

科技部補助專題研究計畫成果報告 期末報告

通往權力之路的性別差異：從菜鳥醫師成為醫學領導者
(V08) (第2年)

計畫類別：個別型計畫
計畫編號：MOST 105-2629-H-038-001-MY2
執行期間：106年08月01日至107年07月31日
執行單位：臺北醫學大學醫學人文研究所

計畫主持人：高美英
共同主持人：施麗雯
計畫參與人員：碩士級-專任助理：張家源

中華民國 107 年 11 月 12 日

中文摘要：雖然現階段台灣女醫師的人數仍遠遠少於男性，但是從另一個角度來看，隨著更多比例的女性進入醫學院，再從醫學院畢業，因此我們可以預見未來將會有愈來愈多女性醫師投入臨床執業的行列中，那麼，我們不禁要問那麼在整個醫師職業生涯的發展與升遷上，是否存在著性別上的差異？如果是的話，那橫阻在女性醫師發展與升遷的障礙又為何？女性在現今醫療體系中，能夠擔任領導者之數量又有多少，很可惜的現有本土的文獻中，並沒有太多有關這方面的資料。

本研究之主要目的在探究醫師專業升遷與權力取得途徑之性別差異性，並試圖找出女性醫師通往權力之路的障礙。本計畫採用轉換混合設計，透過結合質化的深入訪談和量化的問卷調查，以及次級資料的網路搜尋，來收集相關的資料，並加以整理分析，以深入的瞭解台灣醫師職涯升遷的性別落差，和探索醫師在成為領導者之路上的阻力與助力，以及相關之影響因素。研究結果發現台灣醫學中心的主管職位，在數量上確實存在著性別差異。而要能成為醫學中心的主管，有以下幾個重要的關鍵因素，其基本的門檻包括年資、專業能力、擔任教職與否、進修研究的參與等。另一項則是被機構賦予特殊之任務，以及人脈絡之影響亦不能忽視。此外，家庭因素亦是另一個重要的影響因素，很明顯地女性主管所背負的家庭與工作的雙重責任，是較男性的醫師主管們更為沈重的。

中文關鍵詞：醫師領導、性別差異、專業成長

英文摘要：The number of female physicians in Taiwan now is still far less than male. However, as a greater proportion of female students entering medical school and more young female physicians working at clinical practice, there is a question that the gender differences on physicians' development of career and status promotion still exist is raised. If the answer is positive, the next question would be what are the barriers of female physicians. How many female physicians can achieve the leaders in medical system. There is rare related literature found in Taiwan. The main purpose of this proposed study is to investigate the gender difference on physicians' pathway to the leaders and try to identify the career obstacles for women in medicine. The study will employ conversion mixed designs by conducting the secondary data of world wide web, indepth interview of qualitative research and questionnaire survey of quantitative research to collect and analyze data. The results of the study found that there are indeed gender differences in the number of director positions in the Taiwan Medical Center. To be a director of medical center, there are several important key factors. The basic thresholds include seniority, professional ability, academic faculty, and participation in advanced research. The other factors are the special tasks assigned by the organization and the influence of the human network which

cannot be ignored. In addition, the family is another important factor. It is obvious that the dual responsibility of the female physician leaders for family and work is more serious than that of male physician leaders.

英文關鍵詞：physician leader, gender difference, professional development

通往權力之路的性別差異：從菜鳥醫師成為醫學領導者

前言

二十多年來台灣教育普及與高等教育的發展，正在逐漸改變著這個社會，特別是女性，依主計總處歷年的統計資料，民國74年15歲以上女性具大專程度者僅占8.6%，遠低於男性的14.0%，94年升至28.5%，逼近男性32.0%，至101年首度超越，於去年更升至45.0%，遙遙領先男性的39.3%（行政院主計處，2016）。女性教育程度的提升，使其於現今社會之經濟發展的影響力，以及經濟自主權力意識也日漸增加。近年來，由於各方面因素的配合，女性逐漸有機會進入各種技術與專業領域，也有較多機會可以成為主管或具有專業技術決策權者。但是如果更進一步來看女性的升遷卻遭遇難以克服的困境，雖然女性的提拔和升遷權利從各種法規中也都得到保障，但是實際上與男性相比較，女性的薪資和職業地位起點低和升遷慢，這總讓女性仍然處在相對不利的位置。

特別是在醫療專業領域中，離開學校從實習醫師開始，要從競爭激烈聚集了全國最頂尖的人才集團中脫穎而出，原就是相當不容易的事，更不用說要成為此專業領域的領導者，取得決策的權力與影響力。醫學在傳統上即有著非常深刻的性別主義，不但是在反映僵硬的社會性別刻板現象，更時常成為鞏固性別系統的利器（吳嘉苓，1999）。所以代表著權力、決策與影響力之臨床醫學領導位置的取得，其性別落差的狀況為何呢？兩性在醫學專業中權力高層的結構有著什麼樣的差異？為了落實兩性平權，讓更多的女性醫師能取得和男性一樣的權力，有相同的機會成為醫學上的領導者，需要我們認真的面對這些問題，並提供解答。

醫師人力的性別落差

在數十年內，女性參與在醫師專業的比例也是急遽的增加中，例如美國女性醫學生的比例從1960年的6%，增加到2004年將近半數的49%（Jagsi et al., 2006）。而在歐洲的德國在2008年的統計則有約61%的醫學生為女性，而醫師中女性亦占了約41%。和其他的職業領域相同，在醫療專業中，在較高的位階上女性仍然是少數（Reed & Buddeberg-Fischer, 2001）並且在職業成功上比起男性的醫師其比例是更低的（Buddeberg-Fischer et al., 2008）。

近年來，台灣的女性已在職場上往前邁進一大步。15至64歲的女性勞動參與率，從2001年的51.2%上升到2013年的58%（行政院勞委會，2014），此數值與美國大致相同，且明顯高於日本的49.4%以及韓國的49.2%。台灣女性在高普考的表現也相當傑出，卻很少被拔擢擔任高層。

資優女性未能實現自己的潛能是一項重要的議題，對女性來說，有許多妨礙生涯成就的阻力存在，使她們較少被雇用，較少位居權力或領導地位，使其無法完全發揮自己的潛能。一項縱貫研究顯示女性往往有低期望水準及成就衰退現象；就生涯知覺方面，許多資優女性回顧她們的過去，發現錯失了許多機會，不是放棄了理想、抱負，就是在生活中被迫選擇較低目標的職業（Hollinger & Fleming,

1988; Kirby & Newlon, 1986; Reis, 2000)。女性在生涯發展方面，在企圖兼顧家庭及事業時，所考慮的因素較男性為複雜，因此未能完全發揮其潛能。因為種種阻礙因素的存在，使得一般女性無法充分發揮能力而成為事業上的低成就者。雖然女性主義抬頭，女性在科學領域的議題愈來愈受到關注，但是問題仍然存在。Enman和Lupart(2000)指出，近年來美國女性工程師仍僅占全體工程師的8%，女性數學與電腦科學家占36%，女性化學家占27%。但是仍有一些研究指出還有許多因素在妨礙著女性的發展，尤其是資優女性(Fox, Sadker, & Engle, 1999)。

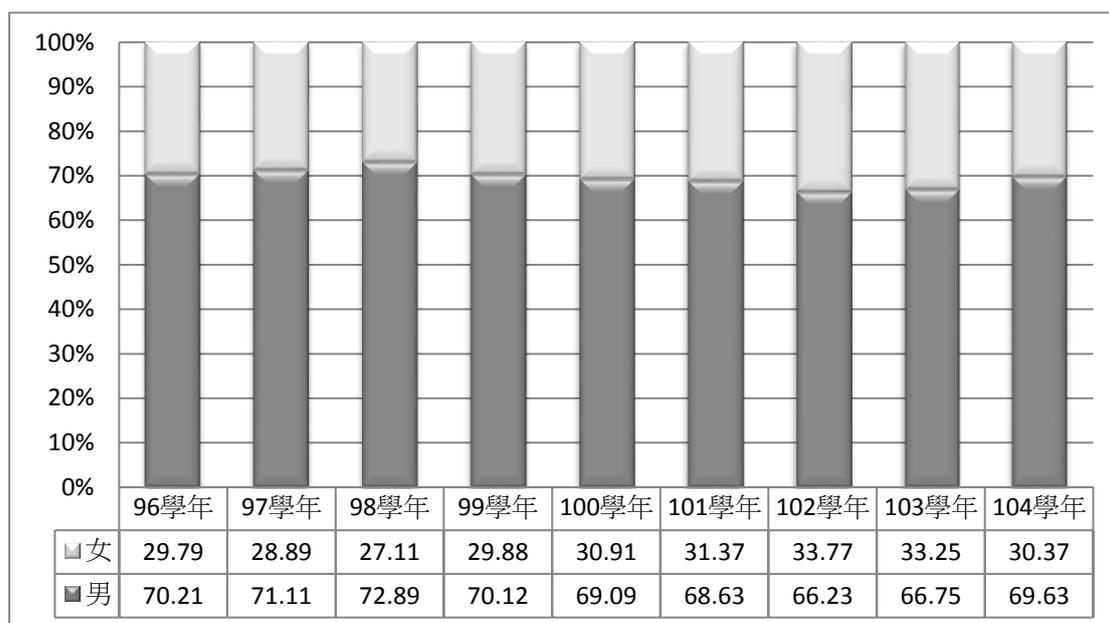
而一向是由國家頂尖人才才能進入的醫學領域呢？如前所示的，在歐美各國，女性醫師甚至是醫學生之比例，已逐漸和男性有相同的水準了，即便如此女性在臨床和學術的醫療領域中，能夠擔任領導者的比例仍舊是偏低的，其代表性仍然不足的，例如Bickel等人(1999)的調查美國的醫學院校發現女性在全職教師中有27%，而終身職教師中僅有15%，而教授職為11%和6%的系所主任。而根據幾項世代的研究，在比較不同性別的醫學院校教師後，發現即使在調整出版的數量、研究經費的支持、終身職相對於其他的職涯發展軌跡、工作時數和專長專科後，女性教師基本上不太容易如男性一般晉升到較高的主管職位(Tesch et al, 1995; Carr et al, 1993; Nonnemaker, 2000)。女性在醫療領域中升遷與領導主管取得的持續弱勢，這在歐美已逐漸引起相關的注意，並提出有關女性在獲得有效的引導、職涯發展的機會和免於性別歧視的工作環境等之質疑(Shambaugh, 2008)。

