朱政騏-p113-184 8/4/2007 9:34 AM 頁面113

《女學學誌：婦女與性別研究》第 21 期
2006 年 6 月，頁 113-184 ▲專題論文

假面天使

護理人員的認同政治*

朱政騏（台灣大學社會學系）

本研究以護理人員的勞動過程爲分析對象，企圖透過對其處境的細緻探討，替近年來有關醫療院所大型財團化、醫療商品化和市場化等議題的爭論，提供更具體且落實在勞動體制之上的論述。此外，本文整理了關於護理人員專業倫理的課題，特別是 SARS 侵襲台灣後引發的一連串醫護專業倫理爭議，試圖討論護理「專業」的內涵、醫護間的不對等關係，以及一般民眾對護理人員的文化想像與期待。然後，再討論護理人員的認同政治和權益促進的可能發展。本文採取扎根理論的研究方法進行參與觀察及深度訪談，共訪談三十位護理人員。將認同政治拉回實際的勞動過程中，指出護理人員的主體如何在制度性的環境裡被銘刻與剝削，並在象徵的層次上受到「專業」意識形態的束縛，再進一步從這些壓迫與束縛之中，尋找可能的出路及方向。

關鍵詞：護理人員、勞動過程、專業、認同政治

C.E.P.S.

朱政騏-p113-184 8/4/2007 9:34 AM 頁面114

一、前言

認同政治理論乃源於對啟蒙主體觀的批判，啟蒙主體所奠基的人類概念是有核心的、統一的個體，賦有理性、意識和行動的能力，並在個體存活的期間基本上保持一致、連續的，或者和自身「同一」，而自我的本質核心就是個人的認同。這種簡單的本質論，忽略了社會、文化對個人認同所產生的影響，於是 George H. Mead 與 Charles H. Cooley 等社會學家提出另一種社會學的主體觀，指出主體並非自主且自足的，而是相對於「重要他人」（significant others）而形成，社會上這些「他人」向主體仲介了其所在世界的價值、意義和象徵（即文化）（胡榮、王小章譯， 1995, Mead, 1952 ；包凡一、王湲譯，1993, Cooley, 1964）。 Stuart Hall（1992）則進一步指出個人內部有矛盾的認同，將我們拖往不同的方向，因此我們的認同會不斷地轉變。他認為：

> 如果我們覺得自己擁有從生至死的統一認同，那只是因為我們建構了一個有關自身的、令人安慰的故事或「自我敘事」。完全

致謝辭：本文乃根據作者的碩士論文改寫而成，感謝王志弘老師的指導，並感謝所有受訪者提供寶貴的經驗與資料。本文初稿曾發表於第五屆性別與醫療工作坊（2005 年 11 月 5 日），謝謝成令方老師及諸位與會者的指教和鼓勵；盧孳艷老師多次邀我在不同場合發表，並與護理人員對談，在此一併致謝。最後，感謝《女學學誌》兩位匿名審查人的意見，然而文責則由筆者自負。

* 護理人員經常被稱為「白衣天使」，往往也被期待具有「犧牲奉獻的南丁格爾精神」，或者以「燃燒自己，照亮別人」的蠟燭來比喻之。這些看似非常正面、光鮮亮麗的溢美之詞，反而成為護理人員沉重的「假面」，掩蓋了其具體勞動條件的惡化及其動態的認同政治。職是，護理人員之為天使，也是戴著如此沉重假面的天使。以上說明感謝《女學學誌》編委會執行小組的提醒。

朱政騏-p113-184 8/4/2007 9:34 AM 頁面115

統一、完滿、安穩且連貫的認同，只是幻象。（Hall, 1992: 277）

由於認同乃基於主體如何陳述或再現而產生轉變，所以認同化（identification）並非自動發生，而是要贏取或喪失的；換言之，它被政治化了。不過也因為認同被視為一種「自我敘事」，使得許多對認同政治的討論，都是透過對文學作品或其他文本的分析，強調認同的多元、差異、混雜與碎裂。如此一來，分析的對象太過侷限於文本，而忽略了其他形式（非文本）的社會脈絡，於是「認同政治」被某些批判的學者（例如趙剛）歸類為保守與反動的，認為一味強調多元、差異、混雜與碎裂，其實正好符合資本主義商品市場的要求，將商品與認同有機地結合，在形成各式各樣社群（communities）的同時，也造就了多元、差異、混雜與碎裂的利基市場（niche market）（趙剛， 2001: 100）。

然而，所有的社會實踐（包括制度性的實踐）都蘊含著意義，而意義又形塑了我們的所做所為，所以可以說所有的社會實踐都具有論述的面向（Hall, 1997: 14）。因此我們將認同政治放在實際的勞動過程中，檢視護理人員的主體如何在制度性的環境裡被銘刻與剝削，並在象徵的層次上受到「專業」意識形態的影響與束縛。如上所述，這兩個層次是相互關聯的，也就是說勞動過程有其相應的工作價值觀和工作倫理；而任何「專業」意識形態也必須有其相應的制度與實踐的基礎。在西方社會學界，自 1980 年代開始就將主體性的問題帶入勞動過程研究之中（例如 Burawoy, 1979），尤其是護理這類「專業的」工作，一方面社會對其有特殊的期待；另一方面護理人員的養成教育中也不斷強調某些專業承諾。本文即嘗試以「認同政治」的概念來分析護理人員身分認同的動態建構，她們既不若工業勞動者那般毫無爭

朱政騏-p113-184 8/4/2007 9:34 AM 頁面116

議的「就是工人」，也不像醫生的專業地位如此穩固。然而，認同雖然是動態的建構過程，但並非毫無限制，必須與其勞動過程（「護理人員」原本就是由其工作而來的身分）結合，分析護理人員的認同形構，從而指出可能改變當前處境的方向。

二、分析架構

本文是 2003 年 11 月至 2005 年 2 月，以台北市隆川醫院（化名）為田野進行的扎根理論[1]（grounded theory）研究。[2] 研究發現護理人員的勞動過程有「標準化」、「彈性化」，以及「女性化」等三個特徵，其中標準化與彈性化是一組既矛盾又統一的勞動控制與身體規訓的策略，在認識論的層次上，它們是一體的兩面，猶如「正反」、「上下」、「前後」、「表裡」、「左右」一般，相伴相隨，缺一不可；並且在實際上，兩者也是同時發生、一起作用的。因此，即使高度標

1 台灣學界多將 grounded theory 譯為「紮根理論」，例如徐宗國譯（1997）、胡幼慧編（1996）、林本炫（2003）等，但此為廣為流傳的誤譯。根據教育部頒布的《國語辭典》（1998 年 4 月版），「紮」乃「纏束」之意，例如包紮、紮辮子。而「扎」則有「鑽入、投進」的意思，且「扎根」兩字合用意為「植物根部向下往土裡生長」或「比喻深入底層，打下基礎」。由此觀之，譯為「扎根」應較符合原本 grounded 之意，故本文將 grounded theory 譯為「扎根理論」乃是比較貼近 grounded theory 原意的用法。

2 本研究的主要方法是「深度訪談」及「參與觀察」，兩個看似普遍為當下社會科學研究生採用的方法，但在不同的理論預設或認識論的典範下，使用這兩個方法的意義卻大不相同，例如民族誌、扎根理論與敘事分析所採取的「深度訪談」，在實際操作上就有很大的差異（參見林本炫，2003）。此外，大部分使用扎根理論的研究，在撰寫時都會詳細交待田野的情形，尤甚者，還會強調自己遵照一定的研究步驟。我對於這樣的做法，只能部分同意，但有些修正。關於研究方法的討論，詳見本文的【附錄一】。

C.E.P.S.

朱政騏-p113-184 8/4/2007 9:34 AM 頁面117

準化的泰勒式（Taylorism）生產，必然也有其「彈性化」的一面。將標準化與彈性化的概念擺放在具體的歷史脈絡中，我們發現西方資本主義先進國在戰後以凱恩斯主義（Keynesianism）為主導的國家政策下，在經濟領域出現的是以大資本、大工會、大量（標準化）生產、大量消費為特徵的福特主義式積累體制（regime of accumulation）；[3] 在勞動生產上則是流水式生產線的出現，以及相應高度標準化的勞動過程。直到 1980 年代前後，這樣的體制出現停滯，大資本、大工會、大政府反而成為資本積累的障礙，於是「彈性」逐漸成為魔術字眼，為資方及企管學界所廣泛使用。

如前所述，標準化與彈性化乃一體兩面， David Harvey（1989）以「彈性積累體制」（regime of flexible accumulation）描繪所謂「後福特主義的時代」，意即強調「彈性積累」乃福特主義的延續而非斷裂，仍是資本主義下的資本積累模式。許多福特主義的生產模式並沒有被放棄，彈性積累只是「馬克思所定義的兩種剩餘價值[4] 生產基本策略的再結合」（Harvey, 1989: 186）。一方面將福特主義建立起來的標準化生產系統轉移到邊緣地區（低工資、勞動條件差），形成「邊緣福特主義」（peripheral Fordism），以此來獲得「絕對剩餘價值」；

3 「積累體制」簡單的說就是「投資、生產與消費之間經濟關係的性質」，另一個相關的概念是「調節模式」（mode of regulation），乃「確保前述關係的政治與社會文化體制和實踐」（Painter, 1995: 277）。

4 馬克思對兩種剩餘價值的界定為：「把工作日延長，使之超出工人只生產自己勞動力價值的等價物的那個點，並由資本占有這部分剩餘勞動，這就是絕對剩餘價值的生產。……就相對剩餘價值的生產來說，工作日一開始就分成必要勞動和剩餘勞動這兩個部分。為了延長剩餘勞動，就要用各種方法縮短生產工資的等價物的時間，從而縮短必要勞動。絕對剩餘價值的生產同工作日的長度有關；相對剩餘價值的生產使勞動的技術過程和社會組織發生根本的革命（吳家駟譯， 1991: 557, Marx, 1867）。」

C.E.P.S.

朱政騏-p113-184 8/4/2007 9:34 AM 頁面118

另一方面則是透過組織的改變（即「再造」、「瘦身」）與技術上的「創新」，來生產「相對剩餘價值」。

在台灣的脈絡下，雖然不曾出現「典型的」福特主義式積累體制，不過從 1971 到 1981 年之間，醫療機構總數從 7,107 所增加至 11,161 所，增幅為 57.0%（藍忠孚、李玉春、馮孝芬、陳燕鳳，1986: 67）；其中，公立醫療機構成長 30.4% ，而私立醫療機構成長為 60.3% ，幾乎為公立機構的二倍。在 1980 年代末，私部門醫療體系的服務量已經超過公立醫療院所的服務量，營運績效不佳的公立醫院也轉以「公辦民營」的方式經營。除了醫療機構的私有化之外，由於社會保險給付大量流向財團醫院（張苙雲、謝幸燕， 1994），所以 1977 年的國泰醫院、 1979 年的林口長庚，以及隨後的亞東、新光、奇美等財團相繼投入醫療市場，分別都是超過 300 床的大型醫院，長庚體系更高達 4,000 床，成為亞洲最大的醫療體系。私有化、大型化的醫院為了控制成本，導入許多標準化與彈性化的企管方式，例如護理人員遇缺不補，改用約聘的方式，即是彈性化雇傭的典型。

至於護理人員勞動過程的女性化（feminization）[5] 亦蘊含了一組矛盾統一的關係，以藍佩嘉（1998）的分類命名，可說是護理人員在

5 其實先前討論的標準化與彈性化亦具有性別的面向，例如標準化強調全盤掌控的陽剛特質，以及彈性化雇傭其實是女性勞動力市場的「常態」等等。之所以在標準化與彈性化外，還要特別強調「女性化」，首先是根據中華民國護理師護士公會聯合會的「台閩地區護理人員統計表」，至 2006 年 5 月，男性護理人員仍僅占所有執業人數的 2.5% ，絕大部分的護理工作是由女性承擔。其次，以「女性化」來描繪護理勞動並非意謂「女性必然適合照護工作」或「女性必然低人一等、受到壓迫」，這種本質論的提法會侷限了女性的發展。因此本文的「女性化」是為了指出護理工作的諸多特徵猶如目前社會中女性的處境，她們之所以被養育成適合照護工作、勞動條件低人一等，乃社會不平等的建構。父權體制如何結合職場的制度發揮作用，在「女性化」一節中會再詳述。

C.E.P.S.

朱政騏-p113-184 8/4/2007 9:34 AM 頁面119

勞動過程中的兩種身體：即注重保養、專業形象的「映照的身體」；以及要求必須從事低賤苦工（dirty work）的「支配的身體」。不過僅從護理人員在勞動過程中展現的不同身體特質，尚不足以瞭解其認同形構，護理人員的勞動過程是在**雇傭關係**與**護病關係**的夾縫之間運作（粗體字為作者所加，以下亦同）。雇傭關係一方面強調等價交換（勞動力與工資的交換），因而必須標準化、稽核與理性計算；另一方面，雇傭關係又帶有或隱或顯的封建專制支配，所謂「醫療商品化」正是在此條件下不斷地被建構與重構。在護病關係上亦然，護病之間存在著某種「顧客至上」的意識形態；同時護病間也包含著傳統照顧者與被照顧者的「親密」關係，而護理的專業倫理就是在此不斷地被建構與重構。因此，本文不將「醫療商品化」視為全然負面的概念，也不會把「專業倫理」當成絕對的束縛與包袱。例如資方透過一系列管理制度將雇傭關係打造成純粹的商品化關係（勞動力買賣），精確地計算工時，嚴格地掌控勞動，雖然可以加深對護理人員的壓迫和剝削，不過如此一來，卻也相對提高了護理人員爭取加班費與合理勞動條件的正當性。基於此，本文的分析架構可以用「圖一」表示。

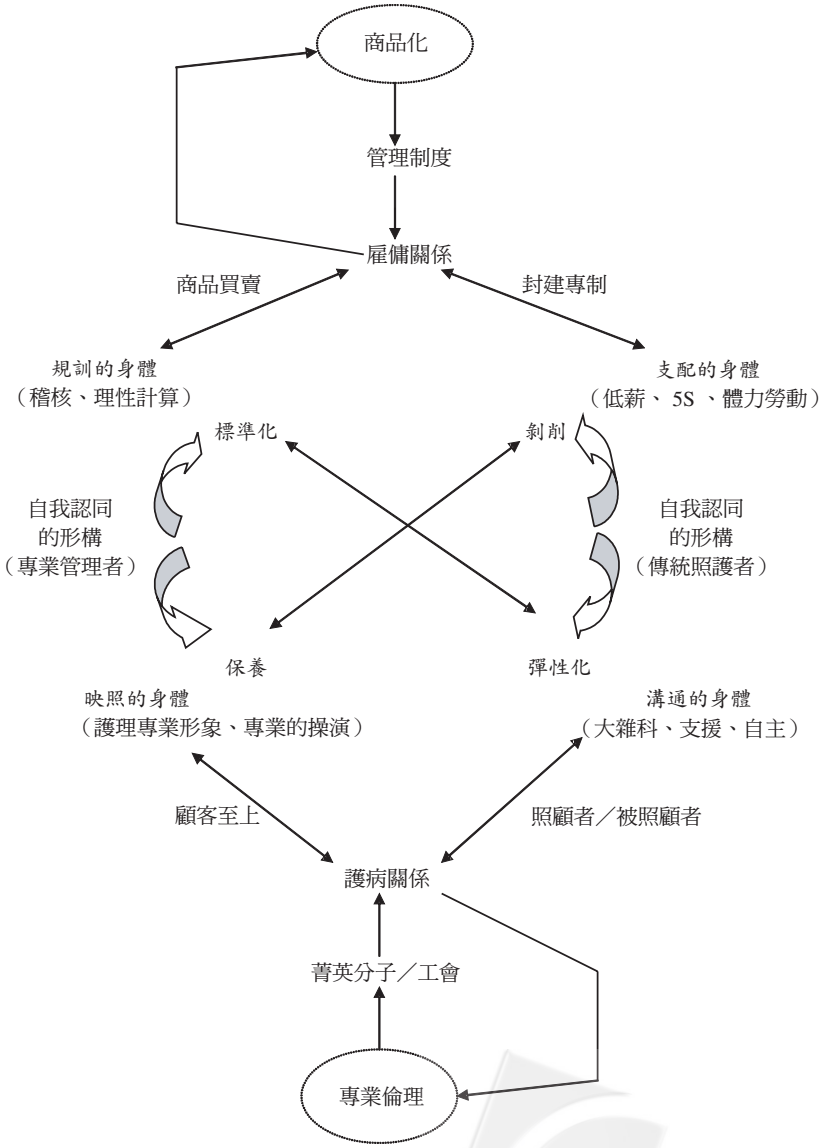
三、穿梭勞動實踐中的護理形象

本節先對護理人員的勞動過程進行初步勾勒，之所以這樣做，並不是為了將護理人員描寫得百般辛苦、萬般悲慘，以期獲得「社會大眾」或「主管機關」的同情與可憐，從而給予適當的護理人力。相反地，以下所做的工作有一部分目的，正是要回應這種普遍被（至少是基層護理界）接受的說法，指出其不足之處以及問題所在。此外，我也不是要去發現護理工作的「原型」，在不同的時代、社會之中護理

C.E.P.S.

