

# 本文章已註冊DOI數位物件識別碼

## ▶ 以焦點團體探討住院醫師執行生理心理社會醫學照顧模式的促進與阻礙因素

Using Focus Groups to Explore the Enabling and Barrier Factors of Bio-psychosocial Medical Care among Residents

doi:10.30074/FJMH.201112\_24(4).0005

中華心理衛生學刊, 24(4), 2011

Formosa Journal of Mental Health, 24(4), 2011

作者/Author：陳秀蓉(Hsiu-Jung Chen);鄭逸如(Yih-Ru Cheng);王長偉(Chang-Wei Wang);呂碧鴻(Bee-Horng Lue)

頁數/Page：611-635

出版日期/Publication Date：2011/12

引用本篇文獻時，請提供DOI資訊，並透過DOI永久網址取得最正確的書目資訊。

To cite this Article, please include the DOI name in your reference data.

請使用本篇文獻DOI永久網址進行連結:

To link to this Article:

[http://dx.doi.org/10.30074/FJMH.201112\\_24\(4\).0005](http://dx.doi.org/10.30074/FJMH.201112_24(4).0005)



DOI Enhanced

DOI是數位物件識別碼（Digital Object Identifier, DOI）的簡稱，是這篇文章在網路上的唯一識別碼，用於永久連結及引用該篇文章。

若想得知更多DOI使用資訊，

請參考 <http://doi.airiti.com>

For more information,

Please see: <http://doi.airiti.com>

請往下捲動至下一頁，開始閱讀本篇文獻

PLEASE SCROLL DOWN FOR ARTICLE



## 以焦點團體探討住院醫師執行生理心理社會醫學照顧模式的促進與阻礙因素

陳秀蓉 鄭逸如 王長偉 呂碧鴻

**研究目的：**醫療中以生理、心理、社會模式照顧患者是患者為中心的核心概念，也是重要的臨床實境技能，它對協助患者疾病治療有其重要性與效益性。但是自從Engel提出至今，實際使用與採行的醫療單位與人員仍然有限。本研究目的有二，一為探討住院醫師使用BPS醫療照顧模式的促進因素與障礙因素，二為了解醫師執行BPS的需求，以提供合宜學習訓練的建議。研究方法：研究採取質性研究方式，44位住院醫師受邀參與焦點團體，共分七個團體，成員平均年齡為29.56歲，男性27人，女性17人。資料分析步驟為：1.將錄影資料轉錄謄寫成文字資料，由專業人員依據團體討論的重要主題與事件單位進行標識，並透過共識會議，確立內容分類與共同面向。2.依據各面向區分有利或阻礙因素架構，將述說事件進行內容歸類、內容整理與概念分析。**研究結果：**1.不同層級住院醫師對BPS的界定應用之理解有所不同。2.住院醫師有利的BPS概念為BPS是統整互動、歷程及未來導向觀點，需投入與專業合作；要養成中立、患者為中心的深化態度；要具備溝通、關係建立、衡鑑問題及概念化技巧。至於阻礙BPS執行之因素，包括在概念上誤為醫療以生理為主，以為患者有特殊需要才執行BPS架構，在態度上擔心談社會心理問題患者願意低或介入不符經濟效益，缺少技巧練習與勝任能力等。**研究結論：**住院醫師宜同步建立正確概念與人本內化的態度，作為BPS模式的基本養成，再加上精熟的技巧練習，三方面相互為用才能做好BPS的醫療照顧。本研究建議未來訓練的方針應加入精緻化的概念與深化的態度培訓，臨床實作上應加強臨床策略與技能的多元方法、多元層次的訓練方案。

**關鍵詞：**生理心理社會模式、住院醫師訓練、焦點團體、患者中心

陳秀蓉：國立臺灣師範大學教育心理與輔導學系副教授；國立臺灣大學心理學研究所博士；專長領域與研究興趣為臨床心理學、臨床健康心理學、心理病理學、心理治療。

鄭逸如：國立臺灣大學醫學院附設醫院臨床心理中心主任；國立臺灣大學心理學研究所博士；專長領域與研究興趣為臨床健康心理學、臨床心理學、心理治療。

王長偉：國立臺灣大學醫學院家庭醫學科研究助理；國立臺灣大學心理學系學士；專長領域與研究興趣為行為醫學、健康心理學。

呂碧鴻：國立臺灣大學醫學院家庭醫學科、社會醫學科副教授，國立臺灣大學醫學院附設醫院家庭醫學部行為醫學科主任；國立臺灣大學醫學系醫學士；專長領域與研究興趣為行為醫學、家庭醫學、醫學教育。(通訊作者；E-mail: grace@ntu.edu.tw)

收稿：2010年01月25日；接受：2010年09月23日。

## 一、前言

Fischella(2005)提到自1977年Engel開啟了一項新的醫學模式，提出了生理心理社會模式(biopsychosocial model, 簡稱BPS)，它不同於傳統之生物醫學模式，重視以患者為中心，經由患者述說的故事，讓醫師理解到患者的生理疾病和其心理社會的生病脈絡，目的在於建立好醫病關係，達到全人照顧的醫療目的。而Engel(1977, 1980)提出之生理心理社會模式係以系統理論為模型，強調人每一時刻是以生理、心理、社會系統以及系統間階層性(hierarchy)與連續性(continuum)的關係運作著，每個系統都是獨立動態的組織整體(organized dynamic whole)，但又都與其他系統有階層關聯，包括從微觀生理之微分子、細胞、器官的層次到個人心理、社會等高階巨觀的層次，每個層次間彼此相依，亦即每個整體(whole)次系統也是高階巨觀層次系統的一部份(part)，而系統間平時呈現連續的平衡關係，一旦單系統內發生改變，就會對其他系統產生相對的動態影響，維繫系統間相依相存的條件是相互的協調運作，因此當患者罹患身體疾病時，生理系統同時會影響個人心理與社會系統，不過，此時個體若能適度地調節生理或心理，都可以對系統穩定有所幫助。近年醫學界許多學者認為生理心理社會模式可以理解患者之視框，也可以作為整體衡鑑個案問題、溝通治療的工作架構，甚至可作為醫學哲學取向或臨床醫學取向的發展方針(David & Holloway, 2005; Suchman, 2005)。國內實行的現況與訓練的落實值得探究，因為這關乎患者的福祉。

## 二、文獻回顧

由於BPS觀點與傳統醫學注重診斷、生理病因與生物醫學處置有著相當大的差異，縱使Engel之觀點已提出30年，其推行仍然有限，Suchman(2005)提到在前20年至1989年為止，BPS當時要能被醫界接受是一項挑戰，不過在近十年，即2000年之後，醫學教育逐步加入了以患者為中心及BPS的訓練，這是很大的轉變，像是美國醫學院協會(The Association of American Medical Colleges)列出醫學教育目標，畢業生必須具備的特質之一為盡責(dutiful)，盡責的內容除了解患者健康生理因素外，還

需瞭解健康不良之非生物性決定因素，如社會性、心理性及行為性因子以及疾病、創傷等危險因子的知識。

在現實醫療層面而言，目前基層醫療中，慢性生理疾病的處置、憂鬱與焦慮心理疾患、重大心理、社會問題或身體化症狀(somatization)的普遍性及疼痛等醫療問題越來越多樣(Lecrubier, 2001; Wittchen et al., 2002)，顯示個人生病的型態改變，許多心理社會因素影響的生理問題增加(Sarafino, 2008)，醫學教育若能落實「病人為中心之醫療照顧模式」與「生理、心理、社會照顧模式」之訓練，是重要的人本精神與醫療趨勢。Stewart等人(2000)揭示前者重視醫療照顧的人本取向，後者則是顯現出整體系統的醫療照顧觀點，這兩模式像是經緯關係，透過人本與整體系統地照顧患者，才能尊重到個案的需要。

