

第五章 結論與建議

第一節 研究發現

(一) 病患是否有固定看診醫師與病患個人基本特徵之交叉分析

在病患是否有固定看診醫師與社會人口統計變項的交叉分析中，發現性別、年平均看診頻率、婚姻狀況、平均月收入、年齡、職業等變項與是否有固定看診醫師在統計上達到顯著。無論是男性或女性，沒有固定看診醫師的比例均高於有固定看診醫師的比例。年平均看診頻率愈低，沒有固定看診醫師的比例也越高。也許是因為一份責任使然、心智更加成熟，曾經有過婚姻經驗者比起未婚者有著更高的比例有固定看診醫師。收入越高、年紀越大，有固定看診醫師的比例也越高。

(二) 病患主觀滿意度檢定

對於病患主觀滿意度的檢定中，發現病患的性別、年齡、職業、婚姻狀況、平均月收入和病患自覺身體的健康狀態會影響到病患主觀上對醫師診間態度的滿意度。不過，病患的教育程度、是否有固定看診醫師和看診頻率則不會影響到病患主觀上對醫師診間態度的滿意度。過去的研究都將病患視作是同一的，沒有差異性，但是由此結果可確認，不同個人特質的病患對於醫師看診表現的主觀滿意度不一定相同，因此，在評估醫療品質時，不可以忽視病患主觀滿意度。

(1) 性別

過去，有關於病患滿意度的研究，在探討病患滿意度時只停留在男性滿意度多高？女性滿意度多高？並未深入探討男女性在滿意度上是否有所差別。陳倩妮（1999）的研究顯示在醫院服務品質構面的滿意程度上，女性較男性為低。徐台玲（1998）的研究顯示性別與病患對治療效果的滿意度在統計上達到顯著相關。在本研究中，女性針對診間醫師行為所給予的主觀分數也較男性為低，也可能是因為女性比男性要求完美的因素，這與之前的研究結果相符。在社會化的過程中，男性與女性分別被賦予不同的社會角色與性別角色。因而，我們會期待男女性有其符合性別角色的行為。一般而言，對男性說話的態度、方式就與對女性說話的態度、方式不同。而且，性別在病患診間主觀態度上有達到統計上的顯著，這就表示，男女兩性對於醫師在診間時的行為主觀上的看法是有所不同的。這個研究結果也就符合社會化過程中所賦予男性與女性社會性角色時的印象。

(2) 職業、教育、平均月收入

就社會學來說，職業、教育、平均月收入、社經地位一直是社會學一個重要的指標，舉凡馬克思（Karl Marks）、韋伯（Max Weber）、涂爾幹（Durkheim）都相當關切這個議題。過去的研究都發現，無論是以收入、職業或社經指標來研究，均發現社會階級越低，醫療滿意度越高。教育、職業和平均月收入的差異代表的

是溝通能力與溝通方式的不同。醫師一般會依據病患的教育程度的不同或是職業的不同而在解說上使用不同的用字。教育程度越高醫師使用專業術語的機會也就越大，教育程度越低，醫師越有可能以口語的方式來解說。職業也具有相同的社會意義。會根據不同的職業，而以該職業人口所能理解的方式來說明。徐台玲(民 89)的研究顯示病患的教育程度與醫師健康照護過程的滿意度在統計上呈現顯著相關，教育程度愈高、滿意度愈低。不過，雖然教育在本研究的檢定中並沒有達到統計上的顯著，這可能是因為本研究的樣本中國中(含)以下教育的患者偏低所致。不同的月收入將會使的病患所關注的焦點也會有所不同。陳倩妮(1999)的研究也發現家庭的月收入與醫療服務品質的各個構面在統計上達到顯著。徐台玲(1998)的研究也發現家庭月收入會影響到病人對看診過程的滿意度。本研究在職業是學生的主觀態度分數最高、軍警公教次之，職業上屬於公家機關的病患的主觀分數較高。在平均月收入上，月收入在 30000 元以下的病患相對於收入在 30000 元以上病患的主觀分數較高。與過去研究也相符合，收入比較低的病患，對於醫師診間態度的主觀感受也就有比較高的評分。

(4) 婚姻狀況

結婚是人生的大事，父母親常說，結婚前是孩子，結婚後就是大人了。結婚前可以躲在父母的臂彎裡，結婚後就需要自己承擔。婚前婚後生理與心理都會有所改變，更不用說是曾經結過婚但現在是單身的人了。在不同的婚姻狀況下，所思所感所需求都不可能一樣，因此，以婚姻來作為指標來探討期間的差異是有其必要的。陳倩妮(1999)的研究發現已婚者對醫療照護過程的滿意度高於未婚者，而本研究卻發現未婚者的主觀分數高於已婚者與曾有婚姻但現為單身者的病患的主觀分數。這有可能是因為責任與義務，不同社會角色的標籤讓病患對於看診時醫師態度的主觀感受有所不同所致。

