

畢業後一般醫學訓練社區醫學學習成效之評估

洪壽宏¹、胡文郁²、劉文俊^{3,4}、邱泰源^{3,4}、陳慶餘^{3,4}、謝博生⁵

衛生署實施的「畢業後一般醫學訓練計畫」，其目的在於讓醫學系畢業生養成全人的診療技能，提供優質的醫療服務，並因應國家的衛生及防疫需求。其課程內容包括一般醫學內科、一般醫學外科、社區醫學訓練各一個月，社區醫學訓練是希望透過在社區的學習，獲取社區醫療及群體健康管理的知識與技術。本研究之目的為評估受訓 PGY-I 醫師社區醫學知識及態度，且比較學習前後的差別，並探討受訓 PGY-I 醫師接受社區醫學訓練的學習意願及訓練需求。本研究採單組前後測準實驗設計，針對 83 位 PGY-I 醫師以「社區醫學的認知問卷」於課程開始及一個月訓練後進行施測。結果顯示，PGY-I 醫師的社區醫學知識前後評平均正確分數分別為 0.45 與 0.52（範圍 0-1； $t=0.497$ ， $P<0.001$ ），而 15 題知識題中，有顯著進步者（ $P<0.05$ ）佔 5 題，其餘則無明顯進步。同時也發現，有 8 題知識題正確率不到一半且大多為當前國內醫療體系重要課題，值得探討及加強。在社區醫學信念方面，正面信念皆無明顯之改變，但 6 題負面信念中 3 題有明顯改善（ $P<0.05$ ）。另外在前評時，表達願意參與本社區醫學訓練者 72.3%，持中立者佔 19.3%，但後評時對社區醫學各項目的學習大多有 8 成以上之滿意度。結論為：社區醫學訓練強調 BPS、COPC 及 IDS 的訓練，但因訓練期間有限，社區醫學知識學習成效仍待加強。但對社區醫學負面信念的改善則深具意義，至於受訓者所提出的教育訓練需求應予重視，提供未來更完整的社區醫學訓練計畫。

關鍵詞：社區醫學、畢業後一般醫學、知識、態度
(醫學教育 2005；9：33~45)

前 言

近二十年來，我國各醫學院及教學醫院在醫師養成過程中，一直存在著幾個重要問題：醫學院的醫學教育採取專科導向、疾病導向及知識導向而非病人導向，使得醫學生的學習過度專科化，更缺乏

一般醫學訓練及社區醫療經驗，畢業時獲得的基本臨床技能普遍不足；另一方面，教學醫院的住院醫師訓練則過早、過度專科化，培育出來的醫師未能先成為一般醫師再成為專科醫師，造成年輕醫師在照顧病人的時候，思考診斷容易偏向專科領域的疾病而呈現看病不看人的現象，此一缺失所造成的影響在民國 92 年 SARS 疫情肆虐期間顯露無遺^[1-3]。

¹台大醫院雲林分院社區及家庭醫學部；²台大醫學院護理學系；³台大醫學院家庭醫學科；⁴台大醫院家庭醫學部；⁵台大醫學院內科
受理日期：2005 年 2 月 21 日；接受日期：2005 年 3 月 28 日
通信作者：邱泰源，台北市仁愛路一段一號 台大醫學院 家庭醫學科

SARS 疫情穩定後，衛生署公告實施的「畢業後一般醫學訓練計畫」，其目的即在於改善上述缺失，讓醫學系畢業生養成全人的診療技能，提供優質的醫療服務，並因應國家的衛生防疫需求^[4]。

「畢業後一般醫學訓練計畫」(post-graduate year one general medicine, PGY-I) 的課程內容包括一般醫學內科、一般醫學外科、社區醫學訓練各一個月，以及 36 小時的基本課程訓練。一般醫學內科及一般醫學外科的訓練是希望讓醫學系畢業生經由照顧一般內科、一般外科的病人來獲取以病人為中心的醫療態度與經驗，讓第一年住院醫師在此一期間把在學時期基本醫療技能訓練不足之處加以補強。社區醫學訓練是希望醫學系的畢業生可以透過在社區的學習，獲取社區醫療及群體健康管理的知識與技術^[5]。基本課程則涵蓋了醫療倫理與法律、實証醫學、感染控制、醫療品質等課題，希望透過這些課題的探討，讓受訓學員獲得因應現代醫療的基本知識^[6-7]。

「九十二年度畢業後一般醫學訓練計畫」於民國 92 年 8 月公告後，參與第一年訓練計畫的教學醫院合計 96 家，包括 22 家主要訓練機構及 74 家非主要訓練機構。受訓學員合計 1,446 人，包括來自主要訓練機構的第一年住院醫師 1,083 人及來自非主要訓練機構的學員 363 人。各「訓練計畫」的負責人及指導教師大致都能配合衛生署的政策，依照公告的規範進行教學訓練。但因籌備期間不夠，教師人力不足，配套機制仍待陸續建立，因而呈現不少問題有待解決，而了解學習成效可為改善課程之基本參考資料，因此亟需評估及探討^[8]。

臺大醫院執行畢業後一般醫學訓練計畫，社區醫學最主要的訓練場所，安排在雲林縣及南投縣。此乃因九二一震災後台大醫學院師生即在鹿谷竹山地區協助醫療重建，並推展以社區為基礎的醫學教育，鼓勵醫學生踏出醫學象牙塔，關懷社區^[9]。而選擇雲林地區，則因雲林縣邀請台灣大學到雲林建校，台大醫學院也在民國 90 年 2 月正式引進醫學

