

## 一、前言

過去研究發現，不同的醫療專業人員對其組織會有不同的期望，例如大部份醫師認為組織運作應該以醫療品質為主，而行政人員則認為組織能否繼續營運抑或能否獲得利潤才是經營的重點(邱瓊萱，2001;丁志音，1999)。這樣的差異或許與專業人員的養成教育有關，也可能與其個人的價值觀有關，因此過去有一些研究嘗試從醫學教育或是建立角色模範(role model)的方式來引導醫學生成為未來的好醫師(Paice et al., 2002; Pendleton & King, 2002; Jorm & Kam, 2004; Roberts et al., 2004)，或是引導護理學生成為未來的好護士(Gallagher, 2004; Martin et al., 2003; Thorpe et al., 2003)。目前描述專業價值觀現況的研究以護理人員的專業價值觀調查(Kaissi, et al., 2004; Schank & Weis, 2000; Weis & Schank, 2000)為多，或是職能治療師的專業行為研究(Koenig, et al., 2003)，抑或使用質性研究來進行醫療機構內部各專業的價值觀研究(Bloor & Dawson, 1994)，因此目前測量醫療專業價值觀的量性工具實屬少數。另外，在現今的醫療環境中，醫病關係益趨緊張，民眾對「好」醫師的定義未必與醫師們對「好」醫師的定義相同，至於醫師們是認為什麼才是「好」醫師，什麼才是他們的典範?目前的研究還有許多問題尚未解決(Roberts et al., 2004)。因此，本研究意欲針對醫師在執業上可能有的執業準則，亦即醫師在面對病人以及尋求同僚團隊合作上所有的可能準則，發展良好建構效度的醫師執業準則問卷，再施測收集醫學系學生的看法，以確認研究工具的效度，也能了解目前醫學生對醫生執業準則的看法。

個人與專業價值觀較屬於個人特有的價值觀，可能會影響到個人生活的選擇或是執業上的傾向(黃正雄，1997)。專業價值觀則可能是來自於其專業養成過程、社會規範、或是個人的願景與信念等因素，在過去針對會計師與護理人員的專業性(professionalism)與價值觀的研究較多(Kaissi, et al., 2004; Shafer, et al., 2002; Koenig, et al., 2003)，且多以自行發展的問卷進行量性資料收集，由於這些問卷係基於該專業的執業準則(code of conduct)來設計，對醫師專業價值觀的適用性也有限制，因此為了瞭解醫師專業的特異性，本研究先以質性研究開始探索醫師專業價值觀的內涵，再以此為基礎，設計具有信效度的問卷，再行發放問卷進行醫師專業價值觀的量性研究。

要成為專業人員(professional)必須有一些先決條件，其中最重要的條件即為取得相關學位以及通過國家證照考試取得證書，方得執業，而醫師即符合這樣的條件，而且這樣的專業具有高度的排他性，未取得證照的人員依法不得執行相關業務(Freidson, 1986)。醫師在執行

工作時最重視哪些事情?在做醫療決策考量時會以病人福利為最大考量嗎?通常專業協會列有相關的執業準則(code of conduct)指標，以美國心理協會(APA, American Psychological Association)為例，APA 列出了心理醫師執業時該具備的六個通則與八個倫理標準，六個通則包括能力(competence)、正直(integrity)、專業及科學責任(professional and scientific responsibility)、尊重他人的權力與尊嚴(respect for people's rights and dignity)、關心他人的福祉(concern for others' welfare)、社會責任(social responsibility)。八個倫理標準則包括有一般的標準(general standards)、評估或介入(evaluation, assessment or intervention)、廣告與公共聲明(advertising and other public statement)、治療(therapy)、隱私權(privacy and confidentiality)、教學研究與論文發表(teaching, training supervision, research and publishing)、完整活動(forensic activities)以及解決倫理議題的爭議(resolving ethical issues)等。由此觀之，醫師執業上應有其最佳的執業典範；但醫師在實際執業時是否以最佳典範作為圭臬，或是有其他的考量，目前在實證研究上相關主題的研究有限(Roberts et al., 2004)，更遑論適當的研究工具來測量醫師的專業價值觀。

