

習醫造就： 以「專業社會化」析論臨床環境對見習經驗之影響

黃淑玲*

高雄醫學大學 人文與藝術教育中心

摘要

本研究以「專業社會化」為研究視鏡，瞭解見習醫學生從課室學習走進臨床環境之經驗樣貌，旨在探討工作現場即學習環境造就習醫者之歷程。研究方法採質化導向的多階段設計，歷經兩年四階段，以國內、外臨床觀察紀錄、照像、44名半結構式深度訪談等取徑進行資料蒐集。研究發現：一、總體而言，工作環境給予見習生觀察和周邊參與式的實作機會；但面臨學習環境的轉變，見習生深受新學習模式、思考徑路、情緒適應的挑戰。二、見習階段即是建構專業認定的啟始，科別輪調課程提供機構式學習架構，專業互動是見習生獲得新知與演練技能的首要來源；因不能執行疾病治療，反而在醫病互動中更能純粹練習傾聽、同理、利他、耐心、陪伴、感同身受、接納等專業人文素養，成為體會專業人文精神之最佳時機，進而體悟全面的醫療專業。三、臨床主治醫「師」角色在於建構學習環境、示範醫療行為與決策，為醫病關係之楷模，從而影響見習生對醫者形象之建構。四、跨年級團隊學習、有功能的周邊參與、臨床主治醫師之帶領與教學規劃，以及醫病互動中演練專業人文素養，是臨床環境專業社會化，造就習醫者之要素。

關鍵詞：工作環境學習、見習、專業社會化、質化、醫學人文

壹、緒論

現今高等教育從過往資源投入逐漸轉向公共責任之課責、品質保證、學習者為核心。在全球高等教育競合現勢下，大學建立自我品質保證機制，掌握學生學習成效的全貌，藉此深植大學自評文化，以善盡不斷改善的績效責任。在醫學型大學，其教學研究成果深具國家社會福祉之公共性，因此掌握

學生總體的學習成效更形迫切。醫學院評鑑委員會(Taiwan Medical Accreditation Council [TMAC], 2013)在我國大學評鑑已逐漸成熟的大學績效責任觀之下公布「新制評鑑準則(2013年版)」，明定醫學系之課程除了專業知識，更應涵蓋醫學人文與倫理(準則2.1.1.3)，以培育「未來醫生」的人文涵養，能在醫病關係中瞭解對病人之身、心、靈全人照護的必要與療癒(蕭宏恩，2004，頁254)。而在

*作者通訊：黃淑玲，sheilasl@kmu.edu.tw

(投稿日期：民國106年7月14日，修訂日期：民國107年3月26日，接受日期：民國107年3月28日)

人才培育上，必須就知識、技能、行為和態度採用多種評量方式，來評量醫學生於學習歷程之學習成果，「以能反映課程目標、目的、過程與預期的成果」(準則2.2.2)；課程規劃、設計、審核，旨在培育「未來醫生」的專業倫理特質與能力，例如「利他精神、承諾、同理心、溝通能力、批判性思考和判斷、決策、文化敏感性、道德判斷、正直、尊重、自我意識、自我反思、社會責任、誠信，及其他作為醫師和專業人士的特質」(準則2.3.0)。

換言之，2013年新制TMAC評鑑準則旨在確立我國醫療照護之良窳源自醫師專業的實踐，與其身、心、靈的全人照護之能力(蕭宏恩，2004)。在專業知識與技能之外，醫者需要能以病人之最佳利益為中心(Barnhoorn & Youngson, 2014)，實踐以人為本的關懷、正義、誠信、利他、服務等人文精神(Wynia, Papadakis, Sullivan, & Hafferty, 2014)。美國醫學專科董事會(American Board of Medical Specialties, ABMS)在2012年提出醫學專業精神(medical professionalism)是一套價值體系，建立專業準則與道德價值。我國醫學教育TMAC評鑑準則的變革，到醫學教育內涵與實施皆反應當今醫學教育之核心是培育醫療服務人力的思考(brain)、技術(hands)與心靈(hearts)，以勝任「行醫是一個不斷融合知識、技能與價值的過程」(Cooke, Irby, & O'Brien, 2010, p. 234)。新時代的醫學教育必須在知識與技能之外，融入人文關懷的精神，落實「以人為中心」之醫學人才培育觀，使醫療專業回歸人本，造福社會。因此，探討臨床環境中見習醫學生融合知識、臨床技能與以人為本的行醫之道的歷程為何，是為本研究動機之一。

然而，醫學專業的實踐與醫療現場之

間，存在著非由個人即能解決的道德兩難。許敏桃(2011)質性觀察臨床實習與醫學倫理課程實施，發現實習醫學生需要良醫楷模教導如何解決含倫理相關的臨床工作難題。另一方面，工作與生活品質二者，魚與熊掌難以得兼。超長工時與醫療訴訟皆非醫學生所預料，造成我國醫學界在內、外、婦、兒等四科別的醫師人力嚴重短缺，產生「四大皆空(意指此四專科缺乏醫療人力)」的現象(林秀娟，2012)；「出走」成了解決行醫價值與醫療實務兩者衝突的策略，一個以臺灣健康福祉為代價的決定。因此，瞭解醫學生在見習階段可能面臨什麼不同於課堂知識的專業兩難，是本研究動機二。

承上所述，醫學專業精神在知識、技能與道德之外，更包含解決自我、人與組織、人與社會這三種衝突的能力；這些臨床實踐的複雜度正呼應了許敏桃(2011)發現醫學生亟需臨床良醫典範之原因所在。因此，探討臨床主治醫師在臨床環境為人師者角色為何，是本研究動機三。

進一步言之，臨床學習與挑戰是為一體兩面。臨床工作現場如何形塑習醫初學者之專業精神，培育其知識、技能和以人為本的態度是本研究之核心問題意識，進而引導下述之研究目的、文獻探討、研究方法、資料分析與結論。

貳、研究目的

臨床環境即為學習環境是臨床教育的特點。本研究聚焦於初次進入臨床環境的見習醫學生，瞭解其面對學習環境與情境轉變的見習醫學生之經驗樣貌(the experience profile)。藉由經驗者本身的發聲，本研究加以紀錄、解構、重新建構與理解，探究臨床工作環境如何造就學習者之醫療專業、淬鍊

其專業精神，以及臨床學習可能面臨的挑戰與調適。進一步言之，臨床工作環境包含學習情境(即醫療環境與病例現場)，情境中的人(即專業團隊與病人)、臨床學習相關之活動(事件)，以及醫療設施。習醫者與情境中的人、事、物互動下，醫療臨床如何造就習醫者，使之成為被認同的醫生，建立其專業技能、提升心靈素質，並促進其身體力行，建立病人優先的專業價值。是以，本研究聚焦以下四個研究問題：

- 一、整體而言，臨床環境作為習醫造就之學習情境如何促進知識、臨床技能與價值的專業精神？
- 二、見習醫學生從課堂走進臨床學習，過程中面臨那些轉變與適應？
- 三、臨床主治醫師在培訓(造就)醫學生的過程中可能扮演哪些角色？例如，醫師扮演臨床教師角色時之內涵為何，進而影響習醫者之專業養成？
- 四、臨床環境如何有別於課室內的知識學習，而能培育習醫者之專業人文素養，凸顯臨床教育造就習醫者之不可取代性？

參、文獻探討

本段文獻探討從專業社會化之定義出發，進而探索工作情境即學習環境之理念與相關文獻；最後聚焦於臨床工作現場之兩難，進而架構出見習醫學生在兩難的臨床工作環境中之學習經驗。

一、專業社會化

以下探討專業社會化之定義與應用：

(一)「專業社會化」定義

若某領域的知識具有排他性、深奧、

有科學根據且有準則，並能運用於人類社會中，即可被視為一門專業，法律、醫學、教育即為典型。專業社會化(Antony, 2002; Waugaman & Lohrer, 2000; Weidman, Twale, & Stein, 2001)意指學習者獲得系統性的知識、技能與價值並融入個人氣質中，進而改變其專業行為與社會互動的歷程(Bragg, 1976; Gottlieb, 1961)。而Bragg (p. 7)鑑別出專業社會化歷程包含以下五個階段：

- 1.觀察：尋找角色楷模；
- 2.模擬：嘗試演練角色楷模的行為；
- 3.回饋：評價演練的結果；
- 4.修正：評價後修改或微調行為；以及
- 5.內化：將角色楷模的價值與行為模式融入個人的自我形象(self-image)中。

Bragg (1976)之專業社會化歷程具有步驟的連貫性，每個步驟都是階段性學習的過程，並且在社會情境中透過觀察與互動逐步發展新的自我形象。而「內化」階段完成，並發展出專業認同，方完成專業社會化歷程(p. 16)。Mortimer與Simmons (1978)亦認為社會化是個人習得社會團體之價值、信仰、規範、人際與其他社會技能的機制，以利個人成為團體的一員，達成組織目的。van Maanen (1984)進一步將專業社會化視為個人終身學習的歷程，目的即在個人能為專業社群所接受，共同實踐該社群的專業目標。因此，專業社會化意指學習者與楷模之間，或學習者與專家團體兩造雙向互動的歷程。

(二)「專業社會化」之應用

專業社會化原建立在由上而下、單面向的歷程，個人接納團體之價值與準則，以獲得團體成員的認同。不過，更晚近的學者開始探索個人在這歷程中的主動性。例如，

Tierney (1997)及Austin (2002)以專業社會化探討研究所教育如何進行人才培育後發現，學習社群會因為新成員的加入而產生質變，個人與團體透過社會性與專業互動而進入共創新文化的歷程。專業領域如教育、護理、醫學者，其專業精神更是專業知識、技能與專業倫理的總和，而專業社會化的目的即在達成這個總和，並發展出對專業認同的內化歷程。倫理是隱性卻關鍵的元素，因為領域知識不但運用於前述Bragg (1976)所強調的人類社會中，專業的實踐更攸關生命、財務等敏感議題。

