

中榮醫教

第三期 | 2009 NOV

03

Bulletin of Medical Education – Taichung Veterans General Hospital

Bulletin of Medical Education –

Taichung Veterans General Hospital

OSCE 在中榮

OSCE五年來的經驗分享

97. 98年商業周刊好醫師推薦榜名單

97. 98百大良醫說醫學教育

98年台中榮總教學優良教師名單

中榮醫教

Bulletin of Medical Education-
Taichung Veterans General Hospital

第三期 | 2009 NOV

發行人：雷永耀

社長：藍忠亮

發行社：台中榮總教學部

台中市港路三段160號

TEL:04-23592525

第三期：98年11月

G P N：2009802252

ISSN：2076-0302

總編輯

陳怡行、黃揆洲

執行總編輯

陳怡行

編輯委員

黃揆洲、蔡肇基、許惠恒、陳厚全、
劉丕華、傅雲慶、王立敏、林麗英、
王曼溪、陳啟昌、許正園、何鴻望、
謝祖怡、張梅芳、陳得源、陳昭惠、
林捷忠、歐宴泉、趙德馨、黃金安、
詹毓哲、唐憶淨

執行編輯

謝麗鈴、黃小珍

美術編輯

謝悅珍

版權所有，非經本刊及作者同意
或書面授權，不得轉載及複製



追求卓越的醫療、教學及研究，

以增進榮民、一般民眾及全人類的健康

contents 目錄

1 | 編輯手記／醫學教育中的評估

中榮醫教總編輯 陳怡行醫師

中榮OSCE五年來的經驗分享——

4 | OSCE推手——臨床技術訓練中心

臨床技術中心 謝祖怡主任／陳玉雪護理師

8 | 醫事放射師客觀結構式臨床測驗——台中榮總的經驗

放射線部 技術組副主任 江志明

9 | OSCE 經驗分享 復健科 技術組副主任 陳韻秋

10 | 醫師背景與客觀結構式臨床考試表現

胸腔內科 OSCE資深考官 王振宇醫師

12 | 建立藥學OSCE模式

藥劑部 顏志和藥師

14 | 參與 OSCE 的成長 護理部 重症創傷加護病房 黃惠美護理長

16 | OSCE 的魅力 藥劑部 鄭景耀藥師

18 | 未來國考新式評量——如果有事情讓你驚異不安，最好的辦法 就去測量它——丈量世界

感染科 劉伯瑜醫師

20 | 2008~2009千大好醫師推薦榜——台中榮總

2008百大良醫說醫學教育——

21 | 對工作以及醫學教育的一點想法

兒醫部新生兒科主任 陳昭惠醫師

22 | 淺談醫學教育 兒醫部部主任 傅雲慶醫師

24 | 我對醫學教育的淺見

內科部部主任 許惠恒醫師

25 | 專題報導／問診開場階段言談技巧：

「稱名、正身、就位、暖身」

轉載自98年3月 第十三卷第一期 醫學教育

撰文：蔡美慧、盧豐華

34 | 實證醫學——住院醫師優良作品

專家評論 胸腔內科 主治醫師楊宗穎醫師

內科部 住院醫師王俊傑醫師

36 | 牙科部醫學生見習心得

紐西蘭 Otago University

牙醫實習生 王聖豪 Sheng-Hao Wang

醫學教育中的評估——

量什麼、怎麼量才能量出好醫師？
從前它叫做考試，現在流行的說法叫「評估」

醫學是科學也是藝術。好的醫者不僅要能了解醫學知識的科學本質並能以科學的方法來推演邏輯及探求病因，也要能了解病患人性與靈性的需求，扮演療癒者（healer）的角色，尊重病患的選擇，做最適合病患的治療決定。當我們在教導學生醫學的多個面向時，我們怎麼知道我們的學生做到了沒？要用什麼工具來量才能量得對，量到我們想量的部份呢？

勝任能力（Competence）

美國Rochester大學的Dr. Epstein及Hundert 2002年於JAMA的 “Defining and Assessing professional competence” 一文中把行醫的勝任定義為「能慣性且公正地為病患及社會的福祉在日常行醫中使用溝通技巧、醫學知識、純熟技術、臨床推理及反思檢討精進的能力」。在台灣目前最常用來評估住院醫師勝任能力的標準，主要是採用美國畢業後醫學教育評鑑委員會（Accreditation Council for Graduate Medication Education, ACGME）於2002年提出的六大行醫力：(1)醫學知識 (2)病患照顧 (3)專業素養 (4)溝通與人際技巧 (5)執業為基之學習與精進 (6)體制內行醫。台中榮總也是採用同樣的標準。行醫的勝任能力不是只有在某個時間點達到某種程度，而是一種終生學習的過程。而評估正是一個幫助習（行）醫者找出學習缺口的的方式。

評估的目的

過去十年來，國外的醫學教育者不斷地提供許多新的更準確、可靠且省時的評估方法來評估學生的勝任能力。不管是哪種方法，這些評估方法均不脫三個主要的目的：了解受評者的知識、技能與態度以 (1)為受評者提供未來學習的方向 (2)找出不勝任的醫師以保護廣大就醫民眾 (3)提供進一步挑選人才的基準。

評估的原則

評估可以是資訊性評估（formative assessments），提供目前能力的確認與指引未來學習的方向；也可以是總結性的評估（summative assessment），做出勝任能力一個概括的總結，如通過或不通過。哪一種評估方法比較好呢？其實不一定，端看這個評估是設在學習者學習的哪個階段，而評估的目的為何而定。一般來說資訊性評估比較能提供回饋給考生來指引學習方向，而總結性評估，尤其是像國考、專科醫師考試等與執照有關的考試，雖然不會有足夠的回饋，對驅動學生努力學習通常非常有效（看我們的實習醫師們對國考及住院醫師對專科醫師考試用功的程度就知道了）。

常用的臨床能力評估工具

筆試 (Written exercises)

筆試又可分為選擇題、簡答題及申論題。選擇題不管是單選題還是多選題，可以測出的能力面向大抵以知識 (knowledge) 為主，但如果在設計考題時能配合臨床情境，也可以考出臨床思路、問題解決能力及運用知識的能力。簡答題雖然出題較困難，但最大的好處是有統一的標準答案，評分很容易，即使用電腦閱卷也沒問題，所以很常用來做大型考試的 summative assessment，如醫師國考。但是筆試最大的問題是僅能考出學生的知識 (knowledge)，而無法測量出學生的技能 (skill) 及態度 (attitude)，所以在醫院的畢業後一般訓練並不適合當作唯一的評量工具。

簡答題可以用來測量學生判讀實驗室檢查的能力及臨床思路，雖然出題較容易，但評分時評分必須有一致標準才能維持其信度。

申論題同樣考的是學生知識的面向，但可以多評量到一些選擇題看不到的能力面向，如組織能力、書面表達能力。但申論題的評分比起選擇題耗時，且評分者同樣必須有一致的評分標準才能維持其信度。

臨床模擬情境測驗 (Clinical simulations)

臨床模擬情境測驗是以設計好的教案，使用標準病人 (Standardized patients)、模型或模擬病人來模擬臨床情境測驗學員。目前使用得最多的，就是所謂的客觀結構式臨床技能考試 (Objective Structural Clinical Examination, OSCE)。OSCE 因為考題中有擬真的臨床情境，且有標準病人可和考生互動，所以可以評量溝通技巧、人際互動、某些 procedural skills 及臨床反應。OSCE 又分為教育型及測驗型。OSCE 考題教案如果寫的好，且評估老師能給學員適當的回饋，可以成為特定訓練目標量身訂做很好的工具。

美國醫師執照考試 USMLE 自 1998 年起外國醫學院畢業生在通過 step 1 及 step 2 考試後，還必須通過以一 OSCE 方式考試的 Clinical Skill Assessment，而 2004 年 6 月開始更全面推及美國本土及外國所有醫學院畢業生，皆須通過 step 2 之 OSCE 考試。加拿大醫學會醫師執照的考試，也是將 OSCE 納入其 MCCQE Part II 之測驗。而台灣之考選部也於今年 10 月宣佈預計民國 101 年起醫師國考將由現行的二階段調整為三階段，增加國外已採行的 OSCE，以使醫師考試能具多元測驗，提升醫師國考的品質與鑑別度以確保醫師執業品質。

由臨床教師評估 (Assessments by supervising clinicians)

在醫院裡這是最容易運用的方式。不會在繁忙的臨床工作中佔去臨床教師及學員太多的時間，如果能以結構化的表單來評估，可同時作為臨床教師評分的依據及給予學員改進的明確方向。

目前新式的評估方法中，比較常用的以表單結構式在實際臨床情境評估學員的方法，有迷你臨床評估測驗 (mini-clinical evaluation exercise, mini-CEX)、臨床直擊式技術評估 (Direct Observational Procedural Skills, DOPS) 及病案導向討論 (Case-based discussion, CbD)。

多源評估 (multisource 360-degree assessments)

評估的來源包括比學員資深的上級醫師、資淺的醫學生、共同工作的同級醫師、護理人員及醫療團隊人員還有服務的對象病患及家屬。可以看出學員於醫院實際工作的態度、病患照顧、人際溝通與團隊合作。

學習歷程檔案 (portfolios) 或學習護照

將學員曾經上過的課、照顧過的病例或執行過的臨床技能填寫在學習護照或一個學習歷程檔案中，可以提供教師對學員學習經驗「量」的資訊性評估，但對於學習的「質」與能力是否達成某些臨床能力則無法呈現，還必須輔以其他的評估方法才有可能完整。

這一期的中榮醫教將以客觀結構式臨床技能考試OSCE為專題，由各專業領域的老師分享中榮OSCE的經驗，以作為老師們未來教學的參考。

最後我想提醒所有的臨床老師，考試會引導學習。我們怎麼考，學生就會怎麼學。所以我們要評估學生的內容，必須就要是我們希望學生具有的勝任能力，且根據該項行醫能力的特性來選擇合適的評估方法，我們才有可能真正量出學生的知識、技能、態度，並達到評估的三大目的，促進學習、挑選人才及去蕪存菁。

中榮醫教總編輯
陳怡行醫師

Resident as a Teacher

訓 練 營

內科系

日期：99年01月09日（星期六）

地點：台中榮總研究大樓一樓第二會場

對象：本院R2以上之內科系住院醫師

主辦：台中榮總師資培育中心、畢業後一般醫學訓練計畫、一般醫學訓練師資培育計畫、教學醫院教學費用補助計畫

	主題
1	引言—Why resident need to be a teacher ?
2	黃金一分鐘臨床教學法
3	如何做回饋與評估
4	簡報技巧與口才表達
5	醫學觀察力的教學
6	如何在primary care 中學習六大行醫能力
7	住院醫師如何進入研究之門
8	綜合討論

外科系

日期：99年01月30日（星期六）

地點：台中榮總研究大樓一樓第二會場

對象：本院R2以上之外科系住院醫師

主辦：台中榮總師資培育中心、畢業後一般醫學訓練計畫、一般醫學訓練師資培育計畫、教學醫院教學費用補助計畫

	主題
1	引言—Why resident need to be a teacher ?
2	黃金一分鐘臨床教學法
3	手術室中如何教學
4	如何做回饋與評估
5	簡報技巧與口才表達
6	如何在primary care 中學習六大行醫能力
7	住院醫師如何進入研究之門
8	綜合討論

OSCE 推手——臨床技術訓練中心

臨床技術訓練中心 謝祖怡主任/陳玉雪護理師

臺中榮民總醫院於93年7月成立中臺灣第一個『臨床技術訓練中心』，研發及革新多項臨床技術教學課程，並大力培養能以學習者為中心多向啟發回饋的臨床技能訓練師資群，初成規模後，開始將目標提昇至建立客觀化評量教學學習成效的新式臨床評估，積極主辦及參與國內各項研討會及師資培訓。

94年11月更由當時擔任內科主任的藍忠亮副院長，率領臨床技術訓練中心主任謝祖怡、內科部滕傑林醫師、外科部趙德馨醫師，四人以單一醫院最多投入最多人力下，參與醫策會主辦、賴其萬教授領軍的參訪團，實地走訪醫學教育革新先鋒的哈佛醫學院及以OSCE / 標準病人培訓名聞遐邇的紐約西奈山醫院臨床技能中心（Monchard Center），經由深度觀察實作及與世界級醫學教育學者間的對談，除了將『住院醫師教師（Resident as Teacher）』帶回中榮以外，藍忠亮副院長與王丹江前院長更確立了要在中榮建立與世界同步的客觀結構臨床評估（OSCE），確認中榮臨床教學改革成效的目標，並責成臨床技術訓練中心全力執行。

臨床醫學教育是以病人為中心的生命教育，從錯誤及修正中學習是教育的基本原理，但錯誤的代價是人命時，臨床教育就產生了為了救人而害人的根本性衝突。傳統的臨床技能教學以師徒式傳授，由資深醫事人員帶領年輕學生，直接從病患身上的操作漸次熟悉各項技能，醫護人員的成長步伐，不得不踏在同時承受病痛及各種不純熟醫療技術的病患之上。

但透過科技的不斷進步，許多醫學技能與臨床技巧已可透過模型及軟體在模擬場景演練，超越過去以臨床經驗才能獲取醫療知識的侷限，讓學員即使第一次處理病患，也能熟練地實地執行臨床技術，不但病患可免於被實驗的痛苦，新進醫事人員也可免除初次面對病人時的不安與難堪、減少因操作失誤而威脅病人安全。而且，臨床永遠沒有兩個相同的病患場景也無法再回頭重新處理，面對學員處理的不完美，臨床教師在兼顧病患照護下，總難確認問題是出在學員的



▲滕傑林醫師、藍忠亮副院長、謝祖怡主任、趙德馨醫師參加哈佛OSCE講習

能力或患者的複雜度上。而模擬場景的技能評量卻能在標準化的情境中，不受病患變易度干擾下確認出個別學員臨床技能的差異，客觀地評量教學成效及學習成果，以為改善教學的依據。因此，模擬醫學成為近代醫學教育改革中不可或缺的一環。

以最適合postgraduate clinical training為導向，臺中榮總的第一次OSCE，在密集的腦力激盪及協調努力下，94年12月臨床技術訓練中心為內科部第二、三年資深住院醫師舉辦了以進階溝通技巧「告知壞消息」為主題的教學型OSCE。從學員、臨床教師及標