生及實習醫師之社區醫學教學，並將社區醫學列為台大雲林分部教學重點^[10]。三年多來，社區醫學教學資源也漸臻完整，亦為社區醫學訓練良好場所。

本研究即根據上述背景，而針對九十二年度由台大醫院雲林分院（原署立雲林醫院）安排一個月社區醫學訓練之學員為對象，評估其學習成效，並探討其學習意願及訓練需求。因此本研究之目的包括：(1)評估受訓 PGY-I 醫師社區醫學知識及態度，並比較學習前後的差別，(2)探討受訓 PGY-I 醫師接受社區醫學訓練的學習意願及訓練需求。希望藉由上述研究結果提供改善教學課程及其內容的基礎，以逐步達到訓練目標。

研究方法與對象

對象

本研究於民國九十二年九月至九十三年五月期間，針對臺大醫院分配由雲林分院（原署立雲林醫院）安排一個月社區醫學訓練之所有 PGY-I 醫師，共計 84 名，全部完成研究問卷之學習前後之測試。問卷經整理後，刪除無效問卷 1 份，有效問卷共計 83 份。

本研究社區醫學課程介紹

藉由提供教學醫院社區教學、基層醫療保健門診及衛生所社區照護活動之醫療經驗，讓學習者養成運用「生物－心理－社會」(bio-psychosocial, BPS) 模式來照顧病人的能力，使學習者能夠在日後為民衆提供以個人為基礎，社區為導向的第一線醫療照護 (community-oriented primary care, COPC)，並貢獻於整合性健康照護體系 (integrated delivery system, IDS) 的建構，並作為後 SARS 時代防疫體系的基石。

社區醫學教學活動是以 BPS、COPC、IDS 模式提供訓練，包括：教學醫院社區教學、基層醫療



門診教學及衛生所社區照護活動。一般醫學社區醫學訓練期間為一個月，學習時程要求每週至少兩次基層醫療門診教學，兩次社區照護及兩次社區健康營造活動，社區訓練場所以山地離島及偏遠社區之衛生所為原則。教學場所為各教學醫院家庭醫學科社區醫學訓練場所及各社區醫學訓練中心。教學內容包含：(1)基層醫療診療－訓練基層醫療第一線健康問題之全人照護。(2)家庭訪視－了解病人、家庭、社區之疾病相關影響因素，並尋求解決策略。(3)社區健康評估——以特定常見健康問題為主題，評估其社區流行病學，社區可用資源及解決策略，並完成學習報告。(4)現行衛生行政體系與社區醫療保健制度概況——以衛生局所及社區醫療群之住院診所為教學場所，了解以上概況及探討社區醫療體系如何改善。(5)參與社區健康活動。(6)提供網路教學和視訊會議等遠距教學活動，並了解遠距醫療，視訊會議之操作及社區醫療保健資料之電子化及其垂直與水平整合概況^[1]。

方法與工具

本研究採單組前後測準實驗設計，以「社區醫學的認知問卷」於課程開始及一個月訓練結束時針對 PGY-I 醫師進行測驗，評估一般醫學住院醫師受訓前後對社區醫學的認知、態度及意願，藉以了解 PGY-I 醫師社區醫學訓練之成效。

本研究使用之「社區醫學訓練的認知問卷」，是研究者由過去社區教學、九二一災區重建及建構社區醫療體系實務工作中，並參考相關文獻設計適合畢業後一般醫學社區醫療課程題目，內容包括全人照護、社區導向醫療服務及整合性健康照護體系三大範疇。問卷內容除了基本資料（性別、年齡、編制單位、畢業年度、專科別、目前訓練場所及是否受過社區醫學訓練）外，主要量表包含三個部分，第一部分為社區醫學的知識量表，題目答案採正確、錯誤、不清楚三選項目型式，答題正確計 1 分，答題錯誤或不清楚為 0 分。第二部分為對社區

醫學及其學習相關內容的態度量表，包括信念與重要性評價，信念亦即認同程度以 Likert 五分量表測量，1 分代表非常不同意，2 分代表不同意，3 分代表沒意見，4 分代表同意，5 分代表非常同意；評價重要性也以 Likert 五分量表測量，1 分代表非常不重要，2 分代表不重要，3 分代表沒意見，4 分代表重要，5 分代表非常重要。態度則為信念與重要性兩者之乘積。第三部分則為受測醫師學習意願及訓練需求的調查。本問卷之內容邀請五位社區醫學有實務教學及服務經驗之專家，針對問卷內容的適切性及文字表達是否清楚，逐題判斷與修正，結果顯示題目在修改後均達適用標準，藉此建立專家效度。表面效度方面，則事先經 10 位家庭醫學科住院醫師試填，針對問卷之文字用語之清晰通暢加以修正，以建立表面效度。態度量表中信念部分共 23 題，以因素分析粹取兩個因素，分為正面信念有 16 題、負面信念有 7 題，其 Cronbach's α 值分別為 0.932 及 0.855；而重要性評價方面，Cronbach's α 值則分別為 0.952 及 0.873。

統計分析

本研究使用 SPSS11.0 for window 套裝軟體進行資料建檔及統計分析，以頻率、百分比及平均值和標準差等描述性統計來分析基本資料及各變項。在社區醫療知識各項目中，除描述性統計描述外，並以配對 t 檢定比較住院醫師訓練課程前後評正確平均分數之改變。在社區醫學態度之信念方面，除因素分析進行量表信效度測試外，也以配對 t 檢定評估受訓住院醫師課程前後之差異。後以變異數分析 (ANOVA)、t 檢定、Chi-square 及 Pearson correlation 等檢定不同性別、年齡、編制單位、專科別、目前訓練場所、是否接受過社區醫學訓練等變項，與受測者知識及信念改變是否有差異或相關。本研究設定 P 值 0.05 以下為統計學上有顯著差異。