專業社會化探討個人與專業場域互動後對個人產生專業知識、技能、態度、價值體系的影響。知識與技能可從正規訓練或課程的正式互動中獲得外，更需要在社會情境中與專家非正式互動，幫助生手入專業社群，習得價值、信仰、規範、潛規則，以及人際和相關技能。因此，互動是專業社會化的重要途徑。非正式互動可達到社會性融合的效果，有益認清自我角色，進而發展個人專業定位(Lovitts, 2001)。

總體言之，本研究認為專業社會化是指個人(如：學生)透過正式與非正式的訓練，習得有領域性、有排他性的知識，操演著專家(先行者)所認定的知識、行為以及價值體系，而逐步成為該專業群體之一員的歷程；過程中需要善用與他人互動的機會演練互動模式、專業對話，才能在工作場域順利學習。此歷程並非一蹴可及，而是有階段性、逐步內化專業價值，專業社會化方告完成。

二、工作現場即學習環境的專業社會化

專業工作現場是為學習者的最佳專業社會化場域；然而，學習者卻也可能在新的學習環境受到知識、技能以外的新挑戰。

(一)「工作現場之學習」(workplace learning)

專業社會化的歷程在社會情境中，因此互動是融入專業社群、習得知識、技能、態度與價值之要素。誠如前述，除了人我互動、專業學習與社會融合、規範與典範、個人與團體(或專業社群)之相容與相融是社會化的要素外，環境對於學習成果更具深遠的影響。Lave (1990)認為工作如同課程一般，因為「參與」工作和「學習」並存於工作中，影響了參與程度和學習內涵。Billett (2004)進一步解析「工作現場即學習環境」的概念。他認為個人不僅可以主動投入學習，工作環境也提供參與的機會以利學習。工作內容與規劃(例如引導、培訓、模擬等)足以影響個人的學習與轉變。依照組織規模與活動目的，提供學習的工作活動則可更具多元且有差異化。工作環境愈能開放學習機會並提供有規劃、多樣的學習活動，個人投入愈高、參與活動多樣且獲得支持等，則愈能提升學習成效。個人透過參與和演練不僅習得專家知識，組織也因個人的專業成長而能穩定發展。

若從「學習環境」的角度切入，Baars-van Moorsel (2004)認為此環境包含工作環境中的結構、文化、人我關係，有益學習者成功轉化進而融入實體環境中，因此學習環境可以幫助學習者發揮最的功能。其中，結構意指具體架構與清晰的流程，更是促進學習的關鍵。

(二)工作現場即學習環境之應用

對照「專業社會化」與「工作現場即學習環境」的論述，前者認為新手也會對組織帶來更新與改變，因此組織需要融入新成員；而後者則認為個人選擇學習類別與投入度，亦將逐步形成專業認同(Billett, Harteis, & Eteläpelto, 2008)。兩項論述都肯認個人與環

境兩造若能相融，將有益於個人建構專業認定(professional identity)。換言之，成功的專業社會化，不僅達成專業學習，更有益個人融入專業社群與工作情境，產生排他性的知識與專業自我定位，與組織共榮，建立專業歸屬感(Billett et al., 2007)。

工作即學習運用在其他領域的情形如何呢？王秋絨(1991)以實習教師在教學現場發展專業知能為例，其專業社會化意指個人透過師資培育習得一切教育專門知識、內化專業倫理信條，表現出專業責任與態度等，進而成為教師專業行列之一員的過程。Schoonmaker (2002)以個案研究探討實習教師的專業化歷程，發現從實習教師到資深教師的歷程包含：熟悉與適應學校、適應輔導老師並學習、擔任助理教師，逐步擔責、深度參與學校、與輔導教師協同者和一起發展課程、設計教學等。新鮮人進入新的工作環境，從適應到同儕協作與專業發展歷經不同階段；轉譯原有專業知識成為可運用於工作現場的新知識是關鍵(Billett, 2016)。

(三)臨床學習之兩難與解決

進入臨床工作現場是醫學教育的核心，然而從教室到工作現場從來不是一件容易的事。醫療現場充滿不確定性，生死交鋒、病情疾速轉變、保險制度複雜等，這些都超乎課室學習經驗，甫離開教室初入臨床的見習生需要同時掌握知識學習、思考推理、時間分配與情緒適應等多重任務(Han, Roberts, & Korte, 2015)。Barrett, Trumble與McColl (2017)將臨床學習比喻為黑盒子，發現初次進入臨床工作見習生感受最大的挑戰是面對病患，因此情緒調適與自我導向學習同時並進是必要的技能。學會訂定學習目標、尋找學習機會；也要與人合作、批判反思才能精進學習。因此學習場域不同，對見習生的確充滿挑戰性。透過見習入門課程，使學習目標更

明確，透過工作為本的學習，見習生得以參與，扮演醫療照護的角色(Jacobs, Bolhuis, Bulte, Laan, & Holdrinet, 2005)。van de Ridder (2014)進一步認為教學醫院需要建立有安全感、具教育意義的工作環境，以利強化見習醫學生的學習動機、勇於提問、提升情緒彈性，進而有益醫療照護；其中，同儕彼此分享學習經驗有助建立信賴感，提供心理支持與安全感之學習環境。

Poncelet與Lai (2017)探討醫學生在臨床工作現場，除了習得知識與技能，更要能與人互動建立專業與人際關係、瞭解工作期待、掌握一般性工作和潛規則。臨床環境提供科別輪調(grand rounds)、臨床醫師的引導學習、增加專科駐站週數、專業交流以及與醫病互動等；這些正式與非正式的學習模式使個人省去摸索；有組織性、有結構性的學習模式使得臨床工作環境更具有教學意涵(Durak, Vatansever, van Dalen, & van der Vleuten, 2008; Govaerts, van der Vleuten, Schuwirt, & Muijtens, 2007)。

總體而言，無論是醫師或教師在工作現場的專業學習，都包含專業知識、技能成長外，個人與環境融合的程度影響個人專業成長。工作環境若提供支持，新人則能勝任愉快，增加個人對於工作文化、潛規則的瞭解，降低無力感(powerless)，進而增益個人的工作福祉(Kehoe & Illing, 2017)；工作支持的重要性超乎工作場域與國界之別(Kehoe et al., 2016)。

肆、研究方法

本研究通過人體試驗審查委員會審查(編號KMUHIRB-E-20150002)，透過質化導向多階段設計(Davison, 2014)，於2015年1月至2017年5月進行約兩年四階段之資料蒐集。以下就醫學課程之規劃與實施、研究對象、資料蒐集之取徑與分析策略等依序說明：

一、醫學課程之規劃與實施

七年制醫學系教育制度在臺灣已實施超過60年，課程包含四大階段(趙從賢，2017)：大一～大二必修或通識課程；大三～大四的基礎醫學，如解剖學、微生物免疫學等。這四年的課程實施以課堂教室的學習為主。為了讓醫學生對生理系統更瞭解，後者也透過「系統」(block)的方式，例如呼吸系統、消化系統等，由多位臨床醫師輪流上課，進行協同教學。大五～大六第三階段是兩年的臨床見習，以及最後一年大七的臨床實習。本研究之案例醫學院，也設有學士後醫學系：大一～大二兩年的基礎醫學課程，大三～大四兩年則進入見習階段，大五即為實習階段。

總體而言，臨床主治醫師負責帶領數名見、實習學生，透過住院查房(註1)、診間看診等方式進行實地教學，所以臨床病例是教材來源。見習階段的第一年，學生必須在內、外、婦、兒四大科別輪調，第二年見習時則進入次專科學習。例如內科可細分為一般內科、胸腔內科、免疫風濕科、老人醫學科等。個人可依第一年的經驗與志趣，選擇次專科進行臨床見習。見習期間多觀察或問診練習，但不能執行實際的醫療行為，例如診斷、開藥、開刀等；而各科輪調為期兩週到六週不等。因此，見習目的設定在認識各科別的環境、設施、病人表徵、治療手法、醫療團隊互動、觀察醫療人員與家屬之互動等。當然，在臨床主治醫師在場且能顧及病人安全之下，或可進行問診或觸診練習。只是，這並非是見習課程中之標準學習項目。而各家醫院、各科別對見習生臨床學習的具體學習目標也不盡相同。實習階段的實習醫學生則需參與醫療過程，對醫療團隊有具體貢獻。畢業後一年進行不分科訓練的

「畢業後一般醫學訓練」(Post-Graduate Year, PGY)；接著是選定科別並依照申請分發的住院醫師，最後經過專科考試，通過後成為臨床主治醫師。

二、研究對象

為探討臨床工作對於初次進入臨床環境的醫學生之影響，因此各階段觀察與受訪者之募集集中於臨床工作現場的見習醫學，以瞭解工作場域中的教學與學習的情境。本研究共訪談44人，級別、人數與分析代碼如下：

- (一)第一年見習生(代碼clerk 1) 28位；
- (二)第二年見習生(代碼clerk 2) 7位；
- (三)學士後醫學系大四學生(Gclerk 2) 4位；
- (四)臨床醫師(代碼為T) 5位。

上述44名受訪者之訪談內容皆打成逐字稿，也是質化分析之主要資料來源；田野筆記則涵蓋臨床環境的觀察，以及臨床主治醫師的床邊教學行為。第一年見習生指即將結束第一年見習階段者，第二年者亦同，以利充分回顧該學習階段之經驗。

三、資料蒐集之取徑與分析策略

本質化研究融合觀察紀錄、拍照與影像分析、訪談等混成方式蒐集資料；兩年四階段資料蒐集在南部兩大教學醫院，與加州大學體系之一旗艦大學附設醫院進行之。混成意指階段與階段之間資料相互比對；階段內亦作比較與對照，有益下一階段具驗證意涵的資料蒐集，進而產生主題性的研究發現與討論。

