

批判思維融入臺灣醫學生醫學人文教育： 醫病關係多元文化感知量表之編製與驗證

林育志^{1、2} 何文馨^{1、2} 陳偉權^{3、4、*}

¹高雄醫學大學附設中和紀念醫院 一般醫學內科

²高雄醫學大學 醫學系

³高雄榮民總醫院 教學研究部

⁴高雄榮民總醫院 泌尿外科

摘要

臺灣現今是一個多元文化的社會，醫學生未來成為醫師後將面對具有不同文化背景的病人。醫學人文教育目的是培育醫學生醫學人文思維，以便在醫病互動中能以「人」為中心、與病人進行良好的溝通，進而傳遞有效的醫療服務治療病人。然而，人文教育課程中多半著重人文主義，從批判性多元文化主體性、權力／知識、以及尊重差異觀點來看，病人賦權力仍是不夠。發展具有批判性的多元文化感知量表，作為評量批判性人文思維的工具與指標，反映醫師對醫病關係的反思批判思維程度，是醫學人文教育的一個新議題。本研究以批判性多元文化主義作為方法論，編製醫學生的多元文化感知量表，並驗證信度、效度，蒐集有效研究對象為2021年12月至2022年2月間在學醫學生151名。量表項目以同質性考驗法分析，結果顯示每一項目與總分的相關達顯著(> .40)。探索式因素分析萃取出多元文化感知因素三構面：主體性、權力／知識、責任與關懷倫理，結果顯示量表具有收斂效度與區別效度。構面信度Cronbach's α 係數皆在.80以上，整體信度為.94，內部一致性佳。從批判性人文思維的視角看，此量表可作為評量醫學生醫學人文教育之多元文化教育學習成效的工具與指標。

關鍵詞：多元文化主義、量表、醫病關係、醫學人文教育

壹、緒論

一、醫師人文教育與醫學專業素養現況

(一)醫學人文的源起、發展與困境

現代醫學之父William Osler曾說：「醫

學的實踐……，是一個你的心靈與腦需共同運作的使命」(“The practice of medicine is..., a calling in which your heart will be exercised equally with your head.”)，醫學人文作了最完全的詮釋。醫學人文的範疇包括人文學科(如文學、哲學、倫理、歷史和宗教)、社會科

*通訊作者：陳偉權，coupe055@ms28.hinet.net

(投稿日期：民國111年5月25日，修訂日期：民國111年9月20日，接受日期：民國111年9月28日)

學(如人類學、文化學、心理學、社會學)，甚至藝術(如戲劇、電影和視覺藝術)(Chang et al., 2014)，醫學生學習醫學人文能幫自己更加瞭解自我與病人相互之間的關係與責任。醫學重視人文起源甚早，早在希臘時代Hippocrates就說過「有醫學的地方、就有對人類的愛」(Stone & Gordon, 2013)，此名言充分展現出醫學的人文關懷。人文教育對醫師培育上的重要性，開始於近代醫學教育的早期。1910年Flexner Report就指出當時醫學教育所呈現的問題，包括醫師養成過程中缺乏文化與哲學的素養(Duffy, 2011)。當代醫學人文教育的課程目標，即主張醫學生在大學階段必須接受人文及科學方面的訓練，並且需要培養醫學生成為專業知識的自主學習者(李舒中、方基存, 2020)。醫學人文在醫學教育的價值開始逐漸被歐美亞澳的國家重視，並已陸續納入各國醫學院的必修或選修課程中(Mahajan et al., 2020)。然而，1976年，醫學倫理學者Edmund Pellegrino就指出醫學科學與醫療的去人性化趨勢，會造成對醫療與醫學教育巨大的衝擊，現象包括過度專業化、技術的、對個人和社會文化價值觀的無感(Pellegrino, 1999)。科學和技術的進步不能只是讓醫學變得更為客觀理性、卻逐漸遠離人性化、忽略病人的感受，醫師專業應具備素養，一如現代醫學之父William Osler所說：「醫學的實踐是一門藝術……，而不只是『科學』」(Malloy, 2022)。現今各國在積極推動醫學人文教育發展的同時，由於生物科技、再生醫學、基因醫學、精準醫學、資通訊科技、大數據、人工智慧等高科技的迅速發展，人文教育地位處境不利，更面臨了嚴峻的挑戰。此外，醫學人文課程與實證醫學的主流文化背道而馳，也導致醫學科學的去人性化，不利於醫學人文的發展(Kidd & Connor, 2008)。慶幸的是，近年來醫學人文

教育開始強調醫學人文「融入」(integration)其它專業有其必要性(Mi et al., 2022)，2020年美國醫學院學會(Association of American Medical Colleges)也明白揭櫫：「對藝術與人文……我們強烈建議增加其融入性」、建議以「融入性的模式」進行教學(Blood et al., 2020)。由於「醫學人文」的定義目前仍無所定見，「醫學」與「人文」如何互相融入？該怎麼進行課程設計？以及該怎麼進行評量成效？將成為醫學教育者面臨的極大挑戰。

(二)醫師專業素養與社會

當醫學生決定要投身於醫師這個專業時，除了付出心力學習專業知識與技能，並獲取有形及無形的利益之外，醫師的專業成長與個人利益都不可避免的會使用社會資源，因此也會接受社會有形及無形的期待與要求，符合這些期待與要求，社會就會予以認可及授權。醫師專業素養其實是一種社會契約觀念的觀點(Cruess & Cruess, 2000)。醫師在社會上被賦予了醫療者與專業者的角色，要被社會認定為醫師，就必須符合及履行社會與這個專業之間的約定。這個無形契約，就是要具備醫師專業素養，讓醫師專業的發展更有機會與社會的需求結合，維持社會對專業的認可。在1980年代，臨床醫學逐漸科學化，科學知識大量累積，科學技術迅速進步，醫學教育偏重科學知識與技術訓練，人文教育受到忽視，社會學家才開始發覺許多醫療問題是源自於不健全的健康照護體系(Krevans & Benson, 1983)，於是美國醫界也開始藉由一連串的研究來重新思考在這個變遷的社會中，「醫師專業素養」的真正意涵是甚麼(Blank et al., 2003)。醫師人文教育以專業素養教育課程為主軸，著重建立醫師良好的價值觀及表現符合社會期待的專業行為，其本質比較接近於傳統的倫理道德教

育。人文素養一直是醫學教育中不可或缺的一環，甚至可說是醫學教育的基礎，在數位科技與人工智慧產業發展迅速的現代，如何保持醫療中的溫度、加強對於人性的瞭解與對生命的關懷，可說更為重要。

二、批判性多元文化跨領域融入醫學專業素養

英國醫學人文協會(Association of Medical Humanities)主張，「醫學人文學科」應被視為醫學教育中不可或缺的學習項目，而不是在基本科學知識以外的選擇性學習內容，同樣的，醫學人文學科也必須是跨領域學習，而不僅僅是由多領域組成的，應該是強調各領域間努力去理解並分享彼此的觀點和深意(Arnott et al., 2001)，因此醫學人文被定義為「跨領域和多學科領域」，包括探索醫學和醫療照護領域的批判性議題(Cole et al., 2014)。醫學人文教育實施多年以來的成效、對於國內臨床醫師執業態度與人文素養究竟有何影響，少有全面性探討，對於醫學人文教育應該如何規劃與改進，也缺乏應用的實證基礎。藝術、人文和社會科學不應被視為反對生物醫學，反而應須與之交織在一起，達到有想像力和創造性成效的醫療服務目的(Viney et al., 2015)，所以將批判性融入醫學人文教育，是非主流另起之的醫學人文思維，絕非對抗，而是成全主流醫療，有其跨越邊界的價值。

