

教育部教學實踐研究計畫成果報告
Project Report for MOE Teaching Practice Research Program

計畫編號/Project Number：PMN1120818

學門專案分類/Division：醫護

計畫年度：112 年度一年期 111 年度多年期

執行期間/Funding Period：2023.08.01 – 2024.07.31

探討以敘事力融入醫學典範與倫理實踐課程之學習成效

課程名稱:醫學人文在系統與文化脈絡

計畫主持人(Principal Investigator)：鐘國軒

協同主持人(Co-Principal Investigator)：邱佳慧

執行機構及系所(Institution/Department/Program)：臺北醫學大學／醫學院醫學系

成果報告公開日期：立即公開 延後公開

繳交報告日期(Report Submission Date)：2024 年 09 月 05 日

探討以敘事力融入醫學典範與倫理實踐課程之學習成效

一、本文 (Content)

1. 研究動機與目的 (Research Motive and Purpose)

本研究聚焦於醫學系專業倫理課程中敘事力教學的優化。自民國 109 年起，本校醫學人文教育進行重大革新，要求全學年學生融入醫學人文教育，以敘事力為教育主軸。然而，課程變革、時數增加及 COVID-19 疫情影響了原有教學模式，導致敘事力難以有效融入體驗課程。

本研究旨在探索如何在疫情及教育制度變動背景下，調整敘事力教學策略，並評估新策略在後疫情時代的學習成效。我們期望研究結果能為醫學教育提供可行方案，培養出全面理解和關懷患者的醫學人才，而非僅具備技術的醫師。

2. 研究問題 (Research Question)

本研究旨在解決以下關鍵問題：在疫情和醫學人文教育改革的影響下，應如何調整敘事力教學策略，以提升醫學生的「敘事理解」與「敘事想像」能力？這些新的敘事力教學法融入醫學典範與倫理實踐課程後，其實際學習成效如何？本研究將以提升教學品質與學生學習為核心，透過創新的課程方案建構，檢驗敘事力融入後的學習成效。

3. 文獻探討 (Literature Review)

(1) 敘事力教學的重要性

敘事力在高等教育中的重要性日益提升，成為跨領域學習與創新能力的核心。教育部自 104 年起推動「基礎語文及多元文化能力培育計畫」，並在 108 年啟動「議題導向跨領域敘事力培育計畫」，鼓勵將敘事力融入大學課程，提升學生的中文素養及跨領域敘事能力，以拓展學習視野並與國際接軌（教育部，2021）。敘事力不僅有助於組織與重整個人經驗，還能促進人際互動和知識共構，是理解自我、他人與環境的重要媒介（Bamberg & Moissinac, 2003; Milota, van Thiel, & van Delden, 2019）。此外，在醫學領域，敘事醫學逐漸成為醫療倫理與專業發展的重要工具，有助於醫學生以同理心與理解來看待病患經歷，進而增強其專業能力（Milota, van Thiel, & van Delden, 2019）。因此，與醫學相關的大專院校就相當須要著重培養學生的敘事力，以確保未來職場中的專業表現。

(2) 敘事與敘事醫學

敘事是一種使用符號語言來表述意義的過程，通常涉及事件與經驗的敘述，而敘事能力則是指在這一過程中展現的語文發展能力（曾肇文，2008；簡良平，2012；Hurwitz, 2001；Justicea et al., 2010；Yilmaz & Goktas, 2017）。近年來，敘事能力的定義與應用日益多元化。教育部在 108 年推動的「議題導向跨領域敘事力培育」計畫強調敘事能力的多元展現，透過不同形式達到創意表達與跨領域溝通的目的（王玫，2016）。臺北醫學大學則通過策展、戲劇、影像等方式培養學生的敘事能力，並推動人文關懷的實踐（教育部，2021）。

過去針對敘事力的相關研究，多半是著重在學齡前幼童、學齡中學童或是患有自閉症個體的敘事認知與能力的討論（李芸蓁、劉惠美，2018；李穎安，2021；黃茜郁、余玻莉，2014；楊淑華、葉憲峻、王暄博，2009；Bliss, McCabe, & Miranda, 1998；Tsai & Chang, 2008）。當前高教跨領域敘事力的相關研究雖仍十分稀少，但已有些許研究（王玫，2016；游功揚，2020；

蔡玲玲，2020)。蔡玲玲（2020）是針對商業課程融入敘事能力的學習成效評估，著重學生在敘事邏輯以及產品解說方面的訓練，研究者透過自行編製評量量表，評量學生在「敘事知識指標」、「行銷能力指標」、「自我察覺」三個面向的學習成效。研究者為台灣本土發展出敘事力量表，是一重要的貢獻。不過，蔡玲玲（2020）的研究較著重在單一學科的溝通與表達之檢核，王玫（2016）與游功揚（2020）更進一步將敘事力應用在跨領域的學習與課程創新。王玫（2016）的研究是以課程創新與敘事力融入的課程設計為核心關切，運用美學原理、六感體驗來促進敘事力的養成。游功揚（2020）亦是自行建構問卷，評量學生在情意面：「學習動機」與「學習滿意度」的學習成果，希望能理解學生在敘事力的學習動機，加強敘事能力的培養。相較於個體的表述能力，對比高等教育著重跨領域專業知能的敘事能力、以及共構創新的企圖，其所關注的面相與本質大不相同。敘事尚有兩層重要意涵，第一、敘說故事與意義傳遞的過程，同時，也是學習者展現探究與認知的形成性歷程；第二、在教育上，敘事的內容與流通（currency）形式，將左右「師教」與「生學」的質地。然而，學習者在意什麼？學習者如何學習，卻相對較少被關切（邱佳慧、王明旭、蔡宗良，2021）。

