

國立臺灣大學公共衛生學院健康政策與管理研究所

碩士論文

Institute of Health Policy and Management

College of Public Health

National Taiwan University

Master Thesis

臺灣年輕醫師職家平衡之經驗：訪談研究

Experiences of Work-Life Balance among Young

Physicians in Taiwan : An Interview Study

瞿瑞瑩

Jui-Ying Chu

指導教授：鄭雅文 博士

Advisor: Yawen Cheng, Sc.D.

中華民國 112 年 1 月

Jan., 2023





誌謝

在研究所的這段時間，工作、讀書、同時也經歷了孕期和育兒階段，才發現兼顧這麼多面向的不易，研究的過程同時也像是一個自我問答、尋找生命經歷的歷程，對我是個很特別的人生經驗。

這篇論文的完成，首先最感謝指導教授雅文老師的引領和每一次的討論，老師總能犀利地點出研究上的盲點，讓我的研究不斷地聚焦、再聚焦，同時也給予我研究與寫作上的建議，讓這篇論文更容易閱讀。也很謝謝口試委員劉梅君老師以及陳雅美老師的指教和建議，讓這篇論文更加豐富與完整。

617 研究室是個溫馨有愛的研究室，在疫情期間經歷了實體與線上的課程與研究討論，是個特別的經驗，在研究所的過程中遇見了許多研究夥伴，給予我生活與研究的分享與討論，也謝謝口試前怡婷學妹的許多協助。謝謝百忙中仍願意接受訪談的醫師們，你們的分享讓這篇論文更有生命意義。

最後，感謝我的家人：我的父母是最強而有力的後盾，在育兒上給予我莫大的幫助，讓我能空出時間完成這篇論文；感謝我的先生總是能給予我及時行動上的幫忙和情緒的支持，讓我在疲累時能夠有所寬慰；感謝我可愛的寶貝，看著孩子一點一滴的成長，心中是無比的充實與溫暖。

維持職家平衡不易，需要個人的調適與外在環境的支持，願我在研究的過程中學習保持生活的彈性與勿忘初衷，也希望未來的醫師們在工作之餘也能有快樂的人生。這一路走來要感謝的人太多，我會謹記在心，是你們成就了這一切。

瑞瑩 謹致

民國 112 年 1 月



中文摘要

目的：本研究旨在探討臺灣醫師在醫療工作與家庭照顧負荷產生衝突時的經驗與身心壓力感受，並探討醫師無法維持工作與家庭平衡（職家平衡 Work-Life Balance）的原因以及其對身心健康的影響。

方法：深度訪談 15 位各層級醫師，以了解其職家平衡狀況。

結果：職場高壓、工作與家庭不平衡，對男女性醫師均產生身心健康危害，然而女性醫師可能同時肩負家庭照顧責任及工作職涯發展壓力，而面臨更多挑戰與身心健康影響，包含個人生涯選擇改變、醫療專業職涯調整，及不孕、早產、憂鬱等。

討論：醫師肩負全民健康照護重要角色。在高齡化、少子化、新興傳染病全球化的背景下，醫療職場管理者要讓醫師在高度工作負荷下能維持職家平衡。為了促進醫師執業環境的性別平權與工作家庭平衡，本研究提出以下政策建議：女性醫師於職場孕產福利之重要；年輕男女性醫師應多結交不同朋友，避免夫妻皆高工時工作或於婚前溝通；醫療職場應給經歷孕期及育兒之年輕男女性醫師更多工時及工作內容之彈性；主管機關由上而下帶頭示範部分彈性工時、托嬰托幼協助；提供個人層面的課程如冥想、正念思考、健康飲食等，促進職場溝通、鼓勵醫師維持職家平衡。

關鍵字：職家平衡、臺灣、年輕醫師、女性



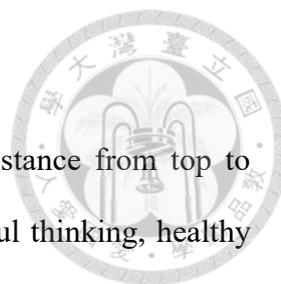
Abstract

Objective: This study aims to explore the experience, physical and mental stress of physicians in Taiwan when there is a conflict between medical work and family care load, and to explore the reasons why physicians cannot maintain work-life balance and its impact on physical and mental health effects.

Methods: Through literature review and interview research, in-depth interviews were conducted with 15 physicians at all levels regarding their work-family balance.

Results: High pressure in the workplace and imbalance between work-life have caused physical and mental health hazards to both male and female physicians. However, female physicians may shoulder family care responsibilities and career development pressure at the same time, and face more challenges and health impacts, including personal life and career changes, infertility, premature birth, depression, and more.

Discussion: Physicians play an important role in national health care. In the context of aging population, declining birth rate, and the globalization of infectious diseases, it is even more necessary for physicians to maintain work-life balance under high workload. In order to promote gender equality and work-life balance in the physician's practice environment, this study puts forward the following policy recommendations: the importance of maternity benefits for female physicians in the workplace; young male and female physicians should make more friends from different group, avoid both couples working high hours or having communication before marriage; the medical workplace should give young physicians who have experienced pregnancy and childcare more flexibility in working hours and work content; the competent authority will take the lead



in demonstrating partial flexible working hours and childcare assistance from top to bottom; provide individual-level courses such as meditation, mindful thinking, healthy diet, etc., promote communication in the workplace and encourage physicians to maintain a balance between work and life.

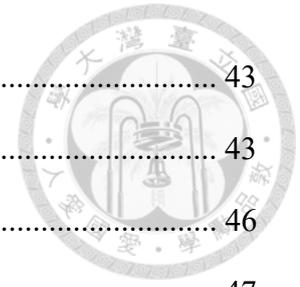
Key Words: Work-Life Balance, WLB; Taiwan; Young Physician; Female

目錄



誌謝	I
中文摘要	II
Abstract.....	III
目錄	V
圖目錄	VII
表目錄	VIII
第一章 緒論	1
第一節 研究背景與動機	1
第二節 研究目的	3
第三節 研究重要性.....	3
第二章 文獻探討	6
第一節 職家平衡定義與醫師職家平衡之重要性.....	6
第二節 臺灣女性醫師職場現況與國際比較	8
第三節 臺灣目前與醫師職家平衡相關法規與現況.....	12
第三章 研究方法	16
第一節 研究設計與研究對象.....	16
第二節 研究工具.....	18
第三節 研究倫理.....	21
第四章 研究結果	22
第一節 組織文化裡的性別問題	22
第二節 家庭支持體系之重要性	29
第三節 相關法規之醫師認知與使用現況	34
第四節 處理醫師職家平衡之個人經驗	40

第五章 討論	43
第一節 醫師於職場中所面臨的職家平衡困境	43
第二節 醫師於家庭社會中所面臨的職家平衡困境	46
第三節 如何改善醫師職家平衡現況	47
第六章 結論	51
參考文獻	53



圖目錄

圖 2.1 臺灣執業醫師人數比例.....	8
圖 2.2 歷年執業醫師人數.....	9



表目錄

表 3.1 訪談結果整理表.....17



第一章 緒論



第一節 研究背景與動機

職場與健康的關聯逐漸的被學者所研究和發現，一個職場要能對健康帶來正面的效益，需要多方條件的滿足才可達成，若職場持續的失控且給予員工的支持不足，則容易引發身體和心理的健康議題，包含過勞、憂鬱、情緒低落等問題(Stansfeld & Candy, 2006; Pien, et al., 2020)。工作組織氛圍與員工心理健康息息相關，正向的組織氛圍有助於降低員工焦慮、低落與情緒耗竭(Bronkhorst, Tummers, Steijn, & Vijverberg, 2015)。

醫師長期處於高壓及過勞的工作環境，住院醫師時期身兼學習與醫療雙重身分，更是過勞的高危險族群(Dyrbye, et al., 2014)。醫師過勞與醫師職場與家庭生活平衡 (Work-life balance, WLB，以下行文簡稱職家平衡) 有關，含個人福祉(Wallace, Lemaire, & Ghali, 2009)、未來職涯考量、個人人際關係、醫療照護品質下降、醫師留任降低與工作滿意度下降有關，而在目前醫療專科分布不均的臺灣醫療現況，醫師的福祉與職家平衡，也成為醫療環境是否能永續經營的重要因素(West, et al., 2018)。

性別平等在醫學界為多方探討的議題，西方國家中，女性傾向承擔較多的家務工作(Jagsi, Motomura, Griffith, Rangarajan, & Ubel, 2009)、女性醫師相較於男性醫師有較低的薪資(Jagsi et al., 2012)、對年長者提供更好的醫療照護(Tsugawa et al., 2017)。研究指出女性醫師更常經歷性別偏見與職場性騷擾(Jagsi et al., 2016)，女性醫師更容易因投入職場而導致個人生活之犧牲，包含放棄婚姻、延後生育等(Stentz, Griffith, Perkins, Jones, & Jagsi, 2016)，而東方國家性別不平等的狀況可能更加嚴重，回顧同樣為亞洲地區的日本，依據厚生勞動省資料顯示儘管近年來女性醫師投入醫療執業人數增加，年輕女性醫師仍容易因母職離開職場，特別是在畢業後9年左右的30歲左右為女性醫師離職高峰期(Yamazaki, Fukushima, Kozono, Uka, & Marui, 2018)。女性醫師可能從事醫療及研究工作，對身為女性醫師與女性



研究人員，母職皆為女性醫師不論面臨臨床或研究領域，職涯發展中困難的挑戰(Kaneto, Toyokawa, Inoue, & Kobayashi, 2009)。女性醫師身兼研究人員，若有更佳的工作彈性且與臨床工作相近的薪資，則為女性醫師投入臨床研究之誘因(Yamazaki, Uka, & Marui, 2017)。日本年輕女性醫師同樣認為職家平衡為重要考量因素，若過度競爭、需要高產出的研究領域則會降低女性醫師進入研究之意願，而彈性工作環境、彈性工時、不需輪班則為年輕女性醫師投入研究領域之重要因素(Yamazaki et al., 2018)。根據研究，日本未來外科醫師的人數逐漸下降，而預測日本 2038 年女性外科醫師人數會增加 2.48 倍、而男性外科醫師人數會下降 0.85 倍，醫師人力的調節與職場環境對女性醫師的支持，未來將成為重要的健康政策考量(Tomizawa, Miyazaki, Matsumoto, & Uetsuka, 2020)。加拿大關於醫師的性別研究，女性醫師強烈認為職家平衡是重要影響職涯發展之阻礙因素，然而男性醫師完全無此項認為，顯示醫師在職家平衡議題重要之性別差異(Perera, Bistriz, & Beaton, 2019)。

醫師過勞 (Physician burnout) 是一項與工作相關的綜合症候群，包含情緒耗竭、個人工作成就感低落等，並引發全球公共衛生議題(West, Dyrbye, & Shanafelt, 2018)。美國研究近年來醫師過勞盛行率約為 43.6% (Shanafelt et al., 2019)，醫師過勞與個人情緒耗竭、自我效能低落有關，長期過勞對個人身心健康、健康組織體系皆有負向影響，包含：醫療照護品質不佳、醫療人員離職率上升等(Shanafelt et al., 2012)。因此如何解決醫師過勞、提升醫師工作環境，成為改善健康體系人力流失與提升病患照護品質之重要因素(Perumalswami et al., 2020)，醫師職家平衡、特別是女性醫師成為重要考量(Jolly et al., 2014; Kaneto et al., 2009)。過去研究顯示東亞儒家工作價值觀，有增加過勞之可能，不論是儒教法治集體主義、勤奮、忍耐、重視人際關係等(Cheng, et al., 2011)。

為了保障醫師權益與避免過勞傷害，臺灣在 2019 年將住院醫師納入《勞動基準法》，私立醫院的住院醫師工時規範須符合《住院醫師勞動權益保障及工作時



間指引》，試圖藉由法規改善醫師過勞之困境，實施後的評價與爭議皆可從許多的報章雜誌、社會評論中顯示，目前實際運作上是否有未盡之處，仍需進一步的研究與探討。

從個人視角，要成為在專業領域能獨當一面的成熟醫師，需要花費大量的心力與投入時間，目前臺灣現況，醫學生從畢業到成為年輕主治醫師的養成期間，大約是經歷 25 歲至 30 多歲，這年齡也是臺灣社會目前男女性經歷結婚、生育的階段，內政部性別統計資料庫顯示，臺灣 2021 年初婚年齡，男性平均數 32.3 歲、女性平均數 30.4 歲，女性生第一胎平均年齡為 31.23 歲。而在醫療職場面對龐大壓力和身心耗竭的醫師，如何兼顧自己的個人生活、取得平衡，在事業、婚姻、生育、個人生活滿足自己的人生規劃，過往研究較少討論在醫師身分外，身為「人」的生活，會經歷哪些困難與挑戰，如何將工作與家庭生活兩者做整合，所面臨的困境為何，如何衍生因應策略。

第二節 研究目的

- 一、瞭解年輕醫師在職家平衡的現況與困境。
- 二、當醫師面臨職家平衡的困難，個人的解決方法與技巧為何，是否能提供未來新進醫師的建議。
- 三、瞭解醫師對「住院醫師納入勞動基準法」、「性別工作平等法」的認知，法規政策是否對醫師維持職家平衡有所助益。

第三節 研究重要性

臺灣於 2019 年實施將私立醫院住院醫師納入勞基法，需有研究與政策對話呼應，而醫師職家平衡的議題與困境在國外逐漸引起重視，歐美研究醫師職家平衡議題與醫師過勞、職涯滿意度、工作生產力有關，為了醫療品質的提升、維持醫療人員的身心健康，提升醫師職家平衡的研究可多方討論，從



個人層面的提升醫師解決能力的技巧與職場環境改善，皆是未來研究可再延伸(Starmer, et al., 2019)。亞洲相關的醫師職家平衡研究，日本與臺灣醫療環境較為相似，日本的外科醫師在近 20 年減少超過 1,000 人(Tomizawa, 2020)，日本的外科住院醫師預期看到主治醫師有好的職家平衡模範，然而只看到外科醫師在職場上的過勞與完成不了的醫院事務導致延遲回家，職家嚴重失衡、家庭生活不佳，成為年輕一輩醫學生不敢踏入外科領域的原因，造成日本外科醫療人力直直下落，成為隱憂(Tomizawa, et al., 2020)。

女性醫師在職場與家庭面臨的困境在國際上已有許多研究累積，而臺灣也已引發公共討論，如國科會計畫報告書《女性醫師生涯發展機會，障礙及影響因子》(陳端容，2007)提到，影響女性醫師生涯滿意度，主要影響因素仍在家庭，家務的繁忙造成女性醫師職家衝突，工作滿意度下降，若配偶支持則能增加生涯滿意度。而男性醫師生涯滿意度則與工作環境的主管、單位態度有關，與家庭因素相關度不高，並建議加強兩性平權的觀念，破除「男主外，女主內」之傳統性別角色。

然而針對年輕醫師於職場所面臨的具體困境與原因，以及 2019 年實施住院醫師納入勞基法後的醫療場所實際上的變革，在政策執行後是否對醫師職家平衡議題有所助益，過往研究難以有具體結論回應年輕醫師職家平衡現況，需要更多細緻的研究探討。有關促進職家平衡相關政策，臺灣的政策現況包括彈性工時、進修制度、家庭照護的社會福利等等制度性措施進行回顧與深度質性訪談年輕醫師，瞭解臺灣的政策現況，並進一步探討醫師是否與其他職場有類似的困境，與其獨有的處境，給予目前臺灣相關政策建議，提升醫師人員健康與醫療品質，對全民福祉有所貢獻。





第二章 文獻探討

第一節 職家平衡定義與醫師職家平衡之重要性

一、職家平衡定義

職家平衡一詞的概念源於 1960 年代的英國，後來由於女性勞動力進入市場的人數增加、科技發展、家庭結構改變與文化變遷，職家平衡議題開始引起了全世界的研究與討論(Greenhaus & Kossek, 2014)。

