

國立交通大學

管理學院科技法律學程

碩士論文

從性別平權觀點重建台灣護理專業
Equal Rights on Taiwan Nursing Profession
from Gender Perspective

研究生： 胡方翔
指導教授： 倪貴榮 教授
 林志潔 副教授

中華民國 一百零二年 七月

從性別平權觀點重建台灣護理專業
Equal Rights on Taiwan Nursing Profession from Gender Perspective

研究生：胡方翔

Student： Fen-Hsiang Hu

指導教授：倪貴榮 教授

Advisors： Kuei-Jung Ni

林志潔 副教授

Chih-Chieh Lin



Technology Law

July 2013

Hsinchu, Taiwan, Republic of China

中華民國一百零二年七月

從性別平權觀點重建台灣護理專業

學生：胡方翔

指導教授：倪貴榮 教授
林志潔副教授

國立交通大學管理學院科技法律學程碩士班

摘 要

習慣裡，我們通常稱呼護理人員「小姐」，把醫師叫「先生」，不知不覺間，已經透露出一般民眾對醫護職業角色的性別刻板印象。本文以性別平權觀點解構「護理」的父權社會，並分析我國與「護理專業」議題有關之現況與法律問題，進一步提供建言。

追溯護理史，終於瞭解護理工作問題是性別議題，這種隱性的性別歧視被記錄在過去所有的社會制度中，嚴重影響護理人員個人及其職業；護理史，不僅僅是護理專業發展的歷史，其面向還包含女性在歷史當中的地位、醫學及健康照護中的父權主義、護理人員角色扮演是女性、職業與性別角色的緊密關係、醫護關係即性別關係；而社會對護理人員的刻板期待，以及對護理議題的無感態度，正是反映過去大眾普遍對女性存有的刻板印象。

護理人員受輪值三班制箝制，長期在「白色巨塔」裡勞動，卻沒有相對的合理處遇，彷彿出賣青春的苦勞，長久受護理階級觀念束縛，難以體認到護理專業自主，或只能認命的順從，若結構不革新，任何抗爭不會有效。因此，護理專業更需要以工會為後盾，推動屬於護理自己的「積極平權」措施，朝向擁有護理自主權的理想努力。

關鍵字：護理勞動權、性別議題、磁吸導向醫院經營、職家衝突、護理工會、勞資會議、護理自主權、護理專業、積極平權

Equal Rights on Taiwan Nursing Profession from Gender Perspective

Student : Fen-Hsiang Hu

Advisors : Dr. Kuei-Jung Ni

Dr. Chih-Chieh Lin

Institute of Technology Law
National Chiao Tung University

ABSTRACT

Usually, we call nurses “Miss” and doctors “Mister”. This in itself is evidence that gender stereotypes for doctors and nurses exist in the minds of the general public. This article will deconstruct the nursing profession’s patriarchal system with an emphasis on gender, analyze the current situation and legal issues surrounding “nursing” as a career in Taiwan, and provide possible suggestions.

Examining the roots and history of nursing and gender discrimination, we have found that gender discrimination is evident throughout the social system. Nurses and their careers were seriously affected not just in terms of the history of the developing nursing profession, but which also includes the status of women in history, the patriarchal nature of the medical and health care systems, and the perception that nursing is a female field. Social expectations, gender stereotypes of nursing, and general apathy towards nursing issues reflect the ingrained stereotypes towards women’s status.

Bound by the night shift system, nurses worked long-term in the “White Tower” like laborers without relatively reasonable treatment. Constrained by their low rank in the medical and health care systems, there is still no autonomy in professional nursing where nurses have merely accepted their fate. Without structural reforms, striving actions can achieve nothing. As such, in order to pursue nursing autonomy, professional nursing desperately needs to introduce “affirmative actions” on equal rights with the support of unions.

Keywords: Nursing Labor Rights, Gender Issues, Magnet Accreditation, Conflict Between Work and Family, Nurse Union, Labor-Management Conference, Nursing Autonomy, Nursing Profession, Equal rights

誌謝

想感謝的人很多，特別是我的指導教授倪貴榮老師與林志潔老師，對我的人生，起了傳道、授業、解惑的作用，讓我蛻變成「非典」法律人；還有交大科法所的師長、助理、學長姐及好同學們，他們一路陪伴我成長與協助我很多；也非常謝謝口試委員張珏老師給予的指導。

中年才困而知學，是一種生命想尋求出路的能量。主要是受職場同事與長官們的啟發，也必須感謝他們在工作上給予的各種挑戰與支援；知己們，實體的或虛擬的，尤其是一呼即應的臉書好友，對我的療癒，支撐著我，由衷感激；這六年來，連續進修兩個研究所，更深深感受家人、家庭對我的任性，是多麼支持與包容。山居歲月，風雨晨昏，無論外物的蹇順與內在的起伏，手邊的咖啡與腳畔的妞妞，無私的、無語的為我打氣，深覺幸福與滿懷感恩。

人，處於宇宙中，終將回饋於宇宙，不管什麼形式，只有活在當下。

目 錄

中文摘要	.....	i
英文摘要	.....	ii
誌謝	.....	iii
目錄	.....	iv
表目錄	.....	vi
圖目錄	.....	vii
第一章	緒論.....	1
1.1	研究背景與動機.....	1
1.2	研究目的.....	3
1.3	研究重要性.....	3
第二章	文獻探討.....	5
2.1	護理人力.....	5
2.1.1	護理人力配置.....	5
2.1.2	合理護理人力配置重要性.....	7
2.1.3	護理人力與病人負向結果的相關研究.....	7
2.2	護理職家衝突.....	10
第三章	研究設計.....	12
3.1	研究方法與流程.....	12
3.2	研究範圍與限制.....	13
第四章	解構護理界的父權社會，重建「護理專業」.....	14
4.1	解構——如何看清「護理工作」是性別議題.....	14
4.1.1	護理史源頭.....	14
4.1.2	台灣護理史.....	15
4.2	國外護理人力配置、立法方向與健康照護政策.....	16
4.3	重建——回歸「護理專業」才有快樂病人.....	17
第五章	國內護理人員勞動權益現況.....	19
5.1	上班打卡制／下班責任制.....	19
5.2	天使非超人.....	21
5.3	市場供過於求的弔詭——醫院招沒人／護理人員不願執業.....	22
5.4	台灣護理人力問題.....	24

第六章	分析護理人力問題的三大面向.....	27
6.1	護理職家衝突.....	27
6.1.1	性別角色差異.....	27
6.1.2	家庭友善政策相關法律規定.....	29
6.2	護理勞動權.....	33
6.2.1	護理與醫院的互動——以工會為平台.....	33
6.2.2	公會 (Guild) 非工會 (Union)	34
6.2.3	新勞動法時代——醫院人力資源管理部門將面臨新挑戰	37
6.3	護理自主權——做自己的主人.....	41
第七章	由實證調查與實務經驗創新護理管理.....	44
7.1	以某區域級教學醫院腎臟科為例.....	44
7.2	護理管理創新實務經驗.....	45
第八章	推動護理平權的策略.....	48
8.1	醫院應有 24 小時不打烊的全日托兒所.....	48
8.2	醫院應全面進行性別影響評估.....	50
第九章	建議與結論.....	52
9.1	建議.....	52
9.2	結論.....	54
參考文獻	.....	56
附錄一	.....	64

表目錄

表 1	護理工作條件分類.....	18
表 2	台灣臨床執業護理人員常見的職業傷害.....	22
表 3	台灣護理人力問題.....	25
表 4	歸納護理人員不願執業理由的三大面向.....	26
表 5	護理職家衝突——性別角色差異.....	28
表 6	家庭友善政策不完備.....	31
表 7	《性別工作平等法》家庭友善政策相關法律規定.....	32
表 8	《性別工作平等法》立法缺失與建議修法方向.....	33
表 9	新舊勞動法時代法規.....	34
表 10	護理勞動三權的比較.....	36
表 11	關於工會與「勞資會議」之立法缺失與建議修法方向.....	38
表 12	以需求層次理論解析護理困境.....	41
表 13	促進護理自主權.....	43
表 14	實證調查.....	45
表 15	「護理管理」創新措施.....	47
表 16	醫院設立全日托兒所的優勢.....	49
表 17	重建護理專業具體建議.....	53
表 18	修法建議總表.....	53

圖目錄

圖 1	研究流程架構.....	12
圖 2	「花花班」示例.....	30



第一章 緒論

1.1 研究背景與動機

習慣裡，我們通常稱呼護理人員「小姐」，把醫師叫「先生」（河洛話），不知不覺間，已經透露出一般民眾對醫護職業角色的「性別刻板印象」。設想以下情境：當你生病而必須住院，且十分需要依賴「護理照護」時，浮上腦海的「護理人員」，是怎樣的形象？

每個人一生中，從生到死的生命經驗裡，幾乎一定會有護理人員出現；我們不得不承認，大多數的護理人員是女性，極少看見「男丁」格爾；而我們處於生病的脆弱與無助時，真正的內心渴望受到母愛般的照顧與撫慰，那是人類的本能。

回想一下，過去我們社會甚而法律（民國 91 年修訂前的我國民法）中，認為「家事」沒有什麼價值，根本是女性的工作；「家事」是屬於比較低階層的，甚至稱不上個職業，頂多算是僕役或打雜的勞動，有衝突時就該女人為家庭犧牲；種種的情況，是不是有些類似？「護理」正是位於相同處境。

幸運的是，隨著時代演進，女權運動的推展，性別平等的觀念日漸普及，家庭裡的性別角色扮演也趨向公平——「家事」以共同分擔或分工為原則，在日常生活、教育及工作各方面都要注意平等，社會上也出現以「家事派遣」為專門工作的職業；「性別影響評估」¹甚至是「性別主流化」²下，每個組織與團體欲推行政策或計畫前，都不得不做的必要工作，似乎全然性別平權的理想境界已經達到。事實上並非如此，在性別平等的陽光普照下，總有光線不易穿透的陰暗地方，性別歧視以更隱晦的面貌呈現，人們反倒愈來愈不敏感而難以察覺；「護理」正是面對如此困境。

聯合國《消除對婦女一切形式歧視公約》（Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women，以下簡稱 CEDAW）³，旨在落實人權保障，並融入國際性別主流化潮流及與國際人權體系接軌，是聯合國少數開放給非會員國簽署的國際公約。1995 年於北京召開之第四次「世

¹ 「性別影響評估(Gender Impact Assessment)」是一種測量工具，也是一種過程，在規劃法案、政策、計畫、方案、策略時，將性別當作一個必要元素，考量對女性/男性及對性別關係發展的影響。

² 「性別主流化 (Gender mainstreaming)」是聯合國在全世界推行的一個概念，是指所有政策活動，均以落實性別意識為核心，強調在評估任一法案、政策、計畫或方案等各種行動時應分析其結果對於男女產生的影響，以確保男女均能受益。

³ 聯合國大會 1979 年 12 月 18 日第 34180 號決議，於 1981 年 9 月 3 日生效，通過並開放給各國簽字、批准和加入，現有 185 個締約國，被視為婦女人權法典。

界婦女大會」，正式確認「性別主流化」為各國政府施政之準繩。會議中並具體提出十二項重點作為行動綱領之內容，是為《北京宣言暨行動綱領》（Beijing Platform for Action, BPFA）。1997年開始，「聯合國婦女地位委員會」每年於三月召開「聯合國婦女地位委員會暨民間婦女團體會議（UNCSW NGOs Meetings）」，討論十二項綱領中的兩個主題。這是目前台灣婦女民間團體可以與聯合國 CEDAW 委員會的成員、各國高層以及 NGO（非政府國際組織）代表近距離接觸，並介紹台灣現況的極佳平台。

台灣已於 2007 年 1 月，經立法院批准《消除對婦女一切形式歧視公約》。限於政治因素，台灣未能成為 CEDAW 公約簽署國。儘管如此，台灣仍主動遵守 CEDAW 公約，藉由強化性別平等的在地行動，向國際社會宣示，保障女性權益之決心。然而，目前我國就業市場仍存在許多性別議題，隱藏在其背後的，乃是職業隔離、職場不友善以及同工不同酬等性別不平等問題，尤其是護理界更為嚴重；國內有執業登錄之護理人員超過 13 萬人⁴，其在職場無論是工作環境、制度、福利或重視度，均未受到應有的尊重，甚至於被病人及其家屬輕視，相對於同職場中之其他工作人員，被重視度是排在末位的，而護理人員本身能獲得的協助資源有限，甚而不曉得如何尋求支援，故護理人員的性別議題應為當前迫切需要深入探究與處理的。

歧視是一種地位或機會不平等，對婦女造成一切形式的地位或機會不平等，即是性別歧視。更深入去思索「護理」與性別歧視的正當連結點十分重要，「護理」與女性有何關係呢？護理工作的本質，又與母性有什麼關連呢？「護師節」與「母親節」同在五月天，僅是巧合，「母親節」發源自 1914 年的美國，而「護師節」緣起於 1963 年的歐洲，是為了紀念現代護理史上的一位偉人——南丁格爾的生日；護理人員的女性比例高達 96-99%，只是職業的性別不平衡或可能是有性別傾向而已，還不必然有職業隔離或歧視存在；護理人員平均佔醫事人力 53%⁵，但 99% 的醫院院長為男性；而且護理工作既高風險又高壓力，平均薪資待遇相對較其他基層醫事人員為低；會不會是既存的父權社會作祟，下意識的認為護理根本是女性的工作？甚至可能在隱藏的社會階級觀念中，護理是屬於比較低階層的職業？直覺上

⁴ 中華民國護理師護士公會全國聯合會，「台閩地區護理人員統計表-102 年 6 月」，<http://www.nurse.org.tw/DataSearch/Manpower.aspx>（最後點閱時間：2013 年 7 月 31 日）。

⁵ 行政院衛生署福利部統計室，「衛生統計系列(二)醫療機構現況及醫院醫療服務量統計>年報>101 年度醫療服務量>六、101 年醫療機構及其他醫事機構概況>醫療機構及其他醫事機構暨人員開(執)業場所執業醫事人員數—按縣市別分」，網站 http://www.mohw.gov.tw/cht/DOS/Statistic.aspx?f_list_no=312&fod_list_no=2762（最後點閱時間：2013 年 8 月 3 日）。

感到有問題，卻仍然難以直接、強而有力的說服一般民眾，確實有性別議題存在於護理界；即使護理人員本身也無法體認出有何種性別歧視；尤其是，身處於九成以上是女性的護理界，「性別敏感性」已然消失；也幾乎沒有醫院內部在做「性別影響評估」，甚至連性別統計的基本資料都欠缺，卻幾乎從來沒有人質疑；或許刻板印象正是如此的根深蒂固而且無所不在，非得從根源將其解構，否則難以望見其無形的歧視陰影。

1.2 研究目的

近年來，台灣護理人力短缺問題嚴重，依照護理全聯會調查指出，有64.92%醫院招募困難，並粗估全國護理人力缺口超過8000名，護理人力短缺問題，已和多數先進國家一樣將是個普遍且常態的現象，但似乎台灣護理人力短缺問題較其他國家嚴重⁶。過去，已經有非常多與護理議題相關的研究，探討護理人力缺口的種種面向，並試圖提出解決之道；然而，目前少有文獻由人道關懷出發，探究護理工作本身的性別議題所帶來的影響。

去年年底(2012)，才成立了台灣歷史上第一個「工會」性質的護理團體；過去，自2011年起，護理界多次於勞動節或護師節走上街頭控訴「血汗醫院」，惟勞動意識仍未普及，外在無形的壓迫與宰制依舊，護理工會僅是勞動權的啟蒙，磨合才正要開始。

本研究的主要目的，在發掘護理議題背後潛藏的性別歧視，明白指出，性別不平等是護理人力問題的初始病根；同時，揭露性別歧視所導致的種種護理勞動職場不正義，以及護理專業被漠視的現狀；並真正誠實面對護理工作本質與家庭的衝突，進而點出現行法規制度面，對護理人員在家庭與職場平衡的政策與措施有何缺失，而後提出修法與改善建言，以協助重建護理專業；至於強化性別平等方面，由於護理是隱性而且特殊的性別議題，難以辨識與打破不平等，非以「積極平權」方式介入，來全面提升護理自主權，不足以改善困境。

1.3 研究重要性

本研究的重要性與預期貢獻如下：

1. 針對家庭友善政策、護理人力配置與勞資會議運作等法規缺失，

⁶盧美秀、林秋芬、陳玉枝、楊麗珠，醫院住院醫療合理護理人力配置、護理費成本分析及合理護理人力照護模式探討，行政院衛生署中央健保局委託研究計畫成果報告（2011）。

提出具體修法建議，以徹底改善護理人力問題的三大面向：護理職家衝突、護理勞動權益以及護理專業自主。

2. 以區域教學醫院代表科別所做的實證調查，呈現真實的護理職家狀況，大膽建議將「區域以上或大型醫院應設立全日型托育設施」及「醫院應全面實施職場性別影響評估」等平權措施入法，邁出積極平權的關鍵步驟；第一步走對了，後續改革才能啟動，重建護理專業自主，始為可能。



第二章 文獻探討

本章介紹護理工作人力與護理職場家庭衝突（職家衝突），及其相互關係對護理專業的影響；第一節介紹護理人力的配置，及護理人力與病人安全的相關性，進一步探討合理的護理人力配置的重要性；第二節介紹護理職家衝突的特性，及職家衝突如何影響護理工作及個人身心健康，進一步探討家庭友善制度與托育設施對護理職家衝突的平衡作用。

2.1 護理人力

在醫院，護理人力約佔 40%-60%，提供著 24 小時不中斷全天候的照顧，其人力是否足夠，已被視為是影響病人臨床照護品質的重要因素¹，當護理人員短缺或照護病人數超過護理人員可負荷的範圍時，勢必衝擊住院病人的照護。越來越多的證據顯示，住院護理人力配置多寡，與病人負向結果的產生有關²。換言之，當護理人員工作負荷過大時，病人安全也可能面臨較大的風險。

過去有關護理人力的研究，大多侷限在探討護理專業本身的問題，如人力的供需、護理人員疲潰、工作滿意度、離職意向等，而對病人結果的影響，相對較少被探究。了解醫院一般急性病房護理人力的配置對病人照護結果的影響，也可做為未來三班護理人力配置立法或研議健保護理費合理給付時的參考。

2.1.1 護理人力配置

護理人力配置係指「安排合適數量與素質的護理人員，以滿足病人照護需求的過程」³。估算方式常以人床比、護病比及護理時數表示如下：

¹ Numate, Y., Schulzer, M., van der Wal, R., Globberman, J., Semeniuk, P., Balka, E., & Fitzgerald, J. M., *Nurse staffing levels and hospital mortality in critical care settings: literature review and meta-analysis*, 55 J Adv Nurs. 435 (2006) .

² Hugonnet, S., Chevreton, J. C., & Pittet, D., *The effect of workload on infection risk in critically ill patients*, 35 Crit Care Med. 76 (2007) ; Stone, P. W., Mooney-Kane, C., Larson, E. L., Horan, T., Glance, L. G., Zwanziger, J., & Dick, A. W., *Nurse working conditions and patient safety outcomes*, 45 Med Care. 571 (2007) .

³ Ellis, J., Priest, M., MacPhee, M., & McCutcheon, A. S., *Staffing for safety: A synthesis on the evidence on nurse staffing and patient safety*, http://www.cfhi-fcass.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/CommissionedResearch/staffing_for_safety_policy_synth_e.pdf (last visited on Jul. 31, 2013) .

