

## 第四章 結果

本研究的目的是探討醫師的年齡、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。本研究 53 位醫師的內外控取向、價值觀、專業化程度、及組織-專業人員間衝突程度之平均數、標準差、最小值及最大值如表 4-1。

表 4-1 各變項之平均數與標準差 (N=53)

	平均數	標準差	最小值	最大值
內外控取向	11.43	4.27	1	21
社會價值觀				
理論型	30.77	6.01	18	41
經濟型	31.28	6.56	17	47
審美型	34.06	6.44	22	48
社會型	28.25	4.35	20	39
政治型	30.62	5.58	17	41
宗教型	25.02	6.87	15	53
專業化程度	95.43	8.79	79	112
組織-專業人員間衝突	85.70	11.67	52	113

## 一、內外控取向與價值觀之描述性分析

內外控取向指的是個人對於自己行為後果的解釋可分成內控與外控兩類，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)。整體而言，醫師在內外控量表的平均數為 11.43(  $SD = 4.23$ )。若以平均數為基準點，偏內控醫師有 28 位，偏外控醫師為 25 位，人數約各佔一半。Hamid (1994) 利用Rotter(1966)的內外控取向量表，以選修心理學導論的商管學院入學新生作為受試者。共有兩組樣本，第一個樣本是由就讀紐西蘭Waikato大學的白人男 28 人，女 26 人；第二組樣本則是由就讀香港科技大學的華人學生，男 28 人，女 37 人。結果顯示，華人學生 ( $M = 13.44$ ) 比白人學生( $M = 10.53$ )較偏向於外控取向。若比較台灣醫師與Hamid (1994) 的研究結果，台灣醫師比華人學生偏內控，但與白人學生比較則內控程度稍低。

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此基本價值結構 (Lusk & Oliver, 1974)。透過價值觀，我們可以了解一個人的行為決策、態度及動機。就醫師的社會價值觀而言，六種社會價值觀中，醫師價值觀依序為審美、經濟、理論、政治、社會、宗教。其中經濟、理論、政治三個價值觀的分數差距不大。原先我們預期醫師的價值觀會偏向於理論型與社會型，結果顯示，醫師的理論型價值觀排在第三位，而社會型是倒數第二位，經濟型價值觀則高居第二位。陳雨婕 (2005) 以 96 位交大與清大的學生作

為研究對象，以個人價值觀作為中介變項，探討企業社會表現對求職者吸引力的影響。研究結果顯示，大學生的價值觀依分數高低排序依次為：經濟 ( $M = 33.99$ )、審美 ( $M = 33.31$ )、政治 ( $M = 31.22$ )、理論 ( $M = 29.08$ )、社會 ( $M = 28.36$ )、及宗教 ( $M = 24.03$ )。醫師與大學生的六種價值觀的排序上並無明顯差異，但醫師在理論型價值觀的分數高於大學生，顯示選擇投入醫學工作的人，他們本身喜歡追求新知識，對於存在太多未知的醫學領域，可以滿足他們的開拓新知需求；而醫師的經濟型價值觀的分數低於大學生，這與其專業要求中不追求個人利益相符。

## 二、專業化程度之描述性分析與相關因素分析

專業化程度指的是專業人員對其專業工作投入的程度 (Hall, 1968)。53 位醫師的專業化分數的平均數為 95.43 ( $SD = 8.79$ )。若將在專業化量表上的得分數在後前三分之一者定義為專業化高組 ( $M = 105.17$ ,  $SD = 3.78$ ,  $N = 18$ , 最小值 = 101, 最大值 = 112)，取前三分之一者定義為專業化低組 ( $M = 85.89$ ,  $SD = 3.36$ ,  $N = 19$ , 最小值 = 79, 最大值 = 90)。以 t 檢定比較專業化高低二組在專業化量表中五個因素，結果顯示 (表 4 - 2) 專業化高低二組除了在「以專業團體作為參考對象」沒有顯著差異之外，其餘的四個因素皆達顯著水準。

以 t 檢定檢驗專業化高低二組在年齡及工作年資是否有差異，結果顯示 (表 4 - 3)，在年齡 ( $t = 4.64$ ,  $df = 21.93$ ,  $p < 0.001$ ) 與工作年資 ( $t = 4.39$ ,  $df = 19.15$ ,  $p < 0.001$ ) 上有顯著差異。專業化較高醫師的年齡明顯比專業化較低的醫師大了約 10 歲，

表 4-2 專業化高低二組在專業化量表之五個因素比較

	專業化高組		專業化低組		t 值	df
	M	SD	M	SD		
對醫學工作的奉獻	4.59	0.32	3.92	0.17	7.88***	25.49
對專業領域的使命感	3.51	0.66	2.55	0.64	4.51***	35.00
醫學專業的精進	4.23	0.32	3.25	0.28	9.92***	35.00
自我規範的信念	4.15	0.37	3.61	0.49	3.85***	35.00
以專業組織作為參考對象	3.39	0.71	3.54	0.54	-0.75	35.00

\*\*\*  $p < 0.001$



表 4-3 專業化高低二組的年齡與工作年資比較

	專業化高組		專業化低組		t 值
	M	SD	M	SD	
年齡	39.28	8.19	29.68	3.23	4.64***
工作年資	10.61	7.2	2.93	1.86	4.39***