醫學專業的女性化在二十世紀的後半於西歐各國已大幅的提升(De Koninck, Bergeron, and Bourbonnais, 1997; Riska, 2001; Riska and Novelskaite, 2008; Kilminster et al, 2007; Elston, 2009)，在2012年時，有最高比例之醫學專業女性化是在芬蘭(56.9%)，其次是葡萄牙(52.1%)和西班牙(50.3%)，醫學專業領域中的性別均衡幾已達成，或是會在不久的將來達成，而在法國(42.1%)、德國(43.7%)和英國(45.7%)，女醫師之比例也在逐漸接近男性當中(OECD, 2012)。

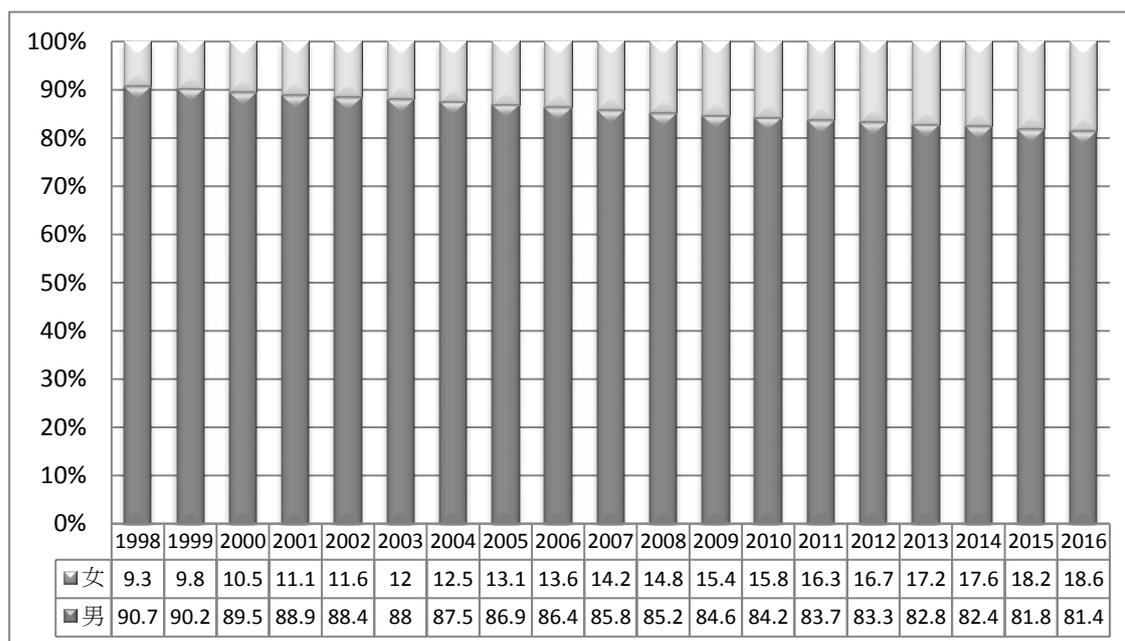
鄰近的日本在一項的調查中，估計女醫師人數為55,897人，占全部醫生的18.9% (Nomura & Gohchi, 2012)。這比當年台灣的女醫師所占之比例略高一些，台灣的狀況是如何呢？根據陳韋君等人(2010)分析1998年到2007年的資料發現，1998年女性大一生約為當年全部醫學系大一學生的四分之一強(27.1%)，到了2007年，大一女生所占之比率則成長至三分之一(33.3%)，雖然10年間稍有增減，但長期而言，是呈現逐漸上升的趨勢。而在畢業人數部分，總體畢業人數逐年隨著新生人數的增加，而也是持續上升之勢，而從畢業生之性別比來看，1998年女性畢業人數占當年總畢業生略超過五分之一(21.3%)，而在2007年增為總體的四分之一(26%)。而根據中華民國醫師公會全國聯合會的統計資料，統整於圖一中，可發現到了102學年度畢業之女性醫學生比率更是首度達到三分之一(約33.77%)的新高，但是此後的兩年卻又呈現不增反減之趨勢，這是相當值得探討的現象。

而在新增加之醫師人數部份，1998年女性新增醫師占整體的18.7%，而到了2007年度則為27.3% (陳韋君等人, 2010)。依據中華民國醫師公會的資料，雖然如上圖所示在103和104學年度全台醫學系畢業女生之比例略降，但這並沒有影

響到當年現有執業醫師的性別比例，明顯可見的是從1998年只有9.3%，到2000年女性比例突破一成之後，其後逐年緩慢上升，到了2016年底達到約18.6%（請見圖二），可預期到2017年底，應該會有超過二成的女性執業醫師，但是這趨勢比起西方國家，仍然有很大的差距。根據前述醫學系近年畢業生之性別比，可預期的這個比例將會在未來的幾年中逐漸升高，但是相信個升高的趨勢將會是緩慢的。但預期將會出現的另一個問題是，在如此低性別比例的醫師專業職場中，能夠成為臨床主管之女性醫師又會有多少呢？



圖一、台灣地區歷年醫學系畢業生性別比(依據中華民國全國醫師公會2012~2016年度統計資料重製)



圖二、台灣醫師公會全國聯合會歷年會員性別比(依據中華民國全國醫師公會

2012~2016年度統計資料重製)

成為領導者的性別不平等

當醫學系班級的組成有一半以上是女性時，在醫學院中居於領導位階者的大多數是由男性把持著，包括85%的醫學院院長和75%的住院醫師訓練方案的執行長(Ringdahl et al., 2014)。有許多理論在解釋此一領導位階的性別落差，包括時間軸和管道議題、女性角色模範和導師的缺乏、和女性的家庭義務優先順序。

僅有極少數女性在領導的位階被稱為玻璃天花板效應，此一現象首先在1980年代被提出來，由於一些不可察覺的障礙，婦女無法晉升到更高的職業位階。雖然有同樣數目的男性和女性選擇醫師為職業已超過十年了，但是在資深的職位上，女性仍然明顯地少於男性，這使得高階主管多屬於單一性別(Nonnemaker, 2000)。

不論在世界任何地點、任何專業，女性都很難達到頂峰，因此醫療當然無法免疫，不論是公立或私立機構、從最高的政府決策到一般家庭，女性持續被否決和男性具有同等機會(Sandberg, 2010)。Kvaerner 等人所進行的一項有關女性醫學領導者的研究發現，醫學職業結構本身在適應醫學的變化上，是進展緩慢的。他們認為這些都是因為女性在向上流動時遭遇玻璃天花板效應所致(Kvaerner et al., 1999)。

在醫學院中，女性在資深教師和領導職位中，人數是嚴重不足的，女性在高職位位階中的人數比例較低，而且在晉升上並沒有和男性有相同的比例。在1999年時，美國大約有27%的全職教師是女性（兒科占41%是最高的，而骨科的10%是最低的），但是只有15%的終生職、11%的教授和6%的系主任是女性(Bickel, 1999)。一項比較男性和女性醫學院教師的世代研究發現，即使在調整了出版論文數、研究計畫金額、終身職相對於其他職位、工作時數和專長學科後，女性升等至高職位者仍舊明顯地比男性來的少(Tesch & Nattinger, 1997; Tesch et al., 1995; Carr et al., 1993; Nonnemaker, 2000)。在醫學院中，女性擔任領導職位者一直嚴重不足，這是全國關注的議題(Bickel, 2002; Benz, et al., 1998)，並提出了有關女性獲得有效指導者、職業發展機會以及免於性別偏見的工作環境等問題。有鑑於醫學院校的領導需求，以及女性在專業上未能實現的潛力，必須解釋為什麼在大量女性開始進入醫學院25年之後，只有很少數的女性走向領導者的道路。

