

醫學生臨床倫理經驗之分析： 結構式「關鍵事件報告」之應用*

李錦虹	王志嘉	鄒國英	邱浩彰	林明德
輔仁大學 臨床心理學系	國防醫學院醫學系 三軍總醫院家庭暨 社區醫學部	輔仁大學醫學院 耕莘醫院兒科部	輔仁大學醫學院 新光醫院神經內科	輔仁大學 醫學院

醫學生在實習過程中的倫理經驗，常常成為教師探討與教學的主要內容。過去，醫學教育者常常讓學生以自由書寫的作業方式整理其實習經驗，沒有固定的格式要求。本研究首度嘗試以「關鍵事件報告」的形式，深入分析學生面對臨床倫理問題時的各種認知與心理反應。研究參與者：臺灣北部某大學醫學系六年級修習必修科目「醫學倫理」學生 26 位，其中男生 17 位，女生 9 位。工具：Griffin (2003) 所設計的「關鍵事件報告」，其中包含「事件」、「情緒」、「原因」、「分類」、「一般意涵」、「專業標準」、「個人立場」、「行動」八個結構式欄位。研究過程：修習醫學倫理課程的某醫學院六年級學生，依教師要求，用「關鍵事件報告」的格式書寫五年級實習期間一件印象深刻的倫理事件，徵求同意後納為本研究之分析對象。資料分析：專家先為每個事件列出相關的倫理原則，再比較研究者與學生在倫理原則歸類上的一致性，並進行有關情緒、信念及行動等作業內容的質性分析。結果：(1) 醫學生與專家在倫理原則歸類上的一致性並不高，(2) 倫理事件及衝突大多與「不傷害」、「尊重自主」倫理原則有關；(3) 學生對倫理事件的信念為以病人為本位、醫師應具備專業素養、醫師應重視病人身心的全人照護；(4) 學生常見的情緒包括：對病患的困惑為難與同情不捨之感受；對醫師的生氣、不認同、及失望感受；(5) 學生面對倫理問題的行動意向主要是「溝通」。結論：醫學生的臨床倫理經驗包含內容豐富的認知、個人信念、情緒及行動意向。結構式的「關鍵事件報告」有助於學生完整的呈現這些經驗，增進教師對於學生臨床倫理經驗的理解，提升臨床倫理教師的教學品質。

關鍵詞：倫理困境、臨床實習、關鍵事件報告、醫學生

* 1.本篇通訊作者：鄒國英，通訊方式：049687@mail.fju.edu.tw

2.本研究感謝國科會之計畫支持，計畫編號為 NSC 98-2511-S-341-001-MY3

背景

一、醫學生實習時的倫理經驗探討

(一) 醫學生常面臨的倫理問題

國外醫學生在臨床學習時遭遇倫理困境最常見於外科、內科、泌尿科及婦產科，常見的議題包括：是否該誠實告知病情、告知同意的過程、醫學教育和照護病人之衝突、擔任超乎自己能力的工作、被要求或看到別人參與不符標準的照護工作(Fard, Asghari, & Mirzazadeh, 2010; Huijter, van Leeuwen, Boenink, & Kimsma, 2000; Kelly & Nisker, 2009)。另一個特殊的問題是醫學生不敢跟督導討論問題，但自己解決卻又怕無法承擔(Kelly & Nisker, 2009)。

大多倫理教學都強調核心課程的內容、教學方法、倫理事件分析方式，或是「未來成為醫師後」會遇到的倫理困境，較少討論醫學生「當下」實際遭遇的倫理議題以及其對醫學生的影響。由於醫學生在醫療環境中的角色與住院醫師或主治醫師不同，觀看事情的角度也不同。醫學教育若只著重在他們未來成為醫師之後才要面臨的問題，則學生每天所遭遇的隱微倫理抉擇(subtle ethical decisions)會被忽略，像是如何在學習醫學知識/技能、準時完成交辦任務與照顧病人之間作選擇；要不要挑戰資深的醫療人員；要按照團隊的作法還是依循自己的判斷等(如病情告知)(Christakis & Feudtner, 1993; Hicks, Lin, Robertson, Robinson, & Woodrow, 2001)。

Branch、Pels 及 Hafler (1998) 建議若能分析學生的臨床經驗，將可協助教師更進一步地瞭解學生專業素養發展的過程，作為未來倫理課程設計與教學改善之參考。教育者可從學生最關注的事件議題中找到學生真正的教育需求，從學生長期書寫中所呈現的情緒轉變，辨識出教師需要教導學生處理何種情緒，及其教導時機等等(Griffin & Scherr, 2010)。

(二) 探討學生臨床倫理經驗的方式

醫學生在實習時的倫理經驗，是教師教學的重要素材。過去，探討學生倫理經驗最常見的方式，是讓學生以開放性方式回顧及書寫一件印象深刻的臨床事件，再透過團體討論、分享、回饋的方式促發學生產生更多的反思(Brady, Corbie-Smith, & Branch, 2002; Branch, Pels, Lawrence, & Arky, 1993; Mofidi, Strauss, Pitner, & Sandler, 2003; Kasman, 2004; Wilson & Ayers, 2004)。有少數教師會以較聚焦的問題來引導學生思考重要的面向，如 Parker、Webb 及 D'Souza (1995) 讓護理系的學生寫出一個與「溝通及病人照護」有關的事件，其內容須包括「事件的說明」、「在見證/經歷這件事時的感受」、「事件中的其他人觀點」、「對溝通歷程與互動合宜性之討論」、「從這個事件中所學習到的內容」等等。目前這方面的教育應用並沒有一致的格式，也缺少聚焦於某特定問題的呈現方式。

