

國立政治大學教育學系教心輔導組博士論文

指導教授：鄭同僚博士



精神科護士在護病關係中的  
組織認同與權力現象

研究生：廖珮君

中華民國 101 年 6 月

# 目 錄

## 第一章 緒論

(一) 從自己的經驗說起 .....	1
(二) 台灣精神醫療體系的變遷 .....	2
(三) 研究輪廓 .....	2
第一節 研究背景與動機 .....	3
(一)研究背景 .....	3
一、精神醫療轉型下的護理生態 .....	3
二、精神醫療中護病倫理的田野觀察 .....	7
(二) 研究動機 .....	9
一、研究關注的面向一:精神醫療體制與政令運作下的組織認同現象 .....	9
二、研究關注的面向二:護病關係是人文關懷的取徑還是權力關係的面具 .....	9
第二節 研究目的與問題 .....	11
第三節 重要性與預期貢獻 .....	12
第四節 名詞解釋 .....	13

## 第二章 文獻探討

第一節 治療性人際關係/護病關係 .....	15
(一) 治療性人際關係/護病關係理論 .....	15
(二) 護病關係的倫理與技藝 .....	17
(三) 護病關係的相關研究 .....	20
(四) 護病關係相關文獻評述與研究相關性 .....	22
第二節 組織信任與認同政治 .....	23
(一) 組織信任與認定 .....	23
(二) 認同與認同政治 .....	24
(三) 組織/政治認同的文獻評述與研究相關性 .....	27
第三節 醫護階級與權力關係 .....	28
(一) 傅柯的精神瘋狂史與權力論述 .....	29
(二) 當代精神醫療體系的壓迫與服從 .....	32
(三) 權力概念評述與研究相關性 .....	36

## 第三章 研究方法

第一節 批判民俗誌的相關理論 .....	38
(一)批判民俗誌的理論基礎 .....	39
(二)使用批判民俗誌研究的價值 .....	41

一、關懷並轉化精神醫療體系中不平等的權力關係 .....	41
二、啟動精神醫療生態與護病關係意識型態的公開評論 .....	41
(三)Carspecken 的批判民俗誌的理論與實務應用 .....	42
(四)批判民俗誌相關的教育/護理研究 .....	44
一、批判俗民誌應用在台灣教育/護理相關研究 .....	44
1.教育相關研究 .....	45
2.護理相關研究 .....	47
二、西方批判俗民誌應用在教育/護理相關研究 .....	48
1.教育相關研究 .....	48
2.護理相關研究 .....	49
三、相關研究評述 .....	51
(五) 使用批判民俗誌方法的理由 .....	52
(六)本研究設計的整體概念 .....	54
第二節 資料的收集 .....	54
(一)資料收集 .....	55
一、精神科病房的田野觀察與記錄 .....	56
1.田野的場域介紹 .....	56
2.進入田野觀察與紀錄 .....	56
3.病房的地理環境 .....	60
二、個別的訪談 .....	60
1.問題的發展與設計 .....	62
2.訪談對象的準備與邀請 .....	64
(二)批判民俗誌研究的信賴度與真實性 .....	65
一、批判民俗誌研究的信度立場 .....	66
二、批判民俗誌的效度問題 .....	68
(三)綜觀評述 .....	71
第三節 資料的分析 .....	72
(一)資料的理解與詮釋 .....	73
(二)批判的反省 .....	74
(三)社會實踐性 .....	75
第四節 研究倫理 .....	76

## 第四章 大眾療養院的歷史背景與大眾病房轉型紀事目錄

第一節 大眾療養院的歷史 .....	80
一、外來政權變遷的脈絡 .....	80
二、臺大醫院領軍的時代 .....	84

三、醫院評鑑、精神衛生法與健保給付的時代 .....	86
四、大眾療養院目前精神醫療的發展 .....	91
第二節 大眾病房的轉型紀事 .....	92
一、大眾病房誕生 .....	92
二、亞急性病房 .....	93
三、急性病房 .....	95
四、轉型後的困境 .....	96
五、約束隔離過多的現象 .....	100
六、性別互動剝削的大病房 .....	101
七、以護理站為中心的家庭化環境 .....	103
第三節 大眾療養院與大眾病房的歷史與社會脈絡架構 .....	105
第五章 精神科護士的工作日誌 .....	106
第一節 白班的護理工作 .....	107
一、準備上班 .....	107
二、團隊會議交班 .....	108
三、精神科的團隊會議 .....	110
四、醫護的討論互動 .....	113
五、準備護理活動 .....	116
六、護士與病患最密集的互動 .....	118
七、護理治療是唯一活動 .....	122
八、找你的護士 .....	123
九、護士給藥的策略 .....	126
十、安全與寢務檢查活動 .....	129
十一、護士的工作空間 .....	130
十二、病患上職能治療 .....	133
十三、特殊個案的處理 .....	134
十四、午餐時間 .....	138
十五、午餐以後的護理活動 .....	142
十六、下午的活動 .....	146
第二節 小夜班的護理工作 .....	147
一、功能性的護理 .....	148
二、夜間的活動治療 .....	149
三、電話的心理支持 .....	153
四、九點鐘熄燈 .....	154
第三節 精神科護士工作架構分析 .....	155
第六章 護病關係中的權力真相與認同政治	

第一節 精神醫療空間的權力現象 .....	156
一、護理活動的規訓化 .....	156
二、醫療空間家庭化的分配 .....	160
三、護士使用隔離室的權力 .....	162
四、護理站為界的不同權力國度 .....	166
第二節 醫療政策的權力延展與認同政治 .....	170
一、評鑑制度與健保給付制度建構下的護病關係 .....	170
二、體制建構護病關係中的認同政治 .....	175
第三節 護士權力與認同政治的概念架構與論述 .....	177
第四節 解構護病關係中權力互動的教育論述 .....	179
一、云云眾護 何來權力 .....	181
二、批判教育學在護士身為受迫者的解構論述 .....	182
三、典型在夙昔--精神護理生涯圖像的重構與反動 .....	184
四、自我敘述的啟動 --- 教師介入職場輔導的行動規劃 .....	186
五、自我察覺與賦權的開創 .....	189



## 圖表目錄

編號	標題	頁數
圖 1.1	研究目的概念圖	15
圖 3.1	研究整體概念圖	54
圖 3.2	Carspecken 批判民俗誌五階段歷程	55
圖 3.3	觀察病房的社會結構脈絡	60
圖 3.4	觀察病房地理平面圖	60
表一	參與個別訪談的護士基本資料	65
圖 3.5	研究資料收集架構	65
圖 3.6	研究資料分析歷程	76
表二	受試者同意書	77
圖 4.1	療養院大樓外觀	80
圖 4.2	療養院 空拍全景	80
圖 4.3	療養院地理配置表	81
圖 4.4	高掛在大眾病房牆面的病人權益看板	89
圖 4.5	大眾病房的平面空間圖	94
圖 4.6	性別區隔的病房空間	102
圖 4.7	大眾療養院與大眾病房的歷史與社會脈絡架構	105
圖 5.1	各班工作職責	106
圖 5.2	精神科病房的保護室	109
圖 5.3	討論室	110
圖 5.4	討論室內牆上的白板記載病患資料	111
圖 5.5	精神科病房的給藥盤與藥車	117
圖 5.6	病房護理站內的置物櫃 上面貼有床號	125
圖 5.7	護理站前檯的座位	131
圖 5.8	護理站裡面的座位	131
圖 5.9	推到病房的餐車	139
圖 5.10	大眾療養院 穿梭在各病房的購物車	145
圖 5.11	病房大廳	150
圖 5.12	活動治療---跳健康操	150
圖 5.13	護理站裡的監視器	152
圖 5.14	精神科護士工作架構分析	155
圖 6.1	護病關係中權力動態	177
圖 6.2	權力現象與認同策略	178
圖 6.3	認同策略/政治的內涵與反思	178

## 第一章 緒論

### (一)從自己的經驗說起

我對護病關係的認知，它是護理教育培育護理學生成為護理人員的重要核心概念，教導學生認識人與人互動的倫理，也是護理照護的基本原則，它常被提起的相關內涵包括真實、一致、尊重、自尊、價值澄清、同理心、寬恕、信任、賦權、以個案為中心、開放、自我揭露、自我探索與無條件的正向支持(Peplau, 1991, 1992, 1994, 1995 & 1997)。精神科護理學更是把護病關係作為該學科的基本價值與圭臬。

懷抱著這樣的信念進入護理臨床，常常面對臨床現實的衝擊；因為醫療體制的生態改變，護士與病人的互動關係實難遵從Peplau, H. E.提出護病關係的諸多元素，臨床工作的標準化與電腦化作業流程，讓護士無法有充分時間以理解病患的處遇與需求。我在精神臨床教學時，學生常常疑惑精神科護士對病患不合理的指責或是在護病互動上的強勢作風，學生疑問精神科護士為何這麼兇，我盡量善盡教學職責引導學生理解這樣的護病關係是在甚麼情況的結構脈絡而產生的；現況中，護士對病患的要求都有其照顧的學理原則，但是展現出來的互動關係卻是非理性的粗暴。事實上，私下跟這些護士相處都可以觀察與體會到他們對照護病患的熱忱與良善，只是緊湊的工作節奏讓他們忽略人與人互動該有的倫理本質，而且這種粗暴的照護態度會被渲染，因為護理同儕如果沒有如此的態度共識就會被視為護理的不一致；所以，我還必須偷偷隱藏我想投注的關懷與尊重，在病患面前狠狠表現我的權威，以免被資深的護士指責我的態度影響他們對照護病患的一致性原則。

精神科護理專業對護病關係義涵的建構承襲南丁格爾時代的護理典範，以及Hildegard E. Peplau 的〈護理的人際關係〉，將護理的功能位置定義在理解與協助病患的需求，因此護病關係實屬〈療癒性〉的人際關係。然而護士在不容質疑的護理價值中形構自己的護士角色，那是不自覺與缺乏自我省察的護病關係；蔣欣欣(2008)提出護病關係是不對等關係，專業照顧者必須提供助人的角色，但是自己也是醫療技術宰制的受困者，面對病患的需求召喚，護士如何承擔被他者喚起的主體；情緒察覺是啟動自身照顧倫理的動能(蔣欣欣、徐碧卿，2007)。因此，透

過本研究，我想理解精神科護士忽略護病關係內涵元素的脈絡因素以及所產生的機制過程。

我發現從組織順應認同與權力現象探究精神科的護病關係可以爬梳不同的理解旨趣；林遠澤(2004)認為人的知識建構與變化受到體制一連串新的權力技術的演變所控制，因此人在被對象化的過程也同時建構成發聲主體，主體化與對象化的同時是權力關係與主體形構的主軸。Barker(1999)探討與觀察臨床護士在照護決策的權力運作現象，而臨床機構本身也蘊藏影響護士照護工作的權力因素。Barker與Rolfe(2001)認為在經濟與實務趨向考量的醫療機構系統化歷程，權力運作形同默會的原則存在於醫療機構的人際關係中。

## (二)台灣精神醫療體系的變遷

從精神醫療體系生態的變遷脈絡，台灣在民國 79 年精神衛生法通過執行，在民國 96 年考量舊版精神衛生法不合時宜，因應社會文化變遷再修訂精神衛生法；民國 80 年台灣的護理人員法正式上路，並逐年修訂版本以符應護理人員的專業發展與提升照護品質；民國 81 年中華民精神衛生護理學會成立，近幾年積極爭取精神科護士的專科認證與社區精神護理的執業資格，目前會員共約 3400 人；民國 84 年台灣正式邁入全民健保制度，因為健保營運逐年虧損，在給付的規章細則不斷修正，對精神醫療機構的給付有論件計酬與總額給付二種標準，並在民國 99 年通過二代健保的修訂法案；衛生署在民國 96 年開始執行精神醫療機構評鑑新制，以評鑑等級包裹對醫療機構的補助與優惠方式企圖提升精神醫療機構的環境與照顧品質。台灣近 20 年的精神醫療生態面對這些法令與政策，在醫療環境與專業發展出現強大的挑戰與轉型，相對的精神科護理的專業發展也面臨政令布達後的因應與挑戰。精神個案的治療與需求複雜與多元化，照護需求與策略也隨著目前社會經濟變化而不同於過去取向。

## (三)研究輪廓

國外文獻曾說明精神科護士在照護行為中權力壓迫的現象(Barker, 1999)，另有 Barker & Rolf( 2001)探討組織因素影響一般護士的護理照護行為，本研究試圖納入組織認同與權力關係此二變數來共同探究護病關係的務實內涵；而國內蔣欣欣(2008)僅提到護病關係中的不對等關係，也強調一般護士在護病關係中面對高度情緒勞務之情形，但並未進一步論述不對等關係的

脈絡因素之前因與一般護士面對態度和因應情形。目前台灣精神科病患置身在精神醫療體系結構中最弱勢的底層，精神科護士對護病關係中權力現象的自我敏察與反思應是護理人文深度關懷的發展趨勢。

本研究擬以臨床實務經驗為出發點，尋找出護病關係的務實內涵與權力機制的關係，試從這樣的角度來探討精神科護士，是如何在既有的精神醫療生態體系下面對和因應這些體制變遷。本研究試圖以批判民俗誌方法進一步揭露護病關係中的權力互動現象，進而提升精神科護士自覺與實踐護理專業的人文關懷知識與理念。

## 第一節 研究背景與動機

### (一)研究背景

#### 一、精神醫療轉型下的護理生態

##### 1.精神科護士的工作型態、困境與人力現況

根據Gerolamo(2009)調查美國的精神臨床治療，表示每年約有170萬的成人入住精神科病房(Center for Mental Health Services, 2004)。而精神科病房病患的入院人數過去二年增加0.6%(National Association of Psychiatric Hospital Systems [NAPHS], 2008)。目前精神醫療體系的照顧政策改變，規定精神個案出現非常嚴重傷害他人與自己之餘才考慮住院治療(Hanrahan & Gerolamo, 2004)。為顧及病床高需求量的有效流轉利用，採取短期治療策略以降低個案的住院日數，美國精神衛生部門調查從1993到2005年，個案平均住院日數從16.2天到9.6天(NAPHS, 2006)。因此，精神科護士必須在有限的住院期間提供更密集的護理措施與衛教以確保個案出院以後的自我照顧與相關疾病知識。台灣的精神醫療策略一直以美國的發展趨向作為參考標準，因此，縮減精神病患住院治療一直是台灣健保給付想要努力的目標。

研究調查指出精神科護士抱怨缺乏有結構的工作環境(Cleary, 2004; Taylor & Barling, 2004)，也提到病房無法提供更周全的硬體設備或是同儕團隊工作合作氣氛的詭譎多變都是令人覺得不滿意工作的因素，也有抱怨工作的自主性不夠或是專業發展不明確，而令護士最強烈抱怨的

是病房工作的安全性與遭遇暴力意外的支援是否快速與充足，是讓護士備感壓力負荷的因素(Landeweerd, & Houkes, 2001)。劉美珍(2001)探討精神衛生醫護人員所遭逢工作困境，發現來自三方面：其一是醫護人員的價值觀及專業角色，其次是法令制度，包括政府的健保制度、社會的法條、安全與資源以及醫院的政策、管理制度，再者是醫/護病關係與病人的權利義務，包括醫護衝突、家屬需要及治療信任關係。精神科護士最主要的困境是醫院制度之人力不足、訓練系統缺乏以及缺乏支持，面對精神個案治療的治癒有極限，缺乏理性分析的決策判斷能力及對病人問題行為的管理能力。

Zangaro 和 Soeken (2007)認為工作自主感、工作壓力程度與醫護同盟關係與護士對工作滿意與否有相關，醫護正向同盟關係和工作有較高的自主感會對工作有較高滿意度。許多研究指出護士離職率有個人因素與機構因素，個人因素即是年齡、教育、婚姻狀況、子女數、工作年資、耐勞性、競爭性與創造性等因素有關(Ilies & Judge, 2003; Lee et al., 2002; Mrayyan, 2007)；而機構因素包括工資、工作單位、受雇狀態、對機構認同度、機構氛圍、機構文化、機構領導風格、工作自主性、主管的溝通、同儕的溝通、護士模範、工作常規與獎勵制度等因素 (Best & Thurston, 2004; Lynn & Redman, 2005; Ward & Cowman, 2007)。王淑米(2009)問卷調查**154**位醫學中心精神科護理人員工作壓力、智謀與憂鬱程度的現況，發現強化精神護士智謀相關的教育訓練有，可以減輕其工作壓力，降低其憂鬱程度並提升心理健康狀態。朱佩宜(2009)探討北部區域234位精神科護士健康促進生活型態於工作壓力與身心健康間的關係，建議護士注重其健康生活型態，以改善其工作壓力及身心症狀，降低離職率並提升護理服務品質。

邊立中、謝佳容及周桂如(2008)分析精神科的人力現況，提到精神科照護有其臨床的特域性，面對常有逃跑、跌倒、暴力行為及意外事件的精神科病房，足夠的護理人力是必須的，以<sup>1</sup>94年問卷調查結果與94年度及97年公佈之評鑑標準做比較，各類型病房護病比來突顯出精神科臨床護理人力不足之問題；並以精神科護理人力政策面及影響精神衛生護理人力之因素做探討。精神科護士離職原因為護理人力不足、工作量多薪資低、工作壓力大身心疲潰、有無力

---

<sup>1</sup>參考該研究問卷資料:謝淑貞、黃瑞媛及蕭淑貞(2006)。精神衛生護理人力現況調查。精神衛生護理雜誌，1(2)，5-16。

感、專業角色定位不明未受尊重及無提供專業訓練等。其解決及改善策略，包含向主管機關倡導重視護理人力不足、落實督導及追蹤護理人力之問題，並固定每班護理人數與病人之比例、清楚界定護理工作及業務內容、提供抒發與溝通管道舒緩工作壓力、營造良好的工作環境氣氛、加強對新進人員的支持及輔導、學生畢業前應加強職場適應之準備提升抗壓性。

精神科臨床環境的特殊性在於面對個案的暴力意外以及更緊密的人際溝通關係，精神臨床環境需要充足的人力以防範暴力意外，社區照護需要投入更多人力以維持精神個案症狀與情緒的穩定性。但是，健保將精神科的給付改為總額預付，院方將治療與照護成本變相壓縮，精神個案無法得到充分的照護服務與緩解穩定，以至於回到社區發生許多的社會事件以及更高的住院迴轉率，這些成本與資源耗用應該是醫療與健保當局並不樂見的蝴蝶效應。

## 2.精神科護理專業發展與證照制度

台灣精神科護理的歷史是鑲嵌在台灣的精神醫學發展的脈絡裡。<sup>2</sup>台灣早期精神醫學依循西方的發展步調，早期投入精神醫學領域的人力與經費都非常有限，以前精神科與神經內科亦同屬一門專科，而共有神經精神醫學會。各家醫院中有精神科乃至精神科病房者寥寥可數。僅有的資源與人力幾乎投注在幾家大醫院的重大精神疾病及藥物治療上，因為資源提供貧乏與不均，讓許多具爭議私人的療養院，例如龍發堂等場所，提供生存發展的空間。直到 70 年，政府在精神醫療網上的推動，開始注入大量的經費和人力，及 79 年通過之精神衛生法，醫療、家屬、警察、社政、教育與勞工等相關領域摸索並定位在其中的角色和定位，也才讓整個治療的過程還是有了初步依循的根據。由於人力的加增，對精神疾病照顧的範圍，有更多的觸角伸向非嚴重精神疾病的病患，84 年台北市立療養院與台大醫院精神科，設立了沒有 24 小時強制門禁的精神官能症病房，也可算是一個代表性的里程碑；象徵台灣精神醫學界對這些在職業、人際等自我功能上尚稱穩定，但在某些情況下引發自我功能障礙的個案，正式邁開協助的步伐。曾經引領精神醫療翹楚的精神分析與認知行為等心理治療，因為近代生物醫學掛帥而式微，而台灣精神醫療的結構模式也趨於完整與多元，並跨領域協助藥酒癮的戒治，參與社區的心理衛

---

<sup>2</sup> 參考與修訂自〈精神醫學〉，合杏出版。

生和精神復健服務。

在民國 79 年精神衛生法及民國 84 年全民健保實施之後，台灣社會經濟快速發展，精神醫療生態也出現快速的發展與變革。<sup>3</sup>依據衛生署資料，至民國 96 年九月統計共有 221 家精神科機構，病床數包含精神科急性、慢性住院、日間病房、康復之家、精神護理之家及養護床總數達 30276 床。精神科醫療團隊專兼任共 8434 人，其中精神護理人員高達 4594 人，占有精神醫療人力 54.47%。<sup>4</sup>民國 98 年衛生署統計台灣領有精神障礙手冊有 101,959 人，急性床位為每萬名人口有 2.92 床，慢性床位為每萬名人口有 5.95 床。<sup>5</sup>而衛生署民國 99 年的統計，精神護理人員在精神療養院所的醫事人員比例更高達 65% 以上。

近幾年，健保給付方式有〈論量計酬〉與〈總額預算先行給付〉二種給付標準，造成多家醫院擔心虧損問題而縮減醫療人力，而護理人員在醫事人力比例高，故相對影響情況就更為加劇(邊立中、謝佳容及周桂如，2008)。<sup>6</sup>中華精神衛生護理學會擬修法爭取精神醫療機構的護理人力標準為精神急性一般病房每 3 床應有 1 人，精神慢性一般病床每 10 床應有 1 人，精神日間留院病床每 15 床應有 1 人。衛生署 99 年第四季的精神醫療機構護理人力總數為 4690 人，已超過上述學會估算標準的總人數 4401 人。

台灣精神護理史沒有相關的典籍可以參閱<sup>7</sup>，惟蔡幸娥(2004)撰鍾信心的護理傳記〈護理的信心—走過台灣歷史的足跡〉，鍾信心訓練了不少精神護理人才，因而有台灣「精神科護理學鼻祖」的美稱。從傳記中理解台灣殖民教育中殖民與性別的雙重歧視，鍾信心突破台灣殖民教育的限制，至日本帝國與加拿大進修護理教育，參考西方的護理教育與臨床訓練體制，建構台灣的護理教育環境，並協助政府至沙烏地阿拉伯進行護理外交，她的護理生涯是一部台灣護理

<sup>3</sup> 行政院衛生署 2007 年統計資料。

<sup>4</sup> 行政院衛生署 2009 年統計資料。

<sup>5</sup> 行政院衛生署 2010 年統計資料。

<sup>6</sup> 中華民國精神衛生護理學會第 17 期電子報。

<sup>7</sup> 許多精神科護理學的歷史介紹都是參考西方的文獻編排，目前沒有屬於台灣本土的精神護理史相關典籍。

簡史<sup>8</sup>。本書是從台灣日本殖民至國民政府來台的視野，探究鍾信心在大環境牽變與挑戰中，如何從忽視與不平的醫療生態中建構護理的專業版圖。

早期精神護理的專業發展組織是歸屬在台灣護理學會之精神衛生護理委員會，有鑑於精神科護理本身專業發展的領域特殊，學會在精神衛生的相關專業發展等議題，較難予以激進策略與構思，因此許多投身精神護理已久的學者在 1992 年籌備並成立<sup>9</sup>中華民國精神衛生護理學會，期許透過政策、認證、再教育等方式提升精神護理的專業發展，目前的活動會員有三千多名，並透過專業認證等方式激勵精神護士自身的專業發展；結合全台北中南與東部所有公私立精神療養院所共同參與精神衛生護理專業實務再訓練，並向衛生署爭取認同其專科精神衛生護理師的角色發展；現任理事長戎瑾如(2008)等學者調查精神衛生護理人員對「精神衛生護理師甄審」機制與策略的反應，邀請 83 位參與精神衛生護理師能力培訓研習活動之精神科護理人員，針對甄審制度、治療性人際關係、精神衛生護理評估、藥物治療、暴力與自傷處置、行為治療及支持性心理治療等實務範疇之能力要項進行客觀性、可行性、區辨性、合正性之意見調查，以確定專業團隊對此甄審機制的共識狀況，並作為未來落實執行實務能力評審之參考。目前臨床的精神科護理人員對「精神衛生護理師」甄審機制，與臨床必備要項策略的評價能力皆有中高程度之認同，也肯定及支持進行甄審策略之必要性，參與精神衛生護理師實務能力之培訓課程及實務演練，以通過精神衛生護理師的能力甄審。目前衛生署已經同意在內科專科護理師認證資格的專業科別納入精神科，<sup>10</sup>民國 100 年 2 月衛生署通過專科護理師分科及甄審辦法，其中內科專科護理師包括內科、兒科、精神科三科別，精神科專科護理師的培育與認證為提升精神衛生護理發展的重要里程碑。

## 二、精神醫療中護病倫理的田野觀察

汪文聖(2003)根據海德格思想的啟發提出精神病患照顧的倫理問題，病患的自身存在的權力不宜被剝奪，特別是個案對周遭事件牽掛的能力或本性都不應該被控制，因此精神科提供社

---

<sup>8</sup> 參閱〈護理的信心—走過台灣歷史的足跡〉，蔡幸娥，信心護理文教基金會。

<sup>9</sup> 參考〈中華民國精神衛生護理學會〉網站介紹。

<sup>10</sup> 參考中華民國精神衛生護理學會第 16 期電子報。

交技巧訓練或是職能訓練都不能忽略個案自身根本的需求或狀態，由其生物醫療掛帥的領域，導致對病患和病情只關心量性的解釋，因這種瞭解對於事物做強求式的揭露，故忽略原本應讓個體在自我展現—即使是在隱約中展現—中所透露的實質情境，更何談再去從事適當的醫療行為。優納斯(Hans Jonas)對精神病患之照顧倫理警示面對精神病患的照顧，是否或如何應考量所謂對於後代甚至人類整體負責的未來倫理學?例如涉及精神病患是否傳宗接代的問題，另外科技的宰制產生了如何以生物醫學去控制人的行為，悄悄從醫學層面轉而對社會層面去控制人的行為，故原先欲對精神病患解除其個人痛苦與干擾功能之徵狀的動機，卻演變為僅在避免社會受到精神病患個別舉止負荷的結果。

汪文聖(2007)觀察與訪談精神療養院工作人員欲探討其治療者對療癒意義的現象學，發現治療者(包含醫師、護士、心理師、社工師與職能治療師)對療癒的標準是以病患社會、心理與生物功能的穩定與否作為判定，在治療者堅信這些功能指標當下，察覺醫護受制於功能的角色而導致療癒品質的下降;另外察覺到全民健保制度的各種給付限制取代醫護專業的治療方向與行為，例如:電氣痙攣療法的給付不符合醫院付出成本，精神醫療對電氣痙攣療法的態度則盡量不考慮，或是健保對行為約定的給付規定，院方為獲取更多給付條件，讓護理策略無論病患需要與否都必須努力幫每位病患設計一套行為約定。治療者習慣於這個場域的思維與邏輯，不自覺是否已習於按照法令規章與醫院的作業系統，而讓自己成為醫療機器的執行者，從事制度化與僵化的醫療照護活動。

林淑蓉(2002)在精神療養院的田野觀察以團體治療為例，從團體治療進行前期的準備、進行與結束討論，已經有一套既定默會的儀式歷程，治療者與精神個案都行之如儀在這套團體治療的規範當中，在團體進行歷程的人際與對話是一場社會教化的複製活動，置身在團體中隱喻教導著這些情緒/行為失序的精神個案明白理性/非理性、穩定/失控、病識感/無病識感等相對的是非概念，治療者也以這些的功能性架構評價精神個案是否達到出院的標準。這場治療儀式在協助精神個案調整自己以符應他人的社會準則，團體中的權力階級結構揭露醫師或治療者的父權位置，大家都等著他開口評價這場團體活動的表現與價值，團體中父權主義的再製也讓治療/關懷淪為某種形式的壓迫。傅柯從倫理主體系譜學的角度思考歷史上的<關注自我>功夫如何

蘊孕著<關切他人>甚至<管治他人>的倫理內涵(龔卓軍，2006)，因此，護病關係的關懷倫理是否也隱喻著護士與病患間的權力結構，護士所宣稱的關懷，不自覺只是對自我關注而投射到病患身上的控制與駕馭。

## (二)研究動機

### 一、研究關注的面向一:精神醫療體制與政令運作下的組織認同現象

精神衛生護理發展交織在台灣精神衛生法、精神醫療的評鑑制度與全民健保制度的脈絡中，而精神衛生護理學會與護理學會合辦的精神護理進階制度與精神專科護理師認證等專業發展指標，讓護士置身在制度、評鑑、法令與專業各面向的約制中開創自己的專業發展取向。而台灣精神衛生法、精神醫療的評鑑制度與全民健保制度箝制著精神醫療的治療取向與策略，護士必須在這治療取向建立自己的護理因應之道以利於諸多政令與現實情面的進行，過程中形同政策與體制的壓迫，護士無法自覺這些加諸於護理照護或是病房規範的訴求是否合理?置身在體制環境壓迫下，無法拒絕抗爭的狀態下形成的組織認同政治之真實樣貌為何?

林淑芬(2004)指出傅柯的權力與知識研究，認為人的知識建構與變化受到體制一連串新的權力技術的演變所控制，因此人在被對象化的過程也同時建構成發聲主體，主體化與對象化的同時性是權力關係與主體形構的主軸。從歷史觀點來看，台灣精神衛生法是出於對精神個案的人權、醫療權和生存權的主張而以法規保障之，精神醫療機構評鑑制度是為改善精神醫療機構的醫療與照護品質而設立的策略，全民健保是讓精神個案享有充分優質的醫療與照護資源的制度，精神衛生護理學會企圖建構精神護士專業發展並成為精神護士捍衛自己專業的發聲主體，在這眾多體制的權力運作交匯的面向，精神科護士是否有充分的資源和能力承受與因應達成指標?護士是在被要求與告知的位置或是有否具備充分的知識與權力參與這體制的運作?是否在不自覺的壓迫狀態形構次文化的組織認同以抵制體制的壓迫?還是將體制壓迫轉化為對精神個案的宰制?

### 二、研究關注的面向二:護病關係是人文關懷的取徑還是權力關係的面具

林遠澤(2008)提出以關懷為核心的互為主體護病關係，認為護病關係有三個層次，內容有<技術性的照顧關懷>、<態度性的關心關懷>、<關係性的存在關懷>，此三個關係層次分別屬於科學的、技藝的與倫理的不同立場，而護病關係的終極關懷是建立在病患獲得療癒的支持。Glen(1998a, 1998b)認為護理的專業發展是照護品質的關鍵，歸類四個層級:護理如勞務(nursing as labor)、護理如技藝(nursing as craft)、護理如專業(nursing as profession)、護理如藝術(nursing as art)。張碧芬、余玉眉、胡毓雯及陳淑月(2008)關心護理照護品質而探討好的護理義涵，提出良好決策與執行能力、熟巧的技能、良好的護病關係與成熟的自我，建議護理教育參照規劃並實證好的護理概念分析。Morse(1991)提出護病關係的四種模式，研究者認為此模式將護病關係建立在效益與功能的實踐基礎，如何釋放屬於人際的真誠關懷是有待經驗實體的哲學論述。林遠澤(2008)嘗試以「關懷」核心提出互為主體的護病關係，針對照顧個案的疾病程度區分護病關係層級的內涵，指出溝通是建立護病關係的重要進路，因此療癒性溝通指向相當功能性的溝通行動。張凱雁、蕭淑貞、劉宜釗、蕭妃秀及康云瑄(2009)以關懷、照顧、悲憫為核心的成長團體協助精神科護理人員專業精進，研究結果顯示護理人員參與「成長團體」後自我省思成長，在執行藥物治療護理過程中，能夠強化以個案為中心的照護立場，落實關懷照護行為。

護理專業對護病關係義涵的建構都承襲傳統南丁格爾時代的護理典範，護士在不容質疑的護理精神價值中形構自己的護士角色，那是不自覺與缺乏自我省察的護病關係；蔣欣欣(2008)提出護病關係是不對等關係，專業照顧者必須提供助人的角色，但是自己也是醫療技術宰制的受困者，面對病患的需求召喚，護士如何承擔被他者喚起的主體；情緒察覺是啟動自身照顧倫理的動能(蔣欣欣、徐碧卿，2006)。在精神科的<護病關係>更是精神科護理的核心倫理價值，Hildegard E. Peplau 在 1952 年出版<護理的人際關係>，讓護理開創治療以外的功能，將護理的功能位置定義在理解與協助病患的需求，在精神科的護病關係強調的實屬<療癒性>的人際關係。

本研究關心探究的是護士在醫療政策、護理專業與精神醫療複雜化的考驗下如何施展其傳統/理想的護病關係？在傳統與現實的專業角色衝突與挑戰？臨床所展現的護病關係與否是權力關係的對待形式？護士自覺或不自覺自己在護病關係專業角色的困境？蔣欣欣和徐碧卿(2006)

認為護士自我情緒察覺是啟動自身照顧倫理的動能以開創護病關係的困境，本研究的護病關係現象的揭露，是否提供護病關係中權力現象的解構並開啟自我察覺的動能與自我賦權？

## 第二節 研究目的與問題

### (一)研究目的

- 一、探究精神醫療體系生態對護病關係中權力現象的影響
- 二、解析精神科護士在護病照護行為中的權力互動與演進。
- 三、精神科護士面對此權力現象的態度和因應情形。
- 四、探討精神科護士對護病權力現象與組織認同之交互影響。
- 五、提昇精神科護士對護病關係中權力現象的察覺與反思，進而實踐護理照護的倫理性。

### (二)研究問題

本研究的關心的面向有三，即：1.) 精神醫療體系生態是如何影響護士在護病關係中的權力現象與對現有精神醫療組織的認同。2.) 精神科護士在護病關係的權力現象及其對護病中權力關係的察覺與反思。3.) 精神科護士的護病權力現象與精神科護士對組織認同兩者之關係探討。

研究問題摘要如下：

- 一、精神衛生政策與健保制度等現有精神醫療體系生態是如何影響護病關係中權力現象？
- 二、護士對精神衛生政策與健保制度等現有精神醫療體系生態是如何順應或認同？即精神科護士面對精神衛生政策與健保制度等現有精神醫療體系生態的態度為何？如何因應？
- 三、精神科護士在護病照護活動中有哪些權力現象？又護病照護活動中權力現象如何影響護病關係的展現？

- 四、精神科護士的組織認同與護病權力關係兩者之間之關係為何?
- 五、精神科護士對護病中權力關係的察覺與反思內涵為何?
- 六、如何藉由批判民俗誌來實踐精神科護士在護理照護的倫理性?

### (三)研究目的概念圖

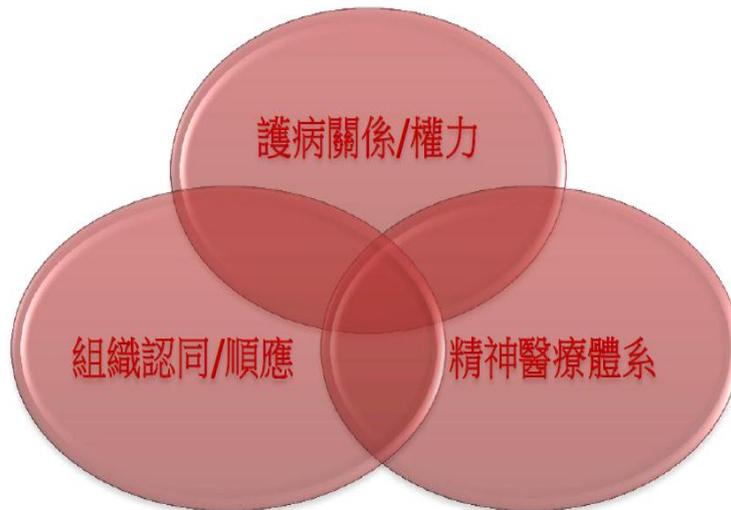


圖 1.1 研究目的概念圖

### 第三節 重要性與預期貢獻

護病關係在護理教育的典型就是關懷照護的互動歷程，但是在臨床的經驗與觀察，護病關係的實務內涵似乎無法化約為關懷、尊重、同理、坦誠等特質，它有人際間權力關係交會的複雜技術。身為護理人員若不去正視護病關係的權力面向，而盲從予教科書的理想論述，反而會陷入護理工作的倫理困境。

本研究企圖以精神科護士作為田野觀察的主體，揭露置身在層層醫療結構的主體是如何以行動辯證自己的角色與立場。精神醫療本身是充滿階級與權力結構的場域，傅柯(Michael Foucault)提到從歷史系譜學的考察，精神療養院的誕生與精神醫療的興起根本就是源自於國家對人民的控制以及合理化精神醫療治療地位的權力技術。在精神醫療的生態中，精神科護士既是受壓迫者也是宰制者，因此以她們作為主體的田野觀察發現醫療體制各面向權力交錯的傳

遞與抵抗而形成的平衡關係。

其研究的重要性是開展精神臨床的田野現象以協助精神護士察覺自己在權力架構中的政治認同，並解構或辯證這臨床政治現象的合理性，當護士自我察覺這關係的的壓迫或宰制，也是專業知識的再創化。更重要的是，護士有能力辯證這層層箝制的醫療權力關係，就有凝視與關照權力結構最底層/弱勢的精神病患的能力與行動。

本研究預期的貢獻有：

- 1.以精神護士為觀察主體的臨床田野描述性資料，作為對精神科護理活動經驗的認識。
- 2.提供精神科護理對護病關係中隱藏權力技術的解構、認識與創化。
- 3.本研究歷程可促成精神科護士的自覺以提升人文關懷的行動能量。

#### 第四節 名詞解釋

**精神科護士**：本文中指涉的精神科護士或是護士都是在精神科臨床工作的護理人員。

**護病關係**：此理論源自於 Hildegard E. Peplau 在 1952 年出版<護理的人際關係>，在精神科護理理論中非常重視護病關係的建立，它強調關係中的治療性與療癒性因素，它不同於一般社交性人際關係，它有其目的性與時間性，並以病患為這關係的中心，近幾年受到心理諮商理論的影響，也提到互為主體的護病關係。在護病關係的論述，認為精神科護士本身就是治療性的工具，因此更重視此關係的本質與內涵。

**認同現象**：認同現象必須放在後現代的脈絡中來看，才能顯現其底蘊。精神科護士在精神醫療體制中認同其體制的結構性與權力性得以專業發展生存的策略，認同的現象可能自覺或不自覺，是個體置身在社會文化脈絡的一種合理化的宣稱。意指護士對精神科醫院和病房的管理方式或常規處理的認知、態度與行為表現。以艾波(M.W.Apple)認同政治的敘事概念，理解護士在臨床環境面對習以為常的治療環境與常規，如何察覺精神醫療專業知識、國家政策與權力之間的互動所彰顯的意識形態。從護士的

語言與行動中描繪他們所採取的策略。



## 第二章 文獻探討

本章分為三節，第一節探討精神科護理的護病關係之理論與相關研究，第二節探討組織適應與認同政治的論述，第三節探討在精神醫療生態中的醫護階級與權力關係，以及精神醫療中規訓與懲罰的泛權力結構。

### 第一節 治療性人際關係/護病關係

#### (一) 治療性人際關係/護病關係理論

治療關係的概念最早源自於佛洛伊德的精神分析學理論，佛洛伊德認為治療者與求助者(個案)需要建立治療關係才有進行治療的可能性，治療關係的內涵為移情與反移情二種現象，佛洛伊德認為當個案對治療者產生心理投射的種種現象即是移情表現，有移情的產生才有治療關係的進展與治療的進行。精神動力學理論提到治療關係中人際互動的歷程與防衛機轉的概念，Hildegard E. Peplau在1952年出版<護理的人際關係>一書，論述精神科護士與精神個案建立治療性人際關係是與個案進入療愈的基礎/工具，因此也創造出精神科護病關係的基礎概念與論述。治療性人際關係的內涵包括真實、一致、尊重、自尊、價值澄清、同理心、寬恕、信任、賦權、以個案為中心、開放、自我揭露、自我探索與無條件的正向支持，治療關係的理論基礎包括治療目的、發展階段、與角色功能；在治療關係中的治療目的是協助個案人格成長與問題解決，包括三個階段即介紹期、工作期與解決期，此三階段可以視為精神科護士與個案動態發展的人際關係(Peplau, 1991, 1992, 1994, 1995 & 1997)。精神個案因為症狀的干擾在護病的治療關係建立需要耗費更多時間的護病互動以發展與維持治療關係的品質。Forchuk et al.(1998, 2000)認為精神科護士必須掌握治療關係階段性的發展，因應治療關係的階段發展而提供自己的角色與功能以協助個案達到最大的健康福利。

Gastmans(1998)認為Peplau的貢獻是將護理專業的發展從疾病模式的照顧轉型為以同理心立場地理解個案深受疾病痛苦與困擾的護理獨特性，護理的服務宗旨應該不是在治療疾病本身，而是在於促進病患個體存在的良好狀態(well-being)；Peplau認為護理的定義是一種有意義的、

療癒性的、助人性的人際合作關係，其目的是提升人格成長、發揮創造與建設潛能在社群中健康生活。護理的科學性質是做為在人際互動過程中對病人病痛反應的理解與協助，因而「護病關係」的建立就成為護理實踐的主要基礎。而Gastmans認為護病關係建立的工具即是語言的互動，Peplau也主張護病關係具有溝通或語言學的特性，它不是一般社交性語言的交談，而是為指向療癒目的地交談。Morse(1991)針對護病關係提出解釋模型，認為可參考與個案接觸時間長短、個案需求程度、護士投入程度以及個案的信任程度等四面向區分出四種護病關係模式，即臨床性(clinical)、療癒性(therapeutic)、連結性(connected)與過度投入性(overinvolved)。Morse認為如果護病關係超越療癒性的界線，變成以關懷為主的個人關係，已經是脫離護理專業角色與立場的私人關係；唯有療癒性的護病關係是專業的理想模式。林遠澤(2008)認為在現今醫療面對疾病治癒的有限與窮盡之際，如果遵行Morse的療癒性護病關係，似乎是將護理的獨特性發展畫地自限，關懷與同理投入可以為個案提供支持的幫助。蕭淑貞、張凱雁、戎瑾如與康云瑄(2010)探討精神科護理人員參與關懷(Concern)、照顧(Care)、悲憫(Compassion)(3C)成長團體後，提升治療性人際關係護理實務能力要素的成長；文中指出「關懷」是護病關係重要的核心價值，透過團體的討論與反思指出護病關係中「關懷的內涵」是傾聽彼此內在的聲音、啟動關懷/照顧/悲憫、與個案的患難共舞、鼓勵個案接納現有與開創觀點。精神科護理的治療性角色，是臨床實務工作情境中被要求的實務能力，依據精神衛生護理學會所訂定發展治療性人際關係的過程具體指標包含：自我覺察、運用同理心、保持中立正向的態度、真誠對待尊重病人、並維持雙向溝通(陳碧霞，2008；陳碧霞、蕭淑貞、戎瑾如與黃瑞媛，2006)。顯然地，治療性人際關係所代表的是一種治療性措施、一種情感表現、一種人際互動(杜友蘭，2004)。具體的態度與行為可從無條件的接納、同理、真誠、尊重及視病猶親、提供專業行為、滿足需要、情感性接觸、支持等方式展現出來(周雪靜、陳淑月、蔡小瑛、周希誠，2007；張碧芬、余玉眉、陳淑月，2007)。林遠澤(2008)指出護理工作雖有自然科學知識的基礎，但是工作實踐的對象與情境又涉及人文與社會情境與知識能力，Kottow(2001)認為疾病是生物有機體的功能故障，需要透過生物科技的努力加以治療，但承受疾病痛苦與折磨的個體需要關懷與支持，參考Merleau-Ponty在<知覺現象學>一書中提到身體現象學，身體可區分為器官性的身體與經驗性的

身體，嚴格而言身體的存在與否無法視為可外在觀察的對象或物體，因為在身體之內作為主體的我，無法脫離身體從外在的立足點客觀描述身體樣貌與感受；醫學治療傾向將病人身體去人格化，隔絕身體疾病的受苦經驗以利其專注的病理觀點為手段處置身體的疾病，但是護理專業在身體照顧的傳統觀點下，必須擴展對病患主體生命的關懷。林遠澤(2008)護理必須主張關照「做為體驗主體的身體的病痛經驗」為關注的立場以確認護理專業的獨特性；如果護理專業在醫學生物醫學的基調中，不能獨立有其用來理解與掌握病人主觀體驗的病痛經驗之知識論，護理相對於醫學生物的從屬性與宰制化成為無可避免，建議護病關係間的公開溝通是避免護病關係權力結構的宰制，讓護病雙方成為自主的參與者，因此提出關懷為核心的交互主體性護病關係，林遠澤參考Morse護病關係的型態與疾病本身的嚴重程度整理出三種解釋模型，為照顧性、關心性與存在性；照顧性護病關係面對可治癒的疾患個案，其護病重點放置在技術性的照顧關懷，關心性的護病關係面對一般或慢性疾病的個案，提升個案存活於世的自我潛能與技藝，存在性的護病關係面對嚴重無法治癒的疾病個案所釋放的護病關懷內涵是生命意義的追尋與存在價值的思索。

護病關係呈現一種雙重不對等的關係，護士被期待/被訓練有能力幫助人，但是自己本身也是無力的受困者(Clancy & Svensson, 2007)。面對病人召喚，護理人員承擔著自己該如何成為被他者喚起的主體，蔣欣欣(2008)專業被視為理性的象徵，受到精神分析的論述對專業關係要求保持距離與避免反移情，但是人在面對苦痛的病體具有自然投射認同的天性，如何掌握同理又不涉入情感的護病關係是護理專業必須再度檢視與論述的知識，如果專業教育過於強調關係的分界，忽略人與人主體互動的深層底蘊，加上忙碌的工作場域，護士必須有更敏銳的情緒自我檢視，蔣欣欣與徐碧卿(2006)情緒的察覺是護士安頓自身的一項重要倫理技術。

## (二) 護病關係的倫理與技藝

胡賽爾認為倫理學即是技藝學，倫理作為技藝學乃在連接倫理形式與質料兩個環節，其特色是雖涉及人為活動的原理原則，但實踐的規範原理不能只是形式的或只有人的心思產生，必須將規範原理建立在理論學之上，倫理學作為技藝學乃將倫理判斷從意志層次擴展到針對與之

相應的人格習性，只要一個人格有自我評價、自我決定與自我教養的能力，自覺到在自我塑造中受到義務規範的引導，那麼所有人格特質就納入倫理的範疇，故倫理學作為技藝學重點在於人格的自我教養與塑造(汪文聖，2006)。在全球醫療體系的標準操作程序下，治療關係的建立與發展有其理論與階段性，常被討論建立治療關係的要件有真實、一致、尊重、自尊、價值澄清、同理心、寬恕、信任、賦權、以個案為中心、開放、自我揭露、自我探索與無條件的正向支持，這些要件是倫理原則也是護理技藝的實踐手段，護理人員必須熟悉自己與個案的關係發展階段與任務，例如:介紹期、工作期與結束期，在治療關係常被討論的階段性任務有合作契約、信任感建立、移情與反移情作用、試探與阻抗的處理、面度結束期的態度與處理原則；這些議題的探究是企圖建構治療關係的標準化格式與工具性的臨床應用。余德慧(2005)認為關注倫理主體是讓從制式的治療關係中另闢蹊徑，參考現象學提到的「生活世界」即是企圖將被醫療化的治療關係還原到生活世界的「置身所在」。傅柯指出將人轉化為主體有三種客體化模式，第一種模式是透過探究企圖賦予自身科學的地位，第二種模式是分離實踐中的主體客體化例如正常與瘋狂，第三種模式是透過自我關注而把人自身變為主體亦即主體化的過程；因此知識(第一種模式)、權力(第二種模式)與倫理觀(第三種模式)是現代人主體建立的過程(舒奎翰，2006)。因此探討護病關係中倫理主體的知識、權力與倫理觀，涉及從自我關注與自我修養，從而使之成為倫理主體的過程；即是護士透過修養過程及方法改變自己的存在方式與自我關係，選擇自我的工作態度與修養使自己成為倫理的主體。傅柯晚期思想轉向自我修養與自我關注的議題，即是自發性對自我施加權力以求改變自己或創造自己作為人存在的基本修練，他認為自我關係也是自我治理的權力關係(黃瑞琪，2003)。護士先檢視臨床工作中護病關係知識性的認識，進而理解護病關係中的權力意涵，運用傅柯的自我技藝學的實踐論述關注與修養自我，如:聆聽、說真話、閱讀、書寫、坦率、良心檢查、政治生活、性活動、緘默、隱居、養生與死亡美學等自我倫理技術，最終是要透過自我檢視與自我關注，以便修練其護理工作倫理的主體性。

葉海煙(2006)護理作為一種專業，已經在理論與實務界證成，而「生命關懷」已是護理專業照顧的核心意義，而治療關係的人際互動與互為主體也是探究護理照護的倫理議題；但是鈕則誠(2004)指出護理界在爭取醫療體系專業認同之際，卻忽略人本關懷的精神意義，護士專業

急切展現護理科學技術的工具性照護，而忽略實踐以人為本的表達性關懷。關懷作為一種能力乃人生而有之，由於護理專業之履踐自始至終皆在關懷者（護理專業人員）與被關懷者（亟需醫治照顧之病人）之間。因此，那流動於人我之間，並因「主體際性」而不斷加深擴大其效力與意義的情感（此一情感也自是所謂的「道德情感」），於是成為關懷最直接之載具；因此實際地建構以專業性、人文性以及理想性為內涵的一種特定的人際關懷(葉海煙，2006)。護理專業的倫理性是透過自身對他人身體與生活經驗理解，完成促進他者健康實踐的過程；反躬自省與病患相處的態度行為經驗是實踐護病關係的基則，蔣欣欣(2006)認為實踐反省的現象有投身處境、反觀自身與對話是實踐護病關係倫理的進路。<sup>11</sup>中華民國精神衛生護理學會在精神衛生護理師認證六大能力中治療人際關係實務能力提出八項指標為能自我覺察、能運用同理心、保持正向態度、能真誠對待與尊重病人、能持續關懷及支持病人、發展人際治療關係的過程、促進並維持雙向溝通與掌握有效溝通。沈清松(1997)指出生活世界是經由人的互為主體性而共同建構存在意義的世界；護病關係也是互為主體性的關係，護病關係專業倫理與實踐是在護病雙方互為主體立場而建構的治療關係，傅柯認為主體性是經由主體化的實踐被建構而成，自我反思是實踐主體化的技術，因此護士反思到護病關係間存有的倫理性，就能夠自我提升；護病關係的臨床現象中護士被賦予觀察與評估的權力角色，護士必須察覺自己在運用該權力角色的適切性，並體認在護病互動過程中的個人內在狀況，以及治療關係是互為主體的共同創造關係，即舒茲(Schutz)指出的充滿內容與相互投入的人我關係(mutual tuning-in relationship )(蔣欣欣，2006)；因此護病關係是無法置身事外的照顧關係，護士扮演最頻繁接觸的照顧者，面對這親近的臨床情境難免觸動護士個體的複雜內心感受，包括憐憫、關懷、罪惡感以及自己的生命經驗(夏林清譯，Menzies Isabel，1994)。

Gilligan(1996)認為女性的道德發展不同於男性之正義取向而較注重關懷的發展特質，這種關懷特質的女性倫理與護病關係的關懷照護不謀而合，更強化護病關係中關懷的正當性與必然性，但是過分強調關懷倫理的護病人際動態關係，卻忽略組織與體制結構對護病關係的影響，由於組織結構的社會化秩序影響護病關係中出現表達關懷的無力感(Bowden，2000)。

<sup>11</sup> 參考中華民國精神衛生護理學會網站資料，  
[http://www.psynurse.org.tw/Html/Show.aspx?Page=07\\_01\\_01\\_cultivate.htm&Menu=6](http://www.psynurse.org.tw/Html/Show.aspx?Page=07_01_01_cultivate.htm&Menu=6)

### (三) 護病關係的相關研究

Stockmann(2005)探討精神科護士與個案建立治療關係階段發展的相關文獻整理，發現 Chery Farchuk 從 1989 年開始進行一系列的精神護理一系列的臨床情境探討與理論建構(Forchuk & Brown,1989)；Forchuk (1992) 想探討護士與個案的介紹期間之時間長短以及相關因素的影響，她檢閱 73 位個案相關病歷與記錄文件，研究假設介紹期間的長短受到個案的診斷、年齡、性別、嚴重程度、住院次數與長短、第一次發病年齡等因素的影響。精神分裂症個案的介紹期間需要時間較久，研究目的是檢閱疾病的相關因素與建立介紹期間的長短的相關性，研究發現平均介紹期為 5.9 個月，其中有 23 個個案超過一年以上，32 個個案少於 2 個月，而影響介紹期的長短因素是個案住院的次數與長短。Forchuk (1995a)以比對法想探知治療關係介紹期的長短與個案本身還是護士本身有較高的相關性，其設計是 38 組同一位護士和二位不同病人以及 13 組二位不同護士與同一位個案的觀察樣本，以治療關係量表(The Working Alliance Inventory the Relationship Form)測量，研究發現每個治療關係都有其關係建立本質的特殊性與關注面向，與護士與個案的個別性無相關。Forchuk (1995b)研究精神護病關係的發展相關因素的探討，在人口學變項中個案年紀、性別、精神診斷、先前住院次數與時間長短、以及精神藥物的種類會影響介紹期的長短，而護士的專業能力、臨床環境、護士角色、以及護理會議討論個案時間長短會影響介紹期的長短。研究發現護士的臨床經驗豐富越能夠建立正向的治療關係，而願意提供較多時間與個案互動者也較能夠建立正向關係，而個案入院因素越複雜者(例如:多重診斷:精神疾病、物質濫用、邊緣人格)其治療關係越負向。Forchuk 與 Westwell, et al. (1998)研究從介紹期進展到工作期的歷程並假設若未完成介紹期的歷程是無法進入工作期解決個案的問題，訪談十組的護士與個案配對了解對介紹期進入工作期的歷程，整理個案的敘述內容提到個案相當在乎護病關係，而護士的態度與真誠是影響關係進展的重要因素，而有些個案也提到感受到護病關係中濫而無效、或是不對等的互動關係，而能夠進入工作期的重要因素是感受到信任、親密、真誠與有效的關注個案需求。Forchuk 與 Westwell, et al. (2000)提到精神科護士認為照顧嚴重與頑固型的精神疾病護病關係的護士態度的影響因素為態度一致、思條慢理、傾聽、正向的第一印象、讓人覺得愉快以及可以有效掌握治療關係，而個案的不一致、信任感難以建立、護士對

個案的負情感反轉移、反駁妄想症狀、不切實際的期望等因素會造成治療關係建立的困難。

Perrand, et al (2006) 治療關係是精神衛生護理學重要核心理論，尤其是在精神護理碩士教育的養成為不可缺的理論與實務，因此有關於治療關係階段性的發展與相關運用策略，以及對治療效果的影響為護理碩士課程的探討重點，在精神科護理的護病關係包含哪些本質是其探究的重點。近代科學結構與理論的轉移，精神護理的養成教育與角色功能也從傳統的治療模式轉型為心理教育、快速短期治療與勞動式的照顧(Haber & Billings, 1995)。在臨床實務中精神護理工作更重視藥物的評估與副作用處置更甚於心理社會需求的評估與建議(Keller et al., 2000)。而精神護理教育課程著重在精神治療的理論而忽略照顧的技術與策略的發展與探究(Wheeler & Delaney, 2005)。Perrand, et al (2006)企圖建構完整的精神護理的護病關係論述以利精神護理課程的發展，該理論模式將護病關係分成四個面向，即病人因素(Patient factor)、建構關係因素(relationship factors)、治療性技巧(Therapeutic technique)、期望療效(Expectancy)，作者透過學生與個案的互動過程與文獻參照，建構此護病關係模式，企圖讓精神科護理的護病關係課程有所依據地規劃學生應具備的專業元素。Norcross et al. (2006) 提到治療關係的同盟概念，即是強調治療關係的目的應該是讓個案增能賦權。Perrand, et al. (2006)整理文獻將治療關係的同盟策略列表參考，治療者常用的幾種增加個案權能的態度與策略，包括:在治療前期即發展為合作的夥伴關係、讓個案有做治療方向的決策機會、讓個案形構自己的生命理論、以個案為中心理解其認同的治療方向與工作訓練、開誠佈公地分享彼此得互動關係等。

Peternelj-Taylor & Yonge(2003)挑戰護病關係的專業角色與責任，透過文獻與臨床實務的對話，自我察覺與反思護病關係的界線的合理性。Brown(1994)與Gabbard(1996)提到護病關係中常見權力宰制與權威管理，因為精神護理工作的獨立性與權責制度，讓護士跨越護病關係的合理界線而侵犯個案的人權立場時有所見。因此在護病關係的界線拿捏，避免不當的關係界線超越與權力侵犯，自我察覺與自我反思是相當重要的專業能力，並且透過護士同儕的分享與督導的協助可以讓自己在護病關係的界線更具有客觀與中立的立場(Peternelj-Taylor & Yonge, 2003)。Cameron、Kapur與Campbell(2005)指出精神科護理的工作每天必須面對繁重的常規照護活動以及許多行政事務的處理，相對的花費在護病關係的建立與溝通的時間變得相當有限，因此治療性

人際關係理論與臨床實務的執行需再有明確的對話平台，另外護士需要更設身處地理解精神個案的立場與需求。

治療性人際關係與個案治療結果的效果值達0.22-0.26(effect size  $r=0.22-0.26$ ) (Martin, 2006)；而憂鬱症的研究發現治療性人際關係有高達21%的變異量足以解釋個案症狀改善的因素，更甚於其他治療的2%變異解釋量，觀察精神護理照顧較注重治療性人際關係的病房，其個案的症狀緩解的比例是其他病房的三倍(Krupnick, et. al., 1996)；Frank與 Gunderson (1990)指出治療性人際關係對精神分裂症病患照顧的影響，發現個案放棄精神醫療協助的現象降低，比較願意持續接受藥物治療，精神個案能夠維持較好的社會角色功能。關於精神科臨床治療性人際關係的量表McGuire-Sanieckus, et. al. (2007)發展社區精神照護的治療性人際關係量表以了解照顧者與精神個案對治療性關係的感受與相關影響因素。建構治療性人際關係量表的相關因素分析發現治療者對醫療體制的無助感、精神個案的攻擊、與家屬對治療的干擾也會影響治療性關係的品質，此量表有照顧者與被照顧者二種版本，其向度包括：護病二者檢視醫療體制中正向合作的觀點(positive collaboration and positive clinician input in both versions)、病人對非支持性醫療的感受(non-supportive clinician input in the patient version)、照顧者的情緒困擾(emotional difficulties in the clinician version)，該量表簡稱STAR-P & C(The Scale To Assess Relationships-patient & Clinicians)，可做為臨床實務探討護病關係的應用。

成令方(2002)指出醫病關係長期以來深受詬病，近年來醫界也開始出現反省的聲音，以「醫用關係」的思考模式來重新思考這個醫療社會學中的核心議題。「醫用關係」中的醫療專業者不限於醫師，還包括護士與其他醫療專業者；而醫療使用者則包括所謂的病患與尋求醫訊的民眾。

「醫用關係」的思考可以讓我們看到一個比我們熟知的「醫病關係」還更複雜的圖像：在診療情境的「不確定性」情況下，加上醫療者和醫療使用者都是「多重認同的主體」，他們之間的互動具有多樣知識交流和微觀權力運作的關係。因此主張不再以病人的滿意度和醫病溝通中的遵從醫囑為研究議題，而是以知識和權力作為「治療關係」的批判與反思。

#### (四) 護病關係相關文獻評述與研究相關性

上述文獻以佛洛伊德的治療性人際關係延伸至精神科護理學的護病關係，從人文哲理觀點談及護士與病患互動的倫理性，以及護病關係的相關指標實證性探究與病患治癒的關係，護病關係的人文關懷是護理專業發展的重要論述與立場；但是在充斥現代科技與技術的照護環境，護理專業觀點療癒立場的護病關係下，護士與病患的關係是否還是如 Peplau 所言，治療性人際關係的內涵包括真實、一致、尊重、自尊、價值澄清、同理心、寬恕、信任、賦權、以個案為中心、開放、自我揭露、自我探索與無條件的正向支持？我在護理臨床場域，充分感受到護士與病患關係的形變，彼此之間的不信任與防禦氛圍，似乎與教科書中所論及的充滿人文關懷的護病關係無法謀合，是誰變了？護士？病患？還是整體的醫療政策與環境讓關係改變？本研究關心的研究旨趣即是想瞭解台灣現有的護理場域所展現的護病關係是何種的樣態？理解造成這個樣態的脈絡因素為何？以及身為護理專業教育者如何拋開刻板的護病關係理論，建構更符合台灣臨床現況的護病關係論述！

## 第二節 組織信任與認同政治

### (一)組織信任與認定

組織(organization)面臨的環境越來越複雜，不同層面的個體希望從組織獲得的利益不盡相同，且有其多元化與個別化；而組織信任即是員工感受到組織的支持，並信賴組織主管對員工的誠意(Demircan & Ceylan, 2003)，Yücel (2006) 對組織信任的解釋為組織員工與組織間可以共同決策合乎倫理原則的共識目標；而組織信任與組織承諾、工作滿意度、離職傾向與公民組織行為等變項有相互關係與因果影響，而組織信任對員工的工作效率有正向相關(Halis, Gokgoz, & Yasar, 2007)；組織信任是降低護士高離職率的關鍵因素，護士能夠信任自己的主管、同事與工作機構以展現更高的工作滿意與效率，增加對護理工作的認同與投入進而降低離職率，因此臨床機構組織需要理解那些因素是提升護士對組織信任的要項，預測影響組織信任因素的影響力與提升策略以降低護士的流動人力成本 (Altuntas,2008)。Young(2001)認為組織認定具有凝聚各階層共識，解決策略或結構衝突及導引組織目標的重大功能；組織認定是組織個體與成員共享目標或經驗的知覺，而出現對組織團體的歸屬感，包括共有特徵的知覺、成員歸屬感、對組織

支持的情感成分。

Elsbach與Bhattacharya(2001)則認為組織成員所覺知的組織認定內涵，若與成員自身的自我概念相異甚遠，則會產生去認同化並導致負向行為；Ellemers、Gilder & Haslam(2004)發現透過組織認同過程中自我歸類與社會認同，能夠讓個體與群體表現較佳的士氣、環境適應力、對組織目標產生共識、以及讓領導者的領導效能變佳。Foreman與Whetten(2002)認為組織認同是組織成員在界定其個人特質與組織特質之間相似程度後產生一致趨同的結果，組織成員在認定的比較過程出現高度一致的結果即是所謂的「組織認同」。組織認同是組織成員用相同的屬性以定義自己與組織的關係連結；在護理臨床的組織認同研究也指出護士對工作環境所評覺價值信念與自己的價值信念相近者，其對組織的適應與認同較高肯定與穩定( McNeese-Smith,2001)。組織認同屬於社會比較過程後半端的結果變項，具有許多其他功能特性，例如：在個人層次上，對於社會團體產生組織認同將能夠強化個人自尊、自我獨特性及自我延續性(Dutton et al.,1994)，成員對組織產生組織認同，將能夠提升成員長期承諾與對組織結構政策的支持(Bhattacharya, Rao & Glynn, 1995)。Altuntas與Baykal(2010)探討482位在土耳其歐洲境內11家有上百個病床醫院的護士對組織信任與組織公民行為的表現與相關因素探討，結果發現護士對病房護理長與同事有較高的信任分數，而對組織本身的信任分數較低，在組織公民行為方面的表現排序依次為盡責行為( conscientiousness)、謙恭有禮( courtesy)、公民道德( civic virtue)與利他行為( Altruism)，而運動員精神( sportsmanship)的得分僅過平均值，運動員精神意味員工能容忍不理想的工作情境而無怨無悔，此研究的對象在這部分的表現偏低；護士對組織信任與組織公民行為的盡責行為、謙恭有禮、公民道德與利他行為有正向相關，與運動家行為無顯著相關；而組織信任可以預測護士對組織的工作滿意、承諾認同與離職傾向。

## (二)認同與認同政治

Identity即「同一性」的意思，在國內學界被譯為認同、身分、屬性等字義，認同是歸屬(belonging)的意涵，及自我與他者的共同與差異處之區辨，也是自我所存有的所在感以及自我與社會的關係。個體認同可分為個人認同與社會認同二個層次，個人認同即是自我的建構，而

社會認同是個體將自己放置在所生存社會的方式。薩伊德認為自我的認同不是靜態的物件或實體，他是包括歷史、社會、知識及政治文化等方面的個體與團體參與競爭不斷往復的過程(孟樊，2001)。孟樊(2001)從黑格爾、馬克思到尼采與海德格的觀點論述認同的概念，黑格爾主張自我意義是自我擁有調整並認知其行為目標的能力，以擴大且完善自我倫理生活準則，將內在生活所欲追求的主題與社會經驗結合，即「內在生活主題化(thematization of the internal life)」；馬克思認為自我因資本主義在剩餘價值邏輯的運作下，被其生產體制予以壓制因而造成其異化(alienation)，人的異化即是人的自我分離，人要從經濟需求的壓迫下解脫恢復充分人性，即「克服異化恢復本質」；黑格爾與馬克思對自我的觀點是現代自我理論的典型代表，現代化自我是具同質性、統合性、自主性、穩定性及理性的主體。而尼采與海德格的論述展現的是後現代的自我觀點，尼采認為作為主體自我無法有效契合內在的衝動與感受，自我整合的需求是源自於社會的壓迫，人的內在驅力無法等同於任何世界的本質與可能性，往往所謂自我的真實與自主下已經將群體的他者化為自我的部分；海德格強調存在先於本質，即人可以藉由存在的信念而發揮無限的本質與可能性。傅柯關於自我與認同問題的後現代進路更具有現實性與政治性，以系譜學方式爬梳現代歷史轉變對於主體控制的現象是涉及許多支配性建制，考察權力論述的策略，從權力角度看待及處理自我與主體問題；因此自我不再單純是主體也是客體，現代的自我已隸屬於所謂的「規訓化的社會」(disciplinary society)，並為知識與權力所穿透，個體在規訓的環境被積極的模塑而成型，自我被特有的技術而織造並進而支配人的主體。

