

行政院國家科學委員會專題研究計畫 期中進度報告

醫病溝通教育與評估〈2/3〉

計畫類別：個別型計畫

計畫編號：NSC91-2516-S-002-004-

執行期間：91年08月01日至92年07月31日

執行單位：國立臺灣大學醫學院精神科

計畫主持人：李明濱

共同主持人：李源德，謝博生

計畫參與人員：楊培銘、呂碧鴻、李宇宙、曾美智、吳佳璇、廖士程

報告類型：精簡報告

處理方式：本計畫可公開查詢

中 華 民 國 92 年 7 月 14 日

行政院國家科學委員會補助專題研究計畫 成果報告
告 期

中進度
報告

醫病溝通教育與評估 (第二年)

計畫類別： 個別型計畫 整合型計畫

計畫編號：NSC90-2511-S-002-017

執行期間： 90 年 8 月 1 日至 93 年 7 月
31 日

計畫主持人：李明濱

共同主持人：謝博生、李源德

計畫參與人員：楊培銘、呂碧鴻、李宇宙、曾美智、吳佳璇、廖士程

成果報告類型(依經費核定清單規定繳交)： 精簡報告 完整報告

本成果報告包括以下應繳交之附件：

赴國外出差或研習心得報告一份

赴大陸地區出差或研習心得報告一份

出席國際學術會議心得報告及發表之論文各一份

國際合作研究計畫國外研究報告書一份

處理方式：除產學合作研究計畫、提升產業技術及人才培育研究計畫、列管計畫及下列情形者外，得立即公開查詢
涉及專利或其他智慧財產權， 一年 二年後可公開
查詢

執行單位：國立台灣大學醫學院精神科、內科、社會醫學科

中 華 民 國 92 年 6 月 30 日

摘要及關鍵詞(keywords)

醫療溝通品質之提升有賴於醫療技術、醫療態度、與醫療倫理的綜合發揮，其中無不以醫病溝通為基礎。本研究之重要目的即在針對醫病溝通進行系列研究，以期能提供醫師職業之繼續教育訓練參考，進而提升醫療品質。本研究為期三年，第一年將以綜合醫院中引發醫療爭議之個案，對醫病溝通不滿意之門診病患及家屬，超長住院之個案，以及因住院或疾病診治而導致適應障礙之個案，進行質性分析，以清楚定義醫病溝通之實際問題，並藉以作為建立「醫療爭議危險因素」及「醫病溝通品質」之簡式評量表之依據。本研究第二年旨在廣泛蒐集綜合醫院中，以個案研究之方式，分析所有列管之醫療爭議案件其中之社會心理面向因素，為未來醫病溝通與醫療爭議之相關醫學倫理研究與教育，奠立實証之資料，以及台灣地區居民醫病溝通感受電話抽樣調查之基礎。本研究共蒐集醫療爭議案件共 107 件，醫療預後包括死亡及重大傷殘者佔 60 件〔56.1%〕，輕度失能 23 件〔21.5%〕，無顯著傷害 24 件〔22.4%〕。在醫療爭議溝通過程之對談及書面資料分析中，顯著呈現知情同意過程不足之個案 51 件〔47.7%〕，顯著醫病認知差異者 64 件〔59.8%〕，醫療爭議發生時，呈現顯著知情同意不足問題之個案，其年齡顯著較知情同意充分者為高，知情同意充足與否，與醫病溝通過程中呈現之認知差異，以及是否為死亡或重大失能顯著相關。本研究團對於系列研究指出醫療爭議之核心因素包括：災難性預後、醫療過程之不確定性及風險、急性期之危機處理、急性期後之治療策略溝通等。整體而言，醫病溝通之良窳以及知情同意原則之是否落實，往往與醫療爭議之產生與事後處理之難易程度相關。