二、關鍵事件報告：一個新的作業格式

「關鍵事件」(critical incident) 一詞最早由心理學家 Flanagan (1954) 所提出，Flanagan 定義「事件」(incident) 是「任何可觀察到的人類活動，可由此活動進行推論與預測人類的行動」。「關鍵」(critical) 一詞指的是事件中行為對於整體事件結果有關鍵的影響。Flanagan 於二次大戰期間，訪談與蒐集經驗豐富的飛行員對特定事件的觀察，再從中分析出任務成功或失敗的原因，這樣的方法稱為「關鍵事件技術」(Critical Incident Technique) (Flanagan, 1954; Kempainen, 2000)。哈佛醫學院於 1988 年要求修習「醫病關係」課程的三年級醫學生在課程的前、中、後期各書寫一個見習階段中印象深刻的事件，並以分組的方式朗讀自己所寫的內容，藉以促進學生反思見習的經驗，鼓勵醫學生探索其醫療經驗中所蘊含的個人價值觀與情感，這份作業稱為「關鍵事件報告」(Critical Incident Report) (Branch, Pels, Lawrence, & Arky, 1993)。

教育學專家 Griffin 希望學生能描述並反思經驗中的數個關鍵面向，包括「事件」、「情緒」、「原因」、「分類」、「一般意涵」、「專業標準」、「個人立場」、「行動」，她根據上述八個面向發展出一種結構式的關鍵事件報告形式，並應用在見習教師的自我反思訓練。Griffin 相信這樣的關鍵事件報告能夠引導學習者（一）學習使用其專業領域的語言；（二）在解釋他們的實務問題時，學習將理論與實務做連結；（三）將實務問題與專業標準作連結；（四）描述自身的反思/分析如何影響在工作環境中的行動。回顧國內外的研究文獻，這種系統化架構的關鍵事件報告目前尚未應用在醫學教育的相關領域（Griffin, 2003; Griffin & Scherr, 2010）。

臺灣的醫學生於五年級開始進行為期三年的臨床學習，過程中所見所聞必有印象深刻或觸動人心的重要事件，這些臨床的初始倫理經歷及情感對於學生後來的職涯發展及如何處理倫理議題有著很深的影響力。在國內的醫學倫理教育中，臨床學習經驗的心得書寫是相當常見的醫學生作業，但沒有焦點的開放性書寫結果可能流於八股式的作文論述，或是流水帳的過程報告，較難觸及教師期望學生進行反思的重要議題。

是以，本研究團隊嘗試突破傳統心得作業的形式，希望讓學生描述事件過程、其中情緒及各方想法之外，也能讓學生以聚焦的方式描述倫理事件所蘊含的面向及意義，如事件與專業標準的關係、自身的立場與行動之關聯等。因此，經原作者的同意後，將 Griffin（2003）所發展的關鍵事件報告翻譯成中文版本，於 2009 年首度應用在北部某大學醫學系六年級醫學倫理課程的作業中，讓醫學生書寫臨床學習時的一個印象深刻的倫理事件。本研究以質性研究對學生作業中的描述進行分析，探討利用結構式的「關鍵事件報告」為作業格式，醫學生所呈現出的臨床倫理經驗內容，以作為改進醫學倫理教學的參考。

方法

一、研究對象

北部某大學醫學系六年級，修習必修科目「醫學倫理」，同意參與本研究的 26 位學生。此 26 名學生中，共計男生 17 名，女生 9 名，均未婚，平均年齡為 23 歲。

二、工具

「關鍵事件報告」中文翻譯版，此中文表格乃本研究團隊翻譯自 Griffin（2003）所發展的「關鍵事件報告」，全文忠於其原著，僅對其中部分生澀的文字進行修潤（請參閱附件一）。

三、資料收集過程

研究者將 Griffin（2003）所發展的「關鍵事件報告」翻譯成中文的表格，應用於「醫學倫理」課程成為學生的作業，該課程乃 2009 年 9 月至 12 月研究者在北部某大學醫學系六年級所開設。2009 年 9 月，研究者事先在課堂上透過簡報介紹此工具的用途與紀錄方法，並講解一個範例。然後請學生回顧五年級的臨床學習經驗，挑選一個觸動他們心情的倫理事件，並以此格式進行該經驗的整理與撰寫。學生以 2 週的時間進行寫作，完成後以記名電子郵件將文字檔作業回寄給課程助教。接著，研究者寄發本研究之說明及保密同意書給全班學生，邀請學生參與本研究與提供作業電子檔作為研究分析，全班 45 位學生中，共徵得 26 位學生同意。

四、資料分析

本研究採用的質性資料分析是屬於單純的內容歸類分析。第一階段是將學生的回答歸在四個倫理原則之下，第二階段則將學生在情緒、立場（即表格中的信念）、及行動等三個類別中的描述，採取由下而上的方式，歸納出幾個主要類別，詳細資料分析如下所述。

第一階段：學生與專家在倫理原則分類上的一致性

為了瞭解學生對倫理事件在倫理四原則上的歸類結果，本研究以專家們對該倫理事件性質的判斷共識來作為比對基準。由第二作者與第三作者擔任專家角色，一位碩士級助理擔任分析者。兩位專家分別閱讀學生書寫之 26 個倫理事件，並對每個倫理事件進行分析，將牽涉到的倫理原則整理成倫理事件的「專家分類」。在分析過程中，當二位專家的分析不一致時，第一作者則加入討論會議，澄清倫理原則定義，以及回顧學生作業上下文，直到達到最後歸類的共識。接著助理將學生作業中對於「分類」、「一般意涵」的描述整理成「學生分類」，然後進行「專家分類」與「學生分類」兩者間的一致性比較。由於有些學生的描述並非將倫理事件直接依據醫學倫理四大原則（請見附件二）寫出類別，因此在本分析中，只要學生所寫出的原則符合醫學倫理四大原則的定義，分析者便將其歸至該項倫理原則中。例如若學生的描述與「對病人誠實」、「告知病人」、「尊重病人的決定」、「告知後同意」、「尊重隱私」及「守密」有關，便將其歸至表一的「尊重自主」。最後再分析「專家分類」與「學生分類」的差異。

