

第一章 緒論

一、研究動機

台灣社會給予醫療工作者，尤其是醫師，相當高的評價。日據時代的台灣，由於殖民政策，日本政府在中等以上的教育設備極不完備。但自日本政府成立學校以來，便以初級教育師資、公私業務人才，以及醫師做為人才培育重點。在當時，能夠進入醫專及師專的學生，可說是集合了全島的英才，醫師和老師成為人人稱羨的職業（張苙雲，1998）。醫學校及師範學校在日據時代，不僅是培養專業人才的機構，同時也是孕育台灣社會領導階層的搖籃。日據時代醫學教育出身的醫師都頗有成就，除了累積的財富之外，不少人投入政治社會運動。因此，日據時代的醫學校畢業生不只是醫師，同時是新知識份子，不久亦成為當時台灣人的政治領導階層（吳文星，1992）。



在多元入學制度之前，大學聯考是醫學生進入醫學院的唯一途徑。大學聯考第三方案實行之前，大學聯考的自然組學校科系前 8 排名，各大學的醫學系都是名列前茅，其次是牙醫學系，緊跟在後的是與醫學相關的藥學系、醫學技術、和護理學系；在大學聯考第三方案實行之後，醫學系與牙醫系仍高居其所屬的第三類組的首位（張苙雲，1992 & 2000）。由於入學人數的限制，對於每位能夠進入醫學院就讀的醫學生而言，不僅是對個人學識能力的肯定，也是家族的光榮。

然而，光有好的學識是否就能成為一個好醫師嗎？醫學可以定義為以人類的疾病及健康為對象的學問，亦即維持及恢復健康的學問。另一方面，醫學也可以定

義為以病人與疾病為對象的學問，亦即預防及協助疾病痊癒的學問。但無論是「健康之維護與恢復的學問」，或者是「預防疾病及協助疾病痊癒的學問」，醫學都是以人、人的生命、人的生命尊嚴為對象。除了涵蓋生物科學的層面之外，也涵蓋哲學、宗教及人文藝術等層面（謝博生，1994）。然而，人文教育在台灣社會普遍未受到重視，醫學生在進入醫學院之前所接受的人文教育有限；在成為醫學生之後，學校醫學教育偏重於醫學專業的傳授，專科醫師教育及執業生涯中所需接受的繼續教育課程，有關於醫療倫理的課程僅佔總課程比重的十分之一。在缺乏人文教育的情況下，台灣的醫師雖有好的醫術，卻缺乏對病患的關懷與了解。在 2002 年四月的 SRAS 風暴中，許多醫護人員奮勇抗 SARS，但也有少部分的醫護人員擅離職守。在台灣民眾對於 2001 年年底所發生的兩起因醫護人員疏失所造成的醫療過失事件仍記憶猶新之際，在抗 SARS 期間又發生部分醫護人員臨陣脫逃的事件，使得台灣民眾對醫師的品德操守產生質疑：「醫師不是應該以救人為職志，以病人利益為優先，怎可棄病人不顧？」。過去社會大眾取得醫療知識的唯一管道是透過醫師。在科技發達的今日，社會大眾可以從電子、平面媒體及網路上都可以取得與醫療相關的資訊。醫療當局在抗 SARS 期間的表現、一連串的醫療疏失、醫療糾紛等等與醫療相關的負面報導頻傳，社會大眾對於醫師的專業形象產生遲疑，無形中也破壞了醫病關係中最重要的信任關係。醫學生在進入醫學院接受醫學專業教育之前，其個別的人格發展主要受到當時的社會文化及個人的家庭背景所影響；以大學聯考的成績選擇醫學生的方式，只能挑選到具有足夠學識能力的學生，

但可能無法了解醫學生在選擇就讀醫學系時的動機及可能影響因素。目前台灣醫師對於醫學工作的投入程度為何？他們在為求助者提供醫療服務的過程是否遵守醫學專業的要求？本研究將以醫師符合醫學專業要求的程度來衡量醫師的專業化程度，探討與醫師個人及工作相關的因素是否會影響醫師的專業化程度。

此外，工業化社會發展日漸趨於官僚化，無論是專業人員或非專業人員、所時，醫師只是醫療服務過程中的一部份。例如病人進入醫院，從掛號、候診、看病、檢驗、付費取藥，從門診到住院、從住院到出院，醫院內醫療服務的提供過程被切割成許多部分，每個部分都有負責執行的醫療專業人員或非醫療專業的行政人員。醫院內醫療服務的提供需經由不同的醫療專業人員或非醫療專業的行政人員共同完成，與過去醫師獨立開業時，需要大小事一手包辦的情況不同。

台灣在 1980 年代之前，醫師與醫院的收入大多依賴自費的病人；在公共醫療保險體系之外的自由醫療市場，醫師的執業環境幾乎不受政府規範。然而，1980 年代之後，大型醫院的急速擴張、使得中小醫院及開業醫師面臨強大的競爭；在此同時，政府開始介入醫療服務專業的資源分配、醫療行為控制、以至於醫療專業自主。在這樣的變遷趨勢中，改變了醫師工作的社會與經濟條件。醫師為維持過去的社會經濟地位，必須尋求更好的保護，而醫療服務的組織化與企業化正好滿足他們的需求。也就是說，進入到大型化、組織化的醫療機構能夠提供他們對抗環境變遷的保護傘，又能夠確保他們對自身的經濟利益，即使必須面對組織內部管理控制的約束而犧牲一部份的自主權（郭彥宏，2001）。

早期醫療機構都是以醫師專業為權威核心，一切的經營決策往往是操縱在醫師的手中，組織的行政管理控制能力也因而相對成為弱勢，此時醫療機構的規模都不大。然而，隨著社會變遷，醫院發展擴大，醫療機構規模與組織複雜化，醫院逐漸重視所謂的醫院管理，因此開始有組織化的行政管理控制體系出現，其任務主要在建立完善的財務控制制度，此時的醫院管理控制型態雖然有行政管理體系，但其權力核心仍舊為醫師專業把持。但再隨著時間進展與組織內部專業分工，加上外在環境（如國家政策、第三者付費組織、消費者能力等），對醫院經營的監督控制程度增加，醫院面對市場價格固定與服務品質的嚴厲要求之下，不得不更重視組織的管理控制，尤其負責財務控制的行政管理體系。隨著醫院內行政管理體系勢力的抬頭，組織對醫師專業的控制也逐漸增加（郭彥宏，2001）。醫師在無力獨自對抗外在環境變遷而受雇於組織化的醫療機構，然而醫療機構為抵抗外在環境的變動所採取的一連串因應措施，又壓迫到醫師的自主權，台灣醫師工作的環境以及社會與經濟條件與以往已是大不相同。若醫師由自雇轉變為受雇已成為必然的趨勢，醫師在機構醫院提供醫療服務時，很可能會面臨對於存在於組織（醫院）內醫學專業與行政管理間的衝突。然而，並非所有組織內的成員都會感受到潛在於組織內的衝突；即使感受到衝突的成員，他們感受到衝突程度也可能會有不同。因此，有哪些與醫師個人或工作相關的因素會影響任職於醫療機構的醫師對組織-專業人員間衝突的感知程度?這是本研究的另外一個研究主題。

二、研究問題

本研究的目的是欲探討醫師的執業生涯中，有哪些因素會影響醫師的專業化程度?此外，在醫師執業型態從獨立開業轉變到受僱於醫療機構後，有哪些因素會影響醫師的組織-專業人員間衝突程度。因此，本研究欲探討下列問題：


1. 影響醫師專業化程度高低的相關因素為何？本研究中將針對醫師個人的年齡、內外控取向、價值觀以及與工作經驗相關的工作年資、職稱等變項，探討變項與專業化程度的關係。
2. 影響醫師面對組織-專業人員間衝突高低的相關因素為何？本研究將從醫師的個人年齡、內外控取向、價值觀、及專業化程度，以及醫師在組織中的年資及職位、是否擔任行政管理工作等變項，探討變項與組織-專業人員間衝突的關係。

三、研究假設

Mitchell,Smyser & Weed (1975)綜合組織行為的研究理論發現，內外控取向是最受管理學與工業心理學者所注意的人格特質之一。內控的人認為自己所有的行為結果跟自己的努力有關，成敗由自己負責；而外控的人則認為自己的行為結果，主要是由外在的因素，例如當時的環境、機會或運氣所造成，與自己的努力程度沒有太大關係。從醫師所受的醫學專業教育訓練以及實際工作內容來看，本研究

預測醫師的內外控取向會傾向於內控。儘管醫療服務提供的方式趨向組織化、專業化，但訓練每位醫師都具有獨立思考、獨立判斷、獨立應變能力的醫學教育宗旨還是沒有多大變化。不論是醫師個人在為病患提供醫療服務或對其工作的環境，醫師都被期待能夠充分掌控所有的情況，以便做出適當的專業判斷，這些專業要求與內控取向人格較為接近。

Lusk & Oliver (1974) 認為，價值觀是個人經由生活經驗所建立較持久的價值信念，即使經過組織社會化過程也不太能改變其基本價值結構。透過價值觀，我們可以去了解一個人的行為決策、態度及動機。社會責任的認可或者服務大眾利益的承諾，是傳統專業最根本的特性之一。當服務大眾與個人利益相衝突時，專業人員應該要把個人利益擺在服務大眾之後(Wilensky, 1964; Parsons, 1954)。



對醫師而言，在提供醫療服務的生涯中，除了需要不斷增進醫學專業知識外，也必需擔負起服務大眾的社會責任，不可貪圖個人私利。因此我們預測，在 Spranger (1974) 的六個價值觀取向中，醫師最重要的價值觀為理論型和社會型，最不重要的價值觀為經濟型。