多元文化認為每個人都是多元的主體，個人是可以同時擁有種族與階級、性別與性取向等多樣的「主體立場」，其政治認同需要被肯定與承認(Hayes & Colin, 1994; Mayberry & Rose, 1999)。此處所指的「文化」是廣義的文化，是指階級、族群、性別等之多樣性之「主體位置」而言(Poster, 1992)。即使國外已經有許多方案培養學生文

化能力(cultural competence)，並將這些文化能力與標準融入訓練課程中，使學生對於文化多樣性持正面價值與態度(Atkinson, 1994; Ridley et al., 1994)，但未見於醫學專業素養相關課程中，也不具有批判性(成令方, 2002; Kumagai, 2022; Kumagai & Lypson, 2009)，以致醫學生對醫病關係之核心——多元文化觀點之「主體性、權力／知識、責任與關懷倫理」議題，認識不多，遑論將多元文化納入專業素養，進而培育文化能力。國內雖然已有相當豐富的多元文化教育研究，惟對於醫學專業素養相關課程，甚少涉及多元文化主義(以下簡稱多元文化)，多元文化感知量表(Multicultural Perception Scale, MCPS)評量的研究，更是付之闕如。然而，國外醫學專業素養多年前已將多元文化納入醫學人文教育課程成全完整的醫學教育(Kumagai & Lypson; Lypson et al., 2008)，與社會學之批判性多元文化主義核心——「尊重差異」不謀而合(游美惠, 2012)，以符合全人醫療照護需求的現實與潮流。

基於上述醫學教育面臨的挑戰，醫學專業素養缺乏剖析失衡醫病關係核心的批判思維。因此，本研究以激進性取向的多元文化(radical multiculturalism)為方法論之基礎，回顧多元文化的內涵，從醫病關係中的多元文化意涵歸納出多元文化感知面向，編製出具有批判性評量工具之MCPS，目的就在從評量醫學生學習多元文化的感知程度出發，看到醫學生在醫學人文教育的批判性需求，以便作為課程設計與評量多元文化能力的參考。

貳、文獻探討

一、醫病關係模式之變遷

醫療行為是人與人密切互動的行為，也就是醫師與病人在溝通互動過程必須形

成一種「關係」，才能達成醫療服務傳遞治療疾病與關懷病人的目的，所以醫病溝通的目的，是建立良好的醫病關係(Roter et al., 2006)。此外，醫病關係是醫療過程中建構出的人際關係、達到治療目的之基本工具(Hall et al., 1995)，因此，醫病關係被視為良好醫療照護的前提，有了良好醫病關係，醫師才能有效讓病人接受治療，所以醫病溝通與醫病關係是互為手段與目的之關係，兩者直接或間接影響醫療服務品質的結果(Ong et al., 1995)。當人口背景變得多樣化(diversity)之後，醫學人文教育必須具備多元文化的本質，醫學生在未來成為醫師後，才能面對更多文化多樣性的病人，就有學者研究醫療專業發展的歷史過程後指出，醫病關係其實是個複雜的過程，並稱之為「醫用關係」(professional-user relationship)並指出，傳遞醫療服務治療病人的同時，病人雖然疾病得以康復，但病人仍然不滿意，影響醫療品質的結果。原因就在於多樣形式的「權力」在醫病互動中運作，而且「知識」又與「權力」彼此糾結及互相運用，從多元文化觀點就可看出這種失衡關係(成令方，2002)。

二、醫學人文教育之多元文化教育景況

醫療服務行為是一種由醫師所展現出來、被病人和社會大眾所信賴的行為，是一種社會契約的觀點(Cruess & Cruess, 2000)，換言之，要被社會認定為「醫師」，是需要符合及履行社會與這個專業之間的無形契約，也就是要具備醫學人文本質，即善待病人(good doctoring)。美國畢業後醫學教育評鑑委員會(Accreditation Council for Graduate Medical Education [ACGME])提出現代醫師必須具備的六大核心能力(Mainiero & Lourenco,

2011)，專業素養即是其中之一，其意涵包含了對於他人之文化、年齡、性別及殘障等差異要有一定的敏感度，臺灣醫學人文教育專業素養也是師法ACGME教育內容。

現今臺灣處於多樣文化交織而成的社會環境，未來將成為醫師的醫學生必須具備「他文化」的人際關係技能(Swing, 2007)，才能面對具備多樣文化背景的病人。然而，近代所謂的「以病人為中心」的醫療模式，雖然病人的主動性有提昇，但並沒有因此獲得權力，病人仍居弱勢角色。醫師掌握了專業的知識，病人依舊是處於相對的「弱勢」地位，醫師仍是「宰制」醫病互動關係的絕對地位(Levine, 1987)。一如Arredondo與Toporek (2004)所指出：「多元文化素養逐漸成為一種生活方式」，為便於對多樣人口提供文化回應的服務，醫師就必須具備內化的人文素養，才能外顯出善待病人的醫療服務行為。為培養醫學生人文素養，現階段在學校醫學生專業素養的教育課程中，即有包含社會學觀點的相關課程，目的就在於培養醫學生具備人文素養，同時對於他人文化、背景等差異能具有敏感度。現今醫師行醫，不僅要具備醫學知識與技術，更需要多元文化素養，以維繫不同文化病人之良好醫病關係，進而進行醫病溝通、傳遞醫療服務治療病人，符合社會的需求。過往醫學專業素養的文化能力多為與社會文化相關之渴望、覺知、知識、技能與相遇的文化面向的人文教育(Campinha-Bacote, 2002)，目的多止於人文關懷融入醫療服務的傳遞，促成良好的醫病關係，提昇醫療服務品質。對學習者而言，並無反思批判的訓練，以致學習者對於醫病關係只止於禮儀層次上的學習成效，關於尊重病人的社會位置，如階級、族群、性別等的差異，並非真正的肯認(陳偉權，2017)。

三、醫病關係服務之感知與評量

病人對於醫療服務過程中，在心理、社會等方面互動情形與結果的滿意程度，是一種病人感知(Donabedian, 1980)，病人會透過情感表達、溝通與工具三種面向，來評斷醫療照護的品質(Vuori, 1991)。醫療品質除了提供與時俱進的醫療技術、人性化治療方式、與病人能全程參與治療討論外，考量文化差異是重要的層面(Brook et al., 2000)。臺灣醫病關係研究的主流，多以評量病人滿意程度為主，其實只是探究病人對醫療權力的順從程度，反省方向多偏重醫病互動的溝通技巧與態度，對於背後醫療社會學的意義卻很少研究(林文源，2008)。建構醫病關係主要的目的是在作成對醫病雙方有利的醫療決定，除了專業知識與技術外，醫療決定決策的因素，會因為醫療提供者(醫師)與使用者(病人)具有不同的「多重認同主體」，以及互動時雙方社會文化背景、經驗與核心價值的差異產生不同的看法，但最終病人仍會順從醫師的決定(成令方，2002)。因此，本研究對於醫病關係品質之感知，有別於過往只以「病人滿意度」作為問題的核心，是以多元文化內涵中「主體性」、「權力／知識」、「責任與關懷倫理」作為評量醫病關係的構面。多元文化人文素養並非與生俱來，是需要透過學習的(王雅玄，2007)，肯認多元文化必須先對多元文化有所認知，而評量多元文化感知，編製可行的評量工具與驗證，則是教育先行、培育多元文化人文素養的第一步。

綜上所述，由於多元文化教育是一種肯認個人多元主體與社會認同的教育實踐(Gordon & Newfield, 1996)，將多元文化融入醫學專業素養，目的就在於培養醫學生多元文化的人文素養，除了幫助醫學生瞭解醫病

