

教育部

新興議題及專業教育改革中程綱要計畫

98 學年度醫學專業教育改進計畫

計畫名稱：【建構醫學人文、倫理與社會課程與教學發展計畫】

期末成果報告書

補助單位：教育部顧問室

指導單位：醫學專業教育改進計畫辦公室

執行單位：高雄醫學大學 醫學院

計畫主持人：賴春生

協同主持人：林志隆、鍾飲文、田英俊、黃尚志、趙美琴、駱慧文

計畫編號：MOE-098-03-03-2-21-3-13

執行日期：中華民國 98 年 8 月 1 日至 99 年 7 月 31 日

日期：中華民國 99 年 09 月 30 日

目 次

一、 計畫摘要表.....	3
計畫成員資料表	33
97 學年度開設課程資料表	43
二、 計畫內部整合情形.....	105
三、 網站運用報告.....	130
四、 執行狀況分析、檢討與修正.....	144
五、 結論與建議.....	145
六、 附錄.....	151
七、 經費使用情形（含自籌款經費使用情形）	159

一、計畫摘要表

計畫名稱	建構醫學人文、倫理與社會課程與教學發展計畫				
計畫類型	<input type="checkbox"/> A 類個別型計畫	<input type="checkbox"/> B 類整合型計畫			
	<input checked="" type="checkbox"/> C 類全院型計畫	<input type="checkbox"/> D 類教科書出版補助計畫			
計畫主持人	姓名	賴春生	學校系所	高雄醫學大學	
	電話	07-3121101*7680	傳真	07-3222201	
	Email	chshla@kmu.edu.tw	手機		
計畫期程	自 98 年 08 月 01 日	開課	98 學年度第一學期：6 門		
	至 99 年 07 月 31 日		98 學年度第二學期：4 門		
計畫經費					
計畫聯絡人	駱慧文	電話	07-3222201	傳真	07-3222201
	Email	loha@kmu.edu.tw		手機	
地址	高雄市十全一路 100 號				

【建構醫學人文、倫理與社會課程與教學發展計畫】

期末成果報告書

中文摘要

本計畫主旨是與校級博雅通識課程的理念相呼應，藉由院級深化通識課程的開設，而進行『醫學人文、倫理與社會』的課程與教學革新，以促使醫學院內學生的人文、倫理與社會素養能力的提昇領袖群倫為主要目的。

21 世紀的現代醫學已是跨領域整合科技的學門，由自然科學、人文社會科學及生物醫學科學結合而成的綜合科學，在這樣現代化的醫學科學模式，人類對醫師專業人才提出了更高的要求，所謂『良醫』除了專業知識能力以外還應具有社會科學、哲學、歷史知識，要具備良好的人文素養和人格品行，高尚的職業道德及人際關係。(Cuban, 1997). 而醫師的職責不僅僅是針對病，醫療也不僅僅是技術，而應是人道主義精神的事業；這專業的特質更是要有以人為主體的思維，是要有利他主義的胸懷，不只對人生命尊重，這樣醫學實踐最終要回歸人文執業環境。本計畫主旨在培育醫學生人文視野、樹立正確的人醫專業價值觀，以促進醫學生人本思想的回歸，期許人文關懷素養植入醫病關係中能建構良性的發展。

Perspative "培育傑出的明日醫生"



本研究團隊進行二年的醫學人文課程與教學發展，發現資訊科技融入教學之便利性，在教育部顧問室醫學教育改革計畫的支持下，遂以十門課程整合為五大主題進行研究。本計畫的主要目的是在於了解醫學人文、倫理、社會心理、多元文化課程學習成效及探究人文素養能力的改變為何？評估醫學人文教育成效，以行動研究法進行課程網頁教材及網路平台，融入醫學人文課程教學之研究。

本研究結果主要發現：一、課程內容設計需以學習者為中心的方式進行有效評估，並且循序漸進提升學習者認知，有效溝通技巧模擬。從網路教材輔助微觀演練倫理協商，運用到田野體驗教學行動，在社區參與人文關懷服務學習；二、微觀案例演練教材在倫理教學、領導力教學，確實能提高學習興趣和成效；三、教學者在人文素養培育的應用教學需搭配適當文題思考與解決(PBL)的教學策略及案例研發，促使學習者能參與、反思、合作到知識的充能(empower)，如此才能提升醫學生的人文與專業素養能力；二年的計畫改革歷程，在教與學的整個醫學人文教育歷程成效已逐漸彰顯效益。

醫學人文素養之能力發展關係到醫學生個人專業潛能和未來生涯之發展，因此，“好醫師”、“人醫”學習已成為醫學教育的重要課題。全世界的醫學教育莫不期待醫學人文教育的實施與落實，以解決各國所面臨醫療糾紛不斷衝突的問題與發展困境。在醫學教育改革的基本理念期許，培養有人文素養的醫學生，而其教育基本內涵就是培養醫學生能主動探究人類為主體、尊重生命、關懷弱勢、利他主義、同理心、接納差異、多元文化觀點助人、思考問題解決、溝通協商、倫理運用、資訊科技與語言運用，以期能養成以“人”為本的專業素養能力。

本計畫執行重點主要是以課程網頁環境建置，整合醫學人文、倫理和社會數位教材多媒體影音教材製作。製作網際網路數位環境的多媒體網頁教材軟體，透過 WWW 瀏覽器來使用，並將案例另壓製成光碟片讓學習者微觀模擬至小組合作學習，使學習者能進行模擬演練。同時，史有興趣參與學習者，亦能享有豐富之學習觀摩教材，並讓學弟、學妹可參考運用。這課程網頁建置的資料庫將整合五大議題入口網站，提供醫學教育教師及醫學生有豐富的醫學人文教育資源。

本計畫研究者蒐集二年醫學人文、倫理和社會課程數位教材，計有十一門課程分置成六個主題類別。依據醫學人文教育十一課程六大領域教材類別。

98年成果 由十門課程整合成五份教材和網頁資料庫



本計畫主要是藉由醫學人文教育發展之行動研究，探討運用醫學人文、倫理、社會文化產物為輔助學習工具能否提升醫學生的學習動機、人文素養能力及成效，期許研究成果能成為未來醫學人文教育環境，或類似模擬情境藝術與人文主義領域教學參考。

計劃主旨是與校級博雅通識課程的理念相呼應，藉由院級深化通識課程的開設，而進行『醫學人文、倫理與社會』的課程與教學革新，以促使醫學院內學生的人文、倫理與社會素養能力的提昇領袖群倫為主要目的。

前言

今日台灣的高等教育邁向專業化的進程中，而醫學教育的菁英生涯受到衝擊，醫療人員工作環境的變遷，使醫學生品質下降和人文素質參差不齊。長期以來的醫學教育課程重視專業教育和技能訓練，忽略了對醫學生人文精神的培養，因而導致醫師的養成教育中人文教育是缺乏，導致對“人類生命”“主體性尊重是不解，人際互動溝通能力更是僵化。醫學生如在這生物醫學導向環境中成長，只重視專業技能和金錢名利，並不重視人類服務的人文關懷、人道主義精神，對他人和社會缺乏人性溫暖，人文素養與職業倫理要求反差加大。因此，在當前醫學教育中，重塑醫學人文精神就顯得尤為重要。

世界衛生組織亦一再強調優質的醫學菁英人才培育，必須開創改變通過醫學科學與醫學人文整合的『全人化』的醫學教育才能培養出來。(Clandinin,, Cave, 2008)醫學人文教育在台灣起步未滿十年，發展速度很快但在教材部份則非常缺乏。因此，在進入 21 世紀的人類醫學社會發展朝更加發達時，醫學人文教育就更加重要。

什麼是醫學人文？

醫學人文起源乃是新科技現代化社會背景，當代的行醫者可能說不清，但是對醫學概念的真正含義作為醫生還是應該有所瞭解，尤其當醫療社會深刻變革及轉型時期的今天，醫學這個名詞已經被賦予了很多新的內涵。醫學起源是一個漫長的歷史過程，是千百年來人類社會生存發展、抵禦各種自然災害過程中逐漸形成的知識，醫療史學家們在追溯醫學起源時會有不同的闡述，諸如醫源於神、醫源於聖、醫源巫、醫源於動物本能等學說。這恰恰表明醫學發展的久遠和曲折，幾千年的人類勞動和社會實踐成就了醫學這門學科。(Jones, Verghese 2003)

醫學人文則由醫者傳承人類的生命，歷史文化和人類的傑出智慧，而這歷程中傳統的人文精神指的是醫療文化存在理論的鮮明特徵，其核心就是以人為本和對人的尊重、對人的理解、愛護和關懷，主張以病人為中心而不是以疾病為中心。古代醫學已經融合了人文思想，例如：古代的名醫李時珍、華佗、均表現出醫乃仁術，懸壺濟世，醫者父母心的道德理念，仁愛、救世濟民、學識廣博等素養。醫學人文傳統不僅在醫生的診療活動中表現出來，也體現了人類的慈善博愛精神。在醫學史上，無論中外，醫院的興起無不與仁愛、照顧和關懷相關。

歐洲中世紀的“修道院醫院”以及法國大革命時期興辦的“普通醫院”，都以照顧和醫治貧困病人為己任，充溢著人道主義的關愛之情。(Booth,& Hargreaves, 1995)

醫學從神明，巫術，人類生存本能走向科學過程的本身就可培育著人類的博愛精神，從人對生命的敬畏，對健康的追求。今日在 21 世紀弘揚人文精神，彰顯人性理念的時代，醫學教育理解培育良醫素養必須以醫學人文精神為基礎，深入歷程須從醫學的發展史和文化過程探究，如此才能懂得人文在醫學的實踐內容是什麼，進而理解醫者的社會期許及人類生命位置在醫師的執業倫理。

醫學人文教育的重要性

在新的世紀，科學技術突飛猛進，醫學技術也得到了迅猛的發展。醫學人文倫理教育的時代來臨，而這樣的醫學人文、社會科學研究與服務在預防及減輕病人痛苦，甚至挽救人的性命。(Goldie, 2000) 醫學專業不僅獲得了消滅和控制疾病的武器，而且還掌握了操縱生命的基因密碼。在台灣“醫學人文”是一種形式的意識，有關所有人類社會專業醫師養成教育和人道主義的實踐。這樣的醫學是包括對人類健康照護的責任與承諾：履行藝術和人文精神在醫學上，當然，這是表達，它是由何人表示。

醫學人文的準則，以”病人”為主體的考量，最終利他關係到執行醫業對人類生命的尊重，及不同專業之間的意見交流與合作，排除人們從這一專業處理行動的風險一切影響，為維護權益以倫理為最高守則。

醫學人文教育課程開設理念

本計劃在醫學人文教育的課程開設理念，主軸整合開放知識論和方法論不應該限制的，因為這是跨領域學門，範圍廣且多元。換言之，它應該是闡明人本和支

持人際友善作為校園文化的一部分，促成人人誰認為自己是一個人道主義者。這並不排除指令或“教育”，但它也不排除用另一個輕鬆的定義“服務學習體驗行動”。事實上，選修或使非通識類的體驗行動性。畢竟，這多元文化觀點的田野人文關懷行動，可能是更重要的體驗差異或使學生對不同族群文化有另一個參與考驗素養能力。

課程設計主要是催化學習者體驗族群文化差異，偏遠地區的醫療與現代化醫院資源裝備的各種人力資源、診斷設備，治療設備，介入治療技術等城鄉資源差異。因此，課程設計參與巡迴醫療觀察體驗文化差異、城鄉差異、健康宣導活動推廣、人文關懷訪視、敘說口述經驗方法，疏壓自動化、智慧生活健康化，更有針對 88 水災後人文技術的體驗服務學習發展，對醫學生的人文素養行為和醫病互動、傾聽、觀察關係產生模擬問題思考等將會有深刻的影響。人文倫理、社會心理、文化素養能力主要是從參與體驗方式激發反思、合作、思考問題解決到紮根，這些學習以人類生命為主體的考量，行動可以分析、思考、合作消除一切價值觀、溝通迷失。這些策略則是以“明日良醫教育”的目標為主軸，訓練醫學生在於以“病人”為中心理念，其次是品性、人格倫理態度形塑、人際關係、最後才是專業知能素養培力，而良醫的素養不像所有器官都像機器的零件一樣損壞後可以隨意更換，紮根教育將是不可忽略一環。

早期生物本質論的影響下，傳統醫師較專業威權為主，很少與病人詳細的溝通交流，在診斷上，只依賴於 X 線、心電圖、實驗室檢查的結果；在治療上，把全部信賴寄託於藥物和手術治療上，很少有精神上的撫慰，根本不重視影響病患生理部份的社會心理因素，更不重視心理深層影響的治療，結果導致誤診率上升，醫病溝通不良、治療效果不佳，醫病爭議衝突不斷社會怨言增加，醫患關係緊張現象時而所聞。

另外，又現代醫學生殖技術、克隆技術及安樂死的應用，導致了社會倫理問題凸現；器官移植與稀有衛生資源分配的矛盾，導致醫學有失公平；高尖的醫療設備及新藥特藥的高額利潤，導致醫學商業化趨向等等。因此，20 世紀以來所取得的醫學技術進步，產生了醫學異化的結果。在後現代人文主義學家 Carol Rogers 開始因而形成了“人本溝通分析技術”的人文理論，這對於醫病爭議衝突問題的解決，也帶來不一樣的討論。。

20 世紀後期，醫學模式由生物醫學模式向生物——心理——社會醫學模式的轉軌，充分顯示了醫學已開始了新的轉向：即從單純的生物因素方向探索疾病的原因和治療的傾向向社會化、多維度的審視健康和疾病問題轉向；從以疾病為中心向以病人為中心轉向；從純粹的診病治病向兼顧健康教育轉向 (Jones & Verghese 2003)。然而，要扭轉長期以來生物醫學模式所形成的思維定勢，有一個痛苦的過程。目前，很多醫生還未充分認識到生物醫學模式的局限性，不理

解醫學的本質和價值。就醫學而言，若醫生忽視病人生命的價值、不有利於病人生命的意義和醫學目的，那就是違反倫理當不可能成為真正的好醫師。好醫生應承諾對病人實施最全面的保健。現代醫學模式要求醫生在醫學技術和人文素養中保持平衡，強調一個醫生不僅需要自然科學知識，也需要人文社會科學知識。綜上所述，今日新科技的進步在醫學技術與醫病互動關係模式有了很大的轉變，全人類要求我們對醫學生和醫務人員的培育，應要注重醫學人文教育。

醫學人文教育的教學科技策略

近年來，醫學教育課程改革以來，醫學人文教育從教學面已有了些許成長，但深入去評估人文素養能力的發展，從前後測確實有些改變，但並沒有非常顯著差異。尤其本計劃在醫學人文倫理、社會心理、文化藝術課程與教學發展的過程中，整合歷程還存在一些需要深入和加強的方面。一是醫學人文課程的發展在校內較為孤立、單向，缺乏支援通識學科間的交流與融合，沒有形成與醫學相關的醫學人文學科群；二是醫學教育課程設置較多，而人文課程所占空間有限，只占 8 學分左右。醫學生人文主動參與訓練機會少，人文知識的水準相對較低；三是醫學人文學科教師嚴重不足，且專業化水準相對較低，系統教學的經驗缺乏；四是醫學人文學教材不成熟、不規範，教學目標不明確、不切實；五是在醫學人文教育中，重理論、輕實踐，理論與實踐未達到一致，形成學生把“醫學人文當通識化”現象，故教學成效參差不齊，學習者動機強烈者非常有體會及收獲，只是這樣學生不多。

教育

跨領域的醫學人文課程內容認識論及方法論的教材整合、研究融入再創新；跨系統共學，並改以全面性行動導向課程、數位化教材典藏與建構社區共學健康互動平台教育。
1.醫學人文、倫理與社會課程教學 2.行動輔助學習 3.深化議題課程教學

環境

在醫療環境、社區部落田野之環境檢測、進行互動溝通、體驗行動在田野中、進行多元專題研究；典範人物訪談、衛教宣導、不同族群溝通互動，與社區共同健康營造友善之校園社區環境氣氛。

實踐

校園與社區共同宣告健康社區策略聯盟；建立具體人文關懷行動及輔導弱勢學生，宣導健康衛生教育政策，並向不同社群、兒童、學生、成人、老人服務學習與成長。

強化醫學人文、倫理、社會心理、多元文化素養能力教育

一、要充分認識到醫學人文、倫理、社會心理、多元文化素養能力教育在醫學教育中的重要地位〔Campo 2005〕。人是醫學的研究物件，研究人的健康和疾病，不能忽視人類的心理活動與社會環境的影響。在生物——心理——社會醫學模式

下，醫務人員只有具備醫學、心理學、倫理學、哲學、醫學史、美學和社會學等多方面的知識，才能成為醫術高超、醫德高尚的醫學人才。因此醫學人文教育是高等醫學教育及繼續醫學教育的必要內容。

二、要加強醫學人文教育的研究。加強人文學科與醫學的交叉融合，形成完整、系統、有機的與醫學相匹配的醫學人文學科群。合理地設置醫學人文學課程和教學內容，科學地制定醫學人文教育的教學目標、教學大綱。舉大家之力，統一規劃和編寫醫學人文教育教材。

三、要加強醫學人文、倫理、社會心理、多元文化素養能力教師隊伍的建設。各高等醫學院校要成立相應的醫學人文學系，建立專門的醫學人文學教師隊伍。在教師隊伍建設中，可以從人文學科專業人才中選拔，然後進行醫學專業思想的教育，從而打造專門的醫學人文教育的基本教師隊伍。另外，要挑選部分醫學專業教師，分類進行人文學科目的強化培養和訓練，建立醫學人文教育的補充教師隊伍。

四、加強醫學人文倫理、社會心理、多元文化素養教育的研究，改進教學方法，拓寬教育途徑。人文知識是人文素質的基礎，人文學科是集中體現人文倫理、社會心理、多元文化精神的科學體系，在高校已經開設的公共人文社會科學理論課，是高校學生包括醫學生接受人文知識的重要管道。醫學生應該通過哲學、政治經濟學、近現代史、法學等人文學科主要課程，培養自己的人文素質，提升人文精神。這就是充分發揮人文社科類課程培養的基礎作用。

在醫學專業課程中蘊藏著大量的人文科學資源。我國傳統醫學中的濟世救人、仁愛為懷”、“人醫仁術” 等人本主義思想的論述意義深遠；是最好的例證。要求醫學生在學習專業知識的時候，注意人文知識和人文情懷的積累。這就是充分發掘醫學專業課的人文科學資源醫學史、醫學心理學、醫學倫理學等醫學人文課程，是醫學與人文交融的課程，也是醫學人文教育的核心課程。在教學中，要將其相關的人文知識與醫學實踐緊密地結合在一起，要既有人文理論又有醫學案例，把倫理道德規範融於醫學科學實踐之中，來提高醫學生的感性認識。這就是充分發揮醫學人文與醫學科學實踐的昇華作用。

在 88 水災人文關懷服務志工行動中，人們對生命價值的感悟，對眾志成城救災的感慨，對活躍在救災一線白衣戰士的敬意；如醫學生能作為志願者身臨其境，其意義非凡。學生參與田野下鄉活動、社區健康教育活動、敬老院福利院的服務活動等，這些社會實踐活動是對醫學生最好的醫學人文教育活動方式。在實踐中陶冶情操，鞏固專業思想。這就是充分發揮社會實踐的醫學人文精神的錘煉作用。學校是一個社會，加強校園文化建設，是實現高校人文素質教育的引導和啟迪的主要形式。校園中的科技節、藝術節、體育節、學術活動、事蹟報告、十佳學生評選活動、校訓、校歌、勵志牌匾、成果展覽等，均是校園文化的集成。通過耳濡目染、身體力行、潛移默化的作用，來形成醫學生深厚的人文素養。這就是校園文化的薰陶作用。

醫學人文關懷的內涵及醫學人文教育的發展

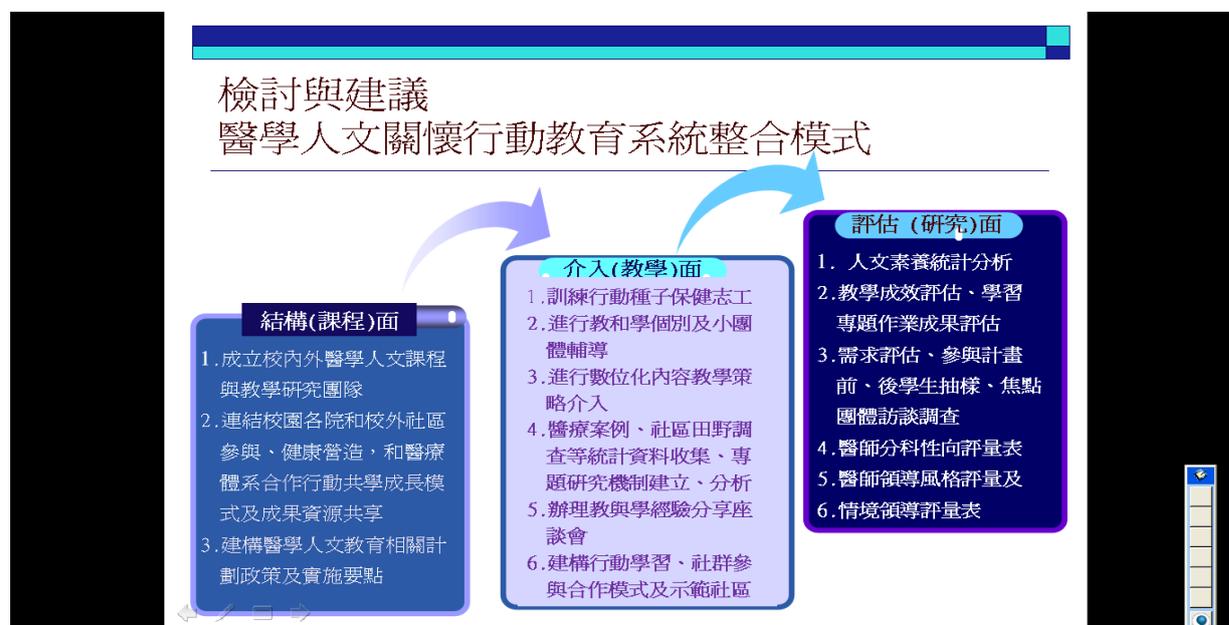
醫學人文素養是指一個醫學生對”人”的主體尊重，包括內外行為顯現在探討醫學價值、醫學規範以及與醫學有關的其他社會文化現象的學科群；是以歷史、心理、社會、文化、藝術、倫理學等學科的觀點來理解健康、疾病與醫學應用能力。它旨在將臨床醫學與人文社會學科進行知識論與方法論的整合知能，從而使專業面對人類生命的重視並且利於人的服務，使獲得最好的醫療和健康照顧。就例如理解的醫學人文教育的生命倫理課程培育，則從良醫素質的構成上來闡述生命尊重及倫理的應用。人文、倫理、社會心理的學養整合融入在醫學中具有良醫特質培育的位置，他不應只是一種良好的醫病品質，也不是作為醫療技藝的操作技巧的裝飾，更不是彰顯示醫生的教養或有名，而是臨床醫生在對人類服務生命主體重視及人文關懷的專業行為，並能有效作出利他、謹慎和正確的溝通決策所必備的基本素質。因此，培育專業人員的醫學教育，必須同時具備有醫學科學素養與醫學人文素養能力。換言之，醫學生的養成教育，在接受醫學科學專業教育的同時，亦必須接受醫學人文教育，並以醫學人文、心理社會知識作為醫學教育的必要內容由來已久。

在古希臘醫生希波克拉底曾提出，良醫應具備有人本精神、哲理探究醫學科學的知識學習，建構好的人品素質：人本、利他、謙虛、同理心、多元接納關懷、效溝通、冷靜的分析判斷，必要的知識，以及不迷信。古代醫學文獻則提出一個論述欲為大醫，除醫學知識外，還需涉獵五經三史、諸子莊老。

19世紀末20世紀初，生物醫學的迅速發展，使得醫學與人文社會心理學之間的關係發生了重要影響而根本性的改變。現代人類醫學隨著科技進步學科的不斷細化，生物醫學科學課程的內容日益增多，從而導致人文社會科學的內容被逐步壓縮。醫學生的人文教育被專業教育完全取代，導致專業只注重實驗室技能的訓練。到20世紀70年代，人類與醫學、科學技術發展而出現的系列社會、倫理、法律問題，歐美各國的醫學院校都正式將醫學人文學科作為醫學教育的必要內容，提出醫學人文學科是培養高素質醫生的基礎。歐美大學的醫學人文學科設置大多以教學和研究生培養專案出現，也有部分學校設立起醫學人文學系或研究所，教學研究力量較強。醫學生通過學習，能判斷衛生保健與研究中的道德、哲學和社會問題；理解醫學倫理學的核心概念，評鑒不同的觀點；理解相關法律、文化和歷史觀點；具備闡明、評價和辯護特殊醫療情況的能力

醫學人文、倫理社會學門知能的快速發展，始於20世紀70年代後期。隨著擴大對外交流，吸收世界文化精華，台灣醫學人文教育實踐帶來不同發展的課程。有醫學院校紛紛建立了醫學人文學系、醫學人文學研究所或醫學人文研究中心。本計劃在此行動研究歷程陸續整合了10門不同主題的醫學人文教材，期許培養醫學生的人文素養較高的期許是提昇素養能力。因此，本計劃在學術界，較好地開

展了醫學生涯規劃、專業領尊生命倫理學、醫學心理學、醫病溝通技巧等學術交流活動。同時，在繼續醫學教育中，也開展了不同級別的醫學人文教育專案。由於醫學人文教育的發展，在提高醫學生和廣大醫務人員的醫學人文素質，宣導維護醫學人文精神，強調醫學人文關懷，提高培育醫療保健和衛生服務品質等方面的進步。



醫學人文精神的內涵與人文素養

黃崑嚴曾說：“人文教育薰陶高潔的人性，練就非凡的靈性；科學教育練就嚴密的靈性。科學教育與人文教育交融，才能培養出人的高素質，造就出完整人格的人才”〔1〕。所謂人文素養是指包括知識、理性、情感、意志、思維等多個方面沉積而形成的品質，最終表現為一個人的人格、德性、氣質、修養以及價值取向，其核心內容是個體對人類生存意義和價值的終極關懷。人文素養的具體內涵包括：廣博的知識和開闊的視野，心理學、人文學、社會學、管理學和哲學等方面的知識素養；高尚的人格和道德情操，高度的社會責任感和對事業的獻身精神；創新和創業能力，不斷完善和發展自己的潛能；良好的溝通和人際交往能力，能與人和諧相處

人文精神是一種普遍的人類自我關懷，表現為對人的生命、尊嚴、價值的維護、追求和關切，對人類遺留下來的各種精神文化現象的高度重視；對一種全面發展的理想人格的肯定和塑造；並在人的全面發展中，善於反思、審視自己，對自己的行為、思維、心態具有自我批判精神。

醫學人文精神是對人的生命神聖、生命品質、生命價值和人類未來的健康與幸福的關注，是對人類身心健康和自然、社會與人之間的和諧互動及可持續發展的關注。醫學人文精神的核心就是關愛生命。瑰麗多彩的生命現象、奧妙無窮的

人體、複雜多變的疾病，既是醫學永遠認知的物件，也是促使醫學發展的內在精神力量

《希波克拉底誓言》提出醫生的唯一目的是為病家謀幸福；《邁蒙尼提斯禱文》寫道，“啟我愛醫術，複愛世間人”。歷史表明，無論中外古今的醫學，都是將“救死扶傷”、“仁愛救人”的醫學人文精神滲透到診斷、檢查、治療、護理等臨床實踐的各個環節之中。醫學人文精神的價值存在於尊重人、關心人、愛護人的臨床實踐

醫學生人文素養迷失現象

1、人文社科類知識薄弱 由於醫學教育課程負擔重，往往造成醫學生只注重專業知識的攝取，對人文社科如哲學、文學、歷史學、社會學等學科的知識關注不足，存在重醫學輕人文的傾向，對中西方歷史文化尤其是源遠流長的中國傳統文化知之甚少，表現為過弱的人文功底，甚至寫文章語句不通和濫用錯別字

2、社會責任感缺乏 作為一個醫學生，將來從事的是“健康所系、性命相托”的崇高事業，應該具有高度的責任感和使命感，具有“竭盡全力除人類之病痛，助健康之完美，維護醫術的聖潔和榮譽”的人道主義精神。然而現在的醫學生，受功利主義影響，“兩耳不聞窗外事，一心唯讀聖賢書”，只埋頭於自己的學習，一切以自我利益為中心，不願參加學校各種社會活動，沒有奉獻精神和關愛意識，對社會缺少責任，對生命缺乏關愛，對病人缺乏同情，甚至對生命和健康表現極端不負責任。

3、心理素質欠佳 隨著社會競爭不斷加劇，醫學生學習壓力和就業壓力愈來愈大，導致他們心理健康狀況存在不少問題，許多人心理素質下降。醫學生常見的心理問題有：抑鬱、焦慮、交往障礙、敵對、冷漠、自卑、偏執等。一旦發生心理問題，醫學生面對學習和就業壓力表現出較差的抗壓性，產生心理障礙或疾患，甚至導致行兇或自殺的嚴重行為

4、創新能力不足 高等教育的目的之一就是培養大學生創業創新精神，然而長期的應試教育，阻礙了大學生創新思維、創新意識、創新能力的發展，產生了思維標準化的創新障礙。思維標準化對學生獨立思考產生了三種破壞作用：功能固著、迷信權威和思維惰性，結果導致學生不善於學習和缺乏創造力，創新思維能力下降，更不會將所學知識在實踐中靈活運用與創新發展。

5、人際交往障礙 醫學生人際交往障礙表現為不適應大學校園集體生活，以自我為中心，不願與他人相處，有的出現心理孤僻，有的在人際交往過程出現表達障礙，對班集體漠不關心，與同學關係緊張，對老師“敬而遠之”，害怕與同學、老師交往相處，甚至出現封閉自己、離群。

重塑醫學人文精神

醫學人文精神的價值，不僅在於間接地以醫學科學技術為仲介來實現人們對身心健康需要的滿足，而是直接地通過學習知識、追求真理來滿足人們的精神需要。人文精神的重塑就是在強調醫學科學精神的同時，強調醫學生的理性自覺、社會責任和道德修養與素質情操

1、傳承中國傳統文化精髓 醫療活動關係到人的生命健康和生活品質，必須實行徹底的人道主義。中國傳統文化中的許多人道主義思想和人文關懷應在醫學教育中得到發揚光大。傳統文化中的儒家思想提倡的“仁”學和古代理學思想宣導的“人文”，其內涵都體現了尊重生命、愛人、重義輕利等人文精神，值得醫學教育工作者借鑒和繼承。論述，可見生命之珍貴。愛人就是同情人、關心人和幫助人。醫者，當有仁愛、同情之心，才可以擔當治病救人重任。在科學精神盛行的今天，我們更要注重傳承傳統文化的精神，使培養的醫學人才有基本的人文價值取向和品格重視“利他”或“公平正義”的理想倫理原則，

2、培養健全的人格品質 在重塑醫學生人文精神過程中，必須遵照大學生成人成才規律，滿足人的個性化全面發展的需求，培養健全的人格品質。換句話說，培養醫學生在健康的心理引導下尊重生活、熱愛自我及自然環境，讓個人的意識、才智及能力得到健康、全面、和諧發展，進而形成積極向上的心理品質和個人特徵。通過素質教育實現對醫學生和諧人際關係、良好的社會適應能力、樂觀向上的生活態度、正確的價值取向、良好的情緒控制能力和不斷創新能力的培養

3、融入校園文化和大學精神 培養醫學生人文精神必須植根於大學校園文化和融入大學精神之中。豐富多彩的校園文化有助於凝煉和塑造醫學人文精神和大學精神。大學精神是大學校園文化的靈魂，醫學人文精神應是大學精神有機組成部分，通過醫學生在大學校園文化活動中得以展現。因此，學校在進行科學教育的同時，也要開展健康活潑的校園文化生活，給醫學生融入校園文化活動展現個性魅力的機會和條件，讓醫學生從中鍛煉堅強的意志，訓練人際交往能力，發展創新思維能力，培養綜合素質，增強社會責任感。

4、構建合理的醫學人文課程體系 構建合理的醫學人文課程體系，開展醫學人文教育是塑造醫學人文精神途徑之一。由於醫學人文教育定位不夠明確，我國醫學院校人文教育課程不盡一致。目前，教育部規定的醫學人文課程僅醫學心理學、醫學倫理學和衛生法學，而有的學校還未全部開設或改為選修，造成醫學生人文素養薄弱。筆者認為在構建合理的醫學人文課程體系時，要分類指導，劃分必修（核心）課程和選修（一般）課程兩大類，學生在完成規定的人文課程外有根據興趣和需求選擇的餘地。建議列入核心課程的醫學人文課程有：醫學心理學、醫學倫理學、醫學生涯規劃、醫學社會學（普通社會學）等；列入一般課程的有：生命倫理美學、藝術、性別、文化與醫療社會、多元文化觀點助人技巧、人際溝通等。需要指出的是，現行的醫學人文教育課程委員會若無章程規劃，則

易落入行政教師的私人權利工具。而存在的課程委員會形同虛設，公私不分的運作把課程開設當成個人的交情工具，一、二年級所安排醫學人文課程居然超過 20 門課之多，課程僵化限制年級不能跨年選修增加學生負擔。因此，所謂以學習者為中心的思維，是將由學生自己選擇適合自己興趣的課程，而非以“行政老師”為中心的個人權利主義方式排課。另一個因地制宜、因材施教，注重醫學人文課程的實用性和實效性，把人文知識及應用整合、滲透到醫學教育中，加強醫學生對人類生命、死亡及生存意義等在社會心理學方面的理解。

5、加強醫學生人文實踐活動，引導醫學生積極參加服務集體、服務社會、關懷人類服務的實踐活動，瞭解多元文化、瞭解社會；鼓勵學生志願者參加社區醫療衛生服務、對偏遠部落醫療衛生情況的體驗、田野調查和巡迴醫療活動等，讓參與學習者在田野的行動中加強對族群、文化、健康意義的理解和思考，增進對病人和生命的尊重、敬重和關愛，在社會實踐中提高思想覺悟和道德品質，提升適應能力、交往技能和發展綜合素質，將人文教育活動“內化”為人文精神。

21 世紀的現代醫學已是跨領域整合科技的學門，由自然科學、人文社會科學及生物醫學科學結合而成的綜合科學，在這樣現代化的醫學科學模式，人類對醫師專業人才提出了更高的要求，所謂『良醫』除了專業知識能力以外還應具有社會科學、哲學、歷史知識，要具備良好的人文素養和人格品行，高尚的職業道德及人際關係。(Cuban, 1997). 而醫師的職責不僅僅是針對病，醫療也不僅僅是技術，而應是人道主義精神的事業；這專業的特質更是要有以人為主體的思維，是要有利他主義的胸懷，不只對人生命尊重，這樣醫學實踐最終要回歸人文執業環境。本研究旨在培育醫學生人文視野、樹立正確的人醫專業價值觀，以促進醫學生人本思想的回歸，期許人文關懷素養植入醫病關係中能建構良性的發展。

本研究團隊進行二年的醫學人文課程與教學發展，發現資訊科技融入教學之便利性，在教育部顧問室醫學教育改革計畫的支持下，遂以十門課程整合為五大主題進行研究。本計畫的主要目的是在於了解醫學人文、倫理、社會心理、多元文化課程學習成效及探究人文素養能力的改變為何？評估醫學人文教育成效，以行動研究法進行課程網頁教材及網路平台，融入醫學人文課程教學之研究。

本研究結果主要發現：一、課程內容設計需以學習者為中心的方式進行有效評估，並且循序漸進提升學習者認知，有效溝通技巧模擬。從網路教材輔助微觀演練倫理協商，運用到田野體驗教學行動，在社區參與人文關懷服務學習；二、微觀案例演練教材在倫理教學、領導力教學，確實能提高學習興趣和成效；三、教學者在人文素養培育的應用教學需搭配適當文題思考與解決(PBL)的教學策略及案例研發，促使學習者能參與、反思、合作到知識的充能(empower)，如此才

能提升醫學生的人文與專業素養能力；二年的計畫改革歷程，在教與學的整個醫學人文教育歷程成效已逐漸彰顯效益。

醫學人文素養之能力發展關係到醫學生個人專業潛能和未來生涯之發展，因此，“好醫師”、“人醫”學習已成為醫學教育的重要課題。全世界的醫學教育莫不期待醫學人文教育的實施與落實，以解決各國所面臨醫療糾紛不斷衝突的問題與發展困境。在醫學教育改革的基本理念期許，培養有人文素養的醫學生，而其教育基本內涵就是培養醫學生能主動探究人類為主體、尊重生命、關懷弱勢、利他主義、同理心、接納差異、多元文化觀點助人、思考問題解決、溝通協商、倫理運用、資訊科技與語言運用，以期能養成以“人”為本的專業素養能力。

本計畫執行重點主要是以課程網頁環境建置，整合醫學人文、倫理和社會數位教材多媒體影音教材製作。製作網際網路數位環境的多媒體網頁教材軟體，透過 WWW 瀏覽器來使用，並將案例另壓製成光碟片讓學習者微觀模擬至小組合作學習，使學習者能進行模擬演練。同時，史有興趣參與學習者，亦能享有豐富之學習觀摩教材，並讓學弟、學妹可參考運用。這課程網頁建置的資料庫將整合五大議題入口網站，提供醫學教育教師及醫學生有豐富的醫學人文教育資源。

前言

今日台灣的高等教育邁向專業化的進程中，而醫學教育的菁英生涯受到衝擊，醫療人員工作環境的變遷，使醫學生品質下降和人文素質參差不齊。長期以來的醫學教育課程重視專業教育和技能訓練，忽略了對醫學生人文精神的培養，因而導致醫師的養成教育中人文教育是缺乏，導致對“人類生命”“主體性尊重是不解，人際互動溝通能力更是僵化。醫學生如在這生物醫學導向環境中成長，只重視專業技能和金錢名利，並不重視人類服務的人文關懷、人道主義精神，對他人和社會缺乏人性溫暖，人文素養與職業倫理要求反差加大。因此，在當前醫學教育中，重塑醫學人文精神就顯得尤為重要。

世界衛生組織亦一再強調優質的醫學菁英人才培育，必須開創改變通過醫學科學與醫學人文整合的『全人化』的醫學教育才能培養出來。(Clandinin,, Cave, 2008)

醫學人文教育在台灣起步未滿十年，發展速度很快但在教材部份則非常缺乏。因此，在進入 21 世紀的人類醫學社會發展朝更加發達時，醫學人文教育就更加重要。

什麼是醫學人文？

醫學人文起源乃是新科技現代化社會背景，當代的行醫者可能說不清，但是對醫學概念的真正含義作為醫生還是應該有所瞭解，尤其當醫療社會深刻變革及轉型時期的今天，醫學這個名詞已經被賦予了很多新的內涵。醫學起源是一個漫長的歷史過程，是千百年來人類社會生存發展、抵禦各種自然災害過程中逐漸形成的知識，醫療史學家們在追溯醫學起源時曾有不同的闡述，諸如醫源於神、醫源於

聖、醫源巫、醫源於動物本能等學說。這恰恰表明醫學發展的久遠和曲折，幾千年的人類勞動和社會實踐成就了醫學這門學科。(Jones, Verghese 2003)

醫學人文則由醫者傳承人類的生命，歷史文化和人類的傑出智慧，而這歷程中傳統的人文精神指的是醫療文化存在理論的鮮明特徵，其核心就是以人為本和對人的尊重、對人的理解、愛護和關懷，主張以病人為中心而不是以疾病為中心。古代醫學已經融合了人文思想，例如：古代的名醫李時珍、華佗、均表現出醫乃仁術，懸壺濟世，醫者父母心的道德理念，仁愛、救世濟民、學識廣博等素養。醫學人文傳統不僅在醫生的診療活動中表現出來，也體現了人類的慈善博愛精神。在醫學史上，無論中外，醫院的興起無不與仁愛、照顧和關懷相關。

歐洲中世紀的“修道院醫院”以及法國大革命時期興辦的“普通醫院”，都以照顧和醫治貧困病人為己任，充溢著人道主義的關愛之情。(Booth,& Hargreaves, 1995)

醫學從神明、巫術，人類生存本能走向科學過程的本身就可培育著人類的博愛精神，從人對生命的敬畏，對健康的追求。今日在 21 世紀弘揚人文精神，彰顯人性理念的時代，醫學教育理解培育良醫素養必須以醫學人文精神為基礎，深入歷程須從醫學的發展史和文化過程探究，如此才能懂得人文在醫學的實踐內容是什麼，進而理解醫者的社會期許及人類生命位置在醫師的執業倫理。

行動整合實踐	專業素養能力
<p><input type="checkbox"/> K=認識論 (醫學人文、倫理學、心理學、社會學、文化藝術整合)</p> <p><input type="checkbox"/> A=態度 (人道主義、利他主義、同理心、尊重生命)</p> <p><input type="checkbox"/> S=技巧 (探究、溝通、思考、觀察、分析、反思、領導等)</p> <p><input type="checkbox"/> B=行為 (整合、行動、參與、合作、反思、充權等知行合一的應用)</p> <p><input type="checkbox"/> A=實踐行動</p>	<p><input type="checkbox"/> 人文關懷</p> <p><input type="checkbox"/> 倫理認知</p> <p><input type="checkbox"/> 心理社會概念</p> <p><input type="checkbox"/> 思考問題解決能力</p> <p><input type="checkbox"/> 文化藝術視野</p> <p><input type="checkbox"/> 人際溝通能力</p> <p><input type="checkbox"/> 社區參與服務精神</p> <p><input type="checkbox"/> 數位科技習性</p> <p><input type="checkbox"/> 領導力</p> <p><input type="checkbox"/> 終身學習能力</p>

醫學人文教育的重要性

在新的世紀，科學技術突飛猛進，醫學技術也得到了迅猛的發展。醫學人文倫理教育的時代來臨，而這樣的醫學人文、社會科學研究與服務在預防及減輕病人痛苦，甚至挽救人的性命。(Goldie, 2000) 醫學專業不僅獲得了消滅和控制疾病的武器，而且還掌握了操縱生命的基因密碼。在台灣“醫學人文”是一種形式的意識，有關所有人類社會專業醫師養成教育和人道主義的實踐。這樣的醫學是包括對人類健康照護的責任與承諾：履行藝術和人文精神在醫學上，當然，這是表達，它是由何人表示。

醫學人文的準則，以”病人”為主體的考量，最終利他關係到執行醫業對人類生命的尊重，及不同專業之間的意見交流與合作，排除人們從這一專業處理行動的風險一切影響，為維護權益以倫理為最高守則。

醫學人文教育課程開設理念

本計劃在醫學人文教育的課程開設理念，主軸整合開放知識論和方法論不應該限制的，因為這是跨領域學門，範圍廣且多元。換言之，它應該是闡明人本和支持人際友善作為校園文化的一部分，促成人人誰認為自己是一個人道主義者。這並不排除指令或“教育”，但它也不排除用另一個輕鬆的定義“服務學習體驗行動”。事實上，選修或使非通識類的體驗行動性。畢竟，這多元文化觀點的田野人文關懷行動，可能是更重要的體驗差異或使學生對不同族群文化有另一個參與考驗素養能力。



課程設計主要是催化學習者體驗族群文化差異，偏遠地區的醫療與現代化醫院資源裝備的各種人力資源、診斷設備，治療設備，介入治療技術等城鄉資源差異。因此，課程設計參與巡迴醫療觀察體驗文化差異、城鄉差異、健康宣導活動推廣、人文關懷訪視、敘說口述經驗方法，疏壓自動化、智慧生活健康化，更有針對88水災後人文技術的體驗服務學習發展，對醫學生的人文素養行為和醫病互動、傾聽、觀察關係產生模擬問題思考等將會有深刻的影響。人文倫理、社會心理、文化素養能力主要是從參與體驗方式激發反思、合作、思考問題解決到紮根，這些學習以人類生命為主體的考量，行動可以分析、思考、合作消除一切價值觀、溝通迷失。這些策略則是以”明日良醫教育”的目標為主軸，訓練醫學生在於以”病人”為中心理念，其次是品性、人格倫理態度形塑、人際關係、最後才是專業知能素養培力，而良醫的素養不像所有器官都像機器的零件一樣損壞後可以隨意更換，紮根教育將是不可忽略一環。

早期生物本質論的影響下，傳統醫師較專業威權為主，很少與病人詳細的溝通交流，在診斷上，只依賴於X線、心電圖、實驗室檢查的結果；在治療上，把全部信賴寄託於藥物和手術治療上，很少有精神上的撫慰，根本不重視影響病患生理部份的社會心理因素，更不重視心理深層影響的治療，結果導致誤診率上升，醫病溝通不良、治療效果不佳，醫病爭議衝突不斷社會怨言增加，醫患關係緊張現象時而所聞。

