

行政院國家科學委員會專題研究計畫 成果報告

醫病溝通教育與評估(3/3)

計畫類別：個別型計畫

計畫編號：NSC92-2516-S-002-004-

執行期間：92年08月01日至93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

報告類型：完整報告

處理方式：本計畫可公開查詢

中華民國93年11月10日

行政院國家科學委員會補助專題研究計畫 成果報告
 期中進度報告

醫病溝通教育與評估

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 93 年 10 月 30 日

壹、目錄

壹、目錄	.....	1
貳、摘要及關鍵詞	.....	2
參、文獻探討及前言	.....	4
肆、研究架構	.....	6
伍、研究目的	.....	8
陸、研究方法	.....	9
柒、研究結果	.....	13
捌、討論	.....	19
玖、結論及建議	.....	21
拾、參考文獻	.....	22
拾壹、表格	.....	25
拾貳、附件	.....	37

貳、摘要及關鍵詞

一、中文部份

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。本三年期研究之進程，以整合國內外過去醫病溝通與醫療爭議之實證研究為出發，並歸納當代台灣地區醫病溝通以及醫療爭議之教育面以及臨床實務面需求。先以〔一〕分析醫療爭議案件；〔二〕醫療人員之醫病溝通問題調查，進而配合〔三〕醫病溝通特殊在職訓練之執行以及成效評估；進而發展〔四〕假設性醫病爭議因果模式；〔五〕製作醫病溝通評估檢查表；其後再擴大醫病爭議個案之分析，〔六〕驗證假設性因果模式之適切性。於因果模式是用性確認後，於臨床樣本〔七〕試用醫病溝通檢查工具之同時或外在效度；此外考慮樣本之代表性，以及一般民眾對於當代醫病溝通之感受與需求，進一步製作以本研究核心假說為主之問卷，藉由〔八〕社區樣本隨機抽樣普查，探討當今社區一般民眾綜合性之醫病互動感受，以台灣地區居民醫病溝通感受電話抽樣調查之基礎以作為，〔九〕未來醫病溝通研究以及醫學倫理教育之前瞻性指引。

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。就社區樣本〔n=1203〕電話隨機抽樣結果而言，過去半年有就醫經驗者，較無就醫經驗者有較高之心身困擾，而病情說明清楚與否和心身困擾呈現顯著相關。醫病關係之滿意評分比較，依序為民眾對醫師服務態度(82.8)、對醫師的信任度(82.4)、醫師對病情說明(79.4)、醫院診所醫療服務(77.8)，而民眾較不滿意之醫病關係變項看診時間(72.9)、以及醫師對病人痛苦了解度(70.5)。

本三年期研究以實證資料顯示：「知情同意」為醫療爭議過程中重要之中介因子，良好的醫病互動以及知情同意之落實，應是預防及處理醫療爭議之重要方法。「知情同意」完整之程度，亦直接影響個案在接受重大醫療措施前之矛盾困擾，而知情同意之良窳與否，於本研究中被證實可藉由與個案之深度會談及評估而獲得。除知情同意程度外，重大災難性預後，以及醫療團隊及案主之特殊性格型態，亦與醫療爭議之發生相關。對於災難性預後之處理以及神經質性格傾向之掌握，是未來醫學人文教育中，需要加強之部分。過去醫學教育中，對於知情同意以及醫療爭議之理論及實務連結略顯不足，為爾後醫學倫理教育必須充實之內涵，而有系統之成效評估亦為未來研究之重點。以一般民眾隨機樣本所測得社區民眾之醫療滿意度而言，相對較低者為看診時間以及醫師是否於情緒層面了解病患之痛苦。曾有就醫經驗個案之身心壓力程度與醫師對於病情說明之清楚程度顯著相關。爾後之醫學倫理教育及醫病溝通訓練，除加強一般之醫學人文內涵外，應更著重於病情說明之技巧，病患及家屬情緒線索〔emotional cue〕之掌握，優質同理心之發揮，以及神經質性格傾向之辨識及特殊醫病溝通策略之掌握。

關鍵詞：醫病溝通、醫療爭議、醫學倫理教育、知情同意、社會心理面向

二、英文部分

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 three-year project will focus on the (1) Analysis of communication problems through quantitative study; (2) Describing the conflicts of doctor-patient relationship in a general hospital; identify what psychosocial factors contributed to this; (3) Survey of the communication problems reported by medical staffs; (4) Confirming the hypothetical psychosocial model of medical dispute. (5) Composing the check list of physician-patient communication and testing its validity; (6) Evaluation of the efficacy of on-job training of physician-patient communication; (7) Extending the hospital based measurement to the community samples by modifying the checklist of physician patient relationship ; (8) Performing randomized survey of community population on physician-patient relationship; (9) Establishing the anticipatory guide on further research and education program on medical ethics.

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 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. On the community survey of physician-patient relationships (n= 1203), subjects with medical visiting in recent six months experienced much psychological distress than those without medical visiting. The degree of physician orientation and explanation significantly correlated with psychological distress. As to the degree of satisfaction on physician-patient relationships, visiting length (72.9) and the subjective feelings of physician's acknowledgement of patient's distress showed lower scores than other relationship measurement.

Our study revealed the "informed consent" as the core issue in the genesis of medical dispute by analyzing empirical data. Sound physician-patient relationship and informed consent may be crucial in preventing medical dispute. Current medical education may be relatively weak in the connection of this casual relationship. Further medial ethic research and evaluation of medical education may be indicated on this aspect. The degree of informed consent could be evaluated by objective measurement and correlated with ambivalence before major surgery. In the future, effective communication in medical setting, sensitivity on patients' or family members' neurotic characters, acknowledgement of patient's emotional cue, and the ability to empathize patients were the anticipatory tasks of medical education and medical ethic research.

Key words: physician-patient communication, medical dispute, medical ethic education, informed consent, psychosocial factors

參、前言及文獻探討

一、醫病溝通之重要性

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，是預防並處理醫療爭議及醫療法律糾紛之重要因素。

二、醫療爭議與醫病溝通

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，帶著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。

三、醫病溝通與醫學倫理教育

部分國外醫學院，為達成加強醫學生及住院醫師醫病溝通能力，並在住院醫師養成階段，增進其對於病患及家屬社會心理面向問題之敏感度，已有各種學校教育或住院醫師在職教育之訓練課程，此外經由實證性研究指出，住院醫師在接受醫病互動、會談訓練、或是疾病之社會心理面向相關之訓練後，病患及家屬對於醫療之滿意度增高，預後也較佳。Levinson 等人曾以醫師看診錄影帶回顧方式，以是否曾遭醫療糾紛控訴分組，比較兩組間醫病溝通形式之差距，結果發現：外科醫師以及基層醫師(primary care physician)，在遭遇醫療糾紛之危險性方面，有截然不同之預測因子。在基層醫師(primary care physician)當中，無醫療訴訟經驗者，在醫病溝通過程中較常使用促進（physician facilitation）病人討論及發問、醫療資訊主動提供（physician orientation）、微笑及幽默、以及使用較常時間與病人溝通等特性。Levinson 等人認為：此種溝通品質之改善，可降低醫療糾紛之危險性，而 Levinson 強調此種能力可藉由醫學教育養成。Smith 等人曾以隨機方式將內科及家醫科第一年住院醫師分派至一般訓練課

程以及包含面談及醫療照護之社會心理面向之課程中。一個月後，接受社會心理面向訓練之住院醫師較對照組有顯著較高之專業自信及滿足，且對於身體化症狀患者之處置、開放性問句（open question）之使用技巧，以及針對患者情緒之敏感度（emotional sensitivity）有顯著之差異，而病患之滿意度也較好。在未來本土之訓練內容中，宜考慮加強如本研究之結果，並施以適當評估。過去台大醫學院醫學生之課程中，為落實醫學倫理教育之理念，已有如生死學、科技與人文、醫學心理學、醫病溝通概論等課程之安排，並有實習課程。臺大醫院亦於八十八年度起，首次由醫院教學室及精神部合辦「住院醫師醫病互動與對應研習會」，分二梯次調訓全體住院醫師，期在進入醫療照護實務後，提供與醫病互動相關之在職訓練，以促進醫療品質、避免醫病衝突、及預防醫療糾紛，迄今已舉辦三屆。每梯次研習會為時一日，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。

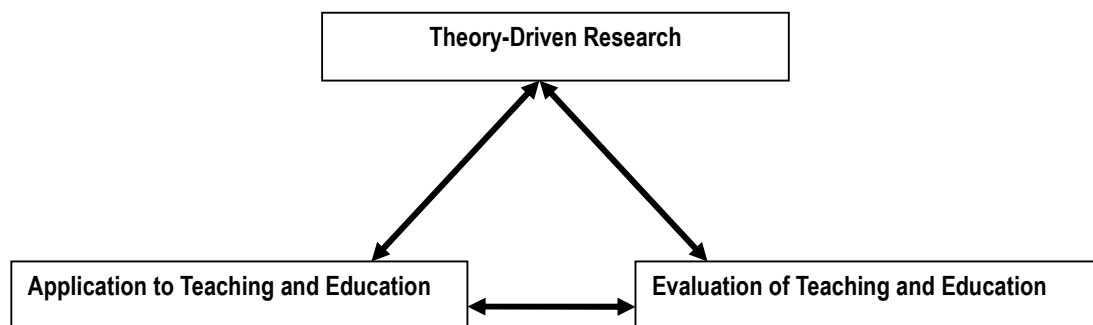
四、國內醫病溝通與醫學倫理教育之實證研究需求

回顧國外文獻，Merkel 等人曾針對美國地區 434 個內科住院醫師訓練計劃負責人進行意見調查，有 78% 之負責人對於醫療照護之人文（humanistic）及社會心理面向教育具有中至高度之認同感，但僅有 44% 之訓練計劃中包含這方面足夠的訓練，其中的差異源於訓練時程之不足、專業人才缺乏、以及經費短缺。反觀國內，本研究顯示，有相當比率受訓之第二年住院醫師過去曾經擔心面臨醫療糾紛，及曾經有醫病溝通困難之經驗，且各醫病溝通之相關變項，與本研究概略區分之過去醫學教育背景無明顯相關。由此可見，不僅在醫學生時期應著重醫病溝通與醫學人文之訓練，在住院醫師訓練階段，也在其累積臨床業務之實際經驗後，給與醫病溝通之在職訓練。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。醫病溝通的重要性已被廣泛重視，但國內外相關之研究極其缺乏。回顧過去國內文獻紀錄，較少有類似之在職訓練課程，且無針對綜合醫院住院醫師醫病溝通問題之描述性研究。且回顧過去文獻較少有針對醫療糾紛個案之描述性研究，以及實際精神科介入之探討。於此領域中，與糾紛相關因素之研究、預測模式之提出，甚至醫學教育素材之提供，仍在起步階段。故本研究是以大學醫院精神科服務、教學、以及研究之功能為出發點，以事前預防及事後補救為介入之模式，實際參與醫病糾紛個案之處理，以探討照會精神醫學於醫病溝通與醫療糾紛之角色，萃取其中之爭議點，分析其原因，了解其方法學上之困難，以為日後前瞻性研究及醫學教育之基礎。由作者等人過去之研究結果已發現，有系統地針對醫學系學生進行系列之醫病溝通教育與訓練，但畢業生在執行醫療業務時，仍有極多數針對醫病溝通及醫療爭議抱持極大之焦慮，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。本三年期研究，將能了解國內臨床情境下就醫師與病人或家屬之觀點，綜合性地了解醫病溝通之相關問題與品質，並據此提供合宜之教育處置，以其與醫學系學生之在學訓練、畢業後之實務訓練、以及繼續教育訓練相結合，消極地期待能避免無謂的醫療爭議與糾紛，積極地提高醫療溝通之品質。

