

行政院國家科學委員會專題研究計畫成果報告

計畫名稱：醫學人文課程整合與成效研究(第三年)
Study on Integrated Courses of Medical Humanity
(Third Year)

計畫編號：NSC89-2511-S-002-017

主持人：李明濱

共同主持人：謝博生、呂碧鴻、侯勝茂、林信男、黃秀梨、戴正德

執行機關：國立台灣大學醫學院精神科

執行期間：89年8月1日至90年7月31日

行政院國家科學委員會專題研究計畫成果報告

中文摘要

醫學以人的病痛、生命為對象，人文教育是醫學教育的根本，其內容範疇涵蓋了與人的價值、人的意義相關的學問。台大醫學院在新課程規畫中特別強調科技與人文課程並重，人文課程之設計特別考慮縱向（階段性）與橫面（基礎與臨床，科技與人文的融合）之彼此密切連貫，課程涵蓋正式課程與隱藏式課程；其正式課程涵蓋各個年級，其教法包含講授，小組討論及臨床見習與實習；特別強調透過學生之親身體驗及師長的示範作用，達到態度與行為的改變。國內外有關醫學生的醫學人文教育仍缺乏系統性的研究；本研究為期三年，目的在於整合醫學人文相關的課程，並期望能建立核心課程，及有效的教學策略。本研究第一年計劃為課程整合之規劃及教學模式之建立，第二年及第三年主要針對上列課程之整合及教學模式進行成效評估。醫學人文課程範圍包含極廣，第一年研究主要集中於與「人」及「醫學實踐」密切相關之系列課程，已規劃之核心課程主要包含：（一）醫學的人文面向（講授、討論）與（二）人性化醫療的實習課程。新課程中的醫學人文教學特別注重啟發式小組討論及實習課程；第一年主要結果在於利用文獻回顧、座談及焦點團體等方式，確訂各課程之教學目標及教學指引；針對各課程教學成效之問卷評估及書面報告結果顯示，大多數同學對於各課程之教學滿意度均佳。第二年及第三年計劃除延續第一年之各課程教學評量外，並以焦點團體方式邀請六、七年級學生代表，針對系列整合課程之連續性與整合性進行評量，結果發現：所有參與之同學皆認為人文課程之時數已足夠，但同時對整合性與連續性卻缺乏整體性之具體概念，而就醫學人文課程對臨床有明顯助益的課目主要是與以病人問題為中心或是實習課程有關。第二年及第三年計劃同時針對畢業生(住院醫師)的評估，結果發現極多數醫師對醫病溝通有心理畏懼，透過一天之「醫病互動」研習及專題討論，可有效改善其認知結果。第三年計劃，同時將部分課程繼續整合及新增外，作者並強化各相關年級有關人文課程整合意義之課前教育；同時邀集跨院系對醫學人文課程有興趣之同仁，進行「醫學人文教學」座談，經深入討論後，再將課程之設計概念與實務提出報告，與會學者普遍認同本課程之設計及實施方式。整體言之，有關醫學人文「正式課程」之設計與實施，經三年之追蹤評估，應確實可行，未來應針對課程整合之特性製訂成手冊及學習指引，分給發學生與教師，以確實達成整合教學成效。

關鍵詞：醫學人文，醫學教育，整合課程。

[Abstract]

Education of medical humanity is considered as a crucial subject to develop physicians' values, social perspectives, and interpersonal skills for practice of medicine. Integration of humanity and high technology to treat patients has become an important goal of medical education. However, there is still lack of systematic research on medical humanity education, particularly for the integrated courses of medical humanity for medical students. This three-year prospective study aims to develop an integrated core curriculum of medical humanity and effective teaching strategies for medical students, and establish a series of standardized measures to evaluate the short-term outcome of teaching effectiveness. The first year project has designed 15 integrated courses at different stages of academic years in terms of the contents and chronological aspects based on the concept of caring the patient as a whole human being. In addition to classroom didactic lectures, the teaching strategy for the newly-organized curricula in this study emphasizes combined use of small-group tutorial mode and clinical practice through dynamic interaction with patients and medical staffs.

In the second and third year project we evaluated the integrity of the 15 consecutive courses and developed a set of standard outcome measures to assess the students' knowledge, skill and attitudes with an emphasis on the non-cognitive capability in relation to humanity of patient care. The results obtained by using the focus group comprising 10 students, who representing the 7th year medical students class, revealed that all the participants considered the total amount of teaching hours of medical humanity courses just enough. And most of the participants thought the integrity of the series of 15 courses good, however, there still has room for improvement on the aspects of the integrity of the topics in each course. In addition, the courses of practice were rated a higher degree of help on the clinical interaction with patients.

In addition, a survey on 59 second year residents in the second year and 85 residents in the third year, working in a medical center found a majority of them had trouble dealing with their patients and patient family. The difficulty could be effectively improved by a one-day workshop focusing on the humanity side of the medicine. It indicates that the medical humanity teaching needs to extend to the postgraduate clinical years to ensure the quality of patient care.

Keywords : Medical Humanity, Medical Education, Integrated Curriculum

研究緣由與目的

台灣大學醫學院針對醫學教育進行系列改革，除教學策略上施行啟發式小班教學外，並制定核心課程及實施課程整合教學，使課程之縱向與橫面之彼此連貫性，能環節相扣。其新課程規畫中特別強調科技與人文課程並重；人文課程之設計特別考慮縱向與橫面之彼此密切連貫，且涵蓋各個年級，其教法包含講授，小組討論及臨床見習與實習；特別強調透過學生之親身體驗及師長的示範作用，達到態度與行為的改變。國內外有關醫學生的醫學人文教育仍缺乏系統性的研究；本研究計劃為期三年，目的在於整合醫學人文相關的課程，並期望能建立核心課程及有效之教學策略。醫學人文課程範圍包含極廣，本研究主要集中於與「人」及「醫學實踐」密切相關之系列課程規劃；所涵蓋之課程性質主要包含；(一)醫學的人文面向(講授、討論)與(二)人性化醫療的實習課程。

