

# 第一章 緒論

## 第一節 問題緣起

現代醫學可以透過手術來治療許多的重大傷病，而技術高超的醫師更是手術成功的保證，因此我們一般民眾對於執行手術的外科醫師分外的重視，開刀技術一流的醫師門診可說是門庭若市，病患家屬不是送紅包就是靠關係，就是想由名醫來為自己或家人動刀，來確保手術成功率。但是手術真的只需要好的執刀醫師嗎？手術前的麻醉呢？台灣一般民眾對於手術麻醉認知不深，麻醉可不是像電視劇所表演的一樣，用手帕沾上迷魂藥、以針劑注射麻醉藥就能將一個正常人由清醒而進入昏迷狀態，事實上麻醉是十分精密且需要高深技術的一項工作，而且麻醉失敗或是病人對於麻醉藥劑排斥後產生的併發症，是會造成病人死亡或是半身不遂、或是成為植物人。需要開刀的病人，可能會知道他的執刀醫師的姓名、專長，但是幫他麻醉的是誰呢？他接受的麻醉安全嗎？

### 麻醉醫學會新聞稿 2004.8.9

手術原本為了治病，但去年卻有上百人因麻醉不當枉送性命。麻醉科醫學會昨日公布，因醫師人力不足，使得臺灣麻醉死亡率為日本的 17 倍，其中 4 成屬人為疏失，麻醉品質比菲律賓還差。

國內麻醉專科醫師不足，導致麻醉護士或其他非專科醫師代「麻」的情況由來已久，麻醉科醫學會調查 129 家教學醫院，結果發現，去年有 103 人因麻醉死亡、5 人成為植物人，麻醉死亡率達每十萬人 17.8 人，麻醉死亡率足足是日本的 17 倍、歐美的 8 倍，病患進開刀房簡直是「身陷險境」。麻醉科醫學會理事長王志中表示，美、日等國都要求從病患術前的麻醉照會、開刀全程、恢復室甦醒、到術後回病房的解說，麻醉科醫師都須全程陪同、照顧，但他坦承臺灣沒有

一個麻醉科醫師辦得到。他表示，國內每個麻醉醫師每年需服務 1,700 人，工作量約是美、日 3 倍，醫師在開刀房內像「走馬燈」般，四處「轉檯」，同時照顧 3-5 人是常態；正因分身乏術，超時、超量工作，一旦病患有突發狀況，往往難及時察覺應變。<sup>1</sup>

這是 2004 年台灣麻醉醫學會發給各大媒體的新聞稿，其中提到台灣麻醉的幾點問題：1. 麻醉醫師人力不足，工作負荷大。2. 臺灣麻醉死亡率為日本的 17 倍。3. 年輕醫學生多不願選麻醉科。但是在台灣天天還是有手術在進行，大如開腦換心，小到割雙眼皮、割盲腸，大大小小的手術，都必須麻醉後才能進行手術，在這麻醉醫師缺乏的台灣，很多的麻醉工作是由原本為輔助麻醉醫師的麻醉護理人員「代麻」。這些替代麻醉醫師的麻醉護理人員，面對必須要代替麻醉醫師執行麻醉的情況，有什麼感受呢？下面是民國 93 年麻醉護理學會理事長寫給麻醉醫學會的一封公開信，我們可以由這封公開信，發掘許多麻醉護理人員的真實感受：

### 期待一個醫護共榮的麻醉醫療團隊——給麻醉醫師的一封信

今日您們對麻醉護士的評價，是功勞苦勞？還是大過小過？就只在您一念之間！今日麻醉護士的超能力與學歷無關，與權責劃分不清有關！數十年來您們最清楚我們做了些什麼？我們領的是護理師護士執照，哪些應該我們做？哪些不該我們做？是誰要求我們必須單獨執行脊髓麻醉或無痛分娩？是誰不進開刀房遙控我們上麻醉？您們擔心工作權擔心我們做太多，卻又不斷要求我們僭越承擔，事實上我們怕死了做太多（曾有會員泣訴因值班麻醉醫師不在必須獨自 CPR<sup>2</sup>），

---

<sup>1</sup> 摘自麻醉醫學會網站。<http://203.75.23.151/anes/modules.php?name=News&file=article&sid=174>

