

# 醫師利用社會網絡進行經驗學習—以某醫師部落格為例

陳俊樺

中臺科技大學健康產業管理研究所

[comic27775@hotmail.com](mailto:comic27775@hotmail.com)

李瑞敏

中臺科技大學資訊管理系

[jmli@ctust.edu.tw](mailto:jmli@ctust.edu.tw)

劉逸嫻、王寶麟、廖于琇、陳鍾威、吳政諺、林傳偉

中臺科技大學資訊管理系

[untiforever0525@hotmail.com](mailto:untiforever0525@hotmail.com)

## 摘要

隨著網路寬頻的普及，醫師們透過網路進行知識交流頻率增加。本研究將針對醫師的部落格，分析其討論議題為何？

本研究採取質性研究，資料蒐集以訪談與文件分析為主。包括對兩位醫師進行訪談與網路部落格的 336 篇文章進行分析。資料分析以開放性編碼，歸類後萃取出類別後，再進行內容分析，將 336 篇文章歸類。

研究發現醫師在論壇中，最常討論醫療知識，再者為醫療糾紛與體制法規。另外，透過訪談及文件分析，醫師知識大多為經驗學習，透過經驗學習使其行為與認知有所改變。

關鍵詞：社會網絡、組織學習、虛擬社群

Physician use of social networks for the learning experience :  
in a physician blog

Chun-Hua Chen

Central Taiwan University of Science and Technology  
[comic27775@hotmail.com](mailto:comic27775@hotmail.com)

Jui-Min, Li

Central Taiwan University of Science and Technology  
[jmli@ctust.edu.tw](mailto:jmli@ctust.edu.tw)

Yi-Sian Llou 、 Bao-Lin Wang 、 Syu-Siou Liao 、 Chung-Wei Chen 、  
Jheng-Yan Wu 、 Chuan-Wei Lin

Central Taiwan University of Science and Technology  
[untiforever0525@hotmail.com](mailto:untiforever0525@hotmail.com)

Abstract

With the popularity of broadband connections, physicians increase in frequency of exchange of knowledge through the Internet. In this study, Physician blog analysis of its discussion of the question why?

This study adopts a qualitative research, data collection, interviews and document analysis of the main. Including two physicians , 336 articles for analysis of the interviews and Internet blogs. The data analysis of the extracted category open coding, classification, and then content analysis of 336 articles classified.

The study found that physicians in the forums, the most commonly discussed medical knowledge. Furthermore medical disputes institutional regulations. In addition, through interviews and document analysis, physician knowledge, experience learning through the experience of learning to behavioral and cognitive change.

Keywords: Social networks, Organizational learning, Virtual community

## 壹、 研究動機

根據中華民國醫師公會全國聯合會資料顯示：截至 2011 年 12 月底取得醫師執照人數有 40,254 人。由於病患對醫師的職能，首重醫療知識與技能，加上醫師必須持續教育以換發證照，因此醫師們會透過各種方式進行學習。根據調查指出醫師學習的管道包括印刷資訊(外顯知識)與人際互動(隱性知識)。前者如醫藥專科方面的教科書、專業期刊、藥商資訊、自製筆記等；而人際互動則是在專科醫師、全科醫師、醫療行政人員、藥師、或其他醫護專業人士的諮詢與分享(Havelock, 1998)。

另一方面，台灣網路普及，因此醫師們也會透過網路進行知識交流。根據台灣網路資訊中心對「台灣寬頻網路使用調查」顯示：2011 年台灣地區上網人口約有 1,695 萬，較 2010 年之 1,622 萬人，增加約 73 萬人左右。2011 使用寬頻網路人數為 1,435 萬人，在寬頻使用普及率為 70.58%，相較於 2010 年增加 3.37%；2011 使用行動上網的人口已達 382 萬人，較 2010 增加 2.61%。學者 Bennett、Casebeer、Kristofco 及 Strasser (2004) 發現醫師經常利用網際網路蒐集最新的醫學研究、疾病資訊、治療方法、與藥學資訊等。同時，他們也透過網路通訊進行電子郵件書寫、搜尋文獻、參與專科學會、接受醫學持續教育課程、或與其他醫療同儕的諮詢互動，以滿足其解決醫療問題或專業成長所需的資訊需求。這源自於醫師工作時間長與工作量大，網際網路的便利成為他們不受限於時間及地點的學習平台。

