

教育部顧問室

新興議題及專業教育改革中程綱要計畫

科技與社會跨領域教學計畫

【計畫類別—健康、醫療技術與社會】

98 學年度計畫成果報告書

補助單位：教育部顧問室

指導單位：科技與社會跨領域教學計畫辦公室

執行單位：長庚大學

計畫主持人：游智勝 副教授

計畫執行期程：中華民國 98 年 8 月 1 日至 99 年 8 月 31 日

日期：中華民國 99 年 8 月 15 日

目 次

98 學年度計畫成果報告書

壹、計畫總表 (含計畫人員資料表).....	3
貳、計畫摘要 (500 字).....	12
參、計畫內容	13
一、計畫背景	13
二、計畫目的與重點	13
三、兩年期/一年期計畫規畫與進行方式	13
四、教師團隊分工情形	15
五、計畫優劣勢分析	15
肆、98 學年度開設課程資料表 (請依每一開設課程分項標題並標註頁目).....	16
一、課程基本資料總表	16
(一)、98 學年度上學期—科技與社會研究導論.....	16
(二)、98 學年度下學期—健康、醫療技術與社會.....	22
伍、98 學年度開設課程自評表(請依各課程執行情況填答).....	28
陸、98 年度計畫辦理活動一覽表(非屬計畫成果請勿填寫).....	30
一、活動總表	30
二、詳細活動資料表	30
(一)、工作坊.....	30
(二)、座談、研討會	
(三)、讀書會.....	38
(四)、專題演講.....	38
柒、計畫教材發展狀況	56
一、98 學年度已開發教材/教案/教具發展總表.....	56
二、98 學年度已開發或擬開發教材/教案/教具發展內容.....	56
三、教材/教案/教具發揮之效益.....	58
捌、核心成員(計畫主持人、共同主持人、專/兼任助理)參與計畫報告	59

拾、兩年期/一年期計畫預期成果與主要成就、貢獻度的評估.....	61
拾壹、計畫網站架設、運用報告	64
拾貳、專任助理/教學助理使用與執行狀況	66
拾參、98 年經費使用情形(含經費運用說明)	69
拾肆、計畫執行狀況分析、檢討與修正	70
拾伍、結論與建議	74
拾陸、附錄(含課程資料附件，請自行編列附件標題並於此列項編註頁目).....	76
附件一：98 下「科技與社會研究導論」期末評值結果.....	76
附件二：98 下「健康、醫療技術與社會」期末整理.....	79
附件三：教案「科學知識與社會實踐：胸部 X 光與肺結核」	81
附件四：教案「女性與醫療化：以生產為例」	90
附件五：就地改革課程 98 下「醫師、病人與社會」課程大綱.....	96
附件六：《長庚校訊》當中醫遇上 STS 專輯.....	107

**教育部補助大專校院科技與社會(STS)跨領域教學計畫
計畫人員資料表 (一人一表)**

中文姓名	游智勝	英文姓名	You Jyh Sheng	
主要學歷 (依最高學歷填寫)				
畢業學校	國別	主修學門系所	學位	起迄年月
清華大學	中華民國	輻射生物研究所	理學博士	1990.9~1995.9
中國醫藥學院	中華民國	中國醫學研究所	醫學碩士	1986.9~1990.1
中國醫藥學院	中華民國	中醫學系	醫學士	1979.9~1986.6
現職或與 S T S 相關之經歷 (由最近工作經驗依序往前追溯)				
服務機關	服務部門	職稱	起迄年月	
長庚紀念醫院	中醫分院內科	主治醫師	1997.6 迄今	
長庚大學	中醫系	副教授	1998.8 迄今	
考試院	考選部	中醫典試委員	1998.8 迄今	
行政院	衛生署	中醫藥委員會委員	1998.9~2005.12	
主要著作 (五年內已出版與 STS 相關之著作)				
<p>(包括：期刊論文、專書及專書論文、研討會論文、技術報告及其他等)</p> <p>期刊論文</p> <p>You, J.S., Huang, H.F. and Chang, Y.L. (2005) Panax ginseng reduces adriamycin-induced heart failure in rats. <i>Phytother Res.</i> 19:1018-1022.(SCI) (第一暨通訊作者)</p> <p>2. You, J.S. and Chih-Che Hung (2005) Effect of electroacupuncture on contents of leptin and insulin in diet-induced obese rats. <i>J. of Chinese Medicine</i> 16(2-3):101-109. (第一作者)</p> <p>3. You, J.S., Pan, T.L., Hou, Y.S. (2006) <i>Schisandra Chinensis</i> protects against Adriamycin-Induced Cardiotoxicity in Rats. <i>Chang Gung Med J</i> 29:63-70. (第一暨通訊作者)</p> <p>4. You, J.S., Huang, H.F., Chang, Y.L. and Lee, Y.S. (2006) Sheng-mai-san reduces adriamycin-induced cardiomyopathy in rats. <i>Amer. J. Chin. Med.</i> 34:295-305.(SCI) (第一暨通訊作者)</p> <p>5. Hou, Y.S. and You, J.S. (2006) Study of timing and dosage about shen-hua-tang on the postpartum by Delphi technique in Taiwan. <i>J. of Chinese Medicine</i> 17:127-134. (通訊作者)</p> <p>6. 劉如玫、沈建忠、李克成、游智勝、黃桂彬、廖正智(2006) 中西醫治療外傷性頭痛近況。北京中</p>				

醫藥大學學報 29:150-152.

7. 劉如玫、沈建忠、李克成、游智勝、黃桂彬、廖正智(2006) 中醫治療外傷性頭痛驗案 1 則。北京中醫藥大學學報 29:188-189.
8. You, J.S., Pan, T.L. and Lee, Y.S. (2007) Protective effects of Danshen (*Salvia miltiorrhiza*) on adriamycin-induced cardiac and hepatic toxicity in rats. *Phytother Res.* 21:1146-1152.(SCI) (第一暨通訊作者)
9. 劉亮吟、游智勝、史麗珠、朱耀棠、張厚台、陳運嵩、郭蔭庭、李少白、陳龍、邱奕華、曾明宗(2007) 中風神昏病人閉脫陰陽辨證與疾病嚴重度的臨床觀察。中醫藥雜誌 18:1-12.
10. 吳俊漢、楊添麟、劉耕豪、陳銘賢、蔡培癸、沈建忠、李克成、游智勝(2007) 101 例原發性高血壓患者的中醫體質辨證研究。中醫藥雜誌 18:113-119。(通訊作者)
11. 劉亮吟、史麗珠、朱耀棠、張厚台、陳運嵩、郭蔭庭、李少白、陳龍、邱奕華、曾明宗、游智勝(2008) 中風神昏病人閉脫陰陽辨證與轉歸的臨床觀察。中醫藥雜誌 19:109-114。(通訊作者)
12. 劉亮吟、史麗珠、張厚台、陳運嵩、游智勝(2008) 休克病人陰陽辨證與疾病嚴重度的臨床觀察。中台灣醫誌 13:194-199。(通訊作者)
13. 劉亮吟、史麗珠、張厚台、陳運嵩、游智勝(2009) 內科加護病房病人轉歸與中醫徵象的相關性。中醫藥雜誌 20(3,4):145-151。(通訊作者)

專書及專書論文

1. 唐娜櫻、游智勝：方劑學。中國醫藥大學、長庚大學發行，2004。
2. 游智勝：提升中醫生命力-臨床療效。中醫藥研究論叢 2005；8(1): 294-301。
3. 游智勝：中醫論治的優勢—兼論“證”與“病”。北市中醫會刊 2007;13 (2) :62-65。
4. 游智勝：中醫能治什麼病？長庚醫訊 2007;28(8) http://www.cgmh.org.tw/cgmn/search_list.asp#
5. 游智勝：中西醫結合對心臟衰竭之治療經驗。中國醫藥研究叢刊 2007;27:12-24。
6. 游智勝：中醫臨床顯效案例彙編-自發性氣胸與肺結核醫案。台北縣中醫師公會 2009; 2:56-59。
7. 游智勝：從疫苗接種不良反應事件看中醫理論之可發展性。新醫藥週刊 2010；期 3 版。

研討會論文

1. You, J.S. Clinical and basic studies of therapeutic effects of Sheng-mai-san on heart failure. 2005 ISCM international conference on Chinese medicine., Macao, 2005.
2. 游智勝：陰陽理論在現代生物醫學的應用。中華民國聯合中醫醫學會成立大會暨中醫藥學術研討會。2005.
3. 游智勝：中醫臨床病例討論。桃園縣中醫師公會94年度中醫學術研討會。2005
4. 游智勝：傳統醫學之心臟衰竭治療經驗。傳統醫學與現代醫學在心臟血管疾病醫療的對話研討會。2006.
5. 游智勝：新陳代謝症候群中高血壓的診治—傳統醫學。傳統醫學與現代醫學在新陳代謝症候群的對話研討會。2007.

6. Hou, Y.C. and You, J.S. A research of traditional Chinese medicine formula for modern use by Delphi technique-an example on sheng-hua-tang for the postpartum recovery. The 14th Int. Cong. Orient. Med., Taiwan, 2007.
7. 游智勝: 臨床方劑教學模式。97年中醫臨床教學專家共識營-腦力激盪課程。2008.2.24
8. 游智勝: 鬱血性心臟衰竭中醫臨床的診治。台灣中醫臨床醫學會97年度循環系統深度課程。2008.6.22
9. 游智勝: 癌症病患使用中藥宜忌。財團法人自強基金會。2009. 6. 4.

**教育部補助大專校院科技與社會(STS)跨領域教學計畫
計畫人員資料表 (一人一表)**

中文姓名	張淑卿	英文姓名	Chang Shu Ching	
主要學歷 (依最高學歷填寫)				
畢業學校	國別	主修學門系所	學位	起迄年月
國立清華大學	中華民國	歷史學研究所	博士	1997.9~2004.7
國立中興大學	中華民國	歷史學系	碩士	1994.9~1997.6
國立中興大學	中華民國	歷史學系	學士	1991.9~1994.6
現職或與 S T S 相關之經歷 (由最近工作經驗依序往前追溯)				
服務機關	服務部門	職稱	起迄年月	
長庚大學	醫學院人文及社會醫學科	助理教授	2006.8 迄今	
中央研究院	台灣史研究所	博士後研究員	2005.1~2006.8	
倫敦大學	威爾康醫學史研究所	短期訪問學者	2006.1~2006.2	
主要著作 (五年內已出版與 STS 相關之著作)				
<p>(包括：期刊論文、專書及專書論文、研討會論文、技術報告及其他等)</p> <p>期刊與論文集論文：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <防癆協會與 50、60 年代台灣的肺結核病防治>，《台灣風物》55 卷 1 期 (台北：台灣風物，2005 年 3 月)，頁 43-72。 2. <美援醫學>，收於經典雜誌編著：《台灣醫療四百年》，(台北：慈濟大愛人文中心，2006 年 5 月)，頁 148-159。 3. <日治時期台灣的結核病防治政策與議論>，《台灣史研究》13 卷 1 期 (台北：中央研究院台灣史研究所，2006 年 6 月)，頁 51-97。 4. <戰後台灣的防癆保健員>，《近代中國婦女史研究》14 期 (台北：中央研究院近代史研究所，2006 年 12 月)，頁 89-123。 5. <有用的利器？卡介苗與 X 光在台灣結核病防治中的醫療技術實踐>，收於成令方主編：《醫療與社會共舞》(台北：群學出版社，2008.2)，頁 299-307。 6. <1950、60 年代台灣的卡介苗預防接種計畫>，《科技、醫療與社會》8 期 (高雄：國立科學工藝博物館，2009 年 6 月)，頁 121-172。 				

7. < 農復會與 1950 年代台灣的鄉村衛生 >，收於余新忠主編：《清代以來的疾病、醫療與衛生：以社會文化為視角的探索》，(北京：三聯書店，2009 年 8 月)，頁 371-396。

會議論文：

1. < 戰後台灣防癆工作中的性別與權力關係：以防癆保健員為探討中心 (1966-1989) >，發表於「第一屆 STS 研習營」，「台灣科技與社會網路跨領域整合型計劃」主辦，2004 年 5 月 29-30 日。
2. < 50、60 年代台灣國民學校的衛生教育工作：以結核病為例 >，發表於「第七屆科學史研討會」，中華民國科學史委員會主辦，2005 年 3 月 26-27 日。
3. "Foreign Aid and Tuberculosis Control in Taiwan, 1949-70", Presented in *The 11th International Conference on the History of Science in East Asia*, Institute for the History of Medicine, Munich University, Munich, Germany, 2005.8.15-20.
4. < 戰後台灣女性醫療從業人員的職業生涯及其困境：以防癆員為例 >，發表於「台灣性別史工作坊」，東海大學通識教育中心主辦，2005 年 12 月 3 日。
5. < 農復會與 1950 年代台灣的鄉村衛生 >，發表於「社會文化視野下的中國疾病醫療史研究」，天津南開大學主辦，2006 年 8 月 11-14 日。
6. "Worm crisis: Parasites and head lice control project employed in Taiwan's elementary schools, 1950s-60s", Presented in *International Symposium on Medicine and Modernity in East Asia*, Dept. of Medical History, Yonsei University, Seoul, 2007.8.16-17.
7. "A Preliminary Analysis of Tuberculosis Statistical Data in Taiwan: A Historical Perspective", Presented in *Workshop on Historical and Statistical Records of Infectious Disease in Modern East Asia: A New Perspective of Intersection between Historian and Epidemiologist*, Research Institute for Humanity and Nature, Kyoto University, 2008.3.1
8. < 國際援助與戰後台灣護理教育及其實踐之轉變：一個初步的觀察 >，「亞洲醫學史學會第四屆學術年會：跨越階級與族群的醫療史」，亞洲醫學史學會主辦，2008 年 11 月 3-6 日。
9. < 1950 年代台灣護理教育與護士形象的塑造：一個初步的觀察 >，「第八屆性別與健康工作坊」，中山醫學大學主辦，2009 年 3 月 27-28 日。

書評：

1. Review of Ruth Rogaski, *Hygienic Modernity: Meanings of Health and Disease in Treaty-Port China*, 《中央研究院近代史研究所集刊》55 期 (台北：中央研究院近代史研究所，2007 年 3 月)，頁 89-123。

翻譯與其他：

1. < 孩子的黃卡：對台灣小兒預防接種的一些觀察 >，《科學發展》382 期，(台北：

- 行政院國科會，2004年10月），頁81-82。已收於陳恆安等主編，《科技渴望參與》（台北：群學出版社，2009年2月），頁241-246。
2. <走過不同時代的標準體重與身材>，《科學發展》390期，（台北：行政院國科會，2005年6月），頁75-76。已收於陳恆安等主編，《科技渴望參與》（台北：群學出版社，2009年2月），頁205-208。
 3. <肥胖：遺傳？還是生活習慣>，《科學發展》396期，（台北：行政院國科會，2005年12月），頁85-86。已收於陳恆安等主編，《科技渴望參與》（台北：群學出版社，2009年2月），頁101-104。
 4. <專業知識、利益與維他命產業>，《科學發展》406期，（台北：行政院國科會，2006年10月），頁87-88。已收於陳恆安等主編，《科技渴望參與》（台北：群學出版社，2009年2月），頁109-113。
 5. （與郭文華合著）<沒有（簡單）答案的問題：記STS教學建構實習研習營北部營>，《科技、醫療與社會》4期，（高雄：國立科學工藝博物館，2007年4月），頁215-228。
 6. <生活的有機，有機的生活>，《科學發展》413期，（台北：行政院國科會，2007年5月），頁86-87。已收於陳恆安等主編，《科技渴望參與》（台北：群學出版社，2009年2月），頁109-113。
 7. <設計一門科技與社會的課---醫護教育的挑戰>，《科學發展》423期，（台北：行政院國科會，2008年3月），頁36-40。
 8. <傳染病、產褥熱與洗手>，《科學發展》424期，（台北：行政院國科會，2008年4月），頁84-85。
 9. <逐漸被遺忘的悲劇：多氯聯苯中毒事件>，《科學發展》430期，（台北：行政院國科會，2008年10月），頁82-84。

**教育部補助大學校院科技與社會(STS)跨領域教學計畫
計畫人員資料表 (一人一表)**

中文姓名	陳麗如	英文姓名	Chen Li Ju	
主要學歷 (依最高學歷填寫)				
畢業學校	國別	主修學門系所	學位	起迄年月
La Trobe University	Australia	Sociology	PhD	1997.12~2004.9
The University of Melbourne	Australia	Women's Studies	Postgraduate Diploma	1995.3~1996.3
清華大學	中華民國	經濟系	學士	1988.9~1992.6
現職或與 S T S 相關之經歷 (由最近工作經驗依序往前追溯)				
服務機關	服務部門	職稱	起迄年月	
長庚大學	通識中心	助理教授	2004.10 迄今	
主要著作 (五年內已出版與 STS 相關之著作)				
<p>(包括：期刊論文、專書及專書論文、研討會論文、技術報告及其他等)</p> <p>博士論文</p> <p>Chen, L. J. (2003) . <i>The Politics of Belonging: Community Formation and Taiwanese Migrant Identity</i>. Doctoral Thesis. Melbourne: La Trobe University.</p> <p>研討會論文集</p> <p>陳麗如(2009) 「美容醫學的專業發展：台灣美容醫學相關之醫學會的探討」，人文與醫學之對話學術研討會論文集，桃園：長庚大學通識教育中心/醫學系</p> <p>研討會論文</p> <p>1. Chen, L.J.(2005) ” Taiwanese Migrant Identity and Transnational Practices” , presented in <i>The Chinese Studies Association of Australia Ninth Biennial Conference</i>, Bendigo, Australia.</p>				

2. 陳麗如 (2009) 「美容醫學的專業發展：台灣美容醫學相關之醫學會的探討」，發表於人文與醫學之對話學術研討會，桃園：長庚大學通識教育中心/醫學系。
3. 陳麗如 (2009) 「跨國婚姻與跨國網絡之探討：以台印跨國婚姻為例」，發表於第一屆發展研究年會，台北：政治大學國家發展研究所。

其他（委託研究報告）

1. 徐榮崇、陳麗如 (2005)。美國、澳洲、加拿大三國臺灣僑民比較研究。台北：中華民國僑務委員會。
2. 徐榮崇、陳麗如 (2006)。美國臺灣僑民生活適應及發展之研究—以洛杉磯為例。台北：中華民國僑務委員會。
3. 陳麗如 (2009) 跨國婚姻與跨國網絡的探討-專題研究計劃成果報告。經費來源：行政院國家科學委員會

貳、計畫摘要 (500 字)

長庚大學雖以醫學、理工見長，但在醫學教育應以全人教育為起點的考量下，近來不僅在醫學院設置人文及社會醫學科，並邀請通識中心相關教師擔任教學工作。在教育部顧問室的號召下，長庚大學「健康、醫療技術與社會」跨領域教學計畫自 98 年上學期正式實施，一學年以來無論開課、演講與工作坊的辦理已有初步成果。除第一學期開課準備期間未開設 STS 相關課程外，98 下學期核心課程「科技與社會研究導論」，延伸課程「健康、醫療技術與社會」皆已順利施行。

考量計畫課程應開設在專業學院之規定，並兼顧成功開設的機率，98 下開設的兩門 STS 課程併入醫學系大一「醫學人文三選一」的選修配套當中。但若顧及入門性質的「科技與社會研究導論」與延伸課程「健康、醫療技術與社會」的差異性，未來這兩門課程的排序應有進一步改進的空間。課程設計上，除課程負責人主持講授和討論外，也邀請了校內師資與校外講員參與，為課程主題提供了更多元的聲音和觀點。

本計畫設立「健康、醫療技術與社會教學網」，網址：<http://www.cgu.edu.tw/CM/cgusts/main.htm> 原本掛載在本校中醫學系的網頁平台之下。99 學年度起因應資訊中心集中管理全校各系所網頁平台，為便於資訊更新，另行設置教學 Blog：<http://cgu-sts.blogspot.com/>。網頁設置了相關學術活動的最新消息公告，提供包含課程講員 PPT 的課程大綱以及本計畫成員針對課程所開發的教案，此外，更將本計畫所辦理的演講、工作坊等活動內容摘要放置在網頁平台上，作為校內外對 STS 感興趣之教師、研究人員交流的平台。

活動方面，98 上學期至今一共辦理九場專題演講，兩場工作坊與一場讀書會。98 上「醫護教育為什麼需要 STS 觀點？」工作坊，除邀請國內以 STS 觀點推動醫護教育有成的專業師資外，本校副校長陳君侃教授也應邀出席擔任圓桌論壇的主持工作。98 下「當中醫遇上 STS」工作坊更跨出校門，選在以中醫醫療為主的長庚醫院桃園分院辦理，吸引了本校中醫研究師生和臨床中醫師參與中醫藥和 STS 交會的研究成果討論。透過非課程性質的學術討論會，連結對 STS 感興趣的校內師資、學生以及長庚醫院體系的臨床醫師，擴大本計畫執行成果的實質影響。

參、計畫內容〈計畫內容撰寫請至少包含下列五項〉

一、計畫背景

本計畫源自於教育部顧問室鼓勵理工醫護農學院教師與「科技與社會」(Science, Technology, and Society, 簡稱 STS)教師合作，共同研發「科技與社會」跨領域課程，以增進理工醫護農大學部學生對科技與社會相互建構的認識，培養兼具社會關懷的科學與技術專才。長庚大學雖以生物醫學見長，但始終將「全人教育」列為本校之教育宗旨，不僅在醫學院下設人文及社會醫學科，並邀請通識中心相關學科老師擔任醫學人文的教學工作。

醫學生的學習重點不僅是生物醫學專業本身，醫療技術、醫學知識產生的脈絡、與現代社會如何產生互動，都是醫學院學生應該也必須了解的內容。然而，現有專業課程可能無法滿足此需求，跨領域取向可適時提供醫學教育一個不一樣的思考方向。

科技與社會學門是個近二十年來重要的跨領域新興學科。科技的高速變遷為社會文化、個人生命及環境生態帶來無數的爭議與挑戰；科技引發之變遷與風險，更成為現代社會的核心公共議題。STS 將科學與技術當成是一種社會活動，強調科技與社會相生相成的關係，認為 STS 行動者在各種科技爭議中，可以在人民、科技、與政府三者之間扮演協商、並且為民眾充權 (empowering) 的角色。

一旦醫學生理解醫療技術、政策與社會的互動如何形塑了今日的醫療環境，並且能夠學習從不同角度看待其中的交引纏繞，往後當他們成為醫師，也更容易從不同面向思考，進而幫助病人解決問題，甚至在巨觀層次上制定有益於社會的醫療政策；而 STS 就是可以協助醫學專業解開此糾結的重要工具。因此，結合 STS 課程與醫學基礎教育，不但符合教育部之計畫宗旨與本校之辦學目標，更能夠為未來的醫學專業養成奠定良好基礎，在本校醫學院的選修課程中，有極大的發展空間。

二、計畫目的與重點

本計畫強調將 STS 的思維觀點重新放置在台灣的脈絡中，並融入醫學生的養成過程；有別於過往通識課程的品味薰陶，而作為一種觀點與視野的學習。本計畫執行團隊認為，醫護類教師、臨床教師與醫學生對於 STS 的學習一樣重要。除了醫學院大學部課程的開設外，本計畫也透過舉辦專題演講、讀書會與工作坊的形式，充實與更新本校與長庚醫療體系之醫護人員對於 STS 觀點的認識，導入 STS 觀點以提升專業知能，並且以協同授課之方式聯繫長庚校內師資，期望以兩年的時間研發四篇教案、教材，進而期許未來能夠形成持續運作的長庚 STS 教學與研究團隊。

三、兩年期計畫規畫與進行方式

長庚大學計畫教學團隊鑒於過去幾年已有陽明大學與成功大學等團隊，成功在醫學院各系開設 STS 課程，並獲得不錯的成效與反應，顯示醫護類學生對於提升 STS 的知識與素養的需要。本校醫學院共有屬性各不相同之醫學系、中醫系、護理系、物理治療系、職能治療系、呼吸照護學系、生命科學系、醫學生物技術暨檢驗學系、醫學影像暨放射科學系等九個學系，其中，醫技、生技偏向理科與實驗室操作，而其他七個科系則致力培養專業醫護人員。因此，計畫團隊把開課重心放在培養醫護專業人員的科系，與其系上行政主管研議課程開設的可能性。除醫學系與中醫學系之外，也將於呼吸照護系開設 STS 核心課程。茲將兩年期之規劃條列如下：

(一) 98 第一學期：

1. 邀請專家演講座談：每月舉辦一次討論會（讀書會與專題演講），並開放全校學生、老師、以及林口長庚醫院醫護人員參與。
2. 辦理健康、醫療技術與社會工作坊（一）：本學期舉行一次工作坊「醫護教育為什麼需要 STS 觀點?」，邀請國內相關領域學者分享相關領域的研究，提升長庚大學師資教學與研究能力，並舉行圓桌論壇，邀請長庚大學副校長陳君侃教授擔任主持人，討論醫學院教育融入 STS 觀點的可能性。
3. 健康、醫療技術與社會跨領域教學站規劃與建置
4. 編排第二學期 STS 課程：科技與社會導論、健康醫療技術與社會。
5. 編排 STS 融入就地改革課程：醫師、病人與社會。(見附件三)
6. 參與教育部顧問室新興議題及專業教育改革中程綱要計畫「科技與社會」期中報告

(二) 98 第二學期：

1. 邀請專家演講座談：預定每月舉辦一次專題演講（寒暑假期間除外），並開放全校學生、老師、以及林口長庚醫院醫護人員參與。
2. 辦理健康、醫療技術與社會工作坊（二）：本學期舉辦第二次工作坊「當中醫遇上 STS」，本次工作坊以長庚大學醫學院之特色—中醫藥研究為題，除邀請國內 STS 講員以及中醫藥研究人員演講外，更邀請長庚大學傳統中國醫學研究所師生參與。
3. 實施本學期課程：科技與社會研究導論、健康醫療技術與社會。
4. 試行就地改革課程：醫師、病人與社會。(見附件三)
5. 安排下學期醫學院各系 STS 課程選修事宜。
6. 編排下學期課程：科技與社會研究導論、公衛歷史調查、性別科技與社會
7. 與護理系、醫學影像暨放射科學系、呼吸治療系、職能治療系、物理治療系等，討論將 STS 核心課程列為該系學生之選修課程等相關行政事宜。(呼照系已確定於 99 上學期開設)
8. 研發兩篇教案，參與教案觀摩會議
9. 撰寫期末報告書與下年度計劃申請

(三) 99 上學期：

1. 健康、醫療技術與社會工作坊（三）：本學期舉行一次工作坊，邀請兩位 STS 專家到校演講，提升醫學院教師、醫院臨床教師的教學與研究能力。
2. 邀請專家演講座談：預定每月舉辦一次討論會（寒暑假期間除外），並開放全校學生、老師、以及林口長庚醫院醫護人員參與。
3. 參與教育部顧問室新興議題及專業教育改革中程綱要計畫「科技與社會」期中報告
4. 執行本學期課程：「科技與社會研究導論」(呼照系)、「公衛歷史調查」(醫學系)、「性別、科技與社會」(醫學系)。

5. 編排下學期課程：「科技與社會研究導論」、「健康醫療技術與社會」、「醫師、病人與社會」。

(四) 99 下學期：

1. 邀請專家演講座談：持續舉辦每月一次的討論會（寒暑假期間除外）。
2. 執行本學期課程：「科技與社會研究導論」、「健康、醫療技術與社會」、「醫師、病人與社會」。
3. 研發兩篇教案，參與教案觀摩
4. 撰寫成果報告，參與成果交流

本計劃團隊定位在國內 STS 領域、長庚大學與長庚醫療體系之間的平台。除了在課程上培養兼具科技與社會思維的學生外，引進現有的 STS 成果，舉行讀書會、專題演講與工作坊也是一個充實與更新醫學系師資與醫院臨床教師思維的機會，期望藉由兩年的努力，在教學與研究上充實國內的 STS 研究與教學領域。

四、團隊教師分工情形

計畫主持人游智勝老師負責學期活動總策劃與進度時程掌控，擔任計畫團隊與校內主管及系所主管溝通的窗口以及計畫經費的審核，並擔任 99 年下學期中醫系與醫學系合授之「醫師、病人與社會」課程負責人。協同主持人張淑卿老師除協助主持人策劃學期活動，還擔任 STS 核心課程「科技與社會研究導論」課程負責人，並支援計畫主持人「醫師、病人與社會」的課程教學，另外負責邀約專題演講講員並督促專題演講之場地及時間安排。協同主持人陳麗如老師協助策劃工作坊，並擔任 STS 延伸課程「健康、醫療技術與社會」、「性別、科技與社會」課程負責人，協助主持人經費審核。計畫專任助理錢克綱負責網頁架設、活動執行、初稿撰寫、講員連絡、宣推、經費核銷以及臨時交辦事項。

五、計畫優劣勢分析

長庚大學為一所教學與研究並重之研究型大學，近年更獲教育部五年五百億之經費挹助與肯定。醫學院各系所、實驗室之教師和研究人員的研究和教學質量均有一定水準。雖然執行「跨領域」所需之基礎資源不虞匱乏，目前亟需跨領域團隊引發各單位投入跨領域研究和教學的興趣。相較於同類型之大學系所，長庚大學醫學院的中醫藥研究具有相當之成果，目前已針對中醫藥研究之特性辦理工作坊，期望能吸引更多教師和研究人員投入跨領域研究與教學。

本計畫雖為首度執行之教學計畫團隊，計畫成員橫跨三個單位，但過往均有在醫學系、中醫系的開課機會，開設課程在行政支持上佔有優勢；而且計畫成員所開設之課程多為必選修，選修學生來源大致穩定。此外，就 98 年第二學期試行「醫師、病人與社會」課程改革的初步成果來看，中醫系與醫學系學生的交流比以往更熱烈，預計往後參與計畫開設課程的學生將會更加踴躍。

劣勢而言，長庚大學醫學院各系所、實驗室研究人員雖有一定規模和成果，但將時間和資源投入跨領域的意願尚不明確。如何將計畫團隊之利益旨趣轉換為各單位之利益旨趣，將是能否擴大計畫成果影響力，並且形成長庚大學特色的 STS 研究與教學團隊之關鍵。

肆、98 學年度開設課程資料表〈請依實際開設課程內容撰寫，一課一表〉

一、98 學年度開設課程總表

學期	課程名稱	開課單位	授課教師	開課 時段	選修 人數	選修來源	備註
98 二	科技與社會研究導論	醫學系	張淑卿	二 1610~1800	28	醫學系	
98 二	健康、醫療技術與社會	醫學系	陳麗如	三 1610~1800	41	醫學系	

(一)、98 學年度上學期—科技與社會研究導論

說明：請以開設課程名稱列(一)、(二)、(三)項，並加註開設學年度/學期

第一部分：課程基本資料

課程名稱	科技與社會研究導論	開課學年度/學期	98/二
課程屬性	<input checked="" type="checkbox"/> STS 核心課程 <input type="checkbox"/> STS 延伸課程	課程開設院系所/必修或選修	醫學系大一必修
授課教師	張淑卿	開課時段(請填寫起迄時間)	99/2/23-99/6/22 每周二 16 點至 18 點
課程學分	2	選修人數/修畢人數/平均分數	29/29/86.7
教學助理	男 1 人/女 1 人	選修學生男女比例	男 20 人/女 9 人
課程大綱(300 字內)			

科學與技術無時無刻都在我們的生活周遭發生，例如 SARS、H1N1 等新興傳染病、能源、基因食物、電腦網路、電子產品、電器用品等，為培養醫學生以不同角度觀察、討論、反省科學知識的客觀性與中立性，本課程將以科學、技術與社會(STS)的觀點，提供學生另一個思考的面向。STS 為 1960 年代於北美與西歐迅速發展的新興領域，結合科技史、醫學研究、科學哲學、科技社會學等研究，審視科技與社會相互形塑的過程。本課程希望從科學知識的建構、醫療科技的不確定性、標準化、使用者的角度、性別、常民的參與等不同的研究取向，提供醫學生接觸人文社會思考方式，並藉此反省科技、醫療與社會之間的關係。

除了傳統的課堂講授教學外，本課程強調學生的參與及實作，希望藉由其自身經驗、專題報告的撰寫與討論，以及參訪課程，讓學生更具多元的思辯力、反省力與包容力。

授課進度及使用教材(請填寫每周課程進度、授課教師、特約講員、課堂教材安排等)

1. 2/23 課程介紹

◎傅大為，2001，「再怎麼樣都不能——《科技、醫療與社會》學刊代發刊辭」。

雷祥麟，2002，〈劇變中的科技、民主與社會：STS（科技與社會研究）的挑戰〉，《台灣社會研究季刊》45：123-171

盧葦艷，2009，〈科技與護理專業發展之反思〉，《護理雜誌》56(3)：88-92。

2. 3/2 科學知識與社會實踐：胸部 x 光與肺結核

◎張淑卿，〈防癆體系與監控技術：台灣結核病史研究(1945-1970s)〉（新竹：清華大學歷史所博士論文，2004），第三、四章有關 X 光檢查部分章節

3. 3/9 科技與社會研究的一些觀念與實作（外聘講員：許宏彬，成功大學醫學院 STM 助理教授）

Sismondo, S, 2007, 《科技社會研究導論》，Ch.6, <科學與技術真實的社會建構>、Ch.7, <行動者網絡理論>，林宗德譯，台北：群學。

4. 3/16 技術的社會形塑（校內講員：翁註重/長庚大學工業設計系助理教授）

◎Winner, L., 2004, 〈技術物有政治性嗎？〉，方俊育、林崇熙譯，收錄於《科技渴望社會》，台北：群學出版社，頁 123-150。

5. 3/23 科學知識的建構(一)