第二階段：關鍵事件報告其他內容的分析

對於其他向度的倫理經驗，則由兩位具有質性分析經驗的碩士級研究助理以內容分析程序（Lincoln & Guba, 1985）來歸納學生所書寫的報告中其他六個欄位的內容，這些欄位依序包括：「事件」、「情緒」、「原因」、「專業標準」、「個人立場」、「行動」。兩位助理詳讀作業內容，並各自產生描述性類別，進行持續的比較，第一作者彙整兩位助理的分析內容，並與兩位助理持續進行會議，發展出具有共識的主題類別。

結果

研究的主要結果描述如下，並輔以人次數目做為參考（括號內數字皆代表人次，若為分數則代表比例），由於本研究的目的並不在於推論到母群，乃是著重在現象的描述，所呈現的統計數字僅做為了解現象之參考。

一、學生與專家對倫理問題的分類一致性

研究結果顯示大部分學生的分類皆包含一個以上的類別。其中提到「尊重自主」原則的人次最多（16），例如：「老先生得到惡性腫瘤，家屬卻不願意告知病情」。其次是「不傷害」（13）與「行善」（13），例如：「精神病少女接受一群即將考執照的醫師問診而受到驚嚇」（「不傷害」），「病患虛弱又著急...，醫師安排病患服藥在旁休息，很有耐心的解釋病情，將病患和家屬安撫下來」（「行

善)」。最後則是「公平正義」(8)，例如：「癌末病患希望以健保給付作藥物治療，但是健保配額有限」。

比對學生與專家對事件進行倫理原則分類的情形請見表一，其結果顯示：整體而言，學生與專家對此 26 個案例所進行的醫學倫理原則分類項目總計有 57 項，其中有 31 項雙方的歸類是一致的 (31/57, 54%)。若依四個原則分別來看，雙方在「尊重自主」方面的一致率為 75% (12/16)、「不傷害」為 53% (9/17)、「行善」為 53% (8/15)、「公平正義」則為 22% (2/9)，可見學生在「公平正義」方面的認知與專家的認知差異最大。然而，26 位同學之中，只有 7 位同學的分類和專家的分類是完全一致的 (7/26, 27%)，顯示大多數同學的倫理原則辨別和專家有所差異。

此外，學生在為案例進行倫理原則分類時，會寫出與倫理原則無直接相關的其他面向 (如四全照護、安寧療護、個人時間及事業分配、遵守法律規範、醫學傳承、醫護人員責任歸屬、優生保健法)。這也顯示學生在概念上，並未十分清楚倫理原則的定義。

二、學生所遭遇的倫理衝突

在 26 個案例之中，含有倫理衝突情形的有 22 個，可概分為六類 (請參見表二)，其出現頻率多寡依序為：(一)病人或家屬沒有積極治療的意願 (6/22)。(二)家屬不願意告知病人病情 (4/22)。(三)為了維護大眾利益而使病人受苦 (4/22)。(四)醫師失職 (4/22)。(五)醫療資源不足造成病人隱私曝光 (2/22)。(六)病人意願與制度規定產生衝突 (2/22)。以專家判斷結果來看，這些案例中跟「不傷害」原則有關的有 13 個，跟「尊重自主」有關的有 12 個，跟「行善」有關的有 10 個，跟「公平正義」有關的有 3 個。

在這些倫理衝突案例中，最常出現衝突的倫理原則為「尊重自主」與「不傷害」(10/22)，如以下案例所示：「主治醫生與家屬不告知肝癌病患病情，怕病患過於消沉」、「醫生建議乳癌中年婦人作全乳房切除，病患因為害怕丈夫離開，只堅持症狀控制，並且不願意告知家屬」、「病人不願意做切除大腿手術，不願病灶拖下去會危及生命的事實」等，皆是尊重病人意願與希望減少病人傷痛之間的兩難。

三、學生的倫理信念

學生的書寫中所表達出的倫理信念，依其出現頻率的多寡，首先是「以病人為本位」的信念 (10/30)，學生認為醫師應該以病人為中心，體會病人的感受，讓病人自己作主。例如：學生談到「不管怎樣，病人都有知道病情的權利」，「救人是醫師的責任，對病人而言卻不一定是他們最想要的方式」，「在行善原則與不傷害原則之下，做出對病人最好的抉擇」，「醫護人員應該更要將心比心，體會病患所忍受的痛苦」。第二，學生的信念是「醫師應具備專業素養」(9/30)，學生強調醫師必須對自己要求，具備工作崗位上應該有的專業能力與態度。例如：學生認為「醫師應該以專業的角度協助病人做決定」，「只要願意多花點時間，沒有什麼不能解決的」，「要屏除自己的私念，把每個病人在自己心中的地位一視同仁，做到公正合理」，「在其崗位上就必須對自己的工作負責」。第三，「醫師應重視病人身心的全人照護」(4/30)，學生希望醫學不只是醫治病人的身體，同時也應照顧病人的心靈。例如：學生談到「醫生不只醫療病人的身體，也要醫療病人的心理」，「好醫師醫病也醫人」，「病人不只是在肉體上有疾患的人，也需要心藥」，「每個醫師在治療病患的同時，也都會遭遇病人心靈上的問題」。

