

醫學生短期社區醫學訓練成效之介入性研究

溫瓊容¹ 劉宜廉² 李龍騰¹ 高有志³ 陳慶餘¹ 邱泰源¹

醫學生之社區醫學訓練已是醫學教育中重要的一環，然而如何確認社區醫學訓練之品質與成效，亦是重要課題。因此，本研究之目的乃為評估醫學生社區醫學知識及態度，並比較及探討短期社區醫學實務訓練後的成效，以提供日後相關課程修訂之參考。本研究採單組前後測準實驗設計，針對60位醫六學生以「社區醫學的認知問卷」於為期一天之社區醫學實務訓練課程開始及結束時進行測驗。結果顯示，受測者的社區醫學知識前後評平均正確分數分別為0.50與0.54（範圍0-1； $t=-3.240$ ， $p<0.001$ ），在20題知識題中，有顯著進步者（ $p<0.05$ ）僅2題，其餘則無統計學上意義進步。此外，有9題知識題前後測正確率不到一半，其中大多數為目前國內醫療體系的重要課題，值得探討及加強。於社區醫學信念方面，在正面信念題目中前後評明顯增加的有6題（ $p<0.05$ ），在負面信念中呈明顯改善的有3題（ $p<0.05$ ）。另外，前評時表達願意參與本社區醫學課程者佔81.7%，態度持中立者佔18.3%，後評時卻有百分之百醫學生願推薦此社區醫學之課程。本研究之結論，對於醫六學生，以一天的社區醫學實務參訪課程，社區醫學知識學習成效雖進步有限，但對社區醫學負面信念的改善以及對社區醫學重要觀念的修正卻深具意義，如此的課程設計於醫學生對社區醫學的認識有相當的助益，也可以為未來提供更完整的社區醫學訓練計畫之參考。

（台灣家醫誌 2007; 17: 73-84）

關鍵詞：community medicine, medical students, knowledge, attitude

前 言

過去醫學院教學偏重生物醫學知識的傳授及以疾病為導向臨床訓練，使

得醫學生的學習過度專科化，缺乏一般醫學訓練及社區醫療經驗，但大部分的醫學生畢業後需走入社區服務，其所面對的醫療型態與之前所接受的醫學教育

台大醫學院家庭醫學部¹、宜蘭縣衛生局²、高醫師家庭醫學科診所²

受理日期：95年7月20日 同意刊登：95年11月16日

通訊作者：邱泰源

通訊地址：臺北市仁愛路一段一號 台大醫學院家庭醫學科

之間存在明顯的落差^[1]。此外，近年來人口快速老化以及疾病類型的改變，包括慢性病人、癌症患者及高齡病患的醫療需求不斷增加，隨著醫療費用的逐漸高漲，醫療資源有限而服務需求無限，為了控制醫療費用及有效的利用醫療資源，各個先進國家無不積極進行衛生醫療體系的改革，健康保險制度政策也以節制醫療支出為目標。以社區為導向的基層醫療，其觀念是以社區民眾為主體，重視預防保健、公共衛生、及周全性的健康照顧，不僅可以保障民眾的健康，也是節制醫療費用的有效工具^[2-4]。由此可知，以社區為基礎的醫療服務以及社區導向的醫學教育應是未來的趨勢。

回顧台灣目前各醫學院有關醫學生的社區醫學教育課程，北部某國立大學醫學院在醫學系五年級時的家庭醫學科實習課程制定有二週的社區見習課程可謂為醫學生社區教育課程的先驅^[5,6]。此醫學院自2000年7月開放讓中部某一醫學大學六年級的同學得以至該醫院見實習，隔年亦開放中部另一家醫學大學六年級同學在該醫院見實習。該醫院也為中部這兩所醫學大學六年級同學在家庭醫學部見習期間，安排一日至社區的學習。讓醫學生接受社區醫療的教育是現代化醫學教育的主流，讓醫學生有機會進入社區學習已是醫學教育中重要的一環，然而如何可以得到與學校、醫院的教育相同甚至更好的教學品質，亦是非常重要的。本研究即針對兩家醫學大學醫六同學至社區一日的社區醫學實務訓練課程成效做評估，了解醫學生對社區醫學重要知識與態度的狀況，與經過一日的社區見習後，是否有進步或改善，同時亦調查對此社區醫學見習課程的滿