Hall (1968) 將專業化程度定義為對專業投入的程度。他所設計的專業化量表將專業化分為五個構面：專業團體關係、社會責任、自我規範信念、奉獻專業信念、及自主權需求，用以衡量專業人員在各構面的投入程度。投入程度越高，專業化程度也越高。我們預測，年紀越大、工作資歷越久的醫師，其接受醫學社會化過程的時間較長，因此他們專業化的程度會比年紀輕、資歷淺的醫師來得高。

大型財團法人醫院興起，儘管提高了醫院的整體經營效率，但也有流於商業化弊病。尤其以績效分紅當作醫師薪資計算方式，與醫學專業中「不追求個人利益，以病人利益為先」的特質相違背。根據郭信智（1998）的研究顯示，在全民健保實施之後，台灣地區大型醫療院所的管理控制系統由趨向官僚體系；而醫院內部兩大體系間行政權力，行政體系有高於醫療專業體系的趨勢。在這種情況之下，醫師在工作時很可能會面臨本身醫學專業與醫院行政管理上的衝突。然而，並非所有的醫師都會感受到衝突。在相同的工作環境之下，個別醫師的人格特質與專業化程度，可能是影響醫師對組織-專業人員間衝突的感知的因素。本研究預測，內控醫師感受到組織-專業人員間衝突的程度會比外控醫師高。因為內控的醫師會傾向於掌控所有醫療過程的細節，若行政管理介入太多，容易使內控的醫師感受到衝突；而專業化越高的醫師感受到組織-專業人員間衝突的程度越高，因為專業化程度高的醫師代表他們對專業工作的投入更深，對醫學專業的特性的領會更深，當行政管理單位為求提升醫院的經濟效率而忽視醫學專業倫理，例如損害到病人的權益，專業化程度高的醫師對衝突的感知會比專業化程度低的醫師來得高。

綜合以上資料，本研究有以下假設：

1. 在影響醫師專業化程度方面，醫師的專業化程度，會隨著醫師的年齡、工作年資及職位而增加；專業化程度高的醫師會偏向於內控取向，他們也比較重視理論型價值觀。

2. 在影響組織-專業人員間衝突方面，年齡輕、工作年資淺及職位較低的醫師，他們的組織-專業人員間衝突程度比較高；而組織-專業人員間衝突程度高的醫師會偏向外控，比較重視社會型價值觀；而專業化程度越高的醫師，其組織-專業人員間衝突的感知也越高；有擔任行政管理職務的醫師，他們的組織-專業人員間衝突程度會比沒有擔任行政管理職務的醫師來得高。



第二章 文獻探討

一、醫師的專業化過程

所謂專業化是一種轉換過程，是某種職業從事者將其所擁有的珍貴資源，例如特別的知識與技能，轉換為另一種珍貴資源，例如社會服務或報酬的過程而從事的活動。專業化是以專業知識作為後盾，強調職業的專業意義（張笠雲，1986；郭信智，1998）。Vollmer & Mills (1966)定義所謂的專業化是任何職業有組織、有系統地尋求絕對權威的獲得而進行某類別的工作，控制進行此類工作的訓練，並決定與評估成員表現所經歷的過程。也就是說，專業化過程是專業團體對於專業成員進行專業社會化的過程。專業一詞代表了這個行業能夠很明確地認定其專屬知識的範圍，同時排除其他行業的介入而獨享此類知識的權威，因此並非社會上的所有的職業都能稱得上是專業。一項職業要成為專業所採取的方式包括樹立權威、決定專業學校的訓練方式、內容、時間、對合格者授與專業證照、懲戒違反專業倫理標準者等。要能成為專業，必須同時具備對該知識體系的壟斷、社會公眾對此權威的認可兩個條件。Reed and Evans (1987)在探討關於醫學去專業化的原因、影響及結果時指出，一項專業須具備下列十大特徵：

1. 專業是擁有一項特定且具有社會價值的豐富知識。
2. 由專業的成員決定專業知識與技術的標準。
3. 吸引已接受大量社會化、高品質的學生進入專業。
4. 透過政府給予專業從業者許可證給予權力，專業成員必須擁有許可證及加

入學會。

5. 專業的成員間有利害一致且相互密切的利益關係。
6. 經由專業的成員的遊說及公開聲明等機制，大大地影響與專業有關的社會政策及法令。
7. 專業的道德規範內容比法律控制還嚴格。
8. 服務取向取代專業人員的資本利益。
9. 專業是一生的職業，換言之，專業是他們單一旦終身的職業選擇。
10. 專業是不受控制的，專業從事者可行使高程度的職業自主權。

哪一些人可以被稱為專業人員？專業人員是指具備有該專業所必須的專業知識與技能，並有資格依照所屬的共同規範與倫理守則，從事某項專業工作自主地執行義務的人。醫學與法律是歷史最悠久的兩門專業。醫學專業不只具有專業權威，並已獲得社會認可。醫學專業遴選優質的人才進入這門專業，接受醫學院與教學醫院的教育與訓練過程，通過檢定、取得證照後方得以從事醫療專業工作。由於專業的標準是由專業的成員所制定，所以醫療專業人員接受同儕及由醫療專業人員組成的醫療專業組織的規範。因此，從進入醫學院成為醫學生的那一刻起，醫師的醫學專業化過程便已開始，且在醫師的執業生涯中不間斷地進行著。

台灣目前設有醫學系之大學校院包括有：國立台灣大學、國立成功大學、國立陽明大學、台北醫學大學、長庚大學、中國醫藥學院、中山醫學大學、高雄醫學大學、慈濟醫學大學、輔仁大學，以及屬於國防部主管的國防醫學院，培養

台灣醫師人才。行政院衛生署在 1986 年公布的台灣醫師人力培育的兩大政策：一為公元兩千年達到每位醫師服務七百五十人的目標；二為每年培育一千三百名醫師。由於此兩個政策，目前在對醫師人力進行嚴格的控管，一方面增加醫師人力的培養，另一方面也防止過量的人力供給，以免誘導病患需求而造成醫療資源的浪費。到 2002 年時，大學醫學系招生名額為一〇六二名，國防醫學院招生名額為一七四名，共計一二三六名（不含招收僑生名額）。加上中國醫藥學院中醫學系、學士後中醫學系及長庚大學中醫學系等，每年共計招生二七〇名，畢業生大部分從事西醫工作。

根據行政院衛生署「民國八十九年醫療機構現況及醫院醫療服務量統計」，及「民國八十九年台灣地區歷年醫療機構及其他醫事機構職業醫事人員數」，至民國八十八年底台灣地區人口數為 22,092,387 人，執業醫師共計 28,216 人，平均每位醫師約服務 783 人；同年底中醫師有 3,564 人，若中西醫師合併計算，八十八年底我國醫師共有 31,762 人，平均每 696 人有一位醫師。若依據行政院經建會之決定，以每 750 人口一位醫師為政策目標及醫學系招生名額，目前醫師人力人口比業已超過經建會建議。為避免醫師過剩，教育部乃依衛生署醫事人力總量控管，每年醫學系招生數以不超過 1,300 人為原則。對有志從醫的人而言，如何擠進醫學院的大門便已是一大難關。

進入大學醫學院後，從醫學生到醫師的培育是比一般職業更為漫長的過程。醫學教育大致可分為醫學生教育、住院醫師訓練及終生繼續教育三個階段。大學

中醫學生教育修業年限七年，包括最後一年的實習醫師教育。實習醫師訓練是由各校與教學醫院簽訂合約，提供七年級醫學生實習機會。在完成醫學生教育後，須經國家考試及格始能取得醫師資格進入醫院，進行住院醫師及總住院醫師訓練。住院醫師及總住院醫師訓練的修業年限，依其服務的醫院及科別規定而有不同，平均約為四到五年。以台大醫療體系內科住院醫師訓練為例，內科住院醫師的修業年限共為五年，分兩階段完成訓練。第一階段為第一至第三年住院醫師，接受內科基本訓練；第二階段為第四年及第五年住院醫師接受次專科訓練，除在各次專科部門從事臨床工作及研究外，並參與內科部行政及教學工作。內科部第一年住院醫師訓練內容以一般內科訓練為主，主要訓練病房為台大本院、分院及策略聯盟醫院之一般內科病房。第二年住院醫師病房訓練以次專科內科病房、急診、加護病房、及其他特殊病房。第三年住院醫師負責指導第一年及第二年住院醫師，必要時需第一線照顧病人，並以急診、加護病房、及其他特殊病房為主要訓練場所。第四年住院醫師除次專科訓練外，負責管理病房，並指導實習醫師及第一至三年住院醫師。第五年住院醫師除次專科訓練外，負責內科部科務之推行，並指導實習醫師。

完成住院醫師的訓練、通過專科醫學會所舉辦的考試取得專科醫師執照、升任為主治醫師後，醫師教育進入了終生繼續教育階段。由於醫學知識會隨著科學及技術的新發現發明而快速變化，醫師在他們的專業生涯中必須不斷學習，才能跟上這些變化，醫學研究及教育並不因醫師完成學校教育及住院醫師訓練而結束。

行政院衛生署在 92 年 4 月 23 日發布之「醫師執業登記及繼續教育辦法」中第三條規定，醫師執業執照及每次辦理執業執照更新，其執業執照有效期間為六年；第四條規定，醫師申請職業登記時需領有中央主管機關發給且仍在有效期間內之專科醫師證書或中央主管機關委託相關醫學團體發給且仍在有效期間內之完成繼續教育證明文件；第九條規定，醫師執業，應每六年接受醫學課程、醫學倫理、醫療相關法規、醫療品質等四大項繼續教育課程積分達 180 點以上。因此，醫師的專業化過程並不止限於學校教育及住院醫學訓練，而是在醫師執業生涯中不斷地進行者。如果無法達到專業要求將會導致執業執照的喪失。專業的要求固然是對病人的醫療品質的必要保障，但對個別醫師的生涯而言，卻也是一個永遠的壓力來源。