結 果

共有 83 位 PGY-I 醫師接受本課程並有效完成本研究課程前後之測量評估。其中男性佔 73.5%，女性佔 26.5%，平均年齡為 26.74 歲。編制單位為臺大醫院者佔 74.8%，非臺大醫院編制之建教合作者有 25.2%。畢業學校台大佔 44.6%，其他學校則佔 55.3%。專科別部份，內科系佔 41.0%（包括內科、兒科、復健科、急診科、檢驗科、神經科、精神科）、外科系佔 53.0%（包括外科、耳鼻喉科、眼科、皮膚科、麻醉科、骨科、病理科）、家醫科則佔 6.0%。醫師目前訓練場所為雲林地區佔 75.9%，埔里地區佔 18.1%，其他佔 6.0%。自認以前曾經受過社區醫學訓練者佔 33.7%，未曾受社區醫學訓練佔了 66.3%（表 1）。

社區醫學知識題方面，前後評平均正確分數進步達統計意義者有五題，分別為「目前健保局推展家庭醫師整合照護計劃，已核定通過實施一百個社區醫療群」（ $P < 0.05$ ）、「有些較貧窮的國家，可提供給民衆比美國更好的健康照顧」（ $P < 0.05$ ）、「社區健康評估的對象主要為社區醫療使用者」（ $P < 0.01$ ）、「社區民衆有未分化身體症狀，只有百分之一以下會到醫學中心看病」（ $P < 0.01$ ）、「台灣超過 65 歲人口比率三年內將超過 7%，即將進入老人社會」（ $P < 0.001$ ）（表 2）。

至於前後評分數沒有變化者有一題，「社區醫學主要服務內容包括公共衛生、慢性病防治、精神衛生、重症醫療、安寧療護」（ $P = 1.000$ ）。值得注意的是平均正確分數也有傾向退步之項目即「社區慢性病的防治，著重減輕疾病的影響勝於去除病因，同時亦應注重生活品質提昇」（ $P = 0.101$ ）（表 2）。

知識量表中，前後評平均正確分數皆低者共有八題，包括：「以功能而言，社區的範圍可定義為門診常來的一群老病人」（0.08 比 0.11，範圍

表 1. 社區醫學訓練 PGY-I 醫師基本資料 (n=83)

變 項	人數 (百分比)
性別	
男	61 (73.5)
女	22 (26.5)
編制單位	
臺大醫院	62 (74.8)
署立雲林醫院	6 (7.2)
亞東醫院	7 (8.4)
其他	8 (9.6)
畢業學校	
台大	37 (44.6)
北醫	12 (14.5)
中山	9 (10.8)
中國	8 (9.6)
其他*	17 (20.5)
專科別	
內科系	34 (41.0)
外科系	44 (53.0)
家醫科	5 (6.0)
目前訓練場所	
雲林	63 (75.9)
埔里	15 (18.1)
其他	5 (6.0)
自認以前是否受過社區醫學訓練	
有	28 (33.7)
否	55 (66.3)

Note：*其他學校包括：陽明、成大、高醫、慈濟

0-1)、「目前健保局推展家庭醫師整合性照護計劃，已核定通過實施一百個社區醫療群」（0.07 比 0.18，範圍 0-1）、「目前衛生署醫療網已進行到第五期，民國 94 年起，將進入第六期」（0.00 比 0.02，範圍 0-1）、「為因應 SARS，目前國內各衛生所皆已成立發燒篩檢站，並已開始運作」（0.06 比 0.12，範圍 0-1）、「社區醫學主要服務內容包括公共衛生、慢性病防治、精神衛生、重症

醫療、安寧療護」(0.12 比 0.12, 範圍 0-1)、「社區健康評估的對象主要為社區醫療使用者」(0.31 比 0.51, 範圍 0-1)、「社區民衆有未分化身體症狀, 只有百分之一以下會到醫學中心看病」(0.28 比 0.45, 範圍 0-1)、「台灣超過 65 歲人口比率三年內將超過 7%, 即將進入老人社會」(0.14 比 0.37, 範圍 0-1)(表 2)。後三者雖有統計學上顯著進步, 但正確分數仍嫌偏低, 值得關切。

在態度量表信念評估方面, 由前後評結果可見正面信念幾乎都沒有統計學上意義的改變。但值得一提的是, 有三題負面信念題目有統計學上意義的降低, 包括: 「社區醫學訓練會影響自己所在醫院的營運, 對醫院不利」($P < 0.01$)、「社區醫學訓練造成自己生活安排上的不方便」($P < 0.01$)、「自己接受社區醫學訓練的意願會受家人不支持的影響」($P < 0.05$)(表 3)。

至於在重要性評價方面, 雖然正面評價題目總平均前後評有進步(4.06 比 4.16, 範圍 1-5), 但未有顯著差異($P = 0.09$)。而各題目大多有進步, 不過「社區醫師參與社區公共衛生及防疫相關事務」及「社區醫療應建立家庭醫師制度, 並成立社區醫療群共同合作照顧病人」兩題卻有退步現象(4.26 比 4.22, $P = 0.66$; 4.25 比 4.17, $P = 0.32$), 則值得注意。另外在負面評價方面, 各題目總平均前後評幾乎沒有變化(3.07 比 3.09, $P = 0.80$)。

PGY-I 醫師在前評時, 對社區醫學學習項目的學習意願, 依強度排列為 1. 參與基層醫療門診, 了解基層醫療運作, 2. 參與學習社區醫院如何照顧社區, 3. 參與學習社區醫療保健資訊整合系統, 4. 參與學習衛生所防疫工作業務, 5. 參與學習如何促進社區健康之活動等, 但一個月後再評估各項滿意度則依序為

