

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 *

成令方（高雄醫學大學性別研究所助理教授）

本文有二個目的，一是藉著追溯1950年代在台灣行醫的台灣本地與中國移台女醫師的教育與職業選擇的過程，藉著討論家庭影響個人所做的抉擇，企圖說明個人的教育與職業的選擇其實不是個人的選擇，而是當時的文化價值、性別關係、教育和職業制度交互形構的結果。另一則是呈現1930—1950在日治時代的台灣和戰亂中國的教育制度和醫師專業的性別關係特色，以及其與國家的關係；也就是藉著以一粒沙看世界的方式，呈現本世紀前半部西方醫學專業在台灣和中國形成過程中的性別關係。台灣第一位女醫師蔡阿信的求學經歷在本文中作為案例，以便具體說明。性別關係、醫師專業與個人的職業選擇三者的關係在日本殖民的台灣與戰亂的中國相當歧異，本文從四個方面探討並做比較：（一）國家與職業／專業的關係；（二）教育制度的性別／種族區隔；（三）醫師專業的聲譽和地位；（四）家庭中的性別關係。研究結果可以用來挑戰英語文獻中女性主義學者對職業與性別、種族關係的研究。

關鍵詞：性別、國家、醫師專業、教育制度、教育和職業選擇、家庭影響、女醫師。

收稿日期：91.5.28；定稿日期：91.10.1

*本文曾在由高雄醫學大學兩性與性別研究中心舉辦的「性別、醫療與社會學術研討會」上發表，2001年7月。經過大幅修改，得以在此呈現。

一、前言

若從台灣第一位在日本完成（西）醫學訓練的女西醫師，蔡阿信，回到殖民地的台灣從事醫療工作（1922年）算起（游鑑明，1995；藍素禎，1996），至今已近八十年的歷史。從歷年醫師人數的零散資料看出，這段期間的前50年，台灣的女性（西）醫師人數成長得相當緩慢，人數一直佔醫師總人數非常低的比率（見附錄表一）。Su Yinhe（蘇銀河）1969年的資料指出，台灣女醫師的人數有激增的現象，當時有250位女醫師，其中166人為本地人（閩客人），79人為中國移台的女醫師，也就是在1960年代女醫師中約有38.8%的女醫師來自大陸移民。她們在台灣與日治時代訓練出來的同業女性匯流成為台灣戰後第一代的女性醫療專業者。

在還沒有多少人認為女人可以當（西）醫師的年代，這些女性為什麼選擇醫師作為終身的行業，是因為自己的興趣嗎？若是來自個人「興趣」，這興趣又是從怎樣的社會情境中產生？若是因為同儕的影響或為了完成父母和老師的期望，那麼同儕、父母、老師的期望又是在怎樣的社會條件下形成的？

其實本文探究的問題既簡單又複雜。問題簡單的提法是：在西方醫學傳入中國和台灣，開始在這異文化的土地中生根，是在什麼社會條件下，台灣和中國大陸的年輕女學生會「選擇」一向很少有女性參與的西醫師行業作為終生的職業，成為台灣第一代，中國第二代的女醫師？¹

致謝辭：作者要感謝江婉瑜協助訪談資料的收集，吳嘉苓閱讀初稿並給予修改意見，傅大為提供英國在印度殖民女子教育政策的資訊，以及二位匿名評審人的寶貴意見。文章內容的疏漏則全由於作者的忽失。若讀者有意進一步討論並惠賜評論，感激不盡，請來信至：lingfang@kmu.edu.tw

在尚未進入歷史社會情境的探討之前，我們先看一段當代探討類似問題的研究。在藍采風，藍忠孚，劉慧俐（1985）撰寫的《台灣女醫的專業、婚姻與家庭觀的初步研究》論文中有所探討。他們探討的面向之一是女醫師學醫的動機和影響因素。在她們訪談 75 位女醫師中，² 有 55.3% 的受訪者表示自己的父親、母親和兄弟姊妹是醫師，有 29.9% 的受訪者表示自己的祖父母，外祖父母和伯叔和舅姨是醫師。雖然在影響習醫動機的重要參考人物中，自己佔了 32.5%，但是認為父母和醫師長輩影響她們學醫的佔 49.7%。我們若把這幾個相關的調查結果相互參考，就得知很多女醫師在還是「年輕女生」時，她們的家人和家族，即 Cooley（1909）所謂的初級團體（即家庭和家族），對她們學醫的決定有很大的影響。

這樣的研究，固然可以幫助我們對此議題有部份的瞭解，若我們就只停留在個人的興趣與家族影響的層次，不再繼續往教育制度、專業體制和國家政策的方向探討，我們其實忽略了其他複雜的影響因素。其實台灣和中國的女醫師來自二個完全不同的社會，一個是日本殖民統治下的台灣社會，另一個是面臨日本侵華，國共戰爭的中國社會。前者統治者以強勢建立（西）醫體制以及（西）醫學教育，後者

1 從梁其姿的論文（Leung, 1999）中我們可以看到，中國第一代女醫師自清末民初起就已經開始執業。台灣女醫師比中國的晚二、三十年產生，故可以說晚一代。因為我訪談的大陸移民女醫師，屬於 1940-50 年代完成醫學教育的，為了與台灣同輩的女醫師做比較，我採用台灣的世代算法。

2 這 75 位女醫師中，58.7% 的受訪者年齡介於 20-39 歲之間（如今約 34-54 歲之間）。年齡介於 60-69 歲之間的佔 25.3%（如今約 74-83 歲）。族群比例來說，閩南籍的佔 54.7%，大陸籍的佔 37.3%。雖然該調查都收集了世代和族群的資料，但在分析上這兩個面向都隱而不顯，相當可惜！另外，該研究的問題若是答案是可以複選，在此我把它們轉成單選的比例，以供參考。

的（西）醫體制和（西）醫學教育的建立，則與西洋教會的支援、文化運動的啟蒙以及中西醫角力的歷史相關。因此，這兩個社會對女性所能提供的職業選擇，必須還要與（西）醫專業在台灣和中國二地的發展的歷程，其與國家的關係，以及醫師專業的階級、性別與族群特色影響個人和家庭看待專業有密切的關係。

問題複雜化的提法是：1930 — 1950 這段期間，深入中國大陸和台灣人觀念的性別論述都是認為「女子無才便是德」，也就是說年輕女子能夠進學堂讀書，已經算是很稀有的少數，更何況最後進入醫師專業的訓練。這些稀少的女性，是在怎樣的條件和社會環境下取得學習的優勢？台灣和中國大陸的女性面臨的職業選擇的條件大相逕庭之處為何？這二個社會形塑的醫師專業與性別的特性為何？這些探討可以使我們能夠更加瞭解父權體制在不同社會所展現的宰制力量，在不同社會造成專業的性別區隔的原因，以及「個人的選擇」是如何被社會建構的。

本文要研究的對象是台灣第一代的漢人女學生（沒有包括台灣原住民的女性），³ 即第一代是在 1930 到 1950 年代分別在日治時代的台灣和日本侵略的中國大陸接受醫學教育。文中我也採用一、二位第二代醫師的訪談資料作為佐證之用。第二代是指那些在 1950 年代初期到 1960 年代中期在台灣接受醫學教育，1965 年以前畢業的醫師。

3 根據所搜尋到的原住民醫師的資料，原住民男性從醫的最早有 60 多歲的，但女性從醫的年齡都在 40 歲以下，這當然是因為政府對原住民整體政策，以及原住民各族的性別關係的結果造成的。據布農文教基金會白光勝發表的《原住民紅皮書》（1999. 12. 21），每年大學錄取四萬多人中，原住民考上大學的才不超過三百人，上醫學院的就更屬少數。由於我對原住民研究的文獻所知不多，因此，本文只是集中在探討漢人的女西醫師。

本研究的資料來源，是藉由深度訪談第一代的八位女醫師和十三位男醫師，以及八位第二代的女醫師（見附錄表二）。另外佐以回憶錄和研究論文和相關書籍與論文。

二、個人、家庭、性別、專業與國家：一個理論的視角

當我們要以「個人的選擇」作為研究的出發點時，我們必須檢視它構成的內容為何。Lynn Hankinson Nelson（1993）從知識論的觀點提醒進行微觀研究，探討個人經驗必須意識到：不能只把個人視為經驗的提供者和知識生產者，而是要思考他／她所處在的社群和群體（community）。個人的經驗和知識其實是，衍生於社群和群體中一些「我們」的經驗和知識，是限於某個社群和群體所共同建構的知識和經驗。類似的呼應出現在討論個人的自我認同（subjective identity）的文獻中。根據 Stuart Hall（1992）的說法，這個自我認同其實沒有本質的存在，不是固定的，是流動的，是偶然性的，是歷史文化的產物。因此，個人的自我認同以及個人對某一職業或生涯規劃的期望，都是在各種社會條件，各種論述，政策和制度，相互打造建構出來的。探討個人的經驗與職業認同，可以展現某個特定時空下的社會群體之間的關係。

本文的理論視角，將藉由幾套彼此環環相扣的理論作為分析的架構。首先提及的是 Pauline Anderson 對個人的教育和職業選擇的研究文獻提出的評論。她認為個人教育和職業的選擇必須從社會和政治的脈絡中去理解，而不能只有從個人心理的因素去解釋。她指出，教育和職業的選擇「不能僅僅被視為在某一特殊時間點發生的事件，必須被放在脈絡中解釋，包括個人的歷史一直到發生的時間點，以及實際