根據學者表示，職家平衡是一項由個人定義、自我決定的狀態，讓個人能夠有效率地完成多項任務，包含：工作、家庭、社會等，職家平衡讓個人能維持著生理與心理健康、家庭與社會健康，且沒有壓力、悲傷與其他負面影響(Waters & Bardoel, 2006)。重視職家平衡的影響，個人層面能夠促進個體身心健康，有較佳的工作效率與生活間的和諧；企業層面，能擁有身心健康平衡生活的員工，並帶來高的效率與產值；政府政策層面，國際勞動發展趨勢逐漸關注相關職家平衡議題，且於政策推行越來越重視此議題之不同面向，包含彈性工時、母性保護政策、育兒照顧、提供員工家庭照顧措施等領域，以促進勞工福祉、達到勞資雙贏。

二、醫師職家平衡重要性

隨著社會逐漸重視兩性平等，家庭結構改變、雙薪家庭比率上升，女性勞參率增加、特別是身為母親的勞工數量增加，「職家平衡」議題，在西方國家引起重視，並逐漸影響工業化國家成為全球趨勢，成為許多歐美國家制定政策時重要的考量。歐洲國家普遍具有良好的社會福利政策，而不同國家所側重的政策面向不同，政策所影響的層面與結果也不盡相同，足見希望政策達到「職家平衡」，是一個多面向的政策議題(Crompton & Lyonette, 2016)。

舉例來說，芬蘭及挪威包羅萬象的社會福利政策，政策制定方向致力於促進雙薪家庭的職家平衡，並鼓勵男性分擔多數的育兒照顧與家務責任、家務分工非傳統模式（男女皆分擔家務責任），民眾的職家衝突較低；法國在性別角色上追



求「平等」，但家務分工仍屬傳統（女性為主力），民眾的職家衝突較高，顯示越傳統的家務分工會增加職家衝突。

在亞洲國家，相對較少強調「職家平衡」此議題重要性，傳統東方社會傾向認為努力工作才能過更好的生活，而在辛勤投入工作追求成功的同時，可能忽略與生活的平衡與健康的維持。工作會限制了個人的家庭與社交生活，若工作與生活無法取得平衡，將會對工作成年人的健康造成負面影響(Mensah & Adjei, 2020)。

從日治時代開始流傳的臺灣俗諺「第一賣冰、第二做醫師」可看出傳統社會父母對於子女考上醫學系的殷殷期盼，隱約認同當醫師就等於擁有光明的未來與美好的生活。然而，近年來醫療環境惡化、醫療體系五大皆空，不難看出醫療體系內龐大的壓力，醫師過勞時有所聞、醫界人力外流，更是顯示臺灣醫療環境讓懷抱理想的醫學生與醫師正面臨困境。

根據美國大型橫斷性研究顯示，醫師職家平衡與職涯滿意度有高度相關，其中不僅與職場相關因子（例如次專科類型）有顯著相關，與個人生活因子（例如育兒、家務責任）也同樣具有顯著影響，女性醫師相較於男性醫師，有低職涯滿意度與高職家衝突。而研究結果也得知，不論男性或女性醫師，若職場能夠更有效的支持工作與生活整合，則能夠有效地大幅提升職涯滿意度，其中對女性醫師影響更為重要。因此，建構一個支持性的工作場域，有助於降低醫療人員過勞與提升醫師性別平等(Johnson, et al., 2020)。

「職家平衡」與醫師職場滿意度及生產力有關，若職場環境能改善醫師在工作場域責任與家庭負荷，小至醫師個人、中至醫療體系、大至臺灣社會，都能展現出不同程度的效益：醫師個人層面能兼顧工作與生活，提升醫師個人健康生活與工作韌性；醫療體系層面能有效的提升醫師工作效率與職場滿意度，提升患者照護的品質、降低醫療糾紛與醫師離職之流動成本(Sexton, et al., 2017)。國家社會層面，能擁有整體高品質的醫療人力資源，同時也能提高醫師生育意願、培育下一代勞動力（中華民國勞動部，2022）。

環顧鄰近的亞洲國家，日本與臺灣面臨類似情況，而日本專科醫師的稀缺度與分布不均，一直是健康體系的重要議題。探討日本年輕醫師職家平衡與專門醫（專科醫師）選擇之間的關係，發現年輕醫師傾向選擇較少工作超時的科別，而新一代醫師也不再認為工作至上反而認為生活比工作重要、選擇專科會選擇符合個人職家平衡勝過醫學興趣，也可能由於社會因素去轉換專科更勝於專業興趣。因此，工時較佳、能夠維持職家平衡的科別更易受年輕醫師青睞，造成專科分布不均的事實，也建議醫療機構應該協助年輕醫師獲得更佳的職家平衡、特別是難以控制工時的科別(Nakayasu, et al., 2020)。

第二節 臺灣女性醫師職場現況與國際比較

一、臺灣女性醫師人數現況

衛生福利部統計資料，臺灣執業醫師 2021 年共 75,384 人，與 2020 年 73,776 人相較，增幅為 2%，近 5 年來醫師年增率介於 2.0%到 3.0%之間，其中 2021 年醫師人數為西醫 52,175 人 (69.2%)、中醫 7,468 人 (9.9%)、牙醫 15,741 人 (20.8%)，各醫師族群占比與往年差異不大。

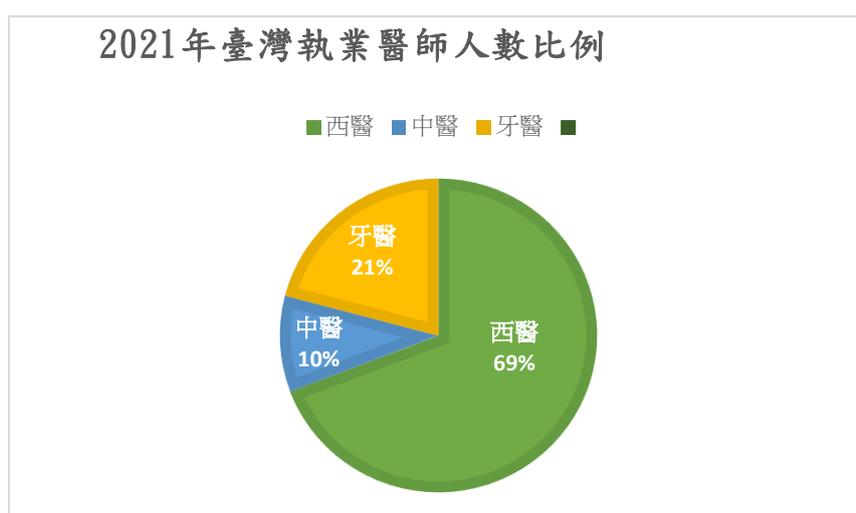


圖 2.1 臺灣執業醫師人數比例。資料來源：衛生福利部統計。

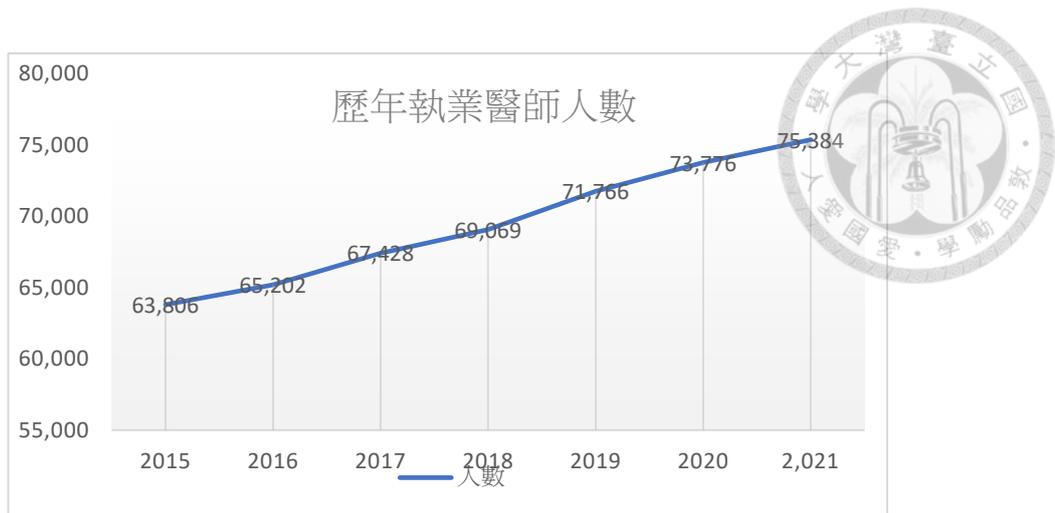


圖 2.2 歷年執業醫師人數。資料來源：衛生福利部統計。

依性別觀點，近廿十年來女性醫師比率逐年增加，全國各年齡女性醫師占總人數比率，從 2009 年的 15.4% 逐漸上升到 2020 年的 24.2%，年增率約 0.5%。女性醫師依年齡層觀察，40 歲以下女性醫師約 37.0%，女性中醫師比率達 48.7%；女性醫師人數隨年齡增加而遞減，40 至 60 歲女性醫師約占 23%，60 歲以上女性醫師約占 9.2%。

而在國際女性醫師現況，東歐、北歐國家女性醫師人數比例最高約有 51.6-74.3%，而 OECD34 國平均女性醫師占比為 46.1%，亞洲國家的女性醫師平均人數偏低，大約 20%(OECD, 2021) 在 OECD 國家，從 2000 年到 2017 年，女性醫師的增幅比例約為 13%（平均每年 0.58%）。在 The Labour Force Surveys（LFS）資料中，57 個國家研究結果也符合此項趨勢。然而，同時期的臺灣女性醫師增幅比例，僅為 8.66%。在 104 國家的分析健康體系國際概況，職業性別隔離（Occupational segregation by gender）情況相當明顯，醫療健康體系人員中，雖然有 67% 為女性，但在組成中仍存在很大的性別差異。男性工作者主要為醫師、牙醫師、藥師，女性工作者主要為護理師、助產士相關人員(WHO, 2019)。



二、臺灣醫師性別失衡之現象意義

整體而言，目前臺灣醫療體系，醫師仍是以男性為主的專業領域社群，女性醫師人數雖然逐年有增加，但增加幅度不及 OECD 國家。超過 2/3 女性醫師面臨性別歧視，其中包含在領導管理階層較少看到女性、男女的薪資差異，1/3 臨床女性醫師曾遭遇性騷擾(Halley, et al., 2018)。大約 80% 的女性醫師將成為母親，表示在孕產階段曾經歷「母職歧視 (Maternity discrimination)」，指的是因懷孕、分娩或哺乳所遭遇到的不利或不同的對待(Stentz, et al., 2016)。

根據 2022 年行政院性別平等處公開資訊揭示，隨女性教育程度及經濟自主意識逐漸提升，臺灣 2020 年 25 到 29 歲女性勞動力參與率 90.5%，高於其他主要國家，後因婚育等因素影響，隨年齡增加而急速下降，50 到 54 歲已降至 63.7%，低於各主要國家。相較於日本、南韓在 25 到 29 歲後下降，於 35 到 39 歲後逐漸回升。職場性別平等之重要意義，醫療能貼近女性需求、給予患者合適照顧。隨著社會高齡化，醫療需求增加，醫師人力需求大增，然而女性醫師在職場上仍屬性別弱勢，如何從醫療結構上增加女性醫師人數、增進女性醫師職場滿意度、提高女性醫師留在職場的意願，將會是臺灣醫界重要的議題。

三、影響醫師「職家平衡」重要因子

回顧資料發現，不論是在國內如中華民國醫師公會全國聯合會、衛生福利部統計資料，目前「職家平衡」研究領域最常根據 Rosemary Crompton 和 Clare Lyonette 所提出的影響「職家平衡」因子，包含：工時、性別家務分工、年齡與社會文化因素，此外還有有無小孩、或社會地位(Crompton & Lyonette, 2016)。

(一)、工時

醫師過勞的強預測因子，便是在無法達到職家平衡、低自我效能 (Self-efficacy)、研究時間不足、行政時間不足(Golub, et al., 2008)。醫師過勞之現象數



年來多有研究，造成過勞的常見原因有職場因素（包含工作負荷、工作控制、壓力調節、職場社會支持）與個人因素（壓力處理、家庭支持）等，而醫師過勞除醫師個人身心健康受影響外，也容易造成醫療失誤、醫療品質下降、病患照護品質不佳、醫師自殺意念提高等問題(Agrawal, et al., 2020; West, 2011)。

（二）、性別

過勞與性別有關，女性醫師會增加過勞、憂鬱、低職業滿意度的風險(Pulcrano, et al., 2016)。顯著的性別差異包含：高階學術地位以男性醫師為主，女性醫師多未婚、離婚，比較晚生第一個小孩，女性醫師家中多半是有較少的小孩。女性醫師人數隨年增翻倍，但仍明顯低於男性醫師。醫療工作上的要求，使得這些女性醫師在難以年輕時結婚，且與一般女性相比，晚生育有較高懷孕風險，包含自然流產、子癲前症，不孕率與人工流產率也高(Hamilton, et al., 2012)。近年來頻繁發表相關研究的美國團隊指出過往「職家平衡」研究多在探討醫療場域及工作內容，如何造成醫療人員過勞、職業倦怠及對生活不滿意增高情形，他們從家庭責任分配切入探討其性別差異（Gender discrepancies）與「職家平衡」間的關聯(Starmer & Freed, 2019)。職涯早期到中期的女性醫師薪資低於男性醫師，即使在校正過相關重要因子差異仍存在(Frintner, et al., 2019)。

（三）、家務分工

雙薪專業工作者夫妻特別容易有工作家庭衝突（Work-home conflicts）(Treister-Goltzman & Peleg, 2016)，且是造成過勞、憂鬱、工作不滿意的重要因子(West, et al., 2018)。相較於男性醫師，女性醫師花費較多的時間在家務責任上，重要的是，只有將近一半的女性醫師對家裡所分配到的家務內容感到滿意，且女性醫師常感到生活比較「匆忙」或者較難達到工作與生活領域的「平衡」。在照顧家中年長者的生活起居、家中有病痛殘疾患者時等等，16%身為母親的女性醫師受影響，並會增加其過勞的機率(Yank et al., 2019)。

（四）、年齡與社會文化因素



針對年輕醫師的研究發現，有小孩的醫師（不論是已婚或未婚但有伴侶），女性醫師普遍比男性醫師每週多花 8.5 小時在家務或育兒責任上。女性醫師（19.6 天/年）每年平均比男性醫師（21.1 天/年）有更少的假日，女性醫師常表示她們覺得不敢放假的原因，包含源自職場主管或醫院要求、照護患者的責任、需要更多的收入以維持生活的壓力(Jolly et al., 2014)。同時，不論男女性醫師表示有身心健康的問題，有些外科醫師表示身為較困難的次專科會難達到工作與家庭平衡，甚至有轉科的念頭。

第三節 臺灣目前與醫師職家平衡相關法規與現況

一、勞基法

臺灣於 2019 年 9 月 1 日，將私立醫院住院醫師納入《勞動基準法》，但受保障的住院醫師占有所有住院醫師約 63%，而還有 2,000 多位公立醫院住院醫師、以及 42,000 多位主治醫師，被《勞基法》排除。受《勞基法》保障的住院醫師，有工時上限保護，可獲得醫院所提撥的退休金，也有職災補償、特休假...等權益，但住院醫師一升等為主治醫師，便脫離《勞基法》保障範圍，工時保護、職災、契約、保險、休假、退休制度也形同虛設。

2021 年發生主治醫師詹智鈞，疑似因身任工會理事長與醫院有衝突，遭到屏東基督教醫院拒絕續聘，讓一年一聘的主治醫師詹智鈞突然「失業」(中央社，2021)。2022 年發生彰基主治醫師邱足滿主任，在服務近 25 年、再 10 多天退休的醫院，遭無預警不續聘爭議，質疑院方規避退休金，讓許多醫師有類似處境。(中央社，2022) 在 2022 年亞東醫院主治醫師王姿予，在身為主任與高層溝通不良，在服務 10 年的醫院遭無預警不續聘，即使心有不甘也無申訴管道(醫生醫，2022)。主治醫師無勞基法保障，無法捍衛自己工作權益，容易遭受職場不平等對待、職場霸凌、若遇到職場不正義難以替自己發聲，長久下來容易導致工作績