(5) 年齡

人會因為年齡的增長、生命週期的不同，心理上的看法與生理的狀況也會有所不同。過去的研究多顯示年齡愈大的病患的滿意度越高陳倩妮(1999)的研究顯示 31-50 歲的病患對於醫療照護過程的滿意度較高，71 歲以上的病患的滿意度偏低。徐台玲(1998)的研究發現年齡愈高者對於醫師醫療照護過程的滿意度愈高。不過，本研究結果卻與前人不同。本研究的結果發現年紀在 20 歲以下者的主觀分數最高、其次為 21-30 歲的病患，31-40 歲的病患主觀分數最低，這有可能是因為本次研究的樣本年齡層偏低，高年齡患者樣本偏少所致。可是，本研究在年齡與病患診間主觀態度上有達到統計上的顯著，這也表示不同年齡層的患者對於醫師診間的態度的主觀感受不同。

(6) 固定看診醫師

台灣的醫療現況最為詬病的即為病患沒有固定看診醫師，以致於常常延誤就

醫、又或是有許多醫療糾紛。陳倩妮（1999）指出醫療過程會因為病患是否有指定看診醫師而有顯著差異。不過，本研究的結果，病患是不是有固定的看診醫師對於病患診間醫師態度的主觀滿意度並沒有差異。

（7）年平均看診頻率

一般而言，對於越常使用的東西或愈常出入的場所就越容易挑剔，對於愈不常使用的東西或不常去的場所的包容性就會越大。因此，研究之初研究者本是假設病患會因為看病次數的多寡而影響病患對醫師診間態度的主觀滿意度，不過，研究結果顯示年平均看診頻率並不會影響到病患主觀上對醫師診間態度的滿意度。

（8）病患自覺健康狀態

醫師對於病患健康的解釋是經由一連串檢查與醫療知識，在醫學知識的背景下做出判斷，不過，病患卻是經由日時生活的知識體系、社會文化與社會網絡所架設出的邏輯所建構的。（黃彥莉，2001）透過生活場域的形塑，病患對於自己健康的知覺不是一固定的感受，在不同的時間、不同的空間與不同的社會經驗下，人們對自己健康的看法也會有所改變。用什麼顏色的鏡片來看世界，世界就變成什麼顏色。持正面看法的人對事情的看法也較正面，持負面看法的人，對事情的看法也較負面。本研究的結果也支持這個說法。認為自己很健康的病患，對於醫師診間態度的主觀感受的得分最高，覺得自己很不健康的病患，對於醫師診間態度的主觀感受的得分最低。

（三）因素分析

本研究已經證明病患「主觀」滿意度很重要，但是由於過去沒有針對基層診所的醫病互動來做研究，所以也就沒有探討基層診所的醫病互動有哪些不同的面向。為探討病患主觀上有哪些面向，本研究透過因素分析將醫師診間態度分為 4 個構面，分別為：醫師的看診表現、醫療專業與同理心、病況問與答、仔細與細心。而為了更深入探討性別、年齡、職業、婚姻狀態、教育程度、平均月收入、固定看診醫師與就醫頻率等不同個人特質的病患是不是會影響到病患主觀上對醫師診間態度的評斷，所以，本研究透過變異數分析來進行檢定。

- （1） 在「**醫師看診表現**」這一構面上，病患的年齡、平均月收入與自覺健康狀態在統計上達到顯著。也就是說，病患年齡上的差異是會影響到病患對醫師看診表現的評斷。月收入不同的病患主觀上對醫師看診表現的評斷也會有所不同。病患自己覺得自己健康與否的態度是會影響到醫師看診表現的評斷的。
- （2） 在「**醫療專業與同理心**」這一面上，病患的性別、婚姻狀態、平均月收入、和病患自覺健康狀態在統計上達到顯著。男性和女性的病患對醫師專業與同理心的主觀評斷是不同的。不同的婚姻狀態下，病患主觀上對醫師醫療專業與同理心的評斷也就不同。平均月收入的不同，也會去影響到病患主觀上對醫師醫療專業與同理心的評

判。病患心理上覺得自己健不健康是會影響到病患對醫師的醫療專業與同理心的需求與評斷。也就是說，覺得自己健康或不健康的病患，對於醫師在醫療上所展現的醫療專業與同理心的主觀需求是不同的。