而最初以「病人為中心之醫療照顧模式」與「生理、心理、社會照顧模式」係以家庭醫學科作為基礎發展的醫學科別之一。以患者為中心的家醫科醫師訓練強調患者的疾病歷程與經驗，患者的整體心理與社會狀況，以及共同討論如何在疾病管理中彼此的角色等醫療照顧。以患者為中心的照顧，可讓患者覺得有能力面對疾病增進療癒，能讓醫師協助個案整合資源，促進持續性的夥伴關係(sustained partnership)，照顧好患者的醫療問題 (Leopold, Cooper, & Clancy, 1996)。Stewart等人(2000)研究家醫科醫生與315名病患，透過觀察及錄影病人與醫生的互動溝通過程，以三個要素評估分析以患者為中心的醫療互動方式，研究結果說明了患者為中心的重要性，研究顯示病患能清楚知覺自身疾病經驗與醫療處置，及醫師能理解患者感受雙項因素，是對患者治療介入重要且有效的因素。而值得一提的是2003年美國醫療研究院(Institute of Medicine, IOM)看到上述概念的重要性，已將「以患者為中心之醫療照護」拓展列為醫師應具備之臨床核心技能之一。

以患者為中心的醫師，除了學習醫療介入技巧外，也需敏感於瞭解何種介入方式能對病患產生效益，在實作上，可輔以生理、心理、社會模式的系統階層觀點，以做為醫療評估與治療介入的指引，亦即，醫師在考量系統內所有的資訊後，俾可以具體而微地做到以患者為主的醫療(Suchman, 2005)。而Engel(1980)以生理、心理、社會模式為取向的醫療照顧提示的是，在醫療中透過對生理向度之外的心理社會向度的關照，可以讓醫療人員掌握患者的個別差異性與醫療的適切性，有助於理



airiti

解不同疾病患者受病之苦的主觀經驗、生活影響，考慮各種影響病情與處置的影響因素，甚至疾病復原期的問題，並基於這樣整體的了解，以達到以患者為中心的醫療目標。因此，醫療人員需要學習掌握系統觀的基礎知識、語言使用及工作技能。

在人本態度下，BPS取向目前已是訓練家醫科醫師的理論基石。Bartz(1999)以社區健康中心(位於多元種族及低收入地區)的家醫科醫師為研究對象，試圖探究及瞭解生理－心理－社會模式的應用情形，他選取九名有不同生理－心理－社會問題背景及疾病特性的糖尿病患，以及一名有六年執業經驗且熟習BPS取向的家醫科醫師，錄下並分析病患在文化脈絡中與醫師的互動，包括病患對糖尿病的解讀、社會背景、個人生活史、自我照顧情形，以及醫師對於糖尿病治療的瞭解，分析策略為人際互動歷程回憶(interpersonal process recall)，結果發現：醫師在BPS的訓練下，認知到須充分瞭解病患的各個面向，才能促進醫師對患者的照顧，不過其中亦有阻礙，例如，不同病患知覺自身身體、心理的原因有個別差異性，Bartz認為像是個案對身體疾病抱持宿命論的看法，BPS的介入就會受到限制，因此，如何彈性考慮患者的主觀價值，並予以接納與溝通，是進行BPS介入不可忽視的重要考慮。不過，Suchman(2005)認為除了患者因素是阻礙BPS的推行因素外，醫師因素也要考慮。醫師需要一套良好的訓練計劃，讓醫師學習覺察患者的生活世界，增加晤談技巧中探問與衡鑑個案生病前後的系統改變，以及如何從自然的醫病治療關係收集晤談歷程中有價值的主、客觀資料，掌握個案生病經驗，同理反應分享訊息，共同做出臨床決策與計畫，都是需要相當的訓練。

縱觀醫學訓練BPS有許多困境，Waldstein、Neumann、Drossman與Novack(2001)調查美國醫學院將心身醫學或生理－心理－社會取向納入醫學課程的情況，例如心理社會因素在特定疾病或症候群中的角色主題，被教導的比率從33%(腎臟疾病)至83%(心血管疾病)，比例上看似有被重視之趨勢，然而，身心醫學在整體的醫學教育課程中大約僅佔10%；雖然，63%的回覆者表示對將來把身心醫學的議題納入學校的課程感興趣，可是在7000－8000小時的教學時數中，一半的學校投資在身心醫學上的時間不到40個小時；教學受限的原因包括：資源有限(時間、金錢、師資)、學生與教授對身心醫學的抗拒、課程缺乏連續性等問題，因此學者建議身心醫學需更進一步的課程發展須多層面考慮(Wolkenstein & Butler, 1998)。

David與Holloway(2005)主張不論是以病患為中心或是以生理心理社會模式的醫師訓練，除了知識概念學習外，皆需加入臨床技能教學課程與訓練，才可提升患者的照護。Fiscella(2005)建議訓練方向應以加強住院醫師對生病(illness)的身心相關性之瞭解、熟稔BPS模式或病人為中心之醫療照護模式之技巧、學習精確觀察、判斷，做正確的建議及有效執行心理社會介入(psychosocial intervention)。目前國內學者探討醫學教育中住院醫師的BPS技能與應用狀況，以及教學訓練的方案，甚至臨床應用的成效資料都付之闕如，而國內BPS訓練方案仍有其發展的重要性，而且臨床住院醫師接受此方面訓練以家庭醫學為主。

而國內應用BPS模式以家庭醫學科為主的背景原因在於，家庭醫師在醫療體系中屬基層醫療，他們的診所或醫院就設在住家與社區，常為住民就醫過程中第一位接觸的醫師，家庭醫學醫師希望能與患者建立持續性、完整性照顧好個案的身體與心理，並擔起協調統合患者、家屬或其他醫療專科的意見及其他資源，給予病患理想的照顧與資源，也因此教學醫院中訓練住院醫師時，家庭醫學科也以BPS模式做為臨床實境訓練時的知識與技能之一。

本研究將針對家庭醫學科住院醫師學習BPS醫療臨床照顧模式之現況進行探討，有兩項目的：一為瞭解現階段住院醫師在接受BPS概念訓練後，實際在進行醫療照顧過程中，對加入社會心理因素的認同與實作經驗的現況，二為瞭解執行過程中以服務患者的立場，醫師認為在使用BPS的有利與不利條件為何，以呼應未來醫學教育中需要增加哪些訓練，才能有利推動BPS照顧模式。為回答上述目的，質性資料整理與發現，將可在醫療現場與實境需求下，提供具體而微的理解。

### 三、研究方法

#### (一)研究對象

為廣泛性理解各層級住院醫師應用BPS在醫療情境現況，以及使用BPS時有利與不利的因素，本研究以北部某教學級醫學院附設醫院家庭醫學部第一年、第二年、第三年住院醫師及研究人員(第四與第五年住院醫師)為主要研究對象，共44人參與

本研究，總平均年齡為29.56(SD=4.04)，男性共27人，佔全人數的61.4%，女性共17人，佔全人數的38.6%。其中第一年住院醫師共有14位，佔全人數的31.8%；第二年住院醫師共有12位，佔全人數的27.3%；第三年住院醫師共有12位，佔全人數的27.3%；研究人員即第四或第五年住院醫師共有6人，佔全人數的13.6%。