\*\*\*  $p < 0.001$

毫不意外的，專業化高的醫師的平均工作年資也比專業化低的醫師多了約 7 年，

顯示醫師的專業化程度和其擔任醫師的時間長短有關。我們以 t 檢定比較主治醫師

表 4-4 主治醫師與住院醫師的專業化程度比較

主治醫師			住院醫師			t 值
N	M	SD	N	M	SD	
18	102.78	6.25	35	91.66	7.44	5.42***

\*\*\*  $p < 0.001$

表 4-5 專業化高低二組的內外控取向比較

專業化高組		專業化低組		t 值
M	SD	M	SD	
8.39	3.9	13.32	3.25	-4.19***

\*\*\*  $p < 0.001$

與住院醫師之間的專業化程度，結果顯示（表 4-4），主治醫師與住院醫師的專業化程度有顯著的差異( $t = 5.42$ ,  $df = 51$ ,  $p < 0.001$ )，主治醫師的專業化程度明顯高於住院醫師。由以上結果推論，醫師專業化的成長是由從事醫療工作中逐漸形成的。

至於專業化高組與專業化低組的內外控取向與價值觀是否有差異？以 t 檢定比較專業化高低兩組在內外控的差異，結果顯示（表 4-5）專業化較高的醫師與專業化較低的醫師在內外控有顯著差異( $t = -4.19$ ,  $df = 35$ ,  $p < 0.001$ )。專業化高的

表 4-6 專業化高低二組的價值觀比較

	專業化高組			專業化低組			t 值
	排序	M	SD	排序	M	SD	
理論型	1	33.28	6.11	4	29.63	5.48	1.91 <sup>+</sup>
經濟型	3	30.61	6.18	2	32.84	7.68	-0.97
審美型	2	32.11	5.79	1	34.84	7.23	-1.26
政治型	5	27.89	4.38	5	28.21	3.68	-0.24
社會型	4	29.39	6.29	3	31.68	5.29	-1.20
宗教型	6	26.72	8.44	6	22.79	5.61	1.68

<sup>+</sup>  $0.05 < p < 0.1$



醫師明顯較專業化低的醫師偏向內控，亦即隨著專業化程度的上升，醫師逐漸認為在工作中所發生的事件是在自己能夠掌控的範圍，而事件發生的後果也是自己的責任範圍。

在價值觀方面，專業化高組與專業化低組醫師除了理論型價值觀( $t = 1.91$ ,  $df = 35$ ,  $p < 0.1$ )接近顯著水準外，其他價值觀的差異並不顯著，但六個價值觀排序不完全相同(表 4-6)。專業化高的醫師六個價值觀依序為：理論、審美、經濟、社會、政治、及宗教；而專業化低的醫師的六個價值觀依序為：審美、經濟、社會、理論、政治、及宗教。專業化高的醫師最重視的是理論型價值觀，而專業化低組的

醫師對此價值觀的重視落後於審美、經濟、社會之後，顯示專業化高的醫師與專業化低的醫師主要的差異來自於理論型價值觀的變化。理論型的人重視對新知識的追求，因此重視理論型價值觀的醫師投入專業領域的程度也會比較高。

以 t 檢定比較專業化高組與專業化低組的醫師在組織-專業人員間衝突的差異，結果顯示（表 4-7），專業化高低二組在組織-專業人員間衝突的感知上有顯著差異( $t = -3.63$ ,  $df = 35$ ,  $p < 0.01$ )。專業化高的醫師對組織-專業人員間衝突的感知明顯低於專業化低的醫師，這與我們預期的結果不同。進一步以 t 檢定比較專業化高低兩組在組織-專業人員間衝突量表的六個因素是否有差異，結果顯示（表 4-8），專業化高低兩組在「醫院的控制結構」、「醫院的規章」、及「專業知識的追求」等三個因素有顯著差異，其餘的三個因素則無顯著差異。因此，專業化程度高的醫師，他們的工作年資比較久，在組織的位階也相對較高，他們有機會參與醫院決策，也比較熟悉院內的規章。由於醫學中心的醫師除了臨床工作之外，還需兼顧研究與教學工作。除了隨著年齡與工作年資所累積的專業知識與經驗較為豐富，

表 4-7 專業化高低二組的組織-專業人員間衝突比較

專業化高組		專業化低組		t 值
M	SD	M	SD	
79.94	12.73	92.74	8.41	-3.63**

\*\*  $p < 0.01$

表 4-8 專業化高低二組在組織-專業人員間衝突量表之六個因素比較

	專業化高組		專業化低組		t 值	df
	M	SD	M	SD		
醫院的控制結構	3.05	0.56	3.55	0.53	-2.76**	35.00
醫院的規章	2.23	0.63	2.83	0.55	-3.07**	35.00
專業知識的追求	2.20	0.60	2.78	0.47	-3.32**	35.00
軟硬體設備的協助	2.26	0.44	2.33	0.52	-0.47	35.00
醫院的行政流程	2.92	0.77	3.20	0.45	-1.35	26.90
對醫師的管控	2.50	0.64	2.58	0.69	-0.36	35.00

\*\*  $p < 0.01$

之外，他們也比較懂得如何在組織內取得資源來從事研究工作，因此對於組織-專業人員間衝突的感知會比較低。另一個可能是，專業化程度低的醫師，他們的年齡較輕、資歷也比較淺，對於組織運作的程序或規範也比較不熟悉，在臨床工作之外，參與研究計劃的機會不多，或者在取得研究資源上有困難，因此在工作中感受到組織-專業人員間衝突的程度也會比較高。



### 三、組織-專業人員間衝突之描述性分析與相關因素探討

組織-專業人員間衝突指的是受雇於組織的專業人員認為其組織定位與專業定位因專業與組織的規範與價值體系不同而有衝突。在本研究中，我們將醫師在工作中面臨的組織-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。醫師的組織-專業人員間衝突的平均數為 85.70 ( $SD = 11.67$ )。若將衝突高前三分之一定義為組織-專業人員間衝突高組 ( $M = 92.74$ ,  $SD = 8.41$ ,  $N = 18$ , 最小值 = 92, 最大值 = 113), 衝突低的三分之一定義為組織-專業人員間衝突低組 ( $M = 79.94$ ,  $SD = 12.73$ ,  $N = 19$ , 最小值 = 52, 最大值 = 81), 以 t 檢定比較組織-專業人員間衝突高組與組織-專業人員間衝突低組在組織-專業人員間衝突量表的六個因素, 結果顯示(表 4-9), 兩組除了在「院內軟硬體設備的協助」因素是接近顯著水準外, 其餘的五個因素皆達顯著水準。

