

## 戰後台灣的防癆保健員\*

張 淑 卿\*\*

### 摘 要

結核病（以肺結核病為主，俗稱肺癆、癆病）是戰後台灣最重要的傳染病之一。防癆保健員則是 60 年代中期以來台灣官方結核病防治工作中最基層的工作人員，此職務建置於 1966 年，由台灣省防癆局派駐在各鄉鎮衛生所執行防癆工作，至 1989 年改聘為護理佐理員。本文以 1966 年至 1989 年為研究斷限，除述及防癆員設置的歷史背景外，同時討論防癆員遴選之標準以及職場經驗。資料來源以官方報告、相關研究以及四位資深防癆員的深度訪談為主，透過防癆員的選定、工作內容、同儕關係、與病患間的關係網絡等面向，探討其職場生涯及其困境。本文獲得的初步結論：（一）防癆員的選取富有傳統的性別意涵，認為具有耐心、愛心、恆心的年輕女性最適合此項工作。（二）防癆員與輔導員之間，雖同為女性，但只為上下的從屬關係；而

---

\* 本文曾於 2005 年 12 月 3 日在東海大學通識教育中心主辦的「青年學者性別史研究學術討論會」宣讀，感謝連玲玲、衣若蘭兩位老師，及其他與會者提供意見，同時也向提出思考方向的成令方老師、王秀雲老師，與兩位匿名審稿人致謝。

\*\* 長庚大學醫學系助理教授

面對輔導醫師時，男醫師的性別與身分有助於處理不合作的病患；「工作目標數」，是防癆員工作上最大的壓力來源。(三) 防癆員與衛生所公共衛生護士之間的摩擦，來自於身分的不同、工作分配的不平等以及對護理專業理解程度的差異。(四) 在病患關係方面，尤其是面臨男性病患時，防癆員會特別注意到安全與性別問題。在病患管理方式、家庭訪視、衛生教育等方面，則彰顯出防癆員利用其工作權力，規訓與監控病患的身體。

**關鍵詞：**防癆員、結核病、職業婦女、戰後台灣

## 一、前言

根據台灣衛生單位的統計資料顯示，結核病是主要的流行病之一（見附表一），直至 1985 年之後，才被排除於十大死因之外。就肺結核病的盛行率調查來看，1957、1967、1977、1987 各年度經由X光診斷，證實台灣 20 歲以上人口肺結核的盛行率分別為 5.15%、4.38%、1.94%、1.29%。<sup>1</sup> 戰後初期，全台僅有結核病床二百張，且無專門機構有組織、有計劃地負責結核病之防治。為解決該問題，官方採取預防重於治療的公共衛生方式，取代純療養的防治途徑。首先是在結核病防治單位的改變，除了接收松山療養所之外，國民政府於 1949 年將南京結核病防治院與中央衛生實驗院的部分器材及人員遷移嘉義，辦理南部防癆的示範工作。1951 年，衛生處為更積極的推行防癆工作，於處內設立防癆委員會，負責全省防癆計劃之釐定、督導與考核。至 1960 年止，全台共有台北、嘉義、台南、台中等四所省立結核防治院。1965 年，蔣介石於第八十次總動員的會報上指示：「今後本省衛生業務，應以防癆為重點」，特定「台灣省加強防癆四年計劃」，合併台北結核病防治院與防癆委員會，成立省防癆局。希望藉此強化防癆機構之功能，使事權統一。縣市級方

---

1 資料來源：<http://dns.tptncc.gov.tw/tbcenter/8-2-1-la.htm>

面，則成立防治所，以推動各鄉鎮地區的防癆工作。1966年，為徹底推行防癆工作，開始僱用防癆保健員，經訓練後分發至各衛生所擔任驗痰、發現與管理病人及居家治療等第一線工作。至此，台灣的防癆工作網：省防癆局—地區防治院—縣市防治所—衛生所防癆保健員，已完全成立。<sup>2</sup> (見附圖)

防癆保健員 (簡稱防癆員) 是 60 年代以來台灣官方結核病防治工作中最基層的工作人員，也是佔所有防癆人力最高比例者。此職務建置於 1966 年，由台灣省防癆局派駐在各鄉鎮衛生所執行防癆工作。1989 年，因配合衛生署推行中老年病防治、綜合保健計畫，以及結核病已非十大死因之一，將防癆員改聘為護理佐理員 (簡稱護佐)。1993 年 4 月，更進一步將具有合格護理證照的護佐改聘為公共衛生護士。1989 年之後，其工作內容亦從單一的防癆，增加至地段護理。

防癆員可說是台灣極少數婦女所從事的且目前已消失的職業，也是多數人未曾聽聞的工作，但它是台灣公衛體系中，直接面對結核病患的工作人員。<sup>3</sup> 一般在討論結核病防治的相關著作，都採生物醫學的角度論述，這群默默辛苦耕耘的防癆員時常被忽略。換言之，這群女性有如隱形人，她們出現在相關的防癆工作手冊時，呈現的僅剩下防癆員的業務內容。

如同 Joy Magezis 所言，若女性的歷史或聲音被隱藏，應該透過由女性訴說自身經歷，或者是事件當事人與事件目擊者的信件、日記、自傳或口述歷史的方式，作為主要的研究資料來源。<sup>4</sup> 在防癆員相關文獻資料有限的情況下，本文採上述的研究方法，以 1966 年至 1989 年為研究

---

2 台灣省防癆局編，《台灣省的防癆工作 (民國 65 年-70 年)》(台北：台灣省防癆局，民國 71 年 3 月)，頁 41-42。

3 1985 年防癆員的招考以女性為主，雖然台北護專護理科開始招收男學生，之後陸續有其他大學或專科護理科系招收男性，但所佔比例甚少，即使畢業後進入醫院工作，亦多侷限於精神科或急診科。楊政議，〈男護士的緣起、發展與相關研究〉，《護理雜誌》，卷 47 期 4 (台北：中華民國護理學會，2000 年 8 月)，頁 47-50。至於防癆員甄選為何以女性為主，請參見第三節的討論。

4 Joy Magezis 著，何穎怡譯，《女性研究自學讀本》(台北：女書文化事業有限公司，2001 年 4 月)，頁 30-31。

區間，除述及防癆員設置的歷史背景外，同時討論防癆員遴選之標準、職場經驗，以及「性別」對防癆工作之影響。分析之資料主要以官方報告、相關研究以及四位資深防癆員的訪談為主（見附表二），同時以曾與防癆員共事者或其上司的訪談，作為印證或輔助資料。由於全台僅有三百餘人從事此職，且目前多已退休，不易尋得符合條件或願意受訪的受訪者，故以此四人的訪談資料為主。分析受訪的四位防癆員的基本資料，就學歷部分來看，一位護專畢業，兩位高護畢業，一位高商畢業。就證照方面而言，僅有兩位具有護理人員證照，另兩位則無。就家世背景而言，兩位來自軍公教家庭，另兩位來自農家。三位受訪者年齡在 45-50 歲之間，一位接近 60 歲。<sup>5</sup> 本文試圖從防癆員的選定、工作內容、以及防癆員同儕關係、與衛生所同仁及與病患之間的人際關係網絡為重心，探討其職場生涯及其困境，其分析角度也將涉及性別、身體監控、職場權力等多重面向。

## 二、防癆員的設置

結核病是個古老的疾病，「聞癆色變」說明了台灣民眾對此病的恐懼。日治時期台灣總督府以頒布「痰孟法」（1932 年）、「結核病預防法」（1938 年）與建立專門收容結核病患的松山療養所（1915 年），及在赤十字病院或府立病院設置結核病房（1915 年起陸續增設），為結核病防治的重要措施。治療方式亦無突破性發展，多強調靜養、休息、日光療法、注意營養、及至風景秀麗空氣新鮮地方療養的轉地治療。<sup>6</sup> 結核預防宣傳方面，各州除利用平時各種機會多加宣導外，總督府明定自 1939 年起

---

5 四位受訪者接受該訪談時仍在職，表明不希望公布其工作單位，為尊重其隱私，本文均以某縣「某衛生所」，以及暱稱代之。另外，由於全台僅有三百餘人從事此職，且目前多已退休，不易尋得符合條件或願意受訪的受訪者。感謝匿名審稿人提醒筆者有關訪談樣本數是否具有代表性的問題。

6 有關日治時期結核病防治與討論，請參見張淑卿，〈日治時期台灣的結核病防治政策與議論〉，《台灣史研究》，卷 13 期 1（台北：中央研究院台灣史研究所，2006 年 6 月），頁 51-97。

每年 4 月 27 日為「結核預防日」，在其前後三日加強宣導，期望能引起民眾對結核預防的注意。<sup>7</sup> 是年起各州陸續建立療養所，其中以台北州的清風莊規模最大。至於 1941 年成立的台北保健館預防衛生部更是以調查結核病患、施行學校健康檢查為主要工作。<sup>8</sup>

二次大戰後，隨著醫學的發展與國家力量的介入，結核病防治開始進入新的階段。一是卡介苗 (BCG) 成為預防結核病的主要工具；<sup>9</sup> 二是抗結核藥物的發明與普遍使用 (1944--SM,PAS；1952--INH)；三是驗痰與X光成為主要的篩檢工具。<sup>10</sup> 就戰後台灣防癆政策的歷史來看，1950 年代開始，藥物成為治療結核病患最主要的方式，休息療法、營養療法、日光療法的重要性逐漸喪失，1957 年台灣開始進行「居家治療」，結核病床只保留給重度結核病患或需要外科手術者。1951 年開始卡介苗全面接種計畫，並以學齡前兒童為主要對象。<sup>11</sup> 至於台灣集體胸部X光巡迴檢查始於 1949 年的嘉義結核防治院，是將大陸遷台的X光機安裝於普通

