

雙案例教學模式導入醫學倫理課程之成果

—以長期呼吸器倚賴病人照護為例

唐功培^{1,2}、康以諾³、吳建志^{1,3}、鍾啟禮^{4,5}、林恩源^{3,6}、陳建宇^{1,3,7,8}

中文摘要：

本質性研究在呈現結合床邊案例體驗學習於經典案例小組討論之「雙案例教學模式」，導入臨床倫理教學課程之理論基礎及初步執行成效評估。本創新課程活動期待透過提供醫學生呼吸器倚賴病人床邊案例報告與討論之機會，導入較具多元視角的深度 (in-depth) 反思並進而產生深思熟慮的臨床決策。我們根據 James Rest 的界定議題測驗 (Defining Issues Test, DIT) 設計情境教案，作為帶領小組討論的教材。此課程第一個目標為引發學生對呼吸器倚賴病人照護議題的道德敏感度。此外，我們在小組活動中介紹學生如何運用 Jonsen, Siegler, 及 Winslade (2010) 所提之臨床倫理四項主題，統整分析案例情境倫理判斷之相關因素，期能幫助學生發展出具有多元面相結構且有合理論述之案例分析。我們採用質性研究中樣板式分析及內容分析之方法，根據四項主題之樣版，對學生於課程中及課後的回饋與討論內容進行分析。質性資料編碼後，整理出 639 個學生根據情境案例所提論述。我們根據這些論述的相同性，將此 639 論述歸納成 42 個議題並依這四項主題進行分類。研究結果顯示在所有的小組討論中 (共 16 組, 165 位學生)，針對呼吸器倚賴病患面對 DNR (不施行心肺復甦, Do not resuscitate) 抉擇時，均能在四個面向上提出正反之論點，進行多面向的思考。雖然各主題敘述的次數多寡不一，但學生在討論此議題時確實可以考量到醫療適應性、病人自主、生活品質與情境脈絡四主題內的正反意見。我們從學生課後的反思內容中，發現學生皆覺察到病患家屬的看法對主治醫師進行醫療決策時會有哪些影響。

關鍵字：臨床倫理、醫學人文教育、呼吸器倚賴、反思寫作

臺北醫學大學 醫學院醫學系醫學教育暨人文學科¹；臺北醫學大學 醫學人文研究所²；臺北醫學大學附設醫院 教學部³；臺北醫學大學附設醫院 內科部⁴；臺北醫學大學 醫學院呼吸治療學系⁵；臺北醫學大學附設醫院 神經外科⁶；臺北醫學大學附設醫院 麻醉科⁷；臺北醫學大學 醫學院醫學系麻醉學科⁸

收稿日期：2016 年 11 月 7 日；接受日期：2017 年 1 月 6 日
通訊者：陳建宇、110 臺北市信義區吳興街 252 號 臺北醫學大學附設醫院麻醉部
電話：02-27372181 分機 8310 傳真：02-27367344
電子信箱：jc2jc@tmu.edu.tw

一、前言

一 醫學人文課程發展背景及內容主題

培養具備人文素養、跨領域對話能力與社會關懷之醫師，乃是醫學教育目標之一。然而，如何在科學實證知識淹沒的學習環境中，讓醫學生仍能保有對人文的興趣與敏覺性，並在臨床實習中，有能力同時將醫學與非醫學面向的多元知識有效統合後實踐，實屬不易。

本教學活動選擇以呼吸器倚賴重症病人作為醫學人文教學題材，因為呼吸器倚賴重症病患照護作為活動主題有以下優點：

- 1) 富涵疾病的多樣性與多面向的知識可供討論。
- 2) 臨床觀察之感官衝擊性促使學生深度思考醫學人文議題。
- 3) 使學生認識跨領域照護團隊運作方式及重要性。

針對醫學人文議題之教學目標為誘導啟發醫學生對病患在生命末期之生活品質與醫療無效論 (medical futility)、決策模式與照護資源分配議題的敏感度與理解。如同蔡 (2006) 在闡述重症病患照護之倫理特殊性時指出，在照護重症病患時常須考慮此醫療介入所帶來的負擔（如副作用與非預期之結果）是否大於益處（醫療適應性，medical indication）、病患決定能力、病患失能時的決定、生命長度與生命品質的權衡、醫療資源分配等面向。蔡 (2012) 等曾對長期呼吸器倚賴病患維生治療撤除之議題，提出其法律與倫理之見解，認為醫師需對醫療之過度介入或無效性有所查覺與堅持，對於或許能暫時有效延長病患的死亡，但卻無法改善整體生命品質的非專業處置，非但要避免，必要時甚至要終止或加以撤除之。翁 (2012) 更進一步針對急重症病人生命末期的照護提出臨床決策之建議，他認為西雅圖華盛頓大學所提出之「臨床倫理思辯四象限」，可以幫助醫護人員對末期病人之兩難決策作出較完善與多面向之分析，進而促成「緩和療護」與「善終」之實現。然而，在現實情境中，年輕的住院醫師在肩負長時間與負擔過重的臨床訓練中，同時要學習與生命末期病人進行對話，其成效常面臨挑戰 (Lamas & Rosenbaum, 2012)。