職業的結構和組織，這些不必然是靜態的。」（1998: 141）

Anderson 指出從 1970 年代以降，就有很多研究指出，個人對教育和職業的期望往往深受家庭的階級和師長對職業的認定的影響。結果造成勞工階級的孩子還是往勞工階級的職業發展。Anderson 指出，Gottfredson（1981）提出的「職業生涯發展模式」（model of career development）至今在經過很多實證研究的檢證後，還是很有解釋力。Gottfredson 的理論模式分成二個部分：「範圍的限制」（circumscription）和「妥協」（compromise）。「範圍的限制」指的是個人根據性別和社會經濟地位所認定最適當的社會期望，逐漸狹窄化自己的職業生涯的選擇。在這過程中，個人發展出「可以接受出路的範圍」（zone of acceptable alternatives），凡是在此範圍內的職業都是可以接受的，都能配合他的自我認同。其中還可細分為三個成分：（1）性別型態（sex-type），職業與個人的性別認同相符合；（2）聲譽（prestige），個人會選擇自己認為適合自己的職業聲譽，排除聲譽過高或太低的職業；（3）興趣（interest），選擇适合自己興趣的職業。至於「妥協」意指個人為順應工作世界的現實，調整自己的職業上的興趣與偏好。

根據 Anderson 的引述，一些實證研究應用 Gottfredson 的理論模式來檢視學生對職業的選擇，結果說明個人的興趣很有彈性，容易與現實條件「妥協」，但職業聲譽卻是在做選擇時，人們最重視的，最不願妥協的部分。這與 Gottfredson 原先預設個人的性別認同是最主要的因素有所不同。Leung 和 Plake（1990）的研究指出，在選擇聲譽高的職業時，只要是職業的性別型態與他們自己的性別不絕然對立，人們往往會放寬職業選擇的範圍。可見，職業聲譽和個人性別認同，在選擇職業時有相同的重要性（Anderson, 1998: 148-150）。

Gottfredson的理論模式雖然解釋的是個人的選擇，其實在當時中國和台灣的家庭中，由於父權強勢宰制，子女很少有說話的餘地，個人教育、婚姻和職業其實都是家中父親（很少是母親）的抉擇。若將個人教育和職業發展理論配合上家庭資源分配理論，我們更能進一步了解在中國和台灣的社會脈絡中，家庭中性別的資源分配對個人教育和職業選擇的影響。

中國和台灣在家庭和家族資源分配策略上，其實與主流性別論述和父權家族（patriarchal family）結構有密切的結合。Susan Greenhalgh（1985）對台灣1960—1970年代家庭資源分配的研究指出，父母對投資在兒子和女兒的教育上，有許多差別對待，這與家族的父權繼承制度有關。因為兒子繼承家族宗氏之名，也繼承家產，被認定有義務扶養老年的父母。因為期求兒子能有生產力，故願意長期投資在兒子的教育上，兒子回饋給父母的金錢和榮譽，可以在他成年後的二、三十年內完成。女兒則不然，在父權體制下，嫁到他家為人媳人妻和人母，以祀奉丈夫的父母為主。因此生父母會期望女兒在短時間內，回饋養育之恩，於是在教育投資上，會傾向給女兒易於就業的職業訓練，而不傾向長久耗時的專業訓練，女兒往往會比兒子提早就業，以便在嫁人前幾年內可以回饋父母。Greenhalgh以此「代間契約理論」（theory of intergenerational contracts）解釋台灣四〇年代到六〇年代，特別是農村或低下階層的家庭資源分配。Greenhalgh的「代間契約理論」應用來解釋1930—1950中國和台灣的女醫師家庭的資源分配，可能並不適合，但這個理論具有的啟發性為何？在下面的討論中，會有進一步的說明。

既然我們生下來不能決定我們的性別、族群、家庭背景、以及家庭的影響，難道個人的職業選擇就是充滿命運決定論的色彩？Ander-

son (1998: 151-152) 指出，其實在選擇 (choice) 和命定 (fate) 的光譜二端之間，人們還是有不少自我決定的空間，但是在教育和職業的選擇方面，其所在的光譜位置仍多傾向於命定的一端。研究者必須承認「職業命定」(occupational fate) 對個人的選擇有深厚的影響。

在此我要從專業發展史和社會學的研究中延展「職業命定」的概念。「職業命定」除了指在個人和家庭層面無法選擇的面向外，我認為還應該包括很多個人無法選擇的面向，例如：職業的資格要求、職業的市場需求、職業的組織和文化（老闆的選擇和決定空間比員工多）、國家政策。為了能更進一步瞭解在 1930 - 1950 中國和台灣社會醫師專業的「職業命定」的意涵，我們需要回顧一下這研究領域的簡要內涵。

我們先釐清「專業」的意涵。專業乃是指需要經過有系統和特殊學術訓練的全職職業。這樣的訓練，是在大學中進行。專業者的專門知識的認可來自國家認同的文憑資格，他們得以合法的執行工作，必須有國家證照的發給 (Freidson, 1970; Collins, 1990)。Larson (1977: xvii) 指出，專業必然含有階級色彩，既然專業者可以獲得較高的物質和聲譽的回報，他們的社會位置必然處於階層社會中的中間和中上階層。

過去英美對專業的研究，往往指出專業興起於市民社會，國家對專業的規範並不採強勢的干涉，而是任由專業團體和專業者自行約束 (Freidson, 1970)。但是 Keith MacDonald (1995) 做專業歷史的研究，比較英美和德法的醫療專業的發展，指出德法的國家與專業的關係遠較英美緊密，甚至掌控和干預專業的發展。很多專業發展史的研究，例如 Burrage 和 Torstendahl (1990)、Collins (1990)、Larson (1977)，MacDonald (1995) 和 Witz (1992) 都指出某一專業能夠

發展成為地位優勢的專業，與國家支持某專業的證照和教育資格，給予壟斷的能力有關，並且設限禁止與其競爭的專業的發展。這些研究指出，專業教育制度，國家認可成為分析專業成長過程的核心面向，這些也構成我們分析個人選擇中的「職業命定」部分的重要架構。到底日治時代的台灣與國民政府的中國在醫師專業形成的過程中，教育制度和國家政策扮演什麼角色，這成為我們下面要討論的內容。

最後我要提及「性別」在本文中的意涵。「性別」在本文中有時作為名詞，有時則作為動詞來用。把「性別」作為名詞，談的是男女因生物的差異而被社會文化塑造成的差異；若作為動詞，就是強調性別形塑的過程，例如：一份職業可以被形塑成為有性別意涵的職業，讓較陰柔或較陽剛的人認為自己適合這職業。這種以陰柔（femininity）與陽剛（masculinity）的差異和「性別位置」異同的取向，強調的是性別之間權力和互動的關係，以及相互構成的結果（Acker, 1990; Davies, 1996; Scott, 1988）。

由於本文比較二個社會的醫師專業與個人的教育與職業選擇，內容較為複雜，為了討論方便，第三節的討論先試圖以台灣第一位女醫蔡阿信學醫的過程為案例，分析個人的教育和職業選擇以及「職業命定」的關係，以彰顯微觀和巨觀分析之間的關係。第四節則集中在日治時代的台灣醫師專業的發展，第五節再轉向國民政府時代的中國醫師專業的發展，最後第六部分的討論將綜合整體，並且帶入一些理論層面的反思。

三、蔡阿信醫師的案例⁴

蔡阿信在自傳中展示出她自小就有強烈的自主性，可以二個例子

說明。她父親在她五歲（1901年）的時候去世，母親受到二位叔叔的欺壓，被迫賣田產，在無力撫養二個女兒的困境下，把阿信送給一位牧師當童養媳。雖然牧師夫婦很愛護她，但她在夜間卻經常不顧風吹雨打跑三、四十分鐘的路逃回家。最後牧師夫婦受不了煩擾，放棄這位童養媳。阿信的自主性，抗拒了童養媳的風俗，改變她的命運。

台灣當時有個習俗（一直延續到1960, 1970年代），就是一般家庭會把女兒在小時就送到未來的婆家當「simpua」（媳婦仔），往往就等於當養父母的「廉價童工」。很多台灣女孩，⁵都步上「simpua」的道路，也只有幸運的「simpua」可以上學讀書（曾秋美，1998）。至於例外的少數，沒有被送去當「simpua」的年輕女生，可能是家中父親受過一些新式教育的啟發，也可能受到當時知識界鼓吹婦女解放思想的影響（游鑑明，1988: 75-81），例如，鍾信心的父親是長老教會的牧師，受訪人柯醫師以及沈醫師的父親家有田地也是受過新式教育，以及何醫師的父親本身就是受新式教育的醫師，就沒有遵從這習俗。

另外一個例子是在她11歲（1907年）的時候，蔡阿信在主日學校聽到淡水有個加拿大長老教會的中學要開辦，⁶她那時已經在日本人辦的公學校讀了三年書，她母親在她的堅持下送她去，但因年齡不足被拒絕，後來還是因為招生上有缺額，才收了蔡阿信。與眾不同的是，蔡阿信自己決定了自己教育的方向。

4 這裡所根據的說法是蔡阿信本人所寫的英文自傳，感激游鑑明分享影印本。A. Sena Gibson (date unknown), *Pioneer Doctors Adventures*. (出處不明)。