關係之間的文化背景差異外，還能剖析醫病關係更深層的社會位置差異，找出失衡醫病關係的核心問題(成令方，2002)，從人文教育著手，根本改善醫病關係。

四、多元文化觀點之醫病關係

(一)主體性

多元文化是尊重差異，肯認多元主體與認同的理論(游美惠，2012)。一個多元化的社會，其主體的性別、種族、族群與文化的多樣性，會反映在社會的制式結構中(Banks & Banks, 2019)，醫療體制亦然。病人與醫師在醫病關係中，就是具備差異的兩個不同性別、階級族群等「社會位置」之「多重認同」主體的互動。本研究即運用多元文化強調個體多樣的「主體位置」，作為多元文化理論中「文化」之廣義詮釋(游美惠)，換言之，就是探討醫病關係中病人主體「身分認同」(identity)被認同的感知程度。

(二)「權力／知識」

醫療專業知識就是權力的產物，是學者 Foucault (1980)所謂的「只有在知識的攫取佔有分配或儲存，權力才得以運作」。醫病關係的雙方互動，就批判角度而言，「權力」與「知識」其實是一體的兩面，彼此互相交流及使用，也是醫療互動關係中，重要的兩個基本核心。就醫療社會學對於知識的產生的觀點，任何一種專業知識要取得崇高地位的方式，必然藉由壟斷知識取得的路徑，因此，專業知識衍生專業權力，且由社會文化所建構，所以醫病關係之多元文化觀點，不能忽略權力的運作(成令方，2002)。病人在醫病關係中雖處於弱勢，但因為熟悉醫病互動過程的壓迫機制，會發展出比醫師更瞭解醫療的「雙重意識」，也就是批判性多元文化

所強調的第二種眼光(second sight) (Kincheloe & Steinberg, 1997)，能讓病人看見自己的能力，甚至展現出跨越權威邊界的可能性。由於多元文化潮流，病人「主體性」的意識的確逐漸明顯(Kumagai & Lyson, 2009)，但醫病關係的進步大多止於實體環境、醫術品質、醫護態度與關懷、或是倫理及法律方面的提昇，對於病人能動性(agency)之批判性意識的研究卻很少。此外，忽略社會因素及主觀價值，將使實證醫學奉為主臬的醫師，無法瞭解醫療知識是如何深受生活型態、科技與政治共構(co-construction)因素之影響(林文源，2008)，因此，本研究認為須將「權力／知識」納入醫病關係中有關醫師專業素養的探討，才能窺見其影響程度。

(三)責任與關懷倫理

關懷倫理(ethic of care)最早是由女性主義的觀點角度所建構，主張關懷者與受關懷者之間，是一種「不平等相遇」的互動關係，也是起於關懷的接納、而終於受關懷回應的「相互性」責任關係(李美秀，2020)，換句話說，關懷倫理不僅討論關懷者與被關懷者之間的接納與需求關係，還包含雙方應給予回應的責任，也就是關懷與責任是一體的兩面。以醫病關係為例，由於醫師治療的對象是處於疾病困擾的人，本身就蘊含著關懷。醫師專業素養教育規範醫師，在醫療過程中，除了給予病人專業的治療外，同時也被期待像照顧自己家人般，提供「視病猶親」的無私愛心來對待病人，而且病人也應該適切的回應醫師的醫囑與建議。因此將多元文化所關心的關懷倫理與責任倫理之主張，延伸至醫病關係的互動，是符合醫學倫理之規範，也是探討醫師專業素養教育過程不可缺少的面向。

參、研究方法

本研究為達研究目的，運用量性量表調查法，蒐集相關資料進行研究。本研究所使用的量性量表，由研究者自行開發設計，是以研究者針對醫病關係進行多元文化探究所發展的評量工具作為基礎(陳偉權，2017)，再依據文獻討論，參考研究多元文化素養量表內容所需要的內涵(王雅玄，2007)，並結合專家意見，自行發展、設計醫學生專業素養之MCPS。量表共分兩部分，第一部分為多元文化觀點之感知調查，第二部分為醫學生個人文化背景特質調查，第一部份各題目感知程度量測採4點計分，從0～3，各題目分數總和平均後，即成為各題所代表之分數，分數越高表示多元文化感知越高。完成蒐集之資料，依受訪者身分給予代碼編號，並逐項輸入Excel檔案。資料分析採用SPSS 18.0統計分析軟體，以統計方法分析結果，推論並詮釋其差異的意義。

本研究量表設計構面以多元文化核心概念作為編制，為確保量表的可信度與有效度，首先，將初稿量表加入「適合」、「修改後適合」、「刪除」等選項，並編製成專家審查量表，邀請相關領域之專家協助進行量表審查工作，並依據審查專家回覆之意見進行量表內容調整與修訂。第二步則是再邀請多元文化與醫學專業素養教育領域之專家學者，進行三次焦點座談，完成量表構面及題項之建構，並將完成後之二稿量表，由專家學者進行專家內容效度檢測。

專家內容效度檢測評分是針對量表每一題內容的重要性、合適性及文字可讀性，給予綜合性評分，分數越高表示該題項越適當。專家評分標準滿分為4分，4分即表示此

題目適當，不需修改；3分則是此題目適當可保留，但需做小部分的修改；2分表示此項目不適當，考慮刪除或做大幅度修改；1分代表此項目極不適當，應予以刪除。專家審查完畢之後，本研究使用內容效度指標(Content Validity Index, CVI)來量化內容效度分數(Waltz et al., 2010)，依專家於量表各題項的評分，將4分或3分轉換1分，2分或1分轉換0分。把每題轉換之後的分數加總之後再除以專家人數，即為每題CVI之分數，CVI分數大於8表示具有較佳之專家效度，之後根據CVI分數及整合專家的意見，進行量表修改，並形成預測量表。

預測量表內容確定後，選定已接受過醫學專業素養教育課程(課程名稱：醫療社會學)之醫學生發放10份量表進行預試，確認語意與文意難易程度，形成前導量表。本研究經高雄醫學大學附設中和紀念醫院人體試驗委員會核准後實施(IRB編號：KMUHIRB SV(I)-20200046)，收案對象為高雄醫學大學研習醫學專業素養課程之醫學生，包含醫學系及後醫系，且須完成一學期專業素養課程以上之醫學生，包含學期結束該課程成績為通過及未通過，從未完成一學期專業素養課程研習之醫學生，如退選、中途退學者則排除。

本前導量表收案資料蒐集後，以因素分析、項目分析、信度與效度檢驗等統計方法，驗證量表之可適性，使用之統計分析方法說明如下。

一、描述性統計

分析有效樣本個人基本資料及感知分數分布情形，以說明樣本的基本資料與各項衡量指標的概況，包括平均值、變異數、標準差等。由此方法瞭解回收樣本對各概念的一

般意見(平均值)、樣本間意見的離散度(變異數和標準差)。

二、項目分析

為檢驗量表題目的品質，以對題目進行適切性的評估，本研究採用極端組檢驗法，求出每一個題項的「決斷值」(Critical Ratio, CR)，來判別題目是否需要刪除或修改，以作為題目改善的依據。

三、因素分析

為瞭解翻譯後量表的建構效度(construct validity)，本研究採用因素分析來檢驗，用來簡化多題項概念，以利後續的資料分析及題項對構面的解釋力確認。於量表進行預測時使用。分析時採用主成分分析法(principal component method)抽取因素，透過最大變異法(varimax)進行正交轉軸，以特徵值(eigenvalues)大於1者為構面的選取依據。並透過Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)值來檢驗可否進行因素分析，若衡量構念KMO值(因素負荷量)在0.50以上，且Bartlett球形檢定(Bartlett's sphericity test)具顯著性方適合進行因素分析。再以探索式因素分析結果，依構面所含題項定義構面名稱及其轉軸後解釋變異量與累積解釋變異量，得知建構效度分析之收斂效度及區別效度。

四、信度分析

在進行量表資料分析前，對使用量表的內部一致性作分析，以瞭解研究量表獲得的資料是否正確、穩定地代表研究所欲測量的內容，分析量表資料的可靠性。本研究採目前最常使用信度標準Cronbach's α 係數，來檢視各因素衡量變數的內部一致性程度。

