

影響醫師實施臨床指引意願之因素 探討—針對臨床指引本身之特性

吳敬堂 鍾國彪* 苗迺芳** 王佳惠*** 許怡欣*** 張金堅**** 郭乃文*****

摘要

本研究以結構性問卷郵寄抽樣訪問全國醫師，於92年10-11月之間以郵寄問卷方式進行，並於三週後再郵寄一次信函催收。回收率為17.8%。

臨床治療指引之實施在現階段及未來的醫療中必然成為一個趨勢。然而，醫療團隊的主導者醫師的意願勢必加以重視，在設定、實施所謂的臨床指引時務必考量醫師的想法。本研究顯示，臨床指引本身之特性中影響醫師實施臨床指引者為：「符合學理及證據醫學」、「由專科醫學會制定」、「執行時可以依情況修正」、「由獨立公正自主之機構監測」、「制定為全國性之指引」、「運用時必須在法律事件上對醫師有保護作用」及「可由期刊、刊物取得之可近性」都是在設定這個指引時必須加以注意的因素以提高醫師使用之意願。

綜合上述，本研究可了解醫師族群對臨床指引之期盼。政府應成立國家級之獨立機構（類似美國National Guideline Clearing House），結合實證醫學之運用（類似國外Cochrane Library），研發、制訂符合證據醫學、具

行政院衛生署桃園醫院主治醫師

台灣大學醫療機構管理研究所副教授*

台北醫學大學護理系講師**

國立台灣師範大學衛生教育研究所博士班研究生**

華夏技術學院建築系講師**

台北醫學大學醫務管理學研究所副教授***

國立台灣大學外科教授****

臺北市立聯合醫院行政中心副執行長*****

臺北醫學大學醫務管理學系副教授*****

投稿日期：民國93年10月20日 修訂日期：民國94年2月17日 接受日期：民國94年4月11日

聯絡人：郭乃文 通訊地址：臺北市吳興街250號台北醫學大學醫管所



有彈性、容易取得之全國性臨床指引並包括對於法律層面之探討，以推廣及監測臨床指引之實行與運用。

關鍵字：醫師態度、臨床指引、臨床治療指引

前言

隨著醫學之進展及醫療保險之施行，民眾在醫療上獲得的保障及益處也是與日俱增。然而，在此同時不斷飆昇的醫療費用往往成為世界各國實施健康保險所面臨的嚴竣考驗。因此，節制醫療費用之上昇成為一個重要議題，在許多支付制度的方式中前瞻式給付（Prospective Payment System, PPS）或管理式醫療（Managed Care, MC）是近年來較常被提及的模式。

依據美國國家科學院（The National Academy of Sciences）的醫學所（IOM, The Institute of Medicine）給臨床指引（Clinical guidelines）的定義是「針對某一特定健康問題，系統性地發展報告或聲明來幫助醫療團隊或病患作出決策」；Eddy（1990）指出臨床指引還必須描述病患及醫療提供者之不同之面向。臨床指引也提供在特定狀況照護之資訊，包括其他之選擇、建議並以證據為基礎，可以適用於特別之病患及情況。Clinical guidelines 有時候被稱之為 Clinical practice guidelines，在本研究中以“臨床指引”為其中文譯名；在部分國內文獻中以臨床治療指引稱之。

由於它與近年來推動之臨床路徑（Clinical Path）有點類似不過在定義上有

些不同。臨床路徑的定義：醫療團隊內一組專業成員，針對某種疾病或手術方法，將病人的醫療與護理等過程制定一套治療模式，讓病人由入院到出院，皆依此模式來接受治療。以減少治療模式中不必要的差異，減少併發症，縮短平均住院日，同時並持續提昇醫療品質，增加病人滿意度。其同義詞為critical pathway, clinical pathway, critical path, clinical protocol, care map, care track。

在美國，自從1980、1990年代起，臨床指引之開發蔚為風潮，有許多機構成立來專注於發展、推動及監測臨床指引。除了各專科醫學會，各地之醫院甚至個人均有所謂之臨床指引，比較著名的是National guideline clearing house，它是由美國AHRQ（Agency for Healthcare Research and Quality）與American Medical Association（AMA）及American Association of Health Plans（AAHP）合作支持成立，針對醫師、護理人員、健康照護專業人員、健康照護提供者、保險人、IDS、消費者提供詳細臨床指引，並協助推展及使用，經過多年之推展，這個機構收集、合成了977個臨床指引之整理，所有人均可經由網路得知這些指引之內容，甚至提供下載至PDA之服務。

在歐盟（European Union）的財務支





助下，歐洲國家發展出另一套臨床指引的評量工具，即Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation in Europe，簡稱AGREE。參加合作群的人員以丹麥、芬蘭、法國、德國、義大利、荷蘭、西班牙、瑞士及英國等九個歐洲國家為核心，再加上紐西蘭、美國與加拿大的專家或政府人員。其主要工作為：

- (一) 開創一種評估臨床指引品質的評量工具。
- (二) 發展一套標準的指引開發程序。
- (三) 比較指引發展計畫。
- (四) 個別建議的指引評量。(龐一鳴，2002)

至於台灣地區在2000年時由衛生署公布之氣喘治療之臨床指引是目前唯一的全國性臨床指引。根據溫港生等人(2002)報告指出：在台灣氣喘治療指引的履行率及了解度是嚴重偏低的。顯示再教育之急迫性。至於其他疾病之治療設有臨床指引者可能均散在各醫療院所或存於醫師自己檔案中，雖可於網路中查得部分疾病及醫療院所所謂之臨床指引，但全國性之指引卻仍限於氣喘之治療，國內並未見太多正式之文獻報告。然而，醫療機構面對全民健保因愈來愈沉重的財務壓力及可能於全面總額支付制度下之APDRGs (All Patients Diagnosis-Related Groups) 以及以美國DRG為主要參考之住院給付制亦將實施之考量外，醫療單位發展及施行臨床治療指引 (clinical guideline) 不只可確保病患之基本品質，更可以在有限資源下，根據一

定指引來分配及使用醫療資源。

在國外的研究指出，指引本身因素影響醫師意願之因素有：

1. 學術性：指引必須符合科學正確性或證據醫學且能夠發表在醫學期刊 (Davis et.al., 1997; Carrick, 1998; Formoso G et al, Cates et.al., 2001)。
2. 制定機構：指引必須由多種專業團體制定，具公信力及學術性之學會或組織較被接受 (IOM; Bouvenot J.et al, 林哲璋，2002)，而對來自保險人制訂之臨床指引，幾乎都表示沒有信心 (Tunis et al, 1994; Hayward et al, 1997; Olesen F et al, 1997; Flores et.al., 2000)。
3. 執行面：指引必須具有臨床彈性 (clinical flexibility) (IOM; Flores et.al, 2000)、可以修改、可依臨床判斷修正 (Wolff HM et al, 1998; Flores et.al., 2000) 及不影響醫師之自主權 (Flores et.al., 2000; Cynthia M Farquhar, 2002)。
4. 可近性：是否友善、清楚明確而容易取得並經常更新是很重要的，例如同時有小冊子、臨床指引的結論手冊、期刊論文摘要及隨身小卡 (Cates et.al., 2001; Bouvenot J.et al, 2002)。
5. 運用面：指引必須提升品質 (Tunis et al, 1994; Grilli R.et. al., 1996; James PA et al, 1997; Flores et.al., 2000; Stoddard JJ., Cynthia M Farquhar, 2002)、可以作為醫師之訓練 (Tunis et al, 1994; Cynthia M Farquhar 2002)、最小化成本