表 1 學生與專家在倫理原則分類的情形

事件簡述	倫理原則分類	尊重自主	不傷害	行善	公平正義
No01. 主治醫生與家屬不告知病患肝癌病情，怕病患過於消沉。		○※	※		
No02. 老先生得到惡性腫瘤，家屬不願意告知。		○※	※		
No03. 兒子將病人轉入安寧病房，但卻不願意告知病人病情。		○※	※		
No04. 五歲腦性麻痺兒營養狀況極差，母親貧困無奈，不積極治療。				○※	
No05. 安養中心病患齟齬，家屬沒空送其就醫，安養中心也因為人力不足無法送其就醫。				○	○※
No06. 貧困沒有健保的病患，家屬不願意告知病情。		○※	○※	○	
No07. 癲癇少女家貧，因為沒有健保病房空位所以不願住院。		○		※	○
No08. 癌末病患不願插鼻胃管，家屬也同意。		○※	○		
No09. 病人不願意做截肢手術，但不做會危及生命。		○※	○※	○※	
No10. 乳癌病患害怕丈夫離開，堅持症狀控制並且不願意告知家屬，病患丈夫一直詢問，使醫生產生兩難。		○※		○※	○
No11. 病人不適應肺結核藥物副作用，醫師主張送入負壓隔離病房及服用抗肺結核藥物，但是家屬不願意。			○	○※	
No12. 不知道病情的HIV帶原少年告訴醫生，他即將與一位女孩發生親密關係，而家屬不願意醫師告知少年病情。		○※	○	○	○
No13. 醫師希望拍病人鼠蹊部病症照作為教學之用。		○※	○	○	
No14. 精神病少女接受一群即將考執照的醫師問診而受到驚嚇。		○	○※		
No15. 醫師在多位病人面前告知某位病患得到性病。		○※			○
No16. 因為隔離病房有限，暫放普通病房的肺結核病患，被隔壁床病患無意中得知病情。		○※	○※		○
No17. 癌末病患希望以健保給付作藥物治療，但是健保配額有限。				○※	○※
No18. 23 周的孕婦想要墮胎，醫院規定 23 周內可做手術，但是法律是規定 24 週內。		○	※		
No19. 負責教醫學倫理的主治醫師不親自查房，而指派住院醫師代勞。			○※	○	
No20. 麻醉醫師因私事擅離職守，導致孕婦生產時承受巨大的痛苦。			○※	※	○
No21. 病患送來時，應在急診室時值班的主治醫師卻不在。			○※		
No22. 肺癌病患家屬開始懷疑之前在急診是否有延誤診斷的可能，後來的病情說明只有跟家屬說沒有跟病患說。		○※			
No23. 病患經常故意生病藉機向醫師兒子報告病情。				○※	
No24. 急診室醫生耐心的解釋病情安撫病患。				○※	
No25. 被評估為不適合開刀的癌症病患，家屬轉院後年輕醫師決定開刀，結果不治死亡。			○※		
No26. 一位到院前病危的老太太，雖然救回，卻只能靠機器維生。		○	○※	○※	※
專家與學生分類的一致率		75%	53%	53%	22%

(○：學生分類， ※：專家分類)

四、學生的情緒

26 位同學中有 22 位同學提到一個或多個以上的情緒反應，其中對病人產生的情緒反應共有 32 人次，依序為：困惑與為難（8）、同情（7）、心酸與不捨（5）、不平及惋惜（4）、生氣（2）、可憐（2）、震撼（2）、沮喪（1）、欣慰（1）。對家屬產生的情緒反應共有 7 人次，依序為：生氣與無法體諒（3）、感同身受-尷尬或無力感（3）、同情（1）。對醫師的情緒反應共有 7 人次，依序為：生氣、不認同、失望（4）、感同身受-無奈感或震撼（2）、佩服（1）。有少數同學描述到對自己的處境產生情緒反應，共有 2 人次：聯想到自己未來可能有類似的處境而有懼慎的感覺（1）、因為自己地位渺小，無說話權力而產生無奈感（1）。然而所有學生所描述的情緒，除了描述到對病人有產生欣慰的情緒（1），對醫師曾有佩服的情緒（1）以外，絕大多數皆是負向的情緒。

此外，學生的情緒也會隨著事件的進行而產生轉折（8），這些轉折包括：原先對於醫師不認同，後來能了解到看診醫師也有無奈之處；先前受學生尊敬的醫師後來失職或言行不一；變得較能體諒家屬的心情；不甘心病人的治療無效，但是對於病人後續的生活品質又感到無奈等等。

五、學生的行動意向

在 26 個案例中，學生最常提到的兩種行動意向為「溝通」（12/34）及「尋求其他資源協助」（9/34）。「溝通」的策略包括：希望先和病人、家屬或同事協調，以達成下一步的共識（只與家屬溝通的有 6 人次，只與病人溝通的有 2 人次，同時與病人及家屬溝通的有 4 人次）。「尋求其他資源協助」的策略包括：尋求社會福利機構、社工員（5），或其他來源的協助（4）。第三種學生常提到的行動意向為「自行處理的行動」（9/34），包括「自行向病人透露病情」（3）、「依循病人意願」（2），其他的處理還包括改用較適合的觀察方式、改到無人診間解釋病情、盡快隔離病人、請犯錯同事事後給家屬交代等等。

這些行動意向也因情境而有別：當臨床情境與「病人是否知情或治療意願確認」有關時，學生傾向自行與病人及家屬溝通，諮詢社工或尋求其他資源，並尊重病人最後的決定；當臨床情境是跟「公平正義原則」或「規定制度」有關時，學生通常會選擇維護大眾利益或遵循規定制度，然後在規定及自己能力範圍內盡量減輕病人必須承受的負擔與痛苦。