二、組織-專業人員間的衝突

組織-與專業人員間衝突概念的一個主要假設是，受雇者對專業的承諾與受雇的組織間本質上是相互排斥的態度。專業承諾是在成為特定專業的社會化過程中所發展出來的，因此專業承諾的發展被認為是早於任何特定組織的組織承諾發展。所以，如果組織能夠充分滿足專業人員的期望，例如遵守專業標準及價值觀、滿足其專業目標等等，便能夠影響專業人員對這個組織做出承諾 (Aranya & Ferris, 1984)。受雇於組織的專業成員被認為其組織定位與專業定位因專業與官僚組織的價值體系不同而有衝突。官僚組織強調階層控制與權威、服從組織規範與規則及

組織忠誠度；而專業則強調道德規範及依照專業標準執行專業（Gouldner，1957）。

因此，組織-專業人員間衝突發生是當專業目標與組織目標不相符時所產生（Sorensen，1967）。

專業人員的特徵之一是專業自主性（Reed & Evan，1989）。然而，所有組織都會對其成員進行社會化的過程。所謂的社會化是指個人學習工作技能，吸收組織所需的價值、規範、期望行為等的適應過程。組織透過潛移默化的過程，使其成員內化為專業組織中的一份子（Robbins, 1983）。對於非專業人員而言，組織的社會化過程即是正式化，透過法規、程序、規則的運用，達成管制個人工作活動的目的。法規明定了組織內所有成員的功能，同時也規範所有可能要遵守的章典。此非專業人員所形成的官僚文化，其特徵為缺乏彈性地固守法規、盲目效忠組織權威、在權威體制中追求事業的發展等（彭文賢，1996）。相對地，專業人員的社會化過程的目的在專業化，專業化通常是在專業人員加入組織之前就已完成，因此專業人員在專業化過程中所產生的價值觀、思維及行為模式，不一定符合該組織的正式化要求。專業人員的專業文化，其特徵為高度專業化的知能、獨立自主的活動要求、在知能範圍內，期望能夠獻身專業的發展、利用專業知能時，期望具有影響力並擔負責任；專業與非專業人員所形成的文化不同，在其互動過程當中，難免會有衝突產生。以醫院為例，醫療人員重視醫療專業的精進，力圖維持良好的醫療品質。然而，行政人員則更重視醫院的經營，希望藉由善加控制醫療成本來提升醫院的財務績效。此兩種不同教育背景及價值取向的團體，在醫院內

部產生衝突在所難免。

專業人員典型的執業方式為受僱於某類組織 (Friedson, 1984)。例如，傳統的五個專業中—醫療、法律、軍事人員，神職人員、大學教授—，除了醫療與法律，後三類的專業人員大多受僱於專業組織，例如大學及教會。其他專業，如工程、會計、社會工作者、護理人員等，其典型執業方式也是受僱於組織而非自僱。醫師或法律這兩門專業，通常是透過獨立開業或與他人合夥的方式提供服務，他們可以在最少的外在或組織壓力下自由地行使他們的專業判斷 (Hall, 1968)。這兩類專業也逐漸變成透過組織形式來提供服務，如大型醫院及法律事務所，提高官僚化及組織規模的趨勢可能會減少專業人員的自主權，有損專業誠信及客觀性 (Leicht and Fennell, 1997; Derber and Schwartz, 1991; Derber, 1982; Hall, 1968)。醫師以往提供醫療服務的方式是透過獨立開業或與他們合夥開業，如今大多執業於有正式組織型態的醫療組織。例如：受管理式照護的影響，從 1983-1994，美國獨立執業的醫師從 40.5% 降至 29.3%，而平均一個合夥群體執業的醫師數從 9.1 人提高為 11.5 人，這樣的趨勢預計將會持續下去 (Warren, 1999)。醫療專業的官僚化可能削弱醫師的自主權，迫使他們將組織目標 (例如利潤最大化或成本控制等) 優先於專業目標 (例如醫療服務及知識的增進) (Montgomery, 1992; McKinlay, 1982)。

目前台灣大部分的醫師服務於大型醫療機構。根據行政院衛生署的統計，89 年台灣地區醫院醫師人數為 97,426 人，診所醫院為 38,773 人，醫院醫師約佔醫師

總人數的 72%，診所醫師只約佔 28%。然而，無論是醫院醫師或診所醫師，從實習醫師開始，每位醫師都必須在合格的教學醫院完成其實習醫師、住院醫師、總醫師、及專科醫師的訓練。因此，每位醫師至少有 5~7 年的時間必須在機構醫院工作。

目前大型醫院內普遍存在醫療體系與行政體系兩大體系。然而，過去醫療機構都是以醫師專業為權威核心，一切的經營決策往往是操縱在醫師的手中，組織的行政管理控制能力也因而相對成為弱勢；醫院的管理控制型態主要是以專業自主（文化控制）為主，但此時醫院的規模通常不大。然而，隨著醫院規模擴大，醫療機構規模與組織複雜化，醫院逐漸重視所謂的醫院管理，因此開始有組織化的行政管理控制體系出現，其任務主要在建立完善財務控制制度，此時的醫院管理控制型態雖然有行政管理體系，但其權力核心仍舊為醫師專業把持。但隨著時間進展與組織內部專業分工，加上外在環境（如國家政策、第三者付費組織、消費者能力等），對醫院經營的監督控制程度增加，醫院面對市場價格固定與服務品質的嚴厲要求之下，不得不更重視組織的管理控制，尤其對財物控制有功的行政管理體系（官僚控制）；因此在環境壓力與醫師消極地妥協部分醫療專業自主權之下，醫院的管理控制體系逐漸由文化控制為主轉為官僚控制抬頭，亦即聯合性專業組織的趨勢。隨著醫院內行政管理體系權力的抬頭，對醫師專業的控制也逐漸增加。組織內對醫師專業的控制系統是依對專業醫療行為的介入程度來決定；依據定義，對個人層面的控制型態，以產出控制對行為的介入程度最少、其次為投


入控制；過程控制則是介入醫師專業行為程度最深的控制制度（郭彥宏，2001）。

在不同組織環境下，各種控制制度（包括行為控制、產出控制及文化控制）於組織中實施時，其所產生的預期效能也各不同。文化控制中的專業控制形式符合專家在訓練及社會化過程中所接受的控制模式，亦即專業組織中角色的要求主要來自專業的準則、倫理法則、及慣例，而非來自組織的層級，組織中的專家透過早期的專業訓練、專業學會及同僚的傳導而被社會化（張苙雲，1999）；所以文化控制是最適合於專業科層組織的控制形式（郭彥宏，2001）。只是面對醫療環境快速變遷的衝擊下，醫院管理階層為了維持組織的生存與成本，勢必更重視強調以達成組織利潤目標為目的之正式行政控制制度，例如臨床標準化作業、行政標準化作業、預算制度等（楊志良，1999）。

Scott（1982，1987）依醫院內部醫療與行政兩大體系對於醫療專業自主性行政裁量權的不同，將醫院分為自律性（autonomous）、他律性（heteronomous）及聯合性（conjoint）三種組織結構。自律性專業組織是指組織將目標的設定與執行、績效標準的設立與評估、行政管理的支援等都授權給醫療專業團體，以往大部分的醫院都是以此種安排來協調醫療專業人員。此種組織的特徵是，醫療與行政兩大體系之間的區分明顯，行政體系附屬於醫療體系，專業團體成員合法的控制權力屬於醫療專業人員而非行政人員。他律性專業組織是指組織內專業成員明顯附屬於行政架構下，專業成員受到行政體系的控制要大於該專業團體的控制。聯合性專業組織中，醫療專業人員與行政人員的權力大致相當，兩者關係密切且彼此

互相影響(Tannenbaum, 1968), 但醫療專業對醫院的影響力會更大一點。

郭信智(1998)將醫院內部互動類型分成專業取向、互動協調型、行政取向三類, 依其在市場控制機制、官僚控機制、文化控制機制三者中選用程度的差異, 探討醫院內部互動的方式。他根據行政院衛生署醫院評鑑資料, 選擇醫學中心、準醫學中心、區域醫院、準區域醫院、及地區教學醫院, 篩選出病床數在 100 床以上並設有行政管理單位的醫院共 112 家為研究對象, 郵寄問卷給醫院院長室的相關人員或次級單位主管填答問卷, 回收有效問卷為 48 份。研究中互動類型衡量的方式, 是採醫療體系與行政體系對於院內活動決策影響力的大小, 以「專業取向」及「行政取向」兩個構面將醫院內部互動類型區分成下列三個類型:

- 
1. 專業取向型-此類型醫院是以強調專業自主性, 行政體系附屬在醫療體系之下, 行政人員通常只侷限於醫療支援性活動、資本投資、會計等醫療週邊服務的提供。
 2. 互動協調型-醫療體系與行政體系並重, 臨床醫療核心技術都由醫療體系決定, 而醫療週邊技術及支援活動, 則由行政體系全權處理。醫療體系重視醫療品質, 而行政體系則較重視醫療成本的控制, 兩者之間會取得某種程度上的平衡。
 3. 行政取向型-此類型醫院以行政人員為主, 醫療體系附屬於行政體系。其組織行為顯示出醫療專業的低度自主性。行政體系除了少數醫療核心活動之外, 都能介入一般醫療與醫療支援活動(例如各科是否限診、服務項目、收費標準、

