

從師徒傳承到臨床指導——協助掙扎中的完美主義者

高雄長庚王慧婷醫師

我記得在內科訓練時，有一位內科老師對病人非常好。他一年 365 天每天都來醫院看病人，從不休息。老師用言教和身教示範如何做一個好醫師。那時候是工時規範尚未明確的時代，所以我們每個月有 10 個班，隔天還沒有補休。就像電視劇演的那樣，我們一個晚上不睡，隔天還是得工作一整天。訓練非常紮實，但也非常辛苦。

當時的訓練像偶像劇般，老師做給我們看，我們一邊聽、一邊學，心中充滿敬意。雖然很辛苦，但大家也建立了深厚的革命情感。我們查完房後，常常會一起討論，有人記錄病歷、有人討論今天的案例，有人準備值班，甚至即將下班的人也捨不得離開，大家聚在一起聊聊天，這些場景讓我印象深刻。

有一次我們聊到那位 365 天都在醫院的老師，我的一位同期同事說：「老師真的很好，但我不想過這樣的生活。」這句話讓我感受到，從我們這一代開始，逐漸有了對人權、工時和職場霸凌的重視。

師徒關係其實也和科別屬性有很大關聯。像外科，師徒制非常明顯；心臟科某些特殊技術，只有幾位特別的 PI（主要研究者）會，所以也有師徒概念。但在急診科，我們是一個團隊，彼此之間較少以「老師」自居，更多是直接稱呼名字，或是簡單地叫「學長、學姊」，沒有什麼階級概念。我們和護理師、消防隊的弟兄也都以平等的方式相處。

現在醫院裡已經不會再有摔病歷或「地獄廚房」這樣的臨床回饋情況，也不會出現直接的職場霸凌。即使是公開侮辱，也已經有法院的相關判例。如今，工時規範被納入評鑑條文，醫院職場霸凌的情形也有法律依據來處理，這些機制已逐步完善。我們甚至在名詞和用語上都必須更加謹慎，注重彼此尊重。

我印象深刻的是，過去一年我們在準備評鑑時，有一位委員提到「困難學員」這個名稱。他表示這個詞聽起來不夠中性，建議改用更合適的表達方式。我們的確有針對困難學員的處理流程，例如考試成績不佳、發生臨床紅線事件（如侵犯病人隱私）或影響病人安全的問題。這些情況可能由學員主動提報，也可能由臨床教師或同事提報。我們會先由學員的臨床老師和科內訓練計畫負責人介入關心，若仍無法解決，則提報到院級機制，交由學員輔導中心協助處理。

雖然目前還沒有找到適合取代「困難學員」這個名稱的最佳用語，好的教學、臨床回饋與指導還是一直在做的。我的專長是模擬教學課程（simulation），運用經驗學

習理論(1)，讓學員在模擬室中練習真實的臨床案例處置。接著，我們會回顧剛剛的急救或團隊合作過程，透過反思結合理論，提出行動方案，幫助學員在未來的臨床實作中運用這些學習成果。

透過不斷練習，臨床經驗和急救流程會內化為「肌肉記憶」。學員在模擬訓練中可以犯錯，但這些錯誤能避免在實際病人身上重演。為了完成這個學習循環（learning cycle），我們需要打造逼真的學習環境，包括準備道具、演員，甚至模擬器械。

有一次，我們設計了一個產後大出血的案例，邀請模擬器廠商協助，甚至請他們扮演病人家屬。場景中，產褥墊上的鮮紅色展現出極具真實感的情境，學員完全投入其中。我們發現，整個學習過程中，最重要的部分是最後的討論（debriefing）。帶領老師的提問能力在這個階段非常關鍵，而這種能力同樣適用於真實急救後的回顧。(2)

為了進行良好的 debriefing，我們特別接受了相關訓練。雖然進入臨床後，往往會自然而然成為臨床教師，但到底要怎麼教呢？除了個人經驗和生命累積，還需要不斷充實自己，包括學習教學方法、如何進行評估，以及掌握新的概念與科技的應用。這些都是我們需要持續精進的地方。