Nonnemaker (2000)最近的一項研究，包括從1979年到1993年畢業的所有美國醫學院學生，發現女性比男性更有可能進入學術領域（儘管這個趨勢在20世紀90年代後期發生了變化），隨著醫學院的女性畢業生人數增加，女性在各不同層級學術醫療中的絕對人數也增加，但是，女性明顯地比男性更難進一步地晉升到更高的層級。在以前的一些研究中已經顯示了，學術醫學中女性領導者是明顯缺乏(Bickel et al., 1996)。AAMC (1999)的資料顯示，在所有女性醫學教師中，有10.5%是教授，而全部男性醫學教師中則有30.7%（女性教師的19.3%，和男性教師的24.3%是副教授）。看起來似乎沒有改善：經過了15年，在每個學術專業層級

中，男女比例仍然保持不變(Whiting & Bickel, 1992)。Nonnemaker (2000)還表示，教授中女性的分佈的比例已經保持20年沒有變動了。

即使在考慮到工作時程、專科特性和生產力的差異，女性在學術醫學方面的不平等晉升已被重覆驗證了(Tesch et al., 1995; Bickel, 1988; Carr et al., 1993)。Tesch等人(1995)也提及，與其男性同事相比，學術醫學方面的女性並沒有太多可使用的資源(辦公室或實驗室空間、經費的支持和分配給研究的時間)。缺乏女性領導者的現象，不僅僅只在醫學教師，儘管在過去幾十年，挪威的醫學界女性的比例愈來愈高，女性醫師在醫療階層體系中處於較高位階者(Kvaerner et al., 1999)，以及最具聲望的專科中(Gjerberg, 2001, 2002)仍是人數偏低的，這與大多數西方國家的模式是相同的(Lorber, 1993; Riska & Wegar, 1993)。挪威的一項研究發現(Kvaerner et al., 1999)，除了少數例外，婦女不太可能被定義為“醫療領導者”(即醫師在醫院、公共衛生、學術醫療或私人的健康照護方面擁有領導的位階)，即使政府有平權政策(例如正向的性別歧視，改善的社會福利等)，女性在醫療領導的職位中的代表仍然是不足的，然而，在專科中如果有較高比例的女性，則她們更有可能掌握領導位階(Kvaerner et al., 1999)。

從以前發表的文獻，包括在日本進行的一項研究報導(Midori et al., 2000)，醫學領域中仍然存在著性別落差：男性比女性更可能獲得副教授或以上的職位(Kvaerner et al., 1999; Nonnemaker, 2000; Midori et al., 2000)、獲得更高的薪水(Ness et al., 2000)、有更多論文出版並獲得更多的研究經費(Carr et al., 1993)。一項針對美國醫學院教師成員所進行的全國性研究報告指出(Tesch et al., 1995)，在學術醫學中，女性在獲得晉升上比男性少很多，即使在控制了工作時程、專科和學術生產力之後，這種性別差異仍然存在，這說明了對女性醫師而言，玻璃天花板是存在著。此外，兩項研究(Carr et al., 2000; Carr et al., 2003)的結果建議，醫學上的性別落差可能會對工作動機產生不利的心理影響，Carr等人(2003)認為，職業晉升的落差導致自信心降低，難以在醫療中發揮其全部的潛力。在其較早的研究中，Carr等人(2000)對美國醫學院的3332名全職教師進行了調查，發現在學術環境和職業發展中遭遇性別偏見的女性，會比其他無此遭遇的女性有較低的職業滿意度。雖然進入醫療的婦女人數正在增加是世界各國的趨勢，但性別落差對女性醫生工作模式的影響在很大程度上是未被研究的。

自2000年以來，在澳大利亞儘管健康照護機構實行平等機會政策，並在醫學院實現了性別平衡，但女性向上流動到醫療領導角色，卻仍然受到“玻璃天花板”的限制(Kvaerner et al., 1999; Miller & Clark, 2008)。在正式的高階醫療領導職位中，女性仍然明顯地不足(Nath et al., 2014)，即使婦女成功地擔任領導角色，她們的參與也會偏向非臨床的公共衛生(例如政府衛生部門)，而不是臨床單位的領導者(如健康服務部門)(Kvaerner et al., 1999)。

在亞洲的日本政府(Nomura, Yano, & Fukui, 2010)所進行的一項調查顯示，年輕女性住院醫師對臨床能力的自信比男性來的低。西方國家也報告，儘管女性醫生的表現水準與男性相當，但相較於男醫生，女性醫生較對自己在學術能力

(Bakken, Sheridan & Carnes, 2003)和臨床能力(Minter et al., 2005)上的信心較為不足。對這種男性和女性醫師之間信心差異已經有學者加以研究了，文獻建議女性更容易受到壓力(Hojat et al., 1999; Toews et al., 1997)、早已存在的個人因素(Richman & Flaherty, 1990)、以及包括性騷擾在內的性別歧視(Witte et al., 2006)的影響。

醫師權力取得之性別落差：

雖然女性接受教育的機會與男性愈來愈接近，特別是在工業化程度較高的國家，在勞動參與率方面，也是快速增加當中(Chao & Rones, 2007)。但是在事業成功上確仍然存在著相當的性別差異 (Eagly & Carli, 2007)，用於指稱事業成功的兩個被廣泛使用的指標是升遷和薪資(Seibert, Crant, & Kraimer, 1999)。因此我們需要檢視當前擁有權力的這些領導者之性別落差，認知到此落差，才有可能對於女性醫師如何經驗到現有的醫學文化有更好的理解，以及她們的經驗與男性醫師不同的程度。

根據美國醫學院協會(Association of American Medical Colleges, AAMC)的調查，醫學院中的女性專職教授僅有43人，相較之下卻有192位的男性，結果是女性專職教授僅僅占了所有教師的4%；而在臨床醫學部門中，女性主管之比例則為12%。同樣在歐洲的芬蘭，雖然有最高比例的女性醫師，但是從相關的資料來看，大部份的女醫師仍是被排除於醫學研究的決策之外(Kane-Berman, 1989; Riska et al., 1993)。

由此也可看出女性醫師在職涯的升遷過程中，也存在著「玻璃天花板(glass ceiling)」的現象，而玻璃天花板一詞，是指在公司企業和機關團體中，限制某些群體，例如女性或少數族裔等晉升到高階經理及決策階層的障礙。正如玻璃一樣，這個障礙雖然不是明文規定在那裡，卻是實實在在存在著的。Valian (1999)即認為因為性別的框架和此框架所產生的劣勢之累積，女性在企業和學術上較高職位之數量是不足的，這些非意識和未闡明之框架即為玻璃天花板的一部份。雖然在過去的數十年，女性努力的爭取與男性有相同的地位，然而玻璃天花板依舊是女性醫師的專業生涯中的一部份。

有一些研究即針對女醫師之玻璃天花板現象加以研究，包括Tesch等人(1995)利用AAMC的資料，調查醫學院之教師，結果發現在醫學院中的女性醫師在升遷上比起男性是慢的。而Yedidia和Bickel (2001)從五個專科，包括外科、婦產科、臨床病理科、內科和家醫科中取得34位主管同意進行訪談，結果這些主管都認為女性確實存在著障礙，也認為若在制度的層次上沒有顯著改變，那麼在醫療領域中男性與女性地位上的不平等將一直存在，而女性在學術醫療上的領導力，也將持續無法彰顯。在歐洲方面則有Kværner, Aasland和Botten(1999)在挪威的奧斯陸所進行的研究，結果是女性取得主管位置的比例較男性低，但若醫療專科中有較高比例之女性醫師的話，則有較多的女性領導者。此外，Schueller-Weidekamm和Kautzky-Willer (2012)以奧地利之維也納的健康照護系統中位居主管且至少有

一位子女的女性醫師，共八位進行訪談，針對性別在職涯發展上的優缺點、女性領導者的好壞處、以及她們如何平衡工作生活，結果發現除了玻璃天花板仍然存在之外，兒女撫育的責任依舊是女性的天職，而必需透過外部的輔導、網絡和他人的支持與協助才能取得工作與生活的平衡。Spina和Vicarelli(2015)則針對131位年輕意大利醫師之調查，結果有幾項重要的發現，他們擁有高度的自信，而此將會對其取得領導角色的機會有著正面的影響；其次她們也能夠取得工作與私生活上的平衡，打破一些傳統上對於女性職涯發展之障礙；以及創造良好的關係與社會網絡，而女性醫師的行為顯示出未來會有相當不同的景象，即便如此，研究發現在意大利的醫療界，性別歧視仍舊是持續存在的。