▲測驗前簡報使學員明瞭測驗目標



▲導師觀察學員interview標準病人



▲標準病人逼真實力演出



▲學員interview病人後書寫記錄回饋



▲學員與導師及標準病人進行小組回饋



▲全體導師學員及標準病人進行討論

準病人間熱烈的迴響，藍副院長及臨床技術訓練中心確定又為中榮的醫學教育開啟了新的紀元。

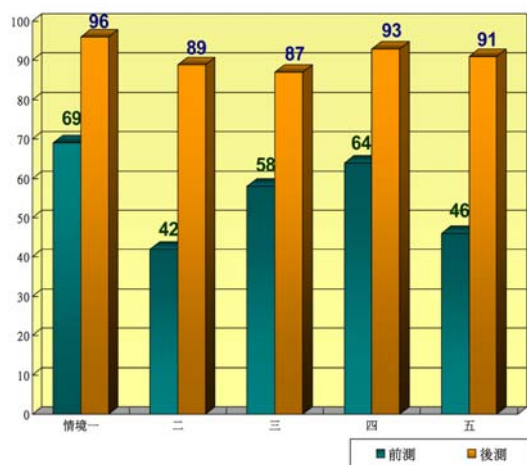
很快的，實行OSCE的腳步便走到了一般醫學訓練，運用『標準病人』及互動模型，OSCE這種能力為導向的標準化臨床評估更能看出PGY學員實作能力學習成果，我們開發了如“解釋病情與衛教”、“傳染病通報”、“休克處置”等符合一般醫學訓練精神及綜合了進階溝通技巧與臨床技術的多種教案，並在PGY訓練前後進行OSCE測驗，從數量化的統計結果顯示出學員的進步，讓中榮的PGY訓練的成功得以具體化。接著我們向實習醫學生的UGY訓練前進，以OSCE評估六所醫學院七年級醫學生在中榮UGY訓練的成果。97年8月起，我們更向更高階的臨床能力挑戰，以“簽署DNR”、“性相關病史詢問”、“呼吸器問題處置”等教案的建立常態化內科部第二、三年資深住院醫師的臨床能力評量。為求整體醫學教育的

提昇，除了對如仁愛醫院、署立臺中醫院、嘉義長庚醫院、署立新竹醫院等多所醫院進行協助推動OSCE相關教育演講，我們也利用OSCE輪測表的空檔開放部份由外院學員實地參與中榮測驗，提昇OSCE的參與廣度。在各項醫學教育相關的研討會中，我們也積極與醫策會、醫學教育學會及國內各醫院分享中榮經驗，期望拋磚引玉，全面提昇國內OSCE的水準。

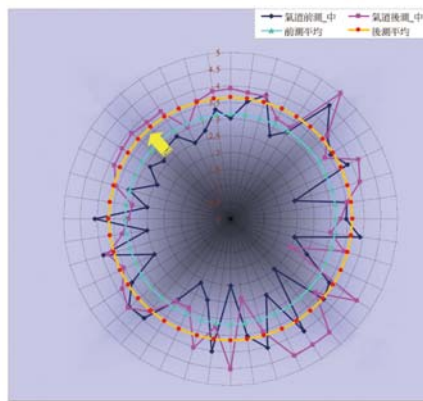
我們當然也不會忘記與醫院其他醫療單位分享發展及執行OSCE的成果，從最早協助兒童醫學部建立自有的OSCE測驗，到放射線部醫師及放射線技師的OSCE教案建立與執行，之後本院藥師、復健師及護理師紛紛加入發展及執行OSCE的行列。而眼見藥劑部及放射線部的持續投入及教案的多元豐富、且已能對外發表成果，護理部“緊急病患轉送”OSCE教案設計及執行精緻度，更讓我在驚豔於中榮臨床教師群的才情外，重新開展了OSCE發展的視野。

PGY1情境式臨床氣道處置訓練課程前測及後測

PGY學員訓練課程情境處理前後測驗達成率進步38.98%



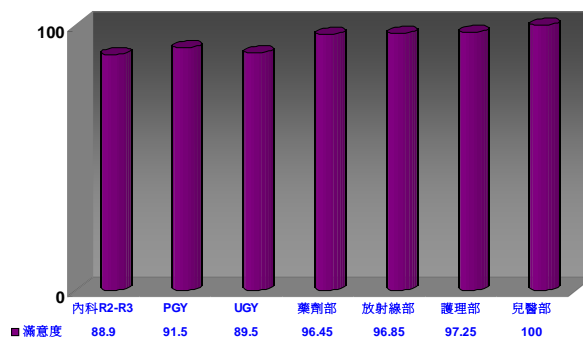
以OSCE前後測確認成效（五等第法）
3.29 0.62 進步為3.61 0.59 ($p < 0.005$)
統計方法：Wilcoxon signed - rank test



OSCE訓練成效



各科實行OSCE學員滿意度



正值醫師國家考試宣佈決定OSCE為證照合格與否標準的民國98年年終，以目標導向的客觀式結構性臨床評估（OSCE）確認學員行醫能力的地位終於不再受到質疑，回首中榮走上OSCE五年的來時路，現在我們的成果實在遠超過走出紐約西奈山醫院 Monchard center的我，心中除了感謝，還是感謝。

感謝醫院在財務拮据下院長及藍副院長仍以最大實質支持鼓勵我們，感謝一同在醫學教育奮鬥的各單位同仁及教學計劃助理們為OSCE投注的心力，是你們大家，讓OSCE在中榮紮根茁壯，展望未來爭取成為國家高階OSCE考場的目標，相信我們的共同努力會讓OSCE在中榮枝繁葉茂，邁入全新境界。

一般醫學OSCE

◆溝通技巧：對解釋異常報告及衛教

1. Hypercholesterolemia
2. Hyperglycemia
3. 骨質疏鬆

◆溝通技巧：報告壞消息

1. 肝癌
2. 急性骨髓性白血病
3. 肺癌
4. DNR的告知



◆病史詢問、PE及病歷寫作：腹痛、胸痛

◆臨床推理診斷

◆傳染病通報

◆臨床技能：氣道處置

◆實證醫學（EBM）

1. 擬出一個治療性的問題的PICO架構
2. 文獻搜尋及證據等級評估

◆臨床技能：休克診斷及處置

◆呼吸器通氣模式設定及處理呼吸器警示狀況

◆性別議題：詢問性相關病史



關節相關OSCE

◆高爾夫球肘及網球肘關節相關臨床技能

◆肩關節相關臨床技能

◆膝關節相關臨床技能



放射線部OSCE

放射線醫師

◆顯影劑過敏性休克處理

◆放射診斷閱片技巧

1. 骨骼骨關節放射診斷
2. Liver abscess
3. Neuroradiology case
4. 神經放射診斷會診
5. 介入性會診技巧
6. 含碘對比過敏性休克處理

放射師

◆腹部超音波基本技術

◆腹部肝臟三相動態造影技術

◆重傷病患X光照相技術



牙科部OSCE

◆解釋病情與溝通

1. 牙周病
2. 牙髓病
3. 兒童牙科病情

◆暴牙的矯正治療

◆報告壞消息：口腔癌

◆缺牙贖復的選擇



藥劑部OSCE

◆藥物諮詢與指導

1. 糖尿病病人衛教知識評估與治療
2. 發燒病童家屬衛教知識評估與治療
3. 腎臟移植病人衛教知識評估與治療



復健科OSCE

治療師

◆頸椎損傷患者之評估與治療

◆腰椎損傷患者之評估與治療

實習治療師

◆骨科站

1. 脊椎疾病相關臨床技能與治療
2. 一指刀手法相關臨床技能
3. 肩與手關節損傷患者之評估與治療
4. 腰椎損傷患者之評估與治療

◆神經站

神經科物理治療評估技巧

◆心肺站

1. 心肺物理治療評估
2. 床邊物理治療評估

◆小兒站

1. 新生兒神經發展評估與治療
2. 新生兒口腔功能評估與治療



護理部OSCE

◆緊急情況處置

◆急症病患轉送評估



臨床技術訓練中心承蒙王前院長支持，畢業後一般醫學訓練計畫主持人藍忠亮副院長及雷永耀院長鼎力相助，以任務編組的方式設置主任一人，負責規劃、督導臨床技術訓練中心運轉，專任護理師一人，推動各項教育訓練業務，在醫院財務拮据下已經是最大實質支持，萬分感謝居中協助的各單位同仁。

期盼本中心運作及教學以此模式延伸，透過這些訓練完成醫療及相關人員，可促進並落實「以病患安全與倫理考量為中心」之醫療服務。

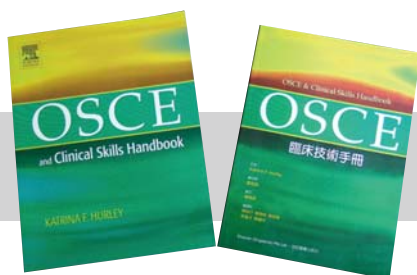
師資成長系列演講

醫學

觀 察 力

的教學

本院免疫風濕科團隊95年12月完成國內
第一本OSCE教科書中文譯本，為國內
OSCE暢銷書



98.12.22(二)

14:00~16:00

台中榮民總醫院
研 究 大 樓

第三會場

主講人：臨床技術訓練中心
謝祖怡 主任

請洽：04-23592525 (3142) 陳小姐

• 中榮OSCE五年來的經驗分享 •

醫事放射師客觀結構式臨床測驗 ——台中榮總的經驗

(The experiences of VGHTC –
Radiotechnologist Objective Structure Clinical Examination-ROSCE)

放射線部 技術組副主任 江志明
放射線部 胸腔放射科主任 蔡志文
放射線部 部主任 陳裕昌
放射線部 全體同仁



自從2007年開始，衛生署委由醫策會開始執行新制教學評鑑後，評鑑的目標，自結構面與設備面的重視轉為加強教學訓練過程及結果面之評估。並納入醫事放射、醫事檢驗、護理 等各類人員訓練計畫之要求。今後，教學必須有完善計畫，有系統地培育新學員、生，以期提升各類醫事人員之素質。

台中榮民總醫院自民國96年起，為因應新制教學評鑑之任務，由放射線部開發全國第一個醫事放射師客觀結構式臨床測驗教室。醫事放射師藉由客觀結構式臨床測驗模式，積極開發出具備專業精髓的臨床醫事放射技術教案，從客觀結構式臨床測驗的操作中，讓醫事放射師學員、生、標準病人及臨床老師，甚至是教學計畫主持人，充分體驗並了解教學與測驗時，回饋技巧和評量學習效能的重要性。尤其是醫事放射師臨床老師們，從客觀結構式臨床測驗的執行過程中，他們獲得了教學的「領悟、感動、圓滿」。領悟到教與學互相成長的重要性，受到了團隊教學的激勵和感動，最後還能獲得學習者溫馨回饋及學習成效良好的圓滿幸福。所以，我們開發了一般X光攝影技術、超音波技術及電腦斷層造影技術等教案。

目前我們仍持續運用客觀結構式臨床測驗模式，進行醫事放射實習醫事放射師（UGY）及畢業後2年

新進醫事放射師教學補助計畫（大PGY）學員、生，學習成效之評量。在有限的教學經費情況下，利用原有的X光、超音波、電腦斷層等儀器設備與檢查室為醫事放射客觀結構式臨床測驗的教室。於科、部內召集醫護、行政同仁及學員、生，經由基本的標準病人扮演說明或訓練配合演出。最重要的是臨床老師們為開發教案的開會、開會、討論再討論，檢討再檢討。但是因為教案的設計而享有同仁一起吃便當的樂趣，那是一種成就與滿足。

在本部與臨床技術訓練中心的協助與指導下，我們會持續研發出更多的醫事放射師的客觀結構式臨床測驗教案，如特殊攝影、磁振造影檢查、急診X光等等。我們希望藉由醫事放射客觀結構式臨床測驗的執行與發展，將本院的傳統式醫事放射師教學轉化為調整式、支持式與多元式的教學。在專業的醫事領域中，讓醫事放射師知道「我是誰？」；在專業醫事情境中，讓醫事放射師知道「我要做？」；在醫事專業技術領域中，讓醫事放射師知道「我做了？」。最重要的是做一位懂得以病患為中心的專業醫事放射師。

William Osler

說醫學教育

Medicine is a calling, not a business.

You are in this profession as a calling, not as a business; as a calling which exacts from you at every turn self-sacrifice, devotion, love and tenderness to your fellow-men. Once you get down to a purely business level, your influence is gone and the true light of your life is dimmed. You must work in the missionary spirit, with a breadth of charity that raises you far above the petty jealousies of life.

• 中榮OSCE五年來的經驗分享 •

OSCE 經驗分享

復健科 技術組副主任 陳韻秋

日前有一則很醒目的新聞報導指出，今後OSCE將成為醫師國家考試項目之一。利用標準化的測驗來評估醫療人員臨床技能水準，確保病人獲得高品質之醫療，可想而知臨床技能之測驗想必是未來的趨勢。

復健科物理治療組在2007年便開始嘗試使用OSCE。草創之初，每位臨床老師也不知如何著手，是經由參加院內及院外OSCE的研討會，才漸漸有了概略的雛型。本組總共有四小組，分別為骨骼肌肉系統物理治療、神經系統物理治療、小兒物理治療、心肺物理治療，分別發展各小組之測驗主題。例如神經科物理治療測驗主題為中風病人動作發展程度之評估；骨骼肌肉物理治療之主題有腰椎之評估技巧、肩關節之評估技巧、膝關節之希理氏評估技巧等；心肺物理治療主題為冠狀動脈病患呼吸循環相關之治療與衛教；小兒物理治療主題為兒童動作發展評估與衛教，由上述測驗中可以得知學員在臨床技能、知識、態度的表現。在學員的回饋中，皆認為能清楚了解自己表現的優缺點，有時遇到標準病人的抱怨，還會有頓時語塞、辭不達意、會用太多的專業術語、或是被標準病人「吐嘈」的窘境。有些學員認為非常刺激，也很臨床化，有極少數的學生會緊張而影響表現。但是歷年來接受測試的學員有99%以上認為對自己在臨床上對於病患的處置能力有很大的助益。臨床老師也能從學生之表現中，去發現在教學過程中需要加強學員技能的部份，或是在溝通技能或態度上，可以如何提醒學員如何應對，作為教學活動之修正根據。



在這些年的經驗中，我們比較有困難之部分為標準病人的招募。現在仍用臨床老師或學生作為標準病人，會有一個缺點，就是較難統一標準病人之表現，且常常要更換，無法持續。另外經費也是需要克服的難題。於測驗主題上，會嘗試導入實証醫學PICO的實作；在老師評比的一致性，就是所謂的OSTE，也是未來我們要進一步去推展，預備由各組去按部就班去執行。

OSCE在評估學員的學習成效中扮演著愈來愈不可或缺的角色。在這幾年已累積相當多的經驗，不管是各種主題之設定、評估前後之討論，讓學員與臨床老師皆能有所收穫。至於其中缺點之改善和未來努力之方向，例如OSTE之執行，也列為未來之目標來確定執行，也感謝醫院在這段期間的再教育與支援、指導，希望以接近臨床情境之訓練方式，能蘊育出獨立自主、有解決問題及醫療照護能力的優秀治療師。

William Osler

說醫學教育

The teacher (Osler) still has a lot to learn.