有鑒於敘事研究多被定位為認知取徑的能力，透過個體的學習與培養，來增進敘事力之提升。然而，從實踐與素養視角來探究敘事力，認識取徑容易限縮敘事能力的理解於個人的學習，忽視對話、溝通行動間共構的合作歷程。因此，本計畫同時運用經驗教育的觀點，導入敘事教學以提升典範學習成效。

(3) 服務學習扎根經驗教育

服務學習源自美國的社區服務原型，後發展為台灣的勞作教育模式。1997年教育部頒訂之「教育部補助大專院校開設具服務學習內涵課程要點」，明確規範服務學習課程需具備三大要素：1. 校內課堂學習 2. 校外（例如社區及非營利組織等）志願服務 3. 學習成效評量，並重服務與學習兩者。現今服務學習面臨轉型需求，不應僅限於品格教育或服務精神培養，而應回歸經驗教育的本質。誠如林麗娟針對圖書館服務學習方案所作研究指出，服務學習理論基礎與功能立基於經驗學習理論，其中尤以Kolb的經驗學習模式最廣為引用，此模式對於理解以行動裝置為基礎的個別學習具重要貢獻，強調知識的產生是由經驗轉換而來。綜上顯示，學習能否循環轉化為概念，仰賴學習者理解資訊的具體經驗和抽象思考，教師則應協助學生擴展這些轉化經驗，促進學習型態與過程的相互關聯。另一方面，從動機理論來看，服務學習源自學生貢獻社會的內在動機，融合實務問題解決情境所激發的學習行動。林麗娟的研究亦彙整了學生參與服務學習的主要動機，包括知識技能、自我成長、社會責任等，其中尤以知識技能為最高動機。由此可知，學生的學習型態比起品德教育，反而是更希望透過服務的經驗學習來獲取新知。張同廟等人調查學生參與服務學習態度、阻礙因素與成效間關係的研究也提出數點建議：鼓勵教師開設服務學習課程、加強與社區機構建立夥伴關係、重視大一學生參與。對教育主管機關而言，則應積極推動服務學習方案、將其融入各教學領域的評鑑項目中。由此看來，服務學習應回歸經驗教育的訓練，以開創與專業學習和未來生涯規劃相連貫的學習目的。梁碧明針對大學特教系師生的量化問卷調查研究也指出，學生普遍認為服務學習課程的價值主要在於服務知能的收穫，而生涯規劃方面的收穫相對較低。這表明現今服務學習課程與生涯規劃的連結仍有待加強。國內文獻不可或缺的還有黃玉主編的《從服務中學習：跨領域服務學習理論與實務【修訂版】》，洪葉文化，2009年7月，此乃重要的服務學習實務推動參考手冊。國外研究則相對成熟，如Moely等人於2009的研究支

持各級學校運用服務學習和參與式研究，提出未來的服務學習應該強化服務學習研究，而非僅限於課程與學習結果。Waterman (1997) 則重申服務學習是提升學生連結學校與社區的有效方法。作為醫學教育的一環，實作與素養的重要性不言而喻。服務學習應回歸其經驗教育的本質，與專業學習和生涯規劃建立更緊密的連結。教育機構和政策制定者應積極推動以課程為基礎的服務學習模式，鼓勵教師開發相關課程，加強與社區的合作關係。同時，應重視服務學習研究，探索如何更有效地將服務經驗轉化為學習成果，並促進學生的全面發展。

4. 教學設計與規劃 (Teaching Planning)

(1) 教學目標與方法

課程介紹：

本課程作為醫學人文教育的一部分，以「醫學典範教育」和「社區場域關懷實踐」為主軸教授醫學倫理。目標是培養醫學生成為以人為本的實踐家，而非僅限於學術研究。

課程內容涵蓋台灣本土 19、20 世紀典範人物介紹，鼓勵閱讀典範傳記文學，並介紹 21 世紀敘事醫學觀和當代典範人物。通過關懷弱勢團體，學生能親身體驗社會中弱勢族群的需求。

教學方式多元，包括課堂授課、理論解說、傳記閱讀、視聽教學、心得寫作、關懷弱勢和小組報告等。課程旨在培養學生的敘事理解與想像能力，為醫學教育中的敘事力、跨域力、決策力和溝通力奠定基礎。

核心能力比重	核心能力	
	具備倫理判斷與服務社會的能力	25%
	具備醫學知識與臨床技術的能力	5%
	具備良好溝通與領導團隊的能力	20%
	具備數據分析與國際合作的能力	20%
	具備跨域整合與研究創新的能力	30%

永續發展目標 (SDGs)		
目標	中文說明	English description
SDG4. 教育品質	確保包容性和公平的優質教育	Ensure inclusive and equitable quality education and promote lifelong learning opportunities for all
SDG10. 減少不平等	消弭不平等與弱勢體驗關懷	Reduce inequality and experiencing caring for disadvantaged groups