44位醫師受邀參與焦點團體，共分七個團體舉行，因考慮人數及醫學受訓及臨床經驗同質性的關係，本研究將同年進入醫療系統訓練的醫師納入同一團體，第一年(R1)、第二年(R2)、第三年住院醫師(R3)分別各自分成兩個焦點團體，第四與第五年醫師(R4, R5)組成一個焦點團體。七個梯次的焦點團體分別於96年12月至97年3月期間舉行。各層級醫師參與梯次與焦點團體參與總人數及男女人數請詳見表一。

## (二) 研究程序

本研究採用焦點團體訪談 (focus group interview) 質性研究法收集資料，並進行資料分析。以焦點團體進行資料蒐集，其優點在於研究目的中的情境資料是透過團體成員之間的互動所產生。由於本研究目的在了解住院醫師BPS醫療照顧模式臨床實作之現況，團體領導者用五個主要半結構開放式問句引導出團體主題，並進行分享，各主題問題為：1.什麼是BPS模式？你認知到的BPS是什麼樣的概念或模式？2.經驗中在什麼情況下你會使用BPS？請舉些具體例子。3.請談談對應用BPS的經驗

表一 焦點團體各梯次舉辦日期、參與人數、性別一覽表

焦點團體梯次	舉辦日期	參與人數	性 別	
			男	女
group1_(R1-1)	2008-01-28	8	7	1
group2_(R1-2)	2008-02-25	6	2	4
group3_(R2-1)	2008-01-21	7	7	0
group4_(R2-2)	2008-03-17	5	3	2
group5_(R3-1)	2008-02-18	6	4	2
group6_(R3-2)	2008-03-03	6	2	4
group7_(R4, R5)	2007-12-11	6	2	4
Total		44	27	17

airiti  
與看法。4.在醫療中使用BPS有用之處為何？5.在醫療中使用BPS窒礙難行之處為何？

本研究團體領導者為家庭醫學科主治醫師(為本研究主持人)，因熟悉臨床服務特性，以及各層級住院醫師的訓練背景與醫療經驗，這樣可以貼近現象場域，進行深入團體的焦點討論。領導者事先安排適當場所地點，進行前，具體說明研究目的及進行程序，並獲得錄影、錄音同意，團體開始則遵循開場、主題討論、結束討論程序。領導者並於團體進行時催化團體，中立不帶評價，期使參與者可以表達自己的看法與經驗，也透過傾聽其他人的發言，引發更多額外的資料，過程中彼此發問、尋求闡釋及回應所聽到的內容，以確認參與者所表述的資料可以更加明確精準與完善。

### (三) 資料分析

資料分析步驟為：1.將七個團體的錄影、錄音資料轉錄謄寫(transcribe)成文字資料。2.由三位研究人員(家庭醫學科醫師、心理學家、社會醫學專家)根據焦點團體中討論之研究主題：生理心理社會模式在臨床上的經驗討論，先進行關鍵對話經驗切分，依成員所描述的單一經驗事件為基本單位抽出資料(每主題陳述句後會標出R1、R2、R3、R4/R5以區分不同層級住院醫師的陳述)，再從事件中切分主題內容段落，然後再依據抽出事件分別進行內容分類，並透過共識會議確立資料呈現之共同論題區分不同面向。3.作者再依據成員在各面向之敘述區分促進或阻礙因素歸類。

上述研究質性資料的信度與效度，將採Morrow(2007)建議的資料的合適性與可信賴性(adequacy of data and credibility)作為效度參考，信度上則可採Denzin與Lincoln(2000)建議之可靠性(dependability)作為參照。

- 1.研究資料的合適性與可信賴性：首先資料的合適性上，我們有來自各年資不同的住院醫師七個焦點團體的資料，歸納整理出相當豐富的事件單位(請見下列研究結果中逐項因素整理的量性資料)，應可反映住院醫師在醫療場域中執行生理心理社會模式上的現況；而在資料可信賴性上，研究皆經由三位專業人員共同檢視，經由比較分類與概念化資料，慎重討論獲共識後才將資料進行整理撰寫結果。



- 2.研究程序與資料分析的可靠性：本研究開放焦點團體討論，再進行錄音謄稿，並請三位研究人員在閱讀過文稿後一起註記內容事件單位，研究程序具體清楚，依據編碼可確認資料歸類程序與概念化階段的透明性，亦可降低主觀性涉入，增加資料的可靠性。

## 四、結 果

本研究團隊將焦點團體質性資料開放編碼後的資料內容，依住院醫師學習BPS與應用歸納出四個共同論題，四項共同論題的歸類原則為：1.敘說者說到對BPS模式是什麼的陳述或理解其應用定義的內容時就歸類為「BPS界定」向度；2.當敘說者闡述對BPS的概念或延伸知識時就標註為「認知概念」向度；3.當敘說者對BPS發表其主觀的情感、喜好、意圖、行為等時就標註為「態度」向度；4.當敘說者對BPS發表應用之策略與技巧，如面對患者時其進行之計畫性、組織性及操作之行動、技巧就標註為「實作技巧策略」向度，接著，再從各向度在住院醫師述說資料中，分出後三向度中住院醫師自覺能幫助臨床執行BPS的促進因素(正向因素)或是無法或不執行的障礙因素(負向因素)。

### (一) 住院醫師對BPS模式的界定

住院醫師在執行BPS時對BPS模式的認知界定反映他們的初步理解，因為不同層級的醫師累積經驗不同，針對各層級醫師的主觀界定加以整理，共抓取15個有意義內容事件，分出的主要概念整理如下：

第一年住院醫師(R1)對BPS模式的界定提到：「所謂biopsychosocial就是呢所謂的全人照顧，就是從心理、生理、跟社會的層次來看這個病。那當然他們都是彼此互相影響的(R1E3D)。」R1認為BPS是全人照顧，需從BPS三層面及彼此交互關係看個案的病症，不過R1偏在知識理解的層面。

第二年住院醫師(R2)提到：「BPS不能切割而且高度相關，這三個有互動，但是也有並行的部分，P其實就是context啦，就是故事，故事是發生在context，你在處理故事的細節，但是context就是整個background，所以你要對context有所了解，你才知

道故事脈絡怎麼走…(R2E16D)」R2認為BPS模式是臨床操作模式，它協助醫師從個案心理背景與脈絡下去理解生理事件，看生理如何影響個人心理與社會層面，所以BPS是觀照個案整體經驗，不能分割。R2經由R1時家庭醫學科的訓練架構，開始可以從臨床執行應用領悟到此模式可以帶領更廣的視域去理解患者、對待患者，甚至可以主動了解患者背後的想法與感受。

第三年住院醫師(R3)則提到：「BPS就是你在一個，跟一個病人接觸的過程中，你建構起一個他日常生活的樣態，好像說他每天的工作啦，他會接觸到怎麼樣的人，然後他生活各方面的挑戰有哪些，還有他的生活的一個結構是什麼，這不管對我們去診斷他biological的原因，medical的原因的來源，或是說後續的處置要做怎麼樣的調整(R3E13D)；biopsychosocial怎麼樣，好，那我們也會，就是常常被提醒，就是常常會，會記得說阿，那我這個應該去，去探討，像這樣子已漸漸內化有概念架構並也親身經驗投入(R3E26D)。」R3知道BPS是接觸患者的重要向度，知道需要設身處地地體會個案的生活經歷，將它融入在醫療行為當中，才能做好臨床的評估與介入。