表 2 學生的信念、情緒、行動意向

事件描述	信念	情緒	行動意向
一、病人或家屬沒有積極治療的意願			
No04. 五歲腦性麻痺兒營養狀況極差，母親貧困無奈，不積極治療。	● 爲了病患本身著想，父母需要努力來改善病患的基本身體健康狀況	● 同情(對病人) ● 體會主治醫師的無奈感	● 協助尋求社福資源
No05. 安養中心病患齟齬，家屬沒空送其就醫，安養中心也因爲人力不足無法送其就醫。	● 醫療需要家屬及其他資源的配合	● 體會家屬無力感	● 與家屬溝通 ● 協助尋求社福資源 ● 向高層反應加派人力
No07. 癲癇少女家貧，因爲沒有健保病房空位所以不願住院。	● 醫師應該要有妥善分配醫療資源的能力，幫助弱勢的團體。 ● 醫師應該以專業的角度協助病人做決定，而不是放任病人盲目地決定	● 感慨(對病人)	● 先幫忙找健保病床 ● 協助尋求社福資源
No08. 癌末病患不願插鼻胃管，家屬也同意。	● 救人是醫師的責任，對病人而言卻不一定是他們最想要的方式	● 矛盾(對病人) ● 惋惜 ● 不捨	● 尊重病人決定
No09. 病人不願意做截肢手術，但不做會危及生命。	● 倘若病人對實際情況根本不瞭解，醫生不一定要同意病人的決定	● 同情(對病人) ● 不捨(對病人)	● 與病人溝通 ● 協助尋求社工輔導
No10. 乳癌病患因爲害怕丈夫離開等因素，只堅持症狀控制，並且不願意告知家屬，但是病患丈夫一直詢問醫生，使醫生產生兩難。	● 生命具有最大價值，所以病人自主有其界限。 ● 每一個人的生命都是一樣重要，都應該得到最好的醫療服務。	● 同情(對病人) ● 不甘心(對病人的情形) ● 煩惱(對病人的情形)	● 與家屬及病人溝通
二、家屬不願意告知病人病情			
No01. 主治醫生與家屬不告知病患肝癌病情，怕病患過於消沉。	● 不管怎樣，病人都有知道病情的權利	● 覺得病人很可憐 ● 對病人產生心酸痛苦的情緒	● 與家屬溝通 ● 向病人逐漸透露病情
No02. 老先生得到惡性腫瘤，家屬不願意告知。	● 只要願意多花點時間，沒有什麼不能解決的	● 未提及	● 與家屬溝通
No03. 兒子將病人轉入安寧病房，但卻不願意告知病人病情。	● 醫生不只醫療病人的身體，也要醫療病人的心理	● 沮喪 ● 生氣(對家屬)	● 與病人及家屬溝通
No06. 貧困沒有健保的病患，家屬不願意告知病情。	● 好醫師醫病也醫人 ● 能了解及體諒病人及家屬真正的難處	● 同情(對病人) ● 生氣(對病人及家屬)	● 與家屬溝通 ● 協助尋求社福資源
三、爲了維護大眾利益而使病人受苦			
No11. 不適應肺結核藥物副作用的老年病人，醫師主張送入負壓隔離病房及服用抗肺結核藥物，但是家屬不願意。	● 在行善原則與不傷害原則之下，做出對病人最好的抉擇	● 同情(對病人) ● 困惑(用藥或不用藥)	● 與病人及家屬溝通

表 2 (續)

No12. 不知道病情的HIV帶原少年告訴醫生，他即將與一位女孩發生親密關係，而家屬不願意醫師告知少年病情。	● 醫生有責任保護病人，但是也必須照顧其他人的生命安全	● 很掙扎 ● 感到好為難 ● 困惑(說不說實情)	● 告知病人病情
No13. 醫師希望拍病人鼠蹊部病症照作為教學之用。	● 每個人都會生病，生病的時候往往心情都會不好	未提及	● 與病人溝通 ● 尊重病人意願
No14. 精神病少女接受一群即將考執照的醫師問診而受到驚嚇。	● 在不傷害的原則下，選擇對病人最有利的方式	● 替家屬感到尷尬 ● 替家屬感到不堪 ● 矛盾(病人權益和醫學傳承)	● 用較適合的觀察方式
四、醫師失職			
No19. 負責教醫學倫理的主治醫師不親自查房，而指派住院醫師代勞。	● 醫師應以病患權益為優先考量，接著才安排自己的休閒與家庭時間。	● 佩服醫師的教學見解 ● 發現醫師不身體力行醫學倫理，感到非常失望	● 工作完成才下班；做好時間規劃
No20. 麻醉醫師因私事擅離職守，導致孕婦生產時承受巨大的痛苦。	● 醫生應該要堅守在自己的工作上，可以隨call隨到。醫護人員應該更要將心比心，體會病患所忍受的痛苦。不應該先入為主的認定是病患在無理取鬧	● 對於病人家屬不能體諒 ● 由不諒解家屬轉為同情 ● 知道醫療人員失職原因，情緒轉為憤怒	● 跟家屬溝通 ● 請犯錯同事事後給家屬交代
No21. 病患送來時，應在急診室時值班的主治醫師卻不在。	● 在其崗位上就必須對自己的工作負責。而不是另闢其他路徑來去適應	● 對離開崗位的醫師感到生氣 ● 體會醫師當下面對時的震撼和手足無措	● 向上層要求更多人力與合理排班
No22. 肺癌病患家屬開始懷疑之前在急診是否有延誤診斷的可能，後來的病情說明只有跟家屬說沒有跟病患說。	● 應該要讓病人知道自己的病情，不過醫病關係不是只有病人本身，家屬也佔了很重要的部分	未提及	● 告知家屬，再告知病人
五、醫療資源不足造成病人隱私曝光			
No15. 醫師在多位病人面前告知某位病患得到性病。	● 好醫師的定位，其實是很模糊的	● 對於開診醫生做法不認同 ● 為病人感到委屈 ● 體會開診醫師無奈	● 到無人診間解釋病情
No16. 因為隔離病房有限，暫放普通病房的肺結核病患，被隔壁床病患無意中得知病情。	● 醫師不應未告知病患就擅自揭露病情給其他病友。	● 為病人感到不平	● 盡快隔離病人

表 2 (續)

