

科技部補助專題研究計畫成果報告

(☐期中進度報告/☒期末報告)

探討癌症診療品質認證、組織整體績效與癌症病人 經驗間之關係

計畫類別：☒個別型計畫 ☐整合型計畫

計畫編號：MOST 102-2410-H-002-123-SS3

執行期間：102 年 8 月 1 日至 105 年 7 月 31 日

執行機構及系所：國立臺灣大學公共衛生學院健康政策與管理研究所

計畫主持人：鍾國彪 教授

共同主持人：董鈺琪 副教授、謝碧晴 副教授

計畫參與人員：蔡欣芸、廖婉婷、黃子馨、彭瑄、張琬婷、張珉澂

本計畫除繳交成果報告外，另含下列出國報告，共 _0_ 份：

☐執行國際合作與移地研究心得報告

☐出席國際學術會議心得報告

☐出國參訪及考察心得報告

中 華 民 國 105 年 10 月 6 日

目錄

目錄.....	I
表目錄.....	III
圖目錄.....	V
中文摘要.....	VII
Abstract.....	IX
壹、前言.....	1
一、癌症診療品質認證計畫.....	1
二、癌症研究重要性.....	2
三、認證機制之影響.....	3
四、癌症照護品質.....	4
五、病人觀點之照護品質.....	5
貳、研究目的.....	8
參、文獻探討.....	9
一、健康照護組織績效相關研究.....	9
二、認證/評鑑對品質的影響.....	14
三、病人就醫經驗.....	17
四、各國病人就醫經驗調查發展.....	23
五、癌症病人經驗之調查工具.....	34
肆、研究方法.....	39
一、研究架構.....	39
二、研究流程.....	40
三、研究對象.....	40
四、研究工具.....	41
五、研究變項與操作型定義.....	43
六、資料處理及分析方法.....	48
伍、研究結果.....	49
一、第一年度次級資料部分.....	49
(一) 乳癌個案現況及醫療利用績效.....	49
(二) 大直腸癌個案現況及醫療利用績效.....	49
(三) 子宮頸癌個案現況及醫療利用績效.....	50
(四) 口腔癌個案現況及醫療利用績效.....	50
(五) 肝癌個案現況、醫療利用績效及核心測量指標表現.....	50
(六) 肺癌個案現況、醫療利用績效及核心測量指標表現.....	51
(七) 乳癌核心測量指標表現及多變量分析.....	51
(八) 結腸直腸癌核心測量指標表現及多變量分析.....	53
(九) 子宮頸癌核心測量指標表現.....	54

(十)	口腔癌核心測量指標表現.....	55
(十一)	肝癌核心測量指標表現.....	55
(十二)	肺癌核心測量指標表現.....	55
二、	第二、三年度初級資料部分.....	99
(一)	問卷發放情形及回收結果.....	99
(二)	描述性統計.....	102
(三)	雙變項分析.....	114
(四)	多變項分析.....	131
陸、	討論.....	143
一、	次級資料分析結果討論.....	143
二、	研究工具(問卷)討論.....	143
三、	問卷發放與回收情形討論.....	144
四、	問卷資料分析結果討論.....	145
柒、	結論與建議.....	147
一、	結論.....	147
二、	建議.....	147
參考文獻	149
附件一、台大醫院 IRB	164
附件二、台灣版癌症病人就醫經驗問卷	167

表目錄

表 3-1 滿意度調查的問題.....	18
表 3-2 病人就醫經驗之重要面向.....	20
表 3-3 各國病人就醫經驗調查.....	24
表 3-4 美國病人經驗調查工具之比較.....	27
表 3-5 荷蘭病人經驗調查工具之比較.....	29
表 3-6 英國病人經驗調查工具之比較.....	31
表 3-7 台灣病人經驗調查工具之比較.....	33
表 3-8 癌症病人就醫經驗調查工具文獻整理.....	35
表 3-9 癌症病人就醫經驗調查工具評價.....	37
表 4-1 英國版本癌症病人就醫經驗問卷與台灣版本之比較.....	42
表 4-2 癌症病人就醫經驗之操作型定義.....	44
表 4-3 整體照護評價之操作型定義.....	47
表 4-4 病人特質、疾病特性與醫院特性之操作型定義.....	47
表 5-1 2004 年至 2010 年乳癌確診人數期別、就診機構特性及治療情形	56
表 5-2 2004 年至 2010 年大腸直腸癌確診人數期別、就診機構特性及治療情形	57
表 5-3 2004 年至 2010 年子宮頸癌確診人數期別、就診機構特性及治療情形	58
表 5-4 乳癌、大直腸癌、子宮頸癌之醫療利用績效	59
表 5-5 2004 年至 2010 年口腔癌確診人數、就診機構特性及治療分布	60
表 5-6 2004 年至 2010 年肝癌確診人數、就診機構特性及治療分布	61
表 5-7 2004 年至 2010 年肺癌確診人數、就診機構特性及治療分布	62
表 5-8 2004-2010 年乳癌核心測量指標分析樣本數(N)及遵從百分比(%)	63
表 5-9 乳癌照護績效多變量分析(混和模型).....	65
表 5-10 2004-2010 年大直腸癌核心測量指標分析樣本數(N)及遵從百分比(%)	66
表 5-11 結腸直腸癌照護績效多變量分析(混和模型).....	67
表 5-12 2004-2010 年子宮頸癌核心測量指標分析樣本數(N)及遵從百分比(%)	68
表 5-13 合作發放問卷之醫院名單.....	100
表 5-14 合作發放醫院家數統計	100
表 5-15 發放問卷的團體名稱.....	102
表 5-16 癌症病人就醫經驗問卷題項之總數、個數及百分比.....	104
表 5-17 病人特質、疾病特性及醫院特性之描述性統計結果.....	112
表 5-18 癌症病人就醫經驗構面之描述性統計結果.....	113
表 5-19 問卷雙變項分析結果-1.....	116
表 5-20 問卷雙變項分析結果-2.....	117
表 5-21 問卷雙變項分析結果-3.....	118
表 5-22 問卷雙變項分析結果-4.....	119
表 5-23 問卷雙變項分析結果-5.....	121

表 5-24 問卷雙變項分析結果-6.....	123
表 5-25 問卷雙變項分析結果-7.....	125
表 5-26 問卷雙變項分析結果-8.....	127
表 5-27 問卷雙變項分析結果-9.....	128
表 5-28 「以病人為中心的照護」與整體照護評價之複迴歸分析結果.....	133
表 5-29 「及時確診與治療」與整體照護評價之複迴歸分析結果.....	134
表 5-30 「醫病間溝通情形」與整體照護評價之複迴歸分析結果.....	135
表 5-31 「癌症資訊與相關支持的提供」與整體照護評價之複迴歸分析結果.....	136
表 5-32 「情緒支持」與整體照護評價之複迴歸分析結果.....	137
表 5-33 「參與治療計畫與決策」與整體照護評價之複迴歸分析結果.....	138
表 5-34 「照護的連續性」與整體照護評價之複迴歸分析結果.....	139
表 5-35 「財務及工作支持」與整體照護評價之複迴歸分析結果.....	140
表 5-36 癌症病人就醫經驗構面與整體評價之逐步迴歸分析結果.....	141

圖目錄

圖 4-1 計畫研究架構(第一年度次級資料部分).....	39
圖 4-2 計畫研究架構(第二、三年度初級資料部分).....	39
圖 4-3 計畫研究流程.....	40
圖 5-1 乳癌指標 1：確診結果為乳癌者於 3 個月內接受治療比率.....	69
圖 5-2 乳癌指標 2：45 歲以上(含)乳癌婦女施行首次治療前 3 個月內有乳房 x 光攝影比率.....	69
圖 5-3 乳癌指標 3：乳癌第零期沒有進行標準腋下淋巴結廓清術比率.....	70
圖 5-4 乳癌指標 4：乳癌第 I 期執行乳房保留手術比率.....	70
圖 5-5 乳癌指標 5：乳癌病人手術後病理檢查報告記錄原發腫瘤大小比率.....	71
圖 5-6 乳癌指標 6：侵犯性乳癌在切除腫瘤時，病理檢查 10 個或以上的腋下淋巴結廓清比率.....	71
圖 5-7 乳癌指標 7：病理分期為侵犯性乳癌，有 ER 接受體報告的比率.....	72
圖 5-8 乳癌指標 8：病理分期為侵犯性乳癌，有 PR 接受體報告比率.....	72
圖 5-9 乳癌指標 9：病理分期為侵犯性乳癌，乳房保留手術後放射線治療比率.....	73
圖 5-10 乳癌指標 10：更年期前婦女(≤ 50 歲)腋下淋巴結陽性的乳癌病人給予輔助性化學治療比率.....	73
圖 5-11 乳癌指標 11：更年期後婦女腋下淋巴結陽性的乳癌病人給予賀爾蒙治療或輔助性化學治療比率.....	74
圖 5-12 乳癌指標 12：侵犯性乳癌病人 ER 接受體陽性(+)給予賀爾蒙治療比率.....	74
圖 5-13 乳癌指標 13：淋巴結陽性 ≥ 4 乳房全切除有進行放射治療的比率.....	75
圖 5-14 結腸直腸癌指標 1：結腸癌病人治療前在病歷上紀錄有接受包括「胸部 x 光」及「腹部超音波或 CT scan 或 MRI」比率.....	76
圖 5-15 結腸直腸癌指標 2：直腸癌病人治療前在病歷上紀錄有接受包括「胸部 x 光」及「腹部超音波或 CT scan 或 MRI」比率.....	76
圖 5-16 結腸直腸癌指標 3：接受大腸癌切除術之病人，至少於術前 6 個月或術後 6 個月內，於病歷上記載曾接受全大腸檢查（大腸鏡檢或直腸鏡檢加下消化道雙對比鋇劑攝影）比率.....	77
圖 5-17 結腸直腸癌指標 4：病理期別第 I-III 期結腸癌手術病人，淋巴結病理檢查 12 顆以上的比率.....	77
圖 5-18 結腸直腸癌指標 5：病理期別第 I-III 期直腸癌手術病人，淋巴結病理檢查 12 顆以上比率.....	78
圖 5-19 結腸直腸癌指標 6：結腸癌病理期別第 III 期病人，術後 6 週內接受化學治療比率.....	78
圖 5-20 結腸直腸癌指標 7：第 II、III 期(臨床期別為主)直腸癌病人，6 週內開始治療(手術或放療或 CCRT)比率.....	79
圖 5-21 結腸直腸癌指標 8：由臨床期別第 II、III 期，直接做化療及放療（CCRT）直腸	

癌 (Rectum Ca) 病人, CCRT 算起, 16 週內開完刀比率	79
圖 5-22 子宮頸癌指標 1: 病理確診為 CIN3 病人, 以子宮頸錐狀手術為完整治療百分比	80
圖 5-23 子宮頸癌指標 2: FIGO(IIA2, IIA2~IVA)子宮頸癌病人以放療為首次治療時, 病人接受同時合併化療比率	80
圖 5-24 子宮頸癌指標 3: 接受手術為首次治療的 FIGO 期別 IA2 或以上的子宮頸癌病人, 骨盆腔淋巴結摘除 ≥ 12 顆的比率	81
圖 5-25 子宮頸癌指標 4: 子宮頸癌患者以放射或合併化學及放射治療為首次治療者, 於 63 天(含)內完成上述治療的比率	81
圖 5-26 口腔癌指標 1: 手術後接受輔助性放射治療劑量 > 60 Gy 但 ≤ 70 Gy, 於 8 週(含)內完成治療的比率	82
圖 5-27 口腔癌指標 2: 做放射治療前 2 個月曾做牙科會診的比率	82
圖 5-28 口腔癌指標 3: 口腔癌病人手術後 6 週內開始放射治療的比率	83
圖 5-29 口腔癌指標 4: 首次原發手術後 30 天內死亡者的比例	83
圖 5-30 口腔癌指標 5: 治療後 1 年內, 至核心科別追蹤至少 ≥ 4 次的比率。	84
圖 5-31 肝癌指標 1: 肝癌個案有註記 TNM 臨床分期個案之比率	85
圖 5-32 肝癌指標 2: 極早期和早期肝癌病人接受治癒性療法的比率	85
圖 5-33 肝癌指標 3: 極早期和早期肝癌病人接受 TA(C)E 之比率	86
圖 5-34 肝癌指標 4: 肝癌患者接受手術切除其邊緣無殘留癌細胞之比率	86
圖 5-35 肝癌指標 5: 極早期和早期肝癌病人接受放射治療的比率	87
圖 5-36 肺癌指標 1: 有進行腫瘤原發部位切除性手術的臨床第 I-II 期非小細胞肺癌病患完成原發部位同側縱膈腔淋巴結取樣或摘除至少 3 個位置以上(≥ 3 N2 stations)的比率	88
圖 5-37 肺癌指標 2: 臨床第 I-II 期非小細胞肺癌病患未進行腫瘤原發部位手術, 而以其他方式治療(包括放射線治療、化學治療、標靶治療)	88
圖 5-38 肺癌指標 3: 有進行腫瘤原發部位切除性手術的臨床第 IIIA 期非小細胞肺癌病患完成原發部位同側縱膈腔淋巴結取樣或摘除至少 3 個位置以上(≥ 3 N2 stations)的比率	89
圖 5-39 肺癌指標 4: 臨床第 IIIA 期非小細胞肺癌病患未進行腫瘤原發部位手術, 而以其他方式治療(包括放射線治療、化學治療、標靶治療)的比率	89
圖 5-40 肺癌指標 5: 有進行腫瘤原發部位切除性手術的臨床第 I-II 期非小細胞肺癌病患進行腫瘤完全切除性手術(包含肺葉切除 Lobectomy 或全肺切除 Pneumonectomy)的比率	90
圖 5-41 肺癌指標 6: 有進行腫瘤原發部位切除性手術的臨床第 IIIA 期之非小細胞肺癌病患進行腫瘤完全切除性手術(包含肺葉切除 Lobectomy 或全肺切除 Pneumonectomy)的比率	90

中文摘要

研究背景：癌症照護品質乃重要的研究與政策議題之一，許多國家藉由評鑑或品質認證以提供與確保高品質的癌症照護。然而，近年來學術界開始討論與質疑，究竟經由評鑑能對照護品質相關內容的影響為何，同時癌症照護組織的品質認證機制在政策介入後的評估相關研究並不多見，且認證制度亦可能對照護機構帶來非預期的影響。此外，以病人為中心的照護已成為 21 世照護的品質目標，在癌症照護的部分也不例外，過去之相關文獻多以醫療提供者角度探討認證制度之影響，較少以病人的經驗或病人觀點評估癌症照護品質之實證研究。

本研究呼應世界各國醫療照護品質發展趨勢，強調以病人為中心的照護，重視病人參與之權利，並參照英國的病人就醫經驗調查，由癌症病人觀點出發，藉由調查臺灣癌症病人親身經驗，了解全國癌症病人對癌症照護品質的感受及看法，以做為各癌症照護機構品質提昇之依據，以及未來評估癌症醫療政策或改進措施成效之參考。

研究目的：(1)[Y1]綜合核心測量、醫療利用績效、照護管理與綜合組織績效等核心構面，系統性全面探討癌症照護組織之整合績效。(2)[Y1]比較癌症診療品質認證計畫對認證與非認證醫院帶來之預期與非預期效應。(3)[Y2]驗證英國癌症病人經驗問卷(Cancer Patient Experience Survey, CPES)於國內癌症照護機構之適用性。(4)[Y2][Y3]進行六大癌症病人經驗之全國性調查，以病人觀點探究當前癌症照護品質現況。(5)[Y3]比較各疾病進程之癌症病人於癌症診療品質認證醫院與非認證醫院之病人經驗結果。

研究方法：本研究採混合型研究設計的方式，分為次級資料分析(第一年度)與初級資料(第二、三年度的六大癌症的癌症病人就醫經驗問卷調查)。在本研究的第一年度中，先以文獻探討收集評鑑認證對於組織醫療品質影響的各種文獻，包含對於一般醫院以及對於癌症照護的部分；也針對多種測量加權加總的組合分數之相關文獻，進行收集與整理；首先是申請次級資料之健保加值資料，包含健保費用檔、醫療服務利用檔、癌症登記長表、死亡檔等資料，嘗試探究癌症診療品質認證計畫對於健康照護組織醫療品質與整體績效帶來之預期與非預期效應；共計包含通過認證的五十家醫院為主，依照國民健康署公告的核心指標內容包含乳癌共 13 支、大直腸癌共 8 支，子宮頸癌共 4 支、口腔癌共 5 支、肝癌共 9 支、肺癌共 9 支。在第二、三年度問卷發放的部分，共與十九家認證或非認證的醫院合作，也同時經由與癌症希望協會以及乳癌病友協會的合作，從多元的管道進行資料收集，了解病人的癌症就醫經驗之現況，透過病人的就醫經驗探討目前以病人為中心的癌症照護品質現況。本研究驗證之中文版癌症病人經驗問卷，經過專家會議、與英國專家諮詢以及前測，共包含診斷前就醫情形、診斷檢查、確診方式、決定最佳治療方式、個案管理師、癌症相關支持、手術、醫師與護理人員、居家照護與支持、醫院日間門診照護、門診預約掛號、轉診照護以及整體性照護，共計包涵 13 個題組 68 題。

研究結果：次級資料分析結果得到 2004-2010 年乳癌、大腸直腸癌、子宮頸癌、肺癌、

口腔癌與肝癌的個案現況、醫療利用績效以及指標結果。整體而言，通過癌症診療品質認證之醫療院所，癌症病患照護人數較非認證醫院多。無論是否為癌症診療品質認證醫院，六大癌症核心測量指標遵從率具有逐年上升之趨勢。然而，醫院是否通過癌症診療品質認證，在各項指標遵從率之表現並不一致。以混合模型控制其他醫院特性後，癌症診療品質認證醫院於乳癌照護之核心測量績效、醫療利用績效以及綜合面向系統績效等結果裡，與非認證醫院無顯著差異。在結腸直腸癌方面，控制其他醫院特性後，認證醫院核心測量績效甚至顯著低於非認證醫院。

初級資料的部分，從 19 家醫院共回收 646 份有效問卷，而在兩個病友協會方面回收 364 份有效問卷，樣本數共計 1010 個進行統計分析。在癌症病人就醫經驗的部分，共分八大構面，表現最佳的構面為「照護的連續性」，其次為「醫病間溝通情形」、「財務及工作支持」、「以病人為中心的照護」，照護提供的達成率皆有 70% 以上，照護內容有獲得癌症病人的肯定與理解。「情緒支持」、「癌症資訊與相關支持的提供」和「參與治療計畫與決策」這三個構面也有不錯的表現，達成率有六成多，而「及時確診與治療」的表現是最差的，達成率不到六成。就整體照護評價而言，約 73% 的受訪者表示他們都有接受到良好的照護，25% 認為尚可，顯示出當前的癌症醫療照護品質是相當不錯的。在控制其他變項後，癌症病人就醫經驗八大構面(以病人為中心的照護、及時確診與治療、醫病間溝通情形、癌症資訊與相關支持的提供、情緒支持、參與治療計畫與決策、照護的連續性、財務及工作支持)皆與癌症病人對就診醫院的整體照護評價呈顯著正相關，表示癌症病人的就醫經驗愈佳，其對醫院的整體照護評價就會愈高。

結論：本研究將英國的癌症病人經驗問卷中文化，發展出台灣的中文版癌症病人就醫經驗問卷，且已在北、中、南、東等 19 家醫院內，針對六大癌症病人做過實證施行，透過問卷調查結果來瞭解癌症病人的實際就醫情形，用以檢視癌症照護品質現況。建議醫療院所可利用癌症病人就醫經驗調查問卷，來獲知癌症病人全面性的就醫經驗與照護品質，並運用調查結果來發現醫療照護缺失的部分，作為改善癌症照護品質的參考依據。而在各醫院穩定實施調查後，可由相關單位(如：健保署、國健署)來進行長時間的資料收集與彙整，並進行趨勢分析，以實際瞭解長期的癌症照護品質狀況及變化，也可將結果回饋給各醫院來做自我檢視，進而做持續品質改善。

關鍵字：癌症診療品質認證、組織績效、認證/評鑑的效益、癌症病人就醫經驗調查、病人報告的醫療品質

Abstract

Background: Cancer care quality was one of the most important issues both in research and health policy. Many countries try to apply external driver of accreditation or certification of hospitals as a tool to assure high cancer care quality. However, recent studies started to question the effectiveness of accreditation on care contents and outcome in hospitals. Few studies focus on the evaluation of policy intervention by hospital accreditation system on health care organizations as well as those unintended consequences. Patient-centered care was one of the six goals of pursuing quality in health care system, limited studies had been done in this area from patient aspect to evaluate cancer care quality in Taiwan and Asia.

This study follows the trend of developed countries to explore the patient experience in cancer care, especially those experiences from U.K. Effectiveness of care was used to improve cancer care quality. It is only by way of contacting with patients which can collect the first-hand experience of getting care. The empirical results would be important references to evaluate cancer care as well improving policy and intervention mechanism in future.

Objectives: There are five specific aims in the study including (1) apply secondary data analysis of core measures, utilization of services in cancer care etc. to understand organizational performance in cancer center; (2) comparing accreditation impacts on organizational performance between accredited hospital and non-accredited hospitals; (3) to adopt and test the adequacy and feasibility of Cancer Patient Experience Survey from U.K. to Taiwan; (4) to conduct national survey of cancer patient's experience from breast cancer, colon-rectal cancer, cervical cancer, lung cancer, oral cancer and liver cancer; (5) comparing cancer patient experiences between accredited and non-accredited hospitals.

Methods: The study used mixed method, including secondary data analysis (first year) and primary data analysis (second and third year, cancer patient experience questionnaire). In the first part, conducting literature review was the first step including the effect of accreditation on hospitals as well as cancer center (accredited versus non-accredited), hospital performance, and composite score. Secondary data analysis came from merging NHIRD, TCDB, and death registry data as well as hospital utilization data. Subjective and objective data both were applied to compare accredited and non-accredited hospitals. Fifty hospitals were recognized as accredited hospital for analysis comparing with non-accredited hospitals. Core measures were update from Department of Health Promotion that covered 13 in breast cancer, 8 in colorectal cancer, 4 in cervical cancer, 9 in lung cancer, five in oral cancer and 9 in liver cancer. Preliminary results of utilization and trend were obtained from year 2004 to 2010 in breast, cervical, colorectal, lung oral and liver cancers, and core measure results from lung, oral and liver cancer.

Second part, the cross-sectional survey cooperated with 19 accredited and non-accredited hospitals as sample. Cancer HOPE association and Taiwan Brain Cancer Association were treated as supplementary way of data collection. It is based on cancer patient's self-administration at home and mail back to us which means to create an environment of safety and comfortable to answer all questions without pressure or additional concern. The final CPES questionnaire –Taiwan Version was done by conducting expert meeting, consulting expert from U.K. Quality Health and pilot testing. It includes 13 domains covering 68 main questions.

Results: Secondary data analysis results of the current situation, utilization and indicators outcomes were obtained from year 2004 to 2010 in breast, cervical, colorectal, lung, oral and liver cancers. Overall, hospitals which pass the Accreditation Program on Cancer Care have more patients than non-passed hospitals. Whether accredited hospitals or not, compliance rates of core measures have increased across years, and the performance of compliance rates of the individual indicators was inconsistent. After controlled other hospital characteristic by mixed model, the results of core measures, utilization and comprehensive system performance of the accredited hospitals are non-significantly different with non-accredited hospitals. But the performance of core measures of the accredited hospitals was significantly lower than non-accredited hospitals in colorectal cancer.

In the part of primary data analysis results, 646 questionnaires came from 19 hospitals and 364 questionnaires came from two cancer patient associations. Cancer patient experiences are divided into 8 domains. Among 8 domains, “continuity of care” performed best, “communication” performed secondly and then is “patient-centered care”. The rates of achievement of care provided are above 70% in these 3 domains, and cancer patients approved the care service. Subsequently, “emotional support”, “information and support” and “shared decision making and care planning” all performed well with 63%-69%, and “timely referral into secondary care” performed worst with the rate under 60%. In terms of the evaluation of overall care, 73% cancer patients indicated that they have received well care, while 25% considered the care is common. This result demonstrated that the current cancer care quality is quite well. Controlling for other variables, the 8 domains of cancer patient experience have significantly positive relation with evaluation of overall care. These results indicated that the better the cancer patient experience, the higher evaluation of overall care.

Conclusion: In this study, the CPES questionnaire was localized and developed a Chinese version from Taiwan. Moreover, the survey was conducted in 19 hospitals in Taiwan and the results were used to check cancer care quality. It is suggested that hospitals can use this cancer patient experience questionnaire to know cancer patients' comprehensive experience and medical quality, and use these results to find out the deficiency of care. After longer time conducting in hospitals, the relevant policy decision institutes (such as NHIA and HPA) can

collect the long-term data to conduct trend analysis and to realize the situation and change of long-term cancer care quality. Also, they can feedback the results to hospitals to do self-check and to improve quality sustainably.

Keywords: Cancer care quality accreditation, organizational performance, effect of accreditation, cancer patient experience survey, patient-reported quality of care

壹、 前言

一、 癌症診療品質認證計畫

惡性腫瘤持續蟬聯我國國人十大死因第一位[1-3]，為降低癌症發生率及死亡率，行政院衛生署國民健康局(以下簡稱國健局)乃積極推動癌症防治工作，其中包括建立台灣地區癌症登記資料庫，辦理「癌症診療品質提升計畫」等。而品質提昇、品質保證的措施，需要建立評量方法以作為監督考核的機制，是故 97 年國健局委託國家衛生研究院辦理「癌症診療品質認證計畫」，要求年度新診斷癌症個案數達 500 例以上之醫院必須接受認證，目的除督促各癌症照護機構建立自我評量機制以確保及提升照護品質，同時藉由同儕評估機制，將認證結果公佈以作為民眾就醫選擇[4]。

癌症診療品質認證在國外已行之有年，如 1931 年由美國癌症諮委員會(Commission on Cancer, CoC) 制定及辦理的癌症照護品質認證計畫(Commission on Cancer Approval Program)，該計畫由臨床專家為主組成發展小組以制定認證規則，2004 年新版涵蓋八大章共 36 項認證基準；英國癌症照護認證為國家級醫療政策，由國家醫療照護體系(National HealthService, NHS)之癌症同儕審查計畫(National Cancer Peer Review Programme)[5]辦理，藉由癌症照護團隊自評(self-assessment)及外部同儕審核(external reviews)以確保癌症照護機構與癌症網絡之癌症服務品質，2004 年公佈的新版認證基準共 1071 項。我國癌症診療品質認證基準的發展過程與 CoC 較類似，皆由臨床專家為主的團隊發展完成，而癌症診療品質認證制度與英國同屬國家級醫療政策，獲政府支持及主導[6]。

台灣癌症診療品質認證制度業自 97 年正式實施至今已屆五年，國內癌症診療品質認證研究僅以問卷調查參與 96 年「癌症診療品質認證試評計畫」醫院人員對於認證基準的重要性、相關性、準備難易度及執行成效之認知，研究結果發現參與試評醫院人員認同試評對醫院提升癌症診療品質之幫助，但尚無測試參與認證的醫院照護對病人實際接受到的照護是否有所差異[7]。此外，96 年全臺灣治療癌症個案達 50 例以上醫院共 56 間，而目前累積已有 55 家癌症照護機構通過癌症診療品質認證，其認證結果同步公開於網路上供民眾參考[8]，然而認證的各醫院間其個別系統績效如何，以及民眾是否知道此公開資訊並加以利用目前並無相關調查報告，而未參與認證的醫院不論從客觀的系統績效或是從主觀的以病人角度來看醫院的照護品質是否與認證通過醫院有所差異，也尚無相關研究報告。因此計算出各醫院的系統績效以及發展一套以病人為中心的病人報告之醫院品質量表，了解此認證的實際成效是有其必要性的。

民國 90 年國健局對每年新診斷癌症個案數達 500 床以上醫療機構獎助辦理「癌症診療品質提升計畫」；民國 92 年通過「癌症防治法」；民國 93 年 10 月國健局擴大補助 25 家醫院辦理「癌症防治中心—全面提升癌症診療品質計畫」。民國 94 年 3 月，衛生署頒訂「癌症診療品質保證措施準則」，明令癌症防治醫療機構應成立癌症品質小組，推動院內癌症篩檢及診療品質促進措施，同時國健局委託學者發展乳癌、大直腸癌、肺癌、子宮頸癌、口腔癌及肝癌等六大癌症核心測量指標，提供醫院作為品質自評參考進而提

升癌症病人照護品質，並著手建立上述六癌診療資料庫—台灣癌症診療資料庫(Taiwan Cancer Data Base, TCDB)，而國家五年癌防治計畫中規劃建立「區域癌症防治網」以滿足癌症患者就醫方便性，接受照護品質之一致性。民國 94 年，國健局委託國家衛生研究院內台灣癌症臨床研究合作組織(Taiwan Cooperative Oncology Group, TCOG) 研擬癌症中心分級認證制度，民國 96 年 1 月完成第一階段 2 家醫院認證試評，將結果作為修正指標後，96 年 5 月完成第二階段 8 家醫院試評；同時國健局積極推動「癌症防治法修正案」，擬將癌症診療品質認證納入醫院評鑑，認證結果納入醫學中心六大任務指標評鑑中，以確保醫學中心具有水準以上的癌症診療品質。96 年 10 月正式公告「癌症診療品質認證」，97 年正式實施，認證評量方式與醫院評鑑相同共分為 ABCDE 五等級，受評醫院至少須達到 C 級方為通過癌症診療品質認證，於 98 年底已通過癌症診療品質認證共 40 家醫院，然而這些醫院通過認證後，其組織績效以及以病人角度判斷之醫院品質是否一致或提升目前尚無相關研究報告。