資深住院醫師對BPS界定(R 4 & R5)提到：「…舉例那有一個中年女性來，她就是來只是跟你講說…是經期不規則，然後問說是不是要menopause了，可是那個時候可能…就是覺得跟他講話還滿投緣的，就是開始會關心一下他的一些其他的生活方面，結果他就很自然的就帶到了其實他背後的…另外的一個很大的因素，發現他長久以來跟先生相處都有問題，然後其實他那個困擾他很久了，那那個反而變成是他比較major的problem(R4R5B8D)。」資深的住院醫師開始以患者為主體，從自身與個案互動的經驗中領會BPS是理解個案真實臨床問題的架構，然而，要理解個案需要更多經驗累積與訓練，才能掌握好患者的個別性與獨特性。

從上述各層級住院醫師對BPS的界定與理解觀點，R1了解概念知識，知道BPS是理解個案生理、心理、社會三向度交互關係的架構，R2已經漸漸形成臨床上的一種態度要從個案背景脈絡理解生理問題，而R3與資深住院醫師已經實際積極身體力行，以三向度進行對個案評估與介入，資深住院醫師則知道BPS是自然面對“人”時要有的醫療照顧，站在個案立場能理解與考慮個案生病的獨特性。

airiti

透過焦點團體中各階層的醫師討論，接續以多面性呈現各階層住院醫師在實務上究竟掌握多少BPS的概念知識、態度與實際執行策略與技巧之整理與分析；同時亦整理他們在使用BPS上遇見的阻礙，以下將一一呈現這些層面。

## (二) 住院醫師對BPS之概念認知有利與不利因素

住院醫師對BPS之概念認知有利因素歸類中，共取得20個有意義的內容事件，經分析後可以分成5個因素。住院醫師認為BPS重要的概念內涵包括：

1. 「從理解患者生理、心理、社會互動的網絡進行介入」，亦即BPS的架構是要深入個案經驗中生理、心理及社會網絡去理解患者，才能進行合宜的介入，醫師也認知到他們需要將這知識概念，內化到自身工作的思考歷程之中。具體範例如成員提到：BPS就類似說，每一個進來診間的病人的網絡，我們看到的面向其實，通常都是一開始只有一部份，那在就診期間就是再挖掘那些其他背後的網絡怎麼樣交織，我的想法是如果你能找出這些，才能讓你，本身做的一個thinking process跟處置更完美這樣子(R3-1E15)。」
2. 「使用BPS時醫師心中對個案要有不同標準，做到以患者為中心」，住院醫師深刻認知到BPS的執行，是要依據患者的期待、需求量身訂製其治療方針，以尊重個案的獨特性。例如：「針對不同的病人，其實我應該要設立不同的標準，其實每個病人他有他自己的想法，其實還是應該individualize(R3-1E21)。」
3. 「BPS需要長期投入與追蹤」，住院醫師體認到BPS需要投注許多心力、時間去作，與個案的關係也需要長時間去經營，非一蹴可成。例如，他們提到「…要花滿多時間去approach；也要長期追蹤、醫病關係要建立好(R4R5E4)。」
4. 「BPS是歷程導向，能協助治療預作準備」，住院醫師體驗與認知到醫者不僅要考量個案當下的處境，還需要早一步注意到未來可能的變化，早一點幫個案先作準備。具體實例如：「你現在可能是care他目前的問題，可是假設有一天先生因為cancer可能會過世，那他的…，你要去預先想到他的coping會是怎麼樣的方式(R4R5E4)；你不是處理目前的問題，你要想到他之後可能未來會

airiti

發生的問題，那每件問題你要怎麼樣去處理這樣子(R4R5E4)。」

5. 「在家醫科可與相關領域人員在BPS架構下共同照顧病患」，醫師重視自身專業與其他領域的合作模式，例如，住院醫師提到：「這個model，他的設計應該是跟我們家醫科初診病歷應該是有關係的，我們初診病歷的設計應該多少有遵循這個model的原則在做，若有心理社會問題太過棘手…必要時轉介到我們的身心壓力門診去給心理師(R2-2E4)。」

在住院醫師對BPS之概念認知不利因素歸類中，共取得與住院醫師對BPS概念誤解有關的26個事件，經分析後總共可以分成3個因素，以下分點整理之。

1. 「以為BPS係以生理因素為首，缺少三者互動的系統觀點」，有部分醫師認為醫療中BPS架構須先由生理疾病與檢驗數據作為判斷的依據，若有生理病因的依據，就不需進一步了解個案心理與社會層面，接下來會以生理治療為主；另一種阻礙的次類型是把排列在生理之後的心理社會探詢，當作是增進關係的手段，這顯示在概念上以為BPS三向度間有明顯的優先順序與重要性。相關的範例如：「如果bio不能解釋或是沒辦法檢查目前的疑問，才會去問到social或psychological…(R1-1E6)；沒辦法每次都routine用到BPS，因為醫學教育就是以chief complain為導向…就會先去找那些問題(R1-1E7)；發現有其他方面已經可以解釋，那我就不會再去找其他psychosocial方面的問題(R1-1E9)；BPS都還真的有那個順序性，就因為是醫師，所以都一定是bio的問題來，都是先從他的chief complain(R4R5E10)。」
2. 「判斷特殊個人議題或科別才詢問非生理訊息」，有醫師認為只在某些特別的病人上面才使用BPS架構，也就是說，他們並不會一致地對每個患者都使用全人觀的方式，例如個案有特殊狀況、多重身體不適的抱怨、情緒低落等這些情況才會多問與非生理方面相關的問題；或是有醫師認為只在醫療相關場域，例如說安寧病房、疾病需長期追蹤的情況下「比較會」運用到BPS的方法。相關的範例如：「有特殊狀況才會去多問他一點…(R1-1E1)；如果只是單純biology的話，通常就不會問這麼多…如果有多餘的時間，才會建立關係(R1-1E6)；安寧病房會比較去使用到這個部分(R3-2E1)；病人的反應或compliance不如預期…或是問history的反應有點down、情緒變化…會讓我們



airiti  
induce想要多問、多瞭解其他的部分(R3-2E4)。」

3. 「不習慣BPS全人系統觀的使用，認為有別科醫師會處理」，有醫師認為以BPS服務患者並非例行，也非必要責任，認為患者有需要時也有其他科會處理到，BPS概念應是每一位個案的生理、心理及社會層面都需要在現實面被醫師理解與照顧到。相關的範例如：「我好像過去也沒有routine，每一個會去approach到這樣子(R1-1E2)；他今天的問題雖然不是在你這邊解決的…但以後或周遭人有需要服務…找某醫師因為他會幫你處理(R2-1E9)。」