以上的這些描繪引申了兩個主要的議題：第一個關注的是醫療專業的女性化過程；第二個是重視此一趨勢所引發對於專業實踐和當前女性領導位置之效應 (Spina & Vicaerelli, 2015)。在第一個議題上，在有關醫療專業化的研究上，而這是長期以來許多研究試圖重塑在不同的國家中醫療專業的起源和建構，而更詳細地研究在性別上的差異(Burrage and Torstendahl, 1990)。近來，Kilminster等人 (2007)認為更進一步的質性和長期追蹤研究是必要的，需將新一代不同性別之醫師的選擇和行為加以考量。但是，Elias (2000)則認為需考慮性別關係並非固定不變，而是在不同層次之不同過程之互動而維持的，醫療的文化與實作是與健康照護提供的社會脈絡有著交互作用的。而關於第二的議題，首先是由Moss Kanter (1977)引起大眾開始注意組織中的女醫師數目和工作表現之間的緊密關係，而後也已經有許多文獻發表 (Gustafson, 2008; McDonald *et al*, 2004)，當關注於現今女性在醫師專業中之地位，有些研究的焦點是放在垂直隔離和處理打破玻璃天花板的困境上，以及領導的角色上(Riska, 2003; McGoldrick, 1994; Tesch *et al*, 1995; McManus and Sproston, 2000)。性別研究提供了一些建議和工具，可用以解釋在醫療職場上的性別差異(McManus and Sproston, 2000; Riska, 2001; Riska and Wegar, 1993)。

雖然現階段台灣女醫師的人數仍遠遠少於男性，但是從另一個角度來看，隨著更多比例的女性進入醫學院，再從醫學院畢業，如前所說，我們可以預見未來將會有愈來愈多女性投入臨床醫師的執業行列中，那麼，我們不禁要問台灣的醫療體系中，女性在現今醫療體系中，能夠擔任領導者之數量又有多少？女醫師的玻璃天花板現象有多嚴重呢？很可惜的從現有的文獻中，並沒有太多有關這方面的資料。僅有在陳端容(2004)的研究中找到了些許的蛛絲馬跡，在其研究中針對國內區域醫院以上層級之大型醫院進行調查，除了醫院正副院長外，也對醫院中傳統的大科，即內科、外科、婦產科、兒科和骨科五大科的主管收集相關之資料，在進行統計後發現，所有30到70歲醫師中，擔任主管職的醫師以男性為主，女性僅僅只有5.1%。因為該研究並未針對性別加以分析，故而我們不禁要問，其他非傳統大科的情況又如何呢？這反映了多少全部的狀況呢？而背後可能的因素又為何呢？這些都需要進一步的深入探究。

研究重要性：

在現今社會中女性愈來愈和男性有相同的教育程度，甚至連我們國家的領導者都已是女性的今日，要探討和說明為何在醫學專業領域中，能成功的成為臨床部門主管者之女性竟然如此的稀少，雖然進入醫療領域的女性確有逐漸增長的趨勢，然而相較於男性同儕，女性擔任主管者，相對來說還是少數，即使是對不同性別的醫師來說，他們可能都有相同的條件或是平等的機會成為領導者，但是其落差仍然是存在的。因此，就出現了一值得探究的問題了，女性醫師是否和男性醫師有相同的機會呢？不同性別的醫師在取得較高的階層與權力位階之差異為何？

依據前述，需要進行有關醫師專業升遷途徑之性別研究，以及瞭解當前之配置，藉以分析在取得權力的路徑上存在可能障礙的性別差異，因而本研究綜合出以下兩個研究問題，以做為研究之核心：醫師專業中，能成為領導者而獲取權力存在著什麼樣的性別不平等呢？

希望透過相關資料的收集，能夠深入的瞭解台灣醫師職涯發展上成為領導者的性別落差。因此本研究之主要目的為：分析與描繪醫師職場中成為臨床主管之性別落差，以及找出影響不同性別醫師在權力取得上之相關因素。

研究方法與資料來源

為了希望對當前台灣的臨床與學術之醫療領導者有深入而全面的瞭解和分析，本研究搜尋全國二十一家醫學中心與準醫學中心的院長與副院長，和各醫學專科之科部主任的資料，並加以建檔分析。選擇醫學中心與醫學校院各科系所的原因，是因為台灣現有醫院眾多，而在各層級醫院當中，醫學中心應該是其中可支配經費最多，多數還同時具備教學醫院資格，肩負著訓練年輕實習與住院醫師之任務，是影響力最大者，而且醫學中心多數也都和各醫學院合作，甚至是其附屬單位，臨床和學術單位之人員聘任，多是互相流通的，而部份單位對於主管的聘任則會同步一致，更又強化其主管之權力和影響力，故本次研究的對象是以這類機構中，各層級現任主管為主，資料的收集包括第一年的網路資料收集與第二年的質化訪談和問卷調查。根據收集到的資料，進行初步的分析，結果發現許多值得進一步探究之處，也為本研究建立了相當重要的基礎，以下為目前初步的分析結果：

(1) 醫學中心主管之性別落差

我們在第一年收集了2016年~2017年網路上所有醫學中心的各層級主管資料，在所有21家醫學中心（包括2家的準醫學中心），總共有111位的院長和副院長當中具醫師身份者，女性只有3位，男性占了97%，而女性僅有3%。在院長層級全部都是男性醫師擔任，女性醫師能取得的最高層級僅到副院長，且人數遠遠低於男性，而且這幾位女性副院長集中在兩所醫院中，其中一位於2017年退休後，使得最新年度的女性高層主管的比例又再下探。

而在檢視在醫學中心的臨床部門主管之性別比例時，發現雖然如前面的圖2

所示，女性醫師已占有執業醫師的18.6%，但是在當前台灣醫學中心的女性主管之比例，除了馬偕醫院的21.4%和高雄長庚醫院的18.4%之外，其餘皆低於18%（請見圖4），而其中數家醫院的臨床單位女性醫師主管，其比例更是低於10%。比例最低的是三軍總醫院，完全沒有女性的臨床部門主管，這可能與其屬於軍醫院的醫院特性有關，當我們詢問其醫師性別比時，在122位主治醫師中，女性僅有7位，故其主管之數為0是可以理解的。

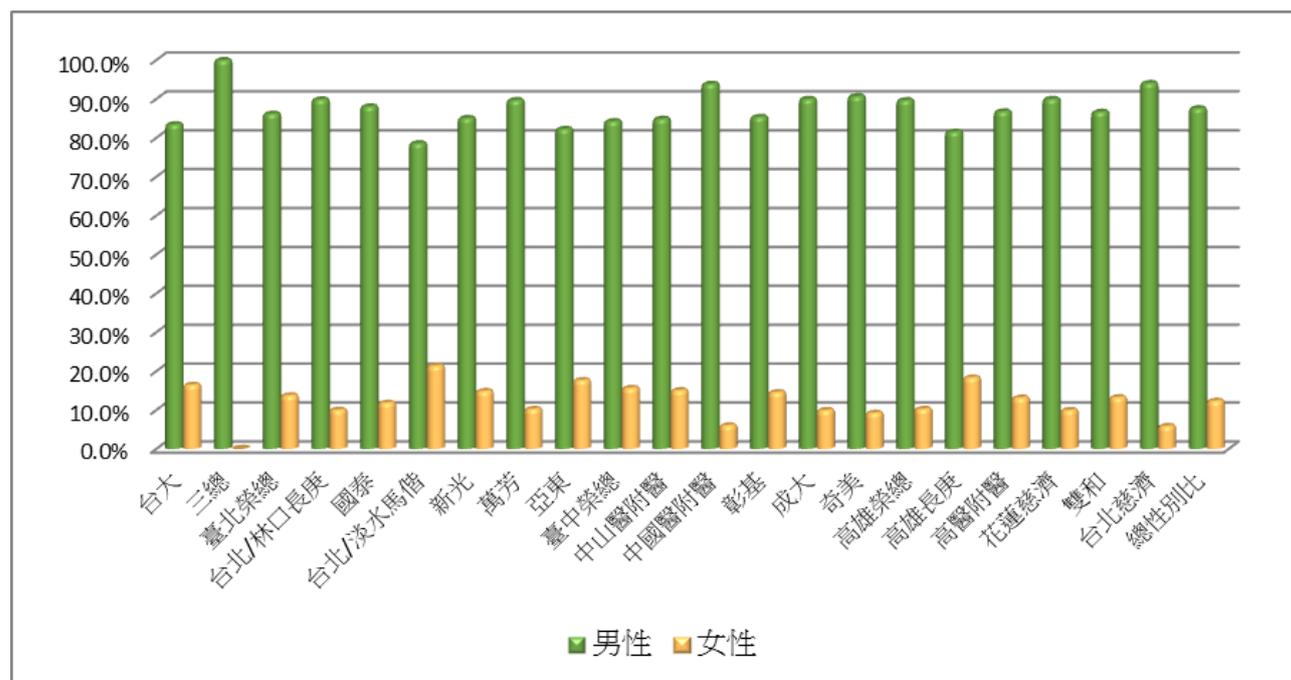


圖4. 台灣地區各醫學中心臨床部門2016年醫師主管性別比

而針對醫院中所設立之各類中心的主管性別比，則呈現比較大的變異性（圖5），女性占健康或醫療中心單位主管比例較高的醫學中心，最高為國泰醫院的40%，而萬芳、亞東和高雄長庚等三所醫學中心女性醫師擔任中心主任的比例都在二成以上。但也有將近半數的醫學中心，其健康與醫療中心的主任為女性的比例低於一成，更有三所醫院完全沒有任何中心主任為女性。

