

**為何無法消除敵意工作環境？
分析醫院內處理性騷擾事件的權力運作***
**Why Can't Gender-Based Hostility Be
Eradicated from the Workplace?
Analyzing Power Operations in Dealing with
Sexual Harassment in Hospitals**

張晉芬**

中央研究院社會學研究所研究員

Chin-fen Chang

Research Fellow, Institute of Sociology, Academia Sinica

* 作者感謝四位審查人及編委會對於本文初稿及二稿的諸多指教與修改意見。本文初稿曾發表於2017年在輔仁大學舉辦之「台灣社會學會年會暨科技部研究成果發表會」，本文的修改獲益於評論人盧學艷教授的建議及其他與會人士的發言，作者深表感謝。陳美華及王秀雲兩位教授也曾對初稿提出修正建議，一併致謝。十分感謝中研院社會所助理張逸萍小姐協助問卷發送及回收、問卷處理和資料分析的辛勞與協助。基於保護受訪者的原則，作者不便具體寫出進行問卷調查之醫院名稱。感謝參與的醫護同仁的協助和受訪。調查使用的研究經費來自於科技部專題計畫（NSC 102-2410-H-001-048-SS2）。

** E-mail: chinfen@sinica.edu.tw.

收件日期：2017 年 08 月 11 日

接受日期：2018 年 11 月 01 日

為何無法消除敵意工作環境？ 分析醫院內處理性騷擾事件的權力運作

張晉芬
中央研究院社會學研究所研究員

中文摘要

工作場所性騷擾的發生並非隨機或偶然的，而既是反映性別歧視，也代表著權力關係的不平等。Wilson and Thompson (2001) 針對組織內關於性騷擾事件的運作提出三個權力運作面向，包括加害者為有權力者、管理階層偏袒加害人、及受害者在敵意工作環境下自我退縮等。本文利用量化分析方法檢驗性騷擾事件的處理和結果是否可被這些面向解釋。資料來源是2014年在三家醫院蒐集的問卷普查資料，研究對象為女性護理人員。統計分析的結果顯示，有較多護理人員指認性騷擾的來源是病患，其次是醫師或主管，然後是病患親友。主管較基層護理人員更可能指認性騷擾的發生，尤其是來自病患和家屬的騷擾。公立醫院內的性騷擾事件循正式管道解決的機率顯著低於私立醫院。當加害人是醫師或主管時，性騷擾受害人離職的機率較高。綜合分析結果，組織內性騷擾的處理確實不能排除權力的運作，例如性騷擾事件被正式處理的機率低、而私下和解及受害人離職的機率則相對較高。文章的結論指出，法令規定和工作場所性騷擾的書面宣示不足以根除權力的運作和敵意的工作環境；組織必須採取積極處理的態度，避免高階層的權力干擾，才能讓職場免於性騷擾的威脅和發生。

關鍵字：護理、性騷擾、權力不平等、敵意工作環境、台灣

壹、前言

林文香與夏萍綱（1998a）探討醫院內的性騷擾，在文章的開頭寫著：「性騷擾本是個舊問題，近年來台灣也慢慢的重視它，成了新議題。」在1990年代初期，台灣已開始有文章探討工作場所的性騷擾。不論是在學界或一般性的公共論述和報導中，關於護理人員過勞或遭受病患暴力的議題，都持續受到重視（李選等，2010；盧孳艷等，2013）。從2000年初長庚醫院男性醫師性騷擾女性護理人員的判決（焦興鎧，2009）及根據學者的訪談（羅燦煥，2011），性騷擾持續困擾著護理人員。工作場所性騷擾的發生並非隨機或偶然，而是反映身分的差異，而身分差異代表的是權力關係的不平等。性騷擾就是性別歧視，是男強女弱意識型態的展現（MacKinnon, 1993[1979]）。性騷擾背後反映著男尊女卑的身分差異，亦即不論男性如何對待女性，後者都應該忍耐（曾嫻瑾、古允文，2010）。例如，即使職業相同，女性教官仍常會受到校園內其他男性同事的性騷擾，如：在言語中突然出現一兩句黃腔、猥褻、或是刺探私生活的話語（楊櫻華、游美惠，2006）。雖然在異性戀霸權的制度下，性騷擾可能發生在異性戀女性對男性、對同志或其他不符合「主流」男性氣概男性的身上（Connell, 1987; Schultz, 2001），多數工作場所內的性騷擾仍是男性對於女性的行為和言語侵犯。性別仍然是性騷擾形成的最重要人口特徵，女性受害的機率遠高於男性（Uggen and Blackstone, 2004）。台灣的數據也顯示類似的狀況。根據政府單位近期的一項調查（勞動部，2017），在男性樣本中，僅有0.8%表示曾經遭受職場性騷擾，女性中則有3.5%有此經驗，超過男性四倍。在這些有被性騷擾經驗者中，有23%曾提出申訴。而為何有些受害人沒有提出申訴，有33%是將此舉動當作開玩笑、不予理會，22%怕別人閒言閒語，15%怕被調職或丟掉工作，11%不知道申訴管道，7%為不易蒐證，也有人是因為怕遭二度傷害或認為申訴也沒有用。

工作場所中的言語性騷擾會造成受害人的負面情緒，行為上的騷擾更會增加身體上的威脅、甚至傷害。除了影響個人的身心健康，性騷擾也會造成工作意願的低落和工作表現的退步（陳柑伴等，2010；邊立中等，2014）。國外也有例證顯示性騷擾對於工作執行的影響。例如，有護理人員因為不堪醫師的

性騷擾、覺得受辱，而在未妥善完成手邊工作的情況下，流淚掩面奔出診間，病患因而出現流血狀況、所幸並無大礙（Valente and Bullough, 2004）。表面上這看似護理人員的失職，實際上卻是反映性騷擾令人無法忍受以致於影響勞動過程的實情。

台灣於2002年開始實行〈性別工作平等法〉（以下簡稱性平法）。該法具體訂定受僱者在執行職務時，不應受到性的騷擾，也就是「…性要求、具有性意味或性別歧視之言詞或行爲」（第12條第1項第1款）。規範的對象包括雇主、管理階層、同事、客戶、及因職務關係而有所接觸的任何人。該法也禁止雇主對受僱者及求職者以接受性邀約或對其進行行爲或語言上的性騷擾作為訂定或改變勞務契約的條件（第12條第1項第2款），並且要求雇主主動建立性別友善的工作場所（第13條）。性平法不但禁止性騷擾的發生（第12、13條），同時也有要求加害人和雇主負賠償責任的規定（第27~29、38-1條）。自實施以來，截至2015年底，累積的性騷擾申訴案件為1,007件。近幾年並且有持續增加的趨勢，每年超過一百件。例如，2013年出現103件，2014年有127件，而2015年則增加到156件（勞動部，2016a）。案件的數量未必代表性騷擾的嚴重性或多寡，申訴案件次數的增加也可能是反映受害人愈發具有權利意識和勇於檢舉（焦興鎧，2009）。但持續增加確實是一個警訊。更何況還可能有許多事件未被申訴或提告。

多數工作場所內的性騷擾同時具有性別和階級的權力面向。男性或女性都可能因為處於組織內的較低階層而受到主管或較高層級同事的性騷擾。¹然而在多數組織中，管理階層及雇主為生理男性的比例遠高於女性，性騷擾的性質同時交織著性別與階級的面向。台灣近年來被法院判決性騷擾成立的案件即可反映這種權勢壓迫下的性騷擾。例如，民航局所屬航空站的主管人員公開性騷擾多名女性下屬（聯合報，2011年5月28日；中國時報，2012年9月12日），及私人企業的管理階層或雇主在言語和行爲上性騷擾女性員工（中央社，2012年5月11日；中國時報，2012年4月21日）。權力不平等的操作也發生在不同的

¹ 台灣也發生過女主管對男下屬進行性騷擾、且事件發生後還惡意資遣受害人的案例。受害人後來提出告訴。由於管理階層的處理明確違反〈性別工作平等法〉，公司最後被法院判決敗訴（中國時報，2012年4月21日）。

僱用型態之間，如：過去即曾經發生法院判決確立的正職員工對外包人員或派遣勞工被要派單位主管騷擾等案例（聯合報，2012年1月19日）。這些行為既含有對女性的歧視，也是一種基於階級或組織僱用型態賦予的地位差異而形成的逾越和侵犯。

包括前面引述的文獻在內，台灣學界已累積許多關於工作場所內性騷擾的研究，例如，性騷擾行為和言語發生的情境（職業或場所）、對於性騷擾的認定和實質經驗的描述、受害人的感受與對事件的個人詮釋、及受害人的自我培力（如：林文香、夏萍緬，1998a、1998b；羅燦煥，2011）。相對來說，較缺乏對於性騷擾後續處理的追蹤，及處理方式與加害人身份之間關係的研究。本文試圖探討，工作場所內權力的不平等不只是讓弱勢者容易成為受害人，權力運作的結果也並未保障受害人，這些因素均可能造成工作場所無法有效減少性騷擾的發生。Wilson and Thompson（2001）應用Lukes（2005[1974]）關於權力運作的理論，對於性騷擾事件為何較少公開或被舉發，提出三個面向的權力運作的論述。首先，如果加害人是主管或位階較高或較資深的同事，性騷擾的受害人較可能不敢聲張。其次，即使受害人向管理階層申訴，後者有可能基於組織或部門形象的考慮，不願意處理。如果加害人是較有權勢的一方，在官官相護下，管理階層更可能會試圖淡化、甚至讓案件無疾而終。最後，權力的運作也可能是無形的。一方面，在父權式的工作環境下，受害人可能擔心反而受到質疑或自認舉發也沒用而隱忍。此外，受害人也可能自行將事件解釋為個人的不幸遭遇或傾向接受男尊女卑的意識形態，或解讀為職場文化而無奈接受，最後是自行離職。這些均是處於權力弱勢的一方可能採取的態度。此外，除了雇主、管理階層或同事，許多工作場所的性騷擾來自客戶。性騷擾所反映的權力不平等，不只是發生在組織內的人員之間，也可能在於客戶對服務人員的敵意行為。以醫療為例，醫學院的男學生對女同學、病患對女性醫師的性騷擾並不少見（Wilson and Thompson, 2001: 72）。台灣的研究也顯示許多女性護理人員有被病患騷擾的經驗（如：夏萍緬、林文香，2001）。醫院為了形象和業績，也可能選擇息事寧人、淡化處理。這也是組織權力運作的結果。

本文將以醫院作為研究場景，分析組織對於性騷擾事件的處理及其中權力運作的意涵。護理師與醫師是醫院內最主要的兩個職業類別。醫護之間同時具

有性別與階級的權力不對等關係。護理師多為女性、醫師多為男性。由於具有較高的職業聲望、經濟地位、及專業權威，醫師成為醫院內的優勢階級，護理師的階級位置不如醫師。醫師對於護理人員的性騷擾，同時呈現性別與階級的不平等。病患或其親友對於護理人員的性騷擾則較屬於性別不平等的面向。本文藉由分析一項問卷普查資料，呈現性騷擾在職場內被指認的情形、事件後續的處理過程和結果、及所反映的權力操作。

貳、文獻回顧

根據在前言中提到的政府單位關於職場性騷擾發生的調查統計數據、加害與受害人的性別、及實際案例的發生及處理過程，可看出多數的性騷擾都是男性對女性、上司對下屬或身分地位較高者騷擾較弱勢者，顯示出性別與階級交織的權力關係。根據MacKinnon (1993[1979]: 55) 的說法，女性少有機會對男性施予性騷擾，因為前者對後者工作機會的影響甚小；而女性在性事的主動上也是受到壓抑的。性騷擾既是性別歧視，也是一種性別的壓迫。工作場所的性騷擾既然發生於職場中，加害人的身分、組織內決策者的立場、組織的文化都會影響性騷擾是否會被指認、被處理、或是有處理結果；這即牽涉到組織內的權力運作。