1. 參與基層醫療門診, 了解基層醫療運作, 2. 參與學習如何促進社區健康之活動, 3. 參與學習社區醫院如何照顧社區, 4. 參與學習社區長期照護工

作, 5. 參與學習衛生所公共衛生業務(表 4)。滿意度較高的項目與課程安排的內容是否相關, 值得探討。而學習者期望學習項目, 卻只有較低滿意度, 則有待溝通或安排。

PGY-I 醫師在課程進行前, 對參與本衛生署計畫社區醫學訓練的整體意願調查, 表達非常願意者佔 19.3%、願意者佔 53.0%、中立者佔 19.3%、不願意者佔 12.0%、非常不願意者佔 12.0%。而經過一個月社區醫學訓練之後, 自認為願意推薦同儕參與本課程的調查則呈現: 非常願意者佔 15.7%、願意者佔 38.6%, 中立者佔 33.7%, 不願意者佔 12.0%, 非常不願意者 0%(表 5), 願意推薦比率比自己學習意願呈較低現象。

在基本資料變項與知識、信念及學習意願之單變項分析, 知識前評總分與年齡呈現正相關, 在其他變項條件不變下, 年齡愈高, 知識前評總分愈趨於正向($r = 0.234$, $P < 0.05$), 與其餘變項之比較均未達顯著意義。而知識後評總分與所有變項均未達統計上顯著差異。對社區醫學的信念部分, 前評時 PGY-I 醫師有受過社區醫學訓練比未曾受過訓練的 PGY-I 醫師信念更趨向正面(3.88 比 3.68, $P < 0.05$), 與其餘變項均未達統計上顯著差異。後評時專科別則達統計上顯著差異, 其中家醫科對社區醫學信念得分最高, 其次是內科系與外科系(4.35 比 4.15 比 3.92, $P < 0.05$), 與其餘變項則均未達統計上顯著差異。至於社區醫學學習意願, 前評時所有變項均未達統計上顯著意義。後評時專科別則達統計上顯著差異, 其中家醫科醫師學習意願最高, 其次是內科系、外科系(100% 比 61.8% 比 43.2%, $P < 0.05$), 與其餘變項均未達統計上顯著差異。

討 論

PGY-I 的訓練為國內醫學教育的重大變革, 本研究雖為先驅性研究但可反映出 PGY-I 訓練的學

表 2. PGY-I 醫師社區醫學知識前後評之比較 (n=83)

題目		平均值 (標準差)	T 值
1. 社區醫學為評估及解決社區民衆健康問題的醫學。	前評	0.96 (0.19)	-1.754
	後評	1.00 (0.00)	
2. 社區健康的診斷可先參考社區的生命統計, 如人口數、年齡分布、粗死亡率、出生率、罹病率等。	前評	0.96 (0.19)	-1.754
	後評	1.00 (0.00)	
3. 社區慢性病的防治, 著重減輕疾病的影響勝於去除病因, 同時亦應注重生活品質提昇。	前評	0.86 (0.34)	1.658
	後評	0.78 (0.42)	
4. 台灣目前基層醫療與社區醫院資訊連結已完成百分之九十, 轉診工作相當順暢。	前評	0.82 (0.39)	-0.498
	後評	0.84 (0.37)	
5. 各先進國家的醫療水準, 基層醫療保健品質相異不大, 主要係乎醫院醫療水準。	前評	0.74 (0.44)	-0.826
	後評	0.78 (0.41)	
6. 有些較貧窮的國家, 可提供給民衆比美國更好的健康照顧。	前評	0.65 (0.48)	-2.356*
	後評	0.78 (0.42)	
7. 近二十年來, 台灣的醫療體系已發展為正三角形。	前評	0.61 (0.49)	-1.408
	後評	0.70 (0.46)	
8. 社區健康評估的對象主要為社區醫療使用者。	前評	0.31 (0.47)	-2.860**
	後評	0.51 (0.50)	
9. 社區民衆有未分化身體症狀, 只有百分之一以下會到醫學中心看病。	前評	0.28 (0.45)	-3.046**
	後評	0.45 (0.50)	
10. 台灣超過 65 歲人口比率三年內將超過 7%, 即將進入老人社會。	前評	0.14 (0.35)	-4.934***
	後評	0.37 (0.49)	
11. 社區醫學主要服務內容包括公共衛生、慢性病防治、精神衛生、重症醫療、安寧療護。	前評	0.12 (0.32)	0.000
	後評	0.12 (0.32)	
12. 以功能而言, 社區的範圍可定義為門診常來的一群老病人。	前評	0.08 (0.28)	-0.630
	後評	0.11 (0.31)	
13. 目前健保局推展家庭醫師整合性照護計劃, 已核定通過實施一百個社區醫療群。	前評	0.07 (0.26)	-2.389*
	後評	0.18 (0.39)	
14. 為因應 SARS, 目前國內各衛生所皆已成立發燒篩檢站, 並已開始運作。	前評	0.06 (0.24)	-1.395
	後評	0.12 (0.33)	
15. 目前衛生署醫療網已進行到第五期, 民國 94 年起, 將進入第六期。	前評	0.00 (0.00)	-1.423
	後評	0.02 (0.15)	
總平均正確分數	前評	0.45 (0.11)	-4.966***
	後評	0.52 (0.10)	

Note : * P<0.05 ** P<0.01 ***P<0.001, 平均答對分數以 paired t test 比較, 答對正確計 1 分, 餘為 0 分



表 3. PGY-I 醫師社區醫學信念前後評之比較 (n=83)