為了瞭解醫師在虛擬社群的學習狀況，本文選擇台灣醫師最常使用的部落格——醫聲論壇進行分析，分析醫師們在虛擬社群裡談論那些議題？以及其過程為何？

## 貳、 文獻探討

由於醫聲論壇多以開業醫師為主，這些醫師的個人學習往往也是組織學習，因此先探討組織學習的相關理論。其次，本文探討醫師學習的內容外，也分析其過程，因此以下將說明社會網絡與虛擬社群的相關理論。

### 一、 組織學習

OL的基本學習單位是個人(Shrivastava 1983)。在談組織學習的理論時，有許多學者都是從個人學習來看組織學習(Crossan et.al. 1995; Dodgson 1993))，這乃是學者認為只有人才有學習，組織沒有(Simon, 1991)。不過現在的學者同意組織也有學習能力(C. Argyris & Schön 1978; Czarniawska-Joerges 1994; Hedberg 1981; Kim 1993)，只是要透過個體去學習與行動(Senge 1990)。

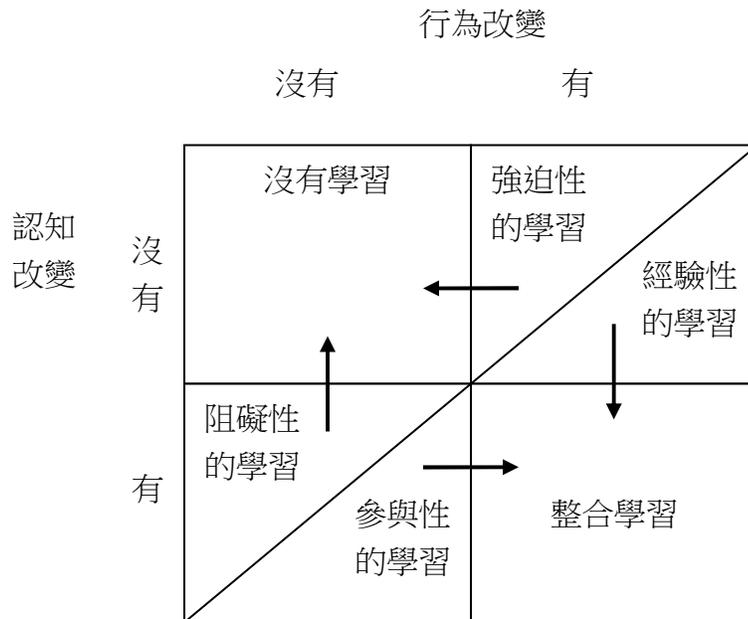
組織學習可分為不同層次學習，本研究將對組織學習的三個層級進行探討，描述個人第一種為個人到組織層次，指個人學習的技能、知識、資訊等，能提升組織內的技術、生產科技、作業流程、知識、組織結構等影響組織層面(Arthur & Aiman-Smith 2001)；第二種個人層次，此類型為直覺所產生的學習，應用最多為Crossan et. al.(1995)的4I模式，主要是組織學習過程學習內容的影響；第三種個人到群體層次，Crossan et al.(1995)的4I模式說明組織學習是一個資訊詮釋的過程跨越個人與群體層次，但不會擴及組織層次，包括知識認知與解釋。

本研究使用組織學習的內容常被提到的理論 Crossan et.al. (1995) 的組織學習類型。以下將說明理論。

Crossan et. al. (1995) 的組織學習類型，根據認知與行為是否改變，區分不同的學習類型。認知是指學習發生於當組織或個人正在處理資訊時，必須能發展共享定義與詮釋事件，亦即假設學習發生於思考過程(thinking process)。行為的觀念是指學習後產生行動，亦可沒有改變思考過程而有的新的行為。

認知觀點的學習理論，認為學習的層次包含個人學習、群體學習與組織間學習。個人導向是注重個人的知識與信念的改變；群體層級注重成員共享理解程度。在組織層級裡，組織系統、組織架構與組織過程被用來描述知識改變。

認知觀點包括全部三個層級。相反地，組織並沒有行為，人才有行為，因此行為觀點注重個人層級與群體層級。也就是學習反應在對認知的詮釋與行動的改變。



圖五 Crossan, Lane, White and Djurfeldt (1995) 的組織學習型態

就學習的認知（認知學習有分主動與被動）與行為改變來區分，當行為與認知同時改變，稱為「整合學習」。當行為與認知同時沒改變，稱為「沒有學習」。行為改變而認知沒有改變，有強迫與經驗學習兩種，許多組織的改變是強迫性學習，誘惑的系統會影響行動但不會影響理解，一旦壓力不見，行動又會回到之前的狀態。經驗性的學習是指個人一直嘗試東西，也許會到整合學習，這時行動變的很清楚在腦海裡。行為沒有改變而認知改變，有阻礙學習和參與學習，假如認知改變，但是行動未改變，這其他信念會阻礙學習，甚至阻礙整合。而參與學習是先由認知行動開始，例如學校教育系統，行動不見得會馬上呈現，但以後會有行動而變成整合學習。

