

科技部補助專題研究計畫成果報告 期末報告

性別主流化中醫師專業的性別關係(第2年)

計畫類別：個別型計畫
計畫編號：MOST 104-2629-H-037-001-MY2
執行期間：105年08月01日至107年07月31日
執行單位：高雄醫學大學性別研究所

計畫主持人：成令方

計畫參與人員：碩士級-專任助理：陳師迪
碩士級-專任助理：王筑臻

報告附件：出席國際學術會議心得報告

中華民國 107 年 10 月 30 日

中文摘要：2013年醫師公會會員總數為42,206人，其中女性共7,238人，佔了整體的17.14%。其中，自2000年起加入的4717位女醫師，以及同輩加入的男醫師10498，可能都受到近20年來社會文化巨變的影響，特別是性別主流化政策的影響。

本研究的研究問題如下：新世代的醫師進入醫院工作，面對白色巨塔的文化可能產生的衝突會有什麼樣貌？面對職場上的性別歧視，新世代的醫師們如何面對？性別主流化政策與性別教育有無提升與改善女性和同志醫師的工作與生活處境？同志醫師在升遷、資源分配、生涯發展上有沒有獲得較以前多的支援與機會？女醫師享受到產假的待遇，是否需要付出其他的代價？處於育兒階段的男女醫師如何處理工作與家庭的雙重壓力？他們採取的策略有何性別上的差別？

研究方法：深度訪談56位醫師，其中資淺（10年年資）女性醫師20名，資歷中等中生代（10-20年）女醫師13名，資深（21年以上）女醫師5名。其中有3名女同志醫師。另外，訪問資淺（10年年資）男性醫師10名，資歷中等中生代（10-20年）男醫師5名，資深（21年以上）男醫師3名。其中有5名男同志醫師。

針對上面的議題，研究結果，簡單總結於此：

1. 新世代的醫師進入醫院工作，大多屬資淺主治醫師。受訪者很少人計畫外出開診所，因外出開診所需要豐厚資金，以及穩固的病患來源。大都留在醫學中心以及區域醫院。這段期間努力，學習看診與病患互動的技巧，學習日積月累的專科新知，以及準備取得次專科的資歷。即使有遇到工作上的不滿或性別不平等的經驗，也礙於身處的組織位置層級低，團體的求和諧以及摸頭文化，許多不滿就讓時間稀釋，而不易有個別醫師採取改變的行動。
2. 醫療職場中還是充滿父權的價值，師徒制還是資源分配，升遷的主要依據。另外科別也有差異。以男性為主的陽剛外科系出色的女性醫師容易受到男性同儕的批評與輕視；以男女比例比較均衡的內科系，女性醫師比較有發揮才能的空間，與平等對待的機會。
3. 除了少數例外，同志大都不會在職場上出櫃。陽剛女同志在外科系，因專業表現好，比較不會受到太多刁難，但背後仍然有閒言閒語。資淺與中生代男同志在職場上有人被言語騷擾過，甚至排擠過。一般應對方式，就是矇頭努力，把專業做好。以專業的優勢來爭取專業上的平等。
4. 男女醫師選科多基於「興趣」與「個性」，而家庭／職場間的平衡則一直是女醫師的兩難，這也影響著女醫師的職涯規劃和任用升遷等事業發展。醫師選擇科別不僅出於個人選擇，更受結構性因素影響，同時亦具有顯著的世代差異，年輕醫師無論性別都更加著重生活品質與家庭關係。在婚姻與育兒的部分，本研究也發現世代差異下女醫師發展出了更多元的應對方式以兼顧職涯和家庭，不再只有放棄事業或蠟燭兩頭燒的選擇，同時她們的另一半也更樂意參與家務與育兒工作。

中文關鍵詞：性別，醫師專業，性別主流化，職場，

英文摘要：There are 42,206 physicians in Taiwan by 2013, among them, women constitute 17.14%. In other words, there are 4717 females and 10498 males entered the profession in the last

15 years. What are the working experiences of the younger generations under the influence of the gender mainstreaming education? How do they deal with the gender discriminations at the work? What are the impacts of the gender mainstreaming education upon the life at work of the women and gay and Lesbian physicians? Does the younger generation differ from the older ones in terms of the balance of working and domestic life? These are the main questions for the study.

The study adapts in-depth-interviews as the methods of data collection. 56 physicians have been interviewed, among them 20 female and 10 male junior physicians, 13 female and 5 male middle aged physicians, and 5 female and 3 male senior physicians. Above all, 5 gay and 3 lesbian physicians are also interviewed.

The results of the study are in brief as follows:

(1) Most of younger generation physicians prefer to stay in the medical centers and area hospitals, so that they can keep up with new knowledge, practicing new technologies, and improving their skills of diagnosis. However, as the junior in the hospital hierarchy, they seem to be trapped in the 'master-disciple' relationship which would maintain patriarchal values. Therefore, most of the juniors would not take any actions to deal with gender discriminations they suffer, because it is not the way how things round, I mean, in the organizational culture.

(2) Gender relations are different in surgery and internal medicine. The former is dominated by masculine value and where female physicians have to face discriminatory treatments with tolerance. The former, if sex ratio is much more balanced, she would have more rooms for developing her talents.

(3) Except for few cases, most of the gay and lesbian physicians would not come out at work. However, they are under suspicion. Masculine lesbians in surgery could gain respect by demonstrating their professional skills; whereas gay would suffer more abuse among male colleagues.

(4) The specialty choice, for female physicians, is considered in the context of personal interest and family planning especially for heterosexual women.

The study finds that men and women of younger generation values more the quality of life than their senior generations. So not many men would choose surgery because they want have more time for the quality of life after the work. As to female physicians, they could urge their male partners to share more domestic work, and more often their male partners are willing to cooperate accordingly. It shows that gender relations have changed in their private

life more than that at workplace.

英文關鍵詞：gender, medical profession, gender mainstreaming, workplace

科技部補助專題研究計畫成果報告

(期中進度報告/ V 期末報告)

計畫名稱：性別主流化中醫師專業的性別關係

計畫類別： 個別型計畫 整合型計畫

計畫編號：MOST 104-2629-H-037 -001 -MY2

執行期間：104 年 8 月 1 日至 107 年 7 月 31 日

執行機構及系所：高雄醫學大學性別研究所

計畫主持人：成令方教授

共同主持人：無

計畫參與人員：助理 陳師迪 & 王筑臻

本計畫除繳交成果報告外，另含下列出國報告，共 2 份：

執行國際合作與移地研究心得報告

出席國際學術會議心得報告

出國參訪及考察心得報告

中 華 民 國 107 年 10 月 31 日

前言

1998 年在我博士論文完成時，中華民國醫師公會網站的資料說明，該年度女性會員為 2,521 人，會員總數則為 26,991 人，佔全體的 9.34% (中華民國醫師公會，2003)。2013 年醫師公會會員總數為 42,206 人，其中女性共 7,238 人，佔了整體的 17.14% (中華民國醫師公會，2014)。與 15 年前已有顯著的增長。儘管女醫師在台灣醫界仍屬少數，但是這樣的人數增加，還是個令人振奮的數據。這些新加入的 4717 位女醫師，就是經歷了台灣最大的社會變化，她們可能受到婦女運動論述的影響，對身為女性專業者的認同，她們加入以男性為中心的醫師專業的經驗，一定與前輩女醫師不同；而她們的同輩男性 (增加了 10498 男性)，對於女性同仁的態度也一定與他們父執輩和前輩男老師有所不同。他/她們以及其在醫院中的經驗將會是有趣的研究對象。

2

研究目的

本研究的目的有二：

1. 探所「醫師專業的性別關係」在新時代中的新面貌，並與 1995 年以前的比較，以便看到其在組織制度、個別醫師等各個面向的變化，以便理解新制度規範與新文化改變的成效與限制。
2. 與歐美政府四十年來大力推動科學、醫學、工程界的性別平等，台灣才在起步階段。我們相信法律與政策雖然對醫學專業的性別關係有一些改善，但改善了哪些？政策推動的方向與內容遇到的困境有哪些？醫院、學校、醫師本身對於性別主流化政策的執行與理解為何？這些都作為參與推動性別融入醫療的學者專家、教育部醫學教育委員會的委員、醫院和大學評鑑委員會、行政院婦權會委員和性平處的官員做參考。

文獻探討

(一) 「醫師專業的性別關係」的文獻回顧

因為這研究以本人博士論文的内容為參照比對的對象。在此先簡述此研究的主要重點。然後再回顧幾個台灣類似主題的研究發現。

二十年前我的研究 *En/gendering Doctors: Gender Relations in the Medical Profession in Taiwan 1945-1995* (Cheng, 1998) 是經過六年的時間完成的(其簡短版見成令方, 2008)。題目雖然限制在 1945-1995, 但還是要交代日治時代消滅傳統中醫引入科學西醫的歷史, 本人後來以此段歷史資料完成一篇論文(成令方, 2002)。以文獻資料收集以及深度訪談的方法進行研究。訪問了 78 位老中青三代的醫師, 其中 35 位男性, 43 位女性。當然, 當年年輕一代(35 歲以下) 如今已經是資深一代, 很多人當了主管, 不知道當年她們向我傾吐飽受不公平壓迫的苦水, 現在擔任主管會不會有比較開明的作法?

我的論文分成 Macro-level, Meso-level, micro-level 三層來討論。在 macro-level, 國家 (the state) 在醫師專業化過程扮演的角色以及其政策中展現的階級、族群 (外省 vs. 本省 vs. 僑生)、老中青三個世代與性別的交織關係。在 meso-levels, 則探討台灣醫師專業 (包括醫學教育體制、臨床工作體制所產出的醫師專業), 以男性為中心的論述、組織制度與文化扮演形塑醫師專業重要的角色。從組織制度層面而言, 醫院組織內部的運作有很多隱晦的性別偏見、在知識與資源的分配、升遷政策、成就評估標準, 充滿了「男性/陽剛文化的規範」(masculinist norm), 懷孕和請產假的女醫師會被扣分, 女性優越的表現不容易被看到。女醫師可能在升遷時遇到因性別歧視而被排擠的經驗, 結果從醫學權力中心轉到比較邊緣的次級醫院才得升等。那些升到教授或資深主治女醫師也都不太可能被院方重視擔任主任的重責。從 micro-level 分析, 也是充滿了「男性/陽剛文化的規範」(masculinist

norm)。男女醫師的科別的選擇是非常性別的選擇，這與醫師自己的性別認同、科別的性別形象、實習時老師鼓勵或排斥女性和僑生的經驗有關、以及女性對照顧家庭的考慮有密切關係。老中青世代的男醫師會形成「同性社交」(homosocial) 網絡，這在陽剛的外科系統最明顯。身為極少數的女性特別不容易在外科系統存活，因為外科系統有喝酒的傳統，女性就不容易打入男性長官與同儕之間的「兄弟」圈。另外，早年出國進修機會少，單身女醫師還不容易爭取到機會，出國的大都是院方要栽培的優秀男醫師。離婚的女醫師也常被同仁說難聽的閒話。女醫師都有育嬰顧家的焦慮與負擔，很多人在學習新知方面「原地踏步」，她們的丈夫也都是醫師，但吃完晚飯後就進書房閱讀新知。家庭與工作的責任與負擔，對成家的女醫師最為困擾。最後第八章，則是以放射科的案例來具體呈現性別、族群在專業的邊緣化，以及放射/影像科技在專業中早期因屬邊緣，故很多女性與僑生加入，1980 年代後期，則因影像科技的發展，專科醫師的成立，放射/影像科在醫療專業中的地位提昇，吸引很多電腦高手的男醫師進入。這研究的歷史與社會豐富與厚實的資料與分析，不是我老王賣瓜，至今還沒有人的研究可以取代或挑戰。其他類似主題的研究，除了劉慧俐等（1992）的研究是期刊論文外，其他都是碩士論文和國科會研究計畫結案報告。在此依照研究者的主題分類在此簡略評述。

1. 職場性別友善

在〈兩性工作平等法〉實施前，劉慧俐等（1992）的調查顯示，半數受訪的男女醫師均認為女醫師承受性別歧視壓力。許碧純（2001）則透過深度訪談發現，硬體設備中缺乏女性值班室、醫師專業工作本質被明顯的性別刻板印象囿限，且女醫師的專業地位仍是無法脫離服從男性權威的情形，醫療職場中女醫師與男醫師的互動仍是如「父女」、如「兄妹」的照顧關係，要在男性為主的醫療專業中獲得認可，女醫師必須「工作如男人，行為像女人」才可以成功。雖然〈兩性工作

平等法〉已逾 2002 年付諸實行，謝臥龍和駱惠銘（2007）的研究仍發現女醫學生／女醫師在職場中面臨許多性別不友善的困境。以硬體或軟體的設計為例，其多半仍是因襲傳統，以男性為中心，導致女醫師在職場依然必須面臨諸多不便。實際的案例如：「……開刀房有醫師的更衣室跟護士的更衣室，我當然是去護士的更衣室，拜託她們給我們一個櫃子。所有硬體設施是沒有女醫師的。」（謝臥龍等，2011：29）其他像是盥洗室、休息室等設置，也常令女醫學生／女醫師感到不便。一個因為不願和陌生男醫師共用休息室而只好長期睡在辦公桌前的女醫師表示：「我覺得這個硬體環境真的沒有考量（女性），完全不考量。我覺得是因為早期醫院設計從來沒有想過會有女醫師。」（謝臥龍等，2011：30）除了醫療機構的硬體設備對女醫師不友善以外，病人對女醫師的信任程度也可能因性別而有所影響。謝臥龍等對於女醫師面臨的職場性別友善之研究依舊發現：「在結構嚴謹、層級分明的醫學體系，女醫師身處其中，不但因此喪失許多合理應有的學習環境與機會，更會因經由教育傳遞性別偏見的資訊，誤導學生性別角色與性向的發展。」（2011：39）