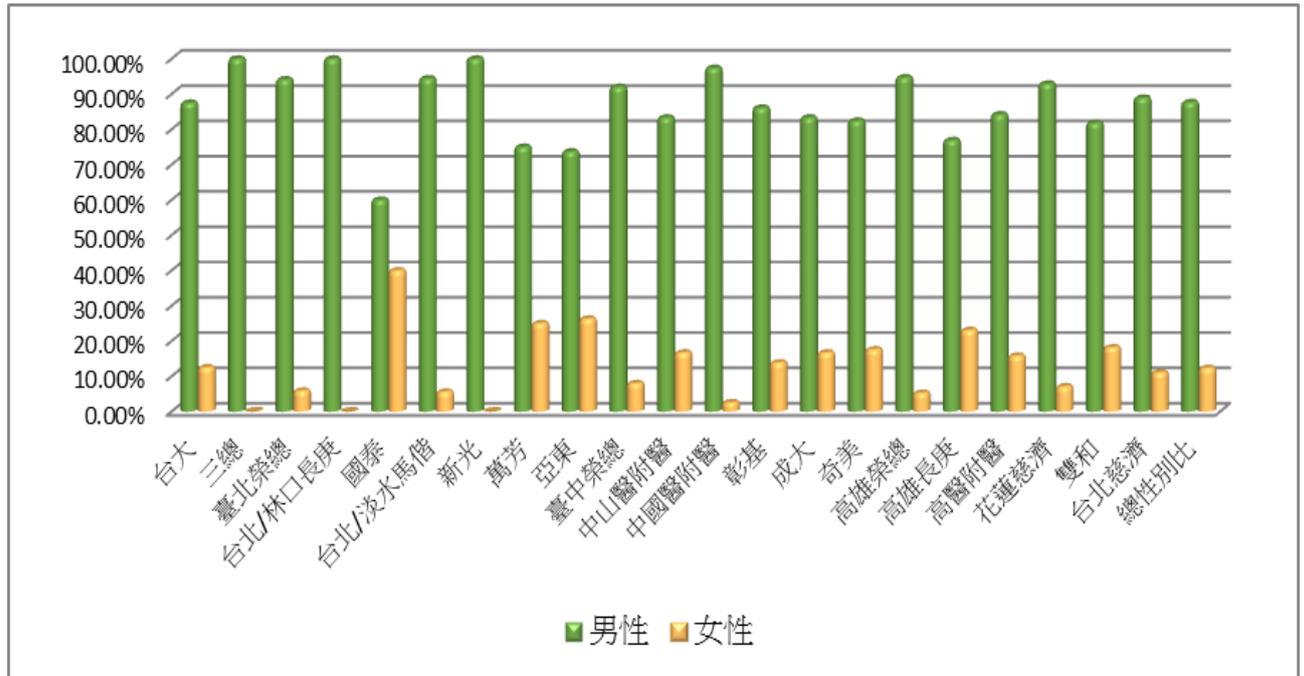


圖5. 台灣地區各醫學中心之健康與醫療中心部門2016年醫師主管性別比

第二年則著重於訪談的進行，從21家醫學中心及準醫學中心¹當中選取出11家，再從中抽樣選取具主管職的主治醫師，在詢問其意願與可配合時間後，進行深入的訪談。截至2017年底，本計畫已訪談40位醫師，其中包含正副院長、各臨床科部等的正副主任。而訪談的40位主管當中，女性有25位，男性則有15位。在進行了初步的結果分析，以及歸納整理後，可發現醫學中心在遴選主管時的考量，每個層級主管階級之遴選皆有不同條件與規則，簡要的歸納如下：

(2) 通往權力之路

I. 出任領導者之基本門檻

要成為醫院各部門的主管基本上各有不同的要求，但約略可歸納為年資、專業能力、具備教育和研究進修四類：

年資：這是醫學中心主管被選任為主管的另一項基本要素，多數受訪者表達「自己沒有特別偉大」、「時間剛好到了就換你／妳」等，向我們進一步說明「年資」為他們升遷的主要原因。若在同一單位經歷了住院醫師、主治醫師的階段，在專業能力上有一定程度的成就，個人表現又無其他瑕疵者，除非單位有其他遴選主管的條件，否則就會依循年資來「輪派」主管一職。故有受訪者表示：「(主

¹來源：衛生福利部醫事司-醫院評鑑暨教學醫院評鑑合格名單(2016.03.31)，

http://www.mohw.gov.tw/CHT/DOMA/DM1_P.aspx?f_list_no=934&fod_list_no=5814&doc_no=5423
8，查詢日期：2016.08.04。

管)總有一天會輪到你/妳」。

專業能力：通盤而言，在我們訪談的所有主管中，不論是哪一個層級的主管，多數受訪者皆表示「專業能力」是成為單位主管最基本條件。而專業能力包含基礎醫療知識、臨床技能等。唯有專業知識與能力兼備，才有可能成為主管接班人的候選名單。

教職：於訪談過程中發現，除了臨床上的專業表現、在單位服務有一定的資歷之外，在一些特定的醫學中心遴選主管時，必須考核該人是否擁有「教職」。故在教學上的表現是成為主管重要且必要條件之一。而教職的審核標準多以教育部訂的講師、助理教授、副教授、教授等資格為標準。有的只要有最基本的教職身分即可，而有些醫學中心的要求門檻更高，必須具有教育部定「副教授」以上才有成為單位主管的資格。

進修研究：，研究進修或是取得更高學位是這些醫學領導者的另一個門檻，多數的受訪者在醫學院畢業之後，也會繼續爭取進修的機會。國內、國外攻讀碩博士的學習歷程，對他們而言，除了受到同輩、老師的影響及鼓勵之外，他們認為，由於在醫學中心，必須有固定的研究論文產出，故進修是幫助他們在臨床、教學之外，能夠在研究的道路上更上一層樓的重要經驗。因此，更有受訪者進一步指出，具有博士的學術經驗，是成為該單位主管的必要條件之一。而研究進修之路在男性和女性的臨床主管中也顯現出了差異性，特別是家庭與子女的障礙，對女醫師來說通常是個重大議題，有些人需要有後援才可能完成。而相較之下，男醫師似乎遭遇相同問題者較少。

II. 機構特殊任務之賦予

另一項影響成為主管的要件則是醫院所賦予之特殊任務，可分別兩類，其一是因應醫院的發展所需，不論是因新技術或是新單位的擴展，而肩負起開疆闢土的任務，自然而然且順理成章的接掌主管之職；其二則是規模較小專科的特殊狀況，因單位專責醫師人數較少，而較容易成為單位的主管。此二類分述如下：

開疆闢土的重要成員：在我們訪談的主管當中，有人經歷全民健康保險剛起步的時代、有人前往偏鄉協助醫療院所成立；更甚者，有人則為自己目前服務的醫學中心成立之時的重要推手之一。在新的醫療單位草創初期，最缺乏的是「人力」。而這些披荊斬棘的開拓者，由於支援醫院體系新院區／新科部之成立，充滿經驗，故自然而然地成為該醫院單位的主管。在一段時日之經營後，待新醫院或新單位漸漸起步，開始蓬勃發展之時，他們就回到原先服務的醫院或單位。而因為有了先前在新醫院科部擔任主管的經驗，回去若有主管的職缺，無疑地，則任務就落到這些「先鋒」身上。

小規模的科部需求：除了傳統內、外、婦、兒四大科部之外，仍有其他次專科的臨床單位在醫學中心發揮其重要的功能。而通常這些次專科的規模並不大，因此在該單位擔任主治醫師時間即使不長，也必須有「天將降大任於斯人也」之體悟而承擔責任。有受訪者即表示，自己到該單位不到一年就必須承接科主任的

位置。因為組織小、主治醫師少，故即使在該醫學中心的主治醫師資歷不高，也必須有早早承接主管的心理準備。除此之外，有受訪者在自己初到該單位時，由於上一任主任離開，故就先被賦予「代主任」的頭銜，而在服務幾年之後就直接「真除」。

III. 人脈網絡之影響

「人際網絡」的建立與維繫亦是使一位主治醫師邁向領導者之路時，較為「順遂」的一條捷徑。這無關乎「年資」，比較重要的是：「前輩的提拔與支持」。這當中有人因為被前任主管賞識，而直接指派為下一任的接班人；而有的則是從學醫的路程中，他／她的老師就是該醫學中心具有「重大權力」（如院長、醫界資深大老）的人，經由他們的提攜，進而舉薦他／她成為該單位的主管。

因此從以上的結果可以看出，要成為主管的路有很多條，除了自我基本的條件具足、耕耘的時間夠長之外，若身邊有一位已經長期跟隨學習的師長，且該位師長又備受敬重，甚至擁有權力者，則「天時、地利、人和」將使一位主治醫師能更快地成為醫療領導者。