題目		平均值 (標準差)	T 值
1. 社區醫學強調以人為中心、家庭為單位、社區為範疇的照顧。	前評	4.40 (0.56)	1.036
	後評	4.31 (0.62)	
2. 社區醫院應重視與基層醫療的合作，才可創造與社區民衆三贏的局面。	前評	4.40 (0.66)	-0.069
	後評	4.41 (0.68)	
3. 社區醫療應建立家庭醫師制度，並成立社區醫療群共同合作照顧病人。	前評	4.37 (0.57)	0.707
	後評	4.31 (0.64)	
4. 醫學中心及區域醫院應尊重並協助社區醫院及基層醫療推展社區醫療，並落實分級醫療制度。	前評	4.37 (0.59)	1.128
	後評	4.28 (0.70)	
5. 社區醫師應跨出診所或醫院，關心並實際提升社區民衆的健康水準。	前評	4.36 (0.53)	0.337
	後評	4.34 (0.63)	
6. 社區醫學是照顧大多數民衆常見的健康問題。	前評	4.33 (0.56)	1.623
	後評	4.18 (0.74)	
7. 社區醫師應參與社區公共衛生及防疫相關事務。	前評	4.32 (0.64)	0.159
	後評	4.30 (0.64)	
8. 基層醫師應與社區醫院合作，以適當方式共同照護社區常見健康問題。	前評	4.31 (0.54)	-0.163
	後評	4.33 (0.63)	
9. 社區醫學強調以社區為導向的基層醫療保健工作，也有助基層醫師的照顧能力及業績。	前評	4.25 (0.62)	-0.276
	後評	4.28 (0.61)	
10. 國內醫療體系應重整，並應以社區醫療體系為基礎。	前評	4.22 (0.61)	-0.246
	後評	4.24 (0.77)	
11. 社區醫學訓練可使醫師更具關心與照顧社區民衆的能力。	前評	4.18 (0.66)	0.177
	後評	4.17 (0.80)	
12. 社區醫學訓練可擴展醫療眼光，並能增加對病人醫療決策的有效性。	前評	4.15 (0.68)	-1.590
	後評	4.27 (0.63)	
13. 每一位醫師在專科養成教育皆應有足夠的社區醫學訓練。	前評	4.11 (0.78)	-0.728
	後評	4.18 (0.83)	
14. 社區醫學訓練可協助社區醫療保健單位之整合與功能。	前評	3.95 (0.73)	-0.497
	後評	4.00 (0.80)	
15. 社區醫學訓練對社區醫院功能有提升之效果。	前評	3.88 (0.74)	0.766
	後評	3.80 (0.88)	
16. 社區醫學訓練會影響自己專科訓練時間及增加負擔。	前評	2.98 (1.11)	1.524
	後評	2.78 (1.18)	
17. 社區醫學訓練造成自己生活安排上的不方便。	前評	2.90 (1.01)	3.388***
	後評	2.50 (1.08)	
18. 社區醫學訓練對社區醫院也造成負擔與困擾。	前評	2.67 (0.95)	1.556
	後評	2.51 (1.05)	
19. 社區醫學訓練會影響自己所屬醫院（如臺大醫院）的營運，對醫院不利。	前評	2.57 (0.98)	2.721**
	後評	2.27 (0.93)	
20. 社區醫學訓練會妨礙社區各醫療保健單位之工作，增加其負擔。	前評	2.43 (0.92)	-0.286
	後評	2.47 (1.01)	
21. 自己接受社區醫學訓練的意願會受家人不支持的影響。	前評	2.39 (0.98)	2.477*
	後評	2.09 (0.95)	

Note : * P<0.05 ** P<0.01 ***P<0.001，平均答對分數以 paired t test 比較，得分範圍 1-5 分

表4. 社區醫學學習意願（前評）及滿意度（後評）之排行順序（n=83）

項 目	前評時	後評時
	意願度	滿意度
	平均值±標準差	平均值±標準差
1. 參與基層醫療門診，了解基層醫療運作。	4.18±0.57	4.09±0.73
2. 參與學習社區醫療保健資訊整合系統。	4.15±0.65	4.02±0.61
3. 參與學習如何促進社區健康之活動。	4.13±0.60	4.10±0.65
4. 參與學習社區長期照護工作。	4.10±0.62	4.09±0.65
5. 參與學習衛生所防疫工作業務。	4.09±0.65	4.03±0.62
6. 參與學習社區醫院如何照顧社區。	4.07±0.60	4.01±0.68
7. 參與學習衛生所公共衛生業務。	4.04±0.69	4.07±0.62
8. 參與學習社區健康的評估工作。	4.02±0.63	3.96±0.66
9. 參與學習社區安寧療護工作。	3.95±0.72	3.64±0.69
10. 參與社區衛生行政工作。	3.79±0.83	3.93±0.68

Note：得分範圍 1~5 分

習成效，PGY-I訓練計畫實行後到目前仍鮮少發表研究論文，因此本研究成果可提供未來 PGY-I 社區醫學訓練計畫推展的參考。但由於本研究只限於一個非主要訓練醫院的社區醫學訓練計畫，因此其普遍性值得關切。將來如果能比較多個地區社區醫學訓練計畫之執行及學習成效，則更能提供完整的研究資料作為計畫推展之學術基礎。同時由於 PGY-I 社區醫學訓練計畫綱要為第一年實施，因此勢必有許多需要修正之處，加上社區醫學訓練的師資有待引進及培育，方能使社區醫學訓練計畫更加成熟。本研究所施測的地區已由台灣大學雲林分部進行三年多的社區醫學訓練，因此不論在社區醫學

表5. 參與及推薦社區醫學訓練的意願（n=83）

項目	人數 (百分比)
參與本衛生署計畫社區醫學訓練的意願（課程前）	
非常願意	16 (19.3)
願意	44 (53.0)
中立	16 (19.3)
不願意	3 (3.6)
非常不願意	1 (1.2)
是否願意推薦同儕參與本課程（課程後）	
非常願意	13 (15.7)
願意	32 (38.6)
中立	28 (33.7)
不願意	10 (12.0)
非常不願意	0 (0)