肆、研究架構

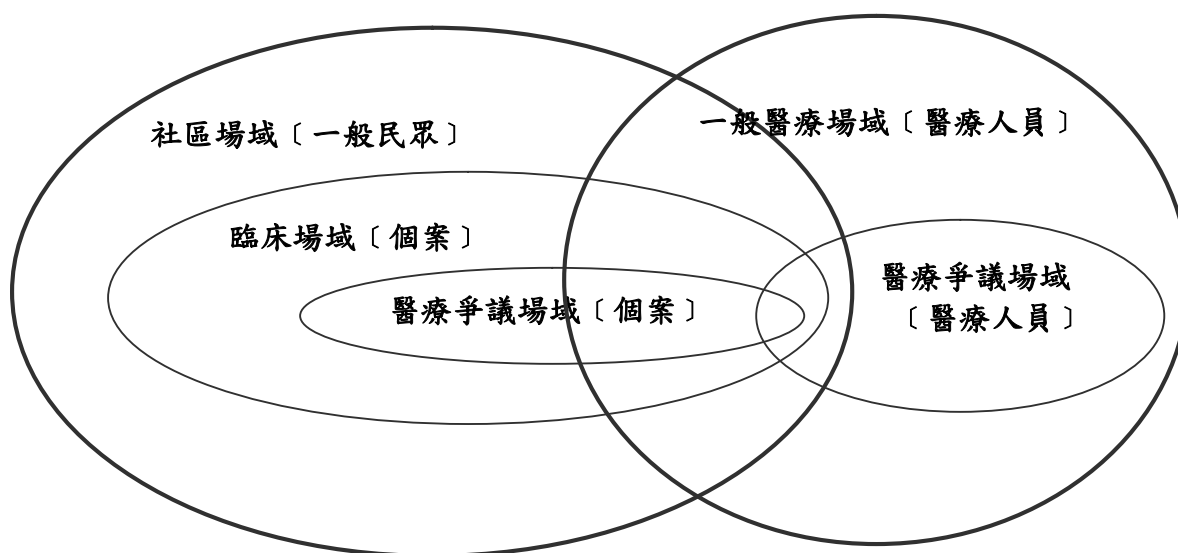
一、本研究之基礎理論架構

本三年期研究以醫病溝通以及醫療爭議之質性及量化研究為出發點，結合以醫病溝通理論為基處之實證研究、將研究結果應用於醫病溝通及醫學倫理教育、以及評估相關教育之成效，並以此三大象度之持續互動，更新並提升當代醫病溝通及醫學倫理教育之理論面以及實務面，為爾後以醫病溝通為主軸之醫學倫理教育級研究，提供前瞻性之指引。



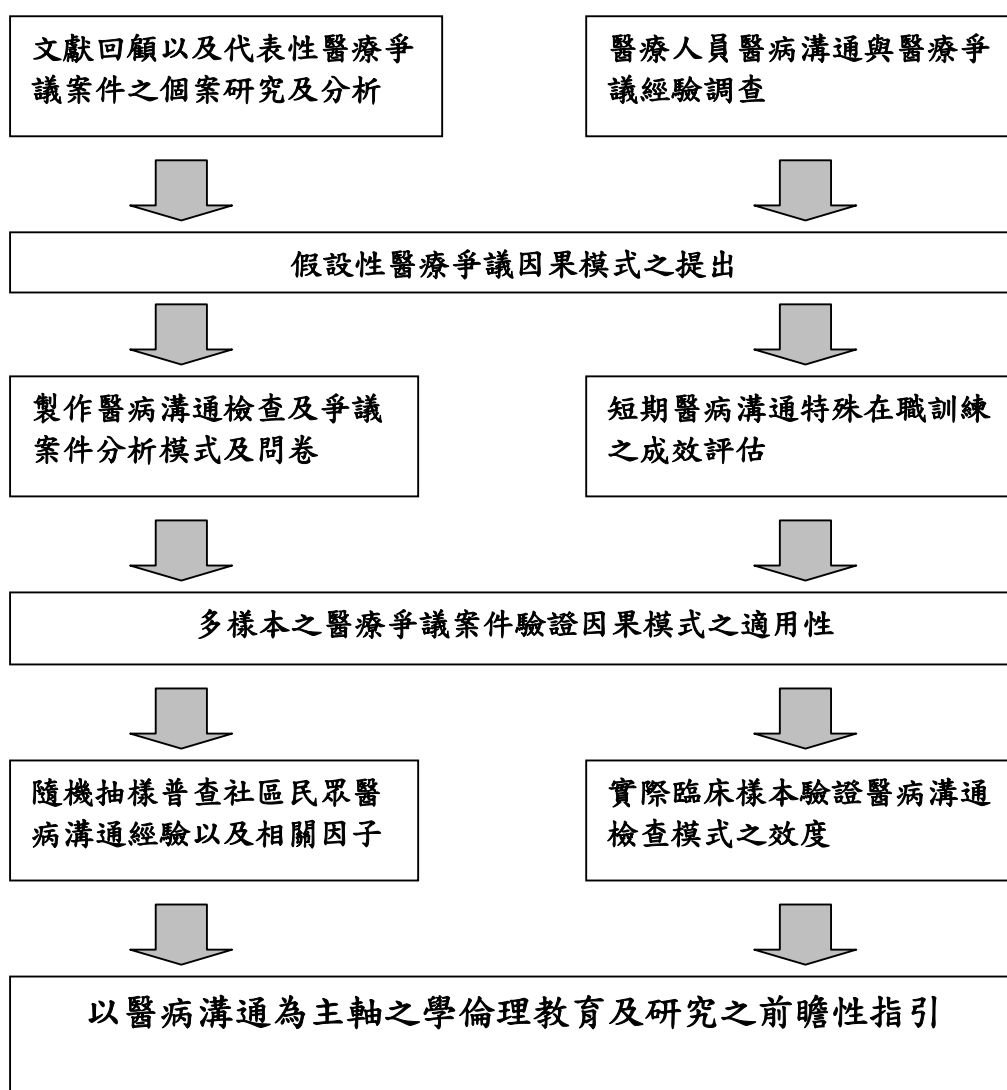
二、研究之執行場域及樣本

本三年期研究網羅醫病溝通以及醫療爭議相關廣泛性之廠與及樣本，包括典型醫療爭議案件案主、典型醫療爭議案件醫療團隊、一般醫療團隊成員、一般醫療爭議樣本、臨床樣本、以及社區一般民眾。其所涵蓋之範圍，由特殊之醫療情境延伸至社區一般民眾，可兼顧醫病溝通問題研究之普遍性〔廣度〕以及特異性〔深度〕。



三、研究之執行進程及架構

本三年期研究之進程，以整合國內外過去醫病溝通與醫療爭議之實證研究為出發，並歸納當代台灣地區醫病溝通以及醫療爭議之教育面以及臨床實務面需求。先以〔一〕分析醫療爭議案件；〔二〕醫療人員之醫病溝通問題調查，進而配合〔三〕醫病溝通特殊在職訓練之執行以及成效評估；進而發展〔四〕假設性醫病爭議因果模式；〔五〕製作醫病溝通評估檢查表；其後再擴大醫病爭議個案之分析，〔六〕驗證假設性因果模式之適切性。於因果模式是用性確認後，於臨床樣本〔七〕試用醫病溝通檢查工具之同時或外在效度；此外考慮樣本之代表性，以及一般民眾對於當代醫病溝通之感受與需求，進一步製作以本研究核心假說為主之問卷，藉由〔八〕社區樣本隨機抽樣普查，探討當今社區一般民眾綜合性之醫病互動感受，以作為〔九〕未來醫病溝通研究以及醫學倫理教育之前瞻性指引。



伍、研究目的及進程

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。

- 1) 了解醫療爭議〔糾紛〕之問題與成因，進一步提供相應之預防策略，並提供發展與建立醫療糾紛危險因素之偵測評量表。
- 2) 提供影響醫病溝通品質與障礙之實證性資料，作為提升醫病溝通品質之教育訓練基礎資料。
- 3) 對於參與研究之工作人員可促進其對於醫療溝通與醫療爭議成因與預防更深入之了解。

由過去所執行之前趨性研究皆指出：醫療爭議及醫病溝通問題之整合性研究及處理，以個案研究方式為起點，藉由量表之設計、信效度之檢驗、各種醫療情境之普查、預測因子之確立、教育目標之擬定、教案之製作、以及教學訓練成效之評估，是一可行之方向。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。

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。醫病溝通的重要性已被廣泛重視，但國內外相關之研究極其缺乏。由作者等人過去之研究結果已發現，有系統地針對醫學系學生進行系列之醫病溝通教育與訓練，但畢業生在執行醫療業務時，仍有極多數針對醫病溝通及醫療爭議抱持極大之焦慮，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。本三年期研究，將能了解國內臨床情境下就醫師與病人或家屬之觀點，綜合性地了解醫病溝通之相關問題與品質，並據此提供合宜之教育處置，以其與醫學系學生之在學訓練、畢業後之實務訓練、以及繼續教育訓練相結合，消極地期待能避免無謂的醫療爭議與糾紛，積極地提高醫療溝通之品質。

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，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。

陸、研究方法

一、醫療爭議個案分析

1. 先導研究

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。其分析擬由二位精神科醫師及參與醫療爭議調解之社工代表，逐案配合病例內容，歷次相關會議之討論經過，就醫療處置、病患、家屬及醫師各個層面探討問題的原因，以作為醫療爭議危險因素的參考。

本研究以描述性精神醫學〔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。除此之外，並針對精神科醫師參與醫療團隊討論，接觸並評估病患及家屬，提供醫療團隊、病患、及家屬精神科照會服務，並列席醫病糾紛說明會之觀察紀錄，並追蹤個案。最後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」〔附件一〕以作為進一步分析之用。

2. 一般性醫療爭議個案

本研究之擴大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。

3. 分析策略

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份、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。

二、醫病溝通訓練營成效

1. 樣本

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。

2. 施測方式

會前施測問題〔附件二〕包括：(一) 您過去曾經有過與病患或家屬溝通發生困難的經驗嗎？(二) 依您的經驗或觀察，醫病溝通困難常發生於(可複選) 1. 診斷瞭解 2. 處置瞭解；3. 預後瞭解；4. 一般相處互動；5. 其他。(三) 在您過去的執業經驗中，曾經擔心過自己會面臨醫療糾紛嗎？(四) 這些擔心主要與以下何者有關？(可複選) 1. 預後的不確定性；2. 治療效果不彰；3. 病患或家屬的態度；4. 病患或家屬的背景；5. 治療或處置過程發生不良反應；6. 醫療團隊意見之不一致；7. 其他。(五) 醫療糾紛之危險性高低，對於您的選科影響有多大？(六) 您過去對於「知情同意」(informed consent) 之內涵的瞭解程度如何？(七) 您目前在日常執業中，對於處理及預防醫療糾紛危險性的方法瞭解如何？除第五至七題之計分方式為 1. 沒有 2. 少許 3. 普通 4. 充分外，其餘選項為圈選有或無之單一選項。會後測量〔附件三〕包括本課程在受訓人員在(一) 醫療糾紛或醫療爭議發生時處理過程，(二) 知情同意之了解程度，(三) 醫病溝通困難原因之了解程度，(四) 預防醫療糾紛方法的了解程度，(五) 此研討會對於增進醫病關係之幫助等方面。計分方式為 1. 沒有；2. 少許；3. 普通；4. 充分。