本研究第一年計劃為課程整合之規劃及教學模式之建立，已完成 15 門醫學人文課程整合之核心課程規劃，與各課程之短期教學成效評量結果。

一、核心課程系列

| 年級/學期 | 中英文課程名稱 | 學分數 | 教學方式 |
|-------|--|-----|---------|
| 一下 | 哲學概論 (Introduction to Philosophy) | 2 | L |
| 一下 | 社會學 (Introduction Sociology) | 3 | L |
| 二上 | 普通心理學 (General Psychology) | 3 | L |
| 二上 | 醫學概論 (Introduction to Medicine) | 2 | L, S |
| 二上 | 醫師與人文 (Physician and Humanity) | 2 | S |
| 二下 | 醫學心理學 (Medical Psychology) | 1 | L, S |
| 二下 | 醫師與社會 (Physician and Society) | 2 | S |
| 二 | 醫療體系溝通技巧 (Health Communication) | 2 | L, S, P |
| 三暑期 | 人與醫學 (實習) (Human and Medicine) | 1 | S, P |
| 四暑期 | 人與醫療 (實習) (Human and Medical Practice) | 1 | S, P |
| 五下 | 科技與病人 (Technology and Patient) | 3 | S, P |
| 六 | 照會精神醫學 (Consultation Psychiatry) | 4 | L, S, P |
| 六上 | 生死學 (Meanings of Life and Death) | 1 | L, S |
| 六上 | 醫學倫理與醫療行為 (Medical Ethics & Health Behavior) | 2 | S, P |
| 六下 | 科技與人文 (Technology and Humanities) | 1 | L |

註: L: Lecture ; S: Small group discussion ; P: Practice/Observational learning/ Role play

二、醫學人文課程相關整合

| | 年級/學期 | 核心課程 | 教學方式 | 醫學課程 | |
|----------------|------------------|------------------|----------------|-------|----------------------|
| 通識課程 (12學分) | 一下 | 哲學概論 | 講堂式 | 醫預科階段 | |
| | | 社會學 | 講堂式 | | |
| | | 服務課： 美化環境 | | | |
| | 一暑期 | 服務課： 人與醫學(實習) | | | |
| | 二上 | 普通心理學 | 講堂式 | | |
| | | 醫學概論 | 講堂式、小組討論式 | | |
| | | 醫師與人文 | 小組討論式 | | |
| | | 醫療體系溝通技巧 | 講堂式、小組討論式、見習課程 | | |
| | 二下 | 醫學心理學 | 講堂式、小組討論式 | | 基礎 臨床 整合 課程 |
| | | 醫師與社會 | 小組討論式 | | |
| 醫療體系溝通技巧 | | 講堂式、小組討論式、見習課程 | | | |
| 四暑期 | 服務課： 人與醫療(實習) | 小組討論式、見習課程 | 臨床醫學 總論 | | |
| 五下 | 科技與病人 | 小組討論式、見習課程 | 臨床實習 | | |
| 六上 | 生死學 | 講堂式、小組討論式 | | | |
| | 醫學倫理與醫療行為 | 小組討論式、見習課程 | | | |
| 六下 | 照會精神醫學 | 講堂式、小組討論式、見習課程 | | | |
| | 科技與人文 | 講堂式 | | | |
| R1 R2 | 醫病互動與應對 | 專題演講、個案討論、綜合座談 | 住院醫師 | | |

三、教學成效評估：第一年至第三年計劃已持續執行下列課程評量：

- 1、講堂式課程部份：採取問卷評量表，分別針對各堂課之教學態度、教學策略及整體收穫進行評估，同時要求學生寫心得與改進建議。學生之學習評估方面，則包括筆試測驗。
- 2、小組討論式教學：依標準化問卷評量學生團體互動與學習之量化資料，並要求學生撰寫課程心得。
- 3、見習課程部份：主要根據心得報告(包含對課程之建議)及師生互動評量，已依本計劃進度表執行，並統計分析中。

本系列計劃課程之教學評估，除了透過即時性的師生互動外，定期之評估與回饋是基本的方法。評估方式包含進階性(formative)與綜合性(summative)兩種評估方式，前者是學生在學習過程中，不時予以回饋，供學生瞭解自己是否達成學習目標；後者則是在課程結束之後才進行，目的是評定學習成績。老師與學生要在課程進行中不斷的相互評估，尤其是學生的評估更是彌足珍貴。茲將各面向之評估重點再分述於下：

(一)知識的評估：

課程知識部份原則上使用下列各種不同方法分做三個層次來評估：1)具體知識的記憶；2)闡釋資料的能力；及 3)解決問題的能力。

(二)態度的評估：藉由觀察學生在臨床見習過程中，對待病人的行為模式，主要透過個案討論、或是導師指導互動中的表現，實行評估列入考量。模擬病人或標準化病人在接受檢查時針對學生的評價，本評估列為第二年計劃之研究進度。

(三)技能的評估：醫學人文整合課程的教學的最終目的，在於期待學生能養成對人性的尊嚴的專業，特別是尊重病患、家屬、醫療團隊成員的尊嚴及人性的價值。為了讓學生了解他們必須習得的醫病溝通倫理推理技能，將針對每項技能清楚明訂學習目標；其目標涵蓋下列三個層級：(1)熟悉該項技能；(2)能執行該技能；(3)完全熟練該技能。本第二年計劃已完成模擬病人與標準病人之內容製作、評分細節，其訓練方式仍持續研究進行中。

第二年計劃中，除針對前述各課程之上課大綱根據評量意見做小幅度修正外，大部份均依既定之進度表如期執行，並繼續評量上述核心課程之課程內容：包括教學目標、內容評估方法及各課程間之相連性。第二年及第三年計劃除繼續第一年各課程之成效評估外，並分別針對修畢系列課程之七年級實習學生與老師以焦點團體方式，探討系列人文相關課程中之「銜接性」與「整合性」；同時以第二年住院醫師為對象，瞭解畢業後執行醫療業務時醫學人文課程之助益程度，並探討醫學人文之執行面「醫病溝通」向度之實際困難面，並評估以專題座談及小組討論方式進行醫病溝通之培訓成效，以作為系列醫學人文課程規劃之參考。並建立整合課程能力測驗中，有關醫病溝通及病情告知「模擬病人」與「標準化」病人之設計選取與評量標準之設立。

以焦點團體方式評估醫學人文整合課程

為瞭解醫學人文整合課程對於臨床實習之幫忙程度，研究者針對醫學系七年級學生代表10人，針對六年間之人文相關課(15門課)，就臨床助益(分4級)、時數(太多、剛好、不夠三級)及課程彼此間之連接性(很好、好、尚可及不夠4級)，予以評量與討論。同時針對跨科系之13名教師代表，以焦點團體方式討論人文課程之整合議題。

