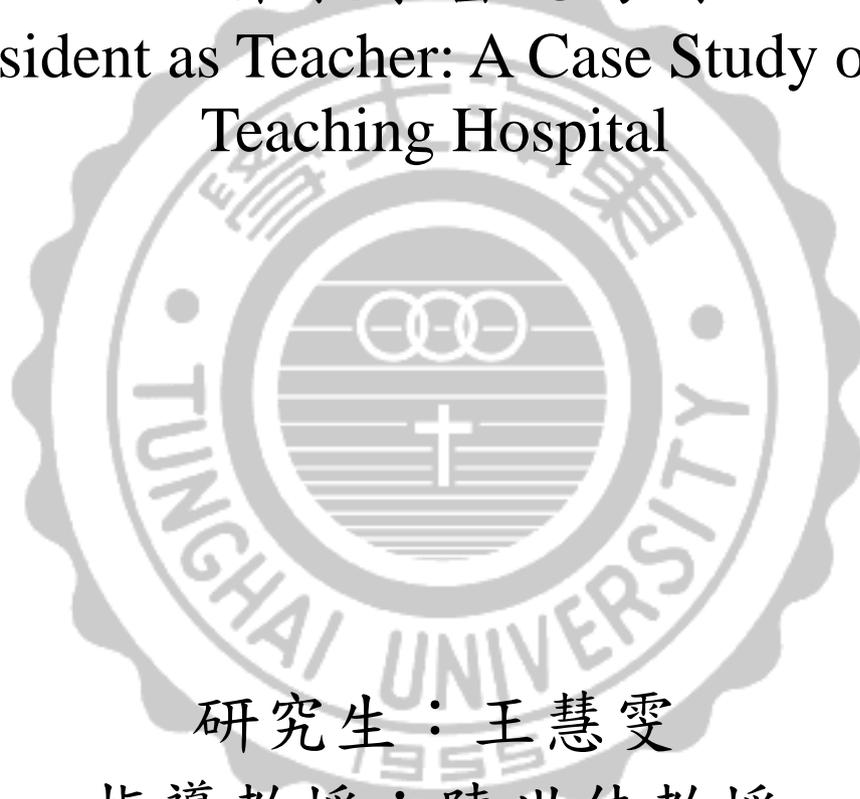


東海大學教育研究所
碩士論文

住院醫師作為臨床教師之初探：
以某教學醫院為例

Resident as Teacher: A Case Study on a
Teaching Hospital



研究生：王慧雯
指導教授：陳世佳教授

中華民國一〇六年六月

住院醫師作為臨床教師之初探：以某教學醫院為例

摘要

於醫療體系中，住院醫師扮演重要的臨床教師一職(Resident as Teacher)，住院醫師對於醫學生具有榜樣的功能，也影響醫學生未來科別之選擇。然而，在醫師培育之課程設計中，大部分教學著重於醫療技術，而住院醫師的教學方法與臨床教學技巧等學習需求卻易被忽視。本研究針對一所非醫學院附屬之教學醫院，探討其住院醫師擔任臨床教師(Resident as Teacher) 時之教學方法內容、教學態度影響因素及阻礙因素。

本研究採用焦點團體訪談法，以半結構式訪談大綱訪談研究參與者共51位，包括不同科別的住院醫師30名、實習醫師12名及主治醫師9名，訪談場次共計14場。訪談過程中以錄音方式記錄，並將訪談內容擅打成逐字稿。經主題萃取、分析歸納後，主要研究發現如下：

- 一、住院醫師擔任臨床教師之教學方法採用可隨機應變之教學方法為個案學習、實作教學、引導式問答、教學時機、學習動機、教學能力、各司其職及角色模範等方法，以達到因人制宜、因地制宜、因時制宜。
- 二、住院醫師擔任臨床教師之教學內容著重於使實習醫師以最有效率之方式增進認知、情意、技能，並達到讓實習醫師最快投身臨床事務之目的，如：臨床事務、臨床用語及核心知識等教學內容。
- 三、影響住院醫師教學態度的影響因素分為內在因素(住院醫師本身特質與思考方向)與外在因素(學生類型、學生積極程度、忙碌程度及科部教學風氣)
- 四、住院醫師之教學阻礙因素有：自身專業程度不足與教學工具書不能隨身取得、制度上的評估效果不良、回饋機制不佳及整體的學習目標不彰等可解決之阻礙因素。時間精力不足、教師、學生、病患皆隨著機緣而有多種不確定性、學生學習態度不佳等，則為住院醫師個人無法解決之限制因素。

根據研究發現，本研究對住院醫師、實習醫師、醫院主管單位及未來研究提出建議。

關鍵詞：臨床教學、實習醫師、住院醫師、住院醫師即教師

Resident as Teacher: A Case Study on a Teaching Hospital

Abstract

Residents played an important role in the hospital. However, resident trained curricula seemed not meeting residents' needs for teaching. This study tried to explore the training needs of residents as teachers (R as T) in a teaching hospital, which is not affiliated to any medical school.

Data were collected through focus group interviews. A total of 30 residents, 12 interns and 9 Visiting Staff from different departments participated in the 14 group interviews. The focus group discussions were recorded and transcribed word by word.

Three major findings were concluded in the present study. First, the residents' teaching methods and contents would be different because of different people, places, and time. Learning through the residents' teaching was the most effective way to enhance interns' cognitive, skills, and affective. Second, the residents' personal traits and thinking would influence their teaching attitude. Furthermore, students' involvement, how residents' schedule, and the department's teaching atmosphere would all influence the residents' teaching attitude. Last, the difficulties for residents being clinical teachers include that the residents were not confident with their profession; the assessment system and feedback systems were not well-designed; the whole learning objectives were not well-specified. Moreover, the residents did not have enough time and energy for teaching whenever patients, students, and teachers were not always the same and students' learning attitude were not good enough.

According to this study, some R as T training models for this hospital were suggested.

Key words: Clinical Teaching, Intern, Resident, Residents as teachers

謝誌

本論文的完成，首先由衷感謝指導教授 陳世佳博士的悉心教導，老師不僅教導學生該如何於做學問中精進，更難能可貴的是老師同時教授學生做人的道理，「莫忘初衷，以終為始」學生將銘記於心，在此至上最深的敬意與感謝。文稿初成，復蒙口試委員 凌憬峰主任與鄧佳恩博士撥冗審閱，並於口試期間提供精闢之見解與寶貴建議，使論文更加充實並完備，特此謹致謝忱。

同時特別感謝本論文之計畫主持人、偕同研究者及辦公室助理，幫助學生了解醫療環境並給予學生極大的幫助與見解，並時常關心學生的生活起居，除了讓本論文更臻精煉，更是給予學生十足的溫暖。

在學期間感謝系上所有師長在學業領域上之教導。感謝學長姊逸寧、尚好、玫儀、日升、彥廷課業上的幫助；同學仕涵、雅雯、芮綺、素瑩、玉齡課業研究上互相砥礪；學弟妹御仙、恩琳、品瑜、孟娟、詩涵、筑鈞、瑞芬、秋芬、瓊雅、秋芬、惠敏、承穎、詩穎、翡庭、青妘、柏汝、佩昕因為有你們的陪伴，使我的研究生活快樂充實且充滿歡笑。

特別感謝我敬愛的祖父母、大伯、大伯母、二伯以及堂姊堂兄，從小給予我關懷與付出，並支持我就讀第二個研究所，讓我得以順利完成碩士學位，慧雯永遠銘記於心。

王慧雯 謹誌

東海教育研究所

2017/7/31

目次

目次.....	I
表次.....	III
圖次.....	IV
第一章 緒論	1
第一節 研究背景與動機	1
第二節 研究目的.....	3
第三節 研究問題.....	4
第四節 名詞釋義.....	4
第五節 研究範圍.....	5
第六節 研究限制.....	5
第二章 文獻探討	7
第一節 台灣住院醫師工作現況	7
第二節 住院醫師擔任臨床教師培訓計畫與其核心能力之研究	8
第三節 課程設計之介紹	11
第三章 研究設計與實施	15
第一節 研究架構與研究流程	15
第二節 訪談對象與研究者角色	21
第三節 研究工具設定	23
第四節 研究資料處理與分析	24
第五節 研究倫理.....	25
第四章 研究結果與討論	29
第一節 住院醫師擔任臨床教師之教學方法與內容	29
第二節 住院醫師擔任臨床教師之態度影響因素	58
第三節 住院醫師擔任臨床教師之阻礙因素	75
第五章 結論與建議	103
第一節 研究結論	103
第二節 研究建議.....	106
參考文獻.....	111

一、中文部分.....	111
二、英文部分.....	112
附件一 訪談大綱初稿.....	115
附件二 訪談大綱.....	117

表次

表 2-1 常見之評估方法與優點與限制	13
表 3-1 住院醫師受訪場次日期與人數	22
表 3-2 實習醫師受訪場次日期與人數	22
表 3-3 主治醫師受訪場次日期與人數	22
表 3-4 資料代碼表	25

圖次

圖 2 - 1 Kern 課程發展-六階段課程設計	11
圖 3 - 1 研究架構與研究流程	16
圖 4 - 1 住院醫師作為臨床教師初探分類之分類圖	101

第一章 緒論

第一節 研究背景與動機

美國的醫學教育始祖William Osler的名言「學習臨床醫學而沒有書籍，宛如航行於無航海圖的大海；但如果只讀書本而沒有從病人身上觀察來學習醫學，就好像學習航海，卻從來沒有出海航行過。」。除了上課演講(traditional lecture)的傳統式教導式學習外，使用床邊教學(bedside teaching)和個案為主(case based teaching)的互動式教學也同樣重要（吳明賢、張上淳、楊培銘、陳明豐、王德宏，2014）。目前國內醫學院制度之臨床教學存在著三類方式，第一類為課堂之大班教學，教授基礎醫學課程；第二類為小班教學，由臨床教師教授七至八位醫學生，針對醫療相關知識與問題進行小組式討論；第三類為臨床實習，於實習期間醫學生至各科別見習，確保可於臨床實境中，學習醫學專業知識、技巧、經驗以及從醫態度與價值建立（郭惠蓉，2012）。大班教學、小班教學，甚或是臨床實習，都是醫學教育的養成中不可或缺且重要之歷程。所有科別之住院醫師任教師時對於醫學生具有榜樣作用，教師可透過自己的知識和經驗，教導更多的醫學生與其他資淺住院醫師於工作上應有之專業與態度，同時住院醫師對於醫學生未來職科的選擇具有直接影響(Morrison, Hollingshead, Hubbell, Hitchcock, Rucker, & Prislín, 2002)。優良的臨床教師除從事醫療工作者以外，同時也是支持者、解說者、引導者、督導者、教導者、典範、計畫者與評估者(Spencer & Jordan, 1999)。鼓勵住院教師扮演多元化角色並於醫學教育發揮關鍵作用，提供有效能教學，可以達到造福學生與未來之醫療體系。故提供住院醫師需要的教學技能的培訓，使其可以給予臨床團隊和教給學生基本技能，包括病史詢問和體格檢查，批判性推理，圖表和程序。若住院醫師能發揮重要作用，在臨床上展現出榜樣與有效的教學，可令學習者得以仿效，使醫學生的臨床技能，學習成效和專業性得以提升(Jarvis-Selinger, Halwani, Joughin, Pratt, Scott, & Snell, 2011)。

於醫療體系中，主治醫師(VS)臨床與研究之工作較繁重且時間較長，故由住院醫師負責教學工作的必要性更為明顯。作為學習者的醫學生，他們認為其

學習有三分之一來自住院醫師(Post, Quattlebaum, & Benich III, 2009); 住院醫師的自我評估, 則認為自己約有20-25%的工作時間在實施教學(Morrison, Shapiro, & Harthill, 2005)。

於教導醫學生與資淺的住院醫師時, 因層級較為接近, 故能更了解學習者需求(Morrison *et al.*, 2002), 臨床醫師對於醫學生具有重要的榜樣效果, 亦會影響未來醫學生對科別的選擇(Jarvis-Selinger *et al.*, 2011)。但是在漫長的醫師培育教育中, 大部分之訓練著重於醫療技術, 對教學概念及臨床教學技巧卻缺乏關注。顯示住院醫師對於自己擔任老師的角色常常並不了解(Lossing & Groetzsch, 1992; Sheets, Hankin, & Schwenk, 1991), 或不清楚醫學生之學習目標, 也不清楚如何評估或回饋學生(Mangione, 1986), 時間管理也是住院醫師於臨床工作以及教學責任中常遇到的問題(Rotenberg, Woodhouse, Gilbert, & Hutchison, 2000; Sheets *et al.*, 1991), 醫師在工作中須負責數量甚多的門診病患, 尤其在現今醫療糾紛充斥的環境下, 已形成莫大壓力。再者, 醫師之升等需具有一定數量的研究成果, 相較之下, 教學就相對處於沒這麼重要之地位。醫學教育白皮書中曾提到, 臨床教師普遍缺乏教學技巧, 學校也無足夠資源及評鑑制度幫助臨床教師精進教學(黃崑巖、賴其萬, 2003)。

因此, 我國於2003年起由行政院衛生署(衛生福利部醫藥司)委託醫策會推動「畢業後一般醫學訓練計畫」(PGY), 進行全國性的教師培育課程, 將教師培育列為教學醫院評鑑之必要項目。其後, 衛生署於2007年以往教學醫院評鑑較注重教學結構面的評鑑; 教學醫院評鑑改革, 則著重教學過程與教學成效的評鑑, 建立以培養核心能力為基礎的訓練體制, 並將教學醫院評鑑與核心能力培養互相聯結。亦即, 改進現有的實習醫師和住院醫師訓練計畫, 由此新制教學醫院評鑑將教學過程及教學成效列為教學醫院評鑑的評核重點(財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會, 2008)。美國更早在1950年代起便聯合各醫學院校提出適合各校發展之醫學教育改革方案, 1996年針對社會期望與醫學生畢業時應具有之特質達成共識。由127個醫學院所組成的美國醫學院學會主導, 提出協助美國與加拿大大學醫學院改善醫學教育品質之計畫, 其中整合基礎醫學與臨床醫學的教學, 更列為第一項醫師培育重點(何善台、徐建鵬、王如娥、謝正源、陳震震、林其和, 2004; 邱永仁, 2003)。

現行國內醫學教育, 西醫師有完整之住院醫師訓練制度, 自2003年起執行

「畢業後一般醫學訓練」，以一般性、基礎性訓練計畫作為設計主軸，培養其專業核心能力。而後因應社會期待及訓練規劃，其訓練期程由3個月延長為6個月，於2011年始執行「一年期畢業後一般醫學訓練」。將西醫師畢業後臨床訓練概念，延伸至其他職類醫事人員，期使新進醫事人員進入職場後，可有系統地接受二年期訓練，自2007年起執行「教學醫院教學費用補助計畫」(2015年5月13日衛生福利部「教學醫院教學費用補助計畫」變更名稱為「臨床醫事人員培訓計畫」)，支持並補助各教學醫院進行畢業後醫事人員之訓練。並於2014年，擴大將語言治療師、聽力師及牙體技術師(生)等三職類納入整體計畫中(財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會，2016)。

由此可見，國內外皆相當肯定臨床教育與教師在醫學教育中的重要性，並注重醫師擔任臨床醫學教學之工作，於是於各國皆具有住院醫師作為教師計畫(Resident-as-Teacher Program)，目的為給予住院醫師良好的課程協助，以期能提升住院醫師的教學相關能力，進而達到改善醫療品質之功效。

因所讀研究所接近某著名之非附屬於任何醫學院之教學醫院(以下簡稱 A 醫院)，並於報章雜誌上了解醫師對於現今醫療現況的困境，故萌生起幫助醫療體系中教育專業與技巧之需求調查與改進，並參與住院醫師擔任臨床教師培訓計畫(Resident-as-Teacher Program)之計畫協助。故本研究採取醫學教育之課程發展-六階段課程設計(劉克明、劉敏，2005)作為主要的理論架構，針對 A 醫院作為研究個案，希望探討住院醫師擔任臨床教師時，所應用的教學方法與內容，並了解住院醫師擔任臨床教師所遇到之態度影響因素，及阻礙因素，透過了解住院醫師成為臨床教師之現況與待改進之項目，以支持臨床教師增進其教學效能，以期在住院醫師有限之時間與精力情況下，提供教學之助力。

第二節 研究目的

- 一、了解住院醫師擔任臨床教師之教學方法與內容。
- 二、了解住院醫師擔任臨床教師職務之態度影響因素。
- 三、了解住院醫師擔任臨床教師之阻礙因素。

第三節 研究問題

基於上述研究目的，茲將本研究之研究問題敘述如下：

- 一、 了解住院醫師擔任臨床教師職務之教學方式與內容為何？
- 二、 了解住院醫師擔任臨床教師職務之態度影響因素為何？
- 三、 了解住院醫師擔任臨床教師之阻礙因素為何？

第四節 名詞釋義

在此界定本研究所使用之相關名詞，以利於研究的設計進行、文獻收集以及相關之討論。

一、 住院醫師

具備醫學士畢業學歷，接受西醫專科醫師訓練，且經考試院醫師執照考試及格，尚未取得專科主治醫師資格者。各科訓練年限依各科醫學會而訂，從三至六年不等，內科大部分以五年為主，神經外科之專科訓練則為六年半，依工作年資再區分為第一年住院醫師、第二年住院醫師，至總醫師(CR)等職級。本研究選擇之住院醫師為未取得該科主治醫師資格，職級從第二年住院醫師到總醫師者。

二、 臨床教師

臨床教師一般係指在教學醫院中擔任教學工作的主治醫師或住院醫師，負責帶領受訓的實習醫師或教導資淺住院醫師，進行病房迴診、門診教學及臨床訓練。本研究中的臨床教師則專指住院醫師在臨床工作中同時擔任教學工作，教學對象包括見習醫學生(UGY)、實習醫學生(PGY)、資淺住院醫師及其他職類同仁。

三、 住院醫師擔任臨床教師培訓計畫

住院醫師擔任臨床教師培訓計畫 Resident-as-Teacher(R as T)計畫目的為提供醫療體系中住院醫師擔任臨床教師具有更專業之培訓，令其可於認知、情意及技能上皆有所增加，希冀可對醫療教育系統之建立具有幫助。本研究即為住院醫師擔任臨床教師培訓計畫中重要的一環，為培訓計畫的開端，為之後的 R as T 培訓計畫給予改進方向。

第五節 研究範圍

本研究的研究對象與研究內容的界定範圍如下：針對 A 醫院中自願接受訪談之實習醫師、住院醫師及主治醫師進行訪談，其服務崗位分別來自不同的科別與不同層級，本研究希冀了解醫療師資培育體系中，臨床教育之現況與其所面臨的困境，故以焦點團體的方式進行訪談，其中以 30 位住院醫師為主要的意見蒐集對象，並另外訪談 12 位實習醫師與 9 位主治醫師作為不同層級之輔助資料，尋求主要受訪層級與不同層級間的意見作比對，希冀可了解各角度的意見，共訪談 51 位醫師。

第六節 研究限制

一、就研究對象而言

由於全台各教學醫院於教學相關之環境條件不一，本研究之研究場域限定於某所非隸屬於任何醫學院之教學醫院，在邀請研究對象選擇上，無法兼顧各種不同體系之教學醫院，故所得資訊僅限於該教學醫院，無法推論至其他醫院。

二、就研究方法而言

本研究主要是以焦點團體法作為資料蒐集的方式，同時考量研究倫理，以公開資訊的方式邀請有意願者參與研究訪談，於參與者的選擇上並非隨機取樣，人數也有所限制，故所得結果不能推論至母群體。因此，研究成果將不具有普遍的推論性，無法推論於其他場域、其他職群教師在不同領域之環境。

第二章 文獻探討

欲以有效方式評估住院醫師擔任臨床教師時之內容、方式與其所遭遇之困難，並了解影響其擔任臨床教師態度之歸因，以增加住院醫師教學之助力，本研究針對現今醫院制度現況、各種課程設計，學習相關理論、焦點團體之相關及不同學者對於臨床教師所應具有之核心能力作介紹，以期可增加相關之先備知識，對本研究具有更大之助益。

本文獻探討可分為三部分，第一部分為現今台灣住院醫師工作現況；第二部分住院醫師擔任臨床教師培訓計畫與其核心能力之介紹；第三部分為課程設計之介紹；

第一節 台灣住院醫師工作現況

本節針對台灣住院醫師每週工作時數與內容作介紹，希冀可對於台灣現今住院醫師之工作狀況作了解。

根據行政院衛生署統計，台灣住院醫師每週工時為 74.6 小時(衛生署，2014)，而衛生福利部醫事司 2014 年公布「住院醫師工時」調查統計顯示，80 家教學醫院中，神經外科住院醫師單週值勤時數達 97.35 小時，整形外科達 103.61 小時，其餘外科、婦產科也超過 90 小時。相較於美國住院醫師工作時數 80 小時，台灣住院醫師之工作時數明顯較長，近年來報章媒體經報導有關勞工因工作時間過長、工作負荷過重等因素，導致過勞猝死之事件，其中以醫護人員、駕駛司機、高科技產業從業人員等皆為過勞的高危險族群，而長期處於疲勞與過壓之環境下，可能會影響判斷能力與認知行為（李明濱、胡佩怡與廖士程，2014）。

最新「住院醫師勞動權益保障及工作時間指引」規定，從每周工時 88 小時降為 80 小時，住院醫師工時為每 4 周總工作時間上限 320 小時，每日正常工作時間不得超過 10 小時，連同延長工作時間不得超過 28 小時，期間應有短暫休

息。輪班制者，如急診、加護病房，每日連同延長工作時間不得超過 13 小時，且 2 次值勤之間隔至少應有 10 小時 (衛生福利部，2017)。

但可能造成住院醫師工作負擔卻沒減輕，其原因為短期人力缺口加劇，進而運用住院醫師取代原先就需要做的工作，故住院醫師的工作可能不減反增，或者可能壓縮到醫學教學機會。

住院醫師之工作內容包含服務，研究及教學，故於眾多繁雜事務中，幫助住院醫師以更有效率之方式學習與處理事務為必要策略。醫師於工作團隊中需分享知識、傳播研究成果及教導醫學生，同時必須對病人與家屬進行有效溝通並提供衛教宣導，因此醫師須具有良好之教育溝通能力，將自身知識和經驗透過良好的方式授予實習醫師、較資淺醫師及一般民眾，為醫師之重要責任 (Jarvis-Selinger *et al.*, 2011)。許多醫師表示願意教授較為資淺之醫生重要之臨床技巧或提供醫學相關之建議，以達提攜後進便於日後於醫療工作上互助關係 (Maarij, Halim, & Iqbal, 2015)。

故以有效的方式幫助住院醫師學習擔任教師應有的技巧與心態，便可在有限的時間與精力情況下，增加住院醫師之教學能力，為此研究中的最大目的。

第二節 住院醫師擔任臨床教師培訓計畫與其核心能力之研究

了解國內外對於院醫師擔任臨床教師培訓計畫與其核心能力之相關，可以針對本研究中住院醫師作為臨床醫師時之教學內容、方式以及其態度做比較，知曉研究而來的結果是否與其他國內外之研究相符合，或具有那些特異性。住院醫師任臨床教師時所推崇「Doctor」是從「to teach」而來，醫學之父 Hippocrates 提倡教導年輕醫師為資深醫師所需扮演的角色之一，臨床之「學」與「教」互動中進行非正式之教學工作，較資深醫師除看診外，同時背負著教學之責任 (郭惠蓉，2012)。良好的臨床帶教老師是有效之榜樣效果。教師人際和建立關係之技巧對於教學尤為重要。和學習過程中為了更有效的教學，教師需要考慮到學生的個體差異，透過良好之人際關係與榜樣，可讓學生學習和發展更為良好 (Goldie, Dowie, Goldie, Cotton, & Morrison, 2015)。Morrison *et al* (2002) 之研究中顯示，受訪者一致認為住院醫師任教師發揮關鍵作用，於醫學

教育，提供強大的基礎技能教學，並實實在在的給予住院醫師本身與學習者幫助。其中教師專業的榜樣為學生最佳之學習經驗，故住院醫生教學技能需培訓，才能給予臨床團隊和學生基本技能，包括病史詢問和身體檢查，批判性推理，圖表和程序。舊金山加州大學與哈佛大學也嘗試以新的教學組織來補足現況結構性之不足，並定義出遴選臨床教師之五大條件，分別為實際教學、課程設計、輔導諮詢、行政領導及教育研究（陳偉德，2007）。於加拿大 The University of British Columbia (UBC)醫學教育 R as T 研究中，推薦住院醫師學習六大核心課程目標，分別為：1.了解醫學教學原理與相關教學策略；2.有效並具有互動的簡報技巧；3.針對學生需求並設計教育目標，並設計節省時間的教學策略來因應繁忙的臨床工作；4.促進臨床思辨之能力；5.觀察學生行為並給予回饋之能力；6.學習良好的衛教能力 (Jarvis-Selinger, 2015)。舊金山加州大學與哈佛大學也嘗試以新的教學組織來補足現況結構性的不足，更進一步定義出五大條件來遴選臨床教師，分別

為實際教學、課程設計、輔導諮詢、行政領導及教育研究（陳偉德，2007）

醫師的角色十分多元，作為醫學知識專家與臨床老師，醫師必須參與研究、資訊學習、共享知識、進行管理、展現卓越教學及良好的溝通等工作。當作為管理者，臨床醫生可以運用他們的技能來學習資源有效的管理。臨床醫生可以通過作為榜樣，鼓勵學生了解責任並應用到相關教學活動。故醫師必須是個醫學專家（medical expert），並且是良好的溝通者（communicator）、協調者（collaborator）、管理者（manager）與健康守護者（health advocate），在研究工作則為優秀的學者（scholar）等(Prideaux *et al.*, 2000)。擔任優良住院醫師可利用下列技巧，如：明確規定程序的適用範圍，並於初期階段確保學生之學習目標，提前計劃教學方式同時通知學生欲進行之方式，並明確建立教程之規則(Sutkin, Wagner, Harris, & Schiffer, 2008)。此外，還可使用多變和互動式教學方法，以建立融洽的師生關係，最後評估可作為教學計劃之一部分，在教學結束後可尋求學生和資深教授之回饋(Mabvuure, Rodrigues, Cumberworth, & Mahmud, 2013)。研究中顯示，優良臨床教師應擁有特定的特質(具吸引力的教學、幽默感、具清晰思路、尊重學生及提醒自己有責任成為角色模範)、能力(徹底了解學生知識水平與經驗、深刻了解課程及教育背景)及策略(適應訓練的內容、激發學生提問、刺激思考並提供回饋)(Duvivier, Van Dalen, Van Der

Vleuten, & Scherpbier, 2009), 並有研究提到回饋於醫學教育中重要之一環, 但卻時常被忽略(Maarij *et al.*, 2015)。同時良好的臨床醫師特徵為鼓舞人心, 給予學生支持, 積極參與與學生之聯繫(Sutkin *et al.*, 2008)。除知識與技能外臨床教師同時也是學生在行為及專業發展上的角色模範, 教師必須與時俱進的傳達學術知識, 特別可以加強的是在隱性知識的上的教導, 如價值觀、道德觀及醫學的藝術, 這些無法從書本上學習到的知識(Rose, Rukstalis, & Schuckit, 2005)。故發展臨床教師之規劃研究不僅為增加認知, 任何有效增進教學相關的知識和技能發展皆須顧及。教學內容與教學課程之重點以住院醫師之學習為中心, 且需整合到日常工作, 同時人們日益認識到這些課程之重要性 (Sutkin *et al.*, 2008)。

而於國內的研究中顯示, 臨床教師所需具備的專業能力包括擁有本身醫療專業的優質智識和技能, 並具有良好的人際溝通能力, 能營造醫療團隊間良好氣氛, 展現對病人的關懷, 同時其可適時表現謙恭、樂於學習和勇敢接受錯誤的態度, 最後須具備專業的臨床教學能力及技巧與認真教學才可稱為良好之臨床教師 (吳明儒等人, 2010)。住院醫師具有多重身分, 其身為指導者, 扮演著助教的工作, 而對主治醫師而言, 住院醫師則是受訓者與學習者, 顯示傑出或臨床技術優異的教師, 若不願花時間教導學生, 不見得為優秀教師, 故教師之言行舉止為年輕醫師及醫學生學習對象, 不僅是在醫學專業知識與技能上, 教師對待病人的態度及教師面對醫療工作所具備的信念與價值觀, 會在潛移默化下影響學生未來發展, 而這正是所謂的典範 (role model) (謝博生, 2006)。而根據實習醫師的回饋與綜合相關研究指出, 優秀臨床教師應具熱誠與清晰之組織能力以適應與實習醫學生或其他醫師之相處, 積極、主動地鼓勵學生參與醫療團隊工作, 並促進學生自我認知及展現病人照顧的能力 (顏鴻章、徐德福與陳盈如, 2010)。而郭惠蓉 (2002) 指出, 臨床醫師之核心能力整體指標的相對重要性, 前十項最重要之指標分別為: 重視身教言教、對醫學傳承具有使命感、期許自己成為年輕醫師的楷模、認同教學的意義與價值、具備教學熱忱、能與學生有良好的互動、能隨時吸取醫學新知、有耐心、能隨時成為學生的後盾與幫助、具備臨床處置的能力。

第三節 課程設計之介紹

欲幫助住院醫師於有限的時間與精力下幫助其學習到成為臨床教師所需的技能與態度，需選擇出適合住院醫師所學習的課程模式。

醫學課程發展的不同設計中，Kern 的六階段課程設計為醫學教育常用之設計（朱紹盈等人，2009）。本研究之主要架構為使用 Kern 的醫學教育之課程發展六階段課程設計。

Kern 所提出之六階段課程設計綜合了 Taba、Tyler 所發表的課程發展一般方法以及 McGaghie 等人與 Golden 對於教育課程與醫療照顧需求而形成醫學教育課程中的六階段課程設計，如圖 2-1 所示。

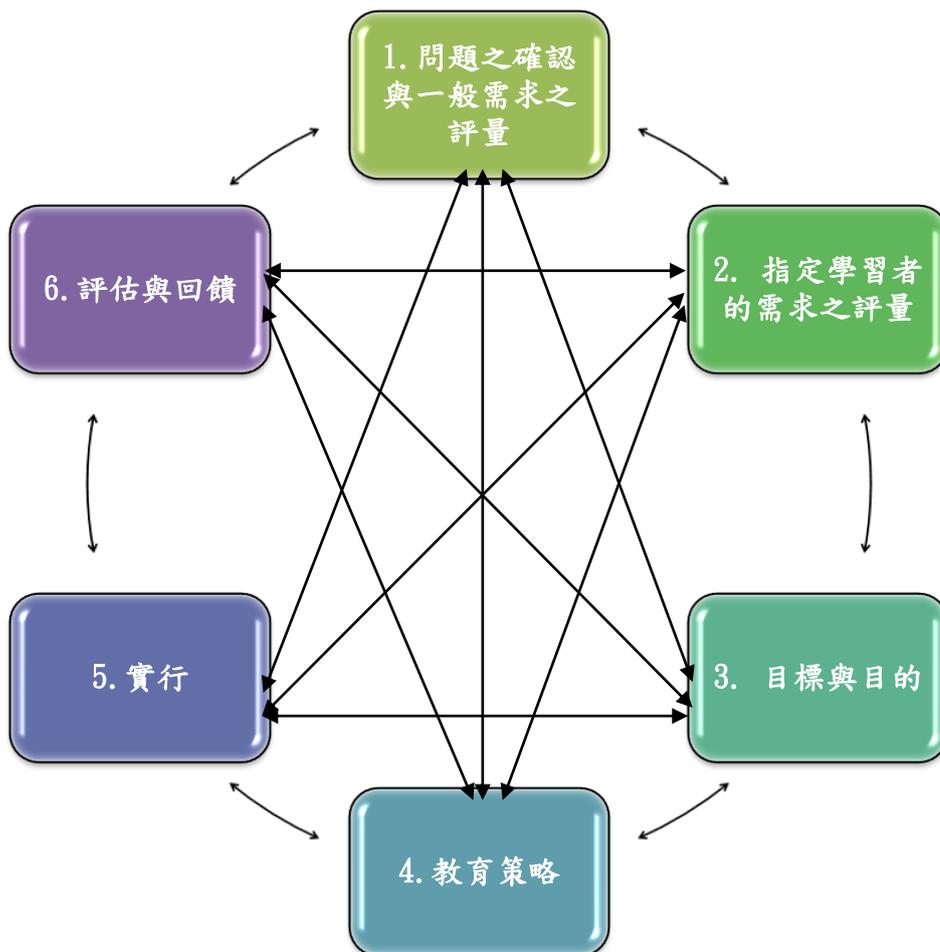


圖 2-1 Kern 課程發展-六階段課程設計

資料來源：Kern, D. E., (2005). 醫學教育之課程發展 六個階段的方法.(劉克明, 劉敏譯)台北: 藝軒圖書發行.藝軒圖書文具公司總經銷.

故以醫學課程發展的不同設計中，六階段課程設計之其基本假設為，教育計畫具有目的或目標，且無論目的與目標是否被清楚表達；醫學之教師擁有專業與倫理上義務，以滿足學習者、病人及社會上之需求；醫學之教師應對介入後而產生的結果負責任，並以合理有系統之方法發展課程，可有助於達成目的。而六個階段分別為：

(一)問題之確認(problem identification)與一般需求之評量(problem identification and general needs assessment)

特定的醫療問題可能與醫師素質或社會的醫療照護需求有關，當問題定義越明確，越易設計適當之課程來解決問題(劉克明、劉敏，2005)。

(二)指定學習者的需求之評量(needs assessment of targeted learners)

確認指定學習者的需求之評量，於此階段須確認學習者理想特質與實際特質間之差異，以及理想學習環境與實際環境之差異性。

(三)目標與目的

確認學習者需求後，便有藉著設定目標與目的讓課程能處理需求之必要性，目標(goals)意指一個廣義的、一般的教育目的(broad education objective)，而目的為一特定的、可測量的特定目的(objective)。廣義之教育目標傳達一個課程之整體目的(overall purposes)，為選擇一課程時的重要基準指標，如學習者的認知領域(知識)、情意領域(態度)、技能領域(技巧及表現)、課程管理與臨床結果之目的，並可決定課程的內容、教育方法及評估方式之選擇，建立學習者之焦點(劉克明、劉敏，2005)。

(四)教育策略(educational strategies)

當課程目標與特定目的被確定後，接下來工作發展能達到課程目的之教育策略，其包含內容(content)與方法(method)兩方面，內容為課程所包含之特定教材，方法為內容呈現之方式。

(五)實行(implementation)

欲使課程發揮潛在能力，需了解實行上之問題，確認與處理實行時的資源與障礙，反覆得改進課程，以達到課程實行上的最大效率(劉克明、劉敏，2005)。

(六)評估與回饋

課程評估為關心的事項與可接受標準之比較，回饋為把關於個人或課程之表現資訊提供給該課程之學習者、教師與其他利害關係人（劉克明、劉敏，2005）。常見之評估方法與優點與限制如表 2-1。

表 2-1
常見之評估方法與優點與限制

評估方法	優點	限制
評量表	經濟	主觀
	評估範圍廣	具有評估者偏誤
		用來評量基礎資料往往不充足
自我評量表	經濟	主觀
	評估範圍廣	評估者偏誤
	促進自我評量	與客觀測量一致性低
筆試或電腦互動測驗	通常為經濟	信度效度隨測驗品質與目的而改變
	客觀 廣為接受	
問卷調查	較為經濟	主觀 需時間與技巧見力有信度與效度的測量工具
個別訪談	具有彈性	主觀
	能追蹤釐清回答	主觀者偏誤
	以回答者為中心	需時間與技巧建立信度與效度測量工具 需訪談人員
小組訪談/討論	有彈性有效率	主觀
	可以互動加升豐富度與深度	需熟練的訪談人員
		不會產生量的資訊
	可整合至教學授課中	可能無法代表全體

資料來源：Kern, D. E., (2005). 醫學教育之課程發展 六個階段的方法.(劉克明, 劉敏譯)台北: 藝軒圖書發行. 藝軒圖書文具公司總經銷.