2. 職涯發展

女醫師的職涯發展規劃，往往受其醫學教育中性別意識之影響。近三十年前，一份針對 159 位女醫師及 206 位男醫師進行的問卷調查結果顯示，約 60% 的女醫師認為男女醫師照顧病人的能力相當，但 70% 的女醫師仍感覺作為醫師，男性比女性更容易成功（劉俐慧，1985）。然而這樣的情形並沒有隨著時間自然消弭，謝臥龍等（2011）的研究發現，在父權醫學體制內性別少數的女醫學生普遍較缺乏學習楷模，使得她們在學涯規劃、專業和生涯發展上較男性同窗更為焦慮；此種身為性別少數的窘境也發生在女醫師的職涯中，從進入職場、敘薪和升遷等面向看來，女醫師仍舊面臨性別職業隔離（occupational sex segregation）的困境。此外，男女醫師在工作型態方面的選擇也有所差異。劉慧俐等（1995）發現，女

醫師較常選擇留在醫療機構中工作，男醫師則多數選擇自行開業。此一現象在陳端容（2003）的研究中也獲得再次證實，在 10,570 筆基層開業醫師的統計資料當中，男性佔有高達 93% 的比例，相對之下，女醫師則僅有 7% 選擇開業，差距十分懸殊。這統計有助於本計畫的訪談對象將以醫院為主。雖然台灣女醫師本來就比男醫師人數少，惟依據中華民國醫師公會的統計，2003 年其女性會員佔整體的 11.98%，顯然女醫師開業比例仍偏低。相較於男醫師自醫院離職後常自行開業，女醫師即使離職，仍多半會至其他醫院繼續工作。不過，陳端容同時也發現，女醫師比男醫師更容易有「零碎式」的生涯路徑異動史模式，即多次進出醫院與診所，而不會一直以醫院體系為主要職涯發展。

在科別選擇上，男女醫師的選擇也有所差異。雖然女、男醫師均活躍專業組織、會議和活動中，惟男醫師多選擇一般科目、內外科等，女醫師則傾向朝婦產科、小兒科、眼科等發展（劉慧俐等，1995）。這種專科選擇被認為具有性別化的意義，女醫師所能選擇的科別被認為是因逐漸冷門，女性才有逐漸升高的機會得以進入其中，顯示了女性在醫療專業中仍屬勞動後備軍（許碧純，2001）。

儘管男女醫師在是否開業、科別選擇等面向有所差異，兩者在專業上面臨最主要的困擾卻十分相似，均認為「工作時間的過長或不定時」和「沒有進修時間」是最大的問題。但相較於男醫師，女醫師較少認為自己選錯職業（劉慧俐等，1992）。

3 · 工作、婚姻與家庭

女醫師普遍面臨專業中斷的困擾，結婚對象雖以醫師和其他專業者為主，惟她們仍舊多半須負擔家務及育兒責任。3/4 女醫師認為家庭事業能兩全；當職業生涯與婚姻、家庭衝突時，只有 2% 女醫師會選擇「永久放棄事業」，絕大多數的女醫師則會以「減少工作時間」或「暫時放棄，隔段日子再工作」處理（劉慧俐等，1995）。近年的問卷調查研究則進一步指出女醫師在職涯和家庭間的困境。林佩瑩（2009）發現，資深女醫師較資淺女醫師普遍有較高的生涯滿意度，推測

原因可能在於資淺女醫師較常因子女年幼而導致工作和家庭間的衝突，致使生涯滿意度降低。

追根究底，女醫師之所以會較男醫師更容易因為家庭導致必須中斷職業，呈現如陳端容（2003）所觀察到的「零碎式」的生涯路徑異動史模式，多半是因為傳統性別分工型態所致。許碧純（2001）的研究指出，男女醫師因性別分工意識型態導致不對等的工作與家庭發展，相對於男醫師可以享有「醫師娘」作為工作和家庭的支持，女醫師則是必須同時兼顧工作與家庭，加上醫師專業訓練的「時間」設計往往是以男性為標準，導致女醫師更難獲得專業認同。

4· 薪資待遇與升遷

雖然極少女醫師會因家庭選擇「永久放棄事業」，但選擇「減少工作時間」或「暫時放棄，隔段日子再工作」是否會影響女醫師的薪資收入？陳海燈（1991）的研究發現，男醫師隨著更換工作院所次數增加，較女性更容易達到其目標收入；在每日看診病人數、每週兼任時數和每月工作時數等項目上，男醫師也均比女醫師來得多。許碧純（2001）也指出，女醫師在職場面臨雙元勞動市場的任用標準，即女醫師因為性別角色和生理因素被認為是較不適任的醫師，即使在擁有與男同儕相等的條件時，仍會因雇主主觀的性別角色意識型態導致不利升遷的判斷結果。許碧純更進一步指出，性別角色意識型態同樣影響女醫師本身，加上資本主義要求利潤最大化的壓迫，導致女醫師對管理職普遍較無興趣。上述的研究結果與我博士論文的研究結果彼此相互輝映。對本研究仍具有引導支持的意義。

（二） 性別關係的四個面向

性別關係是本研究的主題。性別(gender)是一種動態的轉化過程，而其性別所展

現的特質—即社會建構出來的陽剛特質(masculinity)和陰柔特質(femininity)，也會隨著當時社會型態而轉變。如此說來，男女醫師表現的陽剛特質／陰柔特質會關聯回應到他們所處的工作情境。Raewyn Connell（2009/2011）提出的四個性別關係的面向，對我們研究醫師專業的性別關係有很大的幫助。

1. 權力關係 (power relations)：婦女運動要挑戰的是父權體制，而父權體制主要的核心「男性中心」、「男性支配」、「認同男性」的展現是需要依賴權力的運作。這權力若由國家來運用，可以藉由法律來實施。例如早年的民法親屬篇，後來女性主義者發動修法，就是把這權力搶回來。1995 年以後婦女運動爭權力的能量很強，爭取到很多性別平等的法律制訂權，最後一哩路還依賴聯合國的性別主流化政策，把台灣性別平等的法律與國家體制的政策結合起來，展現整體的巨大能量。Foucault 為權力提供不一樣的觀點，他認為權力不是集中統一的而是分散成網絡狀的，透過論述來具體影響人們與社會。權力藉由「規訓」直接衝擊人們的身體、認同感情（參見姚人多 2002）。

Connell 指出組織制度的權力與微觀論述的權力彼此不矛盾，同時並行，要說明完整的權力關係，必須呈現對抗、挑戰、抵制、抗衡的論述與行動，甚至無須如此，以協商、溝通、開玩笑來改變論述也是展現挑戰權力的另一種方式。這對本研究的啟發是：在職場上的權力關係反映在組織制度上，這需要藉由文獻，例如，可以從醫院的法規條文，行政命令、人事升等懲處、性平委員會決議活動、醫學教育委員會的演講活動，還有醫院的評鑑報告中看到性別平等是否落實如何落實。但醫院政策與法規對個人的影響、繼續教育與訓練的啟發、醫師團隊之間的互動、個人的性別認同與情感的感受、同儕社交活動、工作與家庭的平衡等議題，以及也是充滿父權的價值以及其細微的權力關係則需要借由訪談來探索，研究者要特別注意以協商、溝通、開玩笑的方式來改變父權論述的策略與行動的價值。

2. 生產關係 (production relations)：工作有分男女的工作、陽剛陰柔的工作。

但醫院工作的職權與責任在外表上完全沒有性別分工而是誰有專長誰就能做。所有工作職責都清楚明文規定，而且在訓練課程中也一再重複訓練。在一個蘿蔔一個坑的工作環境，每個人都只能顧好自己分內應該做的，若有不能勝任處，等於把自己的工作加在他人的肩上，造成他人的負擔。但是真的沒有隱性的性別分工嗎？醫師工作的分配、職業訓練與學習、升等、懷孕生產、請病假、出國進修時，我們可以看到性別的議題嗎？若有，是以什麼形式或樣貌出現？

每位醫師都有家庭，很多醫師的配偶也是醫師，那麼家庭中的家務勞動、子女的撫養、長輩的照顧、與親友的聯絡這樣也是一種生產關係。目前台北市長柯 P 與小兒科醫師的妻子所展現的家務勞務分工，就讓人明白，性別平等的腳步尚未踏入醫師雙薪家庭。但對年輕一代的醫師，本人則有一些不同的期待。

3. 情感關係 (emotional relations) : Connell 指出，情感關係與權力和分工的勞力關係是緊綁在一起的。職場上的情感關係的展現有多元面貌，有展現在仇視女人和歧視同志的制度、法規、論述和平日的人際互動。有以對長官的「絕對忠誠」，或以「辦公室戀情」的樣貌展現，有以「情緒勞動」(emotional labor) 的展現來獲得認可與人際連接；若遇到在工作上有不滿或失望，有人會以飆髒話來洩憤；有人遇到私人感情的挫折也會發洩在公務的執行上。在醫師專業中，人際關係的「倫理」重視論資排輩，為了維護醫界的「倫理」其中必然有很多複雜難以處理的情緒。總之，工作中情感與情緒的展現是性別關係面向中比較界線不明，隱晦難言，或不容易掌握的地帶。非常值得探討。

4. 符號關係(symbolic relations) : 有很多符號形式的展現，例如：化妝、服飾、姿態、動作、時間的安排或空間的使用。醫師們都穿白袍比較沒有化妝、服飾的區別問題。在時間方面，醫師的排班自主性遠遠高於護理人員，故比較具有特色展現性別關係的應該是「語言」符號。無論是口說、書寫或開玩笑是最能展現權

力關係與感情關係的符號工具。醫院工作環境非常緊張，於是開有色的玩笑是最常見放鬆的娛樂，在父權體制中，人們藉著語言傳達男強女弱，異性戀正常同性戀不正常，作為劃出性別界線的方式，而玩笑力量之大，是切入醫院工作不可以被忽視的取徑，這中間充滿性別權力的角力。

(三) 陽剛文化與工作組織的性別少數

前面的醫師專業的文獻回顧，除了本人的博士論文早已指出，女醫師在陽剛文化中處於少數邊緣的位置。其他幾篇相關研究也如此呼應。可見「陽剛文化職場中的性別少數」在本研究中，仍然是主題，但這主題卻因為從 1998-2013 年間新加入的 4717 位女醫師，而有新的變化。

工作組織的性別化面向是一個重要的理論概念，因為組織的工作邏輯或制度設計是否含有性別化的預設，會深深影響組織的性別化文化，以及組織內成員間的性別關係。在此引用 Joan Acker 的性別化組織理論，以建構組織的性別化過程。Acker 重新釐清「工作」的意涵，她認為工作與工作者分別代表不同的意義，工作只是一個虛擬的位置，這個位置必須有一個具體的個人來擔任才能存在；也就是說，工作並不是一個抽象而中立的概念，其中沒有人的身體或性別之別。工作組織，例如醫院，自然希望從事工作的醫師工作日數愈多愈好，最好是這個人既不吃東西，也不排泄便溺，更不生育小孩，因為這些都不是工作的一部分，只會妨害工作的進行。從組織的運作邏輯來看，能夠符合工作要求的人，其實是一個脫離肉體(disembodied)的人，這個人沒有身體，也沒有性別，必須只為工作而存在(Acker, 1992)。Acker 進一步指出，在現實生活中最接近抽象工作條件的個人，是一個「男性」的個人：男性終其一生都可以專注於工作，奉獻於工作，因為在他背後有他的妻子或其他女性，照顧他個人的需求以及他的小孩(就像柯 P 一樣);相反的，

女性因為被假設為負有照顧家庭的社會義務，而被認為不適合積極進取的組織任務，她們不屬於理想的組織參與者，也不被認為是一個「真正」的工作者。Acker認為，工作的概念，不但預設了公私領域的區分，工作組織也同時區隔了生產/再生產意涵，在管理的過程中因此暗藏了一套性別化基礎(Acker, 1990)。

除了挑戰過去對「抽象」(即男性)工作者的想像，Acker(1990)還指出，工作組織也區隔了生產/再生產的意涵，在看似「客觀中立」的組織管理的規定條文，以及組織運作的過程中，還暗藏了一套性別化的意涵與規範。這隱形的性別化組織條文與規範，必須從小處著眼，細緻地探索，然後明確地標明挑出隱藏的性別權力運作。身處其中的工作者、組織的改革者，以及組織外的社會大眾，才看到落實性別平等的可能契機。而所謂的「小處」又必需與工作者的性別身體、感情、論述、性別與權力關係緊緊扣連才有可能 (Sheppard, 1993)。本研究將援引 Acker 的理論觀點，藉以分析醫師工作的組織結構的性別化面向為何。

回到陽剛文化的討論。Connell (1995) 指出陽剛特質不等於男人必然擁有，其實女人也可以擁有，陽剛特質是一種性別秩序 (gender order)。她的研究指出有四類陽剛特質，其中有二類與本研究關係比較密切，一為霸權陽剛特質 (hegemonic masculinity) 是用來支持父權的運作，鞏固男性對女性的主導，是一種有組織的實作或實踐 (practice)。在這套組織文化中，陽剛特質被視為優於陰柔特質，異性戀優與同性戀。霸權陽剛特質在職場展現的特性與價值觀包括，勇敢堅強、自立自強、冒險犯難、厭女偏見、強調體力彪悍、不輕易流露感情、重視兄弟情誼願意兩肋插刀、願意保護弱小特別是年輕女性。在本研究中往往可以在資深長輩與男醫師之間的情誼、學長對學妹的照顧、對領導「特質」的要求、升等成功或挫敗之情緒展露。另一類陽剛特質是邊緣陽剛特質 (marginalised masculinity) 是指低階層或少數族群 (例如：同志) 展現的陽剛特質，邊緣陽剛特質也有部份類似上述的霸權陽剛特質，但會依照其次文化慣習以不同方式展現，例如，台灣男

