



教學門診

教學門診在傳統上採用「Brief」－「Huddle」－「Debrief」的三部曲模式：

(1) 教師向學生說明學習程序及注意事項；(2) 學生先行看診，教師全程監督看診過程，必要時予以提示，並於學生看診後再作補充，使病人的診療不受任何影響；(3) 看診後進行討論，包括反思和回饋。以下有機個事項須作討論：

一、知情同意的方式

教學門診的過程有別於一般門診，必須獲得病人或家屬的知情同意。一般而言，若執行過程未涉及暗中監控或錄音錄影，口頭的知情同意便已足夠。但若進行暗中監控或錄音錄影則須有書面的知情同意，理由如下：

1. 暗中監控：一般的設計是在診間旁的另一個房間，教師以單面鏡或影音設備觀察學生看診的全程，記下優缺點供後續回饋，若中間有影響病人安全或權益的情況則須立即介入。由於門診人員（包括教師）時有調動，不一定能以口頭詳細地說明每一個細節及理由，病人或家屬不易了解所謂「暗中監控」的真實狀況及過程中自身的權利義務，故若有專家撰稿的書面說明則可確保說明品質，使病人或家屬能肯定且放心地同意或拒絕這樣的教學方式。
2. 錄音錄影：除了如同「暗中監控」的理由之外，錄音錄影須有書面同意，是為要明確告知病人或家屬有關錄音錄影後影音帶的下列各項：(1) 使用原因及方式；(2) 使用者為何人，包括誰會觀看；(3) 使用頻率及期間，包括何時銷毀；(4) 保存及保密方式及程序；(5) 隨時可撤回同意使用的權利及撤回方式；(6) 若有過失造成損害之法律責任；(7) 其他特別須說明事項，包括絕不作為商業用途之陳述。在維護個資意識高漲的今天，教師對錄音錄影須負很大的責任，且現時醫學模擬及標準化病人用於教學已十分普遍，錄音錄影的角色已大不如前，除了用作立即回饋(學生立即觀看自己剛才的表現)之外，其他情況幾乎都沒有使用的必要，故應儘量避免不必要之錄音錄影。此外，影音帶在使用後須立即銷毀，知情同意書則比照病歷資料仍須保留在病歷中。

二、教師所在位置

教師執行教學門診時會讓學生先向病人問診及作身體診察 (physical examination)，教師則從旁觀察，記錄學生表現以供後續回饋。而教師觀察的地點可以在同一診間，坐在學員及病人的身旁，或者在鄰近的觀察室透過單面鏡或影音設備來觀察。兩者各有優缺點：

1. 教師在同一診間：優點方面，首先是資源上較為節省，其次是病人和家屬會較為放心，且觀察會較清楚。缺點是學生較有壓力和依賴感，其次是病人和家屬可能都在看著教師而忽略學生。要克服這些缺點毫不困難，只要教師對學生有充分說明和指引，慎選看診的病人（事前選擇合適的複診病人甚至是“patient instructor”來看診；若為初診病人須以短時間的面談，包括在知情同



意的對話，了解此初診病人是否合適作為教學門診案例)。因此，在教學資源有限的情況下若醫院無法提供「暗中監控」的環境，教師坐在同一診間還是可以提供優良的教學門診。

2. 教師在鄰近診間：優點就是避免上述狀況的缺點，但因耗費資源較多、較易造成病人或學生的不安，因此最好以安排較具經驗的學生在此情境學習。

三、同場加作 mini-CEX

有許多教師在教學門診時常附帶進行 mini-CEX，本來門診就是執行 mini-CEX 的場所之一，這樣的安排應該可算是合宜，但仍必須符合下列各項要件：(1) 教學門診當天是進行 mini-CEX 的日期；(2) 教師了解學生的學習經驗並確認教案合宜；(3) 有其他場合進行 mini-CEX；(4) 教學與評估及回饋要劃分清楚。

