

行政院國家科學委員會專題研究計畫成果報告

家庭社會與醫療整合課程之規劃與評估研究

Outcome assessment on integrated course of family,
society and medical practice

計畫編號：NSC 90-2511-S-002-016

執行期限：90年8月1日至91年7月31日

主持人：呂碧鴻副教授 台灣大學醫學院家庭醫學科

共同主持人：謝博生教授 台灣大學醫學院醫學系

陳慶餘教授 台灣大學醫學院家庭醫學科

梁繼權副教授 台灣大學醫學院家庭醫學科

計畫參與人員：王維典講師 台灣大學醫學院社會醫學科

鄧錦惠助教 台灣大學醫學院社會醫學科

一、中文摘要

醫療科技之進展影響醫療生態並出現負面效應，醫學教育更因而須加強人性化醫療教育，以培育出能整合生物心理社會各層面來照顧病人的未來醫師。「家庭、社會與醫療」整合課程因此目標而規劃，本研究目的在探討此課程是否能達到以學習者為中心之學習目標，藉由對 136 位五年級醫學生之量化課程評估問卷調查、質性之焦點團體研究方式與主題報告內容分析以及教師、學生之回饋座談來進行研究分析。研究結果顯示醫療與法律、健保制度及如何接近民眾之相關議題有較高需求度與滿意度；學生會為達成學習目標而改變學習策略；台灣的醫療文化、全民健保、長期照護與科技與人文為學生有興趣探討之主題；學生關注之焦點主要有家庭訪視經驗、對基層醫療之體認以及對醫業與人生真諦之省思。總結 87.6% 學生對本課程給予正面評價，研究結果顯示學生對家庭、社會與醫療的關係有更深入的了解，學習目標評估結果，可做為教材規劃之重要參考。

關鍵詞：醫療科技、家庭、社會、醫療、醫學教育

Abstract

The major advance of medical technology has made a significant change in medical ecology. It inevitably causes some negative effects to the society. Biopsychosocial medical care is emphasized by the medical professions to combat the dehumanized high-tech medical care. Integration of medical humanity to biomedical science becomes an important task in medical education.

The purpose of this study was to evaluate whether the integrated course of "Family, Society and Medical Practice" could achieve the objectives through questionnaire surveys, content analysis of essay and focus group as well as feedback session.

Total 136 fifth-year medical students participated the research. The results showed that the issues of medicine and law, health insurance, and the way to approach patients were more demanded and also much more satisfied by students after they finished learning the course. The culture of current medical practice, national health insurance, long-term care, technology and humanity were the most interesting subjects explored. The main themes rated from students' reports were the experience of home visit, comprehension of primary healthcare, and reflection of medical professionalism. In conclusion, 87.6% students gave positive rating to the course. The results could be an important reference to the design of the

future learning material.

Keywords: Medical Technology, Family,
Society, Medical Practice,
Medical Education

二、緣由與目的

醫療科技之進展使醫療生態有了重大的改變,醫病關係之疏離與惡化,醫療資源之浪費,醫療與求醫行為之改變及醫療倫理之複雜化,使得醫療專業人員必須重新檢視人性化醫療與全人醫療的重要性。因此國內外醫學教育一系列的改革,強調的就是培育出能重視整合生物、心理、社會各層面來照顧病人之未來醫師。醫學教育除了培育醫學生主動學習醫學知識與技術之外,更需要重視人文與社會學科之教育,使學生瞭解社會文化因素對病人生病經驗與健康狀態之影響,俾能提供病人整體之醫療照顧(whole person care);瞭解社會的醫療需求及醫療生態,包括醫療制度、保險、經濟、法律等各面向,以便能因應快速變化之社會與健康問題,由傳統對病人之責任擴展到重視社會群體健康之責任。台大醫學院規劃「家庭、社會與醫療」之整合課程,目的使學生能瞭解醫學之科學面及人文社會面,並加以整合;由個人之健康照護推展至家庭及社會之照顧及探討醫院醫療與社區醫療之特色與互補。此課程共六週,由五年級醫學生分六梯次來學習。內容有兩週之核心知識課程、兩週為醫院醫療實習及兩週為社區醫療學習,整體課程之教學方式,除少數核心課程為講授課程以外,均為小組討論,包括門診、病房及長期照護中心見習後之討論。期待醫學生進入臨床時,能宏觀瞭解社會之醫療需求而承擔社會健康之任務。由於以學習者為中心之教學策略才能促使學生有主動學習之動機,養成自我導向學習之態度及解決問題之能力,所以探討學生對本課程學習目標之瞭解及其需求,是反映教學成效很重要的前提。因此本研究的目的是:(一)瞭解醫學系五年級學生對醫療與家庭、社會關係的認知(二)探討學生對本課程的學習目標(Learning objectives)有哪些?(三)課程結束後,

