

臺灣社會學刊，2017年6月  
第61期，頁135-184

研究紀要

## 醫療場域中專業協作的順從與反抗： 呼吸治療的建制民族誌

張麗珍 黃明華 齊偉先

張麗珍 戴德森醫療財團法人嘉義基督教醫院臨床醫學研究中心副研究員。E-mail：  
cych03109@gmail.com。黃明華，戴德森醫療財團法人嘉義基督教醫院呼吸治療  
師。E-mail：cych00264@gmail.com。齊偉先，中央研究院社會所副研究員。通訊地  
址：台北市南港區研究院路二段128號。E-mail：whchi@gate.sinica.edu.tw。本篇論  
文承蒙兩位匿名審查人給予許多相當具建設性的意見，而在修改過程中林昱瑄教授  
也多次參與討論並補充許多觀點，這些幫助都讓本論文更臻完善，相當感恩，特此  
致謝。其中值得一提的是，筆者在撰寫文章的過程中，也同時參與由科技部補助的  
建制民族誌（IE）經典讀書會，在會中與其他參與學者交流的過程中受益頗多，間  
接促發了本論文在修改階段的許多構思，謹此一併致謝此讀書會團隊的成員。

收稿日期：2015/12/18，接受刊登：2016/10/03。

## 中文摘要

為改善呼吸器依賴患者佔用急性病房或加護病房的問題，以有效利用急性醫療之資源，解決加護病床急症患者一床難求的窘境，當時之行政院衛生署提出不同計畫來對不同病程提供分段照護措施，期待在健保的給付架構下，能有效率和合理分配醫療照護資源。然而，從呼吸治療個管師在建制體系內的醫療實作發現，病患最佳利益與相關建制系統間卻因此產生許多利益衝突的現象。本文擬透過建制民族誌，探索在呼吸治療照護的實作中，反映出醫療體制何種多元面貌的統治關係，並試圖指出相關的醫療協作如何產生階級差異化的再製。論文最後也將檢討方法論，指出建制民族誌可能的研究限制。

**關鍵詞：**呼吸器、呼吸治療師、建制民族誌、階級、醫療倫理

**Compliance and Resistance in Professional Medical Practices: An Institutional Ethnography of Respiratory Therapy**

Li-Chen CHANG

Clinical Medical Research Center

Ditmanson Medical Foundation Chiayi Christian Hospital

Ming-Hua HUANG

Department of Respiratory Therapy Room

Ditmanson Medical Foundation Chiayi Christian Hospital

Wei-Hsian CHI

Institute of Sociology, Academia Sinica

**Abstract**

Taiwan's Ministry of Health has implemented new policies regarding respiratory therapy for different illness stages in order to optimize efficiency in providing health care and increase the availability of ICU beds. Drawing upon participant observations and in-depth interviews, this article reveals otherwise obscured conflicts of interest between patient benefits and organizational demands in the professional practices of respiratory therapists. Specifically, from an institutional ethnography (IE) analysis, this article illuminates multiple dimensions of "ruling relations" in institutionalized respiratory therapy resulting in making and maintaining class inequalities for the socially disadvantaged. In critical dialogue with IE, this article concludes with methodological reflections and limitations in doing institutional ethnography.

**Keywords:** Respirator, Respiratory Therapist, Institutional Ethnography, Class, Medical Ethics

## 一、前言

隨著科技的發展，現代人的日常生活已被科技環境所籠罩，科技工具雖為人類日常生活創造許多便利，卻不一定只帶來正面的影響，這個道理在環境污染嚴重的工業化社會不證自明。但其中有一類科技發展所帶來的結構性內在矛盾，時常隱而不顯，所涉及的常是人類社會的倫理議題。例如醫療科技雖可以拯救病人於危急，然而醫療科技的介入，也可能讓病人在所延長的生命中，以承受身心極大的痛苦作為代價，因而相繼產生人權、生命權等相關爭議，是以使用相關科技（如呼吸器）所涉及也就不只是醫療的判斷，還是一種具價值性的倫理決斷。

科技物鑲嵌在社會建制體系的發展過程中，以科技物為中心必然會形構出一群相互構連的角色。以呼吸器為例，參與在呼吸器使用患者的醫療照顧成員，至少包括有醫師、營養師、藥師、呼吸治療師、專科護理師、護理師、物理治療師、社工師、出院準備小組等，這些不同的角色在建制體制中構築出一個複雜的關係網絡。但圍繞著呼吸器所形成的人力資源、硬體資源及相關照護政策並非一成不變。行政院衛生署（現改為衛生福利部）在民國八十七年針對相關資源配置的需要，提出改善計畫，改變了相關照護政策，也改變了相關人員的編制：在過去執掌訓練病患呼吸功能使其早日脫離呼吸器依賴的呼吸治療師（Respiratory Therapist，簡稱RT）外，又另外增設了「呼吸治療個案師」此一專業職務。這個圍繞著「呼吸器」所形成的複雜的關係網絡及建制結構，隨時代變動的同時也正改變我們對呼吸器這個科技物在本體論上的定義及理解。從一個解決生理續存問題的「純工具」到涉及倫理議題、甚或涉及階級議題的科技物，呼吸器伴隨著周圍的關係網絡及論述結構不斷地被重構。

本論文採建制民族誌的研究方法，在相關建制文本的基礎上，試圖研究與呼吸器相關的建制體系中，彰顯有哪些微觀行動驅動力（enactment）？這些結構性驅力除了因循著工具理性解決了物理性及管理層面的問題外，又同時造成什麼樣的倫理爭議？反映出甚麼樣值得探究、反省的問題？本文透過探討建制體系中行動者的處遇及協商作為，除了可以具體勾勒建制體制的權力展現模式外，也可延伸說明其中存在有哪些協商式的微型反抗。以建制民族誌的角度來說，這些微觀層次的實作，反映的是建制系統中具倫理性的統治關係，也可說是展現出隨科技物出現所引發的在宏觀面向上的社會倫理治理模式。

## 二、問題意識：從呼吸治療個管師的誕生談起

臺灣醫療體系近二十多年來的發展，深受經濟運作邏輯的影響，相關文獻針對新自由主義與醫療體系間的關係已有諸多討論，其內涵特別體現在醫療化的討論：醫療體系在資本主義市場運作的影響下，透過標準化、服務化、商品化創造出許多醫療服務及醫療商品，使醫療作為進入成本控管、效益評估等資本主義運作的邏輯（許甘霖 2010: 139；蕭易忻 2014: 140；參考Conrad 2007）。臺灣全民健保自民國八十四年實施以來，醫療給付中的醫療服務支付方式，關係整體醫療費用之支出和成本效益，因此多方引進醫療給付改善方案，而整合照護系統（Integrated Delivery System，簡稱IDS）正是在這個背景下從美國跨區引進至臺灣進行建制化操作的。IDS是1990年初由Alain Enthoven建議以管理式競爭為基礎的整合照護模式，其基本原則就是採論人計酬的支付方式，讓醫療服務提供者得結合與擴大納保人數的基底來共同分擔財務風險，這種設計是一種完全採績效管理考量的制度設計。臺灣健保政策的實施，加速

了醫療體系引入IDS模式的迫切性，也因而改變了醫療服務提供者彼此之間、以及它們和病患之間的互動關係。

為解決過去醫療資源的不當使用，提高加護病房資源使用的效能，以改善重症病患照護品質，行政院衛生署於民國八十七年提出「改善醫院急診重症醫療計畫」，訂定「急性呼吸治療病床」及「呼吸照護病床」之設置標準，提供呼吸器依賴病患照護設施；另一方面，為進一步解決日益增加的呼吸器依賴患者照護費用問題，健保局（現改為中央健康保險署）於民國八十九年七月一日推行「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式試辦計畫」（本文簡稱「試辦計畫」），計畫中針對病患的恢復狀況提供分段照護設施，希望配合健保給付能發揮相關制度設計上預期的效益，引導醫療照護資源做合理分配、有效率的使用，並使病患獲得較適宜的照護品質。試辦計畫中規定，應根據病患病情嚴重程度與恢復情形來調整其照護設施，健保局針對不同的照護設施採取前瞻性給付方式，規劃有四階段照護設施，包括加護病房（21以內）、亞急性呼吸照護病房（Respiratory Care Center，簡稱RCC；第22至63天內）、慢性呼吸照護病房（Respiratory Care Ward，簡稱RCW；第64天以後）、居家照護。其照護流程與照護設施的選擇如附錄1之圖示。

此試辦計畫雖立意良好，但也衍生出另外一些問題，例如開始試行後，對於未加入此計畫案的醫院，院方會跳過第二階段（RCC）而將個案直接轉出至第三階段（RCW）或第四階段（居家照護），如此一來，由於病患未經歷RCC階段積極訓練脫離呼吸器的過程，將可能影響他們的生活品質及應有之醫療權。此外，還衍生由階級差異所產生的社會不正義等問題，而這類相關的問題並非在制度設計之初所能預期的。因為許多問題是微觀行動者在建制體系中彼此透過日常協作才產生的，是以

必須從底層的角度才能看到政策規劃的盲點及缺失。本文試圖探究與呼吸器相關的醫療、給付政策在實作上存在哪些條件限制？其中又隱藏有哪些倫理或社會不正義的爭議？

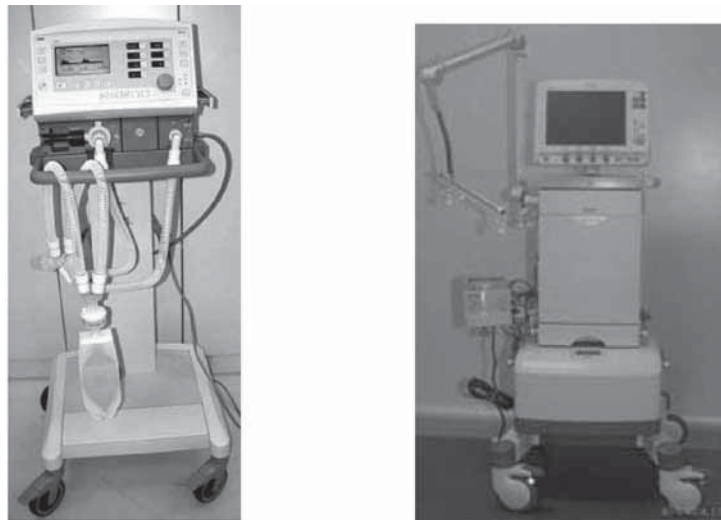


圖1 呼吸器圖示

### 三、本研究之方法論背景：建制民族誌

#### (一) 作為另類社會學的建制民族誌

Dorothy Smith 稱其所發展出的建制民族誌不只是方法論，更是一種社會學——另類社會學（Smith 2005: 2）。她主張有別於（主流）社會學慣於將人視為被觀察的客體，建制民族誌則強調要從常民的日常（主體）經驗出發，從他們在社會關係及組織中的日常協作及日常知識中，發掘他們不一定自知但卻與他們日常協作相關的影響及作用，在這基礎

上所概念化生產出來的知識，不會只限於專家內部的知識討論，而可以擴張常民本身的自我知識。在這意義上，她標舉建制民族誌是「為常民的社會學」(sociology for people) (ibid.)。她自己描述建制民族誌為一種「探問的方法」(method of inquiry)，反對以理論先行的概念框架來進行研究，所有理論的概念在她看來都只能在探問(常民經驗)的前提上被檢視、反省、建構及運用。這主張，展現出建制民族誌的社會學觀，也是建制民族誌的基本立場，Smith自己不諱言，這立場受俗民方法學及符號互動論的影響(ibid.)。換句話說，建制民族誌是在特定(理論傳統脈絡的)立論基礎上相應得出的一種研究策略(方法論)，所以是理論也是方法。但在她的理解中，理論/方法的區分並不恰當。即便在闡述時，或可權宜地分而述之，但將之分開來獨立理解並不合適。

