

第二章 文獻探討

本章將先回顧有關醫療體系的特性、醫療品質、病患滿意度和醫病關係之相關理論與研究結果。

第一節 醫療體系的特徵

一、醫院 v.s. 基層診所

無論是醫院或是診所，都是人們身體不舒服，出現生病症狀的時候會出入的場所，一般而言，都不是自願到醫院或診所的，除非是迎接新生兒的家庭。然而，因為醫院與診所的組織模式不同，因此，醫師與病患的互動也就不同，下文試圖列舉兩者的差異與其如何影響醫師與病患的互動。

無論是醫院的候診區或是診所的候診區，一般說來都是會與診療區分開來的，在候診區的病患可以自由進出，自由移動。進出的人員也不受限制，有可能是病患、病患家屬、醫師、護士、藥師、營養師、藥商..等。不過醫院的候診區與診療區間是完全阻絕的，也就是說，在候診區間的病患是無法看到診療區內醫師與其他病人的互動，可說是享有完全的隱私。看同一科的病患通常都聚集在一起等候號碼輪到自己，不過，如果當號碼輪到自己但是病患卻沒有在候診區內，往往是直接跳過到下一號的病患，並不會為病患保留號碼。醫院的候診室一般都會與其他區域相通，是開放性的，可通往其他科別或區域。但是，往往在診療之前病患是無法與要看病的醫師有所接觸，甚至醫師什麼時候進入診療區都不知道。而且，醫師也不會出現在候診區與病患閒話家常。

診所的候診室與醫院的候診室就有所不同，雖然，無論診所或醫院都會區分出候診室與診療室，但是，診所的候診室大多數是半開放的，只以一半高度的圍欄作為區隔（除特定需要內診的科別），候診室與診療室之間並不會完全隔開，有些診所會設置門，有些不會，即使有門，有時候也不會完全緊閉，在候診室的病患可以看到診療室內的醫師在為哪位病患問診，有的病患不待在候診區的椅子上等待，也會走到診療室內看醫師問診。因為診療區與候診區並沒有完全阻絕，所以，進出的人口也比較多，在候診室進出的人口可能是醫師的家人、護士、病患、或病患家屬。而且，診所病患的候診區並不只侷限在診所內，常常還會延伸到診所外的生活世界中。有時只要跟護士說一聲，等輪到自己時，護士還會出來通知你。在比較不忙的時候，醫師也會出現在候診室中與病患聊天。聊天的內容可能是一般的問候、閒話家常，通常與醫療專業無關。

醫院的醫師在問診時，常常是在病人將病徵說出後，醫師在進行詢問與確認就下診斷，此時若病人再提出一些自己的看法、想法，醫師一般會聆聽病患說些什麼，但是不會進行回應。病患在離開診間後，即使還有疑問，也無法再請教醫

師。診所的醫師在診間與病患的互動就有所不同。即使醫師已經問診完畢，下了診斷，病患此時再提出一些問題與想法，醫師通常會在聽完之後再做回應。一般而言，診所的醫師對病患盡可能是有問必答，盡量用病患所能瞭解的字彙、例子來解釋，儘可能讓病患無疑問的離開診所。即使病患拿了藥、離開了診所，再回到診所，也還是可以見到醫師，再次發問。診所的病患因此較有主動權與自發性。病患可自行決定與醫師的對話內容與對話發展，醫師不再是掌控全局的人。醫師與病患的關係是長期性的關係，彼此之間的問候與對話不一定是專業性的，還常常是生活性的。因長期到診所看病，病患與醫師之間會出現一種親切熟悉感，讓醫師與病患不再只是專業的醫師病人關係，還常演變為更親暱與熟悉的朋友關係。退下醫師袍之後，醫師與病患不再是醫病關係，身份延伸為朋友、建議者。醫師可能會到病患開的餐廳吃飯、游泳池游泳、俱樂部打球，醫師的家人可能到菜市場向病患買菜、買水果、買肉，逢年過節病患可能送些應節禮物給醫師，醫師也可能為捧捧病患的場向販賣應節用品的病患買些應節的東西。醫師不再只是醫師，不再只是生病時看病、開立藥方的專業人員。醫師也變成病患有疑問時的導師、意見給予者、生命中不可或缺的一員。家裡的婚喪喜慶、地方的大拜拜、孩子要選填志願、夫妻之間的相處、家中寵物往生或生產、出國旅遊...等與醫療專業無關的議題，病患都會希望醫師能夠參與。醫師身份因此延伸，變成全才形的醫師，只要是醫師說的，對病患來說都非常重要、都是正確的。

相較於醫院，診所的醫病關係較有助於醫病長期關係的發展於維持。也因此，診所醫病間的熟悉度與可親性更增加病患診間的自主性。醫病關係不再是醫師主導，病患也可主導醫病互動的方向與時間，讓醫病互動充滿可變性。