Kern 課程發展-六階段課程設計結合了一般方法、教育課程以及專業的醫療照顧需求具有多方面的融合與評估，而此模式之第一階段為(一)問題之確認與一般需求之評量 (problem identification and general needs assessment)，其需求評估評量內容與方式符合本研究針對現今住院醫師擔任教師時所應用的教學內容、方式及其任臨床教師時所面臨的阻礙因素與影響住院醫師作為臨床醫師態度之歸因，本研究以此六階段為課程主架構，對於作為提升住院醫師擔任教師之核心能力之課程模式。

第三章 研究設計與實施

本研究之目的在研究住院醫師成為臨床教師之現況中推崇之教學內容與方法，以及其任臨床教師之阻礙因素與影響其教學態度之因素，以支持臨床教師增進其教學效能，六階段課程設計之第一步驟為問題之確認與一般需求之評量，如此才可針對學習者設計出其所適合之課程規劃(劉克明、劉敏，2005)，故本研究擬藉由焦點團體的方式，以半結構式訪談，了解住院醫師對於成為臨床教師之現況中推崇之教學內容與方法，以及其任臨床教師之阻礙因素與影響其教學態度之因素，並將訪談內容形成逐字稿，加上其他相關書面資料之蒐集和分析，萃取出重要主題，據以建議住院醫師擔任臨床教師之師資培育規劃。

本章內容旨於說明本研究之設計與實施方法步驟，全章共分四節，包括研究架構與流程、研究對象、研究工具設計、資料處理與分析。

第一節 研究架構與研究流程

一、研究架構

本研究之研究架構與流程為研究者參考相關文獻後，配合現今台灣醫療體系制度、社會制度、政治法規及醫院風氣，所做研究設計，希冀能了解實際住院醫師任臨床醫師所需要學習到的教學態度、技巧、內容與其任臨床醫師所面臨到的困難。以達到 Kern 六階段課程設計之第一步驟為問題之確認與一般需求之評量，對問題具有明確理解，使其更有助於問題焦點之集中與進行策略之探討。圖 3-1 為本研究之架構與流程。

二、研究流程

其可分為預備選定研究主題階段、整理分析文獻、選定研究對象、建立研究架構、發展研究工具（半結構式訪談問題之建立與分析階段）及最後分析撰寫論文。

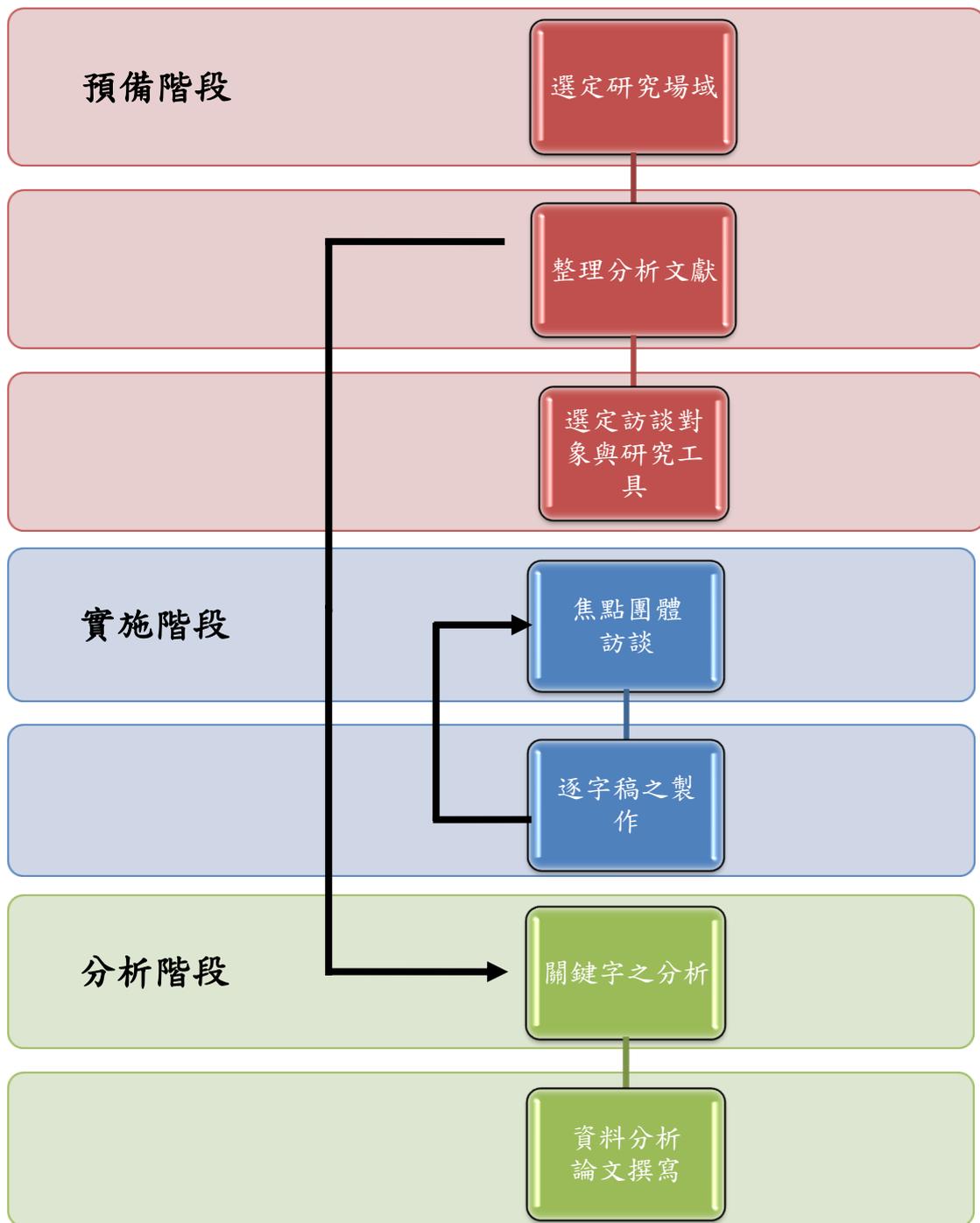


圖 3 - 1

研究架構與研究流程

(一) 選定研究場域

預備階段先針對台灣醫療法規與醫療體系做相關資料之整理，此研究對象為國內重要的教學醫院作為研究場域，醫師的培育及養成攸關未來醫療品質，試著從中找尋能幫助增進醫療照顧服務品質之方法，第一線照顧病患之醫師如能透過臨床教學於最短的時間獲得醫療上應有的專業知識與態度，便可將醫療品質做最佳之提升，故於有限的時間與精力下針對最常擔任臨床教學工作的住院醫師，了解其任臨床教師時之需求與困境，便可達到 Kern 六階段課程設計之第一步驟為問題之確認與一般需求之評量，以其釐清問題之焦點，集中與進行策略之探討，此研究之研究場域選定某不附屬於任何醫學院之 A 醫院。

(二) 整理分析文獻

找尋閱讀相關之文獻後加以分析，本研究欲研究之主題為住院醫師成為臨床教師之需求探討，首先根據台灣醫學院評鑑委員會 (Taiwan Medical Accreditation Council, TMAC) 評鑑準則與其他公開版之相關評鑑共識記錄，其中於醫學院評鑑委員會 (TMAC) 2012 年訪視委員研習共識記錄(公開版)中強調：「住院醫師對床邊教學的重要性與目標應有充分的認識，同時要具備指導與評估學生的能力，才能扮演好教學的角色，且醫院對住院醫師參與教學的成效有加以監測的方法。」故本研究針對現今醫療人員臨床教學現場中住院醫師之需求與困境做探討，進而希冀於有限的時間與精力下，有助於住院醫師勝任臨床教師，將優良之醫療技術與態度傳承於醫學生與新進醫師，以增加醫師的工作效能與醫療品質的提升。

(三) 選定訪談對象

根據研究之目的，本研究住院醫師成為臨床教師之需求與困境探討，經偕同研究者發起邀請訪談公告，邀請自願接受訪談之各層級醫師接受焦點團體訪談，訪談對象為 A 醫院醫師共 51 人，其中住院醫師 30 位、實習醫師 12 位及主治醫師 9 位，研究以住院醫師之見解為主，並訪問不同階層之實習醫師與主治醫師，令研究之角度更為廣泛而了解不同階層的想法，以供相互比較意見之

異同，設計半結構式訪談問題搭配焦點團體，讓參與者可於深入探討住院醫師任臨床教師之想法，並可透過互動激發起心中想法，在參與者互動過程中與其他成員討論研究議題，其中訪談對象包括各科醫師，訪談時間從 2015 年 3 月 23 號至 2015 年 12 月 30 號，訪談場次共 14 場，每場訪談時間 1 至 2 小時，所得資訊龐大，訪談之逐字稿共計 22 萬 5 千多字，參與者包含內科、外科、兒科、婦科、傳統醫學科、急診部、整形外科、放射科、重症醫學部、心臟血管中心、呼吸急診加護病房、麻醉科、腫瘤科、精神科、泌尿外科、復健科、家庭醫學科、耳鼻喉科、腸胃肝膽科等多類型醫療部門，因此便可討論各科之共同與相異性，讓訪談結果不侷限於單一科別之想法又可比較出不同科別是否具有差異，以期求出臨床教學之需求實際情形，以獲得難能可貴資料來源。

(四) 選定研究工具

本研究為住院醫師成為臨床教師之需求與困境探討，於蒐集並閱讀文獻後，比較各評估工具，如評量表、深入訪談法、焦點團體法(Focus Group Interview)，最後選用焦點團體法，因焦點團體法可兼具彈性與效率，更可從互動中增加豐富度與深度，幫助研究者更了解參與者對於住院醫師任臨床教師需求與住院醫師心中的真實感受。焦點團體法介紹如下：

1. 焦點團體之歷史與核心

焦點團體法被多數研究者視為一種省時之調查方式，研究者可於同一段時間內由一位研究人員收集一群人資料(Sheets *et al.*, 1991)，故焦點團體法現今被廣泛使用於：1. 收集研究的背景資料或界定議題、並將資料作為形成研究假設、結構式問題、評價或需求評估之基礎；2. 調查對政策反應；3. 廣告與市場行銷策略之前測；4. 難以進行一對一調查之研究議題。焦點團體訪談之父為莫頓 (Robert Merton) 於哥倫比亞大學所開創，其接受作戰情報署(Office Of War Information)之前身-事實與數量署 (Office Of Facts And Figures) 委託了解大眾對於作戰士氣廣播節目之反應，評估過程為找尋 12 位民眾於評估現場聽廣播內容，當聽到引發正向反應時按綠色按鈕，而相反的聽到負面反應時按紅色按鈕，此後莫頓針對訪談程序開始提出建議與改進，而形成了焦點團體訪談法 (周雅容，1997)。焦點團體訪談具有兩項目的：1. 對具體經驗探究，如對影片或廣播節

目之反應，提供研究者進一步之查核。2.獲得對重複呈現經驗之反應，焦點團體經常在社會科學中應用。

焦點團體具多元定義，通常包括以下核心：一種由探討標的個人集合而成團體，此群體就經過選擇的主題，應研究者要求提出觀點，且此團體由 6 - 12 人組成之小團體並具有同質性。主持人使用準備就緒的問題，以及深入探究的階段，引發參與者之反應與感受、態度及想法，而焦點團體不會製造量的訊息（王文科、王智弘，1999；游政達，2003）。周雅容 (1997)於焦點團體法在調查研究上的應用中定義焦點團體法為「以研究為目的，選取某些符合特定條件的成員所組成的團體來進行訪談。研究者以營造出自在的團體互動的氣氛，使參與團體的成員就研究者所欲討論的議題，表達他們的經驗、看法或觀點。」，時間控制於一個半小時至兩個小時之間，並可使用錄音來收集團體對話資料，並於訪談結束後將訪談錄音轉成文本資料，以便資料分析之工作。資料分析過程中應考慮到訪談資料與研究目的是否一致，及訪談資料分析之原則是要能確認其真實性，並接受可能的驗證；而分析焦點團體資料之方法則與分析個別訪談法方法相同，將焦點團體視為一個體之整體（Webb & Kevern, 2001；章美英、許麗齡，2006）。

2.焦點團體之用法

焦點團體在執行探索性研究時適用，於研究中，焦點團體訪談常為第一步驟，接著研究設計，焦點團體可使研究發現能精確化以及進一步獲得解釋 (Rabiee, 2004)。焦點團體具有四種用法，第一種，焦點團體訪談掌握解釋刺激與效應間關係的承諾，如送有關吸菸危險手冊給予某團體，團體的吸菸量下降；第二種為焦點團體可提供資訊，達到協助解釋某些非預期的效應，如中學生之家長不想要藥物防範之工作坊，焦點團體可了解其原因；第三種為可提供解釋資料之佐證，使解釋不只為推測；第四種，焦點團體可對量化無法所得到之資訊或發現，提供替代性解釋 (Vaughn, Schumm, & Singub, 1999)。明確之討論焦點和事前慎密的規劃訪談過程，為焦點團體訪談成功之關鍵，其主要的步驟為計畫 (planning)、招募受訪者 (recruiting)、主持會議 (moderating)、分析及報告 (analysis and reporting) (章美英、許麗齡，2006；Morgan, 1997)。

3.教育運用

教育運用焦點團體訪談之理由為焦點團體對量與質之研究皆提供多元與多用途之方法並與質性中之研究典範相容，同時給予受試者直接接觸機會，故團體支體力給資料蒐集提供明顯之益處，可提供一定之效用。（王文科、王智弘，1999）

4.焦點團體注意事項

於醫學之質性研究中，焦點團體為常使用之方法，其需要注意的事項為：

- (1)建議參加者在一張桌子坐下，讓其可依靠於桌上而感到舒適、具有安全感，並可準備茶點而營造出友善的氣氛。
- (2)強勢的訪談主持人可能會抑制受訪者的坦承程度，故訪談主持人最好保持不干涉受訪者之回答，而在受訪者給予資訊時可進一步確認主持人認知之方向是否正確與受訪者給予此資訊之原因；訪談主持人與受訪者無直接利益關係可使其較為願意提供資訊。
- (3)安排除了主持人以外的人做筆記。
- (4)明確解釋此訪談之目的，確保受訪者了解訪談所關注之焦點，同時將訪談規則說明，給予訪談內容不使其利益受損之協議。
- (5)如使用錄音必須明確的告知受訪者，其具有隨時中斷受訪與之權利，當受訪發言時，請一次一位發言，以利錄音的辨認度(Stalmeijer, McNaughton, & Van Mook, 2014)。

（五）撰寫研究論文

根據以上之研究步驟所得資料，加以分析並與相關文獻作比對探討，研究住院醫師任臨床教師需求與實際情況之困境，最後探討此研究之結論，便提出建議。

第二節 訪談對象與研究者角色

一、訪談對象

研究事先以全院公告之方式給予參與訪談者之合適條件，並徵詢自願參與訪談之參與者之立意取樣（purposive sampling），因焦點團體訪談之目的不在概化資料，而是了解特定問題或主題之現象，於選取研究對象時，應考量其研究群體之代表性、同質性及不同個體組成團體時，可能產生的團體動力（Morgan, 1997）。故選擇焦點團體訪談對象時應符合研究目的與其對主題之可貢獻程度，訂定分層（segment）取樣的基準。如進行醫師焦點團體訪談，可依據醫師之性別、工作年資、年齡、教育程度及醫療科別等個人特徵，進行有目的的分層取樣（章美英、許麗齡，2006）。研究者需營造自在之團體互動，使參與團體的訪談對象就研究者所欲討論議題，表達訪談對象實際經驗、看法或觀點。焦點團體訪談之人數通常為 6 至 10 人所組成，依據不同之研究議題，亦可考慮約 4 至 6 人的小團體（周雅容，1997），故訪談對象不宜超過 12 人，令每位訪談者都有機會發表意見，並不應少於四人，讓其能提供多方角度之觀點與意見（游政達，2003）。

本研究為住院醫師作為臨床醫師初探，研究者依研究目的考量選擇同質性的研究對象，故參與焦點團體討論之對象為：

1. 本院第二年(含)以上之住院醫師或
2. 本院一年期的實習醫師或
3. 本院專任之主治醫師

以上述之條件於國內某醫學院之教師培育科發出公告給各科，共得實見習醫學生 12 名、住院醫師 30 名及主治醫師 9 名分不同場次參與討論，參加者可以獲得師培課程學分。此焦點團體試者了解不同層級對住院醫師擔任臨床教師研究相關議題相關看法，並舉辦多場焦點團體研究者可比較或對照不同焦點團體會議所獲得的資料。

受訪人數、場次日期如下：

表 3 - 1

住院醫師受訪場次日期與人數

日期	人數	職位
2015/3/23	5(受訪者：A、B、C、D、E)	住院醫師
2015/8/13	5(受訪者：F、G、H、I、J)	住院醫師
2015/8/14	5(受訪者：K、L、M、N、O)	住院醫師
2015/8/19	4(受訪者：P、Q、R、S)	住院醫師
2015/9/3	4(受訪者：T、U、V、X)	住院醫師
2015/9/14	6(受訪者：Y、Z、AA、AB、AB、AC)	住院醫師
2015/9/15	1(受訪者：AD)	住院醫師
	共 30 位	

表 3 - 2

實習醫師受訪場次日期與人數

日期	人數	職位
2015/5/5	4(受訪者：A、B、C、D)	實習醫師
2015/5/21	4(受訪者：E、F、G、H)	實習醫師
2015/5/26	4(受訪者：I、J、K、L)	實習醫師
	共 12 位	

表 3 - 3

主治醫師受訪場次日期與人數

日期	人數	職位
2015/12/17	2(受訪者：A、B)	主治醫師
2015/12/22	1(受訪者：C)	主治醫師
2015/12/29	4(受訪者：D、E、F、G)	主治醫師
2015/12/30	2(受訪者：H、I)	主治醫師
	共 9 位	

二、研究者角色

於質性研究中，研究者本身為研究工具之一，且為蒐集資料之主要工具。因此對於研究者知識背景會影響質性研究之效度，故以下針對研究者於相關研究問題之資歷與方法訓練作探討，說明研究者之研究技巧、能力與研究問題相關程度。本研究係源自於 A 醫院之教學部承接計畫之一部分，除研究者外，另有兩位協同研究者。協同研究者為此醫院教學部之部副主任與資深主治醫師，於此研究中協同研究者提供研究場域、公告發起人及擔任訪談主持人，並且為本研究提供訪談大綱之專家意見，另外於逐字稿的內容、關鍵詞之確認及提供了醫學上專業術語的諮詢，令本研究更臻精煉。

(一)研究者與研究問題之相關資歷

研究者高中便修習與醫學系相同之第三類組，並於大學時期就讀於畜產暨生命科技學系，所受之訓練亦為生命科學相關，於畢業時順利考取同校之畜產暨生命科技學系碩士並完成學業，其中加深科學相關之思考邏輯與推理表達，而後因曾任教於台中市國中教師而對教育具有強烈興趣，便攻讀於教育研究。研究者深深認為現今醫療制度造成醫師負擔繁重而造成極大的壓力，故希望能於醫師有限的精力與時間下找尋對整體有助益之研究，以期能於研究中了解現今醫療體系下住院醫師擔任臨床教師時所面臨的困難與其擔任教師之態度為何，遂成研究者所欲探索之方向。為避免於訪談與分析過程中有先入為主之觀念或理解錯誤之問題，錄音檔形成逐字稿之過程時採取公正詳實之態度，研究者自研究進行前便每周兩天擔任兼任助理，熟悉所欲研究之場域，屬於參與者-觀察者之角色，此論文之研究並邀請此計畫之計畫主持人與資深醫師擔任協同研究者，希冀將資料做最詳實正確的分析。

(二)研究者研究方法的訓練

研究者於教育研究所修業期間，修習過「教師心理衛生專題研究」、「教育研究法」、「課程發展與設計研究」、「領導與溝通研究」，並同時參加師資培育中心所開設之課程「教育心理學」、「教育哲學」、「課程發展與設計」、「教育議題專題」對於教育方式、教育相關心理及課程設計皆有所涉獵，相信有助於研究進行。

於研究方法之方面，研究者曾修習「質性研究」、「教育統計與軟體之應用」、「行動研究」之課程，於質性研究之課程中，研究對於質性研究產生濃烈之興趣並從中累積對質性研究之能力，對於此研究具有相當之助益。

第三節 研究工具設定

本研究主題旨在探討國內某教學醫院住院醫師任臨床醫師之需求與其面臨之困境作探討，研究工具預先設計問題，乃針對焦點主題所訂定而出，因此所

有討論將以此主題為核心進行，焦點團體訪談成功之關鍵在於明確討論焦點中心和事前規劃慎密的訪談過程，其主要的步驟為計畫（planning）、招募受訪者（recruiting）、主持會議（moderating）、分析及報告（analysis and reporting）（Morgan, 1997；章美英、許麗齡，2006），首先透過閱讀國內外相關文獻之重要議題，設計半結構式訪談大綱初稿(附件一)，並由初步之訪談調整大綱，再輔以詢問國內專家以確立訪談大綱(附件二)。以期可針對研究之對象為中心，探討住院醫師擔任臨床教師現況中，其所推崇之教學內容與方法，並了解住院醫師擔任臨床教師所遇到之阻礙因素，及影響其態度的因素，透過了解住院醫師成為臨床教師之問題，以支持臨床教師增進其教學效能，提供教學之助力。

根據以上訪談大綱進行訪談，訪談場所之安排地點應選擇於交通便利處，達到提升受訪者參與訪談意願，且場所應為獨立安靜之空間以避免干擾，而座位應考慮焦點團體之訪談對象與主持者能目光相視，使雙方互動溝通得到更加之效果，最後空間大小、溫度、光線，及可獲取之資源、儀器設備等皆應事先評估，以利會議順利進行，訪談時數約為二小時內，訪談問題不應超過十題，且問題簡潔易懂，避免有使訪談對象產生焦慮或威脅之感受（章美英、許麗齡，2006）。於訪談開始前，焦點團體之訪談者事先告知訪談對象研究目的與訪談方式，徵詢訪談對象之同意，將於訪談過程中需以錄音、筆記及記憶等方式做記錄，以利研究之進行。

第四節 研究資料處理與分析

進行焦點團體訪談後，分析資料之前必須先進行逐字稿書面記錄之建立，逐字稿之建立原則在詳盡確實，完整之逐字稿不僅能使質性資料分析更接近原貌，更能了解受訪者的真實想法。使訪談之內容如：所獲之討論內容、口語資料、情緒反應及相關訪談情境以文字之書面方式表達出來，建立起詳細完整之逐字稿；逐字稿完成之後以便進行更進一步分析。接者瀏覽閱讀整篇逐字稿並仔細找出和研究相關之部分。藉著閱讀此步驟，可一邊發展或修改研究的主題，並分類出逐字稿內與主題相關之內容，根據主題內容之關聯性進行初步的

概念化定義，即可進行下一階段：編碼。編碼為將蒐集來資料仔細檢視並比較異同，加以分類。依據受訪者之回答內容與研究主題間關係與代表的涵義，最後於編碼處記錄下感想與評註並標出受訪者表達之重點及關鍵字，並將每份逐字稿的內容與位置給予不同的分類編號，最後引用標出日期、受訪者編號及行號以供資料檢索（游政達，2003），如住院醫師於 2015 年 3 月 23 日所引用受訪者 A，第 43 行至第 49 行話則為住-2015-03-23-A-000043，實習醫師則於第一個字簡寫”實”，主治醫師簡寫”主”。

表 3 - 4

資料代碼表

行號	內容	Coding
00043	其實 intern (實習醫師) 時就印象蠻深的是 A 學長 (化	教學方法
00044	名)，以前那個學長下午查房時，他一開始如果病人很多	
00045	的話他就看自己的病人，如果病人很少的話，他有一個	
00046	自己的筆記本，會記錄一些蠻有趣的病歷號，會點開來	
00047	給我們看，也不是整個講完，有時候只單看一項，單看	
00048	lab data 來直接跟我們互動說你有那些鑑別診斷，或是有	
00049	哪些方向可以想，或是哪些有問題。	

第五節 研究倫理

美國心理協會主張，當對象為人進行研究時，研究進行過程中必須遵守「研究目的必須對於研究對象有直接或間接的助益」與「研究的進行必須無條件的尊重研究對象的尊嚴」等兩項原則。以下分別敘述研究者於研究過程，所採取倫理之行動：

一、尊重個人意願

於研究前由訪談者向受訪者說明研究相關事項，並尊重其意願，使受訪者充分瞭解研究的目的及過程。研究同意書上與口頭說明中亦向受訪者說明研究主題、研究計畫、研究進行過程及目的等，進而徵求受訪者同意並完成同意書之簽署，再開始進行研究，並於訪談結束後給予參加者學分認證。

二、個人隱私之確保

主要藉由訪談及問卷等方式進行研究資料之收集，因此於研究資料收集前，研究者先向受訪者說明因本研究過程資料收集的方式，包括：訪談內容、時間、情境等，訪談時間與訪談地點之安排，以尊重受訪醫師之意願及便利性為優先，在安靜且不受干擾之環境下進行訪談。於資料應用上確保匿名性（anonymity）及私密性（confidentiality）之原則，研究者先向受訪者說明資料收集後的整理及應用方式，訪談資料僅作為研究分析之使用，其所得資料僅可因學術性需要而發表，資料內容均以匿名方式作處理，研究對象之隱私將予絕對保密，無法從所蒐集到的資料判斷出提供資料之個人身分，外界亦無法探知某一特定對象所提供之資料，以達到受訪者個人隱私之確保。

三、不危害研究對象的身心

研究者有責任與義務確保每一研究對象在訪談研究進行過程中，不會受到生理或心理上之傷害，本研究受訪者均為成年及仍在職之醫師，為確保受訪者在參與研究過程中不影響各項業務之進行，於研究設計時，研究者慎重考慮，如何避免與減低可能造成暫時、輕微的生理、心理上的影響之研究設計。於邀請參與訪談之前，與受訪者討論訪談過程與其所擔心之各項細節，凡符合本研究受邀對象若於研究者說明後不同意參與本研究，不會影響其任何權益。於訪談過程中，研究者需關注研究者之反應與感受，如需立即停止訪談，亦將尊重受訪者之意見。如受訪者決定中途退出也不會對受訪者產生任何影響，且絕不會因此遭受到不公平之待遇。

四、遵守誠信原則

本研究在進行訪談過程中不隱瞞自己身分與研究目的。因欺騙為不道德之行為，其不符合研究倫理，同時違反了社會規範中之誠信原則，更可能對研究

對象造成不愉快的後果。研究者於訪談進行前，先向受訪者說明本研究之目的及預期成果於學術上之實用價值，並於訪談過程中隨時跟受訪者確認其說法之正確性，如受訪者有相關提問，研究者會向受訪者說明，以確保受訪者知道研究者處理應用資料之方式，以確保誠信原則。

五、客觀分析及報告

研究者確保閱讀者之相關權益，在結果分析方面，研究者應以客觀之角度將所獲得資料，依據研究設計進行客觀分析，不可刻意排除負面的以及非預期的研究資料，使閱讀者能完整的掌握研究的結果。在進行研究、報告整理及寫作過程中，研究者依研究設計之程序，於訪談及資料分析過程中，極力去呈現過程之真實性，使研究分析及結果能具客觀性。在結果報導方面，研究者有義務將研究設計之缺失及限制詳細陳述，使閱讀者瞭解研究之可信程度。在論文整理及之後的發表中，研究者將真實且正確引註他人資料與報告研究結果，研究報告發表之後，所蒐集之原始資料將會保存五年以上，隨時提供期刊出版單位查詢。

第六節 研究的信實度

以四項標準來評估資料蒐集與分析的嚴謹度：

- 一、確實性 (credibility)：指資料之真實程度。
- 二、確認性 (conformability)：意指資料之客觀性與中立性。研究者需能有系統地收集、敘述資料，於過程中盡量屏除個人之主觀看法，內容能在最自然的情境下由受訪者與研究者共同建構而呈現出來。
- 三、推廣性 (transferability)：意指資料須具有普及化的特性，而可將研究結果應用於研究情境以外，可用以了解具有相同經驗者之感受。
- 四、可靠性 (dependability)：意指資料之穩定性、一致性及可預測知程度。研究者須將研究過程與決定加以說明，提供資料可判斷而產生可靠性。

因此為使資料的收集能具備上述特性，研究者於焦點團體訪談進行前，依據研究目的訂定半結構式訪談大綱，做為研究方向之指引，於訪談開始進行之

後，依造訪談大綱進行訪談，並盡量讓受訪者自由的表達個人之意見；訪談過程中，研究者亦盡量避免因個人的主觀意識而干擾訪談進行（林盈慧，2013；梁淑媛、莊宇慧與吳淑芳，2012；Guba、Lincoln，1994）。

本研究為住院醫師成為臨床教師之現況、阻礙及態度影響因素初探，經由專家審查，多方徵詢專家意見針對內容作確認與字句修正，亦即研究結果經過專家對話與澄清所建構而成，具專家內容效度。質的部分，訪談過程中使用錄音筆記錄並形成逐字稿，使用低推論描述並由偕同研究者加以檢查，內容分析的結果由計畫主持人、計畫參與協同研究者與指導教授進行第三方公正審閱，確認結果並無錯置受訪者所表達意涵。

第四章 研究結果與討論

本章共分為三節，根據研究設計與實施，針對訪談資料進行彙整、分析與討論。第一節了解住院醫師擔任臨床教師之教學方法與內容，第二節則為了解住院醫師擔任臨床教師職務之態度及其影響因素，第三節為了解住院醫師擔任臨床教師之阻礙因素。

依所訂之訪談大綱，以半結構式焦點團體訪談，針對醫院中住院醫師為主要訪談對象，佐以實習醫師與主治醫師為其他層級之意見加以對照比較，隨即將訪談結果形成逐字稿，以進行歸納統整，資料呈現方式為住院醫師為主，並輔以實習醫師及主治醫師的統整資料。

第一節 住院醫師擔任臨床教師之教學方法與內容

本節研究者將受訪者中之住院醫師擔任醫學教育中臨床教師職務時或自己過往的經驗中，所使用或遇到之教學方法與教學內容，對於住院醫師任臨床教師的工作做初步的探討，從中對於醫院中主要進行教學的住院醫師具有一個全面性的了解，知曉現行臨床教師常使用的方法與內容後，再行更深入的現況討論。

一、教學方法

臨床教師所使用的教學方法多元，且採用可隨教學現場狀況而作調整的教學方法，以達到可因時制宜、因地制宜、因人制宜的目的。

(一)個案學習

住院醫師於過往被教導的經驗中與自身教學時常常使用個案為基礎的教學與經驗分享個案教學為醫學系中常使用的方式，如此讓學生藉此學習到藉由思考病人的主訴而形成臨床思辨之能力，同時學生針對臨床課程也會顯得較有興趣，增加學生的學習動機。於實習醫師的經驗中，也常遇到較為資深的醫師藉由討論個案的方法來進行教學，個案讓實習醫師學習問診流程，如既往病史與用藥原因加以討論疾病相關知識，認為臨床教師會較由個案討論醫囑正確性，

如硬化 (cirrhosis) 的病人的症狀為何、加護病房 (ICU) 的相關醫囑撰寫正確與否，藉此讓實習醫師學到醫師相關事務。住院醫師多使用使用個案學習。具有相關文獻指出，床邊教學 (bedside teaching) 和個案為主 (case based teaching) 的互動式教學對於醫療體系的教學相當重要重要（吳明賢、張上淳、楊培銘、陳明豐、王德宏，2014）。

1.住院醫師

個案教學時臨床教師可能將自己寫入筆記本中的討論個案中部份資料，就部分資料深入探討，並且藉由互動中給予診斷思考的機會，思考哪些方向以及問題所在，同時臨床教師會就這些個案中延伸學習相關主題，學生的態度也會較為踴躍。

受訪者 A：其實 intern 時就印象蠻深的是 A 學長 (化名)，以前那個學長下午查房時，他一開始如果病人很多的話他就看自己的病人，如果病人很少的話，他有一個自己的筆記本，會記錄一些蠻有趣的病歷號，會點開來給我們看，也不是整個講完，有時候只單看一項，單看 lab data 來直接跟我們互動說你有那些鑑別診斷，或是有哪些方向可以想，或是哪些有問題。(住-2015-03-23-A-00004)

受訪者 F：比較常見的比較是臨床上遇到什麼個案，以這個個案來做討論，因為知道自己也需要所以也更踴躍，我們也覺得這對臨床上有所幫助，吸收的效果也比較好(住-2015-08-13-F-00095)

住院醫師常將自己的臨床經驗與基本操作加以分享，對象可能會實習醫師與同事們，搭配電腦中的資料讓分享更為準確而富有資料，而不同科別於個案教學時皆會以主題式的說明應學習的核心知識並以個案舉例說明，各科以不同的角度去思辨在相同病徵下，如何開處方，同時在這種治療方式的處理下，最後的療效為何。

受訪者 Y：所以我覺得比較常見的就是從知識上的分享，臨床經驗的分享引起的基本上的操作，這應該是我們在住院醫師有機會跟學弟妹可以就是有一些同學的一些分享。(住-2015-09-14-Y-00031)

受訪者 Y：我自己個人那個時候我是蠻喜歡就是如果說有一個實際的一個 case，就是你今天當然教科書的東西，那種就是剛剛學長講的一個核心式的我講一個大家都可以接受的東西，那你整理出來之後，如果說能夠再有一個臨床的 case 去引導我們，用 A 科別 (化名) 的觀點去切入說今天這樣一個咳嗽的病人，或是這樣一個腹瀉的病人，那我們是怎麼樣用我們的角度去看，那我們為什麼要這樣子開藥？這樣子處方？那最後這個病人的療效怎麼樣？能夠有一個完整的回饋的話，

那我就會覺得這堂課其實覺得實際上學習到的東西，就是還蠻多的這樣。(住-2015-09-14-Y-00372)

