

行政院國家科學委員會補助
大專學生研究計畫研究成果報告

* *****
* 計 畫
* : 醫師面對醫療糾紛的壓力因應
* 名 稱
* *****

執行計畫學生： 楊儒晟
學生計畫編號： NSC 101-2815-C-040-012-H
研究期間： 101年07月01日至102年02月28日止，計8個月
指導教授： 劉邦立

處理方式： 本計畫可公開查詢

執行單位： 中山醫學大學醫學社會暨社會工作學系（所）

中華民國 102年03月28日

目錄

壹、 研究動機與研究問題-----	1
貳、 文獻回顧與探討	
一、 醫病關係-----	2
二、 醫療糾紛-----	3
三、 壓力與因應-----	4
參、 研究方法及步驟	
一、 研究設計-----	8
二、 研究對象-----	8
三、 樣本分析-----	8
肆、 結果結果與分析	
一、 造成醫療糾紛之原因 -----	9
二、 醫療糾紛所形成之壓力-----	13
三、 壓力因應方式-----	18
伍、 結論、建議與限制	
一、 結論-----	27
二、 建議與限制-----	29
陸、 參考文獻-----	31
柒、 附錄 - 「告知同意書」-----	33

國科會大專生研究計畫

研究成果報告

醫師面對醫療糾紛的壓力因應

指導教授

中山醫學大學醫學社會暨社會工作學系

劉邦立 助理教授

研究學生

中山醫學大學醫學社會暨社會工作學系

楊儒晟

摘要

醫療糾紛的發生，除了社會的觀感不佳之外，更造成了醫病關係緊張，以及醫師工作壓力過大等問題。本研究旨在了解現行醫療糾紛發生原因，與探討醫師面臨醫療糾紛時的壓力因應方式。研究採深度訪談並進行質性分析。結果顯示不同的醫療糾紛會對醫師造成不同的壓力感受，而且隨著醫療糾紛的程度與醫師本身個性而有所改變。而壓力因應方式主要以醫師個人為主，如自行私下解決、其他醫師共同會診、上級主觀協助出面等等，進而去連結其他可運用資源為輔，如所屬科別、醫院互助金、醫院社服部、法務部或公關部門、醫院本身、醫師公會、各科醫學會、法律顧問等等，以達到減輕醫師壓力的目的。

關鍵字：醫療糾紛、壓力因應

壹、 研究動機與研究問題

台灣近年來喜歡提出所謂的標準作業流程及指引，要當事者照表操作來確保不致出錯(戴正德，2011)。當醫院醫師面臨醫療糾紛時，這個只重表面不重內涵的行事準則，使台灣的醫療倫理一直停留在表面工夫的努力上，不能深化來提升內在倫理情操，連處理糾紛的醫院公關亦是如此，如果公關處理得宜，便能在醫師和病患之間取得一個平衡；如果處理不當，則後續問題相繼出現，不僅費時費力，還徒增相關人員壓力，醫師更是首當其衝。

根據統計，行政院衛生署醫事審議委員會(以下簡稱醫審會)每年完成的鑑定案平均達四百三十件，而檢察機關要求鑑定的數目又逐年成長，比起歐美國家，台灣的醫療糾紛，多數會提起刑事訴訟，對醫師造成很大的心理壓力，刑法起訴暗示著牢獄之災，可能中斷醫療事業、威脅家庭經濟等，繁忙且難以請假出庭的醫師多數畏懼訴訟。而健保環境不佳、消費者意識抬頭容易產生醫療糾紛、醫院評鑑壓力、以及醫師本身的臨床、教學、研究義務繁重等種種因素，造成醫師工作壓力越來越大，在醫師同儕之間倦怠、憂鬱甚至興起自殺念頭更是時有所聞。

台灣環台醫療策略聯盟過去也曾針對該聯盟醫院的醫師，進行一份健康與壓力指數調查(徐乃義，2007)，在 600 份有效問卷中發現，只有 2 成醫師覺得自己健康狀況良好，與 3 成醫師肯定自己是快樂的，但卻有 8 成以上的醫師壓力指數(1 代表無壓力，10 代表壓力最大)高達 8 以上，而其中醫療糾紛就佔了一個很重要的因素。

然而，現今有關醫療糾紛的文獻多是如何避免，或是有關受害病人及其家人的相關議題探討，少有針對醫師作為研究對象，而探討其壓力因應有關的文獻更是少之又少。總而言之，醫療糾紛不僅僅是影響台灣醫病關係的重要因素，同時也是造成醫師工作壓力增加的原因之一，因此本研究想探討醫療糾紛對醫生的壓力影響程度？更進一步探討醫生如何因應醫療糾紛所產生之壓力？希望此研究成果，可作為後續進一步研究的研究基礎。

貳、 文獻回顧與探討

一、 醫病關係

(一) 生物醫學模式

醫生主要被訓練用生物性來思考，醫學變成生物學，而病人的病史很少被深究到病痛的心理層面，即使那才是真正問題所在，因此生物醫學模式有明顯的侷限，只要面對的是由個人處境問題所引起的疾病或般瑣而惡化的器官性疾病，無論我們如何努力，都無法憑藉科技加以妥當的解決。

如果我們故步自封於生物醫學模式而忽略人生處境的考察，我們多常犯下如下的錯誤：錯誤的臨床診斷、不恰當的診斷措施、無效的治療、非必要的住院、醫療費用上漲、延長失能狀態等，更糟的是，在犯下這種錯誤之後，病人依然沒有進步，而且也更容易引發醫療糾紛，但是當醫生幫助病人透過如此互動來解決病人問題，醫生可以感受到一種特殊人際關係與職業上的滿足作為回饋(Barbour, 2002)。

(二) 成長模式

有別於醫學模式主要是經由分析將一些屬於主觀經驗的病狀或臨床表徵簡化歸類為特殊疾病；成長模式則強調藉由學習，促使病患重新掌握到自我的自由、責任感、價值目的及意義等獨特的人格特質(Barbour, 2002)。

但是成長模式並不見得適用於所有的病患，有些人似乎無法改變自己而必須一直仰賴醫療的協助，有一些人至少在一開始會需要或期望使用藥物去解除其症狀，因此不論患者自我改變及成長的能力大小，我們都必須接納並且加以協助，而在實際的醫療中，則是混雜的運用以上此兩個模式。

(三) 以病人為本的照顧

Eisenberg L. (1977) 針對醫學教育與醫療提出檢討，其中提到以生物醫學為重心會危及醫師和病人的關係，並強調視病人為個人而不是疾病的重要性。

大致而言，一個醫生在經過醫學院和住院醫師的階段，必須連續接受多年的訓練，加上醫生每天的工作時數長，因此把思考疾病、診斷和治療視為處理病痛的唯一方法，這種醫療模式在我們腦中已經根深蒂固，讓醫生幾乎不可能用其他方法思考，病痛就是疾病，這就是問題所在。正確的診斷是很重要的，但是當病痛包含了個人前因和後果，醫療模式本身必須能融入一個更為完整的架構之中，如果想要做正確的判斷及採取有效率的行動來執行醫療行為，最重要的原則是要能找出疾病中的個人背景因素。

國外醫師 Stead(1978)曾說過這樣一句話，病人需要的是一位醫師，這句話不僅是對疾病及其診斷與治療的責任，還包括對這個生病的人的責任。這樣的模式也可被視為一個可改變且不斷成長以及教育的模式，由於這個角度來看，以病人為中心的照顧可以說是全方位的，也就是整合了所有的層面，包括心理、情緒、行為、社會、屬靈性的及生理等層面，並視每一個病患為獨一無二的個體。

二、 醫療糾紛

(一) 定義

廣義的醫療糾紛泛指因醫療行為或就醫過程所生之爭議均屬之(林義龍，2008)；狹義的定義在醫療糾紛處理法中有明確規定：所謂醫療糾紛，指在醫療過程中，病人與醫事人員或醫療機構間，因傷害、殘廢或死亡之醫療事故所生之糾紛(姜讚裕，2011)。而兩者最大差別就在於，後者特別強調，醫事人員或醫療機構對病人有著不可逆性的傷害。在本研究中所出現的醫療糾紛，指的是後者，藉由縮小醫療糾紛範圍，來增加研究的專業性。

(二) 醫療糾紛的增加

根據醫審會統計，民國八十五年向醫審會申請醫事鑑定的案例為238件，到了民國九十一年已增加為416件，而到了民國九十八年，根據台北市衛生局的統計，光台北市地區就高達457件，足見台灣的醫療糾紛有日益增加的趨勢。醫療糾紛的增加，可以視為一種社會現象，因此必須用社會學的觀點詳加分析。陳春山(2000)認為，醫療糾紛的增加，與台灣經濟的發展及人民知識的提高有關係，總括來說，可大致分為以下三項：

1. 病患權益意識的提高

隨著人民教育水準提高，法律教育之普及，病患終能站在與醫師平等的法律地位，而對醫師不當之醫療行為，提出保障其權益之請求。具體而言，民眾不再以逆來順受的態度，忍受其權益及利益之侵害。

2. 醫師與病人社會地位的改變

醫師與病人之間的親密程度，已大為減弱，進一步而言，醫師在社會的權威地位，受到嚴重挑戰，醫療糾紛受害者之訴求可引起社會的同情，往往造成醫師負起醫療糾紛責任的壓力。

3. 民眾對於醫療服務之失望

民眾一方面以為科技之發展足以解決其疾病和痛苦，然而事與願違時，即向醫師或醫院請求賠償，另一方面，相較於國外之醫療給付，一般民眾對國內醫療給付之技術和服務態度，均認為與先進國家相距甚遠，因此民眾要求所接受服務之水準，也進而提高。