六、病人意願與制度規定產生衝突			
No17. 癌末病患希望以健保給付作藥物治療，但是健保配額有限。	● 要屏除自己的私念,把每個病人在自己心中的地位一視同仁,做到公正合理	● 心理很撼動 ● 覺得病人可憐 ● 困惑(個人利益與大眾利益的抉擇)	● 與病人清楚說明審查程序
No18. 23周的孕婦想要墮胎，醫院規定23周內可做手術，但是法律是規定24週內。	● 媽媽墮胎的決定是對的，爲了避免往後幾年家庭的辛勞，和小孩的身心受創。病人無法要求醫生鑽漏洞，違反醫院規定	● 對於孕婦有責備的情緒 ● 不忍心看到一個剛出世的小孩就要忍受先天缺陷	● 轉介到別家醫院
其他狀況			
No23. 病患經常故意生病藉機向醫師兒子報告病情。	● 病人不只是在肉體上有疾患的人，也需要心藥，能否提供心藥端看的也是各個醫師自己對生命的體悟	● 同情(對病人) ● 懼慎(對照自己類似的處境) ● 無奈(因爲渺小而無說話權力)。	● 更加注意這類不受親屬重視之病人
No24. 急診室醫生耐心的解釋病情安撫病患。	● 每個醫師在治療病患的同時，也都會遭遇病人心靈上的問題	● 同情(對病人) ● 看見病人心情平復感覺很欣慰	● 好好與病人及家屬溝通
No25. 被評估爲不適合開刀的癌症病患，家屬轉院後年輕醫師決定開刀，結果不治死亡。	● 醫生不能拒絕病人，但是應該慎重評估後行事	未提及	● 對上對外溝通良好，讓醫療體制發揮最大的效用
No26. 一位到院前病危的老太太，雖然救回，卻只能靠機器維生。	● 讓家屬接受事實做出對病人最合適的決定是身爲一個醫師很重要的課題	● 第一次CPR感覺很震撼 ● 對於病人的樣子於心不忍、不捨	● 跟家屬溝通

註：本表的「信念」欄位資料乃是來自於對於關鍵事件報告整體內容中，學生所呈現出的信念之分析成果。其中大部分資料是來自於關鍵事件報告「個人立場」欄位，由於有少部分學生將其信念表達於其他欄位，因此筆者也將會將「個人立場」欄位之外的資料納入信念的分析類別。

討論

本研究的目的是在於透過探討醫學生所書寫的關鍵事件報告，從中瞭解醫學生於實習期間的臨床倫理經驗。從本研究的結果中，筆者提出以下幾點討論：

一、學生對於倫理原則的辨識情況與專家不一致

醫學生與專家在思辨倫理原則分類上的一致性並不高，這一點與國外的研究發現類似，國外有研究發現醫學生對於倫理原則的辨識率低於 5 成，尤以「公平正義」原則的判斷辨識力爲最低 (Akabayashi, Slingsby, Kai, Nishimura, & Yamagishi, 2004; Hebert, Meslin, & Dunn, 1992)，本研究也

發現學生在「公平正義」方面的認知與專家的認知差異最大。就教學歷程來檢討，受試者對於四原則的學習乃是透過大堂授課的方式進行，爾後也並沒有機會透過實例再去了解這些原則在臨床上的應用與歸類方式，預期受試者概念模糊的可能性是存在的。學生或許能夠「背出倫理原則的內容」，但卻不一定能夠在複雜的脈絡中辨識所牽涉的倫理原則為何。要能夠辨識公平正義原則，必須對病人的家庭狀況、社會背景、經濟資源及社會資源分配、法律事項等等的社會脈絡資料有一定的瞭解 (Akabayashi et al., 2004; Hebert et al., 1992)，而這些瞭解也是醫學生的訓練中較為缺乏的。

二、學生對於「尊重自主」與「不傷害」兩原則之間的衝突印象較深刻

學生印象深刻的案例與「尊重自主」及「不傷害」倫理原則相關的情況為最多，其中又以「尊重自主」與「不傷害」原則之間產生衝突的案例頻率為最高，此結果與其他學者的研究發現有類似的趨勢 (Fard, Asghari, & Mirzazadeh, 2010; Huijer, van Leeuwen, Boenink, & Kimsma, 2000; Kelly & Nisker, 2009)，反映出學生可能在臨床學習時，最常碰到與這兩種原則有關的倫理事件，或者此類的倫理事件對於醫學生而言較難處理，有較多的衝擊。尤其，近年來國內病人的自主意識逐漸高漲，醫師一方面要增進病人的健康，另一方面也需尊重病人的自主權，病人意見與醫師建議不一致的情況日漸增加。醫學教育應特別注重與這兩個原則之間的衝突有關之案例設計與深入討論，讓學生為進入臨床時可能遭遇的情形做好準備。

三、學生起初的倫理信念受到衝擊

學生對倫理事件的信念主要包含「以病人為本位」、「醫師應具備專業素養」、「醫師應重視病人身心的全人照護」，顯示大多學生在醫學院教育的培養下，對於醫學有人文關懷的崇高抱負，堅信醫療工作必須以病人為中心，要求醫護人員提高照護的水準。然而，這樣的信念顯然在學生開始進入臨床環境後受到衝擊。從表二可見，學生對於醫師角色與倫理問題的處理有許多「應該」的陳述，當這些信念與臨床現實相抵觸 (像是病人有時無法真正的自主，醫師可能會失職、無法照顧弱勢者、或是無法作到充分告知病人病情等)，學生首次經歷到了信念與現實之間的落差，產生一些負面情緒與感受。面對這些落差經驗，學生如何自處與處理認知上的衝突，而最終獲致何種倫理信念的結論，則是一個重要的教育議題。然而，在整個醫學倫理課程設計中，似乎沒有太多機會可以協助學生處理這種衝突，著實值得醫學教育者深思。

四、倫理事件在學生心中留下許多複雜的情緒

讓學生印象深刻的事件，往往也伴隨著複雜的情緒。像是對病患的同情與不忍之心以及對家屬的生氣或無力感；對未盡責臨床醫師的情緒，像是生氣、不認同、或是失望；對自己身為學生的處境感到無奈等等。在過去的文獻中，也曾出現作為角色楷模的臨床醫師行為令學生感到失望或是學生對於無法作主的處境之無力、無奈感等現象 (Christakis & Feudtner, 1993; Kelly & Nisker, 2009; Nogueira-Martins, Nogueira-Martins, & Turato, 2006)。這些負向的情緒如果沒有被妥善的處理與引導，容易產生道德上的過度心理負擔，失去專業的理想與熱忱，或是落入犬儒主義之心態。Christakis 與 Feudtner (1993) 認為醫學生在實習時所遭遇的許多兩難跟學生在醫療照護團隊中的獨特角色息息相關，因為實習醫學生的狀態介於一般民眾與執業醫師之間，他們提醒教育者應注意醫學生所產生的情緒及面臨的問題，在教導如何處理倫理兩難時，需考量醫學生的脈絡，而不是只用住院醫師或主治醫師的角度來教導倫理思考與問題解決。是以，醫學倫理教育在培育醫學生的人文素養的同時，應貼近學生「當下階段」的發展特性，注意不要讓學生的負面情緒懸置，