關鍵詞：醫療爭議、知情同意、社會心理因素

Doctor-patient communication is one of the most important crucial factors in quality of health care and has become an important issue in contemporary medical education. Particularly the world-wide spreading of the climate of medical litigation and third party involvement in medical decision-making has attracted many educational professionals' attention. The main task of the first year project will focus on the analysis of communication problems through quantitative study on four population selected from the cases of medical dispute and litigation, medical inpatients with delayed convalescence or prolonged hospitalization, outpatients claiming the dissatisfactory doctor-patient communication experience, and medical inpatients referred for psychiatric consultation due to adjustment disorders related to trouble with therapeutic relationship. The second year project will describe the conflicts of doctor-patient relationship in a general hospital, identify what psychosocial factors contributed to this. All consulted doctor-patient conflicts (N=107) in a general hospital from 2000.4 to 2002.12 were analyzed by medical outcomes, doctor-patient relationship, adequacy of informed consent, and documentation. The medical outcomes included death or major disability (56.1%), minor injuries (21.5%), and stationary condition (22.4%). Inadequate informed consent significantly correlated with discrepancy in medical communication, death or major disability and age. This study does find that level of informed consent and the

pattern of communication between physician and patients had great impact on the doctor-patient relationship, and they possibly contributed a great deal to the medical dispute.

Key words: medical dispute, informed consent, psychosocial factors

前言

臨床治療的內涵主要在於正確的診斷、提供正確的治療及預防。此一任務之達成需要「教育」與「支持」的技巧；而兩者均以良好的溝通為基礎。醫病溝通已是當代醫學教育的基本課程之一；更是醫學倫理教育中之基礎項目，除了攸關病患自主能力（competence）之評估，知情同意（informed consent）是否能落實、醫療過程中之不確定性是否能共享（shared medical uncertainty）外，對於全人照護（holistic）之目標達成，亦有決定性之影響。除此之外，過去文獻指出，良好之醫病溝通，是預防病處理醫療爭議及醫療法律糾紛之重要因素。本研究第一年已完成下列成果：

一、 醫療爭議(medical dispute)代表性個案研究：

研究者將針對過去已引發醫療爭議(或糾紛)之個案進行分析。主要為質性分析；除了定義基本之爭議問題外，並針對引發醫療爭議之情境及原因做系統性之分類與歸因。以描述性精神醫學〔descriptive psychiatry〕之方式，對於醫療事件、家屬或病患口語及書面陳述之主觀醫病經驗與要求、醫療團隊成員之因應方式及面臨之困難等作成紀錄，並將資料以精神科一般個案研究〔case study〕及整合描述〔formulation〕之方式，進行個案研究分析。並製作「醫病關係與醫療糾紛研究 coding sheet」以作為進一步分析之用。

二、 醫病溝通訓練營成效：

本研究先針對連續兩年不同樣本之醫病溝通訓練營與會住院醫師之評估，在會前及會後分別以不計名之方式，以結構性自填問卷，針對醫病互動相關議題實施測量。研究結果顯示：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，顯示醫病溝通訓練之重要性。

三、 製作醫病溝通檢查表

基於上述資料之分析以及文獻之探討，在醫病溝通過程中，支持性關係之建立以及知情同意之落實是當務之急。有鑑於此，本研究團隊將醫療情境中，特別是首次之面談過程，以及醫療決策型成之互動因子，製成「醫病溝通檢查表」，以作為更進一步探索一般醫療情境中，醫病互動之概況，並作為醫病溝通訓練成效之評估工具之一，也可在未來作為醫病溝通之提示性教材。其中包括五大部分，分別是會談開始、個案家屬資訊蒐集、醫療資訊提供、了解個案及家屬、以及會談結束。待臨床實際施用後，部分題目可能有增刪或修正。

研究目的

有鑒於醫療爭議個案日趨增加，醫學倫理及醫病溝通訓練之需求日增，並配合已建立之醫療爭議因果關係假設性模式，及特屬於醫療爭議之研究紀錄方式以及資料分析方法學，實有必要依照計畫目標，全面性分析綜合醫院醫療爭議案件之社會心理面向，除驗證由個案研究所獲致之假設性因果模式之適用性外，建立完整而具多樣性醫病溝通標準化教材與教學方法，更藉由廣泛地探索醫療爭議案件，衍生出下一部針對全國民眾醫病溝通經驗之電話隨機抽樣普查內容之制定〔附件一〕，藉由社區民眾之真實經驗之表達，為未來醫病溝通與醫學倫理教育之方向及細則提供佐證。