二、 癌症研究重要性

自民國 71 起迄今，癌症即列為臺灣十大死因中之首。根據衛生福利部民國 103 年死因統計報告[1]顯示，癌症蟬聯國人死亡率之首，民國 103 年全國死亡人數 16 萬 2911 人，死於癌症的國人達 46,094 人，占死亡人數的 28.3%，每 10 萬人口年齡標準化死亡率為 130.2，而平均每 11 分 24 秒就有 1 人死於癌症，相較於 2013 年的 11 分 44 秒再撥快 20 秒。在發生率的部分，根據民國 102 年癌症登記報告[3]顯示，2003 年台灣每 8 分 24 秒有 1 人罹癌，到了 2013 年縮短至每 5 分 18 秒，癌症時鐘較 10 年前加速了 1.5 倍；從粗發生率資料來看，102 年國人每 10 萬人中約有 424 人被診斷為癌症，即 1 年內每 236 位國人就有 1 人診斷出癌症；同年，新發癌症人數為 99,143 人，相較於 2012 年增加了 2,449 人。此外，102 年國人(男女合計)發生人數最多的癌症與 101 年相同，依序為大腸癌，肺癌，肝癌，乳癌，口腔癌(含口咽、下咽)，攝護腺癌，胃癌，皮膚癌，甲狀腺癌，食道癌；名列前茅的大腸癌、肺癌、肝癌、乳癌四種癌症，發生人數皆逾萬人，合計佔所有癌症人數的 5 成[3]。由上述可知，癌症在台灣是相當需要被重視的一項議題。

癌症照護品質一直是醫療服務研究的重心，研究多從醫療機構、醫師與病人三個角度切入。在醫療提供者(機構與醫師)的研究部份，早期的研究多以結構面角度判斷以瞭解醫療服務提供者的品質優劣，如醫院層級/權屬、醫院教學狀況、醫療人力等，結果多為發現資源越豐富其醫療品質越佳。透過 MEDLINE 回顧近年癌症照護研究，其資料來源包含系統性文獻回顧，全國癌症登記資料庫，全國性、地區性、或某照護組織的治療患者，醫療服務提供者以進行調查[9]；研究方式分為次級資料分析，電話訪問或網路、郵寄問卷調查，透過修正型德菲法取得專家意見[10]，或將病人根據不同治療模式分組與其存活進行比較[11]，分析單位從照護機構層級(Organizational-level) [12, 13]、醫師層級(Physician-level) [14, 15]、總體層級(Population-based)[16, 17]到近年日漸受重視的病人層級(Patient-level 或 Case-based) [18, 19]。而測量工具為可分為國家層級診療指引[20]、

品質測量指標或量表[14, 21]、國家級指標經校正後建立新測量工具[22]、或由研究者根據文獻自行設計指標[23, 24]、針對單項照護項目[25]或不同癌症[26]進行不同照護機構間的比較等。

三、 認證機制之影響

認證機制對醫療體系、品質提升的影響及效果近年來有不少健康照護認證組織試圖了解，但研究結果仍眾說紛紜。根據醫院品質指標(急性心肌梗塞、心臟病、肺炎)比較評鑑與非評鑑醫院在緊急醫療的照護品質，結果發現評鑑醫院有較佳的表現[27]；另一篇探討美國醫療機構評鑑聯合會(Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization, JCAHO)的評鑑分數與健康照護研究與品質局(Agency for Healthcare Research and Quality, AHRQ)的品質及病人安全指標(Inpatient Quality Indicators and Patient Safety Indicators, IQIs/PSIs)之間的關連性。研究結果發現大多數機構評鑑分數高但 IQIs/PSIs 指標間存在著變異，經過主成分分析結果僅較差病人安全指標有較差的評鑑分數外，JCAHO 的認證分類結果(categorical accreditation)與 IQI/PSI 指標表現並無顯著差異，而評鑑分數與 IQI/PSI 指標表現間的關聯性亦不高[28]；一篇回顧超過 3000 篇摘要、66 篇研究的調查將認證的影響分為 10 類，發現認證結果對於「促進改變」和「專業發展」兩類的影響有較一致的結果，對於「醫療專業人員對認證的態度」、「組織衝擊」、「財務衝擊」、「品質測量」、及「計畫評估」等五項影響的研究結果並不一致，而「顧客觀點(或滿意度)」、「公開揭露」、及「調查者議題」此三類的影響並無太多文獻加以著墨[29]。而最近一篇透過隨機雙盲試驗證實了認證結果可預測健康照護組織領導者行為、文化特色，且認證機制對於臨床績效影響有正面的趨勢[30]。而另一篇則透過問卷調查病人認為評鑑的結果是否影響其就醫意願，研究結果發現，病人並不會受到評鑑與否而影響其就醫選擇[31]。

歐洲 OECI 於 2002 年發起之癌症診療品質認證有三個目標：(1)制定一個全面的癌症品質認證系統，做到預防、保健、科研、教育和網絡 設置更新數據庫，並建立一個全球性的指標專用工具綜合癌症中心。OECI 指出癌症品質認證系統的建立能有效降低癌症的發病率及死亡率[32]。英國一項研究[33]從病房護人員觀點作出發點，探討標準化及同儕評鑑模式對於急性病房照護的影響為何。研究發現評鑑對於病房醫護人員的影響包括：可以改善工作人員間的溝通、對爭取病房照護資源賦予權力、對於臨床照護提供清楚的方向、點出可能忽略的有效臨床照護措施，以及改善的結果可提供後續改善的正向回饋。同時也發現在評鑑的影響下，病人可獲得更多必要的談話治療，包括正式的心理治療與非正式的陪伴時間。另一篇意大利研究[34]探討評鑑較重視是否具有具實證基礎的專業標準，以及持續性品質改善活動(CQI)與品質指標的使用與分析，且每年需依據科學證據提出程序簡化、專業策略更新的改善計劃。針對醫院整體的評鑑較難以聚焦至對個別難以聚焦至對個別臨床問題。然而，非強制性參加且重視過程面和結果面的評鑑，比較容易吸引規模較大、資源較充沛的醫院參與，進行相互觀模、學習，小醫院可能避之為恐不及。

儘管目前有很多研究探討認證制度對照護體系、機構或病人的影響，但不論國內或國外對癌症照護品質認證機制的政策介入評估卻不多。並且，認證制度亦可能對照護體系或照護機構帶來非預期效應。此外，相關文獻多以醫療提供者角度探討認證制度之影響[27-31, 35-37]，少有以病人經驗或立場評估癌症照護品質之實證研究。

四、 癌症照護品質

測量癌症照護品質的設計重點應包括(1)個案識別、(2)資料來源、(3)資料蒐集策略、及(4)照護品質測量模型[38]。其中資料來源可為病人自評、病歷報告、癌症登記資料及行政資料，測量模型包含照護結構、照護過程、結果測量、及風險校正四構面，由於測量重點會因政策分析而改變，所以在設計品質測量系統時須考量各構面間的關係及權衡研究之有效性及測量限制。

全國性癌症照護品質研究往往透過癌症登記資料庫，美國癌症照護品質研究多以全國性資料庫 National Cancer Database(NCDB)為研究材料，NCDB 每年申報涵蓋約為全美國 70%新診斷癌症患者，但這些資料是 CoC 要求通過審查醫院必須申報，所以仍要小心研究結果的推論[39]。

而台灣也有全國性癌症資料庫，此資料庫始於民國 68 年，針對 50 床以上醫院建立癌症登記系統，要求申報新發癌症個案的流行病學和診斷治療摘要資料(短表)。國健局為提昇癌症診療品質，自 92 年起於 15 家參與癌症防治中心計畫的醫院，建立申報長表癌症診療資料(Taiwan Cancer Database, TCDB)，收錄民國 91 年 1 月 1 日起新診斷之六種癌症（乳癌、子宮頸癌、口腔癌、大腸直腸癌、肝癌、肺癌）之期別、診斷與首次治療等詳細診療資料藉以進一步分析比較全國和各醫院癌症個案的醫療照護、追蹤及預後情形。其中子宮頸癌為必要申報癌症項目，其他五種癌症（乳癌、口腔癌、大腸直腸癌、肝癌、肺癌）則由醫院自選辦理。另並於民國 93 年 10 月起，擴大至 27 家參加「癌症防治中心-全面提升癌症診療品質計畫」之醫院，全面收錄 93 年 1 月 1 日起新診斷之前項六種癌症診療資料，至 94 年申報件數已涵蓋全台灣約 80%的新診斷患者，並於民國 97 年另新增申報攝護腺癌、胃癌、食道癌和膀胱癌等癌症，新表增加的臨床診療資料，在癌症防治的推動及教學研究上提供很大的幫助。國健局每年出版癌症年報提供研究單位及申報醫院參考，國內根據 TCDB 申報資料進行癌症照護品質相關研究，包括發現各申報醫院間病人忠誠率、心理反應期、首次治療型態皆存在差異[40]；應用核心測量指標發現申報醫院肺癌照護模式上的差異[41]、大直腸癌照護品質的差異及不足[42]；但前述研究僅探討醫院間照護品質的差異，未能深入探討診療品質認證之效應。

認證制度的實施最終目的即是提升癌症照護品質，而要達到品質的提升須具備以下資源，包括(1)高品質的申報資料、(2)資訊回饋給申報醫院的機制、(3)使用申報資料的系統、及(4)癌症照護服務者的參與[43]。台灣有全國性的癌症登記資料庫，同時國健署癌症登記小組定期將資訊回饋給申報醫院，但目前對於癌症照護的醫院並無報告調查其醫院之系統績效概況，且參與癌症品質診療認證計畫的醫院其系統績效與計畫介入後之成果的關連性也尚無相關研究探討之。

在大腸直腸癌相關的照護品質，過去的研究中多從醫療服務提供者(醫療機構、醫師)作為切入點，研究多以結構面的部份去做判斷以了解醫療服務提供者的品質優劣，如醫院層級/權屬別、醫院服務量、醫療人力等，結果多為發現資源越豐富其醫療品質越佳[44, 45]。但過去研究較缺乏以病人的角度來看癌症照護的品質，其實病人是實際接受到醫療照護服務的接受者，透過病人直接對於醫療照護的主觀經驗評價可以更明確的檢視醫療照顧結構面及過程面的品質，如醫療資源、人力的充足與否及醫療團隊與病患間的互動狀況。

而有非常大量乳癌存活者的相關研究，主要是在探討首次診斷以及治療，像是手術、化學治療、放射治療[46]。儘管已有不少探討乳癌存活者在完成首次治療後與追蹤的相關研究，僅有少量研究探討由病患轉為存活者期間，醫療照護提供者與病患之間的互動，以及病患所接受的服務品質[47]。

五、 病人觀點之照護品質

WHO 出版的世界衛生年度報告(2000)以健康照護體系之績效評估為題，評估各國健康照護體系的績效架構，將增進健康(health)、財務負擔公平性(fairness in financial contribution)及回應民眾需求(responsiveness)視為健康照護體系的三大目標。在 2001 年，美國醫學研究機構(Institute of Medicine, IOM) 出版「跨越品質的鴻溝」(Crossing The Quality Chasm)報告中提到，高品質的醫療照護，除了提供具備一定技術的服務，也包含良好的醫病溝通、治療決策的參與、尊重病人的價值及喜好。而在此報告中，也提出了以病人為中心(Patient-Centered Care)的照護概念作為高品質醫療照護的目標，以病人為中心的照護要達到以下六個部分，分別為：(一)、安全性；(二)、有效性；(三)、時效性；(四)、效率；(五)、公平性；(六)、病人為中心(IOM, 2001)。而在達到以病人為中心的照護上，IOM 也贊同 Gerties 等人(1993)所提出了六個以病人為中心的構面，分別為：(一)、尊重病人的價值、喜好和傳達的需求；(二)、協調和整合；(三)、提供病人資訊、溝通和教育；(四)、確認生理需求；(五)、提供情感上的支持—減輕恐懼和焦慮；(六)、親友的參與。IOM 認為以病人為中心的照護作為一個醫療品質目標來確認提供的服務是全人的照護超越單純針對疾病的治療。以病人為中心的照護，能夠增加病人的滿意度、醫療照護的遵從行為，提升疾病復原以及後續治療成效，減少再入院率，並且有較高的機率會尋求癌症追蹤。醫療服務提供者在為病人服務時，考慮到病人對醫療的需求以及期望，尊重病人的自主性及決定權，充份讓病人以及親友參與整個醫療過程，就是以病人為中心的體現方式[48]。而 OECD 在 2006 年提出的健康照護品質指標計畫(Health Care Quality Indicators Project, HCQIP)架構，也將回應民眾(responsiveness)以及病人為中心(patient-centeredness)列為醫療品質中重要的面向。

以病人為中心的照護，能夠增加病人的滿意度、醫療照護的遵從行為，提升疾病復原以及後續治療成效，減少再入院率，並且有較高的機率會尋求癌症追蹤。現今醫療品質發展趨勢，強調以病人為中心，因此病人報告結果(Patient-reported outcomes, PROs)越來越受到重視，其重要性將超越臨床照護結果[49]。病人就醫經驗(Patient experience)

調查則是評估以病人為中心的健康照護的測量工具[50]。以病人為中心的醫療照護模式當中，病患在接受照護之外、參與治療決策、追蹤管理自身的健康狀況，皆扮演著關鍵的角色。IOM 在 2006 年提出的報告「From Cancer Patient to Cancer Survivor: Lost in Transition」，指出癌症病人在治療結束後，乳癌存活者的照護需求存在缺口[51]。先前癌症追蹤的相關研究，多由不同的醫療提供者所擁有的資料庫進行分析；過去少有研究直接收集病人報告的癌症追蹤經驗，由病患觀點了解存活者對於追蹤的看法，對於評估及改善追蹤的醫療品質，深具重要性[52]。

在過去，對於照護品質的衡量有相當多的方式，包含分析行政申報資料、癌症登記資料庫、醫療紀錄、病人自我報告的測量、對醫師的調查及藥物與檢驗數據[53]。學者 Donabedian 所提出衡量照護品質的三個構面分別為：結構面(Structure)、過程面(Process)、結果面(Outcome)。透過這三個構面的區分，可以呈現出醫院醫療照護的品質狀況[54]，過往的醫療品質對於上述三個構面的呈現多以專業面的指標為主，醫療品質政策白皮書提到民眾其實較難了解指標背後的意義，而且指標的公開是對於醫療服務提供者端的醫療品質呈現。但對病人實際狀況的了解有限，所以以病人為觀點的品質指標逐漸開始發展，且在品質衡量的構面部分，效率及提供病人為中心的服務僅能透過病人自我報告的方式作呈現[55]。舉例來說，癌症疼痛的嚴重度及病人的疲勞或是擔憂程度也只能透過病人本身的報告來評估[56]。病人自我報告的醫療品質，能讓醫療照護服務的提供者了解當前的醫療照護服務是否滿足病人的真實需求。

「病人」是醫療照護品質的重要利害關係人，不僅是因為病人是醫療照護的對象，更重要的是，病人是醫療照護最終產物的承受者，因此所有的照護品質都需要以增進病人的福祉為最終依歸，病人觀點的醫療品質也需要納入參考作為評估[57]。此外，更因病人是醫療產業之消費者，病人可以依其主觀經驗評價其在醫療照護體系下與醫療提供者互動的經驗，來檢驗醫療品質過程面中專業人員的品質[58]。病人透過其特殊的觀點，可以洞察出有別於其他專業人員之照護品質問題像是治療方式的選擇、醫病互動間的感覺，並促使醫療服務提供者針對這些問題提出解決方案，同時文獻也指出，病人的正向照護經驗會帶來其較佳的治療結果，其中原因可能為正向的照護經驗與較佳的照護體系有關[59]。

以病人觀點來衡量照護品質並不是新的概念，然而過去醫療品質的測量及呈現方式仍限於臨床醫師與管理人員等專業的觀點及指標為主，民眾對於相關專業知識瞭解有限[60]，此類測量結果之呈現無法給予民眾在做任何照護決策時作為參考，但在近年來 IOM 提倡「以病人為中心」的照護模式以及所謂「互利」(mutual)照護下，病人的聲音再次受到臨床及管理人員之重視，並且致力於將這些經驗轉換為實際的品質提升活動。

病人報告結果的測量(Patient-Reported Outcome Measures, PROMs)為目前用來當作病人自我評價所接受到以病人為中心照護品質的趨勢[61]。此測量包含對於治療照護的經驗(Experience)及滿意度(Satisfaction)，在經驗的部分，被定義為「病人在其接受的照護或治療所實際發生的回饋(對於照護的報告)」；而滿意度的部分，被定義為「病人所經歷的照護過程、內容和結果，達到其原先期望的程度(對於照護的評分)」。然而在病人報告的測量部分，滿意度會受到一些不與實際醫療相關的狀況干擾，如病人的期望，這會

對滿意度的評分產生變異而對於研究的效度產生影響[62]。相反的，經驗是讓病人報告在醫療過程中的實際發生狀況，可以降低病人的主觀價值影響，可以有系統性的提供更為詳細的訊息作為醫療照護提供者對於提升醫療品質的參考[63, 64]，且評估病人經驗可以了解在醫療照護過程的各構面中，病人未被滿足的需求[65]。

而病人就醫經驗，在美國、荷蘭、英國等歐美國家，皆是以國家的衛生健康部門執行的全國性調查，並且每一年度進行一次，乃是對醫療品質改善的良好監測工具；而美國的就醫經驗調查(CAHPS)更連結支付制度，要求各醫療機構提供病人就醫經驗調查，方能給付相關項目。然而，我國則尚未發展出全國性就醫經驗調查，故本研究是參照英國的經驗，進行癌症病人就醫經驗調查。

貳、 研究目的

- 一、綜合核心測量、醫療利用績效、照護管理與綜合組織績效等核心構面，系統性全面探討癌症照護組織之整合績效。[Y1]
- 二、比較癌症診療品質認證計畫對認證與非認證醫院帶來之預期與非預期效應。[Y1]
- 三、驗證英國癌症病人經驗問卷(Cancer Patient Experience Survey, CPES)於國內癌症照護機構之適用性。[Y2]
- 四、進行六大癌症病人經驗之全國性調查，以病人觀點探究當前癌症照護品質現況。[Y2]
[Y3]
- 五、比較各疾病進程之癌症病人於癌症診療品質認證醫院與非認證醫院之病人經驗結果。[Y3]

參、 文獻探討

一、 健康照護組織績效相關研究

1. OECD 健康照護品質指標計畫(HCQIP)

經濟合作暨發展組織 (Organization for Economic Cooperation and Development, OECD)的健康照護品質指標計畫(Health Care Quality Indicator Project, HCQIP)，主要在發展一套 OECD 會員國可以相互比較的品质指標。2004 年透過參與國家和國際組織所選五個優先領域(心臟疾病照護、糖尿病照護、心理健康、病人安全、基本照護/預防)初步進行了醫療保健系統照護的品质測量，並發展指引該計劃的概念框架，結果共制定了 86 個指標(糖尿病照護 9 個、心理健康 12 個、心臟病照護 17 個、病人安全 21 個、基本照護及預防 27 個)[66]，此初步經驗證明了國際間結構化共識會議可達到如何測量上述五項領域的照護品質，並提供各國間醫療照護系統比較的結果資訊。

為了在現階段或未來可簡述績效的主要概念和構面，Arah 等[67]透過(1)最近發表的績效測量系統文獻；(2)大量諮詢 HCQIP 各國代表；(3)概念分析(conceptual analysis)，希望能發展出一個平衡的概念框架。發展概念框架第一步在了解此框架“要測什麼，達到什麼結果”(“performance of what-and to what ends?”)，接著勾勒出判定健康檢測的輪廓，以提供第一步驟設計 HCQI 框架。Arah 等參考了英國、加拿大、澳洲、美國、歐洲健康指標計畫(European Community Health Indicators Project, ECHI)、聯邦資金國際品質指標計畫(Commonwealth Fund's International Quality Indicator Project)、世界衛生組織 WHO、和經濟合作暨發展組織 OECD，認為 HCQI 目前的概念框架應該藉著健康決定因素加以修改，根據各國參考資料和廣泛性的回顧現有績效框架後，將各國健康照護績效構面的分析加以整理。

2. WHO-PATH 計畫簡介

世界衛生組織歐洲辦公室(The World Health Organization Regional Office for Europe)在 2003 年開發了一套醫院提升品質之績效評估工具(performance assessment tool for quality improvement in hospitals, PATH)，以發展和傳播具有彈性與綜合性的工具來測量醫院的績效，藉提供醫院此評估績效的工具，使參與醫院能彼此標竿學習，目的在協助參與醫院自我評估績效、了解評估結果，進而解決自身的問題，促進品質改善。計畫分三個階段(2003-2005)，第一階段：分析最近在全世界被使用且認同可評估醫院績效的廣泛性框架的不同模式和績效指標(2003)。第二階段：在八個國家進行 PATH 前驅性實驗(歐洲的比利時、丹麥、法國、立陶宛、波蘭、斯洛伐克，和加拿大、南非)，以評估 PATH 在評估醫院績效的可行性與可用性(2004)。第三階段：將 PATH 延伸至全部會員國(2004~2005)。

在第一階段時，PATH 組成了四個工作小組，31 個來自 15 個不同國家的專家(西歐和中歐國家、澳洲、南非和北美洲)在工作坊裡發表了國際間關於醫院績效很多有價值的經驗。並透過文獻回顧方式找出 100 個醫院績效指標，並藉由名目群體技術(nominal group technique)專家會議為每個個別指標評分，透過之前文獻回顧和 20 個國家的意見調查進行指標的篩選。透過文獻回顧、工作坊，專家會議討論，完成 PATH 框架下的績

效評估構面。此六構面分別為[68]：

- (1) 臨床效果(clinical effectiveness)；
- (2) 安全(safety)；
- (3) 以病人為中心(patient centredness)；
- (4) 回應的治理(responsive governance)；
- (5) 員工導向(staff orientation)；
- (6) 效率(efficiency)。

3. 組合分數

組織績效來自多重指標與構面的總和，如何經由加權與加總以得到最適合的整體表現，辨識經由組合分數之建構而來[69]。

組合分數的計算常來自：數個測驗分數的總和或平均數；一個測驗內的數個分量表分數的總和或平均數；前兩種情況所得的各個分數經過不同的加權處理之後的總和。實際的計算時，組合資訊的方法可以來自回歸分析的權重、專家判斷以及單位權重。

來自回歸分析的權重(Regression Weights)：是根據對成分分數(scores on the components)和標準值的測量(criterion measure)（例如：權重使用多元回歸確定的）之間的關係。此回歸的方法被定義為，最大限度地預測和標準之間的線性關係（至少用於產生權重的樣本中），這是統計上有定義，並且需要從決策者或專家沒有額外的資源需要衡量。當然，一個標準如果要是可用的，樣本量必須要相當的大，以確保權重分配和結果的穩定性。此外，回歸權重在不同條件下可能會很難被解釋，包含共線性的問題、內容效度、權重的有效性。

Expert Judgments 專家判斷：在這個以決策為基礎的方法中，專家被要求區分出不同的成分分數判斷。如在效用分析中，專家被要求在個人的績效表現總分為 200 分的子成分(sub-components)中做出評分，其中 100 分就被定義為平均的水準。在平均水準不同的情況下，可以作為整體成分中，相對權重的分配標準。在此方法中的一個變形是，主題專家(subject matter experts)可以在如同考試滿分一百分的總分中，分配出類似於相對權重占比的概念。

單位權重(Unit Weights)：單位權重在權重的文獻當中有兩種使用方法。有些人參考在多個成分中的原始分數的總和作為單元的權重，本篇文獻將這個方法歸類為將非標準化的分數被結合為“原始分數的權重”(raw score weights)；而另一群人所使用的單位權重是累加標準化分數(例如：每個成分的分數在採用相同的權重之前就先轉換為 Z 分數)。使用標準化分數作為權重的標準，因為原始分數的變異可能在綜合成分中權重的有效性產生重大影響，另一方面，標準化通常仰賴於手中樣本資料裡所觀察到的變異情形。因此，最終的加權函數將取決於樣本中成分得分的分佈情形。

在以方法學為基礎的回顧文獻上，作者提出單位加權是將分數匯總成一個組合、整體或計算分數上，一個非常合乎邏輯的做法。若要在小樣本群體(<75 樣本數)中加權，單位加權較回歸加權來得好；若是在中等樣本的群體中(例：200 樣本數)，則兩個加權方法沒有差別；而在較大的樣本中，有一種普遍的概念，即是回歸權重來的比較好。研究建議，單位加權應認真地考慮作為一個具有邏輯性和可辯護的選項，相對於差別(differential)(工作分析或 SME)在內容效度中的比重情況。因為單位權重的基本邏輯，並

且從整體方法學文獻中的強力結果顯示，建議單位重量的實用性將大幅提升，在許多其他情況下也是如此。

在使用者反應的部分具有重要性，差分加權可能是有用的，當專家發展了一個具有高度邏輯論證的測試，因此，使用者的反應，基於一個強大的與內容相關的論點，代表一個重要的考慮因素，並可能使差別權重(differential weights)被認為是合理的證據。增加 SME 的所有權/參與（通過提高評分的參與）的期望，也是值得考慮的。

從美國新聞與世界報導之最佳醫院的方法學，可以參考其在結構面、過程面、結果面以及病人安全等構面之權重[70]。

專科別醫院品質指標(IHQ) = [結構面指標的分數*0.3] + [過程面指標的分數*0.325] + [結果面指標的分數*0.325] + [病人安全指標的分數*0.05]

結構面指標的分數是結構面的細項是結構測量的常態值的加總；結果面指標的分數是過程面測量的常態值的加總；結果面指標的分數是結果測量的常態值的加總；病人安全指標的分數是病人安全指標分數的常態值的加總。

結構分數的元素與權重以癌症為例，30%中包含病人服務量(5.7%)、護理人力(5.7%)、主要科技(4.3%)、磁吸醫院(2.9%)、NCI 認證(2.9%)、病人服務(2.9%)、專責主治醫師(2.9%)、移植認證(2.9%)等。其中主要設備包含乳房攝影影像導引放射療立體定位放射手術、螺旋多切電腦斷層、PET CT 機器人手術 shaped-beam radition single-photon emission CT、移植等。病人服務包括基因測試諮詢、安寧病房、緩和照護、疼痛管理計畫、感染隔離病房、燒傷管理服務、病人控制止痛劑等。

過程分數(32.5%)：過程面指標的組成包含發展且持續提供高品質服務的風評，經由同儕互相評量的果，醫師的問卷調查基於通過專科學會認證的醫師，問卷中醫師被要求提名在他們的專長領域之最佳醫院(不管費用 地理位置 病人的嚴重或有困難病情等)，分層抽樣來自人口調查的分布(西部、東北部、南部與中西部等)以及專科別，以確保代表性。前一年的算法是擁有最高分數的醫院可以得到滿分，2012-201 年醫院會得到標準常態化後的風評分數。例如在某一專科最高的評分數是 80%，該醫院會得到標準化分數 0.8，由於風評佔 32.5%，醫院僅得到 0.8 x 32.5 or 26。

結果分數(32.5%)：首先定義老人母群體，再將轉入院的病人排除於死亡率的計算，結果指標為入院三十天內死亡率，然後調整最高與最低轉院百分比的醫院，基於轉院資料可以找出例外值的醫院，對於最高轉入百分比的醫院進行調整(每增加一個百分比增加兩點，調整數值為 0—0.25)，低服務量的醫院的死亡率進行調整(76 百分位 0.01；90 百分位 0.10；最低的醫院 0.25，數值範圍 0.0—0.25)。最後是調整 MedPAR 的資料以改善代表性。

病人安全分數(5%)共有六個指標：手術住院病人之嚴重但可治療併發症的死亡、醫療引起的氣胸、手術後出血、手術後呼吸衰竭、手術後傷口無法癒合、意外的針扎撕裂傷等，各佔 16.7%。

有四個專科別(眼科、精神科、復健科與風濕免疫科等)只依照醫師的風評，當為整體分數(沒有其他的客觀資料可參考)。除了個別科別的排行之外，本方法學也試著得到跨科別之間的組合分數，2010-2011 年的榮譽醫院名冊中，要列入名冊，必須要在 16 種專科中至少六種達到超過兩個標準差，醫院的排序超過 4 個標準差以上得 2 點；排序在 3-4 標準差之間，得 1 點。2013-14 修正後，排名在前十名得到兩分；11-20 名得一分。

對於只以風評來進行排名的科別，排 1-5 名得兩分，排 6-10 名得一分。

對於要進行單一癌症的排序，跨癌症之間的排序，以及跨醫院績效之間的排序，最佳醫院排行的方法學，頗具參考與實用價值。

美國 CMS 早年的論質計酬的試辦計畫中，也運用不少的組合分數之計算，包含全有全無、粗總和、指標平均、個人平均等。最新的 OBAMA CARE 中進則照護組織，有以下的嘗試。