意度，以提供未來這兩所醫學大學六年級同學社區醫學訓練課程修訂的參考。

方法與對象

對象

本研究於2004年七月三十日，針對中部某兩所醫學大學至北部某國立大學醫學院見實習的醫學系六年級參加一日社區參訪之社區醫學實務訓練之所有同學，共計60名。全部完成研究問卷前後之測試，100%完成有效問卷。

本研究社區醫學課程介紹

一天的社區醫學課程，內容包括（1）參觀金山社區醫學訓練中心與金山鄉衛生所暨群醫中心；由家醫部主任介紹社區醫學概論以及社區醫療體系：包括社區醫療群、社區公衛群的認識，並由金山鄉衛生所主任進行金山社區的介紹，並說明衛生所業務以及社區醫學實務經驗的分享，再將學生以十五人為一組，分成四個小組，分別到衛生所內各單位，由各單位的負責人介紹相關的工作內容，包括社區預防保健服務如：健兒門診、孕產婦管理、學校衛生、社區衛生等，慢性病防治工作、居家護理及老人在宅服務、家庭訪視實務等衛生所與群醫中心之工作，中午則至衛生所附近社區認識社區環境，並與當地地方人士互動，體驗金山的風土民情，並了解如何評估及解決社區健康問題，體會基層醫療保健的重要性。（2）拜訪一家家庭醫學科診所；該診所負責人曾在此國立醫學院接受完整的家庭醫學住院醫師訓練，後曾任金山衛生所暨群醫中心主任以及擔任此國立醫學院主治醫師兩年。從診所負責人和學生們的互動

中，讓同學了解家庭醫學的理念來自於基層醫療，期望藉由家庭醫師直接在第一線為民眾提供基層醫療服務；家庭醫學的理念是為了滿足第一線健康照護的需要。家庭醫學科的訓練，著重於全人醫療的思考，心理、社會層面均需在照顧病人時加以考慮。一位好的家庭醫師應具備全科的紮實訓練背景，良好的醫病溝通技巧，正確而實際的預防醫學觀念，並且有提供衛教的熱忱。藉由診所負責人基層醫療理念的說明與雙向溝通，期望在三小時的課程可了解如何在基層扮演一位成功的家庭醫師。

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」於課程開始及一天的社區學習結束時針對受測醫學生進行測驗，評估受測醫學生接受社區醫學教育前後對社區醫學的認知、態度及意願。

研究中使用之「社區醫學訓練的認知問卷」，是研究者先邀集五位社區醫學的專家由過去社區教學、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社區醫療課程之題目，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、學校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，答題正確計為1分，答題錯誤或答「不清楚」為0分。第二部分是對社區醫學及其學習相關內容的態度量表，包括正面與負面信念評價，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。第三部分則為受測同學學習意願及訓練需求的調查。本問卷制定後之內容寄發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。態度量表共23題，以因素分析擷取兩個因素，分為正面信念有16題、負面信念有7題，其Cronbach's α 值分別為0.920及0.843。

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檢定比較受測同學在一天的社區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，除了以因素分析進行量表信效度測試外，也以配對t檢定評估醫六同學課程前後之差異。本研究設定 p 值0.05以下為統計學上有顯著差異。

結 果

本研究共有60位中部兩家醫學院醫六同學（每家各30位）接受此社區醫學課程並有效完成研究課程前後之評估。而對象中男性佔66.7%，女性佔33.3%。中國的醫六同學佔30位（50%），中山醫六同學亦是30位（50%）。自認以前

曾經受過社區醫學訓練者占85%，未曾受過社區醫學訓練佔11.7%，但自認以前曾受過社區醫學訓練者只有上課而已，佔88.2%。

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二題，分別為「台灣目前已有安寧居家療護，且有健保給付。」（ $p<0.05$ ）、「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。」（ $p<0.001$ ）（表1）。

至於前後評分數沒有變化者有三題，分別為「社區醫學是評估及解決社區民眾健康問題的醫學。」（ $p=1.000$ ）、「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。」（ $p=1.000$ ）、「目前衛生署醫療網已進行到第五期，2005年起，將進入第六期。」（ $p=1.000$ ）。平均分數也有傾向退步之項目，即「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。」（ $p=0.09$ ）、「社區健康評估的對象主要為社區醫療使用者。」（ $p=0.799$ ）、「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。」（ $p=0.028$ ）（表1）。