- 
- 7 結核預防日的意義在於每年該日以全民總動員的方式推動結核預防運動，共同救濟不幸的結核病患，徹底普及預防觀念。杉江四郎，〈結核預防日の意義を徹底せしめよ〉，《台灣の結核問題》，輯 2 (台北：台灣結核預防協會，昭和 12 年 4 月)，頁 37-38。
  - 8 李騰嶽編纂，《台灣省通志稿政事志衛生篇》，冊 2，頁 140。
  - 9 卡介苗於 1922 年發明，1924 年台北病院曾有試種，但規模非常小，由於卡介苗疫苗本身怕熱、怕光，易失效，要全面接種，除改善疫苗本身品質外，運送以及人員的訓練亦相當重要。劉士永，〈日治時期台灣地區的疾病結構變遷〉，《新史學》，卷 13 期 4 (2002 年 12 月)，頁 200。
  - 10 X光於 1895 年發明，X光被應用在醫學上時，最先使用在外科與牙科，對於外科的診斷傷害與骨病有最直接的助益。日後由於設備與技術的改進，X光逐漸擴及身體的其他部位，並使醫師擁有找出結核的新武器，從此由病人身體外面就可以看到「結核」，使它無法隱藏。日治時期台灣的X光機主要是裝置在大型醫院，如台北病院、赤十字醫院、松山療養院、新樓醫院等，民眾若要照X光，需至醫院。Bettyann H. Kevles著，楊玉齡譯，《露骨—X射線檔案》(台北：天下文化，2000)，頁 49-58；莊永明，《台灣醫療史》(台北：遠流，1998)，頁 132；蔡篤堅，《台灣外科醫療發展史》(台北：唐山，2002)，頁 35。
  - 11 1952 至 1956 年間，主要的接種對象是學齡前兒童以及二十歲以下的青少年，1956 年之後則以學齡前兒童、一年級學童與結核菌素測驗陰性之六年級學童為主要對象。台灣省衛生處防癆委員會，《抗癆十五年》(台中：台灣省衛生處，民國 53 年 4 月)，頁 8。

客車，以巡迴方式施行檢查。1952、53年，聯合國兒童基金會 (United Nations Children's Emergency Fund, UNICEF) 與美國安全分屬贈送X光巡迴車共四輛，因此防癆單位於1953年成立X光巡迴檢查總隊，統籌辦理有關結核病例尋覓事宜，並開始第一次的全省巡迴胸部X光檢查。<sup>12</sup> 免費驗痰則是從1956年開始，在X光巡檢無法到達之處，驗痰是發現病例的重要途徑。

無論是驗痰、X光巡檢、注射卡介苗或居家治療，都是社區醫療或公共衛生的範疇，在1966年之前這些工作均包含於衛生所的公共衛生護理之中，也就是說，在衛生所公衛護士的繁重工作中，結核病防治只是其中的一小部份。台灣的衛生系統，除了專業的公共衛生人員之外，<sup>13</sup> 另有輔助性質的工作人員，而防癆保健員是台灣結核病防治工作的輔助人員。<sup>14</sup> 以1960年代台灣結核病的流行與防治來看，設置輔助人員是有其必要性。根據前台灣省防癆局衛生教育組組長吳錫鑑先生的看法：(一) 結核病患人數眾多，以1963年全省的結核病盛行率調查顯示，估計全台共有結核病患29萬人，遍佈於社會各角落，為避免傳染給他人，需及早發

---

12 1953至1956年間，集體胸部X光檢查僅限於有組織之機關、學校及軍隊，1957年開始施行一般民眾X光胸部普檢，對象是盛行率較高地區或經濟較差的民眾。以巡迴方式執行的胸部X光檢查都是免費的，其所需器材與X光軟片均由美國安全分屬提供。台灣省衛生處防癆委員會，《抗癆十五年》，頁12。

13 所謂「專業」是指擁有某種特殊知識技能的職業團體，其專業權威的建立與地位形成的維持，必須具有三個條件：一是擁有一套知識理論體系，並透過專門的教育機構，長期有系統的訓練後進者；二是形成專業協會和社會組織；三是建立證照制度的權威性。換言之，一個專業必須能清楚的指出誰有資格從事此行業？所提供的服務內容和方法為何？以及服務前所受的訓練為何？更重要的是，要能積極的排除其他行業的介入，而獨享該類的知識權威，成為該職業從業者專屬的勢力範圍。Andrew Abbott, *The System of Professions: A Essay on the Division of Expert Labor* (Chicago: The University of Chicago Press, 1988).

14 開發中國家為推行衛生工作，對於輔助人員的需求遠大於已開發國家。台灣衛生系統下的輔助人員包括：防癆、砂眼防治、家庭計畫、環境衛生、山地衛生等項。各項輔助人員的資格、招考經過、訓練內容和期間均有所不同。吳錫鑑為台灣省防癆局衛生教育組長，其論述可代表當時官方對防癆保健員的看法。吳錫鑑，《新觀念下防癆人員訓練之商榷》(台中：台灣省政府衛生處防癆委員會，1966年12月)，頁76。

現並給予有效的管理與治療。(二) 居家藥物的治療效果與住院治療效果相似，<sup>15</sup> 可解決結核病床數不足的問題，然而居家治療需要較長的時間，患者多半不能自行服藥，導致治療效果大打折扣。(三) 原有工作人員不足。全台結核防治院所共有 340 名全職人員，其中能實際參與工作者相當有限，而衛生局所防癆人員均身兼數職，除防癆外也同時辦理多項衛生工作，對於防癆工作難以兼顧。(四) 工作量急速上升。上述員額為 1950 年代初期所設置，當時業務簡單辦理事項不多。爾後因防癆系統的建立，工作量直線上升，同時人口也不斷增加，因此服務對象及範圍擴大。然政府財力有限，原有的編制無法擴大，進而影響防癆業務。(五) 需加強社區防癆工作。(六) 經濟觀點。因結核防治已相當標準化，許多工作可由訓練後的外行人在密切督導下擔任。<sup>16</sup> 簡言之，就人員的編制、實際需求與就經濟的層面來看，增置防癆保健員成為當務之急。

防癆保健員的設置始於 1966 年。然於 1958 年至 61 年間，在防癆協會資助下，曾辦理三次的聯絡員招考，<sup>17</sup> 均屬於示範性質。以第一次招考為例，及格錄用的人數為 6 人，經分配至台北結核病防治中心 3 人，基隆市結核病防治所 1 人，防癆協會附設第一結核病防治所 2 人，所需費用由防癆協會負擔。受訓期限共 9 週，受訓期間月支新台幣 300 元，分發服務月支新台幣 500 元。受訓課程內容包括：訓練班介紹 (1 小時)、台灣結核病防治計劃 (2 小時)、防癆聯絡員之任務與職責 (2 小時)、防癆聯絡員實用倫理學 (2 小時)、個人衛生 (6 小時)、社會訪視工作 (8 小時)、家庭組織 (6 小時)、地方社會機構之組織 (4 小時)、結核病之傳染及防治 (12 小時)、紀錄與統計 (2 小時)、地段見習家庭訪視 (6 週)。這些防癆聯絡員的工作主要是督導患者按時服藥、複查，同時勸導可疑患

---

15 根據 WHO 在印度所做的研究，肺結核病患在家服藥治療與住院治療的結果相差不多，此結論成為 WHO 推行居家治療的立論基礎。

16 吳錫鏞，〈新觀念下防癆人員訓練之商榷〉，頁 76-78。中華民國防癆協會，《中華民國防癆協會報告》，民國 51 年度 (台北：中華民國防癆協會，1962 年 7 月)，頁 24。

17 中華民國防癆協會，《中華民國防癆協會報告》，民國 51 年度，頁 24。

者及組織民眾接受胸部X光檢查。<sup>18</sup> 1963年在聯合國世界衛生組織及兒童基金會的資助下，辦理綜合防癆計劃，增加防癆聯絡員的錄取員額共22名。結果顯示，配置有聯絡員的衛生所，其病患管理成效最佳。因此，全台約有100個鄉鎮公所，自行編列預算，僱用防癆聯絡員。<sup>19</sup>

1966年因推行「台灣省加強防癆四年計劃」，各鄉鎮衛生所增置臨時公共衛生護士或防癆保健員1名，省轄市各衛生所可增置1至2名，其薪資由省府的社會福利基金負擔，其身分為雇員，不具公務人員資格。至於山地、離島衛生所及衛生室則指定由現有工作人員，主辦防癆工作不另增置臨時工作人員。<sup>20</sup> 1968年增置313名，原則上各鄉鎮衛生所派駐1名，至此各鄉鎮的防癆工作由防癆保健員實際執行。至1974年，為配合省府的精簡人事，提高待遇計劃，將313名縮編為235名，並限定資格為護校畢業生，分配於216個衛生所，當時有97個衛生所無防癆保健員。根據統計資料顯示，無防癆保健員的衛生所，其居家免費治療及查痰成績均不甚理想。1975年起，恢復一鄉鎮1名防癆保健員，薪資也改由省府公務預算支出，惟其身分仍是雇員。<sup>21</sup>

設置專人來防治結核病始自於近代西方。<sup>22</sup> 在英美從事結核訪視護

18 參閱中華民國防癆協會，《中華民國防癆協會報告》，民國51年度，頁24。林道平主編，《五十年紀事》(台北：中華民國防癆協會，2002年1月)，頁18。

19 吳錫鏞，《新觀念下防癆人員訓練之商榷》，頁84-85。

20 〈台灣省政府令〉，(56) 1.6 府衛癆字第〇二七一二號，《台灣省政府公報》，56年春字期6(南投：台灣省政府，民國56年)，頁5。

21 以1970年代省方的防癆人員統計人數來看，台灣省防癆局及台中、嘉義、台南三所結核防治院與縣市防治所，共有365名編制員額，其中醫師58人，技正5人、護士143人、X光技術員39人、檢驗員31人、藥劑人員6人、行政事務人員83人。另有屬臨時約聘性質，於衛生所工作之防癆員313人，因此省方共有678名防癆人員。台灣省防癆局，《台灣省的防癆工作(民國55年-64年)》(台北：台灣省防癆局，民國65年7月)，頁35，119。