4. Guide to Quality Performance Scoring Methods for Accountable Care Organizations

本篇研究的目的是提供醫療保險共享儲蓄計畫(Medicare Shared Savings Program)中品質績效評分的指引，他應用於所有的可責性照護組織。由於要符合可負擔的醫療法案(Affordable Care Act)，在 ACO 可以產生儲蓄分享前，它必須證明它符合該年度的品質績效標準，CMS 衡量照護品質是使用了 33 個國家認可的測量，在四個關鍵領域：

病人/照顧者的經驗 (7 測量)、照護的協調/病人安全 (6 測量)、預防保健 (8 測量)、高危險人群[糖尿病 (6 測量); 高血壓 (1 測量); 缺血性血管疾病 (2 測量); 心臟衰竭 (1 測量); 冠狀動脈疾病 (CAD) (2 測量)]。上述 33 項測量的呈現是透過結合了網路的臨床品質測量呈報介面，病人/照顧者的經驗調查，申報資料，以及 Medicare 和 Medicaid 電子健康記錄 (EHR) 激勵方案的數據。該最終規則建立共享的儲蓄計畫需要一個標準化的病人/照顧者對於照護的經驗調查，該調查是由 Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (CAHPS) 所管理。

33 個品質測量將被改為 23 個測量。CMS 考慮將個人 CAHPS 測量 (不包括健康狀態/功能狀態指標) 聯為一體來測量。將兩項 CAD 的測量合併成一項，和將五項糖尿病的測量組合成一項，同時也將照護的協調和 EHR 的部分加倍權重來測量績效的表現是否不佳。這計畫中，設定最低程度的績效水平是 30% 或第 30 百分位，若低於這項排名，則不給予積分。

陳宗泰教授在糖尿病的研究中，也將組合分數之方法分為 1) nonlatent scores methods (e.g., the raw sum score and the all-or-none score methods) 以及 2) latent scores methods (e.g., item-response theory-based Models I and II and the PRIDIT model) [71]。

張原肇等人的研究則把組合分數的作法分為全有全無(all-or-none)，達到七成作為標準(70% standard)，相等權重(equal weight)，運用分析層級程序法以獲得權重(analytic hierarchy process)，以及主成分分析(principal component analysis algorithms)等類別，來計算大直腸癌核心測量指標的總和結果並加以比較[72]。

受限於資料的可行性，本研究將針對效果面之核心測量指標以及服務量，來作為主要的分析內容。

5. 服務量對於癌症照護結果的文獻整理如下

自從 Luft 等人於 1979 年於新英格蘭醫學雜誌發表 “Should operations be regionalized? The empirical relation between surgical volume and mortality” 這篇著名的研究後，引領學界開始探索服務量與照護結果之間的關係[73]。過去數十年間，此領域的研究主題以外科手術大宗，如心臟冠狀動脈繞道手術、經皮冠狀動脈擴張術、頸動脈內

膜剝離術，以及肺癌、肝癌、胰臟癌及食道癌的切除手術等等[74-76]、膝及髖關節置換[77]、極低出生體重的新生兒照護[78, 79]、先天性心臟病[80]等等。而國內相關的研究也包含癌症[81]、冠狀動脈繞道術[82]、出血性中風[83]、腎臟移植[84]等等處置。

驗證手術服務量與死亡率的關係，其認為服務量與照護結果的關係主要可能有兩大假設，首先是熟能生巧效果(practice makes perfect)：因為醫院或醫師累積較多的經驗所以有較佳的療效；另一個則是選擇轉介(selective referral)效果，此理論指出高服務量與較佳的照護結果是由於該醫院的病患有較佳的療效，因而被選擇或是被推薦到該院就診，進而擁有較高的服務量[73]。服務量-結果研究在過去傳統上服務量-結果研究的結果變項為最終結果-也就是死亡(mortality)為主要研究變項，在近三十年間的發展歷程上，有許多其他次要的結果變項同時也被討論，例如住院天數、再住院以及併發症(如術後感染、敗血症、肺炎、泌尿道感染等等)等等。

近年來癌症的服務量結果研究也相當盛行，例如 Borowski 等人使用英國全國性的資料，同時驗證醫院服務量與醫師個案量對於大腸直腸癌患者短期結果與五年長期存活率的影響。結果顯示高醫師服務量的存活情形和術後死亡情形顯著低於低醫師服務量組；醫院服務量的部分，在直腸癌手術中可看出高醫院服務量與低醫院服務量兩組之間的存活情形有差異，但中醫院服務量組與低醫院服務量組則無差異[85]。然而 Simunovic 等人[12]使用 1990-2000 年加拿大安大略省癌症登記資料庫的資料，瞭解醫院特性(服務量、是否為教學醫院等)對於乳癌、結腸癌、食道管癌、肝癌手術切除的病人之術後死亡率以及長期存活率的影響。在結腸癌的部分，結果顯示高醫院服務量與低醫院服務量對於病人術後死亡及存活率的影響不具有顯著差異。但針對乳癌、肝癌、肺癌病人，醫院服務量將會顯著影響其長期的存活率[12]。Lien 等人針對肺切除手術之病人，同時探討醫師服務量與醫院服務量對於院內死亡的影響，其結果顯示出醫師服務量對於院內死亡具有顯著差異，但醫院服務量則無。病人由低服務量醫師治療其院內死亡風險顯著高於中醫師服務量組別及高醫師服務量組別。而醫院服務量並非一個顯著預測肺切除手術病人院內死亡的變項[86]。Sioris 等人以 1988-2002 年芬蘭全國性資料，分析醫院特質對於 5339 位非小細胞肺癌病人之院內死亡及長期存活率的影響，經由多變項分析結果顯示醫院服務量或醫院型態對於病人院內死亡無顯著影響，但對於長期存活率而言，醫院型態以及醫院服務量具有顯著預測能力，低醫院服務量(0-4 個案/年)相對於高醫院服務量(>20 個案/年)有顯著較低的癌症存活率及整體存活率[17]。Chen 等人探討醫師服務量以及醫院服務量對於照護結果的影響，其以乳癌手術患者為分析樣本，結果顯示無論是醫師服務量或醫院服務量對於病人五年存活率皆有顯著影響性[87]。Nattinger 等人探討外科醫師服務量對於 66 歲以上女性乳癌病人之整體死亡率、因乳癌死亡率以及非乳癌死亡率的影響。其在研究中使用傾向分數法(propensity score analysis)校正潛在選樣偏差，並以 Cox 比例風險模型進行分析。研究結果顯示，醫師服務量顯著影響病人整體死亡率以及非乳癌死亡率，但醫師服務量對於因乳癌死亡率則無顯著影響關係[88]。Nomura 等人以日本大阪的乳癌患者為研究樣本，探討醫院服務量與病人十年存活率的關係，結果顯示，僅有極低服務量醫院(每年個案量小於 15)與高服務量醫院(每年個案量介於 94-123)於病人十年存活率有顯著差異，其餘服務量組別(中、低)則與高服務量醫院無顯著差異[89]。Ahn 以韓國癌症資料庫 1994-1996 年共 1351 位乳癌患者為對象，研究醫院服務量與乳癌病人非計畫再入院率的影響，結果顯示病人於高服務量醫院就醫其非計畫

再入院率相較於低服務量醫院[90]。Mayer 等人以英國接受根治性膀胱切除術的病人為樣本，以階層模型分析探討在校正病人疾病嚴重度、醫療機構之結構及過程測量(例如：手術等候時間等)之後，服務量與病人死亡率的影響。結果顯示，相較於低服務量醫院，中服務量醫院有較高的院內死亡風險，但高服務量醫院則與低服務量醫院無顯著差異，此結果與過去文獻不盡相同。而醫師服務量與照護結果的關係並未達統計上的顯著意義[91]。Lee 等人以台灣罹患口腔癌且接受腫瘤切除及重建的患者為研究對象，瞭解醫師手術個案量與住院費用、住院天數的關係。以階層線性迴歸為主要分析方法，結果顯示，在校正病人、醫師及醫院的特性後，由低服務量醫師照護的病人有顯著較高的住院費用以及較長的住院天數[81]。

此外，近來也有研究參照 Donabedian 所提出的醫療品質評估架構-結構、過程、結果-來探討過程面的品質，是否在服務量與結果之間扮演重要角色。如 Peltoniemi 等人在芬蘭的乳癌研究，結果顯示相較於低手術量的醫師，高手術與中手術服務量的醫師較有機會執行乳房保留術，而低手術量的醫師，其病人淋巴結切除的數量較少。但在乳癌病人復發的部分，則三組之間並無顯著差異[92]。而 Kuo 等人利用台灣癌登資料探討服務量、照護過程品質與乳癌病人死亡及再復發的關係，結果顯示照護過程的品質，比起服務量，與乳癌病人死亡及再復發更為相關[93]。而 Comber 等人則發現在醫院與醫師的直腸癌服務量與直腸癌的照護品質並未有一致性的關係，可能的解釋是直腸癌的照護品質並不能用單一指標來衡量，而照護品質與存活之間並無相關[94]。

Salz 和 Sandler [95]回顧 1979-2002 年 22 篇文獻，其中文獻共包含八個北美和歐洲國家共計 5,984,195 位直腸癌病人，探討分析醫院服務量以及醫師服務量對於直腸癌病人手術後照護結果的影響，並且根據文獻的結果整理出綜合的結論。其結果顯示醫院服務量、醫師服務量與手術方式以及術後死亡率有關，較高的服務量會有較高比例的括約肌保留手術以及較低的術後死亡率。但醫院服務量、醫師服務量對於併發症比率、局部復發率、整體存活率以及特定癌症存活率都沒有顯著的影響[95]。Nugent 和 Neary 回顧 1997-2009 年 18 篇英文文獻探討直腸癌手術服務量對於照護結果的影響，結果不僅指出各文獻所使用的服務量切割點差異非常大，也發現不管是以括約肌保留手術、術後住院天數、二年死亡率、五年存活率或局部復發率作為照護結果的指標，綜合各文獻均沒有一致的結論。但大多數研究指出在高服務量醫院和高服務量醫師組別有較低的術後住院天數以及括約肌保留手術；而服務量和死亡率或是局部復發率並沒有顯著負相關[96]。

在過去數十年間，服務量-結果研究外科領域大行其道，雖然多數研究支持高服務量會有較佳的結果，但也有部分研究認為無關或持反對的意見。然而在研究設計上卻也面臨許多挑戰，例如 1.是否有適當的風險校正程序；2.不同研究中，對於服務量的高低定義不同；3.服務量並不能確切反應醫療提供者經驗；4.所謂的服務量究竟是指醫院服務量、還是醫師服務量或者是部門服務量；5.忽略了資料的巢套(nested)現象，可能導致估計錯誤；6.結果受許多因子影響，照護過程的影響多未納入分析[82, 97-102]。這些都是未來癌症的服務量結果研究必須加以克服之處。

二、 認證/評鑑對品質的影響

Alkhenizan & Shaw(2011) [103]以文獻回顧的方式，探討醫院評鑑對於醫療服務品質

的影響。所收集的文獻包含很多元的研究設計，從橫斷研究、縱貫性研究、前瞻性研究、回溯性研究、介入前後對照實驗設計。內容包含三部分：(一)一般評鑑對於醫院整體績效的影響；(二)一般評鑑對於醫院單一方面績效的影響；(三)專科醫院評鑑的影響。評鑑對於醫院整體績效影響的結果中，發現有參與評鑑的醫院，對於醫療照護品質的指標遵從度較好，而沒有參加的醫院指標遵從度，就未能顯著的提升。有參加評鑑的醫院能改善醫療人員及護理人員組織結構及設備和安全，並可以顯著減少非預期的住院。然而，有無參加評鑑，對於用藥錯誤發生率是沒有差別的；且對於病人滿意度也沒有顯著的相關。對於醫院單一方面績效的影響中，指出 AMI 的病患在有參與評鑑的醫院做治療，會得到較高的照護品質，死亡率也會較低、手術單位及麻醉單位也較會有配藥的指引。最後，對於專科醫院評鑑的影響，發現病患在參加評鑑的醫院就診，在 24 小時內接受阿斯匹靈和 B-blockers，AMI 的核心測量指標，會有較高的遵從度。而其中一篇在美國進行回顧性分析，經皮冠狀動脈介入治療的胸痛專科醫院，有參與評鑑的醫院比起沒有參與的醫院作比較，有較顯大的結果。檢視頸動脈多普勒超聲掃描有無參與評鑑的實驗室進行調查，發現沒有參與評鑑的實驗室，病人在檢查頸動脈的狹窄程度有高估 51% 的狀況。

但是卻有些研究指出評鑑對於醫療品質沒有影響，顯示評鑑與醫療品質沒有相關，不能確保有高品質的照護，有參加評鑑的醫院，未必真的能改善品質指標；也有研究指出依照評鑑標準而改善其指標遵從度，但是不會影響臨床上指標的績效；評鑑與照護結果的測量沒有相關性，以及評鑑的等級與照護品質的指標(每日病床的成本、佔床率、醫療人力比)沒有顯著的相關性；每個臨床上的指標都源自不同的測量系統，加上指標的發展和實施方式也不同，就不能期待有相同的成果，所以應該要有相同的測量標準，也說明了評鑑並不能有效降低用藥錯誤率，是因為用藥錯誤可能有許多潛在原因需要被釐清，不是透過評鑑就能被改善的。

Braithwaite et al. [104]在 2006 年探討如何才能有效度的去研究評鑑過程所帶來的影響及價值。現存的研究缺少嚴謹的評鑑過程及評鑑與績效之間的深度分析，希望能有效度的去研究評鑑過程所帶來的影響及價值。作者設計一個研究來調查 Australian Council on Healthcare Standards(ACHS)評鑑過程、成果及影響，有五個主要變項：組織的績效、臨床上的績效指標、組織文化、消費者的參與、評估品質改善的績效。研究結果發現關於評鑑方面的研究應該要提供實證研究去探討臨床指標績效、組織文化、消費者參與和評鑑標準之間的關係。若沒有一些實證做基礎，只是一直花錢評鑑導致成本太高。而會設計這樣的一個研究，是因為對於影響評鑑各個變項因素之間的關係要能有實證之研究。可見研究評鑑對於組織或個體績效所帶來的影響是很重要的。

Birkmeyer[105]表示 NCI 醫院在大腸切除手術與控制組相比有較低比率。利用卡方檢定分析發現：NCI 醫院有較高比例在合併症嚴重指數大於 3%、NCI 醫院有較高比例在治療黑人於囊腫切除術、大腸切除手術、肺臟切除術、控制組 85 歲以上民眾有較高比例於大腸切除手術與胃切除術。NCI 醫院在大腸切除手術、肺臟切除術、胃切除術、胰臟切除術等，有較低手術死亡率(調整後)。利用羅吉斯迴歸分析結果發現，手術死亡率部分 NCI 醫院於胃切除術、胰臟切除術，手術死亡率優於控制組。雖然於大腸切除手術與胃切除術於統計上達顯著差異，但對危險比接近於 1。且五年存活率，NCI 醫院與控制組之差異小於等於 4%

Merkow [106]之研究指出下列三點結果：

(1) 資料篩選後得出，52,265 位大腸癌病患, 11,838 位胰臟癌病患, 4804 位食道癌病患。曾執行大腸癌手術有 310 家，胰臟癌手術有 259 家，食道癌手術有 275 家。

(2) 治療方面

A. 大腸癌：在 NCI-CC 醫院病患在手術前較常做化療放射線治療，且癌症擴散病患也較多。除此之外，較常執行手術時同步進行肝臟切除、結腸左曲摘除術、鄰近器官切除，但較少執行去沾黏手術。

B. 胰臟癌：於 NCI-CC 病患中黑人比例較少，也較少第四類病患(ASA)，較少病患曾有神經系統相關疾病、術前呼吸困難(preoperative dyspnea)或慢性阻塞性肺病。但較多病患在手術前曾接受化療與放線治療。NCI-CC 醫院較常執行淋巴結清除術(Extensive lymphadenectomy)、血管重建，較少執行去沾黏手術。

C. 食道癌：於 NCI-CC 病患中非白人種族比例較少，也較少第四類(ASA)、低蛋白白血症、曾有神經系統相關疾病或高血壓病患。NCI-CC 醫院較常執行淋巴結清除術(Extensive lymphadenectomy)、鄰近器官切除，但較少執行去沾黏手術。

D. 共通點：較少執行去沾黏手術

(3) 醫療結果方面：在調整人口學特徵、危險因子與手術複雜度過後，NCI-CC 醫院於

A. 大腸癌：死亡率、急救失敗呈現顯著負相關；但對手術部位感染呈顯著現正相關。

B. 胰臟癌：粗手術部位感染呈現顯著正相關、延長住院天數呈現顯著負相關。

C. 食道癌：延長住院天數。

Kilsdonk(2014)等人發現[107]，部分的癌症照護評鑑有其正面影響，但由於照護結果評量結果難以具體說明的特性，以及照護過程中可能的干擾因素造成的影響難以區分出來，故評鑑結果須審慎的解讀。NCI designated Centers 的 30 天死亡率較其他的醫療機構減少了 33% [108]。NCI designated centers 的大腸直腸癌的病例，有較低的術後死亡率並且提升長期存活率[109]。

在一級的治療指引，所有中心的遵循率皆為 90% 以上，較低級別的治療指引，遵循率從 30% 到 97% 不等，NCI designated centers 則通常有較高的遵循率。在遵循治療指引的前提下，NCI designated centers 與非 NCI designated centers 的照護品質僅有微小的差異，然而照護品質的差異仍然存在，此差異可能來自於具高共識度卻低證據度的治療指引。NCI designation centers 是一個呈現 center of excellence (COE) 很好的方式。本篇研究建議，COEs (center of excellence) 應提供差異化照護，但不一定是更好卻非必需的照護。這將會提供較為合適且安全的緊急醫療照護[110]。

一研究指出評鑑對於醫院的影響主要結果可分為兩大部分，一為成本方面，二為效益方面。成本方面，至醫療照護評鑑實施會對於醫院成本有影響，且是負面影響，評鑑會增加醫療照護機構營運成本，成長幅度約介於 0.2~1.7%。效益方面，於各研究顯示醫療照護機構評鑑制度對於醫療照護機構病人安全與照護品質影響尚無確切定論。由結果可得知評鑑制度對於成本是有影響，但效益部分卻無法有定論，目前經濟評估方法不多，且並無明確且穩定經濟評估方式[111]。

一研究主要在討論丹麥醫療照護評鑑制度，因為丹麥醫療提供者對於評鑑有兩大疑慮與評論，一為目前尚無實證證明評鑑對於照護結果會有正向關係，二為評鑑會造成醫

療單位許多困擾與成本增加，因此，此篇研究透過文獻回顧方式探討丹麥醫療照護評鑑系統與其系統對丹麥醫療影響。

回顧文章類型主要包含相關法律與法規、丹麥中央與各地方政府協議、政府單位報告、丹麥醫療人員所提出報告、期刊及報紙，蒐集年限為 1970~2012。蒐集資料方式有二，一為利用 Danish information service Infomedia 網站進行搜尋，另一則為利用 google 搜尋找尋相關文章(滾雪球方法)。研究結果主要可以分為三部分，第一部分主要是在介紹丹麥醫療照護系統由來及發展，於此部分文章中提到丹麥醫療照護系統起源來自四大原則/要素，丹麥醫療照護系統著重於新疾病與治療分類方法、電腦化管理、注重成本效益及顧客抱怨。第二部分主要在講述藉由國外醫療品質評核系統導入會對於丹麥醫療照護系統有極大幫助，改善評鑑系統舊有的問題。第三部分提到丹麥醫療照護評鑑系統主要採強制參加制，此種政策令丹麥醫療人員極大反彈，且醫療人員對於評鑑整套制度上又存疑，但在第三公正機構 IKAS' 出現後，針對現有問題進行改善，讓反對聲浪有較平和趨勢。

研究的結論為醫療機構評鑑導入對於醫療單位影響甚大，若評鑑制度較不明確會影響到整體評核，且對醫療照護品質並無幫助，更增加醫療單為其成本負擔[112]。

在過去研究中，極少數文章探討醫療照護評鑑帶來效益，但其證據力些有不足。曾有文獻回顧文章針對醫療評鑑議題進行探討，該研究利用 medline 進行文獻搜索，搜索到與醫療評鑑相關文章約有 3000 篇，但僅僅只有 112 篇與醫療評鑑效益有關。在影響醫療評鑑實施要素學術文章只有 12 篇，雖文章篇數過少，但影響醫療評鑑因素對於國家醫療政策有極大影響力，因此，此研究透過質性研究方法，以利害關係人觀點出發，探究影響醫療評鑑實施要素。此研究採質性研究，所使用質性研究方法為焦點團體法與個人訪談，樣本徵選方式是由 33 組織提名醫療照護評鑑主要利害關係人，其選取方式有利用地區進行取樣，樣本具全國代表性。利用焦點團體法與個人訪談所得資料會透過主題分析法進行分析，選出影響醫療評鑑實施主要要素。焦點團體法 39 次，個人訪談 258 次，焦點團體每次人數約 3~8 人。

研究結果找出四大主要影響醫療評鑑實施因素與九個影響醫療評鑑實施主題。四大主題因素為 1.醫療評鑑是需要相同、有效且與醫療品質有關標準 2.醫療評鑑是被醫療照護人員所能接受的 3.醫療機構是有能力能通過評鑑 4.醫療評鑑必須有適當性與其他衛生監管機關一致，且通過評鑑是需給予獎勵。

研究結論為此研究找出有利於實施醫療評鑑因素，且指出四大有利於醫療評鑑因素與主體間互動關係及相關性，四大有利醫療評鑑因素與九大主題對於醫療評鑑實施成功可能性增加[113]。

三、 病人就醫經驗

(一) 病人報告結果的測量

現今醫療品質發展趨勢，強調以「病人為中心」的照護，因此病人報告結果(Patient-reported outcomes, PROs)越來越受到重視，其重要性將超越臨床照護結果[49]，並且以發展評估病人報告的工具(Patient-reported outcomes measure, PROMs)，做為醫療品質改善的根據，以病人為中心的測量工具包含有：滿意度調查及病人就醫經驗調查

[114]滿意度調查是利用以測量對病人實際就醫經驗達到其期望的程度，文獻指出若要持續性的進行醫療品質改善，則應該對病人實際就醫經驗或者是期望進行了解[62, 115]。然而，測量滿意度調查的問題[62]有以下，見下表表 3-1：

表 3-1 滿意度調查的問題

項目	問題
	滿意度為個人主觀意見，因為每一位病人的文化背景等因素不同，對於照護的期望因此而有所不同，因此在滿意度調查的評估情形，將產生很大的變異，也因此信度較差，無法發展全球適用之滿意度調查。
	滿意度調查反應的是接受醫療照護者的知識與期望，而不是醫療照護提供者的服務品質，以及其所提供的照護內容。
	對於醫療服務提供的照護過程，必須要區分成滿意與不滿意，但是因為評估滿意度容易受到照護結果的好壞影響，因此要使滿意度調查結果，不受照護結果的影響是困難的。
	一般來說人們的態度跟行為應是一致的，在認知失調理論之下，若對於自己所選擇的醫療照護服務提供者不滿意，人們傾向不會承認自己的選擇是錯的，因為那將意味自己的態度跟行為不一致。

如上表表 3-1 所示，應該要詳細的呈現病人在醫院的實際情況，而不是僅僅進行滿意度調查。病人就醫經驗能夠呈現醫療照護品質的許多面向，同時也能夠評估病人安全以及效率[116]。

測量病人就醫經驗，應採用具有良好信效度的測量工具，以用於評估醫療照護提供者與病人之間的互動情況[117]。評估病人就醫經驗的調查並且公開報告，來幫助病人選擇醫療照護服務提供者以及照護計畫，為現今健康照護機構的研究趨勢[118]。再者，病人就醫經驗，可以幫助醫院的醫療品質持續進步，同時也能做為監測醫療品質改善成效的測量工具[119, 120]。

病人報告結果的測量(Patient Reported Outcome Measures, PROMs)定義為直接從病人端收集病人對於自身健康的報告，而非透過臨床醫師或任何醫療人員的解釋或修改，可以透過病人對於治療或生活方式的改變來看判斷對其生活品質的影響，也可以作為病人對於整個醫療過程環節的評價[121]。病人報告結果的測量從 2007 年開始被提倡，在學者 Darzi(2007)對 NHS 未來的建議中提到，NHS 應該重視病人所報告的結果，並將其作為衡量整體醫療品質相當重要的一環[122]。隔年，病人報告為結果的測量由急性的醫療服務做為開端，首先在關節置換術、靜脈曲張手術、腹股溝疝氣手術的病人進行測量；接著在 2009 年開始發展了癌症相關的病人報告結果[123]。在過去的病人報告結果的測量多是以學者們獨自發展的問卷或是量表來做測量，缺乏一個系統性的整合跟大規模的調查[124]。時至今日，在歐美國家已經出現有規模的組織專門的在收集病人報告結果的資訊作為病人端醫療品質的呈現，在收集資料的方式多以問卷發放為主，在發放的數量也有達到相當龐大的量[125]。舉英國的病人報告結果為例，Department of Health 中的 Quality Health 在 2010 年使用了以病人報告結果的測量方式所發展的病人就醫經驗問卷

(Cancer Patient Experience Survey, CPES)做了全國性的病人就醫經驗調查，並以此報告的結果來判斷病人對於急性癌症照護的優點與缺失[126]。

透過文獻回顧過去的研究顯示，病人報告結果所量測的醫療品質主要分為病人經驗與滿意度，其差別在於滿意度是對於醫療照護的過程或是整體醫療結果進行評分，通常是以一個總體性的分數來代表整體醫療品質的好壞，換句話說，分數高就代表整體品質較好；分數低就代表整體品質差，比較無法去看到細部醫療照護過程的情形。但在病人經驗的部分，是以病人對於接受到醫療照護的實際感受去做回應，並不是單以一個總體性的分數來代表整體病人經驗，而是針對醫療照護過程的各個不同構面去作量測，可能會從確診前的就醫情形到後續的追蹤的狀況作一個完整的調查，如此一來，醫院端可以明確的知道在醫療照護過程中的哪個部分是病人們覺得比較不足的，透過病人經驗所量測出的醫療品質可以明確的和臨床指標做出區隔，可以完整的代表病人們對於醫療照護的評價跟醫院實際執行情形[127]。病人就醫經驗的過去是以病人滿意度作為研究的方向，以病人在不同的醫療照護過程中對於各個醫療處置過程的滿意度評價作為病人就醫品質和經驗的呈現[128]。

(二) 病人就醫經驗的重要性

學者 Jason 回顧 2000 年至 2014 年的相關文獻，整理出病人就醫經驗之定義，而本研究將其定義歸類為病人就醫經驗之重要面向[129]，整理結果(如表 3-2)發現：以病人為中心的照護、醫病間的溝通和互動、醫病關係、參與治療決策、情緒支持、資訊的給予、照護服務的連續性等，在病人就醫經驗中都是相當重要的面向。Jason 也藉由文獻回顧結果指出：現存常用的病人就醫經驗定義缺乏一致性，雖近年來有越來越多此議題的相關文獻，但卻沒有凝聚出一個公認的定義說法，原因可能為實務面無法套用一定義於所有個案情況上，以及競爭利益影響了整體醫療體系的運作。

另有一篇系統性文獻回顧研究以病人觀點之醫療照護品質作為主題，欲加以了解在不同情境下病人認知是否會有所不同，回顧結果從 36 篇文獻中統整出 10 個病人觀點的品質構面(溝通、可近性、決策共享、醫療服務提供者的專業知識和技能、物理環境、病人衛教、電子病歷、疼痛管理、出院過程以及預防性醫療措施)，其中，溝通為出現次數最頻繁的構面，佔 36 篇中的 26 篇，其次為醫療可近性(19 篇)及決策共享(9 篇)，研究者更提出結論說這些品質構面可作為規劃和評估醫療照護傳遞的主要依據，而未來研究也應多以病人經驗來評估介入措施對病人的成效為何[130]。

在癌症方面，有研究指出癌症病人就醫經驗中的重要面向有以下五項；1.提供符合癌症病人所需的服務(如：情緒支持)；2.提供資訊給病人及其家屬(如：自我管理的相關資訊等)；3.減少等候時間(如：看診、掛號、化療等)；4.提供便利性(如：容易與醫療人員接觸、簡單的掛號流程等)；5.醫師和其他照護者間的照護協調性[131]。

Kendall 等人也提出癌症病人所重視的面向，有資訊、溝通、照護公平性、整體態度和以病人為中心的照護[132]。國內亦有相關研究探討癌症中心病人面向的照護品質，提出參與決策、告知疾病訊息、說明副作用和其對身體/心理/社會層面的影響、照護的完整性/連續性/適時性等面向，結果顯示「病人在被告知疾病訊息並於決定治療模式時受尊重」以及「醫院能提供完整、連續、適時及適當對待病人之醫療照護」最重要的兩個面向[133]。

