

# 科技部補助專題研究計畫成果報告 期末報告

性別、知識、身體與權力：探討教學門診中醫學生的關懷教育

計畫類別：個別型計畫  
計畫編號：MOST 105-2629-S-182-001-  
執行期間：105年08月01日至106年10月31日  
執行單位：長庚大學醫學系

計畫主持人：方基存

計畫參與人員：碩士級-專任助理：張芸菁

中華民國 107 年 01 月 31 日

中文摘要：台灣的醫學教育於2012年開始實行「教學門診」的制度，由主治醫師帶領醫學生於門診間實際與病人互動，練習看診與進行身體檢查，試著擬出診療計畫，並由老師藉由『迷你臨床演練量表』（mini-Clinical Evaluation Exercise, mini-CEX）給予評核指導，與一般門診的觀摩學習迥然不同。然而，教學門診的評核中，主治醫師較能對於「病史詢問」及「理學檢查」的正確性有較精確及直接的指導，但對於關懷、倫理和性別議題的指導較為失衡，也顯示教學門診的評核與教學亟需改善。

教學門診作為「教學」及「真實醫療情境」的綜合體，由主治醫師控制全場，其需同時在「醫者」和「師者」的角色間轉換；病人的身體也於「病者的身體」和「展示患病的身體」間交錯，接受師生的診療、身體檢查與疾病討論。這也指向教學門診是一個充滿權力、知識建構與身體性別政治的場域，與「以病人為中心」的照護觀點恐有所偏離。

本研究旨在檢討教學門診蘊含的身體展示、知識傳授與建構，研究方法以田野觀察和深度訪談提出初探結果：教學門診的訓練通常由學生輪番上陣做問診和身體檢查，再由主治醫師接手，並在病人離開後給予學生指導意見，長久的訓練能夠讓學生建立自信、獨當一面，並精熟當代醫療需要短時間內「鑑別診斷」的能力。但此訓練過於偏重醫學知識、檢查技巧，使得對於病人和社會文化的構連與思考脫鉤，看不見病人的社會位階、性別，也較難系統性地給予關懷、醫病互動的指導。這是當代醫學教育只見「疾病」不見「病人」的關鍵要素之一，大多數的老師本來在此部分便缺乏敏感度且工作繁忙，因此在邀約病人、設計教學門診學習上難以投注更多心力。

另外值得注意的是，醫師在教學門診的主持是教學成功掌控保護病人權益的重要關鍵。病人本該是教學門診的「主角」，無論病人的想法是期透過身軀協助培育未來的醫者，或是礙於和主治權力關係而參加，但實際在門診的運作上較如「配角」，教學進行時病人被隔離於醫療術語與專業教學這條看不見的鴻溝之外，病人的和其身軀作為醫療權力進入、觀看、行使的切入點也於此。但，仍有醫師不僅讓病人擔任「活體教材」，更嘗試於教學時邀請病人共同討論、白話化教學的內容，或在教學告一段落時，仍主動再次向病人解釋，尊重病人主體性；或在醫學生不當操作、問診偏離或檢查危及病人安危時，適時介入，都展現其能游刃有餘地在「師者」與「醫者」的主持間來回穿，這都有助於當前醫療所謂「以病人為中心」、「醫病共享決策」等想法的落實。

中文關鍵詞：教學門診、以病人為中心、理學檢查、mini-CEX、關懷、性別與醫療、醫學教育

英文摘要：The purpose of this study is to review the physical display, knowledge impartment and construction implied in the teaching clinic. The research methods are based on the field observation and in-depth interview. The preliminary findings are as follows: The training of the teaching clinic is usually done by the students to do the interrogation and physical examination, And give guidance

to students after they leave. Long-term training will enable students to build up their self-confidence and independence and be proficient in contemporary medical needs in their ability to differentiate their diagnosis within a short period of time. However, this training places too much emphasis on medical knowledge and examination skills, which makes it impossible to systematically give consideration to the care and medical interaction between the patient and the society and culture. This is one of the key elements of contemporary medical education in which "sickness" is not seen as "sickness." Most of the teachers originally lacked sensitivity and were busy with work in this area. Therefore, it is difficult to devote more effort to soliciting patients and designing teaching and learning clinics .

It is also worth noting that the teaching of physicians in teaching clinics is an important key to the successful control of teaching patients to protect the rights and interests of patients. The patient is supposed to be the "protagonist" of the teaching clinic. Whether the patient's idea is to help nurture the future medical practitioner through his body or to participate in the relationship with the subject authority, the actual operation of the clinic is more of a "supporting role" As the patient is isolated from the invisible gap between medical terminology and professional teaching while the teaching is in progress, the starting point for the patient and his body to enter, view and exercise medical power is also here.

英文關鍵詞：teaching clinic, patient centered, Physical examination, caring, mini-CEX, gender and medicine, medical education

## 【目錄】

<u>目錄</u>	I
中文摘要	II
英文摘要	III
<u>內文</u>	
壹、前言	1
貳、文獻探討與研究目的	3
參、研究方法	6
肆、結果與討論（含結論與建議）	9
一、教學門診空間、制度	9
二、研究發現	12
參考文獻	23
<b>【附錄】</b>	
Mini-Cex 評估表	25
訪談大綱	27
研討會發表	31

## 中文摘要

台灣的醫學教育於 2012 年開始實行「教學門診」的制度，由主治醫師帶領醫學生於門診間實際與病人互動，練習看診與進行身體檢查，試著擬出診療計畫，並由老師藉由『迷你臨床演練量表』(mini-Clinical Evaluation Exercise, mini-CEX) 給予評核指導，與一般門診的觀摩學習迥然不同。然而，教學門診的評核中，主治醫師較能對於「病史詢問」及「理學檢查」的正確性有較精確及直接的指導，但對於關懷、倫理和性別議題的指導較為失衡，也顯示教學門診的評核與教學亟需改善。

教學門診作為「教學」及「真實醫療情境」的綜合體，由主治醫師控制全場，其需同時在「醫者」和「師者」的角色間轉換；病人的身體也於「病者的身體」和「展示患病的身體」間交錯，接受師生的診療、身體檢查與疾病討論。這也指向教學門診是一個充滿權力、知識建構與身體性別政治的場域，與「以病人為中心」的照護觀點恐有所偏離。

本研究旨在檢討教學門診蘊含的身體展示、知識傳授與建構，研究方法以田野觀察和深度訪談提出初探結果：教學門診的訓練通常由學生輪番上陣做問診和身體檢查，再由主治醫師接手，並在病人離開後給予學生指導意見，長久的訓練能夠讓學生建立自信、獨當一面，並精熟當代醫療需要短時間內「鑑別診斷」的能力。但此訓練過於偏重醫學知識、檢查技巧，使得對於病人和社會文化的構連與思考脫鉤，看不見病人的社會位階、性別，也較難系統性地給予關懷、醫病互動的指導。這是當代醫學教育只見「疾病」不見「病人」的關鍵要素之一，大多數的老師本來在此部分便缺乏敏感度且工作繁忙，因此在邀約病人、設計教學門診學習上難以投注更多心力。

另外值得注意的是，醫師在教學門診的主持是教學成功掌控保護病人權益的重要關鍵。病人本該是教學門診的「主角」，無論病人的想法是期透過身軀協助培育未來的醫者，或是礙於和主治權力關係而參加，但實際在門診的運作上較如「配角」，教學進行時病人被隔離於醫療術語與專業教學這條看不見的鴻溝之外，病人的和其身軀作為醫療權力進入、觀看、行使的切入點也於此。但，仍有醫師不僅讓病人擔任「活體教材」，更嘗試於教學時邀請病人共同討論、白話化教學的內容，或在教學告一段落時，仍主動再次向病人解釋，尊重病人主體性；或在醫學生不當操作、問診偏離或檢查危及病人安危時，適時介入，都展現其能游刃有餘地在「師者」與「醫者」的主持間來回穿，這都有助於當前醫療所謂「以病人為中心」、「醫病共享決策」等想法的落實。

**關鍵字：**教學門診、以病人為中心、理學檢查、mini-CEX、身性與醫療、醫學教育

## 英文摘要

The practice of teaching clinic was introduced into Taiwan's medical education in 2012, where, as oppose to general clinical observation, a group of medical students are led by an attending physician to interact with patients, practice diagnoses, perform physical examinations, and devise treatment plans in an outpatient clinic setting, and their performance is assessed by the attending physician via mini-CEX (mini-Clinical Evaluation Exercise). From the assessments of the teaching clinics, however, it was evident that the instructing attending physicians were more capable of issuing accurate and direct instructions on the accuracy of "history-taking" and "physical examination", while instructions on on topics like care, ethics, and gender were disproportionate. The result also revealed that the assessments and instructions of the teaching clinics were in dire need of improvements.

The teaching clinic, a combination of "teaching" and "real medical environment", is controlled by instructing attending physicians who constantly alternate between the roles of "doctor" and "instructor"; similarly the patients' body also switch between "the bodies of patients" and "conscious displays of disease" that receive treatments and physical examination from, and engage in discussions with, instructors and students. This is an indication that a teaching clinic is a venue filled with power, knowledge building, and body and gender politics, and thus may deviate from its "patient-centered" care perspective.

The aim of this paper is to review the physical display, and the dissemination and building of knowledge, involved in the teaching clinic. A preliminary result obtained via field observation and in-depth interviews revealed that the training programs in the teaching clinics often entails the students performing history-taking and physical examination in rotation, with the instructing attending physicians subsequently take over and provide feedback after the patients leave the premise. Long-term training allows the students to build confidence and independence, and be proficient in carrying out differential diagnosis in a short period of time, as required in contemporary medicine. The training, though, seems to over-emphasized medical knowledge and examination skills, to the extend that the training and the system of the teaching clinics are hindering the students and the instructors from recognizing the relevance of the patients and their interconnectedness with their social culture, to be blinded towards the patients' social status and gender, and the instructors may have a hard time to systematically provide instructions on patient care and doctor-patient interaction. This is one of the key factors why contemporary medicine sees "disease" and not "patients". Since majority of the

instructors are already insensitive in this regard and are occupied with heavy workload, investing more time and resources in recruiting patients and designing teaching clinic education is proving difficult.

It is also worth noting that the supervision of the attending physicians in the teaching clinics play a pivotal role in the success of protecting patient rights during the teaching process. The patients are supposed to be the protagonist in the teaching clinic, whether they intent to nurture future medical professionals with their body, or simply succumb to the authority of their attending physicians. In practice, they have been reduced to the role of supporting cast, alienated during the teaching sessions by an invisible divide comprised of medical jargons and professional education, and furthermore medical power relations is established and exercised in the setting of the teaching clinic, and displayed through the observation and interaction with the patients and their bodies.