住院醫師部分

此外為評估醫學倫理教育於住院醫師在職訓練之成效及需求，本研究另取樣本為59名(1999年)以及84名(2000年)參加某醫學中心主辦之「住院醫師醫病互動與對應研習會」之第二年住院醫師，基本資料如表一。該醫學中心為增進住院醫師醫病溝通技巧，以達成促進醫療品質、避免醫病衝突、以及預防醫療糾紛之目的，由該院教學室以及精神部承辦為時一日之研習會，調訓該院於訓練當日無值勤之第二年住院醫師研習醫病互動相關議題。研習會之內容包括當代醫病溝通問題、病人自主與知情同意、溝通技巧、醫療爭議與糾紛之處理流程等綜合性演講，以及針對醫療爭議與醫病衝突實際案例之小組討論，會末並有綜合討論。

結果與討論

一、學習心得與成效

本研究分析的主要資料來源，主要是醫學人文教學課程的討論內容、學習心得與報告、課程參與體驗，以及課程評估等。這些研究內容，涵跨於醫學預科、專業課程等不同階段的學習歷程。有關學生之個人學習心得均擇篇定期刊登於本院所出版之醫學教育雜誌，其整體性之分析亦針對個別課程撰文刊登於學術性雜誌。研究期間之個別課程教學成效不論演講或小組討論，經由系列之教學改進會議，整體分析結果均顯示穩定且有進步之傾向，都是在滿意範圍，因此不再贅述。

在課程規畫與講授方面，相關課程的教師座談、教學指引的編製、多元的師資參與及培訓、教學檢討會、專家顧問座談等安排，使醫學人文課程的架構與統整性，有著不同層面的管道，藉以強化教學內容、提昇教學品質。而這些討論與共識所形成的結果，也配合著學習評量、資料整理，以及國外的資訊與考察經驗，融入到學生參與的學習經驗之中，並成為本研究計畫重要成果。

臨床測驗是評估技能所常用的方法，技能評估應同時強調在整個臨床見習過程中的持續評估；其他的評估方法還包括：(1)客觀結構式的臨床測驗(objective structured clinical examinations, OSCEs)；(2)由施測者扮演病人或模擬病人(simulated patient)；或(3)使用標準化病人(standardized patient)，讓學生實地示範如何處理所設計的臨床問題。

二、以焦點團體方式評估醫學人文整合課程

焦點團體(Focus group)是一種團體討論的質性研究方法，典型的焦點團體討論是指將約六至十二位受訪者集合在一起，藉由團體共同討論及探索、蒐集意見，從彼此討論與互動中分享各種看法。焦點團體討論的目的，並非為了要達到團體共識，更不是提供正確答案；相反地，焦點團體討論可提供多樣化的觀點，透過焦點團體討論而有深一層的了解。當焦點團體用於方案評鑑目的時，不但是高度效率的質性資料收集技術，同時焦點團體訪談也對資料收集提供一些品質控制，因為參與者傾向於彼此提供檢驗和平衡，以去除不實的或極端的看法。焦點團體討論的調查方式，非常適合讓受訪者針對特定的主題，表達深入的看法；除了商業用途外，焦點團體討論亦使用於一般教育、醫學教育領域。由於在小班教學的課程評量上，教學改進座談會的內容與意見彙整，較難以單純的數據量化。因此除了量化的評估外，為了瞭解及掌握學生對於小班教學的看法，本研究即嘗試以焦點團體方式，分析對於系列醫學人文教學的成效評估。

為瞭解醫學人文整合課程對於臨床實習特別是醫病互動之幫忙程度，研究者於第二年及第三年計劃均邀請醫學系七年級學生代表 10 - 13 人，針對六年期間之人文相關課(15 門課)，就臨床助益(分 4 級)、時數(太多、剛好、不夠三級)及課程彼此間之連接性(很好、好、尚可及不夠 4 級)，予以評量與討論，結果發現所有同學都認為時數剛好，就課程間之連接性而言，78-80%認為尚可，10-11%認為好，10-11%認為不夠好，而就臨床助益分析結果而言，如表中所示，愈以臨床為基礎或臨床問題為導向之實習或上課課程被評價較高，因此，前 4 名課程如「人與醫療」、「人與醫學」、「精神醫學」，均為實習課程。就質性分析資料結果而言，摘要如下：

1、臨床之實用性問題

與會同學大多認為，醫學人文課程對於臨床工作、醫病關係建立、以及疾病之心理社會面向問題之理解有所幫助。部分與會同學認為，在醫學系低年級(一年級、二年級)修習醫學人文課程，至高年級(五、六、七年級)醫院見實習時，因時間較久遠，與過去醫學人文

課程之內容及精神之銜接有困難，且臨床經驗之有無，對於醫學人文課程內容之體會，似乎有影響。然而部分同學表示：高年級臨床課程繁重，若醫學人文課程安排至高年級學習，可能難以兼顧，而學習效果不佳，且過去所修習之醫學人文課程，究竟是在接觸臨床工作前，先培養概念，或是在接觸臨床工作後，再輔以學理之印證，為往後醫學人文教育規劃之考量重點。

2、上課方式問題

部分課程如醫學心理學等，以大講堂方式上課，人數眾多，且涵括醫學系、牙醫學系、職能治療學系與物理治療學系學生，學習效果不佳，且較難有師生之互動；在第三年後，採用醫學倫理學之小組上課方式，或切分以較小之班級上課，則發現學習效果明顯改善。目前大部分之課程，已逐漸轉變為小組教學方式，預期未來效果可能更佳。

3、課程內容整合性問題

部分課程之內容，由於教師輪換，仍有重複之情形，且授課教師之講授，難易程度不一，學生之學習效果似乎受教師授課特質影響甚多，整合性應可以再加強。且前後課程，如普通心理學及醫學心理學，在內容方面，較難連貫。生死學與大體解剖課程之並行，原本是期望加深學生對於死亡及臨終關懷等相關問題之體會及了解，然而部分與會同學認為其加成效應並不十分明顯，是否可以將死亡學回歸中低年級之課程中。未來是否應以醫學系七年之內之醫學人文教育宗旨及必備要件，做一全盤之檢視，細部規劃各種課程之教學目標以及前後之連貫性，是為未來研究之重點。部分課程有較多不同學系學生共同修習，上課之進度與教學評估方面與重點難以統一，未來是否應視不同學系之背景及需求，分班上課，值得進一步研究。