效降低、身心健康受影響，根據研究，職場不正義與自評健康狀況不佳及增加心理疾病風險有關(Cheng, et al., 2011)。

與其他國家相比，歐盟規範下的住院醫師每週工時不得超過 48 小時，而臺灣雖部分住院醫師已納入《勞基法》，其每 4 週仍訂有工時上限 320 小時，臺灣受保障的住院醫師，雖然工時跟以往相比已經大幅改善，但與國際比較下仍然有很大的改善空間。高工時讓醫師難以平衡家庭與工作，過往無工時上限住院醫師把大部分的時間奉獻在醫院與工作，沒有個人的時間、難以維繫與朋友家人間的人際關係、身心健康難以維持，等升等到主治醫師後，由於缺乏勞基法保護，對醫師更沒有保障。目前部分住院醫師受勞基法保護後，現況是否得以改善？是否仍有未被滿足之處，需要進一步研究探討。

二、母性保護相關法規

根據國際勞工組織 (International Labor Organization, ILO) 於 2000 年所修訂的《母性保護公約》規定，各國應至少提供女性 14 週有薪產假，至少需有 60% 薪水，目前臺灣《性別工作平等法》規定，產假 8 週並給予全薪。中華民國勞動部於 2020 年 9 月 16 日修正發布「女性勞工母性健康保護實施辦法」，擴大適用範圍與明定 100 人以上事業單位應訂定母性保護計畫等內容；因應少子化與增進生育意願，2022 年行政院通過《性別工作平等法》修正條文，夫妻可同時請領育嬰假和育嬰留停津貼，女性勞工的「產檢假」與先生的「陪產檢及陪產假」從 5 天增加到 7 天，育兒津貼也從 3,500 元增至 5,000 元。

臺灣目前生育率低落，普遍認為是經濟不佳導致年輕人不敢婚育，但屬於相對較高收入的醫師，是否真的結婚率較高、能生育較多子女？研究顯示，有薪產假有助於產婦提升面對壓力時的調適能力與降低母嬰再次住院率，使產婦能夠平衡家庭與生活(Jou, et al., 2018)。目前醫師僅部分受勞基法保護、主治醫師並未納入勞基法，醫師分布於規模或小或大的診所或醫院，無法規保障下，一切福利制



度仰賴所處職場是否友善，在不知職場是否友善的情況下，醫師是否能夠享有與勞工同等的權益，或者考量生育請長假影響職涯而避免生育、避免請產假或育嬰假等較長假別，醫療職場能容忍男女性醫師請假多長時間，醫師請假期間是否能有關包含薪資、職涯保障、請假時間等權益，抑或仍有權益但無法使用。

醫師過勞與職家平衡的不滿意，將會在未來的 12 個月內降低醫療能量與提早離職。醫師若對其工作內容感到不快樂，會減少在工作投入的時間、提早退休、使醫療體系負荷更重，造成更多的職家平衡的不滿意，這樣的不斷惡性循環。而對於那些對職家平衡滿意者，也傾向若再次選擇仍會選擇當醫師(Szender et al., 2015)。對職家平衡滿意的醫師，相較於其他醫師會多花 3.5 年在他的職涯上，這將近增加了個人 10%的職涯時間，而也讓醫療環境保持充足工作人力(Wallace, et al., 2010)。

三、現象意義

目前臺灣面臨醫師專科分布不均、少子化的問題，母性保護政策保障女性工作權益，孕產假、陪產假、育嬰假等假別皆是因應男女性在面臨孕產及育兒照顧階段所設立的假別，「產假」目的是為了讓分娩前後的婦女身心能夠得以休養、身體恢復、並且照顧新生兒；「陪產假」在 2021 年修法後由 5 天改為 7 天，陪產檢假（媽媽懷孕期間）與陪產假（生產前後 15 天）可合併計算，期間薪資照樣給付。

產假期間固定薪資的女性薪給付較無爭議，而勞動契約中一部分為績效、獎金等難以計算浮動工資，若僅給付本（底）薪將影響女工產假期間權益，因此根據勞動部回應，核釋勞動基準法第 50 條第 2 項規定：「前項女工受僱工作在 6 個月以上者，停止工作期間工資照給」；未滿 6 個月者減半發給。所稱「停止工作期間工資照給」，指該女工分娩前依工作日正常工作時間所得之工資。其為計月者，以分娩前已領或已屆期可領之最近 1 個月工資除以 30 所得之金額，作為計算產假

停止工作期間之工資，但該金額低於平均工資者，以平均工資為準，並自即日生效（勞動部，2022）。

目前臺灣法規現況，僅將部分住院醫師納入勞基法、尚未納入主治醫師，法定上仍有產假、育嬰假、陪產假等權益，由於多數醫師未納入勞基法，實際是否能使用這些假別、使用這些假別是否對職涯帶來改變、以及薪資保障等，年輕醫師目前面臨困境為何。

研究顯示，不僅女性醫師，身為父母的男女性醫師皆在其專業職涯與個人生活中尋求平衡，女性醫師或一些男性醫師有小孩後，工作會較少職業導向，傾向找兼職工作、或者一個三面向路徑（工作—家庭休息—返回職場），反映出年輕一代醫師逐漸在改變他們的生活型態：希望醫師職業與工作環境能讓他們像「正常一般」的生活(Buddeberg-Fischer, et al., 2010)。

容易面臨職家衝突的醫師階段，便是即將結婚至生育後的時期，此階段也可能是住院醫師經歷總醫師、研究醫師、升等到主治醫師的時期。研究顯示，關於職涯滿意度和專科選擇，住院醫師由於為責任制，工時和行程表無法掌控，職涯滿意度差且職家不平衡(Szender, et al., 2016)。

而由於可能因家庭照顧選擇兼職工作，醫師可能為診所或醫院所聘用，所屬公司規模或大或小，福利保障不一，升任主治脫離法規保護的醫師們，是否因此不敢請產假、育嬰假，或者和主管衝突會擔心不被續聘，這些都會導致醫師在職場工作的身心疲勞。而面臨孕產階段為女性醫師首當其衝，而照顧新生兒並非只有女性參與，男性也希望投入新生兒照護，男性醫師是否面臨挑戰，其職涯困境與家庭的負荷，成為本研究欲探討之目標。

第三章 研究方法



第一節 研究設計與研究對象

本研究使用質性訪談，使用滾雪球取樣（Snowball sampling）訪談對象，使用半結構式（Semi-structured）訪談大綱，進行一對一深度訪談，共訪談 15 位醫師，訪談時間約 40 分鐘，資料收集時間於 2022 年 04 月至 2022 年 06 月止，共訪問 15 位醫師，其中包含 5 位男性醫師、10 位女性醫師。

一、訪談條件：

本研究欲探討年輕醫師職家平衡之議題，面臨婚育狀況的困境與考量為何，根據過往研究最容易發生職家不平衡的階段，便是住院醫師時期至年輕主治醫師階段，因此納入符合年齡（25 至 45 歲間）即將或正在面臨結婚、孕產規劃的各職等醫師，排除年齡>45 歲、年齡<25 歲之醫師、醫學生。

二、研究對象招募：

本研究使用滾雪球取樣方式尋找受訪人員，並請他們介紹其他週遭朋友或可能合適受訪對象，男女性醫師、不同職等、年資，增加研究樣本的豐富度。

三、研究對象：

由於 30 歲左右的年紀大約是住院醫師到主治醫師的過渡階段，所面臨的挑戰是初階住院醫師時期，醫學上的學習與工作負荷最高時期、中階住院醫師時期（總醫師）需要面臨行政事務的學習和上下層人員溝通、人力安排調度，高階住院醫師時期（研究醫師）面臨升等，專科考試、發表論文等壓力。在這些關卡皆表現優秀且有職缺的情況下，才能夠升等為主治醫師，有些人力不足的單位或醫院，也會面臨年輕主治醫師下去協助（Cover）住院醫師工作任務的情況。而這階段也是男女性醫師人生結婚、生育、小孩還小需要花費心力照顧的時期，訪談 25 至 45 年齡的年輕男女性醫師，瞭解他們對即將

結婚與孕產過程、生育的看法及生涯規劃、還有為什麼做出這樣的決定和背後的原因。



表 3.1 訪談結果整理表

編號	性別	年齡	教育程度	科別屬性	年資	院所層級	職籍	婚育狀況	伴侶工時	首胎職級
D01	男	30歲	大學	外科系	3	區域醫院	住院醫師	未婚 有伴侶	全職 高工時	無小孩
D02	女	30歲	大學	內科系	3	醫學中心	住院醫師	未婚 有伴侶	全職 高工時	無小孩
D03	女	36歲	大學	內科系	10	醫學中心	主治醫師	已婚 2小孩	全職 高工時	主治醫師
D04	女	43歲	大學	內科系	9	醫學中心	主治醫師	離婚 1小孩	無伴侶	住院醫師
D05	女	42歲	碩士	內科系	12	醫學中心	主治醫師	已婚 2小孩	兼職	主治醫師
D06	女	34歲	碩士	中醫	8	地區醫院	主治醫師	已婚 1小孩	全職 高工時	主治醫師
D07	男	36歲	大學	內科系	10	醫學中心	主治醫師	已婚 2小孩	全職 正常工時	住院醫師
D08	女	36歲	大學	內科系	10	診所	負責醫師	已婚 2小孩	全職 高工時	住院醫師
D09	男	30歲	大學	內科系	2	醫學中心	住院醫師	已婚 1小孩	全職 高工時	住院醫師
D10	女	30歲	大學	內科系	3	區域醫院	住院醫師	已婚 1小孩	全職 高工時	住院醫師
D11	女	37歲	大學	中醫	12	診所	負責醫師	未婚 有伴侶	兼職	無小孩
D12	男	33歲	大學	外科系	10	醫學中心	主治醫師	已婚 1小孩	全職 正常工時	主治醫師
D13	女	33歲	大學	外科系	10	區域醫院	主治醫師	已婚 1小孩	全職 正常工時	主治醫師
D14	女	31歲	大學	外科系	4	區域醫院	住院醫師	未婚 無伴侶	無伴侶	無小孩
D15	男	34歲	大學	外科系	9	診所	醫師	未婚 無伴侶	無伴侶	無小孩

註 1：本表「高工時」定義為工時超過 48 小時/週。

註 2：本表外科系包含以下部定專科：外科、婦產科、耳鼻喉科、眼科、急診醫學科。

註 3：本表內科系包含以下部定專科：家庭醫學科、內科、兒科、精神科。



第二節 研究工具

一、訪談內容：

本文依據資料庫搜尋並整理醫師與職家平衡等國內外文獻，擬定半結構式訪談大綱，訪談部分預計探討下列內容：(1) 基本資料：性別、年齡、醫師年資與階段（住院醫師、研究醫師、主治醫師）、婚姻狀況、家庭成員；(2) 職場影響職家平衡之因素：科別、工時、工作負荷、薪資結構、職場氛圍、主管態度、職場社會支持、工作彈性、工作滿意度；(3) 家庭生活影響職家平衡之因素：伴侶支持、家庭其他成員協助、親職；(4) 自覺健康現況；(5) 其他對醫師維持職家平衡的建議與經驗分享。訪談結束後，將其訪談內容謄打成完整逐字稿，並整理出主要影響醫師職家平衡之因素，進行分析討論。

二、訪談同意書：

本研究尊重受訪者之意願並保護隱私，本研究受訪者同意書通過國立臺灣大學行為與社會科學研究倫理委員會（案號：202007HS052）。由滾雪球抽樣後會與受訪者溝通與充分告知，訪談開始前先向受訪者說明本研究目的、訪談進行方式、受訪資料使用規劃、受訪者權利，並確認是否同意錄音做為紀錄受訪者講述內容，以便進行逐字稿紀錄，後續的質性資料譯碼、後續分析使用。研究者會將任何可辨識受訪者身分之紀錄與個人隱私之資料視同機密處理，轉換後之數據資料亦將加密儲存。確認受訪者充分瞭解並同意簽署了知情同意書，始進行訪談研究。

三、研究流程：

本研究使用滾雪球取樣方式尋找受訪人員，告知訪談的目的、內容、受試者權利與其他相關資訊，簽署知情同意書後開始進行訪談及錄音。訪談地點為開放空間或電訪，皆由研究者本人進行訪談，避免不同訪員可能造成之偏差。訪談結束後並請他們介紹其他週遭朋友或可能合適受訪對象，男女性醫師、不同職等、年資，增加研究樣本的豐富度。



四、訪綱：

一、基本資料：

受訪者編號

性別 男 女 (西元)出生年份_____ 教育程度_____

二、職場與家庭現況

1. 請問您目前的科別、醫師年資、目前資歷？
2. 請問您的婚姻狀況？
3. 請問您伴侶的職業或工時：全職高工時(>48hr/週)、全職正常工時、兼職、無業。
4. 請問您家中是否有小孩？小孩在你醫學生涯什麼資歷時出生？
5. 請問您家中是否有其他需照顧的長輩或家人？

三、「職場」影響工作與家庭平衡之因素

1. 科內的男女醫師人數比例大約如何？
2. 請問您工作時間有多長（每日及每週工時）？輪班方式為何？一週大約能休息多久？要請假或換班，是否有彈性、容易達成呢？您認為這樣的工作內容和工時，會讓您感到疲累或負荷過大嗎？
3. 請問您工作的環境，對於您要請假(事假、病假、生理假、產假等等)同儕的態度為何？主管的態度為何？是否支持讓你感到輕鬆能提出需求，或者提出要求會感到有壓力。
4. 會因為結婚、生育，改變您目前的工作型態嗎？
(如：更換科別、改變工時彈性、離開醫院去診所、由全職轉為兼職工作)
改變目前工作型態的原因為何？
(工作負荷過重、主管或同儕壓力、母職需求、身心無法負荷)



5. 結婚/生育，會影響到您未來的升遷或薪資/或著擔心被解雇嗎？

(你會擔心受影響而選擇延後結婚生育嗎？)

6. 您對與自身權益相關的勞動政策、性平法規瞭解嗎？您覺得這些保護政策對您在職場上受用嗎？受用或不實用的原因為何？

(列舉：女性權益法規看法/生育假/男生多值班/職場的哺乳空間)

四、「家庭生活」影響工作與家庭平衡之因素：(未婚之婚育規劃)

1. 家中有小孩後，主要是誰幫忙照顧的？

(醫師母親生產育兒的挑戰、醫師父親角色參與度)

2. 請問您的家務分工，大約是由誰完成呢？

(自己、配偶、夫妻共同協力、其他家人完成、外包)

3. 請問您是否因為試圖平衡工作與家庭，改變職涯選擇或家庭規劃？

(延後生小孩/延後訓練/不生小孩/專科的選擇/避免更動目前職位)

4. 請問您是否有時間從事個人喜好的活動？一週大約多久時間呢？

(運動、興趣嗜好、放空休息…等)

五、其他，對醫師維持工作與家庭平衡的建議與經驗分享。

1. 請問您對自己的「工作與生活平衡」滿意嗎？

2. 請問您對於達到「工作與生活平衡」有什麼建議？

3. 您對自己的健康狀態(包含生理、心理、社會層面)滿意嗎，如何維持？

或造成不滿意的原因為何？

第三節 研究倫理

本研究質性訪談於 2021 年 12 月 14 日通過國立臺灣大學行為與社會科學研究倫理委員會（案號：202007HS052），並同意本研究於 2021 年 12 月 14 日至 2022 年 12 月 13 日進行收案。