(Warner, 1998) 以及在法律問題上之保護 (Davis et.al., 1997; Carrick, 1998; Flores et.al., 2000; Cynthia M Farquhar, 2002)。

證諸歐美實施各種不同之醫療保險或健康計劃下，縱使有不同之價值觀，自1990年代起，均以各種不同方式發展所謂之臨床指引。這種參考足夠文獻、累積醫師經驗、智慧、透過研討之共識與結果及依據實證醫學之臨床指引，其目的在提高醫療品質及費用之合理性。台灣地區為因應健保財務壓力及品質之呼聲，繼臨床路徑之後，臨床指引應是下一階段醫療提供者、消費者、保險人及醫療相關產業必定注視之焦點。而台灣地區在91年7月起實施醫院總額支付制度後，衛生署全民健保醫療費用協定委員會在「全民健保醫院總額支付制度品質確保方案」之決議中亦將「訂定臨床診療指引」列為重要項目。

然而，怎樣的臨床指引易為專業人員接受？易於執行？是否可達品質及成本效益？目前在數以百計之臨床指引中仍待實證研究之解答。不過更重要的是，在實施臨床指引過程中，醫療團隊之主要決策者—醫師的態度及認同情形在台灣卻很少被探討過。因此，為了瞭解「指引本身特色」中影響國內醫師是否願意實施“臨床指引”之因素究竟有哪些，本研究針對醫師族群做廣泛之意見收集，以作為日後推動、實施時考量之依據。

材料與方法

本研究以結構性問卷郵寄抽樣訪問全國醫師，研究之問卷設計完成後，請7位專家進行專家效度檢定，並由台灣北部某區域醫院17位醫師進行信效度前測，利用醫師公會全聯會九十二年三月之名冊，以直轄市、省轄縣、市為單位，取各單位名冊中編號尾數為7者為抽樣對象，由醫師公會全聯會抽樣後交付檔案後，依名冊之地址於92年10-11月間以郵寄問卷方式進行，並於三週後再郵寄一次信函催收。回收之問卷經過分析整理後，以SPSS及Excel之套裝統計軟體進行統計，並依照變項之特性進行描述性統計及以適當統計來作推論性統計。以表達醫師對實施臨床指引意願性之態度與各變項間之關係。

研究結果

本研究針對全國醫師以各縣市之十分之一為抽樣樣本，總計3160份問卷，回收有效問卷562份，回收率為17.8%。性別之分布上，男性503份(89.5%)，女性50份(8.9%)(表一)。問卷前測之Cronbach Alpha值為0.86。回收之樣本與抽樣樣本間以縣市別之回收率及年齡層之分佈為代表性檢定時其Chi-Square之P值分別為0.246及0.392。統計分析時，各變項未答部份不列入各變項總數之統計，而以實際填答數計算。年齡分佈為26~84歲平均為46.5±11.5歲。年齡層分佈為：26~35歲91位(16.2%)，36~45歲194位(34.6%)，46~55歲158位(28.2%)，56~65歲66位(11.8%)，66歲以上52位





(9.3%) (表二)。若以職級別來區分時，有450位主治醫師63位住院醫師各佔80.1%及11.2% (表三)。如果以執業專科別來看，內科系有358位 (63.7%)，外科系有193位 (34.3%) (表四)，詳細加以區分時內科系包括內科、小兒科、神經科、家醫科、皮膚科、精神科、放射科、病理科、臨床病理科、復健科、急診科、職業醫學科、一般科。外科系則包括了外科、婦產科、骨科、泌尿科、神經外科、耳鼻喉科、眼科、整形外科、麻醉科。執業縣市之分佈若以健保

局六個分局來區分時，分別為：台北區 (台北市、縣、基隆市、宜蘭、連江、金門縣) 者有154位 (27.4%)，北區 (桃園、苗栗縣、新竹縣市) 者有45位 (8.0%)，中區 (台中市、台中縣、彰化、南投縣) 者有103位 (18.3%)，南區 (台南市、台南縣、嘉義市、嘉義縣、雲林縣) 者有76位 (13.5%)，高屏區 (高雄市、高雄縣、屏東、澎湖縣) 者有102位 (18.1%)，東區 (花蓮、台東縣) 者有14位 (2.5%) (表五)。若以執業單位的評鑑分類來看醫學中心者有124位 (22.1%)，準醫學中心者有4位 (0.7%)，甲類區域醫院者有71位 (12.6%)，乙類區域醫院者有44位 (7.8%)，地區教學醫

表一：性別之分布

性別	人數	百分比(%)
男性	503	89.5
女性	50	8.9
合計	553	98.4
未答	9	1.6
總計	562	100.0

表二：年齡層之分布

年齡層	人數	百分比(%)
26~35 歲	91	16.2
36~45 歲	194	34.5
46~55 歲	158	28.1
56~65 歲	66	11.7
66 歲以上	52	9.3
合計	561	99.8
未答	1	.2
總計	562	100.0

表三：主治醫師與住院醫師之人數表

	人數	百分比(%)
主治醫師	450	80.1
住院醫師	63	11.2
合計	513	91.3
未答	49	8.7
總計	562	100.0

表四：內、外科系醫師分布

	人數	百分比(%)
內科系	358	63.7
外科系	193	34.3
合計	551	98.0
未答	11	2.0
總計	562	100.0





院者有38位 (6.8 %)，地區非教學醫院者有 53位 (9.4 %)，基層診所者有 204位 (36.3%) (表六)。若以執業單位的權屬別來區分時，公立醫院者有131位 (23.3%)，私立醫院者有118位 (21.0%)，

表五：執業縣市之分佈 (以健保局分局來區分)

	人數	百分比(%)
台北區	154	27.4
北區	45	8.0
中區	103	18.3
南區	76	13.5
高屏區	102	18.1
東區	14	2.5
合計	494	87.9
未答	68	12.1
總計	562	100.0

表六：執業單位的評鑑等級

	人數	百分比(%)
醫學中心	124	22.1
準醫學中心	4	0.7
甲類區域醫院	71	12.6
乙類區域醫院	44	7.8
地區教學醫院	38	6.8
地區非教學醫院	53	9.4
基層診所	204	36.3
合計	538	95.7
未答	24	4.3
總計	562	100.0

財團法人醫院者有 105位 (18.7%)，基層診所者有197位 (35.1%) (表七)。在探討執業年資時，其現職執業年資由1至60年，平均為12.7±10.3年。其中1至5年者有141位 (25.1%)，6至10年者有207位 (36.8%)，11至15年者有86位 (15.3%)，16至20年者有28位 (5.0%)，21年以上者有25位 (4.4%) (表八)。本研究之間卷以評分方式表達醫師對臨床指引特性之