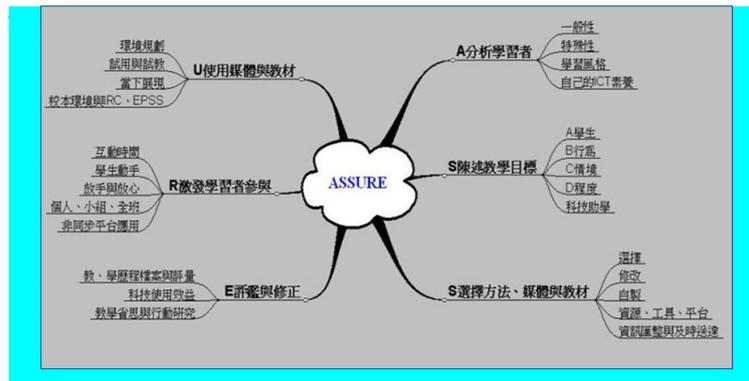
另外，又現代醫學生殖技術、克隆技術及安樂死的應用，導致了社會倫理問題凸現；器官移植與稀有衛生資源分配的矛盾，導致醫學有失公平；高尖的醫療設備及新藥特藥的高額利潤，導致醫學商業化趨向等等。因此，20世紀以來所取得的醫學技術進步，產生了醫學異化的結果。在後現代人文主義學家Carol Rogers開始因而形成了“人本溝通分析技術”的人文理論，這對於醫病爭議衝突問題的解決，也帶來不一樣的討論。

20世紀後期，醫學模式由生物醫學模式向生物——心理——社會醫學模式的轉軌，充分顯示了醫學已開始了新的轉向：即從單純的生物因素方向探索疾病的原因和治療的傾向向社會化、多維度的審視健康和疾病問題轉向；從以疾病為中心向以病人為中心轉向；從純粹的診病治病向兼顧健康教育轉向(Jones &Verghese 2003)。然而，要扭轉長期以來生物醫學模式所形成的思維定勢，有一個痛苦的過程。目前，很多醫生還未充分認識到生物醫學模式的局限性，不理解醫學的本質和價值。就醫學而言，若醫生忽視病人生命的價值、不有利於病人生命的意義和醫學目的，那就是違反倫理當不可能成為真正的好醫師。好醫生應承諾對病人實施最全面的保健。現代醫學模式要求醫生在醫學技術和人文素養中保持平衡，強調一個醫生不僅需要自然科學知識，也需要人文社會科學知識。綜上所述，今日新科技的進步在醫學技術與醫病互動關係模式有了很大的轉變，全人類要求我們對醫學生和醫務人員的培育，應要注重醫學人文教育。

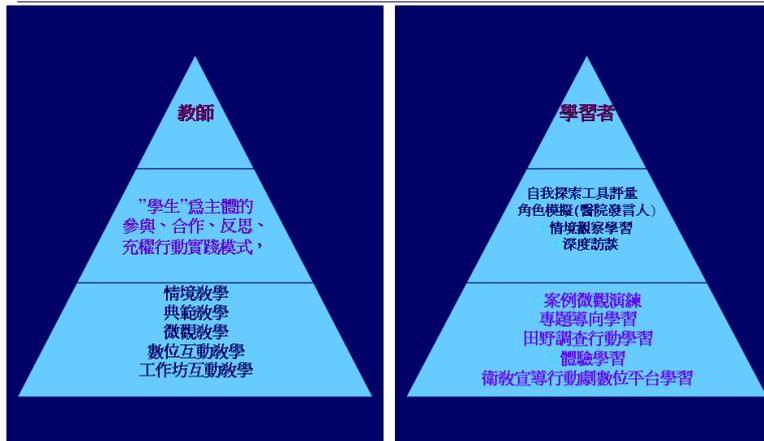
醫學人文教育的教學科技策略

近年來，醫學教育課程改革以來，醫學人文教育從教學面已有了些許成長，但深入去評估人文素養能力的發展，從前後測確實有些改變，但並沒有非常顯著差異。尤其本計劃在醫學人文倫理、社會心理、文化藝術課程與教學發展的過程中，整合歷程還存在一些需要深入和加強的方面。一是醫學人文課程的發展在醫學本位主義孤立、單向，通識學科缺乏支援醫學科際整合間的交流與融合，沒有形成與醫學相關的醫學人文學科群；二是醫學人文教育課程設置多，而人文課程所占空間有限，只占8學分左右。醫學生人文主動參與訓練機會少，人文知識的水準相對較弱；三是醫學人文學科教師嚴重不足，且專業化水準相對較低，系統教學的經驗缺；四是醫學人文學教材不成熟、行政課程委員會功能成為少數人掌控。七，教學目標不明確、不切實；五是在醫學人文教育中，重理論、輕實踐，理論與實踐未達到一致，形成“兩極化”現象，故教學效果很難立竿見影。

ASSURE教學設計模式



教與學活動設計



強化醫學人文、倫理、社會心理、多元文化素養能力教育

一是要充分認識到醫學人文、倫理、社會心理、多元文化素養能力教育在醫學教育中的重要地位〔Campo 2005〕。人是醫學的研究物件，研究人的健康和疾病，不能忽視人類的心理活動與社會環境的影響。在生物——心理——社會醫學模式下，醫務人員只有具備醫學、心理學、倫理學、哲學、醫學史、美學和社會學等多方面的知識，才能成為醫術高超、醫德高尚的醫學人才。因此醫學人文教育是高等醫學教育及繼續醫學教育的必要內容。

二是要加強醫學人文教育的研究。加強人文學科與醫學的交叉融合，形成完整、系統、有機的與醫學相匹配的醫學人文學科群。合理地設置醫學人文學課程和教

學內容，科學地制定醫學人文教育的教學目標、教學大綱。舉大家之力，統一規劃和編寫醫學人文教育教材。

三是要加強醫學人文、倫理、社會心理、多元文化素養能力教師隊伍的建設。各高等醫學院校要成立相應的醫學人文學系，建立專門的醫學人文學教師隊伍。在教師隊伍建設中，可以從人文學科專業人才中選拔，然後進行醫學專業思想的教育，從而打造專門的醫學人文教育的基本教師隊伍。另外，要挑選部分醫學專業教師，分類進行人文學科目的強化培養和訓練，建立醫學人文教育的補充教師隊伍。

四是加強醫學人文倫理、社會心理、多元文化素養教育的研究，改進教學方法，拓寬教育途徑。人文知識是人文素質的基礎，人文學科是集中體現人文倫理、社會心理、多元文化精神的科學體系，在高校已經開設的公共人文社會科學理論課，是高校學生包括醫學生接受人文知識的重要管道。醫學生應該通過哲學、政治經濟學、近現代史、法學等人文學科主要課程，培養自己的人文素質，提升人文精神。這就是充分發揮人文社科類課程培養的基礎作用。

本計畫研究者蒐集二年醫學人文、倫理和社會課程數位教材，計有十一門課程分置成六個主題類別。依據醫學人文教育十一課程六大領域教材類別。

本計畫主要是藉由醫學人文教育發展之行動研究，探討運用醫學人文、倫理、社會文化產物為輔助學習工具能否提升醫學生的學習動機、人文素養能力及成效，期許研究成果能成為未來醫學人文教育環境，或類似模擬情境藝術與人文主義領域教學參考。

本計畫整體在於『醫學人文、倫理與社會』課程與教學的革新，以達到提昇醫學生人文、倫理與社會素養能力的目標。第一年成果進行全面性醫學人文教育課程整合，和數位導向輔助教學網站的建構與創新。主要內容以強化醫學人文與社會文化素養能力的培育課程整合，及有效性教學評量模式建構。整合研究醫學人文教學策略以行動學習與行動研究的方式進行，融入數位科技並立基在『人道主義』精神內涵及多元文化認同的意義化。本計劃將以二年期程紮根為整合發展醫學生的人文、倫理及社會素養能力訓練，並以醫學生涯發展和領導為培育目標。落實以「學生」為中心的學習風格，及 ASSURE 能力導向評量的教學，培育明日醫學生人文素養能力，挑戰未來專業的競爭，儲備醫學專業能量以面對未來新世紀的競爭力。

提昇醫學人文教育計畫—主軸在於「醫學人文、倫理與社會課程與教學之革新」推展，97-98 年執行成果有課程地圖、教學評量研究及創新整合醫學人文新課程架構；教材資料則有醫學人文心理學、醫學生涯與領導、生命倫理微觀模擬人文溝通案例研究及多元文化社區參與健康促進田野行動研究等四個主題數位平台資料庫建置；課程與教材資源整合，由各項教學相關活動；以參與、合作、反思、充權等方式行動進行改革，並以校

園和社區共學模式建構學習型組織及人文藝術行動研究。所有教材及行動成果均公開於本計劃校園社區健康網站：<http://comhealth.kmu.edu.tw>



網站架構圖
<http://comhealth.kmu.edu.tw/>

	教職員&醫學生	社區朋友	社群朋友 & 校友	專業社群
醫學人文&倫理、多元文化和藝術素養能力在高醫醫學系				
首頁	課程&教學	校園&社區	評量 & 研究	健康服務&資源
新聞服務 行事曆 教育 明日良醫 生涯 尊重生命 倫理道德 人文關懷 行動 多元文化 視野	97學年課程表 1.醫學生涯規劃 2.生命倫理 3.醫學人文 4.多元文化 5.影音教材: 數位導向學習 6.學習討論/習題版 7.開成展 96教學資訊(gold權)	新聞活動 服務學習社 區健康生活 促進 社區參與服 務學習手冊	研究工具 學習評量工 具 教育部97計 劃書 國科會96報 告 國科會95報 告 文獻相關	健康生活資訊 兒童及青少年 成人 醫師專家網路 諮詢 醫學系志工之醫 護e醫姐 數位典藏資料庫 圖書期刊資料庫 活動影像資料庫 行動合作機 構網站連結 推薦網站連結

本計劃將以 ASSURE 模式進行整合評估，以符合成果執行報告。

1 醫學生特性分析

醫學生特性：以醫學系一年級(M96)的新鮮人為探究對象，全面以醫學生為主體性的課程建構討論；由醫學認識生涯範疇，新鮮人階段醫學生，學習能力充足，對新事物充滿好奇心，並且在醫昏人文社會教育閱讀、閱圖、區域統合、知能方面初步開發，以及其理解能力方面有一定的水準。

人文素養能力評估：前測探索新鮮人的醫學生，即來自高中教育的人文素養能力評估，聚焦個體對於人、事、物的知識與先前經驗的了解。後測則以醫學人文、倫理與社會教育，經由醫學人文和社會大眾媒體教育等接收過相關醫學人文知識並有學理基礎的認知；且對於整合醫學生涯、心理、社會、倫理和文化藝術的教育有基本的認識學習及興趣後的評估。

2. 醫學人文、倫理與社會目標

第一年完成醫學人文、倫理與社會的教學行動研究活動，旨在書寫教學目標，期許學生能夠：

- 1、能理解界定醫學人文、倫理與社會教育未來所處醫師生涯的位置及意義化。
- 2、能探究思考醫學人文、倫理與社會科學特有的一些多元文化特色。
- 3、能再反思醫學人文、倫理與社會課程內容，在文史、文化藝術歷程中的行動記錄。
- 4、能建立學生對醫學人文、倫理與社會課程的基礎研究的認識和興趣。
- 5、能比較現代與傳統社會中的差異並理解其差異性。
- 6、能對醫學人文素養能力的基礎認識，藉由參與、反思、合作、充權過程解構，並提出再建構自我知能。

3. 數位化課程網站建構

運用科技媒體為學生提供較為生動且能與現實生活結合教學活動，並充分引發學生對於多元文化族群、社區部落健康促進的興趣，運用了有相關的教學內容的有聲影碟媒體，使同學經由行動參與、演練對話片段，引發微觀或體驗產生興趣；然後運用投影片、圖像、影音多媒體教材，輔以醫學和不同領域教師對於醫療人文社會科學和多元文化研究領域的講解，主要知識內容包含全方位的人文藝術文化的通識教育為主，行動體驗以人類生命為主體關懷的核心素養訓練。最後，參閱課程網站資料，可選取相關課程教學行動的資料，以及醫學人文、倫理與社會文化的代表性照片，結合電腦輔助教學媒體〈Power Point〉，以貼近真實的課程方向呈獻，以其建立醫學生一個完整行動檔案庫含括：四個主題課程教和學習歷程影像、文字、圖片的醫學人文行動視野觀察。

4. 多媒體與教材

首先由課程地圖引言說明醫學人文教育進行的大概方向，並由公廳會方式激盪同學對醫學人文教育的認識。然後進入不同主題課程的開設，不同主題邀請的專家其教學行動則以影音檔案剪輯保存。學期或課程單元結束均可持續討論或放映學習，課後或期末則請小組同學提問、發表討論結果；對於單元心得或是否有問題要提出均可在平台互動。或對議題討論哪些地方印象深刻，然後交流或教師可加以回應講解；然後便是針對議題方面設計反思問題、案例來介紹衝突點、思考問題解決。

運用案例演練製成：DVD(22次 x 20分鐘)或投影片的討論大綱，或逐項介紹”人本”溝通分析對話的語言，及整合醫療爭議的倫理準則溝通分析的語言部分約十分鐘左右影音教材；再來，便是剪輯內容針對的案例研究發展來做一個詳細的討論和分析，同樣這部分也是使用投影媒體，最後結合一些大家對生命倫理準則的普遍認知建構內容分析研究。

多媒體教材重點式的介紹不同醫學人文教育課程；例如多元文化視野的服務助人技巧課程，呈現如何運用在原住民部落社區、族群，健康生活田野調查之行動資料。此部分影音資料例如：有 1.) 田野行動有健康促進座談會(約3次 x 120分鐘)；2.) 部落飲食文化田野焦點團體訪談；3.) 健康教育行動劇；由 e 醫哥/醫姐提供給小學生的教學活動則；最後，就是補充一些人文關懷教與學活動的圖片，輔以精簡的介紹，97-98 完成 8 門課程四大議題講授的影音部分 48 單元，第一年成果總講授課程整合為四門約 8 個學分。

5. 教與學習者的合作參與行動

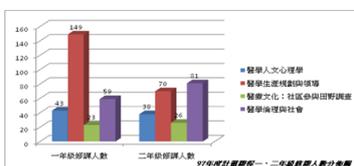
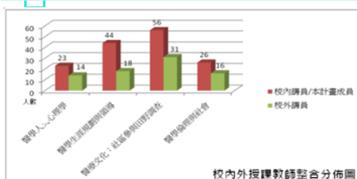
行動研究主要是由教者、學習者和研究者共同合作，把合作學習融入數學教學中，使學生喜歡學習，獲得有意義的醫學人文、倫理和社會的素養知識，提高師生互動、同儕互動、學生的學習動機、學習成就，具備合作及溝通的人際關係。首先依醫學人文素養研究目的編製所需的研究工具，為落實研究、改善教學，以研究者所任教的班級學生為研究對象。研究採行動研究的形式，配合測驗、晤談、問卷調查及文件紀錄等方法來蒐集資料並進行分析與討論。

例如：學習者可主動學習發表對於網站內的講授內容提出感想或疑問，或針對網站案例微觀評論、田野調查行動、臨床領導力觀察和工作坊小組合作學習內容等進行討論、批

判比對和意見發表。然後請同學交叉討論，推論出可能的解答，最後再由課程設計和教學老師一一針對問題解答，並以期此過程能建立學生對醫學人文行動、健康生活的正確觀念，且經由數位平台討論和課程網站視聽覺經驗的分享，加深同學對醫學人文社會科學研究的認識。

實踐行動

計劃參與校外內授課教師分佈圖



參與醫學人文課程修課人數分佈圖

98年校園與社區共學參與人數分佈圖



本計劃參與共學總人數有1661人

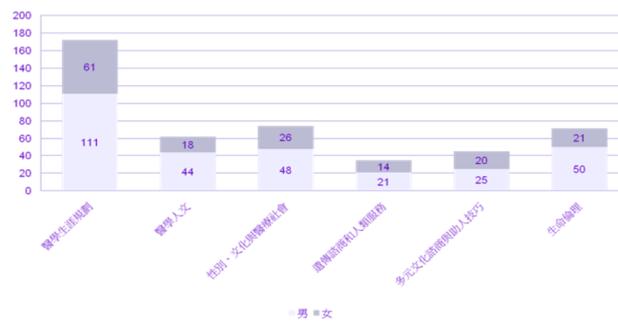
98學年上學期課程修課人數

課程名稱	授課對象	修課人數					
		男	女	總	醫學系	外系	總
醫學生涯規劃	醫學系學生	111	61	172	172	0	172
醫學人文	醫學系學生	44	18	62	55	7	62
性別、文化與醫療社會	全校學生	48	26	74	67	7	74
遺傳諮詢和人類服務	醫學系學生	21	14	35	27	8	35
多元文化諮詢與助人技巧	全校學生	25	20	45	39	6	45
生命倫理	全校學生	50	21	71	66	5	71

98學年下學期課程修課人數

課程名稱	授課對象	修課人數					
		男	女	總	醫學系	外系	總
普通社會學	醫學系學生	55	29	84	84	0	84
醫學心理學	全校學生	14	3	17	16	1	17
專業領導力	全校學生	8	1	9	8	1	9
醫療文研究：質性研究法	全校學生	7	7	14	2	12	14

98學年度上學期計劃六門課程修課人數圖表：



98學年度下學期計劃四門課程修課人數圖表：



醫學系開放予外系共學修課狀況

98學年下學期醫學系與外系修課學生



6. 評鑑與修正

第一年整合計劃評估將由研究團隊主持人合作觀察學生在教學過程中的參與及反應熱烈程度來討論，並評鑑教學媒體的選擇及教學活動運用是否恰當，再藉由學生焦點團體討論過程及結果的效能性，來判斷學生對教授內容的吸收程度，接著期末便是經由學習心得提出的建議，整合修課同學意見查閱個別留言相關資料，來輔助課程教材或學習尚／不足的地方，然後回到課堂互動經驗分享，以期獲得更符合醫學人文社會藝術化的行動學習經驗知識。

評估與修正

- **評估學習者在人文素養能力的變化**
 - 心理社會能力
 - 測驗時間點對於心理社會分量表總分影響達顯著($F= 21.638, p < .001$)，後測平均分數顯著高於前測。
- 電腦使用習慣分析
 - 學校與測驗時間點的交互作用對於電腦使用問卷的影響達顯著($F= 3.097, p < .05$)
- **修正課程內容整合與教學行動策略**
 - 醫學院學生需要更多走出教室、到社區服務學習、與不同文化人群互動實際經驗.....

結語

本計畫從醫學人文、倫理與社會教育核心觀念的建立、課程的完整規劃、教材的編撰、教學方法的改進、教學評量、人文素養品質的提昇、數位媒體環境的改善、社區與校園共學策略聯盟的建置、人文健康生活多元文化空間的營造、課程整合的實施，建立具有特色之醫學人文社會教育實施模式，並提供此數位科技整合模式供醫學院實施人文素養教育之參考。

【未經檢查的生活不值得去過!.....蘇格拉底】

期許從人文關懷出發-----走向不斷成長之路。

本計劃團隊感謝教育部顧問室的指導與經費贊助。其次是感謝參與本計劃的校內外醫師、老師們及機關團體組織、社區部落所有朋友們對計劃實施的支援及對我們醫學生的教導及協助。

敬請指教!

研究團隊成員們最後的建言

身為計劃執行者、作者的研究團隊成員的我們都認為我們的計劃是未完成的計劃，我們還要再繼續投注心力在未來。研究者常期待能有戲劇化的”數字來說話”；告訴大家有效、有顯著差異的轉變。

假設”無重大改變”就會認為是無效的，尤其當我們量化評估人的素養能力時，改變量的大小不必然有意義。但更重要的是參與者的自覺，當一個人願意一步一步持續不斷的成長時，第一步的意義就更深遠了。同樣的，我們也相信教育工作者如能從自己本身行動起，儘其所能改變想法、感受和做法在教育上，開放同時的教與學則可再創新思維。因此，當人願意利他時 自我設限時，連續的行動將可無限增能，當教者及學習者合作互動共學即可成長。所以，人文行動吧!

高雄醫學大學醫學人文、倫理社會教育課程改進計畫，擬以二年期程，對本院醫學人文教課程進行全面的探討與創新，以強化醫學專業與人文素養培育的整合及有效性，行動學習與研究方式融穿人道主義內涵及意義化，發展醫學人文、倫理能力的深根化及仁杏的良醫為培育目標，落實以學生為中心的學習及能力導向的教學，培育醫學生素養能力能挑戰未來專業的競爭足以面對新世紀的能力。

本計畫課程曾在 96 學年度藉由『醫學人文公廳會』的師生公開對談聚焦討論，(詳如附件一)形成有關醫學人文、倫理課程和通識中心的課程教學目標聚焦整合意見與共識；分別就醫學、人文、倫理三大內涵進行六大目標進行整體規畫與實施：

發展良醫/人文素養能力導向的醫學人文、倫理核心課程。

課程規劃具人道主義精神的醫學人文、倫理學程，促進醫學教育改革以人為本，重視人類主體的生命價值。

深耕醫學人文教育，培育學生主動學習、人本關懷提昇自我了解人類社會的能力。

推展醫學人文行動實習課程，讓醫學生從社區服務的參與中，了解多元文化不同群體觀察體驗學習。並引導學生行動研究的服務學習之路。

藉由網路平台輔助學習；教材檔案上網，再造反思的機會及合作互相討論學習分享的空間。

1. 計劃課程介紹

建 構社 醫會 學課 人程 文教 、 學 倫發 理展 與計 畫	教材名稱	課程名稱		計劃主持人
	醫學人文心理學 97年執行中	醫學人文	97上	賴春生、駱慧文、 蔡篤堅、謝臥龍
醫學生涯與領導 97年執行中 追求自我築夢踏實-成為領袖 群倫的明日醫師	醫學生涯規劃	97上	楊瑞成、謝臥龍	
	專業領導力	97下	駱慧文、莊勝發、 張松山、孫仲山	
醫療文化： 社區參與田野調查 97&98年規劃中	多元文化諮商 與助人技巧	97上	鐘飲文、駱慧文、 黃旼儀、黃志中、 謝臥龍	
	醫療文化研究	97下		
醫學倫理與溝通藝術 97年執行中	生命倫理	97上	賴春生、駱慧文、 黃志中、莊維周、 陳武忠	
	人際關係 溝通藝術	98上		
遺傳諮商與人類服務 97&98年規劃中	遺傳諮商與 人類服務	98上	鍾育志、駱慧文、 洪志秀、張珩	
性別、文化與醫療社會 97&98年執行規劃中	普通社會學	97下	林志隆、駱慧文、 蔡篤堅、謝臥龍	
	性別、文化與醫療社會	98上下		

II. 97上計劃整合目標

建 構社 醫會 學課 人程 文教 、 學 倫發 理展 與計 畫	教材名稱	課程名稱	教學目標
	醫學生涯規劃 追求未來：築夢踏實	醫學生涯規劃	1. 擴展自我生涯覺察和探索生命；如何在專業成功發展 2. 激發自我探索人格特質 v 性向√興趣思考未來明日醫師的 role . 3. 參與行動在進行規劃專業生涯目標 4. 檢查自己醫學生涯的選擇及如何達成
	醫療文化：醫病溝通	多元文化諮商：諮商 助人技巧	形塑良醫人文素養的價值與態度，讓學生體驗人的主體性、建構認知於重視「人的主體」在醫療的過程，而不只是只有「疾病的主體」。
		醫學人文	
	醫學倫理： 微觀溝通分析技巧	生命倫理	期許學習者探究內在自我與外在人類主體其價值觀的形成；和如何人本溝通並以批判思考問題解決為生命倫理判斷準則為依據。

建 構社 醫會 學課 人程 文教 、學 倫發 理展 與計 畫	計劃教材名稱	課程名稱	計劃主持人
	追求自我築夢踏實-成為明日良醫	1. 醫學生涯規劃 修課人數 - 175 人	楊瑞成、駱慧文 張松山、林志隆
	多元文化醫病關係面面觀	2 多元文化諮商:諮商助人技巧 修課人數 - 35 人	鍾飲文、駱慧文 黃啟儀、莊勝發
		3. 醫學人文 修課人數 - 40 人	
	醫學倫理:微觀溝通藝術	4. 生命倫理 修課人數 - 60 人	賴春生、駱慧文 莊勝發、黃志中

97 年下

建 構社 醫會 學課 人程 文教 、學 倫發 理展 與計 畫	計劃教材名稱	課程名稱&修課人數	計劃主持人
	醫學心理學 97 年執行中	醫學人文 修課人數 - 36 人	賴春生、駱慧文 蔡篤堅、謝臥龍
	醫學生涯與領導 97 年執行中	醫學生涯規劃 修課人數 - 180 人	楊瑞成、張松山 莊勝發、駱慧文 孫仲山
	醫療文化研究： 社區參與田野調查 98 年執行中	多元文化諮商與助人技巧 修課人數 - 35 人	鍾飲文、駱慧文 黃啟儀、黃志中 謝臥龍
	醫學倫理與溝通藝術 97 年執行中	生命倫理 修課人數 - 60 人	賴春生、駱慧文 黃志中、莊維周 陳武忠

本計劃第一年針對台灣醫學人文教育課程發展，與教學改革的中程綱要計畫：主要工作以醫學人文相關課程和教學建立收集網站；但期刊引文索引建立資料庫，並分析各期刊被科學教育學者引用之頻率。目前醫學與人文社會科學教育相關之資料庫（如「醫學科學與人文社會科學教育資訊系統 Edd Online 教育論文線上資料庫」）大都能夠提供文獻摘要或全文資料的查詢功能。然而較為完全的資料庫管理系統，還應包含引文索引資料庫，而引文索引資料庫之長期建立除了可以對於國內科學教育相關學術期刊的影響力進行分析之外，更能夠透過索引網絡分析對於國內科學教育學術社群的互動生態深入瞭解。所以建立國內科學教育文獻長期資料庫管理系統極具學術研究價值。

醫學人文課程&教學行動

宗旨：

■本計劃醫學人文課程改進，主要致力於人文素養、倫理、多元智慧能力的培育，藉由研究評估進行課程整合及教材編製，以促進醫學教學和服務的品質。

■

主要行動是從醫學人文教育本質和範疇深入探討；研擬教學策略，藉由數位導向的互動溝通形式，建構與社區共學的學習型組織平台系統。

■以”學習者”為中心的教學活動設計；並統整課程內相關的議題，以田野實務應用和演練的方式進行行動學習，藉由共學系統進行數位教材製作，和提供互動、加深輔助個體反思學習。旨在促進醫學生人文素養的知能反應、態度和行動成長。

計劃目標：

■計劃的課程主要是培育明日專業人才的人道主義精神、人文溝通分析技巧和知能，儲備未來醫師在全人服務的品質與能力。

■本計劃的教學行動目標，將以多元模式漸進的方式進行醫學人文教育改革，尤其是針對傳統學習者應付考試的學習風格，更是須要改變策略來進行教育。因此，教學策略是不用考試來評量，完全以可促使學習者積極主動參與體驗行動為主。學習者須從小組合作、田野研究、案例研究、觀察法、深度訪談和參與體驗、微觀演練等方式來學習，作為評分的標準。在所有課程中導入網頁為輔助工具，此 Web 為了提昇教與學的效能。尤其是即時回饋教學的空間的平台應用，應是計劃的重要工具。

參與對象：

■本計劃醫學人文教育研究活動，將以醫學系一、二年級學生為主；參與者包含：教師、研究生、醫師、病人/弱勢及社區民眾等共學行動成長。

計劃進行課程：

■本計劃課程改進，則有醫學人文、生命倫理、人文心理學、社區參與健康促進、多元文化觀點；助人技巧、專業領導力和醫療文化研究等課程進行整合。相關教學者則以醫療人員、教授學者、專家、特殊處境的病人、國際學術和公共論壇參與者為主。

■參與共學者，將以從事人類健康服務、臨床醫療工作者為主。目的儲備明日醫學生在醫學人文、倫理、文化能力的增進，和健康科學、科技理解與實際應用的能力。期許未來執業時能更有效呈現以”人”為本尊重態度和行動。強化專業人才在人文主義或人道主義思想的提昇與開拓，促進生物醫學和人文社會科學知識整合。跨學科、跨專業學術研究，教學和服務。建構相關教學資源和社區網絡連結，讓醫學專業教育的課程制定及

專業發展，可以更有效的提昇醫療品質在未來。

『ASSURE』課程設計模式：

『ASSURE』課程設計模式：

■ ASSURE教學設計模式，以系統化步驟進行數位網路融入教學之課程設計，以案例研究模式演練呈現實務，預計達成下列目標：

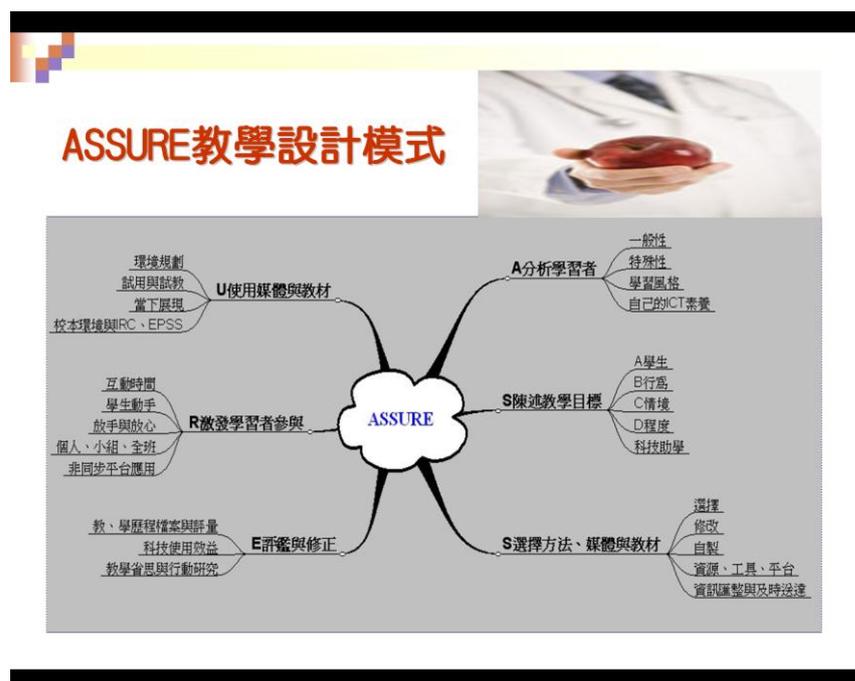
1. 整合校園與社區各項資源與支援，協助各領域教師進行數位導向輔助多媒體融入教學。
2. 以學習者為中心的課程設計，並配合田野行動參與實作與討論，體驗反思合作共學分享教學檔案，實踐知識管理。
3. 創新教學多樣性，以強化網路行動和演練互動溝通平台教育。

References :Heinch, Molenda, Russell, Smaldino (1996) Based on [Gagne's Events of Instruction](#)

■ASSURE 教學設計模式，以系統化步驟進行數位網路融入教學之課程設計，以案例研究模式演練呈現實務，預計達成下列目標：

- 1. 整合校園與社區各項資源與支援，協助各領域教師進行數位導向輔助多媒體融入教學。
- 2. 以學習者為中心的課程設計，並配合田野行動參與實作與討論，體驗反思合作共學分享教學檔案，實踐知識管理。
- 3. 創新教學多樣性，以強化網路行動和演練互動溝通平台教育。

ASSURE 教學設計模式



整合 ASSURE 模式的教學設計：

- 系統化教學設計模式。
- 據學生的預期行為來敘寫教學目標，作為系統化教學設計理念的 ...
- 一、整合 ASSURE 模式。一般教室的教學情境下使用媒體教學。

計畫成員資料表

(一) 計畫成員整體列表

所屬學校	系所	姓名	職稱	計畫中的角色
高雄醫學大學	醫學院	賴春生	院長	<input checked="" type="checkbox"/> 計畫主持人 <input type="checkbox"/> 協同主持人 <input type="checkbox"/> 授課教師 <input type="checkbox"/> 其他：
高雄醫學大學	醫學系	駱慧文	助理教授	<input type="checkbox"/> 計畫主持人 <input checked="" type="checkbox"/> 協同主持人 <input checked="" type="checkbox"/> 授課教師 <input type="checkbox"/> 其他：
高雄醫學大學	醫學系	楊瑞成	教務長	<input type="checkbox"/> 計畫主持人 <input checked="" type="checkbox"/> 協同主持人 <input type="checkbox"/> 授課教師 <input type="checkbox"/> 其他：
高雄醫學大學	醫學系	鍾飲文	教授	<input type="checkbox"/> 計畫主持人 <input checked="" type="checkbox"/> 協同主持人 <input type="checkbox"/> 授課教師 <input type="checkbox"/> 其他：
高雄醫學大學	醫學系	林志隆	教授	<input type="checkbox"/> 計畫主持人 <input type="checkbox"/> 協同主持人 <input checked="" type="checkbox"/> 授課教師 <input type="checkbox"/> 其他：
高雄醫學大學	醫學系	趙美琴	副教授	<input type="checkbox"/> 計畫主持人 <input type="checkbox"/> 協同主持人 <input checked="" type="checkbox"/> 授課教師 <input type="checkbox"/> 其他：
高雄醫學大學	醫學系	黃昉儀	助理教授	<input type="checkbox"/> 計畫主持人 <input type="checkbox"/> 協同主持人 <input checked="" type="checkbox"/> 授課教師 <input type="checkbox"/> 其他：
高雄醫學大學	心理系	莊勝發	助理教授 講師	<input type="checkbox"/> 計畫主持人 <input type="checkbox"/> 協同主持人 <input checked="" type="checkbox"/> 授課教師 <input type="checkbox"/> 其他：
高雄師範大學	工業教育研究所	張松山	博士生 講師	<input type="checkbox"/> 計畫主持人 <input type="checkbox"/> 協同主持人 <input checked="" type="checkbox"/> 授課教師 <input type="checkbox"/> 其他：
高雄師範大學	性教育研究所	謝臥龍	副教授	<input type="checkbox"/> 計畫主持人 <input type="checkbox"/> 協同主持人 <input checked="" type="checkbox"/> 授課教師 <input type="checkbox"/> 其他：
高雄縣衛生局 高雄師範大學	衛生局長 性教育研究所	黃志中	局長 助理教授	<input type="checkbox"/> 計畫主持人 <input type="checkbox"/> 協同主持人 <input checked="" type="checkbox"/> 授課教師 <input type="checkbox"/> 其他

(二) 計畫主持人、協同主持人與師資資料表

(各計畫成員一人一表，每人至多不超過三頁)

中文姓名	賴春生	英文姓名	Chung-Sheng Lai	
出生年月日	1952.04.09	性別	男	
主要學歷				
畢業學校	國別	主修學門系所	學位	起迄年月
高雄師範大學	台灣	成人教育	博士	2001~2004
中山大學	台灣	EMBA	碩士	1998 ~ 2000
高雄醫學大學	台灣	醫學系	學士	1970 ~ 1977
與本計畫主題相關之授課經歷				
系所	課程名稱	職稱	起迄年月	
醫學系	生命倫理	教授、醫學院院長	96/09 迄今	
醫學系	美神醫學美容	教授、醫學院院長	95/09 迄今	
醫學系	醫學人文	教授、醫學院院長	96/09 迄今	
主要學術著作與得獎紀錄 (包括：期刊論文、專書及專書論文、研討會論文等，請特別就過去對本主題之教學研究成果提出說明)				

中文姓名	楊瑞成	英文姓名	REI-CHENG YANG	
出生年月日	1954 年 02 月 25 日	性別	男	
主要學歷				
畢業學校	國別	主修學門系所	學位	起迄年月
東京大學醫學部大學院	日本國	第二臨床醫學 (小兒科)	醫學博士	1985/04 至 1989/03
高雄醫學院	中華民國	醫學系	學士	1972/09 至 1979/06
與本計畫主題相關之授課經歷				
系所	課程名稱	職稱	起迄年月	
醫學系	小兒科	教授且兼 任教務長	2005/08 至今	
醫學系	醫學生規劃	教授	2006/09 至今	
醫學系	專業領導力	教授	2006/09 至今	
主要學術著作與得獎紀錄 (包括：期刊論文、專書及專書論文、研討會論文等，請特別就過去對本主題之教學研究成果提出說明)				

中文姓名	鍾 飲 文	英文姓名	CHONG INN WEN	
出生年月日	中華民國	性別	男	
主要學歷				
畢業學校	國別	主修學門系所	學位	起迄年月
高雄醫學院	中華民國	醫學系	醫學士	自 1975/ 09 至 1982/06
與本計畫主題相關之授課經歷				
系所	課程名稱	職稱	起迄年月	
呼吸治療學系	呼吸治療學	系主任兼通識中心主任	自 2007/ 01 迄今	
醫學系	生命倫理	教授	2006/09	
醫學系	醫療文化研究	教授	2006/09	
醫學系	多元文化觀點助人技巧	教授	2006/09	
醫學系	醫學人文	教授	2006/09	
主要學術著作與得獎紀錄（包括：期刊論文、專書及專書論文、研討會論文等，請特別就過去對本主題之教學研究成果提出說明）				

中文姓名	駱慧文	英文姓名	Lo. Huei- Wen Angela	
出生年月日	45年9月20日	性別	女	
主要學歷：				
畢業學校	國別	主修學門系所	學位	起迄年月
美國辛辛那提大學	美國	教育心理學 & 性別研究 & 教課程 與教學 (Interdisciplinary Doctor Program)	博士	1999/08 至 2005/06
美國辛辛那提大學	美國	教育心理學	碩士	1986/08 至 1990/06
美國辛辛那提大學	美國	婦女研究	碩士	1988/08 至 1990/06
與本計畫主題相關之授課經歷				
系所	課程名稱	職稱	起迄年月	
1. 高醫醫學系	醫學人文	助理教授	自 2006/09 至迄今	
2. 高醫醫學系	生命倫理	助理教授	自 2006/09 至迄今	
3. 高醫醫學系	醫學生涯規劃	助理教授	自 2006/09 至迄今	
4. 高醫醫學系	醫療文化研究	助理教授	自 2006/09 至迄今	
5. 高醫醫學系	專業領導力	助理教授	自 2006/09 至迄今	
6. 高醫醫學系	醫學心理學	助理教授	自 2006/09 至迄今	
7. 高醫醫學系	多元文化觀點助人技巧	助理教授	自 2006/09 至迄今	
8. 高醫醫學系	社區參與健康營造	助理教授	自 2007/11 至迄今	
9. 高醫醫學系	★遺傳基因諮商與人類服務	助理教授	自 2009/09 至迄今	
10. 高醫醫學系	★性別、文化與醫療社會	助理教授	自 2002/09 至 2006	
11. 高醫心理系	教育心理學	助理教授	自 2006/2008	
12. 高雄心理所	生涯諮商研究	助理教授	自 2007/2008	
13. 高雄大學	性別、文化與社會	助理教授	自 2003/至今	
14. 高雄大學	生涯規劃	助理教授	自 2003/至今	
15. 高雄大學	多元文化觀點助人技巧	助理教授	自 2003/至今	
16. 高雄大學	人際關係	助理教授	自 2003/至今	
17. 高雄大學	兩性關係	助理教授	自 2003/至今	
18. 高雄大學	專業領導力	助理教授	自 2003/至今	
19. 高雄第一科技大學	性別、文化與社會	助理教授	自 2002/至 2006	
20. 高雄第一科技大學	兩性關係	助理教授	自 2002/至 2006	
主要學術著作與得獎紀錄 (包括：期刊論文、專書及專書論文、研討會論文等，請特別就過去對本主題之教學研究成果提出說明)				

中文姓名	謝臥龍	英文姓名	Shieh Vincent
出生年月日	42年6月10日	性別	男
主要學歷：			
畢業學校	國別	主修學門系所	學位
美國辛辛那提大學	美國	課程與教學系 (Interdisciplinary Doctor Program)	博士
淡江大學	中華民國	德國語文系	學士
與本計畫主題相關之授課經歷			
系所	課程名稱	職稱	起迄年月
國立高雄師範大學 通識教育中心	性/別校園 Gender & Sexuality in schooling	副教授	(2009-迄今)
國立高雄師範大學 性別教育研究所	性別暴力研究 Studies in Gendered Violence	副教授	(2008-迄今)
國立高雄師範大學 通識教育中心	族群與文化 Race and Culture	副教授	(2008-迄今)
國立高雄師範大學 性別教育研究所	男性研究 Studies in Men	副教授	(2000-迄今)
高雄醫學大學 心理系	多元文化諮商 Multicultural Counseling	副教授	(2004-迄今)
國立高雄師範大學 性別教育研究所	性別與人類發展 Gender & Human Development	副教授	(2004-迄今)
國立高雄師範大學 性別教育研究所	性別教育教學策略研究 Studies in Teaching Strategy in Gender Education	副教授	(2003-迄今)
國立高雄師範大學 性別教育研究所	性別教育專題討論 Seminar of Gender Education	副教授	(2001-迄今)
國立高雄師範大學 性別教育研究所	同性戀研究 Studies in LesBiGay	副教授	(2001-迄今)
國立高雄師範大學 性別教育研究所	質的研究法 Qualitative Research Method	副教授	(2001-迄今)
國立高雄師範大學 性別教育研究所	女性主義理論研究 Studies in Feminist Theories	副教授	(2001-迄今)
國立高雄師範大學 成人教育研究所 (在職專班)	多元文化教育研究 Studies in Multicultural Counseling	副教授	(2000-迄今)
國立高雄師範大學	性別心理學研究	副教授	(2000-迄今)

性別教育研究所	Studies in Gender Psychology		
國立高雄師範大學 性別教育研究所	男性研究 Studies in Men	副教授	(2000-迄今)
高雄醫學大學 通識中心	兩性、文化與社會 (遠距教學) Gender、culture and Society	副教授	(1998-2002)
國立高雄第一科技大學 通識中心	兩性、文化與社會 (遠距教學) Gender、culture and Society	副教授	(1998-2002)
國立高雄第一科技大學 通識中心	男與女：兩性關係 (遠距教學)	副教授	(1998-2002)
國立高雄師範大學 輔導與諮商研究所	青少年研究	副教授	(1997)
高雄醫學大學 心理系	教育心理學	副教授	(1995-2000)
高雄醫學大學 心理系	性別與兩性心理學	副教授	(1995-2000)
國立高雄師範大學 輔導與諮商研究所	兩性心理與諮商研究	副教授	(1995-2002)
高雄醫學大學 心理系	文化人類學	副教授	(1993-2000)
高雄醫學大學 心理系	團體諮商	副教授	(1993-1994、1997-2000)
高雄醫學大學 心理系	人際溝通	副教授	(1992、1995-2000)
高雄醫學大學 心理系	生涯諮商	副教授	(1992-2000)
高雄醫學大學 心理系、行科所	團體諮商	副教授	(1992-1993)
高雄醫學大學 醫社系	文化人類學	副教授	(1992-1993)
高雄醫學大學 心理系、醫社系	諮商理論與技巧	副教授	(1992-1993)
高雄醫學大學 護理系	教學原理與技巧	副教授	(1991-1993)
高雄醫學大學 通識中心	生涯規劃	副教授	(1991-1993)
高雄醫學大學 心理系	思考與問題解決	副教授	(1991)
主要學術著作與得獎紀錄 (包括：期刊論文、專書及專書論文、研討會論文等，請特別就過去對本主題之教學研究成果提出說明)			

中文姓名	趙美琴	英文姓名	Mei-Chyn Chao
出生年月日	36年11月7日	性別	女
主要學歷：			
畢業學校	國別	主修學門系所	學位
高雄醫學院	中華民國	醫學系	醫學士
起迄年月 1966/10 ~ 1973/06			
與本計畫主題相關之授課經歷			
系所	課程名稱	職稱	起迄年月
1. 高醫 醫學系醫學遺傳學科碩士班	遺傳疾病診斷學	副教授	自 2004 /02 至迄今
2. 高醫 醫學系	醫學遺傳學	副教授	自 2004 /02 至迄今
3. 高醫 醫學研究所碩士班	遺傳學概論	副教授	自 2003 /02 至 2004
4. 高醫 醫學系	成長發育與生理恆定— 人類細胞遺傳學、染色體分析技術、代謝性疾病	副教授	自 2005 /10 至迄今
5. 高醫 醫學系醫學遺傳學科碩士班	人類遺傳學特論	副教授	自 2006 /09 至迄今
6. 高醫 生物醫學檢驗學系	醫學遺傳技術	副教授	自 2003 /09 至迄今
7. 高醫 護理學系碩士班	罕見遺傳疾病及遺傳諮詢	副教授	自 2003 /09 至迄今
8. 高醫 護理學系	遺傳疾病與遺傳諮詢	副教授	自 2002 /09 至迄今
9. 成大 護理學系	代謝性疾病	副教授	自 2005 /09 至迄今

中文姓名	黃旻儀	英文姓名	Ming-Yii Huang	
出生年月日	1963 年 12 月 11 日	性別	女	
主要學歷				
畢業學校	國別	主修學門系所	學位	起迄年月
高雄醫學大學	中華民國	醫學研究所博士班	就讀中	2006/09 迄今
高雄醫學大學	中華民國	藥學研究所碩士班	理學碩士	2001/09 至 2005/06
高雄醫學大學	中華民國	學士後醫學系	醫學士	1986/09 至 1991/06
高雄醫學大學	中華民國	醫學技術學系	理學士	1982/09 至 1986/06
與本計畫主題相關之授課經歷				
系所	課程名稱	職稱	起迄年月	
.高醫醫學系	.醫學生涯規劃	.助理教授	.2007/07 迄今	
.高醫醫學系	.生命倫理	.助理教授	.2007/07 迄今	
.高醫醫學系	.多元文化觀點助人技巧	.助理教授	.2007/09 至迄今	
主要學術著作與得獎紀錄（包括：期刊論文、專書及專書論文、研討會論文等，請特別就過去對本主題之教學研究成果提出說明）				

