

SALARY and SACRIFICES

Analyzing Labor Outcomes of
Medical Personnel from a Gender Perspective

張晉芬
著



勞動待遇 與代價

從性別觀點分析台灣醫護工作

勞動待遇 與代價

張晉芬
著

● 從性別觀點分析台灣醫護工作

國科會人文社會科學研究中心

作者序

在當代關於勞動、工作或職業議題的社會學教學和研究中，情緒勞動、同值同酬、薪資懲罰、性別間薪資差距等都已經是熟悉的概念或實證議題。相關的論述或實證研究其實在上一個世紀的80或90年代初期的美國社會學界都已經出現，如Arlie Hochschild (2003a[1983])、Toby Parcel及Charles Mueller (1989)、Ronnie Steinberg (1990) 以及Paula England (1992a) 等。這些只是本書引用的文獻，原著列出的參考文獻顯示，相關研究的啟發與初期創作還要更早。這些著作的作者既是社會學者、亦多是性別研究與女性主義學者，在論述女性處境時對於女性主義理論或觀點也有深刻討論，如England (1992a: 45-122)。對於我來說，從這些早期女性學者著作中獲得的啟發同時包括理論觀點與實證分析方法。個人過去發表的著作大多屬於量化研究，其中有較高比例是處理性別議題或是分析性別差異與不平等，但始終缺乏對於女性勞動市場處境的整體反思與較完整的操作化。直到因為有機會進入大型組織進行調查、獲得大樣本，才開始嘗試驗證上述美國社會學者將近三、四十年前提出的概念和觀點實際驗證。研究醫護人員的身體勞動與勞動身體不只是呈現醫護本身的圖像，也是希望證明從事有酬工作與勞動付出的代價之間的關係。關於女性勞工的處境，需要透過與男性的比較，才能說明性別的差異與不平等的現象及解釋，而醫護人員就是職業階層與性別區隔明顯（但非完全）的一群勞動人口。

一位瑞典社會學者曾提到在撰寫博士論文過程中，當她告訴別人正在研究護理人員的工作及女性特質時，學術界同仁都告訴她這些議題無關緊要 (irrelevant) (Selberg 2012: 19)。他們的說法類似：在社會學和性別研究領域，這些題目已經很多人做過、也有很多的理論。言

下之意，她尚未完成的博士論文是一個多餘的研究。學界同仁的反應並未讓這位博士生喪氣。她在論文中強調組織和情境如何塑造照護工作的陰性特質，而非如多數研究僅是呈現護理的處境和工作狀態。關於護理人員的勞動處境的研究，台灣學者也呈現豐碩的研究成果，包括從社會心理學角度分析護理的主觀態度和情緒勞動，工作對家庭及生活的衝突，護理人員被性騷擾和霸凌、不合理的排班、過長的工時及排班、疲勞及過勞、勞動過程，用女性主義觀點解構醫護關係、工作滿意度和組織認同等，都已經累積相當多的文獻（請見本書後續各章的引述與討論）。

有很多原因可解釋為何護理人員仍然是值得而且需要更多研究的對象。在以女性為主的職業中，護理算是勞動條件較好的工作之一。然而身為受僱者，如同一般的勞工階級，護理人員仍然受到醫院的剝削及管理階層的威嚇、被要求過度的情緒與身體勞動、獲得的待遇未與勞動付出等值。此外，醫療環境中的性別與階級權力結構，使得護理人員有較高機率成為職場性騷擾與暴力侵害的對象。有著作集結護理人員的苦勞、在醫院內被打壓或被病患歧視的自述與報導（如，盧莘艷等 2013），但女性特質與護理作為以女性勞力為主的職業如何型塑出女性醫護人員的勞動處境，家庭角色對於就業的影響仍缺乏更具完整性的研究。

寫作福爾摩斯偵探小說而聞名的柯南·道爾，在他獲得醫學士與外科碩士學位及執業資格後，給自己畫了一張素描，「只見他揮舞著自己的文憑，下面的標題寫著：『殺人執照』」（亞瑟·柯南·道爾著、黃煜文譯 2014[2012]）。病人當然不是敵人，醫師也會盡力醫治病患和挽救生命，而不僅是為了要避免醫療疏失。「殺人執照」這四個字代表著醫師的能力與自信，也反映醫師在診間的權威和優越的社經地位。然而，醫師也會遭遇病人或親友的暴力相向。從來屬於社會菁英階級

的醫師，近年來因為工作時間過長及壓力過大，自稱為在從事血汗勞動，要求被納入《勞動基準法》——一部只是提供受僱勞工基本勞動權益的法律。相對來說，雖然護理是一項具有專業的工作，但是社會地位與實質待遇遠不如醫師。唯有透過醫護間的比較，才可能看出醫護勞動待遇的差距，以及各自付出的代價。

本書共分成六章。第一章說明研究議題與理論架構。第二章則交代研究方法、資料來源與描述統計。第三章到第五章呈現多變項分析的結果，主要探討的議題分別是工作收入、工作對家庭衝突及個人健康。這些議題看似各自獨立的研究，但本書試圖呈現的不只是待遇和代價本身的分析結果，而是藉由這些議題串起生產與再生產勞動之間無法分割的關係，這也是女性主義學者持續主張的論述（如，Hartmann 1981）。最後一章（第六章）則是總結研究發現與貢獻，及可能的研究限制。每個人在清醒時刻，多數時間都是在勞動，身體的、心智的、情緒的、精神上的等等。不論階級或僱用身分，工作賺錢不只是為了生存，更是成為生活。工作的需求優先，有剩餘的時間和精力再分配給家人與個人。受僱階級無法自主支配勞動的運用，必須配合組織的要求與規範，以及雇主和管理階層的要求與偏好。從事生產性勞動是為了維持再生產所需，再生產勞動則是為了維持一個可持續從事生產的身體。因此，待遇和代價其實是一體的。本書的撰寫目的即是試圖用統計分析結果證明勞動付出與收穫之間的關係。

本書的資料蒐集及相關經費支應主要受惠於行政院科技部的專題研究計畫（編號：NSC 102-2410-H-001-048-SS2，台灣醫護人員職場關係與勞動條件研究）。我是主持人，盧孳艷教授為共同主持人，盧教授負責質化訪談資料的蒐集，而由我執行問卷的調查和資料整理。十分感謝孳艷在調查過程中幫忙介紹醫院相關人士及參與說明，對問卷初稿提出建議，對一些調查資料釋疑，以及對本書初稿第一章的指正。

本書得以出版要特別感謝兩位匿名審查人的批評指教與建議，讓這本書的論述更為完整，並且力求精準呈現主要的理論觀點和對分析結果的詮釋。審查專書是吃力不討好的工作。現在幾乎每位學術界同仁都公私兩頭燒，花時間看完一本書還要幫作者釐清論述、指出缺點、勘誤及校對，這些都是費時又費心的苦工。我由衷地感謝這兩位審查人。

我也要向長期以來協助我研究工作的張逸萍致上深深的謝意。從個人申請這項科技部研究計畫時，她就開始參與資料彙整。包括後來問卷調查的執行、與三間醫院窗口的聯繫，督導其他助理和工讀生掃描與資料的輸入，處理投稿論文以及本書的統計分析和製表、製圖，都仰賴她的協助。即使轉換工作後，逸萍仍協助初稿和定稿的校對。如果沒有她優秀的助理工作，本書的出版恐怕仍在未定之天。

對於中央研究院社會學研究所提供的資源與行政同仁長期以來對於我的研究諸多台前台後的協助，在此深表感謝。本書在進行二審階段時，資歷豐富的編輯謝麗玲再度回到社會學研究所任職。過去許多刊登在《台灣社會學》的論文以及所內和所外專書作者都會在感謝詞中提到麗玲校對的仔細和文字編輯的協助。十分感謝麗玲對於本書初稿和定稿的校對、編輯和出版事宜的協助。

感謝中央研究院社會學研究所出版品委員會當時的召集人吳介民及委員曾嫻芬、林國明、湯志傑費心處理審查作業，並對出版相關事宜提供建議。也要謝謝作為當然委員的兩位前後任所長謝國雄與陳志柔的支持。感謝臺大出版中心處理出版相關事宜及編輯部郭千綾的協助。

如果沒有許多護理和醫師同仁的幫忙，這項研究計畫也難以順利完成。誠摯感謝王桂芸、連吉時、梁惠玉、楊舒琴的大力協助，讓問卷調查工作得以開展。同時致謝林小玲、陳可欣、林步鴻、黃玉純、

侯雅甄、吳亞純、廖家惠、郭素真、林楷勛等諸位的幫忙。參與調查醫院的各部及各科主任、護理長、督導提供人員名冊、幫忙發送及回收問卷，也是讓這項計畫得以順利執行的功臣。也謝謝多位助理，包括王孟洵、李先達、李濬廷、李品儒、陳佩妤、趙景雲等協助調查及資料建檔與整理工作。本書文責當然都由作者個人承擔。

填答這份問卷（見本書附錄）需要一些時間和注意力，個人十分感謝當初參與問卷填答的醫護人員。對於她／他們在問卷發放和回收期間表達的期許一直銘記於心。希望她／他們都能夠有機會看到這本書，並提出批評與指教。在2020及2021年COVID-19疫情期間，基層護理人員除了承擔確診病患照護工作，也是醫療院所服務疫苗預約民眾及執行施打的主要人力。但在螢光幕前最常露臉、對防疫發出指引、評論疫情或享受外溢效果的幾乎都是男性醫師及官員。官僚及名人習於覆誦的「感謝第一線醫護人員防疫的辛勞」實為不可承受之輕。關於護理與醫師之間專業、聲望與勞動付出和待遇的差異，以女性為主導職業的工作價值偏低，護理人數眾多但集體行動力量卻相對薄弱等議題，都需要更多的研究與討論。

張晉芬

2022年1月

台北南港

目次

作者序	iii
圖表目次	xi
第一章 緒論	1
一、前言	1
二、勞動的性別意涵	8
三、醫護勞動結果：待遇與代價	27
四、分析變項與章節安排	40
第二章 研究設計、問卷調查與醫護人員勞動圖像	49
一、前言	49
二、研究方法、問卷調查及統計模型	51
三、醫護人員的勞動圖像	59
四、結論	83
第三章 勞動待遇：醫護薪資的決定與差距	87
一、前言	87
二、影響醫護人員薪資與差距的因素	89
三、統計模型與變項說明	96
四、研究發現	102
五、結論	130

第四章 勞動代價（一）：工作對家庭衝突的原因與後果	135
一、前言	135
二、造成衝突感受的因素與後果	140
三、統計模型與變項說明	150
四、研究發現	153
五、結論	168
第五章 勞動代價（二）：影響醫護人員健康的因素	173
一、前言	173
二、影響自評身心健康的因素	179
三、統計模型與變項說明	187
四、研究發現	189
五、結論	206
第六章 總結	211
一、前言	211
二、研究成果與理論貢獻	215
三、研究檢討	221
四、實務與政策建議	225
附錄 調查問卷	231
徵引文獻	243
一、新聞媒體報導	243
二、中文著作	246
三、外文著作	256
索引	275

圖表目次

圖

圖1-1	歷年醫院、執業醫護人員及醫療服務規模	2
圖1-2	護理師正名宣傳海報	15
圖1-3	本書研究架構	41
圖2-1	本書作者與助理到醫院回收問卷	56
圖3-1	醫護薪資次數分配：合併三間醫院樣本	104
圖3-2	某醫療機構的護理師招募啟事	105
圖3-3	工作年數對收入的貢獻：職業與性別	117
圖3-4	同值同酬指標對收入的貢獻：職業與性別	119
圖3-5	情緒勞動與醫院規定對收入的貢獻：職業與性別	121
圖4-1	工作對家庭衝突分析的結構方程模型架構	141
圖4-2	友善工作場所設計	172
圖5-1	誤餐是醫護人員的日常	177
圖5-2	影響醫護人員健康的主要因素	185
圖6-1	醫院的春聯	214

表

表2-1	三間醫院的問卷回收狀況	60
表2-2	社會人口、工作及性別與家庭特徵	70
表2-3	醫護人員受暴頻率與加害者身分之交叉分析	78
表2-4	職場暴力加害者身分與受害者個人、組織及工作特徵 關聯性：二項式邏輯迴歸分析 (Binomial Logistic Analysis)	80
表3-1	勞動過程專業性與同值同酬測量指標的信度分析	101

表3-2	分析變項的描述性統計	108
表3-3	醫護職業同值同酬指標平均值與標準差	111
表3-4	醫護人員薪資迴歸分析（一般最小平方法）	112
表3-5	醫護人員薪資迴歸分析（一般最小平方法）： 依性別及職業分	115
表3-6（A）	醫師與護理人員薪資差距分解分析	123
表3-6（B）	醫師性別間薪資差距分解分析	125
表4-1	分析變項的描述性統計	155
表4-2	工作對家庭衝突的結構方程模型分析	159
表4-3	工作對家庭衝突的迴歸分析（一般最小平方法）： 依職業分	167
表5-1	分析變項的描述性統計	191
表5-2	健康狀態的結構方程模型分析	196
表5-3	健康狀態的迴歸分析（一般最小平方法）：依職業分	205

第一章 緒論

對於女性，以及延伸出去對女性從事的活動和特徵的貶抑深植在文化規範中。這也反射出（文化規範）賦予男性從事的活動較高的地位與報酬。……女性有愈來愈多的機會進入報酬較高的職業，但證據顯示在文化上對於女性角色的貶抑並沒有降低。¹—— Paula England（2006: 254）