表七：執業單位的權屬別區分

	人數	百分比(%)
公立醫院	131	23.3
私立醫院	118	21.0
財團法人醫院	105	18.7
基層診所	197	35.1
其他	6	1.1
合計	557	99.1
未答	5	.9
總計	562	100.0

表八：現職執業年資

	人數	百分比(%)
1至5年	141	25.1
6至10年	207	36.8
11至15年	86	15.3
16至20年	28	5.0
21年以上	25	4.4
合計	487	86.7
未答	75	13.3
總計	562	100.0





表九：臨床指引特性之認同度，各題得分之平均值及標準差（各題目之前為該題之代號）

	平均值	標準差
【Q301】 臨床指引之制定應符合學理依據及證據醫學。	9.23	1.51
【Q302】 臨床指引制定後應於醫學期刊上發表。	8.69	1.97
【Q303】 臨床指引應由醫學中心制定。	5.86	2.95
【Q304】 臨床指引應由專科醫學會制定。	8.26	2.20
【Q305】 臨床指引應由保險人（如中央健保局）制定。	2.29	2.62
【Q306】 臨床指引應由各醫療院所自訂。	4.29	3.07
【Q307】 臨床指引應引用國外已制定者。	5.28	2.57
【Q308】 臨床指引在執行時，應依已制定之內容執行，不宜任意變更。	5.40	3.02
【Q309】 臨床指引必須可以增進品質。	8.70	1.80
【Q310】 臨床指引必須可以降低成本。	7.18	2.60
【Q311】 臨床指引必須不影響醫師之自主性。	8.65	2.02
【Q312】 臨床指引必須可以依情況修正。	9.03	1.55
【Q313】 臨床指引必須可由網路免費取得。	8.46	2.45
【Q314】 臨床指引必須可由期刊、刊物取得。	8.65	2.01
【Q315】 臨床指引必須可經由掌上型電腦取得及運用。	7.48	2.71
【Q316】 臨床指引必須可用來作為醫師訓練之用。	8.43	1.97
【Q317】 臨床指引必須提供一份給病患(病患版)。	5.97	3.23
【Q318】 臨床指引必須在法律事件上對醫師有保護作用。	8.97	1.76
【Q319】 臨床指引必須與健保給付結合。	7.43	2.79
【Q320】 臨床指引必須提昇病患滿意度。	8.48	1.84
【Q321】 臨床指引之推行應由獨立、公正、自主之機構執行後續監測及罰則。	8.00	2.45
【Q322】 臨床指引之推行應由專科醫學會執行後續監測及罰則。	7.60	2.45
【Q323】 臨床指引之推行應由保險人（如中央健保局）執行後續監測及罰則。	4.07	3.17
【Q324】 臨床指引之推行應由各醫療院所執行後續監測及罰則。	5.89	2.94
【Q325】 臨床指引應制定為全國性（全國一致）。	7.70	2.66
【Q326】 臨床指引應制定為區域性（各區域一致，例：以縣市或健保分局為單位區分）。	5.07	3.23





認同度，各題得分之平均值及標準差如表九。

討論與分析

本研究以受訪者針對問卷問題之評分來代表受訪者對臨床指引各項特徵之認同度，並分析其影響醫師實施指引意願之相關性。將臨床指引之特性區分為：

“學術性”

【Q301】臨床指引之制定應符合學理依據及證據醫學。

【Q302】臨床指引制定後應於醫學期刊上發表。

“指引之制定”

【Q303】臨床指引應由醫學中心制定。

【Q304】臨床指引應由專科醫學會制定。

【Q305】臨床指引應由保險人（如中央健保局）制定。

【Q306】臨床指引應由各醫療院所自訂。

【Q307】臨床指引應引用國外已制定者。

“指引之運用”

【Q309】臨床指引必須可以增進品質。

【Q310】臨床指引必須可以降低成本。

【Q316】臨床指引必須可用來作為醫師訓練之用。

【Q317】臨床指引必須提供一份給病患（病患版）。

【Q318】臨床指引必須在法律事件上對醫師有保護作用。

【Q320】臨床指引必須提昇病患滿意度。

“指引之執行”

【Q308】臨床指引在執行時，應依已制定之內容執行，不宜任意變更。

【Q311】臨床指引必須不影響醫師之自主性。

【Q312】臨床指引必須可以依情況修正。

【Q319】臨床指引必須與健保給付結合。
“指引之後續監測”

【Q321】臨床指引之推行應由獨立、公正、自主之機構執行後續監測及罰則。

【Q322】臨床指引之推行應由專科醫學會執行後續監測及罰則。

【Q323】臨床指引之推行應由保險人（如中央健保局）執行後續監測及罰則。

【Q324】臨床指引之推行應由各醫療院所執行後續監測及罰則。

“指引之適用範圍”

【Q325】臨床指引應制定為全國性（全國一致）。

【Q326】臨床指引應制定為區域性（各區域一致，例：以縣市或健保分局為單位區分）。

如果以得分高低代表認同程度時，則26個題目中的排序由高到低為【Q301】臨床指引之制定應符合學理依據及證據醫學、【Q312】臨床指引必須可以依情況修正、【Q318】臨床指引必須在法律事件上對醫師有保護作用、【Q309】臨床指引必須可以增進品質、【Q302】臨床指引制定後應於醫學期刊上發表、【Q311】臨床指引必須不影響醫師之自主性、【Q314】臨床指引必須可由期刊、刊物取得、【Q320】臨床指引必須提昇病患滿意度、【Q313】臨床指引必須可