以 t 檢定比較組織-專業人員間衝突高組與組織-專業人員間衝突低組在年齡及工作年資上的差異, 結果顯示(表 4-10), 兩組在年齡( $t = -2.34$ ,  $df = 32.47$ ,  $p < 0.05$ )與工作年資( $t = -2.28$ ,  $df = 28.32$ ,  $p < 0.05$ )有顯著的差異。組織-專業人員間衝突低組的醫師年齡比組織-專業人員間衝突高組的醫師小了約 6 歲, 組織-專業人員間衝突低組的平均工作年資則比組織-專業人員間衝突高組少了約 4 年。顯示組織-專業人員間衝突是隨著年齡、工作年資逐年下降。我們進一步以 t 檢定比較主治醫師與住院醫師、有/無擔任行政管理職務的醫師的組織-專業人員間衝突, 結果顯示(表 4-11), 主治醫師與住院醫師的組織-專業人員間衝突有顯著差異( $t = -2.35$ ,

表 4-9 組專衝突高低二組在組織-專業人員間衝突量表之六個因素比較

	衝突高組		衝突低組		t 值
	M	SD	M	SD	
醫院的控制結構	3.77	0.38	2.74	0.34	8.70***
醫院的規章	2.89	0.57	2.00	0.33	5.82***
專業知識的追求	2.83	0.60	2.04	0.39	4.80***
軟硬體設備的協助	2.52	0.66	2.18	0.37	1.96 <sup>+</sup>
醫院的行政流程	3.26	0.64	2.80	0.59	2.28*
對醫師的管控	3.03	0.72	2.39	0.43	3.28**

+ 0.05 < p < 0.1 , \* p < 0.05 , \*\* p < 0.01 , \*\*\* p < 0.001

表 4-10 組專衝突高低二組的年齡與工作年資比較

	衝突高組		衝突低組		t 值	df
	M	SD	M	SD		
年齡	31.83	5.69	37.16	8.04	-2.34*	32.47
工作年資	4.22	4.04	8.63	7.32	-2.28*	28.32

\* p < 0.05

表 4-11 主治/住院醫師及有/無擔任行政管理工作醫師的組專衝突比較

	組專衝突			t 值
	N	M	SD	
主治醫師	18	80.67	9.96	-2.35*
住院醫師	35	88.29	11.76	
有擔任行政管理工作	15	86.33	9.63	-0.25
無擔任行政管理工作	38	85.45	12.49	

\* $p < 0.05$



$df = 51, p < 0.05$ )，主治醫師的組織-專業人員間衝突明顯低於住院醫師，而有無擔任行政管理職務則無明顯差異。醫院是屬於專業組織，面對現今市場價格固定及服務品質的嚴厲要求，不得不重視組織的管理控制，使得行政管理體系的勢力抬頭，但與醫療行為相關的重大決策仍是操縱在醫師的手中。隨著醫師在組織中的年資以及位階增加，他們有機會、也有權力實際參與醫院行政管理決策，他們可能因此對組織-專業人員間衝突的感知會比較低。而相對於年齡較輕、年資較淺的醫師，他們或許有機會參與相關決策的討論，但無實際的決策權力，可能因此對於組織-專業人員間衝突的感知會比較高。

表 4-12 家族中有/無人從事醫療工作的醫師之組專衝突比較

	組專衝突			t 值
	N	M	SD	
家族中有人從事醫療工作	29	81.63	9.2	2.42*
家族中無人從事醫療工作	24	89.07	12.54	

\* $p < 0.05$

至於家族中有/無擔任醫療工作的醫師在組織-專業人員間衝突是否有差異？

結果顯示（表 4-12），家族中有人從事醫療工作的醫師對組織-專業人員間衝突的感知明顯低於家族中沒有人從事醫療工作的醫師 ( $t = 2.42$ ,  $df = 51$ ,  $p < 0.05$ )。當家族中有人從事醫療工作的醫師在工作中面臨到組織-專業人員間衝突時，他們可以向家族中從事醫療工作的成員尋求解決之道；亦或者他們從家族中從事醫療工作的成員那事先得知在組織工作中潛在的組織-專業人員間衝突，因此當組織-專業人員間衝突真的發生時，他們對於衝突的感知會低於家族中沒有人從事醫療工作的醫師。

在人格特質方面，以 t 檢定比較組織-專業人員間衝突高低兩組的內外控分數，結果顯示（表 4-13），組織-專業人員間衝突高的醫師較組織-專業人員間衝突低的醫師外控 ( $t = 2.57$ ,  $df = 35$ ,  $p < 0.05$ )。組織-專業人員間衝突高的醫師的年紀輕，

表 4-13 組專衝突高低二組的內外控取向比較

衝突高組		衝突低組		t 值
M	SD	M	SD	
13.00	4.12	9.47	4.22	2.57*

\*  $p < 0.05$

在醫療機構中工作年資也比較淺，無論是在醫學專業上或在工作環境上，實際工作的現況或許都與學校課堂上所學的不同，許多情況都不是自己一個人可以掌控的，因此組織-專業人員間衝突高的醫師會偏向於外控。