1. 人床比（護理人員與病床比）：指一張病床應配置的護理人員。
2. 護病比：指一位護理人員與實際照顧病人數的比率。
3. 護理時數：指護理人員投入工作的時數，含直接護理時數、間接護理時數及相關護理時數的總和。

護理人力的要求，首先，在人床比部分，依《醫療機構設置標準》及衛生主管機關許可醫療機構設立開業之標準，其中規範急性一般病床：49 床以下醫院之護理人員與床數比為 1 人/4 床、50 床以上之醫院為 1 人/3 床⁴。盧等調查結果顯示，國內一般急性病房人床比：醫學中心 0.52 人/床、區域醫院 0.49 人/床、地區醫院因佔床率低，故達 0.72 人/床⁵。

其次，在護病比部分，國際間部分國家或地區已立法規範護病比，積極改善護理人員工作過度負荷及保障病人安全，如：澳洲維多利亞省為 1：4~6，即一位護理人員照護 4~6 位病人，而美國加州為 1：4~5，日本則是 1：7，並納入保險給付的依據⁶。台灣目前尚未經立法保障，只在《醫院評鑑基準》中，條文 2.3.7 規範各級醫院白班的護病比為 1：8~11，至於夜班的護病比目前尚未明確訂出。

最後，在護理時數部分，美國對一般成人病房護理時數建議應在每日 3.4~3.5 小時之間⁷；而 Van den Heede 等針對比利時醫院的調查，其病人每日護理時數為 2.62 小時⁸。至於我國內的狀況，張與余調查發現，一般成人病房護理時數為 2.45 小時，建議五年內應提升至 3.6 小時⁹。另護理全聯會調查一般急性病房護理時數，醫學中心 2.66 小時；區域醫院 2.51 小時；地區醫院 3.68 小時¹⁰，此結果除與 Liang, Chen, Lee 與 Huang 對台灣 32 家醫院的調查結果 2.52 小時相近外，更提出 5 年後醫學中心應調至 3.2 小時、區域醫院 3.0 小時、50 床以上地區醫院為 2.5 小時¹¹。

⁴ 行政院衛生署，「醫療機構設置標準」，網站：http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2_p01.aspx?class_no=25&level_no=1&doc_no=84234（最後點閱時間：2013 年 7 月 31 日）。

⁵ 盧美秀、林秋芬、陳玉枝、楊麗珠，醫院住院醫療合理護理人力配置、護理費成本分析及合理護理人力照護模式探討，行政院衛生署中央健保局委託研究計畫成果報告（2011）。

⁶ 同前註。

⁷ Nagaprasanna, B. R., *Patient classification systems: Strategies for the 1990s*, 19 *Nurs Manage*, 155 (1988) .

⁸ Van den Heede, K., Sermeus, W., Diya, L., Clarke, S. P., Lesaffre, E., Vleugels, A., & Aiken, L. H., *Nurse staffing and patient outcomes in Belgian acute hospitals: cross-sectional analysis of administrative data*, 46 *Int J Nurs Stud*. 928 (2009) .

⁹ 張媚、余玉眉，護理人力及專科護理師制度：願景與挑戰（2010）。

¹⁰ 盧美秀等，前揭註 5。

¹¹ Liang, Y. W., Chen, W. Y., Lee, J. L., & Huang, L. C., *Nurse staffing, direct nursing care hours and patient mortality in Taiwan: the longitudinal analysis of hospital nurse staffing and patient outcome study*, 12 *BMC Health Serv Res* (2012) .

2.1.2 合理護理人力配置重要性

護理人力配置若不合理，對病人及對護理人員本身皆直接有負面影響，而間接產生的不良結果，更難以估算。

1. 對於病人

美國研究指出，提供較高護理人力的醫院病人健康結果較好，故有學者呼籲，機構在縮減支出時，絕不能縮減護理人力，否則將造成病人安全的危害¹²。護理人力配置與病人死亡率、跌倒發生率、感染率、壓瘡等因素直接相關¹³。但也有部分研究結果顯示，護理人力對病人照護結果並沒有顯著影響¹⁴。

2. 對於護理人員

護理人力配置不足也可能導致護理人員疲潰、工作不滿意、身心健康受損及離開職場等。¹⁵

2.1.3 護理人力與病人負向結果的相關研究

過去的研究指出，在護理人力配置較低或不足的醫院，其病人出現負向照護結果的比例較高，下面就從負向結果的類別，整理相關的研究，說明於後：

1. 病人跌倒

病人在住院期間跌倒，除可能造成身心的傷害與產生合併症外，甚至可能延長住院天數，進而增加醫療費用支出。國外研究顯示配置較高的護理人力及護理時數可以有效降低病人跌倒發生率¹⁶。而在國內的研究探討護理人力資源對病人照顧結果的影響發現，護理人員與

¹² Hall, L. M., Doran, D.I., Bakec, G. P., Pink, G. H., & Sidani, S., O' Brien-Pallas, L., & Donner, G.L., *A study of nursing staff mix and organization change strategies on patient, system and nurse outcomes*, http://www.cfhi-fcass.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/OGC/mcgillis_e.pdf (last visited on Jul. 31, 2013) .

¹³ 梁亞文、黃立琪、尹裕君、陳文惠、莊家綾、李卓倫，「護理人力對病人結果影響之文獻探討」，*護理雜誌*，第 57 卷第 5 期，頁 77-82 (2010) 。Stone, et al, *supra* note 2; Ellis, et al, *supra* note 3.

¹⁴ Van den Heede, et al, *supra* note 8.

¹⁵ Aiken, L. H., Clarke, S.P., Sloane, D. M., Sochalski, J., & Silber, J. H., *Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction*, 288 JAMA. 1987 (2002) ; Rafferty, A. M., Clarke, S. P., Coles, J., Ball, J., James, P., Mckee, M., & Aiken, L. H., *Outcomes of variation in hospital nurse staffing in English hospitals: cross-sectional analysis of survey data and discharge records*, 44 Inter J Nurs Stud. 175 (2007) ; Potter, P., Barr, N., McSweeney, M., & Sledge, J., *Identifying nurse staffing and patient outcome relationships: a guide for change in care delivery*, 21 Nurs Econ. 158 (2003) .

¹⁶ Dunton, N., Gajewski, B., Taunton, R. L., & Moore, J., *Nurse staffing and patient falls on acute care hospital units*, 52 Nurs Outlook. 53 (2004) .

病床比每增加 1%，跌倒人次則減少 10.83%；而當護理時數每增加 1%，跌倒人次則減少 12.48%¹⁷。顯示當減少護理人力配置與降低病人所獲得的護理時數時，則病人會有較高的跌倒比率。

2. 壓瘡

在護理照護品質指標中，壓瘡發生率是重要的指標之一。Unruh 的研究指出，若增加 10% 的護理人員數，可降低 2% 壓瘡發生率¹⁸；而 Tallier 也提出，註冊護理人員每增加 1 位照顧的病人數，病人壓瘡發生率會增加 0.29%¹⁹。國內梁等的研究結果發現，護理人員與病床比每增加 1%，病人壓瘡人次減少 2.29%；而護理時數每增加 1%，病人壓瘡人次則減少 11.62%²⁰。

3. 感染

Needleman, Buerhaus, Mattke, Stewart 與 Zelevinsky 發現護理人力配置較高，則病人尿道感染的機會減少 4% 至 12%、肺炎的機會減少 6% 至 8%²¹。「美國護理協會」(American Nurses Association) 提出，護理人力每增加 1%，則感染率會下降 0.3% 至 0.7%²²；而國內的研究也得到相似的結果，即護理人員與病床比每增加 1%，病人感染人次減少 16.69%；護理時數每增加 1%，病人感染人次減少 24.71%²³。

4. 給藥異常

McGills-Hall, Doran 與 Pink 的調查顯示，當護理人力下降，其給藥錯誤率會相對增加²⁴；而國內多篇研究也有相同的結果，指出護理人員人床比和護理時數與給藥異常發生率間呈負相關，即人床比與護理時數愈低，發生給藥異常事件次數愈多²⁵。而梁等更具體指出，護

¹⁷ 梁亞文、李卓倫、呂桂雲、尹裕君、黃立琪、陳文惠，護理人力資源對病人照護結果之影響，行政院衛生署委託研究計畫成果報告 (2009)。

¹⁸ Unruh, L., *Licensed nurse staffing and adverse events in hospitals*, 41 *Med Care*. 142 (2003) .

¹⁹ Tallier, P. C., *Nurse staffing ratios and patient outcomes*. *Unpublished doctoral dissertation* (Columbia University Teachers College Press) (2003) .

²⁰ 梁亞文等，前揭註 17。

²¹ Needleman, J., Buerhaus, P., Mattke, S., Stewart, M., & Zelevinsky, K., *Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals*, 346 *N Eng J Med*. 1715 (2002) .

²² American Nurses Association, *Nurse staffing and patient outcomes in the inpatient hospital setting*, <http://www.nursingworld.org/FunctionalMenuCategories/MediaResources/PressReleases/2000/NurseStaffing.aspx> (last visited on Jul. 31, 2013) .

²³ 梁亞文等，前揭註 17。

²⁴ McGillis Hall, L., Doran, D., & Pink, G. H., *Nurse staffing models, nursing hours and patient safety outcomes*, 34 *J Nurs Adm*. 41 (2004) .

²⁵ 謝生蘭、劉芹芳、李金德、林秀風、張肇松，「護理人員給藥錯誤現況及其相關因素之探討」，醫管期刊，第 10 卷第 1 期，頁 48-62 (2009)；盧美秀等，前揭註 5；梁亞文等，前揭註 17。

理人員與病床比每增加 1%，給藥錯誤率減少 2.83%；護理時數每增加 1%，給藥錯誤率則減少 5.02%²⁶。

5. 死亡

國內外多篇研究曾探討護理人力配置與病人死亡率間的關係。Aiken 等在美國賓州的研究指出：護理人員每班多照顧 1 位病人，則病人住院 30 天內的死亡風險會增加 7%；若照顧數由 4 位增加到 6 位，則病人住院 30 天內的死亡風險將增加 14%，若護理人員每班照顧人數增加至 8 位時，則較照顧 4 位時增加至 31%²⁷。而在泰國的研究以回溯性、橫斷式和觀察法，探討護理人力對病人住院結果的影響，發現護病比高低與病人死亡率有顯著相關，即增加護病比或照顧較少的病人數，其住院死亡率降低²⁸。而在英國針對住院病人的研究，也得到相似的結果，即當護理人員照顧較少病人數時，則病人的結果較好；當照顧 12.4-14.3 位病人時，死亡率較照顧 6.9-8.3 位病人時高出 26%²⁹。

而國內的研究，Liang 等在台灣急性醫院病房護理人力配置對住院病人死亡率的研究發現，直接護理時數和護理人力與病人死亡率間呈現顯著負相關，即高護理時數組的死亡率比低護理時數組顯著為低；另外，高護理人力組的死亡率比低護理人力組顯著為低³⁰。而 Liang, Tsay 與 Chen 以分層隨機抽樣，連續收集 7 個月的資料發現，高病護比病房相對於低病護比病房，發生死亡事件的平均勝算比為 3.617，意謂著高病護比病房發生死亡事件的風險是高於低病護比病房³¹。

護理係全年無休的 24 小時不中斷的接力式照護，護理人力配置是否充足，不僅關乎到自身工作的負荷，更與病人安全議題息息相關；從過去的研究結果中，大多指出護理人力的多寡，與住院病人常見負向結果的發生有關。如何降低此問題所帶來的衝擊，是需要護理專業、健康照護產業，甚至全體社會大眾一起來努力。

²⁶ 梁亞文等，前揭註 17。

²⁷ Aiken et al., *supra* note 15.

²⁸ Sasichay-Akkadechanunt, T., Scalzi, C. C., & Jawad, A. F., *The relationship between nurse staffing and patient outcomes*, 33 J Nurs Adm. 478 (2003) .

²⁹ Rafferty et al., *supra* note 15.

³⁰ Liang et al., *supra* note 11.

³¹ Liang, Y. W., Tsay, S. F., & Chen, W. Y., *Effects of nurse staffing ratios on patient mortality in Taiwan acute care hospitals: a longitudinal study*, 20 J Nurs Res. 1 (2012) .

2.2 護理職家衝突

護理人員的工時長、工作負荷高、職場正義低、職業危害高、疲勞感受高、自評健康差，也顯示工作-家庭衝突與家庭-工作衝突較嚴重、離職傾向較高；工作家庭衝突對身心健康狀況與離職傾向有顯著影響力³²。而職家衝突愈高，女性護理人員因家庭角色、身分關係，選擇離開職場的可能性愈高；護理人員同時承受來自職場與家庭兩方面的高壓力，迫切需求能調和職家衝突的家庭友善政策。令人滿意的員工福利和彈性的工作時間，不僅直接影響正向身心安適感，也間接透過工作家庭衝突影響身心安適感；員工福利、彈性時間和身心安適感的減少會增加工作家庭衝突³³。

工作家庭平衡是調整工作壓力與增進組織承諾的重要中介因素³⁴，家庭親善政策可能平衡工作與家庭生活，且工作家庭平衡能提升組織承諾³⁵；工作家庭平衡對於員工工作績效顯著相關且有預測力³⁶，工作與家庭平衡在企業托兒福利使用程度與員工工作績效之間產生中介效果(Mediation effect)。

女性工作者對於家庭親善政策需求可分為彈性工作制度、資訊和訓練提供、津貼補助、依賴照顧服務及生活援助五方面。而女性工作者個人特質與工作特質皆對前述五構面有不同程度的需求³⁷，不同特質的工作需要建立個別化的良善職場家庭親善制度來調整其工作負荷與工時等，以因應特殊工作特質；因而護理工作特性所造成的職家失衡，亟需適合其特質的特別友善制

³² Camerino, D., Sandri, M., Sartori, S., Conway, P. M., Campanini, P., & Costa, G., *Shiftwork, work-family conflict among Italian nurses, and prevention efficacy*, 27 *Chronobiol Int.* 1105 (2010); Simunic, Ana, & Gregov, Ljilijana., *Conflict between work and family roles and satisfaction among nurses in different shift systems in Croatia: a questionnaire survey*, 63 *Arh Hig Rada Toksikol.* 189 (2012); 莊築涵，職場家庭親善政策、工作家庭衝突以及工作者身心健康之研究：以護理人員為例，國立台灣大學健康政策與管理研究所碩士論文(2012)。

³³ Jansen, Nicole W. H., Mohren, Danielle C. L., van Amelsvoort, Ludovic G. P. M., Janssen, Nathalie, & Kant, Ilmert, *Changes in working time arrangements over time as a consequence of work-family conflict*, 27 *Chronobiol Int.* 1045 (2010)。

³⁴ 黃瓊恩，工作壓力對組織承諾影響之研究-以家庭親善政策知覺與工作家庭平衡為中介變項，國立彰化師範大學工業教育與技術學系博士論文(2008)。

³⁵ Calvo-Salguero, A., Martinez-De-Lecea, J. M. S., & Carrasco-Gonzalez, A. M., *Work-family and family-work conflict: does intrinsic-extrinsic satisfaction mediate the prediction of general job satisfaction*, 145 *J Psychol.* 435 (2011)。

³⁶ Roth, L., & David, E. M., *Work-family conflicts and work performance*, 105 *Psychol Rep.* 80 (2009); 康傑弘，企業托兒福利、工作與家庭平衡及員工工作績效之研究，國立政治大學行政管理學程碩士論文(2011)。

³⁷ Patel, C. J., Beekhan, A., Paruk Z., & Ramgoon, S., *Work-family conflict, job satisfaction and spousal support: an exploratory study of nurses' experience*, 31 *Curationis.* 38 (2008); Roth et al., supra note 37.; Watai, Izumi, Nishikido, Noriko, & Murashima, Sachiyo, *Gender difference in work-family conflict among Japanese information technology engineers with preschool children*, 50 *J Occup Health.* 317 (2008); 徐心怡，女性工作者對企業內家庭親善政策需求之研究：工作-家庭衝突觀點，國立中正大學勞工研究所碩士論文(2002)。

度。企業提供彈性工時（地點）、托育津貼、員工親職教育活動、員工優質托育機構與資訊的選擇、組成員工托育的成長團體或支持團體，對於「工作與家庭平衡」結果顯示有差異；然而，有提供托兒福利的企業中，「產假（陪產假）」對於「員工工作績效」結果顯示沒有明顯差異³⁸；所以台灣目前針對女性工作者的家庭友善制度，偏向各種休假規定，然而對托育設施的規定，反而形同具文，根本沒辦法落實，因此無法符合護理工作特性的需求，並不能改善護理職家衝突現況；更別說許多休假制度的弊病，例如，育嬰假結束返回職場，卻回不去原單位，即使原工作單位有缺額，管理階層仍可任意調動其工作科別，美其名為強化訓練或人力最吃緊單位優先等等。

歸納職場家庭親善制度與工作環境特質對於身心安適與工作家庭衝突的影響：1.職場家庭親善制度對於身心安適與工作家庭衝突有直接或間接的可能影響，良好的職場家庭親善制度可能提升身心安適感，並調節工作家庭衝突；2.文獻建議不同職業與工作性質的職場家庭親善制度具差異度，但多數關注彈性工作制度、津貼補助、依賴照顧服務及生活援助等方面；3.醫院內護理人員工作特質、工時與僱用模式影響其工作家庭衝突與身心安適感。

總結文獻探討，台灣的護理人力配置遠落後於先進國家，且未有合理的法規管制，以「醫院評鑑」為監督機制只有反效果，因為醫院正是血汗的根源之一，必須提高「護病比」規定的法律位階，保障護理勞動權益，以徹底掃除醫院管理弊端；而欠缺良好的性別影響評估，以深入瞭解護理工作的特殊性，必須要有休假以外的特別托育制度，來平衡職家衝突；最終，以護理專業自主為目標，才有機會實質改善護理就業狀況。

³⁸ 康傑弘，前揭註 36。

第三章 研究設計

本章針對研究設計進行說明，共分為：一、研究方法與流程；二、研究範圍與限制。

3.1 研究方法與流程

本論文所採用的研究方法是以次級資料分析研究為主軸，搭配實證調查與實務經驗為佐證；次級資料來源包括專書、學術期刊、國內外研究機構報告、報章期刊報導、網路查詢及各醫療機構與主管機關在公開網站上的資料，再透過分析與整理而完成；實證調查與實務經驗則是來自區域級教學醫院的次專科。本論文的研究流程架構如下：

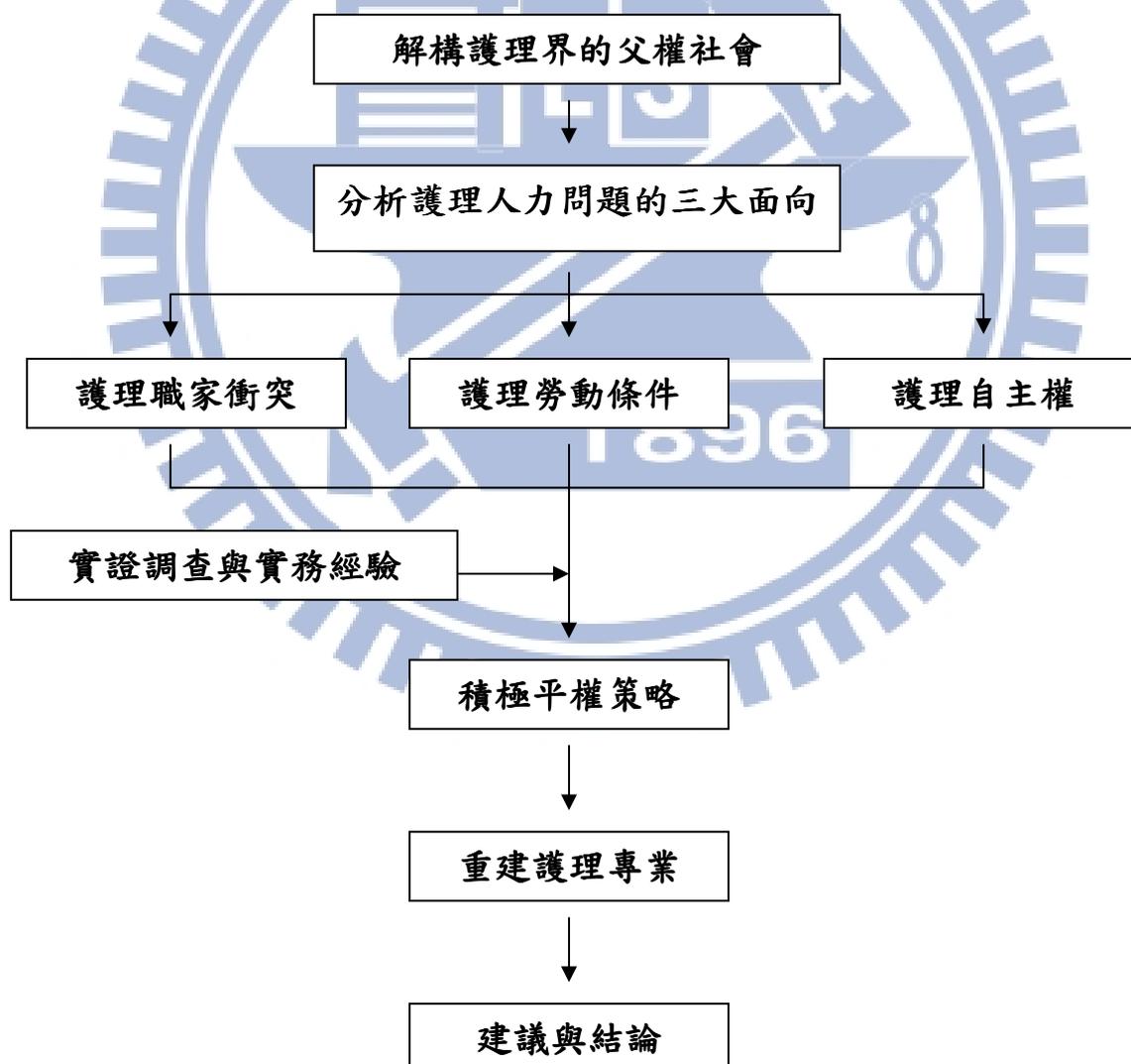


圖 1 研究流程架構

3.2 研究範圍與限制

本論文所涵蓋的研究範圍是以護理人力問題為主要對象；除護理人力問題以外，其他護理議題尚包括護理教育、護理實務、護理研究、護理健康與福利、護理專業團體及護理政治參與等等¹；其中，以護理人力問題是目前的護理界以及整體醫療產業所面臨的最大困難，也是最迫切需要解決的重大議題。