在政治學領域中，針對權力 (power) 的行使和造成的後果，Lukes (2005[1974]) 綜合其他學者的觀點和個人的看法，提出權力的三個面向的論述。權力的第一個面向是指，在雙方有利益衝突時，具有權力的一方直接決定處理的結果，如：政治圈內重要的決策者本人或具有影響力者 (同上引：16-19)。第二個面向的權力行使指的是，在有利益衝突時，有權力者在決策過程中封殺某些提議或看法、迫使對方屈從或接受安排 (同上引：21-24)。這兩種權力的行使都是指有實際的衝突發生時的權力行使。他認為還有第三個面向的權力行使，是或許沒有明顯可見的行為、但有權力者實際上已經定調什麼才是重要的政治議題和其優先順序、及主觀的或客觀的利益為何 (同上引：29)。在這個面向，權力行使過程不重要 (或根本用不到)，而是當事人自然地產生對於統治階層的屈服。在這種權力環境下，不論是由於勞工階級的虛

假意識或受到組織內文化霸權的影響，即使不符合自己的意願或利益，當事人接受了這種現狀、甚至可能改變自己的行為，不再表達不同的意見或加以反抗（Lukes, 1986: 9-10）。

Wilson and Thompson（2001）援用Lukes權力運作的三個面向的論述，分析職場性騷擾中的權力運作意涵，進而探討為何性騷擾的事件很少被舉發或舉發後也鮮少被處理。本文即是藉由這兩位作者的相關論述探討台灣職場中性騷擾事件的處理及其中權力運作的可能性。

一、加害者為權力較高者

權力的第一個面向是指行動者之間的權力關係。以性騷擾來說，即指由於被害與加害人雙方在組織內的不對等的權力關係，使得前者不敢聲張或舉發，或即使公開但仍難獲得同情或支持（Wilson and Thompson, 2001: 65）。在科層組織中，這種權力關係有兩個層次。第一層為性別關係，第二層為階級關係，兩種權力關係同時交織運作。許多研究與案例均顯示，在這兩種權力關係下，女性下屬或處於弱勢地位的女性容易成為受害者、卻又不敢聲張。一項針對土耳其醫療院所的調查發現，護理人員中有接近40%有被性騷擾的經驗，尤其以年輕、未婚女性最容易成為目標；而加害者主要是醫師（Çelik and Çelik, 2007）。從去年開始、由美國的女性和女性團體發起、之後受到其他多國響應的「#MeToo」（反性騷擾）行動，始自於媒體揭露包括新聞集團的主播長期性騷擾女性員工、矽谷投資人性騷擾女性創業者、好萊塢的超級電影製作人性騷擾或性侵害多名女性。之後又有其他受害人挺身而出，終於獲得更多的報導關注和司法調查。根據媒體報導（*New York Times*, October 5, 2017），有些性騷擾和性侵事件持續多年，但畏於加害者在組織或業界的影響力，許多受害者隱忍不敢說。有些女性受害人說了出來，但人微言輕，沒有被當一回事。

台灣學者關於性騷擾的研究早已呈現這種直接權力面向的存在及後果。男尊女卑的身分差異、男性品評或打量女性身材或容貌司空見慣，即使在專業領域內也是如此（曾嫻瑾、古允文，2010）。醫院內，醫師的性別比例大多仍是以男性居多、護理人員絕大多數為女性，原本即存在性別權力差異。醫師的權威與較高的社經地位更是加大醫護間的權力差距。醫師或部門主管甚至可能

自恃於權威、客觀上處於強勢地位而威脅受害人屈從，或是提供一些恩惠給對方作為性交換。根據羅燦煥（2002）的訪談，除了言語上的性騷擾或動手動腳之外，醫師對於護理人員的性侵犯還包括要求護理人員調班以方便陪同喝酒。有些醫師也對於護理人員的抗拒視而不見，或認為對方未必是真的拒絕。從國外回來的名醫更彷彿是鍍了一層金，比院內的其他醫師又高出一等，護理人員對於這類醫師的性騷擾往往更不知所措。這種情況即類似於將護理人員看成性慾對象（sexual objects），而非同事（Stanko, 1988）。基於醫師在醫院內居於較高的權力位置，有時反而是受害的護理人員被污名化（蕭昭君，2005）。受害人會因為與加害人之間權力的懸殊而不願意指認或公開性騷擾事件。

二、管理階層的漠視或刻意壓制

第二個面向的權力，是指雇主或管理階層有認定特定議題是否值得重視、某些行為是否需要懲處的權力。這並非是雇主或上司個人有騷擾行為或言語，而是在處理過程中偏向較有權力的一方，也就是加害人（Wilson and Thompson, 2001: 66-67）。性騷擾終究是一件對組織來說不名譽的事，為了維護組織或部門的聲譽或個人的權威，管理層級於是刻意淡化事件的嚴重性，或完全忽視、將事件壓下來。組織通常會偏袒地位相對較高的加害人、或是官官相護，直接的影響就是漠視女性員工被侵犯的事實。以前述提到的被揭露的國外性騷擾事件為例，包括新聞媒體或創投公司的高層都知道有性騷擾事件的發生，卻選擇不處理，或解釋為對於女性的調情，甚至幫忙加害者負擔賠償費用。

管理階層日常處理事務的態度和原則也可能影響受害者是否願意主動指認或公開事件。根據一些國外的案例，有些醫學院的女學生被騷擾後，找不到可以信任或合適的主管傾訴個人經驗，最終決定隱忍不說（Nicolson, 1997: 39）。主管本身如果過於嚴厲或對於同仁之間發生的事情通常都表示不感興趣，也會讓受害人無從申訴，導致性騷擾持續發生（Cogin and Fish, 2009）。國內亦有學者發現，如果加害人是上司的得意屬下或單位內的績優人員，受害人覺得舉報可能也沒有用，性騷擾事件也就沒有曝光（羅燦煥，2011：288-289）。但相反的，如果管理階層對於性騷擾抱持零容忍的態度，也可能鼓勵

受害人挺身而出，避免有更多的性騷擾受害人（羅燦煥，2011：292）。

新北市林口區（前台北縣林口鄉）長庚醫院的一位楊姓護士，持續遭受該院某位醫生公開的言語性騷擾，包括評論她的身材、刺探她與配偶間的性生活等。她雖然已經表示不悅、氣憤地流淚，並要求該醫師停止，但對方仍然持續出現言語、甚至動作上的性騷擾。該名護士曾經向醫院主管反映。院方先是不積極處理，後來雖成立了調查委員會，但其中並沒有女性或護理人員參與（焦興鎧，2001：99）。²醫院對於醫師的看重甚於護理人員，階級關係更甚於性別關係。由於醫院高層多為男性，社會同質性（homo-social）的作用也會造成在處理過程中忽視身為女性的護理人員的利益。這也可說明為何性騷擾事件通常都被低度報導或統計數據偏低。即使現在多數較具規模的醫院都有防治性騷擾的辦法或處理流程，但程序和委員會的運作仍然由醫院主導，也難以排除權力上層的影響。

三、父權工作環境的性別角色外溢效果

第三個面向的權力不平等運作並非直接來自階級或專業地位的壓力，也未必直接牽扯到管理階層的態度，而是受害人根據對於組織性別文化的理解或過去的處理經驗，對於不平等關係的順服或自行化解被性騷擾的困境。³例如，工作場所內充斥著講黃色笑話、掛裸女月曆、或是在言語中出現性騷擾等。女性工作人員除非離職，要不然只得默默接受、用個人方式承受這種敵意的工作環境（MacKinnon, 1993[1979]: 66-67）。與前述兩種權力面向相比，這個面向的權力運作沒有具體的強迫加害人噤聲或拒絕處理事件的管理階層，而是受害人自動屈從和消音，是無形的權力壓迫下的結果。Wilson and Thompson（2001: 71）認為，這與某些基進女性主義的觀點類似，就是在父權體制的教

² 當時性平法還沒有通過立法，楊姓護士根據〈民法〉關於侵權行為的條文提起訴訟。2001年法院裁定侵權成立，判定被告賠償45萬元（網市／罔氏電子報，2002）。

³ Wilson and Thompson（2001）除論述這三個權力面向與性騷擾揭露之間的關係外，也在討論第三個權力面向時，根據後結構主義的說法，認為有時受害人也參與情感交流、成為共謀之一，也難以視為「性騷擾」。本文並非探討性騷擾的主觀定義和曖昧之處，對於這兩位作者的相關論述不予以評述。

化下，社會的運作就是男尊女卑、女性的地位不如男性。男性認為可以任意用言語或行為侵犯女性而不會受到太大或甚至任何懲罰。甚至可能「受害人」也不以為忤，將其視為一種職場文化，而不是性騷擾。這個面向並非責怪受害人不夠勇敢或是缺乏性別或權力意識，而是指出環境的不友善。雖然組織沒有利用權力直接操作或掩飾已發生的事件，但組織文化傳達出的氛圍是容許言語或行為上的性騷擾、管理階層無意處理。給受害人的訊息既然是敵意的，性騷擾事件的受害人或許會選擇噤聲不語或用出走方式離開敵意的工作環境。

國內有研究顯示，有些醫療場域的日常是有些醫師「在臨床工作中，故意將專業術語引入黃色笑話」、「刻意的談論…生活上有關的性話題，並加以嘲弄或挖苦」、「故意做身體上不必要或帶有性暗示的接觸」等（林秀美等，2006）。男性騷擾者覺得無傷大雅、女性護理人員則似乎只能默默承受。這種情境同時顯示出前述第一及第二個權力面向，加害者為男性醫師、性騷擾的言語或行為也沒有被提出或處理。既然反抗無用、說了也沒有人會同情，於是受害人對於性騷擾採取消極應對或自行躲避的處理方式（謝易達等，2014；Stanko, 1988）。受害人會自我覺察組織內的氛圍（organizational climate），害怕被報復、認為管理階層不會處理，而選擇不公開或不向上級申訴（Fitzgerald et al., 1995）。即使管理階層不會阻擋或偏袒，對於性騷擾的認知和處理也可能傾向當作個人問題、儘可能以雙方和解方式結案（Salin, 2009）。

社會學者重視結構性因素的影響。雖然並沒有直接論述組織內權力運作的狀況，但是一些研究也呈現出對於衝突處理的差異性，包括組織屬性與規模、工作場所內部的社會連帶、制度性支持機制的運作等。學者發現，如果辦公室或工廠的員工之間具有相互照應的傳統（De Coster et al., 1999）或組織內有明確的對不當行為的申訴管道（Chamberlain et al., 2008），都有助於降低性騷擾發生的機率。因此，從正面表述來看，組織內對於弱勢者的正式或非正式支持系統，也可能使得第三權力面向的影響降低或無從發揮作用。

除了雇主、管理階層或同事，許多工作場所的性騷擾來自客戶。Wilson and Thompson（2001: 72）論述性騷擾所反映的權力不平等不只是發生在組織內的人員之間，也出現在醫學院的男學生對女同學、病患對女性醫師。這一方