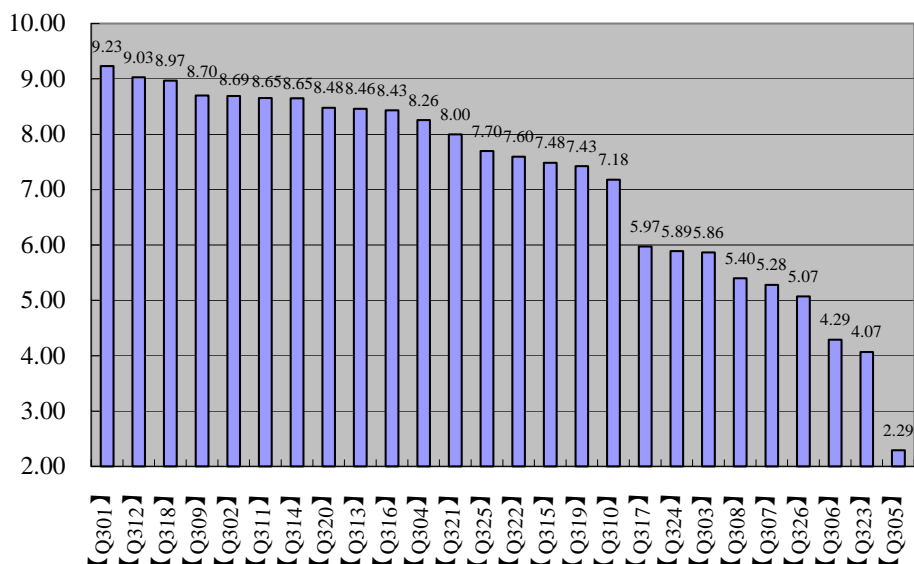


由網路免費取得、【Q316】臨床指引必須可用來作為醫師訓練之用、【Q304】臨床指引應由專科醫學會制定、【Q321】臨床指引之推行應由獨立、公正、自主之機構執行後續監測及罰則、【Q325】臨床指引應制定為全國性（全國一致）、【Q322】臨床指引之推行應由專科醫學會執行後續監測及罰則、【Q315】臨床指引必須可經由掌上型電腦取得及運用、【Q319】臨床指引必須與健保給付結合、【Q310】臨床指引必須可以降低成本、【Q317】臨床指引必須提供一份給病患（病患版）、【Q324】臨床指引之推行應由各醫療院所執行後續監測及罰則、【Q303】臨床指引應由醫學中心制定、【Q308】臨床指引在執行時，應依已制定之內容執行，不宜任意變更、【Q307】臨床指引應引用國外已制定者、【Q326】臨床指引應制定為區域性（各區域一

致，例：以縣市或健保分局為單位區分）、【Q306】臨床指引應由各醫療院所自訂、【Q323】臨床指引之推行應由保險人（如中央健保局）執行後續監測及罰則、【Q305】臨床指引應由保險人（如中央健保局）制定（圖一）。

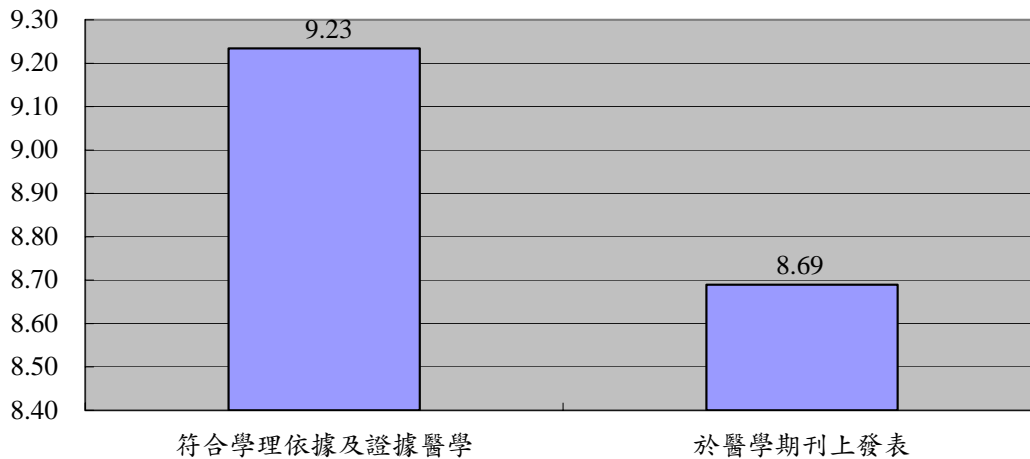
先看指引的學術性，這2個問項中以“符合學理、證據醫學”（ 9.23 ± 1.51 ）。較高於“於期刊上發表”（ 8.69 ± 1.97 ）（圖二）。

而這兩項也在所有項目中居第1、5高之認同度，這顯示醫師們對於指引之內容以符合學術原理、原則為最高之認同價值。其實這也正是醫師族群對自身專業之認可與肯定之基本原則與基礎。因此也提供推動指引的同時必須以這項為最優先考慮的參考。這與國外之研究類似：Stoddard et al. (2002) 研究指出指引之學術地位更是另一個考量之因素；



圖一：指引特質評分之排序





圖二：指引之學術性

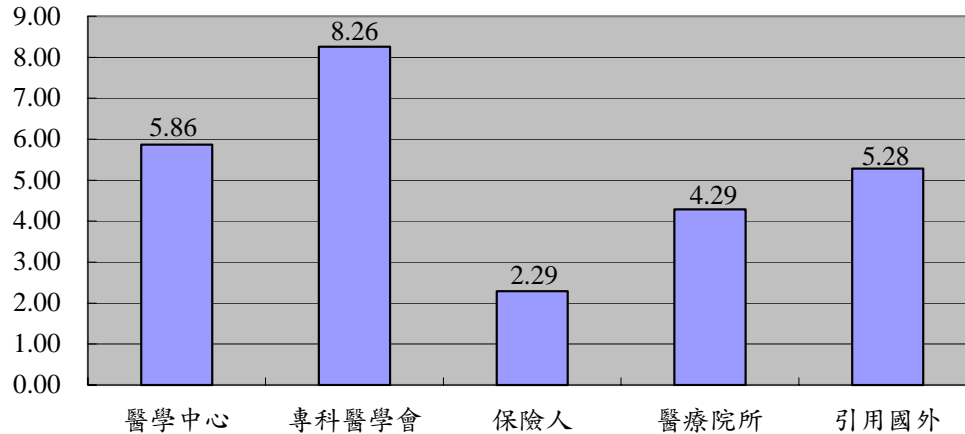
Cates et al. (2001) 認為臨床指引之建立及使用必須回顧其有效性，並且有科學正確性且能夠發表在醫學期刊。Davis et al. (1997) 指出，影響醫師使用臨床指引程度依方法不同其中“學術上細節”具強烈影響程度。Carrick et al. (1998) 對外科醫師之調查顯示：臨床指引必須“合乎證據醫學且有良好之整理”。Warner et al. (1998) 指出以證據為基礎之臨床路徑可降低小兒急性闌尾炎之住院天數及費用。

然而，所有指引總要人或組織、機構來制定，在問卷中我們設定了幾個制定的機構或方式，包括了專科醫學會、醫學中心、引用國外已制定者、保險人（如中央健保局）及各醫療院所。以認同程度來看，專科醫學會（ 8.26 ± 2.20 ）制定之臨床指引遠遠高於醫學中心（ 5.86 ± 2.95 ），引用國外已制定者（ 5.28 ± 2.57 ），保險人（ 2.29 ± 2.62 ）（圖三）。

由此可知，在台灣地區，專科醫學會仍是被普遍認為最具公信力之團體。因此，指引之制定仍應由各專科醫學會介入制定會獲得最大支持。這與國外之研究結果是相同的。Tunis et al. (1994) 研究指出，美國內科醫師82%對臨床指引由American College of Physicians 制訂的有信心，但是由Blue Cross and Blue shield保險人制訂的只有6%。次專科醫師對自己組織建立之臨床指引最有信心。

Hayward et al. (1997) 針對加拿大醫師調查研究指出51-77%醫師對於來自聯邦或省衛生組織（部）或保險人之臨床指引沒有信心。Stoddard et al. (2002) 研究指出醫師對於指引之學術地位更是另一個考量之因素。林哲瑋（2002）針對台灣教學醫院（90%為醫學中心）醫師之研究指出醫師們信賴專科醫學會制定之指引。由此看來應該可以說不論國內外，醫師族群對於自身專業考量是否