(3) 醫學領導者的性／別

I. 男醫師的理解

當我們詢問男性主管，在臨床醫療領域中身為男醫師相較於女醫師有什麼樣的優勢或限制時，多數的回答是「沒有」因為性別而有什麼影響。而這裡指涉的性別，主要是「生理性別」。他們更進一步表達，能否擔任主管「與性別無關，完全看能力」，並提出「性別不是問題，性格才是」的見解。多數的男性主管通常認為，身為男性，自己「體力」會比女性來得好。從他們言談之中，似乎充滿男性氣質與女性氣質的「刻板印象」。他們多數認為男性主管在做決定時，較為理性、直接、迅速、敢向前衝，且說話較具有說服力。在他們眼中，女性醫師則思考較為細膩、善於傾聽、擁有耐心等。

有男性主管認為，女醫師其所擁有的優勢相對男醫師較少，男醫師還是相對吃香。從他們的經驗與理解，他們認為女醫師常遇到的限制如下：病患會下意識認為她們是「護理師」；若女性欲升遷至更高階的位子，則會因為她們可能比較積極具侵略性(aggressive)的表現而受到阻擋。但也有少數男性受訪者表示，女醫師在婦兒科、精神科會因為其女性身分而更有利。此外，在與上級商討資源分配等事項時，「女生跟主管要東西比較好要」。

II. 女醫師的自白

女性主管在提及身為女性在從醫生涯或擔任主管的過程中，比起男性，在醫

學中心裡「較不具有優勢」。她們自陳在醫療領域或擔任主管方面，這些女性主管認為自己具有耐心、柔軟、細膩、敏感、體貼、設身處地、善於溝通等優勢。在醫療體系中，女性主管也認為她們在兒科中對於幼兒照顧方面，容易獲得家屬信賴，這是身為女性醫師的優勢。至於骨科對於女性來說，會因為體力的關係，而成為一種限制。但在談到醫病關係時，病人也會因為她們是女性而產生不信任；即便身為主治醫師，在診療該病患數次後，仍會被認為是護理師。病患「開刀找男生，照顧找女性」的現象依舊存在。

談到在醫學中心中擔任主管的經驗，有受訪者認為「女性重點在做事，男性看 position 的規劃」。而在工作付出，女性往往要比男性努力，才能達到與男性工作的成果。在男性多於女性的工作環境中，她們也常常被認為判斷力不夠、不夠積極、不被信任、不具權威，有時候甚至會被覺得對事情挑剔、情緒化等。

而在與男性醫師或主管相處時，有女性主管受訪時表示：「男醫師對妳比較客氣」、會因為自己是女性而「有點禮遇」，爭取資源上會有點優勢。但仍有護理師甚至不習慣有一位女性主管。至於在升遷上，女性則比較不會被優先列入考慮。

值得一提的是，有受訪者認為，身為女性醫師「是弱勢也是優勢」，雖然會被忽略，但是可以免於進入一些人事安排的紛擾之中。

III. 「家庭」是身為女性的原罪？

在談及男性主管女性醫師或主管相較於男性的限制時，多數男性主管不約而同地表示：女性「懷孕」、「生子」、「照顧家庭」是她們的弱勢。同時，這樣的答案，我們也從多數的女性主管中聽到類似的說法：「懷孕」、「生子」、「負擔家庭責任」是她們從醫生涯中的限制。甚至她們會為了兼顧家庭，而影響其升遷發展，更有受訪者分享，有女性醫師因為家庭的關係而選擇離開醫師的職業。

在成為醫師這條路上，「角色衝突」僅發生在女性醫師身上。男性醫師似乎在這方面並未遇到任何的困擾。女性所遇到的角色衝突是：「醫師」、「妻子」、「母親」等多重身分扮演中，她們應當如何權衡。有人懷疑自己是否能兼顧家庭；更有受訪者提到，在她還在醫學院學習時，就已經意識到：「家庭、事業難兩全」，而在她當醫師的這條路上，更坦言「阻力是家庭」。

這樣的訪談結果，我們發現，女性為「家庭主要照顧者」的性別刻板印象仍十分嚴重。男性醫師即使也進入婚姻，擁有家庭，但卻沒有因為家庭的因素，而讓他們在從醫生涯中造成困擾，甚至「有所選擇」。身為醫師的工作、升任主管後的業務加重與身為家庭裡的丈夫、父親的角色，在本計畫訪談下來，這些男性主管並未產生「角色衝突」的抉擇與窘境。

同樣是擁有家庭的醫師，男性和女性卻是兩種截然不同的觀念與實踐。後者所背負的家庭責任遠大於前者，而這也似乎成為她們的女性原罪，難以消弭與解決。

IV. 霸權陽剛氣概(Hegemonic Masculinities)的「共同建構」

澳洲學者 Connell 認為陽剛氣概 (Masculinities) 是在探討性別關係。陽剛氣概不等同於男性，而是男性在性別秩序中的地位。陽剛氣概可以被定義為人們 (男性和女性，儘管主要是男性) 在此位置底下的實踐模式。她進一步表示，有充分的證據表明，陽剛氣概是多元的，具有內在複雜性，甚至充滿矛盾。此外，陽剛氣概也因歷史變化也有所改變，女性在與男孩、男人的往來互動中扮演相當重要的角色 (Connell, 2000)。Connell 與 Messerschmidt (2005) 在探討陽剛氣概時，根據男性掌握權力與優越的社會位置，更進一步提出霸權性陽剛氣概 (Hegemonic Masculinities) 的概念。而這是陽剛氣概中的「典型」，霸權以透過文化、組織集體建構的方式確保男性持續掌控權力。

在分別詢問男性主管、女性主管關於性別的相關問題時，多數受訪者皆有提及他們所認知的「男性氣概」與「女性氣質」。而從上述男醫師的理解與女醫師的自白當中，我們不難發現，「性別刻板印象」仍舊根深蒂固。男性理所當然擁有傳統認知男性應該有的性別氣質，女性亦然。生理性別與社會性別無法脫鉤，男生有男生的樣子、女生有女生的樣子；因而男性與女性截然形成對比，為二元對立的性別劃下一道深刻的界線。

當我們問及男性主管：「身為男醫師、男性主管在臨床醫療工作上有什麼樣的優勢或限制」時，幾乎所有男性主管並未因為他的性別身分有任何的限制，或受到任何挫折。反之，當詢問女性主管時，她們除了在上述自白中提到少許的優勢與多數的限制之外，耐人尋味的是，有多位女性主管不斷地強調自己：「個性很男性化」、「不像傳統女性的樣貌」、「感覺自己是男性的特質」，甚至認為自己「在醫院是漢子，在家裡是媽媽」。

我們可以進一步解釋，在男性主管多於女性主管的醫學中心當中，男性所擁有的主導地位與陽剛氣質的顯現，除了男性的集體建制之外，和女性的交流之中也表露無遺。上述發言的女性主管，揚棄屬於自己的女性氣質，不承認自己擁有陰柔特質，反而為一種身為「女性中的男性」的宣示。這些女性主管雖然並不認可這群男性主管的霸權陽剛氣質，但卻在與他們的互動中不知不覺地而產生一種「矛盾」的「看齊」現象。

透過這些女性主管的敘述可以發現，既存的性別刻板印象概念不斷地影響個人的性別角色行為、看待男女不同性別成為主管的想法。而「霸權陽剛氣概」在不同的醫學中心裡同時被男性與女性共同構築出來，甚至強化。

V. 女性醫師的「自覺」與「賦權」

近年來，女性參與政治、勞動市場的程度，成為女性研究議題中十分重要的

一環。2017 年第 61 屆聯合國婦女地位委員會(CSW)在美國紐約召開的會議顯見國際間對於此部分的重視。該屆主題為變動職場中的女性經濟賦權(Women's economic empowerment in the changing world of work)²，會議針對女性在勞動市場的平等、打破玻璃天花板現象等進行討論。正面且積極的「女性自主」態度儼然成為當代每一位女性所必須面對且十分重要的課題。

在仍然以男性為主的醫學中心當中，有女性主管認為自己「容易被忽略」且「很難與他人結盟」，多數時候他人會懷疑自己的能力，甚至得比男性付出更多的努力才能達到和男性一樣的成果。受訪的女性主管，有幾位提出了這樣的說法：「女生始終是選男生不要的」、「有時候會自我設限」、「意見想法被男性拿走，認為自己的東西沒有好好珍惜」等。此時，女性的「自覺」與「賦權」是很重要的，就如同有些女性主管也會提到：「要適時自我表達」、「學習 talk short but powerful」等，不要第一時間就覺得女性是弱者，或認為因為自己是女性而其他男性醫師就得因為「妳是女生讓妳一下」。

如何打破醫學中心裡的女性玻璃天花板，以及男性長期擁有重要決策權的現象，除了透過制度來達成性別平等之外，如何在醫療勞動中提升自主動能，自我賦權或許也成為每位女醫師所必須努力的。故從訪談中的發現，因此，要在醫學中心裡達到性別平等，「女性賦權(Women Empowerment)」則成為重要關鍵。

