降低住院期間醫病溝通之訊息傳遞不正確率

周怡伶　陳鈺如　李彩緣*

摘　要

本方案旨在增進醫病溝通之訊息傳遞的成效，以增進醫病關係，提升照護品質。針對於病患及家屬欲詢問醫師問題，因主要照顧者更換、遺忘、查房時間不固定，以致醫病溝通之訊息傳遞不正確，以問卷收集傳遞醫病溝通之訊息傳遞不正確情形與困擾程度之資料，經問卷收集醫病溝通之訊息傳遞平均不正確率為68.5%，困擾度達54.69%。再經專案小組利用特性要因圖分析原因後，提出解決辦法包含：一、製作醫師門診時間表海報；二、設置治療互動板。實施專案改善後，不僅醫病溝通之訊息傳遞不正確率由原來的68.5%降低至23.4%，困擾度也由54.69%下降至36.25%，顯示方案有顯著成效。

關鍵詞：醫病溝通

中山醫學大學附設醫院 醫護部
* 通訊作者：李彩緣
通訊地址：40201台中市南區建國北路一段110號
聯絡電話：04-24739595 分機 32803
電子信箱：csha884@csh.org.tw

前　言

隨著國內健保制度變革及醫療知識水準提升，民眾形成消費者型態，逐漸意識到醫病間溝通與信任，對於健康促進的推廣、疾病預防、治療成效以及醫療品質優劣，都極具決定性的關鍵[1]。蔡、楊、黃及洪[2]研究指出醫病信任之因素與病患滿意之間的相關性，以「醫病溝通」之因素最具影響力。在醫病溝通中最重要的是訊息的傳遞是否即時及正確，民眾想獲得更好的診斷及治療，相對地醫療團隊人員也必須共同分擔醫療之不確定性，並增進對疾病與預後的了解與適應，在社會心理層面中，「溝通」即扮演著非常重要的角色[2]。

本小組服務於心臟內外科病房，共有15位主治醫師，且醫師門診、心導管、手術時間分布不均，查房不固定，病患或家屬欲詢問醫師的問題，常因遺忘，於醫師查房後才臨時想起，再透過護理人員傳遞，因此降低醫病溝通之時效性與直接性。再者常因病患主要照顧者更換，導致無法正確傳遞醫病訊息，故引發實施此專案改善之動機，希望針對現況深入探討並擬定改善措施，使醫病溝通正確性提高，讓醫師在病房探視的短時間內，能夠察覺病患的不適與心理困擾，傳達給病患充分的醫療訊息，協助醫病溝通傳遞更加完整，以增加醫病溝通之正確率，拉近醫病關係，減少病患、家屬及護理人員對醫病溝通之訊息傳遞的困擾，進而增加病患及家屬對於疾病進程及治療的掌握與信任，使病患滿意醫療服務品質，亦提升醫院的聲譽與評價。

現況分析

一、本單位醫師查房作業

本單位為某醫學中心之心臟內外科病房，共有15位主治醫師，總病床為47床，平均佔床率為69%，平均流動率19.93%，平均護理時數為2.8，護理人員為病患執行的照護項目包括：安排檢查、口服給藥及靜脈輸液、傷口換藥、更換管路、護理指導或檢查之衛教與評值等。由於護理工作繁多，加上病患出入院頻繁，且護理人員基於不解釋病情的立場上，病患及家屬住院期間對於有關治療、病情解釋、出院時間等問題，若無法於醫師查房時正確傳遞訊息，則護理人員立即成為醫師與病患之間的媒介，須代為傳遞訊息；加上單位醫師人數多，每位醫師除了門診、心導管、手術時間分布不均及查房時間不固定，於探視的短時間內，與病患充分傳遞醫病訊息有限。而護理人員有時過於忙碌無法立即傳達，亦無法確定醫師是否能立即前來，除造成病患及家屬有時不耐等候而有諸多抱怨外，也增加訊息傳遞所需的時間，時效性不足，嚴重可能導致治療處置的延遲，例如病患想問醫師因腹部不適是否需做進一步檢查時，卻未告知護理人員，想等醫師查房時才說，但當醫師查房時又忘記了，導致病情延誤治療，更影響到良好的護病關係。