圖三：臨床指引之制定

合乎學理原則及其專業之學術性仍是他們心目中最重視之標的。這將提供推動臨床指引時重要之參考“不可違背學術原理”。

至於在臨床指引的執行面，醫師們對於“是否可以變更”有著極大的共通性，【臨床指引在執行時，應依已制定之內容執行，不宜任意變更】及【臨床指引必須可以依情況修正。】是相同意義相反陳述之問題，以認同程度來看【臨床指引在執行時，應依已制定之內容執行，不宜任意變更】為 5.40 ± 3.02 而【臨床指引必須可以依情況修正】則高達 9.01 ± 1.55 且【臨床指引必須可以依情況修正】為全部問項中僅次於指引需具學術性之認同度（圖四）。

因此，建立一個可以因應實際狀況改變而改變甚至於如何改變？何時改變？均有所規劃之指引應是醫師們的期待，至少它不宜在病況改變之際，仍有較多限制。而臨床指引一再被批評的一

個缺點就是“cook-medicine”（食譜醫學），對於醫師的自主性可能有所傷害，這由【Q311臨床指引必須不影響醫師之自主性】獲得 8.42 ± 2.02 的認同度及與前述問項結果之對照來看：醫師們對於“自主性”的堅持必須嚴肅加以考量。這與國外之研究結果是類似的：Flores et al. (2000) 指出：使臨床指引之品質及接受度提昇時“可依臨床判斷修正及不影響自主性”是其中重要之因素。美國國家科學院（the National Academy of Sciences）的醫學所（IOM, the Institute of Medicine）在公元一九九〇年代就關切過臨床指引的品質議題，描繪出的特質中“臨床彈性”（clinical flexibility）即為當中之重點；此外Hayward等人於1997年，Flores 等人於2000年均提出醫師對於自主權之重視。

Hayward et al. (1997) 針對加拿大醫師調查研究指出臨床指引對使用者是否友善是很重要的，例如同時有小冊

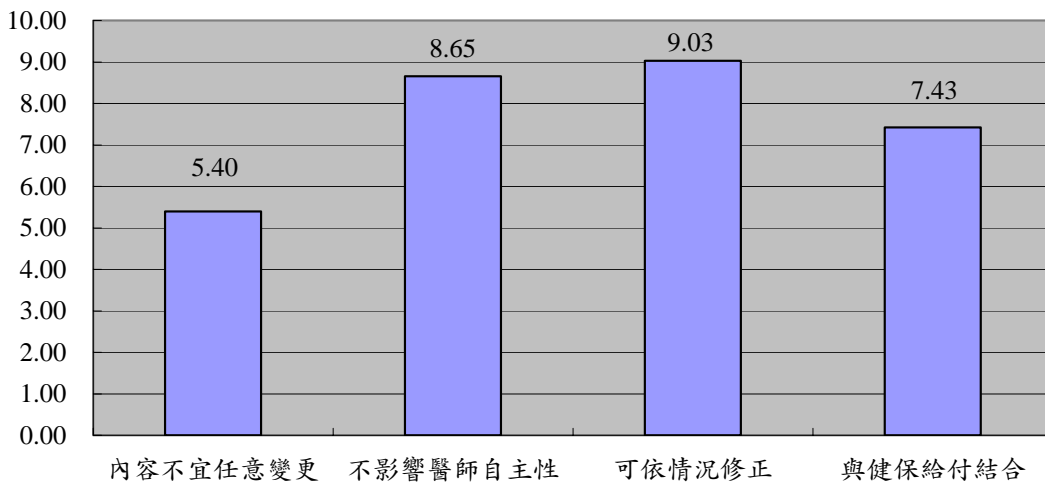




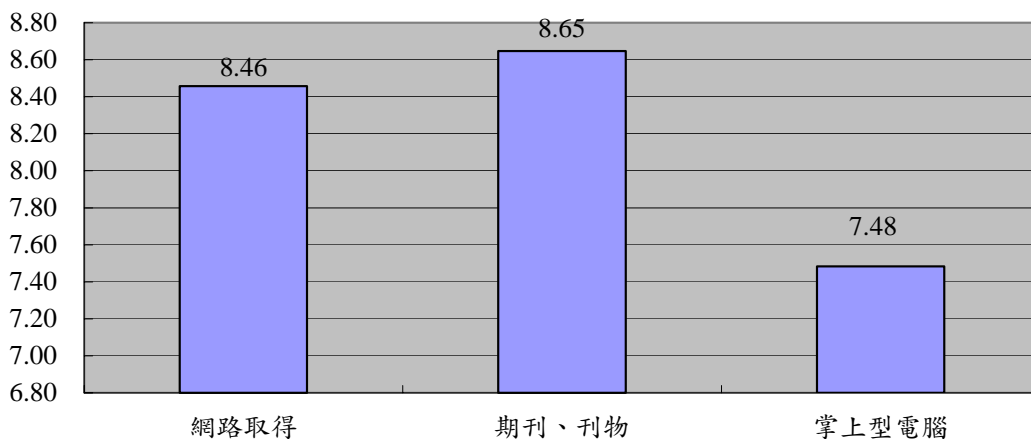
子、臨床指引的結論手冊、期刊論文摘要及隨身小卡。在本研究中，對於臨床指引取得的方便性（可近性）上，醫師們的認同程度是偏高的，由最低“掌上型電腦取得”的 7.48 ± 2.70 ，次高可由網路免費取得 8.46 ± 2.45 列最高“由期刊刊物取得”的 8.65 ± 2.01 。由此可知，方便取得臨床指引資訊推動臨床指引時醫師

們重視的一個因素。因此，制定後的臨床指引，最好可以在期刊或刊物上發表、刊登，透過網路連線方式公佈應該可以建立高度使用之意願（圖五）。

臨床指引除了給醫師治療病患時有所依循之外，這樣的一個臨床指引如果有其他運用途徑，應該可以增加醫師使用的動機。



圖四：指引之執行



圖五：指引之可近性





在增進品質的選項上，醫師們的認同度為 8.70 ± 1.80 居全部選項的第4位。這和文獻上報告大致吻合，Tunis et al. (1994) 研究指出，美國內科醫師當中70%認為會增進品質。Flores et.al. (2000) 針對美國小兒科醫師調查指出醫師使用臨床指引的理由之一為可以有良好的照護品質。Stoddard JJ. (2002) 研究指出醫師比較接受因品質及病患滿意度之需求而使用，注重的是醫療服務而不是財務誘因。也就是說以“提昇品質”為說服之工具對於臨床指引之推動會有較大助益。

然而，提昇品質是否意味著“成本”就可以降低呢？Rao et al. (2002) 指出，臨床指引並無法降低下背痛病患開立MRI之數目。但是，Zwar N. (2002) 指出臨床指引對處方抗生素是有影響的。Warner et al. (1998) 指出以證據醫學為基礎之診斷方式用臨床指引證實可以最小化成本（降低住院日及成本）而對診斷及治療沒有不良影響。Weingarten et.al. (1998) 亦指出臨床指引會降低住院日數但不影響病人結果。在本研究中這個選項上醫師們只有 $7.18 \pm 2.6\%$ 之認同度，雖然不低，不過卻遠低於對品質的認同。顯然，成本的考量對醫師而言不是那麼重要。