目前我的職涯發展已經進入教學專責主治醫師的階段。成為臨床教師或教學專責主治醫師後，其實很少有機會讓他人來觀察我們的教學是否恰當。所以，當能夠被觀察、被回饋時，對教師來說是非常令人興奮的事。我們在台灣醫學教育界一直致力於合作與串聯，今年年初舉辦了一些教育工作坊，為教師安排了一場特別的活動，在 OSCE 中心進行教學觀察與回饋。

當時我們的臨床教練工作坊使用了 Adapt 模型(3,4)，這個概念是從美國 ACGME（醫學教育大本營）引進的。Adapt 模型是用來對學員進行回饋的工具，強調在教學過程中不停地發問（ask）。當學員表現時，例如交班、接病人、解釋病情、進行衛教或說明程序時，教師可能心中早已經有數百次想要打斷的衝動，直接告訴他該怎麼做。但在 Adapt 模型中，教師必須忍住，讓學員完成自己的過程。

我們一起觀看了回顧影片，可以明顯感受到老師們在前幾秒鐘或幾分鐘內，就已經有許多話想說了。但根據 Adapt 模型，教師需要克制，讓學員完整經歷整個過程，然後透過問題引導學員反思，讓他自己說出答案。因為如果教師直接告訴學員正確做法，那只是教師的東西；唯有學員自己講出來、自己想到的，才會真正內化為他的知識與能力。最後，教師可以和學員一起計畫下一步的行動方案，這才是理想的

教學模式。

我們當時也進行了分站練習。對我來說，這並不困難，因為在模擬教學中，我每天都在進行類似的提問與引導。例如，當學員完成模擬操作後，我會請他回想剛剛發生了什麼事。如果有疑問，我們可以回放影片，討論當時的思考模式、邏輯與選擇，並與理論進行比對。這樣的反覆練習對我來說已經是日常。

然而，我仍有一個疑問。在醫學教育的過程中，這套模型是否適用於每一位學員？就像一雙鞋子，怎麼可能讓每個人都穿得合適？帶著這個疑問，我決定親自前往 ACGME 總部一探究竟。

今年剛好有機會到 ACGME 進修，在那一週的課程中，我們參加了一場更加嚴苛的工作坊。這次挑戰首先來自語言，全程需要用英文進行交流，包括學員、講師和嘉賓之間的對話。其次，我需要用英文對學員進行回饋。第三，我還要接受我的指導老師對我的回饋，並消化吸收這些意見。整個過程同樣採用了 ADAPT 模型。

透過這樣的練習，我對 ADAPT 模型的理解更加深入，也更加熟悉了。同時，看到每位老師願意放下繁忙的臨床工作，投入時間精進醫學教育，令我深受感動。這種對教育的熱忱和努力讓我很有共鳴。

在進修期間，我也再次思考了之前提到的問題：對於所謂「困難學員」，是否有更適合的說法？這次，我在這裡找到了一個很棒的答案。在 ACGME，他們不使用「困難學員」這樣的詞，而是給了這些學員一個更正向、更具啟發性的名稱——**struggling perfectionist**（掙扎中的完美主義者）。

事實上，能夠進入醫學院的學生，幾乎都是對自己要求極高的完美主義者。他們並不是不夠努力，而是尚未達到完美，在過程中感到掙扎。因此，作為教師，我們的任務是協助這些掙扎中的完美主義者。我們需要發現他們的掙扎，正視並理解這些問題，然後協助他們逐步走向完美。

同時，我也了解到，協助這些掙扎中的完美主義者（或我們說的困難學員）是有方法的，並不僅僅是一個冷冰冰的程序。並非因為學員考試只有 70 分，或被同儕、護理師投訴就開始輔導，而是需要根據具體情況進行分類處理。