Despite these common practices, some physicians do invite their patients to assume the role of a living teaching material, and attempt to incorporate them into joint discussions conducted in vernacular language, explain to the patients again during intermissions the lecture material, acknowledging the patients' subjectivity, or intervene when students operate improperly, misdiagnose, or risk patient safety during examination, demonstrating the ability to alternate swiftly between the roles of teacher and doctor as demanded. These actions can facilitate the implementation of the so called "patient-oriented" and "shared decision making" practices.

**Keywords:** teaching clinic, patient centered, Physical examination, mini-CEX, gender and medicine, medical education

## 壹、前言

教學門診設置的意義，其一為醫師經驗傳承，其二為在台灣的健保制度下，門診作為病人可近性最高的重要場所，其診療行為的培養，是醫師養成教育的重點(陳南松等，2003)。台灣自 2002 年起開始推動教學門診制度，並列為「醫學系評鑑」的重點項目之一。教學門診作為一種「教學」及「真實醫療情境」的綜合體，實習醫學生及住院醫師藉由此場域，觀摩主治醫師(師者)的看診方式，並實際操演病史詢問、理學檢查等重要門診學習項目，接受主治醫師對其醫學專業知識、溝通能力、關懷等項目評核與回饋，藉以提升臨床的診療能力。

教學門診有別於一般門診看診時間的緊湊，有充分問診的時間、並限制病人人數，在這樣一個較為從容的教學門診環境，可說是接近「理想狀態」的形塑。避免醫師在缺乏時間和壓力下工作、並建立良好的學習榜樣，盡可能控制變因避免醫師失去熱誠(Florina Ahrweiler, 2014)。教學門診當前運作的模式，由主治醫師挑選病症較不複雜的病人作為參與的對象；看診的方式，多由醫學生練習和病人晤談，再由主治醫師看診並確認處方或後續的檢查，並藉由現場的口說回饋與評核表，提供學生參考與改進的建言。國內最普遍引用的評量方式，為 1995 年美國內科醫學會(ABLM) Norcini 等人所研擬之 Mini-CEX(mini Clinical Evaluation Exercise, 迷你臨床演練評量)，其中包含七項指引：「醫療面談」、「身體檢查」、「人道專業」、「臨床判斷」、「諮商衛教」、「組織效能」、「整體臨床稱職」，可在 20-30 分鐘內完成 (陳偉德等，2005)。

在看診中，醫學生學習「做醫師」(doing a doctor)，其專業知識、身體檢查、病歷書寫、醫病溝通、人道關懷等都列入評比。學生不僅要面對病人，觸碰檢查病人身體，也同時須將在應對進退展現關懷、同理心、倫理。在這些項目的指導上，最為明確的就是病症探詢和理學檢查操作的正確性，原因是這些標準與明確的實證醫學知識強力扣連，但對於關懷教育以及對病人身體性別議題的敏感度、評比與教學，則在灰色地帶遊走，也是當前教學門診較未能積極處理之處。

聯合國在 1995 年開始推行「性別主流化」(gender mainstreaming)，其定義為「評估任何計畫的行動對女性和男性的影響過程，包括在任何領域以及各個層級的立法、政策或實施方案」、「將女性與男性所關注的，以及將他/她們的經驗融入所有政治、經濟和社會的政策和程序的設計、實施、監測、以及評估的策略」，以促成「性別平等」(成令方，2010)。在醫療專業以生物醫學為中心的文化下，性別議題緊密鑲嵌於醫療職場、醫病互動、醫療診斷、醫囑遵從；「性別平等」經常被誤解、窄化為「性騷擾」的問題，而無法理解這是結構性、關乎性別文化的社會建構和醫療不平等間的關係(成令方等，2011)。

過去，醫界的醫護分工為醫師主診療、護理主照護，因此關懷照顧一直是護理主要的核心專業之一；又因歷史上護理工作多以為女性的主，在醫護分工的主從權力上，護理和關懷也成為一種女性化的從屬特質(吳志鴻，2009)，這也一直是性別研究中關心的議題。然而，在近代國內外興起的醫學人文關懷，對於醫學教育的改革與反省，對於關懷教育的關切，已化為明確的努力目標，也界定為醫學學生的專業素養之一。教學門診，便是一個增進醫學臨床教育與關懷教育的代表性場。由於醫學和護理工作的性質不同，關懷的切入與著重顯然也會有「同中存異」的狀況，但相關探討的研究仍然略少，更缺乏加入性別觀點審視的可能，這也是本研究以性別研究結合醫學教育作為融合檢視的企圖。

## 貳、文獻探討與研究目的

過去對教學門診的研究，包括對於教學門診的成效(病人 case 選擇、人量和時間安排、看診方式)、教師教學的滿意度及師培後的成效比較(陳偉德等, 2005)、學生學習需求及各項學習的成效(林佩君等, 2007)，更包含病人對教學門診的感受(趙冠雅等, 2003)。有些研究指出，學習者認為，在病史詢問、身體檢查和醫病關係、練習非專業術語溝通等項目可以有效學習(林佩君等, 2007)；教學者的表達能力能否傳達臨床經驗是關乎成敗的關鍵(張梅芳等)；病人平均看診時間為 24.1 分鐘，平均可接受 2.16 位學生參與，有九成五表示有足夠時間和醫師討論病情。但值得注意的是，病人表示對於醫學生在場，有高達七成五感到不自在，也重視參與教學門診是否事先知情(趙冠雅等, 2003)。

此外，教學門診的身體檢查，學生必定面臨和病人的身體接觸，尤其參與之醫學五、六、七年級學生，尚未通過 OSCE 測驗(台灣於 2012 年起，醫學系畢業生須通此項能力測驗，才得以參加國考)，於身體接觸的技巧與溝通，勢必仍有學習的空間，但接觸的對象已是「真實病人」而非「標準病人」。尤其，有許多專科涉及身體的私隱處，就連國外調查醫學生同儕相互練習檢查的參與研究中，也發現性別、年齡和宗教是關鍵因素，即便是同性的醫學生檢查私隱處(如：胸部和鼠蹊部)，也仍有部分人心存芥蒂(Charlotte E Rees, 2004；2005)。教師是否能夠完全掌握病人和學生的狀況？還是以學習者為導向而忽略貫徹「以病人為中心」的理念？然而，教學門診的評核，並不包含病人的回饋，若沒有特別的調查，亦無從得知病人真實的想法。到底怎麼算一個「好醫師」？如何評定？由誰評定？如何納入病人的感受與在意的觀點，這也是本研究試圖挖掘的重點之一。

國內的研究缺乏病人對於參與教學門診經驗的深入探究。以「教學門診」為關鍵字作為搜尋，一個以年輕女性組成、討論保養藥妝的網路論壇<sup>1</sup>，標題為「大家會討厭教學門診嗎？」，摘錄四位網友的發言，值得深究：

『幾年前胸部長了點東西，所以趕緊去某醫院掛號，當時沒注意掛到的是教學門診，所以看診時真是相當尷尬....呃。不過話說回來，總得讓年輕一輩的多些實習經驗，畢竟未來的醫療要靠他們啊～』

『有一次去 X 總看皮膚科，結果是教學門診，一個醫生和三、四個實習醫生，看病態度很差以後都不想去 X 總～要內診也不等病人準備好，我是女生耶.....送我錢都不想再踏進去!』

---

<sup>1</sup> 網址：[http://forum.fashionguide.com.tw/post\\_list.php?topic\\_id=830072](http://forum.fashionguide.com.tw/post_list.php?topic_id=830072)。FG 討論版為使用者討論、評選化妝保養品試用狀況的知名網站，以年輕女性使用者居多。

『如果不是害羞的病（痔瘡、痘痘、蛀牙之類的），我不介意。而且我覺得醫生會看得比較仔細比較久，然後實習的會看得更仔細，如果有隱藏的病應該也會被發現吧 XD』

『4 個學生排排坐，然後醫生在講解我的影像片的時候，我以為是說給我聽的，結果他後面都加一句說：「有注意到嗎？」我感覺超差的，我是病人就在前面，然後他結果都是自己在講課給學生聽喔？還很難插話問他問題，最後問題也完全忽略跟敷衍過去，結果整個門診完我居然是霧殺殺的出來。我個人覺得教學門診不是不好，根本是醫生的問題!』

這些意見呈現幾個重要的觀點：(1)病人身體作為一種提供醫學生學習的「功能」，即便有所不適，也有某些人願意抱持著「犧牲奉獻」的精神，提升未來的醫療品質；(2)身體檢查的部位和病人的性別、年齡，會影響病人的接受程度，相當程度呼應現有的研究；(3)教學門診的看診時間長、檢查細緻，變成吸引病人參與的優勢；(4)病人和醫師在醫療專業上存在著嚴重的資訊、權力不對等，醫師因教學需求而未能兼顧病人感受與求知的慾望。教學門診該如何擺脫「教學」和「看診」分化的狀態？而將病人視為「夥伴關係」的「參與者」呢？

Emanuel and Emanuel(1992)曾提出四種醫病關係模式：(1)父權模式(paternalistic model)：醫師具有主導地位，扮演守護者的角色，依照專業訓練決定出其認為對病人最好的醫療決定，病人只是服從；(2)資訊提供模式(informative model)，醫師提供客觀訊息，由病人決定並承擔後果；(3)詮釋模式(interpretive model)：醫師扮演如諮商或顧問的角色，釐清病人的需求，選擇符合其價值之醫療照護；(4)商議模式(deliberative model)：醫者如師如友，詳細解釋並建議，協助病人檢視合為最值得追求之價值，以便做出最適合病人的醫療方式，醫病相互溝通，可透過討論並接受變化。有研究指出醫病關係兩端對互動模式的理解有極大落差，醫師多認為是以詮釋和商議模式進行，但病人認為多數醫病模式為父權和資訊提供(劉彩娥、王萬琳、應立志，2013)。亦有學者視醫病互動為醫「用」互動，認為醫病關係所隱含的權力運作，在知識的構面上，包含醫學知識、社會論述與個人微隱的知識，醫療使用者也會透過某種程度的策略以進行協商(成令方，2002)。這也讓我們思考，醫病關係以何種方式在教學門診中教導與建構？在教學門診中的特殊情境，師者和學生所認為傳遞的模式，以及三方理解的醫病互動方式，在是否也有落差，進而影響醫病關係呢？且教學門診的學生非固定而是輪替，往後不見得會繼續再碰到患者，這樣短暫性的醫病關係，代表的意義為何？

在以「病人為中心」的主軸教育中，醫學生的性別及所處階段的不同，也會影響其觀點的改變。一個橫斷五年的醫學生研究，發現男醫學生在二、三年級及大五見習後的這兩個階段，隨著接觸專業知識越多，在對病人的「照顧」與「分享」

方面，會逐漸趨於「以醫師為中心」的模式；而女學生相較男學生，雖仍有略微變化但仍穩定地傾向提供「以病人為中心」的醫療照護模式，和國外的研究結果類似(高美英等，2009)。進入教學門診的醫學生，都已是五年級以上的學生，他們對於病人的關懷表現和態度，又是如何？男女醫學生的表現會有差異嗎？又是怎樣的差異？