第二節 醫療品質

一、 醫療品質的定義

品質（quality）的定義到底是什麼呢？管理學大師會說是：「符合顧客的需求」。在英文的品質（quality）的字根中有著「of what kind」的意思存在，也就是說，當我們談到「品質」這單字時，需先界定是在何種情境、社會角色上談品質。

在醫療門診中，品質的定義總是眾說紛紜，所處的位置不同，角色不同其對品質的定義也就不同，醫院管理者、醫師、病患、健保制度制訂者...可能都有不同的想法與定義。每個人對品質的需求都是很主觀的，況且，隨著時間的推移，每個時代對於品質的需求也是不同的，也因此，醫療品質是很難測量的東西。在專業掛帥的年代，醫生所下的診斷，所進行的評估均是不可為逆的，病人只需遵循醫囑即可，此時期『專業』即是品質的保證，病患並不會去質疑醫師所下的診斷。直至消費者意識抬頭，教育普及、病患的知識水準提升，傳播媒體的報導，

病患開始將醫療過程視之為一消費過程，因此，醫療品質也日益受到重視。病患不會盲目的接受醫師所說，病患開始會詢問醫師以解自己的疑惑。更隨著資本主義的發展，各個醫療院所為能永續經營，無不使盡全力吸引病患就診，所以，對醫療院所來說，病患的需求必須被滿足就是此時期之醫療品質。正如 O'Connor 所說的：「醫療品質會隨著時代不同而有不同的定義」。而這也就是醫療品質被廣泛討論而未有一統一定義的原因。

國內的學者也曾就醫療品質下過以下的定義：石曜堂（1978）認為醫療品質涵蓋兩方面，即『醫療服務的技術』和『醫療服務的藝術』，前者是適當的診斷與治療，後者是指病人的滿意度、醫療人員與病人的溝通、討論、教育病人等。藍忠孚（1980）則將醫療品質區分為三部分：（1）絕對論，亦即是醫療專業提供者對病人提供各種最好的醫療照顧（2）個人主義論，醫生和病人之間的關係決定了病人的滿足感，而病人的滿足感是判斷醫療品質的依據（3）社會論，同時考慮社會和個人的成本、外部性和品質的社會分佈。鍾國彪（1997）在其對民眾對醫療品質的認知所做的調查中整理出五項結果：（1）醫師的表現，包括對待病患態度親切、能對疾病對症下藥、醫術的提升、對病患有信心、盡心治療、與病人做雙向溝通（2）藥品方面：有效、副作用少、能長期追蹤需長期用藥之病患、調整給藥量（3）護理人員態度親切（4）醫療機構的硬體設備更齊全且人性化（5）醫療資源更平均分佈。馬作鏹，蔡淑玲（2001）認為醫療品質應包括醫療設備、醫療人員的知識與技術、醫療服務的藝術等 3 方面，其中包含病情的適切診斷與治療、病人的滿意、病人得到的教育、病人與醫護人員間的合作與溝通....等。

而在國外的學者部分，社會學家 Vuori(1987)認為病患會透過三種觀點來評斷醫療照護過程的品質：（1）工具的（instrumental）--運用專業知識與技術來解決手邊的問題；（2）情感表達的（expressive）--醫病關係中表達情感的行為；（3）溝通的（communitive）--資訊的傳授與接收。Brook（2000）綜合歸納有關於醫療品質的定義，認為醫療品質必包含提供高品質的醫療技術和顧及病患的文化差異並施以人性化的治療方式，同時讓病患能全程參與診治，並視病患之價值觀與情況而有所不同。

Harris-Wehling(1990)曾整理 100 個有關於醫療品質的定義，則發現不同的角色對醫療品質的定義也就不同。醫療機構或人員較強調臨床治療的適切性和效果；政府將重點方在善用資源及資源合理分配；病人由於缺乏專業知識，將重點放在其所經歷的醫療服務過程。並將之歸納為 18 個面向：（1）品質改善的程度、（2）被評估主體的特質、（3）接受照護者的類型、（4）目標導向的照護、（5）風險與利益的取捨、（6）被指名的結果的方向、（7）照護接受者所認定的角色與責任、（8）受限於現有的知識與技術、（9）醫療提供者的技術能力、（10）醫療提供者的人際互動技巧、（11）可近性、（12）可接受性、（13）資源限制、（14）

照護的標準、(15) 受限於病人的情況、(16) 病人文件記錄的要求、(17) 照護的持續性、管理與協調、(18) 對使用情形的陳述。前八項是委員會對醫療品質的定義，後十項是分析約 100 個醫療品質定義的結果（引自徐台玲，1998）。

由上述定義可知，國內外對醫療品質的定義一就是無一明確結果。無論其定義為何，均是希望能達到以下目的：病患都能得到適切的醫療照護、盡量避免不當的醫療行為與會產生併發症的狀況、考慮整體社會成本並與醫療品質取得平衡（吳肖琪，1999）。