·中文姓名	·張松山	·英文姓名	·Sung-shan Chang	
·出生年月日	·52.09.03	·性別	·男	
·主要學歷				
·畢業學校	·國別	·主修學門系所	·學位	·起迄年月
·中山大學	·中華民國	·人力資源管理研究所	·碩士	·91.09~93.06
·高雄師範大學	·中華民國	·工業科技教育學系研究所 ·博士班	·博士生	·97.09~
·與本計畫主題相關之授課經歷				
·系所	·課程名稱	·職稱	·起迄年月	
·高醫醫學系	·醫學生涯規劃	·講師	·2008/07 迄今	
·高醫醫學系	·專業領導力	·講師	·2008/07 迄今	
·高醫醫學系	·多元文化觀點助人技巧	·講師	·2007/09 至迄今	
·美和技術學院企管系	·管理學	·講師	·96.02~96.06	
·美和技術學院企管系	·科技管理	·講師	·96.09~97.01	
·美和技術學院企管系	·企業成功人物分析	·講師	·97.09~98.01	
·美和技術學院企管系	·人力資源管理學	·講師	·98.02~	

97 學年度開設課程資料表

(一) 開設課程整體列表

97 學年度第一學期

課程名稱	授課教師	開課單位	修課學生			必修 選修 通識	學分 修數	新開 續開
			系所	年級	人數			
醫學人文	賴春生 莊勝發 駱慧文	醫學系	醫學系	1	42	選修	2	續開
醫學生涯規劃	楊瑞成 林志隆 張松山 駱慧文 謝臥龍	醫學系	醫學系	1	179	通識	2	續開
諮商與助人技巧： 多元文化觀點	鍾飲文 黃旻儀 駱慧文 黃志中	醫學系	醫學系	1	35	選修	2	續開
生命倫理	陳武宗 駱慧文 莊維周 黃志中	醫學系	醫學系	1	60	必修	2	續開

97 學年度第二學期

課程名稱	授課教師	開課單位	修課學生			必修 選修 通識	學 分 數	新開 續開
			系所	年級	人數			
專業領導力	楊瑞成 駱慧文 林志隆	醫學系	醫學系	1	40	選修	2	續開
普通社會學	駱慧文 黃志中	醫學系	醫學系	2	80	必修	2	續開
醫學心理學	鍾飲文 莊勝發 駱慧文	醫學系	醫學系	2	39	選修	2	續開
醫療文化研究 質性研究法	賴春生 駱慧文 謝臥龍	醫學系	醫學系	2	14	選修	2	續開

四、計畫內外部整合分析

■計畫目標:藉由『醫學人文、倫理與社會』課程與教學的革新，以促使醫學生人文、倫理與社會素養能力的提昇為主要目的。

第一年成果擬進行全面性醫學人文教育課程整合,和數位導向輔助教學網站的建構與創新。

主要內容以強化醫學專業與人文素養培育，課程整合建構及有效性教學評量。教學策略以行動學習與研究的方式進行，融入『人道主義』精神內涵及多元文化認同及意義化。

■發展醫學人文、倫理和社會文化能力紮根工作，並以醫學生涯發展和領導為培育目標。落實以「學生」為中心的學習風格，以 ASSURE 系統化導向的評量教學，培育明日醫學生人文素養能力，挑戰未來專業的競爭，儲備醫學生專業能量以面對未來新世紀的競爭能力。

■本計畫將以 ASSURE 系統化教學模式進行評估，以查核 97 執行成果。

■一、ASSURE 模式

Michael Molenda&Rebert Heinich& James D. Russel (2002)等提出教學情境下使用多媒體教學，分為 6 個步驟：

A—Analyze Learners, 分析學習者；

S—State Objectives, 陳述教學目標；

S—Select Methods, Media, and Materials, 選擇方法、媒體和資料；

U—Utilize Media and Materials, 利用媒體和資料；

R—Require Learner Participation, 要求學習者參與；

E—Evaluate and Revise, 評價和修改。

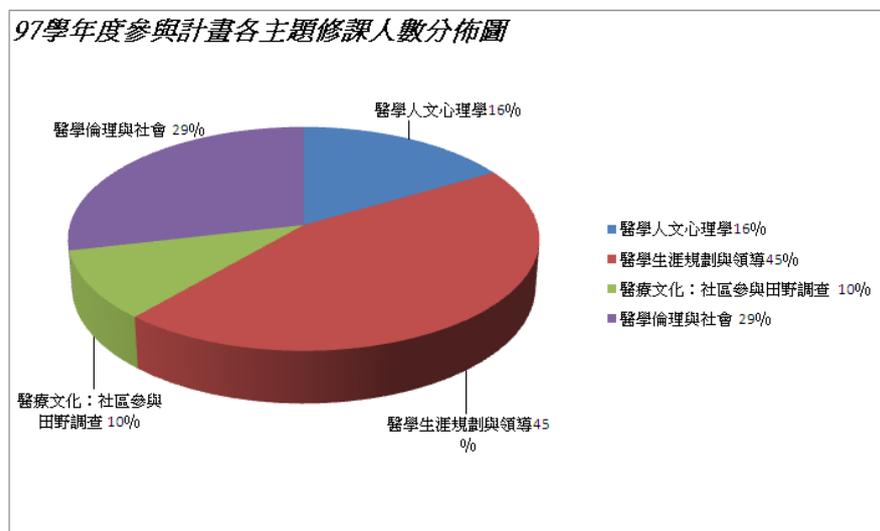
■1. A 分析學習者

■醫學生特性：以醫學系一、二年級(M96/97 高中畢業)的新鮮人的學生為主，，考量醫學人文課程正由認識人、重視生命進入倫理範疇，假設此一二年級階段醫學生須要瞭解人文素養能力。因此，課程學習則以素養能力充權為導向，並對人類創新生、死的主體性、生物醫學心理社會等事物充滿好奇心。並且在參與、反思、充權、合作的過程中學習知識、行動中，體驗文化統合實踐知行合一的潛能開發，以及理解醫學人文素養能力須有一定的成長，則水準亦才能提昇。

■人文素養能力：前後測人文素養能力，探究對於醫學人、事、物知識行動的看法，前測從來自大學新鮮人初步的涉獵，或後測是經由二年大學人文通識教育後的評估，探究在學習者人文素養能力的變化：如人文、心理社會、文化藝術等素養能力學習相關知識後的認知是否有改變；且對於該區域的醫學人文素養能力有基本的覺察認識及價值觀念的提昇，但相對的對解構社會化過程，對原有自我和

利他價值產生了矛盾與衝突，因此，人文素養的再建構的調整機會變項及因素太多，時間或效果對學生的影響亦是差異很大，知能、態度和實踐歷程絕不可能短短二年就立竿見影。

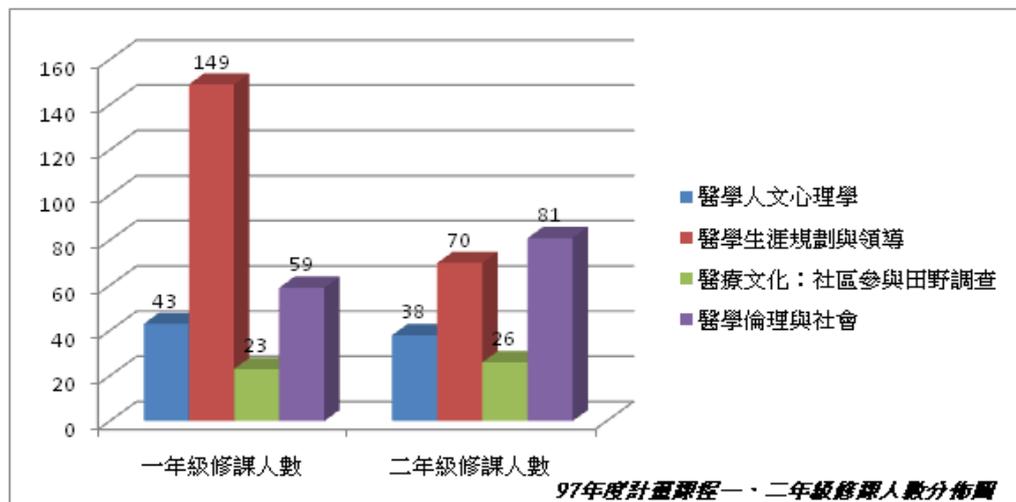
97 學年度四大主題:8 門課程修課總人數=489 人



教材名稱	課程名稱	修課總人數	男	女	外系修課人數	一年級人數	二年級人數
醫學人文心理學	醫學人文	42	28	14	1 (運動醫學系)	40	2
	醫學心理學	39	26	13	7(心理系)	3	36
	修課人數加總	81	54	27	8	43	38
醫學生涯規劃與領導	醫學生涯規劃	179	111	68	0	110	69
	專業領導力	40	27	13	1(公衛系)	39	1
	修課人數加總	219	138	81	1	149	70
醫療文化：社區參與田野調查	醫療文化研究	14	12	2	0	0	14
	多元文化諮商與助人技巧	35	21	14	0	23	12
	修課人數加總	49	33	16	0	23	26
醫學倫理與社會	生命倫理	60	41	19	5(牙醫系 1、運動醫學系 3、職治系 1)	59	1

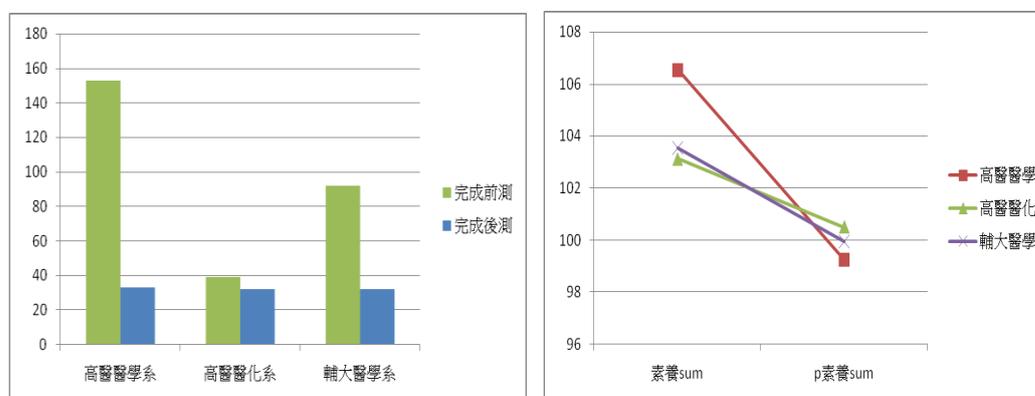
普通社會學	80	56	24	0	0	80
修課人數加總	140	97	43	5	59	81
總數	489	322	167	14		

97 學年度計劃 8 門課程醫學系修課人數分佈圖

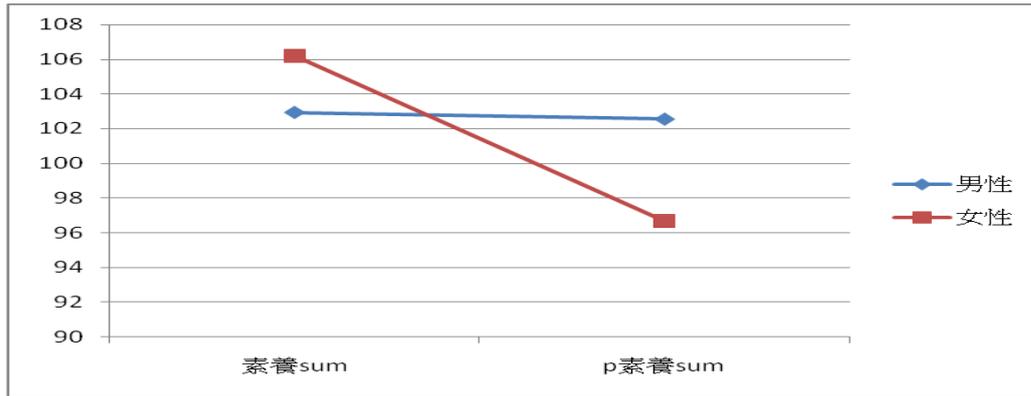


人文素養能力

就讀系所與測驗時間的之交互作用未達顯著($F = 1.211$)，單純主要效果顯示高醫醫學學生後測平均分數(99.242)顯著低於前測平均分數(106.545)。

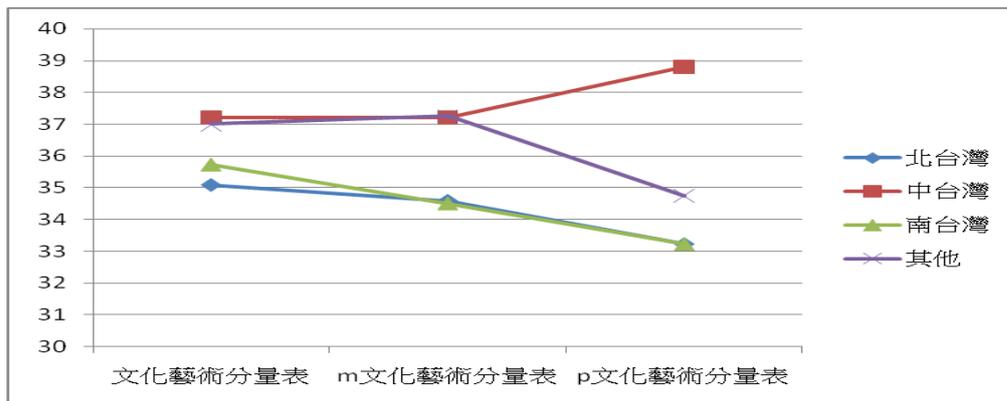


後測中女性平均分數(96.6818)顯著低於男性分數(102.5472)



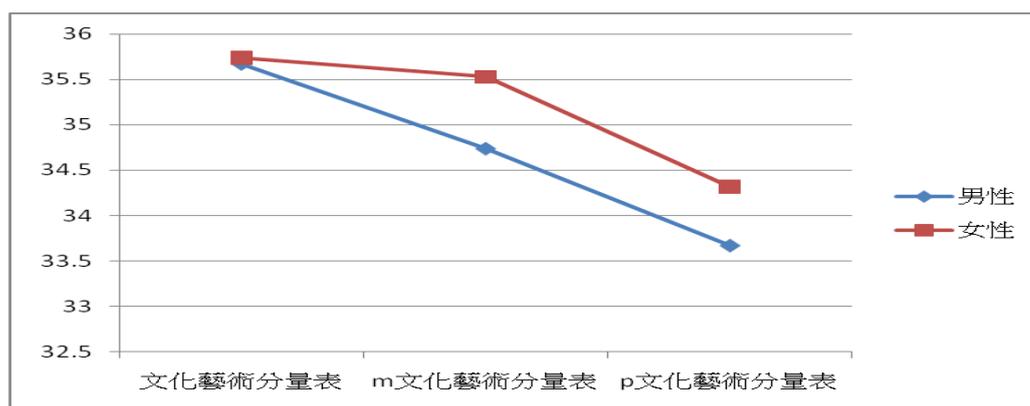
- 性別與測驗時間的之交互作用達顯著($F = 13.742$)，單純主要效果顯示前測($F=12.389, p < .001$)及後測($F=9.291, p < .01$)，前測中女性平均分數(106.2045)顯著高於男性分數(102.9434)；後測中女性平均分數(96.6818)顯著低於男性分數(102.5472)。女性後測分數顯著低於前測分數。

人文素養能力



- 居住區域與測驗時間點的交互作用對於人文問卷：文化藝術分量表的影響未達顯著($F = .977$)；單純主要效果檢驗顯示居住區域對於人文問卷：文化藝術分量表中測($F = 2.919, p < .05$)、後測($F = 5.462, p < .01$)影響達顯著，中測中中台灣學生平均分數(35.5909)顯著高於北台灣(33.3077)、南台灣學生(33.4259)、後測中中台灣學生平均分數(38.8000)顯著高於北台灣(33.5333)、南台灣(33.2381)、其他地區學生(34.7500)；南台灣學生前測平均分數(35.722)顯著高於後測(33.222)。

人文素養能力：性別與測驗時間點的交互作用



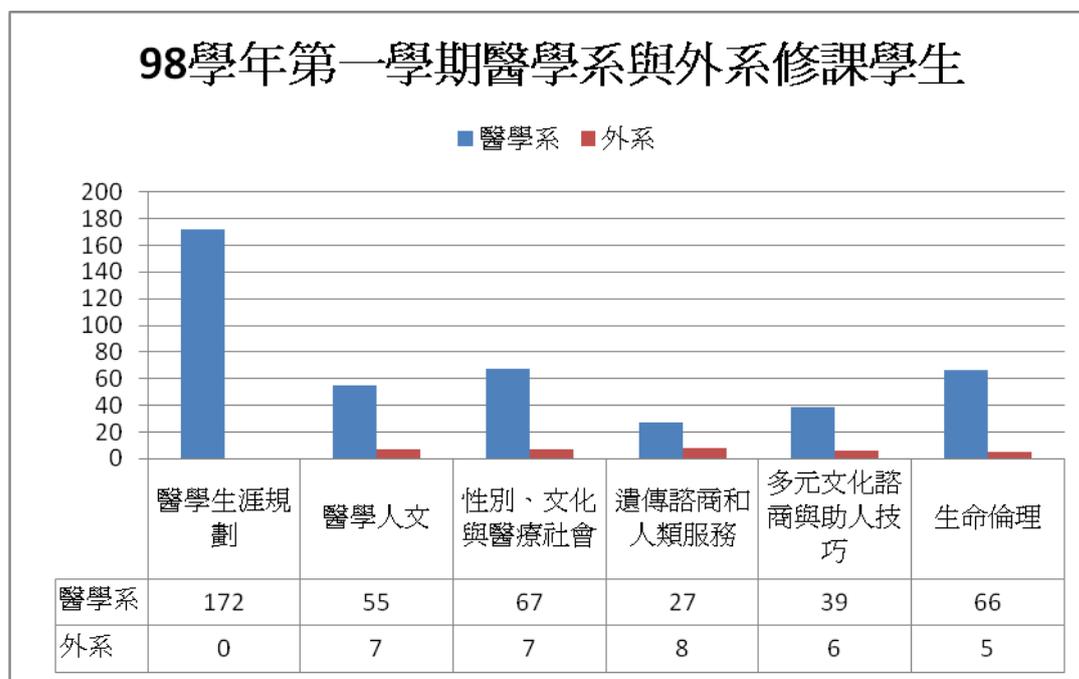
性別與測驗時間點的交互作用對於人文問卷：文化藝術分量表的影響未達顯著 ($F = .224$)；單純主要效果檢驗顯示性別對於人文問卷：文化藝術分量表前測平均分數影響達顯著 ($F = 4.691, p < .05$)，前測中女性平均分數(35.7368)顯著高於男性(35.1152)；男性前測平均分數(35.1152)顯著高於後測(33.667)。

2. 教學目標 S

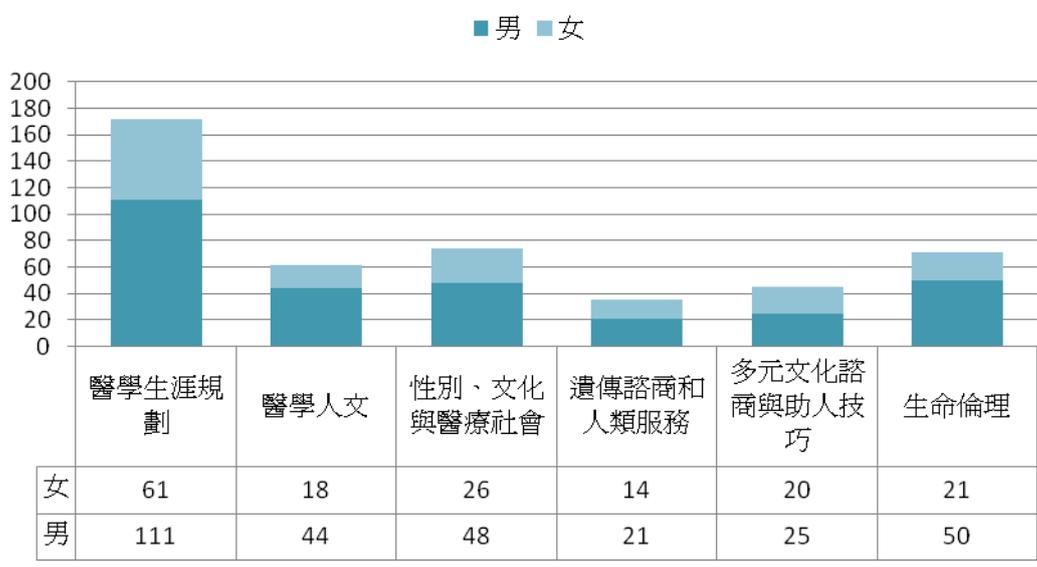
- 完成醫學人文、倫理與社會的課程教學活動之後，提昇人文素養能力，學生能夠：
- 1、能界定醫學人文、倫理教育所處的情境及以人為本的精神在醫療環境生態的互動關係位置。
- 2、能初步理解醫學人文、倫理與社會特有的多元文化現象差異。
- 3、能欣賞體會醫學人文精神在傳統與現代醫療社會化過程中的處境；領悟典範醫師在醫療史留下救人濟世的精神及尊重生命的輝煌成就。
- 4、能建立新視野對於醫學人文、倫理與社會課程的基礎知識認識，行動學習的體驗。
- 5、學生能比較現實與社會化中的文化差異並理解其多元又差異性。
- 6、能列舉對醫學人文、倫理與社會文化課程的基礎認識和提出疑問。

97-98 學年度醫學人文素養能力總評量分析

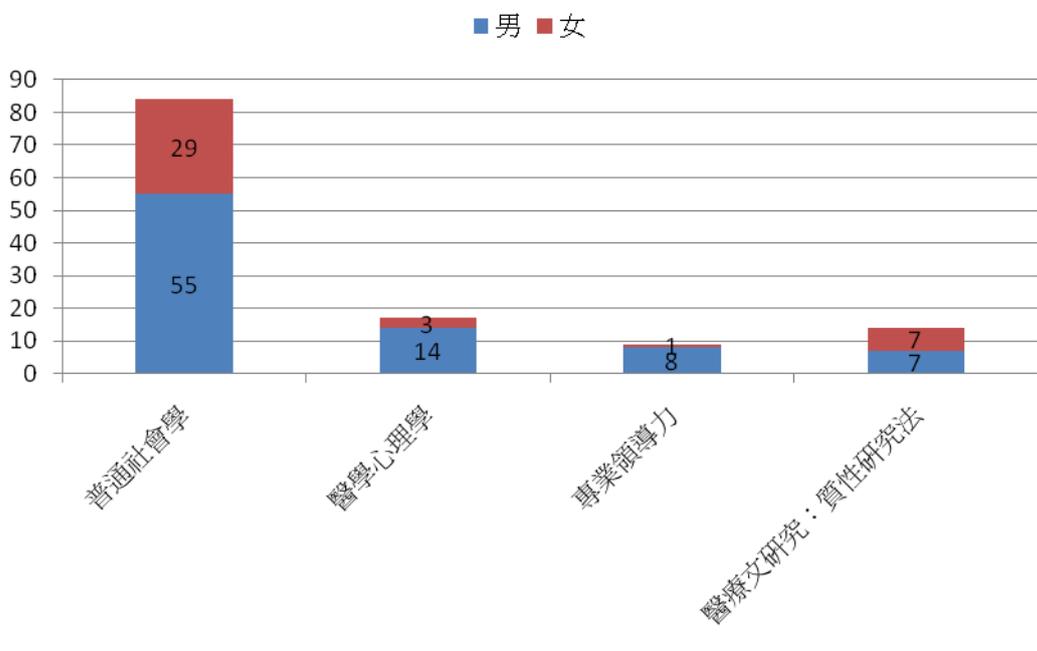
課程名稱	授課對象	修課人數						外聘教師	
		男	女	總	醫學系	外系	總	校內	校外
醫學生涯規劃	醫學系學生	111	61	172	172	0	172	9	1
醫學人文	醫學系學生	44	18	62	55	7	62	3	6
性別、文化與醫療社會	全校學生	48	26	74	67	7	74	3	8
遺傳諮商和人類服務	醫學系學生	21	14	35	27	8	35	6	3
多元文化諮商與助人技巧	全校學生	25	20	45	39	6	45	3	13
生命倫理	全校學生	50	21	71	66	5	71	3	1
普通社會學	醫學系學生	55	29	84	84	0	84	3	11
醫學心理學	全校學生	14	3	17	16	1	17	3	5
專業領導力	全校學生	8	1	9	8	1	9	2	3
醫療文研究：質性研究法	全校學生	7	7	14	2	12	14	0	5

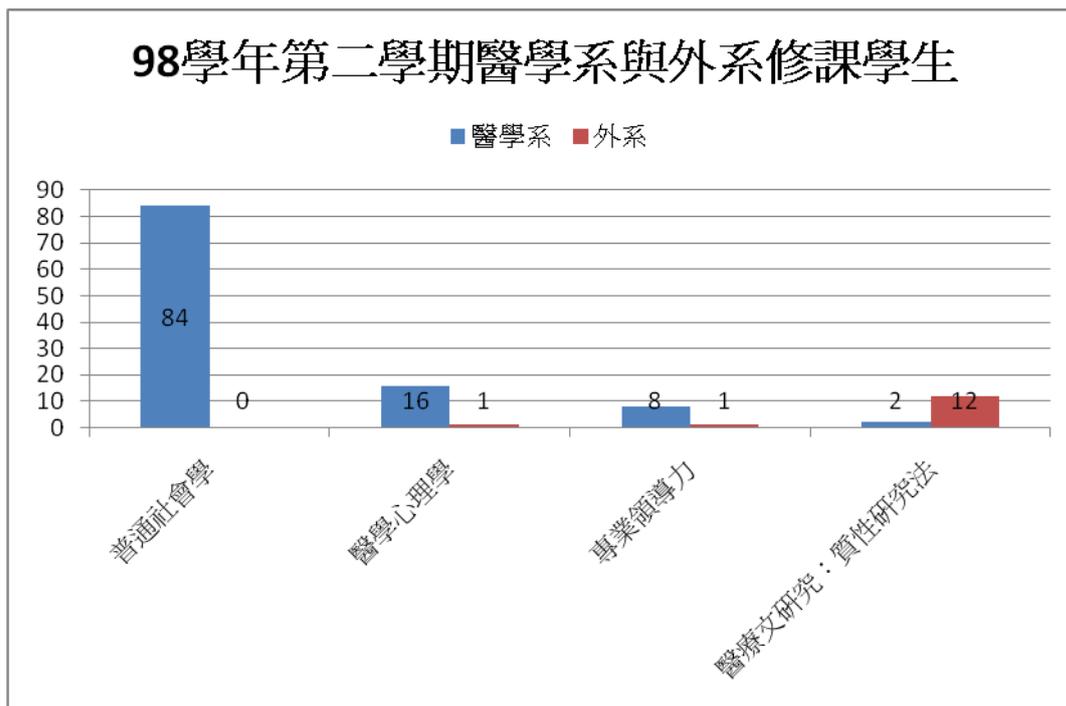


98學年第一學期課程男女修課人數



98學年第二學期課程男女修課





人文素養評量方式

(一)研究設計

本計劃研究評量設計是將醫學人文數位教學及社區參行動研究融入計劃，所以研究對象實驗組以高醫醫學系九十七、九十八學年一年級學生為主。對照組則為輔仁大學醫學系為主，總人數有 N=196。二組間的差異在醫學人文數位教學及社區參行動研究課程的參與經驗施測時間則在新生訓練、開學時進行前測，前、後測時間距離則 8 個月左右；即均是在下學期期末考前一週進行後測。測量學生其人文素養變化。問卷內容將通過人文倫理、社會心理、文化藝術多變項之間的相互比較分析，以及與性別、年齡、區域分佈、家長教育程度等變項因素相關的比較。

研究資料分析

(二)研究工具

1 本研究使用工具則是參考 V. J. Derlega & L. H. Janda(1982)性別角色平等態度測量表的內容及醫學人文教師的訪談文本整合編製而成。最後則是由醫學人文社會科學領域的專家，進行『醫學人文素養』問卷的 18 位專家協助內容效度建構及信效度考驗。預試後問卷的信效度考驗之重測信度達 0.91，內部均質信度為 0.93，整體均具有良好的構念效度。本醫學人文素養能力測驗，內容包括：人文、倫理、心理社會、文化藝術等三部份，共計 30 題。

(三)研究對象

以高雄醫學大學作為研究場域，研究者挑選高雄醫學大學醫學系一年級、輔仁大學醫學系作為研究對象，兩學年共計 196 名醫學系新生，樣本背景資料分配見表 1。

表 1. 樣本背景資料分配表

變項	97 學年度 (N = 86)		98 學年度 (N = 108)	
	人數	%	人數	%
就讀學校				
高醫	56	65.1	63	58.3
輔大	30	34.9	45	41.7
性別				
男	50	58.1	73	67.6
女	36	41.9	35	32.4
年齡				
18 歲以下	43	50.0	42	38.9
18 歲以上	43	50.0	66	61.1
父親教育程度				
高中職以下	23	26.7	14	13.0
高中職以上	63	73.3	94	87.0
母親教育程度				
高中職以下	30	34.9	28	25.9
高中職以上	56	65.1	79	72.9
未報告	0	0.0	1	1.2
居住區域				
北台灣	34	39.5	17	15.7
中台灣	10	11.6	16	14.8
南台灣	32	37.3	63	58.3
其它(東台灣、離島、僑生)	10	11.6	10	9.3
未報告	0	0.0	2	1.9

(四)資料之蒐集與分析

本文將以蒐集到前、後測均參與的樣本學生共有 196 位醫學系新生進行分析。樣本來自高醫、輔大二校為主；背景資料有不同學年度、系所、性別、年齡、父親教育程度、母親教育程度、居住區域、入學方式等對於人文素養問卷、心理社會分量表、文化藝術分量表、人文倫理分量表前後測變化影響。

資料分析

醫學人文素養問卷共有 30 題，分成三個分量表；每類 10 題正向題、反向題各 5 題；全量表則有 15 題正向題、15 題反向題；計分方式：計分將標有星號(*) 號的敘述反過來計分，也就是說，反向題的非常同意則計分是相反的；即非常同意計分=1 分；依程度計算成為 1、2、3、4、5，而非常不同意則是=5 分，很不同意是 4，而 3 則是有一點同意依此類推方式進行統計分析。

醫學人文素養問卷的總分由 30 到 120 分。分數愈高，表示愈能夠認同人道主義、及醫學人文概念；則較能在以人為本的尊重和醫病角色人文關懷。相反分數較低於標準差、差異顯著或則代表以人為本的傾向較低、或極度刻板印象或較傳統。

本預試大學生在這項問卷的平均分數為 97.6 分，而男性大學生則是 96.04 分。這項結果顯示，在接納醫病角色人文關懷的態度上，女學生比男學生有較高傾向，即更為自由。

本研究將以醫學生、後醫系和醫化學系一年級同學之間做個比較。另外，假設，大學生對於醫病角色人文關懷及平等的態度，在醫學人文教育之後將是趨於自由化，即變化狀況是達顯著。若變化差異不顯著即可能是受影響低於代表時提昇或是趨於傳統呢？同時，性別、年齡、系所、成長背景等變項不同；均有關醫學人文關懷、人際角色平等的態度，是否人際平等、醫師或病人等項目而有差別呢？在就醫學人文教育方面課程&教學實施，探討多元族群認知概念為何？基本上較能都對不同群體、人際較能平等對待、尊重不同價值觀持贊同看法，特別是許多不同文化、族群醫療觀點差異，到溝通、考量利他權益等態度與行動都是很重要的；必須有效學習及反思；儲備能量在未來進入醫療專業的天地。但在某些違反醫療倫理的社會行為(例如，醫師為了研究、而未對病人據實告知諮詢同意，而自取其細胞進行人體實驗；此未告知同意則違反醫德等是否妥當)上，這樣的人可能都抱持比較傳統的態度。

醫學人文素養能力分析

使用多變量混合設計變異數分析(multi-factors ANOVAs, mixed design)探究入學學年度、性別、年齡、家長教育程度、居住區域影響醫學人文素養能力差異及變化。

研究結果

就讀學校對於各依變項在不同時間點影響變化差異：2(97、98 學年度)X2(高醫 vs. 輔大)X2(前後測)三因子混合設計變異數分析

就讀學校-人文素養問卷總分

主要效果

不同學年度醫學生在人文素養問卷總分差異未達顯著($p = .236$)。

不同學校醫學生在人文素養問卷總分差異未達顯著($p = .410$)。

測驗時間點對於人文素養問卷總分影響達顯著($F^{(1,190)} = 19.554, p < .001$)，樣本醫學生後測分數(99.92)顯著低於前測分數(104.14)。

二因子交互作用

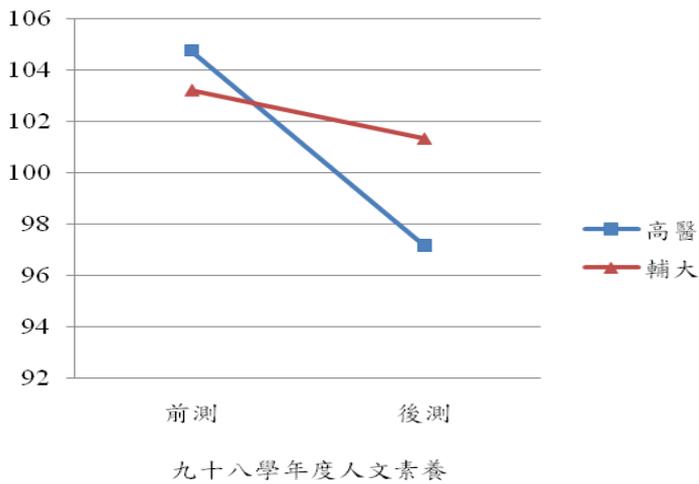
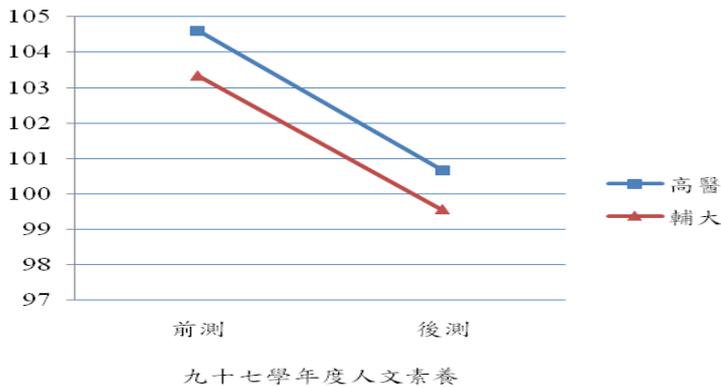
不同學校醫學生在不同年度人文素養問卷總分差異未達顯著($p = .189$)。

不同學年度醫學生人文素養問卷總分前後測差異未達顯著($p = .438$)。

不同學校醫學生人文素養問卷總分前後測變化差異未達顯著($p = .771$)。

三因子交互作用

不同學校醫學生在不同學年度人文素養總分前後測變化差異未達顯著($p = .152$)。



就讀學校-電腦使用問卷總分

主要效果

不同學年度醫學生在電腦使用問卷總分差異達顯著($F^{(1,183)} = 32.542, p < .001$)，九十八學年度醫學生分數(32.30)高於九十七學年度醫學生分數(29.98)。

不同學校醫學生在電腦使用問卷總分差異未達顯著($p = .385$)。

測驗時間點對於電腦使用問卷總分影響達顯著($F^{(1,183)} = 85.882, p < .001$)，樣本醫學生後測分數(33.35)顯著高於前測分數(29.11)。

二因子交互作用

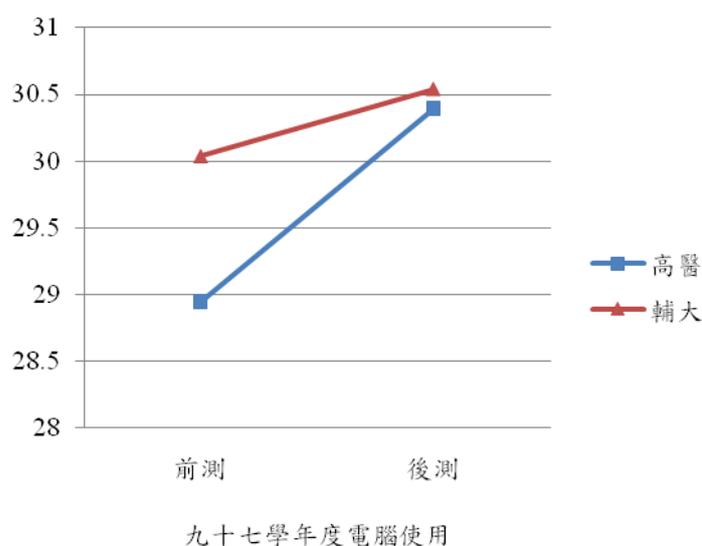
不同學校醫學生在不同年度電腦使用問卷總分差異未達顯著($p = .518$)。

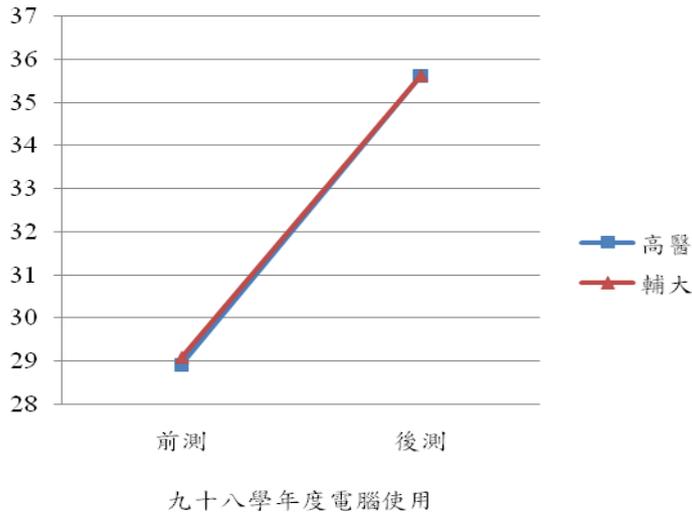
不同學年度醫學生電腦使用問卷總分前後測差異達顯著($F^{(1,183)} = 47.556, p < .001$)。九十七學年度醫學生電腦使用問卷總分前後測差異未達顯著($p = .457$)；九十八學年度醫學生電腦使用問卷總分前後測差異達顯著($t = -12.381, p < .001$)，後測總分(35.62)高於前測(28.97)。

不同學校醫學生電腦使用問卷總分前後測變化差異未達顯著($p = .504$)。

三因子交互作用

不同學校醫學生在不同學年度電腦使用總分前後測變化差異未達顯著($p = .629$)。





就讀學校-社區參與問卷總分

主要效果

不同學年度醫學生在社區參與問卷總分差異達顯著 ($F^{(1,182)} = 19.632, p < .001$)，九十八學年度醫學生分數(33.60)高於九十七學年度醫學生分數(31.57)。

不同學校醫學生在社區參與問卷總分差異未達顯著($p = .692$)。

測驗時間點對於社區參與問卷總分影響達顯著($F^{(1,182)} = 43.929, p < .001$)，樣本醫學生後測分數(34.35)顯著高於前測分數(30.99)。

二因子交互作用

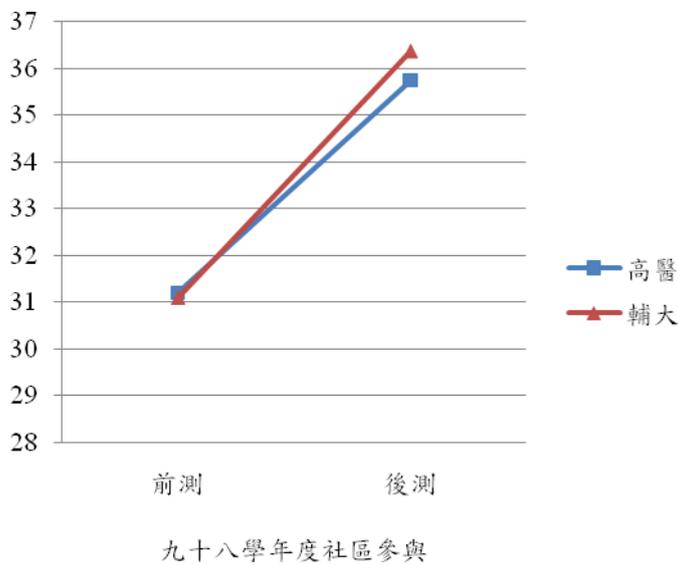
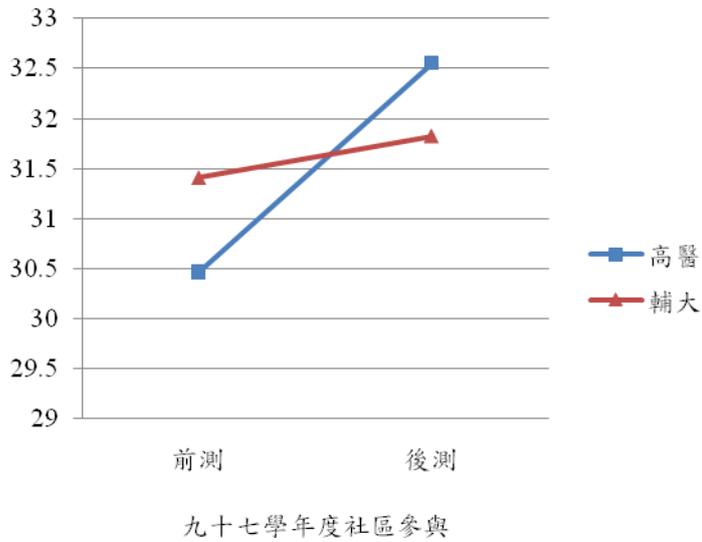
不同學校醫學生在不同年度社區參與問卷總分差異未達顯著($p = .878$)。

不同學年度醫學生社區參與問卷總分前後測差異達顯著 ($F^{(1,182)} = 15.456, p < .001$)。九十七學年度醫學生社區參與問卷總分前後測差異達顯著($t = -4.031, p < .001$)，後測總分(32.12)高於前測(30.85)；九十八學年度醫學生社區參與問卷總分前後測差異達顯著($t = -6.695, p < .001$)，後測總分(36.01)高於前測(31.16)。

不同學校醫學生社區參與問卷總分前後測變化差異未達顯著($p = .611$)。

三因子交互作用

不同學校醫學生在不同學年度社區參與總分前後測變化差異未達顯著($p = .197$)。



就讀學校-心理社會分量表分數

主要效果

不同學年度醫學生在心理社會分量表分數差異未達顯著($p = .612$)。

不同學校醫學生在心理社會分量表分數差異未達顯著($p = .633$)。

測驗時間點對於心理社會分量表分數影響未達顯著($p = .677$)。

二因子交互作用

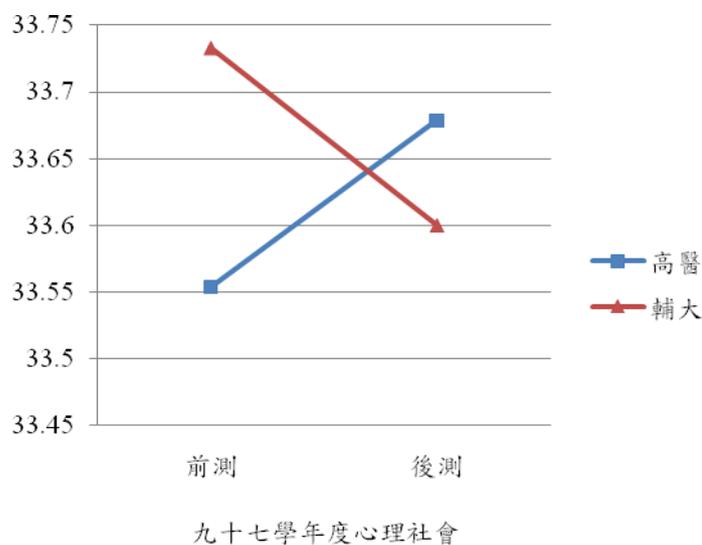
不同學校醫學生在不同年度心理社會分量表分數差異未達顯著($p = .520$)。

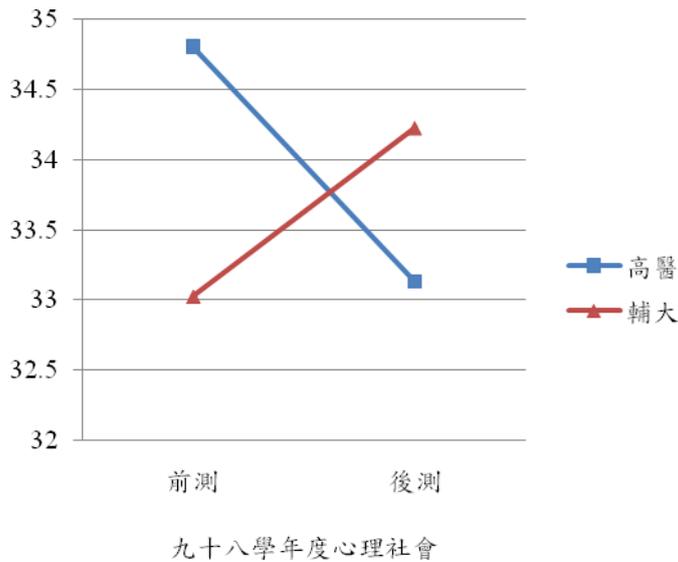
不同學年度醫學生心理社會分量表分數前後測差異未達顯著($p = .688$)。

不同學校醫學生心理社會分量表分數前後測變化差異達顯著($F^{(1,188)} = 5.173, p < .05$)。高醫學生心理社會分量表分數前後測差異未達顯著($p = .377$)；輔大學生心理社會分量表分數前後測差異未達顯著($p = .123$)。