◎鄭雅文，2008，〈過勞職業病認定爭議中的社會流行病學知識〉，頁 99-107 於《醫療與社會共舞》。

林崇熙，2008，〈從免洗餐具的誕生看台灣醫學知識的社會建構性〉，頁 118-125 於《醫療與社會共舞》。

◎林文源，2008，〈專屬個人知識的轉化：以洗腎病患為例〉，頁 136-146 於《醫療與社會共舞》。

6. 3/30 科學知識的建構(二)（外聘講員：楊弘任，陽明大學科技與社會研究所助理教授）

◎楊弘任，2002，〈看不見的技術：「蓮霧變成黑珍珠」的技術發展史〉《科技、醫療與社會》2：1-57。

7. 4/6 標準化與客觀性（校內講員：翁註重/長庚大學工業設計系助理教授）

◎郭文華，〈「標準化」導讀〉、〈萬物為我的註腳〉、〈標準鍵盤〉，收於陳恆安等編，2009，《科技渴望參與》。台北：群學出版。

8. 4/13 跳脫西方中心

◎吳泉源、林宗德，2000，「從網球拍到半導體：台灣產業技術特質的探討」，《台灣產業技術發展史論文集》。高雄：國立高雄科學工藝博物館。

9. 4/20 參觀台塑文物館

10. 4/27 學期報告大綱討論

11. 5/4 爭議研究

◎傅大為，2008，〈為什麼台灣的剖腹產居高不下〉，頁 324-332 於《醫療與社會共舞》。

◎盧葦艷等，2006，〈荷爾蒙補充療法的風險論述〉《護理雜誌》53(1)：59-64。

雷文玫，2008，〈代理孕母爭議的虛與實：懷孕的權力結構〉，頁 340-349 於《醫療與社會共舞》。

12. 5/11 核四爭議

◎胡湘玲，《核工專家 VS 反核專家》，台北：前衛，1995。

影片：「同床異夢」

13. 5/18 實驗室與性別文化（外聘講員：韓采燕，清華大學社會學研究所碩士）

◎韓采燕，〈理工實驗室、科技訓練與性別〉，收錄於《科技社會人：STS 跨領域新視界》，新竹：交通大學出版社。

14. 5/25 使用者的觀點（校內講員：長庚大學工業設計系翁註重助理教授）

◎Norman D. A.(2002)。《設計心理學》(卓耀宗譯)。台北：遠流。第一章 設計不良的日常用品

15. 6/1 科技與環保

◎林宜平，2008，〈女人與水：性別與 RCA 污染的研究〉，頁 108-117 於《醫療與社會共舞》。

觀看：「奇蹟背後」。

16. 6/8 科技政策的公民參與

◎Epstein, Steven. 2000. 〈民主、專業知識、和愛滋療法運動〉（程雅欣譯、吳嘉苓導讀、校訂），頁 225-256 於《科技渴望性別》。

17. 6/15 學期報告繳交與檢討(一)

18. 6/22 學期報告繳交與檢討(二)

教學方法：講演、討論、報告

課程要求：共有 5 次預習筆記(5、6、8、11、14 週)，每篇約 500 字，請於該週次上課時繳交。

◎表示該週次的指定閱讀文章。

評量：預習作業 (30%) 學期報告 (40%) 課堂參與及討論 (30%)

授課教師推薦給選修本門課程學生的其他閱讀品

1. 吳嘉苓、傅大為、雷祥麟主編，《科技渴望社會》、《科技渴望性別》(台北：群學出版社，2004)。
2. 成令方主編，《醫療與社會共舞》(台北：群學出版社，2008)
3. Sergio Sismondo,林宗德譯《科學與技術研究導論》(台北：群學出版社，2007)
4. 陳恆安等《科技渴望參與》(台北：群學出版社，2009)

第二部分：課程分析及效益

一、本課程是否屬於創新課程？如否，其與原有課程差異為何？與原有課程整合程度如何？納入 STS 以後作了什麼改變？

本課程屬於首度開設之創新課程。

二、本課程開設成功或失敗之原因分析(每項分析 300 字為限)

1. 教學環境—本課程為醫學系一年級「醫學人文選修」課程之一，每位學生必須在該學期所開設的「醫學人文選修」課程擇一選修。由於系方希望「醫學人文選修課程」採討論課、非大班教學的方式進行，因此將各班選課人數控制在 20~40 位同學之間，故本課程開課順利，與醫學系的選課規定有極大關係。
2. 教學方法—同學必須先預習指定閱讀的資料，於上課時繳交課前閱讀心得筆記。上課時老師先講解文章重要概念與內容，之後提出問題進行小組討論（助教協助帶領），再由同學分享成果，最後授課教師會針對同學的討論與課前筆記所提出的問題，進行總結。
3. 吸引學生選修原因—為「醫學人文選修」必選修課程之一；開設在單一系所內，系列選修課程的上課時間可以相互配合。
4. 其他，請依據課程特質自行增列原因分析—本課程雖屬「醫學人文」選修課程，但課程內容並不侷限在公衛、醫療的範疇，相反的，許多針對技術議題的討論是超出醫學領域的。正因為如此，醫學系大一學生可藉此發展不同的視野。

三、修課學生對本門課程的反應(每項分析 300 字為限，並以測量工具及結果匯整為附件)

1. 使用測量工具與結果說明—(參見附件一)

學習心得：修課後會更加關心社會與科技物的交流關係，會去注意到生活上的細節；面對一項產品的評論時，會先用 STS 去思考；時常會思考科技物被製造目的及對人們的適合性。

教學方式：最喜歡小組討論的部分，提出意見辯論或匯集觀點，在當中學會以不同角度深入了解，可激發不同觀點；公視的影片也有啟發性，能體驗各種教學方式，學習會比較有效率且不會乏味。

授課教師：老師教學用心，有很多東西可以讓自己認真思考，配合外聘講員可以看到更專業及不同而多元的知識。

課程主題：設計不良的日常生活用品—思考設計者的目的、觀點與使用者的感想；貼近生活，重新注意到平常不曾注意的日常用品。技術物有政治性嗎？—顛覆平常印象，了解一項科技物對於我們日常生活、社會上有何利弊影響。蓮霧變成黑珍珠—文章有趣好讀，是第一個具體分析的實例。

期末報告：第一次田野實作覺德和上網查資料有很多差異，第一手資訊學起來印象深刻也較踏

實，大家一起研究某個議題，共同合作，討論與實地考察，可以將課堂學到的學以致用；寫報告前應該有一些前置訓練，可以使我們做得更成熟。

2. 課堂紀錄與實際回饋舉例—

3/16 技術物有政治性嗎？課堂討論

正方學生：技術物的政治性不言可喻，像是美蘇的太空競賽都有其政治目的，當然也包括最後的科技成果。

反方學生：像一張嬰兒的超音波照片，有人認為在笑，被反墮胎人士解釋為是生命的象徵，但也有人認為並沒有什麼表情。一件技術物往往被不同立場的人拿去做不同的解釋。

翁老師總結：其實不論是正反支持者的意見，都足以說明現行許多運作中的科技是有可以被討論的空間。

3/23 科學知識的建構—張老師：請同學簡單總結〈過勞職業病認定爭議中的社會流行病學知識〉以及〈專屬個人知識的轉化：以洗腎病患為例〉的心得

生 A：在討論『測量工作壓力』時，文中提到的生物機制的探索，讓我驚訝，我們會不會不知不覺中就陷在窠臼中，以我們慣用的思考模式去解釋我們所懷疑的現象。因為很多時候我們所『故意忽略』的現象，說不定就是關鍵。

生 B：醫師對於病人的規定，往往造成病人生活中處處的不便，因此在自身健康容許範圍內，病患有意無意間以自身的病患知識自行改變規定，…。最好的方法是回診時多與醫師討論自己的心得，以得到最好的微調。

4/10 跳脫西方中心—張老師：可否請同學簡單敘述〈從網球拍到半導體：台灣產業技術特質的探討〉的心得？

生 C：從小到大聽過的說法是集中在附加價值低的代工，但是這篇文章的作者指出台灣產業創新的最大能力其實是利用最地方的資源，檢選和調適的過程。

生 D：臺灣有許多生產機床的公司，雖然核心技術大都留在國外，因此在生產機床時無法做出高精準率的機床，不過中下游的生產人會根據的客人需求，設計出符合的產品設計圖及所需的機床，於是中下游的生產者便會改變原本的機床，來生產符合顧客的產品。

5/25 使用者的觀點—翁老師請同學分組，觀察日常生活中的設計不良用品，並且在課堂上報告。

第一組：筆電的 USB 插槽常常讓使用者搞不清上下，插槽之間太過密集也是問題，一旦遇到比較大的 USB 設計，兩個插槽只能做一個用。

第二組：以本校的殘障廁所為例，相較於醫院的設計預設使用者可以倒退到正確位置，學校的空間稍大，但卻要做更大角度的回轉，反而更不方便。

3. 其他，請依據課程特質自行增列學生反應分析—

本班全為醫學系大一同學。雖然還沒有步入正式的專業養成，但實際上已經對於醫學知識與醫療專業有著期待與想像。本門課程雖未完全以醫療現象為討論案例，卻可以察覺到一旦掀開這些過往被視為理所當然的事實黑箱，部分同學在直覺上仍不能被完全說服。

3/2 第一次上課時，張老師曾以胸部 X 光片為例問同學：「同一張相片可能有不同的解釋，要怎樣才能正確解讀？」E 同學說：「七年以後就可以成為好的 X 光片解讀者。」5/4 當課程進行到爭議研究，討論高剖腹產率的時候 E 同學終於忍不住提問：「這門課上到現在是不是把所有的

科技都視為不好的？剖腹產有那麼不好嗎？」張老師回應：「不是不好，而是有沒有過度醫療化、醫師和醫院有沒有濫用醫學知識和醫學權威？許多生產過程的問題，可能還不到非得剖腹，而是傳統助產士的技術就能解決的問題時，卻在醫學知識的黑箱裡被建構為必需頗腹，慢慢流失掉『外轉術』。」

四、本課程有無發展教材？若有，請敘述其形式及內容(包含是否已出版或預計出版、公開上網等)。

依教材類型：

(一)、本土教材/教具___種

1. 「教材名稱」—教材內容

(二)、個案教材/教具___種

1. 「教材名稱」—教材內容

(三)、實驗教材/教具___種

1. 「教材名稱」—教材內容

(四)、數位教材/教具___種

1. 「教材名稱」—教材內容

(五)、其他—請依教材類型自訂名稱，並以上述格式撰寫之

1. 「科學知識與社會實踐：胸部 X 光與肺結核」—X 光發展的背景、實施胸部 X 光巡迴檢查的社會技術、X 光技術員的訓練、X 光判讀的訓練（醫師）、X 光檢查的不確定性。
2. 「HPV 疫苗注射全民開講」—請同學分組閱讀完老師準備的 material 之後，老師、助教與分組同學分別扮演 Call-in 節目主持人、專家、學者、運動團體代表、學生。以角色扮演與互動方式討論爭議事件。
3. 「RCA 開庭」—看完相關記錄片以後，請同學分組分別代表法官、被告、律師、原告與專家證人討論台灣史上延宕最久的公衛案件。
4. 「找出設計不良的日常生活用品」—翁註重老師請同學分組根據指定閱讀「設計不良的日常生活用品」所提出的觀點，尋找日常生活中設計不佳的案例。請同學拍下來或直接帶來課堂上與同學分享。
5. 「參觀台塑文物館」—重新參訪大一新生入學時便已參觀過的台塑文物館，張老師請同學注意企業是如何透過免費門票以及接待、導覽服務營造企業形象，並藉由服務過程重新凝聚離職員工的向心力。

五、本門課程及教材成果是否全屬教育部科技與社會跨領域教學計畫補助產出？如本課程含有與其他計畫合作或支援成果，請詳述其支援方式、共同合作成果及其與本課程計畫之關連。

本課程全屬教育部科技與社會跨領域教學計畫補助產出。

六、授課教師發展本門課程所獲得的最大效益為何？

協助教師思索科技、醫療與社會之關係，將相關知識統整之後，授與醫學系一年級的學生。透過預習筆記、討論分享，可以更理解學生的想法與態度。本課程整合校內外 STS 專家教師聯合授課，不僅豐富課程內容，同時也增進課程教師的 STS 學習。

七、本門課程是否引進業界師資？或授課教師是否因本門課程之開設而強化業界、產學合作？請詳述引入之業界師資授課時數，及相關業界、產學合作內容與方式。

本課程目前尚未引進業界師資。本課程因屬 STS 核心課程，目標在於培養醫學系大一學生對於科技與社會的視野與觀點，因此目前聘請校外與校內講員之考量均以帶領學生理解 STS 文獻、熟悉理論操作為主。

八、本門課程是否發展有創新教學方法？如是，請說明教學方法與引導模式。

本課程仍採較傳統的講演、參訪、小組討論等方式授課，但在課程內容設計上儘量安排如影片觀賞以及貼近日常生活的科技議題，配合較活潑的形式引發同學深入思考。

九、本門課程於計畫結束後是否仍持續開設？若持續開設，請授課教師提出對本門課程的預期效益；若不開設，請說明原因並提出建議。

本課程將持續開設。醫生除了治病外，更重要是要有關懷人與社會的心及行動，醫學系學生接觸 STS 後，可以培養其反省力、關懷力與行動力，擴大學生的視野，將有助於醫學生思考與觀看醫療專業。

十、重大突破—其他計畫重大發展，請依計畫特質補充之。

1. 經過課程回饋意見表的初步分析，我們發現令同學印象深刻的主题往往是「貼近生活的」，如「設計不良的日常用品」。但是，我們也發現所謂的貼近生活其實與教學過程中的建構、同學的生命體驗以及投入期末報告的程度息息相關。例如，HRT 的風險爭議，就有女同學在預習筆記指出，同時照顧職業與家庭的現代婦女，在終有機會喘口氣享受人生的時候，卻要與折磨人的更年期共處，這個脈絡下的權衡似乎也該考量在內。

2. 有小組欲以「貓纜的政治性」作為期末報告主题，期中大綱討論時顯然還聚焦在政黨的外在政治性，經過授課教師和助教建議—重新閱讀文本以及實地探訪貓空纜車周邊—之後，同學已能根據第一手的觀察，結合理論提出他們的分析。另有小組原欲探討眼鏡的造型和功能演化，經過討論，同學直接進入眼鏡行，實地操作鏡片和眼鏡的製作。實際上，這是他們經過自己的眼睛、自己的手所組織的「戶外教學活動」。更重要的是，經過實際演練，同學更懂得回過頭來「賞識」不知是許久以前的指定閱讀。

(二)、98 學年度上學期—健康、醫療技術與社會

說明：請以開設課程名稱列(一)、(二)、(三)項，並加註開設學年度/學期

第一部分：課程基本資料

課程名稱	健康、醫療技術與社會	開課學年度/學期	98/二
課程屬性	<input type="checkbox"/> STS 核心課程 <input checked="" type="checkbox"/> STS 延伸課程	課程開設院系所/必修或選修	醫學系大一必修
授課教師	陳麗如	開課時段(請填寫起迄時間)	99/2/22-99/6/26 每周三 16 點至 18 點
課程學分	2	選修人數/修畢人數/平均分數	41/41/81.2
教學助理	男 1 人/女 1 人	選修學生男女比例	男 25 人/女 16 人

課程大綱(300 字內)

西方生物醫學的興起和擴展不僅對於當代人類社會看待疾病與健康的想法有很大的衝擊，其制度化的過程中所引發的議題涵蓋層面亦非常廣泛；除了傳統的醫療社會學所關切的議題，本課程亦強調 STS (science, technology and society studies, 科技與社會研究) 的角度，檢視科技與社會交互形塑的過程。本課程主要分成四個部份，包括「理論與重要概念」、「醫療專業的建制與產業化」、「醫學知識與權力」、「醫療技術與常民知識」、「健康不平等」。

授課進度及使用教材(請填寫每周課程進度、授課教師、特約講員、課堂教材安排等)

Week 1 課程導覽

Week 2 理論介紹

Richard Schaefer 著，劉鶴群、房智慧譯，2005，《社會學》第 13 章〈健康與醫學〉。台北：麥格羅希爾。

任玉鳳、劉敏 (2003)，〈社會建構論對科學研究到技術研究的延伸：以科學知識社會學和技術的社會形成論為例〉，《內蒙古大學學報：人文社會科學版》35：4，頁 3-7。

Week 3 台灣醫療史：殖民主義、國家與醫療

葉永文，2003，〈日治時期台灣的醫政關係〉，《臺灣醫學人文學刊》第四卷 1&2 期，p.48-68

Week 4 醫療專業的興起與變遷

Week 5 醫療照護的發展與產業

劉梅君 (2008)，〈走向「商品化」的醫療服務〉，收錄於成令方編《醫療與社會共舞》。台北：群學。

謝幸燕 (2008)，〈藥商、藥師、醫師與市場〉，收錄於成令方編《醫療與社會共舞》。台北：群學。

Week 6 & 8 醫療化

許甘霖等 (2006)，〈肥胖與減重問題：醫療化與商品化交織發展的過程〉，收錄於《台灣醫療四百年》，經典雜誌出版。

Jorg Blech，張志成譯 (2004)《發明疾病的人-現代醫療產業如何賣掉我們的健康》第 11 章〈其實你比想像中健康〉。台北：左岸。

Week 7 醫學知識與性別 (外聘講員：陽明大學科技與社會所林宜平教授)

吳嘉苓 (1999)，〈性別、醫學與權力〉，收錄於王雅各編《性屬關係 (上)》。台北：心理。

Week 9 醫療體系中的性別議題

Week 10 醫療科技、身體與社會 (校內講員：長庚大學醫管系白裕彬教授)

Turner, Bryan 著，謝明珊譯 (2010)《身體與社會》第四章〈身體的秩序〉。台北：韋伯。

Week 11 醫療知識與溝通

郭淑珍, 丁志音, & 陳怡君 (2005)，〈民眾如何看待健康教育訊息：深度訪談嚼檳榔的計程車司機〉，《臺灣公共衛生雜誌》，24(3)：239-253。

Week 12 醫病關係與醫療糾紛

Week 13 常民知識與社會運動 (外聘講員：成功大學醫學院 STM 翁裕峰教授)

Epstein, Steven (2004/2000)，程雅欣譯，〈民主、專業知識和愛滋療法社會運動〉，收錄於《科技渴望性別》。台北：群學。

Week 14 健康權與醫療資源的分布

Week 15 國家的健康照護政策

Week 16 醫療政策與公民參與 (外聘講員：醫改會朱顯光老師)

Week 17 端午節放假

Week 18 期末討論

注意事項

1. 評量方式：包括平時成績 20%，期末書面報告 30%，預習筆記 50%
2. 平時成績：(1) 課堂參與、學習態度，以及出席狀況占 20%。請準備一本 8A 大小、至少 20 頁的小本子，用來寫每週上課的討論摘要（任選其中一題）與小心得（比如對於該週課程內容的想法、疑問或任何的 feedback），並於封面註明你的學號姓名、及 email，每週課程結束交回，下週上課發還。
3. 預習筆記：(1) 共 8 篇，每篇字數不少於 500 字，於該周上課繳交 (2) 內容包括摘要、感想與提問，請註明閱讀文章篇名與繳交時間 (3) A4 紙張，電腦打字。
4. 期末書面報告：(1) 從指定閱讀中，選擇一篇碩士論文作為發展期末報告的主要根據。期末報告希望同學以至少一篇指定閱讀文獻為基礎，發展自己想要進一步探究的問題，透過更多的文獻閱讀或/和蒐集資料，提出申論。理想的研究報告，應該能夠與現有研究產生對話，釐清有待進一步解答的問題，然後提出有原創性的看法。(2) 自行分組，每組以 2-3 人為限。2 人一組字數不少於 4000 字；3 人一組字數不少於 5000 字。(3) 抄襲、拼貼者，該項成績以零分計算。

授課教師推薦給選修本門課程學生的其他閱讀品

1. 林文源 (2001)，〈醫療化再思考〉，《台大社會學刊》第 29 期，頁 213-250。
2. 林國明、陳東升 (2003)，〈公民會議與審議民主：全民健保的公民參與經驗〉，《台大社會學》第 6 期，頁 61-118。
3. 成令方編 (2008)，《醫療與社會共舞》。台北：群學出版。
4. 范燕秋 (1998)，〈新醫學在台灣的實踐，1896-1906，從後藤新平『國家理論衛生』談起〉，《新史學》9 (3)：49-86。
5. 吳嘉苓 (2000)，〈產科醫學遇上『迷信』婦女？—台灣高剖腹率論述的知識、性別與權力〉，收錄於《性／別政治與主體形構》(何春蕤編)，頁 1-38。台北：麥田。
6. 吳嘉苓 (2002)，〈受污名的性別、性別化的污名：從臺灣“不孕”男女處境分析污名的性別政治〉，臺灣社會學刊 29 期。
7. 吳嘉苓 (2002)，〈台灣的新生殖科技與性別政治，1950-2000〉，臺灣社會研究 45 期。
8. 吳嘉苓，傅大為 & 雷祥麟編 (2004)，《科技渴望社會》。台北：群學。
9. 吳嘉苓，傅大為 & 雷祥麟編 (2004)，《科技渴望性別》。台北：群學。
10. 徐美苓 (2003)，〈愛滋陰影下的情慾規範：新聞論述中的他／她者建構〉，《台灣社會研究》第 50 期，頁 81-143。
11. 胡幼慧 (2001)，《新醫療社會學》。台北：心理出版社。
12. 陳恆安、郭文華，林宜平 (2009)，《科技渴望參與》。台北：群學。
13. 張苙雲 (2003)，《醫療與社會》。台北：巨流出版。
14. 劉仲冬 (1998)，《女性醫療社會學》。台北：女書出版
15. 《科技、醫療與社會》期刊
16. Rima D. Apple 著，楊智明/薛桂文譯 (2002)，《健康的騙局》，台北：時報出版。
17. Susan Sontag 著，刁筱華譯 (2000)，《疾病的隱喻》，台北：大田。

第二部分：課程分析及效益

一、本課程是否屬於創新課程？如否，其與原有課程差異為何？與原有課程整合程度如何？納入 STS 以後作了什麼改變？

1. 非創新課程。
2. 與原有課程的差異在於課程主題的安排加入 STS 觀點：在傳統社會學關切的「醫療專業的建制與產業化」、「健康不平等」等議題外，本課程亦強調「醫學知識與權力」、「醫療科技與常民知識」等面向的探討，並邀請具 STS 視野的學者授課，透過這些學者對特定議題的深入介紹，使

同學對「生物醫學」的發展與社會如何相互形塑，有進一步的認識。

二、本課程開設成功或失敗之原因分析(每項分析 300 字為限)

1. 教學環境—由於本課程為醫學系大一下三選一的必選修課程，故有穩定的學生來源。
2. 教學方法—本課程著重學生的參與討論，因此課堂會進行分組討論；為加強同學討論的深度，因此要求同學必須針對指定文章作閱讀；課後亦要求同學針對課堂討論做摘要及反思的心得。
3. 吸引學生選修原因—必選修課程，在醫學系的課程結構下較不易產生時間衝突。
4. 其他，請依據課程特質自行增列原因分析—課堂中有部分修課學生在大一上修過我所開設的普通社會學，對於我上課方式熟悉，並對社會學基本概念有一定的認識，或許也是同學選修這門課的原因之一。

三、修課學生對本門課程的反應(每項分析 300 字為限，並以測量工具及結果匯整為附件)

1. 使用測量工具與結果說明—(參見附件二)

教學內容：同學們最喜愛的主題分別是：醫療化（第 6 週、第 8 週）；國家的健康照護政策（第 15 週）；醫病關係與醫療糾紛（第 14 週）。除此之外，常民知識與社會運動（第 13 週）、醫療政策與公民參與（第 10 週）、醫學知識與性別（第 7 週）等主題，也都頗受同學歡迎。

教學方式：同學們仍覺得缺乏對於授課內容背景知識的瞭解，使得在教材閱讀方面仍有一定的困難度。授課方面，以投影片進行單向講課比重偏高，建議增加多媒體教材。此外，授課內容安排得太滿，使得課堂回饋心得的書寫時間太少，而且也壓縮了討論互動的時間，希望能夠有所調整。

授課教師：在本校的網路教學意見調查中，修課同學普遍肯定授課教師備課、課程講述，以及引導課堂討論互動的投入態度。除此之外，本學期安排了三週次的外聘教師講課，同學們對此安排評價大多頗為正面，但對於受邀教師所講述的內容與學期課程教學內容的銜接配合程度，或有不同的意見，這點提醒了授課教師未來在和外聘教師的事前溝通方面，應更加謹慎注意。

作業報告：整學期課程著墨最多的核心課題—「醫療化」，輔以同學們針對學期報告進行的小組研討確實獲得不錯的迴響。包括生產醫療化的現象、精神疾病的診斷、醫學美容的發展等等，都是在方向和教材的準備過程中最為充分，並且最容易將 STS 強調對「科技物與專業知識的政治性」進行反思的旨趣和視角融入課程之中的幾個主題。值得進一步強化，做為未來課程設計的核心部分。雖然也有為數不少的同學肯定預習筆記的成效，但他們同時也認為指定讀物（多為單篇期刊文章）份量偏重而且內容偏難。

2. 課堂紀錄與實際回饋舉例—

性別與生產醫療化—學期之初，老師援引了避孕藥的發展、精子與卵子等 STS 研究的經典議題，針對女性主義和科技與社會的關係進行批判性思考。從醫療與性別的相關討論，進一步引出了「生產醫療化」的議題，給同學們帶來不少的啟發和反省。

生 A：男性避孕藥是我新聽到的名詞，真的很特別…原來一個產品能不能廣為使用不單是因為它好不好用、方不方便，更是取決於社會文化的價值與接受度。

生 B：生產醫療化真的應該再被討論，產婦被要求的生產姿勢不是方便自己施力，反而是方便醫師接生，這樣的關係其實是生產過程中主客易位的…會陰切開術的比率也真的是高得令人匪夷所思…歐美國家的會陰切開比率並不高，所以並不是會陰切開術比率愈高代表科技發展愈先進…台灣真的應該開始「去醫療化」了！

醫療化的正反爭議—如果將醫療化的意涵進一步放在現代社會發展的歷程中分析，課程中也討論到醫療化可以被視為是一種社會控制／管理的方法手段，引出了對於精神疾病診療與過動症的討論。

生 C：過動症的症狀診斷有許多主觀判斷的空間，部分是靠醫師的經驗或直覺，才能看出「相對」的過動傾向。我認為過動症並不算是醫療化的產物，因為生病與健康的界線本來就有其模糊的一面，只能說因為有這種病名的創造，使得社會上的其他人不論是家長或老師都能注意並在管教中考慮這些孩子的特別性，比較能增加其包容度，至於因此這種病而施以藥物治療，我覺得不太恰當。

常民、專家與溝通—學期後半段，課程主題轉向常民知識與專家知識的歧異，以及衛教／醫病溝通效果的相關議題。常民觀點也有其價值與獨到之處，健康訊息傳遞不能只是單向傳播。

生 D：大家共享一個社會，如果只有專家人員負責詮釋，這是一種壟斷，對其他社會成員也不公平，因此，誠如翁老師所言，科學（專業）知識不容否認的確是主要的驅動力，但非專業知識（常民、經驗等）也是不可忽略的推進力量。

3. 其他，請依據課程特質自行增列學生反應分析—

本班同學對於西方醫學和中醫在臺灣近代歷史上的發展，以及對於西醫專業地位的反省：

生 E：原來西醫在台灣崇高的地位是日治時期的政策造成的，而中醫的地位之所以較低，並非他們醫術不佳…社會力量的介入才使得西醫有如此高的地位，因此我們真的不能再以驕傲的心態去看待中醫了！

生 F：討論中醫該如何現代化、科學化，其實真的只是拿西醫的框架硬要中醫跳進去，但兩個不同脈絡的東西，怎麼能用同樣的標準來看待呢？

四、本課程有無發展教材？若有，請敘述其形式及內容(包含是否已出版或預計出版、公開上網等)。

依教材類型：

(一)、本土教材/教具__種

1. 「教材名稱」—教材內容

(二)、個案教材/教具__種

1. 「教材名稱」—教材內容

(三)、實驗教材/教具__種

1. 「教材名稱」—教材內容

(四)、數位教材/教具__種

1. 「教材名稱」—教材內容

(五)、其他—請依教材類型自訂名稱，並以上述格式撰寫之

1. 「女性與醫療化：以生產為例」—教材內容：涵蓋 1.醫療化的概念介紹，2.醫療化現象：女性身體與醫療化（以生產醫療化為例）。3.會陰切開術爭議。預計於計畫教學網頁公開。

五、本門課程及教材成果是否全屬教育部科技與社會跨領域教學計畫補助產出？如本課程含有與其他計畫合作或支援成果，請詳述其支援方式、共同合作成果及其與本課程計畫之關連。

本課程全屬教育部科技與社會跨領域教學計畫補助產出。

六、授課教師發展本門課程所獲得的最大效益為何？

在課程架構改革以及備課的過程中，教師必須閱讀大量文獻，提升本身對 STS 領域的認識，故在知識的成長上獲益良多。

七、本門課程是否引進業界師資？或授課教師是否因本門課程之開設而強化業界、產學合作？請詳述引入之業界師資授課時數，及相關業界、產學合作內容與方式。

無。不過本課程邀請三位外校師資，包括陽明大學的林宜平教授談醫學知識與性別（2 小時）、成功大學的翁裕峰教授主講常民知識與社會運動（2 小時），以及醫改會的朱顯光組長談醫療政策與公民參與（2 小時），透過這些外校師資的研究或實務經驗，提供學生對於 STS 所關切的議題在台灣的發展狀況有更進一步的認識。

八、本門課程是否發展有創新教學方法？如是，請說明教學方法與引導模式。

無。本課程採取一貫的討論互動模式上課；首先從引發學習動機的問題開始進行分組討論，再由授課教師針對概念和重要議題進行介紹和脈絡的釐清，然後再進入下一步的分組討論。由於學生需要針對指定文本做預習筆記，因此可以加強討論的深度。此外，學生課後會繳交回饋單，教師得以進一步掌握學生學習的狀況，使得課程的運作更為流暢。

九、本門課程於計畫結束後是否仍持續開設？若持續開設，請授課教師提出對本門課程的預期效益；若不開設，請說明原因並提出建議。

本課程將持續開設。「健康、醫療技術與社會」根據計畫執行前已開設的「醫療與社會」課程，納入 STS 觀點之後的重新修訂。「醫療與社會」雖然也觸及醫療科技的相關議題，但課程重心仍偏重社會制度面的探討。在嘗試融入 STS 所關切的議題後，更能敏銳地察覺到健康與疾病的界定、醫療科技的發展與社會之間複雜的關係，醫療科技不再只是課程內容中一個孤立的小單元。能讓學生對生物醫學有不一樣的認識，重視生物醫學與社會的複雜關係，以提升學生對其專業的反思能力。

十、重大突破—其他計畫重大發展，請依計畫特質補充之。

1. 本課程為一改革課程，試圖在原本「醫療與社會」的課程主題安排中加入 STS 觀點，也就是在傳統（醫療）社會學關切的「醫療專業的建制與產業化」、「健康不平等」等議題之外，補充強調「醫學知識與權力」、「醫療科技與常民知識」等面向的探討。

2. 本學期之修課同學集中在醫學系大一，藉課程內容回顧並反省了中西醫學在近代台灣的发展，期望學習成果延伸到二年級下學期中西醫合授之「醫師、病人與社會」，能夠因為相互的

解而進一步開啟討論的空間。

伍、98 學年度開設課程自評表〈請依各課程執行情況填答〉

說明：請課程授課教師依自評問題答案符合程度由最低分 1 分至最高分 10 分填選，若有無法填寫之情況，請另外附加說明。

課程名稱 (含學年/學 期及授課 教師) 自評問題	導 論 (98/2/ 張淑	科 技 與 社 會 研 究 (98/2/ 陳	健 康 、 醫 療 技 術 (98/2/ 陳								
01. 授課教師開設本課程是否獲得提升 STS 教學的機會	10	10									
02. 是否藉由課程的機會，整理出不錯的教案與教科書	8	8									
03. 選修本門課程學生反應是否熱烈？	10	7.5									
04. 是否幫助修習課程的學生，找到大學專題、碩博士論文選材；或有助於完成專題、論文	6	1									
05. 參與本計畫是否有增加計畫系所向外接計畫與合作的優勢？	7	4									
06. 是否對院內實驗、研究與教學的整體環境有所提升	7	5									
07. 院系所內行政資源是否充分配合	10	6									
08. 校方支持程度是否足夠？	10	8									
09. 課程是否引起校內其他教師迴響	10	5									
10. 課程是否開發	8	7									

相關資料庫或教材										
項目平均得分	8.6	6.15								

其他附加說明：無

陸、98 年度計畫辦理活動一覽表(請依活動類型分項填寫—非因執行計畫辦理之活動請勿填寫，並區分活動為課程內或課程外之辦理)

一、活動總表—請以 98 學年辦理活動總數、活動總人數填寫(單位：場/次)

活動類型	98 學年度上	98 學年度下
工作坊 (參與人數)	1 (53 人)	1 (80 人)
座談、研討會 (參與人數)		
讀書會 (參與人數)	1 (20 人)	
專題演講 (參與人數)	4 (83 人)	11 (462 人)
其他 (參與人數)		
小計 (參與人數)	6 (153 人)	12 (542 人)

二、詳細活動資料表

(一) 工作坊—


自計畫期程開始，共 2 場，參與人數共 133 名(男 71 名；女 62 名)

1.於課程開授時段(規劃於課程每周進度內)舉辦，共 場，參與人數共 名。

活動名稱/主題	
活動主要性質	<input type="checkbox"/> 學生研習(<input type="checkbox"/> 高中職學生 <input type="checkbox"/> 大學生 <input type="checkbox"/> 研究生) <input type="checkbox"/> 教師研習(<input type="checkbox"/> 高中職教師 <input type="checkbox"/> 大專校院教師) <input type="checkbox"/> 開放各界參與 <input type="checkbox"/> 其他，請說明
活動日期	請詳述之(例：98 年 9 月 14 日(一)上午 9 點至下午 5 點)
主要講員	請註明講員服務機關、職稱及性別
活動內容及目的	內容— 目的—
參與對象及人數	學生 名；教師 名；社會人士 名；其他(自行分類) 名。
男女參與比例	請說明男女參與狀況(例：男性 26 名，女性 26 名，共計 52 名。)
其他補充說明	(是否與其他計畫、課程合作辦理，請說明)

2.於課程開授時段之外舉辦，共 2 場，參與人數共 133 名。

(1) 醫護教育為什麼需要 STS 觀點？

活動名稱/主題	「醫護教育為什麼需要 STS 觀點？」跨領域教學工作坊	
活動主要性質	<input checked="" type="checkbox"/> 學生研習(<input type="checkbox"/> 高中職學生 <input checked="" type="checkbox"/> 大學生 <input checked="" type="checkbox"/> 研究生) <input checked="" type="checkbox"/> 教師研習(<input type="checkbox"/> 高中職教師 <input checked="" type="checkbox"/> 大專校院教師) <input type="checkbox"/> 開放各界參與 <input checked="" type="checkbox"/> 其他，請說明—長庚醫療體系醫護人員、 輔仁大學護理學系教師、馬偕醫學院教師	
活動日期	98 年 11 月 13 日(五)下午 1 點至下午 5 點	
主要講員	雷祥麟(中央研究院近代史研究所副研究員) 楊倍昌(成功大學微生物及免疫學研究所所長) 盧萃豔(陽明大學臨床暨社區護理研究所教授) 王文基(教育部顧問室科技與社會計劃主持人) 詹長權(台灣大學職業醫學與工業衛生研究所教授) 郭文華(教育部顧問室科技與社會計劃協同主持人)	
活動內容及目的	<p>目的—</p> <p>為落實新計畫團隊之計畫目標在課程與教學，舉辦工作坊以擴大長庚大學師生對於 STS 的認識，藉演講及討論之活動尋求潛在支持者，並尋求校方對於新課程及課程改革的支持。</p> <p>內容—</p> <p>「健康、醫療技術與社會」跨領域教學計畫第一次工作坊於 98 年 11 月 13 日假長庚大學第一醫學大樓簡報室舉行，共計邀請中研院近代史研究所雷祥麟老師、成大 STM 中心楊倍昌所長、陽明臨床暨社區護理研究所盧萃豔老師，分就「醫護教育為什麼需要 STS 觀點？」進行三場專題演講外，針對大會主題「醫護教育為什麼需要 STS 觀點？」，邀請教育部顧問室科技與社會計劃辦公室主持人王文基教授、協同主持人郭文華教授以及台大職業醫學與工業衛生研究所詹長權教授召開圓桌論壇。</p>	
	<p>一、STS：跨越醫療理工與社會人文的互動領域—由衛生餐台的發明談起</p> <p>雷祥麟教授以「衛生餐台」的發明，說明醫學知識、技術與社會文化的交引纏繞。由醫學博士伍連德所發明的衛生餐檯結合公筷母匙，既避免家庭成為「肺結核」相互感染的溫床，又接合了傳統的飲食文化。這個例子說明了醫療問題的解決方案，不僅應關注醫療場所內部，更應關注病患所處的日常生活。更重要的是，如果發明者不是走出實驗室，從跨領域的角度思考肺結核的傳播，所推出的解決方案也未必為公眾所接受。雷教授提醒從事醫護教育的現場聽眾，因為目前身處一個科技醫療與人文社會交引纏繞的時代，很多新現象和爭議</p>	