訪談皆由研究者本人進行訪談，訪談進行前研究者會先說明本研究目的與訪談進行方式，告知受訪者有中途退出之權利，受訪內容僅做為研究使用並嚴格保密，未來研究發表內容會使用化名及隱匿任何可辨識資訊，最後徵求研究參與者同意並簽署「訪談同意書」後，始進行質性訪談。

研究資料及個人隱私為機密保存，轉換後之數據資料亦將加密儲存，僅有研究人員擁有此資訊，並於研究成果發表後銷毀。

第四章 研究結果



訪談總共 15 位醫師，訪談時間為 30~85 分鐘不等，訪談員為研究者本人。訪談醫師中包含 5 位男性醫師、10 位女性醫師，男女人數比 1:2，訪問年齡中位數 35 歲（30~43 歲之間），已婚 9 位、未婚 6 位，生孩子數目中位數為 1 位（0~2 位之間），首胎小孩出生時的職級為住院醫師 5 位、主治醫師 5 位。

參與訪談的醫師科別分別有：內科系 8 位（家庭醫學科、兒科、胸腔內科、胸腔重症科、一般內科）、外科系 5 位（急診、眼科、婦產科、耳鼻喉科、整形外科）、中醫 2 位（中醫科）。醫師所屬院所層級，醫學中心 7 位、區域醫院 4 位、地區醫院 1 位、診所 3 位。受訪的 15 位醫師，包含 14 位參與專科醫師訓練，1 位未投入專科醫師訓練，執行一般科業務，14 位參與專科醫師訓練，包含了主治醫師 8 位、住院醫師 5 位、負責醫師 2 位（開設診所擔任負責人的醫師）。

關於教育程度，受訪醫師皆是國內醫學系畢業取得醫學士學位，有 5 位醫師進一步進修，包含有 1 位在國內進修取得碩士學位，1 位在國內取得碩士學位後、目前赴美進修中，1 位碩士學位學程休學中，1 位考取博士班研究所後休學，目前取得醫學院兼任助理教授職位，1 位碩士班進修中。

第一節 醫療組織文化裡的性別問題

一、執業中遇到的性別歧視

受訪醫師中，女性醫師會表達出於執行業務時曾受到不同的性別歧視，對象可能來自於病患、同事或長官。

「患者會問說你是主治醫生嗎？因為妳看起來就很年輕啊，患者質疑，也搞不清楚你是不是醫生這樣子。看見男性醫師就比較禮貌啊，對我就是耍賴、言語上不尊重、常被叫小姐啊，患者會因為是女生就看輕妳態度有差，可能



覺得妳是不是不會？剛畢業？不然就說妳有看過很多病人嗎？妳有看過我這種特殊的病人嗎？但他不會對男醫生這樣說話，我覺得臨床會看到多人性黑暗面。(D05，女，主治醫師)」

二、醫院缺乏性別敏感度的空間設施設備

在女性人數很少的科別，空間環境設計並未考量到女性醫師的需求，造成工作過程的壓力與困擾。

「我以前遇過工作單位沒有女性醫師值班室，女性醫師都睡護理師的值班室。萬一有兩個醫師值班呢，一個男的一個女的怎麼辦？不可能睡在一起呀，而且就算只有我一個人值班我也不想去睡，因為男生值班室很臭啊，男生用過就算不臭他們東西也不收很髒，很噁心啊，所以也不會去睡男生的值班室，然後慘的是睡護理師值班室還被他們 on call 出來的護理師趕過，三更半夜就被趕出來，對我覺得這是個困擾，值班就很累了半夜女性醫師還沒地方睡覺、白天還要繼續工作。(D05，女，主治醫師)」

三、升遷困難

女性醫師在面臨升遷時，同時感受到外部與內部因素導致升遷的障礙。外在因素（醫療職場男性醫師較多、容易投入更多工作時間，使升遷較佔優勢）與內在因素（女性醫師因兼顧家庭與小孩需求，放緩職場衝力）。

「我們單位不允許家庭影響工作，因為怕被冠上不適任的大帽子，請你離職。有醫生嗆主管說，我們不可以有家庭生活嗎？對應該要有，但是執業環境也沒有任何改變。(D04，女，主治醫師/1小孩)」

受訪女性醫師表示在職場上倍感到壓力，源自於結婚、生育後，若需要為家庭付出較多的時間，擔心在職場被認為不適任、或者升遷受阻。

「照顧小孩我身心很愉快。怕影響升遷我有擔心過，因為本人生性樂觀，我一度真的有懷疑過是因為懷孕賀爾蒙的關係。不過我們醫院本來就是沙文主義很重的醫院，就是對女性升遷本來就不是很友善。我們醫院就比較傳統，對女性當主管其實有蠻大的疑慮，其實蠻多就不是醫生的女性員工會懷孕請完假就跑了。」

所以醫院對女生當主管有很大的考量，要嘛你小孩很大，要嘛你沒有結婚。像我們副院長是女的，可是她是單身。就，就還蠻明顯的，可是不會有人說出來。比如說我結婚又有生小孩，想要說當行政職那就比較困難一點。(D06·女·主治醫師)」

相較於此，男性醫師認為沒有特別差異，升遷與否源自於工作是否投入努力，與婚育及家庭生活無關。

「不會，我覺得結婚生小孩對升遷、薪資沒有影響。(D01·男·住院醫師)」

女性醫師較少表達自己因為家庭無法配合工作，表達了也不一定能獲得主管體諒。龐大的工作量在過去無育兒時，能夠在醫院投入花許多時間完成；現在有家庭時間被壓縮，需要工作時候擠壓時間、用更高的效率去完成，或者部分工作無法按時完成，需有心理準備接受主管訓斥、考績變差、或承擔同儕眼光的可能。

「我以前評鑑可以在醫院拚到半夜才回家，現在就不可能啊畢竟有小孩。我很少請假啦，但我生小孩以後開會常遲到。晨會八點開始，送完小孩一定會遲到，因為我們的主管目前是男生，他們不太能夠體會我們在忙什麼東西，比如說請假、調班等，主管有時候就會不太高興，因為我們的主管真的有說不知道我到底在忙什麼？他會說開會不要遲到好不好。我覺得主管其實還很和善的啦，我事情做完、沒出包到大家受不了，或沒什麼重大的違規就口頭念我，但我好像考績就變不好，但我覺得相對我們科友善，因為我們科女生也多。其他女生少的科別更慘。(D05·女·主治醫師)」

四、女性醫師不敢生育、延後生育的問題

訪談醫師年資 3 至 12 年不等，現行醫師的養成訓練從住院醫師時期從 5 年至 9 年時間不等，住院醫師訓練包含了畢業後一般醫學訓練 (Post graduate year, PGY)、住院醫師 (Resident)、總醫師 (Chief Resident, CR)、研究醫師 (Fellow) 到主治醫師 (Attending Physician or Visiting Staff, VS) 的過程，也是多數醫師經歷

婚育的年齡（25歲至35歲）。舊制臺灣實行50年的醫學系7年制，畢業後可獨立行醫，2012年之後改為新制醫學院校6年+PGY2年，才能取得完整執照。

「基本上要有一個次專科才算成熟獨立，再出去診所會對未來比較好。所以就一般至少要熬到次專訓練完，主治的就看有沒有升等的機會，沒有的話就是出去開也是可以啦。所以至少R5再加上PGY1到2年，那這樣又是一個6、7年了。我是7年的最後一屆，我PGY只有1年，所以我算起來是跟2年制的時間是一樣的。所以7+6是13年，這樣子完成最快的話就大概是31歲左右。（D09，男，住院醫師）」

這些人生階段的變化，是否對醫師工作的時間或場域有所調整，而受訪醫師不同性別的回答，在此時出現了比較明顯的不同：在面對未來婚育問題時，女性醫師傾向配合職涯發展，而有延後婚育的考量；而男性醫師的職涯發展不受婚育規劃所影響。

「會擔心比較沒有這麼多時間放在工作跟唸書上，所以延後這個生育計畫，至少先完成專科訓練再來考慮後面的問題。（D02，女，住院醫師）」

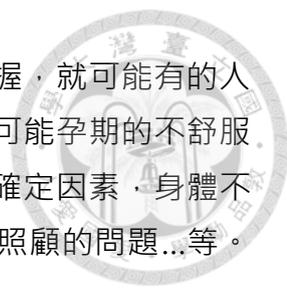
「沒想法，順其自然。（D01，男，住院醫師）」

「沒有規劃，剛好有小孩這樣。（D09，男，住院醫師，30歲，剛生育1小孩）」

男性住院醫師表示對未來的婚育規劃（家庭）沒有太多的擔心，比較煩惱自己未來升等（職場）後是否會待在原工作環境，而影響未來的婚育地點。

「我覺得工作會影響到你的家庭應該是你自己的問題，跟工作本身沒有關係。為家庭付出或者是不想付出什麼，我覺得應該是個人問題，跟工作沒關係。我不覺得結婚生小孩對工作有影響。（D01，男，住院醫師）」

而女性住院醫師對於未來的婚育規劃，多會抱持擔心，也會提前規畫思考，因為生育直接對女性的身心有較外顯的變化，因此女性醫師多會評估自己的體力和生涯規劃、訓練內容，考慮是否延後結婚、生育。



「就是擔心自己沒有辦法兼顧，每個人的懷孕狀況無法掌握，就可能有的人一懷孕要安胎、孕吐很多，我們住院醫師的工作不太能夠因為可能孕期的不舒服然後請太多的假，會影響到訓練內容跟時間，...，因為很多不確定因素，身體不知道可不可以負擔、會有兩個月的產假空窗、小孩出生後也有照顧的問題...等。
(D02 · 女 · 住院醫師)」

女性醫師擔心住院醫師時期結婚生育，而延後生育的時間，原因包含：擔心請假影響科內人力調度造成他人困擾、訓練時期常請假影響評分影響未來主治醫師升等、擔心孕期的不適影響訓練。

「不會擔心結婚生小孩影響薪資，.....，比較擔心會影響到考專科的時間，然後也會影響到是不是會留在原醫院升主治醫師的狀況，因為主管對你的印象就是有差，有可能因懷孕認為訓練表現不佳。(D02 · 女 · 住院醫師)」

「有看到其他女性醫師會面臨師長說認為影響學習狀況，甚至不夠紮實的狀況，常要中斷訓練過程，而影響到師長心中的觀感，所以我就規劃選擇在主治醫師之後再做婚育等人生的規劃。(D03 · 女 · 主治醫師)」

「我住院醫師時懷孕，過程都很擔心訓練會不會中斷，但一切都太遲了啊，因為先懷了，只能接受。.....，但其實有點難，因為基本上你懷孕跟產後一年，你的班是只值到晚上 10 點，(因為住院醫師勞基法)，所以也很難說有什麼表現，...因為我懷孕跟產後那一年，少了一些值班，有些主治醫師是不認識我的，我根本也拿不到他們的分數，所以就影響到我之後選科的部分，對呀，我是覺得沒關係啦，他們本來就不認識你啊，算了，沒辦法我就是懷孕嘛。(D07 · 女 · 主治醫師)」

而訓練時期懷孕的女性醫師們，普遍感到身心壓力大，但現況無法改變，只能勉強自己努力撐下去。

「我記得好像懷老大的時候是 R1 (住院醫師第一年) 工作比較頻繁，所以有多請了 1 天假，就 1 天而已，而且還是星期五，想說可以連星期六日，沒有特別臥床安胎還是怎麼樣啦，頂多撐不下去，就吃安胎藥而已，沒有太大的問題。
(D07 · 女 · 主治醫師)」



「產假 2 個月後沒再延長請假。是因為那時剛好要考專科，所以我的坐月子期間就在唸書，就覺得很累，我就覺得人生怎麼這麼累，壓力大、身體也沒恢復所以就沒奶無法餵母乳，覺得對小孩很愧疚。(D04，女，主治醫師)」

對於未婚已有伴侶的男女性醫師、或者新婚的男女性醫師，訪談未來的家庭規劃，以瞭解未婚醫師是否將未來婚育與職涯發展考慮進去、面臨的挑戰及遭遇的困難為何。訪談過程發現有別於過往，年輕男性醫師願意投入參與育兒照顧，儘管因工作忙碌、照顧時間有限；女性醫師通常是主要育兒照顧者，育兒重擔多是落在女性醫師身上，男性醫師仍是以工作為主。

「育兒我就跟太太兩人互相，上班時交給長輩照顧、下班我們就夫妻一起照顧，我顧大的，太太照顧小的。(D07，男，主治醫師)」

「其實一開始，我本來以為是我們夫妻倆要一起顧，可是我實際照顧之後發現不行耶，我詢問過學長姊，如果其中一人是醫師，另一個一定要是絕對不用值班的狀態下才可以夫妻自己照顧。夫妻都都住院醫師在值班，是不可能照顧小孩的，找保姆小孩又要換環境、跟長輩住要一點磨合的時間。這些都是我的壓力，也是懷孕當時沒有預期到的情況。(D10，女，住院醫師)」

四、女性醫師較多單身問題

住院醫師學習時數多、有專科考試的壓力、未來工作地點不確定性、值班數較多等原因，而這樣高壓訓練的住院醫師期間年齡約莫 25 歲到 35 歲，同時也是年輕醫師們尋找伴侶、考慮結婚、同齡女性懷孕生育的年齡。有些醫師因工作負荷大、工時長，下班後需要時間恢復身心的疲勞，會壓縮人際交往的時間，雖然自己生涯規畫是有結婚生育之打算，但實際生活表示難有多餘心力找尋合適對象，也擔心伴侶無法配合自己生活，而自己需要做職涯上的改變。

「醫生生活圈真的太窄了，所以身邊都這樣高工時的人，自己目前也很忙碌所以沒空認識什麼新的人。...我回家通常只想躺在床上，沒空認識新的朋友耶。我當然希望如果未來結婚生育，生活還是盡量不要改變啊，但如果真的就是覺得

工作或家庭負荷到極致的話只好改變，好像沒有這麼多的計畫耶，因為覺得好像有很多的變數，就遇到再說吧。(D14，女，總醫師，31 歲，單身)」

「我覺得醫生這條路，畢業都 25、26 歲。像我們科裡的女主治醫師除了有一個她是已經 60 幾歲的女性醫師有生 2 個小孩之外，其他 4 個 70 幾年次的女性醫師全部都還沒有對象，沒結婚、也沒有小孩，所以，對我們年輕女性醫師多少有點警示，我們真的要這樣的生活嗎？(D10，女，住院醫師)」

「high income 的女性，就也有不少比例，可能也有不婚的趨勢，這也是人生選擇上，沒有辦法 balance。聽過可能有的是同事、老師，也許緣份過了就沒有找伴。(D03，洪女，主治醫師)」

而有結婚的女性醫師，有別於社會刻板印象認為女性婚育後傾向退居家庭，女性醫師大多有高度自我期許與未來職涯發展期待，婚育後仍傾向投入大量時間在工作，為了避免夫妻婚後相處的磨擦，受訪女性醫師認為在婚前的溝通相當重要，包含職涯規劃與家庭規劃。

「做人就是要看開一點就好，我覺得做女性醫師一定要任性一點，找老公之前要講好，我一開始就說我要做什麼事情、職涯規畫長怎樣，你不能的話就不要找我了。(D06，女，主治醫師)」

五、年輕醫師面臨職場與育兒的困難

而對已結婚生育、有家庭的醫師，女性住院醫師需完成值班及學習任務，而將家庭先放在較後考慮之事項；女性主治醫師傾向減少值班以能夠陪伴家庭。

「當我發現住院醫師訓練和育兒無法兼顧，我就立刻把我小孩交給我爸媽照顧(家人在中部、女性醫師在北部訓練)，幾週回去看他一次，我回醫院繼續訓練。(D10，女，住院醫師/1 小孩)」

「基本上我們就是早上 8 點上班，那一個月依不同的年資要值一到二個班，我的最理想目標就是把值班賣給別人，有人就想多點收入，我的生涯規劃家庭比重較重，我是不想要在夜間工作，但找不到人就要自己來。(D04，女，主治醫師/1 小孩)」