同志的陽剛特質展現就有類似霸權陽剛特質的，也有接近陰柔氣質的。

從 R. W. Connell (1995) 的研究中可知，我們不能把陽剛特質視為個人特質，而是必須著重在一個關係性的建構歷程，從這個歷程中探討男性與女性性別生活的象徵與實踐，以及如何影響每個人的身體經驗、個人言行與整個文化。Connell 以組合配置 (configuration) 的概念分析陽剛特質，認為這種性別關係的實踐包括大規模的制度機構、經濟關係、面對面的互動關係，甚至與性特質 (sexuality) 有關。陽剛特質不僅只是個人特質的一種面向，陽剛特質還是一種制度化社會結構的組合，各種陽剛特質在不同機構的性別關係中呈現，例如軍隊、企業、學校；這些機構中的各種活動不但強化現存的性別關係，還持續建構新的性別關係以及社會類別（例如，利用法律上的婚姻效力形塑並確立異性戀）。陽剛特質甚至透過再現的過程，存在於文化中的主體位置，以語言及其他符號系統結構來呈現。個人的行為有可能接受、複製既有的陽剛特質，但也有可能抵抗或與之競爭；陽剛特質做為一種組合配置的實踐，同時也是處在一個關係性的位置；因此，陽剛特質是一個性別計畫，需要由個人與制度來實踐 (Connell, 2005)。本研究將從組合配置(configuration)的概念出發，從機構組織、組織文化，以及個人的社會位置三個層次交互組構的配置，深入探討個人與工作場域陽剛文化的互動過程，以及個人如何因應不同場合做性別的行動策略。

在工作組織中的少數，如女醫師和同志醫師，該如何自處？有二個重要的文獻可以協助我們分析這問題。我們先看 Kanter (1977) 的論點。她指出，個人在組織內所產生的行為，以及他（她）在組織內的命運，都與組織結構有很大的關係。女性工作者與組織的命運密不可分，性別差異的觀點會隱身在組織情境中，當女性在面對當下的組織情境時，會因而產生相對應的行為。尤其在各種有性別區隔的職業 (occupational sex segregation) 中，能夠突圍進入男性領域的女性，都會發現自己身處在極少數的「樣板」(token) 處境，他們在試圖融入組織、獲得同

儕肯定、並力圖表現「自然」時，也會遭逢很多困難。形成樣板地位要有兩個前提，其一是不同群體間有社會地位優勢與劣勢的差別，其二是劣勢群體的人數比例非常小。身為樣板女性在組織中具有三個特質：高能見度 (visibility)，女性與男性的差異容易被誇大(polarization)，以及女性間易於被歸類為同質化 (assimilation)。

Kanter (1977)作為先鋒的研究，把樣板主義視為一個靜態的現象(phenomena)，這樣的觀察在九〇年代納入權力概念之後的研究，就被批評為看不到性別權力關係角力的複雜性與流動性，即使 Kanter 提出在團體中增加女性比例的建議，事實上也不一定能解決女性與男性權力不對等的問題。後繼的學者 Janice D. Yoder (1994) 將樣板理論補充得更為完善，她認為除了人數性別比例的明顯失衡外，性別社會地位 (gender status)、工作聲望 (job prestige)、以及職業的性別取向 (occupational gender-typing) 等三個因素，都是造成樣板女性的原因。雖然 Kanter 的研究有這樣的缺失，但仍然有助於本研究的發展與深入。

女性在陽剛的組織中，除了遵從組織的安排與制度的規定外，還有工作者在互動的行動中爭取個人性別展演的空間。本研究引用 Candace West and Don H. Zimmerman (2002) 「做性別 (doing gender)」的觀點，來分析女醫師和同志醫師個人在工作場域性別互動的歷程，藉以了解性別是如何在社會情境中被製造、被管理、被越界。West and Zimmerman (?? 2002) 認為，性別並非天生存在於個人的身體中，例如，在生物性別上被分類為男性，與「做」出男性化行為，是兩回事。他們反對「性別角色」的說法，認為性別是在互動關係中產生的，而這個互動關係是每個人的行為都必須考量社會性類屬 (sex categorization) 的規範，讓自己的行為舉止說話方式都能夠符合(accountable)其所屬的性類屬，而且是需要不斷地「做」性別，才不至於受到社會性別規範的處罰。即使擔任陽剛工作的男性同樣必須認識到，如何在社會建構的性別環境中行動，「做」出符合陽剛特質

的性別化行為。相反的，如果一個被社會定義為女性性類屬的人，要參與屬於陽剛性別類屬的工作，這樣的常規就會受到挑戰，必須依賴持續性地「做」出陽剛的性別，才可以受到尊重。這樣的說法，也受到 Rosalyn Diprose (1994) 的呼應。她在延續 Butler 的性別展演的討論指出，個人的性別展演有二種可能，一是個人繼續不斷地學習配合體制中的「性別規範」，盡量不要違反「傳統常規」；另一是部份逾越「常規」，逼退規範界線的鬆綁，創造出還有轉圜的空間，爭取個人暫時的自主。

莊玲如、成令方 (2012) 的研究以女性檢察官在陽剛職場中的性別經驗，來與上面的理論概念對話，指出：「女檢察官一方面要控制自己女性陰柔的個人需要，同時又要利用機會展現個人陰柔特質，以免因觸犯陽剛規範而受懲罰。在陽剛文化優勢的工作環境，女性檢察官經常處於矛盾的張力 (tension) 中，需要不斷採取適合的生存策略，小心翼翼地因應；為了凸顯這點，筆者在此提出一個具有畫龍點睛效果的新名詞：「管理性別」。該文章積極與 West 與 Zimmerman (2002) 對話，認為「做性別」需要放在 Connell 自創的概念：「父權紅利」(patriarchal dividend) 的社會脈絡中來理解。「金錢上的利益並不是唯一的利益，其他還包括：權威、尊重、服務、安全、房舍供給、進入體制權力的門路、控制自我生活的權力等等。當然，整體性別平等的情況有所改善，這種父權紅利就會相對減少」(劉泗翰譯 (Connell, 2009/2011: 209)。另外，該文章還借用 Arlie Russell Hochschild (1983) 提出「管理情緒」(managed heart) 的概念而想到女檢察官在執行公務時，也在「管理性別」。因為女檢察官在父權社會中屬於劣勢的女性，在陽剛文化的組織中，又沒有享受到「父權紅利」的好處，每天上班都要步步為營精心設計地「管理性別」。「如果沒有「管理」好性別，可能信譽會受損，會在背後受到同儕揶揄，自己升遷受阻，沒有辦大案子出頭的機會。這種雙重的劣勢與弱勢以及無「父權紅利」可享的處境，使得女性檢察官非得時時刻刻成功地「管理性別」

不可。」(莊玲如、成令方，2012：170)

該文章進一步提出幾個女檢察官的「管理性別」的策略，但與女醫師和同志醫師的工作處境不完全相似，那麼陽剛文化充斥的醫院職場中的女醫師和同志醫師所採用的策略為何？就是本研究要進行的研究。

(四) 隱微性別偏見與組織中的障礙 (subtle gender bias and institutional barriers)

Londa Schiebinger 等在科學、醫學、工程學界的女性主義者認為，科學領域中的性別偏見和組織內障礙可能導致女男在職場上面臨不一致的景況，存在於研究群體內外的偏見均可能影響女男職涯，且其影響方式常是複雜的。於是 Schiebinger (見 gendered innovations 網路平台) 提出一些細節的指引，要眾人注意有哪些隱微性別偏見與組織中的障礙阻止了女性的發展。她將之分為四個面向進行探討：

1. 刻板印象與性別角色

在一般社會期待下，女性面臨的性別角色規範 (norms) 往往是陰柔的、順從的，相反的，職場上的領導者 (leadership) 往往被期待具有堅忍、果決、強勢等特質，Schiebinger 等認為，這種性別角色期待使女性被視為與領導者角色不協調 (incongruent)，讓她們在面臨領導人選拔評估時必須先遭遇偏見 (prejudice)，並且造成較男性不易獲得晉升之情形。Scott 與 Brown (2006) 調查性別是否影響領導者行為如何被編碼 (encoding)，在其所進行的三個研究中，發現當領導行為由女性進行時，觀察者 (perceivers) 較難將該領導者行為編碼為潛在原型 (underlying prototypical) 領導者特質。簡言之，女性要被認可為領導者比男性面臨更多障礙。此外，當女性表現出理想的領導者特質時，反倒會被認為不符合

女性性別角色，進而面臨不利的評價，Vinkenburg 等（2011）的研究即指出，女性較男性在晉升時更須展現個人化的體貼（individualized consideration），這是一種約定俗成的（prescriptive）刻板印象。

欲晉升的女性除了要對抗社會通念下的性別角色期待外，當她們作為母親，所蒙受的能力不利評價更多，甚於擔任父親的男性和不必擔任母職的女性（Correll 等，2007）。此外，她們也必須挑戰科學體制當中的性別偏見（gender bias）。首先，既有的科學規範性標準（normative standards of science）是在性別偏見下被產製，例如獎項和補助的選擇流程、科學能力（competence）和品質等。西班牙國家統計局（National Institute of Statistics）的數據指出，即使在年資、出版、學術生產等方面都旗鼓相當的情形下進行比較，男性副教授晉升為教授的人數仍比女性同僚高出 2.5 倍。這種情形並不獨學術界為然，在醫療實務現場，女性一樣要面臨以男性為主的升遷審查體系。MARTHA FOSCHI（2004）的研究結果與西班牙國家統計局的數據相呼應，也指出當女性與男性達成相同或高度相似的成功表現時，只要評估標準中仍留下可被詮釋（interpretation）的餘地，其面臨的評估標準仍會有所不同（例如評量女性時會考慮婚姻或親職），所獲得的鼓勵也會具有性別差異。Brouns（2004）以社會學分析取徑，探討性別與「科學」概念（conceptions of 'science'）間的關係，尤其是科學品質的評價中的「卓越」（excellence）觀，其指出所謂「卓越」的觀念，事實上是圖利陽剛特質的霸權位置（hegemonic position）下之反射結果，也導致男性在其中更有機會被評價為卓越。

刻板印象不僅導致女性在升遷過程中的不利評價，也可能進一步使女性對自己在專業上的表現感到較男性更多的畏懼，從而影響她們的表現（Steele, 1997）。更有甚者，對於能力的性別化信念（gendered beliefs）不僅影響個人如何看待自己的能力，也導致女性與男性職業選擇的性別差異（Correll, 2001）。儘管如此，

一些研究已提出緩和此種不利於女性職涯刻板印象的解決之道，Davies 等(2005)認為，暴露於性別刻板印象中會使女性避免擔任領導者角色，並選擇較不具威脅性的附屬性角色 (subordinate roles)，然而，建立「認同安全環境」(identity safe environments) 有助於校正刻板印象的易傷性 (vulnerability)，也讓女性能在更友善的情形下有意願擔任領導者。

2. 雇用、晉升與評估

不少研究顯示，當有相同(相似)條件的女性與男性候選人在競逐同一職務時，無論女性或男性的投票者都傾向選擇男性候選人。例如，在一項競逐實驗室管理者職位的測驗研究中，127 名來自生物、化學和物理的教授面臨兩份卷宗資料均理想、僅名字相異的候選人，無論女男教授都給予男性姓名的「John」較高的 4 分(最高為 7 分)，女性姓名的「Jennifer」則只拿到 3.3 分，同時女男教授也都選擇給「John」更高的起薪 (Schiebner 等，2011-2013)。無獨有偶，一項針對 238 名女性與男性心理學家的調查也曾顯示相似的結果 (Steinpreis 等，1999)。

女性不僅在顯示性別時即面臨較不利益的評判結果，在依循人際網路進行的招募流程中，她們也更容易被排除在外。在此種非正式的網絡 (informal networks)

中，合格的女性候選人往往不像她們的男性競爭者那樣身處於人際網絡中 (Schiebner 等，2011-2013)。以本土脈絡舉例，例如「上酒家談事情」等特殊文化，常導致女性被排除於某些人際網絡之外；另一方面，不少職業婦女仍需要花比丈夫更多的時間操持家務、養育兒女，導致她們能參與發展人際網絡活動的時間較少，這些因為女性社會性別導致的人際網絡發展障礙，使得她們在非正式招募過程中更難脫穎而出，甚至不會被列入考量，Van den Brink (2011) 的研究即指出，當候選人招募是透過同質性高的男性網絡 (homogeneous male networks)，潛在候選人的範圍就會強烈地被限制，主要是因為在這些男性的觀念中，女性與理想管理者 (ideal manager) 圖像並不吻合，因為她們較難與普遍被男性操持的

領導者性別化預設 (gendered preconceptions) 一致。

由於醫療實務界以男性為多數，女醫師的大幅加入是較為近年才開始的現象，故多數高階職務仍由男性把持，產業中的表現評價 (performance evaluation) 對於支配團體 (dominant group) 便更為有利，其標準也更容易傾向以男性觀點考量。在這樣的標準下，女性比男性更容易面臨薪資和資源上的不利困境。雖然我國近年因性別工作平等法的頒佈實施，已嚴格限制因性別給予不同薪資待遇的行為，但誠如上述，在許多次結構 (substructures) 的操弄上，女性仍舊在雇用、晉升與評估上必須面臨因性別所生的不平等。