探討精神科護士在認同的議題中可區分為對自己專業角色的認識與認同，以及置身醫療組織與體制中如何權變自己角色與功能的社會認同。從社會學的觀點，認同都是涉及自我建構及個別化的建構過程，認同是人類意義與經驗的來源，關於認同指涉社會行動者時，是在整套的文化特質或體系中建構意義的過程，對特定的個人或群體而言出現多重的認同現象，這種多元性對個人的自我表現和整體社會行動而言都可能是壓力與矛盾的來源；因此各種角色都是由社會組織與制度所架構的規範來界定，對個體的影響取決於個人與這些制度或組織間的協定與安排(夏鑄九譯，2002)。認同是社會行動者意義的來源也是行動者經由個別化的過程所建構的，雖然認同可能源自於具有支配力的制度(社會、教育、醫療等機構)，但是社會行動者將之內化，

且意義化其內化過程的建構而形成認同；認同所建立的是意義，而角色所建立的是功能，置身在特定的社會脈絡中，對大部分的社會行動者而言，意義是環繞著跨越時間和空間並自我維繫的原初認同而建構的。因此探討認同的真正課題是認同是如何產生以及如何構成，所參考的材料源自於個人的知識、價值、信念以及置身社會制度本身的權力機器與控制。夏鑄九指出由於認同的社會建構是在一個權力關係所界定的脈絡裡，打造認同的形式與起源區分為三種型式，一是正當性認同(*legitimizing identity*):由社會的支配性制度所引介，以拓展及合理化對社會行動者的支配；二是抵抗性認同(*resistance identity*):由支配邏輯下處於被貶抑或污名化的位置/處境的行動者所產生的，如同建立抵抗的戰壕並生存在以不同或對立於既有社會體制的原則基礎下；三是計畫性認同:社會行動者基於能獲得文化材料，建立一個新的認同以重新界定其社會位置並藉此尋求社會結構的全面改造。從社會理論而言，這個認同序列的動態確實說明沒有一種認同是本質性，也沒有一種認同本身可以不根據其歷史脈絡就具備進步或退步的價值，另一重要課題是這些認同現象為該認同的個體所產生的利益為何？

廣義的政治(*politics*)是探討人與人之間關係的藝術，狹義的政治則是指一種手腕、權術與算計。政治背後就是一種權力關係，傅柯的權力論述具備瀰散與隱蔽的特質，是無所不在且積極、主動與生產性的概念；以微觀權力的模式研究主體化的過程並在晚期偏向個人倫理學的生存美學探究，這種自我對自我的所施展的自我控制權力型態，即是傅柯自我技藝學中「政治生活」的核心概念(黃瑞琪、王恭志，2006)。認同政治理論乃源於對啟蒙主體觀的批判，啟蒙主體觀認為人類的概念是有核心與統一的個體，並賦有理性、意識和行動的能力，在個體存活的期間基本上保持一致的、連續的和同一的特性，這種自我的本質核心就是個人的認同。這種認同概念的本質論過於化約，忽略了社會與文化對個人認同所產生的影響，於是George H. Mead與Charles H. Cooley 等社會學家提出另一種社會學的主體觀，指出主體並非自主形構而是相對於「重要他人」(*significant others*)而參照，這些「重要他人」向主體傳介其所在世界的價值、意義和象徵(即文化)(朱政麒，2006)。Bradley(1996)指出認同政治涵義有三個層次，即被動認同、主動認同與政治化認同，認同政治即是一種手段與目的的政治化認同而採取行動於以達成。Dean(1997)指出「認同政治」中的認同與政治二者是互為建構的概念，個體以參與獲得

承認的前提而擁有必要的功能、權利和義務，以便展現個體在團體或組織被承認的價值，因此擁有自我感是有效的政治行動的前提，亦即政治來自認同。後現代主義對認同政治的觀點主張關注差異與衝突以及這些差異在政治上如何被交涉或折衝，因此認同政治不只是界定個體在特定組織團體的生活認同特徵，主要焦點是在政治生活本身界定個體特徵的手段或風格。Hall (1992) 指出個體本身內部會有矛盾的認同，讓個體不斷權衡與反思，因此個體的認同會不斷地轉變。如果個體覺得自己擁有從生至死的統一認同，只是個體建構了一屬於自身的的故事或「自我敘事」；因此完全統一、完滿、安穩且連貫的認同只是幻象。由於認同乃基於主體如何陳述或再現而產生轉變，所以認同化 (identification) 並非自動發生，而是要贏取或喪失的被政治化。認同被視為一種「自我敘事」，使得許多對認同政治的討論，都是透過對文學作品或其他文本的分析，強調認同的多元、差異、混雜與碎裂。對於認同的分析對象太過侷限於文本，而忽略了其他形式的社會脈絡。「差異」是後現代認同政治重要的概念，差異是主體的另一面向，對此面向的理解可以把握認同的真義，Hall(1997)從索敘爾的語言學、巴赫汀的語言學、文化人類學與精神分析學等四種理論說明差異的意涵，這些理論指涉的不同的分析層級，即語言的、社會的、文化的及精神的，差異本身乃是正反並存的曖昧狀態。Ward(1997)指出認同無法脫離其置身的社會性，甚至認為認同是社會建構的產物。所有的社會實踐（包括制度性的實踐）都蘊含著認同意義，因此認同意義形塑了我們的所做所為，因此社會實踐都具有認同論述的面向 (Hall, 1997)。黑格爾認為人之做為一種具自我意識的存在，自我必須參照對立的他者而完成存在的現象，而自我與他者是互相承認的抗爭關係，因此差異隱含權力關係，差異形成即是權力關係的誕生，或說探究權力的源頭即是差異的存有，差異活動現身自然隨之出現政治活動，故認同政治即是權力關係的顯現

### (三)組織/政治認同的文獻評述與研究相關性

探討精神科護士在認同的議題中可區分為對自己專業角色的認識與認同，以及置身醫療組織與體制中如何權變自己角色與功能的社會認同，Ward(1997)指出認同無法脫離其置身的社會性，甚至認為認同是社會建構的產物。所有的社會實踐（包括制度性的實踐）都蘊含著認同意義，因此認同意義形塑了我們的所做所為，因此社會實踐都具有認同論述的面向 (Hall, 1997)。

因此我們將認同與差異政治放在實際的照護臨床中，檢視護理人員的主體如何在制度性的組織環境裡被形塑與剝削，在象徵的層次上受到「專業」意識形態的影響與束縛，以及護理人員在護病關係中的主體如何展現權力角色與處理權力關係。護理宣稱其「專業」工作的屬性，除了過往歷史與社會對其特殊的期待外，護理人員的養成教育中也不斷強調某些專業承諾。朱政麒(2006)以護理人員的勞動過程為分析現象，採紮根理論的研究方法進行參與觀察與深度訪談30位護理人員，企圖在近代醫療的財團化、商品化與市場化討論護理專業內涵、醫護間的不對等關係與社會大眾對護士的文化想像與期待，以認同政治揭露護理人員的主體在制度性的醫療組織中被銘刻與被剝削，加上象徵性的專業意識形態的束縛，護士在權力運作中如何抵抗與認同這些壓迫與束縛的真實再現與反思。本研究嘗試以「認同政治」的概念來論述精神護理人員在專業倫理的立場如何權變組織的權力結構而置身與認同，意指護士對精神科醫院和病房的管理方式或常規處理的認知、態度與行為表現。以艾波(M.W.Apple)認同政治的敘事概念，理解護士在臨床環境面對習以為常的治療環境與常規，如何察覺精神醫療專業知識、國家政策與權力之間的互動所彰顯的意識形態。以批判民俗誌研究方法從護士的語言與行動中描繪他們所採取的策略，並在護病關係的專業論述下，理解護理人員如何在權力與倫理中認同其專業的動態建構歷程。

### 第三節 醫護階級與權力關係

權力「總是已經在那裡」，沒有人「置身其外」，沒有一個邊緣可以讓和系統決裂的人戲耍。但這並不導致必然接受無所遁逃的支配，或是法律這邊的絕對優勢。指出我們永遠不會置身權力「之外」，並不意味我們深陷其中而注定失敗。

權力關係沒有不伴隨抵抗的；抵抗就在權力關係運作之處形成，也因此而格外真實有效；對權力的抵抗不必非得來自他方才實在，抵抗也不會因為和權力同一國度而必然受挫。抵抗和權力置身同一地點而更加顯著；因此，和權力一樣，抵抗是多重的，而且可以整合入全盤策略之中 (Foucault, 1980: 141-2；王志宏譯)。

通常我們對權力的效應與運作都是歸於壓迫與負面的象徵，權力似乎是褫奪、限制、否定

的意義符碼，傅柯卻認為大眾對權力的體認其實大部分是正面或構成面；即我們把塑造成生活與關係的「真理」正常化，藉此順服於權力，並進而在權力的運作中又建構/產生真理(廖世德譯，2001)。傅柯提到對權力的正面效應是指構成與塑造人類生活的運作機制，而傅柯認為的真理也是人類建構與塑造而成為實際說明人類生活的「真理」。傅柯發現任何一種權力的運用與實行，都會根據其真理論述作為引導，人類不是因為真理而運用權力，而是因為權力的關係才臣服於真理的生產。因此從十七世紀以降生活、勞動、語言各方面的制度的出現與成功都是依靠權力技術的操作，而現代權力技術再依賴人類所建構的「真理」而再建構知識，因此知識與權力交互運作而建構人類的生活歷史(廖世德譯，2001)。權力運作對社會結構運作有其必要性，因此權力關係中人與社會互動有其合法性，在精神醫療體系存在的權力結構，可以協助醫療目的運作，因此置身其階層結構的工作人員或是精神個案習於此權力關係但是未必自覺此權力的合法性與適當性，探究治療關係中的權力運作是有助於臨床工作者察覺與反省人文關懷的真義。

#### (一)傅柯的精神瘋狂史與權力論述

傅柯認為任何知識都有眾多真相，因此以追溯歷史事件的方法探討這些項目內各種個別的實踐方法、技巧、分辨真偽的規則等的變化。論述是一套潛存在知識和其使用者所接受的符碼系統，代表著一種開展的可能性，人類實際的現實活動是依循這套符碼所設立的規則而發，事實上人類的實踐活動是遵循著當時被普遍接受的論述規則所影響；因此傅柯在〈瘋狂與文明〉一書中，探究「瘋狂」是源自於十七世紀的「理性世界觀」對人產生新的分類，加上工業革命產生分工的經濟系統，新的論述方式加上制度上的安排，將「非理性」之人從社會隔離成為當時社會新的知識符碼，這種新的論述與分類方式不但經由社會制度的安排，將異於正常標準的人排除在一般社會運作之外，同時亦限囿人類在思想的可能性。在二十世紀基於精神醫學高度發展下產生一套新的「病症」符碼以論述瘋狂，對身體「凝視」讓醫病關係產生社會關係的轉變，形成新的知識系統與符碼，人體科學與臨床經驗成為新的論述中心，而此論述強化醫師的權力，將病患視為客觀分析和認知對象。總言之二十世紀的醫學發展藉由臨床經驗產生新的論述符碼形成新的知識體系進而取代傳統醫療知識(翟本瑞，2002)。

<sup>12</sup>傅柯將古典瘋狂史分為三個區塊，第一是文藝復興時代(約15-17世紀)，此時期瘋狂與理性雖然互相拒斥，卻也互相依賴。瘋狂與理性仍存在著對話，甚至瘋狂成為理性不可或缺的部分，如李爾王的例子，便是透過瘋狂最後才得以達到理性。第二部分是古典時期(17-18世紀)，即傅柯所謂的大禁閉(great confinement, 1660-1750)時期。瘋狂與非理性被視為是同樣的狀態，因為當時社會認為工作倫理優先性的價值所影響，而被一起排除(moral exclusion)在社會之外。第三部分是古典晚期(18世紀末到19世紀初)，瘋狂與非理性界定並不明確，但是瘋狂已經轉變為精神疾病的病理化觀點，並出現療養院的社會隔離機制。傅柯認為現代療養院複製了家庭的結構，也保留古典時期的社會控制的功能。精神醫療的治療關係內化療養院的關係結構，理性與非理性的對話平台已經崩解，只剩下精神醫學的獨白。療養院興起的理由，包括：人口增加、工業與都市化、資本主義興起、社會控制、以及精神醫療的崛起。19世紀中葉，精神失常已經成為法律認可由專家診斷、鑑定與處置的狀態，療養院也成為處置精神疾病問題的公領域手段。精神科醫師利用權威幫助精神失常者管理激烈且失序的情緒或行為，成為往後精神醫學治療關係中的毫無置疑的傳統典型。

傅柯在《規訓與懲罰》描述經過人文主義改革之後的現代監獄如何透過繁複綿密的時間空間細節之安排，啟動一連串監督凝視的機制，將囚犯個別化及對象化，並使其再次成為法律的主體。這些矯正及正常化的機制主要是透過身體進行的。在監獄中，囚犯的身體一方面被改造成為馴化的身體(docile bodies)，另一方面則成為符合資本主義生產及資本累積之「有用的」，即具有生產能力的身体(林淑芬，2004)。傅柯並不認為權力關係可以化約為壓迫關係，事實上權力關係作為一種複雜的機制，可能具有生產性以及伴隨新的權力技術演變，關於人的知識所產生的變化。傅柯對懲罰制度演變的系譜學研究，所關注的是施展於身體的政治技術與人的對象過程之歷史，可被解讀為「權力關係及對象關係的通史」。值得注意的是，人在被對象化的過程同時也被建構為主體，這種主體化及對象化的同時性乃是貫穿其傅柯權力關係與主體形構的思想主軸。

---

<sup>12</sup> 陽明大學「2007 傅柯、身體與文明」讀書會記錄，導讀人：王文基(陽明大學科技與社會研究所)

[http://xas.km.nccu.edu.tw/xms/xas\\_op.php](http://xas.km.nccu.edu.tw/xms/xas_op.php)

從傅柯的規訓與懲罰與古典瘋狂史的系譜考古學中論述的權力技術與對象關係理解療養院的誕生有其歷史的脈絡與權力複雜運作而產生的知識體系。過去療養院強調管理者與醫生的道德水準，理性管理的療養院本身即靠建築結構與管理彰顯療效。源自於感覺論哲學(sensationalism)建議精神個案脫離原生的環境以便降低外在有害或助病態的感官刺激，拘禁在療養院接受結構環境的管理以達到社會控制的治療目的。過去療養院治療的主軸是鼓勵療養院住民工作勞動或休閒活動以降低症狀干擾，因此療養院與其他機構，如：習藝所、感化院、監獄有其相似性，管理者以休閒活動與勞動達到個案行為與情緒的矯治功能，而這套治療技術(規訓與控制)在精神醫療領域得以建立其正當性與專業化。傅柯在談論《古典時期瘋狂史》關心的是瘋狂感知和瘋狂/理性關聯的歷史再現問題；他在《精神醫學權力》論述的是社會/國家藉由權力運作將精神個案處置、安置與裝置的歷史演變，因此精神醫學的權力技術形同於《規訓與懲罰》所討論的權力機制的誕生與運作邏輯。傅柯認為19世紀的精神醫學應該放在規訓權力的脈絡下觀察，精神醫師的權威來自於其身體體現在療養院的關係結構中而彰顯。

傅柯認為療養院管理的重心是在於瘋狂既是錯誤的意念就應該以改變現實來去除錯誤的意念。因此對於瘋狂的治療在於現實的強化，並藉由規訓的手段和醫師的權威讓瘋狂者接受現實。所謂的現實就是符合社會認可的舉止與角色功能，並接受自己瘋狂的現實(承認自己瘋了)。19世紀的精神醫學重點並非知識的累積而是現實的強化，精神醫學的技術有二方面，一是努力找到瘋狂的症狀或病因，二是將規訓權力轉變為醫學知識；因此療養院的治療目標是利用規訓來消除症狀並讓瘋狂者現實化。傅柯激進的認為精神醫學對瘋狂者的治療理想即是進入「癡呆」狀態，一方面不再表現自己的症狀，一方面順應所有的規訓指令。因此早期大腦白質切除術為之興盛有其脈絡可循。從精神醫學的問診與藥物治療，都是精神醫療權力化的象徵，從對瘋狂是錯誤信念並造成社會不安為起點，精神醫療要去除個案的錯誤信念(瘋狂症狀)，審問與告白(即精神問診)成為合理化的權力技術，企圖從個案的告白中找出疾病因素的蛛絲馬跡(症狀、家庭遺傳、創傷因素)；若個案不願意規訓這套治療模式或是不願意承認自己是瘋狂者(即病識感)，規訓手段是另一套合理化技術，包括：約束、隔離以及強制性的藥物治療。

<sup>13</sup>傅柯晚期的對精神醫學權力的觀點有三個方向，(一)將權力的作用方式過度推導向一種暴力(violence)的方式：暴力總是讓人想到一種「不規律的、激情的、迸發性的權力」，似乎這預設著權力的施行不能是「一種理性的、計算的、經營的遊戲」。(二)過度強調了精神醫療的「體制」(institution)面：因為體制總是令人想到個人及群體以及管理群體的規則，然而重要的卻是「權力的設置，即構成某種形式權力的網絡、流動、連結、支撐點和潛能差異，它們同時構成了個人和集體。」。(三)以「家庭」的模式來解釋療養院的運作和醫院病人之間的關係：這個模式本身並沒有問題，甚至我們會看到，它在後來會受到大量的採用(Foucault, 2003)。

傅柯把西方醫療權威與人的身體追根究柢重新審問後，提出「療效」變成是「建立在專業壟斷之上的論述成功與否」的問題，讓西方醫學不得不承認專業醫療效果的有限性，但仍不免貶抑其他治療的存在而稱為另類醫療(alternative medicine)。隨著傅柯解構西方醫學的權威，英國 Bryan S. Turner 以韋伯的專業化(professionalism)概念反省西方醫學之醫療權威背後專業壟斷與權力鬥爭等結構因素，而韋伯提到的科層理性(bureaucratic rationality)概念，說明現代醫院結構在建立專業制度與形象的過程中運用科層理性的管理方式(張珣，2008)。

傅柯認為自十七世紀以來，個體已經陷入複雜的、規訓的、常態化的、全景控制的權力牢籠裡，個體的行為都受到判決、測量與矯正，人類的關係是某種程度的權力關係，因此個體是活動在永久性的策略關係中；後現代對權力關係的觀點指出權力不在是國家機器所獨佔，而是分散在身體、性、家庭、親屬、工作場合等社會網絡之間，在型塑和轉化個體的認同過程中，權力運作形式不會依據特定的設計公然去為特定個人的利益服務，乃是為多元與變遷的利益服務(孟樊，2001)。

## (二)當代精神醫療體系的壓迫與服從

現今民主政治國家越來越重視健康醫療照顧機構病人的主權問題，特別是弱勢個案(例如：溝通障礙、精神疾病)的主權規範，因此法令保障的服務常見於精神醫療系統以保障精神個案

---

<sup>13</sup> 參考林志明〈權力與正常化：由《精神醫療權力》邁向《非正常人》〉  
<http://www.soc.nthu.edu.tw/files/speech/200402281639161077957556.doc>

的人權與自主。有關於病人權力的忽略或剝削是精神醫療機構是可觀察權力壓迫關係的田野場域，尤其是工作人員和病人對治療觀點不一致時，彼此權力關係的施展往往影響治療的決策與方向，事實上在精神機構的治療關係隱喻著權力脅迫與要求服從的治療性人際關係。因為病人是自願接受治療還是迫於壓迫而接受治療的界限是相當曖昧不明，因此身置臨床情境的醫師或病人不見得可以清楚的察覺治療關係中隱含著權力的壓迫。在精神臨床的照顧現象或是法院的精神醫療交叉詰問都可以察覺到階級與權力的運作關係，但是研究文獻並沒有充分探究與區辨精神個案主體對治療建議是否有不可言喻的脅迫感受(Hoge et al.,1997 ; Kjellin & Westrin,1998)。

Arrigo與Williams (2000) 在醫學法律研究發現精神病患的人權在醫療決策的歷程中常常不經意被忽略，在權力與階級的關注論述中似乎也會忽略精神醫療體系中治療性人際關係的爭議現象。Sjöström(2006)企圖以外來者(the others)的眼光田野調查觀察精神科病房的權力關係與運作，分析工作人員在臨床情境中不自覺或習以為常的使用脅迫式解決問題的模式，在精神醫療生態習以為常的階級關係中，臨床人員不自覺的操弄權力的立場要求精神個案接受治療與配合治療活動，可能只是語言與非語言的建議，精神個案就會感受到脅迫式暗示或警訊因而配合治療，無論其起初是否有意願接受治療，個案必須在此隱喻權力壓迫的環境氛圍中尋求生存因應方式。研究發現精神個案無法自發性的主張自己的治療方向，對自己的治療權力也一無所知，因此如何解構精神醫療環境的階級並揭開權力關係內涵室研究關心的議題。

在護病關係的互動觀察中，發現壓迫(Coercion)與遵從(compliance)是一體二面的形式存在，研究者必須關注於事件的來龍去脈，在去情境化的事件主軸中區辨壓迫與遵從的現象，遵從或不遵從總是在工作人員與精神個案合作與妥協的情境或活動中發生；精神醫療人員在治療關係互動中難免以父母的傳統形象現身，協助精神個案處理/解決生活的困擾，而父母的角色上既權威又關愛，因此難以區辯互動情境中何者是壓迫何者非壓迫，往往還涉及醫療工作人員的自我檢視/反思，以及被照顧的精神個案的主觀感受。事實上，壓迫性質的照護行動多是面臨倫理困境的處境，例如精神個案的治療決策，因為病患受到症狀影響、知識不足、年齡、教育程度、婚姻狀態等因素影響而被認定難有正確的判斷(Riegel & Carlson, 2002; Dharmendra & Eagles, 2002)，另外治療的效果、社會資源、以及治療關係等因素也會影響個案不願意接受治療，因

此家屬或工作人員會以強制性的態度要求病患配合治療，因而變相為社會資源不等的權力壓迫治療關係(Dharmendra & Eagles,2002)。Sjöström(2006)認為解構這默會的權力關係的最好策略即是提供精神個案更多的權力教育資訊與教育課程，讓他們學習思索與反思自己的疾病角色與生活決策權力；而精神體系的工作人員並不適合擔任該課程或訓練的主導者，因為彼此權力關係已經根深蒂固結構化，工作人員難以跳脫有權力者的角色，予以賦權精神個案來批判或反對自己。探討醫療體系權力結構的現象，必須考量其工作人員慣有的權威作風是為便於照顧的管理，並不是刻意要施展其權力的立基而進行壓迫的事實，因此必須客觀持有對原有醫療環境文化的熟悉與理解，以進行符合事實的詮釋與批判(Grant & Briscoe, 2002)。事實上，工作人員權力的展現也是在處理病患對醫療意見不一致時的激進手段，以利於院方的治療策略可以順利執行；但是身為醫療工作者會發現權力壓迫互動的強制治療決策，受到立法與道德的約束、行政的成本與治療關係的損害等三因素的影響(Sjöström，2006)。世界精神醫學協會(World Psychiatric Association, 1996) 指出在不同的國家的法令通常反映在特殊的情境下，才會考慮脅迫的最後手段，也是符合醫學倫理的概念。馬德里宣言中精神醫療面對精神疾病個案的倫理標準，提到如果不接受治療但是針對自己或他人就會有嚴重的風險時，即可以採取脅迫的方式要求精神個案就醫。<sup>14</sup>參考台灣97年精神衛生法修訂版也指出必須尊重個案就醫與否的意願權力，但是若個案有嚴重傷害自己與他人之虞，有二位精神專科醫師同意即可以強制個案就醫，並且強制治療的費用由中央政府負擔。無論西方或台灣的強制治療都是如此，對國家而言都是額外相當的醫療成本負擔，包括：強制鑑定費用、人力成本、法院詰問與瑣碎的文書作業，這些都是成本的支出，而強制治療也會明顯損害治療關係的發展(Haglund, Von Knorring, & Von Essen, 2003)。朱政麒(2006)以勞動與資本角度觀察護理臨床工作，指出護理人員的勞動過程是在雇傭關係與護病關係的夾縫之間運作；雇傭關係一方面強調等價交換（勞動力與工資的交換），因而必須標準化、稽核與理性計算；另一方面，雇傭關係又帶有或隱或顯的封建專制支配，所謂「醫療商品化」正是在此條件下不斷地被建構與重構。在護病關係上護病之間存在著某種「顧客至上」的意識形態；同時護病間也包含著傳統照顧者與被照顧者的「親密」關係，後現代的護理專業

---

<sup>14</sup> 台灣精神衛生法修訂版，96年通過，97年執行。

倫理在此不斷地被建構與重構。筆者認為隨著健保制度與醫療機構評鑑等運作下的台灣醫療生態，護理專業生態越來越勞動化、機械化與工具化，與學校護理教育所宣稱的「以病人為中心」護病倫理關係相去甚遠，因此許多護理畢業生，在進入臨床工作時產生的現實休克，而出現適應不良的狀況。

我們可以站在精神個案的觀點或立場察覺權力互動與壓迫的臨床情境，並非每個人都熟悉法律的規定，醫療工作者深信自己是為個案著想而不得不使用壓迫的方式處置個案的行為或需求，甚至認為在面對沒有危險威脅的精神個案操作壓迫的照護手段是具備合法性和正當性。對於精神醫療情境中治療關係中的權力壓迫/宰制的檢視，企圖讓醫療工作人員反思在去權力結構的醫療關係中，可否不使用壓迫的手段仍然可以達到治療的可能性。解構精神醫療治療關係中的權力結構，並賦能精神個案對自我權力的認識與主張，可以實踐治療關係更具人文關懷的理想。

衛生署以評鑑與稽核有效的控管台灣的精神醫療體制的醫護品質，評鑑稽核是一種權力關係的展演，是一場監看與被監看的儀式也是將互為客體化的技術。在此儀式中，受稽核者成為「臣屬主體」，這種規訓的作用可分為兩方面，既增強了人體的力量（從功利的經濟角度看），又減弱了這些力量（從服從的政治角度看）；經濟剝削使勞動與勞動產品分離，規訓強制在肉體中建立了能力增強與支配加劇間的聚斂聯繫（劉北城、楊遠嬰譯，1998；Foucault, 1979）。「臣屬主體」所面對的問題、憂慮、困難等不會被正視，即使有人願意關注這些問題，也是為了加強規訓與加劇支配。

黃達夫(1999)指出現代醫療是一種科學，而診治病人的行為卻是超越科學的，換句話說，診治的行為是一種社會學行為，因為照護者不能忽視人性因素與文化背景對病人的影響；成令方(2008)指出由於醫療關係充滿了診斷和解釋的不明確性，而治療效果也充斥著不確定性，迫使醫師必須在專業知識的保護下隱微施展其權力以傳達其權威，但求治者也會運用自己的方式回應權力的壓迫，因此醫療互動充滿看不見的雙向權力關係；醫療互動的知識交流包括四種面向：生物醫學知識、社會價值觀與論述、個人隱微知識、病患的身體知識，醫療工作者常使用

自己在生物醫學知識的權力宰制治療關係的進行，而忽略另三種知識的存在現象，但是忽略並不代表其他知識不會反撲或抵抗。

許多文獻探討顯示精神科臨床護士做照護決策的觀察都有權力的運作的意涵(Barker,1999)，精神科病房時常存在身體與性虐待的權力濫用(Newton,1996)。但是臨床組織結構本身也蘊藏影響護士照護工作的權力因素(Morgan,1997)。Barker與Rolfe(2001)認為在經濟與實務趨向考量的醫療機構系統化歷程，權威形同默會的原則存在於組織人際社會化的關係中，以便有效益進行組織合作與目標達成，他們的研究是企圖從精神臨床的組織結構探究隱喻的權力動力和相關因素，以及護士如何形塑對角色的認同；他們認為護士必須透過自我察覺與督導制度，讓護士警覺自己在護病關係中的權力過度使用現象，並透過情緒管理降低自己濫用權力的狀況。

### (三)權力概念評述與研究相關性

根據上述的文獻，本研究參照傅柯的觀點，對權力的體認其實大部分是正面或構成面；即我們把塑造成生活與關係的「真理」正常化，藉此順服於權力，並進而在權力的運作中又建構/產生真理(廖世德譯，2001)。傅柯本身並不斥責權力的社會關係，提到對權力的正面效應是指構成與塑造人類生活的運作機制，而傅柯認為的真理也是人類建構與塑造而成為實際說明人類生活的「真理」。傅柯發現任何一種權力的運用與實行，都會根據其真理論述作為引導，人類不是因為真理而運用權力，而是因為權力的關係才臣服於真理的生產。傅柯也不認為權力關係可以化約為壓迫關係，事實上權力關係作為一種複雜的機制，可能具有生產性以及伴隨新的權力技術演變，關於人的知識所產生的變化。筆者認為權力運作對社會結構運作有其必要性，因此權力關係中人與社會互動有其合法性，在精神醫療體系存在的權力結構，可以協助醫療目的運作，因此置身其階層結構的工作人員或是精神個案習於此權力關係但是未必自覺此權力的合法性與適當性，探究治療關係中的權力運作是有助於臨床工作者察覺與反省人文關懷的真義。孟樊(2001)指出傅柯認為自十七世紀以來，個體已經陷入複雜的、規訓的、常態化的、全景控制的權力牢籠裡，個體的行為都受到判決、測量與矯正，人類的關係是某種程度的權力關係，

因此個體是活動在永久性的策略關係中；後現代對權力關係的觀點指出權力不在是國家機器所獨佔，而是分散在身體、性、家庭、親屬、工作場合等社會網絡之間，在型塑和轉化個體的認同過程中，權力運作形式不會依據特定的設計公然去為特定個人的利益服務，乃是為多元與變遷的利益服務。

筆者認為從知識系譜考古學的探究，可以理解精神醫學權力的形成與演變，其目的是解構這套權力制度的正當性，能夠賦權增能於被宰制的精神個案並企圖找到治療關係合理的權力位置。但是權力的展現與技術的操作不盡然是有意識與刻意的宰制，應該探問為何這套權力技術可以有效進行並讓人臣服於這套管理論述。因此現代的精神醫學運用一套意識形態的權力技術，包括觀察、問診、治療與隔離等工具與程序，透過微妙的機制運用權力並形成類似真理的論述。只要有權力關係就有抗拒的可能，人類有小心不落入圈套的潛在意志，以至於能夠在限定的條件下依據細心的策略來抑制或修改權力的關係與控制(Foucault,1988)；相對在精神醫療體系的組織生態中充滿權力的關係與控制，支配的權力本身即孕育支配的抗爭，權力是雙向的關係網絡，置身於此組織氛圍的照顧者與被照顧者如何計算與籌謀關係中的權力控制與平衡，將是本研究關注的議題與論述；本研究讓護理人員透過自我察覺召喚主體，讓蒙塵的護病倫理現身/再現並透過解構與再構的歷程實踐護病倫理。

### 第三章 研究方法

本研究以批判民俗誌研究(Critical ethnography)的方法論作為資料採集與分析的應用。第一節討論批判民俗誌知識論與方法論，以及批判民俗誌在護理研究的應用。第二節呈現本文之研究資料收集的場域，以及資料收集的方法歷程。第三節說明研究資料的分析方法。第四節陳述研究者在田野工作中，所面臨到之局外人（outsider）與局內人（insider）間的倫理議題。

#### 第一節 批判民俗誌的相關理論

民俗誌(Ethnography)原為社會人類學者以參與觀察的方法，對特定文化及社會蒐集製作資料、紀錄、評價，並以社會或人類學的理論，來解釋觀察結果的一種研究方法，一般稱為人種誌或民俗誌研究法。朱元鴻(1997)民族誌是一種基進經驗研究，開闢社會學許多無法設想的研究題材，例如：遊民現象、精神病院與新移民問題等；目的在掌握研究場境中當地人的觀點，瞭解當地人對自身所處生活世界的看法，亦即從當地人的視野及角度看他們的文化生活，以真正掌握當地日常生活的社會過程（甄曉蘭，2000）。民俗誌重視結構的動態過程之整體分析，有助於瞭解社會過程的內容及形式，使得越來越多社會學者改採民俗誌研究方法，滲入研究對象的生活世界，在自然情境中取得深入的資料，進行社會議題的研究分析（甄曉蘭，2000）；民俗誌在過去四分之一世紀以來，被定位為理論折衷主義（theoretical eclecticism），民俗誌的應用常受到來自現象學、符號互動論、民俗方法論、馬克思主義、女性主義、符號學、文化研究與後現代主義等方法論的驅使（Jordan & Yeomans, 1995）。

近十幾年，社會學研究修正人類學素樸的民俗誌方法，以民俗誌田野研究的基礎關懷加上社會學關注的社會公平正義、性別意識、族群或是權力知識的探究，因此民俗誌也出現多元的形式現身在各種研究場域。社會學民俗誌以核心的田野觀察為起點，加上社會科學相關的理論作為觀察的先見知識或框架，因此可謂社會學的民俗誌。隨著研究典範的轉移，批判民俗誌的立論基礎受到現象學、詮釋學、馬克思主義與女性主義的影響，哈伯瑪斯(Harbermas)和德希達(Derrida)等學者的批判典範也為民俗誌研究開啟不同的取向。批判民俗誌不滿於傳統社會解說對生命個體的考量，而文化解說過多強調生命個體卻忽略社會結構的限制，因此展現另一種表

徵與解釋社會真實的形式。另外民俗誌在健康照護研究的應用常見焦點民俗誌方法，焦點民俗誌就是在這分歧的社會學民俗誌所衍生的方法論，甚至有些社會學民俗誌研究以訪談和文件考察方式取代田野觀察，因此民俗誌在社會科學的應用有更多的歧異和爭論。社會科學研究關心可爭議與可改變的社會現象，民俗誌研究取向提供可以收集資料的進路方法，因此現象詮釋學、後現代主義、符號互動論、批判理論與建構論加上民俗誌取向的研究方法如雨後春筍百家爭鳴。

本研究擬以批判民俗誌作為研究的方法，是根據它所關懷的研究旨趣，目的是彰顯傳統社會現象中，不以為意或未曾察覺的權力階級與社會結構；精神病院中的治療環境是在密閉的醫療文化中進行治療活動，身為精神病患的弱勢團體面對的精神醫療的生態，需要有醫療工作人員敏感的察覺與反思，才有機會理解這套醫療活動中所隱藏的文化現象；筆者藉由可以親臨現場的便利機會，試圖以批判民俗誌的方法揭露精神醫療照護的真實社會，企圖以批判民俗誌重視社會結構性限制和生命主體間的辯證關係，並強調生命主體與群體在辯證關係所具有的相對自主性的觀點，讓精神科護士有機會重新檢視習以為常的臨床環境，企圖破局這虛構的護理神話，建構護理專業在精神醫療的合理性與關懷性。

### (一)批判民俗誌的理論基礎

批判民俗誌結合了批判理論和民俗誌方法（ethnographic methods），也就是研究者藉由理論的指引，在特定場域內以各種參與觀察技巧，調查缺乏權力者的壓抑經驗與看法，並尋求改變的可能性（Jordan & Yeomans, 1995）。批判民俗誌強調「批判」更甚於民俗誌，其具有強烈的政治意圖，旨在揭露壓抑並促成改變（Thomas, 1993）。批判民俗誌結合民俗誌與社會批判理論，從公共領域主題為起點，關懷弱勢族群、邊緣團體或是被壓迫社群，將解放或排除壓迫性影響當成工作目標，是一開放性描述、詮釋理解、批判省思與賦權增能的研究歷程。

批判民俗誌主要應用民俗誌的方法論，蒐集資料、分析描述、理解資料、詮釋資料，藉以發現特定社群的社會真實面，理解並深度描述研究對象生活經驗交織的意義網絡，同時應用社會批判理論批判、反省與辯證的歷程，解析其文化脈絡與社會結構，思考其背後的權力結構與意識型態，釐清現狀之所以如此的成因，最後透過賦權，積極的改變現狀，朝更好的目標前進。Anderson(1989a)指出帶著批判的理論色彩對社會文化潛藏意識型態的關心，企圖

揭露優勢社會結構及其所代表的利益，強調理論、研究者與被研究者間的反深省思，藉以對所建構的意義網有更深理解；Thomas(1993)認為批判民俗誌具備抗拒宰制(resisting domestication)的研究意志，面對習以為常的日常生活事件卻不視為理所當然，以同理的理解鼓勵對話、啟動隱藏的聲音與本土知識，企圖提升被研究者的自我動能與權限，增強解放錯誤意義型態的能力。

批判民俗誌是跨領域的社會/文化探究實踐，除了繼承傳統的民俗誌的關懷旨趣，亦擷取現象學「現象即本質」與詮釋學「詮釋理解循環」的要旨，強調運用存而不論的方法，除去<預設>立場，以客觀的掌握現象背後的本質，重視與生活周遭事物的接觸，從整體的時空脈絡與文化價值來探尋並理解人事時地和物間的關係與意義；批判民俗誌也受「語辭行動理論」和「符號互動論」的影響，亦重視日常生活語言的微觀分析，應用語言或符號素材掌握語言遊戲規則以及符號系統與社會結構的關係。批判民俗誌深受批判理論的影響，在本質論假設<所有的現象必須從社會整體來考慮，無法自外於社會的文化結構與內容>；它傾向深層的挖掘並指向社會概念背後的思想體系、社會規範與意識形態，及這些潛藏領域所形塑的意義、所造成的社會規範以及權力與資源分配問題(Thomas, 1993)。因為社會常存有不平等的社會制約與不同的社會壓抑形式，影響我們對世界的認知、判斷與行為，批判民俗誌融入批判理論<解放>的理念，強調<意識覺醒>的重要，企圖在解放的理念下追求公平合理的社會正義(甄曉蘭，2000)。陳伯璋、張盈堃(2006)指出批判理論對民俗誌的影響有意識形態的批判、理論與實踐的關係與意識與結構的關係。從宏觀的社會文化層面，對平常視為<理所當然>的事件或行為加以批判與反省，以便釐清社會現象的本質與意義。近幾年教育研究以批判民俗誌方法取向揭發教育場域中隱藏性別歧視、種族不平等、與文化霸權等問題。批判理論指出觀察情境或行動者的言談或行為，需掌握理想與現實、理論與實踐之間的銜接性，才能明確了解現象背後的真實意義，注意社會整體客觀條件的配合以及團體實踐行動，因此批判民俗誌強調溝通情境條件的分析，以建立更清楚的共識與生活世界的意義。至於在意識與結構關係的辯證，批判理論認為對生活經驗的了解在於意識作用，而意識與社會結構卻以辯證方式不斷交互影響，所以必須將意識放入歷史情境與社會結構中，才能溝通知識並且進一步釐清知識與權力的關係，以批判省思方式處理對話形式、內容解析與文件詮釋的意識與結構的辯證關係。

洪雯柔(2008)嘗試以批判民俗誌作為比較教育學研究方法論的探討，提到批判民俗誌的六個理論基礎。一是強調從微觀社會學出發以社會結構與能動者與能動力的辯證，二者的辯證產生社會動力的新觀點並兼顧結構與人之間動能的實踐。二是從現象學觀點提醒研究者進入田野觀察必須先察覺與批判自己的先見知識，對田野現象的觀察必須存而不論並做部分與整全性的視域對話與融合，嘗試理解關注議題的情境事件和互動之主觀意義，以及研究結果的論述來自於社會建構的事實。三是從俗民方法論提到人是自己生活意義的主動創造者，因此研究方法在探究人們在各種世俗活動的秩序與意義是如何形成，純粹的訪談並不能滿足於研究問題的回答，因此田野的參與與觀察企圖理解與詮釋生活秩序與結構中的默會之語。四是受到符號互動論的影響，假定人類經驗是以詮釋作為媒介，自我對世界的認識是藉由運用符號於溝通與互動中得以理解，研究者要理解研究對象的行為只能採取參與和觀察等方法以進入問題的理解。五是批判理論假定當代資本主義以社會控制針對某特定群體形成宰制關係，因此批判理論研究是倫理與政治的行動企圖使某特定團體受益，使沒有權力的人增權賦能以轉化現存社會的不平等與不正義。六是民俗誌本身強調是對一個文化的描述，對特定群體田野的參與或非參與觀察行為活動的整體性紀錄與分析，聚焦在自然情境並避免有目地的操弄研究變項，企圖理解與闡述報導人視為理所當然的生活結構或行動。

洪雯柔(2008)認為批判民俗誌可以從文化、脈絡化、理解與詮釋、批判反省與社會實踐幾個角度加以論述，以表彰批判民俗誌的文化關懷與批判立場，從互為主體觀點以理解與詮釋參與者的觀點與行動之意義，分析影響現狀之因素與脈絡以揭露不平等政治權力關係與習以為常的理所當然現象，促使弱勢群體增能賦權的社會實踐任務。

## (二)使用批判民俗誌研究的價值

### 一、關懷並轉化精神醫療體系中不平等的權力關係

批判俗民誌研究基於對人的尊重，強調人的主體性，將人置於關注的核心，相信人的能動力得以作為解放自我與轉化契機。聚焦在被優勢文化邊緣化的團體，企圖了解、描述人們生活中不對稱權力關係中的經驗、意識與文化脈絡，他們觀察、描述、分析隱藏在日常生活中的事

物、權力核心與抑制、壓制及脅迫的假設（洪雯柔，2008）。批判民俗誌研究以批判的立論觀點進入精神醫療體系進行田野觀察，理解與描述組織的互動結構，致力於揭露精神醫療體系中不平等權力關係與宰制，並轉化當中的不平等的權力關係。批判主義的價值取向在於批判主義者帶著社會批判的視框檢視與察覺不公義的現象，許多隱而未察覺的權力現象都存有的壓迫宰制的事實。批判俗民誌研究的明確目的是在改變研究參與者與他者的觀念、信念及社會脈絡，以便建構更符合正義的價值觀（Carspecken, 1996）。批判俗民誌學者認為研究歷程牽涉到價值的涉入，藉由研究者與報導人的詮釋與思辯，逐漸彰顯與宣稱新價值的建立以便達到實踐與賦權的政治活動。

## 二、啟動精神醫療生態與護病關係意識型態的公開評論

批判俗民誌挑戰精神醫療場域的規範與人際間實體的關係，意味著對精神醫療政策與護病活動之評估判斷，隱含著辨識社會互動存在與揭露隱而不彰的權力組成，導向超越現存醫療組織社會結構的可能性；透過反思而對世界付諸行動以改變主觀詮釋與客觀情形。批判俗民誌是一價值承載的研究，研究者將研究田野的基礎資料與報導人的對話資料置入歷史文化與社會權力的對話中，啟動公開性意識形態的批判與理解以達到解構與創化。批判俗民誌是一種公開的意識型態研究，提升報導人的自我覺知，察覺其護病的權力現象與組織認同是受到潛在權力意識的支配，明白精神醫療生態所隱藏的矛盾與被扭曲的事實，以喚起護理人員的主體意識，落實社會實踐。

### (三)Carspecken 的批判民俗誌的理論與實務應用

筆者擬採用 Carspecken 的批判民俗誌方法論作為本研究採集資料與分析資料的架構，原因在於 Carspecken 建構批判民俗誌進行的清晰架構，在方法學的論述與進行階段能夠清楚指引。Carspecken(2001)認為批判民俗誌的理論基礎與實務操作並未有共識的方法論，對於批判民俗誌的研究立場在於價值取向以及對資本主義和父權體系的假定，以研究社會場域、社會歷程或教科書等文化商品以批露社會不公平。Carspecken 批判民俗誌在教育研究與實務應用一書中，提出此研究方法的基礎理論與步驟性的研究歷程，協助有興趣以批判民俗誌方法作為研究考察者

有清楚的立論根據。批判民俗誌的研究立場的潛在假定是當代社會有著體制與階級不平等，而這些不平等被體制與文化複雜的包裝與複製，藉由研究的立場發現這些以為理所當然現象中潛藏的權力關係以彰顯公平正義。他認為許多質化研究僅透過訪談來研究人們的態度、信念與經驗，而民俗誌目的是探求研究對象在許多社會情境中所慣用的文化基模，這些基模關聯個人如何實際參與社會活動(鄭同僚審訂，2004)。

Carspenken 針對批判民俗誌的理論基礎有以下三部分見解。第一部分就德希達(Derrida)評論現象學與後現代主義的觀點，進而論述對觀察社會與客體事實的個人見解。參考現象學知識論的立場建議研究者在田野觀察時，必須跳脫感官知覺的經驗範疇，避免受制於舊有的經驗視框而描述與解讀田野現象。田野觀察可能只看到事件或情境的某個角度，而且觀察事件的視野會出現前景與背景的視域(horizon)。視域作用在於統覺其他周邊的事物，所謂統覺就是和周邊事物一起共同形成感知。觀察對象乃經由無意識的活動，而在我們的經驗中被綜合而成一個整體，如同現象學所言，對象乃是經由綜合無意識的過程形構(constituted)而成的。德希達質疑並抨擊傳統中將當下(presence)這概念做為真理的基石，我們平日透過視覺所認知經驗到的確定性，實在不該被視為知識論中理所當然的基礎，因此研究者的感官知覺受到本身經驗的視野而框架，研究者本身的文化背景必須被察覺與批判(鄭同僚審訂，2004)。

第二部分批判 Egon Guba 的建構主義立場認為觀察者/或研究者帶著自身價值與理論進入田野的觀察的詮釋建構之多元實在，提出跨文化溝通與理解的立場。所有的觀察都會到價值的影響，我們的信念與價值深深影響其所見所聞，從視覺意象推出的隱喻說明價值對觀察的影響，研究者存有的價值與理論框視無可避免。從建構主義的立場認為研究觀察與詮釋是研究者基於自身的價值與理論與觀察事件共同建構的多元實在(plurality of realities)。批判理論提到溝通是相當重要的核心意象，當我們在凝視某物體的特性時，就是在使用溝通的結構；注意某物體中可察覺的特性，基本上就是要藉由符號化的經驗方式與他人溝通，因此知覺本身就具備溝通的形式與結構。因此對田野的觀察就是在共享理解此團體文化的特性，我們都擁有共同的價值與規範；這初始的假設在透過文化典型而認知這個情境的瞬間就整合而為一。Carspecken 認為共識即是真理宣稱最終的有效性確認，必須注意的是不平等的權力關係會扭曲真理的宣稱，批判

知識論者必須敏感於權力關係的政治現象(鄭同僚審訂，2004)。

第三部分論述批判研究的有效性宣稱與存有學範疇。實用主義認為有效性取決於該文化社群對此真理宣稱的共識；但是真理宣稱會發生知識結構的移轉，因此從歷史考古的觀點所有的真理宣稱不是亙古不變的。哈伯瑪斯(Habermas)引用實用主義的觀點，認為所謂<真理>應該關注取得共識所必須滿足的有效性條件，真理宣稱應轉化為有效性宣稱，如此才能針對其是否滿足有效性條件進行仔細檢證。有效性宣稱取得文化社群的共識有部分是來自於普世標準所決定，這些標準不會因為文化而差異乃是基於人類相互溝通的結構而定的(鄭同僚審訂，2004)。

Smyth 及 Holmes(2005)介紹 Carspecken 的批判民俗誌理論與實務於護理研究的應用，提供哲學與社會學立論基礎闡述此方法的方法學，以及步驟性的資料收集與分析，清楚交代此方法的優缺點，讓研究者在護理研究場域使用此方法有相當清楚的理論與實務基礎。Hardcastle、Usher 及 Holmes(2006)根據 Carspecken 批判民俗誌的五階段方法進行護理臨床觀察護理人員做決策的歷程以及可能介入的組織與文化因素，發現五階段方法可以有效讓質性研究的資料採集與分析有較可靠的立論根據，建議此研究方法可做為健康照護的研究領域的趨向。在許多健康照護研究都認同 Carspecken 的批判民俗誌確實開啟臨床研究的行動取向，但是 Vandenberg 和 Hall(2011)對 Carspecken 的批判民俗誌提出疑義是 Carspecken 並未對研究者在研究現場可能產生的權力關係而影響結果誤差做出較清楚的說明，建議研究者在田野現場的互惠關係以及能夠靈活的調整雙方的權力關係是有效降低研究者置身研究現場所可能導致的研究偏差，作者也建議讓研究對象有機會參與五階段歷程的進行與對話更是提供一個平等互惠的平台減低權力能性。

#### (四)批判民俗誌相關的教育/護理研究

##### 一、批判俗民誌應用在台灣教育/護理相關研究

查閱台灣探討以批判民俗誌相關的研究理論與實務，國內許多質性研究書籍皆會介紹批判民俗誌的相關理論與方法，在教育研究應用領域介紹批判民俗誌研究方法的書籍有方永泉(2002)、李嘉齡(2002)、洪雯柔(2008)、甄曉蘭(2000)與鄭同僚(2004)等人介紹批判民

俗誌的理論與實務應用。近六年在教育社會學領域博士論文以批判民俗誌為研究方法，包括：有嚴振農(2010)探討女性校長職業生涯困境與轉折：批判俗民誌的應用，洪雯柔(2008)以台灣紐西蘭兩地之母語教學為例，概述批判民俗誌在比較教育研究上之應用，張華蓀(2007)認同、空間與權力：檳榔西施情慾解放之機會與限制，張盈堃(2005)以批判民俗誌作為教育研究的方法論，以北美批判教育學作為探討研究方法論的題材，徐偉民(2004)一位國小教師教學實踐的歷程：以批判民族誌為方法的教學革新等。而護理研究使用批判民俗誌的方法在台灣少見，惟莊宇慧(2005)參閱西方文獻提到護理研究常以焦點民族誌作為調查與描述臨床情境以進行理解與詮釋真實現象，有一篇碩士論文以批判民俗誌探討男性護士在精神科病房的性別角色與實踐現象(黃穎熙，2009)。

### 1.教育相關研究

徐偉民(2004)的博士論文《一位國小教師教學實踐的歷程：以批判俗民誌為方法的教學革新》，其研究目的為：1.了解學生過往學習處境與家長的教養態度；2.思考突破教學現場限制的教學方案，進行教學設計與實踐，創造充分賦權的學習環境。徐偉民以小琉球白沙國民小學六年級(整個班級，21位學生)國小學生為研究對象，運用批判俗民誌方法進行教學實踐研究，其主要的研究方法有文獻分析、參與觀察、訪談、批判與反省，研究結果提到利用批判民俗誌的知識論以實踐教學研究，在方法的層面上，包括了：批判民族誌研究中賦權與介入的議題、賦權方案的重要、具體實施的流程、以及評判研究的標準等；在教學的層面上，包括了：故事在數學教學中扮演的角色與功能、數學教育的爭議、賦權的教學改革對不同學生的影響、老師如何在自己對教育的堅持和家長對教育的期望間做協調與折衷等。

張盈堃(2005)關切批判教育學是否有明確的方法論，以及北美的這些批判教育學陣營的學者如何掌握確切的資料來對教育現象進行批判，透過文獻回顧的方式指出批判教育學與批判民俗誌的關係，並且指出(1)擴展個案方法與文本的詮釋；(2)反思性的建立；(3)多點田野的策略與田野的重訪／比較；以及(4)重視民俗誌的後台等北美批判教育民俗的特色，並且認為這些特色正是發展本土批判教育學論述的重要核心策略，也就是本地的研究需要朝向批判的實用主

義的路上。

張華蓀(2007)的博士論文《認同、空間與權力：檳榔西施情慾解放之機會與限制》，其研究目的為：1. 探討檳榔西施工作者情慾在各種社會關係中所受的不同限制，以及空間中的想像與有效範圍；2. 分析檳榔西施工作者有意識或無意識的接受、回應、抗拒或改變所給定的主體位置與空間規範。張華蓀引用Gillian Rose(1993)以及Doreen Massey(1994)所提出的空間概念以及後現代的認同觀點，重新詮釋Hägerstrand (1973)的時間地理學，以此為基礎分析辣妹檳榔攤以及檳榔西施的工作在檳榔西施情慾生涯中的意義與作用，同時在批判民族誌的方法論下，針對台灣北部地區的11位檳榔西施以參與觀察與深度訪談等方式，共取得共計175小時的訪談與記錄資料，另外也與六位檳榔攤主有15小時的訪談。其主要的研究方法有參與觀察、深度訪談，研究結果為「檳榔西施」並非一個均質的群體，不同的工作者在家庭、經濟背景，以及性道德與情慾慾望上都有相當大的差異。

洪雯柔(2008)《台灣布農族與紐西蘭毛利族母語教育之比較》，其研究目的為：1. 對兩國原住民母語教育的理解(尤其是教學現場的理解)；2. 彼此經驗所帶來的啟發、反省與批判。洪雯柔以台灣布農族與紐西蘭毛利族的母語教學為例，概述批判俗民誌在比較教育上的應用，其重點在於方法的介紹。其主要的研究方法有文獻分析、參與觀察、訪談、批判與反省。研究結果顯示族語教學及其教學場與中的權力關係，繼之探究在權力關係中族語教學的困境；研究者以全球化、台灣語言政策史、與學校體系三個層級交織的權力關係論述影響族語教學的現象。

嚴振農(2010)《女性校長職業生涯困境與轉折：批判俗民誌的應用》旨在探討國民小學女性校長職業生涯困境與轉折，應用批判俗民誌的觀點探討女性校長職業生涯面臨的困境及成因，同時透過訪談與對話了解女性校長面臨職業生涯困境時的因應策略及其成功之發展經驗，並藉由對話探討女性校長主體意識。四位女性校長為研究對象，資料蒐集方法為多次訪談、對話，並輔以文字資料，經分析歸納後，研究結果顯示在父權意識型態影響，已婚女性校長需負擔大部份婚姻家庭的照護責任等多重角色，因而減緩其校長職業生涯規劃時程。女性校長職場的困

境主要有遴選委員的刻板觀點、學校同仁的偏見與組織成見。造成女性校長職場困境的成因在於學校組織成員受傳統性別刻板印象影響，認為女性校長不適合領導工作，加上教育行政領域長期由男性主導，習慣以男性思維看事情，對女性校長存有偏見。女性校長職業生涯中會有社區家長的疑惑、無法適應家長會的應酬文化與找不到家長會長的困窘，其原因在於傳統社會價值觀對女性的刻板印象、不同的性別角色期待、以及父權文化的影響。學校經營方面，女性校長具「我就是校長」的主體意識，秉持教育理念，堅持把教育工作做好；在社會層面，女性校長體認績效是最好的公關，女性校長展現個人辦學風格，並積極轉化、提昇公共關係運作模式。

## 2.護理相關研究

護理研究使用民族誌的歷史始於Leininger(1985)將民族誌應用於護理領域，而發展出護理人種誌(ethnonursing)，此方法學提供護理人員由文化觀點探討護理的實務現象，並著重跨文化照護經驗的研究；民族誌對護理研究的貢獻是提供多元的護理研究相關理論與研究假設、以文化現象為框架檢視護理的臨床實務現象、影響健康照護政策的訂定並建構在地的護理史。而批判民俗誌以批判理論的論述基礎檢視護理與醫療體制以及護理與病患照顧間權力結構與宰制現象。

台灣有關民族誌的護理研究，早期有以田野觀察護病照護現象為方法的場地理論(grounded theory)；莊宇慧(2005)在《民族誌與護理研究》提出台灣護理研究少見民族誌的研究取向，企圖整理西方有關於民族誌方法運用在護理研究的文獻，啟發民族誌護理研究在台灣護理研究的另一種研究思考或進路。

以批判民族誌方法為研究取向的碩士論文研究有一篇，黃穎熙(2010)以「做性別」的觀點，運用批判民族誌，藉由參與醫院精神科男性護理工作者的職場生活和工作互動，探究男丁格爾在醫院精神科病房中的陽剛特質實踐。研究發現精神科的「管理制度」是形塑男丁格爾陽剛特質的主要因素，而這群男丁格爾在嚴密的制度管理與規範下，亦展現了陽剛特質的多元性。當他們作為男丁格爾，他們一方面運用理性、照顧的責任、展現科技能力、掌控來彰顯集體性的霸權型陽剛特質，並以掌控作為工作中最常見的陽剛特質；另一方面展現專業與關懷融合為一

的「剛柔並濟」型陽剛特質，並從照顧過程中視病患為失能的被照顧者，在轉換照顧者和被照顧者的角色後，讓他們從照顧過程中「做男人」「做陽剛」；而當他們是男丁哥兒時，則運用強悍來克服衝突與對立，以符應霸權型陽剛特質，並利用幹譙、性談話及喝酒文化來建立屬於他們的「兄弟情誼」。這群男丁格爾曾挑戰霸權型陽剛特質，順應以女性為主的護理工作職場，並從職場生活的實作性別中找到屬於男丁哥兒的男人味。

## 二、西方批判俗民誌應用在教育/護理相關研究

### 1.教育相關研究

Anderson(1989b)研究目的是在真實社會結構裡應用批判民族誌探索行政管理者象徵行動的作用，以學校行政管理者為研究對象，選取28位學校董事會成員、校長，透過66次訪談與觀察，並分析30個文件資料，主要的研究方法有文獻分析、訪談、參與觀察；建議學校行政管理者必須知道深入了解學校的社會與文化結構，包括語言、老規矩、慣例（神話），方能了解組織的文化精髓，融入組織文化中，進而提昇學校效能。Foley (1991)研究目的是在於探討美國的內部殖民問題，運用抗拒、再製等理論解釋社會現象，以南德州社會與學校為研究對象，主要的研究方法有歷史文獻分析、口述法、訪談、教室觀察等。Soukup(1999)研究目的在於應用批判民族誌探索網路聊天室性別的互動態樣，以網路聊天室為研究對象，透過參與觀察、線上互動訪談等研究方法蒐集資料，研究發現男性參與者積極進取，爭辯激烈，並且是權力導向；女性參與者追求親密關係與隱私，她們通常被男性成員積極的論述所控制與折服。Barab 等人（2004）以參加Quest Atlantis（QA）研究計畫者為研究對象，透過文獻分析、半結構訪談、參與觀察等研究方法蒐集資料，研究發現藉由信任關係的建立、線上討論的批判與對話、持續的承諾，以及反思的工作能提升參與教育計畫的實施成效。Chang (2005)研究目的在於以文獻分析探討批判教育學與同性戀議題的關係，教育領域中對同性戀研究的長處與缺點，並建議應用批判俗民誌於同性戀研究。Janna (2006)研究目的在於應用批判民族誌探索移民與難民大學生之社區服務學習，以越南及高棉的移民與難民大學生為研究對象，運用參與觀察、深度會談、反思札記等研究方法蒐集資料，瞭解移民與難民大學生社區服務學習的情形。Mills (2007)研究

目的在於瞭解多元社經背景與種族多元班級學生，應用多元素養能力的研究，以澳洲昆士蘭郊區的小學學生（六個班級，學生年齡10-12 歲）為研究對象，參考Carspecken（1996）的批判民俗誌研究五階段步驟為期研究方法，藉以了解來自25 個國家，低社經背景學生的學習情形。Rodriguez-Valls, F. (2007)考量美國洛杉磯是個多元民族聚集的城市，以批判民俗誌研究在市區學校的學生使用自己族群母語的文化現象，學校的主流語言課程似乎形同潛藏的文化霸權，讓學生無法正式發展自己的族群母語進入學校殿堂，因此本研究思考的研究問題是在學校的課堂溝通是否提供更多元包容不同語言的交流，以及如何實踐這些多元語言的交流性，而語言的展現是否表彰出某種主流文化的權力結構；研究者透過課程設計與批判民族誌方法的參與觀察發現多元族群語言的交流會促進學童對於其他文化的理解與欣賞，並且有效性的提升學童對自己族群母語的認同以及文化的賦能。Park, H. (2009)國際研究生在使用第二語言英文作為完成學術課程的現況與特性，研究資料為學生的聽說讀寫之長時間觀察紀錄或文件，分析其英文在學術作業運用的轉化過程以及社會化的過程，研究發現第二語言使用的靈活度有其歷程性，透過課程的聽說讀寫與課外活動確實有效性的提升國際研究生的論文書寫。

## 2.護理相關研究

莊宇慧(2005)整理西方在健康照護科學研究使用批判民俗誌方法的有 Tsai(2003)以訪談、問卷與參與觀察法收集資料，探討《台灣人移民美國的經驗》，研究對象父母加小孩共 29 位，以敘說分析法得到研究結果；Bent(2003)以訪談、參與觀察法以及檢證相關文件器物的方法收集資料，以批判民俗誌研究取向探討《社區中健康環境與文化的關係》，研究對象包括社區住民與相關人士共 43 位，以主題分析法提出研究結果；Averill(2002)以訪談、參與觀察與參照相關文件的批判民俗誌探討《新墨西哥州鄉村老人健康照護議題》，研究對象 22 位以主題分析法得到研究結果；Hurst(2001)以訪談與參與觀察收集資料的批判民族誌描述與解釋《早產兒住在新生兒加護病房母親的經驗》，研究對象 12 位母親並使用主題分析法得到研究結果。

Baumbusch(2011)以批判民族誌探究長期住民照護現象:研究新手的經驗，作者強調自己是批判民族誌的新手，使用批判民族誌的目的在探究解釋在複雜多元社會政策住民長期照護的現

象中的信任與權力關係，嘗試揭露結構關係中被剝削的團體以及自我增能的策略，後現代女性主義與傅科權力知識論述在社區醫療生態與政策對住民長期照護影響的合理性。Lottis(2011)發現社區白人民眾對有其他族群參與的健康照顧系統使用率降低，運用批判民族誌的方法論採集社區觀察與個別對話資料，研究結果發現白人對這些健康服務中心有所當然的歧視與偏見，難以信任其醫療服務品質，從這些醫療使用現象反映出族群的壓制與社經地位的差異。Pesut 及 Reimer-Kirkham(2010)以批判民俗誌探討臨床照護體系中如何接納宗教與靈性的介入，作者深入訪談 65 位住院的臨終病患與工作人員，並進行 150 小時的田野觀察，發現宗教與靈性生活的建立是交織在多元的社會情境與相關因素所構成，建議醫療機構必須理解臨終病患在生命末期對宗教與靈性的渴求與救贖。Harrowing 及 Mill(2010)探討烏干達護士面對 HIV 陽性反應病患照顧的道德掙扎，在生理心理社會、認知與行為知識背景的臨床環境，HIV 病患的價值只能侷限在有形與無形的約束，護士在這樣的臨床環境所面臨的道德衝擊與掙扎是必須無視於病患的人權與福利而服從機構的管理法則，這臨床現實挑戰護士的專業倫理信念，導致護士對照護工作的存疑與挫折感，批判民俗誌研究讓研究對象有機會從心檢視自己的無力感與賦能起初對照護的理想與信念，讓自己產生轉化與重建照護工作的信心。Stewart 及 Usher(2010)探討開發中國家護理領導在病患安全的衝擊影響，筆者認為護理領導管理的效益對病患安全有直接影響，研究對象是斐濟(Fiji)國家軍事醫院的資深護士與管理者，以訪談方式了解其管理領導原則與模式，透過研究訪談的互動促成研究對象再思索其領導模式與病人安全的關係。Capone, C. (2009) 護理助理(nursing assistants)工作是親臨病患身體照顧的現場，他們和註冊護士是附屬的關係，這關係意涵倫理與族群的多樣貌，凸顯女性勞動與低工資的議題，以及護理工作環境影響護理專業與品質的發展；以 Carspecken 批判民族誌研究方法採集資料包括：病房的現場觀察與個別訪談，以 Atlas.ti software 做為資料管理與分析，結果發現護士助理謹慎敏感使用語言表達自己對工作的想法與建議，期待臨床環境可以提供更多的資源予以取用。Martin(2006)以批判民俗誌探究加拿大原住民護理學生的經驗，有感於原住民護士的留任與招募困難，因此想了解原住民護生的學習經驗，此研究涵概原住民的知識論和非殖民主義的方法論對研究主題的理論視野，以半結構訪談 76 為相關原住民護生與護士，並進行 200 小時的課室田野觀察，研究建議在學

校教育策略中使用各類資源型塑護生的學習經驗。Mkandawire-Valhmu(2006)探討在馬拉威(Malawi)的女性面對家務工作暴力與虐待的存活方式，筆者以焦點團體與個別訪談方式收集 16 位婦女的經驗資料，發現”活下去(Surviving)”是這些女性最重要的精神意義，因此他們創造出許多面對暴力與虐待家庭的生存法則，並企圖建構自己在非公平公義的社會職場弱勢者的宣告。Cook(2005)以批判民俗誌揭露健康促進中有關於健康政策的相關議題，作者認為健康促進的策略與兒童的健康發展、工作環境與教育有相關性，不同於過去傳統對健康促進的研究方式，作者以批判角度論述健康促進與生活經驗、人類文化的相關性。Gidding 及 Wood(2004)訪談 Marion Jones，他是一位擅長於批判民族誌方法與產科護理學研究的奧克蘭大學教授，他提自己的研究經驗論述批判民族誌方法可以顯見產科護理領域的社會文化議題。Caldwell(2003)以批判民俗誌探討有心肌梗塞疾病農村婦女的生活經驗，作者以深度訪談 12 位婦女，想探究農村習俗如何影響心肌梗塞婦女的生活品質，揭露農村的社會、政策與文化影響力量影響婦女的抉擇與挑戰罹患心肌梗塞的生活型態。筆者跟隨社區照顧醫療人員進入個案的家庭進行觀察與訪談，發現緘默(Reticence)是這些婦女面對這疾病的因應方式，而農村文化對疾病有其特有的解釋方式但也成為婦女社會依賴的文化系統。