22 1887年英國愛丁堡的菲利浦醫師(Dr. Robert Philip)自力開辦診療所，其業務內容包括為結核病患提供治療，同時安排護士至病患家中進行訪視，以便發掘病患的需求、報告病患的生活環境、呈報病患的接觸者同時教導病患與其家人們一套符合健康的生活方式，因此診療所及其護士具有收集資訊、傳遞訊息、安排病患工作，以及激發民眾注意並關心自己身體的功能。在美國則始於1899年，約翰霍普金斯醫院奧斯陸醫師(Dr. William Osler)利用女醫學生去訪視病患，1903年由幾位訪視護



理工作者均具有護理背景，台灣的防癆員則不盡然。早期的防癆員只限定高中職畢業即可，1974 年之後才限定護理相關科系（檢驗科亦可），其來源是由鄉鎮地方政府招考，合格者送至台灣省防癆局受訓，受訓的主要內容是結核病的相關知識。當防癆員回鄉工作後，每年必須強迫接受數天的在職訓練，每位防癆保健員必須參加，其目的是介紹新的治療方式或觀念，當然也是讓台灣基層的防癆工作統一化。<sup>23</sup>

雖然防癆員應由鄉鎮地方政府招考，但此職為雇員，易淪為關說的對象，考試流於形式，防癆員的來歷多與地方人士有密切關係。<sup>24</sup> 受訪的四位防癆員之中有三位都表示自己是透過第三者而得到職缺。如阿美畢業於敏惠護校，在私人醫院工作兩年後，透過父親朋友的介紹，進入衛生所擔任防癆員。<sup>25</sup> 小朱原在東勢軍醫院上班，父親透過關係知道衛生所的工作機會，但當時不知道是防癆的職缺。當時有三人與小朱一起競爭，由台中結核病防治院舉辦考試，考試的內容包括基本護理、預防接種的項目、注射部位與時間，醫學英文的縮寫，以及騎腳踏車。另加考一篇作文，題目類似「為何要來衛生所做防癆員，這工作有什麼意義？」最後再面談。<sup>26</sup>

阿桂原在私人公司上班，1972 年透過助產士的介紹進入衛生所。她說：

---

士接任此工作，在 1920 年之前是結核訪視護理的全盛時期，結核訪視護士的地位優於醫院護士，其工作內容亦是以指導病患如何建立健康的生活方式，以及避免傳染給他人為主。David Armstrong, *Political Anatomy of the Body* (Cambridge: Cambridge University Press, 1983), pp.7-18; Jessica M. Robbins, "Class struggle in the tuberculosis world: nurse, patient, and physician, 1903-1915," *Bulletin of the History of Medicine* 71 (1997), pp. 412-434.

- 23 林秀雲為台灣省慢性病防治局退休的護理督導，1956 年護校畢業後即進入台北結核防治院，長期接觸防癆護理工作，曾訓練防癆保健員、至日本短期進修，目前已退休赴美國依親。張淑卿，〈林秀雲電話訪談〉，2002 年 6 月 10 日。張淑卿，〈鍾和節訪談〉，2002 年 6 月 6 日。
- 24 Taiwan Provincial Health Department, Tuberculosis Control Committee, *Annual Report on Tuberculosis Control Program*, 1965, p.92.
- 25 張淑卿，〈阿美訪談紀錄〉，2004 年 1 月 27 日，未刊稿。
- 26 張淑卿，〈小朱訪談紀錄〉，2004 年 1 月 29 日，未刊稿。

1972年的時候台灣的經濟景氣很好，每天都在加班，沒有假日，薪水也不多。那時候經由衛生所助產士的介紹，因為我家的兄弟姐妹很多，都是這位助產士接生，她跟我媽媽很熟，告訴我媽媽有這個工作機會，是這樣開始做這個工作。那時候這個缺是要考試的，可是衛生所上報的時候只報我一個人，講好讓我同額競爭啦，所以到防癆局去考試的時候，我們衛生所只有我一人去考。防癆局舉辦的考試就是有一點形式啦。<sup>27</sup>

只有小馬的工作不是經過他人介紹。

我高護畢業後就在台北一家私人小型醫院工作，常常生病，可能是因為我從小身體就不好，我家人就希望我回台中休養。在家休息一陣子，我哥從報紙上看到台中結核防治院在招考防癆員的訊息，就建議我來考考看，考上之後就被分發到這邊來了。<sup>28</sup>

衛生所的工作條件與醫院相較，可正常上下班，許多家長認為是一個非常好且適合女性的工作。這一點正說明父權家族結構與主流性別論述之間是有密切的關係存在。<sup>29</sup> 阿美、阿桂、小馬與小朱就談到衛生所的工作時間與屬性是她們願意接受這份工作的原因之一。

那時候父母認為進衛生所工作會比在醫院好，至少工作時間正常，工作內容與待遇沒那麼重要啦。當時衛生所的護理長與主任也是跟我說，先做看看，跟我說未來也是有很好的願景啊，日後一定會把我升遷上來，叫我要好好做。<sup>30</sup>

主要是因為這工作可以正常上下班，自己又是這邊的人，可以照顧家裡。<sup>31</sup>

---

27 張淑卿，〈阿桂訪談紀錄〉，2004年1月28日，未刊稿。

28 張淑卿，〈小馬訪談紀錄〉，2004年1月28日，未刊稿。

29 成令方，〈性別、醫師專業和個人選擇：台灣與中國女醫師的教育與職業選擇，1930-1950〉，《女學學誌：婦女與性別研究》，期14（2002年11月），頁7。

30 張淑卿，〈小朱訪談紀錄〉。

31 張淑卿，〈阿美訪談紀錄〉。

那時候我根本不知道自己的工作內容是什麼，只是想說到公家機構比較實際、穩定，比較有保障啦，假日可以休息，所以就來了。<sup>32</sup>

不用輪大小夜，工作也穩定，又是公家機關，所以就來做，因為我家住在台中，開車到這邊至少要二小時，路況又差，薪水又不高，如果不是有些誘因，就不會來了。<sup>33</sup>

這四位受訪者談到自己願意至衛生所工作時，考慮的是可正常上下班，或離家近（小馬除外），即使這份工作是約聘性質，總認為衛生所是公家機關，應該會比較有保障。但是這種「工作穩定」、「可正常上下班」的想法是對「公家機關」的刻板印象，許多女性會努力想辦法或透過考試或介紹方式，進入公家單位或學校。而四位受訪者中有三位具護理背景，衛生所是與其護理工作最直接相關的「公家機關」，而對高商畢業的阿桂而言，能進入「公家機關」可符合其「正常上下班」的期望。

防癆單位本身也認為當地人比較適合此工作，原因是在地人熟悉地方民情，所以防癆員的選用，盡量以當地的年輕女性為主，年齡介於 18 至 40 歲之間，且能熟悉當地方者。<sup>34</sup> 前防癆局衛生教育組長吳錫鏞即言：

以人的生長發育而言，至十八歲大多已完成，尤其是女性，成熟較早。在教育年齡方面，此時已高中畢業，她們可以前來應徵。在心理方面，此年齡最富熱情，有強烈的表現慾和進取心，若有服務機會，其工作精神當為最佳。結婚後的女性往往受到家累而影響工作情形，所以應以未婚為宜。<sup>35</sup>

由上段引文得知，選取的標準是以傳統對女性的印象與邏輯為主軸，除了年齡與學歷限制外，防癆員被認為需具有某些特質。例如需對該份工作有濃厚興趣，並忠於自己的職務；要有犧牲奉獻的精神；身體健康、有穩定而快樂的情緒、性情溫和、有涵養、有耐性、能任勞任怨、機智

---

32 張淑卿，〈阿桂訪談紀錄〉。

33 張淑卿，〈小馬訪談紀錄〉。

34 台灣省防癆局編，《防癆工作手冊》（台北：台灣省防癆局，民國 74 年），頁 88-89。

35 吳錫鏞，《新觀念下防癆人員訓練之商榷》，頁 80。

而富於創造力及判斷力；口齒伶俐、說話有重點、具教育才能、不畏與各階層人物交談；儀表悅人、端莊有禮、談吐舉止大方而高尚；有合作的精神與態度。<sup>36</sup> 這些特質是前台灣省防癆局衛生教育組長吳錫鏞的見解。該局退休護理督導林秀雲則持另一種看法，她說：「要有勇氣，因為這是傳染病，要能不害怕，這是最重要的，如果害怕的話，就沒辦法做事」。<sup>37</sup> 而鍾和節督導則認為：「心胸開闊，不要計較，要有耐心、愛心，所以女性比男性適合這項工作」。<sup>38</sup>

「愛心」、「耐心」被認為是護理人員應具備的基本要素，<sup>39</sup> 然而回到實際的工作場域，問及防癆員本身需具備哪些特質或條件時，她們的回答與上述有些不同。阿桂與阿美都認為愛心、耐心、具有獨立作業的能力很重要，因為防癆員的工作與臨床護理不一樣。在臨床上是當班時把事情做好，之後會有下一班的人員來接班。防癆員只有自己一人，所有事情需自己完成，若防治院醫師下鄉訪查時，防癆員必須至病患照X光片的醫院，借閱片子回來讓醫生查看。<sup>40</sup>

小馬更進一步說明，學校的課本裡所教的愛心、耐心，在做了這工作之後，早已消失殆盡。她認為更重要的是獨自思考、判斷能力與表達能力。特別是小馬工作的地區是山地鄉，病人有問題時常找不到醫師，