二、本單位病患住院期間醫病溝通之訊息傳遞現況

為了解醫病溝通之訊息傳遞現況及

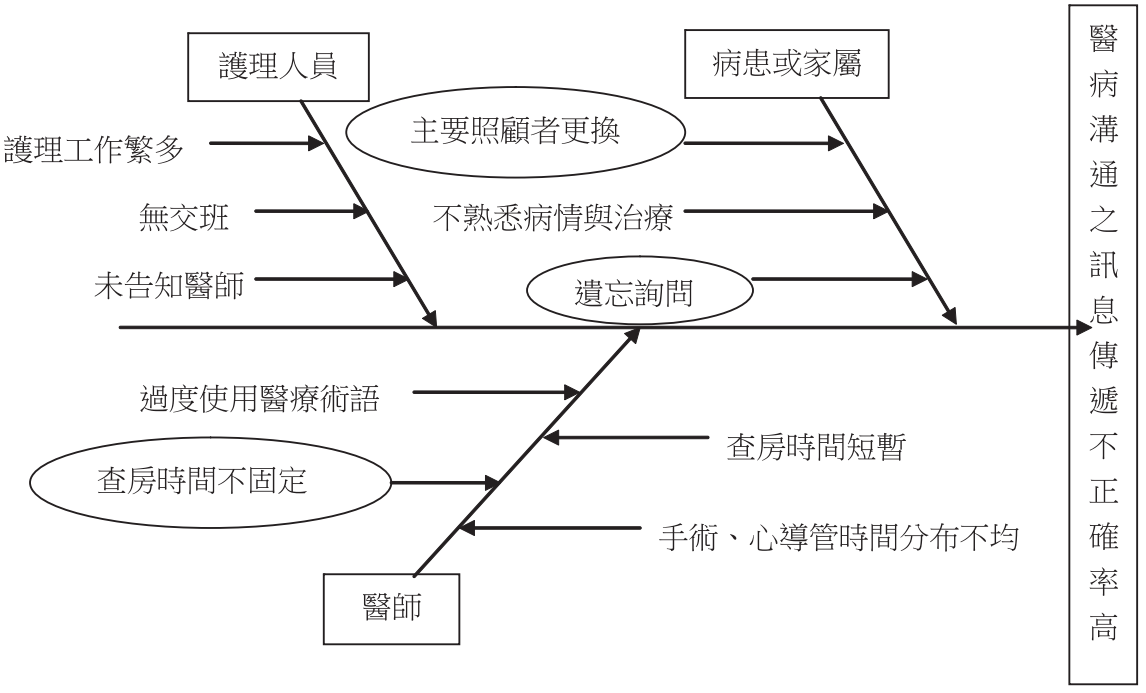
醫病溝通的成效，故於2008年6月成立本專案小組，包括病房主任、護理人員及護理長共5名，針對病患、家屬及護理人員爲對象，發展出一份「醫病溝通之訊息傳遞上不正確率與困擾度問卷」，於2008年6月15日至2008年7月1日收集資料，問卷內容包括醫病溝通之訊息傳遞不正確率及對醫病訊息傳遞之困擾度，同時收集病患、家屬及護理人員兩部分，共收集有效問卷64份，結果顯示在醫病溝通訊息傳遞之不正確率，病患及家屬爲66%，護理人員則爲71%，平均不正確率達68.5%[計算公式：(不正確件數/總件數*人次)×100%]，對於忘記詢問或主要照顧者更換，無法正確進行醫病溝通之訊息傳遞而感到困擾程度，病患及家屬爲49.38%，護理人員爲60%，其平均困擾度達54.69%。問卷中亦進行假設性問題，包括於每張病床床尾設置治療互動板及增設醫師門診時間一覽表，進行需求性調查，結果顯示對於治療互動板之需求性，病患及家屬爲73.3%，護理人員則爲80%，平均需求性達76.2%；對於設立醫師門診時間一覽表之需求性，病患及家屬爲76.2%，護理人員則爲82%，平均需求性達79.1%(表一)。

表一：醫病溝通之訊息傳遞不正確率、困擾程度及需求性 (n=64)

問卷內容/對象	病患及家屬	護理人員	平均百分比
醫病溝通之訊息傳遞不正確率	66%	71%	68.5%
訊息傳遞不正確而感到困擾	49.38%	60%	54.69%
「治療互動板」之需要性	73.3%	80%	76.2%
「醫師門診時間表」之需求性	76.2%	82%	79.1%