## 二、社會網絡

社會網絡是由許多節點構成的一種社會結構，節點(node)可能是個人或組織，社會網路也代表著各種社會關係的形成，經過這些社會關係，將原本不相識或偶然相識的人，相互作著結合。

社會網絡的研究層次，分為個體論者(individualist)與結構論者(structuralist)。個體論者重視個人心理層面，個人的心理動機其態度與行為都影響著網絡的走向，其主要分析在是網絡中的連繫(ties)與位置(position)，如強聯繫(strong ties)、弱聯繫(weak ties)、中心性(centrality)、結構洞(structural holes)等。

結構論者著重在於分析網絡構形(即網絡結構中全體成員的結構分佈情況)，以及則強調內部的連繫(internal ties)特性(即內部成員間套繫的密度大小、次團體的數量與彼此間的套繫等) (陳榮德 2004)。這種觀點要進行研究時，要鎖

定某個社會網絡，然後分析所有行動者彼此之間的關係資料，此時需要蒐集所有行為者彼此間的關係資料。其分析的內容包括網絡的規模與密度(density)、集中度(centralization)、派系(cliques)、結構同等性(structural equivalence)等(Borgatti, Everett, & Freeman 2002)。

Freeman(1979)提出三種中心性：程度中心性(degree centrality)、緊密中心性(closeness centrality)以及中介中心性(betweenness centrality)以下將對其說明。

程度中心性：指的是某個行動者與其他行動者的直接連結數，連結數越高代表該行動者在網絡中越是活躍，該行動者在其資源的獲取上所處位置愈是有利。如果從網絡的構型來觀察，指該個體在整個網絡中的位置是「多麼中心」的程度(Scott 2000)。

而另一方面在有方向性的關係中，應在區分為向內程度中心性(in-degree centrality)與向外程度中心性(out-degree centrality)。

緊密中心性：指個體與其他樣本點間的距離有多「親近」指標(Scott 2000)，此強調網絡中行動者與其他行動者間的距離，因考慮了間接聯繫，因此學者認為其代表的網絡為全域中心性。

中介中心性：意指行個體位居其他兩兩個體聯繫通道之間的「居間」指標(Scott 2000)，此用來行動者作為媒介者的能力。

為探求虛擬網絡社群內，行動者與其他行動者的連結程度，本研究採用程度中心性的理論作為觀察行動者的指標。

### 三、 虛擬社群

虛擬社群一詞乃是由 Rheingold 提出，虛擬社群源自於電腦中介傳播所建構而成的虛擬空間(Cyberspace)，是一種社會集合(Social Aggregation)，當虛擬空間裡有一定數量的群眾，在網路上進行了充分的討論，並付出足夠的情感，就足以發展人際關係的網路，虛擬社群因而成型(Rheingold 1993)。社群本身是有一群興趣相同者或者承諾者所組成，彼此互相協助並分享知識。

社群是由分享資訊而形成，由社群成員分享其知識或經驗，Rheingold(1993)認為一種網路社會化的累積，當擁有足夠的人數以及充足及長久的討論和分享，便能累積足夠形成網路人際網絡的感情基礎。

虛擬社群建構在網際網路上，經由社群成員針對一個或幾個特定主題持續經營(Arthur G. Armstrong & John Hagel III 1996) 讓那些有共同興趣的人、目標或實務經驗的人可以藉由互動來分享資訊和知識，並從事社交性的互動(Chiu et al. 2006)。

Kwork 與 Gao(2004)綜合心理、社會、經濟的相關研究，將分享動機分為外在動機：由獎賞或個人需求的渴望所產生；內在動機：包含利他主義和名譽兩者；人際間動機：由資訊和資源流動所產生的社會互動。