不同醫師因其對BPS之界定與認知之不同，反映在他們的態度與感受行為也可能不同，以下整理住院醫師對BPS照顧模式之態度促進因素與執行阻礙因素。

### (三) 住院醫師對BPS照顧模式之態度促進與阻礙因素

住院醫師對BPS照顧模式之態度促進因素裡面總共抓取了39個有意義的內容事件，經閱讀資料整理後有4類正向促進態度因素，分述如下：

1. 「要做到態度中立不放入自己的價值觀」。成員提醒自己在評估個案時，不要以自身的價值觀去評估個案生理、心理及社會困境，留意自己的態度，維持以患者為主體的初衷，秉持中立態度體會個案，才能順著個案的脈絡去理解。具體實例如住院醫師提到：「每一個人都有自己的人生觀跟價值觀，評估…如何沒有加上自己原本的價值觀；(R1-2E23)；我好像都很制式化，從前面主訴一路問下來，後來我才覺得應該要做點改變(R2-2E10)。」
2. 「積極關注患者與其需求的態度」。成員強調醫師以患者所關心的問題為首，關注他們的背景文化及其需要的態度去理解他們的問題。具體實例如：「不是單純只把他當作一個病人，或是在一個工作而已，是真的要幫助這個人…(R4R5E7)；原來psycho的問題可以和身體的問題如此緊密的結合，以後如果遇到到處亂complain的病人，我一定要多去想是不是背後有什麼(R2-2E9)。」
3. 「相信使用BPS對患者有幫助的態度」。成員強調當醫師關心到患者的感受，並獲得個案的正向回饋，會增加醫師相信BPS對患者有用，增加使用動機。例如成員提到：「問心理社會面讓你覺得有關心到他(R1-1E20)；病人給我的回



饋，和病人有感受到他有被我瞭解到那對我來說會有點成就感，之後也會更使用這個BPS(R4R5E29)；病人真的因為BPS而得到一些好處(R4R5E30)；不但賣的產品好，態度服務也好，所以下次我也要找他(R2-1E9)。」

4. 「須不斷練習才能深化之態度」。住院醫師認為做好BPS服務，主張一定要經過不斷練習，以及臨床實境下之教學訓練來熟悉BPS模式，這樣才能把BPS模式內化，成為自發性的表現。例如成員提到：「有時候跟經驗有關係，所以要一直practice才會抓出最重要的東西(R1-1E17)；如果那個模式一直存在，下次不管這個case來怎樣，你就會這個模式就會一直run下去這樣(R4R5E26)。」

住院醫師對BPS照顧模式之態度阻礙因素，共取得33個有意義的內容事件，經分析後可以分成4個因素，各因素整理如下：

1. 「視生理處置比社會心理因素更重要之態度」。此因素中，成員基於醫學訓練時就以處理生理症狀為主，認為心理社會向度應是輔助醫療的資訊，所以主張服務患者若沒有餘力，就以生理處理為主，這樣的觀點是身心二元的觀點，非系統的觀點。相關的範例如：「我覺得那是比例的問題…家醫科其實大部分的時間都在學fever、hypertension要怎麼處理，…這方面的學習就不多(R1-1E25)；social方面除了引介社工師幫忙，能著力的好像又變少(R2-2E4)；BPS很重要…可是我們才剛開始接觸臨床，physical的東西都不是很熟…其實沒有那麼多餘力去加上一些psycho、social東西…(R1-2E1)。」
2. 「認定社會心理議題不是患者求診的目的」態度阻礙因素中，有些成員表示無法順利使用BPS模式是因為有些病人不願意多談，又擔心違背個案意思，減低回診率，因而猶豫是否使用BPS，因此，醫師將不執行BPS外歸因為患者的因素。相關的範例如：「有些病人approach起來會比較容易，有些病人常常去看他就跟你多聊一點、有些就比較好介入(R1-1E13)；我真的沒有辦法幫他，因為他不願意接受我幫助(R3-2E19)；開始培養自己的病人…會很介意跑掉(R3-1E11)要不要用這model，最關心的還是對outcome的影響…回診率、治療的成不成功…(R3-2E5)。」
3. 「擔心患者要求過多之態度」。成員猶豫使用BPS的態度之一為擔心患者會有過多要求，或是頻繁互動後，下次做不到，反而影響他們的觀感，因而不選

airiti

擇使用BPS。相關的範例如：「我們或許真的可以抓的住那個patient和doctor的boundary，但他們沒有辦法(R3-1E1)；psychosocial之後，你會發現病人很demanding…後續就會要求例外對待他們的行為出現(R3-1E1)；…上次親自講，病人就覺得「對我好好喔，今天好像就比較忙的樣子(R3-1E2)。」

4. 「進行BPS介入相當消耗心力與時間」態度阻礙因素中，住院醫師提到，對患者進行全人、多元角度的照顧時，它會增加自己精神負擔，也需要花費更多的時間與個案工作；或是個案趕時間，也無法進行社會心理詢問，因此選擇簡單的詢問或處置。相關的範例如：「非常耗精神…下班之後就會呈現一種當機狀態，就是只能做一些簡單的…(R3-1E6)；這是一個很好的工具，但困難是…每個病人可以花多少時間，多少心力(R3-1E5)；門診的時間其實有限制，很難去幫助到這一塊。(R2-2E4)；看診速度太慢…會花比較多時間…(R4R5E8)；想要幫他做一次，(但)他們通常都很趕，就不知道在趕什麼(R3-1E19)。」

到底住院醫師在進行BPS模式服務個案時，他們現場的策略與介入技巧如何，是否此一因素也是促進或阻礙他們發展BPS的臨床服務，以下是我們的分析與整理。

#### (四)執行BPS之實作技巧促進與阻礙因素

醫師進行BPS模式服務患者時，他的策略目標應主動協助個案闡明目前其生理、心理與社會的本質，並揭示其影響患者目前生病與生活的因素，因此，執行BPS需要有效的實作技巧，才能促進其達成上述目標，在焦點團體中，共抓取了83個有意義的內容事件與有利的實作技巧有關，經分析後共可以分成個三因素，以下針對每一項因素逐一說明促進BPS學習與應用的技巧因素：

1. 「建立關係技巧策略」。醫師在建立關係策略上提供相當豐富的方式，且主張這些技巧皆能促進對患者的社會心理因素的更多的理解，例如：與患者互動歷程中，醫師要慢慢建立穩定信任的關係，要感同身受地反映個案的害怕，並且適時表達同理，這樣才能培養投契關係，聽懂患者的感受與話語，問到關鍵問題及關心到個案的需求。以下相關的範例如：「第一次見面你花再多時間也不一定可以讓他很信任你…，我覺得你就要多花幾次(R4R5E13)；

airiti

不一定一次就要把它全部都問完，一次看一下，慢慢建立rapport(R1-1E6)；聽病人怎麼描述label…知道他對這個疾病恐懼的程度，然後，可以講一些可以讓他聽的懂的話，跟他解釋這個疾病(R1-1E19)；最好的出發點就是關心病人，就是去關心他這個問題的本質(R1-2E6)；先瞭解他對自己整個的狀況…再決定用什麼方法去approach他，…跟他建立的relationship或是goal(R4R5E10)。」

2. 「探問與收集BPS多元問題的技巧」。醫師為了要收集個案生病時BPS多元層面的資料，問話的技巧相當重要。有醫師建議在門診時，要理解個案系統問題的完整脈絡，作為診斷或治療的參考，可先從患者主訴生理疾病問題作為探索起點、或是直接詢問患者最關注的問題、順著個案的理路，慢慢釐清患者本質的需求等方式進行。相關的範例如：「當下他的chief complaint是比較有相關性的一些topic，做explore會是比较適當的(R3-2E16)；直接問他最concern或是最困擾的是什麼(R4R5E14)；順著他的話講，譬如他講到什麼東西有困難…就講一些安慰的話阿(R1-1E22)；我想最後我們還是回歸到他的需求(R1-2E25)。」
3. 「主動概念化患者的生理心理社會之技巧」，醫師強調執行BPS的架構時，要有組織系統，可以利用家族史的訊息判斷個案的社會支持狀況，或是當個案的主述與年齡不合時，主動探討心理與社會的層面，包括主動發現個案生活中相連的其他問題，找到彼此相依相存的關係，即使只是看到一般的問題，仍然可經由一步一步地探尋，發覺個案真正問題與多元因素，做初步的介入。相關的範例如：「從family history可以知道哪些人在照顧他，然後跟他說，你家裡的人待會來接你，他就知道他有的support如何(R1-1E7)；(血糖)會控制不好一定有很多其他的原因，那medical是一部份，背後還有飲食、家庭、習慣、想法是什麼，還有之後要怎麼衛教他(R3-1E22)；他其實是完全可以在家被照顧的病人，留在家裡被照顧，還是被送去安養院，對他的prognosis一定是有非常大的差異，更去瞭解他的background會發現有很多很重要的問題會被induce出來(R4R5E31)。」

