

病人向醫師權威挑戰的態度與行為之先驅研究

梁繼權 吳英璋* 李 蘭**

由於社會環境與經濟的進步，疾病形態的改變與消費者意識的抬頭，使得醫病關係產生新的變化。本研究的目的在瞭解病人對醫師權威挑戰所持有的態度與行為，並進一步分析它們與病人背景因素之間的關係。採用問卷調查法，以台大醫院家庭醫學科病人，共 234 人為對象。結果發現向醫師權威挑戰的行為有「資料取得」及「批評質疑」兩個行為向度，而以前者的發生率較高。「資料取得」向度與病人教育程度及從事醫療專業有關。「批評質疑」向度則與從事醫療專業有關。向醫師權威挑戰態度可以分為「平等互動」、「順從醫師」及「病人自主」三個態度向度。贊成「平等互動」態度的比率最高，「順從醫師」態度次之，而「病人自主」則最低。「平等互動」態度與病人教育程度及慢性病就醫經驗有關。「順從醫師」態度與年齡呈正相關，並與教育程度、從事醫療專業及慢性病就醫經驗有關。「病人自主」態度則與教育程度有關。而且，病人贊同向醫師權威挑戰的比率遠高於病人所表現的挑戰行為。根據以上的結果，可以作為進一步深入研究的參考。

(中華醫誌 1991; 1; 109-118)

關鍵詞：physician authority, consumerism, doctor-patient relationship

前 言

在傳統的醫病關係中，大部份以醫師為互動的中心。醫師具有決定診斷、治療、轉介的權力。病人被認為必須完全信任醫師、服從醫師的囑咐。醫師對病人所行使的權力是來自醫師專業地位所具有的權威。Weber[1]把權威的來源分為三類：傳統的(traditional)、神賜的(charis-

matic)與法律理性的(legal rational)。Haug[2]認為醫師的權威與這三個來源都有密切的關係。在傳統上，由於醫師大都出身於高社會階層。因此獲得高社會階層在社會上所享有的權威地位。這種高社會階層的壟斷現象，在教育日益普及與社會流動頻繁以後才慢慢的被打破。其次，由於醫療工作中的活命治病，在上古的人類社會中，就被認為是一種神力；因此便具有一種超自然力的權威。這種代表神的

國立台灣大學附設醫院家庭醫學科、國立台灣大學心理系*、公共衛生學系**

受理日期：80 年 5 月 7 日 同意刊登：80 年 8 月 6 日

聯絡人：梁繼權 地址：台北市常德街一號 台大醫院家庭醫學科

權威在近代科學文明的社會中已逐漸被打破(目前我國社會之民俗醫療中仍普遍存在神力治病的醫療方式)；但代之而起的是社會與法律所賦予的權威。醫師的專業地位與醫療行為在大部分的文明社會中都有法律的規範與保護。醫師必須經過醫學訓練，通過考試，取得執照，才能進行醫療行為。因此，法律給予醫師行使醫療工作的權力，並保護其權力不被他人所侵犯。

Parsons[3]則從社會常規的角度提出病患之生病角色相對於醫師角色的理論。當個人患病之際，雖然可以暫時解除其原來社會角色所須盡的義務(如工作等)，但此項生病角色必須經過醫師的認可才能夠成立；而且一個人一旦扮演病人角色之後，他必須依靠醫師以求脫離疾病。無形之中，社會已給予醫師一種專業的權威去處理有關健康與疾病的問題。Parsons 的生病角色理論，亦曾遭受不少學者的質疑與批評。Segall[4]及 Arluke 等人[5]認為生病角色理論有文化及階級限制，Parsons 的研究只能代表美國六十年代的白人中產階級社會。Callanhan 等人[6]則認為這種醫病關係只適合解釋急性疾病的型態。但醫師權威以一種社會常規的型態存在是十分可能的。

Freidson[7]則以為醫師的權威並不是自然存在於社會常規中，他認為醫病關係是以一種矛盾模式存在的。在醫師與病人的互動過程中，醫師與病人由於不同的背景而各自擁有不同的疾病知識、判斷模式、價值觀及對疾病與醫療的期待等等。在進行醫療接觸的過程中，雙方經過意見的交換與談判來尋求一致的結論。