## 參、 研究方法

為了探討醫師透過社會網絡與組織學習的關係以及其帶來的影響。本節將對台灣醫師網路的虛擬社群進行分析。以下先介紹該虛擬社群，資料蒐集與分析方法。

### 一、 虛擬社群的選擇—醫聲論壇

本研究在虛擬社群的選擇上，主要是以醫師為研究對象。選擇醫師而不是其他職業為研究對象的主要原因，他們必須是醫學系學生經過大約 12 年的理論與臨床訓練後，通過考試院舉辦之醫師考試，並經考試及格後，方得請領醫師證書，再送交中央主管機關審查合格，方得核發醫師證書。同時，醫師要持續維持醫師資格，是要不斷在醫學領域中進修。

由上述可知醫師必須是醫學系畢業、養成時間長、要通過國家證照考試，且執業後仍要接受繼續教育課程，取得學分或點數，方能換發證照已取得執業資格。醫師與其他職業相比，在執業後須還在醫學領域中進修，取得規定的學分或點數，而在其他職業方面，可能不用有再繼續教育的限制，兩者是不太一樣的；第二醫師的工作時間長與工作量大，要再接受繼續教育，對於知識的滿足上可能相當有限，但如果透過網際網路方式，不受時間及地點的學習方式，對醫師來說取得知識或訊息上是便利的。

醫聲論壇以醫師為主的網路互動平台，適合本研究的分析。從 2011 年 12 月底醫師人數的統計資料為 40,254，而在醫聲論壇截至 2012 年 3 月的會員數達 12,519，從數據可以看出在醫聲論壇裡面討論著醫療議題的醫師已經是全國總醫師人數的四分之一。

該醫聲論壇的成立，為台南市醫師公會醫師所成立，會員以醫師為主，醫師公會、協會或學會當任幹部的成員、一般民眾亦可加入。其會員身分包括三種，第一種是醫師公會、協會及學會，例如各地區醫師公會、各地區診所協會、中華民國醫師公會全國聯合會、台灣醫學生聯合會等；第二種是醫師會員，必須經過醫師會員證的認證後，才能成為醫師會員；第三種是不經過醫師身分認證的一般會員。三者部落格權限並不同，一般會員僅能在一般版面發言與瀏覽，而醫師身分與醫事團體則能進入祕密花園發言與瀏覽。

此外，在論壇中有著不同醫師等級，包括 Clerk，指醫學系學生通過國家舉辦的基礎醫學學科考試後，即可進入見習醫師的臨床醫學訓練，此階段為大學五、六年級的學生，稱之為見習醫師(clerk)；Intern，大約 1 或 2 年的見習醫師訓練之後，即成為實習醫師(Intern)，一般為醫學系六年級或七年級的學生；Resident，住院醫師(resident)是已具備取得大學學歷，並已通過醫師執照考試，在醫院接受專科訓練者。住院醫師第一年稱為 R1、第二年稱 R2、第三年稱 R3、第四年稱 R4；Chief residents，3-5 年的住院醫師的教育訓練階段，最後一年的住院醫師一般會擔任總住院醫師(chief residents) 的職務，算是住院醫師的行政訓

練；Visiting staff，從醫學系學生到研究員，大約需要 12 年的理論與臨床訓練，根據醫師法第六條的規定：「通過考試院舉辦之醫師考試，並經考試及格後，方得請領醫師證書，再送交中央主管機關審查合格，方得核發醫師證書。」之後再參加次專科醫師執照考試，通過後即能到醫院或診所為病患診斷與治療，即成為主治醫師(VS)；科主任級、部長級、指導教授、主任秘書、副院長級、院長級、榮譽院長級，等級的限制為影響發佈文章數量與觀看文章限制，這些等級規則符合著完整的醫師訓練的養成過程。

從上述幾點，本研究針對討論的虛擬社群設定在醫聲論壇，主要原因是第一點醫師人數佔全國總人數四分之一，能代表醫師的網路學習；第二不受限時間地點的便利性，醫師透過論壇分享及討論方式，把學習的知識是否對個人、群體或組織那些層次上的應用，因此醫聲論壇適合當成研究對象。

## 二、資料蒐集與分析

### (一) 資料蒐集

本研究以質性資料為主。主要蒐集資料來源的方式為訪談與文件分析法。

首先是訪談法。作者們於 2011 年 11 月 15 日訪談某診所院長，該位院長也是醫師。其原因如下：首先，他與研究者熟識，該位醫師較願意無保留地說明他的想法，同時在資料取得上也比較容易、豐富；第二，在醫聲論壇中主要參與的對象大部份為診所醫師，受訪者能代表大部分人的想法，具有代表性；第三，該位醫師在醫聲論壇發表文章次數已達最高等級，同時他在醫師公會擔任幹部，熟悉醫療法規與醫療產業實務運作狀況，適合擔任訪談對象。