三、醫病溝通檢查模式之外在效度檢驗

1. 樣本及方法

本研究為驗證過去本研究團隊，系列研究所指出醫病溝通中核心之「知情同意」評估模式於臨床樣本之外在效度，故選擇經過詳盡精神科評估後，確定無精神科診斷之 88 名活體器官移植捐贈者，於術前評估過程中，除系統性蒐集其心理計量資料外，以本研究所發展出「醫病溝通檢查表」〔附件四〕為測量模式，以接受過結構是訓練之資深精神科住院醫師或負責器官移植照會之主治醫師為施測者，評估其知情同意之程度。評分方式分為六個向度給分，若於各項度同意程度良好者計一分，顯著不佳者計三分，尚可者記兩分，加總後為該個案與該醫療團隊醫病溝通重要指標「知情同意」之客觀評量分數。並進一步進行相關分析，基本假設為：知情同意良好與否之程度，與術前矛盾以及身心困擾相關。

2. 心理計量工具

一般心身症狀：此外本研究亦使用簡式症狀量表〔Brief Symptom Rating Scale：BSRS〕評估一般精神症狀之嚴重程度〔附件五〕。BSRS 過去曾廣泛使用於精神科照會以及輕型精神疾患之研究中，具有良好之信效度。BSRS 是測量過去一週心身症狀嚴重程度之結構性自填問卷，共包含 30 題問句，嚴重程度之分級為 0：完全沒有；1：輕微；2：中等程度；3：厲害；4：非常厲害。BSRS 是由過去國外廣泛使用，由 Derogatis 等人發展之 Symptom Check List-90-R (SCL-90-R) 改編而來，其中包含 9 個症狀向度，分別是身體化〔somatization：SOM〕、強迫性〔obsessive-compulsive：OBS〕，人際敏感〔interpersonal sensitivity：SEN〕，憂鬱〔depression：DEP〕，焦慮〔anxiety：ANX〕，敵意〔hostility：HOS〕，畏懼〔phobic-anxiety：PHO〕，多疑〔paranoid ideation：PAR〕、以及精神病性〔psychoticism：PSY〕。此外，附加症狀〔additional symptoms：ADD〕包括自殺意念及基本生物性症狀〔vegetative symptoms〕，而綜合嚴重度指數〔global severity index：GSI〕則為所有題目之平均值，顯示心理困擾之綜合性嚴重度。

性格傾向：本研究所採用性格傾向計量工具為「簡式性格量表」Maudsley Personality Inventory〔MPI〕〔附件六〕，是一種結構性自填問卷，具有良好之心理計量特性〔psychometric property〕，其中文版之信效度在過去精神醫學領域已充分驗證，是為測量部分性格傾向之有

效工具。此一量表之建構〔construct〕，是源於 Hans Eysenck 之研究，其原始建構中包含三大向度，分別是神經質傾向〔Neuroticism〕、外向內省傾向〔Extroversion-Introversion〕、以及精神病性傾向〔Psychoticism〕，此外另有謊尺〔lie scale〕用以測量填答者之反應穩定程度及可信度。此量表設計之初衷，是基於普遍性之性格特質測量，並進一步推衍對於不同精神疾患之易感性，亦適用於非精神疾患個體，然而本研究因非著眼於測量嚴重精神病理〔psychopathology〕，故將精神病性傾向之相關題目予以刪除。

術前矛盾困擾：本研究除使用過去於心身醫學研究中常用之心理計量工具外，於器官移植捐贈者部份，使用「術前矛盾評量問卷」〔Preoperation Ambivalence Scale〕〔Simmons et al., 1977〕〔附件七〕，此問卷旨在探討捐贈者對於移植手術之矛盾困擾，理論上與醫病溝通以及知情同意之良窳有關，本量表之中文文化信效度亦由本研究團隊進行之。

四、台灣地區民眾醫病溝通經驗滿意度調查

1. 樣本及抽樣方法

調查對象：年齡 15 歲以上之民眾

抽樣方法：台灣地區電話簿為母體，依縣市為分層單位採分層比率抽樣隨機撥號。

調查方法：電話調查訪問

調查時間：中華民國 93 年 6 月 08 日～12 日，晚上 18:00～22:00

樣本數：1203 份

抽樣誤差：在 95% 的信賴水準下，合格的受訪者抽樣誤差大約為 $\pm 2.80\%$

協助調查單位：東森公關全方位市調

滿意評分：整體評分 = $100 \times \text{非常滿意}\% + 80 \times \text{還算滿意}\% + 40 \times \text{不太滿意}\% + 20 \times \text{非常不滿意}\% + 60 \times \text{不知道/拒答}\%$

2. 問卷內容

本研究所使用之醫病溝通問卷，乃基於過去本研究團隊之研究結果，設計出適合電話訪問民眾之問題〔附件八〕，並與受委託執行之機構，研商問卷編修之細節後，經過少部分樣本測試及增刪後，於全國電話簿樣本隨機抽樣實施，其詳細內容如〔Table 11-13〕。除此之外，為了解個案之身心困擾，特別增加簡式症狀量表篩檢版〔BSRS-5〕作為輔助測量工具。此一篩檢量表由本研究主持人所發展，依照上述簡式症狀量表〔Brief Symptom Rating Scale: BSRS〕原版，經統計分析以及效度檢測，萃取出五題具代表性之題目作為心身困擾及精神疾患篩檢之用，計分方式同 BSRS 長式問卷。於其信效度研究中証實，以 Receiver's Operating Curve (ROC) 分析，若以總分 6 分以上作為切割點，可以達到最佳之敏感度及特異度平衡(敏感度 78.9%；特異度 74.3%；正性預測值 69.9%；負性預測值 82.3%)。〔Lee MB., et al 2003〕。過去研究針對 BSRS-5 心理計量特性中，呈現良好之信度(內在一致性 Cronbach alpha = 0.77 to 0.90, 再測信度 kappa = 0.82)。

五、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。各項了解程度評量之比較若以無母數序列變項處理之，採用 Mann-Whitney test 檢驗獨立分組之差異，採雙尾檢定， α

值定於 0.05。各項了解程度評量之相關以無母數序列變項處理之，運用 Kendall tau 相關係數，採雙尾檢定判定之。各項連續變項得分之相關以 Pearson's product moment 相關分析處理。針對 BSRS 或矛盾量表與各項基本資料之關係，以 Multiple Linear Regression 之 Enter 程序檢測之。於全國抽樣資料部份，除一般描述性、單變量、以及複線性迴歸外，亦經過與全國樣本人口學資料校正之 weighting 程序，調校抽樣之誤差。

柒、研究結果

一、醫療爭議個案分析

1. 先導研究結果

以上述之研究方式分析之結果顯示如下：醫療預後：死亡或重殘(62%)、輕度傷害(23%)、以及穩定預後(15%)。醫療爭議之社會心理機轉部分，以案主及治療者之特殊性格傾向與壓力反應〔characteristics of clients and medical professionals〕(48%)佔最多數，其次為知情同意不完全〔inadequate informed consent〕(40%)，其次為對於失能之否定作用〔denial of disability〕(25%)、未處理之罪惡感〔Unresolved guilty feelings〕(21%)、家族成員見解不一致〔discordance between family members〕(14%)等。

2. 擴大樣本結果〔Tables 1 and 2〕

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。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。

二、醫病溝通訓練成效

1. 醫病溝通問題描述〔Tables 3 and 4〕

研究結果顯示，於連續兩年之不同受訓人員，呈現之醫病溝通問題比例以及相關因子皆呈現穩定情況。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〔表二〕。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。

2. 訓練成效 [Tables 5 to 7]

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，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，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。而表四顯示各教學重點項目之相關性分析，其中知情同意之了解與醫療糾紛預防之關聯性亦顯示與會學員學習成效。

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」 [附件三]，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。

四、醫病溝通檢查模式之外在效度檢驗

共有 88 名器官移植活體捐贈者接受醫病溝通以及知情同意評估，其基本資料如 Table 8。於皮爾森積差相關分析中 [Table 9]，神經質傾向與強迫症狀以及未具症狀相關，而知情同意程度與術前矛盾呈現顯著相關。若由複線性迴歸模式觀之 [Table 10]，知情同意之程度與神經質傾向，與術前矛盾困擾顯著相關，且向性呈現知情同意愈不理想者，矛盾程度愈高，而神經質傾向愈高者，矛盾程度亦越高。在本研究樣本中，性別與年齡，以及其他人口學因子，並未對於矛盾程度有影響。而就身心症狀而言，與知情同意程度並無顯著相關，僅與神經質傾向相關。

五、社區民眾醫病溝通及醫療滿意度普查

1. 樣本分布 [Table 13]

性別部分，女性佔 50.1%，男性佔 49.9%。就年齡區分，於年齡 20-29 歲最多，佔 21.1%，其次是 30-39 歲(20.2%)，再其次為 40-49 歲(19.8%)。教育程度分布，以高中職教育程度最多，佔 32.8%，其次是大學以上(20.5%)，再其次為國小以下(16.5%)。就婚姻狀況而言，已婚佔 66.6%，未婚/單身佔 32.7%。就醫療費用而言，以健保補助最多，佔 93.6%，其次是自費(4.0%)。受訪者居住地區以北部地區最多，佔 41.4%，其次是南部地區(27.5%)，再其次為

中部地區(24.7%)，東部離島地區為 5.2%。

2. 求醫行為〔Table 11〕

過去六個月內有沒有看病經驗

55.7%民眾過去六個月內有看病的經驗。在各族群中以女性、60 歲以上、國小以下教育程度、已婚族群過去六個月內有看病經驗的比例較高，近半年有看病的比率似乎隨著年齡越高而有越高的趨勢。醫療費用大多靠健保者近六個月有看病比率高於大多是自費者。

您最近一次看病是多久以前

扣除不知道比率，15.8%民眾最近一週有看病經驗；34.3%民眾最近一個月內有看病經驗；50.1%民眾最近六個月內有看病經驗。以近六個月內有看病者其看病時期結構來看，大多集中在一個月內，顯示看病的族群重複看病的比率高。60 歲以上族群有 64.3%近三個月有看病經驗，且看病比率隨年齡層越高而有越高的趨勢，顯然生病與年齡間有密切關係在。

最近一次看病，是屬於中醫或西醫

近半年有看病者有 83.4%最近一次看西醫，16.6%最近一次是看中醫。在各族群中以女性、60 歲以上、國小以下教育程度、已婚、北部地區與費用由健保給付的族群看西醫的比例較高。醫療費大多自費者有較高比率看中醫。

最近一次就醫地點

近半年有看病者有 59.5%就醫地點為基層診所，其次為醫學中心(14.3%)與區域醫院(12.7%)。在各族群中以女性、15-19 歲、專科教育程度、未婚、中部地區的族群到基層診所就醫的比例較高。就醫習慣應與病情狀況及就醫便利性有關，大多人到基層診所看病因是病情不嚴重且診所就在住家附近。

過去六個月就醫次數

55.7%民眾過去六個月就醫 1 次以上，43.8%民眾過去六個月就醫 2 次以上，23.4%民眾過去六個月就醫 4 次以上。在各族群中以 60 歲以上、已婚過去看病次數達 2 次以上之比率較高。看病次數似乎隨著年齡越高而有越多的現象，顯示看病次數與年齡成正相關。