朱政騏-p113-184 8/4/2007 9:34 AM 頁面120

圖一　分析架構圖



朱政騏-p113-184 8/4/2007 9:34 AM 頁面121

所扮演的角色差異甚大。我們從台灣的現實出發尋找改變的可能，實踐護理專業倫理的基礎，必須回到護理人員的勞動過程裡去挖掘，從中找出護理勞動可能蘊含的倫理所在。

（一）標準化

1. 生產標準化：品管圈

這裡所說的生產標準化有兩種含義：一是指生產、創造出標準化的工作流程與檔案；二是指生產活動或勞動過程的標準化。在此我們先討論其第一義，也就是「標準化」本身是如何被生產出來的。

至 2000 年 1 月為止，隆川醫院就有 104 個部門通過 ISO 認證，每個部門中又有各種不同的標準化主題，就連「垃圾分類」與「洗手」都有標準作業規範，標準化的文件可說是多如牛毛。這大量的檔都是由品管圈（quality control circle, QCC）的工作組織所生產，其中護理部更是將品管圈列為優先採用的品管制度，負責大部分的標準化檔生產。所謂的「品管圈」，主要是依據馬斯洛（Abraham H. Maslow）對人類需求層次的分類，[6] 激勵員工追求「自我實現」的最高層次需求，並將「全員參與」視為「全面品質管理」（total quality management, TQM）的四大支柱之一，特別對品管圈而言，更是需要全員積極參與才能成功地推動（轉引自邱文達， 2002: 16）。而隆川醫院護理部的品管重點，即是以品管圈為主要項目。

不過，幾乎所有的護理人員都不喜歡參加品管圈，大部分的受訪

6 馬斯洛將人類需求分為五個層次，由低到高分別為：生理需求、安全及安定的需求、社會需求、自我需求、自我實現的需求。這個講法廣受目前企管理論的青睞，當然也是醫院管理者經常引用的理論之一。

C.E.P.S.

朱政騏-p113-184 8/4/2007 9:34 AM 頁面122

者覺得那是在浪費時間，甚至有人認為那只不過徒具形式，沒有實質的幫助：

> 我不喜歡開品管圈啊，那根本就是在浪費時間。只有剛完成的時候會實施一下，做做樣子，可是到後來根本沒有人會理那個結果嘛！我覺得那個只是……只是要做給醫院看的吧。那是每個單位都要做的啊，又不是說真的想去做，然後才做出來的，很無聊。（美華）[7]（底線為作者所加，以下所引訪談內容亦同）

> 浪費時間啊！我真的只能說那是在浪費時間，誰想要下班時間還去開那個鬼會啊！他（資方）有給我們加班費嗎？沒有耶！有給我們補時數嗎？他不管妳開得再久，就算開三、四個小時還是補一小時而已，[8]這有什麼用。（賴妹）

由此觀之，隆川醫院推行品管圈的成果應該是失敗的，或至少不是太成功的，不過一般的評價並非如此。隆川醫院常被當成推動品管制度成功的「業界代表」，許多醫管、企管科系的碩士論文皆以其成功的經驗作為研究對象，也有不少研討會邀請隆川醫院的管理者蒞臨演講，[9]分享成功經驗。因此有沒有「激勵員工自我實現」以達到

---

7 本文報導人皆為化名。

8 以筆者實際參與兩個病房的護理人員之品管圈會議來說，每週利用非上班時間開會一次，每次開會時間可能長達三至四個小時，最短至少也要兩個半小時，但是每個月通常只補四小時的時數，也就是說，開一次會，補一小時。

9 例如由行政院衛生署、公共工程委員會、立法院厚生會主辦的「醫院管理之再造與新生：公辦民營醫院蛻變與經營研討會」，2004 年 3 月 8 日，台南市立醫院秀傳醫學大樓五樓會議室。

C.E.P.S.

朱政騏-p113-184 8/4/2007 9:34 AM 頁面123

「全員參與」，根本不是品管圈能否推行成功的重點，反而是其雇傭關係中封建專制的性質，才是品管圈的最大支柱。我曾多次參與品管圈的會議，發現其中護理長、學姐仍是主導會議討論與結論的主角，其他人（特別是資淺的學妹）幾乎無從置喙：

> 我有時候真的快抓狂了，開會都是她（護理長）在開，我們沒有人想開，坐在底下坐到快抓狂了。因為都是她自己的話，我今天提出什麼意見，她覺得不滿意，就把妳的意見推翻掉啦，以她的意見為意見。那幹嘛還要問我們？我覺得這樣她自己決定就好，我們今天討論出 A ，覺得 A 比較好，可是她討厭 A ，覺得 B 比較好，後來都還是選擇用 B 。所以我們會覺得很生氣，那妳乾脆就不用問我們啦，妳自己決定就好，還要叫大家留下來，假裝很民主說要大家討論、投票。算了吧！投出來還不是沒有用，還不都是以她的意見為意見。（小芸）

在此我們清楚看到雇傭關係之中兩種性質的接合（articulate），為了提高勞動力商品的使用價值，並且使資方便於更精確地掌控護理人員的勞動，管理者所依賴的卻是封建專制的權威，這與謝國雄（1997）提出的「純勞動」的做件意識非常不同。所謂「純勞動」就是指雇傭關係「十足的商品化」，進而產生「有做有錢，沒做沒錢」的商品化共識（前引書： 139）。在資方的管理制度下，勞工無法「看穿」其中的剝削關係，只有在勞雇爭議時，才會使勞工有「從認分、不關心單價和底薪、滿意於沒有工作時的公休費，到爭取提高單價、假日工資和加班費的轉化」（前引書： 138）。

從前引受訪者的說法中，發現她們其實早已「看穿」資方管理制

朱政騏-p113-184 8/4/2007 9:34 AM 頁面124

度的不公平，會抱怨沒有加班費、補時數等等；但是雇傭關係不僅是商品化的、還帶有封建專制的性質。所以，「看穿」反而成為護理人員「認分」的原因，並非資方的管理制度贏得她們的同意（consent），創造出「志願性服從」。例如某次品管圈會議中，有護理人員提到：「如果我們上班的兩個人都出去發藥的時候，護理站的電話就會沒人接。而且就算有 alarm[10] 也聽不到，那該怎麼辦？」於是有人提議每個人身上佩戴無線接收器，有病人按鈴，不論有沒有在護理站都可以馬上知道；也有人提議在每個病房加裝警示燈……當大家正在「腦力激盪」的時候，我試探性地提問：「為什麼不乾脆增加一個人上班，不就什麼都解決了？」沒想到大家異口同聲對我說：「別傻了！那是不可能的事情！這個提案醫院（資方）一定不會接受，提了也等於白提，浪費時間而已。」（田野筆記， 2004/02/12）或許只有當「看穿」能夠成為集體的意識覺醒，才能夠去質疑、挑戰資方的管理制度。

2. 生產標準化：稽核

Bryan Turner（1995）曾提到共同的「抱怨之詞」作為護理人員團結的可能，它是非正式組織的重要面向，甚至可以成為護理人員的「次文化」。他分析這些「抱怨之詞」共有五種作用，其中最重要的就是可以「創造護理人員的團結感，以抵抗醫院官僚系統與醫學專業的支配（前引書： 150）」；不過「抱怨之詞」的作用也有可能是「保守的」，因為抱怨反而成為工作場所矛盾與緊張的「安全瓣」，宣洩了

10 病人床頭都有一個緊急呼叫的按鈕，需要與護理人員對話，或者尋求協助時，都可以按鈕，然後護理站就會有紅燈顯示病床號、及發出聲響。故護理人員稱之為 alarm 。

C.E.P.S.

朱政騏-p113-184 8/4/2007 9:34 AM 頁面125

護理人員不滿的力量，「對客觀的條件卻沒有系統性的改變（前引書： 151）。」QCC 雖然是護理人員共同抱怨的話題，但卻只發揮了職場「安全瓣」的功能，並未使護理人員團結起來成為一體，其中重要的原因在於同時存在的「稽核制」使得護理人員四分五裂，難以團結。

稽核是一種權力關係的展演，是一場監看與被監看的儀式，亦是將彼此客體化的技術。在此儀式中，受稽核者成為「臣屬主體」，這種規訓的作用可分為兩方面，「既增強了人體的力量（從功利的經濟角度看），又減弱了這些力量（從服從的政治角度看）。……如果說，經濟剝削使勞動與勞動產品分離，那麼我們也可以說，規訓強制在肉體中建立了能力增強與支配加劇間的聚斂聯繫。」（劉北城、楊遠嬰譯， 1998: 138, Foucault, 1979）「臣屬主體」所面對的問題、憂慮、困難等不會被正視，即使有人願意關注這些問題，也是為了加強規訓（增強能力與加劇支配）而已。

稽核制首先在「學姐」與「學妹」之間作用，學姐以稽核的方式取代過去類似師徒制的教導。一位有九年護理工作經驗的學姐就表示，有這些標準化的檔就可以省掉事前教導學妹的工作，直接去稽核，然後再稍微提點一下就好：

> 問：那些（標準化）對妳們帶新人會有什麼影響嗎？
>
> 隘宇：有，絕對有。不用講，自己去看〔笑〕。就是我們可以不用講，叫她們自己去看 ISO ，然後拿著稽核表去稽核她，稍微看一看，好了之後，就可以用很快的速度帶過去，提醒她什麼是重點、該注意的，這樣會蠻輕鬆的。

朱政騏-p113-184 8/4/2007 9:34 AM 頁面126

因為學姐在帶（教導）新進人員的時候，只會更忙，不會輕鬆。例如白班二十床，兩個人上班，其中有一位若是新進人員，那麼身為「學姐」就不僅要照顧自己原有的病人，還要再多花時間去帶著新進「學妹」照顧病人。如此一來，學姐最省事、最省力的方法，就是「不用講，（叫她）自己去看」，有不懂的地方就看 ISO ，學姐只要負責稽核就好，這比需要「互為主體」的溝通省事多了。

同樣地，學妹也可能稽核學姐，彼此稽核；這包括了所謂「整理（Seiri）、整頓（Seiton）、清掃（Seiso）、清潔（Seiketsu）、教養（Shitsuke）[11]」的 5S 、單位之間的病歷稽核、單位內部的「提醒本」、電話禮貌稽核等。這些都嚴格掌控護理人員的勞動，例如電話禮貌稽核就詳細規定了「接聽速度」、「報單位及姓名」、「說話語氣、態度」、「對需等候的電話有無解釋」、「等候時間」、「協助轉接或留言」和「禮貌性結語」等八大項，並且精確地要求要在鈴聲不超過四聲時應答；對外通話時要說：「您好，我是某單位 XXX ，請幫我……，請問……，請……」；或接聽電話時要說：「XX 單位，您好，我是 XXX」；語氣要緩和、清晰、音量適中等。稽核使得「權力之眼」（the eye of power）無所不在，甚至內化為不假思索的行事準則。正如 Michel Foucault 所言，這種管理形式的特點即在於：

> 沒有人能夠集大權於一身，完全凌駕於他人之上來操控一切。這是一種能夠吸納每個人的機制，那些運作權力的人正如同權力運作其上之人一般。（Foucault, 1980: 156）

11 這五個 S 為日文發音的拼音。

C.E.P.S.

朱政騏-p113-184 8/4/2007 9:35 AM 頁面127

3. 標準化的空間與時間

護理人員私下流傳著兩句改編自某咖啡廣告詞的黑話，即「我不在醫院，就是在家裡，如果我也不在家裡，那麼一定是在去醫院的路上」；以及「我不在 bedside（床邊），就是在 station（護理站），如果我也不在 station ，那麼一定是在去 bedside 的路上」。前者是描寫護理人員幾乎沒有休假的狀況，這在下一節（彈性化）會再詳述；後者則道出了護理人員標準化的空間規範：除了在病床旁邊和護理站之外，其他地方都不是護理人員應該去的。

空間的生產離不開背後的權力運作，而具體存在的空間又形塑了我們的社會關係，每個空間都有其占支配地位的特殊編碼／解碼（encoding/decoding）[12] 方式，告訴我們在哪裡應該要做什麼，以及不能做什麼，引導著我們的言行舉止。因此護理人員在床邊就是發藥、交班、量 vital sign（生命徵象，包括體溫、脈搏、呼吸、血壓）、做治療、做衛教，或是有病人 alarm 的時候過去處理；在護理站則是寫護理紀錄、下 care plan（護理診斷）、對藥、備藥（或點滴）、清理責任區域。曾經有一位護理長跟我說：

> 你要訪問的這些大綱，還有要觀察我們每天在做什麼，其實我都可以回答啦！還是我給你一個 form 就好了，裡面我們每天、每個班在做什麼都有了。這樣你好像只要訪問我就夠了〔笑〕。（田野筆記， 2003/11/20）

---

12 編碼／解碼（encoding/decoding）是 Hall（1980）提出的一組概念，編碼與解碼的能力是一種權力關係，常牽涉到（物質或非物質）資源的分配，而占支配地位的編碼／解碼方式，或許可視為一種「意識形態」。

C.E.P.S.

朱政騏-p113-184 8/4/2007 9:35 AM 頁面1 28

我們借用 Henri Lefebvre（1991）的空間分析概念，[13] 可將此視為「空間的再現」（representation of space），即「是科學家、規劃師、都市計劃師、技術官僚與社會工程師的空間」（Lefebvre, 1991: 38），也就是空間的支配邏輯所在。所以當我提及「所以妳比較喜歡跟病人或家屬聊天囉」，經常會被糾正為在「做衛教」或「詢問病情」：

> 當然不是聊天啊！我們是在跟他們講解與病情相關的事情，或者是在做衛教，不是隨便去找他們聊天那種。（雅莉）

> 不是、不是，是去跟他們做衛教，講一些他住院的時候要注意些什麼啊，或者在發藥的時候跟病人有些互動，聊一些……嗯……好像真的是在聊天耶〔尷尬地笑一笑〕那還蠻快樂的吧，因為有些病人真的蠻可愛的。（家敏）

就我觀察，實際上「做衛教」與「詢問病情」經常是在「聊天」中完成的，並非像做問卷調查一般地照本宣科。這是護理人員「活現

13 Lefebvre 的空間分析概念如下：（1）空間實踐含括了生產與再生產，以及每個社會形構特有的特殊區位和空間組合。空間實踐確保了連續性和某種程度的凝聚。就社會空間及某特定社會之成員與該空間的關係而論，這種凝聚意味了所保障的「能力」（competence）水準和一定的「運用」（performance）水準。（2）空間再現緊繫於生產關係，以及這些關係所安置的「秩序」，並因之緊繫於知識、符號、符碼以及「正面」（frontal）關係。（3）再現空間具現了複雜的象徵論（symbolism），有時有編碼，有時沒有編碼，它扣連上社會生活私密或地下的一面，也扣連了藝術（而藝術最後可能比較不會被界定為空間的符碼，而是再現空間的符碼）（Lefebvre, 1991: 33，轉引自王志弘，2002: 85-86）。

C.E.P.S.

朱政騏-p113-184 8/4/2007 9:35 AM 頁面129

的空間」（representational spaces），是「直接生活出來的（lived）空間」，也是「居民與使用者的空間」（前引書： 39），內容非常豐富、生動，絕非管理者一個標準化的 form 而已。舉兩個例子：

秀珍〔走進病房〕：哇！妳的荷蘭鞋好可愛喔。
病人 A ：真的嗎？我在市場買的，現在（住院）穿這種比較舒服。
秀珍：妳那個「煙斗」[14] 抽了沒？
病人 A ：那個「煙斗」是幹嘛的？
秀珍：這是讓肺部擴張的，因為妳全身麻醉，所以手術過後麻藥多少還會殘存在肺部，吸這個可以幫忙把它排出來。（田野筆記， 2003/11/21）

小光：早安！睡得好不好啊？〔換成外省人的口音〕昨天有沒有大便？
病人 B ：沒有啊！
小光：那你要多喝點水囉。
家屬 B ：昨天主任一來他就吐了。
小光〔幫病人量血壓〕：伯伯你吐啦？你是專門吐給我們主任看的喔〔笑〕。
家屬 B ：對啊，嚇死他（主任）了，這樣他才會多注意我們一點。（田野筆記， 2003/11/23）

14 即 Atrovent+Berotec+D5W 的吸入器，因為吸蒸氣時會冒煙，所以護理人員稱之為「煙斗」。

C.E.P.S.

