

# 醫病共享決策 (SDM) 於一般醫學師資培育之成效

林威宏<sup>1,3</sup>、侯文萱<sup>2</sup>、謝惠淇<sup>3</sup>、簡冬珍<sup>3</sup>、潘倩慧<sup>3</sup>、王竣令<sup>1</sup>、陳炯瑜<sup>1,3</sup>

國立成功大學醫學院醫學系內科學科<sup>1</sup>、老年科<sup>2</sup> 國立成功大學醫學院附設醫院 教學中心<sup>3</sup>

## 背景：

- 台灣已經邁入高齡化社會，高齡病人往往有多種慢性疾病和功能退化，需要長期且複雜的醫療照護。這些高齡病人在面對生命末期或重大醫療決策時，可能無法完全表達自己的意願，或者缺乏足夠的資訊和支持來做出明智的選擇。因此，醫病共享決策 (shared decision making, SDM) 可以幫助高齡病人和家屬了解各種治療方案的利弊得失，並考慮自己的價值觀和生活品質，以達到最佳的治療結果和滿意度。醫病共享決策是指醫療人員和病人在進行醫療決策前，能共享現有的實證醫學資訊，提供病人所有可考量的選擇，並支持病人做出符合其偏好的醫療決策共識，有助於提升醫療品質。「以能力為導向的醫學教育」Competence-based Medical Education (CBME) 主要是一種醫學教育的模式，涉及醫學生或住院醫師在進行醫學教育時，根據核心能力和可信賴專業活動(Entrustable Professional Activities, EPAs)設計課程和評估系統。本研究融合 EPAs 於 SDM 的教學，並結合情境劇本與角色扮演，目的是增進參與一般醫學師資的老師執行 SDM 的能力。

### CBME 元素

### SDM 能力

核心能力

溝通、協商、實證、倫理等

可信賴專業活動

提供實證資訊、了解病人偏好、協助病人決策等

教育訓練

影片、模擬病人、決策輔助工具等

學習社群

導師、同儕、專家等

## 方法：

- 於 112 年一般醫學師資培育課程中，規畫跨領域醫病共享決策融入高齡全人照護，採四人一組進行分組討論，選定一位成員扮演病人，一位成員扮演家屬，兩位扮演不同專業之醫療人員，進行跨領域醫病共享決策跨團隊合作照護角色扮演。
- 透過前、後測課程評估，分析課程成效。
  - 第一部分 醫病共享決策基本觀念：
    - 醫病共同決策(SDM)的元素。
    - 病人為中心之醫療原則。
    - 臨床醫療情境最適合進行醫病共同決策(SDM)。
    - Glyn Ewlyn 提出醫病共同決策(SDM)的三個會談(Three-Talk Model)。

5. 醫病共享決策模式(SDM Model)所必需的步驟。

● **第二部分 OPTION<sup>5</sup> 的自我效能量表:**

1. 在討論某個健康問題時，能夠提到或確認有其他處置或治療選項，或是能夠聽取病人做決策的需求。
2. 能夠協助病人瞭解或仔細商討治療選項。
3. 能夠給予病人合理選項的資訊或確認其對於治療選項的了解程度，以支持病人對各種選項的比較。
4. 能夠試著導出病人對於所討論選項的偏好。
5. 能夠試著整合病人的偏好以作為醫療決策。

● **第三部分 醫病共享決策的可信賴專業活動(EPAs)，行為指標包含:**

**與病人討論共同決策的需求性**

1. 解釋共享決策是可行的，因為需要做出選擇。
2. 解釋共享決策的目標以及處理此過程的方法。
3. 闡明病人的觀點以及個人目標和價值觀。
4. 在決策過程中，總是要考慮病人的智力水平和健康識能來指導病人表達個人的考量。

**醫師與病人討論治療方案**

5. 根據有關這些選項的最新資訊以及現有的實證指引和建議，討論相關的處理選項（包括觀望選項）。
6. 根據病人對資訊的需求、病人的觀點以及個人目標和價值觀連身打造有關選項的最低要求訊息。
7. 提供有關選項的清晰、客觀和結構化的選項。
8. 討論治療的潛在負擔以及每種選項的有利或不利結果的可能性。
9. 使用或參考合適的實證病人教育和諮詢材料(例如：[Dutch thuisarts.nl](http://Dutch thuisarts.nl) 等網站或決策輔助工具)來支持決策過程。
10. 檢查如何理解 and 解釋有關選項的資訊，並在必要時提供足夠的時間來考慮資訊。