面是男尊女卑文化的環境下造成的對女性的歧視，另一方面在「以客為尊」的商業文化下，更強化這種男女之間權力關係的不平等。在服務業不斷擴充、女性成為服務業主要勞動力的就業結構下，由於工作性質多半具有互動性，以女性為主的職業，包括櫃台人員、餐廳內的女侍、或護理人員等，幾乎都會產生性別角色的外溢效果。也就是，從事這些工作的女性被性化，性騷擾甚至被認為是從事這類職業不可免的必要之惡，造成性騷擾事件的低報現象（Huebner, 2008; Gutek and Morasch, 1982）。工作場所的文化和主管的態度也會影響角色外溢的狀況嚴重與否。有些工作場所會讓顧客或病患明白服務和服務者性別的區隔，避免與性相關的語言或行為的產生。但是也有些雇主或管理階層認為，服務就是具有性的意涵，勞動者自己要學會評量或應付來自客戶的性騷擾（Warhurst and Nickson, 2009）。在父權文化陰影下，出現被騷擾的狀況時，服務生或售貨員多數都是忍耐、閃避、委婉地制止、或是向其他同事求救或諮詢，很少會直接怒斥或向主管投訴，儘量息事寧人、避免與客人發生直接衝突（Good and Cooper, 2016）。Tseng（2013）研究台灣保險從業人員被顧客性騷擾的經驗，也發現組織的態度會影響保險員是否願意舉報。

病患或親友對護理人員的性騷擾是一種性別與醫病權力關係的交織。雖然護理工作本身包含照護及服務在內，容易被等同於女性特質，而成為被性化的目標（Stanko, 1988）。在以客為尊、不要得罪病患的觀念下，護理人員可能傾向容忍，或被醫院主管要求息事寧人。根據勞動部（2016b）的資料，在性騷擾的申訴案件中，如以加害人的身分區分，主要是同事及客戶，其次是上司。多數關於護理人員被性騷擾的研究，屬於醫病關係中的性騷擾，是男性病患、家屬或親友對於女性護理人員的言語和行為上的侵犯（林文香、夏萍緬，1998b、1999）。不論是在診療、檢驗、手術、或住院時，醫療人員在過程中都會與病患產生互動或有近距離的接觸，容易成為被性騷擾的對象（陳祖輝，2005）。在經常性的護理工作中（如：量體溫或血壓），也很容易遭遇性騷擾。台灣針對護理人員及護校實習生所做的調查顯示，多數受訪者都有被病患或家屬性騷擾的經驗。例如，林文香與夏萍緬（1998b: 172）即根據受訪護理人員的自述，列出了24項護理師被男性病患性騷擾的類型，顯示對女性來說，醫院的工作環境充滿了「敵意」。根據夏萍緬與林文香（2001）對於護

校學生的調查，超過一半以上的受訪者有被病患性騷擾的經驗。台灣也有病患的男性家屬在探病時，對護理人員做身體上的性騷擾，而被法院判刑的例子（自由時報，2016年10月10日）。醫療院所似乎難以完全避免性騷擾的出現。

不過，有研究顯示如今醫護人員面對性騷擾已不完全是處於被動、忍氣吞聲的態度。根據一項對於台灣中部地區醫院的研究，受訪的護理師對於性騷擾的發生多半會主動迴避可能的情境，或者用行動和態度主動拒絕對方的騷擾（王素美等，2012：51）。

四、研究假設

本文將以量化統計方式分析醫院內關於性騷擾事件的權力運作。

假設一：根據 Wilson and Thompson (2001) 提及的第一個面向，基於權力關係的不平等，作者假設：相對於來自醫師或主管的性騷擾，來自病患或其親友的性騷擾較可能被公開，也因此較可能被指認（這未必代表實際上哪一類的加害人造成的性騷擾次數較多）。

假設二：第二個面向的權力運作是指管理階層不願意積極處理性騷擾事件，使得性騷擾被正式申訴及處理的機率偏低。這個面向的權力運作強調的是權力階層內部對於加害者的包庇。因此，本文假設：（a）相對於基層護理人員，主管較不願意指認醫院內有性騷擾的事件；（b）如果是來自醫院同事或上司的性騷擾，較不會出現正式的申訴或提告。

假設三：第三個權力運作面向主要反映敵意工作環境的影響。本文假設：（a）即使有事件發生並提出申訴，性騷擾被正式處理的比例偏低；（b）如果是來自於醫師或主管的性騷擾，受害人較可能選擇私下和解或離職，但對於來自病患或家屬的騷擾，較可能會願意提出申訴。

本文認為，三個權力面向之間並沒有順序及階段性，也未必互斥。有些性騷擾事件的處理和後續發展可能同時遇到這些不同權力面向的操作。不同權

力面向的單獨或共同行使，都可能會造成被害人不敢聲張、性騷擾事件無疾而終、或受害人離職等結果。因此，除了每一個權力面向有各自的假設，本文最後將綜合分析結果，對於醫院內處理性騷擾事件的權力運作提出整體性的看法。

前述關於三個權力面向運作的假設並沒有設定任何條件，偏向一種去脈絡化、假設其他條件相同的討論架構。然而結構性的特徵仍可能造成性騷擾事件被指認或處理過程的差異。其中兩個主要的結構性的解釋變項是醫院組織與部門別。組織的特性分成經營屬性和規模。公立醫院比私立醫院更注意形象、擔心輿論的指責，可能會選擇淡化性騷擾事件。不過，私立醫院在利潤及顧客導向的經營文化下（Selberg, 2012），也可能傾向於息事寧人、避免事件被公開。因此，針對公私立之間處理方式的差異，作者並無具體的假設。至於規模的差異，大型醫院通常具有制度化的管理規範，其中也包括關於性騷擾事件的處理；同時人員較多，相關事件反而容易曝光（Mueller et al., 2001）。因此，預期在大型醫院中，性騷擾事件被指認及正式處理的機率大於中小型醫院。⁴

部門別是依病患性質及護理需求分為八類：門診、內科病房、外科病房、婦產科病房、小兒科病房、精神科病房、麻醉科和手術室，以及急重症科、加護病房和創傷（以下簡稱急重症）。⁵內科的護理人員須執行較多例行性的工作，如：換藥及量血壓、脈搏或體溫等，工作的性質較常需要接觸病患。內科的病患並未經過大型手術、也非處於緊急或嚴重病情，也較可能與護理人員產生互動。莊世杰等（2009）即發現內科的護理人員回答曾經受到病患或家屬性騷擾的比例高於其他科室或部門。王素美等（2012）也發現，一般病房的護理人員受到性騷擾的經驗高於加護病房或急診室人員。因此，相較於其他部門，本文預期內科護理人員指認性騷擾的次數較高。

至於其他工作特徵，主要作為控制變項。作者預期從事兼職或外包工作等組織內的臨時人員，因為僱用狀態不穩定、在醫院中屬於弱勢地位，願意指認性騷擾或提出告訴的機率低於正職員工（LaMontagne et al., 2009）。固定班

⁴ 本研究所調查的三家醫院均有明確的性騷擾防治公告、申訴單位及流程。

⁵ 為方便行文及閱讀，以下若未特別說明，在提到內科、外科、婦產科、小兒科、及精神科時，均是指病房。

別的護理人員可能因為接觸的醫事人員較為固定，訊息獲得的範圍較有限，對於性騷擾事件的發生或後續瞭解較少。工作經驗愈長，所知道的性騷擾事件應該也會愈多。本文也放入友誼網絡的指標。作者預期，與同事關係較好的受訪者，有較高機率指認性騷擾的發生和得知後續處理情形。問卷的題目是：「在醫院的同事中，有多少人您的好朋友？」選項為李克特（Likert）量表：幾乎沒有、有一兩個、有一些、大部分都是。主管的身分是虛擬變項，分為主管和非主管。

另一組控制變項是護理人員的社會人口特徵，包括婚姻狀態（從未結過婚、已婚且有伴侶或同居、曾經結過婚但已無伴侶）、教育程度（技術學院／科技大學或更低學歷、一般大學畢業、擁有碩士或博士學位）。未婚女性較已婚者更容易成為性騷擾的目標（王素美等，2012；Welsh, 1999: 177）。至於教育程度的影響，作者並沒有特別的假設。

本文的分析順序是先呈現性騷擾被指認的狀況、後續處理、及加害人身分等的次數分配，接著用多變項迴歸模型分析性騷擾事件在醫院型態、部門別及工作等特徵上的差異。之後再探討被指認的事件是否被正式的處理及加害人身分與客觀因素間的關連性。最後分析後續處理的結果。

參、資料來源與研究方法

統計分析使用的資料來自作者於2014年在台灣三家醫院進行的問卷普查。⁶在這三間醫院中，有兩間的護理人員的問卷回收率超過94%，另一間則為74%。總計有效的回收問卷為3,719份。關於性騷擾的題項，有50人漏答或拒答。⁷為了保持匿名性，本文將用公立大型醫院、私立中型醫院、及公立中型醫院作為代名。

本文的研究目的並非醫院內是否有性騷擾、有多頻繁、或要瞭解當事人的感觸等。這些議題很重要，但已有相當多的研究可參考（請參考前一節的文獻

⁶ 該計畫和問卷初稿均經三家醫院的「研究倫理委員會」審查，並獲得通過。

⁷ 這三間醫院均聘有男性護理人員，但人數不多，合計僅占護理人員的3%。回答知道有性騷擾的人數更少，因此分析時排除了男性護理人員。本文之後在樣本及結果說明中所稱的護理人員均指女性。

回顧)。作者關心的議題是醫院內性騷擾的後續發展及其中的權力運作。工作場所內的性騷擾可能牽涉到受害人與加害人之間的同事或上下承屬關係。如果是問及個人曾經被性騷擾的經驗，護理人員可能會猶豫或完全拒答。此外，雖然實際上問卷的發放與回收均由作者及助理親自執行，問卷中也有清楚說明：「此項調查…並非受貴院委託而執行。院方將不會看到個別問卷的填答結果，也無法透過問卷結果追溯至個人。」但性騷擾是一個敏感的議題，爲了提高受訪者的回答意願，作者採取間接問法，也可消除受訪者可能有的尷尬或疑慮。因此，在問卷中，關於性騷擾的問題並非詢問個人的經驗，而是對醫院內性騷擾發生情形的瞭解。

題目的設計是：「在您所工作過的醫院裡，是否曾經發生過有員工遭遇言語或身體上不友善的性暗示或性接觸的事件？」利用間接方式詢問敏感議題、以尋求受訪者配合作答的問法，社會學研究已有先例可循。例如，Rindfuss et al. (2004) 探討日本社會非傳統許可的婚姻和生育行爲時，是詢問受訪者是否知道親友有同居、非婚生育、或選擇不結婚等狀況，而非直接詢問受訪者的個人經驗。他們認爲，從社會網路觀點，這些親友與受訪者之間的特徵應該有高度重疊。因此，可以用受訪者的特徵推論形成非傳統行爲的因素。Chang and Chen (2013) 使用「東亞社會調查」(East Asian Social Survey) 2008年的資料，分析台灣、日本、及南韓民衆出國從事性觀光的經驗。該項調查的問卷題目同樣也是用間接方式詢問相關行爲。該題中文的問法是：「有些人出國時，可能會安排與性相關的娛樂(如：表演或參與色情相關的活動)；請問在您所認識的朋友、同事或鄰居當中，大概有多少人出國時會參與這樣的休閒娛樂？」⁸這兩篇文章的刊登，顯示學術社群對於用間接問法的接受度。這同時也是利用有代表性的樣本、用問卷詢問敏感問題的較好方式之一。本文使用的問卷的問法是由在同一個醫院內的護理人員提供關於院內發生的性騷擾的事件和後續處理程序；因爲並非直接詢問個人經驗(不排除)，亦可避免護理人員因爲顧忌個人資料可能被暴露而選擇迴避作答。此一方法不僅可提高回收率，