朱政騏-p113-184 8/4/2007 9:35 AM 頁面130

此外，在「做治療」的時候，也並非只是執行醫生的 order（醫囑）而已，病人及家屬經常利用這段時間向護理人員反應許多問題，必須由護理人員立即處理；而且護理人員除了要負責幫病人抓癢、翻身、擦薄荷油、按摩……等比較「卑賤的」（menial）工作之外，還有許多 order 其實是靠護理人員「先斬後奏」，才能夠即時解決的。有很多醫生都是定時來病房「補簽」order ，詢問護理人員病人的狀況，然後才去病房看病人，或者決定不看病人直接離開，難怪受訪者小芸說：「很多醫生其實是 by 小姐的 order 在做事。」

護理人員每日必須處理五花八門的狀況，諸如接電話、拿棉被、拿床單、拿枕頭、拿衣服、借吹風機、借輪椅、借烤燈等，還有人會來反應「小姐，那個水龍頭壞掉了咧」、「外面的販賣機吃了我的錢，要怎麼辦？」、「有沒有零錢可以換，我想去一下 seven」……這都是護理人員勞動過程的「常態」。若我們放棄從資本家手中奪取對勞動的控制權，不去質疑資方計算「適當護理人力」的標準，喪失工人自我掌控勞動過程的抱負，而只是在「如何計算適當的護理人力」這種經濟性議題上打轉（例如黃惠鈴， 2003），其政治上的效果恰好是弱化了護理人員的力量。為了計算適當護理人力，反而更需要標準化護理人員的勞動過程，降低其自主性。況且「適當護理人力」不是客觀存在的事實，而是階級鬥爭的產物，任何計算護理人力的公式都是將複雜的社會關係、權力關係化約為單純的數學算式。與其呼籲「護理界的管理者」給予「適當的護理人力」（例如傅淑方， 2004b: 15），不如呼籲護理人員團結起來挑戰資方的管理制度，或者提供更多抵抗的策略。[15]

15 當然，傅淑方（2004b）指出護理人員情緒勞動的重要性以及科技使用的社會關係，是值得肯定的。

C.E.P.S.

朱政騏-p113-184 8/4/2007 9:35 AM 頁面131

至於在時間上的標準化，除了執行特定護理技術有明確的時間限制之外，護理工作是「三班制加責任制」的，所以延遲下班是責任制的工時，沒有加班費，做完自己的工作才可以走；但是它又不全是責任制，可以慢慢地做，而必須在固定的時間內完成交班。因此護理人員的時間安排其實倍受限制，要在交班前把某些事情先做完，以便交給下一班，其他事情才可以留到交班之後再做；並且各個不同時間點的醫囑也制約了護理人員工作的節奏，幾乎每位護理人員都可以隨口背出： QID 是 09 、 13 、 18 、 21 ，一天四次； TID 是 09 、 13 、 18 ，一天三次； BID 是早上 9 點和晚上 6 點； QD 則是一天一次，原則上是早上 9 點； QN 代表晚上 9 點； QOD 是隔一天一次，原則也是早上 9 點。此外還有 QDAC 、 BIDAC 、 TIDAC 、 QIDAC 、 Q6H 、 Q4H 、 Q2H 、 Q1H ……等等，都代表著不同的時間規律與頻率，在什麼時間點上應該做什麼事，都已經被規定得清清楚楚。

（二）彈性化

1. 大雜科與支援

我們如果到醫院探視親友，卻不知道他的病房號，通常會先到電梯口或是布告欄查看各科病房的位置，然後按圖索驥找出與住院親友病情吻合的病房，再到病房護理站詢問。但是這種方式現在已經越來越不管用了，因為醫院管理者為了提高「占床率」，常把「生意不好」的病房床位借給「生意興隆」的科別，於是做放射治療的病人可能住在一般外科病房，拔蛀牙的小朋友也許住在胸腔外科病房，做心臟血管擴張術的病人也會出現在隔離病房。幾乎每天下午病房裡都在進行「轉床大作戰」，[16] 所以每個病房都變成大雜科，醫生可以跟著病人

朱政騏-p113-184 8/4/2007 9:35 AM 頁面132

跑，但是護理人員因此就要十八般武藝樣樣來，難以走向專科化。儘管護理床邊醫學（bedside medical）的傳統強調整體身心的照顧，但是某些專科的技術還是需要透過反覆練習才能得心應手，這種大雜科的情況使得護理人員倍感壓力與混亂。

尤其護理人員經常要去其他病房「支援」。如此一來，她們除了對特殊的病況護理不熟悉，還要去適應陌生的環境與工作夥伴。護理人員常把自己工作的單位比喻成「家」，有人說：去別人家會比在自己家舒服嗎？在工作中與同事的默契，以及整個病房的氣氛，都是讓她們得以專心工作的重要因素：

> 我不喜歡去支援，因為妳的同事都是不熟悉的人，那樣比較沒有歸屬感。同事在一起做事做久了會有默契在，她會知道妳現在大概在做什麼，可能會需要什麼幫忙，這樣一起上班起來，感覺還蠻好的。（阿枝）

大雜科與支援都是資方節省成本的手段，不但造成護理人員的困擾，讓病人也只能在標準化作業流程下得到最低限度的照顧，這種情況在 2003 年 SARS 期間完全表現出來。那時醫院裡除了隔離病房之外，其他病房多半門可羅雀，冷冷清清。一開始隔離病房的護理人員

16 這是我觀察每天下午護理人員忙於「轉床」時的感受：一張張病床從房裡推到護理站前面的空地或走道上，電話鈴聲不斷，然後隨著病人（床）而來的護理人員忙著找人交班，而送病人（床）出去的護理人員如果正好也要接新病人，就又要找人先代她交班，讓其他單位來的護理人員可以趕快回去……總之，一團混戰，只要待在護理站就可以充分感受到那種忙亂的氣氛。所以我把這種情況稱為「轉床大作戰」，而「轉床大作戰」只有在星期假日，樓下住院組的行政人員休假時，才會稍微緩和一點。

C.E.P.S.

朱政騏-p113-184 8/4/2007 9:35 AM 頁面133

全部取消休假，而其他病房的護理人員則強迫放假；後來政府規定照顧 SARS 的護理人員有「做七休七」的防疫假，而且一天有 5,000 元的津貼，所以資方開始徵調其他病房的護理人員來支援，並且規定要照顧 SARS 滿十五天的人才能領 double pay（領兩倍薪資）。[17] 支援在平時就是「打消積假」的手段，在 SARS 的時候更可以減少津貼的發放，而且不熟悉照顧 SARS 的方式，讓護理人員與病人都陷於高度的風險之中。

2. 三班制及其外

護理人員的彈性工時不僅表現在用支援的方式打消積假，還有在三班制之外設計各式各樣的班別。一般來說，護理工作是所謂的「三班制」（或者「三八制」），但是在白班、小夜和大夜之外，每個醫院都還有很多其他的班別。以隆川醫院為例，還有「8-8 班」、「PM 班」、「花班」與「on call 班」。「8-8 班」是從早上／晚上 8 點上到晚上／早上 8 點的班，一班十二個小時，通常是用在農曆新年這種「淡季」的時候，讓大部分的護理人員回去休假，留下來的人就上 8-8 班。至於「PM 班」又叫「4-8 班」或「8-12 班」，顧名思義，就是從下午 4 點上到晚上 8 點，或者從早上 8 點上到中午 12 點的班，這種班通常是用在「旺季」人力吃緊的時候， PM 班的護理人員主要是做一些「功能性」護理，譬如專門打點滴、量 vital sign 或發藥，一言以蔽之，就是來幫忙打雜的。

然而，最令人痛苦的莫過於「花班」，它的特色不在於工時的彈

17 隆川醫院當時把一天 5,000 元的津貼改成 double pay ，對護理人員來說其實是不划算的，尤其規定照顧十五天以上才能領到雙倍薪水，讓許多支援十四天以下的人完全沒有領到任何津貼。

C.E.P.S.

朱政騏-p113-184 8/4/2007 9:35 AM 頁面134

性，而是工作時段的彈性，可能今天上大夜、明天上小夜、後天又上白班，不僅生理時鐘大亂，而且花班沒有固定照顧的床位，[18] 所以每次交班都要重新去熟悉、瞭解病人，非常耗費心神。不過最誇張的還是「on call 班」或稱「P 班」，通常在轉床大作戰後，如果病房變得比較空了，護理長就會臨時決定減少一個上班人數；換言之，可能下午 2 、 3 點打電話通知小夜的人休假，[19] 而且要是後來有病人轉入，原本被「P 掉」[20] 的人還會被叫回來上班，因此得名為「on call 班」。

此外，護理人員在「全面品質管理」的要求下，除了照顧病人還要負責環境清潔（5S）與醫院財產管理、保養的工作，經常要在下班後留下來擦發藥車、 EKG（心電圖），或是更新單位財產編號貼紙；甚至為了一張輪椅而要跑遍醫院各樓層病房去尋找，為了一件耗材使用登記單的問題四處與各單位確認。再加上品管圈、病房會議、單位在職、全院在職教育等大大小小的會議，都是利用下班與放假的時間進行，無怪乎護理人員會說：「我不在醫院就是在家裡，如果也不在家裡，那一定是在去醫院的路上。」若我們拱手把「管理權」完全讓給資方，正是 Harry Braverman 所謂的「構想與執行分離」（譯者不詳， 1988: 17, Braverman, 1974），這些不利於護理人員的勞動項目就會越來越多，如此一來，即使照顧的床數減少，護理人員仍很難從工作中獲得認同，擺脫異化的命運。

---

18 就是依照病床號碼將病房分成前、中、後三段或兩段，通常上「正常三班」的護理人員會照顧固定的「段」，這樣對於病人的情況會比較熟悉，在交班的時候也可以不用從頭講起，速度會比較快。

19 但是小夜是下午 4 點交班，而且交班前半小時就要先來點班。

20 原本有排班，當天臨時被告知不用來上班的情形，護理人員稱之為「P 掉」。這個用法廣泛存在，並非隆川醫院的特殊用法。至於為何記為「P」，受訪者也沒有明確肯定的答案。

C.E.P.S.

朱政騏-p113-184 8/4/2007 9:35 AM 頁面135

（三）女性化

1. 好護士就是好太太

十九世紀南丁格爾領導的護理改革運動（nursing reform）目標是將護理塑造成適合女性從事的職業，在那之前，中產階級女性唯一可做的體面工作就是執教（teaching）。因此護理改革運動替當時許多未婚、喪偶且沒有遺產的單身中產階級女性，解決了經濟上的問題。其成功之處，即在於不冒犯醫生（主要是男性）的權威，並與當時社會的父權價值觀取得妥協，為中產階級女性在醫療體系中覓得一安身立命之處（Gamarnikow, 1978: 111-113）。因此傅大為（2003: 85）認為有一種「南丁格爾精神」（即 lady Nightingale 精神）是「混合著中產家庭主婦『私領域』的含蓄與忍讓，還有家庭主婦主導一切家務的精明幹練，這兩者的綜合，並將之推廣到護理的召喚領域中去。」有一位護理長就跟我說過類似的話：

> 要磨出一個好的護理人員不容易，很辛苦啊。可是當她如果可以掌控單位掌握得很好，可以做到很周全的時候，基本上我會相信她會是一個好太太、一個好妻子。因為你看一般護理人員家裡的大小事情，一定都是她包辦，因為她習慣了，她習慣去 handle 全部東西，她習慣去安排，所以一直都是勞碌命的那種……那種……特質，她的特質會是這樣。（美麗）

也許是「好護士就是好太太」這種想法的影響，目前女性護理人員仍是台灣男性結婚時的第一選擇（楊欣怡， 2004/5/12），並且許多護理人員的職業選擇與生涯規劃都是以「照顧家庭」為主要考量：

朱政騏-p113-184 8/4/2007 9:35 AM 頁面136

> 我媽覺得那樣很好，對整個家庭啊，對家裡面的人都很好，她覺得女生唸護理不錯。……（問：為什麼女生唸護理不錯？）應該是對家裡面吧，有什麼問題、身體不舒服，就可以問妳啊。像那個阿姨的女兒是那種自己會去看護理雜誌、醫訊資料的，所以家裡面的人有什麼問題問她，她都可以說，對家裡面的人都還不錯，可以照顧一家人。（大湘妹）

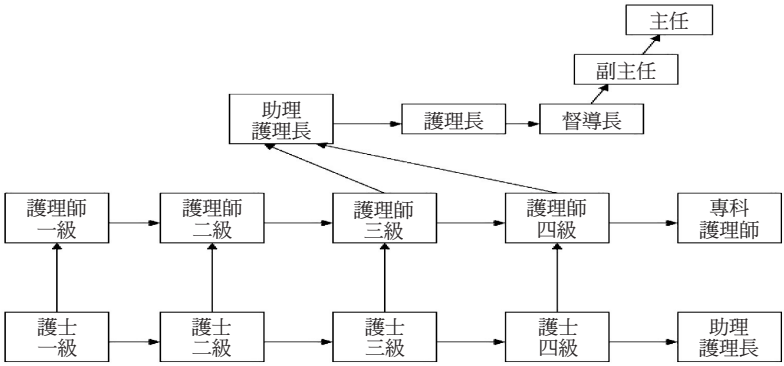
女性的工作常被當成是「暫時的」、「貼補的」，因而是從屬於男人的；有許多護理人員表示「做到結婚就不做了」，原因都是「家庭第一」，要照顧家裡就無法做這麼累的工作了。有位已婚的護理人員因為晚上要回家煮飯，先生假日要去進修，所以只能上星期一到五的白班，要是上班時間不能配合，她就決定辭職不幹了：

> 家庭第一，如果上班時間不能配合，那也只好離職了。我先生週末要去進修，沒有人帶小孩，所以我一定要在家。他有時候也會不支持（我繼續工作），因為要輪三班；還好現在升助護（助理護理長），而且大家又可以配合「橋」時間，所以我才留下來的。（秀珍）

結婚後還繼續留在臨床工作的護理人員多半有升遷的機會（秀珍就是如此），畢竟性別與階級總是相互交纏的，但也因此會產生一種「雙重斷頭」（藍佩嘉， 1998: 72）的現象。一方面，護理人員由於家庭、婚姻的因素，使得工作年資有限；另一方面，繼續待在臨床護理工作上的升遷機會又寥寥無幾（見圖二）[21]，使大多數人在升遷無望、調薪牛步（護士、護理師一至四級的工作內容與薪資皆大同小異）

朱政騏-p113-184 8/4/2007 9:35 AM 頁面137

圖二　護理人員升遷職級圖



資料來源：隆川醫院護理部新進人員工作須知。

的情況下，順著性別的意識形態逃避，寧願選擇「離開」（成家），而非留下來「抗爭」或「改革」。有些人則是抱著「趁年輕多賺一點」的心態撐下去，所以得過且過，也不會花太多心力在這一行的改革上。

21　圖二中「護士」與「護理師」為領有不同國家考試證照的護理人員，領有護士（護理師）執照即可執業，只有護士執照者亦可再考取護理師執照，獲得升遷。例如某位領有護士執照者在院內已升遷至「護士三級」（N3），此時若再考取護理師執照，則可升為「護理師三級」。惟實際上護士與護理師的工作內容沒有差別，僅在薪資上有些微差異。至於圖中護士（護理師）一級、二級、三級、四級為醫院內部的升遷制度，亦是在薪資上略有調整，而專科護理師與助理護理長（或副護理長）的工作內容則與一般護理人員不同。目前的實際狀況是：部分助理護理長也要分擔照顧病人的責任，且要分擔護理長的行政業務；有些則不用照顧病人，僅需分擔行政業務。至於專科護理師現多被視為「醫師助理」，工作內容與住院醫師相仿，專科護理師的工作內容，可參考黃嬿臻（2002）的論文。故圖二中的箭頭符號皆為醫院內的升遷制度。

C.E.P.S.