以當前 Mini-CEX 評比病人關懷的項目中<sup>2</sup>，最相關的就是「人道關懷」，包括六項指標：「表現尊重」、「同理心(感同身受)」、「建立良好的醫病關係與信賴感」、「能注意並處理病人是否舒適」、「注意守密」、「對病人尋求相關訊息的需求能適當滿足」。師者到底如何評定？這些項目是否足夠反映病人對教學門診關懷的需求？過去，關懷研究一直是護理界所廣為重視的項目(李校正、方月燕，2000；林宜昀、丘周萍，2003)，國外也發展許多關於「關懷」表現的量表。但是，是否適用於特殊情境下的教學門診？則是我們希望審視與修正的。

綜合上述的討論，本研究的目的是在於：(1)了解性別與科學教育學習的關係，解構教學門診的評核和運作機制，除觀察醫學生的學習狀況，也觀察不同醫師之指導方式；(2)探討病人看診經驗與身體性別政治，及所連帶的之醫病及權力關係；(3) 提出教學門診的改善建言與教學策略，並建立教學門診的關懷評核指標。

---

<sup>2</sup> 以長庚紀念醫院為例。請見附件二。

## 參、研究方法與倫理

### 1.研究方法

本研究透過質性研究方法的參與觀察法(Participant Observation)、深度訪談(in-depth interview)，了解教學門診的運作及主治醫師(老師)、醫學生和病人三方的經驗，提出對於教學門診教學內涵的建言。質性研究用於醫學教育及教學門診的研究甚少，一則是研究者要進入醫療現場有其困難性及倫理問題；二則為過去教學門診的評核表及研究，多為滿意度的調查與填答，難以囊括醫師、醫學生、病人三方的經驗檢視，故採用質性研究有其必要性與拓展性。研究共經歷一年的時間，觀摩共 9 種不同科別的教學門診(共 14 位醫師的教學診)；並訪談 7 位教學主治醫師、10 位病人參與者和 11 位醫學生。

#### A. 參與觀察法

藉由某醫學中心的教學門診場域，直接觀察現場的狀況，共陸續參與 9 個科別<sup>3</sup>，觀察時間自 2016 年 10 月起至 2017 年 7 月止，每診觀察 1~2 次；每診每次平均 3 小時。醫療知識與場域，其空間配置、人員參與乃至細微的語言和非語言的醫病互動，經研究者親身觀察，能夠彌補許多想像的鴻溝，更了解教學門診實際的操作狀況，以便更加概念化及釐清研究之問題意識，並發掘可能因研究者視角所忽略的觀點，更從中挑選適合的受訪者。

有些醫院之教學門診會將看診過程經病人同意後，進行錄影，以便未來就看診過程與年輕醫師進一步討論看診的方式及詢問病史的技巧。由於選擇之醫學中心之教學門診並無錄影之機制、且錄影較容易讓病人感到排拒與擔憂隱私，因此參與觀察亦是作為避免錄影介入的折衷方式。

#### B.深度訪談

藉由半結構式的訪談帶領教學門診之主治醫師 7 位；醫學生 10 位(男女醫學生各半)；病人 9 位。並經過受訪者同意後進行錄音。訪談時間自 2016 年 11 月起至 2018 年 1 月止。藉由三方的說法交叉檢視，兼顧各種立場之觀點。以下為參與觀察和訪談所欲了解的重要問題：

##### (1)主治醫師(教師)

- 1.比較主治醫師帶領教學門診的方式及其影響。。
- 2.了解評核醫學生關懷、溝通能力評值的根據或標準
- 3.了解理學/身體檢查之教學、倫理與判準。
- 4.了解教師選擇病人/CASE 參與教學門診與分派病人給學生之決策過程。

---

<sup>3</sup>胸腔血管外科、婦產科、復健科、新陳代謝科、泌尿科、一般內科、腎臟科、神經內科、呼吸胸腔科。

5.了解醫病互動與醫療決策模式。

## (2)醫學生

參與教學門診之準醫師，其實包括住院醫師(Intern)、PGY 以及醫學系五、六年級(clerk)的學生。田野觀察中的對象尤其以 clerk 跟診居多，而且在醫學教育的培養上，正初步進入臨床的經驗，主治醫師及同儕對醫學生的身教有著重要的影響，故以此為考量，而限定於該年級範疇之醫學生做為探討的對象。

- 1.觀察男女醫學生的關懷和溝通能力的表現狀況；如何與病人互動。
- 2.了解其教學門診的學習經驗、受評核的狀況與學習建言。
- 3.了解其對教學者之觀察及偏好的醫病關係之互動模式。

## (3)病人

- 1.參與教學門診的經驗與看法。
- 2.身體檢查的界線、經驗。
- 4.溝通、互動與告知的倫理。
- 5.了解其偏好的醫病關係之互動模式。

## 2.研究倫理

### A.教學門診觀察

教學門診本身具備研究與教育的意義，在病人就診時就須告知並簽署同意書。要進入此場域需要徵得主治醫師的同意，並告知與徵詢當天參與的醫學生與病人。若有其他研究或錄音的需求，也同時需要告知在場之參與者，並徵求同意。參與的研究者進入觀察，需要事前對研究進一步說明，但可能造成醫師和學生的壓力或某些行為的刻意表現；也可能因在場人數過多而略造成病人的壓力。故，對於教學門診的選擇與事前溝通、告知，是重要的前置作業。本研究之計畫主持人同時具備醫學教育之背景、仍在醫界服務、也擔任領導教學門診的工作，因此在協調與選擇適合的觀察田野，能夠進行有效的溝通。在參與觀察的研究者，在教學門診的進行過程，需盡可能讓在場的人員忽略自己的存在，當個沉默、不干擾的觀察者。

### B.避免受訪者的身分被指認

無論是主治醫師、醫學生、病人的受訪，資料之使用，需要避免其身分的指認，以避免造成醫病關係反向發展或影響學生成績表現。對於受試者訪查的結果及診斷，研究主持人將持保密的態度，小心維護其隱私；如果發表研究結果，受試者的身分仍將保密；並承諾絕不違反受試者的身分之機密性。受訪者之呈現將

以編碼代號出現，並修改任何可能指認其身分背景描述，並將錄音檔等資料妥善保管。受訪者原則上以挑選在同一醫院場域，以減少不同醫院之教學門診的異質性，造成研究過多的變數。但若在邀訪或受訪的過程中，研究者藉由受訪者的反應及蒐集資料的飽和度判斷因受訪者有所顧慮而回答保留，那招募方式會調整為以不限同一醫院的志願者，以保護被研究者的利益為優先考量。

## 肆、研究討論

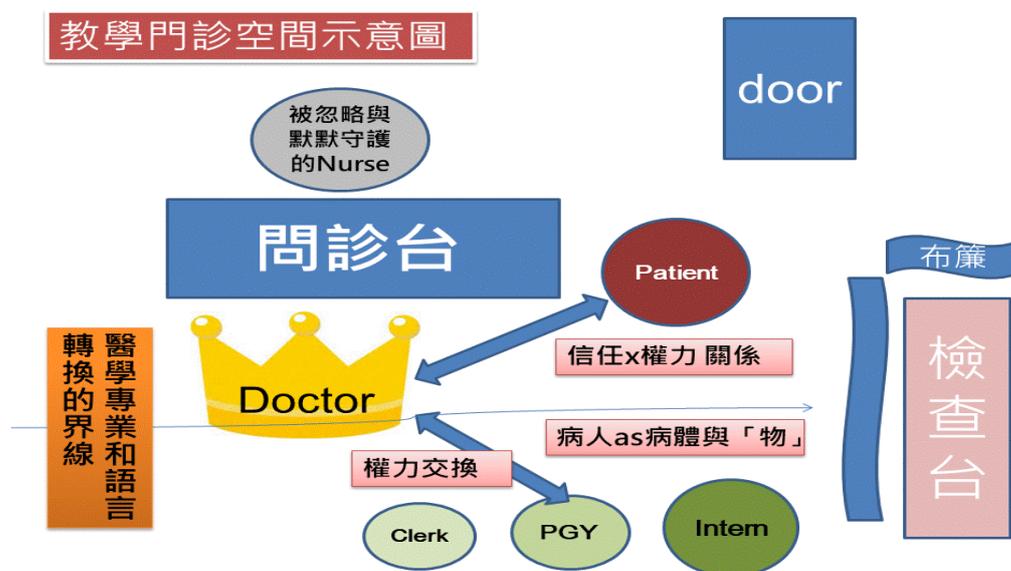
### 一、教學門診空間、制度

以下針對田野內教學門診的狀況，先進行更進一步的介紹。

#### 1. 教學門診的空間

教學門診通常沒有一個特別獨立的空間，仍以與各科別的一般門診區域混合使用，但教學門診會在門口掛上「教學門診」四個字的門牌提醒民眾。另外，在病人於門外候診時，護理師可能就會請病人簽屬教學門診的同意書、並再次提醒教學門診與一般門診的差異性，然後病人再入內就診。

教學門診的參與學生，理想上為三位，有時候會到五位或以上，參與學生為實習醫學生到住院醫師(五年級和六年級的clerk、PGY 或R)，但田野觀摩中較常碰到clerk。門診內的空間配置，和一般門診不同的是，參與的醫學學習者會坐在醫師旁邊一排，有時候學生太多，除了診間狹小外，也很容易造成病人看診的壓力。



圖一、教學門診空間示意圖

#### 2. 師資的挑選

田野研究觀察的教學醫院，該院的師資挑選其規定是由助理教授以上，並經過各科推薦，每周開設一診。長久以來醫學教育並不為醫師所重視，早期負責教學的醫師多是直接委派。

教學門診好像助理教授以上，然後會徵詢科裡面的意見或經驗，然後推薦，因為這以前是苦差事，早期是那個沒有薪酬的。……我了解教學門診那時候，找的是 Volunteer，或者老闆說你是 Volunteer。(醫師 A)

近年鼓勵醫師教學，教學門診每滿 3 位病人、3 位醫學生，教學門診才得以成立，醫院才核發醫師的教學補助費。

你一定要有三個要有記錄，要有三個病人，至少要有三個學生，你的教學門診才有一個特別的什麼費用，阿如果你沒有的時候，兩個學生或者是兩個病人，兜謀阿(台語)…，像我們常也會開玩笑：「今天是白看了」…老實講對我來說，我不知道別人，我已經不在乎那些錢…教學是我的興趣。(醫師 B)

開設教學門診對醫師的影響，會擠壓開設一般健保門診的時間(院方制度上限制每位醫師的開診數，教學門診和一般門診都是相同的計算方式)，同時也需要花費心力約病人、教學，比起健保給付的所得，補助費顯得微薄，也擔心病人掛不到自己開設的一般門診而轉看別位醫師。因此，醫師除熱忱外，需要更多制度上的支持。