(一)資料蒐集

資料蒐集包含國、內外教學醫院之臨床觀察，以及質性訪談。配合圖1之資料蒐

集策略與進程，詳加說明資料蒐集之取徑、策略、階段、地點，以及質性訪談之執行方式。

1. 國內、外臨床觀察與床邊短談

工作場域如何造就習醫者是本研究之問題核心。臨床觀察可初步建構臨床環境的概念，瞭解臨床與教室的隱性差異和內涵。圖1

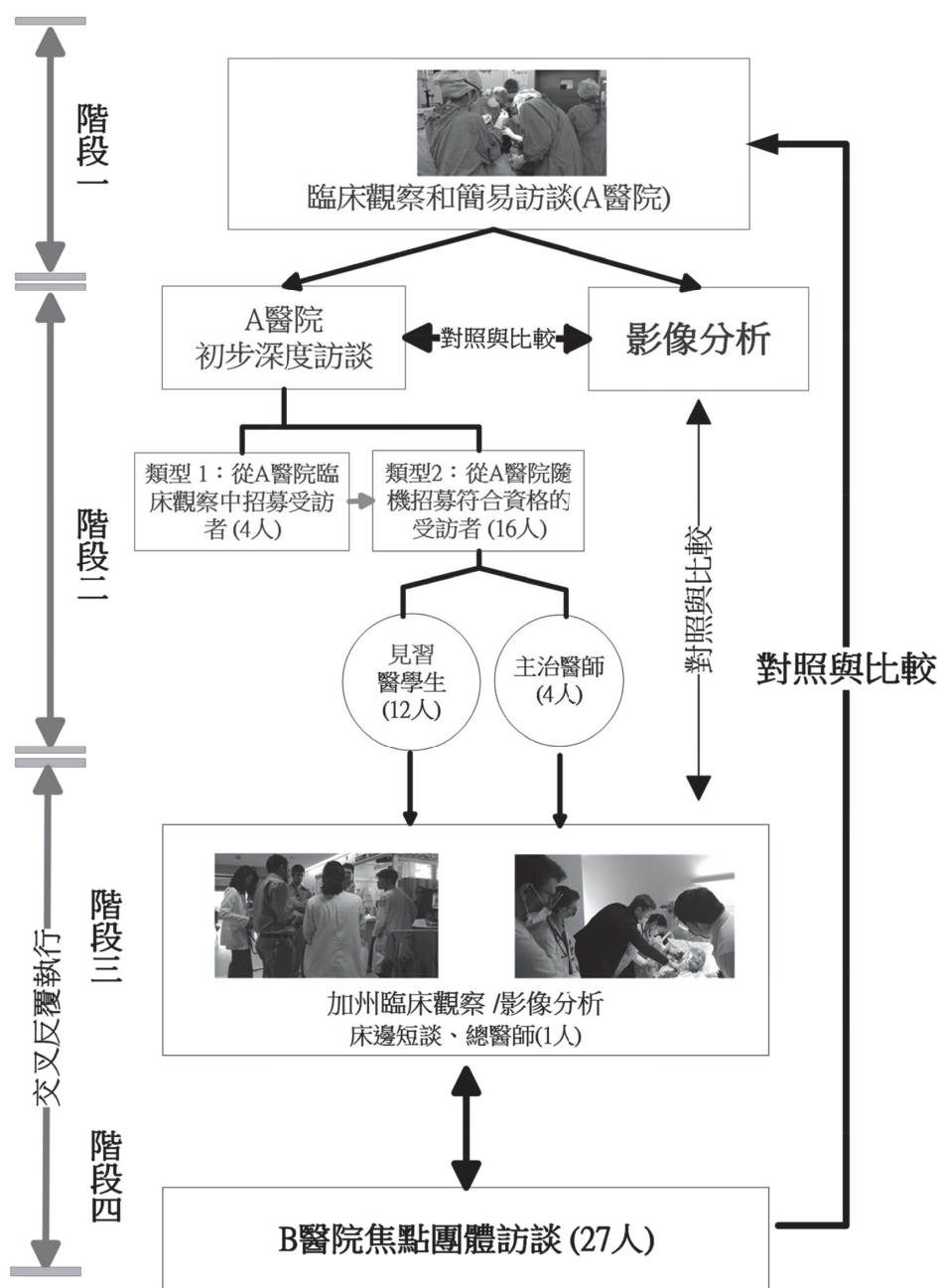


圖1：質化導向多階段設計之資料蒐集策略與進程

第一、三兩階段之探索性觀察內容包含以下四大面向：

- (1)學習環境：如醫療設備與器材、科別相關之設置；
- (2)專業角色之職責與外顯行為：如醫師、護理師、見／實習醫師、醫療相關專業人員等之工作行為；
- (3)各類互動：以見習生為「我」之人我互動，包含臨床主治醫師、同儕、病人等人員，以及方式；
- (4)培訓模式：以臨床主治醫師為觀察單位，瞭解其團隊互動、角色與功能、醫病互動、跨團隊互動等。

觀察包含國內、外兩個不同的教學醫院。觀察時皆做觀察筆記以為後續深度訪談之參照，並確保訪談資料之可信度。臨床觀察時亦可能做床邊短談，以瞭解見習生對臨床學習的看法。例如見習生在開刀房現場顯得十分投入，但在短談中可能表達臨床學習之難易、團隊互動的感受等。短談結果有助確認研究者的觀察筆記，避免陷入主觀，並能符合受觀察者的經驗。

圖1階段三之臨床觀察則是連續兩年在美國加州大學體系的一所旗艦型大學附設教學醫院進行，每年一次，每次皆有有三個完整的上午觀察住院醫師晨會，以及內科醫師帶領團隊查房的過程、跨科會診與討論會等。查房包含加護病房、特殊疾症病房，以及一般病房。臨床主治的團隊帶領與學習引導、團隊建構、醫病互動等是展現該旗艦大學教學醫院培育醫師，建構學習環境是為此跨國觀察的重點。

2. 質性訪談

本研究進行半結構式質性訪談，並包含一對一訪談，以及一對多焦點訪談兩種。

在A教學醫院進行一對一訪談，每人一小時為主，旨在瞭解臨床環境中之知者(Patton, 2002)，如：臨床主治醫師與見習生。訪談錄音繕打成逐字稿以利質化分析，瞭解臨床教與學之經驗。訪談技巧上則運用DiCicco-Bloom與Crabtree (2006)提出的「5G流程」：破冰與認識(getting familiar)、投入(getting engaged)、合作(getting to collaborate)、引導(getting to lead)和反思(getting to reflect)，引導訪談互動。訪談的旨在瞭解臨床工作環境中見習生的專業養成經驗，訪談面向包含：個人家庭背景、學習目標、臨床輪調之工作學習的經驗、回顧評估選擇醫學作為專業學習之初衷。

一對多焦點訪談則在B教學醫院進行，是南部另一所大型教學醫院，見、實習生來源包含我國各醫學大學。接受本研究訪談之見習生來自三所醫學大學，因而降低單校採樣可能造成的資料偏誤。焦點訪談分三天進行，一校一天，當天安排三個焦點訪談場次，每場次80～90分鐘，每次3～5人不等，共計27名。運用焦點訪談，可在同一時段比較同一組受訪者之間，或是A、B兩院之間的學生，在訪談問題相關的經驗之異同。所有受訪者至少已完成內、外、婦、兒主科見習課程，訪談當時也已先後完成數個次專科見習課程。

3. 訪談資料品質保證

總體而言，臨床觀察和影像分析建構研究者臨床環境的認識；而面對面質性訪談則可瞭解觀察與影像研究所無法表述的心靈感

受，例如挫折、尊敬、成就感等，並讓受訪者建構與人互動、學習挫折或成就感，以及臨床工作現場同理、利他、關懷等人文精神之樣貌。例如「挫折」：見習生在床邊看來很投入沒有適應問題，訪談中卻表達低自我評價、充滿挫折；「角色扮演」：在觀察與影像分析中，見習生似乎是旁觀者，但訪談中卻常表達強烈期望扮演有功能的角色，且需要被引導方能建立明確的學習目標。

本研究歷經兩年四個階段的質化資料蒐集，旨在探討初入臨床學習者之經驗樣貌；同時，研究設計包含資料蒐集、資料分析與結果分析與詮釋等三角檢證(triangulation)，避免系統性偏誤，確保研究資料品質。研究場域包含三所教學醫院、臺灣與美國、各類住院病房與手術房。初階段是探索單一教學醫院之臨床環境如何形塑見習生的專業社會化經驗，訪談結果達到資料飽和(saturation)，則進入跨校訪談與跨國觀察。一對一訪談之階段性研究發現，成為焦點訪談的假設；而第四階段焦點訪談則對照前三階段之分析結果，以確認訪談結果之一致性與差異。爰此，前三階段屬探索性臨床觀察、質性訪談，第四階段則是比對與驗證，進而瞭解「臨床學習」的通則性(generalizability)、在地性與獨特性。本研究運用多階段資料蒐集策略，不僅豐富研究資料，更透過交叉比對各階段之研究結果，確保資料之可信度，以深入探討研究問題。

(二)資料分析

資料分析來源包含分析照片的影像分析，與訪談而得的逐字稿；分析進程包含階段內分析、跨階段比對、資料再蒐集與再分析的模式。

臨床觀察除了觀察筆記之外，在許可下

也以拍照方式做為影像分析的資料來源。因此，階段一、三的探索性觀察之四個觀察向度，臨床環境之特徵、專業角色之職責與外觀行為、各類互動、培訓模式等，是拍照取景的標準，也是影像分析之架構。質化分析瞭解：