護理人力的缺口，並非勞動市場供給不足，而是護理人員欠缺勞動意願，退出職場的人力相對達不到供需平衡；雖然，政策面有提出一些改善作法，但並未根本的提升護理專業形象與地位，無法充分改善就業意願，以致人力回流並不符合實際需求。

本研究從性別意識出發，以重建護理專業為目標；由護理史的最源頭，發掘護理專業受壓迫的根源為「性別不平等」，透過次級資料分析搭配實證調查與實務經驗，歸納並剖析護理人力問題；重新以「護理平權」為手段，破除「性別不平等」，來積極改善護理人力問題的三大面向。

本論文的實證調查與實務經驗是以區域級醫院次專科為例，該次專科本身性質為其他基本科別的大鎔爐，適合選定次專科為研究單位，惟外推性會受限；然而，本問卷調查設計上，略顯簡陋，並未有交叉比較，只單純呈現一般狀況；主要原因為，在研究過程中，發現醫院不但沒有引進性別影響評估制度，甚至連最基本的性別統計也付之闕如，詢訪人事主管也得不到相關資料；另外，為迴避《個資法》以及《醫療法》與《藥事法》關於「人體試驗委員會」(Institutional Review Board, IRB)的管制規定，因而簡化設計問卷調查，是為本研究的限制，然仍不妨礙其真實性。

研究範圍既以護理人力問題為界，並以護理歷史的性別觀點為出發，故所提出的解決方案可從根本性別平權來改善護理人力困境，做為重建護理專業的第一步。惟若要全面解決問題，尚有許多其他更細緻的護理議題，猶待後續的進一步研究。

¹盧美秀，護理專業問題研討（2009）。

第四章 解構護理界的父權社會，重建「護理專業」

本章闡明欲重建護理專業，必須先解構護理界所身處的父權社會。而解構根深蒂固的父權社會，不得不窮本溯源至護理專業形成的初始，以深刻體會出護理專業的困境根源在於性別不平等；進一步了解國外護理先進對護理勞動權益保障的作法與成果，以提供國內護理改革方向做參考。

4.1 解構——如何看清「護理工作」是性別議題

護理工作如何受父權社會影響，是一個源遠流長而且隱諱的問題，也不曾被認真對待，甚至於護理界本身，仍有不一致的看法。護理制度的形成，有其歷史緣由，若不從源頭解構，徹底看清處境，再致力改革，難以重建護理專業。

4.1.1 護理史源頭

要瞭解這個問題的答案，就不得不追溯「護理」的歷史源頭。「nurse」的字源，本為「養育」之意；而護理的起源更是古老，有人類即有護理。原始社會的護理係對「無助的嬰兒給予母親般照顧」；可以說何時有媽媽，就有護理，護理源自母性。隨著人類社群的發展，護理的角色從家庭養兒育女，到照顧家中的老弱、傷殘、疾病親屬，擴展為照護群居宗族或部落等家庭以外的場所，護理的對象也由「幼吾幼以及人之幼，老吾老以及人之老」，延伸到任何需要護理的人，甚至於陌生人；此際，護理正式走出家庭場域，「護理專業」已然成形。

希臘時期，護理人員主要從事產兒照護工作。羅馬時期，因羅馬社會婦女地位高，多以女性奴隸執行護理工作及產兒照護工作。在4世紀，多由女奴、女囚犯、女俘虜擔任護理工作。到了9世紀，多由女修道士或修女任之，為宗教活動之一，並未有教會外的正式護理訓練。一直到19世紀初，德、英、荷的基督徒，創立「女會吏制護理」期望改進護理工作，但仍將護理限定為女性的工作與奉獻宗教信仰的情懷。例如：德國路德會牧師 Fliedner 在德國開辦全歐第一所護理人員學校²。至此，「護理」仍然脫離不出「犧牲」、「奉獻」的宗教使命，也未擺脫「護理」根本是女性工作的思維，「護理」甚至是社會的中、下階層專屬的行業，被普遍視為骯髒、危險和充滿疾病的

² 周傳姜、林慧屏，「護理史研究之路—經驗分享」，護理雜誌，第58卷第5期，頁29-33（2011）。

工作，一般民眾不會視「護理」為高尚的職業；貴族階級，除非獻身宗教，也很難接受「護理」為正當工作。

南丁格爾（1820-1910），屬布爾喬亞（bourgeoisie/Burgertum）階級（自由中產階級），未曾出家，她是經過「家庭革命」，幾乎脫離家庭，在她四十歲那年（1860），創立世界上第一所民間的（非教會）護理學校，建立了現代護理制度的基礎。她自幼不輟的維持寫日記、筆記的習慣，將現代護理的重要觀念與創見，全記錄其中；她認為，護理工作內容上包含病人本身的護理、病人環境的護理、協助醫師診斷及治療、預防保健及衛生教育工作；強調護理人員應接受基本學理、技術訓練、精神紀律的訓練；護理人員應有自己一套行政管理系統，應設置護理人員主任與護理人員長；醫院應備有護理人員宿舍，讓護理人員得以全心全意照顧病人。

南丁格爾的所有作為，掙脫世俗的束縛，可說是當時的時代新女性；但是，她卻認為護理人員應該未婚、無家累。南丁格爾個人追求終生獨身生活的態度，也期望護理人員應該保持單身。她曾寫到「我註定是個漂泊者。為了我的使命，我寧可不要婚姻，不要社交，不要金錢。」又寫下自己對婚姻的看法：「普遍的偏見是，歸根結底，一個人必須結婚，這是必然的歸宿。不過，我最終覺得，婚姻並不是唯一的。一個人完全可以從她的事業中，使自己感到充實和滿足，找到更大的樂趣。」此後，她拒絕了所有的求婚者。

此刻，南丁格爾似乎體悟到了護理工作與婚姻家庭的本質衝突（職家衝突）——專業的護理，總不行在自己家中進行；護理專業要走出家門，才能為陌生人護理，而婚後，則應該回歸家庭。在那個時空下，個人先驅者要打破既有的傳統現狀、力挽狂瀾，不得已要有所犧牲；她為自己、後進及護理專業選擇「犧牲」婚姻、家庭，甚至愛情。即使在現代，護理職家衝突仍呈現明顯的性別角色差異；如今，我們卻不得不重新反思：能不能沒有犧牲？

4.1.2 台灣護理史

台灣護理史也是相類似，20世紀初，部分來台的女宣教士具有護理人員資格，「姑娘」是當時台灣社會對未婚女傳教士的通稱，由「姑娘」擔任護理工作是那時的常態。台灣特有的殖民時期——日治時代——「看護婦」制度，護理人員在醫院內的地位仍然不清，從給醫師泡茶、奉茶，至病人的照護、伙食，包括買菜，全部包辦，彷彿是「萬能雜工」，地位僅高於雜役人

員。直到二次大戰結束（1949 年），「國際衛生援助機構」是美式現代護理得以進入台灣的背後推手，透過提供獎助學金至美國進修、專家來台交流與軟硬體設備的補助，從此，台灣護理始與世界接軌。

由護理史，終於瞭解醫療界根本上是父權社會，護理界一直從屬於醫療界，至今仍然是醫療界的最基層主力；而護理工作源自人類母性本能，有性別差異，而性別差異又連結宗教「犧牲」、「奉獻」，造就了護理界的宿命；這種性別歧視被記錄在過去所有的社會制度中，嚴重影響護理人員個人及其職業；護理史，不僅僅是護理專業發展的歷史，其面向還包含女性在歷史當中的地位、醫學及健康照護體系中的父權主義、護理人員的角色扮演是源於母性、職業與性別的緊密關連、醫護關係即一種性別關係等；而政府、社會對護理人員的刻板期待和對護理議題的冷漠態度，正是反映過去社會大眾普遍對女性存有的刻板印象。

4.2 國外護理人力配置、立法方向與健康照護政策

護理人力短缺是一個普遍的全球現象，以美國為例，2000 年缺 5%，2005 年缺 11%，預估到 2020 年可能會上升到 28%。在台灣，目前九成以上的醫院，招募不到足夠的護理人力，尤其在醫療業競爭與健保財務管控雙重壓力下，護理人力短缺並不會被審慎認真處理，反而以病人安全、醫療品質與永續經營等理由，要求護理人員更多的付出。面臨醫療環境惡化，人力銀行曾針對護理人員進行調查，結果高達五成七想轉業，只有 17.91%想留任。若職場正義與資源配置依然無法改善，未來護理人力流失的情況，恐怕會更嚴重。

美國早已意識到護理人力短缺的嚴重性，各州採取不同的行政或立法手段來阻止情況惡化³。像加州就規定了最低護病比例（Minimum nurse-to-patient ratio）——內／外科與產科病房 1：6，手術室 1：1；康乃狄克州與西維吉尼亞州則曾強制限制超時工作（Mandatory limitation on nurse overtime）——12 小時／天，80 小時／2 週，但因配套不足，反而造成多數醫院立刻面臨護理人力短缺，最後落得停止此措施的結果。對照我國，國內護理人力短缺問題，正是自 1998 年 7 月起，醫事人員（醫師除外）全面納入適用《勞基法》後才開始逐漸明顯，完全如出一轍；但對的政策，政府應

³ Mantese, T., Pfeiffer, C., & Mantese, A., *Nurse Staffing, Legislative Alternatives and Health Care Policy*, 9 DaPaul J Health C. L. 1171 (2006) .

有所堅持，若再能給予進一步的財務支持及其他特別配套，才可能讓台灣醫療在健保奇蹟外，再創世界亮點，成為台灣之光。

美國聯邦政府自 2003 年起，在護理工會的強勢運作下，推行一連串醫療改革相關法案，包括《醫療照護現代化法案》（Medicare Modernization Act of 2003），正式把醫療品質指標制定成為聯邦法律。種種政府作為，把護理人力問題推升至國家整體醫療政策甚至立法議題，使得護理人力配置與醫療現代化同步，醫院建立內部護病比例，而國家致力消弭護理人力短缺，並具體配套下列措施：1.成立護理教育補助基金；2.支持護理建教合作；3.增加合格護理導師；4.暢通護理就業升遷管道；5.積極開拓護理給付財源⁴；充分尊重護理專業，成果顯著，值得借鏡。

4.3 重建——回歸「護理專業」才有快樂病人

如何能解除護理界的困境？又得先反思另一個基本問題，何謂「護理專業」？這個答案相對於性別議題，就容易理解得多；專業的護理，簡而言之，就是「好的護理」。護理好不好，自己說的不算，他人說的不準，要由被照護者——病人——的角度來討論。現代醫療講「視病猶親」，要「以病人為中心」，圍繞這個圓心的第一圈，就是第一線的護理人員，那麼，試問：「沒有快樂的護理人員，會有快樂的病人嗎？」或「沒有護理勞動安全，會有病人安全嗎？」

已經有許多實證研究報告，指出了「護理專業」問題的核心——病人安全——與護理工作條件多數是正相關的⁵。有研究顯示，中央動靜脈管路相關的血液感染（central line associated bloodstream infection, CLBSI）、呼吸器相關的肺炎（ventilator-associated pneumonia, VAP）、導尿管相關的尿路感染（catheter-associated urinary tract infection, CAUTI）、褥瘡（decubitus ulcer）、月死亡率（30-day mortality）等病人安全指標，或是檢視其他病情監測指標（復甦術無效、術後肺梗塞或深層靜脈栓塞、術後呼吸衰竭），都呈現出護理工作條件與病人安全息息相關；但是醫院經營策略是否為「利潤導向」，雖與病人安全大部分負相關，卻也有不一致結論者，顯示醫院經營問題的面向較複雜，難有簡單的答案。

⁴ Stone, P. W., Mooney-Kane, C., Larson, E. L., Horan, T., Glance, L. G., Zwanziger, J., & Dick, A. W., *Nurse working conditions and patient safety outcomes*, 45 Med Care. 571 (2007) .

⁵ See *id.*

在《護理工作條件與病人安全》(Nurse Working Conditions and Patient Safety Outcomes)⁶這篇文章中，將護理工作條件分為兩類來討論(如下表1)：行政流程與照護制度結構(醫院經營)；行政流程之護理工作條件又有四項：組織氣候(organizational climate)、人力配置(staffing)、超時工作(overtime)及薪資(wages)；照護制度結構之護理工作條件則有兩種：邊際利潤導向(marginal profitability)與磁吸定位導向(magnet accreditation)。行政流程之護理工作條件裡，除了組織氣候這一條件難以界定，且牽涉到個人主觀認知不一致外，其餘護理工作條件皆與病人安全正相關；人力配置、超時工作及薪資都能以客觀標準加以規定。

而所謂磁吸定位導向的醫院經營則有四大特色：一是有優良護理主管且支持參與式管理，二是採護理自我治理，三是激勵高品質照護，四是肯定護理專業；醫院經營策略導向雖不必然影響病人安全，而磁吸定位導向的醫院經營就是尊重護理專業自主，對護理人員的羅致較具影響力。

表 1 護理工作條件分類

(一)行政流程	1.組織氣候 (organizational climate)
	2.人力配置 (staffing)
	3.超時工作 (overtime)
	4.薪資 (wages)
(二)制度結構(醫院經營)	1.邊際利潤導向 (marginal profitability)
	2.磁吸定位導向 (magnet accreditation)

來源：Stone, P. W., Mooney-Kane, C., Larson, E. L., Horan, T., Glance, L. G., Zwanziger, J., & Dick, A. W., *Nurse working conditions and patient safety outcomes*, 45 Med Care. 571 (2007) .

醫院要讓其外部顧客(病人)滿意，當然要確保病人安全；但病人照護的提供者(護理人員)無法快樂工作，就會影響其就業意願與護理品質，最終可能危害到病人安全，也損及醫院利益。繞了一大圈，最後醫院會不得不兼顧內部顧客(護理人員)滿意度，也就是說，不能本末倒置，必須回歸從「護理專業」出發：想要有快樂的病人，就得實質改善護理工作條件；要改善護理勞動條件，則須要重視「護理專業」才行。

⁶ See id. .

第五章 國內護理人員勞動權益現況

自 2011 年起，開始有護理團體在勞動節或護師節走上街頭，抗議勞動條件受剝削；冰凍三尺，非一日之寒，2011 年之前沒有護理人員上街頭抗爭，並非護理人員勞動權益沒問題，反而是護理界處於長期隱性的被壓迫狀態的最佳印證。若不是國內的勞動法有進步，勞動問題可能潛伏至下個爆發點為止。另外，許多與護理相關的社會事件與職家衝突，也凸顯出護理人員被民眾輕視與不尊重，被社會刻板印象所束縛，以及被醫療機構與主管機關漠視，更顯示出「護理公會」並無保障護理勞動權的功能，護理專業自主難以存在。

5.1 上班打卡制／下班責任制

瞭解了護理歷史背景和外國護理專業現況，該是認真自我檢視台灣現狀了。2010 年 6 月 1 日，爭議已久的《工會法》終於三讀修法通過，是繼 2007 年 12 月通過的《團體協約法》，以及 2009 年 6 月通過的《勞資爭議處理法》之後，完成新「勞動三法」的最後一塊拼圖¹；新「勞動三法」正式於 2011 年 5 月 1 日同步施行，讓台灣勞工從此進入「新勞動三法時代」，也使護理人員勞動權益保障有了較完備的法律依據；勞工團體選擇於 2011 年「五一勞動節」當日上街頭示威抗爭，也正是台灣「白衣天使」首度參加街頭遊行的背景成因。

「護理人員權益促進會」理事長盧孳艷教授受訪表示：「雖然現行醫院評鑑有規範護理人力標準，卻沒有列入大夜班的護理人力配置標準，對於改善護理勞動條件，毫無實益，且醫院常以成本作為擋箭牌、以健保給付縮水為藉口。很多護理人員工作忙碌，沒時間吃飯、喝水和上廁所，且也不見得下班就沒事，還要花時間寫報告等。」重申護理人力吃緊、工時超長、工作負荷過重等問題；為爭取合理勞動條件，盧孳艷教授號召護理人員身著護理人員服裝，和勞工團體一同上街頭，也呼籲醫院要以實際行動改善護理人員工作條件²。當天，上百名護理人員走上街頭，手舉標牌，上面幾個驚悚的字語——血汗醫院／爆肝天使／拒絕過勞人生。

¹ 林良榮，「我國勞動三權之發展現況與問題分析--歷史、結構與法律的分析途徑」，<http://www.cy.gov.tw/dl.asp?fileName=0113010272671.pdf>（最後點閱時間：2013 年 7 月 31 日）。

² 陳清芳，「護理人員爭工會 勞動節首次上街頭」，請參見中央通訊社網站 <http://www.cna.com.tw/News/FirstNews/201105010010-1.aspx>（最後點閱時間：2013 年 7 月 31 日）。

其實，「行政院勞工委員會」(勞委會)自 2008 年起連續四年，針對醫療院所實施「勞動條件專案檢查」，除對違法業者依法處罰外，並要求其改善，另外亦將檢查結果送「衛生署」，做為醫療院所評鑑時之參考，期能有效敦促醫療院所重視醫護人員的身心健康，提供優質的醫療服務。「勞委會」除加強對於醫療院所工作者的勞動條件專案檢查外，亦將與衛生署進一步對醫師、護理人員及醫事人員之工作時間安排、排班與輪班、休息及休假問題進行研議，希望在兼顧醫療專業與維護員工身心健康的原則下，建立合理的工時制度，以維護醫療院所相關工作人員之身心健康與福利。

表面上，政府有了善意回應，摸了頭(要求醫療院所改善)，給了糖(總統承諾提撥額外專款、調薪)，吵鬧的小孩(護理人員)暫時獲得安撫，短時間內沒有再吵的理由。實際上，沒人真正專門負責監督與執行(勞動條件專案檢查無法確實)，甚至找了魔鬼(醫療院所評鑑)來把關，未來又肚子餓了(工作環境仍持續惡化)，已經餓到無力呼喊(心如死灰)、不得不放棄了(退出職場另謀出路)，那時，誰還能聽見真實的聲音？