學習目標是否達到。

三、研究對象與方法

研究對象為醫學系五年級學生共136人。利用每梯次約20人修習本課程之際,共六梯分別進行本研究。首先本課程相關領域老師們共同研議醫學人文社會整合課程之內涵(包括核心知識內容、社區醫療與醫院醫療)及擬定學習指引及依學習者為中心之教學理念設計開放式問卷。

()預試階段:請第一梯次21位學生課前參考學習指引針對未來六週之學習列出其學習目標與為達成目標將使用之策略,以及課後填寫學習評估表自評所預定之學習目標與使用策略滿意程度。

()依預試問卷提供之資料內容擬定之半結構式問卷,每梯次課程進行前,先予學生填寫課前學習目標檢查表,內容為各項目標之需求度(Likert4點量表)及使用之學習策略(25項及其他);六週課程結束後,再填寫課後學習目標評估量表,包括各項學習目標使用策略與是否為原先預定之使用策略,以及學習之滿意程度(Likert5點量表)。

()藉由學習評量之社區學習心得報告,依內容分析法進行質性分析,以及學生自選之主題報告了解醫學生關注之焦點與學習成果。

()教學檢討會(feedback session):每梯次最後時日以焦點團體方式進行經驗分享及學習成果之自評與分析。

四、結果與討論

就學生對醫療與家庭、社會關係之認知陳述內容來分析,僅有11位學生未提供其概念以外,都認為三者彼此密切相關,醫療專業與執行是在家庭與社會的脈絡下協助病患,並從照顧個人之角度著眼來促進家庭與社會之健康。有位學生並敘述「社會的制度、價值觀影響醫療行為,家庭中的關係影響醫療的執行效果」。由此可知,五年級學生對本課程已有初步且正確的概念,此現象可能反映二年級修習之醫師與

人文及社會小組討論課程衍生之結果。

依學生之課前學習目標列出之核心知識共有 37 項、醫院醫療實習目標共有 18 項、社區醫療學習目標共有 20 項(表一)，由需求度量化資料達 3 分以上亦即很需要及非常需要之學習項目，顯示對核心知識之需求度高者有「了解醫師在法律上之保障」、「全民健保之體制與運作」、「了解病人的心理」、「自己從事人性化醫療之可行性」及「了解常見疾病」，需求度最低者有「了解醫學史」與「了解醫師需之人文素養」；對社區醫療實習課程則以「增進自己對民眾的解釋能力」、「了解民眾常用之醫療語詞」及「學習家庭訪視之技巧與能力」需求度高，需求度最低者為「資訊產品在社區之應用」；對醫院醫療學習目標則為「如何面對醫療糾紛」、「學習影像判讀」、「了解各種檢查之併發症及解決方式」，需求度最低者為「明白自己是否適合放射線科」。學習之滿意度結果顯示核心知識課程中滿意度由高至低依序為「了解醫師在法律上有何保障」、「了解社區醫療的本質」、「家庭醫學與社區健康營造」、「全民健保之制度與利弊」...等，而滿意度較低者為「對中醫之基本認識」、「了解醫學史」、「學習病歷之書寫」等；在社區醫療實習目標滿意度普遍都相當高，僅「資訊產品在社區之應用」最低，另外，需求度很高之「了解民眾常用之醫療語詞」反而滿意度較低，此目標未能達成，可能接觸民眾的機會不夠或學生在溝通技巧上有待努力。醫院醫療學習目標滿意度則依序為「了解核子醫學實務上之應用」、「了解影像醫學部概況」、「了解病人接受檢查之心態」。最不滿意的有「熟習醫療器具操作與判讀」及「學習影像判讀」，基本上課程之設計並不關注在此焦點，當然無法獲致滿意的回應。而對需求度最高的「如何面對醫療糾紛」滿意度稍低，表示有待加強。