Larson[8]認為醫師專業地位的維護是靠醫學知識的壟斷與控制。Waitzkin 與 Stoeckle[9]亦認為醫師為維持其專業地位，所採取的策略是醫學知識的控制。

而病人打破醫師權威的手段是獲取醫學知識。他稱這種一攻一守的場面像一個小型的政治舞台。

歸納上述各學者的觀點，我們可以了解醫病關係的錯綜複雜。Parsons 從社會結構與功能觀點出發，強調生病角色與醫師角色是維繫社會功能平衡下的產物。Freidson 則認為醫病關係是一種互動，取決於醫療的供需和醫師與病人各自所握有的談判籌碼；醫師權威來自醫療資源的控制與專業的自主性。Larson, Waitzkin 與 Stoeckle 等則認為專業權威的維持靠專業知識的壟斷，醫師因此可以向缺乏醫療知識的病人行使其專業者的權力。

社會與環境是不斷在改變的，醫病關係亦會跟隨著改變。由於衛生狀況的改善，經濟發展而導致生活方式的變化；在先進國家的疾病已從急性傳染病為主，改變為以慢性疾病為主的形態。對於慢性疾病，大部份沒有立即見效或根除病源的治療方法。以往醫師處理急性傳染性疾病的那種起死回生般的神效已不復存在。除了醫師的能力受到懷疑之外；民衆知識水準日漸提高，亦開始發覺醫師也常常會發生錯誤，有可能與醫療糾紛的增加有關。

社會變遷的另一種現象是消費者意識的抬頭。Haug 與 Lavin[10]提出醫療消費者主義，醫療行為隨消費者主義的興起，已由「醫師有權利，病人守義務」的方式改變為「病人(消費者)有權利，醫師(販賣者)守義務」的型態。在這種新的醫病關係中，病人一改以往的被動地位，主動要求他(她)們所需要的服務，而醫師則因應病人的要求滿足其需要。這種現象代表了病人向醫師權威挑戰的行為。Haug 與 Lavin[11]在其研究中指出，病人對於向醫師權威挑戰所持的態度，可以分為：(1)向醫師權威挑戰的意願；(2)病人有權獲

知醫療資訊；(3)病人有權參與醫療決定等三個概念。在其以全美國完成的大規模抽樣調查中，發現贊同病人有資訊取得權利者最多(佔 83%)；而贊同病人有做決定的權利者最少(佔 37.4%)。同一研究也發現年齡、性別、教育程度、健康狀況等個人因素與向醫師權威挑戰之行爲與態度有關。亦即年紀較輕、女性、教育程度較高、健康狀況較差者較贊同向權威挑戰並表現較多的挑戰行爲。

了解醫病關係，可以有助於醫病關係的和諧發展。Marshall[12]認為對醫囑的不順從可能是一種表達對醫師權威挑戰的現象。Becker[13]也認為醫病關係是影響病人順從性的重要原因之一。因此促進醫病間良好的溝通也可以增加病人的順從性。另一方面，醫療商品化及消費者運動已是社會進步不可避免的趨勢，對於消費者的了解可以有助於建立一個更有效的醫療體系。

本研究為瞭解病人對於向醫師權威挑戰之態度與行爲，並探討它們與個人因素間之關係。在個人因素方面，除沿用前述文獻提及之性別、年齡、教育程度和健康狀況外，另加入病人就醫經驗變項，以了解就醫經驗對行爲與態度的影響。

研究方法

研究對象

本研究為先驅研究性質，故採立意取樣方式，以台大醫院家庭醫學科民國七十九年十一月五日至十七日的門診病人為調查對象。利用病人候診時間，徵詢其合作意願，凡同意填答者納入研究樣本，共完成有效問卷 234 份。其人口學特徵是男性 112 人(47.9%)，女性 122 人(52.1%)，平均年齡為 36.5 歲，標準差為 13.4，範圍由 15 歲到 80 歲。婚姻狀況大都為