已經不容許學科之間保持那麼遙遠的距離。雷教授最後提醒長庚大學發展屬於自己特色的 STS 教學與研究案例，目前在中醫的研究上也已經有相當創新的成果出現。

二、成大醫學院醫療科技與社會研究中心的經驗談

楊倍昌教授以成大醫學院「社會、科技與醫療研究中心」的發展為例，說明一個以醫學教育為重的重鎮，如何建立起跨領域的研究中心。楊教授認為對於未曾接觸人文學科的科學家們，欲從物質科學跨入人文社科，從讀書會開始互或許是一個恰當的方式；一旦從書本中得到的知識越多，與實際經驗對照之下也意味著「未解之謎」的增加，如此便很自然地創造了跨出實驗室的情境。楊教授最後提醒，如果僅從務實的角度看待讀書會與新課程，可能不如提供一個任何事都可能發生的環境來得重要。

三、護理課程設計與 STS 領域結合之經驗

盧葦豔教授分享 STS 觀點導入專業必修課程「護理學導論」的經驗，以就地改革的方式，減低課程行政上的阻礙，對於專業課程繁重的醫學與護理系來說，也是一個可行的方案。然而盧教授也認為，護理系學生與醫學生的專業生涯發展歷程不太一樣，護理系學生會面對更多來自外界與自己的質疑，這也促成護理系教師以課程設計引發學生興趣的動機。因此，課前的師資讀書會、討論會並配合專家演講既是充實 STS 理念的方法，也是更新護理教學觀點的手段。主持人蔡芸芳教授以及與會者馬偕醫學院醫學系主任葉宏一教授也肯定能夠站在病人角度思考的護理人員，醫療技術的創新不但更貼近病人需要，對於醫療品質的進步也有長足的影響。


四、圓桌論壇：「醫護教育為什麼需要 STS 觀點？」

王文基教授認為教育部的計畫多是以課程為主，而專業科目的問題也在於課程結構不易改變，若遇到連就地改革都不可行的情況，開設新課程就更需要系上的共識與學校方面的支持。此外，無論人文社會跨進生物醫學領域或生物醫學領域跨進人文社會都不是件容易的工作，尤其當評鑑標準多以研究為導向的時候，院方、校方與系上需要創造一個讓參與計畫的成員更願意投入的環境。接續雷教授的提醒，在成大、陽明之外，長庚應該如何開創自己的 STS 特長？王教授認為以這個計畫為起點，建立一個 STS 教學與研究的平台，不僅醫護教師可從此獲益，人文社科領域也可能醫護領域這裡豐富自己的教學與研究。

詹長權教授認為近日台灣所面對的科技與公衛爭議，益發突顯了「風險」的重要性。STS 觀點也在於「民主」價值的強調，經由反思重新思考傳統醫護教育是否符合現代民主社會的需要？是否釐清了醫護養成階段中的性別盲？否則未來的醫護專業人員根本無法處理這些

	<p>問題。更重要的是，專業課程的安排必須設法減輕學生的負擔，使得教與學的雙方都能從一個有品質的課程中，討論一些諸如「醫病關係」等應該談論的課題。這麼一來，新舊課程的取捨應該是次要手段，而非最終目的。</p> <p>郭文華教授強調，不能因為教育部正在推行 STS 計畫，而唐突地將 STS 納入課程安排，反倒應該重新考慮在現有的專業之外，為什麼還需要一種 STS 專業？現有的醫學人文與通識課程集中在一、二年級，真正進入醫學專業卻是三年級以後，這養成一種營養學分的思考慣性。然而，STS 與醫學專業若有似無的曖昧性，卻是開啟思考 21 世紀醫療教育的機會。即便是醫學生也可能因為時代變遷，面對完全不同於傳統醫學生的生涯，而 STS 可能就是開啟這扇門的鑰匙。</p>
參與對象及人數	學學生 13 名；教師 33 名；社會人士 名；其他 7 名。
男女參與比例	男性 28 名，女性 25 名，共計 53 名。
其他補充說明	本活動未與其他課程、計畫合作辦理

(2) 當中醫遇上 STS

活動名稱/主題	「當中醫遇上 STS」跨領域工作坊	
活動主要性質	<input checked="" type="checkbox"/> 學生研習(<input type="checkbox"/> 高中職學生 <input checked="" type="checkbox"/> 大學生 <input checked="" type="checkbox"/> 研究生) <input checked="" type="checkbox"/> 教師研習(<input type="checkbox"/> 高中職教師 <input checked="" type="checkbox"/> 大專校院教師) <input type="checkbox"/> 開放各界參與 <input checked="" type="checkbox"/> 其他，請說明—長庚醫院桃園分院醫師與護理人員、台北醫學大學藥學系師生	
活動日期	99 年 4 月 17 日(六) 上午 8 點 30 至中午 12 點 30	
主要講員	林崇熙 (雲林科技大學文化資產維護系教授) 劉士永 (中央研究院台灣史研究所副研究員) 雷祥麟 (中央研究院近代史研究所副研究員)	
活動內容及目的	<p>目的—</p> <p>細綁在一連串科技、科學與知識當中的現代社會，科學與科技在意想不到的過程裡，限制並形塑了我們想像生活的方式，迫使我们選擇某種採用特定角度看世界，而我們卻渾然不知。透過 STS 觀點，我們希望拉近中醫研究、中醫師以及科技的社會研究者之間的距離，藉由中醫的歷史研究和中醫的當代處境對照，指出型塑現代中醫的各種因素，並且解展望未來更多的可能性。</p>	

內容一

一、林崇熙—當 STS 遇上中醫

現在我們生活的世界，科學與技術是很巨大的力量，本來發展科技是為了解決生存所遇到問題與風險，但是我們卻看到科技同時也帶來了更多的問題與風險，原本為了掌握生存的環境，但是卻變成被科技掌握。對風險的了解很少是最大的風險，因為我們已經很習慣一種生活方式，一種被科技限制的環境，雖然資訊發達但是關於風險的資訊卻非常少，例如：我們現在的鋼筋混凝土所建造的房子在這樣多地震的地方，其實耐震度最高的東西是天然的竹子或木材，但是我們都忘了。這種適應了一種科技，但沒有適應環境的多元科技，如此將風險帶入我們的生活。

STS 的研究是把科學跟技術當成是一種文化體、生活方式、價值觀，透過哲學、社會學、歷史政策、人類學等各式各樣的策略，探討這個文化內在的發展，與社會的關係，以及所引發的社會議題(性別、民主、權利等)。STS 的性格是一種揭露，會去揭露我們沒有考慮過科技帶來的可能問題，STS 必須要能是一種連結，連結到各式各樣的行動者議題才有可能被關心，STS 必須成為一種被競爭的方案，來自各方的知識用以解決問題。也可以將 STS 看成是一種思考策略，最重要的是能夠改變什麼事情，這樣的講法是包含一些社會運動的概念。STS 也是轉動社會的力量，它不是講一種科技，而是如何讓多元的科技使社會變更好。

政治是處理眾人之事，中醫作為一種科技，也是處理眾人之事，所以中醫是一種政治。當我們採取某一種科技，意味著你會過著某一種生活，這間接把其他種排除，這無關乎個人喜好，因為一般人已經是這樣生活。

二、劉士永—中藥科學化與科學中藥

今天所見到簡單的事實背後都有很偉大的過去，因此現在認知到的科學真理，從歷史上也許可以找出許多不確定性，在這樣的價值觀下，科學究竟是不是科學，真理是不是真理本身就是個進一步討論的問題。英國有位學者說過：「現代科學醫學最大的成就，就是把地球上，某一個文化或地區的地方醫學或傳統醫學全球化，也就是我們所認為的世界現代醫學。」而東方的或者中國的傳統醫學沒有變成世界的、沒有走成現代的，但細看日本與中國的中醫發展又不太一樣。

日本與台灣科學化研究漢方之脈絡，早期著名的「加賀秘藥」，是由高橋順太郎首次將生藥施以近代有機化學分析，當時高橋的門生森島庫太與林春雄被譽為當世科學漢藥的雙璧，這個學派以實驗藥理學為主。森島學派有個重要人物-杜聰明。杜聰明博士提昌設立漢醫院遭

到記者啟源的反對，啟源完全否定漢醫藥的價值，認為那是落後的，西醫藥才是進步的科學，杜博士也提出〈漢醫學の研究方法来關する考察〉與以回應，強調以藥物為研究重心，但不該排除漢醫學的系統研究，漢藥與西藥並無本質上的差異，運用現代醫學的觀點發展漢醫學，尤其是藥理學和臨床病理學的結合。

杜聰明在 1930 年代以後，僅研究漢藥化學分析，漢藥成為西藥有效成分的萃取對象，而漢醫學只能在民間傳說、偏方中生存，但是杜博士從未放棄漢醫、漢藥合併的理想，可惜的是在杜博士之後一切船過水無痕。傳統漢藥可以被現代化學研究、分析，從而得到「科學化」外衣的同時，又不失民間的傳統信賴，但是，漢醫學卻因為無法納入西洋醫學的解釋模型當中，逐步的被整個醫療體系邊緣化。

三、雷祥麟—杜聰明的漢醫藥研究之謎：兼論創造價值的整合醫學研究

中醫跟 STS 具有很特殊的關係，從十九世紀以來，幾乎全世界各地的中醫都被以不科學為名，遭到醫學與科學的挑戰，這是中醫的一個核心問題。反過來說，對於 STS 學者，其實中醫構成近代歷史經驗中最獨特的存在。

中醫也是科技這句話，意義上來講是具有雙方互相豐富和學習的可能性。醫學博士杜聰明，作為台灣現代性的代表，應該是最不可能去支持漢藥研究的人物。另一位與杜聰明背景類似的余嚴就主張廢醫存藥，然而杜聰明認為除了藥物以外，漢藥還有理論和其他方面、診斷方式都還有很多有價值的東西。杜聰明主張漢藥研究應該逆向進行，一旦臨床實驗確定有療效，再移回研究室內進行後續研究，這是需要有漢醫配合的逆向研究法。杜聰明的努力至少突破了四個傳統：建立一個新的學科、用新的方法研究漢藥、建立研究型的漢醫醫院、逆向研究法在民國時期飽受譏評但後來證明有其價值。在邊緣處境中突破一個獨特的實驗治療學，杜聰明試著融合中、西醫，扮演雙方調和的中間人物，因此他成為一個謎樣的人物。

在價值創造的部分，如何使傳統醫學變成更客觀、更有系統，並且科學的証實其療效，如果值得的話，有些研究方式必須放棄中醫原本很精緻的東西，怎麼去賞識其他領域的東西，把這些元素納入其他的脈絡中，使它變成一個不同的東西，而且不只是單向的整合，甚至可能局部的轉化系統。杜聰明相信，目前研究方法尚存在無法充分實現的價值，需要新的研究方法來創造出他新的價值。

四、綜合討論

周成功教授指出在資本主義體制下，很難專門為中醫找到一個適合研究的方法，唯一可能就是成立一個實驗醫院，但國家必須為此花

	<p>費許多資源。林崇熙教授補充，STS 就是一個採取歷史、社會學或哲學思辨的方法去釐清今日處境的起源方法。雷祥麟教授認為當初的杜聰明意會到從西醫「一二三四」的研究方法無法確認中藥的效果，所以才採取逆向工程的方式處理。劉士永教授認為，杜聰明在一個缺乏社會支持的脈絡下行動，雖然值得尊敬，但恐怕會是個悲劇結果。</p> <p>雷祥麟教授進一步指出，作為科學研究者，其實非常受到實質環境的影響，所以杜聰明在幾十年後知道不能做藥理學研究，但是他後來只能做藥理學研究，不外乎他認為沒辦法做出他認為的突破。林崇熙教授補充，STS 去回溯歷史，例如到 2000 年的時候要來做 B 型肝炎的防制是絕對不能的，因為沒有當初那樣的人物、機緣、權力網絡。周成功教授補充，用西方的傳統衡量，中醫的成就勢必有限，因此應該思考去制定一個符合科學且又是有用的標準。</p> <p>張恒鴻教授指出，在文化裡，一元化其實是冒險、不健康的，如果環境變化的話，就缺乏應變的可能。在那個時候，我們缺乏多元化的價值觀。那我們現在也缺乏的一種賞識的能力，等到我們遇到事情的時候，會採取獨裁的作法，因此在如何去培養賞識的能力是重要的。林崇熙教授最後總結，科學是一個過程，不是一個定義，若以現代科學的眼光來看過去的偉大的科學家，你完全無法想像他們是科學家；此外，知識終究是需要身體力行的，連自己都無法實踐的知識，那都是虛假的。</p>
參與對象及人數	學學生 32 名；教師 16 名；社會人士 名；醫師 22 名。
男女參與比例	男性 46 名，女性 34 名，共計 80 名。
其他補充說明	計畫主持人游智勝老師將參與工作坊與計畫執行之心得，整理刊載在刊物《長庚校訊》，No.90，2010.7.1。(附件四)

(二) 座談、研討會—

自計畫期程開始，共 場，參與人數共 名(男 名；女 名)

1.於課程開授時段(規劃於課程每周進度內)舉辦，共 場，參與人數共 名。

活動名稱/主題	
活動主要性質	<input type="checkbox"/> 學生研習(<input type="checkbox"/> 高中職學生 <input type="checkbox"/> 大學生 <input type="checkbox"/> 研究生) <input type="checkbox"/> 教師研習(<input type="checkbox"/> 高中職教師 <input type="checkbox"/> 大專校院教師) <input type="checkbox"/> 開放各界參與 <input type="checkbox"/> 其他，請說明
活動日期	請詳述之，例：98 年 9 月 14 日(一)上午 9 點至下午 5 點
主要講員	請註明講員服務機關、職稱及性別
活動內容及目的	<p>內容—</p> <p>目的—</p>

參與對象及人數	學生 名；教師 名；社會人士 名；其他(自行分類) 名。
男女參與比例	請說明男女參與狀況，例：男性 26 名，女性 26 名，共計 52 名。
其他補充說明	本活動未與其他課程、計畫合作辦理

2.於課程開授時段之外舉辦，共 場，參與人數共 名。

活動名稱/主題	
活動主要性質	<input type="checkbox"/> 學生研習(<input type="checkbox"/> 高中職學生 <input type="checkbox"/> 大學生 <input type="checkbox"/> 研究生) <input type="checkbox"/> 教師研習(<input type="checkbox"/> 高中職教師 <input type="checkbox"/> 大專校院教師) <input type="checkbox"/> 開放各界參與 <input type="checkbox"/> 其他，請說明
活動日期	請詳述之，例：98 年 9 月 14 日(一)上午 9 點至下午 5 點
主要講員	請註明講員服務機關、職稱及性別
活動內容及目的	內容— 目的—
參與對象及人數	學生 名；教師 名；社會人士 名；其他(自行分類) 名。
男女參與比例	請說明男女參與狀況，例：男性 26 名，女性 26 名，共計 52 名。
其他補充說明	(是否與其他計畫、課程合作辦理，請說明)


(三) 讀書會—

自計畫期程開始，共 1 場，參與人數共 20 名(男 11 名；女 9 名)。

1.於課程開授時段(規劃於課程每周進度內)舉辦，共 場，參與人數共 名。

活動名稱/主題	
活動主要性質	<input type="checkbox"/> 學生研習(<input type="checkbox"/> 高中職學生 <input type="checkbox"/> 大學生 <input type="checkbox"/> 研究生) <input type="checkbox"/> 教師研習(<input type="checkbox"/> 高中職教師 <input type="checkbox"/> 大專校院教師) <input type="checkbox"/> 開放各界參與 <input type="checkbox"/> 其他，請說明
活動日期	請詳述之，例：98 年 9 月 14 日(一)上午 9 點至下午 5 點
主要講員	請註明講員服務機關、職稱及性別
活動內容及目的	內容— 目的—
參與對象及人數	學生 名；教師 名；社會人士 名；其他(自行分類) 名。
男女參與比例	請說明男女參與狀況，例：男性 26 名，女性 26 名，共計 52 名。
其他補充說明	(是否與其他計畫、課程合作辦理，請說明)

2.於課程開授時段之外舉辦，共 1 場，參與人數共 20 名。

活動名稱/主題	健康、醫療技術與社會跨領域讀書會	
活動主要性質	<input type="checkbox"/> 學生研習(<input type="checkbox"/> 高中職學生 <input type="checkbox"/> 大學生 <input type="checkbox"/> 研究生) <input checked="" type="checkbox"/> 教師研習(<input type="checkbox"/> 高中職教師 <input type="checkbox"/> 大專校院教師) <input type="checkbox"/> 開放各界參與 <input checked="" type="checkbox"/> 其他，請說明：長庚醫療體系醫護人員	
活動日期	99 年 1 月 23 日(六)下午 2 點至下午 4 點	
主要講員	林宜平 /女性 (陽明大學科技與社會研究所助理教授)	
活動內容及目的	<p>目的—</p> <p>透過事先閱讀 STS 文本並邀請專家帶領導讀及討論，充實計畫成員以及授課教師與臨床醫師對於 STS 基本概念的認識，融入未來醫學生的教學與研究課程當中。</p> <p>內容—</p> <p>跨領域讀書邀請林宜平教授帶領導讀〈民主、專業知識、和愛滋療法運動〉(Epstein, 2000/2004) 以及〈社會世界、行動者網絡與爭議：以膽固醇、飲食中脂肪與心臟病為例〉(Garrety, 1997/2004)。參與對象包含計畫成員、98 下學期的「醫師、病人與社會」課程負責人與授課醫師以及長庚醫療體系、長庚大學對 STS 教學與研究感興趣的教師。林教授首先介紹 Epstein 與 Garrety 兩位作者，以及所提出觀點的時代背景。進而強調，任何一種理論觀點或技術物的提出，特別是不確定的技術或觀點，不能僅靠單一行動者或單一實驗室定義它的應用範圍。相反的，社會中的各種行動者會根據自身的利益/旨趣加以詮釋，轉換為符合個別需求的解釋，進而形成普遍的認知。</p>	
參與對象及人數	學生 5 名；教師 10 名；社會人士 5 名；其他(自行分類) 5 名。	
男女參與比例	男性 11 名，女性 9 名，共計 20 名。	
其他補充說明	本活動未與其他課程、計畫協同辦理	

(四) 專題演講—

自計畫期程開始，共 14 場，參與人數共 462 名(男 256 名；女 206 名)。

1.於課程開授時段(規劃於課程每周進度內)舉辦，共 6 場，參與人數共 223 名。

活動名稱/主題	科技與社會研究導論—科技與社會研究的一些觀念與實作
活動主要性質	<input checked="" type="checkbox"/> 學生研習(<input type="checkbox"/> 高中職學生 <input checked="" type="checkbox"/> 大學生 <input type="checkbox"/> 研究生)

	<input checked="" type="checkbox"/> 教師研習(<input type="checkbox"/> 高中職教師 <input checked="" type="checkbox"/> 大專校院教師) <input type="checkbox"/> 開放各界參與 <input type="checkbox"/> 其他，請說明
活動日期	99年3月9日(二)下午4點至下午6點
主要講員	許宏彬/男(成功大學醫學院 STM 專案助理教授)
活動內容及目的	<p>內容一</p> <p>許老師首先為同學說明 STS 理解科學史的觀點，相較於過去輝格史觀(Whig) 總以現在被視為正確的觀點解釋過去，認為科學和技術處在不斷進步的過程。Thomas Kuhn 則認為科學的進步其實是一種革命，當異常案例增加到既有典範無法解釋的時候，便發生典範轉移。接著強調現代科學典範的基本預設：科學只處理物質(排除宗教和政治討論)、奠基於自然、四海皆準而且不證自明。許老師藉此此帶入三個概念：物質技術(material technology)、書面技術(literature technology)和社會技術(social technology)。物質技術(如空氣泵浦和儀器)讓參觀實驗室的人「眼見為憑」，不可見的事物留在實驗室之外；書面技術限制實驗者以何種書寫規範陳述自己的發現和主張，藉由社會技術為書面背書，也為實驗室內的操作背書，進而延伸了眼見為憑的範圍，即便未進入實驗室的一般人也能「虛擬見證」。這些技術操作使得現代科學的發展脫離了人人都可進行的冥思和玄想範圍，而被劃入實驗室當中。</p> <p>目的—</p> <p>藉由主講人的密集講授，帶領未曾受過 STS 訓練的醫學系大一理解科技與社會研究的基本概念以及整個跨領域學科的發展歷程。並藉由講授過程中的發問，為同學釋疑。</p>
參與對象及人數	學生 29 名；教師 1 名；社會人士 1 名；其他(助理) 1 名。
男女參與比例	男性 21 名，女性 10 名，共計 31 名。
其他補充說明	本活動未與其他課程、計畫協同辦理



活動名稱/主題	科技與社會研究導論—科學知識的建構(二)
活動主要性質	<input checked="" type="checkbox"/> 學生研習(<input type="checkbox"/> 高中職學生 <input checked="" type="checkbox"/> 大學生 <input type="checkbox"/> 研究生) <input type="checkbox"/> 教師研習(<input type="checkbox"/> 高中職教師 <input type="checkbox"/> 大專校院教師) <input type="checkbox"/> 開放各界參與 <input type="checkbox"/> 其他，請說明
活動日期	99年3月30日(二)下午4點至下午6點
主要講員	楊弘任/男(陽明大學科技與社會研究所助理教授)
活動內容及目的	<p>內容—</p> <p>主要研讀資料是楊老師的代表作〈看不見的技術：「蓮霧變成黑珍</p>

珠」的技術發展史>。楊老師從文中的主角之一阿石談起，一般人都只注意到當初為何選擇粉紅種（南洋種）作為品種的改良對象，但特定農產品的「栽培技術創新與改良」這個複雜過程，並沒有被好好討論。也就是說品種加上土壤，不就能等同於成功品種的摘培，其中仍需要搭配該品種的「栽培技術」。黑珍珠蓮霧的技術發展，有幾個重要面向，包含「命名」的意義；知識的共享性，而這種共享性並非全部農友均可共；選擇土地貧脊的海邊濕地作為栽種地，成功種植出新品種的蓮霧，或許可以說是一種機運。而產銷班所扮演的角色，不只是產品的運銷，它也是黑珍珠蓮霧知識匯集之處，這些知識包含疏花蔬果的重要，與電信媒體的公共分享。

目的—

藉由黑珍珠的案例，楊老師反轉了傳統上一般人認為科學知識應是經過實驗室的試驗階段，而後才進入實作階段的科技模式，而凸顯農民從實作之中，藉由人際網絡之間交流的「默會知識」。這兩種不同的知識系統和專家，涉及「文化轉譯」的雙向轉譯過程，彼此均需要說出對方可以聽得懂的语言，引起對方的興趣之後，才足以進行溝通。

參與對象及人數	學生 29 名；教師 1 名；社會人士 1 名；其他(助理) 1 名。
男女參與比例	男性 21 名，女性 10 名，共計 31 名。
其他補充說明	本活動未與其他課程、計畫協同辦理

活動名稱/主題	科技與社會研究導論—實驗室與性別文化
活動主要性質	<input checked="" type="checkbox"/> 學生研習(<input type="checkbox"/> 高中職學生 <input checked="" type="checkbox"/> 大學生 <input type="checkbox"/> 研究生) <input type="checkbox"/> 教師研習(<input type="checkbox"/> 高中職教師 <input type="checkbox"/> 大專校院教師) <input type="checkbox"/> 開放各界參與 <input checked="" type="checkbox"/> 其他，請說明—研究助理
活動日期	99 年 5 月 18 日(二)下午 4 點至下午 6 點
主要講員	韓采燕/女 (清華大學社會學研究所碩士)
活動內容及目的	<p>內容—</p> <p>她指出在理工實驗室的升學過程裡，碩士班畢業女性攻讀博士班的比例相較於男性有一明顯的「管漏現象(leaky pipeline)」，除了外在於實驗室的社會性別對女性所扮演角色的期待之外，理工實驗室的訓練過程中哪些原因造成這種傾向？當采燕請同學列舉知名的科學家/工程師時，同學幾乎舉不出女性；另外請同學例舉生活中三種科技時，同學所聯想到的盡是電腦等大型、陽剛男性的科技，而少有微波爐、吸塵器等家用科技。</p>



	<p>換言之，科技物也是具有性別的。</p> <p>理工實驗室的性別更明顯，縱使實驗物質以及長時間的實驗過程同樣對男女造成危害，但女性比男性更被期待保持生育功能的完整，大多數女性不會參與一些對身體有危害的實驗過程。因而實驗室主持人更傾向於招收男性研究生分擔大多數具有危險性的工作，招收女性擔任行政工作，這個結果反過來促成實驗室的性別化。采燕也指出，某些以女性為主要成員的實驗室，所呈現的時作邏輯及性別圖像就非常不同於以男性為主的實驗室。因此，實驗室和科學訓練並不是「本質上」就排斥女性參與，而是被建構的結果。</p> <p>目的—</p> <p>藉由陽剛氣質明顯的理工實驗室，主講人突顯了看似理所當然的性別分工與差異其實有反轉的可能性。也藉由實驗室研究，促使同學重新審視自己在實驗室以及日常生活中經歷的性別體驗。</p>
參與對象及人數	學生 29 名；教師 1 名；社會人士 名；其他(助理) 2 名。
男女參與比例	男性 22 名，女性 10 名，共計 32 名。
其他補充說明	本活動未與其他課程、計畫協同辦理

活動名稱/主題	健康、醫療技術與社會—醫學知識與性別
活動主要性質	<input checked="" type="checkbox"/> 學生研習(<input type="checkbox"/> 高中職學生 <input checked="" type="checkbox"/> 大學生 <input type="checkbox"/> 研究生) <input type="checkbox"/> 教師研習(<input type="checkbox"/> 高中職教師 <input type="checkbox"/> 大專校院教師) <input type="checkbox"/> 開放各界參與 <input type="checkbox"/> 其他，請說明
活動日期	99 年 4 月 7 日(三)下午 4 點至 6 點
主要講員	林宜平/女 (陽明大學科技與社會研究所助理教授)
活動內容及目的	<p>目的—</p> <p>林宜平教授以實驗室中的公鼠/母鼠比例以及 RCA 的公衛調查案例，說明女性在日常生活中遭遇的風險經常被科學家所忽略的事實。</p> <p>內容—</p> <p>在 RCA 的案例中，女性的生理特性和社會特性經常消失在公衛學家的視野裡，導致觀察偏頗地集中在受影響較少的樣本，得出無顯著相關的結論。林教授指出，未被公衛學者納入考量的環境暴露，例如洗澡、煮飯等多屬女性的傳統家務，相較於其他族群，女性更容易長期置身在高危險有毒物質的環境中。再者，即便以任職時間長短為資料分析策略探討曾在 RCA 工作的女性職員健康，也未能適切考量女性的生物特性—自乳腺發育的青春期的開始接觸有害物質，對於日後癌症發病的影響，卻因為不符合長期暴露時間標準而被忽略。此外，台灣女性因為隨夫居住的社會特性，使得自青春期的開始接觸的廠房附近女性居民與公衛調查的取樣對象，可能根本不是同一群人。這些符合科</p>

	學標準的性別偏見都在相關研究中被不斷複製，真正受害甚深的女性也不斷受到忽視。
參與對象及人數	學生 41 名；教師 1 名；社會人士 名；其他(助理) 1 名。
男女參與比例	男性 26 名，女性 17 名，共計 43 名。
其他補充說明	本活動未與其他課程、計畫協同辦理


活動名稱/主題	健康、醫療技術與社會—常民知識與社會運動
活動主要性質	<input checked="" type="checkbox"/> 學生研習(<input type="checkbox"/> 高中職學生 <input checked="" type="checkbox"/> 大學生 <input type="checkbox"/> 研究生) <input type="checkbox"/> 教師研習(<input type="checkbox"/> 高中職教師 <input type="checkbox"/> 大專校院教師) <input type="checkbox"/> 開放各界參與 <input type="checkbox"/> 其他，請說明
活動日期	99 年 5 月 19 日(三)下午 4 點至 6 點
主要講員	翁裕峰/男(成功大學醫學院 STM 助理教授)
活動內容及目的	目的— 臺灣因過度強調經濟成長而長期忽視過勞死的問題，一直都未制定符合台灣勞動狀況的政策。即便近年來科學研究開始關注此議題，但在實證研究的普遍性與個案的特殊性之間還沒有找到平衡點。因此，在專家的科學知識生產之外，也應該將常民的觀點納入考量。 內容— 翁裕峰教授指出台灣因為長期漠視過勞問題而缺乏相關實證研究，即便因為時代演進開始注意過勞案例，但政策制定卻一直追隨日本的腳步。翁教授認為，即便缺乏過勞的實證研究，常民的主張亦可以影響政策，使得政策制定益加完善。因為在專家政策制定中所講求的科學證據，有時會因為亟欲制定普遍性標準而忽略不同工作型態的個殊過勞層面。例如，回到家卻還需要心繫工作、隨時待命的醫師與工程師，這些看不見的勞動應該如何衡量？翁教授認為常民知識應該在協助認定和防治上有所助益，缺乏實證資料的過勞認定標準更需要特定團體在常民和專家之間扮演橋樑的角色，完善國內的相關立法與政策制定。
參與對象及人數	學生 41 名；教師 1 名；社會人士 名；其他(助理) 1 名。
男女參與比例	男性 26 名，女性 17 名，共計 43 名。
其他補充說明	本活動未與其他課程、計畫協同辦理

活動名稱/主題	醫療政策與公民參與
活動主要性質	<input checked="" type="checkbox"/> 學生研習(<input type="checkbox"/> 高中職學生 <input checked="" type="checkbox"/> 大學生 <input type="checkbox"/> 研究生) <input type="checkbox"/> 教師研習(<input type="checkbox"/> 高中職教師 <input type="checkbox"/> 大專校院教師) <input type="checkbox"/> 開放各界參與 <input type="checkbox"/> 其他，請說明
活動日期	99 年 6 月 9 日(三)下午 4 點至 6 點
主要講員	朱顯光/男 (台灣醫療改革基金會)

活動內容及目的	<p>目的—</p> <p>過去醫改會一直被視為找醫師麻煩的機構，其實醫改會的改革對象不僅是醫師，更涵蓋了醫師背後的醫院、制度與國家，即便是為病患主張權利，醫改會也是以培力、充權(empowerment) 的角度出發，適時的教育病患拿藥、問診應該注意的事項。透過醫改與醫學生的對話，提醒醫學生未來可能面對的問題以及可以努力的方向。</p> <p>內容—</p> <p>朱顯光老師首先提醒醫學教育所倡導的 PBL 模式當中的 P，不僅是 problem，也應該是 patient，應該學習站在病人的角度思考，幫助患者解決問題。如此在治療病患的時候，才不至於發生「良善意圖下的手段錯誤」，例如在未告知情況下的額外手術。朱老師認為醫改會的任務不僅在挑醫師的毛病，也在於努力打破過往醫院/醫師、醫師/病人，甚至國家/民眾的不對稱關係。醫改會不僅為病人的權益發聲，也為醫護人員訴求合理工時。許多以病患為出發點的醫療糾紛根源，來自醫院管理階層在聘僱與任用制度對醫護人員的剝削；一旦產生醫療糾紛，醫院往往只會追究第一線人員的責任，而不深究管理制度的問題。但是，類似作為並不能有效遏止類似錯誤再度發生。因此，必須從制度上作根本的改革，才有可能解決纏繞在醫院、醫師與病患間的問題。</p>
參與對象及人數	學生 41 名；教師 1 名；社會人士 名；其他(助理) 1 名。
男女參與比例	男性 26 名，女性 17 名，共計 43 名。
其他補充說明	本活動未與其他課程、計畫協同辦理

2.於課程開授時段之外舉辦，共 9 場，參與人數共 239 名。


活動名稱/主題	達悟族的精神失序：現代性、變遷與受苦的社會根源
活動主要性質	<input checked="" type="checkbox"/> 學生研習(<input type="checkbox"/> 高中職學生 <input checked="" type="checkbox"/> 大學生 <input checked="" type="checkbox"/> 研究生) <input checked="" type="checkbox"/> 教師研習(<input type="checkbox"/> 高中職教師 <input checked="" type="checkbox"/> 大專校院教師) <input checked="" type="checkbox"/> 開放各界參與 <input type="checkbox"/> 其他，請說明
活動日期	請詳述之，例：98 年 9 月 16 日(三)上午 17 點至下午 19 點
主要講員	蔡友月/女(中央研究社會學研究所助研究員)

活動內容及目的	目的—	
	<p>透過社會建構論的觀點理解疾病，不僅是醫學知識、實驗室所定義及處理的對象，而放在歷史、社會與文化交織的脈絡中予以考量。因此，透過小型討論會，可以發現醫療政策既需要考量政經結構，齊頭式的平等未必等於正義；醫療行為更需要考量病患的主觀經驗與所處的社會，而不該應侷限在教科書、醫院等個人層次的場所中尋求答案。</p> <p>內容—</p> <p>蔡友月博士以八年的田野實作，探索蘭嶼達悟族精神失序的比例相較於台灣漢人何以高達五倍之多的原因；尤其關注發病者多集中在歷經現代性劇烈變遷的青壯世代。主講人首先回應基因論與環境論；如果精神疾病是純粹的基因遺傳問題，為何集中在 1970 年代以後快速捲入台灣社會的達悟族青壯世代？如果是環境的壓力，誘發了精神疾病的生物基因，又是什麼樣的政經脈絡下造就了達悟族青壯世代無法處理的環境壓力？這些受苦者的主觀經驗又是什麼？</p> <p>主講人以「社會受苦(social suffering)」的概念跳脫分子決定的基因論視野以及欠缺整體-歷史過程解釋的環境論，突顯出疾病受苦更廣遠的社會性。透過深度訪談與觀察，她指出一旦蘭嶼和台灣產生密切聯繫，傳統部落的價值觀隨即遭受撞擊。以「家屋改建」為例，房屋在達悟社會中也是社會地位的象徵，然而島上並不足以供應家屋改建的物質需求，因而需要不斷的來回在台灣本島與蘭嶼之間工作與改建。使之一直處在缺乏社會支持網絡、又需面對原生家庭與部落的期待以及台灣本島的異樣眼光之中。長期面對生存壓力、欠缺社會支持以及自我認同危機的累積，顯然與高比例的精神失序有密不可分的關係；也是精神失序的社會根源。</p> <p>從社會變遷的歷史視野所理解的達悟族高比例的精神失序，個人的不幸與結構的暴力密切相關，更突顯了實驗室無從解釋並提供一個外在社會最佳方案的侷限。問題不在於實驗室所觀察、定義的分子層次，而需要更多諸如教育、公衛與社會心理方面的社會介入。</p>	
參與對象及人數	學生 7 名；教師 9 名；社會人士 1 名；助理 4 名；醫師 1 名。	
男女參與比例	男性 11 名，女性 10 名，共計 21 名。	
其他補充說明	本活動未與其他課程、計畫協同辦理	