- (3) 在「**病況問與答**」這一構面上，病患的年齡、職業、教育程度、與自覺健康狀態在統計上達到顯著。病患年齡的差異、職業的不同、教育程度的差別與健康知覺的不同均會影響到病患主觀上對醫師在病況問與答中的感受。
- (4) 在「**仔細與細心**」這一構面上，病患的年齡、性別、是否有固定看診醫師、和病患自覺健康狀態在統計上達到顯著。亦即，病患年齡上的差異、性別的不同、是否有固定看診醫師與健康知覺的差異均會影響到主觀上對醫師診療時仔細與細心的評斷。

Evering Goffman 將人們的日常生活的互動比喻成是在舞台上的表演，隨著外部設施（setting）所劃分建構的臺前區域（front），人們根據不同的角色在此表演。在特定的舞台上，有些固定的舞台設施好方便舞台上的人們表演來進行互動。例如在醫院診療室的舞台上，有著診療臺、診療椅、聽診器、藥品、燈光..等符號設施來確定表演舞台的獨特性，讓醫師與病患更容易在這場域中表現自我。診療室就是醫師問診的臺前區域，醫師與病患就是台上的演員。人與人的互動常會透過一些符號來展現，可能是語言的符號，也可能是非語言的態度、肢體行為等，讓互動呈現更為變異，更戲劇化。對醫師來說，每個病患都是獨一無二的，每個病患都有其特殊的表達方式與個性，醫師若以一固定的方式問診，可能會無法診斷出真正的病因或是誤解了病患所要表達的真正意思。當然，如前所訴，不同個人特質的病患對於診間醫師態度的主觀滿意度並不完全相同，因此，沒有一個病患會與其他病患相同的反應、需求。透過符號、外部設施與表演者在臺前區域的互動，在診療室的診療行為就此展開。不同特質的病患其與醫師互動的方式也就不一樣，在問診過程中，醫師與病患的對話中，可以逐漸發覺該以何種方式與病患溝通，問診中的一來一往可讓醫師以更適當的方式與病患互動，讓看診過程更順利。本研究透過因素分析將診間醫師態度分為四個面向。在這四個面向裡，不同的個人特質也對於某些構面也有特別不同需求。其中可將四個面向之第一個面向區別為『關心』，第二、三、四構面區別為『照護』，之所以稱之為照護因為照護的過程牽涉到專業，關心則是發自內心的關懷與醫療專業較不相關。徐台玲（1998）的研究結果發現病患希望醫師能多告訴患者疾病相關資訊，但是，本研究發現基層診所的病患特別著重在醫師的看診表現上，也就是說，對病患來說，醫師看診時的態度是讓病患對於整個看診過程滿意或是不滿意的關鍵，醫療專業反倒是其次，較不重要了。這可能是因為對於診所的病患來說，如果有不瞭解的、不清楚的，隨時都可以回到診所找醫師問個清楚，不像大醫院，如果沒問清楚，離開了診療室就不知道可以到哪裡去找醫師了。這樣的結果

與先前針對醫院患者所做的不同，但是卻真實反映出基層診所與大型醫院醫病互動的差異。所以，在基層診所，看診醫師的態度反倒是病患選擇診所的關鍵，醫師的醫療專業對於病患來說反而沒有醫師看診時的態度來的重要。雖然將醫師診間態度區分為 4 個構面，但是不代表病患對每一構面的主觀需求是相同的。有些人口特質的病患對於某些構面的需求會有所不同，但是對於其他構面的需求則是沒有影響。這也表示即便將病患主觀面區分成不同面向，但是，病患主觀上對各面向的需求還是有所差異。

在本研究中，雖然病患的教育程度、是否有固定看診醫師在病患主觀需求的檢定上並沒有達到統計上的顯著，不過，在依據因素分析所得到的四個構面上，教育程度上的差異對於醫師在「病況問與答」上的主觀評斷還是有所不同的。有固定看診醫師與沒有固定看診醫師的病患對於醫師診療時的仔細與細心在主觀上的滿意度是不同的。即便在主觀滿意度分數上達到統計顯著的變項，在因素分析的四個構面上的主觀滿意度也是有所差異的。在某一構面達到統計顯著的變項，在主觀滿意度上並不一定會達到統計顯著，這可能是因為某一人口特徵的病患特別著重醫師在某一構面的醫療服務。而看診頻率在本次研究上，無論是病患主觀滿意度或是四個構面的檢定，均沒有達到統計上的顯著。不過，病患自覺健康狀態在病患主觀滿意度或醫師診療行為四個面向的檢測上均達到統計上的顯著，這可能是對自己健康知覺的感受是會影響到主觀上對醫師診療行為的主觀判斷的。也因此，醫師應更瞭解病患對自己健康狀態的看法，如此才能以最適切的态度來對待病人，也才能夠讓病患有更好的醫療服務。