因此，將生命末期照護之教育提早到醫學生實習之階段，近來已在北美成為趨勢。在一個北美跨國性的問卷普查中顯示，四分之三之美國與加拿大醫學院，已將生命末期或緩和照護安排在其正式課程中。(Shaheen et al., 2014) 過去十年，台灣在生命末期或緩和照護的教育提倡上，多以癌症末期為主之安寧緩和病房作為實習場域，著重緩和理念認知、病情告知、疼痛控制與兼顧身心靈之全人醫療為主要學習目

標。(張皓翔等，2003) 近期亦有學者主導以社區末期照護為平台之學習模式 (姚建安，2011)，聚焦於生命末期照護之整體性、持續性與跨專業團隊照護的特性。雖然重症病患照護議題並非在每個專科都會面臨到，但照護重症病患時常發生特定情境，如拒絕施行心肺復甦術意願的詢問 (李美秀，張鳳麟，& 馬淑清，2006)，常讓醫護人員協助病患行使知情同意的「告知」工作 (蔡甫昌，2004) 更加複雜及重要。也就是重症病患照護議題可一併介紹同學協助病患行使知情同意的工作。北醫大醫學系以往之生命末期與緩和照護之課程，安排在五年級腫瘤學課程中，但授課方式仍以大堂講授為主 (兩小時)，輔之以非強制性安寧病房見習 (一小時)，無論在教學時數、方式與互動性上，都顯不足。筆者在多方討論後，選擇在不變動原有課程的情況下，提出以長期呼吸器倚賴重症病患作為生命末期照護學習之題材納入醫學系課程。

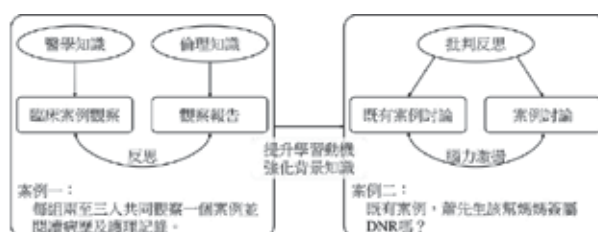
本文屬於將實際教學活動轉為學術報告的轉譯研究 (Ringsted, Hodges, & Scherpbier, 2011)，說明本團隊如何針對呼吸器倚賴重症病患照護議題設計教學活動，以及分享活動中學生表現的質性分析初步結果。本文目的在於拋磚引玉，期藉由教學報告分享，引發國內學者在討論臨床倫理議題內容之餘，也能約略分享一些不同的臨床倫理教學方式和學生反應。因此本文章主文將分為兩部分：1. 課程活動設計 (第二章)；2. 活動中學生質性回饋資料分析結果 (第三及第四章)。以下就課程活動進行流程以及相關理論進行說明。

二、方法 一 教學介入與資料分析

雙案例教學模式之相關理論與實施方式

本研究乃針對臺北醫學大學醫學系四年級之醫學人文課程中的教學單元「呼吸器依賴之重症病患的醫療倫理人文議題」所作之課程教案發展及教學成效研究。此課程目標如下：一、經由臨床觀察讓學生開始關注重症病患的醫療倫理議題；二、藉由討論使學生釐清自己在面臨道德困境時的立場及關注之重點。

為達成以上目標，此教學採用分組教學，於 104 年 10 月至 12 月間，每次小組教學帶領 10 名學生於北醫附醫呼吸治療中心進行初次的重症病患照護臨床觀察，病歷評讀，案例分析與報告，之後進行醫學人文情境教案討論及反思寫作。每階段 40 分鐘，共三階段 120 分鐘，中間無間隔，參與課程學生共 165 名。其中臨床案例觀察每次可能不同，教案討論則使用同一案例。雙案例教學模式之概念如下圖所示：



圖一、雙案例教學概念圖

第一階段：

臨床案例觀察實施方式為將每次上課之十名學生分成四組，每組兩至三人共同觀察一臨床案例以及閱讀病歷護理記錄。教師團隊中之醫師負責帶領，說明臨床觀察之任務為從觀察病人閱讀病歷中了解記錄病人個人的資訊及狀況，其中包含性別、年紀，此次入院的原因及主訴、慢性病病史，如高血壓、糖尿病、腎功能之問題，造成此次呼吸衰竭之因素、檢查結果、昏迷指數，生命跡象如何，關於病人的其他資訊如職業，信仰（身上是否有平安符，床邊是否有收音機，如佛經或詩歌等等），個案家庭的背景，是否簽署 DNR（不施行心肺復甦，Do not resuscitate），目前主要服用的藥物、當前的治療目標以及病患後續的狀況評估。

第二階段：

兩人小組將資訊彙整後由一人進行床邊病史回顧與臨床案例報告。其內容含括病患基本資料、主訴、入院診斷、重要臨床事件、昏迷指數評估、生活品質觀察、宗教信仰與經濟條件、拒絕心肺復甦文件、短期與長期治療計畫等。此時教師將針對報告者之口語表達提出修正建議，並且針對每位報告者之臨床案例提出問題，以刺激學生回想相關生理、藥理、病理知識。16 組學生共觀察了 19 位呼吸器倚賴重症病患，其中包含男性 11 位女性 8 位 年齡從 47 至 94 歲，當中四位有自己或家屬簽署之 DNR。教師會藉由此一階段所討論到的某臨床案例，向學生介紹由 Jonsen, Siegler, and Winslade (2010) 所提出的臨床醫學倫理決策所需顧及之四項主題：醫療適應性、病患偏好 (patient preferences)、生活品質、情境特徵 (contextual features)。

