



義守大學

社會問題與適應—  
醫療與社會

學習歷程檔案

系級：營養三

姓名：唐筱涵

學號：9843010a

指導老師：尤素芬、謝幸燕 老師

# 目錄

課程學習心得報告	3
學習評量	
第一週 課程簡介及導論	5
第二週 助產士的興衰	7
第三週 1.作業延伸討論「怎樣生產最好？」小組座談	10
2.「生產的迷思」	
第四週 醫師專業的興起與發展及其性別政治	14
第五週 藥商、藥師、醫師與市場	15
第六週 1.作業延伸討論「藥局設計」小組座談	18
2.醫病關係的新視角：醫「用」關係	
第七週 專題演講：醫療商品化與公共衛生	21
第八週 棉條為什麼不受歡迎？	22
第九週 期中考	25
第十週 檳榔與計程車司機	26
第十一週 過勞職業病認定爭議	28
第十二週 1.作業延伸討論「過勞死」小組分享報告	31
2.專題演講：談過勞認定的爭議與發展	
第十三週 請假	
第十四週 1.人工授精來台灣	33
2.性別與 RCA 污染的研究	

# 100 學年度第 1 學期課程學習心得報告

課程名稱：社會問題與適應	任課老師：尤素芬、謝幸燕	
姓名：唐筱涵	學號：9843010a	系級：營養三
連絡電話：0938698725	E-mail: karen791127@hotmail.com	

1. 書寫字數不得少於 1200 字。
2. 書寫格式：12 號字、新細明體、單行間距。
3. 請勿任意更改格式設定，不合本格式規定者退件。

## 課程學習心得

一開始，只是抱著「還差一個社會學門」的心態，要來補齊我的畢業門檻，但是上了第一堂課才知道，原來這堂課很特別，它是教育部補助的課程，擁有許多額外的資源，像是兩名授課教師加上一名顧問教師、兩名教學助理、一名網頁助理，以及許多活動，例如專家、導演的演講或座談等；兩位 TA 在課堂討論之餘，除了會為我們解答一些問題外，在學校 Blackboard 的討論區裡也常常見到 TA 熱絡的與同學們互動；上了課之後，我才發現，其實這堂課程並沒有想像中枯燥乏味，每堂課都有一個主題，而且我覺得都還蠻具有批判性的；就如同老師在第一週的課程介紹一樣，我們課程的主軸是「醫療與社會」的關係，並帶入相關議題，如醫療領域中的知識、權力之間的不平等、社會資源分配的不公平等，利用社會學特殊的分析途徑和較批判的思考，找出這個事件有哪些問題值得探討，在老師授課後進行課堂討論、小組座談（主題延伸討論），幾週下來，我發現，同一個事件，或許不像表面上所看到的，透過反面的思考，常常會得到不同的結論及省思。

在第一週的課程中，老師就將當時最熱門的時事帶入課程中；台大器官移植過程疏失，誤移植愛滋者器官，藉由此事件，探討醫護人員感染愛滋的風險和愛滋感染者的就醫權益兩者之間的癥結點，以及其他相關的問題。接下來我們又談到「助產士」的議題，我印象非常深刻，那堂課一開始，老師就放了一段影片，那是一個「男人生產」的影片，其實也不是真的生產的過程，老師只是藉由影片中醫護人員和「產婦」之間的互動，和生產時的背景以及旁人的表現，來讓我們進行討論，在討論的過程，我才驚覺到，原來過去我們對於辛苦生產的孕婦們是如此的對待方式，而且我們舊有的觀念竟然如此根深蒂固，以至於我們都沒發現其中有很多問題點錯得離譜，都待我們去積極改善；也是因為這堂課，我才知道，原來台灣現今的生產 99.9% 由醫生接生，以前都沒覺得小孩由婦產科醫師來接生有什麼問題，沒想到原來在這「理所當然」的背後也隱藏了一些問題值得我們發現。

我覺得這堂課帶給我的不僅僅只有知識而已，除了每一次老師都會帶給我們不同的議題，這些議題常常都是看似平凡、只有一種解答的，但是經過我們課堂上的小組討論、各種腦力激盪，提出不同的看法，我才知道，原來同一事情，是有許多面向的，而我們往往卻忽略了最重要的那一面；藉由課堂學習



## 學習評量

週次	第一週
主題	課程簡介及導論
課前預習	至 Blackboard 授課大綱閱讀相關注意事項、課程要求以及其注意事項，以便對課程有一定之了解。
簡述課程內容大綱	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.說明課程進行的方式與期待</li> <li>2.了解學生選修本門課程的動機</li> <li>3.透過「心靈點滴」(Patch Adams) 影片片段(約 6 分鐘)的欣賞與討論，簡介本門課程的分析觀點及處理層面。</li> </ol>
課後溫習	上網瀏覽課程中老師所提到的議題和關於社會學的相關資訊，例如《見樹又見林——社會學作為一種生活、實踐與承諾》這本書的簡介，以及翻閱參考用書《醫療與社會共舞》，大概知道其涵蓋的內容。
提出問題並找出答案	<p>Q:社會學是什麼？</p> <p>A:就像窗和鏡子，讓我們能夠觀察世界、思考世界、思考我們和世界的關係。</p>
未來期許與反省	就讀醫學相關科系的我，對於醫療與社會之間的關係，相較於其他人，應該有更不同的看法，要學習如何用不同的思考方式來看待同一件事情或議題，不可人云亦云。

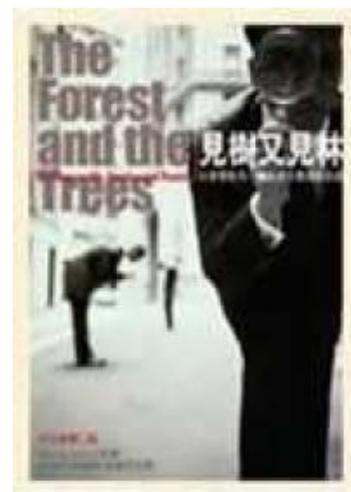
## 延伸閱讀

書名：見樹又見林 (The Forest and the Trees)

作者：Allan G. Johnson

譯者：成令方、林鶴玲、吳嘉苓

出版社：群學出版有限公司



社會學帶給我們最重要的東西並不是一套特殊的事實或理論，而是一種威力無窮的方式，讓我們能夠觀察世界、思考世界、思考我們和世界的關係。社會學為我們開了一扇通往世界的窗，也給了我們一面鏡子，反映出在與世界的關係中，我們是誰。這本小書就是關於認識這扇窗和這面鏡子，以及如何學著使用他們，使我們看得更清楚。

三位學界知名的社會學學者，為何選譯這本小書？光是這一點就讓人很好奇。說穿了，這是一本「反教科書」的教科書，或稱為新教育方向下的教科書。新的方向不強調知識的背誦，而重視引起學生的熱情與對於這種學問的鑽研興趣。本書從生活出發，娓娓述說社會學的點點滴滴，不吊書袋子，幾乎找不到多少術語，但最後你會發現，你也能像社會學家一樣地思考問題了。對於念過社會學的人，因此又是一本讓你「融會貫通」的書。譯者成令方教授稱這本書是一本「開胃書」，頗為生動。

我們參與社會體系，會發什麼事情，取決於兩件事：一是體系本身以及其運作規則；另一是我們身處其中的有所作為。所以，社會到底會怎樣，會朝哪個方向發展，除了社會本身制度外，還要看我們採取何種方式去參與社會的運作。也就是說，社會的價值、理念、信仰、制度、規範等，並不是一成不變我們參與其中的人，有能力去改變它。我們可以從鉅觀思維、從瞭解各個社會體系運作的角度出發，去思考體系中的刻板印象、個人差異、分配不均的原因，而當我們瞭解到，這些都是「遊戲規則」下所衍生的現象、想法時，我們可以思考體系本身的規則，是否可以更合乎人性，以及選擇我們要以怎樣的態度去參與這個體系的運作。

本書特色在於不說大道理，不用硬理論，是社會學入門開胃書，書中例子都是從生活中取材，其分析深入淺出，簡單明瞭、深刻易懂，讓我們輕鬆學會社會學式的思維。社會學的知識可帶給我們最重要的東西，不是特殊的事實或理論，而是一種鉅觀的思維方式，讓我們能夠思考世界，思考世界與我們的關係，了解人與人、社會與社會之間的差異。

<http://blog.yam.com/colin/article/20146799>

<http://mypaper.pchome.com.tw/news/bomba/3/2562667/20030402>

週次	第 二 週
主題	醫療專業的興起與變遷 I — 助產士的興衰
課前預習	至 Blackboard 下載 PPT 並事先預習，以便了解下週課程內容
簡述課程內容大綱	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 從助產士在台灣的興衰過程，介紹「專業化」與「醫療化」的概念。</li> <li>2. 透過「男人生產」的短片（西班牙），讓同學在感覺好玩之餘，思考該片所欲彰顯的生產過程不合理之處何在，再進一步介紹所謂的「生產的五大迷思」。</li> </ol>
課後溫習	閱讀助產士相關內容、台灣生產的相關資料以及各類調查
提出問題並找出答案	<p>Q:現在還有助產士嗎?</p> <p>A:有，可至中華民國助產師助產士公會全國聯合會網站觀看其詳細內容</p> <p><a href="http://www.midwifery.org.tw/modules/Content/Content.php?cid=77">http://www.midwifery.org.tw/modules/Content/Content.php?cid=77</a></p>
未來期許與反省	要打破社會對男女的刻板印象，舊有且不適的觀念都應該捨棄