### 三、相關研究評述

批判民俗誌在國內的教育研究領域運用在關懷特殊族群或對象，例如：女性校長、檳榔西施或離島小學教育等(嚴振農，2009；張華蓀,2007; 徐偉民,2004)；或是以批判民族誌的方法論作為比較教育學研究理論基礎的論述(張盈莖，2005；洪曉柔，2008)。而護理領域的研究以護理特有性別的差異作為觀察的現象描述以及挑戰工作與性別的議題(黃穎熙，2010)。批判民俗誌的研究是力求在存有的特有文化脈絡下以批判反省的立場進行人類行為的理解與意義詮釋，其目的是要達到解放與增能賦權的社會行動實踐。徐偉民(2004)的離島國小實驗教學研究，以敏感的察覺與批判觀點進入離島實驗現場，研究的貢獻在於提供豐富的教學實驗與策略，以及提升孩童學習增權賦能的教育實踐。張盈莖(2007)從認同與空間權力的觀點論述檳榔西施的道德與情慾的展現，從現場觀察到深度訪談發現此群體的多元異質性，此研究讓她們展現自己在性別與情慾主體性的機會，其貢獻是解放社會觀點對這特有群體的理解與詮釋。黃穎熙(2010)

以自身是男護士置身在以女性為多數的工作場合的性別議題，企圖了解男護士如何實踐自身的陽剛特質，研究發現他們使用能屈能伸與剛柔並濟的策略適時展現男性的陽剛，不諱言護理場域工作對男性而言充斥著性別歧視與偏見。

批判民俗誌在國外教育界多以探究殖民文化的學校教育現象(Foley, 1991)，學校的行政管理 and 教育計劃執行(Anderson, 1989b; Barab, 2004)，在移民族群學生母語分享與國際研究生英文學習現象(Rodriguez-Vals, 2007; Park, 2009)，在性別議題的探究(Soukap, 1999; Chang, 2005)。而國外的護理臨床以批判民俗誌研究作為探究工具，其探究面向為有關於社區照護政策實踐內涵或是民眾使用照護資源的族群文化等因素(Baumbush, 2011; Cook, 2005; Lottis, 2011)，護理臨床環境特殊議題如照顧愛滋病患的倫理道德困境或宗教在靈性的文化考量(Mill, 2010; Pesut 與 Reimer-Kirkhan, 2010)，護理工作環境的行政管理結構或工作環境等因素(Usher, 2010; Capone, 2009)。資料採集方法有現場的參與觀察、訪談與文件考察，這些研究關注的主題都假設可以挑戰原本習以為常現象下不被察覺的文化與社會結構因素，企圖張顯權力結構下的不公平現象也期待在研究歷程可以提昇與實踐研究對象的社會能動性。

綜觀這些研究，都企圖從現場的觀察與對象訪談加上文件考察以符應研究目的與價值；筆者認為徐偉民(2004)的研究最能夠彰顯批判民俗誌研究中社會實踐的目的，此研究是教學實踐的行動研究，透過批判民俗誌方法的觀察與反省提供豐富的教學策略與方案，並從社經文化角度作為對當地國小學習文化的理解與反思。本研究結果對於離島教學的政策與學習設計有實用的參照價值。

#### (五) 使用批判民俗誌方法的理由

如果護病關係是護理專業的核心價值，身為護理專業者必須以批判的眼光檢驗我們護理臨床所展現護病關係的真實樣貌；教科書中的護病關係理論與理想元素不斷在建構虛擬的臨床互動，護病關係的人文關懷是否能夠落實在目前的臨床環境？事實上，護病關係中有著照顧者與被照顧者的權力互動，傅科認為權力關係不可以化約為壓迫關係，事實上權力關係作為一種複雜的機制，可能具有生產性以及伴隨新的權力技術演變，關於人的知識所產生的變化。

人在被對象化的過程同時也被建構為主體，這種主體化及對象化的同時性乃是貫穿其傳柯的權力關係與主體形構的思想主軸。

國內有關精神科場域的民族誌取向田野觀察的論文研究有王璟雲(2006)探討身為女性護理長的性別意識，蘇玉燕(2007)探討社工員的觀點描述精神病患入院評估的田野現象，黃穎熙(2010)探討身為男性護士在精神科臨床的性別壓抑與突展，陳怡伶(2010)探討精神醫療評鑑制度的歷史考察與現象描述；或是以精神病患為主體的文化人類學探究(李舒中，2010；陳韻玲，2009)。西方研究探討以精神科臨床護士作為田野觀察主體以理解護病關係其素養內涵；也有多篇以傳柯的知識、權力與論述架構作為精神科醫療或照護情境的分析取徑(Henderson,1994; Roberts, 2005; Steven& Cutcliffe, 2006)。綜觀國內外相關研究，從醫療權力結構因素探究護病關係的研究文章極罕見，國內更是付之闕如，國內有關護病關係的文章多以護病關係的內涵、療癒、與溝通作為論述的基調(蔣欣欣，2008；蔣欣欣、徐碧卿，2007；林遠澤，2009)，即使文中提及護病關係中不對等的立場，以及護理人員面對他者與自我主體交互的衝突，卻無法提出更多實證的觀察與論述；而國外文獻探討顯示精神科臨床護士做照護決策的觀察都有權力的運作的意涵(Barker,1999)，精神科病房時常存在身體與性虐待的權力濫用(Newton,1996)，而臨床組織結構本身也蘊藏影響護士照護工作的權力因素(Morgan,1997)。Barker 與 Rolfe(2001)認為在經濟與實務趨向考量的醫療機構系統化歷程，權威形同默會的原則存在於組織人際社會化的關係中，以便有效益進行組織合作與目標達成，建議護士必須透過自我察覺與督導制度，讓護士警覺自己在護病關係中的權力過度使用現象，並透過情緒管理降低自己濫用權力的狀況。

在醫療機構的不均等的權力運作已被嵌入醫療互動中而被視為理所當然，因此採用批判民俗誌的研究策略和工具，讓自己敏感於習以為常田野的文化脈絡，以掌握研究對象之壓抑經驗並協助他們認清處境，發展批判意識一同對抗霸權 (Korth, 2002)。就此來看，批判民俗誌的結果是研究者和參與者一同協商的產物，研究者試圖透過研究過程賦予參與者權力，喚起其意識，然後採取改變的行動 (Jordan & Yeomans, 1995)。

使用批判民俗誌的理由，摘要如下：

1. 批判民俗誌的田野觀察可以還原臨床中護病關係的真實樣貌，此方法對社會文化與意識形態潛藏的敏感與關心，有利於我們重新勾勒護病關係的圖像。
2. 以社會與文化批判理論的立場檢視護病關係中的權力結構，對臨床護病關係的現象有更深層的理解，透過現象的揭露與反思建構護病關係的實質意義與果效。
3. 批判民俗誌鼓勵研究者與被研究者的對話以彰顯主體發聲的公平正義，因此對話性資料可以啟動我們對理所當然的理論或現象再度重新框架或轉化，在對話反思的歷程中，企圖提升被研究者的自我動能和權限。

#### (六)本研究設計的整體概念

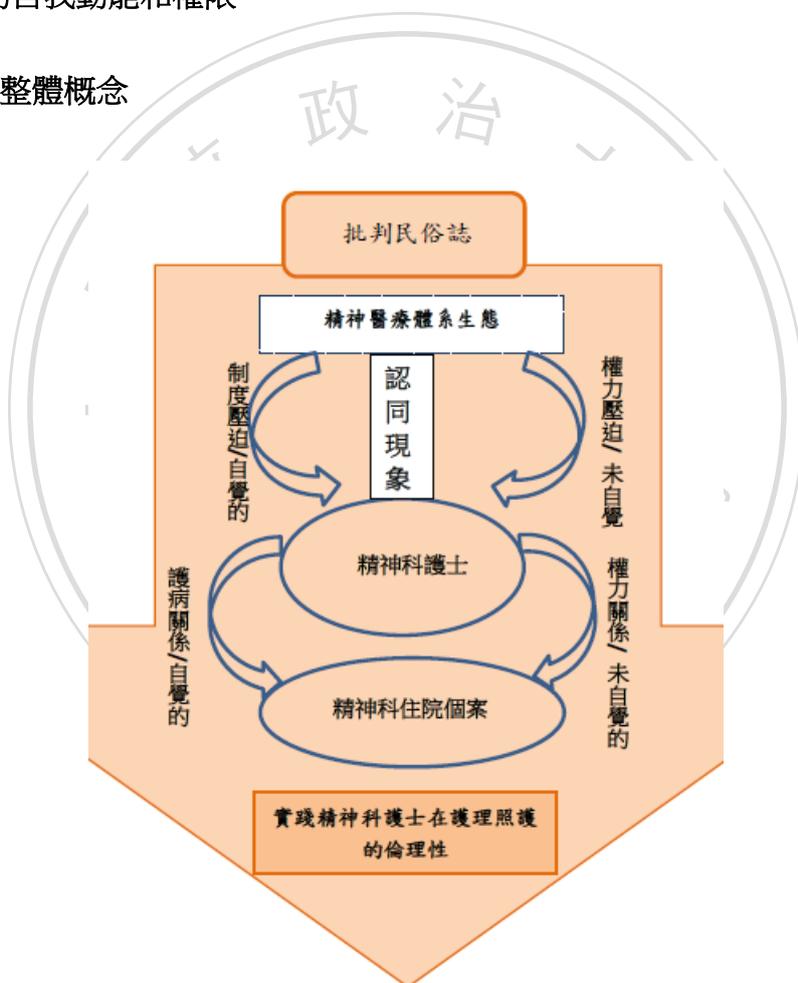


圖3.1 研究概念圖

#### 第二節 資料的收集

本研究參考 Carspecken(1996,鄭同僚審訂, 2004)的批判民俗誌方法論的架構進行資料收集與分析。第一階段--蒐集獨白式資料以彙整基礎記錄:此階段研究者儘可能不介入研究田野的互動,以客觀立場觀察本研究所關注的研究課題,以筆記、錄音或錄影方式建立田野札記,稱為獨白式的記錄是因為研究者獨自撰寫「述說」,並未與觀察的對象做深入的對話。第二階段—基礎記錄重建分析:將田野文字/札記/記錄等文件進行重建分析評斷互動型態、互動意義、權力關係、角色互動、互動序列、意義的證據或是互為主體性的結構;稱之為重建分析是將原本不明確知悉的內隱而未分化的因素轉化為外顯而有條理分明的語文表徵;重建分析必然包含不確定的元素,但是在不確定性中還是存在著有跡可循的可能界限,而這些界線就是研究者必須發掘與闡明的。第三階段—對話資料的產出:此階段研究者不在是研究資料的獨白者,透過個別訪談或是團體座談與研究觀察對象進行對話,此階段資料是將研究程序民主化的過程,往往足以挑戰第一與第二階段的分析資訊。第四階段—發掘系統關係:研究者必須檢視焦點田野與其他相關特定地點的關係,包括鄰近的場域或是文化因素。第五階段—使用系統關係解釋研究發現:經研究推論層次明顯提升,嘗試藉由參照最廣泛的系統特徵來解釋第一到第四階段所有研究發現。

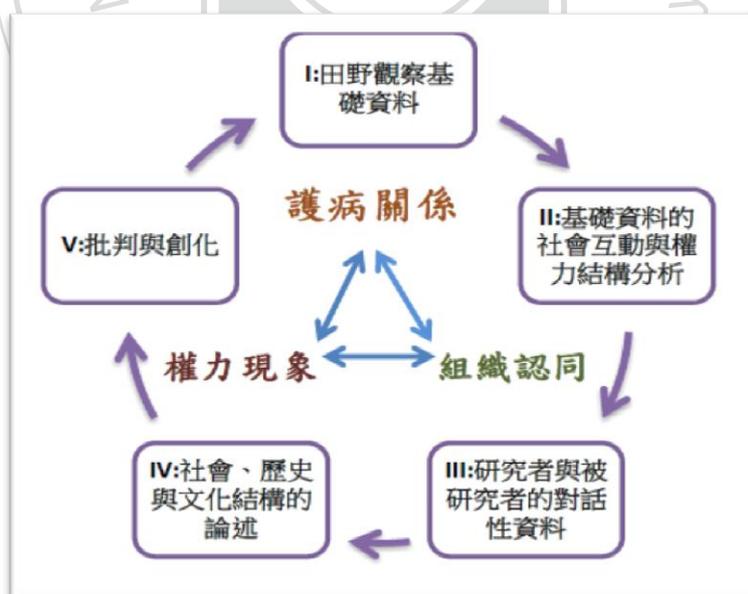


圖 3.2 Carspecken 批判民俗誌五階段歷程

### (一)資料收集

## 一、精神科病房的田野觀察與記錄

### 1. 田野的場域介紹

選擇這家病房暱稱為大眾療養院，稱之為「大眾」是因為本醫院與台灣其他精神療養院的結構雷同，負責區域精神醫療網的支援醫院，凡是有精神醫療必要的民眾都可以來求治。基於筆者的工作機緣方便選擇該治療場域，作為田野觀察。台灣北中南的精神專科療養院在硬體結構，以及醫療工作人員的專業養成過程都雷同。大眾療養院是一家精神專科療養院，我進入的病房稱之為大眾病房，它是急性病房的屬性，所謂<急性>即是指個案的精神症狀相當活躍，例如：妄想、幻覺、混亂的言語與行為、衝動控制較差等，病房有五位精神科醫師、一位護理長、二位資深護理師、二十位臨床護士，以及其他精神專業人員，包括：社工師二位、臨床心理治療師二位、職能治療師二位，以及協助打掃與檢體文件傳遞的助理員四位，加上一位辦理相關住出入院與記帳的書記小姐。病房的最大容量病人數是 63 床，男床與女床幾乎各占半數。精神個案的主要診斷是精神分裂症占 80%，其次是情感障礙疾患，常伴隨的診斷有物質濫用、人格違常與智能不足等診斷。住院日數大約控制在二個月以內(依健保局的規定)，大多個案持有身心障礙手冊與重大傷病卡的身分。

### 2. 進入田野觀察與紀錄

田野工作的參與觀察，雖則以直接接觸經驗事件為其優點所在，但是研究者不可因此就簡單地以為他所看見聽見的即是「經驗事實」。經驗事實是經過概念化思考或「漫畫式處理」的觀念圖象，不是一般所謂「眼見為憑」的直接證據。田野工作者所蒐集到的資料，包括他的觀察記錄，都是已經在觀察和蒐集的過程中被漫畫式地處理過的符號產物(物質化的觀念圖象)，不是用來作證據(evidence)的，而是用來作指標(index)的。指標是有待詮釋的間接性資料。

#### (1) 我在病房進行定點定時的觀察:

第一個觀察點:在早上 8:00-9:00 的晨間會議，會議中以討論病患的治療與照護問題為主，病房工作人員充分溝通自己的專業觀點，會議中已經有默會的權力階級結構；另外

醫院的政令下達與相關事務也會在會議中進行報告，讓工作人員有機會理解政令的安排，病房護理長通常扮演訊息上下傳遞的橋樑。

第二個觀察點:在 9:00-10:00 的常規照護活動，活動地點以病房大廳為主，此時段包括病患生命徵象的測量、藥物治療與護理、病患的個別會談與處置等護病互動。

第三個觀察點:在 10:30-11:30 的護理站活動，此時段病房病患有 80%以上被邀請到職能治療工作室進行職能治療(該醫院規定每個病房有固定的治療業績以利醫院營運，本病房要求病患參加職能治療人數為 80%)；此時段的護士幾乎都回到護理站處理自己的文件事務(例如:記錄、醫囑、各種評估表單、或是處理個人私務訂便當等)，護士們顯現出難有的清閒私下說笑或抱怨。

第四個觀察點:在 11:30-12:30 的午餐時間，根據護士的白天班別輪序進入討論室用餐，這是有別於護理站的私領域(因為護理長不在場)，護士們會聊更個別的私事也會討論更貼近自己的真實想法，而護士之間的友好與默契程度也會影響此午餐談論的氣氛。

第五個觀察點:在 13:00-14:00 的護病互動，此階段通常是個別處理病患事務的時間(例如:身體清潔、房間整理或是支持性的會談)。

第六個觀察點:在 16:00-16:30 護士進行大小夜個別交班，護士會將白天的相關事務，包括:病患的照護處理問題與處置、醫療的計畫與注意事項專交給小夜班繼續追蹤，也會轉達白天與行政事務有關的事件，交班過程除了客觀具體的陳述，隨著護士交情的深厚，加入護士個人見解和評論會在交班時呈現(這是比較貼近真實的想法)。

第七個觀察點:17:00-19:00 此段時間小夜班護士的護理重點在處理病房內的行政事務，例如:藥車的查核與歸藥，以及急救車的點班。並到病房點病患的人數與行蹤。二位護士在晚餐時間協助餐盒的發放，看顧病患進食時晚餐的情形，另一位護士則呼喊已經結束晚餐的病患前來吃藥，並提醒病患相關的交班事件或是提醒病患前去完成個人的清潔衛生。6:00pm 開始活動治療時間，護士播放健康操影片讓病患在大廳做操活

動，也會將病室上鎖讓病患都能夠到大廳來，避免病患躺床過久。做完操，病患在大廳看電視或玩棋類活動或呆坐，等待護士將病室門打開。護士在護理站書寫記錄並打電話做出院追蹤服務，每 30 分鐘到大廳或病室查房確認病患行蹤。

第八個觀察點:19:30-21:00 此段時間病患逐漸準備入睡，病房在 8:30 開始給睡前藥，病患服完藥，及準備入床睡覺，這段時間護士都在處理較干擾的病患，9:00 準時熄燈，大部分病患都上床入睡，只有少數睡不著或是剛入院病患在大廳遊走。

(2)進入病房觀察，分為個三時段:

構思此研究主題與研究計劃的草擬時，因為實習教學工作的時機與地利，先進行第一階段與第二階段的先前觀察(pilot)以確立研究主題的方向與問題。第三階段是正式研究進行的現場資料採集。

第一時段:在民國 100 年六月 13-17 日共計五天，上午八點到下午四點共 40 小時

研究者預備進入此病房帶學生實習，先進行五天的環境熟悉，研究者之前從未進入該病房，從硬體的空間設置到軟體的人際互動都是研究者必須觀察與認識的要件。此為 Carspecken 提出的第一時段進行獨白式的觀察記錄，研究者以非介入的角色在病房進行有距離的紀錄觀察，盡量詳細描述情境脈絡的人物與事件，包括:觀察對象的言語、身體動作與姿勢，以低度推論的立場進行筆記書寫，對於有疑問或是爭論的議題進行文件的參閱。將觀察資料鍵入電腦以利後續分析。

第二時段:在民國 100 年七月與八月為期共 21 天的日間班，上午八點到下午四點共 168 小時。

研究者要帶九位護生到該病房精神科護理實習，因此研究者在田野的角色是參與者也是觀察者。研究者置身在臨床情境處理安排學生的臨床學習，也參與病房團隊的醫療照護討論，並協助學生執行病患的照護實務。白天上時間，研究者參與觀察病房的相關活動，焦點觀察病房的相關討論，對於涉及健保規定或是醫院政令的事件先以簡要筆記摘要，並詢問病房工作人員相關細節以確認研究者的理解是否貼近臨床現象的社會事實。通常會遇到相關

醫療政令的討論是在病房會議的場合，而該病房每天早上八點到九點是病房會議時間，醫護人員與其他向關專業人員會聚集在討論室報告精神個案的每日近況與提出需要處理的照顧問題，這些討論內容常會牽涉到健保制度與醫院政令的考量。偶爾會在護理站臨時要處理精神個案相關需求時，也會零星出現相關議題的討論。

在指導學生臨床照顧時，置身在整體的臨床照護場域，自然觀察到臨床護士處理精神個案的照護現象，針對這些照護事件的情境與對話觀察，研究者先以簡要紀錄方式摘要概述，空閒或是下班後再進行詳細情境的補述與描繪。因此，焦點的田野觀察在白天早上的團隊會議以及整天的病房護理活動，場所以討論室、護理站、病房大廳與病床室為田野場域。

研究者下班後，輔以白天所做的摘要概述，立即做回溯性紀錄的筆記與解釋，對於無法確認的討論或情境事件加以註記，隔天上班請教相關工作人員澄清其研究者的觀察，以確保資料的客觀性與真實性。若無法立即得到澄清，可以將疑問整理成訪談資料，在進行個別訪談收集對話性資料時，可以再詢問當事人的想法與解釋。

第三時段:在民國 101 年三月 為期 10 天的日間班與夜間班，上午八點到下午九點半點共 92 小時。

此階段，研究者申請臨床實務訓練進入該病房從事照護精神個案的護理工作，與該病房的其他護理人員是工作同盟的關係，研究者藉由工作合作的關係轉變為局內人的觀察，包括：參與個案問題的交班與溝通、病房團隊個案的討論、護理照護事務的分工、以及配合病房相關的人力安排。研究者身為參與觀察者，將同時經驗扮演局內人與局外人的角色，必須掌握文化主位(emic)與文化客位(etic)的觀點(Spradley, 1980)。研究者本身就是研究工具，必須運用個人的人際特質敏銳地認識與熟悉田野環境的互動法則，直覺與嘗試尋找容易開放的護理人員(報導人)進入田野的人際環境以建立信任感，透過人際網絡的連結讓研究者也成為此網路的一部份，隨時在互動期間聚焦與敏察研究關心的現象與議題，以記憶回溯的方式大量的記載組織機構因素與護病關係的權力現象，在蒐集知識與建構過程中時常警醒自我察覺所涉入的主觀或偏頗立場。

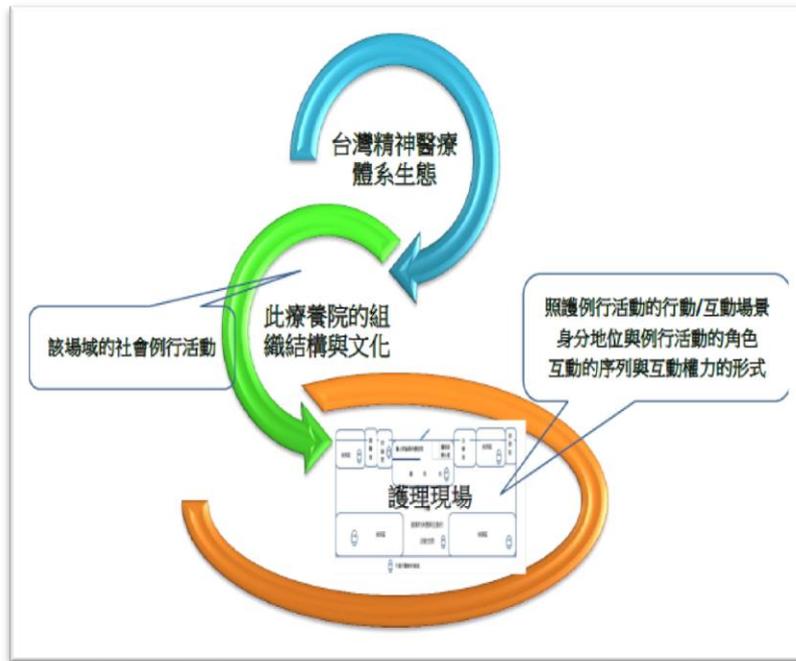


圖 3.3 觀察病房的社會結構脈絡

#### 4.病房的地理環境

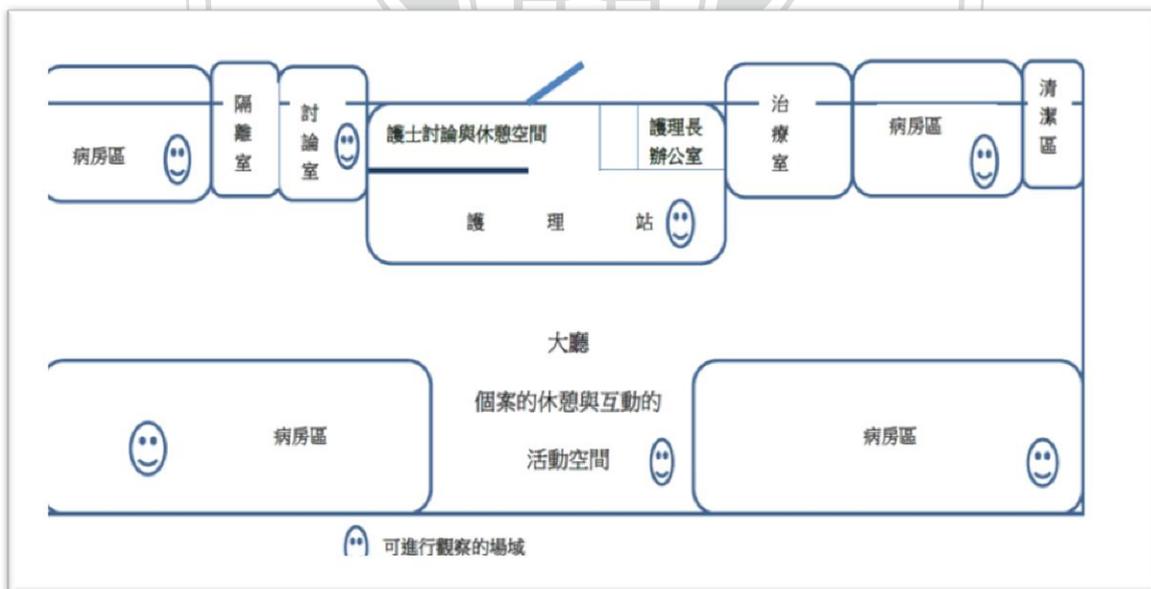


圖 3.4 觀察病房地理平面圖

#### 二、個別的訪談

參考 Carspecken 批判民俗誌方法的建議，在研究歷程的第三階段是對話資料的產出，此階段強調研究者不能是研究資料的獨白者，透過個別訪談或是團體座談與被觀察的護理人員進行對話，此階段資料是將研究程序民主化與符合公平正義的過程，往往足以挑戰第一與第二階段的分析資訊。個別訪談或是團體討論會刺激而產生不同於基礎記錄的資料稱之為「對話性資料」。對話性資料是透過研究者與研究對象對話產生的，因此絕少是自然性質的(naturalistic)。研究者有技巧與目的的引導研究對象檢視平時習以為常或是不加思索的臨床情境，在研究者的傾聽與支持過程探索自己的內在想法與感受。

通常是田野的觀察資料進行第二階段的重建分析與處理之後，將採集基礎紀錄資料進行重建分析評斷互動型態、互動意義、權力關係、角色互動、互動序列、意義的證據或是互為主體性的結構等內容後，邀請同意接受訪問的被觀察者(即研究田野的護理師)，本病房粗算推估約 20 位護理人員，回應有關基礎資料所分析與建構的相關提問，本階段的對話性資料是彰顯公平正義的原則，讓被觀察者有其對話平台得以宣稱主體的立場，被研究資料並透過對話歷程得以自我察覺與反思自我在護病關係中結構性權力的運用與制衡，激化護理人員自我能動與創化的契機。再開始進行訪談或是團體討論。此階段的目標是讓研究過程民主化，讓研究對象有發聲的機會提出自己的立場和想法，並挑戰研究者對資料分析的客觀性與詮釋性。研究者在訪談過程是促進者的角色，協助受訪者建構規範性的談話情境，讓受訪者對受訪過程有相對的安全感，並鼓勵他們使用自己的語言、隱喻與想法探索問題，避免與受訪者進行價值與意見的爭論，在完整的訪談後可以分享研究者的意見、解釋研究語彙與相關理論論述，協助研究對象在此觀察議題/研究議題破立不同的價值與觀點。

在田野中，最常用到的方法就是訪談(interview)。訪談的對象，一般稱為報導人(informant)；田野中的訪談，通常不是社會學問卷式的指導性(directive)訪談，也不是心理治療式的非指導性(non-directive)訪談，而是半指導性(semi-directive)訪談。半指導性訪談的特色是：訪談者的興趣在受訪人本身，而且訪談者「主動聆聽」(listening actively)受訪人的談話，除了只大略控制並引導受訪人，使所談留駐在研究旨趣的大範圍之內以外，還時刻詮釋地聆聽其談話內容及態度。研究者根據田野資料的觀察記錄與重建分析擬出訪談指引，Carspecken 建議(1)二至五個主題；

(2)每個主題各包含一個開場問題；(3)整理主題問題的清單；(4)每個主題的後續問題。

### (一)問題的發展與設計

#### 觀察一:

##### (一)精神科病房的田野觀察與紀錄

在一個精神專科療養院的病房進行田野觀察與紀錄，聚焦在相關情境或事件的觀察與描述，收集相關的田野資料作為本研究材料分析、辯證、解構與論述。

例如:因應全民健保對精神療養院給付的限制，醫院對急性病房住院日數有其限制日數，以利急性病床的再利用率。一位住院日數已滿但是症狀尚不穩定的病患被安排要出院，家屬擔心出院後有照顧上的問題，護士在醫護團隊討論時幫忙轉達家屬的擔心，團隊決議還是先出院。護士再轉達讓家屬知道團隊的建議是先出院，若不穩定再來門診或是急診。

例如:衛生局在醫院評鑑中指出精神個案三餐必須排隊領便當，這是機構化和非尊重個案的現象，要求醫院改進。護理會議中，護士對此評鑑意見有諸多不以為然，但是護理部希望病房遵從此意見做改善，因此護理長協調廚房將便當箱放置在移動推車上，三餐時間，要求精神個案坐定位置，由護士推著推車將便當送至個案桌前請個案進食。護士私下討論這何嘗又不是另一種機構化表現，而且排隊本來就是社會規範的訓練，為何衛生局的評鑑意見不分好壞都要全盤接受?為何護理部不能據理力爭自己的想法?彼此也會玩笑自己好像空姐也可以順便問個案要麵還是要飯?

#### 發展的問題一:

精神科護士在臨床情境面臨精神醫療相關政策(包括:精神衛生法、精神醫療機構評鑑、全民健保或是醫療的限制)的護理情境，他們會如何反應?與處理?

#### 觀察二:

例如:B 病人語帶呻吟走至護理站，因為她常常有如此行為，護理站的護士們皆不以為異，繼

續低頭處理自己的事務；B 見護理站護士們不理會她，開始敲護理站的防護玻璃，靠近 B 的護士抬起頭詢問 B:有甚麼事?B 答道:我要找醫師!護士回道:醫師現在不在病房。護士低頭繼續寫自己的書面資料，B 沉默地站立一會兒，即走回房間。不到五分鐘，B 再度呻吟走到護理站，有些用力拍打防護玻璃，護士們抬頭制止她敲玻璃，B 口中喃喃喊著:我要找醫生,我要出院!有護士在護理站私語:又來了!B 的主責護士也私語:每天這樣吵,我光處理她,我還要不要做事!我看給她打一針(B 的長期醫囑中有若需要可以進行藥劑注射，藥劑內容為鎮定劑與抗精神藥物)。護士即進入治療室抽藥劑，B 尚不知道護士已經準備要幫她打針，持續拍打玻璃低聲喃喊:我要找醫生!護理站其他護士:不要敲了!乖乖去大廳坐好!主責護士抽好藥劑，此時 B 仍站在護理站前，主責護士站在護理站邊，叫喚 B 過來，並請病服員也站在一旁，B 漠然走向護士，護士向 B 解釋要幫她打一針然後請她到保護室休息，B 沒有拒絕，伸出臂膀讓護士執行針劑注射，完畢後，護士帶領 B 進入保護室，B 進入後即將保護室關門上鎖。從監視器螢幕見 B 在保護室大聲嚎哭並不斷敲打自己的頭與身體。

而後，B 的醫生進入病房，主責護士向醫生報告自己剛剛的處理，再度抱怨:她每天這樣吵，我到底要不要做事呀!醫師聽了護士的說明，只說:好!就這樣處理!並未去探視 B!

發展的問題二:

精神科護士在面對精神病患的需求或是干擾行為時，他們的因應原則/邏輯為何?其護病關係如何展現?

觀察三:

在病房的醫護團隊會議時，護理長報告行政會議內容指出本病房的約束隔離次數頗高，高於其他病房三倍之多，請同仁針對此現象討論改進之道，以利她上檢討報告說明。護理同仁沉默，會議主持人病房負責醫師 A 發言表示:「如果有必要約束隔離就要約束隔離，不要因為擔心健保政策的規定而心虛，我們就是要如實呈現有約束隔離的必要性。我們在檢討報告就這樣說明!」護理長以同意的立場再重複 A 醫師的說詞，護理同仁與其他人仍沉默不語。似乎這個討論已經出現共識，未來面對這個疑義就是這個態度立場。

發展的問題三:

「今天護理長在會議中提到本病房的隔離約束似乎超過其他病房的三倍，院長指示大家要注意約束隔離的次數，以免引起健保局的疑義不予給付；我們病房的約束隔離次數真的比較多嗎？」

2.延伸的問題:

- (1) 約束隔離的次數在甚麼範圍是合理的?
- (2) 護理人員對約束隔離的態度想法?
- (3) 約束隔離現象的護病關係內涵為何?
- (4) 護理人員認為醫院主管對護理工作環境提供的支持嗎?
- (5) 護士認為在病房團隊會議對自己的照護有幫助嗎?
- (6) 護士很少與病患從事活動的原因，例如下棋?
- (7) 能否談談你照顧病患的原則與困境?
- (8) 你對這個病房管理的感受是甚麼?
- (9) 你自己覺得你面對病患時會不會常常使用權威的方式?

(二)訪談對象的準備與邀請

在地人能夠提供可信的訊息與協助關注議題的蒐集，研究者運用工作合作的同盟關係建立信任關係，以局外人不牽涉護理同儕的工作競爭與利益的角色，扮演聆聽與支持角色漫談本研究關注的主題；評估慎選適當的在地報導人以邀請進行訪談，要訪談之前會先說明該研究目的並取得受訪者的知情同意書(如表二)，再進行一對一的訪談/對話歷程。因此，第三階段的對話性資料，有一部分是來自於在閒暇之餘研究者與護理工作人員的即興對話，有一部分是來自於正式一對一訪談的內容。

表一 參與個別訪談的護士基本資料

護士 暱稱	曉清	小萱	小瑞	小妍	小珊	小乖	小雯	小淑	小穎	小紫	小婉	小華	小芹	小路	護理 長
年 齡 層	40-50	40-50	60~	60~	40-50	20-30	30-40	30-40	3-40	20-30	20-30	40-50	40-50	50-6-	50-60
教育	碩士	碩士	大專	高職	學士	學士	碩士	碩士	碩士	學士	學士	學士	學士	大專	碩士
精神 科 工 作 年 資	19.2	20.8	30.1	22.4	13.7	2.5	13.5	11.8	9.9	0.5	5.7	15.0	8.2	30	28.6

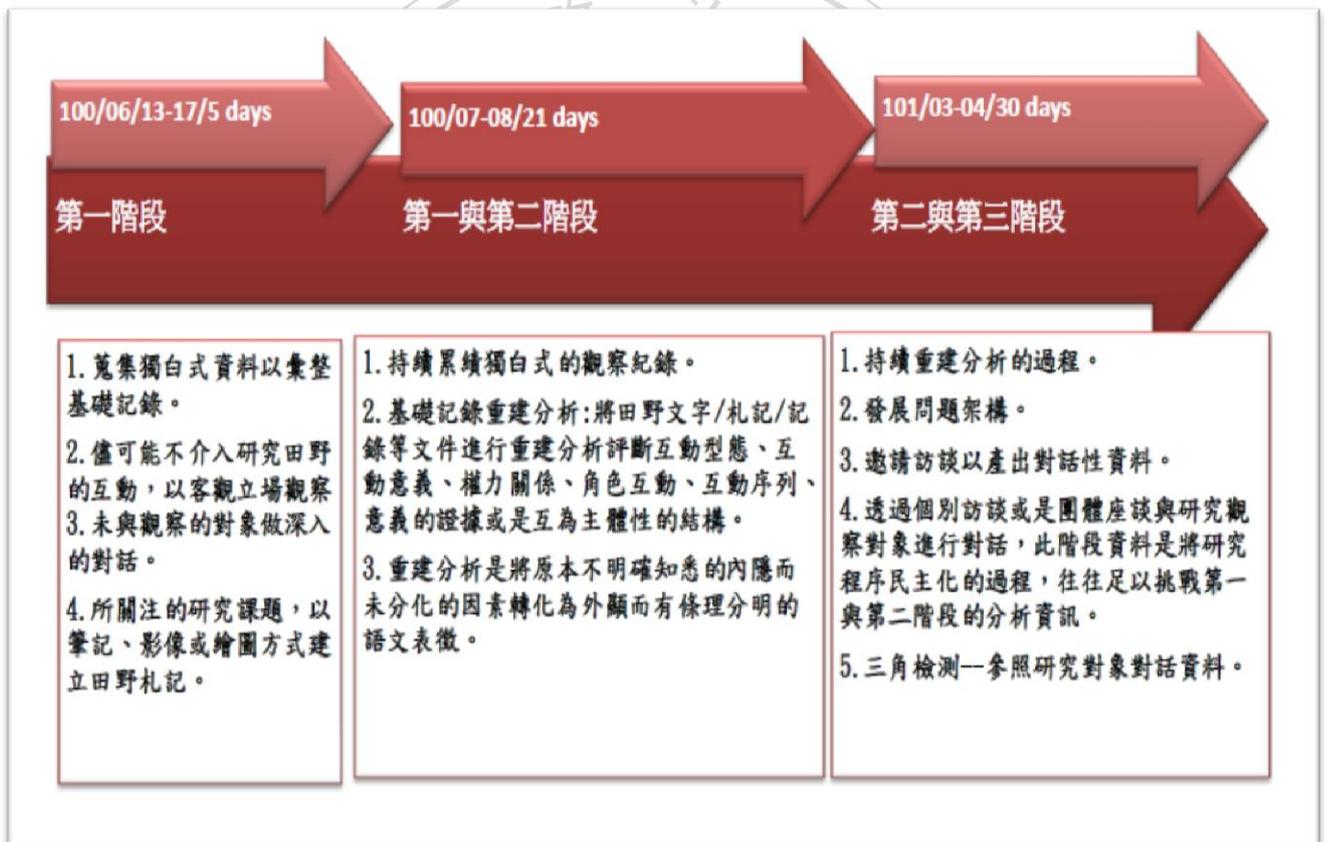


圖 3.5 研究資料收集架構

### (三)批判民俗誌研究的信賴度與真實性

Thomas(1993)指出批判民俗誌的資料蒐集與分析有其科學基礎，其方法論尊重邏輯、可重複性、效度、信度、與理論建構；民俗誌是使用語言表達的科學性思考科學。

## 一、 批判民俗誌研究的信度立場

信度是其他研究者運用相同研究方法能夠獲得相同的研究結果。批判民俗誌關切是人類的自然行為或是獨特社會現象，研究歷程無法模仿實驗研究從事標準化控制的操作，觀察的自然情境無法精確地被重新建構與複製，因此民俗誌研究的歷程具備獨立性與個別性。民俗誌的信度操作可以參考 Denzin(1978，引自 Ballantine, 2001)提出的三角檢證法，有四種基本類型:資料三角測證(利用不同來源資料辯證)、研究者三角檢測(不同研究者的共識)、理論三角檢測(利用多種理論取向詮釋同一組資料)、方法三角檢證(多種方法研究同一研究問題)。

本研究計畫參考 Carspecken 的五階段方法，第三階段擬邀請研究對象針對觀察事件說明與討論，對於觀察資料提供當事人辯證對話的平台，此一形式偏向研究資料的三角檢證法。此研究的結果需要通過五位專家委員的口試，實屬於研究者三角檢證法的考驗。

### (1) 外部信度

LeCompte 與 Goetz(1982)指出趨近外部信度在予說明處理其研究者立場、提供關鍵訊息者的選擇、交代研究現場情境與條件、說明資料分析與建構、蒐集資料與分析方法。

#### 1. 研究者立場:

我在研究場域針對研究對象的社會關係而言是學校老師，在病房從事臨床教學工作或是臨床實務的訓練；我與病房的護士認識時間有的長達八年，有的完全不認識(此病房近六個月新進 4-5 位護理人員)。我在病房觀察期間，隨著時段不同其身分腳色不同，第一與第二階段，我是實習教師身分進入研究場域，第三階段，我是臨床實務訓練的身分進入研究場域。事實上護士對我的認識就是學校老師。我以參與觀察方式如實紀錄病房發生的事件與情境，在觀察記錄階段僅作資料紀錄整理以存而不論態度不做任何解讀與詮釋。接著參考 Carspecken 方法在資料處理第二階段進行社會權力結構的脈絡分析。

#### 2. 提供關鍵訊息者的選擇:

我在病房向研究對象提出同意書的申請，邀請病房督導利用病房護理會議期間向護士說明研究目的、方法、風險與效益的內容，並回應護士們提出的疑慮，強調護士有自主決定參與此研究的態度與立場。在邀請護士接受個別訪談的過程，有些護士直爽答應，有些護士表示要考慮自己是否有時間接受訪談；我在病房盡量發揮可以協助護士工作的功能，例如：幫忙開門、幫忙傳遞物品給病患等勞動性的雜事，這個協助服務的行動讓彼此信任關係建立，護士們對我逐漸放下戒心，因此同意接受第三階段訪談。我謹慎並平衡邀請不同特性護士參加訪談，省思護士們敘說的內容是否充分平衡問題的觀點，或是足以代表團體其他成員的立場。

### 3. 交代研究現場情境與條件

民俗誌研究關心社會脈絡的物理、社會與人際活動等現象，因此研究資料採集必須以影像式豐富描述田野活動的情境與事件，以增加民俗誌研究的信度。本研究論文第四章以大眾療養院的歷史脈絡作為背景介紹，大眾病房的轉型紀事最為舞台的鋪成，護士與病患的護病互動則是本研究的關注故事。

### 4. 蒐集資料與分析方法：

民俗誌研究方法必須交代研究歷程所使用的方法、研究設計與方法論，以便其他研究得以重複或檢證。在本研究的所有收集過程以及作者的研究立場與思緒辯證做詳盡的書寫。

#### (2)內部信度

LeCompte 與 Goetz(1982)針對民俗誌研究內部信度建議是低度推論的描述、多位研究者、研究參與者、同儕檢視、機械化紀錄。

##### 1. 低度推論的描述

對於田野的觀察描述儘可能具體與精確，對人際活動話語逐字記錄或情境敘事的方式減少推論的立場。我在進行任何推論之前都會進行學理的考證與在地人的說法。

## 2. 多位研究者

多位研究者可以提升研究的內部信度，但是相對耗時、耗力、與耗財。本研究，我邀請二位曾經待在大眾病房擔任實習老師，協助我共同檢證我的研究觀點以便平衡報導。

## 3. 研究參與者

研究參與者可以擔任研究論述取向的平衡者，糾正研究者偏誤的感知或詮釋；本研究的口試委員與我建立夥伴關係保持資料訊息處理的平衡與公正。另外，護士小淑在論文觀點上提供她個人的在地經驗，以平衡我的報導。

## 4. 同儕檢視:

同儕檢視有三種方法，一是研究者參考其他相關田野研究報告的結論與描述，針對差異處予以討論與解釋；二是從不同場域研究的結果可以被整合，用以支持觀察的信度並促進跨場與效度；三是研究結果的發表提供同儕檢視的材料。大眾病房有其特殊的發展脈絡，無法作為其他精神科病房的參照準則，但是可以成為下一個場域研究的知識起點。

## 5. 機械化的紀錄:

建議以錄影或錄音方式保證資料的客觀化，本研究在田野觀察部分鑑於醫療倫理與精神衛生法規定，對研究田野進行機械式的採集資料著實困難，唯依靠我以速寫的方式記錄臨床場域的事件與情境。針對個別訪談部分可以經得對方同意以錄音方式取得客觀化資料。

## 二、 批判民俗誌的效度問題

民俗誌對效度的觀點在於試圖達到研究目的與田野現象的最高符應性，並試圖提出並未扭曲原始資料的系統化知識。根據此立場，研究者有義務遵循研究實踐的建議尋找反例(洪曉柔，2008)。Anderson (1989)提出從三個角度來檢視批判民俗誌的效度，一是批判民俗誌志在產生洞察內省、解釋事件、尋求瞭解，宣稱對研究對象的重構在於意義與實踐的滲透；二是批判民俗

誌致力於家庭、階層、政治、經濟等脈絡中整體性的進行分析描述；三是批判民俗誌關切揭開宰制性社會建構及其代表的利益，企圖轉化社會關係與解放個人免於宰制之源。

LeCompte 與 Goetz(1982)指出民俗誌研究本身即擁有高效度的優勢，因為研究者本身長期浸泡在研究場域，與研究對象共同活動與實踐以便有機會獲得連續資料分析與比較，以精鍊其建構要素確保研究結果與事實吻合；研究資料直接來自於訪談者的生活行動與語言表述更接近實徵向度，不同於藉由其他設計工具取得抽象資料；研究者在資料分析時必須自我監控分析歷程並將研究階段歷程清楚交代以利該學門的考驗與評價。

### (1)外部效度

民俗誌研究無法參考其他研究方式進行隨機抽樣以選擇研究場域，因此外部效度的問題在於研究團體的可比較性與轉譯性。LeCompte 與 Goetz(1982)針對民俗誌研究外部效度指出影響跨團體比較的四個因素為選擇效應、情境效應、歷史效應與建構效應。

#### 1. 選擇效應:

有些團體建構要素無法進行跨團體比較，原因來自於研究團體特有的因素或是選擇團體場域的偏誤，因此研究者在研究開始就必須清楚決定團體類別與相關因素的吻合度。我個人建議大眾病房的特殊性可以作為對精神科護病關係的參考圖像，但是無法將全部結果全然移植到其他病房，因此，可以對其他療養院病房或是其他科別的護病關係進行比較研究。

#### 2. 情境效應

研究者在研究場域會影響情境的現象，即使跨團體比較研究仍會得到不同的影響因素，這是研究者處理外部效度必須慎思的現象。我對病房的影響不大，因為影響大眾病房的護病關係干擾因素太多，我的存在與否事實上不影響病房情境的自然發生。

#### 3. 歷史效應

跨團體的建構要素會因為團體與文化的獨特歷史經驗而無效，因此必須謹慎辨識跨團體比較研究的差異之歷史變項與矛盾個案比較。我個人認為大眾病房在護病關係的表現有其特殊文化性，實在無法全然作為精神科護病關係的代表性，但是此研究的價值是在闡述這些護病關係背後的醫療生態與社會脈絡，本研究以此立場檢視精神科的護病關係，企圖揭開護士們習以為常的管理規範與照護文化，確實能夠破局傳統的夙昔，為精神護理專業發展帶來新的視野。

#### 4. 建構效應

研究結果提出的抽象名詞、概括推論與詮釋意義在不同時間與空間向度中跨團體的共享程度，以及所觀察現象的效應被理解的程度。本研究開啟一種新的研究格局與典範，協助大眾了解精神醫療的管理文化背後所建構的歷史與社會意涵，能夠讓大家對這個領域有新的觀點。

#### (2)內部效度

LeCompte 與 Goetz(1982)針對民俗誌研究內部效度的威脅包括歷史與成熟、觀察者效應、選擇與回歸與虛假結論。

##### 1. 歷史與成熟

歷史因素是指涉整個田野現象的變遷過程，而成熟因素是指進步發展的變遷。民俗誌研究假定歷史因素會影響蒐集資料的本質，因此資料本身具有時間性的動態，研究結果必須關注資料的常態與變遷基線；定期與重訪場域以確證各種現象的時間變遷因素是考量研究效度的立場。我在 100 年七月和 101 三月造訪大眾病房，一個長時間的觀察確實可以釐清我的研究疑問以及更加確證我的研究觀點。

##### 2. 觀察者效應

研究者與訪談對象維持一種中立立場，切勿讓研究對象對研究合作關係產生誤解，訪談資料的可信度可能受到訪談者個別因素有所偏差，研究者可以逐漸抽離與研究對象的密

切關係並客觀分析這些參與訪談者的社會地位與關係以確保資料的效度。研究者長期在田野場域必須考驗對場域敏感度疲乏的現象，因此適時與研究場域保持距離或是暫時抽離研究場域以去熟悉化，另外研究者必須交代自我的先備經驗與對研究問題的預見觀點，自我監督在研究資料可能出現的科學偏見。我在這個病房是局外人文化，加上我個人的先備知識以及對專業的了解，都有助於我在看待病房文化的客觀性。

### 3. 選擇與回歸

民俗誌研究面對訪談者的選擇所產生的資料與結論扭曲問題可能導致所提出的研究結果僅能代表特定參與者的特定現象，因此訪談者的多元化選擇甚至邀約矛盾個案、質疑共同假定的意義、跨文化資料與個案比較有助於確保內部與內部效度的立場。我訪談另一個病房的護士，發現大眾病房有些互動管理原則是不會出現在另一個病房的現象，因此這部分的差異是需更多的資料以做解釋。

### 4. 虛假結論

民俗誌在田野場域觀察的現象有可能是虛假的，因此控制資料來源的謹慎運用並有效的檢視訪談者對事件的解釋與立場，而長期待在研究田野可能有助於尋求原因與後續發展。

### (三)綜觀評述

參考 LeCompte 與 Goetz(1982)對民俗誌研究的信效度提出建議，可知民俗誌研究無法參考傳統社會科學研究的信效度觀點解釋，但是研究者仍必須致力於讓民俗誌的研究結果有其科學性的價值。關於信度的處理在研究過程中資料收集原則、資料分析、以及推論依據必須清楚交代，透過三角檢證方式平衡報導研究議題，清楚交代研究者的先備經驗與研究場域的社會關係，並敏感於場域所得的資料是否有其偏誤，以及是否可以得到該專業學門的檢驗。關於效度的處理是必須詳細交代研究場域的社會文化脈絡，民俗誌研究者長期置身在研究場域而具備高度內部效度可信度，而外部效度是研究結果可否跨越其他類似場域的可比較性與轉譯性，涉及研究

場域本身的特有因素以及歷史因素，因此研究者必須謹慎處理研究結果的平衡性並詳加說明該研究場域的現存社會文化現象以及嘗試映證與比較其他場域是否吻合。

本研究採取 Carspecken 的批判民俗誌的五階段資料收集與分析方法，Carspecken 的批判民俗誌實踐的認識論來自於 Harbermas 的批判理論，採取實用主義的真理觀而非經驗主義理論因此避開再現(representation)的危機；研究結果宣稱是否為真取決於是否得到學術學門的社群共識與認同，研究結果與其說是真理宣稱倒不如說是<有效性宣稱>。Carspecken 對於批判民俗誌研究效度的建議是：1.檢核訪談紀錄的一致性 2.對於同一受訪者進行重覆訪談檢測是否有一致性 3.檢視觀察記錄與訪談紀錄的一致性 4.使用非引導性的訪談技術 5.參考同儕檢核以檢查確實性 6.研究對象檢核法 7.鼓勵受訪者在訪談與解釋時使用其在自然脈絡的語言(鄭同僚審定, 2004)。

本研究計畫在信賴度(信度)方面以三角檢證作為研究信度的監控，Carspecken 的五階段研究步驟之第三階段即強調邀請研究對象進行對話，對話資料是確證或制衡研究者對觀察資料的見解，以確保資料的可信度，另外，邀訪一位長期駐留在本研究病房的精神科老師，提供研究者在資料採集與理解過程的客觀視野。

在真實度(效度)的考驗立場，考量研究現場的特殊性與獨立信，其研究內涵是否可以遷移或轉譯為對其他研究團體之解釋是資料分析中必須詳加辯證；事實上 Carspecken 的批判民俗誌強調的是研究結果的有效性宣稱，研究立場是發現對人類社會有價值與實用的知識，或是提升自我能力以改變非公平正義之現象。因此本研究在觀察與對話資料的處理，在於研究現場資料背後的組織結構與權力意涵，力圖詮釋護理專業發展與臨床社會系統的互動實貌；這樣的關注立場自然跳脫研究場域的個別特殊性，進而普遍解釋其他研究團體的可理解性與可進性，研究過程必須注意特例或矛盾個案的解釋，他們提供的資訊可以平衡研究立場的客觀性，這些態度都有助於研究效度的監控。

### 第三節 資料的分析

研究者與採收資料必須保持一段情緒的距離，指認那些資料與研究主題有關，將資料轉化為概念即是進行編碼而形成主題。民俗誌研究不僅是田野現象的具體描述，而進一步提出分析

式的概念(畢恆達, 2001)。本研究參考 Carsepecken(1996,鄭同僚審訂, 2003)的批判民俗誌方法論的架構進行資料分析。在第一與第三階段採集田野觀察基礎資料與對話性資料後,運用社會批判理論、傅科權力與知識的相關知識進行資料的對話與論述,在第二階段—基礎記錄重建分析:將田野文字/札記/記錄等文件進行重建分析評斷互動型態、互動意義、權力關係、角色互動、互動序列、意義的證據或是互為主體性的結構;稱之為重建分析是將原本不明確知悉的內隱而未分化的因素轉化為外顯而有條理分明的語文表徵;重建分析必然包含不確定的元素,但是在不確定性中還是存在著有跡可循的可能界限,而這些界線就是研究者必須發掘與闡明的。在第四階段—發掘系統關係:研究者必須檢視焦點田野與其他相關特定地點的關係,包括鄰近的場域或是文化因素。在第五階段—使用系統關係解釋研究發現:經研究推論層次明顯提升,嘗試藉由參照最廣泛的系統特徵來解釋第一到第四階段所有研究發現。批判民俗誌的研究成果報告必須清楚意識到研究者自己在田野中的位置及其對整個田野經驗的影響,以理解與批判立場詮釋與分析田野現象,敘述時應兼顧科學性要求與獨特經驗之呈現,兼顧田野對象靜態的結構整體性和動態的歷史湊合性,解釋時應力求將看似不大相干甚至相互矛盾的有關現象貫串起來,虛擬或匿名研究田野與相關人物,以確保研究的工作倫理。

對於田野觀察資料與對話資料的處理,研究者必須與這些資料保持一客觀的情緒距離,自我反思存有的先見觀點,在立論上必須有更清楚的文獻和事實佐證而將資料概念化與意義化。自我在理解與分析資料時都存有原先的視域與前見,施萊馬赫(Friedrich Ernst Daniel Schleiermacher)與狄爾泰(Wilhelm Habermas)認為這存有的前見會扭曲對事實資料正確的理解,因此研究者必須加以清除前見;但伽達瑪(Hans Georg Gadamer)認為研究者存有的前見是理解與分析資料的基礎,因此對於資料的理解與分析是建構在視域融合的意義理解,哈伯瑪斯(Jurgen Habermas)指出研究者的前見是一種意識型態的存有,因此必須先進行自我察覺與批判,否則又是另一種意識型態的權力宰制(張雪君, 2007)。

### (一)資料的理解與詮釋

民俗誌的田野觀察研究方法的爭議在於觀察事件與事件本身的真實吻合性,以及事件本身

的不確定性與不可觀察性有根深蒂固的矛盾之處，因此民俗誌研究是隔著一道社會文化的鴻溝進行溝通與理解，因此對於觀察現象的理解與詮釋是資料分析的最大挑戰(洪曉柔，2008)。Terhart(1985)對於民俗誌研究的理解與詮釋有幾點提問，1.是研究者與研究對象之間存在既定的框視範疇，因此研究歷程是研究者自我賦予效度的歷程 2.研究結果的描述是人為模式的社會建構，難免有研究場域的社會現象被<殖民化>的疑慮 3.如何細緻精確地描繪屬於研究場域的文化觀點是一大考驗。從研究者必然性的觀點切入，不可能不帶著自己既有的經驗與先見看待事物，「參與」的行動即強調研究者對研究情境的投入與深入理解，但是研究者描述的田野事件與真實事件仍是有一段距離。面對研究資料的理解與詮釋歷程，有幾個面向需要謹慎處理，1 是行動者所強調的內涵並不完全等於語言所表述的內涵 2.是行動者所持一連串複雜的假設如知識、信念與價值觀等乃是言說行動與互動對方共享的 3.行動者在此社會脈絡的角色是一種語用單位，對於角色整全性的理解有助於恰如其分的演出 4.敏感謹慎於權力關係的影響。

行動本身涉及的意義是在整全性的理解下才足以被掌握，透過反思的研究行動才得以將這些整全理解之中的組成元素予以區辨成為明顯化的表達。研究者長期投入研究現場以便取得局內人觀點，對於理解與詮釋的效度有更好的說服立場。而研究者與研究對象之間權力的平衡有助於達到理想的言說情境讓雙方溝通互動以至於知識建構，透過彼此文化視域的融合帶出局內人的觀點(鄭同僚審定，2004)。

Thomas(1993)對於批判民俗誌的理解與詮釋提出建議，1.仔細聆聽資料的內在聲音避免加諸意義於資料上 2.詳盡闡述內容避免專業行話，讓讀者自行評價與結論 3.對於研究結果的論證避免過度概括 4.論點宣稱避免強烈抨擊 5.論述觀點的適合性因為閱聽者不是只有研究對象者本身 6.理解與包容行動現象的差異與歧見企圖解放研究者的文化觀點 7.研究者是研究歷程的一部份因此經常反省性的自我對話有助於釐清研究上的偏誤。

## (二)批判的反省

批判民俗誌的效度與真實性涉及研究者的反省性，反省的歷程包括研究場域的選擇、資料蒐集的面向、研究者的意識形態與先見經驗、研究分析的詮釋依據、要項之間辯證關係、研究

結果的知識建構以及讀者可能的反應等(Anderson, 1989)。民族誌研究的反省強調田野經驗的呈現得以讓讀者理解民族誌知識所產生的脈絡，研究者本身的特質與角色、主觀經驗、與田野的互動、權力位階關係、政治歷史脈絡等，都會影響我們對護理現場的認識與詮釋。民族誌的科學立場在於讓讀者理解知識生產的後台光景，詳盡條理清晰的論述背後其複雜、衝突、情感、主觀動態的過程(郭佩宜、王宏仁，2006)。

Anderson(1989)認為合作研究法與行動研究法，研究者與研究對象針對研究結果的協商有助於反省性的進行。Carspecken 建議同儕檢測法與研究對象檢核法都是提升研究者自我批判反省的方法；基於研究者與研究對象不平等的權力關係，Carspecken 建議研究對象檢核有助於權力的平衡。減少權力扭曲的程序方法有 1.盡可能依循參與者的知覺來建構基礎資料 2.事件描述有衝突時同時將所有描述都納入基礎資料 3.研究者與研究對象建立支持而非權威的關係。讓研究對象儘管提出質疑並確認自己在此研究過程受到保護(鄭同僚審定，2004)。

### (三)社會實踐性

Jordan 與 Yeomans(1995)認為批判民俗誌作為教育實踐的落實有二種困境，一是批判民俗誌研究如何解放與賦能所關心的弱勢與不平等社會現象，透過研究參與的反思還是文章的發表都有其策略的限制性，因此研究者必須清楚研究起初關懷的對象為何以及閱聽的對象是誰，思索透過哪些方法可以達到研究的目的。二是研究者與研究對象建構對話的問題，研究者本身來自於學術的象牙塔，如何投身他者形塑、產生與傳布知識以達到意識覺醒的目的，如何確保揭露權力關係與宰制現象後，研究對象有更正面的能量面對過去習以為常的人際互動。因此 Jordan 與 Yeomans(1995)建議研究結果在於提供「有用知識」的取向，所謂有用的知識是個人面對社會文化生活的霸權現象，能夠敏察與理解社會關係中的不對等，進行自我倫理的技藝修為美學，而維持自我尊嚴的生存知識與技能。

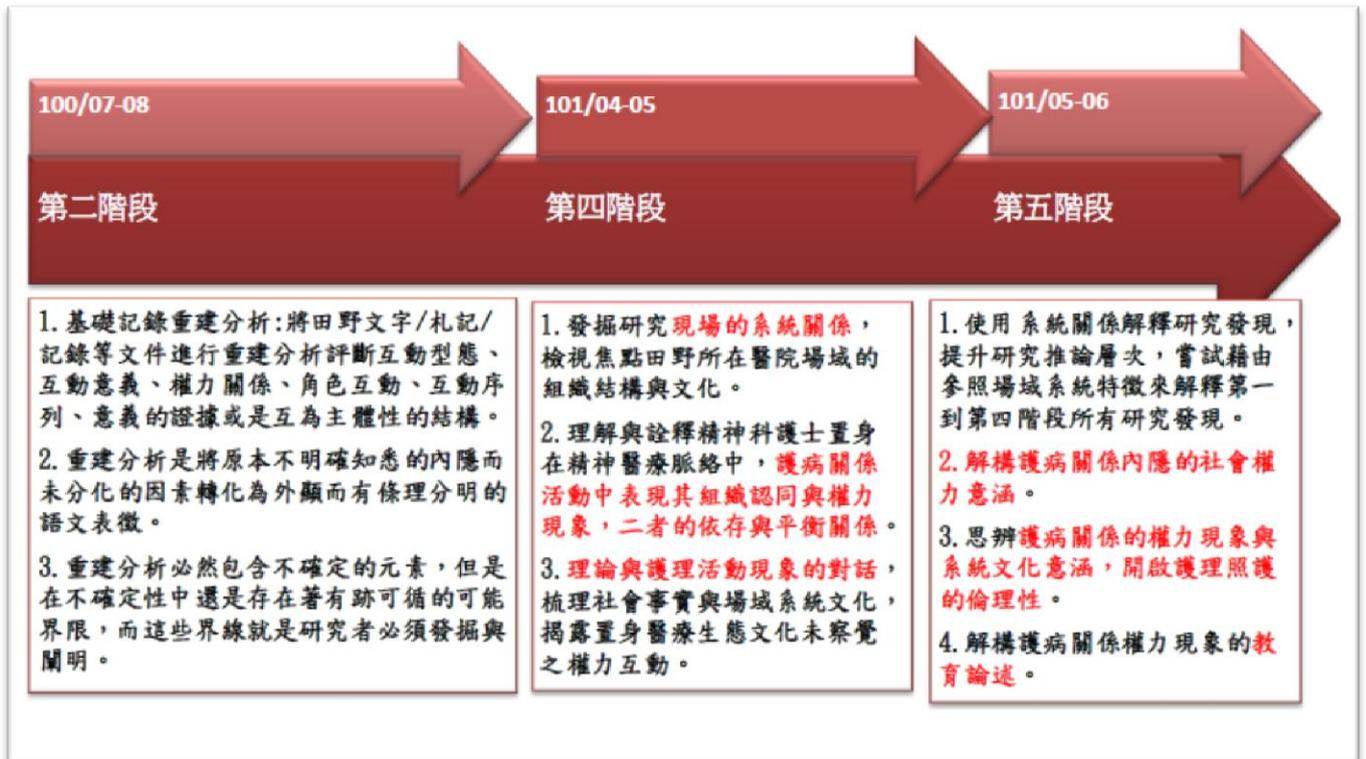


圖 3.6 研究資料分析歷程

#### 第四節 研究倫理

在民俗誌的研究中，研究者需同時扮演局內人與局外人二個角色，局內人的角色能使研究者被視為研究場域之一份子，讓研究者得以深入地了解研究場域的文化與意識型態，而局外人的角色則使研究者能客觀地觀察、分析研究場域。在研究田野中，研究者同時分飾了局內人與局外人的角色，也注意到身兼局外人與局內人角色的兩難，研究者必須在此二個角色中學習轉變本身既有的觀點以呈現研究結果。社會科學研究方法的標誌在於觀察他人生活中的生活，詢問人們關於他們的經驗，運用語言文字述說他們的故事。批判俗民誌的研究倫理議題應該考量研究對象之主體性，重視同意報導，避免傷害及保密。了解研究成果在無意中所造成的負面影響，避免造成不必要的傷害。

批判俗民誌研究者田野工作問題通常在於質問與判斷公共制度、知識與力量的統治方式，它包含謙卑的態度與對事物探索的興趣。也因為批判俗民誌有潛力動搖「理所當然」的意識型態，打開批判的體認，是因其田野工作是刺激的與倫理責任兼具的（Madison, 2005）。批判俗

民誌關注弱勢團體，致力於權力的不平等關係的探討，揭露社會的不公平；也因為研究者與研究對象密切的關係，致使研究者忘記一些研究上應注意的事項，例如研究的權力猶如雙面刃，通常是幫助與傷害兩者一起（洪雯柔，2008）。

因此，本計畫在研究倫理的考量如下：

1. 101 年一月提出計畫書，向該院的倫理研究委員會申請進入臨床觀察，詳細說明研究的目的以及可能風險，以徵得醫院與病房同意下進行田野調查。本研究已經通過該醫院的 IRB 審查，研究編號為 TYGH101009。
2. 對於所觀察的事件與情境皆以虛擬或匿名處理，只描繪故事的核心樣貌，對於人事地點皆於以符號代稱。
3. 與被觀察者的對話資料必須徵得當事者的同意才予以發表，因此在取得研究對象知會才可以引述該訪問資料。
4. 研究結果在於讓研究田野受惠與成長，本研究最終於目的是讓護理人員解構權力宰制的護病關係，而落實人文關懷的療癒關係。

表二 受試者同意書

計畫名稱		
精神科護士在護病關係中之處之認同與權力現象		
執行單位：		
主要主持人：廖珮君	職稱：	電話：
協同主持人：	職稱：	電話
二十四小時緊急聯絡人電話：		
受試者姓名：		
_____		
性別：_____		
聯絡電話：_____		

精神科臨床年資:\_\_\_\_\_月

## 2. 試驗目的：

- (一)觀察精神科病房護理活動，描述精神科護士的工作特性。
- (二)分析護理活動中有關於護病關係的內涵和行為。
- (三)訪談精神科護士對自己工作特性的詮釋，以及建立護病關係的經驗分享。

## 3. 試驗之主要納入條件：

在研究病房工作的護理人員皆為邀請對象，且願意接受訪談者，若人數超過預期訪談人數，以年資分組與聯絡順序作為考量。

## 4. 研究方法

本研究採二階段資料收集

**第一階段:**為臨床護理活動的觀察與紀錄，護士在工作上不會受到任何干擾，唯知道有研究者的存在與研究目的。

**第二階段:**為訪談邀請，本階段為自願參與，護理人員可以自主決定接受訪談與否，訪談時間在護理人員非上班時間，訪談場所與時間由研究者與受訪者自行討論決定，訪談時間約1-2小時，訪談過程會進行錄音以便研究者摘錄整理訪談內容。訪談人數約5-10位。