肆、研究結果與討論

一、研究結果

(一)描述性統計

研究量表首先經由研習過醫學專業素養課程之10位醫學系三年級學生接受測試，10位受測者均表示量表用語清楚程度，均能完成(completion)與接受(acceptability)，顯示量表具有很高的內容效度。

本研究發放156份前導量表，刪除大幅

漏填或填答狀況明顯不合理的問卷後，共得到有效量表151份，總回收率96.79%。受測者之基本資料分布如表1所示。受測者平均年齡 24.80 ± 2.84 ，分別為男性79人(52.32%)、女性72人(47.68%)，兩者比例接近。居住地以高雄市114人(75.49%)居多，居住外縣市37人(24.51%)。婚姻狀況以單身人數最多131人(86.76%)、與伴侶同居17人(11.26%)及已婚3人(1.98%)。受測者的族群為閩南人134人(88.74%)占多數，其他族群共17人

表1：受測者基本資料分布表($N = 151$)

變項	類別	人數	百分比(%)	量表整體得分 ^a	
				平均值	標準差
性別	男	79	52.32	4.00	0.50
	女	72	47.68	3.94	0.43
居住地	高雄市	114	75.49	3.97	0.46
	外縣市	37	24.51	3.97	0.49
婚姻狀況	結婚	3	1.98	3.99	0.15
	單身	131	86.76	3.96	0.45
	與伴侶同居	17	11.26	4.03	0.61
族群	閩南人	134	88.74	3.96	0.46
	其他	17	11.26	4.05	0.47
高中教育	本國	147	97.35	3.97	0.46
	外國	4	2.65	4.01	0.65
家長職業	農林漁牧	2	1.36	3.66	0.40
	軍公教	40	27.21	3.90	0.44
	藍領階級	12	8.16	3.87	0.44
	白領階級	54	36.74	3.98	0.45
	高階白領	38	25.85	4.04	0.50
	其他	1	0.68	3.75	0.00
宗教信仰	天主教	3	2.07	3.69	0.38
	基督教	11	7.59	3.90	0.47
	佛教	18	12.41	4.22	0.41
	道教	20	13.79	3.93	0.41
	一般民間信仰	70	48.28	3.97	0.50
	其他	23	15.86	3.83	0.39

註：1. 受測者平均年齡(歲)： 24.80 ± 2.84 。

2.^a不同個人特質在量表整體得分上皆無顯著差異($p > .05$)。

(11.26%)，包含客家人、外省人、新移民及其他族群。受測者的高中教育於本國就讀有147人(97.35%)，於外國就讀4人(2.65%)。受測者家長職業多數為白領階級54人(36.74%)、其次軍公教40人(27.21%)、高階白領38人(25.85%)，藍領階級(12人，8.16%)、農林漁牧業(2人，1.36%)及其他職業(1人，0.68%)占少數。受測者的宗教信仰，以一般民間信仰70人(48.28%)最多，天主教3人(2.07%)最少。不同的個人特質在量表整體得分上皆無顯著差異($p > .05$)。

(二)項目分析

本研究從醫病關係之多元文化觀點(見文獻探討第四點)，從構面的意涵設計量表各題目。主體性構面包括從病人主體位置的發聲、經驗、對話分享與尊重差異。權力／知識構面包括從知識的專業性、普同性與醫療化；權力的病人自我侷限，醫師優勢性、「不確定性」策略、能力差距與權力關係模式。責任倫理構面包括醫病雙方權利與義務、交流性、配合性。關懷倫理構面包括母道思想、個體獨特性、適時投入情感、同理心與隱私權。使用項目分析中的極端組檢定，依量表的得分總和高低排列順序，分為高分組與低分組(各占27%)，再將高分組與低分組逐題進行兩者平均數的 t 檢定(t -test)，求得各題項之CR值，篩選CR值 > 3.00 且達顯著水準之題項，使本題項具鑑別力(吳明隆，2009)，及校正項目總分之相關分析，檢驗各題項與總得分的相關係數，篩選其校正項目總分相關係數 $> .30$ 之題項，使題項之間具有內部一致性(de Vaus, 2013)。從表2可知，第9題及第11題之CR值 < 3.00 ，故刪除此二題。

(三)因素分析

量表各變項經Bartlett球形檢定，取得

KMO值為.89 ($\chi^2 = 2278.77$, $df = 171$)，達統計上顯著水準($p < .00$)。KMO $\geq .80$ ，表示很適合進行因素分析(Kaiser, 1974) (表3)。因素分析依次刪除題項第8、10及20題共3題，最後保留有效題項共19題。以主成分分析法並透過最大變異法，萃取三個特徵值大於1之因素，所含題項定義構面名稱及轉軸後解釋變異量分別為「主體性」16.71%、「權力／知識」19.11%及「責任與關懷倫理」33.64%，累積解釋變異量為69.46%。各量表題項之因素負荷量(factor loading)均大於或等於0.50，符合收斂效度的評估之驗證(Fornell & Larcker, 1981)，表示衡量問項皆具有良好的收斂效度。

而區別效度之檢驗，顯示兩構面間相關係數皆小於1，且達顯著；任兩構面間的相關係數均小於個別構面之Cronbach's α 係數，顯示量表皆具有區別效度(Fornell & Larcker, 1981)證明本計畫之測量模型的內在品質佳(表4)。

(四)信度分析

本研究對量表之構面與總量表的信度考驗，採用Cronbach's α 係數作為信度指標，Cronbach's α 值大於.70者表示各構面信度高，介於.60 ~ .70表示其信度尚可接受，若 α 值低於.60則被認為內部一致性低(Nunnally, 1978)。由表5可知，衡量量表各構面的 α 係數：主體性.90、權力／知識.86及責任與關懷倫理.95，整體信度為.91，表示本研究量表內部一致性良好、穩定性佳。

(五)量表各構面之分析

量表各構面之描述性統計分析，主要衡量各構面之離散情形與受測者對多元化的感知程度。由表6顯示，各構面整體平均值皆高於3，顯示受測者的感知程度屬於中等偏高的程度。各構面之整體平均數中，以主體性

表2：量表構面與項目分析摘要表(題數共24題)

構面	題號	題目內容	CR值	校正的項目 與總分相關
主體性	1	醫師會耐心聽完病人陳述自己疾病的經驗。	8.36**	.60
	2	醫師會認同不同社會文化背景的病人，因生病累積之自我醫療經驗的價值。	10.44**	.64
	3	醫師會詳細使用病人能瞭解的話語解釋病情，不會使用太多專業術語回答病人的疑問。	7.88**	.55
	4	醫師會尊重與接受病人所提供的醫療資料作為納入診斷與治療的參考	8.97**	.58
權力／知識	5	醫學專業知識具有絕對的正確性。	7.35**	.56
	6	醫學知識具有效諸四海皆準的特性	6.29**	.53
	7	任何疾病的原因及治療，皆可以西醫知識予以解釋與治療。	7.45**	.65
	8	醫師會同意或甚至提供西醫以外的另類療法。	6.36**	.58
	9 ^a	醫師問診的語氣，使病人覺得醫師高高在上，難以溝通。	2.98**	.35
	10	您知道病人接受醫師診療時，有接受被關懷和尊重的基本權利嗎？	6.57**	.46
	11 ^a	醫師會使用知識的「不確定性」作為，理由解釋病情的變化性。	2.72**	.37
	12	您就診時與醫師之間，若對疾病的認知有衝突時，您認為產生的原因只是溝通的誤解或技巧的問題	5.11**	.51
	13	因為醫師對自己專業能力的堅持，病人即使不了解或不贊同醫師的作法，病人也會聽從醫師的指示。	4.27**	.43
	14	您覺得醫病關係模式中，病人傾向對醫師順從的託付。例如：為達治療目的，醫師會技巧地，以不著痕跡的方式勸病人接受醫療決策。	5.92**	.50
責任倫理	15	醫師會告知所開立藥方之藥效及副作用要注意事項。	10.49**	.62
	16	醫師會主動教導病人與疾病相關的衛教知識。	10.66**	.63
	17	醫師會主動詳細告訴病人為何要做檢查與治療的原因。	13.35**	.63
	18	醫師會主動告訴病人檢查結果與後續治療方式。	13.31**	.64
	19	醫師會善盡解釋的義務，使病人瞭解病情。	13.76**	.66
關懷倫理	20	醫師除了關心病情外，還會關懷因不同社會文化背景的病人所產生不同的情緒與情感反應，讓病人覺得有一種「被關愛」的感覺。	11.04**	.68
	21	醫師會同時關心病人生病時內心的處境，查覺病人的焦慮與擔心，並適時給予情緒與情感上的支持與安慰。	12.45**	.73
	22	醫師有同理心，會站在病人的立場為病人著想。	10.66**	.69
	23	醫師會注意到病人的隱私，避免讓病人感覺不舒服。	12.75**	.66
	24	醫師不會以他的價值觀批評病人的疾病。	9.28**	.61