It is a good many years since I sat on the benches, but I am happy to say that I am still a medical student, and still feel that I have much to learn.

醫師背景與 客觀結構式臨床考試表現

胸腔內科 OSCE資深考官 王振宇醫師



轉眼間本院客觀結構式臨床考試已經堂堂邁入第六個年頭，在長官們與臨床技術訓練中心謝祖怡主任的強力支援下，克服了場地限制、教材編寫問題、模擬病人與師資來源，始有今日的規模與運作模式。本人有幸參與評估教師的陣容，除了與辛苦備戰的學弟妹教學相長外，也觀察到一些現象：例如有些平時表現穩健的學弟妹在客觀結構式臨床考試刻意營造的情境壓力下，顯得不知所措，甚至荒腔走板；有些學弟妹平時大而化之，但在客觀結構式臨床考試各站中卻表現的虎虎生風，到底哪些特質的醫師在真正上戰場時足以獨當一面？

有了初步的構想，在祖怡主任、玉雪護理師與一般醫學教育組助理群的幫忙下擬訂了問卷，以醫師背景資料為自變項，客觀結構式臨床考試分數為依變項，經專家效度檢測與預試，利用半年時間請126位參與客觀結構式臨床考試的學弟妹填答，其中包含了8位第三年住院醫師、14位第二年住院醫師、46位第一年住院醫師與58位實習醫師。除實習醫師外，執業科別依次為內科37位，外科、婦產科與兒科分別為10位、2位與4位，其他科共15位（表一）。

將所得資料以描述性統計、t-test與變異數分析分別處理，結果為醫師個人基本資料與客觀結構式臨床考試表現的相關因素為：醫院層級（ $P=.01$ ）、畢業學校（ $P=.026$ ）、最高學歷（ $P=.04$ ）、執業科別（ $P<.0001$ ）、職級（ $P<.0001$ ）與婚姻狀況（ $P<.0001$ ）。執業科別方面經事後檢定發現，內科在客觀結構式臨床考試表現上優於其他科；職級部分第一年住院醫師表現不如第二、三年住院醫師與實習醫師。其它影響客觀結構式臨床考試表現的變項中，在醫學中心服務者優於在區域醫院服務者；就讀或畢業於公立醫學院者，表現優於私立醫學院；未婚者表現優於已婚者。性別、年齡、醫學學歷與在校成績表現則與客觀結構式臨床考試表現無相關性（表二）。

在進一步的複迴歸分析中，醫師職級與客觀結構式臨床考試表現呈統計上相關，三年住院醫師分數明顯高於第一年住院醫師、第二年住院醫師與實習醫師。婚姻狀況中，未婚者客觀結構式臨床考試表現優於已婚者。

在這份初步的統計中，雖然樣本數不是非常足夠，仍提供了一些有趣的結果：第一年住院醫師客觀結構式臨床考試表現分數低於其他層級包括實習醫師；第三年住院醫師客觀結構式臨床考試表現分數遠優於其他層級。推究其原因可能是第一年住院醫師身份突然從實習醫師轉換過來，臨床能力尚不成熟，表現分數普遍不佳；另一方面月暈效應（Halo effect）的影響也可能是客觀結構式臨床考試表現存在差異的原因之一，評分教師同樣都是院內的師長，在對資深住院醫師評估時，或許會有印象分數的偏頗，在對第一年住院醫師評估時，要求標準可能會高於實習醫師；另一個可能性為住院醫師與實習醫師參與客觀結構式臨床考試梯次不同，住院醫師參與梯次常包括第一到第三年住院醫師，實習醫師參與梯次皆為實習醫師，雖然評分教師相同，是否因而影響了評分教師的給分標準則尚待未來研究進一步探討。此外，客觀結構式臨床考試評估的不一致性（Inconsistency）也是差異存在的另一個可能原因。婚姻狀況是否真的影響客觀結構式臨床考試表現，姑且不敢妄下定論；至於性別、年齡、醫學學歷與在校成績表現則與客觀結構式臨床考試表現無相關性，甚至國外文獻也曾提及參加社團活動的經驗比在校成績對住院醫師工作表現更有幫助，某種程度驗證了我們觀察到的結果，或許可作為醫院日後招收住院醫師的參考。但是無論如何，第一年住院醫師的確需要資深醫師多一點的關懷與支援。

客觀結構式臨床考試即將升格為醫師國家考試的一部份，也希望此兼具評核與教育功能的測驗方式在更多熱心教學的老師投入下，能夠繼續精進本院客觀

結構式臨床考試的內涵，也為醫界孕育未來更優質的生力軍盡一份力量。

表1 醫師之人口學分佈情形 (N=126)

變項	人數	百分比 (%)
醫院層級		
醫學中心	117	92.86
區域醫院	9	7.14
性別		
男	90	71.43
女	36	28.57
年齡		
24歲~25歲	45	35.71
26歲~27歲	44	34.92
28歲~29歲	29	23.02
30歲以上	8	6.35
畢業學校		
公立醫學院	76	60.32
私立醫學院	50	39.68
醫學學歷		
國內醫學系	121	96.03
國外醫學系及國內中醫系	5	3.97
醫學學歷		
國內學士	122	96.83
非國內學士 ¹	4	3.17
在校成績表現		
前20%	30	23.81
前21%-40%	33	26.19
41%-60%	34	26.98
後21%-40%	16	12.70
後20%	13	10.32
執業科別		
內科	37	29.37
外科	10	7.94
婦產科 ²	2	1.59
兒科 ³	4	3.17
其他	15	11.90
實習醫師	58	46.03
執業科別		
第三年住院醫師	8	6.35
第二年住院醫師	14	11.11
第一年住院醫師	46	36.51
實習醫師	58	46.03
婚姻狀況		
已婚	13	10.32
未婚	113	89.68

表2 醫師個人基本資料與OSCE分數表現之雙變項分析 (N=126)

研究變項	變項類別	人數	平均值	標準差	P值	事後檢定
醫院層級					.010*	
	醫學中心	117	71.22	6.10		
	區域醫院	9	65.78	4.81		
性別					.875	
	男	90	70.78	6.43		
	女	36	70.97	5.54		
年齡					.072	
	24歲~25歲	45	72.64	4.84		
	26歲~27歲	44	69.77	6.03		
	28歲~29歲	29	69.39	7.21		
	30歲以上	8	71.80	7.95		
畢業學校					.026*	
	公立醫學院	76	71.80	5.61		
	私立醫學院	50	69.34	6.71		
醫學學歷					.084	
	國內醫學系	121	71.03	6.04		
	非國內醫學系	5	66.17	8.04		
醫學學歷					.040*	
	國內學士	122	71.08	6.10		
	非國內學士	4	63.25	2.41		
在校成績表現					.701	
	前20%	30	71.94	5.54		
	前21%-40%	33	71.29	6.29		
	41%-60%	34	70.11	5.84		
	後21%-40%	16	70.34	7.65		
	後20%	13	69.63	6.48		
執業科別					<.0001***	1>5 6>2,5
	內科	37	71.60	5.92		
	外科	10	66.28	4.86		
	婦產科	2	69.50	8.72		
	兒科	4	66.88	.72		
	其他	15	64.20	7.63		
	實習醫師	58	73.16	4.42		
執業科別					<.0001***	3<1,2,4
	第三年住院醫師	8	78.00	2.08		
	第二年住院醫師	14	73.31	3.38		
	第一年住院醫師	46	65.90	5.83		
	實習醫師	58	73.16	4.42		
婚姻狀況					<.0001***	
	已婚	13	65.15	7.62		
	未婚	113	71.49	5.66		

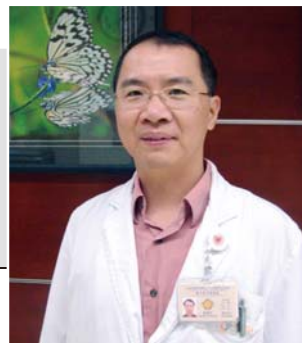
註¹：非國內學士包括3名國內碩士與1名國外碩士

註^{2,3}：雖婦產科與兒科個案數小於5，為呈現完整資料，故仍保留該類別

• 中榮OSCE五年來的經驗分享 •

建立藥學OSCE模式—— 台中榮民總醫院藥劑部經驗分享

藥劑部 顏志和藥師



隨著醫學進步與疾病之越趨複雜化，醫療專業人員所需的知識與技能也需不斷提昇。國內外藥學教育也是兼顧基礎科學知識與臨床執業的訓練，其目的是重視藥學實務經驗傳承並奠定臨床技能基礎，以培養符合時代需要之臨床藥師，使藥師成為民眾最信賴的專業人員。

本院醫學教育為全國標竿學習醫院，相較於醫學系，藥師於教學上缺乏多面向評估，民國96年因為本院要參加衛生署教學費用補助計劃-藥師類，藍副院長建議本院藥學應建立多元化評估，當然包含客觀結構化臨床測驗（Objective Structured Clinical Examination；OSCE）模式，來評估新進藥師臨床技能的學習成效。當時接到此命令時，不知如何是好，因為當前國內藥學教學評估是由各教學醫院自行制定，缺乏一套標準模式；大多為筆試多選題考試、教師觀察與反覆練習。而藍副院長說：「不用害怕，我們有PGY1的師資當後盾，應該可迎刃而解。」，於是在藍副院長指導下，向多位醫師取經，包括陳得源主任、謝祖怡主任、陳怡行主任、吳明儒醫師、滕傑林醫師等，同時也查詢文獻了解各國藥師執行概況，其實美國和加拿大等國也推行以OSCE評估藥學生之臨床技能或列入國家證照考試之項目。以往傳統的評估方式，通常只能測驗出Miller所提出學習金字塔理論中之認知能力（knows及knows how），而無法準確地評量學生之實作能力（shows how）。而OSCE是

一種以實作為主的評估工具，可加強以病人為導向之臨床藥學專業技能，因此我們嘗試建立一套OSCE模式，期望能客觀評估新進藥師或實習藥師臨床技能的學習成效。

剛開始國內藥界很少人進行OSCE，所以我們參考文獻及本院一般醫學內科進行OSCE之方法，96年5月開始建立第一站-糖尿病病人藥物諮詢與指導，因為我們平常有針對糖尿病患者進行衛教，所以編寫教案、評估員與標準病人共識會並且試著執行。開始比較克難，在本院中央藥局藥物諮詢室執行迷你OSCE（只有一站），不管新進藥師或實習藥師對此OSCE的評估方式都感到收穫良多而且可提升臨床技能。於是為了建立藥學OSCE模式，我們開始由資深專科臨床藥師編寫藥學相關臨床OSCE教案，包括教學主題、教學時間、教學方法、基本知識與教學評估項目等，設計詳細條列之標準評估表以客觀方式評估新進藥師或實習藥師，初期，編寫藥學相關臨床教案共計五個，包括糖尿病病人藥物諮詢與指導、腎臟移植病人藥物諮詢與指導、小兒發燒藥物諮詢與指導、抗凝血藥物Warfarin藥物諮詢與指導和氣喘病人的藥物使用與自我照護。接著進行師資培育、標準病人訓練及教案教學，於97年2月16日舉辦師資培育共識營培育教師、訓練標準化病人，期能對OSCE的執行達成共識，共計41位藥師參與，且教師贊成將師資培育共識營推廣至其他醫院的藥師，於是我們也於98年3月21

William Osler

說醫學教育

Faith in the doctor can cure.

Faith in the gods or in the saints cures one, faith in little pills another, hypnotic suggestion a third, faith in a plain common doctor a fourth.



日，本院師資培育中心、臨床技能中心與藥劑部主辦藥事人員師資研習營，共計59位本院藥師，外院52位藥師參與並於臨床技術訓練中心完成師資訓練，將藥學臨床評估方法推廣至他院，參與學員滿意度高達92%。

執行方面初期，新進藥師第一階段訓練結束後，於本院臨床技術訓練中心進行OSCE測驗，我們選擇三站：包括糖尿病病人藥物諮詢與指導、腎臟移植病人藥物諮詢與指導及小兒發燒藥物諮詢與指導。實習藥師於實習即將結束前於本院臨床技術中心進行OSCE測驗，我們選擇兩站一是糖尿病病人藥物諮詢與指導，另一則是腎臟移植病人藥物諮詢與指導。後來，我們鼓勵藥師多編寫教案，除了用藥指導外，也新編教案：門診疑義處方處理和實證醫學，所以，新進藥師教案從三站提高至五站。統計自執行OSCE至98年10月共計新進藥師30人次和實習藥師132人次，新進藥師目前共計五站，而實習藥師因人力限制目前

只維持二站，大家都對OSCE之評估方式感到肯定。

我們以實習藥師為例，97年間共計49位實習藥師接受兩站之OSCE測驗。調查結果顯示，實習藥師經OSCE測驗後在與病人溝通技巧、醫療專業知識性、醫病關係技巧、臨床技能方面、臨床問題解決能力等各方面皆有明顯進步。針對所有實習藥師之滿意度調查結果，發現有97.96%的實習藥師對此OSCE教學評估方式收穫程度表示滿意；100%實習藥師認為對於自己藥學專業知識與技能有所提昇，有97.96%實習藥師贊成將OSCE推廣至其他醫院的藥學實習教學。依據經驗，本院於實習藥師實習即將結束前於本院臨床技術訓練中心進行OSCE測驗，此OSCE評估模式於上班時間執行二站，以二組同時進行，需要9~10位藥師（包括教師、標準病人與行政助理人手），約耗時4~5小時（包括兩站OSCE評估與整體回饋），需要投入大量的人力、物力與時間。

藉由模擬臨床實例，OSCE提供一個很好的機會來評估新進藥師或實習藥師的臨床技能，新進藥師或實習藥師因而獲得與藥事執業相關的新知與專業技巧，並充實專業能力與經驗。雖然進行OSCE測驗會耗費許多人力、物力與時間，但卻能有效強化新進藥師或實習藥師的臨床技能，提高臨床教學的內涵。OSCE雖然無法取代傳統筆試或口試，但對於未來藥師人才的培養是絕對值得的。感謝所有參與OSCE之藥劑部同仁，因為您的付出促使本部教學更上一層樓。



參與OSCE的成長

護理部 重症創傷加護病房 黃惠美護理長

護理工作的完整及正確性與病人生命安全有密切相關，而臨床上如何訓練護理同仁的照顧能力、溝通技巧及應變能力是考驗臨床教師的教學技能。近幾年來OSCE教學開始被重視且推廣在臨床工作中，希望能配合模擬真實情境的學習，能達到模擬真實的狀況，但仍具臨場感，希望藉此增加學員的臨床實務能力及找出學習有待加強之部份，而學習後的回饋採取雙向互動，讓學員有機會對自己的表現說出優缺點及需要補充的部份，之後再由考官依“三明治回饋法”提供學員建議。首先說出學員的優點，加強學員記憶並鼓勵繼續保持，接著提醒學員能再精進或改善的部份，最後再一次肯定學員的努力，希望藉此安全的學習環境，能減少學員對第一線護理工作的壓力及維護病人的安全。

能參與護理部『重症病人轉送前準備的OSCE』的整個過程，收獲很多。首先是教材設計，如何依學員測試目標及資歷不同，設計出符合測驗效果的教材，需要一組人員不斷演練及修正內容，再請專家提供意見，方能完成評估表。在整個過程中，我瞭解透過溝通，適當說出理念及堅持的重要性。接著進行考官、標準家屬及場務的訓練，為了讓測驗當天擔任各種角色的同仁，皆能有一致性的表現，首先要完成角色指引及對話腳本，於測驗前舉辦教育訓練。能與一群熱衷於護理教育的同仁們共同學習及分享經驗感到很開心，不僅統整大家對測驗的目的及意義，也經由大家寶貴的意見修正了部份流程，讓測驗時流程更順暢且各個角色扮演的內容一致性更加提高。最後終於在6月順利完成92位學員的測試。測驗後從學員的回饋中，得知整個過程讓學員增加對轉送前準備流程的熟悉度，提供身歷其境體會完整操作流程的機會，雖然很緊張，但考官能予正向回饋，並對缺點加以指正，覺得收獲很大，因此也強調出考官在OSCE中重要的角色及任務。而由考官回饋中也得知學員都很

William Osler

說醫學教育

Faith in the physician can work miracles.