該研究過程的訪談資料分析皆以匿名方式處理以保護訪談者的隱私，只有研究者本人得以參閱此研究資料，這些研究資料只作為本研究目的的分析之用。

## 5. 試驗預期效益：

- (1)提升精神科護士對護病關係的察覺與反思。
- (2)本研究結果可做為對精神護理專業發展的教育參考。
- (3)發表於護理的專業期刊以作為學術與實務對話的平台。

## 6. 試驗進行中受試者之禁忌、限制與應配合之事項：無

## 7. 隱私性：

1. 本研究採公開說明與私下招募，而觀察與訪談資料只有計畫主持人(廖珮君)可以進行閱讀與處理；若進行研究發表時，研究醫院與研究對象會進行匿名處理以保障研究對象的隱密性。

2. 聲明本研究的協同主持人為醫院的主管，請願意參與研究的護士在自自由意志的衡量下決定是否參與此研究訪談。

3. 協同主持人只協助行政資源的協調，以及研究成果報告的討論與建議；不會涉略原始的訪談資料，包括:受訪者的基本資料、受訪者的訪談內容(錄音版本和文字稿版本)。其原因是協同主持人與受訪者在工作上有上司對下屬的附屬的權力關係，必須降低受訪者因為參加此研究而可能遭遇的風險。

**8· 研究訪談費:**

參與訪談的護理人員，為感謝其撥冗分享其工作經驗與想法，特提供訪談費用 1000 元。

**9· 受試者權利:**

A、如果你（妳）在試驗過程中對試驗工作性質產生疑問，對於本身之權利有意見或懷疑因參與研究而受害時，可與本院之醫學倫理及人體試驗委員會聯絡請求諮詢，其電話號碼為：

B、研究對象若想進一步獲知有關研究之資訊，研究者有義務提供相關資訊讓研究對象知情。

**10· 試驗之退出與中止:**

研究對象可自由決定是否參加本試驗；研究過程中也可隨時撤銷同意，退出研究，不需任何理由。

**11 · 簽名**

A. 主要主持人已詳細解釋有關本研究計畫中上述研究方法的性質與目的，及可能產生的危險與利益。

主要主持人簽名：

日期：            年        月        日

B · 受訪者已詳細瞭解上述研究方法及其所可能產生的危險與利益有關本研究計畫的疑問，業經計畫主持人詳細予以解釋。本人同意接受成為該研究的受訪者。

受訪者簽名：

日期：            年        月        日

## 第四章 大眾療養院的歷史背景與大眾病房轉型紀事

本章共分為三節，第一節介紹大眾療養院的建院歷史，隨著外來政權的轉移，以及台灣近幾年醫療體系的變遷，大眾療養院也隨著這股變遷的潮流定位自己的醫院服務宗旨。第二節介紹大眾病房置身在醫療環境與社會變遷的結構中，病房轉型過程與目前現況。第三節以架構圖呈現大眾療養院與大眾病房的歷史與社會脈絡。

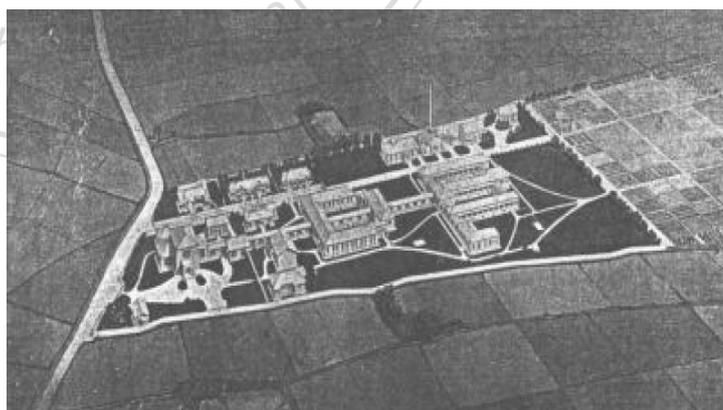
### 第一節 大眾療養院的歷史

#### 一、外來政權變遷的脈絡

大眾療養院的建院歷史，歷經台灣日本治台時代到國民政府遷台治領時代。當時日本政府有鑑於精神病患所引發的社會問題，<sup>15</sup>日本中川總督「有效抑制精神疾病有助於維護社會安全增進人類福祉，不能忽略精神疾病於諸多疾病之外，目前社會文化發展與衛生設施完善，人類生理上的病痛得以治癒，但是精神疾病卻有顯著增加之現象，參考歐美等國設立相關病院以收容與治療病患」。西元 1934 年，在市區東方郊外的七星郡松山庄五分埔 372 番地，院區面積 11,644 坪，隸屬「台灣總督府」所管轄之公所醫院，名為療養院(匿名)；創立目的是免費收容與治療全省精神病患民眾，是台灣第一座治療精神病患的公立院所。1934 年調查台灣



<sup>16</sup>圖 4.1 療養院大樓外觀



<sup>17</sup>圖 4.2 療養院 空拍全景

<sup>15</sup> 西元 1934 年(昭和 9 年)台灣總督府療養院開院式之中川總督府致詞內容。

<sup>16</sup> 翻拍自該療養院網站

<sup>17</sup> 翻拍自施文堯(2000)日治時期臺灣醫療設施體系發展歷程之研究--以台北地區為主。中原大學建築

精神病患人數有 3,312 人，其中已經監控安置者有 303 人，另二間私人精神病院收容額為 41 人，而療養院有六棟病房預定收容床數為 100 人。

從院區的地理配置表可瞭解，當時對精神病患的治療是以隔離監禁為主軸，參與治療的工作人員以醫師、護士(看護婦)、男性助理員(看護手)為主，院區設有娛樂室、木工廠、養雞場和炊事場已經展現職能治療與社區復健的雛形，當時的分工不明顯，工作人員與病患是在互助與分享的平權位階下互助共生。

夕	ソ	セ	ス	シ	サ	コ	ケ	ク	キ	カ	オ	工	ウ	イ	ア	名稱
看護手宿舎	舎庫	看護婦宿舎	自動車庫	自転車置場	守衛室	第六病棟	第五病棟	第四病棟	第三病棟	第二病棟	第一病棟	娛樂室	瓦斯發生室	外來診察室	本館及附屬家	名稱
メ	ム	ミ	マ	ホ	ヘ	フ	ヒ	ハ	ノ	ネ	ヌ	ニ	ナ	ト	テ	ツ
屍室及解剖室	便所	消毒洗濯室	養雞場	煙突	石炭場	機關場所	便所	水槽	炊事場	傭員宿舎	判任官官舎	判任官官舎	高等官官舎	木工場	淨化槽	淨化槽

<sup>18</sup>圖 4.3 療養院地理配置表

國民 34 年國民政府接台，當時隨著國民政府來台的軍人因為不准結婚成家，加上文化與社會適應障礙，產生許多心理社會問題。當時台灣接受美國的援助，美國醫療顧問團認為台灣需要發展精神科，因此療養院接受美援增建榮民醫院，以便診療與安置隨政府來台後的外省榮民。許多遷移至台灣的外省榮民因為難以適應異鄉而出現心理疾病，增建榮民醫院目的在於提供這些榮民長期安置的需求。隨著社區民眾與榮民住院治療與長期安置需求的增加，療養院不斷增建病床至五、六百床，將院區畫分民眾病房區與榮民病房區。民國 55 年再度更名，民國 68 年遷建，再度更名為大眾療養院(匿名)。民國 88 年因為廢省政策，從省立療養院更名為署立療養院。大眾療養院每次更名都有其社會變遷的脈絡可循。

研究所碩士論文。

<sup>18</sup>翻拍自施文堯(2000)日治時期臺灣醫療設施體系發展歷程之研究--以台北地區為主。中原大學建築研究所碩士論文。

在大眾療養院工作 30 年的資深護理人員描述這家醫院的工作文化:

那在這個過程中你看 這個的文化發展它從日本時代一直到現在 我來到這個醫院的時候 看到是醫護人員彼此的關係 就像兄弟姊妹一樣 非常好的一個合作關係 不是你尊我卑阿 是非常平等的 然後這個文化是非常難得的 你一進來就可以感受到它的氣息的不同 這醫院總共沒幾個醫生啦 都是主任 哈哈 都沒有幾個 以前可能只有大概四個主任吧 還有一個主治醫師 兩個主治醫師 所以大家都是非常彼此尊重的(小路護士訪談 1010306)

這位資深護士也提到，以前大眾療養院過去的專業分工不明顯，大家是一起工作一起分享:

民國 67 年那時候醫院有六百個病人 五十八個護理人員 包括所有的助理護士 阿 我那時候就覺得這裡是需要的 所以我就決定我要留在這裡工作 後來 當我在這裡工作的時候 就看到說有些社會的義工阿 他們就會來到這邊帶病人活動 那時候是 YWCA 教會團體的 這個有一個快樂小組 他們有一個小組的一些社會的這些年輕人跑來這邊 每個禮拜六下午來固定帶病人活動 這是所有我們醫療活動裡頭 我們醫療所有的活動盡量可能用團體式的 各個病房都一起出來到大禮堂 我們在帶土風舞阿 帶什麼 帶什麼 可是他們是每個禮拜六下午 由這些志工們 現在叫志工 以前叫他們是義工 那年輕人就那些病人帶出來到大禮堂 帶他們團康活動什麼 再送他們回病房 可是我們醫院要派一個人來做這個負責的一些人 那就是護理部的人 沒有想到任何其他的人 那時候我們<sup>19</sup>OT 只有一個老師 OT 只有一個主任 沒有別人 他們就負責帶禮拜三的土風舞我最記得清楚 可是我們醫院的護理人員 護理人員是全部醫院各部門裡面人口數最多的 護理主任的影響力也非常大 她是一個非常活潑非常活躍的人 而且跟各科的關係都非常好 人際關係非常好 所以他們跟大家的關係一直都是 任何事情護理部出面 去帶動大家一起來進行 包括全醫院的院慶活動 然後這邊的醫護人員都非常活潑的 關係非常好 然後我們要辦什麼自強活動 以前沒有自強活動這一套 就是護理部發起活動然後大家都來報名全部都出去 然後大家出去都像兄弟姊妹一樣(小路護士訪談 1010306)

<sup>19</sup> OT(Occupational Therapy)職能治療

當時精神醫療的藥物治療種類有限，不像現在有多種的藥物可以使用，需要以「人力治暴力」的病房管理方式，故聘請許多男性的助理護士，其目的是藉由他們的人力以壓制精神病患。治療藥物有限的時代需要強而有力的工作人員處置病患的暴力，有所謂男助理護士，他們沒有接受正規護理教育，他們就是運用自己對人的認識和病患建立關係，那是不是典型的護病關係，而是協助病患或是壓制病患的一種人際關係!

而且助理護士的時代 有很多男護士 他們那時候受的是日本教育 那這些人他們在這裡面 他們沒有很多的學理 可是他們對病人有一些關係的建立 讓我們看到在那時候藥物非常不發達 我來醫院的時候最多用幾種藥 最有名就是 wintermin(抗精神藥物) 後來那時候剛剛發展 剛剛才有阿 吶 然後用的是 inderal(抗焦慮藥物) 這種藥物 那其他的話沒有什麼藥物的 那你說要這樣子病人混亂的時候怎麼辦呢 所以能用的藥物並不多 剩下就是要用人力的關係 用以力來制暴才行 如果這個病人非常混亂的時候 我們這些男性的這個工作同仁是非常好的幫助 那他們的宿舍就在我們的病房門口 所以他們二十四小時睡覺 沒有說 哎呀 這是你們病房的聲音我們不要理啊 只要有聽到任何 那時候沒有廣播系統的 沒有這些的 電話也都有限 那我們醫院有兩甲多大 我們的眷舍也是在裡面 不管是哪一家的眷屬聽到有病人逃跑 所有人只要聽到 從家裡面衝出來 有些男生在洗澡內褲一穿就跑出來去追病人了 不分你是哪個病房 所以這樣的一個工作環境中 讓我覺得它是一個非常有人性化的一個照顧的單位 他們對病人不是用暴力壓制你 怎麼樣就夠了 而是這些人跟病人建立很好的關係 透過他們的觀察那些來幫助病人 那時候<sup>20</sup>ECT 還很多阿 因為沒有什麼其他的藥 當然我 我來的時候已經沒有<sup>21</sup>IST 了 不然的話以前他們 insulin inject(胰島素注射)照做阿 我的助理護士都功力很好的阿 那是非常危險的一種治療 但是在那個古代的那個時代他們是用這個方法幫助病人 當我來的時候當然已經有了這些口服藥就比較不用(小路護士訪談 1010306)

說明當時的精神藥物治療有其限制性，因此照顧者如何處置精神病患的症狀、情緒與行為變成經驗的累積。甚至過去在精神科工作以院為家，因為精神醫療機構本身就是一個小規

<sup>20</sup> ECT: electroconvulsive therapy 電氣痙攣療法縮寫

<sup>21</sup> IST: insulin therapy 胰島素治療的縮寫

模的社區，員工與家屬就住在且這個精神醫療社區，因此當時的醫療工作與家庭生活有相當緊密的結合!

## 二、臺大醫院領軍的時代

如果從地理位置切割大眾療養院的歷史，重要的分隔在日治時代的建地和遷置現有建地二個地理的空間脈絡。過去一直以收容與隔離為前提的精神醫療立場，在民國 72 年出現改變，因為大眾療養院收容數百名的精神病患，需要更多的人力資源和現代醫療知識以提升精神病患的醫療照護品質，因此臺大醫院借調精神科醫師與護士等專業人員進入大眾療養院，協助發展與訓練精神醫療團隊的各專業人員。台大醫院精神醫療的開創者林宗義先生深受日本精神醫學教育的影響，建立診斷治療的技術與知識，並培育精神科五大專業，包括：精神科醫師、護理人員、臨床心理師、社工師、職能治療師；加強私立精神醫療院所的訓練與聯繫，進行各項醫療模式實驗，推展心理衛生預防工作。而後受到美援思潮的影響，台大醫院將這套精神醫療專業訓練模式移植到大眾療養院，也讓大眾療養院進入專業發展的時代，精神病患的作業治療、精神狀態評估、以及承襲美式治療風格的團體治療。1964 年美國通過社區心理衛生法案，主張縮短精神病患的住院治療時間，讓他們盡早回歸社區，即去機構化運動。而大眾療養院原本的建院目的是「收容精神病患並長期安置」，在面臨去機構化運動的心理衛生政策，隨著這些長年以療養院維生的老榮民或精神病患身亡後，逐漸轉型為積極治療的醫療理念。這位資深護士談到大眾療養院的轉型：

漸漸的我們的醫院就要搬遷了 所以在那邊兩年多以後 我們搬到 XX 就擴充 那就 我跟他們一起搬過來 我們後來在 XX 這邊新大樓裡面 然後 人的關係改變 變的很疏離了 我們之前是每個地方相碰 所以 沒有人有什麼界線 大家都是同一家 同家人病人的 是 我們大家的病人 那種感覺是很團結和諧的一個合作的關係 所以等到我們到這邊來 每一個病房把大家隔起來關起來了 每一層樓才只有一個病房 我們就發覺到 不是關病人 是關護士 哈 因為病人多 你才一個 你被鐵門一關你什麼地方都沒有自由沒有後路可走 沒有後門的 那你這個病房裡面 這個門 如果有病人堵住你 後門你都去不了了 我們有兩個門沒錯阿 但是你從護理站是

沒有辦法逃走的 你要如何離開護理站逃亡那就很難了 所以那個時候你的感覺就是安全感跟環境的變遷 人的關係也疏離 然後 護士也加進來很多新的護士 所以整個關係的改變也造成這個文化的改變 後來 我們就跟台大建教 開始大家很注重學理 所以我們在學理上的充實也就越來越多了 然後新的護士漸漸加入 那 老的護士慢慢就 就 就 就退休啦 離職啦 什麼的阿 他們也覺得壓力也越來越大 因為要求越來越多阿 你要他寫很多學理性的東西 他寫不出來那種護理紀錄 越來越 她們就慢慢就淘汰掉了 那剩下得就是這個新一代的護士 新一代護士起來 我們就變成老的護士 所以我就覺得在這個過程的裡面 我們累積的過去前面那些所謂的經驗 加上後面學理的充實 不斷的增長 這個對我們來說是 很有幫助的(小路護士訪談 1010306)

當年的精神科護理很有意思 我們什麼都會呀 你看我們會要下棋 會要打球 會要跳舞 會要帶病人作手工 什麼都要我們做 因為沒有人會去看這些病人 慢慢時代在改變 他們的科系有龐大的人力加入 他們有他們的專業進來 然後不一樣老一輩的人都退休了 好 唉 他們開始覺得你們搶了我們的專業 要把它搶回來 這很有意思 明明你們人力就不多 我們在跳舞你們會帶嗎 你一個人怎麼帶 對不對 所以開始各個病房東西開始集中分科 分的越來越細了 但是也因為這樣一個東西 我們合作關係是非常重要的 而不是因為分工合作 就不在乎合作的關係 但是呢 也因為界線的拉出來 大家要各自要看到自己績效的時候 我覺得有時候損失的就是病人 明明這個病人 護士可以在病房帶他做 可是你又繼續說 這是我的工作你不用管他阿 我們以前護士常常會從家裡帶很多手工來給病人 去幫他們找那些手工藝的市場來給他們做 後來 OT 說這是他們的專業 然後把他們帶到工廠去 有系統阿 有分科阿 這些都是世代的變遷 但到最後你會發現到 有時候因為他們的競爭阿 反而不見得能給病人帶來一種最完整的照顧(小路護士訪談 1010306)

大眾療養院從日式時代的建築風格進入美式醫療的空間分配，意味精神醫療正式進入專業化時代，台大醫院精神醫療的學術風潮讓大眾療養院從師徒制的經驗傳承，轉變為有系統性的專業化教育訓練，專業化分工讓各領域的專業工作者畫出自己的界線並試圖不斷擴增自己的轉業版圖，展開一場專業間的爭食角力。無論是建築空間或是人的關係都進入劃分清楚

的位階權力結構，新的建築結構原本想提供給病患，能夠享有更精進與現代的醫療服務，卻也創造出牢固地人與人之間的隔離與保護。

大眾療養院的轉變，象徵台灣醫療結構從日治時代一直到國民政府時代文化沿革現象，國民政府接收美援的思潮後，讓早期承襲日本醫學教育思惟與作風的台灣醫療人員與工作環境逐漸被洗禮；而後美國的精神醫療與照護策略深刻影響台灣當代精神醫療體系的發展。

### 三、醫院評鑑、精神衛生法與健保給付的時代

民國 75 年，新的醫療法通過後舉辦全國性醫院評鑑機教學醫院評鑑，以提升國內精神醫療機構的品質。衛生署發展出來的醫院評鑑制度中評估指標對於醫院管理有重要影響力，因此大眾療養院也在這一波醫院評鑑制度中逐漸轉型。民國 96 年，精神醫療機構評鑑新制上路，其特色是評鑑等級與健保的醫療給付有關，此牽涉到醫院營收利潤的民生大計，造成醫療機構「全力拚評鑑」運動。大眾療養院的評鑑事務各有分責，護士們對評鑑有著複雜的感受，認為評鑑指標都是打著「病人安全」的假象而不切實務。大眾病房在一次衛生局委員要來訪視時的狀況：

今天衛生局來訪，因此護理長提醒大家要注意自己的表現，也提醒和病人互動時的原則。在評鑑準則中關於病人安全這一章，提到病患一定要帶手圈，護士要看手圈辨識病人，一定要辨識病人才能做任何治療。需要掛手圈，但是大眾病房根本沒有手圈，護理長緊急跟其他病房要了足夠的手圈，這時護理學生就派上用場，因為需要更多人力來協助病人戴上手圈，因此學生們拿著手圈分工協助幫病人戴上。即使護士與病患已經熟識的不得了，護士和病人還是要演出一場她們都覺得有趣的互動，例如，護士很溫柔地問：請問是李淑美小姐嗎？這位病患阿美，從來沒有被護士如此的溫柔稱呼過，緊張的點點頭，護士接著微笑說：我看一下你的手圈，阿美伸出手，看著護士自語唸著：李淑美，床號 34，病歷號碼 901234，護士抬起頭笑著說：那我現在要幫你量血壓…！護士看見病患驚奇不知所措的表情，忍不住笑出來，而病患也跟著相視而笑。因為這和平時的互動完全不一樣，這場樣板戲常常在官方評鑑與訪視時上演，從好處來看，確實添增一些生活情趣，因為病房大廳變得好熱鬧，護士們變得很有耐心提供治療服務，

病患們似乎有機會可以多提出一些要求，因為忙碌，時間也過得較快，一下子就是病人到 OT 的時間，其實對病人而言生活是一層不變的無聊，突然出現這點轉變也是生活的一點樂趣 (1000721 觀察紀錄)

評鑑新制的標準細節讓醫院工作者人仰馬翻，護士是第一線的工作者，許多非照護的行政工作也分責給護士們。魏福全(2008)對於評鑑新制的看法，指出 20 年前在實習和當住院醫師時，醫院很自然的都是以病人為中心，因為不以病人為中心，要以什麼為中心呢？醫師或許比較權威，但一心一意就是把刀開好，把病治好，醫師的榮譽感就在這裏。後來健保開辦，東拉西扯一大堆，醫師忙於應付，就慢慢變成以健保為中心。現在評鑑新制的推行，醫院為了求生存，時時刻刻要以評鑑為中心。醫學倫理一直強調醫院要以病人為中心，但是，健保和評鑑卻讓醫療人員離病人越來越遠，逐漸以評鑑和健保為中心。護理人員照顧病人的品質如何不重要，只要把書面資料做漂亮就好了。魏福全醫師在部落格描述自己因為醫院評鑑而情緒失控的情況，頗為傳神：

最近接到醫策會的公文通知，六月到八月間要來醫院評鑑。當天，有護士一聽到這個消息立刻抓狂，我則是坐在椅子上發呆，該來的不該來的終歸是來了！這時，有位病人又來講重覆的要求，冷不防被我大吼一聲”好了！夠了！”一會兒回過神來，趕快跟病人道歉，但是錯誤已經造成，我在醫院的惡跡劣行又添一樁。更令人慚愧和難堪的是，病人表現的如此善良又寬容”魏醫師！沒關係！我知道你有事在煩！” (<http://blog.bs2.to/post/medfront/11745>)

民國 79 年第一版精神衛生法通過，民國 96 年因應社會變遷以便合宜治法再修訂第二版本。無論是舊法或新法，在精神病患的人權、醫療權、與工作權都是法令中重要的核心主張。因此大眾病房也常常要處理病患表達其醫療權利或是通訊自由的需要：

病患小楊他是一位很強調自己權力的病人，日前他被<sup>22</sup>強制住院，一直打電話到衛生署吵鬧為什麼將他強制住院，造成衛生署頻接他的電話不堪其擾。因此，衛生署打電話來希望病房

---

<sup>22</sup> 根據 96 年通過精神衛生法第 41 條，若有嚴重病人有傷害自己或他人之虞而拒絕住院治療者，經過二位精神專科醫師診治有住院之必要，得以向衛生署提出強制住院申請，由衛生署醫審會審查同意者得以辦理強制。

能夠約束一下病人打電話的行為，護士在電話對衛生署的回覆是”病人打電話是他的自由”。  
(1000630 觀察日誌)

護士在護理站接聽電話，對方是家暴防治中心，對方詢問是否有一位病患叫李大龍，護士回應有啊，對方請護士可否約束他的打電話行為，因為他一天到晚打電話到家暴中心控訴醫院虐待他，因為佔線時間太久造成他們很困擾。護士詢問李大龍為何要打電話給家暴中心，李大龍說因為我沒有錢買電話卡，只有打 110、113、119 不用付錢!(1000804 觀察日誌)

院長室秘書來電，表示有病患打電話控訴醫師已經三天沒有來看她了，她想換醫師。院長請醫師盡快跟病患溝通了解病患的需求。(1010316 觀察日誌)

護理站電話聲響起，護士接起電話，對方說要找王曉慧的主治護士，大廳廣播請主治護士到護理站接聽電話，只見主治護士放下整理寢物和安檢的工作，匆匆忙忙進到護理站，拿起電話自我介紹，對方表示想了解王曉慧甚麼時間可以出院，護士疑惑地詢問她是王曉慧的哪位家屬?對方回答:我就是王曉慧，護士狐疑地抬起頭往大廳望去，看見王曉慧正在打公用電話。護士又好氣又好笑，要王曉慧掛掉電話，王曉慧表示因為護士都沒空跟她說話，她只好用打電話的方式問看看!(1000617 觀察日誌)

過去沒有精神衛生法規範的時代，病房在管理原則中會明定限制病患打電話，若有需求，也是護士代為轉達或是陪病患打電話，與其說陪伴不如說是監管病患打電話的對象或內容。自從法令頒布後，病患打電話的自主性相對提高，但是病房也常要處理這些電話造成的困擾。

精神衛生法強調醫護人員有告知住院病患相關權利的保障和申訴辦法，大眾療養院為了解決這個法令的要求，在所有病房都掛有這個看板，因此新病患的入院護理關於環境介紹時，一定要帶病患來認識這個看板，但是又擔心病患將這個看板拆下來當作攻擊他人的武器，所以看板掛得好高，病患必須仰頭近 90 度或是倒退好幾步才看得到看板的內容，而病患打申訴電話的機率還是提升許多。



圖 4.4 高掛在大眾病房牆面的病人權益看板

民國 83 年全面執行全民健康保險，給付有三種方式即論量計酬、論日計酬及論次計酬，大眾療養院的大眾病房隸屬急性病房，採論量計酬的方式進行申請醫療給付。李明濱(2000)指出論量計酬的隱憂是醫療機構不得不拼命製造更多的服務量；但是醫療服務品質的內涵卻成為不得而知的黑箱作業。大眾病房即是以論量計酬的申報醫院，近幾年健保營運虧損，因此在醫療服務的明細支付標準上越來越嚴苛，支付點值也逐年下降。醫療服務越來越廉價，相對服務品質也跟著縮水，大眾病房面臨申報規定的要求：

大眾病房許多治療活動都建構在經濟價值，依健保給付規定，白班護士要寫二次紀錄，上午下午各一次，中午以後，大部分護士都坐在護理站內專心寫紀錄，很難再見到護病之間的互動。醫師帶團體活動，因為規定一次團體治療的上限是 15 人，因此醫院要求醫師每次團體要帶到這個人數值，有時候無法讓病人都進來團體，醫師權衡的作法是請病人補簽，大部分病人都不清楚簽名要做甚麼，醫師拿著單子請他們簽名，他們都不會拒絕(1000721 觀察日誌)

醫院規定病房的行為治療也是做到最大量，健保規定病人住院滿一個月就可以執行行為約定，因此只要滿一個月，護士就會提醒醫師開立行為約定的醫囑，至於做甚麼行為約定不重要，有些行為約定的內容頗具備爭議，例如：情緒控制的行為約定、遵守病房規定的行為約定。只

要滿足健保的規定有醫囑、有計畫書、有紀錄，就可以申請款項。這個病房許多活動都是為符合健保請款的規定而做到最大數額，至於品質的內容一直不是重點，只要醫囑、活動紀錄與簽名單都符合，前後邏輯一致就可以放心的。護士在這樣的經濟架構下從事照護工作，許多照護關係都是建構在這個邏輯下而運作（1000721 觀察日誌）

今天在團隊會議上，護理長說醫院上個月的健保申請給付有17%的款項被刪，損失極慘重，院長指示各科室都要負責將被退件的請款重新寫報告申覆。護理長已經將大眾病房的請款退件分類，請當事人自己負責的內容重新寫報告說明，再由護理長彙整（1000721 觀察日誌）

<sup>23</sup>大眾病房的主要負責人俊醫師，在團隊會議提醒大家，每位醫師每個星期都要帶團體一次，沒時間或是忘記的，請記得補帶團體，記得要完成紀錄和病人簽名。職能治療每天病患的參加率要達80%，請大家多鼓勵病患上OT。心理師和社工師每週也要帶團體二次，心理測驗每個月要有七件，因此請大家多多轉介需要心理測驗的病患。我個人覺得這段報告很像是病房業績的業務報告（1010320 觀察日誌）

在會議中，護理長說現在換了一位新書記，他的工作就是負責計價病房病人活動和治療的費用，書記很好心願意協助醫師補單，書記認為醫師工作忙碌常遺漏病患參加團體的簽名動作，他可以拿去給病人補簽，以補到規定的人數（15人/團體）。護理長說以前書記堅持不願意做這件事，現在這個書記很熱心願意幫我們，護理長接著說：其實我們也不是記空帳，其實我們的活動病人都踴躍參加，只是有時候太忙，忘記叫病人簽名，或是病人有參加不願意簽名，現在書記願意幫我們追病人的簽名，只是請大家注意，病人名單一定要核對好，不要這個病人這時間明明外出，你還請書記加入這個病人名字，被健保查到就很不好，健保會完全退件，我們有好幾筆報帳就是發生這種情形。這時，俊醫師補充說明希望醫師們還是要確實帶團體！（1010320 觀察日誌）

---

<sup>23</sup> 參考101年健保給付支付基準，特殊團體心理治療(Re-educative group psychotherapy)，每次團體最多15人，支付點數129/人。職能治療支付點數299/人/次。心理測驗支付點數1375/件。以上支付點數必須乘以每年浮動率才是支付費用，近幾年健保虧損，浮動率都是小於1，浮動率牽涉到醫院該年的營運績效，大家的績效獎金也跟受到影響。所以努力創造績效成為大家的共識。

#### 四、大眾療養院目前精神醫療的發展

衛生署曾建構台灣區域精神醫療網，大眾療養院負責所在地區三縣市精神衛生相關預防與復健等工作。身為公家醫院並扮演區域精神醫療網的照顧服務，根據療養院的護士自詡「就是最差的病人都會住到這裡來，因為我們沒辦法挑病人」。大眾療養院的前身即是收容全台灣需要安置的精神病患，在這個歷史脈絡定位下，平民化的精神基層醫療，讓大眾療養院常常面對社會最底層的精神病患家庭，因此醫院的服務氛圍建構在慈善事業的基礎，協助社會社經底層的病患和家屬，有許多精神病患長期依賴大眾療養院為心靈庇護所或是重要的社交場合，可以常見到病患以醫院為日常生活活動的中心，在附近閒繞或是到大廳內尋覓認識的工作人員或病友。

小楊是一位生病三十年的病患，常年以大眾療養院為他生活的重心，我常看他在大廳和一群病患有說有笑，他看到我總是高興地打招呼，他說平常閒閒沒事就是來醫院看看老朋友，或是遇到醫生護士跟大家聊一聊，所以療養院的事情，我都很清楚，因為我是資深元老，現在這個院長，我來這家醫院住院時，他還是一個小醫生，現在都變院長了(1001206)。小惠也是一位很資深的病患，我在 10 年前帶著學生照顧過他，那天在大廳遇到他，他好高興跟我聊起來，她說著自己的近況也說著自己的委屈，他也很關心我的說：老師！你變醜又變胖了！你是不是也在吃這裡的藥？我不禁莞爾，原來這是小惠長期在服用藥物的身體經驗(1001126)！

大眾療養院鋪織出一張綿密的精神病患生活的互動網，病患與工作人員置身在醫療空間的結構下，共同的歲月記憶常常讓我們變得沒有專業關係的距離。

過去在省府時代，大眾療養院只要專心精神服務的治療與照護工作即可，有關營運盈虧都是國家政府概括承受；後來進入健保時代以及公立醫院民營化的政策，單一精神疾病治療與照顧的收入常讓醫院財政困窘，醫院必須開創更多其他的業務以增加醫院利潤，因此醫院大力推展<sup>24</sup>美沙冬的門診服務或與藥廠建立精神<sup>25</sup>藥物臨床實驗合作計畫，另外與法務部合作的<sup>26</sup>性侵

<sup>24</sup> 美沙冬現在主要是用來作為海洛英的替代品，用以治療有吸食海洛英習慣的吸毒者。「美沙冬治療法」是現時治療海洛英毒患的最可靠辦法。大眾療養院在 96 年，台灣第一家依法提供美沙冬治療並象徵性收取每人每天 80 元作業處理費用。雖然許多美沙冬使用者仍然吸食海洛英，但他們的海洛英使

害加害人的評估治療等業務，都讓醫院的營運往正向數字發展。

## 第二節 大眾病房的轉型紀事

### 一、大眾病房誕生

民國 92 年，療養院新建蓋的醫療大樓開始啟用，大眾病房是新醫療大樓啟用計畫中，新規劃的病房。此病房的空間原設有 65 床的病床，在大眾療養院的病房規劃裡屬於大病房的設置，當初病房在空間安排上並不考慮作為急性病房使用。醫院搬遷時，病患從老舊病房遷移至新大樓，大眾病房負責接收療養院中功能最差的護理病房的病患們，這些病患幾乎都是<sup>27</sup>難治型的精神分裂症患者，長期被家屬放置在大眾療養院，平均住院時間是以「年」為計算單位。這群長年被遺棄的慢性病患，當初在病房分配時也曾經形同人球被推來推去，其他病房都是承接原有舊病房的人事結構和住院病患，因此都有其正當性無法再接納護理病房這群需要被照顧的病患，而大眾病房是個無中生有的新病房，在協商和規劃的過程中，療養院中功能最差的病患，和療養院中五位年資超過 20 年，被視為無作為的老派護士都被放置在大眾病房。

在一個外觀新穎的病房環境裡，有一群被醫院結構隱喻歧視的病患和護士族群共同生活在這個場域中。當時醫院提拔一位年輕有為的護士為護理長，她在沒有任何勢力可以倚仗的情況下接下大眾病房護理長的工作，另外也招募幾位新手護士加入大眾病房，<sup>28</sup>調度三位醫師，一位職能治療師，一位心理師，一位社工師，大眾病房的照護工作就開始上路了。

---

用量已經大減，更減少愛滋病感染和其他社會治安事件。根據另一家療養院醫師說，單單就美沙冬治療業務，每年幫醫院賺進上千萬元的收入。

<sup>25</sup> 許多藥物廠商研發新的精神作用藥物，依法必須通過人體藥物臨床實驗的過程，廠商跟醫院簽約進行這項研究計畫，會提供醫院相當高額的研究費用，而且病患在接受藥物實驗的階段所有住院費用都由廠商支付住。

<sup>26</sup> 法務部有鑑於性侵害加害者在服滿刑期之後，回到社區的再犯率屢高不下；與療養院合作進行侵害加害人的評估與治療，承接此服務業務可以獲取法務部相當金額的補助，也是醫院營利的來源之一。

<sup>27</sup> 所謂難治型精神分裂症患者，即是任何藥物治療或是電氣痙攣療法都難以緩解病患的正性和負性症狀，個案的自理生活功能逐漸退化，必須更多護士人力以協助個案自我清潔和行為訓練。

<sup>28</sup> 大眾療養院的醫師、職能治療師、心理師、和社工師在工作分配上會同時兼顧幾個病房，因此大眾病房的治療服務只是他們責任分配的一部份；只有護士的工作界線在地理和時間區域是被清楚劃分，其他治療工作者的服務區域被模糊化，相對可以擁有較多的彈性和權力，而護士的工作是護士必須在這個時間與這個空間中，無所遁形。

## 二、亞急性病房

當初醫院將大眾病房界定為亞急性病房，除了安置那二十幾位從護理病房過來的資深病患以外，也陸續收容從急性病房症狀緩解卻無法出院的病患；病患無法出院的原因有多重因素，有的是因為尚存有殘餘症狀，家屬擔心病患回到家無法照顧，而中短期安置住院；有的是除了精神疾病本身，有伴隨有物質濫用問題，家屬擔心病患出院就去喝酒找毒品，希望長時間社區隔離；有的是曾經和家人發生過衝突或傷害事件，家屬已經很害怕讓病患回家。<sup>29</sup>總結這些原因就是家屬無法或是不願意照顧的情況下，醫院同情家屬的處遇，願意再多承擔一些照顧的重擔。其實，醫院也很清楚如果依照精神衛生法令可以要求家屬將病患帶出院，但是堅持這個態度，除了增加病患被遺棄的機會也可能發生不能預期的意外；因此法令是法令，而就實務的執行上確有許多法令無法周到的人情世故。

大眾病房提供舒緩家屬照顧壓力的功能，也讓醫院在急慢性病患的轉出和轉入的調整中，多了一個可以考慮的安置空間。病房中男女病患各一半，以護理站前面的大廳為界線區，不反對男女病患互動，但是一定要在大廳這個公領域中；如果擅自進男女病房區，會遭受到關保護室的處罰。白天護士 5-6 位，每位護士約照顧 11 到 13 位病患。平日的護理活動還是以病患能夠到職能治療教室接受課程訓練為主，輔以協助病患的生活功能與自我清潔等行為訓練；治療與照顧目標是放在病患病識感的建立以及職能功能的訓練。護理照顧的重點會放在病患生活功能與社交技巧的提升，協助個案能夠順利適應社區並回歸社區。原訂病患的住院時間是 2-3 個月，如果超過住院期限，有時候會技巧性地轉出再轉進以延長住院時間。

---

<sup>29</sup> 精神病患的安置問題往往是病患與家屬長期惡性循環的互動下，家屬逐漸選擇疏離與忽略的方式來面對病患。精神衛生法以鼓勵又帶點強制的意味制定法規，規章中提及家屬的義務，包括：不得遺棄虐待、善盡協助就醫與出院照顧之責，以減稅鼓勵家屬也以輔導教育等罰則約束家屬。

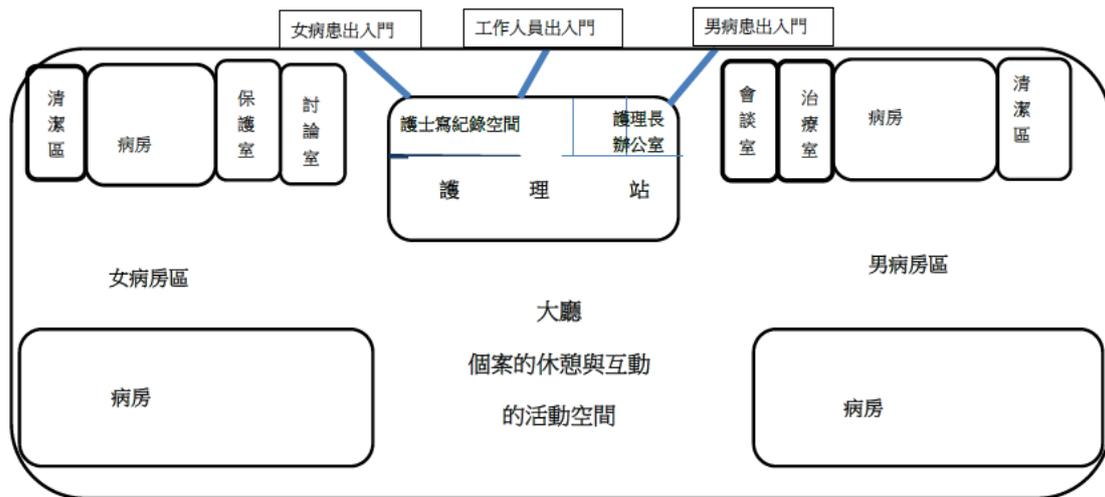


圖 4.5 大眾病房的平面空間圖

大眾病房有一部分病患是功能不佳的病患，有一部分是症狀緩解但無法出院的病患，導致病房的照顧呈現分歧的現象，92 年進入大眾病房工作的小雯護士表示：

剛進來這裡，很不習慣，有一些病人很退化，光處理這些病人的洗澡吃飯就要花掉很多時間，那些較資深的學姊都不做事，對病患都是用吼的，對我們也是這樣，護理長也沒辦法管這些學姊，有時候病人在房間作亂，我們根本不知道，學姊都是睜一隻眼閉一隻眼，保護室天天都關人，病患間的衝突很多，常常吵架，我常常要處理他們的糾紛都是為了零食、電話卡吵架，所以我們的規定就越訂越多。我根本不覺得這是亞急性病房，根本比急性病房還亂，這個禮拜我們已經請求<sup>30</sup>緊急支援三次，急性病房人力多，病人又只有 30 人，我們真的跟他們差太多了 (1010503 小雯護士訪談)

而且本來給我們三個醫師，我們覺得還有一點幫忙，至少常常有醫師在病房，可以討論病人的狀況給我們一點意見，但是醫師之間調來調去最後變成一位醫師，醫師常常又有開會和門診，有時候我覺得住在這裡的病人很可憐，常常在等醫師來，因為只有醫師可以跟他們討論不可以出院，我們已經安撫到麻木了 (1010503 小雯護士訪談)

<sup>30</sup> 精神科醫療單位容易發生病患情緒失控的攻擊事件，因此全院有一套廣播系統，只要某個單位出現需要更多人力協助的攻擊事件，工作人員立刻全院廣播，而工作人員們也會有默契地往請求支援的單位跑去。

### 三、急性病房

大眾病房成立以來，醫院對內一直以亞急性病房稱呼，院內同仁對此病房的認知也是比急性病患更穩定一些的住院病患治療，但是醫院對衛生署與健保局是以急性病房的規格進行申報，根據小雯的解釋是：

因為急性比較賺錢啊！醫院從來就不想把這個病房變成慢性的，因為慢性病房是開一個賠一個。所以醫院認為大眾病房是急性病房，而且急性要做的 paper work，我們都要做啊，病人也是依規定 2-3 個月就要出院啊，他們就是到急性或慢性去住幾天，過個水，就可以重新再回病房住，重新算起(1010503 小雯護士訪談)

因為 96 年精神機構評鑑新制基準的調整，大眾病房的治療屬性「亞急性」並不符合評鑑的規定，無論是在人力配置與空間結構都需要再改善。因為評鑑等級會影響健保給付等級，療養院被迫必須下個決定，不能再遊走於法令邊緣，必須清楚界定大眾病房醫療服務的對象，只有二種選項，即急性病患或是慢性病患。院內主管開會後決議將大眾病房改為急性病房；這個決議的原因是考量健保給付對急性病房的給付費用較高，可以創造較高的營收。當時大眾病房面臨這個轉型，護士們心中頗有疑慮，原因在於隸屬急性的「大病房」很少見，大眾療養院成立新醫療大樓後，原本就有四間急性病房，都是小病房規格，每間病房的病床數是 30 床，可見得醫院了解急性病房的病床數不宜太多。而台灣同等級的其他精神療養院，急性病房的床數也都控制在 40 床以下。醫院想將大眾病房更動為急性病房，病房床數高達 60 床以上，以目前的人力、硬體設備和安全措施都不足以應付急性病房的需求。但是醫院還是依原定計畫，增加二倍的工作人員的人力之後，陸續將原有的老病患轉出安置後，轉收因為急性症狀而需要入院的病患。

我們其實都很反對，因為六十幾個急性病人照顧起來，屋頂真的會掀開，但是那個讓我們很不快樂的院長，就是很會精打細算，只要是錢的事情，她都是沒有商量的餘地，就連冷氣來說，明明醫院有三台冷氣主機，她堅持只開機一台，每次夏天，醫院都熱得要命，病人都熱到睡在地板上(1010503 小雯護士訪談)

歐洲與相關殖民地地區的精神科急性病房都是採小病房的規格，住院期間強調藥物治療與提升病患的參與治療自主性(World Health Organization 2001; Senate Select Committee on Mental Health 2006)。急性精神科病房護士的功能在於安全的維護、協助藥物治療、深入的個別護病互動以及協助病患建立病識感(Thomas, Shattell and Martin, 2002)。在小病房的規模，護士與病患建立穩定與熟識的治療關係，可以有效掌握病患的行蹤與狀況，相對病房的意外與攻擊事件都明顯易於控制。大眾病房的治療對象轉型為急性症狀的病患後，確實不斷經歷層出不窮的病房意外事件，也造成護士在工作上加劇的身體與情緒負擔。

#### 四、轉型後的困境

大眾病房在 97 年正式啟動為急病病房後至今，歷經三位護理長，最早期的護士能退休的即退休，能轉調其他病房的即轉調其他病房，或是就離職走人。目前病房有 21 位護士，白天上班護士 7-8 位，小夜班 3 位，大夜班 3 位，病房的醫師有五到六位，心理師二位，社工師二位，職能治療師二位，另外有四位病房助理員，一位書記以及一位護理長。醫院內部總是傳言著，這個病房是全院最糟的病房，小乖護士說：

我來到這家醫院，被分到這個病房，每個新進的同事聽到我被分到這裡都很同情我，督導也勉勵我要好好做，我心裡想到底有多可怕？我本來是以代訓的身分到大眾療養院的，被分派至大眾病房，當時就有人提醒我要小心，這病房是一個很累，人際紛爭很多的病房，等到我代職訓練一年結束，病房的嘉嘉護理長極力慰留我，因為我欣賞這個護理長做事的風格，護理長也肯定我，我就答應更動為全職身分留下來，結果我來不到半年，嘉嘉護理長就自己請調出去了，當時，護理長要離開病房時，就提醒我要小心某些人(1000714 護士訪談紀錄)

大眾病房變成急性病房後，出現轉型適應的困難，尤其是護士的工作協調出現很大的衝突，讓這個病房陷入不穩定狀態，常常在醫院聽到的耳語是「大眾病房又出事了」、「大眾病房又請求支援了」，原來開疆闢土的護理長請調離開，由全院被評價最優的嘉嘉護理長進入這個病房，花費一些精力重新整頓這個病房。我聽護士們提起嘉嘉護理長的管理時期都給予頗正向的評價，但是二年一到，嘉嘉護理長調離大眾病房。而換美美護理長來接，美美護理長有很長一段時間

都是負責門診與急診的護理長工作，重新回到病房並接下這個全院最有爭議的病房，確實面對不少挑戰，護士們都不服氣他的管理方式，而他也無法讓病房醫師配合一些該有的制度與默契，在報帳方面問題層出不窮，病人照護問題和意外也源源不斷。

以下是我第一次參加大眾病房的護理會議，護理長與護士開會的互動過程，整場討論沉默的時間居多，護士似乎不熱中回應問題，護理長也無法使討論的過程熱絡：

交完班，護理長詢問剛剛報告有一床病人有解尿困難的問題，想澄清到底怎麼回事，現場一陣沉默，我心想怎麼沒人回答，剛剛報告的護士也應該回應一下，護理長對一位護士瓊問：剛剛你那邊是不是有報告解尿困難的病人？護士瓊搖搖頭說：沒有啊，我這邊沒有啊！護理長再看看其他人，大家你看我，我看你，誰都想不起來有誰報告過這個問題，原來大家跟我一樣，都沒有在專心聽報告，因為我坐在討論桌的外圍，根本聽不到也聽不懂他們的報告，所以一直分心在看周遭環境，我也不記得剛剛報告了些甚麼，只是為什麼報告的護士不開口呢？還是護理長聽錯或會錯意？護理長解釋因為他好像聽到有人說這個問題，想了解情況，就順便教育大家，遇到這樣的病人應該如何評估與處理？大家你看我，我看你，沒人要回答，護理長指名護士富說說看，富說：就是要看看是不是藥物副作用或是還有其他原因，護理長接著說：我的意思是要大家不要忽略這個症狀帶來的危險性。護理長說：詳細去評估是甚麼情況，今天他是誰的？又一陣沉默，突然護士富說：是我的，護士富顯然突然意識到這個病人今天是他負責！護理長繼續說話，對話中大家皆是有一句沒一句的回應，似乎心不在此，對話的空氣相當沉悶。（1000617觀察日誌）。

我不解大家的沉默，似乎大家都沒有在注意聽交班報告，是因為對病人已經太熟悉而不用如此投入討論，還是無法意識到交班會議的意義性，或是這個交班會議暗藏人際互動的玄機？

小乖是我五年前教過的學生，我第一次踏入大眾病房時，他興奮地跟我打招呼，遇見他時，他已經在大眾病房待了一年九個月了，他說因為喜歡精神科，所以就到大眾療養院來工作了。但是，最近因為病房有一位病患自殺成功，護士的情緒都受到影響，小乖不能理解護理長為何不帶大家談論或分享病患自殺後大家的感覺，其實大家都覺得很挫折，也有一些想法想回饋，

但是護理長在會議上不願意多談，只提醒大家不要到處出去亂講。小乖認為醫院就這麼點大，早就傳得沸沸揚揚了！

護士小乖說：上班好辛苦，很想離職。她問：老師！你沒感覺到我們上班氣氛很不好嗎？我怎麼遲鈍到都沒感覺到，我努力搜尋可能的跡象…真的找不到證據，這是局外人的文化差異。小乖繼續說：我們大家都想集體離職，資深的護士因為想保有年資不能離職，因此都打算調病房，<sup>31</sup>約聘的護士就考慮離職去其他家醫院。小乖針對這個病房的抱怨，包括：病人出入量太大，一天會到4-5床出入院病患，護士的負擔很重；還有最近護理長在推電腦班引起護士很大的反彈，大家都不接受一個星期三種班的規劃；病房的派系鬥爭很嚴重，大家上班都不是很愉快；大家也不喜歡這個護理長的管理風格……看到同事們都想走，自己也好想離開，小葳問我的意見…(1000714 觀察日誌)。

病房有一位女病患故意站在護理站前面對著工作人員割腕，當時大家都嚇呆了，但也很快衝出去搶奪他手中的刀片，並盡快送到急診處理傷口。這件意外事件對急性病房的管理是很嚴重的挑戰，刀片是從哪裡來的？因此在團隊會議中，大家都在檢討的聲浪中：

有一位女病患在病房自殺未遂，他說自殺的目的是想懲罰醫師和護士，他的醫師沮喪的檢討他與病患的醫病關係…俊醫師的結論是大家工作都很辛苦，有些病患的思考和情緒真的不在我們的掌握之中。護理長提出建議，希望醫師能夠每天都到病房開會，讓醫護之間能夠有密切的溝通以掌握病患的訊息。這是老調重彈，護理長已經提過很多次，希望醫師每天都來開會，也舉出其他病房的醫師都是每天去病房開會，結果醫師們還是四兩撥千斤就不了了之。以前嘉嘉護理長作風強勢要醫師都出席開會，醫師們也都配合演出。這個護理長希望如法炮製，但是都碰了軟釘子。俊醫師以太極手法，將問題推給其他醫師地詢問其看法。輝醫師：有空當然是可以，但是我有幾個早上就是不行。傑醫師：我可以啊，我願意多來開會，或是大家把需要討

---

<sup>31</sup> 大眾療養院是一家公立醫院，民國 81 年政府有一條法令鼓勵在公家醫院工作的醫護人員取得公務員資格，因此，當年許多在公家醫院的護士都通過公職考試並完成受訓，取得公職護士的身分享有公務員的福利與退休制度。後來政府財政困難，所有公職缺都是遇缺不補。現在大眾療養院聘請來的護士都是約聘身分。因此在病房中護理工作明顯的同工不同酬，也造成部分護士之間嫌隙。後來為了讓這些約聘的護士服氣，病房有一共識就是比較困難的病患要安排給公職護士照顧。

論的病人寫在白板，讓我們知道。瓊醫師：我不知道這樣每天開會的益處是甚麼？我以前在其他急性病房，確實每天都到病房和護士交班，這樣，我可以瞭若指掌病人的情況，我並不反對早上來開會，而以前那個病房是小病房確實有一半是我照顧的病人，這樣很好，有效處理問題，但是我們現在是個大病房，人數雖然只是二倍，但是問題卻是大於二倍，所以問題是出在大病房的設計有問題，我們現在卻為了錯誤設計想這麼多補救方法，重點是急性病房不應該是大病房，我們應該反映的是這個問題…。瓊醫師越說越慷慨激昂，似乎已經找到問題的核心，大家都可以在這困難解套，所以不用每天早上來開會，應該是去跟上面反應大病房不好…。俊醫師接著說：已經跟上面說過很多次，但是牽涉到錢的問題，上面就喊卡，要變成小病房要通過許多安全設施的重建，動輒上百萬，上面不肯，轉過頭對護理長說：不然，我們再來提看看，再寫一次報告反應這個問題。只見護理長欲言又止的點頭。俊醫師接著說：我想我們以後星期二和四的團隊會議討論，可以將大夜班的報告縮短，盡量來討論有需要討論的病人。我聽到坐在我一旁的護士們嘆了一口氣(1010320 觀察日誌)。

來到病房二個星期，可以感受到護理長的壓力和無力感，剛好有機會和護理長做個訪談，護理長覺得最難處理的是醫師的問題，而護士之間常常為了排班而不愉快，也讓他很困擾：

主任希望我能夠來這裡，讓其他護理長休息，我們這個病房很多問題，我也是來接了以後才知道，我正在想辦法把規則訂出來，我也常跟我們的護士說，現在的工作都是這樣子，要他們想清楚，常常受不了就要離開，其實離開後，再回來說其他工作更辛苦。我也希望我們的醫師能夠較長時間待在病房，這樣大家比較有共識處理病患的問題。護理長接著說自己還要二到三年，才符合退休資格，其實好想趕快退休，真的做得很有壓力，好多事要煩心，要撐到五十幾歲實在太累了，就是那個 85 制，還是當老師比較好，應該比較不用面對這麼多事情！病人的問題，護士的問題，醫師的問題，真的有處理不完的壓力！其實比較起來，跟長庚比較起來，真的輕鬆很多，但是現在的護士小姐還是做不下去，常常忍不下去就離職了！（1000716 護理長訪談）

今天一早，就看見小珊護士在護理站對小妍咆嘯，看見小珊生氣地進入討論室，小青勸他

不要生氣，不能換班就不要換班，小珊生氣的說自己要連上八天的大夜，為什麼把自己的班換成這樣，小青解釋:可能是小妍兒子回來，她想多陪陪她…。交班時間到了，小妍臉色難看的進來…大家都不說話，後來護理長也進來，大家氣氛很僵的開完會。會後，大家還是圍著班表討論自己的班…後來小葳被護理長找進辦公室，討論了好久，就是要小葳出來頂大夜班，解決護士之間的衝突…。中午大家在討論室吃飯，小葳笑著說:自己被摸頭了!小婉:那你被摸到了嗎?小葳說:能夠拒絕嗎?我只好答應啦!小婉說自己都盡量不要答應這種事，因為有一就有二，學姊就動不動來找我們換班，所以年輕護士上的大夜班都特別多…(1000803 觀察日誌)

## 五、約束隔離過多的現象

我跟護理長分享我的觀察，提出病房護士比較傾向輕易就將病患約束隔離的決策，其實有些病患是可以按撫並引導情緒的，但是護士很少給病患機會說出自己的需要，就直接約束隔離。

小玲語帶呻吟走至護理站，因為她常常有如此行為，護理站的護士們皆不以為異，繼續低頭處理自己的事務；小玲見護理站護士們不理會她，開始敲護理站的防護玻璃，靠近小玲的護士抬起頭詢問小玲:有甚麼事?小玲答道:我要找醫師!護士回道:醫師現在不在病房。護士低頭繼續寫自己的書面資料，小玲沉默地站立一會兒，即走回房間。不到五分鐘，小玲再度呻吟走到護理站，有些用力拍打防護玻璃，護士們抬頭制止她敲玻璃，小玲口中喃喃喊著:我要找醫生，我要出院!有護士在護理站私語:又來了!小玲的主治護士小華也私語:每天這樣吵，我光處理她，我還要不要做事!我看給她打一針(小玲的長期醫囑中有若需要可以進行藥劑注射，藥劑內容為鎮定劑與抗精神藥物)。護士即進入治療室抽藥劑，小玲尚不知道護士已經準備要幫她打針，持續拍打玻璃低聲喃喊:我要找醫生!護理站其他護士:不要敲了!乖乖去大廳坐好!小華抽好藥劑，此時小玲仍站在護理站前，主責護士站在護理站邊，叫喚小玲過來，並請病服員也站在一旁，小玲漠然走向護士，護士向小玲解釋要幫她打一針然後請她到保護室休息，小玲沒有拒絕，伸出臂膀讓護士執行針劑注射，完畢後，護士帶領小玲進入保護室，小玲進入後即將保護室關門上鎖。從監視器螢幕見小玲在保護室大聲嚎哭並不斷敲打自己的頭與身體。而後，

小玲的醫生進入病房，小華護士向醫生報告自己剛剛的處理，再度抱怨：她每天這樣吵，我到底要不要做事呀！醫師聽了護士的說明，只說：好！就這樣處理！並未去探視小玲！（1000728 觀察日誌）

其實要跟護理長挑明說出自己的觀察，心中有些擔心護理長會不悅我的觀點。而我不得不面對這個事實，原因是學生早上在會議上已經發難，提出身為護生的疑問，他們想幫病患發聲，請護士多理解與同理病患的心理需求，我擔心護理長誤會學生的發言，特別進到他辦公室跟他澄清，護理長的回應是：

我想再進一步去向護理長澄清學生的想法，護理長很平淡的說：很感動學生的用心，願意幫病人著想那麼多。因為護理長的反應，讓我有勇氣說的更多，我表示感覺病患小玲其實是可以有更多的引導說出他的想法和情緒，或許不需要總是認為他是在干擾，只是他的表達很有限，需要耐心傾聽，護理長同意我的說法，也分享另外一位男病患，在護士眼中是如此跋扈不講理，但是護理長嘗試去跟他溝通後，發現只要足夠的引導和理解，其實可以降低許多不必要的誤會，也可以降低因為誤會導致的衝突，也可以減少保護室約束的事件。護理長也提到院長室統計病房的約束隔離事件，大眾病房排名第一，而且是遠超過第二名很多（1000804 護理長訪談）

護士們在討論室吃飯時，不悅地討論護理長給他們的建議，護理長與他們的護士作過溝通，希望護士能夠多一點耐心理解病人的需求，而不是拒絕或不予理會；護士對這個建議並不以為然，小婉私下抱怨：護理長要我們多一點時間傾聽與理解病人的需求，那就他先做給我們看，他自己來照顧好了！（1000811 觀察日誌）

精神科護理給於護士相當的彈性權力，以便於可以針對病患個別性的需求而調整互動的方式。大眾病房的護士，我行我素的在處理自己與病患關係，每個護士都有自己的價值信念，運用自己的方法去對待病患，整個病房對護士工作的約束力與規範性都不夠。

## 六、性別互動剝削的大病房

大眾病房在半年間走掉五個護士，而且還有人陸續放出要離職風聲。護理科主任也親自到

大眾病房來跟護士座談，想了解護士們在工作上遭遇的困難為何。幾次會議討論，似乎還是無法明白護士離職的原因，護士們只能情緒的渲洩，無法針對病房中的事件說出自己的無力感，因為很快就會對號入座得罪別人。醫院想出三個減輕護士工作壓力的方法，一是改成全男病房，二是改成全女病房，三是維持男女病房但是中間搭建一道牆。俊醫師在會議中問大家喜歡那一種方法，護士們起嘴八舌給意見，護士們害怕全男病房會有更多的暴力事件，但是也不喜歡全女病房，在他們的經驗中女生是很難相處的，總是比較挑剔與操縱；而醫師們考慮的重點是未來在這個病房培訓的住院醫師，可能因為性別單一化，造成他們在治療經驗與學習不完整；最終大家的共識是決定在病房的大廳搭建一道牆，隔絕病房中男女接觸的機會，這樣就可以降低護士需要一直注意病患行蹤的工作負擔。

100年9月施工完成，這道隔絕性別空間的牆挺立在大廳的中央：

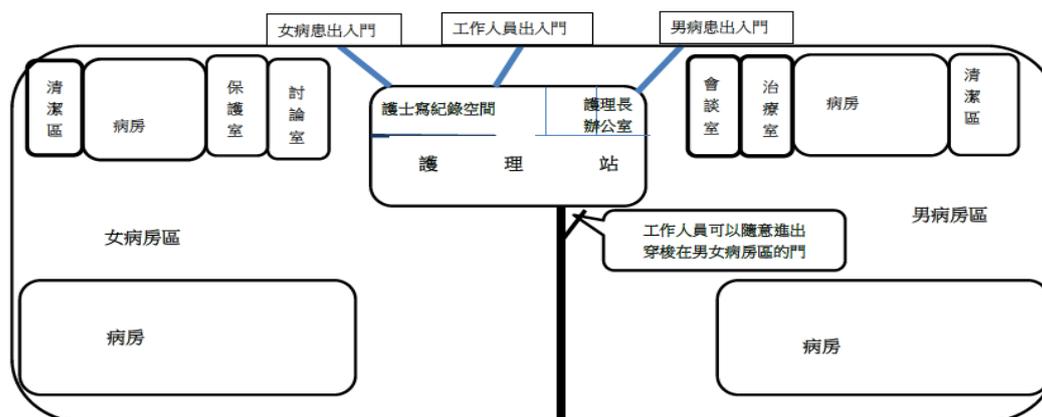


圖 4.6 性別區隔的病房空間

間隔了六個月，我再進入這個病房，中間已經隔了一層木板牆，分隔男女病人的互動。過去大眾病房大廳熱鬧的景象已不復見，隔了這道牆，整個病房的聲浪降低許多，病患的活動力下降，互相干擾的行為減少了，大家都很安靜的坐著或是站著，或是來回走動，不像以前沒有木板牆時，大廳總是吵得不得了，總覺得所有病人都出來參一脚的熱鬧，因為吵雜，相對護士的聲音就變得更大聲，現在整個音頻都降低許多(1010306 觀察日誌)

看著護士或其他工作人員來回穿梭在男女病房區，他們利用手中的那把鎖可以任意打開想

要去空間的門，護士展現跨性別擁有更大的權柄，以專業化取代性別化。何春蕤(2002)指出跨性別最常見醫療體系，因為其醫療身體化的專業權威。在精神科管理他人的身體變成是合理的論述，將個案的性別互動行為給予病理化以取得管理的正當性。護士對於精神病患在身體行動與性別行動的限制，已經將病患放在非我同類的歧視位置而不自知。林耀盛(2002)提出精神醫學的性別識盲源於是在個體病理化的歷程並未考慮性別的多元因素，女性精神病患的聲音並未被建構與書寫，精神病患在被去人格與去性別的境況下，性別的範疇都濃縮到父權關係的脈絡下，異質與多元性別聲音化約成單向的聲音。大眾病房在性別空間的隔絕是將精神病患歸類為二元的性生理個體，性別空間被建置的歷程已經是將病患視為他者的異族群體，歧視之言盡是在病房空間中擺佈著。

## 七、以護理站為中心的家庭化環境

一進入大眾病房，映入眼簾是病房的護理站，護理站是護士角色與功能的象徵符號，它總是燈火通明，象徵著對病患的日夜守護。病患任何時間走來護理站，都可以看見護士就在護理站裡面，他們不見得有任何需要，但是護理站形同照明船隻的燈塔，這個安全指標讓病患身心安頓。確實有許多嚴重被害妄想的精神病患，在進入病房入住後，面對病房結構性的治療環境，被害妄想的質量就趨緩許多。

而護理站也是權力的象徵，區分正常與異常的族群，也區分出自由與監禁的行動。放眼望去護理站的結構設計，一片透明的壓克力窗，僅僅環繞住護理站，加上護理站兩側隨時上鎖的門，透明壓克力窗目的是讓護士可以清楚掌握病患在護理站周圍的狀況，以便防範自己與病患的安全。一道窗象徵出一體兩面的保護功能，保護護士也保護病人，但是它也是社會位階的符號。隨時上鎖的二側門劃分清楚的社會位階界線，精神病患是不可以進到護理站裡面，這個空間界限是心理、也是社會也是文化在區隔非護士主體異類的符號。

離開討論室，我進入大廳，原本想先進護理站，進護理站的目的是想先冷靜觀察病房的地理空間與人際間的互動，讓自己有較好的心理準備與圖像在進入大廳與病人互動，不幸的是，我意識到我沒有 KEY，沒有鑰匙的我相當慌張，因為我的活動空間受到限制，我只能向病人一

樣徘徊在大廳、護理站前以及病房的走廊，我感受到當病人的不自由與不自在，原來鑰匙是權力的象徵，有了鑰匙可以有充分活動的空間。我想請護士幫忙開門讓我進去，努力找一個可以打擾的護士，終於鼓起勇氣跟小萱開口，小萱快速開門轉身又去忙她的事情，根本來不及跟她說謝謝。站在護理站看了一會兒資料，我猶豫要離開護理站嗎？因為可能等會我又進不來！我也很想去洗手間，但是洗手間要先經過二道門，但是我沒有鑰匙。我連進洗手間都必須請護士幫忙開門。(1000617 觀察日誌)

我剛到大眾病房，尚未拿到病房的<sup>32</sup>master key，因此進出病房的每個空間都感到極大的困難，我從討論室進到大廳，在大廳和病患聊一下話後，想進入護理站看資料，意識到我沒有鑰匙，讓我受限在一個個禁閉的空間中，病房的治療性空間讓病患每天承受行動受限的壓迫感，擁有鑰匙的工作人員掌握著行動自由的權力。

隔著護理站有二種不同的生活文化樣貌，強拉出非我族類的意識形態象徵，反應的恐懼是害怕對方跨界侵害醫療工作者的專業主權與位階。

我在大廳和病患阿美聊話，阿美的眼光飄到護理站，我也隨著阿美的眼光往護理站看，阿美說：護士們好辛苦噢，都沒有吃飯，只有喝珍珠奶茶，怎麼不趕快去吃飯。我也想喝珍珠奶茶！(1000617 觀察日誌)

那天中午，有個護士起意要不要訂 50 嵐的飲料，護士們就這樣叫一批飲料進護理站，中午時間，護士剛督促完病患進食午餐，有些護士說天氣熱吃不下飯，就坐在護理站喝著飲料寫著紀錄。聽到阿美這段話，心中有些疑問，阿美是真的關心護士，還是反諷的說法，護士不用吃飯，可以只喝珍珠奶茶，也是權力現象的表現，因為住在這裡的病人無法選擇不吃飯只喝珍珠奶茶的行動自由，因為護士會否決這個行為認為他們這樣是不健康的。