一、前言

在1995年開始實施全民健康保險（以下簡稱健保）之前，台灣民眾即有「逛醫師」的看診行為（張荳雲 1998）。健保實施後，由於掛號和醫藥僅需負擔部分費用，提高了民眾到大醫院或醫學中心看診、接受治療、住院的意願。如同圖 1-1 所示，民眾看診和住院治療的次數在1990年代中期之後快速增加，成長曲線幾乎未曾下降。只有在2003年SARS（嚴重急性呼吸道症候群，Severe Acute Respiratory Syndrome）疫情爆發期間，民眾因為擔心被感染，減少求醫就診，使得當年門診量大幅下降。另外，2005年健保調漲民眾部分負擔的比例後，門診人次也連續兩年下降（許績天等 2011）。² 2018年全台門診達到1億1千

1 本書作者之翻譯，原文為：「The devaluation of women and, by extension, activities and characteristics associated with women, is deeply inscribed in cultural norms. It is reflected in the greater esteem and reward associated with male activities.... While women's opportunity to access rewarded roles has increased, there is little evidence that the cultural devaluation of female roles has decreased.」（England 2006: 254）。

2 為節省篇幅並考慮閱讀的順暢，本書引用的研究報告或著作，若作者有四人或超過四人，都僅列出第一位作者的姓名。

2 勞動待遇與代價：從性別觀點分析台灣醫護工作

多萬人次，住院人數約為350多萬人次。求診和住院人數持續增加，意味著醫護人員要承受不斷升高的工作量及身心壓力。

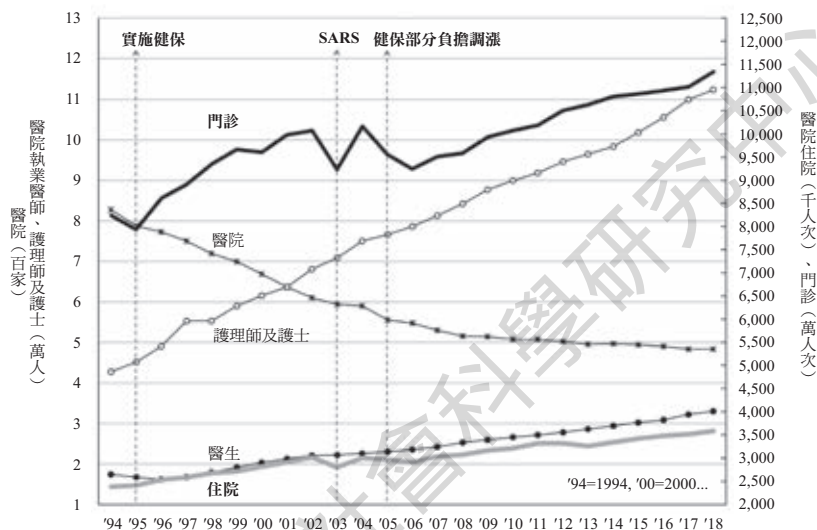


圖 1-1 歷年醫院、執業醫護人員及醫療服務規模

說明：住院人次含一般病床、特殊病床、國際醫療病床人次，不含精神科日間留院人次。

資料來源：衛生福利部統計處（2019a）。

在資本主義制度逐漸深化的台灣，階級結構日趨普羅化，愈來愈高比例的勞動者屬於受僱身分，「呷頭路」成為主要的謀生方式（行政院主計總處 2015），即使是擁有知識和技術專業的醫護人員也不例外。健保實施後，小醫院逐漸被合併或關閉，醫院的總家數持續減少（圖 1-1），醫院呈現明顯的集中化與大型化。如果僅計算醫院聘僱的醫護人員，1994 年時，醫師（西醫、中醫、牙醫）有 16,672 人，護理師及護士合計 45,108 人；至 2018 年時，受僱於醫院的醫師及護理人員分別增加到 33,069 人及 112,379 人（衛生福利部統計處 2019a）。

醫院是醫療制度中最重要組織，負有治病、救人的崇高使命。但，醫院也是一個工作場所。如同其他在工廠、辦公室或商店的勞工階級，醫師與護理人員的勞動狀態及待遇受到制度、組織和工作特徵的影響，同樣遭遇工作報酬低於心力和時間的付出，長時間工作擠壓到私領域的生活，在勞動過程中感到疏離和缺乏成就感，或為個人的健康狀態或身體不適而擔心。³ 2003年SARS疫情期間，基層護理人員居於第一線、冒著被感染的風險照顧病患，但獲得的獎勵酬勞卻遠不及只需偶爾進入病房從事治療的醫師（陳秋蓉、陳端容 2004），職業差別待遇引起護理人員集體抗議以及輿論的大幅報導。這個事件之後，有些護理人員成立基進體制外團體，例如，台灣基層護理產業工會（成立於2011年）及台灣護理產業工會（成立於2012年）。這些產業工會或其他基層組織開始用上街頭遊行、去勞工行政單位抗議、開記者會等方式，揭露護理勞動權益受侵害的狀況，包括班制轉換之間沒有給予合理的休息時間，經常性加班，醫院違反《勞動基準法》（以下簡稱《勞基法》）加班補償規定等（*China Post* May 13, 2016）。近年來，年輕醫師也自發性地在醫院內組織企業工會，或與其他醫院的醫師結盟成立聯合會，包括醫師勞動條件改革小組（成立於2011年）、台灣醫療勞動正義與病人安全促進聯盟（簡稱醫勞盟；成立於2012年），同樣呼籲終結血汗勞動、要求勞動部介入以改善勞動條件、讓醫師納入《勞基法》的適用範圍（*Getty Images* May 1, 2013；謝幸燕 2017b；聯合晚報 2018年12月1日）。

在分析受僱勞工的勞動參與及待遇時，如果僅著重於生產性活動的角色和參與，即如同抽離勞動者實際生活範疇，忽略個人的多重角色和活動型態間的複雜關係：職業、組織內的社會關係、性別身分、婚育狀態、生活形態。女性主義理論強調「分析男女不平等的現象，

3 除非有確定的生理性別，本書在泛稱醫護人員時將混用「她們」與「他們」。

或女性的次等處境……以女性觀點解釋其原因」(顧燕翎 2019: 8)。在父權制度與資本主義制度雙重控制之下，生產性勞動與再生產性勞動共同構成生存體系 (Hartmann 1981)。Heidi Hartmann 指出，以家為實際和分析單位的思維假設家人的利益是一致的、成員之間是分工的關係；但家庭其實也是一個鬥爭的場域，女性的弱勢處境不只來自於資本家邊緣化女性勞工的貢獻，還包括家中男性對於女性勞動付出的控制，例如被迫承擔家務與家人照顧責任。勞動市場的弱勢地位合理化女性應該負責家務的角色，後者又反過來阻礙女性的職場參與和平等對待的機會；資本家從家庭提供的再生產勞動和女性的廉價勞動獲得雙重利益。家戶與職場內的壓迫無法各自運作，這兩種制度同為性別差異與不平等及歧視的根源。如同本章一開始 Paula England (2006: 254) 的引言所述，女性在勞動市場的不平等待遇，與女性特質、女性需承擔在家的勞動、照顧勞動價值在正式勞動市場上被貶抑難以分割。⁴

職場不是唯一有勞動產出的場所，家事和照顧家人的勞動也需要付出心力和時間。在日趨商品化的市場生產模式下，多數家庭已無法僅依靠男性賺錢養家，女性變成需要同時承擔市場與家庭的勞動。而在工作要求與家庭日益重視子女教育的趨勢下，工作的時間太長、經常臨時被要求加班，都會壓縮個人的時間和私領域的活動，受影響最大的是職業婦女和勞動母親 (Bianchi and Milkie 2010: 709)。勞動市場的性別不平等及女性次等處境，不只是因為職業性別區隔及女性工作價值被貶抑，部分也來自於私領域勞動的性別化。後者的付出既無助於雇主對女性的評價，甚且可能成為不夠敬業的罪證。透過女性的處境可以看到關於勞動結果的分析必須連結生產性勞動與再生產性勞動，同時分析家庭責任與對工作付出之間的糾結，與勞動的個體在身

4 當然，族群、國籍和性傾向等也都是重要的身分標籤，本書未討論這些面向。

心受到的影響。本書即試圖驗證勞動結果不是只有工作表現和所得，同時包括從事生產性勞動所付出的代價，尤其是個人健康與家庭生活的犧牲和妥協。

女性工作價值貶抑的論述主張，在分析勞動參與及待遇時，如果僅著重於傳統關於個人人力資本與職業和工作特徵的影響，即會陷入一種不易察覺的邏輯陷阱——在表面客觀的論述下，忽略了結構性特徵的建構為何符合雇主和男性勞工的利益、但不利於女性。England (1992a: 108; 1992b) 綜合文化女性主義理論和實證研究結果，提出女性特質和女性主導工作價值被貶抑的觀點：即使控制人力資本因素和認知技能，女性職業的地位、聲望和實質報酬仍低於男性工作。醫師及護理人員，在從業人數、人力資本與待遇上，同時具有職業和性別差異，探討醫護人員的勞動待遇與付出，既是要檢視再生產勞動與生產性勞動之間的關係，也是要驗證女性及女性工作特質價值被貶抑結果。本書所稱的待遇是指工作收入，這是多數受僱者投入生產性勞動的主要目的及收穫；付出的代價則是指生產性勞動對受僱勞工家庭和勞動者個人生活的影響。以下簡略說明後續各章將要分析的三項勞動結果，以及其中的性別意涵與性別差異。

當受僱成為多數勞動者的主要身分時，工作收入即成為主要或唯一的經濟來源。影響勞工收入的因素早已受到社會學和性別研究學者的重視，如Toby Parcel及Charles Mueller (1989)、England (1992a)。不論是社會學或經濟學者的著作，均指出薪資決定的過程不盡然可歸諸於人力資本的累積（如，Blau and Kahn 2006），還需要加入職業特徵的差異，以及婚姻和親職狀態的影響（Parcel and Mueller 1989; England 1992a; England, Budig and Folbre 2002），這些因素都是解釋不同性別受僱者薪資差距的重要原因（張晉芬、杜素豪 2012）。在工作分析（job analysis）系統中，以女性勞動力為主的職業，如圖書館員、護理人

員，工作價值被忽視、報酬偏低，顯示技術的社會建構看似中性，實際上的操作是偏好由男性主導的藍領工作的特質（Steinberg 1990）。本書以醫護人員的工作收入來探討勞動待遇差異，從性別觀點出發，在分析醫護人員薪資的決定過程及性別間差距時，在模型中加入反映性別化的工作特徵，探討其影響力。

工作與家庭衝突是個跨領域的議題，觸及性別平等、家庭分工、勞工生活福祉和企業勞力運用的策略，包括社會學、企業管理及人力資源研究學者都投入相當多的研究（Bianchi and Milkie 2010; Lu and Chang 2014; Voydanoff 2005）。檢視二十一世紀最初10年的相關文獻，Suzanne Bianchi及Melissa Milkie（2010）指出，從人口結構的轉變及勞動市場的變遷來看，針對不同國家和時期的研究成果均顯示，現代資本主義社會下的女性既要參與有酬勞動、和男性一起養家，又要包辦家庭內多數的家務與照顧責任。對男性勞工而言，他們生活中最重要的「工作」就是從事生產性勞動、獲取薪資或利潤。女性勞動付出則從來不是如此單純，她們的勞動場域同時包括職場和家庭，雖然家務勞動的參與會因為婚姻狀態、親職身分和年齡而有些差異，但女性主內又主外仍是多數社會的運作模式（Lister 1997: 130-131）。工作場所與家庭的空間分離，工作時數拉長以及缺乏調整彈性，對於被期待擔負家務和照顧勞動責任的女性來說，分身乏術的無力感更為嚴重。針對台灣、美國和歐洲國家的研究均發現，職業婦女既要擔心工作對家庭生活的衝突，又會因為子女照顧勞動影響事業生涯發展，同時受到薪資處罰（許碧純、邱皓政 2015；Budig and England 2001；Grimshaw and Rubery 2015: 13）。工作對生活衝突並非基層勞工才有的經驗，而是跨越職業和階級差異，屬於中高階白領階層的女性醫護人員也未能倖免。

擁有家庭生活和健康的身體，並非只是讓勞工帶著一個可用的身

體，每天精神奕奕地到工作場所為雇主奉獻心力，而女性勞工回到家還可以從事各種勞務、照顧小孩與老人。個人的健康既是為了家人，也是為了維繫個人生活和生存能量所必須。至於勞動風險並非只有職業傷害或法定職業病，在勞動過程中感覺到壓力、過度勞累，因為無法兼顧家務而出現焦慮等，都可能導致醫護人員所形容的血汗勞動。官方委託報告及學術研究均呈現出長工時造成的壓力和勞累，對醫護人員個人身心健康的影響（如，陳端容、鍾政達 2005；胡佩怡、蕭淑銖、郭育良 2014；黃惠鈴、謝明玲、劉光瑩 2015；急診醫師Dr.魏 2017）。社會學者（陳端容、鍾政達 2005）、公共衛生學者（葉婉榆等 2008）藉由分析主觀或客觀的身心健康指標，均發現從事醫護職業的受訪者有高比例出現過勞狀況及身心不適。女性對於健康的重視和敏感度高於男性，也可能產生醫護人員健康自我評估的性別差異。然而既有關於勞工健康的研究，較少將工作對家庭衝突或是婚育狀態列入預測變項，本書試圖從性別角度，用更完整的分析模型探索影響醫護人員健康的因素，以及職業與性別之間的差異。