5 目前童養媳的研究不少，研究的範圍都屬台灣北部，南部是否如此，推理可能會有相同的習俗。參見曾秋美（1998）。

6 此女學校的前身歷史可見游鑑明（1988），31-32頁。

蔡阿信選擇教會學校的認知何來？蔡阿信家庭又怎能供得起教會學校的開銷？要回答第一個問題必須追溯到她祖父的遭遇。蔡阿信的祖父因支助抗日游擊隊被日本警察捉去，馬偕牧師為他說情，救了一命之後，就帶領全家信奉基督教。家庭宗教的影響讓她認定教會學校比日本公學校更適合她。

要回答第二個問題，則必須說明，她有個家境小康的繼父特別寵愛她（她冠繼父的姓），見她聰明伶俐願意送她讀書。根據較蔡阿信晚生近二十五年，終生投入護理教育工作的鍾信心回憶 1930 年代：「在當時的台灣社會，並不是每戶人家的孩子都能去唸書，特別是女孩子，尤其是家裡女孩子生的多的話，吃飽飯都成問題，想上學，談何容易。」那時，公學校老師還叫學生到農村去訪問並「勸學」，希望農村父母能夠讓家中的女孩子到學校讀書（蔡幸娥，2001: 107）。當時由馬偕牧師辦的淡水女子學校「不僅學費全免，還給支付學生路費，提供制服，而且供食宿。」（蔡幸娥，2001: 149）為的是吸引台灣父母把女兒送來學習，日後能夠成為聖經女職（bible women）。雖然不收學費，根據蔡阿信的自傳，當時住宿費還是要交 2.5 元，學英語和風琴要各交 0.5 元，共繳 3.5 元，只是她沒有提到是一學期的費用還是一個月的費用。可見，蔡阿信的家庭當年經濟相當豐餘，可以算中上階層。

根據藍素禎（1996）的報導，蔡阿信在讀淡水女學校時深受當時的校長加拿大籍的女宣教師金仁里姑娘（Miss. Janie Kinney）的影響，奠定了良好的英文基礎。根據蔡阿信的自傳，1913 年中學畢業的前五個月，學校的日籍老師田中（Tanaka）小姐建議阿信畢業後到日本東京學習醫學。金姑娘也答應請她在東京基督教青年會工作的加籍朋友協助。所有的中學老師都到蔡阿信家去說服她母親讓她赴日學

醫，她母親並找到一位鄰居的親戚住在日本神戶，答應照料蔡阿信之後，才讓她在 1913 年五月登船赴日讀書。

我們沒有直接的資料說明，蔡阿信為什麼選擇「醫師」作為終身的職業，但是可以從一些蛛絲馬跡知道，她的職業選擇符合 Gottfredson (1981) 的理論模式中的「範圍的限制」(circumscription)。蔡阿信回憶道：他的父親從大哥學到漢醫的知識，向馬偕牧師學到西醫開刀的技术，日後成為西醫和牧師，最後死於肺癆。母親再婚後在助產士學校學習，成為台灣第一批助產士之一。蔡阿信在職業選擇的歷程中，逐漸聚焦找到自己的興趣，例如：雖然上風琴課，但自己一直不常練習，最後放棄了，所以不會從事音樂。但她喜歡英語，在學校時寫英文信給遠在加拿大的學校贊助人馬偕先生，獲得 20 加幣的聖誕節禮物和很多彩色書籍，深受全校的傾羨。教會學校經常與有醫師身份的傳教士往來，加上早逝的父親和親近的母親都從事西醫的職業，每天耳薰目濡對醫學應該有好感也比較熟悉。還有可能因為與金姑娘親近的關係，在金姑娘身上，蔡阿信看到了女性獨立自主的可能性，再加上蔡阿信在學校表現出色，渴求學習，繼續進修似乎在當時成為蔡阿信眼中唯一的選擇。⁷ 這些複雜的因素基本上為蔡阿信的職業選擇鋪下「阻力最小的路」(the path of the least resistance)。

如果沒有田中老師的建議和金姑娘的大力協助，可能還不會步上學醫的道路。於是我們就要問：為什麼田中老師會建議蔡阿信去學西醫？為什麼金姑娘也極力支持蔡阿信的決定？這就必須以先前 Gottfredson (1981) 提到的職業的性別型態和職業的聲譽，以及我後來發

7 參考公共電視製作的「台灣第一女性系列」中的蔡阿信專輯。到了晚年，蔡阿信還是以參觀開刀和學習醫學為娛樂方式。

展出的專業發展的「職業命定」這二個模式來解釋。

西醫和基督教上個世紀傳到東亞，包括日本、中國和台灣，都是依賴有醫師資格的傳教士。在日本明治維新（1867-1912）接受所謂的「現代化」過程中，西醫經過三十年之久與漢醫（當時對中醫師的稱呼）的爭鬥角力終於在 1895 年成功，打敗了漢醫，建立西醫在日本的優勢和壟斷局面，西醫從此成為日本政府現代化的推手（陳君愷，1992）。日本本國的女子醫專在 19 世紀末和 20 世紀初相繼成立，醫學在日本不是男性壟斷的專業，優秀的女性也可以從事。我們的推測，田中老師可能因為自己基督教的背景，其本國對西醫的推崇，加上在日本女性有從事醫學的出路，認為優秀的女性是可以學醫的。既然蔡阿信在學校表現如此出色，選擇習醫似乎是「理所當然」的出路，因為職業的性別型態和職業的聲譽彼此之間沒有衝突。於是田中老師做出如此的建議。

對金姑娘來說，女性學醫也是理所當然的事。一則英美（包括加拿大）女性在 20 世紀之交，經過半世紀的抗爭已經逐漸在一些地方成立女子醫學校和女子醫院，為女性爭取到行醫的證照以及就業的出路（Witz, 1992）。二則，很多男性傳教士在東亞行醫傳教最感不便的阻力是男女授受不親的風俗，使得很多男醫師和傳教士竭力培養本地女弟子（陳勝崑，1981; Tucker, 1990）。此外，金姑娘也與一些有醫護經驗的女傳教士往來，得知培養本地女性醫護人員的重要性。我們推論，田中老師和金姑娘的個人經驗和認知，以及認定女性性別型態與學醫職業有相當的匹配關係，才使得她們會極力說服蔡阿信的母親，讓這出色的年輕女孩踏上醫學的不歸路。

蔡阿信的例子說明了，個人的選擇是必須放在歷史、社會和文化的脈絡中來理解。研究個人的選擇可以是理解歷史情境，社會制度以及價值文化的理想切入點。

四、日本殖民下的台灣醫師專業

日治時代台籍女性學醫，為什麼一定要離開台灣到日本去呢？這就與醫師專業在台灣發展的軌跡有關，也就是前面討論過的專業化造成的「職業的命定」。在專業化脈絡中探討個人選擇和「職業的命定」的雙軸交集，如前所述必須參考的分析架構有四：政府對專業的政策，教育機構的安排，專業的聲譽與位階，還有專業的性別型態和個人認同。

（一）國家強力介入與性別、種族歧視的「現代化」

1895年，在日本漢醫被西醫擊敗，隨著日本殖民者在台灣的勢力逐漸鞏固後，這推行「現代化」的政策也逐漸展現其威力。在台灣行之有幾百年的「漢醫」自從日本殖民政府來台後，就遭到日本政府有計畫的消滅。因為日本政府視「漢醫」為「現代化」的絆腳石，不相信「漢醫」可以有效的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。⁸1897年，「土人醫師養成所」開辦（後更名為「台灣總督府醫學校」，1936年轉型成為台北帝國大學

⁸ 讓漢醫自然淘汰的政策執行地相當成功，根據陳君愷（1992）的研究，原本在1901年有1903名漢醫考得執照，到了1942年，只剩下97名漢醫留存。除了如前所言，於1901年開始限制漢醫的發展，繼而在1930年起，排擠傳教士訓練的西醫師（李欣芬，1989），獨尊殖民政府訓練的醫師，只有後者才能擁有西醫執照，而前者只能在無醫師的窮鄉僻壤中當「在地醫」（陳君愷，1992；小田俊郎，1995/2000）。

的醫學部），卻沒有台灣人願意去醫學校學習，日本政府甚至採取食宿學費全免還外加零用錢的獎勵辦法，吸引學生（陳君愷，1992；小田俊郎，1995/2000）。到了 1910 年，由於申請入醫學校的人數激增，競爭激烈，只錄取十分之一的考生。當時台灣人若要有一技之長，出人頭地，學西醫，學日語當翻譯，當小學老師是最受社會肯定的途徑。到了 1918 年，醫學校正式廢除免費優惠的待遇。到了 1930 年，原本由傳教士訓練的西醫，也開始步上漢醫的命運，殖民政府僅發給他們「限地醫」的證照，即在沒有日本醫學校訓練出來的醫師開業的地方才允許傳教士訓練的醫師開業（陳君愷，1992）。以此證照限制的方式，壟斷西醫市場，排擠傳教士的醫療體系。

日本殖民政權強力介入醫療政策展現出推動殖民地「現代化」的迫切性。這樣的「現代化」其實是建築於種族區隔和性別差別待遇的意識型態上，台籍的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。游鑑明（1988: 42）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，而職業教育亦僅台人低級技術人才。」就醫學校或台北帝大醫學院畢業的台籍男性工作機會而言，在作者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的待遇（Cheng, 1998），就是種族歧視的結果。

日人學校有最好的師資和資源，台灣人一定要十分優秀千挑百選才有機會進入日人的學校受教育。現今 80 多歲的柯醫師，透露了很多當時年輕女生的處境，她 1930 年代進入中學備受種族和性別歧視之苦：