三、醫病溝通之訊息傳遞不正確率高原因分析

經由現況分析結果得知，本單位醫病溝通之訊息傳遞不正確率高達68.5%，爲瞭解其原因，本小組於2008年6月15日至7月1日依據自擬之問卷進行資料收集，經訪談40位病患及家屬之結果得知，有62.5%的病患及家屬於醫師查房時遺忘詢問問題，有55%因主要照顧者更換，87.5%不知醫師查房時間，導致醫病溝通之訊息傳遞正確率低，綜合上述訪談分析結果，歸納出以下醫病溝通之訊息傳遞不正確率高之特性要因圖(圖一)。



圖一：特性要因圖

問題確立

經由上述分析及特性要因圖分析結果，確定本專案問題爲醫病溝通之訊息傳遞不正確率(高達68.5%)，其原因爲：查房時遺忘詢問問題、主要照顧者更換、不知醫師查房時間。

專案目的

小組成員經討論並衡量小組成員能力之下，以80/20原則，訂定本專案目的爲降低醫病溝通之訊息傳遞不正確下降至27%。

文獻查證

一、醫病溝通之重要性

近年來由於醫療服務的商品化、病患自主意識的抬頭，醫師的專業權威已被挑戰，病患逐漸由被動轉爲主動，希望是能充分了解自身的疾病、治療的計畫與預後的發展，並得到醫護人員之關心與了解的合作關係。在這情況下，醫護人員是被期待能夠提供其安全感、協助解決痛苦的角色[3]，從病患到醫院接觸到醫護人員，醫病關係也就此產生。而建構良好的醫病關係，首先需往醫病溝通方向著手，若能透過良好的醫病溝通，幫助醫護人員對資料的收集能更加完整，提供診斷的確立，再者增加醫病間的信任，進而減輕病患入院後的焦慮[4]。文獻指出，醫病溝通與醫病關係之良莠與否，對於照護品質及預後具相當之影響[4]。根據美國醫學Institute of Medicine所發表「Cross the Quality Chasm」將21世紀

健康照護定位在「以病人爲中心之照護」主軸，其中醫病溝通也是重點之一[5]。懂得讓病患無障礙取得自己的醫療資訊，以病患聽得懂的方式，與病患共同面對，才是醫病溝通的基石，而良好的醫病溝通，則是促進醫病關係的重要因素[6]。

二、影響醫病溝通之因素

良好的醫病溝通，除了促進醫護人員在單位時間內，能充分得到病患的適當訊息外，亦能準確地察覺到病患心理的困擾，才能使病患對醫療感到滿意[6]。影響醫護人員與病患溝通的因素，包括環境、心理背景、外在感官及時間因素[7]。亦有文獻指出造成醫病溝通差距的原因主要是：醫師使用病患聽不懂的專業術語、礙於時間壓力詳細解釋有限、病患醫療知識背景偏低而無法達成共識及訊息傳遞者等因素，使得病患與醫療人員彼此間無法形成良好的醫病關係[4]，其中在醫病溝通上，護理人員常成爲醫師與病患間傳遞訊息者，由於擔任訊息傳遞的第三者，往往無法精確地表達其原意，或可能扭曲訊息的意義，在溝通進行中，使得傳遞者與接收者不能完整地傳達訊息，或平心靜氣地接收雙方所表達的訊息，讓病患或家屬焦慮增加或不信任工作人員的出現，更破壞了彼此間的護病關係[8]。而改善醫病關係的方法，包括民主化的醫病關係及加強醫師與病患的相互體貼瞭解[9]。

三、如何構成良好的醫病溝通

溝通是一種包括訊息、傳送者、接收者間管道的程序，其溝通的模式有：「面對面」、「書面」、「電話」、「電子網路」四大類，其中以「面對面」最具溝通效果，故在無法面對面進行溝通時，非同步溝通之協調，不乏是一種折衷之溝通模式。此時在訊息之傳達上，則將另尋其他溝通模式進行，但非即時性溝通也必定減損溝通品質[10-11]。在如今的醫療體制下，醫師無法提供病患充足的時間跟空間溝通，也增加醫病溝通困難度，故增加溝通的頻率，適時提供其他溝通的平台與路徑，更易於適時適切地將訊息傳遞給病患[11-12]。