不論是薪資、生產性與再生產性活動之間的平衡，甚至於個人健康，都不是獨立存在的勞動結果，勞動者獲得的待遇和付出的代價之間存在緊密的連結。本書無法分析醫護人員所有的勞動概況與結果，而是選取這三項結果，分別代表經濟、家庭和個人面向，並呈現彼此間的關聯。具有優渥或是穩定的收入，或許可以讓醫護人員用市場化的方式抒解做家事或照顧家人的負擔，減輕工作對家庭生活的衝突（Ferber, O'Farrell and Allen 1991）。擁有較多的經濟資源，也可透過改善生活品質及環境，降低工作負荷帶來的精神和體力耗損。工作需求對家庭生活的干擾或甚至犧牲，影響勞動者的身心狀態、以及持續就業的意願。收入代表勞動結果的客觀指標；工作對家庭衝突反映受僱勞工——尤其是女性勞動者——為工作付出的代價；健康則反映個人

為了工作所付出的代價。針對這三項勞動結果的個別研究已有相當多著作發表，本書則是更進一步同時分析三個主要變項之間的因果關係。

本章第二節從性別觀點說明醫護勞動的性別意涵與差異，以及在勞動研究中與女性處境相關的議題：情緒勞動、同值同酬（comparable worth; pay equity）。第三節從對這三項勞動結果的文獻回顧——收入、角色衝突和健康，說明既有的研究成果和本書試圖超越之處。第四節討論本書使用的預測變項。職業和工作特徵是影響勞動結果的重要因素，本書由性別觀點出發，說明這些因素的作用並非獨立發生，而是受到組織結構與工作特徵、性別與家庭因素等影響。這一節同時說明本書的研究架構與章節安排。

二、勞動的性別意涵

性別形成的權力關係是跨國及跨文化的現象，即使多數社會在制度上已不奉行男尊女卑的觀念，職場及組織內性別關係的運作依然明顯。在性別主義的思維下，女性要承擔家務，而具有生育能力的身體被資本家視為暫時性、不合格的身體（Acker 1990）。這無關乎被僱用的女性是否真的無法配合加班、出差需求，或者有家人需要照顧，只要是女性就會被自動貼上不合格身體的標籤，也用來合理化對於女性勞工的歧視性安排及待遇。不論在男性或女性主導的職業或職務，女性比男性更需要隨時證明自己有合格的身體、擁有專業、是具有工作熱忱的員工。在職場中，女性既被期待要發揮專業，又要展現女性陰柔特質（羅莎貝·摩絲·肯特著、Nakao Eki 譯 2008[1977]）；對於能力的質疑和行為的規範幾乎都是針對女性。女性成為弱勢性別（inferior gender），在勞動市場中受到制度性和人為的排除以及差異化等對待。這些具有歧視性的對待和結果，導致性別化的職業區隔及勞動待遇的不平等（Reskin 1984; Reskin and Hartmann 1986）。

醫院的正常運作少不了行政、社會工作及保全人員，但醫療和照顧仍是最主要的人力，包括醫師、護理人員，各類醫事人員如心理師、檢驗師、麻醉師及藥師等。從人數以及與病患治療、照護的關聯性而言，醫師和護理同為醫院的核心。這兩種職業間的差異呈現在專業資格的取得、社會地位與勞動成果。和其他醫療人員相比，醫師具有較佳的人力資本、優勢社會和經濟地位，勞動過程也具有高度自主性。儘管護理專業的養成需要經過完整的學校教育、訓練和實務經驗，需具備醫學、衛生與照顧知識，但專業認定及社會聲望卻不如醫師。根據黃毅志計算出的主觀社會聲望排序（2003：14），醫師的聲望數值僅次於大學教授和研究人員，居於職業類項中的第二位；同樣列於專業人員的類別，護理人員的分數則落後甚多，甚至不及半專業人員，如助理、技術員。

隨著經濟和社會發展所帶動的教育機會增加、性別態度趨向開放，以及服務業勞力需求大幅增加，造就女性勞動參與率提高，一些原本由男性主導的職業，如警察、工程師、政治人物或大學教授等開始有女性加入，醫療專業也不例外。但是在台灣和許多經濟富裕國家，護理與醫師仍是具有明顯性別標籤的職業：前者被視為女人的工作，後者則是男人的工作。除了護理人員，即使女性醫師也仍難免除社會所加諸的刻板印象和身體化要求。對於女性醫師及護理人員而言，在勞動過程中除了展現護理專業，仍被期待要發揮女性特質，情緒勞動的操演被視為當然。

Pamela Abbott 及 Liz Meerabeau（1998: 11）兩位社會學家從職業區隔和價值貶抑觀點指出護理工作的社會印象：

護理被視為是傳統的女性角色，至少在大眾印象中，是附屬於醫療控制之下的工作。護理人員被認為是執行醫師的指示。護理人員想要建立專業地位的可能性不高，因為在世俗的眼光

中，病房的服務被視為是在做「女人的工作」……護理一職的主要特徵是低薪、低聲望、作息時間與大家不同、高流動率及缺乏工作穩定性……護理人員教育水準的提升，甚至連表面上都沒有改善她們在醫院或社區內醫療體系的地位。

簡言之，這個描述顯示女人的工作就是要高度付出、低度待遇。形成女性收入偏低的原因之一，是長久以來具有女性特質的工作價值被貶抑。照顧病人是護理最主要的工作項目，執行照護細節、溝通說明、安撫病患等，都需要知識和技巧學習、同時需要體力和精神集中。但是在與薪資等級評定相關的工作分析（job analysis）制度，這些知識和技能卻被忽略。護理工作經常被提出來與男性工作的價值和收入進行比較，而得出同值不同酬的結論（Steingberg 1990, 1999）。

另一項具有性別意涵、但在使用量化方法探討女性處境時被忽略的勞動面向，是女性遭受暴力威脅和傷害的經驗。台灣的研究顯示有高比例的護理人員曾經受到病患或家屬的暴力相向（張孟源、盧言珮 2011；明金蓮等 2017）。同事間的霸凌是另一種職場暴力的來源，對同事暴力相向往往是反映組織內的階級、專業地位、性別或是僱用身分的差異所展現的權力不平等。影響勞動者身心健康的暴力經驗也具有性別與職業差異：女性和護理人員更容易成為暴力的受害者。

在本書後續各章的分析中，除了醫護職業類別外，情緒勞動、同值同酬都是分析收入、工作對家庭衝突與個人健康這三項勞動結果的重要自變項。在過去的相關研究中，有學者將衡量同值同酬的因素納入對個人或職業平均薪資的分析中（如，England 1992a; Parcel and Mueller 1989），但欠缺情緒勞動對於收入影響的分析。情緒勞動、同值同酬指標對於工作和家庭角色衝突，以及個人健康的可能影響，也少見分析與討論，本書的分析結果或可彌補以往分析模型性別變項的不足。本節以下先針對醫護專業的差異、情緒勞動及同值同酬進行較詳細的說明。

（一）醫護職業的性別標籤

醫學系學生需要經過數年時間學習人體構造、生命維繫和疾病知識、疾病的病源和治療方法等等，而且除了學校教育（6到7年）之外，必須累積一定的實習年限（1年左右），並且通過不同階段的考試及認可，才能獲得行醫資格（陳端容 2004）。醫師公會或國家考試都是提供專業知識與技術認證的機構。在1945年之前，由於日本殖民政策不鼓勵台籍女性申請醫學院或更精進的護理教育，女性醫師或護理人員大都是去日本留學後回來執業（傅大為 2005：156-166）。1945年之後，國民政府仍未積極推動女性學醫或是鼓勵女性成為執業醫師（同上引：172-174）。隨著高等教育的普及，以及一般家庭經濟狀況改善之後，女性進入醫學院就讀的人數愈來愈多，女性醫師的人數才慢慢增加（衛生福利部統計處 2019b）。雖然有些醫院內的部門或科別已經有女性醫師看診、主導治療及進行外科手術，但仍存在選科的性別差異，女性的機會較集中於小兒科、皮膚科、眼科（成令方 2008；陳韋君等 2010；自由時報 2016年6月13日；聯合報 2018年3月4日）。即使已有愈來愈多的醫師是女性，從一般大眾的用語來看，仍顯見性別與職業刻板印象的根深蒂固：稱呼男性護理人員為「男護士」，女性護理人員則是「護士小姐」（Kouta and Kaite 2011）。對不同性別醫師的稱呼則是反過來的狀況：「醫師」一般是指男性醫師，對女性醫師則用「女醫師」。醫護職業的性別標籤仍難消除。

護理工作在西方社會的發展過程中，一開始就被定位成發揮女性特質、適合中產階級良家婦女、可以學習到衛生和照護知識的職業（Denny 2016）。護理究竟屬於一種技藝或知識，護理學學者有不同的看法。相對於現代的醫師毋需自我證明就被視為專業人士，有些論述強調護理的專業性，指出護理知識的發展不僅是實務和技術訓練，也具有理論及專業知識發展的歷史（盧孳艷 2019）。有些論點則視護理

為職業訓練，護理人員依照醫師的診療和囑咐對病患提供照護，至多可視為一種半專業，原因在於知識範圍有限、在醫療過程中缺乏自主性（Denny 2016: 82）。

要取得護理工作資格，同樣需要投入一定的學習年限和實習，以累積執業所需的人力資本。台灣的護理專業建立過程始自作為醫師的助手；然後藉由學校教育制度的建立，成為正式科系；之後進一步被納入高等教育體系，並推進至碩、博士等級（成令方 2012：220-221）。國家考試和證照的許可制度，使得護理專業制度的形成更為完備。醫師養成（包括學習和實習）所需的時間和範圍甚於護理人員，兩者的實質報酬和社會聲望也相差甚多。護理人員的學校教育年數較短，但也需學習醫學、護理和衛生知識，並通過實習和國家考試才能執業。病房護理人員依照醫囑從事病患的照護與觀察，勞動過程中必須遵守醫院內的規範和行事流程。遇到突發狀況或特殊病患時，護理人員更需利用所學知識和經驗、發揮應變能力且擁有處置彈性，勞動過程並非全然處於被動或僅是執行例行性任務。

專業領域的區隔來自人為劃分，是維繫醫護階級差異的重要手段。醫院的存在目的是治療、解除病人痛苦和降低傷亡的可能性，這需要醫師、護理及其他專業人員彼此間的合作才可能達成（Strauss et al. 1985; Strauss 2001）。然而分工的意義經常被忽略，醫師的重要性經常被放大，護理的角色則被視為輔助性質，甚至成為病人對醫院不滿時的發洩對象。護理人員在照護過程中需要準確執行醫囑，對病患提供後續的治療與照顧，並回應個別的需求。⁵ 不少的情況是護理人員在沒有醫師指導下，獨立運用技能和判斷。張荳雲（2014[1998]：253-

5 護理人員在醫院內的工作地點包括門診的診間、病房或特殊的中心（健檢中心、美容中心等），其中以在病房裡工作的比例最高。多數的文獻在討論護理勞動條件及過程時，都是以病房內的護理人員為對象。本書以下論及護理工作時，如果沒有特別註明，也是指病房護理。

255) 觀察典型的醫師查房狀態，指出主治醫師看重實習醫師的臨場教學和訓練，明顯大於回應病患的詢問或與家屬溝通，而這些工作大都是由護理人員接收和完成。有些病房的分工狀況是護理人員向醫師說明病情後，醫師再決定是否進入病房探視（朱政騏 2006：130）。此外，醫囑開立之後的照護過程皆屬於護理人員的責任，包含發揮護理專業、醫療知識、照顧倫理等，都是護理專業的表現（Chambliss 1996：79）。換句話說，護理人員在醫療和照顧過程中經常涉及醫療判斷，因此醫師主動、護理被動這種二元分法，並不符合醫療現場的實況（張淑卿 2012：12-13）：

透過護理教育與組織之建立，一般而言都肯定「護理」是個專業，但由於醫療專業結構的特質，使其（護理）專業自主難以發揮，⁶社會地位以及在醫療體系內的社會地位始終不如醫師、呼吸照護師、藥師，甚至醫檢師。也因為在醫療體系中的地位不高，被視為次專業或半專業，臨床護理工作又受到醫療體系行政規範與醫師醫囑所牽制，⁷護理專業的自主性常無法發揮。然而，護理人員卻經常進行抽動脈血、打動脈導管、解釋病情、說明醫療處置、用「鉛筆」開立處方等醫師才可以做的工作。

從歷史的演進來看，醫師「專業」的建立是國家教育制度和職業團體共同建構的結果。西方社會剛出現醫師這個職業時，並未立即建立制度性規範，沒有證照依然可以看病（如傳教士），社會地位也不如現今崇高（謝幸燕 2017a）。在現今醫療現場，除了客觀的資歷、能力和工作績效外，醫師的升遷是由院內的資深醫師做最後決定。醫師之

6 括號內的文字為本書所加。

7 原文為「囑」，可能是排版時誤植，正確應為「囑」。

間的能力和技術也有差異。除了科別區分之外，醫療中心或大醫院的醫師即可能被認為醫術比在小醫院或診所的同業高明。此外還有名醫效應，有口碑的醫生收到的病患會比同儕或同業多。過去台灣社會曾質疑獲得東歐國家學歷的醫師的專業能力，修訂後的《醫師法》規定必須經過教育部學歷甄試才能參加醫師考試（聯合晚報 2012年5月24日）。許多醫事專業人員獲得從事治療的學經歷資格和證照，如物理治療師、醫事檢驗及專科護理師，都顯示醫師專業並非鐵板一塊、完全無法分割，或無法與其他專業人士分工。