<sup>2</sup> 心肺腦復甦術

也不願意再做太多，做多了沒糖吃還挨打！至於麻醉醫師們最擔心的非麻醉專科醫師也可執行的部分，依個人淺見那是貴學會應當積極爭取的專業權，也是麻專醫師不足與不均所造成，這是市場供需的結果，便宜好用的麻姊並非罪魁禍首！

綜觀全國許多大小醫院都在各自訓練麻醉護士，課程內容、實習案數、技術訓練落差極大，有些醫院工作五年只打過兩次Arterial Line，更從來沒見過胸腔枝氣管內管。名為訓練而根據會員之陳述，很多只是跟著醫師做麻醉，完全沒有正式教學，更因為缺人三、四個月後就必須值班單獨上麻醉，會員身心都必須承受極大的壓力、能力與道德衝擊。<sup>3</sup>

這是當時台灣麻醉護理學會理事長蔡欣羨寫給麻醉醫學會的一封公開信。這封信的起源是，報考護理師資格提昇至必須具備學士資格才得以報考，而 79% 的麻醉護理人員學歷僅達專科或職校，為此想透過辦理麻醉訓練班讓麻醉護理人員有個進修的機會。但此一計畫卻引起麻醉醫師的高度關注，認為麻醉護理人員是不是有取而代之的打算。台灣麻醉護理學會理事長以這封慷慨激昂的一篇公開信，回覆麻醉醫學會。文中強調辦理麻醉訓練班不是存著想要取代麻醉醫師的企圖，僅只是為了讓麻醉護理人員有個進修管道。

由文中我們可以很清楚的知道，台灣的麻醉護理人員「代麻」的情形不是麻醉護理人員想要的，他們並不想僭越麻醉醫師的職責，但在麻醉醫師人力不足的情況下，卻不得不然，在這種處境下，還被麻醉醫師質疑，麻醉護理人員意圖跨越醫護分界，意圖取代麻醉醫師的工作權。這些身處麻醉界最底層，卻又默默承擔起台灣麻醉的麻醉護理人員，她們的辛苦卻得不到社會的相對的回饋，卻又要忍受麻醉醫師的懷疑，這些麻醉護理人員為什麼還持續的待在他們的工作崗位上呢？究竟是什麼理由她們依然留在麻醉的第一線呢？

<sup>3</sup> 摘自台灣麻醉護理學會[http://www.tana.org.tw/content/news\\_01.asp?id=102](http://www.tana.org.tw/content/news_01.asp?id=102)

## 第二節 麻醉發展過程與台灣麻醉護理人員

### 1. 麻醉醫學發展

以往外科受限疼痛、感染、出血及術後休克四大障礙而無法更上層樓。為克服因外科手術而來的巨大疼痛，古埃及人利用電魚釋放的電流來達到麻醉效果；中國人使用草藥及針灸以舒緩疼痛；古希臘及俄羅斯地區，人們用勒頸方式箝制血液循環，使病人陷入昏迷；英國醫師用鐵鉗緊壓手術附近部位，以壓縮神經造成局部失去知覺，此外尚有催眠、擊昏、冰凍、鴉片、酒精、五花大綁等方式來進行手術（台灣麻醉回顧與展望，1996）。

1846 年牙醫師 william T.G.Morton 在化學家 Charles T.Jackson 協助下，於麻省總醫院成功示範乙醚麻醉，引起兩極評價，醫學史上稱之「乙醚戰爭」(The Ether War)，但此一爭議在英女皇維多利亞利用氯仿吸入麻醉之無痛分娩後，終告平息（李施鄭，1980）。麻醉盛行於歐洲，新技術與藥物的發展一日千里，1884 年 Koller 將 cocaine 用為局部麻醉劑，1898 年 Bier 發展脊隨麻醉法、1900 年 Kuhn 發明氣管內插管、1934 年開始運用閉路系統（closed-circuit system）、還有低溫麻醉、體外循環等，皆為現代麻醉學之重大成就（葉頌熙，1978）

### 2. 臺灣地區麻醉發展過程與台灣麻醉護理人員的出現

1847 年（清道光二十七年）傳教士 Parker 在中國進行首宗乙醚全身麻醉，此為西方麻醉技術傳入中國開端。不過在日據時代的臺灣，所有之外科手術麻醉均是由執行手術之外科醫師親自為之，或請其他外科醫師幫忙執行麻醉工作，屬於相互幫忙性質，在人事編制上並無專職之麻醉科醫師。1949 年(民國 38 年)，