另外，於 2012 年 1 月 20 日訪談另一位診所醫師。其原因如下：首先，他為研究所同學熟識朋友介紹，該位醫師也有意願說明他想法，同時在資料的取得容易、豐富；第二，想與之前的訪談的診所院長做三角驗證比較，同樣是診所醫師是否學習方式會相同或有所差別。

在訪談前，經受訪者同意後簽訪談同意書，並詢問訪談過程中是否可以錄音，訪談時間約一小時，本次訪談主要針對第一診所醫師對於資訊取的來源哪些？第二醫師是否會透過虛擬社群進行經驗的交流？第三診所醫師與醫院醫師的資訊取的方式的差異性？第四醫師本身會對於所學習到的資訊進行分享？對象有哪些？

文件分析是蒐集相關研究之原始資料（初級資料）或次級資料作為研究之材料。

本研究針對醫聲論壇公開版面議題內容資料作為研究材料，此資料為社群會員間相互交談所累積之資源為次級資料文件。除了主要次級資料文件，本研究中也參考健保局、衛生署、衛生局、司法院、台灣醫療改革基金會（醫改會）等相關公開醫療議題，作為研究中另一輔助材料來源。

## (二) 資料分析

訪談部分，在訪談過程予以錄音並打成逐字稿建檔，在將兩份訪談逐字稿做三角驗證比對。

文件資料部分，醫聲論壇截至 2012 年 3 月累積文章篇數已有 61,630，有 13,756 篇屬於秘密花園，但秘密花園文章因研究者並非醫師，因此無法進入版面蒐集資料。儘管曾經向該論壇版主申請臨時身分，以蒐集秘密花園資料，但未獲得該版主的同意。基於學術倫理，僅針對精選文集內的資料作資料蒐集。本研究蒐集從 2011 年 9 月至 2012 年 2 月精選文集內文章進行歸類整理，共計 336 篇。

第一階段先反覆閱讀部落格文章，採取開放式編碼，經過作者們六次的討論後，歸類成五大部分，並訂定明確的操作型定義；第二階段，根據操作型定義的類別，對文章進行內容分析。並以分組方式進行，當歸類產生差異時，則由第三人進行比較，以進行研究者的三角驗證。

## 三、倫理議題

資料蒐集過程中，需要受訪者給予最真實的回應，需要他們內心最真實的想法，對於首訪者的回應內容，應該站在當事者權益給予保密。

質性研究部分，對於診所醫師的訪談內容涉及診所與受訪者的看法，為了得到受訪者的信任，在訪談之前已取得受測者的同意而錄音，並向受訪者保證，談話內容、錄音檔與逐字稿不會交付研究者以外對象，僅限研究者研究之用；第二，在撰寫研究報告，若要引用訪問者的研究論，不會列是身分，僅代號表示；第三，訪談時於獨立空間，僅有研究者與受訪者在場，在其不被打擾的隱密空間訪談，可確保只有研究者知道談話內容。

## 肆、研究發現與討論

整理訪談部分歸納出，醫師會透過虛擬社群、公會、學會、書報雜誌與醫護人員茶敘方式去交換或是獲取資訊；其資訊的內容也包含了健保申報問題、經營管理問題、藥品資訊、醫病關係、預防保健、醫療法規等；文件資料部分，綜合 2011 年 3 月至 2012 年 2 月醫聲論壇精選文章內的 336 篇文章，在根據依照操作型定義歸類。

本文歸納出四大類別項目文章，並對操作型定義項目如下。醫療知識操作型定義為新發明或改良藥品知識、預防、養生、治癒方法等；醫師體制法規包含醫護人員資格的規範、不同醫護人員的業務法規、醫護人員的工作法規、醫療器材的法規等；健保給付操作型定義包含健保申報、點值計算、健保審查等；醫療糾紛操作型定義包括醫療發生的意外、醫療上過失、治療過後的不幸後遺症等；醫病關係為病患隱私、病患需求等；用材領導包含醫護人員徵才、高階主管對於下屬的管理等；醫療關係情感交流操作型定為醫療事件上的交流；非醫療關係的情