註：1. CR值：決斷值(Critical Ratio)。

2. ^a CR值 < 3.00且未達顯著水準，刪除此題。

3. ** $p < .001$; $N = 151$ 。

表3：KMO與Bartlett球型檢定及因素分析($N = 151$ ，題數19題)

構面	題號	題數	因素負荷	轉軸後平方負荷量	
				特徵值	解釋變異量(%)
主體性	4	1	.84	3.18	16.71
	3	2	.82		
	2	3	.82		
	1	4	.73		
權力／知識	6	5	.82	3.63	19.11
	5	6	.80		
	7	7	.79		
	13	8	.71		
	14	9	.70		
	12	10	.68		
責任與關懷倫理	19	11	.88	6.39	33.64
	16	12	.86		
	18	13	.85		
	17	14	.82		
	23	15	.80		
	22	16	.78		
	15	17	.78		
	24	18	.74		
	21	19	.72		
KMO係數值				.89	
Bartlett球型檢定顯著性				.00 ($\chi^2 = 2278.765$, $df = 171$)	
總解釋變異量(%)				69.46	

註：KMO：適當性量數(Kaiser-Meyer-Olkin)。

表4：區別效度分析表

構面	題目數	相關係數		
		主體性	權力／知識	責任與關懷倫理
主體性	4	.90		
權力／知識	6	.32**	.86	
責任與關懷倫理	9	.63**	.34**	.95

註：** $p < .01$ ， $N = 151$ 。

表5：各構面之信度分析($N = 151$)

構面	Cronbach's α 值	整體信度
主體性	.90	.91
權力／知識	.86	
責任與關懷倫理	.95	

4.33分最高，依序為責任與關懷倫理4.30分，最低為權力／知識3.19分。另外，在權力／知識構面中，有多數題項之標準差大於1，代表受測者意見一致性偏低。

表6：各構面之描述性統計分析表(N = 151)

構面	題數	平均數	標準差	題數	整體平均數	整體標準差
主體性	1	4.30	0.74	4	4.33	0.62
	2	4.39	0.65			
	3	4.26	0.73			
	4	4.37	0.68			
權力／知識	5	3.20	1.11	6	3.19	0.80
	6	3.19	1.10			
	7	2.81	1.13			
	12	3.15	1.03			
	13	3.67	0.81			
	14	3.11	1.08			
	15	4.40	0.59			
	16	4.32	0.67			
責任與關懷倫理	17	4.46	0.55	9	4.30	0.54
	18	4.26	0.70			
	19	4.32	0.59			
	21	4.21	0.67			
	22	4.39	0.59			
	23	4.19	0.77			
	24	4.18	0.66			

二、討論

臺灣現今處於多元文化的社會，未來成為醫師的醫學生要面對的是多樣文化背景的病人，醫病關係能影響病人治療的結果，及決定醫療服務品質的優劣(Ha & Longnecker, 2010)，因此，醫學生的教育除了醫學專業知識外，本身需要具備多元文化素養能力，未來行醫才能與病人建立良好的醫病關係，進而進行有效的醫病溝通，傳遞醫療服務，最終達到治療病人之目的(Tan & Li, 2016)。使用MCPS可以作為醫學教育探究醫學生專業素養之多元文化感知工具，國內醫學人文教育目前尚無此領域發展，本研究融入批判性人文思維，歸納多元文化感知的面向，編制醫

學專業素養課程之MCPS，一方面能評量醫學生人文教育之學習成果，另一方面提供教育者落實多元文化教育之參考。

(一)研究成果之多元文化意涵

本研究所編製之MCPS，首先經由修完醫療社會學課程之10位醫學系三年級學生接受測試，10位受測者均表示量表用語清楚程度，均能完成與接受，顯示量表具有很高的內容效度。量表內容包含背景因素、多元文化感知因素(包括主體性、權力／知識、責任與關懷倫理)，從不同的個人特質在量表整體得分上皆無顯著差異之結果得知，多元文化之意涵能讓不同社會背景特質之醫學生普遍認知，是可被度量的議題。而在進一步進

行多元文化感知因素之項目分析後，因素分析萃取得到三構面，共得題數19題。探索式因素分析萃取出主體性、權力／知識及責任與關懷倫理三構面。KMO係數值為.894，累積解釋變異量為74.90%，主成分分析法發現多元文化感知因素皆具有收斂效度及區別效度，顯示量表測量模型的內在品質佳。而從Cronbach's α 係數的分析結果也可看出，多元文化感知構面介於.77 ~ .90間，說明本研究量表內部一致性良好、穩定性佳。

量表各構面分析，每題項平均值皆高於3，顯示受測者對於各構面之感知程度屬於中等偏高的程度。整體平均數中又以主體性構面4.33分最高，其次構面責任與關懷倫理4.30分、權力／知識構面3.19分最低，且整體標準差數值大於1 (表6)，推測可能原因在於醫學生對於醫病互動中言詞態度，雖然因為專業素養課程中醫學人文的學習，與近年醫病關係的典範轉移——由父權體制式轉移為決策共享式及「以病人為中心」的健康照護模式而有調整，但仍僅限於外顯層次上有相當的認知，對於權力／知識的醫療專業知識形成的權威權力與權力失衡的醫病關係仍較缺乏反思性之批判(陳偉權，2017)。

(二)MCPS內容對醫學人文教育的啟示

MCPS為一信效度良好之評量工具，但初步研究結果顯示「權力／知識」感知認知最低，印證醫病關係雖為醫療界長期關注之議題，也注入許多研究與改善，但仍為人詬病，原因就在於未觸及核心議題。本研究提出多元文化觀點，再檢視醫學人文教育可能的盲點，從融入之批判思維討論如下。

1. 符合醫療服務典範轉移的趨向

醫療服務由客觀的「生物醫學」開始朝向將主觀的「社會醫學」趨向發展，強調兼顧身、心、社會、靈之全人健康照護(黃馨葆等，2018)。目前醫學人文教育雖有人文取向，但只是自由主義的傾向，不夠激進，仍無法撼動專業知識的權力關係，專業治療中醫師仍不脫家長式的照護模式(林文源，2008)。醫病關係雖有進步，仍只止於外顯的禮儀層次。「醫用關係」名詞的使用，意味醫病互動關係的觀念改變，換言之，若以醫病關係的新視角：醫「用」關係，就可以促成醫療使用者充權的可能(成令方，2008)。所以本研究將多元文化融入醫學人文教育，好比將多元文化核心價值的支幹架接於與醫學教育的大樹，生長茁壯，相信未來能結出以病人為中心、病人充權之健康照護果實。

