alan Alda, Richard Gere, Matthew Modine, Anjelica Huston, Steve Martin, Lily Tomlin. Produced by HBO in 2001.
4. *Boys On the Side*. Starring by Whoopi Goldberg, Mary-Louis Parker, Drew Barrymore. Produced by WB in 1995.

代理孕母爭議的虛與實：懷孕的權力結構

雷文玫

陽明大學社會醫學科副教授

一位周姓美國華僑在網路聊天室認識了一對台灣夫婦——曾先生與吳小姐。周姓華僑聊到自己與妻子無法生育的遺憾，曾姓夫婦則談到養小孩與房貸沈重的經濟壓力。雙方於是同意由周姓華僑提供精子、吳女提供卵子，並擔任代理孕母，事成後周姓華僑支付125萬元給曾姓夫婦。

吳女確定懷孕後，周姓華僑先後匯了53萬元給吳女，並表示尾款72萬元等產下嬰兒再付。吳女隨即搭機赴美，並由周姓華僑夫婦接到一處地點不明的地方待產。不過，雙方關係在吳女生產前破裂：吳女認為付出的成本比原先預估高很多，要求提高費用，遭到周姓華僑拒絕；周姓華僑則扣住吳小姐返程機票，限制吳女不得外出，也不得打電話回台灣。吳女覺得自己形同被軟禁，逃離住處輾轉搭機回台，生下一名女嬰。

事後，吳女透過網路，打算將女嬰轉由一位日本太太收養並且收受20萬元紅包。在還沒將女嬰交給日本太太之前，周姓華僑發覺此事，透過電子郵件越洋向檢方檢舉吳女跟她的先生，檢方遂以販賣人口，起訴吳女跟她的先生。周姓華僑則因為檢方無法追查其真實身分，加上人不在國內，而沒有被起訴。

一、代孕是剝削還是解放？

生殖科技的進步，協助了許多不孕症患者生育下一代。透過捐精、捐卵與體外受精技術，即使是精、卵或子宮有問題的人們，也可以在不違反婚姻

忠誠義務的前提下，生育有自己血緣的下一代，大幅拓展了人們生育自由的範疇。

不過，技術上是否做得到與是否應該做，是兩個層次的問題：前者是實然面的問題，繫諸於事實面的科技水準；後者是應然面的問題，繫諸於一個社會法律與倫理容許科技應用的限度。由於現行民法仍以懷孕者為孩子的生母，當委託他人代孕¹，無論是否自行提供卵子，在現行民法的認定中均無法直接成為孩子的母親；而倘若代孕者已婚，委託的丈夫也無法直接成為孩子的父親，因此國內的不孕症團體與生殖醫學會自 1997 年以來，屢屢呼籲政府正視不孕症患者養兒育女的願望與權利，修法開放代理孕母。

然而九年來，歷經數任衛生署長政策的更迭，政府始終沒有立法開放或禁止代孕，許多人乃鋌而走險，以偽造出生證明等方式，私下實施代理孕母。不過，由於法律並不保障此種契約，因此當事人除了需要付出許多醫學、金錢、時間與心理等成本外，還會面臨許多法律上不確定性的風險。本文一開始引述的故事，就是一個真實的例子。

究竟政府應不應該開放代孕，牽涉很多爭議，包括代孕對親子關係的衝擊、不孕者生育的權益、子女利益與代孕者身體自主權，也有人質疑開放代孕將助長傳宗接代的迷思與壓力；即使要保障不孕者養兒育女的權益，也應該鼓勵代不孕者收養子女，而不應該以代孕的方式濫用醫療資源。

1 代孕是「代理懷孕」的簡稱。坊間討論此問題時，通常以「代理孕母」稱呼代理他人懷孕的「人」，或是容許他人代理懷孕的「制度」。不過，由於代孕者究竟是不是孩子的「母親」，本身就是個法律要規範與回答的問題，而且規範的對象通常是代孕者，而不是孩子的「母親」，為了避免混淆，本文盡量不用代理孕「母」，而是用代孕「者」稱之。同樣地，是否只有夫妻才能委託他人代孕？還是不能結婚的同志，甚至單身者也可以委託，也是法律應該重新思考的問題，為了避免名詞一開始就限縮人們討論問題的形象，我也不用委託「夫妻」，而用委託「者」。

這些爭議中，最關鍵的問題是，代孕究竟是不是對女性的一種剝削。有些論者擔心，原本完整而且有自我主體性的母親，將被切割成不同的身體器官、組織與細胞，女性因此淪為孵卵器與保溫箱，尤其是經濟上較弱勢的女性，更容易為了金錢被迫出租自己的子宮。代孕者的飲食、起居作息、生活習慣、性生活等等，都將因為租借子宮而失去自主性²。由於代孕提供了不孕者一個新的選擇，開放代孕將帶來更多無謂的醫療介入，並且助長傳宗接代的迷思³。

不過，也有論者認為，隨著社會變遷，一個小孩可能有生母、養母、繼母、乾媽等等，母親身分本來就愈來愈多元化，我們不應該過度歌頌母性與生殖是女性自然與利他的行為，否則就落入了婦運一向挑戰的父權意識型態形態，侷限了女性的選擇權，因此開放代孕對女性而言，反而是一種解放，讓「會賺錢的負責賺錢，會生孩子的負責生孩子」，是「女人幫助女人」⁴。子宮原本就是孕育子女的一種器官，也是它在體內唯一的作用，委託他人懷孕，並不涉及剝削⁵。

這兩種說法表面上似乎認為代孕「必然」或「本質」上是對女性的剝削

2 黃淑英的意見，引自張瓊方，1997，〈老問題，新主張：借「腹」生子新法催生〉。《光華雜誌》，第22卷2期。

3 (1) 林芳玫，1996，〈新科技是舊傳統的幫兇：代理孕母與母親身份的問題化〉。《騷動》，第2期。

(2) 陳惠馨，1996，〈人工生殖技術對親屬法的衝擊〉。《高雄律師會訊》，1(12): 29-40。

(3) 劉仲冬，1997，〈代理懷孕：女性及醫療社會學觀〉。《應用倫理通訊》，頁 23-29。

4 王如玄的意見，引自張瓊方，1997，〈老問題，新主張：借「腹」生子新法催生〉。《光華雜誌》，第22卷2期。

5 陳美華，1999，〈物化或解放：女性主義關於代理孕母的爭論〉。《月旦法學雜誌》，52: 18-28。

或解放，但深入思考，其實兩者都指向代孕與生殖科技背後所牽涉的社會條件：可能剝削或解放代孕者的，不是生殖科技或代孕行為本身，而是生殖與代孕關係中權力分配的結果。如果法律能夠比較公平地分配生殖或代孕關係間的權利義務，生殖與代孕對女性就不必然是一種剝削，甚至可能是一種解放。爲了說明這一點，讓我們來思考下面幾個可能性。

二、代孕割裂母職？

如果吳小姐不是代替周姓夫妻懷孕，而是擔任周姓夫妻孩子的奶媽、保母、老師或護士，我們會不會覺得這件事情顛覆傳統母職？如果吳小姐是捐贈卵子讓周太太懷孕的話，我們會不會擔心母職被切割了？因爲捐卵的行為行之有年，而婦女就業率提高後，許多過去由母親一手包辦的工作，也早就假手他人，通常這些行為，並不會引起什麼爭議。