3. 醫病關係〔Table 11-12〕

醫院(或診所)所提供的醫療服務的滿意度

84.0%民眾對於醫院所提供的醫療服務表示滿意，7.7%不滿意。整體滿意評分為 77.8 分。在各族群中以男性、15-19 歲、高中/職教育程度、未婚、東部離島的族群較其它族群滿意度高。半年內有就醫的民眾對於醫院所提供的醫療服務較半年內無就醫者滿意度高，有可能近來醫療服務有改善。

醫師對您的病情說明是否清楚

80.3%民眾對於醫師解說病情服務表示滿意，13.3%不滿意。整體滿意評分為 79.4 分。在

各族群中以女性、15-19 歲、專科教育程度、已婚、中部地區的族群較其它族群滿意度高。半年內有就醫的民眾對於醫師解說病情服務較半年內無就醫者滿意度高，有可能近來醫師在此方面有改善。

醫師服務態度的滿意度

有 90.9% 民眾對於醫師服務態度表示滿意，6.7% 不滿意。整體滿意評分為 82.8 分。在各族群中以女性、15-19 歲、專科教育程度、已婚、中部地區的族群較其它族群滿意度高。半年內有就醫的民眾對於醫師服務態度較半年內無就醫者滿意度高，有可能近來醫師在此方面有改善。

看診的時間是否足夠

72.2% 民眾對於醫師的看診時間表示滿意，22.1% 不滿意。整體滿意評分為 72.9 分。在各族群中以男性、15-19 歲、國小以下教育程度、未婚、中部地區的族群較其它族群滿意度高。半年內有就醫的民眾對於醫師的看診時間較半年內無就醫者滿意度高，有可能近來醫師在此方面有改善。

醫師是否了解您生病的痛苦

有 59.2% 民眾表示醫師能夠了解生病的痛苦，21.7% 不滿意。整體滿意評分為 70.5 分。在各族群中以女性、15-19 歲、專科教育程度、未婚、東部離島的族群表示醫師較能夠了解生病的痛苦。半年內有就醫的民眾對於醫師能夠了解生病的痛苦較半年內無就醫者的認知來得高，有可能近來醫師在此方面有改善。

是否信任你的醫師

有 85.8% 民眾表示能夠信任所屬的醫師，8.4% 不信任。整體滿意評分為 82.4 分。在各族群中以男性、15-19 歲、專科教育程度、未婚、中部地區的族群較其它族群能夠信任醫師。半年內有就醫的民眾較半年內無就醫者能夠信任所屬的醫師。

醫療滿意度綜合描述

若就滿意比率比較，民眾對醫師服務態度滿意比率最高，有 90.8%，其次依序為對醫師的信任度(85.6%)、醫院診所醫療服務(84.0%)、醫師對病情說明(80.3%)、看診時間(72.2%)、醫師對病人痛苦了解度(59.2%)；對於看診時間與醫師對病人痛苦了解度皆有二成以上表示不滿意。若就滿意評分比較，其排序與滿意比率大同小異，依序為民眾對醫師服務態度(82.8)、對醫師的信任度(82.4)、醫師對病情說明(79.4)、醫院診所醫療服務(77.8)、看診時間(72.9)、醫師對病人痛苦了解度(70.5)。

4. 健保及醫療滿意度 [Table 12]

目前的健保制度，對您提供的保障足不足夠

66.0% 民眾認為目前的健保制度，能提供足夠的保障，不過也有 19.6% 民眾覺得保障不夠。在各族群中以男性、15-19 歲、專科教育程度、未婚、南部地區的族群較其它族群認為足夠。年齡層越高覺得健保制度保障夠的比率越低，而教育程度越高者覺得健保制度保障夠的

比率越高。醫療費用大多自付者不到五成認為健保有足夠保障。

醫師服務是否因健保制度實施而有所影響

70.0%民眾覺得醫師服務並沒有受到健保制度的實施而有所影響，不過也有 18.7%認為有影響。在各族群中以男性、30-39 歲、大學以上教育程度、已婚、東部離島的族群較其它族群認為醫師服務受到健保制度實施的影響。醫療費用大多自費者有高達 35.0%覺得醫師服務因健保制度的實施而有所影響。

5. BSRS-5 症狀分佈 [Table 12]

會不會感覺緊張不安

34.3%民眾近一星期有感到緊張不安。若針對有回答者部份來看，有 15.3%民眾近一週感到緊張不安是中等程度以上，4.8%是厲害程度以上。在各族群中以女性、40-49 歲、專科教育程度、已婚、東部離島的族群較其它族群近一週感到緊張不安比率較高。近半年有看病者近一週感到緊張不安比率高於近半年沒有看病者。

會不會覺得容易苦惱或動怒

38.1%民眾近一星期有感到惱或動怒。若針對有回答者部份來看，有 16.9%民眾近一週感到惱或動怒是中等程度以上，5.1%是厲害程度以上。在各族群中以女性、40-49 歲、國中與專科教育程度、已婚、東部離島的族群較其它族群會容易苦惱或動怒。近半年有看病者近一週感到苦惱或動怒比率高於近半年沒有看病者。

會不會感覺憂鬱、心情低落

35.3%民眾近一星期有感到憂鬱或心情低落。若針對有回答者來看，有 15.2%民眾近一週感到憂鬱或心情低落是中等程度以上，4.2%是厲害程度以上。在各族群中以女性、30-39 歲、專科教育程度、已婚、北部地區的族群較其它族群感到憂鬱或心情低落比率較高。近半年有看病者近一週感到憂鬱或心情低落比率高於近半年沒有看病者。

會不會覺得比不上別人

28.0%民眾近一星期覺得比不上別人。若針對有回答者來看，有 12.1%民眾近一週覺得比不上別人是中等程度以上，4.1%是厲害程度以上。在各族群中以女性、20-29 歲、專科教育程度、未婚、中部地區的族群較其它族群覺得比不上別人比率較高。近半年有看病者近一週覺得比不上別人比率高於近半年沒有看病者。

會不會睡眠困難，譬如難以入睡易醒或早醒

32.9%民眾近一星期感到睡眠困難。若針對有回答者來看，有 15.6%民眾近一週感到睡眠困難是中等程度以上，6.0%是厲害程度以上。在各族群中以女性、40-59 歲、國小以下教育程度、已婚、東部離島地區的族群較其它族群感到睡眠困難比率較高。近半年有看病者近一週感到睡眠困難比率高於近半年沒有看病者。

整體嚴重度指數

針對5題情續評量表皆有回答者(N=1167)來看,顯示台灣有39.1%民眾感受到壓力,17.5%民眾身心健康狀況需留意或需尋求醫療協助,4.6%民眾則需要儘快尋求醫療協助。

6. 醫病溝通滿意度之相關分析〔Table 14〕

若將醫院診所醫療服務當做因變數,其他如民眾對醫師服務態度、對醫師的信任度、醫師對病情說明、看診時間、醫師對病人痛苦了解度等皆當自變數。透過相關係數分析(用來代表重要度),可得知醫師對病情說明的滿意度對醫院診所醫療服務滿意度的影響力最大,而以看診時間對整體滿意度的影響力較低。民眾對看診時間及醫師對病人痛苦了解度評價低,不過還好此兩項服務重要度低於其他服務。

7. 民眾對健保之感受及醫病溝通滿意度〔Table 15〕

以過去六個月就醫次數,以及民眾對於健保之感受,以及醫病關係之感受項目作相關分析,過去就醫次數與醫病互動之感受呈現正相關。民眾感受到健保對於醫病互動之影響愈大,醫病互動之感受亦愈負面,呈現有意義之相關。由此觀之,健保之感受與醫病互動經驗呈現某種程度之相關。

8. 以BSRS-5為因變數之複線性迴歸模式〔Table 16〕

由上述資料中可見,過去六個月有就醫經驗者,其BSRS-5總分顯著高於無就醫經驗者。可見就醫本身與心身壓力呈現某種程度之相關。若以有就醫經驗者之BSRS-5總分作為依變數,以人口學特徵,看診次數,醫病互動經驗問題為自變數,驗證與就醫者心身壓力相關因素。於複線性迴歸係數之檢定中,女性、過去看病次數、以及醫病互動中「請問醫師對您的病情說明清不清楚?」三項具顯著相關。由此可見,醫病互動中,醫師對於病情之說明,似乎與就醫者之心身壓力最為相關。其他醫病互動因子,亦與部分與BSRS-5總分相關,然而在複線性迴歸中,僅存病情說明一項。

捌、討論

一、醫療爭議個案分析

本研究指出：知情同意是否充分，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。

二、醫病溝通訓練成效

本研究搜集連續兩年受訓學生之醫病溝通經驗，結果顯示：在不同的兩個年度中，皆有絕大多數參與受訓之學員，過去曾經擔心遭遇醫療糾紛，而有近八成曾經遭遇醫病溝通困難之經驗，進一步分析發現此類擔心與經驗，與過去醫學教育背景無顯著相關。此外在知情同意及醫療糾紛預防方法之了解程度上並不理想。於研討會會前及會後之比較發現：學員在知情同意以及醫療糾紛預防方法之了解程度有顯著之進步。由此推論，本院所隸屬之醫學院，過去曾推行一系列之醫學倫理及醫學人文教育，雖然該學院之醫學生在選科時較不受該科醫療糾紛危險性之影響，而其他醫學院畢業生，也僅在「此研討會對於增進醫病關係之幫助」選項上，顯著較高。由此觀之，不論醫學院教育背景如何，在醫學生畢業進入臨床工作後，仍有必要實施以醫病溝通及醫療糾紛處理及預防相關之在職教育，以加強住院醫師處理醫病關係問題之能力。

本研究以連續兩年之實證資料顯示：在知情同意了解程度及醫療糾紛預防方法了解程度二變項上，於前後測皆呈現顯著差異，顯示本次研習營之教學成效，且會後有相當多之學員認為對於增進醫病溝通極有幫助。然而不論會前或會後，知情同意了解程度及醫療糾紛預防

方法了解程度二者，僅呈現相近之低至中度相關，與理論架構不甚吻合。故在未來教學上，應加強此二者之連結，使學員了解病人自主之概念，熟悉知情同意之實施步驟，甚至加強實際案例之探討，使其充分明瞭知情同意在醫病關係中，醫療不確定性共享以及醫療糾紛預防之具體意義。

由此連續兩年之資料顯示：知情同意之意涵與操作之落實，可能是未來醫病溝通以及醫學倫理教育設計上，需要更為精進的一部份。若能加強實作方法以及預防醫療爭議之連結，相信對於病人自主，以及醫療品質之提升應會更有助益。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。

三、醫病溝通檢查模式之外在效度檢驗

以器官移植活體捐贈者〔living related donor〕為樣本，驗證本研究之重要假設，亦即知情同意之程度，與個案於移植前之矛盾情緒相關。藉此，亦部分驗證此研究之測量模式之同時及外在效度。醫療不確定性之共享程度越高，個案矛盾程度越低，而此一效果甚至高於神經質傾向。醫病溝通品質之好壞，可能直接影響病患對於重大手術之術前感受，未來宜有前瞻性追蹤研究，驗證醫病溝通對於個案預後之預測效度〔predictive validity〕。

四、醫病溝通及醫療滿意度全國普查

若就滿意評分比較，依序為民眾對醫師服務態度(82.8)、對醫師的信任度(82.4)、醫師對病情說明(79.4)、醫院診所醫療服務(77.8)、看診時間(72.9)、醫師對病人痛苦了解度(70.5)。透過相關係數分析(用來代表重要度)，可得知醫師對病情說明的滿意度對醫院診所醫療服務滿意度的影響力最大，而以看診時間對整體滿意度的影響力較低。由此可見，目前一般民眾，再本研究所定義之醫病關係向度中，對於醫師能了解個案之痛苦一項，相對而言較為不滿意。引申而言，就是醫師「同理心」，以及對於病患之「情緒線索」〔emotional cue〕掌握仍嫌不足，此一項目應是未來除知情同意之外，醫病溝通教育應加強之處。