的訓練內容及師資培育方面，應較國內其它地區開始進行本社區醫學計畫之地區較為成熟，因此本研究成果可相當程度提供國內各地區施行社區醫學訓練之前瞻性參考。

依據陳及劉所編之社區醫學訓練手冊目錄所列社區醫學訓練應有之內容包括：1.醫療體系之改造，2.社區醫學的理論，3.社區醫學研究方法，4.衛生行政實務；包括中央衛生機關的工作內容，衛生所及基層醫師的行政相關工作，5.社區醫學實務；包括社區內整合性健康照護之內涵，由健康提昇、衛生教育疾病預防、慢性病防治、第一線醫療到長期照護等，6.全人照顧；包括生理、心理及社會模式之應用，以及社區憂鬱症的防治等，7.社區長期照護的現況發展及居家照顧的內涵及方法，8.醫療資訊網絡在醫學的應用；包括家庭檔案的建立及社區健康照顧資訊系統的建立^[12]。而 PGY-I 計畫實際上的社區醫學訓練只有一個月的時間，並不易深入達成以上要求之社區醫學訓練內容，但是訓練計畫應朝以上之內容努力。而本研究測量之知識題目及態度，則以上述方向為參考基礎，同時參照

衛生署公告之社區醫學訓練計畫綱要^[11]設計而成。由於學習及評估內容相當廣泛，因此在短暫一個月訓練中必定有諸多遺漏，由本研究的結果可知確實有如此狀況，藉著本研究的評估更能了解不足之處。

在基本資料方面，畢業自台灣大學者佔44.6%，但自認為以前曾受過社區醫學訓練者佔33.7%，有10%台大畢業住院醫師並不認為以前受過社區醫學訓練。台大醫院家庭醫學部20年來即一直提供所有醫五同學社區醫學訓練課程，因此有10%的落差值得未來在醫五醫學教育中社區醫學訓練時作為參考。另外共有65%PGY-I醫師自認未曾受過社區醫學訓練，絕大多數為台大以外學校畢業，因此各醫學院社區醫學訓練亦值得關注。

在社區醫學知識評估方面，有5個題目前後評平均正確分數達統計學上顯著的進步，第一為「目前健保局推展家庭醫師整合照護計劃，已核定通過實施一百個社區醫療群」，在施測當時健保局只通過20個社區醫療群，PGY-I醫師答對率相當低，雖在後評有明顯進步，但依舊嫌低（0.07比0.18，範圍0-1）。家庭醫師整合性照護計畫為目前衛生署及健保局重要推展之政策，也為國內醫療體系改革之重要步驟，因此在一個月的訓練當中，對家庭醫師整合性照護計畫的宏觀性了解有所欠缺，值得檢討。第二個進步的項目是「有些較貧窮的國家，可提供給民眾比美國更好的健康照顧」，此項目在前後評平均正確分數皆相當高（0.65比0.78，範圍0-1）。根據世界衛生組織的統計：世界衛生組織對國家健康水平的評估，並非注重在醫院醫療而是強調基層社區醫療的普遍性及有效性，因此醫療資源花費最多的美國，因其著重在醫院醫療未能普及社區醫療，所以在評估排行榜只列為全世界國家第37名^[13]，這樣的情況PGY-I醫師之體認有明顯的進步。第三個明顯進步的項目是「社區健康評估的對象主要為社區醫療使用者」，在前評時答對者不到一半，而後評時超過一半答對此題（0.31比

0.51，範圍0-1），此項目為社區醫學的核心理念。社區醫學的對象不只包括醫療使用者，而更包括非醫療使用者（non-user）的健康情況，以及這些醫療非使用者對疾病的認知及求醫情況，如此才能確實深入社區，全面性了解社區民眾的健康問題，這樣的體認在PGY-I醫師尚未能落實改善。另外一個進步的項目是「社區民眾有未分化身體症狀，只有百分之一以下會到醫學中心看病。」這個項目在後評雖有進步，但正確率都未達一半（0.28比0.45，範圍0-1），本題亦為重要社區醫學訓練內容，依英國的統計，在二萬人的社區，約有一千個病人有未分化的身體症狀，但只有一百個人會積極求醫，這一百位病患只有十個人會到正統的基層醫療單位，其中只有一位病患會被轉診到醫學中心^[15]。雖然台灣的就醫情況較自由及多元化，但許多擁有未分化早期疾病症狀的民眾並不是到醫學中心看病為不爭的事實。因此醫學教育如果只侷限在醫學中心則有如在醫學象牙塔中訓練，未能了解醫學中心外諸多民眾常見健康問題。因此畢業後如果立即接受專科訓練更是脫離社區醫學的領域，未來一旦投入社區醫療的服務則很難立即了解社區民眾健康的狀況及其服務模式，因此不易針對社區民眾常見的健康問題，提供專業的醫療保健服務。

第五個達到統計意義改善的項目為「台灣超過65歲人口比率三年內將超過7%，即將進入老人社會」，值得注意的是，本題的前後評平均正確分數皆相當低（0.14比0.37，範圍0-1），實為社區醫學教育值得重視之處。台灣65歲以上人口已超過7%，並進入老人社會，但PGY-I醫師並未了解老人社會的來臨^[16]。老人照顧將成為台灣未來醫療體系重要的工作，也將是醫療費用最大支出項目，如何在社區有效率的照顧老人，不但使老人得到落葉歸根的關懷，也可省下龐大的醫療資源^[17]。因此本項目的教育亦為社區醫學訓練計畫需加強之處。另外前後評平均正確分數較低者，尚有「以功能而言，社區的範圍可定義為門診常來的一群老病

