

104 年度自行研究成果報告

題目：新的基礎臨床技能課程對醫學生「以病人
為中心」的態度上的影響

年度：104

編號：13

單位：台北榮總教學部

研究人員：黃金洲

台北榮總 104 年度自行研究成果報告摘要表

研 究 題 目	新的基礎臨床技能課程對醫學生「以病人為中心」的態度上的影響
研究單位及人員	黃金洲
研 究 期 程	104 年 1 月至 104 年 12 月
內 容 摘 要	<p>一、研究緣起與目的：</p> <p>「以病人為中心」(patient-centredness)是一種重要的專業價值，也是醫療照護中不可或缺的重要元素。有許多文獻顯示「以病人為中心」可增加病患照護的滿意度、增加病患對治療的順從性、並且可以改善病患的預後。本研究的目的是在探討醫學生「以病人為中心」的態度。</p> <p>二、研究方法與過程：</p> <p>我們建立一套新的「基礎臨床技能(basic clinical skills)訓練課程」，課程時間在醫學系四年級上下學期。上課程內容包括「理學檢查、病史詢問及溝通技巧」的整合性課程，學門包括心臟科、胸腔科、內分泌及新陳代謝科、腸胃科、神經內科、風濕免疫科及感染科。課程進行的方式以實作為主，學員需與標準化病人互動執行任務，包括理學檢查、病史詢問或溝通技巧，在每次的演練之後由教師給予即時回饋。學員可藉由和標準化病人的互動獲得經驗，並透過教師的回饋改正錯誤。本研究中使用「病人—醫療從業者取向量表」(Patient- Practitioner Orientation Scale, PPOS)評估學員「以病人為中心」的態度。</p> <p>三、研究發現與建議：</p> <p>隨著醫師的專業度增加，醫師對醫病關係的態度，往往會由以病人為中心轉為以醫療從業者取向為主，本研究在醫療態度的方面，分數略高於以醫師為中心，顯示學員仍傾向於以病人為中心的態度，此結果是符合預期的。學員在經過整合性的課程及與標準化病人互動的模式，以病人為中心的態度是有所成長的。</p>

目次

第一章 緒論

第一節 研究緣起

第二節 研究目的

第二章 研究方法

第一節 研究對象

第二節 研究設計

第三節 統計分析

第三章 研究結果

第四章 結論與建議

參考文獻

第一章 緒論

第一節 研究緣起

「以病人為中心」的照顧(patient-centred care)是一種重要的專業價值，也是醫療照護中不可或缺的重要元素[1]。有許多文獻顯示「以病人為中心」可增加病患照護的滿意度、增加病患對治療的順從性、並且可以改善病患的預後[2-6]。

雖然在醫學教育的課程中一再強調應該加強醫學生「以病人為中心」的態度，然而醫學生卻面臨到「道德困境(ethical erosion)」[7-10]。在許多研究發現醫學生在課程的晚期比早期更加「以醫師為中心(doctor-centred)」[8-10]，在 Hojat 等人的研究中 [8]，發現醫學生在醫學院第三年的訓練時(在國外的學制為臨床各科見習 pre-clerkship)，同理心(empathy)有明顯的下降，而這個時間正是課程由課堂上課轉換開始接觸病患照顧的活動中，也正是同理心最重要的時刻；在 Tsimitsiou 等人長期追蹤醫學生的縱貫性研究中 [10]，也發現醫學生的態度在醫學課程完成時比醫學課程開始時更「以醫師為中心(doctor-centred)」。這樣「道德困境」是醫學生常常會遇到的，且對醫學生的養成教育是不利的，值得醫學院和醫院的師長及相關教育訓練者注意。

在醫學生的教育訓練期間，大部分的情況下他們與病患、家屬、其他醫療照護者或甚至醫師都只有建立短暫的關係[11]，學員為了應付這種短暫的關係所發展出來的策略，長期之下可能會影響他們的行為表現和道德建立。為了改善這樣的情況，各國醫學院在臨床實習課程的規劃上也開始有了改變，例如：整合性

縱貫式實習計畫(Longitudinal integrated clerkship)的模式[12, 13]，近年來在許多國外的醫學院推動，最有名的是哈佛大學醫學院在2004年開始推動的Cambridge Integrated Clerkship (CIC) [12, 14-20]，目前已經有許多的成果。這種整合性縱貫式實習計畫打破了以往不同學門分段式的實習方式，主要特色包括：(1) 醫學生在一年中完整的參與病患照顧；(2) 醫學生和這些病患的醫師建立長期的學習關係；(3) 醫學生在一年中同時接觸培養核心能力的不同學門。這樣的規劃主要是強調醫學教育的連續性(educational continuity)[14]。