3. 伴侶和家庭模式 (partnering and family pattern)

女性因為家庭和職業「蠟燭兩頭燒」的情形在許多文獻中已有討論，Schiebinger 等 (2011-2013) 進一步指出，性別角色限制了女性的流動性 (mobility)，妨礙她們的職涯發展，此從年輕單身女男擁有相似程度的地理流動性 (geographic mobility)，但有小孩的女性則比有小孩的男性難以流動可見一斑，尤其當該工作需要移居他處時更為明顯。有趣的是，研究顯示任職學術界教員的女性相較其男性同僚更容易和同一領域者交往，這也使得她們在協商彼此的學術生涯時更為困難，因為雙方都必須顧及職涯，女性往往因性別角色和期待在協商中讓步，進而影響職業發展 (Schiebinger 等，2008)。

在台灣的女醫師婚姻景象與西方研究結果相當類似，根據劉慧俐等 (1995) 的研究，台灣約有 80% 的女醫師已婚，結婚對象則多為醫師或其他專業人士，即便是雙職業家庭 (dual-career family)，這些女醫師仍必須肩負操持家務及育兒的主要工作。換言之，女醫師只要步入婚姻，勢必要面臨比男性同僚更多的不利條件，此種對事業的負面影響不僅顯示在女醫師本人的生涯規劃上，如前所述，也在聘僱、晉升與評估負責者的決策上，對女醫師的職涯造成雙重的困境。

4. 騷擾 (harassment)

騷擾不僅侷限於性方面，也包括性別歧視的行為。Carr 等 (2000) 針對醫學界教員的研究指出，女性教員更常感受到基於性別的歧視 (gender-based discrimination)，較男性教員超出 2.5 倍；有 47% 的年輕女性教員回報受到此類歧視，年長女性教員則有高達 70% 曾有這種經歷；這些回報歷經負面性別偏見的女性雖然仍有相似的生產力，對於職業生涯的滿意度卻比其他女性低。

至於性騷擾方面，約有一半的女性教員曾有此困擾，男性則很少回報相同煩惱。在醫療實務界，女醫師不僅要面對同僚，也必須和醫療使用者相處，一項澳洲研究顯示，超過半數的澳洲女全科醫師 (GP) 曾遭病人騷擾，最常見的性騷擾行為是醫療使用者不適宜的暴露身體部位，以及要求女醫師為其進行不適宜的身體檢查，也有 36% 的女醫師曾經遭受性別相關的評論；多數性騷擾行為人是男性，但也有極少數行為人是女性；這些性騷擾行為迫使許多三分之二的女醫師表示必須改變看診方式，例如更加正規化地進行，或者拒絕為醫療使用者進行身體檢查等。

研究方法

深度訪談 56 位醫師，其中資淺 (10 年年資) 女性醫師 20 名，資歷中等中生代 (10-20 年) 女醫師 13 名，資深 (21 年以上) 女醫師 5 名。其中有 3 名女同志醫師。另外，訪問資淺 (10 年年資) 男性醫師 10 名，資歷中等中生代 (10-20 年) 男醫師 5 名，資深 (21 年以上) 男醫師 3 名。其中有 5 名男同志醫師。

結果與討論

一、學習與師徒

Question：詢問女醫師其典範為何？如果典範均為男醫師是否會自我限制？是否會因為擔心與男老師太近被耳語，而喪失一些培養人脈的機會？等等

林醫師提到同科別的女醫師前輩作為典範，指該女醫師雖然上下班準時，但非常認真看每一個影像，並到了將屆退休之齡仍然樂於學習、進修。

雖然大部分的受訪者都表示，他們沒有遇到師徒制的狀況，但是身處醫學中心外科的中生代李醫師仍提到，當主任詢問他是否有興趣申請出國進修時，其實離申請截止日已經不到一個星期了，這時他也來不及準備備審資料，而他後來才知道，原來主任是先問其他的醫師，也就是主任較為親近的子弟兵，最後才來問他的意願；但他也表示不是每個師長都如此，像他的碩士班指導教授就公正、不會偏袒自己的學生。此外，在升等的部分也可以看見師徒制的影響，例如受訪者李醫師就提到，自己進修回國後到科辦公室申請升等為學校助理教授時，科辦公室的秘書就顯然非常不熱衷，後來他才知道是由另一名學弟升等，而他落選的原因則是「他們那一年科部早就講好了，就是要讓他（學弟）升等」，這讓受訪者不免有「湊熱鬧」之感，也深感師徒制在某些科別當中扮演著舉足輕重的角色，當自己不屬於主管的人馬，許多消息都要透過最後郵件公布時才會知曉，就容易喪失許多申請進修或升遷、升等的機會。

二、選科與任用

（一）醫師選科考量：

個性、興趣：「沒有那麼活潑沒有那麼活動，畢竟外科就好像是比較動手動刀，我相較起來就是做比較文靜一點的」「我去了長庚皮膚實習，我就覺得皮膚很無聊，就是不斷看一些疹子然後看完之後就是用類似的藥物」（程醫師）

劉慧俐等（1995）統計發現，男醫師多選擇一般科目、內科、外科及其他專科，而女醫師則多選擇婦產科、小兒科、眼科及其他專科；其選擇可能基於自身興趣和能力，但選擇大科的女醫師多半偏好與母性相近且女性易發揮的科別，另劉慧俐等等也指出，「在校唸書的師資」及「實習科別的氣氛」同樣會影響男女醫師選科意願。本研究則發現，年輕女醫師多半認為在校唸書的師資和實習科別的氣氛都不太會有性別不平等的情形；且在時代變遷下，四大科不再是男女醫師的偏好專科（補其他統計資料）

謝臥龍與駱慧銘（2008）探討女醫學生及女醫師的學習及職場性別經驗，指出性別會影響男女醫學生的學習方式（因於性別刻板印象及男女性生理構造不同；身體條件影響見實習選擇的科別，或者因為生理期的關係而減少外科上刀學習的機會）、角色楷模及個別學習環境（因性別不同而得到有差別的性別待遇，譬如異性的師生相處比較愉快、或是不同科別對不同性別有限制或者抱持雙重標準的期待）。

本研究則發現，異性師生不一定相處較愉快，但無論男女主管均表示，對於女醫師的態度會較為和善，其理由是擔心女醫師抗壓性較低或容易心理受傷。筆者必須指出，這種社會建構方式下的性別化對待方式，完全忽略了男女醫師身上都可能同時存在不同的陽剛與陰柔特質，將女性預設為情緒不穩定或無法承受要求的狀況，是明顯的性別歧視，也忽略了每一個個體無論男女都擁有不同的性格和喜歡被對待的方式，這不僅是對女醫師能力的不信任與貶低，也形成了對男醫師隱晦的職場性別歧視。活在性別刻板印象之下的女醫師也必須活在某種性別期待當中，使得多數渴望挑戰、樂於精進專業的女醫師無法獲得同樣的督導，也可能讓他們因此降低了學習的可能性。

此外，本研究認為在科技的逐漸進步下，身體條件對於見實習的科別影響已越來越小，一些需要體力或力氣的技術因為新進遺棄的發明而降低身體條件需求，

使力氣較小、體力較差的男女醫師因之受惠，並擴增選科的可能性及提升意願；另外，隨著近年來女醫師的人數增加，各科幾乎都有女醫師，女醫學生或年輕女醫師也較容易找到可供學習的同性別楷模。

本研究發現，年輕世代的醫師們對於選科的考量比過往研究中老一輩醫師更為多元而複雜，有時選擇一個科目可能基於兩、三個甚至更多的理由，綜合分析之後才做出決定。特別是有一些關於選科原因的新發現，可以看出醫學生／醫師的選科原因和上個世代具有相當的差異，這些差異牽涉到醫療環境、社會文化、健保制度、工作對人生之意義等面向的影響，也可以看出台灣社會變遷下的醫師生態與過去已有不同之處。

2. 「醫病關係」（如：不願意與病患家屬互動）也是醫師選科的重要考量

一些年輕或中生代的男女醫師們會因為自己個性內向，或者不喜歡與患者或其家屬互動而影響選科。例如中生代的受訪者（程醫師）就表示：「基本上我覺得我並不是那麼喜歡跟人應對，可是整型外科就一定要說服病人做一些醫美的東西就很麻煩。」故他之後就沒有選擇整型外科；另一位中生代的醫師（林醫師）本身雖然喜歡照顧病人，但不喜歡與病人或家屬的互動，並認為：「太專業的東西你可能跟病人或家屬溝通方面可能會有點麻煩，那因為現在因為比較盧的病人或者是家屬越來越多，那如果說走臨床的話，無可避免，因為臨床的病人可能會住進來加護病房，加護病房跟外面是隔離的，一天探病時間是兩到三次而已，但是如果他是住在一般病房的話，你可能隨時都必須要面對家屬或其他的人，那我比較不喜歡那塊」，所以該受訪者原本想要選擇加護病房，後來仍舊選擇了不用直接與患者和其家屬接觸的放射影像科。無獨有偶，從內科轉往病理科的中生代醫師（陳醫師）也是同樣發現自己不喜歡與患者相處，雖然在互動上面並沒有障礙，但想到自己往後的日子就要一直與患者及其家屬互動，他就覺得無法接受，故選擇轉到完全不需要接觸患者及其家屬，只需要接觸其他醫師、醫檢師和一些

行政人員的病理科。

相反的，也有一些醫師是因為喜歡和患者互動而選擇科別。例如不走生理學派的精神科男醫師（劉醫師）就表示，因為對患者的全人關懷，有時候患者會將他視為哥哥或朋友，而他也因此參與了患者過去、現在，甚至是未來的人生，例如他會需要瞭解身心疾病的成因，也需要觀察患者康復的起伏歷程，有時也要論及他們進入社會的適應狀況，在醫療中可算是與患者醫病關係最親近的科別之一，而這種看見患者好轉與成長的長期陪伴關係，以及個性上喜歡和人溝通與互動，都是他選科的原因。中生代受訪者（林醫師）也表示，當他在安寧病房或血液腫瘤科實習的時候，「我能夠感覺得到，我有辦法陪他們哭、我能夠安慰，我有這個能力」，所以他也考慮過要選擇這些科別，雖然後來因考量到本身個性和興趣而選擇了其他科，但顯見醫病關係在醫師的選科中仍佔有一定的地位。

也有一些醫師覺得面對不同患者與家屬可能對他們較為適合，例如中生代醫師（林醫師）之所以選擇兒科，就是因為認為和兒科的病人接觸比較適合自己，不僅不會排斥，甚至是喜歡的，而這些小孩的年輕父母也是受訪者認為溝通起來較為舒服的一個族群。

3. 自主性、同時年輕的醫師開始著重「生活品質」，可能以此為選科的重要考量

對於年輕一輩的部分醫師來說，薪資、地位（如擔任主任、院長等）或是否屬於「大科」有可能不是他們最主要的考量，生活品質反倒逐漸成為許多年輕醫師選擇科別的主要影響因素。像中生代的醫師就表示（陳醫師）：「放射腫瘤科以生活品質來說，算是跟其他的小科算是差不多，因為他是一個門診的治療」；另一名中生代的受訪者分析自己為何從內科轉到病理科，也提到了「因為內科實在是太累了，就是覺得一直這樣下去好像人生很黑暗這樣子」。他更強調：「其實你的人生是可以黑暗，可是你會想說我至少可以看到盡頭，可是那是看不到盡頭」，換言之，與其他科別相比，內科讓醫師們更覺得疲累而且繁忙，有些科雖然在訓

練時可能會接受不少的磨練與吃苦，但如受訪者所言，那些「黑暗」起碼是訓練期或一定時間過後就能一掃而空的，內科卻會一直處於這樣的高壓力、高忙碌的狀態，受訪者也認為這導致許多年輕醫師對選擇內科感到卻步。

年輕受訪者（洪醫師）也提到，外科中的整型外科、泌尿科和小兒外科是較受歡迎的次專科，主要的原因是因為相較於其他外科來說，這些外科更為輕鬆，而整型外科更屬於近可攻（可以在醫學中心或大醫院繼續深造）、退可守（可以自行開業）的專科，加上薪資優渥，壓力也沒有其他外科這麼大，遂成為年輕醫師間炙手可熱、非要成績優異才能選到的搶手專科之一。而像心胸外科就沒有太多人想選擇，一來因為訓練時間較長，二來風險也相對較大。可見年輕醫師對於生活品質的要求和對面臨訴訟的恐懼似乎比過往更甚，這可能是因為社會文化的變遷—例如醫師不再是絕對的權威，而成為可以被告訴的對象；或者工作上的成就比不上未參與家庭、享受人生的遺憾等，皆有其關連性。

（二）任用的性別差異：

過去研究認為醫院雖然有客觀的招募原則，但仍會優先錄用沒有家庭責任的男醫師，或者因為工作性質而排除可能懷孕的女醫師。如今本研究發現如下：

- 1.個人的優秀可以降低這樣的性別歧視，但無助於女醫師整體的權益提升
- 2.同一專科仍有不同的工作項目，女醫師可以透過選擇某些項目來規避對懷孕的影響，但依然無助於整體權益提升
- 3.結論仍然是需要透過制度改變來消弭因懷孕生產或育兒所產生的性別差異，可援引國外經驗
- 4.因為整體醫療環境的改變，四大科已經不像過往是年輕醫師們的首選，介於年輕與中生代的受訪外科女醫師劉醫師就表示，相較於過往對女性的排斥，現在的外科因人力相當缺乏而不再那麼阻擋女醫師加入，然而還是有醫師在他選擇外科