大陸淪陷，政府搬遷來台，一切醫療設備都非常的簡陋。當時國防醫學院由上海奉令遷台，首先被運上船的，並非外科機器，而是一台全身吸入麻醉機，可惜無人會用。1951 年，陸軍第一總醫院（現三軍總醫院前身）王學仕醫師由外科改為專攻麻醉，並成立麻醉科，成為我國在臺首位從事麻醉的專業醫師，其後汪福男醫師亦追隨王學仕醫師的腳步，由外科轉任專業麻醉。陸軍第一總醫院也成為國內最早成立麻醉科的醫院。繼陸軍第一總醫之後，臺大醫院於 1953 年成立國內第二個麻醉科。1954 年，陸軍第一總醫院也正式開始麻醉住院醫師的訓練。在訓練麻醉住院醫師期間，舉辦了兩期以軍中各醫院之外科主治醫師為對象之培訓計畫，同時並代訓台大附屬醫院若干外科醫師。自此時開始，麻醉工作由以往外科醫師主導轉為由麻醉醫師擔綱主導，外科醫師只擔負起一部份麻醉工作。（何始生，2003）

但由於手術麻醉需求日增，麻醉醫師人手不足，1958 年王學仕醫師奉命辦理由國防醫學院代訓榮民總醫院麻醉護士訓練班，對象是已領護士證書的護理人員。王學仕醫師並兼任該院麻醉科主任，至其於榮總退休前，共舉辦七期麻醉護士訓練班，課程內容則根據美國麻醉護士學會（American Association of Nurse Anesthetist; AANA）之教材為藍本，課程內容每期均有精進。第一期共有包括顏雪雲女士在內的 7 名人員結訓，此為國內第一批正式接受專業訓練之麻醉護士。七期中，共培訓有 130 名麻醉護士，這批接受過訓練的麻醉尖兵在當時麻醉醫師奇缺的年代，成為國內麻醉人員之主力，對國內麻醉工作貢獻甚鉅。因此，麻醉界尊稱王學仕主任為「台灣麻醉之父」，也是麻醉護士的創始人<sup>4</sup>。

---

<sup>4</sup> 摘自台灣麻護理學會

### 3.麻醉護理人員

由「麻醉專科醫師專業排他性研究」(吳慧玲, 2000)、「麻醉護理人員工作壓力與工作滿意度之研究」(李品珠, 1999), 這兩篇論文看來, 全世界無論是那一洲的國家, 許多均有麻醉護理人員的設立, 上自開發國家美、英、日, 下至開發中國家加彭、衣索匹亞、迦納等, 均可見到類似的職位, 這表示麻醉護理人員有其存在的必要性。

在第一次世界大戰法國紅十字救護隊中, 就有麻醉護士的存在, 1950年韓戰時期天主教護理人員在野戰醫院中也扮演臨床麻醉的角色。真正大量護理人員投入臨床麻醉工作則見於第二次世界大戰, 當時麻醉醫師與麻醉護士比例為 1:17 (Kelly, 1994)。由此可知, 麻醉護理人員開始執行麻醉的原因是因為戰爭, 在戰爭時期, 需要接受外科手術的傷兵眾多, 在麻醉醫師不足的情況下, 護理人員執行醫療行為是從權之舉。不過在台灣麻醉護理人員執行麻醉卻是常態, 這是出了些什麼問題呢?

台灣地區至 2002 年 12 月<sup>5</sup>, 領有麻醉專科醫證書者共有 664 人, 在這 664 人之中, 以麻醉為本業登記執業的只有 559 人。當年度全國人口數為 22,520,776 人。健保局公告全年之麻醉量為 805,306 人次, 平均每位麻醉專科醫師之服務人口數為 40,288 人, 年平均工作量為 1,441 例。按醫院評鑑最低標準 1,400 計算, 目前麻醉專科醫師人數已接近飽和階段。然歐、美、日麻醉專科醫師每年執行麻醉數目約是 700 – 800 例, 可知衛生署准予國內麻醉專科醫師執行的麻醉數目是歐、美、日等國的二倍。由於國內麻醉給付偏低及制度不合理, 造成許多(準)