⁸ 台灣社會變遷基本調查第五期第二次(2008年)「全球化與文化」主題問卷第8頁。
<http://www.ios.sinica.edu.tw/sc/cht/datafile/tscs082.pdf>。

也可呈現組織處理性騷擾事件的整體模式。

肆、研究發現

關於研究結果，本文將先以流程圖呈現性騷擾指認的次數分配、加害人身分、後續發展、及加害者是否受到處分。接著呈現主要變項的描述性統計結果。本文的多變項分析主要針對三個依變項：性騷擾事件的指認、加害人身分、後續發展及結果。以下分別說明研究發現。

一、對於性騷擾事件的指認

關於是否知道醫院內發生過性騷擾事件，根據圖1，在3,326份有效問卷中，有2,339位回答「沒有」，占調查人數的70%。回答「有」的為548人，也有439人回答「好像有，但不確定有」。合計回答「有」或「不確定」的人數約占回應人數的30%（作者再度說明：回答「有」或「不確定」的人數並不代表性騷擾發生的次數）。在回答「有」或「不確定」的受訪者中，回答發生過一次的接近28%，兩次的為19%，超過兩次的則為53%，顯示醫院內的性騷擾多非單一事件，而是會重複發生。國內的研究顯示護理人員受到性騷擾的比例在42%到57%之間（王素美等，2012：48），顯示性騷擾的「普遍性」。

至於加害人的身分（複選題），依據次數分配的結果，較多受訪者指認性騷擾是來自於病患，其次是來自醫師或主管。這些結果似回應前述關於男尊女卑權力關係的影響。亦即雖然護理人員在院內執行專業的工作，但性別歧視文化的運作（例如，病患為加害人）讓職場未能免於性騷擾事件的出現。

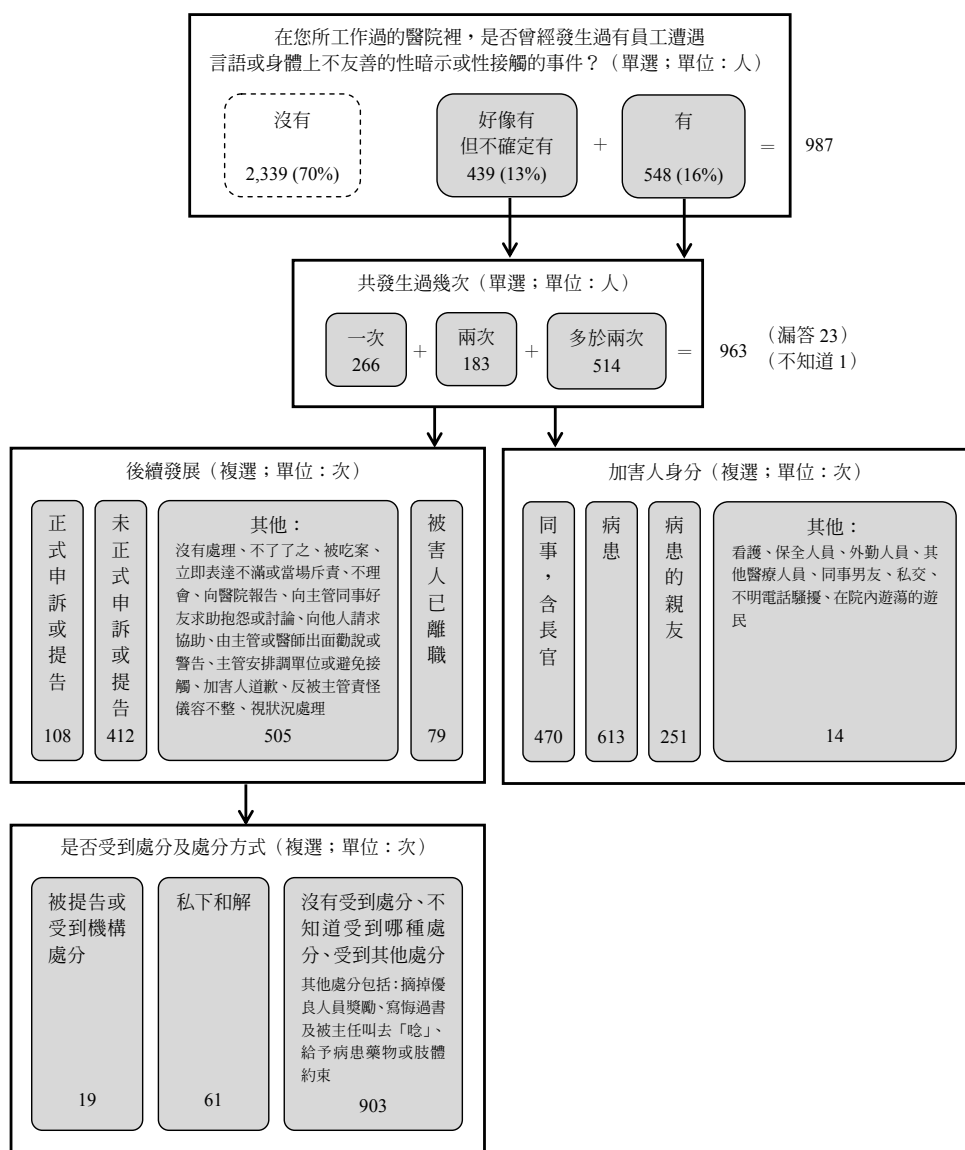


圖1 護理人員遭遇性騷擾的情形及後續發展^{a, b}

^a分析對象為女性護理人員（不含職務具行政、技術、專科治療性質者及部門別勾選「其他」但未具體說明所屬單位者）。

^b有些答案是受訪者自行填寫。

二、性騷擾事件的後續處理

關於事件發生之後的發展，問卷也是採取複選題。有108位護理人員表示受害人曾向法院提出申訴或是對加害人提告。大多數回答沒有正式提出申訴（412位）或用其他方式解決（505位）。回收的問卷中，有受訪者自行填寫答案，顯示雖然沒有正式提告，受害人並非完全沒有動作或院方沒有反應，而是當場斥責加害人、向法院或主管報告、由主管或其他醫師出面勸說、或對加害人予以警告或調換單位等。其他答案還包括加害人道歉、「被吃案」、或受害人「反被主管責怪儀容不整」等。其中有61位護理人員勾選性騷擾事件後來是私下和解。楊櫻華與游美惠（2006）探討高中或大學女性教官遭受性騷擾的經驗，發現有些加害人最後受到懲處，但受害人仍覺得壓力大，她們之中有些人最終還是辭職。本調查的結果顯示，在回收問卷的護理人員中，有79位受訪者知道有些受害人已離職。

綜合圖1的結果，指認有過性騷擾的人數超過九百人，加害人主要為病患，其次為同事和主管。指認性騷擾事件有提出正式申訴或提告的只有一百多人，而指認加害人受到懲處的不及20人，私下和解的約為60人。回答沒有處理或沒有受到處分的分別為五百多人及九百多人。這些結果代表至少不能排除在權力運作下，對於加害者隱忍、院方對於加害行為的姑息及淡化或私下處理性騷擾事件（第一和第二個權力面向）（亦請參考圖1中的文字說明）。

三、影響性騷擾指認的分析結果

表1列出本文使用的自變項平均數或次數分配。多數的護理人員來自公立大型醫院，其餘兩間醫院約占分析人數的四分之一。受訪者大多集中在內科、外科，以及急重症單位。多數的受僱身分為長期正式編制人員、並屬於輪流班別制，平均工作經驗是12年。約十分之一的回收問卷來自護理人員中的主管階級。至於個人的社會網絡狀況，多數受訪者（61%）在醫院中有一些好朋友，有23%的受訪者回答只有一兩位或幾乎沒有好朋友。超過一半的受訪者具有一般大學或研究所以上的學位。一半以上的護理人員為單身，已婚有偶或同居者約38%。

表1 回收護理人員特徵^a

| 分析變項 | % (人) | 分析變項 | % (人) |
|--------------|---------|-----------------------|---------|
| 醫院型態 | (3,326) | 管理階級 | (3,186) |
| 私立中型醫院 | 14.3 | 主管 | 10.4 |
| 公立中型醫院 | 12.6 | 非主管 | 89.6 |
| 公立大型醫院 | 73.1 | 工作經驗 (年) | (3,161) |
| 部門別 | (3,271) | 平均值 | 11.7 |
| 內科病房 | 27.1 | 標準差 | 8.9 |
| 外科病房 | 20.1 | 醫院內的友誼網絡 ^b | (3,288) |
| 婦產科病房 | 4.1 | 幾乎沒有好朋友 (=1) | 2.8 |
| 小兒科病房 | 3.9 | 有一兩個好朋友 (=2) | 20.6 |
| 精神科病房 | 1.9 | 有一些好朋友 (=3) | 61.2 |
| 麻醉科、手術室 | 10.9 | 大部分都是好朋友 (=4) | 15.4 |
| 急重症科、加護病房、創傷 | 20.2 | 婚姻狀態 | (3,312) |
| 門診 | 11.8 | 單身 | 59.6 |
| 受僱身分 | (3,281) | 已婚有偶或同居 | 38.2 |
| 長期正式編制人員 | 68.7 | 離婚、分居或喪偶 | 2.2 |
| 定期契約人員 | 31.0 | 最高教育程度 | (3,321) |
| 臨時人員 | .3 | 技術學院／科技大學或以下 | 41.5 |
| 工作班別 | (3,296) | 一般大學 | 51.8 |
| 固定班別制 | 23.4 | 研究所 | 6.7 |
| 白天班 | 22.0 | | |
| 下午班或小夜班 | .4 | | |
| 大夜班 | .3 | | |
| 其他 | .1 | | |
| 未回答固定班別種類 | .6 | | |
| 輪流班別制 | 73.5 | | |
| 換班制 | 2.3 | | |
| 隨機制 | .8 | | |

^a同圖1。

^b分析時當作連續變項處理。

關於哪些部門別及工作特性的護理人員較可能指認性騷擾、加害人的身分、及院方對於醫病和院內同仁之間的性騷擾是否有不同的處理方式和結果，本文將使用邏輯迴歸（logistic regression）模型進行檢視。這項計畫的問卷調查是以所有護理人員為母體進行普查，並非抽樣，根據統計理論，不需要進行統計檢定以確定變項的結果是否顯著。不過，由於人員流動的關係，不同時間點的母體終究還是會有些差異，本文仍採用有些學者的建議，標示統計檢定的結果是否顯著（Rubin, 1985）。此外，林澤民（2016: XVIII）認為不能完全相信統計檢定的結果，建議研究者針對分析中的主要變項「不管作傳統的統計顯著或不顯著，都要加以討論」。本文也會視情況討論不顯著的變項。

分析性騷擾發生機率的多項式邏輯迴歸結果列於表2。依變項為是否知道有過性騷擾事件，選項為「沒有」、「好像有，但不確定有」、及「有」三類。作者首先討論確定回答「有」的結果。公立及大型醫院的護理人員比私立或中型醫院較可能指認院內有性騷擾，只是結果並不顯著。在部門別差異方面，除了精神科之外，其他部門別的護理人員指認有性騷擾的機率均小於內科。這項結果符合之前的研究發現（如：莊世杰等，2009）。其中具有統計顯著性的包括婦產科、小兒科、麻醉科和手術室、急重症單位、及門診（接近 $p < .05$ ）。這幾個科室或單位可能因為病患性質（婦女、小孩、或患重大傷病）、或是與病患的直接接觸不似內科頻繁的關係，護理人員較少指認性騷擾事件的發生。