男性醫師不論住院醫師或主治醫師，相對少因為家庭而減少值班或工時。

「主治醫師一天大概表定是 9 個小時，幾乎都會延長，星期五要開會到七點，星期六也是要來，一周至少表定有 50 個小時。...這不包含我有責任制，就是病人臨時有狀況都要回醫院，有時很常是半夜或周末。像我這週末要去南部報告都在準備東西，就是在假日完成這些前置作業工作，現在大家放連假，我一樣回病房看完病人後處理行政作業。(D07，男，主治醫師/已婚、2 小孩) 」

第二節 家庭支持體系之重要性

醫師普遍工時長、常有過勞的問題，關於醫師工時及過勞議題國內外多有相關研究。訪談中談論工時問題，發現醫師的工時型態多元，除了院內任務以外：門診、會診、病房照顧患者、行政，尚有其他隱形任務卻也花費不少時間，例如繼續教育進修、參加研討會、演講、備課、研究等。

「以我而言，除了週一到週五的長工時以外，我星期六早上有門診，但其實我星期日也在做研究、ppt 之類的，根本假日也沒休息到。(D04，女，主治醫師) 」

工作負荷 (Workload) 包含體力工作負荷與心理工作負荷，過重的工作負荷會影響工作的效率與工作的品質，若醫師長期面臨高工作負荷及精神壓力過重的工作環境、沒有獲得適當的休息及充足睡眠，可能對身心健康造成影響。

住院醫師工時固定、無彈性、持續的精神緊張與工作不確定性，身兼學習者與醫療照顧者角色，在體力上與心理上的工作負荷皆相當高，容易造成倦怠疲勞、情緒不穩定、憂鬱低落、甚至心腦血管疾病。

「連續值 3 天班會比較累，不知道自己在幹嘛。因為急診的性質，工作時精神就來了，一下班停下來就呈現放鬆狀態，就比較沒精神、什麼都不想做。有空

檔的時間我就會趕快吃飯或休息，急診的性質就是沒事時就沒事，沒病人就是休息，但還是要隨時待命。(D01，男，急診住院醫師) 」

主治醫師工作的自主性和主導性較高，工時和工作內容能夠有彈性調整，相對能降低過高的工作負荷、不確定性工作的心理壓力，但主治醫師有較多的權力，同時也需負擔較多的義務，主治醫師需面對病情較複雜的患者，負起全部醫療責任，負擔教學責任、研究、以及行政溝通與協調，屬於不同類型的心理負荷

「雖然主治醫師工作可以較有彈性分配，但偶爾仍然會因為工作負荷導致壓力過大，沒有到經常如此。體力的負荷是因為要兼顧家庭跟小孩這一部分，情緒的負荷自從有小孩後就會增加了很多，情緒相對上也會比較不穩定。(D03，女，主治醫師，已婚 2 小孩) 」

一、工作壓力紓解與育兒需伴侶支持

男女性醫師皆表示醫院繁重的工作壓力確實會影響到個人生活，尚未婚育的男女性醫師表示，工作負荷大、工時長，下班後需要時間恢復身心的疲勞，會壓縮人際交往的時間，若伴侶能給予支持能緩解壓力。

「一下班就呈現放鬆狀態，就比較沒精神，完全什麼都不想做。另一半通常陪我去運動、或看電影休息。(D01，男，有伴侶/尚未婚育) 」

已婚育的男女性醫師皆表示過多的醫院工作會影響到家庭生活，男性醫師有的會增加工時、也盡量協助伴侶完成家務及育兒，但犧牲掉睡眠與健康；女性醫師則自覺工作上的疲勞或情緒會影響到家庭，包含照顧小孩的品質、需要和伴侶溝通協調、容易自我感到愧疚及自責，處於更大的壓力。

「工作不影響、但會疲勞，因為平常還要顧小孩，沒有自己休閒時間，小孩好不容易睡了還要再起來做事情完成工作，時間被壓縮。(D07，男，主治醫師/已婚，2 小孩)」

「我認為照顧小孩的量可以被顧及，但質會受影響。有時候我太累，雖然在小孩旁邊，但我聽不到他說的話，小孩會說為什麼我跟你說話你都跟我說嗯，因

為我在放空，哈（無奈）。我可能會為了自己的身心健康而離開這個工作，因為我不健康，小孩也不會健康。（D04，女，主治醫師/1個小孩）」

女性醫師工作忙碌時，伴侶協助成為重要助力，包含情緒支持以及生活育兒以及時間搭配協調。

「我先生其實很體諒我，也把自己上刀時間減少來陪伴小孩。（D13，女，主治醫師）」

「如果重要的會我就請先生接送，然後下班要開會也是要跟先生協調啊，我常常晚上研討會要參加，你幫我帶他們去吃飯這樣，因為我家的是神隊友，只要有事先講，真的不行不參加的時候只好把小孩帶去開會。（D05，女，主治醫師/2個小孩）」

「中間會有挫折的時候，有時候特別難過、覺得快要有憂鬱症的感覺。幸好有懂你的朋友、也感謝我男友在旁邊支持我，不會受我影響、情緒維持的很穩定，這對我渡過那段工作壓力蠻有幫助的。（D11，女，有伴侶/尚未婚育）」

二、育兒與家務分工或外包

年輕醫師工作忙碌，家務部分，受訪醫師自己與配偶協力完成，更傾向選擇多種機器幫忙，如洗碗機、掃地機器人等等，有些會請鐘點清潔打掃阿姨協助維持家中整潔，請家中長輩幫忙煮飯等協助。

「目前工作還沒有大變更，小變化包含配合小孩給婆婆照顧、有更多家庭支持，在目前居住地點有變動，住離長輩比較近一點，但是我個人上下班的通勤時間就大幅增加。通勤大概增加平均單趟一次一個小時以上。（D03，女，主治醫師/2小孩）」

「家務部分大概一人一半分工完成。會選擇用一些省力的工具來替代，像比如洗碗機、烘碗機等，太累時有思考過請鐘點阿姨來家中幫忙。我不太煮飯，最多假日備一些簡單的早餐，有外出大部分就外面解決，不然太累的話就叫外賣。平常就晚上回去的話晚餐去婆婆家吃晚餐。公公婆婆負擔了很大的一部分。沒有

我婆婆的話我大概就離婚了吧，家務又育兒真的太累了。(D03，女，主治醫師)」

「白天有請到府保姆，晚上的話就是我跟太太，還有那個我岳父、岳母一星期來 2 到 3 天，幫忙煮晚餐，幫忙 cover 門診下班前銜接保姆下班前。家務的部分，掃地機器人，拖地就家務家事阿姨，跟換床墊，摺衣服這樣子，一周會來幾個小時整理家務這樣。(D12，男，主治醫師)」

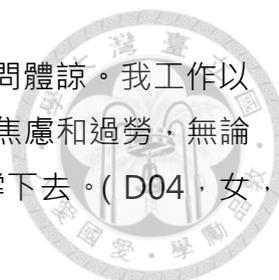
「家裡長輩為了照顧孫子辭職，讓我可以回醫院繼續 training。(D10，女，住院醫師/1 小孩)」

育兒部分，由於受訪對象皆是選擇留在職場工作的醫師，因此上班時間的育兒責任會需要外援，照顧方式如下：伴侶降低工時為育兒主力 (D07 男)、自己轉任診所增加工作彈性來育兒 (D08 女)、自己減少手術時間以能陪伴小孩 (D12 男)、伴侶兼職為育兒主力 (D05 女)、外包給保姆與自己為照顧主力 (D04 女)、外包給保姆與伴侶為照顧主力 (D06 女)、外包給保姆為照顧主力，家中長輩零星救援 (D13 女)、外包給家中長輩，自己和小孩分隔兩地，一個月看 1-2 次 (D09 男、D10 女)、外包給長輩，搬家就近長輩，增加每天通勤時間 1-2 小時 (D03 女)。

三、身心失衡

長期過勞壓力，男女性醫師都可能有身心壓力負荷過重之可能，女性醫師若經歷過孕產階段，若產後沒有獲得足夠的時間讓身心得以休息恢復，在面對工作、家庭、育兒，容易感到身心耗竭。

「我以前身體還算健康，從產後到現在一年多，血壓、月經、身心科都還在吃藥控制，不吃的話感覺身體或心理隨時很容易崩潰，就靠這些外力維持一個恐怖平衡的狀況。我覺得整個身體一直沒有到產前的狀態，我一直很苦惱。我會因為我身體狀況而沒照顧到小孩，讓我有愧疚感，這點會有點難調適，但我不能把工作停來，我已經因為生產被迫更換工作地點，新地方我需要多投入工作時間才能有好表現。(D13，女，主治醫師)」



「我好累好累，主管卻不在意我心理上的感受，也沒有慰問體諒。我工作以來，當我撐不下去的時候，我都是靠吃藥讓自己撐下去。我的焦慮和過勞，無論身心科、中西藥、心理諮商，我都是一直都靠外力讓我自己撐下去。(D04，女，主治醫師)」

「壓力大，調劑時間太少，沒有時間跟朋友出去、甚至運動等。以前還會和朋友吃飯聊天等等的，現在就比較難，自己出去玩會覺得說對太太、小孩不太好意思，住院醫師期間也曾經過勞昏倒無意識，住院幾個月。(D07，男，主治醫師)」

「我覺得我身體很爛耶。為什麼一定要值夜班這麼累？身體又這麼爛，又好像沒有賺很多錢，那我在幹嘛？反而懷孕後會吃一些營養品、一定要吃早餐，反而生活好像比之前感覺健康，因為懷孕前工作忙都會跳過早餐，也不會注意去管健康的事情，也還蠻常熬夜的，但懷孕後就不行，小寶寶自己會在晚上 10 點多踢你，趕快去洗澡囉之類的，12 點再踢一下，好，我們去睡覺了，這樣子。(D10，女，住院醫師)」

四、女性醫師職家平衡現況小結

社會上仍有伴侶配偶「男強女弱」的既定印象，男性醫師擇偶可以選擇在醫療職場上為大多數的護理師（2021 年女性護理師佔整體護理師 96.2%），維持「男主外、女主內」的傳統社會家庭模式。女性醫師則很難在女強男弱的社會條件下擇偶，加重了單身的機會（D14 女）；有的女性醫師在選擇能配合自己高工時環境的伴侶時，遭遇來自本身家庭的阻礙，覺得自己女兒應該匹配更優秀的男性，因此 40 歲仍維持單身，放棄原有生育規畫（D11 女）；若女性醫師選擇同樣為高社會經濟地位的男性醫師，在兩個都處於高工時情況下，家庭部分相對難兼顧，可能需要延後生育（D02 女）、生育後需要多家務工作外包或是育兒外援（D03 女、D10 女）、離開原醫學中心，尋找較彈性工時的診所以維持家庭生活與育兒（D14 女）、或妥協在婚姻關係中最後離婚或不結婚（D04 女）、或是配偶醫師選擇減少工時來配合女性醫師的生涯追求（D13 女）；有些女性醫師擇偶選擇非醫師、能配



合自己時間規劃、接受兩性平權的配偶及家庭，但女性醫師會戲稱自己擇偶時比較「任性」(D06 女)；或者女性醫師需要伴侶能減少工時兼職以照顧小孩，女性身為家裡經濟主力 (D05 女)。這些不同樣貌的女性醫師，展現出了她們在畢業後執業科別選擇、職涯選擇、伴侶選擇、是否生育與生育年齡選擇、母職選擇，各種不同的面貌。

第三節 相關法規之醫師認知與使用現況

臺灣住院醫師自 2019 年 9 月 1 日起適用勞基法，依據「住院醫師勞動權益保障及工作時間指引」，本研究訪談曾經歷過 2019 年適用勞基法前、後的住院醫師經驗，優點是過勞的現象有部分被改善，由於勞基法執行後住院醫師工時固定，缺點是工時較無彈性，也有依照表定工時打卡後，但實際須完成工作延後下班的情況。

「訓練規定是每個月要 160-192 小時之間，平均每一個月上 16 班，一班 12 小時，然後原則上不會連續上超過 5 天的班，最多就是連 5，請假換班，事先協調好算有彈性。(D01，男，住院醫師)」

「我們之前真的學弟有去填超時，然後好像真的拿到加班費，但是就是好像被長官關心。我自己不敢這麼做啦，延後下班就摸摸鼻子算了，雖然不至於說被討厭、被為難，但如果未來想留在這科別，大概不會這樣子搞。(D09，男，住院醫師)」

住院醫師納入勞基法，對住院醫師到底有沒有幫助呢？多數住院醫師對此事表示正面回應，認為對工時下降有實質上的感受，儘管還是有部分責任制、超時的可能，但比以前尚未施行前的無上限工作循環，皆表示有更多的時間可休息、讀書、維持正常作息與社會互動保有人際關係。但對於排班人員皆表示是很辛苦的，為了符合勞基法，排班的總醫師常需不斷溝通、協調，有時遇到臨時請假的



狀況，特別是疫情確診人數增加，臨時請假情況增加，總醫師的工作負荷上升。但對於勞基法其他的權益，多數醫師則表示沒有任何感受。

「我自己覺得勞基法似乎有一點用，但也沒有絕對的好或壞，有勞基法時間被管得很緊，限制很嚴格，就一定要在規定時間內上、下班打卡，如果沒有勞基法搞不好還有一些彈性空間，比如說偷懶不用打卡。然後其他的權益好像不會用到。(D01，男，住院醫師)」

「有勞基法這樣的保護對個人而言是有用的，對總醫師而言排班會很麻煩，就彈性少很多，如果住院醫師臨時有狀況的話可能班表就會出缺。臨時有狀況，呃，就總醫師下來扛。因為 R1、R2 就是工作接近 88 工時，總醫師的班比較少，就下來 cover。以前不管勞基法的話，你 R1、R2 很累，R3、R4、R5 就以白天的行程為主，有好有壞，看你把值班的時間壓縮在前 2 年還是平均分攤這 5 年，啊啊我們這種過渡期最慘，我前面沒有爽到，如果 88 工時出來再進來就最開心。(D12，男，主治醫師)」

主治醫師工時依不同科別而異，目前臺灣主治醫師勞基法無保障，常有工時過長、過勞的現象，但優點是工作彈性較高，可以依據自己處於不同人生階段現況，做適度的工時調整。

「我住院醫師時期比較操勞(當時未納入勞基法)主治醫師後工時還蠻朝九晚五還算規律，就不超過 10 小時啦，那包含星期六也大概還有 2 小時左右的工時。(D03，女，主治醫師)」

為了住院醫師納入勞基法，勞動部也考量醫院任務難以用工時切分，考量「責任制」讓每天的工時可以彈性分配，但每個月不得超過 320 小時，雖然工時仍高於一般勞工，但至少不再無上限的工作循環。醫師過勞因素，有一部份源自於需在醫院「值班」，醫師職場仍尊崇輩分倫理，且住院醫師身兼學習與醫療照顧雙重身分，住院醫師的值班數量通常是最多的、依年資而遞減，本研究訪談的男女住院醫師經驗，可看到目前有勞基法保護，但執行現況仍有未來可調整處。



一、醫師請假

在訪談醫師的過程發現，不論是男女住院醫師或主治醫師，都很少請假。醫師常使用的假別多是事先訂好的計劃性休假，較常使用個人的年休、產假，其他假別使用的經驗相對少，例如：事假、病假、生理假、育嬰假等。

不使用這些假別的原因，通常與科內人力不足、人力調度不易，臨時請假會影響其他人的時間規劃，對排班的人造成困擾，同儕或主管態度有關。由於這些假別皆屬於臨時假別，訪談醫師們的過程可以感受到醫師自我要求很高，工作與自我訓練和休息的時間安排的很滿，彈性不多同時也不希望造成他人困擾，非不得已很少使用這類臨時假別。

在住院醫師時期，由於工作內容依照不同訓練階段安排，照顧患者的同時也具有學習的義務，雖然高工時、高體力負荷，但住院醫師希望增進自己醫學實力，並希望未來專科考試能夠順利通過，住院醫師時期普遍不常請假。且越年輕的住院醫師負擔輪班及值班的數量較多，怕臨時請假影響科內運作，也擔心造成排班人員的困擾。