朱政騏-p113-184 8/4/2007 9:35 AM 頁面138

2. 醫病之間的夾心餅

女人在「外」工作已是不可否認的事實，但卻多半集中在一些「女性化」（feminized）的職業類別，使它們被建構成「女人的工作」。這些工作在勞動力市場上被區隔開來，工作的所得（包括薪資與地位）通常會比「男人的工作」來得低。「雙元勞動力市場理論」最早受到 1960 、 70 年代的黑人民權運動，以及第二波女性主義運動的刺激，欲探究為何黑／女人在勞動力市場中的地位較低。正如其名，它將資本主義社會的勞動力市場分為「主要部門」和「次要部門」，前者有較高的工資、雇用保障與升遷機會，其**技術受到肯定**；後者則是低工資、不穩定，也沒有什麼升遷機會，並且是被**去技術化**的。不過我們應該追問，「主要部門」與「次要部門」之間所擁有的「技術」，是否真有如此大的差異？又或者哪些工作常被貼上「非技術」（unskilled）與「半技術性」（semi-skilled）的標籤？以及是誰在決定分工的？

如前述，「很多醫生其實是 by 小姐的 order 在做事」（小芸語），許多醫療處置必須靠護理人員在第一時間去評估、判斷與執行；換言之，治療（cure）與照顧（care）之間的界線往往是模糊的。[22] 我常看到護理人員在抽動脈血、打 A-line（動脈導管）、解釋病情、說明醫療處置，以及用「鉛筆」開 order 等，[23] 是資方界定下只有醫生才可以做的工作。資方制度上的分工刻意忽略護理人員的這些工作，如此不但可以在計算「適當護理人力」時加以忽略，甚至反而可以譴責

22 傅淑方（2004a: 51-53）也有提到這種現象。

23 因為規定上是醫生才可以開 order ，所以護理人員會先用鉛筆寫上，等醫生有空的時候再來「擦去重寫」，並簽名。這個「擦去重寫」的動作，同時也擦掉了許多醫囑其實是醫護共同協商，或由護理人員提供建議的痕跡。

C.E.P.S.

朱政騏-p113-184 8/4/2007 9:35 AM 頁面139

護理人員「雞婆」、「多事」。因此護理人員被貼上「非專業」或「半專業」的標籤，和醫生區分開來，薪資與地位都遠低於醫生。同為醫療團隊的成員，醫護之間工作內容上的差異被過分強調；[24] 身為受雇者，醫護之間薪資所得的差距也被刻意擴大；作為職業，醫護之間得到的社會地位與尊敬，則有天壤之別。

有一天，我觀察到一件有趣的事：

> 有個小朋友因為打針而嚎啕大哭，兩位護理人員和媽媽連哄帶騙，拿出貼紙、拼圖還有童話書來安撫他。但是這位小朋友非常不領情，還是繼續放聲大哭，這時有一位醫生走進護理站，把小朋友抱起來，說：「來，伯伯跟你說……」，如此才終於讓小朋友停了下來。事後那位醫生又回到護理站，對著大家說：「我告訴妳們，其實媽媽不是他最信任的，只是最會讓他操弄的，最會滿足他的需求，所以他才會什麼都要找媽媽。但是我們不要讓他養成這種依靠的習慣，否則碰到事情就會畏縮……妳們護理人員都不懂啊，都只會幫助他逃避、轉移，跟他媽媽一樣，但是這樣他的恐懼並沒有消失嘛！妳們應該去看看奧修的瑜珈，那是一種內在科學，我一個學科學的人都靠那個在修練自己。（田野筆記， 2003/12/04）

這位醫生可以對著護理人員訓話，並不只因為他是男人，或者他是醫生，父權意識形態是與工作場所的制度接合，經由物質性實踐的生產與再生產。例如隆川醫院品管制度中的「異常報告」，被列為

24 當然，醫生也透過對各種技術操作、器械使用，以及制度或政策上的壟斷與操弄，來維持或加大這個差異。可參考吳嘉苓（2000）與傅大為（2001）。

C.E.P.S.

朱政騏-p113-184 8/4/2007 9:35 AM 頁面140

「異常」的項目多如牛毛，有「誤給藥物」、「誤給劑量」、「誤給途徑」、「耗材浪費」……還有「執行錯誤醫囑」，但就是沒有「醫囑錯誤」這一項。也就是說「異常報告」是以醫生為中心，護理人員有很多機會「執行錯誤醫囑」，可是醫生永遠不會錯，所以此制度是強化了醫生發號司令的角色。

而且醫生不常進病房，所以病人的許多問題需要護理人員代言，但是夾在醫生與病人之間，又得不到適當的信任與尊重，則讓護理人員感到苦不堪言。例如病人打點滴瘀血，但又不信任護理人員的處置，要求一定要醫生來看，醫生若沒有去，病人又會按紅燈責問護理人員「到底有沒有去跟醫生講啊？」但是護理人員只能提醒、建議醫生而已：

> 反正醫生他們經常都不進去看病人，就會問我們：「那個病人現在怎麼樣？」那我是會在跟他講了之後，接著說：「是不是要給他什麼（治療）？」或者我如果覺得那個 order 有問題，像我們 GS 的病人是不能隨便打※ @ # ＊（某種抗痙攣藥）的，可是剛進來的醫生可能不知道，或者值班的醫生是別科的話，通常也不會知道，就要我們去提醒他說：「嗯……他有什麼什麼問題，確定要這樣做嗎？」或者說：「我們以前都是怎麼做的耶」，就是用這種問問題的方式去跟他建議。（雅莉）

護理人員為了讓醫生 by 自己的 order 做事，就必須在主動提出意見時，又表現得「被動」與「屈從」（subordination），以提醒或建議的方式使整個決策的過程「看起來」好像是醫生占有主導的地位，Li Stein（1978）稱之為「護醫戲局」（nurse-doctor game）。由此可

朱政騏-p113-184 8/4/2007 9:35 AM 頁面141

知，分工是從權力的運作中創造出來的，爾後權力又來自於分工，各種物質性的實踐不斷地生產與再生產（強化）護理人員的「女性化」角色，建構並支持了「父權意識形態」，使護理人員的貢獻被視為理所當然。

> 有些比較沒品一點的醫生啊，像是晚上值班的時候那個 order 開得「零零落落」（台語）的，有時候還只是在電話裡面講一講而已。可是到第二天早上被怪罪的時候，又會推說「只是在值班而已啊，所以沒有開得很完整」，然後主治醫師就會問我們說：「怎麼沒有跟他建議？」這樣子，有的還會袒護他的學生，就罵我們：「怎麼警覺性這麼不夠！都沒有提醒值班的醫生一下！」要不然就是說「你們單位的小姐怎麼一點 sense 也沒有！怎麼當護士啊！」我覺得我們站在中間的角色，變成要做也不是，不做也不是，有時候會有這種困擾啦！（宜靜）

看到這裡，一定有人會跳出來大聲替醫生喊冤，表示只有「少數」，或只是「偶爾」如此而已。我也發現確實不少護理人員在抱怨醫生之前（或之後），都不忘補充：「大部分的醫生其實都還好啦！」或強調：「那是那位醫生個人的人品不好。」但是我們若做一個反事實的提問：「有沒有可能讓『少數』人品不好的護理人員『偶爾』也對醫生訓話一番，或發飆一下？」正如女性主義者指出「好男人」與「壞男人」往往是一體共生的，「好男人」經常可以藉著與「壞男人」對比而得利，得到較多的寬容與讚美。

C.E.P.S.

朱政騏-p113-184 8/4/2007 9:35 AM 頁面142

3. 臉上戴口罩，眼睛要會笑

資方的管理策略一方面壓低護理人員的薪資、遂行體力與情緒勞動，另一方面又要保持其身體的美麗意象，我們從一位護理人員回憶她面試時候的情形，就可窺知一二：

> 我那時候六月份去面試，就是有 SARS 快要結束的時候，然後她們都會問：「如果有 SARS 病人的話，妳願不願意照顧？」這樣，那當然說願意囉，為了要工作嘛。我們那梯進來的所有人都有被問這個問題，而且那時候都戴口罩啊，連面試的時候都戴著口罩，完全看不到臉，可是還是要化妝畫得美美的唷。而且特別強調「眼睛」，就是眼睛要會笑喔。因為只看得到妳的眼睛，所以阿長說眼睛一定要會笑。（大湘妹）

隆川醫院護理部的《新進人員工作須知》中提到「對病患的五大尊重」，包括微笑（smile）、注視（eye contact）、尊稱（address pt's last name）、聆聽（listening），以及用心（service is driven from heart），即可縮寫為 SEALS（誓約）的工作理念。在工作態度上要求「服裝、儀容整潔、配戴名牌」、「談吐大方，注意應有禮節」，並禁止「在病人面前談論與病情無關事宜」、「聽廣播及收音機」。其實大部分與化妝品專櫃小姐的工作理念、態度無異，顯然資方最在意的不是護理人員的技術與知識，[25] 而是其擁有的「美德」與「個性」（Gamarnikow, 1978: 115）。

此外，還有一系列對護理人員身體的具體雕塑，例如短髮不過

25 有些剛畢業尚未考取護士或護理師執照的護理人員也可以獨立照顧病人，與其他人無異。

C.E.P.S.

朱政騏-p113-184 8/4/2007 9:35 AM 頁面1-43

肩，長髮應挽起；指甲剪平清潔，可塗淡色指甲油；出席正式會議應著白色（裙裝）制服；褲襪限白色或膚色，短襪限白色不可有花邊；特殊單位人員離開單位三十分鐘應更換白色制服等。雖然有人還是會鑽漏洞，把頭髮挑染成紫色、綠色，甚至一頭亞麻黃，不過這樣就要和護理部主任與督導大玩捉迷藏，護理長只可能在「不被主任和督導看到」的情況下睜一隻眼、閉一隻眼。「工作須知」是由資方片面制訂，受雇者不僅是出賣自己的勞動力，還將整個「人」都置於資方的管理權力之下，怎麼穿著、如何打扮都受到嚴格的規定。

4. 女性化的空間與時間

畢恆達（2004: 117）對家庭空間的研究，發現在我們的空間語彙裡，有主臥室、（先生的）父母房、書房，甚至是娛樂間、客房、和室，但是卻沒有「女主人房」。「家」對女人而言，不見得是理所當然的「避風港」，而經常是一個勞動的場所，先生和小孩的書房都要她負責打掃，不過唯獨她沒有「自己的房間」；家庭中每一個空間都是「她要負責的」，卻沒有任何一個空間是「屬於她的」。同樣的，護理人員在「家」（工作單位）裡也是如此。

護理人員以「家」來稱呼自己的單位，因為作為醫生「象徵的妻子」，護理人員必須整天守在家中，等待醫生來查房。只要醫生一來，護理人員就要立刻放下手邊的工作去「跟查房」，備妥病人的病歷給醫生查看、詢問，並接受醫生的 order 來安排自己的時間。換言之，醫生可以安排自己的時間，而護理人員的時間則以醫生為依歸。

至於在空間上，也如同女性在家裡的空間經驗：每個空間都是「她要負責的」，卻沒有任何一個空間是「屬於她的」。病房裡有醫生專屬獨立的休息室與值班室，但勉強算是護理人員的休息空間，卻只

朱政騏-p113-184 8/4/2007 9:35 AM 頁面144

圖三　護理人員開放的「討論室」（左方為走道，底端為更衣室）

資料來源：作者拍攝。

有一個開放的「討論室」（見圖三）。實際上，那只是介於更衣室與護理站之間的空地，放上幾張桌椅，就成了「多功能的討論室」了，護理人員在這裡吃飯、開會、上課，下班後及上班前也可以在這裡休息、聊天。不過嚴格說起來，這個討論室並不屬於護理人員，因為當有「護生」（護理科系學生）來實習時，這裡就變成護生吃飯、上課的地方，很多護理人員在那種時候，由於沒有地方用餐，索性就不吃中餐；醫生們也經常會來討論室，而且就像家中的男主人一樣，想當然爾地認為那就是「他的空間」：

○醫師在「討論室」看到桌上有一包魚酥，就把它打開來吃，

C.E.P.S.

朱政騏-p113-184 8/4/2007 9:35 AM 頁面145

一邊吃還一邊說：「這個魚酥真的有酥喔！」就這樣吃掉了大半包。結果雅惠下班的時候才發現她的魚酥被吃掉了，就在那裡發牢騷。阿長跟她說：「妳自己的東西不收好，放在那裡人家當然會吃啊！下次要收到自己的（更衣室）櫃子裡面嘛。」（田野筆記， 2003/12/21）

唯一屬於護理人員的空間，只是更衣室裡一格小小的櫃子，在討論室無論做什麼事情，都可能受到干擾。而且還記得我們提過的「5S」嗎？病房的環境都是由護理人員負責維護，如同在家裡永遠是女人必須為環境髒亂而負責，儘管破壞環境整潔的往往不是女性。例如護理站的廁所是醫生、護理人員共用的，而男女共用一個坐式馬桶。很多女性都遇過「男生尿尿不掀馬桶坐墊」，導致馬桶坐墊上常有尿漬，讓女性只能蹲在馬桶上如廁。

今天突然發現護理站的廁所門上貼了一張字條，寫著「女性專用廁所」，一問之下才知道，原來昨天護理長上廁所的時候坐到一泡尿。小光說：「阿長氣得在裡面大叫，出來就寫了那一張紙貼上去了。」不過我觀察了一陣子，彷彿沒有「男」醫生發現那張紙條，抑或他們根本視而不見，仍然繼續使用這一間門上貼著「女性專用」的廁所。（田野筆記， 2004/03/12）

當男人不用坐著尿尿，也不必為自己製造的尿漬負責清潔時，當然無法體會女性的廁所經驗。「如何上廁所」代表著權力關係，如果可以要求男人坐下來尿尿，就讓他不得不面對馬桶坐墊上的尿漬，而必須為廁所的環境盡一份心力。

C.E.P.S.

朱政騏-p113-184 8/4/2007 9:35 AM 頁面146

不過護理人員要發起「女廁運動」可能還有一段漫長的路，正如護理長的紙條被視而不見，護理人員在空間裡的使用經驗同樣也遭到忽視。護理站的三台電腦，一台是給醫生看片子、開 order 的；另一台是給醫生查閱文獻資料的；最後一台則是病房書記用來打資料、鍵入帳單的。因此護理人員要用電腦列印護理計畫（care plan）都要等其他人不用的時候，不然就要向別人「借」電腦來用。病歷本也是醫生優先，即使住院醫生寫 order renew（整理醫囑）也可以優先使用病歷，有時還因為一次要整理太多 order 而在護理站摔病歷、發脾氣，卻沒想到可能有護理人員正等著病歷本寫護理紀錄。病房中處處有護理人員的身影，但她們在做些什麼？她們的空間經驗如何？卻沒有得到相對的關注。

四、護理之爲專業

在 2003 年 SARS 之後，「護士也是人」、「護理只不過是個工作」……這種輿論甚囂塵上，傅淑方（2004a: 47）也斬釘截鐵地說「護理人員的自我認同，由一開始的南丁格爾精神，轉變成為專業、科技的自我認同」。似乎這時還鼓吹「愛心」、「耐心」或「南丁格爾精神」都是非常「政治不正確」的舉動，取而代之的是檢討 S.O.P.（標準作業規範）、計算適當的護理人力，或將矛頭指向政府，譴責「健保對醫院實施總額預算制度之後，護理人員人事成本大幅縮減」。[26]

然而，「愛心」、「耐心」與「南丁格爾精神」對護理人員而

26 這是護理師護士公會全國聯合會理事長尹祚芊的講法（見張雅雯，2005/3/6），同樣也是輿論上相當「主流」的看法。不過它將矛盾指向「健保」，而不是經營醫院的資本家。對於這種講法，後面會再討論。

C.E.P.S.