36 吳錫鏞，《新觀念下防癆人員訓練之商榷》，頁28-29。

37 張淑卿，〈林秀雲電話訪談紀錄〉。

38 認為防癆員適合女性來擔任其實是傳統的假設。「不計較」是鍾和節就保健員的工作內容來看這問題，因為保健員除了防癆工作外，有時還要兼做地段護理工作。衛生所的其他人員不會協助防癆工作，若看不開這件事，工作常常不愉快。張淑卿，〈鍾和節訪談紀錄〉。有關女性較適合擔任「照顧者」之歷史討論，可參見李貞德的一系列相關研究，特別是，〈漢唐之間的女性醫療照顧者〉，《台大歷史學報》，期23（1999年），頁123-156；〈漢唐之間家庭中的健康照顧與性別〉，收於黃克武主編，《第三屆國際漢學會議論文集歷史組：性別與醫療》（台北：中央研究院近代史研究所，2002年），頁1-49；〈唐代的性別與醫療〉，收於鄧小南主編，《唐宋女性與社會》（上海：上海辭書出版社，2003），頁415-446。

39 游鑑明對日治時期臺籍女護士的研究，也指出具有愛心、耐心、溫和、謙恭和禮貌的態度，是達成護理任務的基本要素。見游鑑明，〈日據時期的臺籍護士〉，《中央研究院近代史研究所集刊》，期23（1994年6月），頁390。

40 張淑卿，〈阿美訪談紀錄〉、〈阿桂訪談紀錄〉。

小馬必須要馬上針對病患們的問題加以解決。另外，衛教（按：衛生教育，告知病患日常生活或服藥時應注意事項）是經常性的工作內容，如何將艱澀的醫學用語以簡單易懂的話說給民眾聽，則與個人的表達能力與語言的精熟度有關。<sup>41</sup> 小馬提及的獨立思考或判斷力對防癆員而言特別重要。防癆員的主管單位是防癆局，病患的藥物亦由縣市防治院發配，由於人命關天，一旦病患有任何問題，防癆員們需立即做最適當的處理。就此觀之，這是防癆員有別於與其他多數職業女性之處。

無論是吳錫鑑、鍾和節或防癆員的家人都認為，女性特質是適合此一工作的因素。有趣的是，防癆員們並不反對由男性來從事此職。阿桂曾聽聞有位防癆員至鐵鉗山附近訪視，被攔下來性騷擾的事件。<sup>42</sup> 小馬則是自己曾經在訪視時，於病患家門前，突然被一名酒醉者從身後襲擊，嚇得當場大哭。<sup>43</sup> 因此阿桂與小馬認為特別是在偏遠地區或山地鄉，就人身安全問題考量，男性是適合此項工作的。不過受訪者的職場經驗顯示，女性的被接受度高於男性。

因為做家訪時，大部份會碰到老弱婦孺，民眾認為有個陌生男子到家裡來問東問西，他們會害怕啊。對女孩子比較沒有防範之心，因為有時候會遇到病患的家庭計畫問題，男生如果問女病患這種問題，很不方便。如果是我們就直接跟病患的太太談。男生的話，病患可能沒法話家常，對話變得很公式化，沒辦法那麼親切吧。女生的話，接受度就很高，男生的話就認為這個人可能是壞人或騙子啊。<sup>44</sup>

女生講話都比較「軟」，我們會說「阿伯，要吃藥喔，有比較好嗎？」，會好言相勸啦，噓寒問暖啦。男生講話可能比較大聲。有時候病患不喜歡我們去，會趕我們出來，我就告訴輔導員，通常輔導員與醫生一起去時，病患就不會趕我們出

---

41 張淑卿，〈小馬訪談紀錄〉。

42 張淑卿，〈阿桂訪談紀錄〉。

43 張淑卿，〈小馬訪談紀錄〉。

44 張淑卿，〈阿桂訪談紀錄〉。

來。這時候就會覺得男生還滿適合這工作。<sup>45</sup>

根據此四位受訪者的說法，相當程度呼應了吳嘉苓提到的，女性主義者所強調的醫護人員性別所造成的醫療品質差異，著眼的並非在於生理的男女之別，而是社會上的陽剛與陰柔之別。<sup>46</sup> 鍾信心認為在主流醫學知識與醫療體系裏，均由位階較高的男性主導，女性不是遭排擠，就是居於從屬的護士角色。因此不應該以性別來判定誰比較適合護理工作，應該以個人特質與興趣來衡量，一位具有愛心、耐心又細心的男性就會比大而化之的女性更適合此項工作。<sup>47</sup> 不過部分的防癆員還是會以女性特質加以自我內化，認為即使是男性可以從事此項工作，但其適合度還是不及女性。只是論及安全問題時，發現「安全」應該是防癆員們在職場上所面臨的一大挑戰，因為這些身體的安全問題無法用女性特質來因應，惟有男性的剛強特質可以解決時，性別的差異問題才會特別顯露出來。

綜合上述，不論官方單位是如何訂定防癆員的選取標準，或防癆員本身是以何種管道獲得此份工作，性別的刻板印象與傳統父權體制的價值觀，已經是影響她們是否願意成為防癆員的重要因素。然而，1960、70年代婦女的勞動參與率以及婚姻對女性就業之影響，也應該列入考量。隨著戰後台灣經濟發展，婦女勞動參與率在1950至1970年之間約成長20%。因為1960至70年代是出口導向時期，大量廉價年輕女性勞動力投入工作市場。但是婚姻對女性就業行為有極大影響，在過去20年，台灣已婚婦女的勞動參與率遠低於平均勞動參與率以及未婚婦女的勞動參與率。換言之，婚姻對女性就業有抑制作用。<sup>48</sup> 不過這項研究與受訪者實際情況相反。初入此行業是未婚狀態，隨著年齡漸長，進入婚姻生活後，這四位受訪者除小朱未婚外，另外3位的先生均是當地人，

---

45 張淑卿，〈阿美訪談紀錄〉。

46 吳嘉苓，〈性別、醫學與權力〉，收於王雅各編，〈性屬關係(上)〉(台北：心理出版社，1999)，頁394。

47 蔡幸娥，〈護理的信心〉(高雄：信心護理文教基金會，2001)，頁241。

48 劉梅君，〈性別與勞動〉，收於王雅各編，〈性屬關係(上)〉，頁255-257。

能兼顧家庭與工作，因此她們在此職務服務數十年。

或許是因為個人因素讓這四位受訪者願意持續擔任此工作，在官方的統計中（1974-1981年），防癆員應有員額為313名，然平均在職人數是278名，平均每位防癆員服務年資是11個月。換言之，防癆員流動率相當高，其因除了上級給予的工作壓力大、結婚離職外，最大原因還是因為該職缺係臨時雇員，待遇低，與衛生所正式編制內人員相較，感受待遇與福利之差異，造成一旦找到待遇較優，或可轉任正式編制內工作之機會時即離職。<sup>49</sup>

### 三、防癆員與病患

防癆員的主要工作是管理病患，驗痰、安排X光巡檢。除了一年兩次的X光巡檢被防癆員視為是大事之外，平時最重要且費時的是病患管理，包括免費給藥、查訪病患的服藥狀況與服藥結果、衛教等。

病人登記管理系統中，首先需以驗痰方式確認是否為開放性結核病患，一旦確定，即納入管理登記。登記之程序則是由下而上的通報方式，簡言之，即為衛生所 → 防治所或衛生局 → 防癆局。<sup>50</sup> 登記管理結核

49 台灣省防癆局編，《台灣省的防癆工作（民國65年-70年）》（台北：台灣省防癆局，1984年3月），頁41-42；張淑卿，〈蔡冰姿電話訪談紀錄〉，2006年7月17日，未刊稿。蔡冰姿，民國36年次，畢業於台中高護護理助產合訓科，經專門技術人員考試及格分發於台中市結核病防治所，擔任督導員，後因組織改制，轉至台中市衛生局任職。已於2003年退休。

50 發現病人後，首先填寫「開放性病人登記單」，由衛生所呈送結核病防治所轉送防癆局登記，登記單內各項基本資料均需填寫完整以方便確認身分。防癆局接收到登記單後，核對身分資料給予標號，並填寫「結核病人中央登記卡」與「免費診療登記證」，前者分送轄區結核防治院，分區管理，後者寄還各縣市防治所登記後，轉送各鄉鎮衛生所填註於管理卡，交由病患收執作為領藥之用。衛生所另需填寫「結核病治療及管理卡」兩份，一份存衛生所，另一份存縣市結核防治所，病患按序編號管理，並登記實際治療狀況。整個開放性病人管理系統主要是依照五大原則與二大重點進行。在原則方面，凡是新發現的開放性病人，均應設法完成登記；病人開始治療後的第一次衛生教育需詳細而適當，如診斷結果、治療方法、管理計劃等，同時告知病人若有問題，可隨時至衛生所商談；所有接受免費藥物治療病人，應由

病患的最主要目的在於嚴格督促治療，掌控病患的服藥狀況。爲了能落實這項目標，衛生所防癆人員的家庭訪視工作顯得格外重要，尤其是對於不按時領藥的病人。爲了了解病人是否按時服藥，家訪時防癆人員需查看病人所領藥物及剩餘藥片數，或者以驗尿方式，抽查病人有無按時服藥，若發現有不按規定用藥者，須立刻勸導，若仍不合作，則由衛生所主任或結核病防治院醫師出面，請病患至衛生所諮商面談或由醫師陪同家訪。<sup>51</sup> 前台灣省立胸腔病院護理督導鍾和節形容此做法是「給病患壓力，因爲防癆員都是女孩子，有時候比較沒有權威，如果找醫師去，而且是由高層的防癆局的醫師出馬，通常病患都比較能夠接受」。<sup>52</sup>

在訪談過程中，管理病患不只是上述所提到的方式，其方式是更多樣性，尤其是當防癆員做第一次家訪時，如何與病家或病患本身建立良好的關係，更影響到日後雙方的互動。如同小朱所言：