(三) 醫療糾紛型態

醫療糾紛的原因，從問診到治療後的看護，都有產生醫療過失的狀況，大致可分為以下十三種型態：問診錯誤、檢查錯誤、病症觀察錯誤、判斷錯誤、醫療方法之選擇錯誤、技術或遺留之錯誤、醫療儀器操作錯誤、投藥之副作用及放射線之錯誤、佐理人員及護理人員之過失、說明之過失、轉診之過失、病院管理之過失、急救時之過失(陳春山，2000)。

三、 壓力與因應

(一) 壓力與工作壓力

1956年加拿大學者 Selye 最早加壓力引入社會科學的領域中，而後許多學者對於壓力的定義，各從不同的研究領域提出不同的觀點，如 Sehuler 與 1980 年提出所謂壓力是一種個人經驗的現象，而不是環境的一項特徵，壓力是個人在機會、限制與需求三者中選擇時所產生的結果(何金銘、李安民，2002)，有其他學者也同樣認為，壓力是指個人生活中必須時常因應不斷改變的環境，所呈現出彼此之互動關係；也就是個體的生理及心理在面對環境時，所產生的變化，是一種主觀

的感覺(Folkman & Lazarus, 1984)。

而工作壓力是從壓力定義衍生，是當工作中的任何因素和工作者對自己能力、需要，經認知評價過後，知覺到有威脅性、壓迫感，導致工作者心神困擾、緊張鬱悶等不愉悅的感覺(陸洛、李惠美、謝天渝，2005)。因此，凡與工作壓力有關的因素而引起的壓力，均可稱為工作壓力。

壓力的意義並非在於狀況當中，而在於狀況與此人隨之增加的能力之交互作用之間，壓力的影響端視一個人有都了解此種狀況而定，因此，由於個人可意識到的挑戰之結果，壓力可以歸因於一個人所經歷到的困難。

(二) 醫師工作壓力

國內學者(陳潭，1996)指出，醫師工作壓力可分為客觀和主觀兩個層面。

在客觀層面上，影響醫師工作壓力的因素有：

1. 工作的實體性質：如接觸病患的危險。
2. 工作時間的總數：如每星期的工作時間較長。
3. 工作的轉變：如醫師獎勵金、醫師抽成制度的改變。
4. 工作的負荷：數量上如輪班及門診所需照顧的病人數眾多。

在主觀層面上，影響醫師工作壓力的層面有：

1. 工作量：包括工作多或時間不夠長。
2. 有關人或大量金錢的責任，或因小錯誤造成重大損失：如醫療糾紛。
3. 角色衝突：如醫師角色與利潤目標衝突。
4. 職業發展或晉升的機會等。

而根據醫師柯銘澤(2011)的說法，可分為三個面向，醫師沒有適當保險、超時工作及被視為罪犯起訴。不論醫師或病人都希望從醫療錯誤中得到真相，醫療體系也因此得以改進醫療品質，而受害者都能得到補償，但是台灣現行的訴訟體制卻是責難醫師，把沒有傷人動機的醫師當罪犯，而動用國家檢察和司法體系的冗長訴訟過程是資源誤置、浪費，使得台灣醫師的犯罪率成了世界第一(燕珍宜，2011)。

事實上，國內有關醫師工作壓力的相關文獻，其實並不多，大部

分文獻多是以醫護人員為討論對象，少有針對醫師，這也正是本研究較具特色的地方，特別針對醫師進行研究，以強調研究獨特性、必要性。

(三) 壓力因應

在社會中，人們有不同之處理問題的技巧與能力；對於情緒性防衛處理的控制，並非每一個人都有相等的程度，每個人對於在某種狀況當中的動機與相關性，也不盡相同(Cockerham C.)。

壓力因應行為的分類眾多，以洪玉娟(2005)對因應方式與型態為敘述，並綜合國內外學者學說加以說明：

1. 以因應的方式分類

Lazarus & Flokman(1984)最先提出因應壓力的策略為問題焦點和情緒焦點的因應策略：

- (1) 問題焦點：主要為改變人與環境間麻煩的問題。
- (2) 情緒焦點：當事者面對壓力為矯正情緒的不適，希望減輕不愉快的感受。

2. 以因應的型態分類

因應策略依型態可分為正向(主動)與負向(被動)因應策略(胡瑞桃，2000)：

- (1) 正向(主動)的因應策略：指個體遇到壓力時採用積極且主動策略處理不具適應性的行為。
- (2) 負向(被動)的因應策略：指個體遭遇到壓力時壓抑其想法或情感，選擇合理或或逃避行為。

具有壓力的狀況是否真的會導致心理上的改變，端視一個人對於壓力刺激物，以及個人所定義的刺激物之認知而定。例如，一個人的反應可能不會與刺激所代表的危險之真實性相符合，更具體一點就是，一個人可能反應過度或者反應不足。因此，一個人對於社會狀況的主觀定義是產生心理上回應的開端這種說法，也許是正確的，狀況本身無法永遠被是先認定可以產生心理上的改變。

Walter Cannon(1932)相信，真正的健康測量方法，並不是沒有生病而已，而是人類有機體能夠在所處環境當中有效運作的能力。因此，身為有機體的人們，便準備好對抗內在以及外來的威脅，不論這些威脅是真的或只是象徵性的。Cannon 更建立「打或逃跑」的觀念，說明人體如何處理來自於社會狀況的壓力，當一個人經歷恐懼或焦慮的時候，身體會遭遇心理上的改變，以便為了充滿精力的努力和可能受傷的結果作準備。

參、 研究方法及步驟

本研究採質性研究方法，質性研究主張社會世界是由不斷變動的社會現象所組成，這些現象往往會因為不同時空、文化與社會背景而有不同的意義，主張透過與被研究者的密切互動過程，對所研究的社會現象或行為進行全面的、深入式的理解。其次，質性研究資料具有在地紮根性，能夠以豐富性與整體性資料展現複雜性議題，具有相當的彈性，且更能著重人們的生命經驗（張芬芬譯，2006），以瞭解受訪者的內在想法，進而融入醫師醫療糾紛的經驗世界中，深入體會他們的感受，從醫師的立場與觀點，詮釋這些經驗與現象的意義。本研究將透過資料分析的過程，觀察及理解醫療糾紛對醫師的壓力，以及醫師如何處理因醫療糾紛產生的壓力，再透過開放性譯碼過程對訪談資料進行歸納、整理，並發展理論及概念的建構。

由於研究對象為醫師，採用質性研究中的深入訪談法，研究者將會進入研究對象的經驗中進行理解，採取半結構式訪談大綱作為資料收集的工具。研究以錄音的方式收集訪談內容，訪談結束後研究者將錄音檔謄寫為逐字稿。透過錄音的方式收集資料，並將錄音檔謄寫的逐字稿進行資料分析。研究者將運用編碼登錄的技巧，將資料進行概念化的分析，更運用紮根理論，把一般性觀念逐步發展出具體的概念或主題。

在訪談過程中，為了更加了解研究對象並與其建立關係，因此研究者在進行正式訪談之前，對於所欲進行的訪談對象進行事先拜訪，並讓研究對象先瞭解本研究所欲探討之研究問題，再建立一定的信任關係之後經由受訪者同意，始才進行約一小時的訪談。此外，在訪談過程中，有一位受訪對象因身分及職責因素，有臨時狀況需緊急處理，因此接受了第二次的訪談，使得研究者能蒐集到更加完整且豐富的資料。總共訪談了五位具有合格醫師，皆從事醫療服務至少超過五年以上。另有一位地區醫院負責協助醫糾處理的行政主管，該主管具備法律與社會工作專業。期能從不同角度提供相對見解。受訪者背景如下表所示：

	性別	服務狀態	服務單位類型	職稱
N1	男	正在執業	醫院	總醫師
N2	男	正在執業	醫院	主治醫師
N3	男	正在執業	診所	診所負責人
N4	女	正在執業	醫院	主治醫師
N5	男	轉任教職 一級主管	學校 學校附設醫院	教授 醫院執行長
N6	男	行政主管	醫院	主任

肆、 研究結果與分析

本研究訪談六位受訪者，研究者就由觀察與訪談資料分析醫糾發生後所造成的壓力，並藉由訪談結果將所引發的壓力做歸納與整理，以便了解醫師因應醫療糾紛的方式。醫療糾紛的不同，會帶給醫師有不同的壓力，進而醫師亦有不同的因應方式，以上三個因素是環環相扣、息息相關的。故本研究先對醫療糾紛發生的原因做簡單分類，再依照醫療糾紛所產生出的壓力做不同的歸屬，最後依照不同的壓力因應方式作分析。

一、造成醫療糾紛之原因

根據研究對象所提供的資料(N6)，醫療糾紛可以先分為真性醫糾以及假性醫糾。

「我認為醫糾來講吼，世上我們在處理醫糾有分兩個。我們說真性醫糾跟假性醫糾。那真性醫糾就是真的是醫師過失所產生的，這個比例其實很低！大概一千件不到一件。另外我們還說一個假醫糾，假醫糾就是說你醫療的期待不一致。」(N6)