**醫師探索病人的偏好和考慮**

11. 闡明對選項的看法和偏好。
12. 闡明選項的動機、實用性和可行性，同時考慮病人的個人情況。
13. 如果與偏好的決策相關需包括相關第三方(包括醫療保健專業人員、親戚和朋友)提供的信息。
14. 總結對不同選項的主要考慮，並檢查這對病人來說是否正確。

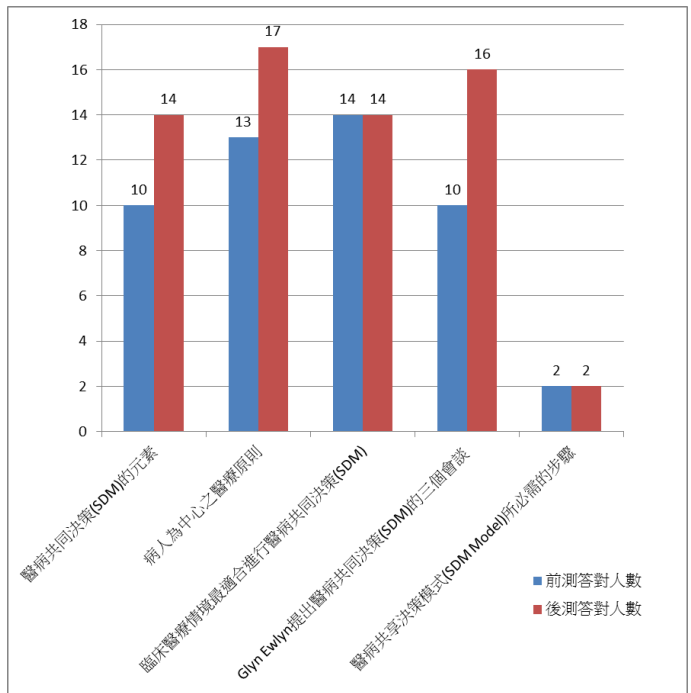
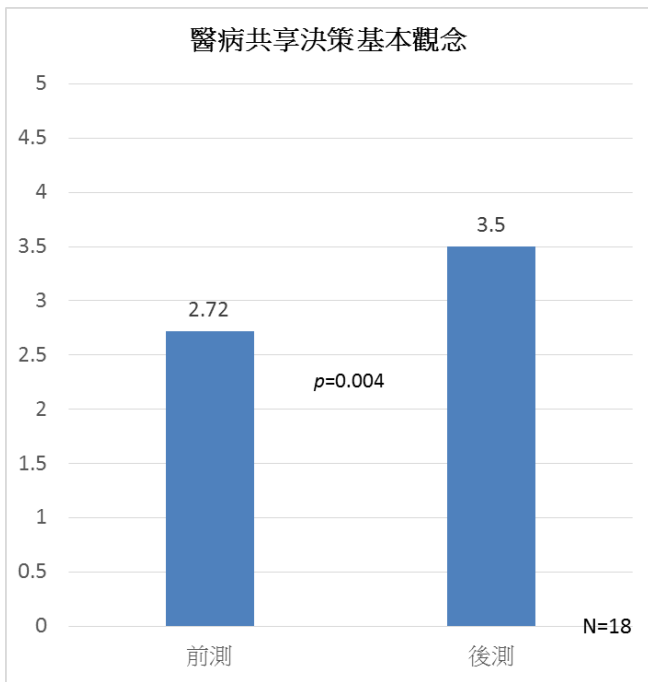
**醫師與病人一起做出經過充分論證的決策**

15. 病人的節奏調整決策時間，同時考慮潛在的醫療緊急情況。
16. 根據最重要的考慮，與病人一起做出決策。
17. 確認病人是否同意這個決策並討論實際後果和決定的進一步執行。
18. 在病人的醫療檔案中記錄決策和決策的潛在動機。

**結果：(N=18)**

**1.Kirkpatrick Model Level2-學習層級(Learning)：**

- **第一部分 醫病共享決策基本觀念:**受訓教師平均分數有提升，前測 2.72 分，後測 3.5 分 (P<0.01)。



●第二部分 OPTION<sup>5</sup>的自我效能量表:

「在討論某個健康問題時，能夠提到或確認有其他處置或治療選項，或是能夠聽取病人做決策的需求」自我信心分數由 2.67 提升至 3.06(P=0.05)。

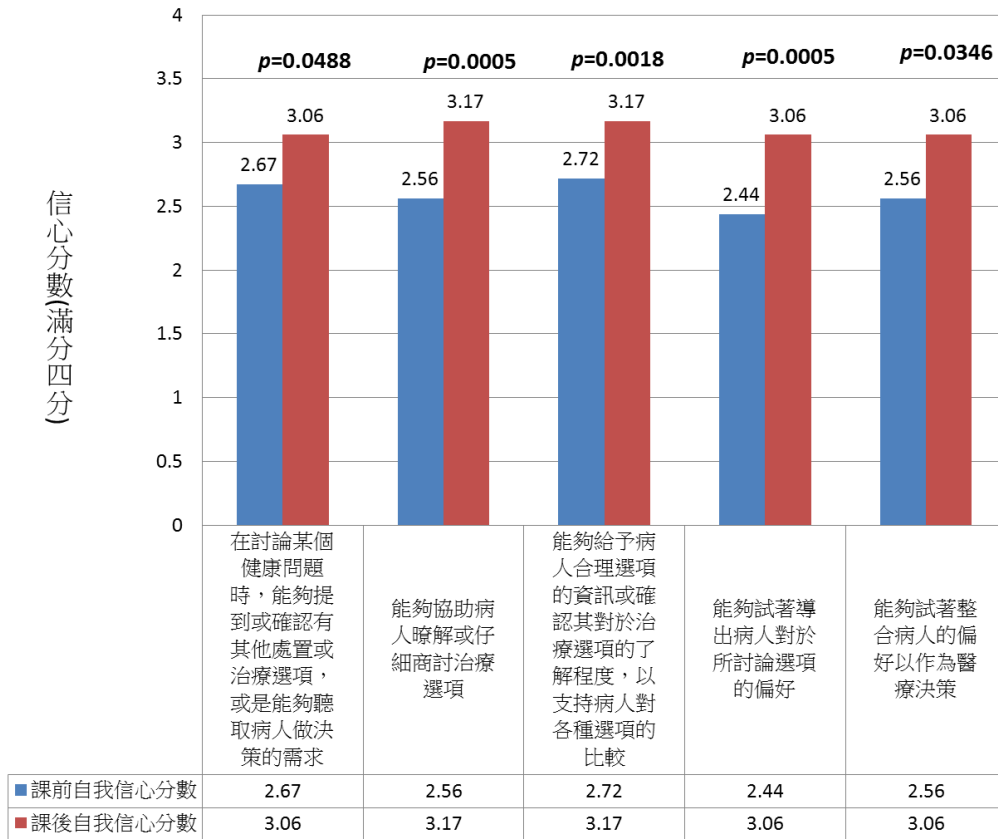
「能夠協助病人瞭解或仔細商討治療選項」自我信心分數由 2.56 提升至 3.17(P=0.0005)。

「能夠給予病人合理選項的資訊或確認其對於治療選項的了解程度，以支持病人對各種選項的比較」自我信心分數由 2.72 提升至 3.17(P<0.01)。

「能夠試著導出病人對於所討論選項的偏好」自我信心分數由 2.44 提升至 3.06(P<0.01)。

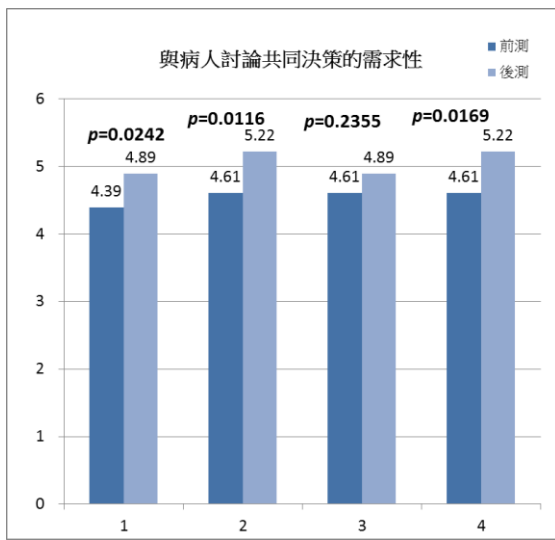
「能夠試著整合病人的偏好以作為醫療決策」自我信心分數由 2.56 提升至 3.06(P=0.03)。