As a profession, consciously or unconsciously, more often the latter, faith has been one of our most valuable assets, and Galen expressed a great truth when he said, "He cures most successfully in whom the people have the greatest confidence." It is in these cases of neurasthenia and psychasthenia, the weak brothers and the weak sisters, that the personal character of the physician comes into play, and once let him gain the confidence of the patient, he can work just the same sort of miracles as Our Lady of Lourdes [French shrine of healing] or Ste. Anne de Beaupré [Quebec shrine of faith healing].

緊張，如何扮演好考官的角色仍需努力學習，方能協助學員經由測試中強化優點並提醒不足處予以引導學習，此任務相當不容易。在整個測驗結束後，本組成員也進行會後檢討，發現測驗前政策推動及熟悉規定的宣導顯得不足，值得我們再努力。也發現部份特殊單位在練習重症病人轉送前的準備有些困難，因此協商重症單位能協助，改善學員學習環境。

近幾年來，臨床教學的多元化及學習者的學習型態開始被重視，教學者不能再以學徒制的方式教學。對於初次接觸OSCE教學模式的我來說，讓我有機會檢討自己對教學的態度，以及設身處地的站在學

習者的立場思考，也發現教學者需不斷調整自己的教學方式，主動為指導學員而絞盡腦汁，設計教材以符合不同程度的學習者之需求，方能提升學習者的學習成效，也能避免學習者在學習過程中對病人造成的傷害。而每次教學後執行者自我的檢討，有助於肯定每次教學的優點及找出可以修正或加強的部份，相信是一位好的臨床指導老師應該具備的能力。有機會從事教學工作，是醫院長官對我的肯定，能與學員共同成長是我的福氣，希望未來能再為護理教學盡微薄之力。



▲台中榮總——空中走廊

William Osler

說醫學教育

The teacher (Osler) still has a lot to learn.

It is a good many years since I sat on the benches, but I am happy to say that I am still a medical student, and still feel that I have much to learn.

OSCE 的魅力

藥劑部 鄭景耀藥師



緣起

第一次運用OSCE教學，是一個非常特別的經驗。回想起教學啟蒙階段，教師實施教學多為所謂「填鴨式」的方式，台上口沫橫飛，台下卻一團迷霧。如何能讓藥劑部教學更生動，品質更提升、學員訓練成效更優良，身為藥學實習之負責藥師，是內心時時刻刻需要思考的問題。

執行

實施「能力為導向的學習」是OSCE最具魅力的特質之一，承蒙本院臨床技術訓練中心謝祖怡主任的熱心教導，藥劑部由實習藥師開始模擬糖尿病患者藥物衛教，至目前已另外發展出器官移植病患衛教、小兒發燒、EBM、門診疑義處方溝通，甚至氣喘病患藥物衛教。實習學生的參與，透過一系列OSCE課程的前導，學生的心情從一個月前通知的憂鬱表情，到一週前的躍躍欲試，至前一天的興奮，可看出學習的認真與參與程度；最精彩的莫過於考試當時第一眼看到標準病人的表情，最令人難忘。因為草創初期，本部的標準病人大多以經過訓練的臨床藥師擔任，學生第一個表情大多是「愣住」而動作停格，時間長短則隨

準備的充分程度而定，進行OSCE時被標準病人問得啞口無言的情形時有發生，但這正是一般訓練時的弱點，也是本部教學能介入精進之處。

除此之外，OSCE執行過程最重要的部份就是「即時回饋」，能直接調整技能表現，使得傳統教學只能「知道」，到OSCE之後的「會做」，最後是「做對」、「做好」，才是教學的終極目標。透過教師與學員的「即時回饋」，學員可立刻知道哪個步驟需再改善，哪些步驟可再保持，而教師也透過回饋可瞭解教學訓練的不足與需補強之處，藉此提升教學品質，更進一步應用於臨床，維護病人用藥安全。

師資訓練

藥劑部開始執行OSCE之後，認知到要將OSCE文化深耕在本部必須透過師資的訓練，將OSCE的核心理念散播至每一位藥師的心裡，使其身體力行。97年2月16日本部首先針對OSCE, Mini-CEX及DOPS為主題舉辦全院之師資研習營，邀請藍副院長、陳怡行主任及謝祖怡主任授課，與會參加者包含本院醫事技術人員及護理人員，下午更模擬OSCE現場實作，以示範組藥師擔任學員、標準病人與教師，透過視訊VCR方式直接將模擬現況傳送至教學現場，讓講師和

William Osler

說醫學教育

Medicine is a calling, not a business.

You are in this profession as a calling, not as a business; as a calling which exacts from you at every turn self-sacrifice, devotion, love and tenderness to your fellow-men. Once you get down to a purely business level, your influence is gone and the true light of your life is dimmed. You must work in the missionary spirit, with a breadth of charity that raises you far above the petty jealousies of life.

與會學員直接討論，即時回饋給學員，更增加參與學員的收穫。本院藥師也多次受邀至三總、中山、澄清等醫院演講，以共同提升藥學界的教育訓練方式。而今年3月21日本部更進一步將OSCE的種子以舉辦全台灣OSCE師資訓練的方式散佈出去，邀請各教學醫院及醫學中心參加，OSCE的魅力蔚為風潮，幾乎散佈至台灣每間醫院藥局。

標準病人訓練

要有優良的OSCE品質，標準病人是絕對不可或缺的。器官移植OSCE，也試圖延攬曾表現優良之畢業實習生擔任標準病人，學員反應良好程度為歷年之最，本部在這部份仍須繼續加強努力，提升本部之教學。

未來展望

台中榮總藥劑部歷經教學評鑑的洗禮，在院部長官的指示與鼓勵之下開始進行OSCE的規劃與實施，PGY的觀摩與臨床技能中心的指導，開創了藥劑部教育訓練的新頁，也使藥劑部的訓練往前邁進一個里程碑。在台灣所有醫學中心之中，台中榮總也成為第一個藥劑部實施OSCE訓練的典範。未來則需開發更多元化之教案，讓藥師及實習學生參與，增進訓練成效，開創另一個藥學訓練的時代。更重要的是，透過精實的訓練，藥學的技能提高不僅增加藥學專業素養，更進一步增進病人用藥安全。



William Osler

說醫學教育

Faith in the doctor can cure.

▲台中榮總——空中走廊

Faith in the gods or in the saints cures one, faith in little pills another, hypnotic suggestion a third, faith in a plain common doctor a fourth.

未來國考新式評量

如果有事情讓你驚異不安，最好的辦法就去測量它——丈量世界

感染科 劉伯瑜醫師



甚麼方法可以評核一個醫學生是否有足夠能力當個稱職的醫生呢？

許多人認為筆試是不足夠的，但是有更好的方式嗎？OSCE也許是目前一個可能的答案。但是面對國家考試這樣對於考生關鍵重大的關卡，及格標準的訂定就成了需要嚴謹面對的課題。

這一次國防醫學院教師發展中心與三軍總醫院教師發展組主辦的「OSCE標準設定工作坊」便是因應這樣的需求而召開。會中邀及國立台灣師範大學科學教育研究所所長譚克平教授，針對標準設定的觀念及方法做全面的介紹。同時也邀請高雄醫學大學醫學院的副院長劉克明教授及台北醫學大學附設市立萬芳醫院的小兒部主任蔡淳娟主任分別對台灣的OSCE現況及目前OSCE的標準設定與學界分享彼此的經驗。

Are you righteous ?” The Thin Red Line
(1998 film)

在討論設定標準的實務方法前，有兩個基本的關鍵問題必須被釐清。第一，什麼是標準？何謂可接受的水平與應達到的標準？以國考為例，就是要先清楚制定出一個合格醫師需要具備的足夠能力。缺少了這一步，我們之後做的一切工作也許都無法辨認出真正要緊的核心能力。第二，誰可以做出標準設定的決定？哪些人有權畫出那條紅線？一般而言需要召集相關領域專家成立標準制定小組，成員需能瞭解何謂最低通過能力表現且具有負責感。有文獻指出很多標準設立專家小組須有十到十五人。

William Osler

說醫學教育

Faith in the physician can work miracles.

As a profession, consciously or unconsciously, more often the latter, faith has been one of our most valuable assets, and Galen expressed a great truth when he said, "He cures most successfully in whom the people have the greatest confidence." It is in these cases of neurasthenia and psychasthenia, the weak brothers and the weak sisters, that the personal character of the physician comes into play, and once let him gain the confidence of the patient, he can work just the same sort of miracles as Our Lady of Lourdes [French shrine of healing] or Ste. Anne de Beaupré [Quebec shrine of faith healing].

測不準原理

不確定性原理時常會被解釋為：「粒子位置的測量必然地擾亂了粒子的動量」 維基百科

設定標準的實務方法有很多，以下簡單介紹其中幾種常用的方法。

1. Nedelsky法：由 Leo Nedelsky 於1954年提出，要求評審估計最低能力考生在選擇題的誘答選項中能刪除的錯誤選項。計算剩餘之誘答選項的數目後求出倒數，就能得到該題猜對的機率。接下來將各題的機率加總後，再進一步求所有評審平均值，以此視為及格分數。
2. Angoff法：William H. Angoff 自1971年發展的方法。請學科專家就每一個試題判斷最低能力考生對每一題答對之機率。將每題之機率加總後加以平均，便成為該測驗之最後的及格標準。Angoff法有非常多的變種。Nedelsky法相較於Angoff法

而言個別評審間的不一致會較低，但較常高估試題難度而有較低的cut-score。

3. Ebel法：原則上依試題的特性來決定最低通過分數。可分為兩階段，兼顧難度與問題的重要性。評審根據試題難度將題目分為：容易、中間、難題三樣類別，再把題目依其重要性或適切性分成存疑、可取、重要或基要。形成一個4乘3組別的題目分類後，分別在各組別的題目中判斷剛好及格的考生約可正確回答多少百分比的題目。之後將各組別中剛好及格考生答對題數的百分比乘以該組別中的題數得到組別得分（category score）求出全部組別得分的平均，則為及格分數。

標準設定的方式有非常多種，其牽涉到試題的設計、計分與長度。也需要完整的統計分析與資料處理。希望學界的努力能帶給未來的國家考試一個更公正客觀的基準。



▲台中榮總——第二醫療大樓

William Osler

說醫學教育

The teacher (Osler) still has a lot to learn.

It is a good many years since I sat on the benches, but I am happy to say that I am still a medical student, and still feel that I have much to learn.

2008~2009千大好醫師推薦榜—台中榮總

商業週刊雜誌於2008年起，『好醫師推薦』大調查，採取專家推薦調查，由醫師來推薦好醫師。為求參與推薦者的涵蓋面夠廣，共包含醫院院長推薦、醫學會推薦、與全台主治醫師網路推薦三管道。綜合計算之後，產生推薦度最高前20%的「好醫師推薦榜」，而其中推薦度前5%的醫師，更入列為「超推薦百大好醫師」。

2008年台中榮總有36位醫師，2009年有30位醫師入選，有這麼多良醫在台中榮總服務，是台中榮民總醫院的榮耀，也是病患的福氣。

2008台中榮總入選好醫師推薦榜

科 別	得獎醫師	科 別	得獎醫師	科 別	得獎醫師
小 兒 科	陳昭惠醫師	神 經 內 科	張鳴宏醫師	胸腔內/外科	沈光漢醫師
	傅令嫻醫師		許弘毅醫師		夏君毅醫師
	張德高醫師		劉祿翰醫師		徐中平醫師
	陳伯彥醫師	神 經 外 科	鄭文郁醫師		張基晟醫師
	傅雲慶醫師		李旭東醫師		許正園醫師
心 臟 內 科	丁紀台醫師		沈炯祺醫師	腎 臟 科	徐國雄醫師
	王國陽醫師		崔源生醫師	泌 尿 外 科	楊啟瑞醫師
	吳茲睿醫師		楊孟寅醫師		宋育民醫師
	李文領醫師	婦 產 科	何師竹醫師	新陳代謝科	許惠恒醫師
心 臟 外 科	張 燕醫師		周明明醫師	血液腫瘤科	黃文豐醫師
	謝世榮醫師		黃曉峰醫師		翁益強醫師
一 般 外 科	吳誠中醫師		葉大成醫師		林進清醫師