誠如研究對象所述，當今社會所發生的醫療糾紛絕大多都是都是假性醫糾，屬於真性醫療糾紛(醫師過失所致)的案例極為少數，大多發生原因主要是應注意而未注意，而假性醫糾所發生的原因很多，大致可以歸類為醫注意而未注意、期待落差、無法預期之狀況與醫療環境改變等四個部分。

(一)應注意而未注意

這就是真性醫糾發生的原因，因醫療團隊的疏忽或是未注意，導致病患權益受到損害。

「可是只要有一個地方就是我們不能很多事情就是理所當然說，ㄟ~這個是你的責任，這個是你的責任，其實這種事情你在做移植，大部分很多的外科醫師來講，嚴格上來講，好像應該不是你的問題，**這個應該是前置作業都要都要做好的**，可是醫師本來就是…主治醫師…醫療本來就是責任制，到最後都是主治醫師的責任，醫療這環境本來就是這樣，所以…你說碰到這種事情，老實講只能說運氣很不好，也是倒楣，你說醫師甚麼事情都要醫師自己再去 check，ㄟ~這個有沒有檢查，有沒有甚麼，這些老實講很難啦！這個只能算說，

嘖！還是人為，畢竟就是人嗎，不是神！很多沒有辦法說很說事情就是百分之百，就是這個樣子！」(N2)

(二)期待落差

期待落差的原因可能包含沒有有效溝通導致資訊的不對等，或是病患對醫療行為的認知有所偏誤，以致結果並非病患所能接受的狀況，而形成糾紛。

「……或是說他的病情過於嚴重，但是以現有的技術來講，沒有辦法完全治癒，但是對於病患來講，他們...他們的期待值是非長高的，這就是造成...糾紛最重要的原因。」(N3)

「就比如說你可以住涵碧樓的一個晚上兩萬塊，他服務很好，但是你也可以住...台中火車站，一個晚上五百塊，也是可以睡！啊我的問題是，我們可能是花五百塊希望有涵碧樓的服務品質！所以我會覺得...我會覺得目前的很多醫療糾紛很多是期待上面的落差！但是畢竟醫療這個產業很特別，他是資訊不對稱，所以你也不曉得甚麼是你該要求的品質，甚麼事你不該要求的！阿所以都不知道，就是我最高標準去要求，就會有比較這樣的落差，阿所以我們處理到了，反正"你拿到好處我就是美送"，阿你說真的是..."說比較難聽"，你真的是醫生過失所產生的行為，你不用等到醫生找你！他連夜一定就去處理掉！」(N6)

「其實是，每個人有每個人的期望，不是講說醫師的話，就是一個王牌天神一樣，所以家屬有家屬他們的期望，既然這樣，一般人的話也想要中大樂透一樣啊！我不能講說這是一個不好的想法，每個人都有它預期想要得到的東西，有他們的夢想，所以說換過來講的話，我們應該換過來講，以專業的角度，我們應該能做到甚麼樣的地方，我們也不要自我膨脹太多，能夠做到甚麼樣的地步就是這個地步，當然如果不接受治療會怎麼樣，這也是可以跟病人好好溝通的。」(N1)

(三)無法預期之狀況

無法預期的狀況包含了醫療行為中併發症的產生，以致病患失血過多，或是產生醫些後遺症而形成糾紛。

「我剛剛提到就是病患或是家屬對於治療結果的期望值跟醫師是有落差，或者是說在，醫學上面一些無法辨免得這種...**這種無法預期的這些狀況會產生，比如說傷口會感染，或是說他的這個...這個治療的結果...或是說現在對於用藥物或是...用手術方式只能達到一個極限值，但是病人或是家屬往往不能理解這者種狀態。**」(N3)

「……其實都會碰到，只是大小而已，甚至有外科的那個 general 都會寫說，**你哪個醫師沒有出過併發症，所謂沒有出過 complication，外科開刀，除非說你不開刀，完全不動刀，你就不可能會有 complication，你有開刀的話，沒有醫師敢說，我從來沒有出過 complication，不可能啦！或多或少，只是你這個 complication 是因為你哪裡疏忽造成，或是說你技術上的問題，或是怎樣或多或少都會有，不可能是完全沒有 complication，其實都會有！甚至有些病人，開刀前有些病人都會問你說，你有沒有開過這種刀？有些病人就會這樣問，開多開少，成功率阿？有沒有出過差錯？你還是都要老實講，我們是人又不是神，誰不會出錯？都會有阿！甚至很多醫學本來就是沒有絕對的東西，醫學絕對沒有甚麼絕對的東西，沒有絕對說一定會好或是一定不會好，對阿，所以很多東西就是沒有絕對。**」(N2)

「通常我在面對...**醫療應該一開始都是併發症啦！因為併發症...你就誠實...面對！面對他，然後解決這個問題！比如說，喔~開刀，傷口裂開，感染裂開，本來就一定會感染阿！因為開刀通通不會感染？怎麼可能？開刀，或是說做治療沒有併發症，都可以百分之百成功的話，怎麼會有很多教科書會寫，就都不用寫啊！教科書為什麼要教你處理併發症？就是一定會有併發症麻！丟某？我常常講說.....電子公司，台積電、聯電，他做 IC 代工...良率有多少？百分之 99.999，那還有一萬分之一的機會啊，會出狀況阿！以這麼標準流程，這些都是你在掌控之內的东西，為什麼做出來的還有一萬分之一的不良品？....那何況是人？丟某？科學化的東西都已經不可能完全做到好，人當然更不可能阿！」(N3)**

(四)醫療環境改變

醫療環境改變可能是制度上的問題、病人無理取鬧與醫療場域中整個大環境的問題，有些是病人意識的提高，有些是醫療行為取得便利等等原因，使得病人看病行為增加，醫療糾紛發生機率當然也隨之提高。

「我像我個人是覺得，因為台灣本身看病太方便，第一是太方便，然後老實講又是不太需要花太多錢，全世界比起來台灣看病就是最方便，你說晚上也可以看門診，哪個國家晚上還有醫生要看門診？然後，花的錢就是幾百塊掛號費，幾百塊部分負擔，百分之十部分負擔，全世界沒有，就是因為你太方便了，所以你…變成說你病人看病太方便可能…量會變多，量變多變成每個醫師看病人的時間就減少，減少就造成你溝通的時間減少，再來醫師老實講醫師的在台灣現在的報酬率來講，以我們這個工作的量，報酬率老實講是偏低，變成說我們要以量制價，因為我們這也是有業績壓力，要有產值，才有辦法生存，所以你跟每個病人，即使是看門診、在病房查房，你時間就…因為你外科就是要一直開刀一直開刀，似乎會有一些不必要的手術也罷，反正只要有問題就開，反正病人…有些可能想說你病人也不用花太多錢，阿病人也有健保，他也不用花太多錢，有的開一開我還可以領醫療險，所以變成說，變成說一個市場，不是說真的是一個需求，比較偏向商業行為，不是說醫療行為，**所以說量太多，醫糾的機率就是偏高啦！**」(N2)

「所以咧，你醫生本身還沒有認知，以為說我還可以向以前一樣這樣，那就產生很多問題出來了！假如說咧，**你醫師咧，能夠說認為他是一個消費者，顧客為尊麻！消費者至上麻，對不對！**所以咧，你醫師應該是說，我姿態要放低的，吼~因為它是一個消費者我要尊重他！我們常常說的，以顧客為尊麻~對不對。所以醫師到現在都還沒有這個認知，吼~沒有這個認知之下就產生說，會有一個 conflict，會有一個衝突出來，假如醫師有這個認知的話吼~他會把病人不看為是病人，他會把我們兩個看為夥伴關係，partnership！非常重要！**醫師到現在都還沒有這個認知！**我常常告訴醫師，你們不要以為說你們醫師有甚麼了不起、高高在上，你也許技能比人家好，但是知識不一定懂得比人家多，知識他可能懂得比你多，因為他這個方面蒐集知識吼~所以醫師到係在都還沒有這個認知，這是個糟糕的事情！這是一個說，醫師和病人的，本身醫療的服務的模式已經改變，但是醫師還沒有辦法認知，阿~所以醫療糾紛必定會發生，對不對？」(N5)

「你怎麼會會開刀的的中間的話，讓病人留那麼多的血，家屬不滿意，不滿意的情況的話，你可以有很多的的條件，來去來去看怎麼協調這個事情，但是的話，當家屬的話，用一個很鉅額的東西，去要求這個事的話，你會想說，你今天怪怪我的部份的話是怪說，整個

過程的話沒有非常的，你所謂的完美，但是的話，還是還是說你的目標的話是，你這樣的一個過程，沒有讓她非常的健康，不過的話，一個鉅額下去的話，難道病人就會變得比較健康嗎？」(N1)

