

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：PMN1122175

學門專案分類/Division：醫護學門

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

應用臨床案例情境學習導入全人照護之教學實踐研究

從病人行為到醫病關係

計畫主持人(Principal Investigator)：邱欣怡助理教授 MD. PhD.

協同主持人(Co-Principal Investigator)：郭淑柳助理教授 RN. PhD.

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

成果報告公開日期：☐立即公開 ☒延後公開

應用臨床案例情境學習導入全人照護之教學實踐研究

一. 本文 Content

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

病人照護的核心理念在於「全人照護」，包含與病患及家屬互動時能呈現關懷與尊重，能夠根據最新的科學證據及臨床判斷，並在支持病人的價值觀、偏好及意願的基礎下，協助病人訂定出合適的治療計畫，提供以病人為中心的醫療照護。在臨床教學場域中發現，學生對於「全人照護概念」的知能極為欠缺，學員僅專注於治療「疾病」而非治療「病人」，忽略了疾病所造成的心理、靈性、社會支持所造成的影響；特別在人口老化、疾病複雜度提升的時代，治療總會面臨到不確定性或風險性，加上醫療科技進步，治療有更多元的選項；當無法同理或辨別病人心理、靈性、社會需求時，就無法將病人的偏好、價值觀一起整合到醫療決策中，這當中若造成不良的醫病溝通或緊張等醫病關係，都可能會影響到病人對於治療的期望、滿意度，甚至造成醫病糾紛。

醫療科技的快速發展，有越來越多的創新科技進到醫療處置中，但是對於醫病雙方因為非預期的醫療結果、併發症，或因溝通不良而產生的糾紛日益嚴重。研究顯示多數的醫療糾紛案件可以藉由醫病關係的改善、有效的溝通，事先達到預防或消彌的結果(廖士程 et al., 2000)。由於「有效醫病溝通」的重要性，醫策會將其納入新制醫院評鑑條文中，強調知情同意的重要性，並且鼓勵病人與其家屬能夠一起參與醫療過程中的相關決策。此外，為落實以病人為中心的照護概念，並且促進醫病相互尊重與溝通，醫策會在 2016 年推動「醫病共享決策」(shared decision making, SDM)，主要是在於治療過程中，病人及其家屬在醫療資訊充分知情的狀況下，經過討論及考量病人本身的價值觀與喜好，讓醫病雙方達成最佳可行的「治療共識」(吳碧娟 et al., 2017)。這樣不僅讓病人瞭解疾病資訊與治療方案，又能夠維護病人的醫療自主權，也能減少醫療糾紛及無效醫療，並且促進醫療照護品質(Oshima Lee & Emanuel, 2013)。

本研究主要是建構「臨床案例情境學習」的課程方案，導入目前「以病人為中心」的幾個重要主題，包含全人照護、醫病共享決策、醫病溝通、醫病關係，研究的核心目的在檢視「全人照護」為本醫學教育導入，對於學員自身的覺察反思，以及對於醫病共享決策、醫病溝通、醫病關係等主題學習成效之影響，並且透過情境學習中的引導參與(guided participation)，教師幫助學員獲得必要的知識和技能，當學生置身於真實情境或實際案例討論時，教師從旁觀察並必要時提供協助，以示範、鷹架等方式支持學員的學習。

2. 研究問題 Research Question

臨床教學時發現學員對於「全人照護」的知能極為欠缺，只偏重於身體疾病的照護，加上專科醫師的制度，讓醫療者專精於疾病的診斷與治療，使病人的主訴或問題都被歸類為某個器官的疾病，忽略了「以病人為中心」的全人照護。事實上全人照護包含身體、心理、靈性與社會，近期同理心的研究，從患者的角度來解讀，患者認為對整個人(holistic care)的關注，而非只有疾病，才是屬於有同理心的表現，因此應該將「全人照護」的概念及早導入醫學教育中。

3. 文獻探討 Literature Review

(1). 全人照護與醫病關係

全人醫療這個名詞，是 Engel 於 1977 所提出(Engel, 1977)。衛生福利部前身衛生署自 2005 年推動的「全人健康照護計畫」，提出了「全人照護 (Holistic HealthCare)」這個名稱，全人(Holistic Health Care)包括生理、心理、社會及心靈層面，表示除了照顧病人的生理健康之外，也顧及病人的心理健康，照護時同時考量個人的家庭特性與社經狀況(Hutchinson, Hutchinson, & Arnaert, 2009; Kaslow et al., 2007)。照護病人時，應該把病人視為整體，而不是分開的部分；以病人的需要，包括生理、心理、靈性以及社會各方面看成一個整體性，尊重並回應病人的需求、價值以作為所有的臨床決定導向。

以病人為中心的醫療，醫師必須進一步的和病人有更真誠的溝通，考慮到病人的處境、心理及情緒反應，也瞭解到病人的盼望、恐懼、信仰、思考、生活環境等等，再告知予診斷及治療計劃，尊重病人的自主權，並幫助病人做最合理、最有利的選擇。在醫學教育的訓練中，需要注重醫學生的人文素養，學習幫助病人解決身心健康問題，更在凸顯人文教育、醫學倫理及溝通技巧在醫學教育過程中的重要性。全人照護是目前健康照護的重要課題，2011 年起的醫學中心任務指標評核，更將落實全人照護的醫學教育列為其中一項重要任務，醫療從業人員是否具備全人照護能力也日漸被重視。特別在面臨老年化社會的衝擊下，醫學教育領域也對於如何能訓練出有全人照護能力的醫療專業人員，需要投入更多的心力。

(2). 人形圖 (Humanoid Diagram) 教學策略與全人照護

人形圖的教學理論是基於認知學習理論的完形學習理論，主張思維是一個整體的、是有意義的知覺，重視知覺的整體性，強調環境中眾多刺激之間的關係及人類的學習是對整體情境的反應(Gredler, 1994)。人形圖教學策略是讓學員在學習的過程中，由臨床教師提供一個真實的病患情境，引導學員面對病人照護時，在病人狀況複雜的情境中，能讓學看到病患整體及相關情境，經引導後學員能找出照護病患的方向與方法，進而統合所學之知能，以提供有效的照護(湯詠卉 & 黃立琪, 2016)。目前人形圖常被敘事醫學所使用，透過評估與反思，使學員有人的關懷，更有全人

的和個別性的照護模式(郭莉娟, 2013)。研究中也發現，利用人形圖的教學策略，可以讓學員融合視覺及整體學習的經驗，另外增加其臨床評估及判斷能力，同時也增加學習者前備知識的連接和整合，強化學習過程之記憶和意義，以達訓練之效果(Tang et al., 2022; 湯詠卉 & 黃立琪, 2016)。