2012 年 2 月 10 日，《聯合報》報導：「嘉義基督教醫院最近兩名護理人員自殺，22 歲的陳姓女護理人員任職不到半年，前天凌晨在家中燒炭，遺書提到『工作不像讀書，有努力就會有回報』。警方表示，與陳任職同家醫院的吳姓女護理人員不久前自殺，陳女參加完她的告別式後，鬱鬱寡歡也尋短。」2012 年 2 月 12 日，一位指導護專生實習的老師，投書《聯合報》回應此一社會事件：「專業其實是有兩隻腳，增加自己的專業知能是一隻腳；但另一隻，其實是我們要捍衛自己的勞動權益。否則，再高的學歷與護理能力，並不見得能讓我們得到應有的勞動條件保障。然而，勞動權益意識的啟蒙，卻是當前護理教育失落的一塊大拼圖。」³

2012 年勞動節當日，護理人員再度走上街頭示威抗爭，然而，情況惡化並未因此停止。今年(2013)勞動節與護師節，是台灣歷史上，首次由「護理工會」帶領「白衣天使」上街頭抗爭，但仍是雷聲大雨點小，船過水無痕，沒有得到相關單位的任何實質的建設性承諾，只是表面回應要將「護病比」納入「醫院評鑑」條文規定中，卻沒有真正允諾合理護病比(一比七)，也不願將護病比正式入法，以提高其法律位階來徹底解決爭議；殊不知，「醫院評鑑」正是醫院壓榨護理人力的幫凶，醫院為求能順利通過評鑑，不得不利

³ 梁秀眉，「勞權 護理教育失落的拼圖」，請參見聯合報網站 <http://www.coolloud.org.tw/node/66649> (最後點閱時間：2013 年 7 月 31 日)。

用借照、租牌、非臨床護理人力(行政職或管理職等)、幽靈班表或幽靈人口等手法應付評鑑人力要求；以評鑑來規範人力，不啻請鬼拿藥單，反使病況其愈下而已。

護理人員上街頭抗爭甫過，社會上又接連發生「黑支急診暴力事件」⁴、「病人言語侮辱護理人員事件」⁵、「病人噎到，護理師連帶負責」⁶以及「護理師帶病打點滴上班事件」⁷等等，這些社會時事，層出不窮，明確突顯出護理勞動環境與護理教育及醫療法律系統都出了問題，整體社會與制度也存在嚴重的病態。

受健保總額給付緊縮的影響，醫院在「利潤」或「財務」考量之下，開始思索任何降低營運成本的可能方式。其中，加強行政管理與限縮護理人力成為控制成本的策略之一。在這樣的環節之下，為了補足醫院不足人力，許多醫院改採「約聘」的方式，進行護理人員的臨時僱用，甚至以護理助理或看護工等無照人員充當輔助人力。而公立醫院則是透過「醫療作業基金收入聘僱醫事人力案」的方式，以「外包」或是「約聘」降低護理人事成本。然而不管公立或是私立醫院，這些舉動無疑是在規避可觀的資遣費、福利與勞動成本，並讓人力的使用更不受限制（如彈性工時、班表、調單位及契約期限到期的自動解僱等）。而這樣的手法，透過醫務管理階層不斷鼓吹員工「共體時艱」，渲染對成本管控的好處，並強調「非典型僱用」，方能解決逐漸浮現的護理人力不足，醫院始能更加蓬勃發展與永續經營。然而，護理界只要深入思索，其實會發現「非典型僱用」不但無法解決人力與成本的問題，反而成為另一種變相的勞動剝削，更造成勞動階級化、服務品質下降，以及專業誠信大打折扣，進而造成護理專業發展之遲滯，甚至扭曲、退化。

5.2 天使非超人

照護病人的護理工作，一直是個高壓力、高風險的行業。台灣臨床執業護理人員常見的職業傷害可分為四大類（如下表 2）：生物性傷害（1. 針扎，2. 感染性疾病）；物理性傷害（1. 下背痛，2. 輻射傷害）；化學性傷

⁴ 吳哲豪，「急診室暴力 醫師遭揮拳踹腳」，請參見中央通訊社網站 <http://www.cna.com.tw/News/aSOC/201305080067-1.aspx>（最後點閱時間：2013 年 7 月 31 日）。

⁵ 李書璇，「不滿急診處理效率 病人揮拳護理人員憤提告」，請參見中廣新聞網站 <http://news.chinatimes.com/society/110503/132013062400756.html>（最後點閱時間：2013 年 7 月 31 日）。

⁶ 101 年度醫上字第 1 號判決

⁷ 張世傑，「慟！24 歲吊點滴上班護理人員因癌惡化不治」，請參見華人健康網網站 <http://www.top1health.com/Article/4403>（最後點閱時間：2013 年 7 月 31 日）。

害（1.藥物氣膠，2.消毒劑，3.化學抗癌藥）；身體或心理性職業傷害（1.暴力事件，2.性騷擾，3.自殺，4.憂鬱）⁸；嚴重影響護理人員的安全與健康，也是護理人員不願執業的重要理由之一。2003年，台灣 SARS（severe acute respiratory syndrome，嚴重急性呼吸道症候群）流行期間，護理人員照護 SARS 病人，每班原給予 3,000 元獎金（醫師一天 10,000 元）⁹，後來經「中華民國護理師護理人員公會全國聯合會」和各護理專業團體的積極爭取，才提高為每班 5,000 元；而 7 位染斃死亡的醫事人員中，1 位檢驗師，2 位醫師，護理人員卻有 4 位。這事件，除了突顯護理工作的高危險性，也暴露了可能「同工不同酬」的差別待遇。

社會上，對好護理人員的形象迷思，要求護理人員同時扮演四種角色，母親——慈愛、修女——奉獻、女僕——服侍、秘書——助手；家庭裡，期待護理人員要家庭與事業兼顧，不僅是工作上要專業，還要是丈夫的好妻子、兒女的好媽媽、子女教育的好老師、全家的好廚師、公婆的好媳婦、父母的好女兒、家事的好幫傭、家中失能者的好看護，甚至是家庭的經濟支柱。白衣天使，疲於變身，最後失去自我。

表 2 台灣臨床執業護理人員常見的職業傷害

職業傷害四大類	包含類型
生物性傷害	針扎、感染性疾病
物理性傷害	下背痛、輻射傷害
化學性傷害	藥物氣膠、消毒劑、化學抗癌藥物
身體或心理性職業傷害	暴力事件、性騷擾、自殺、憂鬱

來源：作者整理

5.3 市場供過於求的吊詭——醫院招沒人／護理人員不願執業

台灣護理現況是多元議題，護理人力短缺只是表面現象。近年來，因為少子化、人口老齡化、外籍人士、新移民、十大死因由急性疾病轉為慢性病，以及預防醫學進步等因素，造成護理人力需求改變與持續上升也是事實。「中華民國護理師護理人員公會全國聯合會」承認，每年考取各類護理相關證照的護理人數持續成長，並且是超過醫療院所需要的職缺總額，但護理人力缺

⁸ 盧美秀，護理專業問題研討（2009）。

⁹ 曾珍麗，「護理專業還要繼續被漠視嗎？」，請參見自由時報電子新聞網 <http://www.libertytimes.com.tw/2003/new/may/16/today-o5.htm>（最後點閱時間：2013年8月3日）。

口卻仍逐年擴大，顯示人力流失並未減緩；呈現市場供過於求，九成以上醫院卻招員不足的弔詭；亞當·史密斯所著的《國富論》¹⁰曾提到市場有「看不見的手」，是用以形容市場充分運作時的價格機制。在價格機制充分運作下，自由市場裡的供給和需求將會自然而然達到均衡，價格與數量都是最適當的水準，彷彿市場運作在冥冥之中受到神的指引一般；那麼究竟為何「護理人力市場失靈」？

成熟的市場，會存在著三種自我調節機制：內部監督機制、外部監督機制以及市場本身監督機制；在市場出現變數而失衡時，監督機制會發現問題而開始運作，朝向新的平衡狀態進展；簡言之，也就是俗稱的「以價制量，以量制價」；若是人為制度過度干預，則達到平衡的時間就會延長，混亂就會持續，除非有其他良性的制度積極介入，否則市場失靈會消極而緩慢的演變，呈現長期供需失衡狀態。

就以「護理人力市場失靈」為例，護理內部監督機制依序有護理長、護理部及「護理公會」，但是護理長職位由院所管理階層決定，而護理部是從屬於醫療之下，「護理公會」非工會屬性又由護理學會或護理大老把持，整體護理是受醫療管理階層支配；外部監督機制有「勞委會」、「衛生署」、「醫院評鑑」及「護理工會」，但主管機關怠惰而未能善盡職責，且「護理工會」剛草創尚未滿一年還無法完全上軌道，而醫院評鑑甚至成為醫院過度強勢管理的壓迫藉口；市場自身監督機制有醫療院所、「健保局」，但醫療院所受健保總額限制等層層疊疊的制度管控，盡力壓縮人事成本，護理人員無論去何處，都是相類似的工作條件，幾乎沒有議價可能；不可諱言，護理人力「市場失靈」，實「政府失能」難辭其咎。

雖然，近幾年許多醫院陸續喊出調高護理人員薪資待遇，但對護理人力回流的影響卻不顯著；因為只要三種調節監督機制無法正常運作，就有職場不正義存在，護理人員工作意願就會持續低落，達到薪資與工作平衡的水準就會更高，加薪就僅是刺激就業的炒短線行為，能改變其他的勞動狀況嗎？職場正義的代價是多少？金錢可以買到正義？恐怕只會淪為水漲船高式的菜市場喊價現象，更難以自然調節。因此，市場失靈的關鍵點在於「勞資失衡」，勞方過於弱勢；欲打破此種僵局，唯一的方式是以「積極平權」來改善護理專業地位的不平等，發動的關鍵機構在於健全而有效率的工會，而工

¹⁰ Adam Smith 著，謝宗林、李華夏譯，國富論（2005）。

會能否成熟運作，則仍有賴護理勞動意識的集體自主覺醒。

5.4 台灣護理人力問題

據統計，在台灣領有合格證照的護理人員約有 23 萬，有在公會登記執業（就業）者僅 13 萬人，顯示台灣社會中竟有高達四成不願執業的閒置護理人力，且流失量是逐年增加的，權責部門是誰？該有的積極作為呢？根本為就業意願低落，政府卻打算以擴大招生、放寬考照標準或延長實習時間等緩兵之計來增加護理人力市場供給，而不願謀求實質改善工作環境與勞動條件，將會惡化就業市場，造成護理專業貶值、護理逃兵反增等負面影響；護理人力「市場失靈」的最大問題，正是「勞資不對等」，只能從提高護理人員專業地位做起；君如不信，且拭目以待。

而台灣護理人力問題到底有哪些？分析有下列問題¹¹，每個問題都是多面向的，並不容易解決（如下表 3）：

1. 執業率低：台灣 57%，美國 83.2%，加拿大 93.6%。
2. 流動率高，年資短：平均年資——香港 25-30 年；台灣 < 2 年 28.61%，2-5 年 30%，5-10 年 20%，> 10 年 21.36%；2 年離職率 19.94%。
3. 人力負荷重：人口／護理比例高——台灣 217，日本 111，OECD112，美國 127，英國 110，加拿大 100，瑞典 71，挪威 65；護／醫比例低——台灣 2.23，美國 4.35，加拿大 4.14，紐西蘭 4.3，愛爾蘭 5.12，挪威 8.27。
4. 性別不均衡：男性比例過低，台灣 0.85%，美國 8.9%，加拿大 5.5%。
5. 學歷、訓練差異大：（護校、專科、大學、研究所等）教育素質良莠不齊。
6. 工作條件不佳：病護比例高（台灣 13-20，美國 6-7）；薪資/升遷不公（相對其他基層醫事人員）；工時長（責任制、待命制）；不被尊重；非護理之文書、評鑑事務多；團隊合作不良；額外教學、研究、進修、進階負擔。
7. 過度集中於急性機構：醫療院所 81.57%，社區 18%。

¹¹ 行政院衛生署統計室，「衛生統計系列(二)醫療機構現況及醫院醫療服務量統計——97 年醫療機構及其他醫事機構概況--醫療機構及其他醫事機構暨人員開（執）業場所執業醫事人員數」，請參見行政院衛生署網站 http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2_2.aspx?now_fod_list_no=10718&class_no=440&level_no=4（最後點閱時間：2013 年 7 月 31 日）。

8. 各類進階護理師定位不明：NSP，CAN，FN，NA，CNE，CRN¹²。
9. 護理時數配置不當：兒科 3.07，成人 2.45，精神科 2.1，加護中心 11.33 小時／日。
10. 護理助理或看護工等無照人員日增：權充替代人力。

表 3 台灣護理人力問題

台灣護理人力問題	分析
執業率低	台灣 57%，美 83.2%，加 93.6%
流動率高，年資短	平均年資：香港 25-30 年；台灣 <2 年 28.61%，2-5 年 30%，5-10 年 20%，>10 年 21.36%；2 年離職率 19.94%
人力負荷重	人口／護理比例高：台灣 217，日本 111，OECD112，美國 127，英國 110，加拿大 100，瑞典 71，挪威 65；護／醫比例低：台灣 2.23，美國 4.35，加拿大 4.14，紐西蘭 4.3，愛爾蘭 5.12，挪威 8.27
性別不均衡	男性比例過低，台灣 0.85%，美國 8.9%，加拿大 5.5%
學歷、訓練差異大	(護校、專科、大學、研究所) 教育素質良莠不齊
工作條件不佳	病護比例高(台灣 13-20，美國 6-7)；薪資/升遷不公(相對其他基層醫事人員)；工時長(責任制、待命制)；不被尊重；非護理之文書、評鑑事務多；團隊合作不良；額外教學、研究、進修、進階負擔；
過度集中於急性機構	醫療院所 81.57%，社區 18%
各類進階護理師定位不明	NSP，CAN，FN，NA，CNE，CRN
護理時數配置不當	兒科 3.07，成人 2.45，精神科 2.1，加護中心 11.33 小時／日
權充替代人力日增	護理助理、看護工或外籍工等無照人員

來源：作者整理

然而，為什麼台灣護理人員不願執業？理由則不外下列幾種：婚姻／家

¹² NSP (nurse specialist) 專科護理師，CAN (community advanced nurse) 社區護理師，FN (family nurse) 家庭護理師，NA (nurse administer) 行政護理師，CNE (clinical nurse educator) 臨床護理導師，CRN (clinical research nurse) 臨床研究護理師。

庭、健康／職業傷害、三班制、工作壓力／法律責任、人力配置、薪資／升遷公平、不受尊重及違背專業理想等因素，可以大致歸納為「護理職家衝突」、「護理工作（勞動）條件」與「護理專業自主」三大面向（如下表4），接下來一一檢視。

表 4 歸納護理人員不願執業理由的三大面向

1	三班制	「護理職家衝突」
2	婚姻/家庭	
3	健康/職業傷害	「護理工作（勞動）條件」
4	工作壓力/法律責任	
5	人力配置不當	
6	薪資/升遷公平	
7	不受尊重	「護理專業自主」
8	違背專業理想	

來源：作者整理

第六章 分析護理人力問題的三大面向

台灣護理人員「不願執業」，才是護理人力問題的癥結；而此問題又可分為三大面向：一、「護理職家衝突」；二、「護理工作（勞動）條件」；與三、「護理專業自主」。此三大面向與護理工作的特殊性緊密結合，每一面向都不可偏廢，本章將逐一介紹。

6.1 護理職家衝突

一位已婚的女性護理人員描述：「護理人員的工作要求，如輪班工作、超長時間的勤務、面對病人的情緒控制及工作的環境等方面，可以感同身受的理解。當我未婚時在加護病房服務，就常因輪班工作感到身心疲憊不堪。那時，因為工作要交接，平日上班只有早到但沒有早退，期間又要忙著量血壓、治療、翻身、寫病歷等工作，經常忙到不能準時用餐，精神常處於緊繃狀態；下班後什麼都不想做，只想睡覺補眠，但又好像一直睡不飽，這樣的情形一直困擾著我。結婚有小孩後，家庭和工作所造成的衝突更嚴重了。因為輪班工作，所以沒有充裕的時間照顧公公婆婆；相夫教子更不用說了，當然做不到，大部分的時間，先生和小孩子必須配合我的作息，有時為了上大夜班必須白天睡覺，先生小孩還要刻意外出，以免影響到我的休息；整理家務的工作也沒有充裕的時間來完成。」這種場景，非常真實¹³，也十分常見。

6.1.1 性別角色差異

有研究顯示，護理職家衝突——性別角色差異是極為顯著，作者做了下列小結（如下表 5）：1.工作投入與工作衝突的關聯，男性比女性高；家庭投入與家庭衝突的關聯，女性比男性高。2.工作投入與「工作——家庭衝突」的關聯，女性比男性高；家庭投入與「工作——家庭衝突」的關聯，男性比女性高。3.工作期望與工作衝突的關聯，女性比男性高；家庭期望與家庭衝突的關聯，女性比男性高。4.工作期望與「工作——家庭衝突」的關聯是男性比女性高；家庭期望與「工作——家庭衝突」的關聯是女性比男性高。5.工作衝突是家庭衝突的預言者，介在工作衝突與家庭衝突的關聯是男性比女性高。6.工作衝突與家庭衝突是「工作——家庭衝突」的預言者，工作衝突

¹³ 謝旻芬，護理人員職家政策與職家衝突關係現況之探討—以某公立醫院為例，銘傳大學管理研究所碩士論文（2010）。

與「工作——家庭衝突」的關聯是男性比女性高；家庭衝突與「工作——家庭衝突」的關聯是女性比男性高¹⁴。有趣的是，女性護理人員所面臨的職家衝突現況，換成男性護理人員就不一樣¹⁵，護理工作的隱性歧視顯然須要更深層的檢視。

表 5 護理職家衝突——性別角色差異

工作投入與工作衝突的關聯，男性比女性高	家庭投入與家庭衝突的關聯，女性比男性高
工作投入與「工作—家庭衝突」的關聯，女性比男性高	家庭投入與「工作—家庭衝突」的關聯，男性比女性高
工作期望與工作衝突的關聯，女性比男性高	家庭期望與家庭衝突的關聯，女性比男性高
工作期望與「工作—家庭衝突」的關聯，男性比女性高	家庭期望與「工作—家庭衝突」的關聯，女性比男性高
工作衝突是家庭衝突的預言者	介於工作衝突與家庭衝突的關聯，男性比女性高
工作衝突與家庭衝突是「工作—家庭衝突」的預言者	工作衝突與「工作—家庭衝突」的關聯是男性比女性高；家庭衝突與「工作—家庭衝突」的關聯是女性比男性高

來源：作者整理

職家衝突，通常有之，於「護理」尤烈；家庭友善的一般政策，對普通勞動婦女有幫助，但對於「護理」三班制輪值、全年無休、24小時不中斷的接力式特殊工作性質，再加上護理工作本質的高壓力與高風險，外加女性護理人員職家間的多重角色扮演時，就顯不足夠；況且，《勞基法》第49至52條原本對職業婦女的保障，因為《勞基法》第84-1條對(護理)專業責任制的特殊規定，而完全排除護理人員適用；試想，若一位女性護理人員，為了工作，結果家庭與家人未照顧好，她所承受的家庭、社會各方壓力與性別角色期待緊密相關，是不可承擔之重；要是加上勞動不正義與專業不被尊重，再加投訴與醫糾頻傳，退出職場，似乎是自然的選擇；一