教學目標：

- 1) 提升對台灣醫療發展史以及重要人物的認識；
- 2) 增加倫理判斷的智識；
- 3) 激發服務的熱誠；
- 4) 體驗弱勢族群生命歷程中的重擔；

- 5) 反思 21 世紀醫療的社會需求與社會責任；
- 6) 培養「敘事理解與「敘事想像」的能力。

教學大綱：

教學主題	學習歷程	成績評分方式	備註
1. 醫學典範人物介紹(含實體課程與線上視聽教學)	聽、說	出席狀況	集體授課
2. 導入敘事教學	聽、說、讀、寫、做	出席狀況	集體授課
3. 傳記閱讀	讀	課外建議，不列入評分	鼓勵閱讀
4. 心得報告	讀、寫	個人典範閱讀報告	加分作業
5. 線上視聽教學	聽、說、讀、寫	個人典範閱讀報告	必交作業
6. 關懷弱勢體驗	聽、說、讀、寫、做	小組關懷體驗口頭報告	必交作業

社區場域簡介：

本課程之社區場域關懷實踐，選擇之弱勢團體為台北市精神科康復之家。

1) 背景說明

康復之家是「社區精神復健」的一部分，旨在協助精神病患逐步適應社會生活，提供工作能力、心理重建、社交技巧等方面的復健治療。部分精神病患在出院後可能因自我照顧能力不足或人際適應障礙，無法立即回歸社會或家庭生活。為解決這一問題，衛生主管單位與民間組織合作在社區內設立住宿型康復之家，幫助患者培養獨立生活能力。臺北市有約 40 多間康復之家，規模多在 30 床以下。臺北醫學大學附設醫院與 20 多家康復之家有合作關係，提供精神醫療服務，並維持長期教學合作。服務內容提供暫時性住家環境，有精神醫療專業人員負責指導安排生活項目。包括：提供短期居住服務、個人日常生活能力訓練、個別諮商輔導、家庭、人際問題協調。

2) 入住條件

精神復健訓練費用由全民健康保險給付，伙食則自行處理。一般入住資格包括：精神狀態穩定、無自傷、傷人之虞、有參加的動機、非臥床具行動力、可遵守生活公約、無其他急性生理疾病、可繼續接受精神科門診追蹤治療、能獨立接受訓練、能參與復健方案、具工作潛能或外出工作等為主。

3) 入住轉介流程

病人自行或家屬協助病人就醫，於精神醫療院所或門診填具轉介單→社區復建人員評估→試行一至數週→辦理手續。每半年接受醫師再次評估康復之家復健需求，視病情決定是否持續康復之家復健治療。

4) 平時就醫

病人平時仍須規則就醫，接受門診定期追蹤；若病情惡化，由病人本人或家屬陪同至精神

科門診或急診，依照醫師醫囑安排是否接受住院治療或其他醫療處置。若接受住院治療，依照各康復之家狀況，可保留床位數週至一個月，待其穩定可返回康復之家。

(2) 各週課程進度與教學空間

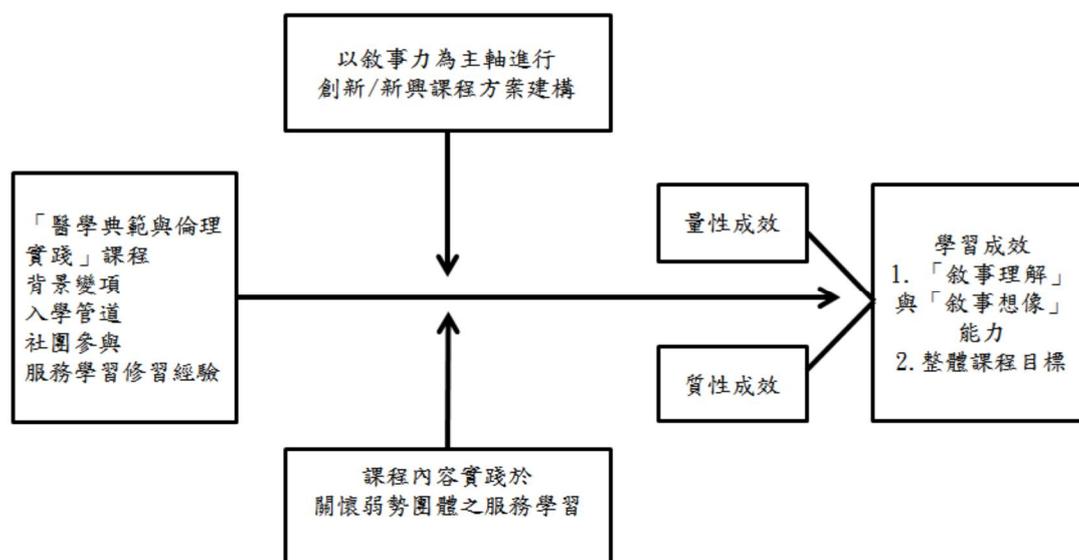
目前學期	1101	教師姓名	鐘國軒	處理學期	1102	修課單位	B01-醫學系 1
課程代碼	00010 A36	開課系所	醫學系	課班別	C	講演時數(週)	2
中文課名	醫學人文在系統與文化脈絡	英文課名	Medical humanities in the system & cultural context	學分	1.0	實習/實驗時數(週)	
選別	必修	開課期別	單學期	國考必修	否	學分學程/微學程	
課程備註	單週上課，一次 2 小時					領域別	
序號	週次/日期	授課教師	授課主題	授課大綱	備註		
1	週次：1 授課方式：講演 數位學習：無	上課時數 鐘國軒：0.2 小時 蔡尚穎：1.8 小時	1)課程介紹、2)真理讓你自由：從醫院的來源看醫學倫理、3)從醫界典範看不求回報反而無價	一切是醫學?醫學是一切?為何學好做人方做醫?	綜論與 19、20 世紀醫 界典範		
2	週次：3 授課方式：講演 數位學習：網路 輔助教學(面授+影 音教材)	上課時數 邱佳慧：2 小時	1)敘事醫學觀;2) 敘事醫學觀運用於弱勢團體關懷體驗	從敘事醫學觀了解醫學倫理	融入之 敘事教 學		
3	週次：5 授課方式：講演 數位學習：網路 輔助教學(面授+影	上課時數 邱佳慧：2 小時	1)敘事同理；2)敘事同理後的實踐	從敘事醫學觀了解以人為本的服務設計	融入之 敘事教 學		