第三階段：

鑒於倫理的思辨具有脈絡性，並不適於教導有標準答案的一般教學方式進行。在教育領域中，案例教學 (case method) 正是一種跳脫標準答案之框架的教學方式，同時也強調批判思考的能力，以提升學生在脈絡中解決問題的能力 (Richards et al., 1996; Kleinfeld, 1988)。此種教學法在倫理教育也已被採用 (Husu, 2003)。因此，本教學法也採用案例教學的方式讓學生進行思辨；其中，小組討論時採用「界定議題」之帶領策略：

此討論式教學主要源自 James R. Rest (1974; 1979) 發表之研究。Rest 雖參考柯柏格之道德兩難題發展其界定議題測驗 (Define Issue Test 簡稱 DIT) 之測量工具，但不完全採用柯柏格的三期六段論來解釋道德發展。在 Rest (1984) 的後續研究中，以成份的概念來說明道德行為的產生，Rest 等人得以針

對成人如大學生與價值信念相關行為進行後續研究，以及調整界定議題測驗工具 (Kitchener, 1986; J. R. Rest, Narvaez, Thomas, & Bebeau, 1999; J. R. Rest & Thomas, 1985)。藉由四成份的概念，Rest (1986; 1994) 指出道德行為之成立必須歷經「道德敏感」、「道德判斷」、「道德價值」及「自我強度」四種心理歷程。

「道德敏感」代表確認在問題情境下，可以做什麼，以及對每個相關人員的影響，並辨認自己對此事的直接感覺。道德敏感讓學生明白他所將做的，可能會影響其他人的利益、福祉或期望，例如意識到自己行動可能違反某些道德規範 (Rest, 1986, 1994)。

「道德判斷」反映出道德發展階段的基模；「道德價值」在解釋人為何因道德規範而放棄自我價值 (自己想要的)。(Bebeau, 1994; Rest, 1986)

「自我強度」反映道德行為執行的程度和持續性；自我強度決定善意是否付諸於行動以及是否持續 (Krebs, 1967)。倘若人知道認知轉換 (Cognitive Transformation) 的規則，並將之應用於自我控制，或許能在不利情境壓力下，仍能保持相當的自我強度，追求目標 (Mischel & Patterson, 1976)。

討論教學之目標為讓學生釐清自己對於醫學人文議題所作的道德判斷時傾向的態度與觀點，經由要求學生解釋情境並說明每個不同決定對當事人的可能後果，增加學生的道德敏感度。本討論教學並未將提升學生心中之道德價值與自我強度設為教學目標，因為道德價值與自我強度需經由日常生活的實際作為才可得知。

在實際觀察參訪呼吸照護中心之後，研究者參考 Rest (1974) 及 Bebeau 等人 (1981) 之研究設計，以及蔡等 (2006) 所提及之預立醫療計畫之倫理與法律議題案例，改編醫療實例之兩難情境，以此結構，選定一臨床案例並將其改寫為小組討論之教案：

「蕭先生的媽媽因為嗆到而昏迷，蕭先生返家時發現而叫救護車送醫，到院時已判斷無呼吸心跳，經過急診醫師 CPR 救回，但已導致呼吸衰竭與缺氧性腦病變，在加護病房插管積極治療一個月後，昏迷指數仍低於 7 分。醫師在判斷無法脫離呼吸器之情況下，要求蕭先生簽署同意書後進行氣切，後轉至呼吸照護中心。母親住院期間，蕭先生因為太太需要工作及照顧家中兩位學齡兒童，只好自己下班後到醫院陪伴母親，期間觀察到母親會無意識睜開眼睛、抿嘴、手會不自主顫動、無法下床、仍需要倚賴呼吸器和鼻胃管。42 天後因健保給付之規定，需自費轉至具有提供呼吸照護之安養中心，或租借呼吸器在家進行長期照護。而蕭先生的母親之前未曾簽署預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書也未曾對此表達意見。

蕭先生將母親送至具有提供呼吸器照護的安養院，此安養院離他家要 40 分鐘的車程，每月費用約三萬元，而他與太太的月收入共約八萬元。數月後，蕭老太太因肺炎從安養院送至醫院急診室，此時醫生詢問蕭先生是否要幫他母親簽署不施行心肺復甦術同意書？」

相較於一般臨床倫理情境案例情境題，本情境題要求學生不是以醫療人員角度，而是以病人家屬角度來界定此情境中涵蓋之議題，目的是引發學生的同理表現 (Hojat, 2007)。