¹⁴ 同前註

¹⁵ 林志豪，探討專業承諾於護理人員性別角色與工作壓力之影響，輔仁大學護理學系碩士論文(2009)。

且又有經濟壓力，不得不留在職場，卻無力改善工作環境，身心承受更大壓力，對個人、對病人及對醫療整體，都有極負面的影響。

因此，「護理」還須要自己的特別「積極平權」(affirmative actions)措施，否則無望改善現狀。對已婚者，我們有保障「家庭制度」的充分理由去保護；另一方面，誰來關心更弱勢的未婚「護理族群」？如果「家庭」是受到我國憲法的制度性保障，那麼，進入家庭的必然過程——戀愛跟婚姻——也該有某種程序性保障；至少，要承認人人皆有自由戀愛跟婚姻的基本權利，這是一種社會正義。未婚女性「護理族群」是特別的族群，在社會發生的騙財、騙色事件被害人中，常佔很大比例，甚至出現專以女性護理人員為詐騙對象的歹徒；由於三班制工作的特殊要求，生活圈窄小而封閉，活動時間也受限，無法自由自在的接觸人群，是一種相對剝奪；在戀愛跟婚姻的自由市場中，被迫選擇或是選項過少，兩者本身皆非正義；婚姻，也跟接續而來的職家衝突密切相關。正因他們是沒有聲音的一群，默默地在三班制中燃燒青春，當歲月磋跎、年華逝去，三班依舊、人事已非，他們的戀愛權跟婚姻權，還存不存在？權利是要靠爭取，「勞動權」正是努力的起點，「護理工會」則可提供適當的平台，逐步調和「護理職家衝突」，改善「護理工作條件」，最終要以能擁有「護理自主權」(nursing autonomy)為目標，真正實現護理專業的社會地位與機會平等。

6.1.2 家庭友善政策相關法律規定

政府已經認識到，職家衝突就是一種性別不平等，近年來力推「家庭友善政策」，主要包括受撫養者（僅指幼童，尚不含家中長輩或失能者）的照顧服務（dependent care service）、彈性工作（flexible work）、家庭事故休假（leave program）及其他如生理假等。而與台灣已婚婦女有關的休假政策，主要規定在《勞基法》的產假與《性別工作平等法》的產假、育嬰假、家事假等等。現行有關生育給付則規定在《勞工保險條例》中，其他關於哺乳和托兒的友善措施規定在《性別工作平等法》（如下表 7）；但對家中長輩或失能者的照護，其負擔多在家庭婦女身上的情況，卻不見有何補償或改善方案，而《長期照護服務法》仍停留在草案階段，草案內容也未有「性別友善」相關政策。

女性常見的孕吐、生理痛等，在目前護理人力早已吃緊的情況下，護理排班早就是緊繃的「花花班」（如圖 2），連抱病上班也難避免，更遑論其

他臨時家庭、生理因素休假需求，完全沒有辦法替補請假人力（如下表 6），甚至壓縮護理人員工作時的用餐、飲水及上廁所時間；所謂的畸形班表（護理界俗稱「花花班」），就是一週內輪值 2 種或 3 種班別，因此時常發生護理人員在超過晚上 12 點下小夜班後，隔天 7 點又要接白班的情形。有護士表示，早上 8 點下班後，儘管身心疲憊卻不能一回家就倒頭大睡，因為隔天早上 8 點又得上班，而這段換班間隔時間只能用「熬日」來調時差，根本無法獲得充分休息。

圖 2 「花花班」示例

護理人員畸形班表範例

一週輪換超過一種班別
缺乏適當休息時間

	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
一														小夜班 A										加班	
二	失眠、睡眠混亂、調時差							白班																	加班
三								白班																	加班
四																									小夜班 B
五																									小夜班 B
六																									小夜班 A
日	失眠、睡眠混亂、調時差							白班																	加班

來源：台灣基層護理產業工會籌備會

還有一種「彈休時數」制度，例如把一天 8 小時的班，縮短或拆成兩截，上午先上 4 小時班，中間因服務病人量少而臨時彈休幾個小時，下午再視需要補足上班時數；號稱「護理管理創新」，種種花樣百出的人力「彈性調整」，不一而足。面對醫療護理人員頻頻傳出過勞事件，「基層護理產業工會籌備會」指出，在過勞、超時工作現象之外，還存在「畸形班表」及「沒有合理的休假、休息時間」這兩項攸關護理人員健康的嚴重問題，也有研究顯示，女性長期熬夜輪值大夜班，會降低婦女生育力，並增加懷孕者流產率。籌備會幹部王云緒沉痛地說，在新聞版面背後「我們看不見的工殤者到底有多少？」¹⁶

¹⁶ 張心華，「花花班表 責任制成災--護理人員要求調整輪班制度」，請參見苦勞網網站 <http://www.cooloud.org.tw/node/68130>（最後點閱時間：2013 年 7 月 31 日）。

表 6 家庭友善政策不完備

已婚婦女有關的休假政策	主要規定在《勞基法》的產假； 《性別工作平等法》的產假/陪產假、育嬰假、工作彈性、家庭事故休假等
關於哺乳和托兒的友善措施	《性別工作平等法》 《性別工作平等法施行細則》
現行有關生育給付	《勞工保險條例》
對家中長輩或失能者的照護	?(《長期照護服務法》仍停留在草案階段)
生理假	?(闕如)
請假人力替補制度	?(闕如)
合理排班制度	?(闕如)

來源：作者整理

除再次呼籲立即檢討《勞基法》第 84 條之 1 及 50 條之 1 的責任制外，要求「勞委會」積極處理長久在護理界泛濫成災的各種畸形排班制度，不僅要特別針對排班制度實施勞動檢查，還須儘速召開公聽會，訂出「更換班次之休息時間」下限，讓護理人員能獲得充足休息。違背生理，就是違反人性；這些不利制度、陋規，對護理人權的斷傷，實無言也無顏以對。

《性別工作平等法》第二十三條規定，僱用受僱者二百五十人以上之雇主，應設置托兒設施或提供適當之托兒措施。主管機關對於雇主設置托兒設施或提供托兒措施，應給予經費補助。《性別工作平等法施行細則》有規定，本法第二十三條第一項所定雇主應設置托兒設施或提供適當之托兒措施，包括與其他雇主聯合辦理或委託托兒機構、幼稚園辦理者。

「應」設置托兒設施或提供適當之托兒措施，是企業的義務；主管機關「應」給予經費補助，是主管機關的義務。既為義務，違反義務卻無任何法律效果，因而雇主未設置托兒設施或提供適當之托兒措施者，比比皆是；其立法為德不卒，留有以下立法缺失（如下表 8）：1.如何設置或提供，並無具體辦法可依；2.主管機關如何補助，也尚無辦法可循；3.《性別工作平等法》，也無定罰則；4.施行細則也無從落實。建議修法方向：1.訂定「設置或提供托育措施辦法」；2.訂立「主管機關補助辦法」；3.《性別工作平等法》增訂罰則；4.另訂「聯合辦理或委託辦理托育辦法」。同時，主管機關必須配合，加強查察、輔導，始能落實此立法宗旨。

表 7 《性別工作平等法》家庭友善政策相關法律規定

家庭友善政策	主題	條文	內容
受撫養者的照顧服務	哺乳時間	第十八條	子女未滿一歲須受僱者親自哺乳者，除規定之休息時間外，雇主應每日另給哺乳時間二次，每次以三十分鐘為度。前項哺乳時間視為上班時間。
受撫養者的照顧服務	托兒設施	第二十三條	僱用受僱者二百五十人以上之雇主，應設置托兒設施或提供適當之托兒措施。主管機關對於雇主設置托兒設施或提供托兒措施，應給予經費補助。
工作彈性	彈性工時	第十九條	受僱於僱用三十人以上雇主之受僱者，為撫育未滿三歲子女，得向雇主請求為下列二款事項之一：(1)每天減少工作時間一小時；減少之工作時間，不得請求報酬。(2)調整工作時間。
休假	產假／陪產假	第十五條	雇主於女性受僱者分娩前後，應使其停止工作，給予產假八星期；妊娠三個月以上流產者，應使其停止工作，給予產假四星期；妊娠二個月以上未滿三個月流產者，應使其停止工作，給予產假一星期；妊娠未滿二個月流產者，應使其停止工作，給予產假五日。產假期間薪資之計算，依相關法令之規定。受僱者於其配偶分娩時，雇主應給予陪產假三日。陪產假期間工資照給。
休假	育嬰留職停薪	第十六條	受僱者任職滿一年後，於每一子女滿三歲前，得申請育嬰留職停薪，期間至該子女滿三歲止，但不得逾二年。同時撫育子女二人以上者，其育嬰留職停薪期間應合併計算，最長以最幼子女受撫育二年為限。
休假	家庭照顧假	第二十條	受僱於僱用五人以上雇主之受僱者，於其家庭成員預防接種、發生嚴重之疾病或其他重大事故須親自照顧時，得請家庭照顧假，其請假日數併入事假計算，全年以七日為限。家庭照顧假薪資之計算，依各該事假規定辦理。

來源：作者整理

表 8 《性別工作平等法》立法缺失與建議修法方向

立法缺失	建議修法方向
如何設置或提供，並無具體辦法可依	訂定「設置或提供托育措施辦法」
主管機關如何補助，也尚無辦法可循	訂立「主管機關補助辦法」
《性別工作平等法》，也無定罰則	《性別工作平等法》增訂罰則
《性別工作平等法施行細則》也無從落實	另定「聯合辦理或委託辦理托育辦法」

來源：作者整理

6.2 護理勞動權

常見的護理團體有「護理學會」、「護理公會」及「護理工會」。「護理學會」是以學術活動為主，容易與其他兩者區別；但公會與工會發音相同，多數人難以分辨其性質差異；「美國護理協會」於 1968 年轉型為具有工會性質，而台灣的「護理工會」是遲至 2012 年底才首度成立；由此可知，台灣護理勞動意識是遠遠落後於其他勞動先進國家。

6.2.1 護理與醫院的互動——以工會為平台

我們都清楚，「又要馬兒跑，又要馬兒不吃草」是種兩難；「又要照護品質好，又要省錢（賺錢）」很難兩全，偏偏又分在相互對立的兩邊——護理專業要品質，而醫院要利潤；前述論及，護理是處於受歧視的情況，意味著弱勢者的機會與地位不平等，再加上利益衝突。這場護理與醫院的戰爭，就顯然是武器不對等的狀態，結果豈不已經註定。

護理自有內部階級，是從南丁格爾就立下的規矩，本意是要獨立出專管行政事務的護理主任或護理長，成為基層護理人員的靠山，好讓護理人員能心無旁騖的照護病人；這顯然是護理專業自主所必要，然而也造就了新威權。護理人員的潛在性格：犧牲奉獻（宗教）、從屬壓抑（低階）、欠缺領導（精英），又進一步讓階級差異惡化，方便管理階層藉機發揮。護理主任或護理長職務是一種名器，操控於有權力決定者的手上，層層節制，最後誰來決定護理主管？是醫院高級管理階層。誰會對抗自己的權力來源？不可能。一旦護理主管受其支配站在資方，誰替基層的勞方發聲？沒有人；護理人員只能自力救濟。

「美國護理協會」（American Nurses Association, ANA）早期就曾配合

政府的「不罷工」政策，反而更受宰制與壓迫，不得不於 1968 年終止「不罷工」政策¹⁷，更由專業協會轉型為職業工會性質，從護理基本勞動權重新出發。美國是人權先進的國家，勞動權和勞工意識覺醒的較早，甚至威斯康辛州法律規定，醫院不得僱用未加入任何一個工會的護理人員，以強制規定保障勞動權；護理人員加入工會後，護理人員個人不用直接單打獨鬥，工會以集體協商權來與醫院談判；簽訂勞動契約，這才是唯一有效來掌握護理工作條件的工具，包括薪資與福利等，皆以白紙黑字寫成法律文件。勞動契約可以消除當事人間的混亂和不確定性，還可保障護理專業權益，並能增進護理照護能力。雇主也必須要有正當理由，才能紀律處分或解僱護理人員。一方面，護理人員藉由工會，確保其勞動三權，可以爭取到有利的合約。另一方面，工會則擁有專家及遊說人士，可以推動立法確保醫療品質、護病比例及阻擋無照看護人員、法律協助等；讓醫療產業（醫院）能真正為病人及其照護者（護理人員）負起應有的責任¹⁸，「護理工會」確實是合適的對等平台，成立工會才是真正給予弱勢者賦權（empower）。

6.2.2 公會（Guild）非工會（Union）

2011 年 5 月 1 日起，台灣正式進入「勞動三法」的新時代；過去「舊勞動法」的時代（《勞基法》、《勞工安全衛生法》、《勞工保險條例》），主要是開始重視集體勞動權，而「新勞動三法」則進一步強調個人勞動權¹⁹（如下表 9）；這只是概念上的區別，並非絕對的劃分。

表 9 新舊勞動法時代法規

「舊勞動三法」的時代-集體勞動權	「新勞動三法」的時代-個人勞動權
《勞動基準法》	《團體協約法》(2007 年 12 月)
《勞工安全衛生法》	《勞資爭議處理法》(2009 年 6 月)
《勞工保險條例》	《工會法》(2010 年 6 月)

來源：作者整理

早自 1998 年 7 月起，醫師以外的醫事人員（包括護理）就已經適用《勞

¹⁷ White, M. E., *Nurses and Hospital Battling: Hospitals Protect Profits; Nurses Advocate for Quality Patient Care while Turning to Unions as a Solution*, 27 Ohio N. U. L. REV. 285 (2001) .

¹⁸ See id.

¹⁹ 潘世偉、陳正良、林昭禎，勞動三法之修正評析與建議，國政研究報告（2001）。

基法》（但護理採責任制），「新勞動三法」進而賦予「勞動三權」（團結權——工會；集體協商權——勞資會議；爭議權——罷工權、仲裁、調解等）更具體完整的保障²⁰。相對於「教師」族群，自 2011 年 5 月跨入「新勞動法」的時代，至 2011 年底，全國已有二十餘個教師「協會」陸續轉型或新成立教師「工會」；然而，就算全台一萬四千餘個醫療產業事業單位中，也僅三個有企業工會，卻沒有一個是護理專業屬性；「台灣護理產業工會籌備會」選在 2012 年 512 國際護師節正式成立。一直參與工會籌組的「台灣護理人員權益促進會」理事長盧孳艷教授指出，這是台灣護理產業第一個組成的工會，這也是目前唯一的「護理工會」；至今仍然沒有任何一個「護理公會」轉型為工會，而現有工會將來會不會運作順利成功，還是得冀望於護理自主勞動意識的集體覺醒。

台灣護理人員，依《護理人員法》第 10 條規定，護理人員非加入所在地護理人員公會，不得執業。必須要「強制」加入執業當地的護士護理師「公會」才能執業，讓絕大多數的護理人員誤認為「強制入會」就是保障；恰好相反，「強制」意味著某種基本權利受限制與執業管制，公會把會員當客體；「工會」反而是「自由入會」，充分尊重個人的自主與自由意志，會員才是工會的主體。這種「強制」入會規定，也造就了護理公會的絕對「強勢」與「專制」。那「公會」與「工會」差別何在？公會，是資方。其組成份子，主要係非以自然人——而是以法人為會員。職業（同業）公會的參加者是以相同行業公司或專業執行業務者——如：律師、會計師、醫師、護理師等為會員。公司非以個人名義參加，例如汽車業同業公會的會員為某某汽車公司，而某代表人則是以代表公司（法人）的身分出席；公會是資方為了產業利益去爭取公司或團體的權益為主，所以公會適用的法律不同——《人民團體法》；既非《工會法》，當然沒有罷工權。

工會，是勞方。其組成份子是非自然人，「工」可泛指受僱者的意思。工會是勞方為了受僱者個人的權益或勞健保等福利而團結起來。新《工會法》增加「企業工會」一項，事實上企業工會就是廠場工會或公司工會，這是基層廠場或事業單位內勞工所組成的工會；「產業工會」係同一產業內不同職業之工人所組織（例如「南山人壽」工會的會員包括銷售人員、辦公文員及

²⁰ 張鑫隆，「新勞動三法對台灣工會的意義及未來課題」，台灣勞工季刊，第 22 期，頁 38-43（2010）；隋杜卿，「教師應該擁有完整並受憲法保障的勞動三權」，國家政策論壇，第 92 期，頁 236-241（2003）。

司機等各種勞工)；「職業工會」係聯合同一職業工人所組織者(跨越公司界限)，亦不限於「無一定雇主」，因為無一定雇主只是參加工會勞保的認定標準，所以看到有人參加工會，卻不參加工會保險，是由於他有雇主。所以他參加工會的目的可能是政治、聯誼或其他意圖，與勞工保險無關。

簡言之，「公會」是維護團體的公共利益；「工會」是維護勞工的個人權益；護理公會，是資方為了護理產業利益及政策公益去保障護理團體的權益；護理工會，是勞方為了勞動受僱者個人的權益或福利而團結起來去爭取護理人員的權益；而「勞動權」是為了給予較弱勢的受僱者賦權，故僅「工會」才擁有完整的「勞動三權」。明白說，公會是主管機關掌控專業人員的權力工具，由公會選舉的人為把持與政治操作即可看出；另比較護理勞動三權有無的差別，就更加清楚，護理公會是完全沒有罷工權(爭議權)的(如下表 10)，這就是護理公會不能帶頭上街頭抗爭的原因，若不轉型成工會，公會是無法主張完整的勞動三權；所以，護理公會既無法代表勞方也不能保障勞動權，其改善之道可以由護理公會轉型為工會性質，或是成立新的地區護理工會；最好學習美國，要配合修法，將《護理人員法》第 10 條修訂為，護理人員非加入所在地護理人員「工」會，不得執業；因為，惟有工會才能主張完整的勞動權，故有了加入工會的強制規定，將促使護理公會主動轉型為工會，真正成為基層護理勞動權益的守護者，才是釜底抽薪之計；期待未來遍地開花，地區護理工會如雨後春筍般出現。

所謂罷工權，是指勞資雙方對勞動條件有爭議時，勞方有權暫時停止提供勞務；而爭議方式也非僅罷工一途，尚包括調解或仲裁等；現在才剛有護理工會正式登記成立，仍然難以主張任何爭議權，但是即使已有了護理工會，護理擁有的也是個「受限制」的罷工權；依新《勞資爭議處理法》第 54 條第 2 項規定，下列影響大眾生命安全、國家安全或重大公共利益之事業，勞資雙方應約定必要服務條款，工會始得宣告罷工。護理屬第三款——醫院；工會必須先經過勞資協議，與醫院約定必要服務條款才能實現罷工權，此際，「勞資會議」的重要性可見一斑。

表10 護理勞動三權的比較

	團結權	協商權	爭議權
護理公會	V X	V X	X
護理工會	V	V	V

來源：作者整理

(V：有，VX：部分，X：無)

6.2.3 新勞動法時代——醫院人力資源管理部門將面臨新挑戰

企業(醫院)人力資源管理部門的主管和幹部，過去一向比較忽視工會組織，也欠缺集體勞資關係和勞動法的素養，普遍認為只要雇主提供勞工法定的基本勞動條件，運用一些人力資源管理的技巧和工具，再加上以大環境不景氣或健保給付低為藉口，配合提高競爭力或全球化的大帽子，企業內勞工自然不必也不敢組織工會。

新《工會法》的修訂(增加「企業工會」一項)與施行可能會打破此一不平衡的局面，而新《團體協約法》第6條有關「強制性誠信協商團體協約」的規定，使得新《工會法》保障的團結權可以有施展的空間，工會可以依法要求與雇主集體協商，有了協商權的工會才是一個貨真價實的工會。那些過去被認為不敢也不必組織工會的企業內勞工，很可能在2011年5月1日之後有一些積極的作法。企業內勞工籌組企業工會的比例可能增加，而某些過去僅有職業(專業)協會(公會)者(護理人員、律師、醫師等)，進入新勞動法時代後，雖仍沒有成立企業工會的條件，也會有轉型為產業工會或職業工會的契機。

護理人員應該向教師學習，如同「教師協會」紛紛轉型為「教師工會」，「護理公會」要有轉型為地區「護理工會」的勞動意識，才可能配合新《團體協約法》和新《勞資爭議處理法》，要求與雇主簽訂團體協約或採取合法(受法律保障)的爭議行為，及時成為地區護理人員的勞動權益守護者。可見的未來，不僅是有「護理工會」，還可能會有其他「醫事人員工會」，一旦醫師納入《勞基法》(「衛生福利部」研議中)，甚至「醫師工會」也有機會成立，醫院內長期以來的各種勞資爭議也可能隨之浮上檯面，籌組工會的勞工和工會幹部可能會高舉禁止雇主不當勞動行為的大旗，捍衛和推動勞動權。