Hinkin 就問卷設計建議了以下的步驟:項目產生(item generation)、問卷施測(questionnaire administration)、原始項目縮減(initial item reduction)、驗證性因素分析(confirmatory factor analysis)、以及區辨效度檢測(discriminate validity)(Hinkin, 1998)。在項目的產生部份，Hinkin 建議以歸納法(inductive)或演繹法(deductive)來進行，前者較適用於探索性研究，後者較適用於已有相關理論構面的研究主題。就本研究的性質來看，因為相關的研究不多，對於類似主題的構面並未有足夠的理論可供參考，因此比較適合使用歸納法先廣泛收集相關構面與項目，再做更進一步的分析。另外，由於問卷本身以及相關內容需要信效度的檢驗，因此在建構效度(construct validity)、內容(content)效度與效標(criterion)效度均需要進一步的檢驗(Litwin, 1995)。內容效度可藉由專家複審檢視其效度，效標效度可藉由”黃金標準”的決定來判斷項目的好壞，但建構效度的判定就較為困難(Litwin, 1995)。建構效度可以分為特性效度(trait validity)以及法則效度(nomological validity)(Edwards, 2003)，前者較不著重從理論的角度探討構面與工具間的關係，但後者較強調相關理論所能支持的範圍內，探討構面與工具間的關係。因此，特性效度的目的在於嘗試找出工具是否能代表相同的構面(亦即收斂效度)，以及工具廣泛測量不同構面的擴散性(亦即鑑別效度, discriminant validity) (Xin, et al., 2002)。而法則效度由於較從理論的角度出發，觀察工具與項目的關係是否符合理論，

因此較不適合本研究的探索性質，本研究較適合使用特性效度來確認工具的構面是否具有良好效度。

因此本研究的目的是在於：

- (1)、瞭解醫師專業價值觀的內涵與項目。
- (2)、發展醫師專業價值觀問卷。
- (3)、審視問卷的信效度。
- (4)、瞭解醫學系同學的專業價值觀為何。

## 二、研究方法

### 1. 操作型定義

#### (1)、醫師的專業價值觀

醫師在執行業務時所持有的信念，所認為的對人、事、物所認定何者重要、何者應為的價值系統。因此本研究係以醫師執業時所擁有的準則為主，因此在醫師面對病人以及尋求同僚團隊合作上所有的可能準則均為研究涵蓋的範圍。

#### (2)、控制變項

個人特性變項包括受訪者的性別、年齡、就讀學校、年級等。

#### (3)、前因變項

受訪者父母的社經地位(social economic status)、以及受訪者婚姻狀況等變項。社經地位變項乃以受訪者父母的教育程度與職業類別計算得來的，職業類別計算則以高級專業人員及高級行政人員(例如大專校長、大專教師、醫師、大法官等)列為 I 級、專業人員及中級行政人員(例如中小學校長、中小學教師、法官、推事、律師、工程師列為 II 級、建築師、會計師等)、半專業人員及一般性公務人員(例如技術員、技佐、委任級公務員、科員、金融機構行員、出納員等)列為 III 級、技術性工人(例如技工、水電工、店員、小店主及零售員等)列為 IV 級、技術性及非技術性工人(例如工廠工人、小販、農夫、漁夫、建築工、清潔工、雜工等)列為 V 級。父母教育程度則以 I 代表研究所，II 代表大學或專科學校，III 代表高中(職)、國(初)中，IV 代表小學及識字(未就學)，V 代表不識字。另外輔以受訪者父母所參與的社會團體來分類，例如宗教性(如慈濟)、社會公益性(如董氏基金會)、一般社團(如登山社、車隊)、法人社團(如扶輪社、獅子會)、職業公會(如醫師公會)以及政治團體等。社經地位的計算與分類方法如表一。

表一 個人社經地位指數計算方式

教育 等級	教育 指數	職業 等級	職業 指數	社經地位指數	區分界線	社經地位等級
I	5	I	5	$5 \times 4 + 5 \times 7 = 55$	I (52-55)	高社經地位
II	4	II	4	$4 \times 4 + 4 \times 7 = 44$	II (41-51)	
III	3	III	3	$3 \times 4 + 3 \times 7 = 33$	III (30-40)	中社經地位
IV	2	IV	2	$2 \times 4 + 2 \times 7 = 22$	IV (19-29)	
V	1	V	1	$1 \times 4 + 1 \times 7 = 11$	V (11-18)	低社經地位

## 2. 研究材料與方法

### (1)、問卷的設計與發展

研究先進行質性資料的收集與分析，因此先針對兩組醫師群進行專業價值觀的概念收集，第一組是醫學系四年級的學生約 40 人，第二組是 10 名主治醫師，分別發給開放式問卷，詢問他們回想一到兩位他們所知道的好醫師具有哪些執業原則以及行為表現，以及一到兩位他們所知道的不好的醫師，接著根據他們回想的內容，填寫他們認為一個好的醫師應該有哪些行為或原則，至少寫出十項，並排列順序(由最重要 1，到最不重要 10)，並填寫個人的基本背景資料，由此得到受訪者所認為「理想的醫師執業原則」。由於此部分的問卷所收集到的答案並不完整，大多限制於態度構面。另外，研究也收集各國醫師協會所列出的執業準則(code of conduct)做概念的分類(code and coding)，對於相同概念的「理想的醫師執業原則」做命名與定義。結果得到五個主構面，分別為醫師專業能力、醫師態度品德、團隊合作精神、促進公共衛生以及維護病人權利。並進行一次專家效度，先確認構面的內容效度。