病床分配調整，均由行政部門統一籌畫)、以及醫院資本投資、擴充等活動上。

研究結果發現，無論全民健保實施前後，專業取向與文化控制關係最為密切(專業取向係數在文化控制機制的迴歸式中最大)，而行政取向與市場控制機制關係最為密切(行政取向係數在市場控制機制的迴歸式中最大)。在探討全民健保實施前後對醫院內部控制機制的影響，研究者以配對 t 檢定來分析資料；結果發現，全民健保實施前後，專業取向型醫院中的市場控制機制(差異平均數 +2.44)、官僚控制機制(差異平均數 +0.89)；互動協調型中的市場控制機制(差異平均數 +3.52)、官僚控制機制(差異平均數 +1.26)；行政取向型醫院中的市場控制機制(差異平均數+ 1.29)，均達顯著水準，其餘則未達。顯示無論專業取向型、互動協調型、行政取向型醫院在全民健保實施後，在市場控制機制上均有增強的趨勢。進一步分析專業取向與行政取向與三個控制機制在全民健保前後使用的情形，在市場控制機制的迴歸式中，全民健保實施之後，醫院的專業取向係數增加(實施前 0.5601 → 實施後 1.2827)，行政取向係數減少(實施前 3.0172 → 實施後 2.612)，但行政取向係數仍遠大於專業取向係數。在控制機制運用程度的高低方面，全民健保實施前，專業取向型依序為官僚、文化、市場控制機制；互動協調行醫院依序為官僚、文化、市場控制機制；而行政取向型醫院其市場與官僚控制機制同高，其次為文化控制機制。然而，在全民健保實施後，專業取向型依序為官僚、市場、文化控制機制；互動協調行醫院依序為官僚、市場、文化控制機制；而行政取向型醫院依次為市場、官僚、文化控制機制。由此研究結果推論，全民健保實施之

後，改變了醫院內部的管理控制機制；無論是專業取向型、互動協調型、行政取向型的醫院均有提昇市場控制及官僚控制的傾向。醫院在全民健保實施後為求生存，加強了醫院內部的管理控制機制及措施（如臨床路徑）以因應外部環境的種種變化；在加強內部控管的同時，也間接地加強了對醫師的控制。

郭彥宏（2001）以系統思考之因果環路分析，探討台灣醫療環境的政策因素與醫院管理控制對醫師行為與組織績效之影響。分析結果顯示，醫療產業系統中，醫療組織與醫師專業之間的存在增強環路。由於醫師行為是依其專業滿足與目標收入滿足所決定，當醫院提供其在經濟利益上的滿足同時，將逐漸使得醫師依賴組織，而擴大組織對醫師的控制權力。當醫院面對外來環境變遷日趨劇烈，而傾向於加強對內部成員的控制時，醫師因而必需以消極的態度因應。結果醫師一方面滿足於組織所提供經濟利益上的保護，卻又因組織對醫師的諸多控制策略感到不滿；因為增強環路所導致醫師專業無法抵抗組織控制的結果，將導致醫師專業體系與行政體系間的衝突更難以解決。

因此，在目前台灣的醫療環境之下，任職醫院的醫師在工作中會面臨許多潛在的衝突。相對於個別醫師無力對抗外在醫療環境的變化，醫院可以提供醫師在經濟上的安定與滿足以及事業發展的途徑，因此使得醫師對醫院的依賴加深，也間接迫使醫師在面臨專業要求與組織命令時做出讓步，例如將組織目標優先於專業目標。如果組織命令與專業要求相符時，醫師的期望能夠同時滿足，在工作中感受到的衝突機率較低；反之，若組織命令與專業要求不相符時，則感受到衝突的

機率較高。

然而，個體對於衝突的認知不同，感知的程度也不同，可能不是每位醫院醫師都自覺面臨到與組織或行政人員間的衝突。其中可能的原因，與個別醫師的專業化程度與人格特質有關。

三、人格特質

醫學生在進入醫學院就讀之前，其人格發展主要受到當時的社會文化、家庭及教育背景所影響。醫師的人格特質是否會影響其專業化程度及對組織-專業人員間衝突的感知？本研究選取內外控取向及個人價值觀這兩種人格特質，探討兩者與醫師的專業化程度及組織-專業人員間衝突的關係。

（一）內外控取向

內外控理論源自於 Rotter 在 1954 年所提出的社會學習理論概念。傳統有關於動物的學習理論認為，行為結果如果獲得滿意的獎酬，會增強行為發生的次數；反之，如果行為受到懲罰，則會使行為逐漸不再發生。而 Rotter 則認為，人類的學習除了來自環境的賞罰因素外，更重要的是學習者是否相信其所得到的增強是由於自身的行為所導致的。換句話說，增強現象對人類行為的影響，不只是簡單機械化的過程，而是要看一個人所認知到的行為與增強間的因果關係（Rotter，1996）。Rotter 將人對自己行為後果的解釋分成兩類，一類是「外控」的解釋，是一個人相信行為之後所得到的增強現象或發生在他身上的事件，並不是他自身能

夠控制的，而是在他自己無法支配的複雜環境中的受權勢、命運、機會或運氣所造成的，個人不能預測，也無能為力；相對上，「內控」的解釋是指一個人相信無論是正面或負面的增強現象或事件，都是他自己行為的結果，與個人的能力、屬性或特徵有關，是他自己能夠預測、控制或把握的。內控者相信成功來自於努力工作，而失敗是個人的責任；外控者則不相信成功或失敗與個人能力或努力有關 (Kren, 1992)。由於內控者與外控者對於自身行為所得到的增強現象的成因解釋不同，所表現出來的行為與態度也有差異。

Robbins(1993)指出，內外控、成就取向、權威主義、權術主義、自我實現、自我警覺與風險偏好取向等七種屬性，有助於預測個體在組織中的行為。此外，Mitchell, Smyser & Weed (1975)綜合組織行為的研究理論，發現內外控取向是最受管理學與工業心理學者所注意的人格特質之一。Judge 等人(2001)探討自我尊嚴、自我效能、內外控及情緒穩定與工作績效及工作滿意度間關係所做的 Meta-analysis 的研究結果發現，依據 PsycINFO 的資料，在 1967 年至 1999 年間，內外控取向是心理學及應用心理學研究上，經常被用來分析人格特質的構面之一。因此，本研究將內外控取向作為研究醫師人格特質的變項之一。

Lim & Teo (1998) 以 467 位新加坡警察為研究對象，探討個人屬性（包括種族、性別、內外控取向及工作年資等）與工作相關態度（包括工作滿意度、組織承諾、離職意傾向及事業停頓）的關係。結果發現，內控警察的工作滿意度及組織承諾的平均數明顯高於外控者，且離職傾向及事業瓶頸(career plateau)也低於外

控者。可能的原因是，內控的警察覺得他們能夠掌控他們的工作環境及他們的生活，所以他們可能比較滿意他們的工作，情感上也願意對組織做出較高程度的承諾。外控的警察則可能比內控者更常經歷事業瓶頸，比較可能感覺到無助感，這樣的感覺可能會使他們決定辭掉工作或離開組織。

然而，Coleman, Irving & Cooper (1999) 以 232 名加拿大政府雇員為研究對象，研究內外控取向與組織承諾之間的關係時發現，內控者與外控者對組織承諾的構面不同。Meyer & Allen (1991) 將組織承諾分為情感性承諾、持續性承諾及規範性承諾三個構面，分別說明如下：

1. 情感性承諾：衡量員工情感上依附、認同並投入組織的程度。當員工在組織中的經歷與他們的期望一致且滿足他們的基本需求時，則會對組織有更強烈的情感性依附。

2. 持續性承諾：衡量員工考慮有關離開組織的成本後，而決定留在組織中的承諾。員工對組織的持續性承諾通常受兩個因素影響：（1）其他就業機會的多寡；（2）員工離開公司所需付出的犧牲（成本）。換言之，員工其對組織的依附是基於外部的利益考量（Becker, 1960）。

3. 規範性承諾：衡量員工認為對組織忠誠是一種義務的程度。換言之，承諾是來自強調維持對雇主忠誠的社會化經驗（Wiener, 1928）或得到來自組織的利益（例如，技能的訓練），繼而產生員工報答組織的義務。

研究中發現，員工的情感依附承諾與規範性承諾有高度相關，因此僅保留了情感

依附性承諾及持續性承諾兩者。結果發現，內控者的情感性承諾程度高於外控者；相反地，外控者的持續性承諾程度高於內控者。Luthans 等人（1987）為內控取向與情感性組織承諾的關係提出三個可能的解釋。第一，內控取向者有較高承諾的可能是因為他們認知他們可以控制他們的工作環境。為了維持認同的一致性，內控者會對允許他們控制工作環境的組織做出承諾。第二，內控者可能比外控者感知到較多的選擇機會，選擇（choice）是承諾的前置條件，所以內控者會對他們選擇加入的組織做出承諾。第三，內控者較有可能在不滿意某個情況下採取行動（特別是離開組織），因此只有以對組織有承諾的內控者才有可能留在組織內。另一個可能的原因是，內控者的資訊蒐集能力比外控者來得強，且內控者會將收集到資訊作為決策參考。當內控者不滿意他們的工作時，他們會主動地去找尋工作機會，因此感覺上內控者的工作選擇機會比外控者來得多。反觀外控者，由於他們不如內控者那麼主動蒐集資訊，感覺上可選擇的工作機會較少；在衡量離開組織的成本之後，外控者會傾向留在組織。