4、整體評估

就 50 位修完人文課程的六年級學生進行學習評估，發現仍有 66.7% 的學生就實習經驗中學得有醫病溝通困難，其中困難的內容包括：1) 診斷瞭解(38.5%)；2) 處置瞭解(65.4%)；3) 預後解釋(53.8%)；及 4) 一般相處互動(30.8%)。針對知情同意的瞭解程度則包括：1) 少許瞭解(23.1%)；2) 普通瞭解(61.5%)；3) 充分瞭解(7.7%)。更重要的是擔心醫療糾紛的危險性而影響到選科的同儕比率包括：1) 沒有影響(19.2%)；2) 少許影響(11.5%)；3) 普通影響(46.2%)；4) 影響很大(19.2%)。針對處理及預防的瞭解程度而言，包括：1) 不太瞭解(15.4%)；2) 少許瞭解(19.2%)；3) 普通瞭解(57.7%)；4) 充分瞭解(3.8%)。就溝通方法之了解程度而言，包括：1) 少許瞭解(7.7%)；2) 普通瞭解(73.1%)；3) 充分瞭解(15.4%)。由此一結果可知，學生畢業後仍需施以相關之繼續教育課程，方能確保良好之醫病互動品質。

三、住院醫師醫病溝通訓練與教學成效

醫病溝通是醫學教育中之基礎項目，也是醫學人文教育的體現；良好之醫病溝通，也是預防病處理醫療爭議及醫療糾紛之重要因素。本研究為瞭解醫學系畢業生在執行醫業時，就人文面而言，其臨床問題之內容，特別針對住院醫師進行調查，同時舉辦為時一天的「醫病溝通研習營」，包括專題演講、座談與個案為中心之小組討論；同時針對實施前及實施後，測量學員相關經驗及了解程度，為日後醫學生人文教育課程規劃與實施之參考。本研究另取樣本為 59 名（1999 年）以及 84 名（2000 年）參加某醫學中心主辦「住院醫師醫病互動與對應研習會」之第二年住院醫師（表 2），以不計名之方式，藉由結構性自填問卷，針對醫病互動相關議題實施測量及分析。本結果顯示：有 89.8%-90.5% 與會住院醫師，在過去職業之過程中，曾擔心會面臨醫療糾紛，而 74.6%-84.5% 表示曾有過與病患溝通困難之經驗（表 3）。在過去曾遭遇之醫病溝通困難經驗內容中，有 63.1%-71.2% 曾在與病患及家屬溝通疾病預後

〔 prognosis 〕時遭遇困難，占溝通困難內容之最多數，其次為治療方式之溝通〔 60.7%-61.0% 〕、診斷之溝通〔 35.6%-39.3% 〕、以及一般相處互動〔 32.2%-36.9% 〕。在面臨醫療糾紛擔心的原因方面，有 66.1%-75.0%是原自於病患及家屬之態度，佔醫糾擔心原因之最多數，其次為治療或處置過程發生不良反應〔 56.0%-61.0% 〕、預後的不確定性〔 42.4%-42.9% 〕、治療效果不彰〔 33.9%-36.4% 〕、病患或家屬的背景〔 28.8%-32.1% 〕、醫療團隊意見之不一致〔 20.2%-23.7% 〕。在醫療糾紛之危險性對於選科之影響力中，有 20.2%-20.3%表示影響極大，28.6%-30.5%普通程度影響、34.5%-35.6%少許影響、13.6%-16.7%毫無影響。在知情同意〔 informed consent 〕的了解程度方面，8.5%-11.9%表示充分了解，49.2%-50.0%普通程度了解、20.2%-28.8%少許了解、13.6%-17.9%毫無了解。在預防醫療糾紛之方法上，有 1.7%-7%表示充分了解，42.4%-50%普通程度了解、27.4%-37.3%少許了解、15.5%-18.6%毫無了解。在會後評估方面於醫療糾紛或醫療爭議發生時處理過程之了解程度方面〔表 4〕，有 20.8%-34.9%表示充分了解，55.8%-60.3%普通程度了解、9.3%-11.1%少許了解。知情同意的了解程度方面，20.9%-31.9%表示充分了解，61.1%-67.4%普通程度了解、6.9%-11.6%少許了解。醫病溝通困難之原因有 6.9%-11.6%表示充分了解，29 名 61.1%-67.4%普通程度了解、28.8%-30.6%少許了解。在預防醫療糾紛的方法了解上，46.5%-16.7%表示充分了解，46.5%-63.5%普通程度了解 7.0%-15.3%少許了解。在增進醫病關係之方法之了解程度有 15.3%-44.2%表示充分了解、51.2%-76.4%普通程度了解、4.7%-6.9%少許了解。

針對知情同意之內涵的了解程度，以獨立樣本〔 independent sample 〕之方式，做前後測之比較〔表 5〕，呈現顯著之差異〔前測 mean rank = 43.57; 後測 mean rank = 62.38; Mann-Whitney U = 800.50; Z = -3.539; p < .001〕。而對於醫療糾紛預防方法了解程度之前後測比較，亦呈現顯著之差異〔前測 mean rank = 37.33; 後測 mean rank = 70.94; Mann-Whitney U = 4320.50; Z = -6.120; p < .001〕。此一結果顯示研習會對於與會學員在知情同意及醫療糾紛預防之了解程度，有顯著之影響。

就性別、科別、過去就讀醫學院等三變項，與前測資料進行相關分析發現〔表 6-7〕：內科及相關科系之與訓學員較外科及相關科系有較多之醫病溝通困難經驗〔 $\chi^2 = 5.685$; p = .024〕，而就讀非本醫學中心所隸屬之醫學院者，選科受醫療糾紛危險性影響者顯著較多〔Mann-Whitney U = 243.00; Z = -2.167; p = .030〕，其他部分則無顯著差異。在會後各項評估方面，外科及相關科系較內科及相關科系，在醫病溝通困難之原因方面，有邊緣程度顯著之較高了解〔Mann-Whitney U = 143.50; Z = -1.974; p = .048〕，而在增進醫病溝通之方法上，屬非本醫學中心所隸屬之醫學院者收穫較多〔Mann-Whitney U = 117.00; Z = -2.524; p = .012〕。前測及後測資料與年齡及執業年數並無顯著相關。後測各變項間之相關程度〔表 8〕，以醫病溝通困難之原因之了解程度以及增進醫病關係方法之了解程度兩項相關係數最高〔Kandall tau_b = .764; p < 0.001〕，而知情同意之了解程度以及預防醫療糾紛方法之了解程度，僅呈現中低度之顯著相關〔Kandall tau_b = .388; p < .01〕，而會前該二項之相關〔未表示〕亦僅呈現中低度之顯著相關〔Kandall tau_b = .337; p = .004〕