- 1.工作實景，包含工作項目、型態、內容、器具與設置。
- 2.見習生、醫療團隊的互動型態，包含工作氛圍、互動對象與型態。
- 3.臨床教學，包含臨床主治相對於各成員間的位置、姿勢、教學模式與教學先後順序等情形。

研究者亦將上述影像分析結果與臨床醫師討論，以確立分析之合理性。訪談逐字稿則運用Atlas.Ti 7.5.12質性分析軟體，在適當的段落進行合乎情境脈絡的概念化命名(Strauss & Corbin, 1998／吳芝儀、廖梅花譯，2001，頁110)，即是該分析軟體中的開放編碼；透過持續比對的方式，將該碼也編放在其他情境脈絡相近的段落中。若情境化的抽象概念不同，即編寫新碼。透過持續比對的過程，可達到編碼、修正編碼、穩定運用、編碼定義穩定等歷程；之後依照主題將編碼歸類在同一個母碼家族中。

四、研究限制

本研究雖在研究設計上力求完善，然而對於研究成果之應用，宜考慮以下兩項研究限制：

臨床訓練模式依科別、醫院別，規劃與模式不同。儘管研究者採用跨年多階段、跨院、跨國且多重資料源以避免單一資料採樣所造成的偏誤。然而，因為受訪者皆為自

願參加者，在人格特質上可能皆屬於樂於分享、對臨床學習有定見等共同特徵，因而訪談結果可能強化了某些面向的經驗，造成研究發現有系統性偏誤的可能。是以，運用本研究結果探討臨床教育時，仍需考量醫院規模、醫療科別情境、培訓對象、培訓目的等因素，是為本研究限制一。

階段三加州案例大學附設醫院之治理和經營，完全融入於該州大學體系的綜合規劃中。該校之宗旨在建立醫療體系，因此，校級資源可以充分支援醫學院和附設醫院之發展，進而展現加州大學系統的治理。若完全以該附設醫院的規劃與分工作為我國大學之附設醫院之標準，仍有規模與資源上的落差。因此，本研究針對該院之臨床教學模式進行觀察，有助跨國比對、瞭解異同，但不

就此對我國的臨床教學作人力與資源規模、科別劃分等建議，是為本研究限制二。

伍、研究發現

本質化分析發展出120個子碼，每個子碼有3到29個不等的訪談段落。依據本研究之目的並結合臨床觀察之四大面向，選取四個母碼家族與所屬子碼作為本節探討之核心。圖2以「轉化」為例，說明從質性訪談逐字稿編出子碼，再由數個子碼歸類為一個母碼的過程；圖3另外三項母碼之編碼歷程亦同。本研究發現依序探討圖3所呈現的四項母碼家族。每項探討則就該母碼所屬之子碼，進行綜合性討論，進而呈現質化分析後見習生在臨床學習之經驗樣貌。

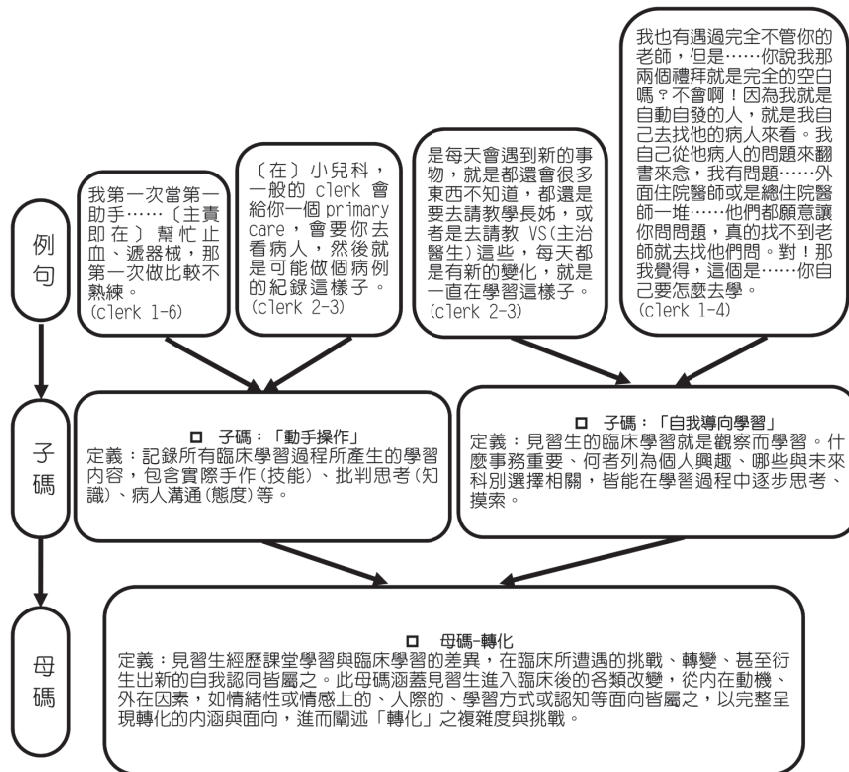


圖2：以母碼「轉化」為例之質化分析聚斂與擴散歷程(註2)

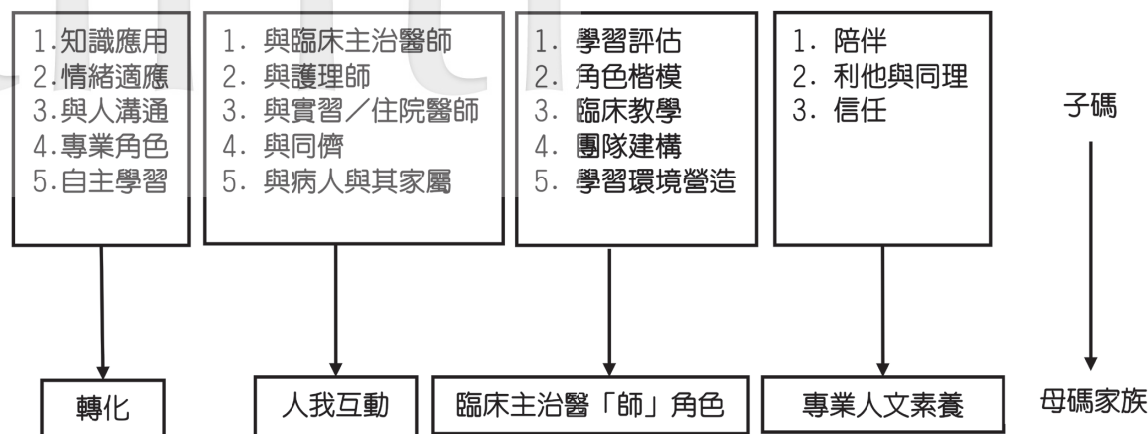


圖3：子碼與母碼歸類一覽表

圖2說明「轉化」的擴散與聚斂之編碼歷程和分析備註。以下四個母碼定義如下：

- 一、轉化：從課堂學習進入臨床環境所造成的各類改變皆屬之。
- 二、人／我互動：意指臨床學習過程中，因醫學專業相關而產生的人際互動。
- 三、臨床主治醫「師」角色：見習生所觀察、體驗臨床主治所扮演的各類角色，以及臨床醫師……之自我角色定義。
- 四、專業人文素養：意指臨床環境中與病患最佳利益有關的醫療相關之人文特質。

一、從課室學習到實境見習的「轉化」

學習環境的改變讓見習生經歷多重的衝擊、挑戰與成就感。以下綜合探討見習生在「轉化」母碼下，所經歷的各個子碼相關的適應與調適。

(一)知識應用：新的學習模式與目標

課室學習的空間範圍與學習進度明確，在臨床則以科別輪調課程則是臨床中的各專科，所以見習生會面臨場域變換、團隊不

同、臨床情況難測、時間規劃自主等學習狀態；而科別特性與工作氛圍也是影響學習經驗的一環。所有受訪的41名見習生都提及臨床學習的特色就是自我摸索，因而成為首要壓力源；調整學習心態、調整時間、調整工作模式是沒有明確學習目標下的學習目標。

每天會遇到新的事物……還會很多東西不知道……要去請教學長姊，或者是去請教〔臨床主治醫師〕。每天都是有新的變化，就是一一直在學習……。 (clerk 2-3)

教科書教的，跟臨床教的不太一樣……因為有些差異是課本沒講的……。 (clerk 1-7)

相較於「把書唸完」的課堂目標，臨床期間則有讀不完的书、接觸病人、主治醫師賦予的許多功課等，使得見習生充分感受臨床學習的挑戰。因此，不停學習、觀察、詢問前輩成為臨床學習的常態。

在學校念書的時候，老師……先給你這個東西〔病名〕，然後再……講它的細項。可是在醫院裡面就不一樣，你是先得到那些細項〔症

狀〕，再從那些細項去拼……，到底是哪一個啊？〔好像〕走迷宮這樣。(clerk 1-4)

見習生透過不斷觀察、比對課本與臨床症狀學習鑑別診斷。正如clerk 1-4所言，疾病在課堂中是演繹法的學習，臨床則是蒐集病人症狀回推病名，是為歸納法學習。clerk 1-10進一步提及相反的思考路徑是常見的學習挑戰，正是見習生在臨床學習時亟需向臨床主治醫師學習的首要學習目標：

有些老師用一個系統的方法教怎麼去看這個疾病……第一個步驟我們怎麼想……第二個步驟、第三個步驟，然後最後為什麼診斷出這個病……再來我〔醫師〕要做什麼事。這個我們叫做thinking process (思考徑路)……對我來說很重要，可是那個過程很漫長……。(clerk 1-10)

來自不同學校的clerk 1-5以思考脈絡一詞呼應上述看法：

就clerk學習目標來講……主治醫師都還蠻一致的……認為說clerk在醫院其實並不是要學怎麼開order……開藥，他們……主要是學習一個思考的方向……譬如說……胸腔內科，那我就要瞭解……一個病人進來我要怎麼判斷他是什麼病、接下來可能要做的處理，就是一個思考的脈絡。(clerk 1-5)