	音教材)				
4	週次：7 授課方式：實驗/ 實作 數位學習：遠距 教學 遠距教學 方式：非 同步視訊	上課時數 鐘國軒：2 小時	1)典範人物視聽教學、2) 弱勢團體關懷 體驗行前說明	從台灣典範人物 與敘事醫學觀了解 醫學倫理	19、20 世紀醫 界典範 /服務 學習前 實務事 項準備
5	週次：9 授課方式：實驗/ 實作 數位學習：遠距 教學 遠距教學 方式：非 同步視訊 (無討論)	上課時數 鐘國軒：2 小時	分組前往弱勢團體關 懷體驗/當代典範人物 線上視聽	倫理實踐/當代典 範學習	經驗教 育為本 的服務 學習 /21 世 紀典 範:百 萬以上 點閱率 之經典 TED talk
6	週次：11 授課方式：實驗/ 實作 數位學習：遠距 教學 遠距教學 方式：非 同步視訊 (無討論)	上課時數 鐘國軒：2 小時	分組前往弱勢團體關 懷體驗/當代典範人物 線上視聽	倫理實踐/當代典 範學習	期中書 面報告 與加分 報告繳 交/經 驗教育 為本 的服務 學習 /21 世紀 典範: 百萬 以上 點閱 率之 經典 TED talk

7	週次：13 遠距教學週 授課方式：實驗/實作 數位學習：無	上課時數 鐘國軒：2 小時	分組前往弱勢團體關懷體驗/當代典範人物 線上視聽	倫理實踐/當代典範學習	經驗教育為本的服務學習 /21 世紀典範:百萬以上點閱率之經典 TED talk
8	週次：15 授課方式：分組討論 數位學習：無	上課時數 鐘國軒：2 小時	小組關懷體驗口頭報告 1-6 組/課程回饋	報告討論與互動; 課程總檢討	
9	週次：17 授課方式：分組討論 數位學習：無	上課時數 鐘國軒：2 小時	期末報告	期末小組關懷體驗口頭報告檔案繳交	期末口頭報告繳交

5. 研究設計與執行方法 (Research Methodology)

(1) 研究架構



(2) 研究問題意識

修課學生因敘事同理單元與經驗教育實作介入而提升醫學典範之整體學習成效。研究假設為：敘事同理單元有助於提升學生對醫學典範人物的理解程度；敘事同理單元有助於提升場域的觀察與理解；經驗教育有助於提升學生同理場域的觀察與理解。進一步探究敘事同理單元與經驗教育實作的相關性。

(3) 研究範圍目標

研究範圍為北部醫學大學之醫學系必選修課程，課程規劃為單一性學期課程，範圍為該課程之介入之 2 堂(4 小時)敘事同理單元與 3 次(6 小時)服務場域探索實作單元。

(4) 研究對象與場域

教學實踐研究對象為醫學大學學生，該課程修課人數為 40 位，醫學大學學生之特質多為學習成就高，且具批判反思精神，但以國外推動經驗教育或服務學習來說，則設定教育學院與醫學院學生為必修學習，換言之，醫學大學學生是一群特別需要培育同理與人文關懷的族群。本研究期以醫學生為主體，進行教室與康復之家之學習。

(5) 研究方法與工具

本教學實踐研究將採用「行動研究法」與「問卷調查法」進行資料蒐集，以有效蒐集與檢視教學研究資料，並作為回應提出之研究問題。

6. 教學暨研究成果 (Teaching and Research Outcomes)

(1) 教學過程成果

首先，透過課堂中的小組討論活動，學生能夠深入探討與醫學倫理相關的議題。這些討論不只讓學生有機會共同交流各自的見解，也促進了他們對醫學人文與倫理原則的深層理解。在與彼此的交流互動中，學生能夠從不同角度審視自己在臨床場景中可能面臨的倫理困境，進而學習如何將課堂知識應用到實際情境中，並在日常生活和未來職業中更加有效地運用敘事技術。

其次，課程安排的場域關懷實踐，讓學生有機會走出教室，進入康復之家等弱勢群體的生活現場進行實地關懷活動。透過這些活動，學生不僅了解了康復居民的日常需求，還提高了他們的同理心和對社會弱勢群體的關懷意識。這類實踐體驗讓學生能夠更深刻地理解病人或居民的心理和情感需求，進而學習如何站在他們的角度設計更具人性化的關懷與幫助活動。