那麼，爲什麼人們如此擔心婦女將懷孕生產委託他人，切割了傳統的母職？有些人認爲，捐精捐卵所生的孩子，有一半的基因不是源自委託者，社會並不予以禁止，那麼當委託者雙方均提供生殖細胞時，所生孩子的基因均都來自委託者，社會更應該容許此種代孕⁶。與此觀點一致，也有人認爲，代孕者與胎兒只有「營養上的交通」，與孩子之間的感情，還不及長期相處的保母來得濃厚⁷，因此委託代孕，並無不可。

不過，進一步想想，這兩種說法似乎都只看到委託者要借的子宮，沒有看到子宮背後連結著的身體，是一個有尊嚴的人，忽略了代孕關係中，代孕者的身體可能受到的剝削：代孕之所以比捐贈精卵在倫理上更有爭議，是因

6 曾啓瑞的意見，引自張瓊方，1997，〈老問題，新主張：借「腹」生子新法催生〉。《光華雜誌》，第22卷2期。

7 劉志鴻的意見，同上引。

為代孕牽涉到如何對待一個人活生生的身體，而精卵從身體分離之後，只是一個帶著基因的客體——也許有人會因為它的生殖能力或基因而給予特殊尊重，但它畢竟不是一個人。

代孕者跟幫忙照顧孩子的保母也不一樣：保母有下班的時候，有自己的家庭與生活，而且不會因為這份工作，而體重增加、腹部隆起、雙腳水腫、得痔瘡、呼吸急促、影響到自己的家庭生活與行動自由，甚至因為生產而冒生命與健康的危險。代孕者在同意委託者將胚胎置入自己體內的時候，她所付出的，不僅是一份勞務，也是自己身體一部分的自主權。

代孕者身體所可能經歷的變化，值得在此仔細說明。一開始，假如委託者要將自己的精卵受精後的胚胎，植入代孕者的子宮，醫師必須以荷爾蒙，將委託者與代孕者的生殖週期調成同步，以便確保委託者排卵時，代孕者的子宮內膜已經準備好要接受胚胎著床。如果代孕者也提供卵子的話，她還必須先施打排卵針刺激代孕者排卵，以實施體外受精。

其次，除了受孕前的不便與痛苦之外，為了提高受孕率，委託者可能會要求一次植入多個胚胎，因此代孕者可能懷有多胞胎的機率也增加，而這會提高懷孕的風險。除此之外，懷孕與生產本身也有風險與不適，已經在前面詳述。

第三，代孕與保母另一個不同之處在於，因為有前述體外授精與胚胎植入等過程，代孕者與委託者之間需要極高的配合與互信。雖然懷孕一般時間是九個多月，但是由於懷孕之前，代孕者必須接受胚胎植入，而且胚胎植入未必一次就成功著床，即使著床之後，前三個月的流產率又比較高，因此前述的過程，可能是反覆地實施，而非僅止一次。

上述的不適或痛苦，任何接受人工協助生殖與懷孕的人，都可能會經歷到，並不限於代孕。只不過，其他女性通常是懷自己的孩子，縱使背後可能承受了夫家或娘家傳宗接代的壓力，但至少法律通常保障她對於自己的身體

有比較完整的自主權⁸。代孕的差別是，代孕者同意限制自己的身體自主權，以便幫委託者懷孕生子，而且代孕者若自己懷孕，可以不經歷人工協助生殖過程的種種不適與風險，但是基於代孕的承諾，就要承擔了這份額外的風險。所以代孕之所以引起爭議，不是因為傳統母職因此被切割了，而是當婦女為他人懷孕時，有可能比其他工作更容易被剝削。

三、代孕剝削女性身體？

代孕固然使得婦女處於一個容易被剝削的處境，但代孕本身可能不是問題的根源。讓我們想想另一種可能性：假如周先生和吳小姐在網路聊天室互相訴苦，雙方後來不是協議安排代孕，而是彼此跟配偶離婚後，周先生跟吳小姐兩人再決定結婚生小孩，吳小姐的處境是否會比較好？結果很難說，要看周先生與吳小姐婚姻關係中的權力結構。舉例來說，許多台灣男性為了傳宗接代，透過仲介找弱勢的新移民女性結婚，有些夫妻固然從彼此身上找到了幸福，但也有些新移民女性在生下孩子後被丈夫遺棄，離婚後被迫隻身回國。即使不是「代理他人」懷孕，女性的生殖能力也常常被物化，處於被剝削的困境。

因此，如何確保代孕者在代孕關係的身體自主權，是代孕究竟會成為解放還是剝削的關鍵。思考政府應不應該開放代孕，主要繫諸於法律究竟要容許代孕者出讓身體自主權到何種程度？。

第一個要考慮的面向是，有關生殖技術的介入方面，法律至少應該保障代孕者哪些身體自主權？例如，爲了提高成功率，並且降低代孕的整體費用，委託者可能會希望代孕者一次多植入幾個胚胎，懷孕之後，多懷幾個，縱使

8 不過，根據我國優生保健法第九條第一項第六款，已婚婦女倘若是因為懷孕或生產而影響其心理健康或家庭生活者，必須徵得丈夫同意才能施行人工流產。

是多付一點點酬勞或紅包也好。在這種情況下，代孕者還可不可以選擇僅接受幾次的胚胎植入？可否限制每次植入的胚胎數量？懷孕之後可否不懷多胞胎以降低生產的風險？代孕者可否要求減胎？如果委託者希望孩子在吉時出生，希望代孕者剖腹產，代孕者可否拒絕？

此外，代孕者要順利完成生育的任務，除了需要承受生殖技術的介入，還必須承擔懷孕期間身體上的諸多變化，調整自己日常的生活作息與飲食。此時，委託者爲了寶寶的健康，可能也會想要限制代孕者在生活上的身體自主權。對此，另一個需要思考的面向是，針對這些醫療以外的限制，法律應保障代孕者的身體自主權到何種程度？例如，研究發現，孕婦體重的增加、血管血流的供應，可能會影響到胎兒的發育與體重。孕婦如果接觸到菸、酒、毒品甚至咖啡因等物質，也可能影響胎兒的體重，甚至造成早產與畸形。坊間也有胎教的說法，相信孕婦懷孕期間的心情與環境，會影響孩子將來的智商與情緒，因此，委託者可能會希望代孕者提供最佳胎教。但委託者可否限制代孕者的飲食？限制代孕者不得接觸煙、酒等等？可否限制代孕者的性生活？可否限制她的工作時間與環境或旅行？倘若代孕者願意接受這些要求，法律應不應該容許代孕者接受這些要求？

第三是資訊上的自主權。爲了確保代孕者生出健康的孩子，委託者會想要知道自己的胎兒究竟在代孕者體內發育得如何。除了要求代孕者定期產檢以外，委託者可否要求接受特定或例行產檢，例如侵入性的羊膜穿刺？假如做羊膜穿刺的目的，只是想要確定孩子的性別呢？委託者可否要求知悉產檢的資料？倘若代孕者願意接受這些要求，法律應不應該容許代孕者接受這些要求？

不過，有關身體自主權最棘手的是終止懷孕的身體自主權。代孕者如果因爲情事變遷，中途決定終止懷孕，委託者有沒有權利禁止？如果胎兒有畸形問題，委託者要求終止懷孕，代孕者可否基於宗教信仰拒絕墮胎？相對地，