而一個好的臨床指引是否以用來作為醫師教育訓練之用。Tunis et al. (1994)：美國內科醫師當中68%認為臨床指引可用來訓練醫師。在本次研究中，台灣地區的醫師們對這以的用途表

達了 $8.43 \pm 1.97\%$ 之認同程度，顯然追求學術及繼續教育，時時更新知識的觀念在醫師的腦海中仍佔極重要地位。因此，發展臨床指引時必須兼顧在“教育訓練”上的功能以爭取醫師們之認同。

臨床指引之使用除了提昇品質，方便使用之外，其實病患是否滿意是另外必須加以注意的，否則，只有單方面的醫師認為很好，病人卻是不滿意，將失去臨床指引的目的。Stoddard et al. (2002) 研究指出：醫師比較接受因品質及病患滿意度之需求而使用。在本研究中，醫師們的認同度為 8.48 ± 1.84 ，這表示醫師們對於病患的感受仍是高度重視。在國外，實施臨床指引時，部份醫師會提供病患所謂的“病患版”臨床指引來告訴病患其疾病及治療相關的知識，讓病患可以明瞭自己的病況配合治療。不過，在國外，這樣的作法也有反對聲音，而其大致原因均為擔心會有法律事件為主。在本研究中，台灣地區的醫師們對於給予病患臨床指引的認同度為 5.97 ± 3.23 ，而認為在法律事件上對醫師必須有保護作用的認同度為 8.97 ± 1.76 ，這充分反映了台灣地區的特殊情況“求好心切卻又擔心各式各類之醫療糾紛”。

Carrick et al. (1998) 在針對150位乳癌治療醫師的研究中指出：在法律問題上，41%認為臨床指引會保護醫師。然而因對法律問題有疑慮而不同意臨床指引者亦大有人在。Flores et al. (2000) 針對美國小兒科醫師調查指出：醫師使用臨床指引之疑慮為法律問題及可能之





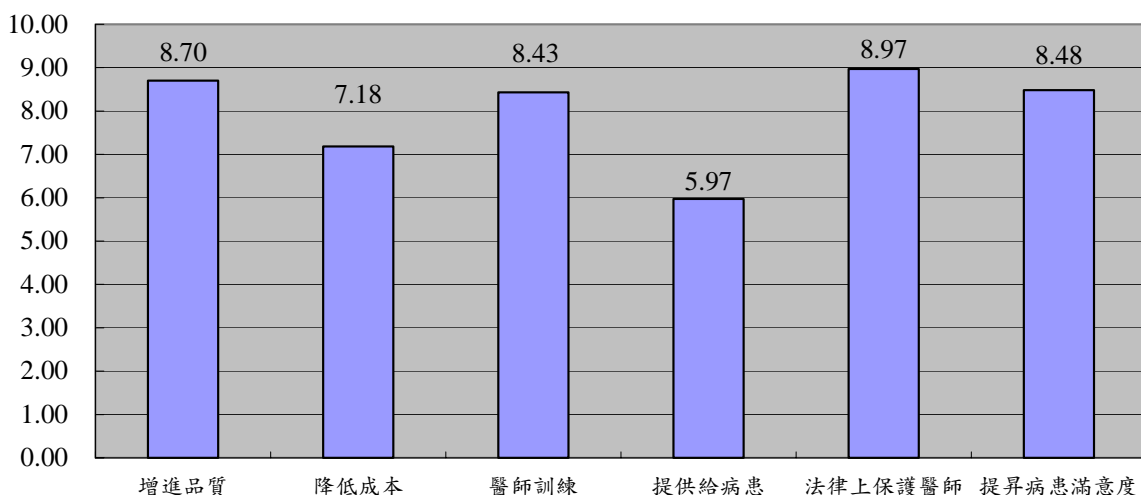
併發症。因此，給予所謂「病患版」雖然也有相當的認同程度，但是相對於頗高認同度之保護作用來看，法律事件之陰影應該相當程度影響給予所謂「病患版」的意願。不過，這仍屬於大環境的問題，在法律規範、民眾認知、醫師行為均未改善、改變之前，這樣的“結”似乎有點困難解開而且需要醫、病雙方認清自我角色之轉變後才比較有改善之空間。不過如果在實務上對於使用臨床指引的醫師在面對法律事件時可以有正向之解釋應可大幅提昇使用之意願（圖六）。

財務性的誘因在許多的文獻中均提及它的影響力，Mitchell et al. (2000) 指出醫師會因支付方式不同而改變服務量；而Bertakis et al. (1999) 指出醫師會因支付方式不同而影響收費；不過Mckay et al. (1999) 指出降低費用不會降低服務量。在本次研究的問卷中，醫師們認

為臨床指引與健保給付結合的認同度為 7.43 ± 2.79 （全部問題第16高的認同度）。雖然這樣的認同度也算不低，不過在台灣地區幾乎是健保獨家支付的情況下也顯示醫師們仍有其他認為更重要的因素可以抗拒此財務誘因，因此推動臨床指引的同時，欲提高醫師之認同及使用意願，與支付制度結合仍為一可行方法，但卻不是最重要方法，這個論點是必須加以確定的。

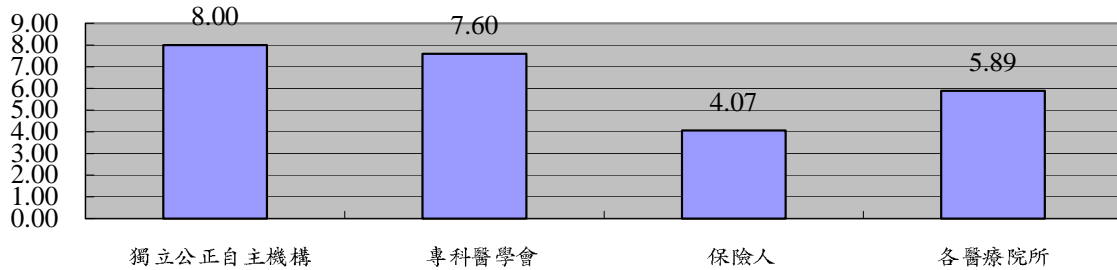
臨床指引在推動、執行之後，由那一單位來監測及執行罰則呢？研究的結果顯示，如果可以有獨立、公正、自主之機構來執行時其認同度最高為 8.00 ± 2.45 ，較專科醫學會的 7.60 ± 2.45 ，各醫療院所自行監測 5.89 ± 29.4 及保險人的 $4.07 \pm 3.17\%$ 為高（圖八）。