在價值觀方面，組織-專業人員間衝突高組的醫師在六個價值觀上的得分差異並不顯著，但價值觀間的排序則不完全相同 (表 4 - 14)。組織-專業人員間衝突高組的醫師的六個價值觀排序為：審美、社會、經濟、理論、政治、及宗教；而組織-專業人員間衝突低組的醫師的六個價值觀依序為：理論、審美、經濟、社會、政治、及宗教。兩者價值觀中最主要的差異來源來自理論與社會兩個價值觀。組織-專業人員間衝突低組的醫師首重理論型的價值觀，組織-專業人員間衝突高組的理論型價值觀則排在第四順位。相對的，組織-專業人員間衝突高組的社會型價值觀排在第二位，而組織-專業人員間衝突低組的社會型價值觀則排在第四順位，顯示組織-專業人員間衝突的來源極可能是在醫療行為的社會價值層面。傳統專業的

表 4-14 組專衝突高低二組的六個價值觀比較

	衝突高組			衝突低組			t 值	df
	排序	M	SD	排序	M	SD		
理論型	4	30.61	5.15	1	32.89	5.53	-1.30	35.00
經濟型	3	30.89	8.70	3	30.84	4.25	-0.97	35.00
審美型	1	33.22	7.10	2	32.00	5.65	0.02	24.36
政治型	5	27.11	3.55	5	29.32	5.14	-1.53	32.05
社會型	2	31.89	5.68	4	30.16	4.87	1.00	35.00
宗教型	6	26.28	8.65	6	24.79	5.27	0.64	35.00



特性之一是服務大眾，當服務大眾與個人利益相衝突時，醫師應該把個人利益擺在服務大眾之後。然而，當醫院只重視財務管理，凡事以成本效益而不是以病人利益作為決策考量，這是與醫療專業的要求相違背，也因此對社會價值觀重視程度高的醫師，他們的組織-專業人員間衝突的感知便會升高。

我們以 t 檢定比較組織-專業人員間衝突高低兩組在專業化量表的五個因素是否有差異，結果顯示（表 4-15），兩組在「對醫學工作的奉獻」、「對專業領域的使命感」、「醫學專業的精進」等三個因素有顯著差異，在「自我規範的信念」與「以專業組織作為參考對象」等兩個因素則無顯著差異。

表 4-15 組專衝突高低二組在專業化量表五個因素比較

	衝突高組		衝突低組		t 值
	M	SD	M	SD	
對醫學工作的奉獻	4.08	0.31	4.48	0.36	-3.61
對專業領域的使命感	2.57	0.77	3.34	0.74	-3.14
醫學專業的精進	3.61	0.44	4.06	0.53	-2.8
自我規範的信念	3.85	0.56	3.99	0.38	-0.89
以專業組織作為參考對象	3.69	0.68	3.51	0.55	0.87

\*\*  $p < 0.01$



#### 四、集群分析

將 53 位醫師根據內外控取向、六種價值觀、專業化程度、與組織-專業人員間衝突等變項進行集群分析，結果得到三個集群（表 4-16），共解釋了 74% 的變異量（附錄四）。第一群中共含 22 位醫師，第二群共含 20 位醫師，第三群共含 11 位醫師。以單因子變異數分析比較此三群醫師之間的差異，結果顯示（表 4-17），除了社會型價值觀未達顯著水準外，三組醫師在其他變項上達顯著水準。第一群醫師特質是年齡最小、年資最淺、但是三群中最重視經濟型與政治型價值觀，專業化程度是三群中最低；第二群醫師的特質是年齡最大、年資最久、傾向於內控，最重視理論型價值觀，專業化程度最高，對組織-專業人員間衝突的感知最低；而

第三群醫師與第一群醫師的特質相當類似，但卻是最重視審美型與宗教型價值觀。綜合以上三個集群的特質，我們將集群一的醫師命名為「開業型」的醫師，集群二為「學術型」的醫師，集群三為「人道主義型」的醫師。

表 4 - 16 集群分析後三個集群之描述性分析

	平均數	集群一	集群二	集群三	組間比較
年齡	M	<u>30.68</u>	37.25	<u>31.55</u>	1 < 2, 3 < 2
	SD	3.5	7.77	7.15	
科內年資	M	<u>3.73</u>	8.9	<u>4.55</u>	1 < 2
	SD	2.16	7.11	4.95	
內外控	M	<u>12.36</u>	9.25	<u>13.55</u>	1 < 2, 3 < 2
	SD	2.72	4.4	5.11	
理論型	M	<u>30.82</u>	33.2	<u>26.27</u>	3 < 2
	SD	6.08	5.49	4.34	
經濟型	M	35.41	30.35	24.73	3 < 2 < 1
	SD	5.73	4.38	5.64	
審美型	M	<u>31.73</u>	<u>32.15</u>	42.18	1 < 3, 2 < 3
	SD	5.04	5.42	3.79	



社會型	M	<u>27.36</u>	<u>29</u>	<u>28.64</u>	
	SD	4.69	4.76	2.5	
政治型	M	33.59	<u>29.25</u>	<u>27.18</u>	3 < 1, 2 < 1
	SD	4.20	5.66	5.23	
宗教型	M	21.09	<u>26.05</u>	<u>31.00</u>	1 < 2 < 3
	SD	4.10	5.54	8.74	
專業化	M	<u>90.23</u>	102.25	<u>93.45</u>	1 < 2, 3 < 2
	SD	7.40	5.78	8.17	
組專衝突	M	<u>92.27</u>	74.55	<u>92.82</u>	2 < 3, 2 < 1
	SD	8.60	8.06	5.44	

表 4 - 17 三個集群之變異數分析

		df	SS	MS	F	p
年齡	組間	2	496.64	248.32	6.483	0.003**
	組內	50	1915.25	38.31		
	總和	52	2411.89			
科內年資	組間	2	303.9	151.95	5.822	0.005**
	組內	50	1304.89	26.1		
	總和	52	1608.79			