構面確定之後，即進行各構面細項的設計與發展，這部分係參考在第一階段所收集到的「理想的醫師執業原則」與醫師協會的執業準則做連接；並邀請另外 26 位醫學系四年級學生，請其將設計好的項目，嘗試歸類到他們所認為適合的構面，研究人員即根據他們的分類結果，判斷構面與其對應的項目是否適當，這部分的分析使用 inter-coder reliability，即  $\text{reliability} = \text{number of agreements} / (\text{total number of agreements} + \text{disagreements})$  (Miles, et al.,

1994)來做項目設計與構面歸類好壞的判斷。

問卷發展完成之後即以醫學系五年級的學生進行預試，預試結果良好，因此並未修改問卷。

## (2)、樣本

正式施測對象係以醫學系 1 至五年級同學為主，先取得國內 11 家醫學系系主任的同意，以方便配合問卷收取的年級進行普查，並請系辦公室以及班級代表配合發送及收取問卷。因為問卷的回收有限制，因此目前發送問卷數量為 300 份，回收 172 份。回收率 57.33 %。

## (3)、統計方法

先對資料做除錯勘誤，進行描述性統計，相關分析，確認建構效度的驗證型因素分析(confirmatory factor analysis)。

# 三、結果

## (一)、敘述統計

回收樣本以三家醫學系同學為主，分別為北醫 83 位 (48.3%)，慈濟 43 位 (25.0%)，以及輔大 46 位 (26.7%)。平均年齡 21.6 歲 (標準差 2.8 歲)，一年級有 31 位 (18.7%)，二年級 28 位 (16.9%)，三年級 88 位 (53.0%)，四年級 9 位 (5.4%)，五年級 10 位 (6.0%)。受訪同學的父親職業以專業人員或中級行政人員為最多佔 61 位 (37.4%)，母親職業則以半專業人員或一般性公務人員為最多佔 51 位 (32.3%)。父母親教育程度以大專為最多有 104 位 (64.2%)，母親學歷奕同 (94 位，58.0%)。父母親婚姻狀態多數仍處婚姻中狀態 (144 位，94.1%)。

## (二)、驗證型因素分析

可能是由於變項太多，但個案數太少的緣故，驗證型因素分析並無很好的構面效度，其中  $\text{Chi-square}=5490.34$ ， $\text{RMSEA}=0.098$ 。但由於仍須進行構面的整理，因此仍按照原來的構面與次構面的架構來進行分析。

## (三)、雙變項分析

就平均值來看，受訪者對表列的各個次構面都給予 4.5-5.5 分之間的重要性分數。其中分數最高的是「人格尊重」(5.5) 與持續學習 (5.41)，較低的是「違反病人意願」(4.76) 及「健康教育」(4.90)。

表二 (n=172)