活動名稱/主題	從體微的意義化到社會交往的醫療化：醫學美容行銷的社會邏輯初探
活動主要性質	<input checked="" type="checkbox"/> 學生研習(<input type="checkbox"/> 高中職學生 <input checked="" type="checkbox"/> 大學生 <input type="checkbox"/> 研究生)

	<input checked="" type="checkbox"/> 教師研習(<input type="checkbox"/> 高中職教師 <input checked="" type="checkbox"/> 大專校院教師) <input checked="" type="checkbox"/> 開放各界參與 <input type="checkbox"/> 其他，請說明
活動日期	請詳述之，例：98年10月14日(三)上午17點至下午19點
主要講員	許甘霖/男(成功大學公共衛生研究所助理教授)
活動內容及目的	<p>目的—</p> <p>生活型態醫療(lifestyle medicine)中商業行銷與醫療化的結合，應該值得更多的關注。醫美行銷運用行銷手法開創市場的同時，也將現代行銷引發的爭議帶入醫療體系；鑑於醫療服務的特殊性，塑造「不可能的完美標準」的同時，也可能造成醫生的專業認同過度向錢看齊等非意圖後果。最後，有鑑於醫美行銷的社會邏輯和非意圖後果，醫療行銷的倫理面向，應該是醫學人文教育中的重要議題。</p> <p>內容—</p> <p>近年來先進國家興起一股反對「假象美」的趨勢，指控錯誤再現「完美身材」或「美化後的假象」，從而導致人們要求自己的外表達到「不可能的完美標準」。然而，相關批判中忽略「被修飾掉的不完美部位」可能具有的重要意義。</p> <p>行銷是醫學美容不可或缺的一環，尤其「不完美的身體部位」是醫學美容的利基所在。醫學美容雖回應既有的社會需求，但由於應用層次多不涉及病理化，單是健康本身不足以將潛在消費者轉成病患，故通常得訴諸與症狀相關的社會烙印和損失。</p> <p>作者從醫美行銷的通路策略及論述內容回答：「不完美的身體」在行銷語境中如何被呈現？醫療專業在其中如何扮演「消極的健康把關者」以外的角色？醫美涉及的醫療化如何定位？以及，這些問題的理論與實務重要意義。</p> <p>通路策略方面，醫美行銷使用多重的置入行銷（新聞廣告化、知識行銷、Web 2.0 行銷）；而論述內容方面則多採取問題/解決方案結構（problem/solution structure）：身體特徵被烙上記號並歸咎為造成社會交往困擾的原因—體徵的意義化（signification of body signs）—而醫療技術則被呈現為解決這些困擾的手段—社會交往的醫療化（medicalization of sociation）—一旦身體透過醫學美容的行銷通路被標籤為「不完美的身體部位」，擄獲大眾目光的同時，也成功地轉譯醫學美容技術為「社交障礙」的解決方案。</p>
參與對象及人數	學生 7 名；教師 10 名；社會人士 名；助理 3 名。
男女參與比例	男性 9 名，女性 11 名，共計 20 名。
其他補充說明	本活動未與其他課程、計畫協同辦理




活動名稱/主題	阿片的滋味：日治台灣阿片專賣的開展及其科技實作	
活動主要性質	<input checked="" type="checkbox"/> 學生研習(<input type="checkbox"/> 高中職學生 <input checked="" type="checkbox"/> 大學生 <input checked="" type="checkbox"/> 研究生) <input checked="" type="checkbox"/> 教師研習(<input type="checkbox"/> 高中職教師 <input checked="" type="checkbox"/> 大專校院教師) <input checked="" type="checkbox"/> 開放各界參與 <input type="checkbox"/> 其他，請說明	
活動日期	請詳述之，例：98年11月16日(一)下午17點至下午19點	
主要講員	許宏彬/男(成大醫學院STM中心專案助理教授)	
活動內容及目的	<p>目的—</p> <p>藉由回顧阿片吸食「醫療化」前期日治時代製藥所操作物質技術與社會手段，推動實驗室內部成果到外部世界的歷史過程—反思今日新藥研發與推廣過程，藥廠、醫院、醫師與病患等多方行動者如何在醫療過程中製造事實，從試驗階段過渡到核准上市藥品，光是技術上的精進僅僅是科技物成功擴散的部份因素，對於今日的醫學教育應該是更重要的議題。</p> <p>內容—</p> <p>有別於以往的(成癮)藥物史，許宏彬教授以使用者(阿片吸食者)為中心，研究日本殖民政府在台灣經營阿片專賣事業。他從史料照片中發現日治初期的實驗室中，研究者和吸食者之間的關係並不清楚，當時總督府甚至在實驗室中仿照煙館的設施和陳列，讓吸食者更貼近平常的使用經驗；1930年代之後，阿片吸食者的再現形象才逐漸成為被研究的「病」人。</p> <p>阿片是十九世紀末台灣最重要的進口物，而且是一種普遍的日常消費品，甚至曾在白銀恐慌時被做為替代性的流通貨幣。阿片的「口味」會隨著製程和加入材料而有不同，而且有高下之別。因此，所謂的「成癮」者，並非是被動無助地索求藥物，而是有選擇地消費。當時的專賣店至少都備有三種以上口味，連中藥行、理髮店都有販賣，甚至會強調獨門配方口味。</p> <p>反觀日本，隨著中國在阿片戰爭中落敗，對於阿片更加戒慎恐懼，加上「脫亞入歐」的意識形態，使得日本社會視吸食阿片為劣等民族之風氣。然而，在治台初期迫於財政窘困等考量，只得階段性經營阿片專賣，收益幾乎占殖民政府歲入的25~40%。儘管如此，當時台灣民眾並不喜歡官賣阿片的口味，而且因為文化歧異、互信不足，專賣初期市面上走私猖獗，殖民政府對台灣的阿片市場缺乏約束力。</p> <p>總督府製藥所可說是台灣最早期的實驗室/工廠。日本殖民政府</p>	

	<p>在阿片專賣上採取「科學殖民」的策略，廣收市面阿片，並僱人滲入店家學習配方，帶回製藥所進行試驗比較。為了找出台灣人偏好的口味，阿片吸食者的品評，是製藥所仰賴的判斷依據。透過詳盡記錄並分析，製藥所將「主觀」的品評感受整理成「客觀」的數字，建構出一個阿片的評等標準：「嗎啡含量高、添加物含量低」；並且開始透過阿片警察（視察）的制度，主動散播實驗室知識，大力推廣高嗎啡含量且衛生的官製阿片新價值。而製藥所做為重要的科技展演場地，其阿片標準化量產過程中對於原料、人工、機械、製程的管理，也成為建構科學文明、工業利益與衛生的利基。</p> <p>在實驗室內外的交相運作下，阿片的「滋味」不只是味蕾與物質接觸的感官反應，更是日本總督府、台灣民眾，甚至今日的你我，在阿片產製標準化和意義轉化過程中記憶與認知的流轉。</p>
參與對象及人數	學生 7 名；教師 10 名；社會人士 3 名；其他(助理) 3 名。
男女參與比例	男性 11 名，女性 12 名，共計 23 名。
其他補充說明	本活動未與其他課程、計畫協同辦理

活動名稱/主題	公寓廚房的空間生產與母職家務的身體再生產：一個「身體-空間」的日常生活地理學考察
活動主要性質	<input checked="" type="checkbox"/> 學生研習(<input type="checkbox"/> 高中職學生 <input checked="" type="checkbox"/> 大學生 <input checked="" type="checkbox"/> 研究生) <input checked="" type="checkbox"/> 教師研習(<input type="checkbox"/> 高中職教師 <input checked="" type="checkbox"/> 大專校院教師) <input checked="" type="checkbox"/> 開放各界參與 <input type="checkbox"/> 其他，請說明
活動日期	請詳述之，例：98 年 12 月 14 日(一)下午 17 點至下午 19 點
主要講員	吳鄭重/男(台灣師範大學地理系副教授)
活動內容及目的	<p>目的—</p> <p>一直以來，肺癌幾乎等同於吸菸，社會的焦點投注最多心力在菸害防治的同時，也就忽略了生活中的其他風險來源。透過「廚房」演講人促使我們了解當代台灣婦女身陷「家庭毒氣室」的過程和困境，讓隱藏在公寓住宅裡的生活風險開始現形，提醒我們，以科技追求效率的同時是否也一併打造了囚禁自己的鐵籠；也讓女性長期在家務工作上的默默付出，得到現身和發聲的機會。更重要的是，透過逐步解開「家庭毒氣室」的宿命死結，讓公寓廚房和煮食家務不再是婦女聞之色變的「家務牢籠」和「生活徒刑」；重新啟動空間改造並重新協商性別與家務的「新生活運動」。</p>



	<p>內容—</p> <p>主講人吳鄭重博士從「肺癌高居女性癌症死亡首位」的經驗事實出發，以日常生活為提問對象，發現只要是公寓住宅密集的華人住宅區，通常也就是女性罹患肺癌的一級警戒區。主講人試圖從「風險社會」的反身現代性切入，探討公寓廚房空間和女性煮食家務之間糾結複雜的結構化歷程。從性別家務角色、「男造」的公寓廚房空間結構、「家庭工業革命」的現代家電科技，以及「飲食工商化」的煮食文化變遷等多面向的問題。為此，講者特別發展出「身體-空間」的日常生活地理學分析架構：一方面延續空間生產的政治經濟學批判，對戰後迄今台灣公寓廚房的生產過程，包括國家和市場對於核心家庭與公寓住宅的現代化想像，提出空間病理學的現代性分析；另一方面，則是導入「身體再生產」的社會經濟學觀點，從婦女在煮食家務的生活處境中善用各種生命戰略、身體戰鬥和生活戰術所開創出來的空間縫隙和身體皺褶，拉出「生活廚房」的社會生理學脈絡，藉此回應性別、居住空間與疾病的關聯。</p>
參與對象及人數	學生 7 名；教師 10 名；社會人士 名；其他(助理) 3 名。
男女參與比例	男性 12 名，女性 8 名，共計 20 名。
其他補充說明	本活動未與其他課程、計畫協同辦理

活動名稱/主題	台灣透析社會力與醫療品質變遷	
活動主要性質	<input checked="" type="checkbox"/> 學生研習(<input type="checkbox"/> 高中職學生 <input checked="" type="checkbox"/> 大學生 <input checked="" type="checkbox"/> 研究生) <input checked="" type="checkbox"/> 教師研習(<input type="checkbox"/> 高中職教師 <input checked="" type="checkbox"/> 大專校院教師) <input checked="" type="checkbox"/> 開放各界參與 <input type="checkbox"/> 其他，請說明	
活動日期	99 年 03 月 10 日(三)上午 12 點至下午 2 點	
主要講員	林文源/男(國立清華大學通識教育中心助理教授)	
活動內容及目的	<p>目的—</p> <p>隨著科技進步、醫療專業化以及制度保障，醫療品質日趨進步，但是醫療政策如何形成？在各種需求當中，又是如何取捨所關注的對象？林文源教授試圖以病患的角度探討病患的集體行動在透析醫療的變遷中扮演的角色與貢獻，並進一步討論透析的品質。</p> <p>內容—</p> <p>本報告中將病患集體為保衛自身權益而發動行動的驅動力以醫療</p>	

社會力稱之，因為其涉及的層面關乎政治、醫療專業、市場、社會、科技等。報告中將台灣的透析病患團體佈署與透析醫療體制變遷醫療社會力區分成三個時間探討，分別為八〇年代「集體性浮現」、九〇年代「雙元化場域」及兩千年後「垂直整合」。

1980年代起，台灣的洗腎人口大量成長，但是當時並沒有腎友會這樣的集體組織為洗腎病患爭取權益，當時的透析體制中，榮民病患有的退輔會、公保病患有的公保局，比較有爭議的勞保病患時常有帶病投保的界定問題，而有的自費病患更是為了存活傾家蕩產，這樣的現象漸漸受到重視，直至1983年號召洗腎病患集體的力，成立A協會，並積極的發行通訊，以結盟的手段影響醫療院所、立法委員再以媒體結合輿論，才開始對台灣洗腎病患有實際的作為。


1993年起的關鍵事件：包醫制與透析預算控制，更加強了病患集體的活動，在1994-1996年間相繼成立了11個腎友會，而具有全國性組織規模的B協會也於1999年成立，A與B協會的訴求不同，A協會較傾向於基層的院所整合，B協會則是企圖作病友與院所、中央政府之間的管道，因此行動不同調，但是A、B協會的規模較大，其他較小的病友團體也就自然被歸為屬於地方型，也造就了「雙元化場域」。在這個時期透析市場加入了其他病種的競爭與批評，同時還有一些「透析市場」的亂象，「病患即與消費者」的轉變。

2000年以後，2003年透析總額預算的實施與2004年的「人工腎臟重複使用」爭議，都成去集體性的效果，間接讓病友會衰弱，一些地方性的協會流於例行化工作，有些甚至消失了，政治環境的財務導向政策，使協會礙於現實狀況下，必須專注於日常營運，無力涉及品質爭議，使病患淪為「客戶」，2006、2009病友會甚至是被醫學會動員才爭取權益。

醫療社會力其實在各時期都有階段性成果，但是因雙元化而未交流、因矛盾而阻礙累積、因例行化而阻礙創新可能。

參與對象及人數	學生 3 名；教師 16 名；社會人士 名；長庚技術學院護理系 2 名；台北長庚醫事科：1 名。
男女參與比例	男性 9 名，女性 13 名，共計 22 名。
其他補充說明	本活動未與其他課程、計畫協同辦理

活動名稱/主題	臨床醫師未核不再研究臨床因素？台灣剖腹產研究的歷史轉折
活動主要性質	<input checked="" type="checkbox"/> 學生研習(<input type="checkbox"/> 高中職學生 <input checked="" type="checkbox"/> 大學生 <input checked="" type="checkbox"/> 研究生) <input checked="" type="checkbox"/> 教師研習(<input type="checkbox"/> 高中職教師 <input checked="" type="checkbox"/> 大專校院教師) <input checked="" type="checkbox"/> 開放各界參與 <input type="checkbox"/> 其他，請說明
活動日期	99 年 4 月 14 日(三)上午 12 點至下午 2 點

<p>主要講員</p>	<p>吳嘉苓/女 (台灣大學社會學系暨醫學系合聘副教授)</p>	
<p>活動內容及目的</p>	<p>目的—</p> <p>台灣的高剖腹產率引起了相當多的爭議，不過這樣的爭議以往都是醫院內部的討論，不像現在由報章媒體揭露，而這些討論都將台灣剖腹產比例高歸因於產婦的選擇行為(吉時良辰)，吳嘉苓老師想要了解台灣剖腹產到底是如何被研究的，進一步希望能提出促使醫院與醫師重新審視「臨床因素」的方法。</p> <p>內容—</p> <p>1960-1990 年代，較大型的醫院會進行統計醫院的剖腹產率，並與國外文獻比較，且進一步研究剖腹產的適應症。那個年代所進行的研究有兩種類型，第一種各醫院會將各醫院的剖腹產率製成一張折線圖進行比較與探討成因；第二種類型是比較適應症，研究者大多為醫師，所以進行的探討焦點是醫師在臨床上實際面臨的困境與技術個改進。</p> <p>早期台灣產婦生產的方式大多為在家生產，因此醫師若是要進行研究必須要前往產婦家中。早期蒐集資料床邊醫學時期會以個案的資料進行研究，而漸漸轉入醫院醫學時期時，比較偏向統計的資料。1992 年以後，以個別醫院為資料來源探討剖腹產的成因及趨勢與適應症這類臨床醫學的文刊就消失了，婦產科醫師不在期刊發表剖腹產成因論文，1990 年代中期以後雖有少數醫界發表，但是都發表在叫邊緣的期刊上，1996 以後有關剖腹產的研究主要改由醫管及公衛領域的研究人員發表。</p> <p>吳教授認為因為自 80 年代起，剖腹產勞保有給付，之後的健保也如此，所以使得剖腹產量暴增，而醫師也就較少研究爭議題目。但是，另一個影響較大的原因是，研究評價的改變，醫師比較傾向進行主流的研究，所以隨著醫療科技進步焦點轉移，產科方面的研究也就逐漸減少，一方面也可能因為可研究的議題已被研究完了。同時醫院評鑑開始重視學術研究，早年醫師以中文發表的期刊逐漸不受重視，評鑑學術研究的標準以國際期刊為主(SCI)，所以投入國內期刊的誘因較低，這使得以本土研究逐漸不受重視而減少。</p> <p>1962-1995 年，由於研究人員大多是醫士人員，研究較屬於「臨床因素」，較著重於醫療專業技術改善，可是 1996 之後，大部分改以研究產婦的特質與制度等「非臨床因素」，而適應症的關鍵成因「臨床因素」反而僅被當作控制變項，且探討適應症只被區分成有無適應症，</p>	

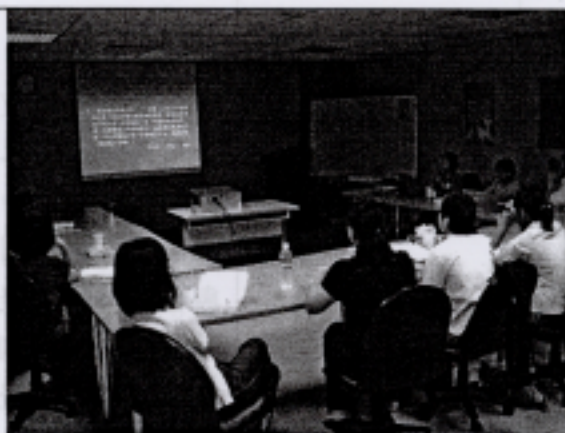
	不再進一步了解到底是什麼適應症與可能原因，較著重於制度的改善。如何把臨床因素帶回來?吳老師提出三點，第一，改變醫師從事學術研究的評鑑機制，增加醫師研究的誘因；第二，統計上關注「臨床因素」，重新將「臨床因素」是為依變項，並且進一步與「非臨床因素」進行交互作用的研究。第三，以質性研究探討「臨床因素」，因為有很多複雜的因素無法只從數據看出。
參與對象及人數	學生 4 名；教師 19 名；社會人士 名；其他(助理) 2 名。
男女參與比例	男性 14 名，女性 11 名，共計 25 名。
其他補充說明	本活動未與其他課程、計畫協同辦理

活動名稱/主題	過勞死認定標準政策制定過程分析
活動主要性質	<input checked="" type="checkbox"/> 學生研習(<input type="checkbox"/> 高中職學生 <input checked="" type="checkbox"/> 大學生 <input checked="" type="checkbox"/> 研究生) <input checked="" type="checkbox"/> 教師研習(<input type="checkbox"/> 高中職教師 <input checked="" type="checkbox"/> 大專校院教師) <input checked="" type="checkbox"/> 開放各界參與 <input type="checkbox"/> 其他，請說明
活動日期	99 年 5 月 19 日(三)上午 12 點至下午 2 點
主要講員	翁裕峰/男 (成功大學醫學院 STM 中心專案助理教授)
活動內容及目的	<p>目的—</p> <p>藉由探討過勞政策制定與認定標準，翁教授提醒職業傷病認定的社會政治過程，在專家主義與資訊不對稱之下，職業傷病不僅涉及「認定」的專業知識與科學證據(認定的科學化)，更包括解決「認定爭議」的憑據，包括非職業傷病專家的參與、制度可比較性、證據的可得性等皆應涵蓋在內。</p> <p>內容—</p> <p>過勞死在過去是用一些理論來形體化，例如：勞工運動論、經濟景氣循環論、政黨偏好、政治環境-行動者互論等；這些有點不足，所以研究中另外再加入知識的部分。</p> <p>職業傷病認定重點—工作與傷病的因果關係：暴露一致性、獨一性或時序性問題(2003)，是一個非常重要的原因原則，勞、資、政、學都同意：無明確流病證據支持暴露因素與傷病之間存有因果關係，但需制定標準。台灣原本是仿效日本的標準，但後來考量到差異，所以就做了修改。</p> <p>第一階段(1993-2002)：專家認定：因為職業暴露與環境毒害問題逐漸浮上檯面，過勞死認定標準作為完善職業醫學知識的一環，但民</p>



	<p>間參與性還是很低。</p> <p>第二階段(2002~2003)：因果關聯的科學認定與專家知識：因果關聯認定被界定為專業問題，排除勞工團體參與，所以這時為缺乏足夠科學證據下認定問題的科學化。</p> <p>第三階段(2003/2~)：爭議的科學化與因果關聯的脈絡化：證據的可近性與多樣性：工商協會擁有比傷病認定專家更多的案例，證據的多樣性，以「脈絡化的因果關聯認定」挑戰「線性因果關聯認定」。</p>
參與對象及人數	學生 27 名；教師 10 名；社會人士 1 名；其他(助理) 2 名。
男女參與比例	男性 21 名，女性 18 名，共計 39 名。
其他補充說明	本活動未與其他課程、計畫協同辦理

活動名稱/主題	從藥到手術：媒體呈現的墮胎術風險
活動主要性質	<input checked="" type="checkbox"/> 學生研習(<input type="checkbox"/> 高中職學生 <input checked="" type="checkbox"/> 大學生 <input checked="" type="checkbox"/> 研究生) <input checked="" type="checkbox"/> 教師研習(<input type="checkbox"/> 高中職教師 <input checked="" type="checkbox"/> 大專校院教師) <input checked="" type="checkbox"/> 開放各界參與 <input type="checkbox"/> 其他，請說明
活動日期	99 年 6 月 9 日(三)上午 12 點至下午 2 點
主要講員	吳燕秋/女(中研院人社中心博士後研究員)
活動內容及目的	<p>目的—</p> <p>透過研究台灣婦女的墮胎技術史，吳教授所欲挑戰的是臺灣婦女的身體權以及生命權的認定。吳教授援引中醫文獻指出，傳統中醫未必認定腹中之胎就是生命，雖然受到在場中醫師的挑戰，但吳教授藉此指出反墮胎人士所憑藉的「胚胎生命權」不見得沒有置喙的餘地，也未必貼切的反應婦女的生育以及身體經驗。針對相關爭議，需要更開放態度的思考。</p> <p>內容—</p> <p>1984 年以前的台灣是個墮胎非法的國家，除非「因疾病或其他防止生命上危險之必要」的墮胎，才可以免除刑責」。但是，這個環境下的婦女要從事墮胎並不難，除婦產科醫師外，助產士、密醫或偏方都執行了這一功能。吳教授進而指出，人際網絡、大眾媒介都可能是戰後台灣婦女在非法處境下獲得墮胎資訊的來源。</p> <p>從藥到手術，吳教授接著指出，技術上的變化其實挑戰著社會對</p>



	於墮胎乃至於「胎」是否為生命的認知。例如，執法單位對於墮胎罪的認定和行使並不容易，多半只有在異常男女關係、事後反悔等極面化的情況下才會介入；加上當初引進「月經規則術」的醫師有軍方的背景，執行此項業務的產科醫師也有利可圖，以及技術上與搔刮法的差異，創造一個模糊的空間。此外，子宮內避孕技術 loop 的應用，吳教授指出，雖然沒有具體的證據指出，loop 的普及率與人工墮胎有密切的關連，但韓國曾有相關文獻指出，一個願意裝進去 loop 的社會，也比較容易接受「拿出來」的技術。這個命題有待後續研究的驗證。
參與對象及人數	學生 7 名；教師 15 名；社會人士 名；其他(助理) 2 名。
男女參與比例	男性 9 名，女性 15 名，共計 24 名。
其他補充說明	本活動未與其他課程、計畫協同辦理

活動名稱/主題	工作與健康不平等—以女性醫院看護工為例
活動主要性質	<input checked="" type="checkbox"/> 學生研習(<input type="checkbox"/> 高中職學生 <input checked="" type="checkbox"/> 大學生 <input checked="" type="checkbox"/> 研究生) <input checked="" type="checkbox"/> 教師研習(<input type="checkbox"/> 高中職教師 <input checked="" type="checkbox"/> 大專校院教師) <input checked="" type="checkbox"/> 開放各界參與 <input type="checkbox"/> 其他，請說明
活動日期	99 年 6 月 24 日(四)中午 12 點至下午 2 點
主要講員	葉婉楡/女 (台灣大學職業醫學與工業衛生研究所專案助理教授)
活動內容及目的	<p>目的—</p> <p>葉教授希望藉由非典型雇工—看護工—的研究，從工作壓力與組織結構的關係連結到社會政策與社會結構所提供的資源，對於照護網絡能否觸及實際需要，提出質疑。從有關看護人員以及未來台灣社會高齡化所必然面臨的問題，指出經濟發展雖然是我們所樂見的，但這個社會分配的問題也必須有人來關注。</p> <p>內容—</p> <p>在過去，照顧家庭成員以往訴諸家庭功能，但從 1980 年代開始，政府的角色轉變，像是 1983 年「低收入戶失能老人照顧之居家服務方案」，1992 年引入外籍監護工。在「新管理主義」(new managerialism) 下，政府照顧責任的弱化，照顧服務走向產業化、民營化、市場化。</p> <p>看護在管理制度與市場競爭之下其實是「夾縫求生存」，工作者的處境相當艱困，他們被視為商品化的勞動力、薪資受到雙重剝削、對於工作方式充滿無力感，以及流動的、零散的個體，難以集結，甚至</p>



	<p>被醫院視為管理的毒瘤。此外，也有下列兩種普遍的問題：</p> <p>(1) 同事之間「同酬不同工」的差別待遇：若工作表現得越好，日後醫院或看護中心越會把難以照顧的 case 丟給你做，給自己帶來更大的工作負荷。</p> <p>(2) 工作適任性的問題：病人可能會有各種狀況需要去處理，看護未必具有足夠能力去因應。在媒合個案的過程中，事先的評估應該是很重要的一環。但目前在此環節可以說是沒有制度，醫院和仲介單位為了派班管理上的方便，會嚴格禁止看護挑班。</p> <p>因此，醫院看護的工作與健康處境，來自其在職場組織、勞動保障制度與勞動市場上遭受的壓抑，他們低度勞動條件政治、權力上的弱勢對於工作與健康抱持「宿命」的態度，使得他們更加的弱勢。</p> <p>最後，由於許多需要聘雇看護工的人也是社會上的弱勢者，若提升看護工的待遇，雇者可能也負擔不起，造成「弱弱相殘」困境，因此必須照顧服務的重新設計，以及照顧勞雇關係的轉化。</p>
參與對象及人數	學生 30 名；教師 13 名；社會人士 名；其他(助理) 2 。
男女參與比例	男性 18 名，女性 27 名，共計 45 名。
其他補充說明	本活動未與其他課程、計畫協同辦理

(五) 其他(請依活動類型自定名稱)——

自計畫期程開始，共 場，參與人數共 名(男 名；女 名)。

1.於課程開授時段(規劃於課程每周進度內)舉辦，共 場，參與人數共 名。

活動名稱/主題	
活動主要性質	<input type="checkbox"/> 學生研習(<input type="checkbox"/> 高中職學生 <input type="checkbox"/> 大學生 <input type="checkbox"/> 研究生) <input type="checkbox"/> 教師研習(<input type="checkbox"/> 高中職教師 <input type="checkbox"/> 大專校院教師) <input type="checkbox"/> 開放各界參與 <input type="checkbox"/> 其他，請說明
活動日期	請詳述之，例：98年9月14日(一)上午9點至下午5點
主要講員	請註明講員服務機關、職稱及性別
活動內容及目的	<p>內容——</p> <p>目的——</p>
參與對象及人數	學生 名；教師 名；社會人士 名；其他(自行分類) 名。
男女參與比例	請說明男女參與狀況，例：男性 26 名，女性 26 名，共計 52 名。
其他補充說明	(是否與其他計畫、課程合作辦理，請說明)

2.於課程開授時段之外舉辦，共 場，參與人數共 名。

活動名稱/主題	
活動主要性質	<input type="checkbox"/> 學生研習(<input type="checkbox"/> 高中職學生 <input type="checkbox"/> 大學生 <input type="checkbox"/> 研究生) <input type="checkbox"/> 教師研習(<input type="checkbox"/> 高中職教師 <input type="checkbox"/> 大專校院教師) <input type="checkbox"/> 開放各界參與 <input type="checkbox"/> 其他，請說明
活動日期	請詳述之，例：98年9月14日(一)上午9點至下午5點
主要講員	請註明講員服務機關、職稱及性別
活動內容及目的	內容— 目的—
參與對象及人數	學生 名；教師 名；社會人士 名；其他(自行分類) 名。
男女參與比例	請說明男女參與狀況，例：男性 26 名，女性 26 名，共計 52 名。
其他補充說明	(是否與其他計畫、課程合作辦理，請說明)

柒、計畫教材發展狀況

一、教材/教案/教具發展總表

編號	發展教材類型	教材名稱	適用課程	參與開發者
01	課堂活動類	HPV 疫苗注射全民開講	「科技與社會」	張淑卿
02	課堂活動類	RCA 開庭	「科技與社會」	張淑卿
03	課後作業類	找出設計不良的日常生活用品	「科技與社會」	翁註重
04	個案文本類	科學知識與社會實踐：胸部 X 光與肺結核	「科技與社會」、「醫療與社會」、「公衛史」、「醫療專業的養成」	張淑卿
05	個案文本類	女性與醫療化：以生產為例。	「科技與社會」、「醫療與社會」	陳麗如
小計	4 類	5 種	4 門	3 人

二、98 學年度開發教材/教案/教具發展內容

教材、教案、教具發展狀況(一教材一表)

(一)、「HPV 疫苗注射全民開講」

教材名稱—HPV 疫苗注射全民開講	教材類型	課堂討論
教材研發者	張淑卿	
發展構想	為增進同學參與科技爭議的討論能力，以時下流行的 call-in 節目型態結合 HPV 疫苗注射的議題進行討論，以增添討論過程的參與度與趣味性。	
教材內容	匯整 HPV 相關爭議資料為素材，於上課時間提供給同學，先進行分組討論 20 分鐘。而後，各組同學分別代表爭議中的不同立場，推派一位同學發表意見。	
適用對象	大學部（通識或系選修課程）	
適用課程	科技與社會	
後續規劃	可望於未來開設之科技與社會導論課程中實施。課程形式的構想源自陽明大學科技與社會所林宜平教授。	

(二)、「RCA 開庭」

教材名稱—RCA 開庭	教材類型	課堂討論
-------------	------	------

教材研發者	張淑卿
發展構想	為增進「科技與社會研究導論」修課同學對公衛案例的理解，並以角色扮演的方式增進同學參與討論的興趣，以模擬訴訟方式進行討論。
教材內容	由授課教師口頭講授 RCA 相關史料，並佐以紀錄片所提供的訊息，經小組討論後，由各組同學分別扮演不同角色，宣示主張並護衛自己所代表的立場。
適用對象	大學部（通識或系選修課程）
適用課程	科技與社會
後續規劃	可望於未來開設之科技與社會導論課程中實施。課程形式的構想源自陽明大學科技與社會所林宜平教授。

(三)、「找出設計不良的日常生活用品」

教材名稱—找出設計不良的日常生活用品	教材類型	課後作業
教材研發者	翁註重	
發展構想	提升同學對於課程指定閱讀「設計不良的日常生活用品」的理解力，並妥善運用在日常生活之中發現問題。	
教材內容	請分組同學利用課餘時間，根據作者 Donald Norman 的觀點，發現周遭生活中有問題的設計用品，請同學拍照或記錄下來，帶來課堂上向同學簡報。	
適用對象	大學部（通識或系選修課程）	
適用課程	科技與社會、性別科技與社會	
後續規劃	可望於未來開設之科技與社會導論課程中實施，相同形式或可沿用在性別科技與社會課程中。	

四)、「科學知識與社會實踐：胸部 X 光與肺結核」

教材名稱—科學知識與社會實踐：胸部 X 光與肺結核	教材類型	文本個案
教材研發者	張淑卿	
發展構想	本教案係「科技與社會研究導論」之一單元：「科學技術與社會實踐」課程所設計之教案。(附件三)	
教材內容	X 光發展的背景、實施胸部 X 光巡迴檢查的社會技術、X 光技術員的訓練、X 光判讀的訓練（醫師）、X 光檢查的不確定性	
適用對象	大學部(通識或系選修課)	
適用課程	科技與社會、醫療與社會、公衛史、醫療專業的養成	
後續規劃	於本計畫網頁公開	

五)、「女性與醫療化：以生產為例」

教材名稱—女性與醫療化：以生產為例	教材類型	文本個案
教材研發者	陳麗如	

發展構想	本教案係「健康、醫療技術與社」之一單元：「醫療化」課程所設計之教案。(附件四)
教材內容	教材內容涵蓋 1. 醫療化的概念介紹，2. 醫療化現象：女性身體與醫療化（以生產醫療化為例）3. 會陰切開術爭議
適用對象	大學部（通識或系選修課程）
適用課程	科技與社會、醫療與社會
後續規劃	於本教學計畫網站公開

三、教材/教案/教具發揮之效益

(一)教材為其他個人或團體引用、申請使用或下載情形說明

文本教案研發者張淑卿與陳麗如已根據教案審查之書面建議，並參考 99 年 5 月 29 日「北區計畫教案觀摩與交流工作坊」評論人祝平一教授、與會人員之意見修改。預計於 8 月底前將修改後的完整教案上線，供相關領域教師及感興趣之人員參考。非文本教材之部分，則暫定於課程大綱上說明。

(二)其他層面(如技術突破、教學創新、經濟效益、社會影響)的成就與貢獻

本計劃所設計之教案參考高雄醫學大學王秀雲教授撰寫之教案範例，並參考群學出版之《科技渴望參與》與《醫療與社會共舞》共同撰寫而成。張淑卿教授所撰之「科學知識與社會實踐：胸部 x 光與肺結核」根據其博士論文修改而成，立基於本土案例，且與台灣的公衛醫療發展與日常生活的集體記憶相結合；藉此教材反省醫療技術的不確定性如何透過社會的動員與物質技術的安排，在日常生活當中實踐。本教材仍在發展階段，但預計教案公開以後，為台灣的 STS 以及公衛教學領域增添新素材。