整體而言(表二)，以醫院醫療實習目標之需求度較高，有統計學上顯著差異；學習後之滿意度則以社區醫療實習最為滿意，與核心知識課程及醫院醫療實習比較，具統計上顯著差異性。實質上，需求度高與滿意度高之學習目標主要為與法律、健保制度及如何接近民眾之議題。

學習目標之使用策略共有 25 種，包括上課、家訪、多接觸民眾、實地參訪參觀、請主治醫師經驗分享、進入社區、與社會團體代表對談...等等。依策略應用人數最多、次之及較少三種程度進行課前與課後策略應用之比較，發現在核心知識課程 37 項目標之學習策略中全部改變的有 7 項(18.9%)，6 項(16.2%)使用策略維持一樣，有 22 項(59.5%)使用最多之策略未改變；社區醫療實習 20 項目標中有 3 項(15%)使用策略全部改變，6 項(30%)維持原使用策略，13 項(65%)使用最多之策略仍為多數學生所應用；醫院醫療實習 18 項目標中使用策略全改變的有 2 項(11%)，1 項(5.6%)仍維持原策略，16 項(88.9%)目標所使用之策略仍為多數學生所應用。由以上結果可以發現為達到學習目標學生使用策略改變最大的是核心知識課程，其次為社區醫療實習。

由學生學習評量之主題報告探討之內容分類(表三)，顯示台灣的醫療文化、全民健保與長期照護及科技與人文是學生之興趣。另外，透過社區醫療實習心得報告內容分析資料(表四)亦可瞭解學生的關注之焦點。由於社區實習場所之不同，關注焦點受到影響，鹿谷屬 921 地震災區，所以災後重建議題受到學生的重視，而雲林社區則有長期照護機構之設置，因此到雲林社區實習的學生探討此議題人數增加。整體而言，對基層醫療環境(包括執業型態、居民特性、求醫行為、行政體系)與工作內涵(包括衛生教育、社區營造)的體認以及家庭訪視(包括醫病溝通)與居家護理的經驗為最主要的內容主題，更重要的在心得報告得知學生在學習中能夠發掘問題並孕育解決問題的想法，對醫業及人生真諦有了更多的省思，例如：「實際接觸到現今醫療狀況，體會到台灣醫療成功及失敗的一面，讓我興起了重新整理自己未來的生涯規劃」、「與社會結合的醫學才是治療他們的方法」、「真正的醫學並不只是我們在醫院所做的艱深知識的鑽研、精密儀器的檢查，其實提升國民的健康，還是有很多可以做的」、「唯有去聆聽、去瞭解病人心中感受，和病人有良好的共識和溝通，再加上互相配合與合作，才能真

正讓現代醫療發揮他最完美的功效」...等。

總結，對本課程整體收穫的滿意度調查，有 87.6% 學生持正面的態度，無意見的佔 4.5%，稍不滿意的 5.4%，不滿意佔 2.7%。以學習者為中心之教學策略，期待的是學生的主動學習，老師提供協助達成目標。如果學生的期待過高，限於環境等其他因素，勢必影響滿意程度，欲使理想與現實契合，學習過程之評鑑（formative assessment）是為重要的環節，因此可隨時修正目標或學習策略，本研究亦定期進行教學回饋座談，隨時協助改善學習環境與內容。因此可由上述之資料呈現教學成效。藉由此研究成果，可作為規劃教材之重要參考資料，以培育出有全人醫療理念、承擔社會群眾健康任務之醫師。

五、計畫成果自評

本研究依循學生課程進度執行，因而相當順利完成。藉由計畫內容，提供了學生對本課程有先行省思的機會，使學生對學習的目標有更篤定的展望與計劃。對參與的老師亦增進師生互動的機會，其結果與研究成果對未來醫學人文整合課程都有極大的助益。