我對（中華）民族是有感情的，這要感謝日本人。我念小學的時候，我怎麼考成績都在前五名……日本人對台灣人有歧視，像我功課一直很好，班長沒做到，連列長也沒做到……台灣女生那時都讀第三高女，就是現在的中山高女；日本女生讀第一高女，就是現在的北一女。我的功課特別好，所以只有我和幾位台灣同學能進到第一高女。在那裡的我也有過歧視。有一次，我可以拿第一名，但老師就用別的理由把第一名給日本同學……畢業後，我想到日本學醫，但因為我們女生學的科目與男生不同，有好些科目，我要另外補習才能追得上醫學院的要求。（A-Ke-1）

柯醫師提到的在高中女生學習的科目與男生不同，造成無法畢業後直接去日本習醫。她提到的內容就是下面要討論的「雙軌」的區隔教育制度

（二）性別雙軌的區隔教育制度

在教育上，日本殖民政府除了實行種族差別待遇的政策外，還實行男女「雙軌」的區隔教育制度。「性別雙軌的教育制度」是指男女教育內容以及受教育的年數有所差別。根據游鑑明（1988）和Patricia Tsurumi（1977）的研究，很清楚地指出，日本殖民政府的教育政策其實是實踐它的性別意識型態的結果，那就是給予男孩和女孩極度差異的教育內容。

據鍾信心的回憶：

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」。（蔡幸城，2001: 141）

男女工作的性別刻板印象那麼早就出現了。我們必須進一步追問：這是什麼原因造成男生當醫師，女生當護士？除了訴諸傳統性別觀念外，還有其他政策和制度的因素。

有一個重要的因素是殖民政府的教育制度。早在 1910 年左右，「看護婦養成所」就是繼「台北總督府醫學校」而成立的，前者招收女生，後者招收男生。這讓民眾很清楚地認同男女在醫療工作上有所區別。這樣的區分是來自於教育機會的管道，而不是法令強制禁止所造成的。

另外，中學男女「雙軌學制」是個關鍵性的因素。據研究指出，初等教育雖然並無男女之別，但自中等以上的教育，男女生的教育內容開始分流，形成雙軌教育制度。男孩子從中學起，實質上的智識訓練偏重在物理和數學，技術和工藝，以及外國語的訓練。女孩子從中學起，則重視家政，美育，音樂，縫紉，烹調的培養。加上，男子學校又比女子學校的學習年限長一、二年，更加強了「雙軌學制」的區隔性了。男孩子被期望成為推動國家發展的樑柱，女孩子則被期望成為「賢妻良母」，為國家養育健康的下一代（Nakayama, 1984; 游鑑明, 1988）。當時主流的性別論述，緊扣著女人的生物性，強調女人做為母親的天職，和維繫家庭的義務。學到高中，基本的賢妻良母教育已大致完成。從殖民者的角度來看，這些台灣年輕女生若能出嫁，相夫教子，她們就完成了社會任務，無必要提供進一步的教育機會。

因此，台灣最高的女子教育是高中教育。

根據 80 多歲的柯醫師表示：「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，因為中學的教育雙軌制，女生的學術水平無法與男生相比，⁹ 女生一定要進入女子專門學校，不能進入為男子設的「台北醫學校」。「看護婦養成所」以及日後的助產士學校似乎是台灣女學生要從事醫療可進的職業學校。

那麼為什麼不設立「台北女子醫專」專供台灣女子求學之用呢？在種族和性別的雙重歧視下，對殖民政府而言，台灣的女子沒有日本女子有栽培的價值。¹⁰ 在日本，「女子醫專」的出現造成日本人並不認為「醫師」是只有男生可以選擇的職業。特別在男女授受不親的性別論述影響下，國家有義務培養女醫師，以便照顧女病人。¹¹ 但是在殖民地的台灣，一方面在教育 and 日常生活中強調，性別區隔的觀念，但在婦女就醫方面，卻不考慮台灣女性的需求，不設立「女子醫專」培養女醫師。另外，殖民政策不重視台灣女子醫學教育，還可以從日

⁹ 到 1940 年代，台北帝大文理學部也有少數台、日人的女生們進入就讀。（參見「日治時代台北帝大文理學部學生名錄」<http://www.lib.ntu.edu.tw/spe/taiwan/academia/his.htm>；<http://www.lib.ntu.edu.tw/spe/taiwan/academia/academia.htm>）

¹⁰ 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）

¹¹ 印度也有性別區隔的風俗「Zenana」，在印度成立的女子醫學校訓練女醫師，是英國殖民者眷屬與外國商人等合力促成的慈善事業，以便處理婦女的疾病。見 David Arnold (1993)，第五章。

本設立助產士學校和看護婦學校的「層級」來說，日本設立助產士學校和看護婦學校的「層級」都比台灣的高：例如在日本設立高等學校如 St. Luke 護士學校（鍾信心就讀的學校），而在台灣設立的卻是初等看護婦學校，這裡就有明顯的殖民差異對待。可見台灣的女子教育並不是複製日本內地的教育政策，而是殖民政府不願投資在台灣女子專業教育上。¹² 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。

台灣特殊的學制和性別區隔造成在台灣人的心目中，醫師也就被「順理成章」地和男性的專業之間劃上等號。這個特殊的「（男性）醫師」形象，與歐美早期醫界對女性排擠的發展過程相當不同，這是來自於台灣殖民時代特殊的歷史條件造成的（英美的歷史過程，參考 Witz, 1992）。

（三）醫師中產階級的優勢地位

當我問柯醫師為什麼想學醫？她不加思索的回答：「像我成績那麼好，不學醫還學什麼？」柯醫師所處的社會狀況與蔡阿信選擇學醫的社會情況相去甚遠，但對我訪談的那一代的台灣女醫師有相當重要的影響。那就是，她們正恭逢以醫師為主軸的新興中產階級的興起：1930年代西醫已經在台灣奠定了它的優勢社會地位，成為最優秀的學子追求的未來職業。這與 Anderson（1998）所引述的一些實證研究的

12 日本政府教育政策並沒有積極的要成立女子醫專，而是在本世紀之交，那些女子醫專是由有心的女性與女醫師們努力成立的，為要給女病人較好的醫療照顧。當時的日本男醫師反彈相當大，見 Chung（1999），第六章。在此，對傅大為的資訊提供表示感激。

結果相互呼應：個人在職業選擇的過程中，各人興趣很有彈性，容易與現實條件「妥協」，但職業聲譽卻是在做選擇時，人們最重視的，最不願妥協的部分。在柯醫師以及很多人的眼中，在學校成績那麼好的人，理所當然應該選擇「學醫」。

1930年代，台灣醫師專業進入輝煌騰達的階段。根據研究（陳君愷，1992；吳文星，1992；Cheng, 1998）西醫師專業之所以能形成為新興中產階級享有特殊崇高的聲譽和地位，至少有三個重要原因：

1. 日本殖民政府的人力培養政策。如前所述，除了殖民政策排除了所有的醫療競爭者，獨尊西醫之外，不允許台灣男人在法律和政治方面發展。這是日本殖民政府人力培養政策，大力推展醫療與國民教育，把台灣人才引導向醫師和教師這兩個中產階級行業。從殖民者的考量，推展醫療，有助於控制流行疾病，減少人口和生產力的流失；推展國民教育，有助於複製日本國族的價值觀和增強台灣人對日本的認同。然而這二個台灣人可以發展的行業中，卻有高下之別：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（游鑑明，1988）。

2. 日本殖民政府鼓勵私人診所蓬勃發展，讓醫師擁有診斷和開藥的「醫藥不分家」的大權。這就是醫師收入較教師高的原因之一。有位男性林醫師是「台北醫專」的畢業生，在訪談中透露：由於族群歧視，能到公立醫院服務的台籍人士很少。在公立醫院工作的台籍醫師的薪水卻比日本同事低，也遠比私人診所的醫師低太多（A-Lin-1），因此台灣人一般傾向學成後自己開診所，而不到「總督府醫院」（公立醫院）工作。根據資料，1942年在私人診所開業的醫師佔總醫師人數的68%，其中80%是台灣人（陳君愷，1992）。於是醫師行業成為日本殖民時代，除了因殖民政府大力背書，形成的崇高地位外，也因

為收入的豐餘，具有經濟的實力。很多醫師也擁有多量土地成為大地主。

3. 醫師家庭聯姻增強並鞏固新興中產階級的社會聲譽和地位。醫師收入多，加上日本殖民政府重視醫學，造成士紳和地主轉向把兒子的前途投資在西醫教育上，把女兒的前途投資在當醫師夫人（Tsurumi, 1977）。1930年代，藉著通婚聯姻，於是「醫師世家」逐漸形成。中產階級的地位除了可藉職業的收入來衡量外，還可從其社會地位的崇高，以及文化的影響力測知。「醫師世家」之間的婚禮喜宴，喜獲麟兒，開張慶生，甚至喪葬出殯的盛大場面，受到全國報紙大幅報導，成為地方上的話題人物，其中不少是女醫師嫁給男醫師的美談。有些女醫師引進日本新潮流的服飾和裝扮帶領社會風騷，也常在地方上造成轟動。在歷年出版的台灣名人錄中，醫師佔的比例幾乎約25%（陳君愷，1992；吳文星，1992）。可見醫師做為中產階級的地位在1930年代已逐漸形成，也成為其他階級嚮往攀緣的對象。