STEP 1. 情境題說明

教師藉由朗讀此情境題內容，向學生陳述案例情境。

STEP 2. 提問

在確定學生理解情境內容陳述之語意後，教師向學生提出以下兩個問題，並請每位學生寫下答案。

「蕭先生是否應該替他的媽媽簽署不施行心肺復甦術同意書？」

「若您是蕭先生。您會不會替媽媽簽署不施行心肺復甦術同意書？」

STEP 3. 詢問

教師詢問是否有同學的回答是「不應該但會」，或者是「應該但不會」的，並請這些同學說明理由。藉由這些同學的分享，教師向學生強調，人會因為不同的角度、理由或考量而有不同的判斷。然後要求所有同學，重新以情境裏當事人的角度盡可能地在立可貼上寫下會出現的考量、顧慮或主張，並且寫下根據這些考量，當事人會做出簽或者是不簽 DNR 的決定。

STEP 4. 討論

本階段教學策略顧及蔡 (2006) 所指出的重症病患照護之倫理特殊性。在本活動最後的二十分鐘，教師引導學生將已寫下的理由論述依照臨床倫理之四項主題 (Jonsen et al., 2010) 進行歸類；教師並引導學生釐清其他人所提之主張是否相同。

STEP 5. 課程後反思

此課程要求學生在活動後參考以下問題撰寫課後反思：

「倘若你是蕭老太太的主治醫師，你在對病人家屬做病情告知之前應該要注意什麼？需要獲得哪些資訊？為什麼你需要這些資訊？如何獲得所需資訊？告知時你還會注意哪些地方？」

「此次課程引發你還想多了解哪些醫學人文相關議題？這些議題對大家的重要性？針對後續的醫學人文課程規劃，你建議增加哪些課程或資源以協助你進

一步了解這些議題？」

上述為本創新課程的主要內涵與步驟，而本文旨在探討此雙案例教學模式在引導學生學習醫學倫理思辨的狀況。理論上，醫學倫理思辨應可包含臨床適應性、病患自主、生活品質與情境脈絡的四大面向。故此，在後文的探討中，將檢視學生在此教學模式中，對案例的思辨能否涵蓋此四大面向；以及學生在醫學倫理思辨時，涵蓋此四大面向的狀況如何。再者，鑒於思辨能力應重視思辨的品質，而非思辨所提出之理由的數量，且目前筆者未見一篇研究提出用以判斷各面向思辨多寡的門檻值，所以本文雖會論及各面向相關想法的數量，但重點在於檢視整體學習是否能涵蓋不同面向及其支持與反對的想法。

學習成效評估與分析方法

由於欲評鑑之教學成效涉及不同主觀及客觀的面向，無法全部經由量化進行分析研究，所以在處理判定教學成效之研究主題時，研究者尋找教學滿意度問卷之外的評量方法，因此評估分析之資料為觀察記錄和質性訪談內容記錄，讓資料蒐集過程較具彈性。課堂討論時教師提出之問題皆為開放性問題，讓學生與教師進行交談互動，故討論紀錄屬於面對面訪談 (face to face interview) (郭生玉, 2012) 之資料。

討論紀錄中將呈現學生道德判斷與道德敏感兩個面向的表現。評鑑反應將採用質性研究方式分析以及蒐集資料，經由分析學生課堂討論回饋及反思寫作內容以判定此課程單元之教學成效。資料蒐集採用「來源三角測定」(data triangulation) 原則 (吳芝儀、李奉儒譯, 1995)，藉由學生課程過程記錄、反思寫作內容以及教師討論確認分析結果這三種來源結合，以克服單一來源導致的偏見。

教學結束後，依據所蒐集之口語資料詳盡地建立書面資料，做成逐字稿，再將其內容分類，進行編碼，在編碼之後建構核心資料之類屬並將其概念化，使原本模糊、不明確的逐字稿資料在意義上更加明確、精確，嗣後再使用樣板式分析及內容分析歸納出結論。

本研究旨在調查學生依據此情境題進行界定議題的狀況，以理解學生之道德敏感度。在分析質性資料時，我們依照臨床倫理四主題 (Jonsen et al., 2010)，對學生所界定出之議題進行分析編碼。

三、結果

本研究為探討此次醫學人文教學創新所帶給學生思辨臨床議題的廣度、同理心表現與人文關懷，故蒐集並彙整質性資料，作為分析之標的。下述依序呈現包含學生敘述之原始資料的數量，經前述質性資料編碼技術所對應並整理出之學生敘述的主要概念，且進

一步做資料間初步的交叉比較，以及學生在課後對臨床案例所衍生出的議題等三部分作論述。

1. 學生敘述之原始資料的初步討論

在本教學研究中，蒐集了 639 個學生應用醫療四象限思考並敘述案例潛在的人文議題。這 639 次敘述中，屬於醫療適應性的敘述有 66 次，病人自主的敘述有 124 次，生活品質的敘述有 156 次，情境脈絡的敘述有 293 次。這 639 次敘述又可分為 281 次用來

支持簽署 DNR 的選擇，358 次用來反對簽署 DNR。計量資料請參見圖 3。

此部分反映出本研究之創新教學，能帶領學生在面對臨終議題時，從臨床倫理四主題進行較多面向的思考。雖然各象限之敘述的次數多寡不一，但學生在論述臨終議題時確實可以考量到醫療適應性、病人自主、生活品質與情境脈絡等面。不但如此，這些不同的敘述能兼顧支持與反對等兩個方向的思考。