總體而言，見習階段的學習目標在於透過觀察建立臨床診斷的技能，亦即思考路徑的建立。因此，「一直在學習」、不斷摸索與思考是該階段令見習生印象深刻的學習經驗。

(二)情緒適應

情緒調適在臨床環境是一項內隱的工作。醫學生一旦進入見習生涯，半截白袍即意味半學生半專業者的雙重身分。雙重身分讓見習生意識到自己的「專業角色」，感受到對病人是「有責任的」(clerk 2-3)，情緒的調適也相應而生：

……最主要就是要對病人負責……病人就是……你在照顧。……〔我〕會擔心說我們的知識不足……處置不對，然後害到病人……最害怕的就是這個。……我倒覺得不是擔心糾紛的問題，……好像就是責任感吧，會害怕……做錯了……醫療糾紛這個倒不會是害怕的點，會愧疚吧！……做錯了會愧疚。(clerk 2-3)

擔心、害怕、責任感、愧疚，使得見習醫學生開始感受到自己對另一個生命的牽繫；但，經歷病人死亡的見習生，更體會情緒超載：

我記得……可能禮拜五的時候有跟〔病人〕說到話，……幫他換個藥。後來在家裡在假日的時候，就突然聽到主任說忽然之間〔病人〕就這樣走了，那時候比較錯愕。……你會……想說我那天有沒有做錯什麼事情……，有時候不是說那種罪惡感或是處置對錯的問題，有時候是那種對另一個生命突然間消失沒有辦法接受。(clerk 2-3)

簡言之，面對病人死亡，控制悲傷之外也要處理可能醫療疏失的複雜情緒。病患的驟逝造成心理衝擊，是行醫這一行需要面對的課題，更是從課堂學習進入臨床見習後的壓力源。

二、人我互動

見習生進入臨床環境，逐步建構專業參與模式，摸索專業參與的內涵；其中，專業互動對象包含臨床主治醫師、學長姊實習／住院醫師、同儕，以及病人和其家屬等。醫、護分責明確，所以見習生與護理人員互動不多，本研究之國內、外各家附設教學醫院皆然；與學長姊的互動則多屬於臨床技能的教導。clerk 2-1經歷兩年見習生涯，瞭解到今天的同學可能是明天的同事，因此學會在競爭中也合作、互助、維持關係。這種包容與競爭、合作與獨立等看似相反的內在動力，卻是工作現場的日常互動。因此，工作環境中的社會適應值得關注。

然而，醫病互動更直接影響醫學生的學習。除了上述病人死亡是見習生的壓力源、社會適應則是專業人際關係上需要追求平衡點。在適應之餘，見習生第一線面對病人因而重新思索學習內涵和專業角色：

其實我現在還是把病人當成……是我的老師。因為我想要從他的疾病知道前因後果……比如……肺癌，我們就會問他有沒有抽菸……漸漸知道他的家庭狀況、他的生活習慣，有沒有運動……甚至興趣……漸漸會對他這個人非常瞭解。
(Gclerk 2-1)

醫病關係多元，關乎疾病、病人與生活脈絡，因此Gclerk 2-1雖站在醫療專業的一方，卻將自己安置在「學習者」的角色，透過對話逐步推演病人的習性與家庭，進而建構疾病與生病者之關聯性，將病人角色分配為「老師」，以成就臨床學習者的專業角色。考量病人的家庭關係及其社會脈絡，醫病關係是個三角關係：

我可能會是這個三角形：我→病人、我→家屬、家屬→病人……變成我跟病人治療疾病〔時的關係〕……〔例如〕阿嬤看起來沒有病，可是家人一直覺得她有生病。變成我們就要得根據這個三角形，畫這一條我跟家人的關係，你要怎麼去跟他解釋阿嬤應該沒什麼狀況……。 (clerk 2-2)

在平衡這三角關係的過程中，見習生演練疾病診斷、溝通、化解緊張關係。這樣的臨床實踐逐步樹立起醫療專業不僅止於醫學知識，透過診斷、結果告知與溝通，才是行醫之道。

總體而言，在臨床環境與不同的角色互動上，從護理、學長姊、同儕，到醫病溝通等，見習生感受到複合式的專業內涵，從工作環境氛圍、臨床主治的引導、同儕競合、縱向專業前後輩關係建立，到專業實踐中醫病角色、疾病的社會脈絡，以及平衡三角關係等皆屬之。這多元的面貌建構醫師專業角色、工作內涵、人我與知識我的關係，在臨床工作環境中建立了見習生對醫者形象及其定位的想像與演練。是以，多重且交織的專業醫療工作，也造成臨床見習難以建立一致的給分標準。正如clerk 1-8所言：「評分……應該要完全拿掉……只要進入醫院之後這個東西就不應該再列入考慮了。」評分不能侷限於知識與技能的學習，以免窄化了臨床環境的探索、演練與培育專業精神的歷程。

三、臨床主治醫「師」角色

各專科的臨床主治醫師在臨床課程中是影響見習生專業學習、角色建構的關鍵。透過國內、外案例教學醫院臨床觀察、影像分析、質性訪談分析，不難發現臨床主治醫

師教導、指引、評估、回饋學習，也是首要的角色楷模，影響學生對專業想像與科別選擇。臨床主治醫師也是臨床工作環境的建構者，深遠影響角色分配、團隊工作、工作氛圍，以及互動模式。

(一)醫學先行者：規劃、引導、投入、傳承與提攜

見習生的學習內容由該專科的臨床主治醫師安排，並指導見習生的學習進度：

進入臨床其實我覺得有點像師徒制……你是跟著不同的老師在學習。所以這兩年的學習裡面，就是……老師他願不願意教……或是對學生有什麼要求。(clerk 2-1)

臨床主治醫師與見習生的關係如同師徒，只是教學投入度各有不同，進而影響見習生對臨床學習的觀點。有熱忱的臨床主治醫師會傾囊相授「希望把他懂的都教給你，他希望你真的能夠從他身上學到很多東西」(clerk 1-4)，寬鬆的老師希望學生能自我引導，「希望……你自己從他的病人裡面自主學習」(clerk 1-4)。

因此臨床主治醫師是否投入教學用心規劃，對於見習生影響甚巨。clerk 1-6感受到臨床主治醫師給予參與機會，引領融入專業工作：

在整型外科……跟一個……主治醫師〔開〕刀……他就叫我……當第一助手。第一次當然很緊張……我做錯，〔老師〕會比較有耐心的糾正我。……術後，病患……看起來就很開心。然後，老師當著病患面前說：「學弟不錯喔！你第一次當第一助手，就表現不錯！」……我覺得，一方面是老師讓我比較融入

這個團隊，……另外一方面，也讓病患比較安心……會覺得：「……好像我的手術很成功！」……過程中……老師就是不會給我太大壓力……反而可以讓我更融入這個團隊。(clerk 1-6)

見習生穿著半截白袍中隱藏著半學生半專業的雙重身分：尋求蛻變，成為學習歷程中的共通心理。臨床主治醫師給予見習生臨床實作的機會，引領融入工作情境，一同感受病人的「安心」，分享「手術成功」的喜悅，不僅消去見習生「緊張」的學習壓力，感受到成就。

(二)團隊建構與學習環境營造者

前述clerk 1-6與臨床主治醫師成為醫療團隊，引發初入臨床習醫的喜悅；從學生邁向專業醫生角色外，「就是一個像team的感覺吧！」(clerk 2-2)，因此，臨床主治醫師在臨床教學的一個重要角色即是有效促進學習團隊建構者。clerk 1-20進一步具體描述臨床主治的教學規劃如下：

最印象深刻的是我進醫院第一天的……腎臟內科的主治醫師，……早上……查房……就把他的住院醫師、實習醫師……全部一起在會議室討論，然後他手上病人住院的大概會有十幾個，……每一個就是從列表……一個一個看下來……把全部的病人討論完。跟整個醫療團隊，全部的醫師跟我們，大概就要花兩三個小時……我覺得這樣子的討論過程是學習到最多的時間。(clerk 1-20)

上述流程包含召集各級醫師、列表討論個案、查房；透過各層級醫師所組成的團

隊，全程約三小時包含說明、討論、解構病情與建構醫療計畫。醫學生在專業對話中感受臨床診斷經歷解構、推論、建構與建議。投入教學的臨床主治醫師，即能營造這樣的學習環境提攜後進。雖然他們的教法各異，但clerk 1-20對學習的充實感溢於言表。不難發現，初入臨床的見習生仍需要在專業對話與團體情境裡觀察、感受、模擬、評估與自我回饋中逐步建構知識與專業對話的能力，此建構歷程，與加州案例附設醫院的臨床教學模式非常近似。唯一的差別是加州案例醫院的臨床教學模式已經建置化，每位臨床主治醫師帶領團隊的方法也很一致。

然而，團隊建構需要規劃，並非大多數眾即屬之，這是成功的臨床教學要件。clerk 1-20回顧曾經歷的負面經驗顯示，互動討論、尊重初學者、悉心指導是進一步建立學習環境的關鍵：

聽說〔○○科〕老師都很……恐怖，……我去了就真的不想多待一天：……去查房〔老師〕都不跟你講話……你就跟在他後面，他就一直在滑手機，然後就看病人。看手機又看病人……繞完一圈都沒跟你講話……你不知道去幹嘛的。……報case (註3)給老師聽……裡面坐了……專科護理師十幾個人……超級多人的，我就很緊張。……印象中我停在第二頁，就……被罵了一個小時。……我就覺得我以後不要當這種老師。……身為老師帶學生，本來就要經驗傳承，……假設我們走到那時候，他們會的東西我們都會，而不是說用他們先會的東西來欺負你的感覺……。 (clerk 1-20)