「我覺得請假會有壓力，是沒有明訂會影響考核，問題在排班的人或主管不開心，也會擔心主管不准假，就不像學生時期身體不舒服就請假一下，工作之後就沒有請過病假了，怕別人覺得當醫生還身體不好、或沒責任感。(D01，男，住院醫師)」

排班等行政工作多落在總醫師身上，自從住院醫師符合勞基法後，總醫師相對需花費更多的時間排出每個月符合法規的班表，最擔心就是人員臨時有變動、臨時請假等狀況。而若有學弟妹對時間安排不固定常臨時請假，或出現 COVID-19 疫情，同事常有確診者必須請假情況，排班人員的壓力負荷就會比較大。



「像這個月有個學弟臨時才跟我說那一天他不能值班，然後我當然就白眼，呵，我想說你為什麼不早跟我講？我都排完了，而且那個班我已經改很多次了，我真的是快抓狂。如果是我們科固定的住院醫師，請假就要考慮主任的心情，會影響到考核，啊如果像那種只來一個月的 PGY，就不在乎考核。(D14，女，總醫師，負責排班) 」

主治醫師的工作彈性較佳，但對於臨時要請假，同樣會擔心造成別人困擾。一來，請假需要和其他同事溝通協調工作任務，再者，需要將手上的患者照顧內容做交接班，基於對自己照顧患者的責任感，除非必要，否則主治醫師也不常臨時請假，假別多是事前安排好的內容。

「請假蠻有壓力的，因為就會覺得造成別人的負擔與困擾，也要看別人願不願意幫忙你啊，所以也沒辦法太常請，就有一種看別人臉色的感覺。(D03，女，主治醫師)」

在勞基法尚未實施前，醫師普遍不常請病假，拖著病體上班是常態，甚至有醫師開玩笑生病去醫院拿藥比在家休息實在，自從住院醫師納入勞基法後，住院醫師請病假的意願有略增加，在疫情期間不得已需請病假的次數也可能會增加，但是總工作時數不會減少；而主治醫師由於個人責任感及對患者的承諾，若非不得已請病假，大多是很嚴重不能再進行工作時，才會請病假。

「是不會不敢請啦，像我之前有一次早上開始拉肚子，下午就請病假回家休息。疫情請假的機會就更多了，假設你在這 7 天有值班的話，就跟後面的人換，就你後面要補回來值班的時數。(D09，男，住院醫師) 」

「病假就爆肝那一次，包含住院及在家休養一個月的時間，因為我是 COVID-19 重症 (病房) 的主力，解封的隔天我就倒在病床上，肝指數衝到上萬直接從醫師變成病人，這過程非常心酸。(D04，女，重症科主治醫師)」

目前臺灣與促進性別平等措施相關的假別，分別有：生理假、陪產假、產假、育嬰假等，在詢問女性醫師的請假經驗，皆無使用生理假的經驗。

「生理假不太可能請，因為主管都男生，沒辦法理解什麼是生理假。（D14，女，婦產科）」

目前臺灣產假為兩個月，延長請育嬰假的醫師人數不多，住院醫師符合勞基法，男性住院醫師表示有使用陪產假的經驗，但女性住院醫師產假後若請育嬰假就會延後訓練期程，因此女性住院醫師多數產假請完就直接上工，為了銜接缺失的兩個月產假與過去十個月懷孕過程表現不足處，產後的工作量與學習量倍增，工作負荷與疲累度增加，受訪者若有住院醫師時期懷孕的，均表示住院醫師產後未能有良好的休息與育兒時間。

「產假可以請，不過長官就會一直 murmur，因為人力就不夠，他們就會比較辛苦，就說反正你就在婦產科上班，一定都上班到最後一刻啊，這樣不是超方便的嗎？你就上班到最後一秒吧，真超不合理的。（D14，女，婦產科總醫師）」

「我有請陪產假。男生的話產檢假跟陪產假好像綁在一起的，我記得，所以我都放在陪產假。（D09，男，住院醫師）」

「我記得住院醫師懷孕時工作比較頻繁，說實話主管沒有讓我覺得太體諒我的狀況，孕期那時候的身心壓力都比一般人大很多，很多主管認為怎麼這住院醫師一開始就懷孕這樣，我總是有這樣的感受，呵，沒辦法也只能自己做好自己該做的事啊。（D08，女，第一胎時為住院醫師，當時住院醫師未納入勞基法）」

由於主治醫師未納入勞基法，請長假無薪水保障、回到工作崗位後職涯發展需重新安排，通常不太願意請太長的假，常看到不論住院醫師或主治醫師在坐月子期間，仍在完成醫院的相關工作。女性醫師不願意請太長的育嬰假，考量的因素，包含科內人力不足、影響門診患者就醫權利、擔心收入降低、主管觀感等等原因。

「我產假 2 個月而且我還加了 1 個月的育嬰假...其實像主治醫師的問題是，你如果要看門診，請 3 個月，有的病人就跑掉了，那就跟你的職業生涯是有關係的。而且像我的主管就不希望我請太久育嬰假，他會覺得科內很多事會被延宕，



或他要找很多人去補你的功能，所以即便是主治醫師，請假太久，科內有點困擾的。(D05，女，主治醫師)」

二、法規對孕期保護的僵化

法規對於女性工作者懷孕期間不能值夜班立意良好，但住院醫師責任制，避免輪夜班的情況可能造成女性醫師晚上下班回家延遲、早上仍需準時上班，孕期夜間回家車班少、安全問題考量，以及夜間休息時間不足，沒有達到法規上保護女性孕期之初衷。加上住院醫師白天工作負荷大，疲累度高於夜班，這些都成為女性住院醫師孕期的壓力。

「我覺得勞基法對女性懷孕的保障，就是保形式而已，沒有實質效果。懷孕之後，老實說我覺得工時也蠻長的。懷孕前的話是我如果是值 24 小時的班，就是值夜班的話，晚上 5 點到隔天早上 8 點，我可能隔天早上 10、11 點就可以走了，但懷孕後因為符合勞基法變成不能值夜班，表定晚上 10 點就要走，但其實每一次也會拖個半小時甚至到晚上 12 點。然後我隔天早上一樣是早上 8 點要打到卡。那如果是有值過夜班的話我就直接睡在醫院，也沒有打卡的問題，但我自己覺得啦雖然好像看起來過夜很可怕，但是其實每天白班才是最累的。半夜的時候雖然說 10 點之後還是有公車啦，我住的很近以前沒懷孕情況下走路大概 12 分鐘左右，但我懷孕以後可能要走個 20 到 30 分鐘，就沒辦法跑、各種等、等紅路燈等過馬路，晚上回去其實蠻不安全的，公車班次也拉超長，除非叫計程車，可是住院醫師哪這麼多錢一直叫。(D10，女，住院醫師)」

主治醫師懷孕相對工作彈性與工作控制較佳，雖然法規並沒有對主治醫師有所助益，主治醫師對自己的職涯和孕期照顧負責。

「不實用啊，因為我們主治醫師不受勞基法保護，所以很多假別醫院都說你不算哦。那些法規和權益我覺得沒有意義呀，因為我不可能說，欸我懷孕我就不要看夜診，或是怎樣的，本來主治醫師就彈性很大了，要對自己的事業負責。(D06，女，主治醫師)」

三、母性保護政策於住院醫師階段難以兼顧

政府推廣母乳哺育，為了讓新手媽媽能夠有良好的母乳哺育支持與衛教，衛生福利部國民健康署推動母嬰親善醫院，目的在創造讓母乳哺育成為常規的醫療照顧環境，給予每個嬰兒生命最好的開始。



但身為母乳哺育重要推廣成員的婦科及兒科醫師，表示母乳哺育雖然立意良好，自己也很想達成，但教學容易、自己執行發現需要職場與生活型態的配合，困難重重，反而增加自身壓力與愧疚感。

「我覺得母性保護政策沒有幫忙。要多親近寶寶、抱寶寶、喝母乳，我都做不到。母乳這件事情呢，政府一直在推行，院內兒科也會推行，但是我發現實際上做起來很辛苦啦，當時我有做過很多努力，但真的太痛苦了，我真的真的好累，好不舒服，所以就決定在月中就退了，比我想像快很多，因為很多的沒辦法，我覺得我蠻自私的，出發點是為了我自己。(D10，女，住院醫師)」

「女性醫師，如果職業再更高一點的話，也許做得到的。但住院醫師階段，除非很打混，或那個職場真的很友善，不然住院醫師應該很難這麼定時定量在那邊擠母乳，很困難。(D10，女，住院醫師)」

「我們有保障一年的哺乳假，就是哺乳不值班，可是我不知道，有時候小孩的哺乳期很長，像我女兒現在3歲都還在喝母乳，我其實覺得一年不夠的。有的時候一年內可是有的媽媽也不用餵奶或想出來上班，我們科內的一年保障這件事我覺得比較彈性一點的，可是不是每人都需要。如果希望加強是否有適當方式，譬如是不是可以科內協助想賣班的人分配給別人，對，不然買賣班其實還蠻痛苦的，就像招標嘛，對啊，其他像我覺得女性醫師要育嬰假相對是困難的。(D05，女，主治醫師)」

第四節 處理醫師職家平衡之個人經驗

男女性醫師在職場面臨不同挑戰，如何維持職家平衡，讓自己的身心保持在良好狀況，成為重要考量，在訪談的最後都會詢問醫師對於自身面臨職家平衡的現況，認為自己做得很好、或不足之處，能否對於醫師維持職家平衡此項議題給予開放式建議。



一、主治醫師時期規劃婚育

如同結果所陳述，住院醫師時期有較多的壓力與不確定性，若同時肩負生育責任，容易身心俱疲造成職家衝突。但主治醫師婚育要考量的可能是高齡懷孕的問題，此點需就自身個別狀況去評估。

「我覺得升等主治醫師之後再生育是很不錯的選擇，第一，也不會這些有值班的擔憂，雖有保障住院醫師值班不管說是懷孕或哺乳的減免，比如說不用 over night，但其實在訓練當中很難兼顧，壓力也比較大一點，升 V 之後相對穩定再做進一步的家庭計劃會比較好，但風險就在高齡產婦這個部分，並且之後年紀大跟教育、栽培孩子上面也更累啦，有時候要取一下平衡。(D03，女，主治醫師)

二、婚前伴侶選擇與溝通之重要

女性醫師認為要維持職家平衡，婚前要和伴侶做清楚的溝通，包含未來職涯規劃、家庭負擔等等，找到理念相近、也願意共同合作、相互體諒的伴侶，是維持職家平衡的重要因素。

「結婚前要看清楚你的老公是不是會跟你分擔事情的人，婚前就要討論好，準備要生小孩談一下自己的想法，如果他的理念跟你不一樣這婚姻就要考慮了。當然也不要說生小孩很辛苦，事情都推給男生，婚姻是夥伴關係，沒有都是你做或都是我做，就分工合作、互相體諒啦。互相支援，重點不是找外援，要因為自己工作協調找出最適合自己的方式，我覺得如果花錢可以家庭和諧就不要省那個錢，所以為什麼很多男性醫師說洗碗機是神器，就是這樣。(D05，女，主治醫師)」

三、自我對話清楚自己好惡與選擇

受訪醫師認為醫學訓練本就漫長，醫師職涯要能走的持久，瞭解自己的好惡、而非關注他人的期待，是重要的事情，與自己對話、瞭解自己、對醫學生涯的每次抉擇才有所助益。醫師在臺灣仍有高的社會地位，醫學生普遍也很能力不差，轉職也能做很多事情，重點是足夠瞭解自己，做出合適自己的選擇。



「我覺得瞭解自己蠻重要的，知道自己喜歡跟不喜歡很重要。第一：會影響到選科，可能訓練到一半才換科也時有所聞，....，因為你要工作 30、40 年會過得蠻痛苦的，會影響到其他生活很多的面向。第二：選擇你工作的單位，....，做什麼事開心不開心是要去弄清楚跟自己對話的，如果做醫生不快樂那也可以不要做，醫師很多時候有辛苦的地方，但比起大部分的人來說你還是幸運的，這還是要自我的釐清。就是你去瞭解喜歡不喜歡什麼事情，對醫生來說是很重要的課題，才可以走得長久，弄清楚之後不管在哪裡工作選哪一科，都可以過得很開心，有一個理想的生活，簡單說要弄清楚你的好惡。(D15，男，醫師) 」

四、多瞭解參與醫學以外的事務

醫師工作忙碌，過度專注在自己領域容易因不斷競爭的環境陷入自我懷疑，對民眾溝通也有很大的鴻溝。因此有醫師提到，維持良好的職家平衡，應該多參與醫療以外的事物，開闊視野、廣泛學習，並增加與民眾溝通的能力。

「建議要多方瞭解醫學領域外的世界，我認為，我們醫生很容易執著在一個點：我夠不夠專業、我做得夠不夠好，就陷入不斷要求要更好的迴圈。我知道很多醫生假日都在進修或研討會，但都不瞭解外面的世界，但我覺得醫療應該跟民眾有一個互相的溝通，因為民眾跟醫療還有一個很大很大程度的資訊不對等，我們愈來愈專業的時候、對他們表現出不耐煩的情況，但民眾非常需要溝通，而且跟民眾衛教清楚對我們的職涯也是很有幫助的。(D11，女，負責醫師) 」

第五章 討論



第一節 醫師於職場中所面臨的職家平衡困境

一、醫療職場中的性別隔離

由衛生福利部統計資料顯示目前臺灣醫療環境，女性醫師人數逐漸增長但仍不及男性醫師的人數、增長的幅度也不及國際間平均女性醫師人數的漲幅，顯示在醫療勞動中，醫師仍有性別職業隔離現象（于政民，2021）。2021年女性西醫師人數占21.2%、女性牙醫師人數30.1%、女性中醫師人數占32.8%，雖然比2022年微幅增加，仍顯著低於男性人數，男性醫師人數幾乎為女性兩倍。臺灣女性醫師人數逐漸上升，但增幅仍不及國際趨勢。

在男性醫師為主的醫學領域，女性醫師難以自在的伸展發揮所長，在醫療工作環境中，女性醫師可能面臨來自患者對女性醫師專業的不信任、執行醫療業務時的性別歧視、科別女性人數少值班室可能和男性醫師混用、擔心因孕產導致升遷困難、住院醫師時期不敢生育或延後生育、主治醫師時期高齡產婦問題、女性醫師因工作忙碌單身問題等等，由於身為醫療環境的性別少數，女性醫師難以為自己的權益發聲(Sexton et al., 2017)。

過去女性勞參率低落的年代，在就業市場是極度弱勢，臺灣經歷1987國父紀念館事件，催生兩性平等法，改善80、90年代職場普遍發生的的單身條款、禁孕條款等女性不平等契約（吳芳德，2021）。立法二十年後至今臺灣家庭與勞動市場已有劇烈的改變：現代社會女性勞參率上升、社會逐漸走向性別平權。職場性別平等，也是企業規畫中重要的政策，其中包含如何落實性別平權、打造多元性別友善職場環境、建立育嬰假制度、如何協助員工維持職場與家庭平衡等。

二、醫療場域性別不平等，男女性醫師面臨的問題不同

檢視行政院性平會資料發現，目前臺灣女性在公職、賦權、司法等人數比例有所提升（將近40%）但醫界仍封閉，臺灣醫療職場女性醫師仍處於性別少數，



儘管醫師性別議題近年來逐漸在社會引起關注，然而由於職場女性醫師人數少，發聲後對現況改善仍有限，女性醫師面對醫院的壓力、孕期的不適、家庭造成生涯規劃的打亂延遲，容易讓女性醫師身心狀況低落(Panagiotti et al., 2017)；男性醫師同樣也面臨壓力，研究顯示目前年輕男性醫師有認知需分擔育兒及家務責任，但工作場域氛圍對男性醫師照顧家庭的支持性不足。(中華民國醫師公會全國聯合會，2022)凸顯出醫師職場性別人數落差、管理階層想法沒有跟上時代變化，會造成年輕醫師職家平衡的困難；特別在有些以男性為主的科別，更可能加重這樣的困境。訪談發現，即使年輕醫師開始意識職家平衡的重要性，不論男女性醫師都試圖找到工作與家庭生活的平衡方式，在訪談中可看到年輕男性醫師有別於過去傳統、試圖要參與家務及育兒責任，然而，職場傳統觀念與環境氛圍仍讓年輕醫師面臨職場與育兒的困難，在職家衝突高、職場性別少數的女性醫師仍是首當其衝。