我想很多人不是不想開教學門診啦，就是如果額外的，應該是有些人可能還會，但是如果說減少了(一般門診的數量)，因為你這樣病人數會減少啦…所以應該是說就是如果他原本就是有三個診，教學診是再加上去的…不要說要多一個教學診，減一個診，加(教學)診(應該)是一個 EXTRA。(醫師 C)

早期由於尋覓教師就辛苦，因此更缺乏教學門診的師資培訓。

那你說訓練？不用訓練ㄟ，你已經找到那個，找到勇士就不容易了，你還叫他說要身高要 170 公分，儀態端正很難啦。(醫師 A)

直到近年教學門診也引進國外的評核方式，醫院也開始訓練教學醫師，但目前各科運行的狀況，仍是各教學醫師自行邀約病人、設定教學目標，並沒有強制統一的教學風格或運行方式，。

### 3. 病人的挑選

病人的來源，絕大部分是主治醫師於一般門診看診時，挑選病情狀況不複雜、典型／常見疾病、醫病關係良好，有時間與意願配合醫學實習生學習的病人。同時，醫院的掛號系統上，教學門診也並不會顯示在系統上，一般初診病人並無法自行掛

入，除非是急診等狀況由院內醫護人員協助掛號掛入，因此教學門診的病人幾乎都是複診病人。

有些醫師也接受初診病人，但不開放診病人的醫師則認為，無法掌控初診病人的狀況，就難掌控教學狀況。

初診的教學門診有個缺點，因為老師都不知道病人是什麼…第二病人進來…是小病，已經在醫學中心學了，應該不是學這個，如果這種病，本來就不應該，那有些是無病呻吟的，那無病呻吟有老師看了都抓狂(台語)，你叫學生問了一大堆，有的明明狀態，說難聽一點，有些病人他真的根本不必來看病的，那你平常看這個病人，你有時候叫他說，可能就沒事你就走，但是那如果是學生跟他講說，你要他花個半小時跟他講有的沒有的，有沒有意義，這個是當然是見仁見智啦。(醫師 B)

在參與病人的生理性別部分，除特殊專科(ex：婦產科之外)可能會偏於某些性別，醫師在挑選病人上，並不會特別考量參與的病人性別比。但是年輕女性在就診時，在接受胸部或下半身之私隱部位，會有較多的考量，可能會拒絕或排除男醫學生參與；或者男學生檢查必須隔著衣服聽診，會有聽不清楚的狀況。

在疾病的類型上，多數醫師採隨機的方式，以便讓學生能夠適應醫學中心多變、多樣的病人狀況。

臨床醫學的工作，他本來就是非常多元的。因為今天有設定一個教學的目標在，所以可能就要有選擇性的病。但是以我的認知…因為，他本來就是要有這個能力去面對很多元、不同層面、不同複雜度、不同程度的疾病，尤其我們現在科別分的夠細了，如果你再分下去…就沒完沒了，所以我們還是要訓練學生他能夠去面對多元病人。(醫師 E)

因此，病人的挑選，和醫師教學門診設定的目標，有極高的關聯性。

初診病人	複診病人
學生可以從頭探索 家族史、病史	主治較能掌控病人狀況
未有強烈的信任關係，亦不確定對教學門診的認知狀況。訪談中有狀況的病人，多是初診病人。	醫病關係較穩固，但有可能是 1.過於老練的病人，不需多加指引已經熟悉教學門診的步驟，學生無須更引導，就說出自己的問題；抑或是病況已較為穩定，大幅降低摸索的過程與挑戰性。

## 4. 教學門診的運行

教學門診通常會因為科別不同以及老師的教學風格，而在運作上有所差異。大致來說，一般典型的教學方式為：

### 1.前情提要

了解病人資訊(老師會做提要，或是學生從電腦病歷中了解；有些老師會進一步給予學生要明確的目標，EX:檢查報告病情說明、衛教等)



### 2.學生上場

可能依學生年級或層級的高低，資深者先上場。  
學生與主治醫師換坐位，請病人進來，開始進行實際的演練。



### 3.回饋與討論

病人離開診間，主治老師給予學生回饋意見。  
有些老師會加入同儕互評和學生自評。  
有時病人未離開診間，老師也會和學生進行教學討論。



### 4.總結

主治醫師總結，教學門診結束。

## 二、研究發現

教學門診不僅是個知識傳遞的場域，也再製醫學生長幼有序階層文化；在理學檢查方面，少數科別會因為學生的性別產生學習上的性別隔離。同時，教學門診混雜教學與看診的兩項目的，因此老師的帶領方式與設定學習目標就非常重要，不僅達成學習目標，同時也保護病人的隱私與安全。教學門診的訓練通常由資深至資淺學生輪番上陣做問診和身體檢查，再由主治醫師接手，並在病人離開後給予學生指導意見，長久的訓練能夠讓學生建立自信、獨當一面，並精熟當代醫療需要短時間內的看診能力，並在觀摩不同醫師的醫病關係後逐漸自成一格。但此訓練仍過於偏重醫學知識、檢查技巧，使得對於病人和社會文化的構連與思考脫鉤，看不見病人的社會位階、性別，也較難系統性地給予關懷、醫病互動的指導。這是當代醫學教育只見「疾病」不見「病人」的關鍵要素之一。

教學門診現行的狀況，病人的參與多考量看診時間充裕、能受到仔細檢查為，

也成為醫師說服病人參與的誘因，醫病關係良好的病人尤其願意協助醫師讓學生學習；少數病人因考量長期倚賴醫師照顧，在求達成看診目的的底線下，勉強配合，這也顯示醫病關係中的權力不平等。

現今的教學門診設計由於並非往後實際看診的狀況，加上醫師忙碌、投入誘因少、醫院評鑑的形式文化，若沒有實作機會與有效指導，學生的學習態度與意願也較為低落。教學門診的教學如何因應各專科的差異而調整，也是未來應該整合的重點。此外，教學門診偏重「生物醫學」的教學嚴重缺乏「社會醫學」思考的現象，往往因老師自身亦缺乏敏感度而無法執行，這是師資培育的重要項目；爾後，性別平等的相關議題的觀點與思考才能夠更有效地嵌入，而非只有防治性騷擾的概念。但整體來說，全人醫療和重視病人的文化，在現今看診時間限縮、健保與功利主義醫療文化（制度下的行醫模式）的限制下，著實難以推廣、深化，易成空談，難以改革。

以下為研究發現之細項說明與分析：

### 1.過度強調生物醫學（Biomedical Model）的教學模式與其如何可能

教學門診與一般門診的差異在於教學門診是一個著重「教學」以及「學生實際演練」的狀況，而且學生的表現所有過程都在老師的督導下進行，老師在觀察學生的問診態度、方式與技巧，就能過琢磨學生的程度，進而給予建議。

醫學生在其他臨床的場域諸如一般門診比較是從旁觀摩的角色；病房則除非在主治醫師查房時才比較會有交談與教學進行的可能。因此，教學門診具備老師設計（挑選病人）以及醫學生實際學習「做醫師」（doing doctor）的過程，我們可以從中去探索在醫師養成教育中，醫學知識到底是如何傳遞與形塑，以及其中的醫病關係是如何，以及其如何成為可能。

醫學教育長久以來被質疑過於著重生物醫學模式的學習，著重於「疾病」的思考，忽略社會和心理等因素，無法將病人和他的社會、文化、環境等因素相互連結思考。本研究田野觀察的結果，教學門診著重的教學項目為「**病史詢問**」（history taking）和「**理學檢查**」（physical examination），教學涉及的方向包括：疾病的資訊蒐集、排除、判斷、邏輯思考；理學檢查的技巧及溝通，非常缺乏對於如何思考病人的生理－心理－社會之間的構聯性。醫學教育欠缺的原因，源自於老師是否本身便具備此方向的敏感度、是否認為這重要的問題、如何於教學門診做結合等因素。醫學生即便程度不一，尤其較資淺的 CLERK，更可以著墨於溝通技巧，包括學生問診使用的詞彙、肢體語言、互動的方式，分享如何觀察與體察病人、體察病人的社會文化層面及生活經驗。

過去對於教學門的研究，學習者也指出在醫病溝通中，病人的生活經驗（生理－心理）最容易被忽略(林佩君等，2009)。早在 1977 年，重視「生物－心理－社會」的社會醫學模式，就由美國紐約州羅徹斯特大學教授恩格爾（Engel）率先提出，並呼籲該模式應取代現行的生物醫學模式，因此我們認為教學門診的場域，應該是非常適合融入社會醫學模式的教學。但是，當前仍就是重於知識性的面向。

造成這個狀況之因素包括：

### (1) 教學門診的時間有限，難以更加細緻化

即便教學門診時間較一般門診時間，推估每位病人約花費半小時的時間在診間。但教學門診老師必須在有限時間內，提供學生實作、接手協助病人完成看診，並提供學生回饋意見，因此要花費更多時間指導更抽象的社會醫學思考，可能可以給予原則性的建議，無法細緻討論（例如肢體語言的指導）。且參與學習者例如醫學五、六年級的 clerk 對於疾病的認識不夠深，仍有許多知識層面及和病人互動的不成熟，許多老師選擇講述較具體的知識面向。

### (2) 學生的期待「teaching 很多的老師」

醫學系學生在長期生物醫學的學習方式，也很容易過度重視知識麵的追求，因此參與臨床教學活動，往往首重是否能在能夠接受的時間內，從老師身上習得重要的醫學知識。這也是學生會先向學長姐、同儕探問醫師風格的「前置作業」。

譬如說會問這個老師有沒有 teaching，就是他會不會教，…但最主要是先問這個老師跟他到底要多久，對，時間，就是譬如說像在這個部分的話，像 X 醫師算是惡名昭彰，就是因為八點半到一點之類的這種，對阿就是大家最關注的點還是到底要跟多久，對阿，老師會不會先放人，然後他會不會教阿，會不會教也是蠻重要的一點。(CLERK-A)

而這樣的醫學文化上行下效，也造成老師考量學生的需求和喜好，也不願再非生物醫學的時間上投注過多的心力與時間。

這些老師可能忘了，也可能他也不知道要這樣做，也可能覺得做起來反正學生也不愛聽，他覺得影響力不夠，何苦。喔，類似這樣的，很多。你可以一個一個去問。全人？有，全人別人教就好了，我這邊、我這邊外科沒有啦，沒有什麼全人，大家都是很順利的，那你問問內科，內科當然說，這些學生只想聽專業的東西。…名醫喔，治療還是首要，你不能說他就是只會很會觀察，很會關心病人，然後治療不好，這樣也是不行。……學生其實眼睛很雪亮的，你跟他講這個是好、好老師，可是他臨床上，你說這個是好老師，可是臨床上他就是弱勢，他就是不被重

視，醫院制度或各種方面或病人根本不想要這一套，學生也不會想學的。所以這是個困境。

(醫師 D)