知識量表中，前後評平均正確分數皆低者（ ≤ 0.50 ，範圍0-1）共有9題，包括「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。」（0.00比0.17，範圍0-1）、

表1 受測醫學生社區醫學知識前後評之比較(n=60)

題 目		平均值 (標準差)	t值
1. 社區醫學是評估及解決社區民眾健康問題的醫學。	前評	1.00 (0.000)	0
	後評	1.00 (0.000)	
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	0.98 (0.13)	-1.000
	後評	1.00 (0.00)	
3. 末期病人的家屬之悲傷輔導，不應是社區醫療人員應有的工作。	前評	0.95 (0.22)	-0.444
	後評	0.97 (0.18)	
4. 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	0.87 (0.34)	-0.704
	後評	0.90 (0.30)	
5. 末期病人常有醫療緊急狀況，因此不適合在社區照顧。	前評	0.80 (0.40)	-2.187
	後評	0.90 (0.30)	
6. 末期病人大多希望生命末期時在大醫院接受照顧。	前評	0.67 (0.48)	-0.772
	後評	0.72 (0.45)	
7. 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	0.67 (0.48)	-0.256
	後評	0.68 (0.47)	
8. 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	0.62 (0.49)	-0.830
	後評	0.67 (0.48)	
9. 有些較貧窮的國家，可提供給民眾比美國更好的健康照顧。	前評	0.60 (0.49)	-0.772
	後評	0.65 (0.48)	

表1 (續) 受測醫學生社區醫學知識前後評之比較(n=60)

題 目		平均值 (標準差)	t 值
10. 瀕死病人在家中，如發生生命危及徵象，應立即送往大醫院急救。	前評	0.58 (0.50)	-0.772
	後評	0.63 (0.49)	
11. 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。	前評	0.50 (0.50)	0.216
	後評	0.48 (0.50)	
12. 社區健康評估的對象主要為社區醫療使用者。	前評	0.48 (0.50)	1.843
	後評	0.37 (0.49)	
13. 台灣目前已有安寧居家療護，且有健保給付。	前評	0.42 (0.50)	-2.256*
	後評	0.57 (0.50)	
14. 近二十年來，台灣的醫療體系已發展為正三角形。	前評	0.38 (0.49)	-1.725
	後評	0.50 (0.50)	
15. 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	0.17 (0.38)	-1.692
	後評	0.25 (0.44)	
16. 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	0.08 (0.28)	-1.762
	後評	0.18 (0.39)	
17. 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	0.08 (0.28)	1.351
	後評	0.03 (0.18)	
18. 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	0.03 (0.18)	0.000
	後評	0.03 (0.18)	
19. 目前衛生署醫療網已進行到第五期，2005年起，將進入第六期。	前評	0.02 (0.13)	0.000
	後評	0.02 (0.13)	
20. 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	0.00 (0.00)	-3.435***
	後評	0.17 (0.38)	
總平均正確分數	前評	0.50 (0.12)	-3.240**
	後評	0.54 (0.10)	

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

「目前衛生署醫療網已進行到第五期，2005年起，將進入第六期。」(0.02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」(0.03比0.03，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」(0.08比0.03，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」(0.08比0.18，範圍0-1)、「以功能而言，社區的範圍可定義為門診常來的一群老病人」(0.17比0.25，範圍0-1)、「近二十年來，台灣的醫療體系已發展為正三角形」(0.38比0.50，範圍0-1)、「社區健康評估的對象主要為社區醫療使用者」(0.48比0.37，範圍0-1)、「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」(0.50比0.48,範圍0-1)(表1)。

在態度量表中信念評估方面,正面信念題目十七題中前後評同意度有統計學上意義的增加有六題,分別是「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」($p<0.05$)、「國內醫療體系應重整,並應以社區醫療體系為基礎」($p<0.05$)、「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」($p<0.05$)、「社區醫學訓練對社區醫療保健單位的

功能有提升之效果」($p<0.05$)、「社區醫學訓練可協助社區醫療保健單位之整合與功能」($p<0.05$)、「在社區照顧末期瀕死病人,對病人及家屬很重要,醫師應該會照顧」($p<0.05$)。負面信念題六題中,同意度有三題具統計學上意義的增加,包括「社區醫學訓練會影響自己所屬醫院的營運,對醫院不利」($p<0.05$)、「社區醫學訓練對社區醫療保健單位也造成負擔與困擾」($p<0.01$)、「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2)。