表2 知道服務過的醫院內有性騷擾事件的多元邏輯迴歸分析^a
對照組：回答「沒有」性騷擾

| 分析變項 | 迴歸係數 (標準誤) | |
|---------------------------|-----------------|-----------------|
| | 有 | 好像有， 但不確定有 |
| 醫院型態 (私立中型醫院=0) | | |
| 公立中型醫院 | .04 (.25) | -.06 (.25) |
| 公立大型醫院 | .08 (.17) | -.17 (.18) |
| 部門別 (內科病房=0) | | |
| 外科病房 | -.12 (.15) | .03 (.16) |
| 婦產科病房 | -1.20 (.36) ** | -.70 (.34) * |
| 小兒科病房 | -.94 (.32) ** | -.72 (.35) * |
| 精神科病房 | .35 (.32) | -.11 (.41) |
| 麻醉科、手術室 | -.89 (.21) *** | -.47 (.21) * |
| 急重症科、加護病房、創傷 | -.29 (.15) * | -.15 (.16) |
| 門診 | -.37 (.20) | -.24 (.22) |
| 長期正式編制人員 (其他=0) | .24 (.17) | .46 (.18) ** |
| 固定班別制 (其他=0) | -.36 (.15) * | -.40 (.17) * |
| 主管 (非主管=0) | .69 (.17) *** | -.01 (.23) |
| 工作經驗 (年) | .10 (.02) *** | .07 (.03) ** |
| 工作經驗平方 (除以100) | -.24 (.07) *** | -.24 (.08) ** |
| 醫院內的友誼網絡 ^b | -.05 (.08) | -.15 (.08) |
| 婚姻狀態 (單身=0) | | |
| 已婚有偶或同居 | -.09 (.12) | .01 (.14) |
| 離婚、分居或喪偶 | .29 (.33) | .15 (.39) |
| 最高教育程度 (技術學院/科技大學或以下=0) | | |
| 一般大學 | .01 (.12) | -.03 (.13) |
| 研究所 | .12 (.21) | .42 (.24) |
| 常數項 | -1.92 (.30) *** | -1.53 (.31) *** |
| 樣本數 | 2,926 | |
| Pseudo R ² (%) | 3.63 | |
| Log likelihood | -2,324.81 | |

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

^a同圖1。

^b同表1。

屬於長期正式編制的護理人員比定期契約或臨時人員較可能指認性騷擾的發生。關於工作班別，問卷的答項共有四類：輪流班別制、換班制（如：數天換一次班別）、隨機制（工作幾小時、休息後再工作）、及固定班別制。作者將前面三類非固定班表的受訪者合併為同一類，作為參考組。從事固定班別工作的護理人員指認有性騷擾的機率顯著小於沒有固定排班者。後者有較多機會接觸不同部門別或班別的醫師與護理人員，也可能較有機會接觸不同的訊息。表2的結果也顯示，受訪者的工作經歷愈長、知道工作過的醫院發生過性騷擾的機率也愈高。

具有主管身分的護理人員比基層護理人員有較高機率指認有性騷擾事件，且達到統計顯著水準。可能的解釋是事件發生後，她們基於管理者的身分會被告知，獲得第一手訊息；受害人會告知主管，但未必會告訴同事。這與Wilson and Thompson（2001）在論述權力運作的第二個面向時，提到當事人有可能認為會官官相護或基於從前案例的經驗，擔心組織不會積極處理申訴案件，而不願意告知主管的假設不同。如果主管是女性，則舉發的意願可能較高、事件也較容易被公開。本文的發現顯示主管性別差異的可能影響。作者將於結論中針對這項分析結果提出一些看法。

至於回答「不確定」是否有性騷擾的受訪者，邏輯迴歸分析的結果與回答「有」的受訪者大致相同，唯科別中門診和急重症、及具有主管的身分的係數變得不顯著，但方向符合預期。其他不同的發現是：相對於回答沒有性騷擾，屬於長期編制或具有碩士或博士學位的受訪者較會回答「不確定」，只是後者的效果不顯著。由於多數自變項的分析結果相似，以下的分析將合併回答「有」及「不確定」的受訪者。

四、對加害者身分的分析結果

根據前述圖1，被指認的性騷擾加害人身分主要是病患，其次是醫師或主管，再來是病患的家屬或親友。雖然也有護理人員選擇「其他」，但人數較少。作者進一步分析這三類加害人的身分與工作特徵和部門間的關係。關於加害人的身分是複選題，因此每一個個別的答案都是用虛擬變項方式處理。分析結果列於表3。

表3 加害人身分的二元邏輯迴歸分析^a

| 分析變項 | 迴歸係數 (標準誤) | | |
|---------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| | 加害人身分 | | |
| | 同事 ^c | 病患 | 病患的親友 |
| 醫院型態 (私立中型醫院=0) | | | |
| 公立中型醫院 | .38 (.36) | -.67 (.37) | -.26 (.39) |
| 公立大型醫院 | -.10 (.24) | .40 (.25) | .04 (.26) |
| 部門別 (內科病房=0) | | | |
| 外科病房 | .45 (.21) * | -.48 (.22) * | -.21 (.21) |
| 婦產科病房 | .78 (.48) | -1.58 (.49) ** | -.64 (.58) |
| 小兒科病房 | 1.87 (.51) *** | -1.69 (.47) *** | -.30 (.51) |
| 精神科病房 | -.17 (.46) | -.29 (.47) | -.71 (.57) |
| 麻醉科、手術室 | 3.01 (.43) *** | -3.03 (.38) *** | -2.02 (.54) *** |
| 急重症科、加護病房、創傷門診 | 1.10 (.20) *** | -.64 (.22) ** | -.29 (.22) |
| 門診 | 1.17 (.28) *** | -.47 (.30) | -.36 (.30) |
| 長期正式編制人員 (其他=0) | .15 (.26) | -.35 (.27) | -.27 (.26) |
| 固定班別制 (其他=0) | .02 (.22) | -.05 (.23) | .04 (.23) |
| 主管 (非主管=0) | .04 (.25) | .29 (.27) | .29 (.26) |
| 工作經驗 (年) | .06 (.03) | -.01 (.04) | -.01 (.04) |
| 工作經驗平方 (除以100) | -.08 (.10) | -.07 (.11) | .1e-2 (.11) |
| 醫院內的友誼網絡 ^b | -.11 (.11) | .14 (.12) | .15 (.12) |
| 婚姻狀態 (單身=0) | | | |
| 已婚有偶或同居 | -.02 (.18) | .29 (.19) | .23 (.19) |
| 離婚、分居或喪偶 | -.19 (.47) | .22 (.48) | -.61 (.65) |
| 最高教育程度 (技術學院/科技大學或以下=0) | | | |
| 一般大學 | -.03 (.18) | -.03 (.19) | -.02 (.19) |
| 研究所 | .40 (.30) | -.13 (.31) | -.61 (.35) |
| 常數項 | -1.16 (.44) ** | 1.03 (.46) * | -.94 (.46) * |
| 樣本數 | 875 | 875 | 875 |
| Pseudo R ² (%) | 11.43 | 11.20 | 3.72 |
| Log likelihood | -536.43 | -505.62 | -484.27 |

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

^a同圖1。

^b同表1。

^c含長官及醫師。

首先是加害人為「同事」(=1)相對於其他身分(=0)的結果。外科、小兒科、麻醉科和手術室、急重症單位、及門診的護理人員比內科有較高機率指認性騷擾的加害人為醫師或主管。其餘自變項並未具統計顯著性。但大致來說，公立中型醫院較私立醫院的護理人員更有可能指認來自醫師或主管的性騷擾；屬於長期正式編制者也較可能指認來自同事的性騷擾。至於指認加害人為「病患」(=1)的結果，與其他部門相比，內科的護理人員比較會指認性騷擾的來源是病患或其親友。主要原因之一是在外科或急診室內，病人被麻醉或動手術時，不可能產生性騷擾的言語或行為，而家屬或親友也無法進入手術室。而在其他部門，護理人員較可能指認性騷擾是來自醫師或主管。這些結果雖不能顯示個別部門發生性騷擾的機率及來源，不過，既有的研究也發現，相對於門診，病房的護理人員有較高比例受到性騷擾，其次是加護病房和急診室（如：王素美等，2012；莊世杰等，2009）。本文的分析結果顯示，加害人身分具有部門別的差異。

前述表2的結果顯示，主管比非主管較可能指認性騷擾的出現，而且在統計上達顯著水準。但關於加害人身分的差異，表3的結果顯示，成為主管與否變得不顯著。然而，從迴歸係數值的差異或許仍可看出這個變項的效果。不論是那一類加害人，主管指認出現性騷擾的機率都高於一般護理人員。然而，加害人為同事（醫師）的係數值（.04）遠小於病患或家屬（均為.29）。這是因為受到醫師騷擾的護理人員沒有告知主管，或是因為護理人員傾向淡化醫護間的性騷擾，本文尚難以回答。但這個結果似乎支持關於權力運作第二個面向的說法，也就是相對於醫師與護理人員間的衝突，主管較可能指認病患或其親友對護理人員的性騷擾。

五、影響性騷擾處理方式的分析結果

關於性騷擾被揭露後、接續處理方式的分析，將用以檢驗三個權力運作的假設。迴歸分析的結果列於表4。依變項包括四類：有提出正式申訴或（司法）訴訟、加害人受到處分、私下和解、及受害人離職。原題目均為複選題，因此每一類也都是用虛擬變項方式處理。每一個依變項均有兩組分析：模型A與B，其差別在於模型B會加入加害人的身分作為解釋因素之一。加害人的身

分是複選題，在此處用一組虛擬變項代表，分成同事、病患、病患親友、和其他（包括同時勾選兩種或更多種身分）。

首先就「提出正式申訴或訴訟」與否的結果來看（模型1-(A)），相對於私立醫院，公立大型醫院的護理人員回答受害人提出正式的陳情或控告的機率較低，公立中型醫院則較可能會採取這些行動，只是醫院間的差異不具有統計顯著性。至於性騷擾事件的解決方式是否會因加害人身分不同而有所差異，模型1-(B) 顯示，如果加害人為病患或其親友，循正式管道解決性騷擾事件的可能性（迴歸係數值）低於加害人為同事時，只是該項結果未達顯著水準。