## 延伸閱讀

### 復興助產士、降低剖腹產

吳嘉苓

#### 高剖腹產率是一種流行病

台灣剖腹產率這幾年來居高不下，一直在 32% 與 33% 之間擺盪，但我們卻仍缺乏醫療相關政策上的反省。台灣三分之一的剖腹產率，極可能高居世界第一。而聯合國世界衛生組織 (World Health Organization) 於 1985 年即提出建議，任何地區的剖腹產率若高於 10% 至 15%，即屬不合理。美國於 1980 末期開始，稱其近 25% 的剖腹產率為「流行病」(epidemic)，採取了大規模的檢討措施，現在美國的剖腹產率已逐漸下降。相對而言，台灣剖腹產率的全國統計數字自 1993 年出爐後至今，對於這樣一個誇張的數字，卻只有零散的討論，而無整體性的政策規畫。這樣生產過度醫療化的現象，急需積極由醫療相關政策上，尋求改進策略。

目前台灣對高剖腹產率形成原因的討論，有歸罪婦女的趨勢，而忽略了濫用醫療資源這個決定性因素，也因此一直未能在政策上使力。包括媒體的報導、醫生的說詞，甚至公衛／醫療界的研究，常以產婦選擇吉時良辰、怕痛、怕陰道鬆弛等行為，作為討論高剖腹產率的重點。

而根據我的研究，這是對婦女的偏見所造成的誤解。極少有產婦會因吉時良辰、避免陰道鬆弛等因素而主動選擇剖腹產；這些頂多只是醫生建議需開刀後，產婦自我安慰的「附加價值」罷了。而婦女因痛楚而喊著要開刀的畫面的確常常出現，但是我在醫院的田野調查發現，現今台灣不友善的生產環境，更增產婦在陣痛之外的痛苦，而產婦的痛苦又遭忽視，使得有些產婦只好訴諸開刀以求「解脫」（但也常只是喊喊而已）。

我們不檢討產科醫療措施對產婦造成不便，反而責怪產婦的柔弱、不夠堅強，有「苛責受害者」(blame the victim) 之嫌。而這樣將高剖腹產率歸因於婦女種種「不理性」的行為，掩蓋了醫療技術遭濫用這方面所應有的檢討。

#### 生產過度醫療化，造成醫療資源濫用

我認為，台灣高剖腹產率的主因在於醫療技術的濫用與誤用。生產原為一自然過程，現在在西方產科觀念主導下，被視為一病理現象。即使是健康的產婦，到了醫院，也一樣常換穿病人服，待在病房裡，躺在病房裡，不時吊著點滴，一再被當為病人處理。醫院生產又多只重視生產生理上的結果，忽略產婦所需心理上的支持（如，台灣醫院多仍不鼓勵家人進產房的陪產制度）。生產過程中也逐漸以胎兒為重心，醫護人員為主導，少注意到產婦的自主性。這樣的生產環境，病理化了生產過程，又未能善用產婦自我掌控的能力，削弱自然產所需的助力。更關鍵的是，目前對於剖腹產主要診斷，台灣的醫界亦有過於寬鬆之嫌。以「前胎剖腹」為例，北歐包括挪威、荷蘭等國，有一半的前胎剖腹採取陰道生產，而目前台灣的

醫院仍少有這方面的推廣。而如「難產」(dystocia)的判斷(如,產程過長等),也很容易涉及醫護人員的主觀概念,而放鬆標準使用。綜而言之,只要仍將生產定義為一病理現象,且仍以接生人員 -- 而非產婦 -- 為生產的主導者,剖腹產就可能因此繼續受到「偏愛」。

降低剖腹產率的方式很多,我認為可以以「復興助產士」為主要改革策略之一。由於助產士只能接生自然產,為其業務,勢必會盡量增加自然產的可能,以求最大利潤,而同時也不能不顧及產婦與胎兒的安全。在此情況下,台灣的助產士很容易就瞭解身心合一的重要性,非常強調人性化的陪產制度,花力氣建立產婦的信心、主體性,增強其自然產的能力。同時,助產士也較易保留、精進接生臀位、雙胞胎等等的技術,而不會像大多數產科醫生訴諸手術刀來解決問題;這些技術在西醫界新生代中不受重視,且逐漸「失傳」。美國、英國、澳洲等,都有研究顯示,重用助產士對降低剖腹產率,減少生產中侵略性的醫療措施大有助益。台灣宜考慮跟進。

### 提高助產士生育給付, 婦女健康開步走

全民健保將可起指標性的作用,以給付制度的改革來鼓勵助產士。全民健保開辦之初其實對助產士十分忽略。助產所一開始未被納入健保給付制度,還是經過助產士抗爭、交涉,才在全民健保開辦九個月後納入。目前生育給付亦有差別待遇,陰道生產助產所給付僅 11,000 元,基層院所(一般婦產科診所)為 15,510 元,區域醫院 16,370 元,醫學中心 17,420 元。雖說此給付值可能是針對設備、人力、學歷等等的差異等來訂立,但卻未考量助產專業技術的價值。

特別應著眼的是,助產不是醫病(我們當然需肯定現代醫療技術對搶救難產狀況的貢獻,但也必須瞭解,起碼 85% 至 90% 的生產是「正常的」)。對於一般的生產,能發揮自然的最大功能,僅以醫療措施為輔(不得已時的必要措施)--而非為主--來達成順產,才應定義為「好技術」。若能給予助產士與醫生相同的生育給付,等於是鼓勵以自然、接生技術來助產,將對提自然產,有示範性的意義。而助產士的低醫療成本,高接生品質,不是我們醫療政策的走向嗎?不是更應由給付額來表現出對其的認同嗎?(目前子宮頸抹片檢查亦有同工不同酬的情況,助產士每件 120 元,而醫生則為 230 元,亦宜將助產士調為同額)。

國家應重視助產士,降低剖腹產,以造福婦女。復興助產士,需要教育部重視助產教育(自 1991 年停辦各級助產教育後,輔英技術學院終於於今年重新設立助產系),需要衛生署儘速恢復於 1992 年取消的醫院助產士編制。而由健保局提昇助產士的生育給付,可能是對現在崗位上的助產士最直接的鼓勵,也將對在台灣促進自然產,降低剖腹產,有示範性的作用。

(本文原發表於 1998.3.7 第三屆婦女國是會議, 1999.9.15 修改)

(本文作者為台大社會系助理教授, 婦女新知基金會董事)

週次	第 三 週
主題	作業延伸討論 1. 「怎樣生產最好？」小組座談 2. 「生產的迷思」之討論與講授
課前預習	Q:調查自己、母親以及祖母的出生方式，並比較其差異，以及為何會出現此差異的原因。 A:附件一
簡述課程內容大綱	1. 經由小組座談報告課前作業（即作業1）的彙總成果，呈現不同世代之生產方式的差異，並讓同學思考差異存在的原因及改變如何可能。 2. 透過「荷蘭助產士學校」的紀錄片，讓同學進一步比較生產制度的推展所涉及的專業與性別及國家角色的問題。
課後溫習	閱讀助產士相關內容、台灣生產的相關資料以及各類調查
提出問題並找出答案	Q:探討助產士做為一個女性專屬行業的興衰，對於理解專業與性別的關係，可能有甚麼啟發？ A:自古以來，腐舊的觀念，嚴重的壓迫了女性該有的權利，各種性別不平等的現象存在著。刻板印象中，各種重要首領、醫師、工程師等工作，都是由男性擔任；女性做這些工作，人們就會用不同眼光來看待他，不管是支持還是反對，心中出現"是女生耶!"時，性別不平等的觀念就產生了。在這文明思想高度發展的社會，我們對於每個職場上的女性都該有平等的對待不需多說什麼，就跟一般男人一樣，只是工作罷了!
未來期許與反省	女人訴說在生產過程中的難堪與不受尊重，哺乳所歷經的困難，身為醫者，是要多多了解才是！女人的生產自主權，在臺灣，除了靠女性自己爭取之外，婦產醫療專業更當好好的審思。

## 一、 比較自己、母親及外祖母三代的出生方式

	自己	母親	外祖母
出生方式	自然產	自然產	自然產
有何差異	1. 產前 <b>有</b> 做產檢 2. 至 <b>醫院</b> 待產 3. 由 <b>醫生與護士</b> 接生 4. 生產前 <b>有</b> 打催生劑。	1. 產前 <b>無</b> 做產檢 2. 在 <b>家中</b> 生產 3. <b>衛生所</b> 的助產士接生 4. 生產前 <b>有</b> 打催生劑	1. 產前 <b>無</b> 產檢 2. 在 <b>家中</b> 生產 3. <b>產婆</b> 接生 4. 生產前 <b>未</b> 打催生劑