建制民族誌強調要從人的日常經驗出發，揭露建制體制如何具體地透過論述、管理及專業等不同形式施行其影響(也就是Smith所說的統治關係)(Smith 2005: 31)。而在方法上相應的具體操作，主要切入點有二：一是社會建制中的文本，另一個是主體經驗的斷裂(disjuncture)(Campbell and Gregor 2004: 48, 92)，分別說明如下。所謂文本不只意味著工作內容的制式規定，還更抽象地指涉那些協調不同行動主體間進行協作的各種要素，其中包括許多形式上語詞的分類、角色、甚至是計畫或政策，這些不同型態的文本都是建制體制中協調行動主體構連社會關係的重要基礎。<sup>1</sup> 建制體系的運作乃倚賴不同形式的文本來進行構連(coordination)，文本也因此扮演關鍵的中介角色：文本除了規定行動主體並構連社會關係外，也中介了許多(或者常

---

<sup>1</sup> Campbell 及 Gregor (2004: 79) 曾清楚指出：「文本或許也可以指涉一間辦公室、一個計畫或是一項政策。」

常是更多)非正式的協作,在文本基礎上,許多行動個體在職場外的日常生活也必須配合地進行某種協作來達成建制體系中的規約。在建制民族誌的理解中,統治關係就是在文本中介(textually-mediated)的基礎下所建立的建制化權力關係。透過文本的協調中介,建制體系可以分別在不同地方展現出不同的影響,也因此文本成為建制體系足以產生跨地域(extra-local)、超地域(translocal)之統治關係的重要媒介。

另一方面,Smith在操作上也強調應從主體經驗的斷裂著手,她主張建制民族誌要扣緊微觀的主體經驗,從主體經驗切入進行民族誌的探索,方能勾勒出這些非正式的協作與建制統治關係的關連,但方法上真正著眼的是斷裂經驗背後所反映的另一層次上「建制體系中人為建構的實在面」(artificial realities of institutions) / 「常民經驗的真實面」(actualities that people live)兩者之間的落差。換句話說,在建制民族誌的分析中,真正關心的不是個人的主觀性感受本身,而是背後涉及的(結構面向上的)統治關係在常民生活中的展現樣貌(McCoy 2006: 114),包括建制體系中所存在的內在矛盾及荒謬性。

透過不同的建制民族誌的研究,我們進一步發現建制民族誌的「斷裂」概念在結構層次上有兩種不同意義面向的指涉可能:其一是指涉建制體系在實際運作時所產生的內在自我矛盾及失靈,例如Rankin在一系列對護理人員的建制民族誌研究中(Rankin 2003, 2014; *ibid.* and Campbell 2009),透過反省加拿大績效管理主義掛帥下的醫療體系改革,指出醫療建制體系中的文本實作與病患在日常就醫實作中表現出的實際需求存在有明顯落差,是以病患的主體需求不被滿足的經驗(日常真實面),與護理人員在建制體系(建制實在面)中的實作兩者之間存在著斷裂,Rankin的研究由此斷裂切入來反省加拿大醫改的侷限。其中所展現的矛盾性及荒謬性在於,加拿大的醫療體系改革原本是設

計用於強化醫療績效，但從某個角度看來，這反而造成就醫者需求不被滿足的荒謬發展。另外，「斷裂」在結構層次上也可以指涉某個建制體系對更廣的社會結構（如階級結構）進行了非預期的（或甚至與預期相左）的再結構化影響，例如在Smith與Griffith（2005）的研究中（Griffith and Smith 2005），當她們研究母職的日常實作時發現，母職工作相當程度上配合著學校這個建制體的文本中介的統治關係，展現出建制統治關係超地域地（translocally）滲透在日常生活中，研究指出斷裂經驗發生在母職工作及日常配合學校教學的「工作」兩者間的轉換（transformation）。她們的研究由此延伸探究不同階級的家庭中母職配合教育建制統治的程度，結論中發現教育體制這個建制預設了中產階級核心家庭的分工模式，從而揭露了教育建制如何進行階級再製的社會不正義及荒謬性。上述兩個不同的研究，都處理了「建制體系中人為建構的實在面」與「常民經驗的真實面」之間的斷裂及矛盾，但卻是在不同意義面向所進行的討論：前者揭露了某個建制體系內在的自我矛盾性及失靈，而後者則更進一步揭露了建制體系不正義地強化了社會中階級再製的統治特性。

由於IE的研究主張要從微觀的實際日常互動來探究統治關係，因而相當反對以僵化的二元對立關係來看社會範疇，如性別（男／女）以及階級的二元想像。這些從各種形態的社會範疇（category）預設出發的分析，都是Smith的建制民族誌的研究立場所反對的。Smith特別強調，「階級」這個範疇概念，如同性別、種族，都應該放在社會關係中來理解（Smith 2009: 78-79），要彰顯它們是在什麼樣具體不平等的社會關係實作中被建立、定義與被認知。因此Smith談階級時，並非先預設階級的存在，才去探究階級不平等的問題，相反的，是從實際日常生活實作中看到不平等的現象後，才在這所發現的差異基礎上探究背後所透露

出的階級性。

## （二）方法論特性的反思：從醫療場域管窺

對醫療場域進行建制民族誌的相關研究，以Rankin 及 Campbell的研究最具規模及代表性，<sup>2</sup> Rankin 及 Campbell將建制民族誌運用於加拿大醫療體系及健康照護體系的改革研究，發表了不少文章（Rankin 2003, 2014; Rankin and Campbell 2009），單就其內容來看，這些研究與STS學群的論述初看像是兩條平行線。但在2014年Campbell的一篇文章中，正式展開與Marc Berg的觀點對話（Campbell 2014）。在Campbell的討論中，她一方面區隔建制民族誌與Berg關於科技權力的相關論述關懷點的不同，另一方面也提出對Berg相關論述的質疑。Campbell的這篇文章開始讓建制民族誌與STS論述之間有了對話的交集。

Berg（1997a, 1997b）研究中有關科技的權力論述，主要從醫療電子紀錄、醫療紀錄（Protocol）等形式工具（formal tool）切入，說明這些形式工具構築了醫療實作導引的圖像（map），指出這些文本工具扮演的關鍵角色，可以讓醫療處置這個行動領域（terrain）中的專家、專業機構等行動者彼此相互協調（alignment），並達成平衡協作，構成行動協作網絡。由於Berg文章強調醫療電子紀錄、醫療紀錄等文本在社會關係建構的影響，因此主要對話的領域是STS。Berg和Bowker的研究分析了這些醫護人員的紀錄及堆疊的資料，指出許多紀錄是專供不同組織之所需，例如因應健保局、衛生單位稽查時的需要。Berg強調這些資料是建構我們對身體知識的重要基礎，身體因而只被認知成標準作業

---

<sup>2</sup> 另外一些相關研究有不少是未出版的博碩士論文（見Campbell and Gregor 2004: 104-111）。

流程中制式化操作下的那個身體。因為醫療領域對身體進行知識生產的背後是倚賴組織間相互調整（alignment）的運作，而這些組織間相互調整的背後又必須靠「記錄」（record）這些（形式）工具文本才能完成。也從這個切入點，Berg及Bowker建構人造物的社會學（Sociology of an Artifact）的過程中（Berg and Bowker 1997），開展了對形式工具這些非人（non-human）存有物的討論。Berg在經驗研究中關心的這個主題相當接近ANT理論所強調的觀點：ANT主張不應不平衡地放大社會（建制）的影響，反而主張應平衡對稱地定位人與非人（non-human）的角色，Berg也因而開始與ANT的觀點進行對話。但Berg強調組織間相互調整背後靠的是（形式）工具文本的這個立場，卻正是Campbell質疑的關鍵。Campbell認為類似行動協作網絡中能達成彼此平衡的相互調整是權力的議題，背後雖依賴（形式）工具文本，但文本只是構連現場相關人員的日常實作，所以應該回到行動者的日常實作經驗（Campbell 2014）。

這類不同學群因為研究對象重疊而相互產生關於立論立場的對話，讓本研究看到了反思建制民族誌方法論的可能性。本建制民族誌研究，由於涉及了呼吸器這項科技物，讓本研究可以有機會透過STS對科技物的研究視角來進行反思。是以本文在完成建制民族誌的觀察及分析後，將在分析成果的基礎上，延伸進行建制民族誌的方法論省思。

### （三）研究對象及資料蒐集

本研究具體考察的對象乃選定南區某區域教學醫院的呼吸治療個管師，從她們身上的斷裂經驗著手進行。本研究之所以選擇呼吸治療個管師作為研究切入的對象，原因在於呼吸治療個管師在整個呼吸治

療的運作中扮演了相當樞紐的角色（陳大勝、蕭秀鳳、黃崇旂和謝文斌 2003）：呼吸治療個管師除了實作呼吸治療照護的專業技能外，她還必須追蹤病患在醫療處理過程之各個不同階段的遞送情況，使其能符合相關文本規定的流程，並且在不同部門間及醫生與護理人員間，扮演溝通協調的角色。一方面，她有護理人員的特殊技能，另一方面她也有醫療基本判斷的基礎，因而能成為醫、護兩個專業之間非常重要的溝通橋樑。這些整合性的角色，讓呼吸治療個管師位處於各個相關部門及不同行動者間的交集點，成為整合性服務輸送系統中以文本中介為溝通基礎的中心位置，因此透過呼吸治療個管師更能看到相關政策在施行過程中的多元面向，是以本研究以呼吸治療個管師作為探索的出發點。<sup>3</sup>

資料的收集主要有兩個管道，一是分別與不同的呼吸治療個管師進行三至五次的深度訪談，收集她們在職場所經歷的案例、事件及感想。研究中曾訪談兩位有十年以上經歷的呼吸治療師，她們同時也是有多年歷練的呼吸治療個管師：一位歷練個管師的時間已超過十年，另一位則也已有兩年的經歷。研究者曾多次參與他們的現場實作進行參與觀察，也曾兩次隨行觀察她們每季的例行訪查，查訪與醫院有照護轉介合作關係的亞急性呼吸照護病房（RCW），此定期查訪的目的是追蹤了解醫院轉介出去的病患在RCW所接受的照顧品質，並從中觀察讓呼吸治療個管師產生斷裂經驗背後的建制體系，是如何在她們的日常協作中產生影響。分析時，本研究將由呼吸治療個管師的斷裂感受切入，由此來探究背後所反映出的不同協作，企圖由此勾勒圍繞呼吸器的建制體系所具體體現的統治關係。

---

<sup>3</sup> 以護理人員為建制民族誌的研究對象有其正當性，已有許多研究以護理人員為研究對象，如Rankin（2003）及Rankin et al.（2009）。

## 四、呼吸治療師的日常制式勞動

呼吸治療個管師的重要工作就是進行事前評估，讓病患能依試辦計畫的規定，隨病情發展的不同階段轉至不同的照護設施，以縮短病患在加護病房停留時間。呼吸治療個管師須將評估結果和醫療人員討論，在醫生下醫療處置後，由呼吸治療個管師負責監督、執行。呼吸治療個管師的工作在制式的規定中包括有醫療照護、個案管理、品質監控、教育訓練四個大方向（參見附錄1）。但他們在工作場域中的具體協作的內容有哪些呢？