這個結果與“專科醫學會制定”指引獲得最高之認同度來看是吻合的。雖然在這部份的認同度略遜於獨立公正機



圖六：指引之運用





圖八：指引之監測

構，不過目前國內並無類似之機構，而且在指引制定選項中並未納入獨立公正機構。因此，專科醫學會仍是現有組織中獲得最高程度認同的。不過，醫師們應該是更期待一個獨立，公正且自主的機構來執行監測、罰則，這在推動過程中也是值得注意的地方。而如果由保險人執行監測時醫師們的反應和“制定”的項目中同樣都獲得最低認同程度，這大致可以了解醫師們對於“保險人”在“臨床指引”之角色是不被認同的。當然這也和保險人的角色扮演及其既定形象有關。

至於臨床指引之適用範圍應該全國一致或是以某一區域為範圍以發揮各區域之特色呢？關於這一點，醫師們以全國性 7.70 ± 2.66 的認同度高過 $5.07 \pm 3.23\%$ 區域性之臨床指引之適用範圍（圖九）。

這結果與台灣地區幅員不大、交通便捷使醫師們認為訂定一個全國性之指引應較可接受。這或許和國外一些幅員較廣的國家不同，幅員較大的國家對於符合區域性特殊需求或文化或其他原因

之下對於區域性指引之需求度較高。

上述各項指引之特性取各項特性平均值最高者，應可組合成一個醫師們認同度最高的臨床指引，如果將這幾個特性的認同度在願意施行臨床指引及不願意施行兩組之間來作比較時（表十），兩組之間具顯著差異者為

學術性：「Q301臨床指引之制定應符合學理依據及證據醫學。」

制定機構：「Q304臨床指引應由專科醫學會制定。」

運用面：「Q318臨床指引必須在法律事件上對醫師有保護作用。」

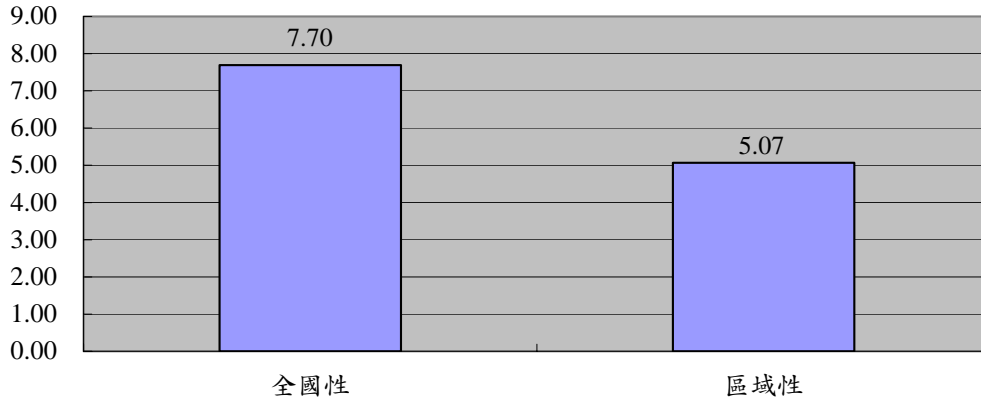
監測：「Q321臨床指引之推行應由獨立、公正、自主之機構執行後續監測及罰則。」

至於這些差異是否是因為願意實施者比較重視各單項之訴求，或是不願施行指引者另有其他因素考量而給予較低之評分仍須進一步分析及探討。

而其中不具顯著差異者為：

執行面：「Q312臨床指引必須可以依情況修正。」

可近性：「Q314臨床指引必須可由期刊、刊物取得。」



圖九：指引之適用範圍

表十：願意施行臨床指引及不願意施行兩組之認同度T-test P值

問卷代號及內容	T-test P 值
【Q301】臨床指引之制定應符合學理依據及證據醫學。	0.000
【Q302】臨床指引制定後應於醫學期刊上發表。	0.006
【Q303】臨床指引應由醫學中心制定。	0.000
【Q304】臨床指引應由專科醫學會制定。	0.000
【Q305】臨床指引應由保險人（如中央健保局）制定。	0.001
【Q306】臨床指引應由各醫療院所自訂。	0.746
【Q307】臨床指引應引用國外已制定者。	0.000
【Q308】臨床指引在執行時，應依已制定之內容執行，不宜任意變更。	0.020
【Q309】臨床指引必須可以增進品質。	0.060
【Q310】臨床指引必須可以降低成本。	0.005
【Q311】臨床指引必須不影響醫師之自主性。	0.636
【Q312】臨床指引必須可以依情況修正。	0.469
【Q313】臨床指引必須可由網路免費取得。	0.676
【Q314】臨床指引必須可由期刊、刊物取得。	0.675
【Q315】臨床指引必須可經由掌上型電腦取得及運用。	0.035
【Q316】臨床指引必須可用來作為醫師訓練之用。	0.000
【Q317】臨床指引必須提供一份給病患(病患版)。	0.003
【Q318】臨床指引必須在法律事件上對醫師有保護作用。	0.043
【Q319】臨床指引必須與健保給付結合。	0.000
【Q320】臨床指引必須提昇病患滿意度。	0.000
【Q321】臨床指引之推行應由獨立、公正、自主之機構執行後續監測及罰則。	0.000





表十：願意施行臨床指引及不願意施行兩組之認同度T-test P值（續）

【Q322】臨床指引之推行應由專科醫學會執行後續監測及罰則。	0.001
【Q323】臨床指引之推行應由保險人（如中央健保局）執行後續監測及罰則。	0.000
【Q324】臨床指引之推行應由各醫療院所執行後續監測及罰則。	0.023
【Q325】臨床指引應制定為全國性（全國一致）。	0.097
【Q326】臨床指引應制定為區域性（各區域一致，例：以縣市或健保分局為單位區分）。	0.002

適用性：「Q325臨床指引應制定為全國性（全國一致）。」

而上述具顯著差異之項目顯示，願意實施指引者比不願實施者更認同這些項目，這意謂著如果想要更提昇醫師使用臨床指引之意願，必須更強化指引在這幾個項目之特性，或是作為宣導之重要策略。至於未具顯著差異部份應該是說，醫師們對這幾個項目之高度認同是必需加以絕對重視，也就是說在推動臨床指引時首先要遵循的原則。

結論與建議

臨床治療指引之實施在現階段及未來的醫療中必然成為一個趨勢。然而，醫療團隊的主導者醫師的意願勢必加以重視，在設定、實施所謂的臨床指引時務必考量醫師的想法。本研究顯示，臨床指引本身之特性中影響醫師實施臨床指引者為：“符合學理及證據醫學”、“由專科醫學會制定”、“執行時可以依情況修正”、“由獨立公正自主之機構監測”、“制定為全國性之指引”、“運用時必須在法律事件上對醫師有保護作用”

及“可由期刊、刊物取得之可近性”都是在設定這個指引時必須加以注意的因素以提高醫師使用之意願。

綜合上述，本研究可了解醫師族群對臨床指引之期盼。政府應成立國家級之獨立機構（類似美國National Guideline Clearing House），結合實證醫學之運用（類似國外Cochrane Library），研發、制訂符合證據醫學、具有彈性、容易取得之全國性臨床指引並包括對於法律層面之探討，以推廣及監測臨床指引之實行與運用。