「在以往的話，我們醫療模式，醫生是高高在上，那那時候的醫療模式，我們所謂的 pay and provide being smart. pay and provide being smart 醫生是個 provide 的功能，病人是個 pay，他付了錢，我提供服務，那以後銀貨兩訖，各不相干，對不對？那這個東西很嚴重的耶！那為什麼醫療模式，因為醫師的不管在醫學知識方面、在技能方面，都比病人來的好，阿所以病人咧，病人就乖乖聽醫師的話，所以醫師有這個權威性，醫師講甚麼，病人就是是是。我們那時候就這樣，所以那時候病人對醫師是非長的尊重，因為你有絕對的權威嘛！不能不聽你的阿！所以我們那時候醫療糾紛真的是非常少，你即是發生事情，病人也不曉得你發生甚麼事情，病人只好...也不會去告你也不會對不對！但是呢？隨著時代的進步，你知識方面擬各方面咧，病人越來越拿夠拿到很多醫療知識方面的，你上網隨便查一查，你甚麼便都知道啦！對不對？在這樣的情況之下的話，他會提出很多 question，甚至很多醫生咧，沒有辦法去解決，沒有辦法答覆的，那...那...這個醫師本身沒有這個認知，這個時代已經變了，所以你的經營模式的話不能像你以前，我高高在上我講甚麼就是甚麼了，所以整個醫療的 model 已經完全改變。」(N5)

二、醫療糾紛所形成之壓力

醫師會因為不同的醫療糾紛，而有不同的壓力感受，小型的糾紛可能不構成壓力或是還可接受的壓力，而糾紛內容大的話，可能相對就會有更大的壓力。而且醫師本身的抗壓力或適應能力也會直接和間接影響到醫師的壓力感受。研究者大致將醫師因醫療糾紛所產生的壓力分類如下，包含不理性要求、刑罰責難、醫療行為的不可逆、社會層面、自己給自己與病人家屬態度等六個部分。

(一)不理性要求

病人的不理性要求種類很多，有包含精神心理層面，也有身體生理層面。有的病人會威脅醫師、找黑道恐嚇醫師、要求鉅額賠償甚至是經他人或是朋友慫恿而無理取鬧等等。

「有時候你這醫糾，本來你覺得說你沒有做錯，你該注意的都有去

注意了，有時候是家屬在那邊無理取鬧，或是回去以後本來沒事，可是經過一些朋友啊怎麼樣的去跟他講一些事情以後，**有沒有可能因為這樣，多少去吵一下，搞不好可以跟他要一些錢**，有時候是這種方式的話，像這種的話，那種壓力就跟本身如果自己覺得說，**你有些該注意卻沒有注意到的壓力**，這當然是完全不一樣的，還是有分啦！」(N2)

「那...對於醫療糾紛一旦發生，這時候醫生所承受最大的壓力，就是在病人...(空白兩秒)...**嘖...比較無理的一種...恩...一種它的...他的要求，要求要賠償，賠償對醫生來講是壓力最大的**，賠償包括說你的...精神上的賠償，在金錢上面的賠償，最麻煩就是刑事上面的責任。」(N3)

「當然不管是誰出有沒有，**他的鉅額是遠遠超過我們的所得的**，所以這個是為什麼為什麼會有會有壓力的部分，因為阿我把這個錢拿出來以後的話，也許我的小朋友的教育基金就要被犧牲掉了！所以換過來講，你講這是不是一個壓力呢？也許是因為這個這個樣子造成的。」(N1)

「第一個，醫療發生，當然說你被告者是醫師，是醫護人員，不只是醫師唷！醫護相關的人員的會被告唷！所以這個壓力的話，不僅是醫師，連那個 service、那些醫護人員、那檢驗的，有時候都會被告，一大旁人呢！所以捏，一個說你可以從精神心理層面來提，你光告的話，那個醫師吼，**有的吼那個病人家屬，有時候不是家屬本身，有時候他的親朋友好煽動吼、找黑道、每天打電話**，吼~那個精神與心理壓力，那...疲勞轟炸耶！你知道嗎？每天打電話去那邊...吼~所以這精神層面是一個。那...有時候捏，在身體方面，她有時候會叫黑道來殺你甚麼的，都會來~所以身體也會受壓力，不是只有精神層面而已！還有捏？有時候是賠償問題啊！賠償問題啊吼！如果說這個醫院假如說，是你診所可能就糟糕了阿！你就自己要賠，如果是醫院他不出面處理的話，吼~現在一告起來，就是要賠上千萬的你知道嗎？都上千萬的賠捏！」(N5)

「講白的，那...因為 X 光片讀錯，他讀錯片子！阿所以，病人放回去了第二天又進來了，進來之後拖了半個多月才走，那其實後面這個問題很難說是他的責任，**阿~家屬後來擺明了，就是要錢**，他也是賠阿！一百多萬他也賠阿！一位...86 歲你說，進入官司的部分可能...可能不會超過 50 萬，可是因為他為了省事，他自己又開業，

因為家屬就威脅他說，你不賠就讓你的...診所曝光！然後告訴人家說...輿論...用輿論的壓力，因誤家屬之一是媒體記者！他最後還是賠阿！其實很多都是來自於外在壓力，大環境的壓力，而且現在台灣其實是仇醫政策，包括法官，包括健保局，都是仇醫，對阿！」(N4)

「恩...當然碰到一些比較不好的病人，有...看過啦，就是有時候就是會給你恐嚇啦！或是怎麼樣，就是現在我說醫病關係很不好，然後不信任或是怎麼樣，可能病人出院以後或是怎麼樣，就是會回來跟你一直吵，或是甚麼的！也是這種也是一種壓力，甚至影響你看診上班的心情。」(N2)

「而且吼，會比照，會有...比照...會有這種，比照的效應產生啦！就是類似的案件他怎麼罰，而且會一直加碼！會有這種效應發生，那就很恐怖啊！你說四千多萬，你說...一個醫生你要...多少年的不吃不喝才能夠...賠償！或是說，你可以用...因為其實賠償的金額...多少吼~對一個家庭來講吼...他們並不是非常的...就不是最重要的一件事情啦！最重要的是怎麼樣讓他們情緒能夠...穩定下來，還有一個...律師...律師很重要...律師在...在受害者這方而言，他們往往都是獅子大開口的阿...！」(N3)

「我也...我也遇過那個家屬無理取鬧的阿！黑阿！到最後我跟他說我要寄存證信函，他如果再一次騷擾我，我要寄存證信函，那都是因為我們的社工員...搞不清楚狀況阿！對阿，後來這件事情，這句話講完之後就再也沒有下落了！對阿，夾怨報復阿，就是要錢啊！」(N4)

(二) 刑罰責難

在跟研究對象進行訪談時發現，研究對象對醫療糾紛採取刑事訟送的方式相當不以為然。研究對象們認為，用刑罰責難醫師的話，除非醫師有很明顯地對病人有傷害動機，否則非常不適合。醫師是個救人的職業，不能因為醫療行為所產生的傷害，而把醫師當成殺人兇手。

「再來的話，是被定罪、被吊銷執照有沒有，阿這個東西當然就一樣啊！就等於說你這個人這長時間的培養就沒有用了，所以這個應該才是造成壓力的地方吧！」(N1)

「還有一個就是用刑事的責任來.....來來來懲處嗎！是不是？...這個...這個對於醫師來講...是個...是個很不能承受的..這種.....我今天是幫你做這件事情，是帶著不健全的...這個...這個狀況近來，那我們按照現有的技術，現有的這個...醫療的規則下去治療，但產生沒有辦法達到完全...預期的效果的時候，**你變成用..用刑事來懲罰這個治療的醫生**。這樣子是，醫生最大的壓力應該是...乃至於這樣的一個...結果啦！」(N3)

「阿~訴諸法律最好能夠說，~也是能夠在法律途徑下和解，不要說告到要判刑啦~甚麼的、吊銷執照、甚麼她重大疏失咧、對不對？最好是能夠在...~變成個民事，不要變成刑事阿！阿這個就看，你再告的時候，其實老實講咧，你還是要繼續還那個病人、病人家屬溝通，溝通的話咧，刑事就會變成民事，阿~民事就賠錢了事就好！對不對，就不要去...~，**你一判刑的有時候要吊銷執照耶！吊銷你執照耶！**所以這個東西你是說，~你要怎麼尋求去處理這些壓力？」(N5)

「就是，當然你法律面針對這個 case，但是醫生他會不會認為說，我做這一個行業，我賺那麼一點錢，我要不要面臨這樣一個高風險，所以他就會選擇我去減少我的收入，去降低我的風險，所以我可能就...我就不再醫院，我就當診所醫生，那有問題往急診送，他們就會處理這樣子！所以很多，你可以去發掘說，為什麼有四大皆空？是因為...那個...**那個後面官司壓力很大**，所以不是沒有醫生，是醫生"不屑"做！所以他就可能跑去診所，跑去哪邊。」(N6)

「換過來講的話，其他甚麼要出庭阿，**那個要定期...其實出庭這東西也是壓力的來源吧！**因為有事沒有就又在提到這個事情，有事沒事就又在提到這個事情。」(N1)

(三) 醫療行為的不可逆

醫療行為的不可逆性，使得病患無法回到完全復原狀態，進而對醫師造成壓力。

「醫療行為很多，大多數情況是無法復原的...比如說一個手術做下去，這個東西拿掉了...拿掉了他是不會復原的唷，好，或是說...這個手術下去，產生最簡單的術後感染，這種最常見的併發症，術後

感染如果...需要後續的在手術去清瘡或是說...做...做任何的補救治療的話，一個疤痕下去是永遠存在的啦！這就是我講得不會復原的情況，不要說今天我們去.....買個東西，有個契約，我東西壞了，我頂多就是換個新的給你啊！但是，生命的東西是沒有辦法替代的...所以這樣就是造成...在...在醫療上面他會要求...求償這麼高的原因阿！因為這種沒辦法復原，比如說你今天造成這個病人...它是一個植物人的狀態，他可能一輩子，他就是植物人，他這時候...幫他治療的醫生，或是家屬，都要承受這個事實...阿內壢災亞麼？所以，這種狀況對於醫生來講，這...主要是這個...沒有辦法復原這個特性，會造成一個....相當大的一個...一個...一個壓力存在...比如說，ㄟ~今天我把你東西弄壞了，修理東西修理不好，我頂多買個新的還你啊！但醫療行為不是這樣啊！所以才會這麼大的一個一個壓力存在醫生身上。」(N3)