在醫學生進入醫院接受實習醫學生(clerkship)訓練之前，醫學生需要先具備基本的病史詢問、理學檢查及溝通技巧等核心能力，然而在國內的學校教育中，這些核心能力的教學大多是分開教授，或者是片段的散落在不同的學門之中，較缺乏連續性；此外，醫學生在學習這些核心能力時也大多缺乏真正演練的機會。以陽明大學醫學系為例，在傳統的課程中，醫學系四年級的醫學生需要修習「臨床診斷」和「實驗診斷」課程，同學需要到不同學門的臨床單位上課，然而每個學門只有兩個小時的課程，各學門的課程間也較無連貫性，在核心能力的教授上缺乏整合，此外，雖然授課的地點是在臨床單位(病房或病房的會議室)，但授課方式主要還是由老師直接上課，並沒有實作的機會，當然，讓沒有經驗的醫學生直接在病人身上練習也會增加病患及醫學生的危險。

第二節 研究目的

為了達到醫學教育的連續性，並能夠讓醫學生學習病史詢問、理學檢查及溝通技巧這些核心能力時，能在「做中學」，我們打破以往陽明大學醫學系四年級傳統「臨床診斷」和「實驗診斷」需到不同學門學習的模式，建立了一套新的「基礎臨床技能(basic clinical skills)訓練課程」，這個課程整合了「理學檢查、病史詢問及溝通技巧」的基本能力，課程的特色並包括與標準化病人互動的實作課程。本研究的目的是探討(1)醫學生在接受這樣的整合性課程之後，在「理學檢查、病史詢問及溝通技巧」的核心能力是否能得以成長？(2)醫學生在接受這樣的整合性課程之後，「以病人為中心」的態度是否能如預期般的成長？或者還是如國外文獻中的面臨到「道德困境(ethical erosion)」[7-10]？(3)醫學生在授課之後，在「理學檢查、病史詢問及溝通技巧」的核心能力的成長和「以病人為中心」的態度是否呈現相關性？

第二章 研究方法

第一節 研究對象

本研究的對象為國立陽明大學醫學系四年級醫學生，依目前醫學系的課程規劃，醫學系四年級乃是由校園進入醫院（五年級）之前哨站，還沒有正式接觸病人的經驗。這群醫學生將在五年級進入北榮擔任實習醫學生(clerk)，在六年級及七年級進入三家榮總擔任實習醫學生(intern)。

第二節 研究設計

我們將建立一套新的「基礎臨床技能(basic clinical skills)訓練課程」，課程時間在醫學系四年級上下學期。上課程內容包括「理學檢查、病史詢問及溝通技巧」的基礎課程；下學期的課程為「理學檢查、病史詢問及溝通技巧」的整合性課程，學門包括心臟科、胸腔科、內分泌及新陳代謝科、腸胃科、神經內科、風濕免疫科及感染科。課程進行的方式以實作為主，學員需與標準化病人互動執行任務，包括理學檢查、病史詢問或溝通技巧，在每次的演練之後由教師給予即時回饋。學員可藉由和標準化病人的互動獲得經驗，並透過教師的回饋改正錯誤。

師資

我們將公開招募授課老師，包括 tutor 及 co-tutor。授課的師資以臨床醫師優先，已具備「理學檢查、病史詢問及溝通技巧」的能力。授課老師在授課之前

需先參加教師研習營了解課程進行的相關資訊。教師的責任包括引導課程的順利進行、評估學生的表現、並在演練之後給予學生適當的回饋。

評估

本研究的評估包括「理學檢查、病史詢問及溝通技巧」核心能力評估和「以病人為中心」態度評估，評估者為授課老師，包括 tutor 及 co-tutor。在課程結束後，學員也會填寫問卷調查表，對課程及授課老師進行回饋。

為了更了解課程對學員的長期影響，我們也將追蹤學員將來擔任實習醫學生(clerk)及實習醫學生(intern)的各項評估資料，包括是否有不適當的行為紀錄，國家考試的情況，及未來選科的狀況。