表 3-2 病人就醫經驗之重要面向

文獻作者/年分	重要面向
(Bleich et al., 2009) [134]	病人自主性、治療方式選擇、醫病溝通、保密性、病人尊嚴、醫療人員即時性的關注、醫療院所基本設施的品質
(Weiss & Tyink, 2009) [135]	以病人為中心的照護、高品質的照護、及時性的回應、照護的協調性、可靠性
(Feirn et al., 2009) [136]	醫病互動、醫療過程中醫病間的關係
(Bowling et al., 2012) [137]	就醫環境的清潔度、動線指引、前台人員的協助、富有專業知識的醫師、說明清楚且易懂的醫師、參與治療決策、減緩症狀或問題、疾病原因和管理症狀的相關資訊、治療方式的益處/副作用資訊、有機會可以討論問題
(Frampton, 2012) [138]	醫病互動(醫療人員與病人及其家屬的溝通和協調)、照護環境
(Needham, 2012) [139]	社會支持、情緒支持、以病人中心的照護、醫病間的夥伴關係
(Staniszewska & Bullock, 2012) [140]	視病人為全人、回應照護方面的重要需求、照護服務的連續性、醫病關係的連續性、讓病人能夠充分參與醫療過程
(Stempniak, 2013) [141]	照護服務的連續性、減緩病痛、情緒支持
(Hewitson et al., 2014) [142]	醫療人員與病人間的互動、資訊的給予、決策的參與、疾病自我管理的支持、照護整體評價
(Staniszewska et al., 2014) [143]	讓病人充分參與醫療過程、服務的回應性、以病人為中心的個人化照護方式、照護服務的連續性、醫病關係的連續性、醫病溝通、資訊給予、社會/情緒支持

(三) 影響病人就醫經驗的因素

1. 病人特質

回顧過去的研究結果顯示，癌症病人的就醫經驗會受到其個人的特質的影響[36, 144]，美國學者系統性回顧了過去癌症病人的各醫療構面滿意度及後續生活品質後，提出在進行相關研究時也要考慮控制癌症病人的癌症類型、期別、治療類型、人口學特質[145]。

另有研究顯示，對於接受初級照護以及住院照護之病人，隨著年齡的增長，會給予較正面(more positive)的照護評價[128, 146-148]，特別在年齡 65-74 歲範圍內的病人，比其他年齡群有更高比率的正面評價[149]，此外，也有文獻指出，對於參與癌症照護決策之感受，年輕的病人以及年齡最高的病人有比較差的評價，然而卻可歸因為不同原因，較年輕的病人可能對醫療照護的品質期待較高，因此當參與決策過程不如預期就會給出較差的評價，而老年人在參與決策給予低評價的原因可以歸咎於與醫師溝通量無法實質參與決策有關[150]。

如果以性別來看，女性給予正面評價的比例低於男性[148]，在使用初級照護的方式上也有明顯的差異，女性有比較高的諮詢率，並較男性在有症狀時有更早的使用醫療諮詢服務。女性雖然有較高的會面率(consulting)，但與男性在所有病人經驗構面中，皆未達顯著差異[146]。

種族若以概略的白人及非白人作為區分，會發現非白人給予正面評價的比例明顯低於白人，更細緻的研究發現其中又以英國白人對於照護評價有最高比例的正向回饋，而南亞人尤其是孟加拉人，則有最差的就醫經驗評價[151]。而 Campbell 等人[146]針對醫療獲得、接待人員、連續性、技術、溝通、個人、知識、護理、推薦醫師意願、整體滿意度、轉診醫院、協調性，共 13 個構面進行研究，結果提到非白人相較白人於全部構面中，都有較低的評價，尤其是在接待人員的表現、醫療可近性以及醫病信任這幾個題項差異最大。此外，許多文獻同時提到種族若為少數民族者，都有較差的照護評價，其原因可能歸咎於語言或是貧窮導致的溝通或是就醫障礙[151-153]。

2. 疾病特性

過去研究顯示，存在長期症狀的病人，對於整體照護評價給予正向的機率較低；此外，病人自述的健康狀態，也會影響病人的整體評價，若病人自述的健康狀態較佳，會有較正向的就醫經驗評價，反之則會有較差的就醫經驗評價[154]。

根據癌症病人就醫經驗文獻指出，初次診斷之癌症別也會影響病人是否給予較正向的就醫經驗評價，在一項以血癌病人為比較基準的研究中發現，除了乳癌病人以及皮膚癌病人之外，其他癌症病人都比血癌病人(比較基準)有更低的比率對於整體照護評價有正面的評價[154]，另一篇以結直腸癌病人為基準的研究發現，乳腺導管原位癌(ductal carcinoma in situ)以及乳癌有較高正向的評價，相反的肝膽腫瘤以及甲狀腺癌，有比較低的正面評價[149]。

3. 醫療服務提供者特性

醫療服務提供者特性方面，不同認證層級對於病人對於是否會再次選擇這家醫院，或是將這家醫院推薦給親友的影響不顯著[31]。有沒有經認證的醫院，與病人對於照護的評價影響並不明顯，但具體的醫院結構與實體設施與設備，則與病人評價相關[155]，但由於我國醫療服務提供者的認證層級制度與其他國家不同，因此不同評鑑層級的醫療服務提供者之特性，是否會影響病人就醫之經驗，仍有待探究。

根據過去研究結果顯示，癌症病人的就醫經驗以及總體評價會受到病人特質[148, 154]、疾病特性[154]等因素的影響，此外，雖然針對醫療服務提供者的相關文獻結果都指出，認證與否與就醫整體評價的關係未達統計，但我國評鑑標準與其他國家仍有不同之處，因此本研究仍將醫療服務提供者特性以評鑑層級納入討論，然而，雖然過去文獻已提出病人特質、疾病特性與就醫經驗整體評價相關，但由於各國國情不同，因此其他國家的研究結果，是否能符合我國的情況，仍有待商榷。因此，本研究想探討，病人特質、疾病特性及醫療提供者特性是否為影響我國癌症病人就醫經驗及總體評價之因素。

(四) 影響病人就醫經驗的面向

研究指出正向的病人就醫經驗，包含參與治療決策，這也將減少決策衝突的發生，對於治療決策對於治療決策有更高的滿意度，以及增加病患的安適感[156, 157]。現今的醫療照護體系發展，認為「決策共享」(shared decision making)，像是讓病患參與治療決策，是組成以病人為中心照護模式的重要條件[36, 158]，在癌症照護則更為重要[159]。

Gerteis 等人[58]於「Through the patient's eyes: understanding and promoting

patient-centered care」提出以病人為中心的照護應具備以下六個面向，分別為：

1. 尊重病人的價值觀、偏好以及需求。
2. 整合性照護。
3. 資訊、溝通以及教育。
4. 生理上的舒適。
5. 心理支持。
6. 涵蓋病人的親友。

以下就本研究所使用的癌症病人就醫經驗問卷，對應以病人為中心的六個面向深入討論之：

1. 尊重病人的價值觀、偏好以及需求 (Respect for patients' values, preferences, and expressed needs)

以病人為中心的照護，要能夠讓病人參與治療決策，測量 PROMs 則能夠評估此面向[160]：

- 1、醫療照護提供者，是否能夠精確地對每位病人的需求以及偏好做出回應。
- 2、是否給予病人表達自身想法的機會。
- 3、治療過程是否感受到自己是被尊重的。
- 4、病人是否有被告知病情，並且如病人所期望的程度，參與治療方式的決定。

而本研究問卷涵蓋此面向的構面共有 8 個：確診方式、決定最佳治療方式、個案管理師、醫院醫師、病房護理人員、醫院照護和治療、醫院的日間/門診照護、總體性照護。

2. 整合性照護 (Coordinated and integrated care)

在疾病或者受傷的狀態下，人們顯得特別脆弱，因此整合性照護對於病人顯得別重要。病人的就醫過程依賴醫療照護提供者之間的協調合作，以確保能夠提供獲得正確且即時的醫療照護予病人。利用 PROMs 評估此面向，則可詢問病人[160]：

- 1、醫療照護是否為整合性且經協調合作的。
- 2、醫療團隊之間是否有即時更新病人的最新狀況。
- 3、轉診過程是否順利進行。

而本研究問卷涵蓋此面向的構面共有 4 個：醫院照護和治療、醫院的日間/門診照護、轉診/家庭醫師照護、總體性照護。

3. 資訊、溝通以及教育(Provide information, communication, and education)

人們對於自己健康，通常會想要知道自己生了什麼病，或者如何保持健康狀態，及可能發生的情況，會產生什麼影響(預後)，對於改善預後有什麼可行的方式，並且要能夠以病人可以理解的方式，提供以上訊息讓病人知道。利用 PROMs 評估此面向，則可透過病人審視醫療照護提供者[160]：

- 1、是否以讓病人可理解的方式，與病人進行溝通。
- 2、無論是在確診、預後、治療方式和追蹤以及相關支持訊息，皆能依病人所期望的程度，提供正確的資訊給病人。

而本研究問卷涵蓋此面向的構面共有 12 個：診斷檢查、確診方式、決定最佳治療方式、個案管理師、癌症相關支持、手術、醫院醫師、病房護理人員、醫院照護和治療、

居家照護與支持、醫院的日間/門診照護、總體性照護。

4. 生理上的舒適(Physical comfort)

IOM 指出令病人感到困擾的症狀，包含病人感到疼痛的頻率、呼吸急促以及其他不舒服的症狀。特別是在生命末期，病人不需要經歷這樣的痛苦。因此提供專業、即時、符合病人需求的疼痛管理給病人顯得非常重要。利用 PROMs 評估此面向，則可透過病人審視醫療照護提供者[160]：

- 1、適時的緩解病人的疼痛。
- 2、依病人的生理症狀以及需求提供照護。

而本研究問卷涵蓋此面向的構面共有 1 個：醫院的日間/門診照護。

5. 心理支持 Emotional support—relieving fear and anxiety

使病人感到痛苦的不僅僅只是生理上的疼痛，還有沮喪等症狀；包含心理還有精神層面，以病人為中心的照護，應涵蓋伴隨疾病或傷害而產生的焦慮，無論是害怕疼痛、生肢體障礙、身體外觀上的缺陷、感到孤獨、財務衝擊亦或是病人家屬感到無助。利用 PROMs 評估此面向，則可透過病人評估醫療照護提供者[160]：

- 1、是否針對病人的心理或精神狀態提供關懷與支持。

而本研究問卷涵蓋此面向的構面共有 2 個：癌症相關支持、居家照護與支持。

6. 病人親友的參與(Involvement of family and friends)

在以病人為中心的照護模式當中，應使病人所倚賴的親友，能夠適當的參與治療決策，提供支持給擔任照護者角色的親友，並且讓他們在照護過程當中，感受到自己是備受歡迎的，以及肯定他們的重要性以及付出。利用 PROMs 評估此面向，則可透過病人評估醫療照護提供者[160]：

- 1、親友參與決定治療決策，並且依循病人本身自己的選擇。
- 2、照護過程是否有考慮到親友，並且肯定他們的重要性。

(五) 病人就醫經驗的影響結果

病人的就醫經驗會與其後續的照護結果呈現正向的相關[161]。此外，在癌症的部分，針對大腸直腸癌病人的相關就醫經驗研究中，在學者 Currie 等人的系統性回顧提到，醫師徵詢治療的偏好及對於治療的決策對大腸直腸癌病人後續的生活品質是有極為重要的影響，病人就算可能要犧牲預期壽命也會選擇自己偏好的治療方式，以避免治療所帶來的後遺症[162]。在癌症相關資訊的部分，醫療人員並不是給病人越多的資訊越好，太多的資訊反而會使其感到焦慮或增加對癌症的擔憂[163]。

四、 各國病人就醫經驗調查發展

過去經常以病人填答對於醫療服務提供者的滿意度做為醫院品質測量工具。然而，滿意度指標無法具體涵蓋醫院品質的完整面向。國外許多研究以詢問病人於接受醫療照護經驗的方式，做為醫院品質構面的量測。測量病人就醫經驗是瞭解及改善照護品質的

重要步驟，所收集到的資訊可揭示問題所在，如：回診查看檢查報告的延遲、協調的差距以及在重要品質面和效率面的溝通等。雖收集資料是不可或缺的一環，但將這些資訊運用於改善品質更是一大目標[119]。

在歐美地區，許多國家和組織如：世界衛生組織(WHO)、美國的 AHRQ 與 Commonwealth Fund、英國的 NHS 與 Picker Institute Europe、荷蘭、丹麥、挪威和加拿大等，發展了許多以問卷方式調查和病人經驗以及健康照護系統回應資料相關的研究和調查，藉此收集來自病人端的回饋和聲音，以促進醫療照護服務的改善。

各國的調查工具內容及方法皆不盡相同，以下就不同國家所進行的病人經驗調查發展進行敘述與比較，見下表表 3-3：

表 3-3 各國病人就醫經驗調查

國家	年代	名稱	簡稱
美國	1990	Patient Judgement of hospital Quality	PJHQ
瑞典	1994	Quality from the Patient's Perspective	QPP
美國	1995	The Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems	CAHPS
荷蘭	1998	Quality of Care through the Patient's Eyes	QUOTE
美國	2001	Assessment of Patient Experience of Cancer care	APECC
英國	2001	Patient Experience Questionnaire	PEQ
英國	2002	Picker Survey of Patient Experience Questionnaire	PPE
台灣	2004	出院病人經驗調查	-
美國	2005	Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems	H-CAHPS
荷蘭	2006	The Consumer Quality Index	CQI
英國	2007	National Cancer Patient Experience Survey	CPES
台灣	2010	病人報告之醫院品質問卷(Patient Reported Hospital Quality)	PRHQ

(一) 美國

1. Patient Judgments of Hospital Quality (PJHQ)

在美國的部分，由早期 1990 年的 Patient Judgment of Hospital Quality (PJHQ) 做為開端，後續發展一系列的病人經驗調查。PJHQ 是由美國 Commonwealth Fund 組織於 1990 年發展而成的以病人為中心測量工具，用以調查病人住院經驗及收集病人回饋，並藉此找出病人認知的重要面向，此份調查問卷共有 104 題，內容包含病人的基本人口學特性、行為意向(如：再次來本院就醫或推薦親友的意願)、整體照護品質評價、照護滿意度評價以及開放式問題等等。其中 46 題為病人評估醫院照護的主要問題，以六個面向的測量來反映病人所經歷的醫療照護品質[164]，內容如表 3-4。

2. Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (CAHPS)

CAHPS 為美國健康照護研究及品質署(Agency for Healthcare Research and Quality, AHRQ)於 1995 年以科學方法發展出一系列具信度和效度且有系統之病人經驗調查工具，測量內容如表 3-4，此份調查能夠完整且有效率的進行病人經驗資料收集和提供民眾就

醫選擇的相關資訊。CAHPS 計畫發展初期曾大量委託學界進行規劃與執行，目前仍有部分業務與採學界合作模式辦理。

多年以來，CAHPS 計畫目的擴大到保險計劃以外的範圍，陸續針對團體(醫院、居家照護等)及個別(如洗腎病人)發展不同版本的評估工具，如：CAHPS1.0 [165]、CAHPS2.0 Adult Core Survey [166]、CAHPS3.0、CAHPS4.0 adult health plan survey [167]、The CAHPS Health Plan Survey [166]、The CAHPS Clinician & Group Survey (CG-CAHPS) [168]、The CAHPS Hospital Survey (HCAHPS) [169]等等。同時也重視 CAHPS 資料庫的發展，並針對 CAHPS 資料的報告、使用情形對品質改善的影響進行相關研究，不再只是著重於調查工具及方法的發展，而是強調其對品質改善的影響，以及資訊的使用。此外，CAHPS 問卷調查工具也成為許多國家或組織在各自發展適合自己的病人經驗問卷調查時相當重要的參考依據，例如：荷蘭健康照護顧客經驗調查中心(Dutch Center for Consumer Experience in Health Care)發展的 Consumer Quality Index (CQI)以及 WHO 於西元 2000 至 2001 年所進行的多國健康與回應民眾的調查等。

3. Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers (HCAHPS)

HCAHPS 是由 The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS)與 Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)及 the federal Department of Health and Human Services 合作並共同設計，用以調查醫院病人於住院期間的就醫經驗，此調查所使用的評分工具與滿意度調查不同，是以"How often"的方式回答，選項有總是(Always)、通常(Usually)、有時候(Sometimes)以及不曾發生或做到(Never)，因此較有公信力。

此調查最初是為了要使醫院透過病人角度所判斷的醫療品質來進行客觀的比較，特別的是經過年度的調查後，從 2006 年開始，系統會公開報告各醫院病人觀點的醫療品質狀況作為後續醫院品質改善的參考，此調查的結果也與保險的給付連結，是屬於美國 Hospital Value-Based Purchasing (Hospital VBP)的一部分，在保險的給付部分納入了病人經驗部分的與醫師溝通、與護理人員溝通、醫療人員的回應、疼痛控制、藥物資訊、出院資訊的給予及醫院環境方面的安靜度、整潔度與醫院整體性評價作為 Hospital VBP 衡量病人在醫院接受照護的經驗總和。

而調查目的有三個：(1)提供客觀且有意義的可比較數據資料，來呈現病人在不同醫療照護構面上的觀點，並瞭解病人認知的重要面向；(2)公開報告調查結果，以促使醫院改善自身照護品質；(3)藉由公開報告的方式，提升公眾課責性(accountability)及醫院照護品質的透明度。

經過不斷測試修改後，2006 年 HCAHPS 第一版研究工具發展完成，並於 2008 年 3 月出版第一本 HCAHPS 結果公開報告，其後，每年亦有更新的版本、翻譯修正及補充。另外也包含標準化、資料校正及教育訓練等，確保資料的可比較性及可信度，使用者可以自行在網站上挑選有興趣的醫院進查詢與比較。調查問卷共有 32 題，內容包含 9 個面向，如表 3-4。

荷蘭將 HCAHPS 翻譯成其語言，並加以使用於測量醫療院所之醫療照護品質[170]。另外，也有西班牙語的版本[171]。HCAHPS 亦為學者們所廣泛運用之研究工具，Sheetz 等學者利用公開報告的 HCAHPS 數據資料，探討手術後的發病率和死亡率與病人的照護品質觀點間之關係[172]。

4. Assessment of Patient Experience of Cancer Care (APECC)

為了促進癌症病人就醫經驗調查和方法學上的發展，結果研究組織(Outcomes Research Branch)建立了 Assessment of Patients' Experience of Cancer Care (APECC)調查，並由國家癌症研究院(National Cancer Institution, NCI)的癌症照護結果測量工作小組(Cancer Outcomes Measurement Working Group)執行調查計畫，名為 Healthcare Delivery Research Program (HDRP，此項調查工具之內容是以 CAHPS 為基礎，並依據癌症病人特性進行調整所發展而成的特定工具，主要目的為發展及前測調查工具，以全面評估癌症存活者之經驗和對於追蹤照護的滿意度。

調查對象之納入條件為：(1)18 歲(含)以上之癌症病人；(2)包括腦部、乳腺、內分泌、胃腸道、泌尿生殖、婦科、頭頸、肺部、黑色素瘤(melanoma)或肉瘤(sarcoma)等惡性腫瘤；(3)處於初期診斷、初期治療、早期存活或復發階段；(4)英語系或西班牙語系；(5)未參與臨終照護。而調查內容包含七個構面(如表 3-4)，透過調查這些構面，以了解當前癌症存活者的就醫經驗及滿意度現況，作為病人端醫療品質的衡量。

表 3-4 美國病人經驗調查工具之比較

調查工具名稱	Patient Judgments of Hospital Quality (PJHQ)	Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (CAHPS)	Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers (HCAHPS)	Assessment of Patient Experience of Cancer Care (APECC)
發展年分	1990 年	1995 年	2006 年	2001 年
發展單位	Commonwealth Fund	Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)	Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)與 Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS)	National Cancer Institute (NCI)的 Cancer Outcomes Measurement Working Group
測量構面	護理與日間照護 (Nursing and daily care) 醫院環境和相關人員 (Hospital environment and ancillary) 醫療照護 (Medical care) 資訊 (Information) 入院 (Admission) 出院與收費 (Discharge and billing)	與醫療照護者的溝通情形 (Communication with health care professionals) 照護及資訊的可近性 (Access to care and information) 顧客服務 (Customer service) 照護協調性 (Coordination of care)	一、綜合測量 (Composite Measures) 與護理人員的溝通 (Communication with Nurses) 與醫師的溝通 (Communication with Doctors) 醫院員工的回應 (Responsiveness of Hospital Staff) 疼痛管理 (Pain Management) 藥物說明 (Communication About Medicines) 出院準備服務 (Discharge Information) 二、個別項目 (individual items) 醫院環境清潔程度 (Cleanliness of Hospital Environment) 醫院環境安靜程度 (Quietness of Hospital Environment) 三、全面性測量 (global items) 是否推薦醫院 (Recommend the Hospital) 醫院整體評價 (Overall Hospital Rating)	癌症照護的追蹤經驗 (Follow-up Cancer Care Experiences) 尋求癌症相關資訊 (Cancer-related Information Seeking) 健康認知的評估 (Cognitive Health Appraisal) 參與醫療決策過程 (Participation in Medical Decision-Making) 健康相關生活品質 (Health-related Quality of Life) 補充和替代療法 (Complementary and Alternative Medicine) 社會人口學支持及臨床資訊的提供 (Socio-demographic and Clinical Information)
題數	104 題	55 題	25 題	33 題

(二) 荷蘭

1. Quality of Care through Patient's Eyes (QUOTE)

於 1998 年開始，The Netherlands Institute for Health Services Research (NIVEL)機構以當時現有的醫療照護和商業之顧客滿意度相關文獻為基礎，提出一個以病人視角來測量醫療照護品質的概念架構，此概念根基於 P.Z.B.所提出的服務品質模型(SERVQUAL model)，並重視病人的經驗(Experience)和期望(Expectation)，不再只是著重於滿意與否 [115]，進而發展出 Quality of Care through Patient's Eyes (QUOTE)調查工具。

回顧過去的文獻顯示，QUOTE 問卷已發展至除癌症以外的多種病症之間，在不同的病症間有不同的測量構面。此工具是透過病人認為具重要性的構面進行權重的計算，連結至醫護人員及醫院整體的績效及對後續醫療品質的影響所做的探討，舉癌症照護經驗的問卷為例，調查的構面詳見表 3-5。另外，在化學治療經驗的部分則是：(1)治療相關的資訊。(2)預後資訊。(3)康復的資訊。(4)反應資訊。(5)人際溝通。(6)個人化溝通。(7)情感交流。

問卷中照護品質的面向分為重要性(importance)和績效(performance)。重要性的部分，以 Likert 四點尺度分為不重要(Not important)(0 分)、頗為重要(Fairly important)(3 分)、重要(Important)(6 分)和極為重要(Extremely important)(10 分)四個選項，並依病人填答的重要程度進行構面加權計算；而績效部分，分為否(No)、不完全是(Not really)、大致上是(On the whole, yes)以及是(Yes)，是依病人實際經驗來進行回答。

2. Consumer Quality Index (CQI)

隨著新的荷蘭健康保險法案(2006 年)的制定，病人被賦予關鍵角色，在健康照護治理中有舉足輕重的作用。政府的政策目標為使病人能自我選擇其就醫對象，為了因應此目標，健康照護的相關資訊必須透明化，荷蘭健康照護監察局(Dutch Health Care Inspectorate)、衛生部(Ministry of Health)和其他相關單位紛紛採取各種措施，以提高健康照護的透明度，不僅要考慮醫療技術指標，也要符合病人所看重的部分及了解其實際就醫經驗。因此，荷蘭健康照護顧客經驗調查中心(Dutch Centre for Consumer Experience in Health Care)發展出 Consumer Quality Index (CQI) system。

荷蘭健康照護顧客經驗調查中心以 CAHPS 和 QUOTE 的方法學作為參考依據，建立一全國性且標準化的就醫經驗問卷和測量工具 CQI，採取一致且具可信度的方式來收集病人經驗，再將測量結果集結成報告加以公開，以提升病人觀點的品質資訊透明度，並為醫療照護提供者和病人組織提供有價值的資訊來促進績效改善及瞭解病人就醫經驗。此測量工具針對醫院的績效面(Performance)及重要性(Importance)進行衡量，在重要性的部分，則是透過調查來客觀地反映出病人在醫療照護的過程中，有哪些部分是有品質的需求及醫院達成的狀況，也是遵照 QUOTE 的評分方式，分為 Likert 四點尺度(1=不曾、2=有時候、3=經常、4=總是)及類別項目的是/否；而此工具特別之處在於它並不是照醫療照護過程的先後順序進行調查，而是將整體醫療服務切割為八部分進行測量，內容如表 3-5，在每個部分都包含了治療前的準備與參與、治療後的告知及支持等題項，且在除了癌症外的疾病中也有發展其特定疾病的 CQI 問卷。

CQI 在荷蘭被廣泛運用，也被依據不同疾病族群或測量目標發展出合適的調查工具，多達十八種問卷，如：Berendsen 等學者發展出適用於評估初級照護與次級照護間的照護連續性之調查工具[173]；亦有針對乳癌病人的 CQI-BC [174]和癌症病人[117]而發展之調查工具，測量病人經驗之照護品質觀點；另有針對透析病人發展出兩種調查工具，分別測量 in-centre haemodialysis(CHD)以及 peritoneal dialysis and home haemodialysis (PHHD) [175]。

表 3-5 荷蘭病人經驗調查工具之比較

調查工具名稱	Quality of Care through Patient's Eyes (QUOTE)	Consumer Quality Index (CQI)
發展年分	1998 年	2006 年
發展單位	Netherlands Institute of Primary Health Care (NIVEL)	Dutch Centre for Consumer Experience in Health Care
測量構面	治療術後的關心 護理人員的服務 外科醫師的服務 病人出院教育 病人術後教育	解釋部分(Examinations) 手術部分(Surgery) 其他治療部分(Other Treatment) 治療結束後(After Treatment) 合作及持續性(Cooperation and Continuity) 可近性(Accessibility) 專業知識(Expertise) 醫院整體評價(Global Rating Hospital)
題數	32 題	59 題

(三) 英國

1. Patient Experience Questionnaire (PEQ)

由 Steine 等人[176]所發展的 PEQ 為一份自填式問卷，測量病人之門診就醫經驗，適用於一對一的看診環境。問卷發展過程分為三階段，在第一階段中，利用焦點團體討論病人在就醫經驗中自覺重要的面向；第二階段進行初版問卷的測試，依測試結果將問卷題數由 110 題刪減成 25 題，確立問卷版本；第三階段再用 25 題的問卷進行調查，以收集病人回饋。問卷中包含了 7 題人口學基本資料(如年齡、性別、看診原因等等)和 18 題就醫經驗相關問題，就醫經驗部分分為五構面，詳見表 3-6，除情緒表現構面為 Likert 七點尺度外，其餘四構面皆以 Likert 五點尺度進行回答。

PEQ 能夠強調出病人最重視的面向(如：醫病互動、情緒表現和看診結果)，以及能夠作為一有效工具幫助醫師獲得其病人的回饋，進而建立良好醫病關係。

2. Picker survey of Patient Experiences Questionnaire (PEE)

PEE 是由 Picker Institute Europe 組織所發展的病人經驗調查工具，以五個國家(英國、德國、瑞典、瑞士和美國)之病人經驗調查結果作為設計問卷的參考依據，用以調查及

瞭解在醫療照護提供過程中，哪些面向最可能影響病人滿意度及病人向他人推薦的意願，並加以探討病人滿意度是否為病人經驗中能反映真實意義的指標，問卷共有 40 題，分為七個測量構面[128]，如表 3-6。

另外，Jenkinson 等人[177]設計出 PPE 的短版問卷 PPE-15，從原版本的 40 題中挑選出其中 15 題，藉由精簡的版本進行調查，期望能更容易且迅速的獲得病人回饋，進而能運用於所有醫院及病人身上，也能與不同的住院病人調查進行合作，來比較醫院績效以及建立標竿。

3. Cancer Patient Experience Survey (CPES)

1999 年至 2000 年間，英國開始推動全國病人經驗調查計畫(National Patient Survey Programme)，其中包括乳癌、腸癌、肺癌、口腔癌、前列腺癌及何杰金氏淋巴瘤這六大癌症。此調查是為了取得病人端的回饋以及了解病人的觀點和優先考量，確保病人和民眾能在 National Health Service (NHS)服務的規劃和發展中發聲，進而促進醫療服務的改善。另一主要目的為，將病人認知的照護服務標準詳細地提供給醫療機構，幫助醫療機構設立優先事項以提供更好的服務給病人。

病人經驗代表著健康照護服務的構面之一，也代表著部分的病人安全和醫院服務績效的成果[178]。英國的 Department of Health 於 2007 年提出癌症改革策略(Cancer Reform Strategy)，期望建立一個新的 NHS 癌症病人經驗調查計劃，以監測國家醫療品質的進步和調查工具使用結果，並藉此推動醫療品質改善。2010 年英國衛生部(DOH)提出 Cancer Patient Experience Survey (CPES)問卷，擴大所有癌症類別，並委由專業機構 Quality Health 進行調查，至今已實施了四個年度(2010、2012、2013 和 2014)。CPES 不僅在國內有不錯的實施成效，其問卷及方法學也已被其他國家如澳洲、紐西蘭、卡達、威爾士和北愛爾蘭所廣泛使用，其架構涵蓋內容如表 3-6。

CPES 調查問卷會以具體、詳細的問題詢問癌症病人其最近的實際就醫經驗，這些病人報告提供了很有幫助的資訊，因為可從結果中得知醫療過程中有問題的地方及需要改善的部分，也提供了最全面性且資訊充足的癌症病人就醫經驗情形，並促進了癌症醫療服務在照護結果上的改善。此外，CPES 的重要性在於可確保醫療照護提供者有傾聽病人聲音，醫療團隊可持續利用病人經驗調查結果來促進品質改善以及負起持續改善的責任。

Lyratzopoulos 等人利用英國 2010 年的 CPES 調查結果作為研究資料，結果顯示癌症病人的就醫經驗會受其個人特質所影響，其中包括癌症別、年齡、性別和種族[36]；另有研究分析了 2011 和 2012 的 CPES 資料，以癌症病人就醫經驗來探討病例組合校正與否的醫院績效之差異[179]。