二、 醫療品質測量

（一）醫療品質指標

JCAHO (Joint Commission of American Health care Organization) 曾對指標做出定義是：『指標是一種具體量性的指引，以監測與評估病人接受醫療照護服務的品質。』（吳肖琪，1999）。所以，一般在選擇指標時須考慮：1、必須是可以量化的醫療照護介面；2、被醫療提供者社會大眾及第三付費者接受，並可以衡量醫療提供者的表現；3、指標資料必須容易收集；4、臨床品質指標必須與診療行為有關（吳肖琪，1999，鍾國彪，2001）。也因此，在評估醫療品質績效指標尚須考慮到：效度（validity）、信度（reliability）、敏感度（sensitivity）、精確度（specificity）、與可行性（feasibility）。（吳肖琪，1999）。

由於健保制度的實施其目的便是為了促進病患的健康、減少病患就醫之不便，避免醫療資源浪費、提高民眾就醫時之醫療品質。再加上消費者意識抬頭，為此，亟需一套評估醫療品質之客觀指標，以期能有效評估醫療品質並達到持續性品質改善的目標。

有鑑於台灣醫療產業競爭日益激烈，醫療院所為能永續經營，近年來已日漸重視醫療品質。由於全民健保實施之後，台灣各醫療院所的醫療品質指標大多未經整合，資訊無法共享，所以便於 1999 年 8 月中旬與美國馬里蘭州 CPS(Center for Performance Science)公司簽約合作推動「台灣醫療品質指標計畫」(Taiwan Quality Indicator Project)，簡稱 TQIP。醫策會並於 88 年 8 月引進「急性照護指標」，90 年 6 月引進「精神照護指標」及「長期照護指標」，是國內首次出現具「共通可比較性」之臨床品質指標系統，截至 90 年第四季為止，國內實際加入 TQIP 之醫療機構共 69 所。（摘自中國醫藥學院附設醫院網頁）至此，台灣才有初步客觀評鑑醫療品質之指標以供各醫療院所實施自我監測。

醫療相關政策的制訂無不是希望透過法令規章等社會結構面之力量來形塑社會大眾的行為，也為此，為求瞭解政策實行後醫療品質的狀態，通常在政策頒佈時都會有一品質監測指標，以做為政策實施效果之測量工具。

民國 87 年牙醫總額制度實施之後所提之醫療服務品質指標：

- (1) 人次利用率
- (2) 每點支付金額改變率
- (3) 滿意度調查
- (4) 民眾諮詢及申訴檢舉案件數
- (5) 訂定臨床治療指引
- (6) 編定審查手冊
- (7) 審查手冊執行率
- (8) 建立牙醫醫療機構輔導系統
- (9) 建立牙醫醫療服務專業品質規範
- (10) 牙體復形重補率
- (11) 根管治療為完成率
- (12) 三歲兒童奶瓶性齲齒盛行率
- (13) 四歲兒童乳牙齲齒盛行率
- (14) 五歲兒童乳牙齲齒盛行率
- (15) 十二歲兒童齶蝕齒指數
- (16) 國中一年級生恆齒治療率
- (17) 三十五歲至四十四歲人口社區牙周治療需求指數

民國 89 年中醫總額支付制度實施之後所提出之品質保證指標：

- (1) 人次利用率
- (2) 每點支付全額改變率
- (3) 滿意度調查
- (4) 民眾申訴檢舉成果件數
- (5) 中西醫同時利用率—優科替代率
- (6) 中西醫同實例用率—癌症病患
- (7) 重複就診率
- (8) 用藥日數重複率
- (9) 符合針灸治療規範比率
- (10) 符合優科治療規範比率

民國 90 年西醫基層總額制度實施之後，曾提出西醫基層總額品質保證計畫，並提出 25 項品質指標：

- (1) 醫療品質滿意度調查

- (2) 民眾申訴檢舉件數
- (3) 病人複診率
- (4) 平均每張處方籤開藥天數
- (5) 注射劑使用率
- (6) 抗生素使用率
- (7) 重複就診率
- (8) 不當用藥案件數
- (9) 用藥日數重複率
- (10) 開立長期處方籤百分比
- (11) 處方籤釋出率
- (12) 醫師平均門診時間
- (13) 醫師參加繼續教育時數
- (14) 媒體申報率
- (15) 子宮頸抹片利用率
- (16) 兒童預防保健服務執行率
- (17) 剖婦產率
- (18) 六歲以下兒童氣喘住院率
- (19) 住院率
- (20) 轉診率
- (21) 平均每人住院日數
- (22) 每人急救醫率
- (23) 符合慢性病患治療指引比率
- (24) 符合病歷記錄規範比率
- (25) 符合各專科治療指引比率

