

# 以病人為中心的醫療面談

台北醫學大學附設醫院 內科部心臟內科 \*婦產部 張念中 曾啟瑞\*

以病患為中心即是指全人醫療，這是不只治身體的病痛，需加治患者心理、社會關係等層面。全人指智慧、道德皆備。

## 問診與醫療面談

問診與醫療面談之不同在於，前者是醫者為中心的追根到底的方式，而後者是醫者以患者的構思為中心的方式，後者之方式患者因被理解而有信賴感，科學(science)及藝術(art)兩者皆有所滿足。醫師最常使用的是問診，則病患將缺乏遵從性 (compliance)，醫療的目標難以達成，病患的滿意度低。醫療面談並非只有獲取正確的病史，應由建立良好的醫病溝通切入，即是建立信賴關係(Rapport[法語，意指良好關係。念成：rapoulu, 重音在p])，由良好醫病關係建立的完成中，獲取完整的醫療資訊。

## 醫療面談開始前－診間的環境基準

(1) 考慮病患的隱私：不只考慮病患身體，需考量其心理及社會層面，即建立全人醫療環境。譬如：獨立隔間、後方共同通道用拉廉遮住、只讓與診察中病患直接關係之陪同人入內。

## (2) 醫師及病患的位置關係

目前最被常用的病史詢問方式是圖I-a法，但最佳的方式是圖I-b法，問完要做身體檢查時很容易能由圖I-b移成圖I-c的坐法。

## (3) 病患的椅子：

尊重病患，以病患為中心。故病患座椅與醫師同樣。但為方便聽診，選較低背椅（圖



圖I-a 錯誤的醫療面談姿勢



圖I-b 正確的醫療面談姿勢



圖I-c 正確的身體檢查姿勢

II-b)。圖II-a是錯誤的。

## 以病患為中心之醫療面談技能<sup>1</sup>

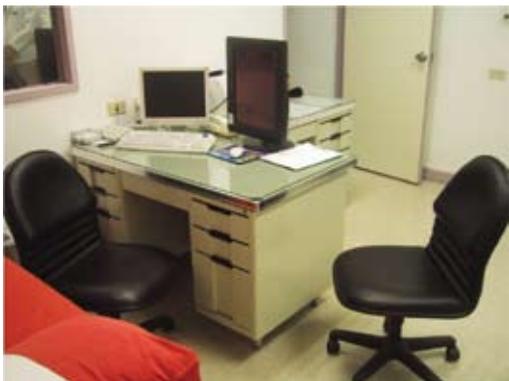
### 8大學習步驟：

#### 步驟1：切入（問候）

醫師應表情和藹、微笑的迎接進來的病



圖II-a：不對



圖II-b：正確

圖II 以病患為中心之全人醫療患者椅

人，或以非語言的溝通也可，但建議以口頭問候，內容是「確定病患及自我介紹」。

### 步驟2：主訴的把握（聽故事）

病患：「我胸口好悶」時，不可用直接質問法：「什麼時候開始？」，而用輕語調「你是覺得胸悶喔！這種情況開始時是怎麼樣呢，後來又變怎麼樣了呢，慢慢告訴我」，「重複他講的話：同理心，並誘導」之。病患就會漸放鬆，自己開始講。講當中用「後來呢？」或「你剛剛這句話的意思是指什麼呢？」來「促

進」。「最初3分鐘以病患為主」讓他講。

### 步驟3：情感面的應對（同理心：共感的理解）

以病患自身的感覺去感受。讓病患覺得醫師已在努力關注他、試圖理解他、或已經理解他。同理心非同情心。傳遞同理心訊息的五大技巧下：特別要追加說明的是需要對病人或家屬解說罹患癌症等壞消息時，不要以「平靜、穩重、清晰」的聲音，這會造成像法官宣判一樣，即不要用權威式的說法，應用「慈悲、關注、憐憫」的口氣。

- (1) 反映：病人講到傷心處，醫師「這真是令你傷心難過」，暫把問病史中斷。這是當病患有情感表現時的基本應對。
- (2) 合理化：認同病患情感方面的體驗，「我非常理解您這種深刻的感受」。
- (3) 支援：「能力所及我一定盡力協助您解決問題」。
- (4) 同盟：「檢查（治療）的方法我剛剛已經告訴您了，使用哪一種較好，我們一起來討論，一起來面對、解決」，可加強病患之遵循度（compliance）。
- (5) 尊重：「這種狀況，您都熬過了，真是一種深刻的感受」。這樣的語言表達，可建立更良好的醫病關係。比只聽病人訴苦，以非語言溝通更深刻。