各醫病溝通之相關變項，與畢業之校別並無明顯相關，故不論醫學院教育背景如何，在醫學生畢業進入臨床工作後，仍有必要實施與醫病溝通及醫療糾紛處理與預防之相關在職教育，以加強住院醫師處理醫病關係問題之能力。在知情同意及醫療糾紛預防方法之了解程度上，兩項之前後測均呈現顯著進步，顯示本次研習營之教學成效，然而就本次研討會對於提昇醫病溝通之幫助與知情同意的瞭解程度，並無顯著相關。故在教學上應在個案研討前先施以概念性之提示，使學員熟悉病人自主之概念以及知情同意之實施步驟，使其更熟悉知情同意之具體意義，進而在醫病關係中，促使病患及家屬確認醫療之不確定性以及預防醫療糾紛。未來除持續辦理此類在職訓練外，應針對醫學生透過臨床實習階段融入相關之教學內容，同

時亦提示醫學人文課程教學之長程成效，必須配合醫師之在職繼續教育方能奏效。

四、標準化病人與模擬病人在教學評量之應用

臨床醫學教育的目標，在培養醫師能有效發揮醫療技能，滿足病人及社會的需求，創造高品質的醫療環境。醫學人文課程之教學，涉及態度教學與人際互動，其教學與評量不能忽略其臨床應用面，而在臨床醫學的教學方法中，傳統上以講堂及床邊教學為主，除了缺乏真實情境的考量外，床邊教學受到時間及病人因素的影響，教學品質不易掌握。臨床醫學教育的評量方法，傳統上以指導教師從有限的觀察中，進行粗略的指導，除了缺乏完整客觀的評量外，醫學生所能得到的收穫有限。為改進教學效果，臨床醫學教育發展出使用標準化病人的教學及評量方法，許多研究證實在標準化病人的協助下，醫師培育者除了能夠了解醫學生的學習能力，靈活運用各種有效的教學方法外，醫學生也能夠獲得真實有效的回饋，確實改進臨床技能。標準化病人及模擬病人可有效使用於醫學人文(特別是倫理推理與溝通)課程及醫療品質研究。

模擬病人，是指經過適當訓練後，能正確扮演某種疾病或特性的正常人，只當作臨床問診及身體檢查的學習對象，不需具有回饋能力。標準化病人，指在接受適當訓練後，能模擬扮演教學用臨床個案或具特殊問題的正常人或慢性病患者。此人不但具有模擬扮演病人症狀及病程的能力，並能將臨床個案做完整、正確而且重覆的演出，也具有互動、評估及給予醫學生回饋的能力。標準化病人所扮演的個案，以採用個人本身疾病或其他真實病例當作內容來設計為佳，如此更可以搭配實在的 X 光片、臨床檢查結果以及病程，來增加學習個案的真實性及實用性。

本研究亦針對醫病溝通互動，以「告知嚴重疾病病情」及「面對各種特殊困難型病人及特殊屬性之個案」為主軸，設計標準化病人及模擬病人之書面敘述與評估條例，擬訂於學生修習系列之人文課程後實施，根據第三年計劃中，於第六年級修完醫學倫理學後實施。醫學生使用標準化病人的目的，主要在病人狀況模擬、提供身體檢查與醫病互動的實習機會、觀察醫學生表現及提供回饋；也可以評量醫學生的思考推論能力、醫病溝通技能、建立醫病關係、是否考慮到病患心情感受、包括對醫師檢查技能的感受方面，給予醫學生評量及回饋。許多以標準化病人評量的研究，在信度、效度、一致性、實用性及成本效益上，都有正面的結果。

臨床能力的教學與評量長期缺乏有效的方法，標準病人的使用是目前公認最能達到教學目標及有效評量的方式之一，其效度、信度及可行性均獲證實肯定，但是使用標準化病人，只能包含有限臨床個案的教學和評量，雖然從改進個案設計及增加個案數目方面，可以解決部分的問題，仍要考慮時間及人力資源的負擔情形，以及慎選具有代表性的個案。此外，使用標準化病人不是在真實情境下進行學習及評量，仍不能預測醫學生在真實情境下的表現情形，臨床診療能力的教學，應該儘量採用並發揮各種既有方法的優點，靈活運用，注重真實情境的學習和評量，以共同認可的目標和標準，做長期的教學及評估，不但注意教學目標的達成，也顧及到學習過程的觀察與輔導。應教導學生具有主動學習、自我學習、問題導向學習的能力，能綜合運用各種學習資源，自我評量、自我進步，達到終身學習的目標，才能確保醫療水準。

結論與建議

本研究成果已完成之項目包括已建立整合型醫學人文核心課程，及其教學目標與重要內容之規劃；就第一年至第三年短期之課程評量結果而言，就學生之主觀評量及報告分析結果觀之，發現多數學生對課程目標及教學成效均持正面態度，然而仍有部份學生與教師表達並不瞭解整體縱向與橫向課程之內容與意義，而認為相關課程有不足或重覆之處，因此亟需針對各相關教師及學生進行座談與說明，以貫徹醫學人文課程教學之連貫性，並避免重複。此外，學生習慣於小組教學方式後，在進入臨床見習或實習階段，均建議人文課程應增加實習活動，而減少講堂式教學或室內小組教學活動時數，這亦值得未來設計教學活動時之參考。師資培訓方面，由於小班教學所需老師人力較多，雖有固定之培訓計劃，但因小班教學之教師輪換比率較高，而影響到學生教學之持續性。教學方式及學習成效評量方式，除了透過考試、報告、臨床觀察之外，標準化病人或模擬病人之使用，將有助於醫學人文教學之結果評估與教學品質之提昇。

本年度計劃除仍繼續單一課程之教學成效評估外，並針對學生、老師分別以焦點團體方式進行相關課程間之「連貫性」與「整合性」進行評估；此外，亦針對醫學人文課程之總體目標，設計「模擬病人」與「標準化病人」做為能力與態度測驗的客觀方法。其中針對學生及老師，採用焦點團體方式就課程之銜接性與整合性做評估，發現：1)同學對整體性醫學人文課程與人文通識課程之教學目標及量的問題，仍有待加強。2)儘管系列課程編有學習與教學指引，但系列課程之連續性仍有必要透過教師之教學座談凝聚共識。3)為顧及人之完整性，教材教法設計仍應採以人及個案為中心之教法，配合臨床及床邊教學方式，就知識、技能與態度之整體性，依不同比例重點分期實施，以達成整合課程的目的。未來應繼續強化課程之成效評估，以做為持續改進的參考。