最後，課程中的個人報告和小組報告提供了學生展示學習成果的機會。通過撰寫和呈現報告，學生得以回顧自己在課堂中的學習過程，並進行批判性反思。這些報告促使學生進一步鞏固了課堂上學到的知識，同時也提升了他們的表達能力。小組報告則讓學生學會了協作與溝通，並在討論過程中更好地理解與運用敘事力。

本課程運用了敘事力量表來量化對比學生課前以及課後的學習成效，且根據 Wilcoxon Signed Rank Test (Siegel & Castellan, 1988) 統計分析結果，學生在課前與課後的敘事力學習成效有顯著提升。整體來看，無論是理解、同理心、轉譯或表達等各個面向，學生在課後的表現均比課前進步，且統計結果顯示這些進步具顯著性差異。性別分析方面，男女學生在課後的敘事力得分也都顯著提高。此外，課堂分組結果顯示，大多數組別的學生在課後表現相較於課前有明顯進步，進一步證明課程對於提升學生敘事力的效果也為他們未來在醫學或其他相關領域的職業生涯奠定了良好基礎。

整體、量表子向度

data	dimension	N	pre-score	post-score	p-value
total		38	77.2 ± 14.0	91.7 ± 8.5	0.000*
	understanding		15.4 ± 3.6	19.1 ± 2.0	0.000*
	empathy		16.5 ± 2.7	19.0 ± 1.9	0.000*
	translation		15.0 ± 3.2	17.8 ± 2.5	0.000*
	expression		30.2 ± 5.8	35.8 ± 4.3	0.000*

課堂分組

data	gender	N	pre-score	post-score	p-value
by group					
	Group 1	6	80.0 ± 15.9	96.7 ± 6.7	0.038*
	Group 2	7	66.9 ± 7.9	87.7 ± 5.8	0.018*
	Group 3	7	76.4 ± 13.3	92.0 ± 7.4	0.027*
	Group 4	6	77.8 ± 11.0	87.7 ± 7.7	0.046*
	Group 5	6	82.5 ± 17.1	87.3 ± 9.5	0.600
	Group 6	6	81.2 ± 17.1	99.5 ± 8.6	0.043*

性別

data	gender	N	pre-score	post-score	p-value
by gender					
	female	10	74.6 ± 18.6	88.6 ± 7.5	0.038*
	male	28	78.1 ± 12.3	92.8 ± 8.7	0.000*

(2) 教師教學反思

課程設計的有效性

- 1) 多元學習方式：課程結合了聽、說、讀、寫、做等多種學習方式，能夠滿足不同學生的學習需求，提升學習的趣味性和有效性。這樣的設計不僅促進了學生的主動參與，還使得學習內容更容易被吸收和理解。
- 2) 醫學典範人物的介紹：透過介紹 19 世紀和 20 世紀的醫學典範人物，學生能夠從歷史中汲取靈感，了解醫學的發展脈絡及其背後的人文精神。這不僅增強了學生對醫學的認識，也培養了他們的倫理判斷能力。

學習成果的評估

- 1) 倫理判斷的提升：課程中強調的醫學倫理教育，讓學生在面對現實醫療情境時，能夠更具同理心和社會責任感。這種能力的提升，對於未來成為醫療工作者至關重要。
- 2) 社會責任感的培養：透過關懷弱勢群體的實踐，學生能夠親身體驗社會中的不平等，進而反思自身的角色與責任。這樣的實踐不僅讓學生理解醫療的社會需求，也激發了他們服務社會的熱情。

敘事理解與想像的發展

- 1) 敘事醫學的應用：課程中導入敘事醫學的概念，讓學生學會如何通過故事來理解病患的經歷與需求。這不僅提高了他們的溝通能力，也讓他們在未來的醫療實踐中，能夠更好地與病患建立信任關係。
- 2) 反思與寫作的結合：透過心得報告的撰寫，學生得以反思自己的學習過程，這不僅加深了對課程內容的理解，也促進了自我成長。

課程改進的建議

- 1) 增強實踐機會：未來可以考慮增加更多的社區實習機會，讓學生在真實的醫療環境中學習和實踐，進一步鞏固所學知識。
- 2) 加強跨領域合作：鼓勵與其他學科的合作，例如社會學和心理學，讓學生能夠從更廣泛的視角理解醫療問題，提高他們的跨域能力。

(3) 學生學習回饋

1) 理解

學生表示透過觀看醫學典範影片，能深入了解醫師在面對病人時的優缺點，並進一步增強了對醫學人文與社會互動情境的認識。這不僅使他們更能理解病人的需求，還幫助他們掌握如何在實際情境中應用所學知識。此外，學生學習到透過敘事方式來探討倫理問題，並應用倫理原則於實際案例中，深化了對課程內容的理解。

2) 同理

學生也回應能夠學習到關懷他人及培養同理心的重要性，並能夠透過與康復居民的溝通，提升同理心，進而了解其生活中的心理需求。也有學生提到，他們學會了如何與康復居民進行有效溝通，設計活動並站在對方的角度思考問題，從而更好地滿足對方的需求。

3) 轉譯

學生反映，他們能夠透過影片或書籍中的案例，將所學知識轉譯為自己生活中的實際感受與觀點。他們不僅學會分析醫學典範人物的言行，還能將觀察到的事物融入自己的生活與行動中，將所見所聞轉化為個人反思與實踐經驗。