OPTION<sup>5</sup>自我效能量



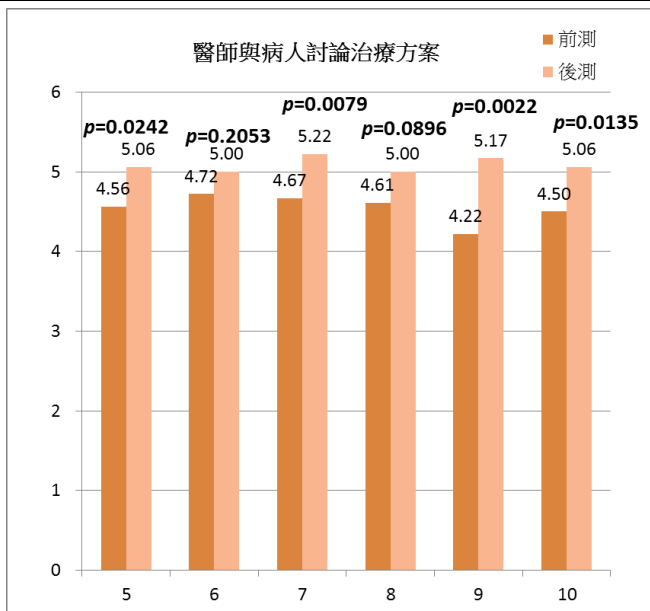
●第三部分 醫病共享決策的可信賴專業活動(EPAs)

與病人討論共同決策的需求性



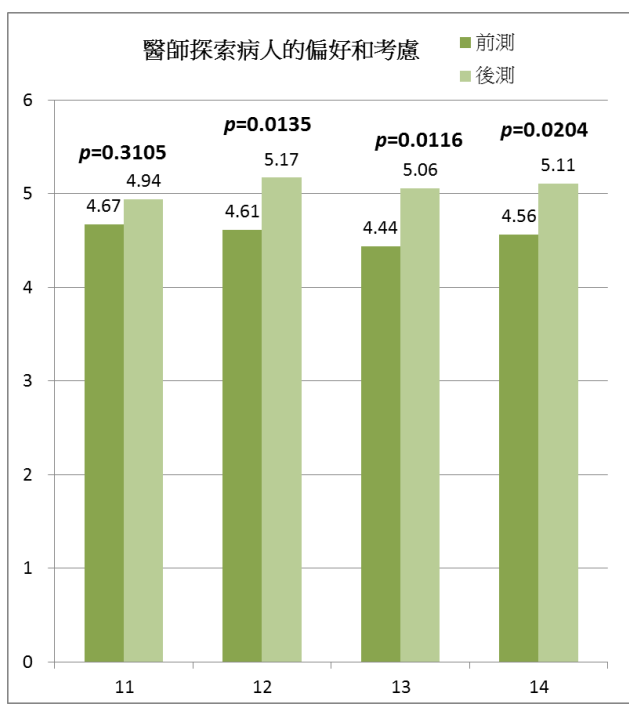
- 「1.解釋共享決策是可行的，因為需要做出選擇。」對此行為融入教學的意願程度，由 4.39 提升至 4.89(P=0.02)。
- 「2.解釋共享決策的目標以及處理此過程的方法。」對此行為融入教學的意願程度，由 4.61 提升至 5.22(P=0.01)。
- 「3.闡明病人的觀點以及個人目標和價值觀。」對此行為融入教學的意願程度，未達統計上之顯著差異(P=0.24)。
- 「4.在決策過程中，總是要考慮病人的智力水平和健康識能來指導病人表達個人的考量。」對此行為融入教學的意願程度，由 4.61 提升至 5.22(P=0.02)。