在執行BPS策略與技巧之阻礙因素歸類中，共取得57個有意義的事件內容，經分析後可以分成3個因素。以下針對每一項因素逐一說明：

1. 「缺乏問診心理社會問題之技巧」。焦點討論中有成員習慣聚焦於生理與疾病問題，因而回應方式相當受限，成員也認為BPS模式的問診技巧需考慮多元面向，因此將心理社會納入作為例行的問診資料仍有阻礙，仍使用醫學問診方式。相關的範例如下：「剛剛都沒有跟我講，我想知道的就是…問不出來，原來他有這個問題…完全沒有想到(R3-2E10)；他生活變遷、壓力一直還在…當初處理thyroid，都沒有處理到其他的問題(R3-2E11)；不太會去抓那個感覺…怎樣在每個病人身上都能夠用得很好、很自然…可能還要更多的training(R4R5E9)；病人有psychological方面的故事需要我們去explore…覺得訓練不足…除了開藥給他，很難引導他的思考或幫助他(R2-2E4)。」
2. 「無法敏感到不同背景患者的心理社會因素」。成員表示在進行BPS照顧時，常困擾於BPS探索階段的互動應如何展開，或是如何給予適當的回應，像是如無法聚焦主題、提問不連貫、太專注於要挖東西引發對方防衛，亦缺乏對不同背景個案的精確與深度同理。相關的範例如下：「因為病人願意講，就一直講、越講越多，不曉得這些東西到底有沒有關係…我變成說有點不知道要怎麼樣去拿捏psychosocial到底要探討的深度是多少(R1-1E15)；有沒有辦法挖出他自己看不出來的地方…就是怎麼樣真正去瞭解、同理(R2-2E23)…尤其是教育程度、認知功能比較差的簡單的BPS就要花了十幾分鐘(R3-1E17)。」
3. 「受制外在因素無法持續執行BPS策略」。如成員認為無法執行BPS主要是與門診安排或醫療環境相關的結構限制，如門診調動或他科病房以疾病處理為主；或是病人本身無法連續看診之情況，致使策略上不會使用BPS。相關的範例如：「受環境與旁邊的人影響，其他病房、其他科住院醫師就是處理疾病…沒有那麼去…(R3-2E2)；門診時間每個月一直調動，沒有辦法給他一個很持續的一個窗口可以跟他聊(R4R5E20)；沒有辦法一直持續follow…現實問題是門診無法連續…這是小問題啦(R4R5E20)；其實門診表格裡面並不會有psychological問題、social的問題，就是我們大家會focus都是在physical(R1-1E7)。」



## 五、討 論

從焦點團體的質性分析結果發現，當醫師在與個案互動時，BPS主觀界定與知識概念即是醫師「認知」的層面，態度則是醫師面對個案時「情感與意向」的表現，技巧則揭示的是醫師面對患者時「行動」的實踐，從這三層面來看，有的醫師可能三者兼具，也可能有醫師在認知層面有有利因素，但態度情意仍需調整或修正，有的醫師具備了BPS應有的態度與認知，但在技巧上仍有待加強，各向度特性與向度間的關係，以下分兩點說明，一為臨床醫師進行BPS時各單項向度在臨床介入時的意義，二為臨床醫師具備三向度特性間相互性的關係。

### (一)單向度的意義

關於在認知、情意與行動之有利實踐BPS因素與阻礙BPS因素方面，我們以表二呈現前述質性資料的整理。

認知向度從表二看出，醫師觀點中與患者互動時對BPS的重要認知概念有：互動觀、患者中心觀以及歷程與未來導向觀，也認為需花時間長期投入，並與其他專業共同照顧等積極觀點；然而仍有些醫師誤會BPS模式是以生理為首，患者有特殊需要時才進行心理社會的介入，或轉介由其他科的醫師處理。上述醫師提出的正向積極的觀點，正是家醫科醫學教育所強調的重點(如：Brook, Gordon, Meadow, & Cohen, 2000)，不過若住院醫師在概念認知上有不足或有所誤解，那可能在情意上不容易支持BPS的臨床服務，以患者為中心之技巧也不容易應用出來。由上可知，認知概念是執行BPS的必要條件，但執行上仍需要加上醫師的態度因素做為考慮。Astin、Sierpina、Forys與Clarridge(2008)亦提到實證資料雖然已經接受社會心理因素對患者治療之重要性，醫學訓練中已加入學習，但是在醫療應用上並未充分改變，這與醫學生與住院醫師對社會心理在健康中角色的態度有關，以及在教育經驗中對壓力管理、冥想或行為諮商應用價值的認同與否有關。

情意部份從表二可知，若醫師可以做到中立立場不帶自我價值，以患者需求為主，相信全人觀點，願意深化這樣的態度概念與行動，住院醫師將採正面與積極的學習與應用BPS；然而也有醫師採取消極態度，例如，認為在醫療場域中生理處理



仍要優先，患者意願不高或要求太多以至於耗費自己過多時間與精力時，醫師的態度就容易偏向負向情意，就如Bartz(1999)提到若醫師本身缺乏相信BPS的醫療價值與臨床意義，就無法改變病患的價值觀，更無法使用BPS跨越彼此的距離，最後產生無助感，阻礙他們實行BPS模式。而David與Holloway(2005)認為醫師容易放棄此模式，還有另一個重要因素，就是醫師個人的核心價值，例如，醫師核心價值若重

**表二 執行BPS認知、情意與行動有利與不利因素質性分析結果**

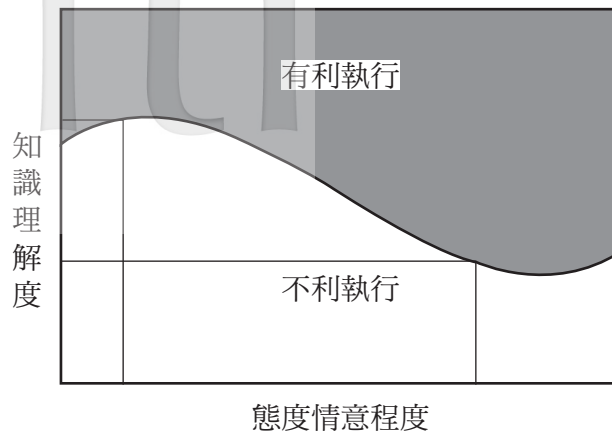
<b>I-1認知有利因素</b>		<b>I-2認知不利因素</b>	
I-1a	從理解患者生理、心理、社會互動的網絡進行介入	I-2a	以為BPS係以生理因素為首，缺少三者互動的系統觀點
I-1b	使用BPS時醫師心中對個案要有不同標準，做到以患者為中心	I-2b	判斷特殊個人議題或科別才詢問非生理訊息
I-1c	BPS需要長期投入與追蹤	I-2c	不習慣BPS全人系統觀的使用，認為有別科醫師會處理
I-1d	BPS是歷程導向，能協助治療預作準備		
I-1e	在家醫科可與相關領域人員在BPS架構下共同照顧病患		
<b>II-1情意有利因素</b>		<b>II-2情意不利因素</b>	
II-1a	要做到態度中立不放入自己的價值觀	II-2a	視生理處置比社會心理因素更重要之態度(醫師觀點)
II-1b	積極關注患者與其需求的態度	II-2b	認定社會心理議題不是患者求診的目的(未關注個案需要)
II-1c	相信使用BPS對患者有幫助的態度	II-2c	擔心患者要求過多之態度
II-1d	須不斷練習才能深化之態度	II-2d	進行BPS介入相當消耗心力與時間
<b>III-1行動有利因素</b>		<b>III-2行動不利因素</b>	
III-1a	建立關係技巧策略	III-2a	受制外在因素無法持續執行BPS策略
III-1b	探問與收集BPS多元問題的技巧	III-2b	缺乏問診心理社會問題之技巧
III-1c	主動概念化患者的生理心理社會之技巧	III-2c	無法敏銳不同背景患者的心理社會因素