張煥禎（2000）選取民國 78~88 年底間台灣北部地區四家醫學中心專任主治醫師，包括離職組與在職組作為研究對象，探討主治醫師離開醫學中心的主要原因。離職組發出問卷 315 份，回收 95 份，回收率 30.15%，在職組部分則發出問卷 364 份，回收 97 份，回收率為 26.64%。結果發現，醫師離職的主要原因依序為：考量待遇(16.84%)，生涯規劃(13.68%)，外界挖角與同事力邀(12.63%)。研究者再將醫師的離職原因區分為三大類：

1. 可避免的自動性離職：工作壓力、外界挖角、與上司領導風格不和、待遇、院內晉升管道不通暢、工作環境等因素；
2. 不可避免的自動性離職因素：年齡、婚嫁、求學深造、移民、、生涯規劃家庭因素等；
3. 被迫離開。

結果發現，醫師主要離開因素以可以避免的自願性離職因素最多，佔了 55.79%。

因此，當醫師對其工作的環境不滿時，大多數醫師會選擇離開，尋找符合自己預期的工作環境，這與內控取向人格相近。若內控的醫師感覺到其所工作的環境是他們所能控制時，他們在會對組織做出情感上的承諾；但當他們不滿意他們的工作環境時，他們會積極地去尋找新的、適合他們的工作機會，因此持續性承諾較低。至於外控者，由於他們認為環境是他們無法控制的，因此對於組織情感上的依附程度較低；且外控者當不滿意工作環境時不會那麼積極地尋找新的工作機會，因此，由成本面衡量離開組織所必須付出的代價後仍選擇留在組織內。

從醫師對專業自主權的重視以及所受的醫學專業教育及訓練來看，醫師會比一般人較偏向於內控取向。不論是醫師個人在為病患提供醫療服務或對其工作的環境，醫師都被期待能夠充分掌控所有的情況，以便協助做出適當的專業判斷，這些專業要求與內控取向人格較為接近。

(二) 個人價值觀

醫師的工作是救人，由他們醫學教育中強調“如果不能幫他至少不要害他”的倫理守則可以看出。醫學教育的內容不只是專業的醫學知識，同時還要有如何對待病人的倫理道德原則以及醫療行為過程中所隱含的大量利益。以服務為導向、公眾利益高於專業人員的個人利益是專業的重要特質。然而，在現今醫療行為逐漸走向商業化，個人要如何在那種環境中，堅持專業的道德水準，這其中牽涉到的是個人的價值觀。Rokeach & Ball-Rokeach(1989)認為，價值觀是少數可以成功跨越所有社會規範的社會心理學概念。儘管價值觀對人類的態度及行為有強烈的影響力 (Adler, 1991; Carman, 1977; Locke, 1976)，但價值觀的實證研究卻受到限制，原因可能是缺乏對價值觀本質的共識 (Nonis & Swift, 2001)。根據 Meglino & Ravlin(1998,p.351)的說法，“對於是哪種價值觀及他們如何影響個體仍持續缺乏顯著的共識”。例如，價值觀被認為是一種需求、是人格類型、動機、目標、態度或影響力/利益 (Rokeach, 1973; Williams, 1979)。然而，價值觀的影響比態度更深且更廣，不是態度的一部份。

價值觀被認為是一種持久的、規定的 (prescriptive) 或禁止 (proscriptive) 的信念，相較於對立的狀態或行為模式，以一種特殊的狀態存在或特殊的行為模式存在一個人的日常生活中 (Kahle, 1983; Rokeach, 1968, 1973)。價值觀可以是一個清楚或隱含的概念 (如個人主義或群體主義、物質主義或理想主義)，用來區別一個個人或一個團體的特性，並能影響一個人的選擇、方法、最終的行為

(Kluckhohn, 1951)。價值觀也被認為是隱藏在個體行為反應背後的強大驅動力 (Rokeach, 1973)。根據社會適應理論 (Kahle, 1983; Piner & Kahle, 1984), 價值觀是用來幫助個體對其所處環境產生適應能力的眾多社會認知中最抽象的。價值觀引導個體決定哪一種情況下他們應該要參與及如何反應 (Kahle, 1980)。所以, 價值觀能顯示出一個人的行為類型。而根據 Williams (1979) 的說法, 清楚且完全概念化的價值觀成為判斷、偏好及選擇的條件, 且一個人實際行為結果的選擇是來自於在特殊情況下具體的行動方式, 而行動方式部分決定於過去的信念及行動者的價值觀。

德國哲學家 (Spranger, 1973) 認為, 價值觀是個人或社會偏好某種行為或事物的結果, 更勝於相對行為或事物結果的狀態。他在”人的形式”這本書中, 主張人有六種不同的價值類型, 分述如下:

1. 理論型：這類型的人主要興趣是在真相探索及有系統地獲取知識。為了追求目標, 理論型的人會採取認知方式, 尋求一致及差異, 在判斷上忽略目標的美感或公益, 只尋求觀察及推論。如根據實證經驗、吹毛求疵、理性傾向的知識份子; 科學家或哲學家。
2. 經濟型：經濟型的人的興趣主要在於公共事業、自我保護、商業世界的實務、生產、行銷、消費、經濟資源的使用。他們喜歡苦心經營信用、及累積有形財富。所以, 經濟型的人所做的決定主要受到他們期待的經濟及實際結果所支配。這類型的人是徹底的務實者及商人為典型代表。

3. 審美的：這類型的人主要對人生的審美面感興趣，審美類型的人重視形式及和諧，以優雅、均衡、和諧及合宜、為自我身享樂來判斷事物。如藝術家。
4. 社會的：這類型的人喜歡人群且對人生有利他的或博愛的觀點。社會型的個體會對人試著表現善意、同情及無私。社會型的人認為理性型、經濟型及審美型的人是非常殘酷且非人性取向。他們把愛當作是人類關係最重要的組成成分。如德瑞沙修女。
5. 政治的：這類型的人的主要興趣是在所有活動中權力的掌握與分配，且不只是政治活動中的權力。通常，政治型的個體在許多領域都是領導者，追求個人的權力、影響力、聲望及認可。
6. 宗教的：宗教類型的人是偏向以神秘的且以有意義的方式尋求與宇宙合為一體。他或她的精神活動是從經驗中持續地走向開創更高且更滿足的價值觀。

Spranger(1928)認為，所有人類都有這些個人價值觀，但每個人的價值觀所形成的階層會因人而異。因此，價值觀被人作為各種標準，用來決定個人未來的方向，以及合理化個人過去的行動 (Braithwaite & Scott, 1991)。因此，一般認為價值觀是一個人個性的一部份，影響一個人的目標導向及行為決策。

MacKinnon (1962) 以美國建築師為研究對象，比較傑出建築師與一般建築師的價值觀以及個人價值觀與創造力之間的關係。研究中共有三個樣本。首先，第一組樣本是透過五位獨立工作的大學建築系教授所組成的提名小組，選出美國四十位最有創造力的傑出建築師。另外，MacKinnon (1962) 從

1955 年出版的建築師名冊中選出與第一組樣本年齡及執業地區相符的兩組樣本。一組樣本是由 43 位有兩年以上工作經驗並曾與提名名單中的建築師共事者。另一組樣本則是由 41 位從未曾與提名名單上的建築師共事者。為了確保所選出的樣本具有代表性，MacKinnon (1962) 首先比較了三組樣本發表在 1950~1958 年間在專業期刊上的文章及作品數。結果顯示，第一組傑出建築師不論篇數(131)及頁數(97)上都高於第二組(篇數 20,頁數 13)及第三組(篇數 3,頁數 2)。此外，由建築領域的專家們所做的創造力評分顯示，第一組傑出建築師的創造力分數($M = 5.46$, $SD = 0.43$) 最高，第二組($M = 4.25$, $SD = 0.56$) 次之，第三組($M = 3.54$, $SD = 0.74$)最後。接下來，三組建築師分別接受一連串的心理測驗。在 Spranger(1928)的六種價值觀中，審美的及理論的價值觀對於三組樣本建築師而言都是最重要的價值觀，而經濟價值觀是最不重要的價值觀。然而，進一步發現，第一組傑出建築師在審美 ($M = 56.2$) 及理論價值觀的分數($M = 50.8$)高於第二組(分別為：審美 $M = 52.9$ ；理論 $M = 47.8$)及第三組 (分別為：審美 $M = 47.7$ ；理論 $M = 47.0$)；而第一組傑出建築師的經濟價值觀($M = 28.4$)分數明顯低於第二組($M = 35.9$)及第三組($M = 38.4$)。且他們的創造力與審美($r = 0.35$)及理論($r = 0.18$)價值觀成高度正相關，與經濟($r = - 0.48$)價值觀成負相關。

Jalilvand (2000)則以美國一家企業 140 位已婚男性雇員的妻子為研究對象，探討個人價值觀對已婚婦女在投入就業市場的決策中所可能產生影響。

他以 Spranger(1928)的六種個人價值觀設計問卷，衡量已婚的職業婦女與非職業婦女的個人價值結構。結果發現，宗教價值觀對職業婦女及非職業婦女而言都是最重要的價值觀，但其對非職業婦女的重要程度高於職業婦女。此外，與工作較為相關的兩個價值觀：政治與經濟價值觀對職業婦女的重要程度則高於非職業婦女。由此推論，每個人的個人價值觀結構不同，且可能是一個人在做決策判斷時的影響因素。