雖然政府於政策執行後均有公布醫療品質保證指標，但是，這些品質保證指標所測量的是臨床醫學上的醫療品質，與病患主觀上所認定的就醫品質截然不同。

(二) 病患滿意度

醫療診斷中的另一個主體就是病患。尤其近幾年來，病患的主體意識提升，各醫療院所為吸引病患前來看病，均已逐漸重視病患的滿意度，尤其許多大型醫療機構更是設有醫品部，來定期測量病患對醫療服務的滿意度，並以病患滿意度為醫療品質之先前指標，看看是否有需改進的地方以增進競爭力。所以，另一測量醫療品質的方法是透過病患滿意度問卷來調查。其中，普遍被採用的是密西根大學公衛學系之品管大師 Avedis Donabedian 於 1978 年所提出之結構 (structure)、過程(process)、結果(outcome)三方面之問卷來評估病患滿意度，透

過病患滿意度來測量醫療品質。結構 (structure) 指的是整個醫療照顧環境的特性，是最容易被測量與量化的。例如：組織的硬體設施、醫療人員的資格和數量、行政組織的特性和品管...。過程(process)指的是醫療人員在醫療過程中所提供的服務，一個好的過程面指標與照護結果密切相關。結果 (outcome) 指的是在接受過醫療照護之後，病患健康狀況所產生的改變。這三個過程是有因果關係的，亦即是結構→過程→結果。結構是條件，過程是條件的發揮，結果視為條件發揮的產品。外來的評估著重在結構和結果，自我的評估著重在過程，結果評估是使病人感覺較為完整 (韓揆，1994)。目前許多研究都是透過 Donabedian 的問卷設計來測量病患滿意度，而且，許多研究醫療品質的學者大多認同病患滿意度是醫療品質保證的一環，是持續品質改善 (continuous quality improvement)，瞭解問題是改善品質的策略之一，因此醫療品質與病患滿意度有密切相關，可說病患滿意度是醫療品質的一部份 (李旻貞，1996)。

雖然以病患滿意度來測量醫療品質一直備受爭論，社會學家 Vuori 認為以病患滿意度做為品質評估工具有其潛在限制：(1) 病患缺乏專業知識難以評估醫療科技，尤其在身體狀況不佳時容易影響其判斷 (2) 病患容易受到非醫療因素影響而影響其評估；(3) 病患通常都不願意說明其真正的想法；(4) 病患無法精確回憶醫療服務的各方面過程。(Vuori，1987)。但是，Meredith(1996)也曾在其文章中提到：在照護的協調和連續性上，病患是一個絕佳的『實況轉播者』 (commentator)，亦認同病患可成為照護的監督者。(引自吳伶娟，2000)。

近年來由於醫療專業環境的改變，醫療專業愈來愈重視病患的意見，也因此，有關於病患滿意度的定義也是不勝枚舉。Linder-Pelz (1982) 認為病患滿意度為病人對於醫療照護各個面向之正面評價。被評價的項目有可能是單項的也有可能是整個醫療系統，通常可透過結構、過程、結果三方面來測量。但是，這是病患在接受過醫療照護之後所產生的認知，並不是絕對的，會隨著不同的經驗而改變。John(1992)認為病患滿意度是由病患期望的水準與病患之期望達成度而決定的。所以，可知，病患滿意度已涵蓋多面向，病患可能對某面向有高度滿意卻對其它面向有著低度滿意 (Susan & Robert,1999)。也因此，病患滿意度會因所欲知之研究目的與研究興趣而有不同的內容。而 Gregory(1988)認為大致尚可將病患滿意度區分為以下四種：(1) 病人的特性，ex:病人的社會人口特徵 (2) 醫療供給者的特性：ex:醫療照護者的人格特質與醫療品質的藝術與技術面 (3) 醫病間的溝通和結果 (4) 可近性、治療其等會導致病人滿意或不滿意的結構與環境的因素。(引自周玫玲，2001)。

國內有關於病患滿意度的研究則有：

鍾國彪 (1988) 曾以公保門診醫師與病患為對象，藉由醫病互動來探討病患滿意度和遵醫囑服藥行為。其研究結果發現醫師與病人互動過程的內容層面可解

釋 39.9%的病人對互動過程的滿意度，但是，互動過程的時間層面則不會直接影響病患的滿意度。雖然在醫師態度面向上，病患給予正向評比，但是，對於用藥方面則給予負向評比。

周玫玲（2001）曾以台北市五家醫學中心的門診病人為對象，探討門診合理量制度實施之後，病人滿意度如何。並以此來分析醫療品質是否有所改善。其研究結果發現，病患的滿意度會受其對門診合理量制度的瞭解程度、就診背景、就醫時間與過程有關。且，對門診合理量制度的瞭解程度、就診背景、就醫時間與過程對專業醫療品質與時間滿意對確實有影響力。

陳倩妮（1999）曾以十家醫院的一般門診病患及其家屬為研究對象，來探討病患對醫療服務的滿意度和重視度之間的相關性，發現，病患對醫院服務品質各構面因素的滿意度與重視程度會因人口統計變項、就醫背景..等而有所不同。一般門診病患及其家屬對於各項服務要素的重視程度與滿意度也有很高的相關性。且，重視程度不同對各構面的滿意度也不同。在病患對醫療服務品質的滿意度中，在服務態度這構面上，分數最高的為『醫師的態度親切和善』和『護士的態度親切和善』這兩項。