核心能力評估

學員在每次的實作課程中，授課老師(包括 tutor 及 co-tutor) 都會用標準化的評分表給予評估，在學期中和學期末，學員也都由授課老師進行核心能力的評估。在上學期的期中考試，所有學員需幫標準化病人進行「理學檢查」；在上學期的期末考試，所有學員需幫標準化病人進行「病史詢問」及「溝通技巧」；在下學期的整合課程之後，學員需要接受「臨床情境『病患照護』基本功」的評量。

「以病人為中心」態度評估

本研究中「以病人為中心」態度評估是使用「病人—醫療從業者取向量表」(Patient- Practitioner Orientation Scale, PPOS)，學員在參加課程前和學期末填寫問卷。這個量表是由 Krupat 所研製，測量受試者的醫療態度是傾向「病人取向(patient orientation，或以病人為中心 patient-centered)」或者「醫療從業者取向(practitioner orientation，或以醫療從業者為中心 practitioner- centered，或是以醫師為中心(doctor-centered)」[21-23]。此量表總共有 18 題對醫療照顧方式的陳述，選項是六點式的李克特氏量表(6-point Likert scale)，從非常不同意到非常同意，請學生們依其觀點來挑選出符合其意見的選項。總共可分為兩個面向:分享(sharing)與照顧 (caring)面向，各有一半的題目。「分享」測量的是受試者相信，病患應接受資訊和被納入決策中之程度；而「照顧」測量在評估於醫療過程中，醫師將病患的期待、情感和生活型態納入考量之程度。這個量表除了在國外的研究中已廣為使用，在國內也曾經在作者同意之後翻譯為中文版(表格一) [24]。

第三節 統計分析

對課程中評估的所有項目和結果，均被詳加記錄，並分別統計比較，以 SPSS 17.0 版(SPSS, Chicago, IL, USA)統計軟體進行統計。所有的連續變項都以平均數±標準差表示，不同組別的資料將以 unpaired Student's t-test 或卡方檢定比較。

前後的資料將以 paired Student's t-test 比較。統計學上有意義定義為 P 值 (two-sided) 小於 0.05。

第三章 研究結果

在本次的研究中，我們提供了一門新的「基礎臨床技能訓練課程」，以國立陽明大學醫學系四年級醫學生為對象，評估分為兩個面向，分別以理學檢查、病史詢問及溝通技巧方面的核心能力評估以及「以病人為中心」態度兩方面，根據學生們的問卷調查表的意見分析。

依照「病人—醫療從業者取向量表」(Patient-Practitioner Orientation Scale, PPOS) (Kao et al., 2009)，在此問卷分為兩大部分，分享 (sharing) 與照顧 (caring) 兩個面向，各有一半的題目。分享測量的是受試者相信，病患應接受資訊和被納入決策中之程度；而照顧測量在評估於醫療過程中，醫師將病患的期待、情感和生活型態納入考量之程度。原作者的選項是六點式的李克特氏量表 (Likert-typescale)，從非常不同意到非常同意給分，前半部分的九題著重在「以病人為中心」態度評估項目，而後半部分的九題著重在「醫療從業者取向」的面向做態度的評估。

「以病人為中心」即是分享面向所得到的結果：在看診的過程中，應該由醫療人員來決定要談什麼 (2.95 ± 0.79)；雖然如今的醫療照顧較少個人化，但這是為了醫療進步 (2.57 ± 0.88)；在標準的看診過程中，理學檢查是最重要的一部份 (3.47 ± 0.95)；不將診療狀況完全告訴病人，通常對病患來說是最好的 (2.21 ± 0.88)；病患應信賴醫療人員的專業知識，不需另外自行找出他們的身體狀況 (2.13 ± 0.76)；當醫療人員詢問許多關於病患個人背景的問題時，有窺探太多

個人隱私之嫌 (2.44 ± 0.78)；假如醫療人員的診斷與治療技術夠好，那麼他們和病患間的關係如何，就不是很重要 (1.56 ± 0.62)；假使對進一步瞭解病況沒有幫助，許多病人仍然不斷地提出問題 (3.26 ± 0.80)；醫療人員應將病患當成夥伴一般對待，享有同等的地位與權利 (3.71 ± 0.83)。對於前九個項目分數累積進行 t-test 分析，在分享部分結果如表一，男學員 (24.54 ± 3.41) 高於女學員 (23.75 ± 3.34)，但兩者並無顯著差異。