### （一）文本化的工作

受訪的呼吸治療個管師在談到他們的日常制式工作時指出，日常主要是執行許多表格所列舉的工作，相關表格主要包括有呼吸治療記錄單、移除呼吸器評估單、呼吸治療記錄表、呼吸監護及醫囑（order）等。但她們也表示，在不同行動者間實際發揮協作功能的文本其實還更多，例如基本的相關作業程序都已建立在標準化的手冊說明上。受訪的呼吸治療個管師表示，新手實習的過程中，這些一般臨床現場看不到手冊及標準書（見附錄2的範例），是相當重要的學習依據，但新手們在邁向資深人員的過程中，往往會在實作中將這類標準作業程序內化（這可說是一種文本的身體化過程）。因此研究者在第一線進行工作場域的觀察時，儘管看不到具體的手冊文本在協調著護理人員的互動及溝通，但他們溝通所用的語彙、代碼、手勢、動作等都可說是建立在（被身體化）的文本之上，相關文本在實作現場中雖隱而不見，但卻是勾連護理人員彼此之間互動及溝通的重要基礎。此外，護理人員在交班過程

中，也需要相關的非正式文本記錄，來達成延續照護的目的。這種交班文本的形式，除了透過電腦輸入的正式表格文本外（附錄三），還包括寫於紙上班班交傳的非正式手寫文本（附錄四）。呼吸治療個管師的日常工作，高度鑲嵌在文本中介的建制環境中。

當受訪的呼吸治療個管師在被問及每日例常都做些甚麼事時，她當下第一個反應的回答是：

一早來我們先交班嘛，交班之後就是醫生查房，查房之後我們再做routine的工作，就開始做評估、整個評估。有的個案可能有機會今天會拔管，所以我們會先測一些值起來，等醫師查房的時候跟醫師溝通，告知這個個案可能可以拔管了這樣子……。

我們先從電腦上面download資料，把七天的或十天的個案全部撈出來，一早就去看這些個案的資料，查看他現在目前的狀況是怎樣，那如果說這個個案有可能要去RCC的話他就會排天數，跟那個負責RCC的醫師溝通，看如果有床的時候，哪個要先進去，哪個個案後進去。

從她對自己工作的描述，我們清楚看到她很快進入這些文本中介的流程及細節，腦中浮現的內容不是其他（如病患的處理、與病患的溝通等），而是工作流程，在他們的認知中這些流程等同於是處理病患的一環。換句話說，她們心中對工作內容的主要印象，已被一堆文本化的處理流程所填充，而她們與病患互動的部分也早被這些細節流程所淹沒不見。這一堆細節流程的背後，都有其建制體系內部的管控意義：

一般來講，呼吸器的個案幾乎都是先出現在加護病房，如果說評估起來這個個案需要長時間的照顧的話……大概十天，十天左右我們的個管師就會把他納管，就會追蹤這個個案的狀況，如果真的weaning（脫離呼吸器）不掉的話，就會轉去呼吸照護中心（RCC）。

依健保局的文本規定，當加護病房的病患使用呼吸器達21天，且有持續使用呼吸器之需要，但病情卻已不符合續住加護病房的條件，這類病患應轉出加護病房至RCC。是以呼吸治療個管師必須戰戰兢兢地進行個案控管，將已使用呼吸器約14天的個案納管評估，以避免超過21天而佔用加護病房的病床，因此篩選高危險群個案就成了他們在這個計畫施行以來的例常工作項目。針對這方面的控管，健保局還特別制訂有醫師抽審制度：若加護病房的個案經抽審已不符續住加護病房的條件但卻仍未轉出，該醫院在健保給付上將會被核扣，除非該主治醫師提出續住加護病房的申覆，否則醫院將有經營成本的損失。此文本規定構連出一種對醫師的具體壓力：

如果說這個個案已經將近第十四天或第二十天了，因為二十一天本來就應該轉RCC了，ICU（加護病房）的醫師就會很急，因為超過天數的話，他就必須要寫申覆。

在這壓力下，主治醫師若認為個案主要面臨的是呼吸器脫離訓練的問題，通常會督促個管師儘早排定病患轉入RCC，以避免未來有寫申覆的麻煩。這個規定也因此牽動呼吸治療個管師，讓負責的個管師承受頗大的精神壓力。受訪的呼吸治療個管師坦言，這樣精神緊繃的工作負

擔，其實多少會影響他們對病患的其他照護工作。在有限的時間下，他們必須決定處理的先後順序，放在優位處理的常是一些容易「看得到」的事項。例如在那些評鑑時被具體考評的內容中，列有一個考核項目：

脫離呼吸器評估計畫及確實執行脫離計畫適當：有訂定單位內呼吸器脫離指引，規範呼吸器脫離訓練流程，且單位內醫師、呼吸治療師、護理師皆能熟悉了解病人之呼吸器脫離方式並能確實執行。<sup>4</sup>

為應付這項評鑑項目，呼吸治療個管師必須另外規劃一些「看得到」的紀錄表格，以供評鑑時佐證之用。文本構築出一種讓場域中行動者聚焦於病床使用效率的視框，讓醫師及呼吸治療個管師的心思不得不念茲在茲地繫於相關流程及效率邏輯。這呼應了一些相關研究類似的觀察：例如Breimo用建制民族誌的方法研究挪威在1980年代後的一些社福制度改革，發現這些改革措施造成社工人員的工作變得越來越不具個人特殊性（impersonal），相反的，技術性及形式上的判斷逐漸取代過去專業性的判斷（Breimo 2015: 17; Luken 2015: 4）。此外，Rankin與Campbell的研究也說明了加拿大政府引進健康照護政策的改革後，第一線的護理人員對工作的專注也開始有了轉向，護理人員的工作內容開始高度專注在病患的出院計畫的執行與相關文本的追蹤實踐（Rankin and Campbell 2006）。

在微觀層次上，我們確實可以明確感受到呼吸治療個管師的日常例行工作已緊密地鑲嵌在文本中介的運作之中，雖然構築這些文本的背後，存在著一些具價值性訴求的論述及意識型態。但這些論述層次上的

<sup>4</sup> 引自院內提供之評鑑考核項目表。

理想，常只是一種去社會脈絡化的期待：在實際的醫療溝通運作中，從許多方面都可以看到醫療實作效應與論述訴求間存在有相當的落差。例如本研究後面的分析將指出，隨著病患的社會階層不同，相應互動產生的醫療處置也就有所差異，這凸顯出理想的醫療文本設計（建制實在面）在日常實作中製造階層差異化（日常真實面）的矛盾現象（作為一種斷裂）。

## （二）順從式的協作：家屬不急、急死個管師的弔詭

在前述制式的文本化的工作框架之下，呼吸治療個管師實際日常工作的執行其實還包括更多表格之外的非制式（常是抬面下的）協商運作，其中包括了許多不同層次的溝通協調及關係經營，如個管師與病患（及其家屬）之間的病情溝通及信任關係的經營等等。在呼吸治療個管師這個新計畫所規約出來的角色被建制化後，醫病之間的溝通被文本化的程度就變得更高，例如與呼吸器脫離有關的溝通，就逐漸在呼吸治療個管師的涉入下朝計畫控管的方向操作。儘管解釋病情是醫生職責，然而當醫生對於家屬的期待與認知能力不熟悉時，他們對病情解釋與說明便沒有辦法達到預期效果，是以呼吸治療個管師必須接手這溝通的重擔。病情的解釋不只是單向資訊的提供，而是一種複雜的溝通過程，由於病情解釋不是在平權的關係基礎上進行，提供病情解釋者更需要倚賴高度的心理能力來操作，並需要善用溝通技巧。這些正是呼吸治療個管師有別於醫師的地方，呼吸治療個管師在受訪時，提到他們所處「位置」的特殊性：

有些時候他（醫生）抓不到家屬要的，因為他的立場是，我是醫療者的立場，所以他講的東西不會那麼的讓人家聽得懂。畢竟家屬擔心的東西，跟醫生擔心的點可能不一樣。

這種溝通技巧的善用完全是另一類能力的展現，此溝通能力的獲得與施展，除具備醫療專業知識之外，還要能夠個別化地接納不同溝通對象的認知程度與社會處境。訊息傳遞的技巧需要長期的經驗累積和反覆的練習，這些面向都是呼吸治療個管師比醫師擅長的部分。其中包括她們懂得自行創造一些具創意的「個性化文本」作為其個人使用的溝通模式，例如本研究受訪的呼吸治療個管師就表示，她會採用自己特別錄製在手機中的影音和實際案例來對家屬進行衛教。這些是呼吸治療個管師在文本中介運作下逐漸建制出來的專業，讓醫病溝通變成被控管的一個環節。

此外，當醫生下了醫囑（作為文本）後，看似明確地規定了呼吸治療個管師的執行內容，但實際上這過程常衍生需要更多的衛教說明、溝通及互信才能讓家屬配合，醫囑才可以順利地被執行。

（很多工作）沒辦法寫在病歷，沒辦法寫到那麼detail。例如他（醫師）講：on tube 這樣的陳述而已……你可能花三個小時、兩個小時在跟家屬說明相關的事情，但記錄上沒辦法呈現那麼多啦！因為你如果寫很多東西進去，變成paper work，人員反而花很多時間在papre work上。

呼吸治療個管師接到“on tube”（接呼吸器）這樣簡單的醫囑後，一方面要執行衛教文本及相關作業流程的規約，另一方面也必須執行給付系統

中規定的連繫動作。在這些多元文本的交織及連繫中，個管師往往必須與家屬有良好的溝通，但這些面對面的溝通，若要能更有效地進行，還需要有互信基礎，也就是個管師與病患（及其家屬）在多次互動中所經營建立起來的了解和信任。

呼吸治療個管師嘗試博取家屬信任，以及想方設法進行衛教的努力（如生產「個性化文本」的努力），確實代表呼吸治療個管師自認敬業及專業的表現，但進一步探究卻發現，她們所認知的敬業及專業這些代表工作倫理的背後，其實隱藏著文本中介所帶來的影響，例如訪談中，呼吸治療個管師提到，自從開始實施IDS計畫以來，原本過去都是家屬急著要拔管出院的，現在卻變成是呼吸治療個管師急著要病患脫離呼吸器或轉出。個管師對此略帶抱怨地說：

過去因為插呼吸器都是病患自己要付錢，所以他們都是能儘早出去就儘早出去，那時家屬都很積極地學習幫助病患進行呼吸訓練的方式，以便能早日脫離呼吸器。現在不一樣了，現在反而是護理人員比較急，因為我們有weaning rate（呼吸器脫離率）的壓力，所以我們急著要家屬學會呼吸訓練及照護技巧，他們反而學得沒有以前認真，他們現在有健保給付，反而不急！

呼吸治療個管師進行衛教的一項重點是教育病患及家屬學會自理照護及訓練的技術，因為這是依賴呼吸器病患在轉出前的預備工作。為了讓家屬能儘快學會這些技巧，呼吸治療個管師想方設法地去達成這目標：

以前我們在做呼吸訓練的時候，就是用講的或用圖表，現在我們爲了讓家屬能儘快學會，都還自己想辦法製作影片，存在手機裡面，讓病患家屬看，因爲我們有脫離率的壓力。

當呼吸治療個管師比以往更積極地進行衛教，背後其實隱藏著分段照顧制度規定下限期轉出的壓力，就這意義來看，前面提及呼吸治療個管師積極博取信任感及積極發展「個性化文本」來進行衛教的努力，體現的是建制體系運作中驅動呼吸治療個管師改變的具體內容。呼吸治療個管師在個性化衛教文本的創發與博取家屬信任感的努力，雖不是相關文本所規約的工作內容，但是卻是達成呼吸器脫離率（屬於文本要求）所連帶產生的實踐，可以說這代表的是一種文本中介下的順從式協作。博取家屬信任、達成脫離率及增加資源運用的效率等等，悄悄地發展成爲她們自我認知的工作倫理的一部分，她們逐步地調整對工作倫理及相關價值的內容認知，如同呼吸治療個管師在訪談中對自己在個性化衛教文本的創發以及博取家屬信任感的努力所給予的正面自評。<sup>5</sup> 呼吸治療個管師對病患的照顧認知，從過去單純考量對病患的最佳照護，轉變擴大成也包括了資源使用效率的管控。這個理解內涵的轉變，意味著一種工作倫理認知的位移，轉變成符合文本中介環境中的新倫理。