四、教導六大核心能力

六大核心能力中的醫學知識和病人照護不用刻意安排即會教到，但其他各項必須了解其中限制並先行規劃。其餘四項能力在教學時所須注意的話事項分述如下：

1. 人際及溝通技巧：可以教授的溝通技巧包括聆聽技巧、同理心的運用、解釋病情及衛教、知情同意、與病人共同決策等。教師可先與學生討論看診時將會使用到哪些溝通技巧，以及施展這些技巧時須注意的事項，並在指導學生看診時徵得病人同意示範給學生看，然後再作討論。如可能的話，邀請病人參與討論並述說他的感受，這樣學習效果會更好。而人際技巧則是在與學生、病人以及陪診護理人員之間的互動以身教來展現出關懷、體恤、熱情、友善、誠懇、謙卑、尊重、有禮、包容、合群，以及積極進取和正向思維的態度，並在反思與回饋的時間再作出討論。
2. 專業素養：在門診教導專業素養的內容主要是醫學倫理，除了知情同意和代理決定之外，守密及通報、利益衝突、無效醫療、醫療錯誤、臨終議題、器官移植、生殖醫學、孕婦與胎兒、遺傳醫學倫理、醫療資源分配，以及臨床研究倫理等都是值得討論的議題。當然，在倫理決策最常用的簡易方法「四格法」(four boxes method) 也應給予學生實作的機會，並予以回饋和討論。而在教導倫理的同時，亦同時介紹相關的法規。
3. 工作中學習與改進：本項能力有兩個重要元素，就是反思和實證執業 (evidence-based practice, EBP) 兩種能力。在門診做 EBP 訓練並不合宜，但卻不影響反思。然而，由於教學門診的病人多非學生曾經參與照護，故勉強進行工作中學習與改進的學習大多浪費時間，建議在教學住診或其他個案討論會中來提升本項能力。
4. 制度中執行業務：門診病人病情多較簡單，能安排作教學門診者更是病情穩定。因此，教學門診較不易進行本項能力的教導，僅能讓學生了解熟悉門診



作業狀況，對本項能力的提升效能不多，建議在教學住診或其他個案討論會中來提升本項能力。

五、反思與回饋

所有學習在結束前應儘可能留下一些時間給學生反思，然後教師給予回饋，教學門診也不例外。在教學門診看完最後一個病人並完成該案例的討論之後，教師請學員用十至十五分鐘的時間在「教學門診學習單」(附件一)撰寫一百至二百字的學習心得，內容是對此次學習反思的收穫，然後輪流發表。教師和同組其他學生須用心聆聽，再由學生對同學作簡短的回饋，最後由教師向每一個學生進行回饋，包括學習過程的表現、反思的內容及對其他同學回饋的深度等，學生須將教師對自己的回饋記錄在「教學門診學習單」之中，教師確認內容後簽名，若須給予評分亦在此時完成。原則上在教學門診結束時教師和學生的工作也都結束，這樣才有好的心情準備下一節的學習。



附件一、教學門診學習單

基本資料 病人年齡： 性別： 診斷： 病人特質（如適用）：
提問問題（請圈選類別：身體、心理、靈性、社會、倫理、法律、其他）：
學到什麼？（請圈選類別：MK、ICS、SBP、PC、P、PBLI）
什麼是預期要學卻沒有學到？
最欣賞的事情（請圈選對象：自己、同學、教師、醫院、其他）
可以做得不一樣的事情（請圈選對象：自己、同學、教師、醫院、其他）
對這次學習的評論（請用簡短及具體的陳述）

學員：

教師評論：



基本資料 病人年齡： 性別： 診斷： 病人特質（如適用）：
提問問題（請圈選類別：身體、心理、靈性、社會、倫理、法律、其他）：
學到什麼？（請圈選類別：MK、ICS、SBP、PC、P、PBLI）
什麼是預期要學卻沒有學到？
最欣賞的事情（請圈選對象：自己、同學、教師、醫院、其他）
可以做得不一樣的事情（請圈選對象：自己、同學、教師、醫院、其他）
對這次學習的評論（請用簡短及具體的陳述）