已婚，佔 66.7%，未婚佔 31.2%，其他佔 2.1%。教育程度以大專及以上者最多，佔 47.3%，高中佔 33.0%，國中及以下者佔 19.7%。有關醫療專業方面，從事醫師、牙醫師、護士、藥劑師等專業者共 19 人，佔 8.1%，其他職業則為 91.9%。

研究工具

本研究利用病人前往台大醫院家庭醫學科門診候診時機進行資料收集。採問卷填答方式完成。問卷共分為下列四部份：

1. 向醫師權威挑戰行爲

以 Haug 與 Lavin[11]的醫師權威挑戰行爲問卷為主；並根據 Freidson[7]的矛盾理論及 Waitzkin 與 Stoeckle[9]的知識控制理論編製。內容包括對醫師質疑及資料求取兩類行爲，共有八題。採用「從未如此」、「有時如此」、及「常常如此」三個尺度評量行爲出現的多寡。該問卷的 Cronbach α 值為 0.75 (N = 234)。

2. 向醫師權威挑戰態度

乃參考 Haug 與 Lavin[11]的挑戰態度測量問卷並略經修改而成。內容分為(1)向醫師權威挑戰的意願；(2)病人對取得資料權利的看法；及(3)病人對做決定權利的看法等三個向度。共有十四題。採用「非常同意」、「同意」、「中立意見」、「不同意」、及「非常不同意」等五個尺度評量個人的態度。問卷中包含四組正反面問題，在進行相關分析時，反面問題採反向計分使和正面問題得分方向一致。

3. 健康自評與就醫經驗

健康自評是由個案主觀地評量自己的健康狀況，共有兩個題目。皆採用五個尺度評量健康的好壞程度。兩個题目的相關係數為 0.61 (N = 234)。就醫經驗方面，乃分別詢問有無慢性病就醫或手術住院

表 1 病人向醫師權威挑戰行為之比率分佈及因素分析結果

權威挑戰行為	答是 百分率(%)	因素分析之各題負荷量	
		「資料取得」 (因素 1)	「批評質疑」 (因素 2)
您是否曾向醫師表示：			
1. 他的治療方式太難實行或太麻煩？	23.1	.001	<u>.754</u>
2. 您不覺得他的治療方式符合你的需要？	33.7	.141	<u>.672</u>
3. 他的治療方式太花錢？	15.0	.201	<u>.573</u>
4. 您不同意他的診斷？	17.9	.161	<u>.745</u>
5. 您自己對於疾病或治療的看法？	61.5	<u>.509</u>	.385
6. 詢問他開的是什麼藥，有什麼效果？	79.1	<u>.822</u>	.136
7. 詢問他開的藥會有那些副作用？	80.8	<u>.835</u>	.159
8. 詢問預防疾病的方法？	85.5	<u>.710</u>	.049

表 2 病人向醫師權威挑戰之行為依背景因素比較結果

				「資料取得」	「批評質疑」
年	齡			$r = -0.09$	$r = 0.07$
性	別			$F = 0.001$	$F = 1.490$
婚	姻	狀	況	$F = 0.0001$	$F = 0.492$
教	育	程	度	$F = 8.330 ***$	$F = 0.752$
健	康	自	評	$r = -0.13$	$r = 0.06$
醫	療	有	關	$F = 10.61 **$	$F = 16.95 ***$
慢	性	病	就	$F = 0.388$	$F = 1.104$
手	術	住	院	$F = 2.451$	$F = 0.630$

* $p < 0.05$ ；** $p < 0.01$ ；*** $p < 0.001$

的經驗，以是否方式回答。

4. 人口學資料

包括性別、年齡、教育程度等曾被認為與醫師權威挑戰態度與行為有關的人口學變項外，並加入婚姻狀況與是否從事醫療專業兩變項。

結 果

向醫師權威挑戰的行為

根據因素分析的結果(表 1)，向醫師權威挑戰的行為可分為「資料取得」與「批評質疑」兩個因素。第一個因素(含第五至八題)，可解釋 37% 的變異量。第二個因素(含第一至四題)，可解釋 17% 的變異量。兩個因素共可解釋 54% 的變異量。「資料取得」的出現率較高(61.5—85.5%)，「批評質疑」的出現率較低(15.0—33.7%)。