2011年在台灣習稱的「護士」正式更名為「護理師」，宣示護理的專業地位。醫院也貼出海報，向門診病患和一般大眾宣傳這個正式名稱。海報文宣上有「曾護理師」、「跨團隊」等，呈現護理師自我肯定的意識，以及護理人員在醫療照護過程中的重要性與積極態度（圖1-2）。雖然女性在醫師中的比例已達五分之一，男性從事護理職業的比例卻相對偏低。護理幾乎仍是由女性主導的職業。以台灣來說，二十多年前男性護理人員的比例約為3%到5%，且多集中於精神科（金春華等 1996）。近年來男性從事護理工作的人數逐漸增加，但占比仍未有顯著突破（衛生福利部統計處 2021）。醫護性別比例未見均衡調整是衝破職業隔離進程中常見的結果：許多女性進入男性主導的工作，如醫師、律師、教授等，但男性仍鮮少願意接受女性主導的職業，如護理或看護工作。女性主導職業的性別化標籤、發展前景不佳、待遇不高，都是男性卻步的原因。即使護理工作的薪資不算太差、也有較高的穩定性，但由於存在女性化標籤，在美國有些男性即使失業也不願學習或轉業到護理工作（*New York Times* January 4, 2017）。

有些醫院或護理部希望增加男性護理的人數，尤其是精神科或急重症單位，主要的動機如徐宗國（2001）的觀察，男性較能對抗偶爾會有狀況的病患。然而，病患不論性別，仍然偏好女性護理師的服



圖 1-2 護理師正名宣傳海報

說明：台灣在 2011 年正式將「護士」更名為「護理師」，圖為某醫院用正名的方式宣示護理的專業地位。(張晉芬 攝)

務，導致有些醫院管理階層對於增加男性護理師的聘用並不積極。根據 Uraiporn Kattiyapornpong 及 Anne Cox (2018) 對於泰國醫院醫護人員的訪談，不論是男醫師或女醫師都希望與女性護理師合作，只是原因不同。一般來說，男醫師和女護理師之間存在的性別與職業雙重隔離，符合社會期待的男尊女卑，女性也可藉由陰柔特質與男性醫師和睦相處、完成任務。女醫師和女護理師之間雖具有職業差異的權力關係，但與男護理師之間則存在不符合社會刻板印象的權力關係，對於要求或命令男護理師產生猶豫，會影響醫療和照護工作的進行。

本節試圖呈現造成醫護職業區隔的原因，除了專業學習和訓練過程之外，勞動過程中自主性認定、護理工作的性別標籤以及病患和醫師對於護理人員的角色期待等，都有明顯的性別意涵和差異。醫院是治療、減輕身心痛苦的所在，醫護人員面對病患不只需要運用知識與技術，還需具備耐心、溝通和安撫技巧。女性成為護理職業的主要勞動力，也與情緒勞動作為這項職業的特徵有關。以下說明醫護工作的情緒勞動，以及人們對於女性情緒展演的特殊期待和情緒勞動價值的忽視。

(二) 情緒勞動

Arlie Hochschild (2003a[1983]) 透過對空服員和債務催討人員的研究，提出情緒勞動 (emotional labor) 的概念。她對於情緒勞動的定義是：「(對) 感覺的管理以營造出一個在公開場所展現的臉部和身體操演」(2003a[1983]: 7)。任何人日常都會有情緒表現，但這是人際互動時所必須的，具有使用價值 (同上引)。Hochschild 從批判性角度指出，勞動過程中的情緒展演是無償的勞動付出，例如，空服員對客戶的情緒展演是一種商品化的行為，具有交換價值，為雇主創造剩餘價值。空服員不只被要求表面上的禮貌或客氣，還需要深層的操演，要讓乘客從空服員的表情和舉止中感受到親切及熱情。所以，空服員必須學習改變服務當下的反應，讓情緒的操演成為真實感覺，亦即所謂的「深層操演」。除了空服員之外，需要與人密切互動和情緒展演的工作，如護理、居家照顧、百貨專櫃等，這些被標籤為具有「女性特質」的工作都需要經常性的情緒勞動，而從事這類性質工作的大多是女性。

在醫護人員當中，由於和病患的接觸最多，護理人員的情緒勞動受到較多的研究關注 (Smith 2012; Steinberg and Figart 1999)。情緒展演是醫護勞動過程中必要的勞動投入，也是護理工作價值的重要元

素 (Porter 1992)。在病房照護勞動過程中，身體勞動與情緒勞動需求同等重要，而且經常同時發生 (James 1992)。護理人員的情緒勞動具有專業訓練和理性思考成分，並不全然是表層操演或被迫扭曲真實情感。護理人員的情緒付出是工作內涵的一部分，這種付出具有情感性 (sentimental) (Strauss et al. 1982)，需要處理和應對病患的情緒。護理的訓練包括提供病患適切的照護、冷靜面對突發事件，將自己與現場狀況抽離，維持專業判斷，例如，病患難過時給予安慰，但不是一起痛哭或讓自己傷心到無法工作。護理人員在照顧過程中擁有自主性，視病患的狀態及現場狀況而做出不同的反應 (James 1992)。病人痊癒出院、新生兒誕生、緊急搶救傷患脫離險境等都是令人鼓舞的場景，但醫院終究不是一個歡樂的場所。醫護人員經年累月聞著藥水味，協助處理出血、流膿的傷口，聽著病人呻吟或哭鬧，處理唾液、排泄物，安撫抗拒醫療的病患，有時還要說善意的謊言等，有學者將這些不愉快的接觸和應對稱為情緒勞動的「黑暗面」 (Ward and McMurray 2016)。

情緒勞動的付出讓病患得到安慰與幫助、信任醫護團隊，願意推薦給其他病患，個人有需要時會再到同一家醫院求診等，都有助於醫院的營收。至於對剩餘價值的積累有功或是因為受到病患的稱讚而被表揚或得到一些獎勵，幾乎很少會提升她們的薪資待遇。護理人員不論是表層或深度操演，或是忍受不舒服場景和事物，在經年累月的操作後，必然形成情緒、精神或甚至道德上的負擔。情緒勞動的重要性被邊緣化，並非因為醫院沒有看見或認為不重要，而是順勢占醫護人員的便宜，讓情緒勞動自動成為工作的一部分。例如，有些醫院訂定禮儀應對規範（稱之為「微笑天使」），要求男、女性護理人員遵守，這些規範包括接待病患的態度，或接聽電話的語氣等 (成令方 2012: 224)。也有醫院會請病患填寫手術前解釋的滿意度調查表，項目包括

醫師傾聽病患述說問題以及詳細回答詢問。

在醫院內，病患、家屬或醫院同事對於護理人員和醫師的情緒勞動有不同期待與要求（徐宗國 2001）。醫療和護理工作的特性之一是與病患及家屬密切接觸，除了因為醫療或護理需求產生的身體碰觸外，詢問病情，向病患和家屬說明病情與治療方式，協助抒解或安撫病患及家屬的疑慮或情緒等，都是為了增進醫療和照護效果必要的溝通。只是，病患對於護理人員情緒勞動的期待顯然高於醫師。即使醫師也被期待有某種情緒展演，但「內容」與護理人員截然不同。醫師在問診和治療過程中，不苟言笑不僅不會受到批評，反而可能被視為專業的展現。護理人員的愛心若是沒有反映在臉部表情或其他情緒表徵，病患會用「兇巴巴」一詞形容護理人員，即可看出對於情緒表現期待的職業與性別差異。事實上，這不只是醫護階級差異的結果，在醫師專業文化薰陶下，女性醫師也傾向塑造嚴肅及莊重的形象，但病患仍會期待具有女性的耐心和情緒展演（Pringle 1998），性別化的要求已凌駕專業。

情緒勞動並非護理工作唯一需要的外在表現，勞動過程中還經常需要肢體動作，包括彎腰安撫病患、協助病人調整身體姿勢、試圖理解病患言語不清的意思、奔走於病房與護理站之間等，以回應病人因疼痛或受傷引起的痛苦和不安、對醫療行為的反抗，以及因病情不明或惡化而產生的沮喪等。在醫療和照護過程中，這些技巧的發揮憑藉的是專業知識和訓練，以及經驗的累積。護理人員的情緒展演不只是單向操作，也包括對於病患情緒和動作的反應。在安撫或處理對方的情緒時，護理人員本身的情緒也會受到影響，必須拿捏回應的分寸和方式，有時還需應變病房的突發狀況、暴力威脅或傷害，或是情緒不穩定的病患，這些都對護理人員的身心造成疲憊和壓力。關於照顧工作為何需要情緒勞動已有許多研究累積，也有文獻探討情緒勞動造成

的後果。根據Feng-Hua Yang及Chen-Chieh Chang（2008），深層操演的情緒勞動與工作滿意度有正相關，表面操演的情緒勞動與組織忠誠度則是負向關係。Allison Duke等人（2009）應用社會心理學的觀點，發現組織的支持會減低情緒展演的負面效果。學者對於情緒勞動與勞動者身心狀態、工作滿意度之間的關係也多有探討（Duke et al. 2009; Erickson and Wharton 1997; Nixon et al. 2011; Wharton 1993; Yoon and Kim 2013）。例如，根據Amy Wharton（1993）的研究，工作中如果需要過度的情緒勞動，對於受僱者工作滿意度有負向影響。另一項針對韓國護理人員所做的研究（Yoon and Kim 2013）發現，表層展演會加深憂鬱感受，深層展演則無顯著效果。

台灣關於護理人員情緒勞動的研究，簡建忠（1998）使用不同的指標分析影響護理工作中多種正負面情緒的因素，發現同事的支持會產生正面能量。吳淑蓉及王秀紅（2005）、劉雅惠及劉偉文（2009）都發現護理人員的情緒勞動強度指數介於3.88至3.9，高於一般勞工的平均值（2.5）。林尚平（2000）曾翻譯Hochschild（2003a[1983]）的定義，以及參考Andrew Morris及Daniel Feldman（1996）等製作的問卷題目，提出對於情緒勞動操作化的中文版本。

情緒勞動的要求及展演也會隨著職業、情境、個人資歷和其他特徵而有所不同。根據Sandi Mann及Jane Cowburn（2005），精神科護理人員比其他科別服務者面臨更高的情緒勞動要求。至於同一職業和組織的內部差異，急重症病房護理人員的情緒勞動高於一般病房護理人員，區域教學醫院又高於醫學中心。就後者而言，這與醫學中心人力較多、可相互支援的便利性有關。

即使下班或離開職場後，上班時間過度的情緒展演可能仍然影響個人心情，對於家庭生活造成困擾；過度或長期的情緒展演也會使醫護人員產生心理或精神上的壓力。以現有的研究為基礎，本書在後續

章節探討情緒勞動對於醫護人員勞動結果的影響，以及是否會因為性別、專業、職務、個人特徵或組織形式而有差異。

(三) 同值同酬

關於性別間的勞動差異，除了職業區隔和性別角色期待之外，還有勞動待遇，其中又以性別間薪資差距的研究最多。女性平均薪資低於男性是跨國現象，早期有學者將性別間薪資差距歸因於女性人力資本不如男性 (Polachek 1979)。近期的研究 (如, Blau and Kahn 2006) 則顯示教育已無法解釋薪資差距。例如，一項針對日本、南韓及台灣的研究發現，在控制教育程度、工作經驗及職業差異後，性別間的薪資差距仍明顯存在，有些國家女性勞工的工作所得只有男性的七成 (Chang and England 2011)。

人為歧視及結構性因素均會造成男女薪資的不平等。人為歧視的操作主要是以男人要養家或女性身體非 (生產性) 勞動身體為由，對於女性和男性勞工給予同工不同酬的對待。同工同酬 (equal pay for equal work) 是指在同一組織或單位中，從事同樣的工作或屬於相同的職務薪資必須相同。多數國家已明訂雇主針對不同性別而有同工不同酬的敘薪制度，屬於違法行為。在台灣，《勞基法》第25條即規定：「雇主對勞工不得因性別而有差別之待遇。工作相同、效率相同者，給付同等之工資。」

至於結構性因素則包括職業性別區隔和同值不同酬。針對職業性別隔離的影響，Trond Petersen及Laurie Morgan (1995) 分析美國的資料發現，在控制細分類的職業和職務後，性別間幾乎不再有薪資差距。也就是說，如果女性勞工有更多機會進入男性主導的職業 (如醫師)，因而使得收入提高，則男女之間的薪資水準可逐漸拉平。