構面/次構面	Mean(SD)	受訪者父親社經地位			受訪者就讀學校		
		高社經 (n=96)	中社經 (n=47)	低社經 (n=19)	北醫 (n=83)	慈濟 (n=43)	輔大 (n=46)
<b>醫師專業能力</b>							
1. 持續學習	5.41(0.74)	5.42(0.79)	5.45(0.65)	5.42(0.69)	5.41(0.68)	5.56(0.58)	5.28(0.93)
2. 專業能力	5.22(0.60)	5.25(0.62)	5.26(0.52)	5.15(0.59)	5.21(0.58)	5.26(0.61)	5.21(0.62)
3. 維持醫師專業形象	4.99(0.76)	5.06(0.66)	4.91(0.79)	4.98(0.93)	4.86(0.76)	5.04(0.75)	5.17(0.73)
<b>醫師執業態度</b>							
1. 人格尊重	5.50(0.69)	5.54(0.67)	5.57(0.62)	5.42(0.69)	5.45(0.75)	5.52(0.67)	5.56(0.62)
2. 公平/平等	5.23(0.76)	5.24(0.72)	5.26(0.75)	5.23(0.96)	5.26(0.77)	5.17(0.76)	5.25(0.75)
3. 信賴關係	5.38(0.77)	5.36(0.78)	5.52(0.66)	5.21(0.85)	5.39(0.77)	5.33(0.78)	5.39(0.75)
4. 責任	5.09(1.01)	5.15(0.86)	5.13(1.14)	4.94(1.35)	4.97(1.09)	5.14(0.95)	5.26(0.95)
5. 不以營利為目的	4.94(0.94)	5.01(0.82)	4.86(0.99)	5.00(1.21)	4.86(0.98)	5.07(0.90)	4.97(0.91)
6. 守法	5.11(0.83)	5.13(0.74)	5.07(0.96)	5.31(0.80)	4.90(0.91)	5.41(0.58)	5.21(0.78)
					**	**	
7. 誠實	5.15(0.75)	5.19(0.67)	5.06(0.85)	5.33(0.79)	5.02(0.85)	5.28(0.62)	5.25(0.64)
8. 禮貌/說話技巧	5.24(0.73)	5.29(0.65)	5.18(0.83)	5.28(0.74)	5.19(0.81)	5.23(0.65)	5.32(0.64)
9. 態度親切	5.17(0.85)	5.19(0.72)	5.05(1.11)	5.37(0.74)	5.09(0.97)	5.10(0.79)	5.35(0.65)
<b>團隊合作精神</b>							
1. 團隊合作	5.17(0.70)	5.16(0.65)	5.23(0.68)	5.26(0.81)	5.07(0.75)	5.26(0.64)	5.25(0.62)
<b>促進公共衛生</b>							
1. 促進健康環境法規的形成	5.04(0.96)	4.83(1.03)*	5.33(0.79)	5.47(0.69)	5.00(1.04)	5.14(0.84)	5.02(0.93)
		*		**			
2. 促進公共衛生	5.04(0.80)	5.01(0.83)	5.15(0.73)	5.05(0.84)	5.06(0.80)	5.04(0.81)	5.01(0.80)
3. 注重預防	5.08(0.82)	5.11(0.67)	5.13(0.86)	4.94(1.14)	5.06(0.82)	5.07(0.89)	5.11(0.75)
<b>維護病人權利</b>							

1. 病人同意權/自主同意權/知悉權	5.16(0.70)	5.15(0.68)	5.24(0.63)	5.21(0.92)	5.17(0.64)	5.08(0.89)	5.19(0.63)
2. 病人隱私權/尊嚴權	5.24(0.68)	5.30(0.65)	5.18(0.64)	5.43(0.54)	5.16(0.73)	5.29(0.65)	5.34(0.59)
3. 病人安全權	5.11(0.87)	5.18(0.83)	5.06(0.93)	5.11(0.90)	5.08(0.92)	5.04(0.89)	5.22(0.73)
4. 選擇權/拒絕權	5.09(0.89)	5.17(0.74)	4.94(1.15)	5.28(0.77)	4.95(1.03)	5.13(0.80)	5.32(0.60)
5. 健康教育	4.90(0.98)	4.89(0.93)	4.85(1.05)	5.10(1.05)	4.78(1.03)	4.97(0.95)	5.04(0.90)
6. 違反病人意願	4.76(1.13)	4.72(1.08)	4.82(1.20)	4.94(1.27)	4.64(1.16)	4.84(1.08)	4.93(1.10)
7. 失去意識或是失能的病人	5.00(0.80)	5.06(0.71)	4.99(0.76)	4.97(1.08)	4.92(0.81)	5.01(0.86)	5.15(0.71)

跨社經地位的比較方面，除了「促進健康環境法規的形成」有跨社經地位別的統計上差異之外，其餘的項目沒有顯著差異。跨學校的比較方面，除了「守法」有跨學校的差異外，其餘項目也沒有統計上的顯著差異。

#### 四、結論

可能是由於樣本數上的限制，受訪者父親社經地位對醫學生在職業準則上並無太大差異，學校別上也大致差異不大。

#### 參考文獻

##### 中文文獻

1. 邱瓊萱、鍾國彪、魏中仁、楊志良(2003):「員工及組織目標之一致性與其組織承諾關係之探討—以醫院中層主管為例」。台灣衛誌; 22(3):167-180。
2. 邱瓊萱、鍾國彪、陳端容、楊志良、魏中仁(2001):主治醫師價值觀契合度與組織承諾的關係探討—以六家醫學中心為例。台灣衛誌;20(4):275-290。
3. 邱瓊萱(2002): 員工-組織價值觀契合與員工態度間關係之探討—以六家醫學中心為例。台灣大學醫療機構管理研究所博士論文。
4. 黃正雄,黃國隆(2003): 價值觀一致性對人力資源措施與組織承諾間關係的中介效果。人力資源管理學報; 3(2):115-133。
5. 黃正雄(1997):人力資源管理措施,價值觀契合與員工效能之關係。台北:國立台灣大學商學研究所博士論文。
6. 張少娟 (1996) .兩家醫院組織文化之探索.台灣大學心理研究所碩士論文