例如，如果他和護理站的衝突是由於溝通問題引起的，那麼這是一個能力問題。我們可以設計相關課程，幫助他累積溝通經驗與能力，從而解決問題。又或者，如果他最近身體不適，例如正在接受化療，或者因為懷孕出現嚴重孕吐，再加上家中孩

子感染腸病毒，需要更多時間照顧家庭，那我們可以引入職業醫學的概念，為他調整工作職責與安排，給予緩衝時間。

相對地，如果是紀律問題，例如故意違反規範、將病患照片洩露在網路上、或遲到早退，那這就需要採取紀律處理方式，針對行為進行糾正。

進一步地，我也首次了解到，臨床推理本身是可以通過工具進行分析的(5)。每位老師可能都曾經有過這樣的經驗：你看著一個學生，直覺告訴你「不對勁」，但又說不出具體問題。例如，怎麼會有人到這個階段還做不好基本工作？報告怎麼會寫不出來？連大綱都已經給他了，為什麼還是一團亂？又或者，你觀察到他的生活完全失控，但卻不知道問題的根本在哪裡，也不知道該怎麼幫助他。

當時，看著那張臨床推理的投影片，我腦海中浮現了過去那些曾讓我困惑的學生。真希望時光能倒流，讓我用這些工具幫助他們。這些工具可以明確指出學員在臨床推理中的能力層級，並告訴我們應該如何補強。例如，從學習缺陷、臨床推理的盲點、身心狀況的挑戰，到處理事情的邏輯與能力問題，都可以進行具體的分析。

這樣的分析告訴我們，對這些有困難的學習者，**早期診斷、早期介入**才是最有效的策略。這樣可以減輕他們的痛苦與壓力，讓他們更順利地成長。同時，對於科內或系上的老師與同事來說，也可以避免持續的摩擦與衝突。正確的鑑別診斷是有效補救的基礎，能夠更早確認學習者需要的具體幫助。(6)

不過，要達成這一切，有一個重要前提，那就是必須建立一個心理安全的學習環境（**learning environment**）。教師與同儕之間需要有足夠的信任與安全感，才能提出問題；學員也必須有勇氣尋求協助，而不必擔心遭受批評或指責。只有在這樣的環境中，學習者與教育者才能真正互相成長。

ACGME 也為臨床教師制定了自己的里程碑(7)，臨床教師也是需要被評核的。這條臨床教師的道路，過去很多時候是摸索前進，但現在已經有了一套可依循的框架，使教學制度更加穩固。以學員輔導為例，可以分為幾個階段：首先是察覺學員需要幫助；接著是協助他找出問題；再來是與學員共同制定行動方案；接著建立量化機制來回顧並評估；最後則是制定指導原則，讓輔導過程更加完整有系統。

帶著這些新學到的知識與方法，回到台灣後，我們開始針對院內醫師舉辦工作坊與講座，例如臨床回饋工作坊。我們一連舉辦了數次，並在討論與練習中，收到了一個共同的回饋：**文化**是其中的關鍵問題。

許多老師告訴我，台灣的學生不喜歡被提問。他們覺得提問像是在故意刁難，甚至會因為老師不直接告訴他正確答案而感到不滿，認為這樣是在浪費時間。有些學生

還可能因此選擇不再理會老師，甚至投訴。

面對這些反饋，第一次和第二次的工作坊中，我試圖說服老師嘗試這種新的教學方式，並需要一些時間讓大家習慣。然而，到了第三次，我開始意識到，這的確是一個需要解決的重大問題：我們必須先克服老師的擔憂，並正視當前教學現場的現實困境，才能繼續推動這套模式的實施。

帶著這些疑惑，我參加了今年的 AMEE（歐洲醫學教育年會）。年會前兩天的工作坊內容非常豐富，老師們可以學習到一些大方向的概念。但更深入的小主題研究，則需要透過特定的研討會進行探索。因此，我選擇了一場關於 **coaching**（教練）技巧的工作坊，這是 ACGME 6 天課程中針對學員輔導（**remediation**）的延伸。