### 步驟4：不夠的部分用直接質問法補足

面談的後半用此法把不夠的內容更明確化，以求順利的建立診斷。

由以上1~3步驟漸了解以下資訊：7項症狀：

- (1) 什麼時候開始，經過 (when)
- (2) 哪一個部位 (where)
- (3) 怎麼樣的感覺 (what)
- (4) 什麼程度 (how)
- (5) 什麼情況下 (in what circumstance)
- (6) 影響因子 (influencing factors)
- (7) 伴隨症狀 (associated symptoms)

#### 步驟5：了解患者希望的解釋及問患者希望的解決模式

這是以病患為中心之全人醫療之重點。包括問病患擔心什麼病？期待什麼樣的檢查？及期待怎麼樣的治療？換言之問他：

- (1) 來診的動機：但動機不等於主訴。醫師問病患來診動機，病患會覺得醫師已瞭解或真的誠心瞭解我的病情。
- (2) 求治行為 (health-care seeking behavior = illness behavior)：包括吃成藥、偏方、求取第二、三意見行為等。進一步瞭解他在其他醫院檢查、診斷及治療內容。其目的是求 (a) 更快獲得正確的診斷，(b) 提升治療效率，(c) 建立良好醫病關係，(d) 減少醫療訴訟。有些病患當被問及求治行為時，不願說以前去過哪裡，但往往醫者告知不會說出去及說出來會對診斷有幫助時，他多會說出，而且這種問法可讓病患覺得您（醫師）已真正的瞭解或真的有誠意的試圖

瞭解他的病情。

#### 步驟6：聽取過去史、家族史及病患背景

初診時不一定須把過去史及家族史全部問清楚，只須問與疾病有直接關係的部份，這時用直接質問法就可以了。可把過去史、家族史、病患背景(經濟、文化、宗教等)一次問清楚。

#### 步驟7：整理及進入身體檢查

將病患最想說的事，以病患說的話簡單的整理後說給病患聽，並且說「我這樣子對你疾病瞭解的內容對嗎？」的說法「做確認」。同時表現已真正的瞭解病患的病情(「同理心再強調」)，並且最後須加入「您有沒有忘了要說的呢？」，因有可能病人還沒有真正說出他的病情重點。

#### 步驟8：病患教育及賦予接受治療的動機

前者對所有病患皆有必要，但後者對某些不合作的病患是有其必要性。

#### 應收集的資訊內容

- (1) 主訴及現病史：以病患為中心的醫療行為需注意：看病的動機、求治行為及瞭解病患期望對他自己的疾病的解決模式。
- (2) 過去病史
- (3) 病患背景 (patient profile)：
  - 全人醫療的病患背景包括4項：
    - a) 家族史 (包括血親)：
      - 包括家族問題 (family problem) (同居人的疾病、家庭內外人際關係、經

濟、居住環境)。

b) 生涯史 (life history) :

出生後直到初診止之生涯史，求學史、職業史。

c) 生活習慣 (life style) :

每日的作息 (尤其是睡眠時段、時間)、吃東西內容及時間、做事的內容、生活環境。

d) 日常活動 (life behavior) :

性格、人生觀、宗教觀。

### 問題病患的應對方法

- (1) 不說話的病患：對於青春期病患，可用直接及重點質問法。
- (2) 說話過多的病患：醫師可用「你今天最大的問題是什麼？」。
- (3) 需緊急處理的病患：直接質問法。

初診一般建議最少約10分鐘，應可包括患者背景。若已知過去病史及家族史，只談新問題時，8分鐘應足夠。懂得醫療面談技巧的醫者，不使用一問一答的問診法，反而讓病患講，以同樣時間比自己(醫者)問，更能獲得資訊。

### 實例 (依8大學習步驟)

**步驟1：**(初見面之問候、確定病患及自我介紹)

護士手拿病患的病歷到外招呼張先生，告知已輪到號，由外開門帶領張先生進來

Dr.：(由椅子站起來，用手表示歡迎)請

進。

(張先生走進來)

Dr.：你是張先生嗎？我是朱醫師，來，請這邊坐。

病患：是，我是張xx，謝謝。

**步驟2：**(同理心、誘導、促進、聽故事)

Dr.：你哪裡不舒服呢？(眼線注視病患臉)

病患：胸口常常覺得很悶，走路很喘。(表情憂愁、說話快速且片斷)