因此，團隊更要注入有效的「群我團體」動力才能轉變成學習環境。不講話、滑手機但不看學生與病人、責罵、欺負感，都是負面教學，既不能形成團隊，更無法建構學習環境，責罵挫折了後學者，阻礙學習。換言之，學生感受到有效的臨床教學包含「醫病互動」(取代滑手機、不說話)、專業討論與回饋(取代指責)、傳承(取代前輩指責後輩)。因此教學熱忱既是專業態度、教學楷模的內涵，更是建構正向臨床環境的要素。

(三)專業定位的角色楷模

醫療風險、病患家屬不安的情緒是臨床工作的挑戰；然而挑戰更啟發習醫者對專業精神的認知：

〔經過〕一兩個小時的溝通……老師後來就講：「如果我今天只是一個不負責任的醫生，我當然簽完切結書，你愛怎麼灌〔中藥〕就怎麼灌……但是我今天會一直阻擋你，是因為我們正在你兒子治療的黃金期……每天都在試不同的藥物。如果你今天加了一個來歷不明……的藥物，我怎麼知道小孩子變嚴重、變不好到底是我的藥還是你的藥？到最後傷害到的是你自己的小孩。……我今天會擋你，我希望能夠讓你小孩趕快好，而不是逃避責任……」老師願意為了這件事情……跟他〔病人〕吵……其實讓我非常佩服他。(clerk 1-4)

顧念小病人的健康，所以強力阻擋家屬讓小病人服用偏方，甚而引發醫病緊張關係。「希望能夠讓你小孩趕快好，而不是逃避責任」展現以病人為中心的專業態度；雖產生醫病衝突，卻也藉此釐清醫師職責。正

因為醫師認同自己的專業角色，(而非「如果我是個不負責任的醫生……」)是在恢復病人健康，因此在「醫病關係」中包含堅持專業，而非順從或安撫。見習生也藉此瞭解臨床實踐除了專業，更需要堅持以病人利益為中心，並不是順著病人或家屬的要求。以恢復健康為念，不惜「……跟他〔病人〕吵……」，展現堅持與負責，是專業精神，亦正是令clerk 1-4「非常佩服」之處。

四、專業人文素養

上述專業認定進一步引導研究者探究臨床環境，以病人健康為念、以病人利益為中心的精神如何實踐在臨床工作中，進而陶塑見習生之人文素養，建構「醫」者形象。

(一)陪伴

見習階段的實作學習，主要來自臨床現場的觀察。見、實習醫生的區別正如受訪的臨床主治醫師所言：

學習可能是進到真正第一線在手術operation的領域裡面才比較有可能學到東西。Intern (即實習醫生)開始他會學著去拉勾(註4)。在拉勾過程中，主刀的主治醫師可能就跟他說這什麼……；在clerk (即見習醫生)階段，可能只能遠遠地望著那個……，縱使他可能有很高的意願學習，他也可能無法在那個field學習，而是要離開那個現場……。(T2)

見習生不能執行醫療行為，因此「陪病人解悶……去學學看怎麼跟病人溝通……相處」(clerk 1-4)，以解決尚無法實踐專業的內在衝突。其他見習生這麼說：

譬如說〔病人〕他睡不著，其實你後來發現可能也不用開藥……

就晚上值班去跟他聊個天……他就可以睡，第二天醒來他就跟你說：「……今天精神不錯」。光這樣你就有成就感啦！……我也沒開藥……你只是陪他聊天而已。(clerk 2-1)

當病人跟家屬……你只是去問他今天有沒有怎麼樣，他就會很感謝你，這就比較偏向成就感的部分。(Gclerk 2-2)

雖沒有實質的醫療照護，「聊天」是陪伴、紓解病人壓力的手段。正因為見習階段不能開處方、作專科治療，所以在陪伴中體會醫病互動、建構醫病關係恰好成為習醫之道之最佳取徑。因此，一旦病人給予正面回饋，更確立行醫不僅靠知識，更需要與病人對話聊天與病人同在，陪伴病人、瞭解病人的社會脈絡，建立「醫病溝通」；建立了「成就感」獲得「回報」。

(二)利他與同理

醫者從醫治出發，以恢復病人健康為目的。但這過程遠大於治病本身。

那個兒子照顧他媽媽……可能負擔不來……體力上、精神上……消耗比較大……我去跟他溝通的時候就不會考慮到這一部分。(clerk 2-3)

這個醫師就跟我講說，你應該去考量〔病人〕後續的衛教，到底是什麼樣的原因造成他反覆感染？是不是衛生習慣不好啦、是不是家裡環境的照顧不好啦、是不是外傭……這個部分其實是牽扯到他後續社會的部分、心理的部分，所以不是只有治療身心……他整個過去和未來應該都要cover到。(clerk 2-1)

疾病是個人生活總體的表徵。若只關注疾病，出院後醫療照護即刻結束。然而完整的醫療與出院衛教需要考量時間軸(如過去、住院期間、未來)、照顧人力(如家人、他人)，以及非生理性因素(如社會、心理)等。因此，見習生意識到專業的實踐，除了專業知識，顧念病人健康，也要同理病人的不足與需求；住院期間如此，考量出院後的持續照顧亦然，才能避免復發「反覆感染」。此全人照顧的利他精神也得到Gclerk 2-1的迴響：

你如果沒有去考慮到病人他心裡……現在的掙扎、現在的苦惱……可能就會miss掉一些東西。
(clerk 2-1)

同理身、心、靈的需求，是一項隱性的工作內涵。住院臨床觀察加州案例醫院的住院樓層時，總會看到走廊上掛著各類壁飾，圖4這幅油畫描繪海浪不住地拍打著岩岸的情景。畫布底層卻隱藏著一段文字，經拍攝並放大圖像比例後，辨識其全文如下：

Knowing that you are not alone and being able to express your hopes and fear.

The staff was very helpful and supportive, ...open and willing to listen, answer questions in terms we can understand or receive suggestions. I gained more objectivity. Relationships were strengthened.

Just having someone to talk to who will understand what you are going through. I felt we were heard.

(圖4病人畫作背景文字)

知道你不孤單，能自由表達期望與恐懼。

醫療人員很幫忙也給予許多支持，態度開放並樂於傾聽，以清楚易懂的詞語解開我的疑惑，或給我建議。因此我更能客觀以對，「醫病關係」也更形鞏固。

有人可談、理解你的遭遇，我有深受傾聽之感。

(圖4病人畫作背景文字之譯文)

平易近人的病情解釋、開放、支持、理解、傾聽，都是讓病人覺得被接納，不孤單的元素，強化了「醫病關係」，呼應了Gclerk 2-1認為行醫者瞭解病人的掙扎、苦惱的需要。病人需要被同理、傾聽，是醫病關係的特質，超越國家與文化的藩籬，正因為那是醫學人文精神的元素，專業精神的實踐。

利他精神影響見習生的層次多元，甚至延伸到醫師自我照顧的意識，以及更積極、深入的學習，誠如clerk 1-13所言：



圖4：病人(佚名)畫作

我覺得要成為一個好醫生，你要先把自己給照顧好，讓自己的精神狀態是維持在一個stable……才可以照顧病人……先把自己照顧好，然後就是去多想……可能病房的護士姊姊就是可能這個周末六日，哪一些病人比較會比較critical的……什麼問題要先把它處理好，就先把那些問題處理好。然後……對家人我覺得也是需要去想去……我覺得就真的是為別人多想耶。然後因為你為別人多想……你就會覺得有哪一些東西你應該去學去查去認真去花時間。(clerk 1-13)

因此，以病人為中心的利他主義，必須先做好醫師自我照護；接著能以他人利益出發為他人著想；並藉由不斷精進提供穩定、最好的醫療服務。

「視線高度的溝通」(eye-level communication)是加州案例醫院近六年對於「醫病溝通」的新規範。透過臨床觀察紀錄分析，實際作法即是病人坐，醫師坐；病人臥、醫師蹲，增加醫病四目相對的平視溝通。這種看似溝通形式的改變，確是建立習醫者站在病人高度看世界的機會，降低病人的焦慮，促進醫者對病人的感同身受；另一方面也強化了病人的受照護感，進而提升「醫病信任」，讓病人感受到醫師的用心而感到安心。對於信任，clerk 1-6提及：

比較資深的〔主治醫師〕……他跟病人的溝通技巧非常好，譬如說，有病人進來……講哪邊痛……可是問一問實在得不到答案……雖然說他的確沒有下什麼診斷……用他的溝通技巧講到病患很安心。(clerk 1-6)

從醫師問診、下診斷、溝通技巧、病患安心等，此「醫病互動」的過程使見習生感受到溝通技巧的重要。然而，有信任基礎的臨床醫療照顧更讓見習生體認到專業的成就感：

在血液腫瘤科有照顧肺癌……末期……病人本身還是努力很想活。那時候我是主要照顧他的人……我每天都去看他，每天都去幫他做基本的檢查……我覺得主要的成就是來自病人對於你的肯定，就是因為你幫他……從做的中間建立互相的信任。他那時候好像說什麼——「你以後一定會成為一個好醫生」——你確實會因為這個點而感到喜悅……你是有用心在付出，然後病人就是有肯定……。(clerk 1-13)