(3). 「同理心」與醫病關係

同理心對於治療效果很重要，並且也改善病患結果有關(Stewart, 1995)。同理心可以使醫病之間的關係更融洽、使患者對醫生的信心以及就診的滿意度提升(Halpern, 2003)。根據羅傑斯的說法，同理心是設身處地為他人著想的能力，通過他們的眼睛看世界並理解他們的感受，同時又不失去自己的觀點(Rogers, 1979)。鑑於同理心在醫學中的重要性，Hojat 開發了一種同理心量表 (Jefferson scale of empathy, JSE) (Hojat & Gonnella, 2015; Hojat et al., 2002)，來解決醫學研究中缺乏特定同理心量表的問題。由於同理心是有效醫患溝通的關鍵要素，以及在整個醫學培訓過程中培養同理心的有其重要性，同時也一些研究也探討並發現，女性(Kataoka, Koide, Ochi, Hojat, & Gonnella, 2009; Magalhães, Costa, & Costa, 2012)以及喜歡以人為本專業的學生的同理心更強(Chen, Kirshenbaum, Yan, Kirshenbaum, & Aseltine, 2012; Tavakol, Dennick, & Tavakol, 2011)。最近同理心的研究是從患者的角度來解讀，醫護人員讓哪些臨床表現，會讓病患認為是有同理心，其中包含對臨床醫患關係的敏感性，願意傾聽及理解，另外就是對整個人(holistic care)的關注，而非只有疾病(Sanders et al., 2021)。

(4). 「自我反思與覺察」與醫病關係

良好的醫病關係，無論是醫師或是患者需要建立在能夠認知及理解個人的信念及價值觀，反思對於醫病關係的發展尤其重要，特別是在醫學生的時候就需要被培養與建立(Sanders, 2009)。Grant et al. 設計了自我反思和洞察力量表 (self-reflection and insight scale, SRIS) (Grant, Franklin, & Langford, 2002)。自我反省是指對思想、感受和行為的檢視與評價，而洞察力是指對於知覺、情感和行為的清楚理解(Roberts & Stark, 2008)。兩者元素都被視為元認知特徵，也就是自我調節的核心(Grant et al., 2002)。對思想、情感和情緒的反思能力建立在自我評估和自我批評的基礎上(Silvia & Duval, 2001)。反思性學習可以提高專業水平，而反思性表現可以刺激自我調節學習，從而提高個人的學習與精進，並且能夠更好地應付日益複雜複雜的醫療環境及病患，進而改善醫病關係(Sanders, 2009)。

(5). 情境學習 Situated learning

情境學習 (Situated learning, SL) 是將學習視為情境連結，並且發生在正在參與的臨床活動時(Mann, 2011)。情境學習強調兩條學習原理：第一，在知識實際套用的真實情境中呈現知識，把學與用結合起來，讓學習者像專家一樣進行思考和實踐；第二，通過社會性互動和協作來進行學習。醫學教育中主要有兩種情境學習，一種

是引導參與 (Guided Participation)，主要專注於學員和他們的學習，並且教師的指導和學員的積極參與對學習至關重要，這樣的學習能夠發生在不同的環境中，如教室、線上學習、模擬教室或是臨床工作場所，透過刻意設計或選擇過的活動，教師能夠幫助學員獲得必要的知識和技能(Rogoff, 1990)。另一種是合法外圍參與 (Legitimate Peripheral Participation)，認為學習就在情境當中，學員會參與工作團隊當中，會參與工作當中，但會從風險較低的任務開始學習，更成熟之後，會從外圍移動進入，來承擔風險較高的任務，並為團隊任務做出貢獻，漸漸地變成團隊中的一員，這種模式的學習特點是，學員會真正地參與團隊任務，從偶然學習當中，漸漸地參與真實活動，從這個過程中發生的學習(Lave & Wenger, 1991)。

知識習得能夠建構在真實脈絡環境中發生，學習評量也要在真實情境中施行才具有教育意義，學員必須在學習過程與其他人共同探究情境中的線索，並分享彼此的心得及觀點，教師角色須由知識傳播者轉變為學習的促進者，當學生置身於真實情境與週遭環境互動時，教師應從旁觀察並必要時提供協助，以示範、鷹架等方式支持學習者學習。研究也發現情境學習能夠激發學習者學習興趣、給予學習者思考探索的機會、學習在於解決問題並且是強調合作學習，因此對於臨床上的一些概念有其複雜性與困難度，如全人照護、醫病溝通及醫病行為的理解與建立，為讓學員對真實情境的理解，才能實際運用知識，並且瞭解到所學的知識具有其價值與意義(陳淑賢, 廖美南, 邱存梅, & 林慧玲, 2020)。

4. 教學設計與規劃 Teaching Planning

「全人照護」開設在臺北醫學大學醫學系二年級醫學生的必修課程，雖然二年級醫學生剛進入醫學院，還沒有接受過完整的專業知識訓練，但也因為如此，更能夠從不同的角度來思考病人的行為，更多元地探討什麼是有效的醫病溝通及良好的醫病關係。課程設計以臨床情境與實際觀摩為基礎，強調學生的身心靈自我察覺，期望透過同理病人的情境與感受，幫助學生建構全人照護的基本概念，並透過實際臨床經驗學習，反思並建構有效的醫療溝通及良好的醫病關係。

5. 研究設計與執行方法 Research Methodology

本研究採用「準實驗研究設計(quasi-experimental design)」及問卷調查法，將學員分成 A、B 兩組，兩組先進行前測，A 組是「全人照護」教學的導入，之後 AB 兩組進行相同的醫病共享決策、醫病溝通、醫病關係的課程模組導入後，進行後測，然而由於教學倫理的考量，B 組會在後測後，進行「全人照護」的課程，最後再進行整學期成果發表，檢視「全人照護」為本的醫學教育導入，對醫學生的覺察反思及其對醫病共享決策、醫病溝通、醫病關係等主題學習成效之影響。研究場域在學校教室裡進行課程案例討論及專題實作，此外也安排至北醫附醫加護病房進行臨床觀摩。

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

(1) 教學過程與成果

A. 描述性統計

本研究共計 72 名學生參與本計畫的研究過程，最終 67 名完成前後測驗，其中 A 組 28 名學生，B 組 39 名學生，兩組學生均接受「同理心量表」與「自我反思與覺察量表」之前後測驗，各組平均表現詳表 1。同時，學生並完成了 20 份人形圖成果海報（參附件三）及 72 份全人表單（參附件四）、72 份醫病關係反思寫作（參附件五）、72 份醫病溝通課程觀摩表單與反思作業（參附件六）。顯示出學生在課後能具體辨別教案中的身心靈社狀態，並有能力描述出臨床教案內容，且能依據教案撰寫醫病關係反思紀錄、進行醫病關係之反思，展現他們在全人照護及醫病關係方面的認知能力。

表 1 二組的平均表現

組別	前測		後測	
	M	SD	M	SD
全部前後測比較(n=67)				
同理心	5.57	0.57	5.59	0.67
自我反思與覺察	4.60	0.67	4.65	0.75
(A 組)前後測比較(n=28)				
同理心	5.64	0.37	5.64	0.56
自我反思與覺察	4.45	0.68	4.57	0.79
(B 組)前後測比較(n=39)				
同理心	5.52	0.67	5.56	0.74
自我反思與覺察	4.70	0.66	4.70	0.73
AB 兩組前測比較				
同理心前測_A 組	5.64	0.37		
同理心前測_B 組	5.52	0.67		
自我反思前測_A 組	4.45	0.68		
自我反思前測_B 組	4.70	0.66		
AB 兩組後測比較				
同理心後測_A 組			5.64	0.56
同理心後測_B 組			5.56	0.74
自我反思與覺察後測_A 組			4.57	0.79
自我反思與覺察後測_B 組			4.70	0.73