2009台中榮總入選好醫師推薦榜

科 別	得獎醫師	科 別	得獎醫師	科 別	得獎醫師
牙 科	方鍾鼎醫師	耳 鼻 喉 科	王仲祺醫師	免疫風濕科	藍忠亮醫師
	唐 正醫師		江榮山醫師		陳得源醫師
	陳萬宜醫師		涂智文醫師		陳怡行醫師
	陳 錦醫師		梁凱莉醫師		謝祖怡醫師
	黃鑲基醫師		劉時安醫師		黃文男醫師
	劉正芬醫師		蕭君毅醫師	復 健 科	鍾進燈醫師
	鄭中孝醫師	泌 尿 科	楊啟瑞醫師	感 染 科	林育蕙醫師
	蕭應良醫師		歐宴泉醫師		卓良珍醫師
皮 膚 科	沈瑞隆醫師	骨 科	唐國民醫師	精 神 科	陳展航醫師
	陳怡如醫師	眼 科	蔡顯揚醫師		藍祚鴻醫師

對工作以及醫學教育的一點想法

兒醫部新生兒科 科主任 陳昭惠醫師



面對爆炸性不斷被發表的新知，如何更快速的更新自己的知識？面對著各種不同需求的病人以及家庭，如何選擇最合適的醫療？當病情的發展不盡理想時，如何面對病人以及自我期許的要求？何時該積極治療，何時該放手，如何和病人或家屬溝通？這些問題在古老的醫學訓練中多憑個人本事，摸索出自己的應對決策。至於這樣的對策如何，就靠病人病情變化的結果，以及病人及家屬對醫師的評斷讓我們知道是否需要做修正。這樣的過程或許十分紮實，然而不可諱言，也可能經過不少的錯誤嘗試，不論是醫師或者是病人都有可能付出一些代價。

SARS風暴後的醫學教育開始轉變，我們希望可以培養出更全方位的醫師，而不只是著重在次專科的訓練。還記得一開始填寫學習護照時，不論是老師或者是學生都覺得繁瑣複雜，窒礙難行。然而隨著每一年的評鑑，以及過程中師資研習會的討論，我們愈來愈清楚所謂UGY 或者是PGY的訓練意義。所謂能力導向的教學，希望能培養出學生的六大能力，包括：病人照護、醫學知識、從執業中學習及改進、人際及溝通技巧、專業素養、基於醫療體系的執業。這些項目從古至今就已經存在，只是我們現在更清楚的規劃出來，更明確的讓學生以及老師了解我們該學的或者是我們要教的是什麼。讓我們的學習更系統化，更完整。

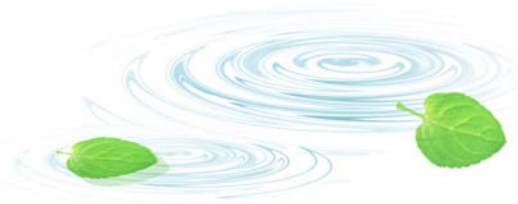
即使已經進行了這麼多年，同一家醫院中的不同部門，狀況仍是不盡相同，有人也許已經很有經驗可以持續追求卓越進步。有些人卻是想盡辦法在繁忙的臨床以及教學工作中存活下來，期盼能有更多人進來參與教學，一起追求進步。所以師資是能否教學成功的主要因素。

在一個沒有醫學院的醫院中，臨床醫師除了要應付健保工作量，還要維持教學熱忱及能量是需要多

方面支持的。然而現有的師資有足夠的時間去更新教學理念以及方法嗎？尤其是評估工具的使用，雖然院方一直持續鼓勵中，但是人力及時間不足，仍是一個重大問題，期待各部科中能有更多新的教學型主治醫師，才能讓教學這一部份可以持續傳承。

行醫超過二十年後，愈來愈覺得能夠擔任兒科醫師並參與生命的開始與成長，雖然過程充滿酸甜苦辣，相信仍是上天的恩典。在行醫的過程中有機會擔任老師，從陪伴學生的過程中使自己有機會重新成長，更是十分幸運。有機會學習實證醫學、醫法倫等議題，讓自己能夠更清楚了解原來在做各種決定過程中自己曾經考慮的或者忽略的議題，而能提供病人以及家屬更完整的服務。也逐漸注意到不能只是給予我們自覺得有興趣的學習內容，學生的需要是什麼才是我們的教學重點。有時，學生或許並不清楚自己的需求，這時就需要更多的討論與思辨。

曾聽一位醫師說過：一個好的醫師應該能分享自己的學習經驗，並且將這些經驗傳遞給他人。也有人說分享是助人的開始，我覺得分享更是快樂的開始。分享的過程中，讓自己可以更清楚所有的來龍去脈，其實獲得的還是自己。當醫師又能同時教學相長，真是人生一大樂事。



淺談醫學教育

兒醫部 部主任 傅雲慶醫師

何謂好醫生？

除了蒙古醫學院的醫學生畢業後註定要當蒙古大夫以外，大家都想當一個「好醫生」。然而好醫生的條件是什麼？古人常說「仁心仁術」，但現在已經比較少聽到這麼說了。

三個面向

現代醫學教育教導學生三個面向，包括「知識（Knowledge）、技術（Skill）以及態度（Attitude）」，而態度不只是形於外的表情、動作，更包括一顆良善的心。也就是現代醫法倫所強調的四個原則：行善、不傷害、尊重與自主、守信與公正。所以一個現代的好醫生應具備「知識淵博、技術精湛，以及態度良善」。比照過去，知識淵博與技術精湛就是具備「仁術」，而態度良善就是具備「仁心」。可見不管醫學科技再怎麼發達，好醫生的條件並不會隨著時間而改變。

三種醫生

在古老的「黃帝內經」將醫生分成三種：「上醫醫未病，中醫醫欲病，下醫醫已病」。而現代醫學教育教導醫生除了診治病人以外，更應該進一步衛教病人，使其做到良好的健康管理以預防疾病的發生，觀念上可說是不謀而合。唐代醫聖孫思邈則說「上醫醫國，中醫醫人，下醫醫病」。而現代醫學教育強調醫生不應只是頭痛醫頭、腳痛醫腳，而應該做到全人醫療照護，其意思也是一樣。「上醫醫國」原意是最好的醫生是醫治國家制度的沉痾，「國」廣義來講就是體制的意思，在我們醫療教育體制中應可改說「上醫醫教，中醫醫人，下醫醫病」，大家應可同意如下的說法：一個好的醫生可造福一群病人，而一個好的醫學教育可培育出許多好的醫生，造福無數的病人！可見醫學教育的重要及影響的深遠。

William Osler

說醫學教育

Medicine is a calling, not a business.

You are in this profession as a calling, not as a business; as a calling which exacts from you at every turn self-sacrifice, devotion, love and tenderness to your fellow-men. Once you get down to a purely business level, your influence is gone and the true light of your life is dimmed. You must work in the missionary spirit, with a breadth of charity that raises you far above the petty jealousies of life.

三種老師

我覺得老師也有三種：「上師、中師、以及下師」。「下師」是不願花時間、不用心教，是學生心目中的爛老師；「中師」是肯花時間、肯用心教，但不敢要求學生太多，學生很happy、滿意度很高，是學生心目中的好老師；「上師」是甘心花時間、樂意用心教，但要求學生很嚴格，讓學生有壓力、甚至當下很痛苦、但未來會感激他的老師。時下的學生滿意度調查只能看出中師，卻分不出上、下師。過去軍中的班長常說「合理的叫訓練、不合理的叫磨練」，這句話顯已不適合於現代的教育。但「吃得苦中苦，方為人上人」以及「不經一番寒徹骨，哪得梅花撲鼻香？」似乎是千古不變的道理，值得各位老師及學生深思。

三層生命

聖經帖撒羅尼迦前書（5:23）說「願你們的靈、與魂、與身子，得蒙保守」。這裡點出生命從上到下、從內而外有「靈魂體」三個層次。「體」是肉體；「魂」包括心思、意志、情感；而「靈」是正向的信仰。理論上「靈」是主人、「魂」是管家、而「體」是僕人，經由正向的信仰，使我們有平安、喜樂的魂，進而有強健的身體。聖經箴言（17:22）說「喜樂的心乃是良藥；憂傷的靈使骨枯乾」就是這個道理。但現代人常靈裡虛弱，以致縱情肉體的結果是身心受傷。所以聖經羅馬書（8:6）說「心思置於肉體，就是死；心思置於靈，乃是生命平安」。「靈魂體」反過來說，就是一般人講的「身心靈」，這裡不是在講宗教，只是過去的醫學教育大多只教醫生如何診斷治療肉體的疾病，而常忽略了心靈的問題，現代的醫學教育應教導醫生自己及診治病人時應顧及到身心靈三個層面的全人健康。



▲台中榮總——第一醫療大樓

William Osler

說醫學教育

Faith in the doctor can cure.

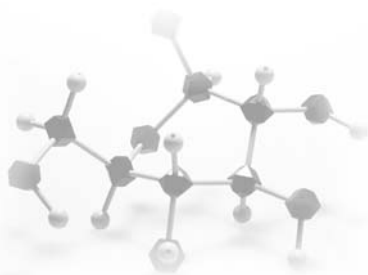
Faith in the gods or in the saints cures one, faith in little pills another, hypnotic suggestion a third, faith in a plain common doctor a fourth.

我對醫學教育的淺見

內科部 部主任 許惠恒醫師

因應時代潮流的巨變，資訊快速流通，教育普及等原因，醫療的環境與醫病關係逐漸轉變，國內外醫學教育的潮流也快速轉型。國內這十多年來，由基礎醫學到臨床醫學的教育方式與教育理念也一直修正進步中。雖然有醫療界與醫事界的前輩還無法適應，但是時代的潮流是抵擋不住的，十年前有部分的醫界人士還不瞭解什麼是PBL，什麼是PGY，但是經過教育部、醫策會、台灣教育學會的努力下，現在大家都朝此方向改善中，希望做的更好，提供醫學晚輩更人性化、更有效的教學模式。

台中榮總這些年來在醫學教育的投入與成績有目共睹，我們已成為醫策會醫學教育的標竿醫院。這是由於擔任領導的醫院長官門，眼光與目標明確，在健保財政極度困難的環境下，仍願意投入甚多之資源，另一方面，雖然我們沒有自己的直屬醫學院，中榮的教學風氣，由資深到資淺的醫事同仁，由主任醫師到住院醫師，大家逐漸將教學視為日常工作中極重要的一環，大家也都深刻體驗到教學相長的目的與深義。事實上，美國Harvard大學醫學院也沒有自身的附設醫院，也是靠週邊幾個好的教學醫院一起訓練出最優秀的醫學生與住院醫師。



William Osler

說醫學教育

Faith in the physician can work miracles.

As a profession, consciously or unconsciously, more often the latter, faith has been one of our most valuable assets, and Galen expressed a great truth when he said, "He cures most successfully in whom the people have the greatest confidence." It is in these cases of neurasthenia and psychasthenia, the weak brothers and the weak sisters, that the personal character of the physician comes into play, and once let him gain the confidence of the patient, he can work just the same sort of miracles as Our Lady of Lourdes [French shrine of healing] or Ste. Anne de Beaupré [Quebec shrine of faith healing].



面對未來的任何挑戰，我認為未來醫師需要具備的幾個方向：

1. 需要學習與充實現代醫師的三大條件，缺一不可，分別是AKS（Altitude良好態度與溝通技巧、Knowledge充足的醫學知識與Skill醫學技能）。
2. 隨時保持快樂學習的心情，正面思考、多提出問題，因為醫學要進步，需要多提出問題，經過討論，才能學的更多。當然要提問題，就需要多閱讀，多深入瞭解。有了問題，經過討論，才能知道目前還有哪些未知，值得需要繼續研究，這也是未來醫學研究的基礎。
3. 需要多學習與醫務管理相關的知識，因為未來醫學將走向管理是照護（managed Care）。年輕的醫師應對醫療流程經常思考如何改善並提出建議。
4. 學習另一種語言，等於打開另一個視窗，例如，將英文學好也非常重要，這是未來國際化所必需，也是做好國際溝通必備之條件，我鼓勵內科部各科要以英文進行讀書報告及會議。
5. 養成規則運動的習慣，照顧好自己身體。

當一個合格的現代醫師，並不是容易的事，以上數點為個人淺見，提供年輕醫師們參考。

專題報導

問診開場階段言談技巧：
「稱名、正身、就位、暖身」

轉載自98年3月 第十三卷第一期 醫學教育
撰文：蔡美慧¹、盧豐華²

把握互動當下每一刻是建立與病人長期信任合作關係的基礎，但醫師常因為時間壓力而省略問診一開始的開場階段。本文針對台灣問診情境，建議「稱名、正身、就位、暖身」之開場階段言談技巧。「稱名、正身」：除了以病人的名字稱呼對方外，醫師也應自我介紹、澄清陪同者與病人關係。正式引介每位參與者，不只是尊重認同對方參與的表現、拉近不對等醫病關係、也是後續話題適切性指標。「就位、暖身」：除了邀請病人就坐，陪同者也應有適當的座位安排，然後在時間允許下，善用傳統的「情境寒暄」與病方閒話家常。中國人的日常互動不習慣於一開始介紹彼此，透過情境寒暄語也可巧妙的達到引介身份的目的。上述四個言談技巧目的在於塑造尊重、友善、對等、舒適的問診開場階段，幫助初診病人卸除心防與緊張，期能做到門診互動第一刻就建利良性醫病關係。

關鍵詞：開場階段、情境寒暄語、病人之陪同者、身份引介、空間安排、座位安排（醫學教育2009；13：60~72）

引言：語言功能與言談分析

因為語言，人類文化與智慧得以不斷進步與延伸。我們仰賴語言(1)表達感情、(2)建立關係、(3)交流訊息、(4)傳承知識、(5)思考抽象、(6)運算邏輯等等。這些功能我們簡稱為「傳情」(rapport/affective goal) (1、2)「表意」(report/referential goal) (3、4)「思惟」(cognition) (5、6)。例如在醫病溝通的情境：醫師透過噓寒問暖展現親切與關懷，贏得病人信任與配合，病人透過語言表達痛苦與沮喪（即傳情功能）；醫病雙方透過詢問與敘述傳遞病情資訊（即表意功能）；根據這些資訊，醫師建立診斷與處置，醫師提供的解釋與疾病名稱便成為病人對自身不適的認知與理解（即思惟功能）；這三種功能從病人踏入診間至踏出診間，無時不在運作，運作方式包括聽得見的聲音與對話，看得見的文字、表情、與肢體動作。

言談分析(discourse analysis)屬於語言學的次

領域之一，約自1970起，有愈來愈多言談分析學者投入醫病對話(medical discourse)的研究，它的主要精神在於微觀醫師與病人的對話互動，探討這些言談模式所反映的醫病關係，再針對溝通問題提出具體的言談技巧建議。