還有各健保分局及各醫療院所所做的滿意度調查。

第三節 醫病關係

一、相關理論

過去社會學界有關於醫病關係的探討，最早是始自於 Parsons 這位大家。Parsons 從社會結構的巨視（macro）層面來探討醫病關係。Parsons 認為醫師與病人之間的互動基本上是種相輔相成的互補關係。最著名的是他於 1951 年所提出的病人角色（sick role）的概念。

從結構功能論的觀點來看，社會系統對違反社會規範、阻礙系統運作的行為會加以斥責。反之，對能促進社會系統運作之行為則加以讚揚。也因此，「生病」會使得社會系統無法順利運作，是屬於異常的行為，也因此會激發相對應的角色來控制他。所以，病人生病了，社會即免除了他的社會義務與社會責任，但是，病人卻也有義務與責任讓自己早日恢復健康，扮演自己的社會角色，讓社會秩序恢復常態。在此情境下，病人就會來尋求醫師協助，讓自己及早回復健康；而醫師也會發揮其專業能力來醫治病人，好讓病人能早日回到社會秩序中來扮演責任與義務。也因此，在此種情境之下，醫病之間的互動是相輔相成的，醫師盡其所

能的醫治病患，是情感中立的，利他的；相對的，病患也相信醫師能將身上的疾病治療好好讓自己盡早回到社會正軌上來扮演社會功能。在此假設下，醫師屬於主動的領導地位，提供專業知識、技術與診斷，病人則是被動的接收者，處於從屬地位，兩者之間雖不是對等的，但也是互補的關係。

不過，Parsons 所提出的醫病互動模式卻顯的過於和諧與單向（one-way），病人完全處於任憑醫師宰治的被動地位，也因此，Szasz & Hollender 提出 3 種醫病互動的模式來改善 Parsons 過於被動的病人地位：

- (1) 主動—被動模式（activity-passivity）：在這種情況下，病人是處於相當無助的樣態，醫師的當務之急就是趕快將病患處置妥當、穩定下來。於此，醫師是擁有權力者、主動者，病患只是被動的接受者。
- (2) 指導—合作模式(guidance-cooperation)：病人是有意識或知覺的，他知道是怎麼一回事，也願意與醫師合作、遵從醫師的指導，但是，醫師是最後做決定的人。
- (3) 相互參與模式(mutual participation)：用在慢性疾病的的管理。在此情況下，病人以完全參與來控制疾病作為目標，並與醫師合作。

Szasz & Hollender 企圖補足 Parsons 過於被動的問題，也因此，除了在主動被動模式中，病人是完全沒有主宰權外，在另兩種模式中，病人即可以自我決定與參與。所以說，Szasz & Hollender 所提之三模式稍微補足了 Parsons 過於僵硬的醫病關係。而這時期對醫病關係的論述也多是擺在醫生與病患之間的『供給』與『需求』上。透過功能論的觀點，強調彼此互補與合作才能讓社會秩序延續下去。

然而，Freidson 卻不再從功能論的觀點來看醫病關係，反倒是從衝突論的觀點來探討。他認為 Szasz & Hollender 只以疾病的種類來區分病患的主被動程度是有缺陷的：Szasz & Hollender 所提出的三種模型是假定病患在醫療互動中的主動程度是有連續性的，如由『主動—被動模式』至『指導—合作模式』至『相互參與模式』，病患是愈來愈主動，但是在邏輯上他們並沒有假設醫師有可能是被動的角色。況且，當病患採取主動的角色時，如：問醫師一些不專業的問題、不禮貌..等，醫師還是可以拒絕病患。所以，在此情境下，病患主動時，醫師並不是處於被動的位置，醫師依舊有其權威與權力。（節錄自黃彥莉，民 90，p11-12）。由衝突論的觀點可知，無論醫病互動中病人的參與度如何，有鑑於醫師掌握了專業的知識，病患依舊是處於『弱勢』的地位，醫師『宰治』著病患與醫病互動。醫師的專業性與權威加上醫療之不確定性，使得醫病互動充斥著醫師主宰的樣態。若病患沒有先認可醫師的專業權威，醫病互動的情境是不可能存在的。也就因為如此，Freidson 認為功能論學者沒有仔細考慮醫病互動的情境，單就注意到表面的和諧而忽略了互動場域的權力衝突。