2. 學生敘述之主要概念分析

上述之 639 條敘述經專家歸納後，可分為 9 項醫療適應性的概念，7 項與病人自主有關的概念，8 項生活品質方面的概念，以及 18 項屬於情境脈絡的概念。在兩難議題思辨與判斷的過程中，上述的 42 項概念有 19 項用來支持簽署 DNR 的選擇，23 項用來反對簽署 DNR。此部分之計量資料請參見表 1。由此可知，透過此次教學，學生對於臨床議題，特別是本次的臨終議題，能具備有人文意識的多元思維。

在四個象限中，學生針對情境脈絡的敘述最多，概念也相對較其

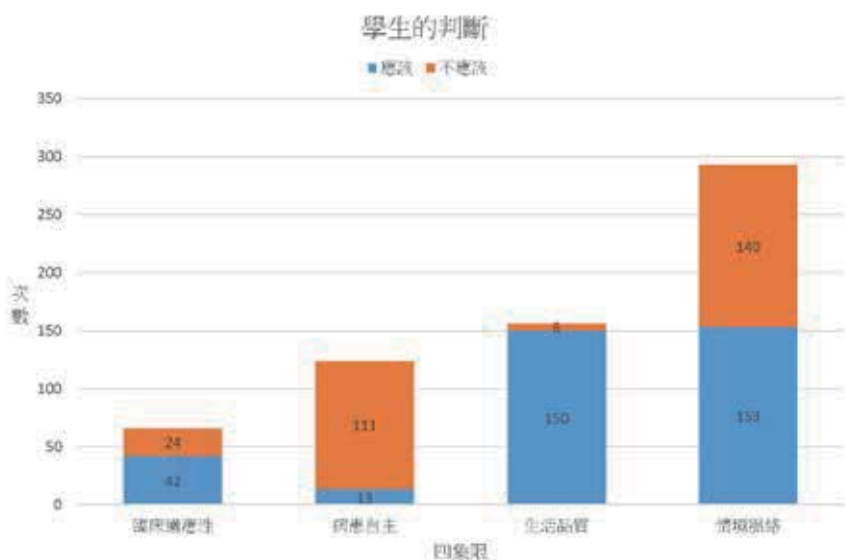


圖 3 學生應用四象限之判斷描述分類堆疊直條圖

表 1 學生應用四象限之判斷描述的計量表

計量類型	學生的判斷							
	臨床適應性		病患自主		生活品質		情境脈絡	
	支持 DNR	反對 DNR	支持 DNR	反對 DNR	支持 DNR	反對 DNR	支持 DNR	反對 DNR
次數	42	24	13	111	150	6	153	140
象限內次數	66		124		156		293	
整體總次數	639							
概念數量	4	5	3	4	6	2	6	12
象限內佔比	64%	36%	10%	90%	96%	4%	52%	48%
整體佔比	7%	4%	2%	17%	23%	1%	24%	22%
次數 - 概念比	10%	21%	23%	4%	4%	33%	4%	9%

他象限多，因此該象限底下無論支持與否的意見佔整體比例都在 20% 以上。然而，從敘述的次數與概念數的比例來看，情境脈絡的支持性敘述的比例最低，與病患自主的反對性敘述相仿，都在 4% 左右。此代表雖然學生在面對臨終議題會注意到情境脈絡與病患自主，但這些敘述所包含的概念較類似。反之，與

生活品質有關的反對 DNR 之意見，與病患自主有關的支持 DNR 之意見，以及與臨床適應性相關的反對意見的次數皆不高，但這幾項敘述的次數與其概念數的比例都較其他項高。這表示學生在提及有些面向的次數雖然較少，卻仍提出許多不同種類的議題。上述的現象反映出，可能有些象限的概念比較容易被意識