此外，門診的問診對話是一種「制度性對話」(institutionalized talk)，本身包含一定的流程與階段，例如開場、收集病情資訊（包括了主訴、現在病史、過去病史）、家族史、體檢、診斷、處置、收場。每個階段各有其任務、言談模式與溝通問題。在本文，筆者介紹開場階段：(1)回顧文獻關於開場階段言談功能與模式的記載，(2)簡述三篇針對台灣門診開場階段所做的言談分析成果，(3)將研究成果彙整成言談技巧量表，提供國內醫學教育參考。因為本文所介紹之研究乃是以台灣南部老年病人為主，他們的主要語言為閩南語，本文舉例說明時也以閩南語對話為主（以下加一線標註），國語對話則無下加一線。

¹ 國立成功大學外國語文學系；² 國立成功大學醫學院附設醫院家庭醫學部

受理日期：2009年2月2日；接受日期：2009年3月31日

通信作者：蔡美慧，701 台南市東區大學路1 號 國立成功大學外國語文學系

電子信箱：tsaim@mail.ncku.edu.tw

開場階段定義與功能

大部分的機器（例如影印機、汽車）在運作前，得經過暖身才能運作順利。我們踏入新文化或外語的第一課，除了能介紹自己名字、還要懂得如何打招呼。每天第一次看到同事或朋友也會先問候。這些進入主題或辦正事前的互動，即「寒暄」，在門診醫病互動即「開場階段」（opening stage）^[1-2]。開場階段起始於病方踏入診間那一刻，終點為醫師進入問診主題，也就是開始收集病情資訊，例如：「今仔來有啥物問題？」。

在任何互動，開場階段有三個主要功能^[3-4]：(1)表達維繫既有關係或建立新關係的善意；(2)新關係的建立包括彼此名字或身份介紹；(3)進入主題或辦正事前的減壓與暖身。在西方社會的門診互動，上述功能表現在以下動作^[1,5-7]：和病人打招呼、醫師自我介紹、確定病人與病歷無誤、病人就坐、告知問診程序。在筆者先前的觀察與分析（參考第4部分），發現在台灣問診情境很容易忽略介紹身份與名字、澄清陪同者與病人關係、與告知病人問診程序，以下先說明這三個動作的重要性。

身份與名字介紹

引介所有參與者的身份，不只是一種禮儀形式，在問診情境它傳達了互動者對彼此的尊重，它也是病情資訊傳遞正確性與問診話題適當性的指標^[2]。醫師向病人介紹自己，功能如同當我們希望和對方建立進一步關係時，會主動握手與交換名片；醫師正確的以病人的語言唸出病人姓名，除了表達對病人的尊重，也可確認病歷無誤。雖然在台灣問診情境，通常由跟診人員喚入病人，而診間外也標示有醫師姓名，因此，就資訊傳遞而言（即語言的表意功能），上述的醫師自我介紹與稱呼病人名字似嫌累贅，但是，身份的引介是一種社會禮儀，因此就傳情功能而言，這個動作可提升醫病雙方對等的夥伴關係，也使病人感受到醫師對自己的重視。

陪同者身份

在初診案例，尤其是老年病人與小兒科病人，通常有家屬或親友陪同^[8-10]。對第三者參與醫病互動的影

響，文獻也有諸多記載^[11]。當陪同者與病人一起進入診間，雖然代表了病人已默許陪同者的參與，在一些可能影響醫病溝通情況時，例如強勢的家屬，醫師應視情況是否請陪同者於診間外等候。姑且不論陪同者的參與如何，當陪同者與病人一起出現於診間時，醫師就應該在開場階段釐清陪同者與病人關係^[7]。

這個動作有三個意義^[2]：對陪同者尊重、衡量後續話題適切性、並評估如何引介陪同者對於病情照護的參與。身為主導之醫師對於每位參與互動者給予正式引介（例如：這位是您的？）顯示對對方的尊重。當醫師問及老年男性病人性功能或家庭照顧等情形，若能先釐清在場年輕女性陪同的身份（病人的女兒、媳婦、太太、看護？）就可判斷該話題在陪同者在場時提出是否適當。如果陪同者對於老年病人的病情不甚了解、往來也不親密，即使處置說明很複雜煩瑣，也應盡量以病人為主要說明對象。

告知病人問診程序

一般我們參加演講時，主講者可能會說：「我今天要講的題目是…如果大家有問題隨時都可以提出來 或是 …如果大家有問題，等我講完再一起問」。這個動作讓聽眾知道何時發問不會打斷主講人的演講。初到陌生地，如果沒有地圖或路標，我們會擔心迷路。同理，病人首次到教學醫院求診時，也可能因為不熟悉診間、跟診人員及看診醫師等原因，會擔心緊張。他可能不解為什麼掛的是王醫師的號，問診時卻跑出一個像學生的年輕醫師？看完後還得等另一位醫師再看一次？他也可能納悶自己就只有失眠問題，醫師卻問及家族三代？病人對自己的身體狀況想問很多問題，但不知道該什麼時候提出來：等醫師問完時，寫病歷時，還是身體檢查時？事先或進入下一個階段之前告知病人程序，就像那地圖或沿途路標，具有指引作用（即「表意功能」）。尤其是比較特別或病人不熟悉的程序，告知程序可避免下位的病人有被動遵守上位醫師指令的感受（即「傳情功能」）。文獻也指出，當醫師事先向病人說明問診各階段流程時，可避免病人在收場最後一刻提出新病情訊息的窘況^[12-13]：例如：(1)實習醫師可於自我介紹後簡介行程：「我是家醫科的實習醫師，林XX醫師，今仔日是

你第一擺來，王醫師請我先共你問，我才閣和王醫師討論你的情形，了後，王醫師會閣幫你睇一遍”。對於病人提出的問題，即使無法馬上回答，也先說明：(2)“你會問這個問題表示你真關心健康，毋閣因為今仔是你第一擺來遮，我先將你的狀況問詳細，尾仔才做伙解釋，你若有其他問題隨時講無仔緊，尾仔做伙共你說明”。在進入家族史階段前，先簡介：(3)“因為今仔是你第一擺來家醫科，我需要共你問厝內兄弟姐妹攏總有幾個人，倍的健康情形。”

台灣情境之開場階段現況

以下我們簡述三篇觀察台灣醫師診察門診初診病人開場階段言談模式的質性研究^[2,14-15]，與其主要發現與對問診教育之應用。這三篇論文語料來自蔡美慧、曹逢甫、盧豐華三位共同主持之國科會計畫「台灣醫病溝通系列研究計畫」，觀察對象為台灣南部某教學醫院家庭醫學科之主治醫師或住院醫師、初診老年病人（60歲或以上）、與病人陪同者三者的言談互動（後二者簡稱為「病方」）。本文整理其研究結果如下。

開場階段之言談成份與模式

Tsai（2005）一文分析30個初診問診案例的開場階段^[2]，研究議題有四：(1)開場階段的言談成份與模式有哪些？(2)寒暄語對開場互動有何影響？(3)醫病雙方身份的引介如何呈現？(4)陪同者身份如何呈現？主要發現與討論如下。

議題1：開場階段的言談成份與模式為何？

開場言談成份包括了：確認病人、以制式寒暄語和病方打招呼、安排病方就坐、以情境寒暄語打招呼（P.57），但開場模式多為「醫師單向發言」，而且77%屬於10秒內的「快速開場」（P.60），例如林先生，你好，請坐，今仔來有啥物問題？”。因此病方在開場階段甚少發言的暖身機會，強化了醫師為主導者的不對等互動（P.61）。

議題2：寒暄語對開場互動有何影響？

如同一般日常互動，門診情境也使用二種寒暄語：「制式寒暄語」（formulaic greeting）、「情境

寒暄語」（situational greeting）^[16-17]。前者源自西方文化，例如「你好」、「早安」，後者屬中國傳統社會順應互動當下情境即興而出的寒暄語，例如食飽未？、今仔穿較水喔！、等足久啊齣！、你是澎湖人喔？」（P.55）。制式寒暄語引發病方回應量很低（平均發言量為4個字數）。反觀，中國文化慣用的情境寒暄語，因為話題豐富而且與病人或情境相關，不但感覺親切也容易引發病方參與（平均發言量為52個字數）（P.61-62）。

議題3：醫病雙方身份的引介如何呈現？

「身份」乃指參與者的名字或於參與事件中的角色或關係（P.55）。台灣門診情境於開場階段有彼此引介身份（例如提到名字、角色、或關係）的案例相當少（P.62）：30個開場階段中，醫師有稱呼病人或確認病人名字（例如來，林先生，遮坐、歐巴桑你叫林金枝齣？）只有9例（30%）；醫師主動問及陪同者身份（陪你來的這位是恁？）僅有8例（27%）；醫師自我介紹（例如你好，我是陳醫師）僅有1案例（3%）。台灣情境很少有互相引介身份的原因有三（P.62-63）：(1)制度化情境不易有誤，例如診間外已有看診醫師姓名、病人經由跟診人員叫名喚入診間；(2)一般而言，老年病人的陪同者大都比病人年輕，而病方進入診間順序通常為病人先踏入而陪同者跟隨其後^[15]，因此尚容易區別二者；(3)傳統中國文化較不強調個人，也因此沒有正式的身份引介並不表示違背社交禮儀，點頭或微笑足以表達認同對方的存在或加入互動。除非希望有進一步交往才會在一開始就有正式的互相介紹，例如商場或研討會的握手與互遞名片。

議題4：陪同者與病人關係如何呈現？

「陪同者身份」指的是其與病人的關係。本研究30個案例中，醫師有在開場主動問及陪同者與病人的關係，僅有8案例（27%），（例如陪你來的這位是恁？），有7位陪同者的身份（23%）是到了收集病情資訊階段，才由醫師問及或病方提及，另有14位（47%）在家族史階段經由醫師問及或陪同者自己提及。

大多數醫師未於開場澄清陪同者身份原因有二：

(1)一開始與初診病方還不熟，貿然詢問對方的關係恐有探人隱私之嫌（P.63），因此等到陪同者發言時再澄清，比較自然，甚至病方發言自然也會透露關係（P.64），例如「阮媽媽的病看起來」、「阮查某子今仔日有閒和我來看醫生」。(2)開場階段的身分引介並非中國日常社會禮儀必要形式，加上時間壓力，因此順理成章略過應該在一開始澄清陪同者身份的職場專業要求。

此外，家族史階段是陪同參與的最相關時機（Tsai 2000），再如何寡言的陪同者或是關係一直未被澄清者，幾乎都會在家族史詢問階段呈現。尤其是當醫師問及老年病人的居住話題時，許多陪同者會主動回應，例如，醫師：「你即嘛和誰住？」陪同者主動回應：「伊和阮住，我是他的女兒」或「伊和阮公公住，還有大伯」。研究人員推論此乃與「中國文化養兒防老的社會期待」與「家庭為老年照護之主力」相關。也因此，在場的子女陪同者可能覺得需要為老年父母的居住情形提供說明，此一發言自然透露了他們的身份（P.64-65）。

研究人員進一步觀察醫師有在一開始即澄清陪同者身份的8個案例，發現如下：此澄清動作主要透過二個機制：(1)「情境寒暄語」，即以當下情況作為寒暄話題（P.68）。例如「今仔這濟人陪你來病院喔？這攞恁查咁咻？」、「你第一擺來阮家醫科齁？啊這位是恁？」；(2)「醫師先自我介紹」，再詢問病方關係，例如，「林先生，你好，我是陳醫師，啊這是你的？」此二技巧都運用了對話互動中「相關性」的運作原則：醫師注意到有陪同者前來，順勢以之為寒暄話題；醫師以介紹自己開啟「身份引介回合」，順勢問及對方與病人關係。

建議：應用於台灣的問診溝通

根據西方文獻與上述台灣問診情境常見問題，筆者建議以下可改進之處：

1.正式引介參與者身份：醫師放下身段簡單自我介紹，以屬於病人的名字尊稱對方而非類化為「歐巴桑」、「歐里桑」、「阿伯」、「阿桑」、「這位先生」、「這位女士」。此引介身份的「表意功能」包括了幫助初診病人與醫師記住彼此名字、確

認病歷無誤、判斷話題適切性。其「傳情功能」包括了正式認可在場的參與者、傳達對病方的尊重、建立醫病夥伴關係。

2.善用中國社會普遍使用的情境寒暄語，即從開場當下情境或初診病歷上的病人資料建立寒暄話題：此動作達到的「表意功能」為了解病人社會心理方面的資訊（例如工作、就醫方便性情形）。其「傳情功能」包括讓病人感受醫師對自己的注意與關懷、病人也有說話的暖身機會。（關於情境寒暄語，本文下一章節有進一步的介紹）。

3.透過自我介紹或情境寒暄語釐清陪同者身份。醫病問診是專業情境，而醫師於開場階段澄清陪同者身份是專業的表現。當互動一方介紹自己時，對方通常也會跟進介紹自己，例如互遞名片。因此，當醫師先自我介紹後，再釐清病方關係，會比較相關且自然，因為有來就有往。或是也可透過情境寒暄語澄清陪同者身份，（例如「啊這位是恁啥物人陪你來看醫生啊？」）

情境寒暄語

上述研究成果反應傳統「情境寒暄語」的種種好處，黃聖嫻等（2008）進一步探討情境寒暄語與病方參與量的關係^[14]，議題包括：(1)寒暄語可細分哪些？(2)哪些情境寒暄語可引發病人較多參與？(3)引發病人較多參與的寒暄語，有何特色？研究人員根據44個語料，計算並分析醫師在開場階段使用的寒暄語的分類（表1）與引發的病方發言的音節數。

主要發現如下：

制式寒暄語（「你好」）、確認病人姓名（「林立中先生齁？」）、請病人就坐（「來，請坐」）、醫師自我介紹（「我是陳醫師」）在問診情境屬普遍制式化行為，因為寒暄訊息都是已知訊息，因此引發的病方回應量極低（小於1個音節）。即便如此，藉由詢問這些已知訊息，有助於病方暖身，降低初診病人的緊張（P.462）。

情境寒暄語，例如詢問老年病人的聽力（「我按咁講你聽有無？」）、外貌（「你慨行路按咁翹屈翹屈啊？」）、語言（「你講國語抑是台語？」）、

候診時間（「等足久齣？」）、和陪同者身份等（「這位是你的::？」）。雖然引發回應量不高，但這些話題屬於「問診準備性談話」（preparatory sequence），（P.469），目的為在正式開始問診前，將病方安置妥當，讓病方感到生理上、心理上、溝通上的舒適，確保後續互動流暢（P.470）。

情境寒暄話題如病人年齡、工作、就醫史、居住地、陪同者等話題，都與病人家庭、健康、社會關係相關，病人是這些話題的專家，因此容易投入參與（20-67個音節，P.469）。年齡話題對老年人而言