朱政騏-p113-184 8/4/2007 9:35 AM 頁面147

言，真的沒有值得鼓吹的價值嗎？它們必然與護理的「專業」互不相容嗎？或者絕對不利於護理人員爭取提高勞動條件？當我自己身為「病人」與「家屬」時，[27] 一方面關注護理人員的勞動條件與專業發展；另一方面卻也衷心期盼護理人員能具有愛心與耐心，於是我發覺上述問題的答案可以是否定的。各行各業都在不同的意義下，為了不同目的而使用「專業」來自我標榜，因此護理之為「專業」對護理人員的意義為何？標榜護理是「專業」有何目的？又可能產生什麼「專業倫理」？

（一）手腦分離的專業

工作提供的不僅是物質的報酬與地位，也是「自我」體驗與認同的重要來源，其賦予的意涵常超越當下的工作環境。因此工作對生活是至關重要的，多數人一天之中除了睡眠時間以外，幾乎將所有寶貴的精力與時間都奉獻給工作，它是形塑「我們是什麼人」的關鍵。

有人說護理工作的「原型」是「應對人、處理事、控制場面的情境管理」（徐宗國， 2001: 182），認為男性護理人員可藉此重新定義自己為「病人病情的管理者」而「拓邊」（expanded）護理工作的範圍，與「護理是一份女人工作」的社會印象脫鉤，從而強調掌控、管理的陽剛性別角色（前引文： 172）。但依此定義的「情境管理」何嘗不能用在高階經理人、空服員、服務生、櫃檯接待等服務業的工作上？即使製造業工廠的工人也常需要應對人（同事、監工、老闆）、處理事和控制場面，可能只有獨自關在研究室或實驗室的人可以比較

27 2004 年父親因為肝昏迷住院，後來由我與父親進行肝臟移植手術，所以前後約半年的時間，我是以家屬和病人的身分住在醫院裡。

C.E.P.S.

朱政騏-p113-184 8/4/2007 9:35 AM 頁面148

不用「情境管理」。既然「情境管理」是一個包山包海而沒有分析性的概念，為何它仍廣受歡迎？[28]

王增勇（2003: 157）對「個案管理」的論述分析中提到，由於「個案管理」論述預設了管理者與資源接受者（被管理者）上對下的相對位置，所以爭奪管理者的角色就成了「專業」之間權力鬥爭的重點；「將自己不願意做的骯髒工作丟給別人」，似乎是各方積極投入「個案管理」而成為「管理者」的背後動力。這樣的解釋似乎更能說明我的女性受訪者同樣以「管理者」來自我命名的情況：

> 我們花了太多的時間在做雜事，像是在幫病人洗澡啊、換床單啊，雖然說那是很基本的護理的工作，可是那些事由護佐來做的話，可以減少很多我們的時間。我覺得我們護理要做的工作，很多是要觀察病人的服藥啊、還有處置之後的狀況啊，甚至要去做衛教、要去評估一些他的營養啦、生理需求，這才是我們要做的。現在我們花了太多太多的時間去做……嗯……那種……清洗尿管啊、翻身啊、灌牛奶啊，這些都讓護佐去做就好啦，否則這樣很浪費。這些工作也可以給那種二度就業的婦女來做，這樣就很好啊。一方面是多了一些工作機會，另一方面也讓她們自己覺得自己不是為了家庭……就是……她的生命不再只有家庭，讓她們對社會也可以有一點貢獻。如果有這種制度的話，護理就可以更專業一點。（阿如）

> 技術是非專業的，因為學了就會了，像 on foley（插尿管）、on

28 成令方（2003）也以「情緒勞動」和「情境管理」來定義護理專業。

C.E.P.S.

朱政騏-p113-184 8/4/2007 9:35 AM 頁面149

> IC（靜脈留滯軟針）、換藥、抽痰那些，可能做得比較久的看護也會做；我覺得學理那些才是專業的。（問：學理？）那些技術可能去訓練看護，她們也就會啦；可是像學理那種，就是怎麼處理事情的方法，譬如說病人突然喘起來，妳要知道怎麼去處理，或是病人突然喪失意識，要怎麼處理這些。……有些雜事其實可以訓練看護來做就好啦，然後由護士來負責管理。就是我們是以管理者的方式來照顧病人，讓看護去做非專業的部分，護理人員看著她們做來評估，我覺得這樣可以讓護理走得更專業化一點。（阿枝）

「管理＝專業＝腦力勞動」與「被管理＝非專業＝體力勞動」清楚地區分開來，正如 Braverman 所謂「概念和執行分離」，概念被集中到有限的集團那裡，使得勞動過程中「手和腦不僅分離開來，並且是截然分開而互相對立」（譯者不詳， 1988: 124, Braverman, 1974），長此以往，「技能本身的意義也降低了」（前引書： 128）。護理人員希望以「管理」之名擺脫體力勞動，而「專業」成了一個可以提高正當性的標籤。

但是當我繼續追問「護理專業」該如何與「醫師專業」有所區分時，她們又會抬出另一套講法，不是在「學理」上與醫生一較長短，也不是強調自己在「管理」上比醫生來得在行：

> 因為我覺得護理人員在 care 病人的時間，會比醫生去看病人的時間還要多，所以我們在做評估、觀察的地方會比較細微。（問：細微？）這樣說好了，有些事情像病人可能哪裡有個傷口啊，或者傷口的情形怎麼樣，會不會喘啊之類的，都是我們在

朱政騏-p113-184 8/4/2007 9:35 AM 頁面150

> care 的時候才會發現，那醫生可能不會去注意到這些；還有像是病人的家庭狀況啊，這些的，醫生通常也不可能去瞭解。（阿如）

> 嗯……就是可以發現一些病人的狀況，因為醫生可能大多是透過病歷在瞭解病人，那我們是一直 keep 在病人旁邊，所以在做很多事情的時候，就可以即時發現一些狀況，把這些 information 傳達給醫師。我覺得這就是可以表現出我們專業性的地方，讓別人知道妳這個小姐比較 smart 這樣。（阿枝）

「在 care 的時候」或「在做很多事情的時候」可以發現一些醫生忽略的問題，正好說明護理「動手做」的重要性，雖然她們想強調的仍是所謂的「smart」（對症狀的辨識），但要是沒有「動手做」就毫無機會發揮其專業與 smart 。

根據 Deidre Wicks 的說法，現代護理是在以培根、笛卡兒為代表，主張身心二分，將身體視為運作中的機器，即所謂「支配論述」（discourses of domination）；和另一方面以南丁格爾為代表，講究整體論（holism）與床邊醫學[29]的「康復論述」（discourses of healing）之間的矛盾緊張關係中所實踐的（Wicks, 1998: 28-72）。這種矛盾和緊張關係在護理工作中還特別表現為支持與反對「手腦分離」的立場，早在十九世紀對於護理應不應該動手做「卑賤的」（menial）工作就已經有爭論存在（Gamarnikow, 1978）。手腦分離意義下的「專

29 例如阿如提到要瞭解病人的「家庭狀況」，才能給醫生提供建議，而與醫生的專業不同；或者阿枝在談到如何進行衛教的時候，她也表示「要和病人建立好的關係，才有可能做好衛教」，這都帶有「床邊醫學」的特徵。

C.E.P.S.

朱政騏-p113-184 8/4/2007 9:35 AM 頁面151

業」以管理之名拋棄了體力勞動，使護理「專業」的邊界益發模糊；也就是說，當護理人員完全否定護理的體力勞動時，又會發現難與「醫師專業」做區隔。於是為了維護這岌岌可危的「專業」界線，當有人問起「護理是否為專業」時，幾乎所有的護理人員都可以立即講出一套「護理之所以為專業」的理由，這種「有問必快答」的現象，似乎透露了護理人員的焦慮，人人都準備好一套「標準答案」以應付這個問題。

張意湉也提到當護理人員面對這個問題時「就迫不及待地給予肯定的答案」，不過她似乎預設了「專業」的內容就是「執照」，所以她分析：「她們的回答不外乎是好找工作、面對人、不只是技術等『非關專業』的答案，只有一兩位受訪者在訪談時提到『執照』」（張意湉， 2003: 36）。這種「專業本質論」依據「何謂專業」的清單（list）去評斷哪些工作是「專業」、哪些是「半專業」[30] 或「非專業」，這麼做除了增加這份清單分類的權威性之外，實在看不出對護理人員有何意義。更重要的是，它忽略了護理人員在不同脈絡下使用「專業」的策略與目的。例如我的受訪者中有人將「專業」擴大解釋為「每個工作都有它的專業」，來肯定護理的專業；也有人特別將「台灣的護理」劃分出來，在聲稱護理是專業的前提下，承認台灣的護理「不那麼專業」。

手腦分離的「專業」也使護理人員遠離病人，必須透過諸多儀式性的操演來區別「一般人」和「專業者」，例如在言談中夾雜英文的病名、藥名，甚至藥物的「商品名」，以提高其「專業」形象：

30 張意湉（2003: 36）的訪談中有位護理人員表示她認為「護理是專業」，研究者立刻質問：「妳不覺得它是半專業而已嗎？」一來「半專業」這個詞對一般人來說是陌生的，二來這份評斷的標準似乎沒有受到相對的質疑和反省。

C.E.P.S.

朱政騏-p113-184 8/4/2007 9:35 AM 頁面152

當然比較喜歡跟醫生溝通啊，因為他聽得懂我在講什麼。像家屬有的會很固執，很笨啊，都聽不懂我在講什麼，自以為很懂，但是我跟他講稍微專業一點的又都不知道。那病人的話，有時候像是老先生，都講不來啊，妳講的他都聽不懂，或者無法接受，講到都要冒火了。（阿如）

這與護理界所期待的理想恰好背道而馳，盧孳艷（2005: 8）在一本書的序中提到：「與生硬艱澀的醫學教科書相對應，作者珂妮〔按：美國的護理執業師〕以常民的語言及參考脈絡……寫就了這本淺顯易懂而好看，並且融合了豐富而正確的婦女保健知識的小說，弭平了醫學專家與常民間的知識鴻溝。」雖未言明，但她已暗示著「護理本當如此」的規範性立場。

（二）以實作為核心的專業

「實習」對護理人員而言是相當重要的，護理的知識猶如工匠的技藝是「以實作為核心」的方式傳授，許多人是在實習後才知道「真正的護理人員要做什麼」，從而確認自己喜歡（適合）／不喜歡（不適合）護理工作：

我之前想要做（護理）一輩子，可是來了隆川之後，就打消這個念頭啦！呵呵。（問：之前是什麼時候？）之前喔，就是在實習的時候啊，反正就是剛接觸到「真正的」護理的時候，那時候還有很大的熱忱感。因為我馬偕唸三年，本來唸到第二年的時候，覺得很不想唸了，覺得護理好無聊喔，就覺得課本上

朱政騏-p113-184 8/4/2007 9:35 AM 頁面153

講的都很無聊，那時候我還沒有實習嘛，還沒有實際去碰到人，只是看課本上講的一大堆，不知道真正的情形是怎麼樣。可是去實習的時候，我就覺得，哇！就是……就是妳可以把一個病人照顧好，讓他出院，然後他很高興的那時候，我就覺得成就感很大，感覺好好喔。所以我是因為實習，才開始喜歡上護理的。（小丁）

實習是踏入「真正的」護理的第一步，在這之前，都還是屬於不知道護士在做什麼的「一般人」。猶如工匠的學徒，很多人表示在實習的時候「常被學姐電」、「常被老師罵」，不過老師與學姐往往又是實習護士的「靠山」，遇到什麼不懂的問題都可以問她們，而且老師會在旁邊「看著妳做事」，讓人有安心的感覺。

以前當學生在實習的時候，老師大部分都會在旁邊看著妳做事，然後跟我們說：「要大膽，大膽去做，不要怕。就算是沒有遇過（的狀況），妳也要大膽去做，不要畏畏縮縮的，這樣反而給病人更多的痛苦。可是也要細心，因為有很多蛛絲馬跡都是我們跟醫生講，醫生才發現的」。有老師在旁邊，會覺得比較安心。（小英）

「大膽去做」是護理人員學習的關鍵，徒有書本上的知識與學理不可能成為一位稱職的護理人員，而且「會讀書不一定會做事」、「讀書是一回事，工作又是另一回事」都是護理人員常掛在嘴邊的說法。對臨床護理人員來說，做事的經驗可能要比讀書來得更重要，一位有大學學歷的護理人員提到自己被學姐「電」的經驗：

朱政騏-p113-184 8/4/2007 9:35 AM 頁面154

她（學姐）會一直問那種「學理」，一直問：「為什麼要這樣？為什麼要那樣？」然後妳有問題去問她，她可能還會反問妳：「那妳覺得怎麼樣？」、「是這樣嗎？」（問：可是妳是大學生，問學理不是應該妳比較厲害嗎？）不會，因為學姐在那一科，所以她們會很專精在那一科，[31] 可是我們讀書是每一科都讀一點，但是不專精。而且在紙上作業很容易啊，不過妳要把它活化，把它帶到臨床的時候，妳就不見得會想得到，考慮得沒有那麼多。（小波）

換言之，所謂的「學理」不只是書本上、學院裡的知識，而是與臨床工作經驗結合的「實作」，能將學理應用到臨床上才是「學理好的護理人員」，否則就只是令人頭大的書呆子：

一個護理人員的經驗是很重要的……學校學習的是比較 basic 的東西，那些東西要應用到臨床上確實需要一點時間，所以在護理生涯裡面，帶妳的這個人是很重要的，帶妳的這個人是有經驗的話……就可以比較……因為妳學是學嘛，但是要運用在一個活的人身上，經驗就變得很重要了，她可以很清楚地評估一個病人的問題所在。（美麗）

此外，技術性的工作往往是護理人員勞動中少數可以獲得成就感的來源，經常也是學姐之所以成為學姐的關鍵。以打靜脈注射的留滯軟針（on IC）為例，這個常被認為「沒什麼」的技術，卻是工作中

31 前面提到的「大雜科」現象削弱了學姐（資深護理人員）在這方面的優勢，改變了學姐學妹之間的關係（詳見後文）。

C.E.P.S.

朱政騏-p113-184 8/4/2007 9:35 AM 頁面155

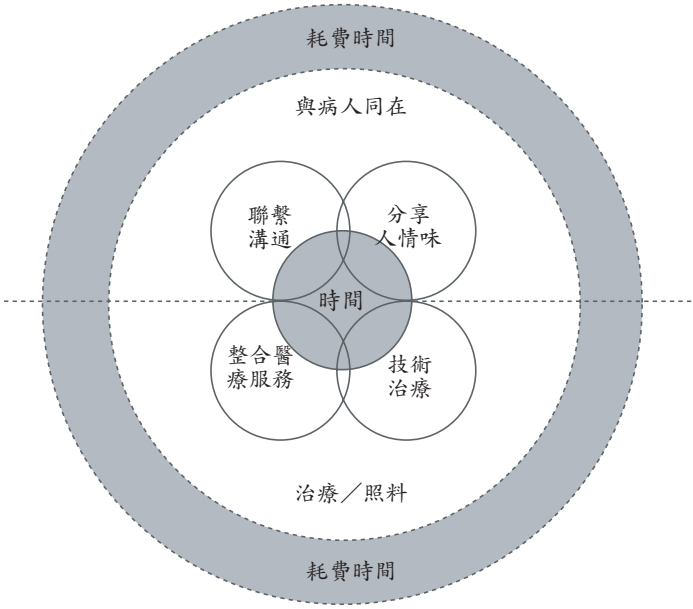
獲得成就感的重要來源，亦是取得病人與家屬信任的敲門磚，能夠「一針就上」，不僅對自己是一種肯定，「不用別人去誇讚妳，心裡都會很有成就感」，而且容易讓別人感覺很專業，反之「如果妳 try 了好幾針都沒上，大概之後講什麼他都不會相信妳了」。而學 on IC 無他法，唯有多練習。每個人習慣的方式可能都不一樣，有些是讓針和皮膚呈 30 度，先推進去多一點，再慢慢拉出來；有的是針先和皮膚平行，進去淺一點，然後再往下深入；有人習慣用兩隻手指壓住目標血管來固定；有的人則只是用一隻手指按著，即使將這些差異通通「標準化」，可是面對不同情況的病人，還是要「靠經驗」、「憑感覺」，練習久了感覺就會比較準。

護理工作**必須**透過**純熟的技術**和**豐富的經驗**，才能發揮深厚的學理而成為專業；也就是說，即使是診斷、評估或衛教，仍需要以此為基礎。 Harry A. Milne 和 Carol L. McWilliam 認為只強調護理診斷（nursing diagnoses）的護理太過於狹隘，這種看法限制了我們對護理的瞭解，把護理當成是一件疏遠的、客觀的，並且與感情無涉的（non-engaging）事情（Milne & McWilliam, 1996: 811）。她們分析護理工作的兩個要素：「與病人同在」（being with），以及「做治療／照料」（doing to/doing for），而這兩者都是以「時間」為中心同時進行的（見圖四）。換言之，做技術性治療的時候，同時能與病人溝通互動，如此方可站在病人的立場，設身處地來瞭解其病痛（illness）所在。