二、醫病關係相關研究

(一)醫病互動

以『醫師為中心』的醫療過程中，醫師假其專業能力與病患對疾病的無知與茫然，醫病關係是屬於單向的，在這種情形之下，醫師享有榮耀、權威與不可違逆性，病人對醫師所說均馬首是瞻，不敢違背，在此情境下，病人認為一定要遵醫囑病才會好，但是在診療過程中，通常都是醫師單向說明，病人很少提出問題或質疑醫師的診斷。也就為此，當病況沒有好轉時，病患容易為醫師找理由、換醫師看病或是找尋其他的醫療方式（ex:民俗療法、求神問卜...）。而當『以病患為中心』的概念透過傳播媒體、醫療教育..等管道逐漸深入社會大眾腦海中時，愈來愈多醫療專業者、學者呼籲醫護人員要注意到病患是一主體，照顧病患是照護病患整體而不只是照護一種疾病（disease）。也因此，醫療專業人員需明確區分出生病（illness）與疾病（disease）的差別。生病（Illness）指的是病患主觀上的不適，與疾病（disease）是完全不同的。許多病患有 illness 卻沒有 disease，有些病患有 disease 但是卻沒有出現 illness 的感覺。能明確區分兩者才能讓醫病在臨床上的互動更和諧與有效率。

人類學家 Auther Kleinman 曾經於 1980 年代研究過台灣的醫病關係，他針對台北市幾家診所與一家教學醫院來做過調查，發現醫師平均問診時間為 3 分 15 秒，其中，花在臨床溝通為 1 分 18 秒，花在解釋上平均為 40 秒。鍾國彪（1988）對公保門診病患所做的研究中顯示：醫師看診時間為 3.5-4 分鐘。研考會（1984）對病患對公保門診服務品質所做的調查發現醫師看病時間平均為 3-5 分鐘。曲同光（1990）針對基層門診病患與醫師的互動研究發現醫師看診時間平均為 6.5 分鐘。

全民健保實施以來屢屢就醫師看診時間太短而飽受批評，多位學者專家（例如：黃達夫、賴其萬）曾多次呼籲醫師要多花點時間在問診上、多聆聽病患、多花些時間與精神在病人身上，如此才能有好的醫療品質、改善醫病關係。理論上，不可諱言，醫師看診時間長，看診病人少，醫師就會花較多的時間在病人身上，多詢問病人病況，多注意病患各方面的表現，醫病間的互動與溝通也會有所改善。而且，許多研究也指出有著愈正向的溝通，也就有著愈正向的醫病關係。因此，在 Kleinman 的研究中即顯示許多病患都抱怨醫師看診的時間太短，沒有充足的時間與解釋，而醫師則認為要是較多的時間，便會做較多的解釋。（摘自黃彥莉，2001，p22）。鍾國彪（1988）的研究中顯示病患對於醫師整體態度親切友善有正面的評估，但在問診內容詳細、問診時間夠長、對藥的用途和吃法等方面的互動較少，有較多的負向評估。病患最不滿意的即是看診時間（17.6%）。因此，「無論目前以多麼進步的科技及知識來協助尋找疾病生物學及病原學上的突

破，醫師與病人在醫療過程的關係及溝通仍是醫療療效的核心關鍵」(引自曲同光，1990)。

健保制度實施之後，初期由於按件計酬的設計使的許多醫師會縮短看病的時間，以方便能多看些病人，多些收入。不過，為確保醫療品質、保障人民權益、也為了讓健保制度能再繼續運作下去，所以逐年實施牙醫、中醫、西醫基層與西醫醫院之總額分配制、合理門診量...等措施，以便讓醫師能花更多的精神與診療時間在病人身上，多注意病患的精神、心理狀態，而非一味的只是將精神花在疾病的處理上。鑑於此，徐台玲(1998)曾請受訪者提出病患『心目中好醫師的條件』，包括了：視病猶親、態度親切、有醫德且關心病人、詳細解說病情或是藥物相關資訊，醫術好、能對症下藥、專業、有執照。大多數參與研究的民眾覺得『好的醫療品質』就是醫師態度親切、與病人有良好的溝通、開的藥有效、會安慰病人、對病人有愛心耐心。民眾『對醫療品質的期望』也與醫師有較多的相關：病患希望醫師對待病人的態度更親切、有耐心、與病人雙向溝通、盡心治療患者、提升醫療技術、對症下藥。多數民眾記憶最深刻的就醫經驗均是以『醫師的態度』來評斷其就醫經驗的好壞。民眾印象深刻且特別好的就醫經驗，在醫師表現中以醫師態度親切佔大多數；而民眾就醫經驗中最不好的經驗也是以醫師看診時的表現為最，以看診時的態度不佳為最。方基存醫師也在論文中提出：病患所認為的好醫師應該包括：用專長服務病人、親切關愛病人、每天告知患者病情並仔細為病人治療、事事用心、將心比心、親切、詳細將病況告知病人及家屬、醫德、能傾聽病患及其家屬的疑問與困難、鼓舞病人、有耐心。曲同光(1990)在探討醫師的態度與行為對病患滿意度的影響的研究中也顯示能與病患聊天、使用共同語言與回答問題情形較佳的醫師有較高的滿意度。陳倩妮(1999)也在其對醫療服務品質的研究中發現，病患最重視的是醫師在問診時的服務態度親切和善。由上可知，病患對醫病互動過程中醫師的態度最為重視，端就醫療服務過程而言，醫師態度好壞、親切與否是影響其評判醫病關係的準則。