三因子交互作用

不同學校醫學生在不同學年度心理社會分量表分數前後測變化差異達顯著($F^{(1,188)} = 7.411, p < .01$)。九十七學年度醫學生中，高醫與輔大學生心理社會分量表分數差異未達顯著($p = .850$)；測驗時間點對於心理社會分量表分數影響未達顯著($p = .614$)；不同學校醫學生心理社會分量表分數前後測變化差異未達顯著($p = .362$)。九十八學年度醫學生中，高醫與輔大學生心理社會分量表分數差異未達顯著($p = .423$)；測驗時間點對於心理社會分量表分數影響未達顯著($p = .571$)；不同學校醫學生心理社會分量表分數前後測變化差異達顯著($F^{(1,104)} = 11.999, p < .001$)，高醫學生心理社會分量表分數前後測差異未達顯著($p = .377$)，輔大學生心理社會分量表分數前後測差異未達顯著($p = .123$)，然而高醫學生後測分數(33.70)低於前測(33.94)，輔大學生後測分數(33.97)高於前測(33.31)。





就讀學校-文化藝術分量表分數

主要效果

不同學年度醫學生在文化藝術分量表分數差異未達顯著($p = .899$)。

不同學校醫學生在文化藝術分量表分數差異未達顯著($p = .899$)。

測驗時間點對於文化藝術分量表分數影響達顯著($F^{(1,190)} = 13.057, p < .001$)。

樣本醫學生前測分數(35.29)高於後測分數(33.78)。

二因子交互作用

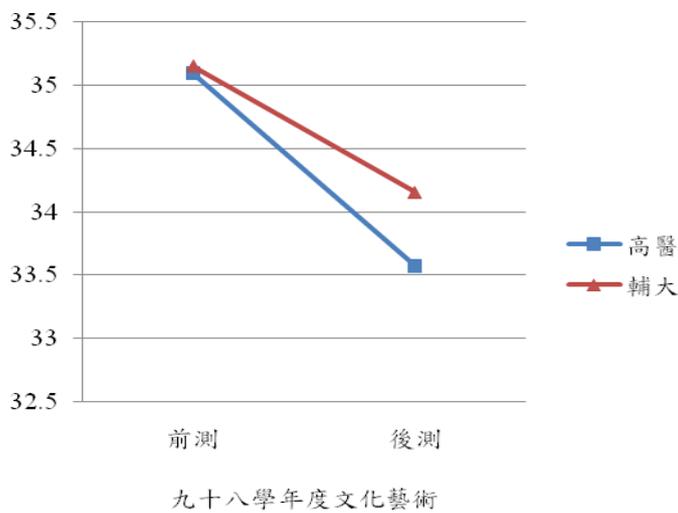
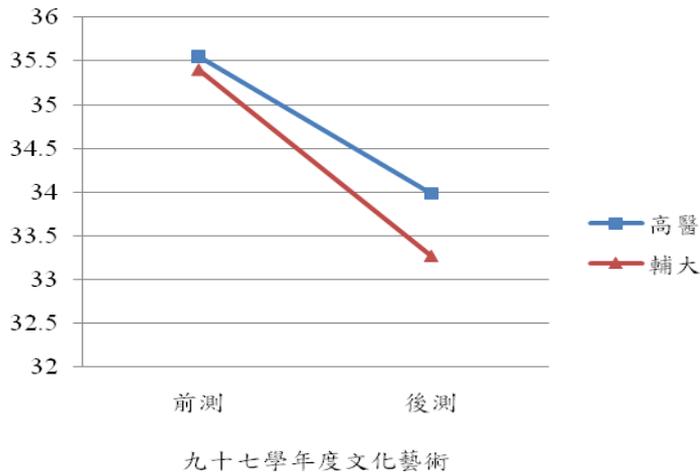
不同學校醫學生在不同年度文化藝術分量表分數差異未達顯著($p = .391$)。

不同學年度醫學生文化藝術分量表分數前後測差異未達顯著($p = .494$)。

不同學校醫學生文化藝術分量表分數前後測變化差異未達顯著($p = .982$)。

三因子交互作用

不同學校醫學生在不同學年度文化藝術分量表分數前後測變化差異未達顯著($p = .530$)。



就讀學校-人文倫理分量表分數

主要效果

不同學年度醫學生在人文倫理分量表分數差異達邊緣顯著($F^{(1,187)} = 3.213, p < .10$)。九十八學年度醫學生分數(34.38)高於九十七學年度醫學生分數(33.74)。

不同學校醫學生在人文倫理分量表分數差異未達顯著($p = .162$)。

測驗時間點對於人文倫理分量表分數影響達顯著($F^{(1,187)} = 32.804, p < .001$)。

樣本醫學生前測分數(35.14)高於後測分數(33.20)。

二因子交互作用

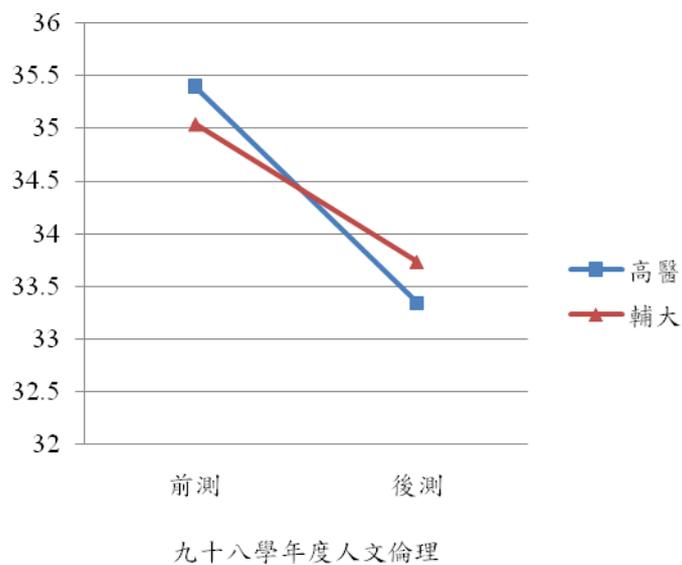
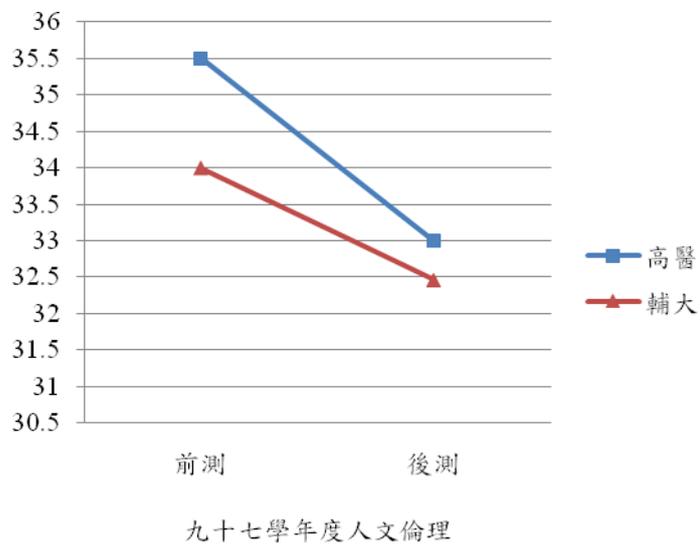
不同學校醫學生在不同年度人文倫理分量表分數差異未達顯著($p = .148$)。

不同學年度醫學生人文倫理分量表分數前後測差異未達顯著($p = .611$)。

不同學校醫學生人文倫理分量表分數前後測變化差異未達顯著($p = .186$)。

三因子交互作用

不同學校醫學生在不同學年度人文倫理分量表分數前後測變化差異未達顯著($p = .871$)。



性別對於各依變項在不同時間點影響變化差異：2(97、98 學年度) \times 2(男、女) \times 2(前後測)三因子混合設計變異數分析

性別-人文素養問卷總分

主要效果

不同學年度醫學生在人文素養問卷總分差異未達顯著($p = .236$)。

不同性別醫學生在人文素養問卷總分差異達顯著($F^{(1,190)} = 5.816, p < .05$)。女性分數(103.40)高於男性分數(101.12)。

測驗時間點對於人文素養問卷總分影響達顯著($F^{(1,190)} = 19.554, p < .001$)，樣本醫學生後測分數(99.92)顯著低於前測分數(104.14)。

二因子交互作用

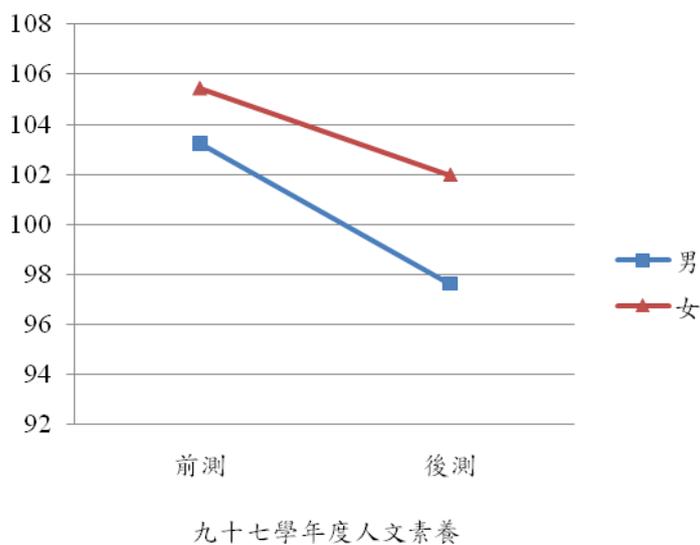
不同性別間在不同年度人文素養問卷總分差異未達顯著($p = .293$)。

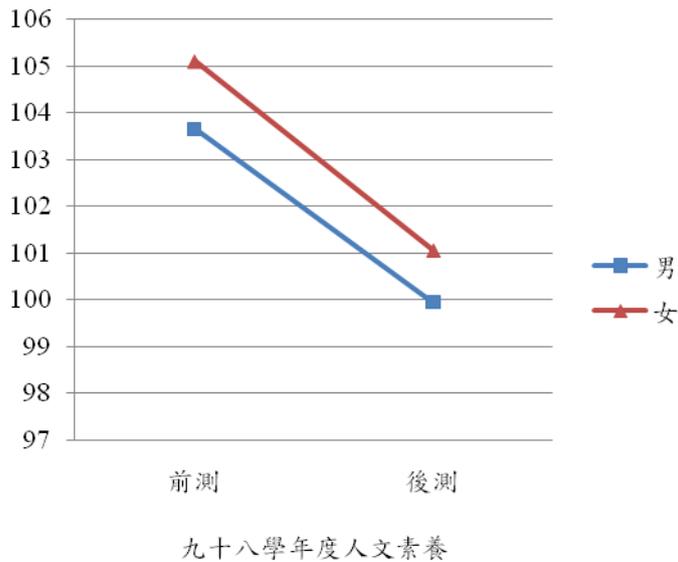
不同學年度醫學生人文素養問卷總分前後測差異未達顯著($p = .438$)。

不同性別間人文素養問卷總分前後測變化差異未達顯著($p = .646$)。

三因子交互作用

不同性別間在不同學年度人文素養總分前後測變化差異未達顯著($p = .526$)。





性別-電腦使用問卷總分

主要效果

不同學年度醫學生在電腦使用問卷總分差異達顯著 ($F^{(1,183)} = 32.542, p < .001$)，九十八學年度醫學生分數(32.30)高於九十七學年度醫學生分數(29.98)。

不同性別醫學生在電腦使用問卷總分差異未達顯著($p = .213$)。

測驗時間點對於電腦使用問卷總分影響達顯著 ($F^{(1,183)} = 85.882, p < .001$)，樣本醫學生後測分數(33.35)顯著高於前測分數(29.11)。

二因子交互作用

不同性別醫學生在不同年度電腦使用問卷總分差異未達顯著($p = .614$)。

不同學年度醫學生電腦使用問卷總分前後測差異達顯著 ($F^{(1,183)} = 47.556, p < .001$)。九十七學年度醫學生電腦使用問卷總分前後測差異未達顯著 ($p = .457$)；九十八學年度醫學生電腦使用問卷總分前後測差異達顯著 ($t = -12.381, p < .001$)，後測總分(35.62)高於前測(28.97)。

不同性別醫學生電腦使用問卷總分前後測變化差異未達顯著($p = .477$)。

三因子交互作用

不同性別醫學生在不同學年度電腦使用總分前後測變化差異未達顯著 ($p = .394$)。

性別-社區參與問卷總分

主要效果

不同學年度醫學生在社區參與問卷總分差異達顯著($F^{(1,182)} = 19.632$, $p < .001$)，九十八學年度醫學生分數(33.60)高於九十七學年度醫學生分數(31.57)。

不同性別醫學生在社區參與問卷總分差異未達顯著($p = .178$)。

測驗時間點對於社區參與問卷總分影響達顯著($F^{(1,182)} = 43.929$, $p < .001$)，樣本醫學生後測分數(34.35)顯著高於前測分數(30.99)。

二因子交互作用

不同性別醫學生在不同年度社區參與問卷總分差異未達顯著($p = .388$)。

不同學年度醫學生社區參與問卷總分前後測差異達顯著($F^{(1,182)} = 15.456$, $p < .001$)。九十七學年度醫學生社區參與問卷總分前後測差異達顯著($t = -4.031$, $p < .001$)，後測總分(32.12)高於前測(30.85)；九十八學年度醫學生社區參與問卷總分前後測差異達顯著($t = -6.695$, $p < .001$)，後測總分(36.01)高於前測(31.16)。

不同性別醫學生社區參與問卷總分前後測變化差異未達顯著($p = .579$)。

三因子交互作用

不同學校醫學生在不同學年度社區參與總分前後測變化差異未達顯著($p = .352$)。

性別-心理社會分量表分數

主要效果

不同學年度醫學生在心理社會分量表分數差異未達顯著($p = .612$)。

不同性別醫學生在心理社會分量表分數差異未達顯著($p = .178$)。

測驗時間點對於心理社會分量表分數影響未達顯著($p = .677$)。

二因子交互作用

不同性別醫學生在不同年度心理社會分量表分數差異未達顯著($p = .388$)。

不同學年度醫學生心理社會分量表分數前後測差異未達顯著($p = .688$)。

不同性別醫學生心理社會分量表分數前後測變化差異未達顯著($p = .579$)。

三因子交互作用

不同性別醫學生在不同學年度心理社會分量表分數前後測變化差異未達顯著($p = .352$)。

性別-文化藝術分量表分數

主要效果

不同學年度醫學生在文化藝術分量表分數差異未達顯著($p = .899$)。

不同性別醫學生在文化藝術分量表分數差異達顯著($F^{(1,190)} = 3.907, p < .05$)。

女性醫學生分數(35.08)高於男性醫學生分數(34.21)。

測驗時間點對於文化藝術分量表分數影響達顯著($F^{(1,190)} = 13.057, p < .001$)。

樣本醫學生前測分數(35.29)高於後測分數(33.78)。

二因子交互作用

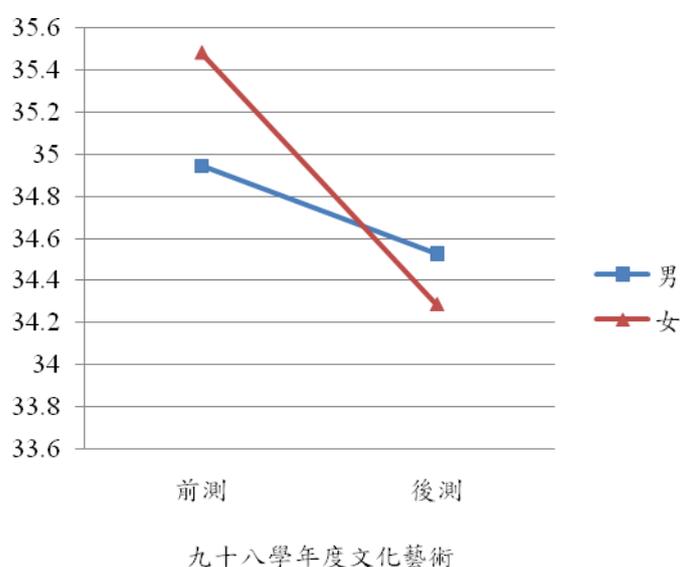
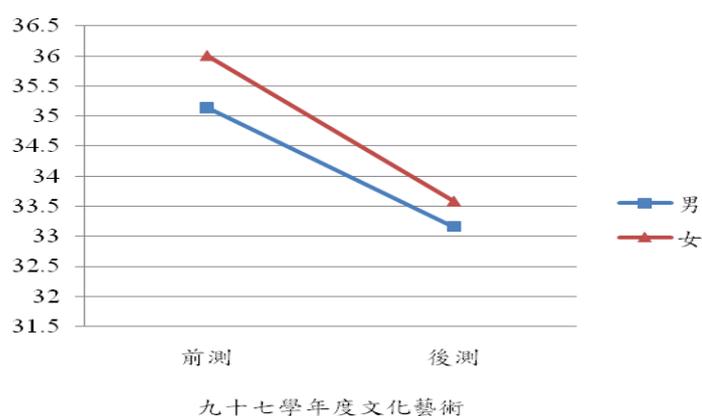
不同性別醫學生在不同年度文化藝術分量表分數差異未達顯著($p = .573$)。

不同學年度醫學生文化藝術分量表分數前後測差異未達顯著($p = .494$)。

不同性別醫學生文化藝術分量表分數前後測變化差異未達顯著($p = .702$)。

三因子交互作用

不同性別醫學生在不同學年度文化藝術分量表分數前後測變化差異未達顯著($p = .839$)。



性別-人文倫理分量表分數

主要效果

不同學年度醫學生在人文倫理分量表分數差異達邊緣顯著($F^{(1,187)} = 3.213, p < .10$)。九十八學年度醫學生分數(34.38)高於九十七學年度醫學生分數(33.74)。

不同性別醫學生在人文倫理分量表分數差異達顯著($F^{(1,187)} = 9.750, p < .01$)。女性分數(34.48)高於男性分數(33.75)。

測驗時間點對於人文倫理分量表分數影響達顯著($F^{(1,187)} = 32.804, p < .001$)。樣本醫學生前測分數(35.14)高於後測分數(33.20)。

二因子交互作用

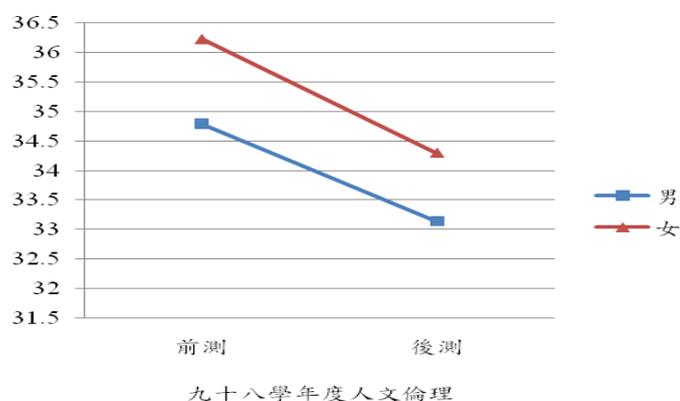
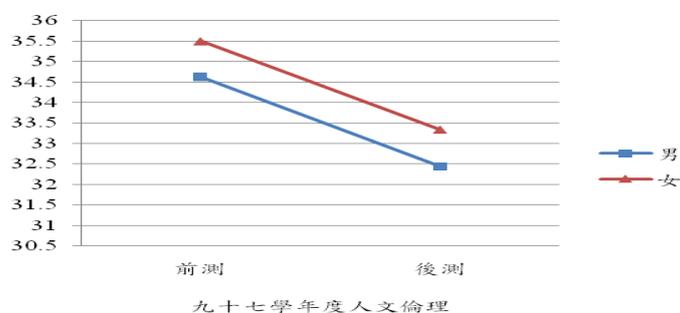
不同性別醫學生在不同年度人文倫理分量表分數差異未達顯著($p = .555$)。

不同學年度醫學生人文倫理分量表分數前後測差異未達顯著($p = .611$)。

不同性別醫學生人文倫理分量表分數前後測變化差異未達顯著($p = .840$)。

三因子交互作用

不同性別醫學生在不同學年度人文倫理分量表分數前後測變化差異未達顯著($p = .815$)。



年齡對於各依變項在不同時間點影響變化差異：2(97、98 學年度)X2(18 歲以下、18 歲以上)X2(前後測)三因子混合設計變異數分析

年齡-人文素養問卷總分

主要效果

不同學年度醫學生在人文素養問卷總分差異未達顯著($p = .236$)。

不同年齡醫學生在人文素養問卷總分差異未達顯著($p = .185$)。

測驗時間點對於人文素養問卷總分影響達顯著($F^{(1,190)} = 19.554, p < .001$)，樣本醫學生後測分數(99.92)顯著低於前測分數(104.14)。

二因子交互作用

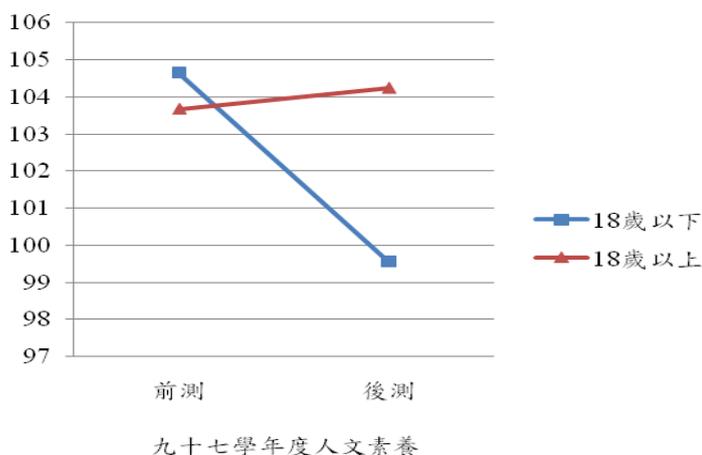
不同年齡間在不同年度人文素養問卷總分差異達邊緣顯著($F^{(1,190)} = 2.799, p < .10$)。九十七學年度 18 歲以下醫學生與 18 歲以上醫學生人文素養問卷總分差異未達顯著($p = .223$)；九十八學年度 18 歲以下醫學生與 18 歲以上醫學生人文素養問卷總分差異未達顯著($p = .111$)。

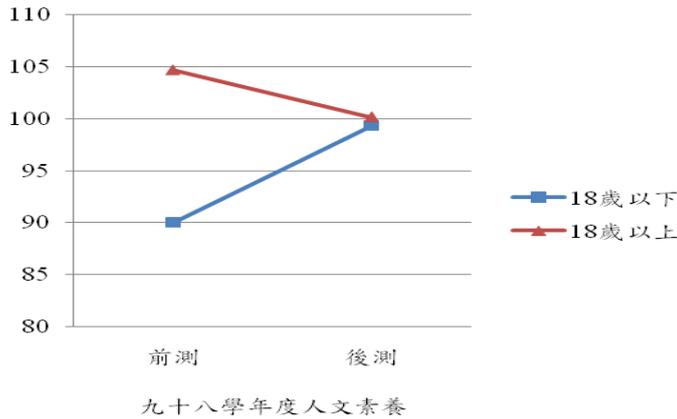
不同學年度醫學生人文素養問卷總分前後測差異未達顯著($p = .438$)。

不同年齡間人文素養問卷總分前後測變化差異達顯著($F^{(1,190)} = 6.458, p < .05$)。18 歲以下醫學生人文素養問卷總分前測分數(103.61)與後測分數(101.56)差異未達顯著；18 歲以上醫學生人文素養問卷總分後測(100.02)低於前測(104.21)。

三因子交互作用

不同年齡間在不同學年度人文素養總分前後測變化差異未達顯著($p = .526$)





年齡-電腦使用問卷總分

主要效果

不同學年度醫學生在電腦使用問卷總分差異達顯著 ($F^{(1,183)} = 32.542, p < .001$)，九十八學年度醫學生分數(32.30)高於九十七學年度醫學生分數(29.98)。

不同年齡醫學生在電腦使用問卷總分差異未達顯著($p = .473$)。

測驗時間點對於電腦使用問卷總分影響達顯著 ($F^{(1,183)} = 85.882, p < .001$)，樣本醫學生後測分數(33.35)顯著高於前測分數(29.11)。

二因子交互作用

不同年齡醫學生在不同年度電腦使用問卷總分差異未達顯著($p = .514$)。

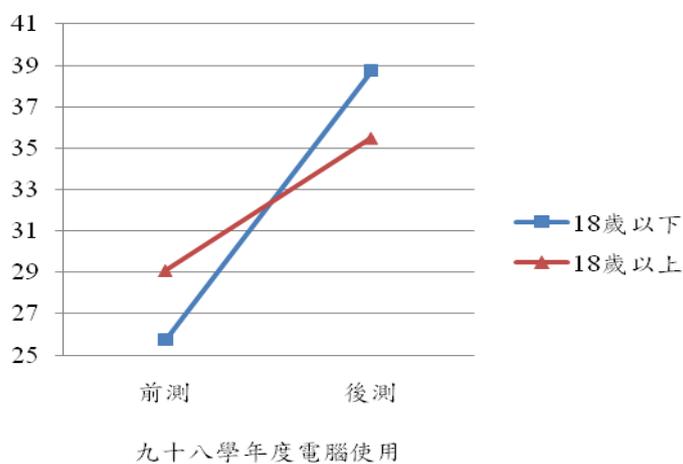
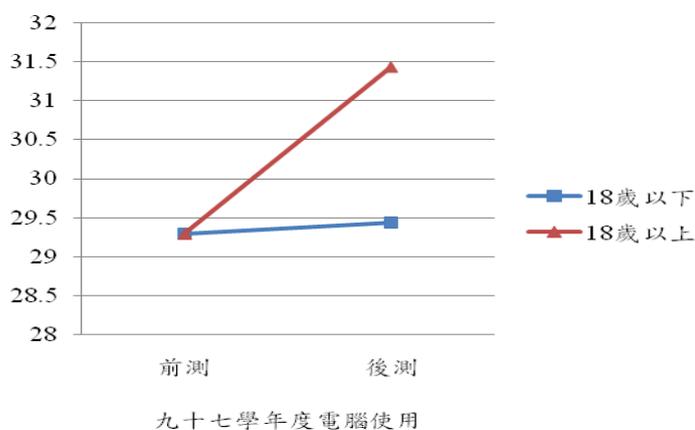
不同學年度醫學生電腦使用問卷總分前後測差異達顯著 ($F^{(1,183)} = 47.556, p < .001$)。九十七學年度醫學生電腦使用問卷總分前後測差異未達顯著 ($p = .457$)；九十八學年度醫學生電腦使用問卷總分前後測差異達顯著 ($t = -12.381, p < .001$)，後測總分(35.62)高於前測(28.97)。

不同年齡醫學生電腦使用問卷總分前後測變化差異未達顯著($p = .112$)。

三因子交互作用

不同年齡醫學生在不同學年度電腦使用總分前後測變化差異達顯著 ($F^{(1,183)} = 8.919, p < .01$)。九十七學年度醫學生中，不同年齡醫學生電腦使用問卷總分差異未達顯著($p = .130$)；測驗時間點對於電腦使用問卷總分影響達顯著 ($F^{(1,80)} = 4.443, p < .05$)，後測分數(30.44)高於前測分數(29.29)；不同年齡醫學生電腦使用問卷總分前後測變化差異達邊緣顯著 ($F^{(1,80)} = 3.381, p < .10$)，18歲以

下醫學生電腦使用問卷總分前後測分數差異未達顯著($p = .286$)，18 歲以上醫學生電腦使用問卷總分後測(33.12)高於前測(29.26)。九十八學年度醫學生中，不同年齡醫學生電腦使用問卷總分差異未達顯著($p = .968$)；測驗時間點對於電腦使用問卷總分影響達顯著($F^{(1,103)} = 50.028, p < .001$)，後測分數(37.12)高於前測分數(27.43)；不同年齡醫學生電腦使用問卷總分前後測變化差異達顯著($F^{(1,103)} = 5.800, p < .05$)，18 歲以下醫學生電腦使用問卷總分前後測差異未達顯著($p = .286$)，18 歲以上醫學生電腦使用問卷總分前後測差異達顯著($t = -8.947, p < .001$)，後測分數(33.12)高於前測分數(29.26)。



年齡-社區參與問卷總分

主要效果

不同學年度醫學生在社區參與問卷總分差異達顯著($F^{(1,182)} = 19.632, p < .001$)，九十八學年度醫學生分數(33.60)高於九十七學年度醫學生分數(31.57)。

不同年齡醫學生在社區參與問卷總分差異未達顯著($p = .188$)。

測驗時間點對於社區參與問卷總分影響達顯著($F^{(1,182)} = 43.929, p < .001$)，樣本醫學生後測分數(34.35)顯著高於前測分數(30.99)。

二因子交互作用

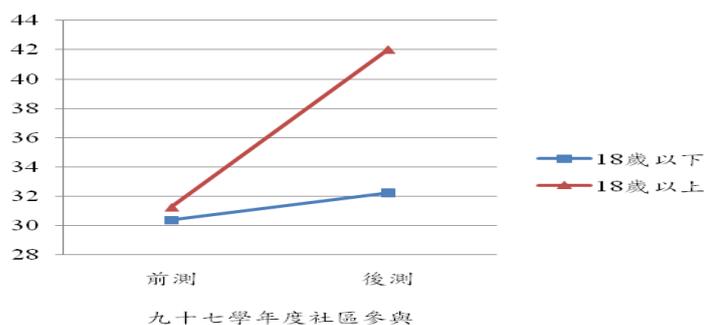
不同年齡醫學生在不同年度社區參與問卷總分差異達邊緣顯著($F^{(1,182)} = 3.570, p < .10$)。九十七學年度不同年齡醫學生社區參與問卷總分差異未達顯著($p = .528$)；九十八學年度不同年齡醫學生社區參與問卷總分差異未達顯著($p = .137$)。

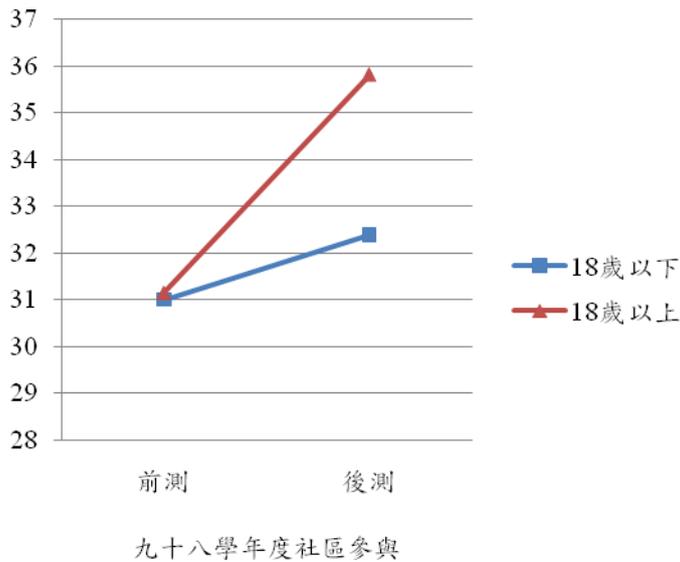
不同學年度醫學生社區參與問卷總分前後測差異達顯著($F^{(1,182)} = 3.570, p < .10$)。九十七學年度醫學生社區參與問卷總分前後測差異達顯著($t = -4.031, p < .001$)，後測總分(32.12)高於前測(30.85)；九十八學年度醫學生社區參與問卷總分前後測差異達顯著($t = -6.695, p < .001$)，後測總分(36.01)高於前測(31.16)。

不同年齡醫學生社區參與問卷總分前後測變化差異達邊緣顯著($F^{(1,182)} = 3.426, p < .10$)。18歲以下醫學生社區參與問卷總分差異達顯著($t = -3.746, p < .001$)後測分數(32.74)高於前測分數(30.84)；18歲以上醫學生社區參與問卷總分差異達顯著($t = -6.522, p < .001$)後測分數(34.14)高於前測分數(31.03)。

三因子交互作用

不同學校醫學生在不同學年度社區參與總分前後測變化差異未達顯著($p = .141$)。





年齡-心理社會分量表分數

主要效果

不同學年度醫學生在心理社會分量表分數差異未達顯著($p = .612$)。

不同年齡醫學生在心理社會分量表分數差異未達顯著($p = .629$)。

測驗時間點對於心理社會分量表分數影響未達顯著($p = .677$)。

二因子交互作用

不同年齡醫學生在不同年度心理社會分量表分數差異未達顯著($p = .299$)。

不同學年度醫學生心理社會分量表分數前後測差異未達顯著($p = .688$)。

不同年齡醫學生心理社會分量表分數前後測變化差異達顯著($F^{(1,188)} = 9.377, p < .01$)。18歲以下醫學生心理社會分量表分數前後測差異達顯著($t = -2.968, p < .01$)，後測分數(34.44)高於前測分數(33.35)；18歲以上醫學生心理社會分量表分數前後測差異未達顯著($p = .110$)，且前測分數高於後測分數。

三因子交互作用

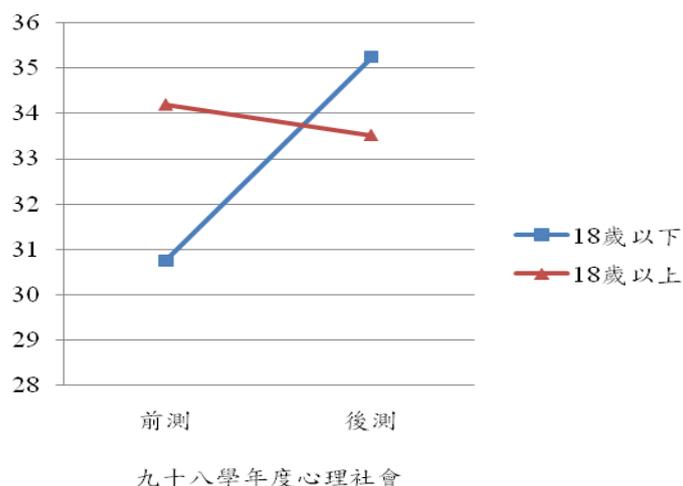
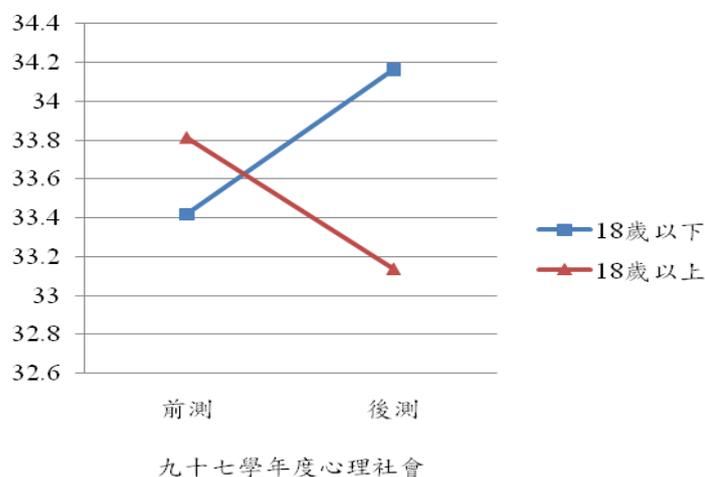
不同年齡醫學生在不同學年度心理社會分量表分數前後測變化差異達邊緣顯著

($F^{(1,188)} = 3.044, p < .10$)。九十七學年度醫學生中，不同年齡醫學生心理社會分量表分數差異未達顯著($p = .433$)；測驗時間點對於心理社會分量表分數影響未達顯著($p = .921$)；不同年齡醫學生心理社會分量表分數前後測變化差異達顯

著($F^{(1,84)} = 4.113, p < .05$)，18歲以下醫學生心理社會分量表分數前後測差異達邊緣顯著($t = -1.869, p < .10$)，後測分數(34.16)高於前測分數(33.42)，18歲以上醫學生心理社會分量表分數前後測差異未達顯著($p = .248$)。九十八學年度醫學生中，不同年齡醫學生心理社會分量表分數差異未達顯著(p

$= .438$)；測驗時間點對於心理社會分量表分數影響達邊緣顯著($F^{(1,104)} = 2.981,$

$p < .10$)，後測分數(34.39)高於前測分數(32.47)；不同年齡醫學生心理社會分量表分數前後測變化差異達顯著($F^{(1,104)} = 5.463, p < .05$)，18歲以下醫學生心理社會分量表分數前後測差異未達顯著($p = .317$)，18歲以上醫學生心理社會分量表分數前後測差異未達顯著($p = .108$)。



年齡-文化藝術分量表分數

主要效果

不同學年度醫學生在文化藝術分量表分數差異未達顯著($p = .899$)。

不同年齡醫學生在文化藝術分量表分數差異達顯著($F^{(1,190)} = 6.313, p < .05$)。

18歲以上醫學生分數(34.53)高於18歲以下醫學生分數(32.53)。

測驗時間點對於文化藝術分量表分數影響達顯著($F^{(1,190)} = 13.057, p < .001$)。

樣本醫學生前測分數(35.29)高於後測分數(33.78)。

二因子交互作用

不同年齡醫學生在不同年度文化藝術分量表分數差異達顯著($F^{(1,190)} = 8.875, p < .01$)。九十七學年度中，不同年齡醫學生文化藝術分量表分數差異未達顯著($p = .645$)；九十八學年度中，不同年齡醫學生文化藝術分量表分數差異達顯著($t = -3.323, p < .001$)，18 歲以上醫學生分數(34.63)高於 18 歲以下醫學生分數(30.25)。

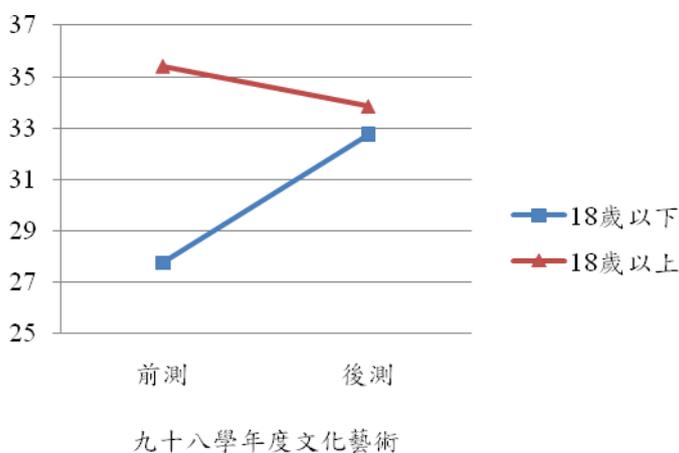
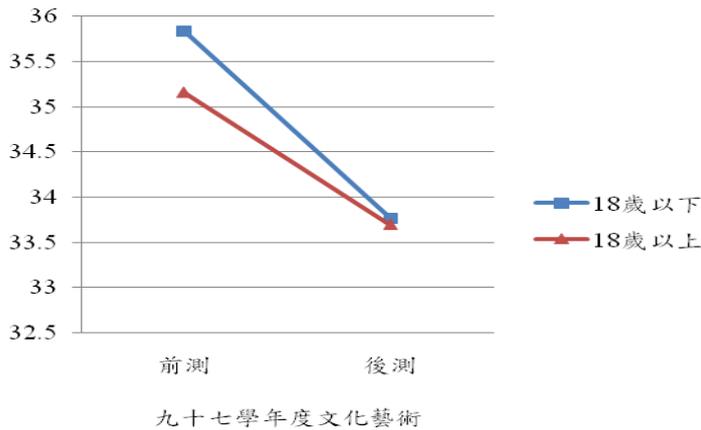
不同學年度醫學生文化藝術分量表分數前後測差異未達顯著($p = .494$)。

不同年齡醫學生文化藝術分量表分數前後測變化差異達邊緣顯著($F^{(1,190)} = 3.56, p < .10$)。18 歲以下醫學生文化藝術分量表分數前後測差異未達顯著($p = .148$)；18 歲以上醫學生文化藝術分量表分數前後測差異達顯著($t = 3.991, p < .001$)，前測分數(35.36)高於後測分數(33.86)。

三因子交互作用

不同年齡醫學生在不同學年度文化藝術分量表分數前後測變化差異達顯著($F^{(1,190)} = 5.152, p < .05$)。九十七學年度醫學生中，不同年齡醫學生文化藝術分量表分數差異未達顯著($p = .593$)；測驗時間點對於文化藝術分量表分數影響達顯著($F^{(1,84)} = 9.350, p < .01$)，前測分數(35.50)高於後測分數(33.73)；不同年齡醫學生文化藝術分量表分數前後測變化差異未達顯著($p = .602$)。九十八學年度醫學生中，不同年齡醫學生文化藝術分量表分數差異未達顯著($p = .438$)；測驗時間點對於文化藝術分量表分數影響達邊緣顯著($F^{(1,106)} = 4.669, p < .05$)，18 歲以上醫學生分數(34.63)高於 18 歲以下醫學生分數(30.25)；

不同年齡醫學生文化藝術分量表分數前後測變化差異達顯著($F^{(1,106)} = 4.669, p < .05$)，18 歲以下醫學生文化藝術分量表分數前後測差異未達顯著($p = .443$)，18 歲以上醫學生文化藝術分量表分數前後測差異達顯著($t = 2.763, p < .01$)，前測分數(35.40)高於後測分數(33.86)。



年齡-人文倫理分量表分數

主要效果

不同學年度醫學生在人文倫理分量表分數差異達邊緣顯著($F^{(1,187)} = 3.213, p < .10$)。九十八學年度醫學生分數(34.38)高於九十七學年度醫學生分數(33.74)。

不同年齡醫學生在人文倫理分量表分數差異達顯著($p = .922$)。

測驗時間點對於人文倫理分量表分數影響未達顯著($p = .371$)。

二因子交互作用

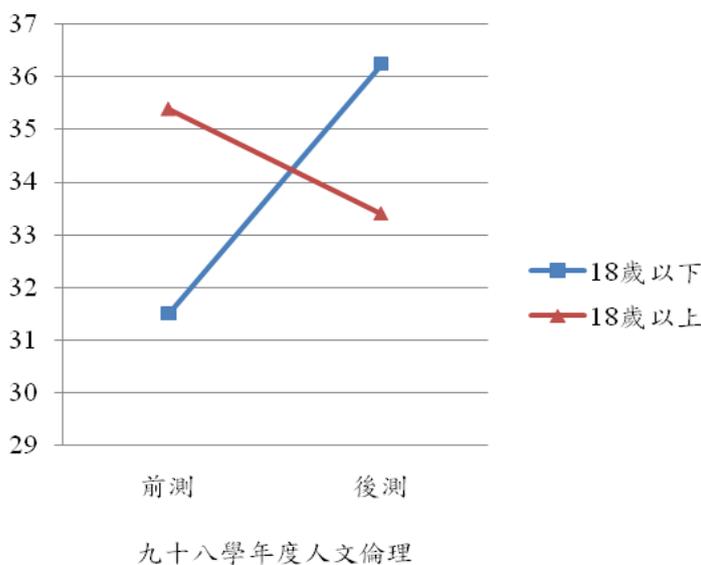
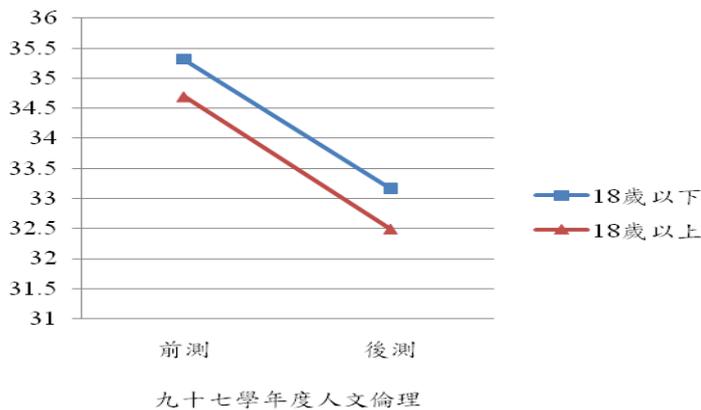
不同年齡醫學生在不同年度人文倫理分量表分數差異未達顯著($p = .371$)。

不同學年度醫學生人文倫理分量表分數前後測差異未達顯著($p = .611$)。

不同年齡醫學生人文倫理分量表分數前後測變化差異達顯著($F^{(1,187)} = 9.414, p < .01$)。18歲以下醫學生人文倫理分量表分數前後測差異達顯著($t = 3.482, p < .01$)，前測分數(35.21)高於後測分數(33.83)；18歲以上醫學生人文倫理分量表分數前後測差異達顯著($t = 6.730, p < .001$)，前測分數(35.08)高於後測分數(33.03)。

三因子交互作用

不同年齡醫學生在不同學年度人文倫理分量表分數前後測變化差異達顯著 ($F^{(1,187)} = 8.338, p < .01$)。九十七學年度醫學生中，不同年齡醫學生人文倫理分量表分數差異未達顯著 ($p = .166$)；測驗時間點對於人文倫理分量表分數影響達顯著 ($F^{(1,82)} = 31.448, p < .001$)，前測分數(35.00)高於後測分數(32.83)；不同年齡醫學生人文倫理分量表分數前後測變化差異未達顯著 ($p = .936$)。九十八學年度醫學生中，不同年齡醫學生人文倫理分量表分數差異未達顯著 ($p = .685$)；測驗時間點對於人文倫理分量表分數影響未達顯著 ($p = .244$)；不同年齡醫學生人文倫理分量表分數前後測變化差異達顯著 ($F^{(1,105)} = 8.280, p < .01$)，18歲以下醫學生人文倫理分量表分數前後測差異未達顯著 ($p = .270$)，18歲以上醫學生人文倫理分量表分數前後測差異達顯著 ($t = 4.499, p < .001$)，前測分數(35.40)高於後測分數(33.40)。