表 3-6 英國病人經驗調查工具之比較

調查工具 名稱	Patient Experience Questionnaire (PEQ)	Pickier survey of patient experiences questionnaire (PEE)	Cancer Patient Experience Survey (CPES)
發展年分	2001 年	2002 年	2007 年
發展單位/ 作者	Steine, S., Finset, A., & Laerum, E.	Pickier Institute Europe / Jenkinson, C., Coulter, A., Bruster, S., Richards, N., & Chandola, T.	Department of Health (DoH)
測量構面	溝通(Communication) 情緒表現(Emotions) 短期結果(Short-term outcome) 障礙(Barriers) 與醫師的看診過程之經驗 (Experiences with the auxiliary staff)	衛教與資訊(Education and information) 照護整合(Coordination of care) 生理舒緩(Physical comfort) 情緒支持(Emotional support) 尊重病人選擇(Respect of patient preferences) 家人/朋友參與(Involvement of family/friends) 照護連續性(Continuity of care)	尊重病人為中心的價值、喜好及需要，包括文化議題；病人與服務使用者之尊嚴、隱私與獨立自主；生活品質議題；分享決策。 整合式照護，包括健康與社會照護體系。 資訊、溝通與教育，包括照護過程中的臨床症狀、病程及預後，以推廣自主性、自我照顧及健康促進。 生理舒適，包括疼痛管理、日常生活活動的協助及舒適的環境。 情感支持，減輕癌症病人在臨床症狀、預後及疾病對家屬與財務負擔所產生的焦慮與恐懼。 鼓勵家屬與朋友的參與，依其需要協助決策。 連續性轉介過程，提供資訊協助病人出院後的整合準備、規劃及支持。 照護可近性，包括等待住院或辦理住院到入住病房的時間、等候門診或社會照護機構預約時間。
題數	18 題	40 題	68 題

(四) 瑞典

1. Quality from the Patient's Perspective (QPP)

Wilde 等人以 1993 年之質性研究所得出的病人觀點照護品質模型作為基礎[180]，發展出 Quality from Patients' Perspective (QPP)病人經驗調查工具[181]。問卷之測量構面分為：

- (1)醫療技術能力(Medical-technical competence)；
- (2)生理技術面(Physical-technical conditions)；
- (3)認同傾向(Identity-oriented approach)；
- (4)社會文化氛圍(Socio-cultural atmosphere)。

問卷題數共計 56 題，每一題包含兩部分讓受訪者進行回答，一部分是實際就醫經驗情形的填答，除生理技術面是以是或否來回答外，其餘三構面的回答方式是以 Likert 四點尺度(從 1 分的不完全同意到 4 分的完全同意)；另一部分是以 Likert 四點尺度針對重要性進行評價(從 1 分的一點點或不重要到 4 分的非常重要)，最後將兩部分分數加以計算，代表照護品質之優劣。

另有學者設計出短版 QPP，測量構面不變，僅將題數刪減為 24 題[182]。在研究應用方面，有研究利用 QPP 針對小於 20 歲的糖尿病病人，調查病人經驗之糖尿病照護品質[183]；而 Sandsdalen 等學者依據臨終照護的特性，從 QPP 中挑選出合適的題目並做修改，再加入一些新題目，發展出內含 51 題的臨終照護特定病人經驗調查工具 QPP-PC，測量病人所經歷的照護品質以及對照護構面的自覺重要性[184]。

(五) 台灣

醫療品質政策白皮書中提到，台灣目前有關病人經驗相關的調查大部分是屬於病人滿意度調查，但以詢問滿意度為基礎的問卷調查，再加上問卷調查執行的方式和抽樣等問題，以至於滿意度調查的客觀性和結果較難具有代表性[55]。因此，後續以整體病人經驗為基礎之研究也慢慢受到重視，包括出院病人經驗調查、病人報告之醫院品質調查、以及目前正在發展的以病人經驗為基礎的醫療品質調查工具等。以下介紹兩項病人經驗調查：

1. 出院病人經驗調查

此調查是由學者鄭守夏與衛生福利部健康保險署合作發展及執行的，於 2002 年醫院總額實施前後針對六種常見診斷或手術(包含：闌尾切除、剖腹產、糖尿病、肺炎、中風、氣喘)之出院病人各實施一次郵寄問卷調查。調查方式為：各健保分局協助抽樣、病人資料取得、問卷郵寄以及電話催覆。此調查著重於病人觀點醫療品質的測量，也就是住院期間病人所感受到的醫療品質。

問卷內容的測量構面為人際面品質表現、技術面品質表現以及臨床指引的執行程度三部分，如表 3-7。除臨床指引的執行程度以有或無來作為計分方式外，其餘兩部分是採 Likert Scale 1-5 分計分，分數越高表示表現越佳。

2. 病人報告之醫院品質問卷(Patient Reported Hospital Quality, PRHQ)

此項問卷調查是由學者鄭守夏與國家衛生研究院合作進行，目的是希望能夠發展一份適用於台灣並以病人經驗為主軸之醫院醫療照護品質測量工具，參考國外多份相關問

卷(如：美國 CAHPS2.0、Picker survey of Patient experience questionnaire (PPE)、Patient Judgments of Hospital Quality (PJHQ)及 Short form of the Quality from Patient's Perspective (Qpp-short)等)改良而成。本問卷採用李克氏五點量尺作答，分數越高代表病患評估其於醫院中所接受的醫療照護品質越好。此外，問卷信效度也經過多位學者檢測，結果顯示此量表具有良好之信、效度[185]。問卷題數為 27 題，表 3-7 列出六個測量構面及其意涵。

目前本土化的病人經驗測量工具已有初步結果，包含基本測量工具之信效度測試、小規模試測、問卷使用手冊等，未來的發展可能會擴及門診與急診，讓醫療院所更能了解多元病人的就醫經驗，進而改善醫療品質。此外，以病人經驗為基礎的醫療品質測量結果，已經在歐洲與美國被普遍使用，因此，發展一套適用於台灣、以病患照護經驗為主軸的醫療照護品質測量工具，並將之推廣使用，作為提供民眾能夠理解且客觀運用的醫療品質資訊，將是我國未來在追求醫療品質改善上，必須著重的地方[55]。

表 3-7 台灣病人經驗調查工具之比較

調查工具 名稱	出院病人經驗調查	病人報告之醫院品質問卷 (Patient Reported Hospital Quality, PRHQ)
發展年分	2004 年	2010 年
發展單位 /作者	由學者鄭守夏與衛生福利 部健康保險署合作	由學者鄭守夏與國家衛生研究院合作
測量構面	人際面品質表現 技術面品質表現 臨床指引的執行程度	醫師照護：了解醫師於病人住院過程中是否提供足夠與適切的醫療行為，並具有足夠解決病人問題的能力。 護理照護：了解護理人員於病人住院過程中是否提供足夠與適切的醫療行為，並具有足夠解決病人問題的能力。 整體醫病互動：評估對醫療團隊的整體印象層面，了解醫療人員(醫師、護理人員、藥師、檢驗與技術人員)與病人之間的互動情形，以及醫療團隊的照護一致程度，此一向度著眼於「技術面」。 尊重：醫療人員給予病人自由選擇與保有隱私的權利。 社會心理支持：探討醫療團隊與病人之間於「心理面」上的互動。 醫院環境：病人對於醫療環境與服務的觀感，藉此了解病人對於醫院環境、醫療設備和服務的主觀感受。
題數	42 題	35 題(內科) / 35 題(外科)

五、 癌症病人經驗之調查工具

病人就醫經驗一詞目前已被大量使用為醫療用語，並在臨床實務及研究領域中迅速發展，此轉變是由於公共政策逐漸重視病人經驗及公開品質報告，將病人報告作為誘因或懲處措施之參考依據，促進醫療院所改善醫療品質，進而帶動重視病人就醫經驗的觀念，成為醫療服務提供者所注重的第一順位。

近年來，病人認知的醫療品質已逐漸受到重視，是評估醫療品質的重要指標。而病人認知的醫療品質通常由病人滿意度和病人就醫經驗調查來測量。在回應民眾需求的方式上，過去較廣泛採用病人滿意度調查作為病人反應對所接受到的照護服務的觀點，病人滿意度主要是在測量醫療照護接受者對於醫療照護過程和結果的評價，根據主觀感受來判斷服務是否有符合自身的需求，測量結果會以一個整體分數來表示填答者所感受到的醫療品質好壞，但易受個人特質、喜好、期望、意向所影響，通常結果是非確切性且較為樂觀的，也無法呈現填答者在不同層面上的相對偏好程度；而病人就醫經驗之測量則是透過結構式問卷工具，反映的是病人在治療過程中實際所發生及接受到的照護服務，期望找出影響醫療品質的重要因素，並讓病人參與醫療品質測量，所得到的測量結果相對於病人滿意度，會較客觀也較全面性，能避免病人主觀價值判斷影響測量結果，並完整呈現出一連串醫療服務實際執行的情形，以及能明確指出哪個部分有缺失[186-189]。因此，病人就醫經驗調查的使用越來越普及。

病人就醫經驗的調查，因為是以病人報告為結果的測量方式，所以在過去的研究多以問卷的方式進行調查[55]。過去經常以病人填答對於醫療服務提供者的滿意度做為醫院品質測量工具；然而滿意度指標無法具體涵蓋醫院品質的完整面向，國外許多研究遂以詢問病人於接受醫療照護經驗的方式，做為醫院品質構念的量測。以下整理近年來對於癌症病人經驗的問卷，如表 3-8 所示：

表 3-8 癌症病人就醫經驗調查工具文獻整理

問卷名稱	作者/年代	構面	題數
Perceived Physician's Communication Style Scale	(Takayama, Yamazaki, & Katsumata, 2001) [190]	可接受性、以病人為中心、細心度、便利性	27 題
Oncology Patients' Perceptions of the Quality of Nursing Care Scale (OPPQNCs)	(Radwin, Alster, & Rubin, 2003) [191]	回應性、個性化、合作、能力	40 題
Modified Version of the Perceived Involvement in Care Scale (M-PICS)	(Smith, Winkel, Egert, Diaz-Wionczek, & DuHamel, 2006) [192]	醫療照護提供者的知識、病人得到的資訊、病人參與決策、醫療照護提供者的便利性	20 題
REPERES-60	(Defossez et al., 2007) [193]	初級照護的取得、二級照護的取得、初級照護醫師的溝通技巧及能力、二級照護醫師的能力及技巧	60 題
Consumer Quality Index Breast Care (CQI-BC)	(Damman, Hendriks, & Sixma, 2009) [194]	檢查的專業行為、家庭醫師的行為、護理人員的行為、外科醫師的行為、關於治療的自主性、追蹤治療的自主性、放療的專業行為、放療的資訊、化療的專業行為、化療的資訊、合作、照護的可近性、心理照護的連續性、物理治療的連續性、康復期照護的連續性	118 題
Prostate Care Questionnaire for Patients (PCQ-P)	(Tarrant et al., 2009) [195]	家庭醫師的照訪與轉診、在醫院的檢查、診斷和治療決策、治療和出院、監控	106 題
Medical Care Questionnaire (MCQ)	(Harley et al., 2009) [196]	溝通、喜好、合作	15 題
QUOTE^{chemo}	(van Weert et al., 2009) [197]	治療相關的資訊、預後資訊、康復的資訊、反應資訊、人際溝通、個人化溝通、情感交流	67 題
QUOTE Breast Cancer	(de Kok et al., 2010) [198]	治療術後的關心、護理人員的服務、外科醫師的服務、病人出院教育、病人術後教育	33 題

表 3-8 癌症病人就醫經驗調查工具文獻整理-續

問卷名稱	作者/年代	構面	題數
Pain Care Quality Survey (PainCQ)	(Beck et al., 2010) [199]	多專科團隊的合作、多專科的疼痛照護	33 題
Indicators	(Ouwens et al., 2010) [200]	可近性、追蹤、溝通和反應、病人和家屬參與、資訊、合作、生理支持、情緒/心理支持、	56 題
Cancer Care Coordination Questionnaire for Patients	(Young, Walsh, Butow, Solomon, & Shaw, 2011) [201]	溝通、導航	20 題
Assessment of Patient Experiences of Cancer Care (APECC)	(Arora, Reeve, Hays, Clauser, & Oakley-Girvan, 2011) [202]	得到需要的幫助、照護的即時性、就診等候時間、資訊的交流、醫生的情感行為、醫師的知識	33 題
SAT-RAR	(A Brédart, Morvan, Savignoni, Giraud, & Stic-Rar, 2011) [203]	資訊接收的即時性和格式的滿意度、對放射治療師或放射技術的看法、整體滿意度、治療經驗	23 題
Cancer Patient Experience Survey (CPES)	(DOH, 2014) [204]	家庭醫師看診、檢查、確診、治療、病人支持、手術處置、醫院醫師照護、病房護理、醫院照護與治療、出院準備資訊與家庭支持、門診照護、門診約診、家庭醫師照護、整體照護評價	77 題

在回顧過去研究發現，澳洲學者Tzelepis研究團隊[205]整理了2001年至2011年來，以病人報告為結果的測量(PROMs)方式進行以癌症病人為中心的照護品質(Quality of Patient-Centered Cancer Care)的病人經驗問卷整理，此研究認為要達到測量 IOM 所提出的「以病人為中心」的癌症照護時，必須針對其六大構面進行評估，其評估的構面分別定義為：

- (一) 情感支持。
- (二) 親友參與。
- (三) 資訊/溝通。
- (四) 協調整合。
- (五) 生理需求。
- (六) 尊重病人價值。

研究團隊針對不同問卷工具所涵蓋的以病人為中心六大構面來進行問卷品質的評價。經本研究歸類整理如下表表 3-9：

表 3-9 癌症病人就醫經驗調查工具評價

問卷名稱	IOM 以病人為中心的照護構面					
	情感支持	親友參與	資訊/溝通	協調整合	生理需求	尊重病人價值
APECC	V		V	V		V
Cancer Care Coordination Questionnaire for Patients	V	V	V	V		
CQI-BC	V		V	V		V
Indicators (Non-small Cell Lung Cancer)	V	V	V	V	V	V
MCQ	V			V		V
M-PICS			V			V
OPPQNCS	V	V	V	V		V
PainCQ		V	V	V	V	V
Perceived Physician's Communication Style Scale	V		V			V
PCQ-P			V	V	V	V
QUOTE Breast Cancer			V	V		V
QUOTE ^{chemo}	V	V	V		V	V
REPERES-60	V		V	V		V
SAT-RAR	V		V		V	
CPES	V	V	V	V	V	V

在經過上述的問卷比較及評價後，本研究決定採用英國 Department of Health 所發展的癌症病人就醫經驗問卷作為本研究在調查病人經驗的研究工具。因此，問卷在測量以病人為中心的照護構面中全部皆具備，表示在癌症病人就醫的過程中皆能做到調查，且涉及的不只是醫療照護的層面，還有在親友的參與及情感的支持部分，如此一來才能具有廣度及連續性的調查，了解在醫療照護過程的各個構面，醫院表現的情形為何，讓病人可以完整的報告其感受到的醫療品質。此份工具在英國為例年性的國家調查，具有一定程度的實用性，且已經推展至其他國家。所以在台灣來說，可以透過健保體制的不同，端看病人經驗的結果進行國際間的比較。

在英國，癌症病人就醫經驗調查(CPES)從 2010 年開始進行，調查週期是以一年一次的方式進行全國性的資料蒐集與分析，在每年的 9 月到 12 月進行問卷的調查，由於是屬於官方性質的全國性調查，所以可以透過政府的資料庫取得病人資訊及聯絡方式，以利問卷的後續追蹤及增加回應率。在結果的部分，研究單位會將分析結果回饋給醫院作為病人觀點(Patient Reported Outcome Measure, PROMs)的醫療品質報告。目前 CPES 問卷的使用已拓展至其他國家，如：澳洲、紐西蘭、卡達、威爾士及北愛爾蘭等國家。本研究也與英國的研究單位 Quality Health 合作，進行在台灣癌症病人就醫經驗調查。在台灣版本的問卷，經由與 CPES 問卷專責機構負責人 Dr. Reg Race 取得問卷中文版授權、雙向翻譯及舉辦專家會議調整文字敘述以符合台灣地區的醫療特性及文化所適用之癌症病人就醫經驗調查問卷，此份問卷共分為 15 個題組，問卷內容涵蓋確診前就醫情形(2 題)、診斷檢查(6 題)、確診方式(5 題)、決定最佳治療方式(7 題)、個案管理師的介入(2 題)、癌症相關支持(7 題)、手術情形(4 題)、醫院醫師態度(5 題)、病房護理人員態度(4 題)、醫院照護和治療(9 題)、居家照護和支持(2 題)、醫院的日間/門診照護(4 題)、醫師的門診預約掛號(2 題)、轉診/家庭醫師照護(2 題)、總體性照護(6 題)等面向。在與原作者討論後，修改問卷內容不符合台灣醫療現況之題項(例如：在台灣醫療環境中，家庭醫師制度的建立尚不是如此純熟，所以修改成基層診所醫師以符合台灣醫療現況)，問卷題數共計 68 題，完整問卷請參考附件。

高品質的照護，是能提供合適且合適的醫療照護服務，並且以病人為中心，使病人能夠參與醫療照護的過程，這部分包含醫病雙方有良好的溝通，能夠共同決策治療方式，以及醫療照護團隊必須要能夠提供病人以及病人家屬，清楚且能夠明瞭的癌症相關資訊，從癌症的進展、接受治療的效果和不良影響、緩和照護，以及提供情緒及心理上的支持，像是降低害怕以及焦慮[206]。本研究將於結果分析呈現癌症醫療照護於以下八大構面的現況：以病人為中心的照護、及時確診與治療、醫病間溝通情形、癌症資訊與相關支持的提供、情緒支持、參與治療決策與照護計畫、照護的連續性、財務及工作支持。

肆、 研究方法

一、 研究架構

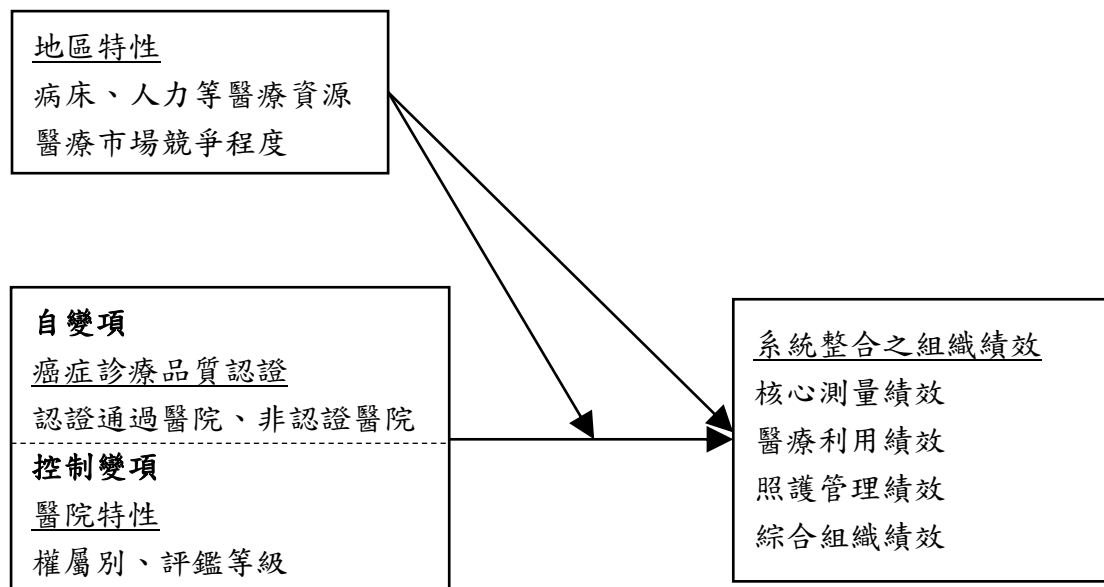


圖 4-1 計畫研究架構(第一年度次級資料部分)

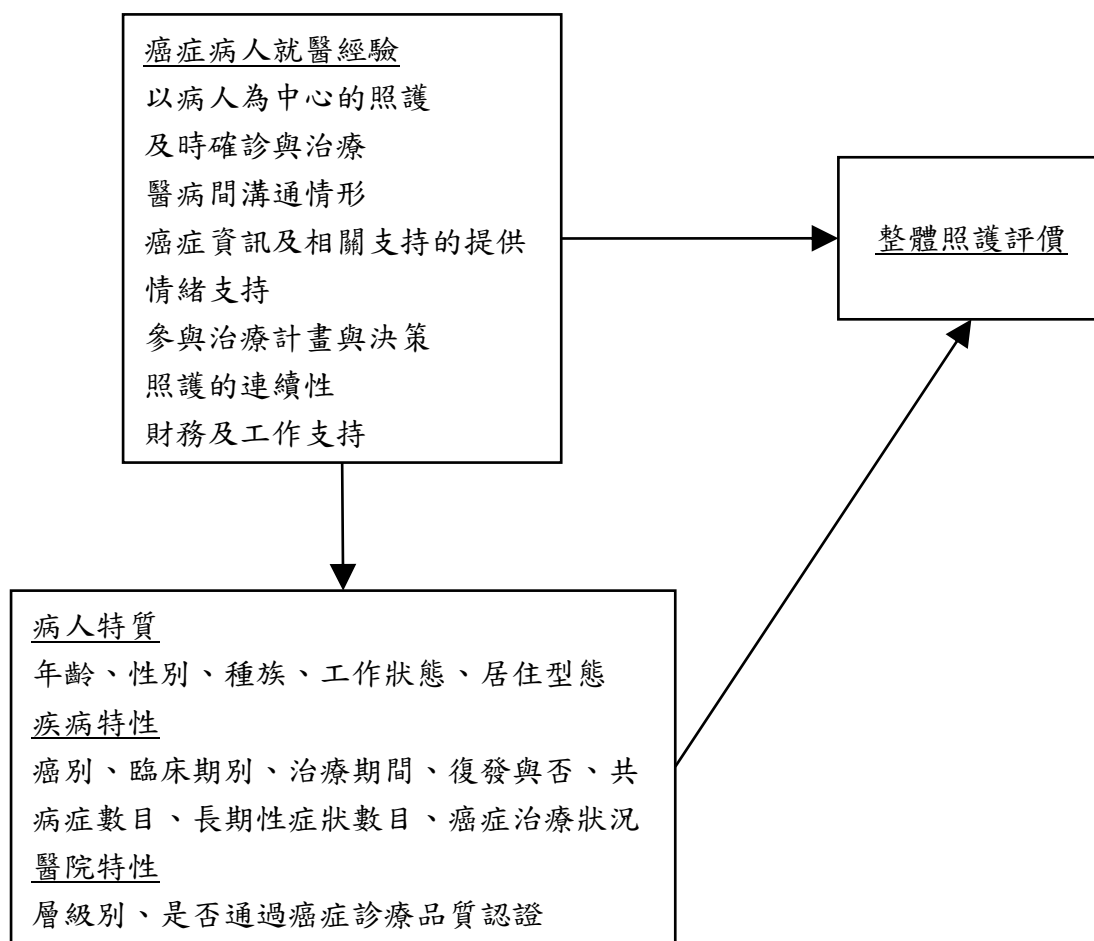


圖 4-2 計畫研究架構(第二、三年度初級資料部分)

二、 研究流程

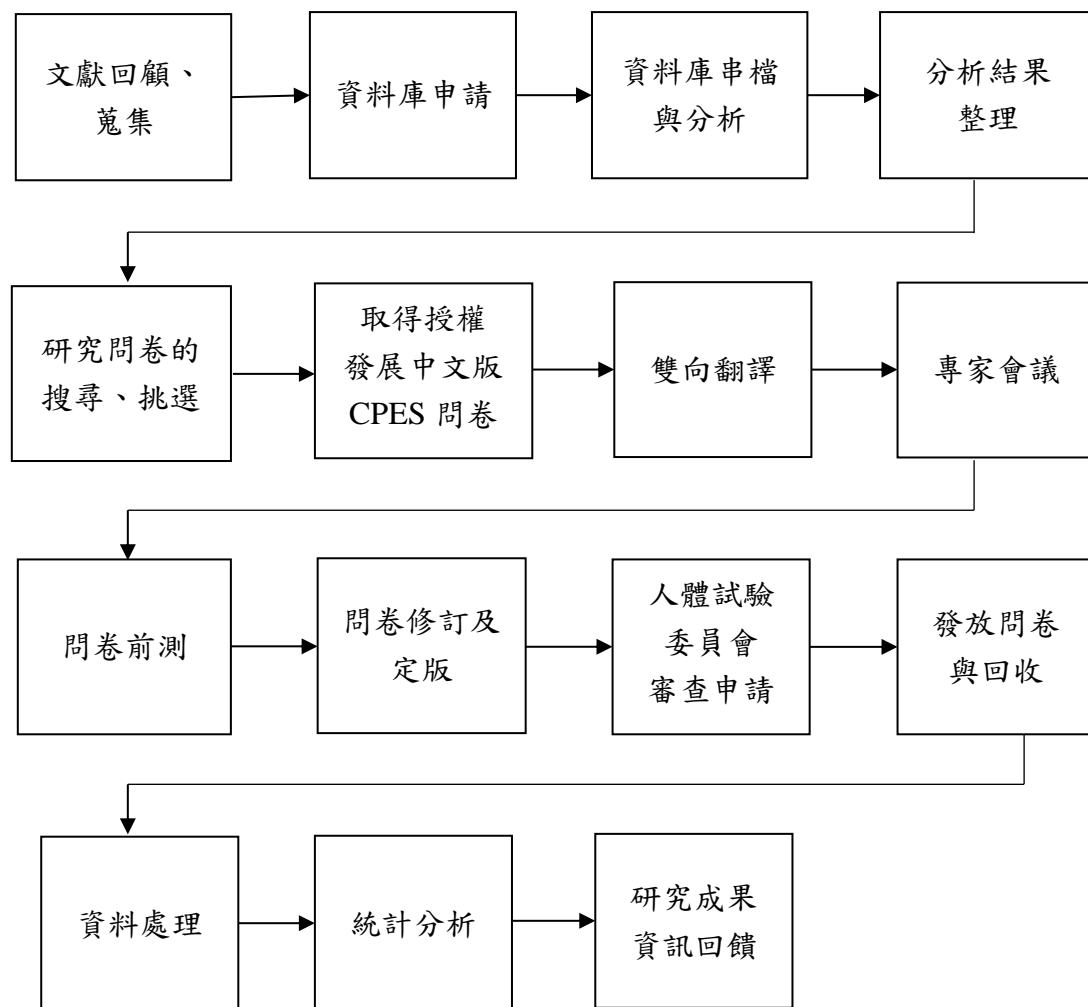


圖 4-3 計畫研究流程

三、 研究對象

(一) 第一年度次級資料部分

申報至癌症登記資料庫(TCDB 與 LF)之 2004 至 2010 年新發確診乳癌、大直腸癌、及子宮頸癌個案，串聯 2004 至 2012 年健保資料庫收集就診紀錄及申報醫院，扣除無法串出醫院別的個案，乳癌(ICD-O-3: C50)自 2004 年至 2010 年個案分別為 5914、6429、6796、7936、8416、9501、11125，共 56117 筆資料。大直腸癌(ICD-O-3: C18, C19-21)個案自 2004 至 2010 年個案分別為 6357、6966、7472、8702、9153、10288、12395，共 61333 筆資料。子宮頸癌(ICD-O-3: C53)個案自 2004 年至 2010 年個案分別為 2001、1794、1682、1670、1650、1679、1639，共 12115 筆資料，乳癌與大直腸癌患者可辨識出醫院別比例約 85%，子宮頸癌僅約 50%，以無法辨識零期個案之醫院別為主。

(二) 第二、三年度初級資料部分

立意取樣之樣本且同意協助本研究之醫院為收案醫院，共計收案醫院為 19 間，根據各醫院的層級與醫療院所通過癌症診療品質認證與否而區分出，收案醫院家數如下：

醫學中心 7 間 (北部 3 間、中部 3 間、南部 0 間、東部 1 間)。

1. 通過癌症診療品質認證之區域醫院 7 間。
2. 未通過癌症診療品質認證之區域醫院及地區醫院共 5 間。

再以醫院為單位，與各醫院醫師或醫院的癌症個案管理師配合進行收案。收案方式為先請醫師協助告知病人本研究案，有意願參與問卷調查之病人填寫問卷及知情同意書，再請各癌之個案管理師合作協助進行問卷的發放與回收，病人是將包裝好的問卷帶回家填寫，再郵寄回給研究室，這樣可以避免再醫院填寫時，可能造成病人壓力而有高估現況的情形出現。

本研究希望以多元收案的方式增加樣本的多樣性，因為有一部分的病人可能是癌症的長期存活者，在現今的健保體制下，這些長期的存活者並不是每年都很規律的在醫院進行追蹤或是治療，透過與基金會或病友協會這類非政府組織的合作，可以接觸到一些不是在線上接受積極治療或是定期追蹤的病人。

研究對象的納入及排除條件如下：

納入條件：

1. 經醫師診斷為六大癌症(乳癌、大直腸癌、子宮頸癌、肺癌、口腔癌、肝癌)且有接受治療的病人。
2. 年齡在 20 歲以上的病人。
3. 同意參與研究並能閱讀中文且填答問卷者，且無認知困難的病人。

排除條件：

1. 住院中癌症病人。
2. 僅接受門診處置的癌症病人。
3. 居住地不在台灣之癌症病人。

四、 研究工具

(一) 第一年度次級資料部分

1. 認證醫院名單

癌症診療品質認證自 2008 年開始舉辦，2008 年度認證通過醫院已於 2012 年重新認證，2009 年認證通過醫院 6 家，2010 年認證通過醫院 6 家，2012 年 26 家，其中一家包括分院故有兩個醫院代碼，2013 年 11 家，共 49 家 50 個醫院代碼。本研究僅以此 50 家醫院代碼作為是否認證醫院之依據，並未再依據認證年度進行區分。

2. 核心測量系統績效

本研究採用衛生福利部國民健康署 2012 年 12 月修訂公告之「國內常見癌症篩檢與診療測量指標分析與政策建議工作計畫」所提核心測量指標作為本研究之系統績效測量指標依據，並以所購買資料庫中可取得性篩選欲分析指標，乳癌共 13 支、大直腸癌共 8 支，子宮頸癌共 4 支、口腔癌共 5 支、肝癌共 9 支、肺癌共 9 支，各指標之編號、指標類型、名稱及分子分母定義詳述於備註一。

3. 醫療利用之系統績效

以各癌症醫療利用資料包括門診人次、住院人次、手術人數、化學治療人數、及放射線治療人數作為各醫院醫療利用系統績效。其中門診與住院人次計算方式，是以各年度健康保險資料庫之門診明細檔中，主要、次要及第三診斷碼包括乳癌(ICD-9-CM: 174)、大直腸癌(ICD-9-CM: 153, 154)、或子宮頸癌(ICD-9-CM: 179, 180)者即納入計算，以該醫院是否通過認證與否作分類。住院人次則以健保資料庫中住院明細檔所有診斷碼中包括上述 ICD-9-CM 之個案即納入計算。

手術、化學治療與放射線治療人數計算方式，則是以癌症登記檔(TCDB 或 LF)可辨識出就診醫院之各年度新確診乳癌、大直腸癌、子宮頸癌患者，以首次療程中申報之治療模式進行分析。

(二) 第二、三年度初級資料部分

本研究之問卷調查研究工具為 2014 Cancer Patient Experience Survey (CPES)，由本研究單位相問卷發展單位取得問卷授權。問卷內容包含病患與病患的醫師及其他醫療人員，在癌症治療的就醫經驗。

癌症病人就醫經驗問卷，採用英國 Quality Health 目前所使用的全國癌症病人就醫經驗調查問卷(National Cancer Patient Experience Survey, CPES)。在英國 2014 年版本的 CPES 問卷，分為 16 個題組，共計 80 題。而在台灣版本的問卷，經由與 CPES 問卷專責機構負責人 Dr. Reg Race 取得問卷中文版授權、雙向翻譯及舉辦專家會議調整文字敘述以符合台灣地區的醫療特性及文化所適用之癌症病人就醫經驗調查問卷，此份問卷共分為 15 個題組。兩版本問卷內容涵蓋分別為以下，如下表表 4-1：

表 4-1 英國版本癌症病人就醫經驗問卷與台灣版本之比較

英國	台灣
Seeing your GP.	確診前就醫情形(2 題)。
Diagnosis tests.	診斷檢查(6 題)。
Finding out what was wrong with you.	確診方式(5 題)。
Deciding the best treatment for you.	決定最佳治療方式(7 題)。
Clinical nurse specialist.	個案管理師的介入(2 題)。
Support for people with cancer.	癌症相關支持(7 題)。
Operations.	手術情形(4 題)。
Hospital doctors.	醫院醫師態度(5 題)。
Ward nurse.	病房護理人員態度(4 題)。
Hospital care & treatment.	醫院照護和治療(9 題)。
Home care and support.	居家照護和支持(2 題)。
Hospital care as a day patient/outpatient.	醫院的日間/門診照護(4 題)。
Outpatient appointments with doctor.	醫師的門診預約掛號(2 題)。
Care from your general practice.	轉診/家庭醫師照護(2 題)。
Your overall NHS care.	總體性照護(6 題)。
About you.	