第一次的見面很重要，對待方式或是溝通上，一定是要把他們當作是自己的家人。結核病人有一種共同的個性，他們就是怕你會告訴其他人，會隱瞞啊，談起話都有所保留啦，不跟你親近。他們的這種態度讓我們會有被隔絕在外的感覺，所以要花時間跟他們接觸，順著他們，久了才會有家人般的感覺。不要強迫病患一定要聽你的話，用威脅強迫的手段，效果都很差，病人也會對我們反感。這時候就要從家屬下手，一定要找一個跟病患親近的家人，告訴他這個病的嚴重性，請他幫忙，這樣病患才比較容易跟我們合作啦。<sup>53</sup>

防癆員認爲病患管理上最麻煩的是遇到「不合作的病人」，所謂不

---

衛生所人員注射與發藥，同時經常家庭訪視，查看病人有無副作用產生或是否依計劃服藥；按期檢查痰液與X光；安排病患接觸者接受檢查。兩個管理重點是，患者開始治療的前八週最爲重要，特別是初次治療之病人；其次是第八星期至一年內之合併二種藥物的間歇治療。對於後者特別需要勸導，使病人持續接受治療。另外，衛生所的防癆人員從事照顧居家藥物治療病患時，應以開放性病人爲第一優先，尤其是第一年治療者。台灣省防癆局，《防癆工作手冊》，1973年版，頁54-55。

51 台灣省防癆局，《防癆工作手冊》，1973年版，頁57。

52 張淑卿，〈鍾和節訪談紀錄〉。

53 張淑卿，〈小朱訪談紀錄〉。



合作大抵是指不按時服藥的病患。遇到這些病患，有些防癆員也覺得很無奈，在自己能力已無法處理之下，只好請輔導員或防治院醫師，一起去訪視，希望利用更專業的形象與權力，迫使病患能接受治療。<sup>54</sup> 或是請病患家屬幫忙，<sup>55</sup> 或是採取較激烈的做法，例如請警察出面勸導。<sup>56</sup>

家庭訪視是病患管理上的重點工作，內容除了衛教，告訴病患按時服藥的重要性外，同時要檢查病患的藥量，教導病患在日常生活上的注意事項，包括痰液的處理、飲食、空氣流通、曝曬棉被等。甚至有防癆員將病患的用藥，按每餐藥量，分包包裝。監控病患是否按時服藥是防癆員的重要工作，防癆員們通常不會直接詢問病患：「你有按時吃藥嗎？」，而是採用其他方式。由於結核治療藥物有視力模糊、尿液變橘紅色的反應，防癆員可藉由幫病患驗尿、量血壓，或者詢問病患是否有視力較差的問題，來猜測病人是否服藥。此是因為防癆員們無法每天至病患家理監控服藥狀況，只好從這些細項推敲。<sup>57</sup>

阿桂還會特別注意病患的經濟狀況，如民國 60 年代，只有開放性（具有傳染性）的結核病患獲得免費藥物治療，非開放性病患有多項藥物需自費，X光的複查費用亦由病患自行負擔。若是家境較貧困者，阿桂會商請慈善團體，如扶輪社、獅子會，提供慰問金協助。<sup>58</sup>

小馬與阿美的做法相當類似，不過小馬特別指出，課本上寫痰液的處理是要將痰吐到沖水馬桶，然後沖掉，可是在山上有些人家裡根本沒

---

54 張淑卿，〈小朱訪談紀錄〉、〈阿美訪談紀錄〉、〈阿桂訪談紀錄〉。

55 〈阿美訪談紀錄〉。

56 根據小馬的談話，警察在山地鄉對於不合作病患有一定的影響力。「遇到這種病人我真的會很生氣，會有一種『恨鐵不成鋼』的感覺。我通常就是會先請病人的家屬或鄰居朋友幫忙，幫忙溝通啊，或是幫忙提醒病患服藥。如果還是不行，就是請家屬保管藥物，吃藥時間到了，拿給病人吃。要不然就是威脅了。他們都很怕警察，我會威脅他們，如果不好好吃藥，把病傳染給其他人的話，警察會把你捉去醫院關起來。他們可能比較單純吧，有時候聽到警察會把他們捉走，嚇死了，就會乖乖吃藥。因為這邊是山地鄉，輔導人員三、四個月才來一次，沒辦法請他們跟我去訪視」。

張淑卿，〈小馬訪談紀錄〉。

57 張淑卿，〈小朱訪談紀錄〉。

58 張淑卿，〈阿桂訪談紀錄〉。

有沖水馬桶，只能退而求其次，請他們先用紙包起來，帶到戶外燒掉。<sup>59</sup>阿美也說，不要強求病患一定要按照你的衛教內容來做，只要病患能做到按時服藥，兩、三個星期之內就沒有傳染性了，強迫病患的食具一定要與家人分開或痰液一定要吐到馬桶或燒掉，病患反而容易對防癆員產生反感。<sup>60</sup>

阿桂提到的病患經濟問題，在小朱與小馬的訪談亦有提及。與阿桂一樣，小馬也幫經濟情況差的病患找尋補助來源。不過小馬的病患多為原住民，適用「山地結核病防治計劃」，因此小馬會幫病患申請，透過此計劃，讓病患享有全部藥物免費與免費複查的待遇。<sup>61</sup>然而，原住民個性好強，往往等到症狀嚴重時才就醫，症狀不明顯時就自行停藥。原住民因認知不足或過分樂天，對健康問題顯得漫不經心，同時山地就業就學機會少，原住民下山讀書或工作之後，往往居無定所，不易追蹤。因此，就醫、領藥、複查的不便，影響原住民結核病能否有效控制。<sup>62</sup>至於小朱則是自掏腰包，請病患至檢驗所照片子，然後由小朱買單，衛生所有時會有廠商贈送的免費奶粉，小朱也會轉送給這些較窮困的病患。<sup>63</sup>

台灣的結核病患中，男性佔三分之二，女防癆員與男病患之間的相處情況如何？是探究此職場經驗中應注意的性別問題。防癆員因工作之故，透過病患管理與衛教可顯露出上下之間的不平等關係。這不平等關係來自於國家權力與醫學專業。但性別差異又如何影響病患與防癆員之間的關係？安全問題是防癆員與男病患接觸時最在乎的部份。

「單身」、「獨居」的男性，特別是榮民，常讓防癆員感到憂心。

我會擔心獨居的榮民，有點像是色狼，我會請來衛生所實習的小學妹跟我一起去。有些病患講話比較輕薄，家裡比較暗的，我就直接在門口談一談。有時候把他當家人，他卻有一

---

59 張淑卿，〈小馬訪談紀錄〉。

60 張淑卿，〈阿美訪談紀錄〉。

61 張淑卿，〈小馬訪談紀錄〉。

62 索任，〈原住民肺結核問題的探討〉，《原住民傳統醫療VS現代醫療》(台北：財團法人台灣原住民文教基金會，2001年12月)，頁139-141。

63 張淑卿，〈小朱訪談紀錄〉。

些非分的想法，因為我父親是榮民，接觸過很多這種伯伯，我一看臉色就知道，這個人正不正直啊。<sup>64</sup>

如果知道是獨自居住，我就不會進去他家裡。在門口講一講，或是請他到衛生所來。有時候是年輕的男病患，會提到家計(家庭計畫)的問題，我會跟病人稍微提一下，再跟他太太細講避孕的細節，避免男病人尷尬啦。<sup>65</sup>

跟男病人的話，我會擔心安全問題。我通常會在門口先喊他的名字，如果他的家人不在或是自己獨居的就不要進去，要不然就是請我的同事跟我一起去。<sup>66</sup>

針對該安全性的問題，防癆員的處理方式大抵是，不進入病患屋內、不與病患單獨相處、請病患至衛生所或請同事一同前往。<sup>67</sup>簡言之，防癆員基於工作職責必須與男性病患接觸，然防癆員們會特別注意自己的女性角色與「男病患」的男性角色之差異。基於國家權力，防癆員需監控男病患，醫學專業也讓男病患須遵從防癆員的各項指示。然而，一旦觸及安全問題，防癆員的性別意識特別明顯，醫學專業、國家權力、監控與規訓的重要性，均次於與男病患相處的安全問題。

綜合前述，防癆員與病患之間關係密切，防癆員在面對工作時，不分男女病患，在實施嚴密的監控技術與規訓日常生活之餘，也給予病患一個較大的自主空間。例如，防癆員會計算病患的剩餘藥片數，詢問尿液顏色與視力狀況，都是監控病患是否按時服藥的技術。然在規訓病患生活方面，防癆員不會有過於嚴厲的要求，反而是依病患實踐生活狀況，在不違反基本原則的範圍內，給予病患自主的空間。而與醫院中的護病關係相比較，防癆員對病患的照護不僅是一種單純的醫療行為，同時更注意衛教與經濟面向，因此更趨向是以「人」為中心的照護行為。

---

64 張淑卿，〈小朱訪談紀錄〉。

65 張淑卿，〈阿桂訪談紀錄〉。

66 張淑卿，〈小馬訪談紀錄〉。

67 小馬與衛生所同仁間相處愉快，她會利用村里巡迴檢查時，與同事一起「下鄉」，再請同事陪同她進行家訪。

#### 四、防癆員與其他防癆人員

防癆員與其他防癆人員之間，最重要的就是工作上的往來。由於防癆員的上司是輔導員，若工作有困難時，直接尋求協助的對象就是輔導員，尤其是當病患不合作時，防癆員最常見的處理方式是請輔導員與防治院醫師一同去訪視，讓輔導員與防治院醫師了解病患為何不合作，同時也希望藉由醫師的專業形象與男醫師的性別角色，使病患願意接受治療。

不過，防癆員與其他防癆人員之間不僅只有同儕關係。防癆員最常抱怨的是直屬長官——縣市結核防治院（所）輔導員——訂定的目標數太高，造成工作壓力過大。小朱即言：

訪視，要驗痰，要發藥，全衛生所只有自己會做這項工作，沒有人幫你，我自己一個人總管全鄉的結核病患，除了確定的個案外，連疑似病患也要追蹤、驗痰，然後安排他們去照X光。每年還要安排例行性的X光巡迴檢查兩次。我覺得工作壓力很大，因為上級對各項工作內容都有設定「目標數」，等於是一種業績壓在你的身上。每個月都在追目標數，我覺得是很累。<sup>68</sup>