受訪者 Y：他以前遇過什麼 case 甚至把這個 case 用電腦其他方式調出來，跟我們一起分享，這樣會更加深我們當下對於這個某個主題或疾病的學習，我想應該我比較可以深刻感受到一個什麼這樣的東西。(住-2015-09-14-Y-00334)

2. 實習醫師

在實習醫師的經驗中，臨床教師會將個案檔案分享並講解部分個案症狀資料與用藥方法重點式的跟實習醫師作解釋，並且討論用藥原因與劑量控制，臨床教師或藉由個案讓實習醫師學習問診流程，如既往病史與用藥原因加以討論疾病相關知識。

受訪者 J：在內科有遇到那個在，我在那個遇到的那位，就是總醫師學長，我覺得他就滿有技巧的欸.....他病人就是看完之後，他就欸學弟，呃，佔用你一個小時，就是坐下來之後，他就點開其中幾個病人，他通常只會挑兩三個.....然後就講一些裡面的，學弟你應該不知道吧，然後說，欸，你知道他這化療藥為什麼要這樣打嗎？，然後就直接講，這個病人這個狀況，然後說為什麼要調 arrangement，你要直接開那個藥典寫，因為怎麼樣，你要在的 data，它的 course，所以我們這次打 75%的劑量。(實-2015-05-26-J-01154)

受訪者 C：然後那時候 VS 就是會就是說下個病人你來接，然後就是問一問之後就打一些簡短的 history，然後要抽什麼血，然後他就會問說你想要抽什麼，然後我就會開始點我想要的，然後告訴他我為什麼要抽，然後他就會再幫我補充這樣，然後也會問我這個疾病的 knowledge，如果不會的話，旁邊就會有一台電腦可以偷偷查 uptodate 或是 google，然後再跟老師討論。(實-2015-05-05-C-00325)

部分實習醫師的經驗中提到臨床教師會與其討論個案臨床教師會較由個案討論醫囑正確性，如硬化 (cirrhosis) 的病人的症狀為何與加護病房 (ICU) 的相關醫囑撰寫正確與否，藉此讓實習醫師學到醫師相關事務。

受訪者 H：很嚴重的病人，然後學姐就直接說那我們現在一個一個來看，cirrhosis 的病人會不會有什麼問題，啊他到底有沒有，然後好你要抽什麼血都可以給你抽，然後你要開什麼 order，然後就請他自己哦，ICU 的病人，他自己先開完所有 order，學姐再看。(實-2015-05-21-H-00523)

(二) 實作教學

臨床教師於教學生最常使用的的方法為以具有互動的方式為實作教學，讓學生可以從做中學，如此便可以提高學生的學習動機並讓學生可以有動手演練的機會，此外部分臨床教師會事先將所演練的內容步驟給予學生閱讀或者先進

行口述的講解，讓學生可以具有一定的程序依循，如此學生可以循序漸進的學習到應有的知識與技能。實習醫師同時認為在有臨床教師利用病患進行臨床實做的教導，可以使實習醫師更快的進入狀況，且對於一位醫師的臨床工作可以更為熟習。主治醫師亦認為實作教學可以實習醫師增加學習動機，且點出無法進行實作教學將會令實習醫師的參與度下降，而使得實習醫師對於整個醫療團隊的職責感下降。從真實之情境中獲取具體概念，可達從「做中學」的目的，學習對象直接的體驗互動，引發學習動機，並令學生印象深刻達增進教學之效果 (劉育忠，2007)。同時 Morrison *et al* (2002) 之研究中指出，於醫學教育，提供強大的基礎技能教學，並實實在在的給予住院醫師本身與學習者幫助。

1. 住院醫師

住院醫師認為教導臨床實作讓學生提早熟悉臨床上的作業，雖然不像是書本上的知識這麼具有系統性，但帶領實作為相當實用同時也是最直接的教學方式。

受訪者 T：如果我們還是實習醫師或是第一年的住院醫師，我覺得住院醫師教的都是最基本的東西，就是我們臨床上可能會遇到的病人的主訴該怎麼處理，也許不是說書本上教得非常系統性，但是教的是最實用的。(住-2015-09-03-T-00015)

部分住院醫師認為大堂課的授課方式讓學生對於課堂學習的知識印象不深刻，故會先給予臨床實作中應注意的流程，讓學生事先做步驟的預習，了解自己臨床中醫療行為處理方式的原因，如加護病房 (ICU) 中的相關流程，或於新病人到來時所做的一系列基本資料了解、理學檢查 (PE) 的判讀及醫囑的填寫等循序漸進的瞭解醫學知識，病讓實習醫師自己寫 note，自己整理一次，實習醫師就可能對疾病更為瞭解，加強學生於讀書時的印象並加深學生的印象。

受訪者 B：像在 ICU 要做 procedures，之前會有學長會直接翻一本很厚的 procedures 出來叫我們先看，看完再來做，不會盲做；即使是個簡單的 play 他也会叫我們先稍微看一下。(住-2015-03-23-B-000016)

受訪者 K：帶著比如說接 new patient 帶領實作好了，我覺得都是從臨床裡面開始

帶，這樣子的話，intern 或者是 clerk (見習醫師) 那時候的印象會比較深刻，因為，我們以前都上過很多大堂課，其實上完大部份都沒什麼印象，intern、clerk 一開始接觸臨床的時候，其實印象最深的都是被住院醫師帶，被帶，可能，比如說接一個 new patient 吧，住院醫師，建 new patient 前就會先跟你說，就是學弟你先看一下他基本資料，我們等一下可能就是先問你，有什麼補充的我再問這樣子，就說這個病人你大概的重點是什麼，讓 new patient 做 PE，回來之後，再讓學弟練習開 order，就說這個病人有什麼要注意的，他的 order 有沒有什麼漏掉，要看什麼檢查？之後的 patient 是什麼？對，當然就是可以讓學弟他們練習，寫 note，就是自己整理一次，這樣一次下來，他就可能對一個病就是會有比較瞭解，叫他回去再念書的話，就是他會比較有印象這樣子，我覺得這個是住院醫師在教學上比較重要的角色。(住-2015-08-14-K-00018)

同時在住院醫師擔任臨床過程中，發現了學生對於自己動手做的興致較高，所以在事先觀看過對於相同病況熟悉的情況下，住院醫師會試者讓實習醫師自己動手做，讓他們練習到平常上課可能提到的知識卻無法動手操作的部分，讓實習醫師能夠更快的上手。

受訪者 Y：在帶他們做的時候，因為就是做給他們看，一邊做，一邊做說明，然後說怎麼做，那通常學生對於動手做，我覺得興致相對是比較高的。如果那個難度不是太高，其實第一次帶他們做，如果時間下一次遇到同樣的 case，就會找機會說你不然也來試試看，我在旁邊.....其實很多事情是課本上面講過的，那可是他很難短時間內會 practice 到，因為我們可能確實也不太可能在很短時間內，可以像雖然說我們現在都是這樣去 push 可是我覺得與實際操作面，還是有一段距離。與其這樣操作其實是比較快可以上手。(住-2015-09-14-Y-00014)

2. 實習醫師

實習醫師認為當自己實際上撰寫醫囑 (order)，自己動手操作檢查的項目，並由住院醫師於醫囑送出前指正錯誤，將幫助自己更快速的學習醫學相關知識。同時實習醫師剛開始時在沒有人教導下，臨床工作會手忙腳亂，而在有人教導後會比較能跟上狀況，同時心電圖 (EKG) 與 X 光的判讀也會較為上手。

受訪者 J：嗯，我之前遇到的是，就是，我們就直接討論，就是，我覺得這病人怎麼樣.....然後他說哦，OK，或是怎樣，就是也是就是討論一個 CASE 啊，只是由我去操作那些東西.....然後，他可能再稍微看一下，我覺得他們應該大部份都這樣，因為這樣對他們來說，會比較直接一點。(實-2015-05-26-J-00326)

受訪者 I：我覺得最，就是最現階段最有長進的話就是說，他會嘗試讓我們丟一兩個病人，然後讓我們嘗試我們從頭到尾開所有的所有的 order，然後就是所有的檢查自己去自己去動手.....但是叫我們做這件事情的同時的話，就是他也就是

教我們做好舉例，讓我們也要送出之前，他也會來看一下覺得我們哪我們做的哪些舉例不好，還是劑量啊，或什麼什麼東西有沒有注意到，那這，然後但是，從頭到尾也都是讓我們自己來操作，那這樣子的，這樣子的模式，其實是會讓人長進比較大。(實-2015-05-26-I-00043)

受訪者 G：因為之前好像比較常遇到就是平日學長姐很忙，我覺得剛開始一些基本的問題，譬如接病人那些，例如 EKG 或 X 光，就是其實剛進去的時候都沒有人教，就會手忙腳亂，一個病人要皆不熟悉就要接很久，可能就是對一些基本的沒有辦法這麼快抓到重點，如果剛進醫院有對這些基本的，例如病人要怎麼接，應該可以講一下他覺得大部分病人狀況是怎樣，可以對新手有比較好 catch 狀況。(實-2015-05-21-G-00116)

也有實習醫師提到在臨床時候觀看到上腔靜脈症候群 (SVC syndrome) 的病患症狀，立即產生深刻的印象於讀書時會快速的產生連結，了解到病患上肢腫脹的真實情況，印象會更為深刻。

受訪者 B：臨床上真的有遇過病人，然後你去看過，像是 SVC syndrome，然後你就看到靜脈就是整個浮起來，然後他真的上肢會腫，你就會想說，歐!原來這個就是，然後你下次看到就會想說，歐!我之前看過那個病人他怎麼樣怎麼樣，然後你真的會印象比較深刻。(實-2015-05-05-B-00523)

3.主治醫師

主治醫師認為，實作教學可以增加實習醫師的學習動機，同時在制度限制下，不參與實作的實習生對於臨床工作較為無感，與住院醫師的熟稔度也因此下降。

受訪者 B：因為我們這種技能科的，只要講純理論，就會睡覺。

受訪者 A：我上次上課也是，已將純理論就開始睡覺，講實作的地方大家都醒來。(主-2015-12-17-A.B-00978)

受訪者 D：我覺得我們的 intern 和 UGY(醫學生畢業前一般醫學訓練)的 training 在實務面走下坡是我們開始限制他們做的事情之後，以前我們當 intern 的時候，我們要抽血、我們要去，所以他們幾乎都不用做這些事情了，所以他們跟病人的距離拉得很遠，那住院醫師要他們再拉回來那個花費的，以前我跟你同一條船上，現在我跟你不在同一條船上，現在好像是我在船上，你在岸邊看我，所以我覺得要請住院醫師在教學上能夠提升，我覺得制度上第一個讓他們覺得很困難。(主-2015-12-29-D-00978)

(三)引導式問答

於教學中，臨床教師常使用具有系統性的教學，從個案的簡介開始進一步帶領學生進行引導式思考的問答，視情況給予回饋並藉此鼓勵學生多加讀書，同時部分臨床教師會呈現開放性的態度給予學生較多自由思考空間，讓其可以多方面的進行自我思辨，激起學生學習動機，並可於問答中增加臨床教師對於學生的程度的了解。實習醫師於過去經驗中，也感受到臨床教師常以引導式問答的方法進行教學，透過問答的方式自我反省正確與錯誤的差異處，並讓實習醫師查詢臨床教師的提問，藉此增加實習醫師學習的機會。主治醫師也認為引導式問答可以增加實習生的學習機會，並增加互動。(Mabvuure, *et al.*, 2013)於訪談法之研究中顯示優良的臨床教師會使用多變和互動式的教學方法、適應訓練的內容、激發學生提問、刺激思考並提供回饋等策略令學生增加學習動機。

1.住院醫師

住院醫師認為如果可以提供引導式問答與開放性的態度，並且傾聽學生的回饋，可以使學生更有學習的動機，相反如果教師或學生已經有先入為主的觀念，可能使教學上的吸收度受限。有的住院醫師覺得如果太快速的給予資訊，學生可能會無法記住或很快的將知識遺忘，用問得的方法可讓學生學習面對問題，由第一位學生的回答中，可以衍伸出其他問題，並由其他人試著回答，在這當中不只是學會了所問題目的知識，更重要的是面對問題的態度與思辯能力學習。

受訪者 Z：一些引導式的問答或者是一些比較開放性的態度，能夠再去聽聽看說我上這堂課的過程中，那其他的學生們，有沒有什麼樣的一個回饋？那就像我們學姊講說，就是如果說今天講者也好，或學生也好，他的態度是比較不開放式的，他是比較強硬的，那可能這堂課程即使我準備得再用心，那你吸收到的東西也很有限這樣，因為你可能已經蠻先入為主了，有你自己的一個看法，所以我覺得就是如果說能夠自信，然後自信堅定，然後態度又是開放性的話，我覺得這個演講者會帶給我收穫非常多。(住-2015-09-14-Z-00401)

受訪者 AD：我每次在上課的時候我其實都是用問問題是問他，我是盡量拋問題給他，像是有 5、6 個的話，我就會說學妹你來，我可能是下一個，可能是利用第一個答完後問第二、三個，說你對於前面，或你認為有什麼是額外新加的，讓他們自己先思考說，因為有時候給他們太快的東西的話，他們有時候不見得能那麼容易記住，就算你當下記得，也不見得你一年後還記得，反而是讓他們學會面對一個你可能知道或是不知道的問題，你怎麼去藉由這個過程當中不管是聽人家還是自己去想。(住-2015-09-15-AD-00060)

具有住院醫師在新生兒加護病房(NICU)教授實習醫師時，會採取仔細將待思考的項目加以討論，用系統性的方式來引導教學。帶領著實習醫師一步一步的去思考。有的住院醫師會使用 meeting 完後花個十分鐘到二十分鐘，對於主題作探討，詢問實習醫師問題，如實習醫師回答不出來，便會要求回家讀書，並且後續具有追蹤。

受訪者 A：譬如說一個病人進來 NICU，我就會先問其他學弟妹說「你現在覺得他有幾個問題」、「problem 有幾個」、「這個問題接下來的計畫是什麼」、「要去如何 survey」、「要去如何處理」，我會一條一條跟他討論，用系統性的方式來引導教學。(住-2015-03-23-A-00109)

受訪者 K：B 學姐就教過，我覺得她帶得不錯，比如說 meeting 完後花個十分鐘到二十分鐘，稍微講一下那個 topic 這樣，有幾個小問題，可能一時間回答不出來，叫你回家讀書，她會再問你一次你有沒有回去讀書這樣，所以我覺得，這樣才是，有時候就是 primary care 拿過來討論，對，比如說這個病人就如果她知道就說知道，不知道她會先去看書，隔天再回跟他講。(住-2015-08-14-K-00198)

住院醫師認為藉由問答，可以快速了解實習醫師對於學習目標的了解程度，並且知道學生的不了解的迷思點所在。同時有住院醫師表示在不同的情況之下問答的過程中，可以訓練在具備多種訊息以及在沒有相關訊息於手邊時該如何跟人解釋清楚，無論是對於同儕以及將來對於學生與醫病溝通都十分有幫助。

受訪者 K：我覺得有時候就是要靠問答，像，比如說接一個病人回來，要跟他講有時候我就會先問他說，比如說 ICU 的病人進來？我會先問他們說？他的了解他有哪些 goal 要達到？就看他們到底知道哪些？有概念的大概就講得出來，那沒有概念的，大概他講出多少你大概就知道他程度到哪裡，你就大概簡單講過去，如果最後結束的時候，再問一下那幾個點，就是一開始問的那幾個簡單問題，這樣大概就可以知道他說有沒有吸收這樣子。(住-2015-08-14-K-00181)

受訪者 AD：其實是從上到下每個人都會不停問你問題，像從 R1 到 PGY (醫學生畢業後一般醫學訓練)你的主治醫師還有你的同儕 NP 甚至連護理人員問你說下這個處方 order，這個病人適合嗎？我後來是覺得說，像我剛開始我還滿明顯，我是從不停的被問中，學會怎麼跟人家去解釋，有些時候病人家屬本身的話，病人家屬本身也是學習，就是說怎麼去跟他們解釋我現在 on critical 我們是要可能 on endo 用什麼，就是一個很好的準備環境之後，或是環境沒有準備那麼充分，你自己會有壓力，家屬也會有壓力，在不同的情況之下，可以訓練你怎麼去至少怎麼去跟人家解釋清楚。(住-2015-09-15-AD-00190)

2. 實習醫師

於實習醫師的經驗中，有時候自己犯錯時會急著想改正，但曾經遇到臨床教師詢問了解錯誤迷思的方式，帶領他知曉對錯差異點所在。在 B 科 (化名) 時，臨床教師會以提問的方式讓實習醫師回去查詢資料後回答問題的方式增加學生的醫學知識。

受訪者 I：受訪者：有的時候我想的不對的時候，有些是會直接改掉，大部份的是，大部份的會說，直接講說為什麼會這麼做這樣子.....檢討說為什麼.....我曾經碰過，但很久以前，就是，他會問說為什麼我會這樣想？

訪談者：對

受訪者：為什麼會想錯這件事情.....對，但我覺得這個也滿有趣的，

訪談者：這也滿有趣的，就是其實你可以把，自己的想法再再講一次這樣

受訪者：對，不只是知道為什麼是對的，有時候也要知道說為什麼是錯的。(實-2015-05-26-I-00127)

受訪者 F：我覺得沒有非常特別多，但我記得有一個就我在 ENT 的時候，我的 R，因為他也很忙，可是他就會就是寫幾個問題給我，叫我自己去查，然後再跟他講，當然，不過都是他知道的答案的啦，就是一些基本類的。(實-2015-05-21-F-00213)

3. 主治醫師

主治醫師認為使用引導式問答可讓實習醫師具有學習的動力，同時增加教師與學生的互動。

受訪者 D：真的不會就考他，你就問他 CBC 正常是多少，丟一個問題給他，他就有十分鐘的時間去把他查出來，你只花了 5 秒鐘，他也會覺得你有在教他。

丟問題給他，你不一定要給他答案。五分鐘、十分鐘那你告訴我查到什麼。你給他壓力，這就是個學習的過程。你沒有壓力，他在那邊晃來晃去，他沒有感覺，他也不覺得你有教他。(主-2015-12-29-D-00137)

(四) 教學時機

臨床教師利用各種不同時機進行教學，如：帶查房時的短時間教學、舉辦小型讀書會、科部教學時間及閒暇之餘的案子分享，有時進行教學時候所使用的教學輔助工具會因著教學時機而有所改變，使用多元的教學時機，增加學生學習的機會。實習醫師表示過去的經驗中遇到臨床教師進行小團體式的小班教學時，會覺得學習效果增加，更有實習醫師指出增加教學實機的建議方法為多設置臨床教師與實習醫師共同的休息室，可更多的教學機會。對於住院醫師來說有許多不同的時機皆可教學上利用，所以不局限於是否有一大段的時間，對

他們來說一兩句話或是長時間的帶領講解都形成了教學。主治醫師的經驗中也提出具有科部讀書會的時機進行教學。另，不只一位主治醫師提出，應將休息室或辦公室設為不分階層的混和型辦公室，增加實習醫師與資深醫師的相處時間，進而增加教學時機。符合加拿大 NBC 研究中所推薦 R as T 課程核心目標中的針對學生需求並設計教育目標，並設計節省時間的教學策略來因應繁忙的臨床工作(Jarvis-Selinger, 2015)。

1.住院醫師

某些住院醫師會使用短時間教學機會，如床邊教學 (bedside teaching) 的機會，搭配個案學習法讓學生從中學習，讓實習醫師在最短的時間內也可以有些許醫學上的知識補充。

受訪者 P：用個快閃教學的方式，衝進去用 15 分鐘教完這個 case 就走人，然後完成了類似一個 bedside teaching，就是以 case 為主，衝進去問學弟妹，講完後就結束就走了。(住-2015-08-19-P-00123)

也有住院醫師表示自己的科部會在辦公室進行個案學習，在空閒的時間進行個案分享。或者，有住院醫師認為在診間與病房間移動時，可利用此空閒時間產生分享討論。

受訪者 P：大家沒事坐在辦公室裡面，然後總醫師從急診看回來的 case，有其他主治醫師坐在那邊大家就會拿出來講一下，但不一定這禮拜是這個主治醫師，因為像我們值班急診的習慣是先給總醫師處理，到一個段落後再跟主治醫師報告。(住-2015-08-19-P-00063)

受訪者 K：時間不夠，那怎麼辦？可是我們病人散佈在各個樓層，各個醫療大樓，我們在走路的過程中，就開始做一些討論，一些分享，就是說你這個 case 我們剛才看過了，那現在你們覺得有沒有什麼想法？或者是就說我剛才那麼做，你知道為什麼嗎？過程中反而在走路的時候就開始講了。(住-2015-08-14-K-00490)

部分住院醫師會選用較長的空閒時間來進行教學，對於自己過去比較經典或是有去的案例向實習醫師作更為深入的說明，有些住院醫師會特地與實習醫師或是與同儕約定特定的時間進行案例的討論或是技術上的練習。對於住院醫

師而言，床邊一兩句話的提醒與長時間坐下來的是不同的教學方式，皆可以進行教學行為。

受訪者 A：其實 intern 時就印象蠻深的是 A 學長(化名)，以前那個學長下午查房時，他一開始如果病人很多的話他就看自己的病人，如果病人很少的話，他有一個自己的筆記本，會記錄一些蠻有趣的病歷號，會點開來給我們看，也不是整個講完，有時候只單看一項，單看 lab data 來直接跟我們互動說你有那些鑑別診斷，或是有哪些方向可以想，或是哪些有問題。(住-2015-03-23-A-00004)

受訪者 G：像是看 case 碰到的 case，剛好碰到那個 case 的在講……像是住院醫師之間的話，我們如果比較有時間的話，會一起約個時間會做一個小型讀書會，或是一起去練習，就是一些技術類的，就大家約個時間一起練習某些部位。(住-2015-08-13-G-00301)

受訪者 L：教學，有時候我覺得很難講有時候就帶到，說一兩句話也是教學。坐下來，一直講，講個半個小時一個小時也是教學。(住-2015-08-14-L-00219)

2. 實習醫師

臨床教師會使用小團體方式進行教學，直接與學生互動，並搭配使用，如判斷 X-ray 的步驟，並覺得這樣的教學方式十分有用。實習醫師也認為小班教學對自己十分具有幫助，臨床教師會分配報告者小的主題，在報告者報告後加以補充，並分享自己統整的方式讓實習醫師學到另一種思考。

受訪者 E：有一個 C 科(化名)學姊，應該也是剛進入 C 科(化名)的，然後那時候有一次在醫師室，在 XX 的醫師是裡面，然後就他們在幹嘛，怎麼一群人坐在那裏，然後就他跟我一些同學一些學長姐這樣子在教 X-ray，然後教得有夠仔細耶，他那個不知是 powerpoint 是自己做的還是以前學長姐還是老師他們那種，這樣就很好，對初學者小團體直接大家互動，怎麼判斷 X-ray 的步驟，一步一步然後看那些東西，哪些介面的診斷，我覺得這樣的教學很好。(實-2015-05-21-E-00002)

受訪者 H：不過我覺得，就是小班教學，其實除了 R 自己講以外，我覺得他讓我們有機會講，其實也是不錯，因為因為說我們總醫師就是，反正我也不知道為什麼，反正我就被點到，然後就叫我回去念個 topic，然後隔一天跟大家報，然後他還會跟你說報告十分鐘就好了，其實，是啊因為專注力根本沒那麼久，然後你就報完之後，然後，你講同一個 topic，他說換學長來補充你的，他就會先說啊剛剛我講了什麼重點，然後就說好，那我們來簡單重整一下，他就用他的模式來再講給下面的人聽，啊我是不知道別人的感受是怎麼樣，可是像我今天報的，其實換他講的時候，我又得到不一樣的東西了，對，所以其實這樣這樣也是一個不錯的方法。(實-2015-05-21-H-00728)

有實習醫師另提到增加教學機會的方法，如將臨床教師與實習醫師置於同一休息室，將可大大的增加教學機會，因住院醫師與實習醫師的見面機會大增，同時休息室放在一起便能夠在休息的時候順便提到個案，同時，讓臨床教師具有更多教學時機。

受訪者 H：覺得環境也有影響到，就是像我剛剛說的啊，就是我們有一個空間，就大家都會待在裡面，其實不管 intern 還是 R，啊你就是問到 intern，intern 不會，你就放著問 R，總不，總醫師雖然是說他可能是消失不知道在哪裡，可是他，就是，反正他就是會出現在我們的面前之類的，然後像是，以前，其實我覺得教學還滿多。(實-2015-05-21-H-00706)

因為我們那邊是每一樓層，都會有一個工作屋，對，譬如說今天 D 科病房，那這個工作室那就是幾乎都是 D 科的 R 啦，還是 intern 都會在，

訪談者：所以那個工作室並不是在護理站裡面？還是說這

受訪者 H：嗯，是欸，

訪談者：還是說夾雜在病房其中一間這樣，然後就可能像這樣子的空間

受訪者 H：就像是 8 樓，對對對，啊有點像這樣，

訪談者：這樣，對，然後大家都在裡面打那種

受訪者 H：就會比較容易遇到人。(實-2015-05-21-H-00455)

3.主治醫師

在主治醫師的經驗中，會運用讀書會時間進行教學，並且有不只一位主治醫師建議，可以將休息室或辦公室安排成混和型，增加實習醫師與較資深醫師的見面機會，自然而然增加教學時機。

受訪者 A：他們辦公室是混合的，住院醫師是混合的，是沒有分階級的，所以他可能就是剛好因為我剛好就聽到他就說剛才做了什麼就問另外一個住院醫師，所以另外一個住院醫師，我感覺他也很高興，就是說，反正他們住院醫師也不能離開個地方，所以我感覺他好像有個比較資深的問他，他就突然高興起來就講得比較多這樣子。(主-2015-12-17-A-00125)

受訪者 D：實值班大概都是總醫師、住院醫師，其實都是在一起。所以是有問題的話他們會互相討論。你要擴展到實習醫師。(主-2015-12-29-D-00397)

受訪者 C：像我們是，我們是有一個 team 讀書會，有語言老師，然後會有醫師會有醫學生，會有住院醫師這樣子，對，但是我們目前的執行方式，可能就是以那個為主，對，就是以增加我們的知識為主。(主-2015-12-22-C-00466)

(五)學習動機

住院醫師藉由了解學生需求與學生能力的師生關係經營，讓學生敢發問進而傳授學生相關醫學上的知識技巧，增加其學習動機並為其找到個人之學習方

法與學習目標，並讓學生可以敢於發問，或是讓學生與病人產生連結與責任感，讓學生產生自己是醫生的意識感，使學生的學習動機增加。同時，為學生提供安全的學習環境也可增加學生的學習動機。實習醫師於過去經驗中感受到臨床教師會時常給予他們安全的學習環境，讓他們不怕詢問各種醫療相關問題，有些臨床教師於手術後使用提點的方式讓實習醫師自己思考哪些部份具有錯誤，來達到增加學習動機。主治醫師亦認為引起實習醫師學習動機為重要的，可利用簡單易懂的短時間影片教學或是與平常不同醫療行為，來引起學習動機。相關研究指出，優秀臨床教師應具熱誠與清晰之組織能力以適應與實習醫學生或其他醫師之相處，積極、主動地鼓勵學生參與醫療團隊工作，並促進學生自我認知及展現病人照顧的能力（顏鴻章、徐德福與陳盈如，2010）。更清楚的說明於醫學教育中，住院醫師應該試著提升學生的學習動機，以增加學習成效。

1.住院醫師

臨床教師藉由讓學生直接接觸病人，讓學生讓病人具有對於連結進而產生自我成長的動機，同時產生醫生的職責感，達到反思自我的不足，而不僅只是將自己當作學生，學生才具有學習的動機，同時在接觸病人後，才會開始把病人當作自己的責任而將自己當作醫生，這樣病人病情加重時實習醫師會開始為病人擔心，成為一種加強學習動機的方式之一。

受訪者 X：把實習醫師放在第一線或許就可以開始第一個的循環，就是他們必須第一線面對病人必須要自己開始想辦法解決問題，如果沒辦法解決再往上報，所以這樣子的話或許可以...第一個就是他們有動機，第二個他們有必要去處理這個問題，就會開始反思要如何去把自己的能力提升。(住-2015-09-03-X-00238)

受訪者 L：就是當你唯有在病人身上做了一些事情，你才有可能，你對病人產生責任感，才會想要改善自己的技能。對，我是覺得我們這邊的 intern 應該很少看到有這樣的人.....我覺得就是跟病人建立一個互信關係的基礎，就是病人會想要相信你可能會在他身上做甚麼樣的事情這樣.....有在這樣的情況下，你才會覺得你真的想把他當成一個病人，你才會把自己當成一個醫生，才會把他當成一個病人啦，嘿呀，不然就是永遠把自己當學生而已。(住-2015-08-14-L-00072)

受訪者 L：我是覺得第一個，真的如果說是醫學生的話哦，我是覺得真正要去實際上去照顧病人，才有可能會說，對於自己會有一些幫助，主要是因為我覺得你

透過你的血液，或者是你每天在跟病人 talking 之間，你才會跟病人建立關係，你跟病人建立關係，你才會對病人產生責任，例如這個病人在變差的時候你會為他擔心，這個病人在病好的時候，或是他可以出院的時候，你就會覺得有成就感，我是覺得，我有時候會用這個方式，他才有可能去記住為什麼我們要這樣子做，嘿呀，我覺得因為即使念書我覺得反正今天大家坐在這邊，反正這個東西就是念書而已。(住-2015-08-14-L-00045)

住院醫師藉由與學生的對話了解學生的興趣所在，實際從實習醫師的角度溝通，並鼓勵學生找到自己感興趣的科別，才會具有自我學習前進的動力。會使用提醒學生哪些知識是國考的焦點所在，讓學生的注意力加深並了解學習目標所在。

受訪者 AD：我不會特別說我們有多好，其實有時候搞不好我們跟他講，也許是當下她可能表面上，但是心理也不太認同，所以我反而會從他們實際的角度出發，比如說他們要是，我也認同其實我自己也想走，只是變成說，我跟他們說其實很實際的就是說，如果你要把醫生當成興趣，這樣的話你一定要找你有興趣的科，或者說你覺得說無論我在於臨床研究或是在照顧病人，你一定要找一個你可以支撐下去的，但是你如果把醫生當工作的話，等於是你要用工作去培養你的興趣。……我覺得這樣他們會比較容易去講他們的心裡話。(住-2015-09-15-AD-00091)

受訪者 R：不管是主治醫師還是其他的教學都是滿有限的，我們的也都是比較 paper 的東西，所以其實學弟妹剛來的時候都會覺得早上的會議有一半都是在睡覺的，有時在開刀時會說這個國考考過所以實習醫師就會專心，喔~這個會考。(住-2015-08-19-R-00238)

某些舉例說明自己會解釋為何需要學習不同劑量的換算，如：在換算兒童血紅素 (hemoglobin) 所應注意的時候，如果以成人的想法去給予兒童同樣的劑量可能會造成施打過量的問題，從中告訴實習醫師學習的原因為何，進而讓學生產生學習動機。

受訪者 D：其實 hemoglobin 用得到，像我 run hemoglobin 我大概都會跟他講輸血怎麼算，因為有些小孩的 hemoglobin 會掉，要輸多少，有學生覺得可是他以後又不走 N 科(化名)。我第一天會跟他講說你不會走 N 科(化名)，可是你以後在急診遇到那種 30 幾公斤的阿嬤，你一次開 RBC 2U...，再加輸 1U 的 Platelet，她會喘起來，我會跟他們講為什麼他們需要知道。(住-2015-03-23-D-00134)

2. 實習醫師

實習醫師提到過去經驗中住院醫師會給予安全的學習環境，讓自己覺得提問不會被當作問了很笨的問題而產生羞恥感，同時某些住院醫師會鼓勵實習醫師發問，增加學生的學習動機。

受訪者 I：所以變成說，想錯就是錯了這樣子，但是從來是沒有什麼丟臉的感覺。

訪談者：OK，那所以從來就是不會說覺得啊就

受訪者 I：不會

訪談者：問了一個很笨的問題這樣子

受訪者 I：對，不會(實-2015-05-26-I-00155)

受訪者 J：然後反正老師既然，老師很常講一句沒關係啊你們都是 intern，要問什麼蠢問題都沒關係就是……但是他說 intern 問蠢問題是很合理的事情。(實-2015-05-26-J-00168)

於過去的經驗中，臨床教師在高級手術 (Procedure) 後會利用提點的方式，讓實習醫師以自省的方式檢視自己哪些地方沒有做對，進而產生學習。

受訪者 H：對，我覺得這一點還滿好的，就，而且他就提醒我們，建議我們說你以後做到任何高級的 Procedure 都可以這樣，就是每次做完，你就，就算學長不跟你討論你也可以自己想一下，你剛到底有哪裡做不對，然後我覺得這個還滿有用的。(實-2015-05-21-H-00675)

3. 主治醫師

主治醫師認為引起實習醫師學習動機為重要教學活動，可利用簡單易懂的短時間影片教學或是使用不同醫療做法的方式，引起實習醫師之動機。

受訪者 B：覺得這部分在其實很簡單課程是很棒的，比如說你真得要去看你真的覺得重要的，但是對他來講你還是需要去看去講，例如拆線，當他真的要去做時候，他或許比較容易去看影片，但是就像你講，如果說太長的 procedure，對他來講，他反而不是很清楚，但是反而是比較小的 procedure，我想他可能比較會有感覺，但是你如果要拍的人的話，他們需要先查一下所以這種的話，比較引起剛來的 intern 的興趣。(主-2015-12-17-B-00883)

受訪者 A：我記得上次去看他們有錄影帶，然後就是放了之後學生開始說這樣教不好，這樣比較有趣耶就是這樣一整天也不會無聊，對所以我猜國外的錄影帶是不是有些用買的，放個十幾分鐘給 R 或學生看。

訪談者：然後另外一種方式是這個人是這個教法。

受訪者 A：然後個也沒有放一整天，然後就放完一兩個小時就過去了，大家很快

樂這樣。(主-2015-12-17-A-00902)

(六)教學能力

住院教師於教學時，會加強自己的專業與教學能力，如使用工具書、使用網路搜尋資訊，於教學時部分臨床教師會將觀念內化，讓資訊經由統整後表達給學生，讓自己將經驗與知識內化後再整理帶出重點、圖解及化繁為簡的教學，讓教學能更加精簡而有效。實習醫師認為臨床教師會試著培養實習醫師報告技巧與口條，讓實習醫師於未來的工作中也能夠具有一定的教學能力。主治醫師認為，可安排各階層各自的增能課程，讓每個階層之醫師皆能有所進步。加拿大 UBC 醫學教育 R as T 研究中，推薦住院醫師學習六大核心課程目標指出，有效並具有互動的簡報技巧為住院醫師所需學習的項目之一 (Jarvis-Selinger, 2015)。