委託者有無權利任意要求代孕者中途終止懷孕？倘若委託夫妻中途離婚呢？

上述這些問題的答案，繫諸社會規範究竟如何看待代孕者的身體。確保代孕者事前有充分的資訊與專業諮詢，讓代孕者在締約以前深思熟慮，固然有助於確保代孕者的身體自主權，但是實質上的權利義務比這些程序上的權利義務更為重要：如何平衡代孕者與委託夫妻雙方的權利義務，才能避免代孕者受到剝削？用這樣的方式思考是否開放代孕，那麼這就不再只是單純的「是」與「否」的問題，而是「假如開放代孕的話，是否可能避免使代孕形成一種剝削」，如此一來，贊成與反對開放代孕的兩方，才能夠針對代孕所牽涉的種種具體問題，進行有建設性的對話。

四、結語

生殖科技的發展，為人類開啓了許多新的可能性，也衝撞了母職的定義。但事實上，生殖科技或代孕關係之所以可能會剝削或解放代孕者，不是因為生殖科技或代孕行為本質上必然的結果，而是生殖與代孕關係中權力分配的結果：如果法律能夠比較公平地分配生殖或代孕關係間的權利義務，生殖與代孕對女性不必然是一種剝削，甚至可能是一種解放。因此，在代孕刺激我們重新反省親子關係與懷孕的意義之際，我們應該思考是否有可能透過制度設計確保代孕者的身體自主權，以及如何善待所有懷孕的女人。如此，科技的發展，也才能帶來真正的解放與自由。

本文摘自：雷文政，2006，〈生殖科技的身體政治：台灣代理孕母論述與規範的分析〉。收錄於殷海光基金會主編，《自由主義與新世紀台灣研討會論文集》。台北：殷海光基金會出版。

問題討論

1. 血緣對親子關係究竟有何重要性？法律應該如何定義父母與子女的關係？法律應該保障人們擁有自己血緣的孩子嗎？
2. 檢方以販賣人口罪起訴吳女，有沒有道理？
3. 如果法律應該開放代孕，法律應不應該禁止代孕者提供卵子？
如果法律應該開放代孕，法律應不應該容許代孕者請求報酬？
如果法律應該開放代孕，法律可否容許商業仲介？

相關閱讀

1. 雷文玫，1999，〈兩對父母親的拔河：從父母子女關係之認定看近來代理孕母合法化爭議〉。《月旦法學雜誌》，52: 46-59。
2. 雷文玫，2003，〈界定決定「為人父母」的範疇：剖析限制人工協助生殖科技使用資格的權力關係〉。收錄於李茂生編，《2002年台灣人權報告》，頁83-102。台北：前衛。
3. 雷文玫，2006，〈生殖科技的身體政治：台灣代理孕母論述與規範的分析〉。收錄於殷海光基金會主編，《自由主義與新世紀台灣研討會論文集》。台北：殷海光基金會出版。
4. Roberts, Elizabeth F.S., 1998, "Native Narratives of Connectedness: Surrogate Motherhood and Technology." In Robbie Davis-Floyd & Joe Dumit eds., *Cyborg Babies: From Techno-Sex to Techno-Tots*. New York: Routledge. Available at www.hsph.harvard.edu/rt21/procreative/roberts.html.
5. Vasanti Jadva et. al., 2003, "Surrogacy: The Experience of Surrogate Mothers." *Human Reproduction*, 18(10): 2196-2204.

(接下頁)

推薦網站 / 影片

1. 影片「代理孕母」(*Making Babies: Cash and Carry*, 1997)，由 Discovery 發行。
2. 「2004 年代理孕母公民會議」總整理，台大社會系「科技、民主與社會」網站，網址：<http://tsd.social.ntu.edu.tw/surrogatemotherhoodindex.htm>

從美國牛肉談爭議性科技的風險溝通

周桂田

台大國發所副教授

2003 年底，美國發現一頭由加拿大進口的牛隻感染狂牛病，我國衛生署立刻禁止美國牛肉輸入，2004 年十月衛生署聘請專家經過多次討論後，傾向認定美國牛肉安全無虞並開放進口。然而，正當國家決定開放進口時，2004 年底美國又傳出疑似本土牛感染狂牛症，然而，衛生署仍於 2005 年 4 月決定重新開放美國牛肉進口。雖然世界動物衛生組織（OIE）在該年 6 月 2 日修改「由疫區屠宰 30 個月齡以下去骨的牛肉可以輸出」的規定，成為衛生署開放的重要說法；但不幸的是，6 月 26 日先前美國本土牛疑似感染狂牛症的病例送往英國實驗室檢驗正式確定，衛生署於是再度禁止美國牛肉輸入，使得才解禁二個多月的美國牛肉進口政策遭到強烈質疑。同時，先前進口的牛肉不強制下架，也引發了消費者團體及輿論的批評。

一、狂牛風暴

當立委、消費者團體、公眾及媒體強烈批評美國牛肉進口政策之際，衛生署卻頻頻以回歸科學專業回應，強力主張專業審查與科學的風險評估是政策判斷唯一的基礎，並指出美國牛得到狂牛症的機率僅僅為百億分之一。然而，這樣的解釋與說明仍無法消除大部分公眾的疑慮，為何兩個月前開放美國牛肉時農委會的風險評估意見保守？為何美國消費者團體強烈抨擊其農業部長達七個月才送檢第二例病牛？為何鄰近的日本與韓國仍不開放美國牛肉進口？為何風險機率只有百億分之一，但是世界各國仍然不斷累積人類感染

案例？這些疑慮都不是純粹的科學風險評估所能夠回答的，同時也涉及風險評估與風險溝通的政治與社會問題。

究其原因，衛生署以專業風險評估為政策依據，因而陷入科學風險評估的獨斷迷失。首先，衛生署邀集十七位專家進行數次風險評估審查，問題是專家的審查資料是美國提供的，其中有關屠宰、檢疫、隔離的地區與數字因為涉及價值判斷，可能相對較為保守。再加上美國每年屠宰三千五百五十萬頭以上的牛隻，但是官方前一年僅篩檢三十八萬八千頭，只占百分之一。以這樣的風險評估數據與篩檢的比例，計算出「美國牛的狂牛症的機率只有百億分之一」，似乎不太能夠讓人信服。衛生署如果能夠如同日本一樣，以更嚴格的預防性原則為基礎，要求美國百分之百篩檢出口牛肉，將更能減輕國內的批評聲浪與疑慮。

此外，儘管衛生署的風險溝通以科學風險評估為基礎，仍然要面對公眾的諸多質疑，例如這些風險評估審查委員的背景與專業為何？是否同質性太高？審查流程為何？為何會輕忽2004年12月美國第二例潛在狂牛症的風險？即使衛生署不能公布審查委員的名單，但在審查程序中是否有不同的評估意見？最後的共識如何形成？衛生署在面對這些強烈批評時如果能提出說明，或許可以建立良好的風險溝通典範。世界各國在處理科技風險時，最被詬病的就是嚴守「專業科學風險評估」的立場，因而錯失以開放的態度向公眾做風險溝通的絕佳機會。同時，未能及時說明風險評估的過程與共識，讓社會公眾更清楚風險評估既有的爭議，往往會被批評為封閉的、關起門來的黑箱作業，或是像美國牛肉進口問題，被強烈質疑有政治干預。其實這並不是負責風險評估的審查委員所樂見的，在此一事件中，我們也看到曾經參與風險評估的高雄長庚醫院副院長陳順勝醫師公開批評衛生署的風險評估程序，違反在場相當多數委員的意見，面對這樣的公開質疑，衛生署需要提出具體的說明，而非一味搪塞是根據所謂的科學專業風險評估。