4) 表達

在課堂活動中，學生提到他們提升了表達的能力，特別是在與他人分享自己的想法和觀點時，學會如何避免直接將觀察到的現象講述給他人，而是進行更加深入的探討與論證。此外，學生還提到學習設計問題的能力提升，能夠通過設計合適的問題來引導對康復居民生活的深入理解與探索。

7. 建議與省思 (Recommendations and Reflections)

(1) 敘事力於醫學人文的運用

敘事力作為醫學人文教育的一個重要組成部分，能夠幫助學生更深入地理解患者的經歷和需求。透過敘事醫學，學生不僅能夠學會如何傾聽和理解患者的故事，還能夠反思自身的醫療實踐。這種理解不僅限於臨床層面，更應該融入到醫學教育的系統與文化脈絡中，使學生在面對不同社會文化背景的患者時，能夠展現出更高的同理心與專業性。

(2) 多元學習元素的提升

多元學習元素的引入，對於敘事力的提升具有顯著的幫助。結合視聽教學、傳記閱讀、小組討論等多種教學方式，能夠促進學生在不同情境下的敘事能力發展。這些元素不僅能夠激發學生的學習興趣，還能夠幫助他們在實踐中學習如何有效地表達和分享故事，進而增強醫學人文教育的深度與廣度。

(3) 敘事高階量表的推廣與運用

推廣敘事高階量表的使用，能夠為學生提供一個系統化的評估工具，以衡量他們在敘事能力方面的成長。這種量表不僅可以幫助學生自我評估，還能夠為教師提供反饋，從而不斷改進教學策略。透過這種方式，學生能夠更清晰地了解自己的優勢與不足，並在未來的學習中有針對性地進行提升。

(4) 跨域教學的優劣

跨域教學在醫學人文教育中具有其獨特的優勢與挑戰。透過與其他學科的合作，例如社會學、心理學等，能夠為學生提供更全面的視角，幫助他們理解醫學與社會之間的關係。然而，這種教學模式也可能面臨課程整合困難、資源分配不均等問題。因此，應該在醫學系與通識中心之間建立更緊密的合作關係，以確保跨域教學的有效實施。

(5) 持續導入敘事教學

在北醫的醫學教育中，持續導入敘事教學是非常必要的。醫學系與通識中心應該共同主導這一過程，確保敘事醫學的理念能夠深入到每一位醫學生的培養中。這不僅能夠提升學生的醫學素養，也能夠促進他們在未來職業生涯中更好地服務於社會。

二、參考文獻 (References)

- 天下雜誌 (2020)。未來的世界需要什麼樣的能力？ 跨域扭轉教育思維 打造未來人才。取自 <https://www.cw.com.tw/article/5102630>
- 王玫 (2016)。以敘事力作為引領跨領域學習之課程設計提案-以[食飲·拾影—原味覺醒之美感敘事培力]為例。**德明學報**，**40** (1)，65-75。
- 李芸蓁、劉惠美(2018)。以敘事能力評估學齡語言障礙兒童的語言表現。**特殊教育季刊**，**149**，27-37。
- 李穎安(2021)。自閉症與注意力缺陷過動症兒童之口語敘事表現。**特殊教育季刊**，**158**，37-48。
- 邱佳慧、張芷瑄、蔡宗良 (2022)。大專生專業運用之敘事力量表編制。2022年「高教人社育發展學術研討會」暨議題導向跨領域敘事力培育計畫成果聯展」，線上會議室，臺灣。
- 邱佳慧、王明旭、蔡宗良 (2021)。敘事力教學中學習者之學習偏好。「創新教學 X 跨域敘事」議題論壇，台中市，臺灣。
- 教育部 (2021)。教育部議題導向跨領域敘事力培育計畫 110 年度徵件。取自 https://www.edu.tw/News_Content.aspx?n=9E7AC85F1954DDA8&s=45F6AEDD9EB8800B
- 郭丁熒 (2021)。高中學生角色期望量表之編製。**教育科學研究期刊**，**66** (1)，141-171。
- 曾肇文(2008)。一種敘事課程的建構與實施——以[生活領域]為例。**新竹教育大學教育學報**，**25** (1)，21-52。
- 游功揚 (2020)。學生參與跨領域敘事力創新課程之學習動機和學習滿意度研究。**嶺東學報**，**47**，1-26。
- 黃茜郁、余玻莉 (2014)。針對輕度自閉症青少年提升其言語流暢度及敘事能力之個案研究。**東華特教**，**52**，29-36。
- 楊淑華、葉憲峻、王暄博 (2009)。寫作評量之研發與應用:以國小六年級記敘文為例。**教育科學研究期刊**，**54** (3)，139-173。
- 鄒啟蓉、張鑑如、張顯達 (2009)。高功能自閉症兒童個人生活經驗敘述研究。**特殊教育研究學刊**，**34** (2)，73-99。
- 鄒雅韻(2019)。從實踐中湧現的說故事專家知識——實踐社群理論觀點(未出版之碩士論文)。國立中央大學學習與教學研究所。
- 蔡玲玲 (2020)。商業課程融入敘事能力訓練之學習成效評估。**創新與經營管理學刊**，**9** (1)，51-65。
- 簡良平 (2012)。敘事課程界定與論述基礎之探究——提升學童語文識能的取徑。**教育研究集**