阿桂與阿美也是抱怨工作都要設定目標數，另外還要安排X光巡檢，一旦在巡檢時發現病患，要安排進一步的查痰、追蹤感染源。<sup>69</sup> 阿美還說：

病人可能有糖尿病或其他慢性病，或者是副作用，服藥期就會拉長，如果病人沒有在服藥期間完成治療，就要被扣分，所以壓力很大啊。是病人服藥有問題，不是我工作不力，要在工作積分上扣分，實在是很氣，沒辦法。要達到工作目標啊。做這個什麼都要目標數。<sup>70</sup>

68 張淑卿，〈小朱訪談紀錄〉。

69 張淑卿，〈阿桂訪談紀錄〉、〈阿美訪談紀錄〉。

70 張淑卿，〈阿美訪談紀錄〉。

小朱也談到，有時候同儕之間也會因為要達到目標數，而發生搶病人的不愉快。主要是因為別的鄉鎮病患到自己鄉裡來，就會想趕快接收病患，可是原來的防癆員認為這個病患戶籍未遷出，搬遷只是因為工作臨時居住而已。這種情形很容易造成防癆員彼此間的誤會，究其因是「大家都在拼業績」。

工作目標數是上級對防癆員的要求，也與防癆員的考績有關，所以「搶病人」一事時有所聞。然未達目標數，並不會被解聘或減薪，<sup>71</sup> 而是與個人對工作的自我要求，以及成就感有關。對於自我要求高的人而言，是否能達到目標數很重要，這是對工作的期許與自我肯定的一種方式。

根據〈台灣省防癆局約僱防癆保健員工作輔導考核實施要點〉規定，保健員的輔導工作是由防治院醫師、衛生局與防治院輔導員擔任，原則上輔導人員每月至衛生所輔導一次，輔導的重點是巡查各項工作是否有達目標數、工作內容是否確實、協助防癆員解決工作上的困難，若防癆員散漫或不盡責也應在此時給予勸導。在考核的部分亦由衛生局與防治院輔導員擔任，考核的項目共有 13 項，在尋覓病患與管理病患的部份是按照達成目標數的百分比換算分數，另外是無法以目標數來換算的操行與衛教。由於防癆員是一年一聘的約僱人員，若考核成績佳者則給予年終獎金；成績過差可能被無條件解雇。<sup>72</sup> 因此，防癆員與輔導員之間，除了輔導關係外，來年是否續任，亦掌握於輔導員手中。故當防癆員談起輔導員時，注意的是輔導員與自己之間的職級關係，完全未提及性別。

雖然防癆員未提及自己與輔導員之間的性別關係，然兩方之關係類似於醫院裡的護士與護理長。有研究指出：「阿長（護理長）可以是工作夥伴，也可以是上司」，<sup>73</sup> 輔導員對防癆員而言，角色當然是直屬長官，

---

71 因工作不力而被解僱者不多，以 1966-1975 年的資料來看，此十年間被解僱者僅佔所有離職者的 7.1%。而未達目標數僅是工作不力的指標之一。見台灣省防癆局，〈台灣省的防癆工作（民國 55 年-64 年）〉，頁 123。

72 台灣省防癆局編，〈防癆工作手冊〉，頁 90-94。

73 張意涇，〈女性護理人員的職場體驗：以某地區醫院為例的分析〉，國立高雄師範大學性別教育研究所碩士論文，2003，頁 42-47。

尋求協助時最直接的對象，但也因「長官」角色，輔導員與防癆員之間，存在著同一性別（女／女）卻不同職級的權力宰制。

## 五、防癆員與衛生所公共衛生護士

防癆員是由防癆局派駐在衛生所，其學歷多為高護或高職畢業，他們的身分地位與衛生所的公衛護士有極大差異。衛生所公衛護士均領有護士合格證書且通過國家考試分發至此，為正式編制內人員。防癆員的工作以結核病防治為主，公衛護士則是執行「地段護理」。兩者之間的關係非常微妙，這一點阿桂有相當深刻的體驗。

防癆員是直接隸屬台中結核病防治院，是防癆局派駐在衛生所，跟衛生所其他的工作人員不同，他們的薪水是由縣政府給的，我的薪水是防癆局發下來的。工作內容以防癆為主，然後要協助體檢、門診，預防注射時幫忙登記、團體衛教啦。以前預防注射是到村莊打，不像現在是到衛生所，我不負責注射，幫忙登記。自己是臨時雇員的身分，衛生所的護產人員是正式編制，感覺上像是在他們的後面，比不上他們，有些人講話時就會說：「你們防癆的」、「你們家計的」。然後我們的制服也不一樣，衛生局發制服時，我們就沒有。薪水方面也差很多，我們是雇員，剛開始時是一年簽約一次。我忘記是什麼時候開始，可以一直續聘。所以在同一單位，工作也一樣忙碌，領的薪水不一樣，心裡當然不好受。不過隨著年齡增長吧，對工作也比較熱愛了，現在不會這麼想了。以前的衛生所人員比較排斥結核病人，連帶也排斥我們，可能是因為會傳染吧。以前我也會覺得自卑，跟護產人員不同，因為不是科班出身啊，後來隨著在職訓練，然後又深入到每個地方，這種對地方的情感是無法從其他的工作中得到的。<sup>74</sup>

---

74 張淑卿，〈阿桂訪談紀錄〉。

小朱認為是因為工作的分工，以及公衛護士對結核病的不了解，造成公衛護士與防癆員之間產生疏離。<sup>75</sup>

從小朱與阿桂的經驗，可以歸納出防癆員與公衛護士之間的摩擦，可能有以下原因：防癆員非衛生所編制內正式人員；身為護佐，對護理專業知識了解不夠，較自卑；衛生所公衛護士對防癆員的態度不佳。然而，並非每個防癆員都會遇到此問題。阿美與小馬都表示自己與衛生所內的同仁相處的很融洽。小馬說：

我與衛生所的同仁相處的非常好，因為我雖然只做防癆，但是這裡幅員廣大，我沒辦法常到部落，只有靠衛生室的公衛護士，<sup>76</sup> 常幫我去看病人，我很感謝他們。他們做巡迴醫療，我會跟著出去，做防癆外，也會協助他們。大家感情都非常好。<sup>77</sup>

就小馬的情況而言，因衛生所與各部落之間均有一段距離，在幅員廣大與交通不便的工作場域，防癆員不似平地的防癆員可隨時探訪病患，此時各村衛生室的公衛護士就要扮演防癆員的角色，執行監控服藥與探視病患的工作，若防癆員與公衛護士關係不佳，必影響成效。

烏松鄉護理佐理員邱麗珠對衛生所人員排斥防癆護佐也有一番見解：「此視防癆員個人行為而定，以前護佐只是很單純的作結核病防治工作，若認為自己不屬於衛生所的編制，只顧著把自己的工作完成，而不願分攤其他的公衛工作，自然是自己畫上了一條界線，如何叫別人去接納一個『外人』呢？我們如何對待別人，別人亦會用相同的方式來對待我們，所以基本上，應將自己設定於主動的地位。」<sup>78</sup> 簡言之，邱麗

---

75 小朱談到：「過去與公衛護士相處不愉快的情況比較多，因為之前的公共衛生護士年紀比較大，現在這些人都已經退休了，她們怕死啦，尤其是病人來衛生所找我拿藥時，她們都怕得要死，病患一來，她們就各自躲開，作鳥獸散。如果我不在，就跟病患說『朱小姐不在，明天再來』，不會跟病患多說幾句話。」張淑卿，〈小朱訪談紀錄〉。

76 衛生室是衛生所設於各村的工作站，通常在偏遠地區才有衛生室的設置。衛生室設有一位公共衛生護士與一位護佐或僱員，負責各村的公衛工作。

77 張淑卿，〈小馬訪談紀錄〉。

78 邱麗珠於1970年高職畢業，任職電信局一年，1971年通過台南防治院考試，經三

珠認為心胸開闊，不要計較地分擔其他非防癆工作，便可以處理這緊繃的職場關係。

鍾和節督導也相當了解防癆員為難之處，認為其工作相當辛苦。

有少數的人可能認為這些早期的防癆員有些是非護理學校畢業，對她們有些意見，但是因為衛生所的人員屬於護產人員，不接觸結核病人，我們只有靠這些防癆員。他們真的是辛苦，自己的工作量已經很大了，有時還要分攤地段工作，真的是犧牲啦！<sup>79</sup>

一鄉鎮一名防癆保健員的配置其實是不足的，因為衛生所的公共衛生是採「地段護理」制，<sup>80</sup> 可是結核病人是遍及整個鄉鎮區的地段，地段護理人員可能因為害怕，都不願意接觸結核病人，造成防癆員的工作量很大，有些地區的防癆員還要兼地段工作，再加上衛生所內其他的護理人員並不願意協助，成為防癆保健員在推動防癆業務時，面臨的最大困境。<sup>81</sup> 然而，若要求防癆保健員不要計較、多忍耐，多分擔地段工作，對防癆保健員而言是相當不公平。因為，當其他公共衛生護士只需做好自己分內工作，不協助結核病防治工作之時，反而要求保健員來分攤非分內的工作，實具有剝削的意味，而所謂「不計較」，也變成是要求防癆保健員多忍耐之意。因此，防癆保健員雖隸屬於防癆局派任的工作人員，然在衛生所內也是需要聽從護理長或衛生所主任的指揮，以至於兼作地段工作，成為衛生所內上下權力關係的一種展現。