科學風險評估是政治決策唯一的根據嗎？由世界各國的發展經驗看來並非如此。科學風險評估涉及狹隘的專業判斷，而且無法對不確定的風險提出令人信服的證據或數據，常致使社會公眾對依據科學評估所決定的科技風險政策逐漸喪失信心。近年來，各國在處理高度敏感的風險議題時，通常僅將科學風險評估視為參考依據，再審視其他健康、生態或社會條件進行判斷。這樣的風險治理（risk governance）強調維護人民的健康福祉，對於科學風險不確定性的爭議以預防性原則做判斷。由於這牽涉到人民對政策品質的信心與對政策的信任，因此風險治理應更重視科學風險評估之外的公眾、消費者團體，以及其他專業團體的意見，方能進行綜合判斷。

以美國牛肉進口政策為例，我國在進行風險治理政策判斷時，亟需發展新的典範。2005年4月16日開放美國牛肉進口後，筆者於4月18日至6月9日委託中研院調查研究中心進行公眾對於政府開放美國牛肉進口政策的信任調查，在95%的信心水準下，抽樣誤差3.4%，成功訪問854位受訪者。成功樣本雖然是以聽過基因改造產品為前提，但結果仍然相當值得政府部門及社會公眾參考。我們的調查發現，僅有30.6%的受訪者信任衛生署對美國牛肉風險安全評估無疑慮的決策，相對的，有64.9%不信任；同時，僅有38.2%的受訪者認同衛生署對美國牛肉的解禁政策，而有53.75%不認同。這個調查意見不只反映社會公眾對政府宣稱的科學風險評估有疑慮，也顯示衛生署需要加強風險資訊透明化與風險溝通。未來政府在考量再度開放美國牛肉進口時，是否能以更受公眾信任的風險治理典範來進行決策，相當值得觀察。

二、當代社會所需要的風險評估及溝通

傳統上，決策者將風險評估與風險溝通區分開來，認為科學實證的證據與評估就可以做為決策的最終基礎。政府與公眾進行的風險溝通，充其量也只是單面向的告知，至多做一些公眾的教育。

黑箱式的風險評估作業中，技術官僚主要是運用專家諮詢委員會，再配合科學實證證據進行各項科技風險決策。在這個依賴專業權威、由專家治理的模式中，技術官僚相當尊奉科學理性，認定科學證據必然是客觀、中立的，基本上不聆聽社會理性的批判聲音，甚至將社會反省的批評視為非理性、感情的、政治干預的，是不值得採納的意見。

然而，面對日漸增加與複雜的科學爭議及不確定性的科學解釋，加上公眾對科技決策的高度不信任，致使愈來愈多的人主張應該納入公眾意見，社會運動團體也應該進入決策機制。原本科技官僚單方面僅以自然科學方式做為風險評估的基礎，並認為在這樣的科學基礎下，只要對公眾進行教育宣傳就能達到風險溝通的效果，這樣的想法實在過於天真。

我們絕對同意，單面向的教育宣傳對於增進公眾理解當代工業污染或科技發展造成的風險是有意義的；但單面向的教育宣傳對於爭議性的科技、生態與食品風險的衝擊（如狂牛症），卻是相當不足的。面對高度爭議性的科技風險，特別需要科學與社會之間有雙向、多元、多層次的互動、學習與彼此理解，才能進一步產生社會理性的判斷與反省。

此外，對於爭議性科技所產生的不確定性問題，除了要進行多元領域的自然科學風險評估之外，也應進行開放式、社會科學式的風險評估。⁶由於具有爭議的科學發展除了會衝擊自身安全的不確定性外，也衝擊到現行法律、倫理、社會的規範，因此，風險評估的範疇與定義必須開放地納入社會領域的評估，以理解科學發展對社會的影響。在多元領域與價值的思考、批判下，逐步建構出社會對於各種高科技風險爭議的處理能力，並發展出整體風險評估的治理策略。

三、後常態科學的科技爭議與風險溝通

許多科技風險都會涉及科學與科學之外的爭議，包括健康、生態、社會、倫理爭議與不確定性，這些面向都必須被重新探討、界定與評估，因為在這些爭議與不確定性中，安全評估的定義、範圍與內涵都涉及了高度的複雜性，在學理上已進入了後常態科學（post-normal science）的典範問題。

後常態科學主張當代高科技所引發的各種爭議與問題，往往具有以下特點，即科學研發的結果引發了：（1）系統高度不確定性（科學的不安全性、生態的不確定性）；（2）價值高度爭議（社會與倫理價值的爭議）；（3）判斷的兩難與難以抉擇，以及（4）決定相當緊迫。也就是說，面對新興的高科技產品（如基因改造產品），人們所面臨的安全問題以及不同的風險爭議評估範圍與領域，可能必須重新思考與探討。

由於當代科技引發的爭議具複雜性與高度不確定性，因此必須發展具有社會基礎、廣納各領域意見的風險評估。社會公眾的風險感知與風險溝通便成了這種風險評估最重要的元素，因為公眾的風險感知與溝通依據的是當時社會領域——包括法律、倫理、社會等——所形成的不同價值基礎，而這些價值基礎將影響公眾對爭議性科技的判斷。換句話說，在後常態科學的科技爭議解決思考策略中，風險評估無法停留在傳統有限、狹隘的自然科學理性範疇中，相對的，在開放式的社會風險評估中，風險溝通是重要的程序之一。因為，對於社會領域中有關社會族群、性別、階層等的倫理、法律、社會公平分配問題，往往依憑當時社會發展的重要價值，因此當爭議性科技對社會產生衝擊需要進行評估時，就必須依賴當時社會發展的價值來進行衡量，而風險溝通也就在這樣的程序中逐步進行。

積極的風險溝通並非僅由國家或科學界單向、由上而下的教育宣導，因為這種舊有的風險溝通模式最常遇到的問題是，公眾寧可由其他管道獲得資

訊判斷，而對單向、由上而下的風險資訊充滿高度的不信任。因此，發展多元領域、開放式的風險溝通，便成了相當重要的課題。

風險溝通基本上有兩個重要的思考點：一是風險溝通涉及的領域，二是風險溝通涉及的主體。風險溝通涉及的領域包括了風險資訊的傳遞、公眾的參與及涉入、公眾對科學的理解、媒體對風險的報導與論述、技術官僚的風險論述、科學家的風險論述等。而風險溝通的主體正是這些領域的行動者，包括國家技術官僚、科學專家、社會公眾、媒體、社會運動團體或代表團體等；不同的主體將影響不同的風險溝通效果，尤其影響公眾的風險感知與價值判斷。

以我國在 2006 年開放狂牛症疫區美國牛肉進口爭議為例，風險溝通的行動者包括衛生署官員（技術官僚）、專家諮詢委員會學者、媒體、消費者文教基金會、立法委員等，而其間涉及的風險溝通之爭議領域包括了感染新類型庫賈式病的風險評估機率、對美國篩檢狂牛症病牛的比例、進口牛肉牛齡的爭議、對專家審查與專業意見的爭議等等。其間涉及反對陣營高度批判衛生署操弄風險知識（以戴奧辛模式計算感染新類型庫賈式病的風險機率）、黑箱作業式的專家審查與科技決策、提出不完整或片面的風險評估資訊（例如宣稱牛齡 30 個月以下的牛肉安全無虞，迴避反對陣營提出日本將標準嚴格訂為 20 個月以下的牛齡）。