在這裡，我才進一步體會到，**名詞與文化的重要性**。例如，「**coaching**」這個詞，中文通常翻譯成「教練」，但在台灣，「教練」往往讓人聯想到傳統棒球教練的形象——手插腰、大聲指揮，甚至斥責隊員。然而，在美國醫學教育的脈絡中，**coaching** 是一種更為溫和的陪伴方式。教練像是一位朋友，坐在你身邊，與你討論，幫助你發現需要改進的地方，而不是拿著戰術板直接告訴你該怎麼做。

這次工作坊中，並未使用 **Adapt** 模型，而是強調透過對話與學員探索他們在接下來一段時間中的目標與期待(**wish**)。這些期待需要回應具體的成果(**outcome**)，例如可以運用 **SMART** 法則（具體、可衡量、可達成、相關、具時限）設計小目標，並討論可能的阻礙(**obstacle**)。這些阻礙常與內在動機或心理因素有關，因此對話的目的也包括幫助學員找到應對的方法，並共同制定行動計劃(**plan**)。(8)

這種方式其實有些類似中文中「見山又是山」的概念。我們不應該抱著「修理」學員的心態，而是以陪伴者的角色，協助學員在醫學道路上一點一滴地成長。

我們無法自信地認為，僅憑幾週的 **rotation** 或短期的課程，就能解決學員的所有問題。我們也不應該以傲慢的態度，覺得自己能將學員的所有困難迅速轉化為順利。然而，我們可以在學員面對困難時，提供支持與陪伴，幫助他們建立終身學習的能力。這樣，即使我們無法在短期內讓學員完全改變，但我們可以幫助他們在未來的醫學道路上，逐漸變得更好，邁向成長與成熟。

其實，今天與其說我要分享如何協助掙扎中的完美主義者，倒不如說是分享作為一名掙扎中的臨床教師，我如何在醫學教育的路上一步一步成長。在我的行醫過程中，並沒有某位特定的 **role model**，但我有一個強大的團隊。這個團隊給予我回饋，陪伴我成長，也讓我們在彼此的激盪中不斷進步。坦白說，這種團隊的力量帶給我的啟發，比任何單一的老師更多。

每一年，我們培訓新學員參加模擬競賽，每年都獲得很好的成績。但這些成績的背後，是我們彼此在進步的小種子中不斷學習、成長。這些種子也擴散出去，變成科部裡的小園丁。我們最近的一場比賽也取得了很好的成果，但在指導的過程中，我不禁回想起多年前，剛升任主治醫師時的一個夜班。

那是產科的一個個案，情況非常危急。一位開業的婦產科醫師，在處理一名產婦的分娩時出現問題，決定將產婦送到醫院。然而，可能因為情況過於緊急，他認為叫救護車來不及，竟然親自開車，讓產婦坐在後座，丈夫拿著血袋為她輸血，直接衝到急診室。當車抵達時，產婦已經奄奄一息，我們的團隊立刻將她從車上轉移到擔架，推進急診室進行搶救。

病患送進搶救室時，已經接近休克狀態。我們立即指派住院醫師為她置入 CVC（中心靜脈導管）。然而，第一針沒有成功，而就在這一瞬間，病患心跳停止，必須立即進行 CPR。我接手操作，快速完成導管置入並輸血，病患很快恢復自主循環（ROSC），被送往 ICU 進一步治療。急救結束後，病患成功轉入 ICU，對我們來說，理應可以稍稍鬆一口氣。

但當我觀察團隊的氣氛時，卻發現每個人都顯得非常低落。住院醫師因為第一針沒能成功而自責，護理師也覺得急救過程有些混亂，擔心剛剛的病患無法撐過去。我不希望這樣的低迷氣氛影響接下來的工作，於是在班次交接之前，召集大家進行了一次 Hot debriefing。

這次回顧中，我沒有使用任何特定的模型，也沒有套用 Adapt 或三明治回饋法。我只是請大家回顧剛剛的情況，分享自己的感受。一些人提到當下的想法，另一些人反思流程是否可以更完善。我也分享了自己的經驗，比如在置管時應該注意的角度、操作時的技巧，以及如果再來一次，我們可以怎麼做得更好。