另一個造成性別間薪資差距的解釋，歸因於女性主導的職業工作

價值即使與男性主導的職業相當，但前者的平均收入低於後者，這即是同值不同酬，亦即不是直接歧視女性勞工，而是歧視女性主導的職業，並對女性勞動者形成間接歧視。同值同酬是指同等價值的工作應該給予相同的報酬，以及所謂「價值」不是勞動創造出來的價值，而是為了從事該項工作必須具有的知識和技術所代表的價值（England 1992a: 190）。根據實證研究結果，以護理職業為例，所需要的技術訓練、體力要求、專注力、應變能力與卡車司機的條件相當，但後者卻獲得較高的待遇；護理是女性主導的職業，卡車司機則幾乎都是男性（Blum 1991; England 2006）。另有對工作評估的分析發現，護理人員的薪資低於具有同樣技能和知識價值的職業教育學校教師，後者多為男性（Steinberg 1990）。技術的社會建構具有性別的偏見，認為製造業、營造、運輸或礦業藍領勞工的技術和體力元素具有重要工作價值，卻忽視服務業白領勞工的技術、體力及其他技能的要求，如語言和社交能力。前者是男性主導的職業，後者則大多為女性。這種制度性偏見與在工業資本主義時代雇主和工會堅持男人要賺錢養家的意識形態相關（同上引：458）。社會學者的量化分析也顯示，以女性為主要勞動力的多數職業，尤其是需要與顧客互動，或是具有安撫、照顧性質的工作，平均薪資普遍較低（Parcel and Mueller 1989）。國際上的同值同酬運動和研究，即是強調女性主導的職業價值被低估，造成性別間工作收入差距持續存在，要求公部門修正現行的工作分析、調高女性員工的薪資（張晉芬 2019[2013]：256-257）。我國的《性別工作平等法》第10條也有類似的規定：「雇主對受僱者薪資之給付，不得因性別或性傾向而有差別待遇；其工作或價值相同者，應給付同等薪資。」所謂工作價值相同，即是同值同酬的概念。

企業或組織的人力資源部門常用以作為敘薪標準的工作分析系統中，主要有「技術」(skill)、「付出」(effort)、「責任」

(responsibility) 及「職場狀況」(working conditions) 四個面向。每一個面向都有屬於女性能力的因素以及具有女性特質的工作特徵被忽略的項目 (Steinberg 1990: 460)。以「技術」面向的要求而言，除了正規知識和技能學習，溝通及協調能力，應對重大事件時的情緒反應，辦公設備的維護，及文字編輯和校對文稿等，和護理工作一樣，都是從事所謂「女性職業」需要具備的技術和能力。然而這些都需要學習和經驗累積，並非女性天生就會的技能。

「付出」面向則未考量專注、傾聽、需要久坐，同時間多工工作的能力和體力。例如，護理人員進入病房發藥的同時，要一邊問候和檢查病患狀況、回應病患或家屬的詢問，察看點滴瓶的容量，觀察病房物品擺放的安全及衛生，並注意病人是否確實服藥。美容美髮也是由女性主導、與顧客面對面互動的職業。陳美華 (2019: 311-312) 對於美髮師「多工緩衝」能力的描寫是：要一邊剪頭髮一邊思考客人適合的髮型，與客人聊天，同時留意助理的工作狀況。

構成「責任」面向的指標則包括要注意維護病患或客人隱私，妥善照料病患或回應顧客的需求、幫組織做好公關等，這些都是需要經常與人互動工作共有的特徵。不論是能力或責任的工作特質，表面上屬於例行的工作和反應，即使看起來簡單，但要在同一時間內確實執行，仍需要長期的演練和學習。

「職場狀況」面向忽略的項目，例如醫院護理人員或私人看護因為接觸病患或處理病患排泄物時的感染風險，以及忍受反應激烈的病患喧鬧和抗拒。傳統的工作分析系統將機械吵雜聲列為不良工作環境項目，對於藍領工作敘薪有加分效果，卻未曾設想醫院內的吵雜聲音，或是應付需要攙扶的老人、哭鬧的小孩，也可能危害醫院內工作者的身心健康。Jerry Jacobs 及 Ronnie Steinberg (1990) 發現，具有這些特徵對於工作收入有負面效果，而女性主導的工作，如護理人員，往往

即是處於此類工作環境。此外，相較於其他工作場所和職業，醫院內醫護人員受到病患攻擊或言語辱罵的頻率相當高。職場內的暴力事件當然也會構成惡劣工作環境，而這些元素在評斷工作價值時都被忽視。

職業性別區隔的操作導致女性難以進入男性主導的職業，是造成男女薪資差距的原因之一（England et al. 1994）。關於同值同酬的討論反映出制度上對於工作價值認定的性別化歧視。男人主導的工作，尤其是藍領工作，其所使用的技術、知識、複雜度、體力、耐力和勞動過程的危險性都被正面看待；女性主導的職業則被視為天生就會，或憑藉其學習即可勝任，忽略體力或情緒消耗等相關要求（Steinberg 1990）。護理人員和美髮師工作時都要長時間站立和來回走動，還有頻繁的肢體勞動，雖然同樣消耗大量體力，但在傳統的工作分析中，這項工作的價值卻不如藍領工作。Ronnie Steinberg 及 Deborah Figart（1999）指出，工作分析的設計反映男性霸權的思維，認為只有製造業的工作才具有技術，忽視服務業勞動特質以及所代表的工作價值。

同值同酬倡議也揭露忽視女性勞動特質的後續效果。情緒勞動是女性主導職業的特徵之一，如照顧病患與老人、服務飛機上乘客，或如餐飲和銷售等需要與客戶面對面溝通和互動等，情緒勞動既是這些職業重要的工作項目，也是影響企業營業績效的關鍵。雇主及管理階層忽視這些勞動貢獻、未給予適當的體恤和實質補償，甚至過度剝削，造成勞工身心壓力和疲累。壓力和過勞則直接影響勞動者的生理和心理調適與健康。工作環境要素的評量標準應該納入身心壓力和疲勞感覺。然而相關倡議雖然受到迴響，情緒勞動的工作價值也受到認可，仍少有政府機構或企業給予相當的薪資補償（Steinberg 1990）。

（四）職場暴力與霸凌

與多數職業相比，醫師具有的專業知識和治療能力建構出職業

的權威性。不過，即使醫師相對於病患具有權威，但社會環境的變遷已造成雙方權力關係變化（Yen and Hsu 2007），包括平均教育程度提高，醫學知識普及，健保制度下醫療院所選擇甚多，以及病人權力意識強化，都逐漸翻轉醫師與病患之間的權力不平等關係。病友團體、社會團體，如台灣醫療改革基金會的成立等，都是對於醫療制度和權威的挑戰。醫療疏失訴訟案件增加，以及敗訴後的賠償，顯示病患不再默默承受醫師的處置或醫療疏失的後果。而病患對醫師及護理人員暴力相向事件頻傳，更顯示醫療權威震懾效果的淡薄。

工作場所內的暴力行為主要指因為職務或工作身分而受到同事、主管或第三者（如下游客戶或上游廠商）的暴力侵犯。勞動部將職場暴力具體區分為言語、心理、肢體暴力和性騷擾四類（勞動部職業安全衛生署 2017a）。國外的研究顯示，以女性為主導的職業中，包括護理、教師、家庭幫傭或性工作者等，女性受到暴力相向的機率高於其他職業（Van De Griend and Messias 2020）。與其他工作場所相比，醫院的醫護人員受到暴力相向的機率是最高的。根據台北市政府衛生局的調查，在 1,500 多位受訪勞工中，有受暴經驗者接近 19%；施暴者以主管居多；如以職業類別區分，醫護人員受到暴力相向的比例在眾多職業中居冠（聯合報 2015 年 3 月 17 日）。一項針對急診室醫護人員的調查顯示，接近 80% 的受訪者曾遭受過威脅，有 37% 甚至受到身體傷害，而加害者主要來自病患與家屬（楊錦桂等 2015）。外部暴力的增加與病患的權利意識高漲有關。在新管理主義和健保制度下，醫院傾向接受更多的病患，以客為尊的態度也助長了病患認為可以用言語或肢體暴力發洩不滿。年輕、資淺、單身者，由於較缺乏執業及應對經驗，較容易成為受害者。在科別或診間也有些差異，肢體暴力較常發生在急診及精神科病房（Lin and Liu 2005）。

基於醫院內職業位階差異和性別的弱勢，基層護理人員較容易遭

受病患及同事的粗暴對待或身體傷害。在病人及家屬眼裡，護理人員的身分比醫師矮一截，甚至沒有專業可言。劉仲冬（1998：101）的田野調查指出：「護士在醫院裡也是『做女性的工作、得到女性的待遇、扮演女性的角色』。一位受訪的護士告訴她：『病人好了感謝醫師，脾氣不好時罵護士』。」早期有榮民就醫時，對護理人員吐口水或打人，後者「打不還手、罵不還口」的回應不僅令人感到無奈，同時也彰顯她們的情緒困境：無論如何都要諒解病人的處境（游鑑明等 2011：236）。某位醫師根據自己在急診室的經驗，為護理師的辛苦抱不平。有一個情節是病人家屬質問護理師，為何不允許家人下床。護理師解釋病人狀況後，家屬的回應是：「不要講這麼多，叫醫生來。」值班醫生來了，說明與護理師完全一樣，家屬的反應則是：「好的。」（急診醫師 Dr. 魏 2017：87）

實證研究的結果顯示，醫師受到的暴力威脅程度高於護理人員，但實際的受暴經驗卻較低（張孟源、盧言珮 2011）；這其實也是一種跨國現象（明金蓮等 2016）。不同的調查結果顯示，護理人員中超過半數到八成以上曾經遭受職場上的語言或行為暴力及威脅（李選、白香菊、顏文娟 2010；林小玲、尹祚芊、黃惠美 2012）。有些狀況是病患不敢對醫師表達，而將情緒發洩到護理人員身上（明金蓮等 2017）。至於施暴者主要為病患與病患親友。2013年一名時任桃園市鄉民大會的代表，因為不滿家屬在醫院的待遇，到醫院毆打護理師。這名代表最終被起訴及判刑，一時之間醫護人員救助病人時遭受暴力的情況，受到輿論極大關注（聯合報 2014年4月8日）。⁸

Jeff Hearn 及 Wendy Parkin（2001）批判組織內部的運作，認為充滿了有形或無形的暴力、霸凌及性騷擾，即便在日常運作中並非總

8 立法院在 2014 年三讀通過《醫療法》第 24 條修正案，明定院方對於醫院內的暴力事件應採取必要措施，以保護院內同仁工作安全，並可尋求警察介入；以及第 106 條修正案，明定加害者的刑事責任。

是如此。在看似多樣的活動與交流，甚至是充滿吵雜、快動作及速度之下，有很多事情沒有被說出來。這些沒有被公開討論或說出來的事情，對身在其中的員工來說就是一種壓迫。壓迫者與被壓迫者的差異，可能是基於性別、性傾向、組織內的權威位置差異（同上引：72-73）。Lyn Quine（1999）發現霸凌在英國醫療機構的普遍性，根據她對一間社區醫療單位的調查，有38%的受訪者表示曾被霸凌；其中，以非正式聘用的照護工被霸凌的經驗最普遍（48%），其次則是護理人員（44%）。台灣的研究也顯示，居於權力階層的最下層者，受到暴力及威脅的機率高於正職員工（黃彥宜 2009）。基層護理人員曾有受同事霸凌經驗者也高達22%左右，加害者大都為資深、中等層級同事（林小玲、尹祚芊、黃惠美 2012）。

在本書中，職場暴力指稱來自病患和家屬等外部人士的言語和行為暴力，以及來自醫院內同事的霸凌。職場暴力或霸凌都可能對醫護人員造成不良的反應，影響工作表現、增加工作對生活衝突感受、對身心健康造成衝擊。過去對於暴力的研究多集中於呈現暴力的現象和來源，也有些研究探討醫護人員受到暴力後的情緒反應（陳柑伴等 2010；林小玲、尹祚芊、黃惠美 2012）。本書將分析受暴經驗對於醫護人員家庭和個人層面的影響。

這一節的論述呈現醫護職業中具有性別意涵、但較少被實際分析的工作特徵，包括工作的性別標籤和期待，情緒勞動的付出，女性主導職業的同值不同酬，以及職場暴力。這些概念在本書後續呈現的分析中，都有相對應的變項，以探討這些具有性別意涵的組織及工作特徵與勞動結果之間的關係。第三節詳細說明本書探討的三項醫護人員勞動結果：勞動的待遇，主要指收入；以及勞動的代價，即職場與家庭角色的衝突和個人健康。

三、醫護勞動結果：待遇與代價

醫護人員的收入、工作對家庭生活衝突感受及個人健康狀態是本書主要分析的議題。關於這三項勞動結果，台灣學者對於健康的研究最多，其中又以對醫師及護理人員的研究占多數，調查的議題涵蓋行為、待遇、主觀態度面向，具體項目包括：工時、流動率、過勞、性騷擾、職場暴力、離職可能性、身心狀況等（如，李明濱、胡佩怡、廖士程 2014；鄭乃云、蕭淑銖、郭育良 2016）。本書後面各章將會陸續引用這些研究報告的一些發現。

不論男女，投入職場全天候辛勤工作的目的之一就是賺取收入，讓自己和家人獲得溫飽，提升生活水準甚至累積財富。薪資報酬的水準也代表勞動付出後應有的回饋。醫師被視為高薪族，而護理被視為中階白領的工作，平均薪資優於多數由女性主導的白領職業。國內女性主義學者如成令方、盧孳艷等，從性別觀點檢視女性醫護人員的處境，包括早期女性學醫的限制，選科的性別歧視，進入職場後面對家庭與工作的衝突（成令方 2008），以及醫院內科技化、標準化下護理人員身體和情緒勞動負荷的增加（盧孳艷 2012b）。如同勞動市場中其他受僱者的處境，醫護人員的薪資往往會因為組織特性、部門和科別等結構性因素，以及個人資歷而有差異（張晉芬、杜素豪 2012）。