表4 性騷擾事件後續發展及處分結果的二元邏輯迴歸分析^a

| 分析變項 | 迴歸係數 (標準誤) | | | | | | | |
|---------------------------|----------------------------|----------------------------|---------------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|
| | 1 被害人提出正式申訴或訴訟 | | 2 加害人被提告或受到機構處分 ^d | | 3 雙方私下和解 ^e | | 4 被害人已離職 | |
| | (A) | (B) | (A) | (B) | (A) | (B) | (A) | (B) |
| 醫院型態 (私立中型醫院=0) | 63 (.48) | .64 (.48) | -66 (1.3) | -64 (1.3) | 2.37 (1.0) [*] | 2.43 (1.0) [*] | -56 (.66) | -64 (.68) |
| 公立中型醫院 | -64 (.33) | -63 (.33) | -2.52 (.94) ^{**} | -2.62 (.96) ^{**} | 2.17 (.81) ^{**} | 2.19 (.81) ^{**} | -1.27 (.37) ^{**} | -1.26 (.37) ^{**} |
| 公立大型醫院 | | | | | | | | |
| 部門別 (內科病房=0) | | | | | | | | |
| 外科病房 | -63 (.35) | -62 (.35) | -36 (.93) | -32 (.95) | 26 (.49) | 30 (.50) | -10 (.44) | -15 (.44) |
| 婦產科病房 | -50 (.78) | -42 (.80) | (omitted) | (omitted) | -63 (1.2) | -72 (1.3) | .67 (.81) | .49 (.83) |
| 小兒科病房 | -1.05 (1.0) | -1.09 (1.1) | 1.22 (1.4) | 1.29 (1.4) | 58 (1.0) | 47 (1.0) | -28 (1.1) | -61 (1.1) |
| 精神科病房 | .35 (.61) | .50 (.63) | 2.75 (1.2) [*] | 2.74 (1.2) [*] | 1.73 (.82) [*] | 1.84 (.84) [*] | .07 (.81) | .07 (.84) |
| 麻醉科、手術室 | -38 (.48) | -38 (.51) | -0.4 (.99) | .19 (1.1) | -15 (.70) | -05 (.75) | -93 (.78) | -1.24 (.81) |
| 急重症科、加護病房、創傷 | -08 (.29) | -13 (.30) | -1.77 (1.2) | -1.52 (1.2) | .49 (.51) | .63 (.53) | .39 (.35) | .33 (.36) |
| 門診 | -21 (.41) | -24 (.42) | (omitted) | (omitted) | -51 (.91) | -48 (.92) | 58 (.46) | 51 (.47) |
| 長期正式編制人員 (其他=0) | 50 (.39) | 52 (.39) | -1.07 (1.1) | -1.32 (1.1) | 53 (.59) | 53 (.59) | 23 (.56) | 20 (.57) |
| 固定班別制 (其他=0) | 26 (.32) | 21 (.33) | -55 (1.0) | -30 (1.0) | -05 (.56) | -09 (.57) | -09 (.38) | -17 (.39) |
| 主管 (非主管=0) | 19 (.36) | 13 (.36) | 49 (1.0) | 47 (1.0) | 1.12 (.60) | 1.05 (.61) | 25 (.42) | 24 (.42) |
| 工作經驗 (年) | -05 (.05) | -05 (.05) | .07 (.15) | .09 (.15) | -14 (.09) | -15 (.09) | .09 (.06) | .09 (.06) |
| 工作經驗平方 (除以100) | 21 (.13) | 21 (.13) | -11 (.50) | -16 (.52) | .38 (.26) | .42 (.26) | -01 (.16) | 9 ^{bc} (.17) |
| 醫院內的友誼網絡 ^b | 27 (.17) | 27 (.17) | .77 (.54) | .81 (.55) | .09 (.27) | .06 (.27) | -02 (.20) | -03 (.20) |
| 婚姻狀態 (單身=0) | | | | | | | | |
| 已婚有偶或同居 | -40 (.27) | -41 (.27) | -34 (.71) | -38 (.72) | .39 (.42) | .42 (.43) | -62 (.32) | -59 (.33) |
| 離婚、分居或喪偶 | -1.40 (1.1) | -1.32 (1.1) | (omitted) | (omitted) | .81 (.90) | .86 (.90) | -13 (.70) | -04 (.70) |
| 最高教育程度 | | | | | | | | |
| (技術學院/科技大學或以下=0) | | | | | | | | |
| 一般大學 | .06 (.27) | .07 (.27) | 54 (.71) | 49 (.73) | -57 (.41) | -63 (.41) | .15 (.32) | .19 (.32) |
| 研究所 | -10 (.45) | -02 (.45) | .83 (1.1) | .96 (1.2) | -01 (.61) | .17 (.63) | -52 (.55) | -42 (.56) |
| 加害人 (只有同事=0) | | | | | | | | |
| 只有病患 | - | -29 (.32) | - | .82 (.81) | - | .12 (.48) | - | -88 (.39) [*] |
| 只有病患的親友 | - | -01 (.28) | - | 1.63 (1.4) | - | .99 (.93) | - | .32 (.69) |
| 其他 | - | .38 (.68) | - | -.06 (.79) | - | .28 (.42) | - | -1.5 (.32) |
| 常數項 | -2.51 (.68) ^{***} | -2.57 (.73) ^{***} | -3.43 (2.1) | -3.82 (2.1) | -3.56 (1.2) ^{**} | -3.64 (1.2) ^{**} | -2.79 (.84) ^{**} | -2.45 (.88) ^{**} |
| 樣本數 | 857 | 855 | 239 | 236 | 277 | 274 | 857 | 855 |
| Pseudo R ² (%) | 5.34 | 6.31 | 23.36 | 24.95 | 12.13 | 12.75 | 8.52 | 10.09 |
| Log likelihood | -286.48 | -283.29 | -45.00 | -43.91 | -117.54 | -116.16 | -210.51 | -206.76 |

^ap<0.05, ^{**}p<0.01, ^{***}p<0.001
^b同圖1。^c同表1。^d同表3。^e若加害人受到處分,才會續問處分結果,所以此題的回答人次較少。

至於加害人是否有受到任何形式的處分，由於回答「有」的人數少（請參考圖1），有些自變項的答項因為受訪者人數為零而被自動去掉。模型2-(A)的結果顯示，相較於私立醫院，不論是公立大型或中型醫院的護理人員都比較不會指認加害人有受到提告或機構處分，但只有前者呈現統計顯著性。或許公立大型醫院基於形象考慮，反而不願意公開支持提告或處分加害人，而是採取私下和解或安撫（詳見以下對於最後兩個模型的分析結果說明）。在部門別的差異方面，與內科相較，精神科護理人員較可能指認加害人被提告或被處分。作者在圖1中列出一些受訪者自填的答案，其中即包括「給與病患藥物或肢體約束」。此外，根據羅燦煥（2011: 275）引述的一項國外實證研究結果，精神科的護理人員似乎有一套應付病房內病患性騷擾的方式，主要採取漠視和鎮壓並重的方式，加害人也可能會受到懲處。至於加害人的身分（包括醫師、病患、或其親友）對於後來是否受到懲處，並沒有顯著影響（模型2-(B)）。⁹但從係數值來看，如果加害人為醫師或主管，則被提告或處分的機率遠小於另外兩類加害人。這似乎也間接支持關於第二個權力運作面向的假設。

有些性騷擾事件可能是以私下和解收場。私下和解有可能是在提出正式告訴前就發生，也可能在向管理階層報告或提出申訴之後雙方被要求和解。表4的模型3-(A)呈現對私下和解的分析結果。相較於私立醫院，發生在公立醫院的性騷擾都顯著地較可能採用私下和解的方式處理。相對於內科，精神科的護理人員也較可能回答性騷擾的後續是採取私下和解的方式處理。受害人的身分對於是否採取和解方式則沒有顯著影響（模型3-(B)）。但從係數值來看，相對於同事（醫師），如果加害人為病患或其親友，性騷擾事件有較高機率是採取私下和解。

在關於性騷擾對受害人影響的文獻中，經常被提到的屬於責備受害人效應的結果之一是在敵意工作環境下，即使上司或組織沒有明確或實際地運用權力將性騷擾事件壓蓋下來，受害人考慮到醫院可能的反應、工作環境的敵意、或其他原因而自行或被迫離開醫院。表4模型4-(A)的結果顯示，受害人離職與否

⁹ 另一個可能性則是精神科的病人已被標籤化，較容易被認為有侵犯的行為而被提告。作者感謝盧華艷教授的提醒。

並沒有部門別的差異，但有組織別的差異。與私立醫院相較，公立醫院較不會出現受害人離職現象，尤其是在公立大型醫院。值得注意的是，當加害人的身分為醫師或主管時，受害人被指認已離職的機率顯著高於當加害人為病患（模型4-(B)）。這些結果顯示，若是來自組織內權力位階較高者的性騷擾，受害人的工作權較可能受到影響。

在表3和表4列出的分析模型中，幾乎沒有任何工作特徵或個人社會因素出現顯著效果。雖然並不代表這些變項都不重要，但亦顯示受訪者對於院方後續處理的瞭解並非基於個人的工作特徵或背景上的差異。

伍、結 論

根據本文對於現有文獻的回顧，關於性騷擾在一般職場和醫療院所的普遍性，言語和行為性騷擾的形式、受害女性的反應及應付策略、對受害者身心的影響、及少數進入司法審理案件的過程等，已累積一些研究成果。性騷擾確實不是一個舊問題，而是一直存在的現象。在法律明文禁止、各級政府也不斷宣導下，為何性騷擾還是不能從職場中消除？本文試圖從權力運作的觀點，針對性騷擾事件的後續處理模式、處理結果、及加害者身分差異的影響，對這個疑問提出一些解答。

本文利用對三家不同規模和屬性醫院的普查，從護理人員的問卷資料中，分析性騷擾加害人的態樣、後續處理的情形、及受害人的處境。也是由於本文使用的是一個超過3,000位護理人員的大樣本資料，得以在知悉性騷擾事件發生到最後結果的層層篩漏中，仍有足夠的觀察值可用以分析，並得出有意義的結果。此一資料優勢為過去質性或小樣本調查較難做到的。本文根據Wilson and Thompson (2001) 的論述及其他實證研究發現，提出了對三個權力面向及其他相關變項的假設。就第一個權力面向而言，雖然根據次數分配，指認來自病患或親友的性騷擾較高，但由於仍有不少護理人員指認醫院內的性騷擾事件為同事或長官所為，顯示基於階級不平等所產生的性騷擾仍可能被揭發。似乎在有法令明訂禁止性騷擾的情況下，護理人員未必完全會因為加害者在組織內的優勢地位而不願指認。

根據前述的分析結果（圖1），本研究所調查的醫院內的護理人員不但指出確實發生過性騷擾的事件，而且還可具體指出加害人的身分及後續的處理過程和結果。過去研究也顯示護理人員受到性騷擾的比例在42%到57%之間，算是相當普遍（如：王素美等，2012：48）。因此，為何仍有高比例（超過70%）的護理人員表示沒有發生過性騷擾或其他暴力行爲，值得深入探討。作者認爲，有幾個原因或許可以說明這個迷團。首先，本文後續的邏輯迴歸分析的結果顯示，年資較淺的護理人員可能因爲是醫院的新人，對於過去發生的性騷擾事件較不清楚。其次，與同事之間的關係網絡較鬆散，或所處的部門別和診療場所較少有與其他同事接觸的機會，獲得的資訊受限。第三，通常類似事件發生後，即使處理完畢，醫院也未必願意公布調查結果。因此，除非受訪者確實有機會或管道得知事件的發生及後續情形，或受訪者即是當事人本人，否則醫院內各科室分布甚廣、護理人員衆多，的確可能有許多人不知曉其他科室或診間發生的事件。第四個可能的原因即是受訪者擔心照實回答會影響醫院的名聲，或覺得沒必要再提起過往的經驗、以免引起負面效應。最後，在牽涉到與性意味相關的議題時，受訪者較可能會認爲涉及隱私或甚至曖昧不明的狀態，事件既然已經過去，便不願表態；或者也是爲了保護當事人，而不願意舊事重提。這也可視爲本文的研究限制之一。多數的研究都是針對性騷擾事件的受害者進行調查分析，少有對於同一職場其他同事的訪問或觀察。類似的研究，未來對於瞭解性騷擾的階級不平等的影響及其他權力面向，如：敵意工作環境等，應有相當的幫助。