到，有些象限的概念則否。無論如何，本研究之教學活動能協助學生在面對臨床議題時進行多元思考。此部分之細節請參見表 2。

表 2 學生應用四象限之判斷內容摘述

醫療四象限	學生的判斷			
	支持 DNR		反對 DNR	
	概念	學生意見代表	概念	學生意見代表
醫療適應性 (Medical Indications)	腦病變預後不佳	病人意識無法恢復 (缺氧性腦病變)	醫術進步	醫療不斷進步，或許幾年後便有更佳治療方法
	肺纖維化預後不佳	肺纖維化是不可恢復的疾病	生理復原	身體還有反應，有恢復意識機會
	整體無法改善	媽媽現在的病況無法被治癒	感染可復原	蕭老太太是因感染入院，若感染情況改善，也許尚可回到安養院
	預期快速死亡	因為媽媽很快會過世	病程短	病程尚短，或許病情會有改善
	—	—	轉診	轉診其他醫院可能性
病患自主 (Patient references)	法定代理權	媽媽無意識，兒子是最近親屬，比其它任何人有權決定媽媽的狀況	病患自主原則	母親本人沒有表達過這方面的意見 (也許母親自己有強烈的生存意志)
	了解病人	了解，知道親人不想痛苦或其他因素	生命完整度	要考慮母親對於她生命完整度及滿意程度
	生命權	人對於自己的生命有著至高無上的支配權，不該為道德所拘束，如果減少病痛，那麼放棄急救是當然的手段	生命本質	活下去是人的本質，應順著此原則走
	—	—	生命權	不應該也沒有權利替別人決定死亡
生活品質 (Quality of Life)	避免病患痛苦	不想讓媽媽痛苦		
	病患生活品質差	倚靠呼吸器生活沒有生活品質	可接受的生活品質	不能現在先預期未來生活品質下降而簽 DNR，可待未來若有更急症狀況再考慮是否簽
	病患生命無意義	沒意識不算活著，維持生命不算救活		
	維持病患尊嚴	維持媽媽的尊嚴		
	善終	病人的善終	生活品質未深度受損	媽媽有意識，等下次病情惡化再決定
	考量年齡	年紀大了		
情境脈絡 (Contextual Features)	家屬生活品質	照護人身心負擔的壓力	依據病患遺囑 個人內在罪惡感	遺囑不清 個人的心理負擔 (負罪感)
	家庭經濟負擔	經濟上無法再支持這麼龐大的開校，為了一個人賠上一家四口	外緣性罪惡感	可能被別人說閒話
	妥善運用醫療資源	醫療資源可投注在更有效益的病患上	親情羈絆 其他家屬意見	情感上放不下 考慮家中其他親人顧慮或感受
	器官捐贈	可以加簽器官捐贈同意書，讓母親的身體在其他人身上繼續活著	想要盡孝道	母親生我育我養我教我，應秉持孝親之道以回報母親
	避免自私想法	會不會把家人留在這世界上，只是為了自己自私的想法：他還活在這世界	醫療利益 家屬生活品質	RCW 有錢賺 病人家屬的生活品質未受到很大影響
	想要盡孝道	讓媽媽過品質不佳的臨終時光是不孝的，也殘忍	正面不放棄 經濟利益	相信奇蹟 考量保險費用或避稅，避債繼承
			責任感	若是病患還有復原的可能，不盡力去救治，實在是會讓人扼腕
			宗教信仰	倫理價值觀，宗教 (天主教) 不允許放棄

若細看學生上課之發言內容，針對四象限的概念，可知學生在討論病患自主時，聚焦在病患自主原則、病人本身意願及權利等，認為不應該替病人簽署 DNR 的想法佔多數；面對生活品質，學生則較多提出避免病患痛苦、生活品質不佳以及病患尊嚴等概念，支持應該簽署 DNR 的決定。值得注意的是，學生被歸類到情境脈絡的意見中，並未出現一面倒的想法，更多呈現的是在同一個概念被用來支持簽或不簽的理由，例如：孝道、經濟利益等。同樣的情況，也出現在醫療適應性的部分，然困擾學生判斷的原因在於客觀醫療的評估與主觀對於醫療技術的期待。

3. 學生在醫學人文創新教學中衍生之新議題

本研究之創新教學並不只止於下課的鐘聲，課後仍有臨

床案例的觀察反思寫作。研究團隊在後續整理、主軸編碼時，尚發現有部分學生進一步將本課程所教的作延伸閱讀與討論。學生在課後質性回饋提出 20 個值得思考的醫學人文議題，包含長期照護、病患自主、安樂死、醫療糾紛、安寧緩和、臨終關懷、醫療環境、人工生殖、醫病關係、罕見疾病、器官捐贈 / 買賣、無國界醫生、生死哲學、重症加護、預後照護、健保、醫療法規、模擬臨床教學、社會福利。其中，又以提出安寧緩和、醫病關係與安樂死議題的人數最多（細節請參見表 3）。換句話說，此課程不但在教學當下能激盪學生以具人文素養的思維方式思考醫療的議題，還能引起學生在課後繼續能有醫學人文與臨床議題的討論。由此可知，學生對於人文思考並非停留於課堂，亦能遷移至對其他醫療議題的思考上。

表 3 衍生意圖表

後續關注議題	人數	細項分類
安寧緩和	31	
醫病關係	25	醫病溝通、文化差異
安樂死	23	
醫療糾紛	14	衝突處理
醫療環境	13	資源分配、工時、時間安排
長期照護	13	臨終關懷
病患自主	7	
人工生殖	5	代理孕母、墮胎
生死哲學	5	文化觀、宗教、心理課程
器官捐贈 / 買賣	4	
重症加護	3	
罕見疾病	3	
預後照護	2	
健保	2	
醫療法規	2	
社會福利	1	
無國界醫生	1	
模擬臨床教學	1	

註：依關注人數排序

四、討論

透過本研究之創新教學的嘗試，初步揭示臨床案例之體驗學習結合案例教學之倫理討論之可實踐性。相較於當前的醫學課程，此模式可補足純粹以臨床案例教學或僅以既有案例教學的不足。臨床案例教學搭配教師講述或討論，學生的思辨不免會受所觀察之案例的狀況所侷限，但不可否認地是臨床案例具有震撼力，學生的動機較易被激發。以既有案例（文本）搭配教師講述，雖較能經由既有案例的篩選，埋下多元思辨的種子，但對學習者而言，亦較未能有身歷其境的感受。所以，本文所提出之雙案例教學法藉臨床案例的震撼力提升學生思辨的動