在良好的醫病溝通中，醫護人員爲主動互動的控制者，必須利用開放性問題、澄清、傾聽與沉默等溝通技巧來協助病患完成症狀的表達，同樣地醫護人員的關心言語愈多，病患及家屬愈能欣然接受。而在醫療團隊成員的人際關係上，由於現今醫療文化已大幅變遷，在講求效率、效益及公平下，使醫療團隊服從觀念已完全跳脫，取而代之的是合作的觀念，才是醫病溝通重要的推手[6]。

醫護人員可藉由互動過程中，讓病患開放式提出問題，或是提供醫護人員更多與病患相關的生、心理訊息，可確保病患的安全，病患也能從這裡得到心靈上對健康相關價值判斷的自我成長[13]，其中藉由醫護人員的交班讓病患獲得持續性照護，Patterson, Roth, Woods, Chow及Gomes[14]研究也提出將相關照護訊息正確地傳遞給下一班醫護人員，是確保醫療品質及病患安全的重要一環。由此可見，醫護人員間若能發揮合作無間的精神，並能對病患有深入的了解，懂得找出問題癥結，才能有效維護病患的安全性，亦可達成醫病溝通的共識。

解決辦法

針對所確立之問題與專案小組進行討論，以決策矩陣分析法，依據方案之可行性、可近性及效果等項，判定得分之高低，最後以總分5分以上之方案做爲本專案之解決辦法(表二)。

表二：降低醫病溝通之訊息傳遞不正確率之決策矩陣分析

項目 / 方案	可行性	可近性	效果	總分	選定方案
增設醫師門診時間一覽表	2	1	2	5	☆
增設治療互動版	2	2	2	6	☆
主要照顧者固定	1	1	2	4	
實施監測評值	2	1	2	5	☆

(計分方式：以2分代表可行、可近及效果佳，1分則代表不可行、不可近及效果差，以總分5分以上之方案作爲判定之依據)

執行過程

本專案於2008年6月至10月經專案小組收集資料及現況分析，依計畫期、執行期及評值期進行改善方案並製成進度表(表三)，其工作內容敘述如下：

表三　改善醫病訊息傳遞之執行進度表

項目 / 時間		2008年					
		6/15-6/22	6/24-7/1	7/1-7/4	7/5-9/14	9/15-10/15	10/20-10/27
計畫期	1.擬定專案小組工作進度與職責	◎					
	2.設計並測量「醫病溝通之訊息傳遞問卷」	◎	◎				
宣導期	向病患、家屬及醫護人員宣導			◎	◎		
執行期	1.製作並執行「治療互動版」之功用				◎		
	2.製作並執行「醫師門診時間表」之功用				◎		
	3.執行監測				◎	◎	
評值期	1.監測「醫病溝通之訊息傳遞問卷」評值					◎	◎
	2.撰寫專案報告						◎

一、**計畫期**(2008年6月15日至7月1日)

(一) 擬定專案小組的工作進度與職責：由單位內病房主任、護理人員及護理長共5名組成專案小組，每週討論工作進度。

(二) 設計並測量「醫病溝通之訊息傳遞問卷」：爲瞭解其影響因素，針對病患、家屬和護理人員兩方面進行問卷調查以作爲依據，共收集到64份問卷。由現況分析中確立問題之原因，並收集相關文獻，整理資料後，接著準備進入單位宣傳及計畫實施步驟。

二、**宣導期**(2008年7月1至9月14日)

利用7/1至7/4連續四天晨會時，由護理長及小組組長對單位護理人員說明設置「醫師門診時間表」及「治療互動板」之使用方式，7/5至9/14向病患、家屬及醫師方面宣導推行。