近半年有看病者近一週有以上問題的比率皆高於近半年沒有看病者，顯示情緒與需要就醫之事實可能相關。針對 5 題情續評量表皆有回答者來看，顯示台灣有 39.1% 民眾感受到壓力，17.5% 民眾身心健康狀況需留意或需尋求醫療協助，4.6% 民眾則需要儘快尋求醫療協助。女性有 21.2% 憂鬱指數在 6 分以上，明顯高於男性的 13.3%；30-49 歲族群憂鬱指數在 6 分以上比率高於其他年齡層；近半年有看病者有 21.2% 憂鬱指數在 6 分以上，高於近年沒看病之 12.8%。而就與醫病互動經驗之影響因子中，民眾對於健保之感受亦與之相關。未來在醫病溝通及醫學倫理教育中，與健保相關之一病溝通問題澄清以及處理，似乎為未來方向。在醫病溝通互動變項中，醫師對於說明之是否清楚，與病患之心身困擾相關。由此社區樣本之調查觀之，清晰準確的病情說明，對於身心皆承受痛苦之病患，是符合醫學倫理原則及病患利益。此一證據，亦支持本研究之基本假設：良好的醫病溝通及互動，可能減緩病患罹病之痛苦。

玖、結論與建議

誠如前言所提及：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。尤有進者，醫療爭議以及醫療過失訴訟是當代醫療人員執業過程中，特別是在管理式醫療環境中，所面臨之重大課題之一，除病患、家屬、以及醫療團隊同感痛苦與壓力外，對於醫療品質維護、醫療團隊及病患之自主性、以及全人照護原則之影響甚鉅。而良好的醫病溝通技術、配合豐富的醫學倫理素養，落實以「知情同意」為基礎之醫療決策，醫療團隊與病患及家屬共同分擔醫療之不確定性，方能尊重病患自主，維護醫療品質，以及避免醫療爭議。

本三年期研究藉由實證之資料，獲得之重要結論及建議如下：

- 一、本研究以實證資料顯示：「知情同意」為醫療爭議過程中重要之中介因子，良好的醫病互動以及知情同意之落實，應是預防及處理醫療爭議之重要方法。
- 二、「知情同意」完整之程度，亦直接影響個案在接受重大醫療措施前之矛盾困擾，而知情同意之良窳與否，於本研究中被證實可藉由與個案之深度會談及評估而獲得。
- 三、除知情同意程度外，重大災難性預後，以及醫療團隊及案主之特殊性格型態，亦與醫療爭議之發生相關。對於災難性預後之處理以及神經質性格傾向之掌握，是未來醫學人文教育中，需要加強之部分。
- 四、過去醫學教育中，對於知情同意以及醫療爭議之理論及實務連結略顯不足，為爾後醫學倫理教育必須充實之內涵，而有系統之成效評估亦為未來研究之重點。
- 五、以一般民眾隨機樣本所測得社區民眾之醫療滿意度而言，相對較低者為看診時間以及醫師是否於情緒層面了解病患之痛苦。曾有就醫經驗個案之身心壓力程度與醫師對於病情說明之清楚程度顯著相關。
- 六、爾後之醫學倫理教育及醫病溝通訓練，除加強一般之醫學人文內涵外，應更著重於病情說明之技巧，病患及家屬情緒線索〔emotional cue〕之掌握，優質同理心之發揮，以及神經質性格傾向之辨識及特殊醫病溝通策略之掌握。

拾、參考文獻

1. Appelbaum PS, Griso T: Assessing patients' capacities to consent to treatment. *N Engl J Med* 1988; 319:1635-8.
2. Appelbaum PS, Roth LH: Clinical issues in the assessment of competency. *Am J Psychiatry* 1980; 138:1462-7.
3. Baumann AO, Deber RB, Silverman BE, Mallette CM. Who cares? who cures? the ongoing debate in the provision of health care. *J Adv Nurs*. 1998;28:1040-1045.
4. Beckman HB, Frankel RM, Kihm J, Kulesza G, Geheb OR. Measurement and improvement of humanistic skills in first year trainees. *J Gen Intern Med*. 1990;5:42-45.
5. Bellet PS, Maloney MJ. The importance of empathy as an interviewing skill in medicine. *JAMA*. 1991;266:1831-1832.
6. Bolognini S. Empathy and "empathism." *Int J Psychoanal*. 1997;78:279-293.
7. Bottrell MM, Alpert H, Fischbach RL, Emanuel LL: Hospital informed consent for procedure form. *Arch Surg* 2000;135:26-33.
8. Branch WT, Malik TK. Using "windows of opportunity" in brief interviews to understand patients' concerns. *JAMA*. 1993;269:1667-1668.
9. Bryne PS, Long BE. *Doctors Talking to Patients*. London, England: Her Majesty's Stationery Office; 1976.
10. 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.
11. Bursztajn H, Brodsky A: A new resource for managing malpractice risks in managed care. *Arch Intern Med* 1996;156:2057-63.
12. Busch, Katie. The impaired physician: Hospital/medical staff liability and due process of law. *Psychiatric Medicine* 1984;2: 263-271.
13. Charles SC, Wilbert JR, Franke KJ: Sued and nonsued physicians' self-reported reactions to malpractice litigation. *Am J Psychiatry* 1985;142:437-440.
14. Depression Guideline Panel. *Detection and Diagnosis*. Rockville, Md: US Dept of Health and Human Services; 1993. *Depression in Primary Care*; vol 1. *Clinical Practice Guidelines No. 5*.
15. DiMatteo MR, Hays RD, Prince LM. Relationship of physicians' nonverbal communication skill to patient satisfaction, appointment compliance, and physician workload. *Health Psychol*. 1986;5:581-594.
16. DiMatteo MR, Hays RD. The significance of patients' perceptions of physician conduct. *J Community Health*. 1980;6:18-34.
17. Emanuel EJ, Dubler NN. Preserving the physician-patient relationship in an era of managed care. *JAMA*. 1995;273:323-340.
18. Engel GL. From biomedical to biopsychosocial. Being scientific in the human domain. *Psychosomatics* 1997;38:521-8.
19. Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry* 1980 ; 137 : 535 – 44 .
20. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 1977;196:129-136.
21. Farber NJ, Novack DH, O'Brien MK. Love, boundaries, and the patient-physician relationship. *Arch Intern Med*. 1997;157:2291-2294.
22. Friedman HS. Nonverbal communication in medical interaction. In: Friedman HS, DiMatteo MR, eds. *Interpersonal Issues in Health Care*. New York, NY: Academic Press Inc; 1982:51-66.
23. Gianakos D. Empathy revisited. *Arch Intern Med*. 1996;156:135-136.
24. Gold MR, Hurley R, Lake T, Ensor T, Berenson R. A national survey of the arrangements managed care plans make with physicians. *N Engl J Med*. 1995;333:1678-1683.
25. Gordon G, Baker L, Levinson W. Physician-patient communication in managed care. *West J Med*. 1995;163:527-531.

26. Greenfield S, Kaplan SG, Ware JE. Assessing the effects of physician-patient interaction on the outcomes of chronic disease. *Med Care*. 1989;27:S110-S127.
27. Greenfield S, Kaplan SH, Ware JE, Yano EM, Frank HJ. Patients' participation in medical care: effects on blood sugar control and quality of life in diabetes. *J Gen Intern Med*. 1988;3:448-457.
28. 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.
29. Havens H. Explorations in the uses of language in psychotherapy: simple empathic statements. *Psychiatry*. 1978;41:336-345.
30. Hickson GB, Clayton EC, Githens PB, Sloan FA. Factors that prompted families to file malpractice claims following perinatal injury. *JAMA*. 1992;267:1359-1363.
31. 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.
32. Kaplan SG, Greenfield SH, Ware JE. Expanding patient involvement in care: effects on patient outcomes. *Ann Intern Med*. 1985;102:520-528.
33. Kelly D. Caring and cancer nursing: framing the reality using selected social science theory. *J Adv Nurs*. 1998;28:728-736.
34. Klein LE: Compliance and blood pressure control. *Hypertension* 1988;11: 61-4.
35. LaMonica E, Carew D, Winder A, Haase A, Blanchard K. Empathy training as the major thrust of a staff development program. *Nurs Res*. 1976;25:447-451.
36. Levinson W, Gorawara-Bhat R, Dueck R, et al. Resolving disagreements in the patient-physician relationship: tools for improving communication in managed care. *JAMA*. 1999;282:1477-1483.
37. Levinson W, Roter DL, Mullooly JP, Dull VT, Frankel RM. Physician-patient communication: the relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *JAMA*. 1997;277:553-559.
38. 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.
39. Lipowski ZJ: Concultation-liason psychiatry: the first half century. *Gen Hos Psychiatry* 1986;6:305-15.
40. Marvel MK. Involvement with the psychosocial concerns of patients: observation of practicing family physicians on a university faculty. *Arch Fam Med*. 1993;2:629-633.
41. Matthews DA, Suchman AL, Branch WT. Making "connexions": enhancing the therapeutic potential of patient-clinician relationships. *Ann Intern Med*. 1993;118:973-977.
42. 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.
43. 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.
44. Mullan PB, Stross JK. Sensitivity to patients' psychosocial concerns: relationships among ratings by primary care and traditional internal medicine house officers and patient self-assessments. *Soc Sci Med*. 1990;31:1337-1345.
45. Parsons T: Illness and the role of the physician: A sociological perspective. *Am J Orthopsychiatry* 1951 ; 21: 452-60.
46. Penchansky R, Macnee C: Initiation of medical malpractice suits: A conceptualization and test. *Med Care* 1994;32:813-831.
47. Penchansky R, Macnee C: Initiation of medical malpractice suits: A conceptualization and test. *Med Care* 1994;32: 813-831.
48. Platt FW, Keller VF. Empathic communication: a teachable and learnable skill. *J Gen Intern Med*. 1994;9:222-226.
49. Putnam SM, Lipkin M Jr. The patient-centered interview: research support. In: Lipkin M Jr, Putnam SM, Lazare A, eds. *The Medical Interview: Clinical Care, Education, and Research*. New York, NY: Springer-Verlag; 1995:530-537.