「醫療從業者取向」即是照顧方面所得到的結果：病患要的通常只是安心，而不是和其健康有關的資訊 (2.62 ± 0.81)；假如醫療人員的主要技巧是表現的開放而溫暖，那麼他不太可能非常成功 (2.01 ± 0.75)；當病患與醫療人員意見不同時，這通常是醫療人員無法取得病患尊重和信任的指標 (2.82 ± 1.04)；一項治療計畫如果與病患的生活型態或價值觀相衝突，那是不會成功的 (3.61 ± 0.91)；大多數的病患希望，待在醫療人員的診療室中的時間越短越好 (2.34 ± 0.81)；病患必須瞭解，醫療過程是由醫療人員主導的 (2.74 ± 0.87)；知道病患的文化背景與否，在治療疾病的過程中是不重要的 (1.70 ± 0.71)；醫師醫療病患的過程中，幽默是很重要的 (3.57 ± 0.78)；病患自行尋找相關的醫療資訊時，通常無法獲得助益，反而容易被混淆 (3.36 ± 0.88)。在照顧方面進行 t-test 分析數據如表一，男學員 (25.02 ± 3.40) 高於女學員 (24.11 ± 3.04)，但並無顯著差異。

而在整體的 PPOS 上男學員 (50.56±1.03) 高於女學員 (47.96±1.07)。結果不論是在分享或照顧上以及與病人為中心的評估中，雖然在統計上男學員與女學員並無顯著差異，但男學員均高於女學員。

Table 1. Comparing medical students' attitudes toward patient-centered care by gender.

	PPOS		Sharing		Caring	
	Mean±SD	t-value	Mean±SD	t-value	Mean±SD	t-value
male (n=61)	50.56±1.03	0.11	24.54±3.41	0.24	25.02±3.40	0.16
female (n=44)	47.96±1.07		23.75±3.34		24.11±3.04	
total (n=105)	48.85±5.35		24.21±3.39		24.64±3.27	

課程之修課人數達到 130 人，填答數 74 人，填答率為 57%，根據課程分析量表，整體而言學習滿意度達到 3.36，至於各層面之學習滿意度，而在內容組織上達到 3.36，而進度安排為 3.35，時間掌握為 3.35，學習價值為 3.35，符合開課目標達到 3.36。

第四章 結論與建議

根據文獻資料顯示，PPOS 的測驗雖然是簡短測驗，但可以藉著問題審視醫師在臨床上的溝通策略，醫生可藉由病人的期望，在醫病關係中建立更強的夥伴關係，醫生可以利用 PPOS 所提供問題，擬訂更好的溝通策略，協助雙方能進行更有效的溝通。一般在研究調查以及普遍認知上，通常是女性醫師較能以病人為中心，一方面也是因為女性醫師較能引起病人偏向於傾訴以及積極參與協商的反饋[21, 24]。經過本課程訓練過後的結果顯示，在以病人-醫師關係的取向上，學員的性別對於醫療態度上並無顯著的差異，由結果推測，可能是由於課程中的病人為標準化的病人，較無法提供實際面向的反饋，無法從數據獲得男女學員在實際上的醫病關係中是否真實存在差異。

隨著醫師的專業度增加，醫師對醫病關係的態度，往往會由以病人為中心轉為以醫療從業者取向為主，本研究在醫療態度的方面，分數略高於以醫師為中心，顯示學員仍傾向於以病人為中心的態度，此結果是符合預期的。學員在經過整合性的課程及與標準化病人互動的模式，以病人為中心的態度是有所成長的。

在課程結束後的意見反饋中，學員可以感受到授課教師對課程安排與用心以及對教學的熱情，學員可以從和標準病人互動，感受到演練的臨場感，在受保護的環境、從容的時間安排下練習，學習到珍貴的經驗，透過與標準化病人互動「做中學」的模式，在互動中的理學檢查背後的了解其生理意義，增進在臨床溝通與檢查技巧上的技能，進行實作演練，學員在「理學檢查、病史詢問及溝通技

巧」等核心能力得以成長。

參考文獻:

1. Institute of Medicine. Crossing the Quality Chasm: a New Health System for the 21st Century. Committee on Health Care in America. Washington, DC: National Academy Press 2001.
2. Stewart M, Brown JB, Donner A et al. The impact of patient-centred care on outcomes. J Fam Pract 2000;49:796-804.
3. Rao JK, Anderson LA, Inui TS, Frankel RM. Communication interventions make a difference in conversations between physicians and patients: a systematic review of the evidence. Med Care 2007;45:340-9.
4. Meterko M, Wright S, Lin H, Lowy E, Cleary PD. Mortality among patients with acute myocardial infarction: the influences of patient-centred care and evidence-based medicine. Health Serv Res 2010;45:1188-204.
5. Epstein RM, Fiscella K, Lesser CS, Stange KC. Why the nation needs a policy push on patient-centred health care. Health Aff (Millwood) 2010;29:1489-95.
6. Robinson JH, Callister LC, Berry JA, Dearing KA. Patient-centred care and adherence: definitions and applications to improve outcomes. J Am Acad Nurse Pract 2008;20:600-7.
7. Feudtner C, Christakis DA, Christakis NA. Do clinical clerks suffer ethical erosion? Students' perceptions of their ethical environment and personal

- development. *Acad Med* 1994;69:670-9.
8. Hojat M, Vergare MJ, Maxwell K et al. The devil is in the third year: a longitudinal study of erosion of empathy in medical school. *Acad Med* 2009;84:1182-91.
 9. Haidet P, Dains JE, Paterniti DA, Hechtel L, Chang T, Tseng E, Rogers JC. Medical student attitudes toward the doctor–patient relationship. *Med Educ* 2002;36:568-74.
 10. Tsimtsiou Z, Kerasidou O, Efstathiou N, Papaharitou S, Hatzimouratidis K, Hatzichristou D. Medical students' attitudes toward patient-centred care: a longitudinal survey. *Med Educ* 2007;41:146-53.
 11. Christakis DA, Feudtner C. Temporary matters: the ethical consequences of transient social relationships in medical training. *JAMA* 1997;278:739-43.
 12. Strasser R, Hirsh D. Longitudinal integrated clerkships: transforming medical education worldwide? *Med Educ* 2011;45:436-7.
 13. Poncelet A, Hirsh D, chapter editors. Longitudinal integrated clerkships. In: Morgenstern BZ, ed. *Guidebook for Clerkship Directors*. Alliance for Clinical Education, 4th edn. North Syracuse, NY: Gegensatz 2012;173-224.
 14. Hirsh DA, Ogur B, Thibault GE, Cox M. ‘Continuity’ as an organising principle for clinical education reform. *N Engl J Med* 2007;356 (8):858-66.

15. Ogur B, Hirsh D, Krupat E, Bor D. The Harvard Medical School–Cambridge Integrated Clerkship: an innovative model of clinical education. *Acad Med* 2007;82:397-404.
16. Gaufberg E, Shtasel D, Hirsh D, Ogur B, Bor D. The Harvard Medical School–Cambridge Integrated Clerkship: challenges of longitudinal integrated training. *Clin Teach* 2008;5:78-82.
17. Cohen P. Training for expertise: the Harvard Medical School–Cambridge Integrated Clerkship tutorial. *Clin Teach* 2009;6:28-33.
18. Hirsh D, Gaufberg E, Ogur B, Cohen P, Krupat E, Cox M, Pelletier S, Bor D. Educational outcomes of the Harvard Medical School–Cambridge Integrated Clerkship: a way forward for medical education. *Acad Med* 2012;87:643-50.
19. Hirsh D, Walters L, Poncelet AN. Better learning, better doctors, better delivery system: possibilities from a case study of longitudinal integrated clerkships. *Med Teach* 2012;34:548-54.
20. Gaufberg E, Hirsh D, Krupat E, Ogur B, Pelletier S, Reiff D, Bor D. Into the future: patient-centredness endures in longitudinal integrated clerkship graduates. *Med Educ* 2014;48:572-82.

21. Krupat E, Rosenkranz SL, Yeager CM, Barnard K, Putnam SM, Inui TS. The practice orientations of physicians and patients: the effect of doctor-patient congruence on satisfaction. *Patient Educ Couns* 2000;39:49-59.
22. Krupat E, Yeager CM, Putnam S: Patient role orientations doctor-patient fit, and visit satisfaction. *Psychol Health* 2000;15:707-19.
23. Street RL Jr, Krupat E, Bell RA, Kravitz RL, Haidet P. Beliefs about control in the physician-patient relationship: effect on communication in medical encounters. *J Gen Intern Med* 2003;18:609-16.
24. Kao MY, Chen HJ, Lue BH. Medical Students' Attitudes toward Patient-centered Care. *J Med Education* 2009;13:275-286.