---

<sup>5</sup> 在此採用 2002 年數據原因在於中央健康保險局於 2003 年後, 將所有的麻醉醫療行為統合計算, 因此拔牙麻醉、局部麻醉等由牙醫師、外科醫師即可執行的麻醉也與必須由麻醉醫師親自執行的脊髓麻醉或無痛分娩、全身麻醉合併計算, 所得到的麻醉量是台灣的麻醉總量, 而不是必須由麻醉醫師執行的麻醉總量。

醫學中心鼓勵麻醉專科醫師配合大量麻醉護士，從事麻醉工作（何始生 2004）。另外由台灣麻醉醫學會台灣地九十二年度「麻醉重大併發症暨死亡病例」問卷調查報告顯示，每位麻醉專科醫師需配置 3~4 位麻醉護士才能完成現有的麻醉量（表一），由此可知麻醉護士（護理師）之於臨床手術上，實為不可替代的重要角色。

表一 麻醉人力配置

醫院類別	醫學中心(15)	區域醫院(40)	地區醫院(23)	綜合總數(78)
麻醉專科醫師 (S)	196	147	35	378
麻醉住院醫師 (R)	164	3	0	167
麻醉護士(N)	707	506	81	1294
S : R : N	1:0.8:3.6	1:0.0:3.4	1:0.0:2.3	1:0.4:3.4

資料來源：台灣地區麻醉護理人力供需之調查。行政院衛生署 94 年度補助研究計畫。

我國對於麻醉實行的相關管理法令是根據醫師法第 28 條規定及衛署醫字 116053 號函。

醫師法 28 條：

未取得合法醫師資格，擅自執行醫療業務者，處六個月以上五年以下有期徒刑，得併科新臺幣三十萬元以上一百五十萬元以下罰金，其所使用之藥械沒收之。但合於下列情形之一者，不罰：

一、在中央主管機關認可之醫療機構，於醫師指導下實習之醫學院、校學

生或畢業生。

二、在醫療機構於醫師指示下之護理人員、助產人員或其他醫事人員。

三、合於第十一條第一項但書規定。

四、臨時施行急救。

衛署醫字 116053 號函：

一.所謂醫師之輔助人員，係指在指醫師指導下協助醫師為醫療行為之人員。其資格尚無特別限制。

二.醫療工作之診斷、處方、手術、病歷記載、施行麻醉等醫療行為，應由醫師親自執行，其餘醫療工作得在醫師親自指導下，由輔助人員為之，但該行為所產生之責任應由指導醫師負責。

在台灣醫療行為非醫師不得執行，但是醫師法 28 條第二條項但書，讓在醫生指導下的醫護人員可以進行醫療行為，衛生署函釋中也提到醫護人員於醫生指導下進行的醫療行為由指導醫師負責。因此台灣的麻醉護理人員可以進行麻醉也勉強有法源可循。

在台灣聘請一位麻醉醫師的薪資大概在 15~35 萬左右（吳惠玲，2000），這種薪資待遇相較於麻醉護理人員一般 3~5 萬的薪資水準而言，一位麻醉醫師的薪水將可聘請 3~7 位麻醉護理人員，在現今醫療機構節省成本提高營運績效下，醫療機構傾向僱用少數的麻醉醫師再搭配大量的麻醉護理人員，如此一來，醫療機構一則能夠配置充足的麻醉執行人力以因應逐年增高的手術麻醉量，二來能夠利用低廉的麻醉護理人員（相較麻醉醫師），為的是節省營運成本。

雖然麻醉護理人員的人數是麻醉醫生的 3.4 倍，不過各醫院間尚有部份非健



保給付的醫療項目並未計算在內，如美容手術麻醉、人工流產麻醉、無痛分娩、無痛腸胃鏡...等，這些自費的麻醉執行沒有辦法在統計數據上顯現出來，事實上台灣每年的麻醉量是比統計數字來的多。因此麻醉護理人員的工作量是超過比台面上還要來的多。

這些麻醉護理人員負擔了絕大多數的麻醉工作，但是不論她們的收入或是社會地位，都遠遠不如麻醉醫師，何以這些麻醉護士會如此甘願的持續工作，這是本篇論文所想要進行研究論述的。