（四）醫師聲譽吸引父母對女兒的投資

新興中產階級對子女教育的投資，可能因為家境富裕，負擔兒女學醫的花費也不認為過重。對年輕女生的父母來說，在培養兒子之後，還有多餘的金錢就有可能投資在女兒身上。Susan Greenhalgh（1985）提出的「代間契約理論」在面對富裕的醫師中產階級時，可能需要打些折扣。¹³若家中沒有兒子，或培育了兒子後還有餘力，在

13 根據 Susan Greenhalgh（1985）的研究，亞洲家庭資源的分配是按照父系家庭系統的原則安排的。當考慮到教育資源分配，父母比較願意投資在兒子身上而不在

耳薰目濡看到醫師職業可以提昇家族的社會地位和榮耀鄉里，也會想送女兒出國學醫。根據游鑑明（1995: 109）的統計，1926 – 1948 之間，台灣女生從東京女子醫專，帝國女子醫專和東洋齒科三校畢業的人數，共計 227 人。其中，以 1930 年到 1940 年畢業人數佔最多。

在我們的訪談中，何醫師和沈醫師都來自相當富裕的家庭，她們之所以選擇學醫，是奉父親的命令。從她們的敘述中，我們可看到當時中產階級對醫師職業的重視。

何醫師：我爸爸是內科醫生，兄弟中間沒人對學醫有興趣。反正我的學校成績很好，很會讀書，學什麼都會學得好，我爸爸就要我去日本學醫。我從彰化女中畢業，就直接保送到在東京的帝國女子醫專……原本我要留在日本工作的，父親一定我要回來。我就提出條件，我要去的實習醫院一定要醫師學歷高，醫德好，病人多，實習醫師少。結果在台中找到一家合乎條件的醫院和醫師，我才回來。

（A-He-1）

沈醫師：如果當年台灣有女子醫專或大學，我就不會去日本唸書了。我爸爸中學畢業，那時算是很有地位的了！他很重視教育，又

女兒身上。因為按父系統，兒子終其一生都會是家庭成員，繼承香火，而女兒終究會出嫁。父母老後依賴兒子奉養，因此對兒子的教育投資，增強其技能，是對自己老年的保障。這就是「代間契約理論」。這理論對家境較貧困的家庭比較有解釋性，對富裕的家庭比較不能適用。我想這可以用來解釋日本殖民時代當時中產階級家庭的教育資源分配。Parish 和 Willis（1993）的研究說明，台灣經濟發展後，家庭的儲蓄越多，家庭的資源分配也越男女平等；若社會福利越普及，父母就越不依賴子女的奉養，家庭的資源分配也就越無男女之別。參見林鶴玲（Lin, 1995）的詳細討論。

因為我堂哥堂姐都去日本念醫，他就對我說：「妳可以去日本念醫科，如果讀別的不行。」那時，我也不知道自己的興趣，就和一位同學一起去報考。本來我可能會去讀帝國女子醫專，因為不需考試，只要高中成績好，就可入學。但我考上了東京女子醫專，考中了，我父親很高興，還去參加我的入學典禮呢！……我在日本讀書的時候，父親每月寄給我 45 元，我食宿一個月花 25 元，還覺得不夠用，現在想起來真不好意思。我哥哥在日本讀中學一個月爸爸寄 40 元。那時一個小學老師一個月領 50 元，還可以養全家。我父親在新竹大東信託局當分局長，加上家中有地，所以有點錢……民國 34 年大戰結束，我是 33 年畢業的，因為日本需要醫生，就提前半年畢業。（A-Shen-1）

雖然何醫師和沈醫師二人都不因身為女兒，而被剝奪學醫的機會，但是她們二人的經歷，仍然可以說明她們的教育和職業的選擇需要特定條件的支持。以何醫師為例，若不是兄弟對學醫沒興趣，這個學醫的機會會不會輪到她？沈醫師在台灣讀完中學，而她的哥哥卻在日本讀高中，可見仍有重男輕女的觀念。但重男輕女的觀念在有錢人家對女生造成的排擠作用較輕。中產階級的女兒在學業方面，比較有機會與兄弟齊頭並進。

醫師優越的社會地位，收入的豐餘，還有寬廣的社會網絡資源，使得很多中下階層的家庭也期望他們的子女有朝一日能鯉躍龍門。在基隆開業的鄭醫師，現今 70 多歲，來自一個工廠員工的家庭。她的父母原本並沒有期望家中會培養出醫師。但是當鄭醫師中學考試結果發表，證明她有此能力後，全家就全力支持她去日本讀醫學院。

因為我家只有我和妹妹，沒有兒子，我又是老大。爸媽也願意讓我多讀書。當時我爸爸在日本人的鐵工廠工作，那個日本人的兒子從基隆省中畢業，去考日本專科考不上，啊整個工廠就我一個考上，所以爸爸媽媽很高興，願意讓我繼續讀。（B-Zheng-1）

旋即，日本戰敗。國民政府來台後，鄭醫師就考進入了早期的「台大醫學院」。鄭醫師的例子說明二個意義：（1）日治時代醫師行業，經過了四十年的發展，連原本想都沒想到可以有女兒學醫的工廠職員，都全力以赴，被「醫師」聲譽所吸引。鄭醫師考贏工廠老闆的兒子。（2）鄭醫師台籍的族群「自我認同」和「群體認同」是藉著日常生活中的點點滴滴形成、鞏固或瓦解的。這些「小事」居然在50年後的今天不但沒忘記，還會向一位陌生的訪者透露，可見其對她的重要性了。

從1910年原本台灣人不願就讀日本殖民政府設立的西醫學校，到1930年代打破頭擠進「台北帝大醫學院」或遠赴日本本島就讀，醫師行業的行情高漲，是日本殖民政府的政策結果，這個政策充滿了階級、種族和性別的偏見，與同一時期的中國大陸的醫學教育政策相當不同。

五、中國大陸的醫師專業

蔡阿信若換成這個世紀初在中國大陸的教會中學學習的年輕女生，她「選擇」學醫的理由和學習的地點就會不同了。例如較蔡阿信早二十年出道的張竹君醫生，不用出國，就進入西方傳教士專為中國女子開辦的「廣東女子醫學堂」學習的（Leung, 1999; Tucker, 1990;

陳勝崑，1981）。西方醫學能傳入中國和台灣，都因傳教士的牽引，中國約始於 1830 年代，比台灣早三十多年。但是西醫在中國生根的過程與在台灣的迥然不同。下面的分析，也將比照前段台灣醫師專業與個人選擇的分析層次。

（一）西醫無法贏得國家支持的壟斷局面

清末民初，中國民族主義者受到社會達爾文主義的影響，以及日本明治維新的影響，也在中國提倡西醫，例如，孫中山和魯迅都到日本學醫。1910 年左右到日本留學的中國學生人數激增到一萬多人（Chen, 1989）。這些留學歸國的西化知識份子，日後成為五四新文化運動的推手。在這些民族主義的西化知識份子眼中，西醫當然代表進步和科學，所以在他們的社群中，西醫的社會地位自然比較高。這些人視中醫「不科學」，不能掌握「疾病真相」，魯迅的小說〈藥〉就是對中醫和中藥最沈痛的控訴。推廣西醫在這群西化和鼓吹西化人的眼中是邁向「現代化」的重要階梯（Leung, 1999）。

雖然在 1920 年代西醫所推動的公共衛生計畫已經獲得國民政府認同和背書，但是民間並不信任西醫。根據雷祥麟的研究（Lei, 1999）指出，當時的西醫都集中在都會，例如，22% 的西醫就集中在上海，農村人口的醫療全賴中醫維護。所以，當西醫展開公共衛生的拓邊爭奪戰，中醫一點也不擔心，因為他們知道中國大多數的民眾會站在他們那邊。以西醫為首的一些公共衛生官員藉著國家的力量展開廢除中醫的「革命」之前（Yip, 1996），西醫就有過二次企圖要求國家限制中醫的行動記錄：一次是 1922 年，內政部受到一群留學國外的西醫師的壓力，頒佈一系列規範中醫行醫的法規。另一次是 1925

年「中華傳教醫學會」要求政府執行已有的法規，即中醫師必須依正式考試，國家才能頒發執照給他們。這些對中醫的打壓，都遭到中醫師團體和傳統知識份子的強烈抗議。當時的國民政府沒有如日本殖民政府般的強勢，加上國民政府中一些有力人士，例如：陳果夫等人則是站在中醫一邊，使得西醫和西化知識份子欲把西醫推送到壟斷的優勢位置的意圖完全失敗。1929年的「中國醫學革命」失敗後，在1930—1950年代的中國大陸行醫的醫生，就是中西醫並存。在中國，既然西醫革命失敗，就無法獨佔市場。這與日治的台灣情況正好相反。於是，西醫在中國的地位不曾達到類似其同行在日治台灣的優勢地位，也不可能成為年輕學子（包括女學生在內）最嚮往的職業。