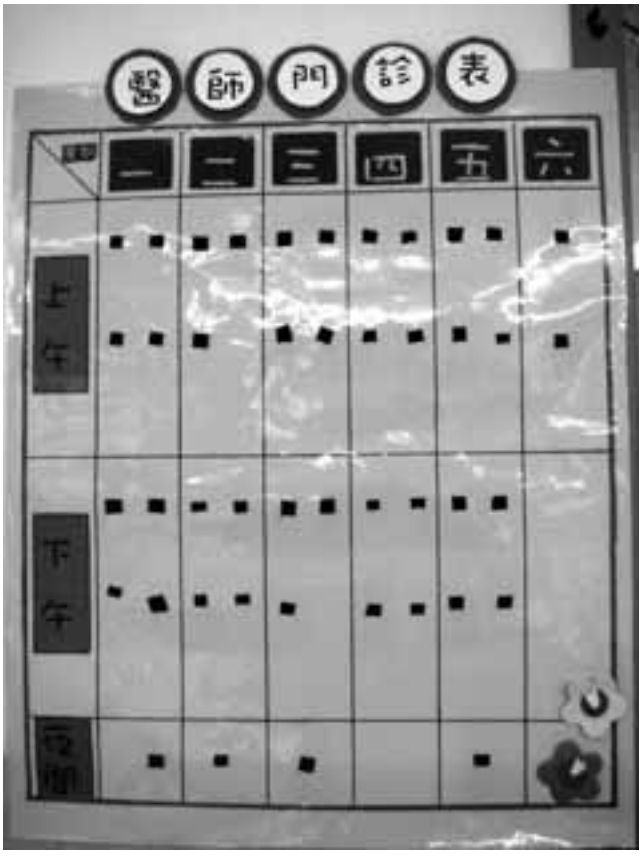
三、**執行期**(2008年7月5日至9月14日)

(一) 製作並執行「治療互動板」之功用：針對病患及家屬易遺忘詢問醫師因素，發展出於病床床尾設置治療互動板，以方便病患及家屬將欲詢問問題紀錄下來，避免遺忘且增加溝通管道及有效性(圖二)。



圖二：治療互動板

(二)製作並執行「醫師門診時間表」：針對不易掌握醫師查房時間的因素，提供醫師固定門診時間，以供病患、家屬及護理人員方便查詢，亦可間接了解醫師無法查房的時段，也方便向病患及家屬說明原因。故藉此製作大字體、以顏色區別內外科的醫師姓名及用魔鬼氈黏貼可隨時做更新(圖三)。



圖三：醫師門診時間表

(三) 執行監測：1.因初次實施治療互動板時，護理人員常因忙碌而遺忘介紹治療互動板的使用方式，故對剛入院的病患，在陪客證訂上黃色字條，其內容爲教導病患及家屬治療互動板之功用，以提醒護理人員介紹置於病床床尾之治療互動板的使用方式，並鼓勵病患及家屬寫下想詢問問題，以增加醫病溝通之訊息傳遞成效。2.剛實施治療互動板時，醫師也會忽視其存在，爲引起醫師的注意及重視，設計宣導卡片給每位醫師，藉此告知每位主治醫師「治療互動板」的功用，並能於回覆問題時標示日期及打「✓」，於醫師查房時，病患及家屬與醫師可透

過治療互動板，雙方可達到最直接的醫病溝通模式。3.透過治療互動板，病患及家屬更易表達並寫出焦慮煩惱的事情，而主護若注意病患及家屬欲詢問之問題，亦可進一步了解病患及家屬對疾病與預後之認知。

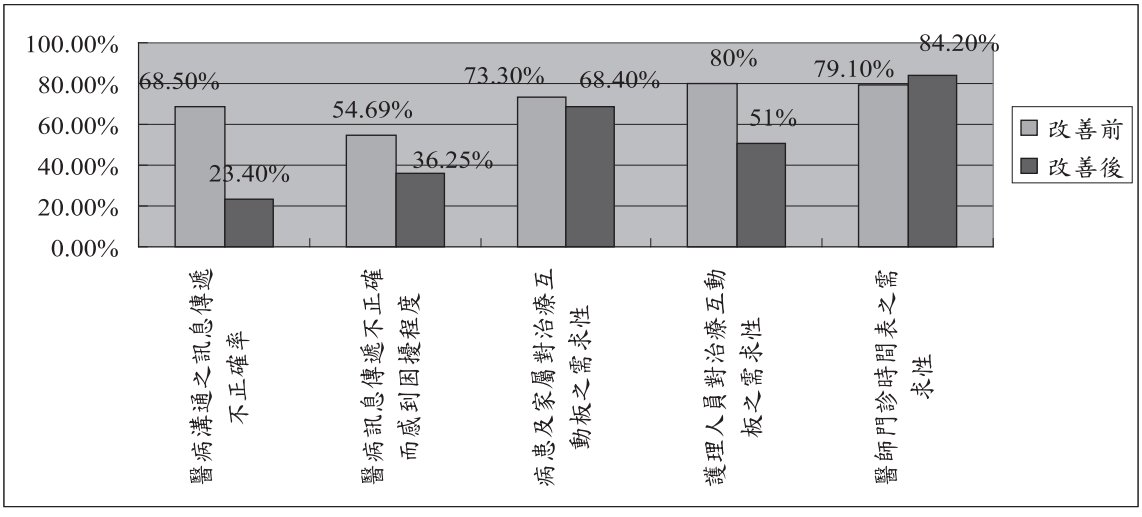
四、評值期(2008年9月15日至10月15日)