50. Roter DL, Hall JA, Kern DE, Barker LR, Cole KA, Roca RP. Improving physicians' interviewing skills and reducing emotional distress: a randomized clinical trial. *Arch Intern Med.* 1995;155:1877-1884.
51. Simmons RG, Klein SD, Simmons RL. Gift of life: the social and psychological impact of organ transplantation. New York: Wiley-Interscience 1977.
52. Sommers, PA: Malpractice risk and patient relations. *J Family Pract* 1985;20:299-301.
53. Sourial S. An analysis of caring. *J Adv Nurs.* 1997;26:1189-1192.
54. Spiro H. What is empathy and can it be taught? *Ann Intern Med.* 1992;116:843-846.
55. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ.* 1995;152:1423-1432.
56. Stewart MA. What is a successful doctor-patient interview? a study of interaction and outcomes. *Soc Sci Med.* 1984;19:167-175.
57. Stewart MA. What is a successful doctor-patient interview? a study of interaction and outcomes. *Soc Sci Med.* 1984;19:167-175.
58. Suchman AL, Markakis K, Beckman HB, Frankel R. A model of empathic communication in the medical interview. *JAMA.* 1997;277:678-682.
59. Suchman AL, Matthews DA. What makes the patient-doctor relationship therapeutic? exploring the connexional dimension of medical care. *Ann Intern Med.* 1988;108:125-130.
60. Switzer GE, Dew MA, Butterworth VA, et al. Understanding donors' motivations: A study of unrelated bone marrow donors. *Soc Sci Med* 1997; 45: 137-147.
61. Wasserman RC, Inui TS, Barriatua RD, Carter WB, Lippincott P. Pediatric clinicians' support for parents makes a difference: an outcome based analysis of clinician-parent interaction. *Pediatrics.* 1984;74:1047-1053.
62. 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.
63. Wiseman T. A concept analysis of empathy. *J Adv Nurs.* 1996;23:1162-1167.
64. Wooley FR, Kane RL, Hughes CC, Wright DD. The effects of doctor-patient communication on satisfaction and outcome of care. *Soc Sci Med.* 1978;12:123-128.
65. Zinn W. The empathic physician. *Arch Intern Med.* 1993;153:306-312.
66. 李明濱：病人自主與知情同意。醫學教育 1997；1：3-14。
67. 李明濱、謝博生：醫學生之醫療態度教育。醫學教育 1999；3：1-2。
68. 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。
69. 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。
70. 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。
71. 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。
72. 廖士程、李明濱、吳佳璇、謝明憲、謝博生：台灣與北美醫學教育研究之比較。醫學教育 2002；6：340-7。
73. 廖士程、李明濱、王美華、周玲玲、李源德、謝博生：綜合醫院醫療爭議案件之心理社會面向分析。醫學教育 2003；7：434-40。

拾壹、表格

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	

Table 3. 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 ± standard deviation)	28.70 ±1.92	28.52 ±2.71
Years of practice* (mean ± standard deviation)	3.49 ±1.06	3.71 ±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 4. 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 5. 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

Table 6. Correlation between sectors of the post-seminar assessment 1999 (N = 59)

	1	2	3	4	5
1.Understanding of procedures for managing on-going medical disputation	1.000				
2.Understanding of the meaning of "informed consent"	0.641**	1.000			
3.Understanding of procedures for avoiding malpractice suits	0.583**	0.388*	1.000		
4.Understanding of the commonly-experienced difficulties in physician-patient communication	0.482*	0.260	0.394*	1.000	
5.Benefit of this symposium in promoting physician-patient communication	0.382*	0.211	0.547**	0.764**	1.000

By Kendall's tau_b correlation ; * p < 0.01, ; ** p < 0.001.

Table 7. Correlation between sectors of the post-seminar assessment 2000 (N = 84)

	1	2	3	4	5
1.Understanding of procedures for managing on-going medical disputation	1.000				
2.Understanding of the meaning of "informed consent"	0.622**	1.000			
3.Understanding of procedures for avoiding malpractice suits	0.512**	0.201	1.000		
4.Understanding of the commonly-experienced difficulties in physician-patient communication	0.307**	0.260*	0.648**	1.000	
5.Benefit of this symposium in promoting physician-patient communication	0.307**	0.491**	0.299**	0.312**	1.000

By Kendall's tau_b correlation ; * p < 0.01, ; ** p < 0.001.

Table 8. Demographic data of living related donors

Variables		Frequency	Percent
Sex	Male	42	47.7
	Female	46	52.3
Organ	Kidney	21	23.9
	Liver	67	76.1
Relation	Couple	18	20.5
	Sibling to Parent	35	39.8
	Parent to sibling	19	21.6
	Sibling to sibling	16	18.2

Mean age = 35.69 ±13.58

Table 9: Pearson's correlation matrix of variables associated with donors

		Age	Obsession	Phobia	Neuroticism	Ambivalence	Informed consent
Age	Pearson Correlation	1					
	Sig. (2-tailed)	.					
	N	88					
Obsession	Pearson Correlation	-.019	1				
	Sig. (2-tailed)	.858	.				
	N	88	88				
Phobia	Pearson Correlation	.065	.648(**)	1			
	Sig. (2-tailed)	.549	.000	.			
	N	88	88	88			
Neuroticism	Pearson Correlation	-.116	.482(**)	.483(**)	1		
	Sig. (2-tailed)	.282	.000	.000	.		
	N	88	88	88	88		
Ambivalence	Pearson Correlation	.153	.178	.184	.272(*)	1	
	Sig. (2-tailed)	.154	.096	.087	.010	.	
	N	88	88	88	88	88	
Informed consent	Pearson Correlation	-.049	.083	.124	.205	.390(**)	1
	Sig. (2-tailed)	.648	.441	.249	.056	.000	.
	N	88	88	88	88	88	88

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Table 10. Multiple Linear Regression Model for Ambivalence before Organ Donation

	Unstandardized Coefficients		t	Sig.	95% Confidence Interval for B	
	B	Std. Error			Lower Bound	Upper Bound
Informed consent	.210	.057	3.655	.000	.096	.324
Sex	.198	.276	.716	.476	-.351	.747
AGE	.020	.010	1.975	.052	.000	.041
Neuroticism	.050	.022	2.266	.026	.006	.094

a Dependent Variable: Ambivalence about organ donation

Table 11. 全國普查資料基本分布〔1〕

題 目	調查對象	結 果						
1.請問您過去六個月內(今年1月1日至今)有沒有看病的經驗嗎?	全體受訪者 (1203人)	是 否						
		55.69%	44.31%					
2.請問您最近一次看病是多久以前?	近六個月有看病經驗者 (670人)	一週前	一週以上，一個月內	一個月以上，二個月內	二個月以上，三個月內	三個月以上，四個月內	四個月以上，五個月內	五個月以上，六個月內
		26.50%	30.99%	16.81%	9.72%	5.56%	1.52%	2.22%
		不知道 6.68%						
3.請問您最近一次看病，是屬於中醫或西醫?	近六個月有看病經驗者 (670人)	中醫	西醫					
		16.62%	83.38%					
4.最近一次看病有住院嗎?	近六個月有看病經驗者 (670人)	有	沒有					
		3.92%	96.08%					
5.請問您是到哪裡去看病?	近六個月有看病經驗者 (670人)	醫學中心	區域醫院	地區醫院	基層診所	衛生所或群醫中心	其他	不知道
		14.33%	12.66%	9.84%	59.46%	2.39%	0.51%	1.57%
6.請問您過去六個月中，總共就醫幾次?	近六個月有看病經驗者 (670人)	1次	2-3次	4-6次	7次以上	不知道/拒答		
		17.92%	30.66%	20.31%	14.86%	16.26%		
7.根據您最近一次就醫經驗(若六個月前看診則採：整體而言，根據您的看病經驗)，請問您滿不滿意醫院(或診所)所提供的醫療服務?	全體受訪者 (1203人)	非常滿意	還算滿意	不太滿意	非常不滿意	不知道		
		13.67%	70.34%	6.37%	1.27%	8.36%		
8.根據您最近一次就醫經驗(若六個月前看診則採：整體而言，根據您的看病經驗)，請問醫師對您的病情說明清不清楚?	全體受訪者 (1203人)	非常清楚	還算清楚	不太清楚	非常不清楚	不知道		
		31.94%	48.36%	11.23%	2.06%	6.41%		
9.根據您最近一次就醫經驗(若六個月前看診則採：整體而言，根據您的看病經驗)，請問您滿不滿意醫師的服務態度?	全體受訪者 (1203人)	非常好	還算好	不太好	非常不好	不知道		
		31.87%	58.96%	4.94%	1.77%	2.46%		
10.根據您最近一次就醫經驗(若六個月前看診則採：整體而言，根據您的看病經驗)，請問醫師給您看診的時間足不足夠?	全體受訪者 (1203人)	非常足夠	還算足夠	不太足夠	非常不足夠	不知道		
		19.91%	52.30%	16.82%	5.34%	5.64%		

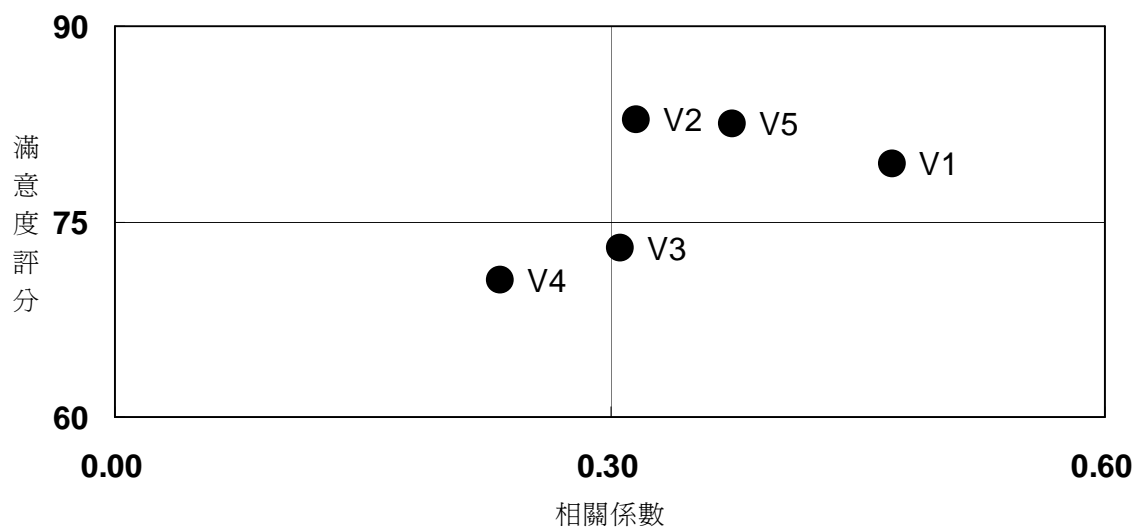
Table 12. 全國普查資料基本分布〔2〕

題 目	調查對象	結 果						
11.根據您最近一次就醫經驗(若六個月前看診則採:整體而言,根據您的看病經驗),請問您覺得醫師了不了解您生病的痛苦?	全體受訪者 (1203 人)	非常了解	還算了解	不太了解	非常不了解	不知道		
		18.90%	40.33%	17.88%	3.84%	19.05%		
12.根據您最近一次就醫經驗(若六個月前看診則採:整體而言,根據您的看病經驗),請問您信不信任你的醫師?	全體受訪者 (1203 人)	非常信任	還算信任	不太信任	非常不信任	不知道		
		35.97%	49.79%	7.30%	1.13%	5.81%		
13.請問目前的健保制度,對您提供的保障足不足夠?	全體受訪者 (1203 人)	非常足夠	還算足夠	不太足夠	非常不足夠	不知道		
		16.18%	49.82%	13.43%	6.23%	14.33%		
14.醫師對您的服務有沒有因健保制度實施而有所影響?	全體受訪者 (1203 人)	影響很大	有點影響	不太有影響	完全沒有影響	不知道		
		5.92%	12.75%	24.10%	45.85%	11.38%		
15.最近一星期中,請問您會不會感覺緊張不安?感到困擾或苦惱的程度為何?	全體受訪者 (1203 人)	完全沒有	輕微	中等程度	厲害	非常厲害	拒答	
		65.57%	19.01%	10.44%	2.45%	2.35%	0.18%	
16.最近一星期中,請問您會不會覺得容易苦惱或動怒?感到困擾或苦惱的程度為何?	全體受訪者 (1203 人)	完全沒有	輕微	中等程度	厲害	非常厲害	拒答	
		61.31%	21.21%	11.80%	2.85%	2.19%	0.65%	
17.最近一星期中,請問您會不會感覺憂鬱、心情低落?感到困擾或苦惱的程度為何?	全體受訪者 (1203 人)	完全沒有	輕微	中等程度	厲害	非常厲害	拒答	
		64.16%	20.21%	10.91%	2.14%	2.07%	0.51%	
18.最近一星期中,請問您會不會覺得比不上別人?感到困擾或苦惱的程度為何?	全體受訪者 (1203 人)	完全沒有	輕微	中等程度	厲害	非常厲害	拒答	
		70.16%	16.14%	7.82%	1.91%	2.14%	1.82%	
19.最近一星期中,請問您會不會睡眠困難,譬如難以入睡易醒或早醒?感到困擾或苦惱的程度為何?	全體受訪者 (1203 人)	完全沒有	輕微	中等程度	厲害	非常厲害	拒答	
		66.29%	17.38%	9.53%	3.02%	2.95%	0.83%	
20.請問您的年齡?	全體受訪者 (1203 人)	15-19 歲	20-29 歲	30-39 歲	40-49 歲	50-59 歲	60 歲以上	不知道
		9.16%	21.07%	20.19%	19.80%	13.25%	16.20%	0.33%