父親教育程度對於各依變項在不同時間點影響變化差異：2(97、98 學年度)X2(高中職以下、高中職以上)X2(前後測)三因子混合設計變異數分析

父親教育程度-人文素養問卷總分

主要效果

不同學年度醫學生在人文素養問卷總分差異未達顯著($p = .236$)。

不同父親教育程度醫學生在人文素養問卷總分差異未達顯著($p = .506$)。

測驗時間點對於人文素養問卷總分影響達顯著($F^{(1,190)} = 19.554, p < .001$)，樣本醫學生後測分數(99.92)顯著低於前測分數(104.14)。

二因子交互作用

不同父親教育程度間在不同年度人文素養問卷總分差異未達顯著($p = .508$)。

不同學年度醫學生人文素養問卷總分前後測差異未達顯著($p = .438$)。

不同父親教育程度間人文素養問卷總分前後測變化差異未達顯著($p = .953$)。

三因子交互作用

不同父親教育程度間在不同學年度人文素養總分前後測變化差異未達顯著($p = .429$)。

父親教育程度-電腦使用問卷總分

主要效果

不同學年度醫學生在電腦使用問卷總分差異達顯著($F^{(1,183)} = 32.542, p < .001$)，九十八學年度醫學生分數(32.30)高於九十七學年度醫學生分數(29.98)。

不同父親教育程度醫學生在電腦使用問卷總分差異達顯著($F^{(1,183)} = 3.944, p < .05$)。父親教育程度高中以下醫學生分數(31.89)較父親教育程度高中以上醫學生分數(30.89)高。

測驗時間點對於電腦使用問卷總分影響達顯著($F^{(1,183)} = 70.271, p < .001$)，樣本醫學生後測分數(33.51)顯著高於前測分數(29.27)。

二因子交互作用

不同父親教育程度醫學生在不同年度電腦使用問卷總分差異未達顯著($p = .828$)。

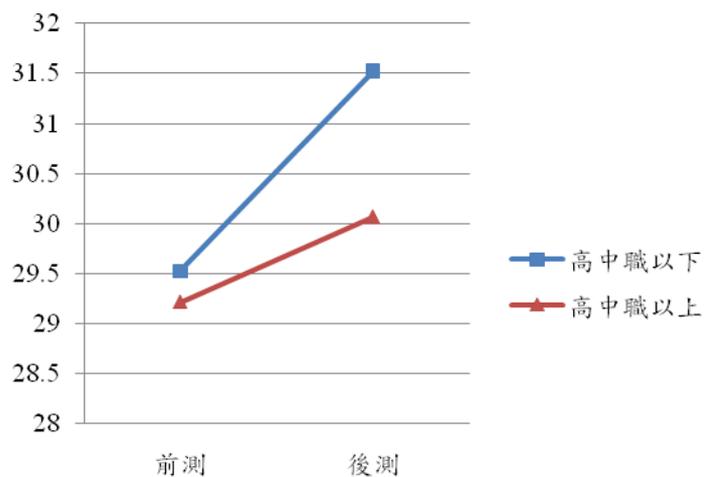
不同學年度醫學生電腦使用問卷總分前後測差異達顯著($F^{(1,183)} = 47.556, p < .001$)。九十七學年度醫學生電腦使用問卷總分前後測差異未達顯著(p

= .457)；九十八學年度醫學生電腦使用問卷總分前後測差異達顯著($t = -12.381$, $p < .001$)，後測總分(35.62)高於前測(28.97)。

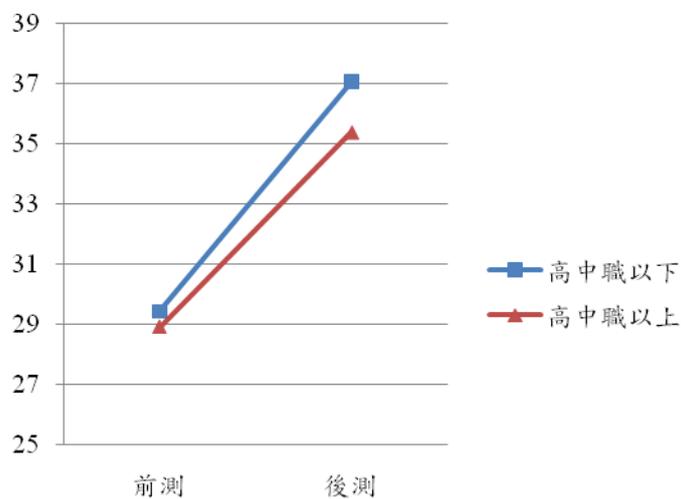
不同父親教育程度醫學生電腦使用問卷總分前後測變化差異未達顯著($p = .259$)。

三因子交互作用

不同父親教育程度醫學生在不同學年度電腦使用總分前後測變化差異未達顯著($p = 1.000$)。



九十七學年度電腦使用



九十八學年度電腦使用

父親教育程度-社區參與問卷總分

主要效果

不同學年度醫學生在社區參與問卷總分差異達顯著($F^{(1,182)} = 19.632, p < .001$)，九十八學年度醫學生分數(33.60)高於九十七學年度醫學生分數(31.57)。

不同父親教育程度醫學生在社區參與問卷總分差異未達顯著($p = .117$)。

測驗時間點對於社區參與問卷總分影響達顯著($F^{(1,182)} = 43.929, p < .001$)，樣本醫學生後測分數(34.35)顯著高於前測分數(30.99)。

二因子交互作用

不同父親教育程度醫學生在不同年度社區參與問卷總分差異未達顯著($p = .192$)。

不同學年度醫學生社區參與問卷總分前後測差異達顯著($F^{(1,182)} = 3.570, p < .10$)。九十七學年度醫學生社區參與問卷總分前後測差異達顯著($t = -4.031, p < .001$)，後測總分(32.12)高於前測(30.85)；九十八學年度醫學生社區參與問卷總分前後測差異達顯著($t = -6.695, p < .001$)，後測總分(36.01)高於前測(31.16)。

不同父親教育程度醫學生社區參與問卷總分前後測變化差異未達顯著($p = .366$)。

三因子交互作用

不同父親教育程度醫學生在不同學年度社區參與總分前後測變化差異未達顯著($p = .219$)。

父親教育程度-心理社會分量表分數

主要效果

不同學年度醫學生在心理社會分量表分數差異未達顯著($p = .612$)。

不同父親教育程度醫學生在心理社會分量表分數差異未達顯著($p = .703$)。

測驗時間點對於心理社會分量表分數影響未達顯著($p = .677$)。

二因子交互作用

不同父親教育程度醫學生在不同年度心理社會分量表分數差異未達顯著($p = .943$)。

不同學年度醫學生心理社會分量表分數前後測差異未達顯著($p = .688$)。

不同父親教育程度醫學生心理社會分量表分數前後測變化差異未達顯著($p = .519$)。

三因子交互作用

不同父親教育程度醫學生在不同學年度心理社會分量表分數前後測變化差異未達顯著($p = .754$)。

父親教育程度-文化藝術分量表分數

主要效果

不同學年度醫學生在文化藝術分量表分數差異未達顯著($p = .612$)。

不同父親教育程度醫學生在文化藝術分量表分數差異未達顯著($p = .253$)。

測驗時間點對於文化藝術分量表分數影響未達顯著($p = .677$)。

二因子交互作用

不同父親教育程度醫學生在不同年度文化藝術分量表分數差異未達顯著($p = .748$)。

不同學年度醫學生文化藝術分量表分數前後測差異未達顯著($p = .688$)。

不同父親教育程度醫學生文化藝術分量表分數前後測變化差異未達顯著($p = .987$)。

三因子交互作用

不同父親教育程度醫學生在不同學年度文化藝術分量表分數前後測變化差異未達顯著($p = .273$)。

父親教育程度-人文倫理分量表分數

主要效果

不同學年度醫學生在文化藝術分量表分數差異未達顯著($p = .612$)。

不同父親教育程度醫學生在文化藝術分量表分數差異未達顯著($p = .407$)。

測驗時間點對於文化藝術分量表分數影響未達顯著($p = .677$)。

二因子交互作用

不同父親教育程度醫學生在不同年度文化藝術分量表分數差異未達顯著($p = .683$)。

不同學年度醫學生文化藝術分量表分數前後測差異未達顯著($p = .688$)。

不同父親教育程度醫學生文化藝術分量表分數前後測變化差異未達顯著($p = .996$)。

三因子交互作用

不同父親教育程度醫學生在不同學年度文化藝術分量表分數前後測變化差異未達顯著($p = .881$)。

母親教育程度對於各依變項在不同時間點影響變化差異： $2(97、98 學年度) \times 2(高中職以下、高中職以上) \times 2(前後測)$ 三因子混合設計變異數分析

母親教育程度-人文素養問卷總分

主要效果

不同學年度醫學生在人文素養問卷總分差異未達顯著($p = .236$)。

不同母親教育程度醫學生在人文素養問卷總分差異達顯著($(F^{(1,189)} = 3.931, p < .05)$)。母親教育程度高中以上醫學生分數(102.62)高於母親教育程度高中以下醫學生分數(100.63)。

測驗時間點對於人文素養問卷總分影響達顯著($F^{(1,190)} = 19.554, p < .001$)，樣本醫學生後測分數(99.92)顯著低於前測分數(104.14)。

二因子交互作用

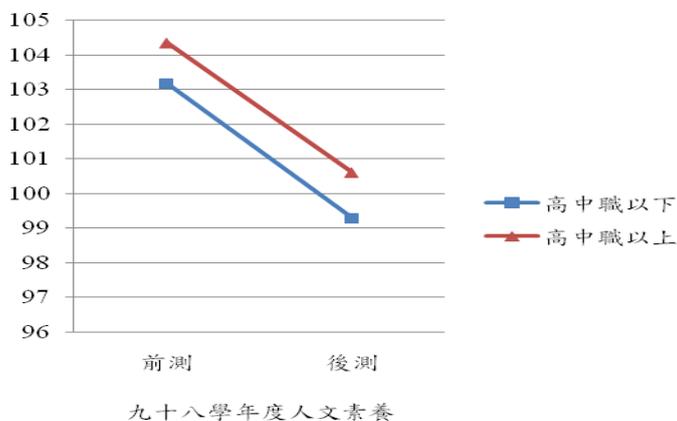
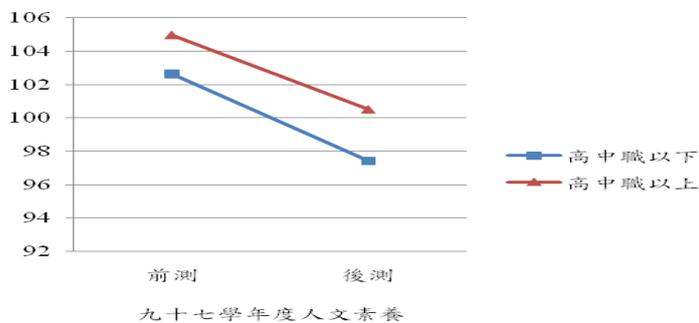
不同母親教育程度間在不同年度人文素養問卷總分差異未達顯著($p = .464$)。

不同學年度醫學生人文素養問卷總分前後測差異未達顯著($p = .438$)。

不同母親教育程度間人文素養問卷總分前後測變化差異未達顯著($p = .832$)。

三因子交互作用

不同母親教育程度間在不同學年度人文素養總分前後測變化差異未達顯著($p = .887$)。



母親教育程度-電腦使用問卷總分

主要效果

不同學年度醫學生在電腦使用問卷總分差異達顯著($F^{(1,183)} = 32.542, p < .001$)，九十八學年度醫學生分數(32.30)高於九十七學年度醫學生分數(29.98)。

不同母親教育程度醫學生在電腦使用問卷總分差異未達顯著($p = .215$)。

測驗時間點對於電腦使用問卷總分影響達顯著($F^{(1,183)} = 70.271, p < .001$)，樣本醫學生後測分數(33.51)顯著高於前測分數(29.27)。

二因子交互作用

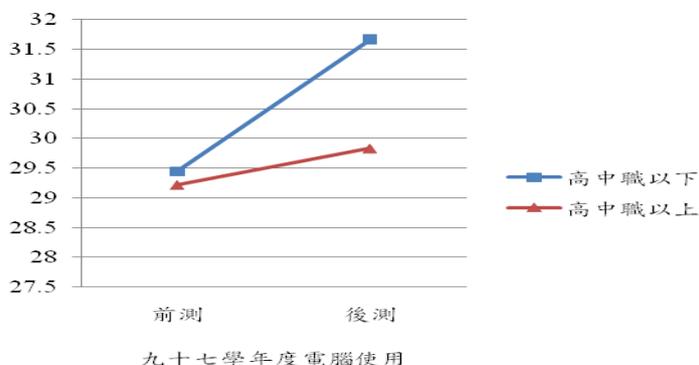
不同母親教育程度醫學生在不同年度電腦使用問卷總分差異未達顯著($p = .242$)。

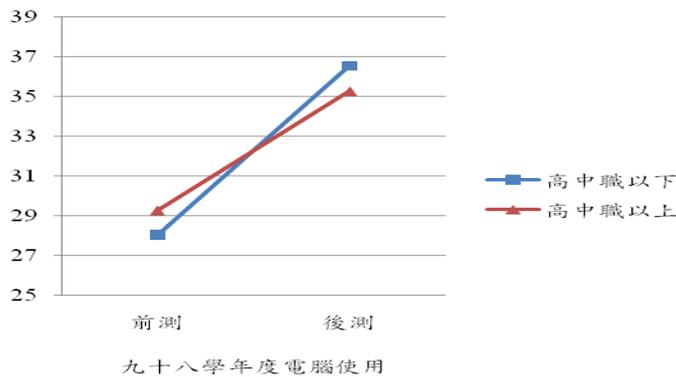
不同學年度醫學生電腦使用問卷總分前後測差異達顯著($F^{(1,183)} = 47.556, p < .001$)。九十七學年度醫學生電腦使用問卷總分前後測差異未達顯著($p = .457$)；九十八學年度醫學生電腦使用問卷總分前後測差異達顯著($t = -12.381, p < .001$)，後測總分(35.62)高於前測(28.97)。

不同母親教育程度醫學生電腦使用問卷總分前後測變化差異達顯著($F^{(1,182)} = 5.847, p < .05$)。母親教育程度高中以下醫學生電腦使用問卷總分前後測差異達顯著($t = -4.034, p < .001$)，後測分數(31.51)高於前測分數(29.02)；母親教育程度高中以上醫學生電腦使用問卷總分前後測差異達顯著($t = -6.851, p < .001$)，後測分數(32.40)高於前測分數(29.24)。

三因子交互作用

不同母親教育程度醫學生在不同學年度電腦使用總分前後測變化差異未達顯著($p = .596$)。





母親教育程度-社區參與問卷總分

主要效果

不同學年度醫學生在社區參與問卷總分差異達顯著 ($F^{(1,182)} = 19.632, p < .001$)，九十八學年度醫學生分數(33.60)高於九十七學年度醫學生分數(31.57)。

不同母親教育程度醫學生在社區參與問卷總分差異未達顯著 ($p = .543$)。

測驗時間點對於社區參與問卷總分影響達顯著 ($F^{(1,182)} = 43.929, p < .001$)，樣本醫學生後測分數(34.35)顯著高於前測分數(30.99)。

二因子交互作用

不同母親教育程度醫學生在不同年度社區參與問卷總分差異未達顯著 ($p = .482$)。

不同學年度醫學生社區參與問卷總分前後測差異達顯著 ($F^{(1,182)} = 3.570, p < .10$)。九十七學年度醫學生社區參與問卷總分前後測差異達顯著 ($t = -4.031, p < .001$)，後測總分(32.12)高於前測(30.85)；九十八學年度醫學生社區參與問卷總分前後測差異達顯著 ($t = -6.695, p < .001$)，後測總分(36.01)高於前測(31.16)。

不同母親教育程度醫學生社區參與問卷總分前後測變化差異未達顯著 ($p = .423$)。

三因子交互作用

不同母親教育程度醫學生在不同學年度社區參與總分前後測變化差異未達顯著 ($p = .668$)。

母親教育程度-心理社會分量表分數

主要效果

不同學年度醫學生在心理社會分量表分數差異未達顯著($p = .612$)。

不同母親教育程度醫學生在心理社會分量表分數差異未達顯著($p = .356$)。

測驗時間點對於心理社會分量表分數影響未達顯著($p = .677$)。

二因子交互作用

不同母親教育程度醫學生在不同年度心理社會分量表分數差異未達顯著($p = .615$)。

不同學年度醫學生心理社會分量表分數前後測差異未達顯著($p = .688$)。

不同母親教育程度醫學生心理社會分量表分數前後測變化差異未達顯著($p = .882$)。

三因子交互作用

不同母親教育程度醫學生在不同學年度心理社會分量表分數前後測變化差異未達顯著($p = .456$)。

母親教育程度-文化藝術分量表分數

主要效果

不同學年度醫學生在文化藝術分量表分數差異未達顯著($p = .612$)。

不同母親教育程度醫學生在文化藝術分量表分數差異達顯著($F^{(1,189)} = 4.145, p < .05$)。母親教育程度高中以上醫學生分數(34.81)高於母親教育程度高中以下醫學生分數(33.88)。

測驗時間點對於文化藝術分量表分數影響未達顯著($p = .677$)。

二因子交互作用

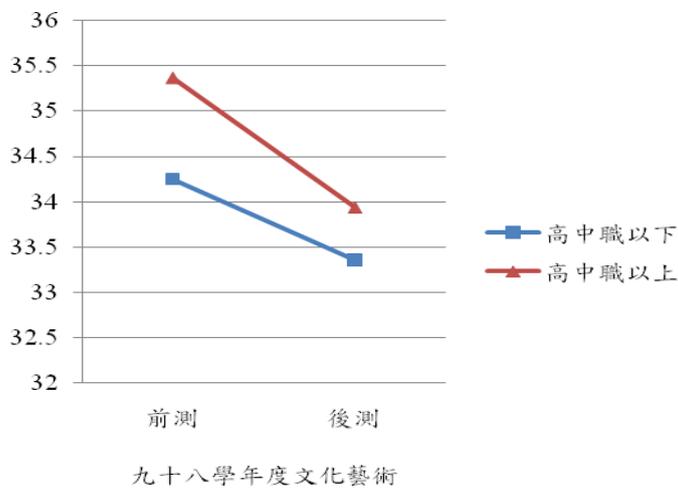
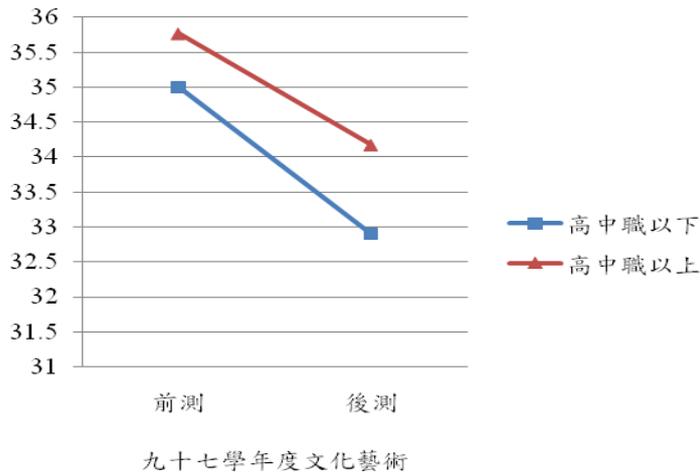
不同母親教育程度醫學生在不同年度文化藝術分量表分數差異未達顯著($p = .849$)。

不同學年度醫學生文化藝術分量表分數前後測差異未達顯著($p = .688$)。

不同母親教育程度醫學生文化藝術分量表分數前後測變化差異未達顯著($p = .988$)。

三因子交互作用

不同母親教育程度醫學生在不同學年度文化藝術分量表分數前後測變化差異未達顯著($p = .566$)。



母親教育程度-人文倫理分量表分數

主要效果

不同學年度醫學生在文化藝術分量表分數差異未達顯著($p = .612$)。

不同母親教育程度醫學生在文化藝術分量表分數差異未達顯著($p = .120$)。

測驗時間點對於文化藝術分量表分數影響未達顯著($p = .677$)。

二因子交互作用

不同母親教育程度醫學生在不同年度文化藝術分量表分數差異未達顯著($p = .245$)。

不同學年度醫學生文化藝術分量表分數前後測差異未達顯著($p = .688$)。

不同母親教育程度醫學生文化藝術分量表分數前後測變化差異未達顯著($p = .369$)。

三因子交互作用

不同母親教育程度醫學生在不同學年度文化藝術分量表分數前後測變化差異未達顯著($p = .670$)。

居住區域對於各依變項在不同時間點影響變化差異：2(97、98 學年度)X4(北台灣、中台灣、南台灣、其它[東台灣、離島、僑生])X2(前後測)三因子混合設計變異數分析

居住區域-人文素養問卷總分

主要效果

不同學年度醫學生在人文素養問卷總分差異未達顯著($p = .236$)。

不同居住區域醫學生在人文素養問卷總分差異未達顯著($p = .596$)。

測驗時間點對於人文素養問卷總分影響達顯著($F^{(1,190)} = 19.554, p < .001$)，樣本醫學生後測分數(99.92)顯著低於前測分數(104.14)。

二因子交互作用

不同居住區域間在不同年度人文素養問卷總分差異未達顯著($p = .113$)。

不同學年度醫學生人文素養問卷總分前後測差異未達顯著($p = .438$)。

不同居住區域間人文素養問卷總分前後測變化差異未達顯著($p = .339$)。

三因子交互作用

不同居住區域間在不同學年度人文素養總分前後測變化差異未達顯著($p = .858$)。

居住區域-電腦使用問卷總分

主要效果

不同學年度醫學生在電腦使用問卷總分差異達顯著($F^{(1,183)} = 32.542, p < .001$)，九十八學年度醫學生分數(32.30)高於九十七學年度醫學生分數(29.98)。

不同居住區域醫學生在電腦使用問卷總分差異未達顯著($p = .738$)。

測驗時間點對於電腦使用問卷總分影響達顯著($F^{(1,183)} = 70.271, p < .001$)，樣本醫學生後測分數(33.51)顯著高於前測分數(29.27)。

二因子交互作用

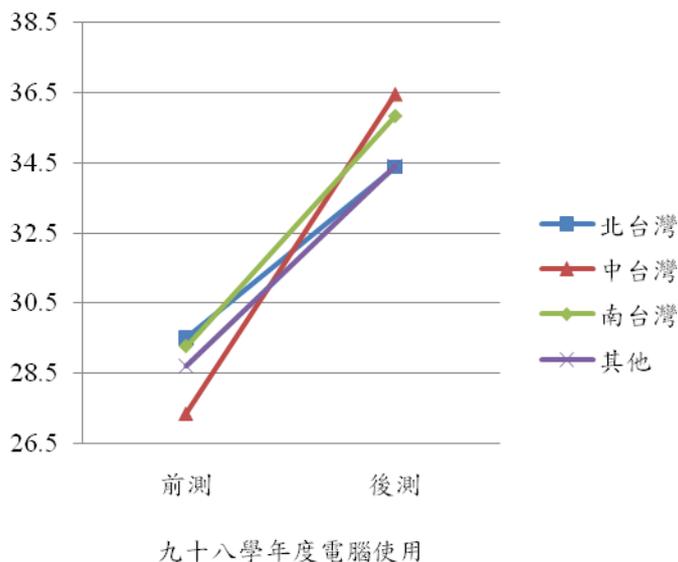
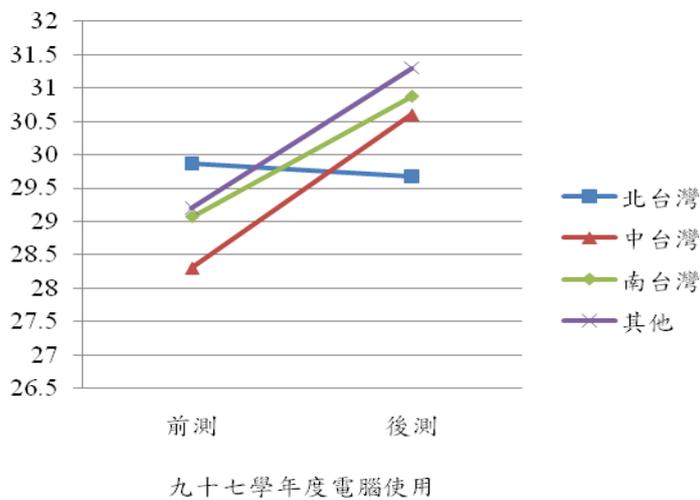
不同居住區域醫學生在不同年度電腦使用問卷總分差異未達顯著($p = .805$)。

不同學年度醫學生電腦使用問卷總分前後測差異達顯著($F^{(1,183)} = 47.556, p < .001$)。九十七學年度醫學生電腦使用問卷總分前後測差異未達顯著($p = .457$)；九十八學年度醫學生電腦使用問卷總分前後測差異達顯著($t = -12.381, p < .001$)，後測總分(35.62)高於前測(28.97)。

不同居住區域醫學生電腦使用問卷總分前後測變化差異達邊緣顯著($F^{(1,177)} = 2.283, p < .10$)。北台灣醫學生電腦使用問卷總分前後測差異未達顯著($p = .200$)；中台灣醫學生電腦使用問卷總分前後測差異達顯著($t = -3.544, p < .001$)，後測分數(32.20)高於前測分數(28.46)；南台灣學生電腦使用問卷總分前後測差異達顯著($t = -6.721, p < .001$)，後測分數(32.59)高於前測分數(29.15)；其他(東台灣、離島、僑生)學生電腦使用問卷總分前後測差異達顯著($t = -2.592, p < .05$)，後測分數(32.62)高於前測分數(28.95)。

三因子交互作用

不同居住區域醫學生在不同學年度電腦使用總分前後測變化差異未達顯著($p = .771$)。



居住區域-社區參與問卷總分

主要效果

不同學年度醫學生在社區參與問卷總分差異達顯著($F^{(1,182)} = 19.632, p < .001$)，九十八學年度醫學生分數(33.60)高於九十七學年度醫學生分數(31.57)。

不同居住區域醫學生在社區參與問卷總分差異未達顯著($p = .117$)。

測驗時間點對於社區參與問卷總分影響達顯著($F^{(1,182)} = 43.929, p < .001$)，樣本醫學生後測分數(34.35)顯著高於前測分數(30.99)。

二因子交互作用

不同居住區域醫學生在不同年度社區參與問卷總分差異未達顯著($p = .450$)。

不同學年度醫學生社區參與問卷總分前後測差異達顯著($F^{(1,182)} = 3.570, p < .10$)。九十七學年度醫學生社區參與問卷總分前後測差異達顯著($t = -4.031, p < .001$)，後測總分(32.12)高於前測(30.85)；九十八學年度醫學生社區參與問卷總分前後測差異達顯著($t = -6.695, p < .001$)，後測總分(36.01)高於前測(31.16)。

不同居住區域醫學生社區參與問卷總分前後測變化差異未達顯著($p = .748$)。

三因子交互作用

不同居住區域醫學生在不同學年度社區參與總分前後測變化差異未達顯著($p = .691$)。

居住區域-心理社會分量表分數

主要效果

不同學年度醫學生在心理社會分量表分數差異未達顯著($p = .612$)。

不同居住區域醫學生在心理社會分量表分數差異未達顯著($p = .824$)。

測驗時間點對於心理社會分量表分數影響未達顯著($p = .677$)。

二因子交互作用

不同居住區域醫學生在不同年度心理社會分量表分數差異達顯著($F^{(1,182)} = 3.351, p < .05$)。九十七學年度不同居住區域醫學生之心理社會分量表分數差異未達顯著($p = .248$)；九十八學年度不同居住區域醫學生之心理社會分量表分數差異達邊緣顯著($F^{(3,103)} = 2.221, p < .10$)，北台灣醫學生分數(34.38)、中台灣醫學生

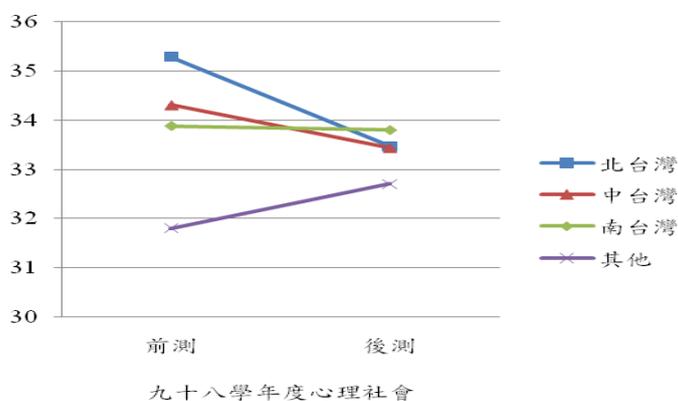
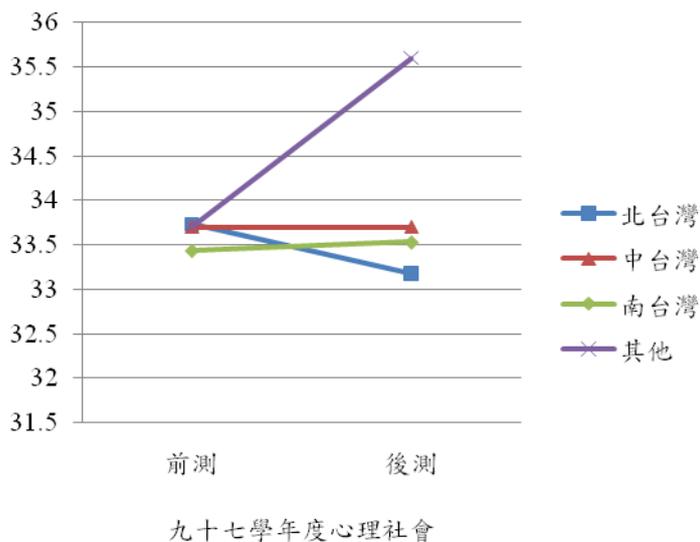
分數(33.88)、南台灣醫學生分數(33.84)高於其他(東台灣、離島、僑生)醫學生分數(32.25)。

不同學年度醫學生心理社會分量表分數前後測差異未達顯著($p = .688$)。

不同居住區域醫學生心理社會分量表分數前後測變化差異達邊緣顯著($F(1,182) = 2.149, p < .10$)。北台灣醫學生心理社會分量表分數前後測差異達邊緣顯著($t = -4.031, p < .001$)，前測分數(34.05)高於後測分數(33.30)；中台灣醫學生心理社會分量表分數前後測差異未達顯著($p = .912$)；南台灣醫學生心理社會分量表分數前後測差異未達顯著($p = .204$)；其他(東台灣、離島、僑生)醫學生心理社會分量表分數前後測差異未達顯著($p = .268$)。

三因子交互作用

不同居住區域醫學生在不同學年度心理社會分量表分數前後測變化差異未達顯著($p = .888$)。



居住區域-文化藝術分量表分數

主要效果

不同學年度醫學生在文化藝術分量表分數差異未達顯著($p = .612$)。

不同居住區域醫學生在文化藝術分量表分數差異未達顯著($p = .490$)。

測驗時間點對於文化藝術分量表分數影響未達顯著($p = .677$)。

二因子交互作用

不同居住區域醫學生在不同年度文化藝術分量表分數差異未達顯著($p = .227$)。

不同學年度醫學生文化藝術分量表分數前後測差異未達顯著($p = .688$)。

不同居住區域醫學生文化藝術分量表分數前後測變化差異未達顯著($p = .486$)。

三因子交互作用

不同居住區域醫學生在不同學年度文化藝術分量表分數前後測變化差異未達顯著($p = .498$)。

居住區域-人文倫理分量表分數

主要效果

不同學年度醫學生在文化藝術分量表分數差異未達顯著($p = .612$)。

不同居住區域醫學生在文化藝術分量表分數差異未達顯著($p = .835$)。

測驗時間點對於文化藝術分量表分數影響未達顯著($p = .677$)。

二因子交互作用

不同居住區域醫學生在不同年度文化藝術分量表分數差異未達顯著($p = .834$)。

不同學年度醫學生文化藝術分量表分數前後測差異未達顯著($p = .688$)。

不同居住區域醫學生文化藝術分量表分數前後測變化差異未達顯著($p = .944$)。

三因子交互作用

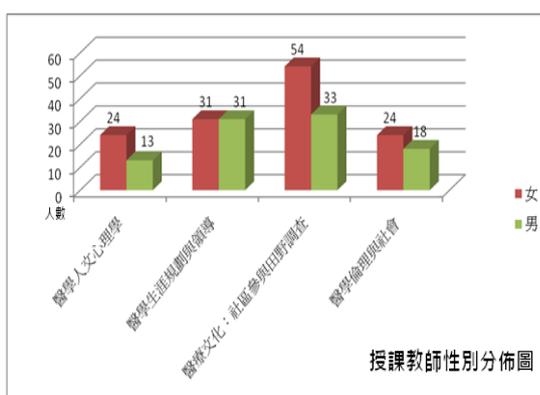
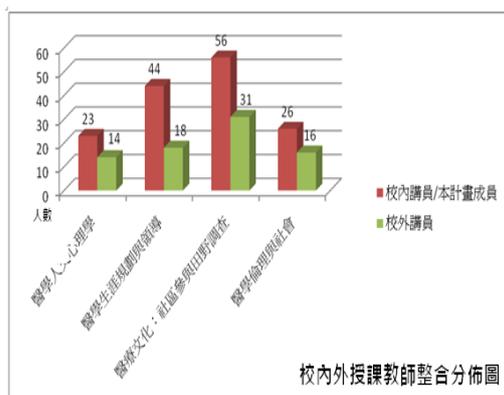
不同居住區域醫學生在不同學年度文化藝術分量表分數前後測變化差異未達顯著($p = .639$)。

五、教材發展與執行情形

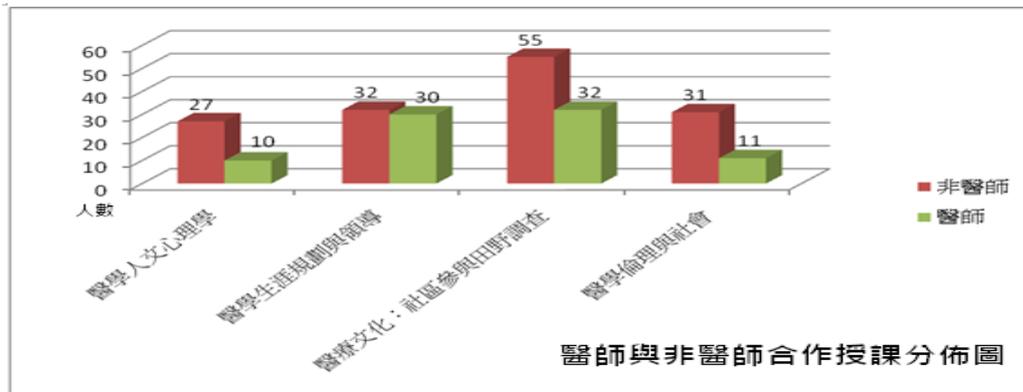
教材名稱	課程名稱	講員來訪人數	校內講員/本計畫成員		校外講員	
			醫師	非醫師	醫師	非醫師
醫學人文心理學	醫學人文	7(X2hrs=14hrs)	4(3M+1F)	8(F)	1(M)	3(1M+2F)
	醫學心理學	5(X2hrs=10hrs)	0	10(F)	2(1M+1F)	3(2M+1F)
	修課人數加總	12	4	18	3	6
醫學生涯規劃與領導	醫學生涯規劃	9(X2hrs=18hrs)	8(7M+1F)	8(F)	0	3(3M)
	專業領導力	13(X2hrs=26hrs)	10(7M+3F)	15(F)	4(3M+1F)	1(F)
	修課人數加總	22	18	23	4	4
醫療文化：社區參與田野調查	醫療文化研究	2(X2hrs=4hrs)	1	17(F)	2(M)	0
	多元文化諮商與助人技巧	2(X2hrs=4hrs)	2(2M)	15(1M+14F)	0	0
	修課人數加總	4	2	32	2	0
醫學倫理與社會	生命倫理	9(X2hrs=18hrs)	3(3M)	9(3M+6F)	2(2M)	6(3M+3F)
	普通社會學	11(X2hrs=22hrs)	2(1M+1F)	11(1M+10F)	3(2M+1F)	5(2M+3F)
	修課人數加總	20	5	20	5	11
	次數	43(X2hrs=86hrs)	29(23M+6F)	93(5M+88F)	14(11M+3F)	20(11M+9F)

計劃參與校內外授課教師分佈圖

計劃參與授課教師的性別

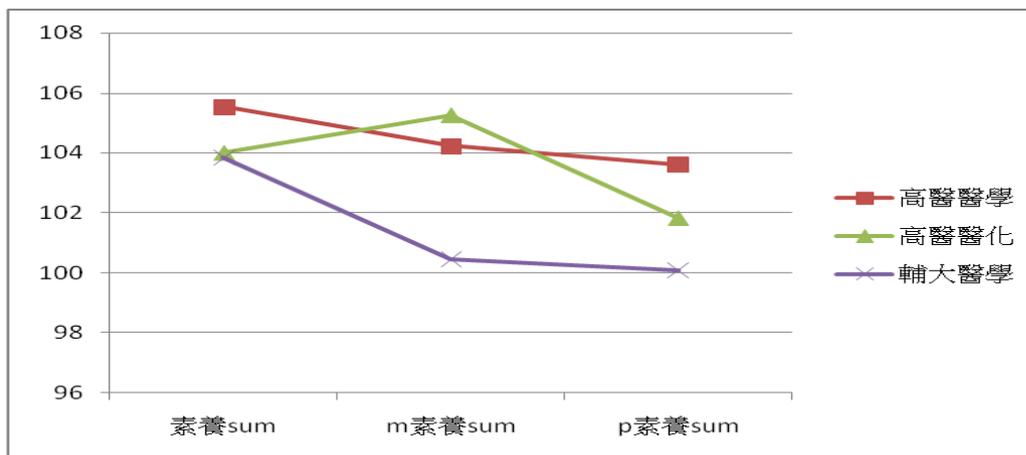


醫師與非醫師合作授課分佈圖



測驗時間點對於人文素養問卷總分影響達顯著($F = 4.843, P < .05$)

- 測驗時間點對於人文素養問卷總分影響達顯著($F = 4.843, P < .05$)，後測平均(101.449)顯著低於中測平均(102.633)、前測平均分數(104.327)；中測平均分數顯著低於前測平均分數。
- 就讀系所與測驗時間的之交互作用未達顯著($F = .288$)，單純主要效果顯示中測分數三組差異達顯著($F=3.813$)，高醫醫化學生平均分數(103.2000)顯著高於輔大醫學學生平均分數(97.1667)。



3. S 選擇教學媒體與教材

- 為提供醫學生較為生動且能與現實生活經驗結合的學習，並充分激發學生對於”人”生命尊重、心理、社會文化理解、專業醫師生涯的興趣與規劃，運用醫療爭議案例及有相關倫理準則語詞內容分析的微觀有聲影音媒體錄製觀察，使同學有經驗藉由醫療情境模擬演練技巧進行，引發倫理思維及溝通分析能力，或對人道主義能產生重視。

- 然後運用數位導向輔助課程網頁、投影、多媒體等方式進，輔以老師對於醫學人文、史哲、心理和社會文化多元知識論和方法論的整合講解，為了使學生能全方面的行動體驗、Micro 微觀模擬溝通技巧則更為貼近醫病倫理。最後，參閱相關網站資料，選取醫療案例以問題導向學習討論，倫理準則語詞分析的演練，以及醫學人文、倫理與社會文化的影音檔及代表性圖片，結合數位化電腦輔助教學媒體〈Power Point〉，以貼近真實的以”人”為本呈獻演練，以其建立學生一個完整知識、態度、行為含括影像、文字、圖片的人文印象

六、網站運用報告

網站架構: Comhealth. kmu.edu.tw

	教職員&醫學生	社區朋友	社群朋友&校友	專業社群
醫學人文&倫理、多元文化和藝術素養能力在高醫醫學系				
首頁	課程&教學	校園&社區	評量 & 研究	健康服務&資源
新聞 服務 行事曆 教育 明日良醫生涯 尊重生命倫理 道德 人文關懷行動 多元文化視野	97 學年課程表 1. 醫學生涯規劃 2. 生命倫理 3. 醫學人文 4. 多元文化觀 點: 助人技巧 5 影 音教材: 數位導 向學習 6. 學習討 論/留言版 7. 期末成果展 96 教學資訊 (old 檔)	新聞 活動 服務學習社區 健康生活促進 社區參與服務 學習手冊	研究工具 學習評量工具 教育部 97 計劃書 國科會 96 報告 國科會 95 報告 文獻相關	健康生活資訊 1. 兒童&青 少牢 2. 成人 醫師專家網路 諮詢醫學系志 工: e 醫哥&e 醫 姐 數位典藏資料 庫 圖書期刊資料 庫 活動影像資料 庫行動合作機 構網站速結 推薦網站速結

最佳瀏覽解析度: 1280x1024

教職員&醫學生 社區朋友 專業社群&校友

醫學人文&倫理、多元文化和藝術素養能力在高醫醫學系

首頁 & 新聞 | 課程 & 教學 | 校園 & 社區 | 評量 & 研究 | 健康服務 & 資源

簡介

- 建構醫學人文、倫理與社會課程與教學發展計畫
- 醫學人文教育研究團隊成員
- 關於高醫醫學院醫學人文課程
- 醫學人文數位學習課程
- 活力健康守護站
- 留言板
- 聯絡我們
- 相關連結

Welcome Kaohsiung Medical University

97 年年度新興議題與專業教育中鋼計畫
建構醫學人文、倫理與社會課程與教學發展計畫

計畫成員:
賴春生、鍾育志、楊瑞成、鍾欽文
張松山、駱慧文、林志隆、黃啟儀
莊勝發、孫仲山、謝臥龍、蔡篤堅

演講資訊:
05/12 13:00~15:00
邀請
徐淑婷醫師 (高雄長庚醫院精神科醫師)
談「女性心理與行為探究」
位置: 高雄醫學大學 W13 教室

06/02 13:00~15:00
邀請
陳正宗院長 (高雄凱旋醫院院長)
談「醫學社會學」
位置: 高雄醫學大學 W13 教室

瀏覽人次: 2 of 29

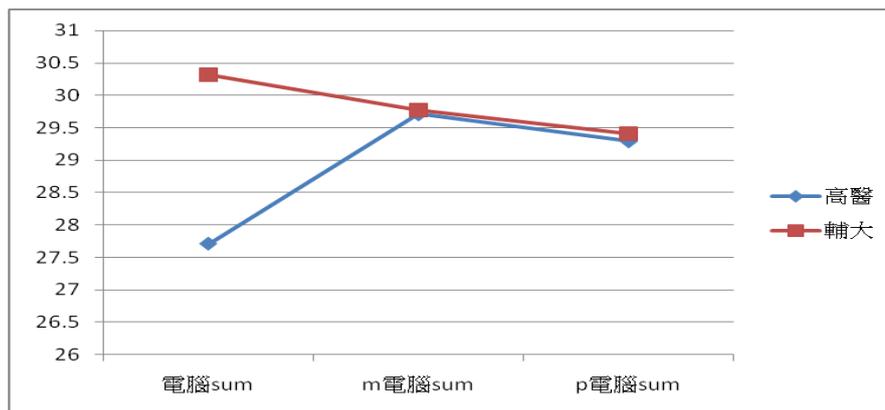
回首頁 | 高醫首頁 | 醫學院 | 醫學系 | 聯絡我們 | 智財權說明
KMU Home | Copyright | Contact Us | Site Map

高雄醫學大學 醫學院 醫學系 Kaohsiung Medical University

<http://comhealth.kmu.edu.tw/> 網頁呈現



電腦使用問卷的影響達顯著($F= 3.097, p < .05$)；



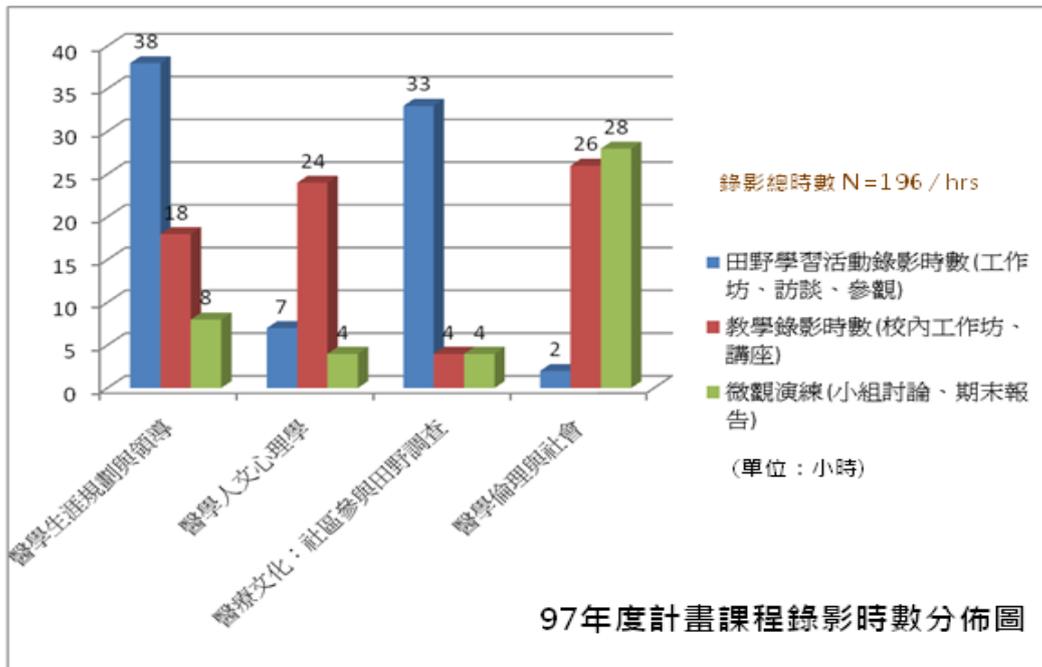
- 就讀學校與測驗時間點的交互作用對於電腦使用問卷的影響達顯著($F= 3.097, p < .05$)；單純主要效果檢驗顯示高醫學生中測平均分數(29.708)顯著高於前測平均分數(27.708)。