六、參考文獻

國內文獻

- [1] 謝博生：迎向二十一世紀的醫療保健與醫學教育。醫學教育 1997；1：5-10。
- [2] 謝博生：醫學教育：理念與實務。台灣大學醫學院人文叢書，台北：金名圖書，1997年11月。
- [3] 謝博生：醫學人文教育。台北：金名圖書，1999：75-87。
- [4] 謝博生：醫療與社會。台北：金名圖書，2000年。
- [5] 呂碧鴻：小班教學
- [6] 胡幼慧：焦點團體法。胡幼慧主編：質性研究：理論、方法及本土女性研究實例（一版）。台北市：巨流，1999：223-37。
- [7] 張荳雲：醫療與社會：醫療社會學的探索。（一版）。台北市：巨流，1998。

國外文獻

1. Gerrity MS, Mahaffy J: Evaluating change in medical school curricula: how did we know where we were going? *Academic Medicine*. 73(9 Suppl): S55-9, 1998.
2. Mennin SP, Krackov SK: Reflections on relevance, resistance, and reform in medical education. *Academic Medicine*. 73(9 Suppl): S60-4, 1998.
3. Stone SL, Qualters DM: Course-based assessment: implementing outcome assessment in medical education. *Academic Medicine*. 73(4) 397-401, 1998.
4. Kopelman LM: Values and virtues: how should they be taught? *Academic Medicine*. 74(12): 1307-10, 1999.
5. Schmidt H: Integrating the teaching of basic sciences, clinical sciences, and biopsychosocial issues. *Academic Medicine*. 73(9 Suppl): S24-31, 1998.
6. Connelly JE: Primary care and the medical humanities. *Academic Medicine*. 70(9): 751-2, 1995.
7. Reed VA, Jernstedt GC: Comprehensive evaluation of an academic-community partnership program. *Academic Medicine*. 72(5): 434-5, 1997.
8. Barbour RS: Using focus groups in general practice research.. *Family Practice*. 12(3): 328-34, 1995.
9. Douglas KC, Hosokawa MC, Lawler FH: A Practice Guide Teaching in Medicine. New York: Springer Publishing Co., 1988.
10. Downie RS, Charton B: The Marking of a Doctor. Oxford: Oxford University Press, 1992.
11. Ferreira JR: The Teaching Medical Profession: Implications for Medical Education. *Med Educ* 1993; 27: 524-33.
12. Lederman LC: Assessing educational effectiveness: The focus group as a technique for data collection. *Communication Education* 1990; 39: 117-27.
13. Krueger RA: Focus Group. A practical Guide for Applied Research. 2nd ed. Thousand Oaks, California: Sage Publications, 1994.
14. Gail E. Henderson et al (Eds): The social medicine reader. Durham: Duke University Press, 1997