於此期間再次以問卷方式調查病患、家屬及護理人員共64名，了解醫病溝通之訊息傳遞正確率及降低其困擾度之成效評值。

結果評值

實施專案改善後，於2008年9月15日至10月15日進行評值，共收集64份問卷，以描述性統計之百分比進行分析，結果顯示：一、醫病溝通之訊息傳遞不正確率由原來的68.5%降低至23.4%，比預定目標值40%低，可見顯著改善醫病訊息傳遞的情形。二、因醫病溝通之訊息傳遞不正確而感到困擾程度由原來54.69%降低至36.25%(圖四)，皆達到專案目的。

本專案利用醫師門診表及治療互動板之解決方式，顯著改善醫病溝通之訊息傳遞上的正確性及困擾程度，於改善後針對醫師門診時間表進行再次需求分析，平均需求性由原來的79.1%提升至84.2%，但對於治療互動板的結果評值，在病患或家屬對此需求性由73.3%降低至68.4%，對於護理人員方面則由80%明顯降低至51.1%(圖四)，明顯需求性大為降低。進一步調查得知，護理人員認為治療互動板設計必須再次說明及留意病患及家屬是否會使用，一開始無法適應，認為多一項護理工作而感到麻煩，經過晨會和病房會議再次宣導及陪客證黃色字條的提醒，護理人員也漸漸習慣並熟知治療互動板的效能，也表示從治療互動板中，可清楚病患及家屬所擔憂的事項，同理其感受，並從中能適時給予護理關懷及心理支持，進而達到身心靈全人照顧之整體性照護。



圖四：病患及家屬與護理人員對專案改善前後比較圖

結　論

專案的主旨在於提升醫病溝通之訊息傳遞正確率，對於醫病溝通之訊息不正確率、困擾度及需求性，護理人員的比例都來的比病患及家屬高，可能是因爲護理人員於醫病溝通傳遞過程中，爲醫師與病患間之傳遞者，無法依照病患或家屬想要表達的內容作完整的轉述，與石等[7]提及訊息經第三者的轉達易曲解原意之論點相符。治療互動板的開始實施，起初令護理人員似乎感到多一項護理工作，但在醫病訊息的傳達上顯著減少，因而深獲病患與家屬的肯定，也拉近與病患的距離，使護病關係更爲融洽。對於醫師門診時間表的執行過程中，深獲醫師、護理人員、病患及家屬的認同，藉此也減少病患及家屬詢問醫師探視病患時間外，也提高對醫師探視病患時間的確定性。在專案實施過程中，仍遇到許多瓶頸，首先是醫師執行力不夠，因部份醫師易忽視或不認同治療互動板的存在與使用，令專案小組曾因失去原本主旨的用意而感到灰心，經討論決定將被動化爲主動方式操作，藉由向病患及家屬的加強宣導治療互動板的使用，並了解治療互動板的重要性後，於醫師探視病患時，病患及家屬將紀錄於治療互動板上的問題向醫師提問，讓醫師了解病患對疾病的認知外，也讓醫師重視治療互動板的存在與效能，同時因單位病房主任有加入本專案小組，在推動專案上無形中增加許多助力，而達到本專案的目的。病患及家屬能清楚寫下他們所疑惑的問題與感受，身爲護理人員若能一一解決疑問，也讓護理人員有所成就感，使護理同仁樂於貢獻心力，爲護理品質來努力。故提升醫病溝通之訊息傳遞，不但可增進良好的醫病關係，也在無形中提昇照護的品質。