醫院方面自1998年起，已逐漸對《勞基法》與新《團體協約法》做出具體回應，不少醫院陸續有了名為「勞資會議」的運作，以因應勞動檢查；「勞資會議」是勞工參與制度的一環，也是「公民審議」或「民主參與」的具體實踐。但《勞基法》第83條，關於「勞資會議」條文，欠缺罰則，也無施行細則；而且「勞資會議」的法律位階低，僅為授權命令(《勞資會議實施辦法》)，並未徹底完成法制化，該辦法雖有「勞工直接選舉」代表及勞資會議代表名冊送「主管機關備查」的規定，惟該辦法並無法律效力，主管機關也無實質審查權限，故對醫院並無拘束力，會議代表仍多由管理階層

所指定；目前多數醫院的「勞資會議」成員僅有行政主管、單位主管及護理主管等中級管理階層被指派代表參加(皆屬資方)；沒有民主選舉機制、沒有基層護理代表、沒有熟知法制的人員、沒有主管機關監督、也沒有護理工會參與為後盾，完全一面倒的偏向資方，無法對等；而《勞資會議實施辦法》於民國九十年修正，也刪除會議紀錄送「主管機關備查」的條文，目前完全沒有監督審查機制。(如下表 11)。

表 11 關於工會與「勞資會議」之立法缺失與建議修法方向

立法缺失	建議修法方向
《勞基法》第 83 條，關於「勞資會議」條文，欠缺罰則	關於「勞資會議」條文，應訂罰則
《勞基法》第 83 條無施行細則	關於「勞資會議」訂施行細則
《勞基法》第 84 條之 1 責任制	基層勞工應廢除責任制
「勞資會議」的法律位階低，僅為授權命令	《勞資會議實施辦法》完成法制化，並採民主選舉與實質審查機制
《工會法》，並無工會當然參與企業內「勞資會議」的規定	應明訂「勞資會議，應有地區工會代表至少一人參加」
《護理人員法》第 10 條，護理人員非加入所在地護理人員公會，不得執業。	修訂為，護理人員非加入所在地護理人員「工」會，不得執業

來源：作者整理

台灣目前的護理工會屬產業工會，並非企業工會，故無法直接參與「勞資會議」運作；依《工會法》，工會任務也無參與企業內「勞資會議」的規定，必須要在新的《團體協約法》的架構下，除企業工會自然是與雇主協商的勞方代表，依該法第六條第三項，只要是依《工會法》成立的工會，都可以與雇主或具法人資格的雇主團體進行協商。惟這些工會，除企業工會之外，都必須達到超過該企業內二分之一員工加入工會的門檻，才能夠獲得協商的代表權，以目前粗估，尚沒有任何一家醫院的護理人員，達到過半數加入為工會成員，以致護理工會雖有勞動權，卻仍完全無法取得「勞資會議」代表權，根本不能發揮作用；若該企業內部的員工屬工會成員，向該產業工會申訴勞資糾紛或雇主不當勞動行為時，則工會僅得依《勞資爭議處理法》事後協助處理，無法事前參與或即時介入，過於被動與無效率；甚至，要是

發生勞資爭議者非工會會員，工會無法介入，徒有公會卻無功能，只能向「勞工局」或「勞委會」申訴，似乎緩不濟急。而企業(醫院)內部要成立自己的護理企業工會，更是艱難重重。惟有修改《護理人員法》第 10 條，規定護理人員非加入所在地護理人員「工會」，不得執業；以促使公會不得不轉型為工會，會員自然跨越過半門檻，護理工會就能順利取得「勞資會議」的勞方當然代表權；護理人員，原本弱勢，能組織工會，就有了「團結權」；工會能參與「勞資會議」，才是取得「協商權」；先有了「協商權」，協商不成或遭拒，工會才能主張「爭議權」，也必須先經過與醫院勞資協議必要服務條款，工會才能宣告「罷工權」；能充分行使完整的「勞動三權」，「護理工會」才有能力保障護理人員勞動權益；因此，公會非工會，「護理公會」的轉型，勢在必行。。

實際上，多數護理人員並未能擁有議定勞動契約及薪資的自主權利，加班費的計算標準也依不同醫院的規定而有所不同，又因護理責任制的關係，使得經常得自行吸收延後下班的工作時間；另外，護理人員除少數「有償」的加班、值班之外，還有各種大量「無償」的「黑數」工時，例如，為了交班的早到遲退；為了隨叫隨到的待命班；為了專業換照的強制在職進修時數，課程多安排在下班及星期假日；為了各類評鑑與行政事務的報表及報告製作；為了護理進階(內部升等)的個案研究報告；為了外部團體衛教的活動與參展等。此外，不少護理人員表示，管理階層為能有效的彈性運用人力，往往掌握了任意變更排休假日、班別和調動其服務單位的權力，卻欠缺合理的申訴制度。

現行護理工作不限於臨床服務，上述正規工時以外的交班、待命、進修、評鑑、進階、院外活動外，還有許多其他的勞資問題，包括護理工作內容與一般照顧看護的界限不清，護理常被濫用；實習生及新進人員因流動率高，護理人員還要分派擔任導師的教學工作；新進人員試用期的要求嚴苛；護理學姐學妹制度有人為不當；被病人投訴或醫療糾紛；育嬰假結束，即使有缺，卻回不去原單位等等；種種實務上遇到的問題，不一而足，都需要勞資協商平台；而護理部本身也因為從屬性強，成為內部壓迫制度幫兇之一，更需要外部工會的介入；除非修法(《護理人員法》第 10 條)，國內「護理工會」(企業或產業工會)，在短時間內大幅提升其組織率之可能性不高，故而「勞資會議」所扮演之角色恐怕只有愈來愈吃重。因此，對醫院而言，及早熟悉其合法、合理運作方式實有其必要性；先推動「勞資會議」改革及法制化，

確有其重要性與急迫性。

整體而言，在公立醫院中，適用《勞基法》的護理人員，其勞動條件多能符合法律規定；其餘不適用《勞基法》者，也多能依其他相關法律（《公務員服務法》等）而行。相較之下，私立醫院則通常依循內部的管理規定為主，出於成本的考量，往往是低於《勞基法》的標準；但若透過工會的溝通與協調，則會促使「勞資會議」發揮監督改善「護理工作條件」的功能，如請休假的天數、請假人力的替補、護理照護品質、單位調動、津貼福利的給予或是加班費的計算等；也可讓基層護理人員藉由參與「勞資會議」的民主實踐過程中，引發護理專業自主意識的覺醒，實際促進護理專業的提升。但從目前市場上勞動契約的內容與「勞資會議」的成員，在在顯示「勞資會議」徒具形式，仍無實質平等的勞資對話，完全無法發揮監督與制衡的功能，護理與醫院間依舊是場實力不對等的戰爭；「護理工會」須要有「勞資會議」當作協商平台，而「勞資會議」必須於「護理工會」充分參與下運作，才能真正發揮功能。

人力資源主管究竟要把工會看作是搗亂的組織？還是合作的夥伴？其實搗亂組織和合作夥伴，可能都太過極端化與理想化，人力資源主管應該把工會視為一個溝通的平台。美國經濟學者傅利門（Richard Freeman）和麥道夫（James Medoff）²¹論稱，工會具有「雙面孔」（two faces）的特質，一方面工會有著「壟斷的面孔」（monopoly face），另一方面它又有「集體的聲音／制度性的回應面孔」（collective voice/institutional response face）。所謂制度性的回應面孔，就是指出工會是一個平等互動的對口單位，工會其實就是一個溝通的平台與解決勞資衝突的緩衝區。

新「勞動法」的施行，未來會在醫院內產生一定強度的衝擊，而人資部門必須對各類工會要有正確的心態與認知，另外也要設法增加對勞動法的專業素養，這才可能因應挑戰和促進內部的勞資和諧。甚至於將來，醫院要透過與各類醫事人員工會的公開互動，勞資平權、平等，而不得不轉型為磁吸導向經營，才能反應出真正的護理人力成本與人事壓力，實際突顯出普遍的醫院營運困境，進而影響國家醫療政策形成，甚至主導立法、修法與下一代健保制度改革；過程也許充滿衝突、艱辛與矛盾，但整體是朝向民眾、政府、護理界與醫療界多贏的正向發展。

²¹ Freeman, Richard B., & Medoff, James L., *What do unions do*, 38 *Indus. & Lab. Rel. Rev.* 244 (1984).

6.3 護理自主權——做自己的主人

護理是一項專業，所觀照的是一整個「人」，包括身、心、靈的健康與扶持。護理是護理人員透過自身對他人身體與生活經驗的理解與協助，完成促進他人健康實踐的過程。「護理自主權」是護理成員所應擁有的基本權利，使其在護理工作中能夠自覺、自由、自主、自決，且更有尊嚴，能夠實現「真正自我」的存在，也使護理工作更具價值²²。

美國人本主義心理學主要發起者馬斯洛(A. Maslow)，也是美國社會心理學家、人格理論家和比較心理學家，以需求層次理論(Need-hierarchy theory)最為人熟悉，廣受尊稱為「人本主義心理學之父」。需求層次理論是研究組織激勵時應用得最廣泛的理論，馬斯洛理論把需求依次由較低層次到較高層次分成生理需求、安全需求、社交需求、尊重需求和自我實現需求五類。為何天使不再微笑？以需求層次理論就很清楚：日夜交替、超時超量工作，未滿足生理需求；暴力威脅、職場騷擾、職業傷害與賠償訴訟，未滿足安全需求；工作生活作息限制交遊時間與社交圈，未滿足社交需求；階級壓迫、性別不平等、顧客至上，未滿足尊重需求；違背專業理想、自我成就感低，未滿足自我實現需求（如下表 12）；當整體人生金字塔，面臨崩壞，如何不萌生去意？

表 12 以需求層次理論解析護理困境

需求層次	未滿足之需求	職場現況
5	自我實現需求	違背專業理想、自我成就感低
4	尊重需求	階級壓迫、性別不平等、顧客至上
3	社交需求	工作生活作息限制交遊時間與社交圈
2	安全需求	暴力威脅、職場騷擾、職業傷害與賠償訴訟
1	生理需求	日夜交替、超時超量工作

來源：作者整理

過去人類社會種種不義的經驗，正是人民爭取權利的源頭²³，但引爆點往往卻伴隨著某種流血與犧牲，這會是人性的宿命嗎？彷彿，經過血祭的權

²² 李效梅，從沙特自由概念探討護理之自主權，南華大學哲學系碩士論文（2006）。

²³ Alan M. Dershowitz 著，黃煜文譯，你的權利從哪裡來（2007）。

利，最終始能超脫出其不可侵犯的神聖性。我們都不得不再次反思：能不能不必有犧牲？迴避「痛苦」是人性共通的本能；或許感知「痛苦」的能力人人有別，忍受「痛苦」的程度也個個不同，但有沒有調整彼此「痛苦」敏感度（感同身受的理解）的客觀標準存在呢？「法治教育」正是那個客觀標準；然而，在護理養成教育裡，有關「勞動權」的基礎法治教育不足；進入社會工作後，沒有人會教導如何維護自身勞動權益；出問題時，也沒人告知如何尋求協助，新鮮人驟然陷身於已經深度扭曲、惡化的工作環境，若無法妥協、調適，沒頂只是遲早的事情，不願隨波逐流者，只能被迫逃離。

自我思想啟蒙運動就是奮鬥開始的原點。社會必然會持續演進，護理問題已經是普世「性別主流化」的重要議題，護理自主意識早晚會覺醒，工會也勢必是不可擋的潮流；而人力資源主管必須要先有自覺，護理主管也要自己帶頭觀念進化才能因應；未來的管理主流不會單僅由上而下，會先從基層自我管理開始，然後經由集體公民參與，再進步到向上管理（由下往上），最後，成熟的勞資雙方是相互支持（mutual supportive）的，直到此刻，「痛苦」與「犧牲」得以不再必要。護理人員過去已習慣集體自我壓抑，但若要爭取自身權利，就不要再期待倚靠別人，今後要集體覺醒；只要每人願意貢獻個人力量，就會形成團結的集體力量，這正是民主參與的精神所在。

而在健保微利時代，醫療管理階層應重新反思醫院的經營理念，著眼於找回初始的感動與熱血，捐棄私利，追尋社會正義，著手於致力謀求外在顧客（病人）和內在顧客（員工）的最佳利益，轉型為尊重專業的磁吸導向醫院經營，護理人力的留任與回流始有可能；在基礎教育方面，從學校就要開始扎根勞動權益意識；在護理產業方面，「護理公會」應思考如何轉型為「護理工會」，若不願轉型，宜另成立「地區護理工會」與之良性競爭；在「護理管理」創新方面，應著重於護理自我管理，期望經由集體的民主參與，促進護理自主意識的自覺；在醫院方面，則應強化醫療管理階層及所有從業人員對於勞動法及工會組織的認知，致力提升護理專業形象，完備勞資會議的民主運作；將勞工的角色化被動為主動，轉客體為主體，使勞資雙方處於一個較平等互動的模式，才能真正攜手同心追求企業永續經營的目標（如下表 13）。

表 13 促進護理自主權

基礎教育方面	從學校就要開始扎根勞動權益意識
護理產業方面	護理公會應思考如何轉型為護理工會
護理管理方面	著重民主參與及護理自我管理
醫院營運方面	轉型為磁吸導向及完備勞資會議的民主運作

來源：作者整理

目前護理人員受三班制箝制，長期在「白色巨塔」內勞動，卻沒有相對的合理處遇，彷彿出賣青春的苦勞，長久受護理階級觀念束縛與潛在性格影響，難以體認到真正的專業自主，或只能認命的順從，若是結構未變，任何抗爭不會有效；反而，許多有自主意識者，卻無奈又沉痛地選擇逃離。顯見，護理專業需要一個強有力的平台——工會為後盾，而自主權必須要由最基本的勞動權出發，來推動更多專屬於護理自己的「積極平權」措施，朝向勞資雙方基本的地位與機會均等而共同努力。

過去，專業護理要走出家門；未來，護理專業更要走出醫院——走向社區，與社群結合，擴大護理專業範圍，真正以病人為中心；護理自主，不僅是要求平等工作（勞動）權及性別友善措施，讓無形的宰制與壓迫徹底消除，更要追求專業自主權，使得護理專業受到尊重與正向發展，謀求整體照護體系的最大福祉。現在，自主覺醒第一步，每位護理人員（包括護理主管與護理公會幹部），先要自問一句話：「為什麼要受不能保障勞動權的護理公會約束？」。只要願意開始，永不嫌遲；找回護理人員在醫療照護體系裡的「主體性」，「護理專業自主權」究非遙不可及的夢想。

第七章 由實證調查與實務經驗創新護理管理

本章以台灣中部的區域級教學醫院次專科的護理人員為例；第一節介紹實證調查，來說明護理人員的職家平衡需求及勞動意識現況；第二節介紹該次專科內部護理管理的創新經驗，願意自己嘗試改變，以構思推動護理平權的具體作為。

7.1 以某區域級教學醫院腎臟科為例

台灣的西醫醫療體系，依目前健保給付標準來分級，可大致區分為三級：醫學中心、區域醫院與基層院所，而基層院所又包括地區醫院與開業診所。其中，全國的醫學中心二十二家，偏重於都會區，且所分配之健保資源較豐富，部分也有日間托兒所等設置；基層院所的地區醫院與開業診所，則規模較小，並無餘力推動托育設施；而區域醫院八十二家，平均分布於地方各縣市，且規模為急性治療床 250 床以上，護理人員也多於 250 人，適合選擇當作代表對象，但是僅以區域醫院為對象，結果的外推性，難免有所影響；另外，筆者長期服務於區域醫院，也佔了一點地利之便。

該區域級教學醫院員工 800 餘人，護理人員總數約 350 多人，急性病床數約 900 床，護理人員佔全體員工的 37.5%；其中腎臟科有護理人員 48 人，約佔全院護理人員 16%。次專科屬進階科別，其護理人員來自內、外、婦、兒科等一般病房，以及加護病房、開刀房、急診室等等特殊多元單位，其多樣性與代表性符合自然實驗（如下表 14）。

問卷調查實際呈現出區域級教學醫院一般護理人員的現況（如附錄一）：40 歲以下之育齡比例高達八成（79%）；若扣除未婚及尚未生育者，平均每位護理人員養育 2 位子女，也有最高 4 位者；子女 12 歲以下佔 73%，其中未滿 6 歲佔 37%；近四成須依賴父母／公婆照顧，兩成靠另一半，另兩成去安親班，13%須要專業托育，顯示職業婦女確實有托育需求，而倚賴長輩比例過高，也容易衍生其他問題；而獨撐家庭經濟支柱的護理人員也達 10%，更為弱勢。但絕大多數的護理人員（96%）根本沒聽過公會是與工會不同，就算曾經耳聞者，全數不清楚其差別何在；甚至，即使有護理自己的工會，大部分人卻不認為工會能發揮作用，而很猶豫是否參加（94%）；顯見護理勞動權與自主意識覺醒，還有一段不短也不好走的路（見附錄一）。

表 14 實證調查

調查對象	以某區域級教學醫院腎臟科為例
	該院員工 800 餘人，護理人員總數約 300 多人，佔醫事人力 37.5%
	其中腎臟科有護理人員 48 人，約佔全院護理人員 16%
	次專科屬進階科別，其護理人員來自內、外、婦、兒科等病房、加護病房、開刀房、急診室等等多元單位，符合多樣性與代表性
	全數為女性
調查議題	1. 育齡比例
	2. 養育子女數
	3. 子女年齡分布
	4. 托育需求
	5. 家庭經濟情況
	6. 護理勞動意識

來源：作者整理

7.2 護理管理創新實務經驗

自健保總額給付制度實施後，醫院基於財務考量，逐漸加強管理力度，一切以冰冷的財報數字掛帥，因此，出現了各種的績效管理制度，最普遍採用商務管理的關鍵績效指數 KPI (Key Performance Index)，從此員工臉上失去了笑容。由此發想，腎臟科基於醫療服務理念與幸福企業理想，信仰「有微笑的員工，才有微笑的顧客」，內部自 2009 年起，開始推動促進「護理自主權」的具體作為（如下表 15）：

(一) 組織變革

主要目的為，改善組織體質，適應民主參與制度。

1. 權責分組——充分授權，權責相符。
2. 核心領導——主管／組員比 1/7~10，階級扁平化。
3. 調整型上班制——彈性工時。
4. 內部學習組織——進階，職涯發展。
5. 申訴受理人——即時回應／一律受理，緊急救濟。

(二) 思想啟蒙

主要目的為，強化勞動意識，養成民主參與習慣。

1. 服務式管理——領導優先於管理，以部屬為中心，領導者透過服務來增加價值。
2. 組織內問卷調查——探訪基層民意。
3. 信任度投票——全體互評，護理主管有民意基礎。
4. 民主參與制——主管會議／共同會議，無記名自由提案，自我管理。
5. 增設哺乳設施、廁所——友善環境。
6. 不要叫我「小姐」運動——提升護理形象。

(三) 基層與高層流動性

主要目的為，暢通升遷管道，訓練主管能力以及落實民主精神

1. 任期制的護理主管——定期改選。
2. 輪調制——增進能力。

(四) 關鍵幸福指數 KHI (Key Happiness Index)——4H 管理 (Health, Happy, Humane, Harmony)

主要目的為，強調人性管理，自我加值，促進組織團結與整合。

1. 關鍵事件——一律須留紀錄，皆進入績效管理。
2. 雲端管理 (科內 e 化)——關鍵事件報告登錄，電子醫囑，排班，工作報表……。
3. 時間銀行 (time bank)——服務價值貨幣化 (時間貨幣)，自我加薪。
4. 虛擬家庭 (Facebook 社群)——團結。