時問他：「如果你喜歡動手術的，你要不要去婦產科，或者是去眼科，這也是會進開刀房，它又是小的」，可見對女醫師不適合外科的性別刻板印象依然存在，受訪者也表示雖然外科中有許多訓練相當辛苦，但他對外科的興趣仍驅使他做出選擇，惟女性依舊被認為較不適合的性別刻板印象顯然仍舊存在。另一名中生代男性受訪者（林醫師）也提到，只要是需要開刀、手術的科別，「我感覺啦，當然還是會挑男生進去」，問及原因，他認為是「他們要那個.....on call。」換言之，許多科別當中的前輩仍把女醫師當作家庭的主要照顧者，而認為男醫師是較為理想的工作者或下屬，可以隨時被召回辦事，生活也可以以工作為主，這種性別刻板印象當然持續影響著女醫師在一些科別被任用的情形。

程醫師認為：對女性的年齡歧視，對男性就比較沒有「之前有聽到榮總就是有一個女生還是倫敦某個大學的生化的碩士，但他們就寧願不要他，一方面是這個刻板印象就像是這個女生年紀這麼大了還沒有.....」對他們來講他們可能就是需要一個正規出生，就是在這個年紀你住院醫師畢業，然後就來當完兵，當完兵之後可能也比較聽話來應徵的人，畢竟榮總還是比較軍方的，他就是需要一個積極聽話的人」

黃曉令、李克怡（2003）指出，醫學領域各科間存在性別水平隔離的現象，特定科別如骨科、泌尿科的女醫師皆十分稀少；王惠巧（2013）引用 Kanter 的樣板理論，說明在女醫師佔少數的專科中，他們所面臨的窘境，包括身為少數族群而在工作或表現上被放大檢視、面臨更多的阻礙等。然而在本研究中可以發現，性別水平隔離的受害者並非只有女醫師，一些行醫多年的婦產科男醫師也常抱怨即便經驗豐富，獲得的女性患者青睞仍可能遠低於初出茅廬的年輕女醫師（或者同志也 prefer 女醫師？），這反映了在台灣社會當中，女醫師不一定受到較少的信任或更多的阻礙，而是在各種科別當中，都可以看見性別刻板印象對男女醫師造成的性別化負面工作影響。

雖然女醫師在傳統上常被排除於外科或骨科的任用，中生代的受訪者（林宜靜）則提到，兒科可能因為性別刻板印象反而比較喜歡任用女醫師，認為女醫師「比較細心、溝通上比較有耐心，或者是什麼這樣子的一個想法，會去影響到在選科上面的有一些優勢啊」，這是父權體制下男性背負陽剛特質期待所面臨的窘境，或多或少也導致一些男醫師在競爭兒科時可能較為不利。然而就筆者的觀察，普遍而言身為生理女性因可能生育或被期待肩負家庭責任的不利益，仍舊遠遠勝過男醫師在選科上這些較小的任用歧視，兩者當然都需要獲得改善，唯有當性別刻板印象不再影響任用者的決策，男女醫師才可能更適才適用的進入各科，在自己有興趣的領域中致力奉獻。

2. 對同志的任用歧視

程醫師指出：「我有一個老師他是非常虔誠的教徒，那我有一個同學他是拉子，他們雖然關係很不錯，但是還是會……畢竟老師要決定要不要升遷還是很大的關鍵，但我覺得那個虔誠的老師會受到影響。」

三、家庭／工作

許多既有研究都指出，家庭／工作的兼顧對於女醫師來說比男醫師更為不易，其原因當然與台灣社會長期男主外、女主內的氛圍有關，女性普遍被認為、甚至自認為應該負起家庭責任的主要義務。如早期劉慧俐等（1995）的研究藉由問卷調查發現，女醫師每週工作時數和進修情況都較男醫師少，專業中斷程度高於男醫師，原因半數以上是因為生育或撫養小孩。顯然家庭責任對於女醫師的職涯普遍有不利的影響，而對男醫師則較無這樣的差別，甚至許多男醫師因為結婚還可以多了「醫師娘」來操持家務與養育子女，更能夠專注在事業上。不過本研究也發現，隨著社會文化的改變，許多女男醫師都找出了更多兼顧家庭／工作的應對

方式，這些方式固然可能有助於他們在職場上的發揮，同時也不錯過家庭生活，然而具有社會資本的醫師們尚且要透過許多妥協和犧牲，才能夠同時兼顧二者，不難想見其他社會資本不如醫師的職業女性與男性所面臨的困境更加艱難，當政府抱怨生育率過低的同時，或許也應檢討工作政策與勞工權益，使年輕一代能更多投入建立與經營家庭關係，同時又不必忽略工作本身或放棄經濟收入。

（一）應對方式

方法 1：選擇診所而非大醫院

程醫師提到有個學姐打算小孩上小學後，他就要為了小孩離開醫學中心、調職到區域醫院

方法 2：選擇次專科 or 次專科內較可掌控下班時間之工作

林醫師認為，只要不做侵入性的影像，就可以容易調配時間正常上下班

陳翌真則表示，像腫瘤放射科一般而言只要門診，就不用擔心住院病人的情形而隨時待命，可以較正常的上下班。

3.方法 3：選擇不生育

陳醫師：「我覺得是有看到的夫妻都在某個專科別很強的，幾乎都沒有小孩。」

4.結婚對象不選擇醫師

即使同樣不與醫師結婚，男女醫師的顧慮仍有所不同，例如受訪的女醫師就表示，自己不像其他男同事一樣，當開會離家兩天時可以輕易向另一半開口請對方照顧子女（陳醫師）

中生代女醫師劉醫師的經歷則與筆者過往研究中訪談的女醫師較為不同，過去筆者訪談的女醫師身處的年代，多半是秉持著必須與醫師或同社經位置之對象結婚的觀念，即講究「門當戶對」，即便夫妻同樣在外工作賺錢，妻子仍須負擔較多

的家務與養育責任。但受訪者的丈夫並非醫師，且兩人間對於經濟和家務責任概念經過交往時的協議：「我有跟他提到說薪水這件事情，我希望先開誠布公地講，然後我就說我直接講我可以養他這樣子」，兩人遂有共識讓丈夫在家工作創業，因為兩人薪資上的落差甚鉅：「他薪水如果真的要比，養家賺錢的事情主要是我這邊，我覺得理所當然，因為我們兩個在就業市場上拿到的薪資 cp 值比，我是他的用倍數在算，這個我們在交往的時候就已經知道了」，於是他們就共同決定由身為醫師的受訪者外出賺錢，成為家庭的經濟來源和傳統性別角色中普遍由男性擔任的養家者（breadwinner）角色，丈夫則在家創業並成為家庭和照顧子女的主要負責者。

5.方法 5：兩人都是醫師，則一人退讓

陳醫師：「兩個都是醫師的，也有蠻多，就是其中一個要比較退下來。比如說一個在醫學中心的，另外一個很多就是退到基層。」但受訪者也表示，這樣的退讓不一定與性別有關，而是看夫妻二人所走的科別。

6.選擇兼任而非專任醫師職

年長醫師（吳醫師）提到，許多女醫師到了一定年紀因為要照顧家庭，可能會由專任選擇轉成兼任醫師繼續留在醫院服務，或者直接出外開業，但在他們同輩當中開業的女醫師仍屬非常少數，一屆當中僅耳聞 3 名女醫師在外自行開設診所。

7.選擇進入家庭：女醫師生涯規劃的世代差異

中生代女醫師（黃醫師）提到在他女同學們中，仍有一半的女醫師在接受完醫學教育後會選擇走入家庭擔任家庭主婦，其中許多人也不再回到醫療職場，甚至有一些學妹是讀完研究所後，依舊選擇回家帶小孩而不繼續發展專業及從事醫療職務。受訪者認為原因在於「其實這也是台灣對二度就業上，我覺得在整個制

度上就整個會……你進入家庭後就整個被就業系統整個排除掉了」。事實上女性勞動力一直是台灣經濟發展不可或缺的一環，近年來尤其如此，然而在整個社會體制並不歡迎二度就業婦女，以及政府政策並未達到輔導、協助女性回歸職場目的之情況下，即便專業如女醫生，在職涯中斷一段時間後仍會被就業系統排除在外，而這樣的情況對於醫療人力吃緊的台灣來說並不樂見，也是政府可以納入政策擬定和著手具體措施的重要議題。畢竟一名醫師的專業訓練並不容易，彈性工時、公共托育等更符合使用者需求的措施，會比發放生育、養育獎金來得更合時宜且有效益。

8.將建立婚姻／家庭的時間提前或延後

年輕一輩的女醫師提到，同學與同事中有不少人選擇在擔任住院醫師時期先結婚和生育，因為醫院環境中目前最忙碌的職位是新升遷的主治醫師，他們不但熟悉主治醫師的職務，也因為醫院對於住院醫師的人力需求，而將住院醫師的部分職責加諸於新升遷的主治醫師，使他們成為最為忙碌的一群醫師。考量到升遷後會更為忙碌，年輕醫師寧可先經歷婚育過程，等孩子可以托育後，再專注地打拼事業，這種作法使得年輕醫師比國人平均結婚生育年齡更來得早一些，也就是將建立婚姻／家庭的時間提前，來作為避免職涯中斷可能性的措施。

而中生代的女醫師（黃醫師）則提到自己的經驗與半數的女同學不同，當時半數的女同學在經過醫學訓練後仍舊選擇當家庭主婦，不再回到職場，但她自己則自述：「其實我是一個比較有事業心的人，我希望我的人生是在一個穩定狀態下才開始有一些對象，因為我知道在這個社會你面對的還是一個競爭，在競爭的部分就沒分男跟女」。雖然受訪者認為競爭無分男女，但對於同屬於中生代的男醫師來說，當時仍有許多男醫師不必負責家務，更不用參與養育子女的過程，所以當他們結婚後，妻子成為「醫師娘」來操持家務和照顧孩子，男醫師們就可以全心在工作上發展，不必受到職涯中斷的困擾，而許多女醫師則像這位受訪者一

樣，必須選擇把婚育年齡都延後，才能夠確保職業生涯的成就與穩定性，而無法與「醫師公」結婚，要求丈夫肩負與「醫師娘」同樣的家庭責任，即便女醫師賺取的薪資比丈夫高亦然。這背後牽涉到整個台灣社會的性別角色期待，以及對於養家者和家庭照顧者的性別化期待，也使得中生代女醫師在追求事業的同時必須將成立婚姻／家庭的規劃延後，甚至乾脆放棄職涯而選擇家庭。

9. 家庭系統支持的重要性

相對於許多與男醫師結婚的女醫師選擇較晚生育、不生育或在事業上退讓，受訪者中生代女醫師（林醫師）的丈夫雖然同為醫師，卻非常鼓勵妻子在專業上持續進修，並且受訪者的公公、婆婆也很樂意為兒子、媳婦養育年齡還小的孫子女，加上受訪者和丈夫協商後取得共識，雙方決定在第一胎子女出生後先當假日父母，即每到週末才回婆家看小孩。當時受訪者正逢職涯轉換跑道的轉捩點，因故決定離開原本醫學中心的科別，當時他自己曾考慮過是否要從醫學中心轉到診所，以避免過重的工作壓力讓他無法兼顧家庭，診所門診的彈性時間也有助於他對照顧子女的需求。然而他的丈夫卻一反傳統，成為鼓勵他留在醫學中心、重新學習另一科技術的推手，雖然這樣的轉換跑道仍舊會讓妻子維持忙碌的生活忙碌，且資歷也需要從原本要升任主治醫師的榮景改為重新擔任住院醫師，但身為丈夫的男醫師認為妻子對此有興趣就應該嘗試，這樣的支持使得受訪者最後選擇了繼續留在醫學中心，後來也在事業上有極好的發展，不僅取得博士學位，也成為醫學大學的老師。

在這樣的案例中，我們可以發現家庭支持系統是很重要的，然而並不是每一對醫師夫妻都有幸遇到教育理念相合且願意含飴弄孫的父母，也並非所有醫師夫妻都捨得在子女年幼時放棄朝夕相處的機會。對於多數的醫師夫妻而言，若能就近且可靠的育嬰、育兒體系，尤其是融入專業技術（如幼保、兒科等）的托育體系，或許能解決一些生育上的難題。

（二）產假與育嬰假之使用

1.女醫師普遍請產假，但難請育嬰假

自從性別工作平等法推動以來，產假與育嬰假的權益申請均已行之有年，然而即便法規明訂這樣的權利，醫師是否真的能享受到足夠的保障？就筆者的訪談歸結，多數的女醫師確實有申請並獲得產假的待遇，但絕大多數的女醫師不會真的請育嬰假，甚至連提出或有這個想法都不敢。像中生代醫師（陳醫師）談到自己的經驗：「我自己曾經有考慮過（育嬰假），可是說實在，第一個因為醫師的底薪比較高，所以我就，就是想一想你就是覺得連提都不要提，幹嘛為難醫院？」此外，男醫師也觀察到女醫師若想請育嬰假時，雖然名正言順，卻會面臨同僚壓力，任職於照理說最按照規定行事的軍醫院受訪者（張醫師）就發現：「他（女醫師）會有一個罪惡感，就是對不起，人家幫你分擔了這麼多，這是你的責任。現在是可以做了，可是還是有罪惡感。」