於市場導向，而非真正以患者為中心的實踐，就可能發展出過於制式化的架構去執行BPS，不願採用BPS模式在個案身上。這部份住院醫師提示了認同與掌握BPS的精神，接受人本的態度，並將之內化自然傳達，這種BPS之整體態度將是臨床服務的基石，訓練時一定要加入此部份，再佐以精湛的技巧，自然提升住院醫師照顧患者的醫療品質。

在行動技巧部分，醫師一致同意好的溝通技巧、詢問社會心理因素技巧以及進行患者BPS問題概念化的能力都很重要，不過，醫師認為訓練不足導致技巧缺乏，或個人敏銳度有待學習與更多體驗，都是讓他們無法發揮臨床應用的原因。不過有學者發現，許多住院醫師應用不出來，是因為無法掌握哪些是重要的社會心理因素，哪些是需要收集與評估的社會心理資訊，這個困難之突破，依照Stewart等人(2000)的主張是需加強醫師與患者相互溝通的機會，學者提到溝通非僅學習技巧面，而是種經驗性學習，學習如何在互動歷程中掌握適當的技巧，透過溝通了解個案真正的需要，而溝通的元素正能輔助這部份的能力，而如同焦點團體中住院醫師的強調，從微觀角度持續由個案的回饋中不斷學習與修正，包括反思自身、以他者為中心、理解患者對病、對自身、對醫護人員的覺知等，這樣的提示又再度說明以患者為中心，積極溝通的情意態度是技巧發揮效果的基本條件。

## (二) 認知、情意與技巧三者關係

三者相互性的關係：從焦點團體資料與上述單向度分析可看出，認知與情意層面是進行BPS模式的基本養成，如此才能以正確概念與人本內化的態度與患者接觸，少了這部份，無法貼近個案真實的系統，從上述結果之各向度橫向關係來看，認知與情意這兩個向度應相輔相成，住院醫師才能清楚掌握與個案互動時的訊息與理解，我們以圖一假設構念說明醫師之認知與情意向度對執行BPS醫療照顧的相互關係。在縱軸上醫師對BPS之認知理解足夠到某個程度，加上基本的態度，可以使醫師們有利執行BPS，然而也有可能醫師的態度積極正向，加上小部分的概念亦可能透過從做中學，促使醫師進行生理心理社會醫療照顧。從認知與情意層面歸納出的構念說明了，BPS執行的基礎是認知概念與合適的態度彼此間相互細緻化的歷程，以住院醫師作為學習的主體，他經驗到一定的知識概學習形成認知理解，加上



圖一 醫師對BPS認知與情意相互關係構念

漸近形成的正向情感與認同，學習到的技巧與策略，三者合一就更容易執行BPS。

技巧如何與態度及認知概念配合，就住院醫師的建議為透過不斷的練習，練習不但有助於內化，也有助於對個案生理心理社會的認知理解。技巧的精鍊像是溝通能力，或是除生理外社會心理問題的介入，或是以BPS進行個案概念化，這些都是需要琢磨的(elaboration)，它屬於專業技能的部份。醫師透過三者洗練獲得的領悟，將更有助於加深且鞏固自己的BPS架構。

由上述結論可之，醫師以BPS進行醫療照顧與個案互動時，同時相互輔助正確的認知與態度及精確的技巧相當重要，不過從現況困境上，仍有兩點的回應：一是，住院醫師有資深與資淺者，在門診因接觸不同類患者特性，除基本態度、認知概念及技巧的獲得養成外，仍需考慮患者的個別差異性。Wolkenstein與Butler(1998)建議，需培養醫師懂得學習關鍵性評價(appraisal)，隨時反思自己是否有做到BPS原則，以及是否能持續整合個案的不同訊息與治療技巧於歷程中。從這次的焦點團體中，筆者深刻體會自然場域許多醫師能依據個案的不同，透過反思的方式進行自我檢視，調整自己的介入方式，進步性很大；對還未能發現自己有誤解的觀點者，其實透過焦點團體，在討論中漸漸也有些了解，有很大的進步空間，因此，初學者仍須隨時評估與患者進行之醫療照顧的取向與實作向度。二是，在醫療場域中仍有困難執行BPS的情況，主要是因為醫師僅作反應性配合，亦即只有患者自己有談到或

有需要談到社會心理訊息時才進行資料收集，或是機構或科別並未要求時，就以醫藥處理為主，處在這樣位置的醫師，對社會心理議題注意也有限，甚至時間不足時就排到後面再說，這些缺乏都與態度與概念養成以及實境中的勝任力有關。

### (三) 建議

本研究屬質性研究，資料內容極為豐富、具體及真實。透過團體成員之敘事資料與面對面的焦點團體訪談，深入瞭解住院醫師在醫療情境執行BPS的經驗，也透過資料的反思，以下提出研究者對BPS訓練的參考，雖然是住院醫師提供的焦點資料，相信這些原則也適用在臨床心理或護理人員等的專業照顧上。

1. 加強態度養成。彰顯BPS注重個案的個別性，以患者為中心的精神，Wolkenstein與Butler(1998)認為BPS訓練元素中，需要加強基層醫師對此角色的領悟，醫師問的每一問題都影響醫病關係，醫師要懂得反思再反思，因此，要問自己我與個案有同在感嗎？有同理能力嗎？願意以心理社會文化下跟案主發展關係？如果有一未婚懷孕的孕婦找你，你的感受為何？老人家一直質疑你的處方，你會怎麼想？
2. 重視好的訓練方案。未來訓練的方針應加入加強概念、態度及臨床策略與技能的多層次訓練方案。雖然早在1998年，Wolkenstein與Butler已提供有效訓練模式，說明基層醫師執行心理社會的標準訓練程序，參照其內容後，本研究也建議未來訓練的方針，以BPS為中心之醫療的教學教材應及早規劃設計，且宜朝向多層次與務實面來編纂；規劃各形式之研習，涵蓋醫療面談、醫病溝通技巧及BPS照顧模式的演練；應建立臨床實作督導以及分享支持系統，例如定期的會議並兼顧舒緩住院醫師照顧病人過程中的壓力與情緒，適時協助問題解決與促進自我成長。
3. 依不同層級醫師設計訓練內容。第一年住院醫師訓練課程認知與情意並重，例如多元層次的準備辨識不同類型疾病的生理、心理及社會議題；第二年訓練課程，理解隨課程內容增加個別化與系統化概念，及技巧學習和掌握；延續年資者如何更自然地與個案一起工作，學習有實證有效的社會心理方法帶來個案更多的適應都可加入訓練。