B. 學生學習的反思紀錄

透過臨床實境的影片教學後，產生 72 份的醫病關係反思紀錄及觀摩表單，從反思紀錄中可看出多數學生在全人照護及醫病關係、醫病溝通方面的自我察覺(表 2、表 3、附件四)。

表 2 醫病關係的反思紀錄

反思紀錄	學生作業 (一位學生的作業為例)
觀看影片中的案例，所看到、所聽到的內容是什麼 (簡要描述)	即使病人罹患多年且積極治療，可惜的是化療無效，進行了脊髓移植治療後不但沒有成功，甚至留下了後遺症：捐贈者的細胞不斷攻擊身體使病人越來越虛弱，最後幾乎只能臥床。 儘管如此，傑夫席爾斯(病人)並沒有放棄希望，他知道即使醫師不斷提出不同治療方法，想讓他保持對「治癒」、「康復」的期盼，但他知道自己身體狀況，其實恢復的勝算越來越低而難以逆轉。
對於影片中的案例，我的感覺是什麼？如果是我是病人或病人家屬，我的感覺是什麼？(說明好的或不好的感受)	● 我感受到「治療」與「善終」之間的衝突，當癌症已經發展到某種程度時，不管是病人、醫生或者是家屬，都可能要面臨很殘酷的二選一：繼續治療跟完成人生最後的目標可能是衝突，要怎麼去在這兩者之間做取捨，並沒有固定答案。不管我是醫生或病人，就算是同樣的角色，隨著時間過去以後，我的想法都可能不一樣。 ● 如果我是病人，我想我的第一個反應應該會是很捨不得這個世界，也憤怒於自己的「倒楣」。即使我已經付出這麼多的努力，但離康復還有一大段路。而繼續治療可能會讓我好好的與家人告別這個短期目標越來越遠，這樣的矛盾一定會讓我非常痛苦。 ● 如果我是家屬，我會處於既焦躁又不安的情緒中。理智上我會尊重家人與醫生共同討論出來的結果，但情感上，我當然會希望家人無論如何都不要放棄希望，能陪我們看這個世界越久越好。我想，一開始一定會不捨，但未來大概經過一段時間的整理情緒與溝通後，可以轉換為理解吧。
為什麼我會有這樣的感覺？影片中醫師的解釋，如果我是病人或病人家屬，我的決定如何，決策過程有沒有遇到什麼困難？我以前是否有面對過這樣的情境？(結合個人經驗，分析產生原因)	● 根據影片中醫師的解釋，如果我是病人的話，我會很感謝他醫生誠實的告訴我我現在身體的狀況，無論是好的方面還是壞的。在決定(安寧或繼續積極治療)的過程中，我想必會遇到許多的衝突。無論是與家人之間的期望或許不太一致的摩擦，或是與醫師原本預期的治療計畫的衝突，這些都得靠溝通去慢慢解決。我想，這樣複雜的情景不只是「隨著自己的內心去作出抉擇」，這麼簡單的道理可以解釋的。 ● 大概十幾年前，我曾經陪著患有肺癌的爺爺的人生最後一段路。當時家人們並沒有誠實的告訴他他身體狀況如何。導致他最後(癌症末期時連呼吸都很困難，整個人都很虛

	弱)並沒有辦法好好的將他想留給我們的話通過話語或文字書寫表達出來，這造成了爸爸一直以來的遺憾。不少家人都很後悔當初沒有早點讓爺爺知道自己的狀況，讓他能儘早把自己想留下來的理念與故事送給我們。
未來成為醫師時，我期望自己怎麼做病情解釋？我認為怎樣的醫病溝通會比較有效？（未來規劃）	● 如果時間能倒流，我們大概會做出不同抉擇吧，或者單純的把選擇權交還給爺爺本人。 ● 我未來成為醫生時，如果面臨了這樣的情景。我想我會盡可能以委婉而理智的方式去和家屬及病人誠實的說明病人現在的身體狀況以及未來的治療方案、惡化的可能性等。如果這些不太樂觀的消息會打亂他們生活的節奏，或者是讓他們情緒有很大的波動的話，我會分多次的，盡可能在最適合的時間溝通、通知。給他們一些時間慢慢接受、消化並討論「治療不會起到治癒的作用」的事實。 ● 我希望這樣子提早的訊息通知，能留給病人一些時間，讓他去做好他生命末期最想做的事。到時候，醫療的目的不僅僅是治愈，大概會更接近：陪伴並協助病人完成人生最後的一哩路。我們能夠幫助他的，大概是時不時和病人與家屬們討論、時刻監督病人當下身體狀況，讓他能夠離開醫院，回到自己懷念的地方臨終，或者在最後時刻讓他走得輕鬆一點吧。

表 3 醫病溝通的反思紀錄

反思紀錄	學生作業（一位學生的作業為例）
本次醫病溝通觀摩所看到、所聽到的內容是什麼（簡要描述） 對於這次觀摩，我的感覺是什麼？如果我是病人家屬，我的感覺是什麼？（說明好的或不好的感受）	本次看到的病人為突發性的肺炎，並引發急性呼吸衰竭，主治醫師首先用淺顯的文字向家屬解釋肺炎是如何引起的，以及此疾病可能的進程和治療藥物，包括惡化的處置或是好轉需要的恢復期，讓家屬建立心理準備。接著，面對家屬無法接受女兒為何突然就倒下的事實，醫師用「肺炎就像颱風」的比喻進一步讓家屬了解肺炎的突發性以及破壞力，且身體需要花力氣慢慢修復。再來，醫師也和家屬提到了此病患具有精神官能症及舞蹈症病史，通常這些精神病患可能較沒有病識感，或是和家人容易產生溝通障礙，導致疾病發現較晚而變得更加嚴重。最後，家屬詢問了關於點滴輸送營養以及鼻胃管的問題，醫師也耐心解釋了鼻胃管提供營養的效果是優於點滴的，尤其是此病患具有過瘦問題，若腸胃道情況穩定便會改用鼻胃管灌食來幫助病程改善。 這次觀摩可以看到醫師及家屬對於疾病認知的落差，肺炎對醫師來說可能是每天都會遇到的病例，但對大多數家屬卻是第一次碰到，特別是在沒有預期的情況下，原先能正常生活的人突然就躺在病床上接著呼吸器，家屬會更加不能接受，我覺得此次醫師對病情的解釋十分委婉溫和也同時清楚陳述病情，如果我是家屬，面對疾病難免會有難過、焦慮、不知所措的情緒，但

經過醫師的說明，便能慢慢接受眼前的事實，並對未來的治療方針有大致的理解，進而減少對未知疾病產生的不安感，因此我認為這次醫師給家屬的感受是正向的，沒有過多安慰，但用簡單、理性的方式讓家屬釐清目前的病況，並且讓他們感受到醫護人員絕對會盡力醫治病患，進而減緩焦慮並且和醫師能夠對等溝通。

(2) 學生學習回饋

從學生在課後的質性回饋中也能看出學生對這門課的肯定，例如學生能理解到同理心及對病人的關懷在醫病關係的重要性，也能意識到提前做好跟病人溝通的準備。我們進行「匿名」蒐集學生對教學法之建議，總回饋數量：共有 90 則，經過非類之後，挑選代表建議及回饋如下：