2.因為文化觀念，男醫師更難請育嬰假

因為醫院大部分科別都受到人力吃緊的困擾，即便性別工作平等法已經賦予男女工作者權益可以請產假／陪產假，或者育嬰假等法定權利，醫院主管們擔心的依舊是自己科內的人力運作，而非下屬的生育或家庭生活品質。例如有中生代的受訪者（陳翌真）就曾經遇過其他科的主任前來詢問，擔憂自己新聘請的女醫師未來會請育嬰假，故來詢問當時也擔任主任的受訪者當初如何處理育嬰假？並問受訪者處於育嬰假的時候，薪資怎麼分配？那名主任的擔心是「要搞定其他的男醫師啊！因為此例一開，那男醫師也可以說請育嬰假」，而受訪的年輕男醫師（張醫師）也提到有些男同事確實會認為：「為什麼他可以生，那難道我老婆生孩子我不能夠放假和陪產假就這麼短嗎？」卻忽略了男醫師跟女醫師其實可以不用是對立的雙方，而是共同對抗資方不符合法律規範惡劣待遇的同盟。

上述主任的思考邏輯顯然仍舊未跳脫過往將「工作」視為個人生命主軸的思

想，忽略了中生代與年輕一輩的醫師無論男女對於工作與家庭的平衡期待已有改變，就如上述男醫師的抱怨，事實上更多年輕醫師渴望回歸家庭負擔生養責任，然而當身任主管職的人只關心人力是否夠用，而不在乎下屬能否得到應有的人道對待時，不僅造成新生兒父母的額外心理壓力，也讓整體工作氛圍抹除了人性化的一面，充分顯示國內資方僅重視勞力使用而不顧勞工權益的現象。擁有專業知識、高社經地位的醫師尚且面臨如此窘境，甚至沒有要提出訴求或共同取得權益的自覺，民間一般工作者更無抗爭的籌碼。這是政府推動性別主流化下所遺漏的一個缺口，不應繼續放縱資方對於勞方的壓榨和有形、無形的壓力及懲罰。

四、升遷、職務與資源分配

（一）年輕世代普遍認為無明顯性別差異

大部分都認為沒有明顯的性別差異，但是會有派系／資歷的差異，另外也受到不同醫院的影響，例如軍醫院強調資歷深淺、偏遠地區醫院人數較少無分配問題等等。有趣的是，在醫院中比較「邊緣」的科別，例如檢驗科等，或者任職於公家單位的受訪者們，幾乎都表示科內沒有人願意擔任主任一職，像任職於病理科的受訪者（陳醫師）就表示：「你要知道我們的科响，基本上大部分的人都是有點澹泊名利才會來病理科，所以基本上這種主任覬覦主任的那個人才就已經非常少了。甚至有人想要當主任，大家都非常的樂意，大家根本不可能有那種競爭的感覺。」任職於公立醫院的受訪者們也多半認為醫院的屬性（如是否醫學中心或北部的醫院）及科別（被視為較熱門的科別或被認為穩定但不突出的科別），其實本來就牽涉到會有哪些個性的醫師願意置身其中，尤其是競爭心強的醫師們多半會選擇醫學中心或城市大醫院裡的熱門科別，在那些醫院或科別裡，升遷才會成為醫師們的重心，否則對於其他醫師來說，主任職可能甚至需要用輪流擔任的方式，沒有人會毛遂自薦，受訪者就表示病理科的主任職「我們是推來推去，沒有辦法了，根本不是自薦的問題，就是沒辦法。就是沒有人想要，真的。」。

(二)隱微的性別差異，如較少女性升遷到院長等管理職務，多半會被解讀為「個人選擇」，忽略結構性的因素，這在傳統研究裡也有提到。

(三) 師徒制的世代差異

(1)可能因為「制度」導致師徒制不明顯，例如若該科是住院醫師輪流跟主治醫師就不明顯

中生代的受訪者（陳醫師）曾經任職於內科，他認為相較於需要比較多「撇步」和小技巧的外科，內科算是可以自己讀書搞懂的科別，所以師徒制並不明顯，也不太需要。而同樣任職於內科的另一名中生代受訪者（林醫師）則提供了很隱微的師徒制中的性別差別待遇，例如他提到早期他們在受訓時，學長會要求學弟在喝醉的狀況下開立處方，必須訓練到開處方成為一種直覺反應，且不能出錯；但這樣的訓練措施卻不會實施在女同學身上，其理由是「女生基本上有特權，女生不能喝醉，因為萬一我們，我們基本上怕的是，這條線不能跨過，喝醉你要是不小心發生什麼不太對的事情，這不行的」，他也提到其他男同事也會認為只要同僚是女性，當他有狀況時其他男醫師就應該待命，不能讓女醫師「出事」。而這樣的訓練過程雖然一方面讓女醫師／醫學生免於「體制外」的學習，但也有可能讓他們錯過訓練抗壓性的機會，或者因為長期處於被保護的姿態而失去成長的契機，故一方面來說雖然男醫師擔當了更大的壓力，但他們也有相對更大的成長和訓練進步。

(2)認為分配任務是「專業能力」與「個性」凌駕於「性別」

許多受訪者提到，自己在科內被分派任務或者看其他同僚被分派任務時，通常主管依據的是「專業能力」與「個性」，然而身處在心臟科，只有自己一名女醫師環境中的受訪者（李醫師）則認為，原本臨床的團隊合作中，男醫師們並不會特別想找他合作，主要是因為他是女性，必須等到過了幾年，自己證明了實力與貢獻，男醫師們才願意將他接納進入群體當中，他回憶剛進修回國時，發現「他

們是自己的 team，他不會找一個女生去 team」，但後來經過幾年的觀察，男醫師們在「臨床工作上，就是說他們覺得我是 reliable，當他今天發現說，「這個臨床怪怪的，他要再找另外一個醫生，他會想到我，要 second opinion 他會想到我。」雖然受訪者並不在意自己因為是女性而在一開始時被排除在外，他也正向地認為能夠經由實力證明自己、獲得接納是好事，但這也顯示了其實並非每一個科別都是「專業能力」與「個性」凌駕於「性別」，當一個科別幾乎都是男醫師時，女醫師仍舊需要透過額外的努力來證明自己可以參與其中或得到器重。

(四) 滲漏管現象：女醫師因懷孕自然由醫學中心轉到一般醫院或診所，因為醫學中心幾乎都必須出國進修，也必須放棄大部分的家庭生活，故女性比較難成為醫界的「頂尖份子」

(五) 女性對於「升遷」的期待是否仍受性別刻板印象影響？

(六) 人治現象與可能的性別不平等

程醫師提到泌尿科學會規定要收住院醫師就要投稿學會雜誌，但是因為其中的人治情形還是嚴重，所以可能因為權力關係不平等而導致不算投稿；許多事情是專科主任決定，但他又要大家討論，最後還是以他主導的意見為主，則因為擔心閒言閒語或必須顧家無法出席應酬，導致「關係」比較疏遠的女醫師可能會受到不平等待遇

(七) 異性戀預設下的女性「特權」

雖然過往的研究往往指出，女醫師在升遷上可能會較男性同僚更為不利，其原因可能包括家庭負擔主要落在女性身上、男性比較容易參與下班後的事業應酬，以及男性主管與下屬的互動較佳等。然而本研究中亦有資歷較深的男性婦產科醫師（江醫師）表示，其實女醫師在某種面向上比男醫師更可以有「方法」獲得主管青睞：「男醫生有某種說法，就是說男醫生就是女醫生通常也會看到有權力的

男人，也會有某種會.....他們有他們的會討喜的方式、所以有一種方式就是他們同儕的也許不喜歡這個人，但是上面的人都喜歡他這樣的話。」

而這種「討好」主管的方式通常無法適用於男性，雖然該位受訪者沒有明說，但在異性戀預設之下，或許有一些年長的男性主管確實也喜歡享受年輕女醫師的讚美和景仰，而年輕男醫師可能就要選擇用其他方式來獲取主管的喜愛。

不過筆者也必須指出，這樣的「討好」對於視自己為醫療專業人員的女醫師來說，未必是一條出於自願的捷徑，而是父權文化以及異性戀霸權底下不得不自保的方式，故唯有當性別平等的文化與精神真的落實於醫界，男女醫師才有可能都不再享有性別化的「特權」或「限制」，如此也能夠離專業能力和人品性格為主的公平升遷結果更進一步。

五·醫療職場的性騷擾

（一）醫院中的性騷擾

有受訪醫師表示，相較於女性護理人員，女醫師較不容易成為被性騷擾的對象，並指出應是因為醫師的地位較為強勢所致（陳醫師）：

然而也有年輕一代的實習醫師認為女醫師仍舊容易受到患者的性騷擾，受訪者（洪醫師）提到在實習中女同學們被性騷擾的經驗，例如有些實習醫院會要求實習醫師替要上導尿管的患者刮除體毛，對於「無論男女實習醫師負責均需負責為男性患者上導尿管」一事，女性實習醫師普遍認為這屬於專業的一部份，而會以健康的態度面對，然而當他們被要求替患者刮除體毛時，特別是陰毛處，就有一些女實習醫師會遭到患者言語上的性騷擾，故年輕女實習醫師們也認為院方其實可以要求仍能活動的患者自行刮除體毛，而不必由醫師進行，如此便可以降低女醫師被性騷擾的機會。此外，受訪者也認為比起其他醫院來，有的醫學中心醫

院比較不尊重實習醫師，這也會影響女醫師權益爭取的困難程度。

除了受到患者的言語性騷擾外，年輕一代的醫師在實習歷程中面對的醫師主管仍以男性居多，這些中高年齡層的男醫師有時會用男性中心（male-centered）的言語揶揄或嘲諷患者或其家屬，除了讓受訪女醫師感到「政治不正確」的性別不友善職場氛圍外，也發現這些男醫師有時仍無法遵循護理師正名的政策，會以「小姐」稱呼護理人員，導致護理人員感到不被尊重，同時影響著患者如何看待護理人員的專業性。因為受訪者本身和其他女同學也常被患者或其家屬誤認為護理人員，可以感同身受這種關於「小姐」的稱呼並不是親切的表現，而隱含著一種不尊重專業、認為對方只是服務自己且處理雜務人員的意識型態。

像受訪者就提到，當急診時醫師跟護理人員穿著同樣的衣服，身為女醫師的他就會被患者使喚：「欸，小姐那個電視幫我開一下」，而在一般病房時患者和家屬也會因為只有女醫師來看診而表示：「為什麼沒有比較專業一點的來？為什麼沒有醫生來看我？」受訪者當下的感受是：「他們完全不把我們當醫師。那這是我們在值班，或者是照護病患的一個蠻……有時候會覺得蠻灰心的地方。」此種處境對於女醫師的工作熱情和成就感來說是一大打擊，即便是已經工作多年、升任主治醫師的女醫師在門診時，病人也叫他小姐，且該名女主治醫師也表示習慣而默默接受，這讓受訪者感到不可思議，並且覺得忿忿不平，因為只要是男醫師無論年紀、表現都會受到患者的尊重，可以被稱為「師」，但女性從護理人員、實習醫師到甚至主任醫師的階段都常無法獲取應得的專業認同。

年輕的受訪者在抱怨之餘，並沒有選擇姑息，當他一個人在護理站而背後有患者一直叫「小姐、小姐」的時候，他會假裝完全沒聽到而不予理會，直到患者願意改口叫他「醫師」，他才會轉頭禮貌地與對方應對。這樣的舉動看似小事，但正如 Allan G. Johnson 在《性別打結：拆除父權違建》一書中提到的，當有人願意不在循著「阻力最小的路」行走，這樣個人行為的改變，就可能讓對方意

識到這條路不再是「阻力最小的路」，假以時日將改變整體的社會文化結構，也可以看見年輕女醫師自言「叛逆」背後的性別意識及性別敏感度的行為實踐。

（二）醫學教育現場的性騷擾與性別平等

1. 性騷擾的言語

隨著性別平等教育法的推動，建立性別友善的校園氛圍一直是各校性別平等教育委員會所致力的重點，也是政府推動性別主流化政策中的重要環節。然而年輕的受訪者（蕭醫師）仍表示，在課堂上有一些老師依然會講黃色笑話，且笑話內容可能很露骨，牽涉到性交或男女性器官等話題，受訪者表示在聽到這樣的課堂授課或看到這樣的共同筆記內容時，完全不覺得好笑或有趣。筆者認為，雖然大多數的學生會如受訪者一樣感到不妥，但多數的學生並不會因此提出申訴或向教授主動提出建議，這不僅牽涉到師生之間的權力關係不對等、學生的成績或未來推薦信仍掌握在教授手中，以及擔心提出自己的見解可能受到種種不利的待遇等，也包括性別平等教育的推動在各大專校院醫學系中仍不夠普遍和明確，和學生對於己身權益的實踐在僵化的教育過程中仍缺乏行動的勇氣，這些都是性別平等文化推動時，理論需要藉由更多具體行動以落實的證據。

2. 性別醫學的知識

此外，受訪者（蕭醫師）也提到教育過程中跟生理性別有關的醫學知識少之又少，除了女性與自體免疫疾病、同志與 HIV 之外，受訪者也想不太起來關於生理性別的醫療知識，更遑論社會性別對於醫療使用者的影響。然而國外已經有許多性別相關的醫學研究，這些研究成果有不少都刊登於著名的國際同儕評鑑期刊，至於台灣的醫學教科書為何沒有跟上時代的演進，或者醫學教育者認為這部分不重要而未特別於課堂上提及，這都是可以探討、檢討與改進的議題。