力，並在過程中透過教師的旁白與提問，加強醫學或倫理的背景知識。爾後，回到課室進行第二案例的教學時，學生的準備度（背景知識與動機）足夠進行既有案例的評估與討論，並在過程中運用批判反思的方式，做後設性的檢視。從此次實踐的結果來看，此種教學模式在授課時間上與一般課程相仿，學生對既有案例思辨所能提出的想法不僅涵蓋正反兩方意見，同時也兼顧臨床適應性、病患自主、生活品質與情境脈絡等四大面向。

此教學模式仍有一些不足之處，如教師需有較長的準備時間、臨床是否有充足的可觀察案例。本文亦有一些限制，如僅描述性的統計與分析，未能充分說明課堂之學習成效與課後學習遷移的狀況；學生思考後所提出的想

法與臨床實務或實際狀況的落差如何評估等兩個主要的挑戰。因此，未來的研究可評估傳統的醫學倫理教學（純課堂講述或單案例搭配講述法）與雙案例教學法的學習成效差異。再者，亦可著手分析學生上課發言與其反思作業內容之間的關聯性，試圖找出不同類型之學生在經過此課程學習後，在面對兩難議題的看法上產生什麼樣的改變。另一面，應可透過德懷術（Delphi），邀請不同領域中對呼吸器倚賴病人照護有工作及研究經驗之專家，經由共同辯證取得共識的方式，來評估學生的那些想法意見是可藉由臨床或學術研究證明檢驗的論點；有哪些學生提出的考量因素是臨床經驗或研究資料無法證實的。

根據此次教學經驗，本團隊亦找到此課程活動可以增加補充之處，也就是在小組討論後應增加呼吸器倚賴病人及家屬病情告知的相關教學活動。本團隊將整合專家意見，發展病情告知家庭會議模擬教學。

誌謝

本研究感謝科技部 104 年度國合司醫學教育學門之贊助，計畫編號 MOST104-2511-S-038-002。

本研究感謝研究助理林宗達先生在教學行政上之協助與呼吸治療師李芯妤組長之跨領域床邊教學。

參考文獻

一、中文文獻

Jonsen, A., Siegler, M., & Winslade, W. (2011)。臨床倫理學：臨床醫學倫理決策的實務導引（辛幸珍、陳汝吟、陳彥元、蔡篤堅、許正園譯）。台北市：合記。Jonsen, A., Siegler, M., & Winslade, W.(2010)。Clinical Ethics: A Practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine(H.C. Hsin et al. Trans.). Taipei City, Taiwan. Ho-Chi.

Patton, M., (1995)。質的評鑑與研究（吳芝儀、李奉儒譯）。台北市：桂冠。Patton, M.,(1990)。Qualitative Evaluation and Research Methods(C. I. Wu & F, J, Li Trans.) Taipei City, Taiwan. Lauréat.

李美秀、張鳳麟、馬淑清 (2006)。護理人員面對知情同意的倫理困境 [The Ethical Dilemma of Nursing Staff Facing Informed Consent]。長庚護理，17(1)，63-70。

姚建安 (2011)。社區與人文為導向的末期醫療照護之醫學教育。[Community and Humanity Directed End-of-Life Care in Medical Education]。臺灣醫學，15 (1)，56-61。

翁益強 (2012)。對急重症病人生命末期之照護。[End-of-Life Care in Intensive Care Unit]。榮總護理，29 (3)，220-224。doi:10.6142/vghn.29.3.220

張皓翔、胡文郁、邱泰源、姚建安、呂碧鴻、陳慶餘 (2003)。「人與醫學」課程醫學生緩和醫療認知之介入性研究。[An Interventional Study Assessing Palliative Care Learning amongst Junior Medical Students Undertaking the Course “The Human Side of Medicine”]。醫學教育，7 (2)，150-160。

蔡甫昌 (2004)。“醫師，您獲得病患同意了嗎？”—知情同意的倫理與實務。健康世界，(222)，59-62。

蔡甫昌 (2006)。重症加護病患照護之倫理議題。臺灣醫學，10(1)，105-114。

蔡甫昌、潘恆嘉、吳澤玫、邱泰源、黃天祥 (2006)。預立醫療計畫之倫理與法律議題。臺灣醫學，10(4)，517-536。

蔡甫昌、方震中、陳麗光、王榮德 (2012)。長期呼吸器依賴病患撤除維生治療之倫理法律議題。[The Ethical-legal Issues in Withdrawing Life Support from Prolonged Mechanical Ventilation-dependent Patients]。臺灣醫學，16 (2)，156-173。

二、外文文獻

Bebeau, M., Reifel, N., & Speidel, T. (1981). Measuring the type and frequency of professional dilemmas in dentistry. Paper presented at the Journal of Dental Research.

Bebeau, M. J. (1994). Influencing the moral dimensions of dental practice. Moral development in the professions: Psychology and applied ethics, 121-146.

Hojat, M. (2007). Empathy in patient care: Antecedents, development, measurement, and outcomes: Springer Science & Business Media.