精神科的大廳是病房的一個核心公領域，它的設施就是有像家庭的客廳椅子，其擺設有家中客廳的風格，再加上電視與卡拉 OK 等家庭化的娛樂設備。大廳是病患有權力隨意穿所的自

---

<sup>32</sup> 精神科的工作環境，每個工作人員都有一支 master key，這支 key，可以進出所有上鎖的門，讓工作人員可以穿梭進出在層層受限的治療空間下。而病患的身體受限被當作治療化的現象。

主空間，也是他們發展人際社會脈絡的治療場域。楊念群(2008)指出現代精神醫療的家庭化設施，主要是讓個案可以順利的將居家生活感知轉移到病房的治療結構，而且也可以讓家屬降低將病患移離原有生活空間的罪惡感，家屬寧可想像病患在醫療機構享受到如同居家生活對待與照顧。因此大眾病房的大廳設置，如同傳統的精神醫療機構，擺設著像家庭氛圍的大廳，創造個案覺得自己是在接受照顧而不是禁閉的意識。自從病房在大廳中間建築出一道性別隔離的牆，總覺得這個家庭化的大廳是個不完整的家庭空間，隔著一道牆的病房似乎也在病患心中再多築一道性別社會的牆。

### 第三節 大眾療養院與大眾病房的歷史與社會脈絡架構

從歷史與社會變遷的角度理解大眾療養院與大眾病房承襲過往醫療的歷史變革，加上現有政經、人權、法律與評鑑制度的框架，護士的護理活動已經無法自絕於護理的專業理想之外，還必須斡旋在這個扭曲的台灣醫療體系中實踐精神科護理照護活動；下圖是統籌前述的觀察資料彙整的脈絡架構，因此我們在了解大眾病房的護士的護理活動，以及所展現的護病關係，都必須鑲嵌在這樣的醫療體制中，理解與反思台灣精神護理的文化現象。

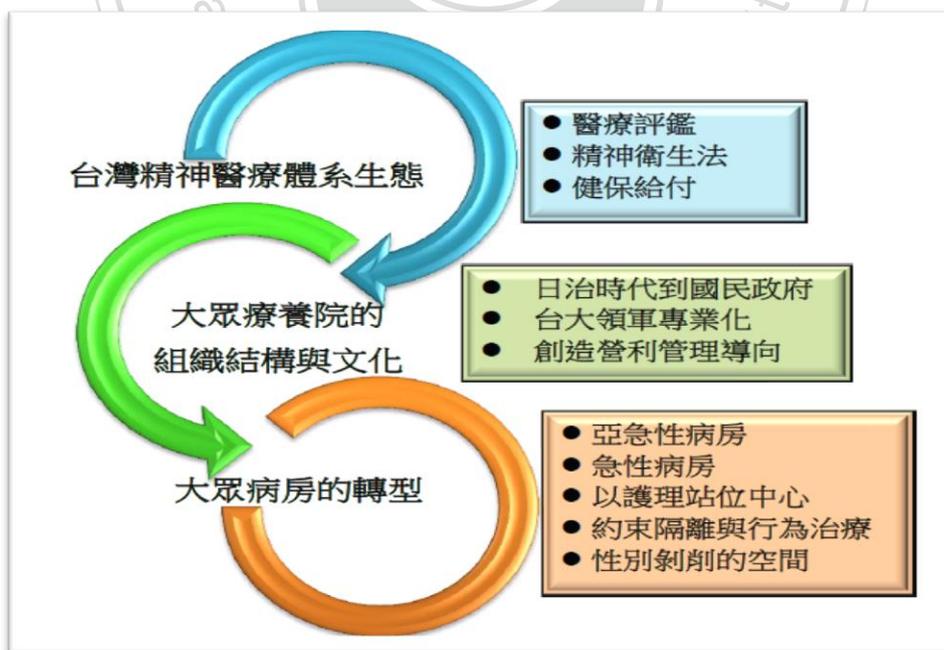


圖 4.7 大眾療養院與大眾病房的歷史與社會脈絡架構

## 第五章 精神科護士的工作日誌

本章節以大眾病房護士工作時間為主軸，記載護士在病房的活動事件。精神科護士在大眾病房的工作分為三個班別，包括：白班(8:00-16:00 和 8:00-17:00 二種班別)、小夜班(16:00-24:00)和大夜班(00:00-8:00)，除了負責自己病人的照護工作之外還有病房的行政事務需要共同分攤，每個班別負責的行政事務工作性質不同，以下圖一是此病房對工作內容的分責規定。工作分派表有助於護士們之間清楚的工作分責，也可以降低他們之間因為工作的分派不清或是不公平而有衝突。

台灣精神療養院三班的護理工作範疇原則皆類似，白班護理工作重心在於病患症狀評估、自我功能訓練以及問題行為的修正，幾乎所有的治療與訓練計畫都是在白班進行，因此，白班需要的人力比是相對較高，以大眾病房為例，63 床住院病患，白班的護理人力是 8-9 位，而小夜班與大夜班皆是 3 位護理人力。今年初，病房人力不夠，雖然不斷有新進護士或是支援護士來大眾病房幫忙，但是，更現實的因素是全台灣都鬧護士人力不足，加上一波一波的離職潮，大眾療養院也受到護士人力不足的影響，因此目前白天調整成 7 位護士上班。小夜班與大夜班的照護重點在於病患生活功能的支持性照顧，盡量避免一對一的個別照顧。尤其在大夜班，更強調維持病患睡眠的需求是主要的護理原則。

8-4 ㊟♀/㊟(22-42)/㊟(♂)	8-4 ㊟♀/㊟♂	8-5 ㊟♀/㊟♂	8-5 ㊟
1. 查房與大夜交班、唸大報告、拿查核本。 2. 8-4 ㊟:物品/急救車點班、歸藥(針劑)、追藥(針劑) 8-4 ㊟♂♀出院準備統計表、統計大報告人數 8-4 ㊟:藥物點班、歸藥、追藥(管制藥與常備藥)、回藥日準備藥車	1. 8-4 ㊟開會時留守護理站、並查房點名㊟㊟㊟組-(至開會結束) 2. 若無 8-5 ㊟則 8-4 ㊟做 8-5 ㊟→ 週一：送檢驗單。 週三：查檢驗值並登錄處理 3. 8-4 ㊟下午清點登記病人 8-4 ㊟下午帶 OT 4. 若無 8-5 ㊟則 8-4 ㊟做 8-5 ㊟→各項會議及團體紀錄	1. 帶 OT > 8-5 ㊟清點登記病人 > 8-5 ㊟負責病人安全 2. 發午→晚餐觀察病人進食 3. 4:30pm 入 N-P 而 8-5 ㊟當天已接過則由 8-5 ㊟㊟按輪序表接案 4. 8-5 ㊟㊟各自量自組 5PM V/S.CD.BW 5. 若當天無 8-5 ㊟，則 8-5 ㊟上午 OT 帶回病人，8-5 ㊟下午 OT 帶回病人	1. 週一：送檢驗單 週三：查檢驗值並登錄處理 2. 發午、晚餐觀察病人進食 3. 各項會議及團體紀錄、5PM B-43~63V/S.CD.BW 4. 03:30~4:30pm 前入 N-P 時負責接案，由其他 8-5 ㊟做 5PM V/S.CD.BW 5. 若無 8-5 ㊟則由 8-4 ㊟及 8-4 ㊟完成 1.3 項。 6. OT 結束後點名帶回病人
E ㊟(♀)/㊟(22-42)/㊟(♂)	N ㊟(♀)/㊟(22-42)/㊟(♂)		
1. 交班及查房。 ㊟物品/急救車點班、歸藥(針劑)、點零用金 ㊟電話追蹤出院準備服務★請記得打電話、大報告人數統計 ㊟藥物點班、追藥(管制藥與常備藥)。 2. 發 5pm~9pm 藥物 3. 寫活動治療記錄表 4. 週日班檢查藥物治療單完整性、藥單未騰寫請協助完成 5. 藥物治療單協助歸病歷 6. 週二量體重	1. 交班查房。 2. ㊟物品/急救車點班、點零用金；每週二藥品冰箱除霜 W2.W4 拿出院準備服務。 ㊟列印及更新單張:病患一覽表、查房單、檢驗單、OT、體溫單；大報告人數統計、抽血濃度統計表名單 ㊟藥物點班/追藥、更換個案分配(白板) 3. 每日核對醫囑並檢查檢查紀錄是否符合 4. 每週一查核醫囑、檢驗本、藥單 5. 寫活動記錄表抬頭(於月底將單張歸檔中) 6. 各組於月底查核各項單張，若有遺漏請協助補齊		

圖 5.1 各班工作職責

從圖 5.1 的各班工作細則中了解護士除了照顧自己精神病患的基本工作之外，還有許多行政事務與文書處理的工作，美美護理長有鑑於護士之間工作分配的不平均，加上近期病房人事的調動頻繁，新進護士不見得瞭解大眾病房在行政事務上的合作與默契，因此擬定出這張工作分配表。有了這張工作表，護士之間的協調有依據，在工作上的衝突相對減少。從表中，白班護士與小夜班護士的工作以病患照護為主軸，再輔以其他工作表單的完成，而大夜班的工作有關護病互動相對較少，重點在於病患睡眠的觀察以及安全的維護，反而有更多時間是要完成屬於病房的文書等行政工作。有鑑於三個班別照護特性的不同，白班與小夜班的護病互動甚為頻繁，因此以護病關係為觀察主軸的工作日誌描述以白班與小夜班二個時段為主。

## 第一節 白班的護理工作

### 一、準備上班

不到八點，陸陸續續有<sup>33</sup>護士(護理師)進入病房的更衣室，護士熟練快速地更換護士服，穿上護士鞋，若是長髮者，對著鏡子將長髮束起綁住，在更換衣服期間偶會隨興聊些個人或是病房的事務，整裝完畢即走入病房，開始今天的護理工作。

有些病人總是習慣站在護士從更衣室進入護理站的門口，看見一位護士出來就打一次招呼——「護士小姐早」，這聲道早往往讓睡眠惺忪的護士不禁意地振奮起來，習慣性地回應著笑容或是一聲「早」，然後快速進入護理站。

這時候的護理站裡面顯得擁擠，因為必須容納三名大夜班護士和即將上白班的七到八名護士，每個護士都在有限的空間中準備今天要面臨的事務。大夜班護士坐在護理站的窗台前，整理著表單準備等會要交班的資料，有時要回應處理前來護理站要求協助的病人；而即將上班的白班護士看著今天的病人排班表，記下自己照顧的病人床號，每個護士大約分到 8-9 個病人，這個名單分配工作是大夜班護士負責安排的，每個護士除了照顧三名<sup>34</sup>主護病人名單外，再分

<sup>33</sup>西元 2010 年台灣護理界發起正名運動「不要叫我『小姐』或『護士小姐』，請稱呼我『護理師』、或者『護師』也可以」。這正名運動在台灣各家醫院響應興起，但是對病人而言較習慣的稱呼仍是「護士」或「護士小姐」，為忠於臨床情境的描述，故在文章的書寫稱呼還是採大家熟悉的稱呼。

<sup>34</sup> 主護護理制度在護理臨床有多年的歷史，源自於護士的輪班制度，造成病人的照顧計畫無法

責其他未上班護士的病人照顧工作。護士們一邊準備自己今天要照顧病人的文件資料，或是有些動作快一點的護士已經開始先準備九點要給予的藥物，有些護士沉默安靜地的準備自己的資料，而有些護士不斷笑談著自己的私務或是病房的事情。

## 二、團隊會議交班

通常準八點鐘，眼見護理長會從他自己的辦公室走出來進入討論室，三位大夜班護士意識到護理長要進去討論室了，也快速拿著 63 位病人的紀錄資料，走入討論室，另外要準備大報告的 8-4 班護士也會快速進入討論室，其他護士似乎不為所動的繼續翻看資料或準備藥物或說笑著，總是會比護理長遲一些時候才進入討論室。曾經問過護士難道比護理長遲延進去討論室，不怕護理長介意嗎？護士的答覆是「因為，我們有許多事情要處理和準備，不像護理長時間比較多，她又不用照顧病人，我們當然要先準備排藥物，因為有時候開會的時間很久，出來後，病人都一直催，很趕，自然就會遲一點進去討論室」，也有護士表示「也不曉得為什麼會這樣，反正大家都很晚進去開會，我是看情況啦，如果比較不忙就先進去坐好等大家，如果今天會很忙，我會希望先把物品備好，以免手忙腳亂，因為也不知道開會，會開多久」，這是護士對延遲進討論室開會的解釋(1000714 護士訪談紀錄)。我的觀察是護士並不熱衷在團隊會議中得到任何知識的互動，也不期待團隊會議討論可以幫助他們更有方向以照顧病人，反而會擔心因為開會時間過久，影響到他們的工作進程。在一次團隊討論的經驗：小玲護士就在會議中私下自語抱怨這些討論浪費掉她好多時間(剛好我坐在她旁邊，她自語的聲量讓我聽到了)，當時大家正在談論一位病患的干擾行為，而討論室門外不時有病患在大聲互罵的聲音，這個爭執聲音確實拉掉我們的注意力，我們不得不中止討論，一位醫師和一位護士出去處理這二位病患的衝突，在討論室裡聽到他們在安撫二位病患的情緒，而後他們進來討論室沒多久，這二位病患又再度吵起來，這次有三位工作人員出去，其中一位護士提出建議，將 XX 病患關進<sup>35</sup>保護室好了，因

---

一致化，為顧及照顧的完整性，因此採主護護理制度，即每位病人有自己的主要照顧護士，由主護護士進行整體的評估與照護計畫，而其他護士是在主護護士休假或不在時，扮演協助執行照護計畫的功能角色，主護護理一直是精神科臨床照護工作的特色。

<sup>35</sup> 保護室是精神科病房專有的環境設備，又稱為隔離室(Seclusion room)，研究調查指出精神科病房25%的暴力事件發生時需要採用隔離、甚至肢體約束的措施來因應 (Foster, Bowers, & Nijman, 2007)。在瑞士的研究更發現高達53%的暴力事件需要運用隔離或約束，以保障個案與其他人員的安全

為處理這段病患衝突，讓討論的進行有些延遲，這時坐在我旁邊的小玲護士不悅的表情低聲自語著「我，藥還沒排，還要處理這麼多事情，我要甚麼時候才能將事情做完」(1010320 觀察日誌)。被關進保護室(圖 5.2)的病患，在裡面不斷敲打著門，因為隔音設備很差，確實讓坐在討論室的我受到影響，情緒跟著敲打的聲響而起伏著，我驚訝的是醫師們不受影響的定力，繼續低聲討論著病人的情況，但是敲打門的聲響已經掩蓋住討論的聲音，或許是我坐在外圍的位置所以無法聽到他們的討論，我恨不得貼到醫師的身邊聽清楚他們在說甚麼，跟我一樣坐在外圍的護士們，不見他們有任何身體姿勢的調整，我真的懷疑我是否有重聽，為什麼我都聽不到醫師們討論的聲音!



圖 5.2 精神科病房的保護室

正在納悶之際，突然感受到小玲護士不悅的肢體語言，稍微用力的闔上手上的資料夾，迅速起身不猶疑的開門離開討論室。大家並沒有受到那”碰!碰!”的敲打聲與小玲護士離去的影響，繼續討論著(1010320 觀察日誌)。小玲護士是這家醫院非常資深的護士，有十年以上的精神科工作經驗，算是經驗純熟的精神科護士，觀察他總是相當冷靜與理智並且有效的處理病

---

(Abderhaldenet al., 2007)。近代關心精神病人權議題者主張應該減少甚至禁用約束隔離方式處置病患的問題行為，台灣的精神衛生法、精神醫療機構新制評鑑與國民健康保險支付條件，以法規、評鑑與給付等方式致力在減少對精神科病人約束隔離的現象。

患的狀況。他解釋自己必須提早出去的理由是「今天，我要辦一個出院的病人，手上又有一個這麼吵的病人，當然會擔心時間不夠 所以必須先離開」(1010320 護士訪談紀錄)。急著將事情做完，是臨床護士普遍的樣態，因為面對病患狀況的未確定性，護士們擔心會有層出不窮的狀況需要處理，通常習慣將自己可以有效率掌控的問題先解決，以應不時之需。但是急著將事情解決的心態是否會忽略關注病患和護士關係建立的品質？

### 三、<sup>36</sup>精神科的團隊會議

進入討論室，這是一間長方形規格的會議室，中間擺著長條型的會議桌，有一面牆佈滿書櫃，裡面放了幾本老舊的精神科書籍與參考書，更多存放的是幾年來病房相關文件的檔案資料(參考下圖 5.3)；這間討論室在早上是團隊會議或護理會議的開會地點，其餘時間是護士們中午休息吃飯的空間，後來有護理學生進入這個病房實習，因此也是護生進行實習討論的空間。另一面牆掛著一張很大的白板，白板上記載這個病房所有病人的床號、姓名、診斷、住院日期、出院準備方向，以及需要特別注意的事項(通常以顏色區辨，例如:綠色代表暴力、紅色代表易跌倒、黃色代表性騷擾等，參考下圖 5.4)。



圖 5.3 討論室

<sup>36</sup> 團隊會議是精神醫療的特色，會議目的是讓醫療、護理、職能、社工與心理五專業的合作與協調，以幫助精神個案在各方面的需求，醫師五大專業領域的領導與協調者。



圖 5.4 討論室內牆上的白板記載病患資料

每天早上的會議往往是病房的負責醫師俊醫師、護理長和三位大夜班護士已經坐定在既已習慣的位置，如果有護理學生實習，這時候護理學生也已經坐定多時，通常在 8:05-8:10 之間，俊醫師會以口語或眼神表示可以開始交班了，大夜班護士先朗朗念出昨天比較特殊病人的行為事件，這些事件包括：新入院病人、有暴力行為、或自我傷害等較難處理病人的狀況，或是有家屬反映的特殊事件。通常在報告這段資料時，護士們就會陸續進來，找到他們習慣的位置而就坐定位，在這進來的過程，總會製造一些干擾的聲音，包括開關門、放資料在桌面或移動椅子等聲音，事實上這些聲音已經嚴重影響聽報告的清晰度，但是從沒有人抱怨過，而大夜班的護士也未受影響的繼續唸著手中資料的內容，我一直很困惑為什麼沒有人抱怨他們聽不到，後來護士告訴我因為這些內容他們都太熟悉，因此不會因為少聽一段而造成工作上的不方便，所以，即使俊醫師說話很小聲，我常常要伸長脖子側耳才勉強聽懂他表達的內容，但是從沒有護士會反映聽不到，似乎他們已經習慣這樣的聲量。

通常護士進入不久，其他工作人員也陸續進來，包括另外五位醫師、二位職能治療師、二位心理師與二位社工師，他們也是陸續進入討論室，快速找到可以入座的椅子而坐下；我的經驗是從等待到所有工作人員都到齊坐定，大約要二十幾分鐘的暖化期，這個會議才開始進入狀況。

三位大夜班護士輪流報告前一天病人的狀況，一位大夜護士要負責 21 位病人的交班事務，

報告的內容包括:「生理困擾而必須就診的問題、睡眠的情況、藥物的調整、症狀的表現、干擾的行為或是家屬的要求」等等,三位護士將 63 床病人的情況都報完,接下來就是職能治療師的報告,他們先報告<sup>37</sup>職能治療出席率,例如:「星期一上午出席狀況 44 位,下午 40 位,大部分病人表現尚可,只有 30 床 xxx 抱怨活動太無聊,大多在教室外面走動,與其他病房女病友互動密切,據了解雙方是在進行零食的交易」(1010306 觀察日誌)。職能治療師報告完畢,接著是心理師和社工師報告他們這週帶團體的狀況,通常非常簡短的內容,例如:「這週團體的病人主要是談論情緒控制的困擾,大部分都認為自己的情緒困擾是來自於和家人的衝突,只有 51 床較特別認為不吃藥就是會情緒不穩定,因此吃藥重要」(1010306 觀察日誌)。而社工師會另外補充家屬的要求,例如:「希望醫院安排病患轉至長期安置機構」,或是辦理身分補助的結果,例如:「22 床的中度殘障證明已經通過,而低收入戶身分可能不過,原因是卡在他太太的銀行有一筆近百萬的存款,據他太太說這筆錢是姊姊寄存在他名下不是他的,但是戶政所的審查還是不採信所以可能不會過」等內容。俊醫師對於職能治療的出席率有些擔心,請病房同仁要再更努力” PUSH” 病患參加職能活動,以免他在醫師會議時會被院長” 盯” (1010306 觀察日誌)。近幾年因為健保虧損,在醫療給付上有更嚴謹的要求規則,醫院的整體營作也以健保的規定而量身訂做,因此有關於以” 全人關懷” 的醫療照護宗旨似乎已經淪為口號,整個醫療環境中充斥著以健保支付要項的思維前提與照護策略。

團隊會議進行中,各專業人員在報告自己領域所屬的業務之際,我發現護士們關心的是大夜班護士手中的紀錄單,只要大夜班一報告完畢,就會將他手中的紀錄單分給所負責的白班護士,白班護士這時會提起注意力要求別人將護理紀錄單張給他,或是自行起身將放在桌上的護理紀錄單拿走,這個過程都是無聲中進行,偶爾發出身體移動的窸窣聲音,但是交班的主軸還是繼續的進行下去。護士聽交班的樣子,大都是似有若無的聽著,有人在自己的紙上塗鴉,有

---

<sup>37</sup> 職能治療的參與出席率是這家醫院訂出的標準,依該醫院規定必須有 80%的出席率,若是低於該閾值,院長就會出面要求寫檢討報告(1010308 觀察日誌)。因為該醫院向健保局申請費用是採論量計酬,讓病患參與更多的治療活動有助於費用申請,因此醫院訂出每個病房病患參與職能治療的閾值,職能治療師與病房相關人員必須努力達成閾值,否則會被院長” 關愛”。參考 101 年全民健康保險醫療費用支付標準,一般職能治療活動支付點數是 299,再乘於 0.8 浮動率(每年依健保盈虧調整),每次病患參加一次職能治療活動可以申請約 240 元。

人在玩自己的指甲，有人認真聽著，似乎有需要記下的重點即在自己的筆記本記下，也有護士可能彼此感情蠻好，看見他們在互傳紙條，偶會看著紙條露出笑容，然後就再回傳，但是他們有一部份的注意力還是在聽交班這件事上，當然也有很專心在聽交班的護士，並試著回應病人的問題(1010320 觀察日誌)，護士之間感情好的互動，甚至影響到我聆聽的注意力，例如：坐在我旁邊的三位護士一直在低聲聊天，打來打去笑鬧，好像小學生(1000630 觀察日誌)。團隊會議一直是我很喜歡的病房活動，因為透過討論可以得到許多知識的激盪，透過病患的故事啟發對人與社會關係的認識；各方面資訊的討論對病患有更完整的理解與熟悉，似乎也更容易與病患站在同一個山坡看“人生風景”。

#### 四、醫護的討論互動

等各專業的工作人員報告完，俊醫師詢問有否個案要討論的，通常會有一陣沉默才開始有人發言，如果沉沒時間過長，俊醫師就會主動提出一些問題或是提醒，俊醫師提出這些問題與提醒自然啟動大家參與討論的能量，因為討論到哪個病人自然有負責的工作人員會對號入座參與討論，通常都是醫師們、護士們和社工有較多的討論互動，心理師和職能治療師較少參與討論。護士們也會開始提出自己在照顧上的疑問或困難，例如：小婷護士提到金病患會尾隨著護士，突發性摸護士的背或屁股，希望醫師可以協助處理，金病患的醫師試著解釋已經開始調藥了，再過一陣子應該就比較穩定了；護士對這樣的答覆並不滿意，陸續群起而攻之的發言，表示金病患的態度輕浮，對護士造成性騷擾的威脅(1000630 觀察日誌)。<sup>38</sup>檯面上是護士提出照顧上的困擾，請求醫師給予明快的治療協助以減低照顧上的困擾，但是其中有著談判的角力。醫師對於護士的抱怨似乎招架不住，最後提出的建議是去問問看另一個甲急性病房有否床位，考慮將他轉去甲急性病房，它是一個全收男性的病房(1000630 觀察日誌)。我心中的疑問是甲急性病房還是有女性的護士，因此在這個病房會有的困擾，在那個病房也會發生，但是沒人對此建議有疑義，似乎醫師的答案讓護士們是滿意的，因為醫師願意順應他們工作上的困擾解決

<sup>38</sup> Jones, A.(2006)以觀察與訪談方法探究精神科團隊會議中，各專業間的合作協調與衝突，發現各專業間會堅持自己的專業角色與立場，因此在團隊會議上必須經過一定程度的意見激盪才能夠產出對病人醫療與照顧方向的共識。各專業間的權力角力與消長，不見得都是醫師的專業角色可以佔上風。

問題。

接著，萍護士提到小美這個病人很嗜睡，身體前傾，有作態行為，晚上睡不著，大吼大叫吵到別人，明明看起來很累，還是走來走去，而且自我照顧很差。護士提出這個病人的狀態期待醫師給他一個解決這個病人干擾行為的方法，小美的醫師答覆將藥物集中在晚上給，讓個案可以因為嗜睡的副作用，晚上睡得好一點，看看夜眠有否改善。小妍護士提出自己的看法詢問醫師可否將藥物停掉二、三天，確認這是小美的問題行為還是因為此副作用引起的混亂。二位護士對小美的觀察有不同的見解，一位認為是小美故意的干擾行為，一位認為是藥物副作用引起的混亂行為，小美的醫師猶豫後說，還是將一個藥一個藥慢慢更換(1000630 觀察日誌)。在討論會，當大家意見不一致時，醫師必須展現精神科五大專業領導者的功能角色，因此面對眾說紛紜的意見，他必須帶領大家在精神個案的醫療照護方向有一致性共識以展現他領導的能力，如果他無法統籌大家意見給出確定的方向，往往要成照顧上的紛亂。

有時候在討論病患的問題，描速病患在病房的混亂行為，例如：提到秀秀一直指認一位住院男病患說是兒子，但是前陣子變成是爸爸，最近這二天一直說是老公，大家聽了忍不住發出彼此意會的笑聲(1000630 觀察日誌)。大家對病人的混亂感到好笑而發出笑聲，我個人認為大家沒有取笑的意思，精神科工作人員會對病人脫離現實的行為感到好笑，或許是病患<sup>39</sup>失序行為可以挑戰現實生活的刻板與教條，也讓我們覺得病人真是單純，因為好笑的背後其實是羨慕他們可以跳開規訓，因為這些行為都是我們無法脫離常軌的思緒而操作的。

護士在報告時提到：病患小楊他是一位很強調自己權力的病人，日前他被<sup>40</sup>強制住院，一直打電話到衛生署吵鬧為什麼將他強制住院，造成衛生署頻接他的電話不堪其擾。因此，衛生署打電話來希望病房能夠約束一下病人打電話的行為，護士在電話對衛生署的回覆是”病人打電話是他的自由”。小楊的醫師補充說明，建議護士應該回覆”我們已經善盡督導責任，但無

<sup>39</sup> 「失序行為」是精神科專業人員在評估個案行為的精神症狀其一名稱，失序的定義是以一般大眾不會有的現象做為界定標準。精神醫療知識體系建構精神症狀的指稱，以利於說明何為”瘋子”或”異常”，因此精神醫療的立場就得以正常化和合理化(巫毓荃譯，2004)。

<sup>40</sup> 根據 96 年通過精神衛生法第 41 條，若有嚴重病人有傷害自己或他人之虞而拒絕住院治療者，經過二位精神專科醫師診治有住院之必要，得以向衛生署提出強制住院申請，由衛生署醫審會審查同意者得以辦理強制。

法改變病人的行為，而打電話是他的權力”（1000630 觀察日誌）。醫師的修正似乎在提醒護士，面對衛生署這個上級主管單位，在答話上過於粗率魯莽，因此自己示範如何回覆較為恰當。醫師的建議並沒有得到護士的回應，因此也無法了解護士對這個建議的想法。醫護討論會的氛圍常有種欲言又止的現象，護士將一個話題拋出來，這個話題暗喻護士在工作上的壓力，但是醫師四兩撥千金的解答方式，常常讓護士無法再表達自己的情緒，只好緘默與對。護士與醫生之間的對話宛如情緒與理智的對話無法對焦。護士描述病患打架的經過，最近病房有幾個<sup>41</sup>監護處分的病患，他們結黨暗欺其他病患，病患私下交易行為、結黨尋仇、勒索恐嚇、私下毆打已經隱約有跡象，但是沒有病患願意出來指證，都堅稱自己臉上的傷是不小心跌倒所致。護士每次察房靠近這些病患的房間總可以感覺到一股鬼祟的氣氛，以及他們敵意與不悅的眼神，這個現象都讓護士很無力感和恐懼感。醫師的答覆是這些監護處分的個案確實很棘手，但是能不能出院要請檢察官來商議，並舉例 818 醫院也是有一位監護處分的個案，他也是造成病房許多衝突與暴力，因此醫師啟動出院的評估也順利通過；醫院正在喜悅送走一位棘手個案出院之際，即傳來離開醫院二星期後他在超商殺害一位女孩；後來監察院還對這家醫院進行彈劾（1010313 觀察日誌）。護士期待有擔當的醫師或護理長來協助他們解決問題，但是醫師在說明自己立場上的困難後，護士也無言以對，團隊會議中常常無法形成有具體的解決共識，但是面對這群病患的威脅感還是存在，護士只能無奈的面對，希望不會那麼倒楣發生事情。

病患的狀況討論告一段落，通常快接近九點鐘時，討論的能量自然而然地逐漸澆熄，因為九點以後，護士們心中掛念的是要完成的治療活動，包括：生命像的測量、給予藥物治療、以及其他要完成的醫囑等事務；而醫師掛念的是門診工作或是其他會議；其他專業工作者也都有自己忙著要完成的工作。因此可以感受到大家非語言的肢體動作，有人調整一下坐姿準備起身，有人將手中的筆收起並闔上資料夾，這些行動造成一陣鼓譟，讓醫師的發言也越來越快，而最後一定是護理長的發言作為會議的結束，護理長通常會傳達宣布一些行政會議的訊息，例如：護理長說明醫院增設感染科門診，提醒護士們可以切記門診的時間，善加利用此資源解決病人

---

<sup>41</sup> 針對性與暴力的犯罪行為或是有精神疾病診斷者，帶有刑案在身且服滿刑期，若法院評估再犯的可能性很高，會轉至精神醫療院所進行治療並行監禁之實。事實上監護處分個案的處理與一般精神個案有很大的差異，但是目前都是安置在同一性質醫療機構，確實造成醫護在照顧上的難題。

的感染問題，因此像 16 床女性病人懷疑有 VDRL(梅毒)，所以我們就可以利用這個門診趕快帶病人去確認一下，不用等到家屬有空才來處理，這樣也可以減少病房其他病人被感染的機會(1000630 觀察日誌)；這是一個體貼家屬的想法，如果善用此門診的就醫資源，可以節省家屬舟車勞頓來帶病人就醫的辛勞。或是一些行政事務的再提醒：護理長提醒大家記得病患住院 30 天即要 order renew(醫囑更新)，這時提醒醫師要寫上行為治療開始收費記帳(1000621 觀察日誌)。這個要求是源自於健保給付條件的規定，健保認為急性病房的行為修正與治療，應該是在病患症狀穩定後才有執行的必要與效果，因此規定病患要住院滿一個月後才可以提出行為修正與治療的給付申請。因此病房的常規是只要病患住滿 30 天，一律開出“行為修正與治療”的醫囑。依 101 年健保給付條件，住院個案行為治療 (Inpatient Behavior therapy) 限精神科住院個案，針對一般性行為問題之矯正，每日限申報一次，由精神醫療團隊成員執行，需詳記於病歷；其支付點數為 52 點，乘以浮動率 0.8，病患每天每人收費約 42 元。醫院為創造最大營收，所有住院病患住滿一個月後都會開立此醫囑，已經成為常規的一部份。但是醫師們可能忙碌的遺忘要開立此醫囑，因此護士(通常是大夜班護士會協助做檢核)必須幫忙注意病患的住院時間，提醒醫師更新醫囑。

## 五、準備護理活動

通常大家對護理長提出的說明未有更多回應，俊醫師說了一聲“開會到這裡”，護士們迅速起身離去。開完會，護士像是上緊發條的工作機器，開始衝鋒陣線的忙碌起來，頓時護理站又恢復熱鬧的聲音，二台給藥車(圖 5.5)圍著一群護士忙著將自己病人的藥盒拿出來，拿取裡面的藥物丟入藥杯，七個護士圍著給藥車有些擁擠，加上這星期來二位新進護士，更顯得擁擠，有些護士不在乎這擁擠，還愉快的聊天著，有些護士則拿著數個藥盒，退到一旁的角落去備藥，護理工作環境有其相互干擾性，如何在有限的空間活動顯示自己的人格特質與同儕的關係。



圖 5.5 精神科病房的給藥盤與藥車

站在護理站裡面，往內看是護士們忙碌備藥、翻資料、與醫師討論或打電話；往外看是護理站外面有一群等著要領東西的病患，他們排在護理站周圍，望著裡面的護士或書記，表現出期待的眼神希望工作人員注視到他們，但是工作人員已經有種視而不見的能力，或許說是根本看不見，我不小心與他們四目相望，他們似乎找到發現他們存在的人，我也無法將眼神移開，只好勇敢面對他們(1010320 觀察日誌)。但是我知道無法提供給他們任何需要，太多次的經驗是病患從我這邊要不到任何需求。我認為病患到護理站表達自己的需求是一種社會適應的歷練，他們在屢挫屢敗的過程中學習如何靈巧的找到對的時間和對的人才能夠獲得幫助。我回應著有什麼事的表情，病患們欣喜有人注意到他們，對著我提出一些需求，例如：要拿指甲剪、或是要領錢、或是要拿電話卡、要拿餅乾；我的困難是我不知道現在是否可以拿電話卡或指甲剪、可不可以領錢，因此我只好轉身找個尚溫和的護士詢問可否做這些事(1010320 觀察日誌)。我無法熟悉這套以減少護士工作負擔為前提的生活規訓，護士們已經熟悉這套病房規則架構而忽略人的自主性。我觀察感受那個護士是較溫和可以討論的，我跟病患一樣對護士們的情緒起伏心生恐懼，很怕干擾到他們做事，會惹他們不高興，害怕現在提出需求的時間不對勁而被他們指責，如果遇到較溫和的護士，他會很快提供這些東西或是和氣告訴病人現在不應該領錢，應

該先去吃藥，其實我很疑惑為什麼要有這樣的優先順序，似乎優先順序的建構是以護士照護的持續性而考量，而不是以病患的個人需要而考量。如果遇到脾氣不好的護士，他不好意思數落我，但是會當著我的面，將病人責備一頓，內容就是「現在不是領東西的時間」、「現在不是領錢時間」，沒好氣地要他們到大廳等護士治療。「現在是治療時間」好像是個神主牌，我只能尷尬的在旁邊陪笑。其實我很不喜歡待在護理站裡面，因為病患跟我請求的需要，我很難解決，甚至因為我的存在，病患會想找我幫忙而成為其他護士的工作的負擔；即使我表達我可以幫忙做甚麼，還是被他們排斥在外，我只好更努力撿事情來做，例如幫忙開門、接電話或是任何打雜嘗試要融入這個環境。

## 六、護士與病患最密集的互動

在治療時間，有時候會見識到病患和護士頗輕鬆的互動。護士們開始準備量生命徵象和給藥，每一位護士要負責 8-9 個病人，離開討論室，可以見到幾位病患站在討論室門口，他們有的是要找醫師商量可否出院的問題，有的是著急找護士怎麼還不快點出來給藥，有的純粹就是跟著看熱鬧。護士離開討論室，好像又活過來一樣的有說有笑，整個護理站又開始出現熱鬧聲音，這時有一位病患感覺像是開玩笑似的，走到護理站對護士們說：你們都欺負我，護士似乎也感受到這是一種揶揄而回應著：你才欺負我哩！，病人聽了笑了，護士也笑了！（1000707 觀察日誌）。這種護病互動在臨床常發生，超乎<sup>42</sup>教科書所描述護病關係的特質，這種互相調侃得以紓解僵化的護病角色的護病互動，根據我的觀察與經驗是讓護士與病患之間的關係更貼近，病患會感受到護士平易近「人」的特質，<sup>43</sup>我常想教科書談及的護病關係是在沿襲西方護病關係理論，而忽略的本土人情與文化之現象。

護士們在護理站整備接下來要執行的常規護理活動，包括：生命徵象測量（即體溫、脈搏與

---

<sup>42</sup> Hildegard Peplau 在 1952 年出版〈護理的人際關係〉一書，論述精神科護士與精神個案建立治療性人際關係是協助個案與進入療愈的基礎/工具，因此也創造出護病關係的基礎概念與論述。治療性人際關係的內涵包括真實、一致、尊重、自尊、價值澄清、同理心、寬恕、信任、賦權、以個案為中心、開放、自我揭露、自我探索與無條件的正向支持（Peplau, 1952, 1991, 1992, 1997）。

<sup>43</sup> 許敏桃(2002)提出目前台灣精神護理專業知識與語言多為西方產物，因此屬於台灣疾病經驗與文化的知識體系需要被開啟。葉莉莉、徐碧卿(2005)認為精神科護士因為面對的病患特性，有關於台灣在地化精神疾病相關信念與護理實踐應該被揭露與建構。

血壓)以及給治療藥物；在準備物品時穿插的是病患的叫喚，或是其他工作人員的談話。早上交完班，病房的大廳頓時熱鬧起來，許多病患都知道要進行護理活動了，因此主動到大廳來坐著，或是站在護理站前面圍觀工作人員的一舉一動。護士們大廳匆忙進行許多的護理活動，包括：量生命徵象和給藥，量完生命徵象會要求病友填一張簽名單，據說那是小夜班要帶<sup>44</sup>活動治療，因為小夜班人力不夠，故由白班護士先請病友簽名，有些病患不假思索就簽名，有些病患則稍微猶豫一下，問護士這是簽甚麼，護士再次解釋，就是晚上做活動的簽名，病患就簽名了，但是也有堅持不簽名的病患，看了這個簽名單一眼即離去(1000617 觀察日誌)。我納悶晚上活動尚未進行就先簽名，如何確保簽名病患與晚上參加活動的病患是同樣的病患。護士表示「不勉強病患簽名，只是為了紓解小夜班的工作負擔，才會在白天先完成簽名工作。事實上不管病人有沒有簽名都不影響他們晚上參加活動治療的權利，如果白天沒有簽名，晚上他們有參與活動，還是會請他們補簽，簽名是為申請健保給付的依據」(1000617 護士訪談紀錄)。根據 101 年健保給付條件，病房的活動治療支付點數 108 點，乘以 0.8 的浮動率約 86 元；因此盡量鼓勵病患參與活動治療才有更多的營收，最重要是病患的簽名是申報的依據，因此簽名單的完成是病房相當重視的常規，而護士在活動紀錄的參與病患、簽名單姓名、以及書記申報的名冊必須都一致，若被健保局查到有不一致內容，一律退回申報。這些需要逐一核對的內容確實花費掉小夜班護士工作的時間，病房為簡化護士寫紀錄的負擔，將活動紀錄表格化，護士只需要在全病房的病人名冊上勾選有參加活動的病患，在姓名的同欄位有參與的表現勾選，如：主動積極、被動配合等評價。稍微花費時間的是核對簽名單與活動紀錄病患是否吻合，若有不一致的地方，通常是要求病患補簽名，甚至坐在大廳看活動操的病患都算有參加，至於白天有簽名的病患，晚上若沒有參加活動，護士還是會列入名單計算(1000630 觀察日誌)。護士答覆「只要依照有簽名的名單記帳就可以了，就是盡量鼓勵病人多簽名」(1000630 護士訪談紀錄)。因此負責記帳要非常小心，如果記帳名單與前名單名字不符，只要被健保查到，就以申報不實整筆款項退回，病房就要進入繁複的申覆過程，有幾次護理長在會議報告這些需要申覆的文件，似

---

<sup>44</sup> 病房所指的活動治療即是國民健康操，護士會在晚上六點鐘廣播聚集病患到大廳，播放約十五分鐘五行健康操影片，病患看著影片內容自行模仿動作運動，依規定護士要到大廳跟著一起做並觀察病友活動的狀況而完成活動紀錄。

乎護士都漠不關己，因為護士可以申報的給付項目很少，加上訓練有素的執行工作常規，不容易有錯誤而被退件，似乎最有問題的是醫師的申報，醫師可以申報的項目非常多，加上金額高，加上沒有一套有效的監督制度，常常出現錯誤，因此護理長只能請求大夜班護士幫忙檢核病歷，注意醫師在醫囑紀錄上的失誤，護理長只能溫婉地花許多時間跟這些醫師們溝通。因為健保的給付條件，讓護理活動必須建構在給付的要項中進行，甚至為了應付申報的繁複文書作業，護士必須提供一部份的工作時間處理這些文書業務，照護的真實品質因而受到考驗？

看到護士們在大廳、護理站、病房間來回穿梭，病人也在這個空間來回走動，確實交織出忙碌的氛圍，很熱鬧的早上，有呼叫護士或醫師的聲音，有呼叫病患的聲音，有開關門的聲音，有電話的聲音(1000630 觀察日誌)。在大廳，病患們逐漸形成排隊狀，等待護士來量體溫、脈搏和血壓，每輪到一位病患，護士叫著名字確認病患的名字與床號，病患大多面無表情走上前來，坐下，整個過程就是量耳溫與詢問大便次數，有些病人有特殊醫囑要求每天量血壓，護士看著上面的要量血壓標記，即提醒病人不要走要量血壓，陸續有其他護士過來幫忙，有些病患護士很熟悉，有些病患實在也不知道他是誰，可能是新病人，護士只要休假幾天，病房就會有新入院病患的新面孔(1010313 觀察日誌)。面對陌生不熟悉的病患，護士通常會有較高的警覺性，因為對病患不熟悉，無法掌握病患的精神狀況或特殊問題，因此，護士會花較多時間噓寒問暖，以建立彼此的互信關係，護病關係必須建立在對病人熟悉的基礎上發展其深度與廣度。護士們分工合作，有的量體溫和叫病人，一位護士量血壓，另一位就幫忙紀錄，他們之間有默契地配合，就是要盡快完成生命徵象測量的紀錄工作。我站在旁邊看並努力記住病患和其面孔，這是認識病人最基本的技巧，很像是大腦在玩的配對遊戲，努力的連連看，護士對於自己的主護病人會多寒暄幾句(1010313 觀察日誌)。在大廳看著護士如何與病人互動，其實那是我已經習以為常的互動情境，護士非常目標導向的完成應該完成的生命徵象與血壓測量，至於能夠再給病人多少時間，純粹視護士當天的事務忙碌情況或與自己關注的意向而定，因此護病關係的建立充分在於護士願意提供多少心力的自由意志而決行，沒有任何質的測量可以確據護病關係的品質，至於量的部分就是盡可能符合健保規定得記載，護理紀錄與實際護互動情形如何一致，是需要再思考的問題？但是目前以營收掛帥的醫院經營趨勢，病房護士必須花較多時間完成相

關申報紀錄是其來有因。依 101 年健保給付條件，急性病房住院每床病患每天護理費約 454 元，這護理費用包括三個班別的照顧工作，依規定要有三個班別的護理紀錄作為申報依據。

雖然在緊湊中進行護理活動，護士在量生命徵象時，還是會和病患談一下話，例如：病患的衣服穿不夠，建議他再加一件，或是杯子要洗乾淨等等。有時也會使用沒有惡意較戲謔的語言以回應病患，例如：病患小伶一直說自己懷孕一年多要生了，護士笑著說你哪像懷孕，瘦到像竹竿，指著站在旁邊的一位矮胖的病患說”他才像懷孕，肚子那麼大”其他護士也笑了，那位被指肚子大的病人並沒有生氣只是靦腆的笑了笑，倒是小伶聽不懂這個玩笑互動，很認真地繼續說自己真的懷孕很久了(1010313 觀察日誌)！觀察病患對護士之間的玩笑並沒有生氣，但是，是否適合在護病關係中出現這樣的互動現象是值得討論？在教科書中的護理專業角色承襲「南丁格爾」的刻板形象，護士以揶揄的方式與病患互動似乎是挑戰既有護理專業形象的威權立場，不能否定的是人與人之間的輕鬆平易的對話是人際間真實地貼近。

護士們很忙碌，因此情緒也較容易表現出來，住得較久的病患似乎懂得避開這情緒的遷怒，而剛來的病患或是護生，因為不了解護士們在工作上的禁忌，因此常不小心踩到護士的情緒地雷。例如：我在護理站看著資料，突然有個病患站到護理站前問我，可否和他玩五子棋，我愣了一下，愣住的原因是——為什麼會找我，我們都還不認識，而我這個時間是要和學生討論，思索一下心中有了答案，我跟他說，我現在忙處理一份資料，當時我正在畫學生的實習名單，等我結束，我會去找他。五分鐘後，我將名單處理好交給學生，我預備前往大廳找這個病患，發現他還站在護理站前不遠處，似乎也是在等我，我趨前到他前面，他突然問我現在是幾點，我看了手錶說快十點了，病患回覆我要準備去 OT 了(職能治療，是十點半上課)，他接著說：護士說現在是準備上課時間，不適合玩棋，所以很抱歉不玩了，我有許多疑問想問他，但是很擔心他所說的”那個護士”正在凝視我們的舉動，因此我也回答：好！那就先去上課。過了幾分鐘，當時我在大廳和學生討論學生的疑問，他又走到我前面來，再度跟我道歉說：他不應該吵我，不應該打擾我，我心中很疑惑，跟他解釋，我並覺得有被干擾，只是剛才正在忙其他事，如果我有時間是很樂意跟他下棋的，他繼續說：很抱歉，不應該打擾我，他以後絕對不會再找我下棋了。我實在不懂他的歉意是從何來，只好請他說清楚這個想法是怎麼來的，他跟我說因

為他找我下棋，他的護士聽到了，因此跟他說老師很忙，不要吵老師，他現在才知道吵老師是不對的，他以後不會再犯了！我很肯定的跟他說，我一點都不覺得被打擾，而且我很樂意跟他下棋，他聽到我的話，表情較為鬆動的笑了一笑說：那老師有時間可以找你下棋囉，我回應當然可以(1000706 觀察日誌)。護士的阻止是因為不習慣病人在這個時間找人家下棋，他認為這個時間就是準備治療與上 OT(因為醫院的職能治療在大樓的最頂樓，因此大家都習慣使用”上”來表示參加 OT 課程)，執行其他活動都是干擾，或許護士想幫我，他認為我是來帶學生的，不是來陪病人的。我想如果我自己都不跟病人互動接觸，我如何向學生樹立護士模範角色。因為護士們很急迫要完成這些常規，誰阻擾常規的完成就是很嚴重的干擾，無論是病人或護生都會被指責，護士的具體理由是量生命徵象有時間性，吃藥有時間性，當然還有避免影響下一段時間活動的進行，這些理由都建構病房常規執行的結構現象，但是，我們要檢視的是在急於完成常規的心態中，忽略掉與病人接觸的意義與品質？

## 七、護理治療是唯一活動

站護理站裡面，相對會覺得自己很礙眼，因為護理站的空間很小，護士與其他工作人員進進出出，加上幾給圍站在護理站前檯的病患，確實有種人擠人的壓迫感。護理治療時間，護士們的忙碌就是給藥、會談、處理病患的需要等，有些病人站在護理站前等著要物品，<sup>45</sup>指甲剪、電話卡、找醫師、拿棋盤、領零錢，我發現病房似乎有個共識就是這些事情在這個時間都是不對的，即使有些護士就在病患面前，他觸手可及拿到病患需要的東西，他還是會請病人找他的主護護士，但是找到主護護士跟他們說要領東西，主護護士會回應「現在不是拿東西的時間」或「事情都還沒忙完，不准拿東西，等會再拿」。有時候我就在護理站，我表示我可以幫忙，但是這些護士們都是同樣態度堅決不允許我做任何滿足病患的事情，因為我是局外人無法抵抗護士們的工作共識，我只好尷尬跟病患解釋而作罷(1010306 觀察日誌)。可以理解護士們不願

<sup>45</sup> 因為精神病患的疾病特性，擔心有傷害他人或自己的危險性，精神科病房的危險物品管理原則，例如：指甲剪、水果刀、剪刀等，只要有可能造成病人身體傷害的物品皆要收回至護理站管理，病患有使用需求時，必須要護士的同意或陪伴下才可以使用(強制要求)。電話卡雖然不是危險物品，但是病患常有借用電話卡或遺失的糾紛，因此建議電話卡由護理站協助保管，原則上並不勉強病患一定要將電話卡交至護理站保管(個案自主)。因為個案住院時間大多長達一個月以上，病患們常有需要購買生活用品與零食的需要，家屬將錢寄存護理站保管，因此病患常到護理站表達領錢或代為購物等需求。

意我幫忙的心態，他們擔心護理工作上的不一致性，如果我給病患們方便，他們擔心病患會予取予求，造成他們往後工作的困擾。我也怕常置身在護理站，因為總是有病患跟我要東西，我完全沒有決定的權力可以給他物品，因為我可能被罵，病人也會被罵，我心中盤旋這句話「現在不准拿東西」，不斷思索到底是誰讓給護士有這麼大的權力？護士的這些權力是如何建構出來的？

在病房的不同族群關心的議題不同，病患關心「我的櫃子還有多少食物？」、「我的家人甚麼時候會來？」、「我可不可領零用錢？」；護士們在乎的是要負責的常規要盡快完成，包括：生命徵象、給藥、處理醫囑、出入院、個別換藥、安檢、紀錄等事情、護士們認為要先完成這些事再關心個案所關心的事務；醫師關心的是個案的身體狀況、藥物效果、藥物副作用、安置的計畫，三種族群關心不同的事務，卻交織出病房的互動現象。觀察在護理站的護士們和醫師們，已經養成可以將耳朵關起來的技能，病人站在他前面呼叫「我要電話卡」、「我要領錢」、「我要找我的護士」等等，他們可以聽而不聞，更沒有視線的接觸的視而不見，往往看見護士們埋頭苦幹在看他們手中的資料或是專心書寫資料，最後，變成站在護理站的我與病人的眼睛四目相對，我只好透過護理站的隔離窗板輕聲問病患「需要甚麼」，輕聲問，是因為害怕護士嫌我太吵或是好管閒事，但是我無法視而不見聽而不聞。病房護士在專心寫紀錄時很討厭有人干擾他們，無論是病患或是電話。小華護士抱怨他坐在護理站前甚麼事都不用做，一下子接電話，一下子病患要東要西或是問東問西，讓他一個早上一本記錄都沒寫(1010320 觀察日誌)。我站在護理站總是備感無能為力，我不能決定病人可以領多少錢、連換個五元硬幣都要找書記、也無法作主提供電話卡和指甲剪。這個護理站這個現場真的也很忙，護士不願理會想請領東西的病患，護士會認為現在不是做這些事的時候；即使護士正坐在護理站前翻看資料，她也不願順手幫病患處理這些事，她會說這是書記的事去問書記，或是這助理員的是請等助理員再說，或是說要去問你的主護護士，無論是領錢、下棋、拿鑰匙都要問主護護士或是今天照顧你的護士。

## 八、找你的護士

「找你的護士」！這是病患常聽到一句回應，如果是夠“資深”的病患，已經清楚病房這

套遊戲規則，他會熟記今天照顧他的護士是誰，他也知道要到護理站的哪裡看今天護士照顧病患的分配名單，他也熟記每位護士的姓名，因此他的需求比較容易得到解決。但是有些病患一直在狀況外，總是不時到護理站向待在護理站的護士表達自己的需求，但是一句「找你的護士」，常常讓病患困惑的楞了一下，再問一句「請問我的護士在哪」，護理站的護士回應：「我也不知道，可能在忙，你等一下再來找他」。看見這樣一來一回的答話過程中，也是耗費掉許多時間，我疑問為什麼護士不想直接問他有甚麼事情呢？做完護理治療，大部分的護士都回到護理站書寫記錄，病患<sup>46</sup>小林走近護理站前，對著護理站的護士們說(沒有特定是對誰說)：我想利用這個時間洗澡，因為 OT 時間還沒有，現在可以先洗澡嗎……，每個護士都低頭做自己的事，沒有人理他，只有無所事事站在護理站內的我滿懷疑問地看著他，心想著洗澡為何要到護理站來詢問，難道有甚麼規定嗎？他繼續說他想先洗澡…一邊搜尋有誰可以幫他，因為護士們繼續低著頭，小林搜尋的眼神和我的眼神對焦，他發現有人在聆聽他的話，因此將臉朝向我繼續說他想先洗澡…，我只好靠向護理站的窗檯，仔細聽懂他的訴求，原來是他想趁 OT 的課未開始前，先洗個澡，但是衣櫃被鎖著，鑰匙在護理站裡面病人的<sup>47</sup>置物櫃(圖 5.6)，他想拿鑰匙以便拿衣櫃的衣服，目前小林是個很穩定的病患，我心中納悶為何要鎖衣櫃，推敲應該是他擔心衣櫃裡的物品被其他病人隨意取走，所以要求鎖衣櫃，但是病患要鑰匙，是否可以拿，我不敢擅自作主，只好輕聲試探詢問(心中很害怕被護士責罵)坐在護理站檯前的小妍護士，可否協助將鑰匙給他，小妍側身小聲地跟我說：老師，不要理他，他最近的狀況很多…，我疑問是怎樣狀況？或許我真的不了解他！小妍轉頭向護理站前對著小林說：這要問你的主護護士處理。然後小妍繼續低頭寫紀錄。小林很焦急地注視著我跟我解釋(因為整個護理站只有我看著他)：老師，我認識你，我現在要洗澡，你應該相信我……，病患的陳述表達似乎曾經有過被不信任的經驗，因此需要

---

<sup>46</sup>小林是一位吸食安非他命導致精神分裂症併發的個案，數年前我在這家醫院認識他，他只要接受藥物治療，症狀很快就緩解，而且自理功能和社會功能都尚佳。但是小林總是在自己病情穩定的狀況下就會停藥，因此反覆發病而住院變成是他生命的週期循環。事實上小林的病程週期就是大部分精神分裂病患的真實寫照。

<sup>47</sup>病房的病患都有自己專屬的置物櫃，放置護士認為危險的物品，例如：玻璃罐保養品、鏡子、皮帶、刮鬍刀等物品；或是病患擔心被偷走的物品，例如：MP3、零食、零用錢等。置物櫃都建置在護理站裡面，因此病患需要任何物品都需要到護理站拿取，但是也要面對護士的管束，因為護士有時候會以時間不恰當而拒絕給予。

跟我保證再三，我很想幫他拿鑰匙，但是我也不敢斗膽造次，我心想應該是有<sup>48</sup>行為約定吧  
(1000630 觀察日誌)!



圖 5.6 病房護理站內的置物櫃 上面貼有床號

在病房，病患的行為約定是決定性的神主牌，因此其他護士不敢輕易做主，面對病患的要求，都必須依行為約定的內容而執行，如果病患有疑義，其他護士只能回應「這是你和主護護士的約定，有問題要找你的主護護士討論」，病患的生活自主權被框架在這套行為約定的規則中，問題是行為約定產生的過程是否合理，是否出自於關注病患的利益而建構，實在有待爭議。我心中思忖著還是等小林的主護護士來比較保險，免得有爭議，小林繼續請求我給他鑰匙，我只好再走近一點，我實在不習慣在護理站裡面大聲回應，我試著解釋剛剛小妍護士的回答，小林困擾的問：但是我的主護護士曉清現在不在？我解釋：我剛剛看他離開病房，應該很快回來，小林聽到我的回答後，決定站在護理站前等，我擔心”他應該很快回來”這個保證落空，也陪著一起等。因此他在護理站外等，我在護理站內等，小林相信我的承諾而留在此等待(1000630

<sup>48</sup> 行為約定即住院個案行為治療，醫院的策略是住院病患滿 30 天後一律要做行為約定，以便創造更多的收入。無論個案有否需要行為矯治，工作人員一定可以界定出”問題行為”項目以擬定行為契約，例如：病患常躺床、病患將食物藏在自己的衣櫃、病患不肯上 OT、病患頻打電話回家等。病房常運用增強與處罰二種技巧以矯正行為。

觀察日誌)。我實在很擔心我的承諾落空，我也不確信我的說法是可以實現的，但是我清楚我一定要幫他把這件事解決，因為洗澡不是壞事，為什麼會出現這麼多困難和限制？幸運地，曉清回來了，我欣喜若狂走到曉清跟前，將小林的需要跟他說清楚，因為有時候病患的聲音或動作不夠快，護士轉身就走掉了，我怕錯過這機會，曉清似乎不想聽我說的，但是我還是不放心賴在旁邊，因為我已經決心幫小林解決這個需要。曉清走到小林面前問：甚麼事？小林又拉拉雜雜說一堆，終於聽清楚他說：我很髒，我想洗澡啊！護士回答說：那你去洗呀！小林回答：可是櫃子打不開啊！護士回答：我沒有鎖你的櫃子啊！或許曉清想到有可能被其他護士鎖起來，這是他們工作的經驗與默契，很快轉身往置物櫃打開，看到鑰匙，拿著鑰匙幫小林將櫃子打開，終於解決了(1000630 觀察日誌)！整個對話全程，我在旁邊觀看，因為我擔心有失誤，小林想洗澡的事情就落空了，當然，不是我所想像的，根本沒有行為約定，小妍護士為什麼不願意舉手之勞幫忙拿個鑰匙，就這樣折騰近 20 分鐘。

我在護理站，病患阿美跟我要 MP3，我不曉得 MP3 放在哪裡，他說在櫃子裡，我心中一直在盤算可不可以給他？MP3 算不算違禁品？我跟他說我先幫她確認 MP3 現在可不可以拿？結果小珠聽到我們的對話，走出來跟我說“老師不要幫他”，轉身以警告的語氣跟阿美說：不要煩老師，有事找我，阿美趕緊道歉說“那我去睡覺”！我在旁邊很尷尬的想是否這是小珠在對我示威，提醒我不要干涉他管理病人的權力。

一切以主護護士的意志為最大是這個病房的默契與共識，因此即使我覺得不妥的管理方式，只要不是我的病人我就要學習閉嘴，因為這是主護的權力。似乎「主護制度」的美意已經被誤用成推責任的藉口。住院病患最基本的生活需求在這些繁雜的病房規訓與文化中被扭曲化，但是，護士們與病患們都太習以為常這種護病互動模式而無法察覺。

## 九、護士給藥的策略

給藥是護理活動很重要的一部份，也是精神病患住院的重要主軸治療。病房的給藥常規是 9-1-5-9 四個時段給藥(即早上九點、下午一點、下午五點、晚上九點)。給藥的護理與評估是精神科護士重要的專業能力，除了必須了解藥物的治療機轉之外，有關於藥物治療所產生效果的

評估與副作用的處理，都是護士專業養成訓練的一部份。每個護士給藥的方式不同，有的是廣播方式要病人到大廳來吃藥，有些護士是習慣一個一個自行去找病人來，這段時間病房很熱鬧，所以護士都出動到大廳或病人房間，護理站就剩下書記、助理員、以及醫師，醫師會利用早上時間討論病人的用藥或是重新檢視醫囑。量完生命徵象，接下來是給藥的重頭戲，有些護士在團隊會議前就已經備好藥，很快將藥物備好到大廳給藥，有些護士備藥較慢加上可能被其他事物耽擱備藥，例如：處理約束的病人、臨時帶外出等事情。每位護士拿著自己的給藥盤到大廳找自己照顧的病患，有些護士習慣現利用護理站的廣播器呼叫他的病患床號到大廳等他，有些護士習慣自己到病房一個一個的尋找自己的病患。這段時間，病人總是一陣忙亂開始找自己的護士，或是直接跟某位護士要跟他拿藥，護士會跟他說你的藥不在我這邊，病人困惑的是那我要找誰，有些護士很清楚就告訴他找誰，有些護士也不知道，就叫他自己去看名單。小萱是一位已經工作 20 年的護士，他給藥有他的老到之處，他總是先站在護理站門口搜尋他的病人，一個一個叫來吃藥，叫一個來吃藥時，順便跟他會談，會談內容可以是了解症狀的干擾，睡眠的情況，或是在病房一些特殊需要追蹤的問題，例如：昨天一直拉肚子，那現在如何？或是了解病患家裡的情況，在與某位病人會談時，有時其他病人會主動靠近要吃藥，小萱會辨識是否是自己的病人，如果是，他可以一邊跟甲病患聊話，又一邊拿藥給另一位乙病患。一心多用似乎不符合護理常規中三讀五對的規則，但是因為和甲病患的談話無法中斷，而乙病患又已經在旁邊等得不耐煩。有時候小萱正在跟他的病患說話，有其他病患好奇靠近，如果不是他的病人，有時是不理會，有時請他離開去找他的護士。病人有時很困擾為什麼昨天是你，今天就不是你，所以他們有時就會一直呆立在大廳或是到護理站詢問誰是我的護士。小萱針對不同病人態度做法有些不同，小羅是一位近 60 歲的病人，因為藥物副作用，身體全身不斷顫抖，小萱問你怎麼一直抖，會冷嗎？但是還未等答覆小羅，小萱似乎不太在乎病人的回答是甚麼，所以也沒等他回答就要小羅服藥後，服完藥立即給他一顆糖果，小羅高興的說：謝謝護士姐姐，高興地坐到大廳吃糖果(1010313 觀察日誌)。小萱熟悉病患小羅的狀況，小羅總是有無法停下來的口慾，在病房不斷偷別人東西吃，常常因為這樣的理由受處罰被關到保護室去；小萱的一顆糖果滿足了小羅的需求。但是小羅的口慾是源自於疾病本身的症狀？還是因為長期住院的需求

資源剝削？並沒有被理解，似乎這也不是護士有力氣關心的現象；那聲”謝謝護士姐姐”顯示出病患在角色的退化，或是護病關係中權力的消長？小萱對於剛入院的病患通常會提供較多的時間給他，了解其想法和需要，或是和家人的相處狀況，這些會談資料自然揭露出個案的症狀、情緒與行為，護士就可以在症狀與現實中做資料篩選以便對個案的了解(1010313 觀察日誌)。對於新入院病患提供較多互動時間，以便建立出病的護病關係，一來病房常規要求對於新入院病患的護理紀錄，規定要有三天的交班紀錄，因此護士要花費時間收集較豐富的資料，二來是對病患越了解就越能預測病患的需要，也是保護自己的一種策略。小萱先將在大廳徘徊屬於他負責照顧的女病患叫來吃藥，然後開始進入房間逐一將躺床病人叫出來或是起來，除了服藥就是順便看看他的房間環境或是外觀，也提醒整理房間或是去沐浴更衣，這牽涉到護士工作的熱忱度，有些護士僅止於提醒，有些護士即是親力親為的實踐，督導病患完成自我清潔工作，當然這要花費更多體力與時間，因此比別人更晚休息和延遲該完成的文書作業。目前病房白班是一位護士照顧八-九位病人，負責的男女病人都有，女生區給完藥，即進入男生區，同樣事先叫大廳的病人先服藥，有些病患知道現在是服藥時間，就自然坐在大廳等待，有些病患可能是症狀因素躲回房間躺床，有些是藥物副作用因素，讓他想睡覺故早餐吃完，又回房間睡覺。護士將藥給完，也等同於將今天所照顧的病人都接觸一次，有的花較多時間有的可能僅是吃藥，加上病房活動的觀察，護士大概都可以為每個病人寫出今天的紀錄，因為健保的規定要有紀錄依據才可以申請護理費用（1010313 觀察日誌）。給藥是個護病互動的媒介，透過給藥過程與個案進一步談話了解他的需求，也可以順便評估個案的精神症狀與藥物副作用；當然護士也會利用給藥機會幫忙介紹藥物的外觀與作用，希望建立病患對藥物的認識。依 101 年健保給付規定，護士進行給藥護理的費用是每位病患每日約 69 元。

有時候會遇到在給藥過程較為棘手的病患，通常經過醫療團隊協議會會有一套處理的原則，但是總是耗費掉護士許多時間和病房的人力。大陳是一個一直口出三字經的病患，他的外觀和大家在路邊所見的遊民類似，理著光頭，開口笑起來可以見到只剩幾顆牙，喜歡以蹲姿立在椅子上或是角落，有人接近就一直漫罵，護士無法讓他吃藥，要接近他量生命徵象，都需要有<sup>49</sup>男

<sup>49</sup> 精神科急性病房有助理員的人力配置，在急性病房通常以男性助理員為主，助理員協助病房清潔與

性工作人員陪著，護士在男工作人員陪伴下問著他”你要不要吃藥”他答非所問的罵著，並且目露敵意，而護士心中已經有準則，這個準則是來自於醫護團隊會議的共識，如果大陳拒吃藥就打針，這是醫師的醫囑(1000713 觀察日誌)。精神科病患在住院期間，沒有拒絕治療的權利，加上大陳的意識混亂，以及現實感不佳，他也不知道如何為自己的治療爭取自主權，他唯一能展現是人類原始的攻擊性以主張自己的意志。護士備好針劑，找了二位男性助理員一起接近大陳，看見三個工作人員走近圍靠著他，他有些恐懼的表情但馬上罵出三字經，好像罵完三字經是可以產生膽量，表情變得很兇，護士大聲清楚地跟他說：你要吃藥還是打針？他很生氣並答非所問的漫罵，護士除了語言加上手勢再說一次：你是要吃藥還是打針？三位工作人員更趨近圍住他，他感覺到壓迫感而往後退了幾步，這個動作已經現露出屈服的姿態，聽他含糊地說：我要打針，然後又加上一連串漫罵，他倒是不抵抗將手臂伸起並彎曲，讓護士打針。護士離去後，他繼續漫罵，但是次數越來越少，蹲坐在椅子一會後，即走回房間睡覺(1000713 觀察日誌)。藥效改變人類的行為，讓精神疾病醫療走向藥物主宰人類精神行為的新頁；因為藥效的快速與神奇更甚於心理治療與行為治療的效果，精神科護士們的專業訓練逐漸更關心與擅長觀察病患的行為表現以評估藥物與症狀變化的關係。事實上近十年，精神醫師也不再以心理治療作為解決精神症狀的主軸，因為藥物治療的快速已經取代心理治療的溫吞，因此也象徵精神醫療照護的核心思維已經是科技取代人文的立場。