表一、學習目標之需求度與滿意度

學習目標	需求度	滿意度	學習目標	需求度	滿意度
	平均±標準差	平均±標準差		平均±標準差	平均±標準差
一.核心知識課程階段			二.社區醫療階段		
21.了解醫師在法律上有何保障	3.35 ± 0.70	3.9 ± 0.94	19.增進自己對民眾的解釋能力	3.19 ± 0.58	3.52 ± 0.74
7.了解全民健保的體制與運作.觀念.利弊	3.17 ± 0.68	3.54 ± 0.66	20.學習家庭訪視之技巧與能力	3.06 ± 0.65	3.55 ± 0.81
34.接觸並了解病人的心理	3.05 ± 0.59	3.38 ± 0.69	1.了解民眾常用之醫療語詞	3.06 ± 0.65	3.40 ± 0.76
2.了解一般常見疾病	3.02 ± 0.76	3.35 ± 0.64	2.了解社區居民需求(與都市居民之差異)	2.94 ± 0.58	3.64 ± 0.70
35.評估自己從事人性化醫療的可行性	2.94 ± 0.66	3.46 ± 0.67	6.了解偏遠地區醫療情況	2.89 ± 0.61	3.66 ± 0.68
23.了解醫病關係.醫病互動之技巧	2.93 ± 0.72	3.46 ± 0.62	17.評估自我下鄉當醫師的適合度	2.88 ± 0.74	3.49 ± 0.70
1.了解 primary care 之實施狀況	2.91 ± 0.81	3.43 ± 0.71	12.如何增進當地民眾之健康促進	2.83 ± 0.65	3.52 ± 0.63
8.了解老人醫學	2.90 ± 0.66	3.41 ± 0.68	16.培養全人的醫學觀點	2.81 ± 0.72	3.38 ± 0.75
5.了解本國醫療體系與制度之優劣與未來之走向	2.89 ± 0.79	3.37 ± 0.69	18.認識流行病學在社區醫療的運用	2.74 ± 0.66	3.4 ± 0.69
31.對實證醫學之基本認識	2.88 ± 0.68	3.32 ± 0.66	13.自然災害對社區.家庭.個人健康的危害	2.73 ± 0.72	3.52 ± 0.75
4.了解台灣的醫療文化	2.87 ± 0.73	3.51 ± 0.66	10.了解衛生所之角色與業務	2.72 ± 0.68	3.67 ± 0.72
36.評估家醫科是否適合自己	2.85 ± 0.77	3.50 ± 0.67	5.了解家庭醫學在社區實施情況	2.71 ± 0.67	3.63 ± 0.61
10.了解社會大眾對醫界批評之來源和建議	2.84 ± 0.72	3.25 ± 0.73	11.了解醫療資源在社區的分配情形	2.71 ± 0.65	3.63 ± 0.66
18.了解現代醫業倫理及溝通方法	2.83 ± 0.72	3.31 ± 0.74	4.了解城鄉醫療之個別特色	2.70 ± 0.66	3.62 ± 0.63
32.學習身心壓力的調適	2.82 ± 0.77	3.30 ± 0.69	8.了解衛教之推動	2.70 ± 0.63	3.59 ± 0.63
12.了解家庭醫師的角色	2.82 ± 0.62	3.52 ± 0.71	7.了解基層醫療組織與制度	2.68 ± 0.66	3.65 ± 0.64
14.了解家庭醫學科處理的主要疾病	2.81 ± 0.73	3.34 ± 0.71	14.拜訪社區長期照護機構	2.65 ± 0.67	3.66 ± 0.71
19.了解傳統醫療	2.80 ± 0.72	3.19 ± 0.82	3.了解社區健康計畫之實務	2.64 ± 0.58	3.53 ± 0.63
33.學習病歷之書寫	2.78 ± 0.99	3.09 ± 0.77	15.研究當地的醫療環境	2.63 ± 0.64	3.62 ± 0.69
30.對中醫之基本認識	2.78 ± 0.73	3.04 ± 0.81	9.了解資訊產品在社區醫療的應用情形	2.53 ± 0.67	3.13 ± 0.81
29.專科甚至次專科對現代醫療的衝擊	2.77 ± 0.68	3.35 ± 0.65	三.醫院醫療階段(科技與病人)		
11.了解長期照顧之重要.推廣.實施狀況	2.75 ± 0.71	3.53 ± 0.74	15.如何面對醫療糾紛	3.35 ± 0.65	3.18 ± 0.86
9.了解社區醫療的本質	2.75 ± 0.64	3.63 ± 0.67	18.學習影像判讀	3.23 ± 0.73	3.07 ± 0.83
22.了解醫病溝通理論及內涵	2.74 ± 0.76	3.38 ± 0.68	2.了解各種檢查之併發症及解決方式	3.08 ± 0.66	3.49 ± 0.54
20.了解預防醫學的重要性	2.74 ± 0.72	3.32 ± 0.63	17.熟悉醫療器具操作與判讀	3.06 ± 0.68	3.02 ± 0.81
17.了解現代青少年健康問題	2.73 ± 0.63	3.18 ± 0.83	7.了解病人與醫師期望之差距	2.97 ± 0.71	3.46 ± 0.64
13.了解家庭醫學科的工作內容	2.72 ± 0.67	3.43 ± 0.62	5.了解病人放射線治療的感受	2.84 ± 0.64	3.59 ± 0.63
16.了解高科技及電腦在醫學上之應用	2.66 ± 0.71	3.25 ± 0.77	6.了解病人接受檢查的心態	2.83 ± 0.65	3.61 ± 0.62
15.了解家醫科門診的運作	2.65 ± 0.70	3.23 ± 0.88	12.了解醫院各部門的互動情形	2.81 ± 0.72	3.32 ± 0.81
37.學習衛生教育之重要性	2.64 ± 0.66	3.48 ± 0.64	10.了解現行醫療療程對病人之不便	2.81 ± 0.67	3.44 ± 0.64
6.了解生物心理社會模式之應用	2.58 ± 0.74	3.45 ± 0.67	3.了解放射線科的工作內容	2.79 ± 0.68	3.62 ± 0.63
3.了解另類療法	2.58 ± 0.67	3.17 ± 0.83	1.了解一般醫學科的工作內容	2.77 ± 0.65	3.4 ± 0.65
28.家庭醫學與社區健康營造	2.55 ± 0.69	3.59 ± 0.69	4.了解核子醫學定義,實務上之應用	2.76 ± 0.71	3.7 ± 0.59
25.了解醫師的人生目標	2.54 ± 0.85	3.17 ± 0.80	14.比較醫院與社區中的醫病關係	2.76 ± 0.69	3.33 ± 0.69
26.了解醫師需要的人文素養	2.51 ± 0.76	3.20 ± 0.77	13.了解醫療體系之運作	2.73 ± 0.68	3.25 ± 0.71
27.了解醫學的社會觀點	2.48 ± 0.66	3.40 ± 0.65	11.了解影像醫學部的概況	2.72 ± 0.71	3.63 ± 0.58
24.了解醫學史	2.15 ± 0.79	3.09 ± 0.77	9.了解高科技對醫療之衝擊	2.70 ± 0.70	3.47 ± 0.69
			8.了解病歷的寫法	2.69 ± 0.87	3.10 ± 0.77
			16.明白自己是適合放射線科	2.67 ± 0.78	3.39 ± 0.69