將同一因素內各題的因素負荷乘以該題的得分作為加權，並得到兩組總分；

分別代表「資料取得」及「批評質疑」兩變數的得分，再與人口學資料、健康自評及就醫經驗等變項進行比較分析(表 2)。結果發現病人教育程度及是否從事醫療專業之間沒有交互作用存在($F=2.51, p>0.05$)。但兩者均與病人的「資料取得」行為達到統計上顯著的關聯性。也就是說，教育程度愈高或從事醫療專業者愈常出現「資料取得」的行為。至於「批評質疑」行為方面，只有是否從事醫療專業變項與該行為之間有統計上顯著的關聯性；即從事醫療專業者出現「批評質疑」行為的頻率比其他非醫療專業者來得高。

向醫師權威挑戰的態度

向醫師權威挑戰的態度，根據問卷之因素分析(表 3)，主要有三個因素，第一個因素(第 3、5、7、9、10、11 題)，可解釋 21.4%的變異量；第二個因素(第 1、4、6、8 題)，可解釋 12.9%的變異量；第三個因素(第 2、12、13、14 題)，可解釋 11.5%的變異量，合計共可解釋 45.9%的變異量。因素一可代表「平等互動」的態度；因素二可代表「順從醫師」的態度；因素三可代表「病人自主」的態度。此三個因素與原來 Haug 與 Lavin[11]的因素不同。

接受調查的病人，贊同與醫師的關係為「平等互動」者佔相當高的比率(79.1—97.0%)；贊同「順從醫師」者較低(28.2—76.0%)；贊同「病人自主」者最低(5.5—78.7%)。可見病人對醫病關係的態度較傾向於平等互動方式。

由於本問卷包含有四組(1—2；3—4；5—6；7—8)正反面的問題；因此正反面問題的一致性是需要進一步探討的。如果某一組正反面問題都出現方向一致的答案，則這一組問題的答案便是不一致。分析結果顯示第一至第四組的不一致情況分別是 39.1%、26.1%、36.4%、28.

6%。不一致的情況達 $\frac{1}{3}$ 。而且絕大部份都是正反面問題都回答同意方向。而且回答的不一致性與年齡有關，回答不一致者的平均年齡較高($F=15.7, p<0.0001$)。這種具有特別方向性的偏差，似不能用一般的不誠實或隨意填答等因素解釋。因為在因素分析時，反面題目獨立成一個因素；而且在年紀較大的人更為顯著。這種現象可能與個人態度與社會常規的衝突有關。此結果仍需作進一步探討。

根據因素分析結果所得之各題因素負荷量加權處理後求得之三組因素的總分，與背景變項作比較分析(表 4)。結果發現：(1)年齡與「平等互動」及「順從醫師」兩項得分呈負相關；即年紀愈輕者愈傾向「平等互動」及不贊成「順從醫師」的關係。(2)教育程度同時與三個態度因素具有統計上的關聯性，即教育程度高者比低者之「平等互動」的得分高，但是在「順從醫師」和「病人自主」之得分上則呈相反的結果。所以教育程度高的病人多贊同「平等互動」而少贊成「順從醫師」或「病人自主」的方式。(3)婚姻狀況與「平等互動」及「順從醫師」兩個態度因素間有統計上的關聯，但因已婚者比未婚者年齡較大，故控制年齡因素後，其關聯性消失($F=0.716, p>0.05$ ； $F=0.472, p>0.05$)。(4)從事醫療專業者比非醫療專業者較不贊同「順從醫師」的態度，而且控制年齡及教育程度因素後仍具統計上顯著關聯性($F=8.905, p<0.01$)。(5)有慢性病就醫經驗者有較低的「平等互動」得分及「順從醫師」得分；但經控制年齡因素後，只有「平等互動」一項仍具有統計上顯著的關聯性($F=0.448, p<0.05$)。