文獻探討

醫療爭議日漸增加，國內外皆然；特別是醫療第三者的介入，更形成醫病關係的另一考驗。在非醫療之決策模式影響下的管理式醫療(managed care)，對於傳統醫師、病人及家屬之關係造成影響，並引發醫學倫理方面之爭議，同時增加了醫師面對醫療糾紛之脆弱。在如此壓力之環境中，為了能維護醫療決策執行之整合性，醫療糾紛之風險管理日趨重要。一般而言，以「醫療糾紛」或「醫療爭議」為取向之分析研究，可將其歸納為下列四種因素：過失(negligence)、醫病關係問題(doctor-patient relationship)、損害(damage)、以及時序相鄰之間接因素(proximate cause)。許多醫療爭議與糾紛之形成，與醫病關係問題密切相關，往往是在家屬或病患結合了悲劇性的結果與惡劣的感受之後而發動的，當病患及家屬，帶者自身獨特的情緒經驗以及特質，面對醫療服務中某些不確定性，並遭逢不幸結果後，隨著負面感受之累積，終究訴諸法律解決。由此觀之，醫療爭議發生時，相關之社會心理因素〔psychosocial factors〕扮演相當重要之角色。過去本研究團隊，曾針對醫療爭議案件之社會心理面向進行以照會精神醫學模式為導向之個案研究，由代表性個案中，萃取出與爭議發生相關之社會心理面向因素，其中包括：知情同意〔informed consent〕、罪惡感〔guilty feelings〕、否定作用〔denial〕等，結合上述因素，參考國外研究結果，提出醫療爭議發生之假設性因果模式模型。而本研究，旨在藉由廣泛蒐集綜合醫院中，尚未逕付司法程序之醫療爭議案件，以個案研究之方式，參考過去提出之假設性因果模式模型，分析其中之社會心理面向因素，為未來醫病溝通與醫療爭議之相關醫學倫理研究與教育，奠立實証之基礎。

研究方法

樣本

本研究之樣本為某醫學中心於2000年4月至2003年3月，所有醫療爭議案

件，包括醫療爭議處理小組持續處理或新增之案件，尚未進行社會心理評估、尚未結案、或尚未逕付司法程序之個案。

分析方法

分析方法為經由與個案或關係人面談，或由書面紀錄資料，彙整病患及家屬陳述，案件發生過程，以及醫療團隊溝通之經驗，以過去較小規模樣本所萃取之醫療爭議假設性因果模式之關鍵因素，將所得之資料加以分析歸類。參與分析之成員，並未涉入院內之醫療爭議審議過程，且並不知曉案件之最終處理或訴訟與否，僅為實際涉入醫療爭議處理及分析之社工室及精神科成員。分析之重點除一般人口學特徵、爭議溝通過程重要關係人身分、以及爭議發生當時醫療預後〔medical outcome〕外，由病患或家屬之陳述，以及醫療團隊之答覆，以個案研究之方式，分析醫療爭議發生後，病患或家屬，與醫療團隊溝通互動之實況或書面資料陳述，判斷於該醫療行為施行之前後，家屬及病患所感受之知情同意程度，亦即醫療之不確定性，是否已經由醫病雙方共同參與討論，並由醫療團隊與病患及家屬共同決定之過程。此外亦以個案分析方式，評量於爭議發生前後，醫病雙方對於該醫療爭議可能之成因，其溝通過程所呈現兩造雙方認知差異是否明顯。此外，由家屬或病患之口語或書面陳述中，分析家屬對於不良預後之罪惡感以及病患或家屬對於不良預後之否認作用等社會心理學因素。

統計方法

所得資料以 SPSS 8.0 Windows 版執行分析，以 Frequencies 程序進行個案計數及描述，連續變項以 Student's t test 檢驗其顯著程度， α 值定於 0.05，類別變項以卡方檢定執行之，採雙尾檢定，若有細格之期望值小於 5，則運用 Fisher's exact test 檢定。

結果與討論

本研究共蒐集該季未結案且資料已蒐集完整之醫療爭議案件共 107 件。在病患之人口學資料方面，男性 58 名，女性 49 名，平均年齡為 49.70 ± 25.89 歲〔表一〕。病患所屬科別，泛內科系有 46 件〔43%〕、泛外科系有 61 件〔57%〕。醫療爭議溝通重要關係人中，本人佔 21 件〔19.6%〕，病患子女有 26 件〔24.3%〕，病患父母 16 件〔15.0%〕，配偶 19 件〔17.8%〕，手足 15 件〔14.0%〕，以及非親屬之社會人士 10 件〔9.3%〕。醫療預後〔medical outcome〕中死亡及重大傷殘者佔 60 件〔56.1%〕，輕度失能 23 件〔21.5%〕，無顯著傷害 24 件〔22.4%〕。在醫療爭議溝通過程之對談及書面資料分析中，顯著呈現知情同意過程不足之個案 51 件〔47.7%〕，顯著醫病認知差異者 64 件〔59.8%〕，家屬對於不良預後之罪惡感 21 件〔19.6%〕，病患或家屬對於不良預後持否定作用〔denial〕18 件〔16.8%〕。