Dr.：你覺得胸口很悶，走路很喘(重複=明確化)，這種感覺由什麼時候開始發生呢？之後又怎樣了，請你詳細告訴我好嗎？

病患：十年前就這樣，吃過半年藥，但因SARS停藥，又開始發作(表情同上，談到此變沈默)。

Dr.：之後變怎樣呢？最近是怎麼樣發作呢？請慢慢詳細告訴我。

**步驟3：**(同理心; 共感的理解)

病患：因SARS來，所以沒有去醫院拿藥，厲害的時候，半夜喘的睡不著，有時好像要氣絕一樣。

Dr.：喘的那麼嚴重，那一定令你很痛苦。

病患：是啊！我已經去急診看過N次了，去看就會好幾天，但還是不好。是不是快不行了。

Dr.：這種狀況你確實是受很大的苦。(不要以醫師為中心，不要用權威式、說教式、強迫接受式的安慰語：譬如：「不會了，你會慢慢好起來」、或「病人常都

有這樣子的經驗」、或「生病就是這樣子，比你嚴重的都有」、或「你要加油不能這樣就難過失望」。）

#### 步驟4：(7項症狀)

Dr.：最近是什麼時候開始半夜喘呢？，白天不發作嗎？

病患：1個星期前開始，白天走時也會發作。

Dr.：慢慢走會嗎？爬2樓時會不會喘？休息就好一點嗎？是不是感冒時更喘？喘的時候有沒有前胸悶的感覺？會不會傳到下巴或脖子嗎？會不會背也痛呢？(當然不是一句話全問完)

病患：有有有，你講的對。

步驟5：(了解患者希望的解釋及解決模式：以病人為中心，不是由醫師設定對症狀的解釋及解決方案，而塞給病人接受)

Dr.：這種病，你的想法是希望怎麼做？你是擔心得到什麼病嗎？

病患：我不希望再發作，想知道為什麼那麼喘，我很擔心，因為住隔壁的王先生也很喘，結果診斷出肺癌，我怕是不是一樣才那麼喘，想來進一步檢查，趕快治療，有必要開刀就趕快開。

Dr.：喔！是這樣使得你擔心(憂心)。你有去做什麼檢查嗎？

病患：上次去急診時，醫生替我照X光說有一個影子。

Dr.：喔！我瞭解你現在擔心這個，這真是會令人擔憂。

步驟6：(聽取過去史、家族史及病患背景)

Dr.：你以前有生什麼大病嗎？

病患：20歲時盲腸切除而已。

Dr.：你爸爸、媽媽有什麼病嗎？

病患：我爸爸有心臟病，媽媽有關節炎。

Dr.：你有吸菸嗎？因這個和你的病可能有關係，還有，職業和你的病可能有關係，我想問你的工作是什麼？

病患：我是開計程車的。

步驟7：(整理、確認、再加強同理心)

Dr.：瞭解，談到現在你是不是說10年前就會喘，有吃過2年藥，因為SARS來而停藥，最近越來越喘，連半夜時也喘，-----。是不是這樣！

病患：是！是！就是這樣。

Dr.：你有忘記說什麼嗎？

病患：沒有。

Dr.：好，我來替你聽心臟... (開始身體檢查)。

步驟8：(病患教育)

#### 醫療面談技能訓練與OSCE

圖III左邊是標準化病人(standardized patient, SP：由張念中教授自己擔任)由誘導護士帶入診間，受試醫師做確定病患及自我介紹。圖III右邊是標準醫療面談演練：由受試醫師與SP做醫療面談，SP及第三人考核者依評估表對受試醫師逐項計分。OSCE全名是Objective Structured Clinical Examination，翻譯成客觀結構式臨床測試。

受試或演練者 (實習醫師)      下一個受試或演練者 (醫六實習醫學生)