種種「護理管理」創新措施，著重於護理自我管理，目的主要在養成民主實踐習慣，啟發「護理自主權」，期望經由深化集體的民主參與，促進護理自主意識的自覺，實質提升護理專業；尊重護理專業，由尊重護理自主作起；至今超過四年的實務操作經驗，確實能改善組織氣候氛圍，笑容與陽光又重新回到員工臉上，內部暨外部的顧客滿意度調查，也呈現正向回饋 (見附錄一)；「啟蒙」的種籽已經播下，還須要更多的耕耘與灌溉，具體成效猶待時間來驗證。

自南丁格爾以來的護理階級制度，以及護理在醫療體系的從屬性，形成現代護理管理困境；也許外在的醫療環境與內部的勞動條件，短期內並不易有突破發生，護理依然可以自己對自己友善；改變，要從自己做起；改變世界，要從改變自己做起；如果自己都不能改變，如何期待他人？護理管理，

永遠有創新的機會，只要自己願意積極參與。

表 15 「護理管理」創新措施

組織變革	1. 權責分組——充分授權，權責相符。
	2. 核心領導——主管／組員比 1/7~10，階級扁平化。
	3. 調整型上班制——彈性工時。
	4. 內部學習組織——進階，職涯發展。
	5. 申訴受理人——即時回應／一律受理，緊急救濟。
思想啟蒙	1. 服務式管理——領導優先於管理，以部屬為中心，領導者透過服務來增加價值。
	2. 組織內問卷調查——探訪基層民意。
	3. 信任度投票——全體互評，護理主管有民意基礎。
	4. 民主參與制——主管會議／共同會議，無記名自由提案，自我管理。
	5. 增設哺乳設施、廁所——友善環境。
	6. 不要叫我「小姐」運動——提升護理形象。
基層與高層流動性	1. 任期制的護理主管——定期改選。
	2. 輪調制——增進能力。
關鍵幸福指數	1. 關鍵事件——一律須留紀錄，皆進入績效管理。
	2. 雲端管理（科內 e 化）——關鍵事件報告登錄，電子醫囑，排班，工作報表……。
	3. 時間銀行（time bank）——服務價值貨幣化（時間貨幣），自我加薪。
	4. 虛擬家庭（Facebook 社群）——團結。

來源：作者整理

第八章 推動護理平權的策略

本章介紹兩個具體可行的積極平權措施；第一節介紹「醫院應有全日托兒所」，第二節介紹「醫院應全面實施性別影響評估」。以此二者為介入策略，預期能有效改善性別不平等，為護理平權起步打好關鍵基礎。

8.1 醫院應有 24 小時不打烊的全日托兒所

《性別工作平等法》第 23 條與《性別工作平等法施行細則》第 14 條規定，對雇主及主管機關皆賦予義務；對於雇主要求應設置托兒設施或提供托兒措施，主管機關則應給予經費補助。然而，大型醫院(雇員超過 250 人)普遍違反該義務，主管機關行政怠惰，既未依法查核、處罰，也未協助、補助。已知醫療業界有設托兒所者，也僅提供日間托育，根本不符護理職家衝突的實際需求。未來修法方向，更須將「醫院應有 24 小時不打烊的『全日托兒所』」納入正式條文中，才是解決王道。

何以要將「醫院應有 24 小時不打烊的全日托兒所」列為醫院的責任呢？前段論述，護理人員，長久以來承受種種不當歧視，醫院又與護理間存在有根本(成本)的利益衝突，無主動改善的期待可能性；而護理主管性質又較偏向資方，更惡化實質的「勞資不對等」，故基層護理人員更需要有工會為協商平台，同時推動立法來確保醫療品質、護病比例等，並由工會發起推動「醫院應有 24 小時不打烊的全日托兒所」入法，讓醫療產業(醫院)真正為病人及其照護者(護理人員)負起應有的責任。

目前，台灣僅大型醫院有附設托兒所，而且以教會醫院為主，但全數是日間托育¹；一般民間並不易具備設立全日托兒所的條件，然而醫院早有下列先天的優勢(如下表 16)：醫院原本就有 24 小時醫療服務，也有 24

¹ 行政院勞工委員會，「全力支持幼兒園，員工好滿意—高雄醫學大學」，請參見企業托兒網站 <http://childcare.cla.gov.tw/tc/case.aspx> (最後點閱時間：2013 年 7 月 31 日)；行政院勞工委員會，「重視家庭價值，設立幼兒園支持員工家庭—天主教耕莘醫院永和分院」，請參見企業托兒網站 <http://childcare.cla.gov.tw/tc/case.aspx> (最後點閱時間：2013 年 7 月 31 日)；嘉義基督教醫院，「嘉基幼兒園~孩子們的快樂天堂」，請參見嘉基院訊網站 http://www.cych.org.tw/cychweb/cych2/messenger_show.aspx?p_id=684 (最後點閱時間：2013 年 7 月 31 日)；王國榮，「推動托兒措施 門諾醫院獲績優」，請參見東方報網站 http://eastnews.tw/index.php?option=com_content&view=article&id=30579:2012-12-18-08-03-25&catid=38:composite&Itemid=62 (最後點閱時間：2013 年 7 月 31 日)；彰化基督教醫院，「歷史沿革」，請參見彰基附設幼兒園網站 <http://www2.cch.org.tw/d9090/托兒所/簡章/january11-02.htm> (最後點閱時間：2013 年 7 月 31 日)。

小時安全警衛系統——全天候有專人站崗守衛，全日托兒所當然能 24 小時營運，托兒所有醫療需求時可迅速就醫；護理三班制——護理人員配合輪班工作，自己有需求使用托育，自己也可排班擔任保母；消防安全衛生合格——符合醫療級最高標準；合格人員充分——先期只要由婦產科、嬰兒室的縮編人員，訓練考取執照（保母）轉任即可，不增人事成本；醫院原有營養室及營養師——更可為發育中兒童飲食把關；甚至連場地都是現成的——在健保總額不足與護理人力欠缺下，醫院內有閒置或關閉的病房可以利用；而社區功能方面——除對醫院內開放，也可提供地方科學園區等有輪班工作需求的家庭使用托育；還可增進家庭幸福——若夫妻度假休閒，不必到處找幼兒安置處，有 24 小時不打烊的托兒所可隨時提供安心的托育服務，能讓「愛」喘口氣；並由以上的實證調查也可證實，顧客（幼兒）來源，不虞匱乏；而且多數醫院早有附設安養中心或坐月子中心，可以參照既有模式，再擴充或新設立；若搭配醫院特殊職能復健治療（自閉症、亞斯伯格症、腦麻等），再加上才藝班、家教班、安親班等多角經營，說不定對醫院面臨的健保困境有所突破，創造醫院新營收。

表 16 醫院設立全日托兒所的優勢

醫院原本就有 24 小時醫療服務	托兒所隨時有醫療需求時免煩惱
原有 24 小時安全警衛系統	全天候有專人站崗守衛
護理三班制	護理人員配合輪班工作，自己有需求使用托育，自己也可排班擔任保母
消防安全衛生合格	符合醫療級最高標準
合格人員充足	先期只要由婦產科、嬰兒室的縮編人員，訓練考取執照（保母）轉任
醫院原有營養室及營養師	可為發育中兒童飲食把關
已有現成的場地	在健保總額不足與護理人力欠缺下，醫院內有閒置或關閉的病房
顧客（幼兒）來源不虞匱乏	除對醫院內開放，也可提供地方有輪班工作需求的家庭使用托育
多有附設安養中心或坐月子中心	可以參照既有模式，擴充或新設立
醫院特殊職能復健治療	自閉症、亞斯伯格症、腦麻等復健

來源：作者整理

「醫院應有 24 小時不打烊的全日托兒所」，對醫院經營者而言，並不困難，只在於有沒有真心而已；不但沒有增加醫院不當的額外負擔，反而是一種創新的人才留任策略，屬於「積極平權」措施；沒有平權措施，醫院不可能會有轉型契機；讓醫院承擔「企業的社會責任」（corporate social responsibility, CSR），符合社會正義，還增進了企業形象，也促進了護理人權，更遑論醫院因此而獲利——「人財兩得」——的可能。另外，光是規定有「全日托兒所」還不夠將醫院經營轉型為磁吸導向，醫院本身應該全面檢討內部的性別友善環境，讓整體環境更具吸引力；我們都知道，任何建設之前，一定要先做環境影響評估；「性別平權」政策推行前，也必須做「性別影響評估」，這正是當前醫院所普遍欠缺的。惟有徹底保障護理人員地位與機會的平等，充分尊重護理專業自主，吸引人才留任與護理人力的回流，才是可以樂觀預期的。

8.2 醫院應全面進行性別影響評估

1995 年北京舉辦的「聯合國第 4 屆世界婦女會議」通過《北京宣言暨行動綱領》，正式以「性別主流化」作為各國達成性別平等之全球性策略。「性別主流化」是一種策略，也是一種價值，希望所有政府的政策與計畫要具有性別觀點，並在作成決策之前，對男性和女性的可能影響進行分析。

「性別影響評估」（Gender Impact Assessment, 簡稱 GIA）是一項落實性別主流化的工具，評估政策是否直接或間接對女性與男性有不同的影響，藉以調整這些政策，確保消弭所有因性別所造成的差別性影響²。而評估過程除運用性別統計及性別分析方法，檢視日常生活中現存的性別刻板印象，及因不平等對待所造成的性別差異外，亦透過徵詢各機關性別平等專案小組、民間委員、性別平等專家學者或婦女團體意見之參與過程，將性別觀點融入政策規劃與決策過程，期能詳實評估政府計畫及法案之實施結果，對不同性別者的正、負面影響及受益程度，促使政府資源配置有助不同性別、性傾向或性別認同者獲取平等享有參與社會、公共事務及資源取得之機會。

「性別影響評估」可運用於政策之研擬、規劃與執行過程、結果，較周延與理想的施行期程乃是於政策形成初期，即政策審議階段來進行，運用性別統計資料與性別分析方法，據以發展形成政策或修正現有政策之不足，以

² Marie Crawley and Louise O'Meara, *Gender Impact Assessment Handbook*, Gender Equality Unit, Northern Ireland (2004) .

回應不同性別者的需求。換言之，藉由「性別影響評估」讓政策參與者思考對女性與男性有不同效果的政策，擬定更具性別平等與權益保障的政策，並藉由政策的預期結果，比較和評估現況與趨勢。

「性別影響評估」並非只是以特定性別議題為核心，例如單親婦女或促進女性就業等政策，而是以「人」為本，全面性地進行。意即性別影響評估應更進一步就某些已被貼上性別中立標籤的政策，例如衛生健康、安全、經濟就業、科技、地區或城市規劃等領域進行評估，因中立標籤的刻板印象，可能誘導我們將不同性別、年齡與族群的人，視為同質性群體，若政策被誤認為屬於性別中立的政策，在政策形成與實施時，將錯過納入不同族群、女性與男性觀點的機會，因而對他們產生不同的影響，甚至造成所提供的系統和組織都會有錯誤判斷，落入所謂的「性別盲」。

因此，在性別影響評估過程，政策或計畫負責人要能夠回應兩個問題³：1. 這個現況是否存在著性別不平等或潛藏的不平等？2. 如何能夠改變這個性別差異現象？前文已論述護理的潛藏性別不平等是存在的，當然需要工具去評估改善；醫院以女性員工為多數，而護理人員佔最大比例，護理人員又相對為弱勢，醫院卻反而成為最容易忽略「性別影響評估」的職場。例如，許多醫院只有在婦兒科有哺育設施，護理人員本身有需求卻不方便也沒時間使用，是一種極不友善的情況，並未受到重視；護理人員的職業傷害，尚包括職場性騷擾；遭受針扎事件，女性護理人員與男性護理人員的風險並不相同；而護理人員被稱呼為「小姐」，對護理專業形象與地位的影響，更是不言可喻。護理人員既然是處於隱性的性別不平等狀況，應該要徹底對工作環境做完整的「性別影響評估」及性別教育，以增進員工性別敏感度、推動性別平權、調整資源配置、改善護理職家衝突與職場不正義，進而改變此種不平等現象。

³ 同前註。

第九章 建議與結論

由解構父權社會對護理的歧視，復參照國內外歷史、文獻與現況，再從「護理職家衝突」、「護理工作條件」與「護理專業自主」三大面向解析護理人員困境，經過反思、實證與辯證後，具體建議幾個「護理平權」的努力目標與可行作法，適合當作啟動改革的出發點，以達到本論文目的所欲「重建台灣護理專業」的結論。

9.1 建議

歸納護理人力問題的三大面向，明確點出具體可行的改進方向。

(一) 努力目標（如下表 17）：

- 一、 合理人口／護理比例——100~130 比 1；
- 二、 合理病人／護理比例——7~10 比 1（一般日間病房）；
- 三、 合理護理時數——與醫療現代化須同步；
- 四、 護理「走出醫院，走向社區」——以病人為中心，擴大至預防保健與長期照護，讓護理專業普及化；
- 五、 多元背景——適當男性比例與多元文化（閩、客、外省、外籍、原住民、新移民……等）；
- 六、 促進護理自主權——強化勞動權教育，回歸護理專業。

(二) 可行作法（如下表 17）：

- 一、 推動護理公會轉型為地區護理工會（護理人員）；
- 二、 強化友善環境——全日托兒設施、全面性別影響評估（醫院）；
- 三、 落實勞資會議與勞動檢查法制化（「勞委會」）；
- 四、 敦促立法或修法——如《醫療機構設置標準》、《醫院評鑑基準》、《護理人員法》、《長期照護服務法草案》、台灣版《醫療照護現代化法案》（「衛生福利部」）；《性別工作平等法》與《性別工作平等法施行細則》、《醫療保健服務業勞動安全衛生規則草案》、《工會法》、《勞基法》（「勞委會」）等（如下表 18）。

表 17 重建護理專業具體建議

議題	目標	方案
「護理職家衝突」	1. 多元背景 2. 家庭友善一般政策 3. 家庭友善特別政策	1. 強化性別友善環境(全民) 2. 全面性別影響評估 (醫院) 3. 全日托兒設施或措施 (醫院)
「護理工作(勞動)條件」	1. 合理人口／護理比例 2. 合理病人／護理比例 3. 合理護理時數	1. 護理公會轉型為工會 (護理) 2. 落實勞資會議 (醫院) 3. 勞動檢查法制化 (勞委會)
「護理專業自主」	1. 促進護理自主權 2. 強化勞動權意識 3. 走出醫院，走向社區	1. 加強基礎勞動權教育(學校/醫院) 2. 護理自我管理及民主參與(護理) 3. 敦促立法或修法(主管/立法機關)

來源：作者整理

表 18 修法建議總表

權責機關	法案	修法內容
衛生福利部	《醫療機構設置標準》	合理護床比
	《醫院評鑑基準》	請假人力替補制度 合理護理排班制度
	台灣版《醫療照護現代化法案》	合理人口／護理比例 合理護理時數 合理護病比
	《護理人員法》	護理公會轉型工會
	《長期照護服務法草案》	護理專業普及化 性別平等
勞委會	《性別工作平等法》與 《性別工作平等法施行細則》	全日托兒設施 全面性別影響評估
	《醫療保健服務業勞動安全衛生 規則草案》	職害預防 勞安檢查
	《工會法》	工會代表參與勞資會議
	《勞基法》	勞資會議法制化

來源：作者整理

9.2 結論

台灣全民健保開辦自84年3月1日實施以來已屆滿18年，醫療照護業經歷鉅大變革。近年來，醫護人力的「六大皆空」(內、外、婦、兒、急診與護理)成為熱門議題，情況惡化似乎仍在進行中，其問題原因錯綜複雜，至今尚無定論，也尚無有效的應對治本策略。這六大醫護人力缺口的科部，前五個皆為醫療單位，第六個是護理部門，而醫療單位全數都必須要護理人員輔助，才能順利執行醫療行為；因此，護理人員是最基層的最前線，可以說是正面與病魔和死神近身肉搏，甚至直接面臨現場的暴力威脅與醫療糾紛的法律檢視，護理工作的高危險性與高壓力性由此可見。戰士，不苦於戰事，而困於無士氣。護理人力問題是最迫切急須面對與處理的議題。

本研究，由「性別主流化」出發，重溯護理專業的歷史源頭，發掘了護理的母性本質以及護理工作與家庭的根本衝突，證實護理議題的確與性別議題緊密相關。健康照護體系演進過程中，自早期的護理開始，不僅已經是從屬於醫療之下，甚至被社會隔離在限於女性的工作，護理存於醫療父權主義與性別職業隔離的夾縫裡，無形的壓迫與宰制隱然其中，更進一步證明了歧視的存在；即使到了現代護理，护理工作已不限於女性，然而女性護理人員仍佔絕大多數，而且男性護理人員的職家衝突強度與女性護理人員差別很大，存在明顯性別差異。因此，護理議題確實是一種性別歧視議題。遵循聯合國《消除對婦女一切形式歧視公約》的精神，護理議題雖然是特殊形式的隱性歧視，但只要能夠意識到有任何形式的性別歧視存在，我們就有道德義務去盡一切努力來消弭歧視。而種種護理職場不正義，卻一再的被漠視，顯示受歧視者常居於弱勢，因而陷於無力改善現狀的困境，最佳的改進之道就是積極賦權或充權(Empowerment)。

本研究目的，正是要藉由「護理平權」來鼓舞就業士氣。經由剖析護理人力問題的三大面向，分別提出具體對策：以「全日托育設施」與「性別影響評估」改善「護理職家衝突」；以「地區護理工會」、「落實勞資會議」與「敦促立法或修法」改善「護理工作條件」；以「強化勞動權教育」與「護理自我管理」改善「護理專業自主」。這三大面向，不必然有順序性，可以齊頭並進，同時，更須要全民參與；除了護理人員本身以及

所有醫事人員外，還須要其他部門配合，特別是學校、醫院、主管機關以及立法機關；惟有「護理平權」才能重建護理專業，才有解決護理人力問題的契機。

德國法學家說：「法的誕生，如同人的誕生，歷經孕育，然後伴隨著劇烈的分娩陣痛¹。」深深期待護理平權新生命的誕生，無論產程是否順利，希望母子均安。

¹ Rudolf von Jhering 著，鄭永流譯，為權利而奮鬥（2007）。



參考文獻

中文書籍

1. Adam Smith 著，謝宗林、李華夏譯，《國富論》，先覺出版，台北（2005）。
2. Alan M. Dershowitz 著，黃煜文譯，《你的權利從哪裡來》，商周出版，台北（2005）。
3. Rudolf von Jherin 著，鄭永流譯，《為權利而奮鬥》，法律出版，北京（2005）。
4. 張媚、余玉眉，《護理人力及專科護理師制度：願景與挑戰》，財團法人國家衛生研究院，台北（2010）。
5. 財團法人婦女權益促進發展基金會，《以性別觀點為基礎之政策制定手冊》，財團法人婦女權益促進發展基金會出版，台北（2008）。
6. 盧美秀，《護理專業問題研討》，2版，五南出版，台北（2009）。

中文期刊

1. 周傳姜、林慧屏，〈護理史研究之路—經驗分享〉，《護理雜誌》，第58卷第5期，頁29-33，2011年10月。
2. 張珏，〈重視婦女健康是世界的趨勢〉，《公訓報導》，第119期，頁32-35，2005年12月。
3. 張鑫隆，〈新勞動三法對台灣工會的意義及未來課題〉，《台灣勞工季刊》，第22期，頁38-43，2010年6月。
4. 梁亞文、黃立琪、尹裕君、陳文惠、莊家綾、李卓倫，〈護理人力對病人結果影響之文獻探討〉，《護理雜誌》，第57卷第5期，頁77-82，2010年10月。
5. 隋杜卿，〈教師應該擁有完整並受憲法保障的勞動三權〉，《國家政策論壇》，第92期，頁236-241，2003年1月。
6. 謝生蘭、劉芹芳、李金德、林秀風、張肇松，〈護理人員給藥錯誤現況及其相關因素之探討〉，《醫管期刊》，第10卷第1期，頁48-62，2009年3月。
7. 張珏，〈全球化趨勢與婦女健康〉，《中華公共衛生雜誌》，第19卷第1期，頁5-9，2000年2月。
8. 張珏，〈性別平等與社會發展：談婦女健康〉，《研考雙月刊》，第32卷