向醫師權威挑戰之態度與行為間的關係

對於醫師權威挑戰態度與行為間之相關分析(表 5)；結果發現「平等互動」及

表 3 病人向醫師權威挑戰之態度比率分佈及因素分析結果

	因素分析之各題負荷量					
	同意 (%)	中立 (%)	不同意 (%)	「平等互動」 (因素1)	「順從醫師」 (因素2)	「病人自主」 (因素3)
醫師權威挑戰意願：						
1.我認為病人應該 絕對服從醫生的指示。	76.0	18.4	5.6	-0.122	<u>0.744</u>	0.105
2.我認為病人應該 自己判斷是否聽從醫生的指示。	50.4	20.1	29.5	-0.071	-0.073	<u>0.631</u>
3.我認為醫生應該 在看病時多跟病人討論。	97.0	1.7	1.3	<u>0.565</u>	-0.030	-0.140
4.我認為醫生只要 直接告訴病人該做什麼就好了。	28.2	15.4	56.4	0.384	<u>0.486</u>	-0.260
5.我認為在決定治療 方法前，醫生應該參考病人的意見。	79.1	14.1	6.8	<u>0.488</u>	0.070	0.350
6.我認為應由醫生全權 做主處理病人的治療問題。	47.4	27.4	25.2	0.034	<u>0.840</u>	0.138
7.我認為病人應有權 對醫生的治療方法提出疑問。	86.7	8.5	4.7	<u>0.584</u>	0.309	0.133
8.病人應完全依照醫生的話 去做，不必有所懷疑。	35.9	25.6	38.5	0.161	<u>0.818</u>	0.022
病人取得資料的權利信念：						
9.病人應該有取得自己的 醫療紀錄（病歷）的權利。	81.2	11.5	7.3	<u>0.584</u>	-0.038	0.151
10.醫生應該向病人解釋 治療或開藥的理由。	88.5	9.0	2.6	<u>0.711</u>	0.093	0.039
11.醫生應該讓病人完全明白 治療或手術的危險性。	92.3	6.0	1.7	<u>0.600</u>	0.014	-0.007
病人做決定的權利信念：						
12.如果病人已康復，即使沒有 醫生的同意亦可出院。	5.5	15.4	79.1	-0.023	0.125	<u>0.550</u>
13.我認為病人應有權決定 是否接受醫生的治療。	54.7	29.1	16.2	0.266	0.153	<u>0.676</u>
14.絕症末期的病人與其家屬 應有權決定是否繼續接受治療。	78.7	14.5	6.8	0.088	-0.027	<u>0.575</u>

表4 病人向醫師權威挑戰之態度依背景因素比較結果

	「平等互動」 (因素1)	「順從醫師」 # (因素2)	「病人自主」 (因素3)
年 齡	$r = -0.20^{**}$	$r = -0.43^{***}$	$r = 0.13$
性 別	$F = 0.238$	$F = 1.110$	$F = 0.016$
婚 姻 狀 況	$F = 3.216^{*}$	$F = 8.534^{***}$	$F = 0.143$
教 育 程 度	$F = 6.605^{**}$	$F = 7.939^{***}$	$F = 4.377^{*}$
醫 療 有 關 專 業	$F = 0.396$	$F = 13.474^{***}$	$F = 0.662$
健 康 自 評	$r = -0.02$	$r = -0.07$	$r = 0.10$
慢 性 病 就 醫 經 驗	$F = 11.638^{***}$	$F = 15.758^{***}$	$F = 2.308$
手 術 住 院 經 驗	$F = 0.127$	$F = 2.123$	$F = 0.096$

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$

#得分經反向計分

表5 病人向醫師權威挑戰之態度與行為間的關係

	「平等互動」 (因素1)	「順從醫師」 # (因素2)	「病人自主」 (因素3)
「資料取得」	$r = 0.25^{***}$	$r = 0.27^{***}$	$r = 0.03$
「批評質疑」	$r = 0.19^{**}$	$r = 0.28^{***}$	$r = 0.06$