人」(平均正確分數 0.08 比 0.11)，社區的範圍可隨著服務團隊的能力有所調整，此亦為 COPC 的精神。而 PGY-I 醫師並未能了解社區定義的靈活性，因此表示對 COPC 的推展階段認識仍不夠深入。另外平均正確分數較低者，尚有「目前衛生署醫療網已進行到第五期，民國 94 年起，將進入第六期」，其實民國 94 年起衛生署醫療網正開始進入第五期^[18]，可見絕大多數的 PGY-I 醫師 (0.00 比 0.02) 對國內衛生行政的了解，在本研究一個月的社區醫學訓練尚未能落實。另外平均正確分數較低者，尚有「為因應 SARS，目前國內各衛生所皆已成立發燒篩檢站，並已開始運作」，本題目考驗 PGY-I 醫師對當時社區 SARS 因應的實際狀況，研究時國內衛生所仍未全部成立發燒篩檢站同時只是部份運作，PGY-I 醫師在此重要防疫議題方面亦未能深入了解。另外平均分數較低者尚有「社區醫學主要服務內容包括公共衛生、慢性病防治、精神衛生、重症醫療、安寧療護」，不到兩成的住院醫師答對，亦無進步 (0.12 比 0.12，範圍 0-1)。社區醫學的主要服務內容並不包括重症醫療，將來國內醫療體系亦將規劃醫學中心專治急重症，社區方面並未發展重症醫療體系。由以上知識量表的評估結果可知，諸多社區醫學的原則及內涵在短暫一個月的訓練當中似乎難以全面落實。不過因本研究知識量表中不少題目為偏重數字記憶，雖有其重要性，但是否能代表社區醫學知識，則可再討論。

在社區醫學態度評估方面，正面信念前後評幾乎都沒有統計學意義的改變，不過正面信念皆相當的高。因此對於社區醫學內涵的信念相當正面，尤其以下幾個項目分數最高，包括「社區醫學強調以人為中心、家庭為單位、社區為範疇的照顧」，「社區醫院應重視與基層醫療的合作，才可創造與社區民眾三贏的局面」，「社區醫療應建立家庭醫師制度，並成立社區醫療群共同合作照顧病人」，「醫學中心及區域醫院應重視並協助社區醫院及基層醫療推展社區醫療，並落實分級醫療制度」，由

此結果可知 PGY-I 醫師對社區醫學的訓練目標以及國內醫療體系的分級醫療、建立家庭醫師制度及轉診合作，創造醫院、基層醫療及民眾三贏的局面持正面的態度。值得一提的是，有三題負面信念的題目有統計學上顯著的降低，包括：「社區醫學訓練造成自己生活安排上的不方便」，許多醫師不願到社區服務，因認為鄉村或偏遠地區生活不方便，而真正到社區服務時這種感覺會降低，在未來醫師醫療服務的生涯當中，本信念的改變有深遠意義。另外負面信念降低者有「社區醫學訓練會影響自己所在醫院的營運，對醫院不利」，PGY-I 醫師接受社區醫學訓練後，已較不認為社區醫學訓練會影響自己所屬醫院的營運，由過去的研究報告可知，在做醫療決策時如能深認病人來自家庭以及社區，所提供的醫療決策將變得更有效率，因此社區醫學訓練對醫療服務品質應有正面的效果^[19]。另外有趣的是，「自己接受社區醫學的訓練會受家人不支持的影響」，此負面的信念也有明顯的降低，表示在接受一個月社區醫學訓練後，自己較能規劃未來行醫的生涯，其意義深遠。

至於 PGY-I 醫師對社區醫學各項目的學習意願調查，最有意願的項目為：「參與基層醫療門診，了解基層醫療運作」，其次為「參與學習社區醫療保健資訊整合系統」。但滿意度最高為「參與學習如何促進社區健康之活動」，PGY-I 醫師對社區醫學各項目的意願，可列為未來社區醫學計畫內容的參考。由於一個月的社區醫學訓練時間相當短促，難以周全性學習所有社區醫學項目，因此針對學習者的教育訓練需求，配合社區醫學必要學習內容，未來應可安排出社區醫學學習項目的輕重緩急。

參加本計畫社區醫學訓練的意願，整體性而言，有 72.3% 的 PGY-I 醫師表達願意參與，但在課程後再問其是否推薦及建議同儕參與本課程，願意者則只有 54.3%，中立者占 33.7%，由此可顯示 PGY-I 醫師並未強烈推薦同儕參與本課程，此結果

加上前述態度方面仍有加強空間，意味是否訓練課程太短，或是課程內容仍待改進，值得未來再繼續評估，以作為未來是否延長社區醫學訓練期間或加強融入臨床醫學教育的參考。

結論，畢業後一般醫學訓練計畫之社區醫學訓練強調BPS、COPC及IDS的訓練，但因訓練期間有限，以及在計畫實施初期，師資培育及訓練單位的協調整合有待加強，因此社區醫學知識的學習成效仍有許多努力空間。但對於社區醫學負面信念的改善深具意義，至於受訓者所提出的教育訓練需求應給予重視，並配合社區醫學的必要內涵，提供未來更完整的社區醫學訓練計畫。

誌 謝

本研究之完成，需敬佩衛生署及感謝醫策會全力推動本訓練計畫，並提供重要參考資料，同時感謝台大醫院執行本計畫相關人員，尤其家庭醫學部同仁們在社區大學的投入。特別感謝台灣大學雲林分部同仁、台大醫院雲林分院蔡瑞章前副院長及家庭醫學科黃建勳醫師與石明雄醫師，雲林縣衛生局、社會局及社區醫療群，雲林縣醫師公會、陳錦煌醫師、洪毅一醫師，草屯療養院，埔里基督教醫院，南投縣鹿谷鄉衛生所及社區醫療群等單位同仁對訓練計畫的貢獻。最後感謝陳怡蓓及陶聲洪小姐於整個研究過程的協助。