Husu, J. (2003). Real-world pedagogical ethics: mission impossible?. Teacher development, 7(2), 311-326.

Kitchener, K. S. (1986). Teaching applied ethics in counselor education: An integration of psychological processes and philosophical analysis. Journal of Counseling & Development, 64(5), 306-310.

Kleinfeld, J. (1988). Learning to think like a teacher: The study of cases. Fairbanks, AK: Center for Cross-Cultural Studies, Rural College, University of Alaska

- Lamas, D., & Rosenbaum, L. (2012). Freedom from the Tyranny of Choice — Teaching the End-of-Life Conversation. *New England Journal of Medicine*, 366(18), 1655-1657. doi:doi:10.1056/NEJMp1201202
- Mischel, W., & Patterson, C. J. (1976). Substantive and structural elements of effective plans for self-control. *Journal of personality and social psychology*, 34(5), 942.
- Rest, J. (1974). Judging the Important Issues in Moral Dilemmas--An Objective Measure of Development. *Developmental Psychology*, 10(4), 491-501.
- Rest, J. R., Narvaez, D., Thoma, S. J., & Bebeau, M. J. (1999). DIT2: Devising and testing a revised instrument of moral judgment. *Journal of Educational Psychology*, 91(4), 644.
- Rest, J. R. (1984). "The major components of morality." *Morality, moral behavior, and moral development*: 24-38.
- Rest, J. R. (1994). *Moral development in the professions: Psychology and applied ethics*: Psychology Press.
- Rest, J. R., & Thoma, S. (1985). Evaluating moral development. *Promoting values development in college students*, 4, 77-90.
- Rest, J. R. (1986). *Moral development: Advances in research and theory*: Praeger publishers.
- Rest, J. R. (1994). *Moral development in the professions: Psychology and applied ethics*, Psychology Press.
- Richards, J. C., Moore, R. C., & Gipe, J. P. (1996, October). Pre-service teachers' cases in an early field placement. Paper presented at the Annual Meeting of the College Reading Association, Charleston, South Carolina.
- Ringsted, C., Hodges, B., & Scherpbier, A. (2011). 'The research compass': an introduction to research in medical education: AMEE Guide no. 56. *Med Teach*, 33(9), 695-709. doi:10.3109/0142159x.2011.595436
- Shaheen, A. W., Denton, G. D., Stratton, T. D., Hoellein, A. R., & Chretien, K. C. (2014). End-of-life and palliative care curricula in internal medicine clerkships: a report on the presence, value, and design of curricula as rated by clerkship directors. *Acad Med*, 89(8), 1168-1173. doi:10.1097/acm.0000000000000311

The Educational Implementation of Duo-Case Method in Teaching Medical Ethics on Ventilator-Dependent Patient Care

Kung-Pei Tang^{1,2}, Yi-No Kang³, Chien-Chih Wu^{1,3}, Ci-Li Chung^{4,5}, En-Yuan Lin^{3,6}, Chien-Yu Chen^{1,3,7,8}

Abstract

This qualitative research aims at explicating the theoretical framework and preliminary outcome of implementing duo-case method (i.e., experiential learning of a bedside case following with small group discussion on a classic dilemmatic case) among Year-4 medical students. Multi-perspective in-depth reflection and clinical deliberation are anticipated to be developed through observing, presenting, and discussing patients under mechanical ventilator use. Rest's Defining Issues Test (DIT) was borrowed both for clinical scenario design and for group discussion. The learning objective of this course is to facilitate students' ethical sensitivity. "Four-Topic Approach" proposed by Jonsen et al. was also introduced to students for collecting relevant ethical issues and fostering a structured, sound and justifiable ethical case analysis. Moreover, based on the structure of four topics, template analysis and content analysis were used to analyze students' perspectives and feedbacks during and after the course. After data coding, 639 statements were identified and iteratively emerged into 42 main concepts locating within the four themes we have focused on. Our result shows that all of the 16 groups, which include 165 students in total, have explicated more than one argument in each theme to support or refuse to sign the DNR. Although disparity existed in between each group in terms of both quantity and quality of the rationales proposed, medical indication, patient preference, quality of life and contextual features have been all considered and addressed by each group. Further analysis on students' reflective portfolio showed that all students have acknowledged family's perspective on doctor's clinical judgment and decision.

Keywords: clinical ethics, medical humanity education, ventilator-dependent, reflective portfolio

Department of Education and Humanities in Medicine, School of Medicine, College of Medicine, Taipei Medical University¹

Graduate Institute of Humanities in Medicine, Taipei Medical University²

Department of Medical Education, Taipei Medical University Hospital³

Department of Internal Medicine, Taipei Medical University Hospital⁴

School of Respiratory Therapy, College of Medicine, Taipei Medical University⁵

Department of Neurosurgery, Taipei Medical University Hospital⁶

Department of Anesthesiology, Taipei Medical University Hospital⁷

Department of Anesthesiology, School of Medicine, College of Medicine, Taipei Medical University⁸

TEL : 02-27372181 *8310 FAX : 02- 27367344

Email : jc2jc@tmu.edu.tw