#### 十、安全與寢務檢查活動

精神科基於學理與經驗，在病房管理的立場，界定急性精神病患可能受到症狀或是現實脫節影響而出現傷害自己與他人的行為，因此病房要定時安全檢查，以整理病房寢務之名，檢視病患室友有收藏危險物品，急性病房對危險物品的界定會因為意外事件而不斷增加危險物品的項目內容，例如：曾經有病患收集塑膠袋，將塑膠袋打結成一條堅固的塑膠長繩而上吊自殺，這事件後，塑膠袋就變成危險物品，不允許病患的房間有塑膠袋。星期四是病房固定的安檢日，安檢日的目的是為確認病患是否帶或偷藏違禁品，違禁品的內容最常被討論的是：打火機、香

---

訪客開關門，或是對外送文件與藥車等事務，在面對病患有攻擊威脅時，助理員也會協同護士幫忙，對在精神科工作的護士而言，助理員的存在有某種程度的安全保護性質。

菸、或是可能造成生命危險的物品，例如收集橡皮筋、塑膠袋、筷子等都曾造成病患生命的危險。事實上藉由安全檢查也可以有效控制病患的個人清潔。護士們進入房間，如果病患就在房間內，會先跟他打聲招呼，請她自行打開櫃子，護士翻翻衣櫃裡檢查衣物，除了檢視衣物乾不乾淨還要注意是否有危險物品夾藏在衣物中，再請病患打開抽屜，護士翻看抽屜後，再翻開床墊，翻開床墊純粹的目的是檢視有否夾藏危險物品。有關違禁用品也會牽涉到護士個人標準，有些護士認為放置食物在衣櫃也是違規的，理由是在病室吃東西會招致蟑螂老鼠應該到大廳吃東西，或是其他病患可能會偷食物或搶食物以至於有爭執。如果櫃子很髒亂，護士就會建議病患將衣櫃清潔整理，這個建議也牽涉到護士的實踐能力，有些護士只是說說而已，有些護士會窮追不捨要求病患清理乾淨(1010322 觀察日誌)。安全檢查讓護士有合法的權力搜查病患的私人物品，當護士認為某些物品是不應該置放在病房，大部分病患都會溫馴配合將物品放置護理站保管，但是也會遇到非常強調自己權利的病患，他會堅持擁有自己物品的保管權力。如果護士無法置身同理病患對自己權利的主張，只是以病房規定做為執行令牌通常會造成衝突的護病關係。小育繼續抱怨；我有一堆保養品都被護士沒收，他說玻璃瓶打破很危險，真是壞心，那是我伯母送給我的保養品，很貴的，護士小姐看我皮膚那麼好，忌妒我。我打電話給警察，我要告護士搶我的東西。小育也主動到護理站呼喊護理長，跟護理長抱怨護士的行徑(1010320 觀察日誌)。但是他的抗議並不具任何威脅，因為警察已經司空見慣病患常打電話到警局控訴醫護人員虐待，這是精神病患在社會中的無效控訴。病患的隱私權在病房管理安全的倫理考量下，勢必被忽略與剝削，但是護士要自我考察的是安全檢查本身必須是出於關懷的良善動機，若是變成「搜查」本身，病患的人權本身就相形被侵害或壓迫。

## 十一、護士的工作空間

早上的護理活動時間，是護士們最忙碌，也是與病患互動最多的時間，這些互動資料幾乎可以滿足護士今天要完成的護理紀錄，接下來就是針對一些較特殊個案的一對一護理活動。給完藥，護士們陸續進護理站，他們已經有清楚的默契，8-4 班是要坐在護理站前面，護士們不喜歡坐在護理站前，是因為會被干擾，病人總是站在護理站前表達他們的需要；這是護理長在面對護士們常為了爭搶後面的位置出現爭吵而訂出的規則(圖 5.7&5.8)。



圖 5.7 護理站前檯的座位



圖 5.8 護理站裡面的座位

這樣的環境上起班來真是很吃力，整體而言護士工作環境是相當不好，幾乎沒有自己的私有空間，八小時全在公領域進行工作活動，因此寫紀錄是唯一可讓心靈進入私領域的正當性。有些病患喜歡站在護理站前面等待機會以獲得自己的需要，或是純粹喜歡站在這看工作人員的互動，但是有些工作人員會覺得有壓力。護士和醫師會擺明跟病人說：不要站在這裡影響我做事情，我如果要找你自然就會去找你，你站在這邊會影響我做事情(1010320 觀察日誌)。這是一

場不對等的關係，病人只能被動地要求主張自己的問題，有些病患著急得想要知道自己到底何時可以出院，但是醫護也無法給肯定的答覆，因為病患出院牽涉到家屬的需求與立場，也牽涉到醫師現在的忙碌而無法思索這個問題。其實護士們面對病患急迫想出院的心情也倍感壓力，因為他們可以協助的策略就是同理傾聽、心理支持與轉達訊息。病患只好不放棄的站立在護理站前想進一步得到更確切的訊息，這是病患對自己的治療權利的主張，卻造成醫生或護士認定他行為過於干擾。進到護理站，護士們會聊天或是分享自己剛剛在照顧時發生的事情，可能是對話的有趣，也可能是處理的困擾，這是工作上很重要的情緒支持，可以協助護士們整理自己的思緒，重新調整自己處理個案的方向，對資深護士而言發牢騷是比較常見的對話內容，因為他們已經累積有豐富的經驗以便解決個案各種問題，對於資淺的護士，她們最需要的就是建議，他們會找到自己較信任的學姊詢問該如何處理，有些護士是單打獨鬥型的悶著頭做事，有的習慣二人一組，有說有笑的一起安檢一起換床單，或是到保護室處理病患的問題(1010320 觀察日誌)。這樣的工作氣氛是較愉快的，護士工作如果是在分享與協助中完成，通常有較高的工作滿足感。

我走進護理站裡面，小妍和小芹在聊話，我湊近去聽他們聊的內容，他們在討論疥瘡的處理，我想起小妍以前照顧過疥瘡的病患，也湊進來有一句沒一句的搭話，聊得正高興，護理長突然走進來，我想反正是在聊疥瘡的處理應該不算私務，突然看護理長走進小妍，輕拍了她肩膀一下，小妍躲了她一下，滿臉通紅咬了一口麵包，我才意識到小妍手上的早餐，當時時間是九點多，原來上班時間不能吃早餐，小芹快速離去，我愣在那邊，不知要走還是離去，只看小妍對我使眼色，我好尷尬不知要說些甚麼？等到護理長離開，我才輕聲問小妍現在不能吃早餐啊？小芹再度走進說：怎麼回事？小妍不滿的說：就是針對我，不讓我吃早餐，別人吃都可以，同樣是三人吃早餐，她只針對我，我就是不能醒來就吃東西，胃非常不舒服，都要等胃舒服一些，所以都是交班完才吃。我建議：你可以跟阿長解釋你的狀況啊！她回答護理長就是針對她，小妍表示她已經不想理她了，反正又不能對我怎樣，我已經是 60 歲的人了，等她自己到 60 歲看看，就知道身體不聽使喚，我只是進來吃個早餐，我該做的事情也都有做完，她也管太多了。小妍雖然一直說不在意，但是嘴裡還是不斷表達自己的委屈，可以感受他的心裡的不悅，小珊進來

聽了一下小妍的抱怨，跟著呼應：護理長甚麼都不清楚，但是對這件事情卻一直很清楚(1010322 觀察日誌)。我選擇微笑與沉默地離開，因為害怕聽他們對護理長私下的批評，總覺得不離開現場即使不加入談話，只是傾聽也有可能會扭曲我的角色立場；而我心裡的困擾是上班時間為什麼不能讓護士稍微進來休息一下吃個東西？甚麼是合理的工作與休息環境？護士工作真的是做足 8 小時以上的<sup>50</sup>情緒勞動，護理工作的環境是沒有私人空間可以做生理與心理的喘息。

## 十二、病患上職能治療

接近 10:30，OT 老師會進入病房，利用廣播提醒病患準備要上 OT 課程了。在沒有健保的 80 年醫療時代，急性病房的住院病患要上 OT 是相當審慎評估的過程，經過醫師評估確認沒有<sup>51</sup>正性症狀干擾的情況下才有資格被安排到 OT 上課，因此病患能夠上 OT 都非常興奮表示自己已經夠穩定，暗喻自己離出院的路程又跨向一步。OT 老師進來，全病房廣播要去 OT 了，病友陸續來排隊，護士們與 OT 老師會進入房間逐一叫喚病患起身準備去 OT，在叫喚過程中，護士就會將已經都清空的房間鎖上，以避免觀察不到的死角以及偷竊問題，也是讓病患無處可躺只好去 OT 上課。在叫喚、等待與排隊的過程中，病房顯得相當熱鬧，琢磨十幾分鐘，等到病人逐一離開病房，大門鎖上那一刻，病房突然一片安靜，剩下留在病房的病患不到十幾人左右，有時更低於十人以下，護士們心情愉快地將病房繞一遍，將可以鎖的門鎖上，即輕鬆進入護理站，這時整個病房護士們的聲音就變得清亮了，有說笑、有討論等等的聲音，幾乎都坐進護理站，在自己熟悉的位置整理自己的資料。如果今天運氣不好，在自己手上的病患，有出入院的、外出看診的、在保護室隔離的，勢必會忙一點(1010313 觀察日誌)。因為營運的經濟因素，現在醫院的策略是盡量讓病患上 OT，護士的責任是協助 OT 老師勸說病患，讓病患上 OT。這個默契像是專業團體間的互利共生，OT 需要大量病患參與以創造績效，而護士需要病房清空的

---

<sup>50</sup> Grandey(2000)所謂情緒勞動是個體在工作時必須提高、偽裝或壓抑自己的情緒表達，以達到組織期望。精神科護士工作必須高度與人接觸互動，若為維持護士專業形象，護士必須高度管理自己的情緒狀態。或許這是護士不願意坐在護理站前的原因之一，因為人來人往的環境，必須具備更高的情緒控制能量，因此可以理解為什麼有些護士無法做好情緒控管而遷怒病患(參考盧華艷(2012)護理與社會:跨界的對話與創新)。

<sup>51</sup> 臨床將精神分裂症的症狀區分為正性症狀與負性症狀，正性症狀是指幻聽、妄想、聯想鬆弛等表現，負性症狀是指社交退縮、自我功能退化等表現；抗精神藥物治療對正性症狀的處理較有療效，負性症狀以職能復健與社交技巧訓練等非藥物治療為主。

休憩時間，雙方的共識創造合作舞台，但是舞台中的病患到底可以獲得何種利益，或是他們有參與的對話權力嗎？職能訓練治療本身是為謀病患社會適應福利的專業，但是在「績效」的利益前提下，治療的成效似乎無法成為當下關注的重點。

畢竟病患幾乎都上去參加 OT 課程，只留下零星幾個病患在空蕩蕩的病房裡，可以感受到護士們之間輕鬆的氣氛。大部分護士進到護理站，在自己的位置整理資料處理醫囑，寫紀錄或是邊做事邊聊天。這個時間還在病房的護士，通常是手上有較難處理的病痛，因此忙著進保護室處理，包括量生命徵象、協助吃藥或是個人清潔，有的護士協助將病床弄得很髒的病人清潔房間、整理衣櫃、以及提醒個人清潔等、或是在治療室處理有需要打針劑的、換藥的病患。10:30 大部分病人到 OT，因為病患不在是病房較寧靜的時刻，但是寧靜片刻，這時候反而會突顯護士談話的聲音和笑聲，但是如果他們談笑失控的聲量影響到護理長，護理長會從辦公室出來提醒他們小聲點。這個看似休閒的時刻，護士們有的忙自己手上較特殊的個案，例如要協助他洗澡，或是協助待在保護室病患吃藥或解約束；或是出入院的事務處理，出院病人要完成許多單張，還要協助病人將房間東西清出，往往清出就是一整垃圾袋的衣物，有些住較久病患還會需要二個垃圾袋來裝衣物，備出院的藥物、結算存在護理站的錢、歸還放在護理站的食物和物品，還要確認門診時間，這些瑣碎事務讓護士就忙的團團轉；如果是入院病人，環境介紹、通知醫師和社工和家屬會談、確認個案需要的住院物品是否足夠、以及完成住院的手續與單張，也是讓護士又忙的團團轉。雖然病患都上 OT，我們還是很忙，因為很多新醫囑要處理啊，還有在保護室的病患要照顧啊，還有每次出入院病患都是安排這個時間處理，還好有一段時間病人不在，我們可以靜下來，作其他的事情(1010322 護士訪談紀錄)。

### 十三、特殊個案的處理

在大部分病患上 OT 課程時，病房留下來的都是較需要個別處理的個案。病患小梨是社區民眾報警而被送來急診的個案，身上根本未帶任何衣物和證件，因此他沒有錢買日用品，也沒有衣服可以更換，連絡到她的前夫，前夫表示已經沒有法律義務關係，拒絕出面來協助他的住院手續，病房只好轉向醫院的社工室求助支援，但是社會補助的程序過程緩不濟急，病患在病

房有許多迫切性的需要，護士必須靈巧的運用現有資源來解決病患迫切性的需求，這些資源運用已經超乎所謂專業角色之外。我跟著小妍護士處理已經入院七天的病患小梨。發現小梨身上已經飄出嚴重的異臭味，小梨表示有洗澡，但是沒有清潔用品就是水沖一沖，因為沒有可以更換的衣服，就將髒衣物再穿回身上。小妍護士在安全檢查時，打開她的櫃子檢查看看有否可以更換衣物，發現沒有任何衣物，小妍至護理站的倉庫尋找可以使用的二手衣物，大多是以前病人未帶走的衣物、毛巾、清潔用品，但是病房倉庫卻找不到衣服，可能是護理長覺得造成髒亂，通通清除掉了。小研一邊找一邊自語：我家裡有好多不能穿的衣服，可以拿來給病患穿，小芹在一旁也笑說：是呀，我們常常有這些不用的清潔贈品，我們都會拿來送病患(1010322 觀察日誌)。精神療養院工作人員確實常常分享自家的物品給缺乏資源的病患，這幾年比較少見，原因是累積太多物品難以管理且導致倉庫髒亂孳生蟑螂老鼠，因此護理長都要求將舊衣物清除。小妍動用他在醫院的人脈關係，打電話給慢性病房的護士，詢問他們病房有否遺留的女性衣物可以使用，慢性病房真的就請助理員送來二套衣物。護士小妍協助小梨沐浴更衣，自掏腰包將髒衣服放入洗衣機清潔。小梨連洗衣與脫水的錢都沒有，雖然只要十塊錢，但是住院日積月累下來的需求還是必須要有金援管道。小妍再去跟小梨的醫師抱怨，這要怎麼處理，並強調自己今天做得仁盡義至，但是還是要有家屬出面，醫師表情耐人尋味的回應小妍：你真是優秀的護士！接著就抱怨自己聯絡家屬的困難，也很苦惱家屬不出面，發了一頓牢騷後，醫師表示會再找社工幫忙(1010322 觀察日誌)。小妍是小梨的主護護士，因此利用今天上班時間協助小梨徹底執行清潔工作，通常有主護護士上班的病患會得到較多的關注。有時候會聽到護士間會互虧「這要請她”媽”處理」，這個”媽”指的是主護護士，尤其是病患的個人需求或是清潔工作屬於較不急迫的照護需求，通常會等到主護護士上班時再來解決。因此有主護護士在的時候，病患確實也得到較優的服務，沒有主護護士的病患只能得到基本的護理服務。有時候會看到主護護士使用哄的方式對待自己病患，準備飲料或是零食分給她自己的病患，像母親對待小孩的方式要求他們要乖和聽話，因為表現好，私下給他們吃一塊糖果，這些病患也滿心歡喜接受這個獎賞的坐在大廳品嚐那塊糖果，沒拿到糖果的病患則是很羨慕地看著。

我陪著小芹護士利用 OT 時間處理一位跳樓骨折且家屬拒絕聯繫的精神分裂症個案，最近

他皮膚很癢出現一片片的紅疹，工作人員很擔心是<sup>52</sup>疥瘡感染，因此病患被嚴禁待在自己的房間不可以出來，以免感染給他人。我跟小芹護士一起到病患床邊確認感染的情況。小芹問我會不會辨識疥瘡，我搖頭說自己從來沒見過，她說想找個懂的人去看看病患阿輝的皮膚癢是不是疥瘡，我很遺憾幫不上忙，小芹又去找阿輝的醫師討論一起去辨識疥瘡一事，醫師也說疑似疥瘡，自己也不太確定，因為自己對疥瘡也不是很懂，他們在討論或許是清潔沒做好加上衣服都沒乾就穿上身，可能是濕疹，他們希望是濕疹，因為疥瘡是高度傳染的問題，病房的全面清潔會變得很棘手。小芹去跟護理長討論疥瘡要如何處理，通常是打包衣物要家屬帶回去洗，但是阿輝的家屬不願出面一直拒接電話，小芹跟護理長說他<sup>53</sup>之前的病房會有一個大臉盆使用熱水將衣物燙一燙讓蟲子與蟲卵死掉，護理長有些苦惱，他說他去找看看有否大的容器可以裝衣物。小芹、醫師和我走入隔離病房，阿輝正躺在床上，小芹有效率又敏捷地告訴阿輝要看看他的肚子和大腿的皮膚癢的情況，阿輝見醫師進來，努力撐起躺臥的身體，相當感激謝謝大家關心他，他還趕快跟醫師說他現在都很努力走路復健。他半年前跳樓，腳骨折，因為當時開刀的固定不好加上復健不夠，腳的骨頭沒長好無法久站，原本計畫再轉至長庚醫院開刀，但是家屬都連絡不上，所有計畫停擺，因為行動不便，清潔有困難，加上沒有錢烘乾衣服，三月的天氣陰濕，衣服都沒乾，衣物又帶不夠，所以只好將濕衣物又穿上身，他非常沮喪自己被家人遺棄，他說話得很慢，想跟醫師表達自己很努力在復健，但是小芹顯得焦急聽不下去，他只想趕快知道那是不是疥瘡，至於阿輝想表達的想法和心情，小芹目前並不想關注，他要阿輝趕快躺下來，小芹相當老練迅速將他的褲子脫下，我心中慌張地不知應該站在床邊的哪個位置，突然想到病房門是大開的，好像不太好，就轉身先去將門關上，這個動作突顯我對赤裸身體的焦慮，再慢慢走進床邊移動位置，選一個我認為較不尷尬的位置，小芹熟練地撥開睪丸，在他手中好像一顆麵團，撥來撥去檢查在皮膚上那些小紅點，小芹指著成雙成對的紅點，跟醫師討論說有點像疥

<sup>52</sup>疥瘡 (scabies) 是一種由體外寄生蟲引起的，有較高傳染性的一種皮膚病。多始發於手指夾縫，癢狀為皮膚表面出現丘疹，同時伴有晚間尤甚的奇癢。隨後逐漸遍及全身，但少見於頭部。除去藥物治療以外，還必須對衣物、用品和環境進行處理，疥蟎離開人體後只能存活幾個小時，在大於 60 攝氏度的環境中只能存活小於 1 小時，且冷凍對疥蟎也是致命的，處理原則如以下三點：清洗與熱風乾燥、衣物密封與冷凍、房間打掃。

<sup>53</sup> 這家醫院的工作人員會週期性的輪調病房，以公平分配資源。通常慢性病房的工作比較輕鬆，因此急性病房的護士在急性做滿二年就可以申請輪調至慢性病房。小芹剛從慢性病房被輪調到急性病房。

瘡，但是又不典型，我努力的辨識甚麼是疥瘡，這是我第一次看見疥瘡感染的皮膚症狀，小芹和醫師討論後決定還是預防性用藥，醫師即先離去。小芹協助阿輝穿上褲子，檢查他的櫃子有否可以更換的衣服，因為他這套衣服要換下來消毒，打開櫃子結果只有一件上衣，其他衣服都沒有，小芹轉身問阿輝還有可以穿的衣服嗎？阿輝搖頭說：沒有，要請我姐姐帶來，可是我姐姐都不來，姊姊說除非我要開刀，否則不會再來。事實上，家屬已經二個星期聯絡不上，無論開不開刀都不接電話，留言也不回。小芹也知道阿輝的處境，以溫婉口吻的安撫解釋：姐姐可能比較忙，爸爸年紀也大了，沒關係我們會再跟姊姊聯絡，請他帶乾淨的衣服來，家裡還有可以聯絡其他人嗎？阿輝尚未回答，這時護理長急忙走進來，直視著小芹說：沒有大臉盆啦，還是請家屬來將衣服帶回去。小芹語氣略激動的說：他就是沒有家屬啊，電話都不接啊。護理長：我們沒辦法幫他洗啦，也沒有熱水啊。小芹繼續爭取：就是用飲水機的熱水啊。護理長猶豫一下說：還是先包起來請家屬帶回去。小芹更激動回應：現在就是聯絡不到家屬。護理長堅定地說：還是先找塑膠袋將衣服包起來，就先放在櫃子裡。小芹意識到護理長並不想幫忙處理衣物，也不再堅持說：好啊！我再去找社工要幾套衣服給他換，然後二人就衝忙走出去找塑膠袋。這段對話，我在旁邊聽得心驚膽跳，小芹剛剛小心翼翼安撫阿輝的語言頓時破功，但是小芹和護理長都沒意識到這段對話阿輝清楚地聽在耳裡，因為他們正在焦慮要如何處疥瘡的感染，沒有意識到阿輝就在旁邊聽著他們的對話。他們離開了，我意識到我應該留下來陪阿輝聊幾句，問了一下腳是怎麼受傷的。阿輝說：心情不好就跳樓了，我現在都很努力在練習走路，如果我好了，我就可以出院了。我感受到病患在努力建構自己生存的意志，正猶豫要如何接話。阿輝說：我姊姊不會理我了。我想到阿輝還有爸爸，因此問：爸爸可以來幫你忙嗎。阿輝說：可以，但是他不愿意來。我只好趕緊說：或許他年紀大了來醫院看你很吃力。阿輝很肯定的語氣說：他已經82歲了，但是他可以來。我一時不知如何開展話題，突然阿輝問我：現在幾點？我看了錶說：快11點鐘了。阿輝嘆口氣說：時間怎麼過得這麼慢，我再躺一會好了。即緩緩躺下身，我協助將護欄拉起，感覺他真的好辛苦，因為腳傷行動不便，現在加上疥瘡，身體活動更是被限制，所以時間對他而言是漫長的折磨(1010322 觀察日誌)。護病關係的建立需要有時間與認識的基礎，因為我不是充分了解病患的狀況，有些對話或是建議形同應酬話，我對自己言不由衷的語言感

到愧疚。許多病患的家屬似乎已經對病患的支持與照護感到潰乏，護士們面對資源不足的病患確實也感到力不從心，但是他們無法像其他專業人員眼不見為淨，因為病患就是每天在病房中穿梭、等待與要求，護士身為臨床第一線的照顧者，必須在沒有家屬資源的情況下創造出滿足病患需求的可能性。

#### 十四、午餐時間

病患從 OT 回來，即是要準備午餐時間了，病患似乎已經有一套固定的生理時鐘，近午餐時間，大部分的病患已經坐在大廳等候餐車的到來。協助病患進食三餐也是護理照護的一部份，因為個案的進食情況牽涉到營養攝取足夠與否、或是因為藥物副作用造成吞嚥困難、或是因為症狀不願意進食等因素，護士們必須在大廳協助個案進食，也要維持進餐的秩序。等到 11:30 病人從 OT 回來，又是另一場忙碌的開始。病人回到病房，他們會催護士趕快將上鎖的房門打開，有的病人是要休息，有的是要上廁所。餐車進來以前，病人已經望穿秋水待在大廳等候便當，餐車一推進來，病人自然形成排隊等候。這時負責發飯的護士會出來，他會依照廚房的餐單一數算便當的種類與數量是否正確，助理員會在旁邊協助並維持秩序，便當的種類非常複雜，最多的是一般飲食，然後依病人個別屬性或其他代謝性疾病而有不同便當組合，例如：剝食、碎稀、低糖、低脂、高蛋白、素食等等，不得不佩服護士需要記住每個病患的飲食種類。這時候，護士就是要正確地讓病人領取自己的便當，因此他更關心的是便當的數量與種類對不對(1010313 觀察日誌)。這時的護病關係並不明顯，就是一個發餐的工作，大部分病患都能夠清楚自己的便當種類，護士必須處理這誤拿便當的問題，通常病患誤拿並食用其他人的便當，護士必須通知廚房再送一份，因為留下的便當可能是輕淡的低糖低脂飲食，為了平息病患的不滿，還是要盡量安撫病患的情緒。病人聚集在大廳等便當，排隊拿到便當後，有些病人會找一個習慣的位置，坐下來埋頭吃便當，有些病人隨興任何位置都好，只要可以吃便當就好，甚至有病人是站在大廳就埋頭吃便當，病房規定病人必須在大廳吃飯，原因是害怕病人將房間弄髒，也怕病人在房間噎到沒人注意到，因此大部分的病人都有默契知道要在大廳吃飯，但是也有較社交退縮或是症狀干擾的病人，會拿著便當回房間，護士還是可以允許這些特例。吃得快的病人，可能是口慾沒有滿足或是食量較大，看著工作人員手上剩下的白飯，或是推車上尚有的水

果，試探的問：剩下的可以給我吃嗎？護士冷冷的回應他：這是別人的，不是你的。旁邊的助理員跟著搭腔：已經吃那麼胖，還吃！病患悻然的離去(1000706 觀察日誌)。我一直覺得要開口跟人家乞食已經是很傷自尊的一件事，卻要面對這種冷漠的拒絕和嘲諷，我訝異護士的態度，以及容許助理員如此傷人的話語，如果互動是建構在這種冷嘲熱諷的關係，護理的照護意義需要再反省。



圖 5.9 推到病房的餐車

100 年八月時，在病房護理會議中，護理長向病房護士報告護理科務會議的內容，轉達衛生局評鑑委員認為病房讓病人排隊領便當是相當不人性化與機構化的現象，建議擇期改善；因此護理科會議中決議以後中午或是晚餐時間，請病人坐定後，護士再一一將餐盒送個案的桌前。護士們七嘴八舌討論這些委員頭殼壞掉了，這個社會本來就是領任何東西都是要排隊的，買電影票也是要排隊的，怎能說這是不人性與機構化的表現，也有護士提出實際的困難，無論是人力或是餐車移動的問題，以及病人可以乖乖等待餐盒嗎？護士們抱怨這些主管和委員根本很少在臨床現場，根本不知道情況，病人就是急著要吃飯，如何靜靜等待？而且病房有六十幾位病患，心急的病患是等不下去的？可能會引起衝突或打架？為甚麼護理科主管都不會向委員

defense 呢?(1000706 觀察日誌)。護士的委屈是<sup>54</sup>自己的主管都無法站在他們的立場保護他們，反而會過頭來要求他們改進?這是在護理工作環境常聽到基層護士的抱怨，總是覺得護理主管為權貴作嫁轉而壓迫自己的護士同仁。護士接著說:我們又不是空姐，還要把餐車推到病人前面，是不是還要問要雞肉還是牛肉嗎(大家笑)?委員為什麼不能從這是教導病人社會化的角度去看這件事，這個社會哪裡不需要排隊，買麥當勞不需要排隊嗎?大家都是議論紛紛，當然多數是不平的聲音。護理長安撫著說:我知道會有一些困難，但是我們不要一開始就拒絕，先配合做做看，如果有困難再向上面反映，至於餐車移動的問題，我會像廚房間問看可否提供較好移動的推車。護士們還是起嘴八舌，有人說:就是看哪天有評鑑，哪天執行就好了(1000706 觀察日誌)。隔幾天，病房就是全面執行病人坐定，護士將餐盒送到病人桌前的改變，病人的反應倒是很平和，也沒有護士預期會等到很急躁而發生衝突的現象。但是，這樣的外在互動改變就能夠解決忽略人性化和機構化的問題嗎?評鑑委員只見到表象的行動，護病關係中的對等與尊重不會因為護士將便當送到病患面前就得到彰顯，必須反省的是受到消費服務文化的影響，認同媒體廣告中「以客為尊」的象徵符號，已經讓護士的專業形象跨界到服務業的象徵。隔年三月，再回到這個病房，發餐模式還是回到原來的排隊領餐盒。護士說病人根本不習慣這樣子的改變，有些病人就直接走到你面前說我是 30 號，領一般伙食，護士原本會堅決要求病人回去坐好才要發餐盒(1010306 護是訪談紀錄)。很像小學生的教室互動，老師要求小朋友乖乖坐好，才有獎賞之類的權力結構。這個方式往往讓護士更有權力去斥責不肯乖乖坐定位的病患，對不配合的病患出現更多的斥責和衝突。有些護士開始覺得病人都到我前面來了，我為什麼不要給他，陸續有病人覺得他都可以先拿，為什麼我不可以先拿，因此從幾個先拿餐盒變成大家都起身排隊拿餐盒，到後來大家就又開始排隊了(1010306 護是訪談紀錄)。事實證明，不合理的政令抵不過人性的驅力。

---

<sup>54</sup>蕭仔伶等(2005)調查 181 位台北市護士的離職因素，在組織因素部分，包括醫院機構、護理部與病房單位，有 23.8%提到對直屬上司管理或作為不滿意，其次是 15.5%提到單位工作氣氛不好和 12.7%指出同儕支持度差。對於機構和主管不滿的陳述包括:機構與護理部的人力資源不足、組織制度僵化、管理彈性不足等。在教育程度有顯著差異，教育程度越高的護士其不滿意程度越高。

100年8月衛生局到病房評鑑提出病房讓病人排隊領便當是非常<sup>55</sup>機構化的現象，要求改進。病房的改進方式是要求病友坐在大廳的位子上，讓護士與助理員推著餐車一一送便當到病人的桌前，當時這個要求曾經引起護士們的反彈，但是他們還是無法抵抗政令，只好配合操作此發餐盒的模式。經過七個多月，我再進入此病房，看見又恢復原來排隊領便當的模式。這現象像是自然界的亂數現象，即使撥正還是反亂，這個規定已經對抗人類基本口慾的原型，所以執行一陣子後，還是回歸到原型，任何規定如果抵抗人的基本慾望，最後還是會受到原慾洪流的反撲。

在100年9月，醫院為了降低病房護士的工作負擔，將大廳中間架立一道木板牆，目的是隔離為男生區與女生區，以限制男女病友的互動。因為整個病房的工作氣氛不好，護士都揚言要離職或是請調病房，已經有二位護士提出離職申請，醫院歸因是這個病房工作壓力大，屢出意外事故等因素導致護士工作士氣低落想離職，因此想出策略是以中間隔板隔離男女生的空間，以減少護士需要時時監控的負擔(1010721 觀察日誌)。原來建立中間隔板的原始動機是為了降低護士的工作壓力，不是以病患為中心的立場思維。男女病患若在病房發生性行為，護士有業務過失的責任，因此護士要不斷注意病患們的行蹤，以免發生不適當的性行為。雖然病患都已成年，性行為也是兩情相悅的狀態下發生，但是家屬還是認定醫院有保護與避免之責，而護士一直都是臨床前線工作者，因此這個避免與保護之責就由護士概括承受。病患在急性精神症狀期，住院期間是無法自行主張性行為的自由意志。醫院界定病房是執行醫療的公共領域，因此男女病患本就不該有任何涉及善良風俗的行為，但是護士有義務與權利阻止男女病患的親密之舉？例如，有時候護士與病患的行為約定內容就是要求病患不准跨過異性病房區或是碰觸異性，違反三次即進入保護室二小時。這樣的約定已經違反社會性別互動的常態，但是大部分病房護

---

<sup>55</sup>將病人長期安置在療養院裡的治療模式，稱為「機構化」。病人可能一住就是十幾年，甚至直到死亡。機構化的結果將使病人退縮、自閉、社交能力退化、工作能力減退及個人衛生不良等問題更加嚴重。1960年代，英美通過重要法案，主張如果精神病患經過藥物治療和控制，病情能穩定下來，就可以回到社區，這便是所謂的「去機構化」(deinstitutionalization)運動(楊延光，2007)。機構式照顧被關注許多不夠人性化情形，包括：不夠人性化的居住空間、去個人化與缺乏隱私、與社會隔離的安排、個人缺乏選擇權等等，甚至有些嚴重的疏忽與虐待情形。但是當我們在談「去機構化」的時候，很容易落入一個弔詭的思維就是：「機構」等於惡，其實如果仔細想一想「去機構化」所強調的重點，應該是「去機構式管理」，就是檢討各種不夠人性化的機構式空間與管理方式。

士都未察覺禁止病患與異性互動的合理性，以及這是隸屬精神科護士的專業發展內涵嗎？

病房大廳的間隔板豎立後，也象徵形塑病房呈現二元化的性別社會，只有工作人員不受到性別隔離的約束，護士們擁有自由穿梭在男女病房區的跨性別權力。男病患與女病患只能透過間隔板中有一個約100x100公分的透明窗互相遙望。進餐時間時，因為餐車方便從男生區進入，因此中間隔板的門會打開，讓女生進到男生區拿便當。男女病房區的門會打開，女生會過來拿便當，然後就回到自己女生區吃飯，他們說的理由就是女生就應該回到女生區不應該逗留在男生區，而男生也不會走到女生區吃飯。病患對病房規範的性別互動約束似乎很快順應。護士們會站在大廳看病人吃飯，護士會特別觀察和陪伴幾位需要注意飲食的病人，例如：會搶他人食物的、吃東西會噙到的、進食很少的。可能是操作功能退化或是藥物副作用，有些病患在進餐的行為細節都有疏忽，常有食物或湯水掉到桌面、地板或是連衣服都會弄髒。病患們不以為意使用自己油油的手擦抹在自己油油的嘴或已經有污漬的衣服上(1010313 觀察日誌)。病患非常投入地吃著自己的便當，有些病患擔心自己吃不夠，想多加點飯或是多拿一個水果，可以感受到他們口慾的強烈渴望，長期住院的病患，生活在病房結構安排下逐漸知覺被剝削或刻板化；佛洛伊德在論述人的心性發展時，提到人類有口慾、性慾與生存等原慾概念，在大眾病房的住院病患因為性別互動的剝削，讓病患轉而對口腔慾望出現強大的渴求。

#### 十五、午餐以後的護理活動

12:00-13:00 原則是 8-4 班的護士留守在病房上班，8-5 班的護士可以再討論進餐休息或是有一間上下舖的休息室可以躺臥。8-4 班的四位護士坐在護理站，除了忙碌書寫自己的紀錄，也要回應到護理站來尋求幫助的病患，或是要接聽頻頻響起的電話。小珊坐在護理站忙著寫紀錄，處理事務並回應病人到護理站來的需求與詢問，有時看他忙不過來，他會說話較大聲表達抗議，要求病患現在不要到大廳來吵他，雖然口氣不好，倒是不覺得有那麼傷人，比較像是朋友間的直來直往的對話，例如：“啊！吵死人啦(台語)”；“現在先離開，等我忙完再說”。觀察病患也沒有不悅的表情只是笑笑說：好啦！不要那麼兇！(台語)(1010306 觀察日誌)。我發現使用台語跟病患對話比較有親切感，會降低雙方關係的位階關係，或是說同種文化的語言會

拉近人的關係。因為住院病患大多是本省籍的身分，他們慣用的語言是台語。病患之間聊天，常常使用台語交流，在與工作人員溝通時，才使用不甚流利的國語，因此國語本身也是一種權力位階的象徵，只有專業人員位階才善用流利的國語對話。中午休息時間，8-5班護士吃完午餐，不到12:30護士都離開討論室去護理站寫紀錄，我疑問：8-5班的護士都不休息呀！小妍說：他們都怕寫不完，所以吃完飯就出去寫紀錄，我從來不怕這個問題，因為我都是把事情先做完，下午就專心寫紀錄，我寫紀錄時很專心，不像他們邊寫邊聊天，我一定能夠準時下班，我中午一定要休息一下(1010322護士訪談紀錄)。中午吃完飯後，護士幾乎就是待在護理站寫紀錄，看見八位護士都埋頭在寫的紀錄，偶爾被病患的叫喚聲中斷書寫，與病患互動是被動需求的關係。完成紀錄，完成所有的文書作業是符合健保記帳的重要原則。護士的護理活動與健保的規則緊緊環扣，護士變成創造醫療經濟價值生產的勞動者。因此，護病關係的傾聽與陪伴似乎是奢侈與不符合經濟生產的效益。

吃完午飯，有些病患想進行其他休閒活動。小美想看電視，他走到護理站希望我幫他打開電視開關，幫他開電視，因為電視的開關在護理站，我認為這個時間是可以看電視的，因為之前的中午時間，病患是可以坐在大廳看電視，因此心中盤算這時間是可以的。我正要找電視開關時，護士出來阻止，對小美說：“小美，你去睡覺，不可以看電視。”在旁邊的助理員接腔說：現在看甚麼電視？王淑美很畏懼的說：好！好！我現在去睡覺(1000713觀察日誌)。我尷尬地站在一旁，其實每個護士的處理生活規則的標準不一，護士擁有病患活動的決定權。根據我了解病房中午休息時間可以開放電視，但是不見得每位護士都同意讓病患看電視，而不讓病患看電視的理由，護士小瑞的說法是：小美常常故意叫人家做事，尤其是喜歡欺負老師和學生，要是我，他絕對不敢來要東要西的。所以老師你不要理他，交給我處理(1000713護士訪談紀錄)。嘗試以<sup>56</sup>伯恩(Berne)交流分析學派(Transactional Analysis)理解小瑞的工作溝通模式，他善用權威

---

<sup>56</sup>交流分析法 (Transactional Analysis) 簡稱 TA。伯恩認為每一個人都有三個溝通的自我形式：(1) 父母型 (Parent) 是感覺、思想、行為、講話，表現出父母的言行，這種自我意識在養育兒童的時候最為明顯。(2) 成人型 (Adult) 是個體長大後會依照過去的經驗衡量周圍的還境，像電腦一樣的理性思考事情的可行性。(3) 兒童型 (Child) 是每一個體在內心都有一個小男孩或小女孩的影子。

與關愛的父母型角色與病患互動。小瑞義憤填膺抱怨著護理界的僵化與八股，無法脫離舊勢力與形象的束縛，從小事情”制服的設計”就理解護理界變革能力的限制.....他抱怨許久，其實我很難捉住他真正的核心思想，在我的觀察中，他就是一位很守舊派的護士，包括他給的建議與照護風格，都有絕對的權力現象。例如:他跑去罵小美，要他乖乖去睡覺，不要吵鬧。在小瑞眼中小美非常刁鑽，小美看見小瑞，總是馬上乖乖地說:我很乖，我沒有吵鬧。然後夾著尾巴乖乖坐好。他對其他病友也是有著父母權威的互動模式，或許他的年紀超過 60 歲，很少看到他與其他護士聊天互動，在他眼中這些護士都是任性自我的年輕後輩，因此他在工作頗獨來獨往，他喜歡和我聊護理發展的理想，例如:在國外優質的環境才有護理專業的尊嚴與品質，談話間，他會繞幾句英文，這在護士互動中很少見，他表示自己的求知慾很強，一直在讓自己進步，因此涉略許多外語能力的閱讀與溝通。

其實我在許多護士身上都發現這矛盾的現象，從他們的語言可以感受到他們對護理專業發展的理想期待，從他們的認知角度可以理解他決策的每件事都是從「協助的動機」來幫助他的病患，但是展現出來的互動模式卻令人咤舌，這種認知與行動衝突的護理照護現象，或許就是護理人文照護的倫理困境，護士深陷在無能抵抗的醫療機構宰制下，而扭曲自己護理行動。

午餐後，有些病人想玩棋，發現他們都找護生幫她們拿各種棋類，他們說找護生拿比較安全，至少不會被罵，其實護生還是會被學姊罵，學生剛來這個病房，他們不清楚這裏的管理文化，以為幫忙病患是多麼正向的事情，因此非常樂在其中想協助病患，但是在被護士”提醒”幾次後，他們也開始清楚有些事是不能擅自做主的，而且每位護士的標準都不一樣。學生被罵幾次後，都轉向請我幫忙拿，其實我也怕被護士罵，所以總是小心翼翼注意護士的臉色，或是觀察哪個護士是較能夠溝通的(1000707 觀察日誌)。我想護士為什麼可以隨便罵人，因為他覺得他是對的，所以他只是在導正我們的錯誤，而我們有那些錯誤?我們不知道現在不能玩棋，因為我們對病人的有求必應會給他們帶來困擾，破壞他們過去樹立的病房生活規訓。

下午 13:00-14:00 之間，購物車會進到病房來。因為住院病患無法自行進出病房，必須有工作人員或是家屬才可以陪同外出。病患在住院期間出了三餐之外和家人帶來的食物之外，病

患必須依賴每天的購物時間，購買自己需要的零食以滿足生理與心理的慾望。



圖 5.10 大眾療養院 穿梭在各病房的購物車

因此購物對他們來說是很重要的活動，但是病患可以使用的金錢有限，因為家屬不見得可以常常來探訪，都是寄放一筆錢由護理站的書記保管，護士、病患與家屬之間會達成一天有多少零用金的共識。在購物時間，病患總是躍躍欲試的盤算自己僅有的零用金可以購買那些食物。但是，也常常發生為了零用金與護士之件不愉快的互動。病患小竹站到護理站前表示要領錢，我不知要如何回應他，馬上問照顧他的護士小蘭可否領錢，小蘭面無表情地站到小竹前面，不悅的口氣：我是怎麼跟你說的？小竹一臉困惑望著護士，小蘭接著說：我說星期幾可以領錢？小竹回應：星期四領錢，小蘭：今天星期幾？小竹看了一下牆上的日曆回答：今天是星期二，對不起，我記錯了！小竹很客氣有些膽怯的跟護士道歉，小蘭轉身離去。我注意到因為購物車推進病房，小竹看到購物車，他想買東西，身上沒有零用錢，因此走到護理站想領錢，沒想到被護士斥責了一頓，他悻悻然地望著零食車，無法購買(1010322 觀察日誌)。小蘭是去年畢業，剛來精神科病房半年的護士，非常年輕的護士，卻已經滿有精神科護士工作態度的匠氣，我常覺得年輕護士尚未學到好的互動典範就染上非常權威的態度去面對病患。他並未察覺他的護病行動有何

問題，他只是在管教他的病患要記住約定的事情，病房許多管理制度讓護士們成為共犯結構，濫用機構所建制的權力宰制病患的基本需求與尊嚴。病患阿榮一直吵著要領錢，站在護理站前，伸出手表示自己已經剩五元，我看著病人手中的五元，思考是否要給他錢？可不可以給？在這病房有一套管理規則是不可逾越的底線，我找今天負責阿榮的護士小心翼翼地詢問說：他想領錢，護士打開領錢的紀錄本查閱，紀錄顯示阿榮每個星期四可以領 200 元，上個星期四已經領過 200 元，因此要等到星期四（今天是星期三）才可以再領錢，這是主護護士跟阿榮的約定，規定一星期領一次，一次 200 元。阿榮表示今天只剩五元，可是想買零食吃，需要錢買東西，今天照顧他的護士表示：很抱歉，這是你的主護護士的規定，我不能違反規定。病人沒好氣的說：只剩五元可以買甚麼？有五元的零食嗎？護士的回答是：那就找看看有沒有五元的零食，要不然就忍耐一點不要吃零食，三餐吃飽一點，就不用吃零食了。阿榮一臉無奈地望著護士，但是護士已經轉身離開（1000727 觀察日誌）。護士如此僵化思考所面對的工作，其實一個同理心的給出，護士的回答就不應該是如此的理智與冷漠，病患基本口慾的需求可以在一張行為契約中被忽略，護士言不由衷的回應「找看看有沒有五元的零食」或是「那就三餐吃飽一點」，護士可以角色互換感同身受這種卑微的對待。病患們常常望著護理站裡的護士們，呼朋引伴打電話叫店家送點心和飲料，病患卻沒有這樣的自由。原來間隔著一片護理站的強化玻璃，屬於”人”的尊嚴與權利卻是天壤之別。

## 十六、下午的活動

病房在 14:00-15:00 還有一次 OT 課程，因此病房再次面臨病患不在的清靜休閒，這個時段，有些護士幾乎已經完成自己護理紀錄以及相關的文件簽名，已經在等著小夜班的交班。如果有其他護士還是忙忙碌碌，例如：要處理出入院、或是有負責病患在保護室或是本身就很棘手的病患，護士同仁間會意識到的哪位護士需要協助，因此主動協助他未處理完的業務，護士工作尚有合作的默契，因為這是此一時彼一時的互利關係。如果有護士習以為常的單打獨鬥或是獨善其身，很快就成為群體排擠的對象。工作近 20 年的資深護士曉萱，當天因為手邊工作太多，照顧一位做<sup>57</sup>RT(rapid tranquilization, 快速安神療法)並隔離的病患，下午三點多通知有

<sup>57</sup> 快速安神法(rapid tranquilization 簡稱 RT)是持續且重複以口服或注射方式給予病患使用高效價抗

新病人要入院，依工作派定應該由他負責接新病人，曉萱表示不願意，自己今天的工作已經 over loading，後來護理長出來跟他要求他必須接新病人，他跟護理長抱怨一頓今天他有多忙碌，到現在一本記錄都還寫，如果護理長堅持要他接病人，那護理長要幫他寫紀錄，護理長轉而去拜託另一位新進的護士幫忙負責這個接新病人的工作。其他同事私下笑說曉萱真是好大膽，竟敢拒絕護理長的命令，曉萱覺得自己沒有錯，不要勉強和委屈去做自己做不來的事，即使是常規，不合理就要反映(1010320 觀察日誌)。班別的工作職責劃分護士之間的工作權力，讓他們有這樣的依據在看似合作關係的工作環境下各盡職責。但是，在制度下的工作環境還是運作著人為因素的彈性和手段。小宜自嘲自己手氣很好，因為最 trouble 的 60 床和 8 床都在他那邊，今天他忙死了，小清接著說昨天你沒上班，60 床真是讓我忙死了，他給我尿尿一整床，弄他洗澡就搞好久，我忙到三點多，護理長還要我接新病人，我說不要，我事情做不完我不接，小蘭事情做完了，已經在「一么 丐丫(翹腳)了，他願意幫我接，護理長一直要我接，我就是不接。小宜問:最後是誰接?小清說:當然是小蘭(1010322 觀察日誌)。接新入院病患是一件繁複的工作，有許多評估、表單和紀錄要完成。當天上班有出入院病患在手上的護士，就會變得很忙碌，為工作公平起見，病房有一套接新入院病患的輪替規則。

到了下午時間，護士們幾乎很少到大廳找病患，除非病患有需要協助，例如:衣櫃被鎖住、房門打不開等;或是病患抱怨不舒服，護士會評估個案的生命徵象是否有異常或是藥物副作用引起的問題。這段時間是被動的護病互動。病患也知道白班的護士準備下班了，一天又要過去了。

## 第二節 小夜班的護理工作

近 16:00，三位小夜班的護士陸續進入病房，進行交班工作，護士們找到自己的應該交接的護士，一一報告負責病患今天的狀況，護士在交班時也會順便分享自己對病患的症狀評估和照護建議，或是一些工作上的抱怨與分享。上小夜班的小翠進來，他跟白班的小清抱怨:昨天白班四點的藥回來都沒有歸位，連公藥都沒歸位，到底是誰的工作沒做?這明明是白班的工作，

---

精神藥物，通常用於急性症狀混亂且高度暴力行為的病患。

昨天有人沒做，小夜班已經夠忙了，還要處理藥物歸位，氣死了。小清低聲說：是小芹啦，他從四樓來的，他不知道，他說四樓都是小夜做。小清表示會再請護理長跟小芹溝通。小珊在旁邊聽了說：你怎麼不直接跟他說就是他沒歸位，還要透過護理長來講。小清：我本來想跟他說，人家小夜就是很忙很不高興，他就不能有同理心嗎？後來想算了，他剛來支援，白班很忙，小夜也很忙，為什麼沒有同理心呢？(1010321 觀察日誌)。

## 一、功能性的護理

交完班，小夜班護士開始晚上的工作。他們會趁傍晚人力還多的時候，盡快將五點和九點藥物準備好。有些醫師因為白天忙著門診或是開會，都是傍晚才進病房了解病患的狀況。看見自己的醫師出現了，病患蜂擁而至為在護理站前面，述說著自己的狀況。小家看見醫師坐在護理站前操作電腦，跑去跟醫師打招呼，想詢問他何時可以出院，但是小家很快就轉移自己的話題，要聽懂他的話，要很專注的連結這些的鬆散話題，因為他的話題跳躍，先說自己生命的坎坷，國中就發病，然後又跳到說母親重男輕女，他要自力更生賺錢養活自己，他做過飲料店，也做過麵包店…他伸出手給醫師看，二指手指都嚴重破皮、發紅，他說是不斷做清潔工作被清潔劑傷害的…接著提到很多男生都很愛她，但是礙於人家有女友或老婆不能公開或告白，這些男生都很不快樂。小家津津樂道的講著，醫師一邊打電腦一邊發出”哼”的聲音。小夜班護士看不下去了，走到護理站前對小家說：你沒有看見醫師在忙嗎？你在這邊一直吵，別人怎麼做事？小家繼續說：我只是想告訴醫師，我的家人都很壞，沒有人對我好…小家原本想繼續說下去，醫師也意識到小家的干擾，開口請他先離開，讓他專心做事。小家抱歉的說：是的，長官！轉身即離去(1010315 觀察日誌)。小夜班的工作重心並不放在積極解決心理社會的問題，因此病患較個別深入的需求與困擾，都是轉達給白班，請白班護士處理。我個人感覺小夜班護士的功能傾向看顧的角色。剛入院的玲玲有聯想鬆弛的思考障礙造成說話內容跳題，他很喜歡找工作人員說話，只見他站在護理站前說：機械都壞掉了，但是我喜歡吃雞排，汽車怎麼辦，啊！現在石油都漲價，問題都還沒解決，我在一家很有名的公司(指著自己身上那件有公司 logo 的衣服)，我們生意很好，做都做不完，不能休息，所以我懷孕了，已經一年多快生了，我的丈夫是劉昌民牧師，你認識他嗎？我是師母，我們很相愛的，你認識陳偉志嗎，我的老公是陳偉志，他們

都是我老公，因為我懂很多，聖經我都背熟了，美妮姊叫我要有信心，信心救了我，你叫陳慧瑩來，陳慧瑩已經死了(後來我才知道這是玲玲之前名字，後來改名)，陳慧玲對我很好，我媽媽對我不好，他不理我，不讓我回家。玲玲的話讓人難以理解，當時小夜班護士正忙著出院準備服務打電話給病患家屬，護士覺得轉移玲玲干擾最好的策略就是建議他抄寫聖經，因此給他紙與筆，要求他到大廳抄寫聖經，玲玲也很順從拿著紙筆到大廳去(1010316 觀察日誌)。其實病患因為思考過程的敘說片斷和混亂，護士要費心運用理解與同理才有辦法組織他想敘說的內容，但是對於小夜班護士的工作任務而言，護病關係中的專心傾聽似乎是相當奢侈的要求。小夜班的護理活動主要是以二次的口服給藥、協助晚餐、活動治療、督促病患在九點鐘上床睡覺以及完成 21 位的病患的小夜活動與護理紀錄。另外還有病房的行政事務處理，例如：急救車的點班、零用金的點收、出院準備服務的電話追蹤。

餐車近下午五點鐘會進病房，8-5 班的護士會與小夜班護士一起協助病患使用晚餐，另外小夜班護士也會在病患用完餐時，廣播提醒病患裝水到大廳服藥，這段時間室大廳人來人往，加上部分醫師回到病房處理醫囑，護理站變成很吵雜。這個時段以功能性護理為主，即護士們之間分工合作將晚餐和服藥二項事務順利完成。完成後，白班的護士下班了，醫師完成更新醫囑也下班了，病房頓時又恢復寧靜，護士還是待在護理站輪流解決自己的晚餐，晚餐過程還是會處理病患臨時的需求，例如：要拿 MP3，或是不斷響起的電話。

## 二、夜間的活動治療

六點鐘是活動治療時間，這個活動的安排是避免病患過於無聊而躺床，造成睡眠周期紊亂，因此病活規定要將房門上鎖讓病患至大廳坐活動，首先是播放五行健康操的影片，讓病患跟著跳操，然後就是個案在大廳自由進行活動，護理站可以提供各種棋類、撲克牌、或是卡拉 OK 等讓病患使用。40 分鐘的活動時間，可以觀察出病患的社交能力，事實上病房的人際互動本身就是社會的縮影。活動治療屬於健保給付的明細之一，因此需要病患的參與證明，簽名單在白天治療活動已經完成大部分簽名，小夜班護士會拿著簽名單請為簽名的病患補簽，基本上病房的認知是病患都有參加活動治療，即是坐在旁邊觀看也具有參加的治療效果。

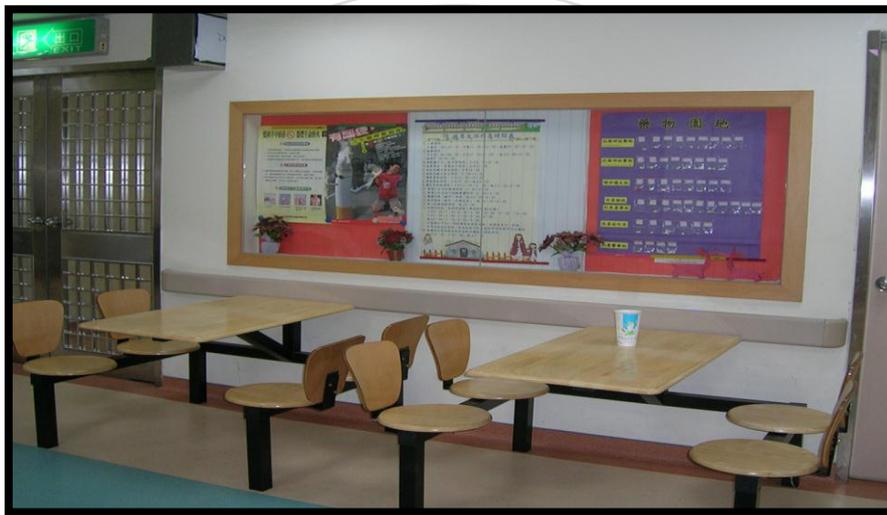


圖 5.11 病房大廳



圖 5.12 活動治療---跳健康操

活動治療結束，病患有些還是留在大廳看電視、聊天或下棋等活動，有些病患則會回房間躺床。夜間，因為人力相對減少，護士雖然大多時間留在護理站，還是固定時間到病房察房確認病患的行蹤，或是透過護理站的監視器了解個案的狀況。參考傅柯對「全景敞視」（the panopticon）監獄所做的規訓權力技術分析，大眾病房護理站的監視器形同現代科技化的敞視控制，幫助病房藉著監視器「凝視」病患所產生的身體性語言，來展現並形塑其「微觀權力」（micro-power）。這些內在化凝視的現象呼應著德希達（Derrida）所說的「任何人都可以感受到被看不見的東西（幽靈）所注視著」及拉岡（Lacan）所定義的「凝視」：凝視是「我在他者的場域所想像出來的凝視」。傅柯指出此種近代自我紀律式精緻權力的創舉，皆基於前述嶄新監獄建築的發明，藉由犯人內在化的監督來訓練及生產宛若羔羊般「溫馴的身體」（docile body），以便於政府合法的霸權式管理。內化監視現象使得「權力的效果能伸入每個人最精微和潛藏的部份」（Foucault，2003）。

傅柯所謂的「微觀權力」（micro-power）的展現，病患逐漸這種幽靈般無形的凝視內化於主體日常自我監視中。如此一來，病患都會自我紀律，因為他們全都覺得隨時隨地均被護士監視著，而這外在的凝視在這高效率規訓過程中逐漸轉化成個人內在的日常監視。Hamilton和Manias(2007)指出精神科護士在病房以規則化的方式嚴密監控病患的行為與症狀表現，除了30分鐘查房一次的常規，伴隨無所不在的監視器凝視著病患的一舉一動，而病患也知曉這套嚴密觀察的護理活動，因此雙方在這套互為凝視的互動關係中建立位階機制；護士們認同無時無刻的外在監控確實讓病患學習行為規訓；但是護士也必須省察與辨識這套監控活動與尊重病患之間的平衡觀點。

護士依規定30分鐘查房一次，拿著手中的病患名單，先走向大廳，開始核對病患本人和名字，然後逐一打勾，然後往病室區，逐一進到房間確認病患的行蹤，護士在確認個案行蹤時，看到一直躺床的病患，會擔心他躺床太多，晚上會睡不著，護士會半鼓勵半強迫的態度要病患到大廳活動，如果病患堅持躺床，護士也不再堅持。查房過程，護士的重要目的是確認病患的行蹤與安全，也會和病患聊上幾句，但是不進行深入的會談，也不會進行個別性的護理。對於比較干擾的病患，護士們就是盡快找值班醫師來討論，盡量在九點熄燈以前，讓這些較棘手的

病患可以安然度過今晚，醫師處理的原則通常是再加上較重劑量的藥物讓病患精神症狀減輕或嗜睡，如果病患的情緒和行為明顯干擾到其他病患，護士可能會希望醫師同意讓病患進到隔離室以減少病室的危機。護士們的專業訓練會不斷警覺誰是不穩定的病患，如果無法以安撫方式讓病患穩定，他們會希望醫師同意藥物與隔離的策略(1010316 觀察日誌)。



圖 5.13 護理站裡的監視器

小夜班護士出去查房，發現小胡和小榮互動很鬼祟，總是關起房門，護士進房間時他們的眼神很敵意，因為小胡有反社會型人格診斷，小榮是監護處分的病人，護士心中也有些戒心也擔心他們在密謀甚麼計畫。事實上這幾天，發現有幾個很乖的男病患都有可能被威脅，小金在小夜班都一直坐在大廳不肯回房間休息，即使晚上九點熄燈以後，他還是堅持要坐在大廳，趴在桌上睡覺。護士觀察到他總是閃躲著這一群人。護士問他是不是怕他們，他不肯承認，只說睡大廳較舒服。後來也發現阿昌的眼眶有黑圈疑似被打，護士問他怎麼回事，阿昌不以為意地說不小心撞到了(1010320 觀察日誌)。護士回到護理站，抱怨醫院老是關一些從監獄出來的人，醫院根本就變成監獄了。但是和醫院反映也沒有用，上面說這是政策的問題，不能拒絕法務部裁定的監護處分個案，而且很現實的狀況是這些監護處分個案的醫療住院費用都由法務部全額負擔，不像健保在給付上東扣西扣的，確實也為醫院帶來一筆穩定的收入。檢視傅柯在<sup>58</sup>瘋狂

<sup>58</sup> Michel Foucault，林志明譯，1998，《古典時代瘋狂史》。台北：時報出版。

史的考察，已經點名從過去到現在，罪犯與精神病患只是安置的場域不同，但是在象徵意義同樣是「規訓與懲罰」的社會隔離；傅柯認為皮奈爾(Pineal)的去鐵鍊腳鐐解放精神病患運動，只是讓病患走出可見的牢籠，卻又走進看不見的社會污名化。病患需要囚禁的象徵沒有改變，因為他們被界定是擾亂社會秩序的人，只是從監獄到精神科醫師布置的場所繼續隔離。

2004年APA大會中關注的主題之一是美國監獄關太多精神病患。精神病患關在監獄接受治療，不但造成政府財政負擔，也嚴重傷害病患的人權。導致這個問題的原因之一，是當初美國的去機構化運動，大量縮減病床數，社區醫療又未見完善，無法承接精神病患的醫療工作。加上急性病床住院昂貴而且住院時間很短，保險政策訂定急性精神分裂症住院七天的治療標準，因此大多數病患都是在不穩定的精神狀態即出院，以至於在社區出現鬧事或傷害的行為，而進入監獄(魏福全，2008)。在台灣的現象是許多性與暴力行為的罪犯，因為法院不敢貿然放回社區，擔心這些罪犯再度犯案而引起社會輿論，撻伐法務部未善盡安全評估之責，下意識將精神醫療效果過度神奇化，刻意相信精神醫療的照顧可以有效改善這些罪犯的行徑，其實潛意識裡是讓個案透過醫療化政策行社會隔離之實。

### 三、電話的心理支持

家屬大多在夜間才有時間聯繫病患的事宜，因此小夜班護士的工作有一部份是協助家屬訊息的轉達與家屬的心理支持。在小夜班，病患阿秀的兒子打電話到護理站跟護士抱怨媽媽一直打電話干擾他，可否請護士將媽媽的電話卡沒收限制媽媽打電話，自己已經快沒工作，自己非常想自殺，護士和阿秀兒子一邊講電話，一邊往大廳尋找阿秀的身影。發現阿秀趴在公用電話上，似乎為打不通電話在懊惱。護士掛完電話，走到電話旁提醒阿秀不要再打電話給兒子了，阿秀說很煩想叫兒子帶他出去走一走，護士簡短地同理阿秀很煩的心情，但是還是提醒他今晚不要再打電話，有甚麼困難，明天和自己的主護護士或醫生討論。阿秀還是不放棄一直打電話，似乎一直打不通，後來趴在電話亭旁邊，好像有在哭。後來護士就以時間已經很晚，要求阿秀將電話卡繳回(1000714 觀察日誌)。小夜班護士知道阿秀心情不好，但是他沒有更多的時間陪伴他或是與他深入會談，因為還有許多行政文書需要處理，還有許多病患要同時兼顧，小夜班

護士一人要照顧 21 床病患，他只能持續觀察阿秀的情緒表現以及行動安全，心中盤算著如何將這事情交班給他的主護護士知道。小英的哥哥打電話到護理站跟小夜班護士要求請轉達醫師要申請重大傷病卡，另外，哥哥提到小英一天打 12 次電話給到哥哥工作的辦公室，哥哥的老闆已經說重話，要哥哥乾脆先請假把妹妹的問題處理好再上班，哥哥覺得壓力很大，很挫折也很生氣，建議控制小英的電話卡，護士在電話中表達會在跟小英好好的談談，但是哥哥還是在電話中表示不想再管小英的事了。掛完電話，護士並未去找小英談話，因為他不是主護護士，而且已經接近熄燈入睡時間，護士認為應該交給白班護士處理(1010315 觀察日誌)。小夜班護士會將這些訊息紀錄在病歷中，也會轉達給大夜班護士，再由白天的團隊會議交班讓其他工作人員了解並商議解決的方法。

#### 四、九點鐘熄燈

在給完九點鐘的藥物，護士會熄掉病房和大廳的燈，熟悉病房作息的病患即知道自己要上床入睡了，病患幾乎都有睡前的藥物，很快就能夠沉沉入睡。護士面對其他睡不著又頻頻出入病房造成聲響的病患，不斷提醒他們快上床靜躺讓安眠藥物的效果發揮，這個時段的照護立場就要病患盡快上床入睡，其餘的活動都不被允許。晚間 9:15 有二位病患在大廳聊話，護士趨前要他們上床睡覺，他們表示睡不著想再座一會兒，護士祭出最後的提醒，如果你們不再去躺床，就要請你們去保護室睡了(1010315 觀察日誌)。通常已經穩定的病患，知道進入保護室的痛苦，也不想與醫護人員發生激烈的衝突，都會選擇順應的方式盡快上床睡，若是睡不著就要求再服一顆藥讓自己泡在重劑量的鎮靜效果中進入深不可測的夢境；工作人員也被動相信再服一顆藥是對的選擇，因為「睡眠」是重要的需求，因此病患藥物依賴的精神世界是精神醫療默會建構的現象。吳筱筑(2011)探究台灣精神科病患使用安眠藥的狀況，提出睡眠醫療化的現象，因為醫療資源的就近與方便，加上安眠藥知識傳播媒介的取得便利，造成現代人習慣以藥物處理睡眠的問題，而醫病之間對睡眠困擾的處置存有的共識即是安眠藥的投與，因此安眠藥已經主宰個體睡眠的身體經驗，這也是精神科病房在處置病患睡眠知識與實踐的團體認同。

隨著大眾病房的熄燈，一天的護理活動也接近尾聲，在昏暗的病房中，來自於護理站燈火

通明的亮光，伴隨著藥物蔓延的精神世界，藉慰著沉沉入睡的病患，一切都等天亮再說!