「女性生產與醫療化」則探討現代醫療體系不斷擴張之下，越來越多的人類行為和狀態被界定為醫學問題，並需要以醫療方式解決的趨勢。該教案目前以整理國內外學者對於生產醫療化的研究為主，希望透過下列議題探討：女性身體醫療化是如何發生的？醫師專業、醫療產業(含藥商)的角色為何？女性身體醫療化的利與弊？未來希望能加入教案撰寫人本身對於美容醫學的研究，擴展學生對女性身體醫療化的認識。

本計畫屬教學計畫，所設計之教案/教材多針對 STS 的教學目的所開發，且還在開發階段，因此難以估量技術突破和經濟效益；但已根據教案審查與教案工作坊之審查意見與建議，進行修訂(附件三、附件四)。在教學創新上，為醫學院與通識教育增添新的教材範例，相關領域師資可斟酌課程需要，選用所需教材；社會影響上，透過網頁的公開與傳遞，可藉此彙整對個案(醫療化或胸部 X 光)或 STS 感興趣之醫療、非醫學之教師與研究人員的意見，修改教材，也可吸引原本對 STS 領域未必熟悉的研究與教學人員目光。

捌、核心成員〈計畫主持人、共同主持人、專/兼任助理〉參與計畫報告

〈含共同開課狀況與教學計畫施行心得分享〉

長庚大學中醫學系游智勝：

在認識上，從不知道 STS 的內涵到認識孔恩的「典範轉移」，從只知道科學既定印象到孔恩的具有革命意義的科學史詮釋；在運作上，把 STS 理念滲入課堂教學中，既是惶恐又是興奮，惶恐的是學生的接受度，興奮的是教學相長，薰陶在 STS 的氛圍中。感謝 STS 計畫，除了擴張個人在不同領域的視野外，對本身專業未來發展的戰略思想更提供不同層面的理論基礎。令人驚喜的是個人發覺中醫與 STS 的相似處，其實中醫理論橫跨自然科學與社會科學領域，講究整體協調平衡，恰可為科技與社會的中介。台大 STS 團隊曾有大 S 與小 S 誰大誰小的譬喻，裏面有 STS 隱含大小 S 平衡密碼，T 不就是中醫(TCM, traditional Chinese Medicine)之代碼，中醫為中介，平衡大小 S，最佳結構。當然可能有學者不以為然，認為 STS 是新興極有活力的學術領域，如旭日東昇；而中醫學術雖歷二、三千年不亡，但已垂垂老已，宛如日薄西山。不過這只是黎明前的黑暗，曙光即將再現，何況地球是圓的，總是相遇得到。

透過本計畫的專題演講與工作坊，使我們深刻的認識到，醫學本是技術與人文的綜合體，醫學工作者應體現科學文化與人文文化的統一，而現代醫學在技術高度發展的同時，人文精神卻相對出現了嚴重失落，不少醫學工作者，只關心技術上成就，而對於技術運用對社會發展的作用，對人的長遠身心健康則採取相對冷漠的態度；只滿足用現有醫學知識解釋民眾的疾病和健康，對於這種解釋的合理性、真理性卻缺乏深刻的思考；迷信醫學在現有模式中的發展，忽視大眾自我保健經驗；堅持現有醫學模式的“權威性”，拒絕來自其他方面的批評，如果這一切繼續下去，會使醫學成為另一種宗教，從而變得僵化起來。醫學本質上是一門富於人性和批判理性的，是科學文化和人文文化內在統一的學問，要使醫學真正成為人類的造福術，作為醫學領域中的一份子不應當僅僅關注醫學技術、醫學知識增長，更應當關注這種增長的合理性，醫護教育為什麼需要 STS？值得我們認真反省。我們藉由討論會與工作坊的形式，增加醫護專業教師、STS 教師與人文社會教師之間的溝通，逐步形成長庚的 STS 研究社群。

本計劃團隊已執行五場專題演講、一次 STS 讀書會及一場工作坊，未來還有四場專題演講與一場工作坊「當中醫遇上 STS」。共同主持人張淑卿老師負責 STS 核心課程「科技與社會研究導論」，陳麗如老師負責 STS 延伸課程「健康、醫療技術與社會」，現已有教案產出。網頁架設維護由助理錢克綱執行，將演講、討論摘要、課程大綱與研發之教案公佈在執行成果網頁。個人負責的「醫師、病人、社會」課程雖非 98 學年度核心課程，但我們已為未來準備，採問題導向學習(Problem-Based Learning, PBL)的小組教學。PBL 教學與 STS 教學共同特點是它們都強調討論及合作學習，讓學生們能同心協力的去發現問題、分析問題，建立假設並經由適當的資源找出解決問題之方法。

長庚大學人文及社會醫學科張淑卿：

從本計劃草稿的撰寫到現在提出第一年的期中報告，也剛好是一整年的時間，本人的心得與建議如下。首先是計畫施行方面，本計劃是本校第一例通過教育部顧問室補助的人文社會類的計劃，因此校方頗重視本計劃，在舉辦工作坊時陳君侃副校長、黃寬重講座教授全程參與，加入討論，顯示校方的重視。而從每個月例行演講的安排、舉行，醫學系系方基存主任以及人

文及社會醫學科柯毓賢主任，總是排除萬難，在忙碌的醫療工作中，準時出席本計畫各項活動，令人感動。值得注意的是，依每次專題演講题目的不同，總會吸引校內或長庚醫院不同科別或專長的老師、醫師加入討論。例如，許宏彬老師關於杜聰明阿片研究的演講，某位藥理老師，帶領其實驗室學生聆聽演講參與討論；蔡友月老師的演講則吸引了長庚醫院的住院醫師、實習醫師，特別在下班後還專程到校參與。這項活動的成效也反應在某幾位持續參與的醫師，他們均提到 STS 的思考方式、批批性讓他有「打開視野」的感覺；STS 不能「治病」，但是可以協助處理「病人」問題。

由於本計畫專題演講、工作坊等相關活動，均於本校網頁、電子信箱公告，因此多數老師均知道此計畫，惟 STS 到底是什麼？與其本身的專業有哪些關係？如何吸引更多自然科學類的校內教師來參與本活動，是本計畫仍須努力之處。

在開課方面，本人負責「科技與社會研究導論」課程。在規劃課程之初，很快的得到翁註重、許宏彬、楊弘任、韓彩燕老師的首肯，願意到校授課。本課程係屬醫學系醫學人文必選修課程，學生必須自本學期的所開設的三門醫學人文課程之中選擇其一（另兩門課為西方文化經典閱讀；醫療、技術與社會），因此無開課不成的壓力。然而本課程為新開課程，同學不熟悉此課程，預選之時，選課人數只有 13 位，經第一週的課堂宣傳，最後確定選課人數為 29 位。

至目前為止，本課程只進行五次的正式課程，從學生預習筆記可以看出部分同學確實認真閱讀指定文獻，甚至提出問題，當然也有極少數同學應付此預習筆記。然而進行小組討論時，全班同學均能積極地發表意見，展現其獨立思考能力、批判力與反省力，令授課老師與課堂助教感到訝異。授課教師也從課程準備、講演與同學討論之中，達到教學相長的效果。

長庚大學通識教育中心社會科陳麗如：

(1) 開課狀況：在參與本計畫前本人就已開設「醫療與社會」的課程，當時雖然也會觸及醫療科技的一些相關議題，但課程的重心仍偏重社會制度面的探討。在嘗試融入 STS 所關切的一些議題後，則更能敏銳地察覺到健康與疾病的界定、「醫療科技」的發展與社會之間複雜的關係，醫療科技不再只是課程內容中某一個孤立的小單元；因為是新手上路，不時覺得在跟永遠追不完的文獻賽跑，但真的覺得科技與社會研究是個相當令人期待的新興領域。(2) 整體計畫實施狀況：執行計畫過程中，不管是每月一次的小型討論會或是工作坊，對我個人來說，都像是在充電般，加強對 STS 的認識；98 下第二學期的「當中醫碰上 STS」教學工作坊，則是一個因應長庚團隊組成成員的特性，所做的一個具有在地特色的嘗試，希望能因此產生更多的火花，不管是回饋到課程的內容，或是與業界的互動甚至是合作上。

長庚大學中醫系計畫專任助理錢克綱：

從 2009/8/31 正式加入本計畫執行團隊以來，在計畫主持人與共同主持人的指導下協助執行許多工作。開課方面，從教學準備到協助授課教師進行課堂討論，除了一般 TA 的工作外，更需熟讀指定讀本，才可以在同學分組討論的時候，適時給予提示；若遇到不了解的情況，再交由授課教師解答。這樣的分工比較容易掌握整班分組討論的情況，也可以給予每一組同學更多澄清疑問的時間。就我個人的經驗，這樣的成果會比分組後天馬行空的討論更為聚焦，也更容易激發熱烈的討論。

專任助理另外需要負責計畫經費核銷之作業，雖然計畫核定清單已有清楚指示，但是各校仍有管理經費的不同程序及規定，由於各校會計室執行鬆緊程度的差異、管理教育部補助款和校內配合款的規定也不相同，因此我會期望教育部在經費流用的相關規定上可以具有彈性，以配合各校不同的規定。

除了課程外，計畫執行的另一重點是活動，包括專題演講、讀書會與工作坊在內，擔任計畫助理的機會有幸參與了許多過往未曾關注過的 STS 主題，更親臨現場聆聽眾多異質背景參與者的討論。如果就 STS 的觀點來看，一個主題(無論是精神失序、美容醫療，還是透析政策)好比是周邊物件(boundary objects)，引起討論也就成功引起各界行動者的注意；一方面它轉移我們的利益/旨趣，另一方面卻也是一種異種工程，如同 Epstein 提醒 ANT 的觀點缺失，一種主題、理論、知識從實驗室傳遞出來以來，只是一個開端而已，周邊行動者的詮釋對於技術物的形塑也必須考慮在內。

第一年擔任計畫助理的我，如果回頭檢視半年來的工作成果無疑是很心虛的，以為對於理論觀點的掌握足以擔負課程的相關事務，投入之後才發現計畫專任 TA 的工作不限於課堂上，許多聯繫工作，包括能否反映目前遭遇問題的尺度拿捏都不是很好，希望最後幾個月的工作調整能夠成功地鋪上軌道，為下年度的工作事項做最好的準備。

拾、兩年期/一年期計畫成果與主要成就、貢獻度的評估

一、計畫成果

本教學計畫執行可分為課程、活動與課程/活動支援三構面，執行成果歸納為下列五點：

1. 結合醫學人文課程，提升醫學系專業養成與通識課程的銜接能力。
2. 近醫學生科技與社會素養，並透過課程內容安排銜接醫學專業與 STS，訓練學生動手參與及深度思考科技與社會議題的能力。
3. 本計劃經由辦理工作坊、專題演講與讀書會等活動，成功連結長庚大學校內醫學院師資、長庚醫療體系醫護人員參與 STS 社群的討論，逐步累積跨領域教學與研究之能量。
4. 逐步形成長庚大學的 STS 教學與研究社群。98 下學期已陸續邀請醫管系白裕彬助理教授、工業設計系翁註重助理教授協同授課，增添課程內容的豐富性。
5. 建置科技與社會教學線上資料庫，對 STS 感興趣之研究及教學人員可由網頁交流教案及課程大綱相關資訊。

二、請以教育部科技計畫施政重點(強化教學能量、提升人才素養、引導重要議題/領域、創新人才培育模式)，將計畫目標及策略發展重點相關之「主要成就及成果之價值與貢獻度」，就實質成果分項敘明之。

教育部科技計畫 施政重點 計畫目標及 策略發展重點	強化教學能量	提升人才素養	引導重要議題/領 域	創新人才培育模式
主要成就	1. 組織校內師資參與協同授課，形成初步的長庚 STS 團隊 2. 邀請國內 STS 研究人員以及師資參與工作坊、專題演講與讀書會 3. 辦理讀書會，研習 STS 文獻 4. 吸引醫學院與醫院師資參與演講、工作坊與讀書	1. 本計劃課程開設以醫學系、中醫系低年級生為主，另正籌劃開設醫學院選修課程。 2. 辦理研討活動，提升計畫成員、校內師資、學生與醫護人員視野，拓展對於 STS 的認識。 3. 辦理以長庚特色為主題之中醫工	1. 本計畫以教學為首要目標，尚未有足夠時間累積能量導引社會對於公衛與醫療政策的看法。 2. 99 上學期 STS 核心課程也將觸角延伸至呼吸照護學戲，進而將 STS 的視野導入醫學院	1. 本計劃開設課程兼具講授、討論、參訪與問題導向思考。 2. 藉由期末報告促使修課同學重新回頭檢視課程相關文獻與重點。

	會等討論 5. 研發本土案例 教材兩篇	作坊，邀請中醫系 師生及傳統中醫所 教師與研究生參與	相關科系。	
成果之價值與貢獻 度	以課程教學、研習 活動擴大接觸面， 將STS知識與理論 觀點融入醫學相關 領域，有望為未來 長庚大學與醫療系 統的STS教學與研 究平台奠定基礎。 而教案之生產更可 以累積相關領域的 教學能量，成為跨 領域研究、教學和 討論的基本素材。	當醫學院與醫院臨 床師資都能夠接受 從不同角度看待醫 學的STS觀點，日 後當醫學生跨入醫 院、成為醫生也能 夠借助STS的視 野，從不同的思考 面向幫助病人解決 問題。除醫學生師 生外，工設系與醫 管系學生亦經常參 與本計劃辦理之研 習活動。	STS觀點在於反思 政策與共識是否不 可爭議?而醫學院 未曾系統性地討論 過如何處理政策形 成過程中，周邊行 動者轉化自身利益 為公眾利益的相關 課程。因此，計畫 團隊將持續推動相 關課程與研習活 動，期望未來處理 科技或政策相關議 題時，能夠更周全 的照顧非科技層 面。	計畫開授課程集中 在大一、大二，而 醫師養成至少需要 七年；即便計畫團 隊在課程時間外辦 理演講、工作坊等 研習活動，也不能 確保課業繁重之醫 學生的參與程度。 因此為落實計畫目 標，須在策略上鼓 勵醫學院及醫院師 資投入，從醫學教 育的網絡著手，以 延續教學成果。

三、請計畫主持人以國科會評估構面，評議計畫之效益權重

- (一)、學術成就：權重 80%
- (二)、技術創新：權重 5%
- (三)、經濟效益：權重 5%
- (四)、社會影響：權重 10%
- (五)、其他效益(請說明)：權重 %

拾壹、計畫網站架設、運用報告(請附計畫網址)

一、計畫網站架設規劃

(含是否與學校、系所、國內外重要網站建立連結等情況說明)

原教學網頁「健康、醫療技術與社會跨領域教學網」網址 <http://www.cgu.edu.tw/CM/cgusts/main.htm> 已經於 2009 年 10 月 16 日正式上線，掛載於長庚大學中醫系的伺服器底下，醫學系網頁亦設有連結可直接與本網相連。因 99 學年度開始，長庚大學將所有系所之網頁納入資訊中心規劃的後台系統，經與中醫系辦人員協商後認為，將教學網頁建置在公用平台，以 RSS 方式與中醫系網相連可以減少更新的麻煩。因此，本計畫團隊採納此建議，於 99 年 8 月起建立新的網頁教學平台，網址：
<http://cgu-sts.blogspot.com/>



The screenshot shows a web browser window with the URL <http://cgu-sts.blogspot.com/>. The page title is "健康、醫療技術與社會 Science, Technology, and Society". The main content is an announcement for a lecture on August 25th, 99, titled "99年8月15日專題演講—家長做為醫用者——早期療育軌跡中的溝通行動(主講者:曾凡慈)". The announcement includes the speaker's name, affiliation (National Sun Yat-sen University), and a brief description of the lecture's focus on parent-child communication in early intervention. There are also sections for "關於計畫" (About the Plan) and "文章分類" (Article Categories).

本網頁除計畫成員簡介、活動預告與課程宣告功能外，也與 STS 計畫辦公室、陽明大學護理系 STS 教學團隊、成功大學 STM 團隊與台灣科技與社會學會等國內 STS 團隊連結。第二，計畫團隊辦理之演講與工作坊也將以摘錄之形式公開在網頁上。第三，計畫團隊成員生產之教案以及同學修習計畫開授課程所繳交之期末報告，也將擇優公開在網頁。

二、計畫網站使用狀況

本網頁之架設理念為輔助教學以及擴大接觸面。醫學系同學未必撥得出時間參加專題演講，也未

必對於各種演講主題皆感興趣。若想啟發同學對於課程以外研習活動的興趣，具體呈現演講的摘要，讓同學以最少的時間瀏覽相關主題，掌握重點。往後若遇到類似主題，便可以挑選有興趣的題目參與。另一方面針對校內師資以及長庚醫護人員，課程大綱與教材的交流也是一個提升教學能量、增進個人知能的機會。資料轉移至新平台後，本計畫辦理之宣傳相關研習活動時，也會透過 RSS 訂閱直接在中醫系網上更新。

三、計畫網站瀏覽狀況(含資料被下載情形等)

本計畫網頁並未建立資料下載計數器。

拾貳、專任助理/教學助理使用與執行狀況

計畫助理總表

職稱	數量	男/女人數	工作內容
計畫專任助理	1	1	經費核銷、網頁維護、活動辦理、科技與社會研究導論課程 TA
計畫兼任助理			
課程教學助理	2	男 2	協助 98 下課程執行
其他	3	男 3	工讀生—協助演講活動摘要、協助文獻影印、協助網頁維護
小計	6	男 6	

助理工作與執行狀況(一人一表)

(一)、計畫專任助理

專任助理姓名	錢克綱	性別	男
最高學歷	國立中山大學傳播管理所 碩士	STS 計畫經費補助	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
工作內容與狀況	1. 建置與更新計畫網站：更新演講活動訊息、上傳課堂與演講 PPT、編製演講摘要、整理網頁內容。 2. 協助會議進行：協調計畫成員開會時間，準備議程資料，整理會議紀錄 3. 執行工作坊、專題演講與讀書會：講員聯繫、會場安排、活動宣傳與海報製作、整理演講摘要 4. 辦理行政事務：經費核銷、聯繫廠商、處理學校行政流程、撰擬成果報告書、臨時交辦事項 5. 擔任課程助教：擔任「科技與社會研究導論」課程助教、準備上課資料、協助分組討論、協同教師批改作業、協助指導期末作業。		
引導至 STS 領域 深耕的可能	已投稿「2010 台灣科技與社會研究年會」 有繼續深造的計畫		

(二)、計畫兼任助理

兼任助理姓名		性別	
最高學歷		STS 計畫經費補助	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
工作內容與狀況			
引導至 STS 領域			

深耕的可能	
-------	--

(三)、課程教學助理

課程教學助理姓名	錢克綱	性別	男
最高學歷	國立中山大學傳播管理 所碩士	STS 計畫經費補助	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
協助課程名稱	科技與社會研究導論		
工作內容與狀況	1. 協助作業批改，協助上課討論。 2. 協助指導同學期末報告		
引導至 STS 領域深 耕的可能	有繼續深造的計畫		

課程教學助理姓名	林佳禾	性別	男
最高學歷	國立臺灣大學建築與城 鄉研究所碩士	STS 計畫經費補助	<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否
協助課程名稱	健康、醫療技術與社會		
工作內容與狀況	1. 擔任健康、醫療技術與社會課程助教。 2. 協助作業批改，紀錄上課討論。 3. 協助編撰、彙整教案。		
引導至 STS 領域深 耕的可能	已申請國外 STS 相關領域課程		

(四)、工讀生一

工讀生姓名	陳彥志	性別	男
最高學歷	長庚大學醫管系碩士班	STS 計畫經費補助	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
協助課程名稱	N/A		
工作內容與狀況	1. 協助工作坊、專題演講活動準備 2. 協助影印文獻資料		
引導至 STS 領域深 耕的可能	碩士班就讀中		

工讀生姓名	林庭毅	性別	男
最高學歷	長庚大學醫管系碩士班	STS 計畫經費補助	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
協助課程名稱	N/A		
工作內容與狀況	1. 協助工作坊、專題演講活動準備 2. 協助整理文獻、影印		

引導至 STS 領域深耕的可能	碩士班就讀中
-----------------	--------

工讀生姓名	蕭吉原	性別	男
最高學歷	長庚大學醫管系碩士班	STS 計畫經費補助	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
協助課程名稱	N/A		
工作內容與狀況	1. 協助工作坊、專題演講活動準備 2. 協助整理文獻、影印。 3. 協助網頁更新		
引導至 STS 領域深耕的可能	碩士班就讀中		

拾肆、計畫執行狀況分析、檢討與修正

本計畫為新團隊，第一學期未開課，但為提升計畫之能見度並尋求校內教師與行政單位的支持，本學期以辦理專題演講、工作坊與讀書會等學術研討活動為主。第二學期於醫學系一年級「醫學人文必選修」開設兩門 STS 課程：一是核心課程「科技社會研究導論」，二是延伸課程「健康、醫療技術與社會」。因此，本計劃執行之狀況分析、檢討與修正將區分為課程開設與活動辦理兩方面。

一、課程開設—由於醫學院學生的課業壓力極大，現有課程結構下不易再新增課程，因此推動既有課程就地改革，或如本計劃執行第一年，納入「醫學人文」三選一等現有課程架構是比較可行的作法。「醫學人文」選修總人數為 106 人(含非本計劃開設課程)，選修「科技與社會研究導論」與「健康、醫療技術與社會」合計 70 人，約佔醫學人文系列課程選修人數的 2/3 (66%)。99 上學期亦將延續此作法，將「公衛歷史調查」與「性別、科技與社會」聯合非計劃開設之課程，納入「醫學人文四選一」系列課程中

(一) 科技與社會研究導論

本課程首次開設在醫學系，比以往的醫學人文課程更強調主題的連貫性與參與性。雖然沒有課開不成的壓力，初期卻因為不熟悉新課程的標準和規定，預選人數只有 13 位，經過第一、二週的課程洗禮以及同學間的口耳相傳，加退選結束確定選修人數為 29 位。

每週課程最後，無論是課程負責人或校內、校外講員皆會儘量擬訂題目，讓同學分組討論(固定分組)並分享討論結果；只要有保留討論時間的課程主題，同學的反應多半不錯而且印象深刻。如 3/16 技術物有政治性嗎？的課程裡，同學在討論時間裡所例舉的個案深度與廣度往往超乎想像。相反的，在 3/9 科學與技術研究的一些觀念與實作課堂中，受限於發問時間以及關鍵概念的複雜性，班上同學的注意力比較不容易集中。因此，往後的課程進行可以試著切割比較硬(hard)的主題，保留討論時間讓同學們有時間去思考與反芻，並藉由自己的語言組織與發言。只是同學仍不習慣「沒有簡單答案」的 STS 觀點和教材，同學在討論的場合問助教：「總有個接近客觀真實的答案吧！」。可見部分同學仍習慣老師在課堂上扮演仲裁者。因此，如何引導同學以 STS 的思考方式動手尋找答案，將是未來努力的方向。

經過期末回饋意見表的分析，我們發現令同學印象深刻的主题往往是「貼近生活」的，如 5/25 設計不良的日常用品，請同學蒐集生活週遭設計不良的用品並帶來課堂上報告。但是，所謂的貼近生活其實與教學過程中的建構、同學的生命體驗以及投入期末報告的程度息息相關。例如，5/4HRT 的風險爭議，就有女同學在預習筆記指出，同時照顧職業與家庭的現代婦女，在終有機會喘口氣享受人生的時候，卻要與折磨人的更年期共處；在她的想法裡，HRT 顯然是一種能夠重組女性社會角色的能動者。此外，有小組欲以「貓纜」作為期末主題，期中大綱討論時還聚焦在政黨之上，經過授課教師和助教建議—重新閱讀文本以及實地探訪貓空纜車周邊—之後，同學已能根據第一手的觀察，結合理論提出他們的分析。另有小組原欲探討眼鏡的造型和功能演化，經過討論，同學直接進入眼鏡行，實地操作鏡片和眼鏡的製作。實際上，這些成果來自他們經過自己的眼睛、自己的手所組織的「戶外教學活動」。更重要的是，經過實際

演練，同學更懂得回過頭來「賞識」指定閱讀。

經由自己動手操作並輔以課程上的講演與討論，同學們比較有可能發展出自己的學習地圖。然而，誠如部分學生的反應，對於非生醫理工主題的報告寫作和分析掌握度，其實仍不成熟，尤其一旦當同學們從田野回到學校時，怎麼提問、描述、分析以及提出結論顯然是個大問題。這方面的限制也會阻礙同學們對於自我學習的評價與投入的程度；如何將學習的方法(know-how)和學習的目標(know-what)結合在一起，確實是未來科技與社會研究導論值得努力的方向

(二) 健康、醫療技術與社會

本課程根據先前開設的「醫療與社會」，納入 STS 觀點之後的重新修訂，也就是在傳統（醫療）社會學關切的「醫療專業的建制與產業化」、「健康不平等」等議題之外，補充「醫學知識與權力」、「醫療科技與常民知識」等面向的探討。因此，更能敏銳地察覺到健康與疾病的界定、醫療科技發展與社會之間複雜的關係，醫療科技不再只是課程內容中一個孤立的小單元。「醫療化」則是在全學期授課互動過程中，逐漸浮現為貫穿各主題的重要概念。

課程安排上，邀請具 STS 視野的學者授課，透過這些學者對特定議題的深入介紹，使同學進一步認識「生物醫學」與社會的相互形塑。本課程採取討論互動模式進行；首先從引發學習動機的問題開始進行分組討論，再由授課教師針對概念和重要議題進行介紹和脈絡的釐清，然後再進入下一步的分組討論。由於學生需要針對指定文本做預習筆記，因此可以加強討論的深度。此外，學生課後會繳交回饋單，教師得以進一步掌握學生學習的狀況，使得課程的運作更為流暢。在學期學習成果的呈現上，以小組研討方式，要求同學閱讀現有的「醫療化」研究個案，對特定醫藥科技、知識與「醫療化」的關係，進行更深刻的討論與反思，並撰寫期末報告。

然而，本門課的同學都是醫學系大一生，普遍對於醫療專業的社會角色與社會位置最為關切，思考框架仍不脫醫師、病人、國家、社會的多角關係。而在這些課程主題的設計與安排上，除了貼近 STS 關切課題的常民知識與社會運動之外，似乎缺乏其他適當的本土教材。另外，從逐週課堂回饋的意見中，我們得知部分同學認為學期末的醫療糾紛、醫療政策等課題，對於醫學系學生來說更為貼近現實，能夠對未來執業可能遇到的狀況有預先的認識與思考，然而，這幾週主題的教學方式和內容安排，卻是較少做出改變，與過往課程的教學相似的部分。

最後，我們發現整學期著墨最多核心課題—「醫療化」，輔以同學們針對於學期報告進行的小組研討，確實獲得不錯的迴響。圍繞著醫療化的相關議題，包括生產醫療化的現象、精神疾病的診斷、醫學美容的發展等等，都是在方向和教材的準備過程中最為充分，並且最容易將 STS 強調對「科技物與專業知識的政治性」進行反思的旨趣和視角融入課程之中的幾個主題。值得進一步強化，做為未來課程設計的核心部分。

(三) 就地改革課程—醫師、病人與社會

由游智勝老師負責的中醫學系與醫學系合授之「醫師、病人與社會」，開設在兩系的二年級，由於班級人數橫跨兩系、三個班，因此在課程安排上切割為合班授課的演講專題，以及混班分組授課的中醫、西醫與另類醫療三組。雖然不是 98 學年度計劃預定開設課程，但已透過實驗

性課程，結合問題導向學習(Problem-Based Learning, PBL)的小組教學和 STS 觀點。PBL 教學與 STS 教學共同特點是它們都強調討論及合作學習，讓學生們能同心協力的去發現問題、分析問題，建立假設並經由適當的資源找出解決問題的方法。我們將 STS 多元的、跨領域的、非專業權威主義的思考模式引入教學，發覺學生接受度不錯，發表的意見也常令授課教師驚豔。然而，正因為分組授課的關係，也需要更明確地建立各組之間的主體銜接性；另外，由於本班同學未曾接受過 STS 入門課程的訓練，也有部分同學的修課預期集中在「醫療專業的社會角色與社會位置」。因此，除了加強分組主題的銜接性之外，我們也期待看到 99 學年度正式操演時，這些已經修過 STS 系列課程的大一學生，會有怎樣的表現。

二、活動辦理—需要學習 STS 的對象不僅是學生，也包括計畫成員與校內師資。活動辦理的目的除了提升計畫在校內的能見度外，也希望透過學術演講與工作坊，延展計畫執行的邊界。

(一) 跨領域工作坊

本學年共辦理兩場工作坊，一是探索如何將 STS 觀點融入醫學教育的「醫護教育為什麼需要 STS 觀點？」，二是聚焦於中醫主題的「當中醫遇上 STS」。

醫護教育為什麼需要 STS 觀點？—主題講員中研院近代史研究所副研究員雷祥麟教授沿著大會主題發問：融入 STS 的醫護教育「到底有什麼用？」，醫學系師資也同意 STS 雖然不能治病，但卻能站在病患的處境，協助解決「致病」的危機。與會講員楊倍昌教授與盧肇豔教授也分別從「如何跨領域？」以及「陽明大學護理系的課程改革經驗」說明，跨領域的教學實作、社會實踐與專業目標是可以兼容並蓄的。與會來賓，馬偕醫學院醫學系主任葉宏一教授也以親身觀察為例，越是需要與病患親近的醫護人員，站在病患角度思考所發明的醫療專利也就更多，為院方所爭取到的榮譽也更多。然而，詹長權教授也指出，現有的課程結構能夠容納新議題的空間非常有限；一旦 STS 要融入既有專業課程，討論的層次便拉高到專業學院的課程結構。郭文華教授便指出，現地改革應該是可行的折衷方案。長庚大學為一所生醫理工為主的學校，發展跨領域的基礎設施並不匱乏，問題在於，有能力且有意願的師資有限。因此，如何藉由演講、工作坊與讀書會等學術活動凝聚並拓展計畫執行的網絡，將是未來執行期程裡的關鍵議題與方向。最後，對於新計畫而言，這次的討論已經足以引起學校行政單位的注意，但是如果考慮到討論的品質和議題的深入，未來的專題工作坊建議以中型規模辦理。

當中醫遇上 STS—延續 98 上學期工作坊的規模執行建議，並以本校極具特色的中醫為主題辦理下學年之跨領域工作坊。計畫團隊邀請了台灣科技與社會學會理事長林崇熙教授，以及長期研究中醫科技史的雷祥麟教授、劉士永教授。本次工作坊的參與人數眾多，超出原先預計的中型規模，除本校非醫學院的師資外、中醫系所師生、長庚醫院桃園分院的中醫師外，台北醫學大學藥學系師生也共同參與了這次討論。主題講員林崇熙教授指出，中醫是一種科技，代表一種生活方式；劉士永教授以長期關注日本與台灣中醫史的專業指出，漢醫與漢藥是如何在近代醫學史當中劃分開來。雷祥麟教授指出，以西方醫學的程序探索中醫藥的效果顯然不明確，需要發展另一套賞識的辦法。本次工作坊因為主題明確加上與會講員扎實的成果分享，讓與會的

研究人員和醫師重新認識了一遍中醫這門既熟悉又陌生的專業。在活動細節方面，因配合中醫主題舉辦在長庚醫院桃園分院而造成些許的交通不便，下學年辦理類似工作坊時，考慮舉辦在台北市區。最後，雖然成功吸引了中醫專業對於 STS 的興趣，但是如何延續這份得來不易的注意力，將是往後必須思考的問題。

(二) 專題演講與讀書會

從 98 年上學期開始辦理每月一次的專題演講，雖然人數維持在 20 人左右，但是參與者並沒有形成穩定的班底。對於演講主題的興趣選擇固然是主因，但是培養跨領域的成果也在於吸引不同背景、觀點的參與者，照亮既有觀點和研究的角落。就讀書會而言，本學期僅辦理過一次，但是與會成員都認為事先閱讀過相關文獻，在經由專業講員帶領的學習成效良好。未來規劃專題演講時，計畫團隊可以思考將各個演講主題系統化，從這個月的主題跨入下個月的主題，聽眾可以更新些什麼樣的知識、提升什麼樣的視野和能力。或許是未來可以持續努力的方向。

98 下學期的專題演講編排遵從上學期的執行建議，主題的挑選更聚焦在醫療政策的形成與醫學知識的生產；且時間安排在中午，與校內師生的行程安排不至於相衝突，因此參與的狀況比上學期踴躍許多，甚至參與的成員背景也更加異質而多元；在主題更為聚焦的情形下，三到四週辦理一次的專題演講儼然形成中午的校內師生 STS 成長討論會，甚至連醫學系一年級的修課同學也反應密集的基礎課程讓他們根本抽不出時間參加。或許也可以解釋為上學期在提升計畫能見度的努力配合課程執行展現了一定的成效，99 學年度的計畫執行也將延續這方面的努力，促使計畫執行的邊界持續跨越計畫團隊的核心成員。

拾伍、結論與建議

總結本計畫執行成果分析與檢討，計畫團隊分就課程與活動部份提出以下結論與建議：

一、課程方面

結論 1—劃入醫學系「醫學人文」選修課程的選修成果頗佳，在課程安排上不致與其他必修科目相衝突。醫學系大約有 2/3 的同學在一年級的時候便選修過此課程，學習成果很容易在同儕之間形成正面的影響。

建議 1.1—延續此一開課策略，並鼓勵同學持續選修計畫團隊的開設課程。

建議 1.2—考慮到「科技與社會研究導論」與「健康、醫療技術與社會」課程要求的差異以及銜接性，未來或可參考高海科大之作法，藉由成員間協同授課，在不同課程裡建立共同的基礎；或直接開設在不同學期，以基礎與進階課程區隔。

結論 2—在講授與討論時間之間取得平衡，即便是重要但難度偏高的主題，提供同學反芻討論與表達的時間和機會，授課教師可以更容易地掌握同學的學習成效。

建議 2—切割難度較高的單周課程主題，保留同學討論的時間，讓同學用自己的語言闡述課堂上和書本上的知識。

結論 3—從科技與社會研究導論以及健康、醫療技術與社會的成果來看，同學越能夠自己親身體驗或動手參與資料蒐集與分析的課程主題，學習成效往往更好。但是，部分同學多未曾受過資料蒐集與分析的訓練，且仍舊習慣「標準答案」的知識傳統。STS 的精神有一部分來自「打開黑箱」，質疑傳統的權威知識。一旦問題解答是訴諸於傳統權威的教導，是否又違背了打開黑箱的精神？

建議 3—結合學習方法 (know-how) 與學習目標 (know-what)，不僅告訴同學一系列打開黑箱的知識，也可以討論打開黑箱的方法。

結論 4—醫學系同學所關切的醫師的社會角色與社會位置相對於國家、醫療政策等各種制度的關係，以及未來執業可能面臨的醫療糾紛與醫療政策等相關課題，除了常民知識與社會運動之外，似乎缺乏其他適當的 STS 本土教材。