工作導致家庭生活的影響是多方面的，包括與家人互動機會、子女教養時間及鄰里和社區活動的參與。因工作投入而對家庭生活造成干擾，屬於勞動付出的代價。任何人的時間和精力都是有限的，維持公私角色平衡是一個難題。工作對家庭生活衝突的程度，與工作特徵和家庭狀態相關，無法兼顧即可能產生其他後果，如身心健康受損。醫護人員的角色衝突感、影響的因素與造成的後果，都將是本書所要分析的議題。

關於工作收入對身心健康的影響，最常被討論的狀況是職業傷害和職業病，主要是因為傷害程度重大影響到工作執行，甚至難以挽回生命。即使沒有重大肢體傷害或因公導致慢性病，必須及時完成工作的壓力、長時間勞動缺乏休息，或突發事件造成衝擊等，都會對身心造成負面影響。本章第一節提到近年來醫護人員對於勞動條件惡化的反彈，也包括工作壓力、工時過長或收入與工作投入不相稱而導致的身心疲憊。工作環境對身心健康的影響，代表著個人為工作付出的另一項代價。

以下先說明台灣醫護勞動力的整體工作圖像，作為後續勞動結果研究的背景說明。第二小節討論工作收入，第三小節為工作對家庭衝突，第四小節是個人健康。這些也是本書第三、四及五章實證分析的主要依變項。

（一）醫護勞動狀況

在中華民國護理師護士公會全國聯合會多年的遊說和爭取下，護理人員在1998年被納入《勞基法》適用範圍（該法實施14年之後），但當時關於工時的規定仍屬於責任制（該法第84-1條），直到2014年才開始適用一般勞工的標準（曾修儀、盧美秀 2015）。不過，法律規定與實際狀況仍有落差。根據官方的調查，不包括加班時數在內，護理人員每週平均工時超過42小時，已高於法令規定的時數（勞動部 2019a），實際的上班時間可能比官方的調查結果更長。針對不同醫院所做的研究均顯示，臨床護理人員所照顧的人次持續增加。人次增加除了加重照顧負擔之外，也增添更多的行政工作，包括工作日誌的撰寫和文書處理（成令方 2012；張薰榕等 2012；蔡淑鳳 2008：131）。「丟下寫一半的記錄去翻身、換點滴」等狀況是護理人員的心聲，正常的狀況都是工作10個小時之後才能真正下班（張曉卉 2015）。遇到

醫院評鑑的時期，準備資料和撰寫報告等更增加額外的時間和體力負擔。⁹這些都是醫師與護理人員被要求承擔的無償勞動。醫護進修是專業精進所需，也是在職訓練的一環，然而當醫院要求醫護人員利用休假時間去上課或進修時，形同變相地延長工作時間（苦勞網 2018 年 10 月 4 日）。

台灣護理人員開始公開發聲、反對惡劣工作環境是在 2003 年 SARS 爆發之後。由於護理人員與病患的接觸最頻繁、最接近，因而感染 SARS 死亡的人數也最多，當時共有 6 位護理人員殉職（中央社 2017 年 5 月 17 日）。在疫情發生時期，護理人員沒有足夠的保護裝備可用，卻仍被要求照顧病患，造成個人健康與生命被置於風險之中。社會大眾對於護理人員因此抗拒進入病房的行動提出批評，認為那是專業人員應盡的職責與義務，卻忽略了護理人員拒絕上級要求的原因正是出於專業的考量：因為在防護裝備不齊全的狀況下貿然從事照護工作，對自身及病患的健康或生命都可能有負面影響（黃芷芊 2005）；另一方面，大眾對於醫師將保護措施齊全的重要性置於義務或天職之上，卻似乎少有質疑（同上引：22）。實際上，醫師進入病房診療病患的時間遠低於守在病房的護理人員。這種雙重標準顯示出職業的歧視：身分地位較弱勢的護理人員，甚至連病患的安危，都不及醫師的健康重要。另外，在疫情剛爆發時，政府對於醫師與護理人員的補償金也有明顯歧視，護理人員得到的津貼還不及醫師的二分之一。在受到婦女團體和社會輿論撻伐之後，衛生機關才改為平等發放。同樣地，每當有流感爆發或出現大量傷患時，例如，2015 年新北市八仙樂園發生的塵爆事件（黃惠鈴、謝明玲、劉光瑩 2015），2020 至 2022 年流行的嚴重特殊傳染性肺炎（COVID-19），民間和官方才會重視醫院護理人員

9 為了應付日益增加的行政事務，有些醫院在護理部聘用病房書記，協助處理文書、人事作業、貨品登記和管理等事務。這類人員雖然可能具有護理訓練或資格，但不屬於編制內護理人員。

人力的重要性，輿論更出現多則關於護理人員辛苦、護理人力不足的報導。一位參與 COVID-19 病患治療的男醫師提到：「許多護理人員全天候戴著 N95 口罩，臉部及鼻子都起水泡或破皮，其實最偉大及最辛苦的是護理人員」（聯合報 2020 年 5 月 1 日）。

前面提到近年來醫師對於勞動條件的不滿，不再只是私下抱怨或投書媒體，而是組織工會、走出醫院，以集體行動抗議院方的勞動剝削和國家的缺乏作為。例如，醫勞盟是一個由醫師群組成的運動團體，曾經在一場記者會中公布醫師過勞的狀況，要求將醫師納入《勞基法》適用範圍（聯合報 2013 年 9 月 16 日）。除了有醫師過勞致死引發關注，被批評的還包括長工時及值班安排，造成住院醫師缺乏充分的休息時間（聯合報 2016 年 5 月 2 日；公視新聞網 2017 年 7 月 26 日）。醫師工時規範雖然已有衛生福利單位發布的《住院醫師勞動權益保障參考指引》（適用期間為 2013 年 5 月 16 日至 2017 年 7 月 31 日）及《住院醫師勞動權益保障及工作時間指引》（自 2017 年 8 月 1 日起適用），但這些僅提供醫院參考採用，並沒有強制性。新近成立的醫師團體，如台北市醫師職業工會等，積極訴求將醫師納入《勞基法》，且不適用責任制（報導者 2017 年 8 月 22 日；謝幸燕 2017b：10-17）。醫師被納入適用範圍後即可加入勞工保險，萬一在值勤時發生意外，也可獲得職業醫療保障及補償（聯合晚報 2018 年 12 月 1 日）。然而，這些抗爭與訴求最後只獲得了部分成果。自 2019 年 9 月 1 日起，只有不具有公務員、軍人身分的受僱醫師被納入《勞基法》適用範圍（勞動部 2019b）。但由於適用資格限制多，醫師工會抨擊修法結果為德不卒、政府的承諾跳票（聯合晚報 2018 年 12 月 1 日）。一方面，工時規範仍屬於責任制，以每週 80 小時為上限，與沒有納入《勞基法》之前的工時規定相同，差別只在於，違法的醫療院所將會受到處罰而非僅是勸告。另一方面，只有少數醫師符合適用條件，大約 4 千多人（立法院法

制局 2018)，若以 2017 年醫院內受僱醫師總人數接近 3 萬人（圖 1-1）作為分母，則符合《勞基法》適用資格的比例僅 7.5%。

當醫師建構權益爭取的正當性、要求比照一般勞工適用《勞基法》時，專業與階級的區分似乎已被打破。醫師認識到自己和護理人員或其他受僱者一樣，都是勞工階級。行使團結權和罷工權，成立新的工會或團體、公開發聲等，則是反映現存的醫師團體或公會已不足以對抗醫院組織。尋求國家機器介入，修改法律制度及行政措施，包括加強勞動檢查、修改法條，以維護勞動權益，則顯示醫師專業本身已不足以保障勞動條件不再惡化。醫師既希望維持身為專業人員的原有優勢，也試圖爭取基本勞動權益的保障。

組織內護理的人數比醫師多出數倍，彼此競爭激烈，在護理部門內的升遷機率就很低，更何況是擔任醫院內主管的機會。多數醫院除了護理部之外，院長和院內行政主管幾乎都是男性。許多醫院的外科或骨科更是從來只有男醫師，而這些都是最被看重的科別。醫療現場的層級、職業和專長隔離，表面上是醫學院學生自由選科，實際上是醫學院內的教學、論文指導及實習的安排，都有性別化的操作，女性醫學生不易進入熱門科別或受到指導（Pringle 1998）。這些都會影響醫護人員後續的生涯發展。

醫師不一定要受僱於醫院才能執業，亦可自行開業成立診所；護理人員的職場選擇主要仍是醫院及診所，也有少數是社福中心及養護機構，或是自行開設居家護理所。護理人員供給不足的現象，不是近年或只有台灣才出現。許多接受過學校教育和訓練的護理人員，即使有專業資格也未必會進入醫療產業。以美國為例，在 1990 年代約有三分之一的護理專業人士未進入勞動市場（Chambliss 1996: 1-2），即使進入職場從事相關工作，也有高比例因為工作負擔或其他原因而退出勞動市場。根據美國一個協助機動性護理人員就業的民間組織在近年

所做的電子郵件調查（RNnetwork 2017），接近半數的受訪護理人員想過要離職，主要原因包括：工作負擔太重、覺得工作沒什麼意思，以及文書工作太多（包括準備和填寫評鑑資料）。

台灣早期研究將護理人員的流動路徑分成兩類，一類是在職業勞動市場中流動，另一類則是離開護理專業或退出勞動市場（藍忠孚等 1991）。前一類發展路徑是轉換到不同的醫院或單位，動機包括個人專業發展的期待，以及有更多的學習機會。選擇離開護理界主要可歸因於勞動條件不理想，例如，工作量大、工時不定及薪資不合理等。退出勞動市場造成的護理人力流失，始終是多數醫院的難題。劉仲冬（1998：112-113）曾於 1985 年對三間位於台北市的醫學中心非主管職護理人員進行抽樣調查，在回收的 292 份問卷中，將近 97% 的護理人員預期在 40 歲之前離職。公立醫院由於工作穩定及勞動條件較佳，雖有人員流動，但較無人力供給的困擾（同上引：93-94）。2007 年的一項調查顯示，接近半數的護理部門主管表示單位內護理人力不足（蔡文正等 2009）。很多護理的預備人力甚至未進入職場就已退出（曾修儀、盧美秀 2015）。直到現在，不滿意勞動條件仍然是護理人員不願意續留職場的主要原因（林秋芬等 2013）。邱孟君等人（2013）亦發現，將近三分之二的護理人員因為高度工作倦怠及壓力想要離職。

本節利用已有的文獻和其他公開資訊說明台灣醫護人員的工作現況，對於勞動條件的不滿已經公開化，訴諸集體抗議，並要求國家行政和法律機器介入。對護理人員而言，不良的勞動條件也影響到就業意願。本書第二章將透過對三間醫院的問卷調查結果，分析醫護人員的詳細勞動狀況。本節後續接著分別討論現有研究關於醫護人員的工作報酬、工作對家庭衝突和個人健康的發現。

(二) 收入

資本的大型化與集中化，造成愈來愈高比例的勞動者以「呷頭路」為賺錢方式，工資或薪水成為勞工階級主要或唯一生計來源（行政院主計總處 2015）。包括教育程度、職業訓練的經驗和年資等人力資本，以及職業結構與工作環境，均是影響工作收入的重要因素（Petersen and Saporta 2004）。跨國研究顯示，職業結構對於受僱者薪資的影響尤其關鍵：高階白領優於高階藍領，且這兩種職業類別的平均工作所得又高於低階的藍、白領勞工（Chang and England 2011）。為了吸引高端客戶、有效增加利潤，近年來台灣的醫療院所紛紛投資尖端的儀器設備和新技術；固定設備增加代表著需要盡快增加收益，結果往往是由醫護人員承擔最後的成本：醫院努力增加病患或客人數量，同時緊縮人力，但吝於提高勞動報酬（聯合晚報 2011年5月11日）。此外，由於給付給醫師的薪資較高，台灣有些醫院仿效美國的作法，選擇增聘護理師和專科護理師，甚至外包部分醫檢工作，而不是增聘醫師，以降低人事成本（范國棟 2012：37-38）。

護理人員尤其感受到收入與付出的不相稱，相對於醫師和其他醫療專業人員，她們的薪資普遍偏低（范國棟 2012：41）。台灣護理人員抗議血汗勞動的部分原因即是經常被迫加班或需要照護的病病人數增加，卻沒有獲得相應的薪資報酬。從工作時數來看，醫學中心和區域醫院的護理人員中，不論班別，約有三分之一每日超時工作至少1小時。「逾時」似乎變成工作特徵，只有約10%的受訪者回答曾經領到加班費，多數是沒有加班費或被要求以補休代替（中華民國護理師護士公會全國聯合會 2016：11）。對於薪資不滿和認為工作量太大，名列護理人員離職原因的前兩名（曾修儀、盧美秀 2015）。