別具意義，不但是自然的社交話題也透露病人對老化的適應態度^[18]；工作話題幫助醫師了解可能的工作傷害或職業病^[6]、收入、教育背景、社會地位等資訊。讓病人談論其職業專長無形中也提升病人地位，促進更對等的互動；居住話題對老年病人問診也別具意義，例如在台灣社會，老年人的照顧可能是數個兒子分擔，每個月到不同兒子家輪住^[19]，因此居住話題也可帶出家庭資源、家人互動、或就醫便利性等資訊（P.477）。

	引發參與量	訊息	寒暄語話題	話題特性	
制式寒暄語	低參與量	多為已知	稱呼		
			自我介紹		
			就座		
			姓名		
			一般問候		
情境寒暄語	中參與量	多為未知	聽力	問診準備性談話	
			等待		
			語言		
			陪同者與病人關係		
	高參與量	可為已知或未知	年齡	個人	社會關係談話
			工作		
			外貌		
			地點		
			陪同者	家庭	
			就醫史	健康	
			病歷填寫		

▲表1 寒暄語分類（修改自黃聖嫻等2008）

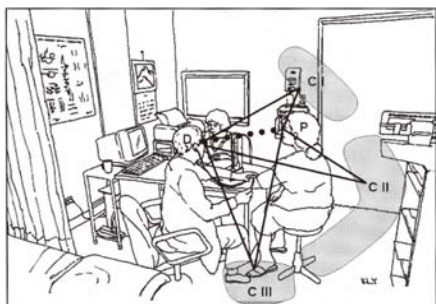
診間空間與座位安排

Tsai（2005）的主要發現之一為：大部分的醫師（73%）並未於開場階段釐清陪同者身份^[2]。它的連帶影響為：醫師未安排陪同者就坐。Tsai 分析69個三人行老年門診案例^[15]，其問診空間如圖1。研究議題為病方進入診間的順序與陪同者於診間的位置安排。其發現主要如下：(1)78.3%的踏入順序為「病人優先、陪同在後」。這個模式有助於醫師辨認何者為病人（即先踏入者），同時也提醒了醫師若進場順序為陪同者先踏入，則應特別注意是否為特殊狀況，例如陪同者趕時間、陪同者與病人關係較不密切或不熟悉、或陪同者有特別事情，想事先交代醫師等等。(2)

僅有13%的醫師或跟診人員有安排陪同者就坐，因此有47.8%的陪同者是自己選擇站立於病人側後方靠門處（圖2）、有20.3%選擇站立於醫病之間（圖3）、僅有8.7%陪同者會自我就坐於醫病之間（圖4）。

陪同者若採站立姿勢時，不易久站，對就坐的醫師與病人造成壓力、而且容易窺看病歷；陪同者若站立於病人側後方靠門處，雖有助於醫師與陪同者間的眼神交流，卻有礙病人與陪同者間的交談或注視，因為病人得側仰頭，極不自然。

因此研究人員建議：醫師應在問診開場階段澄清且引介陪同者與病人的關係，同時安排陪同者適當座位，例如就坐於醫病之間，以營造「舒適」、「病人為主」、「陪同者為輔」的三人行問診空間安排。



▲圖1 診間全景



▲圖2 47.8% (站立於C I 位置)



▲圖3 20.3% (站立於C III 位置)



▲圖4 8.7% (站坐於C III 位置)

開場階段之言談技巧評估量表： 稱名、正身、就位、暖身

整體而言，在理想的開場階段，醫師應該正視為所有參與者，傳達對病人的重視與關心，打開心防贏得信任與配合，搭配適當舒適的空間與座位安排。簡而言之，「稱名、正身、定位、暖身」完成後，才進入收集病情階段。基於上述原則與研究結果，我們建議表2的開場言談技巧與評估量表。

實例分析

表2列出「完整之開場階段」應做到的言談動作與例子。筆者建議指導者透過實例一、二的對話稿或實例影片，(1)說明每個動作的重要性，(2)讓學習者從實例中辨認每個動作，(3)並透過此量表評估學習者於問診開場階段的言談表現。以下為二個實例與說明量表應用。

	言談技巧	範例
1.	病方踏入前，醫師翻閱病歷的基本資料，建立聊天的話題。	病人年齡、職業、籍貫、住址及學歷等
2.	正確唸出病人全名（如果病人年紀較大，應同時以閩南語國語發音）、或姓氏加上稱呼。	林先生駒？” 林立中先生駒？” 阿桑你叫林金枝駒？” 你叫吳翠英喔？這名未歹聽喔！” 蔡林雍？我按訥有正確無？”
3.	以制式寒暄語，搭配點頭微笑迎接病方。	你好” 敖早”
4.	醫師自我介紹	我是陳醫師” 我是陳文明醫師”
5.	邀請病人就坐	請坐”
6.	確認陪同者與病人關係	陪你來的這位是恁？” 今仔這濟人陪你來看病喔？這攏孫仔咻？” 啊這位是恁？”
7.	安排陪同者就坐於醫師與病人之間	你這坐啦” 請坐”

8.	以情境寒暄語和病方閒話家常	<p>(1)問診準備性談話</p> <p>語言：<u>你講台語抑是國語？</u></p> <p>聽力：<u>我按訥講你聽有無？</u></p> <p>候診：<u>哦，等足久啊齁？</u></p> <p>外貌：<u>你概行路按訥翹屈翹屈啊？</u></p> <p>(2)社會關係話題</p> <p>年 齡：<u>呼，你民國一年生喔！按訥好算歲啦，到民國一百年你叨嘍好一百歲啦</u></p> <p>職 業：<u>你較早住糖廠咁？食糖攏免錢齁？</u></p> <p>居住地：<u>你為那拔林來，按訥遠喔！</u> <u>你澎湖人喔？講話那無啥物口音</u> <u>你今仔專工為台北來喔？</u> <u>你是澎湖人喔？</u></p> <p>就醫史：<u>你第一擺來阮家醫科齁？</u></p>
9.	簡介問診程序：於開場階段或相關階段前預告較特殊或病人不熟悉的程序	<p>實習醫師看診：<u>我是家醫科的實習醫師，林XX醫師，今仔日是你第一擺來，王醫師請我先共你問，我才閣和王醫師討論你的情形，了後，王醫師會閣幫你看一遍。</u></p> <p>如果病人於收集病情資訊發問：<u>你會問這個問題表示你真關心健康，毋閣因為今仔是你第一擺來遮，我先將你的狀況問詳細，尾仔才做伙解釋，你若有其他問題隨時講無仔緊，尾仔做伙共你說明。</u></p> <p>進入家族史前：<u>因為今仔是你第一擺來家醫科，我需要共你問厝內兄弟姐妹攏總有幾個人，倍的健康情形。</u></p>

▲表2. 開場階段之言談技巧與評估量表：稱名、正身、就位、暖身

實例一（B180X1C4L200000019）*

林女士（80歲）——兒子陪同——男住院醫師（31歲）

開場技巧	時間	人物	對話
	00:00		（病人、陪同者踏入）
[3,5]	00:02	醫師： <u>henn, 阿桑你好，．．來，[</u>	
	00:03	病人： <u>[好，（病人就座）</u>	
[2]	00:04	醫師： <u>．．你叫：林AB齁？</u>	
	00:06	病人： <u>咁，</u>	
[8]	00:07	醫師： <u>喔：，你的名未壞聽喔，</u>	
	00:09		（病人就座，陪同者站在病人左邊）
[4]	00:10	陪同： <u>我是汪醫師，啊今仔來啥物問題：？</u>	
	00:12	陪同： <u>．．．啊．]</u>	
[6,8]	00:14	醫師： <u>[這你啥物人？</u>	
	00:15	病人： <u>阮：．[後生，小漢仔，hh（笑）</u>	
	00:15	陪同： <u>[我是他兒子</u>	
[開始收集病情資料]	00:18	醫師： <u>henn, 怎樣？</u>	
	00:19	陪同： <u>啊，這幾天齁，可能齁，．又．有點喘</u>	

*本文實例之對話下加一線表示以閩南語發音，末下加一線表國語發音。部份閩南語對話以拼音表示或需標注發音說明時，以教育部於2006年公佈之「台灣閩南語羅馬字拼音方案」標注其發音。任何人名或地名皆為化名。對話稿中兩兩一組的中括號（[）（]）表同時發言或緊跟著發言；冒號（：）表延長；實心點（．）表停頓。

當80歲的林女士與男性陪同者踏入診間後，醫師先以制式寒暄語 你好 迎接病人，並邀請就坐（技巧3與5），然後在第4秒時（00:04）唸出病人全名（技巧2），於第10秒時，自我介紹（技巧4），然後在第14秒時詢問病方關係（技巧6），得知其為病

人之兒子。此外，讚美病人姓名與詢問陪同者身份也都屬於情境寒暄的一種應用（技巧8）。唯，可再改進者為安排陪同者就坐（技巧7）。由本案例推估要完成本文建議的開場白言談技巧，約18秒就可以做到大部分（90%）。

實例二 (B171L2Y1L400000122)

賴女士 (71歲) —— 媳婦陪同 —— 男主治醫師 (35歲)

開場技巧	時間	人物	對話
[5]	00:00	醫師：	(病人、陪同者踏入)來，歐巴桑，
	00:01	跟診：	OK，[好：，henn，對，
	00:02	醫師：	[遮坐，
	00:03	病人：	好，(病人就坐)
[8]		醫師：	(停頓3秒)
	00:07	醫師：	這你的收據，hann？．．來，(陪同者走到醫師與病人之間)
[8]	00:09	陪同：	謝謝，
	00:10	醫師：	喔，寫嘎這呢仔濟，這佢一咧遮認真的啊？
	00:11	病人：	哈哈(笑聲)，哈哈(笑聲)恁的小姐，
	00:16	醫師：	阮的小姐哦，]
	00:17	病人：	[henn啊，恁的小姐寫的，]
	00:18	醫師：	[我是講．我講．卡有佢一咧遮認真
			，寫寡這呢仔詳細按納，按納叨毋免看啊看遮叨知啊，齁？，呵呵(笑聲)
	00:24	陪同：	呵呵呵(笑)劉醫師愛講笑，
[8]	00:27	醫師：	henn啊，猶是愛看．猶是愛看呼
	00:29	病人：	[henn
		陪同：	[henn
	00:30	醫師：	．．共你寫做田噢？]
	00:32	病人：	[啊哈哈(笑聲)]
	00:33	醫師：	[我攞無講寫做田咧，我攞寫農夫
			訥，田是欲按那做？對無？田用掘的，啊無做的啦，
	00:41	病人：	啊．．小姐佢較敖．．較古意較敖寫，寫較心適(有趣)，
[8]	00:46	醫師：	啊你即嘛敢閣有去作穡？]
	00:47	病人：	[無啦，
	00:49	醫師：	無啊，[齁，
		病人：	[即嘛佇厝欸，咧煮飯爾啦，
[8]	00:51	醫師：	咧煮飯哦，]
	00:51	病人：	[哼]
	00:52	醫師：	[煮飯有較累無？煮飯較[累，抑是作穡較累？
		病人：	[未：啦，作穡較累啦
	00:55	醫師：	做穡較累哦，
	00:56	病人：	henn：：啦，煮飯就佇內底的啊，
	00:59	醫師：	煮飯嘛是足累咧，阮太太攞講煮飯足累，
	01:02	病人：	[哈哈(笑聲)啊慣習叨好啊，咱叨做困仔叨愛煮飯啊，
[8,6]		陪同：	[哈哈(笑聲)，
	01:07	醫師：	哦：：按呢哦]
	01:08	病人：	[啊人叨無閒，咱媳婦無閒啊，[啊阮叨愛煮．
	01:10	醫師：	[這是：：？
	01:11	病人：	阮媳婦啊，
	01:12	醫師：	恁媳婦啊，]
	01:13	病人：	[henn啊，
	01:14	醫師：	哦：：啊你今仔來是按那？
[開始收集 病情資訊]			
	01:15	病人：	．．即嘛：：這氣仔啊齁，叨．．人．．頭殼悅，
	01:20	醫師：	頭殼悅，]
	01:21	病人：	[henn，
	01:22	醫師：	嗯，
	01:22	病人：	啊．．血壓．．．頂個捌高，啊叨真久毋捌啊，即嘛．．即嘛是悅真久 啊，啊毋知影，

實例二中，一開始醫師僅以「歐巴桑」稱呼病人，而未以病人姓或全名稱呼之，也未自我介紹，是可改善之處。但在邀請病人就座後，醫師卻能善用許多情境寒暄語，製造雙方友善親切的互動，還是達到很好的暖身效果，而且也趁機了解病人工作情形。例如，醫師有注意到病人的初診基本資料（在跟診人員的協助下）填寫的很詳細，因此讚美病人（00:10 喔，寫嘎這呢仔濟，這佢一咧遮認真的啊？）。醫師看到病歷的工作項目填「做田」（00:30 共你寫做田噢？），便以這個措詞為話題（00:30 共你寫做田噢？我攏無講寫做田咧，我攏寫農夫咧，田是欲按那做？對無？田用掘的，啊無做的啦，），引發病人的回應與笑聲（00:41 啊．．小姐佢較敖．．較古意較

敖寫，寫較心適（有趣），）。醫師接續這個話題，順勢問及病人目前的工作狀況（00:38 啊你即嘛敢閣有去作穡？），得知病人目前在家幫忙煮飯後，接著詢問病人對於這個工作的感受（00:52 煮飯有較累無？煮飯較累，抑是作穡較累？）這三個與工作相關的寒暄話題，都得到延展（醫師發問、病方回應、醫師確認），也使得醫師對於病人目前工作情況更了解。當病人主動提到因為媳婦工作忙所以自己在家幫忙煮飯時（01:08 啊人叨無閒，咱媳婦無閒啊，啊阮叨愛煮），醫師順此話題詢問陪同者身份（00:10 這是：：？），而得知關係為婆媳。至於，病方已有相當的暖身，而且氣氛和善親切，醫師於是進入收集病情資訊（01:14 哦：：啊你今仔是按那？）

誌謝

本文相關研究來自行政院國科會補助之「台灣醫病溝通系列研究計畫」（NSC90-2411-H-006-020、91-2411-H-006-019、92-2411-H-006-022、93-2411-H-006-027、94-2411-H-006-006、95-2411-H-006-002、96-2411-H-006-021）該系列計畫之主持人為蔡美慧（國立成功大學外國語言文學系）、曹逢甫（國立清華大學語言學研究所）、盧豐華（國立成功大學醫學院醫學系家庭醫學科）。