第二節 研究限制與建議

一、 研究限制

(一) 研究範圍

診所的類型並不是同一的，都市的診所與非都市的診所的醫病互動內容也有不同，例如：逢年過節時，都市診所的病患比較淡漠，可能只是會和醫師打聲招呼，送送禮盒。非都市診所的病患除卻打生招呼外，則可能送來自己種的菜、自己養的雞鴨。因此，都市的診所與非都市的診所病患與醫師的溝通和相處內容都會有所不同。而且，都市診所的醫師多半不是住在診所，住家與診所是分離的。非都市診所的醫師大多數診所樓上就是住家。這種既已存在形式上的差異是研究前就存在的區域上的研究限制。本研究的樣本來源是是台北市的西醫基層診所，是屬於都市地區的診所，其醫病相處內容是否能涵蓋非都市診所的醫病相處尚有待證明。

1、 本文所指的都市診所即為研究範圍台北市的西醫基層診所，非都市的診所指的是台北市以外的西醫基層診所，包含

由於本研究是探索性研究，抽樣範圍僅限於台北市，其他的縣市並未抽樣，可能造成偏誤，此研究結果可能只代表都會區的結果，無法含括各縣市，希冀後續研究者能於其他縣市再做研究，以補足本研究的不足。

本研究的西醫基層診所的選擇是登記為一般科或家醫科的診所，並沒有選取專科診所的患者來做研究，因此，本研究的問卷是否適用於專科診所仍有待後續研究者的努力。

(二) 問卷施測

本研究的問卷填答方式是受訪者自行回答，因此，問卷回收後，發現老年受訪者容易有跳答的狀況發生，因此，造成本研究老年人口樣本偏少的缺憾。

二、 建議

(一) 研究者

從是否有固定看診醫師的交叉研究結果來看，我們可知許多個人基本特徵與是否有固定看診醫師在統計上有達顯著，不過，本研究並沒有深入分析探討各變項的影響原因為何？這是後續有興趣的研究者可以深入探討的地方。

本研究只針對基層診所醫師診間的表現來調查，並未就醫病互動其他的面向，如：護士、藥師、藥局、醫療院所環境..等做出調查，這部分的缺失有待其他研究者來補足。

有鑑於本研究的老年受訪者有跳答的狀況發生，未來有興趣的研究者可採取研究者逐題覆誦問卷題目與選項讓老年受訪者回答的方式以避免跳答的狀況發生。

本研究是針對於到基層醫療診所看病的病患所做的研究，並未就大型醫院病患做抽樣，所以病患主觀滿意度的問卷的普適性有待其他研究來檢定。

(二) 行政單位

西醫基層總額制度實施的目的就是為了確保醫療品質，不過，健保局對於醫療品質的檢測目前只著重在於醫師的醫療專業上，政府所公布的醫療品質保證指標也只能測量到醫療專業臨床上的品質，卻沒有一套可以測量病患主觀滿意度的指標。但是，本研究的結果卻表示基層診所病患所著重的是在醫師的態度上，若

只測量醫師的專業品質，則會無法測量病患所重視的面向，所以，除需測量醫療專業品質外，更希冀政府能參考研究所得的四個構面，再規劃出一套更完善且能測量病患主觀滿意度的指標。

（三）醫師

希冀基層診所的醫師也能參考本研究的結果，能在看診態度上多下功夫，在與病患互動的時候，能在「看診態度」上讓病患更滿意，多針對研究中有所差異的構面，透過溝通、詢問、觀察病患的反應，在問診中藉由病患的回答與反應來知道病患的想法，讓醫師能從病患那裡得到更多的資訊，好讓醫師能針對病患的需要提供最有效的服務。

（四）教學單位

醫療專業的中心就是醫學教育制度，醫學教育訓練不應該只是著重在醫學生的醫療專業知識上，更應加強醫學生的人際溝通技巧。畢竟，哪裡不舒服，哪裡需要醫師特別注意，都只有病患本身最清楚，醫師唯有透過與病患互動的過程才有可能知曉，也才有機會可以讓病患在覺得最滿意的心情下接受醫療診察。現在基層診所林立，競爭激烈，若醫師無法在診療的過程中滿足病患主觀上的需要，那病患很可能會換一家診所看病，如此一來，反倒就喪失西醫基層總額支付制度最初實施的意義而病患也喪失了在瞭解病患的需求的診所看病的機會了，所以，讓病患在最舒適、最不緊張的狀況下接受醫師的問診，病患也才會再來同一家診所看病，與醫師熟識度增加，醫師對病患也就會愈瞭解，那醫病在互動的過程也就會愈和諧，病患主觀上對醫療品質的滿意度就愈高。