累積成難以改變的不健康心態。然而，要避免醫學生的倫理經驗與情緒一再被擱置的情形，或許可參考國外學者的提醒（Egan, 2002; Eckles, Meslin, Gaffney, & Helft, 2005），醫療團隊應先對倫理議題與醫學工作的緊密關聯有共識，並增強督導或臨床教師的能力與資源，藉以協助學生處理倫理問題及情緒，讓醫學生有敘說、反思其經驗、以及從中獲得成長的機會。

五、學生的應對行動意向偏好「溝通」

研究結果發現醫學生對於問題解決的行動，最常見的選擇是「溝通」。顯示醫學生瞭解到倫理問題不是依法行事而已，良好的溝通能力才能有效的傳達合於倫理精神的醫療決定。此等體認固然令教師感到欣慰，然而，在前臨床階段的醫學生課業繁重，很容易忽略人文教育的重要性，常常要等到進入臨床實習才開始體認溝通、倫理等人文課程的價值，但此時往往已錯失了許多能夠在課堂上學習的寶貴時機。此研究結果可作為誘發學生動機的實證參考資料，醫學人文教師可以讓學生及早理解校內人文課程與未來臨床能力之間的緊密關係，提升其學習動機。此外，在與其他專業課業競爭時間的現實之下，教師也可以透過一些非正式的課程，創造機會讓學生體認溝通能力的重要性，讓學生願意認真學習，並強化自己的臨床溝通能力。期望到了六年級的實習階段，學生不只體會到溝通的重要性，也同時具有良好溝通的核心能力了。

六、本研究的限制

本研究的限制有二：首先，受邀的 45 位同學中只有 26 位學生同意提供他們的資料作為研究分析，另有 19 位沒有同意，可能是動機不足，或有特殊的顧慮或擔心，需要在未來的研究中加以探討。第二項限制是，部分同學在關鍵事件報告「行動」部分的書寫，普遍不夠詳細具體，容易落為口號式的宣言。未來的研究應加強這一部份的示範與說明，以便教師可以更清楚的理解，學生對於解決問題有哪些具體的想法。

七、建議

在倫理教學及探討學生倫理經驗的研究，關鍵事件報告可以作為一個很有價值的工具。在教學上，關鍵事件報告本身所觸及的面向相當的多元。每一個欄位所引發的議題，都足以成為一個獨立單元，進行深入的討論。這些單元可以包括（一）詳細描述事件的敘事效果；（二）情緒反應的瞭解與抒發；（三）同理他人能力的培養；（四）對倫理原則的學習與區辨；（五）專業素養的反省；（六）專業規範或法律問題的澄清；（七）倫理信念的瞭解；（八）問題解決之行動等等。因此，透過這個書寫活動，教師可以快速掌握學生的主要觀念與做法，然後選擇與課程宗旨有關的項目，進行深入的單元設計與小組討論。另外，也可藉此對個別學生的問題進行評估與輔導。在研究方面，研究者可以透過學生在關鍵事件報告中各個欄位的聚焦性描述，進一步探討各欄位彼此之間交互影響的可能性，以及探索影響學生對倫理問題採取特定反應的各種因素，這些都是未來值得研究的方向。

結論

本研究的結果指出醫學生在醫院面對倫理事件時可能出現的情形，包含學生不容易辨識出事件所蘊含的倫理性質、必須經常面臨「尊重自主」與「不傷害」的兩難、原本的倫理信念受到現實的衝擊、心中產生許多複雜的情緒、希望能先透過溝通來進行問題解決等等。這些發現可作為醫學人文教育者規劃相關課程內容的參考，能夠協助相關教師設計出更適合實習醫學生需求的課程。至於在學術研究方面的貢獻，本研究乃國內首度以結構化的「關鍵事件報告」蒐集醫學生臨床倫理經驗，並進行質性分析的獨創性研究，研究成果有助於增進教師對醫學生臨床倫理經驗的理解，未來的研究在學理方面，可以繼續探討影響本研究提及醫學生的各種臨床倫理經驗背後的因素，在應用方面，可以探討各種教育介入計畫，以強化學生的溝通能力與人文素養。

參考文獻

- 王志嘉 (2009)：論醫療上「病人自我決定權」及其刑法相關問題。東吳法研論集，5，53-94。[Wang, C. C. (2009). Criminal issue on the patient's consent in medical practice. *Soochow The Graduate School Law Review*, 5, 53-94.]
- 蔡甫昌 (2000)：生命倫理四原則方法。醫學教育，4，12-26。[Tsai, F. C. (2000). The four principles approach to bioethics. *Journal of Medical Education*, 4, 12-26.]
- Akabayashi, A., Slingsby, B. T., Kai, I., Nishimura, T., & Yamagishi, A. (2004). The development of a brief and objective method for evaluating moral sensitivity and reasoning in medical students. *BMC Medical Ethics*, 5(1), E1-E7.
- Brady, D. W., Corbie-Smith, G., & Branch Jr, W. T., (2002). "What's important to you?": The use of narratives to promote self-reflection and to understand the experiences of medical residents. *Annals of Internal Medicine*, 137(3), 220-223.
- Branch Jr, W. T., Pels, R. J., Lawrence, R. S., & Arky, R. (1993). Becoming a doctor-Critical incident reports from third-year medical students. *New England Journal of Medicine*, 329(15), 1130-1132.
- Branch Jr, W. T., Pels, R. J., & Hafner, J. (1998). Medical students' empathic understanding of their patients. *Academic Medicine*, 73(4), 360-362.
- Christakis, D. A., & Feudtner, C. (1993). Ethics in a short white coat-the ethical dilemmas that medical students confront. *Academic Medicine*, 68(4), 249-254.
- Eckles, R. E., Meslin, E. M., Gaffney, M., & Helft, P. R. (2005). Medical ethics education: Where are we? Where should we be going? A review. *Academic Medicine*, 80(12), 1143-1152.
- Egan, E. (2002). Ethics training in graduate medical education. *The American Journal of Bioethics*, 2(4), 26-28.