1.住院醫師

在住院醫師經由內化整理過後的準確性與實作面上的關鍵點可以明確的傳達給學生，讓學生的觀念正確，即使用中文表達也沒關係。並有住院醫師表示有時自己科別之古書為難度較高的文言文，如果照本宣科學生的學習動機將會大減，當住院醫師試著用一個簡單方式引述，將重點用一種簡單的概念，教授給實習醫師，同時當教師用圖形的概念帶入教學，可達到化繁為簡將重點精簡扼要的知識傳遞，解釋病因與結果，並形成診斷跟治療，可讓學生馬上的了解重點。

受訪者 F：他的經過完整的整理變成他自己的東西講出來，還有他表達的方式以及如果有使用的投影片或是其他設計上，就還有準確性與就是實作上面的話，可以知道關鍵點在哪，就是能夠明確抓到並清楚的傳達出來，在我們科來說是滿重要的，因為我們科的東西很多種就會聽了就睡著了，如果經過整理後你的重點，有些時候甚至你用中文也沒關係，因為只是些概念，觀念正確之後做一些事情就會比較不會出錯，當然能夠簡單講出來對於學生學習是比較有效的。(住-2015-08-13-F-00108)

受訪者 AB：像是我個人的經驗是這樣子，因為其實就是我們科其實古書超多的，一堆文言文那些的，那其實如果一篇下來，全部都是古書，然後老師都照本宣科，念下來，大概沒五分鐘我就可以睡著，但是就是我覺得是比較佩服有些老師他很厲害，他就算他就是可以在這麼多，他等於說他把所有的古籍，他大概都已經了解了，所以他用一個簡單的他利用一些引述的方式，然後簡單的把一個重

點帶到，那就講說他其實重點就在那裡，用一個很簡單的概念，就帶到說這些他們大概就是講的就是，雖然大家用不同的方式去講，但其實講是同樣的東西，甚至更簡單是用一張圖畫，他去解釋完所有的病因病籍，這個可能遇到什麼原因什麼原因，那結果是什麼？診斷就可以直接帶進來，診斷跟治療就可以直接帶進來，那我覺得這是有些老師是蠻厲害的，所以我覺得我也是努力在朝這個方面，就是如何化繁為簡。(住-2015-09-14-AB-00340)

受訪者 F：我覺得剛剛提到幾個點我是滿認同的，一個是講解方式，如果是投影式且簡潔扼要重點的東西的話，對於學生來講是好吸收的。(住-2015-08-13-F-00159)

也有住院醫師認為在平日病房並無特定的講義與教材，當需要使用教材時，可由網路上尋找知識最為迅速，可作為補充自己知識的快速管道。

受訪者 E：R1 的時候覺得自己很弱，和自己的程度有關，會說：學弟，這個我也不知道，要不然我們來 google 一下好了。至少 google 後會有一點東西。喔！你看這怎樣怎樣，自己憑空可能講不出來，有 google 可以告訴他哪邊比較重要國考會考，特別是現在病房沒有 Nelson 那本書，也許有但是不知道跑到哪邊去但 google 方便很多。(住-2015-03-23-E-00157)

2. 實習醫師

實習醫師指出臨床教師會試著讓實習醫師除了增加醫學知識外，同時培養出報告技巧與口條，讓自己能夠於將來的表達能力變得更為精熟，進而讓教學能力增加。

受訪者 H：就是其實今天 knowledge 以外，你還要注意今天你還要 teaching，就像其實住院醫師要 teaching 我們一樣啊，就像這樣其實我們今天是 clerk，還是 intern，然後我們需要什麼，然後就是相對給我們跟我們講重點，我們才會覺得，才會知道說哦我今天要注意的是這個東西，就跟報告一樣，然後我今天報告我在 teaching 別人，其實我也在學習，然後同時就是不只是 knowledge，還有口才上，還有就是表達我也會比較好，可是一開始表達能力很差，對，啊 VS 就，而且就是會跟你說，你根本不知道自己原來有這麼多的贅詞，就是，然後啊，就是啊，什麼的，然後其實根本可以再精簡一點。(實-2015-05-21-H-00775)

3. 主治醫師

主治醫師表示會針對不同層級與資歷的醫師安排增能課程，讓每個階層的醫師皆能有所進步，提升整體專業知識，於 R1 與實習為教授廣泛性的醫學基礎知識，R2 為核心基礎課程，R3 以上則為專科中較為艱深程度的知識，依著層級循序漸進的教授專科知識。

受訪者 H：我們科最近一年多開始有老師去教住院醫師的，就是他們會挑晚上一個禮拜，大概一次的時間，他們的主題譬如說今天就是看 CP group.....就挑一些片子，有點像我們工作的情況這樣子。(主-2015-12-30-H-00354)

受訪者 I：因為我們負責的醫師，就是我們前兩年那個 PGY 的制度上，R1 比較算是說學員，所以他們大概會跟 intern 比較一起 run，但是我們進到那個所謂 R2 第二年的那個時段之後，我們就開始會規定他們進入核心課程的授課，但那個授課是比較 general 的，以症狀學中比較廣泛性的沒有分特性的東西，他們從一個基礎的東西做一個講題。但是到 R3 以上我們就有規定因為他們比較分到我們次的專科裡面。那他們就依照每個次的主治醫師有規定的一些 topic，那他們在準備一些次專裡面比較簡單得一些疾病。(主-2015-12-30-I-00538)

(七)各司其職

在擔任臨床教師時，住院醫師有時會與主治醫師負責不同的學習目標，部分科別由主治醫師主導教學並為主要教學者，此時住院醫師所擔任的角色為輔助教學與教導核心基礎課程與病歷寫作等較細膩的學習目標，在如此的分工下，主治醫師的教學為大方向的概念與更深入的專題疾病，住院醫師為臨床所會遇到的處理方法。實習醫師於過去經驗中認為的主治醫師可將醫學知識與科別差異融會貫通，並將開始到結束流程以一種全面性的方式教導實習醫師，而住院醫師較為貼近實習醫師，了解其學習需求，將實習醫師所需的知識則用提點的方式作教學與輔助，來達到各司其職於教學中擔任不同角色分工。主治醫師同樣認為住院醫師與實習醫師無論是年紀、想法觀念、與層級都十分相近，平時見面接觸機會也較多，故由住院醫師教授實習醫師十分適合。住院醫師於教導醫學生與資淺的住院醫師時，因層級較為接近，故能更了解學習者需求 (Morrison *et al.*, 2002)

1.住院醫師

住院醫師認為，主治醫師教導學習的大方向，住院醫師負責教授臨床處理的知識，將真正照顧病人的方法授予學生，如臨床處理。於基礎課程時住院醫師為主要教學者，再由主治醫師來加強不足的內容，而教導專科核心課程時，住院醫師的教學內容為補充主治醫師教學上所沒提及的知識。在臨床教學時，與主治醫師各司其職在分工合作的方式下，讓學生學習到最多的醫療相關基礎與核心知識及相關病例的寫作格式。

受訪者 S：VS 教就是教方向，住院醫師教就是教病人處理，所以你在的時後就一直把你遇到的狀況遇到的事情往下教，在當 R 的時候妳就會把自己當 R 往下教，可是實際上如果是 VS 往下教的時候，就抓個大方向，根本不會知道這個病人怎麼了，只有 R 會教你，那個 R 會真正在照顧病人。(住-2015-08-19-S-00035)

受訪者 Y：那課堂部分就像剛才學姊提到的就是說，以核心課程為主，那核心課程就有分是主治醫師主要教學還是我們教學這樣子。那假設核心課程一些比較專題的疾病的話，就是主治醫師去做上課，那如果像是比較一些比較基本的課程，就是由我們做上課，然後由主治醫師旁邊做補充這樣子，提供他們自己平常臨床的經驗，那我們等於說透過在教學過程中，學習說我們把我們自己平常跟診或者是會診，或者是讀書去結合，把我們所知道的交給學弟妹以外，那另外就是讓主治醫師去平和說我們在學習的狀況，有沒有一些不足的地方，然後再幫我們補強這樣子。(住-2015-09-14-Y-00179)

受訪者 AB：就是你如果有問題詢問的話，不管是臨床還是說一些像是寫作的一些病例寫作格式等等，就是學長姐可以幫忙的比較多。(住-2015-09-14-AB-00158)

2. 實習醫師

實習醫師認為住院醫師跟 VS 教的不同，同時舉例說明自己在 G 科(化名)的經驗，所遇到的主治醫師可以將醫學相關的知識融會貫通，同時會將不同科別的差異性與相關處理流程教導實習醫師，而住院醫師較為貼近實習醫師，將實習醫師所需的知識用提點的方式作教學與輔助。

受訪者 H：我覺得我覺得住院醫師跟 VS 教的不同，是不太一樣的東西，因為欸，像講明確一點，像我上上一個在 G 科(化名)的話，像 EV(化名)教的，我就會覺得，因為他是 VS，他就會就會貫通那一整套，你就會覺得，你平時學的東西他就把你全部融合在一起，他就是講得很順這樣子，然後，他都會也是一樣啊，會提幾個主要重病科、三病科、泌尿學的，就類似這樣，那可能之前就就先就跟你講，那他這次融匯貫通，就是從生理、病理，然後從一開始到後來治療，到後來可能是跟你講一套，那住院醫師的話，就是可能，嗯，比較，可能是比較貼近我們吧，他會知道我們遇到什麼問題，所以變成說他會，提點式，然後再輔助你一點點這樣子。(實-2015-05-21-H-00362)

3. 主治醫師

主治醫師認為於醫療體系中，住院醫師與醫學生的關係最親密，不論是年紀、想法、觀念上都更為接近，同時接觸也為最多，十分適合由住院教導實習醫師相關醫療知識。

受訪者 C：其實住院醫師跟所謂的醫學生他們是最親密的，因為他們跟主治醫師可能會有一些隔閡。不管是年紀上或有些觀念，有事情他不會先找住院醫師來去做交流，那住院醫師其實他有點快要到總醫師那階段，其實他也因為要考試那技術其實也還蠻強的，其實由住院醫師來擔任這種教學的活動，我想是很理想的。(主-2015-12-29-D-00362)

受訪者 R：那住院醫師真的，不管是 senior 或是 junior，他醫學生的接觸就是最多，所以在外科系統裡面教這些 tantick 的就是時間最長的還是住院醫師，所以如果真的對象是醫學生的話，其實老師還是住院醫師最好，對因為他時間最多，所以以前我們不管是或者是做一些簡單的手術，連在當 intern 的時候都是住院醫師教我們的。(主-2015-12-22-C-00052)

(八) 角色示範

臨床醫師對於醫學生具有重要的榜樣效果 (Jarvis-Selinger *et al.*, 2011)。根據訪談結果顯示較為資深的醫師於看診中或於醫病溝通中可成為良好之角色模範，同時臨床教師在教學時可能依循著過去經驗中教學優異的角色模範，嘗試給予較資淺與實習醫師良好的身教，或使用所觀察之角色模範使用教學方法。同時某些角色模範會將相關醫學知識內化後，並利用小白板透過直述法將知識完整傳達給學生，部分角色模範讓資淺醫師學到的訣竅為影片無法給予的。其中一位實習醫師分享自己試著帶領讀書會並給予回饋就是因為觀看了住院醫師的作法而引發這種一起進步的想法，另一位實習醫師提到的角色模範資訊中表示，住院醫師可讓他們觀摩，並試著學習住院醫師的處理方式。代表者好的角色模範可以激起住院醫師甚至於實習醫師進行更主動的教學方法。而主治醫師會於教學門診時讓資淺醫師觀摩，藉此教授醫病溝通的方法。文獻中提及教師之言行舉止為年輕醫師及醫學生學習對象，不僅是在醫學專業知識與技能上，教師對待病人的態度及教師面對醫療工作所具備的信念與價值觀，會在潛移默化下影響學生未來發展，而這正是所謂的典範 (role model) (謝博生，2006)。良好的角色模範可令實習醫師於無形中學習，達到良好的教學效果。

1. 住院醫師

有些住院醫師提到角色模範處理事態的態度為冷靜分析並做出適合的選擇，不受心情影響讓自己做出魯莽的決定，這樣全盤思考的態度且有條理讓自己深受影響。同時當住院醫師遇到屬於醫病溝通的角色模範，其對於病人的態

度為真誠坦白，並詳細解釋病患的情況，透過角色模範的教授，可加強學生的對於訣竅的拿捏。

受訪者 C：有人影響我很大，就是他教處理事情的態度方面，假設遇到病人很 tra (trouble)...，突然炸掉或是變不好的時候，他會先很冷靜分析當下問題，而不會馬上衝動的去做處理，他會先全盤思考當下的狀況，判斷以後再去做最適合的選擇，而不是很莽撞的直接去處理這件事情，感覺處理事情很有條理很穩重。(住-2015-03-23-C-000049)

受訪者 D：我覺得醫生這個部份第一個就是他的講話跟態度，有的人的態度讓我覺得他是真的對病人很不錯，跟病人的關係不是靠一些花言巧語，不會去取悅家長，會把這個小孩真的不好在哪裡、真的好在哪裡，做完檢查後再好好跟家屬說，不知道的部分也會跟家屬坦白說不知道，需要再查。再來我覺得 procedure 的部分對我影響很深的是，他在上面帶你的時候，他的方法就真的是他做出來的很不錯那樣，你自己試的時候也很有效，做了幾個之後就感覺變成自己的東西，那時候的感覺是很充實的，如看病人態度、親身帶你的方法，做法有時候有些訣竅眉角是看影片看不出來的，但如果親身帶你做過一次的時候，學到那個訣竅會變成很不錯的東西。(住-2015-03-23-D-000049)

住院醫師所提到的角色模範利用帶查房的時候，對實習醫師進行教學，將疾病從頭到尾的以小白板的方式傳授其所屬科部的核心知識，裡用帶查房的過程中將各核心主題分類並循序漸進的教導學生。

受訪者 P：我們科最會教的主治醫師應該是 C 主治醫師 (化名)，我們只要丟給他實習醫師，他會把幾個比較大的主題全部上完。他上的方式不是坐著，是帶著他查房，這個病人是結石.這個病人是攝護腺癌等，它就會先起個頭講完後把實習醫師帶到開刀房，反正比較小的手術是我們做他在那邊講，邊講白板就寫了一大堆，就順便教完了，.....，就是會有一個我們可以學習的對象，原來這樣講一講就可以了，那下次學弟來我們也是一樣白板就是來寫病人資料或是記錄手術機械什麼的，不要擋到就好了，大家有空的時候聊一聊，講到一個段落 5~10 分鐘就可以晃到下一間看看有甚麼事情可以做。(住-2015-08-19-P-00225)

受訪者 K：我覺得像 D 主任 (化名)，教學方式就非常的好，現在就是討論完之後，再到床邊全套的檢查做給你看，告訴你他的想法是什麼這樣。(住-2015-08-14-K-00423)

2.實習醫師

實習醫師提出自己帶領實習醫師一起讀小麻(醫學用書)的想法是源自於觀摩住院醫師的作法而引發的，同時自己這樣做的行為也讓其他的實習醫師開始帶領學弟妹形成讀書團體的方式，一起進步。同時實習醫師表示住院醫師可以讓他們觀摩，並試著學習住院醫師的處理方式。

受訪者 I：這好像是住院醫師，真的可以，真的可以教我，或至少可以讓我觀察一下

訪談者：讓你們觀察事情這樣子，因為，其實接下來你們就要做了

受訪者 I：對。(實-2015-05-26-I-01667)

受訪者 B：我就跟 clerk 約說今天下午沒什麼事，那我們來從小麻選個 topic，然後你的病人可能剛好是這個，然後我們就來讀這個，然後你報給我聽，然後我會回饋說我在臨床遇到一些的經驗跟你分享。我覺得我是還沒到那個等級可以這樣做，可是我覺得我就是分派一些工作，然後他們就會覺得我有事可做，而且會有回饋，是這種想法，然後所以我們就可以一起讀。然後我當然也會說一起就是我聽到的，然後沒有 evidence based 的，所以我們可以一起去查證，然後不過我覺得在這過程中，他讀的過程中，我也讀了一些我可能以前沒有注意到的問題，他可能會問出來之類的，所以，我這個方式是在別的醫院看到有住院醫師會帶大家一起讀小麻，所以我就會想說試試看，而且效果不錯，甚至我也有影響到幾位 intern 也開始做類似的事情。(實-2015-05-05-B-00442)

3. 主治醫師

主治醫師表示在教學門診時，會讓較為資淺的醫師觀看如何進行醫病溝通，此為角色模範的教學方法之一。

受訪者 C：溝通的部分就，我們是有一些主治醫師的門診是一定要有住院醫師跟，所以其實住院醫師也可以學到資深醫師怎麼跟病人溝通，不是教學門診，就是他整天的門診，就是一定要有醫師在旁邊跟，其實他是會有機會學怎麼跟這些病人，就是去互動。(主-2015-12-22-C-00253)

二、 教學內容

(一) 臨床事務

臨床教師在教導學生時，所使用的教學內容為臨床利用上常會使用到的臨床處理技巧，如 X 光判讀、脊髓穿刺麻醉、呼吸器調節、理學檢驗判讀及臨床處理事項之細節，同時臨床思辨也是教學內容的重點之一，藉由這些臨床事務讓學生更快的學習到醫學相關知識，並了解細節的處理方式。實習醫師遇到的臨床教師之經驗中所也會教導接觸病患時所學習的相關臨床技能，藉此了解臨床事務之相關知識，並且教授投影片的製作與判讀及骨髓切片與顯微鏡的判讀，等臨床事務。住院醫師教學技能需培訓，給予臨床團隊和學生基本技能，

包括病史詢問和身體檢查，批判性推理，圖表和程序等核心知識，皆屬於臨床教師的教學範圍(Morrison *et al.*, 2002)。

1.住院醫師

住院醫師表示自己擔任臨床教師時，會教導如何分析，該藉由病徵臨床思辯其可能原因，並且解釋檢查種類為何，同時自己科部會採用帶領臨床實作教授相關細節，並強調解釋事情準備的重要性。

受訪者 Y：懷疑 ABC 那三個診斷，那接下來我要做什麼檢查去其他的診斷，那最後可能最想什麼，那因為通常在做這些解釋的時候，其實真的是一個思維的介紹。(住-2015-09-14-Y-00025)

受訪者 D：像是這裡怎麼辦，像是這裡要特別仔細、這裡要怎麼摸、要怎麼定位，還有事前的準備工作為什麼是最重要，他會告訴你，讓你看過一遍之後就知道，原來細節藏在這個地方。(住-2015-03-23-D-00073)

於加護病房 (ICU) 時教授的內容會從一開始的病人病史詢問、評估，進而教授相關儀器如何操作，如腰椎穿刺 (lumbar puncture)、呼吸器的調節、X 光判讀及藥物施打，最後病患的臨床處理與後續追蹤處理方式皆為科部教授重點。在見習時所遇到的臨床教師會帶領自己做呼吸器的調節，在安全範圍內調整後病人的潮氣量 (tidal volume) 變化為何，藉此了解臨床事務之相關知識，並且教授投影片的製作與判讀及骨髓切片與顯微鏡的判讀，等臨床事務。

受訪者 B：那這個時候就會跟學弟妹分析說，覺得這個 case，可能要懷疑什麼什麼，那比較深刻的是剛下 R2 的時候在 ICU，通常對病人都不是很熟，所以有的學長會帶我們從病人出現在病房裡面要怎麼去 taking history，怎麼做第一波的處理，lumbar puncture, PICC 要怎麼...，怎麼量長度，都會帶我們做，我覺得還不錯，接下來要怎麼看 X 光、看 X 光要怎麼打藥物...、之後要哪時候 follow、gas 要怎麼判讀、...他呼吸器要怎麼調，我覺得如果學長姐他們一步一步帶，告訴我們之前的經驗去分享，我覺得其實還蠻有幫助，因為這樣下次遇到這個 case 的時候，就可以想到我要怎麼處理、怎麼治療、怎麼 follow，follow 之後怎麼樣再做什麼處理。(住-2015-03-23-B-00022)

受訪者 Y：大部分是以投影片為主，那少部分會牽涉到還是有一些技術層面，比方說有一些事情是投影片的製作及判讀，還有一些骨髓切片的一些顯微鏡的判讀這樣，那有時候就是看總醫師那個時間上的安排，原則上大目標是哪一些課程希望同學接收到這方面的訊息這樣子。(住-2015-09-14-Y-00118)

受訪者 E：第一次到 PI 見習的時候，那時候預計呼吸器在 PI 都沒有人會特別帶，我在那邊見習的時候有總醫師教我呼吸器，他就帶我到呼吸器前面，他先跟我講一些基本的參數，我就問他一些複雜的設定，這個鈕是甚麼意思，這個數字是甚麼，他就說我們來調調看，就直接調給你看，在安全範圍內直接看病人反應，就是調了這個之後病人的 tidal volume 之類的，可能就變大或變小，或圖形有甚麼變化，半個小時就是在那邊看，親自帶，讓你看告訴你其中的細節可能的變化。(住-2015-03-23-E-00077)

2. 實習醫師

實習醫師認為在學習當中最有效率的方式為直接接觸病患，學習觀看病患的資料並試著臆斷 (impression) 病患可能的原因，臨床教師會先口頭引導並讓實習醫師獨立作業，在實習醫師有困難時再給予協助，同時臨床教師會詢問自己在為病患開醫囑 (order) 所設想原因與劑量拿捏，並給予建議。

受訪者 J：我覺得最直接就是，比較有效率最直接的方式就是直接丟病人給你自己顧.....老師所有的病人都直接給我，給我們自己去看這樣子，他就說你就自己去看，然後，他有大概跟我講幾講一些方法啦，就是說你就可以先看 data，看完之後你有沒有 impression，然後再去問.....你就比較抓得到重點這樣子.....他會先用口頭引引導，然後再叫我們自己去做，他也不會陪我們，反正就是有問題再 call 他這樣子。(實-2015-05-26-J-00205)

受訪者 D：會問你說你現在想開什麼 order，然後為什麼要開這個 order，他劑量怎麼給，如果不知道就大家一起來翻書，基本上就是我們自己想到，然後他會再順便提醒你說剛剛有不是說到，他會提供你建議。(實-2015-05-05-D-00251)

實習醫師指出臨床教師會將當天所執行的手術的流程用紙筆的方式帶領實習醫師再複習流程；提到自己在 F 科 (化名) 時，臨床教師會主動詢問學生還有哪些臨床上所會遇到的事物還沒有操作過，並試者讓學生動手操作。

受訪者 J：J 科 (化名) 就是，那天開完刀之後，然後下班前，然後用畫圖的方式帶我重新走過一次那個手術流程.....就是帶我重新 go through 一次那個 procedure.....
從第一步到最後一步。(實-2015-05-26-J-00391)

受訪者 I：像我也碰過說是，像我在 GI 的時候，然後跟一個 R，那他就是，他就是滿，滿願意去問，他就會，他都，他甚至還會主動問你說，你哪些東西沒做過，然後，他就是說手上有的時候，他就會，他就會讓你去試試看。(實-2015-05-26-I-00691)

(二)臨床用語

住院醫師於教學中需要教授實習醫師實際臨床上所使用的醫學術語，同時住院醫師擔任實習醫師與主治醫師間的溝通橋樑，解釋主治醫師所表達之意思與專業術語，讓實習醫師能夠快速地進入醫療現場的狀況，此外住院醫師於臨床上教導實習醫師醫病溝通的方法與讓實習醫師了解家屬所在意的重點為何。教懂實習醫師醫療上常用的語言，可讓主治醫師於帶查房時可以更快地進行差異化教學，讓每個層級的醫師皆可以有學習到醫學知識。實習醫師於訪談時表示，住院醫師願意教授臨床相關用語會大幅度的幫助實習醫師更快的了解醫學術語，如開刀時實習醫師其實是不知道所進行的步驟與用意為何，而資深醫師談話時也常使用縮寫，在經住院醫師講解後，實習醫師可以更快的熟悉醫療現場用語與老師所在意的重點方向。

1.住院醫師

住院醫師表示學生可能對於實際上臨床相關用語或是思惟切入點不熟悉，住院醫師可做為幫實習醫師了解主治醫師所表達的意思，並作為溝通的橋樑；認為住院醫師的另一工作為教懂實習醫師醫療上常用的語言，這樣的方式可以讓主治醫師在教授不同層級的醫師時可以更適合不同層級醫師的需求，同時遇到熱心的住院醫師時，除了臨床相關語言外，也會提點相關流程須知。

受訪者 AA：他們剛來的時候，可能都會這個疾病，或者這個 VS 的一些切入點的一些思維，比較沒有那麼的拿捏的沒有那麼的準確的時候，我覺得這個時候就是住院醫師的角色，算是自己也是在跟著別人學習，然後另外就是也可以當作一個 intern 跟 VS 之間的一個就是溝通上的橋樑，可能就是 R 畢竟經驗會比 intern 要再多那麼一些，所以就是可以在幫助就是 intern 在學習的時候，可以把 VS 的一些語言，轉換成這位 intern 比較能夠接受的語言。(住-2015-09-14-AA-00141)

受訪者 J：再來就是我覺得住院醫師在教實習醫師時他的另一個工作是需要和實習醫師解釋他們在講什麼，因為實習醫師常常聽不懂他再說甚麼，因為查房不能只教實習醫師，那 R 都沒有甚麼可以吸收的，因為 R 都已經都會了，他也覺得 R 應該也要會了，他還要帶總醫師，總醫師就更不用講，有些比較熱心的住院醫師會跟你主治醫師在講什麼，當然這是比較深入的，如果說要做什麼準備會碰到甚麼問題，另外就是，在對象不同教學方式也會不一樣，到比較 R 時候他需要的時候就是基本基礎的東西他都會了，他主要遇到一些特別 case 需要 VS 和他分享。(住-2015-08-13-J-00134)

住院醫師可向實習醫師解釋醫病溝通時所要注意的方向，而不是將事情處理完即可，提及病患家屬所在意的重點為何，並且自己所要了解重點為何，相關症狀產生的原因。同時臨床教師會提點病因為何，於不同症狀上該如何處理較為妥善，更重要的是該如何對主治醫師該有的應對進退為何，讓實習醫師可以更快的適應醫療現場須知。

受訪者 A：其實告訴他做這件事的目的和意義在哪裡是很重要的，對 intern 來說不是只是 check in 完、單子勾完就算了；家長在意的是外觀，為什麼這裡會腫一包、為什麼會有疹子，你要怎麼跟他說這裡是 OK 的、這要再觀察，我覺得這反而是更重要的一部分，技巧那些都是其次，他們做得好不好都無所謂，因為他們本來就不是很常做。(住-2015-03-23-A-00098)

受訪者 S：這個病人還有病是怎麼來的，他如果今天發燒會有甚麼症狀，在這些症狀上該怎麼區分與處理會比較好，但是在 VS 的應對進退上要注意什麼。(住-2015-08-19-S-00050)

2. 實習醫師

實習醫師表示自己會在報告之前詢問住院醫師報告相關重點為何，如果有機會會將自己的報告內容先報給住院醫師聽；有實習醫師提出自己曾經於 H 科(化名) 遇過住院醫師於開刀時會主動將過程講解給學弟妹聽，讓學弟妹更快的了解當時的情況，原因為當教資深的醫師談話時，一段話之中有各種各式各樣的縮寫，實習醫師實際上並不知道所講內容。並有實習醫師提出自己於 I 科(化名)有主任會在進行手術時講解給實習醫師聽，讓實習醫師可以了解現在手術進行的項目；實習醫師在實習時會遇到住院醫師將科部重點用問題的形式讓學弟妹回去查，如頸部 (neck) 的解剖構造 (anatomy)，讓學生在老師詢問時可以具有一點的知識回答問題。

受訪者 F：我們都會先偷偷，隔天早上報之前下午先問他說：學長，你覺得老師會問我們什麼問題？然後他就會說，喔這個應該怎樣怎樣，那你們回去查一下，甚至還跟他報一下。(實-2015-05-21-F-00088)

受訪者 B：我想起來了，H 科有一個會 teaching 的 R-叫蔡 XX，他是唯一，就是

我可能覺得這到底在幹嘛呢？他就會說學妹，我們現在在幹嘛幹嘛幹嘛。

訪談者：他會轉播給你聽。

受訪者 B：就是他會主動可能會發現說這個學妹可能不太知道，然後他會自己講的，然後其他的話，可能都是我問學長，請問一下這個現在到底在幹嘛？他們才會可能講一下，但是他們講一段話之中有各種各式各樣的縮寫，所以我也不知道

她們實際上在講什麼，但是 H 科(化名)就是剛才說的那個 R 就是我目前他會主動講的。然後還有在 I 科的時候，雖然他們沒有要求 intern 要上刀，但是有的時候我進去看的時候，我那時候是跟謝 XX 主任，然後他有的時候他也會說，那我們現在在幹嘛，為什麼要做這個，對，就是我覺得教學比較 OK 的。(實-2015-05-05-B-00153)

受訪者 F：不然學妹就我寫這些問題，你拿去查一查這樣子，對，然後，後來我是還沒有機會跟他講，不過隔天在開刀房的時候，剛好老師就問到那個他寫的問題，不過這些是很簡單的，就是 neck 的 anatomy，例如說分區啊什麼的，對，就是算是基本問題，然後那時候我就都講出來，然後老師就非常開心.....雖然是叫我自己查，也沒有什麼 teaching，不過，他可以點出這一科哪一些是基本重要的問題，這還滿好的。(實-2015-05-21-F-00225)

(三) 核心知識

除了傳授通則性的醫學知識，各科的住院醫師會依據他們的科別來教授個專科的核心知識，如 J 科(化名)會傳授進開刀房的相關技巧，而 A 科則教授穴位與藥布製作，P 科(化名)會依據不同的精神科知識依照科部所分的類別來教授其核心知識，並且依照各科部的專門臨床處理概念加以指導，如 A 科的變化性大，故處理病人的準則並無標準性的答案。實習醫師一部分人覺得在實習的時候可以學習到各科相關知識，但也有實習醫師認為某些科別所教導的知識缺乏科別特色，去到某些科目學到的知識與技能跟其他科別太過相似，讓實習醫師覺得缺乏科別特異性。主治醫師的訪談中了解，自己科部會將科部核心知識教授實習醫師。

1. 住院醫師

住院醫師所屬科部在教學內容部分會針對細微的手部動作作教學，讓學生觀看，有些侵入性治療或是注射，為看書無法得知，需要有人在一旁協助做給實習醫師觀看，說明哪個點進去.哪個方向是很重要；L 科(化名)住院醫師表示自己的科別會不同的主題進行個案討論和額外的教學，並讓學生學習觀察病人之精神狀態、相關精神評估與如何接待病人。

受訪者 AD：我就想說其實就是在看別人做的時候，他的手怎麼做，所以後來發覺有些 VS 他們應該就是，其實我們在做的時候就會看著你就說你現在手應該怎麼動。(住-2015-09-15-AD-00352)

受訪者 H：我們科的話，我們科都是有些侵入性治療的一些注射等，都是看書無

法知道的，是需要有人在一旁協助你做的，跟你說哪個點進去.哪個方向是很重要，我覺得因為我們到我們這邊算內科，就不是外科系的，如果是外科系的話，那應該是更需要這方面，像是放刀或是在旁邊協助等，這部分他們可能會覺得這是更重要的。(住-2015-08-13-H-00165)

受訪者 I：我們是 L 科(化名)，科部內的話真的是有在教學的話是有分滿多種的，平時我們對實習醫師是有循環課程的，而剛來的住院醫師也可以來聽，且是兩個星期會循環一次，平常在查房的時候，查後的個案討論和額外的教學，我的習慣是我有帶實習或是住院醫師，其實也是之前怎麼教，我們剛好可以分成不同 topic，且可多可少，但我們還是會先準備不同的 topic，講一個最基本的，之後看他們有沒有要更多的再做討論，至少基本的該講的都會講.....如果我們的對象是見實習醫生或是比較年輕的住院醫師，最重要的還是以急性病房常見的疾病為主，應該要注意到的，精神狀態或是精神評估與如何接待病人。(住-2015-08-13-I-00277)

另有 K 科(化名) 住院醫師會安排核心課程讓住院醫師擔任講師，另特別指導針灸與藥布製作相關技術，並協助主治醫師做教學，K 科(化名) 的病患變化十分大，可能相同病徵中所使用的治療方式不一樣，需要於病人中得到實證，所以在教學時住院醫師會給予學生照者別人做法，所得結果不如預期，也不一定是錯的觀念。

受訪者 Z：然後另外我們還有一部分教學的部分，就是我們會排一些核心課程，由住院醫師來擔任講師的部分，然後還有一些針灸，或者是藥布製作等等都是，我們會協助主治醫師做教學這樣子。(住-2015-09-14-Z-00063)

受訪者 AA：因為 K 科(化名) 的變化的部分我覺得還是蠻大的，蠻大的，或者是說就是能做研究的那些部分，他可能只是其中一些一個 part 而已，譬如說 A 科可能會說那我可能這個一直下去之後，這個診斷下去，然後我做一個治療，然後我就實證在這個病人身上是有效的，可是在臨床應用的時候，這個實證不見得可以應用在這一個人身上，會遇到是這樣的問題，但是也不能說我照著你，那就是錯的，也不一定是錯。(住-2015-09-14-AA-00293)

2. 實習醫師

實習醫師於 J 科(化名) 學到闌尾切除，科部的臨床醫師會依循著步驟帶領實習醫師，其目標為實習醫師可獨立完成此醫療作業，於 M 科(化名) 的實習醫師哲於實習過程中，學到了子宮切除相關步驟。

受訪者 I：J 科(化名) 比較印象深刻的.....比較簡單的刀，像是像是闌尾的話，會一步一步帶著你看。
訪談者：嗯嗯。

受訪者 I：對對，他會一步一步帶著你看，那就是，他的他的目標就是要讓你能夠一個人把它做下來.....他會他會想他會想要讓你一個人能夠，但是好像至今成功只有一人。(實-2015-05-26-I-00438)

受訪者 A：我那時候跟到的是 M 科(化名)的總醫師，最近這總醫師剛升上 VS，然後就是跟他一起開刀滿好，因為他就是都會教，然後他也會就是帶著我做，所以我那時候覺得我就是跟了 M 科(化名)以後覺得我好像大概子宮怎麼拿的步驟我大概都會了。(實-2015-05-05-A-00018)

並有實習醫師指出於急診室實習時，快速的學習到基礎醫療 (primary care) 與處理病人主訴 (complaint) 的能力，在病患來到時可了解醫療行為處理時機，如：血糖、灌水等處理方法；也些實習醫師提出不一樣的看法，在他的實習經驗中，會遇到去每個科部所學到的知識重疊，如去到 N 科(化名)所學到的技能為縫合與傷口處理，對於實習醫師而樣這樣的學習內容無科別特色，跟去到其他科別的學習內容差異不大。

受訪者 J：現在這邊的 primary care 的很多時候是，是很可以快速建立你處理病人的一些 complaint 跟他一些常見的一些，對，就是啊哩啊砸的問題，可是，這個 primary care 目前對我來講，就是內科，我覺得我處理 complaint 急診，真的是有快速累積，快速累積經驗，除了血糖啊，什麼時候灌水，真的是有幫助。(實-2015-05-26-J-00784)

