



一項新的兒科住院醫師教練計畫：一年的成果

前言

今年3月號 *Academic Medicine* 刊登一篇由 Rassbach C.E. 等兩位史丹佛大學兒科醫師所發表的教育研究報告「一項新的兒科住院醫師教練計畫：一年的成果」，介紹他們為因應畢業後醫學教育評鑑委員會（Accreditation Council for Graduate Medical Education, ACGME）的里程碑所發展出來的一項住院醫師訓練輔導計畫的初步成果。

報告內容

論文的開始，作者提到由於 ACGME 要求所有住院醫師訓練計畫都要訂出評估住院醫師特定能力的里程碑，而對能力的最佳評估是透過直接觀察（direct observation, DO）學員在臨床環境中的表現，這樣的要求在執行上對大多數訓練醫院都具有相當的挑戰性。為要達成 ACGME 的要求，作者發展出史丹福兒科住院醫師教練計畫，希望能達成以下5個目的：(1)改善住院醫師的臨床能力、(2)增加住院醫師執行反思、(3)改善回饋、(4)促進目標設定，以及(5)改善里程碑的評估。

教練團隊包括教練團主任和副主任，以及10位教練（都是教師）。每位教練共負責10至11名住院醫師（每一層級3至4名），並由科基金支付薪水的10%作為擔任教練的報酬。所有住院醫師都被分配一位專門教練，在整個訓練過程中教練以迭代過程（iterative process）在不同的場景中進行教練。每一回的教練程序都包含4個部分：(1)直接觀察、(2)引導式反思、(3)教練回饋、(4)目標設定。每一回的教練程序教練均予以記錄，並參加臨床能力委員會（Clinical Competency Committee, CCC）協助評定住院醫師在能力里程碑的發展。訓練期間以結構式臨床觀察的能力項目包括以下6項：(1)蒐集病史及身體診察、(2)迴診時進行案例報告、(3)參與迴診、(4)指導迴診（資深住院醫師）(5)記錄與病人的互動、(6)未歸類的項目。此外，另使用由 I-PASS 研究小組發展的三項交班工具。對第一年的受訓住院醫師（即 intern）每年執行10至12次 DOs，包括迴診時進行案例報告至少3次；病史詢問、身體診察及門診進行案例報告各至少2次；I-PASS 交班至少2次；病歷審查至少2次，含住院及門診病歷。第二年的受訓住院醫師（PGY2）每年執行7至8次 DOs；第三年的受訓住院醫師（PGY3）每年執行5至6次 DOs，第二、三年受訓住院醫師除基本項目外，另加上教學和帶領團隊。

對於這個住院醫師教練計畫有三項評估項目：(1)每位住院醫師接受完整 DOs 的次數、(2)教練及非教練教師自評回饋的質與量、(3)住院醫師對教師回饋的質與量的評估。結果顯示，住院醫師和教師一致認為教練比非教練教師提供更高品質的回饋，並納入更多的反思和目標設定。教練亦比非教練教師對臨床推理、溝通技巧和目標設置更具信心。

進一步的評估是要探索本計畫如何影響病人照護的結果，並對住院醫師教



練的好處和挑戰有更多的了解。

評論

閱讀本文，可以讓我們深思下列幾項議題：

1. 臨床醫學教育在進入「能力導向」紀元之後發生了不少變化，教師的角色一再調整，從師父 (mentor) 變成教師 (teacher)，再成為指導員 (tutor)、促進者 (facilitator)，而今又作為教練 (coach)。表面雖然在變，實際上教師的角色始終未改，就是一位採用不同方法讓學生能有效率地學習的人，這些所謂不同的角色，其實是運用不同的手段而已。一位勝任的教師，是指具備能力，可以因應學生所處的主、客觀環境來提供學生合宜且有效率的學習方式的教師。本文作者詳細地描述如何執行「教練」的規劃，值得大家參考。
2. ACGME 正式推動里程碑至今已有一、二年，但這項對執行六大核心能力教學成效評估的方案至今仍未成熟。縱使連史丹佛大學 (美國頂尖大學) 的兒科 (在美國推動里程碑最賣力的專科) 也充滿問題，可見里程碑的優缺點仍有待觀察。目前醫學教育界對執行里程碑的優點並不懷疑，但其困難處主要有兩點：(1) 教師必須耗費更多時間對學員進行評估。要所有教師付出更多教學的時間是舉世皆不可能的任務。本文的「教練」計畫是解決方法之一，但先決條件是要有足夠資源的支持 (本文作者是利用部門基金的支助「教練」計畫，而且進行「教練」的項目還僅限於最基本的幾個能力)。(2) 如何使用既有的評估方法來判斷學員在能力里程碑的發展是 CCC 的一項困難任務，每家訓練醫院必須由醫學教育專家指導 CCC。目前國內有些專科已開始要求醫院推行里程碑，但大多數的教學醫院 (包括醫學中心) 仍欠缺資源或能力來處理上述兩項困難處。筆者建議可考慮放緩推動腳步，使各醫院做好準備，在有充分的能力和資源的情況下，才可能做到符合能力導向醫學教育精神的里程碑方案。
3. 近十年開始流行最佳證據醫學教育 (best evidence medical education, BEME)，強調教育方法要有證據支持。回顧本文的研究設計，並未交待教練是如何「取樣」 (筆者猜測應該會招募相對於一般教師更為熱心教學的老師)，加上缺乏盲性設計而無法排除心理因素的干擾，在這樣的條件下比較教練及非教練教師自評回饋的質與量，以及住院醫師對回饋的質與量的評估，根本無法得到任何可以相信的結論，研究品質實在不敢恭維。到了 21 世紀，包括西方國家在內，醫學教育領域的研究大多數品質並不理想。其中涉及一個重要的原因，就是許多原本只適合應用質性方法的教育研究議題，在盲目追求量化證據的迷思之下，勉強使用量性方法來進行研究。在目前，如果醫學教育界仍執迷於「量化的證據」，對最佳證據醫學教育的推崇對醫學教育的發展未必能帶來正向的動能。

文獻來源：

Rassbach CE, Blankenburg R. A novel pediatric residency coaching program:



outcomes after one year. Acad Med 2018; 93: 430–434.