感交流操作型定義為事件本分跟醫療並無相關的議題。  
以下說明操作型定義資料分析的研究發現，並進行討論

表 1 操作型定義

類別	操作型定義	篇數	百分比
醫療知識	預防、治療、養生、醫藥新知	73	22%
體制法規	身分法規、工作法規、業務法規	42	13%
經營管理	醫療糾紛	68	20%
	醫病關係	19	6%
	健保給付	36	11%
	用材與領導	17	5%
情感交流	醫療關係情感交流	45	13%
	非醫療關係情感交流	36	11%
		336	100%

## 一、研究發現

### 研究發現一：醫師交流最多的內容為醫療知識

**醫療知識**項目，共有 73 篇文章，在議題討論佔 22%。此項目為對醫師了解新藥知識、預防、養生、治癒相關議題等討論。對於醫師來說，如何讓自己更進一步對醫療知識與醫療技術的知識增長，相當重要。除了透過教育訓練、醫學書報雜誌等方式，更可以透過論壇中與其他醫師於文章的內容進行交流，對自己的臨床經驗或新知識分享，資訊來的更為豐富。

舉例說明，A 醫師對病患的心臟病處方是用 A 藥物，但 B 醫師卻對病患使用新藥物 B，發現效果比 A 藥物有效，B 醫師就建議 A 醫師新藥物 B 的效果。

### 研究發現二：醫師也重視醫療糾紛與體制法規

相較於醫療知識，**醫療糾紛**項目也是醫師所重視的，此項目共 68 篇文章，在議題討論佔 20%，是交流內容最多的一項。此項目中包括醫療技術、診斷或治療處置選擇等。醫療糾紛又可分為三種類型，第一種醫療過失，指的是單純醫療技術事項錯誤、診斷錯誤、治療處置選擇錯誤等；第二種醫療不幸，指的是醫療行為後所產生的醫療併發症或者對藥物產生副作用等；第三種醫療意外，為指醫療行為中，病患對其疾病產生其他併發症以致死亡。

舉例說明：醫師開立處方時會詢問病患是否對藥物過敏，病患有時並不知道自己對那些藥物是否有過敏現象，而醫師就確立處方給病患，結果病患服用出方藥時，卻對醫師提出反映，此時醫療糾紛就發生了。

醫師對於醫療糾紛的發生相當畏懼，甚至有一部份的醫師因醫療糾紛，而進修法律相關的課程，以便自己或同事發生醫療糾紛時可以對事情做適當的處理。醫療是醫師本身該具備的條件，法律就成為醫師另外一項可有可無的條件，讓自己可以有多點的法律知識，以便處理醫療事件遇到的法律問題。

此外，醫師**體制法規**項目共有 42 篇文章，在議題討論佔 13%。此項目包含

身分法規、業務法規、醫護人員的工作法規、醫療器材的法規等。於醫師而言，將其不同身分的層級將對其病患處置上有不同的限制，於業務的內容有所不同。

舉例說明：醫師在見習醫師、實習醫師、住院醫師、主治醫師在四個階段裡，受到身分規範，在實行醫療行為時有相當的限制，在哪個階段的身分只能做怎樣的醫療處理及行為。

### **研究發現三：透過情感交流紓解醫師壓力**

研究發現，**醫療情感交流**項目共 45 篇文章，在議題討論佔 13%。從文章觀察，醫師對於醫療事件發生與後續處理的討論，有著相當大的專注力，醫師會針對事件提出自我見解，透過彼此間的互相交流，討論著事件的因果關係。

此項目是醫師對醫療體系或醫療事件的觀點抒發。醫師對於醫療事件的討論，有著相當大的專注力，雖不是發生自己身上，但對於某個事件大家都會熱絡地討論著發生原因及後續處理。

舉例說明：台大器官移植事件，衛生署未開始公開調查，但已進行開罰台大與政大的舉止行為耐人尋味。在於事故發生第一時間，責任矛頭指向主刀醫師、移植團隊及負責醫院，對此許多醫師認為是主管機關移轉焦點。

另外，在**非醫療情感交流**項目共有 36 篇文章，在議題討論佔 11%。從這可以看出，醫師對於一般非醫療的問題也相當討論，可以從不同的觀點去套用到醫療行為或醫療現況，不僅僅只是關注著醫療產業，還有著追逐流行時事。此項目為醫師隊非醫療相關議題、時下趣事等心情交流或自我觀點的分享。醫師對於一般非醫療的問題也相當討論，可以從不同的觀點去套用到醫療行為或醫療現況，不僅僅只是關注著醫療產業，還有著追逐流行時事。