筆者也必須對此提出建言，雖然在台灣近年來男性間的性行為是 HIV 的主要

感染途徑，然而以國際化的觀點看來，男同志未必是 HIV 的主要帶原族群，疾病的社會文化層面仍應被重視，例如許多著重安全性別為的國家可大幅降低 HIV 的感染率，或者在非洲異性戀—尤其是女性才是 HIV 的主要感染族群，這些醫療知識都應該被放在教科書內，以在教育時期就建立醫師們正確和無歧視的性別平等價值觀。而其他非關歧視的醫療知識也是如此，醫師們應該認知有一些藥物僅從事男性人體試驗，或者只有極少數比例的女性擔任人體試驗者，這些藥物有時對女性患者會有較嚴重的副作用，而針對這些性別化負面影響或醫療結果的知識應該常即時更新，使醫學生們可以在求學期間就認知到性別醫學的重要性，並在日後執業時落實於醫療現場。

3.對性傾向的嘲弄

由各受訪者的經驗看來，對於疑似同志的同僚／同儕性傾向的討論，不管在求學階段或職場生活中都不曾少過，中生代醫師（李醫師）提到有些被懷疑是同性戀的同事們，就會被其他同事私下拿來討論，而那種討論雖然含有一般的八卦意味，受訪者卻也感受到：「講這個事情的時候，其實對同志還是有不一樣的偏見。」只是大家都只敢在背後議論紛紛，而不至於大膽到在該醫師面前直接詢問或談及。不過受訪者同時也肯定，醫界因為對於專業較為著重，個人性傾向通常不會成為升遷或升等的障礙，大家也多半同意這是私人生活範圍的議題。

受訪者亦提到在醫學系的求學過程中，不少同學會拿已經出櫃或陰柔氣質較重的男性同儕開玩笑，雖然這樣的玩笑通常態度不具惡意，甚至男同志或氣質陰柔的男同學也會以此自嘲，但是受訪者（蕭醫師）回顧那些旁觀到的經驗時：「我覺得就是在同學裡面的話，我會還算覺得 comfortable 啊，但是有時候仔細想就會覺得很奇怪」，至於為什麼奇怪，其實受訪者也說不出個所以然來。但就性別研究或社會學研究的觀點看來，社會中的多數拿少數族群來作為玩笑的主題並稱

這並非歧視，其實一直是歷史上層出不窮的樣態，例如美國白人社會中面對少數族裔如黑人、亞洲人或墨西哥裔等的態度，雖然經過了許多反歧視法的限制和平等文化的推動，仍然可以看見這些人的口音、文化或族群的習慣常被拿來當作開玩笑的主題。當然筆者也承認，處於教育階段的學生常喜歡以各種方式拿同學作為開玩笑的對象，這中間的性別關係依然有待釐清，而進一步研究同志或氣質陰柔學生在被開玩笑時的觀感與情緒也屬必要，有些人或許真的會認為被開玩笑仍無傷大雅，而作為學生，有時同儕間不具惡意的玩笑反而代表了對於該特質的接納與當事人融入同窗關係的證據，進一步的探索將有助於性別研究者更多理解年輕一代對於性傾向或性別氣質的普遍看法。

4. 醫療職場環境對男醫師沙文主義的助長

另一名年輕醫師（洪醫師）也指出，在求學的過程中就發現很多男同學其實也很沙文主義，雖然這群男同學都跟他一樣年輕，國、高中時也應該受過性別平等教育，但不知道是因為升學階段忽視了性別教育的重要性—就像以前著重升學的學校常把體育課挪用作為考試主科課程的額外教學時間，抑或是教育與實踐中仍具有巨大的落差，這些男同學在求學期間即展現出沙文主義的一面，且並不會因為進入醫療職場而有所改善，相反的，受訪者認為醫療職場的氛圍助長了男醫師沙文主義的發展，因為男醫師作為一群護理人員的領導者，這群護理人員又多半是女性組成，這樣的職場關係反而使得男醫師更認為自己是較為優越的；加上醫師身份對於男性來說在異性戀擇偶市場極具價值，受訪者就提到在求學過程中「社會給他們的期待也是（助長沙文主義），真的是會很多女生來貼我們班的男生」，當他們進入職場後這樣的情況也繼續延展，使得許多男醫學生或男醫師一直沒有辦法在生活中有更多關於性別平等重要性的體認，這也是未來醫學領域中性別教育應該著重的焦點之一。

相對來說，女醫師跟男醫師所受到的凝視焦點不同，受訪者提到男醫師只要

「不要長歪了然後.....有一定的社會地位」就可以受到異性的歡迎，女醫師則幾乎不會因為醫師的社會地位而有這樣的獲益，受訪者也反思：「為什麼男生跟女生期待這麼不一樣？對女生的外表、年齡要求這麼多？」筆者當然明白這不是醫療職場特有的狀況，然而不可否認的是，在護理人員長期被視為醫師的「下屬」或「指令聽從者」的醫院文化下，性別關係在其中的不平等通常比教育現場更為加劇而非減弱，男醫師和女護理人員都需要更多的性別平等教育，使前者能夠尊重後者的專業，而女護理人員也可以肯定自己的能力並認同有別於醫師但平等的地位，才可能營造更為性別平等的醫療職場環境。

5.同志與直同志醫師進入職場可能帶來的改變

筆者也認為，隨著越來越多不同性傾向醫師踏入醫療職場，將有助於改善目前依舊多少具有「男尊女卑」意味的性別化組織，例如男、女同志醫師人數漸多時，或許就會成為一股新的勢力，他們和直同志醫師們會一同選擇走「阻力較大的路」，使原本將性傾向視為笑話或嘲弄內容的醫師們開始有所警覺，並進而提升醫療職場性別平等的程度，也可能使老一輩的醫師們開始意識到同志不再是「他者」(others)或「他們」，而可能是「我們」之中的一員，並且也具有足夠的專業能力與良好的人際關係，不再以「例外」或「非典型」的觀點來評判同志醫師，甚至是同志患者。

參參考資料

中華民國醫師公會。2003年執業醫師年齡暨性別統

計。<http://www.tma.tw/stats/stats6.asp>。Accessed 2014/11/4。取自2014年12月28日。

——(2014)。2013年度統計資料，頁22。

http://www.tma.tw/tma_stats_2013/index.html。取自2014年12月28日。

王志嘉(2014)。如何進行兩性健康案例討論教學。台北：元照出版社。

—— (2014)。臨床工作常見的性別議題—職場性騷擾、性別與溝通、性別與醫糾。台北：元照出版社。

<http://mental.health.gov.tw/WebForm/External/DownloadFileList.aspx?Type=0>。

取自 2014 年 12 月 28 日。

王紫菡、成令方* (2012 年 05 月)。同志友善醫療。台灣醫學 16 (3): 295-301。

王紫菡(2013)。原生理女性同志就醫經驗，高雄醫學大學性別研究所碩士論文。

台北市政府 (2014)。LGBT 同志友善醫療手冊。

成令方 (2002)。1930~1950：性別、醫生專業與個人選擇-以台灣本地與中國移台女醫師的教育與職業選擇為例。女學學誌 14：1-44。

—— (2008)。專業醫師的興起與發展及其性別政治，收於成令方主編《醫療與社會共舞》，60-69 頁。台北：群學。

江宏哲 (2013)。後健保時代的醫療管理制度建構，新台灣人文教基金會。

林佩瑩 (2009)。女醫師生涯滿意相關因素之研究。臺灣大學醫療機構管理研究所學位論文。

姚人多 (2002)，傅柯的工具箱：權力篇。當代 175:70-83。

張廷碩、成令方 (2008 年 12 月)。這樣的身教與言教！——一個實習醫學生的經驗。性別平等教育季刊 43: 47-50

莊玲如、成令方* (2012)。管理性別：女檢察官在陽剛職場。女學學誌 30:137-186。

許碧純 (2001)。女性專業工作者工作地位之研究：以台灣女醫師為例。國立政治大學社會學系碩士論文。

陳海燈 (1991)。男女醫師生產力、收入的研究。國防醫學院公共衛生學系碩士論文。

陳端容 (2003)。台灣基層開業醫師人力組成與專業發展之研究。行政院國科會專題研究計畫成果報告。(NSC91-2416-H-002-019-SSS)

楊仁宏、成令方 (2008 年 12 月)。「性別主流化」融入醫學課程的規劃。性別教育平等季刊，P.16-P.24

廖文慧 (2014)。同志友善醫療與精神科醫護經驗之初探，高雄醫學大學性別研究所碩士論文。

劉慧俐、藍忠孚、藍采風 (1992)。台灣地區男女醫師專業生涯之比較-醫學社會會面的探討。中華民國公共衛生學會雜誌,11(1), 49-59.

劉慧俐、藍忠孚、藍采鳳 (1995)。女醫師專業生涯、婚姻與家庭之研究。中華公共衛生雜誌, 14(6), 461-469.

謝臥龍、駱惠銘 (2007)。女醫學生/女醫師就學、實習與就業性別經驗的探討。行政院國科會專題研究計畫成果報告。(NSC96-2522-S-017-011-MY2)

謝臥龍、駱慧文、駱惠銘 (2011)。建構性別友善醫療環境與情境指標以及策略之研究研究成果報告。行政院國科會專題研究計畫成果報告。(NSC 99-2511-S-017-008-)

醫言堂 (2010)。http://blog.udn.com/tayiu/3768976。取自 2014 年 12 月 28 日。
醫策會，簡介

http://www.tjcha.org.tw/FrontStage/page.aspx?ID=66875137-F99A-4C88-9750
-FB3F169AF8BE。取自 2015 年 1 月 10 日

Acker, Joan (1990) Hierarchies, Jobs, Bodies: A Theory of Gender Organizations.
Gender & Society, 4:135-158.

—— (1992) Gendering Organizational Theory. In J. Albert & P. Tancred (eds.),
Gendering Organizational Analysis (pp.248-262). CA: Sage. Connell, R. W. &

Messerschmidt, J. W. (2005) Hegemonic Masculinity:

Rethinking the Concept. Gender & Society, 19(6): 829-859.

Annandale, E. and Riska, E. (2009) 'New connections: Towards a gender-inclusive
approach to women's and men's health', Current Sociology, 57 (2), 123-133.

Berkeley: University of California Press.

Bratuskins, P. A., McGarry, H., & Wilkinson, S. (2013). Sexual harassment of
Australian female general practitioners by patients. MJA: Medical Journal of
Australia, 199(7), 454-454.

Brouns, M. (2004). Gender and the Assessment of Scientific Quality. In European
Commission, Gender and Excellence in the Making, pp. 147-155. Luxembourg:
Office for Official Publications of the European Communities.

Cheng, Ling-Fang & Yang, Hsin-Chen * (2015 即將出版). Learning about Gender:
An Analysis of the Hidden Curriculum for Medical Students in Taiwan.
Medical Education SSCI. (Accepted).

Cheng, Ling-fang (1998). En/gendering Doctors: Gender Relations in the Medical
Profession in Taiwan 1945-1995. Unpublished Ph.D. dissertation. Dept. of
Sociology, Essex University

—— (2010). Why Aren't Women Sticking With Science in Taiwan?.

Kaohsiung J Med SCI, vol 26, No 6, S28-S34.

Cheng, Ling-fang, Ellen Kuhlmann and Ellen Annandale (2012). Gender
mainstreaming at the cross-roads of eastern-western medicine. Palgrave
Handbook of Gender and Healthcare. Palgrave Macmillan (2nd edition):
455-470.

Connell, R. W. (1995) The Social Organization of Masculinities. In Masculinities
(pp.67-86). Berkeley: University of California Press.

Correll, S. (2001). Gender and the Career Choice Process: The Role of Biased
Self-Assessments. American Journal of Sociology, 106, 1691-1730.

Correll, S., Benard, S., & Paik, I. (2007). Getting a Job: Is there a Motherhood
Penalty? American Journal of Sociology, 112 (5), 1297-1338.

Davies, P., Spencer, S.J., & Steele, C.M. (2005). Clearing the Air: Identity Safety

- Moderates the Effects of Stereotype Threat on Women's Leadership Aspirations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 88 (2), 276-287
- Diprose, Rosalyn (1994). *The Bodies of Women: Ethics, Embodiment and Sexual Difference*. London: Routledge.
- Foschi, M. (2004). Blocking the use of gendered-based double standards for competence, *Gender and Excellence in the Making*, pp. 147-155. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Gates, Melinda French (2014). Putting women and girls at the center of development. *Science*. 345(6202):1273-1275.
- Hochschild, Arlie (1983) *The Managed Heart: Commercialisation of Human Feeling*. <http://genderedinnovations.stanford.edu/what-is-gendered-innovations.html> 取自 2015 年 1 月 10 日
- Kanter, Rosabeth M. (1977) Some Effects of Proportions on Group Life: Skewed Sex Ratios and Responses to Token Women. *The American Journal of Sociology*, 82(5):965-990.
- Kuhlmann, E. (2011 年 04 月) 成令方、蔡昌成譯。健康照護與政策之性別主流化：從國際經驗學起(Mainstreaming gender into healthcare and policy: learning from international experience)。科技、醫療與社會 TSSCI，12：251-272。
- Schiebinger, L., Davies Henderson, A., & Gilmartin, S. (2008). *Dual-Career Academic Couples: What Universities Need to Know*. Stanford University: Michelle R. Clayman Institute for Gender Research.
- Schiebinger, L., Klinge, I., Sánchez de Madariaga, I., Schraudner, M., and Stefanick, M. (Eds.) (2011-2013). *Gendered Innovations in Science, Health & Medicine, Engineering, and Environment*. <http://www.genderedinnovations.stanford.edu>. 取自 2015 年 1 月 10 日
- Scott, K., & Brown, D. (2006). Female First, Leader Second? Gender Bias in the Encoding of Leadership Behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 101 (2), 230-242.
- Sheppard, Deborah L. (1993) *Organizations, Power and Sexuality: The Image and Self- Image of Women Managers*. In *The Sexuality of Organization*(pp.139-157). London: Sage.
- Steele, C. (1997). A Threat in the Air: How Stereotypes Shape Intellectual Identity and Performance. *American Psychologist*, 52 (6), 613-629.
- Steinpreis, R.E., Ritzke, D., & Anders, K.A. (1999). The Impact of Gender on the Review of the Curricula Vitae of Job Applicants and Tenure Candidates: A National Empirical Study. *Sex Roles*, 41, 509-528.
- United Nations (1997). Report of the Economic and Social Council for 1997. September,A/52/3.18.