在另一方面，試辦計畫的施行也牽動著家屬的照護責任認知的轉變：家屬對病患脫離呼吸器的努力現在變得反而沒有呼吸治療個管師來得積極的事實，充分顯示健保給付的建制文本是如何地發揮其統治性，如何貫穿影響醫療人員及病患、家屬的現場實作。這個互動模式的變化，反映出的是外在醫療制度對病家行爲產生的誘導，家屬爲什麼不

---

<sup>5</sup> 這種在文本中介的建制環境中，工作倫理認知的轉變在Rankin與Campbell的研究也有類似的發現（Ibid. 2006: 107-111）。

急？這與健保制度有關：呼吸治療個管師受訪時表示，越早脫離呼吸器也就意味著越早進入要投入更多人力及花費的居家照護或護理之家這兩個照護階段，在這些照護階段不僅病患家屬要自費，也同時意味著家屬要投入較多的時間照料，因此人力成本也較高，這對社會階層較低的家庭，特別是勞動階層的家屬來說，是一種不可承受的雙重負擔，是以病家對協助病患脫離呼吸器的態度會變得較為「順其自然」而不那麼積極。而呼吸治療個管師的急迫感，卻來自於相關稽查制度的施行，這一來一回所產生的變化，造成病患家屬不急卻急死個管師的奇特發展，這項病患家屬與個管師之間的張力，可說是文本中介的建制體系在微觀層次所產生的影響變化。從中我們看到一個相當矛盾且荒謬的發展：IDS計畫原本期待驅動相關醫療資源的有效利用，儘可能縮短呼吸器脫離的時程，但卻造成家屬為節省照護費用，而在協助病患脫離呼吸器上顯得更消極。

在以上的分析中，我們也發現，呼吸治療個管師在建制體系中的各項協作，是同時在不同文本所中介的建制環境中進行的，因此協作過程中涉及了多元文本，<sup>6</sup> 而這些多元文本背後則由更高層次的不同論述所支持，如醫療專業論述、健保給付政策等相關論述。以上述的例子來說，呼吸治療個管師在實作中，對病患脫離呼吸器比家屬還急的荒謬，一方面涉及了伴隨試辦計畫（作為一種政策文本）而來的評核壓力，但另一方面也涉及了健保給付（作為另一種文本）的設計，讓家屬不急售協助病患脫離呼吸器，以求得能先轉至健保給付自費額較低的RCW階段。這是一種多元文本交織下，醫療領域的實際協作所產生的荒謬現象。由於不同的政策文本背後分別有不同的論述基礎，是以不同文本在

---

<sup>6</sup> 感謝一位匿名審查人在審查意見中提到多元文本的問題，提醒了研究者得以在此釐清多元文本交織在本研究中的角色及意義。

運作中的影響展現，也可說是相應的論述所展現出的權力關係樣貌。<sup>7</sup> 在本文後面的分析事例中，我們仍會不斷看到呼吸治療個管師處於不同建制體系及多元文本所交織、拉扯的影響之中，以及由多元文本交織所產生的不同斷裂現象。

## 五、績效與倫理：呼吸器引發的倫理衝突

健保局所推行的試辦計畫，目的在針對病患的恢復狀況提供較優的分段照護措施，並且希望在健保給付的支持下能發揮更好的效益，這等於用資源的角度來定位呼吸器的使用。但這樣的計畫施行過程中，卻引發了第一線呼吸治療師常常必須直接面對一些價值衝突的場景，在此舉一案例說明：一個病患在一次意外中導致顱內出血，使用呼吸器17天，經評估及呼吸訓練已可停止呼吸器使用及拔除氣管內管，但病患兒子卻表示：

我同事告訴我他親戚有呼吸器重大傷病卡，原本已付健保的部分負擔，但有那張重大傷病卡會將已付的部分負擔退錢回來，我同事說呼吸器要裝21天以後才能申請，我算一下我爸開刀到今天17天，剩4天就可以申請，我要求4天後再拔！要不然我的經濟負擔好重！

---

<sup>7</sup> 依Dorothy Smith建制民族誌的立場，她不認為建制影響是論述決定的，所以在方法上，論述所產生的權力關係必須透過文本中介的常民日常協作來「逆推」：因為日常協作的形式及內涵有其自主的生產力，所以論述權力的實際表現是常民在日常協作所勾勒建構出來的，也只能由此逆推。

醫師站在病人的人道立場向病患的兒子解釋：

你爸嘴巴那條管子是放到你爸爸的氣管，你想想一般人被東西  
噎到就很不舒服，何況你爸爸嘴巴的管子那麼粗，且你爸爸目  
前已意識清楚能知道痛，且管子拔除後能让你爸爸可講話表  
達，而且我們的立場需在病人這端考量的醫療評估及處置行  
為，不能因為家屬的要求漠視個案的舒適，且你的要求是用你  
爸爸的痛苦來減輕你的負擔！

病患兒子卻低調地表示：

你們醫師錢賺得多當然不痛不癢，我是二萬多元要養全家，對  
我現實生活當然要先考慮，不能一人倒全家跟著倒，我是請醫  
師幫這個忙！

在這案例中，三種不同的價值論述彼此衝突，亦即專業分段照護的健保  
設計理念、病人的人道考量、病患家庭的家計維持，這三種價值都有其  
被關注的必要及正當性，但卻彼此衝突地存在著，而第一線的實務工作  
者（包括RT）卻必須在多方溝通中實際面對這些價值衝突，在文本規約  
的建制條件下進行決斷及承受相應的斷裂感受。

類似的案例並不在少數，例如一位高齡奶奶再轉入呼吸照護中心後  
第12天，家屬同意執行氣管切開手術，術後林奶奶狀況穩定，呼吸器訓  
練順利，已開始每天延長中斷呼吸器使用時間。因而主治醫師判定：  
「如狀況持續穩定，再幾天就可以轉一般病房。」其孫女卻表示：

我有朋友在附近的小醫院上班，他告訴我如果我奶奶轉護理之家一個月至少花二萬元以上，如果插著呼吸器轉他們醫院的話一個月只要六千元，其它健保給付，而且有醫師會查房！

呼吸治療個管師依文本規定、秉持著分段照護的健保設計理念費心解釋：

妳朋友說的是如果妳奶奶的狀況在我們這裡真的無法拿掉呼吸器，才會再下轉至專門的病房持續訓練，但妳奶奶目前的呼吸訓練的狀況持續進步，應該可以順利脫離呼吸器，可不用轉妳朋友說的病房。

病患孫女表示：

不管我奶奶什麼狀況，以後我奶奶無法回家自己照顧，如果是在醫院及護理之家之間做選擇我寧可將我奶奶送醫院比較放心，又有醫師查房。而且我奶奶又不是沒繳健保費，我朋友說我奶奶不能沒有使用呼吸器超過五天，如果妳們要將我奶奶的呼吸器拿掉，那我要求要將我奶奶轉到我朋友的醫院，只要醫師同意讓我們轉出去就可以！

拔不拔呼吸器，在試辦計畫的文本設計中，單純體現的是一種資源分配考量下的規定，但對實際面對這規定的家庭來說，牽涉到的則是能否維持家計的可能性。換句話說，相關文本讓醫療處置與病患家計的連結模式產生了新的變化。在這樣的資源管理主義透過建制體制的影響下，相

關文本（包括試辦計畫及健保給付的多元文本）的施行導致病患家屬以一種新的（耗費醫療資源的）方式，來極大化自己的利益，單純以自身資源作為決策的考量，甚至不惜違反對病患的人道對待、忽視病患可以免於戴呼吸器受苦的權益。這現象雖然屬於家屬個人的照護倫理問題，但背後凸顯的卻是文本中介的建制環境所生產的內在荒謬性：原本規劃改善醫療資源利用的建制設計（「建制體系中人為建構的實在面」）與病患家屬在醫療現場浪費醫療資源的真實實作（「常民經驗的真實面」）兩者間存在鮮明的斷裂。當病患家屬焦急地提出制度性踰矩的要求時，他們感受到的是文本所規約之處置的荒謬感：「為什麼差4天就不可以退錢？」面對這樣的疑問，早已不是醫護人員以「因為規定就是這樣！」這類簡單的回答就可以說服或安撫的。

面對這種狀況，本研究受訪的呼吸治療個管師表示，當病家確有經濟困難時，他們通常會知會醫院的社工師，讓他們透過管道去了解病家實際的經濟狀況（例如是否是中低收入戶或低收入戶），看看是否有社會局的補助可以申請。但呼吸治療個管師也表示，目前補助的規定往往只能幫到一部分病家的忙，尚有很多確有高度經濟困難的家庭在現行僵化的規定下拿不到補助。這裡也凸顯了另一個問題：醫療照護體系內的制度設計，在實際社會脈絡中操作時，必然涉及其他領域的制度設計（如社會局的相關協助規定），若缺乏整體考量或配套措施，縱使醫療制度有內部專業的考量及精算，但卻也可能促成另一種非預期的發展：再製階級差異的不平等，如以下的分析。

## 倫理衝突與階級不公

呼吸治療個管師在談到前述這種荒謬現象時，她認為與以下三個發

展密切相關：一、網路訊息的普及，病患家屬很容易從網路上獲得相關的訊息，並拿來質疑醫護人員處置的正當性；二、不同病患家屬在醫院會客間會彼此進行訊息交流；三、院外的RCW會派人來向病患家屬「傳授撇步」，說明戴著呼吸器轉到RCW的好處。在健保局的規劃中，RCW只允許由地區教學醫院或私人經營者設置，而且RCW向健保局申請經費是案件計酬，因此案件越多，可以申請的補助總額也越多。所以某些RCW在積極擴大收案可能性的同時，常會向病患家屬提出一些「技術性」的建議，勸家屬主動向醫院爭取不要移除呼吸器，如此便可以不用被迫轉至照顧成本較高的居家照護或護理之家，而能進入自費較低的RCW。若考量一些家計困難家屬的經濟狀況，這些RCW所提的具道德性爭議的建議對病家確實是有利的。依呼吸個管師的觀察，她不諱言社會階層低、經濟狀況較差的病家，特別容易接受這些RCW的建議、不斷地糾纏醫師，希望醫師能將病患診斷為需要繼續使用呼吸器，以便可以順利轉至RCW。另一方面，部分RCW的經營者則會積極向病患家屬提供優惠的方案、降低收費、甚或提供免繳費的服務，以增加接案量，藉以透過衝量的方式來大量領取健保局的補助，彌補免向病家收費的損失，但這當然也同時意味著，必須透過降低照護品質來達成營運仍能有盈餘的目標。面對RCW提供的這類「誘惑」，經濟狀況較差的病家很容易欣然接受，或者說也不得不如此選擇，否則他們並無法負擔護理之家相對高額的收費。而這正意味著建制體系的運作反映在不同階層所施展出了不同力道的影響：不僅容易讓經濟狀況差之低社會階層的病家為了生計選擇一些照護品質較差的RCW，同時也讓這類病家在進行這種選擇時，面對較高的倫理衝突。換句話說，目前這樣制度的理想運作，基本上是以經濟小康的家庭狀況來設計的，對中下階層的病患家屬來說，這樣的制度設計並無法滿足他們實際的需求。