(4) 發掘年輕醫師的潛力

如果要營造一個友善且高效率的醫療工作團隊，各臨床科部的主管，乃至於整個醫學中心的院長層級的領導方針即為首要。而我們也了解，主管可能因為任期、任務等種種因素將有所更迭。此時，培育年輕一輩的醫療領導者，無疑成為一個重要的課題。

當談論到這些現任主管如何觀察年輕一輩醫師可能有機會出任領導者的潛力時，我們初步歸納出他們所重視的三個主要層面：「個性品格」、「人際互動」與「工作態度」。

個性品格：多數受訪者認為個人的個性十分重要。從正面的特質來看，他們期盼這些年輕醫師能具備：正直、高 EQ、主動、積極、謙遜、堅忍等特質；若從負面特質觀察，「本位主義」則不是他們所認可的。原因在於，一位領導者必須為團隊著想，而非圖利個人。

人際互動：身為一名領導者，必須兼顧與上級、同儕、下級等不同位階的溝通能力。故現任主管在審酌年輕醫師是否具有領導者潛力時，會觀察他們的人際互動：是否好相處、圓融協調等，甚至照顧病人的細心程度，也是重要的考量之一。

工作態度：對於身為醫師此一職業，必須願意犧牲，具有熱情地投入工作。

² CSW61 (2017), <http://www.unwomen.org/en/csw/csw61-2017>, 查詢日期：2016.12.17。

在遇到困難時，必須具備危機處理的能力，同時在實際做事時，不能有投機、短視近利的想法。更重要的是，莫忘身為醫師的初衷。

有部分的主管亦表達了對新世代醫師與他/她們所經驗的歷程，以及在快速的社會變遷之下，展現出與現有領導世代很不一樣的職業觀與工作態度，而這個部份則有待於更多的觀察和追蹤，以瞭解這些新世代醫師的專業發展。

結論

隨著疾病，診斷儀器和治療的複雜性持續地增加，醫學正在面臨重大的轉變，社會對負責、透明度、成本效益和醫療品質的要求也越來越高(Noordegraaf, 2011)，這些變化給醫生帶來了新的責任，其所負責的焦點在於健康照護提供的組織方面，而不是醫療端(Murdoch-Eaton & Whittle, 2012)。為了讓醫生在這種不斷變化的社會脈絡下做好準備，醫學教育應將醫學工作的組織面，例如品質的改進，特別是領導能力納入新世代醫師的培訓中。多項的研究強調，住院醫師對組織責任的準備並不充分，醫學教育工作者正在努力找出適合解決這問題的辦法(Warren & Carnall, 2011; Berkenbosch et al., 2011; Blumenthal et al., 2012; Dijkstra et al., 2014)，而專業社會學的文獻為此提供了一個可能的解釋--專業人員傳統上對管理業務常持著否定的態度，特別是傳統的專業，像是醫師尤其是如此(Noordegraaf, 2011; Waring & Currie, 2009; Freidson, 2001)，醫師在“專業邏輯”的範疇內被訓練，價值觀植基於時間、品質、學習和以病人為中心。然而隨著醫療變得愈來愈複雜，組織邏輯中的價值觀如控制、風險、效率、成本和責任等愈來愈被突顯，這使新世代的醫師未來將更加陷入兩難的困境。當試圖讓年輕醫生參與鑲嵌在組織邏輯語言和符號中的領導角色時，這種情緒便會引起摩擦，這產生了一個問題，因為組織角色和專業的核心價值實際上是非常接近的，即都在於解決病人的苦痛和提升病人的照護品質。

在部門主管角色的演變同時，在美國開始有大量女性醫師首次進入主管的職位(Leadley & Sloane, 2009; Andrews, 2007)，根據美國醫學院協會(Association of American Medical Colleges, AAMC)的資料，在2007到2008年之間，女性佔全部醫學教師的34%和全職教授的17%。雖然近三十年來，女性醫學生已經超過30%(Leadley & Sloane, 2009)，但仍許多有關對不成比例之女性醫師進入高層和領導職位，相關的研究和文章已經寫得很多了(Carr et al., 1998; Carr et al., 2003; Tesch et al., 1995)，但AAMC的資料指出，女性在學術高層中取得領導地位之數量是史無前例。在學術醫療中心的所有部門中，其中的12%現在是由女性擔任主管(1998年為6%)，而126個AMC中，只有6個是非女性主管(Leadley & Sloane, 2009)。

相對於國際的潮流，女性醫師成為領導者的比例愈來愈高，我們在臨床醫療上，性別落差的巨大鴻溝事實上仍然存在著。過去兩年的重要研究成果之一，即

如何發掘或培養新世代的醫師，特別是年輕的女性醫師，成為未來在臨床上的領導者，是多位受訪的現任領導者所關注的，這也將會是未來研究的重要主題，隨著新世代的醫師進入醫療系統中，他們會和上一世代，有著何種不同的職涯發展與生活方式之選擇呢？對於不同性別醫師的職業發展已獲取愈來愈多的關注，因為在大部份的西方社會中女性醫學生幾乎已占半數，甚至有些已經是成為多數了，台灣雖然過程相對緩慢，但此一趨勢卻是可以確定的。因此，要問的問題是女性和男性的醫師，在其成長的過程中，資訊科技與網際網路的快速發展，社交媒體的職業生涯和生活形態上會有何種影響，而這在其逐漸成熟後，慢慢的往權力中心前進，進而掌握權力的過程中，所遭遇的轉折對其最終成為何種層級的主管，其關鍵因素是需要更多的探究的。

參考文獻：

- Bickel, J. (1988). Women in medical education: a status report. *N England Journal of Medicine*, 319:1579-84.
- Buddeberg-Fischer, B., Klaghofer, R., and Stamm M. (2008). Work stress and reduced health in young physicians: prospective evidence from Swiss residents. *International Archive Occupational Environ Health*, 82:31-38.
- Burrage, M., and Torstendahl, R. (1990). *Professions in Theory and History: Rethinking the Study of the Professions*. London: Sage.
- Chao, E.L., Ronces, P.L., (2006). Women in the labor force: a databook. U.S. Department of Labor and U.S. Bureau of Labor Statistics. BLS Report 996.
- De Koninck, M., Bergeron, P., and Bourbonnais R. (1997). Women Physicians in Quebec. *Social Science and Medicine*, 44(12):1825-32.
- Denzin, N. K. (1978). The logic of naturalistic inquiry. In N. K. Denzin (Eds.), *Sociological Methods: A Sourcebook*. New York: McGraw-Hill.
- Eagly, A. H., and L. L. Carli. (2007). Women and the labyrinth of leadership. *Harvard Business Review* 85 (8):63-71.
- Elias, N. (2000). Les transformations de la balance de pouvoir entre les sexes. *Politix*, 51:15-53.
- Elston, M. A. (2009). *Women and Medicine: The Future*. London: Royal College of Physicians.
- Enman, M., and Lupart, J. (2000). Talented female students' resistance to science: An exploratory study of post-secondary achievement motivation, persistence, and epistemological characteristics. *High Ability Studies*, 11(2):161-178.
- Fox, L. H., Sadker, D., and Engle, J. L. (1999). Sexism in U.S. schools: Implications for the education of gifted girls. *Gifted and Talented International*, 14, 66-79.
- Gustafson, J.L. (2008). Tokenism in Policing: An Empirical Test of Kanter's

- Hypothesis. *Journal of Criminal Justice*, 36(1):1-10.
- Hollinger, C. L., and Fleming, E. S. (1988). Gifted and talented young women: Antecedents and correlates of life satisfaction. *Gifted Child Quarterly*, 32(2):254-259.
- Jagsi, R., Griffith, K. A., Koelling, T., Roberts, R., and Pierce, L. J. (2006). Stroke rates and risk factors in patients treated with radiation therapy for early-stage breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 24(18):2779-2785.
- Kane-Berman, J. (1989). Women as managers in the health services. *Curationis*, 12(1-2):5-8.
- Kilminster, S., Downes, J., Gough, B., Murdoch-Eaton, D., and Roberts T. (2007). Women in Medicine – Is There a Problem? A Literature Review of the Changing Gender Composition, Structures and Occupational Cultures in Medicine. *Medical Education*, 41(1):39-49.
- Kirby, C., and Newlon, B. J. (1986). Career Aspirations of gifted Canadian Secondary school females. (ERIC Document Reproduction Service No. ED 322 406)
- Kvarner, K.J., Aasland, O.G., and Botten, G.S. (1999). Female medical leadership: cross sectional study. *BMJ*, 318:91-94.
- Lift, S., and Webb, J. (1988). Play the white man: the social construction of fairness and competitions in equal opportunity policies. *Sociological Review*, 36:532-51.
- Meyerson, D.E., and Fletcher, J.K. (2000). A modest manifesto for shattering the glass ceiling. *Harvard Business Review*, 78 (1):127-36.
- McDonald, T.W., Toussaint, L.L., and Schweiger J.A. (2004). The Influence of Social Status on Token Women Leaders' Expectations About Leading Male-Dominated Groups. *Sex Roles*, 50(5/6):401-409.
- McManus, I.C., and Sproston, K.A. (2000). Women in Hospital Medicine in the United Kingdom: Glass Ceiling, Preference, Prejudice or Cohort Effect? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54(1):10-16.
- Newman, P. (2011). *Releasing Potential: Women Doctors and Clinical Leadership*, Cambridge: NHS Midlands and East and NHS Leadership Academy.
- Nonnemaker, L. (2000). Women physicians in academic medicine: new insights from cohort studies. *New England Journal of Medicine*, 342:399-405.
- OECD (2012). *Health at a Glance: Europe 2012*, Paris.
- Reis, S. M. (1987). We can't change what we don't recognize: Understanding the special needs of gifted females. *Gifted Child Quarterly*, 3(2):83-89.
- Riska, E. (2001). Towards Gender Balance: But Will Women Physicians Have an Impact on Medicine? *Social Science and Medicine*, 52(2):179-187.
- Riska, E. (2003). The Career and Work of Pathologists: A Gender Perspective. *International Journal of Sociology and Social Policy*, 23(4/5):59-79.