受訪者 B：但是如果我覺得我說我人生可能只來過一次 N 科(化名)的話，我只有學到這些，可是，我覺得好像很少，我可能還是不知道他們 N 科(化名)到底除了這些，因為像傷口癒合這種，其他科也會有傷口癒合、也會有傷口要照護的情形，就是可能要他們沒辦法讓我知道說哪些東西是一定在這個科才能學到的，其他科學不到的，他們都會覺得 intern 就是學一個非常一般普遍的就好了，但是如果各科都學到普遍的話，人家問你說以前有沒有 run 過 PS，那你應該知道吧！你就說，沒有耶！他們那時候只跟我們說我們只需要學什麼，對呀！我覺得他們可能都想說這些都太難了，對我們來說就是怎麼樣，但是可能因為我只有來過一次，就算再怎麼難，可能也是讓我聽聽看，就是可能讓我知道說我聽過但我學不會，真的太難了。但是他們沒有嘗試說，給你有去了解這個東西的管道。然後他們就說沒有關係你們不用學這個，我覺得這樣就是，好像也有點怪怪的，因為我就是可能特別想學那個科的某些技巧或是術式之類的，我才會可能選想來這個科見實習，但是反而來之後我覺得可能沒有，跟我想像的有點落差，那我就會覺得那我何必來這科啊？每一科隨便就好啊！(實-2015-05-05-B-00176)

3.主治醫師

主治醫師介紹，自己科部會教授科部核心知識，如取穴、針刺。而難度沒這麼高的技術則由資深住院醫師帶領。

受訪者 I：在我們科的話大概有兩個主要的模式，一個是比較技術面的，所以他

們會協助一些 DOS 的教學，像針灸，一些技術性的比如說取穴、針刺啦，艾灸的部分，所以 DOS 教學由非常資深的住院醫師帶著 intern 他們做。(主-2015-12-30-I-00254)

綜合本節之研究結果，住院醫師在選擇教學方法與內容時會選擇能適應忙碌而快速醫療工作，並讓實習醫生能為之後的臨床工作做準備及增加實習醫師之學習動機，住院醫師學習六大核心課程目標，分別為：1.了解醫學教學原理與相關教學策略；2.有效並具有互動的簡報技巧；3.針對學生需求並設計教育目標，並設計節省時間的教學策略來因應繁忙的臨床工作；4.促進臨床思辨之能力；5.觀察學生行為並給予回饋之能力；6.學習良好的衛教能力 (Jarvis-Selinger, 2015)。

第二節 住院醫師擔任臨床教師之態度影響因素

由訪談內容分析歸納的結果發現會有些因素影響住院醫師擔任臨床教師實的教學態度，依造訪談結果歸納後，住院醫師於任臨床教師之態度影響因素可分為內在因素與外在因素歸納如下。

一、 內在因素

住院醫師之教學態度受到住院醫師本身特質與思考方向等內在因素所影響，當個人特質為積極正面具有教學熱忱時，會具有較多的教學行為。同時當思考方向為傳承，並擁有教師自覺感時，對於教學也會更為積極。

(一)個人特質

當臨床教師的個人特質為熱心、有自信、親切、熱誠又具有開放態度時，學生會比較具有興趣，有自信的教師在教學時較為活潑，學生會覺得有趣不枯燥，進而吸引學生的注意，而親切的臨床教師可讓學生敢於發問，不會覺得問題很笨。同時教師年齡與工作年資也為影響教學態度的因素之一，年齡稍長或結婚的住院醫師可能對於自己的角色定位較於清楚，在教學與傳承上具有好的表現，但實習醫師認為與學生差異較大時，學生會覺得較難溝通。對實習醫師而言當遇到特質為具有教學熱忱具有耐心的臨床教師會讓學生更具有學習動

機。主治醫師認為每位臨床教師都有自己的特性，有些人具有熱忱，有些人天生說話方式就為冷冷的，課程設計可以試著順應每一位教師發展。可使學習過程中具有更有效的教學，透過良好之人際關係與榜樣，可令學生學習和發展更為良好(Goldie, Dowie, Goldie, Cotton, & Morrison, 2015)

1.住院醫師

住院醫師認為當學長姐屬於很有自信的類型時，會覺得他說話言之有理，同時授課的時候也不會覺得枯燥乏味。覺得如果講者讓學生感受到熱誠以及內容為講者內化後整理講出，尤其是準備的教材內容是經內化過經驗分享，可以讓學生有興趣去聆聽。

受訪者 Y：那我覺得之前我遇過的學長姐，通常就是自己很有信心的，他覺得他講出來東西都非常言之有理，讓你覺得這個學長或者這個學姊怎麼這麼厲害這樣，讓你覺得光他的說話就很信服他，那另外就是他在授課的時候，就是會讓你覺得說不會是很制式很枯燥的。(住-2015-09-14-Y-00328)

受訪者 Z：我覺得就是演講者如果能夠，我自己喜歡的，就是自信堅定可是又開放，就是他的一個態度是就剛剛前面學長姐講的，我今天上這堂課程，我可以很有自信的而且是就是分享我想要分享給大家的內容那這樣子的一個態度的話，當然就還蠻吸引學生去聽的。(住-2015-09-14-Z-00396)

受訪者 AA：有時候演講者，就是你可以感受到他那個他那份熱誠，然後就是會被帶得很有興趣這樣子，那內容方面我覺得我會希望說這個講者，如果他準備的教材內容是他個人消化吸收過，然後是他個人的一個經驗分享，會讓我們比較有興趣想要去聆聽。(住-2015-09-14-AA-00411)

受訪者 P：大部分教學比較好的都是比較活潑，愛講話的住院醫師，比如說如果這個案子比較好玩，它就會拿出來和大家講，別人聽一聽也覺得很好玩，大家就會討論起來，這樣分享的過程中大家都會學到一些東西，到現在我們都還是會做這樣的事情。(住-2015-08-19-P-00060)

住院醫師表示當臨床教師態度親切時，可讓學生敢於問問題，不怕自己的問題顯得愚笨。並有住院醫師表示自己擔任臨床教師時會選擇讓學弟妹直接叫自己的姓名，讓彼此的關係拉近，藉此讓學弟妹更敢發問。某些對於自己角色定位很清楚的醫師，其可能原因為結婚了或是年紀較為年長而將傳承與教學做的很好。

受訪者 B：願意教，如果他的態度是比較親切的，比較不會覺得說我好像問了一個很笨的問題；.....所以學長姐的態度是親切的，不會覺得問題很笨，我就會比較敢問，一些小問題也比較敢提出來討論，或是有其他想法比較敢跟他說，所以態度會影響到讓我們敢不敢問問題。(住-2015-03-23-B-00041)

受訪者 K：就是可能像我跟學弟妹我都會直接說你不要叫我學長，你叫我名字就好，因為我覺得，你只有像是比較沒有學長姐的關係才敢發問，才敢跟他討教事情這樣，嘿呀，所以我覺得，像這種學長姐，我自己也遇到，我比較喜歡這樣。(住-2015-08-14-K-00128)

受訪 AD 者：我覺得做得最好的是李 XX，我覺得是因為第一個是年紀大，我是覺得他對於自己的角色定位很清楚，我不曉得說是因為他的年紀還是因為他有結婚什麼東西的，但至少我覺得他在傳承和教學這一塊是醫院裡做得最好的。(住-2015-09-15-AD-00247)

2. 實習醫師

實習醫師提出可能跟個性有差，當時遇到的醫師非常有教學熱誠，詢問時都會耐心回答，但無法要求每一位教師都是如此。某些臨床教師非常有教學熱忱在換藥時會跟實習醫師作講解，甚至可以請病人晚點進來，全心為實習醫師作疾病的討論解釋。有些實習醫師認為部分的臨床教師都只是在講自己的豐功偉業，所用的標準也是過去的標準，在這種老師已經將個人觀感加進去的教學方式，會令實習醫師的學習動機下降。

受訪者 A：可能也是跟每個人的個性有差，我覺得像那個那時候的總醫師非常有教學熱誠，然後問他問題他都會很耐心回答，可是我覺得，這是回歸到最後還是一個道德層面的問題，就是不可能要求每個人就是都這樣。(實-2015-05-05-A-00030)

受訪者 C：裘 V，大家都很喜欢他。因為他就是很有教學的熱忱，也是可以就是在門診換藥班順便去跟他門診，然後再來就是會 teaching。我們都覺得很不錯。

訪談者：就不錯這樣子，所以基本上他也就包了住院醫師的教學工作這樣。

受訪者 C：不知道是主治醫師比較有熱忱教學，還是怎麼樣.....因為他會為了要教學我們，就是會請病人晚一點進來，就是特別開電腦跟我們說。(實-2015-05-05-C-00140)

受訪者 D：或是有時候會開始過度講他之前的豐功偉業。

受訪者 B：我們以前都怎樣，為什麼現在的醫學生都沒有辦法呢?但是他們以前是病人很尊重醫師，而且 comparence 可能也比現在的病人好，現在的病人意見那麼多，然後他們有的時候，可能醫師也沒有覺得受到該有的基本尊重，但是他們卻要拿以前的標準來等同比較現在的醫學生，對呀!我就覺得很奇怪，你那個可能已經是 40 年前的事情，社會都一直在進步，你還用過去的標準還來評量現今的，根本就是一個不合時事的，可是還是會有主治醫師，尤其是年紀超大的那

種，說我們以前怎樣怎樣，現在的醫學生都真的是沒用這樣，聽了會覺得就是，就是，我個人是不以為然，反正我自己知道我在做甚麼，然後沒有違反良心什麼之類的就還好，但是當下聽到還是會覺得不舒服，那如果當下聽到不舒服的話，他可能之後稍微有點 teaching，但他們還是會把他們自己個人的觀感加在這個裡面，加在這個裡面，我覺得還是會對學習的效果打折扣。

訪談者：可能就是不管講得好不好，但是就是接受的程度可能第一個就不會很高，再來就是可能真的跟我們臨床，很多學校學習沒有關係，沒有 relevance，也很難幫助各位學習。

受訪者 D：然後我覺得就是就算是會講的或是不會講的，或是平均而言，我覺得目測年齡 45 歲以下的 VS 都很喜歡就是做真正我覺得適合我們的教學，55 歲以上的都做一些不適合我們的講的話，或者是根本也沒有教學，直接罵我們草莓族的。(實-2015-05-05-B.D-00295)

3. 主治醫師

主治醫師認為每位教師的教學熱忱不一樣，有些人就是喜歡自己做好自己的事情，而不喜歡教學，而有些人對於教學具有熱忱，學生也喜歡跟著這位臨床教師。而有些人天生說話方式就不熱情，在評鑑時的分數自然不高分，可以設計課程時試著順著每個人的天性發展。

受訪者 I：我覺得說譬如說有些人覺得自己可能不喜歡上台，不喜歡講課，或者他們比較沒有那個像像我這種是屬於 talking 的呵呵呵

訪談者：喔呵呵呵

受訪者 I：有的就不喜歡跟學生很多的接觸，就做好自己的事情，所以當排這樣的課程給他的時候，他們就會比較有點排斥。(主-2015-12-30-I-00134)

受訪者 A：再來是每個人的熱忱不一樣，就是有的總醫師很熱忱，或有的資深的很熱忱，有的就比較所以就會變成很愛教的人就自己跟著他。(主-2015-12-17-A-00309)

受訪者 G：就像我們常常在看到 UGY、PGY 在評住院醫師的教學滿意度，他在每個屬性就不同，講話就冷冷的你要他怎樣，而且我們人就夠少，也不可能說有熱心的才來當導師，沒熱心的就沒有人，這是不可能的。所以我覺得要每個都做到很好，是有點難。(主-2015-12-29-G-00063)

(二) 思考角度

臨床教師本人之思考角度也會影響其教學態度，當臨床教師的想法為傳承，並擁有教師自覺感時，教師便會教學是自己該盡的義務，同時將自己的角色定位確立也可以讓其教學上更受肯定。同時有教師的思考角度為教學相長為出發點，在教授的過程中，自己也能有所成長，形成正向的思考方式。對實習醫師而言如果自己或是整個科部都具有良好的思考角度時，則可以從資深到資

淺的醫生都在進行教學的活動，進而產生良好教學循環。主治醫師也贊同教學相長的思考方式，在準備教學時的備課過程，其實演講者學到的知識比學生更多。郭惠蓉(2002)之研究，其指出臨床醫師之核心能力整體指標的相對重要性，前十項最重要之指標分別為：重視身教言教、對醫學傳承具有使命感、期許自己成為年輕醫師的楷模、認同教學的意義與價值、具備教學熱忱、能與學生有良好的互動、能隨時吸取醫學新知、有耐心、能隨時成為學生的後盾與幫助、具備臨床處置的能力。從中可以看出期許自己有所成長與正向的思考方式可幫助住院醫師成為更好的臨床教師。

1.住院醫師

住院醫師認為就是傳承，當自己教會了一個人，便可讓這個人再教會給下一個人，如此自己便可以成為上一層級的，讓教學可以綿延下去。有受訪者提到因為自己以前就是這樣被教導，所以現在也會這樣的給予學生知識，看到該做的就去做，看到該教的就去教。

受訪者 A：就是傳承，就是這個人會了之後，這個人假設可以做你的腳色，變成你又往上升一級成為 supervisor 而不只是執行者，我覺得傳承也可以拉進來可以想的方法。(住-2015-03-23-A-00228)

受訪者 A：反正就是該做的就去做、該看的就去看該教學的就去教

訪談者：所以不論有沒有這些東西，我們就是會去做

受訪者 A：因為以前就是這樣被教

受訪者 B：對啊因為我們就是這樣被教的。(住-2015-03-23-A、B-00259)

受訪者 I：我覺得做得最好的是李 XX，我覺得是因為第一個是年紀大，我是覺得他對於自己的角色定位很清楚，我不曉得說是因為他的年紀還是因為他有結婚什麼東西的，但至少我覺得他在傳承和教學這一塊是醫院裡做得最好的。(住-2015-09-15-I-00247)

其中有住院醫師表示教學對自己也是一種新的挑戰，在學生詢問問題時如果遇到自己不會的問題，便可以刺激自己查找資料。並有住院醫師同樣覺得在擔任臨床教師的過程可以了解自己的不足，激起自己學習的動機。另有受訪者提出身為一個老師，本來就是要怎麼學習當一個老師，除了天分，他也覺得是應該要花時間去培養的。

受訪者 T：就是說我記得第一次上課就有提到學習最有效的方式就是教，但是有

時候又怕自己的，好像不夠好到自己很放心去教，有時候還是會擔心說，但其實這些想法要轉變的問題，就是他們有提問題，才會更刺激我們去學習。(住-2015-09-03-T-000088)

受訪者 AA：我個人會覺得這是一個挑戰，然後訓練自己的一個方法，就是可能這方面比較不足，那我覺得可以藉這個機會，其實自己也是可以跟他學習。(住-2015-09-14-AA-00431)

受訪者 Y：其實我覺得我都還蠻同意剛剛大家分享的，這本來就是身為一個老師，本來就是要怎麼學習當一個老師，這本來就是一個過程，可是這個過程其實這個也是真的需要一些天分跟一些時間去培養。(住-2015-09-14-Y-00447)

受訪者 AB：覺得學姊他講的有道理，其實一種刺激，當有些學弟妹問一些問題的時候，我好像就是的作法，沒有想過為什麼的時候，就會說：好，我去查一下資料。我覺得刺激也是教學相長，他不問我完全不會我再去查資料。(住-2015-09-14-AB-00435)

2. 實習醫師

實習醫師認為好的教學需要雙方皆具有熱忱，像是打球一樣的方式，教學者將球丟出去後，學習者可以將其丟回，在一來一往之間教學相長。並有受訪者提出 intern 可以將自己的知識教授給較為資淺的 clerk，也許是選幾個主題或是針對沒有實證實務 (evidence-based) 的內容查詢文獻，在教學過程中，學生可能發現了自己以前沒有發現過的問題，同時 intern 可以依自己的能力給予經驗與回饋，達到共同進步的良好循環。

受訪者 A：然後我覺得要做到一個好的教學，後來我自己的想法就是，要如何激發就是教的人跟學的人都有這樣的熱忱，因為我覺得那就是像打球一樣，你丟過去，他要丟回來，然後要如何讓就是，教的人跟學的人都有感受到他自己也在教，他自己也在學，我覺得這會是一個良性的回饋，然後就會放大，可是我覺得這非常困難。(實-2015-05-05-A-00435)

受訪者 B：我就跟 clerk 約說今天下午沒什麼事，那我們來從小麻選個 topic，然後你的病人可能剛好是這個，然後我們就來讀這個，然後你報給我聽，然後我會回饋說我在臨床遇到一些的經驗跟你分享。我覺得我是還沒到那個等級可以這樣做，可是我覺得我就是分派一些工作，然後他們就會覺得我有事可做，而且會有回饋，是這種想法，然後所以我們就可以一起讀。然後我當然也會說一起就是我聽到的，然後沒有 evidence based 的，所以我們可以一起去查證，然後不過我覺得在這過程中，他讀的過程中，我也讀了一些我可能以前沒有注意到的問題，他可能會問出來之類的，所以，我這個方式是在別的醫院看到有住院醫師會帶大家一起讀小麻，所以我就會想說試試看，而且效果不錯，甚至我也有影響到幾位 intern 也開始做類似的事情。(實-2015-05-05-B-00442)

受訪者 F：他有帶我同學寫 paper 這樣，就是他又 teaching，然後他又剛好，就是

同學就是說，欸學長我好想寫，學長就說欸，好啊，那你就寫，就是他是難得我可以見到就是他又教學然後他又帶你做研究這樣子，他就說因為是他後來跟我說，其實沒關係啊，他說反正我們就是一起學習，我們就是一起寫，就學長的心態是這樣。(實-2015-05-21-F-01031)

受訪者 A：有住院醫師看到你都已經教 clerk，那會不會也激發住院醫師說我應該要跳出來要來講一些東西。那住院醫師也做到這一點的話，那總醫師應該也會下來，唉！我們這一科的住院醫師都在教學，那我是不是應該也要，那這樣是不是就會一直往上，就會讓 VS 也下來。(實-2015-05-05-A-00496)

3.主治醫師

主治醫師認為當教學時可以達到教學相長，而且在講解過程中自己可以學到更多知識，在授課過程中必須要備課並起融會貫通，收穫的其實比學生還多。

受訪者 A：可是應該每個人都很喜歡教書吧，因為我今天出門的時候我才跟陳主任講說，我個住院醫師還問他問題，還問一個比較資深的，兩個人講的好高興噢，而且資深的就自己高興起來，就好像有被人家問好，有被提高地位的感覺，然後就講很多感覺，就教很多

受訪者 B：其實我認為因為本來就是教學相長，就是我們自己也知道啦，因為我們去演講其實自己也要準備。(主-2015-12-17-A.B-00927)

受訪者 I：所以我覺得就是，現在有一個這樣的要求，我覺得也很好是因為，其實我覺得授課者，我一直都覺得啦，授課者的收穫其實是遠比，授課者的收穫遠比被授課者的人來的要收穫是多的，因為你備課還有你自己在教的過程中其實我覺得，學習程度是比以前更多。(主-2015-12-30-I-00113)

受訪者 G：我覺得在教的過程會有成長，譬如說東西你懂，但是當要講出來的時候，你會發現我不足，這也是一種自我成長的期許。(主-2015-12-29-G-00101)

二、外在因素

住院醫師之教學態度受到住院醫師之教學態度受學生類型、學生積極程度、忙碌程度及科部教學風氣盛行程度等外在因素之影響。

(一)科部風氣

住院教師的教學態度會受到醫院中科部風氣與長官重視程度所影響，當科部對於臨床教師具有訓練要求時，會讓住院教師在教學時更加認真，其中住院醫師都敘述自己科部的主治醫師也會要求住院醫師可以分享或是進行教學，讓住院醫師具有一定的教學能力，學生也可以從中學到知識。但如果科部沒有要

求，或是僅要求住院醫師做好臨床上的工作時，他們對於教學上的態度自然會沒這麼認真。而在實習醫師也相同表示於部分科部部長官會重視教學行為，也有些科部的長官並沒有特別要求，要求教學行為的科部會認為對於實習醫師的教學也是一種訓練，使住院醫師在教學上較為認真，同時對於教學行為沒這麼努力的住院醫師會有更為資深的醫師關切要求，而在不重視教學的科部，住院醫師完全不理會實習醫師也不會受到任何的懲罰。主治醫師提出自己以前也是接受資深醫師的教授，所以自己也會自然而然地進行教學。而在提升教學風氣的辦法，有主治醫師提出意見，可以以一種不記名的方式讓實習醫師給予住院醫師點數，並於一段時間後統計點數並給予獎勵，讓住院醫師擁有更多的動力進行教學。

1.住院醫師

住院醫師提到自己科部主任會利用空閒時間教授學生相關知識，讓學生來到這裡可以學到知識，這種從上到下的方式去要求教學，讓整個科部維持在良好的教學態度上。同時科部的主治醫師也會要求住院醫師可以分享或是進行教學，讓住院醫師具有一定的教學能力，學生也可以從中學到知識。有些住院醫師認為醫院所進行的優良臨床教師活動，可以讓認真的臨床教師受到表揚，這樣的活動會提高些許教學動機。

受訪者 Y：像我們科主任就會阿，有時候學生我們七點五十的課程，然後學生很認真的，七點半就坐在會議室，然後吃早餐準備上課，主任就說這樣學生在那邊空著時間很無聊，我說那你應該這個時候要把握時間要教他們一些東西，我們主任其實是會雖然說身為主任應該是不用理會這些事情，但是他也會很在意說這些學生來到這個課，會不會讓他們學到東西？所以其實至少我們的氛圍是這樣，會一直由上而下，想要試圖去 push 這件事情，譬如說反正就等一下吧。那主任就會覺得說這個時間有點空檔，就是這個機會可以有時間那就可以去那邊講一下。(住-2015-09-14-Y-00513)

受訪者 AA：主治醫師應該都蠻 push，希望我們能夠帶學弟，這樣有時候在你說晨會有病例討論，然後那可能那邊報完，那主治醫師就會說住院醫師有沒有什麼可以分享。(住-2015-09-14-C-00528)

訪談者：大家覺得你在擔任教學工作的活動中，整個部裡對這個部分有任何的表示，讓你覺得這個是必要的，這是被重視的，或者你的主治醫師對這部分有沒有任何讓你覺得他有注意到我有在做這樣的事，或是針對你的教學去給你建議？

受訪者 A：大概只有 PGY 或 UGY 討論會時看到熱心教學會看到徐 XX 這個之類

的，稍有成就感(住-2015-03-23-A-00243)

受訪者 AB：其實主治醫師看人。希望我們注意的是教學的一個能力，然後 push 我們做教學的能力，push 我們教學這樣子。(住-2015-09-14-AB-00532)

2. 實習醫師

實習醫師提出某些科部中更為資深的醫師覺得實習醫師報告不佳時，可能會責怪住院醫師的教學是否有正確執行，在科部的風氣中認為住院醫師教導實習醫師也是一種訓練，於是私底下會對教學的行為做管理。有實習醫師認為自己在教導 clerk 也許可以激發一種良好的教學風氣，由資深到資淺的的一位醫生都在進行教學，則也許可以影響每個科部的教學風氣更為良好。

受訪者 F：老師問我們問不出來可能反而怪，給他壓力，說學長都沒有教什麼的，就像我們病人報不好老師不只會要求我們，也會私下就是聽說，這也是住院醫師 training 的一部分，就他們覺得住院醫師教 intern，也是一個 training，所以他們私下也會，去盯這件事。(實-2015-05-21-F-00097)

受訪者 A：有住院醫師看到你都已經教 clerk，那會不會也激發住院醫師說我應該要跳出來要來講一些東西。那住院醫師也做到這一點的話，那總醫師應該也會下來，唉！我們這一科的住院醫師都在教學，那我是不是應該也要，那這樣是不是就會一直往上，就會讓 VS 也下來。(實-2015-05-05-A-00496)

也有實習醫師提出在某些科部可以明顯感覺到對於教學這件事有什麼要求，當住院醫師不進行教學時，也不會有上級主管真心地想了解自己科部的教學情況如何。有實習醫師表示 N 科(化名)部門的教學風氣十分良好，如果在教學上沒有盡力將會受到主管級的醫師詢問原因，並請住院醫師增加教學行為。

受訪者 I：就是，其實基本上，上層沒有對，沒有對，就是一個住院醫師都要很，很教學，或說他不鳥你，其實，你不會感覺到上層對這個人有什麼不同……特別是到部主任等級的，部主任等級他們只會關心自己有沒有滿足到自己在教學別人的欲望，但他不會關心說，我們現在這個科內到底教學運作如何？除了某些比較特殊的，就是內科系好像比較好一點。(實-2015-05-26-I-01354)

受訪者 I：對啦，是有一些科會非常重視這件事情

受訪者 J：滿，真，這個是有這個感覺，至少有認真在討論這件事情

受訪者 I：兒醫是個不錯的 model。

受訪者 J：他們滿重視就是說，哦，有哪個住院醫師被表揚，他帶過的都覺得他，就是態度不錯，有在 teaching，很好，嘿，哪些，他們他們不會馬上講，他們不會講出來說，哦，可能哪些同仁？？VS 回去以後可能要請有些呢，住院醫師可能要再，再多 teach 一點。(實-2015-05-26-I、J-01370)

3.主治醫師

於主治醫師的經驗中，自己所接受的教學為師徒制，自己成為資深醫師時，自然而然會延續之前的教學方式，會以相同的方式教授下面實習醫師。而在改善教學風氣中主治醫師提出建議，可以將教學的回饋單設定為給予點數的方式，學生遇到教學優良的住院醫師時，主動性的給予一兩點，以一種不記名的方式，最後可以查詢累計點數形成獎勵辦法。

受訪者 G：這是可以一種不錯的風氣，但是要變成一種強制性是有點困難。但是如果說在當 intern 的時候也被住院醫師教過，那你到住院醫師的時候會有熱誠教下面的人，而且你會覺得這好像是一種使命……他講話可能也是 3-5 分鐘，那 intern 會覺得說我跟得住院醫師我做那麼多事，你給我教學，我覺得很感謝。我覺得要用什麼去記點，例如 intern 覺得這個住院醫師每次跟他查房、值班、收病人的時候他就很認真教我，我很主動的願意給他一個點或兩個點，那是很自動不用記名的。累積這些變成一個要往上升的 criteria 話就會有點形式化。所以我不知道要怎麼把這東西定的好像是一種鼓勵。(主-2015-12-29-G-00101)

受訪者 C：氛圍上喔，摠~就算是，我剛剛說 J 科(化名)系統就是師徒制，所以其實他就算一個傳統啦，反正就是，你有一天大了你就是要教下面的，所以氛圍上就是一個很自然的狀況，因為我們就是這樣被帶上來的。(主-2015-12-22-C-00153)

(二)忙碌程度

當臨床教師忙碌時，對於進行教學的意願將大幅度下降，在他們忙碌的時候會希望學生不要在這時候來讓自己更加的忙碌，許多住院醫師表示，自己常常自己的臨床工作就已經忙不完了，這時候真的沒有多餘的力氣進行教學。實習醫師表示當臨床教師病患人數沒有這麼多時，可以具有充裕的時間進行教學，如：開設讀書會、詢問問題並回饋及練習開立醫囑等。但當住院醫師病患數過多時，實習醫師不敢讓住院醫師負擔過多而不敢詢問問題。

1.住院醫師

住院醫師表示在自己忙碌的時候希望學生可以察言觀色，不要來煩擾而增加自己的工作負擔。並有住院醫師提到自己是第一年至第三年住院醫師時，自己的工作十分忙碌，根本沒有時間與機會教授學生。舉例說明自己的忙碌程度為 12 小時中不停的在完成臨床工作，所以一旦有額外教學工作加進來的時候，

就算知道教學是一項好的事情，但對於十分疲累的住院醫師而言，心裡其實只想要休息，不想要再擔任教學的事物了。

受訪者：通常都是有空的時候啦，可是，值班的時候，有時候很忙，其實我覺得 intern、clerk 自己也要察顏觀色一下。

訪問者：自己也要看一下

受訪者：對對對，對對對，有時候，很忙的時候就

訪問者：盡量不要在靠近

受訪者 K：沒關係，你就跟在旁邊就好，但是，就不要太，太那個。(住-2015-08-14-K-00034)

受訪者 Y：因為在當我 R1、R2 的時候，去帶學生的時候，時間就一直陪他，因為自己都做不完，還要帶學弟妹這個是一個非常大的困難。(住-2015-09-14-Y-00270)

受訪者 S：但是其實我們就是這樣的教學會有困難，因為急診的上下班就十二個小時，下班走回宿舍就有困難了，更何況還要留下來教半個小時也快睡著了，不知道自己在教什麼了。

訪談者：所以留下來不太可能，但是這個過程中？

受訪者 S：但是這過程中一定沒有機會的，當一天進十幾個病人根本沒有機會去管別人的病人，大概就是自己的病人用好，所以我覺得說在急診在這方面真的是有困難。(住-2015-08-19-S-00116)

受訪者 Y：教學這件事情，他確實是一個負擔，為什麼？因為我自己做比喻好了，我自己從 R1 到 R3 我的上班下班時間每天都是十二小時，就是早上可能七點多就要去，那下班時間就只有早晚班，因為那個可能一個不小心就九點十點，那所以其實這個下班的時間，其實回去就是倒頭大睡，那這個中間其實處理的事情，根本不會有午休跟休息的事情，因為就是不斷的在 working，所以一旦有額外的事情加進來的時候，雖然說他本身是好的，我們也都知道說我們自己身為科任的責任，希望學長姐教我們，但是不可否認的，在你還很累的時候，事情很多的時候，要做額外空出這個時間，那怕是半小時或一小時，其實相對來講，大家還是覺得想要休息。(住-2015-09-14-Y-00451)

2. 實習醫師

實習醫師提到在住院醫師病床數少於十床的時候可以有時間跟實習醫師講解與進行讀書會。如果較資深醫師人數多於病患人數時，資深醫師便可以進行教學，可能為詢問問題讓實習醫師回去查詢，或是給予病人讓實習醫師練習開醫囑，臨床教師於後面觀察指導。

受訪者 F：他會說不然我們就像播大體一樣來 ray 一下小麻好了……他就說大家拿出小麻，就跟我們開始講怎樣怎樣這樣子，不過我覺得這是建築在前提是第一一個那裏的病人比較少一點，不然時候住院醫師的上限才不到十床，所以他就有時

間。(實-2015-05-21-F-00092)

受訪者 D：出現就是主治醫師加住院醫師加總醫師加 intern 的人數比病人還多，所以這時候就可以做非常良好的 teaching，就是可能主治醫師要先去看門診然後總醫師都還坐下來然後開始問各種問題然後還丟問題讓我們回去查之類的，甚至我也會遇到 PGY 有辦法說，學弟這床給你 care，然後你要開任何 order 我都會坐在你後面，然後他可以直接 supervise 這樣子。(實-2015-05-05-D-00234)

也有實習醫師認為當病人數 18、19 個病人時實習醫師不敢要求住院醫師進行教學，因會擔心自己成為負擔。並有實習醫師認為在平日因為開刀數較多，沒有時間讓實習醫師慢慢地進行縫合，故在值班的時候進行縫合，便可有時間進行縫合。

受訪者 I：可能有 18、19 個病人，那這種時候通常我也不會去要求要做什麼。

訪談者：嗯嗯

受訪者 I：對啊

訪談者：因為你覺得會增加學長的負擔這樣子

受訪者 I：對。(實-2015-05-26-I-00069)

受訪者 C：我覺得是看有沒有放給我們做耶，因為有時候像比較白天 routine 的 J 科(化名) routine 刀，他們都要趕著趕快接刀，或是分房間，就是沒有辦法讓我們就是慢慢的 suture。然後我是有時候值班的時候，刀比較少，有的學長就會放給我做，不然學妹這一個讓你縫個 5、6 針，我就覺得值班的時候上刀，比較容易可以 suture 到。(實-2015-05-05-C-00068)

(三) 學生類別

學生級別影響臨床教師對於教學上的認真程度與教授內容，其中之一原因為不同級別的學生應該要學到不同的知識。此外，部分的臨床教師會從投資報酬率的角度去著眼，因實習醫師進入自己科部的機率比較小，而教導資淺的住院醫師後可以讓自己將來的工作得到分擔，所以臨床教師在教導實習醫師與資淺住院醫師的程度與用心程度具有差異。同時學生的性別也是影響臨床教師態度的因素之一，有些臨床教師對於異性的教學會較為熱心。實習醫師感受到部分科部對於實習學生的性別會影響臨床教師的教學態度，依性別比例上將來不太可能進入科部的實習醫師，臨床教師的教學便不會這麼認真，而部分科部也對於未來部會任職於本科部，沒有幫助的實習醫師採取較為不認真的教學態度。主治醫師同樣表示自己會教授較為資深或是將來對自己科部較有幫助的學生，以幫助日後的科部運作。醫師願意教授較為資淺之醫生臨床技巧或提供醫

學知識，以達提攜後進便於日後於醫療工作上互助關係(Maarij, Halim, & Iqbal, 2015)。

1.住院醫師

住院醫師表示臨床教師會覺得教實習醫師或是教 PGY 會比較沒有那個動力，因為沒有甚麼實質的收穫，可是住院醫師一定會教，因為會有實際上的幫助，例如手術相關的技能就會是資深的將資淺的教會後，再一個帶一個傳承下去。有些住院醫師表示自己的科部在對於 PGY 與 intern 的教學內容與教學難度具有差異，因為 intern 的學習時間較短，重點放在環境的熟悉與生活方式的了解，他們也不會面臨選科上的壓力，所以臨床教師在教學時會採取比較輕鬆的方式，而 PGY 則是已經畢業後要選科前所進行時的實習階段，所以在教學上臨床教師會採取較為深入方式進行教學。同時性別也會影響教學的態度，學長對於學妹的教學較為認真，而學姊則對於學弟的教學較認真。

受訪者 S：學習其實是和學長姐他們一起學習，他們會給你大方向但實際上臨床要做什麼就還是先問學長姐，因為畢竟就是已經要固定在 M 科(化名)了，就是對於 R1 的教學態度會不一樣，因為需要實習醫師一直流動，那可能講久了就有點煩，就可能要真的比較幸運的時候他就比較教學，但是我覺得當 R1 的時候，因為你就是要為這個科做事，所以他們一定要把你教會。(住-2015-08-19-S-00081)

受訪者 P：我們會覺得教實習醫師或是教 PGY 會比較沒有那個動力，沒有甚麼實質的收穫，可是住院醫師我們一定會教，像是 J 科(化名)系反正就是年紀到了這個手術就是你一定要做的，如果你不做就是我要做，所以我一定要把你教會，所以我們就是這樣老七帶老八一路帶上來(住-2015-08-19-P-00107)

受訪者 F：我自己當作 inten，其實如果只去一個月或兩個星期，真的不用講這麼多，我就是請他們去門診部看看，對環境熟悉，看你喜不喜歡這個環境，你喜不喜歡這樣的生活方式，所以我覺得有時候不用跟 inten 講這麼多，但如果是 PGY 那我就會講得比較多，因為他們有選科上的壓力，如果是 inten 就不用這麼多壓力。(住-2015-08-13-F-00258)