專業倫理是醫學專業的特性之一。由社會學的觀點，不管是古典神話派，將專業看成道德事業，或是反古典理論將專業的目的視為利益壟斷，都一致同意專業倫理的必要性。道德規範 (Ethic Code) 是醫學專業發展的里程碑。由於醫師及醫療機構在與醫療設備製造商、保險公司及藥商互動的過程當中，有許多的誘因使得醫師因追求個人利益而忽略了醫師的專業責任。所以，醫師需要在他們處理這些在他們執行醫療行為時所產生的利益衝突，病患與社會大眾利益應高於個人利益之上。The Hippocratic Oath (circa 400 BCE)以及美國醫學會在 1847 即提出醫學的道德規範。在 2003 年，American Board of Internal Medicine (ABIM) 、 ACP-ASIM(American College of Physicians-American Society of Internal Medicine) ，以及 European Federation of Internal Medicine 三大內科醫學會有鑑於醫療專業人員面臨資訊爆炸、變化多端的市場影響、醫療照顧過程的問題、生化恐怖主義、以及全球化等問題，醫療專業人員將會越來越難滿足他們對病患與社會的責任，因此提出了醫師

公約(Physician Charter)。醫師公約的內容，分成病患福利、病患自主權、社會公平的三大基本原則，涵蓋十大專業責任：對專業能力的承諾，對病患隱私的承諾，維持與病患良好關係的承諾，改善醫療品質的承諾，改善醫療可近性的承諾，公平分配有限資源的承諾，對科學知識的承諾，透過利益衝突管理維持信任的承諾，以及對專業責任的承諾。由此醫師公約來看，以 Spranger(1928)的六種價值觀中，社會價值觀及理論價值觀應該是醫師最重要的價值觀，而經濟價值觀是最不重要的價值觀。因為醫療專業人員應該是服務導向，將病患及公眾的利益至於個人利益之上，並且要能有強烈的求知精神，在執業過程中不斷增進其醫學知識及技術，以維持其專業能力。



第三章 研究方法

一、研究對象

本研究的目的是欲探討任職於醫療機構的醫師，他們的年齡、工作年資、職位、內外控取向及價值觀是否會影響他們的專業化程度，並進一步探討這些變項及專業化程度是否會影響醫師的組織-專業人員間衝突程度。為凸顯組織-專業人員間的衝突程度，本研究挑選任職於大型醫院的醫師作為研究母體。在台灣，教學醫院以上的大型醫院（如醫學中心和區域醫院）比較會有從事行政管理功能的單位；以非醫療專業人員為主的行政管理部門，其工作目標與組織的目標較為相符，常被認為是執行組織目標的代理人。此外，組織的規模越大，其科層化程度越高；科層化與專業化又呈負相關（Hall, 1968），專業人員大多偏好在科層化程度不高的組織機構工作。因此，任職於大型醫院的醫師，其組織-專業人員間衝突的程度可能會比在一般中小型醫院、診所來得高。由於本研究以訪談的方式收集資料，人力及時間有限，因此本研究根據行政院衛生署所公布「九十二年醫院評鑑暨教學醫院合格名單」，挑選任職於北部六家醫學中心的醫師作為研究對象，共發出問卷 63 份，回收 54 份，回收率 86%。剔除無效問卷 4 份後，得有效問卷為 53 份，有效回收率為 84%。樣本的年齡分佈從 24~52 歲 ($M = 33.33$, $SD = 6.94$)；在性別方面以男性居多，有 42 人 (79.2%)，女性 11 人 (20.8%)；在婚姻狀況方面，未婚 27(50.9%)人，已婚 26 人(49.1%)，大約各佔一半。由於樣本以住院醫師居多，因此最高學歷以大學佔最多數，有 45 人(84.3%)，碩士及博士（含在學）的人數各

表 3-1 個人基本資料之次數分配表及百分比 (N = 53)

類別	分類	次數	百分比	類別	分類	次數	百分比
性別	女性	11	20.80	婚姻狀況	未婚	27	50.90
	男性	42	79.20		已婚	26	49.10
最高學歷	大學	45	84.90	目前職稱	主治醫師	18	34.00
	大學以上	8	15.10		住院醫師	32	60.40
					實習醫師	3	5.70

家族中是否有人從事醫療工作

無 29 54.70

有 24 45.30

目前是否擔任行政管理職務

無 42 79.30

有 11 20.80



為 3 人 (5.7%) 及 5 人 (9.4%); 總工作年資分佈從 0.08 年到 24 年, ($M=5.85$, $SD=5.56$), 而在目前工作醫院年資分佈從 0.08 年到 22 年 ($M=5.31$, $SD=4.86$)。主治醫師有 18 人 (34.0%), 住院醫師 32 人 (60.4%), 實習醫師 3 人 (5.7%); 而家族中有長輩或親戚從事醫療工作的有 23 人 (45.3%), 最多家族中有 5 人從事醫

表 3-2 個人基本資料之平均數與標準差 (N=53)

	最小值	最大值	平均數	標準差
年齡	24	52	33.33	6.94
工作年資	0.08	24	5.58	5.56

療工作。由於擔任院內行政工作的大多是較資深的主治醫師，樣本中僅有 18 位主治醫師且一半為主治資歷 1~5 年主治醫師，因此目前工作的醫院有擔任行政工作的醫師僅有 11 人 (20.8%)，其中有 7 人 (13.2%) 為總醫師 (第四年或第五年住院醫師)，4 人 (7.6%) 擔任科主任。個人基本資料的描述性分析結果如 (表 3-1)

及(表 3-2)。



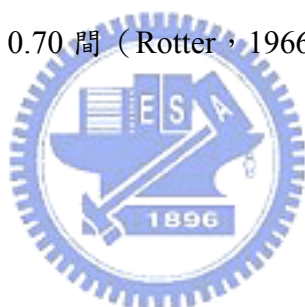
二、研究工具

本研究以結構式問卷為主、訪談為輔進行資料收集。問卷內容分為五大部分，第一部份為內外控量表，第二部分為個人價值觀量表，第三部分為專業化量表，第四部分為組織與專業人員衝突量表，第五部分為個人基本資料以及四題面訪題。各部分問卷所使用的量表操作定義及計分方式說明如下：

1. 內外控取向量表

本研究採用 Rotter(1966)內外控量表，用來衡量個人覺得他們自己可以決定生

活中所發生的事，而非由外在因素(例如運氣或命運)掌控的程度(Rotter, 1966)。內控取向者相信他們有能力去影響他們所處的環境；然而，外控者則認為他們無力去改變環境，發生在他們身上的事情都是因為運氣、機運或是命運。量表共 29 題，為二選一的強迫選擇題，其中包括 6 題過濾題（題項 1、8、14、19、24、27），主要目的是為了使問卷更模糊化。每題包含 (a) (b) 兩個敘述，請受試者務必在兩個答案中擇一勾選。得分範圍從 0 分到 23 分，分數愈高代表傾向於外控取向，而分數愈低則代表偏向於內控取向。Rotter (1966) 以不同的樣本在不同的時間（一個月到二個月）施測，所得到的重測信度為在 0.48 到 0.84 之間，Cranbach α 內部一致性係數為 0.65 到 0.70 間 (Rotter, 1966)。



2. 價值觀量表

本研究所使用的社會價值觀量表是根據 Spranger (1928) 《Types of Me》一書中的六種價值觀取向所製成，用來衡量個人六種基本、且與個性相關的價值觀的相對強度。這六種價值觀分別為：

- (1) 理論型：這類型的人主要興趣是在真相探索及有系統地獲取知識。為了追求目標，理論型的人會採取認知方式，尋求一致及差異，在判斷上忽略目標的美感或公益，只尋求觀察及推論。如根據實證經驗、吹毛求疵、理性傾向的知識份子；科學家或哲學家。
- (2) 經濟型：經濟型的人的興趣主要在於公共事業、自我保護、商業世界的實

務生產、行銷、消費、經濟資源的使用。他們喜歡苦心經營信用、及累積有形財富。所以，經濟型的人所做的決定主要受到他們期待的經濟及實際結果所支配。這類型的人是徹底的務實者及商人為典型代表。

(3) 審美型：這類型的人主要對人生的審美面感興趣，他們重視形式及和諧，以優雅、均衡、和諧及合宜、為自我身享樂來判斷事物。如藝術家。

(4) 社會型：這類型的人喜歡人群且對人生有利他的或博愛的觀點。社會型的個體會對人試著表現善意、同情及無私。社會型的人認為理性型、經濟型及審美型的人是非常殘酷且非人性取向。他們把愛當作是人類關係最重要的組成成分。如德瑞沙修女。

(5) 政治型：這類型的人的主要興趣是在所有活動中權力的掌握與分配，且不只是政治活動中的權力。通常，政治型的個體在許多領域都是領導者，追求個人的權力、影響力、聲望及認可。

(6) 宗教的：宗教類型的人偏向以神秘的且有意義的方式尋求與宇宙合為一體。他們的精神活動是從經驗中持續地走向開創更高且更滿足的價值觀。

本研究所採用的價值觀量表分為兩個部分。第一個部分共 30 題，為二選一的強迫選擇題，每題各有 (a)(b) 兩個選項。如果受試者完全贊成 (a) 而不完全贊成 (b)，則於 (a) 的橫線內填 3，(b) 的橫線內填 0。如果受試者相對上比較贊成 (a)，而不較不贊成 (b)，請於 (a) 的橫線內填 2，(b) 的橫線內填 1；第二部

分共 15 題，每個問題皆附有四個可能的答案，受試者根據個人的意見，按等級評分法作答，分數是採用自比性的相對分數，而不能得到絕對的分數，量表的折半信度在 0.84 至 0.95 之間，重測信度則在 0.77 至 0.92 之間，國內有多位學者曾加以引用或參考修訂使用（邱維誠，民 56；康宗虎，民 69；吳淑玲，民 85）。價值觀量表共有六種價值取向，每位受試者會有六個價值分數，若理論型的分數相對其他價值的分數高，則代表個人的價值觀偏向理論型，以此類推。