建議 4—積極發展符合醫學生需求的 STS 研究，並發展為個案教材。從切身相關的問題出發，比較容易促使同學的投入。

結論 5—就地改革課程「醫師、病人與社會」因為修課屬性，分組授課之銜接性仍有進步的空間；另外，因為本課程屬實驗性質，有部分修課同學因不曾修過 STS 的入門課程而不能理解課程的核心目標。

建議 5—99 下學期正式實施時，在課程內容的編排上應兼顧未曾修過 STS 入門課程的中醫系同學與

部分醫學系同學；另可鼓勵未曾修過本計畫開授課程之醫學系同學，選修 99 上開設之計畫課程

二、活動方面

結論—明確的主題安排與聚焦，並且在時間的安排上與校內師生的其他重大行程錯開，有助提升校內師生參與 STS 學術演講與工作坊的意願。然而，除了學術研究成果的分享之外，如何實質影響校內師資，促使 STS 素養融合為專業能力的一部分，透過這些教師，將 STS 觀點帶入既有課程、實現就地改革的目標，將是未來努力的方向。

建議—99 學年度除持續辦理主題明確的專題演講與工作坊之外，計畫團隊已著手籌設 STS 教案專題演講與工作坊。目前的構想是與本校的師資培育中心合作營造一個平台，由本計畫團隊負責其中幾個主題單元的安排；邀請其他學校的計畫執行團隊，與本校師資分享所研發的教材教案，並且示範如何使 STS 觀點融入教學過程。透過教案教學的觀摩與分享，一方面可協助本校師資提升教學技巧，並可提升 STS 融入教學的可行性，另一方面可協助本校與其他各校計畫團隊提升教案研發的實質成效。

拾陸、附錄(含課程資料附件，請自行編列附件標題)

附件一：98 下「科技與社會研究導論」期末評值結果

一、最感興趣或印象深刻的主題

主題	原因	次數
3/19 技術的社會型塑 <技術物有政治性嗎？> 影片：「摩登時代」	1.顛覆平常深刻印象 2.完全不同的新觀點 3.了解一項科技物對於我們日常生活、社會上有任何利弊影響 4.與期末報告緊密結合，且主題新穎，課程深入淺出。	5
3/23 科學知識的建構(一) <專屬個人知識的轉化：以洗腎病患為例>	不同於教科書上的治療法，個人化的差別值得討論。	1
3/30 科學知識的建構(二) <看不見的技術：蓮霧變成黑珍珠>	1.因為是第一個具體分析的實例。 2.因為科學家與霧農的互動很有趣 3.文章有趣好讀，老師上課專業不枯燥	4
4/13 跳脫西方中心 <從網球拍到半導體：台灣產業技術特質研究> 紀錄片《從代工到品牌之路》	使我有全新觀點看待「創意」，如生產資源	1
5/11 核四爭議 《核工專家 VS 反核專家》 紀錄片「同床異夢」	讓我看到一項科技(公共事物)的興衰，以及人民對科技物的抵抗。	2
5/18 實驗室與性別文化 <理工實驗室、科技訓練與性別>	因性別文化在科技發展上十分重要。	2
5/25 使用者的觀點 <設計不良的日常生活用品> 課前實作：生活中的設計不良品	1.思考設計者的目的、觀點以及使用者的感想。 2.貼近日常生活很有趣 3.重新注意到平常不曾注意的日常用品 4.生活化，討論愉快 5.離生活週遭較接近	11
6/1 科技與環保 <女人與水：性別與 RCA 污染的研究> 影片：「奇蹟背後」 RCA 開庭	終於了解社運人員那麼憤慨與熱情的原因。	1
6/8 科技政策的公民參與 <民主、專業知識、和愛滋療法運動> 課堂活動：HPV 疫苗注射全民開講	藉由角色扮演進行討論十分有趣。	1

二、對於教學方式的看法

授課教師/外聘講員	小組討論	建議/感想
<ul style="list-style-type: none"> ● 老師教學用心，有很多東西可以讓自己認真思考。 ● 外聘可以看到更專業及不同而多元的知識 ● 外聘講師也讓課程更添色彩。 ● 外聘可先過濾，挑較有趣的講師。 ● 外聘講員可以得到來自不同領域對 sts 的想法。 ● 授課講師非常多元，不會使這整堂課太過個人化。 ● 很喜歡翁註重教授 ● 最喜歡淑卿姊姊 ● 很多優秀的外聘老師，演說精采 ● 外聘講原有新鮮感 ● 請外面的老師來講課效果很不錯。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 小組討論非常有效，也可以啟發很多的想法 ■ 超愛小組討論，很值得多思考。 ■ 小組討論能活絡氣氛 ■ 小組討論可以激發想法，綜合不同意見。 ■ 很 ok，看待與討論的觀點很酷。 ■ 小組討論很有趣，也很有效率 ■ 小組討論也讓課程變得很有趣。 ■ 可以學到東西，且上課互動良好，大家都熱絡發言 ■ 利用多元的方式學習，不錯。 ■ 很多影片都很有趣 ■ 小組腦力激盪 ■ 最喜歡小組討論的部分，提出意見辯論或匯集觀點，在當中學會以不同角度深入了解 ■ 小組討論可激發不同觀點 	<ul style="list-style-type: none"> ◇ 滿喜歡小組討論，公視的影片也有啟發性 ◇ 藉由角色扮演進行討論，十分有趣 ◇ 推崇小組討論，不過有時候很希望可以上網查點資料(如果時間允許)因為很多社會議題是本來不熟悉的，希望有一些數據資料之類的 ◇ 各個部分內容都滿充實，有上到課的感覺 ◇ 教學方法十分多元，能體驗各種教學方式，學習會比較有效率且不會乏味 ◇ 影片及室外參觀很棒 ◇ 多元不而呆板，具體而非抽象，激發思考而無死記死背，很棒。

三、對於期末報告的看法

期末團體報告	建議
<ul style="list-style-type: none"> ● 可以讓我們以實驗來證明所學的知識。 ● 更深入了解 STS 理論其實在生活中處處可見。 ● 很好，讓我能深入了解 STS，BBS 和人之間的 relationship ● 有點花時間但促進思考 ● 大家一起研究某個議題，共同合作，討論與實地考察，能對此課程內容更了解。 ● 期末報告可以發揮這學期所學的 STS ● 助教很幫忙，很願意花時間與我們討論。 ● 對一個議題深入探討，可以將課堂學到的學以致用。 	<ul style="list-style-type: none"> ◇ 死線太早 ◇ 很好，但期末大家作業考試都很多，很難投入時間去完成很好的報告。 ◇ 有點趕，期末報告很多。 ◇ 稍覺匆忙，但很充實 ◇ 助教很棒，很多地方可以更加實用化一點 ◇ 期末報告的內容老師可以輔助更多，畢竟非本科學生，報告可能流於空談且負擔過大。 ◇ 寫報告前應該有一些前置訓練，可以使我們做得更成熟 ◇ 有時抓不太到重點

<ul style="list-style-type: none"> ● 跟助教討論可以學到很多。 ● 很有趣，跟助教聊又學到了不少東西 ● 題目很大但準備時間不足，可能是太晚確立題目方向，與助教討論獲益良多 ● Loading 有些太大，但主題其實滿有趣的 ● 第一次田野實作覺得和上網查資料有很多差異，第一手資訊學起來印象深刻也較踏實 ● 這是一次很好的訓練，因為我們是第一次做這種報告，每一環節的報告皆是一種學習。 ● 超愛，尤其和小組、助教討論以及田野實作的部分接得到很多經驗 	<p>◇ 期末報告的方式取代刻板考試方式之安排覺得很好。但時間有點趕，若要作到最好有難度。</p>
---	---

四、學習心得、整體評價及其他建議事項

學習心得	整體評價	其他建議
<ul style="list-style-type: none"> ● 看待事情的發展也更多角度，不會一味聽從別人的意見。 ● 可以學到很多與社會有關的知識。 ● 修課後會更加關心社會與科技物的交流關係 ● 看待科技物和技術的觀點變豐富了。 ● 會用懷疑的觀點觀察周圍的事物。 ● 以多元化或不同面向、角色的觀點看同一個事件。 ● 更了解 STS 與醫療之間關係。 ● 觀點較全面。 ● 面對一項產品的評論時，會先用 STS 去思考 ● 不只是個科學人 ● 對日常生活週遭與科技物更感興趣 ● 時常會思考科技物被製造目的及對人們的適合性。 ● 對生活中的一些小問題也更深入討論。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 很喜歡這堂課，真的讓我想了很多。 ■ 很開心，能選修這門課，真的學到很多。 ■ 絕得是長庚人文課程最有趣的一堂 ■ 很有意義。 ■ 能增廣視野，很棒! ■ 閱讀不同領域可增廣見聞，增加了了解社會的機會 ■ 有收穫且不會太勞累。獲益良多，負擔又不會太重 ■ 學到很多 ■ 感覺學到許多東西，對 STS 也有更深的認識 ■ 是一門可以慢慢得到一個完整充實概念的課，而且不會在繁重的課業外帶給過多負擔。 ■ 能訓練自己以不同觀點或細節看世界及事物。短短一學期只是引導我們入門，但是培養了新的認知觀點去看待事情，能增進我們的視野。 ■ 可以聽見同一議題的不同看法 	<ul style="list-style-type: none"> ◇ STS 層面涉及廣泛，從專業的醫療知識至貼近生活的日常用品都屬於此領域。某些教材內容太過專業，而單單就看某一部份並不能了解內容 ◇ 有些閱讀教材沒有很清楚解釋 STS ◇ 應該為必修，否則有些人不能修到很可惜 ◇ 專有名詞太多。 ◇ 有些主題過於廣泛，主題應可明確些 ◇ 助教可以多參加學生討論，對討論方向有幫助 ◇ 獲益良多，我覺得助教可以多多參與 ◇ 每次的預習筆記批改完後希望能發回，可自我檢討或討論。

附件二：98 下「健康、醫療技術與社會」期末整理

一、 教學內容

本課程於學期尾聲曾進行課程意見與建議的調查，請同學依各主題的上課內容勾選最感興趣／最有收獲的前三名，得到的統計結果如下：

分類	主題	得票
醫療專業的建制與產業化	台灣醫療史	3
	醫療專業的興起與變遷	9
	醫療照護的發展與產業	7
醫學知識與權力	醫療化	19
	醫學知識與性別	9
	醫療科技、身體與社會	5
醫學知識與常民的理解	醫療知識與溝通	8
	常民知識與社會運動	13
	醫病關係與醫療糾紛	18
醫療政策	國家的健康照護政策	19
	醫療政策與公民參與	10

由上表的結果可以得知，本學期課程安排中，同學們最喜愛的主題前三名分別是：醫療化（第 6 週、第 8 週）；國家的健康照護政策（第 15 週）；醫病關係與醫療糾紛（第 14 週）。除此之外，常民知識與社會運動（第 13 週）、醫療政策與公民參與（第 10 週）、醫學知識與性別（第 7 週）等主題，也都頗受同學歡迎。

進一步分析分布結果，我們發現整學期課程著墨最多核心課題－「醫療化」，輔以同學們針對於學期報告進行的小組研討，確實獲得不錯的迴響。圍繞著醫療化的相關議題，包括生產醫療化的現象、精神疾病的診斷、醫學美容的發展等等，都是在方向和教材的準備過程中最為充分，並且最容易將 STS 強調對「科技物與專業知識的政治性」進行反思的旨趣和視角融入課程之中的幾個主題。值得進一步強化，做為未來課程設計的核心部分。

然而，除此之外，我們仍必須面對醫學系大一學生，普遍仍對於醫療專業的社會角色與社會位置最為關切，思考框架大體仍不脫醫師、病人、國家、社會的多角關係。而在這些課程主題的設計與安排上，除了貼近 STS 關切課題的常民知識與社會運動之外，其他似乎相對缺乏足夠的適當本土教材。

另外，從逐週課堂回饋的意見中，我們得知部分同學認為學期末了談及醫療糾紛、醫療政策等課題，相較之下對醫學系學生來說更為貼近現實，能夠對未來執業可能遇到的狀況有預先的認識與思考，而這樣的意見也確實反映在調查的票選結果上。然而，這幾週主題的教學方式和內容安排，卻是較少做

出改變，與過往課程的教學相似的部分。

二、 作業評量

本學期修課同學對於課程的投入程度頗佳，課堂缺曠的情形非常少見，逐週課堂回饋及全學期八篇預習筆記的撰寫與繳交狀況亦十分良好。但相對的，在各種意見回饋中，同學們仍會覺得缺乏對於授課內容背景知識的瞭解，使得在教材閱讀方面仍有一定程度的困難。雖然也有為數不少的同學肯定預習筆記的成效，但他們同時也認為指定讀物（多為單篇期刊文章）份量偏重而且內容偏難。

在本校的網路教學意見調查中，修課同學普遍肯定授課教師備課、課程講述，以及引導課堂討論互動的投入態度。然而，也有同學反應在授課方式方面，教師以投影片進行單向講課比重偏高，建議能夠增加多媒體教材。此外，也有不少人認為授課內容安排得太滿，使得課堂回饋心得的書寫時間太少，而且也壓縮了討論互動的時間，希望能夠有所調整。

除此之外，本學期安排了三週次的外聘教師講課，同學們對此安排評價大多頗為正面，但對於受邀教師所講述的內容與學期課程教學內容的銜接配合程度，或有不同的意見，這點提醒了授課教師未來在和外聘教師的事前溝通方面，應更加謹慎注意。

發展構想：本教案係「科技與社會研究導論」之一單元：「科學技術與社會實踐」所設計之教案。

適用課程：

- 1、科技與社會
- 2、醫療與社會
- 3、公衛史
- 4、醫療專業的養成

適用對象：大學部(通識或系選修課)、胸腔科教育課程

後續規劃：於本教學計劃網站公開

一、既有的理解

結核病是台灣最重要且是罹患人數排名第一的傳染病，因此台灣政府自民國 40 年代積極推展各項結核防治工作，四十年來結核病死亡率由民國 36 年之 294.44/10 萬人口下降至民國 80 年之 9.03/10 萬人口；20 歲以上人口 X 光小片診斷之肺結核盛行率由民國 46 年之 5.15% 下降至民國 76 年之 1.29%，已達初步防治之績效。……結核病防治工作的重點之一是發現病人；病人的發現可以分為 (1) 被動發現：即病患因有症狀求診而發現。(2) 主動發現：運用篩檢工具，選擇篩檢對象，主動對一般民眾做檢查以發現病人。為加強病例主動發現的工作，台灣於民國 42 年成立 X 巡迴檢查隊，每年分上、下年派 X 光車至各鄉鎮，免費為高危險群眾 (40 歲以上，有呼吸道症狀，接觸者為高危險群) 做 X 光主動篩檢，至今已屆 40 年，實為結核防治立下功勞。(林道平，〈台灣省利用 X 光小片巡迴檢查篩檢肺結核之執行評估〉，民國 82 年)

二、STS 的理解

X 光為德國物理學家倫琴 (Wilhelm Conrad Roentgen) 於 1895 年所發現，外科與牙科最早將 X 光應用於醫學上。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，成為醫師找出結核的新武器，從此由病人身體外面就可以看到「結核」，使它無法隱藏。換言之，當 X 光展現其穿透人體的能力後，人體就被顯露無疑，人體的隱私也不再存在。而更重要的是醫生之間的想法或洞見能彼此分享與了解，他們也因此重新考量自己看到的是什麼，有什麼意義。

二次世界大戰之後，世界衛生組織 (World Health Organization, WHO) 建議以深入社區方式的團體 X 光檢查作為尋覓結核病患的主要方式。根據 Armstrong 的研究，在二十世紀之後，國家對於人民身體的監控由醫院移至社區。社區醫療面臨的對象不僅是生病者，大多數是健康者，而監視的空間亦從密閉的醫院轉移至開放的社區之中。此間不僅是監視的場域與對象的差異，看待疾病的觀念也有所不同。在社區醫療之下，疾病被認為是存在於人與人之間以及社會實體 (social body)，疾病不再只

是生物醫學上的問題，是一種社會問題。為解決此問題，國家需要一套具有調查與持續監控整個社區功能之組織架構，在此架構下，產生一個新的監控體系，強調密切的注意或觀察病患的詳細接觸史、家庭網絡、個人交友狀況。欲達上述目的必須透過不斷的追蹤與家庭訪視。此外，國家也將各項衛生問題形塑成社會問題，而一旦疾病或衛生問題成為是社會問題時，國家即可藉由社會運動的方式來解決。當國家監控人民的身體從醫院進入到社區後，原來在醫院內所使用的技術、人員與器材可能已不適用於社區，為配合此一改變，而產生一批新的人員，發展出一套新技術與新器材。

簡言之，對 Armstrong 而言，二十世紀監控醫學的興起與發展，重新建構人們對於疾病的認知與經驗，其意義是透過監控人群機制的佈署，去觀測一些可能會有問題的正常人，進而劃出一個新的危機認同。不過相較於其他科技與社會的研究，Armstrong 的研究之中不僅缺乏人 (people)，同時也看不出歷史事件的因果關係及其影響。在科技與社會研究中常強調行動者的重要性，這裡的行動者包含人與物 (非人)，其中由 Bruno Latour 等學者提出的行動者網絡理論 (Actor Network Theory, ANT) 是當中最值得注意。而台灣的 ANT 本土案例也具初步成果。Langdon Winner 則認為科技與社會的討論，是將技術物視為改變社會的技術決定論，或者將科技的改變視為是社會影響的結果，都是太簡化了科技與社會之間的複雜關係，而忽略了讓科技或技術得以發展的社會或政治文化因素，因此 Winner 強調技術物本身具有「政治性」。

如果將技術物視為是政治或社會所建構的，可能會忽略技術本身內部的發展，因此社會世界理論 (Social worlds) 可以擴大我們對於科技的理解。社會世界理論分析了科學家、行動者如何創造知識。社會世界的嚴謹、鬆散度不一，科學家、民眾與其他行動者，均能包含其中，因此不僅可以看到科學家、行動者的主張與利益的複雜糾葛關係，還能看到在特定議題下，社會世界的異質性與及其流動。

三、本案例的關懷點

本案例主要關懷 1950-70 年代，台灣結核病防治工作中的胸部 X 光巡迴檢察。由於走入社區的 X 光巡檢，設備稍異於醫療院所內的 X 光室，因此如何透過社區動員方式，找出患者，是一種新型態的健康監控模式。而人員的訓練，X 光拍攝也依標準作業模式，此標準化的概念與做法，讓醫師在判讀 X 光片時得以互相溝通、討論。因此，本案例關懷的行動者與行動物包含防癆組織、X 光片、X 光機、X 光技術員、結核病醫師、台灣民眾等，在台灣以胸部 X 光作為結核病篩檢時，如何的互動、交引與纏繞。

四、教學要旨

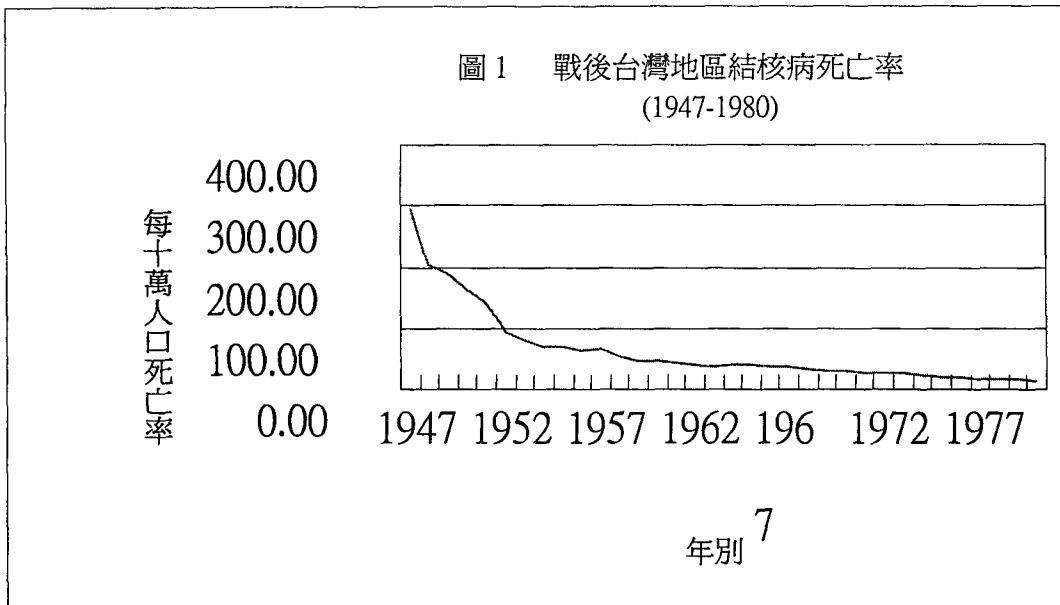
一般談到 1950、70 年代台灣結核病時，大都提到「這是很常見的傳染病」，官方出版品多談及，台灣防癆體系的建立，並透過卡介苗接種、X 光巡檢、驗痰、結核藥物治療，因此至 1970 年代以後，結核病逐漸受到控制。但是這種討論方式，讓人覺得一切的發展都是理所當然，往往忽略各項醫療知識或技術得以實踐，涉及諸多複雜的社會因素，而透過標準化的結核病醫療人員養成過程，也讓各項結核知識得以相互切磋、分享，因此本案例係以 1950 至 70 年代台灣 X 光巡迴檢查為討論重心，說明醫療知識與社會實踐之間的互動關係。

五、引言及案例

(一) 戰後台灣結核病很嚴重嗎？

戰後初期，結核病仍是主要的流行病之一，台灣地區在 1947 年時，有 18,533 人死於肺結核，即死亡率為每十萬人口之 294.44 人，嗣後結核死亡率逐年下降，但三、四十年間一直都是十大死亡原因之一。1985 年，首次落到十大死因之外，但死亡率之下降緩慢，一直徘徊在每十萬人口之 9.5 人上

下。台灣防癆機構在 1957 年第一次做肺結核盛行率調查，當時發現胸部 X 光片上有疑似肺結核者佔 5.15%，痰中有結核菌或肺部有空洞者，即所謂「傳染性病例」約有 1.02%，之後每五年做一次盛行率調查不論是疑似病例或傳染性病例均逐漸下降，但在 1987 年的第七次盛行率調查發現疑似病例有回升跡象。至於在 2000 年 4 月所公佈的 1999 年十大傳染病排行榜，結核病仍為傳染病首位，在花蓮、南投等山地鄉甚至列為前三大死因。



(二) 走入社區的防治技術

戰後台灣官方的抗結核運動是以社區為中心，分成三個方向進行，一是結核菌素測驗與卡介苗預防接種計劃；二是胸部 X 光檢查與驗痰；三是開放性病患的管理與免費的化學藥物治療。這種以社區醫療為主要型態的防癆知識與技術，部分來自歐美各國的經驗，部分是世界衛生組織 (WHO) 或聯合國兒童基金會 (UNICEF) 在第三世界的實驗結果，經證明成效良好之後，以標準化的方式推行至全球。由於卡介苗接種、驗痰與 X 光檢查、化學藥物治療等三項科學技術的發展，徹底改變了結核病防治的方向。休息、療養逐漸被居家治療所取代，防癆的對象也不限於結核病患，它還擴及至健康的人或成為是社區、團體的活動。從這些防癆業務，可以清楚的看到科學知識的生成、實踐；同時也看到現代國家對人民的動員與監控。

這些科學知識在醫院成為檢測或治療結核病的工具是無庸置疑的，但要讓這些醫療技術轉變成公共衛生的篩檢工具，需要許多面向的配合，因此產生一些新的科學知識、新技術與新工作人員。以 X 光檢查為例，醫院內進行的 X 光檢查與裝置於巡迴車內的 X 光機，醫療技術人員所需要的技術或 X 光片的大小都不盡相同。換言之，是透過何種醫療、公衛與社會機制，讓 X 光巡迴檢查這項技術得以在台灣推行。

如果相對於醫院、療養院所是處理結核病的舊場域，社區應該是戰後台灣地區對抗此疾病的新場域。戰後台灣於各鄉鎮成立的衛生所、各級防癆機構與防癆人員，走入社區，利用結核菌素測驗與卡介苗接種、驗痰與 X 光檢查、居家化學藥物治療等科學知識，監控結核病，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。登記之程序採由下而上的通報方式，簡言之，即為鄉鎮衛生所←→縣市防治所或衛生局←→臺灣省防癆局。

綜合上述，台灣的三大防癆工作有四大特點：(一) 除居家藥物治療外，防癆計劃在全面推行之前，均曾在某地區進行小規模的試驗；(二) 重視人員的訓練，「經驗」一技術的純熟度，更是強調的重心；(三) 無論患病與否、年紀大小、無關男女，從 BCG 注射或 X 光檢查或驗痰，每個人多少

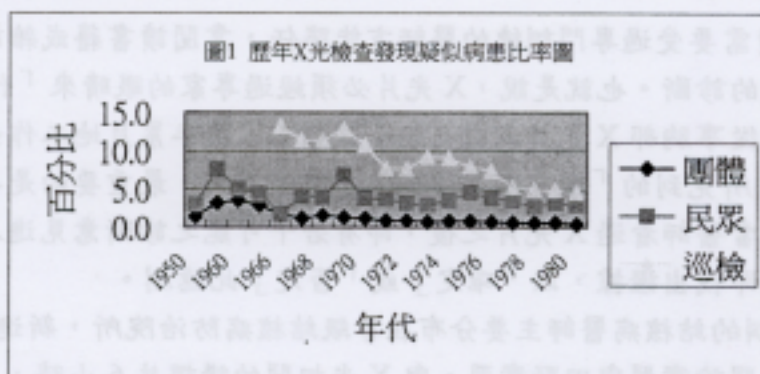
都曾與抗結核運動發生關係；(四)運用防癆行政體系與鄉鎮衛生所，推展各項相關業務。

簡言之，結核病知識、技術得以融合於台灣社會，或者是說三者之間的關係漸趨穩定，一方面是防癆體系與衛生所有效運作的結果，另一方面也是現代國家對其人民的動員與身體的監控。

(三) 台灣胸部 X 光檢察發展歷程

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 光機安裝於普通客車，以巡迴方式施行。1952、53 年，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。1954 年中華民國防癆協會又致贈三輛 X 光巡迴車，這七輛巡迴車擔任尋覓病患的重要工作。

在日治時期，X 光檢查並不普遍，部分民眾或因其社經地位較高，或有獲得該資訊，較能接受 X 光檢查。1950 年代之後所進行的全面 X 光篩檢，因為是進入社區，且對象又包括健康者，因此民眾不見得能接受。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。其餘民眾的 X 光檢查則配合接種卡介苗或種痘或其他的預防注射，以減少家長的往返時間，如此的做法也有讓防癆觀念普及大眾，讓大眾對防癆工作有更深的印象之想法。



截至 1980 年代，以胸部 X 光來發現病人的方式共有四種。一是「綜合防癆推行區計劃」，凡是居住於該推行區內的所有 20 歲以上居民，均給予 X 光檢查。這種推行方式可以使地方上對於防癆工作直接參與並貢獻經費，但該計劃下，胸部 X 光病患的發現率只有 3.1% 至 4.6%，所佔比例並不高。二是巡迴診察工作。這種方式是以呼吸道有症狀的人為目標，通常是每年排定一至二次的日程到各鄉鎮為衛生所登記有案的呼吸道症狀者進行檢查。這種檢查方式的收穫還算不錯，病人發現率約 10.9% 至 13.2%，且工作成本又低，因此逐漸取代綜合防癆推行區計劃。第三種是專為機關團體服務的團體 X 光檢查，檢查對象包括工廠工作人員、公務員、學生、犯人等等，其病人發現率是最低，只有 1.2% 至 1.7%。第四種則是自行至結核防治院所照射 X 光，病患發現率大概是 11.9% 至 13.1%。

(四) 醫學知識的傳遞：標準化的人員培訓

X 光檢查在醫學中具有其價值，但其效用的產生必須依賴專門技術員，提供良好的 X 光片，使醫師易於診斷。同時 X 光儀器複雜，附屬品多且精細，X 光穿透力又強，須妥為使用，才能避免傷害人體，因此需要受過專門訓練的人員才能勝任。X 光技術員資格需要高中畢業，年齡為 20 至 25 歲之男性，並具有半年以上專門訓練班結業證明者。由於防癆業務之 X 光技術員，工作較綜合醫院內單純，故只需三個月的訓練即可。

技術員的訓練，無論是講課或實習，需有一套標準化的課程講義，做為訓練之基礎，其目的在於能拍攝出一致性的 X 光片，方便不同醫師的判讀。訓練課程包含講課與實習兩部份，前者只佔 22 小

時，內容包含 X 光線的基本知識、原理、人體解剖學、胸部 X 光攝影技術、暗房技術與保養、人體防護等，後者長達 14 週，包含照 X 光片 10 週、暗房技術 3 週，X 光機及暗房保養 1 週。由課程安排可以得知實際操練才是 X 光技術員訓練之中，最重要的部份。特別是 X 光巡迴車的設備，不如醫院 X 光室齊全，X 光片如保存在 10°C 室溫中，有效期長達一年，但台灣天氣濕熱，巡迴車上無冷卻設備，X 光片的有效期限縮短至三個月，因此巡迴車上的 X 光片容易產生敏感度差或顯影效果不佳的問題。而受檢者的胖瘦程度，也影響 X 光片的感光時間，因此授課時提到的電壓、感光時間都是針對一般體型者，過瘦或過胖，均需調整 X 光機的電壓，與延長或縮短感光時間。X 光巡迴車在外工作時，暗房設備較簡單，一般沖洗片子的顯影液溫度，無法比照醫院內恆溫控制，顯影時間常隨顯影溫度不同而改變。以上所述說明了雖然訓練時有一套標準模式、流程，然而工作時遇到各種不同情況，如何進行調整，均需要經驗的累積。

X 光拍攝完畢後需要由防癆醫師判讀結果。自從 19 世紀末 20 世紀初 X 射線被醫學所採用後，首先在美國醫界出現一批醫師，他們採用「圖像反省法」(retrospectography) 的流程，來磨練自己的診察技術。此套流程是在診斷前先對病患照一遍 X 射線，根據照片，討論如何診治，之後會再拿出先前的舊照片，檢討該診治法的成效。此外，圖像反省流程還建立自己的資料庫，儲放困難案例的圖像，同時將 X 光片傳給各專科醫師觀摩，透過此過程，每位醫師可以經由討論，達成協議該如何治療某位病患。

由於 X 光片的判讀需要受過專門訓練的醫師方能勝任，靠閱讀書籍或雜誌無法讓對胸部疾病有興趣的醫師，做出正確的診斷。也就是說，X 光片必須經過專家的眼睛來「作證」與「詮釋」。最常見的訓練方式是在一個從事胸部 X 光片判讀之老手帶領下，經年累月地工作始能完成。訓練的主要部分為反覆地將 X 光片所見到的「所有不正常影像」記錄下來，最重要的是要找機會與資深醫師的判讀，一起核對。因此當醫師看過 X 光片之後，即有若干可能之診斷意見進入腦海，一旦發現有疑惑點時臨床醫師必須立即找出證據，以「確定」或「否定」此臆測。

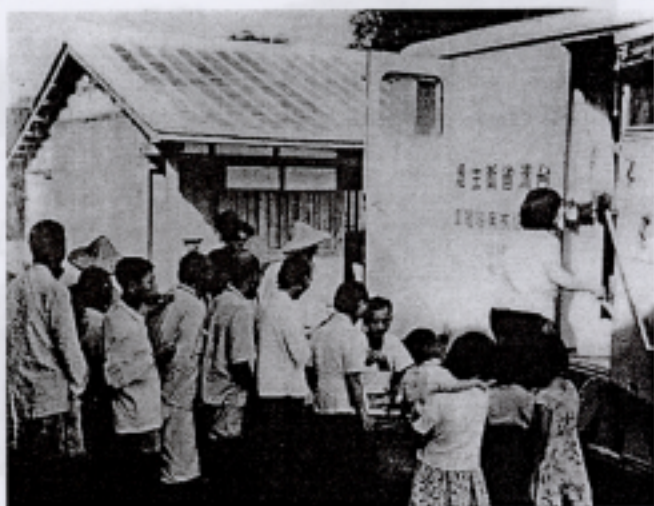
1950、60 年代受訓的結核病醫師主要分布在各級結核病防治院所，新進醫師必須接受三個月的訓練，課程分成講課、門診實習與田野實習。與 X 光相關的講課共 6 小時，主要討論 X 光片診斷學的分類及其意義。門診實習共四週，X 光片之鑑別診斷即佔 2 週。野外實習共八週，其中又以巡迴工作時之 X 光片處理，照相技術上之錯誤與結果，需要特別注意。由於結核病醫師均屬公職醫師，薪資低，流動率高，能繼續參與這項工作者，多為資深醫師，他們大多數醫學院畢業後即加入防癆工作，定期接受在職訓練，或參加每星期例行的病例討論會，互相研究與檢討。X 光的判讀是醫師們最重要的工作，是否罹患結核病？病情嚴重度？屬於哪一項分類？如何治療？均有一套分類與治療標準，醫師們定期接受訓練，透過 X 光片互相切磋，互相分享彼此看到的圖像，最終之目的在於有一致性的診斷標準，進而給予正確治療。

(五) X 光巡迴檢查的侷限及其意義

對於病情輕微，沒有症狀的早期患者，大多是透過 X 光檢查而知曉，對於早期發現早期治療的觀點而言，X 光是相當重要的診斷工具。因此，X 光成為醫師明瞭患者病灶的變化，作為病情嚴重程度的分類與治療的根據。然而，不論是就醫學或公共衛生的角度來看，X 光檢查是有其侷限存在。

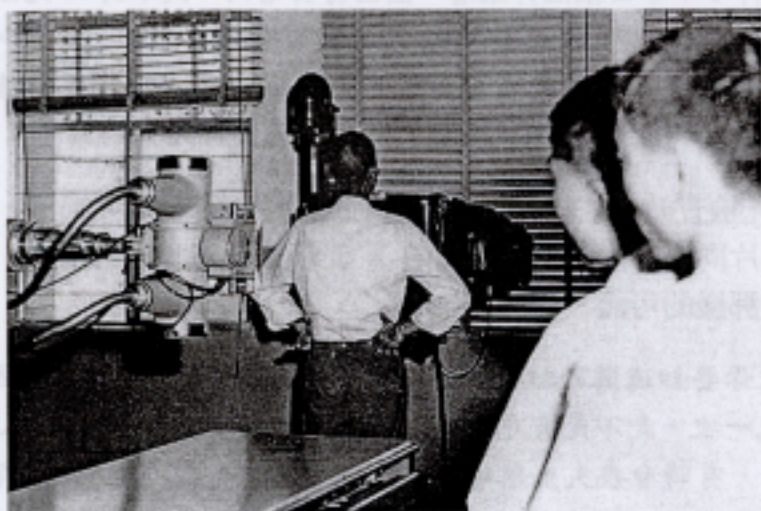
首先是就醫學的角度而言，X 光檢查無法篩檢出最早期的病灶損傷，若經由 X 光看到的病灶，大概已達某一程度。其次，有時候經 X 光看到的肺部病灶已經癒合，但癒合的病灶有可能存在活動性的軟組織，內含結核桿菌。這兩點都是從 X 光檢查看不到的部分，會讓醫生誤以為沒病或痊癒。同時，X 光片需要醫生的詮釋，一旦誤解就可能造成不正確的診斷。換言之，X 光檢查的敏感度與準確度，並不足夠提供給醫師最正確的必要訊息。