但是有時候其實有些學生的反應，大部分都不錯，但有時候會覺得太囉嗦了，他們要趕快…(醫師 C)

### (3) 老師本身學養是否具備敏感度，及其教學重心與目標

老師是否能連結病人社會文化的觀察，以至於具備性別敏感度，這都關乎於老師自身是否具備這樣的能力。而具備此種能力之後，還必須在「師徒制」的教學帶領體制下，老師也需要認為社會醫學模式觀點的重要性，才有可能融入教學中。

這也是台灣醫學教育很忽略的地方，就是大家很講究疾病，跟那個治療，可是卻很少講究就是背後的一些，就是這個疾病背後所造成的因素，或者是只要流行病學或公共衛生學這方面的…醫學教育很缺乏這樣子的東西，所以這種東西會不會在教學門診中被強調，其實是還蠻不怎麼意外，這就是一個普遍存在的現象，甚至是在很多主治醫師可能自己看診的時候，都不會特別覺得這些東西有什麼特別的。…他們主要都只針對：這個疾病我們要怎麼去診斷，怎麼樣去知道…這邊的這個病，然後知道這個病之後，怎麼治，我覺得台灣的教育，醫學教育一直都停留在這一塊上。(PGY-B)

有些病人也了解早期醫學教育的不同，對於不同世代醫師展現出的方式，有不同的期待，更對年輕一代的醫師，有更深的期許。一位女病人在經歷外院某皮膚科的教學門診，在告知未著底褲後，仍被要求直接掀起長裙供大家觀看，而有所感：

當時見到對方是比較中高齡的女醫師，我心裡也產生了一種想法就是說，她可能對於這方面(性別)的意識沒有那麼足，所以我就放低了我的…那個叫做是我的忍耐，我會對他有更多的包容。就是說假如說對方今天是年輕的女醫師，我會覺得妳可能要知道我的感受可能是…我要用更謹慎的態度來面對這件事情。就可能會有這種想法啦。(病人 A)

學生分享在教學門診實作時的觀察體悟，指出老師通常在學生能夠習得疾病的判準多所讚許，其餘部分也不甚重視。

通常都是有問出疾病，老師才會不錯不錯不錯，其它的多的那一些老師都不會說什麼。…你有注意到全人醫療很好，可是其實老師根本不在乎這個，很多老師給我的感覺他們其實不在乎這個。…我真的是覺得大家其實沒有到很重視，還好。

不過我相信有很多人是有放在心中，可是沒有那麼重視而已。…鑑別診斷講出來就是一百分的學生，其它都是多餘的，我覺得對大多數的醫師都是這樣。(CLERK C)

#### (4) 現行制度下的行醫模式(SYSTEM BASED PRACTICE)

在提倡全人醫療、重視社會醫學模式和以病人為中心的觀點，在臨床現實的實踐下，有其困境。

一些具備敏感度且有教學熱誠的老師，仍不免擔心同儕和學生的眼光。

如果這個醫院一百個醫生有九十九個都是這樣子來講，他們說，喔，原來醫生是這樣子。可是醫院一百個裡面只有一個醫生要講，…你是很奇怪的醫生，他不見得會學你。只有認為好的會學。所以我們不只在教學生，我們也在堅持我們信念，我希望跟我有同樣信念的有更多更多更多的老師。(醫師 D)

再者，他提及現行健保與商業模式的醫療體系，並未給予關照病人的醫師更多實質上的鼓勵，也難以有實質上的回饋。

所以你要在裡面教到這個，所謂這個全人的這個教法喔，大概就是這個醫生你叫他硬裝也裝不來，他平常就是這樣子的。…這種醫生時間就是要花很多，在一些財團醫院裡面時間很寶貴，時間很寶貴是因為他們都用後面的金錢去衡量了，而不是用病人的快樂健康、社區的快樂健康衡量，因為那些給付是少的，甚至沒給付的。(醫師 D)

那學生看久了這樣的門診，他就會覺得那看診就是應該這樣，我可以看更多的病人，我可以拿到更多的門診的給付的錢，那他就會認為說這就是門診。可是我覺得不應該是這樣子。(醫師 F)

也有醫師提醒，必須彈性去應用社會醫學的觀點，在台灣現行的看診模式，教學模式難以符合未來行醫能力所需，因此能夠快速抓重點、在時間內完成所有的診療，也是需要培養的能力。

我們不是為了蒐集而蒐集(病人資訊)，而是這些蒐集了，對解決他的問題有幫助，你當然是值得去花時間在這個地方。而不是說我每個非花時間去談、去了解，因為…尤其我們台灣的醫療環境，不要用我們現在所理解的，有些國家的制度，比如說他一個門診可能就看十個病人阿，所以是完全不一樣的狀況，**所以重點還是要放在能不能解決他這次的問題。**……你剛講一定要用生理、社會模式來套在這裏面，哪有那麼多時間！…但是不是說不關心病人，**我今天完全是站在病人的角度，最重要是解決他這次來的問題。**…這個基本功不是對生理的病，而是說這個相關的一些問題他還是有阿。現在是讓他有效去用這些資訊，而不是套這個公式進來，不是說這個公式沒有它的價值。就是說，在這個時候，有些時候你對這個病人夠熟悉夠了解，你最後對他一定是清楚明白的。(問:就是長久的醫病關係…)

對，因為你解決他的問題，他也認為你夠了解他的時候，這種醫病關係很自然就建立起來。最後，你很了解他的病的原因，有些不是單純生理的問題。事實上如果你仔細去看去看，很多都是個人的習慣、心理的壓力、精神的壓力，家人、社會、工作所帶給他的。(醫師 E)

師徒制的帶領方式，理想為因材施教，學生在經歷不同醫師風格的學習與演練，再自成一派。但學生也從中觀察了醫師做了什麼或不做什麼。因此，師徒制的學系方式，青菜蘿蔔各門派各有擁護者，但醫師的教導，的確**影響學生對於醫療需要做什麼事、不該做什麼事的想像與實踐。**

因此，教學門診中，特別是醫師醫病互動，與病人/家屬/陪病人溝通使用的語言、態度、對疾病的詮釋(包含生物醫學的判準和社會文化的理解)、醫療處置的思維等，都會影響學生醫師及該科別的想像、期待與理解。這些看似不在教學門診中醫師課程設計的軸心中，都可以說是影響學生的潛在課程(Hidden -Curriculum)。

## 2. 夥伴關係還是人體展示機？教學過程中的醫病關係與病人角色

現行的醫療除了喊出「全人醫療」之外，也非常重視「疾病共同決策模式」(share model desicion)。在醫師必須同時進行教學和看診的過程中，本研究的研究重點也非常關心教學門診中病人的角色與參與為何？在教學中到底是什麼角色？接受身體檢查是否遇到什麼困難？病人的處遇到底為何？

研究指出，病人的參與狀況與其看診動機、醫病關係的穩度性，以及老師學生的態度有相關性。而病人會對於參與教學門診設下自己配合的底線與身體尺度底線，通常只要仍然能夠達成病人的看診與照顧，避免女性身體檢查的敏感部位，教學病人通常仍會接受。

由於本研究的病人受訪者取樣，皆為參與過教學門診的病人，因此他們大部分都是抱持不排拒的心態參加。參與的主要誘因與動機為教學門診提供較充裕的看診時間，醫病關係的穩度性也使得病人樂於協助教學工作、提供學生學習。

因為確實一個醫生，他本來就要靠經驗去累積，對啊，我就覺得那我就可以提供經驗給他，就我能有讓他們多一個經驗是好的，然後學生本來也就，他就是還是在學習嘛，對啊，所以應該能包容我還盡量包容吧。(風濕免疫科病人)

我說你就繼續，你們就聽沒關係，我那時候還問另外那個女生說你們要不要也試，她們就都很害羞這樣子…我就覺得你今天來了教學門診，我也來了教學門診，我感覺你應該把握機會，能操作就要多操作看看。(產科病人)

有些病人甚至連結自己的職業(例如擔任老師或技工師傅)與生命經驗，能夠體認前輩帶領後進需要學習的需求，也願意配合。

也有病人因為長期仰賴醫師的照顧，因此當醫師提出邀約，長期擔任老病人後，可能因為想縮短看診時間、避免學生重複的問診和繁雜理學檢查，而向醫師提出想要退出的想法。醫師立場的想法會盡可能挽留病人，例如會稱呼病人為「老師」，加強對病人的教尊重與認同，在維護病人的安全下，繼續進行。

以下為一次田野觀察看到醫學生面對評估九十歲高齡老先生的行走功能，後與醫師討論當天的情況。

問：記得有一次有位男學生，他應該是 clerk 吧，最後有位九十幾歲的老先生，就是請他走路走直線，可是老先生可能沒有辦法，護理師有去協助，後來老師也有回饋給學生。就是請他要注意。那這個部分我想問您應該是看他請老先生做這件事的時候，您心裡應該是有底了..

醫師(顧及匿名，避免有心人士對照科別，在此不出現醫師的英文代號)：其實我一直在看著，因為我們的護理師都很有經驗，但是有時候我不太希望過度介入…因為你沒有讓他去經過這個過程，什麼都事先給他阻止，他這種能力不會學的到，而且他不會印象深刻。為什麼？因為你都把他擋住了，在他發生之前，當然我們不是要讓它發生，而是說，在這個經歷的過程，我都知道護理師有在動作，所以我就不會去做，其實我都會告訴他說，原則上如果你沒有傷害病人，我就不會去介入…因為你一定要了解，臨床的工作是一個非常複雜的過程，這個複雜的過程是他要融合他過去學的知識，他要可以應用的技能，還有他的行為、態度，全部都要融合在這個過程展現出，而且最重要是要解決他的問題。所以要跟過去很多連結，而且在這個狀態要一直跟過去連結，所以他其實是一個非常複雜的一個認知、行為全部融合的一個過程，所以他其實要表現的好，其中任何一個缺了一個點，他就會不好。例如這個病他不熟，他就會卡在那裏，就是要讓他覺得，歐！這個偶爾也會碰到，我們讓他知道說這個非常少見，可能這一輩子只有這個而已，那我們就不要強求，你要知道，你這個階段要學的是常見(疾病)；那你也要知道，你不知道的時候，你要求助誰、你要轉給誰。你要有這種能力，不能丟著，就不理他或不建議他了。因為讓他學習知道什麼是他不會、什麼是他能力不足的，讓他知道「不知道」。

對於教學門診是否應該融入和病人商討的模式，田野觀察中有醫師醫療社會學的觀點會認為是 empower 給病人。但關鍵在於醫師如何主持、經營教學門診的整個狀況。但有醫師和醫學生仍建議教學和看診應該二分，以免造成冷落病人或造成病人似懂非懂產生誤會的狀況，也利於教學、給予學生改進意見，保全學生的顏面；也