反觀社會階層較高的病患家庭，依呼吸治療個管師多年的經驗觀察，病患（及其家屬）由於比較有充分的資訊及人脈，所以他們提出的要求反而主要不是基於經濟因素，而是在擁有較充分的訊息及社會資本的條件下，希望能影響院方採取某些處理方式，讓病患獲得較佳的醫療待遇，例如他們靠著充分的人脈或自身的學識，當知道ICU的照顧品質較好並且獲知一些可能的操作方式時，便可能積極影響醫護人員或院方，希望讓病患能從RCC轉回ICU以獲得較好的照料，其手段包括準備許多專業訊息來質疑醫療處置的作法及決策，挾他們較充分的社經資源，透過不同方式來施壓、影響醫療處置，以期達到他們的要求（或是奢求）。

醫療及健保建制體系所提供的資源及可能性，從呼吸治療個管師的實際協作經驗看來，並沒有創造一個平等的照護機會，甚至可以說在這樣一個建制環境中，生產了（也同時再製了）一個不平等的階級差異，而這個差異化是在互動實作中被醫護人員及病患家庭所共同感知的。呼吸治療個管師表示，在經濟狀況差的病患家屬提出希望能不脫離呼吸器以降低醫療開銷這類的要求時，個管師除了會嘗試與社工單位聯絡，看是否能為其多爭取一些補助的可能性外，呼吸治療個管師不諱言，在相關資源不足以支持的狀況下，一些醫院的個管師有時會視狀況努力與醫生溝通，進行一些「特殊的處置」讓病家能有能力處理病患的後續照護。這些打擦邊球的「特殊的處置」，雖大體上仍在符合文本中介的建制規定中進行，但也多少會有刻意操作的倫理問題。「不然這些弱勢的家庭要怎麼辦？」個管師在這樣的心境下，將這些「特殊處置」正當化為自我認知是照護倫理的一環：「我們盡量會考量病人及其家屬的狀況，在可以做的範圍內儘量幫忙，這是我們能做、也應該做的！」如同前述討論，這些協作看似是個管師出於人道考量的付出，但同時也屬於文本中介的建制環境中新發展出來的順從式協作的一環，意味著一種工

作倫理內涵認知的轉變。特別值得強調的是，這類協作中隱藏著一種階級差異化的運作，階級差異的認知鑲嵌在她們工作倫理的認知中，同時也刻劃在病患及其家屬的自我認知中。而這背後的驅動力卻是建制環境透過文本中介所引發，並伴隨鑲嵌在個管師新的工作倫理生產中、隱身於工作倫理的正當性中進行再製。

由於IE強調階級概念應該在日常實作中被體現，也就是必須以實作中所看到的差異為前提。循此思維，本研究在醫療場域的實作中，確實發現家屬病患有不同的協作類型，而這差異是在既有的醫療及健保給付的建制框架中，受限於他們不同生計條件所產生的結果，展現出其階級內涵。本研究從醫療及健保給付制度中，看到的不同的協商方式的差異，這等於是再現也再製了階級的差異。如同趙彥寧（2015）在其照護倫理的研究中所洞見的「死亡的氣味，也是階級的氣味」的觀察，不同的協作差異，正透露著階級的氣息。在這些實際的協商互動中（包含了許多制度性踰矩的協商），階級的差異性被更清楚地意識到及被標示，不論是在病患或病患家屬自身的倫理感知，或在醫護人員的認知中，這些協商模式的差異都被鮮明地看到、且持續進行建構。而這些差異性的建構，在建制民族誌的分析框架中看來，不啻為是建制統治關係影響下的建構。

## 六、反抗性的協作：反思統治關係下的反抗

以上所分析的是呼吸治療個管師在文本中介運作下的順從式協作。但呼吸治療個管師在文本規約之框架中的實踐作為是否只有這類順從式的協作？一位受訪的呼吸治療個管師在描述他的日常工作時曾表示：

醫師他有什麼plan的話跟我們講，或是下個order，我們就by他order做事情，當然有時也會覺得這個order奇怪，那我們還是會嘗試跟他溝通。但是主要的決策者畢竟還是醫師啊，其他人員是under在醫師之下。

呼吸治療個管師的每項工作都架構在文本的基礎上，都有制式、慣習流程（routine），執行這些by order的工作是如此制式，彷彿不需要靈魂而只需要照本宣科的專注力。但她最後一句話「當然有時也會覺得這個order奇怪，那我們還是會嘗試跟他溝通。但是主要的決策者畢竟還是醫師啊，其他人員是under在醫師之下」聽起來像是靈魂剛睡醒，卻又立刻無奈倒下的嘆息，儘管無奈，嘆息中至少還透露出了一絲端倪，道出了慣習流程背後（或許被桎梏著）的靈魂還存在著，沒有完全放棄「溝通」。若僵化地依循制度的權力關係，呼吸治療個管師當然可以選擇不溝通而直接照order辦事，但驅使呼吸治療個管師進行溝通的背後動力來自於她們工作場域中的經驗知識以及考量個案特殊性的專業判斷，當這種判斷與體制權力命令不相符時，自然會讓個管師產生斷裂感受。依這個角度來看，個管師的斷裂感受代表的不只是一種個人的情緒，同時透露的是由不同專業經驗（醫師專業與呼吸治療個管師專業）所發展出之不同實作知識之間的落差。

這些落差所引發的「溝通」或協作，無法完全以前述順從式的協作來理解，受訪的呼吸治療師描述著一個她曾經歷的案例：

x弟弟已30多歲，使用著呼吸器靜靜的躺在病床上。出生即罹患腦性麻痺造成x弟弟的四肢屈曲攣縮變型，只能透過臉部扭曲或微笑的表情，表達他自己的身體不適及情緒變化。小時

候，父母因工作忙碌無暇照顧他，便將他交予褓姆24小時照顧。10餘歲時，因褓姆年歲大已無力照料他，父母再將他送至專門照料身心障礙兒之教養院，x弟弟在教養院內接受24小時的全天候照顧已10餘年。隨著x弟弟身軀漸長，不正常的脊柱曲度越來越大導致心肺受壓，造成心肺功能越差，痰液易堆積於肺內，最終只好施行氣切手術便於x弟弟的痰液清除。又因x弟弟解剖結構異於常人，在氣切術後回教養院照護期間，常因呼吸道問題反覆送醫處理。

某次x弟弟又因呼吸道問題，由他院輾轉轉到受訪者服務的醫院就醫，經開刀處理後病情轉趨穩定，由加護病房轉入RCC。在RCC接受呼吸器脫離訓練期間，教養院人員常來院探視及關心x弟弟狀況。教養院人員過去因照顧x弟弟已十餘年，和x弟弟培養有如家人般的感情，他們的心情也隨著x弟弟的疾病變化而波動。當x弟弟還住加護病房時，他們表示內心的期待：「照顧x弟弟10餘年，x弟弟已是教養院的一員，他是院內修女、工作人員、義工們的寶貝，希望x弟弟能回家（意指教養院）。」

x弟弟由於有異於常人的解剖結構，住在RCC期間經訓練後仍須呼吸器輔助其心肺功能。教養院人員雖希望x弟弟能回教養院，但院內人員含護理人員在內皆未照顧過使用呼吸器的個案，他們擔憂是否有自行照顧x弟弟的能力，因此希望醫院呼吸治療師能至教養院，向相關的照顧人員說明x弟弟的狀況，同時教導他們如何照顧x弟弟的技巧及相關注意事項。教養院的邀請和期待，超出呼吸治療師正規執行衛教工作的範圍。按標準文本的衛教程序，護理人員及呼吸治療師通常在病患轉出之前，只會在院內向他們的照護者（外籍看護或家屬）教導照護技術及注

意事項，直到照護者熟悉照護技術後，才讓病患轉至下一個照護設施（居家照護或護理之家）。

在教養院的殷切邀請下，受訪的呼吸治療個案師毅然改變正規院內衛教的模式，她準備相關教學用具，協同居家照護呼吸治療師，利用非上班時間走出醫院，進入x弟弟的生活環境，協助教養院的照護群進行x弟弟回家前的準備工作。對此，主治醫師曾提出質疑：「在醫療處置面來說，該case在RCW接受的照護應會比在教養院快速、直接，何必勞師動眾花時間及精神在這上面？」主治醫師所提的方案完全是遵循文本脈絡及醫師專業判斷的處置模式。然而，這位有多年照護經驗的呼吸治療個案師卻有不同的照護觀點，她認為：「x弟弟住在教養院被照顧已有十多年，教養院已是他的家，教養院的人員猶如他的家人，而且教養院的人員很有心要學習照護x弟弟的技巧，重點是他們之間有家人般的連結關係，x弟弟在那邊不會僅是第幾床的病人，而是教養院所有人的x弟弟，他被用心照顧的程度相信與在RCW完全不同，如果病患照護的內容都僅考慮醫療處置，那很多病人都回不了家！」。從規劃x弟弟後續的照護計畫，呼吸治療師與醫師迥然有不同的思考角度。呼吸治療師認為：

成功將長期使用呼吸器個案成功脫離呼吸器，或無法脫離呼吸器但將個案送到能得到好的照顧場域，是呼吸治療師很有成就感的事，雖然在過程中可能會遇到醫療團隊間看法、立場及期待不同而有衝突，但努力過程得到家屬信任、團隊間之肯定亦是另一種自我肯定。

這位呼吸治療師所遭遇到的衝突感，來自於工作建制體系中相關文本制式協作的要求與病患真正的需求有所落差。也可說，在績效管理主義的

建制環境中，病患這類「特殊需求」注定要被邊緣化、絲毫不會被列入考量，完全無法見容於「建制體系的實在面」。由於在既定文本的視框中，病患社會條件的個別差異被排除，也因此排除了實作中發展多元照護的可能性。此呼吸治療個管師在制度文本的範疇外所進行的不服從協作，實踐了多元照護的另類可能。這與護理人員透過自我「敬業」或「專業」認知的培養，自發進行許多看不見的勞動以維持體制能順利地再製不同，<sup>8</sup> 因為此例這種殘補式的協助，並非為完成文本制度規定的運作，而是跳脫制式文本的規約範圍所進行的另類補遺。從另一個角度來看，這些績效主義體制之外看不到、不被記錄的勞動，也成為績效主義體制對受訪之呼吸治療個管師所進行的「另類剝削」：呼吸治療個管師必須倚仗自己在建制體系中作為呼吸治療師的專業角色，方能進行（體制規約之外的）自我價值實踐。

建制民族誌如何處理這類跳脫統治關係脈絡的（具有自我價值實踐特性的）自發性行動呢？Smith（1987: 225）曾在討論女性主義的脈絡中提到過批判力量，她認為建制民族誌若能清楚說明統治關係，將足以讓人「創造外在、超越支配機制的連結、讓女性的經驗發聲、並開啓女性對組織她們生活的形式和關係的凝視，以及擴大女人組織抗爭以對抗壓迫的權力和能力」，Smith 稱其為「建制化的顛覆（subversion of institutionalization）」。但在其方法脈絡中，這些反抗力量也必須在抗爭集結到足以產生建制化的過程，才足以成為研究的主題。Smith在另一篇討論由下而上的改變力量的文章中，從她對政治上一些改革運動論述的評論與詮釋，可以看出她的立場是：「只有能建立起建制機制的運動，才能真正產生改變。」（Smith 2007: 21-22）換句話說，要能讓批

---

<sup>8</sup> 感謝審查人提出此點反省，讓筆者更明確區分出促進體制再製的協商與具有實踐創造力的（批判式）協商兩者之間的不同。

判力建制化，才能真正有顛覆性。如果是零星、無法帶來建制體系變化的反抗，這些批判力在她看來很可能順服地被統治關係建制化。<sup>9</sup>依照這樣的看法，本研究中呼吸治療個管師在跳脫統治關係脈絡的自我價值實踐，頂多凸顯的是制度面的荒謬及限制，確實也尚未「成氣候」，是以對這類「反抗」力量所能進行的觀察反而是：它們是否會逐漸被統治關係建制化，或真能創造外在、超越支配機制的連結。這些經驗性的問題，只能持續觀察未來實際的發展方能下結論。