- Abes, E. S., Jackson, G., & Jones, S. R. (2002). Factors that motivate and deter faculty use of service-learning. *Michigan Journal of Community Service Learning*, 9(1), 5-17. Antonio, A.L.,
- Banerjee, M., & Hausafus, C. O. (2007). Faculty Use of Service-Learning: Perceptions, Motivations, and Impediments for the Human Sciences. *Michigan Journal of Community Service Learning*, 14(1), 32-45
- Bamberg, M., & Moissinac, L. (2003). Discourse development. In A. Graesser, & M. A. Benefits and Barriers. *Michigan Journal of Community Service Learning*, 16(2), 78-89.
- Gernsbacher (Eds.), *Handbook for discourse processes* (pp. 395-437). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Bliss, L. S., McCabe, A., & Miranda, A. E. (1998). Narrative assessment profile: Discourse analysis for school-age children. *Journal of communication disorders*, 31(4), 347-363.
- Chang, C. J. (2006). Linking early narrative skill to later language and reading ability in Mandarin-speaking children: A longitudinal study over eight years. *Narrative Inquiry*, 16(2), 275-293.
- Demb, A., & Wade, A. (2012). Reality check: Faculty involvement in outreach & engagement. *The Journal of Higher Education*, 83(3), 337-366.
- Driscoll, A., Holland, B., Gelmon, S., & Kerrigan, S. (1996). An Assessment Model for Service-Learning: Comprehensive Case Studies of Impact on Faculty, Students, Community, and Institution. *Michigan Journal of Community Service Learning*, 3, 66-71.
- Giles, D. E., Jr., & Eyler, J. (1998). A service learning research agenda for the next 5 years. In Robert J. Menges & Marilla D. Svinicki (Series Eds.), & R. A. Rhoads & J. P. F. Howard (Vol. Eds.), *Academic service learning: A pedagogy of action and reflection* (pp. 65-72). San Francisco: Jossey-Bass.
- Gray, M. J., Ondaatji, E. H., & Zakaras, L. (1999). *Combining service and learning in higher education*. Washington: RAND.
- Gorsuch, R. (1983). *Factor analysis*. Hillsdale, NJ: L. Erlbaum Associates.
- Griselli, E. E., Campbell, J. P., & Zedeck, S. (1981). *Measurement theory for the behavioral sciences*. San Francisco: W. H. Freeman.
- Hesser, G. (1995). Faculty assessment of student learning: Outcomes attributed to service learning and evidence of change in faculty attitudes about experiential education. *Michigan Journal of Community Service Learning*, 2, 33-42.

- Hou, S. I. & Wilder, S. (2015). Changing Pedagogy: Faculty Adoption of Service-Learning: Motivations, Barriers, and Strategies Among Service-Learning Faculty at a Public Research Institution. *Sage Open*, 5(1).
- Hurwitz, B. (2000). Narrative and the practice of medicine. *The Lancet*, 356(9247), 2086-2089.
- Justice, L. M., Bowles, R., Pence, K., & Gosse, C. (2010). A scalable tool for assessing children's language abilities within a narrative context: The NAP (Narrative Assessment Protocol). *Early Childhood Research Quarterly*, 25(2), 218-234.
- McCabe, A. and L. Bliss. (2003). *Patterns of Narrative Discourse: A Multicultural, Life Span Approach*. Boston, MA: Allyn and Bacon.
- Milota, M. M., van Thiel, G. J., & van Delden, J. J. (2019). Narrative medicine as a medical education tool: a systematic review. *Medical teacher*, 41(7), 802-810.
- Morton, K., & Troppe, M. (1996). From the margin to the mainstream: Campus Compact's project on integrating service with academic study. *Journal of Business Ethics*, 15, 21-32.
- O' Meara, K. (2003). Reframing incentives and rewards for community service-learning and academic outreach. *Journal of Higher Education Outreach and Engagement*, 8(2), 201-220.
- Pribbenow, D. A. (2005). The impact of service-learning pedagogy on faculty teaching and learning. *Michigan Journal of Community Service Learning*, 11(2), 25-38
- Peterson, C., & McCabe, A. (1983). *Developmental psycholinguistics: Three ways of looking at a child's narrative*. New York, NY: Plenum.
- Tsai, W., & Chang, C. J. (2008). "But I first... and then he kept picking": Narrative skill in Mandarin-speaking children with language impairment. *Narrative Inquiry*, 18(2), 349-377.
- Wenger, E. (1999). *Communities of practice: Learning, meaning, and identity*. Cambridge university press.
- Yilmaz, R. M., & Goktas, Y. (2017). Using augmented reality technology in storytelling activities: examining elementary students' narrative skill and creativity. *Virtual Reality*, 21(2), 75-89
- Zaharias G. (2018). *What is narrative-based medicine? Narrative-based medicine* 1. *Can Fam Physician*.;64(3):176-180.