至於第二個權力運作面向，亦即醫院管理階層即使知曉也不願處理性騷擾事件或故意淡化。根據分析結果，有些來自於同事的性騷擾後續也有被申訴或正式提告。有些並沒有進入正式處理程序，其中有些加害人受到主管斥責、有些個案則是受害人受到責備。這些處理方式均可能影響事件的曝光率及受害人願意公開事件的意願。分析結果部分支持Wilson and Thompson（2001）在提到權力不對等的狀況時，管理階層在做決定時偏向支持有權力的一方。不過，這兩位作者所設想的握有權力者是男性，因此對受害的女性造成揭發或提告的壓力。本文的分析結果顯示，當主管爲女性時，或許護理人員較願意告知性騷擾事件，因此比多數護理人員更可能指認性騷擾的發生。然而，整體分析結果

也顯示，在性騷擾後續發展結果中，將近一半被指認為不了了之，提到有被正式處理的人次僅為一百多件，遠低於指認有性騷擾的人數。雖然被指認，但不論是來自同事或病患的性騷擾，醫院的高層是否願意積極處理性騷擾事件，仍然存疑。

第三個權力面向是指受害人在職場文化下屈從不平等關係，或採取自我化解、自我犧牲的手段。在分析中，本文發現有相當多的護理人員指認受害人後來離職，如果加害人為同事或長官，離職行為尤為顯著。依據已有的研究（如：楊櫻華、游美惠，2006；羅燦煥，2011），不論後續發展是否符合受害護理人員的預期，在醫院內似乎總是背負著一些罵名或污名，也可能持續遭受不友善的言語或對待。即使沒有人責備受害人，但後者都可能因為這些不愉快的經驗而離開事件發生的場所。父權式的工作場所對於受害人而言，似乎是敵意多於支持。

迴歸模型中還加入了組織、工作特徵和個人變項。結果顯示醫院和部門別在性騷擾的發生與處理方式確實有些差異。與私立醫院相較，公立醫院的性騷擾較不會進入正式處理程序，而較可能私下和解、受害護理人員也較不會離職。這種處理模式對於受害人而言是否較缺乏正義，或者在實質上較有利，還需更多的研究才能解答。但亦顯示，權力運作的過程和結果具有複雜性，未必如Wilson and Thompson（2001）所述，階級和性別的權力關係完全主導性騷擾的處理過程；工作環境的處理過程和結果也未必是全然的零和遊戲。公立醫院似乎反而較不會公開處理性騷擾，而較可能採取私下和解。

屬於正式聘用或輪流班別、換班或隨機制的護理人員也較可能會指認性騷擾事件的出現。僱用型態的差異顯示，在控制工作資歷和其他工作特徵後，工作如果較有保障，則受訪者可能較願意指認發生在組織內的衝突事件。輪班的護理人員有機會接觸不同的部門，知悉事件的機率也高於固定班別制的同仁。組織內權力運作仍會受到勞雇關係與職務特性的影響。

分析結果也顯示性騷擾指認的部門別差異。內科的護理人員指認性騷擾的機率較高，也符合之前一些研究的發現（如：莊世杰等，2009；林文香、夏萍綱，1998a、1998b）。不論是採取正式申訴或提告，或者和解，都可算是積極的處理。分析顯示，精神科的護理人員比內科更可能指認事件發生後會採取

積極的處理方式。這是否與醫院內的人員設置和處理經驗有關，也值得後續更多的研究探討。

本文使用的調查資料其蒐集時間為2014年，也就是在性平法正式施行的12年之後，總結本文的研究發現，仍然有許多護理人員指認院內有性騷擾事件、醫院內存在多件來自醫師及病患的性騷擾、多數的事件不會被公開提告、大醫院較可能採取私下和解的方式來解決爭端，而受到醫師或主管性騷擾的受害護理人員較可能離職。保守來說，這些結果顯示，不能排除在性騷擾發生後，主管的態度、組織的文化、及內部權力運作等因素的影響。從另一個角度來說，這些因素如果不能消除，工作場所對於女性的物化及性騷擾就不會消弭。有台灣的法律學者認為（焦興鎧，2009），性平法以免除或減輕刑責的方式鼓勵雇主主動建立友善工作環境，減少了法律介入性別平等推動的必要性。但這對減少性騷擾事件的發生是否有效，本文持保留態度。多數西方國家都有法律禁止工作場所的性騷擾，然而事件仍經常發生。事件發生後，主管大都息事寧人，而用促成雙方和解或尋求心理諮商方式解決問題（Salin, 2009）。雖然包括本文所調查的三家醫院在內，迫於法令的規定，多數的醫院都貼有禁止性騷擾的公告及設立申訴管道，但如果對於事件的處理方式消極，這些規範及申訴程序仍可能淪於形式、缺乏實質遏止作用。如果醫院在事件處理完成後，採取一般化、隱匿當事人姓名的方式，讓院內同仁知道性騷擾事件的處理結果及加害人受到的處分，既可以傳達院方反性騷擾和任何形式暴力的態度，也有警惕的效果。

雖然分析對象為醫院內的性騷擾事件，但本文的研究結果應該可以推論到其他工作場所。性騷擾不是和他人之間單純的互講黃色笑話或無意識的肢體行為，而是自覺地對他人造成具有性意味的困擾或甚至騷擾。這些「他人」最有可能是女性、體型較纖細的男性、同志、或社會中的弱勢族群，如：外籍移工或家庭自行僱用的看護或幫傭（楊培珊，2000）。有些人基於性別或族群的刻板印象或歧視，也可能不自覺地對具有這些特定社會人口特徵的群體進行性騷擾。即使有法律的約束，侵犯者仍可能覺得不會受到處罰、也沒有道德上的愧疚。雇主和高階主管對於下屬性騷擾行為的姑息，是加害人屢犯的幫兇。法律雖然並非減少或去除暴力行為的唯一方式，但確實有警惕和維護正義的效

果。法院的判決如果處以連帶責任、勞工行政單位將判決結果公開，也形同宣示台灣職場禁止性騷擾的決心。除了公開宣告禁止性騷擾、積極處理申訴案件等，雇主和管理階層在硬體設施上的用心，也會減少事件的發生率。有警察人員及學者發現，有些地區的警察機關洗手間為男女共用，或男女休息室僅以屏風隔開。這些缺乏性別敏感的設計，造成女警的不便，同時也容易衍生性騷擾爭議（陳淑雲等，2008）。這些學者因而建議將警局內硬體設備的安排作為考評性別平權的指標之一，擴大對於友善工作場所的解釋。此外，明訂組織內及組織外（政府機關）的申訴管道、法律扶助和罰款，也有助於反性騷擾意識的宣傳及受害人提出告訴。藉由判決結果的公開及媒體的報導，也可發揮公共教育的效果。

與Rindfuss et al. (2004) 及 Chang and Chen (2013) 相似，本文也是使用對第三者的調查資料進行分析。這三篇文章都是因為研究敏感議題（非傳統的婚姻模式、性觀光、及性騷擾者的身分和後續處理），而用間接方式詢問關於朋友、親人、或同事的行為。由於是詢問對於事件發展的知悉狀況，如果受訪者不知道後續發展，即停止作答。從本文的圖1可知，愈往後面的發展，受訪者能夠回答的人數愈少，這是合乎邏輯的結果；也有一些受訪者知悉後續的發展，而提供本文分析的資料。本文的一些分析結果（例如，科別的差異）與其他現有研究性騷擾發生與否的量化文章的發現相符（如：莊世杰等，2009；王素美等，2012），顯示使用間接問法可達到一定的信度。此外，問卷調查是詢問同一組織內發生過的事件，比詢問關於鄰居或朋友的行为更具有信度。本文的研究發現也是在使用大樣本下、控制多種變項後的結果，具有一定的外部效度。如果可以訪問有過性騷擾處理經驗的承辦人員或主管，或許可以更深入地瞭解權力運作的內幕。然而，基於保護受害者和參與者的隱私及匿名性等因素，這種方法較難執行，在已發表的研究中也幾乎未見探討處理性騷擾事件權力運作的模式。

關於本文的研究限制，前面已提到一些。另外一項是未能區分被指認的性騷擾事件的嚴重程度，或者同一加害人是否有持續性的行為。一般而言，身體上的性騷擾較為嚴重，且可能觸及〈刑法〉，不論是受害者或醫院都會較為慎重對待，而且較可能採取實際的行動。此外，對於屢犯或嚴重的騷擾行為和言

語是否有較積極處理的態度或行為，也可能造成處理過程和結果的差異。未來的問卷調查可針對性騷擾的行為或言語提出更細緻的分類，以呈現性騷擾態樣及處理模式的複雜性。

由於本文分析對象為護理人員，關心的主要是女性專業人員在醫院內受到的性騷擾。作者並不否認醫護人員對於病患或家屬的漠視或粗暴的行徑。有研究顯示，有些醫療人員會用專業需求或專業用語掩飾其對於病患的性騷擾事實（羅燦煥，2002：208-209）。此外，資深醫師對年輕醫師（不分性別）、女性主管對基層女性或男性護理人員、或女性資深護理人員對男性年輕醫師或護理人員等，也都可能出現性騷擾行為。這些同樣都是權力行使的表現，只是不平等的基礎是在於醫病、專業及資歷、或性別的差異。這些均是勞動社會學、性與性別研究的重要議題。

本文的分析對象為大型或中型醫院，醫護人數都至少有數百人。過去的研究顯示，診所或小醫院內發生性騷擾事件的機率更高（Spector et al., 2014），受辱的護理人員可能更難獲得主管的重視，而是以離職（exit）代替抗議（voice），造成事件被隱瞞、加害人躲掉應有的懲罰。這是本文使用的資料無法進行分析、但攸關許多護理人員權益的研究議題，值得未來學界的關注。政府醫療單位經常委託護理和醫學界進行關於工作滿意度和身心健康狀態的全國性抽樣問卷調查。未來應加入與性騷擾相關的題目，以助於瞭解小型及非都會地區醫療診所內醫護人員可能遭遇的受害狀態及權力運作模式。

參考文獻

中文書目

- MacKinnon, Catharine A. 著，賴慈芸、雷文玫、李金梅譯，1993[1979]，**性騷擾與性別歧視：職業女性困境剖析**（台北：時報文化）。
- 中央社，「言語性騷擾 媒體主管罰10萬」，2012年5月11日。
- 中國時報，「女店長摸臀 開除他 佐丹奴挨罰」，2012年4月21日。
- 中國時報，「裙短丟差女另控性騷擾 人力公司挨罰有理」，2012年9月12日。
- 王素美、吳佩玲、張之蘋、許秀峰、郭雅惠，2012，「護理人員的職場性騷擾處理之認知、態度及相關滿意度探討」，**澄清醫護管理雜誌**，第8卷第3期，頁47-53。
- 自由時報，「男摸護理師大腿 還嗆妳鑲金的喔」，2016年10月10日。
- 李選、白香菊、顏文娟，2010，「台灣護理人員職場暴力經驗及其相關因素研究」，**護理雜誌**，第57卷第2期，頁61-69。
- 林文香、夏萍細，1998a，「護理人員面對病患性騷擾及因應之初探」，**榮總護理**，第15卷第4期，頁386-395。
- 林文香、夏萍細，1998b，「女性護理人員面對男病患性騷擾及其看法」，**公共衛生**，第25卷第3期，頁167-180。
- 林文香、夏萍細，1999，「護病互動中的性騷擾」，**中華心理衛生學刊**，第12卷第1期，頁31-55。
- 林秀美、陳階陞、莊世杰，2006，「護理人員在職場遭遇性騷擾之研究」，**中華職業醫學雜誌**，第13卷第1期，頁21-28。
- 林澤民，2016，「看電影學統計：P值的陷阱」，**社會科學論叢**，第10卷第2期，頁I-XXV。
- 夏萍細、林文香，2001，「護生對病患性騷擾之態度與因應策略研究」，**公共衛生**，第28卷第1期，頁61-73。
- 莊世杰、林秀美、潘豐泉，2009，「醫院護理人員受性騷擾問題研究」，**寶**