受訪者 K：所以就覺得他們畢竟是學生，臨床的工作不一定會這麼強迫他。

訪談者：嗯他們就是很快就會進入工作所以，找他們教學還滿重要的

受訪者 K：對對對，我醫院 intern 直升上來 PGY 不多，投資報酬率不高。(住-2015-08-14-A-00490)

受訪者 F：如果他們剛好有些技術上的就直接即時做教學，對他們技術的東西與成長方向會是有幫助，相對上來說實習醫生和 PGY 的要求還是會有區別，因為對於放技術與實作種類，還有放的程度其實還是有差。(住-2015-08-13-F-00331)

受訪者 P：就是我們科的話，就覺得好像學長比學姊教學……如果是男的話，覺得學姐比學長教學。(住-2015-08-19-P-00094)

2. 實習醫師

實習醫師提出臨床教師會預設實習醫師將來對於 J 科(化名)是否具有興趣，如性別可能為臨床教師選擇教學程度的原因之一。認為 M 科(化名)會將男生擋在門外，所以很多臨床事務都不太能進去觀看，讓實習醫師有種被放生的感覺進而放棄學習；覺得當自己實習時，臨床教師不認為自己的教學對於科部未來與自己的忙碌程度沒有幫助，所以對於實習醫師的教學沒有很認真的感覺。

受訪者 J：我 J 科(化名)的時候，我覺得就是學長姐還有 VS 他們，他們因為他們心中沒有預設說他們不確定你是不是對 J 科(化名)這麼有興趣，而且會看你的性別，大部份他們老師就是，當然，大部份的 VS 就是他們看，除非那個科啦，有些科例外。(實-2015-05-26-J-00463)

受訪者 A：因為我覺得 M 科(化名)是一個很把男生擋在門外的一科，就是什麼都不太能進去看，什麼都……就是有點被放生的感覺，我就想說那就算了。(實-2015-05-05-A-00037)

受訪者 B：如果我有問題的話，那些 R 其實平常如果你真的問他們問題他們還是會回答你，可是問題是他事情做不完他哪有空理你，對呀！尤其你今天可能只來兩個禮拜的，你又不是會長期待在他們科的，他可能就想說，反正我教你你也會忘記。

受訪者 A：幹嘛教你啊！而且你又不走我們科。你又不來 apply，你以後也不會待 XX 醫院。

受訪者 B：對呀！而且你又不走我們科。(實-2015-05-05-A.B-00263)

3. 主治醫師

主治醫師提出，在必須選擇教導對象時，較資深的醫師免不了選擇層級較高或是更有可能走自己專科的學生，一方面是層級較高的醫生應該要對專科內容更為熟稔，一方面為這些學生學會之後對於日後的幫助較大。

受訪者 D：想說我們每天每個人的時間就這麼多，那如果說我今天一定要教一個人，我每天工作中我有教學是我的工作項目，我會教我的總醫師，我覺得他跟我，第一個我覺得我對他次專科訓練有點責任，第二個覺得他對我的師資幫助很大。我第一個教的人是我的住院醫師，他很愛走血液科。(主-2015-12-29-D-00143)

(四)積極程度

住院醫師擔任臨床教師時，學生之學習態度會對其積極程度有很大的影響。對臨床教師而言，遇到積極的學生將會激發他教導更多知識的想法，但是遇到不認真的學生會讓臨床教師覺得沒必要多花費時間進行無謂的教學，因為臨床教師自己還有很多事物要忙碌。部分臨床教師會讓有意願的學生以自發性的學習科部相關知識。有實習醫師中提到，如果自己太不表現積極，則住院醫師很願意花時間進教學，也有多位實習醫師表示，自己在實習階段遇到的情況讓學習動機下降，如被要求報告卻又臨時被通知取消或是報告時沒有住院醫師到場，及聽完後並未給予任何回饋等情況，同時也有實習醫師表示自己被通知到刀房後經過一小時的等待才開始開刀，或是值班期間沒有人教導也沒有可以動手的機會，只能站在一旁看著資深醫師做，以上種種皆讓實習醫師認為自己不受重視，感受不佳。對於住院醫師與實習醫師而言都遇到過感受不佳的情況，這可能導致教學者與學習者關係越來越疏遠的問題。而在主治醫師的訪談中也可發現，主治醫師的教學態度也會受到實習醫師的積極程度影響，遇到積極的學生自然想要教導更多的知識，而在繁忙的工作中學生如參與態度不佳，自己自然不想再花時間進行教學。(Goldie, *et al.*, 2005) 指出良好的學生具有熱情、積極性且有信心。且時常在病房可見到，既能夠優化信息又具有靈活能力的基本臨床技能。

1.住院醫師

住院醫師認為分配給學生的病人，在查房看病之前，學生自己都沒有看過病人一遍，那他會覺得學生不認真，連中心靜脈置管術及中心靜脈壓 (CVP) 的施打原因都無法明白時，他的教學意願會大幅度下降。如果學生態度是主動的話，會滿開心得繼續和他們分享更多東西，但如果學生愛聽不聽，或是人不知道在哪裡，表現態度不積極，會使的臨床教師不想要花更多時間在他們身上，因為臨床教師自己還有很多事物要忙碌。並有住院醫師提出自己的科別不會強迫實習醫師操作，讓有意願的學生自發性的學習科部所需要的知識。但在住院醫師教學時會遇到熱情教學後卻沒有相對回應的學生，久而久之會讓教師的教學熱忱被消磨。

分配給他的病人，在我查房，在我看病的之前，他自己都沒有看過一遍，我會覺得他根本就是不适合、不及格，嘿呀；那他如果連他的病人為什麼要打 CVP 都搞不太清楚，我幹嘛教他做這個事情？(住-2015-08-14- A-00152)

因為有些時候授課確實同樣的一堂課，在這一群的學生來講，那我就上完課就會積極的發問，有些同學就會打瞌睡，有時候跟課程的內容好像不完全是有關的，這是跟個人興趣有沒有關係比較大，那這個就是這有點比較個人化的教學我覺得這有點難，因為我們永遠不知道這個學生，他想學什麼東西，那我們只能說就像有提的。(住-2015-09-14- A-00211)

我覺得在這樣的情況之下如果學生態度是主動的話，我就會滿開心得繼續和他們分享更多東西，但如果學弟妹愛聽不聽，或是人不知道在哪裡，就是不積極的那種人，所以我自己也不想要花更多時間在他們身上，畢竟我還有很多臨床與行政的工作要做，所以我覺得學生的一個態度還是會影響到教學熱誠，只要他們其實還是有些興趣或問些東西，我們就其實還會滿熱意和他們分享，如果只是坐在那邊聽我們一直講，其實就是把該講的東西講完，就比較想再跟他們講更多。(住-2015-08-13- C-00242)

像我們科的習慣是實習醫師不用進去開刀房，除非人真的不夠才會把實習醫師和 PGY 抓進來，反正我們的心態是這東西將來你不走我們科你一輩子也不需要會，那我們把你叫進來對你意義不大，把你外面該忙的事情忙完就好了，或是把你要念的書念完剩下時間可以去休息，可是只要有些學弟妹對外科或是泌尿科有興趣會自己進來看，那我們就會跟他說這在開甚麼。(住-2015-08-19- A-00204)

我覺得這樣子本來他既然他有時間，那我就撥點時間來教他是還滿 OK 的，可是，不是不是，我覺得是，有時候我們就會覺得，當當你就是一拳打下去，打到棉花絮裡面，你就會久了你就會覺得就會不太想理他。(住-2015-08-14-A-00309)

2. 實習醫師

實習醫師提出自己如果表現積極，而且向住院醫師提出來自己練習的意願時，住院醫師是很願意花時間指導的。但也有實習醫師則認為當自己被要求報告時，多數住院醫師不參與，同時也無任何的指導教學，讓實習醫師感受不佳。也有實習醫師提出被要求準備報告時可能會在當天被通知臨時取消，讓人感受到 intern 或 clerk 反正就是不重要，或是可能發生要實習醫師進刀房等了一個小時才開始開刀。

你的老師上刀日，當然你就上去幫忙嘛，那，大部份的學長姐只要他們有空，就是刀還來得及的話，就會讓你至少縫傷口，然後，你如果表現夠積極，就是你有你有表現出跟學長要求，學長我可以練、參與或幹嘛的話，學長會給你練……我就跟學長講說，哇學長，看起來好有趣哦，學長說你要不要操作，我那個病人就是我從頭到尾操作，是搞很久，搞了快半小時，可是，學長就真的指導我半小時。(實-2015-05-26-B-00468)

受訪者 B：我覺得啊!他們都會叫 intern 報告，但是它們叫 intern 報告的時候他們來聽的人又超少，

受訪者 A：歐對!沒錯，這有點小不爽

受訪者 B：我就覺得那你幹嘛叫我報告，你叫我報告然後下面只有總醫師可能跟 V，可能就兩個還是三個，然後聽完之後好啦!它們有 comment，有 comment 就算，有的會說好啦!我們 morning meeting 到現在結束。(實-2015-05-05-A.B-00709)

morning meeting 放你鳥，他會當天早上，他可能前一天晚上才跟你說，唉!學妹你明天要報 paper 喔!然後就是請你準備，當然就是之前就有跟你說過，學妹你哪一天要報告，但是當天早上你去了之後才發現，那個總醫師才跟你說要取消，你就覺得很不受尊重，我好歹也是我有認真準備這次報告，但是你說取消就取消，而且你還沒有提早跟我講，然後她們就完全覺得 intern 好像就是 intern 或 clerk 反正就是不重要。就像 J 科(化名)也都是一樣，J 科(化名)叫你進去上刀，根本還不需要你，他叫你進去刀房等了一個小時，他們才開始。(實-2015-05-05-B-00548)(負面資料)

實習醫師表示自己在值班的時候有關醫療的行為都是由總醫師與住院醫師進行，自己只有看的份，並無法自己動手練習。並有實習醫師分享與某些住院醫師的聊天得知，當住院醫師教學時遇到了學習態度不好的學生，久而久之，所以在不確定學生求學態度前，不願意多花力氣進行教學。

所以，其實就，也沒什麼機會真的自己來，我是我是真的覺得，就是像，就是值班晚上 primary care 有真的有就是急救有 call 我們是沒錯啦，可是，要嘛，總醫師自己自己放，要嘛，也是讓住院醫師放，所以我們，對啊，其實，都是只有看的份。(實-2015-05-26-B-00205)

有的時候他們會有一個錯，就是他可能遇到兩三個讓他很失望的學弟妹之後，他就會把所有人認為都是這樣.....一些人他們本來就是會帶學弟妹，不過可能遇到幾個就是比較不想要學的人之後，他們就會覺得啊，那就這樣好了，對啊，因為我有的時候跟就比較熟的學長姐聊到，他們也會說哦，就是對啊，就是他們就會說哦，對，就是現在的那個好像不太認真什麼的，對，因為他們就會覺得哦，因為不知道你到底是哪一種人，所以他們可能一開始就不會特別 teaching，他是想要先確定你是想要學的，不要就是熱欵這什麼，熱臉貼冷屁股之類的。(實-2015-05-21-D-00691)

3.主治醫師

主治醫師認為自己的教學態度會受到學生的積極程度影響，有些學生在學習期間，看不到人，在開刀時還必須等學生，教學意願自然下降。而遇到主動積極願意幫忙、詢問問題及參與討論的學生，教學的意願自然升高。

你寧願看著他進來看這個刀，甚至一個進來就上來幫忙，稍微看，最後我會給他縫。你總不會你什麼都不會做，什麼都不看，到最後我 call 你來，然後有的時候

還要等他咧.....你是真的很有興趣當然我們對這樣的學員，我們絕對會給他縫的。(主-2015-12-17-B-00434)

如果實習醫師夠積極的話，他其實願意開一些 order，反正他查訪的時候都有一些時間可以去討論，這個部分要給什麼藥，那個部分要給什麼藥，這部分是有時間討論，然後或者是他有參與一些打什麼 note，就是住院醫師他有空來，會可以去做修改這樣子。(主-2015-12-22-A-00171)

其實這種都是很多都是良心，包括教育這種良心事業，取決於你教的對象如果很積極，那當然你教的意願就會高。有時候又很難，如果他又不主動積極，你就會把他放在旁邊。所以在急診住院醫師會教到，如果說在急救室就跟住院醫師一起去處理病人，或是有些突發狀況他願意學習的話，我們帶他進去看。不過很多都是取決於他的學習意願，如果他表現很積極那你在教的時候也會比較積極，那如果他比較消極，我一樣.....(主-2015-12-29-B-00205)

綜合研究結果住院醫師之教學態度影響因素可分為外在因素與內在因素兩大類。

第三節 住院醫師擔任臨床教師之阻礙因素

了解住院醫師於任臨床教師職務之阻礙因素，可藉由此了解住院醫師所遇到了哪些阻礙，並從其中分類出可解決與限制部分，可解決為可透過各種規定與課程加以改善，而限制則為短期內難以改善的限制因素，以期可了解住院醫師擔任臨床教師時，會遭遇到的阻礙因素，並於之後找尋出解決的方法。

一、可解決

住院醫師之教學阻礙因素有:自身專業程度不足與教學工具書不能隨身取得、制度上的評估效果不良、回饋機制不佳及整體的學習目標不彰等可解決之阻礙因素。

(一)專業工具

住院醫師常覺得自我的專業不足或者相關教學工具不足以教導學生，同時在教學上，部分臨床教師感到沒有足夠自信心來教導學生應有的知識，所以住院醫師會質疑自己的教學是否對學生具有幫助，在忙碌的臨床工作中，住院醫師不會將相關教材帶在身上，而線上的資源不一定有辦法使用。實習醫師也認為住院醫師覺得自己的專業不足而較無自信心，與主治醫師的主動將主題的重

點分類教學比起來，住院醫師的教學方式為學生有疑問在針對疑問進行回答，教學方式較為被動。主治醫師同樣覺得住院醫師的知識不夠，也覺得住院醫師同時也為學生，要進行要求教學具有一定的難度，並且有主治醫師提出，現在的學生都不愛購買書籍，造成學得知識為片段式的，無法了解前因後果。同時於國內的醫學教育白皮書中提到，臨床教師普遍缺乏教學技巧，學校也無足夠資源及評鑑制度幫助臨床教師精進教學(黃崑巖、賴其萬，2003)。可見臨床教師的教學技巧於國內各所醫院中皆為待解決的問題。

1.住院醫師

住院醫師表示當自己為資淺的臨床教師時，會覺得自己知識程度較弱，所以使用網路查詢相關知識，但是 Nelson 電子書的相關工具無法連上線，或是無法攜帶相關序號在身上，無法馬上使用相關工具書。其中有的訪談者提到在教學的時候對於自己的能力產生質疑，同時也有訪談者認為住院醫師同時也是學生，需要受到主治醫師或是總醫師的指導，所以教學上還是或受到限制。

受訪者 C：R1 的時候覺得自己很弱，會說：學弟，這個我也不知道，要不然我們來 google 一下好了。

訪問者：那我們現在 nelson 電子書還在嗎？

受訪者：不行，連不上，好像被停掉，而且現在很多章節都變成 website 的東西，要買書有序號才可以進得去，但是我們平常可能不會帶著那個序號。(住-2015-03-23-C-00158)

受訪者 U：假設說住院醫師他的本業還是放在臨床上面，教學可能只是一部分，並不是他的主業，角色來講還是學生，還是需要受到 VS 或是 CR 的指導，因為他還是在學習的過程，所以還是要教給實習醫師或是其他，其實那個程度上還是有一部分的限制。(住-2015-09-03-U-00111)

受訪者 S：去年在 R1，因為可能偶爾還是帶 PGY 去查房，根本自己還沒有什麼可以教別人的，會有這種想法。(住-2015-08-19-S-000137)

受訪者 X：就是說我記得第一次上課就有提到學習最有效的方式就是教，但是有時候又怕自己的，好像不夠好到自己很放心去教，有時候還是會擔心說，但其實這些想法要轉變的問題，就是他們有提問題，才會更刺激我們去學習，也許有的時候是有一點點，除了忙之外，想說我有那麼好可以教別人嗎？有時候也是心理面有一個問號在。(住-2015-09-03-X-00088)

2. 實習醫師

實習醫師提到在與臨床教師聊天過程中，發現臨床教師認為自己的臨床經驗不見得這麼豐富，當講授非常臨床 (clinical) 的知識時，不一定相當正確，累積的資料也不一定多，所以認為實習醫師也可以自己回去讀書或查詢網路資料，並且有實習醫師認為住院醫師較為沒有自信心，認為自己無法全面性的講解相關知識，主治醫師的教學為主動說明各主題的重點，而住院醫師的教學方式較為被動，讓學生有疑問時再行詢問。

受訪者 J：有些學長姐是他是覺得說，因為他們，有些他們臨床的經驗不見得那麼豐富，他們要是講太多非常 clinical 的東西，不見得，首先不見得對，而且他們累積的 database 也沒有其他資深的學長姐多，他們覺得他們講的很多其實也是他們讀書或 google 看到的整理，他覺得，我們自己去，也去讀也就可以了。(實-2015-05-26-J-00949)

受訪者 H：我覺得會有一些住院醫師的就會比較沒有信心吧，所以他會覺得沒有辦法講得那麼全面，所以他就說啊學妹，你有問題再問我這樣，不會像總醫師可能就主動跟你說哦這個主題就是有幾個重點，因為他們心中就已經有那些重點，可是對住院醫師來說，可能他們平常的也沒有去整理這個。(實-2015-05-21-H-00583)

3. 主治醫師

主治醫師提到住院醫師的專業不夠，進行教學時會擔心他們的教學品質是否適當，同時住院醫師還是學生，所以會要求住院醫師進行教學，可能會不容易要求。另有主治醫師認為現在的學生都不愛購買書籍觀看，雖然學生覺得這樣的方式較為快速，但對於主治醫師而言這樣的學習方式不夠完整所得到的知識僅為片面的知識。

受訪者 A：但是我有想到一個問題就是他的 quality 就是他教的東西到底...對不對，這個就比較需要認證這樣。(主-2015-12-17-A-00072)

受訪者 E：所以住院醫師要在這個環境從事好好教學的品質其實也對他們挑戰很大，第一個他們還在學，他們對 base knowledge 不是那麼充足的學弟妹他們要教學。(主-2015-12-29-E-00167)

受訪者 G：他本身他自己就是一個學生，只是來 4-5 年就走了，所以你要要求他好好做教學，除非他真的很熱心，否則他表現出不是那麼主動、積極，你也不會太多說什麼。(主-2015-12-29-G-00059)

受訪者 F：為什麼現在的學弟妹們都不喜歡買書啊？現在上網就可以去查的到資料，我覺得對我來說有點困擾，就是說你翻翻書然後哪一個 chapter 你看一下，那上網就是說當然就是翻那個小書，或是就 GOOGLE 馬上就能知道，但這些有點是片面的知識，對於年輕的學弟妹們看沒有前因後果。他覺得很方便，我覺得不夠好，沒有前因後果。(主-2015-12-29-F-00212)

(二)學習目標

某些住院醫師在擔任臨床教師時，因為沒有訂定相關的學習目標所以並不知道學生的學習目標，以及自己的教學意義為何，所以無法拿捏自己所教的內容是否具有幫助，也不知道學生的學習意願如何。學生有時候也不確定自己要學習的目標與未來學習走向，很難知道自己的教學是否具有成效，這樣的教學會使的教師自己都不知道是否具有意義。於實習醫師的意見中可知，部分科別沒有給予相關的學習目標指導，實習醫師在部分科部所接受到的醫療教學可能為重複性的工作，如：縫合、推床、送病人，實習醫師會覺得來到此科部對於學習並沒有一定的成效，也不知道自己是不是有學到符合將來醫療行為的相關知識，也有的實習醫師所得到的指導與拿到的學習目標檢測單不一樣。某些實習醫師提出，所在的科別在一開始會將學習目標告知實習醫師，讓實習醫師知道來到此科別所應該要學到的核心知識，對於科部的單科知識學習將會有很大的幫助。主治醫師提供自己科部的學習目標確認方式，給予學生類似護照的學習目標，讓學生先行觀看過，確認了解學習項目後，再予以動手操作，於結束前確認完成度，以此了解學生的學習成效。於之前的研究顯示，住院醫師對於自己擔任老師的角色常常並不了解(Lossing & Groetzsch, 1992; Sheets, Hankin, & Schwenk, 1991)，或不清楚醫學生之學習目標，也不清楚如何評估或回饋學生(Mangione, 1986)亦為常見問題。另有文獻中指出，其提出擔任優良住院醫師可利用明確規定程序的適用範圍，並於初期階段確保學生之學習目標，提前計劃教學方式同時通知學生欲進行之方式，並明確建立教程之規則(Sutkin, Wagner, Harris, & Schiffer, 2008)。學習目標對於學生的學習成效具有十分的重要性的影響，科部及住院醫師應於教學目標上有所琢磨訂定。

1.住院醫師

住院醫師表示根本不太知道學生將來的走向，所以不知道要學生講什麼，在不知道學生的學生目標情況下，不一定有辦法跟學生講解科部相關知識。同時有住院醫師認為學生有時候也不知道自己的學習目標與未來走向，在學生不清楚教學目標時，對於臨床教師的教學是一種挑戰，老師欲教的知識不一定是學生想學的東西，故較難拿捏學習目標，因為真的不知道他想學什麼。同時有住院醫師提到自己花費許多時間於教學 new born 上，但是實際上他不知道是否具有教學意義。

受訪者 B：會覺得說 hema 病人好像學弟妹也不太熟，因為他們不走 oncology，也不走小兒 hema，可能也不太需要理解，所以不知道要跟他講哪些比較 typical 或比較常見的問題，像 anemia 的部分其實門診才會出現，病房其實很少見，所以不太知道要跟他們講什麼，可能只能講帶 AL 的時候哪時候要換 AL，施打時要怎麼去判別所以我覺得時間是問題；run 科別也是個問題，不一定有辦法講他們這科的東西。(住-2015-03-23-B-00122)

受訪者 Y：其實學員很多元，在我們內科系也很多，那常常會面臨到的挑戰是，其實他一開始要，他接下來不想走內科，他想走外科，他想走什麼，那所以其實對那些人只是傳授他，有一點對他來講，他覺得這個月來到這個單位，只是他的一個工作一個過程，那有時候他學習意願，說實話不一定不高，這個我覺得是在教學上的問題應該是挑戰，不一定是他想學的東西，那比較難拿捏，因為真的不知道他想學什麼。(住-2015-09-14-Y-00218)

受訪者 Y：教應該不難，教這件事，因為其實畢竟隨著資歷的增長，其實真的再怎麼樣至少有一些經驗，或一些學到的東西可以教給下面學弟，但是我覺得重點是在我們想教的東西是不是他們想學的。(住-2015-09-14-Y-00206)

受訪者 A：我也在想每兩個禮拜教一次 new born 的意義，因為我每次上去教都花一個半小時。(住-2015-03-23-A-00211)

2.實習醫師

實習醫師於科部實習時不知道核心技能為何，僅受部分少數的教學，如縫合技術 (suture)，而在科部中所受的訓練多為做雜事居多，感覺上去到單位實習並沒有收穫，只是機械式的推床、送病人、按門等工作。或者實習醫師去到一個科部，根本無法得知一個科部的重點所在，因為他們不是開刀也不是追蹤的人。也有的實習醫師的經驗為所拿到的學習目標檢測單與最後所得到的教學差異很大，或是科部中的臨床醫師並不打算教授檢測單上所提的學習目標。

受訪者 A：都是叫 intern 做一些雜事居多，就是你去做了之後，你就會覺得我今天到底收穫到什麼，好像沒有耶!

訪談者：所以做了雜事之後，有人教你怎麼做雜事?或者說做雜事的意義在哪裡?

受訪者 B：就是推床、送病人，按門，從刷手換衣服進去，就只為了按一個按鈕，然後就是送病人去那個，恢復室.....

訪談者：那你覺得在 M 科(化名)，就是我們表定的核心的技能跟你實際上你覺得最核心的技能 match 嗎?或是你覺得在 J 科(化名)那邊那個月學到的?

受訪者 A：核心技能?什麼是核心技能?

受訪者 B：suture 而已吧!(實-2015-05-05-A.B-00048)

訪談者：所以你就拿到一個 check list，可是，從來就沒有開始過這樣

受訪者 I：對，那上面都是貼滿了，上面都是貼滿了我被拒絕的。(實-2015-05-26-I-00631)

受訪者 F：因為我們常常去一科，其實也不知道那一科的重點是什麼.....就可能我們會抓不到老師覺得是重點的部份，因為我們可能不是那個開刀，也不是 FOLLOW 的人。(實-2015-05-21-F-00327)

實習醫師認為某些科會在開會時給予實習醫師學習定向 (orientation)，清楚明白的告訴實習醫師該學到的核心知識為核，讓學生具有標準的學習目標，某些科別則具有較為資深的醫師提點，來到這個科別所學會的目標具有一定的了解程度，可幫助實習醫師的學習，如 N 科(化名)中的總醫師會提醒知道傷口癒合情況、傷口拆線時機，注意他換完皮瓣後觀察的注意事項等。

訪談者：那就是如果剛剛像就是黃醫師提到說，比如說剛去也不知道要學什麼，所以好像也沒有人評估過你們會甚麼，就是這一科總醫師或住院醫師沒有說，那你們會什麼?

受訪者 C：有的科，看科不一定，有時候 orientation 的時候會說，你們 intern 來就是學會這一些就好，他們會有一個 power point。有的科有，有的科沒有。

訪談者：就會講學習目標是不是?或是你應該要學會什麼這樣子。

受訪者 B：可是像我之前去 N 科(化名)的時候，他說，我記得總醫師有跟我們說，你來我們科的話你就是知道傷口怎麼癒合的，然後什麼時候是應該傷口要拆線，還有多久你可能要注意他換完皮瓣之後可能會有你要觀察他的哪些東西。(實-2015-05-05-B.C-00166)

受訪者 E：因為，欸，他沒有教我耶，可是好像 orientation 的時候就就有講啊，這是重點啊這樣子.....所以，大概就是我覺得總醫生通常第一天 orientation 都會有提重點的話，就是對單科把握度會差很多。(實-2015-05-21-E-00324)

3.主治醫師

具有主治醫師也認為從前沒有教學目標類型的教學單。也有主治醫師分享

自己科部使用的方法，如：從第一天到科部便會給予學習目標的確認單，並且依照實習醫師觀看的次數與完成度給予動手操作的資格。

可能醫院以前就有這樣做大家沒有實際給他個報表或是有有教學單這樣子。(主-2015-12-17-A-00107)

受訪者 H：那在住院醫師，大概實習醫師來到我們科內的第一天，他就會帶他們 run 一次說，整個我們示範給他看一次，那最後的話就是幫他們排 scheule，比如說就是一個實習醫師，我這邊有帶他們的 scheule。(主-2015-12-30-H-00026)

受訪者 A：我們有明確的個就是，就是就是有明確就是每個人來都會有一本護照，就是譬如說我們還會規定 final 要過幾個，然後譬如說前面幾個要一直在旁邊看，就是說，我們有說第一個就是看。主治醫師先做給你看超過 20 個以後你才可以自己做，自己做的時候就是會有主治醫師在，然後完了以後就是換你做，最後主治醫師都簽名蓋章後，你才可以不用 call 主治醫師自己做。然後後來就是怕有些人只找某幾個主治醫師，然後就是有些主治醫師比較鬆散，所以後來我們主任才規定說蓋章要三個不同人。就是確保科內三個不一樣的人蓋章以後，才可以做

訪談者：叫做 Professional ?

受訪者 A：對嘿嘿嘿。(主-2015-12-17-A-00555)

受訪者 C：比如我們之前規定 R1 要作到什麼樣層級的手術，然後 R2 要作到什麼層級的手術，然後 R3、R4，就是其實不同的，有點像那個 milestone 的味道，他是有規範說就是，住院醫師第一年年要會做聽力檢查，然後第二年年要完成什麼樣的手術，反正就是，還是有我們在科內，我們有給每一個住院醫師一本護照。(主-2015-12-22-C-00318)

(三) 回饋效果

有時住院醫師會感到報告時主治醫師針對只是課程內容，而非針對報告者，有時流於形式或者自己教學技巧沒有人回饋，或是回饋沒有辦法與自己預期的一樣，或者發現自己學到的做法與學長姊的不一樣，但卻無人做說明。於實習醫師的經驗中，有些人同樣覺得自己花費時間準備臨床教師的提問，不過不會有人在意是否有查，也無人給予回饋，同時也有實習醫師覺得準備了報告卻沒有人聽，也無人給予回饋，給人一種不受尊重的感覺。但也有實習醫師認為自己於過去的經驗中有遇到醫師會於開刀後，集合大家討論手術過程的情況，便先由同儕給予回饋，而自己提點較為嚴重的事物，讓實習醫師不感受到尷尬的情緒。回饋於醫學教育中重要之一環，但卻時常被忽略(Maarij *et al.*,

2015)。醫學教育中，皆會忽略到回饋，而此項目卻又為提升學生學習成效的重點之一。

1.住院醫師

住院醫師認為主治醫師不是特別針對住院醫師做回饋，而是整個課程，關於自己的講課方式與內容很少具有回饋或討論，所以住院醫師無法知道自己教學上應該要改進的部分。也有住院醫師提到有時候學長姐與自己所學到的相關知識有落差，但並沒有得到相關的說明，只能自己推測可能為以前就是這樣的處理方式，或是有其可能的理由而不會有人解釋。或者當寫完住院醫師面試的題目時，也無法人給予答案與回饋。

受訪者 B：當時住院醫師面試的題目，用手寫的，可是也沒有給我們講答案。(住-2015-03-23-B-00312)

受訪者 Z：通常主治醫師不是特別針對住院醫師做回饋，是整個課程。

訪談者：那主治醫師會補充你剛剛講的部分這樣子？但是他會不會再另外在跟你談說，你剛剛講的部分，有沒有什麼講課的方式，或者是內容。

受訪者 Z：看主治醫師的習慣吧？這部分通常比較少，或者是私底下講。(住-2015-09-14-Z-00085)

受訪者 H：有時候會發現學長姊不一樣，但其實比較少去做說明，以前在習慣上是沒有改過，或是他們這樣做有其他的理由，這是當實習醫師的時候比較少會有學長姐跟我們解釋的。(住-2015-08-13-H-00201)

2.實習醫師

實習醫師提到當自己被臨床教師詢問過後會去查詢答案，以為會有人來提問，但其實沒有人會來關心自己是否有查詢，也沒有人給予回饋。並有實習醫師認為自己準備的報告，臨床教師沒有來聽，如果聽了也沒有給予回饋，而是呈現一種不尊重人的感覺，在得不到任何意見的情況下，將影響實習醫師的學習動機。

受訪者 F：不會來關心，對

訪談者：所以其實如果說他，呃，像說隔天，然後就是，在，或是跟再跟你約時間，不一定隔天，就是再跟你 FOLLOW 這樣的事情，你會覺得壓力很大嗎？

受訪者 F：不會呀，因為我，一定會去查吧，

訪談者：嗯，一定會去查

受訪者 F：對，因為他都寫了，就是，如果真的沒去查，好像也怪怪的，因為我

也不知道他會不會問啦，所以我一定會去查，因為我以為他會問，呵。(實-2015-05-21-F-00273)

受訪者 B：他們希望我們有在準備報告，但是我們就是聽眾跟講者我覺得是一個對等的關係，你要有聽眾會尊重你的講的內容或者是怎樣，講者也要認真的準備呀!