事實上，風險溝通的資訊傳遞相當重要，公眾對於風險資訊的獲取與信任是相當敏感的，根據研究指出，公眾對於風險資訊來源、認知與價值接受極度脆弱，因此相關單位一旦釋出不完整的資訊，如黑箱作業的風險評估結果等，往往讓公眾態度存疑，所以一個開放式、透明式的風險資訊平台特別重要。此外，公眾對科技爭議早先的參與涉入，往往有助於日後對風險資訊與爭議性價值的學習與判斷，而公眾適度參與科技評估，有助於產生社會自主的判斷過程與標準，如此既能大幅提高公眾對風險資訊的信賴程度，也能

增進公眾對於科技爭議的理解，發展出積極的社會效果。在美國牛肉進口政策爭議中，就有風險資訊信任的問題，由於反對陣營提出相關的知識與批判，使得公眾對衛生署所提供的風險知識、資訊及決策過程都存有高度懷疑，因而無法信任此一政策。

此外，科學界往往對於公眾誤解科技風險難以釋懷，問題的癥結就在科學界習慣於單向的科學宣導與教育方式，認為公眾只要接受正確的引導，就能夠對科技產生正確認識，然而結果卻往往是反效果。這種缺乏雙向、互動式科技與社會的溝通，或排除公眾參與科技評估、忽視社會多元領域的價值判斷，常使科技發展與科技政策蒙上黑箱作業之譏，尤其一旦引發風險爭議，其正當性即飽受質疑。因此，世界先進工業科技國自 1990 年代中期即開始注意此一問題的嚴重性，紛紛發展不同的公眾參與或涉入科技評估的機制。就風險溝通的實施步驟來說，從公民訴訟、公眾參與程度、公民會議、公聽會、計劃環境影響評估模型，到政策評估模型，都應納入社會相關代表團體的參與中，如法人團體的參與評估。

四、結語

本文強調風險溝通的重要性，主張風險溝通應是總體風險評估的一環，在面對當代日益增多的爭議性科技，多元、參與、開放與透明式的風險溝通，能有助於社會公眾對科技的理解與判斷。相對於傳統以自然科學評估方式為基礎的風險溝通，依據實證科學數據的評估結果進行單向的風險溝通與宣傳，參與互動式的風險評估，可提供解決更廣泛科技爭議的基礎。

對於社會公眾來說，除了瞭解爭議性科技在自然科學上所帶來的衝擊與安全性問題外，更重要的是，能夠體認這些具有爭議的科技發展對於現行社會倫理與價值，或對未來社會發展可能的影響。因此，決策過程中所進行的風險溝通，對社會公眾形塑風險感知與價值判斷相當重要。也就是說，互動、

參與的風險溝通將能提高公眾對爭議性科技的理解，並且在自我參與的過程中，除了具民主意涵之外，同時也能建構公眾的信任。

工具箱

問題討論

1. 參與式、開放式、透明式的風險溝通，和傳統以自然科學評估方式為基礎的風險溝通，有什麼不同？
2. 讀完本文，若你主張要重新開放美國牛肉的進口，你會如何建議衛生署？
3. 請以基因改造食品（GMO）為例，討論基因改造食品的風險溝通應包括哪些領域與主體。

相關閱讀

1. 周桂田，2001，〈科學風險：多元共識之風險建構〉。收錄於顧忠華主編，《第二現代——風險社會的出路？》，頁 47-75。台北：巨流。
2. 周桂田，2002，〈在地化風險之實踐與理論缺口——遲滯型高科技風險社會〉。《台灣社會研究季刊》，45: 89-129。
3. 周桂田，2004，〈獨大的科學理性與隱沒（默）的社會理性之「對話」——在地公眾、科學專家與國家的風險文化探討〉。《台灣社會研究季刊》，56: 1-63。
4. Funtowicz, Silvio O., & Ravetz, Jerome R., 1992, "Three Types of Risk Assessment and the Emergence of Post-Normal Science." In Krimsky & Golding eds., *Westport Social Theory of Risk*. CT: Praeger Publishers.
5. Renn, Ortwin, 1991, "Risk communication and the social amplification of risk." pp. 287-328 in Kasperson, Roger E. & Stallen Pieter Jan M. eds., *Communicating Risks to the Public*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.

推薦網站 / 影片

1. 電影「千鈞一髮」（*Gattaca*, 1997, directed by Andrew Niccol）
2. 電影「永不妥協」（*Erin Brockovich*, 2000, directed by Steven Soderbergh）
3. 基因食品面面觀網站，網址：<http://gmo.agron.ntu.edu.tw/>

醫療糾紛的情、理、法

牛惠之

清華大學科技法律研究所副教授

個案一

朱女到新光醫院門診，證實懷孕，因為高齡懷孕（41歲），須進行羊膜穿刺篩檢術檢查。產科主任指派能力不足之檢驗員，進行分析、判讀抽取，並發生錯誤檢驗結果。朱女因為相信胎兒正常，並未考慮人工流產，卻產下患有唐氏症、無肛症、動脈導管閉鎖不全的重度障礙男嬰。

個案二

譚女於第二胎生產前，詢問醫師是否進行剖腹產，醫師表示並無安全疑慮，故建議自然產。不料在生產時因胎兒過大，肩膀卡住無法產出（肩難產）；醫師在緊急情況下決定折斷肩膀以協助產出，而導致新生兒右上臂神經叢受傷，成為永久肢殘。

由醫療行為所引起之傷害結果或訴訟時有所聞，近年來最受國人矚目的，包括北辰與崇愛醫院給錯藥、打錯針等事件，而上述二例則是涉及醫療過失爭議，並經過訴訟判決確定的重要案件。

就民事而言，受害病患¹往往期待能經由司法救濟以獲得金錢上的補償；由於我國民事之損害賠償是以當事人有過失為原則，但因為醫療傷害並不必然純由醫療相關人員的過失所造成，故本文試圖藉由分析相關規範與制度設

¹ 此係「病患」的代稱，故包括非病患的產婦等。

計，以反應出處理醫療糾紛議題可能面臨的法律限制與難題，以及由此所引發的社會問題。

一、醫療糾紛或醫療傷害的原因

醫療傷害發生時，最難處理的問題在於確認醫師是否需要對當事人負起賠償責任。依據一般的認識，病人去看病卻發生傷害結果，由醫師負起責任，似乎理所當然。然而，這樣的觀點未必正確，在法律上要論斷責任，需要當事人對事件的結果有故意或過失，且該醫療行為的故意或過失與醫療傷害之間要有一定的因果關係。

以 1984 年哈佛大學學者在美國紐約州 51 家醫院就醫療傷害進行的調查為例，在針對 31,429 名病患進行研究之後，發現醫療傷害的發生率為 3.7%；平均每 27 名住院病患，就有一名受到傷害。而這些醫療傷害，僅有 28% 是因醫療人員過失所引起，72% 則無涉及過失。由此可知，並非醫師或醫務人員對醫療傷害都負有法律責任。儘管如此，在發生這類事件後，不少醫師或醫院雖然沒有過失，卻仍願意與病患和解，這和我國病患或家屬採取體制外的方法，例如到醫院拉布條、丟雞蛋，甚至以「抬棺抗議」等方式博取媒體關切的文化有一定關連性。

病患傾向以體制外的抗議行為獲得救濟的現象，突顯了社會大眾對於法律的不信任，如訴訟曠日廢時、證據難以取得、責任認定不易、醫療財團的不當影響等。但也顯示出在醫病關係中，醫師或醫院雖然居於專業知識的主導地位，但卻可能因為形象、業績等社會與經濟因素，在醫療糾紛發生中成為較不便或不能依賴法律途徑解決問題的「弱勢」族群。