- 健醫護與管理雜誌，第7卷第2期，頁10-17。
- 陳柑伴、楊秀芬、陳慧蘭、楊美賞，2010，「醫院護理人員遭受職場暴力後情緒反應及調適處理」，**護理暨健康照護研究**，第6卷第3期，頁163-171。
- 陳祖輝，2005，「女性護理人員職場性騷擾經驗與因應態度之初探研究」，**警專學報**，第3卷第6期，頁153-180。
- 陳淑雲、黃富源、周文勇，2008，「警察機關工作職場性騷擾行為成因及防制對策」，**中央警察大學警學叢刊**，第39卷第1期，頁107-127。
- 勞動部，2016a，**104年勞動統計年報**：<http://www.mol.gov.tw/statistics/2452/2455/>。2017/03/23。
- 勞動部，2016b，「104年僱用管理及工作場所就業平等概況」，**勞動部統計處新聞稿（2016年3月8日）**：<http://www.mol.gov.tw/announcement/2099/25057/>。2017/03/23。
- 勞動部，2017，「105年工作場所就業平等概況調查：受僱者最近一年在職場遭受性騷擾之情形（附表28）」：<http://statdb.mol.gov.tw/html/sex/rpt-menusex5.htm>。2018/03/02。
- 曾嫻瑾、古允文，2010，「到底應主觀還是該客觀：從性騷擾防治法的實務執行解讀性騷擾的樣貌」，**台灣社會福利學刊**，第9卷第1期，頁165-212。
- 焦興鎧，2001，「醫療院所性騷擾問題在我國所引起之法律爭議：對我國法院長庚醫院一則相關案例判決之評析」，**月旦法學雜誌**，第78期，頁89-110。
- 焦興鎧，2009，「工作場所性騷擾爭議之預防及處理：台灣之經驗」，**台灣勞動評論**，第1卷第2期，頁145-155。
- 楊培珊，2000，「女性居家照顧服務員工作中遭受性騷擾之經驗探討」，**台大社會工作學刊**，第2期，頁98-149。
- 楊櫻華、游美惠，2006，「女性軍訓教官的職場困境：以已婚育有子女者為例的性別分析」，**台灣教育社會學研究**，第6卷第2期，頁125-161。
- 網市／罔氏電子報，2002，「第123期女性電子報新聞前線：45萬元的意

- 義」：<http://forum.yam.org.tw/bongchhi/old/tv/tv122.htm>。2017/03/16。
- 盧學艷、邱慧洳、蘇柏熙、亮亮、蔡秀男、劉育志、方瑞雯、白映俞、吳靜芬，2013，**護理崩壞！醫療難民潮來襲**（台北：貓頭鷹）。
- 蕭昭君，2005，「三個職場對於性騷擾議題的反應」，**性別平等教育學刊**，第31期，頁78-88。
- 聯合報，「性騷擾不准易科罰金 關他120天」，2011年5月28日，A14版。
- 聯合報，「申訴半年才查 員工遭性騷擾 派遣、要派雙罰」，2012年1月19日，B1版。
- 謝易達、莊漢宗、李怡真，2014，「醫院主管的責任：台北地方法院89年度訴字第424號判決個案後之反思與再檢視」，**人文社經論叢**，第2期，頁127-143。
- 羅燦煒，2002，「他的性騷擾？她的性騷擾？性騷擾的性別化建構」，**台灣社會研究季刊**，第46期，頁193-249。
- 羅燦煒，2011，「沈默中的表達，順服中的抗拒：女性性騷擾因應論述的自我培力」，**台灣社會研究季刊**，第85期，頁267-315。
- 邊立中、鄭雅文、陳怡欣、陳秋蓉，2014，「職場暴力盛行率與受僱者健康狀況之相關」，**台灣公共衛生雜誌**，第33卷第1期，頁36-50。

英文書目

- Çelik, Yusuf and Sevilay Şenol Çelik. 2007. "Sexual Harassment against Nurses in Turkey," *Journal of Nursing Scholarship*, vol. 39, no. 2, pp. 200~206.
- Chamberlain, Lindsey Joyce, Martha Crowley, Daniel Tope and Randy Hodson. 2008. "Sexual Harassment in Organizational Context," *Work and Occupations*, vol. 35, no. 3, pp. 262~295.
- Chang, Chin-fen and Mei-hua Chen. 2013. "Dependency, Globalization and Overseas Sex-Related Consumption by East Asians," *International Journal of Tourism Research*, vol. 15, no. 6, pp. 521~534.
- Cogin, Julie and Alan Fish. 2009. "Sexual Harassment: A Touchy Subject for

- Nurses,” *Journal of Health, Organization and Management*, vol. 23, no. 4, pp. 442~462.
- Connell, Raewyn. 1987. *Gender and Power: Society, the Person, and Sexual Politics* (Stanford, CA: Stanford University Press).
- De Coster, Stacy, Sarah Beth Estes and Charles W. Mueller. 1999. “Routine Activities and Sexual Harassment in the Workplace,” *Work and Occupations*, vol. 26, no. 1, pp. 21~49.
- Fitzgerald, Louise F., Suzanne Swan and Karla Fischer. 1995. “Why Didn’t She Just Report Him? The Psychological and Legal Implications of Women’s Responses to Sexual Harassment,” *Journal of Social Issues*, vol. 51, no. 1, pp. 117~138.
- Good, Laura and Rae Cooper. 2016. “‘But It’s Your Job to Be Friendly’: Employees Coping with and Contesting Sexual Harassment from Customers in the Service Sector,” *Gender, Work and Organization*, vol. 23, no. 5, pp. 447~469.
- Gutek, Barbara A. and Bruce Morasch. 1982. “Sex-Ratios, Sex-Role Spillover, and Sexual Harassment of Women at Work,” *Journal of Social Issues*, vol. 38, no. 4, pp. 55~74.
- Huebner, Lisa C. 2008. “It Is Part of the Job: Waitresses and Nurses Define Sexual Harassment,” *Sociological Viewpoints*, vol. 24, pp. 75~90.
- LaMontagne, Anthony D., Peter M. Smith, Amber M. Louie, Michael Quinlan, Jean Shoveller and Aleck S. Ostry. 2009. “Unwanted Sexual Advances at Work: Variations by Employment Arrangement in a Sample of Working Australians,” *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, vol. 33, no. 2, pp. 173~179.
- Lukes, Steven (ed.). 1986. *Power* (Oxford, UK: Basil Blackwell).
- Lukes, Steven. 2005[1974]. *Power: A Radical View* (New York: Palgrave Macmillan).
- Mueller, Charles W., Stacy De Coster and Sarah Beth Estes. 2001. “Sexual Harassment in the Workplace: Unanticipated Consequences of Modern Social Control in Organizations,” *Work and Occupations*, vol. 28, no. 4, pp. 411~446.

- Nicolson, Paula. 1997. "Gender Inequality, Sexual Harassment and the Toxic Organization: The Case of Medical Women," in Alison Thomas and Celia Kitzinger eds., *Sexual Harassment: Contemporary Feminist Perspectives* (Buckingham, UK: Open University Press), pp. 32~48.
- Rindfuss, Ronald R., Larry L. Bumpass, Minja Kim Choe and Noriko O. Tsuya. 2004. "Social Networks and Family Change in Japan," *American Sociological Review*, vol. 69, no. 6, pp. 838~861.
- Rubin, Allen. 1985. "Significance Testing with Population Data," *Social Service Review*, vol. 59, no. 3, pp. 518~520.
- Salin, Denise. 2009. "Organisational Responses to Workplace Harassment: An Exploratory Study," *Personnel Review*, vol. 38, no. 1, pp. 26~44.
- Schultz, Vicki. 2001. "Talking about Harassment," *Journal of Law and Policy*, vol. 9, pp. 417~433.
- Selberg, Rebecca. 2012. *Femininity at Work: Gender, Labour, and Changing Relations of Power in a Swedish Hospital* (Lund, Sweden: Arkiv Academic Press).
- Spector, Paul E., Zhiqing E. Zhou and Xin Xuan Che. 2014. "Nurse Exposure to Physical and Nonphysical Violence, Bullying, and Sexual Harassment: A Quantitative Review," *International Journal of Nursing Studies*, vol. 51, pp. 72~84.
- Stanko, Elizabeth A. 1988. "Keeping Women In and Out of Line: Sexual Harassment and Occupational Segregation," in Sylvia Walby ed., *Gender Segregation at Work* (Philadelphia, PA: Open University Press), pp. 91~99.
- The New York Times*. "Harvey Weinstein Paid Off Sexual Harassment Accusers for Decades," October 5, 2017.
- Tseng, Lu-Ming. 2013. "Customer First and Customer Sexual Harassment: Some Evidence from the Taiwan Life Insurance Industry," *Gender, Work and Organization*, vol. 20, no. 6, pp. 692~708.
- Uggen, Christopher and Amy Blackstone. 2004. "Sexual Harassment as a Gendered Expression of Power," *American Sociological Review*, vol. 69, no. 1, pp. 64~92.

- Valente, Sharon M. and Vern Bullough. 2004. "Sexual Harassment of Nurses in the Workplace," *Journal of Nursing Care Quality*, vol. 19, no. 3, pp. 234~241.
- Warhurst, Chris and Dennis Nickson. 2009. "'Who's Got the Look?': Emotional, Aesthetic and Sexualized Labour in Interactive Services," *Gender, Work and Organization*, vol. 16, no. 3, pp. 385~404.
- Welsh, Sandy. 1999. "Gender and Sexual Harassment," *Annual Review of Sociology*, vol. 25, pp. 169~190.
- Wilson, Fiona and Paul Thompson. 2001. "Sexual Harassment as an Exercise of Power," *Gender, Work and Organization*, vol. 8, no. 1, pp. 61~83.

Why Can't Gender-Based Hostility Be Eradicated from the Workplace? Analyzing Power Operations in Dealing with Sexual Harassment in Hospitals

Chin-fen Chang
Research Fellow, Institute of Sociology, Academia Sinica

Abstract

Workplace sexual harassment doesn't happen accidentally or randomly. It represents sex discrimination and is the result of power inequality. Fiona Wilson and Paul Thompson (2001) discussed three dimensions of power operations in dealing with sexual harassment in organizations. Controlling for organizational and job characteristics, this paper adopted their perspective and examined how these three dimensions may explain subsequent developments and outcomes when sexual harassment happened, taking side with assaulters, especially those with higher status than victims, and the self-blaming and/or taking exit by victims. The data came from a questionnaire survey of female nurses at three hospitals in Taiwan in 2014. Results of statistical analyses showed that there are more nurses identifying sexual harassment made by patients than by doctors or supervisors, and by patients' families or friends. The supervisors of nurses were more likely to indicate sexual harassment incidents than nurses, showing the gender of supervisors to have effects on the power operations in the hospital. Public hospitals were more reluctant to formally deal with sexual harassment than privates. However, victims of the latter were more likely to quit their jobs than those in the public hospitals. If sexual harassment assaulters

were doctors, the victims were more likely to quit their jobs later than if assaulters were patients or their families or friends. In sum, the findings show the operations of power when dealing with sexual harassment in hospitals. Power inequality resulted in the low probability of sexual harassment being formally handled, privately resolving the issue and victims taking exit became common practices. The paper concludes that the implementation of law and declaration of prohibiting sexual harassment on the billboard alone cannot eradicate sexual harassment in the workplace.

Keywords: Nursing, sexual harassment, power inequality, hostile workplace, Taiwan