表2 受測醫學生社區醫學信念前後評之比較(n=60)

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	4.67 (0.51)	-0.468
	後評	4.70 (0.46)	
2. 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	4.65 (0.48)	0.497
	後評	4.61 (0.53)	
3. 社區醫學是照顧大多數民眾常見的健康問題。	前評	4.60 (0.53)	0.216
	後評	4.58 (0.59)	
4. 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。	前評	4.58 (0.50)	-0.651
	後評	4.64 (0.48)	
5. 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	4.57 (0.53)	-1.920
	後評	4.72 (0.45)	
6. 社區醫學訓練可使醫師更具關心與照顧社區民眾的能力。	前評	4.55 (0.57)	-0.216
	後評	4.56 (0.54)	
7. 社區醫師應參與社區公共衛生及防疫相關事務。	前評	4.55 (0.50)	0.000
	後評	4.55 (0.57)	
8. 社區醫師應跨出診所或醫院,關心並實際提升社區民眾的健康水準。	前評	4.53 (0.60)	-0.191
	後評	4.55 (0.54)	
9. 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	4.50 (0.66)	-1.137
	後評	4.60 (0.59)	
10. 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	4.48 (0.60)	-2.128*
	後評	4.60 (0.49)	

表2 (續) 受測醫學生社區醫學信念前後評之比較(n=60)

題 目		平均值(標準差)	t值
11. 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	4.46 (0.63)	-0.497
	後評	4.49 (0.57)	
12. 國內醫療體系應重整，並應以社區醫療體系為基礎。	前評	4.39 (0.67)	-2.277*
	後評	4.61 (0.53)	
13. 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	4.28 (0.62)	-2.355*
	後評	4.48 (0.54)	
14. 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	4.03 (0.84)	-0.562
	後評	4.10 (0.86)	
15. 社區醫學訓練對社區醫療保健單位的功能有提升之效果。	前評	4.02 (0.83)	-3.301**
	後評	4.40 (0.56)	
16. 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 (0.92)	-2.690**
	後評	4.36 (0.71)	
17. 在社區照顧末期瀕死病人，對病人及家屬很重要，醫師應該會照顧。	前評	3.93 (0.91)	-2.498*
	後評	4.25 (0.76)	
18. 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	3.85 (1.15)	-2.990*
	後評	4.23 (0.83)	
19. 社區醫學訓練會影響自己專科訓練時間及增加負擔。	前評	3.72 (0.98)	-1.800
	後評	3.88 (0.98)	
20. 社區醫學訓練對社區醫療保健單位也造成負擔與困擾。	前評	3.70 (1.05)	-3.255**
	後評	4.13 (0.75)	
21. 社區醫學訓練造成自己生活安排上的不方便。	前評	3.70 (1.01)	-1.628
	後評	3.93 (0.94)	
22. 在社區照顧末期瀕死病人，對自己會造成過多工作負擔及壓力。	前評	3.58 (1.12)	-0.926
	後評	3.79 (1.01)	
23. 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	3.15 (1.16)	-2.250*
	後評	3.42 (1.12)	

註：* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ ，平均答對分數以paired t test比較，得分範圍1-5分

受測同學在前評時，對社區醫學學習項目的學習意願，依強度排列依序為：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，3.參與學習社區健康的評估工

作，4.參與學習社區醫療保健資訊整合系統，5.參與學習社區醫院如何照顧社區，但在一天的課程之後再評估，各個學習項目的意願則依序為：1.參與學習衛生所公共衛生業務，2.參與基層醫療

門診，了解基層醫療運作，3.參與學習如何促進社區健康之活動，4.參與學習衛生所防疫工作業務，5.參與學習社區健康的評估工作（表3）。

醫六同學在課程進行前，對參與本社區醫學課程的整體意願調查，表達非常願意者佔21.7%，願意者佔60%，保持中立者也佔了18.3%。而經過一天的社區醫學見習後，自認為願意推薦同學參與本課程的調查則呈現：非常願意者佔55.0%，願意者佔45.0%，也就是所有同學皆願意推薦本訓練課程。

討 論

為因應社會及醫療環境的改變，國內外的醫學教育專家多有共識，將醫學生的教育從醫院延伸至社區的學習是一個很好的方向，對醫學生來說也是很難得的學習經驗，但是訓練成本的問題的