有醫師將病人的角色融入教學的討論之中，醫學病三方共同討論，也適時讓病人了解更多自身的狀況。

我是選擇切割啦，就是我看診的時候，我頂多是做一些示範，但是解說的部分我沒有辦法抽離嘛，所以我至少等病人離開以後，希望他們能夠重建當時的場景，然後我跟你說，你有注意到我剛剛講的部分，有那些是屬於什麼。…那病人我不會讓他留在那邊很久，因為為什麼呢？病人如果在那邊很久，如果一直講說，那你這個那邊做的不好，對病人來講，他會看不起你的。…學生的程度真的不一樣，每個學生的一個反應不一樣，病人也不一樣，所以教學診裡面，其實訓練那個老師也是很重，就是要能夠好像主持人一樣，現場怎麼完成…所以除了說我們給他一些標準，所以現在有是在規範教學門診，是怎麼樣怎麼樣的一個標準步驟阿，其實這個都是一個 guideline 而已，其實有時候訓練老師怎麼樣現場去反應，這個也是一個很重要。(醫師 A)

教學門診中「理學檢查」是重點，有些病人也期許能夠多了解自己的身體狀態，因此身為「主持人」的教學老師，更需注意不能在教學的過程中，冷落病人，過於著重用醫學術語和學生教學，並使得病人成為「疾病身體的展示物」。

當這樣的狀況發生了，病人有些不同的應對方式，也有其策略與觀點：

他就是用他們專業的醫學名詞(討論)，那因為我的習慣是我看醫生之前會查一些資料，所以我大概可以聽懂他的意思，那我比較主動，所以如果他講得我聽不懂，我會問他，這是什麼意思這樣。或者是我也會很客氣地問他說，那我可以知道你剛剛在跟他解釋什麼嗎。(病人)

其實他講的那個，就是專有名詞的時候，我也會想知道到底是哪一塊，可是可能他們教學中可能就變得說專有名詞，他教得比較快比較精準，可是還好就是那個醫生還是會跟我講說你現在的狀況是怎麼樣，所以他還是要回過來跟我講。…就是還沒跟學生講之前，可能就先跟我講一下，我現在的檢查報告狀況是怎樣，然後跟學生講完之後，然後他有再跟我講說你這樣子，目前的狀態是什麼，那要再做就是什麼檢查，那之後再回診這樣子，所以他還好就是我至少自己這一塊有獲得回答的話，不會很介意說他用英文教，或者是講那個專有名詞，只是比較想會擔心說，是不是我病變很嚴重了，…因為如果他們交談比較久，我就想說是報告哪一個情況很糟嗎還是什麼之類的…如果是確定就自己的狀況，然後也沒有說哪個點非常地糟，或者是疾病惡化的話，其實感覺心情都很 OK，不會覺得說他把我晾在那兒，因為本來就是教學門診必經的流程，他總要留一點時間給他們去交待一些他們自己技術上的事情。(病人)

因此當醫師在切換「老師」和「醫師看診」的角色中，必須訓練細微的「轉場」技巧，重視病人的觀感，也滿足學生的學習需求。

你要讓病人覺得他有受到重視。學生也可以說我有學到東西，你時間分配，你要…等於是整場你都要仔細去觀察，你學生之間的互動，醫病的互動等，還有護理人員，還有門外的也是要等很久…等等等等的這些都是你要經營的。(醫師 D)

有醫師認為將病人視為**夥伴關係(Partner relationship)**，建議嘗試讓病人在教學回饋進行時，並非旁觀者與「第三人稱」，透過讓「醫師-病人」中醫師詢問、病人主述；「醫師-學生學」來回交叉對話和解釋的方式，讓病人一起來更討論自身的狀況。病人在其中會是以「第一人稱」進行主述，或是「第二人稱」由醫師再對病人解釋方才和學生對話的內容。

最高級的就是，我講說最高就是你不能把病人當作這是一個 model，要把他當作夥伴關係。譬如說你來當病人我來教同學，我會就是用我們兩個對話讓病人去，不會說阿這個病人他是氣喘阿，所以氣喘大概用…，就我們兩個對話，就是我教學生，阿這個他氣喘，你看他這個他嘴唇黑黑的，那把他(病人)晾在一邊。應該是說，阿你(病人)哪邊不舒服？…歐我看你的嘴唇比較黑了歐，所以你這個應該有氣喘…【透過病人主述，並經過診察指出病徵，同時知會病人判準的依據】。



我們同學在旁邊…我們一起來看【告知病人同意將進行看的動作】。



同學你看他嘴唇…你看嘴唇黑就是氣喘。【轉身回去跟同學說明】。

其實我是在，我教他們的時候，其實你(病人)有獲得知識，就是互動，阿而且不會一次。



你(病人)現在，我可能要要給你做個理學檢查，那這邊五位老師，歐我要看，可能就是要 inform(告知)他，就是我們兩個的對話讓其他人，你(病人)要參與，不管多長，至少是三個人才能這樣(進行)。

用兩個對話做，不要把人晾在一邊，其實這個這個再回來至少要回來再跟他 inform(告知)，跟他講，跟他再講，再講你的氣喘，為什麼要這樣治療，因為就是再這樣跟他解釋一次，這個至少，這個是一定要的，最好是甚至就是最好就是跟病人互動，然後學生來聽，我不能學生跟他互動，然後我在旁邊觀察他們兩個互動，這是最高級，如果沒辦法，兩個人溝通的時候再調整，當然其實這個

三角關係就是要一直一直有…從病人的互動當中，去觀察好不好，從病人的互動去學習，反而學生跟老師減量互動，因為你互動之後，互動可以怎麼樣，在事後再來做回饋。【醫師提供範例說明】

### 3.身體體檢中性別與性別敏感度

原先研究希望看到醫學知識教學、傳遞、建構時對於疾病延伸出社會形象或意義的解釋，但是這部分的資料並不充足。

但我們觀察到婦產科有排拒男醫學生觀摩病人內診的狀況，尤其是年輕女性更在乎。基於保護病人安全與尊重，這已經是醫學生習以為常的狀況，但另一方面有意識地迴避或安排護理人員從旁陪伴，某種意義上不僅是尊重，更多的是自保心態。短暫與某些科別排拒男醫學生內診學習的狀況，學生通常並不擔心，因為未來可能不走該科，或是還有須多學習基會，但趁病人在開刀房上麻藥後進行學習，這就牽涉一些臨床的倫理問題。

理學檢查看診時，有些學生會隔著衣服為女性病人聽診，但若衣服較厚，其實並不能聽清楚。醫師建議學生應該要把握機會練習與病人溝通，告知檢查的必要性與徵求病人的同意，並不是顧及表面上的尊重，也應考量檢查的正確性。

不要讓學生覺得說聽診就只是這樣子，我覺得那個是一個誤解，也是一個不太好的示範。如果學生認為說聽診就只要這樣子聽就好了啊，然後他這樣子，他如果都這樣聽，他就不知道怎麼樣叫病人衣服拉起來給他好好地聽，他就永遠沒有這樣的機會去跟病人講，甚至有些病人在病房的時候，有些學生在病房，病房的衣服裡面穿得是比較薄啊，他穿病人服嘛，那就隔著衣服聽也許都還算聽得清楚，但是有時候你真的要打開你才知道，到底有沒有什麼問題。(醫師 F)

另外，教學門診對於邀約病人的性別上是否平均，或是顧慮性別的重要性或連結性，往往需要和疾病的成因有直接的相關性，不然性別的因素並不是醫師考量的範圍。現今教學門診的衛教，也難融何病人的職業、性別、社會身分、階級等去設身處地進行考量。

### 4.評核制度

多位醫師和學生認為現今的 MINI-CEX 評估表(附件三)中有幾個問題，(1)大家對於評核項目的解釋和定義不一；(2)評核的分數不應該受到醫師階層的不同而限制評分的分數(EX:CLERK 的分數是幾分)，應該看學生自身的能力而定；(3)老師現場的教學回饋是否能讓學生學到東西才是最重要的，而非書寫許多因應醫院評鑑的表單供客。

## 5. 中醫醫學生的學習

教學門診的訓練包含醫學系和中醫系的學生。中醫系的學生當中許多人是中西醫雙主修，但是當中醫學生 run 非中醫科別時，到底能否展現中醫的觀點，這是一個有趣的議題。也是現代以西醫為主的醫療看診模式，可以進一步討論的地方。

## 6. 期待與改善

整體來說，病人在教學門診中的權力仍最薄弱，盡可能完成看診。以下為綜合的教學門診改進建議：

1. 教學門診有些科別仍和一般門診教學無異，學生並沒有實際問診或時做的機會。各科的專科特性，以及身體檢查、學習內容與重點不同，應該盡可能在維護病人安全的前提下，讓學生實際上场演練。
2. 避免參與學生人數太多，並改善教學門診壓迫的空間。
3. 教學目標設計不清楚，定位不明，學生參與態度不夠。
4. 節省不必要的評鑑作業
5. 融入社會醫學教學，同時也讓學生理解現行醫療實際的限制。

## 參考文獻

吳志鴻(2009)，論性別差異對關懷照顧的影響——以醫療照護中的關懷為例，*哲學文化*，36(2)：119-135。

陳南松、趙冠雅、馮秀卿、許惠恒、蔡養德、邵克勇(2003)，某醫學中心教學門診計畫實施成效評估，*醫學教育*，7:1。

謝正源、楊順晴、王如娥、何善台、張聖原(2002)，台灣甲類教學醫院「教學門診」實施之可行性與現況探討。*醫學教育*，6:3。

陳偉德、蔡長海、黃崑巖，2005，臨床醫學教育與 Mini-CEX，*醫學教育*，9:370-377。

張梅芳、李桂蘭、陳南松、許惠恒(2007)，某醫學中心教學門診師資培訓介入成效之研究。*醫院行政管理*，40：1，53-61。

林佩君、陳芸、朱樹勳(2007)，「教學門診」中被指導醫師學習需求之評估。*醫學教育*，11：2，45-55。

謝正源、楊順晴、尤詩妮、閻中原、張聖原、張德明(2004)，第二年實習醫師對「教學門診」制度之需求。*醫學教育*，8：3，30-41。

趙冠雅、馮秀卿、陳南松、許惠恒、邵克勇(2003)，某醫學中心教學門診病人就醫經驗初探，*醫學教育*，7：3，41-51。

劉彩娥、王萬琳、應立志(2013)，醫師與病人對醫病關係模式之看法分析，*管理實務與理論研究*，8(3)：54-66。

成令方(2002)，醫「用」關係的知識與權力，*台灣社會學*，3：11-71。

高美英、陳秀蓉、呂碧鴻(2009)，醫學生以病人為中心之醫療態度的演變。*醫學教育*，13(4)51-62。

成令方(2010)，醫療需要性別觀點，*台灣醫學*，14(5)：560-564。

成令方、楊仁宏、詹德富(2011)，醫學教育的性別主流化：師資培育的觀點。100年度國科會計畫研究成果報告(精簡版)。計畫編號：NSC 99-2511-S-037-002-。

李皎正、方月燕，2000，〈關懷照顧—護理教育的核心〉，《護理雜誌》，47(3)：22-27。

林宜昀、丘周萍，2003·關懷之概念分析·護理雜誌，50(6)，74-78。

Dr. Charlotte E. Rees, Paul Bradley, Tracey Collett&John C. McLachlan,2016, *Over my dead body ? : the influence of demographics on students' willingness to participate in peer physical examination*. *Medical Teacher*, 27:7,599-605.