在與原作者討論後，修改問卷內容不符合台灣醫療現況之題項(例如：在台灣的醫療環境中，家庭醫師制度的建立尚不是如此純熟，所以修改成基層診所醫師以符合台灣醫療現況)，問卷題數共計 68 題，完整問卷請參考附件。

在英國，癌症病人就醫經驗調查從 2010 年開始進行，調查週期是以一年一次的方式進行全國性的資料蒐集與分析，在每年的 9 月到 12 月進行問卷的調查，由於是屬於官方性質的全國性調查，所以可以透過政府的資料庫取得病人資訊及聯絡方式，以利問卷的後續追蹤及增加回應率。在結果的部分，研究單位 Quality Health 會將分析結果回饋給醫院作為病人觀點(Patient Reported Outcome Measure, PROMs)的醫療品質報告。目前 CPES 問卷的使用已拓展至其他國家，如：澳洲、紐西蘭、卡達、威爾士及北愛爾蘭等國家，本研究也與英國的研究單位 Quality Health 合作，進行在台灣的癌症病人就醫經驗調查。

研究構面的區分是依據英國的癌症病友協會組織 Macmillan Cancer Support，在 2013 年針對 CPES 問卷所提出的構面選取標準，提供想調查醫院的醫療品質所要看的構面及構面下的題目選擇，在 Macmillan 提供的報告中有區分為九項構面，在考量台灣的醫療現況及實際作業情形後，選定八個構面作為此次台灣癌症病人就醫經驗調查的衡量構面，分別為醫院提供以病人為中心的照護(Patient-Centered Care)、及時確診與治療(Timely referral into secondary care)、醫病間的溝通情形(Communication)、癌症資訊與相關支持的提供(Information and Support)、情緒支持(Emotional Support)、參與治療計畫與決策(Shared Decision Making and Care Plainning)、照護的連續性(Continuity of Care)、財務及工作支持(Financial and work support)這八大構面，詳細的操作型定義請見表。

五、 研究變項與操作型定義

本節說明資料分析當中使用的變項，包含自變項(癌症病人就醫經驗)、依變項(整體照護評價)和控制變項(病人特質、疾病特性、醫院特性)；在癌症病人就醫經驗問卷中，具有正向意義或同意的選項為 1 分，負向意義或不同意的選項則為 0 分，將各構面中有分數的題項納入分析。資料來源全數為研究受訪者自行填答的問卷，詳見表 4-2 至表 4-4：

表 4-2 癌症病人就醫經驗之操作型定義

變項名稱	屬性	操作型定義
以病人為 中心的照 護	連續 變項	<p>Q14 決定治療方式時，醫療團隊有將您的意見納入考量，填答「全數意見皆納入」=1、「部分意見納入考量」或「沒有納入考量」=0。</p> <p>Q18 是否如您期望的程度參與治療方式的決定，填答「完全參與」=1、「某種程度」或「沒有」=0。</p> <p>Q38 醫師在與您說話時是否無視於您的存在，填答「經常如此」或「有時候如此的」=0、「沒有」=1。</p> <p>Q39 您的親友想與醫師談話時，是否有機會，填答「肯定有的」=1、「有時候可以」或「沒有」=0。</p> <p>Q42 護理人員在與您說話時是否無視於您的存在，填答「經常如此」或「有時候如此的」=0、「沒有」=1。</p> <p>Q46 在討論您的病情或治療方式時，醫療團隊是否有尊重您的隱私，填答「總是如此」=1、「有時候」或「沒有」=0。</p> <p>Q47 進行檢查治療時，醫療團隊是否尊重您的隱私，填答「總是如此」=1、「有時候」或「沒有」=0。</p> <p>Q50 醫療團隊對您進行治療時，是以尊重您的態度進行治療，填答「總是如此」=1、「大部分」或「有時候」或「沒有如此」=0。</p> <p>Q67 有些癌症病人會覺得醫療團隊只是在「治病」而不是在「治人」；您是否覺得您的醫療團隊也是如此，填答「沒有」=1、「是，經常或有時候」=0。</p> <p>在此構面的題項中，有將病人有經驗的題數計為分母，再依病人實際接受到的經驗結果做為分子，作為此構面正向經驗比率的換算。</p>
及時確診 與治療	連續 變項	<p>Q1.癌症確診前，您曾經因擔心可能是癌症所引起的症狀，而去看診的次數(包含醫院及基層診所)，填答「看診 1 次」與「看診 2 次」=1、「看診 3、4 次」與「看診 5、6 次」=0。</p> <p>Q2.從您察覺自己身體可能有些狀況，到您第一次至醫院看診大約為多長時間，填答「3 個月以內」=1、「3-6 個月」與「6-12 個月」與「12 個月以上」=0。</p> <p>Q19.確診到開始治療的等候時間多長，填答「2 週以內」=1、「2-4 週」與「4 週以上」=0。</p> <p>在此構面的題項中，有將病人有經驗的題數計為分母，再依病人實際接受到的經驗結果做為分子，作為此構面正向經驗比率的換算。</p>

表 4-2 癌症病人就醫經驗之操作型定義-續

變項名稱	屬性	操作型定義
醫病間的 溝通情形	連續 變項	Q10 對於確診癌症的告知方式，您的感受，填答「非常重視」=1、「還算重視」或「不太重視」=0。
		Q22 最近一次與個管師的對話，對方是否悉心聆聽，填答「是，肯定的」=1、「是，某種程度上有」或「不是」=0。
		Q38 醫師在與您說話時是否無視於您的存在，填答「經常如此」或「有時候如此的」=0、「沒有」=1。
		Q42 護理人員在與您說話時是否無視於您的存在，填答「經常如此」或「有時候如此的」=0、「沒有」=1。
		Q44 您是否覺得醫療團隊會對您隱瞞某些您想要知道的事，填答「常常如此、有時候或只有一次」=0、「從來沒有」=1。 在此構面的題項中，有將病人有經驗的題數計為分母，再依病人實際接受到的經驗結果做為分子，作為此構面正向經驗比率的換算。
癌症資訊 與相關支 持的提供	連續 變項	Q6 進行檢查之前，您是否有拿到關於您將進行檢查的書面資料，填答「簡單明瞭」=1、「不易理解」或「沒有」=0。
		Q12 當您被告知罹癌時，您是否有拿到關於您將進行檢查的書面資料，填答「簡單明瞭」=1、「不易理解」或「沒有」=0。
		Q16 治療開始前是否有獲得副作用的書面說明，填答「容易了解」=1、「不易了解」或「沒有」=0。
		Q33 治療開始前是否有獲得手術的書面說明，填答「簡單明瞭」=1、「不易了解」或「沒有」=0。
		Q51 您是否有得到清楚的資訊，告知您在出院以後什麼是該做的、什麼是不該做的，填答「有」=1、「沒有」=0。
		Q65 您認為您所獲得的癌症治療資訊是否足夠，填答「剛剛好」=1、「不夠、太多了」=0。 在此構面的題項中，有將病人有經驗的題數計為分母，再依病人實際接受到的經驗結果做為分子，作為此構面正向經驗比率的換算。
情緒支持	連續 變項	Q9 被告知確診癌症時，是否有通知銀可與家人或朋友陪同前來，填答「有」=1、「沒有」=0。
		Q24 醫療團隊是否提供您癌症相關的支持團體或病友協會的資訊，填答「有」=1、「沒有」=0。
		Q48 當您至醫院就診時，您是否能夠與醫療團隊成員討論您擔憂或害怕的事情，「總是可以」=1、「大部分」或「有時候」或「完全不行討論」=0。
		Q58 當您接收門診或日間照護時，醫療團隊是否有提供足夠的情緒支持，填答「是，肯定的」=1、「是，某種程度上有」或「否，我想要獲得情緒上支持」=0。 在此構面的題項中，有將病人有經驗的題數計為分母，再依病人實際接受到的經驗結果做為分子，作為此構面正向經驗比率的換算。

表 4-2 癌症病人就醫經驗之操作型定義-續

變項名稱	屬性	操作型定義
參與治療計畫與決策	連續變項	<p>Q14 決定治療方式時，醫療團隊有將您的意見納入考量，填答「全數意見皆納入」=1、「部分意見或沒有納入考量」=0。</p> <p>Q18 是否如您期望的程度參與治療方式的決定，填答「完全參與」=1、「某種程度」或「沒有」=0。</p> <p>Q54 離院後，您是否有與健康與社會服務系統獲得足夠的照護和幫助，填答「是，肯定的」=1、「是，某種程度上有」或「沒有」=0。</p> <p>Q61 到目前為止，您的轉診/家庭醫師對您病情即曾接受的照護是否清楚了解，填答「是」=1、「否」=0。</p> <p>Q66 您是否知道您的癌症評估與治療計畫，填答「是」=1、「否」=0。</p> <p>在此構面的題項中，有將病人有經驗的題數計為分母，再依病人實際接受到的經驗結果做為分子，作為此構面正向經驗比率的換算。</p>
照護的連續性	連續變項	<p>Q20 是否有定的一位個管師負責您的癌症照護，填答「是」=1、「否」=0。</p> <p>Q21 與個管師聯絡是否容易，填答「容易」=1、「有時容易，有時困難」或「很難聯絡」=0。</p> <p>Q45 是否發生過不同的醫療團隊成員，對您的病情或治療方式說法不一致，填答「常常如此、有時候或只有一次」=0、「從來沒有」=1。</p> <p>Q52 醫療團隊是否有告知您，當您出院後，若對病情或治療感到擔心時可以聯繫誰，填答「有」=1、「沒有」=0。</p> <p>Q60 最近一次到癌症專科醫師的門診看診時，醫院是否備好齊全的文件，像是病例、X 光報告、檢查報告等，填答「是」=1、「否」=0。</p> <p>Q63 癌症多專科團隊（醫院醫師、醫院護理人員、個案管理師等）是否通力合作，提供給您最好的照護，填答「總是如此」=1、「大部分」或「偶爾」或「從未如此」=0。</p> <p>在此構面的題項中，有將病人有經驗的題數計為分母，再依病人實際接受到的經驗結果做為分子，作為此構面正向經驗比率的換算。</p>
財務及工作支持	連續變項	<p>Q25.醫療團隊是否有與您討論或提供資訊，癌症對您的工作或求學可能產生的影響，填答「有」=1、「沒有，但我希望能有這些資訊」=0。</p> <p>Q26.醫療團隊是否有提供給您，財務援助或其他可申請補助的資訊，填答「有」=1、「沒有，但我想要取得這類資訊」=0。</p> <p>Q27.醫療團隊是否有告訴您，持重大傷病證明卡，在其有效期限內，就醫可免部分負擔，填答「有」=1、「沒有，但我想要取得此資訊」=0。</p> <p>在此構面的題項中，有將病人有經驗的題數計為分母，再依病人實際接受到的經驗結果做為分子，作為此構面正向經驗比率的換算。</p>

表 4-3 整體照護評價之操作型定義

變項名稱	屬性	操作型定義
整體照護評價	序位變項	以受訪者給予的評價分為「非常不好」=1、「不好」=2、「好」=3、「很好」=4、「非常好」=5。

表 4-4 病人特質、疾病特性與醫院特性之操作型定義

變項名稱	屬性	操作型定義
病人特質		
年齡	連續變項	以受訪日期與受訪者自填出生西元年相減換算實際年齡。
性別	類別變項	本研究將受訪者的性別分為「女性」=0、「男性」=1。
種族	類別變項	本研究將受訪者的種族分為「台灣閩南人、台灣客家人、台灣原住民」=1、「大陸各省市」或「新住民、外國人」=0。
工作狀態	類別變項	本研究將受訪者的工作狀況分為「沒有工作」=0、「退休」=1、「家庭主夫/婦」=2、「有工作」=3。
居住型態	類別變項	本研究將受訪者的居住狀況分為「獨居」=0、「與家人或親友同住」=1。
疾病特性		
癌別	類別變項	本研究將癌症別分為「乳癌」=1、「結腸直腸癌」=2、「肝癌」=3、「肺癌」=4、「口腔癌」=5、「子宮頸癌」=6。
臨床期別	類別變項	本研究將初次診斷的癌症期別分為「第零期」=0、「第一期」=1、「第二期」=2、「第三期」=3、「第四期」=4。
治療期間	類別變項	治療期間係指受訪者從初次接受治療到受訪的這段期間。本研究分為「1 年以內」=1、「1-5 年」=2、「大於 5 年」=3。
復發與否	類別變項	本研究將受訪者癌症復發狀態分為「未復發」=0、「復發」=1。
共病症數目	類別變項	根據學者[207]對大腸直腸癌病人進行的共病症評估，挑選出最常見的共病症，分別為高血壓、糖尿病、心血管疾病、腦血管疾病這四項，再加入英國 CPES 問卷負責人建議增加的常見共病症：關節炎、失智症、氣管或慢性阻塞性肺病(COPD)，而分為「受訪者不具有共病症」=0、「具有有 1 項共病症」=1、「2 項或以上」=2。
長期性症狀數目	類別變項	本研究的長期性症狀有聽力問題、視力問題、疲勞、學習障礙、心理/精神狀況、長期性疾病(如:愛滋病、癲癇)，分為「受訪者不具有長期性症狀」=0、「具有有 1 項」=1、「2 項或以上」=2。
癌症治療狀況	類別變項	依據病人在治療後的反應，分為「正在接受治療，尚不知道效果」=1、「治療效果良好，已痊癒」=2、「已完成治療，但癌症仍存在」=3、「治療反應不好，再度治療」=4、「未積極治療，僅觀察」=5。

表 4-4 病人特質、疾病特性與醫院特性之操作型定義-續

變項名稱	屬性	操作型定義
醫院特性		
層級別	類別變項	依據病人就醫場所之醫院層級別，分為「非醫學中心」=1、「醫學中心」=2。
是否通過 癌症診療 品質認證	類別變項	依據病人就醫場所之醫療院所是否通過癌症診療品質認證，分為「未通過」=0、「通過」=1。

六、 資料處理及分析方法

回收問卷內容在癌症病人就醫經驗問卷分析的部分，依據英國 Quality Health 所提供之譯碼簿進行編碼，在選項為具正向意義或同意者計為 1，負向意義或不同意計為 0。在透過 CPES 的各個就醫經驗不同的構面，將癌症病人在醫療過程中的就醫經驗，依照題目所敘述其接受到的經驗為正向或負向結果，轉換成病人在此構面感受到的達成比率以進行後續的統計分析。在各構面下，將病人有經驗的題數計為分母，再依病人實際接受到的經驗結果做為分子，進行比率的計算，作為該構面醫療照護品質優劣的呈現。再將譯碼後的資料輸入電腦中以 EXCEL 進行資料建檔後，使用 SAS 9.3 套裝軟體進行資料處理。

本研究之推論性統計之統計顯著水準訂為 0.05，因此當統計結果之雙尾檢定 $P \leq 0.05$ 者，視為達統計上顯著意義。為了減少部分敷衍填答者的影響，若整份問卷均填答相同答案或問卷填寫有重大缺漏，視為無效問卷，不列入分析。

檢定問卷之信效度後，確認研究變項為有效及準確的測量後，就可以進行後續的分析。在問卷的信效度的部分，由於是沿用國外原先發展好的問卷，所以在效度的部分是進行專家會議及與原作者的討論取得專家效度，在信度的部分，為了測量問卷內部變數的一致性選用 Cronbach's α 值作為衡量問卷信度的依據，在癌症病人經驗的部分，在英國使用癌症病人就醫經驗問卷(CPES)所做的研究中顯示，其信度 Cronbach's $\alpha=0.83$ ，本研究經中文化翻譯及前測的分析結果顯示，信度的 Cronbach's $\alpha=0.80$ ，與國外相去不遠，符合要求。

在統計分析的部分，將進行描述性統計、雙變項分析和多變項分析。首先在描述性統計分析的部分，為描述各癌症照護機構之病人特質、疾病特性、醫院特性及病人經驗問卷的各題評值。針對類別變項使用個數、百分比進行統計；而在連續變項的部分則是用平均值、標準差進行統計。在雙變項分析的部分，會利用獨立樣本 T 檢定、單因子變異數分析(搭配 Scheffe 檢定進行多組事後比較)、卡方檢定、皮爾森積差相關檢定進行分析。最後在多變項的部分，會以複迴歸進行分析，並使用逐步迴歸法(Stepwise)進行變項的篩選，以得出解釋力最佳的迴歸模型。

伍、 研究結果

一、 第一年度次級資料部分

(一)乳癌個案現況及醫療利用績效

2004 年至 2010 年間乳癌確診人數期別、就診機構特性及治療模式現況如表 5-1，研究個案自 5914 位逐年增加至 2010 年 1115 位，其中以第一期及第二期患者居多，兩期別佔全部確診個案比例自 2004 年至 2010 年為 68%、66%、65%、66%、67%、67%、及 68%，第零期患者比例增加，自 2004 年 472 人(8%)，增加至 1104 人(10%)。

在就診機構是否為認證通過醫院部分，癌症診療品質認證自 2008 年開辦，乳癌患者在認證醫院接受照護的比例自 2008 年至 2010 年依序為 7891 人(94%)、8754 人(92%)、及 9780(88%)，雖然人數增加，但占有所有新診斷病人的比例是下降的。而手術、放射治療及化學治療人數亦逐年增加，但占有所有新診斷病人的比例亦是下降的。手術人數在認證醫院接受照護的比例自 2008 年至 2010 年依序為 6996 人(96%)、7674 人(94%)、與 8491 人(88%)；放射線治療人數自 2008 年至 2010 年依序為 1390 人(94%)、1621 人(92%)、2075 人(90%)；化學治療人數自 2008 年至 2010 年依序為 5033 人(95%)、5379 人(94%)、及 5803 人(89%)。

在門診及住院醫療利用上(如表 5-4)，在認證醫院接受照護的乳癌人次增加但占總人次比例下降，乳癌門診人次自 2008 年至 2010 年依序為 722760(84%)、791137(83%)、及 868443 人次(83%)；乳癌住診人次自 2008 年至 2010 年依序為 47394(87%)、51869(86%)、及 54909 人次(86%)。

(二)大直腸癌個案現況及醫療利用績效

2004 年至 2010 年間大直腸癌確診人數期別、就診機構特性及治療模式現況如表 5-2，研究個案自 6357 位逐年增加至 2010 年 12406 位，其中以第三期患者居多，佔全部確診個案比例自 2004 年至 2010 年依序為 1756 人(28%)、1956 人(28%)、2057 人(28%)、2461 人(28%)、2699 人(29%)、3057 人(30%)、及 3665 人(30%)。

大直腸癌患者在認證醫院接受照護的比例自 2008 年至 2010 年依序為 8477 人(93%)、9450(92%)、10751 人(87%)，人數增加但占有所有新診斷病人比例是下降的。而手術、放射治療及化學治療人數亦逐年增加，比例逐年下降。手術人數在認證醫院接受照護的比例自 2008 年至 2010 年依序為 7197 人(93%)、8151 人(92%)、9261 人(87%)；放射線治療人數自 2008 年至 2010 年依序為 241 人(97%)、246 人(91%)、282 人(85%)；化學治療人數自 2008 年至 2010 年依序為 5232 人(94%)、5646 人(93%)、6451 人(88%)。

在門診及住院醫療利用上(如表 5-4)，在認證醫院接受照護的大腸直腸癌人次增加但占總人次比例不變，大腸直腸癌門診人次自 2008 年至 2010 年依序為 500569 人次(76%)、546694 人(76%)、及 590985 人次(76%)；大直腸癌住診人次自 2008 年至 2010 年依序為 58713 人次(82%)、63524 人次(82%)、與 68764 人次(81%)。

(三)子宮頸癌個案現況及醫療利用績效

2004 年至 2010 年間子宮頸癌確診人數期別、就診機構特性及治療模式現況如表 5-3，研究個案自 2001 位逐年減少至 2010 年 1639 位，其中以第一期患者居多，佔全部確診個案比例自 2004 年至 2010 年依序為 835 人(42%)、714 人(40%)、677 人(40%)、689 人(41%)、683 人(41%)、654 人(39%)、及 635 人(39%)。而若未刪除無法辨識醫院個案，以第零期患者居多，自 2001 年至 2010 年總人數依序為 4983、4600、4483、4235、4111、4352、及 4371 人，其中第零期患者人數與比例為 2864 人(57%)、2788 人(61%)、2781 人(62%)、2636 人(62%)、2533 人(62%)、2722 人(63%)、2784 人(64%)。

子宮頸癌患者在認證醫院接受照護的比例自 2008 年至 2010 年依序為 1518 人(93%)、1520 人(91%)、及 1438 人(88%)，人數有增有減，但占有所有新診斷病人比例是下降的。而手術、放射治療及化學治療人數亦有增有減，比例亦有增有減。手術人數在認證醫院接受照護的比例自 2008 年至 2010 年依序為 834 人(90%)、822 人(90%)、794 人(88%)；放射線治療人數自 2008 年至 2010 年依序為 85 人(87%)、98 人(95%)、78 人(3%)；化學治療人數自 2008 年至 2010 年依序為 660 人(96%)、688 人(93%)、666 人(91%)。

在門診及住院醫療利用上(如表 5-4)，在認證醫院接受照護的子宮頸癌人次增加但占總人次比例不變，子宮頸癌門診人次自 2008 年至 2010 年依序為 148660 人次(80%)、150552 人次(80%)、150817 人次(80%)；大直腸癌住診人次自 2008 年至 2010 年依序為 8431 人次(84%)、8355 人次(83%)、與 8644 人次(84%)。

(四)口腔癌個案現況及醫療利用績效

2004 年至 2010 年間口腔癌確診人數、就診機構特性及治療模式現況如表 5-5，2004 年確診個案為 3930 人，2010 年增至 6605 位。新確診個案在認證通過醫院接受照護的比例自 2004 年的 3121 人(79%)至 2010 年的 5669 人(86%)，呈現逐年上升的趨勢。在認證醫院接受手術照護的比例自 2004 年的 1869 人(83%)上升至 2010 年的 3770 人(88%)；在認證醫院接受放射線治療的比例自 2004 年的 1225 人(79%)上升至 2010 年的 2373 人(87%)；在認證醫院接受化學治療的比例自 2004 年的 993 人(81%)上升至 2010 年的 2314 人(87%)。

(五)肝癌個案現況、醫療利用績效及核心測量指標表現

2004 年至 2010 年間肝癌確診人數、就診機構特性及治療模式現況如表 5-6，2004 年確診個案為 7821 人，2010 年增至 10791 位。新確診個案在認證通過醫院接受照護的比例自 2004 年的 6125 人(78%)至 2010 年的 9055 人(84%)，呈現逐年上升的趨勢。在認證醫院接受手術照護的比例自 2004 年的 1566 人(83%)上升至 2010 年的 3692 人(88%)；在認證醫院接受放射線治療的比例自 2004 年的 256 人(71%)上升至 2010 年的 573 人(86%)；在認證醫院接受化學治療的比例自 2004 年的 543 人(77%)上升至 2010 年的 2481 人(82%)。

在肝癌核心測量指標方面，極早期和早期肝癌病人接受治癒性療法的比率、極早期和早期肝癌病人接受 TA(C)E 之比率，認證通過醫院較未認證通過醫院高。肝癌個案有

註記 TNM 臨床分期個案之比率、肝癌患者接受手術切除其邊緣無殘留癌細胞之比率、極早期和早期肝癌病人接受放射治療的比率，無論是否為認證通過醫院，其表現相近。

(六) 肺癌個案現況、醫療利用績效及核心測量指標表現

2004 年至 2010 年間肺癌確診人數、就診機構特性及治療模式現況如表 5-7，2004 年確診個案為 6625 人，2010 年增至 9867 位。新確診個案在認證通過醫院接受照護的比例自 2004 年的 5181 人(78%)至 2010 年的 8172 人(83%)，呈現逐年上升的趨勢。在認證醫院接受手術照護的比例自 2004 年的 744 人(79%)上升至 2010 年的 2193 人(88%)；在認證醫院接受放射線治療的比例自 2004 年的 759 人(81%)上升至 2010 年的 1999 人(84%)；在認證醫院接受化學治療的比例自 2004 年的 2466 人(81%)上升至 2010 年的 4631 人(84%)。

在肺癌核心測量指標方面，臨床第 I-II 期非小細胞肺癌病患未進行腫瘤原發部位手術，而以其他方式治療(包括放射線治療、化學治療、標靶治療)、臨床第 IIIA 期非小細胞肺癌病患未進行腫瘤原發部位手術，而以其他方式治療的比率、有進行腫瘤原發部位切除性手術的臨床第 I-II 期非小細胞肺癌病患進行腫瘤完全切除性手術(包含肺葉切除 Lobectomy 或全肺切除 Pneumonectomy)的比率、有進行腫瘤原發部位切除性手術的臨床第 IIIA 期之非小細胞肺癌病患進行腫瘤完全切除性手術(包含肺葉切除 Lobectomy 或全肺切除 Pneumonectomy)的比率，認證通過醫院較未認證通過醫院高。有進行腫瘤原發部位切除性手術的臨床第 I-II 期非小細胞肺癌病患完成原發部位同側縱膈腔淋巴結取樣或摘除至少 3 個位置以上(≥ 3 N2 stations)的比率、有進行腫瘤原發部位切除性手術的臨床第 IIIA 期非小細胞肺癌病患完成原發部位同側縱膈腔淋巴結取樣或摘除至少 3 個位置以上的比率，非認證通過醫院較認證通過醫院略高。