(四)社會層面

社會對醫師的汙名化，加上媒體的渲染，社會大眾普遍認為醫師的醫療行為有所過失，諸如此類壓力來自四面八方，對醫師而言是相當受傷的。

「很麻煩啦！吼~所以壓力之大吼，所以有些醫師發生這種事情，吼~被...被逼得，有得吼，就想醫師不幹，就...醫師不幹了！就是很...。那剛剛在講說有些社會層面也是呀！因為社會層面媒體也一直都是，同情...病患、病患家屬啦！都是...一面倒，現在媒體幾乎都是這樣，所以這就是**社會層面給醫師的壓力**，除了說病患家屬就是說社會層面給醫師的壓力，因為媒體出來都是好像醫師是不對的麻~就這個壓力。所以說為什麼現在醫師，大家大刀甚麼的都不敢開阿！大家繼續做那個輕輕鬆鬆的，就是一個壓力太大，**壓力是來自於四面八方！**」(N5)

(五)自己給自己

醫療糾紛產生的不確定性，會讓醫師恐慌。一旦醫療糾紛發生，是醫師最不樂見的情況，不僅可能會手足無措，產生焦慮，有些醫師也會因此自我檢討，來反省自己，進而自己給自己壓力。

「同樣道理，醫生在面臨醫糾，我是覺得說，他面臨醫糾來講，是所有的人，他面臨一件事情的不確定性。只是醫生最怕甚麼？醫糾！

阿~所以他對這個的不確定性非常高，所以他的...他的那個壓力就會相對的大，因為它不可控，因為這攤可能要賠很多錢，但是他完全不能做甚麼，"你醫生捏"，但是對不起這個不是他的本能，所以就會真的，**他就會很焦慮**，而且通常來講，醫生碰到法官誰大？法官！那就對啦！所以她更焦慮！」(N6)

「可是說壓力的話，都會有壓力，因為本來我就說個性，像我的個性可能會比較，我會很在乎說你哪裡是不是說，發生事情以後我比較屬於自我先檢討，我是不是哪個步驟沒有做好，還是沒有注意到還是怎麼樣，**其實壓力是自己給自己的，像我本人可能也會自己給自己壓力**，然後就會一直在回想是不是我哪裡沒有做好？還是哪裡沒有檢查到？或是怎麼樣，為什麼會變成這樣，哪裡該改進，或是怎麼樣，這個本來就是說，你碰到事情就是要，還是要去檢討，自我檢討，甚至跟同事阿去問，或是怎樣去討論，不要說不好意思說，你碰到甚麼問題，就是自己不要你不好意思講出來，因為很多醫學的東西本來就是要互相切磋，互相去請教，不管比你資深，還是比較 young 都一樣，因為就是說每個人碰到的 case 都不一樣，阿他可能有經歷過，他怎麼處理，等等都是要去問啦！」(N2)

(六)病人家屬態度

當醫師在處理緊急狀況時，是處於一個神經緊繃、高壓力的狀態，這時如果有不相干的人在干預治療，反而會讓醫師感到不適，無法專心於治療。

「包括態度也是，有時候...有時候在緊急處理的時候，醫生阿，態度都會比較強抑啦！因為...家屬會干擾治療嘛！所以有時候我們，有時候可能緊張又急，所以口氣家屬都會覺得不好，可是因為那個...在那種緊急的狀況底下，已經在急救的狀況底下，醫生很難不急啦！因為那個是用秒來算的！**其實常常就是衍生出家屬...就是對醫療的態度，不是對醫療的處置唷，是態度唷！**」(N4)

三、壓力因應方式

在上一個段落中，研究者發現，不同的醫療糾紛內容，便會對醫師產生不同的壓力，而不同的壓力產生，研究對象便會有不同的壓力因應方式。而醫院醫師和診所醫師也有不同的壓力因應方式。通常壓力因應方式不外乎以下列四個方向去著手，分別是個人層面、醫師互助、醫院

相關單位介入以及社會組織與政府。

(一)個人層次

幾乎每個研究對象皆有提到個人層次方面，但是方法不盡然相同。有些研究對象認為，醫師要第一時間去自行處理，把身段放低、態度放軟和病人好好溝通，甚至把敝人當成親人的看待，才能紓解大部分壓力並防止壓力擴大。而自行開業的醫師，毫無疑問地必須自行處理為主，並連結外部資源。亦有研究對象認為這端視個人而有所不同，可能是從事運動、休閒運動、出國等等，但是目的是放空自己、沉澱自己，讓自己可以休息一段時間。而其中有兩位研究對象也提到，當面臨醫療糾紛時，所信仰的宗教可以提供他們心靈上的慰藉。

「因為吼~處理這個壓力吼，第一個你發生的時候捏，你一定要尋求各種管道，能夠用的管道盡量去尋求和解，第一個要和解，那...那就和解，一個說你醫師本身要和病人**好好溝通**，他那有時候發生事情了，病人有時候不溝通，不出來看病人，如果說真的有錯，你就應該和病人道歉，姿勢放低一點，這個，現在醫師很多吼~他有錯不承認有錯，他不承認有錯，這所以...關係建立的非常不好，所以我們那時候，如果我們**把病人當作夥伴關係的話**，一般大事會化成小事，小事會變成無事啊！對不對？那現在醫師還是保持著那種高高在上，部和人家溝通，這是一個最大的問題，所以你一旦發生的時候捏，你一定要想盡辦法溝通，甚至透過時麼去和...醫師去和病人取得諒解，這最重要的，這點要做。」(N5)

「就是看說如果你是說你是個人開業的，沒有醫院在 back up 你，沒有大型醫院在 back up 你，你當然要**自行去解決**啦！沒有問題自行下去解決的！」(N5)

「對~對！第一個，你醫師錯不錯你自己心裡有數！**該道歉要道歉**，不要堅持，你心裡有數麻~對不對？而且，就像我在心臟科的時候呢？發生事情，他第一個告訴我說，我在 XX(醫院名稱，為保護受訪者資料，不予說明)待了 20 幾年的心臟科主任阿！也發生過很多事情，都是我親自出去下去"搓搓就沒事情了(台語)"，姿態放低一點，那...那你咧？你去的時候要一臉很哀傷的樣子，你不要一臉若無其事，你的表情人家看的出來你真的是有心沒有心，真的是你做錯事甚麼的，即使是你沒錯你也要表現得很哀戚的樣子，內疚的樣

子，對不對？**就是這個態度很重要！**」(N5)

「阿你壓力就是說，會不會有壓力，每個人可能**每個醫師的個性也是有絕大關係啦！**你說會不會有壓力？一定會有，可是那些醫生會比較，就是看個性，就是說你這個壓力有沒有辦法承受到甚麼程度，還是說你有些醫師可能發生過後，可能幾天幾個禮拜就沒事了！有的可能就會拖更長，這就是個性的問題，喔在來就是看你這個事情發生的過程，還是說或者是因為在你，覺得說你，自己哪裡可能，大部分有些時候還是可能還是有些去疏忽掉，或是你沒有去注意到的事情，造成一些…遺憾或是怎麼樣的，當然你那個心情壓力會比較大，比較不一樣！」(N2)

「這也是**看個人**，有的就是說你有的就是會，喜歡去運動的就去運動，喜歡戶外活動的就去戶外活動，都是這樣子阿！可能就是，大部分就是這樣子啦，可能就是休息一段時間啦！」(N2)

「我覺得**宗教因素**可以放進去，有宗教信仰和宗教信仰有差！在一開始處理壓力的部分，會有差！因為你面臨到不可預測的事情，阿她那個情緒的起伏那一塊！就是一開始的時候你可能會先 Down，或是會先去...我是覺得可能...」(N6)

「**宗教信仰**阿！宗教他會帶給我和平且安定的感覺(大笑)」(N4)

「那醫生自己...其實...我不知道說其他人怎麼樣，那種...那種沉痛的壓力...只能夠說等事情結束以後啦！等事情結束以後，**讓自己放空阿！**那因為....哀...醫生不是只有一個病人阿！我今天開刀，100個有1個出問題，另外99個我還是要繼續做啊！我不可能說為了這個，我其他都把它，把它cancel掉阿！那壓力的因應的話嘍，只能說...照著標準作業流程，只能這樣子做啊！有一個....不能夠....發生的問題就是說，你把情緒轉移呀！...今天你.....病人在那邊跟你大吵大鬧、出手打人怎麼，但是，你到下一個病人的時候，你還是要你拿回來你原來的樣子，你...你的氣不能夠....情緒不能夠帶過來....那這是需要**很高的修養**阿！」(N3)

「我自己的方法的話，可能會先**沉澱**一下，所謂沉澱一下的部分包括說，也許可以出國一下，然後就是放個假，因為的話，遇到那麼大的事情，假設真的是那麼大，可能出國，阿然後出國的話，看看出國的部分也有很多不同的 purpose，我們有一些…恩…跟醫療相