## 二、 為何會有所不同

我們三代的出生方式雖然都是自然產，但是在短短的二、三十年間，就有一些差異存在，最大的原因，莫過於「**醫療知識的進步**」，科技日新月異，什麼事情都不斷的創新，隨著知識創新之外，思想也是不斷的在進步，以前，女人生孩子無非是為了「傳宗接代」，但是，生產往往是古代女人所要經歷的一個生死關頭，俗話有說：「生得過是雞酒香，生不過是四塊板」，不良的醫療環境、傳統的接生技術，完全沒有為女人有所保護。現在就不同了，隨著時代在走，女性越來越有所保障，從懷孕前的教育、懷孕中的檢查、到生產後的調理，都有專業的團隊在照顧，還有健保的保障，讓家庭負擔不會那麼重，甚至是有「無痛分娩」，讓母親在生產過程中不用經歷太大的痛楚，即可順利生產。

但是有個從以前就一直有在被提出的問題，那就是「**要能有一個受尊重、更人性的生產過程**」，其實，許多大城市早已開始**樂得兒模式**的創新生產模式，也開始**讓更多的助產士參與醫療團隊**；雖然，婦產科醫生的地位、功能、貢獻與付出，一直都受人肯定。但是，這與女人可否在一個更友善的空間生產，並沒有衝突。樂得兒模式，已在臺灣出現，這是可喜的現象。至於，專業助產士的培訓，目前，也有助產相關係所，這些都代表著新的進步正在發生。

臺灣的高剖腹率，低母乳哺育率以及高婦女子宮切除率，都與臺灣婦產醫療是否「**過度醫療化**」有關！臺灣女人的知識水平並不低，要是真正了解剖腹生產，也有生命風險，對寶寶和媽媽不見得是最好的選擇，並且，**醫師鼓勵人性化的生產就像現在鼓勵母乳哺育一樣的話，剖腹生產率要降低，並非不可能！**醫生確實佔著舉足輕重之地位！以母乳哺育為例，早年政府尚未推動「母嬰親善醫院」時，媽媽想要餵母乳，想要母嬰同室，根本沒有機會與空間！聽很多媽媽的轉述，醫生就算願意，也要其他的醫護人員，能夠認同。也曾聽過，就連醫生的太太要在醫院裡，若堅持母嬰同室，要寫切結書，以免為院方帶來問題及困擾。現在，母乳哺育的推廣，顯得容易多了，當醫院與醫生願意支持母乳哺育時，整個育嬰房裡，也有100%純母乳哺育率的奇蹟！這就是許多醫生為生產婦女與寶寶站出立場的好例子。從婦女受孕到生產的歷程，確實有許多要提出來討論的空間。女人訴說在生產過程中的難堪與不受尊重，哺乳所歷經的困難，身為醫者，是要多多了解才是！女人的生產自主權，在臺灣，除了靠女性自己爭取之外，婦產醫療專業更當好好的審思。當女人願意自主，扛起原先屬於自己責任，對醫生來說，也是責任與風險的分擔。

## 三、 補充資料

**當魚兒遇見水～淺談溫柔生產**

東元綜合醫院 產科主任 曹健民醫師

醫療化生產說明：

醫療化的生產早被引起討論(Wagner, 2001)，在世界衛生組織歐洲辦公室(WHO Regional Office for Europe)1985年的文獻中，就將「醫療化的生產」定義為「強迫婦女離開自己熟悉的環境，到陌生的地方與陌生的人在一起；這些陌生人為了幫助她，以陌生的機器在她的身上做一些陌生的事情（與最自然的方式相比較）」。孕婦的精神與身體狀態都受到改變，她被賦予完成這一個私密行為的能力也被改變了，相同的，胎兒出生時的狀態也被改變了。這樣的情形，導致人們永遠無法瞭解在完全沒有人為干預下，自然生產是什麼樣子。

由於生產是一個由自主神經系統控制的過程，並非意識行為，故原則上有二個協助生產的形式：陪伴產婦，同時促進、激發其自然行為，亦即人性化生產；忽視上天賦予孕婦生產的本能而採用如藥物與手術等不必要的措施，就是醫療化生產。（引自 Wagner, 2001）。

### 親善生產說明：

使婦女有正向和滿意的生產經驗應該是健康照護提供者的責任。婦女希望生產時有身體及情緒的隱私，而且整個生產過程能在一個友善的、舒適的環境下進行。針對那些正常生產的婦女，要使其有正向的生產經驗，推行人性化（親善）生產將是可行的方法之一。

有關人性化（親善）生產概念用在婦女的生產已有一段時間，早在 1980 年代初期就有學者討論到協助婦女生產的機構，如何以人性化的婦嬰服務措施而能提供以家庭為中心的照顧（McKay & Phillips，1984）。

人性化（親善）生產的概念，最近在 2000 年 11 月 2-4 日於巴西所舉行的人性化生產的國際會議(The International Conference on the Humanization of childbirth)，包括聯合國兒童基金會(United Nations Children's Fund, UNICEF)、世界衛生組織(WHO)及 26 個國家，共計約二千人參加。

Wagner(2001)對人性化生產的意義有進一步的說明，人性化生產的意義是瞭解婦女生產時將孕婦當作一個人，不是一個機器，也不是一個製造嬰兒的容器。另外一方面，尊重婦女是具有重要性的、是有價值的人，確保孕婦生產時的經驗是滿意的，賦權不單是少數人的特權，它絕對是促使孕婦堅強，進而強健社會所不可或缺的。

人性化生產的意義，是指將孕婦的生產放在中心，以及孕婦是可以控制他的生產，所以孕婦可以對將發生的事件充分瞭解並做決策，並非醫師或是其他人為孕婦做決策。人性化生產又是指母嬰服務是基於良好的科學根據包括使用科技和藥物都是有證據的(Wagner, 2001)。

### 親善生產的定義：

何謂母嬰親善生產？讓婦女有參與權和自主權，且避免不必要的醫療措施。

美國推動的母嬰親善生產「十大黃金指標」，包括不建議剃毛、灌腸、禁食、降低會陰切開比例、待產婦女可以自由走動等。

母嬰親善生產的目標與期望：

1. 瞭解產婦
2. 與醫護人員詳盡說明充分溝通
3. 讓產婦瞭解即將進行的醫療行為
4. 因人因時而異，採取最適合個人生產的方法

### 母嬰親善生產的準則

1. 分娩自行啟動：在懷孕最後幾週內，媽媽的身體和胎兒都在為分娩而準備。通常在分娩前二週，胎兒已進入骨盆腔內，媽媽可能會感覺到不規則的子宮收縮，而且子宮頸也開始變軟。一旦胎兒已經做好到子宮外存活的準備，便會向媽媽釋放出極微量的荷爾蒙，發出信號以啟動分娩。分娩自行啟動，避免催生。催生主要目的原本是避免胎兒過大或是妊娠週數過期，造成胎兒窘迫、產程遲滯、產道裂傷等等危險性。有醫學上的必要性才加以催生。而且重點在於對產婦詳盡說明，充分溝通，尊重產婦的決定來採取催生。
2. 待產過程自由移動：待產時，自由移動身體及藉由重力的原理，可以幫助胎兒下降，使子宮能更有效地收縮，並且讓骨盆的形狀及大小更適合胎兒通過。待產過程自由移動身體是疼痛處理很重要的環節之一，透過身體姿勢的改變，對於幫助胎兒旋轉並通過骨盆是有很效的方法。協助待產婦選擇舒適的姿勢，例如側躺，不斷地傾聽自己身體發出的信息、放鬆心情，找到屬於自己分娩的節奏。
3. 持續的待產支持：在待產過程中接受持續的、一對一陪伴支持的待產婦較少發生下列情況：剖腹產、生產時使用真空吸引器或產鉗、使用硬膜外麻醉及止痛藥物、較負向的生產經驗與感受。很多待產的媽媽常會問：「到底要再等多久，我才能把小孩生出來？」「有誰能幫忙我應付產程進展時的不舒服？」建議您，在懷孕期就要事先安排好待產期間可以陪伴支持的人，當然您的先生是最佳人選。透過產前的生產教育課程與練習，可以學習到彼此正向的互動與溝通、促進身體舒適與情感支持的表達方式。待產期間能夠有人在旁邊持續陪伴與支持待產婦，是達到到母嬰親善生產的重要關鍵之一。
4. 禁食：禁食是避免需要緊急剖腹生產時，空腹時間不足造成麻醉危險。但是禁止產婦喝水進食，會造成生產過程疲累且產婦飢渴不舒服。所以建議在有明顯醫學上的危險時，才要求產婦禁食。
5. 剃毛及灌腸：剃毛及灌腸都是為了避免生產時污染。毛髮過長可稍加修剪；而灌腸可用較溫和口服藥物取代，避免腹痛腹瀉的不適。
6. 哺餵母乳：出生後立即讓新生兒趴在母親胸部，並嘗試吸吮乳頭，讓新生兒與媽媽有立即的肌膚接觸，促進親子互動關係哺餵母乳及二十四小時母嬰同室，主要是可以增進母子間關係，又增強嬰兒抵抗力，而且提早讓母親熟悉照顧新生兒的模式。
7. 會陰切開：會陰切開是一種外科方式，剪開介於陰道至肛門之間的肌肉組織。目的在避免自然生產時嚴重不規則撕裂傷。但會導致會陰傷口疼痛不適，需局部麻醉等風險。傷口疼痛程度及恢復時間，依切開方式的不同而有所差異。  
在國際間，會陰切開並非常規執行。以下所列舉為研究報告指出之內容：