二、認定醫療糾紛或醫療傷害的難題

一項醫療傷害的發生，未必是醫師個人的責任，而可能是整個醫院管理體系的問題；因為在複雜的醫療體系中，任何一個環節的瑕疵，都可能是醫療傷害的原因之一。而醫療傷害的發生，也可能是許多管理環節上的瑕疵共同衍生而成的結果。例如，病歷管理上之疏失、清潔工作之疏失等，也都可能直接或間接造成傷害的結果。

雖然，任何一項產業中，發生產品瑕疵的問題，都有可能是在高度分工管理下的某個環節出現失誤所致。但在一般高度分工產業所生產的商品有瑕疵時，未必一定會出現使用者受到傷害的結果，例如數位相機的聚焦不準不會損及消費者的健康；另一方面，與消費者直接進行交易的售貨員，往往不需要對產品瑕疵擔負法律責任，而是由生產者承擔。相對而言，醫療行為與醫療傷害的特殊性，一方面使得管理上的瑕疵直接反映在對病患的醫療結果上，並損及健康。此外，雖然某些產品或管理瑕疵也會損及使用健康，但在醫療傷害發生時，醫師往往會因為醫院管理體系上的組織失誤，而被認為必須負起責任；這是醫療專業與一般的產品責任不同之處。

如前所述，有相當高比例的醫療傷害並未涉及人為疏失。醫療服務提供者雖已遵照正常的醫療程序，但因為某些醫療本身的風險性，使病患受到傷害。這種非因過失所生之醫療傷害可以分為可預見與不可預見的傷害兩類；前者如併發症或副作用等，後者如醫療水準所無法控制之醫療意外，例如對特殊體質病患正常投藥所致的意外傷害等。只是在一般社會觀念下，一旦發生這種情形，醫療人員通常還是最先受到責難的對象。

以前述案例為例說明，新光醫院案中，吳女產下先天殘疾的新生兒，雖然可以被解釋或是因為醫院讓資格不符的檢驗員，進行檢體判讀出錯所致，因此醫院、醫師與該檢驗員都有過失，所以應該對吳女的不幸提供賠償。但

如果進一步思考，則會發現醫院方面雖然有疏失，但他們的過失並不是讓新生兒天生殘疾的原因，也就是這名男嬰的唐氏症、無肛症、動脈導管閉鎖不全等，與醫院的過失並無關聯性；醫院的過失只是沒有檢查出這些問題，讓吳女士在懷孕期間喪失選擇人工流產的機會。因此，醫院對這件事要負的責任，究竟應該是對這名男嬰終生殘疾的過失責任，還是檢查過程疏失的責任？如為前者，醫院可能需要負擔相當龐大的補償金額，包括終生醫藥費等；如為後者，則只需針對檢查疏失的部分，以產檢費用為基礎進行理賠。二者的公平性，從病患與醫院的角度，必然會有不同的解讀。

另外，在肩難產的案例中，新生兒成為永久肢殘的結果，是因為他的肩部過大卡住產道，醫師在緊急情況下不得不以折斷上臂的方法接生，以保住新生兒性命。當事人的終生殘疾雖然是醫生的急救行為直接造成，但如果該名醫師在發生肩難產的緊急情況時，做了一切專業合理的判斷與處置，且折斷肩膀以順利產出，是救母親與胎兒的必要行為，則醫師並不該因為執行必要的緊急醫療行為，而需對當事人的終生殘疾負起法律責任。儘管如此，在該案中還有一個問題需要釐清，醫師在產檢時是否可以判斷出譚女的胎兒可能因為較大，而成為肩難產的高風險族群？如果可以，他是否應該告知譚女，以便其決定採取自然產或剖腹產？在本案中，法官認定醫師可確認譚女屬於肩難產的高風險群，但卻未善盡告知義務，致使譚女喪失決定是否採取剖腹產的機會。由於醫師的決策過程違反了「告知後同意」（informed consent）義務，故需對這項過失負責。只是，醫師應該負的責任是男嬰的終生傷害，還是產檢的疏失？

這兩個案子的重點都是確認被告醫師等人員在如檢驗、判讀、接生或告知過程中的有無過失，並進一步確認過失與醫療傷害結果之間是否具有相當的因果關聯性。由於這兩項爭議都被確認，因此法官分別判定這兩位被告醫師需要對於原告遭受的不幸，負起損害賠償的民事責任。

除此之外，醫療糾紛與醫療過失還涉及幾種不易處理的現象。首先，醫療行為的專業往往使得醫療服務提供者與病患之間具有資訊上的不對稱性（information asymmetry），即醫師基於其專業知識，擁有較多資訊，如治療方式的選擇與預期療效；故要求病患證明醫療服務提供者有醫療錯誤或過失並不容易，更遑論要證明二者間有相當因果關係。因此，病患經常可能因為舉證不力而求助無門。由於醫療行為一方面具有高度的專業性，而且每名病患的狀況未必相同，因此讓病患從醫師指令的追隨者（follower），在可能的範圍內轉變成醫師的伙伴關係（partners），是一種可以從制度上稀釋資訊不對稱性問題的作法。「告知後同意」法則便有這種功能。另一方面，當訴訟發生時，藉由「醫審會」的專家釐清專業事實與認定責任，將可改善資訊不對稱性的現象。此外，法官得視情況決定是否要將舉證責任轉換，以避免由不具專業知識的病人承擔醫療過失舉證責任，而違反公平原則²，亦有同樣功能。

第二，醫師在診斷期間未善盡告知後同意的義務，如能被認定是一項醫療過失，則在病患或是人體試驗受試者沒有發生醫療傷害的情況時，是不是就沒有責任？在美國曾發生一件藥品人體試驗的爭議，參與人體試驗的孕婦被告知該試驗藥品可以增加胎兒的心肺功能，就算無效，也不會傷害胎兒。在這些產婦平安生產後，卻傳出該藥廠在試驗時隱匿這個試驗藥可能有害胎兒健康的資訊，不少當初的受試者因而主張這項隱瞞對他們構成心理傷害，如果他們當時曾被告知，就不會參與這項研究。本案最後雖以和解收場，由於當事人並無具體的損害，在我國是否能夠透過民事法律途徑尋求精神損害的理賠，不無疑義。

另一類困難是，如果一項醫療技術、器材或藥品通過所有的安全認證與核可，在操作過程中也沒有任何人為的故意或過失，但病患卻出現未能預見

2 民事訴訟法第277條：「當事人主張有利於己之事實者，就其事實有舉證之責任。但法律別有規定，或依其情形顯失公平者，不在此限。」

的醫療損害，則相關醫事人員是否應對這種結果負起責任？這種情況最常出現在藥品的糾紛中，如早期為和緩孕婦害喜所使用的沙力竇邁（thalidomide）造成胎兒短肢問題、矽膠隆乳導致使用者胸部潰爛或死亡。這類問題往往涉及如何證明醫師或藥廠有過失，或如果都沒有過失時，受害的病患該如何尋求救濟，才符合公平與正義。這些討論，都是兼具法律、經濟與社會意義的重要課題。

三、關於醫療傷害之民事救濟

就民事關係而言，損害之填補可以透過三種模式，第一種是以過失為基礎之賠償模式（fault-based model），如我國的民事責任建立在過失之基礎上，當過失發生，並由此引起損害時，行為人便須負擔賠償責任。以過失為基礎的賠償制度，由於需要有原告舉證被告的過失，故原告通常居於比較不利的地位，特別是當專業知識與醫療資源都掌握在被告手中時。但此種模式的優點在於行為人係因為自己行為上之瑕疵而承擔損害賠償，除非能成功反證自己並無過失存在。