就病患之人口學特徵，與醫療爭議相關因子進行分析，結果發現：在醫療爭議發生時，呈現顯著知情同意不足問題之個案〔 $N = 51$; $mean = 52.69 \pm 13.97$ 〕，其年齡顯著較知情同意充分者〔 $N = 56$; $mean = 46.28 \pm 15.31$ 〕為高〔 $t = -2.237$; p

= 0.033]，而其他醫療爭議相關因子與人口學特徵無顯著相關。

就知情同意是否充分，與上述醫療爭議相關之因子，進行卡方分析，結果顯示〔表二〕：知情同意充足與否，與醫病溝通過程中呈現之認知差異，以及是否為死亡或重大失能顯著相關，知情同意不夠充分者，比較容易發生顯著認知差異，而在死亡及重大失能狀況下，亦容易呈現知情同意不足之情況。而與罪惡感以及否定作用並未呈現顯著之相關。

本研究針對醫療爭議之實際案例，進行個案研究及社會心理因素之分析，顯示醫療爭議案件中，個案死亡或重大傷殘是醫療爭議發生時常見之預後狀況，且與知情同意之充分與否顯著相關。若考量醫療行為之特性，則此一結果應解讀為：若在醫療決策形成之初，其知情同意過程不夠充分，則在面臨重大不良預後時，醫療過程與結果之不確定性因素被強化，而知情同意不足之事實與效應更容易呈現。此外，知情同意之充分與否，與爭議處理之溝通過程中，所呈現同時令醫療團隊以及病患或家屬感到困擾之醫病認知差距顯著相關。由此觀之，知情同意之落實，不僅符合尊重病患自主之醫學倫理準則，亦為預防醫療爭議，或促進醫療爭議順利解決之重要方式。

就病患與醫療團隊實際溝通概況而言，本研究團隊過去曾針處於一般醫學情境下對照會精神科的病人進行分析，結果顯示：具有精神科診斷之個案，其中以壓力因應不良之適應障礙患者居多，此類個案在診斷瞭解、處置瞭解、以及醫病溝通關係上，有較多之困難。在診斷瞭解、治療瞭解、以及醫病溝通關係上，不瞭解及稍微瞭解者年齡較大，此一發現與本研究所呈現知情同意不足者，其平均年齡顯著為高之結果相符，高齡人口由於認知功能退化、並且可能因多重身心疾病而影響其參與醫療判斷之能力，且家屬之意向與決定是否與患者一致且經過慎重考慮，皆是影響高齡病患知情同意之因素。於一般醫療情境中，不僅對於高齡之患者，對所謂困難病患或家屬，亦即在生病過程中，呈現壓力因應不良之個案及家屬，如何增進其溝通效能及支持性關係之建立，在當代醫療情境中更形重要。本研究中並未呈現罪惡感以及否認作用與其他醫療爭議因子之顯著關係，其原因可能源自個案數過少，或是以個案研究方式，於分析資料時家屬心理學因素未能完全掌握所致。未來除應增加樣本以及嘗試採取半結構性會談外，引用結構性知情同意流程紀錄表或等方式，或是結構式醫病溝通檢查表，亦為未來研究可行之方向。

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，建議除持續辦理此類在職訓練外，特殊訓練模式之建立、本土化之醫學人文訓練與醫療滿意度實證研究，是未來努力之方向。醫療爭議以及醫療過失訴訟是當代醫療人員執業過程中，所面臨之重大課題之一。本研究團隊以照會精神醫學之觀點，於實際參與醫療爭議之處理與分析案例後，探討醫療爭議之社會心理面向，並進一步驗證過去本研究團隊所提出之假設性因果模式之適切性。於本系列研究指出醫療爭議之核心因素包括：災難性預後、醫療過程之不確定性及風險、急性期之危機處理、急性期後之治療策略溝通等。整體而言，醫病溝通