醫師與病人討論治療方案



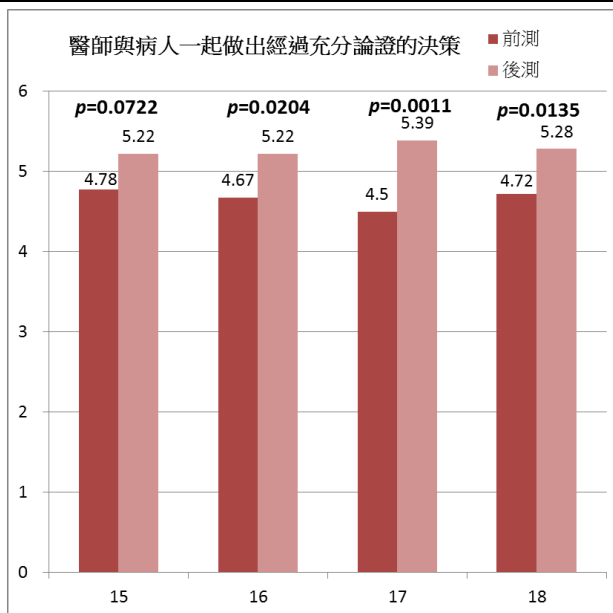
- 「5.根據有關這些選項的最新資訊以及現有的實證指引和建議，討論相關的處理選項。」對此行為融入教學的意願程度，由 4.56 提升至 5.06(P=0.02)。
- 「6.根據病人對資訊的需求、病人的觀點以及個人目標和價值觀連身打造有關選項的最低要求訊息。」對此行為融入教學的意願程度，未達統計上之顯著差異(P=0.21)。
- 「7.提供有關選項的清晰、客觀和結構化的選項。」對此行為融入教學的意願程度，由 4.67 提升至 5.22(P<0.01)。
- 「8.討論治療的潛在負擔以及每種選項的有利或不利結果的可能性。」對此行為融入教學的意願程度，未達統計上之顯著差異(P=0.09)。
- 「9.使用或參考合適的實證病人教育和諮詢材料來支持決策過程。」對此行為融入教學的意願程度，由 4.22 提升至 5.17(P<0.01)。
- 「10.檢查如何理解 and 解釋有關選項的資訊，並在必要時提供足夠的時間來考慮資訊。」對此行為融入教學的意願程度，由 4.50 提升至 5.06(P=0.01)。

醫師探索病人的偏好和考慮



- 「11.闡明對選項的看法和偏好。」對此行為融入教學的意願程度，未達統計上之顯著差異(P=0.13)。
- 「12.闡明選項的動機、實用性和可行性，同時考慮病人的個人情況。」對此行為融入教學的意願程度，由 4.61 提升至 5.17(P=0.01)。
- 「13.如果與偏好的決策相關需包括相關第三方提供的信息。」對此行為融入教學的意願程度，由 4.44 提升至 5.06(P=0.01)。
- 「14.總結對不同選項的主要考慮，並檢查這對病人來說是否正確。」對此行為融入教學的意願程度，由 4.56 提升至 5.11(P=0.02)。

醫師與病人一起做出經過充分論證的決策



- 「15.病人的節奏調整決策時間，同時考慮潛在的醫療緊急情況。」對此行為融入教學的意願程度，未達統計上之顯著差異(P=0.07)。
- 「16.根據最重要的考慮，與病人一起做出決策。」對此行為融入教學的意願程度，由 4.67 提升至 5.22(P=0.02)。
- 「17.確認病人是否同意這個決策並討論實際後果和決定的進一步執行。」對此行為融入教學的意願程度，由 4.50 提升至 5.39(P<0.01)。
- 「18.在病人的醫療檔案中記錄決策和決策的潛在動機。」對此行為融入教學的意願程度，由 4.72 提升至 5.28(P=0.01)。

受訓教師質性回饋：

1. 課程豐富，受益良多。
2. 內容充實，受益良多。
3. 更了解如何實際運用六大核心能力。
4. 我當 PGY 時並沒有老人醫學訓練，後來進入兒科更是完全沒有接觸，今天了解到很多高齡醫學相關的內容，收穫良多。

## 結論：

高齡社會也帶來了更多的學術和實務上的挑戰，例如如何發展適合高齡者的臨床指引和實證資料，如何培訓有能力進行醫病共享決策的醫療人員，如何設計有效且友善的決策輔助工具等。這些挑戰需要跨領域和跨界別的合作與創新，以提升高齡社會中醫病共享決策的品質和普及度。

SDM 和 CBME 有一些共同的理念和目標，例如：

- 都強調以病人為中心的醫療，尊重病人的自主權和多元性。
- 都注重醫療人員和病人之間的溝通、協作和信任，以提升醫療品質和效率。
- 都採用能力導向的教育和評估方式，以培養醫療人員的核心能力和勝任能力。
- 都促進醫療人員的終身學習和反思，以因應醫療環境的變遷和挑戰。

因此，SDM 和 CBME 可以視為相輔相成的兩個面向，SDM 可以作為 CBME 的一個重要的核心能力或可信賴專業活動之一，而 CBME 可以作為培養 SDM 所需能力的一個有效的教育模式。