內外控	組間	2	163.45	81.73	5.215	0.009**
	組內	50	783.57	15.67		
	總和	52	947.02			
理論型	組間	2	340.63	170.31	5.535	0.007**
	組內	50	1538.66	30.77		
	總和	52	1879.28			
經濟型	組間	2	864.71	432.35	15.756	0.000***
	組內	50	1372.05	27.44		
	總和	52	2236.76			
審美型	組間	2	918.28	459.14	18.565	0.000***
	組內	50	1236.55	24.73		
	總和	52	2154.83			
社會型	組間	2	30.18	15.09	0.791	0.46
	組內	50	953.64	19.07		
	總和	52	983.81			
政治型	組間	2	361.75	180.87	7.208	0.002**
	組內	50	1254.71	25.09		
	總和	52	1616.45			

宗教型	組間	2	754.21	377.11	11.086	0.000 <sup>***</sup>
	組內	50	1700.77	34.02		
	總和	52	2454.98			
專業化	組間	2	1568.68	784.34	16.005	0.000 <sup>***</sup>
	組內	50	2450.34	49.01		
	總和	52	4019.02			
組專衝突	組間	2	3994.22	1997.11	32.39	0.000 <sup>***</sup>
	組內	50	3082.95	61.66		
	總和	52	7077.17			

\*\*  $p < 0.01$ , \*\*\*  $p < 0.001$



以單因子變異數分析比較三個集群在專業化量表的五個因素及組織-專業人員間衝突的六個因素上是否有顯著差異。在專業化量表部分，結果顯示(表 4-18 及表 4-19)，三個集群的醫師在「對醫學工作的奉獻」、「對專業領域的使命感」及「醫學專業的精進」等三個因素有顯著差異，在「自我規範的信念」與「以專業組織作為參考對象」兩個因素則無顯著差異。學術型醫師在「對醫學工作的奉獻」、「對專業領域的使命感」及「醫學專業的精進」等三個因素的分數都是最高，開業型醫師在「對專業領域的使命感」因素的分數最低。在組織-專業人員間衝突量表部分，結果顯示(表 4-20 及表 4-21)，三個集群在「醫院的控制結構」、「醫

院的規章」、「專業知識的追求」、及「醫院的行政流程」等四個因素有顯著差異，其餘的兩個因素則無顯著差異。學術型醫師在「醫院的控制結構」、「醫院的規章」、「專業知識的追求」、及「醫院的行政流程」等四個因素的分數都是最低，而開業型醫師在「醫院的控制結構」的分數最高，人道主義型的醫師在「醫院的規章」與「醫院的行政流程」兩個因素的分數最高。

表 4-18 三個集群在專業化量表的五個因素之平均數與標準差

	平均數	開業型 ( N = 22 )	學術型 ( N = 20 )	人道主義型 ( N = 11 )	組間比較
對醫學工作的奉獻	M	4.16	<b>4.55</b>	4.08	1 < 2
	SD	0.41	0.34	0.29	3 < 2
對專業領域的使命感	M	2.56	<b>3.34</b>	3.05	1 < 2
	SD	0.73	0.72	0.40	
醫學專業的精進	M	3.55	<b>4.15</b>	3.58	1 < 2
	SD	0.49	0.41	0.53	3 < 2
自我規範的信念	M	3.80	4.01	3.84	
	SD	0.50	0.38	0.42	
以專業組織作為參考對象	M	3.74	3.48	3.61	
	SD	0.67	0.59	0.57	

表 4 - 19 三個集群在專業化量表五個因素之變異數分析

		df	SS	MS	F	p
對醫學工作的奉獻	組間	2	2.243	1.121	8.663	0.001**
	組內	50	6.471	0.129		
	總和	52	8.714			
對專業領域的使命感	組間	2	6.442	3.221	7.144	0.002**
	組內	50	22.546	0.451		
	總和	52	28.989			
醫學專業的精進	組間	2	4.407	2.204	9.845	0.000***
	組內	50	11.191	0.224		
	總和	52	15.599			
自我規範的信念	組間	2	0.523	0.261	1.317	0.277
	組內	50	9.923	0.198		
	總和	52	10.446			
以專業組織作為參考對象	組間	2	0.705	0.352	0.919	0.405
	組內	50	19.161	0.383		
	總和	52	19.866			

\*\*  $p < 0.01$  , \*\*\*  $p < 0.001$

表 4 - 20 三個集群在組織-專業人員間衝突量表六個因素之平均數與標準差

	平均數	開業型	學術型	人道主義型	
	標準差	(N = 22)	(N = 20)	(N = 11)	組間比較
醫院的控制結構	M	3.64	<b>2.79</b>	3.44	2 < 1
	SD	0.43	0.40	0.48	2 < 3
醫院的規章	M	2.65	<b>2.00</b>	2.95	2 < 1
	SD	0.61	0.32	0.45	2 < 3
專業知識的追求	M	2.59	<b>2.08</b>	2.58	2 < 1
	SD	0.66	0.40	0.45	
軟硬體設備的協助	M	2.47	2.17	2.39	
	SD	0.66	0.37	0.49	
醫院的行政流程	M	3.14	<b>2.79</b>	3.43	2 < 3
	SD	0.65	0.60	0.53	
對醫師的管控	M	2.70	2.40	2.77	
	SD	0.77	0.42	0.75	