即使面臨癌末見習生仍每天用心照顧病人。那種堅持的專業態度建立了有信任基礎的「醫病關係」，更讓見習生體悟到信任是順利進行醫療的要素，成就感的來源。

陸、討論

針對上述研究發現，以下進一步爬梳臨床教育對於見習生之專業社會化，進行習醫造就之可能。

一、見習即是專業的開始

臨床學習即在演練與實踐將照護的價值，融入知識與臨床技能的專業精神，也是建構行醫這一行的專業認定的開始。為了成為醫生，醫學生在臨床環境學習專業培養能力(季瑋珠、楊志良，1985)。臨床工作環境讓習醫者走入專業，也藉著培訓後進讓醫療組織得以永續發展。是以，工作情境即學習環境，具有教學法的意涵(Billett, 2004; Billett et

al., 2008)。見習醫學生從課室進入臨床工作環境，在各科別輪調課程下開始體認無止盡的學習，疾病與治療、專業團隊與互動、演繹與歸納兩種反差的思考徑路等；其中，疾病與死亡、成就與當責等更是臨床學習的重要經歷。加州案例教學醫院的住院總醫師更以「冒名頂替症候群」(imposter syndrome)一詞描述臨床學習者感受沉重的課業壓力，又面對病人無法治癒、病情急轉直下的雙重壓力時，所產生的自我懷疑與不配感；相較之下，課室學習的空間固定、範圍進度明確，則顯得學習元素單向、紙上談兵。從學習方法的調適、恢復平靜安定的情緒彈性(resilience)、社會性適應都成為學生轉化的重要課題。因此，臨床見習是課室學習步入臨床的轉折點，更是經歷「行醫是一個不斷融合知識、技能與價值的過程」(Cooke et al., 2010, p. 234)，進入專業的開始。臨床見習的評核與單純的課堂學習模式大相逕庭，「新課程、新教學法、新評估模式」(Cooke et al., 2010, p. 2)以反應臨床見習後新思考、技術與心靈的歷程也就成為必然。

二、專業社會化與扮演有功能的角色

臨床學習即在演練知識與臨床技能的專業精神。而Monrouxe (2010)不僅將醫學教育視為學知識，更是透過「實作」(do)發展專業認定的歷程；因此，專業認定不是一項個人「擁有」(have)的特質，而是一種實作精神。從親身參與專業對話和客觀的臨床情境中產生綜效的認同歷程(Monrouxe, p. 40)所發展出來。

(一)工作參與形塑專業：「有功能」的周邊參與

相對於被視為無用的「路障」(clerk 1-13)，對見習生而言，感受到收穫良多是來

自參與本身，有機會扮演具體、有功能的角色，無論是動手作或是陪伴；技巧熟練的程度並不是成就感的本身，而是透過個人可扮演的專業角色在專業情境中與人互動，才是建立成就感與專業角色定位的來源。

Robertson (2017)研究角色認定轉換，發現即使資深的小學校長在工作上學習管理自我情緒、做決定、親近專業學習以及與他人互動，因而角色認定也隨之持續轉換。這正說明Monrouxe (2010)提出專業認定並非是擁有的特質，而是隨著日常實作而樹立並加以內化。在醫學用語、科別情境的「人我互動」與溝通中，透過觀察、周邊參與式的演練與自我評估。擔任團隊中「有功能」的角色照顧病人，不僅喚回醫學生習醫的初衷，更建立「醫病互動」裡醫療者的專業身分，展開認定的歷程形成醫者角色的專業認定。諸多研究也認為當見習生覺得自己是被接受的團隊成員時，才能造成正向學習的效應(Boor, 2009; Boor, et al., 2008; van der Hem-Stokroos, 2005; van Hell, Kuks, & Cohen-Schotanus, 2009)。

(二)「醫病互動」形塑專業人文素養

醫師因為必須恪守以病人利益為優先的專業倫理，而病人基於對此專業倫理的信任而賦予醫師對自己的身體進行醫療處置的權力(Brody & Doukas, 2014)。因此「專業」一詞所指涉的內涵，除了知識與技能，還包含了專業倫理與互信；在此信任的基礎上，方有實踐專業的可能。本研究發現「醫病關係」的重要元素如同理心、陪伴、利他、信任呼應與文獻提及的醫學人文素養，是醫療照護的重要環節，其重要性與醫學知識有同等地位。例如，陪病患聊天、詢問、探訪都能緩解病患的痛苦。透過臨床周邊參與，見習醫學生經歷到傾聽、溝通、同理、利他、

耐心、陪伴、感同身受，進而獲得病人信賴、安心，換回病患的感謝，建立成就感，體會「醫病互動」交織於醫療實踐的過程；此即，習醫者從專業學習出發，看見病者在病理、心理、生理或社會等需求，瞭解病人與其社會脈絡，而將病與人融入臨床診斷中，體悟「病患、醫師、病人家屬」的三角互動，是臨床醫療的特質之一。

另一方面，「醫病關係」不是單向的權力關係，而是雙向交流的互動，進而形成「給予治療—病人回饋—再給予醫治—再回饋」的循環；這過程確有助習醫者認識行醫需要「人」的參與、互動、回饋，確立了醫者實踐專業角色的模式。從模擬實踐中，獲取成就感，描繪自我的專業角色，專業認同逐步建立。

三、臨床主治醫師建構學習環境、樹立醫者形象

臨床醫者扮演多重「師」者角色，包含規劃、引導、投入教學、傳承與提攜習醫者。將工作環境變成學習情境(Baars-van Moorsel, 2004)，其關鍵在於教學規劃與安排。例如將例行查房變成學習課程，流程經歷召集各級醫師、列表討論個案、查房與床邊教學等。臨床主治醫師全程投入，展現先行者授業解惑的意願，將工作現場建構一個有團體學習動力、有專業支持的學習環境；營造學習環境、建構團隊，與建立工作模式，提供參與和融入專業團體的機會，將例行工作融入教學設計，為習醫者走入專業鋪路，呼應了Durak等(2008)研究見習生臨床學習滿意度的成因中，以學習架構與過程為四大因素之首的研究發現。

另一項影響深遠者，即是臨床主治醫師是角色楷模，不僅提供見習生專業參與，也

影響學生對職涯的想像。因此，臨床主治醫師的重要性除了教學本身，更在建構見習生進入臨床環境的初始經驗。投入專業培育的臨床主治醫師，積極規劃、投入教學、「醫病溝通」、擔責與展現人文精神等，不僅觸動見習生的學習熱誠，更影響學生對於醫者角色與行醫這一行的認同。因此臨床醫師對習醫者之造就，從專業培育到專業精神的實踐，實有啟發與示範之深意。

柒、結論：臨床環境之習醫造就

本研究旨透過兩年四階段之質化資料蒐集，探討臨床工作環境造就習醫者之可能。從工作現場即學習環境的觀點出發，探討見習生如何在臨床學習中受到專業社會化，邁向專業醫師之旅程。研究發現，見習生雖面對新學習模式、情緒適應的挑戰，但臨床工作環境因為真實的「病」與「人」，見習生也經歷有別於課堂教室的學習。因此要造就習醫者從生手邁向專家的之道，使臨床環境成為專業社會化之場域，其精要就在以下四大面向：一、建構臨床工作知識和多元型態的學習投入；二、與各類人員建立「人／我互動」；三、臨床主治醫師必須領導團隊並進行教學規畫、扮演角色楷模；四、在「醫病互動」中樹立專業人文素養，展現醫療專業的價值。是以，臨床習醫之挑戰與機會互為一體兩面；對於見習生在知識性、社會互動性、情緒性三方面的支持，缺一不可。誠如Cooke等(2010)學者所言「行醫是一個不斷融合知識、技能與價值的過程」。此研究不只解析初入臨床習醫之經驗樣貌，更具體建議如何將臨床教育創造成培育未來醫師在知識、技能與價值三者兼備的學習環境。

附註

- 1.查房意指臨床主治醫師帶領團隊逐床探視病人，以瞭解病情發展，也是實施床邊教學的重要情境。
- 2.研究者在建立母碼「轉化」的過程中，運用Atlas.Ti 7.5.12之備註功能，記錄資料分析的自我回饋：(1)透過訪談，逐漸瞭解每位見習生都面對各種適應議題，包含習慣新的學習模式、人際關係的建立，與民眾／病人溝通的技巧等。這些能力課堂上沒有教，卻是臨床工作中會經常面對的事；(2)身上的「白袍」逐漸形塑出新的專業自我，發展人際互動的內在動力；(3)過程中，成就感的重要來源是病人的感謝與回饋，進而使見習生領悟到醫學是一門助人專業。所以用分數評量學習成效，反而無法展現臨床學習的豐富性與成長。

3.報case意指報告個案病人之病情發展與治療情形。

4.拉勾意指手術過程中，以手術鉤拉住患部皮膚或組織，以利治療。

誌謝

高雄醫學大學附設醫院整型外科主治醫師賴春生教授、一般內科主治醫師林育志助理教授，高雄長庚醫院一般內科主治醫師陳志弘助理教授，以及加州大學舊金山校區(University of California, San Francisco, UCSF)附設醫院一般內科主治醫師Cindy Lai教授等人，協助安排臨床觀察、受試者招募，並提供寶貴意見，在此一併深表謝忱。

參考文獻

1. 王秋絨(1991)。教師專業社會化理論在教育實習設計上的蘊義。臺北市：師大書苑。
2. 林秀娟(2012)。四大皆空是醫德的問題嗎？成大醫訊，23(2)，59-60。查詢日期：2018年3月8日，檢自<http://teach.med.ncku.edu.tw/newsletter/2302/21.pdf>
3. 季瑋珠、楊志良(1985)。醫學生社會化影響因素之探討。中華民國公共衛生學會雜誌，5，3-23。
4. 許敏桃(2011)。本土臨床倫理教學模式建立：以臨床實習為醫學倫理教育的切入點(NSC 98-2511-S-037-001-MY2)。臺北市：行政院國家科學委員會。
5. 趙從賢(2017年4月15日)。臺灣醫學系改制之歷史脈絡簡介與課程整合規畫。林口長庚總院醫教電子報，140。查詢日期：2017年12月14日，檢自https://www1.cgmh.org.tw/intr/intr2/ebmlink/36100/enews/me_epaper_106-04.htm
6. 蕭宏恩(2004)。醫事、科技與倫理。哲學與文化，31(11)，31-44。
7. 醫學院評鑑委員會。(2013)。TMAC新制評鑑準則(2013版)。查詢日期：2017年12月14日，檢自<http://www.heeact.edu.tw/ct.asp?xItem=15138&ctNode=332&mp=3>
8. Strauss, A., & Corbin, J. (2001)。質性研究入門：紮根理論研究方法(*Basics of qualitative research: Teaching and procedures for developing grounded theory*；吳芝儀、廖梅花譯)。