4.U 使用多媒體與教材

- 首先醫學人文、倫理與社會文化課程引言說明進行的大概方向，並簡介課程一般同學的認識，然後進入電影片段的放映，片長約剪輯七分鐘，結束放映之後，請同學發表對於影片是否有問題要提出，或對片中哪些地方印象深刻，然後老師加以講解；然後便是老師針對地理方面來介紹醫病溝通技巧，運用了製成投影片的大綱，逐項介紹內容，此部分約十分鐘；再來，便是針對醫療歷史發展來做一個詳細的介紹，同樣這部分也是使用投影媒體，結合一些大家對的普遍認識，重點式的介紹醫療文化人情，此部分約規劃十分鐘；最後，就是補充一些著名景點的圖片，輔以精簡的介紹，此部份規劃約十分鐘，如此完成課程講授的部分，規劃總講授課程約四十分鐘。

教材名稱	課程名稱	外出活動訪視及工作坊	校內學生	校內教師	校外教師	社區民眾	田野學習活動錄影時數	教學錄影活動錄影時數	微觀演練活動錄影時數
醫學生涯規劃與領導	醫學生涯規劃	14 組醫師訪談	168	14	28	28	16	18	4
	專業領導力	專業領導力工作坊	47	8	5	26	12	0	4
		高雄少年法院	39	1	6	5	2		
		醫師觀察訪談	30	10	20	16	8		
醫學人文心理學	醫學人文	參訪活動：高雄市立凱旋醫院（I）	45	1	5	6	2	14	2
		參訪活動：高雄市立凱旋醫院（II）	45	1	5	6	2		
	醫學心理學	3 組同學參訪 精神病患、減肥患者、急診病患	21	1	8	10	3	10	2
醫療文化：社區參與田野調查	諮商與助人技巧	社區參與服務--服務地點：茂林鄉(11/26)	35	3	33	105	5	4	2
		高雄縣茂林鄉衛生所、多納國小、高雄縣茂林鄉原住民婦幼發展協會	35	3	55	105	5		
		社區參與服務--服務地點：茂林鄉(12/1)	17	4	20	150	6		
		高雄縣茂林鄉衛生所、多納國小、高雄縣茂林鄉原	17	4	50	155	8		

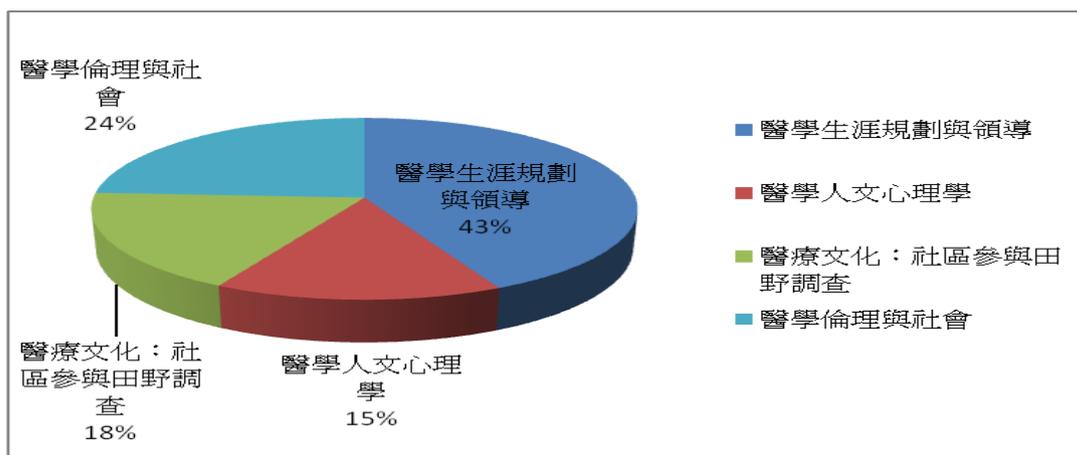
		住民婦幼發展協會社區參與服務--服務地點:桃源鄉(12/14-15) 高雄縣桃源鄉衛生所、高雄縣桃源鄉建山社區發展協會、寶來國小社區參與服務--服務地點:桃源鄉(12/21-22) 梅蘭長老教會、樟山國小、桃源國小、衛生所							
	醫療文化研究	田野資料蒐集(健康生活與疾病敘事)-建山部落 田野資料蒐集(公費生制度問題)-台東行訪談高正治主任	10 5	0 0	0 1	20 4	6 3	0 0	2
醫學倫理與社會	生命倫理	11組微觀劇本演練	66	33	22	5	2	18	24
	普通社會學	性別、文化與醫療社會工作坊	77	3	12	7	0	8	4
	次數		657	86	270	648	80	72	44



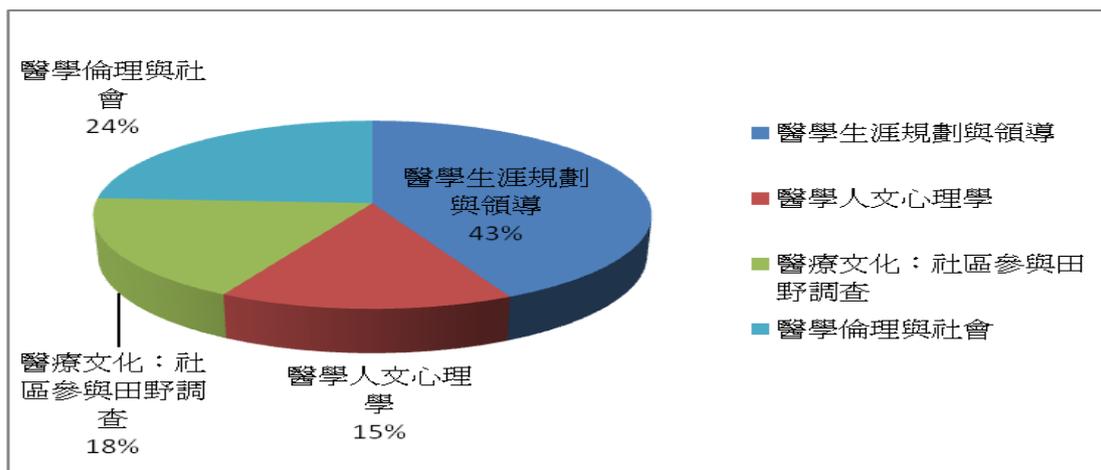
5.R 要求學習者參與

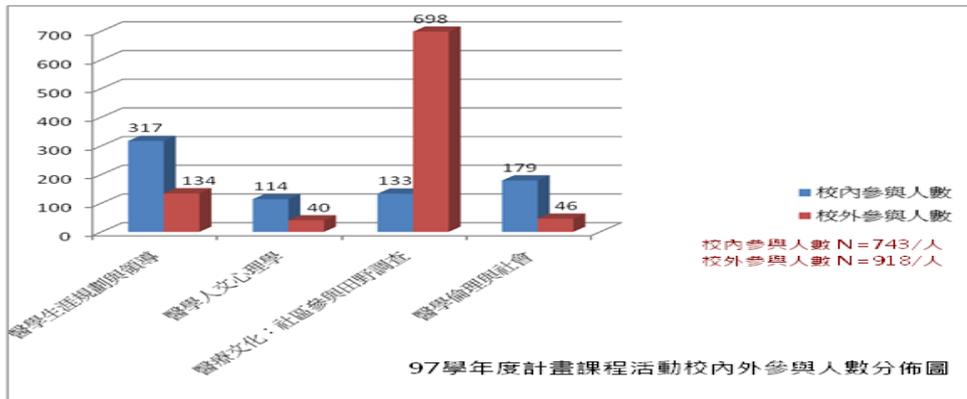
- 主要求學習者發表對於講授內容的感想或疑問，並再請同學針對行動、體驗、觀察和教學內容研討，期末參與、反思、合作做一比對和意見發表，最後請同學小組合作交叉討論，推論出可能的解答，最後再由老師一一針對問題解答，並以期此過程能建立學生對多元文化的視野觀念，且經由討論和觀察、傾聽、行動體驗經驗的分享，加深同學對人文視野的認識。

97 學年度計畫課程訪視活動校外參與人數圖

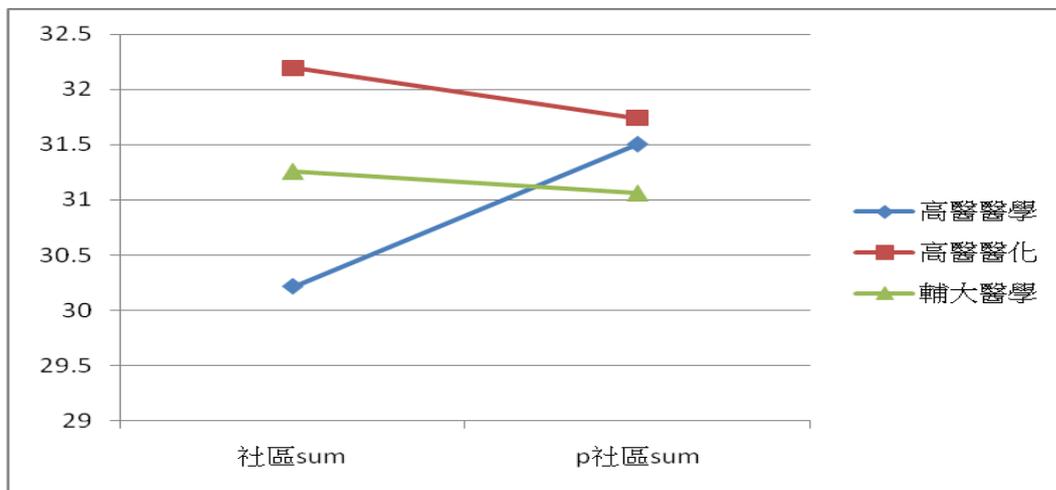


97 學年度計畫課程訪視活動校外參與人數圖





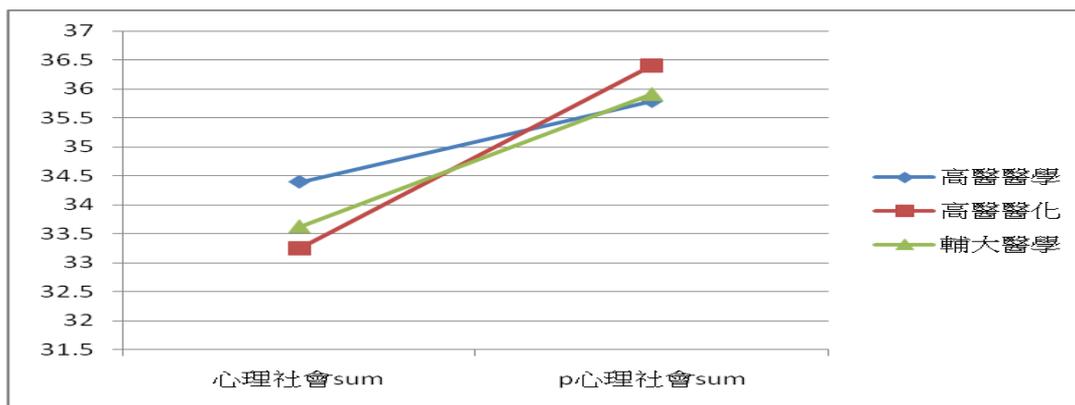
社區參與多元文化能力



- 就讀系所與測驗時間點的交互作用對於社區參與問卷的影響未達顯著 ($F=1.157$)；單純主要效果檢驗顯示前測中高醫醫化學生平均分數顯著高於高醫醫學及輔大醫學。

6.E. 評鑑與修正

- 藉由觀察學生在教學過程中的參與及反應熱烈程度，來評鑑教學媒體的選擇及運用是否恰當，再藉由學生討論過程及結果的正確性，來判斷醫學生對人文社會科學知識教授內容的吸收程度，接著便是經由上課時提出的小問題討論，請同學個別回家查閱相關資料來輔助課程尚不足的地方，然後回到課堂上經驗分享，以期獲得更生活化的醫學人文關懷經驗知識，修正課程內容和學習方式為改進的參考。

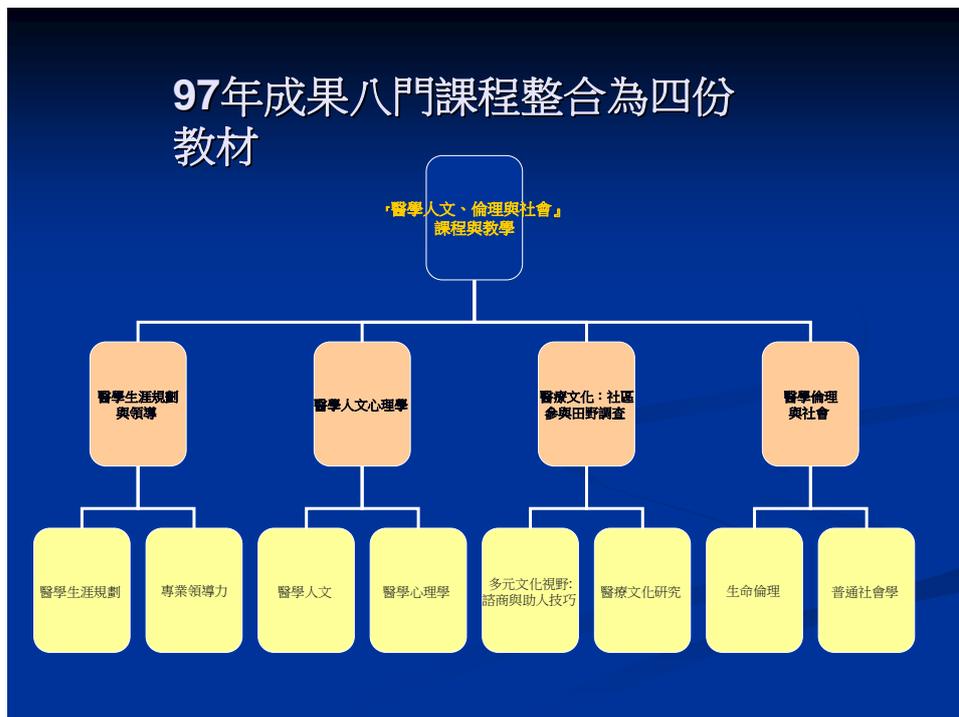
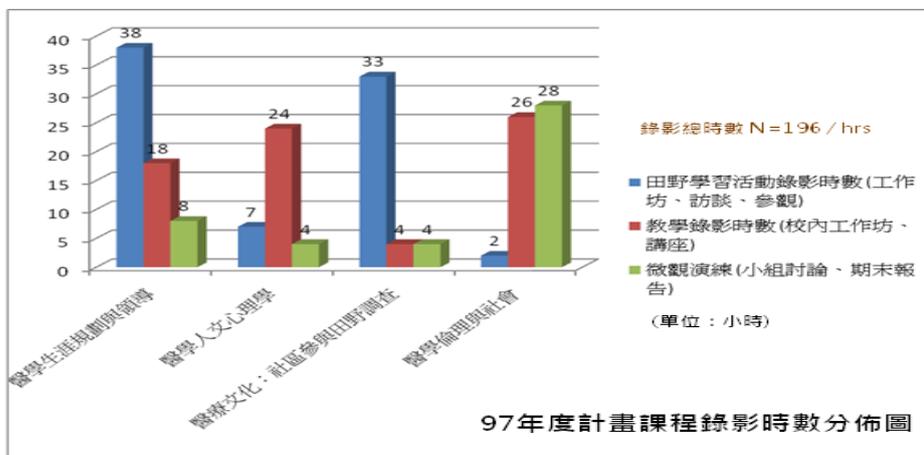
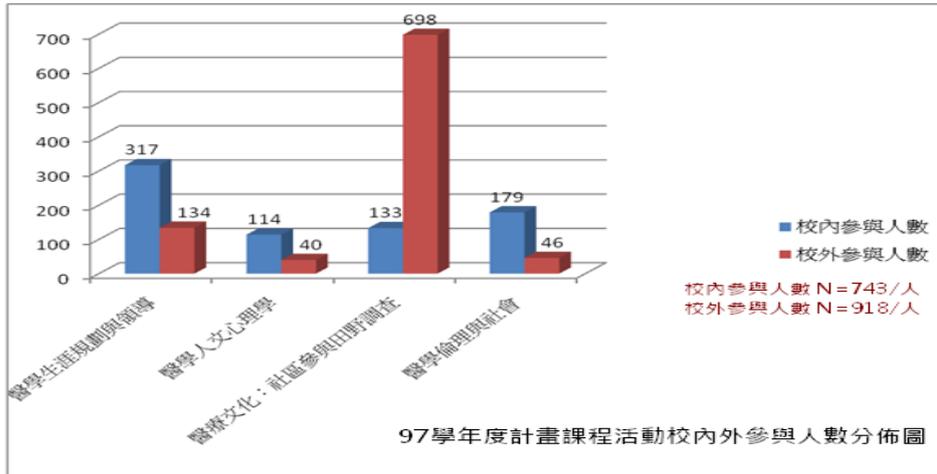


■ 測驗時間點對於人文問卷：心理社會分量表總分影響達顯著($F= 21.638, p < .001$)，後測平均分數顯著高於前測。

教材名稱	課程名稱	外出活動訪視及工作坊	校內學生	校內教師	校外教師	社區民眾	錄影時數 hrs
醫學生涯 規劃 與領導	醫學生涯 規劃	14 組醫師訪談	168	14	28	0	16
	專業領 導 力	專業領導力工作坊	47	8	5	0	12
		高雄少年法院 醫師觀察訪談	39	1	6	0	2
		醫師觀察訪談	30	10	20	0	8
醫學人文 心理學	醫學人文	參訪活動：高雄市立 凱旋醫院 (I)	45	1	5	0	2
		參訪活動：高雄市立 凱旋醫院 (II)	45	1	5	0	2
	醫學心理 學	3 組同學參訪 精神 病患、減肥患者、急 診病患	21	0	8	0	3
醫療文 化： 社區參與 田野調查	諮商與助 人技巧	社區參與服務--服 務地點：茂林鄉	35	3	33	35	5
		(11/26)	35	3	55	65	5
		高雄縣茂林鄉衛生 所、多納國小、高雄 縣茂林鄉原住民婦 幼發展協會	17	4	20	45	5
		社區參與服務--服 務地點：茂林鄉 (12/1)	17	4	50	60	4

		高雄縣茂林鄉衛生所、多納國小、高雄縣茂林鄉原住民婦幼發展協會社區參與服務--服務地點：桃源鄉(12/14-15) 高雄縣桃源鄉衛生所、高雄縣桃源鄉建山社區發展協會、寶來國小社區參與服務--服務地點：桃源鄉(12/21-22) 梅蘭長老教會、樟山國小、桃源國小、衛生所					
	醫療文化研究	田野資料蒐集(健康生活與疾病敘事)-建山部落 田野資料蒐集(公費生制度問題)-台東行訪談高正治主任	10 -5	0 0	0 1	20 4	6 3
醫學倫理與社會	生命倫理	11組微觀劇本演練	66	33	22	0	26
	普通社會學	性別、文化與醫療社會工作坊	77	3	12	7	8
	次數			700	506		

教材名稱	課程名稱	外出活動訪視及工作坊	校內學生	校內教師	校外教師	社區民眾	田野學習活動錄影時數	教學錄影活動錄影時數	微觀演練活動錄影時數
醫學生涯規劃與領導	醫學生涯規劃	14 組醫師訪談	168	14	28	28	16	18	4
	專業領導力	專業領導力工作坊	47	8	5	26	12	0	4
		高雄少年法院 醫師觀察訪談	39 30	1 10	6 20	5 16	2 8		
醫學人文心理學	醫學人文	參訪活動：高雄市立凱旋醫院（I）	45	1	5	6	2	14	2
		參訪活動：高雄市立凱旋醫院（II）	45	1	5	6	2		
	醫學心理學	3 組同學參訪 精神病患、減肥患者、急診病患	21	1	8	10	3	10	2
醫療文化：社區參與田野調查	諮商與助人技巧	社區參與服務--服務地點：茂林鄉(11/26) 高雄縣茂林鄉衛生所、多納國小、高雄縣茂林鄉原住民婦幼發展協會	35	3	33	105	5	4	2
		社區參與服務--服務地點：茂林鄉(12/1) 高雄縣茂林鄉衛生所、多納國小、高雄縣茂林鄉原住民婦幼發展協會	35	3	55	105	5		
		社區參與服務--服務地點：桃源鄉(12/14-15) 高雄縣桃源鄉衛生所、高雄縣桃源鄉建山社區發展協會、寶來國小	17	4	20	150	6		
		社區參與服務--服務地點：桃源鄉(12/21-22) 梅蘭長老教會、樟山國小、桃源國小、衛生所	17	4	50	155	8		
	醫療文化研究	田野資料蒐集（健康生活與疾病敘事）-建山部落	10	0	0	20	6	0	2
		田野資料蒐集（公費生制度問題）-台東行訪談高正治主任	5	0	1	4	3	0	
醫學倫理與社會	生命倫理	11 組微觀劇本演練	66	33	22	5	2	18	24
	普通社會學	性別、文化與醫療社會工作坊	77	3	12	7	0	8	4
	次數		657	86	270	648	80	72	44



*建構社會醫學課程人文教學倫理發展與計畫	*教材名稱與作者	*課程名稱		*教材內容
	*1. 醫學人文心理學 *賴春生、駱慧文、謝臥龍、莊勝發	醫學人文	*97/98上	*人文主義 與醫學 *人本溝通分析治療法應用
		醫學心理學	*97/98下	*健康心理學與醫學相關因素探討 *不同型態健康疾病基模症狀知覺 *不同文化族群的健康認知與心理現象
	*2. 醫學生涯與領導 *楊瑞成、駱慧文、謝臥龍、張松山	*醫學生涯規劃	*97/98上	*醫學生的學習與成長自我探索 *醫師工作的現況與未來：職業輔導 *決定生涯的歷程：不同專科的選擇 *醫師專業領導與管理 *健康的身體與生命：情緒、時間、壓力及休閒管理 *追求自我築夢踏實-成為領袖群倫的明日醫師
		*專業領導力	*97/98下	
	*3. 醫療文化： *社區參與田野調查 *鐘飲文、駱慧文、黃啟儀、黃志中	*多元文化諮商與助人技巧	*97/98上 *	*台灣的醫療文化：現在、過去與未來 *族群文化：原住民的健康認知、態度與行為田野調查 *健康養生與飲食文化 *男女醫師的領導文化
	*4. 醫學倫理與社會 *賴春生、駱慧文、黃志中、莊維周、莊勝發、陳武忠	*生命倫理	*97/98上	*人性化的醫療衛生政策實施 *衛生主管機構在醫療糾紛調解的行政業務實施 *常見的醫療糾紛及法律責任 *婦女健康身體自主權、墮胎之問題與權力分析 *現今性工作者工作權之倫理爭議
		*	*	
	5. 遺傳諮商和人類服務 *趙美琴、駱慧文	遺傳諮商和人類服務 Genetic Counseling and Humans Services	*98上	*遺傳傾向的常見疾病 *生命倫理 *人類恐懼疾病遺傳的心理:同理心技巧瑣鍊 *多元文化諮商理論:人本溝通分析技巧瑣鍊 *臍帶血銀行機構參訪 *罕見疾病：SMA症介紹
	*6. 性別、文化與醫療社會 林志隆、駱慧文、謝臥龍	*性別、文化與醫療社會 *Gender、Cultural and Medical Society	*98上	*愛情關係：解析男女醫學生對劈腿族的愛情觀與婚前性行為的認知與態度？ *建構醫療權力平衡的多元文化新視野 *同志關係：彩虹國度的醫師處境 *夫妻醫師的婚姻關係經營？專業工作與家庭重要？

二、計畫內部整合情形

- (1. 請概述整體課程規劃、開課狀況、計畫推展的活動等。具協同主持人之計畫請詳列教學分工情形；2. 請說明計畫內部是否培養跨領域之教學人才；3. 請說明整體課程推動或進行時所遭遇之困難，並提出改善可能性或具體方案。)

1. 課程整體規劃、開課狀況、計畫推展

藉由『醫學人文、倫理與社會』課程與教學的革新，以促使醫學生人文、倫理與社會素養能力的提昇為主要目的。第一年成果進行全面性醫學人文教育課程整合，和數位導向輔助教學網站的建構與創新。

主要內容以強化醫學專業與人文素養培育，課程整合建構及有效性教學評量。教學策略以行動學習與研究的方式進行，融入『人道主義』精神內涵及多元文化認同及意義化。

發展醫學人文、倫理和社會文化能力紮根工作，並以醫學生涯發展和領導為培育目標。落實以「學生」為中心的學習風格，以 ASSURE 系統化導向的評量教學，培育明日醫學生人文素養能力，挑戰未來專業的競爭，儲備醫學生專業能量以面對未來新世紀的競爭能力。

	教材名稱與作者	課程名稱	教材內容
建構社會醫學課程人文教學倫理發展與計畫	1. 醫學人文心理學 賴春生、駱慧文、謝臥龍、莊勝發	醫學人文	.97/98 上 人文主義 與醫學 人本溝通分析治療法應用
		醫學心理學	.97/98 下 健康心理學與醫學相關因素探討 不同型態健康疾病基模症狀知覺 不同文化族群的健康認知與心理現象
	2. 醫學生涯與領導 楊瑞成、駱慧文、謝臥龍、張松山	醫學生涯規劃	.97/98 上 醫學生的學習與成長自我探索 醫師工作的現況與未來：職業輔導
		專業領導力	.97/98 下 決定生涯的歷程：不同專科的選擇 醫師專業領導與管理 健康的身體與生命：：情緒、時間、壓力及休閒管理 追求自我築夢踏實-成為領袖群倫的明日醫師

<p>3. 醫療文化： 社區參與田野調查 鐘飲文、駱慧文、黃 旻儀、黃志中</p>	<p>多元文化諮 商與助人技 巧</p>	<p>.97/98 上</p>	<p>.台灣的醫療文化：現在、過去與 未來 .族群文化：原住民的健康認知、 態度與行為田野調查 .健康養生與飲食文化 .男女醫師的領導文化</p>
<p>4. 醫學倫理與社會 賴春生、駱慧文、黃 志中、莊維周、莊勝 發、陳武忠</p>	<p>生命倫理</p>	<p>.97/98 上</p>	<p>.人性化的醫療衛生政策實施 .衛生主管機構在醫療糾紛調解的 行政業務實施 .常見的醫療糾紛及法律責任 .婦女健康身體自主權、墮胎之問 題與權力分析 .現今性工作者工作權之倫理爭議</p>
<p>5. 遺傳諮商和人類服 務 趙美琴、駱慧文</p>	<p>遺傳諮商和 人類服務 Genetic Counseling and Humans Services</p>	<p>.98 上</p>	<p>.遺傳傾向的常見疾病 .生命倫理 .人類恐懼疾病遺傳的心理：同理 心技巧瑣練 .多元文化諮商理論：人本溝通分 析技巧瑣練 .臍帶血銀行機構參訪 .罕見疾病：SMA 症介紹</p>
<p>6. 性別、文化與醫療 社會 林志隆、駱慧文、謝 卧龍</p>	<p>性別、文化 與醫療社會 Gender、 Cultural and Medical Society</p>	<p>.98 上</p>	<p>.愛情關係：解析男女醫學生對劈 腿族的愛情觀與婚前性行為的認 知與態度？ .建構醫療權力平衡的多元文化新 視野 .同志關係：彩虹國度的醫師處境 .夫妻醫師的婚姻關係經營？專業 工作與家庭重要？</p>

高雄醫學大學 九十九學年度教學綱要

科目名稱：(中文) 性別、文化與醫療社會 必修選修

(英文) Gender、Cultural and Medical Society

開課單位：高雄醫學大學醫學系

教師：高雄醫學大學 醫學系 駱慧文 博士

每學期開課學分數：上學期 2 學分 下學期 學分

總學分數：2 學分；每週上課時數：2 小時。

時間：星期三 13:00-14:50

教室：濟世大樓 204

所需教學設備：

1.) 三槍投影機 2.) 電腦 3.) 麥克風

Web site：<http://comhealth.kmu.edu.tw>

修課年級	醫學系一、二年級	
辦公地點	醫學研究大樓 1 樓	
連絡方式	07	3121101#2137
	07	3222201
	loha@kmu.edu.tw	

課程簡介

本課程之設計堅持多元文化教育的理想與觀點，以討論與思辯來解析當今多元文化社會中，男女兩性之間的關係，省思自我性別意識，探索並剖析男女兩性關係的迷思，引領學生在階級、種族、社經地位、年齡、文化差異等議題中，思考其醫療社會性別結構，以及性別關係，進而在生活中學習男女兩性平權和諧地相處，並以積極的行動，打破醫療社會男女兩性不平權的制度與規範，進而建構兩性共存共榮的新秩序與新文化的醫療社會。

課程目標

1. 探討傳統兩性關係中的角色、地位與解構現代多元文化醫療社會中，人我與己我之間的差異
2. 解析與探究多元文化現象，族群、階級、年齡與性別關係的相關連。
3. 解讀醫療社會的兩性空間對性與愛親密關係的探究。
4. 經驗反思友情、愛情、親情與自我性別角色的意涵影響與轉變。
5. 解放自我破除既存的性別偏見與歧視之性別權力關係。再造和諧的心靈成長。
6. 追求平衡的新兩性關係與建構多元文化觀的醫療社會視野，超越自我，挑戰未來。

課程要求

工作坊

性別、人文、社會與醫療工作坊 10/30(六) 8:45-16:45

分組報告

1. 每組 5 人，須包含男女同學。
2. 以工作坊的議題做為學期報告的主題，選擇有興趣的議題加以討論、思考與探究。
3. 期中考週繳交小組報告，內容簡單敘述工作坊的心得與並針對學期報告主題提出研究方向。
4. 小組期末報告必須針對工作坊議題更加深入的探討與研究。

報告內容

1. 小組工作坊 1000 字數，期中考週繳交

2. 個人心得 500 字數，期末考後繳交
3. 小組期末書面報告 3000 字數，期末考後繳交
4. 繳交方式：以組為單位上傳至 e-Learning，主旨請標明組別。

評分標準

1. 上課討論與出席率(40%) - 工作坊、至少四次課堂點名
2. 小組工作坊心得報告(20%)
3. 個人心得(10%)
4. 小組期末口頭報告(10%)
5. 小組期末書面訪談報告(20%)

每週課程進度

週次	日期	上課進度	講授者
01	9/15	課程說明	駱慧文 助理教授
02	9/22	中秋節放假	
03	9/29	(上課)男人來自火星、女人來自金星：談兩性溝通	駱慧文 助理教授
04	10/6	(上課)親密關係	駱慧文 助理教授
05	10/13	(上課)	駱慧文 助理教授
06	10/20	(工作坊)婦女健康政策	李佳燕 醫師
07	10/27	(工作坊)災難醫學人文-瓜地馬拉經驗談	謝臥龍 副教授 陳順勝 醫師
08	11/3	(工作坊)災難社會心理與精神醫療	許文耀 教授 周煌智 醫師
09	11/10	期中考週、繳交小組期中報告	駱慧文 助理教授
10	11/17	(工作坊)性別與工作	嚴祥鸞 教授 黃志中 醫師
11	11/24	(工作坊)綜合研討	駱慧文 助理教授
12	12/1	(上課)性侵害、性騷擾與性別平等法 V.S 青少年、少女的犯罪與法律處置	陳美燕 庭長
13	12/8	(上課)男、女醫學生的學習經驗與處境	謝臥龍 副教授
14	12/15	(上課)性工作者的工作權-從政策面向談起 V. S. 現今性工作者工作權之倫理爭議	嚴祥鸞 教授
15	12/22	(上課)性別主流化觀點之婦女健康政策 V. S. 婚姻暴力理論分析與醫療處置	嚴祥鸞 教授
16	12/29	期末口頭報告	駱慧文 助理教授
17	1/5	期末口頭報告	駱慧文 助理教授
18	1/12	期末考週、繳交期末報告	駱慧文 助理教授

高雄醫學大學 九十九學年度教學綱要

科目名稱：(中文) 醫學生涯規劃 必修選修

(英文) Career Development : Physicians Lifetime

開課單位：高雄醫學大學醫學系

教師：高雄醫學大學 醫學系 駱慧文 博士

每學期開課學分數：上學期 2 學分 下學期 學分

總學分數：2 學分；每週上課時數：2 小時。

時間：星期二 13:00-14:50

教室：濟世大樓 301

所需教學設備：

1.) 三槍投影機 2.) 電腦 3.) 麥克風

Web site : <http://comhealth.kmu.edu.tw>

修課年級	醫學系一年級	
辦公地點	醫學研究大樓 1 樓	
連絡方式	07	3121101#2137
	07	3222201
	loha@kmu.edu.tw	

課程簡介

1. 基礎生涯理論介紹，醫師生涯發展理論的融入，實作性向測驗、人格測驗、價值觀探索，生涯決定因素，生涯技巧，生涯角色調適。
2. 醫師典範講座：醫師生涯選擇、規畫與經驗分享，成就傑出的專科醫師。
3. 醫師訪談，生涯高原期壓力調適，專業研究轉型期調適，未來生涯目標的規劃、雙生涯家庭，深造、國考、就業準備等主要生涯課題的研究與習作。

課程目標

面對科技發展日新月異，社會急驟變遷的新世紀，醫師專業的生涯發展，已面臨更多的挑戰；傳統價值似乎不足以和諧圓滿地實踐有意義的人生。有鑑於此，本課程目標乃以醫師生涯發展與生涯規劃的理論與研究為基礎，配合學生的未來醫師專業角色發展，希望能透過教育的歷程，使醫學生潛能開發到協助個體發展專業生涯規劃，亦即自“良醫”整體生活與生命觀的出發，追尋生涯，以完成的自己理想醫師專業知能和未來的工作與生活規劃，產生有意義的聯結。同時，進而為建構自我醫師專業角色的人文關懷。提供醫學生一個短程與長程的生涯發展與專業抉擇的準備與指引。

課程要求

分組報告

1. 共分 15 組，每組 6-7 人，以抽籤方式決定訪談醫師科別。
2. 藉由訪問醫師，了解其學習經歷、專業發展經驗、訪談對象對醫療體系的期許、個人領導團隊經驗、家庭婚姻生活經營、情緒管理、休閒生活等等。

報告內容

1. 個人心得 500 字數，期末考後繳交
2. 小組期末書面報告 3000 字數，期末考後繳交

3. 繳交方式：以組為單位上傳至 e-Learning，主旨請標明組別。

評分標準

1. 上課討論與出席率(40%) -至少五次課堂點名
2. 個人心得(20%)
3. 小組期末書面訪談報告(40%)

每週課程進度

週次	日期	上課進度	講授者
01	9/14	課程說明	駱慧文 助理教授
02	9/21	自我探索與生涯的探究	駱慧文 助理教授
03	9/28	Holland 職業性向測驗	駱慧文 助理教授
04	10/5	田野調查(停課一次)	駱慧文 助理教授
05	10/12	田野調查(停課一次)	駱慧文 助理教授
06	10/19	田野調查(停課一次)	駱慧文 助理教授
07	10/26	(上課)專業醫師的生涯規劃	未定
08	11/2	田野調查(停課一次)	駱慧文 助理教授
09	11/9	期中考週	駱慧文 助理教授
10	11/16	(上課)醫院執行長的生涯規劃	許重義 執行長
11	11/23	(上課)整形醫師的生涯規劃	鍾金源 醫師
12	11/30	(上課)醫院主管的生涯規劃	周煌智 醫師
13	12/7	(上課)情緒管理與壓力調適	蕭仁釗 助理教授
14	12/14	(上課)醫師公會理事長的生涯規劃	莊維周 醫師
15	12/21	田野調查(停課一次)	駱慧文 助理教授
16	12/28	期末報告	駱慧文 助理教授
17	1/4	期末報告	駱慧文 助理教授
18	1/11	期末考、繳交期末報告	駱慧文 助理教授

高雄醫學大學 九十八學年度教學綱要

科目名稱：(中文)專業領導力 必修選修

(英文)

開課單位：高雄醫學大學醫學系

教師：駱慧文 博士 高雄醫學大學 醫學系

每學期開課學分數：上學期__學分 下學期__2__學分

總學分數：__2__學分；每週上課時數：__2__小時。

時間：星期五 3:00PM-4:50PM

所需教學設備：

1.) 三槍投影機 2.) 電腦 3.) 麥克風

Web site :comhealth.kmu.edu.tw

修課年級	醫學系一年級	
辦公地點	醫學研究大樓 1 樓	
連繫電話	07	3121101#2137
	07	3222201

課程簡介

本醫學專業領導的課程內容重點包括五大知識管理功能：計劃、組織、指導、協調與控制，並從醫療情境中思考練習與運用這五大功能的方法中。所謂醫師領導特質：學習將包含：刺激團隊的潛力，達成執行目標，如何發揮創意、有效溝通、激勵部屬與評估績效的方法，幫助個人和團體培養更強的競爭力。專業醫學領導人的領導班。授課基本理念是激發醫學生內在隱藏的領導力，催化其領導經驗再現、並使其行動力和創造力整合充權、再建構，幫助醫學生儲備管理和領導的知能；達成個人未來領袖群倫的生涯目標。

課程目標

本課程目標則在於培育醫學生儲備現代醫學專業領導特質，即訓練個體領袖群倫能力，強化人文素養在其領導競爭力上。並學習將醫師及領導者角色有效融入，建構領導能力使其有專業管理知能在醫療群體超越贏得勝利的條件。現代領導被期許的改變與傳統勤奮努力即能成功已不能相比擬。現代化社會，高度要求掌握領導他人的方法，主要還是提高團隊成員的合作工作效率，這是現代社會醫療專業領導人；所必須具備的條件。

課程內容：

本課程的進行方式，採學習者為主體、教師是催化者角色，講授為輔助學習。

小組合作學習領導；輪流扮演 leader 在每次小組討論，運用主席角色主導討論多元開放討論和對話為主，因此，學習者主動學習領導合作、敘說分享經驗、積極參與討論與思考等都將是很重要的概念。

學習者在課前必須準備先閱讀資料，進入課堂與伙伴討論準備提問；如此才能較快速進入思考與理解、再經由老師的講述引導進行討論。

課前準備討論的主題，事前公佈，學生要準備。課後請學生口頭整理討論的重點。

評估成效則重視田野調查研究：實務訪談的技巧和倫理。課堂介紹訪談一次，經驗分享一次

。另提供訪談手冊，期中要求小組撰寫田野研究訪談計畫書，並先取得受訪者的訪談同意書。由受訪者寄回訪談回饋單，以評估學生的表現。由學生填寫訪談品質自我評估表，以檢核訪談的品

質。文本轉換做逐字稿和訪談報告，每人再繳交個人訪談心得一份。老師抽取一份學生個人訪談心得，寄給受訪者，表達感謝之意。訪視不同專業的領導人，讓學生親自與領導人談話，從成功的領導人身上；典範學習，獲取成功經驗文本(口述歷史的資料)。

本課程要求每一小組學生課後將心得回應(reaction)報告(1頁/500字左右)張貼於醫學系教學網頁的課程指定版面(留言板與討論區)；回應報告可針對上課討論的內容抒發未竟之言或做進一步的引申和探討；學生的作業，有創意思考的將獲邀刊登於校刊的刊物。

同時，學生可將不同文化領導族群人、情境、事、物進行探討比較分析。亦允許學生將本課與其他課程整合議題研究並相互應用。並達深入與分享之效，但必須事前溝通讓授課教師清楚了解你的整合規劃及同意。課程網頁將教和學習者的評語和回應過程完整呈現。教學網頁的輔助版上有許多相關資料、學生作品，可供觀摩與參考。

本課程希望是對於醫學人文系列課程有強烈興趣，喜歡課堂討論的學生，才選修本課程。表達感謝之意。訪視不同專業的領導人，讓學生親自與領導人談話，從成功的領導人身上；典範學習，獲取成功經驗文本(口述歷史的資料)。身上；典範學習，獲取成功經驗文本(口述歷史的資料)。身上；典範學習，獲取成功經驗文本(口述歷史的資料)。身上；典範學習，獲取成功經驗文本(口述歷史的資料)。身上；典範學習，獲取成功經驗文本(口述歷史的資料)。身上；典範學習，獲取成功經驗文本(口述歷史的資料)。身上；典範學習，獲取成功經驗文本(口述歷史的資料)。

課程要求

1. 報告內容 1. 內文 5000 字數 2. 繳交方式：上傳至 e-Learning

評分標準

1. 上課討論與出席率(20%)
2. 期末口頭報告(40%)
3. 期末書面報告(40%)

課程進度

週次	日期	上課進度	講授者	備註
01	2/24	課程簡介- Physician Leadership: A New Model for a New Generation	駱慧文 老師	
02	3/3	Today's leaders need more than vision and a high IQ.	駱慧文 老師	
03	3/10	田野訪談	駱慧文 老師	
04	3/17	與病人的互動、與醫療人員的互動領導及溝通及專業領導	駱慧文 老師	
05	3/24	主題：醫院組織領導	駱慧文 老師	
06	3/31	參加 3/28(日)生物心理社會學工作坊	駱慧文 老師	
07	4/7	高雄縣醫師公會組織領導經驗分享	莊維周 理事長	
08	4/14	高雄長庚醫院副院長經驗分享(暫定)	陳順勝 副院長	
09	4/21	期中考週	駱慧文 老師	
10	4/28	高雄師範大學校長經驗分享	戴嘉南 校長	
11	5/5	情境領導模式與醫師領導	駱慧文 老師	
12	5/12	田野觀察訪視：醫療團隊的互動觀察	駱慧文 老師	
13	5/19	田野觀察訪視：診療室的互動觀察(內科)	黃旻儀 醫師 陳順勝 醫師 黃志中 醫師	
14	5/26	田野觀察訪視：診療室的互動觀察(外科)	田英俊 醫師 黃旭霖 醫師 李書欣 醫師	
15	6/2	中國醫藥大學組織訪視	駱慧文 老師	
16	6/9	小組期末口頭報告	駱慧文 老師	
17	6/16	端午節放假	駱慧文 老師	
18	6/23	繳交小組期末書面報告	駱慧文 老師	

高雄醫學大學 九十九學年度教學綱要

科目名稱：(中文)醫學人文 必修選修

(英文) Medical Humanistic

開課單位：高雄醫學大學醫學系

教師：高雄醫學大學 醫學系 駱慧文 博士

每學期開課學分數：上學期 2 學分 下學期 學分

總學分數：2 學分；每週上課時數：2 小時。

時間：星期二 15:00-16:50

教室：濟世大樓 401

所需教學設備：

1.) 三槍投影機 2.) 電腦 3.) 麥克風

Web site：<http://comhealth.kmu.edu.tw>

修課年級	醫學系一年級	
辦公地點	醫學研究大樓 1 樓	
連絡方式	07	3121101#2137
	07	3222201
	loha@kmu.edu.tw	

課程簡介

醫學人文通識課程開設宗旨在於為醫學院學生提供人文素養核心知能培育，內容的強調應用科學和人文學科的方法學到醫學的實踐。教學的重點在於人類主體的重視和實質性的重要內容：醫學人文是在醫療情境中發生的人、事、時、地、物。包括人類學、倫理學 法律，和心理、社會關心、健康政策、文化與藝術。這些課程將設計開設在醫學系一二年級期間，探索學習有關於”人”的部分；其所體驗的人際互動經驗在醫療情境中，未來良醫生的角色在於人文關懷的醫者。

課程目標

醫學人文課程主要目標是形塑良醫人文素養的價值與態度，讓學生體驗人的主體性、建構認知於重視「人的主體」在醫療的過程，而不只是只有「疾病的主體」。

課程要求

討論分組報告

10/19 上課時間

工作坊

性別、人文、社會與醫療工作坊 10/30(六) 8:45-16:45

分組報告

1. 分為老人、兒童青少年、婦女、壯年男性四大分類共八組，每組 5-6 人，須包含男女同學。
2. 在診療室外觀察病患並訪談其社會處境、生活經驗及心理狀況。
3. 期中考週繳交診療室觀察報告，報告內容簡略敘述觀察心得並描述期末報告對象。
4. 小組期末報告將觀察內容集結成一篇文章。

報告內容

1. 小組觀察心得 500 字數，期中考週繳交
2. 個人心得 500 字數，期末考後繳交
3. 小組期末書面報告 3000 字數，期末考後繳交

4. 繳交方式：以組為單位上傳至 e-Learning，主旨請標明組別。

評分標準

1. 上課討論與出席率(40%) - 工作坊、至少四次課堂點名
2. 小組診療室觀察報告(20%)
3. 個人心得(10%)
4. 小組期末書面訪談報告(30%)

每週課程進度

週次	日期	上課進度	講授者
01	9/14	課程說明	駱慧文 助理教授
02	9/21	醫學人文簡介	駱慧文 助理教授
03	9/28	(工作坊)災難醫學人文-瓜地馬拉經驗談	謝臥龍 副教授 陳順勝 醫師
04	10/5	(工作坊)災難社會心理與精神醫療	許文耀 教授 周煌智 醫師
05	10/12	(工作坊)性別與工作	嚴祥鸞 教授 黃志中 醫師
06	10/19	(工作坊)婦女健康政策	李佳燕 醫師
07	10/26	(工作坊)綜合研討	駱慧文 助理教授
08	11/2	田野調查(停課一次)	駱慧文 助理教授
09	11/9	期中考週、繳交小組觀察心得	駱慧文 助理教授
10	11/16	田野調查(停課一次)	駱慧文 助理教授
11	11/23	田野調查(停課一次)	駱慧文 助理教授
12	11/30	(上課)專家演講	許文耀 教授
13	12/7	(上課)個人中心治療	蕭仁釗 助理教授
14	12/14	(上課)專家演講	黃志中 醫師
15	12/21	(上課)專家演講	未定
16	12/28	期末報告	駱慧文 助理教授
17	1/4	期末報告	駱慧文 助理教授
18	1/11	期末考、繳交期末報告	駱慧文 助理教授

高雄醫學大學 九十八學年度教學綱要
2009

科目名稱：(中文) 醫學心理學 必修 選修

(英文) Medical Psychology

開課單位：高雄醫學大學醫學系

教師：駱慧文 博士 高雄醫學大學 醫學系

每學期開課學分數：上學期 ___ 學分 下學期 2 學分

總學分數：2 學分；每週上課時數：2 小時。

時間：星期二 1:00PM-2:50PM; 行政大樓 CS408 室

所需教學設備：

1.) 三槍投影機 2.) 電腦 3.) 麥克風

Web site : comhealth.kmu.edu.tw

修課年級	醫學系一、二年級	
辦公地點	醫學研究大樓 1 樓	
連繫電話	07	3121101#2137
	07	3222201

課程簡介

醫學心理學內容包含:研究心理因素對人體健康和疾病作用規律的一門健康醫學心理學科。醫學的生物、心理、社會模式主要以人為主體;是在完成社會化的人。指人類所處的四周環境(社會環境、自然環境等)對人的健康和疾病有明顯影響。例如,社會生活和自然環境中的各種事件,均可通過人的心理活動反映到軀體方面,引起各種生理甚至病理的變化。反之,人的身體和心理及發生的事件,都可能引起生理心理各種反應,甚至病理心理的變化。生物、心理、社會因素對個體健康的影響,與心理與軀體機能均有密切相關。研究人的心理活動在健康和疾病之間相互轉化過程中的影響,這是本課程醫學心理學要探討與闡明的問題。

本課程乃教育部中綱計劃建置的課程《醫學心理學》亦是醫學人文教育的選修教材。

本課程書為教育部的規劃教材,將適當編輯介紹最新知識供醫學院校師生使用的基礎醫學人文教材。內容符合實用而精緻,向醫學生傳授強調人道主義及人性化醫療,目標是為將來臨床醫學打好基礎實用的醫學心理學基本知識、基本理論和基本技能。

課程目標

以人道主義的精神去關懷人類外,並從一般影響人類心理健康,和疾病發展的因素開始進行了解,還有一部份是針對精神、心理疾病部份有深入的瞭解,包括:如何診斷、評估標準,流行病學差異性、形成病因、鑑別診斷、精神藥理的干預和其他形式的治療。學習理解人的精神、心理原則,多元主軸分析診斷,從與人的晤談溝通之中,進行精神狀態分析、健康評估檢查。實際探討存在心理學理論的學習和熟悉人類心理防禦機制,熟悉理解人的發展階段、正常運作的行為規範,或包括人的基本需求、性生活,睡覺和文化等互動關係發展。

課程內容：

1. 為什麼有人會從事一些不健康的行為,如:酒精/藥物濫用、暴飲暴食,吸煙?
2. 怎樣人格和壓力,對人類的身體有產生疾病的影響?
3. 如何診斷影響一個人的精神福祉?例如:糖尿病或癌症的病人其心理為何?
4. 醫師對於人類心理須做什麼學習,才可以以積極的方式影響到個人、病人或團體的身體健康?