關的事情，我們有一些 work shop 有一些 seminar，也可以去看看不同的技術以外的，因為你接觸到你一定會接觸到一些不同國家的專家，不同國家的專家，有時候也可以啟發你一些想法的東西，他們的態度，然後你會覺得，你會覺得全世界的话不只是我在做事情，還有其他人在做事情，我不能因為這樣的一個事情停下來，因為不只有全世界不只有我一個醫師，其他地方也其實都是醫師，所以我們大家的话一起來打拚，把醫療把它做好。」(N1)

(二) 醫師互助

醫師互助可以分成兩種模式，分別針對處理醫療糾紛的事件和賠償問題。第一就是向上級主管尋求協助，比如說科長、院長等等，他們以他們的資源，來替研究對象減輕、舒緩壓力。另一個模式是比較針對鉅額賠償的部分，透過醫師間彼此的互相幫忙，讓須賠償醫師能夠較快湊齊賠償金額。

「這鉅額的賠償金，要怎麼樣去處理？一般來說的话，最起碼我目前…看看過看過我們醫院自己的同仁的话，有部分的话是醫院的人會會出馬，阿~再來的话，會有分攤，另外一部份是我們自己醫師要出，要出錢的部分。」(N1)

「就是團體的力量，還有的话就是**你的上級**，那個很重要，因為的话，恩…自己的话不斷的去面對面對這樣的事情的话，其實應該是很不恰當的，就跟我們在醫學教育一樣，今天的话，我對我的學生，我可以有很多的指導，甚至的话，有做不好的地方的话，可以用比較嚴厲的部分，來去對待她，不過當我遇到同輩，我們有甚麼摩擦的時候，自己去處理的话，永遠不是好事，甚至的话，對於我的我的我們的學生來講的话，有很有很嚴重的過失，要去處理他，甚至有時候連我的腳色都不恰當，應該由**更高層的人**來去處理這些事情。」(N1)

「那你一定說，一定要向上報，像...以前我在，因為 XX(醫院名稱，為保護受訪者資料，不予說明)醫院是每個科是一個單位麻~對不對，一個中心麻~第一個科長馬上下去，沒有辦法了！然後再請院方，院方裡面她都有一種，比如法律顧問啦，甚麼顧問那些來！然後在他，和她去談，所以第一線，當事人一定，**那有相關你科的這些主管**，院長甚麼，都是要，去那種...沒有辦法才由醫院裡面，**才由他們幫你解決**、並善後這些事情。」(N5)

「因為醫院那些相關人員，他也不曉得你醫師的確有錯誤沒有錯誤阿！那最大問題說有些醫院吼，像我在 XX(醫院名稱，為保護受訪者資料，不予說明)我就弄了一個叫醫師資格審查委員會，我主動就去查你這個案件，你有沒有發生問題，如果查出有問題，那該賠就賠，那該賠我就在長庚說~\~有時候一賠幾百萬對不對？吼，那個醫生哪有那麼多錢去...去...那個，是醫院陪一半，阿我們自己科裡陪一半，我們是以科為經營單位嘛，那科裡面咧，**你自己賠一半，而其他醫師幫你賠另一半，這樣互助**，阿~不然的話他...因為因為我們是一個科為中心，他賺的你也有分到嘛~他分得多而已啊！所以發生事情說，你當然其他的醫師也要...負責一點嘛！」(N5)

「在...醫院現在我們有那個...互助金嗎！**互助金制**，就是說，我們每個月扣一點薪水，成立一個互助金，當如果有醫療糾紛產生的時候...有些金錢的部分，就從這麼互助金下去...下去支出，當然醫院也會根據說...醫療糾紛產生的原因、責任比例，然後去...比如說這個...這個...你的比例比較高的話，因為出的就比較少，這樣子，因為你每個月再提撥這樣子的一個...一個小的金額，而且是全醫院的醫生...一起...一起來...提撥的話，當遇到...需要一筆大的支出的時候，對醫生來講，他的負擔會輕很多！」(N3)

「對啦！有一個是有實質的啦！我是...我們是...我們自己十幾個同學，都抽一部分出來給他，對...因為他剛開業...其實，你不這樣幫忙有時候他可能會做傻...很難很難去預估後面的後果，因為他那...文字內容當中就已經很...沮喪了！那沮喪當中會帶出很多...危險詞啦！對啦，我們那時候在短短三天內，**十二個還十三個同學，個湊十萬元給他**，因為他手上根本沒現金，對阿，人在走投無路的情況，會不會做傻事有誰知道？對阿！」(N4)

(三) 醫院相關單位介入

當醫師面臨醫療糾紛時，醫院內部有許多相關單位可以從旁協助醫師來處理，以減輕醫師面對醫療糾紛的壓力。那些單位比如說，法務部、社服室或是公關部門。

「因為醫師只懂得看病，所以他對法律不了解，就好比生病一樣，你也有壓力，為什麼？你對這個疾病的不確定性，醫生不會有壓力，因為他大概對整個進程，會發生甚麼事情，大概甚麼症狀，他都有

個底，所以生病你急他不急，因為他覺得這有甚麼好急得？他會覺得你很無聊。他知道，你不知道，所以你急。同樣的，醫糾也是，醫生會很急，因為她只知道這是一個 trouble，至於要 trou 到甚麼程度，法律上怎麼進行，他不知道。而且這個相關的法律一些..."眉角在哪"，那個就是...重點在哪？他不知道！所以他就會...就是...就會很慌！阿那時候，比如說像我們**醫院的法務立場**，我們就會告訴他說這件事情，就像剛剛你看到的，我就告訴 XX 怎麼切，你這裡要做甚麼事情。所以她後續的法律效果，可能會怎樣！所以你現在要做甚麼樣的防護，他就會比較好一點..."(N6)

「應該說機構有法律資源給他，他們就算很偷笑了！因為，我們這樣講，醫生是個體戶唷，他跟醫院算是半聯盟關係！"利馬頭家，襪馬頭家，為蝦米力出代誌，襪愛替你扛？"你懂我意思嗎？那個跟雇傭關係比較不一樣，因為我們是拿受薪，醫生來講，比如說以 XX(醫院名稱，為保護受訪者資料，不予說明)為例！他們幾乎是 PPF，算...論量計酬，所以，講白了，醫院有很多像開百貨公司，你醫生比如甚麼科，你是來我這邊設櫃，所以你櫃出問題，為什麼我公司要幫你扛？所以我可以幫你扛，但是我成本還是會轉嫁給你，因為是你的事嘛~你懂我意思嗎？所以有醫...醫...醫院要硬幫他 cover，這個算很好了！而且那種我們在行情較不多！」(N6)

「那就他後來沒有再跟我處理ㄟ！那醫院自己處理掉了！因為醫院的**社工部跟法務部**，會處理！XX(醫院名稱，為保護受訪者資料，不予說明)的話她本身是社工部跟法務部會先處理，基本上要醫師出面的話，通常是等到法院...已經正式函到了，要出庭。不然的話他們不會讓醫生站在第一線，絕對不會，XX(醫院名稱，為保護受訪者資料，不予說明)是很保護醫生的。在這點上來講是相當保護醫生的。」(N4)

「其實我覺得醫院對於案件的處理的態度，也會讓醫師的壓力決定醫師的壓力大小與否，對阿！如果說醫院其實基本上，確定醫師沒有疏失的部分，那如果是站在保護醫師的立場，**不讓醫師做第一線的接觸，就會減少那些壓力來源**，不讓醫師直接去面對，會減少壓力的來源，如果說醫院他是，其實像...傾向讓醫師直接跟家屬座溝通的話，那當然壓力就很大啦！我覺得那個醫院本身處理的原則跟態度，會決定醫師決定壓力的大小。」(N4)

「在公關人員，醫院有**公關人員**來處理...他可以...在讓醫生繼續安

心工作的情況之下...把這個...這個醫療糾紛這件事情，暫時跟醫生分離，他去安撫這些...這些病患的情緒，然後去....讓....他去解釋，或是說說明這些醫療糾紛產生的原因啦！或是說醫院有甚麼一個會續的動作。這樣對醫生來講，減輕了很多...很多這些壓力，所以在醫院的話，這樣的一個...事情發生的時候，醫生來講是壓力會比較小啦！」(N3)

「就是醫院的公關，或是我們更更高層的人來去處理掉了！也許這也是怎麼處理醫療糾紛的壓力最大的方法，因為的話，一個事情發生的話，這個機構，你的上級，其實在某個層面上來講的話，他可以過濾掉很多的壓力，意思是講說，像現在...你你應該提到很多的點阿，如果病人跟你要求甚麼東西，你要怎麼去面對它阿之類的一大堆的事，那換過來講的話，如果今天要求了甚麼事情，可以去面對的是一個單位，比如說醫院，或是整個科部，相對來講的話，這個壓力可能就變得比較小一些。」(N1)

「每一個醫院的做法本來就這樣，因為你醫院本身他也是會做這些事情，就是盡量減少醫師本來要去面對這些醫糾的可能，可以不用自己去面對，還是前置作業...就是怕影響醫師在工作的，就是對其他病人的處置啦還是甚麼會受到影響，是把他盡量降到最低，這當然是很重要，這個還是很有幫助，現在還是有影響。」(N2)