A. 課程設計與內容: 19 則

a. 建議

- 每個禮拜的海報不要一直用一樣的案例，最後可以讓我們自己創一個角色發揮創意。
- 希望作業可以少一點。
- 我希望能有更多關於個人心得或課後感思的小小作業 可以紀錄自己從開學到期末思想上的變化。

b. 正向回饋

- 欸超喜歡這堂課 有學到東西有收穫又不會太硬 唯一的壞處 (雖然這一定只是剛好) 是常常都是考完試的下午 也不知道為什麼可以那麼剛好
- 印象最深刻的就是畫人形圖 因為我覺得透過這份作業我們把學期間學到的東西都做了整合
- 我覺得老師安排課程的方式很有條理，每一堂課也都有明確的核心主軸，讓我們每一堂課都很清楚自己在學習的內容。是我目前上過負擔不重卻又收穫最多的人文課！
- 很滿意，是目前我上過最有趣的醫學人文課程！
- 覺得這堂課真的超級棒的 幾乎沒有負擔 又能真正學到很多東西
- 覺得課程安排負擔剛剛好，超級讚
- 我覺得課程內容進度都很剛好，整體都很不錯

B. 課程安排與時間: 10 則

- 我覺得可以避免將課排在期末考週 (7 則)
- 希望期末報告的ddl 可以配合一下block 期末考。(1 則)
- 覺得課程放在前八週或後八週連續進行會比較好，不然每次都會忘記，尤其是那個影片，隔太久才討論都要重新複習 (2 則)

C. ICU 參觀與醫院體驗: 16 則正面回饋

- 去醫院參訪真的讓我印象深刻，親眼見到醫病溝通的現場帶給我很大的震撼。
- 觀摩加護病房是我最印象深刻的環節，讓我想起阿嬤年初時在醫院的點滴，也讓我記住當醫生的責任，莫忘初衷！
- 很喜歡ICU 的體驗，看到了醫院真實的一面，覺得很有意義！
- 我覺得去重症加護病房的體驗很令我印象深刻，親身見識到重症患者及其家屬會遇到的處境，也觀摩了醫生如何給予病患治療，並與家屬溝通病情，這都是我希望我能在未來習得的知識

D. 感謝與讚美：31 則

- 感謝老師為我們帶來這麼用心的課程，從案例與臨床上都更了解醫病共享決策的內涵，謝謝老師！
- 最深刻的是老師真的很認真在安排課程
- 希望之後也能遇到兩位好老師！
- 老師人很好 課程也很充實～謝謝老師們
- 這堂課整體而言很讚，謝謝也辛苦老師了

E. 無意見：15 則

7. 教學省思與未來 Reflections and Future

本課程針對醫學系二年級學生設計，考量到學生仍處於基礎醫學階段，尚未進入臨床課程，因此透過影片案例的架構，引導學生進行生理、心理與社會三方面的全人分析。從本次課程觀察到，大部分的學生及小組能夠清晰地構築這些內容，顯示出全人照護概念在低年級課程中是可行的，並且有助於他們更早建立相關的觀念。值得一提的是，有一組學生利用身邊親友的實際案例進行深入的分析與討論，不僅獲得了師生的高度認可，還超越了當初課程設計的預期目標。這顯示出課程能夠激發學生的自主學習及實際應用能力。此外，在課程設計與實施過程中，學生對課程的整體安排、內容設計與教學方法均表示滿意，並對教師的投入與指導表達感謝。這進一步證實了現有教學方法與課程設計在大多數學生中取得了成功。此外，本次課程中特別安排的 ICU 參觀與醫院體驗活動，成為了學生反饋中的亮點。許多學生反映這些實地參訪活動對其學習及對醫病關係和臨床環境的理解大有裨益。這些經驗不僅豐富了他們對全人醫療的感受，也讓學生能夠更真實地接觸醫療場域，為未來進入臨床課程奠定了良好的基礎。

未來計畫的省思可針對以下幾個關鍵點進行發展：

首先，課程中全人照護概念的成功融入及學生的正向反饋，顯示出這樣的教學

模式在早期醫學教育中具有重要價值。因此，未來的課程設計應繼續強化這一方向，並考慮加入更多元的案例，涵蓋更廣泛的生理、心理與社會議題，進一步深化學生對全人醫療的理解。此外，學生在課程中自主學習與實際應用能力的提升，亦表明應擴展這類自主探索的學習機會。未來可以考慮加入小組研究或實際案例訪談等活動，鼓勵學生透過實際調查和數據分析來應用所學知識。其次，關於 ICU 參觀與醫院體驗等臨床環境活動的成功經驗，未來應持續安排這類學習機會的範圍，讓學生在不同醫療場景中觀察、學習並反思。這不僅能增強他們對臨床環境的適應性，也有助於全人醫療理念的更深層次理解與應用。第三，針對課程中的學生反饋，未來可以進一步優化教學方法。例如，更多地運用互動式教學工具，強調師生間的實時交流，以促進更積極的學習氛圍。同時，也可以設置定期的教學回饋機制，讓學生能夠針對課程內容與設計提出建議，以持續改善教學效果。

結論

未來的人文課程將採用現有的教學方法，強調與學生的互動，並保持課程內容的多樣性與實用性。實地參訪與臨床體驗活動也將持續安排，並在教學設計上進一步深化，使學生能夠在參訪後進行更具深度的反思與討論。基於目前的經驗，課程將加強人文素養教育，並更加緊密地結合臨床實踐。此外，將考慮設計更多跨領域的課程活動，如模擬醫病溝通和案例分析，幫助學生將理論知識有效應用於實際情境中，以培養全面的醫療專業素養。