之良窳以及知情同意原則之是否落實，往往與醫療爭議之產生與事後處理之難易程度相關。

參考文獻

1. Sommers, PA: Malpractice risk and patient relations. *J Family Pract* 1985;20:299-301.
2. Weisman CS, Morlock LL, Teitelbaum MA, et al: Practice changes in response to the malpractice litigation climate: Results of a Maryland physician survey. *Med Care* 1989;27:16-24.
3. Charles SC, Wilbert JR, Franke KJ: Sued and nonsued physicians' self-reported reactions to malpractice litigation. *Am J Psychiatry* 1985;142:437-440.
4. Levinson W, Roter DL, Mullooly JP, et al: Physician-patient communication: The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *JAMA* 1997;277:553-9.
5. Bursztajn H, Brodsky A: A new resource for managing malpractice risks in managed care. *Arch Intern Med* 1996;156:2057-63.
6. Lipowski ZJ: Consultation-liason psychiatry: the first half century. *Gen Hos Psychiatry* 1986;6:305-15.
7. Penchansky R, Macnee C: Initiation of medical malpractice suits: A conceptualization and test. *Med Care* 1994;32:813-831.
8. Gutheil TG, Bursztajn H, Brodsky A: Malpractice prevention through the sharing of uncertainty: Informed consent and the therapeutic alliance. *N Engl J Med* 1984;311:49-51.
9. Appelbaum PS, Griso T: Assessing patients' capacities to consent to treatment. *N Engl J Med* 1988; 319:1635-8.
10. Appelbaum PS, Roth LH: Clinical issues in the assessment of competency. *Am J Psychiatry* 1980; 138:1462-7.
11. Bottrell MM, Alpert H, Fischbach RL, Emanuel LL: Hospital informed consent for procedure form. *Arch Surg* 2000;135:26-33.
12. Jackson LD, Duffy BK: *Health Communication Research*. Greenwood Publishing Group, 1998. James CM: *American Medical Malpractice Litigation in Historical Perspective*. *JAMA* 2000;283:1731-7.
13. Busch, Katie. The impaired physician: Hospital/medical staff liability and due process of law. *Psychiatric Medicine* 1984;2: 263-271.
14. Penchansky R, Macnee C: Initiation of medical malpractice suits: A conceptualization and test. *Med Care* 1994;32: 813-831.
15. Merkel WT, Margolis RB, Smith RC: Teaching humanistic and psychosocial aspects of care: current practices and attitudes. *J Gen Intern Med* 1990;5:34-41.

16. Burns BJ, Scott JE, Burke JD Jr, Kessler LG. Mental health training of primary care residents: a review of recent literature (1974-1981). *Gen Hosp Psychiatry* 1983;5:157-69.
17. Engel GL. From biomedical to biopsychosocial. Being scientific in the human domain. *Psychosomatics* 1997;38:521-8.
18. Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry* 1980 ; 137 : 535 – 44 .
19. Klein LE: Compliance and blood pressure control. *Hypertension* 1988;11: 61-4.
20. Parsons T: Illness and the role of the physician: A sociological perspective. *Am J Orthopsychiatry* 1951 ; 21: 452-60.
21. 李明濱：病人自主與知情同意。醫學教育 1997；1：3-14。
22. 李明濱、謝博生：醫學生之醫療態度教育。醫學教育 1999；3：1-2。
23. 廖士程、李明濱、李宇宙：醫療糾紛之危險因子及其處理。臺北市醫師公會會刊 1999; 43: 38-45。
24. 廖士程、李明濱、李宇宙：醫療爭議之社會心理面向。醫學教育 1999；3：267-78。
25. 廖士程、李明濱、李宇宙、謝博生、林信男、陳映燁、曾美智：身體疾病住院病患之醫病溝通分析。醫學教育 2000；4：38-48。
26. 廖士程、李宇宙、李明濱、楊培銘、李源德：醫學中心住院醫師之醫病溝通訓練成效。醫學教育 2000；4：290-302。

Table 1. Basic data (N = 107)