地區	國家	年度	總計
亞洲	尼泊爾	2003	42.9%-67.3%
	中國大陸	2001	82%
	台灣	2004	92.9%
中東	以色列	2001	37.6%
大洋洲	紐西蘭	2001	11%
	澳洲	2002	16.2%
非洲	奈及利亞	2001	20%
	辛巴威	1997-1998	27%
	南非	2003	63.3%-67.5%

#### 四、 資料來源

第 136 期女性電子報—時事評析<正視台灣女人的自主生產權> 賴慧滿

[http://w3.tyh.com.tw/Clinical\\_ser/article/01/20080607\\_001.htm](http://w3.tyh.com.tw/Clinical_ser/article/01/20080607_001.htm)



週次	第 四 週
主題	醫療專業的興起與變遷II — 醫師專業的興起與發展及其性別政治
課前預習	至 Blackboard 下載 PPT 並事先預習，以便了解下週課程內容
簡述課程內容大綱	從西醫專業在台灣的興起與發展的過程，探討國家權力如何透過「教考用」的制度化過程來介入醫師專業的形成，以及過程中性別是如何鑲嵌其中。
課後溫習	課堂參考用書第六十至六十八頁
提出問題並找出答案	Q:女性在職場中常受到不平等待遇，在你的專業中，女性會不會受到類似的對待？哪些是在非醫學的職業也會見到的？請舉例說明。 A:營養師這方面還好；但在技工、電子工程師、司機等較易受到不平等對待。
未來期許與反省	在營養系，反而是女生比較多，而且班上的男生成績也較女生不好，我們也都視其為理所當然，這就像是課堂上的一樣，也是一種性別與職業的刻板印象，應該要有所改變。

週次	第 五 週
主題	醫療政策與市場— 藥商、藥師、醫師與市場
課前預習	至 Blackboard 下載 PPT 並事先預習，以便了解下週課程內容
簡述課程內容大綱	從藥商與醫師及藥師互動方式的分析，介紹商品化的概念與機制。
課後溫習	財務動機對醫師處方原廠藥與學名藥選擇的影響 <a href="http://proj.ncku.edu.tw/research/articles/c/20100709/1.html">http://proj.ncku.edu.tw/research/articles/c/20100709/1.html</a>
提出問題並找出答案	<p><b>Q1.醫院應不應該禁止 PROPA 在醫院內活動?為什麼?</b>  <b>A:</b>可以不用禁止，但是要有一定的限制，因為 PROPA 相對的來說，還是會為醫師帶來一些新藥的資訊，那對於總是守舊開一樣的藥品的醫師來說，是個良好的影響。</p> <p><b>Q2.醫院應不應該限制 PROPA 和醫師間的饋贈金額?為什麼?</b>  <b>A:</b>當然應限制!因為饋贈金額越多，越是吸引醫師與 PROPA 間不正當的協調，或許會增加一些不必要藥品的使用，或是減少必要藥品的使用，進而影響病人的權利。</p>
未來期許與反省	政府應該多多注意醫療人員與 PROPA 間的關係，適時的推動及限制對於醫師處方的開立應該是會有極大的助益的。

## 延伸閱讀

# 財務動機對醫師處方原廠藥與學名藥選擇的影響

劉亞明<sup>1,\*</sup>, 高雅慧<sup>2</sup>, 謝啟瑞<sup>3</sup>

<sup>1</sup> 國立成功大學社會科學院經濟學系

<sup>2</sup> 國立成功大學醫學院臨床藥學研究所

<sup>3</sup> 中央研究院經濟研究所

ymliu@mail.ncku.edu.tw

Journal of Health Economics 28(2), 341-349 (March 2009) {SSCI, EconLit}.

本文主要目的在實証檢定「藥價差」帶給醫師的財務誘因對醫師處方「學名藥」與「原廠藥」選擇行為之影響。所謂「藥價差」( $\pi$ ) 指的是健保對藥品的給付價格與醫療院所實際的採購價格間的差距。首先，令  $P$  為健保給付價格， $\theta$  為醫療院所對原廠藥品所要求之折讓率(discount rate)，則藥價差為：

$$\pi = P - (1-\theta) * P = \theta * P;$$

再利用相對價格概念得到學名藥與原廠藥之相對藥價差為：

$$\pi_g/\pi_b = (\theta_g/\theta_b) * (P_g / P_b)$$

此一關係顯示，醫師開哪一種藥可獲得較大的藥價差，取決於二個因素：(1) 學名藥與原廠藥的相對價格 ( $P_g / P_b$ )；(2) 學名藥與原廠藥的相對折扣率 ( $\theta_g/\theta_b$ )。由於現行藥價政策是學名藥價低於原廠藥價 ( $P_g < P_b$ )，也就是  $(P_g/P_b) < 1$ 。所以學名藥能讓醫療院所賺取比較多利潤的必要條件是學名藥的折讓率大於原廠藥的折讓率，也就是  $\theta_g > \theta_b$ 。現行藥價政策使得  $P_g / P_b$  在 0.7-0.8 之間，也就意味著學名藥的折讓率只要至少在 1.25-1.43 間，其利潤就可大於原廠藥。

假定醫師是依據追求最大效用(滿足程度)來決定藥品選擇行為，則醫師的效用函數為  $U = U(\pi, V) = \gamma\pi + (1-\gamma)V$ ，式中  $\pi$  代表藥價差所獲得的利潤， $V$  代表病人的效用， $\gamma$  代表醫師對財務利益的看重程度。 $\gamma=0$ ，表示醫師是一個完全代理人，醫師心目中只有病患的利益，沒有個人的財務利益。 $\gamma=1$ ，表示醫師唯利是圖，做決策時只考慮到個人財務利益，完全不考慮病患的利益。在一般情況下， $0 < \gamma < 1$ 。只要  $\gamma > 0$ ，即表示醫師扮演不完全代理人(imperfect agent)，除了考慮病患的利益外，多少也會考慮到自己的財務利益。 $\gamma$  即是衡量醫師偏離完全代理人的程度， $\gamma$  愈大，表示醫師在做治療決策時也愈重視自己的財務利益。因此，醫師會開學名藥給病人的條件是  $U(\pi_g, V_g) > U(\pi_b, V_b)$ ，式中  $V_g$  與  $V_b$  代表病患得到學名藥與原廠藥的效用。經由移項，上述條件可表示為：

$$\gamma(\pi_g - \pi_b) + (1-\gamma)(V_g - V_b) > 0$$

假定病患使用原廠藥的效用大過學名藥，也就是  $V_b > V_g$ ，因為學名藥的 BA/BE 檢測只在申請上市時強制要做，一旦獲得上市後就未再強制要做，品質穩定程度可能低於創新廠商；此外健保的藥品部分負擔金額只取決於藥品金額，不取決於藥品種類，在藥品皆有納入健保給付下，病患雖要因原廠藥價格較高負擔較高的部分負擔，但此一多負擔的部分負擔金額差距不大，對病患的效用沒有顯著的影響。因此

根據上式，醫師開立學名藥可以獲取較大藥價差的條件為：(1)  $\gamma > 0$ ，也就是醫師扮演不完全代理人的角色；(2)  $\pi_g/\pi_b > 1$ 。

由於藥價差( $\pi$ )與折扣率( $\theta$ )研究者無法觀察到，但透過理論推導，本文在其他條件不變的前提下提出五個可以實際檢測的實證命題。

命題一：學名藥市場的廠商家數愈多，醫師開學名藥的機率愈高。此乃因學名藥廠商較多，市場競爭壓力下使得學名藥廠所給與的折讓率將較原開發藥廠高，使得學名藥的利潤空間較大所致。

命題二：支付價格水準愈低（健保藥價調降愈多），醫師開學名藥的機率愈高。此乃因在現行學名藥與原廠藥價格比經歷次調降後仍維持偏高的 0.7-0.8 水準下，導致學名藥仍維持較大的利潤空間。

命題三：醫療院所的規模愈大，醫師開學名藥的機率愈低。因為規模愈大，原廠藥也有可能給予醫院較大的折扣率， $\theta_g > \theta_b$  的機率相對較小， $\pi_g$  大於  $\pi_b$  的機率降低；此外醫療院所規模愈大，醫院常是市場中的「領導者」，對財務利益以外因素的重視程度會愈高 ( $\gamma$  降低)，也就是醫院「唯利是圖」的程度會降低。

命題四：其他情況不變，私立醫療院所開學名藥給病患的機率大於公立醫療院所。因為受到缺乏財產權的影響，公立醫院對財務誘因的變化比較沒有反應，私立醫院相對上則對財務誘因的變化有非常強烈的反應。換言之，私立醫院較看重醫療院所的財務利益( $\gamma$  較大)。

命題五：從「論量計酬」改為「總額預算」的支付制度改革，會提高醫師開學名藥的機率。因為論量計酬支付制度讓醫師有誘因吸引更多病人，醫師吸引更多病人的方式之一，即是提高品質，而開原廠藥給病患是提高病患的認知品質(perceived quality) 的一個重要管道。但在總額預算之下，醫師不再有誘因藉提高認知品質吸引更多病人，開原廠藥給病患的機率會降低 ( $\gamma$  提高)。此外支付制度改革縮減醫療院所從其他醫療服務所能賺取的利潤空間，使醫院更加依賴藥價差對醫院營收的幫助，因此會增加醫院更看重財務利益的程度 ( $\gamma$  提高)。