照片 1



資料來源：行政院衛生署：《台灣地區公共衛生發展史（一）》，頁 471。

照片 2



資料來源：行政院衛生署：《台灣地區公共衛生發展史（一）》，頁 471。

照片 3



資料來源：行政院衛生署：《台灣地區公共衛生發展史（一）》，頁 472。

照片 4



資料來源：行政院衛生署網站 <http://www.doh.gov.tw/lane/history/photo2/chapter2/Welcome.html>

再者，如根據照片 1-4 等四張照片來看，無論男女老幼，民眾對 X 光檢查的接受度似乎頗高。實際上，民眾對 X 光是有疑慮的，尤其是「照 X 光是對身體有害」的看法，普遍存在。從 50 年代至 80 年代的出版品，多少透露出部份民眾害怕照 X 光。如 1953 年《衛生雜誌》刊載一篇由台大醫院 X 光科主任姜藍章所寫的〈神秘的 X 光〉一文，提及一般人對 X 光的感受：

一般人在受 X 光檢查時，往往有一種「怕」的心理，害怕這大機器。其實這大機器與日常照相機照一張照片同樣的安全，如果說怕 X 光燒到，這我可告訴你：離那劑量還遠著呢！需要千萬倍才有那樣的可能。

1958 年出版的《你要知道關於結核病的問題嗎》一書中，亦有民眾問及：「有人說 X 光是對人有害的，我每年照 X 光一次，是不是有危險？」該書作者的回應是：「一個人時常暴露在 X 光下，他的白血球可能大為減少，有時會喪失生殖能力，但每年照射一次，是絕對無害處的。」

接受多少劑量的 X 光會造成身體的傷害呢？如果要讓一個人喪失生殖能力，需要六二五單位的 X 光線，但照一張胸部 X 光，只受到 0.16 單位。此是防癆單位用來說服民眾，告知照一張片子並無礙身體健康的標準說法，並透過各項防癆宣傳活動，傳達此訊息。不過，似乎仍有少部份人不大願意接受照 X 光，究其原因仍是害怕 X 光的輻射線會對身體有害，或以為 X 光巡迴車外觀老舊，裡面的 X 光機必定也很差，不如不照。

從接受 X 光檢查的照片來看，其現象是「參與人數眾多，大排長龍」，站在官方的角度或許會認為這是民眾熱情的參與，然其間有一更深的意義是在於：是一種社區醫療技術的呈現。回到這些拍照的情境，這些照片的重點除被注射者或正在接受 X 光照相的人外，還有一群人圍著正在接受注射或照射 X 光者，這群人除了等待之外，還用眼睛看著前面的人，大家開始互相比較，誰哭的大聲？誰比較勇敢？這種社區醫療的新技術是利用一個很大的場景，讓大家互相觀看。「照 X 光」在醫院是一個私密的事情，通常是利用布簾或屏風隔出一個小空間，他人無法觀看。在社區巡迴檢查裡，照 X 光變成是一個公開的事件，此公開事件裏，大家互相觀看，互相評鑑。換言之，這是一個經過設計與選擇的結果，大家一起來可以減少害怕；而深入學校或村莊照射 X 光，讓原來與醫療無關的場域，因 X 光巡迴車與防癆人員的進駐，同時醫療化這個空間；在排隊的過程中也讓等待的人慢慢的調整心態，故透過大家來排隊的做法變成是一種社區醫療的穿透，穿透社區空間之後，改變了社區原有的功能。

工具箱：

1、盛行率 (Prevalence Rate)

又稱為患病率 (Morbidity Rate) 是指在一個社區中，正在患有結核病的人數佔總人口數的百分比。因此，該數字可代表一個社會結核病問題之嚴重程度，同時也是制定防癆政策與評定防癆績效的重要參考資料。台灣自 1957 年舉行第一次的肺結核盛行率調查之後，每五年舉行一次。台灣結核盛行率的調查有其意義存在。樣本區內，彷彿全體總動員，防癆人員主動至病患家中採取痰液培養，區域內的身家資料完全被掌握。測驗方式與結果如 X 光片與痰液檢查均要求整體劃一，以防止因各區人員的判讀標準不同，產生疾病嚴重程度分類不統一的問題。因此，「一致化」與「標準化」成為盛行率調查的指導原則。為達到該原則的要求，事前相關工作人員的訓練與中心的雙重判讀，成為最重要之事。

2、肺結核的 X 光診斷分類

依病情輕重，分成 9 個層級，肺結核的 X 光診斷分類共有 9 大類。0 無病，1 輕度，2 中度無空洞，3 中度有空洞，4 重度無空洞，5 重度有空洞，6 胸積水，7 纖維化、鈣化或肋膜增厚，8 鬆弛或外科治療，9 非結核性病變。

3、「綜合防癆推行計劃」

自 1963 年開始，衛生處在世界衛生組織及聯合國兒童基金會支持下，於 1963 年推行「綜合防癆推行計劃」。計劃通常選定五、六千人口的村里，共六十個小區分佈於各縣市。檢查工作係由衛生局、衛生所及鄉鎮區公所的工作人員一起進行。檢查開始前先家庭訪視調查各戶人口，並將臨時不在者及臨時滯留者加以登記。凡被選定推行區內村里之居民滿二十歲以上，皆可免費接受胸部 X 光、驗痰等免費檢查。至於未能前來檢查者，則反覆做家庭訪視，故其檢查率高達百分之八十六。經 X 光檢查後，所有肺部發現有不正常陰影者，必須接受連續三天，每天一次的細菌學檢查。該項檢查以喉頭拭子採取標本後，對於能咳痰者加以收痰。對未能準時前來者採行訪問追蹤，因此，差不多所有的病人都完成細菌學檢查。若發現病人，則免費予以藥物治療。五歲以下之兒童施以免費結核菌素測驗、卡介苗接種，呈陽性反應者，予以免費供給藥物 INH 預防治療，為時 12 個月。

六、問題討論

1.除了 X 光巡迴車之外，目前台灣衛生單位還有哪些深入社區的健康檢查活動？請討論這些社區建檢活動的內容，及其得以在社區實踐的因素。

2.依據本案例，關於「照 X 光」照相醫療技術實踐，大致可以包含哪幾個部份？

3.根據本案例，請說明 X 光判讀這項醫學知識是如何的傳遞？是否有「不科學」或「師徒式」訓練的意味？X 光判讀知識得以成功的傳遞，你認為涉及哪些因素呢？

4.在本案例，提到需有標準化的 X 光拍攝流程，你認為這是必須的嗎？如果沒有的話，會產生哪些影響？而所謂的「標準化的技術」常為適應不同的場合而需要進行調整，在你的專業領域中，是否有這樣的案例可循，請說明之。

七、參考資料：

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

張良澤編：《鍾理和全集》(台北：遠行出版社，民國 65 年)。

張淑卿，〈防癆體系與監控技術：台灣結核病史研究 (1945--70s)〉(新竹：國立清華大學歷史學研究所博士論文，2004 年)

張淑卿，〈1950、60年代台灣的卡介苗預防接種計畫〉，《科技、醫療與社會》8期
（高雄：國立科學工藝博物館，2009年6月），頁121-172。

Armstrong, David 'The rise of surveillance medicine', *Sociology of Health & Illness*, 17:3 (1995),
pp.393-404.

影片：張維邨導演，〈戰疫：肺劫核〉，公共電視，2004年

附件四：女性與醫療化：以生產為例

撰寫者：陳麗如

發展構想：本教案係「健康、醫療技術與社會」之一單元：「醫療化」所設計之教案。

適用課程：

1、科技與社會

2、醫療與社會

適用對象：大學部(通識或系選修課)

一、「醫療化」：其實你沒有想像中健康？

醫療社會學家 Zola 於 1966 年提出「醫療化 (medicalization)」的概念，而後有越來越多的學者投入關切這個現象，使得「醫療化」的內涵更加豐富且複雜 (Riessman, 1983; Zola, 1972; 林文源, 2001; 張苙雲, 2005; 張珽 & 張菊惠, 1998)。「醫療化」這個名詞基本上有兩層意義：一為從健康和疾病的角度，人類的某些行為或狀態被界定為醫療問題，而加以治療的過程；隨著越來越多過去被以平常心看待的生、老、性、死和不快樂等生命中必經的過程和現象，開始被以疾病的方式理解，有學者以「生命的醫療化現象」稱之，而其中女性的身體被認為比男性的身體受到更多醫療化的控制。其次是，醫療逐漸取代其他社會控制的制度（如法律和宗教），成為監控和減輕社會偏差行為的重要工具和手段。比如說，過去被視為違反社會規範的「壞」行為（如酗酒、毒癮等），現在則重新被界定為「生病」的醫學問題；有的學者因此稱之為「偏差行為的醫療化現象」。

作家赫胥黎半個世紀前的話，「醫學已進步到不再有人健康」，相當程度點出醫療科技的過度擴展可能產生的問題 (Blech, 2004)。有學者即指出，生命的醫療化可能造成人們過度依賴醫療，摧毀人們身體的自愈能力和面對生命的經驗和力量；而不斷增加的醫療支出也成為個人和國家財政的重擔。不過，醫療化並非完全沒有好處。拜「偏差行為的醫療化現象」之賜，過去一些受到不人道對待與歧視的罪犯或行為違常者，在被冠以醫學的解釋成為疾病受害者後，有「去污名化」、並獲得較寬容的對待方式的正面效應。然而當許多社會問題被醫療化（比如殺人=社會病態人格），恐怕會忽略掉造成某些行為背後的社會文化因素，社會問題變成只能完全仰賴醫療方式來處理，而無法攤開在大眾面前，獲得充分且適當的討論¹。在這些反思下，「去醫療化」：適度使用醫療、減少過度的醫療行為的倡導也相應而生。

此外，學者們對醫療化現象是如何發生的，也有不同的見解 (Riessman, 1983; 成令方, 2006; 林文源, 2001; 張苙雲, 2005; 張珽、張菊惠, 1998)。有些學者認為當代社會科技發展、專業分工

¹ 張苙雲 (2005) 指出，在我國的司法系統中，犯罪行為的辯護較少援引醫療化解釋，裁定罪犯接受治療而非服刑的判例更是少之又少，相較之下，西方社會對一個罪犯被斷定為「有病」，其行為也就被解釋成生病狀態下的反應，通常對這類案例極為容忍。

精細，當身體有任何不適或行為偏差，都交由專業儀器鑑定，導致人們過度依賴科技專家。有些則指出專業化和醫療化二者乃相輔相成：若醫師未能自我約束醫療科技濫用的情況，可能形成的一種醫療擴權的結果。有些學者從女性主義的觀點，檢視醫療科技如何作為父權體制控制女性身體、複製性別不平等的社會秩序（包括著名的歇斯底里症、生產醫療化、墮胎和更年期等）；但也有學者認為女性並非只是醫療權勢下被動的受害者，女性對科技的需求，結合醫療體制的利益，因而產生女性身體被醫療化的結果。

本文將以生產的醫療化為例，並聚焦於發生在台灣的相关爭議、研究和行動，深化對下列議題的認識：哪些現象被視為生產的醫療化？生產醫療化的利與弊？生產醫療化是如何發生的？對此提問，有哪些不同的觀點和立場？哪些不同的行動者？不同助產專業的角色為何？

二、生產的醫療化

分娩更是一件社會事件而非醫學事件，由產婆、鄰居或女性親戚掌管。…如果到了非請醫生不可的情況，那就說明產婦的情況非常不好。…在情況危急時，男人的作用僅限於努力挽救母親的生命，通常採用的方法是將阻塞在產道裏的嬰兒弄碎後清理出來²。

過去，分娩被視為一件自然的事，產婦們主導大部分的生產經驗，生產時親族、鄰里中有生產經驗的女性長輩在產婦陣痛和分娩時給予協助及安慰，男性則僅在緊急狀況、需要醫療介入時才出現（曾家琳，2005；鍾淑姬，2004）。隨著產科學的發展，醫學重新定義「生產」的意義：生產是一種自然過程還是病理現象，相當程度決定了生產所需要的是助產還是醫療干預，同時亦攸關助產士與醫師處理接生的權限（吳嘉苓，2000）。研究美國生產醫療化現象的 Riessman（1983）即指出，約在 1910 年左右，正在發展中的產科醫生為了合法化其專業地位，倡導生產為一病理現象，並重新界定生產的風險，宣稱正常的懷孕和分娩其實是例外而非常態，因此生產過程需要醫療干預。數十年後，這樣的觀念已被一般大眾及其他醫療同業接受，產科學的專業地位得以確立，伴隨著的是助產士的沒落。到了 1980 年代末期，幾乎所有的產婦都進入醫院生產。

鍾淑姬（2004）回顧過去一百年來台灣婦女生產處境的變遷，也發現生產行為從社會事件變成醫療事件，接生人從傳統的先生媽、助產士到婦產科醫師，生產地點從家、助產所，移動到醫療院所。日治時期殖民政府建立了助產士的正式教育訓練與證照制度，並逐漸淘汰以經驗為主的傳統產婆。直至 1970 年代初期，助產士一直擔任大部份的接生工作。1972 年起醫師接生的比例開始大於助產士，並迅速取代助產士；在 1998 年台灣二十七萬名嬰兒中，助產士的接生率僅 0.11%，婦女生產的地點也從「居家」、「助產所」，移動到「診所」、「醫院」（曾家琳，2005）。一般持著「進步醫療史觀」的人，將這樣的變遷視為醫學知識日趨專精複雜下必然的結果，甚至社會進步的指標（吳嘉苓，2000；鍾淑姬，2004）。的確，能由更專業、更科學、受過更多訓練的醫師來照顧婦女的分娩，這樣有什麼不好？不過，我們也可以試著追問在主流的醫院生產模式中，產婦的需求和感受是照護的重點嗎？有哪些相關的醫療科技和安排是以產婦的需求為中心來設計和使用的？有哪些安排又是以醫事人員為中心、基於醫院方便管理的考量？醫院的生產模式有沒有可能沒有適切地關照到產婦的需求，而使得原本可能成為展現女性力量的生產過程，變得無力而疏離？

² 引自曾家琳（2005）「會陰切開術」的產科醫學論述形成與轉變－關於自然產的醫學知識與典範轉移。台灣大學衛生政策與管理研究所碩士論文。原文出自曹珍芬譯（2002）十九世紀醫學科學史，p.253。

1994年以前，國內對於婦女的生產處境並沒有太大的爭議。反觀美國，面對生產的醫療化、機構化，女性主義者自70年代以來便批判現今的生產技術和醫院空間妨礙產婦對身體的控制權、不尊重產婦的主體價值，並出現「自然產運動」反對各種醫療介入的生產措施，要求建立產婦中心的生產照護（曾家琳、張珩，2006）。台灣直到近年來，隨著婦女健康運動的興起以及助產教育的恢復，開始出現對於主流的醫院生產模式是否過度醫療化的省思，以及人性化生產概念和實務的推動。司晏芳於2003年的康健雜誌中發表的「台灣女人，你為什麼不生氣？」一文中對於台灣生產環境的批判，受到大眾的迴響，「生產醫療化」成為重要且具爭議性的議題。以下將就該篇報導所引發的討論和爭議，來進一步說明「生產醫療化」的問題性，並呈現相關的社會行動者不同的立場、主張、行動和爭議。由於不同的行動者對於婦女生產是自然過程還是病理現象，產婦的主體價值，存在不同的看法，而這些不同的認知又相當程度地影響醫療行為在生產過程中應該介入的程度的判斷。

2.1 案例梗概

「台灣女人，你為什麼不生氣？」這篇文章檢視台灣醫院生產的環境中諸多的醫療介入，包括常規性的點滴、灌腸、陰毛剔除、會陰切開、持續性胎心音監視、超過半數的生產有催生藥物的介入等婦女在自然產中的處境，以及排名世界第三的高剖腹產率。文章中將這些醫療介入的情況與WHO的相關建議、美國和英國婦產科學會的看法，以及台灣的本土研究、婦產科醫師和助產學界的意見，做比較並提出批判，認為這麼多以「安全」為名的常規產科作業和醫療介入生產卻不必然為母嬰帶來更多的安全，甚至造成龐大的醫療浪費。此外，生產環境的過度醫療化相當程度地加深了產婦的疼痛、焦慮和不安。文章最後的結論是，改變台灣生產過度醫療化的力量最終必須來自於台灣女人，而不是婦產學界。

這篇文章發表後，引發各界熱烈回應。除了來自孕婦、助產學界、婦女健康學界與運動者，以及媒體對於台灣生產環境的討論和回應之外，面對外界的質疑婦產科醫師也紛紛加入對話。根據曾家琳、張珩（2006：78-81）的整理和分析，這一波來自產科醫界公開的回應反映三個對於生產的假設，而這些假設與助產學界、女性主義的認知有著本質上的差異。首先，產科醫師認為現代婦女生產過程是一種醫療行為，因此適度的醫療介入是必須的，不應因崇尚自然而一味排斥醫療介入。其二，他們認為現代的準父母幾乎無法接受與了解自然產的風險，而現實中這樣的風險責任往往轉嫁到醫師身上；也就是說，當生產風險等同醫師的風險，醫師有可能採取過度的防禦性醫療，來防止風險的發生。再者，產科常規執行的必要性或有討論的空間，不過基於懷孕生理的多樣性以及不同文化習慣風俗的考慮，強制要求某項生產常規的避免或執行，都有違反婦女人權之嫌。綜合以上，當生產被視為一種病理現象，並強調生產的風險時，便得以正當化醫療的干預；而以避免醫療糾紛和所謂的文化風俗之名所進行的醫療介入的說法，則是將醫療干預的責任和後果轉嫁到產婦身上。產科醫界似乎還沒準備好要積極且全面性地檢視台灣醫院生產的環境。類似的態度，也可見於產科醫界對於常規「會陰切開術」於自然產之必要性的回應。

2.2 「切或不切？」：會陰切開術的爭議性

會陰切開術（episiotomy）是指在自然產的過程中，為了擴大產道、方便胎兒產下而切開會陰的手術（曾家琳、張珩，2006）。根據曾家琳和張珩的研究，自從美國產科醫界於1920年代提出自然產中廣泛使用會陰切開後，這項手術逐漸被不同的社會接受和採用。他們主張切開會陰可以預防會陰裂傷、縮短產程、降低嬰兒傷害、預防日後子宮脫垂（p.52）。在此之前，由於醫師和助產士普遍將生

產視為自然的過程，會陰切開術僅於難產時施行。不過，隨著生產過程被視為一種病理狀態，以及可吸收縫線的發明，婦產科界逐漸接受會陰切開術的可行性，並發展出會陰切開的優點多於自然裂傷的醫學論述，儘管這些論述並不具實證科學的論證 (p.55)。國內主要的產科教科書 Williams obstetrics (威廉氏產科學) 曾稱會陰切開術是「除了斷臍以外最常施行的手術」，可見其盛行情況。

1980 年代之後，西方婦女健康運動和實證醫學開始挑戰常規會陰切開的必要性 (曾家琳、張珏，2006)。一系列的實證研究發現常規會陰切開非屬必要，甚至可能增加產婦不必要的痛處，延遲復原的時間，增加感染的可能性。國外婦產科學界於是紛紛改寫教科書論述，訂定相關醫學組織的規範與提供臨床指引，並以會陰切開術的施行比例做為評估婦嬰照護的標準。WHO 在 1997 年公佈的「正常自然產照護作業規範」中說明，會陰切開術應只有在「複雜的陰道生產，例如臀位、肩難產、產鉗、真空吸引器的使用；女性生殖道術後的疤痕組織，或是之前癒合不佳的第三或第四度裂傷；以及胎兒窘迫」等情形下使用 (p.55-56)。許多國家會陰切開施行率自 1990 年代以後明顯下降；美國由 1980 年的 63.9% 下降到 1998 年的 39.2%，加拿大 1989 到 1998 年由 55% 降到 25.4%，英國 1980 年之前的施行率大於五成，1985 年降到 37%，2004 年降到 12% (p.58)。不過，此一醫學論述的轉變並沒有改變台灣產科醫界會陰切開術的施行情況及論述。

目前台灣會陰切開術的施行率高達 92%，與歐美國家的情況有很大的差距 (曾家琳、張珏，2006)。威廉氏產科學自 1950 年以來成為台灣醫界採用常規會陰切開術重要論述的來源。隨著產科醫師在 1970 年代後迅速取代助產士成為接生的主力，會陰切開術也取代會陰保護，成為重要的生產技術。在此之前，助產士接生時會盡量採取會陰保護，因為「產婆作業規則」明文規定，產婆不得對胎兒及產婦進行外科手術，加上產科教科書均認為應該進行會陰保護、避免嚴重裂傷，且會陰切開具有特定的施行條件 (p.65)。對於助產士而言，第一產程末，以麻油或橄欖油潤滑，進行會陰按摩，分娩時適度保護會陰，使得在會陰不裂傷的情況下順利生產，是其好技術的重大展現 (吳嘉苓，2000)。這與產科醫師傾向以外科式的思考，訴諸手術刀來解決問題的取向有根本的差異。隨著助產士的式微，傳統的會陰保護技巧幾乎完全被忽略。

台灣的媒體在 1990 年代以後開始報導國外會陰切開術的實證研究，期間也陸續出現一些質疑常規會陰切開的意見 (曾家琳、張珏，2006)。此外，助產學界和護理界的學術期刊也出現質疑常規會陰切開術的論文，然閱聽者有限，沒有引起大眾和媒體的重視 (曾家琳，2005：92)。此時，主流婦產科醫師幾乎仍維持會陰切開術較佳的論述，並以台灣女人會陰較短的生物性差異，作為必須施行會陰切開術的理由。司晏芳 2003 年的「台灣女人，你為什麼不生氣」這篇文章發表之後，使得此議題得到高度的關注。

在這一波的討論中，婦產科醫師針對常規會陰切開的議題的公開回應中，有些醫師依然重申過去關於會陰切開術的必要性的論點，以及台灣產婦體型小的生物性差異，認為國外會陰切開術的適應條件不適用於東方婦女，有些則認為儘管目前國外實證醫學強調「常規」會陰切開術是不必要的，但會陰切開術本身不應該被污名化 (曾家琳、張珏，2006：81)。其中特別值得注意的是台南郭綜合醫院婦產科主任李耀泰在「嬰兒與母親」雜誌上發表的「讓產婦少受點苦吧！自然生產不切開會陰更好」這篇直言會陰切開術缺點，並呼籲自然產應減少不必要醫療介入的文章。不過曾家琳等 (2006) 指出，李醫師這類的言論在醫界仍屬少數，並沒有在產科醫界內部形成專業的討論。

2005年衛生署公佈「94年度醫院評鑑暨教學醫院評鑑作業」及「醫院評鑑暨教學醫院評鑑基準」，欲將灌腸、剃毛、會陰切開術、胎兒監視器等生產措施增列為評鑑項目（曾家琳、張珣，2006）。這會對台灣生產環境造成怎樣的改變？產科界又會如何回應？值得我們持續關切。

三、結語

生產對於一個女性的意義是什麼？什麼樣的生產環境和生產技術，是以產婦的需求為中心來設計和使用的？什麼樣的安排，能增加產婦的正向經驗？產婦知的權利和自主性要如何被落實？近年來，台灣生產醫療化的現象開始受到檢視，我們開始看到從主流醫院生產制度出走、採取計畫性居家分娩的案例，也出現來自婦女健康學界與運動界，以及助產學界一些倡導生產朝向「減醫療化」、更人性化的行動與論述，政府相關部門亦對醫院生產環境改革的意見做出正面的回應。面對一連串來自外部的改革壓力，產科醫界的回應會是如何？恰如其分的產科專業該如何拿捏？他們和助產學界與助產士在專業間的關係會如何發展？

四、問題討論

1. 如果生產的醫療化意味著將產婦從熟悉的環境和支持系統移到一個非人性化，以及具有風險的醫療空間，女性為什麼願意參與如此的生產方式？
2. 有哪些管道可以取得完整的生產資訊？資料取得的便利性如何？檢視這些相關的資訊內容，生產是如何被看待的？產婦被賦予怎樣的地位？
3. 助產士的復興運動，對朝向「減醫療化」的生產模式，可能有哪些貢獻？
4. 在台灣，還有哪些醫療化現象？請評估它們的利與弊。

五、相關教學資源

參考資料及相關閱讀

Riessman, C. K. (1992). Women and medicalization: A new perspective. In G. Kirkup, L. S. Keller eds., *Inventing women: Science, technology and gender* (p.123-144). Cambridge: Polity Press.

Zola, Irving (1972). Medicine as an Institution of Social Control, *The Sociological Review* 20 (4): 487-504.

Blech, Jorg, 張志成譯 (2004)。發明疾病的人-現代醫療產業如何賣掉我們的健康。台北：左岸。

司晏芳 (2003)。台灣女人，你為什麼不生氣？*康健雜誌*，第 52 期。

林文源 (2001)。醫療化再思考。*台大社會學刊*，第 29 期，頁 213-250。

成令方 (2006)。性別和身體的醫療化：以女性的生產和男性的性無能為例，收錄於 *台灣醫療四百年*，經典雜

誌出版

吳嘉苓 (2000)。產科醫學遇上『迷信』婦女？—台灣高剖腹率論述的知識、性別與權力，收錄於何春蕙編，*性／別政治與主體形構*，頁 1-38。台北：麥田。

吳嘉苓 (2001)。空間、規訓與生產政治，*臺大社會學刊*，第 29 期，頁 1-58。

許甘霖、王思欣 (2006)。肥胖與減重問題：醫療化及商品化交織發展的過程。收錄在劉士永編著，*臺灣醫療400年* (頁222-227)。台北：經典雜誌。

張苙雲 (2005) *醫療與社會：醫療社會學的探索*。台北：巨流。

張珏、張菊惠 (1998)。婦女健康與「醫療化」：以停經期／更年期為例。*婦女與兩性學刊* (9)，145-185。

郭素珍 (2005)。人性化生產。*護理雜誌* 53：3。

曾家琳 (2005)。「會陰切開術」的產科醫學論述形成與轉變--關於自然產的醫學知識與典範轉移。台灣大學衛生政策與管理研究所碩士論文。

曾家琳、張珏 (2006)。「會陰切開術」的當代爭議與其必要性的論述分析，*女學學誌：婦女與性別研究*，第 21 期，頁 47-112。

傅大為 (2008)。為什麼台灣的剖腹產率高居不下？收錄在成令方編，*醫療與社會共舞*。台北：群學出版。

推薦網站/影片

楊素霞，*歡迎誕生* (紀錄片)

Roel van Dalen，*居家生產/An Inspired Beginging* (紀錄片)

台灣生產改革聯盟部落格，網址：http://blog.roodo.com/birth_reform/

附件五：就地改革課程 98 下「醫師、病人與社會」課程大綱

九十八學年第二學期

醫師、病人、社會

張淑卿老師、陳惠萍老師、游智勝老師

上課時間：每週一 13:10-15:00

上課地點：1. 合班上課－工學大樓六樓第一會議廳 (2/22、3/1、3/8、6/14、6/21)

2. 分組上課－甲組：C102 乙組：C107 丙組：C108

一. 課程目標

本課程為醫學系與中醫學系二年級學生所設計，旨在認識醫師/病人/社會三者之間互動關係的演進與變化；包括醫療生態、中、西醫師與病人、社會、另類療法、文化、環境等關係。瞭解疾病與治療的真諦，並強調醫病關係的重要，以及如何做好醫病關係。自人文醫學的角度出發，重新審視現代醫學、中醫、另類療法與社會，病人，歷史的關係，進而討論疾病的社會建構／解構／再建構，中、西醫學中的科學理性及其批判，以及對於醫學教育的反省，以求增進醫學系與中醫學系學生的人文社會關懷與醫病關係為目標。

二. 上課內容

1. 此課程預定安排 5 次大班上課，其他 12 次上課，學生分為 3 個小班，就 3 個單元所要呈現的核心主題與價值，進行講授與討論。
2. 請各位同學在課前務必閱讀完指定教材，並準備回答各單元預擬的問題，以參與課程討論。

三. 授課進度

1. 專題演講(一)：當醫師變成病人 (閻紫宸醫師)
2. 專題演講(二)：從武士刀到柳葉刀 (劉士永教授)
3. 專題演講(三)：氣功養生與氣功修練(陳右明醫師)
4. 分組主題：醫學專業與醫療知識(張淑卿老師)
5. 分組主題：走出中醫學術的百年困惑 (游智勝老師)
6. 分組主題：另類醫療的實踐與反思(陳惠萍老師)

四. 授課進度表 (分班名單於第二次上課公布)

2/22、3/1、3/8、6/14、6/21 合班上課

3/15-6/07 分組上課

週次	日期	甲組	乙組	丙組
1	02/22	課程導論 (柯毓賢、張淑卿、陳惠萍、游智勝)		

2	03/01	專題演講(一)：當醫師變成病人(閻紫宸醫師)		
3	03/08	專題演講(二)：從武士刀到柳葉刀 (劉士永教授)		
4	03/15	走出中醫學術的百年困惑(游智勝老師)	醫學專業與醫療知識(張淑卿老師)	另類醫療的實踐與反思(陳惠萍老師)
5	03/22			
6	03/29			
7	04/05			
8	04/12	醫學專業與醫療知識(張淑卿老師)	另類醫療的實踐與反思(陳惠萍老師)	走出中醫學術的百年困惑(游智勝老師)
9	04/19			
10	04/26			
11	05/03			
12	05/10	另類醫療的實踐與反思(陳惠萍老師)	走出中醫學術的百年困惑(游智勝老師)	醫學專業與醫療知識(張淑卿老師)
13	05/17			
14	05/24			
15	05/31			
16	06/07	氣功養生與氣功修練(陳右明醫師)		
17	06/14	氣功養生與氣功修練(陳右明醫師)		
18	06/21	期末檢討與評量 (張淑卿、陳惠萍、游智勝)		

*04/05 國定假日

五. 課堂要求

1. 缺席(未出席達30分鐘以上者)而未事前請假者,每次扣學期成績兩分。請假必須課前辦理,以電話、電郵或面報方式通知助理錢克綱(分機3322或kirkquiang@mail.cgu.edu.tw);緊急事件除外。
2. 代簽到、作業抄襲者(當次作業以零分計算),本課程學期成績以不及格論。

六. 作業繳交

依不同主題共有三次作業,皆於各單元第四次上課時繳交。遲交一天扣十分,該週五(含)不接受此份作業,若同學有特殊狀況無法及時繳交,請告知該講題教師。

七. 學期評分方式

1. 出席、上課討論 25%
2. 三次作業 75%

八. 聯絡方式

陳惠萍：d93325004@ntu.edu.tw

張淑卿：d868404@mail.cgu.edu.tw，分機 3127，第二醫學大樓三樓

游智勝：y0606@mail.cgu.edu.tw，分機 5982，第二醫學大樓四樓中醫學系

九、上課詳目

1. 專題演講(一)：當醫師變成病人

時間：3月1日 講者：閻紫宸醫師

內容重點：醫師變成病人、良醫的條件、同理心與人道關懷

2. 專題演講(二)：從武士刀到柳葉刀

時間：3月8日 講者：劉士永教授

內容重點：

3. 專題演講(三)：氣功養生與氣功修練

時間：6月14日 講者：陳右明醫師

內容重點如下：氣功養生、氣功修練、氣功臨床應用

分組教學

主題：醫學專業與醫療知識(張淑卿老師)

一、醫療專業內的性別與權力關係

思考問題：

1. 若你的職業是以單一性別為主，你可以聯想到哪些可能的性別權力關係。
2. 如果你是一位剛畢業的醫生，對於未來生涯規劃的每一階段會有哪些考量因素？
3. 你在生活經驗當中，會因為關係（人脈）與畢業的學校而在生涯規劃上，讓你覺得佔有很大的影響力？

指定閱讀：

1. 成令方(2008)，〈醫師專業的興起與發展及其性別政治〉，《醫療與社會共舞》(台北：群學)，頁 60-69。
2. 陳端容(2008)，〈醫師的生涯路徑與職場結構〉，《醫療與社會共舞》(台北：群學)，頁 70-81。

延伸閱讀：

1. 成令方(2002)，〈性別、醫師專業與個人選擇：台灣與中國女醫師的教育與職業選擇，1930-1950〉，《女學學誌》14，頁 1-44。
2. 傅大為(2005)，〈殖民近代化中的女醫、規訓與異質帝國〉，《亞細亞的新身體》台北：群學。
3. 陳端容(2004)，〈大型醫院主管職的生涯路徑與醫師職場結構〉，《台灣社會學刊》33，頁 109-155。
4. 侯文詠(1992)，〈大醫院小醫師〉。台北：皇冠文化。

二、醫學知識的社會建構（一）

思考問題：

1. 你聽過台灣對抗 B 型肝炎的故事嗎？醫學界、公衛界、政府各自扮演那些角色？
2. 科學知識（醫學知識）如何產生？一定要由實驗室產生嗎？實驗室生產的知識你就相信嗎？你不相信的基準為何？

指定閱讀：

林崇熙（2008），〈從免洗餐具的誕生看台灣醫學知識的社會建構性〉，《醫療與社會共舞》（台北：群學），頁 118-125。

延伸閱讀：

林崇熙（1998），〈免洗餐具的誕生－醫學知識在台灣的社會性格分析〉《台灣社會學刊》32，頁 1-37。

三、醫學知識的社會建構（二）

思考問題：

1. 你如何面對未知狀況與其相應的新知識？例如：SARS、H1N1。
2. 請你想一想，有哪些疫病的防治，除了實驗室的知識外，也需要相當程度的社會因素介入，才可能防治成功？
3. 請比較這兩篇關於台灣 B 型肝炎防治的文章，你認為差異在哪裡？

指定閱讀：

1. 李淑娟（2001），《發現台灣公衛行腳：台灣十大公衛計畫紀實》（台北中和：玉樹圖書），B 型肝炎防治計劃。
2. 影片討論：〈戰疫－B 型肝炎〉

延伸閱讀：

1. 巴魯克·布倫伯格(Baruch S. Blumberg)著；陳彥甫譯（2004），《B 型肝炎：發現 B 型肝炎病毒與疫苗的諾貝爾獎之路》（台北：商周）。
2. 廖雪芳（2002），《醫者之路：台灣肝炎鼻祖宋瑞樓傳》（台北：橘井）。
3. 楊玉齡、羅時成（1999），《肝炎聖戰：台灣公共衛生史上的大勝利》（台北：天下）。