參考文獻

國內資料

- 1)教育部人文及社會學科教育指導委員會：人文教育十二講。三民書局，1987。
- 2)謝獻臣：台灣醫學教育之發展與現況 1994年7月。
- 3)謝博生：醫學教育。台北：金名圖書，1994：185-197。
- 4)教育部：提昇大學教育品質研討會：北區各校參考資料。1995年4月13日。
- 5)台大歷史系、教育部等：傳統中國教育與現代大學通識教育研討會論文集。台灣大學，1995年6月。
- 5)台灣醫學會：醫學教育在台大(特輯)：醫學繼續教育 1995年第5卷第4期。
- 6)張麟徵(編著)：知識份子與二十一世紀，台灣大學共同教育委員會，1997。
- 7)謝博生：迎向二十一世紀的醫療保健與醫學教育。醫學教育 1997；1：5-10。
- 8)謝博生：醫學教育模式之變遷。醫學教育 1997；1：141-8。
- 9)李明濱、李宇宙、林信男、謝博生：利用小組教學實施醫學倫理教學。醫學教育 1997；1：201-15。
- 10)謝博生：台灣醫師教育之形象。醫學教育 1997；1：259-66。
- 11)第二屆海峽兩岸暨香港地區醫學教育研討會論文集。1997年7月31日-8月2日，香港中文大學。
- 12)謝博生：醫學概論。台大醫學院醫學人文叢書(2)，台北：金名圖書，1997年8月。
- 13)李明濱：醫學的人性面：情緒與疾病。台大醫學院醫學人文叢書(3)，台北：金名圖書，1997年10月。
- 14)謝博生：醫學教育：理念與實務。台大醫學院醫學人文叢書，台北：金名圖書，1997年11月。
- 15)李宇宙：小團體之領導及溝通技巧。蕭淑貞、李明濱編著：健康體系溝通理論與技巧(一版)。國立台灣大學醫學院，1998：73-87。
- 16)呂碧鴻：小班教學。八十八學年度小班教學指導老師教學研討會，1999年9月5日，台大醫學院。
- 17)梁繼權、李宇宙、呂碧鴻等：小班教學老師教學方式之評估。八十八學年度小班教學指導老師教學研討會，1999年9月5日，台大醫學院。
- 18)李明濱、謝博生：醫學人文與醫學教育。台大醫學院醫學教育研習會，1999年9月7日，台大醫學院501講堂。
- 19)胡幼慧：焦點團體法。胡幼慧主編：質性研究：理論、方法及本土女性研究實例(一版)。台北市：巨流，1999：223-37。
- 20)謝博生：醫學人文教育。台北：金名圖書，1999：75-87。
- 21)Lee MB, Lee YJ, Lin HN, et al.: The teaching of medical ethics using a small-group tutorial method. J Med Educ (Taiwan) 1997; 1: 201-15.
- 22)Lee YJ, Kao MY, Lue BH, et al.: The reliability and factor analysis of group learning factor scale used in small-group tutorial mode. J Med Educ (Taiwan) 1997; 1: 275-84.
- 23)Lue BH: Small-group tutorial. J Med Educ (Taiwan) 1998; 2: 367-8.
- 24)Lue BH, Leung KK, Lee MB, Lee YJ, Hsieh BS: Evaluation of the course using small-group tutorial. J Med Educ (Taiwan) 1998; 2: 386-97.

國外資料

1. Altchule MD: Essays on the Rise and Decline of Bedside Medicine. Philadelphia: Lea & Febigier, 1989.
2. Barbour RS: Using focus group in general practice research. Family practice 1995; 12: 328-34.
3. Beachamp TL: Principles of Biomedical Ethics, 4th edition. Childress Oxford University Press, 1994.
4. Bers TH, Smith K: Focus groups and community college research: Lessons from a study of nontraditional students. Community College Review 1988; 15: 52-8.
5. Bertman SL, Marks Sx Jr: Humanities in medical education: rationale and resources for the dissection laboratory. Med Educ 1985;374-81.
6. Cassell EJ : The Place of the Humanities in Medicine. New York : The Hasting center, 1984.
7. Cox K, Ewan CE : The Medical Teacher. London : Churchill Livingstone, 1988.
8. Cury SE, Ferraz MB, dos Santos, et al.: The use of focus group interview in the evaluation of patients with ankylosing spondylitis. Br J Rheumatology 1995; 34: 150-5.
9. Ddds TA : Richard Cabot : Medical reformer during the progressive era (1980-1920). Ann Intern Med 1993;119:417-22.
10. Dignan M, Michielutte R, Sharp P, Bahnson J, Young L, Beal P: The role of focus groups in health education for cervical cancer among minority women. J Comm Health 1990; 15: 369-75.
11. Douglas KC, Hosokawa MC, Lawler FH : A Practice Guide to Clinical Teaching in Medicine. New York : Springer Publishing Co., 1988.
12. Downie RS, Charton B : The Making of a Doctor. Oxford : Oxford University Press, 1992.
13. Englehardt HT : The Foundations of Bioethics. New York : Oxford University Press, 1996.
14. Ferreira JR : The Teaching Medical Profession : Implications for Medical Education. Med Educ 1993;27:524-33.
15. Lederman LC: Assessing educational effectiveness: The focus group as a technique for data collection. Communication Education 1990; 39: 117-27.
16. Klamen DL, William RG : The effect of medical education on students' patient- satisfaction ratings. Acad Med 1997;72:57-61.
17. Krueger RA: Focus Groups. A Practical Guide for Applied Research. 2nd ed. Thousand Oaks, California: Sage Publications, 1994.
18. Krueger RA: Group dynamics and focus groups. In: Spiker B ed. Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials, 2nd ed. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1996: 397-402.
19. Mappes TA; Biomedical Ethics. 4th ed. New York : McGraw-Hill, 1996.
20. Nyamathi A, Shuler P: Focus group interview: a research technique for informed nursing practice. J Advanced Nursing, 1990; 15: 1281-8.
21. Newman C : The Evolution of Medical Education in the Nineteenth Century. Oxford : Oxford University Press, 1957.
22. Nooman EM, Schmidt HG, Ezzar Es : Innovation in Medical Education. An Evaluation of Its Present Status. New York : Springer Publishing Co., 1990.
23. Odasha A : Settings for learning : the community beyond. Med Educ 1995;29(suppl):112-5.
24. Paul S: The Social Transformation of American Medicine. New York: Basic Books, 1982.
25. Rogers WR, Bernard D (eds) : Nourishing the Humanistic in Medicine ; Interactions with Social Sciences. Pittsburgh, Pennsylvania : University of Pittsburgh Press, 1979.
26. Schor NF, Troen P, Kanter SL, et al : Interrater concordance for facultygrading of student performances in a problem-based learning course. Acad Med 1997;72:150-1.
27. Stilman PL, Wong Y, Ouyang, ET AL : Teaching and assessing clinical skills : a competency-based program in China. Med Educ 1997;31:33-40.
28. Weagar K: Sociology in American Medical Education since the 1960s : The rhetoric of reform. Soc Sci Med 1992;35:959-65.