Pam Smith（2012: 85）主張，護理既然是以人為中心（people-oriented）的專業，就不該用醫學院的觀點來分類。除了與治療相關的

工作，護理的工作項目包括整理病床、協助病患起臥、安撫病患的不安和疼痛感等。這些工作需要的特質，包括溫柔慈愛、維持舒適住院環境、具有責任心等，都是完成護理工作的重要技術（Strauss 2001: 50）。由於這些工作項目被定義為代表母性和女性特質，從價值貶抑（devaluation）的觀點分析，這些具有女性標籤、面對面的服務性工作，通常被認為不需要特殊的技巧和知識訓練，工作報酬也偏低（England, Budig and Folbre 2002）。前一節曾論述，和以男性為主導、價值相當（comparable worth）的工作相比，女性主導的、具有照顧性質的工作薪資偏低（England 1992a）。¹⁰醫院內老年或身障病人聘請看護的盛行，讓照顧變成另一項發揮女性特質的工作。私人僱用看護不只減輕家屬負擔，也承擔了一些原本屬於護理人員的工作，包括餵藥、在夜間注意病情、進行血壓和飲食記錄等，成為護理系統的一環。外籍看護的低薪，亦反映出為何護理價值持續受到貶抑（Latimer 2014）。女性特質和照顧能力的指標如何影響醫護人員的收入，將是本書第三章分析的議題之一。

性別間的薪資差距是社會不平等研究的重要議題。這個差距不只存在於高收入和低收入之間，即使高收入的職業內也可能男女有別。美國內科醫師協會（American College of Physicians）曾經做過調查（Butkus et al. 2018），女醫師的平均薪資不如男醫師。在內科的女醫師待遇均不如男醫師，而在不同的專科中，性別的差距更大。除了工作資歷的差異有顯著效果之外，性別因素及母職身分的懲罰，也是造成女性平均薪資低於男性的重要因素（Grimshaw and Rubery 2015；許碧純、邱皓政 2015）。根據本書作者的一項研究（張晉芬 2017：180），在高階白領受僱者中，控制了人力資本因素、是否擔任主管、組織規模和部門差異後，性別變項的影響不再顯著。關於醫師間的性別差異

10 在推動性別間薪資平等的理論和運動時，comparable worth 一詞一般翻譯為同值同酬。

對待，在控制個人條件和工作特徵後，女醫師和男醫師間的薪資差距是否還可歸咎於性別差異，將是本書第三章探討的另一個重點。

（三）工作對家庭衝突

工作對家庭的干擾代表著勞動者為工作付出的代價，工作對家庭衝突感受的性別差異則是反映性別間權力的不平等（Bianchi and Milkie 2010）。在性別分工刻板意識形態下，即使擁有全職工作，母親、太太、女兒或媳婦仍被期待應該承擔家庭內的再生產勞動。當男性可以全心全時從事生產性勞動時，女性勞動者卻需要同時兼顧職場工作和下班回到家裡後的第二輪勞動（或稱第二班）（second shift）（Hochschild 2003b[1989]）。需要同時兼顧工作（生產層面）與家庭生活（再生產層面）對勞工造成的困擾也有性別差異，對男性而言，家庭責任和家事工作較少影響個人的工作表現，但母職和妻職身分對於女性事業生涯的發展卻造成阻礙（Bianchi and Milkie 2010）。影響角色衝突感受的工作特徵包括工作時間和空間上的彈性、工作經驗的累積，以及職業與職務內容。男性高階白領明顯比其他同性受僱者更可能認為工作對家庭生活造成衝突，但在女性內部的差異影響則不顯著，不分階級都認為有影響（Lui and Chang 2020）。

試圖平衡家庭與工作既然是所有勞動女性共有的經驗，女性的醫護人員也不例外。醫師及護理人員屬於中高階白領，但與其他受僱者相同，常面對如下的處境：勞動強度大、需要多工同時進行、加班為常態；既需遵守專業規範，還要以客為尊。由於工作地點僅限於醫院內、且有輪班或值班義務，缺乏空間與時間的彈性，工作與家庭衝突對於醫護人員而言需要更多的心力解決。在醫護人員對於血汗勞動的抗爭中，長工時及過勞是最被期待有所改變的勞動條件。家庭內的照顧及家務勞動、刻板的性別分工，讓女醫師同樣面對工作與家庭生

活的衝突；而女醫師的專業歷程波折，男醫師卻多是直線發展（Pringle 1998: 13）。與其他職業的女性相比，輪班制度是護理人員特有的工作特徵，反常的作息時間對個人和家庭生活的安排都形成挑戰。以Naomi Gerstel及Dan Clawson（2014）的研究為例，不同於醫院病房的助理，正式僱用的護理人員有休假和請假處理私事的權益保障，而這要歸功於護理工會和醫院抗爭及協商的結果。

做家事、帶小孩、照顧家人需要時間和精力，擔負這些家庭責任代表著女性勞工需放棄夜間或假日加班、不能參加工會活動、放棄公司外派或非上班時間舉行的講習，也失去建立社會資本的機會，缺乏與同事或同業聯誼的機會。敬業與顧家兩相衝突，影響個人和家庭生活，可能造成持續就業的壓力。職業婦女會因為結婚、生育或懷孕等生命歷程的改變而「選擇」退出勞動市場，男性則幾乎無此困擾（Chang 2006；唐文慧 2011）。台灣護理人員離職的三大原因之一，即是生活作息受到工作的影響（曾修儀、盧美秀 2015）。美國學者以醫護人員為對象的研究發現，正職的護理人員會利用工作時間上的彈性完成家務，男性醫師則多藉此進修或做研究（Gerstel and Clawson 2014）。台灣的研究也發現，在照顧和承擔其他家務勞動之下，女醫師比男醫師更可能中斷專業生涯，顯示出衝突影響的性別差異（劉慧俐、藍忠孚、藍采鳳 1995）。

除了對工作的影響之外，兼顧公、私領域角色即使不會造成重大傷亡，卻可能會影響勞工的身體和精神負荷。職場工時過長、過於忙碌或臨時加班，都會造成家庭中例行活動中斷或更動，造成心理上的壓力。長時期勉強兼顧的結果，可能對於個人的身體和精神造成極度的疲勞。醫護人員的工作幾乎都是在醫院內執行，缺乏空間的彈性，讓時間的安排和調整更為困難，對健康造成負面的影響（Thomas et al. 2018）。女性醫護人員遭受的負面衝擊可能甚於男性。即使控制工時和

輪班的影響，工作對家庭的衝突感受都可能增加女性醫師和護理人員的身心壓力。

綜合前述討論，以統計用語來說，工作對家庭的衝突既是依變項也是自變項。過去對於醫護人員勞動結果的研究，較少在同一模型中分析衝突與工作之間相互的影響。本書第四章的分析模型中，將同時分析個人、組織及工作、性別與家庭因素對角色衝突的影響，以及角色衝突對於醫護人員工作流動意願的影響。

(四) 健康狀況

收入代表勞動結果的經濟面，工作對家庭生活的衝突為家庭面，本書探討的第三個勞動結果是個人面向：醫護人員的健康狀態這項勞動代價。傳承自 Max Weber 的理念型概念，科層組織的特性強調穩定、理性、專業控制及連續性 (Merton 1940: 561)。然而，在全球化的年代，為了追求國內與國際競爭力以求生存，運用資訊科技增進管理及用人彈性、提高產品或服務市占率，成為組織優先採取的治理模式。新管理主義 (new managerialism)，或稱之為新浪潮管理 (new wave management)、人力資源管理 (human resource management)，是指運用福特主義下的生產及管理原則，讓工作盡量達到僱用和職務劃分的彈性，以方便成本控制 (Walby 1989)。醫療服務也成為要計較成本與效率的產業，英國公共醫療系統的運作即被認為是走向此一模式 (Walby and Greenwell 1994)。瑞典是全球知名實施社會福利相當成功的國家，且為其他國家的典範；然而在全球化及利潤導向驅使下，瑞典的醫院近年來也採取同樣的管理政策，強調效率和效益。看病和照護的流程被形容為如同工廠內實體產品的生產線，病患有如在生產線上流動的商品，醫護人員則是守在生產線旁的操作員 (Selberg 2012)。經營型態日趨商業化，醫院以行政和管理效率掛帥，醫護人力

資源的重要性及價值即受到貶抑（Latimer 2014）。

受到新管理主義的影響，以及健保制度的給付原則下，台灣的醫院產業不意外地出現大型化、且資源逐漸集中在醫學中心或準醫學中心的趨勢，其中包括大型財團法人醫院（劉梅君 2016）。制度性環境的改變同樣強化醫院管理階層的權力。利潤和成本考量成為經營理念，醫院管理主義逐漸凌駕專業主義（張荳雲 2014[1998]：246）。在健保總額管制、按件計費的制度性框架下，醫院日漸朝向接受更多的病患以維持「客源」和一定的營業收入。站在醫院的角度，例行的事務如問診、開藥方、給藥、檢查點滴流量、測量體溫和血壓等，均有一定的順序和完成時間表，即使稍微延遲都可能引起病患或其他醫療人員的抱怨或投訴。形式上達成任務，比護理人員對病患照護是否盡心盡力更重要。在組織運作流程中，工作流程上列出的項目才是應該要做的事。醫院人員在一定時間內完成表訂項目，比起提供有效的醫療及照護更重要。組織提供的可能不只是規則，還包括技巧及應變步驟，使得醫師及其他醫事人員的自主性都受到限制。在「客源」競爭和多數醫院內部管理以效率和收益為原則之下，醫護人員的工作負擔不斷增加。在一定時間內兼顧病患照護並完成工作清單的壓力，造成護理人員身體和精神上的負荷。不賺錢的科別在醫院內的處境變得艱難，以病患相對較少、需要長期追蹤的職業醫學科為例，由於帶給醫院的收益有限，醫師的看診效率不僅受到行政人員監督，甚至在勞動過程中受到干擾（鄭峰齊 2013：262-265）。

醫療和護理工作需要長久站立、走動和全神貫注，照護工作中無法避免的情緒和情感勞動、病患的要求甚至暴力相向，或是無法平衡工作與家庭角色的憂慮等，都會造成醫護人員身體和心理的疲勞或不適。現在的醫療環境要求醫護人員多工進行，除了原本的醫療及照護工作，還要協助評鑑及計畫申請的文書作業。不論是醫療、照護或

臨時添加的工作都有期限內必須完成的壓力，利用下班時間趕工成為常態。長期的忙碌和勞累造成醫護人員極大的身心負荷（鄭乃云等 2017）。與便利超商店員及國道收費員相比，護理人員過度投入工作的比例最高，壓力大、睡眠品質也較差，但收入和身心回饋並沒有比較多（潘致弘、吳明蒼 2008）。常態性輪班、值夜班對家庭生活造成衝突，對個人健康也有負面影響。醫護人員的身心不健康，直接影響的是診療和照護品質，但是在新管理主義的思維下，管控成本、效率經營往往更勝於照護品質及醫護的身心健康。

勞動條件、工作壓力和過勞感受會直接影響醫護人員身心健康，為了平衡工作和家庭角色需要付出額外的心力和體力，負面作用更是加重。過去關於醫護人員身心健康的分析並未考慮到角色衝突對於身心健康的影響。女性常為了子女照顧需求而離職，護理人員自不例外。但基於經濟或其他考慮，許多已婚婦女或是勞動媽媽仍留在職場、尋求兼顧私領域的責任（唐文慧 2011）。角色衝突的感受如何影響有子女或已婚醫護人員的身心健康，是家庭社會學較少關切的議題。

關於醫護人員的工作報酬、工作與家庭兼顧的困境，以及個人的健康狀態，這些個別的議題在過去已有許多中英文研究成果發表。以醫護人員為對象的質性或量化研究，數量也不少（詳見本書第三章至第五章的引用），本書則綜合討論醫護工作對於家庭生活的影響，勞動過程中的情緒投入和暴力相向的經驗對於收入和其他勞動結果的影響，同值同酬的實踐，並試圖證明勞動付出影響勞工的生活與健康，同時具有性別與職業的差異。本書試圖藉由同時分析主客觀勞動結果，以期較完整地呈現醫護人員整體的工作與生活圖像。

收入、工作對家庭干擾及身心健康的危害，是本書主要分析的勞動結果，但實際的模型設計更為複雜。本節之前的論述已提及，工作對家庭衝突會影響醫護人員個人的健康，也有職業婦女因為難以兼顧

而離職。換句話說，角色衝突如果嚴重到影響就業意願，代表公、私領域勞動的平衡有助於提高醫護人員的勞動參與，因而降低醫院內人力不足的風險。本書探討醫護人員身心健康的另一個洞見是加入暴力相向經驗的影響。遭受暴力的經驗會影響個人身心健康，受暴經驗和健康又同時受到工作與職務等特徵的影響。在第五章的模型設定中，受暴經驗即是作為內生變項。藉由模型內多重因果關係的設定，本書期望分析結果對於醫護勞動圖像提供更深入的了解。下一節接著說明影響勞動結果的主要因素及本書以下各章節的安排。

四、分析變項與章節安排

在對美國和日本汽車工廠內藍領工人的主觀態度和工作流動研究中，美國學者James Lincoln及Arne Kalleberg（1990, 1996）使用多個面向代表組織、工作特徵與工廠內的社會關係，包括在組織內的職務（是否位居管理階層、部門、年資），工作特徵（工作內容複雜度、獨立或團隊、自主性），工作待遇（工作成就感、收入、升遷機會）及社會連結（與主管和同事的社交關係）等。England（1992a）則是使用衡量職業技術和能力、工作環境及風險的指標，分析勞工的收入。除了盡可能採用上述這些結構性變項，本書也將加入具有性別意涵的勞動項目，包括婚育狀態、與服務對象互動的身體和情緒指標、工作與家庭衝突感及受暴經驗。關於組織和工作變項與勞動結果的關係和假設，將於後續各章再做詳細說明。