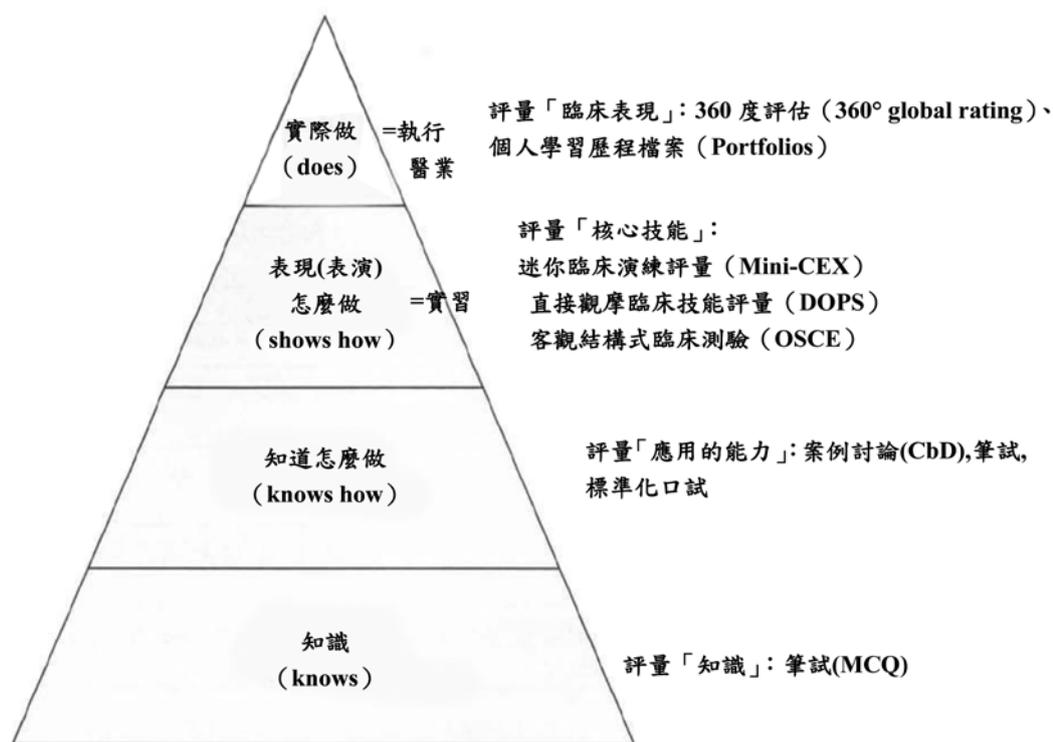
圖III SP/OSCE演練

Objective (客觀)：評分者利用詳細條列之標準清單 (standardized checklist) 評估學員。  
 Structured (結構式)：經過仔細規劃，每位受試者將以相同的問題，被要求執行相同任務。  
 Clinical (臨床)：每個劇本都代表一個真實臨床案例。  
 Examination(測試)：(1)可作為教學的一部份、(2)獲取學生回饋，以提供教師檢討其教學、(3)亦可作學員能力評估。各科醫師皆類似，需隨時做反覆沙盤演練，包括心臟內科的心導管檢查及治療術、主動脈幫浦導管置入術、心律調節器置入術，腸胃內科的各式內視鏡及手術，各次專科外科的手術。近年來各科都很流行在臨床技能中心 (clinical skill center; CSC) 以模具 (simulator) 做演練，甚至於在某些國家某些專科醫師執照更新時，除需累積在CSC的演練時數，而且要通過以模具做考試，即做OSCE才能更新專科醫師執照，這樣的目的是為保障病人安全，及保障病人權益<sup>2,3</sup>。

醫學教育的最終目標是學習者把學習到的知識及技能「實際做在病人」。在這之前，

老師需對學習者做實際執行醫業前的最終檢視，這是要對學習者評估其臨床能力中的「表現怎麼做」，也就是評量其「核心技能」。截至不久以前為止，這是藉由觀察學員直接對病人施做時的表現來做評量，但直接對病人施做，極可能傷害病人、傷害自己的信心。評量時是以1990年米勒氏設計的「米勒氏金字塔」(圖IV)<sup>4</sup>最容易理解。米勒氏是對教育由知到行的整個學習過程的四個重要階段，每一個重要階段設置標準評量方式。

為顧及病人安全及為讓學員能確實學習並接受完整評量，必需設計兼顧「以病人為中心」及「以學習者為中心」的評量方法。評量「核心能力」方法有三：客觀結構式臨床測驗、迷你臨床演練評量 (mini-clinical evaluation exercise; Mini-CEX)、及直接觀摩臨床技能評量 (direct observation of procedural skills; DOPS)。OSCE與mini-CEX比較：Mini-CEX需實際對病人做，而OSCE則不需，且目標比Mini-CEX更明確、細緻。OSCE與DOPS比較：DOPS只能評操



圖IV

作技能，譬如對模具縫合。OSCE之設計是標準化，以客觀的、結構式的來評量，對同儕間比較是較能達到公平的。OSCE做評量不直接做在病人身體，而且可用來評估醫師所有六項核心能力，六項核心能力是美國畢業後醫學教育評鑑委員會（Accreditation Council for Graduate Medical Education, ACGME）訂定，是符合二十一世紀需求的醫師的一般（核心）能力。這六項是：（1）病人照護（patient care）、（2）醫學知識（medical knowledge）、（3）從工作中學習及成長（practice based learning and improvement; PBLI）、（4）制度下之臨床工作（system based practice）、（5）專業素養（professionalism）、（6）人際關係及

溝通技巧（interpersonal and communication skills）。

### 參考文獻

1. 張念中：醫病溝通技巧-70案例、附專家講評 2011。元照出版社。ISBN 978-986-255-092-2
2. 張念中、等人。客觀結構式臨床測試之規劃與執行。北市醫學雜誌2010；7：1-12。
3. 張念中。高階OSCE演練建議流程。台北市醫師公會會刊2010；54：52-6。
4. Miller GE. The assessment of clinical skills / competence / performance. Acad Med 1990; 65(suppl): s63-7. 🇺🇸