Charlotte E, Paul Bradley& John C. McLachlan,2004, *Short communication Exploring medical students' attitude toward peer physical examination*. *Medical Teacher*, 26:1,86-88.

Emanuel, E., & Emanuel, L., 1992, *Four models of the physician-patient relationship*. *Journal of American Medical Association*, 267(16), 2221-2226.

Florian Ahrweiler, Melanie Neumann, Hadass Goldbaaltt, Eckhart G Hahn and Christian Scheffer,2014, *BMC Medical Education*,14:22.

Szasz, T., & Hollender, W. (1956). A Contribution to the Philosophy of Medicine: the Basic Model of Doctor-Patient Relationship. *Archive of Internal Medicine*, 97, 585-592.

# 附錄一、Mini-CEX 評估表

## 長庚紀念醫院一般醫學 Mini-CEX 評估表

教師姓名：\_\_\_\_\_ 職級：CR VS 日期：\_\_\_\_\_

學員姓名：\_\_\_\_\_ 職級：UGY PGY R1 R2 R3

疾病診斷：\_\_\_\_\_

評量地點：門診 住院 急診 其他\_\_\_\_\_ 病情複雜度：易 適中 難

病人資料：年齡\_\_\_\_\_ 性別：\_\_\_\_\_ 病歷號碼：\_\_\_\_\_ 新病人 追蹤

演練評估重點：資料收集 臨床診斷 疾病治療 諮商衛教

1. 晤談技巧 <span style="float:right"><input type="checkbox"/>無觀察</span>									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
	不理想			尚可			優秀		
<input type="checkbox"/> 稱呼病人 <input type="checkbox"/> 自我介紹 <input type="checkbox"/> 對病人說明面談之目的 <input type="checkbox"/> 能鼓勵病人說病史 <input type="checkbox"/> 適切發問及引導以獲得正確且足夠的訊息 <input type="checkbox"/> 對病人情緒及肢體語言能有適當的回應									
2. 理學檢查 <span style="float:right"><input type="checkbox"/>無觀察</span>									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
	不理想			尚可			優秀		
<input type="checkbox"/> 告知病人檢查目的及範圍 <input type="checkbox"/> 注意檢查場所隱密性 <input type="checkbox"/> 疾病篩檢與診斷並重 <input type="checkbox"/> 依病情需要及合理次序 <input type="checkbox"/> 正確操作及實施必要步驟 <input type="checkbox"/> 適當審慎處理病人不適感									
3. 人道專業 <span style="float:right"><input type="checkbox"/>無觀察</span>									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
	不理想			尚可			優秀		
<input type="checkbox"/> 表現尊重 <input type="checkbox"/> 同理心(感同身受) <input type="checkbox"/> 建立良好醫病關係與信賴感 <input type="checkbox"/> 能注意並處理病人是否舒適 <input type="checkbox"/> 注意守密 <input type="checkbox"/> 對病患尋求相關訊息的需求能適當滿足									
4. 臨床判斷 <span style="float:right"><input type="checkbox"/>無觀察</span>									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
	不理想			尚可			優秀		
<input type="checkbox"/> 能整合面談與身體檢查資料 <input type="checkbox"/> 能判斷相關的檢查結果 <input type="checkbox"/> 鑑別診斷之能力 <input type="checkbox"/> 符合臨床判斷之合理性與邏輯性 <input type="checkbox"/> 瞭解臨床檢查之益處與風險									
5. 諮商技巧 <span style="float:right"><input type="checkbox"/>無觀察</span>									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
	不理想			尚可			優秀		
<input type="checkbox"/> 同意書之解釋與取得 <input type="checkbox"/> 解釋檢查或處置的理由 <input type="checkbox"/> 解釋檢查結果及臨床相關性 <input type="checkbox"/> 有關處置之衛教與諮商 <input type="checkbox"/> 提供相關治療的替代方案									
6. 組織效能 <span style="float:right"><input type="checkbox"/>無觀察</span>									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
	不理想			尚可			優秀		
<input type="checkbox"/> 按優先順序處置且有效率 <input type="checkbox"/> 及時且適時 <input type="checkbox"/> 歷練而簡潔									
7. 整體評量 <span style="float:right"><input type="checkbox"/>無觀察</span>									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
	不理想			尚可			優秀		
<input type="checkbox"/> 對病人的態度(關心、同理心) <input type="checkbox"/> 整合資料與判斷的能力 <input type="checkbox"/> 整體有效性									

教師對本次測驗滿意度

低 1 2 3 4 5 6 7 8 9 高

學員對本次測驗滿意度

低 1 2 3 4 5 6 7 8 9 高

請續背面填寫

直接觀察時間：\_\_\_\_\_分鐘

回饋時間：\_\_\_\_\_分鐘

綜合評語：

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

受訓學員簽名：\_\_\_\_\_

臨床教師簽名：\_\_\_\_\_

## 附件二、訪談大綱

### 壹、主治醫師(教師)

1. 請問您任職臨床教師之時間、機構安排的過程，以及如何準備擔任臨床教師的工作。
2. 請問您對於教學門診的定義為何？在您過去的經驗中，您認為教學門診和一般門診的區別為何？您在教學門診通常的進行方式與流程為何？
3. 請您描述過去身為實習生時，在實習期間最大的收穫為何？在關懷病人方面，有什麼特別的訓練或指導？如何體察、感受與實踐？
4. 請問您的教學門診，通常會安排那些病人參與？如何篩選？如何向病人邀請及說明解釋教學門診的宗旨？又如何分派不同的 case 給當天不同的實習醫師？
5. 您認為在教學門診及臨床上，實習醫學生最重要學習的目標為何？特別在關懷能力方面，醫學生須著重的重點以及可以學習到的是哪些？
6. 請您分享在您過去指導醫學生的經驗當中，分別對於指導醫學生最難忘、最成功與最受挫的經驗為何？請您指出醫學生表現最好的項目及需改善的部分為何？
7. 就您指導的科別，在教學門診關注的重點為何？您如何評量學生的表現？(例如在「關懷」的能力上，您如何量測學生的表現？從哪些面向得知？)針對學生需要加強的項目，機構或您個人，如何提供學生幫助？機構對於臨床教師的教學，又提供怎樣的協助？
8. 當學生在教學門診進行中，對於病人有不適當或錯誤的說明或操作(病情解釋、身體檢查及倫理等項目)，您如何處理？
9. 您對於不同性別或年級的學生，在教學門診上的表現之觀察，有何不同或值得分享的經驗？
10. 就您行醫的經驗中，您認為醫師和護理人員在「關懷」病人的能力、行為和態度上，共通點與區分的重點在哪？
11. 請問您認為自身最常採取的醫病關係模式為何？在教學門診中，您認為理想

的醫病互動模式為何？而醫學生又展現何種醫病互動模式？針對醫病互動的過程，您會如何引導與介入？有些病人覺得自己在教學門診像是「活動人體標本」，請問您在指導的過程中如何避免？

2. 針對現有的評核、訓練及回饋機制(包過對於教師和病人)，有哪些項目需要加強或疏漏？或需要方法上的創新？若您是教學門診的設計者，您會怎麼樣進行呢？請提出您寶貴的改善建議。

## 貳、醫學系實習生

1. 請您針對參與教學門診的次數、選擇科別和進行方式做簡單的介紹。

2. 請問您對於教學門診的想像，在實際經歷後的落差為何？請敘述您認為教學門診主要的學習目標，跟您所認為可以學習的目標之契合與差異為何？

3. 請問您在分享教學門診最難忘、收穫最多與挫折的經驗。

4. 您認為教學門診給予您最大的學習幫助在哪些部分？(例如在教師和病人身上的學習分別為何？)您主要的學習對象是誰？請說明。

5. 在教學門診面對同儕的臨床演練，您的觀察與收穫為何？

6. 請分享您觀察主治醫師帶領教學門診的教學型態，以及其醫護病互動的樣態。在這些學習中，您認為您在一次性、短暫的教學門診中，以何種方式與病人建立關係？您偏好的醫病關係是哪一種型態？有些病人覺得自己在教學門診像是「活動人體標本」，請問您在參與的過程中如何避免？

7. 在面對不同性別、年齡等差異之病人的身體檢查與接觸，您如何處理？在不同科別有什麼樣的重點與差異？過去 OSCE 的訓練，提供了怎麼樣的協助或其侷限性？

8. 您認為在教學門診的「關懷」能力，可以落實在哪些部分？在教學門診遭遇問題或挫折，您如何處理或與誰分享？您認為針對關懷能力的進展，在過去那些課程或事件可以有所協助？

9. 就您學醫的經驗中，您認為醫師和護理人員在「關懷」病人的能力、行為和態度上，共通點與區分的重點在哪？

10. 關於教學門診評核的方式，您有什麼看法？您通常獲得怎麼樣的評語與建議？您認為這樣的訓練對於未來真實的情境，有什麼幫助與改善空間？醫療機構和主治醫師，是否能夠針對您待改進的項目及學習需求給予實質上的幫助與建言？面對「師徒制」的教學門診，您對於評核的反饋機制有什麼想法？
11. 請問您認為教學門診和病房實習的樣態有何差異特別在於關懷能力的培養與展現(欲了解其與醫療現場氛圍、同儕互動、階級分層、專業化分工之關聯性)。
12. 請分享您大學入學至今，對於醫病關係的想法、感觸與轉變。

### 參、病人

1. 請問您在何種機緣下參與教學門診？醫護人員如何向您邀約與解釋教學門診的用意？您所理解的教學門診是什麼？
2. 請您敘述參與教學門診的經驗與過程。您認為教學門診和一般門診的差異性為何？請您分別描述在這兩種不同的門診類別，有哪些正面、負面或難忘的經驗。
3. 請問您可以接受在怎麼樣的狀況下參與教學門診？(例如面對的醫學生人數、時間) 哪些科別可能會影響您參與的意願？
4. 您認為在參與教學門診，有哪些事先需要了解、被告知、以及徵求您同意的部分？
5. 在怎麼樣的狀態下，教學門診的進行會讓您感到不舒服？面對不舒服的狀態，您會如何處理或反映？
6. 對於實習生的問診等臨床實務表現，您有什麼感想與評價？當主治醫師和醫學生在討論您的病況時，或一同檢視您的傷患處時，您的感受為何？
7. 當醫學生進行身體檢查時，您最在意的部分是什麼？面對不同性別的實習生和接受檢查的部位與項目會影響您的感受嗎？請說明。
8. 當您就醫時，您最希望醫師們重視的部分是哪些？您最希望和醫師建立何種醫病關係？請您形容在教學門診中和主治醫師與醫學生互動的關係為何？
9. 教學門診中，醫護人員哪些行為或態度，會讓您感覺受到關懷與照顧？綜合您過去就醫的經驗，您對於醫護的關懷需求，有何共通性與差異之處？