第二種模式不問有無過失，而是以原因為賠償之基礎（cause-based model），縱使行為人並無過失，當其行為是損害發生的原因時，便應負擔損害賠償責任。我國民法為合理分配意外災害之損害，在第一百九十一條之一關於商品製造人之責任，以及消費者保護法皆採取這種賠償模式。這一類責任用於處理醫療傷害時，會產生兩種現象：第一，這種規定或許對病患比較公平；第二，只要是因為醫療行為產生的損害，不論醫師是否有過失，都需要負擔責任，除非能夠證明該醫療服務並沒有安全或衛生上的危險。這種規定可能會對醫事人員構成相當大的衝擊。由於此種認定在相當程度上並未考量醫療行為因病患的個體差異，以及醫療技術在使用上所具有的風險性，故

引發相當的爭議，甚至引起防禦性醫療行爲之思維。這可能會導致醫師爲了避免在無過失的情況下承擔龐大的賠償費用，並損及名譽，而以各種理由拒收高風險病患的情形。

第三種直接以損害的發生爲賠償責任之基礎（loss-based model），如一般保險責任，只要有損害，要保人就須對被保險人進行理賠。當醫療傷害發生並無涉及醫療過失，或是雖可預見但無法控制之副作用，或不可事先預見的醫療意外時，過失責任體系便無法提供病患適當的救助。相對而言，以原因爲賠償基礎的模式可能引發防禦性醫療，故以損害的發生爲賠償責任基礎的模式，就行爲人與受害人而言，反而具有提供適度之責任免除與損害賠償的功能。

四、結語

由於醫療傷害是現代醫學發展過程中難以避免的問題，由此所引發的醫療糾紛，往往涉及責任歸屬的認定，而不同的責任歸屬模式，又可能引發不同的社會與醫療問題。當發生醫療傷害時，由於我國係以過失責任爲原則，故必須確認醫療人員對傷害有過失，才須負起賠償責任。這個概念和一般人在感情上對於醫療傷害應由醫師負責的認知有所落差，使得體制外的醫療糾紛層出不窮，並引發抬棺抗議等奇特現象。由此可知，法律規範與醫療行爲，以及相關社會議題之間環環相扣，不可不慎。

本文部分摘自：牛惠之，2003，〈論基因治療之科技風險與醫療傷害之救濟：必也新法乎？〉。《生物科技與法律研究通訊》，第 17/18 期，頁 81-108。

工具箱

問題討論

1. 有些案例是當醫療傷害發生時，醫師不必然有責任，請說明為什麼？
2. 在醫師有過失而造成病患受傷害的情況下，病患在求償時可能面臨的難題有哪些？
3. 如果一項醫療傷害的原因是醫療行為中不可預見的風險，或可預見但無法管理的風險，讓醫師對此負責的優缺點分別為何？請分別從醫療從業人員和病患的立場思考。
4. 醫療傷害賠償的不同法律制度分別可能引發的醫療與社會現象為何？
5. 如何改善醫病「資訊不對稱」的醫療結構？

相關閱讀

1. 朱懷祖，1998，《藥物責任與消費者保護》。台北：五南圖書。
2. 侯英冷，2001，〈醫療行為的民事上賠償責任（上）〉。《月旦法學雜誌》，72: 116。
3. 楊秀儀，2001，〈醫療糾紛與醫療過失制度：美國經驗四十年來之探討〉。《政大法學評論》，86: 1。
4. 楊秀儀，2002，〈論醫療糾紛之定義、成因及歸責原則〉。《台灣本土法學》，39: 121。
5. 盧瑞芬、謝啓瑞，2000，《醫療經濟學》。台北：學富文化事業。

推薦網站 / 影片

1. 紀錄片「醫生為何會犯錯」(*Why Doctors Make Mistakes?*, 2000)，由 Martin Rocho 執導，英國 BBC 電台製播，中文版由公視發行。

作者、導讀者、譯者簡介

(依作者姓氏筆劃順序排列)

丁志音

台大公共衛生學系副教授

喜歡在捷運車廂中觀察些許社會百態，從讓座、垮褲到肥胖的盛行。總覺得天底下的奧妙與力量，盡在日常生活與普民大眾間。至於本人其他種種——乏善可陳。

王秀雲

高雄醫學大學性別研究所助理教授

主要研究領域為醫療史、性別研究、科技與社會。
開授性別史、身體史、性別醫療史、性與生物史及醫學史。
喜歡讀小說、寫文章及逛菜市場順便當非專業人類學家。

牛惠之

清華大學科技法律研究所副教授

喜歡獨處、沉思，喜歡家人環繞，也喜歡朋友，但朋友不多。
喜歡遨翔藍天下的風箏，可以近山、觀海、吹風、曬太陽，還可以斷線……

成令方

高雄醫學大學性別研究所副教授

專長為性別社會學、醫療社會學、工作社會學、質性研究、性別與科技。
喜歡運動、電影和親近大自然，選擇住在山邊。
自認為如果這輩子沒進入教書的行業，應該是會去當演員。
退休後想拍紀錄片。

何明蓉

台灣大學醫學院醫學系社會醫學科助理教授

過去嗜好為收集世界名校不同領域之學位，後來因家庭及子女而偏廢。

目前除了醫學教育工作及照顧子女之外的時間只想睡覺，夢想遠離城市做田野研究。

吳嘉苓

臺大社會系副教授

主要研究領域為醫療社會學、性別研究、科技與社會。

目前研究的主題包括生殖科技的風險治理、病患權益運動、日治時期的科學母職等等。

目前正在接受小孩的指導，學習觀察甲蟲、精進電玩、突破投籃機得分。

呂宗學

成功大學公共衛生研究所副教授

大學在中山醫學院醫學系讀七年，大多時間是在當記者與翻譯。

研究所在台大公共衛生研究所讀四年，大多時間是在社會學研究所混。

工作是在中山附設醫院家庭醫學科擔任住院醫師與主治大夫，大多時間是在學校公衛系教書與做研究。博士在台大衛生政策與管理研究所讀九年，大多時間是在火車寫論文與麥當勞等小孩。