但本研究進行的過程中，至少發現值得一提的現象：受訪醫護人員所屬的醫院，在許多醫護人員逾一年多的努力後，終於在2016年3月成立了工會，而本研究受訪的呼吸治療個管師也加入其中。訪談過程中，她提及個人參加工會的緣由：

目前工作環境跟以前已經很不一樣了，應該說醫院的很多制度的部分存在盲點，這些是上位者沒有看到的，必須要有人跟他們提醒，例如一些非正式的工作付出，不是表面上看得到的，但卻是我們日常實際進行的勞動，工會提供一個平臺，讓這些盲點可以減少，也讓醫院的制度可以有改變的可能。

呼吸治療個管師在其日常的實作中，所經歷的斷裂感受，（至少部分）促成了她對制度盲點存在的認知，這些認知也成為她加入另一種制度化的協商機制的動力來源，促成了具反抗性、有批判力之建制機制的出現。如此看來，從斷裂感受我們不僅能觀察到建制體系的運作對微觀主體產生順從式協作的影響，也同時可以看到引發具有創造性及批判性

---

<sup>9</sup> 甚至有些學者一廂情願地認為，若行動者意識到斷裂或當斷裂被揭示，那麼改變建制結構的力量就有可能產生（Townsend et al. 2003）。

協商實踐出現的可能性。建制中的行動者，只會是進行體制再製的螺絲釘嗎？根據本研究的資料，答案是「否」。建制統治關係下，確實有產生反抗力量的可能，這也是反抗力量由下茁生的源頭。

## 七、延伸的理論對話：建制民族誌方法的可能（限制）

在本研究脈絡中，人的呼吸功能可以被分級式地理解及操作，因此看似是社會建制規定下的產物，但若依ANT的理論立場，由於ANT主張不應不平衡地放大社會（建制）的影響，而是應平衡對稱地定位人與非人（non-human）的角色，因而會認為分級式的操作不單只是社會（建制）調節影響下的產物，也應正視呼吸器此非人科技物出現後，關鍵地影響了我們對身體呼吸功能重新理解的事實。<sup>10</sup>當圍繞著科技物逐漸產生出行動者網絡時，實不能將此網絡單純視為是社會（建制）的建構運作所產生的，其中還包括呼吸器本身的特殊性，例如它必然受制於病床特性來操作，亦即佔床率等這類涉及資源分配的特性。是以從ANT的角度，我們可以從呼吸器看到另一種敘事。

從歷史的角度來看，呼吸器的發展主要以1960年以及1980年兩個時間點為分水嶺。1960年代以前，特別是當1950年代小兒麻痺大流行時，當時人工輔助換氣顯著地降低了死亡率，呼吸器獲得驚人的醫療成就，因而加速了它被使用在加護重症單位。但當時因使用較繁複的負壓技術，因此呼吸器的機型相當笨重，也僅限用於特定的醫療空間。1980年

---

<sup>10</sup> ANT理論主張，關係網絡的重組與建制並非純然是社會建構論意義下的建構，而是具自反性意義下的建構，亦即「物／社會」之間的差異不是分析的出發點，而是共同茁生的一體兩面（Latour 2013: 81）。

代後，呼吸器開始運用電腦科技，多功能的微電腦控制呼吸器充斥於醫療場域，也使得可使用呼吸器的場域變得多元。呼吸器科技演變的過程，看似只是科技功能（工具性）上的變遷。但從另一個脈絡切入來看，呼吸器又不只是工具，更是一種資源分配中關鍵的「非人」行動者：使用呼吸器讓患者產生高度的空間及相關醫療資源的依賴度，這使得使用呼吸器患者與病床有密不可分的連結。病床在醫院中，並非只是物理意義上的空間，更是左右醫療資源運用及分配的重要因素，也因而連帶讓呼吸器成為影響醫療資源分配的重要因子。是以在當時健保局的試辦計畫中，特別考量了呼吸器影響所及的資源運用，而讓呼吸器成為精算的對象，其結果是創造出了呼吸器使用天數的規定及相關的分級呼吸醫療照護系統、呼吸治療個管師、醫療體系中資本管控的知識、相關的健保給付制度等建制化文本，這些都是圍繞著呼吸器作為左右資源分配的「非人」行動者所構築出的另一層面的行動協作網絡。

呼吸器這類科技物的出現，讓醫療體系依賴高資本的非人行動者，致使績效管理無可避免地成為必要的建制設計。從這角度來看，科技物不只是被使用的工具，它也是引導建制設計的（非人）行動者。在相對平衡人與非人行動者的理解框架中，建制民族誌這種把問題都歸因於建制統治關係的分析方式，似乎只呈現了部分真實的樣貌。以本研究處理的議題來說，ANT理論中所強調的「媒介」角色（Latour 2005: 37-42），相應在建制民族誌中的表述是文本中介，文本在這意義下可對比理解為一種特殊的非人行動者。因此，建制民族誌描述分析中（「文本」中介的）協作關係網絡，儼然成為ANT理論意義下的異質性網絡。若從這個角度觀察，ANT鬆動了我們在建制民族誌中毫不思索將呼吸器視為固定「文本」的理解方式，進而將呼吸器動態地視為一個待定位的「存有物」，讓它的存有性不被預設地看待，而是由協作網路的運作

來定義，這讓我們看到它作為一個非人行動者的多元具體表現，展現出多元的存有態：在本研究所說明的不同協作脈絡中，呼吸器至少就分別體現出（1）具醫療功能的（非人）行動者、（2）影響資源分配的（非人）行動者、（3）媒合跨機構照護合作的（非人）行動者等三種不同的存有面貌。我們看到行動者網絡隨著時間在變動，而這些變動與臺灣政府國際醫療化政策、全民健保政策、甚至全球的資本主義發展都有關係。若從這個歷史演變的角度來看，我們會看到的是呼吸器從一個工具媒介向資本媒介與（進行組織媒合的）跨機構媒介轉進變化（transformation）的多元過程，這也體現呼吸器存有態多元化的歷程。更有趣的是，若結合此建制民族誌的研究可以發現，在呼吸器（作為非人的行動者）的存有方式被建構出來的同時，所影響而相應生成的還包括不同文本及文本中介過程中所產生的倫理衝突，這意味著這些建構呼吸器存有的脈絡本身就內含有倫理因子，就此而言呼吸器並非與倫理無涉的存有物，而是在網絡中使自己（因自身特性）發展成具倫理內涵的行動存有。建制民族誌的呼吸器描述，從另一視角清楚地補足了呼吸器存有的倫理性。

## 八、結論

### （一）醫療建制體系中統治關係的階級性

本研究的建制民族誌描述，從微觀呼吸治療個管師的身上，看到她們如何在文本所中介的建制化統治關係中進行不同類型的協作，其中的一項典型就是順從式的協作，如同呼吸治療個管師嘗試透過個人創意化的不同方式，創發了許多「個人化」的衛教方式，努力獲取病患（及其

家屬)的信任。分析中我們看到這些非正式、個人化的協作是如何在達成呼吸器脫離率的目標下，透過醫療建制體系中的文本中介所引發。在這過程中，協助病患脫離呼吸器的壓力已悄悄地從家屬轉嫁到呼吸治療個管師身上。此外，其中的變化還包括呼吸治療個管師對照護內容認知的轉變：個管師會將這些圍繞新文本所延伸產生的工作，內化認知為病患照顧倫理的一環。這類順從式的協作也包括在可能的操作範圍中，跨領域地整合社工資源或採取醫療體系內可能的技術性操作。這些新型態的勞動內容，不僅在文本的中介下成為必要的協作，還成為個管師內化、具價值性的工作倫理內涵。這種由外（外在建制）而內（內在認知）的順從表現，展現出統治關係如何發生在底層醫療專業人員的日常實作中。

研究也發現，奠基於試辦計畫的相關建制系統中，產生有許多內在矛盾及荒謬的斷裂現象：原本期待能促進呼吸器脫離率以達到資源有效利用的規劃，在實際運作中卻發現，（1）許多家屬在協助病患脫離呼吸器的努力上顯得比以前更消極，此外，（2）在弱勢家庭的身上，我們看到一些病家如何透過社會公義的訴求來影響醫療處置，試圖延長病患對呼吸器的倚賴，而這也因人道考量部分得到醫護人員以技術性操作的方式協助。但這些違反「善用醫療資源」原意的斷裂現象，並非意味著病患家屬的照護倫理或醫護人員的工作倫理本身出了問題，而是牽涉到其他相關建制體系是否有相應配合的建制設計，例如社福體系若不能相應提供合理的配套設計，醫療體系政策的施行所產生的斷裂也就變得在所難免，讓整個建制體系的運作顯得相當具矛盾性及荒謬感。

此外，在呼吸治療個管師的順從式協作中，我們也發現隨著病患家庭的生計條件不同，護、病之間實際協作的方式也有差異，例如現行醫療體系文本中介的協作模式，會讓低階層的病患家庭容易遭遇較大的照

護倫理衝突。這個不平等的現象雖與病家自身的經濟條件有關，但卻是透過建制體系運作才被清楚凸顯出來的不正義發展。這表示與健康照護相關的建制體系（包括健保體系及社福協助體系）並沒有在國民健康醫療這議題上補殘式地創造出一個朝平等發展的環境，而是讓階級差異的不平等再次地被看見、被「做」出來，強化了某些階級性的印象，這也顯示不同建制體系（作為不同的統治關係）之間的交織，往往更能凸顯出斷裂性。一個（基於某些論述立場的）建制體系背後的價值預設，其相關統治性的本位思維及特性在與其他建制體系交織時，往往最容易被清楚看到，其間的荒謬及矛盾也最容易被彰顯。本研究與其說在彰顯臺灣現在醫療體系背後績效主義論述的意識型態是如何展現其統治性，更精確地說是想揭示這統治關係中一些內在矛盾及荒謬的（斷裂）現象：現行呼吸治療場域中文本中介的統治關係，強化了階級差異化這個非預期的社會再製。

## （二）呼吸治療個管師的批判式協商作為

本研究讓我們看到文本中介的建制環境中，如何在驅動呼吸治療管理師進行不同的協作勞動，其中除了順從式的協作外，也還包括有批判式的協商作為。這也顯示出建制體系運作影響下，微觀行動者（呼吸治療個管師）的雙面性：一方面她成為建制統治關係的一環，成為體制再製的螺絲釘；但另一方面，她也可能會採取批判式的協作。建制體系中的文本，在實作中是可能被行動主體以自己的視框重詮、甚至挑戰，也就是說，文本所框架出來的權力網絡雖有其背後的價值觀及意識型態，但這些在微觀的協作實踐中，卻不一定會被完全還原及體現。例如受訪的呼吸治療個管師，基於斷裂經驗選擇了跳脫制式作法，而嘗試在體制

框架外進行某種具價值性的自我實踐，這可以視為是她對建制統治關係的不順從。

從呼吸治療個管師斷裂感受，我們循查到不同論述結構間存在的張力：呼吸治療個管師的斷裂感受彰顯的不只是他個人價值觀的衝突，更是背後不同價值論述與專業論述間、醫療論述與照護論述間的意識形態衝突。研究中發現，在這種斷裂感受下，他們足以自發地進行許多「反抗性」的作為，跳脫出制式文本的協作模式，尋求一種（差異化的）另類協作，這些「反抗」作為不是抵制、挑戰式的抗爭，而是尋求以另一種協作關係來彌平斷裂感受所帶來的不安，但也因此，一種新的行動協作網絡可能因此茁生浮現。這類反抗有演化意義下的創造力性，<sup>11</sup> 其發生的契機可能伴隨科技的進步（如新的科技物的創造）或一些相關的社會運動（如組織工會）而出現，這些都可能改變既有的資源分配的知識框架。