表 1.醫學人文各課程評估結果

| 課程別 | 排序 | 平均 | 時間 | 學分數 |
|-------------|----|------|-----------|-----|
| 1.人與醫療 | 1 | 3.00 | 四暑期（選修） | 1 |
| 2.人與醫學 | 2 | 2.80 | 三或四暑期（選修） | 1 |
| 3.精神醫學 | 3 | 2.78 | 六 | 4 |
| 4.醫學倫理與醫療行為 | 4 | 2.11 | 六上 | 2 |
| 5.普通心理學 | 5 | 1.89 | 二上 | 3 |
| 6.醫學心理學 | 5 | 1.89 | 二下 | 1 |
| 7.醫療體系溝通技巧 | 6 | 1.80 | 二或三（選修） | 2 |
| 8.生死學 | 7 | 1.78 | 六上 | 1 |
| 9.科技與病人 | 8 | 1.67 | 五下 | 3 |
| 10.科技與人文 | 8 | 1.67 | 六下 | 1 |
| 11.哲學概論 | 9 | 1.56 | 一下 | 2 |
| 12.醫師與社會 | 10 | 1.50 | 二下 | 2 |
| 13.醫學與人文 | 11 | 1.44 | 二上 | 2 |
| 14.醫學概論 | 12 | 1.40 | 二上 | 2 |
| 15.社會學 | 13 | 0.89 | 一下 | 3 |

Table 2. Demographic data

| Variables | 1999 (N = 59) | 2000 (N = 84) |
|--|------------------|------------------|
| | N (%) | N (%) |
| Gender | | |
| Male | 42 (71.2) | 56 (66.7) |
| Female | 17 (28.8) | 28 (33.3) |
| Age (mean \pm standard deviation) | 28.70 \pm 1.92 | 28.52 \pm 2.71 |
| Years of practice* (mean \pm standard deviation) | 3.49 \pm 1.06 | 3.71 \pm 2.65 |
| Medical education | | |
| National Taiwan University Medical College | 41 (69.5) | 60 (71.4) |
| Other medical colleges | 18 (30.5) | 24 (28.6) |
| Departments of services [†] | | |
| Surgery | 20 (33.9) | 35 (41.7) |
| Medicine | 39 (66.1) | 49 (58.3.) |

*Internship was included

[†]Surgery departments included surgery, obstetrician-gynecology, ear-nose-throat, dental, and ophthalmologist; medicine departments including internal medicine, family medicine, pediatrics, dermatology, psychiatry, anesthesiology, medical imaging, and nuclear medicine.

Table 3. Pre-seminar assessments

| Items | 1999 (N = 59) | 2000 (N = 84) |
|---|---------------|---------------|
| | N (%) | N (%) |
| Worry about malpractice suits | 53 (89.8) | 76 (90.5) |
| Any experience of difficulties in physician-patient communication | 44 (74.6) | 71 (84.5) |
| Aspects of difficulties in physician-patient communication | | |
| Patient comprehension of prognosis | 42 (71.2) | 53 (63.1) |
| Patient comprehension of treatment plan | 36 (61.0) | 51 (60.7) |
| Patient comprehension of diagnosis | 21 (35.6) | 33 (39.3) |
| Everyday interaction(of what or between whom? - more detail) | 19 (32.2) | 31 (36.9) |
| Reasons for resident concerns | | |
| Attitude of patients or families | 39 (66.1) | 63 (75.0) |
| Adverse effects of treatment | 36 (61.0) | 47 (56.0) |
| Uncertain outcome | 25 (42.4) | 36 (42.9) |
| Unfavorable outcome | 20 (33.9) | 31 (36.4) |
| Social background of patients or families | 17 (28.8) | 27 (32.1) |
| Discordant opinions between team members | 14 (23.7) | 17 (20.2) |
| Choice of specialty influenced by the risk of malpractice suits | | |
| No influence | 8 (13.6) | 14 (16.7) |
| Minor influence | 21 (35.6) | 29 (34.5) |
| Moderate influence | 18 (30.5) | 24 (28.6) |
| Substantial influence | 12 (20.3) | 17 (20.2) |
| Comprehension of the meaning of "informed consent"* | | |
| No understanding | 8 (13.6) | 15 (17.9) |
| Little understanding | 17 (28.8) | 17 (20.2) |
| Moderate understanding | 29 (49.2) | 42 (50.0) |
| Substantial understanding | 5 (8.5) | 10 (11.9) |
| Comprehension of procedures for preventing malpractice suits [†] | | |
| No understanding | 11 (18.6) | 13 (15.5) |
| Little understanding | 22 (37.3) | 23 (27.4) |
| Moderate understanding | 25 (42.4) | 42 (50.0) |
| Substantial understanding | 1 (1.7) | 6 (7.1) |

*[†]With post-seminar comparison in Table 3.