### 第三節 精神科護士工作架構分析

從大眾病房的護理活動紀錄，彙整精神科護士工作的內涵，發現護理的工作可以分類為三部分，一是護理工作的常規、二是醫療政策的要求以及三是病患身心社會的照顧，護理常規與醫療政策可以具體為醫院帶來豐厚的醫療利潤，因此這是醫院要求護士工作的必達成目標，甚至有一套監督系統與作帳紀錄，也因為這繁多的要求，壓縮了病患身心照顧這部分的時間與精力，事實上病患的身心照顧是護理專業最引以為自栩的專業功能，卻因為經濟與效率的因素，在護理臨床環境逐漸式微與忽略。

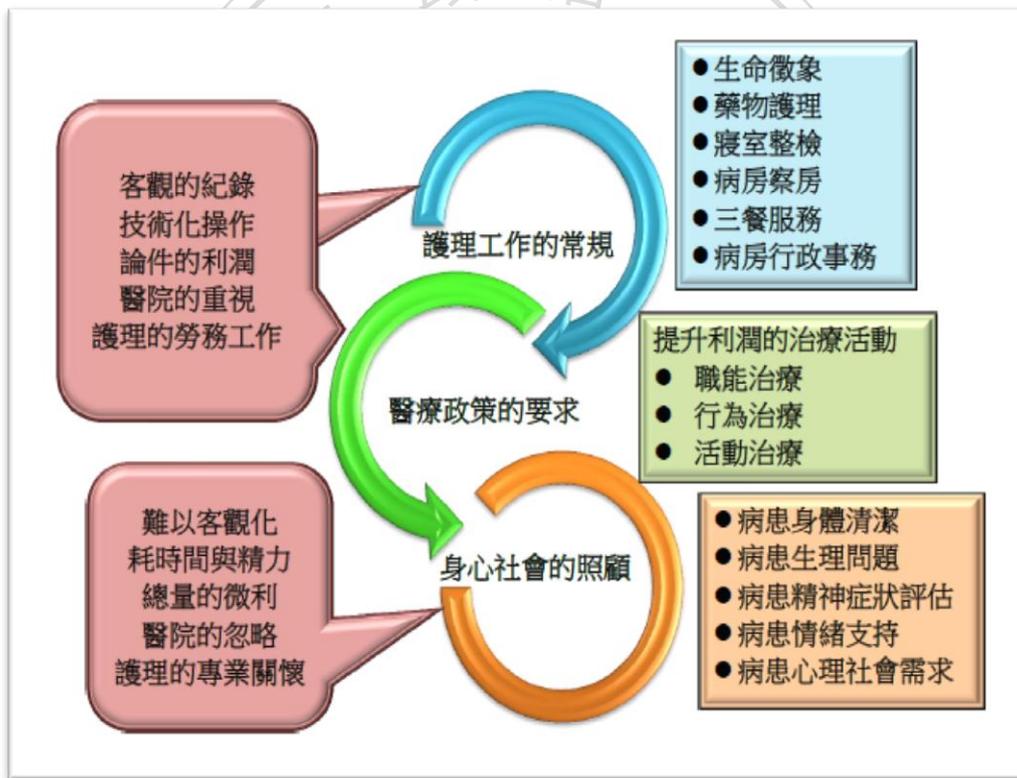


圖 5.14 精神科護士工作架構分析

## 第六章 護病關係中的權力真相與認同政治

本章分為四節，第一節以現有的精神醫療地理空間與活動空間，闡述護士與病患的互動嵌制在這些醫療架構中，包括：護理活動的規訓化的、醫療空間的家庭化、隔離室的規訓與控制、以及護理站為分界的社會位階；因此護病關係的權力是架構在這醫療空間脈絡中形塑而生。第二節以台灣現有的醫療體制與政策論述護病的權力現象，以及護士面對非公義的醫療環境採取的認同策略。第三節為護病關係與認同政治概念化的表述。第四節企圖在護理教育中啟動知識的建構與因應。

### 第一節 精神醫療空間的權力現象

#### 一、護理活動的規訓化

體察我們每日生活空間的行動本身，就是賦予自己一個理解自我的機會。精神醫療空間的設置與擺佈有其歷史脈絡，<sup>59</sup>法國醫師畢乃爾(Pinel)與英國公誼會突克(Tuke)所宣揚的「道德治療」影響精神醫院建構的核心概念。在藥物治療效果不明確的時代，主張以理性與人道等方式「管理」精神病患的行為與思想。道德治療就是以一套社會控制的技術以達到治療的效果(王文基，2008)。

台灣隨著外來政權的移轉，無論是日治時代或是國民政府統治時代，他們對精神病患的照顧都是沿襲西方的精神醫療知識。日本的官方精神醫學都是以德國精神醫學為主流，其中<sup>60</sup>Kraepelin 的理論與診斷系統經由<sup>61</sup>吳秀三引入日本，對日本的精神醫學發展有絕對影響力。吳秀三是森田正馬的老師，<sup>62</sup>森田正馬認為精神疾病是由神經質體質所決定，提出三階段的森田

<sup>59</sup> 參考艾歷克斯 賓恩著作〈雅致的精神病院〉一書中，王文基〈導讀〉一文，p17-20。

<sup>60</sup> Emil Kraepelin( 1856 - 1926)相信精神病學的疾病主要是由生物和遺傳障礙造成的。他的精神病學理論在 20 世紀初影響精神病學的領域。Kraepelin 反對 Sigmund Freud 看待精神疾病為心理因素造成精神錯亂的觀點。

<sup>61</sup> 吳秀三教授是日本精神醫學的先驅之一。他留學德國慕尼黑大學，追隨克雷佩林 (F. Kraepelin, 1856-1926) 並將他的精神醫學觀念帶回日本；留學德國後，在東京帝大開設精神病學教室，開始日本本土的精神病學講座，成為當時日本精神醫學的主流。對台灣精神醫療的發展有貢獻的中村讓與中脩三都是吳秀三的學生。中村讓是第一位來台灣成立精神醫療講學與精神療養院的醫生。

<sup>62</sup> 森田正馬(1874-1938)對神經症治療有效的各種療法進行實踐驗證，運用藥物治療、說服療法、催眠療法，均未收到預期效果。最後，他從當時的主要療法如安靜療法、作業療法、生活療法中吸取精華，創造森田療法。

療法，即臥床休息、作業治療與精神療法，簡言之就是生活常規化與精神常規化。<sup>63</sup>中脩三在台北帝大醫學部時期，將森田療法的理論與療法運用於台灣<sup>64</sup>第一座公所精神療養院的精神疾病治療。因此，在有限的藥物使用下，嚴格安排精神病患的生活作息，例如：六點起床、冷水浴、早餐、習字、寫生、午餐、輕勞動、重勞動、晚餐、朗讀、冷水浴、十點就寢，這些結構性的生活安排可以讓病患心無旁騖，從勞動中恢復自信；另外，精神治療即是在提升個案的精神心靈層次，因此個案每天要寫日記反省，再由治療者批註，開導病患的負向思考或情緒以達到健康狀態(巫毓荃、鄧惠文，2008)。

參照森田療法的內容看台灣目前療養院的照護現況，臥床休息就是提供住院病床並給予重劑量的抗精神藥物和鎮靜安眠藥，讓病患有充分的睡眠時間；生活常規化就是病房的生活作息表與病房管理員則，住院期間的病患都受制於這套社會控制技術，讓結構性的環境降低病患個人精神混亂的程度；精神常規化就是護士與病患的支持性心理治療會談，扮演傾聽與同理病患所描述個人的心理社會困境，並提供情緒上的支持與認知上的建議，而護士會將與病患個別互動的資料放置在護理紀錄與團隊會議的公領域，轉化成整個醫療團隊面對病患的平台關係。

精神病患在精神醫療環境中是被整個團隊觀看和討論的不對等關係，這個正當性源自於精神醫療與外科醫學的結合，獲取審視病患身體與聽取病患告白的權力合法性，傅柯認為19世紀的精神醫學應該放在規訓權力的脈絡下觀察，邊沁(Jeremy Bentham)的敞視建築(panopticon)成為型構療養院的地景概念，而療養院成為監視、管理、矯正瘋狂者的空間，精神醫療工作者的權威是來自於其身體體現在療養院的關係結構中而彰顯(王文基，2008)。

幾乎台灣精神療養院在病患的照顧原則上，都承襲森田療法的治療理論與應用。大眾病房住院病患的生活作息表，病患每天都在結構性的時程安排中進行治療活動。護士與職能治療師是負責病患生活常規化的二個專業團體，護士維持病患在病房生活的結構與規範，例如：一天當中活動的進程，七點起床、提醒病患漱洗、進食早餐、整理寢務等活動；生活作息表上下午各有一次職能治療活動，而職能治療活動內容會根據病患的狀況而安排，例如：卡拉 OK 時間、

---

<sup>63</sup> 1934年，中脩三教授來台灣，擔任台北帝大醫學部精神病科教授，逐漸取代中村讓在台灣精神醫學的教學地位，1945年日本戰敗後，即離台返回日本。

<sup>64</sup> 大眾療養院的前身

韻律時間、音樂欣賞、閱讀團體、美工教室等活動。

過去傳統的精神療養院多是四合院建築且幅員廣大，提供精神病患較多的活動空間進行身體勞動與享受自然空間。隨著醫療現代化與分工化的潮流，大眾療養院在 92 年遷至新醫療大樓後，病患可以勞動的空間逐漸壓縮至室內的環境；在治療環境以安全為前提的管理下，病患們被圈置在個人病室、活動大廳與職能治療教室這三個活動空間中移動。

大眾病房面對 63 位精神病患的精神症狀處置與日常生活的個別需求，病房管理的治療界線由模糊到清晰，由個別化到通則化，也由以病患為中心到以護士為中心。病房生活作息表原本是想提供病患在結構性治療環境中，發展出定向感與感受到安全感；現在卻是護士過於依賴這個生活作息時間表，轉變成護士被制約在這個時程結構中不斷地內在焦慮，著急地要在時間內完成治療活動。因此，護士們很怕也很討厭有突發性事件或干擾，影響他們在活動治療進行的順利性。

例如：小華護士抱怨團隊會議開會拖延太久時間，擔心自己今天的事情做不完，因此提早離開開會的現場(1010321 觀察日誌)。病患到護理站前要拿刮鬍刀，護士忙碌說現在是做治療時間，先到大廳量體溫，等會再來拿(1000706 觀察日誌)。中午以後，護士的護理活動幾乎都侷限在護理站裡面，每個護士都埋頭寫紀錄，這期間若有病患頻頻到護理站詢問東詢問西的，護士就會生氣的反應這樣吵，我怎麼做事(1000728 觀察日誌)?或是護士們會避開坐在電話旁邊的位置，因為接電話會干擾護理紀錄的完成效率(1010322 觀察日誌)。為了這些現象，護士們之間曾經爭吵過，小妍護士說為了搶位子，上班要提早一小時到病房佔位子，大家不願意坐在電話旁邊或是坐在護理站前的位置；後來護理長以工作內容分派以規定護士們在護理站位置的遊戲規則。

大眾病房的護士內化病房作息表成為自己護理活動的結構，病房規訓化的策略讓護士在不自覺的狀態下轉變成自己工作精神的主軸，因此這套規訓策略似乎延燒到護理活動，護士比病患更在乎生活作息表的結構，身為病房活動管理者的護士，在受制於這套規訓化的技術當中轉化為壓迫者的角色。護士解套方式是讓自己更合理的將病患無限上綱的行為病理化，大眾病房護士如此說：

一定要把治療的界線拉出來，要不然病患就會為所欲為，尤其是那些<sup>65</sup>PD(personality disorder 人格違常)的病人，常常挑戰護士之間的不一致，所以我們要讓他們清楚這是病房的規定，規定就是規定。(小華)

這也是在幫忙他們社會適應，如果他們不懂得等待，不懂得配合環境的要求，他們就無法適應社會。而且通常是他們症狀不好時才會這樣，如果穩定時，他們都不會吵鬧，會清楚知道病房的規則是甚麼?(曉清)

我也想過這個問題，病患懂得爭取自己的權利是好事，但是病房這麼多病患，如果配合大家的需要，要拿電話卡就拿電話卡，要領錢就領錢，我們真的忙不過來，事情做不完真的會很緊張，我不想晚下班，我習慣在小夜班來之前事情都做好了，我就可以輕輕鬆鬆下班!(曉萱)

我有時候也覺得一直要跟病患解釋這是規定是一件很累人的事情，他會一直反覆來吵，我本來都是和顏悅色的講，但是他就是會反覆的吵鬧啊!我沒辦法像學姊們一樣用罵的!後來，我發現一定要板起臉來，毫不猶豫地拒絕，效果很好，絕對就乖乖走掉了!(小葳)

病房定的規則都有它的原因，一定是發生過事情，才會這樣規定。我來到這個病房時，學姊就教我要這要做，我不這樣做，老是給病患方便，學姊說我是在給他們找麻煩，有一次，我讓病患提前領錢，後來病患就常問可不可以提前領錢，學姊把我說了一頓，還告訴我精神護理最重要的就是一致性態度!我後來就懂了!(小紫)

近代醫療場域將「個人」變成「病人」的現象，其實意味這個案管理的興起，也是將個體病理化的政略施演；傅柯認為規訓是作為社會控制與社會組織的特殊策略。規訓化技術的特性是兼具常模化與階層化，既同質化又差異化的能力。規訓化的興起可說是反映社會改革方案中不同建制間種種衝突與爭辯糾葛後，一種建置時間的發展。個案管理的概念是一種看似重視個

---

<sup>65</sup> 人格違常(personality disorder)是美國精神醫學診斷中第二軸的診斷，指個案有以下行為異於常人的表現，包括:認知功能、情感功能、人際關係、和對於衝動的控制。這些表現的情形長期固定不變，足以影響到其個人、社會、職業等正常的功能。在精神科住院病房，工作人員在照顧和互動上感到棘手的人格違常是反社會型人格違常和邊緣性人格違常。有時候在臨床遇到較棘手處理的個案，工作人員就習慣貼上病患可能是人格違常的標籤。因此，當工作人員指涉某病患是 PD 時，通常就是意味著個案無法遵從病房規範並且常挑戰工作人員的權威和專業。

別差異，確有將個體常模化、控制化與階層化的規訓手段(林耀盛，2002)。同樣的規訓化歷程，大眾病房面對不同精神病患的要求，不得不拉出一條所謂的「治療性界線」，護理照顧從重視個別化逐漸模糊為同質化的立場，其目的是利於病房的管理，保護護理專業者的階層位置，以及有效掌握病患互動與社會控制。

精神科住院的環境一定有某種程度的社會控制與不對等權力關係，這個現象源自於醫生和護士是擁有專業知識的專家角色；護士與病患的治療關係，有時會涉及病患個人隱私與情緒，因此保障尊嚴成為病患很在乎的問題；病患也認為住院經驗中有相當高的風險傷及自己的尊嚴(Matiti & Trory，2004)。以森田療法的概念，規訓的生活作息原本是期望讓精神病患心無旁騖地勞動而調整身心平衡；而大眾病房在活動規訓的思維核心轉型為讓護士可以便宜管理，讓護士可以更有效率執行護理活動；精神病患邊緣化，逐漸從醫療照顧的中心遷移到醫療照顧的邊緣。

## 二、醫療空間家庭化的分配

大眾療養院的建築地景分為三個時期，從日治時代日式屋頂羅馬拱門的洋式屋身，遷移以後的閩式四合院風格，以及現代科技化的宏偉大樓。療養院建築空間的轉變，象徵著精神醫療歷史脈絡與服務知識的變革。傅柯認為空間本身闡述著知識與權力的控制，現代醫療空間的二個重要概念即是分佈(distribution)和解析(analysis)，醫院在分配病患的空間和相互隔離都有其系統性分類；在醫院中，行為組織化逐步替代病患身體行動的自主性，現代醫療空間以知識、身體、計畫與數字等符號達致人道主義(Foucault, 2003)。

傳統的中國家庭並不習慣將自己生病的家人委託給家庭外的成員進行照顧。民眾接納西方醫院作為治療照護公共機構的理由，並非盡然是西方霸權與精英主義的干預支配，而是台灣地方傳統與西方的醫療空間在多方面妥協的結果。在東方社會中家庭是社會的基本單位，中國人的醫療和照護都是以家庭為單位，無法理解家庭以外的醫療空間，更不用談及護理與保健的公共衛生意識。楊念群(2008)不認同西式醫療進入東方國家是源自於接受西式現代化的知識論述，也不認為是崇拜菁英主義而接受西方醫療。他認為是中國的醫療空間與西式的醫療空間一直存在著某種張力關係，基層社會民眾憑恃著自身獨有的經驗判斷與認知理解，在不斷的審視過程

中與西方醫療磨合進而接納西方醫療。

精神療養院家庭化的擺佈，象徵傳統家庭空間嵌入西方醫療空間；基於東方人對於家庭的凝聚與情感，精神療養院在西式醫療空間中融入家庭化的擺設，讓家屬將病患託管給精神療養院時，可以將罪惡感短暫的釋放，甚至寧可想像病患在一個模擬的家庭氛圍中接受人道的照顧，甚至比家中的環境更周到。傅柯認為「瘋人院」在家庭化的空間建構只是模擬的假象，並不是真正實際的家庭氛圍與成員構成，而是各種符號和動作構成的家庭氛圍，只是一種外在於家庭的理智控制行事。

因此，醫療空間家庭化的分配與設計僅是讓家屬找到託管病患的正當性，逐漸相信醫院是病患得以身心安頓的場所。在任何精神病房包括大眾病房，所有的病患強烈的心聲即是「讓我出院」，他們並沒有因為這個家庭化的醫療空間而感到身心安適。因此家庭化的空間假象並無法讓個案得以生根於此，病患焦躁在病房來回走動，急迫地等待出院的決判。<sup>66</sup>林宗義研究台灣家庭在處理精神病患的方式，是從容納到逐漸向外排斥的五階段過程，即是以家庭為原點，而後往社區與機構推移的心路歷程；第一階段先是對病患的精神異常採忽略與拖延方式，家庭成員齊心分力隱藏病患的行為形同家庭的秘密；第二階段開始擴展外部可信賴的資源或親屬，尋求共同面對解決之道；第三階段採信傳統自然療法或是宗教信仰的方式處理病患的異常行為，這個階段的病患仍是在家庭的私領域中；第四階段開始接納精神專業人員的觀點，意味著家庭的內部面對病患的能量已經發揮至最極限，家屬自動幫病患貼上精神病的標籤，從此病患的情緒與行為都與疾病畫上等號；第五階段面對病患反覆的出入院治療，家屬在照顧與經濟的沉重壓力下，採取疏與離的態度，長期安置病患在療養機構，並不斷告訴自己這樣的決定是對大家都好的決定；一旦病患對生活社區產生威脅感，家屬轉而逐漸推離病患以重新爭取在社區對其自身位置的認同。

在第四與五階段，家屬開始尋覓可以安置病患的公共空間時，精神病房空間家庭化正好讓家屬得以理所當然釋出照顧的義務，讓精神醫院成為家庭與社區收納病患的延伸機構。

進入大眾病房，映入眼簾的是那座明亮的護理站，護理站裡面都是穿著白袍的專業者，很

---

<sup>66</sup> 林宗義是台灣第一位精神科醫師，同時接受過日本醫學教育與美式精神醫療的洗禮；他是台灣精神醫療教育與臨床實務的開創者。此份資料引述於〈精神醫學之路---橫跨東西文化〉，p179-180。

清楚的區分病房二個不同的權力位階，正常與異常，助人者與被助者。病患站在活動大廳看著護理站的白袍專業者進進出出，就像看著總統府的黑頭車進進出出，它是醫療空間賦予的權力重鎮。大廳中間的木板牆未搭建起來前，原本的活動大廳寬敞，中間擺設幾十張像麥當勞速食店的餐桌，根據工作人員說法，這種椅桌連身的麥當勞餐桌相當沉重，可以防止病患的破壞或是將桌椅當武器攻擊。大廳二側各有一台電視，電視前面有二座真實原木的客廳坐椅，護理長說這椅子要價不凡都是幾十萬元起跳的真木頭家具。選擇原木家具是考慮木頭的沉重特性，不讓病患當作武器攻擊，而且也容易清洗。這二座客廳座椅是家庭化象徵的符號，總會讓人產生錯覺以為病房就像家庭一樣安適可靠。病患活動的空間就是自己的病室和活動大廳，自從活動大廳中間搭立起一道隔絕性別的牆，病房結構的家庭化概念受到破壞，病患在這樣的治療空間更顯得侷促不安(1000617&1010306 觀察日誌)。

如今活動大廳又被劃分為半的性別空間，病患的身體感與社會感都受到相當的侷限。過去所訴求的治療環境形同社會環境縮影的概念，在現有的活動空間已經不復存在。以 Gestalt 完形理論而言，人在世生活都有一個屬世的、完整的、和潛意識的心理社會需求；大眾病房的空間感讓生活世界成為一半的錯覺。

### 三、護士使用隔離室的權力

家庭化的醫療空間意表溫暖接納的友善態度，但是在大眾病房的空間分布並不都是如此友善；面對護理站的左側有一間深不可測的隔離治療室(seclusion room)，在病房通常被稱呼為保護室，保護室是保護誰？有著多元面向的觀點，或許可以說是保護「想被保護的人」。往往看見情緒不穩或是行為混亂的病患，被數位工作人員半推半拉的架進這間隔離室。進去隔離治療室要先經過一道大門，推開大門後，先進入緩衝區，馬上襲來一股強烈的混雜消毒水的異味，裡面有二個小房間和一間衛浴室，小房間內四周是綠色的軟質牆壁，地上放置著一張床墊與一個便盆，而緩衝區還有一些清潔用具與一張推床。隔離室在大眾病房是懲罰與規訓的符號象徵。隔離與約束--這是住院病患們經驗中對隔離室共構的記憶。

小梨迎面走過來，捉住我詢問可否帶他出去，我跟他解釋我是學校老師，我沒有辦法帶他出去，他跟我抱怨自己沒錢沒衣服，這裡的護士很壞都欺負他，昨晚還綁他，伸出兩手，確實

有一些被綁的瘀青痕跡，我詢問會痛嗎？他說不會，但是他很害怕，他想要出去(1010315 觀察日誌)！

從小梨手腕的瘀青可以理解當時被綁時，使勁的抵抗與掙扎。大部分病患都害怕進入隔離室，即使沒有進去過隔離室的病患，也對那間隔離室產生相當大的恐懼，他們從自己的或別人的經驗中學習避免進入隔離室的遭遇。工作人員並不想公開展示在隔離室對待病患的方式，總是在眾多人力下，將病患拉至隔離室裡面將門遮蔽後，再作約束與針劑的處置，但是病患的嘶吼與奮力抵抗發出的慘叫聲響，不斷迴盪在其他病患的腦海中，讓他們產生極大的恐懼感，自然達到規訓內化與社會控制的效果。

Houlihan(2000)考察英國醫療歷史探究精神科護士使用隔離約束做為照護的策略，遠在1983年，醫院為了方便病患問題行為的處置，即有相關的法令同意護士有監禁病患身體行動的權力。後來這些對病患隔離與限制身體行動的處置行為，隨著人權意識與主張的高漲，逐漸透過種種法令加以約束。在台灣，醫療團隊理解約束與隔離是損害病患人權的作為，但是在維護病房的安全策略上，約束與隔離往往是最快速的手段。面對人權機構不斷呼籲降低或是停止對精神病患約束隔離的宣達(National Mental Health Working Group, 2005)，台灣的精神醫療體系在精神衛生法、醫院評鑑與健保給付上也同步進行防治約束與隔離濫用的現象。除了精神衛生法大力強調病患的人權與行動權必須被保障之外，參考100年精神醫療機構評鑑新制中，對於約束與隔離病患身體活動必須要有其正當性，包括：必須要有醫囑和合理的理由(傷害他人或是自己)；醫療人員必須詳細記載進行身體活動限制的理由和處置過程，原則上不得超過二小時，如果超過限制時數，都必須在紀錄上詳載原因；醫療團隊對於受到身體拘束或限制行動的病人有定期檢討下列事項，並有改善紀錄，例如：1.拘束病人身體或限制行動之次數及其持續時間是否合理、適當。2.用拘束病人身體或限制行動所達成之醫療或保護目的，是否有其他較少損害病人權益的方法可以達成，以使病人權益的損害減至最低。3.拘束病人身體或限制行動所造成的損害是否與欲達成之目的利益顯失均衡(精神機構評鑑新制，2011)。而在健保給付上，降低隔離約束的支付點數為1031，一天只能申報一次。這些策略都是為防治醫療人員對精神病患身體限制的濫用。

病患指出隔離約束就是強烈懲罰的意味，也提到被約束隔離害怕、哀傷與被遺棄的感受 (Holmes, Kennedy & Perron, 2004)；他們也會覺得生氣與窘迫 (Frueh et al., 2005)。Hoekstra et al.(2004)提到隔離約束反應出三個主題，一是侵害病患自主權、二是衝擊護病關係的互信、三是病患被遺棄的孤單感。至於護士對約束隔離的態度會認為在病房管理有其必要性，因為它可以維持病房的環境安全也是產生快速治療效果的方式，但是也有護士覺得執行隔離約束是相當痛苦的過程 (Sequeira & Halstead, 2004)。Happell和Koehn(2011)針對123位在澳洲昆士蘭從事精神科的護士，調查對精神病患的隔離約束之態度，統計上護士們顯著同理病患在隔離約束中的害怕、沮喪、羞怒、失控與無助感等感受，但有68%護士不認同需要在隔離室陪伴病患，88%護士反對拆除隔離室，90%護士相信隔離室對病患的情緒控制有效果；在問卷中提及將隔離室佈設為更溫暖的空間，例如：播放音樂、提供舒適家具或是提供書刊給正在隔離的病患，超過50%以上的護士都是採反對的意見。從研究結果理解，雖然護士們都同意病患面對約束隔離的負向經驗與情緒，但是80%以上的護士都不同意減除隔離約束的治療策略，因為他們認為這是保障病患安全的最有效辦法。護理人員是為了治療及病患安全的因素執行隔離與約束，但對個案而言可能會出現負面的感受 (Gelkopf et al., 2009)，此類處置相對較耗費人力與體力，也容易破壞醫護人員與病患之間的治療性關係 (Holmes, Kennedy, & Perron, 2004)，更可能影響整個病房的秩序及其他病患的情緒，對於總是站在第一線的護士而言是很大的挑戰。

在大眾病房，依規定執行約束隔離需要有醫師的醫囑，因此大部分病患都有<sup>67</sup>PRN 醫囑，PRN 指如果「有需要」就可以執行，有需要的界定通常是指病患出手攻擊、自我傷害或是情緒激動的情況下就可以進行約束隔離，而約束隔離後都會伴隨鎮靜針劑的使用。對於病患情緒不穩定界定的實權往往落入護士的價值判斷中，護士只要認定病患的情緒是不穩定的就可以進行這個 PRN 醫囑。應該說，精神醫療體系賦予精神科醫師約束隔離的專業權力，而精神科醫師在顧及病房處理緊急事件的有效性，將決策權力延伸給精神科護士，因此精神科護士成為共享權力的執行者：

---

<sup>67</sup> PRN 是醫囑中的縮寫之一，就是如果需要可以給予，常用予預期病患可能會有一些狀況，例如：發燒，可以有效地提供退燒處置或護理。即使醫師不在病房，此醫囑可以解決病患臨時有迫切需要處理時的時效性。在精神科常用予預期病患有攻擊或情緒不穩定的狀況，需要有醫囑背書的緊急處理。

病患小玲一直到護理站呻吟小聲哭泣說要找醫師，想要出院，就被她的主護護士小華認定她過於情緒不穩定，因為有 PRN 醫囑，護士有判定需要執行與否的權力，當時小華認定要執行約束隔離，整個護理站沒人敢反對，即使我就在護理站，我並不覺得小玲的行為有干擾到需要執行約束隔離，但是我沒有立場反對，其他的護士也都沉默，沒有人可以對於決議有其他意見，在大眾病房中，遵從主護護士的決定是一種默會文化(1000716 觀察日誌)。但是，在另一天的中午，小玲在不明原因下的將筷子丟到另一個病患身上即轉身離開，小華以生氣的口吻詢問小玲為什麼丟筷子，小玲面無表情注視著小華，不回應任何話，小華接著在口頭告誡她，不准再這樣丟筷子，再一次就要關保護室了 (1000720 觀察日誌)!

從這些觀察可以理解護士在作約束隔離的決策標準有著非常彈性的標準，這個彈性象徵著權力的擴展，約束隔離成為護士在施展規訓病患的權力工具。小華對束隔離的看法，她運用自己常年的工作經驗:

我以前沒有經驗，就是猶豫要不要綁，結果那次被病人打到整個臉像豬頭，而且是莫名其妙的就攻擊，他本來心情不好，站在門口踢門，我好心的去關心他，要他來大廳坐著，他轉身就捉住我一直打，大家都衝過來救我，拉都拉不開，我的頭髮都被捉掉一把，那次我住院住了一個禮拜。後來我學會到對病患的狀況要當機立斷，覺得他不好就要處理，你一猶豫就會傷害到你自己!(小華)

約束隔離成為護士工作很重要的規訓病患與保護自我的工具，沒有護士同意精神科病房可以撤離隔離室的設置，即使他們理解病患進入隔離室的負面感受和情緒，甚至會破壞護病之間的信任關係，但是他們更相信隔離室可以讓病患的行為與情緒獲取有效率控制。而在護理專業的論述中，即使病患被綁在隔離室裡面，只要護士不斷提供給病患各種需求的關懷與支持，護病關係並不會受到破壞，反而強化個案對護士的信任與依賴。Kontio, Välimäki, Putkonen, Kuosmanen, Scott, Joffe(2010)以焦點團體訪談22位精神科護士隔離與約束的經驗，以及分享內在的掙扎感受與看法，他們都提及到這個處置對病患人權與尊嚴的傷害，因此在操作過程中會盡力維護病患該享有的尊重與關懷，他們同意這個處置有違人權但卻難以禁止使用，因此隔離與約束成為精神醫療處置中，難以解決的倫理困境。Kontio, et. al.(2010)訪談護士對隔離與約束的

觀點提到他們很不喜歡這個處置措施，因為要耗費很多時間和勞力協助在隔離室病患，而且近幾年病患在隔離約束過程突然意外死亡的案例層出不窮，讓護士們更覺得這是一個高風險的處置措施，他們提出其他讓病患情緒自控的方法，例如：運用醫師的權威、護理人力的展現都是有效降低病患失控的方式，當然文中強調男性工作人員往往對病患有更好的自我控制效果。

Kontio, et. al.(2010)認為護士在隔離約束的執行與否扮演相當大的決策角色，因此護士有權力影響病患是否被隔離約束，文中建議基於人權考慮，精神醫療的整體共識應該是減少隔離約束的使用率，而護士扮演關鍵的角色，包括：護士能否運用專業的敏感度預期病患失控的可能、護士能否先提供預防策略以避免病患的攻擊發生以及護士要避免挑起病患的失控情緒。確實在大眾病房中，有幾次護士與病患的互動方式，讓病患原本就不穩定的情緒頓時失控而導致被隔離約束，例如：護士質問病患為何在OT時打人，病患激動的說他沒有打人，但是護士還是一直強調OT老師說他在上課時打了其他病房的病人，病患一時氣憤認為自己被誣賴，用腳用力踹了護理站的門，護士們立刻緊急請求支援將病患隔離約束。事後向OT老師澄清，OT老師表示自己沒看到病患打人，只是聽其他病患在談論此事就轉述給護士知情，因此病患有沒打人是一件羅生門。對此事件的檢討過程，可以理解病患的情緒是被護士挑釁而失控(1010306觀察日誌)。因此護士對隔離約束的認同態度會決定病患被約束隔離的頻繁與否，這個現象也突顯護士在隔離約束中佔有極決定性的權力。

賴倩瑜(2010)嘗試提供音樂治療介入約束隔離的實驗設計，企圖讓護士在操作這套約束隔離的技術中多一些人文關懷素質，研究顯示病患在音樂治療的介入後，與焦慮有關的生理指標都逐漸下降並顯著有效於控制組。如果隔離約束是精神科病房處置病患不可放棄的有效控制，那操弄這套規訓技術的醫療工作者，就必須有更敏感的省察這套技術背後所隱藏的懲罰與規訓義涵，並試圖讓人文關懷的溫暖或平衡這套粗糙技術所帶來的傷害。

#### 四、護理站為界的不同權力國度

大眾病房有三個入口，一是工作人員進出的入口，另外二個入口是男女病患分別進出的入口，以護理站為界，區分工作人員區與病患活動區；護理站看似窗明几淨卻有著堅固的防暴裝備，首先是隨時上鎖的左右二道門，只有工作人員手中有著這把萬能鎖可以開啟這道門隨意進

出；護理站的桌檯前架起一道防護的透明壓克力窗(Plexiglas)，嚴密地環繞著護理站，工作人員與病患就隔著這道透明面板互相觀看，護理站的桌台下裝置著緊急求救的按鈕，只要啟動按鈕，全院的工作人員都會有默契地趕來病房協助，而護理站一定有一個接通病房外的出口，讓工作人有機會逃脫攻擊事件。Andes, M.和Shattell, M.M.(2006)認為急性精神科病房的空間擺佈蘊含著人際關係的權力運作，也認為護理站的設置型態對護病關係有著意義性的互動影響，以及病患面對這樣的層層堅固的護理站，有著雙方不對等與不信任的身體知覺與互動關係。

小育一位躁鬱症的病人，站在護理站前面大聲喊叫：我的護士呢？到現在還不給我吃藥，是壞心的護士，好險惡，小育表情出現不以為然的嫌惡。他的護士快速走到護理站前面，隔著一層透明的隔離窗說：我提醒你，說話不要那麼大聲，現在到大廳等我，我備好藥就去大廳找你。病人做立正狀回應：好！我會乖。即轉身走向大廳，看見我，對我大聲喊說：老師好。我問他為什麼要說護士險惡，小育回答：昨晚護士綁我，我很生氣後來還打電話到警察局報案，告訴警察，護士都不理我不照顧我(1010313觀察日誌)。隔著壓克力窗，讓病患和護士的聲量都提高許多，但是護士只意識到病患的提高分貝的干擾，卻沒意識到他自己也用很高的分貝在回應病患。大眾病房的護士很習慣站在護理站裡面和站在護理站外面的病患對話，隔著這個窗台，加上病房各種的噪音，確實很難讓彼此的對話有更進一步的深入性對話，加上這道窗台的隔絕，護士和病患之間也是使用著更大的聲量讓彼此聽見對話的內容，從這場對話過程的非語言行動，都可以感受到護士並不想讓談話有進行下去的可能性，在諸多干擾的情況下，談話只限於給予病患簡短的答案，病患似乎也理解這個肢體語言而知趣地離去。

小淑已經來這個病房近一年，她對於在護理站內隔著隔離窗與病患交談，有如下的說法：

剛來這個病房，非常不習慣在護理站和病患說話，其實到現在還是不習慣，以前在台北XX醫院的精神科工作，護理長很要求我們和病患談話的態度，因此，我們是絕對不能隔著窗台跟病患對話，我們一定要走出護理站，和病患面對面的交談。所以剛開始，真的很不習慣這樣的談話方式。我想，這裡的護士可能沒有被要求，所以也不覺得他們這樣有甚麼不好。(小淑)

在這個病房很資深的曉清對於隔著窗台和病患對話，有一套自己的說法：

因為病患都是談重複的問題，如果你要一直走出護理站，那你真的會累死，有時候故意不理會病患，也是一種行為治療，讓他們知道一直吵這些事情沒有用，他們發現護士都不理你，自然就不會再到護理站來了；其實這幾年，我覺得白費口舌講再多都沒用，病患一直吵東吵西就是情緒不穩的問題，就是症狀，只要他們願意好好吃藥，你就會看到他們的進步，也不會無理取鬧，也能夠配合病房的規定。所以關鍵就在有沒有吃藥，只要好好吃藥，所有的問題都會解決，所以我不願再浪費時間與病患做無意義的互動，重點是讓病患好好吃藥。(曉清)

小穎來到大眾療養院已經近二年，他對於大眾療養院護理站的進密的壓克力保護窗台，有他自己的工作分享：

我剛來到這家醫院，對於這個壓克力窗台有些不習慣，我以前在高雄另一家醫院的急性精神科病房，我們家的病房護理站是開放的，就是像銀行一樣只有一排桌檯，沒有這道保護的透明窗台，所以我剛來時，感到很新奇，但是也感受到和病患對話的限制。其實以前那家醫院這種護理站沒有保護的設置，引起很多工作人員反彈，我們有好幾次病患跳進護理站，拿起電腦就往地上摔，摔壞過好幾台電腦，我們護士坐在護理站寫紀錄時，一定有默契地四面周圍都有人坐著，以防病患從我們背後攻擊。我們的主任一直堅持不架設保護窗，他提出疑問保護窗到底是在保護誰？主任認為保護窗就是對病患不信任的空間權力暗示。(小穎)

事實上，護理站的這道保護窗隱喻著工作人員對病患的不信任與恐懼，因此架設一道窗隔絕自己與病患的身體距離以策安全，但是護病關係的內涵強調關懷、信任、與尊重等特質，似乎與空間建構的意涵互相矛盾，因此當護士高唱著以病患為中心的全人護理時，是否意識到這道高築之窗所表述的象徵，甚至理解對護病關係的影響性。

Halford和Leonard等作者認為，護士擁有自己的活動空間，有利於護士舒緩自己的壓力並釋放自己的感受與情緒與同事分享，事實上護士也感受到病患無時無刻的凝視壓力，因此回到護理站，可以卸下自己暫時的專業武裝，以自在的方式表達自己的觀點與感受(Thomas, Shattell, & Martin, 2002)。在大眾病房確實會觀察到護士在護理站除了忙碌公務之外，還是會穿插一些私人的話題或是同事之間的玩笑談話，有時候病患也會在護理站前觀看著護士之間的互動。但是護士們並不喜歡被病人觀看，當病患想加入討論時，他們會顧及專業的形象請求病患離開。

Shattell, & Martin認為護士和病患都需要獨有的空間，享受他們卸除這個工作關係的角色，護理站是護士休憩的空間，病室是病患休憩的空間，雙方各自凝視也各自尋覓拒絕凝視的空間。

但是在大眾病房，護理站非常狹小，護士的一舉一動還是展現在公領域下被觀看，病患的病室看起來是病患的私有空間，但是天花板上有個監視器正在傳播病患的一舉一動。護理站切割二個不同的族群國度，卻有著互相觀看的壓迫感，在這樣的護病互動下，雙方的權力關係是動態中的拉鋸。唯一不同是，護士有自由進出所有個空間的行動權力，病患無法進入護士的私有空間，但是護士以照顧的理由可以隨意穿梭在病室中，因此在這場互動關係中，護士擁有身體行動的自由權(Rossberg & Friis,2004)。Schweitzer (2004)認為護理站的壓克力窗與隨時上鎖的門已經展現醫療空間的權力化，並且改變護病互動的內涵，例如:必須輕敲門或窗引起護士的注意、或是透過這個護理站的堡壘請求協助；基本上護理站已經是病房的資源與權力重心。

Cleary 和 Edwards (1999)的病房觀察與訪談也提到類似大眾病房的護病互動現象，護士在護理站內忙碌的穿梭，往往忽略站在護理站外的病患，很少護士會主動詢問站在護理站前的病患有何需求，因此病患必須高分貝地呼喊或是敲打護理站的壓克力窗，但是這個舉動會被護士評價為干擾的行為，因此這些病患會被警戒提醒不允許再有此行為；而當病患有機會開口說出自己的需求時，護士的回應總是”現在不是時候”，”抱歉，我正忙，等一下再說”；相反的，病患隨時等候在病房內，讓護士可以隨時支配他作任何安排。因此雙方在互動的自主權上有著不對等的關係。

Haglund, Knorrng, 和 Essen (2006)觀察與訪談方法探究精神科護士對於上鎖(lock)的醫療環境結構有何看法，護士們都同意上鎖是為顧及病患的安全，因此認同任何房間與護理站上鎖的安全管理，但是他們也抱怨這樣的安全管理模式，造成他們隨時要開關門的困擾，當然他們也同意這隨時上鎖的安全管理模式是限制病患的活動空間，也造成病患在身體行動的自主性與尊嚴，尤其是進入護理站的鎖門動作，讓病患感受到拒絕與不信任。文章的結論提出護士認為鎖門的護理工作上的壞處比好處多，但是為了安全理由還是無法捨棄鎖門的安全決策。這篇文章是以護士為主體的觀點詮釋鎖門的管理模式，這觀點充分將病患危險化與異常化，因此需要一個個上鎖的空間將病患侷限在被允許的活動範圍以策安全；但是這樣管理模式的出發點是否

是為病患安全的立意良善還是顧及護士工作管理的方便性？

在精神科護理倫理議題中，安全考量和自主原則二議題常是相悖的立場，臨床的照護環境常常被結構因素的制度所綑綁，而將病患邊緣化。

## 第二節 醫療政策的權力延展與認同政治

### 一、評鑑制度與健保給付制度建構下的護病關係

台灣醫院評鑑制度實施三十餘年，透過醫院評鑑基準，再加上兩項重要法規約束－醫療法與全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法，全台灣四百多家醫院莫不被醫院評鑑制度牽動與影響。若說「醫院評鑑」與「健保給付」制度，同為國家機關（行政院衛生署）對其治理對象（醫療機構）所使用最有效之政策工具。醫院疲於奔命應付每三年一次的評鑑，加上評鑑等級影響健保給付的多寡，醫療工作人員不得不共同承擔醫院評鑑盛舉的使命。事實上為了應付評鑑指標，需要更多的文書作業與資料整理以符應評鑑的需求，護士必須協助病房諸多評鑑資料的整理，因此在評鑑時期，對病患的照顧往往是心有餘而力不足。

目前醫療界面臨醫院評鑑與全民健康保險的雙重影響因素，使得管理面臨不確定性及收支壓力更甚以往；醫院面對增修勞工退休金條例及醫療法也加重醫院人力成本之負擔，加上新制醫院評鑑實施後更是倍感經營困難。因此，醫院身為管理者面對國家機器諸多的政策，必須制定一套可以在評鑑與健保雙贏的生存策略，而護士身為被管理者，被告知或是被要求配合依規定行事，護士並不會有太多的意見，原因在於這個運作機制中，護士也可以分享到部分的利益：

在團隊會議中，OT 老師報告這個病房病患參加 OT 的出席率，俊醫師再次提醒大家要努力 push 病患去 OT，因為我們病房的 OT 閾值常常低空飛過，為了避免被院長找去談話，還是希望大家一起努力。會後，我請教 OT 老師，閾值是甚麼意思，是怎麼來的？他說大眾療養院是健保大戶，即是醫院和健保局是採「論件計酬」的合約，做多少領多少，每月上千萬的請領金額，也讓健保嚴格審查他們所核報每一筆帳目，因此他們要花費更多的精力整理或書寫文書申報金額，因為只要其中有誤，健保就以核報不實為理由退件，醫院在上個月就有七百多萬被健保審查不予核發，因此他們要努力再補件申請覆核，院長室的立場當然希望大家努力賺錢，整個管理系統的思維是如何在健保的審查架構下創造最大的利機，因此 OT 的出席率就因制而生，院

長室經過會計成本精算後，訂出 80%的 OT 出席率，只是為生產更多的營利收入，因此多多鼓勵個案參加 OT 是大家的共識(1000621 觀察日誌)。

OT 課程對精神病患有其自我功能與社會功能的維持與提昇的治療目的，但是在這個以利潤為軸心的醫療運作模式下，似乎心有餘力不足去關心病患在 OT 獲得的效益是甚麼，OT 的課程設計也從強調個別差異轉變成課程大眾化；原本的職能治療訓練場所並沒有規劃接納這麼多數量的病患，面對政策的改變，OT 老師只能將有限的空間盡量安排活動課程。

每到 OT 上課時間，護士就會到病室將病患叫出來，並鎖上門，要求病患到 OT 上課，他們不至於強迫病患一定要去上課，但是總是會提到去 OT 表現很好，就可以出院了。這句話讓病患產生動機，相信只要自己表現好就可以出院，因此病患願意接受這樣的提示，選擇去上 OT 課程。病患去 OT 潛在目的是要出院，護士們下意識利用病患的潛在目的，達到讓病患去 OT 的效果，當然護士與病患朝夕相處，在病房建立密切的共處關係，也是病患願意臣服護士勸說的因素。其實，護士在整體醫院的盈利分配上，只能得到少量的績效獎金，因此護士們並不在忽醫院的利潤多寡，即使他們也可以共享營利的分配。更吸引人的是，護士喜歡病患去 OT 以後，病房的清閒，整個大病房空蕩的只剩下不到十位病患，對護士來說是很重要的工作調節時刻，可以讓他們安心與專心完成行政事務與護理紀錄，或是從容不迫處理較需要花費更多時間在格力士的病患，或是需要身體清潔的病患，或是出入院的辦理手續；因此護士與 OT 活動形成互利的權力分享。

OT 老師進來，全病房廣播要去 OT 了，病友陸續來排隊，護士們與 OT 老師會到每個病室叫喚病患起身準備去 OT，在叫喚過程中，護士就會將已經都清空的房間鎖上(避免觀察不到的死角以及偷竊問題)，在叫喚、等待與排隊的過程中，病房顯得相當熱鬧，等到病人逐一離開病房，大門鎖上那一刻，病房突然一片安靜，剩下留在病房的病人大約十幾人左右，有時更低於十人以下，護士們心情愉快地將病房繞一遍，可以鎖的門鎖上，即輕鬆進入護理站，這時整個病房護士們的聲音就變得清亮了，有說有笑，也有討論等等的聲音，護士們幾乎都坐進護理站，在自己熟悉的位置整理自己的資料(1010313 觀察日誌)。

因為我們病房的 OT 出席率要到 80%，所以我們會幫忙一起 PUSH 病患，因為病患跟我們比較熟，有時候我們叫病患去，病患比較願意去。因為那些 OT 老師一直更換，病患很陌生，有時候不太理他們。病患比較聽我們的，而且在病房也不知道要做甚麼，加上病室的門這時間都要鎖上，他們去 OT 反而比較有事情做。(小乖)

我沒有想過病患上 OT 去會得到甚麼進步，那是 OT 老師要評估的，那是他們的專業，我們無權給建議，我們只是協助讓他們去 OT，病患也會說在病房很無聊，至少在 OT 可以唱歌、做活動或是去曬曬太陽，我想應該還是有得到一些收穫。(小華)

近幾年大眾療養院逐漸將病房可以進行的娛樂活動轉移到職能治療室進行，白天在病房只剩下看電視這個活動，但是電視開放時間有常常有限制，到晚上可以提供棋類、撲克牌或麻將等物品讓病患使用；沒見過護士陪伴病患從事這些活動。這與早期的精神科護病的互動截然不同，精神科護士會透過這些娛樂活動與病患建立治療互動，也讓病患透過這些互動紓解住院的身體與心靈限制，並進而與病患建立穩定的信任關係。在大眾療養院的護士都不再執行這些活動，而且認為這是屬於 OT 的活動治療。護士們棄守執行活動治療的功能，與病患的互動關係淪為症狀評估、藥物護理、身體清潔照顧以及部分的支持性心理會談。

我以前在其他醫院，工作做完了，比較不忙的時候，會陪我的病患打乒乓球，這種活動會讓我們的關係變得很自然，可以有說有笑地談論很多事。來到這家醫院，發現這裡的護士不和病患進行娛樂活動的，我也很納悶，後來比較可以了解他們的心情，他們都很擔心事情做不完，因此會忙著寫紀錄，或做其他的文書處理，總是希望可以順利準時下班。好像晚下班會被護理長認為能力不好，而且如果他們去陪病患下棋或打牌，會被其他護士認為可能是太閒了。後來，我也很習慣這樣的作業方式，其實在這家醫院的護士，和我以前那家醫院比起來，真的閒很多!(小穎)

我工作這麼多年，發現真正讓病患好起來的方式就是吃藥，只要他們肯好好吃藥，比做再多的活動治療和心理治療都有效，所以花時間做這些沒有效果的事，倒不如好好衛教他們對疾病和藥物的認識來的實際!(曉清)

大眾療養院的護理核心元素放棄活動治療的角色與功能，形同於放棄人與人之間對等互動的交流契機，護士被形塑為現代化與專業化的形象以提供病患的照顧；加上這些娛樂活動並不在評鑑要項與健保給付的條件中，因此做再多也無法得到實質的利益，逐漸的這些互動模式就轉型至銷聲匿跡。

葛蘭西(Antonio Gramsci)認為權力的維持不僅依賴經濟和物質的力量，更是統治者如何駕馭被統治者的思想信仰。維持不平等權力關係的方法有二種，即強制力(coercion)與說服(persuasion)，強制力是使用外在的威嚇使人就範，說服即是影響被統治者的思想，讓他們甘願這種不平等的權力關係(黃庭康，2005)。護士的專業化權威，以及病房空間所支配的權力資源，讓護士的建議對穩定病患有壓制與說服的效果，但是對於不穩定病患，他並未在這套病房管理中意識到護士的專業權力，在幾次不斷的抗爭與挑戰下，病房整體醫療共識以積極的藥物投予與身體行動限制的策略，在同時控制病患的思考與身體經驗的歷程，病患學習自我控制的規訓，因此不穩定變成穩定的界線，就是病患開始習得病房規則的權力位階適應。

評鑑制度雖然讓醫院機構怨聲載道，但是需多調查研究都顯示醫院的管理品質與護理的品質都有顯著的提升。李玉華(2001)調查研究80年、83年、86年醫院的評鑑制度，不論由實際護理評量表得分的提高或護理主管主觀的看法，皆獲得醫院評鑑可提昇護理品質的結果。事實上評鑑指標有助於醫院投資更多的資源在提升護理的專業訓練和人力充沛，因此護士們對評鑑是愛又恨的心情。高鳳儀、吳孟嬪、蔡欣玲、邱艷芬(2008)探究護士們對新制評鑑的認知、行為與態度調查，採橫斷式描述性研究，針對台北市某醫院四個院區之359位護理人員作自擬式問卷調查。結果顯示：護理人員在認知得分表現不理想，但在態度及行為皆持正向。護理人員的人口學變項會影響評鑑的認知、行為與態度，認知、態度與行為三者有顯著正相關的統計結果；結論是護理人員對新制醫院評鑑之認知仍不理想，參與評鑑之行為與認知、態度均為正相關，未來應循序漸進有計畫加強醫院評鑑在職教育訓練課程尤其是新進人員訓練，將可有助醫院評鑑得以順利進行。

上述二調查研究都是站在支持醫院評鑑制度的角度立論護士參與評鑑行為該有的認知與態度；如果置身在臨床護理現場的情境觀察，護士對評鑑有著相當複雜的情緒與認知，尤其是

評鑑制度與健保給付包裹成同一體系後，原本評鑑從病人為中心關懷出發點這個軸心思維，護士們可以認同也可以支持，但是衍生出來許多繁複的細節項目嵌置臨床的互動情境中，似乎變成護士工作上的威脅與挑戰，因此許多上有政策下有對策的應變方式扭曲評鑑的起初動機，事實上也讓臨床照護從病人為中心的概念轉型為以評鑑為中心的現象：

大眾病房為了防止<sup>68</sup>TCPI(台灣臨床成效指標系統)的使用隔離約束通報數字過高，所有的住院病患一律有行為治療的醫囑，其內容即是病患干擾行為或情緒激動等現象，可以執行隔離與約束的行為修正技術，在這個行為治療的護航下，病患被隔離與約束的紀錄都不用上 TCPI 的系統，自然在帳面上看到的報表數據與臨床實際狀況不見得吻合。或是病患跌倒次數是預測護理品質很重要的指標，因此病房每次遇到病患跌倒事件，護理團隊在解釋這個跌倒事件時，下意識會詮釋為病患是雙腳無力而跪倒在地上，因為這樣的紀錄描述就不用上 TCPI 通報。(10007 - 10103 觀察日誌)。

這套技術性的應付評鑑監控的策略，讓共生在這個醫療機構的護士不加思索地配合規定行事，他們的認知只要評鑑不好就會導致健保給付點數降級，就會影響醫院的營利，因此他們定義醫院就是很愛賺錢，病房許多治療規範都是考慮到賺錢，甚至醫院的嚴格省錢作風，限制冷氣開放或打私人電話費自付等措施都是為降低成本以提高醫院的利潤；但是護士並不覺得醫院高營利的收入與他們有何相關，他們更企盼的是醫院能夠建構一個正向友善與資源充分的工作環境。在這樣理性技術社會中，醫院不僅依最有效率的方式來開發資源，更將人視為極度有待開發的「人力資源」。因此每位醫療者都要使用至最大價值比，這套企業化、技術化與科學性的語言與思考模式，藉由提升效能與改善生產力來取得利潤；將醫療工作者和廣大經濟秩序的價值系統予以銜接。如此應運而生的技術理性照護方式，一方面提升病患服務生產率並維持現存主宰經濟、政治與文化所需的知識類型，另一方面更進而合理化這套經濟和醫療文化權力分

---

<sup>68</sup>台灣臨床成效指標系統(TCPI)的發展背景為醫策會運用十年醫療品質指標經驗，參考國內外各種指標系統及發展趨勢，配合國內衛生政策，建立台灣臨床成效指標計畫(Taiwan Clinical Performance Indicator, TCPI)，以期增加指標於臨床的運用性，藉由發展更貼近臨床照護的指標，並建構即時性高且易於管理的系統，協助醫院進行機構內部成效監測及改善。其目的是 TCPI 數據是參加醫院依其需要，選定指標細項，自行提報醫院層級之指標資料，以做為醫院內部持續自省、精進品質的動力。本系統嚴守各醫院提報資料的保密性，期望營造互信的基礎，與共同學習成長的文化，促使參加醫院誠信提報資料，以達內部改善的目的。

配的模式。

## 二、體制建構護病關係中的認同政治

在評鑑制度與健保給付二個制度交織建構下的治療環境，護士只是這個醫療機器其中的小螺絲釘，進入臨床工作這條路，就必須在這個醫療氛圍中安分守己善盡其專業照顧責任。護理教育的養成過程，讓護理學生學習與應用專業知識，並訓練學生具備人文素養的框架理解病患的身心靈需求；在護理學校常常以儀式化的加冠典禮啟動學生對專業承諾的決志。但是學生畢業後，進入臨床工作都有現實休克的現象，教科書提供的是理想的護病互動情境，而臨床實務的現實面卻是交織著制度與政策的錯綜網絡，因此純粹的照護理想如何在現實的醫療環境得以實踐，常常是來不及思辨就已經夭折。

對於現有精神醫療環境建構中的照護文化，護士對政策認同化並不是自動發生的過程，而是護士主體為生存在這個結構中而展現的順應方式，所以這是一連串轉變技術的政治過程。認同的觀察可以透過護士在臨床環境表現的主體行為，也可以透過自我敘事而表述。將認同政治放在實際的勞動過程中，檢視護理人員的主體如何在制度性的環境裡被支配與剝削，並在象徵的層次上受到「專業」意識形態的影響與束縛。朱政騏(2006)嘗試以「認同政治」的概念來分析護理人員身分認同的動態建構，他們既不若工業勞動者那般毫無爭議的「就是工人」身分，但是臨床工作的勞動性也是不爭的事實。認同是動態建構過程，必須置身在醫療環境的脈絡中，描繪與詮釋護理人員的認同形構，這些形構現象提供「知識」的建構進而開創不同的權力論述，多元的論述開啟護理專業養成的不同視野，以改變當前現實處境的方向。

我有時候會很生氣，是因為生氣都排給我爛CASE，他的主護不上班，每次都是我COVER，但是我花在他的時間比花在我自己病人身上還多，我的病人的護理計畫都沒空寫。我在護理站忙，病人還來吵我，今天我還要去做手部清潔認證的查核，整天那麼多事，我病人要不要照顧(1010306小華護士訪談)。

今早有一位病患吵著要轉院，他說大眾療養院都是庸醫又限制他的自由，醫院又破舊，他要轉鄰近一家醫學中心。根據精神衛生法保障病患醫療權的立場，醫師趕快啟動協助轉院流程，醫師說：這是規定，如果我們不理會，病患可以到衛生局檢舉我們。所以醫師和護士小萱忙著

聯絡對方醫院，以及連絡家屬，讓原本可以利用病患在OT時間寫紀錄的小瑄，出乎意外地忙著填表單和聯繫家屬。小萱說：現在的法規和那些評鑑真的讓我們很麻煩，也讓我們要花很多時間處理這些文書…，這也是沒辦法的事，因為病人的權利要被保障，想想也是好的，讓他們有說話的機會(1000713觀察日誌/1000714小萱護士訪談)。

我對女生病患的看法就是很計較，很愛耍心機，就是很PD，男生反而較阿莎力，對我們護士也比較尊重，但是就是比較暴力，而且有黑道背景…；在病房將他們隔開，他們還是會眉來眼去，它們要在在一起了(指性行為)，家屬又會來告我們，所以，我都提醒他們不要走太近，否則要關保護室(1010306小珊護士訪談)。

朱政騏(2006)提到護理工作的勞動過程有標準化、彈性化以及女性化等三個特徵，而標準化與彈性化是一組既矛盾又統一的勞動控制與身體規訓的策略，在認識論的層次上，它們是一體的兩面，猶如正反或上下的概念，兩者是同時發生與一起作用的。觀察大眾病房的護理活動游移在標準化與彈性化的勞動過程之間，我身為病房的局外人，常常不斷理解與詮釋護士在護病關係中的操作原則，既是嵌置在病房文化的標準化規則，但也可以遇見每個護士在操作上的彈性，事實上，護士對照護病患的價值觀與自身的人格特質也影響其護病關係中權力互動的認同現象。至於護理工作女性化的特性，在大眾病房的護士比較傾向跨性別化，如果性別意表是權力的象徵，精神病患在這個權力位階的醫療環境中是難以主張自己權力，因此才會以外部機制來維護精神病患的權力，削減醫護人員權力的過度濫用。而護士在這權力位階的光譜中能夠自在游移，相對也掌握超乎女性化的角色的權力，因此我認為精神科護士是跨性別的專業角色。而且護士針對病患的性別認知有刻板印象，對於病患性行為的觀點有隱喻的道德歧視，因此常不客氣的警戒過從甚密的男女病患，甚至祭出隔離約束的規訓手段。

護士在專業訓練的素養中有一塊善對病患的溫良滋地，但是在進入臨床環境，在知識與技術尚未純熟之際，面對排山倒海來的現實體制與文化適應，加上臨床學姊強力灌輸的工作風格與信念，新手護士只能選擇關閉心中這塊滋地，催眠自己順應置身的工作環境，配合學姊們訂定出來的護病互動原則，才是生存之道。

我剛來這裡，很怕坐在護理站前面，因為每個病患的要求，我都不知道如何處理，因為學

姊的標準都不一樣，我覺得適應學姊是比較困難的，每個學姊都有自己的想法和脾氣，因此了解這些學姊的習慣，應該比照顧病人來得重要，其實病患的照顧很簡單就是解決他們的日常生活需要，陪伴他們和聽他們的困難；反而要照顧學姊的情緒是比較困難的，我也要學習學姊說話的堅定和果斷，否則他們會怪我一直討好病人，沒有自己的治療界線與原則(1010320小紫護士訪談)。

大眾病房的護理臨床環境形構知識、權力、社會三面向的文化風格，雖然它不足以代表全台灣所有精神臨床的護理文化現象，但是面對同樣的醫療體制與政策所碰撞出的護理現場樣貌，仍是有跡可理解。學生離開學校，像是被輕筆勾勒著護理典範的斷線風箏，面臨護理現場的文化霸權襲捲，世代再複製這套日積月累的護病互動；本文透過觀察與訪談揭開潘朵拉盒子中的精神照護現象，進而跨入實踐與改革的契機。

### 第三節 護士權力與認同政治的概念架構與論述

從上述，護士在護病關係中的權力的內涵與互動，可以理解護病關係中權力的展現，是來自於醫療環境默許的權力位階與專業分境，這權力能量散佈在護士與病患的關係中，如果護士能夠有高度的敏察這種權力關係，能夠讓權力的事實成為照顧病患的主力，而不要淪為壓迫與宰制的理所當然。



圖6.1 護病關係中權力動態

以下圖表更精細說明護士權力的建構來源與意涵，讓護士更清楚釐清這些病房護理活動都蘊藏權力的互動，因此關懷與壓迫就成為一刀兩面的利器，護士必須不斷自我察覺這些常現的護理活動。

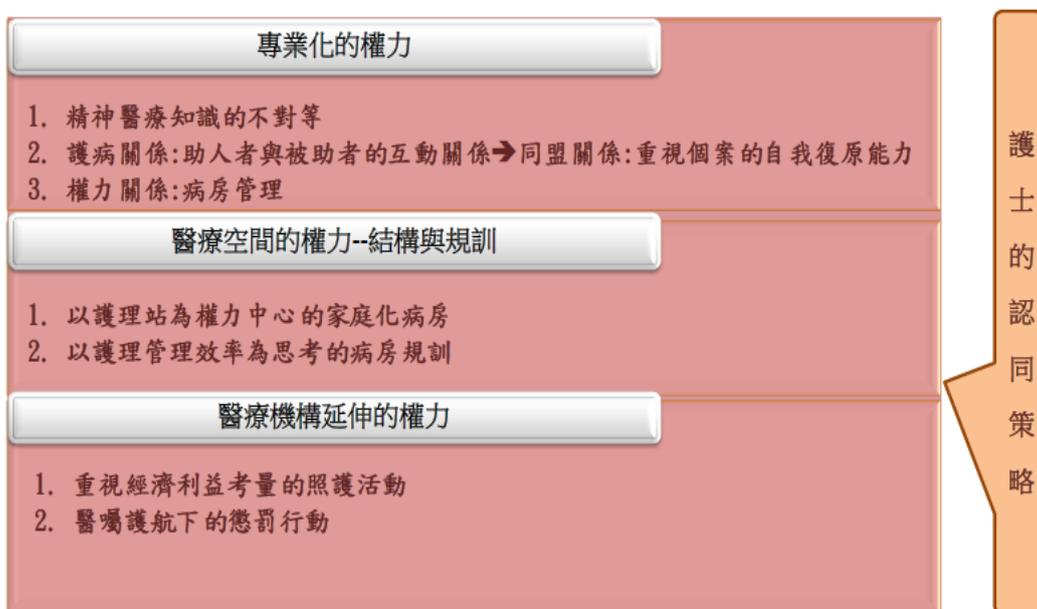


圖6.2 權力現象與認同策略

護士在認同策略上可以選擇反思與跨越現狀，讓自己在專業角色的展現有不同的實踐風格與理想，也可以選擇壓抑忽略這些現象，讓自己局限在窘迫與困擾的專業展現疑惑，或是全然不懷疑的認同醫療體制護航給護士的權力權柄。

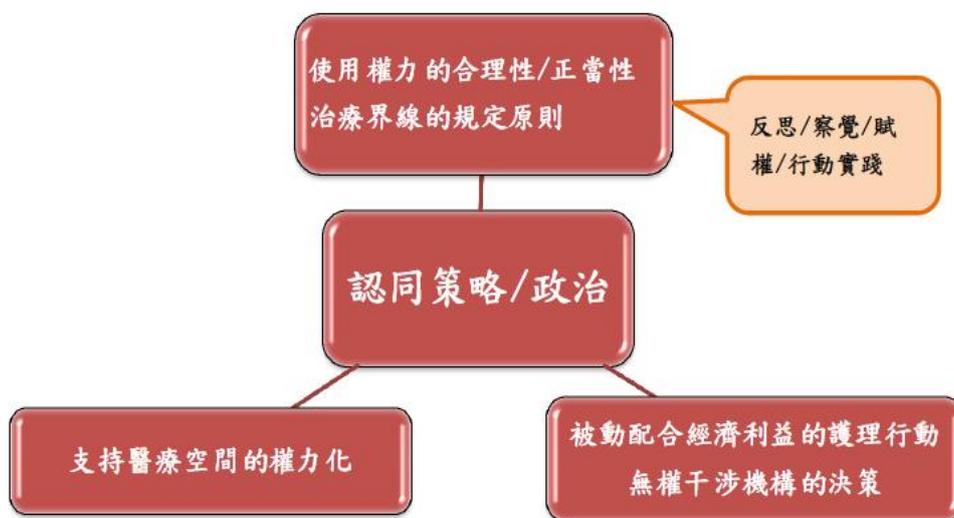


圖6.3 認同策略/政治的內涵與反思

#### 第四節 解構護病關係中權力互動的教育論述

權力觀中對於權力可從三部分談起，包含法理理論、權力壓抑說及權力知識的意識型態三部分。法理理論主要將權力視為一種從屬於經濟的商品或財產，這種統治力是與暴力連結在一起的，通常在國家機制中加以運行。將權力視為商品，主要是從馬克斯的經濟決定論中所發展的，傅柯認為個人不享有絕對的自主性，但是也不認同馬克斯主義所推論的『被結構決定』的概念！傅柯的權力觀延續馬克斯主義的批判觀點，不過卻鬆動了原本結構主義的限制。而佛洛伊德所提出的權力壓抑說，傅柯批評這是否定人性的本質，傅柯轉而提出生產性的權力概念，認為身體在生產機制中、透過時間所形成的勞動力，以及在空間控制上的規訓都是一種生產性的權力關係。因為權力產生知識，若以意識型態觀之，將無法分析權力與知識之間的關係，因為權力行使者往往是某一知識體系的代理人，這樣將無法有效解式權力與知識的關係。因此，傅柯尋找一個隨著時間、歷史、動機相互牽涉的分析方式來加以理解人與社會的關聯。

傅柯認為權力存在所有社會關係是一種「關係的策略」，權力不是有形的商品，可以透過契約交換來轉讓或獲得權力。在資本主義社會中，權力被視為商品，是可以支配與交換的經濟體。在社會契約理論中權力是以讓渡形式存在，在馬克斯主義中權力卻是透過侵奪，有如資本家對無產階級所生產的剩餘價值的侵奪一樣。傅柯反對權力的經濟主義論點，若我們從利益導向來理解權力將無法窺探其全貌，權力不是上對下或是有對無的單向關係。

我在大眾病房進行觀察研究，原本以為護士不願意操作健保給付以外的活動，例如：<sup>69</sup>陪伴病患下棋玩牌等，或是花費更多時間進行會談，是來自於從經濟主義的觀點，護士可能認為這些活動無法換算成更有形的工資利潤，因此逐漸放棄這些與病患建立關係的活動。後來發現，與其他專業領域比較起來，護士對於醫院的利潤是最沒有概念也不感興趣的，他們認為業績獎金分到他們身上時已經剩下蠅頭小利，他們在乎的是班好不好上，病房給的支援多不多。原來，