像那個小夜班的時候啊，我們都要清洗 enema（灌腸）。呃……過程可能有點痛苦，可是成功了之後，會覺得「耶～萬歲」，好有成就感喔。（問：怎麼樣叫成功了？）就是灌清啦，灌到出

朱政騏-p113-184 8/4/2007 9:35 AM 頁面156

圖四　護理時間的本質



資料來源： Milne 和 McWilliam（1996: 811）。

> 來的都是清水。然後這中間還會跟病人溝通吧，妳就會對這個病人比較熟，而且只有在灌腸的時候，妳才有時間跟病人講話，所以會跟這個病人比較熟，那病人跟妳之間的親近感，也會變得跟妳比較親近的感覺。（婉君）

不過我們不該對護理抱有太多崇古懷舊的幻想，作為一份受薪工作，護理不可能自外於資本主義的生產關係，護理人員越來越成為勞動力市場上的商品，將雇傭關係逐漸打造（making）為純粹的商品買賣關係。首先，這個轉變使「實證護理」（evidence-based nursing）成

朱政騏-p113-184 8/4/2007 9:35 AM 頁面157

為護理教育的主要內容，強調「實證」經常化約了疾病的社會脈絡，只針對單一、個人的病因進行治療。更重要的是我們若進一步瞭解「實證護理」的內容，會發現它相當強調「自我學習」、「主動學習」和「終身學習」，也非常重視護理人員對「成本效益」的概念（張碧真， 2004 ；[32] 許麗齡， 2001）。換句話說，對「成本效益」的監控是實證護理一個主要的重點；而那三種「學習」指的是「學生感受到自我有效性（self-efficacy）及自主性（autonomy）的學習」（許麗齡， 2001: 65），恰好與當前企業文化論的管理論述相呼應，皆是將勞工建構為「進取的主體」（enterprising subjects），必須時刻經營和監督自己以達成績效和自我實現（du Gay, 1997: 301-303）。可見現代護理領域對「實證」觀念的重視，不僅與醫學史「內部」的細菌學說有關，也與「外部」社會的發展息息相關。

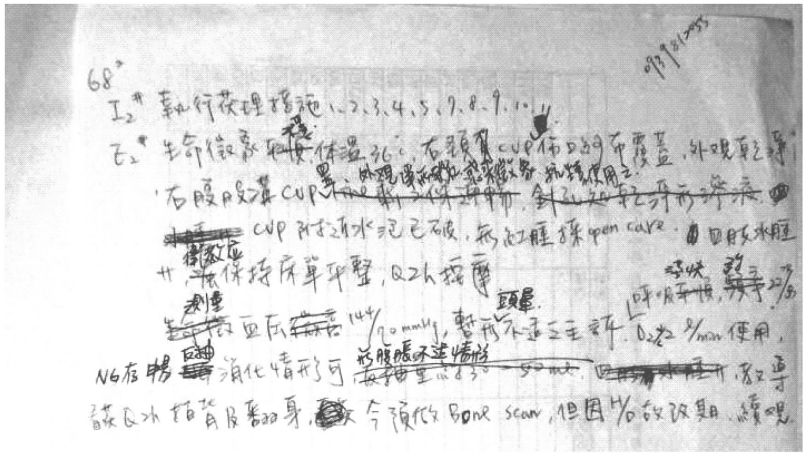
其次，「稽核式」的成果評估逐漸取代類似「師徒制」的經驗傳承。前面提過有位學姐認為標準化的好處就是「不用講」，可以「直接拿稽核表去稽核她」，真是一語道破這個轉變的關鍵。由於醫院不願花錢買不能用的勞動力，所以新進人員培訓的時間越來越短（一週）；而且如果要安排一名學姐的「護理人力」去帶新人，顯然非常不划算，於是改以稽核的方式進行。不過如前所述，全然的商品化對資方來說不見得有利，所以某些傳統的權威也被保留下來。例如新進學妹的護理紀錄要先寫一份草稿交給學姐批改，然後再把它謄寫到正式的護理紀錄上。由於批改的學姐也要為這份紀錄負責，所以有人

32 本筆參考資料為筆者旁聽九十二學年度第二學期北醫護理系「護理研究概論」課程的上課講義，引用此非正式出版品的原因，是因為公開發表的研究論文，對護理系學生而言或許沒有什麼影響，而上課內容雖然也有可能「沒有什麼人在聽」，不過由於考試測驗的關係，上課講義多少會受到一定的重視。

C.E.P.S.

朱政騏-p113-184 8/4/2007 9:35 AM 頁面158

圖五　學姐批改學妹的護理紀錄（舉隅）



資料來源：作者拍攝。

說：「我們（學姐）都會把它改得越詳細越好。」但是我發現似乎並非如此（見圖五）。

將「生命徵象平順」改為「平穩」；將「囑保持床單平整」改為「衛教應保持床單平整」；將「呼吸平順，頻率 22 次／分」改為「呼吸淺快，約 22 次／分」；甚至比較詳細地記錄鼻胃管「反抽量約 30-50 ml」，也被劃掉重寫為「無腹脹不適情形」。其實「每個人寫護理紀錄的習慣都不同，所以多多少少都會有些地方不一樣，今天就算我改好了，拿去給○○姐看，她還是會再改，一定都會改」（小芸）。換言之，有些用字遣詞並無一定標準，批改的象徵意義大於實質的意義。維持這種徒具形式的學姐／學妹關係，既瓦解了工人團結的基礎，又可以依資歷等級的差別，擴大學姐／學妹的薪資差異。

C.E.P.S.

朱政騏-p113-184 8/4/2007 9:35 AM 頁面159

（三）專業倫理？專業倫理！

護理的「專業倫理」受到各界關注、廣泛地討論，莫過於 2003 年 SARS 期間，原本仍在爭論護理到底是「專業」還是「半專業」的人突然口徑一致，肯定護理的「專業」地位，並煞有其事地開始討論護理的「專業倫理」應該如何。其中醫評會主委兼醫教會常委的黃崑巖在《中國時報》上發表了一系列文章談「醫護教育的缺失」，該文第六篇提到「護理教育及醫療商業化的隱憂」：

> 護理教育的問題是醫學教育的翻版，問題一樣地嚴重，我關心它，純因我堅信護理與醫學是醫療兩大支柱，缺一不可。台灣不缺繼承南丁格爾遺志的學生，但也不少抱著護士不當，也可當個好媽媽的心態而唸護理的。這衍生兩個問題：一、護士流失率大。……二、不能吃苦耐勞的學生很多，遇到要求較嚴的老師，學生即敬而遠之。愛的教育不講紀律就不成教育，誰都明白。這種學生日後打錯針、拿錯藥，絕非偶然，遇到 SARS 風暴集體辭職的，恐怕也是這類人居多。所以比起醫學教育，護理學生更需要在專業課程開始之前打精神武裝的強心劑，做倫理教育的大換血，求精神面的成熟。（黃崑巖， 2003/6/12）

對護理人員的高流失率，竟然歸咎於個人，認為是有不少人抱著護士不當，也可當個好媽媽的「心態」而唸護理，那麼改變個人心態的方法，就是在教育上「打精神武裝的強心劑，做倫理教育的大換血」。有什麼「診斷」就會開什麼「處方」，並不令人驚訝，讓我驚訝的是這些高舉「醫學人文」的醫界大老竟未曾診斷出自身的問題。

C.E.P.S.

朱政騏-p113-184 8/4/2007 9:35 AM 頁面160

1. 醫學人文的具體實踐

有位護理界的菁英針對「北城醫院事件」發表意見，她同樣推崇黃崑巖在醫評會的做法與意見，認為我們的護理教育「忽略人文的素養」，只是訓練出「護匠」，卻無法教育出充滿「南丁格爾精神」的「護理師」。她說：

> 如果護理人員能多些人文素養，多點人本精神，對生命有更深的洞悉，對價值觀與生命意義有更殷切的反省，對生命倫理有更切實的認知，就不需要再由老師押著三讀五對，……而是自動自發地五讀七對，因為對方的生命健康交在我手裡！（趙可式，2002/12/19）

「三讀五對」不只是抽象的規則，而是醫院中的「現實」。資方為了節省成本而更換便宜的藥，以致藥的外形、包裝經常改變，增加對藥錯誤的機率；護理人員一次要對十幾、二十床的藥，尤其是星期五，一次要對三天份的藥，能夠「三讀五對」已經很不錯了，遑論趙可式所說的「有人文素養的護理師」，可以「五讀七對」。因此，我們不得不將大老、菁英口中的「醫學人文」，放在醫院中的「現實」中好好檢視一番，究竟其具體實踐了什麼。

隆川醫院據說是最重視「醫學人文」的醫院，先後成立畫廊、藝術空間、健診中心藝廊、時間川廊等展場，並且後來整合為美術館，在各式各樣的文宣上不忘標榜自己「醫學人文」的成就，號稱「為醫學人文具體實踐做最佳的詮釋」，並且「國內許多醫療機構亦群體仿效設立藝術空間，為醫學人文注入源源活水」。學界的「醫學人文」或許有些不同版本，難以一概而論，不過「醫學人文」在醫院中的具

朱政騏-p113-184 8/4/2007 9:35 AM 頁面161

體實踐，指的就是**公共空間的美學化**或**醫院空間的商品化**。

都市公共空間的美學化大致上營造了某種中產階級的高雅品味，暗自要求進入該空間的人，共同表現出「逛美術館」般的心情與舉止，沈靜祥和、輕聲駐足與移動，而一切卻又是在嚴格的導引禁制規約之下（王志弘， 2002: 96）。而且公共空間的美學化經常與空間的商品化相伴而生，於是醫院內外皆裝潢得猶如高級飯店一般富麗堂皇，各行各業組成的「商店街」進駐地下樓層，一樓大廳則有便利商店、花店、星巴客咖啡店，一應俱全。此外，樓上再增設所費不貲的健診中心、皮膚雷射美容中心，以及標榜「專業照顧」及「醫療服務」（當然也是高價位）的護理之家。讓病人住院好像住飯店，看病就像逛百貨公司，醫院不僅賺看「病」的錢，也能賺到所有「人」的錢，果然非常符合「醫學人文」的口號。[33]

醫學人文的具體實踐把醫院改造得如此具有「吸引力」，令人置身其中想要否認自己是「消費者」也難。但是當有人檢討「醫療商品化」的問題時，這些醫學人文論者又歸咎於「病人」或「民眾」的「消費者意識」（例如謝炎堯， 2005/1/20），彷彿病人與民眾的「消費者意識」才是問題的癥結，且與醫護人員是相互對立的。因此，有位護理人員以既戲謔又嘲諷的方式說：

> 好的護理品質喔……「你」覺得好就好啊，就是病人滿意，顧客滿意就好，因為現在顧客意識抬頭嘛。……唉，所以我們第一個，每天看到病人就要自我介紹；第二，發藥之前除了三讀五對，還要跟病人解釋藥物的作用、副作用，病人知道了，還

33 「醫學人文」的名言嘉句：看病人不能只有看到「病」，更要看到「人」。

C.E.P.S.

朱政騏-p113-184 8/4/2007 9:35 AM 頁面162

> 要親視他吃下去喔；每天都要給他感覺很好，幫他鋪床單、換棉被，然後在一樓呢，我們就要像百貨公司一樣，對不對，讓他一進來會說：「ㄟ～這個百貨公司不錯」，在硬體上給病人耳目一新的感覺，就是，嘿，這醫院很新、好乾淨，感覺起來就不一樣嘛。（秀珍）

自我介紹、三讀五對、解釋藥物的作用、副作用、親視病人服藥，以及讓病人感覺很好，這些原本沒有什麼不對，只不過在目前的勞動條件下幾乎成了天方夜譚。所以她用嘲諷的口吻來訴說這些要求，似乎只要沒有「顧客意識抬頭」，護理人員就可以擺脫惡劣的勞動條件，不用做這些事情了。

2. 為專業倫理找基礎

從對醫學人文的討論中，我們知道即使「好」的事情，在缺乏相應的勞動條件支持下，也可能會變成諷刺的笑話，剝削的工具。因此我們回到護理人員的勞動過程，挖掘其中可能蘊含的專業倫理，再為其找到可靠的基礎。

有位護理人員曾經區分出「兩種護理」，一種是她喜歡的，另一種則否。而她喜歡與否的依據，不全然是以「勞動強度」的高低為準，還包括了兩者不同的照顧方式。

> 當護生實習的時候只照顧一、兩個（病人），所以妳只要用心去照顧，其實他的身、心、靈都可以去照顧得很好。……實習的時候壓力其實很大，只是我比較喜歡那個樣子的護理，可是現實是不可能的。所以我剛畢業來到這裡當護士，覺得衝擊很

朱政騏-p113-184 8/4/2007 9:35 AM 頁面163

大，因為連最基本的……那時候讀書（實習的時候）希望能達到 98 分好了，可是現在妳再怎麼努力，也就是只有 60 、 70 分而已。所以那時候回家每天都以淚洗面。（婉君）

照顧床數的多寡雖然是實際上條件的限制，但影響其好惡的關鍵，在於能不能照顧到病人的身、心、靈整體。另一位護理人員也提到「兩種護理」的比較，著重的同樣是照顧方式上的差異：

因為實習的時候是 one by one（一對一）的，所以妳可以花很多時間、花很多力氣、花很多妳的心思，去跟病人有多一點接觸。不像我們現在照顧的病人很多，只有發藥的時候稍微噓寒問暖一下，根本沒有深入地去瞭解他的心理、家庭……什麼的，我覺得就是比較表面而已。像我在當護生的時候，是連他祖宗八代都很清楚，所以知道要給他什麼樣的 care ，用什麼樣的方式去衛教他才容易懂。（小丁）

除此之外，更有人直指資方的品管制度，才是左右她是否喜歡護理的重要因素：

我的第一份工作對我影響蠻大的，讓我覺得護理不是那麼令人討厭，臨床並不會令人那麼討厭。因為那時候沒有 DRG ，就是論病計酬，就不會病人來的當天馬上就要開刀，或隔天就要開刀，然後三天後出院。就不會讓人覺得什麼都步調很快很趕，一切都是很人性的，哎喲，就是像你家裡沒人照顧，或是你下床走路走得不好，那醫生就會把你留著多觀察幾天才回家。（隘宇）

C.E.P.S.