參考文獻 References

- 匡勝捷, & 郝宏恕. (2020). 住院病人與照護主治醫師對於醫病溝通認知差異之研究. *醫學與健康期刊*, 9(1), 61-72.
- 吳碧娟, 張靜怡, 莊舒閔, 李于嘉, 游育苓, & 廖熏香. (2017). 醫病共享決策簡介與推行現況. *醫療品質雜誌*, 11(4), 4-10.
- 廖士程, 李明濱, 李宇宙, 謝博生, 林信男, 陳映燁, & 曾美智. (2000). 身體疾病住院患者之醫病溝通分析. *醫學教育*, 4(1), 38-48.
- 湯詠卉, & 黃立琪. (2016). 人形圖教學策略於新進人員教育運用. *榮總護理*, 33(1), 87-92.
- 郭莉娟. (2013). 人形圖敘事, 護理更有情. *志為護理-慈濟護理雜誌*, 12(1), 38-39.
- 陳淑賢, 廖美南, 邱存梅, & 林慧玲. (2020). 情境學習在臨床教學中的運用. *長庚護理*, 31(2), 181-188.
- Charon, R. (2001). Narrative medicine: a model for empathy, reflection, profession, and trust. *Jama*, 286(15), 1897-1902.
- Chen, D. C. R., Kirshenbaum, D. S., Yan, J., Kirshenbaum, E., & Aseltine, R. H. (2012). Characterizing changes in student empathy throughout medical school. *Medical teacher*, 34(4), 305-311.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136.
- Freshwater, D. (2002). *Therapeutic nursing: Improving patient care through self-awareness and reflection*: Sage.
- Grant, A. M., Franklin, J., & Langford, P. (2002). The self-reflection and insight scale: A new measure of private self-consciousness. *Social Behavior and Personality: an international journal*, 30(8), 821-835.
- Gredler, M. (1994). *Designing and Evaluating Games and Simulations*. Houston, Texas. In: Gulf Publishing Company.
- Greenhalgh, T. (1999). Narrative based medicine in an evidence based world. *Bmj*, 318(7179), 323-325.
- Greenhalgh, T., & Hurwitz, B. (1998). Narrative based medicine dialogue and discourse in clinical practice.
- Halpern, J. (2003). What is clinical empathy? *Journal of general internal medicine*, 18(8), 670-674.
- Hojat, M., & Gonnella, J. S. (2015). Eleven years of data on the Jefferson scale of empathy-medical student version (JSE-S): proxy norm data and tentative cutoff scores. *Medical Principles and Practice*, 24(4), 344-350.
- Hojat, M., Gonnella, J. S., Nasca, T. J., Mangione, S., Vergare, M., & Magee, M. (2002). Physician empathy: definition, components, measurement, and relationship to gender and specialty. *American Journal of Psychiatry*, 159(9), 1563-1569.
- Hsiao, C. Y., Tsai, Y. F., & Kao, Y. C. (2013). Psychometric properties of a Chinese version of the Jefferson Scale of Empathy-Health Profession Students. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 20(10), 866-873. doi:10.1111/jpm.12024
- Hutchinson, T. A., Hutchinson, N., & Arnaert, A. (2009). Whole person care: encompassing the two faces of medicine. *CMAJ*, 180(8), 845-846.
- Kaslow, N. J., Bollini, A. M., Druss, B., Glueckauf, R. L., Goldfrank, L. R., Kelleher, K. J., . . . Weinreb, L. (2007). Health care for the whole person: Research update. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38(3), 278.
- Kataoka, H. U., Koide, N., Ochi, K., Hojat, M., & Gonnella, J. S. (2009). Measurement of empathy among Japanese medical students: psychometrics and score differences by gender and level of medical education. *Academic medicine*, 84(9), 1192-1197.

- Lave, J., & Wenger, E. (1991). *Situated learning: Legitimate peripheral participation*: Cambridge university press.
- Magalhães, E., Costa, P., & Costa, M. J. (2012). Empathy of medical students and personality: evidence from the Five-Factor Model. *Medical teacher*, 34(10), 807-812.
- Mann, K. V. (2011). Theoretical perspectives in medical education: past experience and future possibilities. *Medical education*, 45(1), 60-68.
- Naeimi, L., Abbaszadeh, M., Mirzazadeh, A., Sima, A. R., Nedjat, S., & Hejri, S. M. (2019). Validating self-reflection and insight scale to measure readiness for self-regulated learning. *Journal of Education and Health Promotion*, 8.
- Oates, J., Weston, W. W., & Jordan, J. (2000). The impact of patient-centered care on outcomes. *Fam Pract*, 49(9), 796-804.
- Oshima Lee, E., & Emanuel, E. J. (2013). Shared decision making to improve care and reduce costs. *New England Journal of Medicine*, 368(1), 6-8.
- Roberts, C., & Stark, P. (2008). Readiness for self-directed change in professional behaviours: factorial validation of the Self-reflection and Insight Scale. *Medical education*, 42(11) 1054-1063.
- Rogers, C. R. (1979). The foundations of the person-centered approach. *Education*, 100(2), 98-107.
- Rogoff, B. (1990). *Apprenticeship in thinking: Cognitive development in social context*: Oxford university press.
- Sanders, J. (2009). The use of reflection in medical education: AMEE Guide No. 44. *Medical teacher*, 31(8), 685-695.
- Sanders, J. J., Dubey, M., Hall, J. A., Catzen, H. Z., Blanch-Hartigan, D., & Schwartz, R. (2021). What is empathy? Oncology patient perspectives on empathic clinician behaviors. *Cancer*, 127(22), 4258-4265.
- Silvia, P. J., & Duval, T. S. (2001). Objective self-awareness theory: Recent progress and enduring problems. *Personality and social psychology review*, 5(3), 230-241.
- Stewart, M. A. (1995). Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ: Canadian medical association journal*, 152(9), 1423.
- Tang, Y.-H., Chen, H.-L., Chen, H.-Y., Chuang, S.-W., Liao, L.-N., & Huang, L.-C. (2022). The effectiveness of humanoid diagram teaching strategy on care capacity and retention in novice nurses. *Nurse Education in Practice*, 58, 103272.
- Tavakol, S., Dennick, R., & Tavakol, M. (2011). Empathy in UK medical students: differences by gender, medical year and specialty interest. *Education for Primary Care*, 22(5), 297-303.

附件 Appendix

附件一、同理心量表 Jefferson scale of Empathy-Health Profession Students (CJSE-HPS) (Hsiao, Tsai, & Kao, 2013)

題目	非常不同意<----->非常同意					
1. 醫護人員瞭解病患與其家屬之感受並不會影響治療結果	1 7	2	3	4	5	6
2. 醫護人員若能瞭解病患之感受，病患會覺得好過一些	1 7	2	3	4	5	6
3. 對醫護人員而言，從病患的角度來看事情是困難的	1 7	2	3	4	5	6
4. 在醫病關係中，瞭解病患的肢體語言與口語溝通是同等重要	1 7	2	3	4	5	6
5. 醫護人員的幽默感有助於較佳的醫療效果	1 7	2	3	4	5	6
6. 因為每個人是不同的，所以從病患之觀點來看事情是困難的	1 7	2	3	4	5	6
7. 在訪談病患時，注意其情緒反應是不重要的	1 7	2	3	4	5	6
8. 對病患個人經驗的關心程度不會影響治療效果	1 7	2	3	4	5	6
9. 醫護人員提供病患照護時，應設身處地為他們著想	1 7	2	3	4	5	6
10. 病患認為醫護人員能夠瞭解他們的感受，這本身就有治療效果	1 7	2	3	4	5	6
11. 病患之疾病僅能以醫學治療，因此醫護人員對病患之關懷對於治療效果沒有明顯的影響	1 7	2	3	4	5	6
12. 詢問病患個人生活中所發生的事情並無助於瞭解病患的身體不適	1 7	2	3	4	5	6
13. 醫護人員必須觀察病患非口語的線索及肢體語言以嘗試瞭解病患心中的想法	1 7	2	3	4	5	6
14. 我認為在治療疾病過程中，是不涉及情感的成分	1 7	2	3	4	5	6
15. 同理心是一種治療的技巧，若缺乏同理心則醫護人員的成功會受到限制	1 7	2	3	4	5	6
16. 醫護人員對病患與家屬之感受的瞭解，是醫病關係中重要的一部份	1 7	2	3	4	5	6
17. 醫護人員應該嘗試以病患的角度來看問題，以提供病患較佳的照護	1 7	2	3	4	5	6
18. 醫護人員不應該允許自己被病患與其家屬之間的緊密關係所影響	1 7	2	3	4	5	6
19. 我不喜歡享受閱讀或欣賞非醫療的文學或藝術作品	1 7	2	3	4	5	6
20. 我相信同理心是病患治療中的一個重要因素	1 7	2	3	4	5	6