5. 醫學心理學的研究為何?病人心理評估如何提昇其效能?

本課程將探討有關於不同性別、年齡族群的人，其生心理、精神、健康和疾病之間的關係。課程旨在介紹應用醫學&臨床心理學知能，促使學習者自我和了解人類影響保健和健康行為的能力。課程包括有關健康心理學理論和研究重點是生物醫學，心理模型健康的身體和殘疾病。還有人文、倫理和文化社會等問題領域中都將討論。

課程要求

2. 了解相關人類心理、行為特質對於健康的影響，並以小組專題方式進行研究分析報告。
3. 小組合作、課堂討論，發表成果的演練，留言板和討論區視訊平台將是重要的溝通管道組成，這當然是為了學習效能提昇和計劃教材資料的收集;以合作方式共同來關心和共同參與學習成長。
4. 報告內容 1. 內文 5000 字數 2. 繳交方式：上傳至 e-Learning

評分標準

1. 上課討論與出席率(20%)
2. 小組期中專題計畫書(30%)
3. 小組期末口頭報告(20%)
4. 小組期末書面報告(30%)

課程進度

週次	日期	上課進度	講授者	備註
01	2/23	醫學心理學課程介紹	駱慧文 老師	
02	3/02	健康心理學	駱慧文 老師	
03	3/09	心理實驗學研究方法：醫學心理動力理論的應用與評估	駱慧文 老師	
04	3/16	心理障礙:人格與健康心理學相關研究	駱慧文 老師	
05	3/23	性侵倖存者的心理創傷與復原	羅燦煥 老師	
06	3/30	認知理論與健康：疾病/健康概念、信念	駱慧文 老師	
07	4/06	兒童心理學：	莊勝發 老師	
08	4/13	老人心理學:心身疾病發病的心理社會影響因素	陳正生 醫師	
09	4/20	期中報告繳交	駱慧文 老師	
10	4/27	創傷壓力症候群的理論與實務 (3 / 7 日)	許文耀 老師	
11	5/04	災難創傷壓力症候群：災區訪視觀察評估技巧演練(3 / 7 日)	許文耀 老師	
12	5/11	慢性和重症病人心理、行為現象探究(3 / 7 日)	許文耀 老師	
13	5/18	災區慢性和重症病人關懷、訪視、溝通技巧演練(3 / 7 日)	許文耀 老師	
14	5/25	變態心理學：心理治療	蕭仁釗 老師	
15	6/01	網路諮商倫理	王智弘 老師	
16	6/08	期末口頭報告	駱慧文 老師	
17	6/15	期末口頭報告	駱慧文 老師	
18	6/22	書面報告繳交	駱慧文 老師	

高雄醫學大學 九十八學年度教學綱要

科目名稱：(中文) 生命倫理 必修 選修

(英文) Bioethics

開課單位：高雄醫學大學醫學系

教師：高雄醫學大學 醫學系 駱慧文 博士

每學期開課學分數：上學期 2 學分 下學期 學分

總學分數：2 學分；每週上課時數：2 小時。

時間：星期五 10:10-12:00

教室：N216

所需教學設備：

1.) 三槍投影機 2.) 電腦 3.) 麥克風

Web site：<http://comhealth.kmu.edu.tw>

修課年級	醫學系一、二年級	
辦公地點	醫學研究大樓 1 樓	
連絡方式	07	3121101#2137
	07	3222201
	lcha@kmu.edu.tw	

課程簡介

本課程理念在強化學生對人類主體生命及倫理問題的分析能力，並鼓勵他們探討和反思在人類史上和全球化的相關倫理議題。期許能幫助醫學生再建構生命價值，尊重生命整合行動和溝通個人的信念，並與其他人展開對話；將從醫療文化中案例的生命故事所傳達人類生命力的考量，應用於富挑戰性的醫療倫理問題上，並透過倫理學中的功利論、道德論、契約論的概念在醫療社會案例中探討；參與醫療田野觀察、服務學習和溝通體驗活動，反思自我對人類生命在醫療倫理信仰為何？

本課程特別重視學生以人本的態度，面對人道主義及多元文化的醫療社會；而在醫改會豐富的案例，將豐富本課程的教學討論及辯思主題內容，對學生學習了解病患及醫病關係和比較不同的生命權益大有裨益。

課程目標

生命倫理學的課程目標：主要是期許學習者探究內在自我與外在人類主體其價值觀的形成；和如何人本溝通並以批判思考問題解決為生命倫理判斷準則為依據。透過相關文獻資料作為生命倫理研究案例及社會問題探討，期許學習者以人本精神，思考邏輯推理與溝通分析的修為，並將生命倫理所學的人本思維、應用於未來學習專業生涯中，落實人道主義的角度去對待不同生命主體的處境，幫助學生建立一套生命倫理觀作醫療倫理判斷及選擇的基礎，實際行動在人類主體生命的重視。

評分標準

1. 出席率(20%) - 工作坊
2. 微觀演練(30%)
3. 個人心得(20%) - 500 字數、期末考後繳交
4. 小組期末口頭與書面報告(30%) - 3000 字數、期末考後繳交

課程進度

週次	日期	大綱	講授者
一	09/19	課程簡介	駱慧文 助理教授
二	09/26	人性化的醫療衛生政策實施	駱慧文 助理教授
三	10/03	生命倫理學	駱慧文 助理教授
四	10/10	國慶日放假一天	駱慧文 助理教授
五	10/17	醫療機構與主管機關倫理—什麼樣的行為是不符合生命倫理？ 不符合醫學人體實驗倫理	駱慧文 助理教授
六	10/24	醫病關係與醫療爭議的協商平衡機制	陳雅晶/台灣醫療改革基金會教宣組組長
七	10/31	生命與科技倫理—探討人體器官與組織捐贈與移植、急救、複製科技、複製人等議題	蔡篤堅/臺北醫學大學講座教授兼醫學人文研究所所長
八	11/07	戶外參訪	駱慧文 助理教授
九	11/14	期中考(繳交期中書面報告)	駱慧文 助理教授
十	11/21	婦女健康身體自主權、墮胎之問題與權力	駱慧文 助理教授
十一	11/28	醫學倫理概論及臨床應用	王程遠/高雄醫學大學內科部主治醫師
十二	12/05	常見的醫療糾紛及法律責任	李慶榮/高雄縣政府法律顧問
十三	12/12	衛生主管機構在醫療糾紛調解的行政業務實施	余婉慈/高雄縣政府衛生局醫政課
十四	12/19	人性化的醫療衛生政策實施	莊維周/高雄縣醫師公會理事長
十五	12/26	生物科學之外的醫學操演困境	黃志中/高雄縣政府衛生局局長
十六	01/09	罕見疾病兒的生命與醫學倫理	鍾育志/高雄醫學大學副校長
十七	01/10	期末口頭報告。	駱慧文 助理教授
十八	01/16	期末考(繳交期末書面報告)	駱慧文 助理教授

高雄醫學大學 九十八學年度教學綱要

科目名稱：(中文) 普通社會學 必修 選修

(英文) General Sociology

開課單位：高雄醫學大學醫學系

教師：駱慧文 博士 高雄醫學大學 醫學系

每學期開課學分數：上學期 學分 下學期 2 學分

總學分數： 2 學分 ；每週上課時數： 2 小時。

時間：星期四 8:00PM-9:50PM

所需教學設備：

1.) 三槍投影機 2.) 電腦 3.) 麥克風

Web site :comhealth.kmu.edu.tw

修課年級	醫學系二年級	
辦公地點	醫學研究大樓 1 樓	
連繫電話	07	3121101#2137
	07	3222201

課程簡介

人類真的自由平等嗎？什麼人掌握了社會權利嗎？為什麼存在不平等現象嗎？為什麼社會運動會開始的？這些問題都是存在社會中，但還有許多類型的問題，都是社會學家們一直在尋求答案。在這過程中，我們將了解社會學的基本概念，理論和方法，從社會學家所運用的權力鬥爭中，了解社會不同族群團體的文化，及階層化的控制或違背權力而犯罪，和社會機構之間的相互影響。

課程目標

- 1 了解社會學的性質，展示社會科學學門理解知識內容和科學調查方法的特點。
- 2 評估社會的結構，旨在理解人類行為。
- 3 探究社會群體生活的多樣性和複雜性，評估如何存在社會文化中。
- 4 應用社會學探究從個人、社會和組織的問題與展望，。
- 5 從知識論有效驗證人群社會合作的團體。

課程要求

報告內容

1. 個人心得或社會評論報告 500~1000 字數
2. 小組期末書面報告 3500 字數
3. 繳交方式：個人與小組報告一併期末考週繳交，以組為單位壓縮檔上傳至 e-Learning

評分標準

1. 上課討論與出席率(20%)
2. 個人心得或社會評論報告(30%)
3. 小組期末口頭報告(20%)
4. 小組期末書面報告(30%)

課程進度

週次	月份	上課進度	講授者	備註
01	2/25	社會學簡介與概論	駱慧文 老師	
02	3/4	社會學理論和醫療社會遠景	駱慧文 老師	
03	3/11	社會學研究方法的準則	駱慧文 老師	
04	3/18	社會福利和互動	駱慧文 老師	
05	3/25	醫療保險制度的困境與社會福利政策應如何因應	駱慧文 老師	
06	4/1	性別、文化與醫療社會	王麗容 老師	
07	4/8	媒體對社會的影響	洪貞玲 老師	
08	4/15	男、女醫師、專業處境和經驗為何?在醫療社會是否有存在階級意識，分層不平等待遇與全球	駱慧文 老師	
09	4/22	期中考週	駱慧文 老師	
10	4/29	性別與權力：社會、個人和性別政治	駱慧文 老師	
11	5/6	社福團體和組織在災難社會中的功能	馮燕 老師	
12	5/13	社會階級和身體健康：貧窮或殘障者其醫療資源，社會階層化與全球化作用形成的現象	張笠雲 老師	
13	5/20	性別和暴力：男、女犯罪和暴力是否存在差異	陳美燕 庭長	
14	5/27	種族，民族和性別	駱慧文 老師	
15	6/3	政治，集體行為，與社會變遷	駱慧文 老師	
16	6/10	期末口頭報告	駱慧文 老師	
17	6/17	期末口頭報告	駱慧文 老師	
18	6/24	期末報告繳交	駱慧文 老師	

高雄醫學大學 九十八學年度教學綱要

科目名稱：(中文) 醫療文化研究：質性研究法 必修 選修
(英文)

開課單位：高雄醫學大學醫學系

教師：駱慧文 博士 高雄醫學大學 醫學系

每學期開課學分數：上學期__學分 下學期__2__學分

總學分數：__2__學分 ；每週上課時數：__2__小時。

時間：星期五 1:00PM-2:50PM

所需教學設備：

1.) 三槍投影機 2.) 電腦 3.) 麥克風

Web site :comhealth.kmu.edu.tw

修課年級	醫學系二年級	
辦公地點	醫學研究大樓 1 樓	
連繫電話	07	3121101#2137
	07	3222201

課程簡介

傳統以來，實證主義在嚴謹與客觀的科學理念的要求之下，建構了知識形成的模式，由個殊中排除先入為主的價值判斷，純就客觀事實加以描述，形成命題進而在尋找普遍性與規則性，然後加以綜合判斷來建構知識。學術範疇中，強調實證科學，講求客觀性與合理性的量化研究主導了研究的思維，並以其客觀性、合理性以及普遍性控制並標準化知識的價值；如此一來，不但扭曲和獨斷知識的真實性，同時也侷限多元化和多樣化研究取向的可能性。因此實證主義下的量化研究主流漸受質疑、挑戰與衝擊，而在研究者注重研究情境與脈絡(context)之下，不斷地反省、思辨以及批判的歷程中，統整歸納知識的意義與價值的質性研究，不但挑戰了操弄知識的量化研究的主流地位，更在研究方法中，提供了研究者多面性的選擇。

課程目標

1. 了解醫療文化研究與質性研究的相關內涵與趨勢；
2. 實際觀察文化現象及體驗田野實作及質性研究的意義與價值
3. 瞭解醫療人類存在文化，運用質性研究法進行探索
4. 建構人文素養行動及了解”人”在文化所形塑的認知及行為的學習
5. 從事醫療文化質性資料文本分析的知能，儲備人類行為觀察、對話及敘事等研究技巧。

課程要求

5. 質性研究強調在田野行動態的歷程中，經由思索、反省、批判與挑戰，來形塑知識的意義，建構知識的價值。因此，課堂中學生需就其所讀的資料、講義、讀本以及課堂中講學的議題進行探究提出質疑、分享心得；如此一來，始能汲取質性研究的精髓與知能。此門課修課學生，背景上的差異性實為討論與分享最佳的基石。
6. 研究：原住民部落社區訪視個案評析報告一為期中報告：
7. 本課程設計中考量學生實作能力，因此授課教師要求學生把課堂所學到的訪談技巧，在設定的情境中，從事實作性的小型研究並且在課堂中分享其實作心得
8. 田野實作練習注意事項：
(1) 二人一組，輪流擔任訪談者、觀察者之角色。

(2)由訪談者及觀察者在進入社區訪談前即討論好一個”關於社區健康促進需求資訊評估的訪談題目，約進行1小時(當然妳/你要進行20小時也可以啦!!)

(3)觀察者的角色於訪談結束後給予訪談者回饋(例如:所觀察到訪談者的特色及長處,或可做得更好的地方。)

(4)可錄音或錄影;

(5)學生田野實作訪談主題時須先練習時,如是對象是兒童的健康促進團體活動亦是須先有一規劃如焦點團體方式

9. 實作報告之內容:

(1)個人對於實作練習的反省(反省並不表示妳/你做得不夠的地方)

(2)依照質性研究資料分析之方式分析妳/你所訪談之資料。

10. 實作書面報告:

11. 書面報告可由小組成員分開來寫,再訂制成本而繳交,內容除了訪談題目、訪談背景氛圍之外,妳/你個人感受反省以及資料分析之經驗都應被涵括在書面報告中。

12. 實作報告之口頭報告:

(1)每一組有30分鐘的口頭報告與討論時間,請各組成員把握時間,並精要地報告妳/你的經驗與心得,每個人可以自己擔任訪談者,受訪者以及觀察者三種角度來敘說;

(2)茲因每組報告與討論時間只有30分鐘,報告者應先報告妳/你們訪談實作的背景,包括訪談題目、訪談氛圍,然後再進入經驗分享與討論;

(3)分組工作是團隊工作,小組成員應合宜而妥善的分配工作,因此,分組工作的成績則是以團隊計分方式來實施。換言之,每小組成員在分組工作的成績都是一樣的。

13. 報告內容 1. 內文 5000 字數 2. 繳交方式:上傳至 e-Learning

評分標準

1. 上課討論與出席率(20%)

2. 小組期中專題計畫書(30%)

3. 小組期末口頭報告(20%)

4. 小組期末書面報告(30%)

課程進度

週次	日期	上課進度	講授者	備註
01	2/2	課程簡介。與修課的學生討論課程安排,以及修課學生的權利義務	駱慧文 老師	
02	3/5	何謂質性研究?為什麼要做文化研究質性?醫療文化質性研究的趨勢與發展	駱慧文 老師	
03	3/12	質化與量化研究之間的關係	駱慧文 老師	
04	3/19	口述歷史研究法	謝臥龍 老師	
05	3/26	演練與討論	駱慧文 老師	
06	4/2	疾病敘事研究法	駱慧文 老師	
07	4/9	深度訪談	駱慧文 老師	
08	4/16	焦點團體研究法	嚴祥鸞 老師	

09	4/23	期中考	駱慧文 老師	
10	4/30	田野資料蒐集（健康生活管理與災難歷程經驗敘說）	駱慧文 老師	
11	5/7	田野資料蒐集（健康生活管理與災難歷程經驗敘說）	駱慧文 老師	
12	5/14	田野資料蒐集（健康生活管理與災難歷程經驗敘說）	駱慧文 老師	
13	5/21	田野資料蒐集（健康生活管理與災難歷程經驗敘說）	駱慧文 老師	
14	5/28	醫療文化研究：質化資料、整理分析詮釋	張珣 老師	
15	6/4	醫療文化研究法簡介：德懷研究法	謝臥龍 老師	
16	6/11	小組期末口頭報告	駱慧文 老師	
17	6/18	小組期末口頭報告	駱慧文 老師	
18	6/25	繳交小組期末書面報告	駱慧文 老師	

高雄醫學大學 九十九學年度教學綱要

科目名稱：(中文) 多元文化視野: 諮商與助人技巧 必修 選修

(英文) Multicultural Perspective: Consulting and Helping Skill

開課單位：高雄醫學大學醫學系

教師：高雄醫學大學 醫學系 駱慧文 博士

每學期開課學分數：上學期 2 學分 下學期 學分

總學分數：2 學分；每週上課時數：2 小時。

時間：星期五 08:10-10:00

教室：濟世大樓 311 教室

所需教學設備：

1.) 三槍投影機 2.) 電腦 3.) 麥克風

Web site：<http://comhealth.kmu.edu.tw>

修課年級	醫學系一、二年級	
辦公地點	醫學研究大樓 1 樓	
連絡方式	07	3121101#2137
	07	3222201
	lcha@kmu.edu.tw	

課程簡介

本課程多元文化視野的助人技巧，其開設主軸在醫學人文通識教育。因此教學設計的對象乃是針對於醫學系一、二年級有意探索人際溝通、助人技巧學習的同學，任何來自不同醫療專業領域的大學生均可活躍在此課程和演練空間。內容除理論外，期許學習者能將利他主義的態度從認知行為和技巧發展至實際行動。田野實務探討助人工作；並且學會觀察他人，了解助人為快樂之本的意義。強化醫學生對人、事、物的反思與理解，植入多元文化視野的意識，並且學習關懷他人。經由田野調查及實務演練為必要評估對於知識和技能的學習。

課程目標

本課程的目標是提供多元文化教育及諮商與助人溝通理論的應用和技巧練習，醫學生學習自我檢查他們的人文關懷、利他態度和信念，並且了解在多元文化視野的溝通歷程中，如何有效溝通、學習助人技巧並獲得知識和技能。

本課程將在社區和文化基礎的領域下滿足通識教育的要求，即是提供學生在此課程理解多元文化、社會處境的研究，以及在社會和文化差異部分下的助人準則的研究。

課程要求

重要時程

10/1 或 10/8 (五) 其中一天中午 12 點在教室與老師討論宣傳的主題，正確時間及地點會在分組後公告於 BBS。

期末口頭報告：12/29(五) 上課時間

工作坊

寶來志工訓練工作坊

時間：11 月中週末兩天。預定：11/20-21

社區實習

寶來社區居民陪伴及訪視，疾病照顧與預防推廣、健康生活推廣。

時間：12月初，週末1天，分三個梯次。

分組活動與作業內容

五人一組，每組一個推廣主題，需要設計一張A4大小雙面的宣傳單，內容包含文章宣導、美工設計，在居民訪視時發放。

社區實習行程中需要訪視當地居民，因經歷88風災的創傷，請針對居民災後的生活、目前的社會處境、避難經驗…等，製作一份訪談大綱。訪談皆以陪伴的方式，時間約為2-3小時。屆時每組會分成兩隊分頭進行，請準備錄音筆以利期末報告撰寫。

期末報告以兩個受訪對象的訪談內容做比較，分析兩人的心理狀況及社會處境的異同之處。

報告繳交方式

請在時程內將報告以組為單位以壓縮檔上傳至 e-Learning，主旨請標明組別。

期中報告繳交期限：11/15(一)

期末報告繳交期限：1/17(一)

評分標準

1. 出席率(30%) - 工作坊、社區實習
2. 小組訪談大綱、宣導傳單(20%) - 期中考週繳交
3. 個人心得(20%) - 500字數、期末考後繳交
4. 小組期末口頭與書面報告(30%) - 3000字數、期末考後繳交

壹、 Moodle數位學習平台簡介

Moodle 是一個免費的學習與課程管理系統(Course Management System)，由澳洲Martin Dougiamas所創，Moodle的縮寫源於Modular Object-Oriented Dynamic Learning Environment（模組化物件導向動態學習情境）。Moodle遵循GNU General Public License 的授權方式，可以讓您自由的使用及修改程式碼；它是採用PHP語言所設計開發的Web-Based應用系統，透過瀏覽器就可以輕鬆管理使用者、建構課程及豐富教學活動。

Moodle是一個自由開放源碼的軟體，這意味著人們可以自由使用、修改和散佈它。亦可以提供原始程式碼給其他人，但是不可以變更或移除原始授權方式，而且衍生創作需採相同授權方式。遵守這些原則條件下，全球數千位開發者貢獻心力發展Moodle，成就了全世界最受歡迎、免費的、優異的線上學習系統。

對於學校教學者，Moodle除了提供數位學習課程的簡單開設功能，尚兼具各種師生互動模組，像是上傳或分享教學資源、聯絡管道、課程行事曆等，收集學生意見及看法，並詳實的記錄學生們的學習歷程，此皆更助於教師瞭解學生們的學習狀況，以提升教學品質。學界各校在積極推動資訊融入學科教學及網路教學模式時，可先試用成本低廉的Moodle來架設學校網路學習平台，降低以往耗費耗時的教材管理及評量設計工作。

對授課教師而言，使用Moodle教學平台的優點如下：

1. 將重點條列，架構分明。
2. 插入圖片，使學生親眼可見，增強印象。
3. 插入影片，使教室延伸至室外，將現實世界帶入教室。
4. 協助視覺型學習學生，容易了解課程內容。
5. 教學媒體隨時帶在身邊—網路。
6. 隨時可以批改作業。
7. 可增加動畫、影片，提升學習興趣。
8. 不受限於課堂時數、進度等的壓力，可補充更多的內容與單元。
9. 學生可以自由上網反複學習。
10. 增加學生預習與複習之自學能力。
11. 評量方式可多元化。

對學生而言，使用Moodle教學平台學習的優點如下：

1. 重點整理清楚。
2. 回家可上網複習。
3. 容易引起興趣。
4. 學習更多課本外的知識。
5. 學習地點不受時間空間限制。
6. 學習方式酷炫有趣。

7. 隨時可以繳交作業。

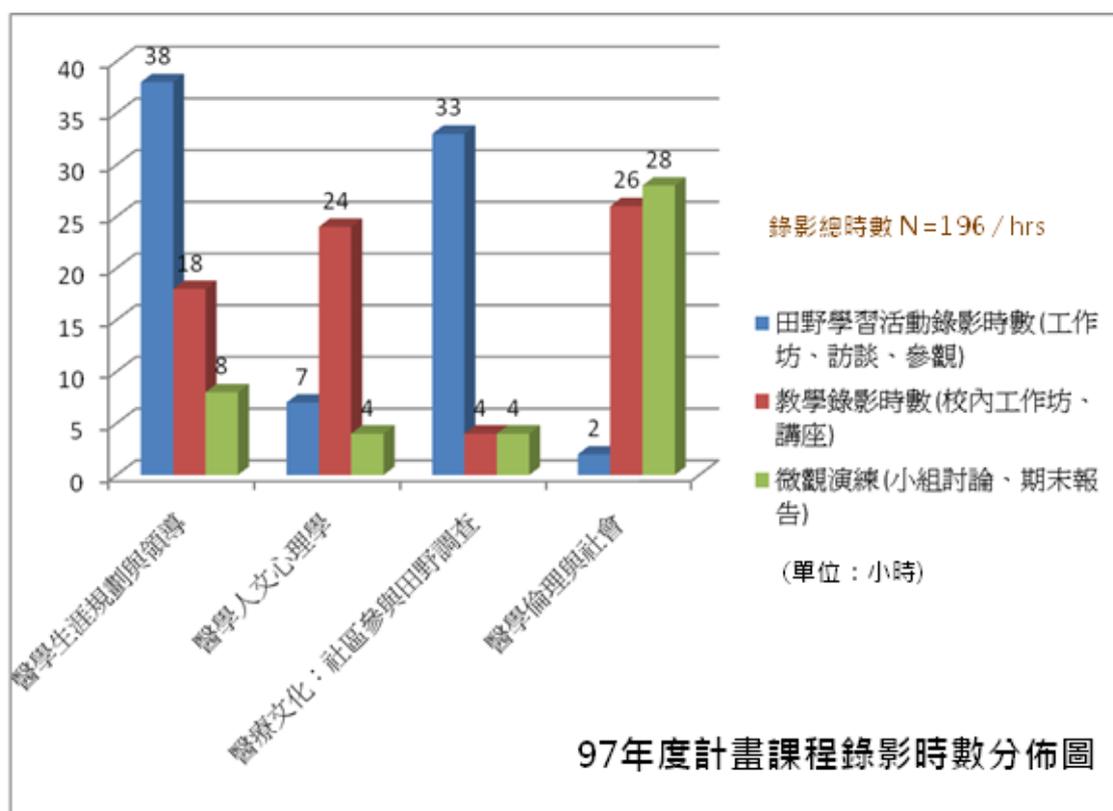
根據Moodle.org在2010年1月的統計，現在有45,721個已註冊及查核的網站，為3200萬位用戶提供約300萬個課程。全世界已有198個國家使用81種不同的語言，超過716,000個不同團體的使用者在Moodle的官方網站上註冊，Moodle的使用人口可以說是正在快速增加中，隱然成為當今線上數位學習課程系統的主流。

教材發展與執行情形

(請概述教材設計及現行編輯階段。請說明開發的教材、教案是否有出版規劃，是否有共享機制。)

- 為提供醫學生較為生動且能與現實生活經驗結合的學習，並充分激發學生對於”人”生命尊重、心理、社會文化理解、專業醫師生涯的興趣與規劃，運用醫療爭議案例及有相關倫理準則語詞內容分析的微觀有聲影音媒體錄製觀察，使同學有經驗藉由醫療情境模擬演練技巧進行，引發倫理思維及溝通分析能力，或對人道主義能產生重視。
- 然後運用數位導向輔助課程網頁、投影、多媒體等方式進，輔以老師對於醫學人文、史哲、心理和社會文化多元知識論和方法論的整合講解，為了使學生能全方面的行動體驗、Micro 微觀模擬溝通技巧則更為貼近醫病倫理。最後，參閱相關網站資料，選取醫療案例以問題導向學習討論，倫理準則語詞分析的演練，以及醫學人文、倫理與社會文化的影音檔及代表性圖片，結合數位化電腦輔助教學媒體〈Power Point〉，以貼近真實的以”人”為本呈獻演練，以其建立學生一個完整知識、態度、行為含括影像、文字、圖片的人文印象
- 醫學人文、倫理與社會文化課程引言說明進行的大概方向，並簡介課程一般同學的認識，然後進入電影片段的放映，片長約剪輯七分鐘，結束放映之後，請同學發表對於影片是否有問題要提出，或對片中哪些地方印象深刻，然後老師加以講解；然後便是老師針對地理方面來介紹醫病溝通技巧，運用了製成投影片的大綱，逐項介紹內容，此部分約十分鐘；再來，便是針對醫療歷史發展來做一個詳細的介紹，同樣這部分也是使用投影媒體，結合一些大家對的普遍認識，重點式的介紹醫療文化人情，此部分約規劃十分鐘；最後，就是補充一些著名景點的圖片，輔以精簡的介紹，此部份規劃約十分鐘，如此完成課程講授的部分，規劃總講授課程約四十分鐘。

■ 97 年計畫課程錄影時數分布圖



三、網站運用報告

- (1. 提供計畫網站網址和網頁基本展示;2. 概略說明網頁更新及使用者登入頻率，並詳列或舉例說明討論主題、內容;3. 使用狀況檢討與改善可能性。以上各分項若有適合以量化數據呈現者，建議兼以統計圖表表示之。)

網站架構

	教職員&醫學生	社區朋友	社群朋友&校友	專業社群
醫學人文&倫理、多元文化和藝術素養能力在高醫醫學系				
首頁	課程&教學	校園&社區	評量 & 研究	健康服務&資源
新聞 服務 行事曆 教育 明日良 醫生涯 尊重生 命倫理 道德 人文關 懷行動 多元文 化視野	98 學年課程表 1. 醫學生涯規劃 2. 生命倫理 3. 醫學人文 4. 多元文化觀點: 助人技巧 5 影音教材:數位 導向學習 6. 學習討論/留言 版 7. 期末成果展 96 教學資訊 (old 檔)	新聞 活動 服務學習社區健康 生活促進 社區參與服務學習 手冊	研究工具 學習評量工具 教育部 97 計劃書 國科會 96 報告 國科會 95 報告 文獻相關	健康生活資訊 1. 兒童&青少牢 2. 成人 醫師專家網路諮詢 醫學系志工:e 醫哥&e 醫姐 數位典藏資料庫 圖書期刊資料庫 活動影像資料庫行動 合作機構網站速結 推荐網站速結

網頁呈現

最佳瀏覽解析度：1280x1024 教職員&醫學生 | 社區朋友 | 專業社群&校友

醫學人文&倫理、多元文化和藝術素養能力在高醫醫學系

首頁&新聞 | 課程&教學 | 校園&社區 | 評量&研究 | 健康服務&資源

簡介

- 建構醫學人文、倫理與社會課程與教學發展計畫
- 醫學人文教育研究團隊成員
- 關於高醫醫學院醫學人文課程
- 醫學人文數位學習課程
- 活力健康守護站
- 留言板
- 聯絡我們
- 相關連結

Welcome Kaohsiung Medical University

97年年度新興議題與專業教育中鋼計畫
建構醫學人文、倫理與社會課程與教學發展計畫

計畫成員：
賴春生、鍾育志、楊瑞成、鐘飲文
張松山、駱慧文、林志隆、黃吹儀
莊勝發、孫仲山、謝臥龍、蔡篤堅

演講資訊：

05/12 13:00~15:00
邀請
徐淑婷醫師 (高雄長庚醫院精神科醫師)
談「女性心理與行為探究」
位置：高雄醫學大學 W13 教室

06/02 13:00~15:00
邀請
陳正宗院長 (高雄凱旋醫院院長)
談「醫學社會學」
位置：高雄醫學大學 W13 教室

瀏覽人次：
回首頁 | 高醫首頁 | 醫學院 | 醫學系 | 聯絡我們 | 智財權說明
KMU Home | Copyright | Contact Us | Site Map

高雄醫學大學 醫學院 醫學系 Kaohsiung Medical University

貳、 仁杏空間Moodle數位學習平台課程簡介

一、 首頁

<http://ehumed.kmu.edu.tw/elearning>

仁杏空間 Windows Internet Explorer

http://ehumed.kmu.edu.tw/elearning/

我的最愛 | 仁杏空間

仁杏空間

課程類別

性別文化與醫療社會	2
醫學生終端制與倫理	2
醫學心理學	2
醫學倫理與社會	2
醫療文化研究: 軟性醫療營造	2

搜尋課程: 搜尋

百字曆

1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30					

本站著作授權

Moodle ThemZa NTC Hosting

二、 課程分類：

1. 性別、文化與醫療社會
2. 醫療文化研究：族群健康營造
3. 醫學倫理與社會
4. 醫學心理學
5. 醫學生涯規劃與領導



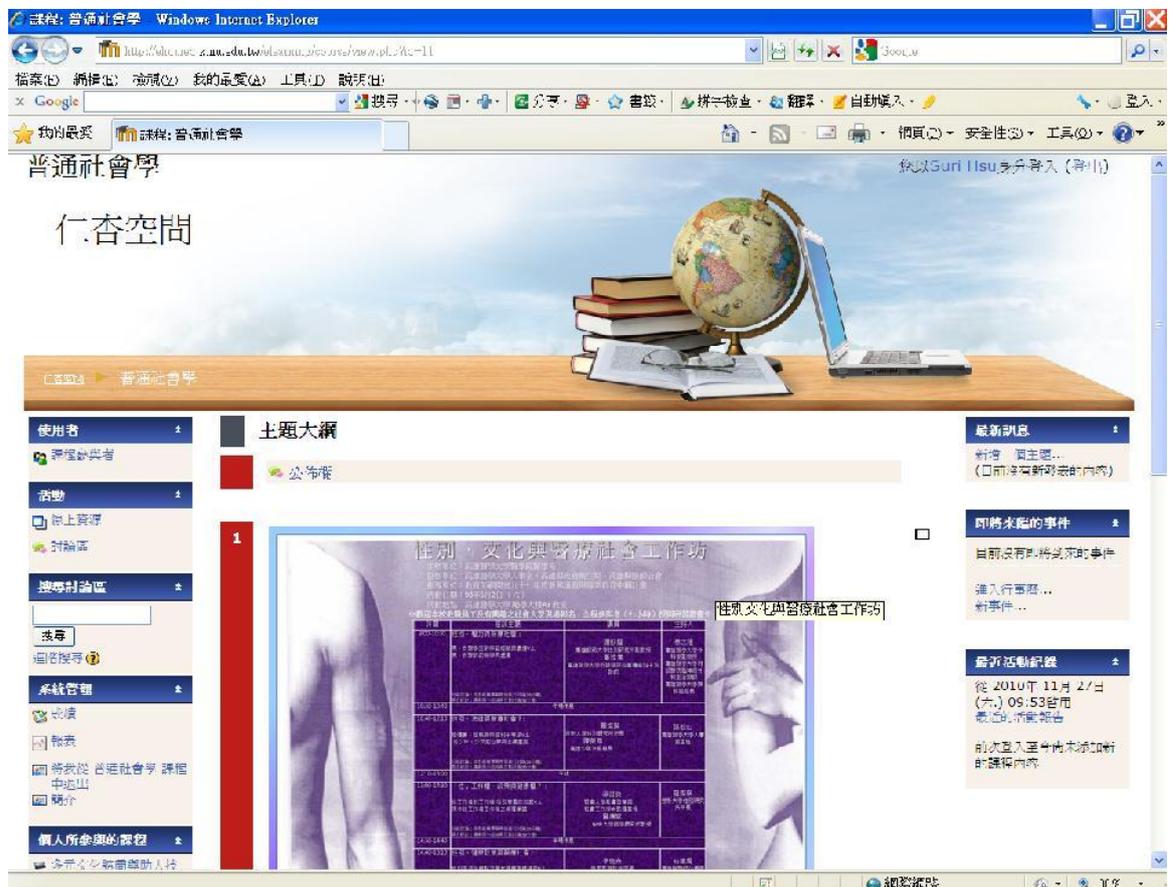
圖一：課程分類

三、 性別、文化與醫療社會



圖三：醫學心理學

五、普通社會學



圖四：普通社會學

六、 生命倫理



圖五：生命倫理

七、 醫療文化研究



圖六：醫療文化研究

八、多元文化諮商與助人技巧



圖七：多元文化諮商與助人技巧

九、專業領導力

課程: 專業領導力 Windows Internet Explorer

http://edu.med.knu.edu.tw/ehsccnsg/course/www.php?id=9

專業領導力

仁杏空間

以Guri Hsu身分登入 (退出)

課程: 專業領導力

主題大綱

公佈欄

1 小團體領導：如何運用腦力激盪術 - Brainstorming (PowerPoint)

2 傾聽技巧 (word)

3 專業領導 Professional leader (PowerPoint)

4 專業領導人 Professional Leader of Group (word)

5 Physician Leadership "Group Responsibility" as Key to Accountability In Medicine (word)

6 Leadership in Community Action (PowerPoint)

7 Leadership in Community Action <Chinese> (PowerPoint)

最新訊息

新增一個主題...

即將來臨的事件

最近活動紀錄

從 2010年 11月 27日 (六) 09:40 啟用

圖八：專業領導力

十、醫學生涯規劃

課程: 醫學生涯規劃 Windows Internet Explorer

http://edu.med.knu.edu.tw/ehsccnsg/course/www.php?id=8

醫學生涯規劃

仁杏空間

您以Suri Hsu身分登入 (退出)

課程: 醫學生涯規劃

主題大綱

公佈欄

1 專業生涯規劃介紹
認識生涯:為什麼要多想不可知的未來? 生涯規劃有必要嗎?

2 知己知彼、百戰百勝:自我探索
成功的生涯規劃

3 使生命愈活愈有活力:了解關於自我的生涯抉擇

4 確認生命的意義及生涯目標:追求良醫專業生涯是我要的目標?
Career Development e-Manual
彩色人生:成功人際關係

最新訊息

新增一個主題...