---

<sup>69</sup>支持性心理治療:利用支持性心理治療技巧，以減輕症狀影響病人的程度，協助精神疾病病人了解疾病及相關治療，應於精神科醫師指導下由精神治療團隊之各專業成員執行。此項活動由醫師開立醫囑，護士執行並寫紀錄備查計價，支付點數97。精神科特別護理（每日）:針對精神科住院病患之行為問題、自我照顧、情緒障礙、知覺障礙、思考障礙等，實施具體的護理照護、協助身體照顧、環境安排、及引導人際互動。本項治療限由精神專科醫師醫囑及簽名才能申報。此項活動也是由醫師開立醫囑，護士執行並寫紀錄備查計價，健保支付點數為129。

醫院巧妙的教育護士這不是他們的工作而是 OT 工作的氛圍下，護士放棄這些增加護病關係機會的活動；逐漸地，這家醫院的護士都不再陪伴病患做活動，轉變成器械化的量生命徵象、給藥與不斷製作各種可以申請付費的紀錄。因此，我認為在精神科護病互動的權力現象，護士的權力有一部份來自於專業、空間與規範的建構，而有一部份來自於護士本身是受迫者的權力延伸。誠如傅柯的觀點，權力不是單向的運作，也不能化約為資本階級的互動關係，而是人在社會脈絡中的動態關聯。

傅柯在論述全景敞視的內在監控與自我規訓現象，大眾病房的護士也是嵌制在這場無時無刻的監控系統中。雖然病房的監視器不是對著護士的行蹤做紀錄，但是護理站本身的透明性也讓病患注視著護士的護理行動，加上護理工作環境空間模糊的界限，護士之間互相監視所產生的壓迫感，也讓護士不斷內我監控媒合自己在病房文化的順應性。受到權力宰制的被規訓者無法得知施力點來自何處，自然無從反擊。也就是說，他們全都在權力的運作之中，或者說他們都在權力之眼上 (eye of power) 的觀看下。每個人都被攬住的機器，那些運作它的人幾乎就是那些它所運作的人(Foucault,1980:156)；顯示出傅柯主張權力處處皆在的理由。權力在無數的點上，以動態且不對等的關係中被施行，每一個人不僅是作用點也是力的施行者，是故，權力成為不被任何人擁有的機制，是主體構成的力量。傅柯嘗試走出一條微觀經驗出發的路，即從歷史考古學的脈絡理解歷史建構與主體實踐之間不斷辯證的關係歷程，以企圖達到解放既有知識的途徑，也就是說，傅柯在不承認客觀真理的前提之下，分別從論述 (discourse) 與知識型 (episteme) 的建構歷程來觀看這兩者與主體形成的相互關係，並且透過對以往權力的解構，以一種有別於傳統法理理論、壓抑說或是意識型態的預設權力觀來加以探討權力關係如何與主體之間發生交流。

本文參照傅柯的權力論述，從大眾療養院的歷史脈絡與大眾病房的轉型過程作為考察權力互動的歷史系譜，逐一勾勒出護病關係的權力輪廓，理解權力的運作是在醫療環境建構下發展出來的互動方式。承應前章節的研究描述，嘗試以「受迫者」觀點進行批判教育論述護士身為受迫者與壓迫者雙重角色，如何察覺與解構這套繁複又詭譎的權力機制運作，最終目標是期待

護士能夠體察醫療結構形成的壓迫現象，而護士可以自我賦權成為自由主體以施展人文關懷的護病關係。

### 一、云云眾護 何來權力

傅柯在《臨床醫學的誕生》認為醫生對病人的注視是權力施展的呈現，因此觀看者的凝視即是主宰者的凝視，而精神臨床環境為解決醫師無法24小時待在病房監控的狀況，將凝視的權力延伸給護理人員，因此精神科護士被授權進行監控的責任。阿圖塞（Althusser）指出國家機器生產的「意識形態」是一種內在化的凝視，藉由對身體的控制（body-snatching）和召喚（interpellation），常迎合執政階級的利益，進而「召喚個體成為特定的主體」。護士置身在這套醫療體系中，扮演將病患規訓化的角色與功能，護士何嘗不是在這個醫療機器中被監控與規訓！

傅柯宣稱「全景敞視」凝視的權力宰制模式已運用到各行各業，甚至已擴展到工廠，學校，兵管，醫院、圖書館和貧民區等。「全景敞視」是權力秩序中一種科技上的發明，而幾乎所有的精神科醫院都將這套全景敞視技術轉型為電腦科技化以及護理常規化；因此精神科病房有一套科技的監視機器隱藏在病房各角落，另外加上護理人員每30分鐘的人工查房常規，對病患的行蹤進行嚴密的掌握。只要是精神護理的專業訓練，這套監控技術就是專業訓練的一環，護士們沒有質疑過這套監控技術本身的爭議與倫理性，他們的出發點原是為了確保病患的安全，後來發現也可以窺視病患的精神症狀作為精神個案病理化的證據；加上近幾年醫療糾紛頻繁，嚴密監控蒐集證據也成為護士保護自己的重要技術。

傅柯的《規訓與懲罰》以歷史考察道出西方統治歷史中暴力、法律、正義及真理的權力關係，這是一部複雜隱密的「權力經濟學」(the economy of power)，統治者巧妙運用此種權力技術，理所當然的建造一般民眾習以為常的「日常生活」框架；事實上在精神科病房也是如此，護士是這一部醫療機器的前鋒者和執行者，即使整體的精神照護背後有一套繁複的知識與權力的再製文化，護士被說服與同化在這套霸權體制中，而躲在深不可視暗處的武影者提供護士使用權力的正當性，因此一場權力管束的護病關係就此找到合理的舞台；加上政策與制度的逐年

嚴苛，護士被變相鼓勵扮演馴化和規訓病患的角色，因此整個病房上演的照顧模式是護士以專業權力支配病患的生活常規。

台灣的護理教育人物典範，從南丁格爾到<sup>70</sup>白寶珠，論述的都是以病患為中心的照護素養，而二位護理典範的特質都是虔誠的基督徒，終生未婚並以照護病患為終生職志的宗教情懷。事實上，這護理典範的形塑建構出社會大眾普遍對護理人員的角色規訓。許多語言與符號，例如白衣天使、善良、關懷、純淨等，這些都象徵社會對護士的期待。西方護理發展的起源與基督教的服務與奉獻有共同交疊的歷史脈絡，這種以基督教精神建構的護理文化，深刻影響台灣護理教育要求護理人員角色被指向不可承受的順服與壓抑。當然，將醫療機器運作的權力型態化為宰制與壓迫的關係，似乎過於簡化其中的複雜運作；事實上，這是意識形態、教育知識、與護士之間複雜多元與矛盾的轉化關係。學校傳授的護理知識與臨床有息息相關，而困難的是護士要選擇與解釋何種的知識與態度運作在臨床實務。專業化本身就是權力的象徵，但是它可以是尊重與關懷的內涵，而不是壓迫與宰制的控制現象。本文以批判與解構的社會教育立場論述護病關係中的權力互動，讓護士在這權力化的醫療空間中啟動對人的尊重與關懷。

## 二、批判教育學在護士身為受迫者的解構論述

本文對於護病關係中權力現象的觀點認為那是醫療結構以空間和策略將護病關係互動權力化，護士置身其中，未能察覺權力與關懷的界線模糊化，本文以批判民俗誌研究企圖揭露精神護理臨床的真實現象，解構階級不平等或是非公義現象的方式，讓護士自我察覺自己在這醫療機構中所承受的結構性控制，以及醫療團體扮演影武者角色並技術性讓權力延伸，操弄護士扮演執行者或是壓迫者。護士自我察覺到行動實踐，在於護士透過權力的批判進而自我賦權，教育論述扮演思考、解決問題與知識生產的功能，護理行動變革相對創造不同的醫療互動結構，最重要是回到護理教育的實踐宗旨，即是對「人」專業化的服務與關懷。

Cole, M.(2008)提出護病關係一直被強調是護士與病患的合作同盟的治療關係，雙方是在平

---

<sup>70</sup>白寶珠（本名：Marjorie Ingeleiv Bly，1919年—2008），是美國傳教士，也是一位護士，又稱白姑娘。1941年畢業於美國 Saint Olaf College，1952年來台為台、澎癩瘋病患服務至2008年，曾當選澎湖榮譽縣民、好人好事代表、第四屆醫療奉獻獎，更於2007年獲紫色大綬景星勳章。近年來，護理教育的人物典範常以白姑娘長年在澎湖照顧癩瘋病患的點滴故事，論述護理的專業精神與人文素養。

等平權的位置上進行治療性互動，但是在醫院臨床結構中卻察覺治療關係中權力的不平等互動，這個現象剝奪病患自我賦權的機會，並傷害病患的復原能力，也是對病患的再度歧視與汙名化。參考 Paulo Freire 的批判教育哲學中隱含著批判性語言和可能性語言，批判教育學將教育視為政治活動並戮力於新教育社會學的運動，分析與批判學校教育背後隱藏的意識型態和霸權，也賦予學校教育積極的能動意義，將學校視為達成社會轉化與解放的場所。由於批判教育學同時強調解構霸權的重要，並正視與彰顯主體改變現實的能動性，可謂在結構和主體之間搭建起一道溝通的橋樑。應用在精神護理教育的批判教育論述中，對於醫療結構的權力分配不均以及專業位階之間的經濟宰制，護理的教育立場應該透過自我與環境結構的社會關聯進行批判性教育訓練，護士得以認知到自身的真實處境，並產生對抗非公義的意識，進而採取行動改變這個世界（Weiler, 1988：17-18）。Freire（1972）對教育賦予積極性的解放意義，認為傳統教育有如銀行囤積型（banking education）的授課型態，學生只能被動地接受、儲存、堆積知識，這樣的知識不但容易造成學生疏離感，抹滅其自覺與價值，而且只呈現主流文化的觀點。因此主張教育應是為改變和批判意識形態而教，教育目的在使受教者得以對自身的處境產生「意識覺醒」的反思，而教師也要時時進行自我反省的工作，以瞭解自身意識型態背後的預設知識立場。

根據護理教育設立護理學生養成的核心素養中，強調學生批判性思考能力的養成，因此，在學校教育的專業訓練規劃中，除了重視專業化的知識與技術訓練，也應該讓學生理解現有醫療結構的環境生態，以及護士置身在照護位置上面臨的困境，以批判與賦能方式創育可以面對環境挑戰的先備知識與能力。傳統的護理教育型態，在課室教授專業知識與案例情境運用，再到臨床進行實務訓練並將學理致用於真實案例，以發展出照護的行動能力；站在保護學生的立場，教師們鼓勵學生體會護理的工作意義卻避免談論醫院現實結構的功利與挑戰，害怕學生不夠成熟而選擇脫離職場。

在大眾病房的一位實習老師說，我知道病房的護士都很容易發脾氣，學生也會疑惑問我為什麼學姊都常常拒絕病患的要求。我總是鼓勵學生思考學姊這個態度背後的理由是甚麼，雖然我也不太認同這護士的態度，但是我有責任讓學生正向思考這個現象，而不要對臨床護士產生反感。

而我自己在大眾病房帶學生臨床實習時，一位在內外科的在職學生也分享：我第一次到精神科病房，竟然見到護士可以如此指責病患，我為之傻眼，這是在內外科無法想像的狀況，精神科病患或許是相對弱勢，但是無法想像可以這樣對待病患…。這位學生在實習結束時的學習回饋是：如果我有機會重新選擇，我會選擇精神科，因為我發現病患很容易依賴護士，因此在護病關係中護士很容易取得病患全然的信任與服從，如果護士能夠善用這樣的權力關係，我相信可以提供給病患更多的幫助，因為他們是如此的需要我和信任我。

這位學生的分享給我蠻強的震撼，是呀！權力可以施化為關懷也可以濫用為宰制，全看護士手中如何揮使這把權力的工具；病患對我們這麼信任，為何我們不善用這樣的信任關係，以發揮創造精神科護理的典範與美學。在病房慣有的護理結構與文化中，需要更多的他者來警醒我們。多包容批判性的觀點有助於護士突破現有窠臼，不斷開創工作的精神價值。

### 三、典型在夙昔--精神護理生涯圖像的重構與反動

如果學校所推崇的護理典範背後充斥不可承受的宗教情懷，對於護理學生有著高不可攀的挫折感，參照台灣精神護理發展的本土化歷史，是否可以重構台灣精神科護士的生涯圖像，訪談台灣資深的精神科護士，他們剛好見證台灣從國民政府遷臺時代到當今評鑑新制時代，精神醫療的整體發展史。從他們的職涯經驗中描述的精神科護士的工作內涵，啟發各世代思考精神科護士應有的工作倫理與典型。

目前引領精神科護士專業發展的二個專業團體是台灣護理學會和中華民國精神衛生護理學會，他們共同建構精神衛生護理師應有的六大能力指標，並在全台北中南與東部舉辦各式研討會，企圖強化精神科護士的專業與實務能力，也舉辦精神衛生護理師與社區精神衛生護理師能力的認證考試。這些專業團體從專業教育與實務化的立場用心提供精神科護士各種的臨床發展專業資源，但是弔詭的現象是這些專業團體形同另一種宰制壓迫形式，讓精神科護士必須多付出一些精力應付在專業發展的在職教育時數與認證過程。精神科專業團體必須關注的是這些教育訓練與認證過程可否可以對價成實質的經濟與權力的提升；依經濟主義的概念，經濟與物質力量可以改變權力位階的關係，醫師在醫療團體擁有宰制的權力位階是來自於有豐厚經濟分

配作為支撐；如果護士的專業能力也可以對價成這些物質與權力的獲得，我認為，專業發展的訓練會成為護士自我成長與專業實踐的利基。

另一個有趣的現象是醫院評鑑與健保給付的緊縮，是相對有效控制醫師團體在醫療結構中過度擴張的權力，反而讓護理團體得到權力分配的昇漲，但是護理團體未察覺這套有效權力平衡機制，反而配合醫師團體或是其他醫療專業團隊，放棄應爭取的專業發展權益，相形更壓縮基層護士的工作空間。在大眾病房看見的是護士情緒失控的管束病患的行為，而其他專業團體可以繼續維持優雅的專業形象。國家機器的機關或是政策提供護理團體爭取專業的權益，但是在醫院內部組織的運作上，護理管理者似乎做了某些妥協與退讓。

最近台灣護士的出走潮，可以反映是基層護士在得不到充分資源下的反動改革，連最頂尖的台大醫院或台北榮總醫院都陷入嚴重的護士荒，這是權力互動下受宰制者的革命行動，護士的行動出走直接挑戰權力掌握者的統治地位，抗爭醫療霸權文化的實踐策略即是不再被這些統治者摸頭，醫院管理者依往例以加薪、提升人力比、以及減少非照護性的工作等口號，安撫護士的情緒以便繼續穩固他的治理權；而<sup>71</sup>衛生署發現今年多提撥經費給醫院以便改善護士工作環境的 20 億，多家醫院並沒有使用在護士身上。

大眾病房在面對這波護士荒的策略先是將病房大廳的中間搭建一道隔絕性別互動的牆，以降低護士監控病患互動的工作壓力；但是半年內，擋不住護士的離職潮，目前允諾病房以人力不減的狀況下關掉十床住院床，但是會計成本計算這個策略會讓大眾病房每個月損失近百萬的收入，因此醫院與護士雙方都在觀望對方的行動意圖以決定下一步的反制行動。沉默的受迫者選擇向世界發聲，是走出壓迫關係的關鍵，只是他們身為受迫階級難以自覺何種對待才是合理的互動關係，因此，護士與醫療團體交涉的結果，往往是得到蠅頭小利的輸家，繼續待在受壓迫階級而無聲無息。

---

<sup>71</sup> 衛生署今年 20 億專款給付主要分 3 部分，包括補助醫院增聘護理人員 7.5 億元，其中以離島跟偏鄉醫院補助較多，另外還有醫院每月的護理人力符合評鑑標準 12 億獎勵，以及 0.5 億是用在獎勵達到護理品質指標。不過民間團體說，過去 3 年衛生署共編 26 億專款要用在護理人員身上，但實際上都被醫院挪為它用(公視新聞網)。

艾波(Michael Apple)相信人類面對文化霸權不會被動式的接收知識，人的主觀能動性可以創造實用的知識(卯靜儒，2005)。護士面對醫療文化霸權以自我本身的能動性與這個醫療知識之間產生辯證的過程進而行動化。葛蘭西認為實踐是想改變現實與歷史的人的一種行動策略；護士的出走革命在台灣醫療界遍地開花，過去在醫療結構最獲益的醫師團體，也啟動醫師跟著以出走行動抗爭醫院評鑑與健保制度所產生的權力壓迫，以及逐漸惡化的醫病關係。護士與醫師離職潮，造成醫院不斷關床關門診，而影響到公民的醫療權，醫療機關以亡羊補牢策略訂出補助辦法，衛生署解決人力荒的策略，甚至考慮使用沒有證照的護士或是華僑醫師。階級權力層層壓迫下，讓曾經穩如泰山的醫療結構權力階級面臨大崩盤，或許可以視為重新建構醫療專業權力關係的轉機。

#### 四、自我敘述的啟動 --- 教師介入職場輔導的行動規劃

台灣的護理教育可以分野為技職教育與大學教育分由技職司與高教司管理。台灣各家醫學院的護理系隸屬高教司，幾乎是引領台灣護理教育的主流地位，而技職護理教育被視為是非主流化甚至被邊緣化的他者。鍾聿琳(2004)指出技職體系的護理教育目標是培育臨床的實務人才。護理主流體系的專家們建議評鑑指標以革新技職護理系的課程架構與臨床指導，提升技職護理系學生的專業品質。我認為護理教育本身就是技職導向的教育訓練，即使隸屬高教司管理的大學護理系，其課程設計也是傾重於臨床實務的訓練。

鍾聿琳(2004)對技職護理教育的發展提出的建言是:提升臨床教學品質、培養學生社會正義能力、開發多元技能整合學程、強化老師實作與教學能力、強化人文素養栽培以及遠距教學的科技運用；這是一位站在護理教育主流位置，將技職護理教育視為他者的評價。技職護理系在身為受壓迫者的主流教育體系中，不斷的被挑戰進而不斷進行課程革新與開創，逐年趕上大學護理系的教學水準，因此二者從差異變成同一，培育出來的學生能力在職場表現上具有相同的品質。鍾聿琳提到大學護理系學生在人文素養與正義能力的培養尚稱不足，更遑論技職護理系的學生?這是對技職護理教育與學生的文化歧視與汙名標籤化，突顯高教司與技職司二者在教育霸權文化中所進行的社會位階再製現象。

教育部針對護理教育革新與評鑑成立台灣護理教育評鑑委員會（TNAC），進行嚴謹正式的系統性、定期性、和持續性的評鑑工程，企圖引導護理教育培養的護理學生能夠在護理產學界發揮高品質的臨床照護和專業能力。這套評鑑制度的核心思想就是規制學校要培育出懂得從心而發的照顧病患的專業護士；將護理教育課程訂出八大核心素養，內容為：批判性思考能力、一般臨床護理技能、基礎生物醫學科學、溝通與合作、關愛、倫理素養、克盡職責性與終身學習等八大項。台灣所有學校的護理系，為了這八大素養全面革新課程，努力將八大素養融入課程中。這八大素養成為護理教育規範性的指標，對於護理老師而言，如何設計課程與如何教成為教育專業成長的新挑戰，教育部TNAC評鑑形成一股動力讓護理教課程進入革新與創化的歷程。

TNAC 相信護理老師具備專業性知識之外，還要懂得如何將專業素養融入課程中，讓學生學習到護理教育之美。TNAC 也相信孩子在學校接受優良基質的餵養，孩子自然有能力抵抗臨床惡劣環境並自樹其工作的理想與風格。護理教育的人文素養能力強調對學生進行藝術性與美學性的栽育，透過美學教育讓人的自由性茁壯。

無論西方或台灣的護理教育因為繁重的實習課程，讓護理專業養成過程投資更多的教育成本。很可惜的是，台灣護理學校培養出來的學生像是專業飽滿的萌芽種子，進入臨床這個嚴苛生存挑戰的惡地，有一部份學生無法適應這塊惡地的考驗枯竭而死或臨陣脫逃，有一部分學生為適應這惡劣環境而畸形發展，在大眾病房中的護士們，其實就是為生存而展現出如此扭曲的專業形貌。事實上，目前護理工作的專業發展著重護士的技術性與效率性，而忽略人與人互動的倫理性。參考護理人員全聯會 101 年五月的統計數據，領有護理執照的人數約 23 萬，但是目前從事護理執業者約有 13 萬人，執業率約 59%。全聯會設有諮商輔導的組織協助護士處理醫療糾紛與法律諮詢，也會舉辦一些休閒戶外活動以促進護士身心健康，但是執業護士使用此資源的人數不多；醫院護理主管部門也會提供護士在工作困境上的心理支持與工作指導，但是雙方的從屬關係，護士無法感受到安全的支持與接納。

教育部希望技職護理教育能夠與大學護理教育在教育目標與方向有不同的區隔性，而

TNAC 又定義技職護理教育是要培育臨床實用的人才，事實上台灣臨床護士有 80%都來自於技職護理系；如何讓學生從離開校園後，成功轉型為適應良好的護理人才，技職教育讓學生專業社會化有其重要的使命。

本文從護病關係的權力現象與認同政治論述到護士只是被醫療機器宰制的受迫者，護士如何從這綿密的權力技術與互動中破穎而出，成為精神自由的護理工作者；校園的教育互動與輔導關懷僅止於校園，學生離開校園後，只能憑藉個人的資質與際遇而發展；學校對於畢業校友進行職場專業社會化的行動關懷與輔導機制的建立，可以有效協助學生在職場的適應性。技職護理教育的評鑑重視學生專才養成與應用的功效，這技術理性社會將學生職場就業率視為很合算的經濟投資，國家將技職教育視為推動社會與經濟發展的一個關鍵性因素。這套有效的投資報酬率符合護理教育最初的宗旨，即是成為可以服務與照護身心靈受苦的人，而客觀的計算方式即是職場的就業人數。

許多護士認為在臨床的表現是操之在己與學校教育關係不高，能夠在臨床生存視個人的人格特質、做事態度與責任感而定。護理人員視護理教育在專業發展的位置是邊緣化的立場，學校必須反省在護理專業化的歷程所扮演的角色。護理教育的發展趨勢出現典範轉移，所有的課程設計強調以學生為本位的主動學習，教學與臨床實務的「最後一哩」(last mile)銜接計畫，即是讓學生在離校前夕進入職場接受訓練，在學校教學的架構下讓學生提早面臨臨床的現實考驗，讓學生可以順利脫胎換骨成為精神獨立的護理人員。

剛開始進入職場，感知一片混沌，學生對蜂擁而至的學理與技術難以消化，無法期待學生有能力辨識醫療環境的文化特性，更無法期待學生的反省與正義能力。學校與醫療機構只著重學生技術的成熟化，因此學生所置身醫療環境的工作倫理與權力正義需要有外力介入以啟動學生反思醫療環境制度的倫理性。艾波對於認同政治與社會意識啟蒙運動的看法，建議讓報導人以敘述方式啟動其自我生成意識，認同政治就是對置身的社會政治與文化宣稱「我是誰」的發聲過程，就由自我提問「我是誰」所引發的敘述流，已經關切報導人所理解的意義世界以及認同生產的場域。

學校以行動介入對畢業校友在職場環境的敘述訪談，讓敘述訪談成為一種自我探究與解構的工具，有助於護士們釐清是非不明的病房文化與權力結構，當護士成為精神自由人，自然有能量解構與轉化這些宰制與壓迫現象而回歸照護中護士與病患互動的倫理性。

## 五、自我察覺與賦權的開創

賦權概念(empowerment)的發展源於批判教育的學者Paulo Freire，他以對話性的教育(dialogue pedagogy)與提問的方式(problem-posing)，透過互動與省思來增進他們對自身所處情境的自我察覺，提升問題解決能力，增進對社會生活的控制，進而有能力抵抗非公義的體制壓迫。Freire強調賦權的目的是讓個體或群眾產生批判意識覺醒，並結合反思與行動的實踐過程以除去壓迫與被壓迫關係的社會變革(張麗春、李怡娟，2004)。Gibson(1991)指出賦權著重過程更甚於結果，它是社會行動的過程，提升個體與社會關係連結的反動，以獲得合理的個體與社會的對話與互動平台。賦權過程是傾聽、對話、反思、行動四者交替進行，傾聽與對話可以彰顯個體的主體意識，並反思察覺環境結構的壓迫，進而採取行動取得在環境的自我控制權，以達到有效的改變。在護理照護體系，賦權概念常用於弱勢病患或是慢性病患的護理處置概念中，透過平權互動讓病患參與和決定自己自己的照護計畫，有效於病患對自己的健康照顧負責任與自我管理(劉美吟、戴研光、洪薇雯、謝明家、王瑞霞，2010)，甚至運用Freire的對話教育方式提升癌症病患對醫療行動與生命價值的自我效能(張麗春、李怡娟、劉心潔，2004)。至於護理教育或是臨床實務的護士專業社會化過程，也常運用賦權的概念提升護是在工作上的效能與滿意度(張麗春、顏婉娟、呂素英，2006；張麗春，2009)。

我在完成本文的第四章與第五章，邀請大眾病房的護士小淑閱讀此文以檢證研究結果的內部信效度，小淑在閱讀完後，給予的回饋是：

我在讀這些內容，常常會會心一笑，這些內容就是我在病房會發生的對話情節，所以讀起來感覺很熟悉，而且似乎就是會發生在我身上的事件。有幾段讀到時真的一直冒冷汗，我自己以為對病患好的處理方式，現在才發現那是站在護士的立場所作的規定，原來我們的許多堅持和規定，其實都是為了護士的需要而訂立的，我現在才發現。這篇研究對我最大的收穫，就是

我重新去思考我以為習慣的事，我想做一個關懷病患的好護士，精神科是最強調人的關懷與價值的科別，這是我當初會選擇精神科的原因，但是不知不覺，我陷入到這些規定中，不假思索的訓誡病患，我以為是為病患好讓他學習社會適應，卻忽略他的感受。這幾天我一直在想這個問題，後來我釐清了我的感受，我認為一個制度或是規定都是硬梆梆的在那裏，最重要是我要用甚麼態度去對待我的病患，或許病房有些規定是為了護士管理方便而設立的，是為了減輕護士的負擔，但是下次，我會試著讓病患了解為什麼會有這些規定，如果他學習等待對他的幫助是甚麼，這個共盟的關係是我想要有的關係。護士常常忙碌地無法反省這些規定地導致很機械性的執行這些規範，像最近病房在捉偷藏菸的病患，最後搞到護士和病患諜對諜的關係，病患甚至撻話要找護士算帳，我一直想應該是回到原點去思考，病患為什麼要偷藏菸？藏菸哪裡不好？我們應該理解與處理的是病患的菸癮需求，而不是各自設下心防不信任對方。這篇研究剛有機會讓護士反思，病房這些規定本身有其脈絡可循，最重要的是不要遺忘以病人為中心的最初信念。

小文是另一家醫院的精神科護士，邀請他閱讀此文以確證研究結果的外部信效度時，小雯提到：

我在精神科病房很久了，也很習慣病房這些生活規範的規定，這個研究讓我恍然大悟原來這些規定是為了護士的需要而設定的，真的是有趣的見解，我才重新反思這個問題，是呀，病房很多規定都是為了讓護士工作方便而設定的，其實根本不是考慮到病患的立場…，文章中提到病房的空間設置，我一直認為就是這樣環境，全台灣哪家精神科醫院不是層層上鎖？護理站都是架起壓克力窗？還有那家庭化的空間安排？我從沒有想過這些環境安排與權力有關，也沒有想過那是為了保護護士的治療環境？我覺得這篇文章有趣的地方是裡面講的事情，我都很熟悉，當然也有不同的地方，例如：我們會互相幫忙，不會要病患甚麼都找主護護士，讀完後，確實讓我有不少的衝擊和新的想法，這應該就是reflection！

這篇文章扮演增能賦權的啟蒙，研究目的期望透過這場護理現場的活動紀錄，讓護士以客觀的閱讀者再度進入他熟悉的場域，凝視故事中的情節與參照自己的經驗，在這對話平台，護

士能夠看見陳苛已久的偏見，重新為自己的護理行動開創能量與價值。後現代主義認為護病關係已經轉型為解構、去中心、多元、互為主體性的夥伴關係(郭嘉琪、金繼春、周汎濫，2012)。目前護理界欣然接受這個夥伴關係的概念，認為這個概念的轉向是賦權病患有更強大的功能決策自己的健康照顧，但是在精神臨床現場，因為治療環境的傳統空間以及病患疾病的屬性，夥伴關係僅淪於口號，護士在護病關係的互動立場還是掌握較多的資源與控制力。坦承的面對真相才是解決護理人文困境的開端!



## 參考文獻

- Abderhalden, C., Needham, I., Dassen, T., Halfens, R., Fischer, J. E., & Haug, H. J. (2007). Frequency and severity of aggressive incidents in acute psychiatric wards in Switzerland. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 3, 30.
- Adrian Jones(2006) Multidisciplinary team working: Collaboration and conflict *International Journal of Mental Health Nursing* (2006) 15, 19 – 28.
- Altuntas, S. & Baykal, U.(2010). Relationship between nurses' organizational trust levels and their organizational citizenship behaviors. *Journal of Nursing Scholarship*, 42(2), 186 – 194.
- Altuntas, S. (2008). *The relationship between nurses' organizational trust levels, and their personal – professional characteristics and organizational citizenship behaviors*. Unpublished doctoral thesis, Health Sciences Institute, Istanbul University, Istanbul, Turkey.
- Anderson, G. L.(1989a). Critical ethnography in education: Origins, current status, and new directions. *Review of Educational Research*, 59(3), 249-270.
- Anderson, G. L.(1989b). *The Management of Meaning and the Achievement of organizational Legitimacy: A Critical Ethnography of the Principalsip*. (Eric Document Reproduction Service No. ED306663) .
- Andes, M., & Shattell, M. M. (2006). An exploration of the meanings of space and place in acute psychiatric care. *Issues in Mental Health Nursing*, 27, 699 – 707.
- Angela M. Gerolamo, A.M.(2009). An Exploratory Analysis of the Relationship Between Psychiatric Nurses' Perceptions of Workload and Unit Activity. *Archives of Psychiatric Nursing*, Vol. 23, No. 3, 243 – 250.
- Arrigo, B. A., & Williams, C. R. (2000). The ethics of advocacy for the mentally ill: Philosophic and ethnographic considerations. *Seattle University Law Review*, 24(2), 245 – 295.
- Avery, G. P. (2000). *Caregivers' experiences of seeking community-based health care for elderly family members in decline health*. Unpublished doctoral dissertation, Georgia State University, Atlanta.
- Ballantine, J. H.(2001). *The Sociology of Education – A Systematic Analysis*(5<sup>th</sup> ed.). N.J.: Prentice Hall.
- Barab, S.A., Thomas, M.K., Dodge, T., Squire, K., & Newell, M.(2004). Critical design ethnography: Designing for change. *Anthropology and Education Quarterly*, 35(2), 254-268.
- Barker, P.(1999). *The philosophy and Practice of Psychiatric Nursing*. Churchill Livingstone London.
- Barker, P., & Rolfe, G.(2001). Psychiatric nursing and organizational power: rescuing the hidden dynamic. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8, 173-188.
- Baumbusch, J.L.(2011). Conducting critical ethnography in long-term residential care: experiences of a novice researcher in the field. *Journal of Advanced Nursing*, 67(1): 184-92.
- Behavioral healthcare today: 2005 annual survey. Washington, DC: Author.
- Best, M. F., & Thurston, N. E. (2004). Measuring nurse jobsatisfaction. *Journal of Nursing Administration*,

34(6), 283 – 290.

- Bhattacharya, C. B., Rao, H., & Glynn, M. A. (1995). Understanding the bond of identification: An investigation of its correlates among art museum members. *Journal of Marketing*, 59, 46-57.
- Bowden, P. (2000). An “ethic of care “in clinical settings: Encompassing “feminine” and “feminist” perspectives. *Nursing Philosophy*, 1, 36-49.
- Bradley, H.(1996). *Fractured identities: Changing patterns of inequality*. Cambridge: Polity Press.
- Brown, L. S. (1994). Boundaries in Feminist therapy: A conceptual for mutation. *Women and Therapy*, 15,29-38.
- Caldwell, P.H. (2003). *Lives of rural women after myocardial infarction: A critical ethnography*. McMaster University (Canada) doctoral dissertation – research.
- Cameron, D., Kapur, R. & Campbell, P. (2005). Releasing the therapeutic potential of the psychiatric nurse: a human relations perspective of the nurse – patient relationship. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12, 64 – 74.
- Capone, C. (2009). *Voices from the frontline: Findings practical considerations of a critical ethnographic study*. University of Washington). ProQuest Dissertations and Theses.
- Carspecken, P.F. (1996). *Critical Ethnography In Education Research: A Theoretical and Practical Guide*. Routledge, New York NY.
- Carspecken, P.F. (2001). Critical ethnographies from Houston: Distinctive features and directions. In Walford, G. & Carspecken, P. F. (Eds.) *Critical Ethnography and Education*. Oxford, Elsevier Science.
- Carspecken, P.F.(2001). Critical Ethnographies from Houston: Distinctive Features and Directions. In P.F. Carspecken & Geoffrey Walford(eds.), *Critical Ethnography and Education*, Volume 5. UK: Elsevier Science Ltd.
- Center for Mental Health Services. (2004). In R. W. Manderscheid,& M. J. Henderson (Eds.), *Mental health, United States, 2002*. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (DHHS Publication No. SMA 3938 National Association of Psychiatric Hospital Systems. (2006).
- Chang, Yin-Kun.(2005). Through Queers’ Eyes: Critical Educational Ethnography in Queer Studies. *The Review of Education, Pedagogy, and Cultural Studies*, 27, 171-208.
- Clancy, A., & Svensson, T. (2007). Face with responsibility: Levinasian ethics and the challenges of responsibility in Norwegian public health nursing. *Nursing Philosophy*, 8(3), 158-166.
- Cleary, M. (2004). The realities of mental health nursing in acute inpatient environments. *International Journal of Mental Health Nursing*, 13, 53–60.
- Cleary, M., & Edwards, C. (1999). ‘Something always comes up’ : Nurse-patient interaction in an acute psychiatric setting. *Journal of Psychiatry Mental Health Nurse*, 6, 469 – 477.
- Cook, K. E. (2005). Using critical ethnography to explore issues in health promotion. *Qualitative Health Research*, 15(1): 129-38.

- Dean, K. (1997). *Politics and the ends of identity*. Aldershot: Ashgate.
- Demircan, N., & Ceylan, A. (2003). The concept of organizational trust: Reasons and results. *Journal of Management and Economy*, 10(2), 139 – 150.
- Dharmendra, M. S., & Eagles, J. M. (2002). Factors associated with patients' knowledge of and attitudes towards treatment with lithium. *Journal of Affective Disorders*, 75(1), 29 – 33.
- Dutton J. E., Dukerich, J. M., & Harquail, C. V.(1994). Organizational images and member identification. *Administrative Science Quarterly*, 39, 239-263.
- Ellemers, N., Gilder, D. D., & Haslam, S. A. (2004). Motivating individuals and groups at work: A social identity perspective on leadership and group performance. *Academy of Management review*, 29(3), 459-478.
- Elsbach, K. D., & Bhattacharya, C. B.(2001). Defining who you are by what you' re not:Organizational disidentification and the National Rifle Association. *Organization Science*, 12(4), 393-413.
- Foley, D. E.(1991). Rethinking school ethnographies of colonial settings: A performance perspective of reproduction and resistance. *Comparative Education Review*, 35(3), 532-551
- Forchuk, C. (1992). The orientation phase of the nurse-client relationship: How long does it take? *Perspectives in Psychiatric Care*, 28(4), 7 – 10.
- Forchuk, C. (1995a). Uniqueness within the nurse-client relationship. *Archives of Psychiatric Nursing*, 9(1), 34 – 39.
- Forchuk, C. (1995b). Development of nurse-client relationship: What helps? *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 1(5), 146 – 151.
- Forchuk, C., & Brown, B. (1989). Establishing a nurse-client relationship. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 27(2), 30 – 34.
- Forchuk, C., Westwell, J., Martin, M., Bamber-Azzopardi, W., Kosterewa-Tolman, D., & Hux, M. (2000). The developing nurse-client relationship: Nurses' perspectives. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 6(1), 3 – 10.
- Forchuk, C., Westwell, J., Martin, M., Bamber-Azzopardi, W., Kosterewa-Tolman, D., & Hux, M. (1998). Factors influencing movement of chronic psychiatric patients from the orientation to the working phase of the nurse-client relationship on an inpatient unit. *Perspectives in Psychiatric Care*, 34(1), 36 – 43.
- Foreman, P., & Whetten, D. A.(2002). Members' identification with multiple identity organizations. *Organization Science*, 13(6), 618-635.
- Foster, C., Bowers, L., & Nijman, H. (2007). Aggressive behavior on acute psychiatric wards: Prevalence, severity and management. *Journal of Advanced Nursing*, 58(2), 140 – 149.
- Foucault, M. (1988). In Lawrence D. Kritzman (ed.), *Michel Foucault: Politics, philosophy, culture*. New York: Routledge.
- Foucault, Michel (2003). *The Birth of the Clinic*. London: Routledge

- Frank, A. F., & Gunderson, J. G. (1990). The role of the therapeutic alliance in the treatment of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 47, 228-236.
- Frueh, B. C., Knapp, R. G., Cusack, K. J., Grubaugh, A. L., Sauvageot, J. A., Cousins, V. C., et al. (2005). Patients' reports of traumatic or harmful experiences within the psychiatric setting. *Psychiatric Services*, 56(9), 1123 – 1133.
- Gabbard, G. O. (1996). Lessons to be learned from the study of sexual boundary violations. *American Journal of Psychotherapy*, 50, 311-322.
- Gastmans, C. (1998). Interpersonal relations in nursing: A philosophical-ethical analysis of the work of Hildegard E. Peplau. *Journal of Advanced Nursing*, 28(6), 1312-1319.
- Gelkopf, M., Roffe, Z., Behrbalk, P., Melamed, Y., Werbloff, N., & Bleich, A. (2009). Attitudes, opinions, behaviors, and emotions of the nursing staff toward patient restraint. *Issue in Mental Health Nursing*, 30(12), 758 – 763.
- Giddings, L.S. & Wood, P.J. (2004). Critical ethnography, the theory of social practice and Pierre Bourdieu: an interview with Marion Jones. *Nursing praxis in New Zealand*, 20(1): 4-14.
- Gilligan, C. (1996). *In a different voice*. London: Harvard.
- Glen, S. (1998a). Emotional and motivational tendencies: The key to quality nursing care? *Nursing Ethics*, 5(1), 36-42.
- Glen, S. (1998b). The key to quality nursing care: Towards a model of personal and professional development. *Nursing Ethics*, 5(2), 95-102.
- Glen, S. (1998b). The key to quality nursing care: Towards a model of personal and professional development. *Nursing Ethics*, 5(2), 95-102.
- Grant, V. J., & Briscoe, J. (2002). Everyday ethics in an acute psychiatric unit. *Journal of Medical Ethics*, 28(3), 173 – 176.
- Haber, J., & Billing, C. V. (1995). Primary mental health care: A model for Psychiatric-mental health nursing. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 1(5), 154-163.
- Haglund, K, von Knorring, L & von Essen, L (2006). Psychiatric wards with locked doors -- advantages and disadvantages according to nurses and mental health nurse assistants. *Journal of Clinical Nursing*, 15(4), 387-394.
- Haglund, K., Knorring, L. V., & Von Essen, L. (2006). Psychiatric wards with locked doors – advantages and disadvantages according to nurses and mental health nurse assistants. *Journal of Clinical Nursing* 15, 387 – 394.
- Haglund, K., Von Knorring, L., & Von Essen, L. (2003). Forced medication in psychiatric care: Patient experiences and nurse perceptions. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10(1), 65 – 72.
- Halis, M., Gokgoz, G. S., & Yasar, O. (2007). Deterministic factors in organizational trust and a case study in banking sector. *Journal of Social Sciences*, 17, 187 – 205.

- Hall, S. (1992) The question of cultural identity. In Stuart Hall, David Held, and Tony McGrew (Eds.), *Modernity and its futures* (pp. 273-325). Cambridge:Polity Press.
- Hall, S. (1997) The work of representation. In Stuart Hall (Ed.), *Representation: Cultural representations and signifying practices* (pp. 13-64). London:Sage.
- Hanrahan, N.P. and Gerolamo, A.M. (2004). Profiling the hospital-based psychiatric registered nurse workforce. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 10, 282-289.
- Happell, B. & Koehn, S.(2011). Impacts of Seclusion and the Seclusion Room: Exploring the perceptions of Mental Health Nurses in Australia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 25(2), 109-119.
- Hardcastle, M.A., Usher, K., Holmes, C. (2006). Carspecken's five-stage critical qualitative research method: an application to nursing research. *Qual Health Res*, 16(1),151-61.
- Harrowing, J.N. & Mill, J. (2010). Moral distress among Ugandan nurses providing HIV care: a critical ethnography. *International Journal of Nursing Studies*, 47(6), 723-31.
- Henderson, A(1994). Power and knowledge in nursing practice: the contribution of Foucault. *Journal of Advanced Nursing*, 20, 935-939.
- Hoekstra, T., Lendemeijer, H. H. G. M., & Jansen, M. G. M. J. (2004). Seclusion: The inside story. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11(3), 276 - 283.
- Hoge, S. K., Lidz, C. W., Eisenberg, M., Gardner, W., Monahan, J., Mulvey, E., et al. (1997). Perceptions of coercion in the admission of voluntary and involuntary psychiatric patients. *International Journal of Law and Psychiatry*, 20(2), 167 - 181.
- Holmes D(2005) Governing the captives: forensic psychiatric nursing in corrections. *Perspectives in Psychiatric Care*, 2005 Jan-Mar; 41 (1): 3-13.
- Holmes, D., Kennedy, S. L., & Perron, A. (2004). The mentally ill and social exclusion: A critical examination of the use of seclusion from the patient's perspective. *Issues in Mental Health Nursing*, 25(6), 559 - 578.
- Houlihan, G. D.(2000). The nurse' s piwer to detain informal psychiatri patients: a review of the stutory and common law provisions in England and Wales. *Journal of Advanced Nursing*, 32(4), 864-870.
- Ilies, R., & Judge, T. A. (2003). On the heritability of job satisfaction:The mediating role of personality. *Journal of Applied Psychology*, 88(4), 750 - 759. doi: 10.1037/0021-9010.88.4.750.
- James P. Spradley, J. P. (1980). *Participant observation*. NY: Holt, Rihehart, and Winston.
- Janna, S. H.(2006).Here I am Now ! Critical ethnography and community service-learning with immigrant and refugee undergraduate students and youth. *Ethnography and Education*, 1(1), 67-86.
- Jordan, S., & Yeomans, D. (1995). Critical ethnography: Problems in contemporary theory and practice. *British Journal of Sociology of Education*, 16(3), 389-408.
- Keller, M. B., McCullough, J. P., Klein, D. N., Arnow, B., Dunner, D. L., Gelenberg, A. J., et al. (2000). A comparison of nefazodone, the cognitive behavioral - analysis system of psychotherapy, and their

- combination for the treatment of chronic depression. *New England Journal of Medicine*, 342(20), 1462-1470.
- Kjellin, L., & Westrin, C. G. (1998). Involuntary admissions and coercive measures in psychiatric care — Registered and reported. *International Journal of Law and Psychiatry*, 21(1), 31 – 42.
- Kontio, R., Välimäki, M., Putkonen, H., Kuosmanen, L., Scott, A., Joffe, G.(2010)Patient restrictions: Are there ethical alternatives to seclusion and restraint? *Nursing Ethics*, 17(1) 65 – 76.
- Korth, B. (2002). Critical qualitative research as consciousness raising: The dialogic text of researcher/researchee interactions. *Qualitative Inquiring*, 8(3), 381-403.
- Kottow, M. H.(2001). Between caring and curing. *Nursing Philosophy*, 2, 53-61.
- Krupnick, J. L., Sotsky, S. T., Elkin, I., Simmens, S., Moyer, J., Watkins, J., et al. (1996). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy and pharmacotherapy outcome: Findings in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 532 – 539.
- Landeweerd, J.A. & Houkes, I. (2001). A comparative study of work characteristics and reactions between general and mental health nurses: a multi-sample analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 36, 151-62.
- LeCompte, M.D., & Goetz, J. P.(1982). Problem of Reliability and Validity in Ethnographic Research. *Review of Educational Research*, 52(1), 31-60.
- Lee, L. H., Lee, L. C., Yin, Y. C., & Wu, S. L. (2002). The relationship among nurse managers' leadership style, nurses' professional autonomy and job satisfaction. *Journal of Jen-Teh*, 1, 1 – 28 (in Chinese).
- Leininger, M. (1985). *Ethnography and ethnonursing: Models and modes of qualitative data analysis*. In M, Leininger (Ed.). *Qualitative research methods in nursing* (pp. 33-71). Orlando, FL.: Grune & Stratton.
- Lottis, K. (2011). *Engaging the liminal: Indigenous perceptions within the healthcare system*. The University of New Mexico). ProQuest Dissertations and Theses.
- Lynn, M. R., & Redman, R. W. (2005). Face of the nursing shortage: Influences on staff nurses' intention to leave their positions or nursing. *Journal of Nursing Administration*, 35(5), 264 – 270.
- Madison, D. S.(2005). *Critical ethnography: method, ethics, and performance*. Thousand Oaks: Sage.
- Martin, D.E. (2006). *Aboriginal nursing students' experiences in two Canadian schools of nursing: a critical ethnography*. University of British Columbia (Canada) doctoral dissertation – research.
- McGuire-Sanieckus, Macabe, S., Catty, J., Hansson, L., Priebe, S.(2007) .A new scale to assess the therapeutic relationship in community mental health care: STAR. *Psychological Medicine*, 37, 85 – 95.
- McNeese-Smith, D.K.(2001 ). A nursing shortage: building organizational commitment among nurses. *J Health Management*, 46, 173-87.
- Melanie Andes, M., Shattell, M. M.(2006). An Exploration of the Meanings of Space and Place in Acute Psychiatric Care. *Issues in Mental Health Nursing*, 27, 699-707.
- Michel Foucault, 林志明譯, 1998, 《古典時代瘋狂史》。台北：時報出版。

- Mills, K.A.(2007). Access to multiliteracies: a critical ethnography. *Ethnography and Education*, 2(3), 305-325.
- Mkandawire-Valhmu, L. (2006). *Surviving life as a woman: a critical ethnography of violence against female domestic workers in Malawi*. University of Wisconsin – Madison doctoral dissertation – research.
- Morgan, G.(1997). Image of organization, 2<sup>nd</sup> edn. Sage, Thousand Oaks, CA.
- Morse, J. M. (1991). Negotiating commitment and involvement in the nurse-patient relationship. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 455-468.
- Morse, J. M., & Field, P. A. (1998). *Nursing research: The application of qualitative approaches* (2<sup>nd</sup> ed.). Cheltenham. UK: Stanley Thornes.
- Mrayyan, M. T. (2007). Jordanian nurses' job satisfaction and intent to stay: Comparing teaching and non-teaching hospitals. *Journal of Professional Nursing*, 23(3), 125 – 136
- Muecke, M. A. (1994). *On the evaluation of ethnographies*. In J. M. Morse(Ed.), Critical issues in qualitative research methods(pp. 187-209). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Newton, S.A.(1996). *Women and mental health nursing in: Perspectives in mental health nursing* (eds Sanford T. & Gournay k.). Balliere Tindall, London.
- Norcross, J. C., Beutler, L. E., & Levant, R. F. (2006). *Evidence-based practices in mental health: Debate and dialogue on the fundamental questions*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Park, H. (2009). *Framing academic socialization of international undergraduates in an american university: A critical ethnographic study*. The Ohio State University). ProQuest Dissertations and Theses
- Peplau, H. (1991, re-issued). *Interpersonal relations in nursing: A conceptual frame of reference for psychodynamic nursing*. New York: Springer.
- Peplau, H. (1992). Interpersonal relations: A theoretical framework for application in nursing practice. *Nursing Science Quarterly*, 5(1), 13 – 18.
- Peplau, H. (1994). Psychiatric mental health nursing: Challenge and change. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 1, 3 – 7.
- Peplau, H. (1995). Some unresolved issues in the era of biopsychosocial nursing. *Journal of American Psychiatric Nurses Association*, 1(3), 92 – 96.
- Peplau, H. (1997). Peplau' s theory of interpersonal relations. *Nursing Science Quarterly*, 10(4), 162 – 167.
- Perraud, S. et al. (2006). Advanced practice psychiatric mental health nursing, finding our core: The therapeutic relationship in 21 century. *Perspectives in Psychiatric Care*, 42(4), 215-226.
- Pesut, B. & Reimer-Kirkham, S. (2010). Situated clinical encounters in the negotiation of religious and spiritual plurality: a critical ethnography. *International Journal of Nursing Studies*, 47(7): 815-25.
- Peternelj-Taylor, C., Yonge, O. (2003)Exploring boundaries in the nurse-client relationship: Professional roles and responsibilities. *Perspectives in Psychiatric Care*; 39(2), 55-66.

- Riegel, B., & Carlson, B. (2002). Facilitators and barriers to heart failure self-care. *Patient Education and Counseling*, 46(4), 287 – 295.
- Roberts M (2005) The production of the psychiatric subject: power, knowledge and Michel Foucault, *Nursing Philosophy*, 2005 Jan; 6 (1): 33-42
- Rodriguez-Valls, F. (2007). *The barrio hood where vernacular voices engaged in conversations about transculturation: A critical ethnography of inner-city schooling in los angeles*. The Claremont Graduate University). ProQuest Dissertations and Theses .
- Roper, J. M., & Shapira, J. (2000). *Ethnography in nursing research*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Rosberg, J. and Friis, S. (2004) Patients' and staffs' perceptions of the psychiatric ward environment. *Psychiatric Services* 55:7, 798-803.
- Schweitzer, M. (2004) Healing spaces: Elements of environmental design that make an impact on health. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine* 10:supplement 1, 71-83.
- Senate Select Committee on Mental Health. (2006). *Final report: A national approach to mental health — From crisis to community*. Canberra: Commonwealth of Australia.
- Sequeira, H. & Halstead, S. (2004). The psychological effects on nursing staff of administering physical restraint in a secure psychiatric hospital: 'when I go home, it's then that I think about it' . *British Journal of Forensic Practice*, 6 (1), 3 – 15.
- Sjöström, S.(2006) Invocation of coercion context in compliance communication — power dynamics in psychiatric care. *International Journal of Law and Psychiatry*, 29, 36 – 47.
- Smyth, W. & Holmes, C. (2005). Using Carspecken's critical ethnography in nursing research. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession* , 19(1-2): 65-74.
- Soukup, C.(1999). The gendered interactional pattern of computer-mediated chatrooms: A critical ethnographic study. *The Information Society*, 15, 169-176.
- Stevenson, C. (2006). Problematizing special observation in psychiatry: Foucault, archaeology, genealogy, discourse and power/knowledge. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13, 713-721.
- Stewart, L. & Usher, K. (2010). The impact of nursing leadership on patient safety in a developing country. *Journal of Clinical Nursing*, 19(21/22): 3152-60.
- Stockmann, C. (2005). A literature review of the progress of the psychiatric nurse-patient relationship as described by Peplau. *Issues in Mental Health Nursing*, 26: 911-919.
- Taylor, B., & Barling, J. (2004). Identifying sources and effects of career fatigue and burnout for mental health nurses: A qualitative approach. *International Journal of Mental Health Nursing*, 13, 117–125.
- Terhart, E.(1985). The Adventures of Interpretation: Approaches to Validity. *Curriculum Inquiry*, 15(4), 451-464.
- Thomas SP, M Shattell and T Martin. (2002) What's therapeutic about the therapeutic milieu? *Archives of Psychiatric Nursing* 16: 99 – 107.

- Thomas, J.(1993). *Doing Critical Ethnography*. Newbury Park: SAGE.
- Vandenberg, H.E., Hall, W.A.(2011). Critical ethnography: extending attention to bias and reinforcement of dominant power relations. *Nurse Res.* 18(3): 25-30.
- Ward(1997). *Postmodernism*. London: Hodder Headline Plc.
- Ward, M., & Cowman, S. (2007). Job satisfaction in psychiatric nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14, 454 - 461.
- Wheeler, K., & Delaney, K. R. (2005). *Challenges and realities of teaching psychotherapy: A survey of psychiatric mental health nursing graduate programs*. Paper Presented at the Annual Meeting of the American Psychiatric Nurses Association, Nashville, TN.
- World Health Organization. 2001. *Atlas of mental health resources in the world*. Geneva: World Health Organization.
- World Psychiatric Association (1996). Madrid declaration on ethical standards for psychiatric practice.
- Young, D. R.(2001). Organizational identity and the structure of nonprofit umbrella associations. *Nonprofit Management and Leadership*, 11(3), 289-304.
- Yücel, P. Z. (2006). *Organizational trust and its relationship with job satisfaction, and a research*. Unpublished master's thesis, Social Sciences Institute, Istanbul University, Istanbul, Turkey.
- Zangaro, G. A., & Soeken, K. L. (2007). A meta-analysis of studies of nurses' job satisfaction. *Research in Nursing & Health*, 30(4), 445 - 458.
- 方永泉 (2002) 。當代思潮與比較教育研究。台北：師大書苑。
- 王文基(2008) 。雅致的精神病院。台北：麥田。
- 王志弘、朱政騏(2007) 。風險地理、恐懼地景與病理化他者--臺灣 SARS 治理之空間 / 權力分析。中國地理學會會刊，38，23-43。
- 王淑米(2009) 。精神科護理人員工作壓力、智謀與憂鬱程度之相關性研究。高雄醫學大學護理學研究所碩士論文。
- 王璟雲(2006) 。疑「山窮水盡」盼「柳暗花明」---探討精神科專科醫院女性護理長之職場性別經驗。樹德科技大學／人類性學研究所碩士論文。
- 戎瑾如、楊翠媛、劉玟宜、洪翠妹、洪芬芳、蕭淑貞(2008) 。探討社區精神衛生護理能力鑑定模式。精神衛生護理雜誌，3(2)，1-9。
- 成令方(2002) 。醫「用」關係的知識與權力。臺灣社會學，3，P11-71。
- 成令方(2008) 。醫學知識與權力。醫療與社會共舞，成令方主編，P126-134。
- 朱元鴻(1997) 。背叛/洩密/出賣:論民族誌的冥界。台灣社會研究季刊，26，29-65。
- 朱佩怡(2009) 。女性精神科護理人員健康促進生活型態於工作壓力與身心健康間的關係。輔仁大學護理學系碩士論文。

- 朱政騏(2006)。假面天使—護理人員的認同政治。《女學學誌:婦女與性別研究》，21，113-184。
- 余德慧(2005)。倫理主體作為生活世界的療癒向度：華人臨床心理學本土化的一個可能途徑。《本土心理研究》，24，3-5。
- 吳筱筑(2011)。今晚藥不藥?安眠藥物使用者之就醫、用藥歷程分析。台灣大學社會科學院社會學系碩士論文。
- 巫毓荃(2004)。《瘋狂簡史》。台北:左岸文化。
- 巫毓荃、鄧惠文(2008)。氣候、體質與鄉愁——殖民晚期在台日人的熱帶神經衰弱。帝國與現代醫學，李尚仁。台北:聯經。
- 李玉華(2001)。醫院評鑑對護理品質之影響。高雄醫學大學公共衛生研究所碩士論文。
- 李舒中(2010)。「妄想性敘事」的文化分析:一個民族誌的研究。國立清華大學人類學研究所博士論文。
- 李嘉齡(2002)。批判俗民誌與比較教育研究。《國立台北師範學院學報》，15，211-232。台北:國立台北師範學院。
- 杜友蘭(2004)。《護理理論與實務應用》。台北:華杏。
- 汪文聖(2003)。本土精神病患照顧倫理的現象學探討。《本土心理學研究》，19，65-108。
- 汪文聖(2006)。談療癒倫理本土性的存有論基礎。第三屆台灣本土心理治療學術研討會<倫理主體與本土文化療育>，4/28-29。
- 汪文聖(2007)。一葉一如來：精神病院研究個案所反映的醫護現象學意義。《應用心理研究》，34，113-144。
- 沈清松(1997)。復全之道—意義、溝通與生命實踐。《哲學與文化》，24(8)，725-737。
- 周雪靜、陳淑月、蔡小瑛、周希誠(2007)。視病猶親—癌症病患的「好護士」觀點。《實證護理》，3(3)，188-193。
- 孟樊(2001)。《後現代的認同政治》。台北:楊智。
- 林淑芬(2004)。傅柯論權力與主體。《人文及社會科學集刊》，16(1)，117-150。
- 林淑棉(2010)。台灣醫院評鑑制度運作之研究。台北醫學大學公共行政與政策研究所在職專班碩士論文。
- 林淑蓉(2002)。《情緒、自我與精神疾病：人類學的療養院研究》。醫療與身體經驗研究群成果報告。
- 林遠澤(2008)。療癒性交談—論交互主體性的護病互動關係。《護理雜誌》，55(1)，14-19。
- 林耀盛(2002)。性別識盲及其不滿:以精神病為論述對象。《女學學誌:婦女與性別研究》，14，119-172。
- 施文堯(2000)。日治時期臺灣醫療設施體系發展歷程之研究 ~以台北地區為主。中原大學建築研究所碩士論文。
- 洪雯柔(2008)。《批判俗民誌的跨國研究—比較教育方法論之再思》。台北:五南。

- 洪雯柔(2008)。紐西蘭毛利語言教育政策與語言課程綱要草案初探:一個全球化下的本土化教育。*課程與教學季刊*, 11(2), 79-99。
- 夏林清譯, Menzies Isabel E. P. 原著(1994)。*大團體動力—理念、結構與現象之探討*。台北:張老師。
- 夏鑄九、黃麗玲等譯, 2002, 曼威科司特原著, 第二卷:認同的力量, 台北:唐山出版社。
- 徐偉民(2004)。一位國小教師教學實踐的歷程:以批判民族誌為方法的教學革新。國立高雄師範大學學界與研究所博士論文。
- 高鳳儀、吳孟嬪、蔡欣玲、邱艷芬(2008)。護理人員對2007年版臺灣醫院評鑑標準之認知、態度與行為。*北市醫學雜誌*, 5(6), 593-608。
- 張盈堃(2005)。批判的民俗誌研究:以北美批判教育學陣營為例。*課程研究*, 200509(1:1), 149-166。
- 張珣(2008)。另類醫療:導讀。*醫療與社會共舞*, 成令方主編, P1-2。
- 張雪君(2007)。田野工作經驗之反思。*社會科教育研究*, 12, 179-2-3。
- 張凱雁、蕭淑貞、劉宜釗、蕭妃秀、康云瑄(2009)。精神科護理人員藥物治療護理的轉化與體悟。*護理暨健康照護研究*, 5(1), 11-19。
- 張華蓀(2007)。認同、空間與權力:檳榔西施情慾解放之機會與限制。台灣大學地理環境資源研究所博士論文。
- 張碧芬、余玉眉、胡毓雯及陳淑月(2008)。好的護理—病人和家屬觀點。*護理雜誌*, 55(1), 33-42。
- 張碧芬、余玉眉、陳淑月(2007)。好的護理—護理人員的觀點。*護理雜誌*, 54(4), 26-33。
- 畢恆達(2001)。空間就是權力。台北:心靈工坊。
- 莊宇慧(2005)。民族誌與護理研究。*護理雜誌*, 52(6), 49-56。
- 莊明貞、陳怡如譯(Corrine Glesne 原著)(2005)。質性研究導論(Qualitative Researchers: An Introduction)。台北:高等教育。
- 許敏桃(2002)。當代精神衛生護理之理路—在典範翻轉的世代中尋找定位。*護理雜誌*, 49(4), 14-19。
- 郭佩宜、王宏仁主編(2006)。田野的技藝:自我、研究與知識建構。台北市:巨流。
- 陳伯璋、張盈堃。(2006)。解放的場所與實踐:批判教育學的關懷。*教育研究*, 146, 5-19。
- 陳怡伶(2010)。精神復健機構的評鑑制度與專業實踐:建制民族誌之分析。台灣師範大學復健諮商研究所碩士論文。
- 陳碧霞(2008)。治療性人際關係。於財團法人天主教耕莘醫院護理部主辦, 九十六年精神科護理基礎訓練班口頭報告。台北:天主教耕莘醫院。
- 陳碧霞、蕭淑貞、戎瑾如、黃瑞媛(2006)。精神衛生護理師培訓—建構「治療性人際關係」實務能力。*精神衛生護理雜誌*, 1(1), 8-13。
- 陳韻玲(2009)。憂鬱症生活品質的長期追蹤研究。台灣大學職能治療研究所碩士論文。

- 舒奎翰(2006)。晚期婦科的主體與權力觀:一個嘗試性分析。《文化研究月報》，15期。
- 鈕則誠(2004)。《護理生命教育—關懷取向》。台北:揚智文化。
- 黃光雄主譯(Robert C. Bogdan and Sari Knopp Biklen 原著)(2001)。《質性教育研究理論與方法》(Qualitative Research for Education: an Introduction to Theory and Methods, 3th edition)。嘉義:濤石。
- 黃庭康, 2005, <葛蘭西:國家權力與文化霸權>, 收錄於蘇峰山編,《意識、權力與教育:教育社會學理論導讀》, 嘉義縣大林鎮:南華大學教育社會學研究所, 頁 1-32。
- 黃瑞祺(2003)。《自我修養與自我創新:晚年傅柯的主體/自我觀》。後學新論, 黃瑞祺主編。台北:左岸文化。
- 黃瑞祺、王恭志(2006)。《婦科的美學化倫理學:自我技藝學的實踐》。第三屆台灣本土心理治療學術研討會。
- 黃達夫(1999)。《用心聆聽—黃達夫改寫醫病關係》。台北:天下。
- 黃穎熙(2009)。《杜鵑窩也有「男」天:白色巨塔中男丁哥兒的男人味》。樹德科技大學人類性學研究所碩士論文。
- 楊延光(2007)。《杜鵑窩的春天—精神疾病照顧手冊》。台北:張老師文化。
- 楊念群(2008)。《地方感與西方醫療空間在中國的確立》。李尚仁編,《帝國與現代醫學》(台北:聯經,2008)。
- 葉海煙(2006)。護理關懷的哲學反思及其意義向度。《護理雜誌》，53(3)，27-33。
- 葉莉莉、徐碧卿(2005) 省思台灣護理之是本土化之建構—以精神衛生護理為例，《護理雜誌》52(1)，18-24。
- 廖世德譯(2001)。《故事、知識、權力—敘事治療的力量》。台北:心靈工坊。
- 甄曉蘭(2000)。《批判俗民誌及其在教育研究上的應用》。輯於中正大學(主編), 質的研究方法(369-393)。高雄:麗文。
- 翟本瑞(2002)。《閱讀傅柯與傅柯式閱讀》。意識、權力與教育, 蘇峰山編, P147-188。
- 劉北城、楊遠嬰譯(1998)。《規訓與懲罰》。台北:桂冠。譯自Michel Foucault (1979) *Discipline and punish: The birth of the prison*. Translated by Alan Sheridan. New York: Vintage Books.
- 劉仲冬.(2003)。《質性研究:理論、方法及本土女性研究實例》, 胡幼慧編, 173-193。台北: 巨流。
- 劉美珍(2001)。《精神衛生醫護人員之倫理困境及其處置》。臺北醫學大學醫學研究所碩士論文。
- 蔡幸娥(2004)。《護理的信心—走過台灣歷史的足跡》。台北:華騰文化。
- 蔣欣欣(2006)。《護理照顧的倫理實踐》。台北:心理出版。
- 蔣欣欣(2008)。情緒與護病關係。《護理雜誌》，55(1)，20-23。
- 蔣欣欣、徐畢卿(2006)。身心安頓的倫理技術。《護理雜誌》，53(6)，20-24。

- 鄭同僚審訂(2003)。《教育研究的批判民俗誌—理論與實務指南》。台北:高等教育出版社。
- 盧孳艷、蔣欣欣、林宜平主編(2012)。《護理與社會:跨界的對話與創新》。台北:群學出版。
- 蕭仔伶等(2005)。台北市護理人員離職狀況及其相關因素之探討。《領導護理》，6(2)，11-19。
- 蕭淑貞、張凱雁、戎瑾如、康云瑄(2010)。治療性人際關係養成歷程要素之探討。《護理暨健康照護研究》，6(2)，125-132。
- 賴倩瑜、蘇幼雲、林帥廷、余靜雲、林怡君(2010)音樂與約束對保護室精神病患情緒控制之成效。《護理暨健康照護研究》，6(4)，308-318。
- 謝淑真、黃瑞媛、蕭淑貞(2006)。精神衛生護理人力現況調查。《精神衛生護理雜誌》，1(2)，5-16。
- 鍾聿琳(2004)。現今台灣技職教育的關鍵問題。《護理雜誌》，51(4)，18-21。
- 鍾毓貞(2007)。《新制醫院評鑑對區域醫院與地區醫院在人力資源管理影響之探討》。高雄醫院大學醫務管理研究所在職專班碩士論文。
- 魏福全(2008)。《精神醫療文章集》。台北:文學街。
- 邊立中、謝佳容、周桂如(2008)。精神科護理人力之現況分析。《精神衛生護理雜誌》，3(1)，46-51。
- 嚴振農(2010)。《女性校長職業生涯困境與轉折：批判俗民誌的應用》。國立暨南大學教育政策與行政學系博士論文。
- 蘇玉燕(2007)。《精神科病患入院評估---一個精神科社工員的觀點》。靜宜大學青少年兒童福利研究所碩士論文。