### 第三節 研究方法與研究範圍

對於麻醉相關議題，國內已有許多的論文進行研究，但是主題大多圍繞著麻醉醫師進行研究，或是以醫療管理的角度對於麻醉從業人員以問卷調查，以量化的統計數據去研究，但極少以呈現麻醉護士對於執行麻醉工作的聲音，因此本文希望透過質性研究方法，來分析這些麻醉從業人員從事麻醉工作中的順服與抵抗。

#### 一.文獻分析

希望藉由現有的博、碩士論文、行政院衛生署的統計資料、政府法令，相關麻醉團體（麻醉醫學會、麻醉護理協會）公佈發行的刊物、新聞稿……等，來瞭解麻醉護理人員的工作環境與背景。

然後藉著勞動過程理論的脈絡，來建構麻醉護理人員在她們所處的工作環境中，為何面對許多的不滿與不平等，卻不選擇離去或反抗，而是安分的繼續留在她們的工作上。

#### 二.深入訪談

本研究的焦點是在於麻醉護理人員對於自身的想法與觀感，以及她們認為她們該受到什麼樣的對待，因此將透過訪談的方法，直接訪問麻醉護士，由她們自己的口中說出她們的想法，透過這種方式來獲得她們最真切的工作過程、工作經驗。並輔以勞動過程理論來建構出屬於麻醉護理人員的工作現況，相望能夠了解她們投身麻醉工作的原因，以及持續進行麻醉工作的因素。而離開麻醉這個工

作領域者，是爲了些什麼理由，決定跳脫出麻醉工作。

透過這兩種研究方法，來建構麻醉護理人員的工作環境與工作態樣，並藉此建構出屬於麻醉從業人員的勞動過程模式。

### 三.訪談對象

麻醉護理人員的工作是攸關生命，而且醫院是一個非常保守的環境，加上這次研究的主題「麻醉護理人員的抵抗與順服」中會提到許多麻醉醫師與麻醉護理人員的相處方式、雙方的薪資待遇，以及麻醉護理人員的抱怨，經由正式管道去進行研究訪談遭拒的可能性非常大，因此沒有運用正式的管道去進入研究場域，而是透過私人網絡關係，以「滾雪球」的方式，一個介紹一個的模式去進行訪談。不過麻醉護理人員的人數本來就比護理人員來的少，加上訪談的內容也涉及對麻醉醫師的抱怨與不滿，事實上訪談遭拒不在少數，而且在訪談中許多的提問問題也牽涉到敏感議題，像是醫療疏失、責任歸屬等，因此訪談過程中，願意接受訪談的麻醉護理人員可說少之又少，願意受訪的受訪者也都要求極力保密，因爲會擔心被醫院麻醉醫師知道，而有不良後果。訪談者 A 是我自身的一位親友，多數的受訪者是經由受訪者 A 介紹，其他受訪者多是訪談者 A 的同事，或是在經由 A 轉介而來的受訪者，以此在描述麻醉工作、麻醉內容上，多採用訪談者 A 的說法。訪談者 A 在此一研究的角色就是所謂的「守門人」的角色，由訪談者 A 自身的網絡關係，讓我比較順利與其他受訪者建立關係，也讓他們比較放心的與我進行訪談，不過或許也是因爲是透過訪談者 A 去尋找我的受訪者，而訪談者 A 本身是於公立醫院服務，其他的受訪者也多來自公立醫院，僅有少數幾位是私立醫療院所，而且年齡層也分佈的與訪談者 A 較爲相近。因此在描述麻醉護理人員的工作上，呈現的多是公立醫院的麻醉護理人員的工作態樣。

訪談前我有簡單的列出想要訪談大綱，將列在附錄中，，多數的訪談是面對面的訪談，以錄音的方式紀錄下訪談的內容，在加以整理，不過訪談方式是採開放性的訪談，很多訪談像是聊天一樣，有時受訪者的一句話會引發其他的問題。其中轉行的兩位受訪者是以電話訪談，因此在訪談獲得的資訊相對的較為稀少，問題較集中在為何想要脫離麻醉、脫離護理工作，以及脫離麻醉後轉行的過程。

以下是本研究的受訪者簡單的資料：

表二 受訪者資料

	年齡	護理工作資歷	麻醉資歷	備註
A	51	24	20	
B	48	20	17	
C	45	25	20	
D	28	10	2	
E	40	20	15	
F	50	30	18	
G	40	10	5	轉行
H	35	10	6	轉行
I	28	8	1	學習麻醉中

資料來源：作者自行整理