確需要考慮^[8]。北部國立大學醫學院自1991年開始推展醫學生五年級的社區見習課程，在醫學院的社區醫學教育中是一個較特別的經驗。在2000及2001年，該醫學院陸續開放讓中部兩家醫學院醫學系六年級的同學至該醫院見實習，該醫院也為此設計短期的社區醫學實務訓練，讓兩家醫學院的同學可以在實習前對社區醫學有更進一步的認識。從過去同學的心得報告或討論，對此短期的社區醫學課程多給予正面的回應，此次透過研究問卷調查，讓我們可以得知此短期社區實務訓練的課程大致符合要求，同學對此課程的滿意度也很高，再者，藉由本研究的評估更能了解不足之處，提供日後修改課程之參考。

在基本資料方面，兩家醫學院的同學各佔一半，自認以前曾受過社區醫學訓練者佔85%，而沒有受過社區醫學訓練者佔11.7%，但在自認以前曾受過社區

表3 社區醫學學習意願前後評之排行順序(n=60)

項 目	前評時意願度	後評時意願度
	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。	4.28±0.45	4.21±0.65
2. 參與學習如何促進社區健康之活動。	4.11±0.65	4.19±0.58
3. 參與學習社區健康的評估工作。	4.06±0.70	4.11±0.61
4. 參與學習社區醫療保健資訊整合系統。	4.04±0.56	4.02±0.61
5. 參與學習社區醫院如何照顧社區。	4.04±0.60	4.10±0.61
6. 參與學習衛生所防疫工作業務。	4.02±0.67	4.16±0.49
7. 參與學習社區安寧療護工作。	4.00±0.76	3.41±0.86
8. 參與學習衛生所公共衛生業務。	3.95±0.71	4.24±0.58
9. 參與學習社區長期照護工作。	3.87±0.78	3.71±0.73
10. 參與社區衛生行政工作。	3.72±0.86	3.89±0.64

註：得分範圍1~5分

醫學訓練的同學中，大部分僅是課堂上的授課而已（88.2%），因此，各醫學院社區醫學訓練的課程亦值得關注。

有關社區醫學知識方面，前後評平均正確分數進步達統計意義者僅有二題，第一為「台灣目前已有安寧居家療護，且有健保給付。」（ $p < 0.05$ ），依行政院衛生署統計，國內目前每年約有三萬五千人死於癌症，但每年接受安寧療護照護之病患人數約只有三千至五千人，只佔癌症死亡人口的十分之一，供需仍不平衡。為提升癌症末期病患照護品質並有效利用急性病房資源，行政院衛生署於1995年起開始推動安寧療護計畫及訂定安寧療護病房設置參考規範，中央健康保險局亦配合自1996年起將安寧居家照護納入試辦計畫^[9]。此題醫六學生經過一天的社區介紹，在後評時有明顯的進步。另一題為「目前健保局推展家庭醫師整合性照護計畫，已核定通過實施一百個社區醫療群。」（ $p < 0.001$ ）在施測當時健保局已通過了200個社區醫療群，此題答對率相當低，雖在後評有進步，但是是所有題目中答對率最低的一題（0.00比0.17，範圍0-1）。家庭醫師整合性照護計畫為目前行政院衛生署及中央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，目的是要建立家庭醫師制度，提供民眾周全性、協調性與持續性的服務，以民眾健康為導向，建立以病人為中心的醫療觀念，提升醫療服務品質^[10]，在一天的介紹中，雖然有提到，但參與之醫六同學可能對於社區醫療群的數目還不是很清楚，由此題的測驗中可知。