2. 批判多元文化的激進性

醫師也是文化社會塑造的，除套餐式的生物醫學知識與治療，也會有個人自己的知識、社會論述、與價值觀，同樣地，病人知識由於資訊工具的普遍，以及累積的身體經驗也會產生「個人隱微知識」(tacit knowledge) (Reinders, 2010)，醫病互動時雙方都會運用自身的經驗與醫病之間的關係來達成治療共識。研究者認為，醫學人文教育中專業素養課程批判性不足，是當今醫學專業素養待補充的課題，舉例來說，醫學專業素養強調的文化能力教育，多半屬於社會人文關懷(Campinha-Bacote, 2002)，並不涉及學習者之激進反思，對於多元文化之「差異」，也僅止於多元文化自由主義式的包容，缺乏對於醫學生對醫學專業中「權力／知識」的批判，因不觸及醫病關係重要的核心——

「權力／知識」，無法從根本改善醫病關係。另外，基於現有「應然面」之醫學人文教育現況與「實然面」的醫病關係事實，醫學人文教育僅止於文化能力的培育是不夠的(陳偉權，2017)。MCPS採用多元文化「尊重差異」之意涵，目的在於以批判人文思維之觀點編列量表內容，其中又以「權力／知識」構面最具激進性的指標。

(三)MCPS作為深化醫學人文教育的工具與指標

在教育實務方面，現今醫療服務的趨向，為建立醫師以病人為中心之全人醫療照護的態度與信念(黃馨葆等，2018；楊令瑀，2017；Elissen et al., 2016)，若將多元文化融入醫學專業素養之課程，並讓醫學教育者運用MCPS工具，從多元文化觀點傳遞多元文化意涵的知識與評量學習成效，真正從醫病關係的核心著手，培育醫學生之多元文化素養，促進良好的醫病互動，作為落實醫學多元文化教育的參考。

在研究方面，由於過去醫病關係的研究，多著重在對醫師形象感知、態度、互動行為與醫療品質等面向。MCPS除了可供評量醫學生多元文化教育的學習成果外，量表內容還可以列入專業素養教育課程，培育他們日後成為醫師後如何面對與處理醫病關係，讓醫學生從醫療社會學的視角更清楚瞭解醫病溝通的目的，除了運用專業知識治療病人外，尊重病人的各種「差異」，同時也能自我反思「權力／知識」在醫病關係的運用，以符合現今社會多元文化的潮流與現實。

本研究結果雖然驗證了量表信度與效度，唯限於本研究範圍只有一所醫學大學醫

學生，需要正式量表的施測、與更多醫學生研究對象的參與，才能驗證量表之應用性。

伍、結論與建議

一、結論

本研究首創借鏡「醫學的社會學」之批判性觀點，探究醫師多元文化感知與素養，以揭櫫醫病關係之多元文化意涵，進一步探究醫病關係的核心。編制之MCPS具有良好信、效度，運用量表除了能評量醫學生多元文化感知程度，作為學習成效評量外，還可以深化醫學人文教育，培育醫學生具反思與批判，促成「醫師反思」之人文思維，實現根本改善醫病關係之可能取徑，符合多元文化「尊重差異」之社會潮流與實踐。

二、建議

醫病互動的教學，是培育醫學生未來在與病人關係中重要一環，建議在醫學生醫學人文教育之醫學「專業素養」必修學分中的課程，將批判性多元文化主義納入此課程以提昇醫學生關於「主體性」、「權力／知識」的批判反思能力，以平衡為人詬病之醫病互動失衡常態。此外，關於後續各醫學教育場域考慮將MCPS作為評量工具，以多元文化感知為結果變項，多元文化素養為介入變項，進行多元文化素養之實效性研究。

誌謝

本研究感謝科技部研究經費支持(科技部研究計畫編號：MOST-110WFD2110582)。

參考文獻

- 王雅玄(2007)。多元文化素養評量工具及其應用：現況與展望。《教育研究與發展期刊》，3(4)，149-180。
- [Wang, Y.-H. (2007). Multicultural literacy instrumentation: A review and prospect. *Journal of Educational Research and Development*, 3(4), 149-180.]
- 成令方(2002)。醫「用」關係的知識與權力。《臺灣社會學》，3，11-71。https://doi.org/10.6676/TS.2002.3.11
- [Cheng, L.-F. (2002). Knowledge and power in professional and user relationship. *Taiwan sociology*, 3, 11-71. https://doi.org/10.6676/TS.2002.3.11]
- 成令方(2008)。醫病關係新視角：醫「用」關係。收錄於成令方(編著)，《醫療與社會共舞》(頁126-135)。群學。
- [Cheng, L.-F. (2008). New vision into doctor patient relationship: Professional and user relationship. In L.-F. Cheng (Ed.), *A dialogue between medicine and society* (pp. 126-134). Socio Publishing.]
- 吳明隆(2009)。結構方程模式：方法與實務應用。麗文文化。
- [Wu, M.-L. (2009). *Structural equation modeling method and practical application*. Liwen Cultural.]
- 李美秀(2020)。Noddings的關懷倫理學與護理實務。《生命教育研究》，12(2)，23-56。https://doi.org/10.3966/207466012020121202002
- [Lee, M.-H. (2020). Noddings' ethics of care and nursing practice. *Journal of Life Education*, 12(2), 23-56. https://doi.org/10.3966/207466012020121202002]
- 李舒中、方基存(2020)。醫學生的醫學人文學習：來自教學現場的報導。《人文與社會科學簡訊》，21(4)，28-34。
- [Lii, S.-C., & Fang J.-T. (2020). The learning of medical humanity in medical students: A field study in classroom. *Humanities and Social Sciences Newsletter Quarterly*, 21(4), 28-34.]
- 林文源(2008)。醫學知識與權力：導讀。收錄於成令方(編著)，《醫療與社會共舞》(頁94-98)。群學。
- [Lin, W.-Y. (2008). The knowledge and power of medicine: A guided reading. In L.-F. Cheng (Ed.), *A dialogue between medicine and society* (pp. 94-98). Socio Publishing.]
- 陳偉權(2017)。以多元文化為觀點探究診間醫病關係之感知差距——以高雄市某地區教學醫院為例。《教育與多元文化研究》，15，123-160。https://doi.org/10.3966/207802222017050015004
- [Chen, W.-C. (2017). Exploration of the perception gap of doctor-patient relationship from perspective of multiculturalism: Exemplified by a Kaohsiung city teaching hospital. *Journal of*