(七) 乳癌核心測量指標表現及多變量分析

在乳癌核心測量指標方面，共分析 13 支指標包括診斷類 2 支及治療類 11 支。表 5-8 為 2004 年至 2010 年乳癌各指標核心測量指標之分析樣本數及遵從百分比，受限於資料庫中 ER 及 PR 兩欄位可取得性而僅呈現 2004 至 2006 年的數據。圖 5-1 至圖 5-13 為乳癌各指標歷年遵從率長條圖，呈現認證醫院、未認證醫院及總研究樣本之遵從核心指標情形。

各項指標遵從比率超過 80% 共 9 支，其中 8 支指標超過 90%，包括指標 1(確診結果為乳癌者，於 3 個月內接受治療的比率)、指標 2(45 歲以上(含)乳癌婦女施行首次治療前 3 個月內有乳房 x 光攝影的比率)、指標 5(乳癌病人手術後病理檢查報告記錄原發腫瘤大小的比率)、指標 7(病理分期為侵犯性乳癌，有 ER 接受體報告的比率)、指標 8(病理分期為侵犯性乳癌，有 PR 接受體報告的比率)、指標 9(病理分期為侵犯性乳癌，乳房保留手術後放射線治療的比率)、指標 10(更年期前婦女(≤ 50 歲)腋下淋巴結陽性的乳癌病人給予輔助性化學治療的比率)、指標 11(更年期後婦女腋下淋巴結陽性的乳癌病人給予賀爾蒙治療或輔助性化學治療的比率)、及指標 12(侵犯性乳癌病人，ER 接受體陽性(+)給予賀爾蒙治療的比率)。

指標遵從比率介於 60%-80%的指標僅 1 支，為指標 6(侵犯性乳癌在切除腫瘤時，病理檢查 10 個或以上的腋下淋巴結廓清的比率)，歷年平均介於 56.6%至 77.8%且逐年降低。指標遵從比率低於 60%共 3 支，包括指標 3(乳癌第零期沒有進行標準腋下淋巴結廓清術比率)，歷年平均介於 35%至 40%且有增加趨勢，在 2010 年達到 41.8%；指標 4(乳癌第 I 期執行乳房保留手術比率)，歷年平均介於 45%至 50%且有增加趨勢，在 2010 年達到 52.1%；指標 13(淋巴結陽性 ≥ 4 乳房全切除有進行放射治療的比率)，歷年平均介於 45%至 56%，2010 年全部研究個案之遵從比率在 53.9%。

醫院是否通過認證在指標遵從比率的差異在各指標情形不同，在指標 1、2、3、5 差異不大(小於 5%)；認證醫院高於未認證醫院指標包括 4、7、8、9、10、11、12，其中指標 4 在 2008 年後未認證醫院遵從比率高於認證醫院、指標 7、8、12 只有 2004 年至 2006 年數據，指標 9、10、11 在 2007 年後差異變小或無差異；僅指標 6 的遵從比率認證醫院低於未認證醫院。

由於醫院癌症照護管理系統績效無法從次級資料取得，故此次分析僅分析核心測量系統績效、醫療利用系統績效及加總核心測量與醫療利用系統績效後的綜合面向系統績效，僅分析每年乳癌照護個案數超過 50 例醫院，共 62 家醫院納入分析。將此三面向系統績效分述如下：

1、乳癌核心測量系統績效

以醫院層級為單位，每項指標百分比取中位數令之為標準，計算各醫院測量值百分比達中位數以上的指標數目，1個指標數主觀給予1分，加總後為該醫院之乳癌核心測量系統績效分數。由於乳癌共13支指標，故總分介於0到13分。

多變量分析採混和模型(mixed model)分析，第一層為醫院，第二層為17個醫療區。將地區特性之市場競爭程度以行政疆界法將全台分為17醫療區，分別為基隆、台北、宜蘭、桃園、新竹、苗栗、台中、彰化、南投、雲林、嘉義、台南、高雄、屏東、澎湖、台東、花蓮，根據全國乳癌照護服務醫院數據，計算年平均乳癌照護住院人次賀芬達指數，並根據四分位法分成四組，分別為高度競爭(低於1456.2(第一四分位Q1))、中高度競爭(介於1456.2(Q1)到1468.3(Q2))、中度競爭(介於1468.3(Q2)到1509.8(Q3))、低度競爭(高於1509.8(Q3))。在醫院特性部分納入醫院層級(醫學中心、區域醫院、地區醫院及其他)、權屬別(公立、財團法人、私立)、是否為認證醫院及病患平均年齡，分析結果如表 5-9 模式 1，地區及醫院特性間的核心測量指標系統績效，僅低度市場競爭程度對高度市場競爭程度區域的核心測量績效達到顯著的不同。

2、乳癌醫療利用系統績效

取個案醫院乳醫療利用資料(門診人次、住院人次、手術人次、化療人次、放療人次)，以K-means Cluster Analysis方式將每個服務量分成三組(3-高量、2-中量、1-低量)，五種服務量分成三組後，主觀令組別為分數而相加起來後為其醫療利用系統績效分數，總分介於3至15分。

多變量分析以混合模型進行，地區特性包括依年平均乳癌住院人次賀芬達指數分成

高度、中高度、中度及低度競爭四組，以及醫院層級別、權屬別、是否為認證醫院及病患平均年齡等醫院特性，分析結果如表5-9模式2，顯示市場競爭程度對於醫療利用績效並無顯著差異，但醫院層級別、權屬別及病患年齡在醫療利用績效上有顯著差異。

3、乳癌綜合面向系統績效

將各醫院核心測量指標系統績效值及醫療利用系統績效值計算出一平均值及標準差，並標準化每欄每數值，加總後計算出各醫院的乳癌總系統績效，數值介於-1及1之間。

多變量分析以混和模型進行，分析變項包括地區及醫院特性，地區特性為市場競爭程度、醫院特性包括層級別、權屬別、認證與否及病患平均年齡。分析結果如表5-9模式3，顯示市場競爭程度對於醫療利用績效並無顯著差異，但醫院層級別、權屬別及病患年齡在醫療利用績效上有顯著差異。

(八) 結腸直腸癌核心測量指標表現及多變量分析

在結腸直腸癌核心測量指標方面，共分析 8 支指標包括診斷類 2 支及治療類 6 支。表 5-10 為 2004 年至 2010 年結腸直腸癌各指標核心測量指標之分析樣本數及遵從百分比，圖 5-14 至圖 5-21 為直腸結腸癌各指標歷年遵從率長條圖。

各項指標遵從比率超過 90% 共 5 支，且此 5 支遵從比率皆接近 100%。指標 1(結腸癌病人治療前在病歷上紀錄有接受包括「胸部 x 光」及「腹部超音波或 CT scan 或 MRI」的比率)、指標 2(直腸癌病人治療前在病歷上紀錄有接受包括「胸部 x 光」及「腹部超音波或 CT scan 或 MRI」的比率)、指標 6(結腸癌(Colon Ca)病理期別第 III 期病人，術後 6 週內接受化學治療的比率)、指標 7(第 II、III 期(臨床期別為主)直腸癌病人，6 週內開始治療(手術或放療或 CCRT)的比率)、指標 8(由臨床期別第 II、III 期，直接做化療及放療(CCRT)直腸癌(Rectum Ca)病人，CCRT 算起，16 週內開完刀的比率)。

指標遵從比率介於 60%-80% 的指標 2 支，指標 4(病理期別第 I-III 期結腸癌手術病人，淋巴結病理檢查 12 顆以上的比率)歷年平均介於 66% 至 77% 且有逐年增加趨勢，至 2010 年達到 77.1%；指標 5(病理期別第 I-III 期直腸癌手術病人，淋巴結病理檢查 12 顆以上的比率)歷年平均介於 52% 至 58%，且有逐年增加趨勢，在 2010 年達到 58.1%。指標 3 在 2004 至 2006 年遵從情形超過 80%，但 2007 年後平均遵從率降至 55% 左右，2010 年降至 53.8%。

醫院是否通過認證在大多數指標遵從率的差異不大，在指標 1、2、3、6、7、8 之各年度差異皆小於 5%；僅指標 4 認證醫院各年遵從率高於未認證醫院，而認證與否在指標 5 的差異並無方向性。

於醫院癌症照護管理系統績效無法從次級資料取得，故此次分析僅分析核心測量系統績效、醫療利用系統績效及加總核心測量與醫療利用系統績效後的綜合面向系統績效，僅分析每年結腸直腸癌照護個案數超過 50 例醫院，共 70 家醫院納入分析。將此三面向系統績效分述如下：

1、結腸直腸癌核心測量系統績效

核心測量系統效以醫院層級為單位，每項指標百分比取中位數令之為標準，計算各醫院測量值百分比達中位數以上的指標數目，1 個指標數主觀給予 1 分，加總後為該醫院之乳癌核心測量系統績效分數。結腸直腸癌納入分析共 8 支指標，故總分介於 0 到 8 分。

多變量分析以混合模型進行分析，納入市場競爭之地區特性及相關醫院特性，其中市場競爭程度以行政疆界法將全國 17 個醫療區中各家醫院每年結腸直腸癌住院人次計算賀芬達指數，並根據四分位法分為高度競爭(低於 1059.3(Q1)人次、中高度競爭(介於 1059.3(Q1)及 1088.7(Q2))人次、中度競爭(介於 1088.7(Q2)及 1147.5(Q3)人次)、低度競爭(高於 1147.5(Q3)人次)等四組。分析結果如表 5-11 模式 1，可發現市場競爭、認證及醫院權屬別在核心測量系統績效上有顯著差異。控制其他醫院特性後，認證醫院的核心測量績效顯著低於未認證醫院，而醫學中心核心測量指標明顯高於其他層級別醫院。

2、結腸直腸癌醫療利用系統績效

取個案醫院結腸直腸醫療利用資料（門診人次、住院人次、手術人次、化療人次、放療人次），以K-means Cluster Analysis方式將每個服務量分成三組（3-高量、2-中量、1-低量），五種服務量分成三組後，主觀令組別為分數而相加起來後為其醫療利用系統績效分數，總分介於3至15分。

多變量分析以混合模型進行分析，分析變項包括地區特性及醫院特性，地區特性為市場競爭程度、醫院特性包括層級別、權屬別、認證與否及病患平均年齡。分析結果如表 5-11 模式 2，控制其他特性後，僅醫院層級別及病患平均年齡在醫療利用上達到統計上顯著差異。

3、結腸直腸癌綜合面向系統績效

將各醫院核心測量指標系統績效值及醫療利用系統績效值計算出一平均值及標準差，並標準化每欄每數值，加總後計算出各醫院的乳癌總系統績效，數值介於-1及1之間。

多變量分析納入地區及醫院特性，以混和模型進行分析。分析結果如表5-11模式3，控制其他特性後，僅醫院層級別在綜合面向系統績效上達到統計上顯著差異。

(九) 子宮頸癌核心測量指標表現

在子宮頸癌核心測量指標方面，共分析 4 支指標包括診斷類 1 支及治療類 3 支。下表表 5-12 為 2004 年至 2010 年子宮頸癌各指標核心測量指標之分析樣本數及遵從百分比，圖 5-22 至圖 5-25 為子宮癌各指標歷年遵從率長條圖。指標 4 遵從比率超過 80% 且接近 100%；指標 2 在 2007 年前低於 80%，2007 年始高於 80%；而指標 1 與 3 遵從率低於 60%，指標 1 介於 52%至 46.5%，指標 3 介於 48%至 51%。是否通過認證在各指標遵從率上的差異各有不同，指標 1 非認證醫院皆高於認證醫院，指標 2 認證醫院在 2007 至 2008 年低於非認證醫院，但其他年度皆高於非認證醫院；指標 3 雖有差異但並無方

向性，指標 4 在認證與否的遵從率並無差異。

(十) 口腔癌核心測量指標表現

在口腔癌核心測量指標方面，口腔癌病人手術後接受輔助性放射治療劑量 >60 Gy 但 ≤ 70 Gy、於 8 週(含)內完成治療的比率，口腔癌病人做放射治療前 2 個月曾做牙科會診的比率，口腔癌病人手術後 6 週內開始放射治療的比率，口腔癌病人治療後 1 年內至核心科別追蹤至少 ≥ 4 次的比率，認證通過醫院整體而言比例較未認證通過醫院高。首次原發手術後 30 天內死亡者的比例，無論是否為認證通過醫院，其表現相近。結果如圖 5-26 至圖 5-30。

(十一) 肝癌核心測量指標表現

在肝癌核心測量指標方面，極早期和早期肝癌病人接受治癒性療法的比率、極早期和早期肝癌病人接受 TA(C)E 之比率，認證通過醫院較未認證通過醫院高。肝癌個案有註記 TNM 臨床分期個案之比率、肝癌患者接受手術切除其邊緣無殘留癌細胞之比率、極早期和早期肝癌病人接受放射治療的比率，無論是否為認證通過醫院，其表現相近。結果如圖 5-31 至圖 5-35。

(十二) 肺癌核心測量指標表現

在肺癌核心測量指標方面，臨床第 I-II 期非小細胞肺癌病患未進行腫瘤原發部位手術，而以其他方式治療(包括放射線治療、化學治療、標靶治療)、臨床第 IIIA 期非小細胞肺癌病患未進行腫瘤原發部位手術，而以其他方式治療的比率、有進行腫瘤原發部位切除性手術的臨床第 I-II 期非小細胞肺癌病患進行腫瘤完全切除性手術(包含肺葉切除 Lobectomy 或全肺切除 Pneumonectomy)的比率、有進行腫瘤原發部位切除性手術的臨床第 IIIA 期之非小細胞肺癌病患進行腫瘤完全切除性手術(包含肺葉切除 Lobectomy 或全肺切除 Pneumonectomy)的比率，認證通過醫院較未認證通過醫院高。有進行腫瘤原發部位切除性手術的臨床第 I-II 期非小細胞肺癌病患完成原發部位同側縱膈腔淋巴結取樣或摘除至少 3 個位置以上(≥ 3 N2 stations)的比率、有進行腫瘤原發部位切除性手術的臨床第 IIIA 期非小細胞肺癌病患完成原發部位同側縱膈腔淋巴結取樣或摘除至少 3 個位置以上的比率，非認證通過醫院較認證通過醫院略高。結果如圖 5-36 至圖 5-41。

表 5-1 2004 年至 2010 年乳癌確診人數期別、就診機構特性及治療情形

	2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
期別														
stage0	472	8%	562	9%	595	9%	670	8%	757	9%	898	9%	1104	10%
stage1	1617	27%	1779	28%	1864	27%	2317	29%	2568	31%	2955	31%	3770	34%
stage2	2337	40%	2453	38%	2569	38%	2973	37%	3030	36%	3438	36%	3771	34%
stage3	1070	18%	1181	18%	1273	19%	1397	18%	1448	17%	1566	16%	1751	16%
stage4	241	4%	247	4%	354	5%	458	6%	526	6%	537	6%	637	6%
missing	177	3%	207	3%	141	2%	121	2%	87	1%	107	1%	92	1%
total	5914		6429		6796		7936		8416		9501		11125	
就診人數														
認證醫院	X	X	X	X	X	X	X	X	7891	94%	8754	92%	9780	88%
非認證醫院	5914	100%	6424	100%	6791	100%	7929	100%	520	6%	733	8%	1335	12%
手術人數														
認證醫院	X	X	X	X	X	X	X	X	6996	96%	7674	94%	8491	89%
非認證醫院	5105	100%	5494	100%	5814	100%	6829	100%	292	4%	476	6%	1012	11%
total	5105		5494		5814		6829		7288		8150		9503	
放療人數														
認證醫院	X	X	X	X	X	X	X	X	1390	94%	1621	92%	2075	90%
非認證醫院	1974	100%	2210	100%	2464	100%	1479	100%	90	6%	140	8%	226	10%
total	1974		2210		2464		1479		1480		1761		2301	
化療人數														
認證醫院	X	X	X	X	X	X	X	X	5033	95%	5379	94%	5803	89%
非認證醫院	3574	100%	3892	100%	4207	100%	4949	100%	263	5%	362	6%	715	11%
total	3574		3892		4207		4949		5296		5741		6518	

表 5-2 2004 年至 2010 年大腸直腸癌確診人數期別、就診機構特性及治療情形

	2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
期別														
stage0	176	3%	193	3%	237	3%	324	4%	311	3%	451	4%	597	5%
stage1	904	14%	1059	15%	1144	15%	1346	15%	1448	16%	1677	16%	2295	18%
stage2	1679	26%	1781	26%	1949	26%	2363	27%	2313	25%	2661	26%	2970	24%
stage3	1756	28%	1956	28%	2057	28%	2461	28%	2699	29%	3057	30%	3665	30%
stage4	1239	19%	1382	20%	1598	21%	1987	23%	2128	23%	2201	21%	2633	21%
missing	603	9%	601	9%	495	7%	229	3%	257	3%	252	2%	246	2%
total	6357		6972		7480		8710		9156		10299		12406	
就診人數														
認證醫院	X	X	X	X	X	X	X	X	8477	93%	9450	92%	10751	87%
非認證醫院	6357	100%	6966	100%	7472	100%	8702	100%	676	7%	838	8%	1644	13%
手術人數														
認證醫院	X	X	X	X	X	X	X	X	7197	93%	8151	92%	9261	87%
非認證醫院	5197	100%	5713	100%	6005	100%	7470	100%	538	7%	694	8%	1365	13%
total	5197		5713		6005		7470		7735		8845		10626	
放療人數														
認證醫院	X	X	X	X	X	X	X	X	241	97%	246	91%	282	85%
非認證醫院	693	100%	789	100%	921	100%	272	100%	8	3%	23	9%	48	15%
total	693		789		921		272		249		269		330	
化療人數														
認證醫院	X	X	X	X	X	X	X	X	5232	94%	5646	93%	6451	88%
非認證醫院	3178	100%	3648	100%	4149	100%	5316	100%	338	6%	418	7%	843	12%
total	3178		3648		4149		5316		5570		6064		7294	

表 5-3 2004 年至 2010 年子宮頸癌確診人數期別、就診機構特性及治療情形

		2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
期別															
	stage0	148	7%	142	8%	117	7%	126	8%	124	8%	117	7%	116	7%
	stage1	835	42%	714	40%	677	40%	689	41%	683	41%	654	39%	635	39%
	stage2	277	14%	267	15%	287	17%	269	16%	291	18%	334	20%	314	19%
	stage3	198	10%	212	12%	268	16%	285	17%	272	16%	321	19%	340	21%
	stage4	91	5%	83	5%	118	7%	132	8%	177	11%	194	12%	211	13%
	missing	452	23%	376	21%	215	13%	169	10%	103	6%	59	4%	23	1%
	total	2001		1794		1682		1670		1650		1679		1639	
就診人數															
	認證醫院	X	X	X	X	X	X	X	X	1518	93%	1520	91%	1438	88%
	非認證醫院	2001	100%	1790	100%	1674	100%	1665	100%	122	7%	153	9%	188	12%
手術人數															
	認證醫院	X	X	X	X	X	X	X	X	834	90%	822	90%	794	88%
	非認證醫院	1116	100%	979	100%	907	100%	951	100%	89	10%	89	10%	110	12%
	total	1116		979		907		951		923		911		904	
放療人數															
	認證醫院	X	X	X	X	X	X	X	X	85	87%	98	95%	78	83%
	非認證醫院	929	100%	896	100%	927	100%	111	100%	13	13%	5	5%	16	17%
	total	929		896		927		111		98		103		94	
化療人數															
	認證醫院	X	X	X	X	X	X	X	X	660	96%	688	93%	666	91%
	非認證醫院	629	100%	636	100%	674	100%	707	100%	29	4%	49	7%	69	9%
	total	629		636		674		707		689		737		735	

表 5-4 乳癌、大直腸癌、子宮頸癌之醫療利用績效

		2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
乳癌門診人次															
認證醫院	X	X		X	X	X	X	X	X	722760	84%	791137	83%	868443	83%
非認證醫院	544774	100%		613558	100%	702650	100%	781606	100%	140606	16%	159110	17%	176023	17%
total	544774			613558		702650		781606		863366		950247		1044466	
乳癌住院人次															
認證醫院	X	X		X	X	X	X	X	X	47394	87%	51869	86%	54909	86%
非認證醫院	39001	100%		48831	100%	43381	100%	48768	100%	7155	13%	8433	14%	9138	14%
total	39001			48831		43381		48768		54549		60302		64047	
大直腸癌門診人次															
認證醫院	X	X		X	X	X	X	X	X	500569	76%	546694	76%	590985	76%
非認證醫院	458552	100%		494666	100%	553526	100%	603611	100%	158515	24%	169707	24%	187089	24%
total	458552			494666		553526		603611		659084		716401		778074	
大直腸癌住院人次															
認證醫院	X	X		X	X	X	X	X	X	58713	82%	63524	82%	68764	81%
非認證醫院	49063	100%		54260	100%	59596	100%	65940	100%	13085	18%	14073	18%	16438	19%
total	49063			54260		59596		65940		71798		77597		85202	
子宮頸癌門診人次															
認證醫院	X	X		X	X	X	X	X	X	148660	80%	150552	80%	150817	80%
非認證醫院	181353	100%		179594	100%	179491	100%	184017	100%	37386	20%	38567	20%	38749	20%
total	181353			179594		179491		184017		186046		189119		189566	
子宮頸癌住院人次															
認證醫院	X	X		X	X	X	X	X	X	8431	84%	8355	83%	8644	84%
非認證醫院	10894	100%		10532	100%	10042	100%	10242	100%	1651	16%	1685	17%	1703	16%
total	10894			10532		10042		10242		10082		10040		10347	

表 5-5 2004 年至 2010 年口腔癌確診人數、就診機構特性及治療分布

		2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
就診人數															
	非認證醫院	809	21	822	20	883	19	944	18	914	16	936	14	988	14
	認證醫院	3121	79	3328	80	3841	81	4449	83	4846	84	5669	86	6103	86
	total	3930	100	4150	100	4724	100	5393	100	5760	100	6605	100	7091	100
手術人數															
	非認證醫院	382	17	421	17	418	15	481	14	473	13	507	12	497	11
	認證醫院	1869	83	2040	83	2283	85	2961	86	3236	87	3770	88	4033	89
	total	2251	100	2461	100	2701	100	3442	100	3709	100	4277	100	4530	100
放療人數															
	非認證醫院	320	21	329	20	354	19	358	16	336	14	345	13	395	13
	認證醫院	1225	79	1311	80	1540	81	1897	84	2097	86	2373	87	2589	87
	total	1545	100	1640	100	1894	100	2255	100	2433	100	2718	100	2984	100
化療人數															
	非認證醫院	233	19	245	18	306	18	349	16	324	14	343	13	400	13
	認證醫院	993	81	1092	82	1430	82	1819	84	2023	86	2314	87	2572	87
	total	1226	100	1337	100	1736	100	2168	100	2347	100	2657	100	2972	100

表 5-6 2004 年至 2010 年肝癌確診人數、就診機構特性及治療分布

	2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
就診人數														
非認證醫院	1696	22	1711	21	1865	21	1804	18	1644	16	1736	16	1893	17
認證醫院	6125	78	6610	79	6840	79	8160	82	8488	84	9055	84	9181	83
total	7821	100	8321	100	8705	100	9964	100	10132	100	10791	100	11074	100
手術人數														
非認證醫院	324	17	369	17	382	17	524	14	503	13	523	12	558	13
認證醫院	1566	83	1776	83	1931	83	3167	86	3355	87	3692	88	3855	87
total	1890	100	2145	100	2313	100	3691	100	3858	100	4215	100	4413	100
放療人數														
非認證醫院	103	29	107	30	99	28	93	15	82	14	90	14	109	15
認證醫院	256	71	250	70	255	72	547	85	487	86	573	86	616	85
total	359	100	357	100	354	100	640	100	569	100	663	100	725	100
化療人數														
非認證醫院	163	23	172	22	210	23	601	18	561	17	537	18	477	16
認證醫院	543	77	628	79	713	77	2668	82	2692	83	2481	82	2517	84
total	706	100	800	100	923	100	3269	100	3253	100	3018	100	2994	100

表 5-7 2004 年至 2010 年肺癌確診人數、就診機構特性及治療分布

	2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
就診人數														
非認證醫院	1444	22	1555	22	1535	21	1696	20	1574	18	1695	17	1773	18
認證醫院	5181	78	5452	78	5851	79	6888	80	7228	82	8172	83	8307	82
total	6625	100	7007	100	7386	100	8584	100	8802	100	9867	100	10080	100
手術人數														
非認證醫院	200	21	182	19	159	16	255	15	254	13	312	12	297	11
認證醫院	744	79	753	81	824	84	1435	85	1688	87	2193	88	2347	89
total	944	100	935	100	983	100	1690	100	1942	100	2505	100	2644	100
放療人數														
非認證醫院	175	19	158	19	195	20	374	18	340	16	378	16	405	16
認證醫院	759	81	690	81	757	80	1704	82	1816	84	1999	84	2064	84
total	934	100	848	100	952	100	2078	100	2156	100	2377	100	2469	100
化療人數														
非認證醫院	562	19	695	20	667	17	862	17	814	16	876	16	896	16
認證醫院	2466	81	2781	80	3199	83	4122	83	4253	84	4631	84	4773	84
total	3028	100	3476	100	3866	100	4984	100	5067	100	5507	100	5669	100

表 5-8 2004-2010 年乳癌核心測量指標分析樣本數(N)及遵從百分比(%)

	2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
指標 1-確診結果為乳癌者，於 3 個月內接受治療的比率。														
認證醫院	5644	99.8%	6044	99.9%	6382	99.9%	7283	100%	7891	100%	8754	100%	9780	100%
非認證醫院	268	99.6%	380	100%	409	100%	646	100%	520	99.8%	733	100%	1335	99.9%
總人數	5912	99.8%	6424	99.9%	6791	99.9%	7929	100%	8411	100%	9487	100%	11115	99.9%
指標 2-45 歲以上(含)乳癌婦女施行首次治療前 3 個月內有乳房 x 光攝影的比率。														
認證醫院	3518	94.1%	3863	95.3%	4162	95.8%	4796	94.9%	5263	95.1%	5797	93.9%	6560	93.0%
非認證醫院	158	95.6%	245	95.9%	282	94.7%	437	96.1%	346	95.7%	510	93.9%	895	93.6%
總人數	3676	94.2%	4108	95.3%	4444	95.7%	5233	95.0%	5609	95.2%	6307	93.9%	7455	93.1%
指標 3-乳癌第零期*沒有進行標準腋下淋巴結廓清術的比率。(未檢查區域淋巴結)														
認證醫院	443	37.1%	540	37.4%	557	36.5%	622	37.6%	712	35.5%	819	35.0%	978	41.8%
非認證醫院	29	37.0%	21	37.6%	37	35.9%	48	37.8%	43	34.6%	79	34.4%	126	41.7%
總人數	472	37.9%	561	33.3%	594	45.9%	670	35.4%	755	51.2%	898	40.5%	1104	42.9%
指標 4-乳癌第 I 期*執行乳房保留手術的比率。														
認證醫院	1436	45.3%	1560	46.5%	1622	50.3%	2040	46.0%	2283	44.9%	2534	48.9%	3111	51.8%
非認證醫院	45	37.8%	62	29.0%	74	37.8%	111	39.6%	71	47.9%	146	60.3%	302	55.3%
總人數	1481	45.1%	1622	45.8%	1696	49.8%	2151	45.7%	2354	45.0%	2680	49.5%	3413	52.1%
指標 5-乳癌病人手術後病理檢查報告記錄原發腫瘤大小的比率。														
認證醫院	4811	98.4%	5085	98.7%	5342	98.7%	6626	100%	7180	100%	7990	100%	8895	100%
非認證醫院	188	98.4%	271	98.5%	311	97.7%	577	100%	478	100%	672	100%	1234	100%
總人數	4999	98.4%	5356	98.7%	5653	98.7%	7203	100%	7658	100%	8662	100%	10129	100%
指標 6-侵犯性乳癌在切除腫瘤時，病理檢查 10 個或以上的腋下淋巴結廓清的比率。														
認證醫院	4260	58.9%	4404	54.8%	4649	55.2%	5413	52.1%	5918	49.9%	6469	44.4%	7130	40.6%
非認證醫院	141	73.0%	227	71.8%	260	75.0%	349	75.6%	242	79.3%	390	68.7%	848	64.5%
總人數	4401	77.8%	4631	75.2%	4909	75.8%	5762	70.5%	6160	67.1%	6859	60.5%	7978	56.6%