（二）男女共學的單軌學制區隔不明顯

清末來到中國的傳教士認識到中國社會男女授受不親的觀念，為了能便利傳教，教會特別創辦女子中學和醫學校，其目的是為了配合中國當時的性別區隔的民俗，以便培育女醫生為女性服務。女大夫因性別的方便擁有照顧婦女和孩童健康的特權，甚至有很多女大夫（和護士）終身奉獻醫療，單身未婚，而受到眾人的尊敬。她們間接被視為是拯救中華民族的象徵（Leung, 1999）。根據 Sara Tucker（1990）的研究指出，早期的女醫學校規模很小，專業水平不足。1899年 Mary Fulton 設立「廣東女子醫學堂」，三年後以美國捐款者 E. A. K. Hackett 之名，改為「Hackett 醫學堂」。張竹君醫師就是這個學校的畢業生。1905年，張竹君在上海設立第一個非傳教士辦的「上海中西女子醫學院」。上海是個西化的都市，有很多人對西醫充滿信心，也有廣大的需求。在1924年，又有一所「上海女子醫學院」成立，到1933

年，訓練了 23 位畢業生。除了上海，北京也因為一些政要與學者支持西醫，洛克斐洛基金會撥款於 1908 年成立了「北京協和女子醫學院」，到了 1923 年併入齊魯大學（陳勝崑，1981）。

1920 年代的中國正受到五四新文化運動的影響，「婦女解放」浪聲高漲。模仿美國的新式教育也開始上路。在此，本論文要指出的一個重點是男女共學（co-education）的單軌學制，所謂的「單軌學制」即指男女學生修習相同課程和受教年數相同，使得他們在高中畢業時的知識水平無制度性的差異。這明顯地與台灣性別區隔的雙軌教育制度，為年輕女生提供了不同的職業選擇機會。

1920 年代，中小學教育開始在各個城鎮普及。根據 Paul Bailey (1990) 的研究，當時男女中學生的課程科目基本上大致相同而且學習年數一樣。唯一不同的是，男生每星期有約四小時的勞作繪圖課，女生則是家政課。這樣的微小部分課程差異並不會影響男女考大學的成績。1924 年教育部下令國立大學開始招收女生，各醫學院也紛紛相隨。女子醫學院因設備昂貴，被認為無必要單獨設立，於是男女同校同班形成慣例（陳勝崑，1981）。

在訪談中，我發現一個令我很吃驚的現象，就讀大學醫學院的女生人數，不亞於男生。季大夫和顧大夫讀大學時，正值中日戰爭期間：

季大夫回憶道：那時（在英士大學）我們班上，16 個男的，16 個女的，很平均。（B-Ji-1）

顧大夫記得：我讀湘雅醫學院時，那時抗日戰爭已經打了四、五年了，我們班上女生比男生還多呢！很多男生投筆從戎了！（A-Gu-1）

這二個例子，說明國民政府當年的性別教育政策並無性別區隔的禁忌，教育雖然帶有強壯「國族體魄」的目的（Bailey, 1990），但並未標榜像日本殖民政府類似的性別分工的論述。醫學院也收女生，因此醫生專業也就沒有淪為男性專門的職業。此外，還可以有下面二方面的解釋：一方面男生的職業選擇較多，正逢中日戰爭，年輕男子從軍的人數激增，男生報考醫師的人數就比平時少。另一方面，那時代都會中產階級的年輕男性，還有很多其他可能的專業出路，例如：從事經商企業，外語翻譯，擔任中小學老師和公務員，從事法律政治和科技發展的活動，不似台灣的都會中產階級男性職業選擇的範圍很狹窄，當然在中國醫師的聲譽沒有台灣的顯赫與榮耀也是原因之一。這一點在下面有較詳細的討論。

（三）醫師職業的聲譽：實用和穩當

在當時的台灣，高中畢業生若成績好，很少有人會放棄學醫的機會，因為醫師這一行在社會上的優勢，富裕與榮耀金光閃閃，使得人人瞠著眼，難以拒絕。但在 1930 年代中國大陸醫師的形象卻傾向相當樸素實用，這從王大夫和季大夫的自述就可以看到。在當時她們所賦予「學醫」的形象：「是一條女孩子可以獨立養活自己的好出路。」這與台灣的醫師形象差距很大。

王大夫：我高中畢業時，我父親認為女生大學畢業應該能獨立生活，不要靠丈夫。我家女孩子中，我的書讀得最好。父親鼓勵我也強迫我，他說：「如果你選醫科我就支持你。如果你選其他科，我就不支持你。」我就只好讀了。我父親在湖南當縣長。（A-

Wang-1)

季大夫：我家自祖父輩就開始從事中藥，祖父和父親在當地是著名的中醫。因為父親開明，重視子女教育，願意盡力支持女兒讀書。所以我小學就離家到省城就讀。高中畢業時，我想當時一個女孩子家，如果有獨立工作的能力該多好！如果又要能為老百姓服務，大概只有學醫一條路。為了離家近些，我就選擇到（浙江）麗水的英士大學。¹⁴ 那時抗戰正打得緊張。（B-Ji-1）

從王大夫的敘說中，我們並沒看到學醫有什麼特別的神聖光圈，似乎高中畢業生面臨的除了學醫，還有一些其他的選擇，只是這位父親不首肯支持。王大夫的父親認為女兒應該擁有獨立維生的技能，在他眼中西醫最能滿足這樣的需求，這需求是實用性高於榮耀性，帶有保守謹慎的特色，而沒有發展高昇的期望。季大夫在高中畢業時，就期望將來能獨立工作，她有這樣的想法，我猜想與江浙一帶風氣遠較內陸和北方開放，接受五四新文化啟蒙的洗禮有關。獨立女性的形象，在 1920 年代後就成為很多年輕女性追求的理想。戰亂時代的中產階級，就不像 Susan Greenhalgh（1985）所言，會精密算計投資在兒子身上以求回饋，反而投資在女兒身上，特別是醫護行業，除了使她們能獨立生活，還能照顧父母病痛，在戰亂時代這也是一種要求女兒對家庭的回饋。

戰亂使得各行各業生活不穩定，任何一份專業的工作，包括醫生

14 有位評審指出英士大學於 1939 年成立，當時省立醫藥專科一度併入，1943 年醫專又獨立設校。由於季大夫已出國，無法問詢她何時畢業。

在內，生活來源都不能有保障。醫生頂多是個可以賴以求生的職業罷了。中產階級的男性所能賺取的薪資不足以養家，達不到「家庭工資」（family wage）的水平，自然沒有理由阻擋女性賺錢養家的可能。

另一位顧大夫在述說個人選擇學醫的過程，雖然與父親命令無關，但卻也是從實際面考量。

我父親相信女孩子應該讀書，堅持大姐去讀北平協和醫院的護校。我哥也學醫。後來我父親到廣東梅縣當縣長，被土匪打死。那時我才四歲，我們就依賴撫卹金過活。我大姐決定把我帶大，她畢業後到南昌當助產學校的教務長。她終生未婚。我本來希望去學聲樂，我喜愛音樂，但是自從父親過世，家道中落，大姐負擔不起，就叫我也學護士，至少是個穩定有飯吃的職業。我看她當護士那麼辛苦，哥哥就勸我也念醫好了。我就考進了湘雅醫學院。（A-Gu-1）

在顧大夫的敘述中，學習音樂是屬於有錢人家小孩的專利，家道沒落的孩子只能學習醫護，至少可以學到一技之長，有穩定的收入。當她在選擇護士或醫師之間來回考慮時，她並沒有女生適合當護士，男生適合當醫師的預設立場，而是選擇比較不辛苦的職業。她哥哥也沒有認為醫師是男性的專利，或勸告妹妹女生不適合當醫師。可見，當時醫師這一行在社會中的地位，沒有特定性別認同的形象，其聲譽也屬於具有中產階級保守務實安穩的特色，在聲譽和職業的性別型態彼此沒有衝突時，這些女性在做個人的選擇時，必然採取妥協的策略，放棄自己的興趣，配合職業的可能性。

(四) 戰亂時代中產階級女性可能的自主空間

中國除了 1928-1937 年間，相較穩定的內政，興建了一些醫院和西醫學院 (Yip, 1996)，使得西醫在大都市內有些蓬勃的發展外，接下來八年的中日戰爭，與國共內戰，使得當時作父母的很難想像，子女未來光耀門楣的光景。戰亂使得人們的價值觀傾向只求存活 (例如前述例子)，造成當時中產階級的危機意識，皆認為能夠家傳的財富不是土地和金錢，而是謀生技能。因此，我們見到受訪的女醫師的父親和她們自己都有多讀書擁有一技之能才能獨立自主的意識。戰亂也使得原本依傳統價值組織而成的家庭關係有所鬆動，造成中產階級的家庭對傳統的性別論述做重新解釋，包括要獨立不要靠丈夫，甚至女兒離家出走，都可以被原諒。就像萬大夫的例子：

我父親是基督徒，是內科醫生。我高中時改信天主教。畢業後與同學偷跑到大後方。當時，從北平跑出來，兩個女生，一個男生，我膽子很大，走了一個多月才到大後方。可能因為過去看到傳教士的自我犧牲的精神感動我，我就去考了中央大學的醫學院。(A-Wan-1)

萬大夫離家偷跑到大後方，這些都不是同時期在台灣的同輩「年輕女生」可以想像的。在中國當時的主流性別論述，例如：「男主外女主內」、「賢妻良母」等遇到了戰亂，就大大削弱它佈署 (deployment) 和宰制的力量，「父權」對女兒生涯方向的影響也就不如承平時的有效。戰亂為原本家中聽命的女兒提供了展現自我意願的機會，雖然最後萬大夫還是選擇醫師的職業，說明她父親的影響猶存，但是