三、附件 (Appendix)

1. 課程中小組討論





2. 場域關懷實踐：學生至康復之家進行關懷活動



3. 個人報告

<p style="text-align: center;">P. J. Parmar</p> <p>在真實世界中，面對理想和現實，往往只能選擇其中一個，我一直認為取捨是人生重要的課題，我們往往要為現實低頭，在理想中作妥協，然而看完 P. J. Parmar 的演講過後，我有了一樣的想法。</p> <p>壹、內容：</p> <p>我們在成為醫生的過程中，常常因為各種現實的無奈，消磨了我們服務的熱忱，澆滅了我們改變世界的決心，然而 P. J. Parmar 並沒有停止思考，他仍然希望為比較不富有的難民族群看病，但他也不是天真的人，他需要收入才能生活並持續為他人看病，以往認為醫療補助比私人醫療保險給的錢少，為低收入族群看病也是更艱難的差事，但他反而認為如果有一家專門為醫療補助使用者看病的診所，就能獨佔這方面的市場，他執行了他的想法，開了一家營利私人診所，並且成功營利他，持續為低收入族群服務，他解析了低收入族群的看病難處，並改進診所的預約方式，如取消預約制度、直接發放藥物等措施，他持續思考並且利用營利利潤的一部分回饋社區，他並沒有在夢想與現實中作妥協，而是利用自己的創意和一部分的資本精神，很好的實現了兩者，他的精神值得效仿，只要不放棄創新，一定能在看似無解的難題中找出解答，實現理想。</p> <p>貳、反思：</p> <p>一、在這樣的學習中，有什麼與醫學典範及倫理實踐議題相關？</p> <p>P. J. Parmar 不僅僅是專注於提供醫療服務給有能力支付的人群，而是將關注點擴展到低收入族群，意識到低收入族群面臨的醫療困境，並積極尋找解決方案，以確保他們也能夠獲得高質量的醫療服務。這反映了醫學倫理實踐中對正義原則中分配正義的重視。</p> <p>二、對醫學人文在系統與文化的脈絡有何洞見？</p> <p>醫學人文扮演著促進醫療服務品質提升、增進患者和醫療從業者之間理解和尊重、促進醫療溝通等重要作用。P. J. Parmar 藉由取消預約制度，建造了對於低收入戶族群更有包容性的醫療環境。</p> <p>三、又該如何運用到未來的學習歷程中？</p> <p>從 P. J. Parmar 的演講中，我明白到堅持信念和不斷創新思維的重要性。無論面對什麼樣的挑戰，都要相信自己的理念和目標，並不斷尋找新的解決方案。</p>	<p style="text-align: center;">當代典範人物線上視聽學習</p> <p>典範人物：Raj Panjabi</p> <p>報告人：[REDACTED]</p> <p>1. 請簡述學習的內容是什麼？</p> <p>講者看見家鄉賴比瑞亞面臨的醫療困境：醫生不足、偏鄉就醫困難，他打破只有專業醫護能診斷、給藥的限制，訓練志工成為社區的家庭醫生，教他們基礎的醫療技能，讓照護觸及每個角落。在伊波拉病毒時期，這群志工冒著風險，幫助找出、追蹤社區內的病患，阻止病毒的繼續傳播。講者認為應更廣泛的利用科技來進行教學和輔助診斷（例：快篩），讓志工們接受更方便、完整的訓練，他希望創建 community health academy，提供良好的教育資源給全世界的志工，為他們配備更多技能，並讓他們獲得政府的認同，成為受尊重的專業人士。</p> <p>2. 反思：在這樣的學習中，有什麼與醫學典範及倫理實踐議題相關？對醫學人文在系統與文化的脈絡有何洞見？又該如何運用到未來的學習歷程中？</p> <p>講者學成後回去幫助家鄉、後擴及全球的舉動，可以看出他關心的不只是個人發展和利益，他心繫全球偏遠地區的居民，希望幫助他們獲得醫療照護，許多人從醫的初衷或許都有這一項：胸懷大愛、懸壺濟世，而他真的做到了，還帶著創造工作機會，並建構了更安全的衛生防護網。在台灣，至今仍有不少地區的醫療院所密度偏低，導致民眾要花許多時間往返，雖然已有遠距醫療、定時義診的措施，但若在當地能有像賴比瑞亞志工一樣深入社區的存在，是否能更好的幫助到病患呢？雖然台灣沒有這麼多致死疾病在肆虐，但若能更準確掌握患者的狀態，定能提供更細緻、完整的照護。</p> <p>"No condition is permanent." 這句話貫串了整場演講，說明講者在看到問題後做出改變的創舉，是一句充滿鬥志和決心的話，深深震撼了我，它也可以被應用在日常生活中，不論面臨好或壞的情況，都要時時提醒自己："No condition is permanent." 榮耀會褪去、烏雲也會散去，我們要做的就是不斷努力，不愧對自己的工作和初衷，我也期待自己以後能像講者一樣，對社會做出在醫生本份以外的貢獻，還記得自己在申請入學時說了想當無國界醫生，此刻重新燃起了熱情。</p>
--	---

4. 小組報告與簡報





醫學人文在系統與文化脈絡

第四組 私立南海康復之家

動機與目的

選擇南海的動機
 一位組員住家即在南海康復之家附近，這不禁讓他對於這間帶有一絲神秘感的機構產生好奇，而在參訪前，我們希望可以跳脫傳統教育的制式，進而了解到社會弱勢的需求，並期待這次參訪的經驗可以成為日後從醫之路上的養分。

期望達成目的

- 理解長期醫療的挑戰
- 同情心和人文關懷
- 增進醫病溝通技巧

事前籌備

會議內容	活動流程
<ol style="list-style-type: none"> 聯絡康家 <ol style="list-style-type: none"> 方便的日期 活動種類 聯絡方式 	<ol style="list-style-type: none"> 活動一：搓愛玉 活動二：營養衛教 訪談（活動間同步進行） 享用愛玉
<ol style="list-style-type: none"> 決定補助人員 	
<ol style="list-style-type: none"> 活動 <ol style="list-style-type: none"> 決定活動內容 準備材料和教案 	