3. 專業化量表

Hall (1968) 的專業化量表，是少數社會學研究中，試著從個人層級來衡量專業態度及行為。量表的測量項目包含五個通常被引述的專業特性：

- (1) 專業團體關係：代表一個人積極參與專業學會並利用專業機構作為主要的參考對象。越是透過閱讀期刊及參加學術會議等積極參與他們專業團體的人，受到專業標準影響程度越高（Snizek，1972）。
- (2) 社會責任：社會責任的認可或服務大眾利益的承諾，是傳統專業特性之一。當這個人利益與服務大眾有衝突時，專業人士被認為應該將個人利益排在服務大眾之後（Wilensky，1964；Parsons，1954）。對於這個責任的認可已建立例如法律及醫療，在他們的專業行為信條中專業清楚地闡明為窮人，或者為需要的人提供免費專業服務的義務（Strossen，1993）。社會責任信念要求每一個個體體認到他們的工作對社會的重要性，以及它們工作的

利益不只是組織或個人，也包括了社會大眾 Hall(1968)。

- (3) 自我規範信念：根據傳統職業理論，專業是經由法令許可獲得提供一套特別服務的獨占權力。換言之，專業接受提供高品質服務的承諾並規範這些服務的品質(Goode，1957；Parsons，1954)。自我規範的根本理念是來自於一般人沒也資格評斷專業工作的品質的信念；所以，專業人士需由他們的同事來評斷(Abbott，1988；Hall，1968)。
- (4) 奉獻專業信念：專業奉獻反映喚起一個人的專業及你應該做這件事時儘管沒有外在的報酬(Hall，1968)。
- (5) 自主權需求：對專業人士而言是指希望能夠不受控制地對他們的工作做決策。與專業判斷衝突的外在壓力是與自主權對立的(Snizek，1972)。專業的機構特性例如證照及自我規範助長自主權的需求。

本研究所使用的專業化量表是參考 Hall (1968)專業化量表的五個構面改編而成，共 25 題，用來測量醫師符合醫學專業要求的程度。採五點計分法，受試者勾選「非常不同意」、「不同意」、「沒意見」、「同意」、「非常同意」之中一種，分別給予 1、2、3、4、5 分。其中題項 5、12、14、18、19、24、25 為負向題，需反向計分。分數越高代表其「專業化」程度越高。根據收集到的 53 個有效樣本資料分析，專業化量表的 Cranbach α 內部一致性係數為 0.81。量表 25 個題項以項目分析的結果(表 3 - 3)，題項 5、15、18、23 與總分的相關係數偏低，未達 0.05 的顯

表 3-3 專業化量表 25 題題項與總分之 Pearson 相關分析 (N=53)

題項	總分		題項	總分	
	相關係數	顯著性		相關係數	顯著性
1	.605(**)	0.000	14	.365(**)	0.007
2	.595(**)	0.000	15	0.032	0.819
3	.559(**)	0.000	16	.347(*)	0.011
4	.317(*)	0.021	17	.513(**)	0.000
5	0.226	0.104	18	0.163	0.244
6	.573(**)	0.000	19	.533(**)	0.000
7	.654(**)	0.000	20	.475(**)	0.000
8	.469(**)	0.000	21	.404(**)	0.003
9	.410(**)	0.002	22	.414(**)	0.002
10	.539(**)	0.000	23	0.033	0.814
11	.576(**)	0.000	24	.660(**)	0.000
12	.564(**)	0.000	25	.596(**)	0.000
13	.453(**)	0.001			

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$

著水準，但相關係數仍為正值。以主成份分析法進行因素分析，量表設計時是以

專業化的五個構面來編製，因此將因子限定為五個，五個因素共解釋 58%的變異量。再將量表的 25 個題項五個因素再以最大變異法進行直交轉軸，結果顯示（附錄二）第一個因素與醫師對醫學工作的奉獻有關，解釋了 18%的總變異量，含 7 個題項；第二個因素與醫師對醫學專業的使命感有關，解釋了 12%的總變異量，含 5 個題項；第三個因素與醫師對醫學專業的精進有關，解釋了 12%的總變異量，含 6 個題項；第四個因素與醫師自我規範的信念有關，解釋了 8%的總變異量，含 4 個題項；第五個因素與醫師以專業組織作為參考對象有關，解釋了 8%的總變異量，含 3 個題項。因素分析的結果與原量表設計的五個構面大致相同，但在社會服務信念與自主權兩個構面的並不明顯。本研究以因素分析所得的五個因素：「對醫學工作的奉獻」、「對醫學專業的使命感」、「醫學專業的精進」、「自我規範的信念」及「以專業組織作為參考對象」做為衡量受試者專業化程度的依據。

受試者在「對醫學工作的奉獻」、「對醫學專業的使命感」、「醫學專業的精進」、「自我規範的信念」及「以專業組織作為參考對象」等五個因素的分數計算方式為：將各因素內所有題目的得分加總，除以該因素的題項後所得之平均數即受試者在該因素之得分。每個因素的最低分為 1 分，最高分為 5 分。此外，在「對醫學專業的使命感」與「以專業團體作為參考對象」等兩個因素中有負荷量為負的題目（第 15 題及第 22 題），故這兩題需先以反向計分後之分數作為該題之得分，再與該因素內的其他題項之得分加總，除以題項數後之平均數做為該因素的分數，這兩個因素的得分亦介於 1 分至 5 分。

4. 組織-專業人員間衝突量表

Aranya & Ferris (1984) 將「組織承諾與專業承諾之衝突」定義為：專業人員因「組織的規範和價值觀」與「專業的規範和價值觀」不一致時所感受的衝突。受雇於組織的專業成員被認為其組織定位與專業定位因專業與官僚組織的價值體系不同而有衝突。官僚組織強調階層控制與權威、服從組織規範與規則及組織忠誠度；而專業則強調道德規範及專業施行的標準 (Gouldner, 1957)。因此，組織-專業人員間衝突發生是當專業目標與組織目標不相符時所產生 (Sorensen, 1967)。

劉淑瓊 (1983) 綜合主張專業與官僚組織之間存有矛盾和衝突之學者的看法，認為專業和科層組織在規範上可能存在的不一致之處在於：

1. 不同的控制結構：在官僚組織中，控制的力量來自於權威的層級，工作績效由上級監督與評定，決策全集中在層級的頂端，循層級順序逐級下達。在專業則傾向於強調自我規範以及個別的自主權。為達到自我管理，該專業經由專業教育和訓練，將一套自訂的準則傳達給專業的成員，並由專業協會訂頒倫理守則，要求成員信守，實行同業監督。除此之外，專業亦強調權威的水平模式，同僚間在工作上維持建議性的關係。由此可見，官僚體制的權威結構是比專業的權威結構更嚴密且更有限制。
2. 規章和程序的彈性不同：詳盡的規章和程序規定正是官僚體制維持其普遍性、穩定性、與非人性化的主要工具。在官僚體制裡規章與程序不但界定個人的職務與權責，同時也是個人處理工作的依據。但在專業就不同，不論就

權利義務的界定或工作處理而言，所依據的規章都是相當有限，而是富有彈性的。

過去醫師的執業方式以獨立開業或聯合開業為主，診所或醫院的規模不大，都是以醫師專業為權威核心，一切的經營決策往往是操縱在醫師的手中。然而，隨著社會變遷，醫療機構的規模也越來越大、組織越來越複雜，醫療機構逐漸重視所謂的醫療管理，成立行政管理中心來處理醫療行政工作；行政管理中心的一個主要任務是建立完善的財務控制制度，有效控制醫療成本，提升機構整體的財務績效。在全民健康保險實施後，醫療機構的經營受到外部監控的程度增加；醫療機構面對市場價格固定及服務品質的嚴厲要求之下，醫療機構不得不更重視組織的管理控制（如臨床路徑），以便控制醫療成本、提升機構整體的財務績效（郭信智，1998）。在醫療機構加強對組織內部管理控制的同時，也間接地增加對醫師行為的控制（郭彥宏，2001）。因此，醫療機構內的醫師受到非醫療人員背景的醫院行政管理人員的控制加劇，這與專業人員重視的同儕控制與專業自主不一致，在醫師提供醫療服務過程當中，可能會出現衝突。

此外，組織重視的是效率、成本、以及利潤最大化；而專業最重要的是道德規範。從三大內科醫學會在2003年提出的醫師公約(Physician Charter)的三大基本原則與十大專業責任可知，醫師必須是利他的，不追求個人利益，以病患的福利為重，在執業生涯中不斷地充實醫療專業知識，致力於整體醫療水準的提升，以提供病患良好的醫療品質。醫療機構為控制成本、追求組織財務績效，可能不願