- Educational and Multicultural Research*, 15, 123-160. <https://doi.org/10.3966/207802222017050015004>
- 游美惠(2012)。多元文化教育的理論基礎。收錄於譚光鼎、劉美慧、游美惠(編著)，*多元文化教育*(第三版，頁39-60)。高等教育。
- [You, M.-H. (2012). Theories of multicultural education. In K.-T. Tang, M.-H. Liu, & M.-H. You (Eds.), *Multicultural education* (3rd ed., pp. 39-60). Higher Education.]
- 黃馨葆、蘇矢立、陳祖裕(2018)。全人照護教育的規劃與執行——彰基經驗。《醫療品質雜誌》，12(2)，10-15。
- [Huang, S.-B., Su, S.-L., & Chan, C.-Y. (2018). The planning and administration of holistic care—The experiences from Changhua Christian Hospital. *Journal of Healthcare Quality*, 12(2), 10-15.]
- 楊令瑀(2017)。從全人照護之醫學教育中體現醫療品質的奧秘。《醫療品質雜誌》，11(2)，36-38。
- [Yang, L.-Y. (2017). The mystery of medical quality is reflected in the medical education of holistic care. *Journal of Healthcare Quality*, 11(2), 36-38.]
- Arnott, R., Bolton, G., Evans, M., Finlay, I., Macnaughton, J., Meakin, R., & Reid, W. (2001). Proposal for an academic Association for Medical Humanities. *Medical Humanities*, 27(2), 104-105. <https://doi.org/10.1136/mh.27.2.104>
- Arredondo, P., & Toporek, R. (2004). Multicultural counseling competencies = Ethical practice. *Journal of Mental Health Counseling*, 26(1), 44-55. <https://doi.org/10.17744/mehc.26.1.hw2enjvq2p2tj6q>
- Atkinson, D. R. (1994). Multicultural training: A call for standards. *The Counseling Psychologist*, 22(2), 300-307. <https://doi.org/10.1177/0011000094222004>
- Banks, J. A., & Banks, C. A. M. (Eds.). (2019). *Multicultural education: Issues and perspectives*. John Wiley & Sons.
- Blank, L., Kimball, H., McDonald, W., Merino, J., ABIM Foundation, ACP Foundation, & European Federation of Internal Medicine (2003). Medical professionalism in the new millennium: A physician charter 15 months later. *Annals of Internal Medicine*, 138(10), 839-841. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-138-10-200305200-00012>
- Blood, A. D., Farnan, J. M., & Fitz-William, W. (2020). Curriculum changes and trends 2010-2020: A focused national review using the AAMC curriculum inventory and the LCME annual medical school questionnaire part II. *Academic Medicine*, 95(9S), S5-S14. <https://doi.org/10.1097/ACM.00000000000003484>
- Brook, R. H., McGlynn, E. A., & Shekelle, P. G. (2000). Defining and measuring quality of care: A perspective from US researchers. *International Journal for Quality in Health Care*, 12(4), 281-295. <https://doi.org/10.1093/intqhc/12.4.281>

- Campinha-Bacote, J. (2002). The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: A model of care. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 181-184. <https://doi.org/10.1177/10459602013003003>
- Chang, Y., Zhou, X., & Zhang, Y. (2014). Medical humanity: How do we learn it? *Chinese Medical Journal*, 127(24), 4292-4294.
- Cole, T. R., Carlin, N. S., & Carson, R. A. (2014). *Medical humanities: An introduction*. Cambridge University Press.
- Cruess, S. R., & Cruess, R. L. (2000). Professionalism: A contract between medicine and society. *Canadian Medical Association Journal*, 162(5), 668-669.
- de Vaus, D. (2013). *Surveys in social research*. Routledge.
- Donabedian, A. (1980). *Explorations in quality assessment and monitoring: The definition of quality and approaches to its assessment*. Health Administration Press.
- Duffy, T. P. (2011). The Flexner report—100 years later. *The Yale Journal of Biology and Medicine*, 84(3), 269-276.
- Elissen, A. M., Hertroijs, D. F., Shaper, N. C., Vrijhoef, H. J.M., & Ruwaard, D. (2016). Profiling patients' healthcare needs to support integrated, person-centered models for long-term disease management (profile): Research design. *International Journal of Integrated Care*, 16(2), 1. <https://doi.org/10.5334/ijic.2208>
- Fornell, C., & Larcker, D. F. (1981). Structural equation models with unobservable variables and Measurement error: Algebra and statistics. *Journal of Marketing Research*, 18(3), 382-388. <https://doi.org/10.2307/3150980>
- Foucault, M. (1980). *Power/knowledge: Selected interviews and other writings, 1972-1977*. Vintage.
- Gordon, A., & Newfield, C. (Eds.). (1996). *Mapping multiculturalism*. University of Minnesota Press.
- Ha, J. F., & Longnecker, N. (2010). Doctor-patient communication: A review. *The Ochsner Journal*, 10(1), 38-43.
- Hall, J. A., Harrigan, J. A., & Rosenthal, R. (1995). Nonverbal behavior in clinician-patient interaction. *Applied and Preventive Psychology*, 4(1), 21-37. [https://doi.org/10.1016/S0962-1849\(05\)80049-6](https://doi.org/10.1016/S0962-1849(05)80049-6)
- Hayes, E., & Colin, S. A. J., III. (1994). Racism and sexism in the United States: Fundamental issues. *New Directions for Adult and Continuing Education*, 61, 5-16. <https://doi.org/10.1002/ace.36719946103>
- Kaiser, H. F. (1974). A computational starting point for Rao's canonical factor analysis: Implications for computerized procedures. *Educational and Psychological Measurement*, 34(3), 691-

692. <https://doi.org/10.1177/001316447403400322>
- Kidd, M. G., & Connor, J. T. H. (2008). Striving to do good things: Teaching humanities in Canadian medical schools. *Journal of Medical Humanities*, 29(1), 45-54. <https://doi.org/10.1007/s10912-007-9049-6>
- Kincheloe, J. L., & Steinberg, S. R. (1997). *Changing multiculturalism*. Open University Press.
- Krevans, J. R., & Benson, J. A., Jr. (1983). Evaluation of humanistic qualities in the internist. *Annals of Internal Medicine*, 99(5), 720-724. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-99-5-720>
- Kumagai, A. K. (2022). The powers of a fish: Clinical thinking, humanistic thinking, and different ways of knowing. *Academic Medicine*, 97(8), 1114-1116. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000004684>
- Kumagai, A. K., & Lypson, M. L. (2009). Beyond cultural competence: Critical consciousness, social justice, and multicultural education. *Academic Medicine*, 84(6), 782-787. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181a42398>
- Levine, S. (1987). The changing terrains in medical sociology: Emergent concern with quality of life. *Journal of Health and Social Behavior*, 28(1), 1-6. <https://doi.org/10.2307/2137136>
- Lypson, M. L., Ross, P. T., & Kumagai, A. K. (2008). Medical students' perspectives on a multicultural curriculum. *Journal of the National Medical Association*, 100(9), 1078-1083. [https://doi.org/10.1016/s0027-9684\(15\)31448-6](https://doi.org/10.1016/s0027-9684(15)31448-6)
- Mahajan, R., Gupta, P., & Singh, T. (2020). Training-module for residents in medical educational technologies (TRIM): Need and operational strategies. *Indian Pediatrics*, 57(10), 944-949.
- Mainiero, M. B., & Lourenco, A. P. (2011). The ACGME core competencies: Changing the way we educate and evaluate residents. *Rhode Island Medical Journal*, 94(6), 164-166.
- Malloy, M. H. (2022). Patrick Romanell, William Osler, and philosophy in medicine. *Baylor University Medical Center Proceedings*, 35(1), 117-120. <https://doi.org/10.1080/08998280.2021.1973284>
- Mayberry, M., & Rose, E. C. (Eds.). (1999). *Meeting the challenge: Innovative feminist pedagogies in action*. Routledge.
- Mi, M., Wu, L., Zhang, Y., & Wu, W. (2022). Integration of arts and humanities in medicine to develop Well-rounded physicians: The roles of health sciences librarians. *Journal of the Medical Library Association*, 110(2), 247-252. <https://doi.org/10.5195/jmla.2022.1368>
- Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric theory* (2nd ed.). MacGraw-Hill.
- Ong, L. M. L., de Haes, J. C. J. M., Hoos, A. M., & Lammes, F. B. (1995). Doctor-patient communication: A review of the literature. *Social Science & Medicine*, 40(7), 903-918. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)00155-m](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)00155-m)
- Pellegrino, E. D. (1999). The origins and evolution of bioethics: Some personal reflections.