---

星期實習，進入高雄縣茄萣鄉衛生所擔任防癆員，1979年，配合先生職務調動，改派駐烏松鄉衛生所。參見：李麗珠採訪，〈訪高縣烏松鄉慢性病護佐——邱麗珠〉，《慢性病防治通訊》，期16（1993年4月），頁20-21。

79 張淑卿，〈鍾和節訪談紀錄〉。

80 所謂地段護理是依鄉鎮市內的村里區劃分，衛生所的公共衛生護士每人負責一至二個村里區，由該公共衛生護士負責該區域內的所有公共衛生工作，但結核病防治因有防癆保健員負責，故不在其工作範圍。

81 張淑卿，〈鍾和節訪談紀錄〉。



## 六、結 語

1989年3月，防癆員改稱為護理佐理員，此職稱改變的原因是台灣人民平均壽命延長，中老年人口持續增加，中老年慢性病取代傳染病成爲重要的公共衛生問題。腦血管疾病、心臟病、糖尿病與高血壓已成爲十大死因，而結核病已於1985年排除十大死因之列。故衛生署於1985年頒布「中老年病防治四年計畫」，該計畫的第一項即規定，利用現有的防癆機構體系，修改組織編制，建立中老年病防治工作體系。於是1989年3月，省防癆局改制爲省慢性病防治局，原有的防癆員一律納入正式編制，稱爲護理佐理員，於衛生所內繼續擔任防癆與高血壓、糖尿病等慢性病防治工作。<sup>82</sup> 同時，因已成爲正式編制人員，亦必須分攤地段工作，她們的工作內容由單純的防癆走向綜合保健。<sup>83</sup>

從防癆員的選定、工作內容、同儕關係，及與病患之間的人際關係網絡等面向出發，本文得到以下的初步結論。防癆員的選取富有傳統的性別意涵，認爲具有耐心、愛心、恆心的年輕女性最適合此項工作。然而從深度訪談得知，防癆員的獨立思考、判斷能力、表達能力更甚於是否具備愛心、耐心。就防癆員如何進入該職務的過程來看，雖然明定須經一定的招考程序，然不可否認，部份防癆員因「某種關係」，進入衛生所從事此職務。即使該工作屬約聘性質，然基於衛生所是公家機關、可正常上下班、離家近等理由，讓部分防癆員仍堅守崗位數十年。

職場關係方面，防癆員與上級輔導員之間，雖同爲女性，但只爲上下的從屬關係，特別抱怨輔導員對於「工作目標數」的要求，認爲這是防癆員工作上最大的壓力；而面對防治院的輔導醫師時，防癆員指出男

---

82 台灣省慢性病防治局編，《慢性病防治工作人員訓練講義》(台北：台灣省慢性病防治局，1996年4月)，頁2。

83 在綜合保健的模式下，病患的家訪、衛教、監控服藥均由地段公衛護士負責，防癆主辦人只負責統整各地段護士回報之資料，安排X光巡檢。四位受訪的防癆員均認爲，在此之前他們可以完全掌握病患的情況，與病患之間的感情都很好。現在由地段護士各管各的病患，若公衛護士不願接觸這些具有傳染性的病患，容易產生未完成治療的失落病患。

醫師的性別與專業身分有助於處理不合作的病患。防癆員與衛生所公共衛生護士之間的摩擦，來自於身分的不同、工作分配的不平等以及對護理專業理解程度的差異，在這兩者（防癆員與衛生所公共衛生護士）之間，「性別」是未曾被注意的面向。

在病患關係方面，尤其是面臨男性病患時，防癆員會特別注意到安全與性別問題，從觀察病患的居住環境、婚姻狀況、眼神，顯示「女」防癆員們特別關心自己與「男」病患的性別差異。而在病患管理方式、家庭訪視、衛教內容等工作方面，則彰顯出防癆員利用其工作權力，透過服藥、訪視與列管等方式，規訓與監控病患的身體。<sup>84</sup>

---

84 本文討論的範圍是以防癆員的職場經驗為主，並未進一步論及防癆員的婚姻與家庭面向，此類問題將待日後研究。

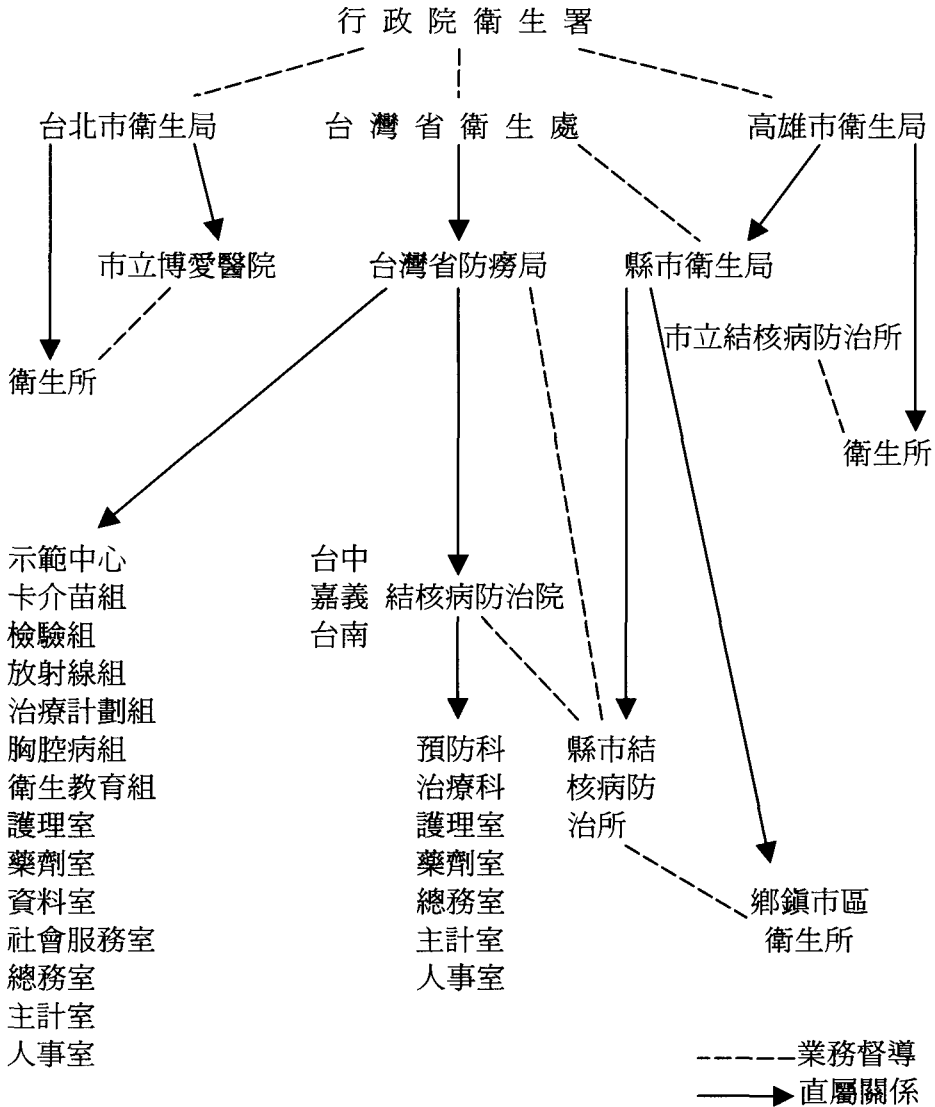
附表一 戰後台灣地區歷年結核病死亡率與死亡順位 (1947-1989)

年 別	年中人口數	總死亡數	結核病 死亡數	每十萬人 口死亡率	佔總死亡 之百分比	死亡順位
1947	6,294,297	114,192	18,533	294.44	16.23	
1948	6,652,668	95,340	13,633	204.92	14.30	
1949	7,102,266	93,349	13,400	188.67	14.35	
1950	7,475,664	85,737	12,111	162.00	14.13	
1951	7,711,824	89,259	11,084	143.72	12.42	
1952	7,998,810	76,053	7,324	91.56	9.63	3
1953	8,283,194	77,906	6,460	77.99	8.29	3
1954	8,593,584	69,913	6,001	69.83	8.58	3
1955	8,913,397	76,494	6,066	68.05	7.93	3
1956	9,234,012	73,524	5,881	63.69	8.00	3
1957	9,540,315	80,232	6,264	65.66	7.81	3
1958	9,949,490	74,011	5,322	53.49	7.19	4
1959	10,406,808	74,336	4,877	46.86	6.56	5
1960	10,792,242	72,485	4,927	45.65	6.80	5
1961	11,151,530	72,765	4,698	42.13	6.46	6
1962	11,527,942	71,116	4,514	39.16	6.35	7
1963	11,902,828	69,651	4,398	36.95	6.31	7
1964	12,280,557	67,834	4,877	39.71	7.19	4
1965	12,654,323	65,508	4,832	38.18	7.38	3
1966	13,021,215	67,210	4,720	36.25	7.02	5

年 別	年中人口數	總死亡數	結核病 死亡數	每十萬人 口死亡率	佔總死亡 之百分比	死亡順位
1967	13,362,735	69,448	4,762	35.63	6.86	6
1968	13,682,588	70,552	4,640	33.91	6.58	6
1969	14,096,294	68,219	4,215	29.90	6.18	6
1970	14,505,141	68,117	4,117	28.38	6.04	6
1971	14,835,394	68,522	3,997	26.94	5.83	6
1972	15,141,935	69,391	4,004	26.44	5.77	5
1973	15,426,939	72,991	3,814	27.72	5.23	6
1974	15,708,527	73,672	3,773	23.76	5.07	6
1975	16,000,963	74,398	3,267	20.42	4.39	6
1976	16,328,964	75,651	3,155	19.32	4.17	6
1977	16,660,658	78,638	3,026	18.16	3.85	6
1978	16,974,420	78,795	2,809	16.55	3.56	6
1979	17,307,514	81,014	2,669	15.42	3.29	8
1980	17,642,190	83,428	2,478	14.05	2.97	9
1981	17,970,288	86,204	2,586	14.39	3.00	9
1982	18,296,295	86,452	2,378	13.00	2.75	8
1983	18,595,431	89,831	2,257	12.14	2.51	9
1984	18,872,725	88,772	2,113	11.20	2.38	10
1985	19,135,283	91,121	2,051	10.72	2.25	11
1986	19,356,332	93,865	1,854	9.58	1.98	12
1987	19,563,611	95,354	1,836	9.38	1.93	12
1988	19,788,212	101,055	1,894	9.57	1.87	11
1989	20,005,626	102,242	1,900	9.50	1.87	11