舉例說明：長榮航空對於拒載刁客的事件，許多醫師看過這個案例之後相互回應，航空公司可以拒載刁客，那對於診所或醫院醫師是否也可拒看刁客病患。

### **研究發現四：醫院或診所的經營管理，多在健保給付、醫病關係、用人與領導**

**健保給付**研究發現，在健保給付項目共 36 篇文章，在議題討論佔 11%。醫師在此討論，於健保申報或是審查上時遇到問題。另外，對於總額制度下對醫師的優劣勢做看法的分析。

項目包含健保申報、抽審及點值等問題討論。健保是以總額制度計算，對於一般民眾只要繳納固定保費就可有保障，但對醫師來說，總額制度下 TC 是固定的，如果要有不錯的收入就要把點值衝高，而大家都在衝點值的結過就會造成價格的下降，對此醫師表示有所不公。

舉例說明：某醫師對於當季浮動點值 1 比 0.75 的數字產生不滿，說明

健保局為何在總額制度下，不公佈計算出來的當季浮動點值的數字，而造成資訊的不透明化。

**醫病關係**研究發現，醫病關係項目共有 19 篇文章，在議題討論佔 6%。從醫師角度應與病患找到一個互信的平衡點，許多醫師在此談論與病患間的互動，他們把與病患互動的方式做彼此心情的交換。

此項目為指醫師和病人患之間的互動，從現代醫學倫角度，醫師與病患之間的信賴合作之基礎，醫師應以學習和維持著尊重病患的尊嚴、隱私與需求。

舉例說明：如果產科醫師決定緊急剖腹產卻遇到醫院軟硬體無法迅速配合，若導致母嬰死亡或腦性麻痺，請問該怪罪的是醫師還是醫院經理人。對此議題，醫師角度應與病患找到一個互信的平衡點，但許多時候並不是每個時候都是完美的，許多醫師對於與病患的互動雖好，但只要有一錯誤就讓此關係破裂，那又有什麼用。醫師在這裡談論與病患間的相處互動，他們把對病患互動不錯的技巧作相互交換。

**用材與領導**研究發現，用材與領導項目共有 17 篇文章，在議題討論佔 5%。許多診所或醫院的醫師在對於選用人才或帶領人才時都有一樣的問題，因為人是不可能百分之百備受控制的問題，適時的拉緊或放鬆有助於人員的配合。於醫院裡，醫師討論的於醫院管理。診所醫師而是要考慮護理人員與藥師上的人員配置問題。

此項目討論著醫師就業及對於高階主管領導等問題。許多診所或醫院的醫師在對於選用人才或帶領人才時都有一樣的問題，因為人是不可能百分之百備受控制的問題，適時的拉緊或放鬆有助於人員的配合。但是在於醫院裡，醫師等於是處於被控制的情形，想去改善這個問題，那就乾脆自己想法的方向。

舉例說明：某醫院管理階層對醫師下達手機全天 24 小時不能關機，而對於醫院 on call 時一定要回醫院看診，如果遲到或不回診則扣薪資。

## 二、討論

### (一) 醫師虛擬社群的學習，屬於組織學習

針對組織學習，本研究對於醫師在虛擬論壇中所討論的內容豐富且多元。從組織學習理論角度，於虛擬論壇中，醫師相互學習可能擴及個人、群體、組織甚至跨組織的學習。根據 Crossan, Lane, White and Djurfeldt (1995) 提出的組織學習類型，醫師間學習經驗、參與事件討論進而整合論點，可能對於醫療行為、醫療認知有所改變。

論壇中大部分為診所醫師，在論壇理討論屬於個人學習。此外，於訪談逐字稿發現，兩位診所醫師會把自己學習到的新的知識、資訊或是技能，教導分享給診所內的護理人員或藥師，例如：醫師從某個醫療器材商引進新的醫療器材，但對於此器材護理人員沒有接觸過，醫師會教導護理人員新器材的使用，這樣知識的分享是屬於組織學習中個人到群體的學習。最後論壇主

要角色幾乎為開業診所醫師，把在論壇中學習到的經驗與知識，套用在診所的管理，對於診所有相當的幫助，此為組織學習裡組織層次的學習。

## (二) 醫師虛擬社群的學習內容，多為經驗學習

在研究分析中，醫師在所討論的議題上，主要是以自己本身的醫療認知與在醫療行為上改變的經驗作為分享。從訪談內容中得知，醫療知識或技術大多都是有人研究之後再進行發表，不管從醫學雜誌或醫学期刊，這些知識都是別人研究出來的，而其他醫師只是把這些研究的技術或內容，讓自己在實務應用更為方便。