受訪者 A：他覺得他學富五車，可是來聽的人沒有想要，歐好!學妹報的不錯，好，那我們到這邊結束了。

受訪者 B：不是啊!就算我真的報的不好，你也要跟我講我哪邊不好，才有辦法改啊!不然我根本得不到任何意見，然後就覺得我準備這個報告我什麼東西都沒學到，就只是浪費我做 PPT 的時間。(實-2015-05-05-A.B-00732)

但也有實習醫師提出自己的經驗為良好的，當時 J 科 (化名) 的住院醫師在做完手術之後會帶實習醫師將過程重新回想，並讓同儕來檢討手術進行狀況，讓學生可以得到回饋有不會覺得尷尬，而自己則提醒較為嚴重的事項，如破壞無菌等。

受訪者 F：我 clerk 前兩兩個月的時候遇到的 J 科 (化名) R，他就是非常的，我覺得這一點很好，就是他每次叫我們做完 procedure，除了前面都會 re 以外，最後做完，做的時候他不太會真的講什麼，啊除非你真的譬如說破壞無菌還是怎樣，然後但是做完之後，他就會說啊那我們來檢討一下你剛剛做得怎麼樣，然後他會先問其他 clerk，就不會讓你太尷尬。(實-2015-05-21-F-00661)

3. 主治醫師

在回饋中，部分主治醫師也認為自己科部沒有做到回饋的部分，而另外有主治醫師說明自己科部於改完記錄與手術記錄後，實習醫師與住院醫師可以在於線上觀看修改記錄，讓學習者了解自己被修改的部分為何。

受訪者 H：只是這樣聽起來的話，我們目前並沒有對於教學給 Valor 他們什麼 comment，就是讓他教完這堂課這樣子而已。所以沒有跟他說應該怎樣改善阿，或者是哪邊要再注意。(主-2015-12-30-H-00377)

受訪者 C：因為實習醫師他們主要還是打的 note 大部分還是 adiminitional，對，那 destrep note 大部分可能都還是住院醫師打比較多，那主治醫師他會去修改，那修改完後還會讓住院醫師跟實習醫師看過，就是哪個部分，哪個地方被修改了，這樣子，是有這個機會，但是 OP note，OP note 不太會讓實習醫師去打，然後主治醫師如果去改，住院醫師的 OP note 的話，住院醫師也會知道哪邊被改，哪邊有被修正這樣，所以其實會有機會，他打完的東西，然後改完後他也會知道，對不過有時候外科系真的是忙啦，就改完之後也許就出去了。(主-2015-12-22-C-00192)

(四)評估考核

在住院醫師指導實習醫師時，對於無法準確的評估實習醫師程度而感到困擾，同時住院醫師對於實習醫師無法做任何成績上的考核，讓住院醫師沒有實質上的權力指導或約束實習醫師，而無法進一步的在學習目標上提出要求，在教學與給予作業之後，無法進一步了解實習醫師是否有照顧病患。而對於實習醫師而言在填寫教學滿意問卷時機過晚發放，也許臨床教師已經換升等了，同時問卷調查對象僅限於主治醫師，而對於最貼近學生的住院醫師卻無任何問卷調查。這樣的情況將導致許多的學習行為與教學行為無任何的考核制度，所有的教育相關行為像是自由心證。主治醫師表示許多評估考核上只形成形式，並使工作量增加，而引起醫師的不滿。另有主治醫師提出可以利用手術時觀察評估實習醫師是否了解手術時的細節，可用以評估學生的學習程度。

1.住院醫師

某些受訪者提出住院醫師與實習醫師的關係密切，卻沒有考核實習醫師的機制。住院醫師認為當教學時讓學生所練習的難易度常常超過了學生的程度，在教學結束後，不知道實習醫師有沒有繼續追蹤病患情況，也不清楚哪些知識學生知道，也不知道學生還未學到的知識。

受訪者 K：因為他們有時候第一次看診看不懂，但是，急診做的事情還滿重要，檢查也是，怎麼去判讀跟抓病人的重點。不過，就是要持續比較困難，可能過了幾天我也不知道他們有沒有在那個病人，有時候教的時候，我是自己當 intern 的時候，我都喜歡寫下來，我會覺得有時候那個他們 teaching 的 level 會太 over，就...就有點超過能力，有時候 teach 的時候，就是要把自己的層級拉到他們聽得懂的，有時候也是會比較麻煩，因為不確定他們到底會什麼，什麼不會。(住-2015-08-14-K-00167)

受訪者 K：沒有考核學生的機制，這個都沒有放進去考慮，其實我覺得應該要放進去，為什麼我們跟 intern 最親，反而沒有。(住-2015-08-14-K-00327)

2.實習醫師

實習醫師同時也認為在評估對臨床教師教學滿意時的問卷過晚發放，教學滿意度的調查多為對於主治醫師的調查，且住院醫師為最貼近實習醫師的教學者，卻無任何問卷可以做評估與推薦。

訪談者：那像就是你們每個月都會有時候會填問卷嘛，應該是每個月都會填，然後就會說請問本月印象最深刻的教學的住院醫師。

受訪者 H：它太晚查了

受訪者 F：對啊

受訪者 F：因為只有必填的只有主治醫師那部份，就如果今天住院醫師很好我就會填，但如果他不太好，我就會覺得算了.....好像之前有看，啊沒有沒有，是只有看到選，主治醫師而已吧。

訪談者：統計有主治醫師。

受訪者 F：後來投票，好像只有主治醫師。(實-2015-05-21-F.H00849)

3.主治醫師

主治醫師提出，教學可能平常就有在教，但是科部再一次要求填寫評估單，將造成醫師的負擔，進而形成只是形式上的完成文書，並引起抱怨。另有住院醫師指出，日常評估方式可以利用觀看實習醫師手術進行時的細節，觀察學生是否可以避開重要組織器官，作為評估標準。

受訪者 A：因為平常就是就是在 run 房間的時候就已經有在教了，可是為了評鑑的不是要 90 幾%，什麼績效要有幾個。

訪談者：要有幾個評估，一年至少做兩項，mini CS 或是 OSKI，或者是什麼東西。

受訪者 A：對就是為了這樣就是每次要報表的時候總醫師就會全部發下去，大家就會全部教作業，所以就是每隔一陣子就會有人就會在 FB 就會發飆說好像覺得這個很無聊這樣子，然後我們為了就是說個 mini cs，為了要大家好通過，所以我們都是故意選一些很簡單的步驟，就是幾乎大家反正就是幫大家，反正就是有點流於形式，因為住院醫師好像會有感覺你讓他認為教學。(主-2015-12-17-A-00226)

受訪者 C：教學，能力喔，其實都蠻主觀的耶，我們就是在旁邊看他開，比如說他會開，因為每個手術他其實會有一些陷阱，比如說他這邊會遇到神經那邊會遇到血管，對，那我們就帶著他開，看著他開在旁邊看，他會避開那些重要結構就代表他會。(主-2015-12-22-C-00339)

(五)教學計畫

住院醫師的教學常為臨床上所遇到之案例，案例會隨著時間與機緣而有差異，在這隨機的個案教學中，學生所學習到的知識也會隨著遇到臨床教師、病患、時間而有所差異，故無法有完備的教學計畫。同時實習醫師也需要分擔臨床上的事務，教學計劃無法詳盡，且遇到的病患會成為住院醫師所討論的教材內容，如遇到較為簡單的個案可讓實習醫師操作，但如個案情況較為複雜或因

難則會以自己動手為主，之後再講解，故教學內容較為隨機，學習內容不一定，相對地比較沒有系統性教學。實習醫師認為在沒有教學計畫下，住院醫師的教學為被動的等待實習醫師詢問，而在不熟悉核心知識下，實習醫師自己也不清楚該問什麼問題，就算自己讀書後具有相關問題時，又會面臨到更換實習單位的問題。在這種無完整教學計畫的情況下，教授的內容沒有經過規劃，導致所教授的內容都一樣，讓實習醫師失去興趣。

1.住院醫師

住院醫師表示，在個案教學中，學習的內容會隨著遇到的病患而有所改變，一方面實習醫師也需要分擔臨床上的工作，所以相對來說教學計畫無法這麼完備。所遇到的病患會成為住院醫師所討論的教材內容，如剛好又遇到較為簡單的個案才會讓實習醫師操作，如個案的情況較為複雜或是難度較高，則會採用自己先操作，之後再講解而改變教學，此方式會讓教學內容受限於手術室中的準備和病人狀態，學習內容不一定，相對地比較沒有系統性教學。

受訪者 F：因為我們科的住院醫師的人本來就比較少，通常一屆就一個人，通常我們教學和他們學的方式都是臨床上可以尋找到甚麼樣的問題就會直接和學長姐討論，比較不會說是那種有系統課程的教學，都是直接 case by case，或是有什麼問題就會針對那問題直接討論，至少好或不好，我覺得有一個系統性的教學課程對住院醫師訓練是比較，算是比較有脈絡的有架構的，也是我們科部比較缺乏的，因為我們的人真的太少了，VS 的人也不多。(住-2015-08-13-F-00068)

受訪者 U：教學基本上給我們的觀念是 case，就今天碰到什麼病人就他學好……但是病人很多，所以我們要分擔他們的重擔……相對來講教學的計畫比較沒有那麼完備。(住-2015-09-03-U-000054)

受訪者 F：我們大部分住院醫師都是，只能說剛好遇到，剛好講解一下這個病的狀況，如果不是就是在一些讓學生壓力比較小的狀況之下可以讓他做，旁邊就直接做，如果困難度和風險大的話，我們就會直接上去，做完後再繼續和實習醫師講，但就是比較隨機，變成說沒辦法說今天在這裡這一間我們就是要講什麼類型，手術室裡面這個刀的準備和病人狀態不一定是怎樣，所以我們在住院醫師的話，這時候是去教實習醫生就比較想對於是沒有系統的。(住-2015-08-13-F-00323)

2. 實習醫師

實習醫師指出在沒有教學計畫下，臨床教師採取被動的方式，讓實習有問題的時候再詢問，而實習醫師會在不同科別輪流實習，這可能造成學生一開始不知道該問什麼問題，而在實習醫師自己讀書開始有問題時，又要換新的科別，這造成實習醫師不知道自己所念的知識是否具有意義。並認為在過去實習經驗中，在每一個實習大多不具有教學計畫，到每一科所做的都是雜事，如：在觀看開刀過程時也沒有人會講解指導，所作工作則為最基本的，導致所看的位置十分不良，等到好不容易看到些許過程，又已經開刀完畢。於手術中，教師只能片面的提一下部位名稱，而沒有完整的教學內容與計畫；某些實習醫師提出所教授的內容沒有經過規劃，而導致所教授的內容都一樣，讓實習醫師失去興趣。

受訪者 B：那就是可能教學方式就是，唉！學妹妳們問什麼我們再回答妳們，因為我們沒辦法直接跟你講，但因為問題是我們也不是說一個月或兩個月都在同一科，我可能剛換過去，我上一科在 M 科(化名)，下一科到 H 科(化名)去了，我 H 科(化名)什麼書我都，我就沒來過 H 科(化名)，我根本我也不知道要問甚麼問題，然後如果等到我回去自己讀了一點的書之後，好像又要結束，我就覺得很尷尬，到底是你要我自己提問題，可是問題是我沒有可能不夠充足的時間去讓我把我那科的知識稍微念起來一下，我可能剛念起來一下就要換科了，然後我就會覺得我都要換科了我現在念起來好像也沒用。(實-2015-05-05-B-00087)

受訪者 F：我們都是雜事，我覺得對我實際到該科，跟我到該科學習沒有什麼關連。我到 H 科(化名)也是推床，我到哪一科都還是推床，我到哪一科都還是在送病人啊！所以我根本沒學到說。H 科(化名)，可能我上去看髖關節置換之類的，可是他們都很忙，一直在那邊敲敲打打砰砰砰，然後他們就敲完了，然後可能因為我們就只能拉鈎不然就 suction，都是這種，然後通常做這種工作的都是在很爛的位置，就是你甚麼都看不到，等到你要看時候，他們都全部都裝上去了，你到底是要看什麼，他們也不會講說學妹我們現在把那個股骨頸把它鋸開，然後等一下我們要幹嘛，他們也沒有人會講啊，因為他們平常都每天都在做，但是我又不是每天都在看的人，如果你要，就是變成說他們沒有辦法兼顧他們工作然後又要兼顧到 intern 的教學，那這樣的話我覺得根本有沒有換科都沒有甚麼關係啊！差不多啊！我的意思是這樣。(實-2015-05-05-F-00109)

受訪者：術中可能都是老師片面提一下提一下，然後這個是什麼，這個是什麼，可是你根本就對於那個術是會對於，沒有一個

訪談者：沒有一個整體的概念這樣子

受訪者：對啊。(實-2015-05-26-B-00412)

受訪者 G：哦我覺得那一些，如果到老鳥應該那個時候，就不用了

訪談者：就不用了

受訪者 E：對，原因是因為從大五上到現在，不知道已經上了幾百次基本判讀.....全部都看的基本判讀，大概看了不下十次了吧，KUB 也是一樣.....就都一樣的東西 (實-2015-05-21-E.G-00175)

二、限制

住院醫師之教學阻礙因素有:住院醫師的教學阻礙為時間精力不足、教師、學生、病患皆隨著機緣而有產生多種不確定性、學生學習態度不佳，且為無法解決之限制因素。

(一)時間壓力

住院醫師的工作繁忙，在時間壓力的情況下，臨床教師必須一邊進行臨床工作一邊進行教學，或是連擠出教學的時間都很為難，所以住院醫師難以進行教學或是教學後難以進一步的追蹤學生的學習程度，對於學生也沒有時間提出回饋。實習醫師也贊同臨床教師必須忙於臨床工作中，當臨床教師整日需要進行開很多台手術時，將導致臨床教師沒有時間進行教學。此外實習醫師也提出在臨床教師沒有時間教學時，將導致實習醫師剛進到實習現場時非常的不適應臨床工作，在照顧病人時所需的技能，如心電圖與 X 光在沒有臨床教師的教導下，臨床教師會手忙腳亂而耗費大量的時間。時間管理也是住院醫師於臨床工作以及教學責任中常遇到的問題(Rotenberg, Woodhouse, Gilbert, & Hutchison, 2000; Sheets *et al.*, 1991)。

1.住院醫師

住院醫師認為自己在 H 科 (化名) 時其實沒有什麼時間可以教學弟妹，原因為臨床上實在是太多的事要做，如果在平日自己處理臨床工作可能僅需花費半小時左右，還會有閒暇的時間做休息，但如果邊做臨床邊進行教學可能會花費一兩個小時以上，在臨床上會比較有壓力。並有住院醫師回憶起自己實習與見習的時候遇到的醫師大多很忙碌，尤其是住院醫師更是忙碌。

受訪者 Y：其實當住院醫師的時候，說實話都很忙，真的都很忙，說實話要特別空出一個時間教學弟妹，這個難度其實有點高，所以通常都是一邊工作一邊教學弟妹，那就是帶著他們一起做臨床(住-2015-09-14-Y-00008)

受訪者 H：我記得那時我還是見習和實習的時候會碰到那種，因為臨床工作的學長姐都滿忙的，尤其是住院醫之又更忙。(住-2015-08-13-H-00061)

受訪者 E：我覺得 R2 之後 run 的病房科大部分都是 H 科 (化名)，如果碰到 H 科 (化名) 又沒有總醫師跟主任去...看的話，我們其實沒有什麼時間可以教學弟妹，因為實在很多臨床的事要做。(住-2015-03-23-E-00148)

受訪者 Y：這個是很耗時的工作，那這個東西就真的會比較有時間壓力，如果說比方說住院醫師來講，他接一個新病人，他或許只要花半小時時間，就全部結束了，他可以喘個息，喝個飲料什麼之類的，或是去做其他的事情，帶個人，他可能花一兩個小時都不可以，這個確實是在臨床上會是比較有壓力。(住-2015-09-14-Y-00263)

表示臨床工作中的病程記錄會讓底層的人完成，但自己線上修改完正確寫法後會有修改痕跡，但如果實習醫生看不懂，住院醫師也沒有時間進一步的跟實習醫師說明原因。

訪談者 P：所以現在病程記錄是誰寫的

受訪者：有更底層的人就叫底層的人寫，有見習生就叫見習生去寫，有實習醫師就叫實習醫師寫，沒有就自己寫有時 N P 寫

訪談者：但是那樣寫了之後有沒有人會上去看？

受訪者 P：很偶爾會去看。

受訪者 P：只會線上改，我會有痕跡，但是有些學弟會看不懂，但我也沒有時間可以找他談。(住-2015-08-19-P-00156)

2. 實習醫師

實習醫師提出臨床教師非常的忙碌，所以實習醫師剛開始實習時在接病人時所需的心電圖 (EKG) 或 X 光根本沒有人教導，所以顯得十分手忙腳亂，因為不熟悉所以需要耗費大量的時間，如果一開始剛進行實習時可以知道基本照顧病人的知識，讓新手可以較為快速的上手，有的實習醫師認為臨床教師的缺乏時間，當同時開六台刀的時候住院醫師只能在開完刀之後馬上去別台刀，在時間不足的情況下，大部分的人都已經超過所能負荷的工作量，這情況下即使有心也無法進行良好的教學。同時也有實習醫師表示臨床教師必須整日在開刀房，無法有效的討論教學。

受訪者 G：因為之前好像比較常遇到就是平日學長姐很忙，我覺得剛開始一些基本的問題，譬如接病人那些，例如 EKG 或 X 光，就是其實剛進去的時候都沒有人教，就會手忙腳亂，一個病人要皆不熟悉就要接很久，可能就是對一些基本的沒有辦法這麼快抓到重點，如果剛進醫院有對這些基本的，例如病人要怎麼接，

應該可以講一下他覺得大部分病人狀況是怎樣，可以對新手有比較好 catch 狀況。(實-2015-05-21-G-00116)

受訪者 B：重點是我覺得他們沒有時間，然後人力不夠，像剛才那位同學提到的，他有辦法說什麼醫師的人數比病人多，那個就是人力夠的情況。J 科(化名)的話，每天可能同時開六間刀房，哪有空，R 就是這台開完馬上跳過去，跳台根本不可能有時間照顧我們，所以這是基本上根本的人力跟時間不夠，不是他們沒有教學熱忱。對呀!當然教學熱忱可能個人還是有差，可是如果我覺得如果大部分的人都是他的 loading 是可以在他負荷的，然後他還有多餘的時間的話，我覺得應該不會有特別有人覺得我超討厭教學，真的也是有的話，也是少的!根本是他們太累。(實-2015-05-05-B-00269)

受訪者 J：泡在刀房裡，其實你也，嘖，你也沒有什麼時間可以討論，他也是很忙，call 去，也就是在 table 上，也沒辦法真的很有效討論什麼。(實-2015-05-26-J-00521)

3.主治醫師

主治醫師認為實習醫師的學習時間會被醫院中的事務切割開來，或是教學者的時間不足，造成學習上的困難，同時住院醫師的時間不足，又必須面對教學工作，主治醫師不忍再要求教學行為。

受訪者 C：在我們科確實有時候會這樣，因為~因為這個月份可能只有一兩個 intern，實習醫師，然後可是他病房要換藥，就是他會有一些教學活動，就是主治醫師他會安排一個時間教學，所以他並不可能，雖然說在這個 intean，他會跟著住院醫師一整天，他有時候出去上個課，或出去換個藥，出去抽個血等等，出去送個病人，所以他確實很有可能遇到就是，遇到教學者要出去，遇到教學活動要出去，然後遇到換藥要出去，所以那個時間是切割開來。(主-2015-12-22-C-00067)

受訪者 F：我覺得我的學弟妹們，每天都為了求生存。他們在臨床工作中 for survival，所以他們很願意盡量教，他們要有很系統性的來教 clerk、intern，我覺得難度其實非常的高、很累，所以下了班能夠休息都是盡量休息，值班的壓力也大，所以我覺得這個是等到總醫師之後要升主治醫師，他還有 paper、reaserch，所以就像剛剛學長姐說的這個立意是很高，其實跟住院醫師是最貼切的就實務面，他們有被 training 的必要性跟他們有現在的需求，包括家庭需求、生活需求、考試的需求、還有未來職涯的需求。讓他們在教學這件事情還有系統的教學，其實我覺得他們是過分苛責，另外教學活動在這件事情上在他們的付出上並沒有真正的被獎勵。所以我覺得也不忍去要求他們去做這種事情。(主-2015-12-29-F-00041)

(二)額外負擔

以醫療體系而言，每一位人力都是相當吃緊的，在人力不足的形況下，對於精力有限的住院醫師而言，教學工作是另外一項很大的負擔，在指導實習醫生的情況下，會影響自身工作的效率，進而增加負擔，部分科部的住院醫師與主治醫師人數過少，導致無法有系統的教學。對於實習醫師而言，可以明顯的感受到住院醫師相當忙碌，如教導自己將造成工作效率的減緩，而部分實習醫師更認為某些住院醫師一開始就將教學視為浪費時間的工作，所以並不想花時間進行教學，也不把實習醫師當作學生看待。主治醫師也認為於醫療體系中，人力不足而使得教學行為無法進行，同時住院醫師不具有教師自覺，而將教學看做一項額外的負擔。

1.住院醫師

住院醫師認為教學這件事情，確實是一個負擔，住院醫師的上班時間約為十二小時，上班時間內通常就是不斷的工作，甚少自己的休息時間，對於臨床教師而言，就算知道教學是責任，如果忙碌的臨床工作加上教學上的工作，會讓原本就疲累的生活加上更多負擔。

受訪者 Y：教學這件事情，他確實是一個負擔，為什麼？因為我自己做比喻好了，我自己從 R1 到 R3 我的上班下班時間每天都是十二小時，就是早上可能七點多就要去，那下班時間就只有早晚班，因為那個可能一個不小心就九點十點，那所以其實這個下班的時間，其實回去就是倒頭大睡，那這個中間其實處理的事情，根本不會有午休跟休息的事情，因為就是不斷的在 working，所以一旦有額外的事情加進來的時候，雖然說他本身是好的，我們也都知道說我們自己身為科任的責任，希望學長姐教我們，但是不可否認的，在你還很累的時候，事情很多的時候，要做額外空出這個時間，那怕是半小時或一小時，其實相對來講，大家還是覺得想要休息。(住-2015-09-14-Y-00451)

也有住院醫師相同表示自己所在的科部連照顧病人都來不及，要分神執行教學上的工作，幾乎是不太可能。同時住院醫師認為實習醫師對住院醫師來講，其實是比較偏向負擔。

受訪者 K：intern 對我們來講，其實是，比較偏向負擔，就是甜蜜的負擔跟討厭的負擔。(住-2015-08-14-K-00367)

受訪者 S：但是其實我們就是這樣的教學會有困難，因為急診的上下班就十二個小時，下班走回宿舍就有困難了，更何況還要留下來教半個小時也快睡著了，不知道自己在教什麼了。

訪談者：所以留下來不太可能，但是這個過程中？

受訪者 S：但是這過程中一定沒有機會的，當一天進十幾個病人根本沒有機會去管別人的病人，大概就是自己的病人用好，所以我覺得說在急診在這方面真的是有困難。(住-2015-08-19-S-00116)

2. 實習醫師

實習醫師提到，實習醫師也會感受到臨床教師如果進行教學工作時，會增加教師的臨床工作量，形成負擔。同時實習醫師可以感受到住院醫師很想快點結束工作，在忙碌的情況並沒有空進行教學，並且有部分臨床教師一開始就覺得教學為浪費時間的事，而不想進行教學，也不把實習醫師當作教學的對象。

受訪者 I：對，但是這種模式其實往往是不多的，大部份的情，大部份的情況就是，大部份的情況下是比較不會.....

訪談者：你覺得是什麼東西阻礙了這件事情的發生？

受訪者 I：我想應該還是臨床的工作量。

訪談者：嗯嗯。

受訪者 I：對，那，因為他要，他這樣子的話，他一個，他花在我身上的時間，快速看完一個病人的五到六倍以上。(實-2015-05-26-I-00056)

受訪者 A：因為是人力比較少吧，所以他們就比較沒有空來教你，就算是我去刀房我上 table 了，他們就會很想要把今天的事情做完。(實-2015-05-05-A-00027)

受訪者 A：講難聽一點就是，那些人不想浪費自己的時間去聽他一些們已經會的東西，然後他又要生一個記錄，所以他就會讓你報他想聽的東西.....這個就出於最原本的源頭，就是他到底有沒有把你當成是一個要教學的對象。

受訪者 B：沒有啊!很明顯就是沒有啊!

受訪者 A：如果他一開始就是把你當成是一個要教學的對象，他就不會對你這樣做。(實-2015-05-05-A.B-00758)

3. 主治醫師

主治醫師提到，住院醫師認為自己已經有臨床上的工作要做，為何還要進行教學事務，而且住院醫師也不覺得自己應該擔任教師。科部中住院醫師人數不夠以及住院醫師的工作量過大，使得住院醫師無法進行教學。

受訪者 I：像我剛剛想到其實前面提到說，他會抗拒的一個問題是他會問我為什麼要當老師阿。他覺得說我們做醫師不是就照顧好病人阿這些，那我們是教學醫

院，所以說我剛剛最前端有提到教師角色跟任務的那種課程。可是，我也不知道是因為他們沒有去上還是什麼，就時常會有一個疑問是為什麼要我去上課，我為什麼要當老師，我又沒有想要當老師這種感覺。(主-2015-12-30-I-00600)

受訪者 E：如果這個科它本身住院醫師的量就不夠，但是工作大的話，其實他怎麼有時間去多做教學。光上刀、打病歷、查病人就來不及，所以說這樣怎麼去做教學?(主-2015-12-29-E-00021)

受訪者 E：住院醫師要怎麼去教學弟妹?內科現在很慘，內科的住院醫師現在很慘，有一屆只有三個，一個內科的只有三個住院醫師。(主-2015-12-29-E-00041)

(三)學習隨機

住院醫師的臨床病人數不一定，指導實習醫師的時間無法一致或是具有規律性，學生與教師也不固定，因實習醫師所來科部的時間過短，學生會一直轉換科部，而使得老師必須要一直接納新的學生，重新培養師生關係，也同時讓住院醫師無法有效的系統化教學，或導致上課內容一直重複，也使教學熱忱下降。於實習醫師的經驗中，時常遇到剛好隨機分配至不同科別，某些科別的病患太過固定，而令實習醫師所學的醫學知識過於狹隘，重複性的工作也讓實習醫師感到浪費時間；部分實習醫師認為每次遇到的臨床教師變動過大，自己無法適應。有實習醫師分享了自己良好的實習經驗，在 N 科(化名)時會有教師分配帶領實習醫師的規定，讓每一位實習醫師可以有穩定的臨床教師。主治醫師也提出實習醫師實習時間過少，導致臨床工作無法放心給予，另有主治醫師提出可以每個月固定一位住院醫師帶領實習醫師，增加兩者間的信任感。

1.住院醫師

住院醫師提出自己科部一屆只有一位住院醫師，實習醫師每兩星期一個循環造成自己一直教導相同的內容，久而久之令住院醫師失去教學熱忱。

受訪者 AD：我們科就是一屆就會有一個 R，所以像我總醫師要當一年，實習醫師每兩個星期就要重複一樣的內容，所以到最後還是會覺得，雖然中間有些小不同，但大部份東西還是一樣，所以自己也會覺得講到自己覺得是變成一個 loding。(住-2015-09-15-AD-00238)

2. 實習醫師

實習醫師表示自己剛好實習內科時所進入的科別為 L 科(化名)，所接受的病人大多為中風 (stroke) 病患，且已過了急性期，實習醫師進入此科別所學到的僅為顱內超音波與心臟超音波 (cardiac echo) 並且協助轉診至復健科，讓實習醫師覺得學習不到期望中的醫學知識。實習醫師表示自己每次遇到的臨床教師都不一樣，造成學習上的中斷與困擾。

受訪者 B：像我那時後在一般內科，他是以教學著稱的一個科別，我是 L 科(化名)的，所以我全部進來都是 stroke，然後就癱在那邊，每個進來都是 stroke，然後癱在那邊，就是已經都超過急性期了，所以我們就什麼事情都不能做，每個進來都是做做就是經顱內超音波，掃掃 cardiac echo，看看心臟有沒有怎麼樣，再來就是會復健科，就這樣，然後我就覺得，就是應該是說我在同一個 TEAM 裡面看到的都是一樣的病人，然後我就覺得，啊!真的不知道來幹嘛耶!(實-2015-05-05-B-00528)

訪談者：你的總醫師都同一個人嗎？

受訪者 H：不一樣

訪談者：不一樣，就是每個人進去碰到不一樣的人

受訪者 H：對，因為這邊就是，哪一間然後自己去，然後每次都遇到不一樣的人。(實-2015-05-21-H-00175)

認為自己曾經於 N 科(化名)有良好的實習經驗，N 科(化名)的教授方式為指定臨床教師所帶領的實習醫師，而不會讓實習醫師每次所遇到的臨床教師都不一樣，讓教學時學生知道該找哪位住院醫師。

受訪者 D：我覺得 N 科(化名)還滿不錯的地方，在於就是 N 科(化名)像是我們都會被要求要做新生兒 PE 的 DOPS，N 科(化名)應該是唯一有把 DOPS 做的紮實的，因為絕大部份都是我們上傳給主治醫師或住院醫師，他們看到以後自動幫我們簽好，他們也不一定有看過，甚至記不記得我是誰都不一定，然後 N 科(化名)真的是會有指定哪個總醫師要負責誰，所以他 DOPS 做的好。(實-2015-05-05-D-00226)

3. 主治醫師

主治醫師認為實習醫師來實習的時間過短，對於實習醫師根本不熟悉，降低臨床教師教學的意願。同時有主治醫師提出可以安排住院醫師擔任固定的臨床教師，增加熟稔度，以解決教學的學生與老師一直替換隨機的問題。

受訪者 A：對太短

受訪者 B：平均大概兩個禮拜，而且他們本來不是要做 J 科(化名)

受訪者 A：嘿

受訪者 B：反而我們不會幫他們多久

受訪者 A：不會花這麼多精神

受訪者 B：對對對這些 intern.....

受訪者 A：而且我認識他，他才來兩個禮拜，聽他來插管我真的看了很煩，就像你們才認識又沒幾天就要給人家縫皮。(主-2015-12-17-A.B-00398)

受訪者 H：像我們科住院醫師大概最主要就是在教實習醫師阿，我們科的檢查蠻多的，所以可能就是我們會排實習醫師去看各種不同的檢查.....到時候就是由操作的住院醫師來指導實習醫師，這個檢查過程，還有什麼要注意的事項這樣子，就是他們會做記錄就是誰看了檢查留下那個記錄，簽名。再來的話就是，實習醫師他每個月會排一個住院醫師當老師，因為我們檢查的部分。(主-2015-12-30-H-00327)

(四)主要教師

部分科部中，住院醫師非主要的教學者，主治醫師為主導教學目標與課程設計的主要教學者，住院醫師只是做簡單的輔助教學，並且住院醫師同時也具有學生的身分，這令住院醫師感覺對實習醫師的教學非自己工作範圍，或是沒有信心自己可以做好教學的部分。對實習醫師而言，某些時候，住院醫師過於忙碌以至於無法進行教學，實習醫師在多數時間也無法看到住院醫師，於是可能由專科護理師教導實習醫師，有時內容可能有錯誤的資訊，或讓實習醫師認為沒有經過實證實務，而感覺怪怪的。而其他實習醫師的經驗，主要教學者為總醫師，從重點提點到討論病人處理的相關都與總醫師討論，而住院醫師雖與實習醫師一同值班，但並未作出任何教學行為。主治醫師也認為住院醫師非主要教師，教學可能由護理師與主治醫師進行

1.住院醫師

有住院醫師提到核心課程一些比較專題的疾病的話，就是主治醫師去做上課。並有住院醫師認為大部分為主治醫師會在門診之後，查訪之前，中間跟我們做討論，科部大部分還是以主治醫師教學為主，住院醫師只是進行較為簡單的介入。

受訪者 Y：那課堂部分就像剛才學姊提到的就是說，以核心課程為主，那核心課程就有分是主治醫師主要教學還是我們教學這樣子。那假設核心課程一些比較專

題的疾病的話，就是主治醫師去做上課，那如果像是比較一些比較基本的課程，就是由我們做上課，然後由主治醫師旁邊做補充這樣子，提供他們自己平常臨床的經驗，那我們等於說透過在教學過程中，學習說我們把我們自己平常跟診或者是會診，或者是讀書去結合，把我們所知道的交給學弟妹以外，那另外就是讓主治醫師去平和說我們在學習的狀況，有沒有一些不足的地方，然後再幫我們補強這樣子。(住-2015-09-14-Y-00179)

受訪者 Z：基本上我們實習醫師，大概就是門診跟會診都是同一個，然後門診的話，教學還是主要以主治醫師為主的教學，我們比較簡單法直接去做一個介入的動作，主治醫師看完，然後開完藥然後出去，然後有時候因為我們沒有長期的病人，就沒辦法做比較深入的教學。(住-2015-09-14-Z-00054)

大部分就是主治醫師通常會在門診之後，查訪之前，中間跟我們做討論，所以其實也還好，大部分還是以主治醫師教學為主。(住-2015-09-14-A-00177)

2. 實習醫師

實習提到住院醫師很忙，沒有相關的病房教學，同時他們也看不到住院醫師，有關病房的教學大多為專科護理師 (NP) 所教導，有時候實習醫師覺得所聽到的知識為錯誤的，好像未經實證實務 (evidence based) 聽起來怪怪的。實習醫師在實習過程中在主要教學對象為總醫師，在詢問病史之前，總醫師會將重點內容告訴實習醫師，讓實習醫師在接完病人開完醫囑 (order) 之後在與總醫師討論剛剛的流程情況，讓實習醫師的印象深刻，而跟實習醫師一起值班的住院醫師並無進行相關的教學活動。

訪談者：那病房的教學呢？術後病人的 care？

受訪者 B：J 科 (化名) 嗎？沒有病房教學。

受訪者 A：住院醫師都很忙

受訪者 B：她們都在刀房。

受訪者 A：看不到住院醫師，病房的教學都是 NP 教的。

訪談者：所以你們的 source 很多，麻姐，然後流動，然後還有？

受訪者 B：可是有的時候她們也會教錯。

受訪者 A：可是有時候你就會覺得這好像沒有 evidence based，聽起來怪怪的 (有些資料有對科部負面的說法) (實-2015-05-05-A.B-00123)

受訪者 H：然後在，而且在問病史前，學姐 (總醫師) 還有說，哦這病人你要先唸一下什麼，就可能什麼小麻……那一章先念完，然後再去接病人，然後接完病人之後又自己開 order，然後開完之後學姐再跟他對這樣，告訴他說為什麼這個怎樣怎樣，對，我覺得，就是他非常印象深刻啦，但是我那時候就是我在 ICU 的時候，跟我值班的是 R，他們 (住院醫師) 就比較不會這麼做這樣子。(實-2015-05-21-H-00775)

3.主治醫師

主治醫師敘述，某些科部之主要教學者非住院醫師，而是由護理人員或是主治醫師進行教學，對於住院醫師來說，實習醫師要自己跟進開刀房才有可能教學，同時較為資淺的住院醫師也不會進行教學。

訪談者：所以那打岔一下，所以教的時候是護理人員教？

受訪者 H：大部分是護理人員教，護理人員沒有人手的話我們會派一個住院醫師過去。(主-2015-12-30-H-00039)

受訪者 B：不會，如果像你們說 R，你們都是 VS 直接教。

受訪者 A：對，沒有 R 在教，R 自己對 intern 個好像就都沒有

受訪者 B：因為我們通常，我們現在比較不會，我們現在有規定不行嘛，就一定要有 R，所以我們的 R 說，教他們還是會教啦，但說實在的我覺得如果 intern 自己沒有跟進開刀房的話.....