資料來源：[http://www.doh.gov.tw/statistic/統計年報/st2\\_80\\_5.htm](http://www.doh.gov.tw/statistic/統計年報/st2_80_5.htm)

附圖 1970 年代台灣防癆組織系統圖



說明：台灣省防癆局成立於 1967 年 12 月，行政院衛生署成立於 1970 年，台北市與高雄市分別於 1968、1979 年升格為直轄市。

資料來源：台灣省防癆局，《台灣省的防癆工作（民國 65 年至 70 年）》，頁 44。

附表二 四位受訪防癆員基本資料

姓名	職稱	工作經歷	訪談時間	訪談地點
小朱	台中縣某衛生所公共衛生護士	1980年護專畢業，於醫院工作七年，1985年至衛生所擔任防癆員，1989年改聘為公共衛生護士，負責防癆與地段護理工作。	2004/1/29 約100分鐘	台中縣某衛生所
阿桂	台中縣海線地區某衛生所護理佐理員	1972年高商畢業，曾任會計6個月，1973年2月經介紹至衛生所擔任防癆員，1989年改聘為護佐。	2004/1/28 約90分鐘	台中縣海線地區某衛生所
小馬	南投縣某山地鄉衛生所護理佐理員	1982年高護畢業，曾於私人診所工作兩年，後通過台中結核病防治院的防癆員考試，分發至南投縣某山地鄉衛生所。因無護士證照，1989年改聘為護佐。	2004/1/28 約90分鐘	南投縣某山地鄉衛生所
阿美	雲林縣某鄉衛生所公共衛生護士	1981年高護畢業，擔任私人醫院護士兩年，1983年經人介紹進入衛生所擔任防癆員。1989年，改聘為公共衛生護士，負責防癆與地段護理工作。	2004/1/27 約70分鐘	雲林縣某鄉衛生所

## 徵引書目

## 一、專書

- 《台灣省政府公報》，56年春字期6。南投：台灣省政府，民國56年。
- 中華民國防癆協會，《中華民國防癆協會報告》，民國51年度。台北：中華民國防癆協會，民國51年7月。
- 台灣省防癆局，《台灣省的防癆工作（民國55年-64年）》。台北：台灣省防癆局，民國65年7月。
- 台灣省防癆局，《防癆工作手冊》，民國62年版，台北：台灣省防癆局。
- 台灣省防癆局編，《台灣省的防癆工作（民國65年-70年）》。台北：台灣省防癆局，民國71年3月。
- 台灣省防癆局編，《防癆工作手冊》，民國74年年版。台北：台灣省防癆局。
- 台灣省慢性病防治局編，《慢性病防治工作人員訓練講義》。台北：台灣省慢性病防治局，1996年4月。
- 台灣省衛生處防癆委員會，《抗癆十五年》。台中：台灣省衛生處，民國53年4月。
- 吳錫鑑，《新觀念下防癆人員訓練之商榷》。台中：台灣省政府衛生處防癆委員會，民國55年12月。
- 李騰嶽編纂，《台灣省通志稿政事志衛生篇》，冊2，台北：台灣省文獻委員會，民國42年11月。
- 林道平主編，《五十年紀事》。台北：中華民國防癆協會，2002年1月。
- 莊永明，《台灣醫療史》。台北：遠流，1998。
- 蔡幸娥，《護理的信心》。高雄：信心護理文教基金會，2001。
- 蔡篤堅，《台灣外科醫療發展史》。台北：唐山，2002。
- Abbott, Andrew. *The System of Professions: A Essay on the Division of Expert Labor*. Chicago: The University of Chicago Press, 1988.
- Armstrong, David. *Political Anatomy of the Body*. Cambridge: Cambridge

University Press, 1983.

Bettyann H. Kevles 著，楊玉齡譯，《露骨—X射線檔案》。台北：天下文化，2000。

Joy Magezis 著，何穎怡譯，《女性研究自學讀本》。台北：女書文化事業有限公司，2001年4月。

Taiwan Provincial Health Department, Tuberculosis Control Committee, *Annual Report on Tuberculosis Control Program, 1965.*

## 二、論文

成令方，〈性別、醫師專業和個人選擇：台灣與中國女醫師的教育與職業選擇，1930-1950〉，《女學學誌：婦女與性別研究》，期14(2002年11月)，頁1-44。

吳嘉苓，〈性別、醫學與權力〉，收於王雅各編，《性屬關係(上)》(台北：心理出版社，1999)，頁373-404。

李貞德，〈唐代的性別與醫療〉，收於鄧小南主編，《唐宋女性與社會》(上海：上海辭書出版社，2003)，頁415-446。

李貞德，〈漢唐之間的女性醫療照顧者〉，《台大歷史學報》，期23(1999年)，頁123-156。

李貞德，〈漢唐之間家庭中的健康照顧與性別〉，收於黃克武主編，《第三屆國際漢學會議論文集歷史組：性別與醫療》(台北：中央研究院近代史研究所，2002年)，頁1-49。

李麗珠採訪，〈訪高縣烏松鄉慢性病護佐——邱麗珠〉，《慢性病防治通訊》，期16(1993年4月)，頁20-21。

杉江四郎，〈結核豫防日の意義を徹底せしめよ〉，《台灣の結核問題》，輯2(台北：台灣結核豫防協會，昭和12年4月)，頁37-38。

索任，〈原住民肺結核問題的探討〉，《原住民傳統醫療VS現代醫療》(台北：財團法人台灣原住民文教基金會，2001年12月)，頁139-141。

張淑卿，〈日治時期台灣的結核病防治政策與議論〉，《台灣史研究》，卷13期1(民國95年6月)，頁51-97。



張意恬，〈女性護理人員的職場體驗：以某地區醫院為例的分析〉，國立高雄師範大學性別教育研究所碩士論文，2003。

游鑑明，〈日據時期的臺籍護士〉，《中央研究院近代史研究所集刊》，期 23 (1994 年 6 月)，頁 367-404。

楊政議，〈男護士的緣起、發展與相關研究〉，《護理雜誌》，卷 47 期 4 (2000 年 8 月)，頁 47-50。

劉士永，〈日治時期台灣地區的疾病結構變遷〉，《新史學》，卷 13 期 4 (2002 年 12 月)，頁 168-207。

劉梅君，〈性別與勞動〉，收於王雅各編，《性屬關係 (上)》(台北：心理出版社，1999)，頁 253-297。

Robbins, Jessica M. "Class struggle in the tuberculosis world: nurse, patient, and physician, 1903-1915," *Bulletin of the History of Medicine* 71 (1997), pp. 412-434.

### 三、訪談資料

張淑卿，〈林秀雲電話訪談紀錄〉，2002 年 6 月 10 日，未刊稿。

張淑卿，〈鍾和節訪談〉，2002 年 6 月 6 日，未刊稿。

張淑卿，〈阿美訪談紀錄〉，2004 年 1 月 27 日，未刊稿。

張淑卿，〈小朱訪談紀錄〉，2004 年 1 月 29 日，未刊稿。

張淑卿，〈阿桂訪談紀錄〉，2004 年 1 月 28 日，未刊稿。

張淑卿，〈小馬訪談紀錄〉，2004 年 1 月 28 日，未刊稿。

張淑卿，〈蔡冰姿電話訪談紀錄〉，2006 年 7 月 17 日，未刊稿。

### 四、網路資源

<http://dns.tptncc.gov.tw/tbcenter/8-2-1-la.htm>，行政院衛生署。

[http://www.doh.gov.tw/statistic/統計年報/st2\\_80\\_5.htm](http://www.doh.gov.tw/statistic/統計年報/st2_80_5.htm)，行政院衛生署。

# Lay Home Visitors in Tuberculosis Control after World War II in Taiwan

Shu-Ching Chang

## Abstract

Since World War II, tuberculosis (TB) has been one of the most serious of the contagious diseases in Taiwan. Thus “lay home visitors” have been one of most basic official ways to control the disease since the mid-1960s. The position was established in 1966, and the visitors were assigned to the public health station in each village and town by the Taiwan Provincial Tuberculosis Control Bureau. In 1989, lay home visitors were promoted to be assistant nurses. This article studies the situation between 1966 and 1989. Besides discussing the historical background of the establishment of the lay home visitors program, it also discusses the selection standards and career experiences of the workers. The sources of this article are mainly official reports, relevant research, and in-depth interviews of four senior lay home visitors. The career and its difficulties are shown through the selection of lay home visitors, the nature of their work, relationships between colleagues and with patients, and so forth. The initial conclusions of this article are as follows: 1) The selection of lay home visitors is influenced by traditional gender expectations; young females with patience, love, and persistence are considered most suitable to this job. 2) Lay home visitors and public health nurses in tuberculosis control, although both female, maintain a status differential, while

the gender of male physicians helps in handling uncooperative patients. “Working Target Numbers” are the chief source of the lay home visitors’ work stress. 3) Different status, unequal work allotments, and differences in the understanding of health care all cause conflict between lay home visitors and public health nurses in health stations. 4) Regarding relations with patients, lay home visitors pay special attention to safety and sexual problems, especially when faced with male patients. In terms of patient management methods, home visits, health education, and other aspects of the program, we can see how lay home visitors utilize their authority to regulate and monitor their patients’ bodies.

**Key Words:** lay home visitors in tuberculosis control, tuberculosis, career woman, Taiwan after world war II