7. 丁志音(1999). 醫師如何看待醫院的企業化經營管理趨勢。中華衛誌; 18(2): 152-66

#### 英文文獻

1. Bloor G & Dawson P (1994). Understanding professional culture in organizational context. *Organization Studies* ; 15(2) : 275-95.
2. Edwards JR. (2003). Construct validation in organizational behavior research. Greenberg J.(eds.) *Organizational behavior: The state of the science*. 2<sup>nd</sup> edition. Mahwah, NJ: Erlbaum.
3. Freidson E. (1986). *Professional powers: A study of the institutionalization of formal knowledge*. Chicago: The University of Chicago Press.
4. Gallagher A. (2004). Dignity and respect for dignity- Two key health professional values: Implications for nursing practices. *Nursing Ethics*; 11(6): 587-99.
5. Hinkin TR. (1998) A brief tutorial on the development of measures for use in survey questionnaires. *Organizational research methods*, 1: 104-121.
6. Hofstede G, Neuijen B, Ohayv DD, Sanders G(1990). Measuring Organizational Cultures: A qualitative and quantitative study across twenty cases. *Administrative Science Quarterly*; 35: 286-316.
7. Jorm C, Kam P. Does medical culture limit doctors' adoption of quality improvement? Lessons from Camelot. *Journal of Health Service Research & Policy*; 9(4): 248-51.
8. Kaissi A, Kralewski J, Curoe A, Dowd B, Silversmith J. (2004) *Health Care Management Review*; 29(2): 129-38.
9. Litwin MS. (1995). *How to measure survey reliability and validity*. Thousand Oaks: Sage publications.
10. Martin P, Yarbrough S, Alfred D. (2003) Professional values held by baccalaureate and associate degree nursing students. *Journal of Nursing Scholarship*; 35(3): 291-6.
11. Miles MB, Huberman AM. (1994). *Qualitative data analysis*. 2<sup>nd</sup> edition. Thousand Oaks, CA: Sage.
12. Koenig K, Johnson C, Morano CK, Ducette JP. (2003). Development and validation of a professional behavior assessment. *Journal of Allied Health*; 32(2): 86-91.
13. O'Reilly CA III, Chatman J, Caldwell DF(1991). People and Organizational culture: a profile comparison approach to assessing person-organization fit. *Academy of Management Journal*; 34(3): 487-516.
14. Paice E, Heard S, Moss F.(2002). How important are role model in making good doctors? *British Medical Journal*; 325(7366): 707-710.
15. Pendleton D, King J. Values and leadership. *British Medical Journal*, 325(7376): 1352-55.
16. Roberts LW, Hammond KAG, Geppert CMA, and Warner TD (2004). The positive role of professionalism and ethics training in medical education: A comparison of medical student and resident perspectives. *Academic Psychiatry*; 28(3): 170-251.
17. Robins JP, Shaver PR, Wrightsman LS (eds) (1991). *Measures of personality and social psychological attitudes*. Oxford: Academic press.
18. Rokeach M (1967). *Value survey*. Sunnyvale, CA: Halgen Tests.
19. Schank MJ & Weis DW. (2000) Exploring commonality of professional values among nurse educators in the United States and England. *Journal of Nursing Education*; 39(1): 41-4.
20. Schein, E. H. (1988). *Organizational socialization and the profession of management*. Sloan



Management Review. Fall. p. 53-65

21. Shafer WE, Lowe DJ, Fogarty TJ. (2002) The effects of corporate ownership on public accountants' professionalism and ethics. *Accounting Horizons*; 16(2): 109-24.
22. Smircich, L. (1983). Concepts of culture and organizational analysis. *Administrative Science Quarterly*. 28. p. 339-358
23. Thorpe K, Loo R. (2003). The value profile of nursing undergraduate students: Implications for education and professional development. *Journal of Nursing education*; 42(2): 83-90.
24. Weis D, Schank MJ.(2000) An instrument to measure professional nursing values. *Journal of Nursing Scholarship*; 32(2): 201-4.
25. Xin KR, Tsui AS, Wang H, Zhang ZX, Chen WZ. (2002). Corporate culture in Chinese state-owned enterprises: An inductive analyses of dimensions and influence. In Tsui AS & Lau CM (Eds.). *The management of enterprise in the People's Republic of China*, Kluwer Academic Press, 425-444.