目前醫療主管階級仍是以男性醫師領導者為主，醫界父權主義重、現在身為主管的醫師其養成環境是以當時男性為主的職場(舉例，我們檢視 2022 年度全臺 19 家醫學中心，0 位女性院長，每家醫學中心有 3 至 8 位不等的副院長，目前只有臺大醫院有 1 位女性副院長)，很難真正同理去看待年輕一代男女性醫師所面臨的困境、女性醫師所面臨的孕產歧視與職家衝突。因此在訪談中可看到女性醫師即使已經是主治醫師，有較高的工作彈性和工作自主權，仍會被要求應該以工作為重，達到工作上的要求為先，請假有別人臉色的感覺、主管不能理解為什麼女性醫師帶小孩上課會需要常遲到無法配合晨會時間，為什麼不能配合下班的開會或教育訓練聚餐而影響考績評比，或者生理假不應該放、生產應該工作待到醫院最後一刻才是最好的方式等想法，這些來自於男性主管對於女性醫師個人家庭的不瞭解、以及性別的歧視，這些都是年輕女性醫師在面臨工作與家庭生活中的壓力所在。女性醫師擔心被貼上不適任的標籤、增加通勤的時間方便小孩有家人照顧、面對家庭及育兒抱有愧疚，這些皆是造成女性醫師身心不健康的原因。有些



身處職場氛圍正向、主管也很明理的女性醫師，同樣也具有壓力，這類女性醫師很害怕職場的改變，希望待在原工作崗位讓生活步調可以持續進行。

三、提升職場女性醫師人數重要性

職場嚴重性別不平等容易導致男女性醫師職家平衡之困難，過去研究指出，當職場女性人數比例超過 30%，才可達到「關鍵多數 (Critical mass)」導致質變轉為量變(Joecks, et al., 2012)，職場具備多元化的思考面向，就可以明顯降低減少決策時的風險，對整體醫療職場性別多元、健康體系的永續發展提供重要價值。

過去醫師權威式的看診模式，對住院醫師丟病歷、權威對待病患的情形現在較少發生，目前「以病人為中心」(Patient center; patient-oriented)的全人照顧，「醫病共享決策」(Shared Decision Making, SDM)讓醫療決策不再是權威式由上而下單一方向，需要醫師和病人雙方共同參與，醫師提出處置之實證資料，患者提出個人價值觀與偏好，彼此交換資訊討論，共同達成最佳可行之治療選項。女性醫師的特質善於聆聽、同理患者，女性患者也能有更多的選擇、在執行處置與檢查也會更便利，若未來醫界女性醫師人數提升，醫療環境的面貌將會更多元、對患者更友善。

在面對於家庭及育兒，兩性皆需要付出心力投入，美國醫學院的育嬰假政策分析顯示，即使美國兒科學會證實 12 週的帶薪育嬰假對母體與嬰兒的身心健康有正面影響，頂尖醫學院的女性醫師仍可能因主管或人資協商評估後，縮減為 8.6 週(Jou et al., 2018)。而臺灣產假 8 週，主治醫師未納入勞基法保護，育嬰假難有薪資保障，女性醫師所面臨的產後身心恢復與育兒壓力，可能對女性醫師有負面健康影響。若職場要求女性投入工作為優先考量，則可能壓縮女性醫師身心恢復的時間，造成後續身心影響與工作效率低落，加重職家不平衡。

男性醫師在家庭與育兒中同樣需要更多的關注與鼓勵，現行的育嬰假、留職停薪在男性醫師身上較少看到，過往男性較少投入家庭與育兒，造成小孩與父親

的情感疏離往往是成長過程中的遺憾，若職場氛圍能夠鼓勵男性醫師同樣投入家庭，給予請假的支持與工作彈性，將會有助提升科部性別平等，未來性別人數比例也能更為趨近。



第二節 醫師於家庭社會中所面臨的職家平衡困境

臺灣社會結構逐漸轉型，隨著女性自主意識提升與教育程度增加，根據勞動部資料，2020年臺灣女性勞參率為51.4%，2020年25-29歲女性勞參率90.5%，高於其他主要國家，而後因婚育等因素勞參率隨年齡遞減，50-54歲降至63.7%，低於各主要國家。

一、女性醫師傳統與現代的性別角色

目前醫療環境中女性醫師仍處於性別少數，儘管醫師性別議題近年來逐漸在社會引起關注，然而由於女性醫師人數少，職業類別在社會大眾眼中屬於高社會經濟地位，普遍迷思仍認為這樣高專業女性是「人生勝利組」，容易忽視女性醫師在光鮮亮麗背後所面臨之困難。醫師脫下白袍專業身份，同樣也會身為一位妻子、一位媽媽，也有面臨挫折的時候，過去傳統社會男主外、女主內家庭模式，現代多為雙薪家庭，然而社會對女性角色的期待卻沒有跟上改變，過去男理工、女人文的思維，職業性別隔離造成薪資落差，至今大部分行業別相較10年前性別差距已有縮小，但社會對女性的期待仍未跟上。

在女性克服偏好文科的框架，走入醫學領域、花費許多時間養成為獨立醫師，出社會後仍被期望結婚生育，在家庭中一樣扮演完成家務、照顧育兒的角色，女性醫師被要求要完成訓練、家庭事業顧好、最好趁年輕多生育、生育後照顧小孩盡到母職責任，這些潛在社會期待成為女性醫師對自己要求的內在衝突

男性醫師可選擇專注在工作，去克服醫學生涯的挑戰以及磨練；然而女性醫師，可能會面臨同時需肩負家庭照顧與工作職涯的選擇，不婚、晚婚、不生育、孕期工作壓力大，需要安胎、面臨早產的風險；有些也曾感到困惑，若自身投入



這麼多時間在職場，是否能平衡家庭與養育之責，心裡有著愧疚與壓力。因此也有女性醫師會中斷職涯、或者選擇診所兼職，讓自己有多的時間照顧家庭、自己的身體能得到休養。為了讓生育對職涯的影響最小，生育年齡不斷被向後推遲，生育率逐年下降，高齡產婦問題增多。

二、家務與育兒責任尋求外包協助

本研究也發現高工時的醫師族群，由於經濟條件較佳，更容易將家務責任、育兒任務外包尋求社會支持（Social Support），而非選擇擔任全職家庭照顧者。社會支持包含工具性支持（Instrumental support）指實際具體的協助，以及情緒性支持（Emotional support）指社會心理功用的支持(Brown, Nesse, Vinokur, & Smith, 2003)。

本研究受訪醫師傾向減少家務工作與外包以換取時間得到充分休息，醫師普遍的經濟條件也較佳能將家務責任外包，有些醫師認為家務能紓壓喜歡回家與伴侶分工完成家務，但若與育兒相較會放在較後選項；育兒責任女性醫師多會積極參與、工作忙碌時間會給予信任親屬或保姆幫忙照顧，目前主流「密集母職」（Intensive mothering），女性醫師擁有更多的經濟、教育資源，也更有能力把「以小孩為圓心」理想付諸實行，勞心勞力的照顧小孩讓母親的壓力更大，無法良好陪伴小孩也有更深的焦慮與愧疚，母職和醫療工作都是需要全心投入的，當兩者合併在一起時更是艱鉅的挑戰。受訪者家務與育兒能協調良好的家庭，伴侶雙方皆能良好溝通與分工合作，顯示不論男女性醫師，在工作以外的休息、家庭照護，皆需找到個人維持職家平衡的方式。

第三節 如何改善醫師職家平衡現況

從醫療職場、家庭社會中，均可觀察到女性醫師在職家平衡上受到結構性困境。醫師在學習養成與職涯發展過程中，面臨高工時、高工作負荷與同儕競爭壓力，女性醫師仍難以免除傳統社會角色的期待與限制。政府政策如何緩減女性醫



師面臨的職涯發展困境與如何維持職家平衡，本研究就政策、醫院管理、個人層面，提出以下建議。

一、政策層面

衛生福利部參考美國住院醫師工時規範並與國內專家學者討論後，2019 年訂定出符合臺灣現況之「住院醫師勞動權益保障及工作時間指引」，而「性別工作平等法」的初衷，便是希望保障性別工作權之平等減少因性別差異而造成職場上不平等的對待。然而在本研究訪談過程發現，即使部分住院醫師納入勞基法，法律對醫師維持職家平衡的幫助仍是有限，住院醫師對勞基法實施後工時下降抱持部分肯定，但醫師實際工時仍是非常的長，並且不包含其他繼續教育、研究、行政、備課、演講等所需花費的隱形時間。再者，勞基法對母性保護的出發點，依照 2021 年立法院公報呈現實行細則逐步調整：「醫師與主管針對女性員工懷孕夜間值班工作可做協商，讓懷孕的住院醫師不用再因為無法夜間值班、增加白天的工作勞累度。」然而實行細則應多與醫療單位宣導與普及，讓醫師皆能瞭解自身權益與孕期保障。未被納入勞基法保障的主治醫師等醫師族群，其薪資保障、休假制度、育兒相關的保護不足，容易淪為職場個別情況處理，若所屬醫療單位忽視個人職家平衡，則女性醫師會承擔更多的身心壓力和工作滿意度下降。

勞動部過去推出「工作生活平衡推動手冊（2017）」，對企業宣導職家平衡此議題之重要性，並給予企業推動職家平衡之步驟、措施與實際例子，提供相關資源以供企業與員工查找。教育部針對臺灣同樣身為職場性別少數的大學女性教師，經歷懷孕、生產階段，能夠依《性別工作平等法》請產假和育嬰假，而各校自訂的限時升等及教師評鑑會暫停採計，讓家中有三歲以下小孩的女教師可以有餘裕照顧家庭（林昱瑄，2019）。

對住院醫師及年輕主治醫師懷孕、育兒，難以有實際政策回應女性醫師家庭照顧及育兒需求，目前現行住院醫師工時規範是否貼近女性醫師孕期需求，可再做進一步修正討論。目前住院醫師受訓，「因孕期請假所缺少的受訓月份（一年



兩個月為限)，不得列入計算」，若產前請假半個月，產後僅能休息一個半月，否則就要重新累積一年的訓練時間能考專科，未來此項規範是否能鬆綁，讓女性醫師願意在住院醫師時期能安心懷孕生產，將是重要議題。法制僅是最低保障，衛福部要正視「醫師職家平衡」議題並給出相關指引，明確指出法制之最低限度保障，以及如何提供醫院能優於法制的獎勵，給予年輕醫師在職家平衡上的保護與支持。

二、醫院管理層面

隨著全球化性別平權意識，臺灣醫界迄今仍職場沙文主義 (Male-chauvinism) 源自於醫療職場結構之性別不平等，有效提升各科別女性醫師人數，創造兩性平等醫療職場環境，建構永續經營且職家平衡的健康體系，為醫院管理之重要議題。

醫學院提供性別與職家平衡相關教育，醫學教育者給予醫學生們在踏入職場前，對未來的職涯規劃與家庭規劃有更清楚的瞭解。醫師每年的醫學繼續教育增加職家平衡議題相關內容，提供新進醫師、資深醫師、管理階層不同階段之職家平衡議題深化瞭解，讓醫師個人能更瞭解法規、權益保障，管理階層能提升對員工之同理心並職家平衡此項議題的重視，能給予男女性醫師不同程度的工作彈性，協助醫師維持職家平衡，增進工作生產力與福祉。

另一個值得努力的方向是強化照顧體系，尤其針對幼兒托育與長期照顧制度。由於女性承擔較多的家庭照顧責任，完善的照顧制度將有助於緩減女性醫師的工作家庭衝突。彈性班表包含換班的彈性、於工作環境提供高品質的幼兒照護服務、育嬰假的薪資給予更長的時間等(Jou, et al., 2018)。醫院提升職家平衡議題不應只限於單一性別之制度優化，女性醫師需要哺乳、育兒的工作彈性，男性醫師對於請陪產假、育嬰假、或留職停薪，也需要部內的正向支持與鼓勵。過度慷慨的家庭友善政策可能加重對女性工作者的歧視，造成性別不平等之擴大，如何有效地對工作環境進行結構性改變，才能進一步改善潛在文化偏見(Carey, 2018)。



三、個人現況層面

綜合訪談與文獻，職家平衡是一種個人的工作與生活之間的平等需求狀態 (Dhas & Karthikeyan, 2015)。而現在更因為全球嚴重特殊傳染性肺炎 (COVID-19 Pandemic) 疫情的關係，遠距工作 (Work from Home) 也驅職家平衡的改變。近期研究顯示 COVID-19 影響了全球健康照護體系、醫師的職家平衡、女性醫師身心福祉 (Salem, et al, 2021; (Matulevicius, Kho, Reisch, & Yin, 2021)

不論是過勞、焦慮、沮喪、睡眠不足、行程變更、錯誤訊息、假訊息、在家學習、照護小孩的負擔增加，COVID-19 疫情對於醫師職家平衡有負面影響，更因為疫情改變工作模式對於女性有顯著的變化。

英國、印度學者研究認為機構效應因子與暴露於染疫患者，是對女性醫師職家平衡最大的外部工作場域挑戰因素。另外，因外在家的內部生活場域挑戰因素，包含過多的通訊設備使用時間、通訊軟體疲乏效應、數位螢幕視覺症候群、行程變更 (Altered schedule) - 更長的工作時間 (在家工作) 與工作量變大、心理壓力、小兒照護負擔、缺乏社交，導致產生恐懼、沮喪、焦慮、慢性疲勞、職家衝突、職業倦怠、生產力下降，若能設定界線、設定工作行程計畫、運動、規律睡眠、健康飲食、正向看待事物 (並減少讀 COVID-19 的負面訊息)，官署或醫療機構應提出相應政策、函示、心理支持、輔助治療方案、鼓勵女性醫師互相支持，應可改善個人職家平衡現況。

第六章 結論

根據文獻探討及深度訪談，本研究認為影響職家平衡的關鍵因素為：女性住院醫師時期不敢結婚不敢生育，擔心影響訓練內容及專科考試之考官觀感；升等為主治醫師沒有勞基法保障，對於婚育薪資保障、不能請長假身心恢復不佳、是否有可能表現不佳考績低分影響薪資，所帶來的身心壓力；男性醫師相對受影響程度較少。對育兒照顧若雙方皆為高工時工作者，應積極協調家庭與職場之投入時間，避免未來可能離婚的隱憂。

職家衝突在各個專科的醫師群體都會發生，如何協助年輕男女性醫師維持職家平衡、降低職家衝突的負荷，是必要的事情。日本、德國研究顯示，年輕女性醫師在工作、家務、傳統家庭印象、自我角色認同（隱性的社會偏見），孕產期間的職家平衡，都會增加女性醫師負擔(Jones et al., 2020; Nishida et al., 2021)。

若由主管機關（如衛生福利部部立醫院、教育部國立大學附設醫院、國防部國軍醫院、退輔會榮民總醫院等公家單位）由上而下帶頭示範部分彈性工時、托嬰托幼協助，提供個人層面的課程如冥想、正念思考、健康飲食等，還有促進職場溝通、宣示維持職家平衡，是當代醫療工作者需關注並身體力行的事項，而非鼓舞過勞，反而無法提供有品質的醫療照護。

良好的勞動條件與環境，不只友善想生育的女性醫師，也關照到那些想為家庭付出更多的男性醫師，以及不想生育、喜愛工作的男女性醫師。中央政府不時提醒國人，少子化是國安問題，在此情境脈絡下，催生或加碼育兒津貼、宣傳都只是一部份而已，如果沒有改變勞動環境的決心，不分性別都拒絕不合理的長工時，讓「家務分攤」成為可能，修正「女性是主要照顧者」這個歷久不衰的文化假設，就只會讓上班或不上班，成為當代父母的兩難——不用是醫師，任何父母都不想在陪伴孩子成長與取得工作成就之間痛苦拔河。

任何制度的改革，始於對於結構性問題的理解。如何落實職場中的性別平權，瞭解職場現況與工作者處境，也需要瞭解制度設計，更重要的知識與態度上的改變，認識不平等的成因，並提出改革建議。



參考文獻



Agrawal, V., Plantinga, L., Abdel-Kader, K., Pivert, K., Provenzano, A., Soman, S., Jaar, B. G. (2020). Burnout and Emotional Well-Being among Nephrology Fellows: A National Online Survey. *J Am Soc Nephrol*, 31 (4), 675-685. doi:10.1681/ASN.2019070715

Amy J. Starmer, M., Mary Pat Frintner, Kenneth Matos, Chloe Somberg, & Gary Freed, M., Bobbi J. Byrne. Gender Discrepancies Related to Pediatrician Work-Life Balance and Household Responsibilities.pdf. *Pediatrics*, Volume 144, number 4, October 2019:e20182926.