(四)社會組織、政府

在研究者進行深入訪談時，有些受訪對象表示現今的政策方向感覺像是仇醫政策，所以希望透過衛生署來改善整個大環境。當然由醫師所組成的社會組織，如醫師公會、內科醫學會、外科醫學會等，皆有提供些相關措施，協助醫師處理糾紛。訪談中，也有一位受訪對象表示，現今社會也有醫責險的部分，提供醫師在面對高風險案例時，有一個未雨綢繆的保障。

「不過畢竟的系統跟其他國家比起來的話，我們似乎的話還有很多地方的話可以再加強，那換過來的話，這些的東西也不是一個醫師可以去改變的，他包括了甚至...恩...政治的的立場裡面，譬如說，整個整個器官捐贈系統的話，衛生署是不是可以怎樣很好的流程，那這個流程當然我們須要專家來去制定，但是的話，當你搬搬當你搬出這樣的制度出來的時候，這個是以衛生署的角度來去發的。」(N1)

「甚至說**醫師公會**的話，應該也可以有很多的的反彈，我們認可甚麼我們認可甚麼事情，我們不認可甚麼事情。」(N1)

「其實有啦！那個**醫師公會**裡面都有一個...那個...類似那種醫療糾紛的處理小組有沒有，其實醫療單位裡面都有，只是問題那個他所說需要的費用，就是你平常繳了...比如說保費那種，都不少阿！所以基本上我們也沒有繳，然後現在也有**醫責險**啦！醫療責任險，可是那個費用都很高阿！有的同學是有保阿！有的同學是夫妻兩個都在開業，同一家診所的，他們有的都有保醫責，像我本身的話是，我們公司有幫我保，我...因為我現在在的是外商公司嘛！牠們有在保醫責險，聽說保的還不少，所以我現在是有受到醫責險的保護啦！黑阿！其實我們的團保野保得很好~~我也不知道！他團保還包括住院的給付耶！我聽我的其他同事講的，因為有人申請過啊！所以我們這家公司...保險方面是保的還不錯...對阿！」(N4)

「所以內外婦兒急診麻醉是衛生署所要解決政策！就是你每年一定要有多少配額進去阿！除此以外它其他科沒有配額的！而且他有限定唷，比如說眼科，耳鼻喉科，每年走的人只能多少而已，其他以外比如說每年只能...~...其他小科，像皮膚科眼科耳鼻喉科，全部名額只有幾十個到一兩百個！其他的因為...因為一年大概招收一千兩百個到一千四百個醫師名額嘛，那百分之六七成寄售固定在這科，強迫你走，你配不進去的話，他說用抽籤的，寄售你一定要走就對了！除非你離開這個行業...你就是一定要塞這六個科別就對了！就固定的名額數，他已經固定下來，好像明年或後年他會正式上路！」(N4)

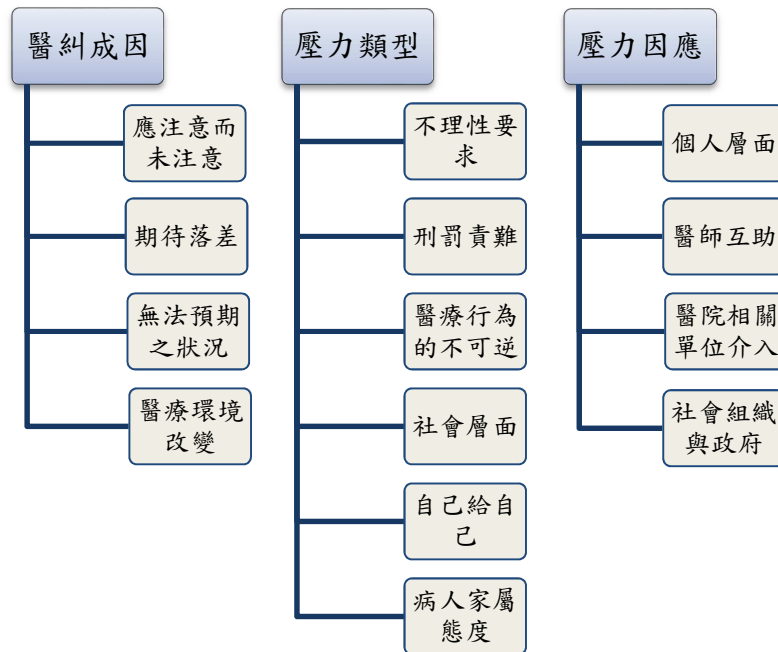
「有喔！只是看醫生要不要用？因為我跟你講說，醫...醫...醫師他的養成，因為他在很多疾病他必須要，很強的自行判斷，對不對？比如說他在這個疾病診斷上來講，應該是甚麼病？他...他在養成過程中來講，他對問題的處置，他的主觀性是非常強的！所以對他來講，發生醫糾跟他在看病事實上是差不多的事情！所以他在主觀上，他就...他就會覺得他應該怎麼做！所以他的資源...掌握，不是沒有這些資源，有！他們可能會去找同樣醫生，比如說，喔~**內科醫學會阿，外科醫學會阿**，或是甚麼，他們從那些醫學會裡面去找！但是還是...可是這塊事實上是相對有用，因為我們現在法律程序，我法官也不懂醫療，那我就送醫審會麻~那**醫審會**是誰？就是醫學會的人麻~那醫學會的人，那大概就...大概就...都認識阿！對阿！所以，

像這個資源。事實上，如果他們去找醫學會是比較務實的做法！阿他們醫學會每年都會聚啊！就比如說我們出...出內科醫糾，我們一定把這東西丟給醫審會阿！醫審會誰去審？法官嗎？不可能啊！到外面叫相關科系的！相關科系的人，台灣就這麼大！當然你說，這樣子不客觀嗎？也不見得，也不見得！那當然會比較...下手會比較注意一點！」(N6)

伍、 結論、建議與限制

一、 結論

研究者在研究進行中發現，不同的醫療糾紛成因，就會有不同的壓力感受，進而會尋求不同的壓力因應。研究者將自行繪製圖表如下：



(研究者自行整理)

大部分的研究對象表示，他們遇到糾紛時，皆會盡可能靠自己或是自己能掌握的資源來處理糾紛。他們會盡自己的能力去嘗試解決，自己去尋求資源幫助。因為他們知道哪些資源對他們而言是有用的，那些資源是比較無法提供協助的。而當他們可以運用到適當的資源時，便可有效的減少醫療糾紛所帶來的壓力。在分析資料時發現，所有的研究對象皆會先採取個人層次的因應方式，將身段放低和病人進行溝通，有必要時，也會通報上級主管，請求協助，通常這樣，病人便會願意和醫師進行溝通與私下和解，並且願意配合醫師進行後續處理。這種情形也來自於醫師的自我期許有關，誠如研究對象之一所提到的：「當你是醫生的時候！他們...他們會期待自己甚麼都要會！所以說，要不要找甚麼資源？基本上他也不容易...也不容易低下身去找資源。所以我先問你好了，醫學院的有沒有人去念律師？有阿，一堆阿！我這樣問你好了，你是不是念醫學院的？(我：不是！)那你碰到官司的時候，你會不會自己去念法律，"這官司我自己來打"，我們不相信那些律師？不會！但是他會阿！這就是他的問題啊！你懂嗎？」(N6)。

在處理的過程中也出現不同階段的差異，如果第一階段的溝通無效或和解失敗時，病人家屬下一步便是進入司法程序。一旦進入司法程序，根據研究對象的說法，「事情就會變得比較複雜，因為平常每天固定病人的看診，就已經讓醫師身心俱疲了，還必須花費更多的時間走法院，有時還必須承受社會的輿論壓力，這是相當痛苦與折磨。」(N3)所以醫師在面臨道這樣的情形時，如果無法承受這樣的壓力，就會產生轉行、離開醫療界甚至是輕生、不如歸去的念頭。類似事件：2011年八月在高雄市岡山區，一位孕婦生產時不幸去世，死因是肝壞死，因家屬大動作的包圍診所，讓背負刑事罪名 30 歲年輕醫師注毒自殺。(燕珍宜，2011)

因此，研究對象表示，遇到這樣的情形，除了一樣繼續請示上級單位外，還會連結醫院的社服室或是法務部來協助處理，能讓這個糾紛和醫師暫時的切割，一方面讓醫師能專心工作、平常心面對其他病人，另一方面讓醫院專業人員來處理，避免糾紛繼續擴大。當醫院相關單位出面處理時，仍然希望尋求法庭外和解的可能，避免醫師受到刑事上的處分，因為一大受到刑事懲處，判處刑期的還可以接受，但是極有可能被法院吊銷執照，那這對醫師來講，是極為嚴重的打擊，這代表他所接受的醫事訓練，全部都白費了！醫院也會協助醫師處理後續事宜，包含告知醫學會的成員。因為法官不了解醫師的處置究竟是否適當，便會要求醫審會協助審查，而醫審會成員大多來自醫學會的成員，因此希望能夠在某些方面提供幫忙，以減輕醫師壓力。

根據研究對象的說法，病患的騷擾、無理取鬧或是不理性行為，其背後目的就是為了錢。也因此，不管醫療糾紛的發生是不是會進入司法程序，通常醫師都會願意花錢消災，只是賠償的金額大小問題。如果金額是醫師還能接受或處理的範圍，通常會自行吸收，如果有保險之醫師，便會申請保險，但是如果賠償金額是醫師無法負擔的，他必會向所屬單位與上級求助，大部分的科別都有所謂的互助金，透過其他醫師的互相幫忙加上醫院有時候也會視情況的內容，來負擔部分金額，讓醫師的壓力能夠減輕。