(二) 權力關係

近年也有學者嘗試從『權力』的角度來探討醫病關係。鄭麗寶(1989)對醫療過程中的人際互動作了一次探索性的分析，她發現在專業知識和技術的壟斷以及臨床的不確定下，專業人員在臨床上有近乎君主式的權威，況且，在診療過程中病患的無知、無參與、對專業的順從更是造成醫療專業人員的權威與對病患態度的儀式性。其研究結果也顯示出由於病患對專業的順從與醫療服務人員對待病患的儀式性態度使的病患在整個醫療過程中是無參與的。張荳雲(1992)指出台灣的醫病關係是醫師主導的，整個醫療過程是受到醫療專業宰治的。病患無法從就醫經驗中得知醫師所做的醫療決策的相關資訊。再加上科層組織的運作，所以，病患的求醫過程是一『異化』的經驗。因此，張荳雲(1998)將台灣醫病關

係總括為 4 大特色：(1) 社會控制的延伸 (2) 託付式的順從 (3) 隨時準備翻臉的尊敬 (4) 隱形病人。成令方 (2002) 提出醫用關係 (professional-user relationship)，藉此來討論診療場域中知識與權力的關係。黃彥莉 (2001) 利用質性研究法來觀察診療間內醫師與病患的互動，在她的研究中發現在互動當下醫療專業知識的擁有者並未必就是權威關係的支配者。權威支配關係是需在特定的場域透過互動內容來聯繫的。並且也發現，診所相較於大型醫療院所，病患的主動性有更大的發展空間。

第四節 小結

綜觀本章所述，對於醫療品質的研究可從許多不同面向來著手。這些研究依其不同的研究目的、興趣與角色分別從醫療機構管理、醫師、病患與醫療政策面著手。有些研究者從醫師的角度來探討醫療品質，藉以探索醫療政策面的不足之處以提供改善之道 (楊桂花, 1991; 謝慧敏, 2000); 有些研究者，透過病患滿意度來看看醫療院所的醫療服務品質，用以提供醫療院所改善之建議 (李旻貞, 1995; 陳倩妮, 1999 等); 有些研究者藉由探討醫療政策實施後是否有達到政策制訂前所欲達成的目標來觀察品質改善程度 (田麗雲, 2002; 張益誠, 2002 等)。有些研究者從權力的角度來探討醫病關係 (胡幼慧等; 成令方, 2002; 黃彥莉, 2001)。但就著重在醫病之間的互動層面，來探討醫病關係與醫療品質的研究卻極少 (鍾國彪, 1988; 曲同光, 1990; 徐台玲, 1998)。

由於各界不斷強調『以病患為中心』的醫療過程與『人性化醫療』，再加上醫療產業競爭激烈，也因此有關於醫療溝通或醫療品質的討論就日益增加了。Kleinman 就曾呼籲希望台灣的醫師多重視病患的精神、心理狀態而不要只是將重心放在如何解決生理的症狀上。病人是人，是醫病互動過程中的主體之一，病患的主觀感受的確也是醫療過程中需受到注意的事項。病患不是個案，病患也是有感受的，多瞭解病患的感受對診療就有多一分的益處。

影響病患滿意度的因素很多，大多數可從病患或醫師之社會人口學特徵、病患身體健康狀況、醫療體系、醫療提供者的行為、醫療政策..等來探討。李旻貞 (1996) 的研究中即顯示年齡愈大、教育程度愈低的病患對就醫的滿意度愈高。陳倩妮 (1999) 的研究也發現不同性別、年齡、婚姻狀況、教育程度、職業..等人口統計變項，對醫院各項服務要素的滿意度與重視度也有顯著不同。徐台玲 (1998) 發現醫師傾聽主訴、醫事人員主動說明生活注意事項、看診時間與候診時間會影響病患對看診過程的滿意度。但是上述這些研究都是針對醫院病患所做的調查，沒有以基層診所病患所做的調查。

而且，過去有關於病患滿意度研究的問卷如下所示：

中央健保局於西醫基層總支付額實施之後所做『西醫基層病人就醫醫療品質滿意度調查』之問卷如下，每一題項均有5種程度的答案，分別為非常滿意、滿意、還好、不滿意、非常不滿意。得分分別為5分4分3分2分1分。以下為問卷題目：

1. 請問您對那家診所的環境衛生及舒適性滿不滿意？
 2. 請問您對那家診所的醫療設備滿不滿意？
 3. 請問您對那家診所的交通方便性滿不滿意？
 4. 請問您對那家診所醫師的診斷、治療等醫術方面滿不滿意？
 5. 請問您對那家診所醫師的說明，包括病情、治療方法及對疾病的指導滿不滿意？
 - 5-1. 請問您對那家診所醫師處方內容解釋滿不滿意？
 6. 請問對那家診所其他醫護人員的說明，包括飲食及運動的指導滿不滿意？
 - 6-1. 請問您對藥師對處方簽內容解釋滿不滿意？
 7. 看病時醫師對您的尊重以及回應您問題的狀況，您（他）的滿意程度如何？
 8. 請問您（他）對那家診所醫護人員的服務態度(是否親切)滿不滿意？
 9. 請問您（他）對那家診所治療的效果(症狀的改善程度)滿不滿意？
 10. 請問您（他）對那家診所那次看病要您自行負擔費用的高低滿不滿意？
 11. 整體而言，請問您（他）對那家診所的醫療品質滿不滿意？
-