個性懶惰不喜歡到田野收集一手資料，常被嘲笑只會在冷氣房象牙塔玩二手資料，不過常常挖到寶樂此不疲。

李佩穎

台灣大學法律學暨社會學系雙學士，目前就讀清華大學社會學研究所

研究興趣為通俗文化、底層研究及醫療社會學等。

目前正撰寫碩士論文：我們賴以生存的戲——從歌仔戲藝人生命史看戰後通俗文化與政治經驗。

林文源

清大社會所及通識中心助理教授

目前試圖在 STS、醫療與行動研究間找出適合思考不同於西歐北美社會進程與脈絡的社會理論。

喜好羽球、油畫、音樂。

林宜平

台大公衛學院健康風險及政策評估中心、職業醫學與工業衛生研究所助理教授

常羨慕「秀才不出門，能知天下事」，最渴望小叮嚀穿越時空的「任意門」，卻因為研究與工作的關係，近年來不是在田野中日曬雨淋，就是陷入亂疊如山的資料堆裡。

林佳瑩

台大衛生政策與管理研究所研究生

目前忙於子宮頸癌疫苗的論文

政治系科班兼具輔選經驗，擅長以藝妓的微笑在各路人馬間探測軍情。

熱愛權力，也深知權力之惡，職志在探測隱藏於科學間的權力運作。

林崇熙

國立雲林科技大學文化資產維護系教授

研究興趣是文化資產、STS、拼裝車、檳榔及漫畫。

做研究一向隨時做、隨意做、隨興做地在鄉下晃。

周桂田

臺灣大學國家發展研究所專任副教授

熱衷風險領域相關等社會事件之探討。

絕不吃牛肉，不用免洗餐具，不吃基改食物、不按捺指紋。

柯乃瑩

成大護理系助理教授暨成大醫院感染科兼任督導

喜新厭舊，特別是別人畏懼的場域及危險的事，愈喜歡嘗試。

希望能將透過研究的學術設計，將民間團體的資源及臨床照顧整合在一起。

仍在思考，自己爲什麼活著？

翁裕峰

成功大學「社會、科技與醫學研究中心」專案助理教授

從談戀愛開始，一連串的意外造就我關心勞工安全衛生問題。

喜歡：對抗不合理的體制、遊山玩水、體驗不同生活文化。

希望：能無憂無慮地放個長假。

張玗

台大衛政所副教授 & 婦女研究室研究員

關心社會建構性別的議題、關心全國人心理健康促進的課題、也關心長期被忽視雙胞胎的權益與照顧他們的母親之辛苦！！關心的動力來自有雙胞胎姊姊的陪伴與善解人意的配偶和家人，以及好朋友的伙伴關係。

張珣

中央研究院民族學研究所研究員

喜歡穿著長褲平底鞋以方便上山下海到處訪問調查。喜歡在日常生活中找尋研究題目。原本出身於外省家庭，現在卻是操著台灣國語的口音。研究室內除了書本之外，最多的是神像。

張淑卿

長庚大學醫學系助理教授

平日喜歡逛百貨公司與大賣場，把壓馬路當運動，最喜歡看烹飪教學節目，但廚藝普通。



郭淑珍

元培科技大學醫務管理系助理教授

年過四十才取得博士學位，是牙醫界的「逃兵」。

喜歡閱讀、電影、古典音樂與散步，天性溫和，信仰正義及平等。

陳月枝

國立臺灣大學護理學系所教授

年過四十五才取得博士學位，最新的職稱是「祖母」，知道「該」運動，卻總是「懶」得運動，最近終於加入「臺大登山會」，定期享受大自然的洗禮。

陳端容

台大醫管所副教授

公衛學院的社會學伏兵，喜歡走邊界。

喜愛有氧韻律與游泳，卻只會蛙式，游得比七歲女兒還慢。

許培欣

高雄醫學大學性別研究所碩士，現任東方技術學院護理教師

曾擔任臨床護理師，喜歡瑜珈及登山。

傅大為

陽明大學科技語社會研究所教授 / 清大歷史所教授（科技史組與 STS 組）

常搞網站與網路：台灣 STS 網站、翻譯工作坊網站、台灣 science studies email list。

喜愛打羽毛球、看人下圍棋、看好萊塢爛電影、讀老醫師與阿嬤的傳記、爬山、逛東海岸、追逐風車等。

用紙一定雙面都用，不用免洗餐具。

傅淑方

高雄醫學大學性別研究所碩士。現任慈惠醫專護理科專任講師
興趣是閱讀和旅遊。

雷文玫

陽明公共衛生研究所與社會醫學科副教授

一個在醫學院教書的法律人，總是不斷在法律、醫學與其他社會科學的知識裡尋找自己的定位。

喜歡在山與樹林間爬山，也喜歡在都市人群裡散步。

鄭琇惠

高雄醫學大學性別研究所碩士，高雄市婦女新知協會理事

一位癡愛孩子的媽媽。

在傳統教養下成長的女性，卻走入女性主義的道路，注定一生的心靈激盪。

專長是聆聽，天敵是蟑螂。

鄭惠珠

義守大學醫務管理學系助理教師

所學專長是醫療社會學，對中醫及 CAM (complementary & alternative medicine) 相關主題特別感興趣。

愛好爬山、散步，有空的時間喜歡拿著花草樹木圖鑑到野外認識植物。

鄭雅文

台大衛生政策與管理研究所副教授

小時候夢想當個出入叢林的生態學家、博物學家，喜歡生物學與歷史，長大後在公衛領域漫遊，繼續編織夢想。喜歡爬山，尤其喜愛台灣山林獨特的氣味。



蔡友月

台大社會系博士畢業，中央研究院社會學研究所助研究員

興趣：拍紀錄片。未來研究希望能用 STS 的角度，分析台灣近五十年來護理專業角色的形構過程。

鄧惠文

萬芳醫院精神科主治醫師，台北醫學大學醫學系講師

專長研究女性心身醫學及醫學人文教育。除了臨床工作之外，於醫學院主授醫學心理學、醫學倫理及性別醫療等課程，從事與女性心理議題相關的寫作與演講，並帶領女性成長團體。

劉仲冬

國防醫學院教授兼通識中心主任

專長是醫療社會學、婦女研究和質性研究。

近年開始習畫、作畫，希望未來能當專職作家。

劉梅君

政治大學勞工研究所教授

一個從來沒有做人生規劃，卻也糊裡糊塗的走到現在這個樣兒。

一路走來的曲折與轉折，都成了人生更豐富的泉源，滿滿的感恩與感激……

謝幸燕

義守大學醫務管理學系助理教授

一直唸社會系，也一直想轉系，後來發現可以不必做問卷，才鬆了一口氣留下來。

喜歡看推理小說、討厭開會。

顏美玲

交通大學客家文化學院人文社會學系助理教授

喜歡書寫及閱讀，更愛一個人放蕩在周末的清晨：起早，騎單車，路跑，游泳，終點是一家 café：一杯咖啡與一本小說。

Contents

Preface	i-xiii
Chapter 1	'Alternative' Medicine 1
Chapter 2	The Raise and Changes in the Medical Professions 37
Chapter 3	Medical Knowledge and Power 93
Chapter 4	Medical Policy and Market 147
Chapter 5	Embodied Experience 179
Chapter 6	Work and Health Inequality 209
Chapter 7	Medical Technology 259
Chapter 8	Risks and Medical Controversies 319
Profile of Authors	367

A Dialogue between Medicine and Society

Chief Editor - Ling-fang Cheng

Assistant Editors - Dai-wei Fu and Yi-Ping Lin

Socio Publishing Co., Ltd. Taipei, 2008

當醫學遇上社會學， 究竟會擦出什麼樣的火花？

本書邀請了國內三十三位生物醫學界以及社會人文學界學有專精的學者與教授，以日常生活中的醫療、健康實例為主題，將他們多年的學術研究轉譯成趣味盎然，淺顯易懂的短文，使讀者能在醫療中看見社會的多重意義，破解以為「醫療中立，不受社會影響」的迷思；使讀者能進一步瞭解，醫療為了達到維護眾人健康的目的，必須正視醫療領域中知識、權力之間關係的不平等，以及社會資源分配不公平等議題。

● 本書總共分成——
「另類醫療」、「醫療專業的興起與變遷」、「醫學知識與權力」、「醫療政策與市場」、「身體經驗」、「工作與健康不平等」、「醫療技術」以及「風險與醫療爭議」等八大篇，篇篇精彩的文章將帶領讀者，從醫療社會學、公共衛生、以及科技與社會的視野，同時思考、審視「醫療與社會」的關係，期盼本書能激發更多的對話及創見。



ISBN 978-986-84054-3-1
00400
9 789868 405431



群學出版有限公司

www.socio.com.tw

台北市中正區(100)重慶南路一段61號7樓712室

Tel: (02)2370-2123

Fax: (02)2370-2232

E-mail: socialsp@seed.net.tw