本文資料來自健保資料庫 20 萬人抽樣歸人檔，分析範圍涵蓋 1997-2004 年。只選取服用口服降血糖藥物的糖尿病人做為分析的樣本。以每張醫師的處方作為觀察單位，八年的分析樣本有 591,115 張處方。利用 Probit 迴歸模型檢定上述外生變數變化對處方學名藥機率的影響，最終實證結果與前述五項命題皆一致。

本文研究結果的政策意涵如下：第一，醫藥分業與醫藥不分業制度下，影響學名藥替代因素有顯著的不同。前者帶動學名藥替代的因素是學名藥與原廠藥的價格差距，學名藥替代的結果可大幅節省藥品支出，學名藥替代獲益的對象是消費者或保險付款人。後者帶動學名藥替代的主因是醫療院所追求藥價差的逐利行為，學名藥替代的結果對藥品支出的節省效果不大，而學名藥替代獲利的主要對象是醫療提供者，不是消費者與保險付款人。第二，醫療提供者以「學名藥替代」做為回應費用控管的策略。此一現象顯示調降藥價或實施總額預算的費用控制政策對藥品研發誘因有雙重的不利誘因：藥價管制政策本身就對新藥研發誘因有不利的影響；醫療院所追逐藥價差，以學名藥替代原廠藥的反應策略，再次不利於藥品的研發誘因，形成對藥品創新的二度傷害。第三，台灣健保藥價政策對生技製藥產業發展沒有提供正面激勵誘因的根源，不是單純的在藥價水準太低的問題，而是相對價格不對。未來台灣藥品價格的改革方向，即是重新定義藥品市場的競爭方式，引導學名藥與原廠藥的相對價格，朝向有利新藥研發誘因的方向發展。

週次	第 六 週
主題	1.作業延伸討論-- 「藥局設計」小組座談 2.醫學知識與權力-- 醫病關係的新視角：醫「用」關係
課前預習	至 Blackboard 下載 PPT 並事先預習，以便了解下週課程內容
簡述課程內容大綱	1. 經由小組座談報告課前作業（即作業 2）的彙總成果，讓同學思考藥局的設計（商品行銷方式）如何影響民眾的購買藥品行為。 2. 透過「醫用關係」觀點的引介，讓同學了解醫療互動中所涉及的知識與權力的運作機制。
課後溫習	閱讀課堂 PPT
提出問題並找出答案	Q:就你和家人的看病經驗,使得看病經驗很好的原因可能會是什麼? A:細心且親切的態度 Q:造成惡劣的看病經驗的原因又是什麼? A:無法將心比心對待病人
未來期許與反省	我從小開始就固定給一個醫生看病，不管感冒、肚子痛、過敏之類的，媽媽都會帶我去找那位醫生，他每次都會非常親切的為我們看診，看完之後有空還會和我們閒話家常，我們只要有任何疑問他都會細心的為我們解答，而且都很關心我的健康狀況；國小有一次甚至還把我抓去照超音波，然後告訴我體內的器官位置。但是之前爸爸到醫院看診，身體都已經很不舒服了，掛號時護士還非常不友善的對待，這讓我們覺得他很冷血無情；以後我們都是從事醫療服務的工作，應該將心比心的對待病人才是。

## 小組學習單

Q1:你在每家藥局都有看到藥師嗎?

有些只有銷售員之類的，藥師並不在場。

Q2:站在櫃台前服務的銷售人員是藥師嗎?

不一定，有些是醫療相關科系畢業的人或是普通店員。

Q3:這幾家藥局都有處方箋調劑的服務嗎?

是，藥師在場就能提供此服務。

Q4:這幾家藥局的主力商品是甚麼?藥局內有沒有廣告或海報?上面寫些甚麼?

嬰幼兒相關商品、美容瘦身、護肝、老年人骨骼保養、保健食品

「健康最重要，美麗再加分」

「嬰幼兒車床，滿 4000 折 400」

「九九重陽敬老月，成人紙尿褲享便宜」

「奶瓶、奶嘴買九送一」

「購買三多天然葡萄糖胺液，送三多 MSM 12 粒裝」

「憑手機到丁丁藥局上 FB 打卡或或丁丁會員卡 統一生技魔力 Q10 膠原飲 a 買一送一」

Q5:這幾家藥局賣那些令你印象深刻的健康食品?請至少舉兩個例子說明這些健康食品的效果與價錢。

### 第四代葡萄子 Super OPC plus (長青素 Rejuvin)

#### 【作用與功能】

- 1.防治癌症；Activin的研究報告，能抑制乳癌、肺癌及胃癌細胞的生長。
- 2.治療關節炎（配合免疫乳清蛋白及鯊魚軟骨效果更佳）。
- 3.防治過敏，減緩皮膚老化所生之皺紋與老人斑〔配合左旋C( Cellex-C )效果更佳〕。
- 4.增加毛細血管抵抗力以減少出血，治療痔瘡、靜脈曲張。
- 5.保護五臟六腑被西藥、農藥或化療所破壞。
- 6.改善視力與糖尿病視網膜症。
- 7.溶解血栓，防治心臟疾病（配合Cellukey Q10, Natto或 Oral Chelate效果更佳）。
- 8.改善體質預防感冒（配合維生素C效果更佳）。

價錢:1379

### 蔓越莓 膠囊(Cranberry Complex )

#### (作用與功能)

- 酸化尿液,防止細菌附著在膀胱壁上
- 消除小便疼痛,燒灼感,血尿現象
- 防止尿道感染和膀胱炎

價錢:360

### 光明丸

光明丸是一種含有最完美，最齊全的抗氧化劑及保護視力的配方！光明丸它含有多種純天然而且是非常有效的成份，它們在醫學界已經被證明能夠保護及增進視力，同時能夠對抗老化性黃斑退化症（Age-related Macular Degeneration, 簡稱 AMD），白內障，糖尿病性視網膜病以及受自由基的破壞等症。

光明丸含有：

- 1.越橘抽取物 - 越橘的增進視力是舉世聞名的。一個醫學報導顯示越橘對於近視的試驗者能夠改善 75% 的參加者，另外，許多的臨床實驗結果證實越橘能夠抑制 97%患者以免其白內障的惡化

2. 歐洲葡萄仔提取物-它能中和游離基以及保護眼內血管管壁，能夠維持並改善視力
3. 葉黃素( FloraGLO Lutein )及去米黃質 ( Zeaxanthin )；許多研究的結果都顯示，有兩種胡蘿蔔素可以增強視力，減少視力模糊，減緩 AMD的惡化，甚至可以預防 AMD。有些臨床研究更證明了葉黃素及玉米黃質能夠減少白內障的嚴重性；服用葉黃素能夠改善一個人的視力將近 30% 之多
4. 銀杏抽取物：許多的研究顯示銀杏能夠擴張我們體內的中、小血管，可把養份輸送到眼睛各部組織，減少眼內小血管血塊形成
5. 維他命 C及 E -它們分別為水溶性及油溶性的抗氧化劑，它能夠保護眼睛內的各種組織及器官。
6. 鋅及銅：它們是人體體內的許多生化反應中的生化酵素反應所必需的礦物質，特別是我們的靈魂之窗。

價錢:510

Q6:談談你過去去藥局買東西的經驗，銷售人員會主動推銷嗎?推銷甚麼商品?

不一定，有時候只是去包個藥而已；有時候到大間一點的藥局就會逛一下，店員看你在哪一區，就會幫你介紹一下那區的商品，通常會推薦美容保健食品。

Q7:你覺得這幾家藥局有什麼不同?

有些規模很大，販賣的東西很廣；有些只是單純像是藥房的一樣，只有賣藥跟一些標榜健康的糖果。



小組學習單優良頒獎

週次	第七週 10/26(三)3-4 節
主題	專題演講：醫療商品化與公共衛生
課前預習	至網路搜尋「台灣公共衛生促進協會」相關內容
簡述課程內容大綱	邀請台灣公共衛生促進協會陳奕曄、陳慈立兩位年輕工作者蒞臨課堂演講，並與學生座談。
課後溫習	至Blackboard閱讀兩位講者的PPT和附加的資料，並瀏覽台灣公共衛生促進協會網站 <a href="http://www.phlib.org.tw/index.html">http://www.phlib.org.tw/index.html</a>
提出問題並找出答案	<p>Q1:什麼是公衛體系市場化與醫療化？</p> <p>A:1950、60年代政府政策重點在於公立醫院的建設，但是到了70年代至80年代中期，政府政策轉變為鼓勵私人醫療資本投入醫療體系，進而造成私立醫院病床數凌駕公立醫院的現象，明顯市場化的先鋒就是1972年馬階醫院醫師竟然「論績效計酬」，那是否意味著「民眾的健康可當成商品來買賣？」後續大型財團法人醫院陸續出現，如：1976年台北長庚醫院。</p> <p>而公衛體系的醫療化，就是不管在政策、權力、經費上，真正由公衛方面專業人員所佔的比例，遠少於醫療方面專業人員。</p> <p>Q2:臺灣公共衛生促進協會對臺灣的公共衛生做了什麼改革？</p> <p>A: 靠著教育做了認識上的改變以及關係上的改變，醫事專業人員能跳脫醫療院所的場域，嘗試與民眾站在一起，並且培養組織者。</p>
未來期許與反省	我覺得，如果政府不積極改善國家的公衛體系，依照各衛生機關以及民眾的一些疾病防治觀念，對於未來未知的傳染病根本無法招架，以前的SARS、新流感等，都大大的衝擊著台灣的公衛體系，當時的我們，才知道我們的體系有多麼的不堪一擊，現在，我們有機會轉變，何不徹底一點？