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$

#得分經反向計分

「順從醫師」兩個態度因素與「資料取得」及「批評質疑」兩個行為因素皆有統計上顯著的相關。病人自主態度則與行為因素不具統計上之相關。

討 論

研究的結果部份支持了本研究對醫師權威挑戰行為的假設，即醫師權威挑戰包括對醫師表示懷疑與批評及企圖打破醫師為維護專業地位的資料控制兩種方式的行為。本研究並發現「資料取得」行為的發生遠多於「批評質疑」行為。因此 Haug 與 Lavin[11]所描述的「醫療消費

者行為」在本研究樣本中並非十分普遍。但由於本研究屬橫段面研究，樣本亦無法代表台灣社會，而且沒有其他資料可供比較。因此，對於目前社會上所感受到的醫病關係改變，無法提供足夠的解釋。而醫病關係是否會朝著消費者主義發展，仍需進一步的觀察與研究。

與醫師權威挑戰行為有關的人口學變項是教育程度與從事醫療專業兩項。教育程度愈高，愈表現出「資料取得」行為；但教育程度的不同，在「批評質疑」行為上則沒有差異。而本身從事醫療專業者亦有較多「資料取得」與「批評質疑」行為。由於教育程度與醫療專業兩變項對醫師挑戰

行為都具有各自獨立的影響。因此兩者可能具有不同的影響方式。此外，由於從事醫療專業者都一定會達到某種程度的教育水準，故統計分析時對教育程度的控制並不能排除在「批評質疑」行為上，教育程度具有閾值的可能性，具有某種程度的教育再加上從事醫療專業才會出現「批評質疑」的行為。而且在本研究中從事醫療專業者只有 19 人，故仍須在較大樣本的研究中加以進一步之研究。本研究只討論病人因素，並沒有把醫師因素及溝通過程的變數同時考慮，這兩方面的探討可以幫助我們了解醫病關係的動態。

在態度方面，本研究雖參照 Haug 與 Lavin[11]的醫師權威挑戰態度問卷製作研究工具，但本研究結果顯示構成態度的因素組成與原作者的概念有差異。第一，原設計同一概念但為正反兩面的題目，經因素分析處理後進入不同的因素中，顯示受測者對正反題目的反應並不是在同一個概念向度上，而很有可能代表兩個向度。第二、如果正反面題目代表兩個不同的向度，則這兩個向度的關係會因年齡的大小而改變。根據本研究的推測，正面問題可能代表個人對醫師權威的態度，而反面題目則代表個人所承受的社會價值觀；是否如此仍需進一步的探討。

本研究發現醫師權威挑戰態度與行為的相關不高，亦即兩者的數距變化有相當大的不一致性。造成這種不一致的可能性很多，除了上述提到的醫師因素及溝通過程的變數未有考慮外，疾病的嚴重程度及醫病互動的頻度都會影響行為的發生。

本研究發現病人的健康自評狀況與醫師挑戰的態度及行為皆無相關。另一方面，慢性病患者比其他病人有較低的「平等互動」態度，但是否有慢性病與醫師權威挑戰行為無關。故慢性病不是造成前述不一致的原因。值得注意的是慢性病除了

間接代表與醫師接觸的機會外，具有慢性病可能改變對醫師的態度與行為，有慢性病可能增加對醫師的依賴，因而減低了對醫師的挑戰態度，而抵消了增加接觸機會對行為發生的影響。從另一個角度來看，與醫師平等互動，減少對醫師的依賴，有助於慢性病的長期控制，要達到這個目的，必須先改變慢性病人對醫師權威的態度。其他與態度有關的因素尚有年齡、教育程度與醫療專業，有趣的是教育程度愈高，愈贊同「平等互動」態度，不贊同「順從醫師」及不贊同「病人自主」；而「病人自主」態度亦只與教育程度一項達統計上顯著的關聯性。是否教育會影響自主性，目前仍不能作因果的判斷。