Bronkhorst, B., Tummers, L., Steijn, B., & Vijverberg, D. (2015). Organizational climate and employee mental health outcomes: A systematic review of studies in health care organizations. *Health Care Manage Rev*, 40 (3), 254-271. doi:10.1097/hmr.0000000000000026

Buddeberg-Fischer, B., Stamm, M., Buddeberg, C., Bauer, G., Haemmig, O., Knecht, M., & Klaghofer, R. (2010). The impact of gender and parenthood on physicians' careers--professional and personal situation seven years after graduation. *BMC Health Serv Res*, 10, 40. doi:10.1186/1472-6963-10-40

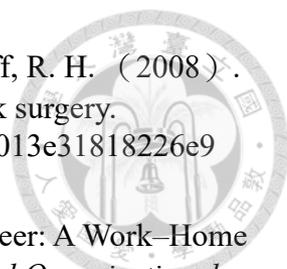
Carey, C. (2018). Securing the future anaesthetic workforce. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol*, 32 (1), 25-37. doi:10.1016/j.bpa.2018.04.002

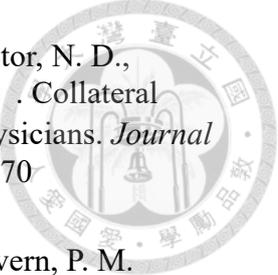
Cheng, Y., Huang, H. Y., Li, P. R., & Hsu, J. H. (2011). Employment insecurity, workplace justice and employees' burnout in Taiwanese employees: a validation study. *Int J Behav Med*, 18 (4), 391-401. doi:10.1007/s12529-011-9152-y

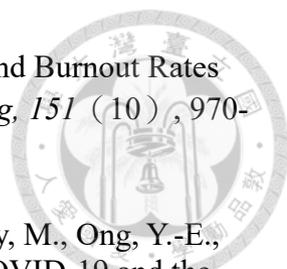
Crompton, R., & Lyonette, C. (2016). Work-Life 'Balance' in Europe. *Acta Sociologica*, 49 (4), 379-393. doi:10.1177/0001699306071680

Dyrbye, L. N., West, C. P., Satele, D., Boone, S., Tan, L., Sloan, J., & Shanafelt, T. D. (2014). Burnout among U.S. medical students, residents, and early career physicians relative to the general U.S. population. *Acad Med*, 89 (3), 443-451. doi:10.1097/ACM.0000000000000134

Frintner, M. P., Sisk, B., Byrne, B. J., Freed, G. L., Starmer, A. J., & Olson, L. M. (2019). Gender Differences in Earnings of Early- and Midcareer Pediatricians. *Pediatrics*, 144 (4). doi:10.1542/peds.2018-3955

- 
- Golub, J. S., Johns, M. M., 3rd, Weiss, P. S., Ramesh, A. K., & Ossoff, R. H. (2008). Burnout in academic faculty of otolaryngology-head and neck surgery. *Laryngoscope*, 118 (11), 1951-1956. doi:10.1097/MLG.0b013e31818226e9
- Greenhaus, J. H., & Kossek, E. E. (2014). The Contemporary Career: A Work–Home Perspective. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 1 (1), 361-388. doi:10.1146/annurev-orgpsych-031413-091324
- Hamilton, A. R., Tyson, M. D., Braga, J. A., & Lerner, L. B. (2012). Childbearing and pregnancy characteristics of female orthopaedic surgeons. *J Bone Joint Surg Am*, 94 (11), e77. doi:10.2106/JBJS.K.00707
- Halley, M. C., Rustagi, A., Torres, J., & Linos, E (2018). Physician mothers' experience of workplace discrimination: a qualitative analysis. *BMJ*, 363, k4867. doi:10.1136/bmj.k4867
- Jagsi, R., Griffith, K. A., Jones, R., Perumalswami, C. R., Ubel, P., & Stewart, A. (2016). Sexual Harassment and Discrimination Experiences of Academic Medical Faculty. *JAMA*, 315 (19), 2120-2121. doi:10.1001/jama.2016.2188
- Jagsi, R., Griffith, K. A., Stewart, A., Sambuco, D., DeCastro, R., & Ubel, P. A. (2012). Gender differences in the salaries of physician researchers. *JAMA*, 307 (22), 2410-2417. doi:10.1001/jama.2012.6183
- Jagsi, R., Motomura, A. R., Griffith, K. A., Rangarajan, S., & Ubel, P. A. (2009). Sex differences in attainment of independent funding by career development awardees. *Ann Intern Med*, 151 (11), 804-811. doi:10.7326/0003-4819-151-11-200912010-00009
- Johnson, H. M., Irish, W., Strassle, P. D., Mahoney, S. T., Schroen, A. T., Josef, A. P., . . . Brownstein, M. R. (2020). Associations Between Career Satisfaction, Personal Life Factors, and Work-Life Integration Practices Among US Surgeons by Gender. *JAMA Surg*, 155 (8), 742-750. doi:10.1001/jamasurg.2020.1332
- Joecks, J., Pull, K., & Vetter, K. (2012). Gender Diversity in the Boardroom and Firm Performance: What Exactly Constitutes a “Critical Mass?”. *Journal of Business Ethics*, 118(1), 61-72. doi:10.1007/s10551-012-1553-6
- Jolly, S., Griffith, K. A., DeCastro, R., Stewart, A., Ubel, P., & Jagsi, R. (2014). Gender differences in time spent on parenting and domestic responsibilities by high-achieving young physician-researchers. *Ann Intern Med*, 160 (5), 344-353. doi:10.7326/m13-0974

- 
- Jones, Y., Durand, V., Morton, K., Ottolini, M., Shaughnessy, E., Spector, N. D., O'Toole, J., & ADVANCE PHM Steering Committee (2020) . Collateral Damage: How COVID-19 Is Adversely Impacting Women Physicians. *Journal of hospital medicine*, 15 (8) , 507–509. doi:10.12788/jhm.3470
- Jou, J., Kozhimannil, K. B., Abraham, J. M., Blewett, L. A., & McGovern, P. M. (2018) . Paid Maternity Leave in the United States: Associations with Maternal and Infant Health. *Matern Child Health J*, 22 (2) , 216-225. doi:10.1007/s10995-017-2393-x
- Kaneto, C., Toyokawa, S., Inoue, K., & Kobayashi, Y. (2009) . Gender difference in physician workforce participation in Japan. *Health Policy*, 89 (1) , 115-123. doi:10.1016/j.healthpol.2008.05.010
- Mensah, A., & Adjei, N. K. (2020) . Work-life balance and self-reported health among working adults in Europe: a gender and welfare state regime comparative analysis. *BMC Public Health*, 20 (1) , 1052. doi:10.1186/s12889-020-09139-w
- Nakayasu, A., Kido, M., Katoh, K., & Homma, Y. (2020) . Survey on Specialty Preference and Work-Life Balance among Residents of Japanese Red Cross Hospitals. *JMA J*, 3 (2) , 118-124. doi:10.31662/jmaj.2019-0013
- Nishida, S., Nagaishi, K., Motoya, M., Kumagai, A., Terada, N., Kasuga, A., Kubota, N., Iesato, K., Kimizuka, M., Miyajima, S., Koyama, M., Ohnishi, H., Narimatsu, E., Masumori, N., Tsuchihashi, K., Tsukamoto, T., & Tsuji, Y. (2021) . Dilemma of physician-mothers faced with an increased home burden and clinical duties in the hospital during the COVID-19 pandemic. *PloS one*, 16 (6) , e0253646. doi:10.1371/journal.pone.0253646
- Perera, S., Bistriz, L., & Beaton, M. D. (2019) . Equity and Gender Issues Among Members of the Canadian Association of Gastroenterology. *J Can Assoc Gastroenterol*, 2 (4) , 170-177. doi:10.1093/jcag/gwy044
- Perumalswami, C. R., Griffith, K. A., Jones, R. D., Stewart, A., Ubel, P. A., & Jagsi, R. (2020) . Patterns of Work-Related Burnout in Physician-Scientists Receiving Career Development Awards From the National Institutes of Health. *JAMA Intern Med*, 180 (1) , 150-153. doi:10.1001/jamainternmed.2019.4317
- Pien, L.-C., Chen, I.-S., Cheng, W.-J., & Cheng, Y. (2020) . Work-to-Family Conflict and its Associations With Workers' Burnout, Poor Self-Rated Health, and Minor Mental Disorder: A Survey of General Employees in Taiwan. 62 (8) , 588-594. doi:10.1097/jom.0000000000001894

- 
- Pulcrano, M., Evans, S. R., & Sosin, M. (2016) . Quality of Life and Burnout Rates Across Surgical Specialties: A Systematic Review. *JAMA Surg*, *151* (10) , 970-978. doi:10.1001/jamasurg.2016.1647
- Salem, J., Hawkins, L. ., Sundaram, A., Gates, J., Suleman, S., Mistry, M., Ong, Y.-E., Fernando, A., Snelgrove, H., & Chakravorty, I. (2021) . COVID-19 and the Impact on Doctor Wellbeing and Training: A Mixed Methods Study. *The Physician*, *6* (3) , 1-8. doi:10.38192/1.6.3.2
- Shanafelt, T. D., Boone, S., Tan, L., Dyrbye, L. N., Sotile, W., Satele, D., . . . Oreskovich, M. R. (2012) . Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. *Arch Intern Med*, *172* (18) , 1377-1385. doi:10.1001/archinternmed.2012.3199
- Shanafelt, T. D., West, C. P., Sinsky, C., Trockel, M., Tutty, M., Satele, D. V., . . . Dyrbye, L. N. (2019) . Changes in Burnout and Satisfaction With Work-Life Integration in Physicians and the General US Working Population Between 2011 and 2017. *Mayo Clin Proc*, *94* (9) , 1681-1694. doi:10.1016/j.mayocp.2018.10.023
- Sexton, J. B., Schwartz, S. P., Chadwick, W. A., Rehder, K. J., Bae, J., Bokovoy, J., . . . Profit, J. (2017) . The associations between work–life balance behaviours, teamwork climate and safety climate: cross-sectional survey introducing the work–life climate scale, psychometric properties, benchmarking data and future directions. *BMJ Quality & Safety*, *26* (8) , 632-640. doi:10.1136/bmjqs-2016-006032
- Stansfeld, S., & Candy, B. (2006) . Psychosocial work environment and mental health--a meta-analytic review. *Scand J Work Environ Health*, *32* (6) , 443-462. doi:10.5271/sjweh.1050
- Stentz, N. C., Griffith, K. A., Perkins, E., Jones, R. D., & Jagsi, R. (2016) . Fertility and Childbearing Among American Female Physicians. *J Womens Health (Larchmt)* , *25* (10) , 1059-1065. doi:10.1089/jwh.2015.5638
- Szender, J. B., Grzankowski, K. S., Eng, K. H., Odunsi, K., & Frederick, P. J. (2016) . Evaluation of satisfaction with work-life balance among U.S. Gynecologic Oncology fellows: A cross-sectional study. *Gynecol Oncol Rep*, *16*, 17-20. doi:10.1016/j.gore.2016.03.001
- Tomizawa, Y., Miyazaki, S., Matsumoto, T., & Uetsuka, Y. (2020) . Selection of and Retention in Surgical Specialty during Early Career in Japan. *Tohoku J Exp Med*, *252* (2) , 95-102. doi:10.1620/tjem.252.95

- 
- Tsugawa, Y., Jena, A. B., Figueroa, J. F., Orav, E. J., Blumenthal, D. M., & Jha, A. K. (2017). Comparison of Hospital Mortality and Readmission Rates for Medicare Patients Treated by Male vs Female Physicians. *JAMA Intern Med*, 177 (2), 206-213. doi:10.1001/jamainternmed.2016.7875
- Wallace, J. E., Lemaire, J. B., & Ghali, W. A. (2009). Physician wellness: a missing quality indicator. *Lancet*, 374 (9702), 1714-1721. doi:10.1016/s0140-6736(09)61424-0
- West, C. P. (September 7, 2011). <Quality of life, burnout, educational debt, and medical knowledge among internal medicine residents.pdf>. *JAMA*, Vol 306, No. 9 (306 (9):952-960).
- West, C. P., Dyrbye, L. N., & Shanafelt, T. D. (2018). Physician burnout: contributors, consequences and solutions. *J Intern Med*, 283 (6), 516-529. doi:10.1111/joim.12752
- Yamazaki, Y., Fukushima, S., Kozono, Y., Uka, T., & Marui, E. (2018). Exploring Attractiveness of the Basic Sciences for Female Physicians. *Tohoku J Exp Med*, 244 (1), 7-14. doi:10.1620/tjem.244.7
- Yamazaki, Y., Uka, T., & Marui, E. (2017). Professional fulfillment and parenting work-life balance in female physicians in Basic Sciences and medical research: a nationwide cross-sectional survey of all 80 medical schools in Japan. *Hum Resour Health*, 15 (1), 65. doi:10.1186/s12960-017-0241-0
- Yank, V., Rennels, C., Linos, E., Choo, E. K., Jagsi, R., & Mangurian, C. (2019). Behavioral Health and Burnout Among Physician Mothers Who Care for a Person With a Serious Health Problem, Long-term Illness, or Disability. *JAMA Intern Med*, 179(4), 571-574. doi:10.1001/jamainternmed.2018.6411
- 陳端容 (2007) 女醫師生涯發展機會，障礙及影響因子 行政院國科會研究計畫期末報告書
- 于政民 (2021) 醫療職場中的性別隔離：現象、成因與解方？《醫療品質雜誌》，第 15 卷第 2 期，頁 68-72
- 林昱瑄 (2019 年) . 做學術、做媽媽：學術媽媽的建制困境、協商策略與智性母職 《臺灣社會學刊》，第 66 期，頁 125-180

吳芳德 (2021) 析論我國性別工作平等法之促進工作平等措施 《藥學雜誌電子報》37 期

中央社新聞網，取自：<https://www.cna.com.tw> (2022 年 9 月 30 日擷取)。

中華民國醫師公會全國聯合會官方網頁，取自：<https://www.tma.tw> (2022 年 7 月 31 日擷取)。

中華民國勞動部網頁，取自：<https://www.mol.gov.tw> (2022 年 8 月 30 日擷取)。

國際經濟合作暨發展組織 (Organization for Economic Cooperation and Development, OECD) 統計網頁，取自：<https://stats.oecd.org> (2022 年 9 月 30 日擷取)。

網路報導，取自：<https://www.storm.mg/article/629465?page=1> (2022 年 9 月 30 日擷取)。

網路報導，取自：<https://www.thenewslens.com/article/88056> (2022 年 10 月 10 日擷取)。