參考文獻

- 謝博生：一般醫學教育（初版）。台北：台大醫學院（金名圖書），2003；159-69。
- Petersdorf RG: Primary care-medical student's unpopular choice. *Am J Public Health* 1993; 83: 328-30.
- Kassebaum D, Szenas PL: Factors influencing the specialty choice of 1993 medical school graduates. *Acad Med* 1994; 69: 164-70.
- 畢業後一般醫學訓練：因應 SARS 疫情醫師人力儲備計畫。衛生署醫字第 0920208513 號公告；台北，衛生署。
- Lefford F, McCrorief: A survey of medical undergraduate community-based teaching: taking undergraduate teaching into the community. *Med Education* 1994; 28: 312-5.
- 謝博生：一般醫學教育（初版）。台北：台大醫學院（金名圖書），2003；170-85。
- 陳祖裕：九十三年度畢業後一般醫學訓練計畫說明及改善重點。財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會簡訊，2004；5(2)：3-6。
- 謝博生：畢業後一般醫學訓練的現況與展望。財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會一般醫學訓練報導創刊號，2004：第三版。
- 邱泰源，陳石池：走過九二一，建構社區醫療體系。台北：台大醫學院（金名圖書），2003：25-44。
- 謝博生：醫療與社會（第二版）。台北：台大醫學院（金名圖書），2003；155-7。
- 邱泰源：畢業後一般醫學訓練社區醫學訓練綱要。醫策會畢業後一般醫學訓練說明會，民國92年8月7日。
- 陳慶餘，劉文俊：社區醫學訓練手冊。台北：醫策會，2004。
- World Health Organization: The World Health Report 2000. Health Systems: improving performance. World Health Organization, Geneva, 2000.
- 邱泰源，陳慶餘，陳晶瑩，李宇芬，謝維銓：金山鄉群醫中心社區醫療之研究。中華家醫誌 1991；1：36-44。
- White KL, William F, Greeuberg BG: The ecology of medical care. *NEJM* 1961; 265: 885-92.
- 行政院衛生署：衛生統計動向。台北，行政院衛生署，2003。
- Imanak S, Ys Shuhorak, Emuva S, et al: An analysis

- about geriatric medicine/ medical education sent to members of the Japanese Society of General Medicine. *Nippon Ronen Igakkai Zasshi* 1999; 36: 553-60.
18. 行政院衛生署：醫療網第四期計畫——新世紀

- 健康照護計畫。台北，行政院衛生署，2000。
19. Taylor RJ, Smith BH, van Teijlingen ER: *Health and Illness in the Community*. New York: Oxford University Press, 2003.



An Interventional Study Assessing Community Medicine Learning among Residents Undertaking the Course "Post-Graduate Year One (PGY-I) General Medicine"

Shou-Hung Hung M.D.¹, Wen-Yu Hu R.N., Ph.D.², Wen-Jing Liu M.D. M.P.H.³, Tai-Yuan Chiu M.D. M.H.Sci.³, Ching-Yu Chen M.D.³, Bor-Shen Hsieh M.D. Ph.D.⁴

The project "post-graduate (PGY-I) general medicine training" has been conducted in Taiwan with the aim of promoting the competence of medical graduates with respect to patient-centered care. Furthermore, a further aim is to enable them to provide a higher quality of medical care and eventually to meet better the needs of health care system. The duration of this training project is three month, including one month of community medicine training, which it was hoped would improve the medical graduates' knowledge of and attitude toward community health. This study was performed to investigate the knowledge and attitude relative to community medicine amongst PGY-I residents undertaking the course described above and to identify any changes that had occurred after the one month of training in community medicine. In addition, the graduates' willingness to learn community medicine and their learning needs were also investigated. A total of 83 PGY-I residents who undertook this course completed the interview questionnaire both pre and post course. The results showed that the PGY-I residents' accurate response rate in terms of their knowledge had been improved significantly by the

course (0.45 vs. 0.52, range 0-1, $t=0.497$, $p<0.001$). However, post-course, eight out of fifteen knowledge items still had a less than 50% accurate response rate. In addition, the PGY-I residents had a positive belief in community medicine that was unchanged by the course and three from six items of negative belief that had become less negative after the course. Post-course, we found that about seventy percent (72.3%) of residents showed a willingness to learn community medicine and this was an increase compared to before the training course[R1] and we also found that the residents' satisfaction with the community medicine training was almost eighty percent. In conclusion, the residents who took community medicine course PGY-I showed a significant improvement in their knowledge of community medicine despite a relatively low accurate response rate for several items, possibly due to inadequate time. A more positive belief in community medicine after the training course was a second important outcome. In addition, the incorporation of the training needs expressed by the residents into future courses on community medicine will be a worthwhile effort. (Full text in Chinese)

Key words: community medicine, post-graduate general medicine, knowledge, attitude

(J Med Education 2005; 9: 33~45)

¹Department of Community and Family Medicine, National Taiwan University Hospital Yun-Lin Branch; ²School of Nursing, College of Medicine, National Taiwan University; ³Department of Family Medicine, College of Medicine and Hospital, National Taiwan University; ⁴Department of Internal Medicine, College of Medicine, National Taiwan University

Received: February 21, 2005; Accepted: March 28, 2005.

Correspondence to: Tai-Yuan Chiu, M.D., Department of Family Medicine, National Taiwan University College of Medicine, No.1, Jen-Ai Road, Section 1, Taipei 100, Taiwan, R.O.C.