Table 13. 全國普查資料基本分布〔3〕

題 目	調查對象	結 果						
21.請問您最高的教育程度？	全體受訪者 (1203 人)	國小以下	國中	高中/職	專科	大學以上	不知道/ 拒答	
		16.52%	14.24%	32.79%	15.09%	20.51%	0.85%	
22.由於這支電話號碼是由電腦自動抽出，請問您這裡位在哪一縣市？	全體受訪者 (1203 人)	基隆市	台北縣	桃園縣	新竹縣	新竹市	宜蘭縣	苗栗縣
		1.79%	16.22%	8.09%	1.76%	1.74%	2.02%	2.40%
		台中縣	台中市	彰化縣	南投縣	雲林縣	嘉義縣	嘉義市
		6.25%	4.46%	5.67%	2.51%	3.27%	2.47%	1.07%
台南縣	台南市	高雄縣	屏東縣	澎湖縣	花蓮縣	台東縣		
4.74%	3.22%	5.36%	4.08%	0.41%	1.50%	1.16%		
台北市	高雄市	金門縣	不知道/ 拒答					
11.81%	6.59%	0.24%	1.16%					
23.請問您目前大部份醫療費用是屬於以下哪一種？	全體受訪者 (1203 人)	健保	自費	其他補助	不知道/ 拒答			
		93.59%	3.95%	1.76%	0.70%			
24. 請問您目前的婚姻狀況？	全體受訪者 (1203 人)	未婚/單身	已婚	不知道/ 拒答				
		32.73%	66.60%	0.68%				
性別？	全體受訪者 (1203 人)	男			女			
		49.89%			50.11%			
地區？	全體受訪者 (1203 人)	北部地區	中部地區	南部地區	東部離島	不知道/ 拒答		
		41.41%	24.65%	27.53%	5.24%	1.16%		

Table 14. 醫病關係滿意度之相關分布



- V1.醫師對您的病情說明清不清楚
- V2.滿不滿意醫師服務態度
- V3.醫師給您看診的時間足不足夠
- V4.醫師了不了解您生病的痛苦
- V5.信不信任你的醫師

Table 15 醫病溝通滿意度與健保以及看病次數之相關分析

		V7	V8	V9	V10	V11	V12
V6	Correlation Coefficient	-.075(**)	-.159(**)	-.177(**)	-.172(**)	-.209(**)	-.116(**)
	Sig. (2-tailed)	.006	.000	.000	.000	.000	.000
	N	1050	1078	1117	1088	935	1082
V13	Correlation Coefficient	.156(**)	.102(**)	.144(**)	.154(**)	.133(**)	.167(**)
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	.000
	N	1013	1031	1061	1045	905	1038
V14	Correlation Coefficient	-.215(**)	-.285(**)	-.263(**)	-.254(**)	-.223(**)	-.312(**)
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	.000
	N	1041	1065	1097	1073	922	1078

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

- V6. 半年內就醫幾次？
- V13. 請問目前的健保制度，對您提供的保障足不足夠？
- V14. 醫師對您的服務有沒有因健保制度實施而有所影響？
- V7. 請問您滿不滿意醫院(或診所)所提供的醫療服務？
- V8. 請問醫師對您的病情說明清不清楚？
- V9. 請問您滿不滿意醫師的服務態度？
- V10. 請問醫師給您看診的時間足不足夠？
- V11. 請問您覺得醫師了不了解您生病的痛苦？
- V12. 請問您信不信任你的醫師？

Table 16. BSRS-5總分與醫病溝通滿意度及其他變項之複線性迴歸分析

	Unstandardized Coefficients		t	Sig.	95% Confidence Interval for B	
	B	Std. Error			Lower Bound	Upper Bound
半年內就醫幾次	.009	.003	3.594	.000	.004	.014
性別	.809	.248	3.259	.001	.322	1.297
請問醫師對您的病情說明清不清楚？	.513	.239	2.150	.032	.045	.982
請問您滿不滿意醫師的服務態度？	-.429	.265	-1.619	.106	-.949	.091
請問醫師給您看診的時間足不足夠？	.274	.204	1.343	.180	-.127	.675
請問您滿不滿意醫院(或診所)所提供的醫療服務？	.290	.293	.990	.323	-.285	.865
請問您覺得醫師不了解您生病的痛苦？	.086	.213	.406	.685	-.331	.504
年齡	-.015	.037	-.394	.694	-.087	.058
請問您信不信任你的醫師？	-.034	.254	-.136	.892	-.533	.464
教育程度	.002	.031	.069	.945	-.058	.062

Dependent Variable: BSRS-5 total scores

拾貳、附件

附件一：醫病關係與醫療糾紛研究 coding sheet

個案編號：□□□□

個案基本資料

病人姓名：_____ 病人性別：1. 男 2. 女 病人照會時年齡：□□□
病歷號碼：□□□□□□□□ 病人診斷：_____
入院日期：□□年□□月□□日 出院日期：□□年□□月□□日

個案內容

與糾紛有關之醫療處遇：

糾紛發生地點：_____。

糾紛發生日期：□□年□□月□□日。

申訴日期：□□年□□月□□日。

主要申訴人與病人關係：病人之

1.本人; 2.配偶; 3.子; 4.女; 5.父; 6.母; 7.其他_____。

被申訴人數：□人。

被申訴部門：_____。

糾紛發生時病患狀況：

1.Death; 2.Conscious disturbance (vegetative state) 3.Major disability; 4.Minor disability; 5.No specific damage。

糾紛發生可能肇因〔可複選〕

- | | |
|--|---|
| 1. <input type="checkbox"/> 醫療過程之不確定性及風險 | 10. <input type="checkbox"/> 交接班時團隊之脆弱性 |
| 2. <input type="checkbox"/> 災難性預後 | 11. <input type="checkbox"/> 住院日數 |
| 3. <input type="checkbox"/> 急性期訊息之處理 | 12. <input type="checkbox"/> 社經地位之相對期待 |
| 4. <input type="checkbox"/> 急性期後之治療策略溝通 | 13. <input type="checkbox"/> 家屬及病患之高度情感依附 |
| 5. <input type="checkbox"/> 家屬之性格特質 | 14. <input type="checkbox"/> 醫療團隊轉換 |
| 6. <input type="checkbox"/> 家屬之罪惡感 | 15. <input type="checkbox"/> 被忽略的共病性 |
| 7. <input type="checkbox"/> 對災難性預後家屬之否定作用 | 16. <input type="checkbox"/> 病患之性格特徵 |
| 8. <input type="checkbox"/> 驟失親人之否定作用及哀痛反應 | 17. <input type="checkbox"/> 其他_____ |
| 9. <input type="checkbox"/> 主要照顧者之不確定 | |

訴訟與否：1.否; 2.是。

結案日期：□□年□□月□□日。

結案狀況：1.結案; 2.訴訟; 3.談判和解; 4.暫結列管; 5.結案。

處理日數：□□□。

醫療糾紛審議委員會結論：_____。

第三方〔third party〕介入：_____。

照會精神科：1.否; 2.是。

醫病溝通檢查表

[Checklist of Physician-Patient Communication: CPC]

病患姓名：_____ 性別：男；女 年齡：_____歲 病歷號碼：_____

主要診斷：_____ 會談日期：____年____月____日

本次會談對象：個案本人；親屬〔關係：_____〕

會談開始

- | | |
|----------------|--|
| 1. 適切地與病患打招呼 | <input type="checkbox"/> 是； <input type="checkbox"/> 否； <input type="checkbox"/> 不適用 |
| 2. 確認本次會談之目的 | <input type="checkbox"/> 是； <input type="checkbox"/> 否； <input type="checkbox"/> 不適用 |
| 3. 提示本次會談之議題 | <input type="checkbox"/> 是； <input type="checkbox"/> 否； <input type="checkbox"/> 不適用 |
| 4. 建立本次會談之私人關係 | <input type="checkbox"/> 是； <input type="checkbox"/> 否； <input type="checkbox"/> 不適用 |
| 5. 維護個案/家屬之隱私* | <input type="checkbox"/> 是； <input type="checkbox"/> 否； <input type="checkbox"/> 不適用 |

個案/家屬資訊蒐集

- | | |
|------------------------|--|
| 6. 引發個案/家屬對於健康問題之觀點及進程 | <input type="checkbox"/> 是； <input type="checkbox"/> 否； <input type="checkbox"/> 不適用 |
| 7. 探索生理性之因素 | <input type="checkbox"/> 是； <input type="checkbox"/> 否； <input type="checkbox"/> 不適用 |
| 8. 探索社會心理性或情緒因素 | <input type="checkbox"/> 是； <input type="checkbox"/> 否； <input type="checkbox"/> 不適用 |
| 9. 討論先前之治療 | <input type="checkbox"/> 是； <input type="checkbox"/> 否； <input type="checkbox"/> 不適用 |
| 10. 探討健康問題對於個案/家屬生活之影響 | <input type="checkbox"/> 是； <input type="checkbox"/> 否； <input type="checkbox"/> 不適用 |
| 11. 探討生活模式與預防策略 | <input type="checkbox"/> 是； <input type="checkbox"/> 否； <input type="checkbox"/> 不適用 |
| 12. 避免結構式或封閉式問句* | <input type="checkbox"/> 是； <input type="checkbox"/> 否； <input type="checkbox"/> 不適用 |
| 13. 讓個案/家屬有時間及機會談話* | <input type="checkbox"/> 是； <input type="checkbox"/> 否； <input type="checkbox"/> 不適用 |
| 14. 積極地傾聽* | <input type="checkbox"/> 是； <input type="checkbox"/> 否； <input type="checkbox"/> 不適用 |
| 15. 檢查並澄清所獲得之資訊* | <input type="checkbox"/> 是； <input type="checkbox"/> 否； <input type="checkbox"/> 不適用 |

醫療資訊提供

- | | |
|--------------------------|--|
| 16. 解釋相關診斷措施之理由 | <input type="checkbox"/> 是； <input type="checkbox"/> 否； <input type="checkbox"/> 不適用 |
| 17. 教育病患有關於其個人之身體狀況 | <input type="checkbox"/> 是； <input type="checkbox"/> 否； <input type="checkbox"/> 不適用 |
| 18. 鼓勵病患問問題 | <input type="checkbox"/> 是； <input type="checkbox"/> 否； <input type="checkbox"/> 不適用 |
| 19. 依照個案/家屬理解程度，調整解釋之方式* | <input type="checkbox"/> 是； <input type="checkbox"/> 否； <input type="checkbox"/> 不適用 |