嘉義市：濤石。(原作出版於1998年)

9. American Board of Medical Specialties. (2012). *ABMS definition of medical professionalism (long form)*. Retrieved December 14, 2017, from <https://www.abms.org/media/84742/abms-definition-of-medical-professionalism.pdf>
10. Antony, J. S. (2002). Reexamining doctoral student socialization and professional development: Moving beyond the congruence and assimilation orientation. In J. Smart (Ed.), *Higher education: Handbook of theory and research* (pp. 349-380). New York: Agathon.
11. Austin A. E. (2002). Preparing the next generation of faculty. *The Journal of Higher Education*, 73(1), 94-122.
12. Baars-van Moorsel, M. (2004). Leerklimaat in ziekenhuizen. *Onderwijs en Gezondheidszorg*, 28(4), 159-163.
13. Barnhoorn, P. C., & Youngson, C. C. (2014). Defining professionalism: Simplex sigillum veri! *Medical Teacher*, 36(6), 545.
14. Barrett, J., Trumble, S. C., & McColl, G. (2017). Novice students navigating the clinical environment in an early medical clerkship. *Medical Education*, 51(10), 1014-1024.
15. Billett, S. (2004). Workplace participatory practices: Conceptualising workplaces as learning environments. *Journal of Workplace Learning*, 16(6), 312-324.
16. Billett, S. (2016). Learning through health care work: Premises, contributions and practices. *Medical Education*, 50(1), 124-131.
17. Billett, S., Harteis, C., & Eteläpelto, A. (Eds.), (2008). *Emerging perspectives of workplace learning*. Rotterdam, The Netherlands: Sense.
18. Billett, S., Scheele, F., van der Vleuten, C. P. M., Scherpbier, A. J. J. A., Teunissen, P. W., & Sijtsma, K. (2007). Psychometric properties of an instrument to measure the clinical learning environment. *Medical Education*, 41(1), 92-99.
19. Boor, K. (2009). *The clinical learning climate*. Unpublished doctoral dissertation, Vrije Universiteit. Amsterdam, The Netherlands.
20. Boor, K., Teunissen, P. W., Scherpbier, A. J., van der Vleuten, C. P., van de Lande, J., & Scheele, F. (2008). Residents' perceptions of the ideal clinical teacher-a qualitative study. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, & Reproductive Biology*, 140(2), 152-157.
21. Bragg, A. K. (1976). *The socialization process in higher education*. Washington, DC: American Association for Higher Education. (ERIC Document Reproduction Service No. ED132909)
22. Brody, H., & Doukas, D. (2014). Professionalism: A framework to guide medical education. *Medical Education*, 48(10), 980-987.
23. Cooke, M., Irby, D. M., & O'Brien, B. C. (2010). *Educating physicians: A call for reform of medical school and residency*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.

24. Davison, T. L. (2014). Phenomenological research using a staged multi-design methodology. *International Journal of Business, Humanities and Technology*, 4(2), 1-9.
25. DiCicco-Bloom, B., & Crabtree, B. F. (2006). The qualitative research interview. *Medical Education*, 40(4), 314-321.
26. Durak, H. İ., Vatansever, K., van Dalen, J., & van der Vleuten, C. (2008). Factors determining students' global satisfaction with clerkships: An analysis of a two year students' ratings database. *Advances in Health Sciences Education*, 13(4), 495-502.
27. Gottlieb, D. (1961). Processes of socialization in American graduate schools. *Social Forces*, 40(2), 124-131.
28. Govaerts, M. J., van der Vleuten, C. P., Schuwirth, L. W., & Muijtjens, A. M. (2007). Broadening perspectives on clinical performance assessment: Rethinking the nature of in-training assessment. *Advances in Health Sciences Education*, 12(2), 239-260.
29. Han, H., Roberts, N. K., & Korte, R. (2015). Learning in the real place: Medical students' learning and socialization in clerkships at one medical school. *Academic Medicine*, 90(2), 231-239.
30. Jacobs, J. C. G., Bolhuis, S., Bulte, J. A., Laan, R., & Holdrinet, R. S. G. (2005). Starting learning in medical practice: An evaluation of a new introductory clerkship. *Medical Teacher*, 27(5), 408-414.
31. Kehoe, A., & Illing, J. (2017). Early clinical exposure requires facilitated access to support learning. *Medical Education*, 51(10), 989-991.
32. Kehoe, A., McLachlan, J., Metcalf, J., Forrest, S., Carter, M., & Illing, J. (2016). Supporting international medical graduates' transition to their host-country: Realist synthesis. *Medical Education*, 50(10), 1015-1032.
33. Lave, J. (1990). The culture of acquisition and the practice of understanding. In J. W. Stigler, R. A. Shweder, & G. Herdt (Eds.), *Cultural psychology* (pp. 259-286). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
34. Lovitts, B. E. (2001). *Leaving the ivory tower: The causes and consequences of departure from doctoral study*. Lanham, MD: Rowman & Littlefield.
35. Monrouxe, L. V. (2010). Identity, identification and medical education: Why should we care? *Medical Education*, 44(1), 40-49.
36. Mortimer, J. T., & Simmons, R. G. (1978). Adult socialization. *Annual Review of Sociology*, 4(1), 421-454.
37. Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research & evaluation methods* (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
38. Poncelet, A., & Lai, C. J. (2017). Going from good to great: Explicating norms through conti-

- nuity in the clinical workplace. *Medical Education*, 51(8), 777-779.
39. Robertson, S. (2017). Transformation of professional identity in an experienced primary school principal: A New Zealand case study. *Educational Management Administration & Leadership*, 45(5), 774-789.
 40. Schoonmaker, F. (2002). *"Growing up" teaching*. New York: Teachers College.
 41. Tierney, W. G. (1997). Organizational socialization in higher education. *The Journal of Higher Education*, 68(1), 1-16.
 42. van de Ridder, M. (2014). Clerks' and residents' contributions to building a safe educational environment in a medical teaching hospital: The role of a system of educational quality management (SEQM). In C. S. Nair & P. Mertova (Eds.), *Enhancing teaching and learning: Student feedback in medical and health sciences* (pp. 93-121). Oxford, UK: Chandos.
 43. van der Hem-Stokroos, H. H. (2005). *The clerkship as a learning environment*. Unpublished doctoral dissertation, Vrije Universiteit, Amsterdam, The Netherlands.
 44. van Hell, E. A., Kuks, J. B. M., & Cohen-Schotanus, J. (2009). Time spent on clerkship activities by students in relation to their perceptions of learning environment quality. *Medical Education*, 43(7), 674-679.
 45. van Maanen, J. (1984). Doing new things in old ways: Chains of socialization. In J. L. Bess (Ed.), *College and university organization: Insights from the behavioral sciences* (pp. 211-246). New York: New York University Press.
 46. Waugaman, W. R., & Lohrer, D. J. (2000). From nurse to nurse anesthetist: The influence of age and gender on professional socialization and career commitment of advanced practice nurses. *Journal of Professional Nursing*, 16(1), 47-56.
 47. Weidman, J. C., Twale, D. J., & Stein, E. L. (2001). *Socialization of graduate and professional students in higher education, a perilous passage?* San Francisco, CA: Jossey-Bass. (ERIC Document Reproduction Service No. ED457710)
 48. Wynia, M. K., Papadakis, M. A., Sullivan, W. M., & Hafferty, F. W. (2014). More than a list of values and desired behaviors: A foundational understanding of medical professionalism. *Academic Medicine*, 89(5), 712-714.

Learning Medicine: Illuminating How Clinical Workplaces Socialize Clerks to the Profession

Sheila Shu-Ling Huang*

Center for Humanities and Arts Education, Kaohsiung Medical University

Abstract

This study sheds light on clerks' learning experiences of transitioning from classrooms to bedside through the lens of "professional socialization" with the purpose of illuminating how workplaces as learning environments have impacts on learning medicine. This study was entirely qualitative-driven and employed a 4-staged multi-design for data collection in two years. Approaches for data collection included bedside observations in multiple teaching hospitals in southern Taiwan and in California, taking photos of the artifacts and the contextualized interactions, and recruiting 44 students during clerkship years for semi-structured interviews either in one-on-one or in focus group formats. Results show that: 1. globally, the real workplaces provided clerks with opportunities for observation and peripheral participation. However, with the change of learning environments, clerks were challenged by new learning formats, thinking process and the emotional adaptation. 2. Clerkship itself was the initial step toward professionalism and identity. Grand rounds as a systemic approach of institutional affordances orchestrated learning. It was professional interactions from which clerks gained medical knowledge and skills. Clerkship programs provided exclusive opportunities for exercising medical humanities in the full potential, such as listening, empathy, altruism, patience, companionship, compassion, accepting and alike through interactions with patients. Consequently, they experienced full-fledged medical professionalism. 3. Attending physicians were the socialization agents. They structured bedside learning environments, demonstrated the practice of medicine and decision-making, and doctor-patient interactions, which consequently modeled the way toward professionalism and facilitated students' identity formation. 4. Learning among colleagues with distinct statuses, peripheral but functional participation, attending physicians' bedside teaching and arrangements, and trying-on behaviors of medical humanities through interactions with patients, were the defining factors of professionally socializing clerks to the medicine in workplace learning.

Key words: Workplace Learning, Clerkship, Professional Socialization, Qualitative, Medical Humanities

* Author mail: Sheila Shu-Ling Huang, sheilasl@kmu.edu.tw