即將來臨的事件

最近活動紀錄

從 2010年 11月 27日 (六) 09:40 啟用

圖九：醫學生涯規劃

十一、 醫學人文



圖十：醫學人文

參、 仁杏空間Moodle數位學習平台特色

一、 整體設計

1. 推廣社會建構主義教育學（協作、多種活動、批判性反思等）
2. 適合於100%線上的課程，也可以作為傳統課程的補充
3. 簡單、精巧、高效、相容，易學易用的瀏覽器介面
4. 全面的資料庫抽象層，幾乎支援所有的主流資料庫（除了初始表定義）
5. 課程列表顯示了伺服器上每門課程的描述，包括是否允許訪客使用
6. 可以對課程分類和搜索——一個 Moodle 網站可以支持成千上萬門課程
7. 全面注重安全。所有的表單都被檢查，資料被校驗，cookie 被加密

8. 絕大部分的文本（資源、論壇貼文等）可以用內建的所見即所得的編輯器編輯

二、 網站管理

1. 整個網站由管理員(admin)管理，管理員是在安裝過程中定義
2. 「主題」插件允許管理員根據需要自定義網站的顏色、字體、字形檔和佈局等
3. 活動模組插件可以隨時被添加到已經安裝的 Moodle 中
4. 語言包插件允許您以任何語言進行本地化。可以使用內嵌的 web 編輯器編輯語言包。目前已經有超過 70 種語言 的語言包
5. 代碼用 PHP 語言清晰地編寫，採用 GPL 協議，很容易按照您的需要進行修改

三、 用戶管理

1. 目標是保持安全的前提下，儘量降低管理員的工作量
2. 通過認證模組插件，支援多種認證機制，可以方便地與現有系統集成
3. 標準 email 認證：學生可以自己建立登入帳號。對 Email 位址進行確認檢查
4. LDAP 認證：通過 LDAP 伺服器對用戶的登入進行認證。管理員可以指定使用那些欄位
5. IMAP、POP3、NNTP：通過郵件或新聞伺服器對用戶的登陸進行認證。支援 SSL、證書和 TLS
6. 外部資料庫：任何有至少兩個欄位的資料庫都可以用作外部認證源
7. 每人只需要一個帳號就可以瀏覽整台伺服器——每個帳號可以有不同的許可權
8. 管理員帳號控制課程的建立，並且任命普通用戶為教師
9. 課程管理員只允許建立課程，並在自己建立的課程裡任教
10. 可以去掉教師（比如兼職的助教）的編輯許可權，這樣他們就不能修改課程了
11. 安全——教師可以給課程增加「選課密鑰」，使不屬於該課程的學生不能進入。可以以面對面或者 email 等方式告訴學生密鑰
12. 教師可以根據需要手工添加學生到課程中來

13. 教師可以根據需要手工登出學生，否則他們在一段時間（由網站管理員設置）不活動後會被自動註銷
14. 鼓勵學生建立個人檔案，包括照片和個人描述。如果需要，email 位址可以不顯示
15. 每個用戶可以設定自己的時區，並且 Moodle 裏的每個日期都被自動轉換到該時區（例如發帖日期、作業截止日期等）
16. 每個用戶可以選擇 Moodle 的介面語言（英語、法語、德語、西班牙語、葡萄牙語等）

四、 課程管理

1. 全職教師可以全面控制課程的所有設置，包括限制其他教師
2. 可以選擇課程的格式，例如週歷格式、主題格式，或社會互動模式
3. 靈活的課程活動配置——論壇、測驗、資源、投票、問卷調查、作業、聊天室、工作坊
4. 課程自上次登入以來的變化可以顯示在課程主頁上 —— 便於成員瞭解當前動態
5. 絕大部分的文本（資源、論壇帖子等）可以用所見即所得的編輯器編輯
6. 所有在論壇、測驗和作業評定的分數都可以在同一頁面查看（並且可以下載為試算表檔）
7. 全面的用戶日誌和跟蹤——在同一頁面內統計每個學生的活動，顯示圖形報告，包括每個模組的細節（最後訪問時間、閱讀次數），還有參與的討論等，彙編為每個學生的詳細的「故事」。
8. 郵件集成——把討論區貼文和教師回饋等以 HTML 或純文本格式的郵件發送。
9. 自己定義評分等級——教師可以定義自己的評分等級，並用來在論壇和作業打分
10. 使用備份功能可以把課程打包為一個 zip 檔。此檔可以在任何 Moodle 伺服器恢復。

五、 作業模組

1. 可以指定作業的截止日期和最高分。
2. 學生可以上傳作業（檔格式不限）到伺服器 —— 上傳時間也被記錄。
3. 也可以允許遲交作業，但教師可以清晰地看到遲交了多久

4. 可以在一個頁面、一個表單內為整個班級的每份作業評分(打分和評論)。
5. 教師的回饋會顯示在每個學生的作業頁面，並且以 email 寄出通知。
6. 教師可以選擇是否可以在計分之後重新提交作業，以便重新打分

六、 聊天模組

1. 支援平滑的、同步的文字互動
2. 聊天室視窗裏包含個人圖片
3. 支援 URL、笑臉、嵌入 HTML 和圖片等
4. 所有的談話都記錄下來供日後查看，並且也可以允許學生查看

七、 投票模組

1. 有點像選舉投票。可以用來為某件事表決，或從每名學生得到回饋(例如支持率調查)
2. 教師可以在直觀的表格裏看到誰選擇了什麼
3. 可以選擇是否允許學生看到更新的結果圖示

八、 論壇模組

1. 有多種類型的論壇供選擇，例如教師專用、課程新聞、全面開放、和每用戶一話題。
2. 每個貼文都帶有作者的照片。
3. 可以以嵌套、列表和樹狀方式流覽話題，也可以讓舊貼在前或新貼在前。
4. 每個人都可以訂閱指定論壇，這樣文章會以 email 方式發送。教師也可以強迫每人訂閱
5. 教師可以設定論壇為不可回復(例如只用來發公告的論壇)
6. 教師可以輕鬆地在論壇間移動話題
7. 圖片附件可以內嵌顯示
8. 如果論壇允許評級，那麼可以限制有效時間段

九、 測驗模組

1. 教師可以定義題庫，以便在不同的測驗裡重複使用
2. 題目可以分門別類地保存，易於使用，並且可以公佈這些分類，供同一網站的其他課程使用。
3. 題目可以自動評分，並且如果題目更改，可以重新評分

4. 可以為測驗指定開放時間
5. 根據教師的設定，測驗可以被作答多次，並能顯示回饋和/或正確答案
6. 題目和答案可以亂序（隨機）顯示，以減少作弊
7. 題目可以包含 HTML 和圖片
8. 題目可以從外部文字檔案匯入
9. 如果願意，可以分多次完成測驗，每次的結果被自動累積。
10. 選擇題支持一個或多個答案（單選或複選題）
11. 填空題（詞或短語）
12. 是非題
13. 配合題
14. 隨機抽選的題
15. 數字題（含容許誤差範圍）
16. 嵌入答案題（克漏字），在整篇文章中填寫答案
17. 嵌入圖片和文字描述

十、 資源模組

1. 支援顯示任何電子文檔，如 Word、Powerpoint、Flash、視頻和聲音等，無論是存放於本地或遠地
2. 檔案可以被上傳，並在伺服器上進行管理（壓縮、解壓縮、重新命名、移動等）
3. *可以在伺服器上建立並管理資料夾，和連結到它
4. 可以用所見及所得編輯器建立，或連結到內部網頁（HTML 格式）
5. 可以建立或連結到內部文字檔（無格式化）
6. 可以連接到外部的 Web 資源，也可以無縫地將其包含到課程介面裏。
7. 可以用鏈結外部的 web 應用程式，並將將資料傳遞給它
8. 鏈結的 MP3 聲音檔將會以 flash 播放器播放

十一、 問卷調查模組

1. 內置的問卷調查（COLLES、ATTLS）作為分析線上課程的工具已經被證明有效
2. 隨時可以查看線上問卷的報告，包括很多圖形。資料可以以 Excel 試算表或 CSV 文字檔案的格式下載。
3. 問卷介面防止未完成的調查。
4. 學生的回答和班級的平均情況相比較，作為回饋提供給學生

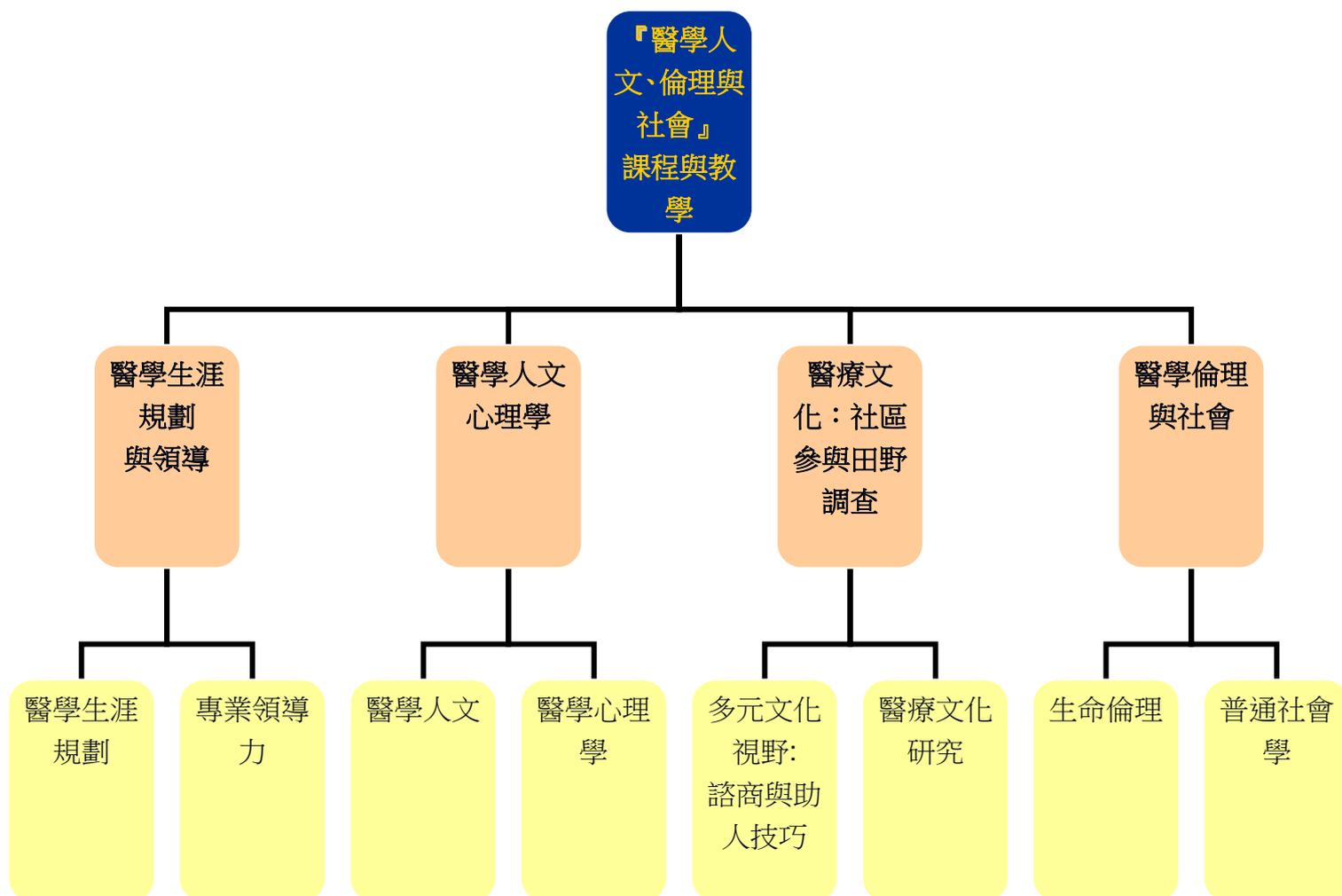
十二、 Workshop 工作坊

1. 學生對給定的文檔進行公平的評價，教師對評價進行管理並打分。
2. 支援各種可能的評分量尺。
3. 教師可以提供範例文檔供學生練習評分。
4. 有很多非常彈性的選項。

四、執行狀況分析、檢討與修正

(請針對以上各執行項目進行摘要報告，並就各項目之間關聯性提出整體性檢討，說明各項目改善可能方案之間是否有衝突或綜效存在。以上各分項若有適合以量化數據呈現者，建議兼以統計圖表表示之。)

97 成果由八門課程整合，為四份教材和網頁資料庫



五、結論與建議

醫學人文、倫理、社會心理文化藝術課程與教學整合行動研究

醫學人文教育的整合變革經歷如下幾個階段：

建構醫學人文、倫理與社會課程與教學整合發展計畫

教材名稱	97-98 學年度課程名稱
1. 醫學人文心理學	醫學人文
	醫學心理學
2. 醫學生涯與領導	醫學生涯規劃
	專業領導力
3. 醫療文化：社區參與田野調查	多元文化諮商與助人技巧
4. 醫學倫理與社會	生命倫理
	普通社會學
5. 遺傳諮商和人類服務	遺傳諮商和人類服務
6. 性別、文化與醫療社會	性別、文化與醫療社會

本計畫將醫學人文、倫理、社會心理、文化藝術課程教材與多媒體文字內容影音整合，多媒體影音微觀教學技術及數位網頁導向平台輔助。換言之，此乃醫學人文、科技教育整合，運用電腦科技輔助教與學（人文教材及行動研究和網路資料庫儲存數位內容載體）——電腦網路技術（或資訊技術）。

今天的數位網頁導向平台技術是輔助醫學人文行動研究教學？還是促進醫學人文教學和課程改革？如何改變傳統醫學教育方式和人文課程類型再解構？我們的醫學人文課程教學是運用它還是融於它之中？

近年來，醫學人文教育的教學模式在日新月異的數位資訊技術發展中都很難預期成效。傳統共筆載體醫學教育的教科書、百人大講堂的教室、教師威權高居講臺之上的、不須設計的課程(用教科書)和共筆填壓專業知識的管理，這一切均專業導向，僵化理論思維或缺實務應用，與缺整合醫學人文教育的資訊，假民主化背道而馳的舊醫學教育模式，醫療文化現象是很難被”人文”取代，因此，醫學教育還是會困難要求學習者高標準自我更新轉型？

而今醫學人文教育問題的答案就在於傳統文化，承認人文教育資訊化和數位科技發展促進醫學人文教育現代化的價值是必然趨勢。當然，醫學教育教者務須知行合一，必具有長遠的人文教育眼光，和廣闊的專業課程設計及教學科技視野，與教育技術現代化（實踐田野行動、服務享表現為教育資訊化）保持人文關

懷實踐行動的進取姿態，勇於克服傳統文仙困難，創造人類主體條件，推進醫學人文課程教學與數位資訊技術整合。

在人文素養的前段教育技術形態下，醫學生的學習如只通過數位影音視聽的手段和途徑，或者是可以改進短暫知能視聽方法，和到行動體驗學習途徑，所展開的學習活動是極其被動、不自主、不全面的參與、合作、反思的學習，此所獲得的素養效能影響個體人本身心發展水平是非常有限。同時，在先進的資訊技術形態下的學生的學習通過多媒體的途徑立體地、全方位地展開，學生全身心地、主動投入學習和發展過程，作為以“人”為主體獲得全面的發展，發展人文關懷行動水準不可限量。本計劃數位資訊技術與醫學人文教育課程教學整合所創造的行動研究，將是有利於醫學生的學習和發展“人本”的醫學教育情境，是教師和學生共創學習環境和共用生命意義的過程，是通往以人為本的良醫教育的現實途徑之一。

一、整合醫學人文素養教育議題的意涵和價值

(一) 醫學人文教育資訊化，醫學促進教育現代化，數位平台教材成果促進醫學人文教育改革，尤其是學校和社區層面的共學人文教育改革和生健康活轉型，靠人文教育方針政策難以推動的有些轉型變革可以依靠教育技術現代化來推動。而且本研究採取一種田野實務行動，實踐社區健康促進進取的態度和課題行動設計，必將使多年來雲遮霧繞、模糊不清的“整合”的立足點和行動起點變得清晰具體明朗化，有利於整合行動的順利推進。

(二) 在數位資訊技術環境下，醫學人文教育適應教師專業化的時代要求，將代表最先進人文社會教育技術的數位資訊技術的功能和醫學要素引進課程教學領域，實現某種程度的整合，有利於實施和豐富新課程，設計和優化教學，促進學生的主動學習和身心全面和諧發展。

(三) 在推進醫學人文教育整合的實踐中，很重要的醫學教育教師和學校管理者均需研討及加強學習多元觀點、多媒體傳播和應用現代教育學理論，同時提高醫學教育技術科學的理論水準和教育技術能力。

二、創新設想醫學人文教育和行動研究內容

由於醫學人文教育研究跨領域的特殊性質，任何不同學門整合研究課題都需要預設認識，和實踐兩個方面的目標或創新設想：

其一，認識論方面必須有所提升。本研究中關於教育技術現代化和資訊化時代的課程教學變革的理性認識尤其重要，通過研究，我們要構建一個在若干重要概念重建基礎上的相關認識體系和思路，不能停留於趕時尚的零散的或不集中的所謂資訊技術與課程整合研究的層面上，期望的醫學人文教育認識論成果應該是能夠清晰地表述為什麼要整合、整合什麼、怎麼整合以及整合後的課程教學的概貌的一個大致頭緒和思路。

醫學人文、倫理、社會心理、文化教育的內容有許多不同變項、聚焦在醫療情境主題，與不同學門知行整合應用在專業亦有差異點，但整體上是衝突的不清晰的。本研究團隊嘗試建構對醫學人文科學教育技術、數位資訊技術的功能和人文素養評估要素清楚陳述，其次需要與有關專業人士交流，才能夠更清晰地描述

它能夠課程教學改革實踐歷程做些什麼，才能夠醫學人文、倫理、社會心理、文化素養能力，有效落實課程與教學，整合改變須要多方面在更多地的人文社會現象探索、思考問題參與知能培力的連結，多元文化視野須依賴於體驗行動的策略技術，現代化多媒體影音教材或數位化網站技術的充分利用資料庫整合。

其二，在課程實踐方面必須有所收穫和改進，通過研究和行動，通過一些認識的提高及其指導，發現和抓住整合的立足點和本區域、本學校資訊化條件下整合工作的現實起點，克服盲目冒進和無所作為的消極態度，有所不為有所為，把從實際出發的務實態度和促進資訊化基礎上的教育現代化的使命感結合起來，理性地尋找整合的立足點，在數位資訊技術和課程教學兩個領域抓住整合要素和整合契機，特別是加強各門課程的課程標準和教材研究，並盡可能地加強新課程綱要精神指導下各門課程標準和各學段課程教學的橫向縱向聯繫與課程資源交叉滲透研究，然後從教育技術特別是現代資訊技術的基本功能和要素中領會和掌握可以整合到課程教學的那些成分，由少到多，不斷積累，以達到優化課程教學並促進課程教學轉型的目標（有朝一日資訊技術環境下的課程教學比整合境界更高）。實踐方面的收穫和成果預期當然包括促進學校資訊化管理水準和教師相關專業水準的明顯提高，這是做本項研究的目的中應有之追求。

本課題的研究內容擬設計為如下幾項：

（一）資訊技術與課程教學整合的現實起點問題研究，即學校教育資訊化現狀摸底調查——八室一站三系統、教師隊伍的教育技術能力基礎、當代教育課程教學知識學習等概念的重建狀況、當代學生的學習發展條件與資訊教育需求的瞭解程度、對整合的期望水準，等等，基礎條件有不同程度局限的情況下可以幹什麼準備幹什麼，必須調查研究清楚。

（二）資訊技術與課程教學整合的立足點問題研究，即是採取技術手段及其功能作為立足點，還是以課程教學要素為立足點，這是一個大是大非的問題，站在技術那邊還是教育這邊所採取的整合行動代表著不同的教育觀，整合的實際效益迥異。這裏最明顯體現理性認識成果，需要認真學習理論並加強思辨研究。

（三）資訊技術課程的實施及與其他課程的整合：這裏是進一步逼近立足點，資訊技術的三大功能之一是作為學習物件，是作為一門課程存在於師生面前。作為學習物件的資訊技術這門課程與作為學習物件的其他課程必須首先整合，把其他各科各類課程作為資訊技術課程的資源加以整合。然後，在各類課程的課程目標、課程內容、課程資源及其開發等方面謀求與資訊技術整合，而且各學段、各年級各類課程之間存在的課程目標、課程內容、課程資源的滲透交叉也需要借助於資訊技術去整合起來。這個方面的整合適宜於在教師的有效指導下發生在傳統的課堂上，或者說必須依靠教師的作用。

（四）作為學習工具的資訊技術與各類課程的學習方式的整合，特別是某些新型課程門類中的研究性學習、合作學習、自主學習、資訊獲取存儲交流和利用、應用資訊解決問題等，有的整合發生在傳統的課堂上，有的則更多發生在課外。有的可能發生在學生集體中，有的則會不同程度地發生在不同個體身上。有的是教師指導下發生，有的則是“非指導性教學”的產物。

(五)作為教學工具的資訊技術進課堂並輔助優化教學情境和過程，在教師的教學設計和學校教學管理中資訊技術的充分應用，如，課件、積件、網上作業與測評、學業成績統計分析與檔案管理、網上學情交流、網上家校合作、網路教研和科研管理、電腦輔助教研等。

(六)教師的教育技術能力和實際困難(如工作量、時間空間限制等)問題研究，對照標準開展學習培訓研討活動，記錄過程和成果資料。

(七)校園網路和區域教育網中對於資訊技術與課程教學的支持問題研究，特別是課程教學資源庫建設與共用、網路教研平臺建設等方面。

三、本計劃的研究方法論思想和理論基礎

本計劃採行動研究以課程教學為推進整合的立足點，是站在教育這邊看跨領域技術並引進醫療情境和學習成效評估人文素養技術，為優化和改革課程教學服務，不是站在技術那邊看其在課程教學中的可整合處，或者數位內容技術有益於醫學人文教育的功能，所以這裏堅持科技整合醫學教育本位思想和人文社會科學研究視角，克服了科技技術與人道主義的某些消極影響，避免走向傳統醫學教育過程中就技術論技術、為技術而技術、技術至上、技術唯一甚至技術替代人等誤區，力倡醫學人文教育中的人本觀念和生本意識，尊重人文社會教育的本質和基本規律，合理把握醫學人文課程教學中，諸如課程目標、課程內容、課程資源、課程開發、學習方式、教學模式等基本要素，然後結合數位內容資訊技術作為學習物件、學習工具和教學工具的功能，整合醫學人文、倫理、社會心理、文化內容課程教學中與資訊技術平台溝通的立足點、切入口和各種契機，達到務實、有為的人文素養能力行動體驗學習效果。

本研究屬於一項跨科技整合教育研究，適宜於採用行動研究方法思想主導下的方法組合運用策略，即總的醫療社會情境指導人文思想是發現社會化價值問題、解決問題、提升認識、更好地解決問題，……在這個解構醫療社會文化情境互動服務學習過程中，充分運用行動研究教育觀察、教育調查、教育實驗、教育經驗總結等實證方法獲取有價值的研究資料，有效利用傳統醫療文化文獻資源、數位網路資訊資源、研究者和教與學的人文關懷思想交流，和整合專題理論學習的效果形成較高人文素養能力的理性認識，並田野參與行動展開必要的合作、觀察、訪談、思考、反思分析、充能研究，教與學均改進評估專題及案倒研究中所暴露出的思維方法上的弊病(例如:重生物本質論，輕人文；重理論分析輕整合、重演繹輕歸納等)，評估考慮數位內容系統質化方法和量化方法在人文思想的引進和運用，特別是要充分有效利用數位內容資訊技術手段收集，和處理研究資料和資訊，例如：人杏空間在人文關懷知能、田野行動網上有關“數位內容資訊技術與田野體驗行動多媒體課程整合”的多元族群醫療、社區健康、人文關懷服務學習文化現象文獻搜索與綜述處理，人文素養認知、態度、行為調查資料的SPSS統計分析和處理等等。

本研究的主要理論基礎在於人文素養教育理論這一邊，包括90年代以來重建的醫學人文知識、學習、教育、課程、教學等重要概念，以人為主體的人本教育價值觀，教育原理中教育要素與教育過程基本結構原理，人的發展時代特徵原

理，科技與醫學人文教育發展改革，緊密醫病關係的人文關懷原理，數位內容醫療化資訊社會的民主與醫學人文教育改革的教學互動平台，醫學教育課程和教學理論的人文、倫理、社會心理、文化劇變的軌跡，教學本質從認識論到互動方法論的演變，學習理論中的行為主義、認知（構建）主義和人本主義，教學設計原理，等等。

本計劃醫學人文、倫理、社會心理、文化教課程與教學和 Moodle 技術的數位化內容平台理論基礎主要是，醫學人文、科技教育技術的相關知能整合新概念，醫學人文教育技術發展變遷史和未來趨勢，跨科技整合醫學教育技術要素、結構、體系、功能，資訊技術、電腦及網路技術要素，教育傳播理論，等等。

四、計畫行動研究的實施和應用

本計劃強調一個重要的行動研究整合教與學的策略應用，此跨科技整合的理論和應用田野行軍功的學習培訓，特別是教學者即研究者的教育技術能力解構與教材建構運用，本行動研究中必須充分有效利用資訊技術（收集和處理資料資訊並傳播交流研究進展和成果）；

1. 強調學校負責人和骨幹教師參與協作研究，創造合作氣氛；
2. 強調計畫的週期落實和檢查、總結認定、交流、推廣；
3. 強調進課堂、進課標、進教材、進入學習者為中心、所體驗的情境、最後進入 Moodle 系統；

4. 強調數位內容文字教材資料和其他人文素養研究資料的整理和積累，研究研討活動必須有文字綜述，並且言之有物；強調學術性等嚴格要求；強調研究組織建設，不能過於鬆散；時間階段安排和任務劃分待定。

五、本計劃的成果表達在 Moodle 形式

（一）研究報告（PDF）

（二）人文素養分析論文和行動經驗總結文章

（三）教材案例（視頻課堂、資源資料庫、學習軟體、教學軟體等），包括各科各類課程整合案例研究、學習工具應用和教學工具應用研究的成果載體，這是對人文、倫理、社會、心理、文化五項任務的單獨教材整合強調，如果在 Moodle 裏面完成了發現整合契機、要素，可用文章和經驗總結等認識性成果形式表達出來，在這裏更具體了，而且要求每個學習者在案例應用，該有個微觀分析理論和現實依據、人文基本思維行動經驗等的專題研討與心得分享。

結語

新時代“醫學人文教育價值及實踐數位平台的行動變革”

1. 要求醫學人文教育，須長期從的『人文素養』教育紮根，走向社會化的『良醫』教育。
2. 要求醫學人文教育從個別化“人文教育”，走向利他的“生命教育”。
3. 要求醫學教育檢視以『疾病』為主體的專業教育，走向以『人』為主體性的人道主義醫學人文教育。

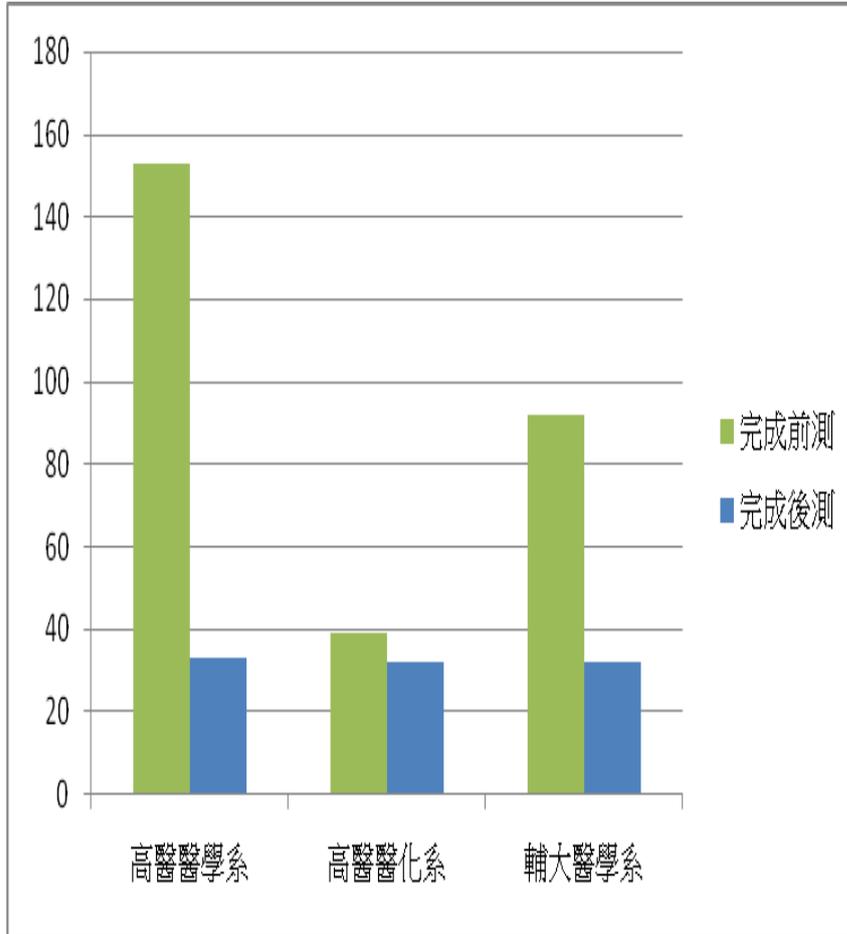
- 4、要求醫學人文教育從掌握倫理、社會心理、文化藝術知識為良醫紮根教育，走向以掌握獲取知識、態度素養和實踐能力為目的的創新性教育。
- 五、新時代要求倫理教育從灌輸式走向參與對話、反思到充權式
- 六、新網路時代要求人文教育從以“教”為主走向以行動研究“學習”為主
- 七、要求教醫學育從“從形式的民主”走向“新民主”
- 八、要求醫學教育從“權利平等”走向“社會均等”
- 九、新網路時代要求醫學教育從造就一元專業化意識走向培養多元文化意識。

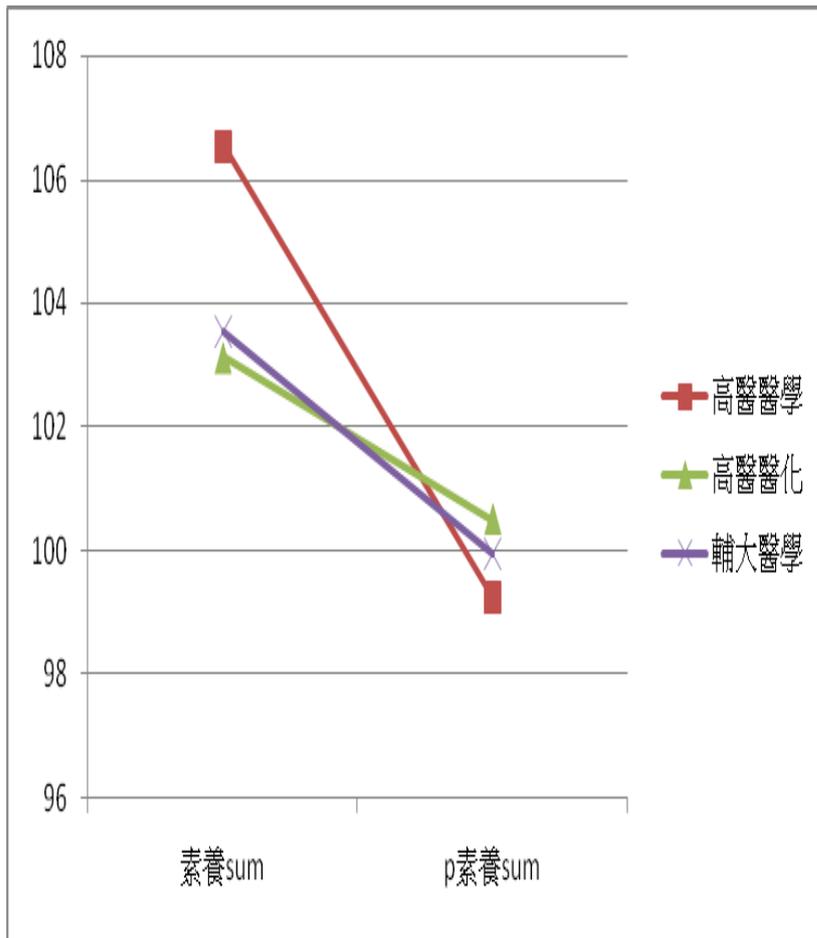
六、附錄

附件一

人文素養問卷分析結果

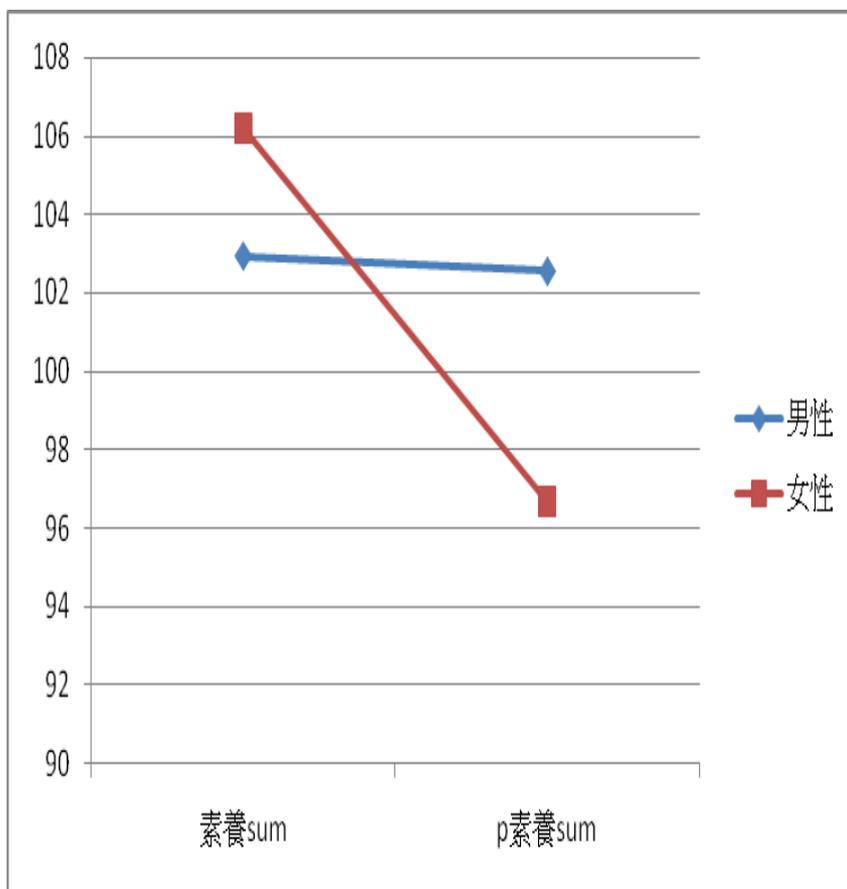
1. 就讀系所與測驗時間的之交互作用未達顯著($F = 1.211$)，單純主要效果顯示高醫醫學學生後測平均分數(99.242)顯著低於前測平均分數(106.545)



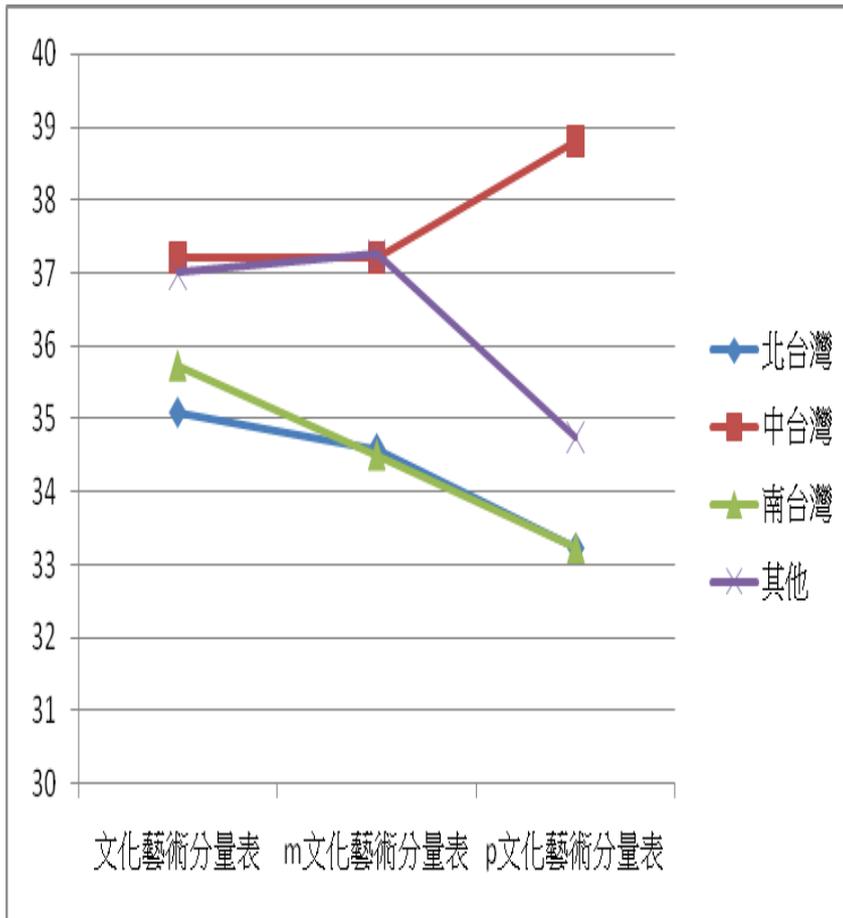


2. 後測中女性平均分數(96.6818)顯著低於男性分數(102.5472)

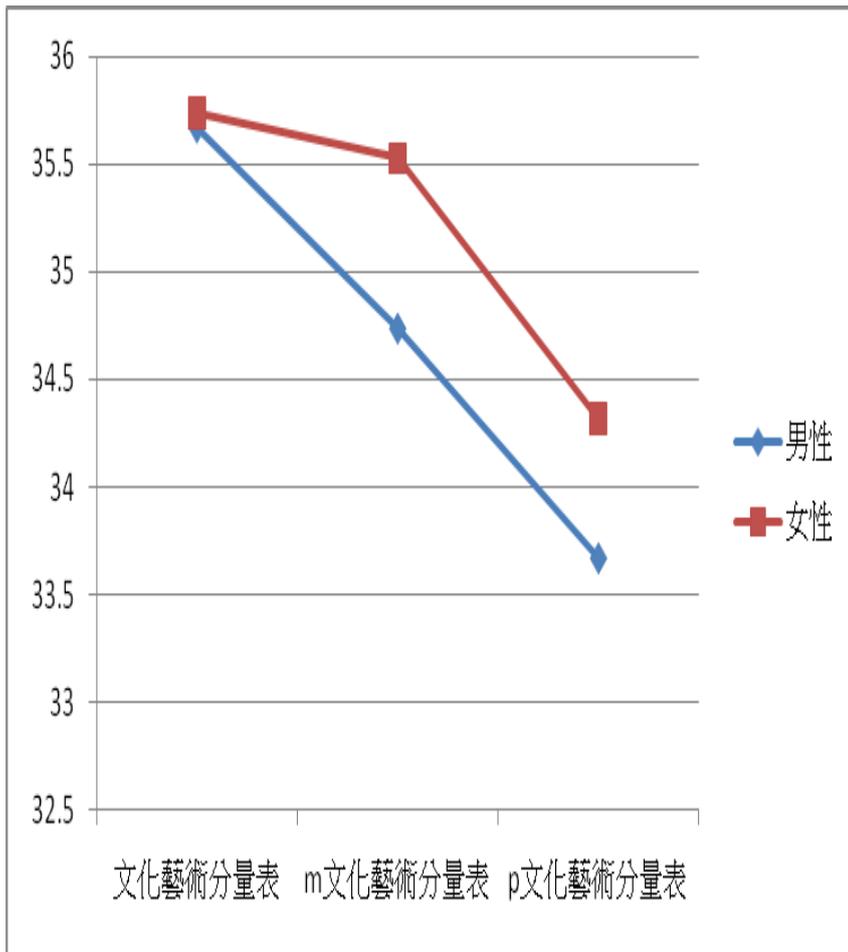
- 性別與測驗時間的之交互作用達顯著($F = 13.742$)，單純主要效果顯示前測($F=12.389, p < .001$)及後測($F=9.291, p < .01$)，前測中女性平均分數(106.2045)顯著高於男性分數(102.9434)；後測中女性平均分數(96.6818)顯著低於男性分數(102.5472)。女性後測分數顯著低於前測分數。



- 3. 居住區域與測驗時間點的交互作用對於人文問卷：文化藝術分量表的影响未達顯著($F = .977$)；單純主要效果檢驗顯示居住區域對於人文問卷：文化藝術分量表中測($F = 2.919, p < .05$)、後測($F = 5.462, p < .01$)影响達顯著，中測中中台灣學生平均分數(35.5909)顯著高於北台灣(33.3077)、南台灣學生(33.4259)、後測中中台灣學生平均分數(38.8000)顯著高於北台灣(33.5333)、南台灣(33.2381)、其他地區學生(34.7500)；南台灣學生前測平均分數(35.722)顯著高於後測(33.222)。



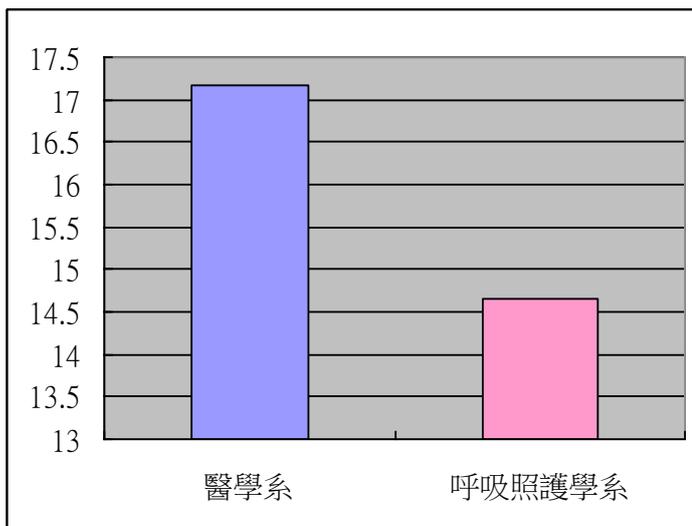
- 性別與測驗時間點的交互作用對於人文問卷：文化藝術分量表的影響未達顯著($F = .224$)；單純主要效果檢驗顯示性別對於人文問卷：文化藝術分量表前測平均分數影響達顯著($F = 4.691, p < .05$)，前測中女性平均分數(35.7368)顯著高於男性(35.1152)；男性前測平均分數(35.1152)顯著高於後測(33.667)。



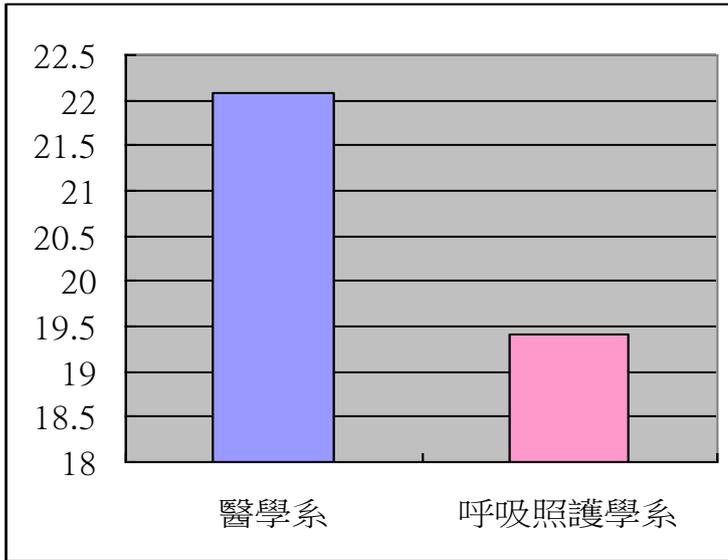
附件二

Hollen 量表分析

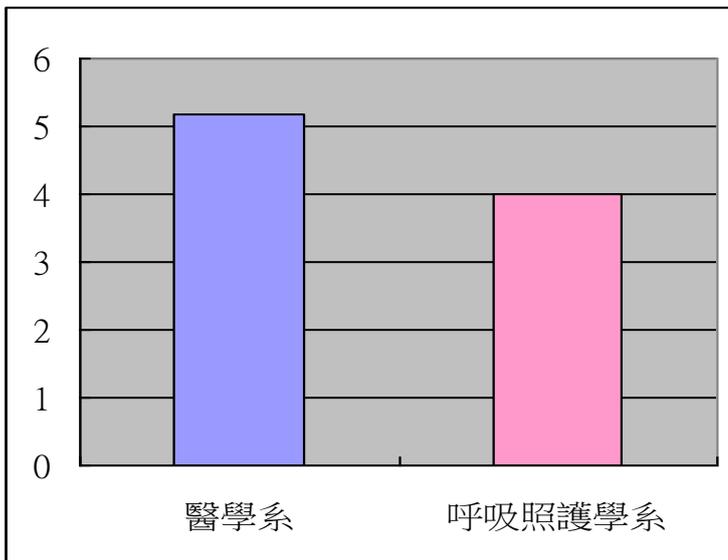
醫學系與呼吸照護學系實際 V. S. 研究差異分析



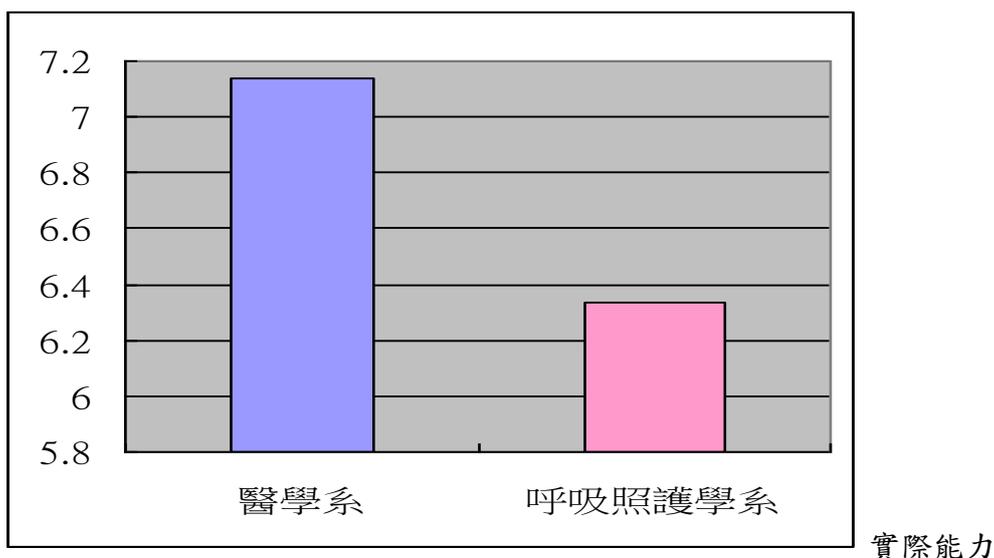
實際型



研究型



實際活動



參考文獻

- Abrahamson, S. (1996). *Essays on Medical Education*. University Press of America, Inc. Lanham, MA. (AAMC) Association of American Medical Colleges (1984).
- Booth, M. and Hargreaves, D. H. (1995). Training of doctors in hospitals: A comparison with teacher education. *Journal of Education for Teaching*, 21 (2):145-161.
- Cuban, L. (1997). Change without reform: The case of Stanford University School of Medicine. *American Educational Research Journal*, 34 (1, Spring) : 83-122.
- Clandinin, D. J., Cave, M. T. (2008). Creating pedagogical spaces for developing doctor professional identity. *Medical Education*. Retrieved July 16, 2008, from source.
- Goldie, J. (2000). Review of ethics curricula in undergraduate medical education. *Medical Education*, 34(2), 108-119.
- Hajek, P., Najberg, E., Cushing, A. (2000). Medical student' s concerns about communiatiing with patients. *Medical Education*, 34(8), 656-658.
- Petersen, A., Bleakley, A., Bromer, R., Marshall, R. (2008). The Medical Humanities Today: Humane Health Care or Tool of Governance? *Journal of Medical Humanities*, 29 (1), 1-4.

- 呂碧鴻、陳秀蓉、高美英（95）。醫學生之醫師同理心取向初探。醫學教育，10（4），276~282。
- 邱淑媿（94）。實務導向之醫學人文課程設計與初步成效評估。醫學教育，9（4），351~364。
- 高美英、呂碧鴻、朱齡雲（93）。台灣當前醫學人文課程之實施現況與推廣困境。醫學教育，8（4），392~403。
- 張秀蓉（96）。醫學史與醫學人文教育。台灣醫學，11（2），167~170。
- 劉介修、柯文升、林奕萱、張維怡（92）。追尋本土醫學人文教育的創造力實踐：由醫學生與病友觀點出發的疾病敘事與書寫計畫。台灣醫學人文學刊，4（13& 2），84~107。
- 劉介修、劉克明（93）。台灣醫學教育改革中的「醫學人文」概念與實踐初探。醫學教育，8（4），371~384。
- 戴正德（96）。醫學人文精神的挑戰。台灣醫學，11（2），163~166。
- 符碧真（2000）從美國醫學教育之歷史發展論師資培育之專業化，國家科學委員會研究彙刊：人文及社會科學民國 89 年 7 月，十卷三期，p378-402
- 謝博生（1997），醫學教育：理念與實務，載：醫學人文叢書 4，台北，國立台灣大學醫學院。
- 夏雨晴. 醫學專業研究生人文素養的缺失及其對策〔J〕. 醫學教育探索，2006，5(11):1069
- 林長勝，範曉明. 建設先進學校文化，培育一流醫學人才〔J〕. 中華醫學教育雜誌，2006，26(2):5
- 楊叔子. 科學文化與人文文化交融——兼論全面素質教育〔J〕. 國家教育行政學院學報，2005，(10):13
- 曹 儉，張敏霞. 充分發揮人文知識講座在人文素質教育中的作用〔J〕. 醫學教育探索，2005，4（2）：88.
- 陳培剛. 關於醫學院校加強人文素質教育的思考〔J〕. 基礎醫學教育，2002，4（1）：62.
- 朱江英. 醫科大學生的人文素質教育問題探析〔J〕. 醫學教育探索，2005，4(2)：