週次	第 八 週
主題	身體經驗— 棉條為什麼不受歡迎？
課前預習	至 Blackboard 下載 PPT 並事先預習，以便了解下週課程內容
簡述課程內容大綱	引介社會學有關文化、污名化與性別政治的概念，並進一步應用在棉條案例的討論。
課後溫習	至網站瀏覽棉條相關資訊及其販售法規
提出問題並 找出答案	<p>Q:依照本文結構，以其他案例來說明是什麼社會文化因素促使科技產品受到歡迎，例如手機、摩托車。</p> <p>A:iphone，同一環境中有許多人使用，使我們也想擁有，且市面上相關的週邊商品很多，促使民眾想購買，品牌的推崇性，有些人偏愛蘋果，廣告、節目及部落客常推薦其功能，使人感覺其非常方便。</p>
未來期許與 反省	<p>對於我來說，從小媽媽就沒有教我使用過棉條，周遭的朋友也沒有人在使用，真的是對於棉條的負面印象太深刻，造成我也不會主動的想去嘗試看看，或許廠商及有關單位對於商品宣傳以及一些不實影響的部分該好好改善一下。</p>

## 延伸閱讀

### 貼身密友》棉條好可怕？她愛不釋手

2008/08/18

【元氣周報／記者劉惠敏／報導】

台灣有個七年級生的凡妮莎，特愛用衛生棉條，到美國超市還會一車車地買，被稱為「棉條教主」，她說：「衛生棉條實在太神奇了。」

#### 處女膜情結 國人不愛用

一般人或多或少聽過衛生棉條，但在台灣習慣使用或曾經使用過的人數非常少，除了很久之前傳出使用者出現「中毒性休克症候群」之外，最主要的原因，是女性國人普遍對於塞入外物到私處覺得不解與不適，加上「處女膜」情結，更讓許多女性即使耳聞棉條好處，卻裹足不前。

凡妮莎經營的「小棉條兒的部落格」專門推廣衛生棉條，門庭若市，一天有兩千人次，才兩年已經超過 80 萬人次紀錄。

#### 擺脫黏膩感 達人上網推

當年為了「下水」而與棉條有「第一次接觸」，凡妮莎她形容當下感覺真是「太神奇了」，也發現棉條不僅不可怕，還可藉此更加認識自己的身體。在美國看到超商形形色色、不同設計近百種棉條，她更忍不住買下一車車（量販店的手推車）的棉條，下定決心要將好東西介紹出去。

凡妮莎說，「這才是真正的女性自主」，日常活動不再被生理期限制，也減少平時使用衛生棉黏膩的感受。

刻板印象難以打破，甚至連護理人員都不太推薦棉條，國外廠商也不肯來台灣經銷，推銷棉條知識不遺餘力的凡妮莎，仍常聽到朋友甚至是家人的質疑，「妳這樣推廣棉條，是不是在害全台灣的處女愈來愈少？」

#### 學會正確用 處女不必怕

「其實使用棉條與是不是處女不相干」凡妮莎說，處女定義是尚未發生性行為，使用棉條與性行為不相干。

一般女性在意的是，使用棉條會不會造成處女膜破裂，凡妮莎說明，處女膜是環繞在陰道口的一圈組織，許多人陰道開口本身就足夠讓棉條放進去，大部分不會造成任何傷口；不過也有因棉條無意中失去處女膜的案例，可能是置放錯誤或是選用不適合的棉條，或是有人天生處女膜較脆弱。

凡妮莎說，在充實正確的知識後，是否要使用就看當事人選擇，她為了讓台灣女生也可以瞭解，花了不少心血引介相關知識，還在部落格以動畫說明如何使用「小棉條」。

#### 為棉條請命 讓女性自主

高雄醫學大學性別研究所所長成令方曾寫過「為棉條請命」一文，批評衛生署過時法規，目前棉條仍屬於侵入性醫療器材，管理規範比衛生棉嚴格許多，另外，對月經、女人身體的大男人意識形態，是造成棉條無法在台灣普及的原因。

成令方說，年輕時在英國讀書，就已體驗過棉條的舒適感，雖然棉條不一定是最好的選擇，尤其站在環保的考量，不過棉條使用的迷思，反映著我們社會文化的限制，我們要學的，應該是女性能更自在的與自己身體相處，可以更自主的去做選擇。

小棉條兒的部落格 <http://tinyurl.com/pq224>

### 《小辭典》中毒性休克症候群（TSS）

一種由人體表面常見的金黃色葡萄球菌所引起的急性感染，可經由傷口進入人體循環系統，它所產生的外毒素會使血管滲透壓增加，病人發燒、頭痛、頭暈、肌肉痠痛、惡心、腹瀉、皮膚長疹子、血壓降低甚至休克。在 20 年前，超過九成的 TSS 發生在年輕、使用棉條的女性。

發生原因通常都是選用了吸收力太好的棉條，使陰道環境過於乾燥，導致陰道黏膜受傷，萬一不幸正好有金黃色葡萄球菌產生，進入了血液循環系統，就有可能引發 TSS。

若正確使用衛生棉條，不會增加感染風險。1988 年美國食品及藥物管理局（FDA）要求各廠商明確標示流量於外包裝後，與 TSS 相關症狀發生率就少得多。使用棉條前一定要洗手，保持陰部乾淨，且棉條最少 4 到 8 小時更換一次，應選擇適合流量的棉條。

### 【2008/08/17 元氣周報】

全文網址：[貼身密友》棉條好可怕？她愛不釋手 - 婦科看診室 - 兩性健康 - udn 健康醫](#)

藥 [http://mag.udn.com/mag/life/storypage.jsp?f\\_ART\\_ID=143558#ixzz1ggoBK59b](http://mag.udn.com/mag/life/storypage.jsp?f_ART_ID=143558#ixzz1ggoBK59b)

Power By [udn.com](http://udn.com)

[http://mag.udn.com/mag/life/storypage.jsp?f\\_ART\\_ID=143558](http://mag.udn.com/mag/life/storypage.jsp?f_ART_ID=143558)



週次	第九週
主題	期中考
課前預習	複習至 Blackboard 下載的 PPT
簡述課程內容大綱	期中考
課後溫習	檢視考題與自己準備的方向是否有差異
提出問題並找出答案	Q:考題與自己準備的方向是否有差異 A:大多錯在未將課程 PPT 內容背熟
未來期許與反省	希望藉由熟記老師的重點提示，期末考成績能有所提升

週次	第十週
主題	工作與健康不平等—檳榔與計程車司機
課前預習	至 Blackboard 下載 PPT 並事先預習，以便了解下週課程內容
簡述課程內容大綱	引介「健康與不平等」的概念，藉由關於吃檳榔的計程車司機之實證研究的討論與說明，讓同學思索健康行為與人和社會生活的關係，並習得社會階級對於人的健康之影響的分析觀點。
課後溫習	閱讀課堂 PPT
提出問題並找出答案	<p>Q:為何檳榔會成為勞工的最愛?</p> <p>A:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.因為勞工們的工作時間長，需用嚼檳榔來提神。</li> <li>2.檳榔不是很昂貴，所以常會被拿來當作社交的介質。</li> </ol>
未來期許與反省	<p>我覺得「人們從事各種行為與活動都會考慮到健康」這句話部分成立，而前提是他的社經地位要夠高，對於處在社會最底層的人們來說，在做各種行為或活動就不會把健康擺在第一位；像是工作，沒有選擇，而是只能讓"別人來選擇自己"，這時不管這工作是否會危害到健康，只要能提供經濟來源，他們就會做，而吃飯及日常生活，當然是以最節省金錢的方式來過，相對於這些人在普通條件下的人，因為近來健康生活的議題漸漸被重視，所以或許大家在從事各種行為與活動前都會考慮到健康了。</p>

## 延伸閱讀

### 國際健康及照護系統-社會不平等對健康的影響

有一篇由哈佛大學蕭慶倫教授等人所撰寫，分析中國在 1990 年開始發展經濟前後，城鄉人民健康差異情形變化的文章 [1]，讓我們討論到幾個非常值得深思的問題。

此篇文章從幾個重要健康衛生指標的比較顯示出，中國在經濟發展開始之後，整體人民的健康並沒有跟著繼續改善，反而有轉壞的趨向，特別是在佔其人口 85% 的鄉村地區。最明顯的是，經濟成長快速拉大城鄉不平等的差距，包括所得、健康、及醫療資源等。事實上，1990-1999 約十年的經濟成長期間，中國每年平均經濟成長率是 9%，但遠不及醫療費用的平均年成長率(15%)。