知識量表中，前後評平均正確分數皆低者共有9題，除了以上的兩題外，還有「目前衛生署醫療網已進行到第

五期，2005年起，將進入第六期。」

（0.02比0.02，範圍0-1），2005年起衛生署醫療網正開始進入第五期^[11]，可知大多數的醫六學生對國內衛生行政的了解，在一天的社區醫學訓練的確沒有明顯的進步。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」（0.08比0.03，範圍0-1），社區醫學主要的服務內容並不包括重症醫療，重症醫療規劃於醫學中心負責。平均分數較低者尚有「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」（0.08比0.18，範圍0-1），台灣65歲以上人口已達到9.48%^[12]，已進入老人社會，在亞洲地區排名第三。老人照顧將成為台灣未來醫療體系重要的工作，並且也佔醫療費用支出的大部分，在社區如能提供周全性的老人照顧，不但可以協助促進老人自我照顧與獨立生活的能力，進而維持好的生活品質及功能，亦可節省醫療資源^[13,14]。本項目之教育亦為社區醫學訓練計畫需加強之處。平均分數較低者尚有「以功能而言，社區的範圍可定義為門診常來的一群老病人」（0.17比0.25，範圍0-1），社區的定義是以某種型式之社會組織或團體結合在一起的一群人，因而共有基本價值、文化模式及社會問題^[15]。因此就功能而言，可視為門診常來的一群人。平均分數較低者尚有「社區健康評估的對象主要為社區醫療使用者」（0.48比0.37，範圍0-1），此題為社區醫學的核心理念。社區醫學的對象不只有醫療使用者，還有非醫療使用者的健康情況，以及這些民眾對疾病的認知及求醫情況，如此才能深入社區，了解社區民眾的健康問題。平均分數較低

者尚有「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」（0.50比0.48，範圍0-1），依英國的一個研究統計，在人口為二萬人的社區，約有一千人有未分化的身體症狀，其中只有一百個人會積極尋求醫療幫助，而這一百人中只有十個人會到正統的基層醫療單位就診，其中只有一位會被轉診到醫學中心^[16]。台灣的就醫情況較自由及多元化，但有未分化身體症狀的民眾大多在社區基層醫療單位就醫。因此，醫學教育如果只侷限在醫學中心訓練絕對是不足夠的，社區的疾病型態與醫學中心的疾病型態如此的不同，倘若醫學教育沒有加入社區醫療的部分，醫學生畢業後又立即接受專科訓練而缺乏社區醫學的訓練，將來投入社區基層醫療的服務則很難立即了解社區民眾健康的狀況及疾病型態，對於社區基層醫療的服務模式也不易熟悉，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。由以上知識量表的評估結果可知，很多社區醫學的原則及內涵在短暫一天的介紹下，很難為醫六同學吸收。不過因本研究知識量表中不少題目較偏重數字記憶，雖有其重要性，但是否能代表社區醫學知識，則可再討論。

另外在社區醫學態度評估方面，由正面信念題目中前後評有統計學上意義增加的六題當中，可以知道受測醫六學生對於社區的功能，認同社區醫學強調以社區為導向的基層醫療保健工作，也有助於基層醫師的照顧能力及業績，另外認為目前國內醫療體系應重整，以社區醫療為基礎，這也是SARS後整個國內醫療體系所要改變的方向。至於基層醫師於社區所扮演的角色中，學生們也同意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。另外也認為基層醫師應該會在社區照顧末期瀕死病人，這正符合目前安寧緩和醫療所提倡的理念，希望可以讓末期病人在人生最後的一段時間，在自己最熟悉的環境中接受照顧，促進達到善終的目標。而在社區醫學訓練的重要性，受測同學們也認同社區醫學訓練對社區醫療保健單位的功能有提升之效果，也可協助社區醫療保健單位之整合與功能。雖然正面信念其他題之前後測沒有統計上有意義的增加，但在社區的功能、基層醫師在社區的角色以及對於社區醫學訓練方面，在前後測中都是持同意的意見。至於在負面信念中有意義的降低的三題來看，可見經過一天的社區醫學課程介紹後，觀念上有一些正面改變，從原本認為社區醫學訓練會影響自己所在醫學院的成本，對醫療保健單位也造成負擔與困擾，以及認為自己受社區醫學訓練的意願會受家人不支持的影響，在後測中均有明顯的降低。由以上看來，這也表示在經過一天的課程介紹，即使時間很短的狀況下，對於一些對社區健康的誤解澄清及重要觀念之修正有相當助益。

至於受測學生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「參與學習如何促進社區健康之活動」。經過一天的社區醫學學習後，最有意願的項目則為「參與學習衛生所公共衛生業務」，其次為「參與基層醫療門診，了解基層醫療運作」。由於一天的課程時間有限，如何能在有限的時間，將社區醫學的觀念傳達給學生，並符合學生教育訓練的需求，配合社區醫學必要的學習內容，由本研究的

結果應可在未來課程的安排上再據此加以調整。

本研究之結論，在一天的社區課程實習後，受測學生對社區醫學知識的改進仍有限，此可能因本研究問卷知識題中較多偏數字記憶的問題，在短時間並無法得到明顯的進步。但反觀在對於社區功能、基層醫師的角色，以及對於社區醫學訓練的評價方面，很多的重要觀念，是可以經由這樣的課程訓練來修正及改變。本研究的結果可看出如此的課程設計對於醫學生的社區醫學態度是有正面的幫助，也可以據此為未來提供更完整的社區醫學訓練計畫。