附件二、自我反思洞察量表 Self-reflection and insight scale (SRIS) (Naeimi et al., 2019)

題目	非常不同意<----->非常同意					
1. 我不常思考自己的想法	1	2	3	4	5	6
2. 我很少花時間自我反省	1	2	3	4	5	6
3. 我經常審視自己的感受	1	2	3	4	5	6
4. 我真的沒有想過為什麼我會那樣做	1	2	3	4	5	6
5. 我經常花時間反思自己的想法	1	2	3	4	5	6
6. 我經常思考我對事物的感受	1	2	3	4	5	6
7. 我對分析我的行為並不感興趣	1	2	3	4	5	6
8. 評估我所做的事情對我來說很重要	1	2	3	4	5	6
9. 我非常有興趣檢查我的想法	1	2	3	4	5	6
10. 嘗試理解我的感受意味著什麼對我來說很重要	1	2	3	4	5	6
11. 我確實需要了解我的思維方式	1	2	3	4	5	6
12. 能夠理解我的想法是如何產生的對我來說很重要	1	2	3	4	5	6
13. 我通常很清楚自己的想法	1	2	3	4	5	6
14. 我經常對自己對事物的真實感受感到困惑	1	2	3	4	5	6
15. 我通常很清楚為什麼我會以某種方式行事	1	2	3	4	5	6
16. 我經常意識到我有一種感覺，但我常常不太清楚它是什麼						
17. 我的行為常常令我困惑						
18. 想想我的想法讓我更迷茫						
19. 我經常發現很難理解我對事物的感覺						
20. 我通常知道為什麼我有這種感覺						

附件三、人形圖繪製範例

作業單元：練習「自我覺察及認識」

作業主題：全人照護

作業說明：先觀賞影片裡的臨床情境，並繪製影片中的人物來理解病人的想法與行為，需要考量病人的感受(feeling)、觀點看法(idea)、身體影響(function)、期待(expectation)，以及生活習慣等，繪製後進行敘事分享與討論。

學習目標：透過人形圖繪製，能夠分析個人身心靈社狀態，進而能辨別教案中的身心靈社狀態，並分析教案，撰寫全人表單。

身：

罹患罕見淋巴瘤，已經有做了脊髓移植，不但沒成功還留下後遺症(捐贈者的細胞在攻擊他的身體)。身體越來越虛弱的他最後幾乎只能臥床。

社：

從照顧者變成被照顧者，家中客廳被改造成適合照顧病人的地方，連小孫子都來幫他穿襪子。

雖然臥床，但是不停止社交活動，用視訊的方式和無法前來的親朋好友互動。家人朋友都來探望，世界變得越來越小，但其實越來越大。

傳承生命經驗給下一代：對生死的看法把醫生也當朋友，而不是有上下之分的傳統醫病關係

人形圖



Jeff

第四組
組員：王亮云、李婉甄、
林柔均、朱允平

心：

病人已經自行做了全面的思考，負面情緒沒有明顯增加，坦然接受並安排自己的最後生命。

靈：

他希望生命的決定權可以掌握在手中，不要苟延殘喘，想死在家裡，待在農場上安詳地去世。關於生死的看法：他不怕死，因為他覺得萬物都會死，並且自己已經有了精彩人生。

圖 1 A 組人形圖作業

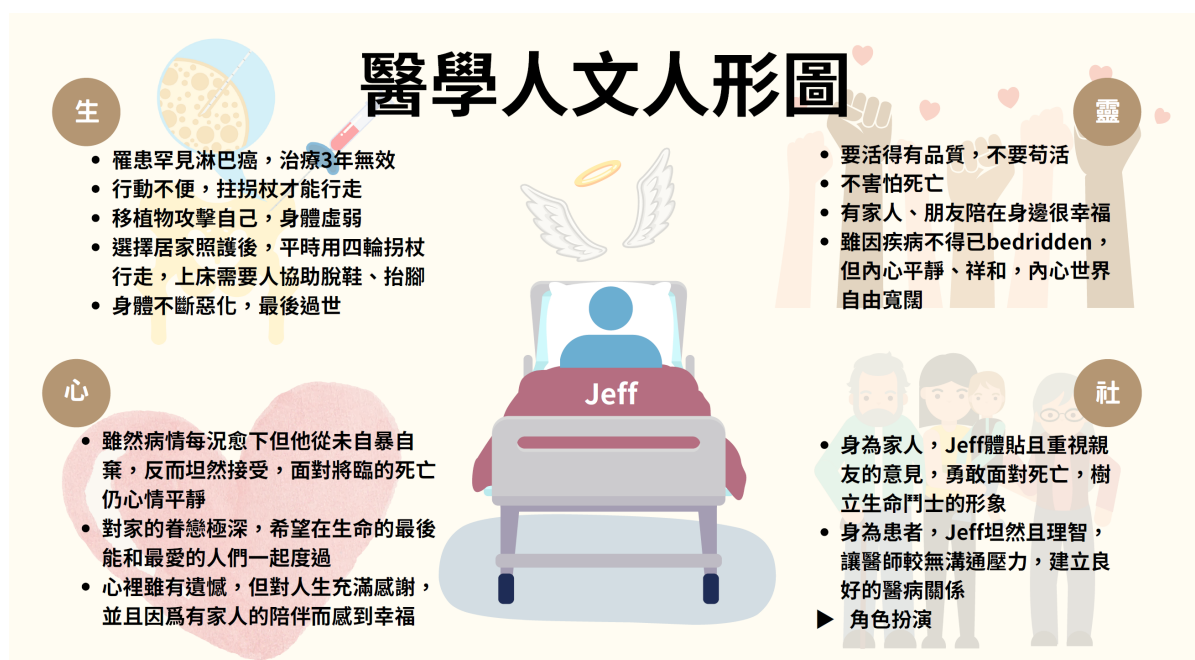


圖 2 B 組人形圖作業

附件四、全人表單範例

作業單元：全人照護（身、心、靈、社）基本概念認識

作業主題：全人照護

作業說明：藉由五個案例討論及課堂活動，進行身心靈社各面向的問題討論。

學習目標：透過全人照護（身、心、靈、社）的基本概念認識、靈性照顧臨床實務分享及哀傷輔導課程，能夠分析個人身心靈社狀態，進而能辨別教案中的身心靈社狀態，並分析教案、撰寫全人表單。

全人表單（身心靈社）	
個人及病人基本資料	
姓名：第六組	討論日期時間：2024.3.27
病人診斷：惡性腦瘤	
病人年紀：46	病人性別：男
病情概述	
原本醫師評估他至少能活 5-10 年，但情況突然惡化，腦壓逐漸升高，時間或許僅剩幾天到一個月。一開始一連串的脊椎穿刺療法有效降壓，但病情延續，腦瘤轉移。病患想嘗試用一款剛問世還在臨床實驗的藥，雖然醫師不建議使用實驗性用藥，但在雙方溝通、共同決策後，還是使用了一劑，卻使病情惡化，到後來脊椎穿刺也無效，而轉為居家安寧。	
【生理層面】 如：病程進展或治療產生不可逆之生理改變或未來生活的影響。	
情況惡化，頭痛、無法躺下，腦壓升高，身體虛弱、半邊身體無力，基本的走路都需要人攙扶或是需要乘坐輪椅，到最後無法從床上起來。	