作業：

近半年來 H1N1 疫苗可說台灣社會最熱門的話題之一，請從網路或報紙查閱相關資料，討論 H1N1 疫苗為何在台灣社會引起如此大的爭議？分析方式可參閱林崇熙（1998），〈免洗餐具的誕生－醫學知識在台灣的社會性格分析〉一文的分析方式。字數為 1500--2000 字左右，於下次上課（第四講次繳交）。

四、病患個人經驗 VS 醫療知識

思考問題：

1. 請事先上網查閱資料，目前台灣病患團體在介入醫療問題時，主要的場域哪裡？他們關心哪些議題？醫師又如何看待病患團體的介入？
2. 病患專屬的知識是否一定是正確的知識，如果不見得是正確的知識，那它的重要性為何？
3. 請想一想你自己或週遭親朋好友，是否有專屬於他個人的病痛處理經驗？當這些病患專屬經驗遇到醫療專業時，你可以想像會有哪些狀況產生嗎？

指定閱讀：

1. 林文源(2008)，〈專屬個人知識的轉化：以洗腎病患為例〉，《醫療與社會共舞》(台北：群學)，頁136-145。
2. 林文源(2008)，〈腹膜透析推廣與病患選擇：一個動態歷程的觀點〉《腎臟與透析》20:1，頁61-64。
3. 影片討論：〈機遇之旅〉

延伸閱讀：

1. 林文源(2006)，〈漂移之作：由血液透析病患的存在與行動談社會本體論〉《台灣社會學》12，頁69-140。
2. 吳嘉苓、黃于玲(2002)，〈順從、偷渡、發聲與出走：「病患」的行動分析〉《台灣社會學》3，頁73-117。

分組教學

主題：走出中醫學術的百年困惑(游智勝老師)

本主題以近代傳統文化發生重大變革，作為文化產物的中醫，則隨之經歷了一個在衝擊中陷於困惑，在困惑中求生存的艱難歷程。本主題共分成四個單元。第一單元「什麼是中醫？」將討論中醫的涵義，並涉及「中醫」有用嗎？中醫是否科學？等爭論議題，帶領學生進入中醫之門。第二單元「中醫現代化與中西結合」藉由中西不同的身體感引領學生討論近百年來中醫現代化的進程以及中西醫是否可以匯通的爭論並帶領學生面對越來越多接受中西醫並治的病家社會。第三單元「中醫藥研究的專業與利益爭議——以四物湯為例」將討論中醫藥研究在專業與商業利益間如何取得平衡，並以四物湯為例說明一個常用藥方背後龐大的利益糾葛與專業人員如何應對。最後，「醫病關係的轉變」將討論古今醫師面臨生死抉擇與醫病關係轉變的自處之道兼引入醫「用」關係新視界的概念。

一、什麼是中醫？

思考問題：

1. 根據你日常生活的觀察，你認為台灣民眾是否認同中醫？你認為民眾利用中醫的情形如何？以你的觀察為基礎，你是否能說明「中醫的內涵」為何？
2. 「中醫」有用嗎？如果有用，你認為中醫加入健保體系的意義在哪裡，有沒有負面影響？
3. 如果要讓中醫專業地位更加提升，還需要在那些方面做努力？

指定閱讀：

1. 廖育群，《醫者意也-認識中國傳統醫學》，台北：東大圖書公司，2003年，代序。
2. 鄭惠珠，〈中醫專業的興起與變遷〉，收於成令方主編，《醫療與社會共舞》，台北，群學出版有限公司，2008年。
3. 林陽生，〈中醫無用論〉，自由時報，1986年10月6日，自由廣場。
4. 黃達夫，〈科學的醫學 vs 非科學的醫學〉，遠見雜誌2001年9月，第183期。
5. 游智勝，〈中醫是「非科學的醫學」？〉，北市中醫會刊2002年；96-98。

延伸閱讀：

1. 李致重，《中醫復興論》，北京：中國醫藥科技出版社，2004年，頁72-75，86-105。
2. 張功耀，〈告別中醫中藥〉，醫學與哲學，2006年，306：14-17。

參考資料：

一定的研究物件，決定或選擇了一定的研究方法。中醫學和西醫學研究的客體固然都是人，然而人是萬物之靈，人就是萬物，所以在人的身上包羅了萬物的種種屬性。作為醫學研究的物件來說，中醫學和西醫學兩者，其實各自只研究了關於人的一部分物質屬性。據此，中、西醫各自選擇的研究方法則各不相同。於是，用各自不同的研究方法來研究各自不同的物件，便形成了兩種概念、範疇大不相同的醫學科學體系。

在兩種醫學並存的近代中國，影響人們對中醫學準確、公正認識的一個重要原因，是人們頭腦裏固有的已知，對未知領域的排斥。這種存在於一個人頭腦裏的排斥，是當代分析科學的潮流所掩蓋、所決定的。本質上講，是從先入為主的“形下類”科學的理念出發，在對“形上類”科學理解不深的情況下，所形成的一種偏執性的抗拒心理。一旦一個人先學習了“形而下”的西醫生理、解剖知識，再學習中醫時，固有的已知總是頑固而又不自覺地用直觀的形態學、組織學觀點，來詮釋、修改甚至排斥“形而上”的中醫藏象、經絡、病因、病機等概念。然而，正是思維科學中的這一常識，被人們疏忽了。尤其在民族文化心理失衡，在哲學、科學方法論處於貧困的情況下，“中醫西醫化”幾乎成為一百年來社會上對待中醫學的潮流性偏見。從餘雲岫20世紀30年代的“廢止中醫論”，到50年代初的“改造舊醫實施方案”；從建國初期的“中醫科學化”，到1958年由國家最高領導人敲定的“悖論”……雖然表現的形式各不相同，其核心卻是與科學研究物件、研究方法風馬牛不相及的同一個偏見——中醫學是過時、封建、落後、不科學的，要用西醫基礎理論的觀念和方法，加以驗證、解釋、改造、使其科學化。這種潮流性偏見與這一時期行政絕對權威交織在一起，像一個戴在中醫頭上的“緊箍咒”，牢牢地將中醫學置身在生存危機之中，並滲透在醫療、教育、研究、管理的各個方面。儘管中醫為此進行過一次又一次的抗爭，卻一次又一次重複著無可奈何、不了了之的同一種結果。直到今天，口頭上唱著“中醫現代化”的調子，而背後葫蘆裏的藥，仍然是“中醫不科學”、“中醫西醫化”。李致重，《中醫復興論》，北京：中國醫藥科技出版社，2004年，前言頁3-4。

二、中醫現代化與中西醫結合

思考問題：

1. 根據你日常生活的觀察，你認為中、西醫有何不同？特別是對身體的描述。
2. 有些西醫即使心理認同某些中醫的療效，但表面上也不願貿然肯定它的療效，為什麼？
3. 你認為中醫可能保持原有特色繼續存在現代社會中不被淘汰或是應該不惜西醫化，避免滅亡，二者可能折衷嗎？

指定閱讀：

1. 栗山茂久著，陳信宏譯，〈導讀、前言〉，《身體的語言：從中西文化看身體之謎》，（台北：

究竟，2000），頁 5-18。

2. 游智勝，〈中西醫之不同〉，弘光護專護理助產學刊，1990 年，78-80 頁。
3. 李致重，《中醫復興論》，北京，中國醫藥科技出版社，2004 年，頁 95-105。

延伸閱讀：

1. 王豔君等，〈從中西醫對比看中醫學的未來〉，河北中醫藥學報 1999;14(2):6-7。
2. 游智勝，〈提升中醫生命力-臨床療效〉，中醫藥研究論叢 2005；8(1): 294-301。
3. 游智勝，〈中醫論治的優勢—兼論“證”與“病”〉，北市中醫會刊 2007;13(2):62-65。
4. 游智勝，〈從疫苗接種不良反應事件看中醫理論之可發展性〉，新醫藥週刊 2010 第 2318 期。

參考資料：

任何一門科學的發生發展都是在一定科技知識背景下進行的。在古代，中醫學賴以發生發展的科技知識背景，就其哲學層次而言是“陰陽二元論”，就其方法論而言是整體方法，就其特徵而言是對宏觀世界的整體協調與和諧。在這樣一種知識背景下衍生出來的古代天文學、數學、物理學、化學乃至人文科學，都具有上述共同的“基因”。在古代科技知識背景下誕生的中醫學，其科學規範即深深打上傳統的歷史印記——“陰陽學說”成為它的理論信念。也就是說中醫學企圖將人的生理、病理的全部現象納入“陰陽論”的理論模式中。這樣一來“負陰抱陽”、“與萬物浮沉於生長之門”的整體的人，就成了中醫學的科學物件。由此而引伸出的陰陽論的整體方法、一分为二的辨證方法、五行論的系統方法就成為中醫方法論的基本特點。理論信念-科學物件-科學方法構成了科學規範，而這一科學規範的“胚芽”在中國這塊土地上，在 5 千年的歷史進程中，發展成了中醫學這一科學之樹。在 1840 年以前，中醫科學之樹是生長在中國古代科技之林中的，它與它的科技背景是融為一色的。但是自 16 世紀以來在西方以法蘭西斯·培根為代表的近代科學思想、科學方法與科學實踐，引發了一場深刻的科學革命。由原子一元論的理論信念、還原論的科學方法和機械論的科學物件構成的科學規範，以其無限生機繁衍出了嶄新的近代科技之林，並迅速播散全球。於是古代物理學、天文學、化學、數學等幾乎所有的傳統科學都被近代科學之林所取代，惟有中醫學卻如歷經第四紀冰川的水杉樹一樣，頑強地生存在東方大地上。當今日的中醫學環顧四周時會發現，科技之林已發生了根本的變化，所有的近代科技之樹在科學規範這一“基因”上都與自己格格不入。如果說現代科技知識背景是“一片翠綠”的話，那麼中醫學就成了“萬綠絲中一點紅”，它們的色彩與背景已形成了鮮明的反差。色彩的反差源於“基因”的反差，因此中醫學與現代科技背景的全部矛盾都可歸結為科學規範的矛盾。由此引起的“衷中參西”、“中醫科學化”、“中西醫結合”、“中醫現代化”、“發揚中醫特色”等命題，都只是這一矛盾在科學群體中不同角度、不同層面的折光而已。就像生活在今天的中醫師不能拒絕電腦一樣，中醫學也不能拒絕現代科技知識背景的質詢與挑戰。匡萃璋〈中醫藥與現代科技在碰撞中閃現生命火花〉，中國中醫藥報，總 2347 期。

三、中醫藥研究的專業與利益爭議—以四物湯為例

思考問題：

1. 請問你服用過四物湯類產品嗎？為什麼？
2. 你分得清楚「食品」、「健康食品」以及「藥品」之區別嗎？「藥食同源」又是什麼？
3. 不同的行動者為了捍衛自身的利益，企圖去影響藥食分類的界線，譬如中藥商就想保衛四物湯的專營權，如果你是主管單位，你會如何在藥食分類與利益糾葛間取捨？

指定閱讀：

安勤之，藥食分類與利益糾葛：以四物湯保健食品化的爭議為例

延伸閱讀：

1. 安勤之，四物湯的保健食品化：從物的生命史看中藥在台灣的當代轉化(1990-2008)，國立臺灣大學社會科學院社會學系碩士論文，97年。
2. 楊欣怡，四物湯之典籍文獻分析研究，中國醫藥大學中藥研究所碩士論文，97年
3. 梁蘭蘭，〈四物湯可以治療經痛嗎？〉，國家衛生研究院新聞稿，96年8月21日

作業：

請訪談家裡有就醫經驗的長輩（父母、阿公阿嬤、外公外婆、叔叔、伯伯、阿姨、舅舅……），談談他生病時會先找中醫或西醫，為什麼？他或她對中醫的看法，請錄音，並與受訪者合照，之後再加入自己的就醫經驗以及反思，撰寫成完整的內容。若無印象深刻的就醫經驗，請加入以下虛擬情況：自己被現代醫學宣判得了不治之病，你的選擇是自我放逐？中醫或另類療法？為什麼？作業約1500-2000字、1.5倍行高，封面需註明清楚系列、年級、學號、姓名，以及與受訪者的合照。

四、醫病關係的轉變

思考問題：

1. 請你談談你和家人的看病經驗，使得看病經驗很好的原因可能會是甚麼？造成惡劣的看病經驗的原因又是甚麼？
2. 你認為古今醫病關係有何變化？
3. 病人因某些因素不信任你，你又是唯一有希望治好他的人，你願意幫他治療嗎？為甚麼？

指定閱讀：

1. 成令方，〈醫病關係的新視界：醫「用」關係〉，收於成令方主編，《醫療與社會共舞》，臺北市：群學出版有限公司，2008年。
2. 雷祥麟，〈負責任的醫生與有信仰的病人---中西醫論爭與醫病關係在民國時期的轉變〉，《新史學》14卷1期，2003年。
3. 兩段影片

延伸閱讀：

1. 成令方，〈醫「用」關係的知識與權力〉，《台灣社會學》，2002年，3：11-71。
2. 傅大為，〈倉皇奔逃中的白袍醫師—從醫療糾紛到醫療體制〉，《科學發展》，2003年，第361期：79-80。
3. 愛德華·羅森邦 著/易之新譯，《當醫生變成病人》。2000年，台北：天下遠見。

參考資料：

傳統臺灣有所謂「上九流」、「下九流」之別。醫生係屬於「上九流」，要之皆為方技一類。就整個群體而言，地位應不算高。其中亦可見一些受到人民尊重的傑出者，如具有儒生身份、以儒兼醫的「儒醫」，或是醫術高明、醫德可風的「良醫」；而洋醫中的馬偕，即以「拔齒術」聞名，計拔起二萬一千餘顆牙齒，可見其受歡迎之一般。不過，漢醫中的「儒醫」和「良醫」的人數極少，以前列日治初期的數據計算，亦不過佔總人數的一一·二%；而洋醫更少，僅占二·二%。因此，即使這些較傑出的醫生的醫術再如何高明而受到尊敬，但對於整個醫生地位的提升，並無多大幫助。至於洋醫在人民心目中，亦應和較佳的漢醫無甚差別。故日本殖民地政府在其後招收以西洋醫術為主的醫學講習所及醫學校學生時，對於無法招到學生一事，即斷言是臺灣人素來尊崇具有文學知識的讀書人，而輕侮醫生所致。

摘自：陳君愷，《日治時期台灣醫生社會地位之研究》，〈臺北市：臺灣師範大學歷史研究所專刊(22)〉，

1992年），頁15。

明代兒科名醫萬全與同鄉胡元溪早有不和。有一年，胡元溪的兒子四歲，患病咳嗽，請醫多人，遷延八個月不愈，反增咳血之症，不得已方請萬全診治。萬氏「以活人為心，不記宿怨」，欣然往之。診後，認為前醫一誤再誤，法當清金降火，潤肺涼血，「非三五十劑不效」胡元溪問：「何太遲也？」萬答：「病經八月無效，公不曰遲，而以一月為遲何哉？」乃告元溪云：「請置一薄，自初服藥日起，某日服某藥，某日加減某藥(怕他有疑心，告以預備筆記，逐日記錄服藥情況，以為憑證)」胡元溪「聞之喜」。五劑後，咳減十分之七，咳血亦止。然而，胡元溪「終不釋疑」，又請他醫治之。有人對萬全說，他不用你治，“爾可去矣。”萬氏說：「彼只一子，非吾不能治也。吾去，彼再不復請也。誤了此兒，非吾殺之，亦吾過也。且看他醫怎治，用之有理我走，如又誤治，吾必阻之。阻之不得，去未遲也。」他醫用藥果然有誤，萬全阻之，且曰：「吾為此子憂，非相妒也。」胡元溪不聽，萬全只好離去。行前，他撫摸著病兒說：「且少吃些，可憐疾之復作奈何！」服藥一小杯，咳喘復作，血來如初，病兒哭曰：「吾吃萬先生藥好些，爺請這人來，要毒殺我。」胡元溪至始方悔，親自拜請萬全再治。萬全嘆曰：「早聽吾言，不有此悔。要我調治，必去嫌疑之心，專付託之任，以一月為期。」至此，專一聽由萬全診治，先止血，繼爾止咳，前後17天而獲痊愈，胡家謝之。

明·張妃停經多月，時下腹痛厭食。眾太醫診畢，皆隨聲道喜，說張妃懷了“龍胎”，需要養血安胎。御醫盛寅診脈後斷然否定，對曰：「這是瘀血鬱經，是病而非孕。」太監忙說：「千歲面前，豈可放肆妄言，還不趕快謝罪！」太子陰沉著臉讓盛寅開方。一看是破血逐瘀之劑，立即惱怒：「這等虎狼藥不僅傷胎，還會傷愛妃之命，豈可輕用。」下旨把盛寅關入大牢，復命他醫擬保胎養血之方給妃子服。張妃用藥無效，太子又提出盛寅給張妃診治。盛寅處方依舊，且加了劑量。太子怒曰：「這樣執迷不悟，難道你不要命了？」盛寅面不改色：「千歲，人命千金，臣只知按病遣藥，不會苟且投好。」太子命人給盛寅上枷，一面派人煎藥，一面擺上刑具：「要是打下胎兒，立即處死。」藥物煎畢，太子又問：「你再想想，打下金枝玉葉，壞孤龍脈，滿門抄斬。」盛寅面無懼色：「用藥吧。」張妃服藥，腹中大痛。太子下令將盛寅拉下去處決，盛寅求千歲再等片刻。不一會兒，果然打下一團紫黑色塊，腥味異常，並無胎兒。太子愕然，轉怒為喜，立即釋放盛寅，用儀仗送回家，並賜重金，稱曰：「非謝醫也，乃壓驚爾。」

摘自：張存悌等，《品讀名醫》，北京：人民衛生出版社，2006年，頁116-117，121-122。

分組教學

主題：另類醫療的實踐與反思(陳惠萍老師)

為何非西方醫療體系通通稱之為「另類與補充醫療」(Complementary and Alternative Medicine, 簡稱CAM), 此種說法代表怎樣的立場、又可能有什麼問題呢? 從這個議題出發, 本單元主題期盼能提供一種更為全面、廣泛理解「另類醫療」的視野。首先, 「第一單元」將從西方醫療與非西方醫療相遇的故事談起, 思考另類醫療內涵與地位的歷史變遷。「第二單元」強調另類醫療是社會文化的產物, 因此必須由其所處的地方脈絡加以理解。「第三單元」則以實際案例的討論為出發, 探討另類療法實踐以及其對現代醫病關係的影響和衝擊。最後, 「第四單元」將和大家一起具體思考「另類」與「主流」如何從制度規劃著手, 達成以病人為主體的最佳整合醫療方案。

一、認識「另類醫療」:

思考問題:

1. 你有使用過另類或補充療法嗎？從你的經驗來看，另類醫療是否的確有其療效呢？
2. 一般而言，現代社會對於另類醫療有哪些負面觀點？你贊同或不贊同這些觀點？

閱讀書目：

1. 丁志音 (2008)，〈代代相傳的另類醫療〉，《醫療與社會共舞》，頁 27-34。
2. 張珣 (2004)，〈傳統醫術的理性觀〉，《疾病與文化》，頁 15-25。

延伸閱讀：

1. 施議強、韓晴芸、曾俊傑、侯承伯 (2005)，〈輔助及另類醫療〉，《基層醫學》20(6)：146-153。
2. Anne Llewellyn Barstow 著，嚴韻譯 (1999)，〈從治療者到女巫〉，《獵殺女巫》，頁 161-187。

二、「另類醫療」的社會文化脈絡：

思考問題：

1. 請分享你對電影「刮痧」中感受最深刻的片段，並思考該影片呈現了怎樣的醫療、社會及文化差異觀察？
2. 「民俗醫療」經常被視為迷信或不科學。但為何現代社會中還是有許多民眾願意採用呢？你覺得可能的原因為何？

閱讀書目：

1. 張珣 (2008)，〈為何要人也要神〉，《醫療與社會共舞》，頁 8-16。
2. 胡幼慧 (1998)，〈另類療者的社會空間：一項田野研究的初步分析〉，《思與言》，36(2):183-212。

延伸閱讀：

1. 丁志音 (2003)，〈誰使用了非西方的補充與另類療法？社會人口特質的無區隔性與健康需求的作用〉，《台灣衛誌》，22:155-66。
2. 張珣 (2004)，〈台灣民俗醫療研究〉，《疾病與文化》，頁 91-108。
3. 潘美玲 (2007)，〈另類醫療：回溯生命智慧的身心療法〉，《經典雜誌》第 103 期。

影片：電影「刮痧」。

三、「另類醫療」的實踐：醫病關係

思考問題：

1. 請事先閱讀鄭瑞雄「巴西蘑菇的小故事」，並思考：如果你正在使用「另類療法」，你會告訴你的西醫師嗎？為什麼？
2. 「從醫師的角度出發」，身為醫療專業人員的你會不會阻止或鼓勵你的病人使用另類療法？原因為何？

閱讀書目：

1. 鄭瑞雄 (和信醫院病理檢驗科醫師) (2004)，〈巴西蘑菇的小故事〉。資料來源：
http://www.kfsyscc.org/INDEX.PHP?menu_id=350&article_id=1292
2. 蔡甫昌等 (2007)，〈病患要求施行輔助及另類療法所涉倫理問題〉，《台灣醫學》11:91-103。

延伸閱讀：

張智雅 (2006)，〈另類療法醫病關係之初探：從傳統跌打損傷館患者就診行為之田野觀察談起〉，《嘉南學報：人文類》，第 32 期：頁 334-349。

小作業：(字數為 1500--2000 字左右，第四次上課時繳交)

你是一位大醫院裡的小醫師。最近，這家大型醫院想要導入某種「另類療法」。於此請你擬訂一份企劃書，以某種你想推薦採用的另類療法為對象，進行深入的分析及規劃報告。其內容須包括：

1. 你推薦醫院應納入該項另類療法的原因。

請先蒐集相關文獻或媒體報導，彙整對於此項另類療法的正、反意見。然後再提出你的看法。(資料來源請處明出處)

2. 提供病患的另類療法實踐經驗。

請訪談一位曾經使用該另類療法的病患(需簡單介紹病患的社經地位及背景，並深入了解病人的醫療經驗。包括：使用動機、經歷過程、效果評價及對醫病關係的影響)。

3. 設計一套具體的醫療制度規劃方案，以達到你認為最佳的整合醫療效果。

(包括組織及合作形式、相關人員的職權規劃、工作內容等等)

四、「另類醫療」的省思：制度觀點

思考問題：

1. 若要提昇另類醫療的地位處境，你認為政府需要採取怎樣的政策措施?(例如：比照西醫教育模式或證照制度)又若要實施可能面臨哪些困難呢?
2. 在「許達夫自然醫學醫療網」網站上，許達夫醫師表示自己過去曾經在醫院體制內嘗試推動結合中西及自然療法的「希望病房」，但卻失敗了。由於當時的院長及副院長等均是標準正統西醫、癌症專家，「因此看我的希望病房簡直是胡搞亂搞。不僅警告我也威脅病人出院。最後院長下令要我走路。因此我于95年12月關閉希望病房，獨自到外開設自然診所。」你認為，造成在西醫體制內部改革失敗的可能原因是什麼呢?

閱讀書目：

Matthew Schneirov and Jonathan David Geczik (2005), "Alternative Health and the Challenges of Institutionalization" (Chapter 32) in *The Sociology of Health & Illness: Critical Perspective*.

延伸閱讀：

1. 鄭弘美 (1999), 〈美國另類醫療發展現況〉, 《中西整合醫學雜誌》1 (1): 39-43。
2. 鄭瑞雄 (2005), 〈西醫對另類醫療應有的態度〉, 《台灣醫界》48 (9): 51-53。



教學研究



當中醫遇上STS

中醫系 游智勝 副教授

因緣際會執行教育部科技與社會跨領域教學計畫「健康、醫療技術與社會」，無意中發現常被烏雲籠罩的中醫，未來發展竟露出了一線曙光。STS 是 “Science, Technology and Society” (科學、技術與社會) 或 “Science and Technology Studies” (科技研究) 的縮寫詞，它是一門新興的綜合性學科，誕生於 20 世紀 60 年代末的美國，代表嶄新的價值觀與思維模式，且適應 21 世紀世界科技經濟社會發展的需要。1950 年英國科學家暨小說家史諾 (C.P. Snow) 揭示了科學與人文兩種文化的存在和對立，他認為二者之間的鴻溝具有不可逾越性，按照這種說法推演，大學必將成為兩種文化持續緊張的主要場所，現實是否真的如此呢？相當多的人的看法是：「隔行如隔山」，在科學與人文之間有種「無知之幕」，二者缺乏必要的對話、交流和相互理解，以致於有人會去邀請科技界的大佬與德高望重的宗教家來進行對話，但在無法聚焦的會談之後，更印證了科學與人文的鴻溝，具有不可逾越性。

為了替我們所身處的科技社會創造出新的想像空間，跨越科學與人文的鴻溝，教育部在 3 年前推動 STS 教學計畫，獲得許多公、私立大學的教授學者響應參與，如高雄海洋科技大學校長還親自領銜執行，並獲得教育部頒發 96-97 學年度科技與社會前瞻性教學模範計畫獎項，本校通識中心黃寬重教授即是教學計畫創始人之一。本計畫共同主持人人文及社會醫學科張淑卿老師與通識中心社會學科陳麗如老師，她們的學術訓練背景比筆者更容易通曉 STS 的內涵與精神，而如何把 STS 理念滲入課堂教學中，都比筆者更具說服力，筆者有幸執行本計畫，除了可開拓個人在不同領域的視野外，更領悟到 STS 可以對中醫未來發展的戰略思想，提供不同層面的理論基礎，STS 與中醫其實有許多相似處，中醫理論橫跨自然科學與社會科學領域，講究天人合一、人與自然、疾病間的整體協調平衡；而 STS 則面對人與天關係之價值理念、人與人關係之社會運作、人與物關係之環境掌握，以及人與自我關係之生命成長等議題，所以，歷史悠久的中醫發展可為其借鑒，又可為其中介。台大 STS 教學計畫團隊曾有大 S 與小 S，誰大誰小的譬喻，STS 裏面隱含平衡大小 S 的密碼，T 不就是中醫 (TCM, Traditional Chinese Medicine) 之代碼，中醫為中介，平衡大小 S，是最佳架構。筆者在教育部期中報告曾提出這樣的看法，不過有學者不以為然，他可能認為 STS 是新興極有活力的學術領域，如旭日東昇；而中醫學術雖歷二、三千年不亡，但已垂垂老矣，宛如日薄西山，無法相提並論，再加上外界與中醫自身許多施於傳統醫學的作為就如老子所言：「為學日益，為道日損。」增加許多知識卻損害了本質；或如《莊子·應帝王》寓言所說：「南海之帝為儵，北海之帝為忽，中央之帝為渾沌。儵與忽時相與遇於渾沌之地，渾沌待之甚善。儵與忽謀報渾沌之德，曰：『人皆有七竅以視聽食息，此獨無有，嘗試鑿之。』日鑿一竅，七日而渾沌死。」可謂愛之適足以害之，當代的中醫處境正如李致重教授所拒絕的處於「即將消亡的邊沿，新的突破的前夜」，當中醫遇上 STS，必定塵埃落盡，脫胎換骨。

本計畫團隊在過去一年來已執行七場專題演講、一次讀書會及二場工作坊，本學期尚有二場專題演講待辦，專題演講首場由中研院社會所蔡友月助研究員以社會建構論的觀點透視疾病，希望培養醫學專業走出教室的視野，主講「達悟族的精神失序：現代性、變遷與受苦的社會根源」。第二場由成大公衛所許甘霖助理教授將醫療行銷置於醫學人文教育的核心而重新反省醫學專業倫理，主講「從體微的意義化到社會交

往的醫療化：醫學美容行銷的社會邏輯初探」。第三場由成大醫學院 STM 中心許宏彬專案副教授則以實驗室對於物質技術與社會手段的運用，反思今日藥廠、醫院及醫師在新藥研發與推廣中的角色，主講「阿片的滋味：日治台灣阿片專賣的開展及其科技實作」。第四場由師大地理系吳鄭重副教授透過解開婦女與廚房的死結，重新啟動空間改造，並協商性別與家務的分工，主講「公寓廚房的空間生產與母親家務的身體再生產：一個『身體-空間』的日常生活地理學考察」。第五場由清大通識中心林文源助理教授試圖以病患的角度，探討病患的集體行動在透析醫療的變遷中扮演的角色與貢獻，並進一步討論透析的品質，主講「台灣透析社會力與醫療品質變遷」。第六場由台大社會系吳嘉苓副教授從醫學知識被生產的元素切入，直搗現代產科的研究將「臨床因素」邊緣化與黑盒的原因，主講「臨床醫師為何不再研究臨床因素：台灣剖腹產研究的歷史轉折」。第七場由成大醫學院 STM 中心翁裕峰專案副教授透過深度訪談與文獻分析法，解說職業傷病認定標準的相競取向，主講「過勞死認定標準政策制定過程分析」。至於讀書會則邀請陽明大學科技與社會研究所林宜平助理教授，帶領導讀 STS 的重要文獻〈民主、專業知識、和愛滋療法運動〉(Epstein, 2000/2004) 以及〈社會世界、行動者網絡與爭議：以膽固醇、飲食中脂肪與心臟病為例〉(Garrety, 1997/2004)。而每個月專題演講的安排、舉行，有賴醫學系方基存主任、人文及社會醫學科柯毓賢主任總是排除萬難，在忙碌的醫療工作中，準時出席本計畫各項活動，是連結醫學與人文的最佳示範。為了落實計畫團隊的課程與教學目標，擴大本校對於 STS 觀點的認識，並連結校內對 STS 感興趣的成員，以尋求校方對新課程及課程改革的支持，而舉辦「醫護教育為什麼需要 STS 觀點？」工作坊，邀請多位 STS 專家學者從醫護教育探討課程改革的各個面向，陳君侃副校長與黃堯重講座教授全程參與，加入討論，顯示校方對 STS 課程改革的重視，而「當中醫遇上 STS」工作坊則邀請臺灣 STS 學會理事長林崇熙教授介紹 STS，主講「當 STS 遇上中醫 - STS 在面對什麼重大議題？」另外，中研院台研所劉士永副研究員從日本科學化研究漢方之脈絡到台灣對「科學」藥品的想像與需求，主講「中藥科學化與科學中藥 -- 以台灣為中心之個案觀察」，中研院近史所雷祥麟副研究員則由「作為台灣醫學現代性代表人物的杜聰明博士，為何竟持續一生地推動被視為『落後、不科學』的漢醫醫院計畫呢？」的問題意識逐步解謎，主講「杜聰明的漢醫藥研究之謎：兼論創造價值的整合醫學研究」。三位講者精闢的演講，引人入勝，吸引諸多年輕的醫師、研究學者、本校人文教師，甚至北醫的教授一起參與。

STS 計畫的重點即是進行課程改革並產生教案，希望以計畫成員自己的研究為基礎，配合問題意識，以 STS 關於特定議題切入方法的介紹，提問重點等等，來進行 STS 教案的撰寫。張淑卿老師負責 STS 核心課程「科技與社會研究導論」，希望從科學知識的建構、醫療科技的不確定性、標準化、使用者的角度、性別、常民的參與等不同的研究取向，提供醫學生接觸人文社會思考方式，並藉此反省科技、醫療與社會之間的關係，並撰寫「科學知識與社會實踐：胸部 X 光檢查與結核防治」教案。另外，張老師還教授 STS 延伸課程「公衛歷史調查」探討戰後台灣的公共衛生議題，例如：烏腳病研究、有害廢棄物、米糠油多氯聯苯中毒、RCA 等工殤議題、塵肺病、肺結核等環境、職業與健康相關議題的討論。希望藉由案例討論的安排，讓學生了解醫療衛生的發展歷程，關懷弱勢，同時增進學生的反省力。陳麗如老師負責 STS 延伸課程「健康、醫療技術與社會」，除了以傳統的醫療社會學關照所關切的議題外，亦檢視科技與社會交互形塑的過程。課程主要分成四個部份，包括「理論與重要概念」、「醫療專業的建制與產業化」、「醫學知識與權力」、「醫療技術與常民知識」與「健康不平等」。並由此撰寫「醫療化 (1. 醫療化概念的介紹，2. 醫療化現象：女性身體與醫療化)」教案。另外陳老師還教授 STS 延伸課程「性別、科技與社會」，以性別研究觀點對科學與科技進行三個主要面向的探討，檢視看似客觀中立的

科學知識、科技的生成與應用、與社會相互形塑的過程。第一個面向檢視的是科學與科技領域中，不同性別參與程度的差異情況與原因。第二個面向是「科學知識的性別政治」，檢視科學知識生產與建構等過程的性別意識。第三個面向則檢視科技的發展與應用如何受到性別權力關係的影響，而性別權力關係又如何透過科技的發展而被製、強化或改變。希望藉由社會科學的觀點和概念，培養學生從不同的角度理解科學與科技的發展，關切性別、科技與社會之間的交互影響，進而有能力反思其日常生活中的科技運用、科技教育學習過程，以及未來職業生涯所面對的科技生產與運用之性別意識。計畫網頁架設維護由助理魏克綱執行，將演講、討論摘要、課程大綱與研發之教案公佈在執行成果網頁。個人負責的「醫師、病人、社會」課程雖非 98 學年度核心課程，但我們已為未來準備，採問題導向學習 (PBL, Problem-Based Learning) 的小組教學。PBL 教學與 STS 教學共同特點是它們都強調討論及合作學習，讓學生們能同心協力的去發現問題、分析問題，建立假設並經由適當的資源找出解決問題的方法。

透過本計畫的專題演講與工作坊的運作，使個人深刻的認識到，醫學本是技術與人文的綜合體，醫學工作者應體現科學與人文文化的統一，而現代醫學在技術高度發展的同時，人文精神卻相對出現了嚴重失落，不少醫學工作者，只關心技術上成就，而對於技術運用對社會發展的作用，對人的長遠身心健康則採取相對冷漠的態度；只滿足用現有醫學知識解釋民眾的疾病和健康，對於這種解釋的合理性、真理性卻缺乏深刻的思考；迷信醫學在現有模式中的發展，忽視大眾自我保健經驗；堅持現有醫學模式的“權威性”，拒絕來自其他方面的批評，如果這一切繼續下去，會使醫學成為僵化之學。醫學本質上是富於人性和批判理性的，是科學和人文文化內在統一的學問，要使醫學真正造福人類，作為醫學領域中的一份子不應當僅僅關注醫學技術、醫學知識增長，更應當關注這種增長的合理性，醫護教育為什麼需要 STS？值得我們反思。

總之，通過 STS 教育向醫學生提供關於自然科學、技術科學和人文社會科學知識的整體化理解，並且使醫學生把科學技術和社會文化背景聯繫起來，瞭解科學技術的價值功能和自己的社會責任，成為既有知識又有社會責任感，還能處理高科技社會所面臨的種種問題的人才。



▲當中醫遇上STS—講座現場



▲當中醫遇上STS—講座現場