表 4 - 21 三個集群在組織-專業人員間衝突量表六個因素之變異數分析

		df	SS	MS	F	p
醫院的控制結構	組間	2	7.852	3.926	21.479	0.000***
	組內	50	9.139	0.183		
	總和	52	16.991			
醫院的規章	組間	2	7.654	3.827	16.464	0.000***
	組內	50	11.622	0.232		
	總和	52	19.275			
專業知識的追求	組間	2	3.213	1.606	5.662	0.006**
	組內	50	14.187	0.284		
	總和	52	17.399			
軟硬體設備的協助	組間	2	1.003	0.501	1.792	0.177
	組內	50	13.995	0.28		
	總和	52	14.998			
醫院的行政流程	組間	2	3.132	1.566	4.202	0.021*
	組內	50	18.637	0.373		
	總和	52	21.769			

對醫師的管控	組間	2	1.368	0.684	1.605	0.211
	組內	50	21.311	0.426		
	總和	52	22.679			

\*  $p < 0.05$  , \*\*  $p < 0.01$  , \*\*\*  $p < 0.001$

我們進一步比較三個集群的醫師學醫的理由、他們認為好醫師的特質、未來是否考慮開業及未來執業時可能面臨的困難等四題開放式問題（表 4-22）。三個集群主要的學醫理由皆為家庭的期望與要求，除此之外，開業型醫師學醫的理由還包括個人興趣及經濟因素，學術型醫師為幫助他人及個人因素，人道主義型醫師為個人興趣；在好醫師的特質方面，三個集群的醫師都最重視對待病人的態度，開業型的醫師除了重視對待病人的態度之外，也重視工作態度及醫師的個人特質，學術型及人道主義型的醫師則強調個人具備的能力。在是否考慮開業部分，學術型及人道主義型的醫師半數以上不考慮開業，而半數以上的開業型醫師考慮開業；三群醫師皆認為未來工作中可能面臨的困難主要來自於健保制度以及醫病關係惡化，此外，開業型及人道主義型醫師認為是醫療政策，學術型的醫師認為社會風氣及媒體的醜化及在工作的壓力會是他們未來工作中可能面臨的困難。



表 4-22 三集群在開放式問題之次數分配表

	集群一 (N=22)		集群二 (N=20)		集群三 (N=11)	
	次數	百分比	次數	百分比	次數	百分比
<b>學醫的理由</b>						
1. 幫助他人	2	9.09	6	30.00	0	0.00
2. 家庭的期望與要求	8	36.36	7	35.00	5	45.45
3. 個人因素	2	9.09	6	30.00	0	0.00
4. 個人興趣	7	31.82	3	15.00	3	27.27
5. 經濟因素	5	22.73	5	25.00	2	18.18
<b>好醫師的特質</b>						
1. 對待病人的態度	11	50.00	19	95.00	8	72.73
2. 個人具備的能力	4	18.18	6	30.00	3	27.27
3. 個人特質	9	40.91	2	10.00	0	0.00
4. 工作的態度	11	50.00	5	25.00	3	27.27
<b>是否考慮開業</b>						
1. 不考慮開業	7	31.82	14	70.00	6	54.55
2. 考慮開業	13	59.09	5	25.00	3	27.27
3. 不確定	2	9.09	1	5.00	0	0.00

---

### 未來執業面臨的困難

1. 健保制度	10	45.45	12	60.00	4	36.36
2. 醫病關係	8	36.36	8	40.00	3	27.27
3. 醫療政策	5	22.73	3	15.00	3	27.27
4. 社會風氣與媒體醜化	1	4.55	3	15.00	1	9.09
5. 工作壓力	2	9.09	2	10.00	1	9.09

---

綜合以上集群分析的結果，學術型醫師的特質是年齡最大、年資最久、傾向於內控，最重視理論型價值觀，專業化程度最高，對組織-專業人員間衝突的感知最低；開業型醫師與人道主義型醫師的特質相當類似，無論在年齡、工作年資、內外控取向、或者是在專業化程度（包括專業化量表的五個因素）及組織-專業人員間衝突（包括組織-專業人員間衝突量表的六個因素），兩群醫師都沒有顯著差異，主要的差異來自於他們價值觀。開業型醫師是三群中最重視經濟型與政治型價值觀，而人道主義型醫師最重視審美型與宗教型價值觀。

## 第五章 結論與討論

### 一、研究結論

本研究的目的是探討可能影響醫師專業化程度高低的相關因素，以及在醫師執業型態由獨立執業轉變成受雇於醫療組織之後，有哪些相關因素會影響醫師對組織-專業人員間衝突的感受程度。

研究結果發現，醫師的內外控取向並沒有明顯傾向於內控。在價值觀方面，根據專業的特性，醫師最重要的價值觀為理論型與社會型，最不重要的應該是經濟型，然而研究的結果發現，醫師審美型價值觀的分數最高，經濟型次，理論型排在第三，社會型則是排在倒數第二。但若與大學生相比（陳雨婕，2005），醫師的在理論型價值觀的分數高於大學生，顯示選擇投入醫學工作的人，他們本身喜歡追求新知識，對於存在太多未知的醫學領域，可以滿足他們的開拓新知需求；而醫師的經濟型價值觀的分數低於大學生，這與其專業要求中不追求個人利益相符。在社會型與宗教型價值觀方面，醫師與大學生的分數差異不大，同樣都排在倒數第二位及第一位。社會價值觀偏低可能與台灣社會普遍不重視人文教育有關；而宗教價值觀的分數偏低有兩個可能因素：一個是醫學屬於基礎科學，宗教信仰有許多科學難以解釋的現象，普遍認為科學與宗教之間有衝突存在，可以因此使得宗教價值觀偏低；另一個可能因素是，本研究所使用的量表中，衡量宗教價值觀的題目是以描述西方宗教為主，若將樣本的題目加以修改成國人信奉的道教或佛教，或許會有不同的結果。