受訪者 A：我現在想起來，R 的話就是比較 R3、R4 跟 R5 就這幾種，比較資深的才有可能帶 intern，像 R1、R2 他自己都還要等者主治醫師教，我覺得基本上他們不會去教 UGY，我們科好像 R2 以下職等不會跟 UGY。(主-2015-12-17-A-00711)

(五)學生態度

學生的學習態度不夠主動積極，住院醫師看不到學生對病人具有責任感，或是明顯感受到學生在逃避工作，常以自己需要上課作為藉口逃避臨床上的工作，或是在教學的過程中，感覺到實習醫師易受到挫折而使教學困難度提高，同時教學的意願也會因此下降。對於實習醫師而言常找不到住院醫師而且某些時候住院醫師的教學過於被動，讓實習醫師有問題再詢問住院醫師，但當實習醫師自己讀了一些科別相關的知識後，實習時間又到了須換新的科部，這讓實習醫師覺得自己讀書並沒有意義。而有些實習醫師更指出，住院醫師根本就不在意教學，也不把實習醫師當作教學的對象。另有實習醫師提到自己完成被指配的工作後，發現住院醫師已經將所有想學習的項目完成，而使自己沒有學習的機會。主治醫師同樣覺得現在的實習醫師學習態度不佳，當無責任心或是對於病人沒有關懷，會影響臨床教師對於實習醫師的教學態度。

1.住院醫師

住院醫師認為甚少有學生可以自我對病人產生責任感，病人對很多學生來說是負擔。也有住院醫師提出現在的學生無法像以前的教學方式，如果太過於嚴厲，學生可能會承受不住而引起很大的挫折。

受訪者 L：就是他要對病人產生責任感，這是我覺得我們的，我們這裡的 intern 真的很少見會遇到這樣，有這樣特質的 intern，當然對他們來講，這些病人對他們來講是 loading。(住-2015-08-14-L-00058)

受訪者 AD：如果說假設張主任這個年代，我覺得那個時候的 CR 真的很嚴厲，嚴厲到你答不出來就是丟病歷，然後我覺得那時候這樣的教法好像是 ok 的，後來發覺，至少最近幾年完全都不行這這樣，就是他們很容易受到挫折。(住-2015-09-15-AD-00213)

住院醫師表示有許多學生會使用上課當藉口，時常無法找到學生。甚至有修住院醫師表示，有時候看到學生在休息時間就直接走向宿舍，並沒有要來實習現場的意思。

受訪者 K：因為我習慣我的如果是跟我的 intern，我都會習慣安排，寫說有事情先 call，call 多少，某某某 intern 這樣子，結果他們護理師跟我說在上課，他不能過來，因為我是中山出來的，當初以前中山是不管在上課還是幹嘛，根本不會有人理你啦，可是這邊上課就是無限上綱這樣，變成說上課就是無敵保護傘，所以我就有時候面對這種人，我就覺得不知道怎麼跟他說，可是有時候他們是學生沒錯啦，也不能說就是完全的都這樣。(住-2015-08-14-K-00120)

受訪者 L：大部份，對像我們上個月好不容易會出來放風，intern 走到往 O 科(化名)的，十字路口，他就往回走，走向宿舍。(住-2015-08-14-L-00238)

2.實習醫師

實習醫師認為某些時候住院醫師約好查房時間，又自己先去查過房，讓實習醫師感到自己的查房行為好像為多餘的。並有人提出自己被派遣做更換壞死性筋膜炎 (necrotizing fasciitis) 的病患，而在自己做完臨床事務後發現住院醫師已經將所有想學習的醫療相關全部做好了，讓實習醫師無法觀摩學習。實習醫師覺得在值班的時候住院醫師不會讓實習醫師有動手操作的機會，實習醫師只有站在旁邊看的機會。

受訪者 H：反正他就是說，欸，學妹，等下我們幾點查房這樣，因為在這裡你就會覺得摸不透學長姐，然後你也不知道什麼時候跑出來查完，然後，就跟你說，好，等一下 VS 下午三點要來查房……然後，他看他的，你看你的，然後其實說實

在，我覺得病人就會覺得，欸，剛剛那個誰。

受訪者 F：對，來過。

受訪者 H：然後你又來，你，你要看又不是，不看也不是，對，然後會覺得很奇怪。(實-2015-05-21-B.D-00438)

受訪者 J：所以，其實就，也沒什麼機會真的自己來，我是我是真的覺得，就是像，就是值班晚上 primary care 有真的有就是急救有 call 我們是沒錯啦，可是，要嘛，總醫師自己自己放，要嘛，也是讓住院醫師放，所以我們，對啊，其實，都是只有看的份。(實-2015-05-26-J-00205)

受訪者 H：譬如說，我在換一個一次換要半個小時 necrotizing fasciitis 之後，學長就把病人接好，order 也開好.....就是這裡教 GAS，那裡教 NG，然後你弄一弄之後就發現，哦，NEW PA 已經接好了，學長 order 已經開好了.....呃，就是就是當然就是看看病歷，然後.....跟學長問一下說怎麼樣這樣子。(實-2015-05-21-H-00555)

實習醫師指出，住院醫師所採取的態度為被動的教學，當實習醫師有問題再作解釋，在沒有重點提示的情況下，實習醫師自己自行學習，好不容易讀到一些科部相關內容後，實習時間也結束許換新的科部，這樣的情況讓實習醫師覺得自己專研的動作似乎沒有學習意義。並有實習醫師認為某些住院醫師根本不在意教學，也不把實習醫師看到成教學的對象

受訪者 A：講難聽一點就是，那些人不想浪費自己的時間去聽他一些們已經會的東西，然後他又要生一個記錄，所以他就會讓你報他想聽的東西.....這個就出於最原本的源頭，就是他到底有沒有把你當成是一個要教學的對象。

受訪者 B：沒有啊!很明顯就是沒有啊!

受訪者 A：如果他一開始就是把你當成是一個要教學的對象，他就不會對你這樣做。(實-2015-05-05-A.B-00758)

受訪者 B：那就是可能教學方式就是，唉!學妹妳們問什麼我們再回答妳們，因為我們沒辦法直接跟你講，但因為問題是我們也不是說一個月或兩個月都在同一科，我可能剛換過去，我上一科在 M 科(化名)，下一科到 H 科(化名)去了，我 H 科(化名)什麼書我都，我就沒來過 H 科(化名)，我根本我也不知道要問甚麼問題，然後如果等到我回去自己讀了一點的書之後，好像又要結束，我就覺得很尷尬，到底是你要我自己提問題，可是問題是我沒有可能不夠充足的時間去讓我把我那科的知識稍微念起來一下，我可能剛念起來一下就要換科了，然後我就會覺得我都要換科了我現在念起來好像也沒用。(實-2015-05-05-B-00087)

3.主治醫師

主治醫師一樣認為現在的實習醫師對於基本知識不夠充足，同時學習態度不認真，這樣的行為增加了住院醫生於教學上的難度，同時實習醫師缺乏對於病人與工作的責任心，某些時候更是找不到住院醫師，這使得教師於教學上無

法良好的進行。

受訪者 D：我們在科內教學，我們問 CBC(全血細胞計數；complete blood count) 覺得這個 CBC 正不正常，很多很多學弟妹連 CBC 的正常值都答不出來，那這正常值答不出來的時候要怎麼教 CBC，教學弟妹們怎麼上去看病人，他們連 CBC data 都還不知道，我們以前怎麼知道？以前我們抽血，抽完血要抄報告，我們要去報，看一次不會看兩次三次就一定會，那現在就真的不會。(主-2015-12-29-D-00131)

受訪者 A：我們就會規定下午要去看會不會怎樣，就是說他們喉嚨痛這樣子，你就知道明天你要做什麼，就是如果你明天要換藥的時候你看沒有，對可是現在學生就是沒有他就習慣好像做完事情就走了，他不用負責任。(主-2015-12-17-A-00940)

受訪者 E：Clerk 我們很難要求他們，你說打電話也不知道他跑去哪裡，然後就說他要回去學校讀書上課。我們也不知道是真的假的因為他常要回去上課，好像不只禮拜五，我記得還有別的時段。他就說他回去上課，我們打一次兩次查房你也不來，我們當然也不想打了。兩個禮拜過了之後就走了啊。(主-2015-12-29-E-00131)

綜合以上研究結果，可形成圖 4 - 1 住院醫師作為臨床教師初探分類之分類圖。

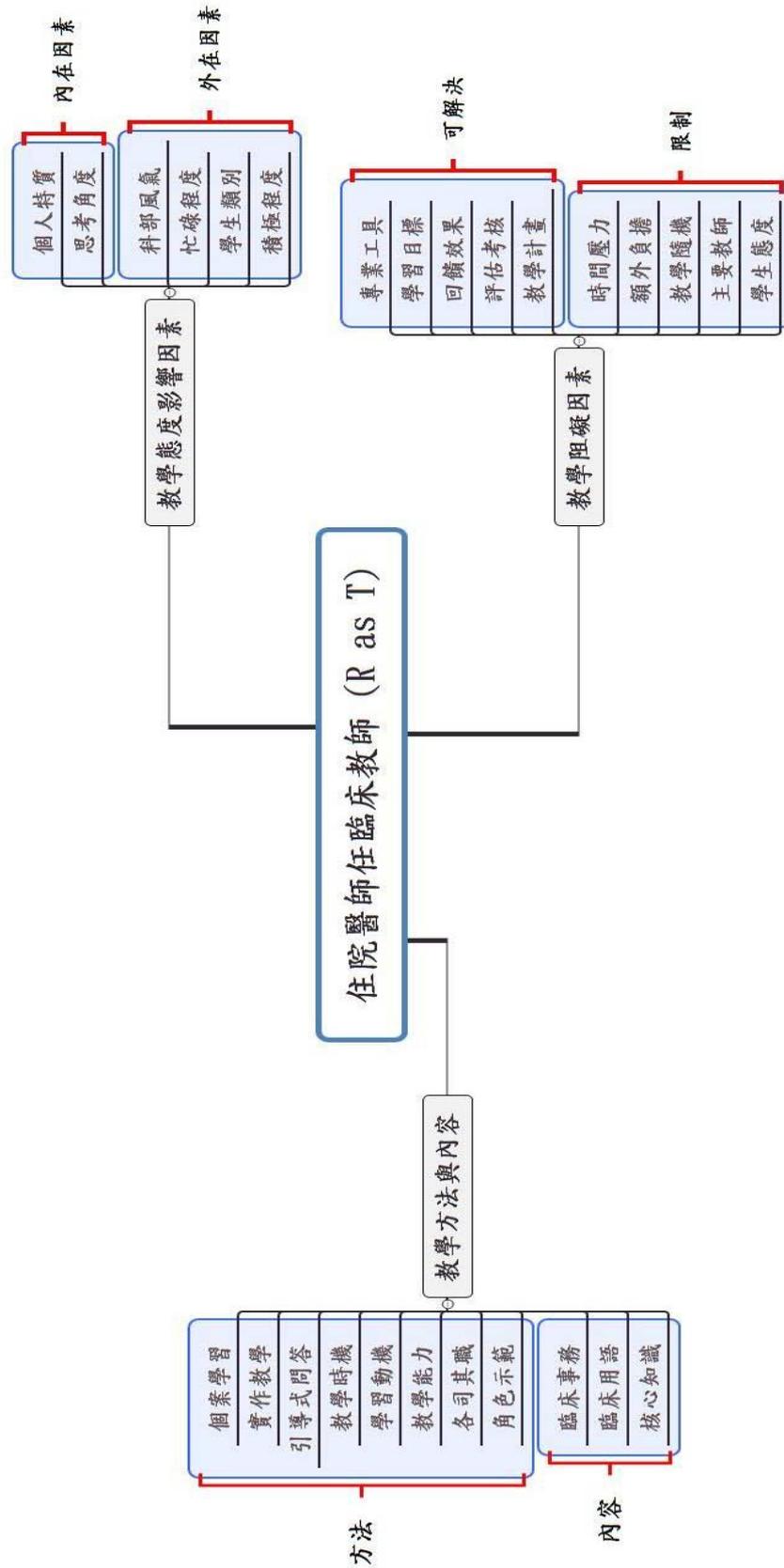


圖 4 - 1
住院醫師作為臨床教師初探分類之分類圖

第五章 結論與建議

本研究目的為希冀以有效方式評估住院醫師擔任臨床教師時，於擔任臨床教師職務的教學方法與內容，其任臨床教師時影響其態度及其影響因素，並了解住院醫師擔任臨床教師所遇到之阻礙因素。研究利用焦點團體進行半結構式訪談，訪談對象主要以住院醫師為主，實習醫師與主治醫師為輔，並將訪談結果加以整理後以第四章研究結果呈現。以下根據第四章之分析結果，進一步討論，第一節為本研究之結論，根據第四章之分析結果，進一步討論，第二節為研究建議，依照第一節的結論給予實習醫師、住院教師、醫院主管單位及未來研究給予建議，以支持臨床教師增進教學效能，以期可於住院醫師有限之時間與精力情況下，增加住院醫師教學之助力，為此研究中的最大目的。

第一節 研究結論

本節依照第四節所分析討論的結果，可分為住院醫師擔任臨床教師之教學方法與內容、擔任臨床教師職務之阻礙因素及擔任臨床教師職務之態度影響因素三部分並且於最後做出總結提出研究者之研究結論。

一、住院醫師擔任臨床教師之教學方法與內容

經本研究結果了解住院醫師於擔任臨床教師時，會使用自己覺得適當的教學方法與內容。

(一) 住院醫師擔任臨床教師之教學方法採用可隨機應變之教學方法為個案學

習、實作教學、引導式問答、教學時機、學習動機、教學能力、各司其職及角色模範等方法，以達到因人制宜、因地制宜、因時制宜。

住院醫師擔任臨床教師時面臨著臨床現場狀況多變化、學生多元及時間不固定的情形，住院醫師使用的方法皆為了讓自己的臨床教學能夠更為隨機應變而產生。

因人制宜的方透過引導式問答的教學方式下，住院醫師希冀可以讓實習醫師從中增加臨床思辨的能力並讓實習醫師了解自己不足的地方，同時在問答過程中住院醫師可以從中了解個別實習醫師的程度所在，並了解迷思概念，並增加實習醫師之學習動機，住院醫師並培養自己的教學能力，以應付多元的教學情況，以達到為實習醫師因材施教的教學方法與能力。同時住院醫師於教學上會與主治醫師負責不同的教學部分，形成因人制宜的教學搭檔。同時需要達到隨機應變的需求，好的角色模範可以激起住院醫師甚至於實習醫師進行更主動的教學方法。讓實習醫師於情意上有所增進，臨床教師在教學時可能依循著過去經驗中教學優異的角色模範，嘗試給予較資淺與實習醫師良好的身教。

因地制宜的方式讓實習醫師利用使用個案為基礎的方式做討論與分享並做個案相關主題的延伸教學，讓學生藉個案學習到思考病人主訴來練習臨床思辨之能力，同時學生針對臨床課程也會顯得較有興趣，增加學生的學習動機。同時以互動型的帶領實作，使實習醫師增加學習動機與印象。

因時制宜讓臨床教師利用多種不同教學時機來適應醫療體系忙碌的工作，其方式可能為短時間床邊教學、不同病房間移動的時機、團體會議、小型讀書會、科部教學時間及閒暇之餘指導實習醫師，另針對不同的教學時機住院醫師會使用不同的教學輔具，如：網路、小筆記本、電腦中的資料及部分易攜帶型的教科書等。

**(二)住院醫師擔任臨床教師之教學內容著重於使實習醫師以最有效率之方式增進認知、情意、技能，並達到讓實習醫師最快投身臨床事務之效益，如：
臨床事務、臨床用語及核心知識等教學內容。**

住院醫師於教學時會試著為實習醫師解釋常使用的臨床用語與各科核心知識，讓實習醫師能於認知上有所增進，了解主治醫師醫療行為時所使用的專業術語，並為實習醫師解釋家屬所在意的情況點為何，使實習醫師更快的熟悉醫療現場。同時各科的核心知識也是教學的重點之一，各科住院醫師會教授各科的相關的核心知識與科部的專門臨床處理概念加以指導。

住院醫師會教導實習醫師相關的臨床事務處理方法，讓實習醫師可以更快的學習到臨床事務的相關技能，讓實習醫師更快的進入醫療現場，並了解細節的處理方式，並有實習醫師認為此方式為最有效率的教學內容。

二、住院醫師擔任擔任臨床教師職務之態度影響因素

(一)內在因素：住院醫師之教學態度受到住院醫師本身特質與思考方向等內在因素所影響。

住院醫師的個人特質將會影響他的教學熱忱，如住院醫師的個人特質為熱情、活潑、友善、或為有自信的住院醫師也讓實習醫師更為信服。教師年齡與工作年資也為影響教學態度的因素之一，年齡稍長或結婚的住院醫師可能對於自己的角色定位較於清楚，在教學與傳承上具有較好的表現。當擁有教師自覺感時，住院醫師對於教學的思考角度為教學相長，在教學的過程，自己也會有所增長時或住院醫師想法為傳承，教師便會教學是自己該盡的義務，進而更認真得教授實習醫師，而這種傳承的想法也會影響教為資遣的醫師，讓科部整體的教學行為增加。

(二)外在因素：住院醫師之教學態度受學生類型、學生積極程度、忙碌程度及科部教學風氣盛行程度等外在因素所影響。

當實習醫師學習態度不佳時，住院醫師自然覺得自己不應該剩餘不多的時間與精力花在實習醫師身上，但如果學生態度為積極的，會使得住院醫師願意花更多心力指導學生。同時學生的性別、所在層級與未來進本科部的意願的影響，部分實習醫師感受到住院醫師對於異性得教學更為努力。原因是對於住院醫師而言未來可能進入本科部的實習醫師，可能對於自己未來的臨床工作具有分擔的角色，所以住院醫師將會更盡心的進行教學。

住院醫師的忙碌程度將影響教學意願，空閒時住院醫師十分願意對實習醫師花長時進行教學，反之，當忙碌時住院醫師變化大幅度的降低教學的意願。

當科部長官對於教學行為具有要求時，住院醫師對於教學態度會更為認真，反之，當科部長官僅要求將臨床工作做好時，住院醫師自然覺得教學與自己無關。當科部中所有人都在進行教學時，住院醫師便會自然而然的覺得應該也要進行教學，研究者認為科部風氣為影響教學的重要因素之一。

三、住院醫師擔任臨床教師職務之職務之阻礙因素

(一)住院醫師之教學阻礙因素有:自身專業程度不足與教學工具書不能隨身取得、制度上的評估效果不良、回饋機制不佳及整體的學習目標不彰等可解決之阻礙因素。

住院醫師擔任臨床教師時常感受到自己的專業知識不足，進而自信心不足亦無教師自覺性，同時於回饋效果不佳的時候，住院醫師無任何的考核實習醫師的權力，讓自己沒有辦法進一步的要求實習醫師對於醫學知識上有所進步。在無完善教學計劃時，會令住院醫師與學生對於教學行為的重要性感到疑惑。

(二)住院醫師之教學阻礙因素有:住院醫師的教學阻礙為時間精力不足、教師、學生、病患皆隨著機緣而有產生多種不確定性、學生學習態度不佳，且為無法解決之限制因素。

時間壓力下，讓住院醫師沒有多餘的時間進行教學或是教學後難以進一步的追蹤學生的學習程度，對於學生也沒有時間提出回饋。同時對住院醫師而言，在指導實習醫生的情況下，會影響自身工作的效率，進而增加負擔。

病人種類的不確定性，造成實習醫師所學習的內容會隨著時間與病患而有所差異，並無法完整學習到科部之核心知識。某些科部的教學工作主要由主治醫師擔任，住院醫師常把自己視為學生，而無教師的自我意識。同時住院醫師認為某些實習醫師的求學態度不佳，在交代完實習醫師相關臨床事務後，實習醫師並未遵照，或是實習醫師時常不知所蹤，事後卻發現可能發現實習醫師在規避去病房而是轉往宿舍休息等情況，這使得住院醫師於教學上具有相當程度的困難。

第二節 研究建議

本研究旨在探討某教學醫院中住院醫師擔任臨床教師之初探，本節依研究結論，對住院醫師、實習醫師、醫院主管單位及未來研究提出建議。

一、對住院醫師的建議

(一)對學生多方了解

許多的誤會與不信任感，多源自於溝通上的不良，如能藉由溝通了解學生需求與想法，便可以避免不避要的誤會，同時產生信賴感，讓住院醫師擔任臨床教師時，可讓實習醫師保持良好的學習動機。

(二)對知識多加充實

住院醫師的知識與表達能力，將會影響自己的自信心與實習醫師的信賴感，成為良好的表達者，將知識經由內化，使教學能力更為精進，可使實習醫師更快的建立知識。

(三)對思考多加轉念

住院醫師的工作十分繁忙，且為現狀上無法改變之問題，經由訪談了解同樣的工作環境下，不同想法會造成不同感受，面對教學工作如能將思考為傳承，並多增加本身之教師自覺感，對於教學工作便可能從額外負擔轉變傳承與營造教學風氣的目的，便可將教學行為擴散至每位醫師身上，於是每一位醫師皆共同負起教學責任，將可分擔教學工作所形成的負擔。

二、對實習醫師的建議

(一)對學習多加積極

多數住院醫師都表示當實習醫師對學習態度保持積極時，自己是很樂意多花時間教授實習醫師知識，故建議實習醫師可繼續保持對於學習的熱情，一方面自己的醫學知識可有所增長，另一方面學習積極的實習醫師可令住院醫師增加教學熱忱，如此便可建立起良性的循環。

(二)對教師多加熟悉

住院醫師對熟悉的實習醫師具有更多的教學，因為可以溝通了解而不會害怕自己所教是不是對方想學習，建議實習醫師可以在平日裡試著多接觸住院醫師，無論是幫忙處理事務、日常聊天及試著詢問問題，都是與住院醫師更為熟悉的方法。

(三)對病患多加關懷

實習醫師如能對病人產生更多關懷，並會無形中將自己提早視為醫師，進而增加學習動機，習得更多醫學知識，並且提早為日後臨床技能做準備。

三、對醫院主管單位的建議

(一)確立各科部學習目標

經由訪談顯示，當沒有核心學習目標時，住院醫師與實習醫師皆會感到手足無措，各科部間的學習目標不盡相同，故建立起各科部核心學習目標為首要重點，可為住院醫師與實習醫師指引教學方向，如科部可建立學習目標檢核表供實習醫師與住院醫師了解，由住院醫師檢核實習醫師學習進度，並參與實習分數的考核，讓住院醫師更加了解關心實習醫師的學習目標達成率。

(二)建立各科部教學風氣

當科部教學風氣建立後，會形成由上到下的教學行為，當醫院主管單位有要求住院醫師教學行為時，可督處住院醫師對於實習醫師具有身為教師的自覺感，進而提升科部的教學風氣。主管單位可以從上自下建議科部建立教學風氣，並定期舉行實習醫師對於住院醫師的教學滿意度調查，並制定獎勵制度，讓住院醫師更具有教學的動力。

(三)成立不分職等休息室

當資深與資淺的醫師多處於同樣空間時，可使得彼此間的交流機會增加，當住院醫師較空閒時便可形成教學，且在無形間可以增加教學機會。

四、對未來研究的建議

(一)研究對象

本研究之研究場域限定於 A 醫院之住院醫師、實習醫師及主治醫師，建議未來可以擴增不同的背景之教學醫院，或是具有醫學院之教學醫院，擴大相關研究對象，以期研究資料更加多元。

(二)研究方法

本研究方法為半結構式的焦點團體訪談進行研究與結論，僅為初探研究，未來研究者在可選取描述性統計或推論性統計的方式，取得更大量的樣本，豐富研究成果之各面向，提高參考性及推論性。

參考文獻

一、中文部分

- 王文科、王智弘 (1999)。焦點團體訪談:教育與心理學適用。台北:五南。
- 王文科,王智弘 (2014)。課程發展與教學設計論。台北:五南。
- 朱紹盈、孫宗伯、葉日式、王英偉、王文利、陳宗鷹等人 (2009)。佛教慈濟綜合醫院住院醫師臨床教學技能之培訓-初步成效報告。醫學教育, 13 (3), 頁 182-190。
- 何善台、徐建鵬、王如娥、謝正源、陳震寰、林其和 (2004)。台灣未來醫學系教育改革方向。醫學教育, 8 (1), 頁 18-30。
- 吳明賢、張上淳、楊培銘、陳明豐、王德宏 (2014)。美國畢業後醫學教育在內科的近況介紹。臺灣醫界, 57 (6), 頁 50-52。
- 吳明儒、陳怡行、謝祖怡、陳得源、許惠恆、藍忠亮 (2010)。臨床教師應具備之核心能力。醫療品質雜誌, 頁 70-74。
- 李明濱、胡佩怡、廖士程 (2014)。我國醫師工作壓力風險因子評估。勞動部勞動及職業安全衛生研究所。
- 周雅容 (1997)。焦點團體法在調查研究上的應用。調查研究-方法與應用 (3), 頁 51-73。
- 林盈慧 (2013)。護理臨床教師教學歷程之研究。國立高雄師範大學。
- 邱永仁 (2003)。台灣與美國醫學教育之比較與分析。台灣醫界。取自 http://www.tma.tw/magazine/ShowRepID.asp?rep_id=1502
- 財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會(2008)。新制醫院評鑑基準及評分說明。取自 http://60.248.196.52/FrontStage/simplyhistory_2008.aspx
- 財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會(2016)。訓練計畫說明。取自 <http://www.tjcha.org.tw/FrontStage/page.aspx?ID=750D48A4-DA9C-4038-BC82-D73187E7A7EC>
- 陳偉德 (2007)。醫學教育之教學卓越及教學學院。醫學教育, 11 (1), 89-91。
- 張春興、林清山 (1983)。教育心理學。東華書局。
- 張瑞濱、賀力行 (2003)。從訓練需求評估論公務人員訓練進修之策略。人力資源管理學報。
- 梁淑媛、莊宇慧、吳淑芳 (2012)。內容分析技巧在護理質性資料之初步應用。臺北醫學大學護理雜誌。
- 章美英、許麗齡 (2006)。質性研究-焦點團體訪談法之簡介與應用。護理雜誌, 53 (2), 頁 67-72。
- 郭惠蓉 (2012)。臨床教師核心能力指標建構之研究。國立中正大學。
- 游政達 (2003)。應用焦點團體探討使用者需求脈絡之研究。未出版碩士論文, 國立台北科技大學, 台北市。You, CT (2003)。
- 黃光雄, 楊. (2004)。課程發展與設計-理念與實作。師大書苑。
- 黃光雄, 蔡. (2015)。課程發展與設計新論。台北:五南。
- 黃崑巖、賴其萬 (2003)。醫學教育白皮書-台灣醫學教育之改進方向。台北:教育部醫學教育委員會。
- 黃富順著 (2000)。成人教育導論。台北:五南。

- 黃湘武 (1980)。皮亞傑認知心理學與科學教育：科學教育雙月刊。
- 衛生福利部國民健康署 (2017)。住院醫師勞動權益保障及工作時間指引。取自：<http://www.mohw.gov.tw/dl-15483-7187fbf9-f506-4647-a266-a79c704a84be.html>。
- 劉育忠 (2007)，Howard A. Ozmon, Samuel M. Craver 著。教育哲學。台北：五南圖書出版股份有限公司。
- 蔡清田 (2005)。泰勒的課程思想。課程思想 (頁 25-53)。台北：冠學。
- 謝博生 (2006)。一般醫學教育 (第二版) (第 4 冊)。Kingdom Publications Ltd。
- 簡建忠 (1998)。人力資源發展。台北：五南圖書出版股份有限公司。
- 顏鴻章、徐德福、陳盈如 (2010)。臨床教師對全人醫學教育的觀感與省思。醫療品質雜誌，頁 17-22。

二、英文部分

- Duvivier, R., Van Dalen, J., Van Der Vleuten, C., & Scherpbier, A. (2009). Teacher perceptions of desired qualities, competencies and strategies for clinical skills teachers. *Medical teacher, 31*(7), 634-641.
- Goldie, J., Dowie, A., Goldie, A., Cotton, P., & Morrison, J. (2015). What makes a good clinical student and teacher? An exploratory study. *BMC medical education, 15*(1), 1.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1994). Competing paradigms in qualitative research. *Handbook of qualitative research, 2*(163-194), 105.
- Jarvis-Selinger, S., Halwani, Y., Joughin, K., Pratt, D., Scott, T., & Snell, L. (2011). 24 Supporting the Development of Residents as Teachers: Current Practices and Emerging Trends.
- Jarvis-Selinger, S. (2015). Resident as teacher core curriculum. From file:///C:/Users/user/Downloads/2015-09-04%20RAT%20Core%20curricular%20objectives.pdf
- Kern, D. E., (2005). 醫學教育之課程發展 六個階段的方法。(劉克明, 劉敏譯)台北：藝軒圖書發行。藝軒圖書文具公司總經銷。
- Lossing, A., & Groetzsch, G. (1992). Instruction in basic technical skills. *Med Teacher, 14*(1), 49-52.
- Maarij, K., Halim, M. U., & Iqbal, N. (2015). Teaching from junior doctors: The experience of medical students. *Medical teacher, 37*(10), 977-977.
- Mabvuure, N. T., Rodrigues, J., Cumberworth, A., & Mahmud, M. (2013). Twelve tips for running successful junior doctor-led teaching programmes for medical students. *Medical teacher, 35*(8), 628-632.
- Mangione, C. M. (1986). How medical school did and did not prepare me for graduate medical education. *Academic Medicine, 61*(9), 3-10.
- Maslow, A. (1987). Maslow's hierarchy of needs. Salenger Incorporated.
- Morgan, D. L. (1997). *Focus groups as qualitative research* (Vol. 16): Sage.
- Morrison, E. H., Hollingshead, J., Hubbell, F. A., Hitchcock, M. A., Rucker, L., & Prislun, M. D. (2002). Reach out and teach someone: generalist residents' needs for teaching skills development. *Family medicine, 34*(6).

- Morrison, E. H., Shapiro, J. F., & Harthill, M. (2005). Resident doctors' understanding of their roles as clinical teachers. *Medical education*, 39(2), 137-144.
- Post, R. E., Quattlebaum, R. G., & Benich III, J. J. (2009). Residents-as-teachers curricula: a critical review. *Academic Medicine*, 84(3), 374-380.
- Prideaux, D., Alexander, H., Bower, A., Dacre, J., Haist, S., Jolly, B., . . . Rowe, R. (2000). Clinical teaching: maintaining an educational role for doctors in the new health care environment. *Medical education*, 34(10), 820-826.
- Rabiee, F. (2004). Focus-group interview and data analysis. *Proceedings of the nutrition society*, 63(04), 655-660.
- Rose, G. L., Rukstalis, M. R., & Schuckit, M. A. (2005). Informal mentoring between faculty and medical students. *Academic Medicine*, 80(4), 344-348.
- Rotenberg, B. W., Woodhouse, R. A., Gilbert, M., & Hutchison, C. R. (2000). A needs assessment of surgical residents as teachers. *Canadian Journal of Surgery*, 43(4), 295.
- Sheets, K. J., Hankin, F. M., & Schwenk, T. L. (1991). Preparing surgery house officers for their teaching role. *The American journal of surgery*, 161(4), 443-449.
- Spencer, J. A., & Jordan, R. K. (1999). Learner centred approaches in medical education. *BMJ: British Medical Journal*, 318(7193), 1280.
- Stalmeijer, R. E., McNaughton, N., & Van Mook, W. N. (2014). Using focus groups in medical education research: AMEE Guide No. 91. *Medical teacher*, 36(11), 923-939.
- Sutkin, G., Wagner, E., Harris, I., & Schiffer, R. (2008). What makes a good clinical teacher in medicine? A review of the literature. *Academic Medicine*, 83(5), 452-466.
- Vaughn, S., Schumm, J., & Singub, J. (1999). 焦點團體訪談-教育與心理適用 (王文科, 王智弘譯). 台北: 五南.
- Webb, C., & Kevern, J. (2001). Focus groups as a research method: a critique of some aspects of their use in nursing research. *Journal of advanced nursing*, 33(6), 798-805.

附錄一 訪談大綱初稿

透過參閱國內外相關研究，形成訪談大綱之初稿

住院醫師

當學生時，住院醫師的哪些教學方式讓你印象深刻？為什麼？

你對於教導醫學生以及比你資淺的住院醫師有什麼看法？

你覺得好的 RasT 應該有什麼特質什麼行為？

你覺得執行教學工作有什麼困難？怎樣的教學是有效的？ Professional behaviors, teaching style, leadership skills and creation of a safe learning environment

你覺得自己的科部對於你的教學活動是何種評價？你的主治醫師對於這部分有什麼看法？是否給你建議？

身為住院醫師在執行教學時，你覺得哪些活動最重要？哪些教學活動最不重要？

教導問病史

教導理學檢查

教導病歷寫作

教導診斷分析

教導手術適應症（外科）

教導實驗室檢查判讀

教導臨床問題處理

教導臨床技術（外科：教導換藥教導手術技巧）

教導醫學新知

教導實証醫學

教導病人溝通

帶領小組討論

口頭報告

評估學生並且給予回饋

鼓勵學生學習

其他

針對住院醫師擔任臨床教師的課程安排，你希望採取什麼方式？

一天六小時課程、半天三小時課程、一次一到兩小時課程、平常日或假日、
小組討論、自己閱讀相關教材做測驗、網路學習做測驗、實際教學時老師評估
教標準學生後，由資深老師回饋，看別人的教學示範帶後討論、其他

附件二 訪談大綱

以各種針對住院醫師設計訪談大綱，其問題如下：

住院醫師

1. 當學生時，住院醫師的哪些教學方式讓你印象深刻？為什麼？
2. 你對於教導醫學生以及比你資淺的住院醫師有什麼看法？
3. 你覺得好的 RasT 應該有什麼特質什麼行為？
4. 你覺得執行教學工作有什麼困難？怎樣的教學是有效的？(Professional behaviors, teaching style, leadership skills and creation of a safe learning environment)
5. 你覺得自己的科部對於你的教學活動是何種評價？你的主治醫師對於這部分有什麼看法？是否給你建議？
6. 身為住院醫師在執行教學時，你覺得哪些活動最重要？哪些教學活動最不重要？
 - 教導問病史
 - 教導理學檢查
 - 教導病歷寫作
 - 教導診斷分析
 - 教導手術適應症（外科）
 - 教導實驗室檢查判讀
 - 教導臨床問題處理
 - 教導臨床技術（外科：教導換藥教導手術技巧）
 - 教導醫學新知
 - 教導實証醫學
 - 教導病人溝通
 - 帶領小組討論
 - 口頭報告
 - 評估學生並且給予回饋
 - 鼓勵學生學習
 - 其他

7. 針對住院醫師擔任臨床教師的課程時間安排，你希望採取什麼方式？
(一天六小時課程,半天三小時課程,一次一到兩小時課程,平常日或假日)
8. 針對住院醫師擔任臨床教師的課程安排，你希望採取什麼方式？
(小組討論,自己閱讀相關教材做測驗,網路學習做測驗,實際教學時老師評估教標準學生後由資深老師回饋,看別人的教學示範帶後討論)
9. 其他議題補充

實習醫學生

1. 住院醫師的哪些教學方式讓你印象深刻？為什麼？
2. 你對於住院醫師教導醫學生有什麼感受以及看法？
3. 你覺得住院醫師執行教學工作有什麼困難？
4. 你覺得科部對於住院醫師的教學活動是何種評價？
5. 就住院醫師的教學，你覺得哪些活動最重要？哪些教學活動最不重要？
 - 教導問病史
 - 教導理學檢查
 - 教導病歷寫作
 - 教導診斷分析
 - 教導手術適應症（外科）
 - 教導實驗室檢查判讀
 - 教導臨床問題處理
 - 教導臨床技術（外科：教導換藥教導手術技巧）
 - 教導醫學新知
 - 教導實証醫學
 - 教導病人溝通
 - 帶領小組討論
 - 口頭報告
 - 評估學生並且給予回饋
 - 鼓勵學生學習
 - 其他

主治醫師

1. 當學生時，住院醫師的哪些教學方式讓你印象深刻？為什麼？
2. 你對於住院醫師教導醫學生以及較資淺的住院醫師有什麼看法？
3. 你覺得好的 RasT 應該有什麼特質什麼行為？
4. 你覺得住院醫師執行教學工作有什麼困難？怎樣的教學是有效的？(Professional behaviors, teaching style, leadership skills and creation of a safe learning environment)
5. 你覺得自己的科部對於住院醫師的教學活動是何種評價？主治醫師對於住院醫師的教學有什麼看法？是否給你建議？
6. 身為主治醫師你覺得住院醫師在執行教學時，你覺得哪些活動最重要？哪些教學活動最不重要？
 - 教導問病史
 - 教導理學檢查
 - 教導病歷寫作
 - 教導診斷分析
 - 教導手術適應症（外科）
 - 教導實驗室檢查判讀
 - 教導臨床問題處理
 - 教導臨床技術（外科：教導換藥教導手術技巧）
 - 教導醫學新知
 - 教導實証醫學
 - 教導病人溝通
 - 帶領小組討論
 - 口頭報告
 - 評估學生並且給予回饋
 - 鼓勵學生學習
 - 其他
7. 針對住院醫師擔任臨床教師的課程時間安排，你希望採取什麼方式？(一天六小時課程,半天三小時課程,一次一到兩小時課程,平常日或假日)

8. 針對住院醫師擔任臨床教師的課程安排，你希望採取什麼方式？
(小組討論,自己閱讀相關教材做測驗,網路學習做測驗,實際教學時老師評估
教標準學生後由資深老師回饋,看別人的教學示範帶後討論)
9. 其他議題補充