【心理層面】如：就醫過程是否有疾病適應問題，針對病情的未知性和治療過程中，病人的負面情緒是否展現或增加，例如：遵從意願降低、睡眠問題、憂鬱傾向、焦慮、易怒等。								
一開始病患的治療反應不錯，病患也是個心理樂觀的人，所以滿懷希望。但後來病情逐漸惡化，在堅持了兩年多後，病患逐漸失去對病情好轉的期待、同時也害怕聽到醫師委婉地表達壞消息。								
【靈性層面】如：就醫過程中，呈現的生命或生死議題、靈性困擾之狀況，例如：ACP（預立醫囑）/AD（預立醫療決定）、DNR(不施行心肺復甦術)、就醫過程中被接納同理的需求、被告知壞消息或瀕死經驗後對人生的詮釋、預後現況與治療期待之差異等。								
病患不害怕死亡，卻很害怕死前那痛苦的過程。病患希望死前不要太痛苦、並可以在家中安然離世。在跟醫師溝通時候，表達了自己希望能夠知道確切的剩餘時間，除了自己做好心理準備，也可以保留時間跟妻子道別，提前處理後事。回到家中，他與妻子開始整理舊物，並告知妻子哪些物品是有價值的。接受訪問的當下，可以感受到病患的心情之複雜。								
【社會層面】如：因疾病或就醫所產生社會角色改變及病後生活及工作影響（Role）、家屬的支持(Relationships)、家庭權力結構轉移、社會資源需求(Resources)。								
原本正值壯年的病患工作能力是最佳的，但因著病情而只能暫定工作，家庭主要收入來源轉由妻子負擔。妻子一開始不完全支持病患走安寧程序，但積極陪伴參與就醫過程，最終在病人的堅持下理解接受並尊重病人的決定，只要他舒服地度過生命最後的時刻。可以看出妻子持續表現對即將逝去的丈夫的悲傷與不捨。								
教師評核								
	0 (無評估)	1 (描述事實)	2a (發現問題)	2b (推理問題)	3 (擬定計畫)	4a (執行計畫)	4b (評估改善計畫)	NA
生理								
心理								
靈性								
社會								
教師回饋								

附件五、醫病關係反思寫作範例（練習週次）

作業單元：「醫病關係」的經驗探討與反思

作業主題：醫病關係與反思寫作

作業說明：先觀賞臨床案例影片，針對影片情境撰寫反思紀錄後分享討論。

學習目標：(1)能描述臨床教案內容，並依據教案撰寫醫病關係反思紀錄。(2)藉由臨床教案，進行醫病關係之反思。

「醫病關係」反思表單	
個人及病人基本資料	
姓名：李 x 道	觀摩日期時間：113/3/27
病人診斷：肺癌末期	
病人年紀：34	病人性別：女
反思紀錄	
I. 觀看影片中的案例，所看到，所聽到的內容是什麼（簡要描述）？	
因罹患肺癌，導致身體狀況逐漸變差，經醫生評估過後，認為患者的存活率僅 15%，而後續的多種治療模式（放射線療法、化療...），是病患被治療折磨得越來越虛弱。	
II. 對於影片中的案例，我的感覺是什麼？如果是我是病人或病人家屬，我的感覺是什麼？（說明好的或不好的感受）	
對於影片的個案，我覺得非常不忍，看到他經歷那麼多的痛苦治療，最後仍然在病痛中離世，這樣的結局非常令人難過。雖然我有看到醫生絞盡腦汁在思考解決方法，這樣的敬業精神很令人敬佩，但最後的治療過程卻讓患者過得非常痛苦，我覺得十分扼腕。	
如果我是病人或病人家屬，我會覺得很沮喪，明明已經盡了最大的努力，面對這麼棘手的疾病，最終卻束手無策，而醫生也曾經給予過一線希望，但最後卻落空了，這樣的感受非常心痛，也非常不捨。這樣的經驗可能會讓我對於醫生的醫療決定有些許遲疑，畢竟心裡受的傷太重了，所以沒辦法痊癒，面對醫療上的選擇，之後會變得更加謹慎，才不會又再次失落。	
III. 為什麼我會有這樣的感覺？影片中醫師的解釋，如果我是病人或病人家屬，我的決定如何，決策過程有沒有遇到什麼困難？我以前是否有面對過這樣的情境？（結合個人經驗，分析產生原因）	
我認為，醫生說「我很後悔告訴病患，她『有可能』可以成功，但事實是根本沒辦法治好她的病」這句話時，我非常難過，明明已經知道病患是就不回來的，卻仍要冒險，但最大的重點在於，這樣的治療過程中，病患需要接受	

極大的痛苦，這是非常不值得的事，所以我才會覺得很沮喪而且很難過，病患的生命就這樣在病痛中消逝了。

其實，在一年前，我的奶奶在全家團圓吃年夜飯的前一天，被診斷出肝癌末期，送到醫院去食，肝功能已經幾乎消失了，開始出現黃疸，隨後進入肝昏迷。在全家人徬徨不安的同時，一位醫生介紹我們去長庚醫院，進行質子治療，以類似標靶治療的模式，來用質子束打擊癌細胞。正當我們全家人抱著希望，送奶奶前往醫院治療的過程中，爺爺其實很不捨讓奶奶在經歷更多痛苦，甚至哭著求我們別讓奶奶離開家，但我們還抱著一線希望，認為奶奶會醒過來，所以我們還是毅然決然地前往醫院。沒想到，在療程中，便因為醫生沒有評估好劑量，導致癌細胞沒有死掉，肝細胞反而全部壞死，結局便是奶奶的肝臟無法負荷如此劇烈的侵襲，導致後續的嚴重併發症，隨後於進行手術的四天後離世。從那刻起，我便認為一切醫療行為，除了經過醫生自己的評估外，也要經過病人家屬的討論，才是真正為病患著想。那時的我除了在悲痛之餘，也試著開始研究「安寧緩和醫療」，我想著，若奶奶沒有接受那樣痛苦的治療，或許還能沒有傷痛的離世，這便是我一輩子永生難忘的經驗。

IV. 我未來成為醫師時，我期望自己面對這樣的情境（醫病關係），我可以怎樣協助病人或病人家屬做治療的決策？（未來規劃）

我明白治療決策不僅僅是基於醫學上的考量，還需要考慮到病患和其家屬的意見和感受，尊重家屬及病患的治療選擇，才是「全人醫療」與尊重「病人自主權」的展現。

首先，我會與病人及其家屬進行深入的溝通，了解他們的價值觀、期望和願望。在耐心聆聽他們的擔憂和疑問的同時，我要以淺顯易懂的語言，確保他們充分了解治療方案的利弊及可能帶來的風險，這樣才能達到「知情同意」的原則。

此外，我會尊重病人和家屬的意見，並與他們共同制定治療計劃。我會與他們一起討論不同的選擇，並尊重他們的決定。在提供建議時，我會提供客觀和全面的資訊，以幫助他們做出理性和明智的決策。同時，我會注重治療的品質而不僅僅是數量。我會努力提供符合病患需求的治療方案，並尋求提高生活品質和減少痛苦的方法。在考慮任何治療方案時，我會尋求平衡病患的生理和心理健康，以確保治療的目的是為了病患的最大利益。