在影響專業化程度高低的因素方面，年紀越大、工作年資越久的醫師，其專業化程度越高，這與本研究的假設相符合。即使完成基礎的學校教育及住院醫師訓練成為主治醫師，醫師在工作中仍需不斷吸收專業知識以應付工作上的需求。此外，專業化程度越高的醫師越偏向內控，可能的原因是，專業化程度低的醫師的年齡及工作年資都比專業化程度高的醫師淺，在工作中他們所能掌握的資源其權力比專業化程度高的醫師來得淺，工作中許多發生的事件不是自己能夠掌控的；相反的，隨著專業化程度的上升，醫師逐漸認為在工作中所發生的事件是在自己能夠掌控的範圍，而事件發生的後果也是自己的責任範圍，因此也會漸漸偏向於內控。另外，理論型價值觀會影響醫師的專業化程度高低。越重視理論性價值觀的醫師，他們本身對於新知識的追求有很大的興趣，因此他們投入醫學專業的程度也比較高。



在影響組織-專業人員間衝突程度高低方面，年齡較輕、工作年資較淺的醫師的組織-專業人員間衝突程度會比年齡大、工作年資較久的醫師來得高，這與假設相符。年齡較輕、工作年資較淺的醫師，可能因為他們進入組織的時間不長，對於組織的規範及運作不熟悉，因此對於組織-專業人員間衝突的感受程度會比較高。此外，組織-專業人員衝突高的醫師偏向外控取向，這與我們的假設不同。可能的原因是組織-專業人員衝突高的醫師的年齡較輕、工作年資較淺，他們在組織中的位階也比較低，工作中有許多情況都不是自己一個人可以掌控的，不管是在醫學專業層面或組織運作層面，因此他們會比較偏向於外控。而在六個價值觀中，

社會價值觀是影響醫師對組織-專業人員間衝突程度的一個主要因素。利他性是醫學專業的特性之一，若醫院的經營決策忽視了病人的權益而以經營成本為首要考量，越是重視社會價值觀的醫師，他們的組織-專業人員間衝突程度越高。此外，家族中有從事醫療工作的醫師，他們感受到較低的組織-專業人員間衝突，這可能與他們事先了解到在醫療機構內工作可能面臨到那些衝突，或是他們在面對衝突時有人可以諮詢，提供解決之道，因而減低了他們組織-專業人員間衝突程度。而在本研究中，有無擔任行政管理職務對醫師面臨組織-專業人員間衝突並沒有顯著影響，這可能與研究中擔任行政管理工作的醫師樣本偏少有關。而專業化程度高的醫師對組織-專業人員間衝突的感知低於專業化程度低的醫師，這與本研究的假設不符。可能的原因是，專業化程度高的醫師的年紀較大，年資較久，在組織中的位階也比較高，他們會比在組織中年紀較輕、資歷較淺的醫師有較多的機會參與醫院的管理決策；相反地，剛進入醫院工作的醫師或資歷較淺的醫師，儘管他們發覺院方對他們工作的要求與其專業要求相違背，但又無力改變情況，加深他們對衝突的感知。因此，組織-專業人員間衝突一部份反映出醫師的個人特質，一部份反映出醫師的專業程度。

根據內外控取向、六種價值觀、專業化程度、與組織-專業人員間衝突等變項將 53 位醫師進行集群分析，結果得到三個集群。依照三個集群的特質，我們將集群一的醫師命名為「開業型」，集群二「學術型」，集群三「人道主義型」。學術型醫師的特質是年齡最大、年資最久、傾向於內控，最重視理論型價值觀，專業化

程度最高，對組織-專業人員間衝突的感知最低；開業型醫師與人道主義型醫師的特質相當類似：年紀輕、工作年資淺、偏向外控、專業化程度低、組織-專業人員間的衝突程度高。兩群醫師主要的差異來自於他們價值觀：開業型醫師是三群中最重視經濟型與政治型價值觀，而人道主義型醫師最重視審美型與宗教型價值觀。開業型醫師有一半以上有考慮開業，這可能與他們對於醫院的控制結構的不滿所導致，因此希望獨立開業，在不受他人控制的情況下，依照自己的想法從事醫療工作。而人道主義型的醫師則是一半以上不考慮開業，希望能夠留任醫學中心或其他醫療機構工作，但當他們察覺院內的規章及行政流程與他們專業要求不相符卻又無力改變現況，導致他們有較高的組織-專業人員間衝突。然而，我們推測，人道主義型的醫師隨著年齡、工作年資及位階逐漸增加，他們的專業化程度也會逐漸上升，而組織-專業人員間衝突程度可能也會逐漸下降，留任醫學中心的人道主義型醫師可能會逐漸偏向於學術型醫師的特質。因此，醫學中心的醫師會是以學術型的醫師為主。

## 二、研究限制

本研究所使用的價值觀量表在宗教型價值觀的分數偏低，可能的因素是此份量表中有關宗教型價值觀题目的敘述是以西方宗教為主，若修改成大多數國人信奉的佛教或道教，其排列次序可能會有所不同。

此外，本研究是以醫學中心最為研究母體，因此部分研究結果可能不適用於

全部醫師。例如本研究中，年紀越大、資歷越深的醫師，其專業化程度高，這與醫學中心強調臨床、教學、研究三者並重有關。想要留任在醫學中心，除了臨床工作之外，也必需投入研究工作；一般開業醫或小型醫院的並不一定強調研究或教學工作，因此任職於不同權屬別醫院的醫師，其專業化程度或許會不同。