- 第4期，頁67-78，2008年8月。
9. 林靜儀，〈醫療領域的性別主流化〉，《台灣醫界》，第53卷第3期，頁39-41，2010年3月。
 10. 彭滄雯，〈當官僚遇上婦運：台灣推動性別主流化的經驗初探〉，《東吳政治學報》，第26卷第4期，頁1-59，2008年12月。
 11. 陳惠馨，〈女性主義法學與性別主流化〉，《律師雜誌》，第313期，頁15-37，2005年10月。
 12. 彭滄雯、李秉叡，〈推動性別主流化之過程評估：架構建立與先導研究〉，《公共行政學報》，第38期，頁115-150，2011年3月。
 13. 焦興鎧，〈性別主流化運動之推動及性別工作平等理念之達成——臺灣經驗之探討〉，《全國律師》，第15卷第6期，頁59-82，2011年6月。
 14. Kuhlmann, Ellen, 〈健康照護與政策之性別主流化：從國際經驗學起〉，《科技、醫療與社會》，第12期，頁251-271，2011年4月。
 15. 高靖秋，〈台灣護理人力面面觀〉，《澄清醫護管理雜誌》，第7卷第3期，頁41-46，2011年7月。
 16. 蕭仔伶、劉淑娟、黃金蓮、謝佑珊、徐姍姍、黃嗣茶、蕭淑代，〈台北市護理人員離職狀況及其相關因素之探討〉，《領導護理》，第6卷第2期，頁11-19，2005年12月。
 17. 胡方翔、林志潔、陳鈺雄、倪貴榮、何雅芳，〈如何看待護理工作是性別議題〉，《醫事法學》，第19卷第1期，頁79-104，2012年6月。

中文學位論文

1. 李效梅，《從沙特自由概念探討護理之自主權》，南華大學哲學系碩士論文，2006年。
2. 林志豪，《探討專業承諾於護理人員性別角色與工作壓力之影響》，輔仁大學護理學系碩士論文，2009年。
3. 徐心怡，《女性工作者對企業內家庭親善政策需求之研究：工作-家庭衝突觀點》，國立中正大學勞工研究所碩士論文，2002年。
4. 康傑弘，《企業托兒福利、工作與家庭平衡及員工工作績效之研究》，國立政治大學行政管理碩士學程碩士論文，2010年。
5. 莊築涵，《職場家庭親善政策、工作家庭衝突以及工作者身心健康之研究：以護理人員為例》，國立台灣大學健康政策與管理研究所碩士論文，

2012 年。

6. 黃瓊恩，《工作壓力對組織承諾影響之研究-以家庭親善政策知覺與工作家庭平衡為中介變項》，國立彰化師範大學工業教育與技術學系博士論文，2007 年。
7. 謝旻芬，《護理人員職家政策與職家衝突關係現況之探討—以某公立醫院為例》，銘傳大學管理研究所在職專班碩士論文，2010 年。
8. 賴芸芸，《出走的白衣天使：一年內新進護理人員離職經驗探討》，高雄醫學大學性別研究所碩士論文，2012 年。

中文研究報告

1. 梁亞文、李卓倫、呂桂雲、尹裕君、黃立琪、陳文惠，《護理人力資源對病人照護結果之影響》，行政院衛生署委託研究計畫成果報告（2009）。
2. 潘世偉、陳正良、林昭禎，《勞動三法之修正評析與建議》，國政研究報告（2001）。
3. 盧美秀、林秋芬、陳玉枝、楊麗珠，《醫院住院醫療合理護理人力配置、護理費成本分析及合理護理人力照護模式探討》，行政院衛生署中央健保局委託研究計畫成果報告（2011）。

中文報章或其他參考文獻

1. 王國榮，〈推動托兒措施 門諾醫院獲績優〉，東方報，http://eastnews.tw/index.php?option=com_content&view=article&id=30579:2012-12-18-08-03-25&catid=38:composite&Itemid=62（最後點閱時間：2013 年 7 月 31 日）。
2. 中華民國護理師護士公會全國聯合會，〈台閩地區護理人員統計表-102 年 6 月〉，<http://www.nurse.org.tw/DataSearch/Manpower.aspx>（最後點閱時間：2013 年 7 月 31 日）。
3. 行政院衛生署，〈醫療機構設置標準〉，http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2_p01.aspx?class_no=25&level_no=1&doc_no=84234（最後點閱時間：2013 年 7 月 31 日）。
4. 行政院衛生署福利部統計室，〈衛生統計系列(二)醫療機構現況及醫院醫療服務量統計—97 年醫療機構及其他醫事機構概況--醫療機構及其

- 他醫事機構暨人員開（執）業場所執業醫事人員數〉，http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2_2.aspx?now_fod_list_no=10718&class_no=440&level_no=4（最後點閱時間：2013年7月31日）。
5. 行政院衛生署福利部統計室，〈衛生統計系列(二)醫療機構現況及醫院醫療服務量統計〉年報〉101年度醫療服務量〉六、101年醫療機構及其他醫事機構概況〉醫療機構及其他醫事機構暨人員開(執)業場所執業醫事人員數—按縣市別分〉，http://www.mohw.gov.tw/cht/DOS/Statistic.aspx?f_list_no=312&fod_list_no=2762(最後點閱時間:2013年8月3日)。
 6. 行政院勞工委員會，〈重視家庭價值，設立幼兒園支持員工家庭—天主教耕莘醫院永和分院〉，<http://childcare.cla.gov.tw/tc/case.aspx>(最後點閱時間：2013年7月31日)。
 7. 行政院勞工委員會企業托兒網，〈全力支持幼兒園，員工好滿意—高雄醫學大學〉，<http://childcare.cla.gov.tw/tc/case.aspx>(最後點閱時間：2013年7月31日)。
 8. 李書璇，〈不滿急診處理效率 病人揮拳護理人員憤提告〉，中廣新聞，<http://news.chinatimes.com/society/110503/132013062400756.html>(最後點閱時間：2013年7月31日)。
 9. 吳哲豪，〈急診室暴力 醫師遭揮拳踹腳〉，中央通訊社，<http://www.cna.com.tw/News/aSOC/201305080067-1.aspx>（最後點閱時間：2013年7月31日）。
 10. 林良榮，〈我國勞動三權之發展現況與問題分析--歷史、結構與法律的分析途徑〉，<http://www.cy.gov.tw/dl.asp?fileName=0113010272671.pdf>（最後點閱時間：2013年7月31日）。
 11. 陳清芳，〈護理人員爭工會 勞動節首次上街頭〉，中央通訊社，<http://www.cna.com.tw/News/FirstNews/201105010010-1.aspx>（最後點閱時間：2013年7月31日）。
 12. 梁秀眉，〈勞權 護理教育失落的拼圖〉，聯合報，<http://www.cooloud.org.tw/node/66649>（最後點閱時間：2013年7月31日）。
 13. 張世傑，〈慟！24歲吊點滴上班護理人員因癌惡化不治〉，華人健康網，<http://www.top1health.com/Article/4403>（最後點閱時間：2013年7月31日）。
 14. 張心華，〈花花班表 責任制成災--護理人員要求調整輪班制度〉，苦勞

- 網，<http://www.cooloud.org.tw/node/68130>（最後點閱時間：2013 年 7 月 31 日）。
15. 曾珍麗，〈護理專業還要繼續被漠視嗎？〉，自由時報電子新聞網，<http://www.libertytimes.com.tw/2003/new/may/16/today-o5.htm>（最後點閱時間：2013 年 8 月 3 日）。
 16. 彰化基督教醫院，〈歷史沿革〉，<http://www2.cch.org.tw/d9090/托兒所/簡章/january11-02.htm>（最後點閱時間：2013 年 7 月 31 日）
 17. 嘉義基督教醫院，〈嘉基幼兒園~孩子們的快樂天堂〉，http://www.cych.org.tw/cychweb/cych2/messenger_show.aspx?p_id=684（最後點閱時間：2013 年 7 月 31 日）。

英文期刊

1. Aiken, L. H., Clarke, S.P., Sloane, D. M., Sochalski, J., & Silber, J. H., *Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction*, 288 JAMA. 1987 (2002) .
2. Camerino, D., Sandri, M., Sartori, S., Conway, P. M., Campanini, P., & Costa, G., *Shiftwork, work-family conflict among Italian nurses, and prevention efficacy*, 27 Chronobiol Int. 1105 (2010) .
3. Calvo-Salguero, A., Martinez-De-Lecea, J. M. S., & Carrasco-Gonzalez, A. M., *Work-family and family-work conflict: does intrinsic-extrinsic satisfaction mediate the prediction of general job satisfaction*, 145 J Psychol. 435 (2011) .
4. Dunton, N., Gajewski, B., Taunton, R. L., & Moore, J., *Nurse staffing and patient falls on acute care hospital units*, 52 Nurs Outlook. 53 (2004) .
5. Freeman, Richard B., & Medoff, James L., *What do unions do*, 38 Indus. & Lab. Rel. Rev. 244 (1984) .
6. Hugonnet, S., Chevrolet, J. C., & Pittet, D., *The effect of workload on infection risk in critically ill patients*, 35 Crit Care Med. 76 (2007) .
7. Jansen, Nicole W. H., Mohren, Danielle C. L., van Amelsvoort, Ludovic G. P. M., Janssen, Nathalie, & Kant, IJmert, *Changes in working time arrangements over time as a consequence of work-family conflict*, 27 Chronobiol Int. 1045 (2010) .

8. Liang, Y. W., Chen, W. Y., Lee, J. L., & Huang, L. C., *Nurse staffing, direct nursing care hours and patient mortality in Taiwan: the longitudinal analysis of hospital nurse staffing and patient outcome study*, 12 BMC Health Serv Res (2012) .
9. Liang, Y. W., Tsay, S. F., & Chen, W. Y., *Effects of nurse staffing ratios on patient mortality in Taiwan acute care hospitals: a longitudinal study*, 20 J Nurs Res. 1 (2012) .
10. McGillis Hall, L., Doran, D., & Pink, G. H., *Nurse staffing models, nursing hours and patient safety outcomes*, 34 J Nurs Adm. 41 (2004) .
11. Mantese, T., Pfeiffer, C., & Mantese, A., *Nurse Staffing, Legislative Alternatives and Health Care Policy*, 9 DaPaul J Health C L. 1171 (2006) .
12. Nagaprasanna, B. R., *Patient classification systems: Strategies for the 1990s*, 19 Nurs Manage. 155 (1988) .
13. Needleman, J., Buerhaus, P., Mattke, S., Stewart, M., & Zelevinsky, K., *Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals*, 346 N Eng J Med. 1715 (2002) .
14. Numate, Y., Schulzer, M., ven der Wal, R., Globerman, J., Semeniuk, P., Balka, E., & Fitzgerald, J. M., *Nurse staffing levels and hospital mortality in critical care settings: literature review and meta-analysis*, 55 J Ad Nurs. 435 (2006) .
15. Potter, P., Barr, N., McSweeney, M., & Sledge, J., *Identifying nurse staffing and patient outcome relationships: a guide for change in care delivery*, 21 Nurs Econ. 158 (2003) .
16. Patel, C. J., Beekhan, A., Paruk Z., & Ramgoon, S., *Work-family conflict, job satisfaction and spousal support: an exploratory study of nurses' experience*, 31 Curationis. 38 (2008) .
17. Rafferty, A. M., Clarke, S. P., Coles, J., Ball, J., James, P., Mckee, M., & Aiken, L. H., *Outcomes of variation in hospital nurse staffing in English hospitals: cross-sectional analysis of survey data and discharge records*, 44 Int J Nurs Stud. 175 (2007) .
18. Roth, L., & David, E. M., *Work-family conflicts and work performance*,

- 105 Psychol Rep. 80 (2009) .
19. Sasichay-Akkadechanunt, T., Scalzi, C. C., & Jawad, A. F., *The relationship between nurse staffing and patient outcomes*, 33 J Nurs Adm. 478 (2003) .
 20. Stone, P. W., Mooney-Kane, C., Larson, E. L., Horan, T., Glance, L. G., Zwanziger, J., & Dick, A. W., *Nurse working conditions and patient safety outcomes*, 45 Med Care. 571 (2007) .
 21. Simunic, Ana, & Gregov, Ljilijana., *Conflict between work and family roles and satisfaction among nurses in different shift systems in Croatia: a questionnaire survey*”, 63 Arh Hig Rada Toksikol. 189 (2012) .
 22. Unruh, L., *Licensed nurse staffing and adverse events in hospitals*, 41 Med Care. 142 (2003) .
 23. Van den Heede, K., Sermeus, W., Diya, L., Clarke, S. P., Lesaffre, E., Vleugels, A., & Aiken, L. H., *Nurse staffing and patient outcomes in Belgian acute hospitals: cross-sectional analysis of administrative data*, 46 Inter J Nurs Stud. 928 (2009) .
 24. White, M. E., *Nurses and Hospital Battling: Hospitals Protect Profits; Nurses Advocate for Quality Patient Care while Turning to Unions as a Solution*, OHIO N. U. L. REV. 285 (2001) .
 25. Watai, Izumi, Nishikido, Noriko, & Murashima, Sachiyo, *Gender difference in work-family conflict among Japanese information technology engineers with preschool children*, 54 J Occup Health. 317 (2008) .

英文學位論文

1. Tallier, P. C., *Nurse staffing ratios and patient outcomes. Unpublished doctoral dissertation*, Columbia University Teachers College, New York, 2003.

英文其他文獻

1. American Nurses Association, *Nurse staffing and patient outcomes in the inpatient hospital setting*, <http://www.nursingworld.org/Funcio>

- nalMenuCategories/MediaResources/PressReleases/2000/NurseStaffing.aspx (last visited on Jul. 31, 2013) .
2. Commonwealth Secretariat , *Gender Mainstreaming in Legal and Constitutional Affairs : A Reference Manual for Governments and Other Stakeholders*. London Commonwealth Secretariat (2001) .
 3. Europa.Eu Employment_Social (2002) , *A Guide to Gender Impact Assessment*,http://ec.europa.eu/employment_social/gender_equality/docs/gender/gender_en.pdf.
 4. Ellis, J., Priest, M., MacPhee, M., & McCutcheon, A. S., *Staffing for safety: A synthesis on the evidence on nurse staffing and patient safety*, [http://www.cfhi-fcass.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/Commissioned Research/staffing_for_safety_policy_synth_e.pdf](http://www.cfhi-fcass.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/CommissionedResearch/staffing_for_safety_policy_synth_e.pdf) (last visited on Jul. 31, 2013) .
 5. Hall, L. M., Doran, D.I., Bakec, G. P., Pink, G. H., & Sidani, S., O' Brien-Pallas, L., & Donner, G.L., *A study of nursing staff mix and organization change strategies on patient, system and nurse outcomes*, [http://www.cfhi-fcass.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/OGC/mcgillis_e .pdf](http://www.cfhi-fcass.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/OGC/mcgillis_e.pdf) (last visited on Jul. 31, 2013) .
 6. Ministry of Women's Affairs, *The Full Picture: Guide for gender analysis, New Zealand* (1996) .
 7. Marie Crawley and Louise O'Meara, *Gender Impact Assessment Handbook*, Gender Equality Unit, Northern Ireland (2004) .

附 錄 一

組織內部問卷調查1——年齡

	人數	百分比
20-24歲	0	0%
25-34歲	22	46%
35-39歲	16	33%
40歲以上	10	21%
總數	48	100%

組織內部問卷調查2——子女數

	人數	百分比
0歲以下	1	1%
0-2歲	10	12%
2-6歲	20	24%
6-12歲	29	36%
12歲以上	22	27%
總數	82	100%

組織內部問卷調查3——托兒方式

	人數	百分比
父母／公婆	24	39%
其他家人	1	2%
先生	13	21%
保母	2	3%
幼兒托育	6	10%
安親班	12	20%
孩子自己在家	3	5%
總數	61	100%

組織內部問卷調查4——家庭經濟（扣除未婚者）

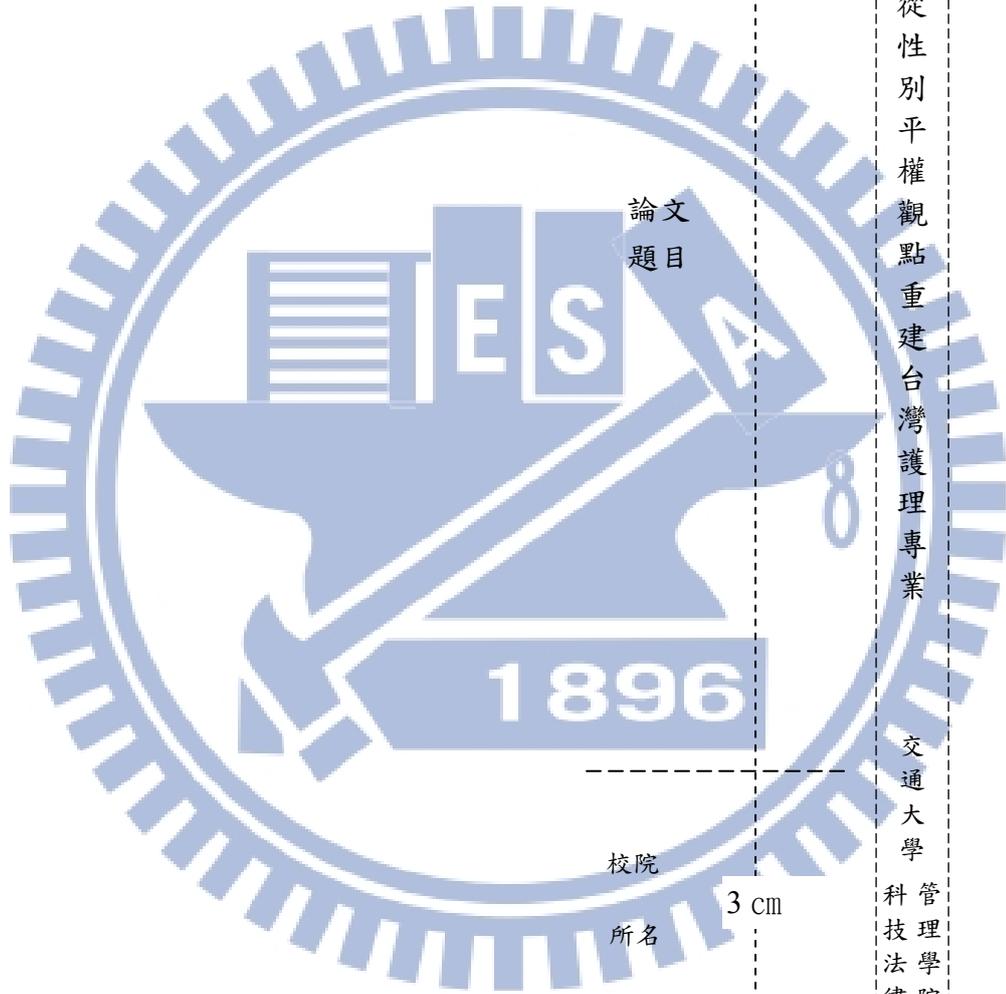
	人數	百分比
單薪	4	10%
雙薪	36	90%
總數	40	100%

組織內部問卷調查5——工會

問「是否知道公會與工會不同」，大部分人未曾聽過；聽過的人（僅2位），沒有人了解其差別；經過解說，告知須個人自願性加入工會，而且還要繳入會費及每年年費，再問「是否會加入工會」，僅少數表示會考慮看看（3位），多數人都認為沒有用。

98年-101年病人滿意度調查

	98年	99年	100年	101年
整體滿意度	92.60%	88.70%	90.50%	91.50%



2.5 cm
 畢業(民國)學年度 1 cm
 2.5 cm

論文題目
 校院所名 3 cm

1 cm
 著者姓名 2 cm
 3 cm

102
 碩士論文
 從性別平權觀點重建台灣護理專業
 交通大學 管理學院 科技法律學程
 胡方翔

102
 碩士論文
 從性別平權觀點重建台灣護理專業
 交通大學 管理學院 科技法律學程
 胡方翔