- Van den Brink, M. (2011). Scouting for Talent: Appointment Practices of Women Professors in Academic Medicine. *Social Science and Medicine*, 72 (12), 2033-2040.
- Vinkenburg, C., Van Engen, M., Eagly, A., & Johannesen-Schmidt, M. (2011). An Exploration of Stereotypical Beliefs about Leadership Styles: Is Transformational Leadership a Route to Women's Promotion? *The Leadership Quarterly*, 22 (1), . 10-21.
- West, Candace & Zimmerman, Don H. (2002) *Doing Gender*. In Sarah Fenstermaker, Candace West (Eds.), *Doing Gender, Doing Difference: Inequality, Power, and Institutional Change*. New York: Roteledge.
- Yoder, Janice. D. (1994) Looking Beyond Numbers: The Effects of Gender Status, Job Prestige, and Occupational Gender-Typing on Tokenism Processes. *Social Psychology Quarterly*, 57(2):150-159.

科技部補助專題研究計畫出席國際學術會議心得報告

日期：107 年 10 月 31 日

計畫編號	MOST 104-2629-H-037-001-MY2		
計畫名稱	性別主流化中醫師專業的性別關係		
出國人員姓名	成令方	服務機構及職稱	高雄醫學大學性別研究所 教授
會議時間	2017 年 8 月 27 日至 2017 年 8 月 30 日	會議地點	University of Oslo 奧斯陸大學性別研究中心
會議名稱	(中文) (英文) Age Agency Ambiguity - gender and generation in times of change		
發表題目	(中文) (英文) Gender and generation in times of change in Taiwan 1950-2016 : The case of the medical profession		

一、參加會議經過

這個會議以北歐的性別研究為主，加上復旦大學的部分經費，因此有很多中國的性別研究學者與女性主義運動者，還有香港的婦運團體和

學者參加。我對二岸三地的交流有興趣，也對北歐的性別研究有興趣，加上該研討會 call for paper 的內容與我的研究興趣有關，特別是我有一些新的研究結果，想與他人分享，於是決定報名。

This conference focuses on gender and generations in times of social and economic change, in particular economic crises, migration and environmental challenges. Processes of industrialization, urbanization, deregulation, migration and globalization have had profound effects on gender and generational relations that display both differences and similarities in different national and regional contexts. These have far-reaching consequences on the conditions for gender equality work and feminist academic research practices.

The aim of the conference is to understand the multifaceted impacts of modernisation and crises on different age groups (Age), gendered strategies to deal with the impacts/changes (Agency) as well as the uncertainties people are facing (Ambiguity).

The conference aims at bringing together gender scholars from the Nordic countries, China and other countries who work with issues related to gender, generation and processes of modernization either in their own country, in other countries, or both. The idea is to utilize differences between regions and regional academic cultures to better understand the developments of gender relations and gender equality in each location, as well as to facilitate dialogue and exchange with a view to strengthening theory and scholarly practice. What can be learned about and from each other, and what can be learned about oneself from looking with other(s)' eyes? The main focus will be on the Nordic countries and China, however, studies of other regions are also welcome.

二、 與會心得

1. 8月27日下午大會舉辦開幕式，在奧斯陸大學郊區的校區大型會議廳舉行。在裡面居然遇到政治大學教育系的李淑菁，真有趣。後來在名單上還看到中山大學傳播與管理系的蕭蘋老師的名單。但到會議結束時，我們都沒見到她。不知道是不是臨時有事沒來參加。
2. 主辦單位是奧斯陸大學性別研究中心，她們特別高興說，這會議已經舉辦過三，這是第一次有台灣的學者與會，讓她們特別高興。對我們而言，這些積極的女性主義者，也是性別研究學者，在北歐的貢獻令人佩服。她們從1960年代開始，持續推動婦女運動，後來慢慢轉向性別平等的法令政策制訂。讓北歐在過去40多年來從保守傳統的父權社會，轉向世界性別平等的模範生。

3. 與會的人，來自不同背景，非常有趣，彼此的互動也因背景得不同而有所不同。(1) 北歐的學者有二類：一是早期參與婦運後來轉向性別研究。二是，2000 年後到北歐來讀書取得博士學位的中國女性學者，因北歐需要發展中國研究，她們就找到教職教中文以及社會學科，留下來成為當地居民。(2) 香港幾個大學的性別研究學者。她們有幾位早年來過台灣參訪性別研究，我們見過面或彼此聽聞過大名。(3) 中國來的與會者又分二類：一是在大學裡面教婦女研究的教師。她們的學術研究水平不高（中國的人文社會學科都是如此），沒有批判思辨的訓練，因此報告的論文都是蒐集資料，分幾個類別，做描述性的報告。不是很有趣。另一類，是勇敢的年輕婦女運動者。她們走在體制外，以自己的身體經驗（上街做藝術展示，聚會討論婦女的基本權益，反對性騷擾）去對抗保守的社會與官僚政府。
4. 奧斯陸大學性別研究中心 HARRIET BJERRUM NIELSEN 教授
(E-mail: h.b.nielsen@stk.uio.no)，即將退休，是一位熱情充滿活力的學者，這 4 天的會議全場跑透透。安排學生擔任我們的活動路標，在開幕式安排活潑的原住民樂團表演，閉幕式則有女聲合唱團表演。會議結束後還來信問候我們，非常溫馨。她的開幕致詞，把婦女運動的精神發揮至極。她提到性別研究的知識一定要從經驗出發，而且需要提出一個新的視角，讓我們重新認識我們生活的環境，社會與發展的科技。對了，北歐的性別研究非常注重科技與性別的關係。這是她們的特色。會議結束後，她還與她的好伙伴 Cecilia Milwertz 博士，哥本哈根大學政治系&北歐亞洲研究中心的研究員，來信問我們參加的台灣學者，願不願意主辦 2020 年的國際研討會。我們沒有一個人敢承擔下來這個重擔。
5. 負責我論文場次的主持人汪琪 (Qi Wang) 是南丹麥大學設計與溝通系的教授。在會議開始前有好幾次來信提醒注意事項。見到面特別親切。她是瀋陽人，50 多歲，與我很有緣份，會議結束後還相約晚餐聊天。2018 年初來台北開會，我還特別北上去帶她玩一天。終於有個在北歐的朋友了。
6. 我的報告，北歐學者提出建議，要我注意到新科技對女性醫師的影響，在工作與家庭中的影響。北歐學者很重視科技改變女人職場的能力展現。這點，我在訪談中似乎比較忽略，回台灣時，再來補這方面的資料，也需要閱讀一些北歐相關的研究。這是這次很大的收穫。

三、發表論文全文或摘要

發表論文摘要，PPT 有 47 頁，最後的 30 頁是我這個計畫的研究成果。特別是討論台灣性別主流化的政策改變了台灣醫師專業中的性別關係。讓性別從

不平等，慢慢轉向平等的三個案例：(1) 女性醫學生人數增加，形成的改變力量。(2) 同志運動讓同志被看到，精神醫學積極去污名去病理化運動。(3) 外科的性別轉變，越來越多的女醫師加入外科。最後我以 3 分鐘 youtube 短片（中國醫藥大學外科部製作）來說明這案例。Women in surgery

<https://www.youtube.com/watch?v=ZrGp3RMubUQ>

下面是論文摘要：

This paper focuses on the changing relations of gender and sexuality in Taiwan via the case of medical profession. The medical profession as the top elitist profession in Taiwan has gone through irreversible changes in the last 70 years, from a male dominated and masculinized profession to a gender-friendly one. The policy of gender mainstreaming plays a vital role in such change. The changes are discussed via the concepts of the inclusion / exclusion, visibility / invisibility, equality / inequality and approached from both macro-level and micro-level. It aims at illuminating the political and socio-cultural changes in a larger picture of Taiwan society since 1950-2016.

The research methods adopted are as follows: in-depth interviews of physicians of four generations, they are about 100 physicians, and analyses of documents and research papers in English and Chinese, such as journals articles; statistical data, articles and books and views expressed by social media written by physicians and journalists; unpublished dissertations.

Key words: gender, ethnicity, class, sexuality, medical profession.

三、 建議

無

104年度專題研究計畫成果彙整表

計畫主持人：成令方			計畫編號：104-2629-H-037-001-MY2				
計畫名稱：性別主流化中醫師專業的性別關係							
成果項目			量化	單位	質化 (說明：各成果項目請附佐證資料或細項說明，如期刊名稱、年份、卷期、起訖頁數、證號...等)		
國內	學術性論文	期刊論文		0	篇	無	
		研討會論文		0		無	
		專書		0	本	無	
		專書論文		0	章	無	
		技術報告		0	篇	無	
		其他		0	篇	無	
	智慧財產權及成果	專利權	發明專利	申請中	0	件	無
				已獲得	0		無
			新型/設計專利		0		無
		商標權		0	無		
		營業秘密		0	無		
		積體電路電路布局權		0			
		著作權		0	無		
		品種權		0	無		
	其他		0	無			
	技術移轉	件數		0	件	無	
		收入		0	千元	無	
	國外	學術性論文	期刊論文		0	篇	無
			研討會論文		1		論文題目：Gender and generation in times of change in Taiwan 1950-2016：The case of the medical profession。2017年8月27—30日由OSLO大學性別研究中心主辦。
			專書		0	本	無
專書論文			0	章	無		
技術報告			0	篇	無		
其他			0	篇	無		
智慧財產權及成果		專利權	發明專利	申請中	0	件	無
				已獲得	0		無
			新型/設計專利		0		無
		商標權		0	無		
		營業秘密		0	無		
		積體電路電路布局權		0	無		

		著作權	0		無
		品種權	0		無
		其他	0		無
	技術移轉	件數	0	件	無
		收入	0	千元	無
參與計畫人力	本國籍	大專生	0	人次	無
		碩士生	2		二為助理都是高醫大性別所碩士畢業生
		博士生	0		無
		博士後研究員	0		無
		專任助理	2		一位工作7個月，因個人理由離職。一位工作5個月，因計畫結束離職。
	非本國籍	大專生	0		無
		碩士生	0		無
		博士生	0		無
		博士後研究員	0		無
		專任助理	0		無
其他成果 (無法以量化表達之成果如辦理學術活動、獲得獎項、重要國際合作、研究成果國際影響力及其他協助產業技術發展之具體效益事項等，請以文字敘述填列。)		OSLO大學性別研究中心主任，因第一次與台灣性別研究學者接觸(我們有4人參加)非常希望我們台灣性別研究學者可以接下2020年的國際研討會，但我們似乎都因擔心承諾後，無法實現，而不敢答應。			

科技部補助專題研究計畫成果自評表

請就研究內容與原計畫相符程度、達成預期目標情況、研究成果之學術或應用價值（簡要敘述成果所代表之意義、價值、影響或進一步發展之可能性）、是否適合在學術期刊發表或申請專利、主要發現（簡要敘述成果是否具有政策應用參考價值及具影響公共利益之重大發現）或其他有關價值等，作一綜合評估。

1. 請就研究內容與原計畫相符程度、達成預期目標情況作一綜合評估

達成目標

未達成目標（請說明，以100字為限）

實驗失敗

因故實驗中斷

其他原因

說明：

2. 研究成果在學術期刊發表或申請專利等情形（請於其他欄註明專利及技轉之證號、合約、申請及洽談等詳細資訊）

論文： 已發表 未發表之文稿 撰寫中 無

專利： 已獲得 申請中 無

技轉： 已技轉 洽談中 無

其他：（以200字為限）

參加過二次國際研討會，分別就研究的不同面向，做了報告。從討論中，對改寫論文有一些新的想法。

3. 請依學術成就、技術創新、社會影響等方面，評估研究成果之學術或應用價值（簡要敘述成果所代表之意義、價值、影響或進一步發展之可能性，以500字為限）

本研究應該成為本人退休後要完成的一本書中的重要部份~2000年代後的台灣社會中的性別關係的轉變。這本書，將本人的博士論文關於醫師專業的性別關係（1895—1995），加上本研究近20年台灣的變化，也就是要放在台灣近百年的現代化社會變遷的脈絡中來思考。醫師專業是少數的菁英份子，其性別關係可以反映出台灣中產階級的性別關係的轉變。

4. 主要發現

本研究具有政策應用參考價值： 否 是，建議提供機關

（勾選「是」者，請列舉建議可提供施政參考之業務主管機關）

本研究具影響公共利益之重大發現： 否 是

說明：（以150字為限）

性別關係的文化社會的改變，很重要，只有在社會教育的一點一滴中慢慢累積，量變才能質變。所以不是簡單的政策改進，而是由國家繼續推動原訂的性別平等教育以及「性別主流化」政策，可能假以20—30年，我們可以看到職場的質變，而性別平等成為年輕的一代的基本價值，就像瑞典一樣。