對她來說，是自己的「選擇」。

萬大夫的家庭背景，引導我們必須再回頭去看看，這些在中國接受醫師訓練，日後移民來台灣的女性，到底是來自什麼家庭背景？萬大夫的父親是基督徒也是醫生，雖然只是一個例子，卻很有代表性。在此我要借用中國移民台灣的第二代女醫師，張醫師的家庭為例。張醫師的母親，是 1920 年代在廣州接受女子醫學訓練的，她母親的妹妹也是女醫師，約 1930 年代開始執業。她們的父親，及張醫師的外祖父，是受到基督教會傳教士的影響，成為基督徒，決定讓家中的二個女兒學醫。張醫師認為，廣州比中國內地更容易接受西醫，因為有很多傳教士在那裡行醫。她自己後來在台灣考上台大醫學院，就是受到母親的影響。在中國，本世紀初傳教士對男女教育機會平等和醫學推廣有相當的貢獻。日後，受到五四新文化運動的影響，國民政府推展的新式教育，也削弱了「女子無才便是德」的說服力。受訪的顧大夫和王大夫的父親都是當縣長的，表示他們都接受過新式教育，為當時國民政府服務。季大夫的父親和祖父都是中醫師，頗受鄉里的尊敬，屬於仕紳類的地位。或許 1920 年代中西醫的鬥爭，並未成功地排擠中醫師，反而造成日後的「中醫科學化」，很多中醫世家也寄望後代學西醫，以便使中醫更「現代化」（Lei, 1999）。當季大夫在浙江家附近的大學也成立了醫學院，提供了就學的機會，父親也贊成往西醫發展。這與台灣中醫師無任何發展機會，不得不送兒子學西醫的經驗不同。

這四位女大夫的經驗透露了她們的家庭背景，應該屬於中產階級。這一點雖然與台灣女醫師的家庭背景相似。但是，在我訪談的中國大陸男女醫師中，不曾見到類似台灣的「醫生世家」的集體形象。她們的家庭大多不是醫師，日後結婚的對象，除了季大夫外，其他的

都是非醫界的人士。¹⁵這到底代表什麼意義呢？可能的解釋是：中國大陸的女醫師對醫師專業的認同，傾向視為個人的謀生職業，個人的專業技能。若這專業帶來任何殊榮和利益，她們比較傾向認為是屬於個人的，而非家族的。因為並沒有類似台灣「醫師世家」的影響。她們比較傾向視醫師專業與其他有社會地位的職業，例如：工程師、軍人、律師、科學家、老師地位等同。這反映了當時中國社會為年輕男女，特別是為年輕男人，提供了多元生涯發展的管道。這與台灣的同輩男女相差甚大。社會謀生的管道越多元，就越不容易造成某一職業，像台灣「醫師世家」，壟斷社會的發言權和文化影響力。因此，屬於這職業團體的中國女醫師的職業選擇經驗，以及醫生的職業形象與同輩台灣女醫師的相當迥異。

六、結論

從上面的討論，我們可以看到研究個人職業的選擇，除了可以讓我們瞭解早期女性進入醫學專業的個人特殊歷程，也可以讓我們認識到「個人的選擇」其實是個歷史、社會與文化相互建構的結果。雖然個人的職業「選擇」必然存有個人興趣與能力的特殊性，但是個人的職業「選擇」往往不全然是依照個人性向或興趣的選擇，而是經由作為社會的個人和當時允許的社會條件相互作用而成的。所謂的作為社會的個人是指：某人在某一社會位置上，例如：個人的性別身份，個

¹⁵ 顧大夫嫁給律師，萬大夫的先生是科學方面的教授，王大夫的先生是外交部武官。有位我不曾訪問過的孫大夫先生則是工程師。（見中華民國女醫師協會會訊，1999 no. 14）

人在家中的排序，家庭擁有的族群資源，家庭隸屬的階級與職業，家族成員之間的相互影響等。至於所謂的當時社會提供的就業條件，是指：政府的醫療制度政策，教育制度，考試規定，醫學院的設立，醫師職業的社會文化形象，以及大環境的影響。若談到女性的「個人選擇」，我們還要研究社會普遍接受的性別論述等面向。無怪乎，Pauline Anderson（1998）在討論教育和職業選擇時，會以“Choice: Can We Choose It?”為論文的標題。

但是 Anderson 的討論忽視了父權在子女教育和職業的選擇的影響，而父權的控制我們在的研究中卻扮演重要的角色。在受訪者的自述中，我們發現台灣和中國的女兒的教育和職業選擇多數是由父親決定，這算是很典型的父權掌控。前述的討論讓我們看到父權掌控可以在一些經濟或社會的條件衝擊下，以柔性或削弱的方式呈現。例如，無論是中國或台灣的「年輕女生」，能夠「選擇」學醫，絕大多數出生於家庭經濟小康以上，父親或家族中的長輩比較接受女兒的平等受教的觀念。家中有餘裕的財富，使得影響家庭資源分配的「代間契約」關係減弱，但仍以優先栽培兒子讀書，再以餘力支持女兒（出國）學醫。在戰亂的中國，在五四新文化運動，教會醫學傳教和在「中醫科學化運動」的影響下，較為富裕的家庭會給予女性較多的職業選擇的機會。到了 1940 年代，中國家庭的父權，可能因為戰爭打亂了原本的社會秩序，很多年輕男女離鄉背井，跟著學校遷移避難，或逃離淪陷區到他鄉謀生。在面對戰亂，當女兒發展出較獨立的自我追求時，「父權」的控制就開始削弱。

前述的經驗研究也讓我們看到探討（醫師）「職業命定」還需要注意，性別、階級和族群是交互形塑專業命定的內容。醫師專業的發展，在日本殖民時代的台灣遠較同時期的中國尤其凸顯。在台灣，醫

師專業發展成為男性、中上階級、漢人重要社會往上流動的專業；在中國則沒有如此的性別和族群的意涵，而是個都會中產階級男女都可以進入的專業。¹⁶ 女性主義者 Amott 和 Matthaiei (1991) 和 Anthias 和 Yuval-Davis (1992) 指出，女人的被壓迫是社會權力和資源分配所產生的社會關係中重要的一環，與階級和族群彼此相互融合在彼此中間，彼此相互成為彼此的環節，環環相扣。性別、階級和族群三者的關係不是像「認同項鍊上的珠粒」（此為 Elizabeth Spelman 的比喻，引自 Amott 和 Matthaiei, 1991: 13）彼此分別地被串連起來，一個加上一個的關係。我們在權衡其影響力時，也不能抽象地提出這一面向比那一面向更重要，一定要放在具體的社會情境中進行分析。

本文的研究可以說明一個很多人不曾認識到的事實，就是醫療專業的社會地位其實是在各種因素交相影響下被社會建構出來的。同為西醫專業，在 1930 — 1950 年代的台灣的面貌是優勢的社會地位和家族的榮耀，而在同時期的中國卻是一份中等家庭選擇實用和穩當的工作。

最後本文的研究可以用來回應一個職業區隔文獻上經常為人爭議的理論。在 Barbara Reskin 和 Patricia Roos (1990) 編輯的書，*Job Queues, Gender Queues* 中主要的論點就是以豐富的美國經驗研究辯稱：當一份社會地位高聲譽好的工作，逐漸走下坡時，男性就開始會移出，尋找另一份社會地位高聲譽好的工作，這時女性、黑人、少數民族的男女就會「排隊」進入這逐漸沒落的職業。他們爭辯的對象是另一種說法：當女性、黑人、少數民族的男女進入某一職業，這職業

16 在台灣醫師專業中的漢人與日人之間有高下之分。而日治時代的蕃人（原住民）與中國的少數民族則沒有列在本文的討論中。

的社會地位和聲譽往往就是比較低落或已經走下坡的職業。這二個說法的共同點是：凡是社會地位高聲譽好的工作都由男性把持，它們的不同點在於因果的解釋。

本文的研究中，以台灣和中國的西醫專業發展為例，可以用以支持這二個說法的共同點。台灣的實例太明顯，無須贅言；中國的實例，則是因為西醫專業原本不是地位最高的，於是有很多女生加入，也可以作為支持這共同點。

然而，台灣和中國醫師專業發展的實例，卻都可以挑戰這二個對立的說法的因果解釋。本世紀之交，台灣西醫地位低落沒有人要學，醫學校以免學費膳費，還贈送生活費的方式吸引男學生報考，當時並沒有女生就讀。原因與女生並無基礎教育機會有關。在中國，西醫固然在西化的民族主義知識份子社群中頗有社會地位，但在一般民眾眼中卻是不值得信任的。西化的知識份子和中產階級樂於鼓勵女兒學習西醫，是為其實用和穩當的特色，而中產階級的男性除了醫學外，尚有其他「有前途」的出路。可見性別與職業／專業的關係相當複雜，不是這二個說法可以簡單涵蓋的。因此，美國社會職業地位的高下與性別和族群關連的研究，其實無法跨越時空用來解釋 1930 - 1950 年代台灣和中國的性別與職業或專業的關係。

◎作者簡介：

成令方，英國 Essex 大學社會學博士。現任高雄醫學大學性別研究所助理教授。研究專長為醫療社會學，性別社會學，性別與技術。

地址：807 高雄市十全一路 100 號 高雄醫學大學性別研究所。

電話：(07)3210887；(07)3121101 轉 2554

email：lingfang@kmu.edu.tw

附錄

表一、台灣女醫師人數與總醫師人數

年	女醫師	男醫師	醫師總人數	女醫師比例
1926-1942a	168*		2441**	? %***
1968b	250#	4394##	4644	5.4%
1974c	195	4688	4883	4%

a 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。

陳君愷(1992)〈日治時期台灣醫生社會地位之研究〉。《國立師範大學歷史研究所專刊》。台北市：國立台灣師範大學歷史研究所。

b Su, Yinhe (蘇銀河) (1969) The distribution and contribution of doctors in Taiwan. *Journal for Taiwan medical society*, 68: 547-551.