10. 倘若教學門診想要納入病人的意見給予醫學生和主治醫師改進的回饋，您有什麼想法？您會希望給醫護人員什麼樣的建議？

## 附件三、研討會海報發表

2017/10/27-29 於中山大學舉辦之「2017 性別與科技國際會議」

### 2017 性別與科技國際會議

### 性別、身體、知識與權力：教學門診中的性別與關懷



方基存<sup>1</sup>、簡竹君<sup>2</sup>、張寓智<sup>3</sup>、張芸菁<sup>4</sup>

<sup>1</sup>長庚大學醫學系暨林口長庚醫院腎臟內科 教授

<sup>2</sup>林口長庚醫院內科部腎臟內科 主治醫師暨助理教授

<sup>3</sup>林口長庚醫院神經內科 主治醫師暨副教授

<sup>4</sup>長庚大學醫學系 科技部專任研究助理

#### 研究宗旨與方法

解構教學門診的主治、醫學生和病人間的權力與性別關係之運作。

透過教學門診參與觀察，以及半結構式訪談主治醫師、醫學生和病人的經驗。

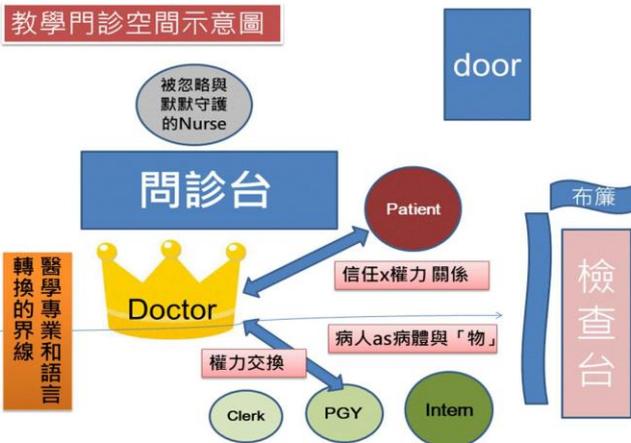
#### 教學門診的運作

台灣2012年開始實行「教學門診」的制度，由主治醫師帶領醫學生於門診間實際與病人互動，練習看診與進行身體檢查。

研究場域中受到邀約參與的病人皆非「初診」病人，挑選醫病關係較佳、個性好；病況較穩定、不複雜之病人參與。約診病人數目不多(3-4人)，看診時間充裕，和一般門診的緊湊和教學不同。醫學生坐上醫師椅，藉由和老師「換位」交接，獲得「國王權力的寶座」以進行診察。完成後交由主治做最後的診斷。病人離去後，由主治和同儕回饋意見。

現階段教學門診因約診病人和實際到診參與學生(層級、人數)需當天才能掌握，且少數老師對於課程內容的設計能夠精細地掌控與全方位地帶領，因此學生如同參與「跑台考試」，對病人的狀況也是到場才悉知。

#### 教學門診空間示意圖



#### 研究發現

##### 1. 仍看不見的病「人」

主治醫師較能對於「病史詢問」及「理學檢查」的正確性有較精確及直接的指導，但對於關懷、倫理和性別議題的指導較為失衡(亦缺乏此方面的敏感度)。教學門診的訓練方式為主要為「探索疾病」，仍難融入病人的社會文化系統做思考與構連。更遑論更細緻對於病人、性別、階級等差異性分析。除非和疾病直接相關，不然這些資訊便成為「次要/不重要的訊息」，也呼應現實看診緊湊和生物醫學觀點，難以實踐全人醫療與關懷。

##### 2. 主治醫師為教學門診成功經營與維護病人權益的關鍵角色

教學者(主治醫師)同時扮演「醫者」與「師者」兩種角色。教學進行時病人被隔離於醫療術語與專業教學這條看不見的鴻溝之外，病人的和其身體作為醫療權力進入、觀看、行使的切入點也於此。

##### 3. 學生與病人/病體的交遇

學生難以和病人在短暫的時間建立醫病關係，但長久的教學門診訓練成就醫學生問診、理學檢查正確性、疾病推論的邏輯思考之成熟度與自信，透過觀摩不同看診風格加以修正，逐步雕琢成自己的套路。

理學檢查觸碰病人以「隱私權」避免性騷擾為思考點，男女學生於年輕女性的身體檢查或觀看內診上之參與與操作上有所區隔。病人基於支持醫學發展(有科別/裸露部位之考量之差異)，或礙於和主治的權力關係，或者考量看診的方便與細緻性而參與。

以上，皆展現病人的權力與角色在教學門診中，在「主角」和「配角」及「馴服病人」和「展示患病身體」間的交織與轉換。

建議：現行醫學人文課不受學生重視成效仍有限，建議在「醫學專業」課程上亦著力共同與人文社會科學相互結合。



## 2017 性別與科技國際會議

### 2017 International Conference on Gender in Science & Technology

國立中山大學，臺灣高雄

2017.10.27-28

2017/8/18

### 審查結果通知書

方基存、簡竹君、張寓智、張芸菁 學者您們好，

恭喜您們！您們的論文摘要〈性別、身體、知識與權力：教學門診中的性別與關懷〉經審查委員推薦為「2017 性別與科技國際會議」之壁報發表論文。完整議程將於 8 月公告於會議網站。

敬頌 崇祺

2017 性別與科技國際會議學術委員會

電話：07-717-2930 #2010 (許純蓓助理), #2017 (呂依婷助理)

聯絡信箱：taiwangist2017@gmail.com

會議網站：<http://taiwan-gist.net/taiwangist2017/index.html>

105年度專題研究計畫成果彙整表

計畫主持人：方基存			計畫編號：105-2629-S-182-001-			
計畫名稱：性別、知識、身體與權力：探討教學門診中醫學生的關懷教育						
成果項目			量化	單位	質化 (說明：各成果項目請附佐證資料或細項說明，如期刊名稱、年份、卷期、起訖頁數、證號...等)	
國內	學術性論文	期刊論文		0	篇	
		研討會論文		0		
		專書		0	本	
		專書論文		0	章	
		技術報告		0	篇	
		其他		1	篇	
	智慧財產權及成果	專利權	發明專利	申請中	0	件
				已獲得	0	
			新型/設計專利		0	
		商標權		0		
		營業秘密		0		
		積體電路電路布局權		0		
		著作權		0		
		品種權		0		
		其他		0		
	技術移轉	件數		0	件	
		收入		0	千元	
	國外	學術性論文	期刊論文		0	篇
研討會論文			0			
專書			0	本		
專書論文			0	章		
技術報告			0	篇		
其他			0	篇		
智慧財產權及成果		專利權	發明專利	申請中	0	件
				已獲得	0	
			新型/設計專利		0	
		商標權		0		
		營業秘密		0		
		積體電路電路布局權		0		

		著作權	0			
		品種權	0			
		其他	0			
	技術移轉	件數	0			件
		收入	0			千元
參與計畫人力	本國籍	大專生	0	人次	高雄醫學大學性別研究所畢業(碩士級)負責本計畫之田野調查及行政處理等各項相關事宜	
		碩士生	0			
		博士生	0			
		博士後研究員	0			
		專任助理	1			
	非本國籍	大專生	0			
		碩士生	0			
		博士生	0			
		博士後研究員	0			
		專任助理	0			
其他成果 (無法以量化表達之成果如辦理學術活動、獲得獎項、重要國際合作、研究成果國際影響力及其他協助產業技術發展之具體效益事項等，請以文字敘述填列。)		透過研究訪談和教學醫院重要負責教學醫師進行觀點相互交流，對於當前醫學教育和教學工作進行反思，反省現今教學門診的制度，以及對於醫學生，病人與醫學教育的發展影響				
	成果項目	量化	名稱或內容性質簡述			
科教國 合司計 畫加填 項目	測驗工具(含質性與量性)	0				
	課程/模組	0				
	電腦及網路系統或工具	0				
	教材	0				
	舉辦之活動/競賽	0				
	研討會/工作坊	0				
	電子報、網站	0				
	計畫成果推廣之參與(閱聽)人數	0				

## 科技部補助專題研究計畫成果自評表

請就研究內容與原計畫相符程度、達成預期目標情況、研究成果之學術或應用價值（簡要敘述成果所代表之意義、價值、影響或進一步發展之可能性）、是否適合在學術期刊發表或申請專利、主要發現（簡要敘述成果是否具有政策應用參考價值及具影響公共利益之重大發現）或其他有關價值等，作一綜合評估。

1. 請就研究內容與原計畫相符程度、達成預期目標情況作一綜合評估

達成目標

未達成目標（請說明，以100字為限）

實驗失敗

因故實驗中斷

其他原因

說明：

2. 研究成果在學術期刊發表或申請專利等情形（請於其他欄註明專利及技轉之證號、合約、申請及洽談等詳細資訊）

論文： 已發表  未發表之文稿  撰寫中  無

專利： 已獲得  申請中  無

技轉： 已技轉  洽談中  無

其他：（以200字為限）

論文海報發表：2017年性別與科技國際研討會

名稱：性別、知識、身體與權力：教學門診中的性別與關懷

作者：方基存、簡竹君、張寓智、張芸菁

3. 請依學術成就、技術創新、社會影響等方面，評估研究成果之學術或應用價值（簡要敘述成果所代表之意義、價值、影響或進一步發展之可能性，以500字為限）

意義：

1. 透析教學門診的制度運作，並加入性別觀點思考
2. 佐以教學醫師、實習醫學生，以及病人的觀點

影響：挖掘醫療中的性別盲

1. 透析教學門診的制度運作，並加入性別觀點思考反省  
以了解生物醫學的醫學教育與知識，是如何建構與傳遞。
2. 彙整教學醫師、實習醫學生，以及病人參與教學門診的觀點  
解析醫學知識與醫病關係中的結構與權力運作

醫學中性別教育的研究之未來建議：

1. 建立醫學生不同層度結合性別敏感度的教學
2. 師資培育需要建立性別觀點
3. 醫界全人關懷的口號，益於貼近性別納入思考的切入。應建立教案與思考傳統的疾病診療制度無法思考病人個體的狀況，重新建構範本。
4. 教學門診的評核與指導應更加精細。例如納入社會科學及性別觀點的角度及專家。提供學員更多評核的指標與思考。

4. 主要發現

本研究具有政策應用參考價值：否 是，建議提供機關教育部, 衛生福利部, 科技部,

（勾選「是」者，請列舉建議可提供施政參考之業務主管機關）

本研究具影響公共利益之重大發現：否 是

說明：（以150字為限）