- Kennedy Institute of Ethics Journal*, 9(1), 73-88. <https://doi.org/10.1353/ken.1999.0006>
- Poster, M. (1992). The question of agency: Michel de Certeau and the history of consumerism. *Diacritics*, 22(2), 94-107. <https://doi.org/10.2307/465283>
- Reinders, H. (2010). The importance of tacit knowledge in practices of care. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54(Suppl. 1), 28-37. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2009.01235.x>
- Ridley, C. R., Mendoza, D. W., & Kanitz, B. E. (1994). Multicultural training: Reexamination, Operationalization, and integration. *The Counseling Psychologist*, 22(2), 227-289. <https://doi.org/10.1177/0011000094222001>
- Roter, D. L., Frankel, R. M., Hall, J. A., & Sluyter, D. (2006). The expression of emotion through nonverbal behavior in medical visits. *Journal of General Internal Medicine*, 21(Suppl. 1), S28-S34. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00306.x>
- Stone, L. & Gordon, J., (2013). A is for aphorism: ‘Wherever the art of medicine is loved there is also a love of humanity’. *Australian Family Physician*, 42(11), 824-825. <https://reurl.cc/GX37AZ>
- Swing, S. R. (2007). The ACGME outcome project: Retrospective and prospective. *Medical Teacher*, 29(7), 648-654. <https://doi.org/10.1080/01421590701392903>
- Tan, N., & Li, S. (2016). Multiculturalism in healthcare: A review of current research into diversity found in the healthcare professional population and the patient population. *International Journal of Medical Students*, 4(3), 112-119. <https://doi.org/10.5195/ijms.2016.163>
- Viney, W., Callard, F., & Woods, A. (2015). Critical medical humanities: Embracing entanglement, taking risks. *Medical Humanities*, 41(1), 2-7. <https://doi.org/10.1136/medhum-2015-010692>
- Vuori, H. (1991). Patient satisfaction—Does it matter? *International Journal for Quality in Health Care*, 3(3), 183-189. <https://doi.org/10.1093/intqhc/3.3.183>
- Waltz, C. F., Strickland O., & Lenz, E. R. (2010). *Measurement in nursing and health research* (4th ed.). Springer publishing.

附錄

本研究之問卷，標題為「建立醫學專業素養中醫病互動課程之多元文化意涵與素養之評量」。問卷內容分為三部分，第一、二部分為受測者認知測驗題；第三部分為受試者個人基本資料。請您針對題目之認知程度回答，謝謝。

第一部分：以下是有關「多元文化意涵」的看法，請您依據您主觀的認定，勾選一個最能代表您想法的答案。

題項	非常不同意	不同意	普通	同意	非常同意
1. 醫師會耐心聽完病人陳述自己疾病的經驗。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 醫師會肯定不同社會文化背景的病人，因生病累積之自我醫療的經驗。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 醫師會詳細使用病人能瞭解的話語解釋病情，不會使用太多專業術語回答病人的疑問。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 醫師會尊重病人所提供的醫療資料作為納入診斷與治療的參考。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 醫學知識具有放諸四海皆準的特性。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 任何疾病的原因及治療，皆可以西醫醫療知識予以解釋與治療。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 您就診時與醫師之間，若對疾病的認知有衝突時，您認為產生的原因只是溝通的誤解或技巧的問題。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 因為醫師對自己專業能力的堅持，病人即使不瞭解或不贊同醫師的作法，病人也會聽從醫師的指示。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 醫師會告知所開立藥方之藥效及副作用要注意事項。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 醫師會主動教導病人與疾病相關的衛教知識。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. 醫師會主動詳細告訴病人為何要做檢查與治療的原因。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. 醫師會主動告訴病人檢查結果與後續治療方式。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. 醫師會善盡解釋的義務，使病人瞭解病情。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. 醫師除了關心病情外，還會關懷病人的情緒與情感反應，讓病人覺得有一種「被關愛」的感覺。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. 醫師會關心病人，查覺病人的焦慮與擔心，並適時給予情緒與情感上的支持與安慰。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. 醫師有同理心，會站在病人的立場為病人著想。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. 醫師會注意到病人的隱私，避免讓病人感覺不舒服。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

第二部分：以下是有關「多元文化素養量表」的感受，請您依據您主觀的認定，勾選一個最能代表您想法的答案。

題目	非常不同意	不同意	普通	同意	非常同意
1.醫師的看診的友善態度，會由於病人不同的社會背景(例如：性別、族群與階級)而不同。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.醫師診治病人時，會留意病人不同社會背景的差異性(例如：性別、族群與階級)嗎？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.醫師對弱勢族群(例如：身心障礙、原住民、新移民)，會留意其處境與需求而給予適當的回應。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.醫師尊重病患之性別、族群與階級的差異性對醫病溝通是很重要的。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.醫界有必要檢討醫師專業知識因太過於權威性，使病人不敢反應自己的意見。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.醫師尊重病人的差異(例如：性別、族群與階級)，而有更好的能力促進醫病溝通。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.醫師會有一套自認很好並能應付不同社會背景(例如：性別、族群與階級)病人的方法以促進醫病溝通。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.醫師會反省自己應付不同社會背景的病人(例如：性別、族群與階級)的溝通方法是否能有效促進醫病溝通。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

第三部分：受測學生個人基本資料

請於下列各題符合您個人基本資料的方格內勾選「✓」(單選)

_____個案編號

1.問卷日期：_____年_____月_____日

2.性 別：☐男性 ☐女性 ☐其它

3.年 齡：_____歲

4.居 住 地：☐基隆、宜蘭 ☐台北市、新北市 ☐桃、竹、苗 ☐台中、南投
☐彰化、雲林、嘉義 ☐台南、高雄 ☐屏東、台東、花蓮 ☐離島

5.婚姻狀況：☐單身 ☐結婚 ☐與伴侶同居

6.族 群：☐閩南人 ☐客家人 ☐外省人 ☐原住民 ☐新移民(來自國家：_____)
☐其它：_____

7.高中教育：☐本國 ☐外國

- 8.家長職業：☐高階白領(民意代表、行政主管、企業主管及經理人員、專業人員)
☐一般白領階級(技術員及助理專業人員、事務工作人員、服務工作人員)
☐藍領階級(技術勞工) ☐軍、公、教 ☐農、林、漁、牧人員
- 9.宗教：☐天主教 ☐基督教 ☐佛教 ☐道教
☐一般民間信仰 ☐其它：_____

Critical Thinking Integrating to Medical Humanity: Development and Validation of a Multicultural Perception Scale of Physician-Patient Relationship in Medical Professionalism for Medical Students in Taiwan

Yu-Chih Lin^{1,2}, Wen-Yu Ho^{1,2} and Wei-Chuan Chen^{3,4,*}

¹Division of General Internal Medicine, Kaohsiung Medical University Hospital, Kaohsiung Medical University

²School of Medicine, Kaohsiung Medical University

³Department of Medical Education and Research, Kaohsiung Veterans General Hospital

⁴Division of Urology, Kaohsiung Veterans General Hospital

Abstract

Taiwan nowadays is a multicultural society. Medical students who will become physicians must face patients with diverse cultural backgrounds. The purpose of medical humanities education (MHE) is to cultivate physicians' humanistic thinking to deliver patient-centered medical service. However, MHE is only inclusive humanistic, but patient empowerment is still not enough from the perspective of subjectivity, power/knowledge, and respect for differences of critical multiculturalism. The development of a critical multicultural perception instrument (MCPI), as a tool and indicator is to evaluate critical reflective thinking of physician patient relationship (PPR), and is a new topic in MHE. Taking critical multiculturalism as a methodology, MCPI was developed and validated. From December 2021 to February 2022, 151 medical students were enrolled in this study. The test of item homogeneity was significantly corrected ($> .40$). Principal component method extracted 3 domains which were divided as subjectivity, power/knowledge, and responsibility and care ethics. The convergent validity and discriminant validity were good (both composite reliability $> .60$, both average variance extracted $> .50$). The reliability of each domain determined by Cronbach's α was more than $.80$, and the overall reliability is $.94$, indicating good internal consistency. In short, from the perspective of critical humanistic thinking, MCPI can be used as a tool and an indicator to measure the effectiveness of multicultural education in MHE for medical students in Taiwan.

Key words: Multiculturalism, Scale, Patient-Physician Relationship, Medical Humanity

* Corresponding author: Wei-Chuan Chen, coupe055@ms28.hinet.net