- Fard, N. N., Asghari, F., & Mirzazadeh, A. (2010). Ethical issues confronted by medical students during clinical rotations. *Medical Education, 44*(7), 723-730.
- Flanagan, J. C. (1954). The critical incident technique. *Psychological Bulletin, 51*, 327-358.
- Griffin, M. L. (2003). Using critical incidents to promote and assess reflective thinking in preservice teachers. *Reflective Practice, 4*(2), 207-220.
- Griffin, M., & Scherr, T. (2010). Using critical incident reporting to promote objectivity and self-knowledge in pre-service school psychologists. *School Psychology International, 31*(1), 3-20.
- Hebert, P. C., Meslin, E. M., & Dunn, E. V. (1992). Measuring the ethical sensitivity of medical students: A study at the University of Toronto. *Journal of Medical Ethics, 18*(3), 142-152.
- Hicks, L. K., Lin, Y., Robertson, D. W., Robinson, D. L., & Woodrow, S. I. (2001). Understanding the clinical dilemmas that shape medical students' ethical development: Questionnaire survey and focus group study. *British Medical Journal, 322*(7288), 709-710.
- Huijter, M., van Leeuwen, E., Boenink, A., & Kimsma, G. (2000). Medical students' cases as an empirical basis for teaching clinical ethics. *Academic Medicine, 75*(8), 834-839.
- Kasman, D. L. (2004). Doctor, are you listening? A writing and reflection workshop. *Family Medicine, 36*, 549-551.
- Kelly, E., & Nisker, J. (2009). Increasing bioethics education in preclinical medical curricula: What ethical dilemmas do clinical clerks experience? *Academic Medicine, 84*(4), 498-504.
- Kemppainen, J. K. (2000). The critical incident technique and nursing care quality. *Journal of Advanced Nursing, 32*(5), 1264-1271.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Mofidi, M., Strauss, R., Pitner, L. L., & Sandler, E. (2003). Dental students' reflections on their community-based experiences: The use of critical incidents. *Journal of Dental Education, 67*(5), 515-523.
- Nogueira-Martins, M. C. F., Nogueira-Martins, L. A., & Turato, E. R. (2006). Medical students' perceptions of their learning about the doctor-patient relationship: A qualitative study. *Medical Education, 40*, 322-328.
- Parker, D., Webb, J., & D'Souza, B. (1995). The value of critical incident analysis as an educational tool and its relationship to experiential learning. *Nurse Education Today, 15*(2), 111-116.
- Tsai, F. C. (2000). The four principles approach to bioethics. *Journal of Medical Education, 4*, 12-26.
- Wilson, H. J., & Ayers, K. (2004). Using significant event analysis in dental and medical education. *Journal of Dental Education, 68*(4), 446-453.

收 稿 日 期：2012 年 02 月 14 日

一稿修訂日期：2012 年 05 月 29 日

二稿修訂日期：2012 年 09 月 05 日

三稿修訂日期：2012 年 09 月 20 日

接受刊登日期：2012 年 09 月 20 日

Bulletin of Educational Psychology, 2013, 44(4),812-828

National Taiwan Normal University, Taipei, Taiwan, R.O.C.

Analysis of Medical Students' Ethical Experience in Their Clerkship: The Application of Structured Critical Incident Report

Gin-Hong Lee

Department of Clinical
Psychology
Fu Jen Catholic University

Chih-Chia Wang

School of Medicine
National Defense Medical Center
Department of Family and
Community Medicine
Tri-Service General Hospital

Kuo-Inn Tsou

College of Medicine
Fu Jen Catholic University
Department of Pediatrics
Cardinal Tien Hospital

Hou-Chang Chiu

College of Medicine
Fu Jen Catholic University
Department of Neurology
Shin Kong Wu Ho-Su Memorial Hospital

Ming-Teh Lin

College of Medicine
Fu Jen Catholic University

Background: In the past, teachers used to ask medical students to reflect on their clinical experience through free-form writing. In this study, a structured form called "Critical Incident Report" was implemented. Through systematic and multi-dimensional writing, better understanding of students' psychological and cognitive reactions toward clinical ethical problems could be expected.

Methods: Twenty-six medical school students who were taking the compulsory course "Medical Ethics" participated in the current study. Seventeen of them were males and 9 of them were females. Participants were asked to each complete a Critical Incident Report (CIR) (Griffin, 2003) on an ethically sensitive event they had found unforgettable during their practicum in their 5th year of medical school. The CIR contained eight columns: what, emotions, why, classification, general meaning, professional standards, position, and actions. The data obtained from the CIR written by these 26 students with consent was subjected to a qualitative analysis. Both the experts' and the students' classification of the events on their CIRs were compared to ethical principles listed by medical ethics experts according to each student's event report.

Results: 1. There was a significant difference between the medical students and the experts in the ethical principles they categorized the events into. 2. The most remarkable ethically sensitive events and conflicts experienced by the students were most frequently related to “non-maleficence” and “autonomy”. 3. Beliefs that students held toward ethically sensitive events included patient-centered practice, professionalism, and holistic health care. 4. Students’ emotions about the events included confusion and sympathy toward patients, and negative feelings such as anger, disapproval or disappointment toward clinical physicians. 5. When faced with ethical dilemmas, students usually adopted “communication” as the primary strategy.

Conclusion: Medical students’ experience with medical ethics in the clinical setting involved a broad range of issues including cognition, personal beliefs, emotions, and intentional actions. The CIR helped students record and present these experiences, which could also serve as a reference for future improvement of medical ethics education and research.

KEY WORDS: clinical clerkship, critical incident report, ethical dilemma, medical student