### 三、討論

在多元入學制度之前，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。陳慶餘(1993)對7所醫學院學生做的調查指出，報考醫學系有35.2%是「父母親的意見」；62%是自己決定的。陳慶餘和李龍騰的研究，進一步指出選擇就讀醫學系的原因有：「生活及工作較獨立及安定」44.0%、「救人性命解除病痛」22.4%、「探討生命的奧秘、面對未知的挑戰」12.6%(張苙雲，2000)。本研究的53位醫師當初選擇學醫的理由與陳慶餘和李龍騰的研究接近，但比例不太相同。有32.8%的醫師學醫是來自於「家人的期望與要求」，因「個人興趣」及「個人因素」學醫的醫師各佔21.3%及13.1%，13%的醫師希望能「幫助他人」，而因為「經濟因素」，也就是希望未來有份穩定工作的醫師佔19.7%。隨著時代變化，希望能「救人、幫助他人」而學醫的人減少了；在電子、資訊、光電等產業蓬勃發展的今日，視醫師為「金飯碗」而學醫的人也少了；但因「個人興趣」學醫的人數並沒有多大的差別。由於本研究的樣本資料太少，無法進一步分析醫師的學醫動機是否會

影響醫師的對醫學專業的投入程度。若能了解何種學醫動機會影響對醫學投入的程度高低，或許可以作為多元入學制挑選醫學生的指標之一。

而一位好醫師最重要的特質為何？何雅琦（2002），以成功大學醫學生對於應該如何選擇醫學生的看法，在 2002 年四月對該校 2 至 7 年級的學生以開放式問句來詢問關於理想的醫師、醫學生、以及高中生應具備的特質。一共發出了 420 份問卷，回收 178 份，回收率 40%，佔所詢問學生人數的 43%。研究結果發現，選擇成為醫學生的高中生應具備的特質，最普遍的回答有積極的思考、解決問題的能力、與判斷(41%)、行為、態度、個性(39%)、人際關係(30%)、與動機(22%)，只有 15%的人認為優異的成績是必備的。至於理想的醫學生應具備的特質，居首位的是行為、態度、與個性 (42%)，接著是人際關係(38%)，專業度(24%)，以及才藝(20%)，接著才是積極思考、解決問題的能力與判斷、動機與行為(奉獻度)。

在本研究中，53 位醫師中所認為一個好醫師最重要的人格特質，46.9%的受訪醫師認為是「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；有 23.5%的受訪醫師認為「對工作的態度」，主要為負責、認真、勤勞跟及積極（看病人），16.0%認為是「個人具備的能力」，包括邏輯思考能力、求知心、要專業；13.6%認為是「個人特質」，包括善良、謙虛、有正義感等等。

然而，要如何才挑選出具有理想醫師特質的醫學生？廢除聯考制度、採用多



元入學制選擇醫學生是否就能挑選到具有理想醫師特質的醫學生？對於多元入制度存在「主觀」、「不公平」的疑慮，黃達夫（2002）在「人本教育的實踐才是治本之道」一文中提到：「採用多元入學方式挑選醫學生的目的是希望在選擇入學學生時，除了「分數」以外，還根據更多、更重要的指標，把每個人不同的特質凸顯出來，才能讓這個社會中不同的人才各得其所、各展所能。只有重視每個人的人格特質，把一個人是否有公德心、是否樂於助人、是否關懷社會的各種條件加入考量，才能讓正直的人出頭，也才能促使整個教育體系，在課程的設計及教育的過程中，真正落實多元價值的人本教育」。也就是說，採用多元入學方式是希望能夠挑選到具有人文特質、重視社會責任的學生作為未來醫師的人選。衡量學生的價值觀，或許可以作為多元入學制的指標之一。本研究中的 53 位醫師都是經由大學聯考方式進入醫學院，他們對於社會價值觀的重視程度排在審美、經濟、理論之後。透過衡量參加甄試學生的價值觀，挑選重視社會價值觀的學生進入醫學院。未來也可以比較兩種不同入學方式的醫學生或醫師，看看他們在價值觀與對醫學專業的投入程度是否有差異。

另外，無論未來選擇開業與否，醫師都必需在教學醫院內完成住院醫師及專業醫師訓練，也就是說，他們至少會有五年到七年的時間在醫療機構中工作。從集群分析的三群醫師在在組織-專業人員間衝突量表的六個因素比較，我們發現，年齡大、工作年資最久的學術型醫師的衝突最低，而年輕、工作年資淺的開業型

醫師及人道主義型醫師的衝突感知分別來自於醫院的控制結構、醫院的規章及醫院的行政流程。年輕、工作年資淺的醫師有較高的組織-專業人員間衝突的可能因素是，他們在組織環境工作的時間比較短，對於組織的規章或運作程序不熟悉，因而產生較高的衝突感；也可能是他們認為院方的控制結構、規範或要求與醫學專業要求不同，而有較高的衝突感。而相反的，我們原本預期專業化程度較高的醫師，他們對於組織-專業人員間衝突的程度會比專業化程度低的醫師高，但結果顯示，專業化程度高的醫師，其組織-專業人員間衝突的程度較專業化程度低的醫師低。可能的解釋是，專業化程度高的醫師的年資較深、偏向於內控、重視理論型價值觀，能夠留任或願意留任在醫學中心的醫師，除了臨床工作之外，他們也需投入研究或教學工作，而醫學中心可以提供這樣的工作環境，因此他們會對於組織有情感上的承諾，對於組織-專業人員間衝突的程度較低；另一個可能因素是，專業化程度高的醫師在組織中的資歷較深，他們有機會參與院內決策，而專業化低的醫師的資歷也比較淺，因此當他們發現組織-專業人員間衝突但又無力影響決策時，他們感受到衝突的程度也會比較高。

因此，若能減少年輕醫師的組織-專業人員間衝突程度，讓他們能夠在院內愉快地充實他們的醫學專業知識及臨床經驗，提升專業化程度，讓所有需要醫療服務者都能得到良好的照顧，這是所有醫療工作者對社會的責任，也是台灣社會所期望的。