醫院內主要的勞動力是醫師及護理人員。這兩種職業身分既存在階級差異，也具有高度性別區隔。本書希望藉由對經濟、生活及健康這三個議題的分析，呈現影響醫護人員勞動結果的因素。圖 1-3 為本書主要的分析架構，也是前面幾節討論的重點摘錄。從女性主義揭示的

性別觀點

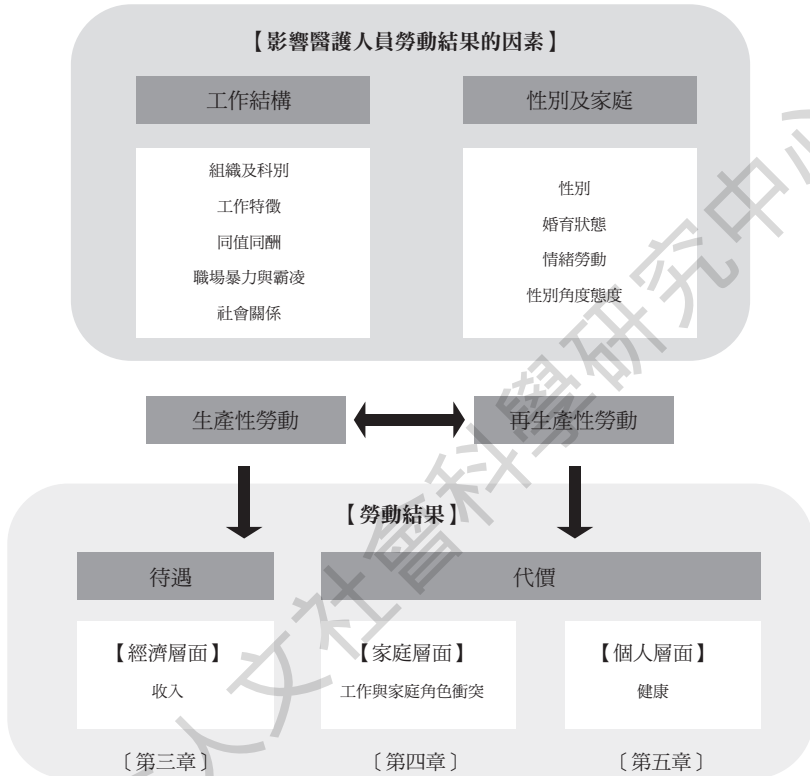


圖 1-3 本書研究架構

女性次等處境、女性特質和女性工作的被貶抑，以及再生產勞動重要性的被忽視為出發點，本書以勞動結果作為實證分析的議題，經濟層面的收入為生產性勞動獲得的待遇，工作對家庭衝突及身心健康狀態則分別代表家庭及個人層面付出的代價。圖 1-3 上半部列出影響醫護人員勞動結果的因素，分為工作結構及性別與家庭因素兩大類，前者包括組織與科別特性、工作特徵、同值同酬指標、受暴經驗及社會關係；後者則包括性別、情緒勞動、婚育狀態及性別角色衝突。同值同酬與

受暴經驗具有性別意涵，反映護理職業特徵，因此放在工作特徵項目下。在實際分析時，會依據理論和文獻研究成果，對於自變項進行取捨。例如，同值同酬僅用於收入分析，社會關係預期影響工作對家庭生活的衝突和個人健康，受暴經驗影響身心健康。各變項具體的影響方向與假設將於第三至五章中再詳細說明。

(一) 主要分析變項

Lincoln 及 Kalleberg (1990) 採取工作社會學的角度，以組織及工作結構作為決定勞工工作滿意度和忠誠度的主要因素。關於組織結構的面向，包括在企業內的位階、部門別和年資。相對於基層勞工，管理階層的態度較傾向支持企業的作法，較不會抱怨工作，對組織有較高的忠誠度，屬於企業內的核心部門或資深人員，向心力也可能較強。England (1992a) 採取多觀點模式，在分析中融合勞動市場（職業特徵）、性別研究及同值同酬的理論，提出相應的變項。根據前述的討論，本書的研究取徑接近 England (1992a)，同時採用 Lincoln 及 Kalleberg (1990) 關於工作特徵的概念。以下簡要說明主要的自變項，詳細內容以及與勞動結果的關聯性則留待後續相關各章再說明。以下先從專業化的觀點說明醫護職業工作特性。

醫師和護理人員之間除了職業上的區隔，也存在部門和科別差異。由於需要動員較多的人力、機器、設備，手術的成本及利益較高，醫院對於外科的重視優於內科或其他專科，在各科醫師中，外科醫師具有相對較高的社會聲望。也有護理人員複製了醫學專業階序的迷思，以醫療專業、而非照護專業看待護理工作。或是認為在外科病房的工作最為高等，其次是專科，一般內科則位於最下層 (Smith 2012)。Elaine Denny (2016: 82-88) 發現，護理人員內部輕視護理專業，而以能夠與醫學連結為榮的取向，形成護理人員之間的階序排

比。病人的社會階級也反映醫護部門間的階級差異，例如，能夠使用特殊儀器設備的護理人員，優於純粹以病人照顧為主的護理人員；照顧老人或失智者，則成為醫院中最沒有地位的護理工作類型。新興醫療科技的使用除了提升醫師專業性之外，對於護理人員在醫院的地位也有正面效應，如加護病房的護理人員會因為能夠操作高級儀器設備而產生自信（傅淑方 2008；張淑卿 2012）。

至於工作特徵由勞動條件及勞動過程代表。前者主要是指工時、加班和輪班的要求。長工時、頻繁的加班及輪班是造成醫護人員勞動條件惡化的主因。加上輪班執行中未給予換班同仁合理的休息時間，影響個人健康並增加兼顧家庭和個人生活的難度。

醫療與護理都是專業性工作，Randy Hodson及Teresa Sullivan（2008[1990]: 282-288）關於職業專業化程度的概念包括對於抽象、特殊性知識的要求，在勞動過程中有主導權和自主性，以及在組織內部階層中的權威性。醫師的勞動過程特徵即相當符合這些面向，護理一職雖是配合醫囑照護病患，護理人員仍須具備知識、技術和應變處理的能力。Lincoln及Kalleberg（1990: 84-93）針對勞動過程的工作特徵提出的概念及變項，包括工作複雜度（job complexity）、自主性（autonomy）和內在酬賞（intrinsic rewards），如成就感；本書援用以代表勞動過程的專業化。醫學教育的學習和實習等要求繁重，可顯示醫學知識和技術的複雜性，護理教育年數雖然較短、學習科目不同，同樣需要學習醫學、護理和公共衛生等知識。因此，自主性及挑戰性或許更能精準反映醫護職業在勞動過程中的專業性。以醫師的工作為例，個人的判斷或決定受到尊重，即使需要會診、與其他醫事人員討論及團隊的合作，仍然有相當大的程度依據個人知識、技術和經驗，決定個別或團隊勞動過程的進度和執行方式。這類自主性和挑戰性是一般藍領勞工或辦公室內行政人員較欠缺的工作特性，後者的自主性

較低，多數的狀況是配合生產線的速度、管理階層的命令或組織的流程行事。但如同前一節所述，如今管理階層對於醫院經營、科別設置和儀器設備引進具有決策的主導權，顯示醫師職業的專業性和地位並非總是高高在上。組織可以鞏固、也可以弱化醫師的專業形象。本書將使用多個指標代表醫護勞動過程的自主性和挑戰性等工作特徵，分析相關變項對於勞動結果的影響。

組織內的社會關係有助於抒解工人對於勞動條件和勞動過程的不滿，減弱異化的程度（Lincoln and Kalleberg 1990: 107-109）。不同階層之間的關係良好，工人彼此間建立同事和私人情誼，都可能讓單調長時間或是高壓力的工作環境變得可以忍受，或是成為抒發的管道。以醫護人員的工作場域來說，友善的工作氣氛、主管的支持與同事的合作，都可能降低工作對家庭生活的衝突，抒解暴力帶來的傷害，減低不良狀況對於身心的可能影響。

根據本章第二節的討論，傳統工作分析忽視具有女性特質的能力和技術，同值同酬理論和運動即是要矯正女性工作價值被貶抑所導致的薪資低估現象（Blum 1991）。England（1992a）用統計方法驗證職業特徵分析中女性特質與收入的關係，其中包括社交性技術，如安慰或安撫（nurturance）病患，身體技術，如頻繁招呼客人或接電話的前台接待，以及危險或不友善工作環境，如重複性、暴力等。同值同酬強調的是貶抑女性主導職業的價值，不論是男性或女性進入這項職業都會受到懲罰。Jacobs及Steinberg（1990）利用美國某個州政府的資料分析職業的工作特徵與平均薪資的連結，發現危險的工作環境對於男性和女性勞工同樣具有負面效應。本書將使用國際勞工組織（International Labour Organization）建議的指標分析醫護人員「女性工作特質」對其個人收入的影響。這些將於第三章詳細說明。

加入性別及家庭因素的影響，不只是一要說明職場的待遇和代價

有性別差異與不平等，也顯示私領域的勞動付出亦大幅影響女性的事業生涯，但對於男性則幾乎沒有影響。不論是在勞動市場或私領域，女性大多處於弱勢地位。本章第二節所述醫護人員受暴經驗的差異顯示了性別的作用：以女性為主的護理人員受到職場暴力的機率高於醫師。女醫師與女護理師之間可能相處自然，但女醫師在需要對男護理師做醫療指示時，卻經常覺得不自在，這即是性別權力關係凌駕專業的結果（Kattiyapornpong and Cox 2018）。因此，在進行量化分析時，性別代表獨立於個人資歷和結構性變項的影響，其意涵並非只是一個變項。

情緒勞動既是醫護工作特徵，同時也具有明顯的性別意涵。護理這項以女性為多數的職業，需要執行多重的身體與情緒勞動，不論是出於本身的使命感或情緒規範的要求，幾乎每天都要付出相當的心力。病患及醫院對於護理人員情緒扮演，也有性別化的期待。情緒勞動對於勞動待遇、工作對家庭衝突與個人身心健康的影響，也將是以下各章分析的重點。

Bianchi 及 Milkie (2010) 從人口結構的轉變及勞動市場的變遷，說明現代社會的女性既要參與有酬勞動、和男性一起養家，又要包辦家庭內多數的家務與照顧責任。工作與家庭之間的角色衝突會因為結婚、生育等生命歷程的變化而趨向劇烈。台灣、美國和歐洲國家的研究均發現，職業婦女既要擔心工作對家庭生活的衝突，又可能會因為母職身分或子女照顧勞動影響事業生涯發展或受到薪資處罰（Ridgeway and Correll 2004；許碧純、邱皓政 2015；Budig and England 2001；Grimshaw and Rubery 2015: 13）。本書將於第三至五章分析婚育身分對於醫護人員不同勞動結果的影響。

(二) 章節安排

本書共有六章，以下簡要介紹各章的主要內容。

前述對於國內三間醫院執行的問卷調查結果，是各章量化分析的資料來源。第二章〈研究設計、問卷調查與醫護人員勞動圖像〉首先說明使用量化方法研究性別議題的意義。本書並非僅以受訪者為男性或女性這個單一變項代表性別的差異，而是在分析中納入同值同酬、情緒勞動、受暴經驗、婚姻狀態和親職身分等具有性別意涵的變項，以檢驗醫護人員的勞動結果和性別差異。工作對家庭的衝突是為工作付出的代價，職業婦女的感受最深。調查資料主要來自自填問卷，第二章將說明問卷的擬定和發放過程。整體而言，護理人員的填答率高於醫師。該章也利用描述性統計結果呈現醫護人員的勞動狀況，包括社會及人口特徵、職務及工作特徵、情緒勞動指標以及性別與家庭因素等。此外，暴力相向是許多醫護人員共有的負面經驗，但對於勞動結果的影響卻較少被研究。因此，除了次數分配之外，也將深入探討受暴經驗和暴力來源的迴歸分析結果。

第三章〈勞動待遇：醫護薪資的決定與差距〉呈現本章的兩大分析主題。關於影響醫護人員平均月薪的因素，除了文獻中使用的人力資本因素、職業類別外，本書加入同值同酬及情緒勞動等過去研究較少採用的變項，以檢視醫師與護理人員之間收入決定因素的差異。這些分析將使用線性迴歸分析模型。男醫師和女醫師的薪資差距是本章另一個主要內容。除了迴歸分析，本章並使用分解分析呈現造成醫護間以及不同性別醫師之間薪資差距的原因。

第四章〈勞動代價（一）：工作對家庭衝突的原因與後果〉有兩個分析重點。其一是分析造成工作與家庭生活衝突的因素，模型中包含組織及工作特徵、情緒勞動、友誼關係、婚姻狀態和親職身分。本書加入性別角色態度，檢驗主觀意識形態的效果。其二是分析工作與生

活不平衡導致醫護人員的工作流動可能性。代表的兩個指標分別是繼續留在現職工作的意願，以及推薦現有工作的態度。

第五章〈勞動代價（二）：影響醫護人員健康的因素〉以醫護人員個人自評的身心健康狀態為主要分析變項。除了個人因素、工作特徵、及收入外，分析模型中並納入工作對家庭的衝突、受暴經驗、工作過度投入和過勞感受作為自變項，前兩項是過去研究較少有的作法。由於這四個變項會受到模型中其他自變項的影響，分析時被視為內生變項（endogenous variables）。在分析方法上，和第四章一樣使用結構方程模型做分析。

第六章〈總結〉綜合本書分析勞動待遇與代價的研究發現與貢獻，接著檢討研究限制，並在最後一節提出實務與政策建議。