本研究之結果可能因下列因素影響而有所偏差

1. 較低之回收率：在台灣地區雖然大多數針對醫師之調查回收率大約為15~20%，本研究為17.8%，雖可接受但仍擔心因較少之樣本數而導致偏差。
2. 隱私權之重視導致部份資料完整性不足而導致偏差。
3. 指引之觀念混淆：由於臨床指引尚未全面實施，雖於問卷中說明，但仍擔心影響問卷之填答而導致偏差。





致謝

本研究之完成除感謝學校及本院諸多人士之協助外，部份經費亦承衛生署中部辦公室補助，謹此致謝。

參考文獻

1. 林哲璋。Practice guidelines in Taiwan。台灣醫療管理科學學會論文集。(2001-2002)，129-36。
2. 溫港生、陳麗慧等(2002)。臺灣氣喘治療指引共識之評估。
3. 龐一鳴(2002)。提高醫療品質--歐洲國家臨床指引發展之比較。全民健康保險。39，29-33。
4. Bouvenot J, Gentile S, Ousset S, Tardieu S, Jouve E, Mendizabal H, Sambuc R. Factors influencing the appropriation of clinical guidelines by physicians [Article in French][Abstract]Presse Med. 2002 Nov 23;31 (39 Pt 1):1831-5.
5. Carrick SE; Bonevski B; Redman S; Simpson J; Sanson-Fisher RW; Webster F Surgeons' opinions about the NHMRC clinical practice guidelines for the management of early breast cancer. Med J Aust 1998 Sep 21;169(6):300-5.
6. Cates JR; Young DN; Guerriero DJ; Jahn WT; Armine JP; Korbett AB; Bowerman DS; Porter RC; Sandman TD; King RA Evaluating the quality of clinical practice guidelines. J Manipulative Physiol Ther 2001 Mar-Apr; 24(3): 170-6.
7. Cynthia M Farquhar, Emma W Kofa and Jean R Slutsky clinicians' attitudes to clinical practice guidelines: a systematic review MJA 2002 177(9): 502-6.
8. Davis DA, Taylor-Vaisey A. Trans-lating guidelines into practice. A systematic review of theoretic concepts, practical experience and research evidence in the adoption of clinical practice guidelines. CMAJ. 1997 Aug 15;157(4):408-16. Coment in: CMAJ. 1997 Aug 15;157 (4):403-4.
9. Farquhar CM, Kofa EW, Slutsky JR. Clinicians attitudes to clinical practice guidelines: a systematic review. Med J Aust. 2002 Nov 4; 177(9):502-6. Comment in:Med J Aust. 2003 Apr 7;178 (7):354-5; author reply 355; discussion 355-6.
10. Flores G, Lee M, Bauchner H, Kastner B. Pediatricians attitudes, beliefs, and practices regarding clinical practice guidelines: a national survey. Pediatrics. 2000 Mar; 105 (3 Pt 1): 496-501.
11. Formoso G, Liberati A, Magrini N. Practice guidelines: useful and "participative" method? Survey of Italian physicians by professional setting. Arch Intern Med. 2001, 161,2037-42.
12. Grilli R; Trisolini R; Labianca R; Zola P Evolution of physicians attitudes towards practice guidelines. J Health Serv Res Policy 1999 Oct;4(4):215-9.





13. Hayward RS, Guyatt GH, Moore KA, McKibbin KA, Carter AO. Canadian physicians' attitudes about and preferences regarding clinical practice guidelines. *CMAJ*. 1997 Jun 15;156(12):1715-23. Comment in: *CMAJ*. 1997 Dec 1; 157(11):1510.
14. James PA, Cowan TM, Graham RP, Majeroni BA. Family physicians' attitudes about and use of clinical practice guidelines. *J Fam Pract*. 1997 Oct;45(4):341-7.
15. Mitchell JM, Hadley J, Sulmasy DP, Bloche JG. Measuring the effects of managed care on physicians' perceptions of their personal financial incentives. *Inquiry*. 37(2):134-45, 2000 Summer.
16. Olesen F, Lauritzen T. Do general practitioners want guidelines? Attitudes toward a county-based and a national college-based approach. *Scand J Prim Health Care*. 1997. 15,141-5.
17. Rao JK, Kroenke K, Mihaliak KA, Eckert GJ, Weinberger M. Can guidelines impact the ordering of magnetic resonance imaging studies by primary care providers for low back pain? *American Journal of Managed Care*. 8(1):27-35, 2002 Jan.
18. Stoddard JJ, Grossman JM, Rudell LS. Physicians more likely to face quality incentives than incentives that may restrain care. [Abstract] *Issue Brief/Center for Studying Health System Change*. (48):1-4, 2002 Jan.
19. Tunis, S.R.; Hayward, R.S.; Wilson, M.C.; et al. Internists' attitudes about clinical practice guidelines. *Ann. Intern. Med.*, 1994,120, 956-63.
20. Ward MM, Vaughn TE, Uden-Holman T, Doebbeling BN, Clarke WR, Woolson RF. Physician knowledge, attitudes and practices regarding a widely implemented guideline. *J Eval Clin Pract*. 2002 May;8(2):155-62.
21. Warner, B.W.; Kulick, R.M.; Stoop, M.M.; Mehta, S; Stephan, M.; Kotagal, U.R.(1998). An evidence-based clinical pathway for acute appendicitis decreases hospital duration and cost. *J. Pediatr. Surg.*,33,1371-75.
22. Weingarten S, Stone E, Hayward R, Tunis S, Pelter M, Huang H, Kristopaitis R. The adoption of preventive care practice guidelines by primary care physicians: do actions match intentions? *J Gen Intern Med*. 1995,10,138-44
23. Zwar N, Henderson J, Britt H, McGeehan K, Yeo G. Influencing antibiotic prescribing by prescriber feedback and management guidelines: a 5-year follow-up. *Family Practice*. 19(1):12-7, 2002 Feb.



Exploring Factors of Physicians' Willingness on Implementation of Clinical Practice Guidelines—Focus on Characters of Clinical Practice Guidelines

Ching-Tong Wu, Kuo-Piao Chung, Nae-Fang Miao, Chia-Huiv Wang,
Yi-Hsin Elsa Hsu, King-Jen Chang, Nai-Wen Kuo

Abstract

A study on factors that influence physicians' willingness for implementation of clinical practice guidelines was performed through a structured questionnaire. The clinical practice guidelines that have the characteristics such as 「match the evidence-based medicine」, 「made by association of specialist」, 「flexible in use」, 「protective role in legal events」, 「national level」, 「available on journals」 and 「monitoring by an independent organization」 will be favored by physicians in Taiwan.

key words: Physicians' Attitude; Clinical Guidelines; Clinical Practice Guidelines

Nai-Wen Kuo, Faculty & Graduate Institut of Health Care Admistration, Taipei Medical University, 250, Wu-Shin St, Taipei, Taiwan
Received: October 20, 2004
Revised: February 17, 2005
Accepted: April 11, 2005