中央健保局北區分局西醫基層總額支付制度民眾滿意度調查問卷：答案分別為：非常滿意、滿意、不滿意、非常不滿意、不適答。

-
- 1、請問您對診所醫師處方內容解釋滿不滿意？
 - 2、請問您掛號看病，診所是否有依規定開立收據？
 - 3、請問您看西醫診所時所拿的藥，診所是否提供另外一張藥品明細或藥品名稱？
 - 4、您對醫療設備滿意嗎？
 - 5、您對總額支付制度下醫療院所醫師醫療服務態度滿意嗎？
 - 6、請問您對醫生的檢查及治療的仔細程度滿不滿意？
 - 7、您對醫師的說明滿意嗎？
 - 8、您對總額支付制度下健保局提供就醫訊息管道滿意嗎？
 - 9、您對目前健保局提供諮詢管道滿意嗎？
 - 10、您對目前健保局提供申訴管道滿意嗎？
-

國軍台中總醫院門診滿意度調查，將答案分做5個程度，分別為很滿意、滿意、可接受、不滿意、很不滿意。門診服務品質滿意度調查表如下：

一、醫院環境設施方面（滿意程度）

1. 醫院的交通便利，停車方便
2. 醫院空間寬敞，沒有擁擠情形
3. 空氣調節（冷、暖氣）適中，光線明亮
4. 等候座椅很舒適，座位足夠
5. 各樓層有清楚明確的指示牌或看板
6. 診療室及診療器具很乾淨
7. 乾淨清潔的洗手間
8. 其他（請說明）

二、等候時間方面（滿意程度）

1. 您在等候掛號、批價的時間
 2. 您在等候看病時間
 3. 醫師為您看病時間
-

-
4. 您在當日等候檢驗(查)的時間(如抽血、X光等)
 5. 若有檢驗（查），在等候報告結果的時間
 6. 您在等候領藥的時間
 7. 另外安排時間檢驗（查）的等候時間（如電腦斷層、超音波）
 8. 其他（請說明）

三、工作人員的服務態度方面（滿意程度）

1. 服務台工作人員服務態度
2. 總機工作人員服務態度
3. 掛號工作人員服務態度
4. 批價工作人員服務態度
5. 醫師態度親切和善
6. 護理人員態度親切和善
7. 對檢驗（查）部門工作人員服務態度
8. 對藥劑（局）部門工作人員服務態度
9. 其他（請說明）

四、醫療過程（滿意程度）

1. 醫師耐心傾聽我的病情
2. 醫師仔細診察及詳細說明病情
3. 醫師的專業能力（醫術）好
4. 醫護人員尊重我的隱私
5. 護理人員詳細說明看病的程序
6. 其他（請說明）

五、服務結果（滿意程度）

1. 當我抱怨時，立即得到適當的處理
 2. 診療後病症已改善
 3. 藥劑服用方式有詳細說明
 4. 您對本院門診服務的整體感覺
 5. 其他（請說明）
-

以上這些問卷大都是針對到醫院看病的病患施測的，所涵蓋的範圍相當廣泛，是屬於結構上、客觀的滿意度。針對西醫基層診所所設計的問題涵蓋範圍也與之類似，健保局所設計的問題所著重的也都是在醫療專業上，病患的主觀面需求都沒有測量到。

現代社會是個分眾的社會，醫療產業與其他產業有所不同，它是涉及到人命的一種產業。也因此，醫療產業更是需要瞭解病患的需求在何處，以求能更徹底來滿足病患。也唯有如此，病患滿意度才會提高，醫療品質才會提升，醫病關係也才會和諧。已經有許多研究均指出在醫療行為的社會情境下，醫師的表現是最會影響病患滿意度的。但是，有關於『醫師看診行為』與『病患主觀滿意度』的研究卻付之闕如。雖也有針對『醫師表現』提出病患的期望與看法，但是，卻沒有適當的測量問卷。

除卻沒有測量病患主觀面的測量問卷外，也缺少適合基層診所所設計的病患滿意度問卷。診所的醫病互動相較於醫院的醫病互動有著更多的熟悉感與多元性，彼此的互動也相當不同。適用於醫院的問卷不一定也適用於診所。

為此，本研究意欲從『病患』之角度來探討西醫基層診所醫師與病患間的互動，並將焦點著重在診療過程中醫師的行為，希望能透過本研究能論證不同的病患個人特徵其對醫師診療行為的主觀感受是有不同，並深入探索基層診所醫病互動的不同面向。冀此，能提供初步的認識，讓醫師能更瞭解基層診所病患的需求，因而能提基層診所升醫療品質。