表二、各階段課程需求度與滿意度之比較

	需求度		ρ	滿意度		ρ
	平均數	± 標準差		平均數	± 標準差	
核心知識	2.78	±0.435	0.789	3.34	±0.43	0.000*
社區醫療	2.79	±0.45		3.54	±0.46	
醫院醫療	2.87	±0.46		3.40	±0.40	
			0.002*			0.107

* P<0.05

表三、主題報告分類

報告主題	篇數 (%)
台灣的醫療文化-傳統醫療及其它療法	21 (16.4)
全民健保	19 (14.8)
長期照護	16 (12.5)
科技與人文	12 (9.4)
老人醫學	11 (8.6)
電腦在家庭醫業之應用	9 (7.0)
醫學倫理	8 (6.3)
醫療體系	8 (6.3)
壓力的認識與處理	7 (5.5)
青少年的健康照顧	4 (3.1)
醫病關係	4 (3.1)
醫學史	4 (3.1)
醫學與人文	3 (2.3)
社區精神醫療	2 (1.6)
總和	128 (100.0)

表四、社區醫療心得內容分析

心得內容主題	鹿谷 (64 人) 人數 (%)	雲林 (65 人) 人數 (%)
對基層醫療環境與工作的體認	57 (89.1)	64 (98.5)
家庭訪視及居家護理 (慢性、精神疾患) 的經驗	50 (78.1)	22 (33.8)
災後重建問題與關懷	12 (18.8)	0 (0.0)
醫業及人生真諦的省思	9 (14.1)	20 (30.8)
健保制度與醫療政策的探討	8 (12.5)	18 (27.7)
生物心理社會醫療照顧的重要性	5 (7.8)	4 (6.15)
老人及長期照護問題	4 (6.3)	43 (66.2)
對鄉村生活的體驗	4 (6.3)	8 (12.3)
生態和環保議題	2 (3.1)	1 (1.5)
問卷設計與電話訪問的心得	1 (1.6)	10 (15.4)

附件：封面格式

行政院國家科學委員會補助專題研究計畫成果報告

家庭社會與醫療整合課程之規劃與評估研究

計畫類別： 個別型計畫 整合型計畫

計畫編號：NSC90 - 2511 - S - 002 - 016 -

執行期間：90年 8月 1日至91年 7月31日

計畫主持人：呂碧鴻副教授

共同主持人：謝博生教授、陳慶餘教授、梁繼權副教授

計畫參與人員：王維典講師、鄧錦惠助教

執行單位：台灣大學醫學院 家庭醫學科

中 華 民 國 91年 10月 31日