誌 謝

本研究之完成，需感謝臺大醫院教學部協助課程協調，金山衛生所同仁及高有志醫師診所同仁對本社區醫學實務訓練的協助，同時更感謝金山鄉游忠義鄉長及游忠福先生的協助，最後感謝台大醫學院護理系胡文郁副教授的統計指導及陳怡蓓小姐於整個研究過程的協助。

參考文獻

1. 謝博生：一般醫學教育。初版。台北：台大醫學院（金名圖書），2003：159-169。
2. 謝博生：醫療與社會。初版。台北：台大醫學院（金名圖書），2000：77-107。
3. Habbick BF, Leeder SR: Orienting medical education to community need: a review. *Med Educ* 1996; 30: 163-71.
4. 邱泰源：社區醫學教育與健康照護。台灣醫學 2001；5：212-20。
5. 臺大醫學院：「家庭、社會與醫療」教學指引，2001。
6. 陳慶餘：台大醫學院社區醫學教學之回顧。醫學教育 1999；3：79-84。
7. 劉文俊、梁繼權、王維典、邱泰源、陳慶餘、呂碧鴻：醫學生社區醫學教育學習成效之評估。醫學教育 2002；6：425-33。
8. Hensel WA, Smith DD, Barry DR, et al: Changing in medical education: the community perspective. *Acad Med* 1996; 71: 441-6.
9. 行政院衛生署：行政院衛生署中程施政計畫91-94年度。
10. 中央健保局：家庭醫師整合性照護制度九十四年度試辦計畫。
11. 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。
12. 行政院衛生署：衛生統計動向。台北：行政院衛生署，2004。
13. Weiland D: The effectiveness and costs of comprehensive geriatric evaluation and management. *Crit Rev Oncol Hematol* 2003; 48: 227-37.
14. Phibbs CS, Holty JE, Goldstein MK, et al: The effect of geriatrics evaluation and management on nursing home use and health care costs: results from a randomized trial. *Med Care* 2006; 44: 91-5.
15. 陳慶餘、劉文俊：社區醫學訓練手冊。台北：財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會，2004。
16. White KL, William F, Greeuberg BG: The ecology of medical care. *NEJM* 1961; 265: 885-92.

An Interventional Study to Assess the Learning of Community Medicine by Medical Students Participating in a Short-Term Community Medical Training Program

Chiung-Jung Wen¹, Yi-Lien Liu², Long-Teng Lee¹, Yu-Chi Kao³

Ching-Yu Chen¹ and Tai-Yuan Chiu¹

To have medical students participate in community medicine at an early stage in their training is essential in medical education. Hence, the quality and effect of community medicine training for medical students require more attention. In this research, the knowledge about, and the attitude toward, community medicine by medical students was evaluated. The results are discussed in light of their contribution to the future design of community medicine programs for medical students.

A questionnaire was completed before and after a one-day community medicine training course by 60 medical students who attended the course. The results had accurate response rates of 0.5 and 0.54 in the pre- and post-courses, respectively (range 0-1; $t=-3.240$; $p<0.001$). The results also revealed that the students made significant progress after the training course ($p<0.05$) in only two of twenty questions pertaining to knowledge of community medicine. It is noteworthy that the medical students scored lower than 50% correctly on the nine questions relating to the current domestic healthcare system. Moreover, the accurate response rate showed a significant increase ($p<0.05$) in six questions regarding positive beliefs in community medicine, while there was significant improvement in three questions pertaining to negative beliefs ($p<0.05$). The majority of medical students (81.7%) were willing to participate in this community medicine course, whereas 18.3% of the students had a neutral opinion prior to this course. However, after the training course, 100% of the students showed an interest in all aspects of the community medicine course.

This research concludes that for sixth year medical students, the effects of a one-day training course in community medicine knowledge were limited. However, the course had a significant impact on improving the negative beliefs held by medical students in community medicine and their awareness of vital concepts to community medicine. The design of this course also benefited students in terms of learning about community medicine learning and can thus be considered as the reference for a future training plan.

(Taiwan J Fam Med 2007; 17: 73-84)