了解個案/家屬

- | | |
|--------------------------|--|
| 20. 確認個案/家屬之讚美、病情進程、以及挑戰 | <input type="checkbox"/> 是； <input type="checkbox"/> 否； <input type="checkbox"/> 不適用 |
| 21. 確認等待之時間 | <input type="checkbox"/> 是； <input type="checkbox"/> 否； <input type="checkbox"/> 不適用 |
| 22. 表達關切及同理* | <input type="checkbox"/> 是； <input type="checkbox"/> 否； <input type="checkbox"/> 不適用 |
| 23. 維持尊重病患之態度與基調* | <input type="checkbox"/> 是； <input type="checkbox"/> 否； <input type="checkbox"/> 不適用 |

會談結束

- | | |
|----------------------|--|
| 24. 詢問個案/家屬是否還有事情要討論 | <input type="checkbox"/> 是； <input type="checkbox"/> 否； <input type="checkbox"/> 不適用 |
| 25. 確認接下來之醫療措施 | <input type="checkbox"/> 是； <input type="checkbox"/> 否； <input type="checkbox"/> 不適用 |

附件三

「臺大醫院住院醫師醫病互動與應對研習會」會前意見調查表

各位醫師大家早，非常高興您熱心參與本次研習會，為使爾後與醫病互動及醫療糾紛相關之醫學教育內容能夠更加充實及圓滿，請您花數分鐘的時間填寫以下的問題，並請於下車時交給工作人員，謝謝您的幫忙。

台大醫學院教學室主任 楊培銘

台大醫學院共同教育室主任 李明濱

性別：男 女；年齡：_____ 歲

畢業學校：_____； 婚姻狀況：已婚 未婚

從事醫療工作 _____ 年〔包括實習醫師階段〕；目前服務科別：_____

一、您過去曾經有過與病患或家屬溝通發生困難的經驗嗎？ 1.有；2.無。

二、依您的經驗或觀察，醫病溝通困難常發生於〔可複選〕：1.診斷瞭解； 2.處置瞭解； 3.預後瞭解； 4.一般相處互動；5.其他
_____。

三、在您過去的執業經驗中曾經擔心過自己會面臨醫療糾紛嗎？1.有；2.無。

四、這些擔心主要與以下何者有關？〔可複選〕 1.預後的不確定性； 2.治療效果不彰；3.病患或家屬的態度；4.病患或家屬的背景；5.治療或處置過程發生不良反應；6.醫療團隊意見之不一致；7.其他
_____。

五、醫療糾紛之危險性高低，對於您的選科影響有多大？

1.沒有影響；2.少許影響；3.普通影響；4.影響很大。

六、您過去對於「知情同意」〔informed consent〕之內涵的瞭解程度如何？

1.不太瞭解；2.少許瞭解；3.普通瞭解；4.充分瞭解。

七、您目前在日常執業中，對於處理及預防醫療糾紛危險性的方法瞭解如何？

1.不太瞭解；2.少許瞭解；3.普通瞭解；4.充分瞭解。

附件四

「臺大醫院住院醫師醫病互動與應對研習會」會後意見調查表

各位醫師大家好，在參加今天的研習會後，請您花數分鐘的時間填寫以下的問題，您的回答將對未來醫病溝通相關課程的規劃及實施有實質的幫助，在活動結束前，請將此表交給教學室同仁，謝謝您的幫忙。

台大醫學院教學室主任 楊培銘

台大醫學院共同教育室主任 李明濱

性別：男 女；年齡：_____ 歲

畢業學校：_____；婚姻狀況：已婚 未婚

從事醫療工作 _____ 年〔包括實習醫師階段〕；目前服務科別：_____

一、本課程對於您在醫療糾紛或醫療爭議發生時處理過程之了解，有何種程度之幫助？

1. 不太有幫助；2.少許；3.普通；4.充分。

二、您目前對於「知情同意」〔informed consent〕之內涵的瞭解程度為何？

1. 不太瞭解；2.少許瞭解；3.普通瞭解；4.充分瞭解。

三、本課程對於您在了解醫病溝通困難之原因，有何種程度之幫助？

甲、 1.不太有幫助；2.少許；3.普通；4.充分。

四、本課程對於您在預防醫療糾紛的方法，有何種程度之幫助？

乙、 1.不太有幫助；2.少許；3.普通；4.充分。

五、您目前對於增進醫病溝通及醫病關係之方法了解程度如何？

1.不太瞭解；2.少許瞭解；3.普通瞭解；4.充分瞭解。

六、參與本次課程後，對於日後執業中，發生醫療糾紛之擔心程度如何？

1.不太擔心；2.少許擔心；3.普通擔心；4.非常擔心。

七、本次課程中，何種教學內容或方式對您幫助較大？

方式：1.綜合演講；2.小組討論；3.會後綜合討論

內容：1.案例報告；2.原則提示；3.小組互動成果；4.其他

附件五

簡式症狀表(BSRS-30)

姓名：_____ 性別：_____ 職業：_____ 教育程度：_____
出生年月日：____年____月____日 填表日期：____年____月____日 病歷號碼：_____
通訊地址：_____ 電話：_____

說明：下面所列舉的問題是一般人有時候會有的問題，請您仔細地閱讀每一個問題，同時回想在最近一星期中(包括今天)，這些問題使您感到困擾或苦惱的程度，然後圈選一個您認為最能代表您感覺的答案。每一題有五個答案，分別是0到4，其代表意義如下：

- 0：完全沒有
- 1：輕 微
- 2：中 等 度
- 3：厲 害
- 4：非常厲害

【例】：您被下列問題困擾到什麼程度？

- _____ 1.睡眠困難
- 假設您在最近一星期中為此問題感到困擾或苦惱的程度是：厲害則請在提號得左邊空格上填上「3」

- _____ 1.睡眠困難
- _____ 2.呼吸不順
- _____ 3.擔心不夠整潔或不夠小心
- _____ 4.在空曠的地方或街上,有害怕的感覺
- _____ 5.有自殺的想法
- _____ 6.胃口不好(食慾不振)
- _____ 7.容易發脾氣而無法控制
- _____ 8.單獨離開家時覺得害怕
- _____ 9.感覺憂鬱、心情低落
- _____ 10.具有想要打破或打碎東西的衝動
- _____ 11.身體某部位疼痛(譬如頭、頸、胸、腰、背等部位)
- _____ 12.覺得別人在注視或談論自己
- _____ 13.心情緊張
- _____ 14.必須重複檢查所做的事情或重複做同樣的動作,如洗手、關門
- _____ 15.不愉快的念頭或字語反復出現無法從心中排除
- _____ 16.對某些事情、地點或活動懼怕而不得不避開
- _____ 17.身體某些部位覺得麻木或刺痛
- _____ 18.覺得將來沒有希望
- _____ 19.身體某些部位覺得無力
- _____ 20.當人家注視或談論自己時,有不安的感覺
- _____ 21.具有想要毆打或傷害某人的衝動
- _____ 22.對一般事物失去了興趣
- _____ 23.和別人在一起時,因自以為被注意而有不自然的感覺
- _____ 24.感到一陣恐怖或恐慌
- _____ 25.單獨一個人的時候覺得不安
- _____ 26.覺得別人不相信自己的成就
- _____ 27.覺得坐立不安
- _____ 28.覺得自己沒有價值
- _____ 29.覺得即將有不幸的事情要發生在自己身上
- _____ 30.具有可怕的念頭或影像
- _____ 31.其他問題(請註明_____)

附件六

簡式性格量表(MPI)

姓名：_____ 性別：_____ 職業：_____ 教育程度：_____
出生日期：____年____月____日 填表日期：____年____月____日 病歷號碼：_____
通訊地址：_____ 電話：_____

說明：下列每一句子的內容是一般人常有的特性，請詳讀每一句子，假如該句內容適合描述你生病前平常的情況，則將該題題號左邊的「是」字圈起來；假如不適合描述你，則請圈「否」字；不易決定時圈「？」號，「？」號不要圈得多過5個以上。請把每一句唸清楚，做答時不必考慮很久，請不要漏掉任何一題

- 是? 否 1. 參加一些需要迅速行動的工作時會覺得很愉快
是? 否 2. 有時會沒理由地覺得愉快、而有時卻覺得憂鬱
是? 否 3. 注意力難以集中
是? 否 4. 平常都是積極地找別人做朋友，而不是消極地等著別人來
是? 否 5. 行動敏捷確實
是? 否 6. 不論怎麼樣不方便，還是會遵守諾言
是? 否 7. 和別人交談時常想到別的事情
是? 否 8. 自己是一個快活的人
是? 否 9. 常常覺得憂鬱
是? 否 10. 情緒常常起伏不定
是? 否 11. 在社交場合裡較消極而不喜歡引人注意
是? 否 12. 在熱鬧愉快的場合裡，仍無法忘記一切而使自己放輕鬆
是? 否 13. 有時會無緣無故感到悲傷
是? 否 14. 自己所有的習慣都是良好而滿意的
是? 否 15. 喜歡在社會上與別人打成一片
是? 否 16. 時常因罪惡感而感到苦惱
是? 否 17. 常常把工作看得像生死問題那樣嚴重
是? 否 18. 有時會說人家的閒話
是? 否 19. 喜歡生活裡有許多社交活動
是? 否 20. 有間歇性的寂寞經驗
是? 否 21. 在異性面前容易害羞
是? 否 22. 自己是個無憂無慮樂觀的人
是? 否 23. 常常無緣無故地感到疲倦或無精打采
是? 否 24. 上班或約會曾遲到過
是? 否 25. 參加社交活動時盡量少說話
是? 否 26. 在熱鬧愉快的聚會中，能夠丟開一切掛念而盡情享樂
是? 否 27. 因雜念太多而無法成眠
是? 否 28. 曾經有幾次被無關緊要的念頭反覆打擾
是? 否 29. 常常感到不滿
是? 否 30. 有間歇性的坐立不安經驗

附件七

活體器官捐贈者意見調查表

您好，捐贈者的健康一直是我們最關心的問題，為協助您瞭解對捐贈相關的想法，請就您個人的實際感覺回答下列問題，填表結果只做為移植醫療團隊的參考，資料將不外洩。

1. 我有時候並不確定是否要捐贈器官：
 非常同意； 部分同意； 部分不同意； 非常不同意

2. 我有時希望受贈者從其他方式〔如車禍腦死個案〕而不是從我獲得器官：
 非常同意； 部分同意； 部分不同意； 非常不同意

3. 即使有其他適合的器官來源，我仍然願意捐贈我的器官：
 非常同意； 部分同意； 部分不同意； 非常不同意

4. 假設您獲知由於某種原因您不能捐贈器官時，您會覺得：
 非常失望； 有些失望； 有些釋懷； 非常釋懷

5. 要做出器官捐贈的決定，對您而言：
 非常困難； 有些困難； 輕微困難； 毫無困難

6. 您捐贈器官的決定是在瞬間決定的還是經過一番深思
 瞬間決定； 一番深思

7. 對於器官捐贈您曾經有過任何懷疑或擔心嗎？
 非常擔心； 有些擔心； 輕微擔心； 毫無擔心

8. 您曾經擔心移植後，接受你捐贈器官患者的復原或存活問題
 非常擔心； 有些擔心； 輕微擔心； 毫無擔心

附件五：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