參考文獻

1. Robinson JD : The organization of action and activity in primary-care, doctor-patient Consultations. Los Angeles, CA : University of California, 1999 ; 44-54.
2. Tsai MH : Opening stages in triadic medical encounters in Taiwan. Commun Med 2005 ; 2 : 53-68.
3. Goffman E : On face-work : an analysis of ritual elements in social interaction. New York, NY : Pantheon Books, 1967 : 5-45.
4. Firth R : Verbal and bodily rituals of greeting and parting. In : LaFontaine JS eds. The Interpretation of Ritual : Essays in honour of A. I. Richards. London : Tavistock, 1972 : 1-38.
5. Modaff, DP : Enacting asymmetry in the opening moments of the doctor-patient interview. Austin : University of Texas, 1995.
6. Billings JA, Stoeckle JD : The clinical encounter : a guide to the medical interview and case presentation. St. Louis : Mosby Inc., 1999 : 12-8 ; 113-62.
7. Cole SA, Bird J : The medical interview : the three-function approach. St. Louis, Missouri : Mosby Inc., 2000 : 63-7 ; 151-69.
8. Adelman RD, Greene MG, Charon R : Issues in physician-elderly patient interaction. Ageing and Society 1991 ; 11 : 127-48.
9. Baker PS : Discourse analysis of elderly patient medical encounters. Birmingham, AL : University of Alabama, 1996 : 30-48.
10. 曹逢甫、盧豐華：從言談分析觀點探討台灣醫生與老年病人的溝通。行政院國家科學委員會專題研究計畫期中報告 NSC 88-2411-H007-021，1998。
11. Tates K, Meeuwesen L : Doctor-parent-child communication : A (re) view of the literature. Soc Sci Med 2001 ; 52 : 839-51.
12. White JC, Wendy L, Roter D : "Oh, by the way" - the closing moments of the medical interview. J Gen Intern Med 1994 ; 9 : 24-8.
13. White JC, Rosson C, Christensen J, et al : Wrapping things up : a qualitative analysis of the closing moments of the medical visit. Patient Educ Couns 1997 ; 30 : 155-65.
14. 黃聖嫻、陳怡伶、蔡美慧等：情境寒暄語與病人回應量之關係：以醫老互動為例。清華學報 2008 ; 8 : 451-84。
15. Tsai MH : Where do they stand ? - spatial arrangement of companions in geriatric triads. Journal of Applied Linguistics. 2007 ; 4 : 230-61.
16. Hong B : Politeness in Chinese : impersonal pronouns and personal greetings. Anthropological Linguistics 1985 ; 27 : 204-13.
17. Chen SC : Social distribution and development of greeting expressions in China. Int J Soc Lang 1991 ; 92 : 55-60.
18. Coupland N, Coupland J, Giles H : Telling age in later life : identity and face implications. Text 1989 ; 9 : 129-51.
19. 胡幼慧：三代同堂：迷思與陷阱。台北市：巨流圖書公司 1997 ; 81-2。

實証醫學—住院醫師優良作品

專家評論

胸腔內科 楊宗穎醫師

這篇實證醫學討論的題目是許多肺癌病人常問到的問題，在台灣許多人都知道標靶治療藥物對亞洲的肺癌病人特別有效，那標靶藥物再加上化學治療是否可以再增加療效？

這是一篇全球性隨機雙盲的第三期臨床試驗比較標準化學治療藥物加上標靶藥物 Erlotinib和安慰劑比較，在晚期非小細胞的肺癌病人是否可以增加療效；結果顯示加上此一標靶藥物並不能延長病人的存活時間，無疾病進展生存期（progression-free

survival）”，也不能增加反應”（response rate）或改善生活品質，但部分不抽菸的病人，加上此一標靶藥物有可能增加療效，這需要進一步臨床試驗來釐清事實。

整體而言，目前接受一線化學治療的非小細胞肺癌病人並不建議再加上口服標靶藥物。

學生優良作品

內科部住院醫師王俊傑

標題 (title) :

Does target therapy combination with chemotherapy better than chemotherapy alone as first line treatment in advanced non-small cell lung cancer ?

臨床最重要的結論 (clinical bottom line) : 【建議分級】 I A

Tarceva (target therapy) with combination first line chemotherapy is not superior than chemotherapy alone in non-small cell lung cancer. But increase the side effects of skin rash and diarrhea.

實證PICO問題: ☒類型 ☐治療 ☐診斷 ☐預後 ☐其他:

P : Newly-diagnosed advanced non-small cell lung cancer

I : target therapy (tarceva) +chemotherapy

C : chemotherapy alone

O : overall survival, time to disease progression, response rate, adverse side effects

資料庫資源 (database source) :

☐Cochrane ☒PubMed ☐ACP Journal Club ☐其他:

搜尋關鍵字 (search terms) : tarceva , advanced non-small cell lung cancer

搜尋歷程:

Search	Most Recent Queries	Time	Result
#2	Search Tarceva and advanced non-small cell lung cancer Limits: Humans, Randomized Controlled Trial, English	12:27:40	17
#1	Search Tarceva and advanced non-small cell lung cancer	12:26:43	267

主要評審文獻 (papers appraised) :

Phase III Study of Erlotinib in Combination With Cisplatin and Gemcitabine in Advanced Non-Small-Cell Lung Cancer: The Tarceva Lung Cancer Investigation Trial.
(Journal of clinical oncology, Vol 25, Number 12, April 20, 2007)

研究設計 (the study design) :

P : Advanced non-small cell lung cancer (stage IIIB/IV) ,age \geq 18, ECOG,PS:0 or 1

I : Erlotinib (150mg/d) +chemotherapy
C : Chemotherapy alone (gemcitabine 1,250 mg/m2 on days 1 and 8 and cisplatin 80 mg/m2 on day 1)
<p>O :</p> <p>Primary outcome :</p> <p>Overall survival (time from random assignment to death, irrespective of cause)</p> <p>Secondary outcome :</p> <p>time to disease progression (TTP, time from random assignment to disease progression or death, whichever was first)</p> <p>response rate (according to Response Evaluation Criteria in Solid Tumors)</p> <p>duration of response</p> <p>quality of life</p>
<p>Study Design :</p> <p>Phase III, randomized, placebo-controlled, 164 centers in 27 countries.</p> <p>A total of 1172 patients were randomly assigned between Nov.2001 and Sep.2002</p> <p>2 arms:erlonitib arm (erlotinib+ chemotherapy) and placebo arm (chemotherapy alone)</p>
T : Six 21-day cycles
Adequate sequence generation: baseline demographics and diseases characters were balanced between 2 arms ,except races (rare black and Asian)
Allocation concealment: unclear
Blind (caregiver) : blinded
Blind (patient) :blinded
Blind (Outcome access) :unclear
Incomplete outcome data address :some patients loss follow-up (placebo: erlonitib =6,9patients)
Free of selecting report: subgroup analysis smoking data were not total enrolled,
Other bias: unclear
<p>結果 (results) :</p> <p>There were no differences in OS, TTP, RR,or QoL between treatment arms.</p> <p>adverse events was similar between arms, except for an increase in rash and diarrhea with erlotinib (generally mild)</p> <p>subgroup of patients who had never smoked, OS and progression-free survival were increased in the erlotinib group; no other subgroups were found more likely to benefit.</p>
Analytic bias:subgroup analysis: history of smoking were not totally enrolled
Free of selecting report: smoking patient (only few patient was analyzed)
<p>其它參考文獻 (citations in comments) : (請於每一文獻尾列上證據等級)</p> <p>TRIBUTE : A Phase III Trial of Erlotinib Hydrochloride (OSI-774) Combined With Carboplatin and Paclitaxel Chemotherapy in Advanced Non-Small-Cell Lung Cancer. (IA)</p> <p>(Journal of clinical oncology VOLUME 23, NUMBER 25, SEPTEMBER 1, 2005)</p>
<p>綜合分析資料 :</p> <p>Tarceva + chemotherapy Vs chemotherapy alone in advanced non-small cell lung cancer 於兩篇randomised trial皆顯示無法增加overall survival, times to disease progression, response rate, tarceva但會明顯增加skin rash and diarrhea的副作用.所以對於advanced non-small cell lung cancer第一線治療還是以chemotherapy 為主.</p>
<p>評論 (Comments) :</p> <p>對於advanced non-small cell lung cancer第一線治療還是以chemotherapy 為主 , tarceva +chemotherapy並無證據顯示會增加overall survival, times to disease progression, response rate.</p>
製作者 : 王俊傑 醫師
指導教師 : 覃俊士醫師
製作日期 : 98.05.19
建議更新日期 :

牙科部醫學生見習心得

見習時間：97年12月16日至98年1月9日

紐西蘭 *Otago University*

牙醫實習生 王聖豪

Sheng-Hao Wang

During the summer holidays of 2008 to 2009, I was able to be clerk again at the Taichung General Veteran Hospital. This is the second time I was able to be clerk and this time round the divisions that I went to within the dental department were: endodontics, prosthodontics, family dentistry, paediatrics and orthodontics. New knowledge was learnt and materials learnt in the course of dentistry were reinforced during this stay. Below are brief summary of what I've learned from each of the divisions that I went to.

Endo:

After the materials being covered in the 2008 dentistry course at Otago University, more qualitative information were learnt this time round and since this is also the second time visiting this division.

It was good to see cases presented at the clinic that is not normally seen in private clinics. For example the heavily calcified root canals submitted to root canal treatment.

The meeting sessions were good with materials provided by the supervisor made available for the interns to use.

Prosthodontics:

Most of the materials were also covered in the 2008 dentistry course at Otago University. This is also the second time visiting this division. Knowledge learnt from my last visit definitely aided me in my clinical session with RPD patients.

This year I focused on observing techniques used with full denture design for patients, and crown/bridge techniques.

The implant meetings were good in helping establish the mind set for problem solving though the material has not being covered for me in my dental course.

Managed to participate along with the interns with the tooth preparation competition for cavity prep, amalgam filling, crown prep, bridge unit and posts prep. It was very enjoyable to be able to get hands on, hope to be able to participate and compete along with the interns next time.

FD:

It was very fortunate to be able to see many surgical

procedures with my first visit to the division, which included tooth extraction, impaction removal, spiny bone removal and implants.

Being able to see the procedures really helped to put the theory to application and the dental assistants were very helpful in helping me reinforce my knowledge on the tools used. The stay definitely helped to ready me for handling patients for extractions in 2009.

Pedo:

A total of three days were spent at this division. This topic is to be covered in the dental course this year, so everything is treated as a sneak preview to the topic.

An amount of knowledge were acquired during the short stay in the area of methods and materials used for younger patient. Especially in the area of patient management, patient cooperation, different emphasis in treatment plan and parental communication.

It was good to be able to apply this area of dentistry to the conventional methods and materials used for more mature patients.

It was very enjoyable stay, and it definitely help to ready me for the clinics this year.

Orthodontics:

A total of two days were spent at this division. This topic is also to be covered this year in the dental course.

Some knowledge were learnt in the very short amount of time, hope to be able to learn more by spending more time in this division next time.

It was a good experience to be able to see things in the dentist's perceptions, as I was only also an orthodontic patient. It helped to reveal the type of problems that are faced by the dentists with regards to orthodontic treatment.

Orthodontic treatment now understood to be applied to range of patients from the common adolescent to more mature patients, which sometimes is also presented with other types of conditions that needs consideration like trauma or periodontal problems.

Lots of physics involved in this topic of dentistry.



台中榮總每年於醫師節前夕，由各部科依人數比率推薦教學優良醫師候選人，再由全院的住院醫師與實習醫師投票選出「臨床教學績優主治醫師」；實習醫師投票選出「臨床教學績優住院醫師」。依得票數之多寡，最高票之前十五名為「院級教學優良醫師」，其餘為「部科教學優良醫師」，以獎勵熱心投入教學的中榮臨床教師們。以下是98年當選優良教學醫師的名單：

臨床教學績優主治醫師名單

	科部	姓名
院級 教學 績優 主治 醫師	教學部 臨床技術訓練中心	謝祖怡
	教學部	陳怡行
	內科部	沈光漢
	兒童醫學部	林捷忠
	外科部	陳厚全
	內科部	許正園
	內科部	劉伯瑜
	內科部	曾慧恩
	內科部	蔡哲安
	外科部	陳卷書
	內科部	吳杰亮
	外科部	王賢祥
	兒童醫學部	王建得
	急診部	詹毓哲
	內科部	張繼森
	牙科部	陳錦
部級 教學 績優 主治 醫師	婦產部	周明明
	心臟內科	謝育整
	兒童醫學部	陳伯彥
	骨科部	陳超平
	急診部	黃金安
	外科部	徐中平
	內科部	吳明儒
	心臟外科	謝世榮
	外科部	顏榮信
	眼科部	王俊元
	實證醫學中心	何鴻鑒
	外科部	陳文銘
	放射線部	陳文賢
	外科部	簡文祥
	麻醉科	彭士魁
	耳鼻喉部	藍敏瑛
	皮膚科	閻忠揚
	神經外科	鄭文郁
	核子醫學科	蔡世傳
	病理檢驗部	詹以吉

臨床教學績優住院醫師名單

	科部	姓名	住院醫師年資
院級 教學 績優 住院 醫師	婦產部	陳雅芳	R6
	內科部	王彩融	R3
	內科部	歐明哲	R5
	內科部	洪維廷	R5
	骨科部	許承恩	R3
	神經外科	陳斯逸	R6
	婦產部	蔡青倍	R4
	內科部	蔡尚峰	R4
	內科部	杜柏村	R2
	外科部	陳明正	R6
	核子醫學科	魯祐祐	R5
	內科部	古凡宸	R4
	內科部	楊智超	R6
	外科部	劉嘯天	R3
	內科部	陳銘夫	R5
	牙科部	陳毓宏	R5
	眼科部	李欣濃	R4
	內科部	連宮瑩	R4
	外科部	梁瑞麟	R5
	精神部	洪嘉均	R4
部級 教學 績優 住院 醫師	心臟內科	廖英傑	R5
	兒童醫學部	簡帝需	R6
	內科部	林詩萍	R4
	急診部	史書宇	R4
	兒童醫學部	王儷靜	R7
	外科部	黃勝揚	R3
	外科部	洪志強	R3
	內科部	張嘉為	R4
	兒童醫學部	林恆圭	R6
	急診部	黃順祥	R4
	內科部	高智泉	R5
	耳鼻喉部	郭隸德	R6
	放射腫瘤科	陳冠文	R5
	內科部	李國維	R5
	麻醉科	莊雅青	R4
	放射線部	林雁婷	R4
	病理檢驗部	郭宸昀	R5
	牙科部	許嘉凌	R5