Table 4. Post-seminar assessment

| Items | 1999 (N = 59) | 2000 (N = 84) |
|---|---------------|---------------|
| | N (%) | N (%) |
| Comprehension of procedures for managing on-going medical disputation | | |
| No understanding | 0 (0) | 2 (2.8) |
| Little understanding | 4 (9.3) | 8 (11.1) |
| Moderate understanding | 24 (55.8) | 47 (65.3) |
| Substantial understanding | 15 (34.9) | 15 (20.8) |
| Comprehension of the meaning of "informed consent" | | |
| No understanding | 0 (0) | 0 (0) |
| Little understanding | 5 (11.6) | 5 (6.9) |
| Moderate understanding | 29 (67.4) | 44 (61.1) |
| Substantial understanding | 9 (20.9) | 23 (31.9) |
| Comprehension of procedures for preventing malpractice suits [†] | | |
| No understanding | 0 (0) | 3 (4.2) |
| Little understanding | 2 (4.7) | 3 (4.2) |
| Moderate understanding | 26 (60.5) | 46 (63.9) |
| Substantial understanding | 15 (34.9) | 20 (27.8) |
| Comprehension of the commonly-experienced difficulties in physician-patient communication | | |
| No understanding | 0 (0) | 3 (4.2) |
| Little understanding | 3 (7.0) | 11 (15.3) |
| Moderate understanding | 20 (46.5) | 46 (63.9) |
| Substantial understanding | 20 (46.5) | 12 (16.7) |
| Benefit of this symposium in promoting physician-patient communication practice | | |
| None at all | 0 (0) | 0 (0) |
| Minor benefit | 2 (4.7) | 5 (6.9) |
| Moderate benefit | 22 (51.2) | 55 (76.4) |
| Substantial benefit | 19 (44.2) | 11 (15.3) |

*Comparison with pre-seminar value as two independent samples using Mann-Whitney U Test: pre-seminar mean rank = 43.57; post-seminar mean rank = 62.38; Mann-Whitney U = 800.50; Z=-3.539; p < .001.

[†] Comparison with pre-seminar value as two independent samples by Mann-Whitney U Test: pre-seminar mean rank = 37.33; post-seminar mean rank = 70.94; Mann-Whitney U = 432050; Z = -6.120; p < .001.

Assessment by gender, department, and college medical education

| File | Gender | | Department of service | | | | College medical education | | | | |
|-------|----------|----------------|-----------------------|----------|----------------|-------|---------------------------|----------------|----------|-------|-------|
| | Female | ² p | Internal | Surgical | ² p | NTU | Others | ² p | | | |
| 42 | N=17 | | N=39 | N=20 | | N=41 | N=18 | | | | |
| % | N% | | N% | N% | | N% | N% | | | | |
| 76.2) | 14(82.4) | .268 | 0.738 | 34(87.2) | 12(60.0) | 5.685 | 0.024 | 35(85.4) | 11(61.1) | 4.284 | 0.084 |
| 23.8) | 3(17.6) | | | 5(12.8) | 8(40.0) | | | 6(14.6) | 7(38.9) | | |
| 92.9) | 15(88.2) | 0.333 | 0.620 | 37(94.9) | 17(85.0) | 1.661 | 0.325 | 37(90.2) | 17(94.4) | 0.285 | 1.000 |
| 7.1) | 2(11.8) | | | 2(5.1) | 3(15.0) | | | 4(9.8) | 1(5.6) | | |

Assessment by gender, department, and college medical education

| File | Gender | | Department of services | | | | College medical education | | | | |
|-----------|-----------|--------|------------------------|-----------|-----------|--------|---------------------------|-----------|-----------|--------|------------------------|
| | Female | Z | Asymp. Sig. (2-tailed) | Medicine | Surgery | Z | Asymp. Sig. (2-tailed) | NTU | Others | Z | Asymp. Sig. (2-tailed) |
| 42 | N=17 | | | N=39 | N=20 | | | N=41 | N=18 | | |
| Mean rank | Mean rank | | | Mean rank | Mean rank | | | Mean rank | Mean rank | | |
| 99 | 30.03 | -0.009 | 0.993 | 29.59 | 30.80 | -0.268 | 0.789 | 26.93 | 37.00 | -2.167 | 0.030 |
| 48 | 33.76 | -1.159 | 0.247 | 28.92 | 32.10 | -0.728 | 0.467 | 29.17 | 31.89 | -6.06 | 0.545 |
| 18 | 32.03 | -0.621 | 0.535 | 28.58 | 32.78 | -0.955 | 0.340 | 28.37 | 3.72 | -1.185 | 0.236 |

Assessment by gender, department, and college medical education

| Gender | | Department of services | | | | College medical education | | | | | |
|--------------|----------------|------------------------|------------------------------|------------------|-----------------|---------------------------|------------------------------|--------------|----------------|--------|------------------------------|
| Male N=42 | Female N=17 | Z | Asymp. Sig. (2-tailed) | Medicine N=39 | Surgery N=20 | Z | Asymp. Sig. (2-tailed) | NTU N=29 | Others N=14 | Z | Asymp. Sig. (2-tailed) |
| Mean rank | Mean rank | | | Mean rank | Mean rank | | | Mean rank | Mean rank | | |
| 22.34 | 21.13 | -0.321 | 0.748 | 22.27 | 21.50 | -0.216 | 0.829 | 21.10 | 23.86 | -0.761 | 0.446 |
| 22.03 | 21.92 | -0.033 | 0.974 | 21.57 | 22.80 | -0.370 | 0.711 | 20.28 | 25.57 | -1.568 | 0.117 |
| 21.21 | 24.04 | -0.197 | 0.844 | 20.84 | 24.17 | -0.927 | 0.354 | 20.29 | 25.54 | -1.435 | 0.151 |
| 20.66 | 25.46 | -0.773 | 0.440 | 19.63 | 25.80 | -1.974 | 0.048 | 20.90 | 24.29 | -0.966 | 0.334 |
| 21.68 | 22.83 | -1.272 | 0.203 | 20.82 | 24.20 | -1.644 | 0.100 | 19.03 | 26.25 | -2.524 | 0.012 |

Results of the post-seminar assessment

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---------------------------------|---------|--------|---------|---------|-------|
| ongoing medical disputation | 1.000 | | | | |
| consent" | 0.641** | 1.000 | | | |
| practice suits | 0.583** | 0.388* | 1.000 | | |
| difficulties in | 0.482* | 0.260 | 0.394* | 1.000 | |
| physician-patient communication | 0.382* | 0.211 | 0.547** | 0.764** | 1.000 |

p < 0.001.

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---------------------------------|---------|---------|---------|---------|-------|
| ongoing medical disputation | 1.000 | | | | |
| consent" | 0.622** | 1.000 | | | |
| practice suits | 0.512** | 0.201 | 1.000 | | |
| difficulties in | 0.307** | 0.260* | 0.648** | 1.000 | |
| physician-patient communication | 0.307** | 0.491** | 0.299** | 0.312** | 1.000 |

p < 0.001.