最重要的是，我會持續學習和進步，不斷提高自己的醫學知識和溝通技巧，參加研討會或參看最新發表的論文及期刊，充實自己的醫學知識深度，進而增加治療病人時的把握度與成功性。

我會努力成為一位更有同理心和理解力的醫生，能夠在治療決策中充分考慮到病患和家屬的需要，並致力於為他們提供最好的醫療護理，成為一名全人醫師。
教師回饋

附件六、醫病溝通課程觀摩表單與反思作業範例

作業單元：介紹反思寫作的重要性與方法（5R）

作業主題：醫病關係與反思寫作_「醫病關係」的經驗探討與反思

作業說明：臨床觀摩後撰寫反思紀錄，探討內容包含(1)瞭解醫病溝通的重要性。(2)瞭解醫病溝通上的認知差異。(3)學習如何進行有效醫病溝通。(4)告知壞消息。

學習目標：藉由臨床觀摩並使用「醫病溝通觀摩檢核表」，了解並理解何謂有效醫病溝通的技巧

「醫病溝通」課程「觀摩表單」與「反思」										
個人及病人基本資料										
姓名：趙 x 元					觀摩日期時間：113/03/23					
病人診斷：因消化道問題，醫師提出照胃鏡及血管造影的診斷方式。										
病人年紀：71					病人性別：女					
觀察查檢表單										
醫病溝通	非常不同意<----->非常同意									
1. 病情解釋時，有自信且專業	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. 病情解釋時，適當使用開放式提問	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. 聆聽病人或家屬說話，不打斷	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. 病情解釋時，儘量避免使用專業術語	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5. 病情解釋時，有組織且時間控制良好										
個人理解程度	完全不理解<----->完全理解									
本次病情解釋，我聽懂的程度？	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

整體滿意度	非常不滿意<----->非常滿意									
如果你是家屬，對這樣病情解釋的滿意度？	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
反思紀錄										
V. 本次醫病溝通觀摩所看到，所聽到的內容是什麼（簡要描述）？										
這次觀摩主要聽到較多的是一位需要照胃鏡的高齡病患，雖然是中途才聽到醫師與家屬的對話，但大概可清楚醫師主要是在跟病患家屬講解因為病情尚未穩定，所以需要進行血管攝影與照胃鏡以求進一步了解目前病患的身體狀況，鄧醫生也有向家屬說明進行這些檢驗的風險與評估，讓家屬能更了解女士的病情，並替她做出心中最理想的決定。										
VI. 對於這次觀摩，我的感覺是什麼？如果是我是病人家屬，我的感覺是什麼？（說明好的或不好的感受）										
在這次觀摩中除了聆聽醫師講解的內容外，我也有時時注意醫生與家屬的表情和外觀反應，其中醫師幾乎都是平靜且具專業度的侃侃而談，同時也會專心傾聽家屬的意見並給予適當回應；而家屬的臉上雖然難免有幾分憂愁，但當醫師在講解時多少會有點充滿希望的眼神，並可以明顯看出來待醫師講解後有稍微放鬆、減輕壓力的感覺。 以醫學生的角度：我的良好感受是發現醫生在看每一位病患時，都會讓家屬先提出他們的疑問與顧慮，並替他們解惑後才開始說明觀察到的狀況，而非一開始就自顧自的講解，我覺得這對於醫病關係是非常重要的，可以讓病患及家屬充分感受到醫師的尊重及耐心；而較不好的感受是當醫師在講解許多專業術語時，較少會進行解釋，不太確定是否是因為之前醫師本人或護理師就有向病患及家屬講解過的緣故，但對我來說就有不少名詞是不了解的了，更何況是並未接觸醫學領域的家屬，很可能會產生資訊上的落差，導致家屬無法理解醫師所做的某些決策。 以家屬的角度：若我是家屬，我的良好感受是可以看見這位醫師會仔細回答我的提問，即使有些可能只是自己觀察到的一些不同，但醫生仍會盡力為我解惑降低焦慮感，並且醫師在做下一步決策前不會態度強硬，而是向我解釋病情、分析利弊後由來我決定是否需要更進一步的治療方式，處處可見以病患為主的思考及用心；較不好的感受除了上述對於專業詞彙著墨較少外，對於某些狀態較穩定的病患，鄧醫師會打個招呼，確認跡象穩定後便移動到下一個病床了，興許是時間的關係，但作為家屬多少仍會希望醫生能停留得更久。										

一點，向我說明更多病患的身體狀況以及未來的治療方向也好，期盼醫師能照顧我的家人更多一些。
VII. 為什麼我會有這樣的感覺？這樣的解釋，我都有聽懂嗎？有沒有什麼疑問？我以前對於醫病溝通的感受或理解是什麼？（結合個人經驗，分析產生原因）
回顧自己在這次觀摩的種種想法，最多的仍是期待醫師能對病患講解更多採取某項治療措施的原因、評估及可能造成的影響，而這也是我目前覺得最理想的醫病關係，醫師會向病患講解各種風險與可能性，而病患也會自我思考、提出疑問讓醫師解惑，並無高低位之分，並且都建立在良好的溝通環境下。以我過往的經驗，在看醫生時其實也都是醫生講什麼我就做什麼，不會有過多的提問，那時認為的醫病關係也就只是醫生最大、什麼都會，而病患能遵守醫師的處方就很不錯了，所以常常在懵懵懂懂、不知其所以然之下就接受了某項治療。經一番思考過後，覺得自己對於醫病關係的認知會有這麼大的轉變是因為自己開始接觸醫學這塊領域，一方面是對於知識的追求，另一方面則是到目前為止學到的眾多藥物或檢驗、手術等都有一定的副作用，站在醫生的立場也許覺得這樣的副作用並無大礙，但站在家屬的立場想，或許承受不起需要眼看自己的親人在辛苦接受治療之餘，還要承擔一定副作用風險的痛苦，所以當立場轉移成病患家屬，心裡多少會希望醫生能向我分析更多治療方案的利弊以及其他可能的配套措施，才能更掌握自己親人的身體狀況，並做出心中最好的決定。
VIII. 我未來成為醫師時，我期望自己怎麼做病情解釋？我認為怎樣的醫病溝通會比較有效？（未來規劃）
未來成為醫師後，我想效法鄧醫師做得好的地方，像是會先聆聽家屬的想法及疑問並解答後，再開始一一講解病情近況、治療方式等，會讓病患與家屬更安心，並且我也希望我的病患不要重演自己小時候的狀況，我會盡力和病患討論並清楚我打算做的每個決定，希望每位病人都能在充分理解自己的病情，以及治療措施背後的原因及風險後再接受診治，如此才能有良好的身體自主權，並且也能權衡利弊，做出自己的決策。最後我覺得有效的醫病溝通是建立在不拐彎抹角的對話方式，醫師如實講述病患的病情，而病患也能不隱瞞的述說自己的主訴，以利醫師做出正確的診斷。我覺得一個良好的醫病共享決策便是兼具以上幾點，醫師獲得尊重並交流資訊，病患提出想法與價值，雙方良好溝通討論，共同做出最可行之策。
教師回饋