這篇文章的結論指出，中國這段期間的發展情形證明一件事：經濟成長並不一定帶來人民健康的改善，如果政府沒有同時實施妥善的配套政策，使經濟成長的效益平等地分配給人民的話，有時候反而是使情況更退步。我覺得這是在討論「中國崛起」議題時較不被注意到的一面。我一直對所謂「中國的崛起」的意涵有所困惑，中國目前的「崛起」讓我們看到的是軍事主義、政權/國家機器及少數有政商關係的人把持財富、貧富差距加大、人民變成世界工廠的廉價勞工、犧牲環境品質、藉用國族主義要在國際爭出頭的霸道，卻看不到人民生活素質的普遍提昇。我覺得這樣的崛起可能不會對其人民及世界帶來較多的益處與貢獻；期盼中國未來能夠漸漸改革，使其政府成為一個為人民着想，負責任的政府。

如果把這篇文章與之前所提到的探討日本健康發展的文章 [2]內容相對比的話，我們可以看到社會的平等(透過教育的普及、土地改革、所得的合理分配)對國民健康的影響，要遠比其他因素要來得重要，雖然這些並非狹義的衛生/健康/醫療政策。有社會平等做為基礎，經濟成長才會帶來均富的社會，使整體國民的素質與能力都有所提高，更會關心健康及自我照護。

健康不平等(health inequity或health disparity)是公衛界相當重視的一個議題。來美國唸書之後，經常聽到老師在談，現在越來越能夠體會它的重要性。美國本身就不是一個很平等的社會，貧富差距、種族社經地位的差別都相當明顯，因此，儘管美國有全世界最先進的醫療科技、花費最多的資源在健康產業，可是整體的健康成果卻只在全球國家中排名第 37(WHO 的 2000 年排名)。

我試著用這些瞭解來看台灣的情形，我覺得台灣基本上是一個成功的經驗，台灣實施土地改革、國民義務教育，奠定社會平等基礎，接著進入經濟發展，同時實施許多全面性的公衛措施，及就醫的可近性，使國民的生活條件與健康獲得長足的進步與保障。不過，台灣長久以來存在原住民弱勢族群的社會不平等問題，以及近年來逐漸擴大的貧富差距、外籍配偶及外籍勞工所帶來的另一波社會不平等的現象，都是台灣的新挑戰與需要嚴肅面對因應的課題。

如果我們將視野往國際看，全球不平等與全球化的問題也是非常重要、嚴苛的挑戰，值得我們關切。最近的全球化(國際自由貿易競爭及地區產業分工)有使部分國家貧富差距拉大、增加失業率的趨勢(比如美國許多產業為降低人力成本，到中國或巴西設廠生產，或將資訊業務外包到印度，結果導致國內企業裁員)。

此外，現在整個世界已經是一個地球村，每個人都是其中的一份子。如果一個國家內部的不平等會影響其國民健康的話，那麼國際的不平等也會影響全球人口的健康。如果世界某個角落的人民因為處於社會的邊緣，因此不會也沒有能力關心健康與自我照顧的話，很容易變成疾病的溫床，很快地藉由互動頻繁的人貨流通或動物遷徙傳遞到世界各地，引發全球性的災難，SARS 及其他新興傳染疾病就都是實例。因此，我們對於世界各地的社會問題與衛生問題不能漠不關心，因為這些或多或少都將與我們有所關連。台灣更不能放棄爭取進入 WHO 的權利，才不會成為在國際健康領域中的孤兒與犧牲品。

[1]Liu, Y., Hsiao, W.C.D. & Eggleston, K. (1999). Equity in health and health care: The Chinese experience. *Social Science & Medicine*, 49(10), 1349-1356.

[2]Hasegawa, T. (2001). Japan: Historical and current dimensions of health and health equity. In Evans, T., Whitehead, M., Diderichsen, F., Bhuiya, A. & Wirth, M. (Eds.), *Challenging inequities in health: From ethics to action* (pp. 90-103). New York: Oxford University Press.

張貼者：thchou 於 上午 12:44 標籤：國際健康與衛生 [http://thchou.blogspot.com/2008/07/blog-post\\_2576.html](http://thchou.blogspot.com/2008/07/blog-post_2576.html)

週次	第 十 一 週
主題	醫學知識與權力 I — 過勞職業病認定爭議
課前預習	至 Blackboard 下載 PPT 並事先預習，以便了解下週課程內容
簡述課程內容大綱	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 從 STS 的觀點，引介過勞職業病認定所涉及的社會因素。</li> <li>2. 「陸上潛水夫」紀錄片觀賞</li> </ol>
課後溫習	閱讀過勞死一年來發生的各項案例並分析其原因 (附件二)
提出問題並找出答案	<p>Q:為何要將職災個案「社會化」?</p> <p>A:如果沒有透過社會化，進而經媒體的曝光，使案件受矚目，本身發生職災的勞工們又已處於不平等社會的低下階層，這樣的情況下，很可能受到資方的打壓，沒有為自己伸張正義的機會。</p>
未來期許與反省	<p>社會的不平等，勞工被任意剝削，每人每日的工作時數都過長，但是法源依據不明，官方完全沒有一個標準來定義，大家對於相關法令也都不了解，使的原本不應該發生的職業傷害卻發生了，政府未來對於這一部分應該更加積極改進才是。</p>

工作類型	過勞死原因
醫師	不規律的工作:對預定之工作排程的變更頻率及程度高、無事前的通知、可預估程度低、工作內容變更的程度高
	工作時數過長:輪班工作或夜班工作
	伴隨精神緊張的工作:經常負責會威脅自己或他人生命的危險性工作
勞工、司機	不規律的工作
	工作時數過長:輪班工作或夜班工作
	伴隨精神緊張的工作:處理高危險物質的工作、可能造成社會龐大損失責任的工作
	不良的作業環境:異常溫度環境、超過 80 分貝的噪音暴露
教職員	經常出差的工作: 5 小時以上的時差
	伴隨精神緊張的工作:有過多或過分嚴苛的限時工作
公務員、上班族	工作時數過長:輪班工作或夜班工作
	伴隨精神緊張的工作:有過多或過分嚴苛的限時工作、需在一定的期間內(如交期等)完成的困難工作、負責處理客戶重大衝突或複雜的勞資紛爭、負責複雜困難的開發業務、或公司重建等工作
	經常出差的工作: 5 小時以上的時差
法官、律師	伴隨精神緊張的工作:無法獲得周遭理解或孤立無援狀況下的困難工作、關乎人命、或可能左右他人一生重大判決的工作

### 職業原因促發之腦血管與心臟疾病

一、腦血管疾病：俗稱腦中風。係指由於腦循環受到阻礙，而發生意識、運動、言語等功能障礙的病況，其為廣泛概念性之診斷名稱，隨其原因，可分為腦出血、腦梗塞、蜘蛛膜下腔出血及高血壓性腦病變等。

1、腦出血：腦內血管破裂使得腦實質受到血塊的壓迫、浸潤、破壞。大部份因高血壓所引起，其他原因包括腦動靜脈瘤破裂、血管炎等。

- 2、腦梗塞：由於頸部或腦部的動脈阻塞，導致腦部灌流區域缺血、組織壞死。腦動脈的阻塞包括動脈硬化、心臟血栓或動脈剝離等引起。
- 3、蜘蛛膜下腔出血：被覆於腦的蜘蛛膜下面的動脈破裂而發生。多因非外傷性的腦動脈瘤破裂而發生，其他原因包括外傷、血管炎等。
- 4、高血壓性腦病變：嚴重的高血壓導致腦部功能急性失調的一種症候群，當血壓被及時且適當的降低之後，腦部功能可以恢復的一種腦病變，但如未能及時處理或處理不當時，可能引起不可逆的腦部病變，甚至造成患者死亡。

## 二、心臟疾病：包括心肌梗塞、急性心臟衰竭、主動脈剝離、狹心症、嚴重心律不整、心臟停止及心因性猝死

- 1、心肌梗塞：由於冠狀動脈的阻塞血流減少，心肌因為嚴重缺氧，而發生壞死的狀態。目前有ST波段上升型心肌梗塞及非ST波段上升型心肌梗塞兩種，皆屬急性冠心症的表現。
- 2、急性心臟衰竭：任何心臟機能的異常，使得經心臟、末梢血管流向全身器官組織之血流得不到充分供應，以應付組織代謝的需要量，乃是大部分心臟疾病的末期症狀。
- 3、主動脈剝離：係指血液滲入主動脈血管壁之內膜與肌肉層中間之現象。當主動脈內膜因粥狀硬化等疾病而變得脆弱時，主動脈內膜剝裂而與原有的動脈肌肉層發生分離之現象，致使血液流入主動脈之肌肉層與內膜層之間隙，無法使身體各處器官獲得正常血流供應而致重大傷害。惟不包括因意外事故之急性創傷所引起之主動脈剝離。
- 4、狹心症：心肌突然短暫的缺氧和缺血所引起絞痛的疾病，是一種缺血性心臟病（冠狀動脈心臟病）的主要症狀，或稱心絞痛。較嚴重的表現為不穩定心絞痛，則屬急性冠心症之一。
- 5、心臟停止：心臟無法搏出血液，而使血液循環停止之狀態。因心臟起因造成的心臟停止，如心肌梗塞、心臟衰竭、心律不整(頻脈或緩脈或停止)、急性心肌炎、心臟破裂等。依國際疾病分類( ICD-10) 含心臟停止、心因性猝死或不明原因之心臟停止。
- 6、心因性猝死：個案在發病後一小時內死亡( sudden death)，若可歸因於心臟相關原因者。
- 7、嚴重心律不整：「心律不整導致猝死等」一直被視為職業原因的對象疾病，但是此疾病的心律不整，例如心室頻脈、心室顫動、病竇症候群、房室結傳導障礙等是造成心臟停止或心臟衰竭症狀等的主要原因，可造成心臟停止、亦可歸因為心因性猝死。