朱政騏-p113-184 8/4/2007 9:35 AM 頁面164

她說的 DRG 指的其實是「臨床路徑」，這種由 DRG 而來的品管方式，就像速食店的套餐一般，診斷為 A 病，是 A’天療程； B 病則是 B’天療程，資方不但要標準化護理人員的勞動過程，連病人的病情也要盡量標準化。病人一開始住院，就要趕著「走臨床路徑」，療程做完就必須立刻出院：

> 衛教要講很快，一定要講很快。因為在外科，病人通常一進來就要開刀啦，入院過十分鐘，大概就是送開刀房啦。有時候我們（不同單位的護理人員）還在交班，就要送開刀房啦。真的很快，根本沒時間慢慢做衛教，而且他們回來又不聽妳講，因為回來就會痛啊，他們就會專注在疼痛上面，根本聽不下去。（美華）

我們看到護理人員喜歡的「護理」，有人提到是可以照顧到病人的身、心、靈，可以很深入而全面的瞭解病人（連他祖宗十八代都很清楚），也有人提到她是因為沒有臨床路徑等標準化的管理方式。這倒不是護理人員比醫生來得有「人文素養」，也不是南丁格爾多麼神通廣大，以致整體論的床邊醫學感召了這些護理人員。這種「整體論」之所以會被保存下來，主要是由於醫護之間的勞動分工，醫生可以只針對特定的病灶做治療，但是護理人員卻很難如此：

> 病人有其他科的毛病，醫生大部分都會擺爛，除非到真的沒辦法了，病人一直在叫、一直在叫，他們才會去會（診）。像那個李○○他就不愛會（診），前一天他在巡房的時候還問那個住院醫師：「為什麼要會這個科？有必要嗎？你以後要會什麼科要

朱政騏-p113-184 8/4/2007 9:35 AM 頁面165

先跟我說一聲，我同意之後再會。」醫生大部分都不喜歡處理其他科的事情。……但是我們都要照顧全部啊，因為他（病人）哪裡不舒服就會一直按燈，我們就要一直跑。然後病人就會說他肚子痛啦、哪裡不舒服啦，都是我們在跑，又不是醫生在跑，所以我們當然會照顧他的全部啊。不像醫生都可以只 focus 在他那一塊，覺得「我就是不要會（診），等他那一塊好了，就趕快丟掉他」。（心芸）

因為護理人員長時間陪在病人身旁，第一線去接觸病人的各種反應，所以護理人員比醫生更能夠與病人同在（being with），設身處地的為病人著想。事實上也唯有如此，才可以順利完成護理工作，給予病人適當的照顧與衛教。不過由上述討論可知，要做好護理，只有在床數少且沒有資方一大堆品管制度的條件下才有可能。我進行田野工作的期間，隆川醫院正好為了升級醫學中心而增設了一個「安寧病房」。由於是「for 評鑑」（為應付評鑑而設）的臨時單位，所以標準化的項目較少，而且安寧病房的病人通常很少，所以讓某些護理人員有機會體驗不同以往的工作方式，每當她們講起那段時間與病人互動的故事，總是特別令人動容。雖然在那裡做的都是一些按摩、洗澡的事，但因為比較有時間可以跟病人與家屬溝通，所以這些基本護理的工作不再讓人感到「卑賤」，反而成為護病之間一種親密的互動，加深了彼此的信任與瞭解，使病人能夠得到更好的照顧。

緩和的那個病人他是腎細胞癌，他到往生前一個月住在我們這邊。……而且他太太不會照顧，身上就有很多褥瘡，然後病人的意識都開始混亂了，他不知道自己在講什麼，而且他講什麼

朱政騏-p113-184 8/4/2007 9:35 AM 頁面166

家人也聽不懂，就伊伊喔喔這樣子。他講得出來，可是我們聽不太懂他講什麼，有時後我去幫他按摩啊、洗澡啊，和他太太一起，然後和他太太聊天，感覺就像去隔壁阿姨家，然後阿伯生病了，就是幫忙她照顧這樣。然後到一、二個禮拜之後，病人越來越「揮」（台語）嘛，可是有一天他突然很清醒，把我叫過來，摸摸我的手說：「哎呀，妹妹，妳很好，我知道妳很乖，照顧我照顧得很好，我很謝謝妳。」他一直哭一直講，他說：「我已經快死掉了，然後謝謝妳的照顧。」就講這樣幾句，然後他就說他要睡覺了，他要休息了，之後他又還是繼續混亂，搞不清楚誰是誰。連他太太是誰兒子是誰，他都認不出來，可是我放假的時候，他太太告訴我說，就是我放假之後，他太太就跟我說：「哎呀，妳昨天沒有來上班，我先生都會問我說，這幾天給我照顧的那個小女孩怎麼都沒有來？」他會去記得妳對他的好，會讓妳覺得很窩心，就是我對你的付出啊、對你的照顧，其實不是要得到你的回饋，只是我想要幫助你，讓你趕快好起來。（隘宇）

在那種環境下的護理人員幾乎人人都可以有「南丁格爾精神」，但是「for 評鑑」的安寧病房是天上掉下來的禮物，在評鑑過後資方便將它收回去，繼續經營賺錢的護理之家。由於不是靠護理人員的力量爭取來的，這種勞動條件與生產方式，終究僅是曇花一現。我們姑且不論改變生產方式，全面取消異化勞動，這種看似遙不可及的目標，但是組織產業工會或其他形式的勞工組織，以集體的方式來提高勞動條件，至少是當下可行的辦法。我們可以說：「沒有產業工會，就沒有專業倫理；沒有勞工組織，就沒有南丁格爾精神！」如果我們

朱政騏-p113-184 8/4/2007 9:35 AM 頁面167

連這兩句話都不敢說得理直氣壯，只是聲嘶力竭地高喊「護士也是人」，只想藉由護理菁英的政治運作，把護理解釋成「專業」。那麼我們不但無法獲得社會的支持，基層的護理人員依舊是一盤散沙，毫無力量。

為什麼一定要有基層護理人員自己的組織？因為既有的護理師護士公會乃是專業者團體，在法律上缺乏工會（勞工組織）的針對性，無從介入改善護理人員的勞動條件。[34] 而由田野資料的分析中，我們都清楚知道勞動條件與護理人員對其專業的維繫，以及對專業倫理的堅持息息相關。更重要的是，目前「公會」的組織是由上而下，缺乏基層參與的組織，沒有組織化的個人站出來要求提高勞動條件，無論是博取社會的同情，或者是運用高明的政治手段來達到目的，爭取到的成果往往難以普及與持續。只要代言的菁英一旦消失，缺乏組織力量的基層護理人員也就無以為繼；或者受害的個人若是得到補償，那麼其他的護理人員通常就無法雨露均霑。況且，博取同情或政治手段也許能夠立竿見影，但基層護理人員要是能透過自身投入組織而獲得培力（empowerment），從參與中集體成長、建立自信，這要比是否能立即達到特定目標更為重要。

其次，藉由個人（菁英或受害者）的代言，無法向社會大眾保

34 在法律上，公會並不能保障勞動三權，也就是公會無法與資方訂定團體協約，實際介入勞動條件的談判；此外，公會也不能依法發動罷工，這等於失去了勞動者在與資方談判時關鍵的籌碼。因此，公會在法律上無從介入提高勞動條件（這通常是基層護理人員最關心的事），只能對資方進行「道德喊話」。在沒有辦法確保會員勞動權益的情況下，基層護理人員參與的意願自然低落，而缺乏基層的參與，又註定了公會只能由少數高層菁英發言喊話的情況。綜而言之，作為專業者團體，護理師護士公會不若醫師公會有影響力，又因為缺乏針對性，對於護理人員勞動條件的改善幾乎是無從著力。

C.E.P.S.

朱政騏-p113-184 8/4/2007 9:35 AM 頁面168

證，在護理人員的權益提升之後，護理專業能夠提出符合社會期待的「專業倫理」。例如賦予護理人員罷工權，會不會讓傳染病患無人照顧？護理之為專業，即意謂了其對社會的承諾，護理負有特殊的社會責任，而社會同時也賦予它與眾不同的地位和待遇。護理人員若能組織工會，抵抗資方諸多傷害護理專業的管理制度，以自治代替醫院管理者的勞動規訓；在對外要求更多權利的時候，對內也必須要求工會成員的行為符合「專業倫理」。這個「專業倫理」是護理與社會的彼此承諾，並且由工會來擔保：一方面與資方協商，以確保此專業倫理的實踐基礎；另一方面要求會員的行為，盡社會責任，讓社會大眾成為護理人員要求提高勞動條件的後盾。因此，最有資格倡導「專業倫理」或「南丁格爾精神」的地方不是學校，也不是缺乏基層參與的公會，而應該是基層護理人員組織的產業工會。在能夠保障護理人員勞動條件的前提下，去鼓吹這類專業倫理、南丁格爾精神，才不會口惠而實不至，反倒讓這些倫理與精神成為護理人員沉重的負擔。

五、結語

護病關係一方面受到資方管理制度的影響，將病人當成「顧客」，而奉行「顧客至上」的律令，這與商品化的雇傭關係共同將護理人員形塑成專業的病情與資源管理者；另一方面護理人員在醫院的勞動分工中，必須長時間陪伴病人，且照顧其整體需要，因此護病關係又有傳統照顧者／被照顧者的封建性質。護理人員的自我認同即擺盪在「專業管理者」與「傳統照護者」的角色之間，只有當護理人員的勞動條件提高，取消資方過多的管理制度之下，護理人員才有可能成為一位**有機的專業者**，也就是既是專業者，又與社會大眾站在一

C.E.P.S.

朱政騏-p113-184 8/4/2007 9:35 AM 頁面169

起，與病人緊密連繫，共同改革醫療的問題。

空泛地要求護理人員要有人文素養或南丁格爾精神，卻沒有相應的勞動條件支持，這些要求往往只是偽善，只會進一步壓迫與剝削護理人員。因此，為了提高勞動條件，並且奪回「如何勞動」的權利，挑戰資方的管理制度，護理人員必須組織起來，以工會或其他組織的形式來提倡「專業倫理」，使專業倫理不再是缺乏基礎的口號、教條，而是護理人員從勞動過程中發展出來的行事準則與規範。同時，這樣的專業倫理也可以做為護病團結，甚至是與社會大眾團結的基礎。以護理人員組織共同承諾的專業倫理為擔保，而不是個別護理人員跳出來訴諸自己的「人權」，這樣更能夠被社會大眾接受，選擇站在護理人員這一邊。

護理人員不再需要依靠「白衣天使」、「南丁格爾精神」的「假面」來惹人疼惜與同情，刻意標榜自己是如何犧牲奉獻和充滿愛心，其實在護理人員的勞動過程之中，就已經包含了「護病一體」的可能，充滿可能發展為專業倫理的種子。只不過受限於資方的管理制度以及日益惡劣的勞動條件，才使得護理人員與病人漸行漸遠，甚至互相對立。當我們面對資方五花八門的宣傳與口號時，應該做的不是提出另一套迷思與口號（白衣天使、醫學人文）來對抗，那樣只會成為醫療商品化下鄉愁式的哀嘆而已。真正的批判應該是要「回到現實」，從護理人員實際的勞動過程出發，挖掘隱含其中的「專業倫理」，以進一步保障與鼓吹這種進步的成分，對抗資方的管理策略、提高勞動條件，相信每一位護理人員在揭開「白衣天使」等假面之後，仍然可以是富有愛心、耐心的有機專業者。

C.E.P.S.

朱政騏-p113-184 8/4/2007 9:35 AM 頁面170

參考文獻

王志弘（2002）〈流動地景與時空操演：台北捷運系統與新都市經驗〉，《地理學報》，31: 83-115 。

王增勇（2003）〈照顧與控制之間：以「個案管理」在社工場域的論述實踐為例〉，《台灣社會研究季刊》，51: 143-183 。

包凡一、王湲譯（1993）《人類本性與社會秩序》。台北：桂冠。譯自 Charles H. Cooley (1964) *Human nature and social order*. New York: Schocken Books.

成令方（2003）〈請別再糟蹋護理專業〉，《台灣女性學學會論壇》。〔online〕. 2006/8/2. Available: http://www.feminist.sinica.edu.tw/forum/sarsnurse/4-3.doc

吳家駟譯（1991）《資本論：第一卷》。台北：時報。譯自 Karl Marx (1867) *Das Kapital: Kritik der politischen oekonomie*. Hamburg : Otto Meissner.

吳嘉苓（2000）〈醫療專業、性別與國家〉，《台灣社會學研究》，4: 191-268 。

林本炫（2003）〈紮根理論研究法評介〉，齊力、林本炫編《質性研究方法與資料分析》，171-200 。嘉義：南華大學教育社會所。

邱文達編（2002）《國家品質獎第十三屆得獎者發表會資料（2）》。台北：經濟部。

胡幼慧、姚美華（1996）〈一些質性方法上的思考〉，胡幼慧編《質性研究：理論、方法及本土女性研究實例》，141-157 。台北：巨流。

胡幼慧編（1996）《質性研究：理論、方法及本土女性主義研究實例》。台北：巨流。

胡榮、王小章譯（1995）《心靈、自我與社會》。台北：桂冠。譯自 George H.

朱政騏-p113-184 8/4/2007 9:35 AM 頁面171

Mead (1952) *Mind, self and society: From the standpoint of a social behaviorist*. Chicago: University of Chicago Press.

徐宗國（2001）〈拓邊照顧工作：男護士在女人工作世界中得其所在〉，《台灣社會學刊》，26: 163-210 。

徐宗國譯（1997）《質性研究概論》。台北：巨流。譯自 Anselm Strauss and Juliet Corbin (1990) *Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques*. London: Sage.

張苙雲、謝幸燕（1994）〈醫療資源的成長與分佈：制度面成因的思考〉，《人口學刊》，16: 79-106 。

張雅雯（2005 年 3 月 6 日）〈尹祚芊：每 3 名護士 就有 1 人是菜鳥〉，《民生報》，A12 。

張意湉（2003）《女性護理人員的職場體驗：以某地區醫院為例的分析》。高雄：高雄師範大學性別研究所碩士論文。

張碧真（2004）〈以實證為基礎的護理：概念簡介〉，《台北醫學大學護學系護理研究概論》（未出版講義）。

畢恆達（1996）〈詮釋學與質性研究〉，胡幼慧編《質性研究：理論、方法及本土女性研究實例》，27-45 。台北：巨流。

畢恆達（2004）《空間就是性別》。台北：心靈工坊。

許麗齡（2001）〈21 世紀之護理臨床教育〉，《醫學教育》，5(1): 61-70 。

陳強、張永強譯（2001）《社會學的想像力》。北京：三聯書店。譯自 C. Wright Mills (1959) *The sociological imagination*. New York: Oxford University Press.

傅大為（2001）〈台灣近代婦產科的興起及其性／別政治〉，高雄醫學大學兩性研究中心主辦「性別、醫療與社會」學術研討會，7 月 19 日。

傅大為（2003）〈再會吧！南丁格爾精神〉，《當代》，190: 80-87 。

朱政騏-p113-184 8/4/2007 9:35 AM 頁面172

傅淑方（2004a）《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：高雄醫學大學性別研究所碩士論文。

傅淑方（2004b）〈加護病房中的科技對於護理勞動過程的影響〉，高雄醫學大學性別研究所主辦「第四屆性別與醫療工作坊」，4 月 17 日。

黃崑巖（2003 年 6 月 12 日）〈護理教育未扎根　醫療商業化〉，《中國時報》，A3 。

黃惠鈴（2003）〈困境裡的白衣天使〉，《康健》，54: 140-9 。

黃嫣臻（2002）《專科護理師制度發展的弔詭：護理專業性的探討》。台北：政治大學勞工研究所碩士論文。

楊欣怡（2004 年 5 月 12 日）〈6 成男士想娶護士　9 成護士不嫁醫生〉，《中時晚報》，A6 。

趙可式（2002 年 12 月 19 日）〈護理人員給錯藥，護理教育難辭其咎〉，《自由時報》，A15 。

趙　剛（2001）〈為何反全球化？如何反？：關於全球化的一些問題的思考與對話〉，《台灣社會研究季刊》，44: 49-146 。

劉北城、楊遠嬰譯（1998）《規訓與懲罰》。台北：桂冠。譯自 Michel Foucault (1979) *Discipline and punish: The birth of the prison*. Translated by Alan Sheridan. New York: Vintage Books.

盧孳艷（2005）〈序二　身體自我書寫婦女生命故事〉，朱恩伶、石大青譯《她：身體的故事》，5-8 。台北：女書。譯自 Cortney Davis (2002) *I knew a woman: Four women patients and their female caregiver*. New York: Ballantine Books.

謝炎堯（2005 年 1 月 20 日）〈反省仁愛醫院事件〉，《自由時報》，A15 。

謝國雄（1997）《純勞動：台灣勞動體制諸論》。台北：中央研究院社會學研究所。

C.E.P.S.

朱政騏-p113-184 8/4/2007 9:35 AM 頁面173

藍佩嘉（1998）〈銷售女體，女體勞動：百貨專櫃化妝品女銷售員的身體勞動〉，《台灣社會學研究》，2: 47-81 。

藍忠孚、李玉春、馮孝芬、陳燕鳳（1986）《區域醫療保健服務體系之研究》。台北：行政院研究發展考核委員會編印。

譯者不詳（1988）《勞動與壟斷資本》。台北：谷風。譯自 Harry Braverman (1974) *Labor and monopoly capital: The degradation of work in twentieth century*. New York: Monthly Review.

Burawoy, M. (1979) *Manufacturing consent*. Chicago: University of Chicago Press.

du Gay, P. (1997) Organizing identity: Making up people at work. In Paul du Gay (Ed.), *Production of culture/cultures of production* (pp. 285-344). London: Sage.

Foucault, M. (1980) The eye of power. In Colin Gordon (Eds.), *Power/knowledge* (pp. 146-165). New York: Pantheon.

Gamarnikow, E. (1978) Sexual division of labour: The case of nursing. In Annette Kuhn & Ann Marie Wolpe (Eds.), *Feminism and materialism: Women and modes of production* (pp. 96-123). London: Routedge and Kegan Paul.

Hall, S. (1980) Encoding/decoding. In Stuart Hall, Dorothy Hobson, Paul Willis, et al. (Eds.), *Culture, media, language* (pp. 128-138). London: Unwin Hyman.

Hall, S. (1992) The question of cultural identity. In Stuart Hall, David Held, and Tony McGrew (Eds.), *Modernity and its futures* (pp. 273-325). Cambridge: Polity Press.

Hall, S. (1997) The work of representation. In Stuart Hall (Ed.), *Representation: Cultural representations and signifying practices* (pp. 13-64). London: Sage.