若從建制化的角度來看，這類零星、尚未建制化的微觀批判式協作很容易被忽略，但這類協作卻是許多反抗即改善機制的動力來源。也因此筆者認為，建制民族誌的研究在揭露建制統治關係時，應同時凸顯這類批判式協作，將之視為是統治關係多元體現的一環，如此將能賦予建制統治關係更動態的理解、勾勒出統治關係的內在張力等許多更豐富、完整的圖像。

### （三）反思建制民族誌及其方法上的限制

建制民族誌方法的長處，在於能細緻地透過文本中介的分析，說明

---

<sup>11</sup> 這類有演化建構性意義上的微觀反抗概念，乃受益於de Certeau的討論（de Certeau 1988: 34-39）。

建制體系（及其背後的論述）是如何在微觀上實際施行其統治關係的具體模式。從方法論來看，建制統治關係背後的論述預設只能從文本中介的實作和主體的斷裂經驗來「逆推」，也因此，論述或意識型態的「存有」成爲方法上無法直接討論的預設，這樣的思維是將論述及意識型態的生成及變化歸因於微觀層次的日常實作及互動。這種看似邏輯一貫地的立場，從另一個角度來看，也容易被批評爲具有一種類似套套邏輯的理論先行特質（Walby 2007: 1013），方法上雖有一定的批判性，但在歸因思維的面向上卻同時變得沒有生產性。建制民族誌的存有論預設是：社會（the social）只存在人們的活動及其協作中（Smith 2005: 21; Waters 2015: 135）。所以依建制民族誌的存有論預設，面對「什麼影響了建制體系如此設計？是否有變遷的可能？可能變遷的條件？」這類問題，也只能用要看生產相關建制體系的那群人如何協作這類說法來回答，但這在歸因思維上並沒有太多的生產性。例如，本研究中建制民族誌雖然批判地提出了醫療及健保的建制體系如何合謀地強化了階級差異的不平等，但卻無法（或者說在方法設定上也無意於）交代醫療及健保的建制體系何以至今發展若此的背景、以及影響這些建制體系設計的可能因素有哪些？因此建制民族誌對統治關係運作的細緻說明，似乎只說了故事的一半。

如果說新的科技物（呼吸器）的出現是相關管理政策會被建構的原因，那新的科技物（呼吸器）被建構成爲科技物的社會過程就變得重要：「呼吸器是如何被引進臺灣的醫療體系？經歷什麼社會過程？」、「呼吸器是何時又如何被建構成爲影響醫療資源分配的科技物？」ANT以對稱性的思維提醒我們要觀察（非人的）科技物如何成爲行動因子（actant）而鑲嵌進入社會實作的歷程，這等於提供了解答上述問題的可能性。筆者在本研究並無意以ANT的方法實質進行這方面的分析，在

此僅企圖以ANT理論正好對比出建制民族誌方法在這方面的限制。儘管建制民族誌與ANT兩者在存有論上的基本立場上互不相容，但在經驗研究上卻提供了互補的視野：<sup>12</sup>ANT的分析取徑由於提供了回答上述問題的可能，補充了建制民族誌力有未逮之處；但另一方面，由於ANT的存有論主要關心科技物如何鑲嵌成爲社會建制的歷程，因而不直接著墨在勾勒建制的權力展現（統治關係）的樣貌及其倫理效應，也因此被許多文獻評爲缺乏道德與規範性內涵的研究路數（參考Walsham 1997: 473-476; Johannesson 2009: 16），本研究建制民族誌的分析，正好讓我們看到一個科技物在建制運作中如何展現出作爲有倫理意涵的存有物，這方面可實質補充ANT分析取徑的不足。

### 作者簡介

張麗珍，戴德森醫療財團法人嘉義基督教醫院臨床醫學研究中心副研究員、南華大學應用社會系兼任助理教授、東海大學社會工作研究所博士。研究興趣：社區照顧研究、身心障礙研究、醫務社會工作。

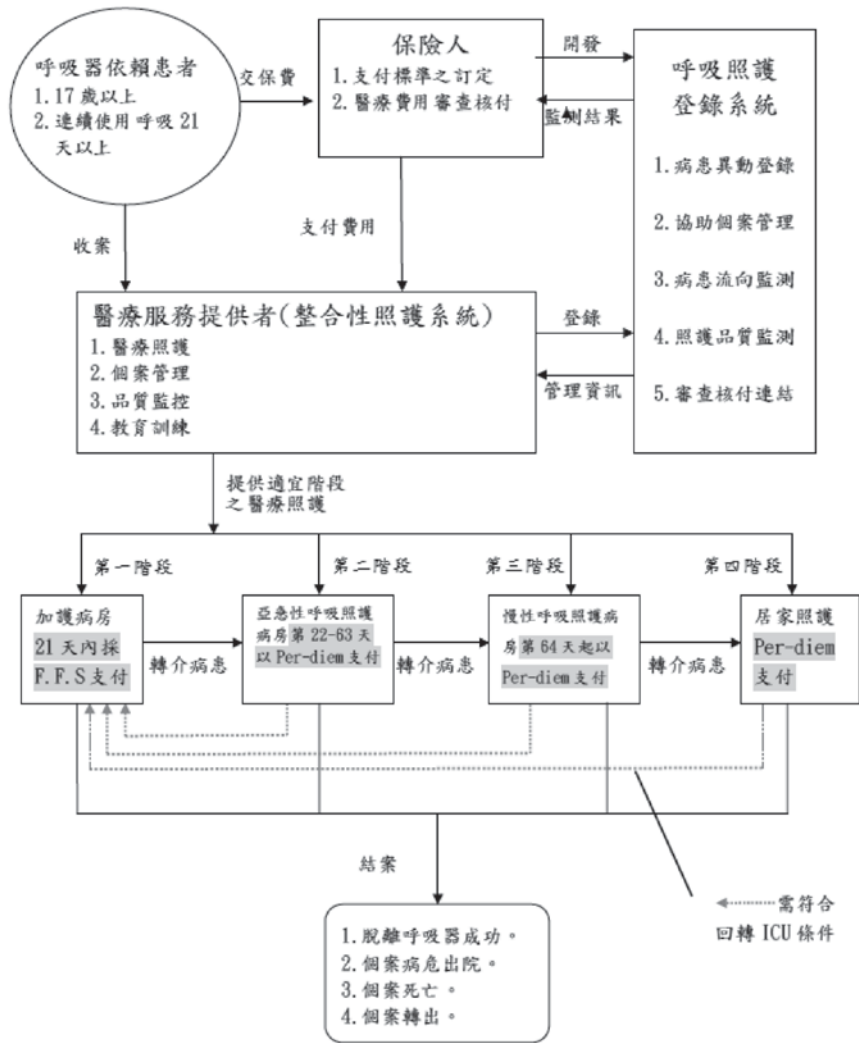
黃明華，戴德森醫療財團法人嘉義基督教醫院呼吸治療師、長庚科技大學呼吸照護學系業界講師。

齊偉先，中央研究院社會學研究所副研究員，研究專長領域爲宗教社會學、文化研究及社會學理論，嘗試探索社會學質性研究法用於不同領域進行議題研究時所可能獲致的貢獻。

---

<sup>12</sup> 有關兩個理論間的互補關係，可參見Walby（2007: 1018-1019）。

## 附錄1 呼吸器依賴患者整合性照護流程圖<sup>13</sup>



<sup>13</sup> 引自衛生福利部中央健康保險署網站之檔案：[http://www.nhi.gov.tw/Resource/bulletin/4480\\_1020021262-5.pdf](http://www.nhi.gov.tw/Resource/bulletin/4480_1020021262-5.pdf)

## 附錄2

XXX		醫院作業標準書																	
標準類別	<input type="checkbox"/> 作業流程	標準名稱	ARDSnet & Lung Recruitment Maneuver Protocol																
	<input type="checkbox"/> 照護標準		頁碼/頁數：1/3																
	<input checked="" type="checkbox"/> 技術標準		主辦部門：呼吸治療																
			制定日期：103年訂																
			最近修訂日期：																
			類別：技術類 QA66																
<p>一、主旨：確保臨床 ARDS 病患在使用機械通氣設定上能及時執行 LRM -Protocol，並達成醫護人員對 ARDS 病患照護共識。</p> <p>二、操作過程：</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>步驟</th> <th>原則與要點</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. 核對醫囑</td> <td>a. 評估醫囑之必要性。 b. 確定醫囑之治療方法、治療頻率、藥物及劑量影響因素；若有疑問需與醫師討論確定。</td> </tr> <tr> <td>2. 確定病人</td> <td>a. 核對床號、姓名、床頭卡。</td> </tr> <tr> <td>3. 檢閱病歷</td> <td>a. 確認有關數據，如住院診斷、病史、身體檢查、CXR、ABG 等。</td> </tr> <tr> <td>4. 洗手</td> <td>a. 避免交互感染；可以乾式洗手液代替。</td> </tr> <tr> <td>5. 備物</td> <td>a. 聽診器、血氧及加護型偵測儀器、抽痰設備、氧氣供應系統、甦醒球、氧氣連接管、適用之加護型呼吸器。</td> </tr> <tr> <td>6. 聽診</td> <td>a. 確認雙側呼吸音，若痰液多則先抽痰。</td> </tr> <tr> <td>7. 執行治療</td> <td>           I. ARDS network            (A) 收案標準：急性發作            1. <math>PaO_2 / FiO_2 \leq 300</math> (海拔修正)            2. 雙側浸潤與肺水腫 (斑片狀，瀰漫性，或均勻性)            3. 無臨床證據顯示左心高壓            (B) 第一部分：呼吸器設定和調整            1 計算預測體重 (PBW) (見表一或參閱記錄板夾中 PBW 參考表)            2 選擇任何通氣模式            3 呼吸器初始設定 <math>VT=8 \text{ ml/kg}</math> (PBW)            4 降低 VT 的 <math>1 \text{ ml/kg}</math> 間隔 <math>\leq 2</math> 小時，直到 <math>VT=6 \text{ ml/kg}</math> (PBW)。            5 初始設定呼吸速率接近基準每分鐘通氣量 (<math>\leq 35 \text{ BPM}</math>)。            6 調整 VT 和 RR 來達成 pH 和 <math>P_{plateau}</math> 的目標。            (C) 氧合目標：<math>PaO_2</math> 55-80 <math>\text{cmH}_2\text{O}</math> 或血氧 88-95%。用 5 <math>\text{cmH}_2\text{O}</math> 的最低 PEEP。使用遞增 <math>FiO_2/PEEP</math> 的組合 (不要求)，以達到目標 (見表二)         </td> </tr> </tbody> </table>				步驟	原則與要點	1. 核對醫囑	a. 評估醫囑之必要性。 b. 確定醫囑之治療方法、治療頻率、藥物及劑量影響因素；若有疑問需與醫師討論確定。	2. 確定病人	a. 核對床號、姓名、床頭卡。	3. 檢閱病歷	a. 確認有關數據，如住院診斷、病史、身體檢查、CXR、ABG 等。	4. 洗手	a. 避免交互感染；可以乾式洗手液代替。	5. 備物	a. 聽診器、血氧及加護型偵測儀器、抽痰設備、氧氣供應系統、甦醒球、氧氣連接管、適用之加護型呼吸器。	6. 聽診	a. 確認雙側呼吸音，若痰液多則先抽痰。	7. 執行治療	I. ARDS network (A) 收案標準：急性發作 1. $PaO_2 / FiO_2 \leq 300$ (海拔修正) 2. 雙側浸潤與肺水腫 (斑片狀，瀰漫性，或均勻性) 3. 無臨床證據顯示左心高壓 (B) 第一部分：呼吸器設定和調整 1 計算預測體重 (PBW) (見表一或參閱記錄板夾中 PBW 參考表) 2 選擇任何通氣模式 3 呼吸器初始設定 $VT=8 \text{ ml/kg}$ (PBW) 4 降低 VT 的 $1 \text{ ml/kg}$ 間隔 $\leq 2$ 小時，直到 $VT=6 \text{ ml/kg}$ (PBW)。 5 初始設定呼吸速率接近基準每分鐘通氣量 ( $\leq 35 \text{ BPM}$ )。 6 調整 VT 和 RR 來達成 pH 和 $P_{plateau}$ 的目標。 (C) 氧合目標： $PaO_2$ 55-80 $\text{cmH}_2\text{O}$ 或血氧 88-95%。用 5 $\text{cmH}_2\text{O}$ 的最低 PEEP。使用遞增 $FiO_2/PEEP$ 的組合 (不要求)，以達到目標 (見表二)
步驟	原則與要點																		
1. 核對醫囑	a. 評估醫囑之必要性。 b. 確定醫囑之治療方法、治療頻率、藥物及劑量影響因素；若有疑問需與醫師討論確定。																		
2. 確定病人	a. 核對床號、姓名、床頭卡。																		
3. 檢閱病歷	a. 確認有關數據，如住院診斷、病史、身體檢查、CXR、ABG 等。																		
4. 洗手	a. 避免交互感染；可以乾式洗手液代替。																		
5. 備物	a. 聽診器、血氧及加護型偵測儀器、抽痰設備、氧氣供應系統、甦醒球、氧氣連接管、適用之加護型呼吸器。																		
6. 聽診	a. 確認雙側呼吸音，若痰液多則先抽痰。																		
7. 執行治療	I. ARDS network (A) 收案標準：急性發作 1. $PaO_2 / FiO_2 \leq 300$ (海拔修正) 2. 雙側浸潤與肺水腫 (斑片狀，瀰漫性，或均勻性) 3. 無臨床證據顯示左心高壓 (B) 第一部分：呼吸器設定和調整 1 計算預測體重 (PBW) (見表一或參閱記錄板夾中 PBW 參考表) 2 選擇任何通氣模式 3 呼吸器初始設定 $VT=8 \text{ ml/kg}$ (PBW) 4 降低 VT 的 $1 \text{ ml/kg}$ 間隔 $\leq 2$ 小時，直到 $VT=6 \text{ ml/kg}$ (PBW)。 5 初始設定呼吸速率接近基準每分鐘通氣量 ( $\leq 35 \text{ BPM}$ )。 6 調整 VT 和 RR 來達成 pH 和 $P_{plateau}$ 的目標。 (C) 氧合目標： $PaO_2$ 55-80 $\text{cmH}_2\text{O}$ 或血氧 88-95%。用 5 $\text{cmH}_2\text{O}$ 的最低 PEEP。使用遞增 $FiO_2/PEEP$ 的組合 (不要求)，以達到目標 (見表二)																		