4. 組織與行政落實配合及教師具體推行。Waldstein等人(2001)亦提到醫師學習BPS模式的阻礙：例如資源有限(沒有時間、金錢、可用的人力)、學生與教員對身心醫學的抗拒、課程中缺乏連貫性，學習如何進行臨床醫學資料收集的晤談技巧如醫學晤談(medical interview)與教導醫病溝通的「人際技巧」，與各主要學科課程時間明顯競爭等，都是需要關注的；他們建議若要克服這些阻礙，增加資源方面須增加經費、人力或教材資源；改變對身心醫學的態度方面，應讓行政者、教師和學生對身心醫學的支持度提高；在教員發展上也需要努力，如培養臨床實境講師。此外，醫學政策上可與健康心理專業的共同積極研究，發表不同慢性病患更有效利用BPS架構進行臨床照顧的實證研究，再發展有實證為基礎的執行治療計畫步驟，這樣醫師在使用上更能掌握醫療多元資源。

最後，本研究仍有許多不足與限制，包括雖以不同層級醫師之焦點團體進行理解，但各層級醫師的現況區分不易，本次僅做統合資料處理，未來可以從量化研究著手。此外，質性資料豐富，本研究僅從事件為單位進行資料的向度歸類，未能以住院醫師連續互動的經驗進行資料整理與分析，未來亦可朝此方向著手，可以更深入理解，執行BPS之轉化或困頓的前因後果。另外量化研究亦可以是未來研究的方向，Astin等人(2008)就以量化資料區分醫學生與住院醫師對患者社會心理因素接受的狀況，他們發現醫師不易執行社會心理因素的理由，如醫師不喜歡心理社會因素的不確定感、想要快速治療疾病、認為使用這些方法須額外花費並不合適、缺乏社會心理與身心方法之專業知能、缺乏身心方法實證資料、對自己健康也不一定會使用社會心理檢查、想要維持控制感、患者不願意談社會心理因素，及缺乏同儕支持等九項，這些資料亦值得參考，未來可以加強此方面之探討，例如用量化研究，以本研究發現之三項向度去理解醫師BPS執行的現況與訓練需要。

## 誌 謝

感謝國科會經費支持計畫編號：NSC 96-2516-S-002 -007



## 參考文獻

- Astin, J. A., Sierpina, V. S., Forys, K., & Clarridge, B. (2008). Integration of the biopsychosocial model: Perspectives of medical students and residents. *Academic Medicine*, 83, 20-27.
- Bartz, R. (1999). Beyond the biopsychosocial model: New approaches to doctor-patient interactions. *Journal of Family Practice*, 48, 601-607.
- Brook, D. W., Gordon, C., Meadow, H., & Cohen, M. C. (2000). Behavioral medicine in medical education: Report of a survey. *Social Work in Health Care*, 31, 15-29.
- David, A. K., & Holloway, R. L. (2005). The biopsychosocial model in medicine lost or reasserted? *Families Systems & Health*, 23, 422-425.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2000). The handbook of qualitative research. CA: Sage.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.
- Engel, G. L. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *The American Journal of Psychiatry*, 137, 535-544.
- Fiscella, K. (2005). George Engel storytelling. *Families Systems & Health*, 23, 410-412.
- Leopold, N., Cooper, J., & Clancy, C. (1996). Sustained partnership in primary care. *The Journal of Family Practice*, 42, 129-137.
- Lecrubier, Y. (2001). The burden of depression and anxiety in general medicine. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62, 4-11.
- Morrow, S. L. (2007). Qualitative research in Counseling Psychology: Conceptual foundations. *The Counseling Psychologist*, 35, 209-235.
- Sarafino, E. P. (2008). Health Psychology: *Biopsychosocial Interactions* (6th ed.). New York: Wiley.
- Stewart, M., Brown, J. B., Donner, A., McWhinney, I. R., Oates, J., Weston, W. W., & Jordan, J. (2000). The impact of patient-centered care on outcomes. *Journal of Family Practice*, 49, 796-804.

Suchman, A. L. ( 2005). The current state of the biopsychosocial approach. *Families Systems & Health*, 23, 450-452.

Waldstein, S. R, Neumann, S. A., Drossman, D. A., & Novack, D. H. (2001). Teaching psychosomatic (biopsychosocial) medicine in United States medical schools: Survey findings. *Psychosomatic Medicine*, 63, 335-343.

Wittchen, H. U., Kessler, R. C., & Beesdo, K., Krause, P., Hofler, M., Hoyer, J. (2002). Generalized anxiety and depression in primary care: prevalence, recognition, and management. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63, 24-34.

Wolkenstein, A. S., & Butler, D. J. (1998). The pre-encounter psychosocial review: The anticipatory integration of the biopsychosocial model in primary care. *Families Systems & Health*, 16, 337-346.

# Using focus groups to explore the enabling and barrier factors of bio-psychosocial medical care among residents

HSIU-JUNG CHEN, YIH-RU CHENG, CHANG-WEI WANG, BEE-HORNG LUE

**Purpose:** The bio-psychosocial (BPS) model has been a central concept in medical care and an important clinical technique in the treatment of illness for the past three decades. The aims of this study is to explore the enabling and barrier factors for medical residents in applying the BPS model at clinical settings and to discover the best training strategies for applying the BPS model. **Methods:** We organized 44 residents (mean age = 29.56) into 7 focus groups. Participants were asked to report how they used the BPS model in their clinical work. We used a qualitative approach for data analysis, which included the following steps: 1. Gain consensus among experts for categorizing utilization-related BPS themes and content using transcripts of the video-recorded focus groups. 2. Based on each theme, we elicited and conceptualized the enabling and barrier factors contained in the participants' dialogue records. **Results:** 1. Although the BPS model was endorsed by residents of different years, we found a discrepancy in the definition of BPS and in comprehension and application of the model. 2. The benefits of implementing BPS medical care encompass the concepts of an integrative future-oriented approach, and involvement and cooperation with interdisciplinary, patient-centered care in the resident's communication. Relationship skills and assessment or case conceptualization are important techniques for physicians. Barriers to implementing BPS can be caused by overemphasizing medical problems, a decline in patients' satisfaction, and reduced efficiency with this type of care. A deficit in training or competence can cause residents to resist using this approach. **Conclusions:** Both cognitive knowledge and affective-volitional attitudes are important components of the BPS approach. If they are supported with proficiency in techniques, the impact of the approach can be enhanced. Results supported the need for multiple methods and multi-levels of training in physicians' education. Suggestions for important points related to BPS that require particular attention in a clinical setting are highlighted.

**Key words:** bio-psychosocial model, resident training, focus group, patient-centered

---

Hsiu-Jung Chen: Associate Professor, Department of Educational Psychology and Counseling, National Taiwan Normal University.

Yih-Ru Cheng: Director, Clinical Psychology Center, National Taiwan University Hospital.

Chang-Wei Wang: Research Assistant, Department of Family Medicine, National Taiwan University College of Medicine.

Bee-Horng Lue: Associate Professor, Department of Family Medicine and Department of Social Medicine, National Taiwan University College of Medicine. (Corresponding Author, E-mail: grace@ntu.edu.tw)