從這可得知，醫師在社群中學習的方式跟在教育訓練的方式差不多，主要是認自己的認知與行為上能夠更為方便，使自己在經驗上有所增長。

## 伍、 結論

綜合以上研究發現，首先醫師論壇中，醫師交流最多的為醫療知識項目，除了從教育訓練課程來學習累積外，醫師透過論壇分享與他人交流來累積自己經驗與技能，有助臨床實務的知識；其二，醫師也對於醫療糾紛上的議題，有著不同的見解，透過與其他醫師的交流並對其醫療事件糾紛的處理上相互提出自己的意見；其三，醫療體制法規的規定限制住醫師的執業與醫護人員的規定，這部分的議題在論壇中，多為診所醫師所關注的，彼此相互建議給予即將開業或者已開業的醫師相互給予幫助；其四醫師透過論壇中相互的聊天交談，討論醫療或非醫療的議題給予在工作上，壓力與情感的抒發；其五，在健保問題，多為診所醫師所相互討論的，在醫院多由某部門統一處理，但在診所醫師卻要自己處理健保申報，所以遇到問題時就會透過論壇諮詢其他開業醫師的處理方式；其六，醫師與病人間的關係也為相當重要，如果關係破裂就會產生醫療糾紛，與病人良好的互動醫師也會分享其技巧在此；最後，在醫護人員的徵才上，由於法規的限制對於診所或醫院都有著相當的限制，對此如果開業診所所有缺職缺醫師也會在此刊登，另外醫師或醫院的作風也會透過此地方進行相互討論比較。

從這可得知，醫師不管在何時何地都討論著醫療相關的議題，這些議題對自己或對其他醫護人員都有著相當大的影響，如何讓這些問題得以解決應該是政府機關或者醫療團體要了解的。從論壇的出發點，就是要讓政府知道醫師的需求，也要求某些醫療團體，針對醫師或不理人員所不公的地方有所檢討。

## 參考文獻

1. Argyris, C., & Schön, D. (1978). *Organisational learning: A theory of action perspective*. Mass: Addison Wesley.
2. Armstrong, Arthur. G. & John, Hagel. III. (1996). The real value of on-line communities. *Harvard Business Review*, May-June.
3. Arthur, J. B., & Aiman-Smith, L. (2001). Gainsharing And Organizational Learning: An Analysis Of Employee Suggestions Over Time. *Academy of Management Journal*, 44(4), pp. 737-754.
4. Bartol, K.M., & Srivastava A. (2002). Encouraging knowledge sharing: The role of organizational reward systems. *Journal of Leadership and Organization Studies*, 9(1), 64-76.
5. Chiu, C. M., Hsu, M. H., and Wang, E. T. G. (2006). Understanding knowledge sharing in virtual communities: An integration of social capital and social cognitive theories, *Decision Support Systems* (42), pp.1872-1888.
6. Crossan, M., Lane, H. W., White, R. E., & Djurfeldt, L. (1995). Organizational Learning: Dimensions for a Theory. *The International Journal of Organizational Analysis*, 3(4), pp. 337-360.
7. Czarniawska-Joerges, B. (1994). Narratives of Individual and Organizational Identities. In S. Deetz. & N. Park (Eds.), *Communication Yearbook* (Vol. 17). CA: Sage.
8. Dodgson, M. (1993). Organizational Learning : A Review of Some Literatures. *Organization Studies*, 14(3), pp. 375-394.
9. Freeman, L. C. (1979). Centrality in social networks conceptual clarification. *Social Networks*, 1(3), pp. 215-239
10. Hedberg, B. (1981). How organizations learn and unlearn. In P. C. Nystrom & W. H. Starbuck (Eds.), *Handbook of Organizational Design* (Vol. 1, pp. 3-27). New York: Oxford University Press.
11. Kim, D. H. (1993). The link between individual and organizational learning. *Sloan Management Review*, 35(1), pp. 37-50.
12. Rheingold, Howard (1993). *Virtual Community: Homesteading on the Electronic Frontier*, Reading, Mass.: Addison-Wesley.
13. Scott, Judy E.,(2000), Facilitating Interorganizational Learning with Information Technology, *Journal of Management Information Systems*, 17(2), pp.81-113.
14. Senge, P. M. (1990). *The fifth discipline: the art and practice of the learning organization*. London: Doubleday Currency.
15. Simon, H. A. (1991). Bounded rationality and organizational learning. *Organization Science*, 9, pp.125-133.