### 附錄3

1933- (81歲)  
住院區間：2015-03-17 ~ 迄今

醫療單位	▲住院交班：2015-04-06 16:07, 交班留言者:尹XX 疾病嚴重程度:【紅燈】 Situation: PRBC 2U transfusion for anemia today ▲住院交班：2015-04-03 16:52, 交班留言者:尹XX	放大視窗
值班人員		放大視窗
護理人員	▲護理師：2015-04-09 04:27, 留言者:陳XX 疾病嚴重程度:【紅燈】 GCS: E3-4VEM5, BT: 36.2°C(TA), HR: 86次/分, RR: 25次/分, BP: 150/63mmHg, On 7.0F r. Endo fix 2lcm with Ventilator PSV mode, FIO2: 30%, SpO2: 100%, 續觀生命徵象, 待新呼吸重大 -----△ END -----	放大視窗
醫事單位	▲RT: 2015-04-09 10:15, 留言者:蔡XX 疾病嚴重程度:【紅燈】 keep try weaning PSV:FIO2 30%/ PS12/ PEEP5, OBS. -----△ END ----- ▲RT: 2015-04-08 10:59, 留言者:魏XX 疾病嚴重程度:【紅燈】	放大視窗
行政單位	▲社工：2015-04-09 08:26, 留言者:李XX 主責社工李XX 已收案 -----△ END ----- ▲出院準備組：2015-04-07 10:50, 留言者:陳XX 疾病嚴重程度:【紅燈】 因呼吸器與呼吸器照護病房安置,故收案照價。	放大視窗

### 附錄4

日期	入院經過
3/8	<p>Gen's ↓ BP ↓ - HR ↑ - ABG: MA, air hunger → on ETT &amp; MV                      BP ↓ run leastest line, on PICCO (+/a abed echo cv)                      (e) 40% (PCV, PC: 20 → 24) - favor - ABG: MA → Jc SA'</p>
3/9	<p>(N) Temp: 13.7.6 → 31.2.2 電聯 cv 仍不改善 AME                      BP ↓ run Pressure line (D 班 0.1)                      (O) 40% air hunger (PCV, PC: 24 → 28 → 30) - fl ABG: MA + 10   3.7.12' - 100%                      → 0.4/0 (3/9, 3/6, 3/1 之後 regular = 四天) 除毒藥                      : BP ↓ hold Barium - add Resonance line</p>
3/10	<p>1/2 bron CT (VI for cm's poor                      off Resonance line</p>
3/11	<p>off leastest line - Remove PICCO</p>
3/15	<p>Gen's 較 input (E2VEM4 → E3VEM4). Try PSV 12 → 10                      ETT 內大塊痰 (E) suction 12 次 (出)</p>
3/16	<p>W-P: PIP/PEEP <sup>10/2.10</sup> par - shallum. parabolic must.                      (E) 血檢 → Biomune ml + transamine, A'ask keep try PSV 8.</p>
3/30	<p>recheck W-P: p2/p3 = poor. suggest Tr answer (V) → 1.5                      -14/50 &lt; Exubation, at re-on</p>
4/1	<p>申請呼吸器重打 (重到 4/8)</p>
4/3	<p>CR: RE infiltration ↑ → change pcv mode just read cPT 13天</p>
4/6	<p>CR improve keep try PSV mode count H 院 準備                      Hb 7.2 → PRBC → SKID mid → 藥使 A + sulucocaf + cana</p>
4/8	<p>Gen's improve E2VEM4 → E3VEM5. 曾問是否打拮 bnd (To ICU) → 續 try.                      case W-P → 今 拮拮拮拮 paradoxie response, SOB (RR &gt; 45),                      E cuff leak 2.4 2.2 拮拮拮拮 (15%)</p>

## 參考書目

- 陳大勝、蕭秀鳳、黃崇旂、謝文斌，2003，〈以證據為基礎的指引談治療師主導之計畫性呼吸器脫離〉。《呼吸治療》2(1): 9-14。
- 許甘霖，2010，〈導讀：專家知識與醫療市場〉。收錄於楊倍昌、翁裕峰、吳挺鋒、許甘霖編，《資本主義與當代醫療》。臺北：巨流圖書。
- 蕭易忻，2014，〈新自由主義全球化對「醫療化」的形構〉。《社會》34: 136-166。
- 趙彥寧，2015，〈餘命治理下的生死界闖照顧倫理：以老年就養榮民為研究案例〉。《臺灣社會研究季刊》9: 53-90。
- Berg, Marc, 1997a, "Of Forms, Containers, and the Electronic Medical Record: Some Tools for a Sociology of the Formal." *Science, Technology, & Human Values* 22(4): 403-433.
- Berg, Marc, 1997b, "Problems and Promises of the Protocol." *Social Science & Medicine* 44(8): 1081-1088.
- Berg, Marc and Geoffrey Bowker, 1997, "The Multiple Bodies of the Medical Record: Toward a Sociology of an Artifact." *The Sociological Quarterly* 38(3): 513-537.
- Breimo, Janne Paulsen, 2015, "Captured by Care: An Institutional Ethnography on the Work of Being in a Rehabilitation Process in Norway." *Journal of Sociology and Social Welfare* 17(2): 13-29.
- Campbell, Marie L., Frances Gregor, 2004, *Mapping Social Relations: A Primer in Doing Institutional Ethnography*. Lanham, MD: Rowman Altamira.

- Conrad, Peter, 2007, *The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- De Certeau, Michel, 1988, *The Practice of Everyday Life*, trans. Steven Rendall. Berkeley: University of California Press.
- Griffith, Alison J. and Dorothy Smith, 2005, *Mothering for Schooling*. London: Routledge.
- Johannesson, G. T. and J. O. Bærenholdt, 2009, "Actor-Network Theory/ Network Geographies." Pp. 15-19 in *International Encyclopedia of Human Geography*.
- Latour, Bruno, 2005, *Reassembling the Social: An Introduction to Actor-Network-Theory*. Oxford: Oxford University Press.
- Latour, Bruno, 2013, *An Inquiry into Modes of Existence: An Anthropology of the Moderns*. London: Harvard University Press.
- Luken, Paul and Suzanne Vaughan, 2015, "Introduction to the special issue: New Scholarship in Institutional Ethnography." *Journal of Sociology & Social Welfare* 17(2): 3-11.
- McCoy, Liza, 2006 "Keeping the Institution in View: Working with Interview Accounts of Everyday Experience." Pp. 109-125 in *Institutional Ethnography as Practice*, edited by Dorothy E. Smith. Lanham NJ: Rowman and Littlefield.
- PressCampbell, Marie L., 2014, "Institutional Ethnography (IE), Texts and the Materiality of the Social." In *2014 47th Hawaii International Conference on System Sciences*.
- Rankin, Janet M., 2003, "Patient Satisfaction: Knowledge for Ruling Hospital

- Reform – An Institutional Ethnography.” *Nursing Inquiry* 10 (1): 57-65.
- Rankin, Janet, 2014, “The Rhetoric of Patient and Family Centred Care: An Institutional Ethnography into What Actually Happens.” *Journal of Advanced Nursing* 71(3): 526-534.
- Rankin, Janet M. and Marie Campbell, 2006, *Managing to Nurse: Inside Canada's Health Care Reform*. Toronto: University of Toronto Press.
- Rankin, Janet M. and Marie Campbell, 2009, “Institutional Ethnography, Nursing Work and Health Care Reform: IE's Cautionary Analysis.” *Forum of Qualitative Research FQS* 10 (2) Art 8.
- Smith, Dorothy, 1987, *The Everyday World as Problematic: A Feminist Sociology*. Toronto: University of Toronto Press.
- Smith, Dorothy, 2005, *Institutional Ethnography: A Sociology for People*. Lanham: AltaMira Press.
- Smith, Dorothy, 2007, “Making Change from Below.” *Socialist Studies: The Journal of the Society for Socialist Studies* 3(2): 7-30.
- Smith, Dorothy, 2009, “Categories Are Not Enough.” *Gender & Society* 23: 76-80.
- Townsend, Elizabeth, Lynn Langille and Debra Ripley, 2003, “Professional Tensions in Client-centered Practice: Using Institutional Ethnography to Generate Understanding and Transformation.” *The American Journal of Occupational Therapy* 57(1): 17-28.
- Walby, Kevin, 2007, “On the Social Relations of Research: A Critical Assessment of Institutional Ethnography.” *Qualitative Inquiry* 13: 1008-1030.
- Walsham, Geoff, 1997, “Actor-network theory and IS research: current

status and future prospects. ” Pp. 466-480 in *Information systems and qualitative research*, edited by A. S. Lee, J. Liebenau and J. I. DeGross. London: Chapman and Hall.

Waters, Nicola, 2015, “Towards an Institutional Counter-Cartography of Nurses’ Wound Work.” *Journal of Sociology & Social Welfare* 15(2): 127-156.