Ben-Sira[14]認為病人看醫師時主要帶有兩種問題，一是對身體狀況的關切，另一是對身體狀況所產生的壓力反應。由於病人對醫療知識的缺乏，在醫病接觸的過程中，病人對醫師能力的評價與醫療服務的滿足取決於醫師是否能了解病人的心理需要並給與壓力上的紓解。本研究並沒有對病人的壓力行為進行研究；但從病人所表現的「資料取得」行為推斷，病人並不像 Ben-Sira 所認為的那樣被動的等待醫師來了解並解決他們所感受到的壓力。病人的「資料取得」行為可以看成是一種主動的適應行為；而醫師對病人「資料取得」行為的回應亦很有可能成為病人對醫師評價及服務滿足度的根據。對於這個問題，仍須作進一步的研究。

參考文獻

1. Weber M: Legitimate order and types of authority. In: Parsons T, Shils E, Maegale D eds. *Theories of Society*. New York: Free Press, 1961: 229-35.

2. Haug MR: Power, authority, and health behavior. In: Gochman DS eds. *Health Behavior: Emerging Research Perspectives*. New York: Plenum Press, 1988: 325-36.
3. Parsons T: *The Social System*. New York: Free Press, 1951.
4. Segall A: Sociocultural variation in sick role behavioral expectations. *Soc Sci Med* 1976 b;10:47-51.
5. Arluke A, Kennedy L, Kessler RC: Re-examining the sick-role concept: an empirical assessment. *J Health Soc Behav* 1979;20: 30-6.
6. Callahan EM, Carroll S, Revier SP, Gilhooly E, Dunn D: The sick-role in chronic illness: some reactions. *J Chronic Dis* 1966; 19: 883-97.
7. Freidson E: Client control and medical practice. *Am J Soc* 1960; 65: 374-82.
8. Larson Ms: *The Rise of Professionalism*. Berkeley: University of California Press, 1977.
9. Waitzkin H, Stoeckle JD: Information control and the micropolitics of health care: summary of an ongoing research project. *Soc Sci Med* 1976; 10: 263-76.
10. Haug MR, Lavin B: Public challenge of physician authority. *Med Care* 1979; 17: 844-58.
11. Haug MR, Lavin B: *Consumerism in Medicine: Challenging Physician Authority*. Beverly Hill: Sage, 1983.
12. Marshall VW: Physician characteristics and relationships with older patients. In: Haug MR ed. *Elderly Patients and Their Doctors*. New York: Springer, 1981:94-118.
13. Becker MH: Patient adherence to prescribed therapies. *Med Care* 1985; 23: 539-55.
14. Ben-Sira Z: Affective behavior and perceptions of health professionals. In: Gochman D eds. *Health Behavior: Emerging Research Perspectives*. New York: Plenum Press, 1988.

On the Attitudes and Behaviors of Challenging Physician Authority: A Pilot Study

Kai-Kuen Leung, En-Chang Wu* and Lee-Lan Yen**

With socioeconomic advancement, change in disease patterns, and the rise of consumerism, the doctor-patient relationship has undergone changes that cause great concern in our society. This paper reports on a pilot study of the relationship between shows of challenge to physician authority, patients' demographic data, self-perceived health, and experiences in doctor visiting. A total of 234 outpatients in the NTUH Department of Family Medicine were surveyed by way of self-completed questionnaire. The findings were:

1. Behaviors of challenging physician authority can be divided into two categories. Of these, "information seeking" is the more frequent and bears a correlation to patients' education levels and medical professionals ($F=8.33$, $p<.001$ & $F=10.61$, $p<.01$ respectively). "Criticism and skepticism" is less frequent and correlates with medical professionals ($F=16.95$, $p<.001$).

2. The attitudes of challenging physician authority can be divided into three categories. "The attitude of equal power" Correlates with patients' education levels and physician visiting due to chronic illness ($F=6.61$, $p<.01$ & $F=11.64$, $p<.001$ respectively). "Submission to physician authority" correlates with patients' age ($r=.43$, $p<.001$), and correlates with patients' education levels, medical professionals and physician visiting due to chronic illness ($F=7.13$, $p<.001$; $F=7.62$, $p<.001$; $F=13.47$, $p<.001$ respectively). "Patients' autonomy" correlates with education levels only ($F=4.38$, $p<.05$).

3. Challenging behaviors failed to correspond to the challenging attitudes in this study. The reasons for this attitude-behavior discrepancy need further study.