Harvey, D. (1989) *The condition of postmodernity*. Oxford: Basil Blackwell.

C.E.P.S.

朱政騏-p113-184 8/4/2007 9:35 AM 頁面174

Lefebvre, H. (1991) *The production of space*. Translated by Donald Nicholson-Smith. Oxford: Basil Blackwell.

Milne, H. A. & McWilliam, C. L. (1996) Considering nursing resource as 'caring time'. *Journal of advanced nursing*, 23: 810-819.

Painter, J. (1995) Regulation theory, post-Fordism and urban politics. In David Judge, Gerry Stoker and Harold Wolman (Eds.), *Theories of urban politics* (pp. 276-295). London: Sage.

Stein, L. (1978) The nurse-doctor game. In Robert Dingwall and Jean McIntosh (Eds.), *Readings in the sociology of nursing*. Edinburgh: Churchill Livingstone.

Turner, B. (1995) *Medical power and social knowledge* (second edition). London: Sage.

Wicks, D. (1998) *Nurses and doctors at work: Rethinking professional boundaries*. Buckingham: Open University.

C.E.P.S.

朱政騏-p113-184 8/4/2007 9:35 AM 頁面175

附錄一

研究方法

本研究以 Barney G. Glaser 和 Anselm L. Strauss 兩位學者所創的「扎根理論」(grounded theory)為基礎，進行「深度訪談」及「參與觀察」。質性研究的抽樣通常數量不大，但必須要能提供「深度」和「多元社會實狀之廣度」(胡幼慧、姚美華， 1996: 148)，所以和量化研究透過大規模(相對於母體占一定比例)的抽樣調查，以驗證理論或概念的出發點不同。就此而言，本研究著重於議題「發現的邏輯」(logic of generation)而非「驗證的邏輯」(logic of verification)。[35] 企圖藉由扎根理論的方法，探究目前所謂「醫療商品化」的內容，並對既有的論述提出修正。此外，為顧及護理人員勞動過程的差異性，本研究採「立意抽樣」(purposively sampling)的方式，在隆川醫院不同部門間選取研究的田野，分別由「內科系」病房及「外科系」病房之中，各選取一個單位進行研究。

在不同研究方法下的「深度訪談」和「參與觀察」，經常會有不同的意涵，因為這牽涉到對資料的分析，例如在傳統民族誌(ethnography)的研究方法下，認為我們可以「如實」記錄所見所聞，且有許多碩士論文也都將訪談的內容當成「客觀實在的證據」，一整段、一整段地引用受訪者的話來「證實」自己的看法。扎根理論

35 就此區分而言，畢恆達認為是「傳統實證主義」的區分，因此表示扎根理論是在「原有的知識論下(按：即實證主義)，討論不同的研究方式以建構理論，但是它並未反省到知識論的層次」(畢恆達， 1996: 35)。這確實是一個重要的提醒，我們在「發現」與「驗證」的時候，其實都已經帶有特定的視角與位置，故在正文中儘量曝露研究者的角色，並以附錄的方式交待研究的歷程與發言的位置。

朱政騏-p113-184 8/4/2007 9:35 AM 頁面176

認為這樣很可能只是呈現出研究者自己的偏見，因此扎根理論提供了許多分析資料的方式，[36] 例如 Anselm Strauss 和 Juliet Corbin 提到的「問問題」（徐宗國譯， 1997: 87-91, Strauss & Corbin, 1990），也就是問頻率（frequency）、持續時間（duration）、比率（rate）、時機（timing）等等，或問是誰？何時？何地？發生什麼？如何發生？什麼程度？以及為什麼？還有「丟銅板技術」（the flip-flop technique）（前引書： 95-98），也就是把認為有意思的概念倒過來想，想像它的極端反例來比較，以找到具分析性的範疇或性質；「搖紅旗」（前引書： 103-105）則是在訪談中聽到「從來不」、「一直是」、「絕不會是那個樣子」、「每個人都知道是怎麼一回事」、「沒有討論的必要」這些說法的時候，就要特別注意，不要輕易把任何事視為理所當然而不再深究。

凡此種種對資料分析的方式，在扎根理論的研究方法中還有很多，因為扎根理論的重點即在於資料分析的程式（前引書： 29），而在此程式之下的「深度訪談」多採取「半結構」或「無結構」的形式進行；「參與觀察」時也多採取「開放性登錄」（open coding）的形式，以確保研究者將先入為主的觀念減到最低，避免把田野資料硬套入研究者預設的框架之中。

不過基於詮釋學在知識論上的啟發，以及作為一個具批判性社會研究的立場，在認識論上「先入為主的觀念」是無法避免的，如此一來，該如何嚴格遵守扎根理論的研究程式呢？我認為有兩個方式可以解決這個看似矛盾的問題。首先，扎根理論十分強調研究者對「理論觸覺」的培養，而「理論觸覺」的來源即「文獻」、「專業經驗」和

36 如前註，扎根理論仍是在實證主義的認識論範疇下，提出諸多具體的「技巧」來降低研究者的偏見，這對初出茅廬的研究者來說，頗有幫助。

C.E.P.S.

朱政騏-p113-184 8/4/2007 9:35 AM 頁面177

「個人經驗」(前引書： 46)，所以對田野資料的分析，應該是與這三者不斷交錯進行、彼此互相修正的，並不是先「客觀中立」的分析田野資料後，再來與相關文獻或經驗進行對照。[37] 其次，扎根理論也很重視研究者的「創意」，即「研究者有能力把所搜集到的資料經過概念化的過程予以命名；能自由聯想出一些足以令人深思的問題，以及能善用比較來幫助研究有新發現」(前引書： 30)。我認為這與 C. W. Mills 所謂的「社會學的想像力」(the sociological imagination) 相似 (陳強、張永強譯， 2001, Mills, 1959)， Mills 認為：

> 我們在各種特定環境中所經歷的事情往往是由結構性的變化所引起的。所以，要理解許多個人環境的變化，我們需要超越這些變化來看待它們〔即概念化〕……要想對社會結構的觀念有清楚的意識並敏銳地運用它，就要能在大量不同的環境中捕捉它們彼此間的聯繫〔即自由聯想、善用比較〕。要想做到這樣，我們就需要具備社會學的想像力。(前引書： 9)

如果我們以 Mills 的「社會學的想像力」來理解扎根理論的「創意」而還不致於扭曲的話，[38] 那麼扎根理論所具有的特定視角，即

37 徐宗國 (2001: 194) 對護理人員的研究，就特別強調：「遵循紮根理論研究法的研究策略，我是在田野工作進行約三分之一，已有主要概念及萌生出其間關係之後，才開始針對這些概念和它們間的關係，進行文獻閱讀。」我認為這樣的強調大可不必， Strauss 和 Corbin 只是提醒我們，「從文獻所得的，不論是範疇或是它們之間的關係，都不要想當然爾地用到作品裡，一定要先與所得的資料相互驗證」(徐宗國譯， 1997: 63, Strauss & Corbin, 1990)。這並沒有要求研究者在對資料進行分析「之前」，要完全的「客觀中立」，不能閱讀文獻，況且，研究者將自己塑造成「客觀中立」的形象，也與扎根理論的理論基礎——象徵互動論——的立場相左。

朱政騏-p113-184 8/4/2007 9:35 AM 頁面178

是要打破許多將問題「個人化」與「自然化」的觀念，這已經蘊含了其批判的立場。

因此，要是我們教條地理解扎根理論的研究程式，為了維持研究者「科學的」面貌，而去遵守一套僵固不變的「扎根理論研究法」，那麼很可能反而變成 Mills（同時我認為也是扎根理論）所批判的「迷途經驗論者」（abstracted empiricists），只是「死抓住研究程式中的一個接合點，讓它們迷住了自己的心竅」（前引書： 50），不但忽略了扎根理論所重視的「創意」，也侷限了研究者對「理論觸覺」的培養，往往只是在純粹的流行意見（霸權）內操作「知識」，而不會挑戰其知識的基礎，以及研究方法的歷史與社會構成。

綜合以上的討論，本研究採取「半結構式」的深度訪談，僅列出訪談大綱（見附錄二），但訪談實際進行時，不一定完全依照訪談大綱的順序及內容，會視訪談的情境而有所調整；至於參與觀察則採「開放性登錄」的方式，盡可能將研究者的所見所聞，都先記錄在田野筆記之中，之後再進行資料的處理與分析。然而，基於研究倫理及田野「守門人」[39] 的限制，研究者不能隱藏自己的身分，並且必須經由正式的公文申請與報告才能進入田野，所以無法使用相機、攝影機拍攝護理人員與病人在病床旁的互動，這是在參與觀察記錄時的限制。 Glaser 和 Strauss 的「扎根理論」原本就是從對醫療領域的研究而發展出來的，其後的 Juliet Corbin 也是以醫療社會學為專長，因

38 林本炫（2003: 172）也有同樣的看法，認為扎根理論是鑑於當時的社會學者只是競相印證各種「鉅型理論」，而缺乏 Mills 所說的「社會學的想像力」，所以 Glaser 和 Strauss 才用扎根理論，來發展新的理論，或修正既有的理論。

39 本研究的「守門人」主要是各單位的護理長，所以我是向隆川醫院「護理部」提出申請，並在「全院護理長會議」上，報告我的論文計畫。

C.E.P.S.

朱政騏-p113-184 8/4/2007 9:35 AM 頁面179

此，本研究選擇「扎根理論」應該是適切的研究方法。

我在 2003 年 6 月確定論文主題，並開始收集資料。首先在台北醫學大學護理系選擇了兩門課程旁聽，一為大學三年級之「護理研究概論」，另一為大學四年級之「護理倫理與法律」。同年 11 月，經由正式的公文申請至隆川醫院進行參與觀察，原本選擇外科、內科、兒科單位病房各一，但是由於我每次每個病房觀察的時間較長，通常是「一整班」八小時以上，所以無法同時進行三個單位，於是放棄了兒科病房。不過在論文引用的田野筆記資料中，仍包括二次至兒科病房的觀察，分別為 12 月 4 日與 11 日兩天白班，約二十小時。

至於在外科與內科病房的參與觀察，頻率平均為一週四天，每個病房各二天，每次觀察的時間約十小時，從點班、交班，一直到該班的護理人員離開病房為止，為期將近五個月（2003 年 11 月至 2004 年 4 月）。不過後來因為父親住院，必須到榮總負責照顧，於是觀察的頻率減半，一週大約只能去兩次。後來五月份的時候，我自己也因為開刀而在台大醫院住院，加上父親過世，參與觀察被迫中斷了五個月左右（2004 年 5 月至 10 月）。這段時間，只有透過電話、電腦網路等方式與受訪者保持聯絡。直到十月份才又繼續觀察，同時開始與受訪者約定訪談時間。由於參與觀察中斷的期間，我仍然是以「家屬」或「病人」的身分在不同的醫院裡面活動，而且這些觀察與感受，對論文的方向影響很大，所以也製作有田野筆記。

所有的參與觀察與訪談一直到 2005 年 2 月才結束，共訪談了三十人，每人一次，每次訪談時間平均為二小時。訪談內容以錄音機錄音，再謄為文字稿，由受訪者確認後定稿。至於訪談之中若有忘記追問，或是整理訪談稿的時候發現有新的問題，則利用之後參與觀察時，以非正式訪談的方式補問，沒有另外再約訪談的時間。

C.E.P.S.

朱政騏-p113-184 8/4/2007 9:35 AM 頁面180

附錄二

■訪談大綱：

1. 個人基本資料（年資、年齡、學歷、證照、職級）。
2. 勞動條件（薪資、工作時間、工作項目）的變化。
3. 是否會向他人透露自己護士的身分？在何種情境下會（或不會）？
4. 喜不喜歡護理工作？為什麼？
5. 認為「護理」是什麼？
6. 認為「護理」的專業是什麼？
7. 覺得「標準化」是否有助於提升護理的「專業」？
8. 認為「護理品質」是什麼？
9. 對個別「事件」的感受為何（以觀察所得的事件為例）？
10. 對於「北城醫院事件」及「SARS 時護士抗爭事件」中，社會上有關護士專業倫理的輿論，有什麼感受？

■觀察重點：

1. 護理人員在工作場域中，與其他行動者的互動。
2. 不同病房、職務、階級與學歷的護理人員之間的互動。
3. 護理人員一個工作天當中的時空路徑。
4. 護理人員每天例行性工作項目的紀錄。
5. 護理人員實際工作場景的描繪。

C.E.P.S.

朱政騏-p113-184 8/4/2007 9:35 AM 頁面181

附錄三　受訪者資料

編號	化名	年齡	年資	職等	學歷	備註
1	美麗	48	7	護理長	大學	曾在美國擔任護士。
2	秀珍	34	7	代理護理長	專科	之前在一家醫院有 5 年護理工作經驗。
3	麻糬	27	4	護理師	專科	
4	婉君	26	2	護理師	四技	
5	曉萍	25	4	護理師	專科	已離職，到甲醫院心導管室。
6	沙萱	25	1	護理師	專科	已離職，插大讀營養。
7	小英	24	1.5	護理師	專科	
8	小波	27	2	護理師	大學	
9	小光	28	4	護理師	專科	已離職，到乙醫院門診。
10	美華	25	4	護理師	專科	
11	阿枝	25	2	護理師	專科	
12	雅莉	26	6	護理師	專科	已離職，讀護理二技。
13	玉真	27	6	護理師	專科	已離職，讀護理二技。
14	宛真	24	3	護理師	專科	
15	宜靜	25	3	護士	專科	
16	雅惠	24	1.5	護理師	專科	曾離職至丙醫院又回來。
17	阿桃	27	4	護理師	專科	曾離職至丙醫院又回來。
18	錦雯	34	5	護理長	研究所	之前在丙醫院
19	隘宇	29	2	護理師	專科	之前在兩家醫院有 7 年護理工作經驗。

C.E.P.S.

朱政騏-p113-184 8/4/2007 9:35 AM 頁面182

編號	化名	年齡	年資	職等	學歷	備註
20	玉軒	25	2.5	護理師	專科	之前在兩家醫院各 1 年護理工作經驗。
21	小芸	22	1	護理師	專科	已離職，繼續升學，插大護理。
22	秀琴	30	6	助理護理長	專科	
23	大湘妹	23	1.5	護士	專科	
24	小丁	22	1.5	護理師	專科	
25	賴妹	22	1	護士	專科	已離職，到診所工作。
26	Katy	28	5	護理師	專科	已離職，出國讀護理，目前已回國。
27	阿如	24	1.5	護理師	專科	已離職，考護理二技。
28	心芸	24	1	護理師	專科	已離職。
29	家敏	21	0.5	護理師	專科	已離職，轉做咖啡店服務生。
30	羿苓	22	0.5	護理師	專科	

C.E.P.S.

朱政騏-p113-184 8/4/2007 9:35 AM 頁面183

Angels with Masks: Identity Politics in Nursing

Zheng-Qi Zhu Department of Sociology
National Taiwan University

This paper summarizes our findings from an inquiry into nursing labor process, while proposing a more concrete and feasible solution to the debate about hospital upsizing, and commoditization and marketization of medical care in Taiwan's labor regime. In addition, we review professional ethical issues applicable in the sphere of nursing in Taiwan, especially during epidemics, such as the Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS), in order to discuss the "profession" of nursing, unequal status of nurses as compared to doctors, and the public's cultural imagination and expectations placed on nurses.

While applying the grounded theory method, this research utilizes participant observation and in-depth interview technique applied to the cases of 30 informants. The aims of this paper are twofold: first, to investigate the identity politics in the actual labor process of nursing, and, second, to draw attention to the institutional exploitation that nurses are subjected to by the "profession" ideology. The ultimate goal of this inquiry is to promote nurses' rights and interests.

Keywords: nurse, labor process, profession, identity politics

C.E.P.S.

朱政騏-p113-184 8/4/2007 9:35 AM 頁面184

◎作者簡介

朱政騏，現為台灣大學社會學系博士生。曾就讀台北醫學院保健營養學系，碩士讀的是世新大學社會發展研究所。對醫療議題有興趣，也熱衷參與社會運動，但是沒什麼貢獻，仍須努力。最近正在思考台灣社會性質問題，打算多學一些政治經濟學和量化方法。之前因研究主題為護理人員，常被認為是女生，或有護士女朋友，然而本身又是某大學 Motss 板主，性別成謎。讀書以外的嗜好，就是打橄欖球和看周星馳電影，持之以恆，未曾稍減。

〈聯絡方式〉

Email: d94325001@ntu.edu.tw

C.E.P.S.