(以上參考自 <http://tw.myblog.yahoo.com/jw!3TYKOKmYHEbDxpaqGVQxXw--/article?mid=2491>)

週次	第 十二 週
主題	1.作業延伸討論-- 「過勞死」小組分享報告 2.專題演講：談過勞認定的爭議與發展
課前預習	至 Blackboard 下載「職業促發腦血管及心臟疾病（外傷導致者除外）之 認定參考指引」並事先閱讀
簡述課程內容大綱	1. 經由小組報告分享課前作業（即作業 3）的彙總成果，讓同學了解台灣當前社會過勞死的情況，並思索背後的社會機制運作的問題。 2. 專題演講 講者：翁裕峰（成功大學社會、科技與醫學研究中心醫學系專案助理教授）
課後溫習	配合講者 PPT 再次閱讀「職業促發腦血管及心臟疾病（外傷導致者除外）之 認定參考指引」
提出問題並找出答案	Q:過勞死可以成為職業病之一是由哪些人參與定義的? A:勞委會、醫師及相關具有專業知識的人員、勞工團體、檢察官、立委、資方。
未來期許與反省	若我覺得我的病痛與工作有關，我會作下列事情: 1.作精密的檢查。 2.推論有哪些工作上的原因使病因產生。 3.修正生活、工作型態。 4.檢查是否有改善病情。 5.如果因正常作環境下而造成，就考慮換工作。 6.若因資方提出不合理要求而產生，那就向公司提出賠償。

## 延伸閱讀

### 如何預防擺脫過度疲勞：

消除腦力疲勞法：適當參加體育鍛煉和文娛活動，積極休息。如果是心理疲勞，千萬不要濫用鎮靜劑、安眠藥等，應找出引起感情憂鬱的原因，並求得解脫。病理性疲勞，應及時找醫生檢查和治療。

飲食補充法：注意飲食營養的搭配。多吃含蛋白質、脂肪和豐富的 B 族維生素食物，如豆腐、牛奶、魚肉類，多吃水果、蔬菜，適量飲水。

休息恢復法：每天都要留出一定的休息時間。聽音樂、繪畫、散步等有助解除生理疲勞。

科學健身方法：一是有氧運動，如跑步、打球、打拳、騎車、爬山等；二是腹式呼吸，全身放鬆後深呼吸，鼓足腹部，憋一會兒再慢慢呼出；三是做保健操；四是點穴按摩。

<http://pidu123.com/Karoshi.aspx>

### 疲勞？過勞？如何傾聽身體的警訊(節錄)

近幾年，台灣上班疑似過勞猝死的新聞事件頻傳，使得越來越多人重視職場過勞議題。根據台灣市場調查公司波仕特日前發佈一項「台灣上班族工作、加班狀況」調查，發現台灣上班族的平均工作時數，每月平均約為 180 小時，其中更有超過 30 萬名的受雇者，每週工作超過 60 小時，遠遠高於一周平均 42 工時的法定標準。事實上，相較於歐美，甚至日本，台灣的工時平均高於這些國家 20-50%，台灣基本可以說是一個過度疲勞的社會。

### 過勞致死的真相

過勞導致的猝死使得人心惶惶，唯恐自己成為下一次新聞事件的主角，然而過勞導致的猝死事件中工時長是一個考量因素，但還必須視工作的性質及負荷量，甚或是短時間內是否承受巨大壓力來判斷該工作是否導致過勞。例如，醫師、科技業工程師、司機、廣告業者、媒體記者等，這些都是在工作上需要極大專注力，以致產生壓力，進而累積顯現出各種疲勞症狀。

一個人是否因為過勞而死在工作崗位上，往往不容易從表面上來界定其因果關係，因為過勞而併發其他疾病致死，更可能是在五年十年後才顯現出來。過勞致死的真相是由於個人之前累積的壓力或疲勞狀態，而衍生出其他慢性疾病如高血壓、高血脂及高血糖等，然後突發性的發生中風、心肌梗塞或心律不整而導致瞬間死亡。

### 用保健食品快速充電反而使血管堵塞？

為了恢復身體疲勞的狀況，現在便利商店或藥妝店架上可以琳瑯滿目的保健食品，包括促進身體新陳代謝、增強記憶力、各種提神飲料等，彷彿每個人自己都可以成為藥師一般。這些食品的成分，多含有咖啡因、維他命或胺基酸，確實能在短時間內消除疲勞，然而，身體卻會因此付出更大的代價，腎上腺一再受到刺激，並且因為體力獲得及時復原、工時加長，而使得血壓、血糖升高，心跳加速，最後造成體內血管堵塞、破裂或導致心律不整情形更形嚴重。此外，過勞伴隨壓力的問題經常被忽略，例如胃潰瘍、慢性腹瀉、甲狀腺機能異常及自體免疫疾病等。因此建議大家不要對補品存在過分的迷思，只要把這些補品當作日常生活飲食不均衡而補充的養分即可。

<http://health99.doh.gov.tw/Article/print.aspx?TopIcNo=77&DS=1-Article>



週次	第 十 四 週
主題	1.醫療技術 I -- 人工授精來台灣 2.醫學知識與權力 II -- 性別與 RCA 污染的研究
課前預習	至 Blackboard 下載 PPT 並事先預習，以便了解下週課程內容
簡述課程內容大綱	1.藉由 STS 觀點引介醫療科技對社會與倫理關係造成的影響，讓學生思索其中所涉及的科技的選擇與性別關係的建立之問題。 2.引介性別與職業病的關聯性。
課後溫習	上網搜尋性別篩檢的種類及方法
提出問題並找出答案	Q:如果我們重視人工協助生殖科技對於女性身體的傷害,我們的社會可以做些什麼? A:利用一些宣導，試著改善人們的價值觀，以領養小孩來代替女性利用人工協助生殖。 Q:如果精蟲分離術成功率是 100%,會有什麼社會問題? A:性別嚴重失衡。
未來期許與反省	東方傳統思想都認為生男比生女好，男生才可延續香火，若未來科技不斷進步，人們可直接決定孩子的性別，那麼不僅性別會失衡，就連人們的價值觀可能都會有嚴重的偏差。

## 延伸閱讀

### 開放胎兒性別篩檢？醫師 vs. 國健局論戰

【中國時報 黃天如／台北報導】2011.05.30

「若政府能有條件開放胎兒性別篩檢，不但減少孕婦尋求地下化管道而受害，也能解決少子化問題。」中山醫學大學婦產科教授李茂盛說。但國健局表示，台灣仍屬偏好生男的社會，開放性別篩檢不僅有違人權，也將使性別失衡雪上加霜。

李茂盛表示，現有胎兒性別篩檢工具主要有胎兒八到十周的母血篩檢，每次約五、六千元到一萬元；試管嬰兒適用的胚胎著床前診斷，約五、六萬元；此外，只要胎兒滿十四周，就能照超音波判斷性別。

至於精蟲分離術，因為歐美、澳等國研究指出，無論篩選帶X或帶Y染色體精蟲的準確率，都只有五成，與自然男女機率相差無幾，已愈來愈少人做。

他說，胚胎著床前診斷不但費用高，技術門檻也很高，國內有能力做試管嬰兒的醫學中心只有七、八家，其中僅五、六家有設備及人才進行胚胎著床前診斷。另每年七、八千個試管嬰兒，因為性聯遺傳疾病需要篩檢性別者還不到卅個，由於「目標」過於明顯，「就算民眾有錢做，醫師也不敢做。」

以超音波判斷性別，必須等到十四周大，而周數愈大接受妊娠中止手術的風險愈大。相較之下，母血篩檢算是目前最方便、也相對安全的。

李太太十多年前嫁入豪門，老公是獨子，公婆期待早日添丁，偏偏她連生三個女兒。李太太期待政府開放連生兩胎同性別嬰兒的產婦，得接受母血篩檢篩選性別。

但國健局副局長趙坤郁表示，根據國健局的民調，僅一成受訪者偏好兒子，且有近九成支持政府的「禁止性別篩檢」政策。依現行法令，任何非因性聯遺傳疾病所施行的胎兒性別篩檢，均違反《醫師法》，屬主管機關明令不得從事的醫療行為。

而國建局日前「僅以出生性別比，便推論去年國內有三千多名女嬰被墮胎，如此聳動且不負責任的推衍，不是政府該有的言論。」婦產科醫學會祕書長黃閔照表示，衛生署國民健康局身為優生保健主責單位，不應只會透過幾個數字炒做議題，甚至不惜消費、汙名化絕大多數守法的婦產科醫師。

中時健康：<http://health.chinatimes.com/contents.aspx?cid=4,31&id=13506>