本專案執行過程中發現治療互動板的部分，會限於病患或家屬不識字、年紀大或視力模糊而無法紀錄欲詢問問題，不易達到其治療互動板的功用，多少影響到實施之成效，故期望未來病房使用治療互動板時，可增設簡易放大的圖案代表選項勾選(如檢查、手術、藥物)，以利達到記憶及傳達訊息的功用。在此建議各病房能考量亦設立治療互動板及醫師門診時間表，使病患及家屬即使住於其他病房，也有相同醫病溝通的輔助資源，也讓醫護人員有相同的共識，以發揮「治療互動板」的助益，這不僅可提升病患及家屬的滿意和評價，更能拉近醫病關係的融洽性。

參考文獻

1. 蔡宗宏、洪陵鎧：病人知覺醫師行為與組織因素對其醫病關係滿意度之影響。醫務管理學刊 2008; 9 : 222-242。
2. 蔡宗宏、楊朝堂、黃暉庭、洪陵鎧：影響醫病信任前置因素之研究。健康管理學刊 2007; 15 : 83-95。
3. Marie DH：人道醫療(吳美慧譯)，台北，張老師文化，2005。
4. 丁俐月：溝通分析理論在醫病關係上的應用。諮商與輔導 2006; 249: 36-42。
5. Richardson WC, Berwick DM, Bisgard JC: Crossing the quality chasm; a new health system for the 21st century. Washington DC: National Academy

Pressm, 2001.

6. 廖士程、李明濱、謝博生、李源德：醫病關係與醫療滿意度之全國性普查。醫學教育 2005; 9: 37-47。
7. 劉樹泉：醫病溝通與人際關係，台北，合記，2004。
8. 石燕菁、劉梅卿、張麗銀、吳杰亮、張瓊如、侯淑琴、陳美婉：提高加護病房家屬對治療計劃及病情說明滿意度方案。榮總護理 2005；22：149-158。
9. 紀櫻真、紀俐俐、吳振龍、黃松元：醫學倫理與醫病關係。北市醫學雜誌 2006; 3 : 1-11。
10. 蔡智勇、薛義誠：溝通媒介、溝通特性與溝通滿足關係之探討：以社福慈善基金會為例。中華管理評論學報 2009; 12 : 1-28。
11. 張文智、江潤華：設計溝通模式與團隊創造力關係之探討。設計學報 2009; 14 : 1-18。
12. 林姵君、陳芸、鄭國祥、朱樹勳：教學門診在輔助建立權人醫療醫病溝通技巧的應用。醫學教育 2009; 13 : 102-112。
13. 黃以文：醫病關係的建立。道雜誌 2004; 22 : 31-8。
14. Patterson ES, Roth EM, Woods DD, Chow RR, Gomes JO: Handoff strategies in settings with high consequences for failure: lessons for health care operations. International Journal for Quality in Health Care 2004; 16: 125-30.

A Reduction in the Rate of Miscommunication between Patient and Doctor during Hospitalization

Yi-Ling Chou, Yu-Ju Chen, Chai-Yuan Lee*

Abstract

The program aimed to improve doctor and patient communication, enhance doctor and patient relationship, and improve quality of care. The reasons that patients and their families wanted to ask doctors questions in the unit were replacement of primary care givers, forgotten or irregular rounds, resulting in miscommunication between patient and doctor. A questionnaire regarding doctor-patient communication for this situation we administer to garner information about doctor-patient communication. The average rate of miscommunication is 68.5% and average distress 54.69%. Using fishbone diagram to analyze the reasons, the proposed solution included: (a) a schedule of physicians' outpatient services and (b) set up an interactive treatment board. After the implementation of the project, not only was doctor-patient communication increased, the rate of miscommunication dropped from 68.5% to 23.4%, while averagedistress is from 54.69% to 36.25%.

Keywords: communication

Department of Nursing, Chung Shan Medical University Hospital, Thichung, Taiwan
* Reprints and Corresponding Author: Chai-Yuan Lee
Address: No.110, Sec 1, Chien-Kuo N. Road, Taiching, 40201, Taiwan
Tel: 886-4-24739595 ext 32803
E-mail: csha884@csh.org.tw