漸漸地，我能感受到團隊氣氛的轉變。當大家知道如果再遇到類似情況，可以怎麼做得更好時，情緒變得更加正向。我們重新找回了工作時需要的能量，整個班次也得以繼續順利進行。這個經歷深深影響了我，因為行醫過程中，我們永遠不知道下一位病患會是什麼情況，而團隊的能量對每一位病患來說都至關重要。

這個夜晚的經歷一直讓我難以忘懷。那是個震撼的夜晚，也是充滿學習的夜晚。我們的團隊不僅攜手處理了棘手的病例，還在彼此的分享與支持中走出了低潮。我想，這正是行醫的意義之一：無論是面對 case，還是內心的掙扎，甚至是成長過程中的困難，我們都不必孤單，因為我們有團隊的力量。

1. Davitadze, M.; Ooi, E.; Ng, C.Y.; Zhou, D.; Thomas, L.; Hanania, T.; Blaggan, P.; Evans, N.; Chen, W.; Melson, E., et al. SIMBA: using Kolb's learning theory in simulation-based learning to improve participants' confidence. *BMC Medical Education* **2022**, *22*, 116, doi:10.1186/s12909-022-03176-2.
2. Durand, C.; Secheresse, T.; Leconte, M. [The use of the Debriefing Assessment for Simulation in Healthcare (DASH) in a simulation-based team learning program for newborn resuscitation in the delivery room]. *Arch Pediatr* **2017**, *24*, 1197-1204, doi:10.1016/j.arcped.2017.09.017.
3. Lockyer, J.; Armson, H.; Könings, K.D.; Lee-Krueger, R.C.W.; des Ordon, A.R.; Ramani, S.; Trier, J.; Zetkovic, M.G.; Sargeant, J. In-the-Moment Feedback and Coaching: Improving R2C2 for a New Context. *J Grad Med Educ* **2020**, *12*, 27-35, doi:10.4300/jgme-d-19-00508.1.
4. Fainstad, T.; McClintock, A.A.; Van der Ridder, M.J.; Johnston, S.S.; Patton, K.K. Feedback Can Be Less Stressful: Medical Trainee Perceptions of Using the Prepare to ADAPT (Ask-Discuss-Ask-Plan Together) Framework. *Cureus* **2018**, *10*, e3718, doi:10.7759/cureus.3718.
5. Schaye, V.; Janjigian, M.; Hauck, K.; Shapiro, N.; Becker, D.; Lusk, P.; Hardowar, K.; Zabar, S.; Dembitzer, A. A workshop to train medicine faculty to teach clinical reasoning. *Diagnosis (Berl)* **2019**, *6*, 109-113, doi:10.1515/dx-2018-0059.
6. Weinstein, A.; Gupta, S.; Pinto-Powell, R.; Jackson, J.; Appel, J.; Roussel, D.; Daniel, M. Diagnosing and Remediating Clinical Reasoning Difficulties: A Faculty Development Workshop. *MedEdPORTAL* **2017**, *13*, 10650, doi:doi:10.15766/mep_2374-8265.10650.
7. Mahan, J.D.; Kaczmarczyk, J.M.; Miller Juve, A.K.; Cymet, T.; Shah, B.J.; Daniel, R.; Edgar, L. Clinician Educator Milestones: Assessing and Improving Educators' Skills. *Academic Medicine* **2024**, *99*.
8. Saddawi-Konefka, D.; Baker, K.; Guarino, A.; Burns, S.M.; Oettingen, G.; Gollwitzer, P.M.; Charnin, J.E. Changing Resident Physician Studying Behaviors: A Randomized, Comparative Effectiveness Trial of Goal Setting Versus Use of WOOP. *J Grad Med Educ* **2017**, *9*, 451-457, doi:10.4300/jgme-d-16-00703.1.