c 陳拱北等(1974)〈臺灣地區開業醫師分佈現況之調查研究〉，《中華醫學雜誌》，21(2): 95-108。

註：

*這數字是根據游鑑明的統計做成的。台灣女性自東京女子醫專畢業的有 82 人，自帝國女子醫專畢業的有 49 人，東洋女醫科 37 人，共 168 人。(游鑑明，1995: 109)

**此數字見陳君愷（1992: 40-41），應包括日本人。

***我們沒有把握留日的女醫師都返國服務，因此必須留白。我們只能推算，她們若都回台灣工作，則佔醫師總人數 6.9%，若只有 100 人回台灣工作，則佔 4.1%。

#其中 166 人為本省人（閩客人），79 人為外省人。

##其中 3,628 人為本省人，750 人為外省人。

表二、本研究訪談醫師人數：性別、族群、世代

年代	第一代 1940-1950 大學畢業		第二代 1950-1965 大學畢業	
	女	男	女	男
台灣本地人	4	11	4	4
中國移民	4	2	4	2
僑生	0	0	2	0
共計	8	13	10	8

參考文獻

中文部分

- 小田俊郎，（洪有錫譯）（1995/2000）《台灣醫學 50 年》。台北：前衛出版社。
- 江東亮（1992）〈公元二千年台灣地區醫師人力的供給與地理分布之推計〉，《臺灣醫學會雜誌》91: s109-s116。
- 吳文星（1992）《日據時期台灣社會領導階層之研究》。台北：正中書局。
- 李欣芬（1989）《基督教和台灣醫療現代化》。國立師範大學歷史研究所碩士論文。
- 陳君愷（1992）〈日治時期台灣醫生社會地位之研究〉，《國立師範大學歷史研究所專刊》。台北：國立台灣師範大學歷史研究所。
- 陳拱北等（1974）〈台灣地區開業醫師分佈現況之調查研究〉，《中華醫學雜誌》，21(2): 95-108。
- 陳勝崑（1981）〈近代開風氣之先的中國女醫師兼備仁心與仁術〉，《婦女雜誌》，149: 54-57。
- 曾秋美（1998）《台灣媳婦仔的生活世界》。台北：玉山社。
- 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》。台北：國立台灣師範大學歷史研究所。
- 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。
- 蔡幸娥（2001）《護理的信心：走過台灣歷史的足跡》。台北：華騰。
- 藍采風、藍忠孚、劉慧俐（1985）〈台灣女醫的專業、婚姻與家庭的初步研究〉，國立台灣大學人口研究中心編《婦女在國家發展過程中的角色研討會論文集》，Vo1.1: 121-168。

藍素禎(1996)〈萬綠叢中一點紅：台灣第一位女醫師—蔡阿信〉，《醫望》，16：56-59。

英文部分

- Acker, J. (1990) Hierarchies, jobs, bodies: A theory of gendered organizations. *Gender & Society*, 4(2): 139-158.
- Amott, T. and Mattheaei, J. (1991) *Race, gender, and work: A multicultural economic history of women in the United States*. Boston: South End Press.
- Anderson, P. (1998) Choice: Can we choose it. In J. Radford (Ed.), *Gender and choice in education and occupation* (pp. 141-161). London: Routledge.
- Anthias, F. and Yuval-Davis, N. (1992) *Racialized boundaries*. London: Routledge.
- Arnold, D. (1993) *Colonizing the body*. Berkeley: University of California Press.
- Bailey, P. (1990) *Reform the people*. Vancouver: University of British Columbia Press.
- Burrage, M. and Torstendahl, R. (1990) *Profession in theory and history*. London: Sage.
- Chen, C.C. (1989) *Medicine in rural China: A personal account*. Berkeley: University of California Press.
- Cheng, L. F. (1998) *En/gendering doctors: Gender relations in the medical profession in Taiwan 1945-1995*. Unpublished doctoral dissertation, University of Essex.
- Chung, Y. J. (1999) *Struggle for national survival: Chinese eugenics in a transnational context, 1896-1945*. Unpublished doctoral dissertation, University of Chicago.
- Collins, R. (1990) Changing conceptions in the sociology of the professions. In R. Torstendahl and M. Burrage (Eds.), *The formation of professions* (pp. 11-23). London: Sage.
- Cooley, C. (1909) *Social organization*. N.Y: Scribner.
- Davies, C. (1996) The sociology of professions and the profession of gender. *Sociology*,

30(4): 661-678.

- Freidson, E. (1970) *Profession of medicine: A study in the sociology of applied knowledge*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Gibson, A. S. (date unknown), Pioneer Doctors Adventures (出處不明)
- Gottfredson, L. S. (1981) Circumscription and compromise: A developmental theory of occupational aspirations. *Journal of Counseling Psychology*, 28: 545-579.
- Greenhalgh, S. (1985) Sexual stratification: The other side of "growth with equity" in East Asia. *Population and development review*, 11(2): 265-314.
- Hall, S. (1992) The question of cultural identity. In S. Hall, D. Held & T. McGrew (Eds.), *Modernity and its futures*. Cambridge: Polity Press
- Larson, M. S. (1977) *The rise of professionalism: A sociological analysis*. Berkeley: University of California Press.
- Lei, H. L. (1999) *When Chinese medicine encountered the state: 1910-1949*. Unpublished doctoral dissertation, University of Chicago.
- Leung, A. K. C. (May 1999) Gender, "Science" and Nationalism: Women doctors of the late Qing and early Republican period, paper presented in the conference "Nationalism: The East Asia experience," *ISSP, Academia Sinica*, May 25-28.
- Leung, S.A. and Plake, B.S. (1990) A choice dilemma approach for examining the relative importance of sex type and prestige preferences in the process of career choice compromise. *Journal of Counseling Psychology*, 37: 399-406.
- Lin, H. (1995) *Ethnicity and gender in postwar Taiwan: An analysis of stratification and life chances*. Unpublished doctoral dissertation, University of California, Davis
- MacDonald, K. M. (1995) *The Sociology of the Professions*. London: Sage.
- Nakayama, S. (1984) *Academic and scientific tradition in China, Japan, and the West*, Tokyo: University of Tokyo Press.

- Nelson, L. H. (1993) Epistemological communities. In L. Alcoff and E. Potter (Eds.), *Feminist Epistemologies* (PP. 121-159). London: Routledge.
- Parish, W. L. and Willis, R. J. (1993) Daughters, education and family budgets: Taiwan experiences. *The Journal of Human resources*, 28(4): 863-898.
- Reskin, B. and Roos, P. (Eds.) (1990) *Job queues, gender queues*. Philadelphia: Temple University Press.
- Scott, J. W. (1988) *Gender and the politics of history*. N.Y.: Columbia University Press.
- Stacy, J. and Thorne, B. (1985) The missing feminist revolution in Sociology. *Social problems*, 32(4): 301-316.
- Su, Yinhe (蘇銀河) (1969) The distribution and contribution of doctors in Taiwan. *Journal for Taiwan medical society*, 68: 547-551.
- Tsurumi, E. P. (1977) *Japanese colonial education in Taiwan, 1885-1945*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Tucker, S. W. (1990) Opportunities for women: The development of professional women's medicine at Canton, China, 1879-1901. *Women's studies international forum*, 13(4): 357-368.
- Turner, B. S. (1987) *Medical power and social knowledge*. London: Sage.
- Vetter, B.M. (1988) Where are the women in the physical sciences? In S. V. Rosser (Ed.), *Feminism within the science and health care professions: Overcoming resistance* (pp.19-32). Oxford: Pergamon Press.
- Witz, A. (1992) *Professions and patriarchy*. London: Routledge.
- Yip, K. C. (1996) *Health and national reconstruction in nationalist China: The development of modern health services, 1928-1937*. Ann Arbor: Association for Asian Studies.

Gender, Medical Profession and Individual Choice: Educational and Occupational Choice of Women Doctors in Taiwan and China, 1930-1950

Ling-Fang Cheng Assistant Professor
Graduate Institute of Gender Studies
Kaohsiung Medical University

There are two aims of the article: one is to trace the trajectory of educational and professional choice of those women doctors who were both migrant from China and born locally, and worked in Taiwan in early 1950. Through the discussion of family influence on individual choice, it argues that an individual choice is not really an individual choice but a result of the introwoven cultural values, gender relations and educational and professional systems. The other is to present the gender relations in education and medical profession and their relations with the states in Japanese colonial Taiwan and Republican China. It means to understand macro-social relations via micro-social relations. The life story of Dr. Cai Axin, the first women doctor in Taiwan, is to serve as the case. The triangular relationship among gender, medical profession and individual choice in Taiwan and China 1930-1950 can be analyzed from the following four aspects: (1) relationship between the state and occupation/profession; (2) gender and race/ethnicity segregation in educational system; (3) the reputation and status of medical profession; (4) gender relationship in the family. The findings are to challenge some feminist theories on occupational choice and gender/race queues at work.

Key Word: gender, state, medical profession, education system, educational and occupational choice, family influence, women doctors