意將資金投入在醫療品質提升及研究活動當中，間接地影響病患就醫的品質。這與醫師的專業目標並不一致，可能會導致衝突的產生。

因此，本研究將任職醫院的醫師所面臨的「組織-專業人員間衝突」定義為：醫院的組織要求違反醫師的醫學專業要求時所感受到的衝突。研究者自編「組織-專業人員間衝突」量表，共有 30 題，分為醫院的控制結構、醫院的規章與程序、專業知識的追求、醫療品質的提升、病人的福祉、及醫院軟硬體設備的協助等六個構面，用來測量受試者在目前工作中，因為「組織的要求」與「專業的要求」不一致時，所真實感受到的衝突程度。計分方式採五點計分法，受試者勾選「非常不同意」、「不同意」、「沒意見」、「同意」、「非常同意」之中一種，分別給予 1、2、3、4、5 分。其中題項 5、11、12、14、20、23、25、27、28、30 為負向題，需反向計分。所得分數越高，表示受試者的「組織承諾與專業承諾之衝突」越大。本研究的組織-專業人員間衝突量表的 Cronbach α 內部一致性係數為 0.85。項目分析的結果(表 3 - 4)，題項 7、15、16、20 與總分的相關未達 0.05 的顯著水準，但相關係數皆為正值。量表 30 題以主成份分析法進行因素分析(附錄三)，由於量表編製時分為六個構面，因此將因子限定為六個；六個因素共解釋 57.7% 的變異量。六個因素再以最大變異法進行直交轉軸，第一個因素與醫院的控制結構有關，解釋了 15.0% 的總變異量，含 11 個題項；第二個因素與醫院的規章有關，解釋了 12.9% 的總變異量，含 5 個題項；第三個因素與專業知識的追求有關，解釋了 9.3% 的總變異量，含 5 個題項；第四個因素與醫院軟硬體設備的協助有關，解釋了 7.3%

表 3-4 組織-專業人員間衝突量表 30 題項與總分之 Pearson 相關分析 (N=53)

題項	總分		題項	總分	
	相關係數	顯著性		相關係數	顯著性
1	.348(*)	0.011	16	0.118	0.402
2	.366(**)	0.007	17	.638(**)	0.000
3	.422(**)	0.002	18	.538(**)	0.000
4	.578(**)	0.000	19	.442(**)	0.001
5	.515(**)	0.000	20	0.092	0.511
6	.329(*)	0.016	21	.599(**)	0.000
7	0.012	0.933	22	.453(**)	0.001
8	.587(**)	0.000	23	.634(**)	0.000
9	.627(**)	0.000	24	.494(**)	0.000
10	.607(**)	0.000	25	.282(*)	0.041
11	.429(**)	0.001	26	.528(**)	0.000
12	.542(**)	0.000	27	.299(*)	0.030
13	.529(**)	0.000	28	.477(**)	0.000
14	.447(**)	0.001	29	.562(**)	0.000
15	0.104	0.457	30	.330(*)	0.016

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$

的總變異量，含 3 個題項；第五個因素與醫院的行政流程有關，解釋了 7.2%的總變異量，含 4 個題項；第六個因素與醫院對醫師的管控有關，解釋了 6.1%的總變異量，含 2 個題項。因素分析的結果，原量表設計的醫療品質的提升與病人的福祉兩個構面的並不明顯。本研究以因素分析所得的六個因素：「醫院的控制結構」、「醫院的規章」、「專業知識的追求」、「醫院軟硬體設備的協助」、「醫院的行政流程」及「醫師的管控」做為衡量受試者組織-專業人員間衝突程度的依據。六個因素的分數計算方式同專業化量表之五個因素的計算方式。六個因素中，「醫院軟硬體設備的協助」有負荷量為負的題目（第 7 題），故此題需先以反向計分後之分數作為該題之得分，再與該因素內的其他題項之得分加總，除以題項數後之平均數做為該因素的分數。每個因素的最低分為 1 分，最高分為 5 分。



5. 個人基本資料

樣本的年齡、性別、教育程度、婚姻狀況、工作年資、職稱、家族中是否有從事醫療工作、及是否擔任行政管理工作。年齡請受試者填上實際歲數；性別有「男」、「女」請受試者勾選；最高學歷分為「大學」、「碩士」、「博士」三類，其中有受試者目前為博士生，資料分析時將博士生併入「博士」。由於工作年資以年為單位，未滿一年者則換算成以年為單位的小數值。職稱分為「主治醫師」、「住院醫師」、及「實習醫師」三類，由於實習醫師人數過少，因此資料分析時將「實習醫師」與「住院醫師」歸為一類。「家族中是否有人從事醫療工作？」，若無則

勾選「無」；若有，請受試者勾選「有」並填寫人數及關係；資料分析時分為「有」、「無」兩類。「是否擔任行政管理職務？」，若無，請受試者勾選「否」；若有，請受試者勾選「是」，並填寫擔任的職稱為何；資料分析時則分為「是」、「否」兩類。

此外，還包括四題開放式問題。第一題「您當初選擇進入醫學院的理由是什麼？」。根據資料整理的結果可分為：「幫助他人」、「家人的期望與要求」、「個人因素」、「個人興趣」、及「經濟因素」等五大類。第二題「您認為一個好醫師最重要的人格特質是什麼？」，可分為「對待病人的態度」、「對工作的態度」、「個人具備的能力」、及「個人特質」四大類。「對待病人的態度」包括要有同理心、慈悲、視病猶親、細心、有愛心及有耐心跟病患溝通等是醫師最重要的特質；「個人具備的能力」，包括邏輯思考能力、求知心、要專業；「個人特質」包括善良、謙虛、有正義感等等；最後「對工作的態度」，主要為負責、認真、勤勞跟及積極（看病人）是醫師最重要的特質。第三題「您是否考慮過獨立開業，為什麼？」，可分為「有」、「無」、及「不確定」三大類。不考慮開業的受訪醫師的理由可分為兩類：

1. 「研究與教學」：這一類的醫師大多對於研究及教學工作有興趣，因此選擇留在醫院工作；
2. 「開業太複雜」：開業牽涉的範圍太廣，許多非醫療相關的事務也要一手包辦，經營成本及壓力都很大，因此不考慮開業。此外，還有醫師表示開業無法救更多人，能處理的病情較為輕微，比較缺乏挑戰性。至於考慮開業的受訪醫師的理由可分為三類：1. 「有自主權」：較自由，不受限制，可以依照自己的理

念從事醫療活動；2. 經濟理由」：收入較多；3. 「醫院無職缺」：因為受試者皆為醫學中心的醫師，若醫院無職缺時，就必需轉任其他醫院或考慮自行開業。不確定是否將來獨立開業的醫師的理由是尚未完成醫學訓練以及視未來的環境變化再決定。第四題「您認為目前或未來執業過程中，可能會面臨的最大困難為何？為什麼？」，可分為五大類：1. 「健保制度」：大部分受訪醫師認為健保制度影響了台灣的醫療生態，促使醫病關係惡化、將醫療行為商業化、改變醫師的醫療行為等等。2. 「醫病關係」：病患對醫師的不信任會使得醫病關係緊張，造成醫療糾紛、官司，這是他們在執業時所擔心遇到的問題；3. 「醫療政策」：醫師人力分配不均，有些科別的人力不足影響病患的照護品質；另外，醫院設立過於浮濫，會使得醫療行為商業化。4. 「工作壓力」：對於工作的倦怠、體力負擔及工作壓力是他們未來工作時需要克服的困難；5. 「社會風氣及媒體的醜化」：社會的道德觀減少、社會價值觀變得功利、媒體對醫師太過嚴苛、醫師的形象被誇大、醜化等等會造成未來執業時的困難。

三、研究程序

本研究採用便利取樣，主要以面訪的方式收集資料。研究者請其親友提供他們所熟識、任職於台大、榮總、長庚、新光、國泰、馬偕等六家醫學中心願意接受面訪的醫師名單，再由研究者以電話確定訪談時間及地點。訪談的過程以填寫結構式問卷為主，四題開放性問題可由受訪者自行填寫或採面訪題方式進行，訪

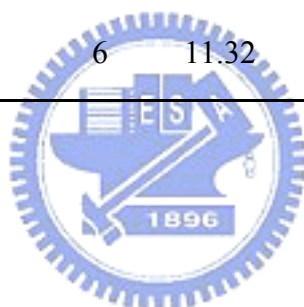
談進行時間約一個小時。若願意填寫問卷但無法抽空接受面訪的醫師，則以郵寄的方式，請醫師填寫後寄回。此外，亦請研究者熟識的醫師代為發放問卷，填寫後再收回。新光醫院的部分則是由院長室秘書代為發放及回收。總計有效問卷中以面訪方式進行的共有 26 份 (49%)，請熟識醫師發放的共 26 份 (49%)，郵寄的共 1 份 (2%) (表 3-5)。有效問卷中六家醫院之主治、住院、及實習醫師人數分佈如 (表 3-6)。

表 3-5 資料收集方法與統計

	面訪	發放	郵寄	實際發放	實際回收	未回收	無效問卷	有效問卷
台大	9	2	0	11	11	0	0	11
榮總	8	3	0	11	9	2	0	9
長庚	1	10	2	13	12	1	1	11
新光	0	12	0	12	11	1	2	9
國泰	2	6	0	8	7	1	1	6
馬偕	7	1	0	8	7	1	0	7
總計	27	34	2	63	57	6	4	53

表 3-6 六家醫院之主治、住院、實習醫師之人數統計

	主治		住院		實習		總計	
	人數	百分比	人數	百分比	人數	百分比	人數	百分比
台大	3	5.66	7	13.21	1	1.89	11	20.75
榮總	3	5.66	6	11.32	0	0.00	9	16.98
長庚	6	11.32	5	9.43	0	0.00	11	20.75
新光	3	5.66	6	11.32	0	0.00	9	16.98
國泰	2	3.77	2	3.77	2	3.77	6	11.32
馬偕	1	1.89	6	11.32	0	0.00	7	13.21



四、資料分析方法

本研究以 SPSS 10.0 for Windows 作為主要統計分析工具。以次數分配及百分比檢定了解研究變項之分佈狀況及比例；以平均數和標準差了解受試者在各量表的集中和離散程度；以獨立 t 檢定比較變項間的差異。此外，以 SAS 的非階層式分析法進行集群分析。統計檢定的顯著水準訂為 0.05。