Variables	
Gender of patients	
Male	58 (54.2%)
Female	49 (45.8%)
Age	49.70 ±25.89
Medical outcome	
Death	36 (33.6%)
Major disability (vegetative state)	14 (13.1%)
Major disability (dependent life)	10 (9.3%)
Minor disability	23 (21.5%)
Stationary condition	24 (22.4%)
Scenario of event	
Ward	18 (16.8%)
Operation room	39 (36.4%)
Emergency room	10 (9.3%)
Outpatient clinics	12 (11.2%)
Others	28 (26.2%)
Key person engaged in medical dispute	
Children or grandchildren	26 (24.3%)
Patient	21 (19.6%)
Couple	19 (17.8%)
Parents	16 (15.0%)
Siblings	15 (14.0%)
Others	10 (9.3%)

Table 2. Relationships between adequacy of informed consent and other medical dispute related factors

			Discrepancy in medical communication		Guilty feelings of relatives		Denial of outcome		Death or major disability	
			Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No
			N=64	N=43	N=21	N=86	N=18	N=89	N=60	N=47
Informed consent	Adequate	N = 56	17(26.6%)	36(83.7%)	7(33.3%)	45(52.3%)	4(22.3%)	48(53.9%)	21(35.0%)	34(72.3%)
	Inadequate	N = 51	47(73.4%)	7(16.3%)	14(66.7%)	41(47.7%)	14(77.7%)	41(46.1%)	39(65.0%)	13(27.7%)
Pearson's Chi-Square			9.174		0.695		1.824		4.023	
Asymp. Sig. or Exact Sig. (2-sided)			0.003		0.624		0.368		0.041	

附件一：台灣地區居民醫病溝通經驗全國性電話普查問卷〔初稿〕

姓名〔可匿名〕：_____ 性別：□男；□女 年齡：____歲 教育程度：

工作狀況：□全職；□兼職；□家管；□學生；□待業中

婚姻狀況：□已婚；□未婚；□離婚；□矜寡

電話訪問日期及開始時間：____年____月____日____時____分；訪談結束時間____時____分

一、您最近一次看病是距現在多久以前〔包括帶小孩看病〕？

□一星期內□一個月內□三個月內□半年內□一年內□大於一年□從未看病〔至13〕

二、那一次您到甚麼地方就診？

□開業醫診所；□群體醫療中心〔衛生所〕；□地區醫院；□區域醫院；□醫學中心

三、那一次您就診的科別為何？〔參照科系分類表〕

□內科系；□外科系；□婦產科；□小兒科；□；精神科；□復建科系；□一般醫療科

四、那一次您就診的形式為何？

□門診；□住院；□居家診療

五、您曾經讓那一位醫師〔醫療人員〕看過幾次門診？

□第一次；□二至五次；□六至十次；□十至二十次；□二十次以上

六、那一次就診是否有進行手術或接受侵入性的檢查或治療？〔參照醫療處置分類表〕

□是；□否

七、那一次就診經驗中您覺得醫師〔醫療人員〕對於您的病情解釋是否足夠？

□非常不夠；□有些不夠；□普通足夠；□非常足夠

八、那一次就診經驗中您覺得醫師〔醫療人員〕對於您生病的感受，了解的程度如何？

□非常不了解；□有些不了解；□普通了解；□非常了解

九、那一次就診經驗中您覺得醫師〔醫療人員〕有沒有給您足夠的時間問問題？

□非常不夠；□有些不夠；□普通足夠；□非常足夠

十、以您那一次就診的狀況，醫師〔醫療人員〕與您會談或講話的時間是否足夠？

□非常不夠；□有些不夠；□普通足夠；□非常足夠

十一、您那一次就診的狀況，您有多想要醫師〔醫療人員〕能與您談一談生病的

痛苦及感受？

非常不想要；有些不想要；普通想要；非常想要

十二、以您那一次就診的狀況，醫師〔醫療人員〕大概和您會談或講話了多久？

一分鐘；三分鐘；五分鐘；十分鐘；十五分鐘；二十分鐘；三十分以上

十三、您直覺地認為在一般門診情況，醫師〔醫療人員〕與病患會談講話時間多久最為理想？

一分鐘；三分鐘；五分鐘；十分鐘；十五分鐘；二十分鐘；三十分以上

十四、您直覺地認為醫療糾紛可能的成因大概有哪些？〔可複選〕

醫療發生錯誤；發生預期外的狀況；事前溝通不清楚；醫療人員態度不佳；醫師與病人個性不和；各種規定讓醫療受到限制；病患治療結果不如理想；其他

十五、您直覺地認為，醫師〔醫療人員〕對於病患的想法是否尊重？

非常不尊重；有些不尊重；普通尊重；非常尊重