- Riska, E., and Novelskaite, A. (2008). Gendered Careers in Post-Soviet Society: Views on Professional Qualifications in Surgery and Pediatrics. *Gender Issues*, 25(4):229-45.
- Riska, E., and Wegar, K. (1993). Women physicians: a new force in medicine? In *Gender, work and medicine. Women and the medical division of labour*, Riska and Wegar ed.. London: Sage Studies in International Sociology, pp.77-94.
- Seibert, S. E., Crant, J. M., and Kraimer, M. L. (1999). Proactive personality and career success. *Journal of Applied Psychology*, 84(3):416-427.
- Shambaugh, R. (2008). *It's not a glass ceiling, it's a sticky floor: Free yourself from the hidden behaviours sabotaging your career success*. New York: McGraw-Hill.
- Spina, E., and Vicaerelli, G. (2015). Are Young Female Doctors Breaking Through the Glass Ceiling in Italy? *Cambio*, 5(9):121-134
- Schueller-Weidekamm, C., and Kautzky-Willer, A. (2012). Challenges of work-life balance for women physicians/mothers working in leadership positions. *Gender Medicine*, 9(4):244-250.
- Teddlie, C. and Tashakkori, A. (2009). *Foundations of Mixed Methods Research: Integrating Quantitative and Qualitative Approaches in the Social and Behavioral Sciences*. CA: Sage Publications.
- Tesch, B.J., Wood, H.M., Helwig, A.L., and Nattinger, A.B. (1995). Promotion of women physicians in academic medicine. Glass ceiling or sticky floor? *JAMA*, 273(13):1022-1025.
- Valian, V. (1999). *Why So Slow? The Advancement of Women*. Cambridge, Massachusetts: MIT Press.
- Wietsma, A.C. (2014). Barriers to success for female physicians in academic medicine. *Journal of Community Hospital Internal Medicine Perspective*, 4:24665.
- Yedidia, M.J., and Bickel, J. (2001). Why aren't there more women leaders in academic medicine? The views of clinical department chairs. *Academic Medicine*, 76(5):453-465
- 中華民國醫師公會全國聯合會 (2014) 中華民國醫師公會全國聯合會2014年統計資料。http://www.tma.tw/stats/stater.asp。
- 吳嘉苓 (1999) 性別、醫學與權力。王雅各主編，性關係（上）：性別與社會、建構，台北：心理出版社。
- 林貴芬 (2009) 教育領導專題研究 權力與影響力，學術月刊。
- 范情 (1996) 當代社會主義女性主義：經濟、社會與心裡機制的改造。顧燕翎主編，女性主義理論與流派，203-242頁，台北：女書文化。
- 黃志隆 (2008)。女性就業、經濟獨立與性別平等。臺灣社會福利學刊，6(2):213-217。
- 陳韋君、璩大成、陳潤秋、張聖原 (2010) 性別差異在醫學生與醫師人數以及

- 專科別選擇之10年趨勢探討。醫學教育，14(4):251-261。
- 陳端容 (2004) 大型醫院主管職的生涯路徑與醫師職場結構。臺灣社會學刊，33:109-155。
- 謝臥龍 (2001) 建構性別友善醫療環境與情境指標以及策略之研究研究成果報告，行政院國家科學委員會專題研究計畫成果報告。
<http://gmist.chemistry.tku.edu.tw/database/admin/uploads/files/8.pdf>。
- 謝臥龍 (2002) 查某人/查甫人性別角色衝突的抗拒與跨越。謝臥龍主編，性別：解讀與跨越，台北：五南。
- 謝臥龍 (2014) 由女性主義理論發展的理路來分析性別工作平等法的本土實踐與反思。台灣心理諮商季刊，6(3):15-32。
- 顧燕翎 (1996) 女性主義理論與流派。台北：女書文化。

105年度專題研究計畫成果彙整表

計畫主持人：高美英			計畫編號：105-2629-H-038-001-MY2			
計畫名稱：通往權力之路的性別差異：從菜鳥醫師成為醫學領導者 (V08)						
成果項目			量化	單位	質化 (說明：各成果項目請附佐證資料或細項說明，如期刊名稱、年份、卷期、起訖頁數、證號...等)	
國內	學術性論文	期刊論文		0	篇	
		研討會論文		0		
		專書		0	本	
		專書論文		0	章	
		技術報告		0	篇	
		其他		0	篇	
	智慧財產權及成果	專利權	發明專利	申請中	0	件
				已獲得	0	
			新型/設計專利		0	
		商標權		0		
		營業秘密		0		
		積體電路電路布局權		0		
		著作權		0		
		品種權		0		
		其他		0		
	技術移轉	件數		0	件	
		收入		0	千元	
	國外	學術性論文	期刊論文		0	篇
			研討會論文		0	
			專書		0	本
專書論文			0	章		
技術報告			0	篇		
其他			0	篇		
智慧財產權及成果		專利權	發明專利	申請中	0	件
				已獲得	0	
			新型/設計專利		0	
		商標權		0		
		營業秘密		0		
		積體電路電路布局權		0		
		著作權		0		
		品種權		0		
其他		0				

	技術移轉	件數	0	件		
		收入	0	千元		
參與計畫人力	本國籍	大專生	0	人次		
		碩士生	0			
		博士生	0			
		博士後研究員	0			
		專任助理	1			
	非本國籍	大專生	0		一位專任碩士級研究助理任職兩年期間，學習如何使用不同的研究方法以收集不同類型之資料，並加以整合與分析，目前計畫結束，該助理轉至中央研究院繼續參與相關的研究計畫，運用其過去兩年之所學於新的計畫中。	
		碩士生	0			
		博士生	0			
		博士後研究員	0			
		專任助理	0			
其他成果 (無法以量化表達之成果如辦理學術活動、獲得獎項、重要國際合作、研究成果國際影響力及其他協助產業技術發展之具體效益事項等，請以文字敘述填列。)						

科技部補助專題研究計畫成果自評表

請就研究內容與原計畫相符程度、達成預期目標情況、研究成果之學術或應用價值（簡要敘述成果所代表之意義、價值、影響或進一步發展之可能性）、是否適合在學術期刊發表或申請專利、主要發現（簡要敘述成果是否具有政策應用參考價值及具影響公共利益之重大發現）或其他有關價值等，作一綜合評估。

1. 請就研究內容與原計畫相符程度、達成預期目標情況作一綜合評估

達成目標

未達成目標（請說明，以100字為限）

實驗失敗

因故實驗中斷

其他原因

說明：

2. 研究成果在學術期刊發表或申請專利等情形（請於其他欄註明專利及技轉之證號、合約、申請及洽談等詳細資訊）

論文： 已發表 未發表之文稿 撰寫中 無

專利： 已獲得 申請中 無

技轉： 已技轉 洽談中 無

其他：（以200字為限）

3. 請依學術成就、技術創新、社會影響等方面，評估研究成果之學術或應用價值（簡要敘述成果所代表之意義、價值、影響或進一步發展之可能性，以500字為限）

1. 學術上，建構兩性醫師在職涯升遷與權力取得歷程之理論基礎

2. 政策或實務上，供醫療相關單位，作為瞭解及發展適當的兩性平權之訓練與輔導方案，以檢討與改進兩性醫師之升遷機會，為女性醫師取得更多決策權力

3. 社會影響上，提升國內醫療專業人員之性別意識，追求醫療職場的性別平權，進而建立男女醫師兩性共存平等的新醫療文化

4. 主要發現

本研究具有政策應用參考價值： 否 是，建議提供機關衛生福利部，
（勾選「是」者，請列舉建議可提供施政參考之業務主管機關）

本研究具影響公共利益之重大發現： 否 是

說明：（以150字為限）

要提升女性醫師擔任主管的可能管道，需要更多的性別意識教育和訓練，現有的在職教育多重要在專業訓練與研究倫理上，卻很少著重在性別議題上，這是未來主管機構需強化之處，以提升女性醫師擔任主管的比率。