研究過程中也發現，診所醫師和醫院醫師在面對醫療糾紛的方向是有所不同的。診所醫師通常是醫師本人擔任該診所負責人，因此不像醫院一樣，有其他單位可以提供他協助，相對而言，診所醫師面對的壓力會比醫院醫師還來的大，但是診所醫師要碰上醫療糾紛的可能性並不高。誠如受訪者表示：「診所醫師壓力還是會比較大，可是風險還是相對

低很多啊！風險低的意思是，比如說你在診所會碰到醫糾的機率很低，因為你病人只要稍微一下子麼樣，你就往醫院送，你就不需要自己去承擔那麼多風險，你只要…診所醫師很少說，笨到看不出這病人，可能會有甚麼風險！大部分你說有生命危險，你只要稍微不對勁，你就會往醫院送了阿！所以相對她們這種，風險會比較低！會碰到醫糾的機率就不高。」(N2) 診所醫師雖然面臨醫療糾紛的壓力較大，但是他們卻比較不會遇到醫療糾紛，因為只要發現病患情況稍微不對勁，便會把病患做簡單處置之後，後送到醫院來做處理。「我不能見死不救，但是我可以維持現狀，或是說至少把你穩定住，讓你在這個過程中不會出狀況，所以…我們在診所的話，當然不能說這是個好處啦！就是說我們…可以有一些選擇，當然大醫院，他是沒有這些選擇的，他必須來者不拒！」(N3) 診所醫師在面臨醫療糾紛時，可運用的資源就無法像醫院醫師那樣的多，通常只能尋求法律顧問，或是向所屬之醫師公會、醫學會來尋求協助，不管是法律協助或是金錢協助都是如此。

綜上所述，研究顯示不同的醫療糾紛會對醫師造成不同的壓力感受，而且會隨著醫療糾紛的大小與醫師本身個性而有所改變，如病人家屬不滿意醫療結果，尋求司法途徑解決或是醫師溝通態度差，讓病人感到不甚愉快，此二者所形成的糾紛就有所不同。而壓力因應方式主要以醫師個人為主，如自行私下解決、其他醫師共同會診、上級主觀協助出面等等，進而去連結其他可運用資源為輔，如所屬科別、醫院互助金、醫院社服部、法務部或公關部門、醫院本身、醫師公會、各科醫學會、法律顧問等等，以達到減輕醫師壓力的目的。

二、研究限制、後續研究之建議

(一)研究限制

1. 本研究因受訪對象時間及空間的限制，受訪中偶爾會有中斷，可能會影響受訪者原本所欲提供的資料。
2. 本研究因研究對象之設計較為嚴謹，再加上研究議題較無敏感，使得符合資格的研究對象少，但是願意接受訪談的研究對象更少。
3. 研究者訪問受訪者時，受訪者之生活經驗的限制與研究者本身訪談技巧上的限制。
4. 由於研究時間緊迫，研究者認為質性研究受訪人數及時間的增加，有助於提升研究的有效性。

5. 本研究議題對研究者而言仍屬於探索階段，研究者對研究現象的了解仍相當缺少，加上研究者質性資料分析能力不足，恐會影響研究結果。

(二)後續研究之建議

1. 可拉長訪談時間和受訪對象，做更深入的探討。如使用焦點團體法以達到更多方資料的蒐集，以更能凸顯研究重要性。
2. 多了解醫院處理醫療糾紛的方式，可作為進一步研究之基礎。如了解醫院公關如何處理醫療糾紛、不同科別醫師是否有不同的因應方式、不同宗教信仰的影響與壓力會不會不一樣等等。
3. 類似研究能以量化方式進行。因本研究是屬於探索性研究，較無法類推到所有醫師，建議以量化方式做一個普遍性的研究。

陸、 參考文獻

中文部分：

- 中華民國立法院網站，<http://www.ly.gov.tw/innerIndex.action>
- 何金銘、李安民，2002，組織政治知覺與工作滿足及工作壓力之關係，人力資源管理學報，第2卷第4期，81-106。
- 林義龍，2008，談醫療仲裁制度，台中醫林，57期。
- 林明泉，2001，台灣地區外科手術醫療糾紛之研究--以醫病關係為例，台灣碩、博士論文。
- 胡瑞桃，2000，加護單位護理人員對其工作壓力來源之反應及調適，長庚護理，11(2)，20-30。
- 洪玉娟，2005，探討加護病人護理人員的工作壓力、壓力反應與因應策略之研究，台灣碩、博士論文。
- 洪冬桂，1986，我國大學生適應問題、因應行為、求助偏好及其相關因素之研究，台灣碩、博士論文。
- 柯銘澤，2011，社論-病醫關係十字路口，台灣新生報，11月10日。
- 姜讚裕，2011，醫療過失認定與鑑定之研究，台灣碩、博士論文。
- 徐乃義，2007，調查：逾八成醫師壓力過大，大紀元時報，12月21日。
- 張芬芬(譯)，2006，質性資料分析，台北：雙葉。(Miles, M. B., & Huberman, M., 1994)
- 陸洛、李惠美、謝天渝，2005，牙醫師職業壓力與身心健康及職業倦怠之關係：以高雄市牙醫師為例，應用心理研究，27，59-80。
- 陳春山，2000，醫師、病人、醫療糾紛(第二版)，台北：書泉。
- 陳潭，1996，醫師人員之工作壓力與離職傾向之相關研究，東海學報，第37卷，1-17。
- 黃玉苹、雷若莉，2007，質性研究設計，載於李玉秀等(編著)，護理研究概要(頁313-352)，台北：華杏。
- 燕珍宜，2011，醫療糾紛不斷台灣醫生「犯罪率」世界第一，今周刊，776。
- 戴正德，2011，當醫學倫理變成醫療法則，蘋果日報，10月6日。

英文部分：

- Allen B. Barbour，2002，Caring for Patients—a Critique of The Medical Model. (潘咸廷、陳建州、陳三能譯，台北：藝軒，1-115)
- Caplan, R. D.，1975，Cincinnati，NIOSH Research Report，Job demands and worker health.
- Cockerham, William C.，2000，Medical Sociology (8th Edition)，Prentice Hall.
- Eisenberg L.，1977，The search for care.，Daedalus 106(Winter):235-246.

- Folkman, S, & Lazarus, R. S. , 1984 , New York , Springer , Stress, appraisal, and coping.
- Swindle, R. W. , 1983 , New York , Pergramon , Social networks, perceived social support and coping with stress.
- Wanger GS, Cebe B, Rozear MP. E. A. Stead, Jr , 1978 , What this patient needs is a doctor , Durham:Carolina Academic Press.
- Walter Cannon , 1932 , The Wisdom of the Body ,
<http://www.gentle-stress-relief.com/walter-cannon.html>

柒、 附錄
「告知同意書」

您好：

本人為中山醫學大學醫學社會暨社會工作學系醫學社會組大四學生。由於自己的生命經驗、教育學習與接觸醫療糾紛的個案中，發現醫療糾紛對醫師具有相當程度的影響，正在進行一份有關醫師面對醫療糾紛與其壓力因應的國科會研究，期盼研究結果能使醫療機構與學術界對於醫師面臨醫療糾紛的壓力有更多地了解，並協助當今社會了解目前的醫療體制中如何提供更好的醫療品質。

目前正在執業的您，可能有相關的經驗與感受，因此想邀請您參與這份研究，您僅需花一小時左右的時間接受我的訪問，討論您對醫療糾紛的壓力與因應，及減少醫療糾紛的建議和改善方向。對於研究相關資料，研究者將會妥善保存，小心維護您的隱私，並於研究結果中不會顯示您的名字，僅做整體性探討分析。於訪談後，研究者將會再向您做摘要式確認與補充，以避免誤解您所要表達之意涵。

若您願意提供您寶貴經驗參與本研究，懇請您在同意書上簽名。

感謝您的參與！ 敬祝

平安快樂

中山醫學大學 醫學社會暨社會工作學系醫學社會組

研究學生 楊儒晟(0938-763456)

指導教授 劉邦立 博士(04-24730022 轉 12143)

訪談同意書

(受訪者存留)

研究計畫名稱：醫師面對醫療糾紛的壓力因應

研究者：楊儒晟

經過說明後，我以了解前述內容，並同意接受訪談。我同意研究者錄音、將資料繕打為逐字稿、研究分析、以及學術論文發表。

受訪者簽名：_____ 日期：2012年____月____日

我已向受訪者說明前述研究目的、方法、權益，並回答受訪者有關本研究計畫之疑問。我承諾維護受訪者隱私，妥善保存訪談者相關資料，並尊重受訪者之自主性，謹守研究倫理。

研究者簽名：_____ 日期：2012年____月____日

訪談同意書

(研究者存留)

研究計畫名稱：醫師面對醫療糾紛的壓力因應

研究者：楊儒晟

經過說明後，我以了解前述內容，並同意接受訪談。我同意研究者錄音、將資料繕打為逐字稿、研究分析、以及學術論文發表。

受訪者簽名：_____ 日期：2012年____月____日

我已向受訪者說明前述研究目的、方法、權益，並回答受訪者有關本研究計畫之疑問。我承諾維護受訪者隱私，妥善保存訪談者相關資料，並尊重受訪者之自主性，謹守研究倫理。

研究者簽名：_____ 日期：2012年____月____日