表 5-8 2004-2010 年乳癌核心測量指標分析樣本數(N)及遵從百分比(%)—續

	2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
指標 7-病理分期為侵犯性乳癌，有 ER 接受體報告的比率。														
認證醫院	5193	92.5%	5506	93.8%	5841	94.9%	X	X	X	X	X	X	X	X
非認證醫院	240	77.1%	359	87.7%	373	89.8%	X	X	X	X	X	X	X	X
總人數	5433	91.8%	5865	93.4%	6214	94.6%	X	X	X	X	X	X	X	X
指標 8-病理分期為侵犯性乳癌，有 PR 接受體報告的比率。														
認證醫院	5193	92.5%	5506	93.7%	5841	94.8%	X	X	X	X	X	X	X	X
非認證醫院	240	68.7%	359	82.9%	373	81.4%	X	X	X	X	X	X	X	X
總人數	5433	91.8%	5865	93.4%	6214	94.5%	X	X	X	X	X	X	X	X
指標 9-病理分期為侵犯性乳癌，乳房保留手術後放射線治療的比率。														
認證醫院	1274	73.7%	1435	73.0%	1614	74.4%	1353	100%	1440	100%	1761	100%	2128	100%
非認證醫院	32	50.0%	48	52.1%	58	55.2%	68	100%	40	100%	116	100%	171	100%
總人數	1306	73.1%	1483	72.4%	1672	73.7%	1421	100%	1480	100%	1877	100%	2299	100%
指標 10-更年期前婦女(≤50 歲)腋下淋巴結陽性的乳癌病人給予輔助性化學治療的比率。														
認證醫院	1057	89.0%	1070	90.4%	1162	91.5%	1204	93.9%	1308	94.6%	1349	94.1%	1397	93.7%
非認證醫院	27	70.4%	62	85.5%	83	81.9%	121	90.9%	84	95.2%	105	96.2%	193	93.3%
總人數	1084	88.6%	1132	90.1%	1245	90.8%	1325	93.7%	1392	94.7%	1454	94.3%	1590	93.6%
指標 11-更年期後婦女腋下淋巴結陽性的乳癌病人給予賀爾蒙治療或輔助性化學治療的比率。														
認證醫院	971	93.3%	1009	92.6%	1108	94.9%	1173	100%	1266	100%	1396	100%	1557	100%
非認證醫院	44	77.3%	72	86.1%	79	79.7%	110	100%	112	100%	134	100%	232	100%
總人數	1015	92.6%	1081	92.1%	1187	93.9%	1283	100%	1378	100%	1530	100%	1789	100%
指標 12-侵犯性乳癌病人，ER 接受體陽性(+)給予賀爾蒙治療的比率。														
認證醫院	3053	81.6%	3232	83.0%	3506	84.6%	X	X	X	X	X	X	X	X
非認證醫院	95	74.7%	165	67.3%	203	76.8%	X	X	X	X	X	X	X	X
總人數	3148	81.4%	3397	82.3%	3709	84.2%	X	X	X	X	X	X	X	X

表 5-8 2004-2010 年乳癌核心測量指標分析樣本數(N)及遵從百分比(%)—續

	2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
指標 13-淋巴結陽性≥ 4 乳房全切除有進行放射治療的比率。														
認證醫院	889	45.1%	865	46.5%	925	46.3%	1031	49.7%	1116	56.5%	1065	55.5%	1132	57.2%
非認證醫院	28	53.6%	58	44.8%	74	48.6%	60	48.3%	51	52.9%	73	54.8%	160	30.0%
總人數	917	45.4%	923	46.4%	999	46.4%	1091	49.6%	1167	56.4%	1138	55.4%	1292	53.9%

表 5-9 乳癌照護績效多變量分析(混和模型)

	Model 1 核心測量績效				Model 2 醫療利用績效				Model 3 綜合績效			
	估計 值	標準 誤差	t 值	P 值	估計 值	標準 誤差	t 值	P 值	估計 值	標準 誤差	t 值	P 值
截距	20.58	10.53	1.95	0.087	39.75	6.84	5.81	0.000 **	20.80	6.94	3.00	0.017 **
地區特性												
市場競爭(參考組：高度競爭)												
中高度競爭	0.45	0.56	0.8	0.427	-0.32	0.36	-0.89	0.380	0.10	0.37	0.28	0.779
中度競爭	-0.17	0.64	-0.27	0.790	-0.80	0.42	-1.91	0.063	-0.47	0.42	-1.11	0.272
低度競爭	2.25	0.97	2.31	0.026 **	-0.75	0.63	-1.18	0.244	0.93	0.64	1.44	0.156
醫院特性												
認證(參考組：未認證)												
認證通過	-0.31	0.73	-0.43	0.670	0.74	0.47	1.57	0.124	0.17	0.48	0.35	0.725
醫院層級別(參考組：醫學中心)												
區域醫院	0.37	0.59	0.62	0.539	-2.43	0.39	-6.29	<.0001 **	-0.93	0.39	-2.37	0.023 **
地區醫院	-1.45	1.52	-0.96	0.345	-1.48	0.99	-1.50	0.141	-1.52	1.00	-1.52	0.137
其他	-0.57	0.82	-0.7	0.489	-2.18	0.53	-4.10	0.000 **	-1.35	0.54	-2.49	0.017 **
醫院權屬別(參考組：公立)												
財團法人	-0.70	0.62	-1.13	0.265	-1.47	0.40	-3.64	0.001 **	-1.09	0.41	-2.65	0.011 **
私立	-1.32	0.96	-1.37	0.178	-1.40	0.62	-2.25	0.030 **	-1.40	0.63	-2.22	0.032 **
病患平均年齡	-0.25	0.20	-1.27	0.213	-0.55	0.13	-4.30	0.000 **	-0.40	0.13	-3.08	0.004 **
N=62, AIC=219				N=62, AIC=176.8				N=62, AIC=178.1				

表 5-10 2004-2010 年大直腸癌核心測量指標分析樣本數(N)及遵從百分比(%)

	2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
指標 1-結腸癌*(Colon Ca)治療前接受包括「胸部 x 光」及「腹部超音波或 CT scan 或 MRI」的比率。														
認證醫院	2967	99.2%	3250	99.1%	3432	99.2%	4135	99.2%	4453	99.3%	5106	99.2%	5805	99.0%
非認證醫院	220	98.6%	349	98.6%	377	98.9%	437	99.1%	354	99.7%	438	97.9%	905	99.3%
總人數	3187	99.1%	3599	99.1%	3809	99.2%	4572	99.2%	4807	99.4%	5544	99.1%	6710	99.0%
指標 2-直腸癌*(Rectum Ca)治療前接受「胸部 x 光」及「腹部超音波或 CT scan 或 MRI」的比率。														
認證醫院	2056	99.6%	2108	99.4%	2200	99.6%	2692	99.6%	2776	99.1%	2967	99.2%	3168	98.8%
非認證醫院	162	99.4%	275	99.3%	312	97.8%	294	98.6%	233	98.3%	282	98.3%	448	98.0%
總人數	2218	99.6%	2383	99.4%	2512	99.6%	2986	99.5%	3009	99.2%	3249	99.2%	3616	98.9%
指標 3-大腸癌(Colon & Rectum Ca)切除術至少於術前 6 個月或術後 6 個月內接受全大腸檢查比率。														
認證醫院	4842	82.8%	5137	82.9%	5416	83.0%	6677	55.3%	6991	56.2%	7902	55.3%	8789	54.2%
非認證醫院	358	82.7%	582	82.6%	663	78.3%	706	53.3%	572	52.6%	695	52.9%	1329	51.4%
總人數	5200	82.8%	5719	82.9%	6079	82.5%	7383	55.1%	7563	55.9%	8597	55.1%	10118	53.8%
指標 4-病理期別第 I-III 期結腸癌(Colon Ca)手術病人，淋巴結病理檢查 12 顆以上的比率。														
認證醫院	2200	67.0%	2424	66.3%	2559	69.0%	3113	72.1%	3310	74.3%	3924	77.2%	4515	78.5%
非認證醫院	136	57.4%	237	69.2%	261	63.2%	318	70.8%	259	70.3%	322	68.6%	701	68.0%
總人數	2336	66.4%	2661	66.6%	2820	68.4%	3431	72.0%	3569	74.0%	4246	76.5%	5216	77.1%
指標 5-病理期別第 I-III 期直腸癌(Rectum Ca)手術病人，淋巴結病理檢查 12 顆以上的比率。														
認證醫院	1579	53.0%	1633	52.1%	1734	55.0%	2096	53.8%	2204	55.9%	2390	58.0%	2560	59.2%
非認證醫院	109	46.8%	197	58.4%	243	53.1%	223	65.5%	192	52.1%	219	58.4%	374	50.5%
總人數	1688	52.6%	1830	52.7%	1977	54.8%	2319	54.9%	2396	55.6%	2609	58.0%	2934	58.1%
指標 6-結腸癌(Colon Ca)病理期別第 III 期病人，術後 6 週內接受化學治療的比率。														
認證醫院	688	99.9%	737	100%	793	100%	995	100%	1129	99.9%	1335	99.9%	1514	99.9%
非認證醫院	28	100%	62	100%	71	100%	112	100%	78	100%	93	100%	212	100%
總人數	716	99.9%	799	100%	864	100%	1107	100%	1207	99.9%	1428	99.9%	1726	99.9%

表 5-10 2004-2010 年大直腸癌核心測量指標分析樣本數(N)及遵從百分比(%)-續

	2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
指標 7-臨床期別第 II、III 期直腸癌，6 週內開始治療(手術或放療或 CCRT)的比率。														
認證醫院	1266	100%	1275	99.9%	1367	99.9%	1730	99.9%	1799	99.8%	1947	99.9%	2036	100%
非認證醫院	80	100%	161	99.4%	192	100 %	185	100%	150	100%	176	99.4%	285	100%
總人數	1346	100%	1436	99.9%	1559	99.9%	1915	99.9%	1949	99.8%	2123	99.9%	2321	100%
指標 8-臨床期別第 II、III 期直腸癌，直接做化療及放療（CCRT）算起，16 週內開完刀的比率。														
認證醫院	268	100%	285	100%	386	99.7%	312	99.4%	366	98.4%	434	98.6%	475	98.9%
非認證醫院	5	80.0%	37	100%	39	97.4%	20	100%	24	95.8%	18	83.3%	34	91.2%
總人數	273	99.6%	322	100%	425	99.5%	332	99.4%	390	98.2%	452	98.0%	509	98.4%

表 5-11 結腸直腸癌照護績效多變量分析(混和模型)

	Model 1 核心測量績效				Model 2 醫療利用績效				Model 3 綜合績效			
	估計值	標準誤差	t 值	P 值	估計值	標準誤差	t 值	P 值	估計值	標準誤差	t 值	P 值
截距	0.04	6.89	0.01	0.995	31.23	9.12	3.43	0.008 **	10.91	7.99	1.36	0.206
地區特性												
市場競爭(參考組：高度競爭)												
中高度競爭	0.04	0.87	0.04	0.965	0.49	1.25	0.39	0.700	0.36	1.13	0.32	0.753
中度競爭	-0.83	0.53	-1.56	0.126	0.34	0.81	0.41	0.682	-0.33	0.75	-0.44	0.665
低度競爭	-1.92	0.89	-2.17	0.036 **	0.50	1.25	0.40	0.688	-0.89	1.12	-0.80	0.429
醫院特性												
認證(參考組：未認證)												
認證通過	-1.40	0.54	-2.60	0.013 **	-0.13	0.72	-0.19	0.852	-1.03	0.63	-1.62	0.112
醫院層級別(參考組：醫學中心)												
區域醫院	-0.95	0.45	-2.10	0.042 **	-1.31	0.60	-2.20	0.033 **	-1.49	0.52	-2.85	0.007 **
地區醫院	-2.53	1.01	-2.52	0.015 **	-4.06	1.33	-3.06	0.004 **	-4.37	1.16	-3.76	0.001 **
其他	-1.33	0.59	-2.24	0.030 **	-1.96	0.78	-2.52	0.016 **	-2.15	0.68	-3.15	0.003 **

表 5-11 結腸直腸癌照護績效多變量分析(混和模型)-續

		Model 1 核心測量績效				Model 2 醫療利用績效				Model 3 綜合績效				
		估計 值	標準 誤差	t 值	P 值	估計 值	標準 誤差	t 值	P 值	估計 值	標準 誤差	t 值	P 值	
醫院權屬別(參考組：公立)														
	財團法人	0.58	0.45	1.29	0.203	0.13	0.60	0.22	0.831		0.46	0.52	0.87	0.388
	私立	0.32	0.64	0.50	0.619	-0.42	0.85	-0.49	0.625		-0.05	0.75	-0.07	0.943
病患平均年齡		0.11	0.11	1.02	0.312	-0.32	0.14	-2.28	0.027	**	-0.14	0.12	-1.16	0.253
		N=65 AIC=214.6				N=65, AIC=245.9				N=65, AIC=232				

表 5-12 2004-2010 年子宮頸癌核心測量指標分析樣本數(N)及遵從百分比(%)

	2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
指標 1-病理確診為 CIN3 病人，以子宮頸錐狀手術為完整治療之百分比。														
認證醫院	179	35.2%	173	29.5%	125	28.0%	128	33.6%	133	45.9%	112	42.0%	79	41.8%
非認證醫院	41	39.0%	36	44.4%	34	52.9%	39	48.7%	26	50.0%	35	60.0%	39	43.6%
總人數	220	35.9%	209	32.1%	159	33.3%	167	37.1%	159	46.5%	147	46.3%	118	42.4%
指標 2-FIGO(IB2, IIA2~IVA)子宮頸癌病人以放療為首次治療時，病人接受同時合併化療的比率。														
認證醫院		72.9%		69.2%		66.1%		90.9%		95.8%		89.7%		93.4%
非認證醫院		37.5%		16.7%		11.1%		100%		100%		33.3%		83.3%
總人數		71.5%		65.8%		63.4%		91.2%		95.9%		87.3%		92.6%
指標 3-接受手術為首次治療的 FIGO 期別 IA2 或以上的子宮頸癌病人，骨盆腔淋巴結摘除≥12 顆的比率。														
認證醫院	1127	50.7%	915	48.9%	946	51.7%	943	49.0%	954	47.8%	958	48.3%	934	50.9%
非認證醫院	57	40.4%	56	41.1%	75	46.7%	96	56.3%	59	59.3%	86	45.3%	98	34.7%
總人數	1184	50.2%	971	48.4%	1021	51.3%	1039	49.7%	1013	48.5%	1044	48.1%	1032	49.3%
指標 4-子宮頸癌以放射或合併化學及放射治療為首次治療者，於 63 天(含)內完成上述治療的比率。														
認證醫院		100%	818	100%	852	100%	369	100%	396	100%	381	100%	326	100%
非認證醫院		100%	78	100%	74	100%	17	100%	7	100%	18	100%	36	100%
總人數		99.9%	896	100%	926	100%	386	100%	403	100%	399	100%	362	100%

《乳癌照護核心測量指標》

指標 BC-1：確診結果為乳癌者，於 3 個月內接受治療的比率

分子：分母中，於 3 個月內接受治療的人數

分母：確診結果為乳癌的人數

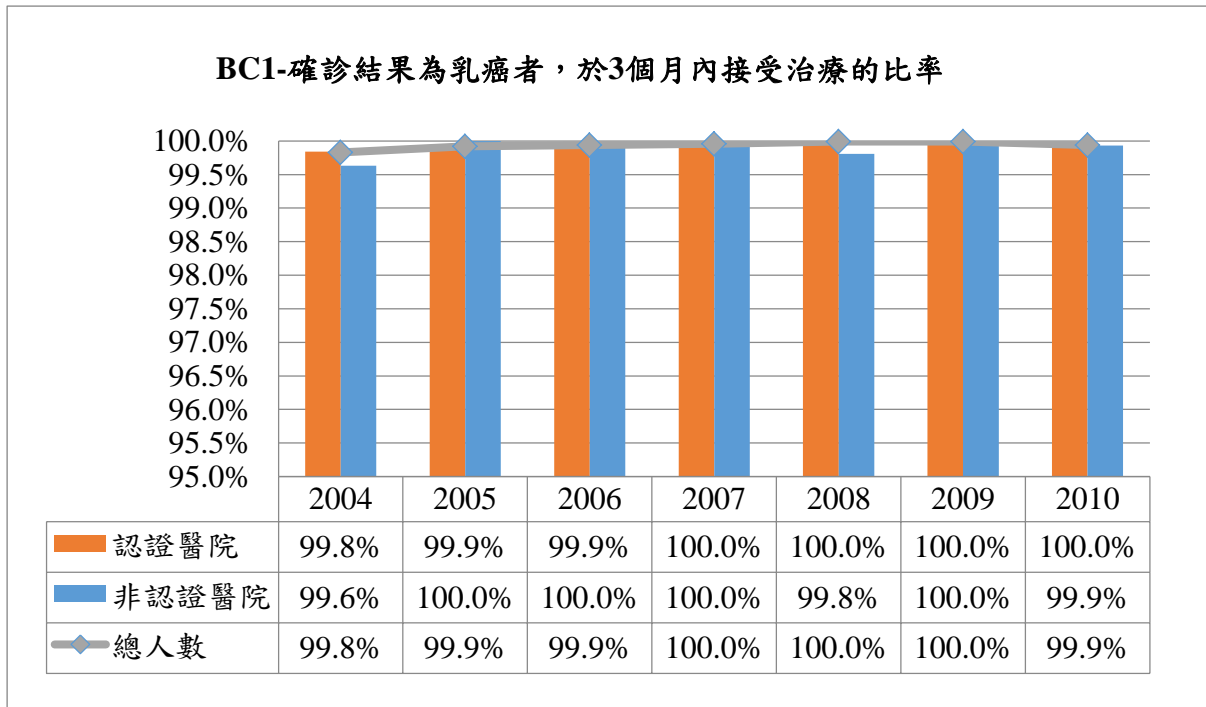


圖 5-1 乳癌指標 1：確診結果為乳癌者於 3 個月內接受治療比率

指標 BC-2：45 歲以上(含)乳癌婦女施行首次治療前 3 個月內有乳房 x 光攝影的比率

分子：分母中，施行首次治療前 3 個月內有乳房 x 光攝影的人數

分母：45 歲以上(含)乳癌婦女人數

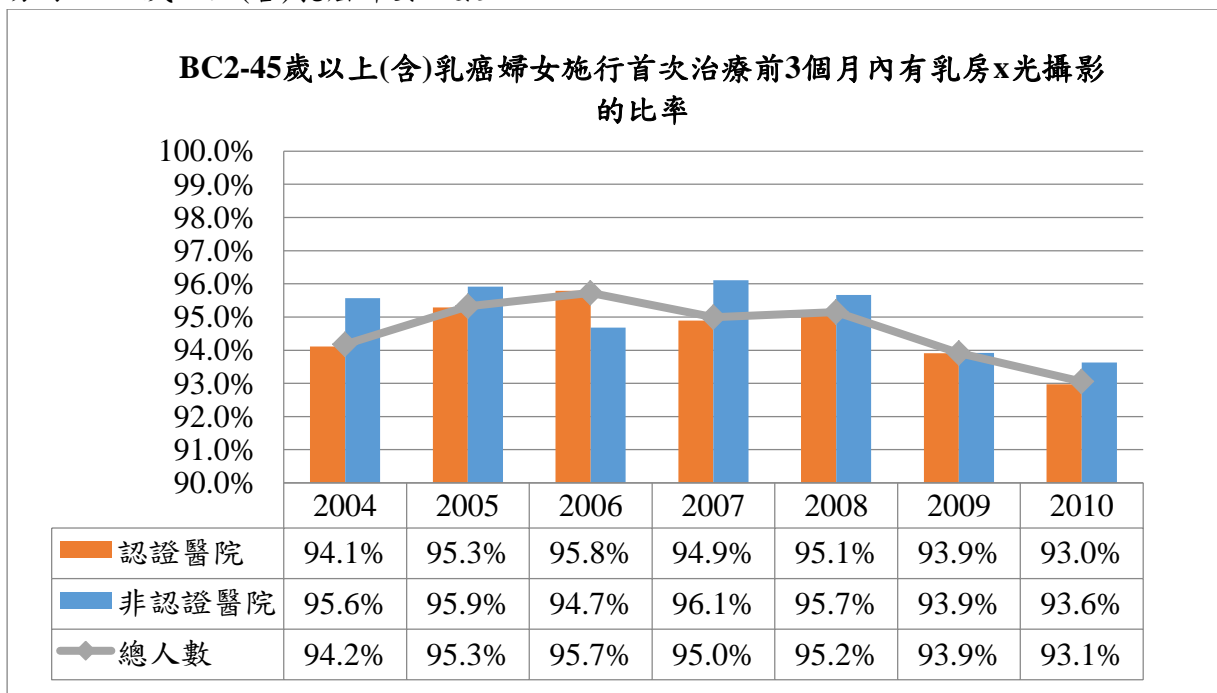


圖 5-2 乳癌指標 2：45 歲以上(含)乳癌婦女施行首次治療前 3 個月內有乳房 x 光攝影比率

指標 BC3：乳癌第零期沒有進行標準腋下淋巴結廓清術的比率

分子：分母中，沒有進行標準腋下淋巴結廓清術的人數

分母：乳癌病理分期第零期的病人數。(排除：接受手術前化學治療或放射線治療或轉移性乳癌病人)

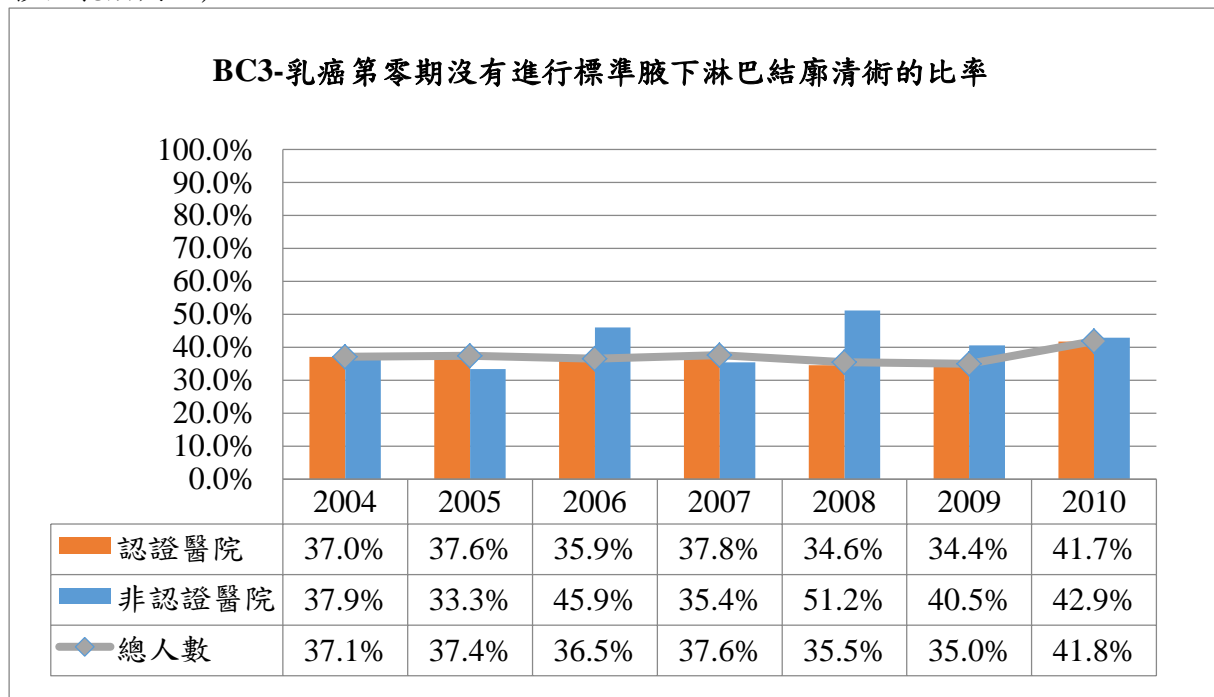


圖 5-3 乳癌指標 3：乳癌第零期沒有進行標準腋下淋巴結廓清術比率

指標 BC4：乳癌第 I 期執行乳房保留手術的比率

分子：分母中，執行乳房保留手術的人數

分母：乳癌病理分期第 I 期人數

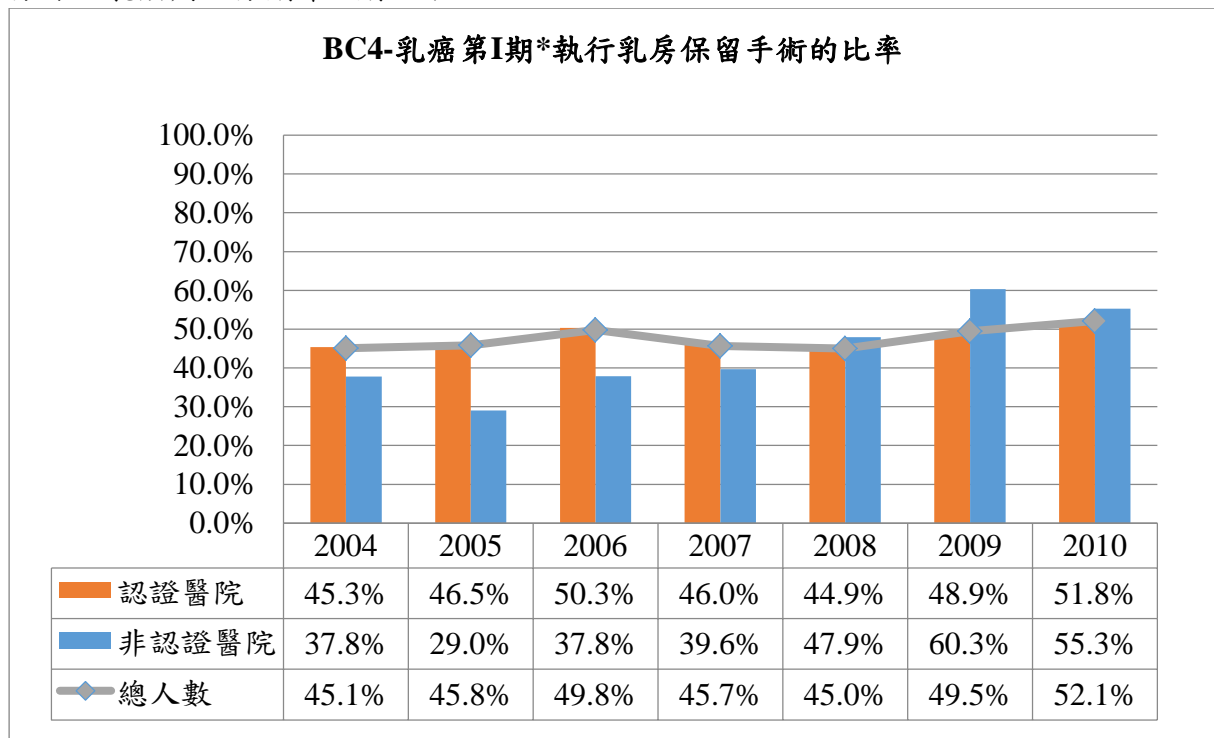


圖 5-4 乳癌指標 4：乳癌第 I 期執行乳房保留手術比率

指標 BC5：乳癌病人手術後病理檢查報告記錄原發腫瘤大小的比率

分子：分母中，呈現主要腫瘤大小的病理報告總人數

分母：病理報告總人數（包含：切除處組織切片檢查、廣範圍組織切除術、部分乳房組織切除術、單純性全乳房切除、改良型根除性乳房切除、根除性乳房切除。排除：轉移性乳癌病人）

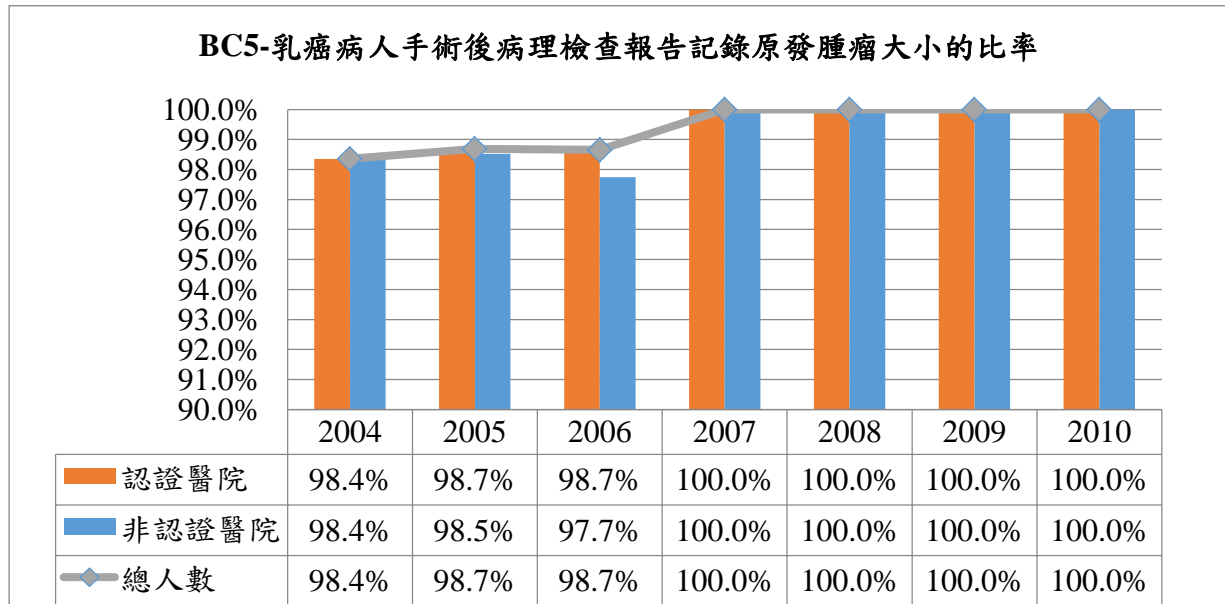


圖 5-5 乳癌指標 5：乳癌病人手術後病理檢查報告記錄原發腫瘤大小比率

指標 BC6：侵犯性乳癌在切除腫瘤時，病理檢查 10 個或以上的腋下淋巴結廓清的比率

分子：分母中，病理檢查 10 個或以上的腋下淋巴結的病人數

分母：改良型根除性乳房切除手術、根除性乳房切除手術、乳房保留手術合併清除腋下淋巴結的病人數。（排除：接受手術前化學治療放射線治療或轉移性乳癌病人或 Sentinel node biopsy 的病人）

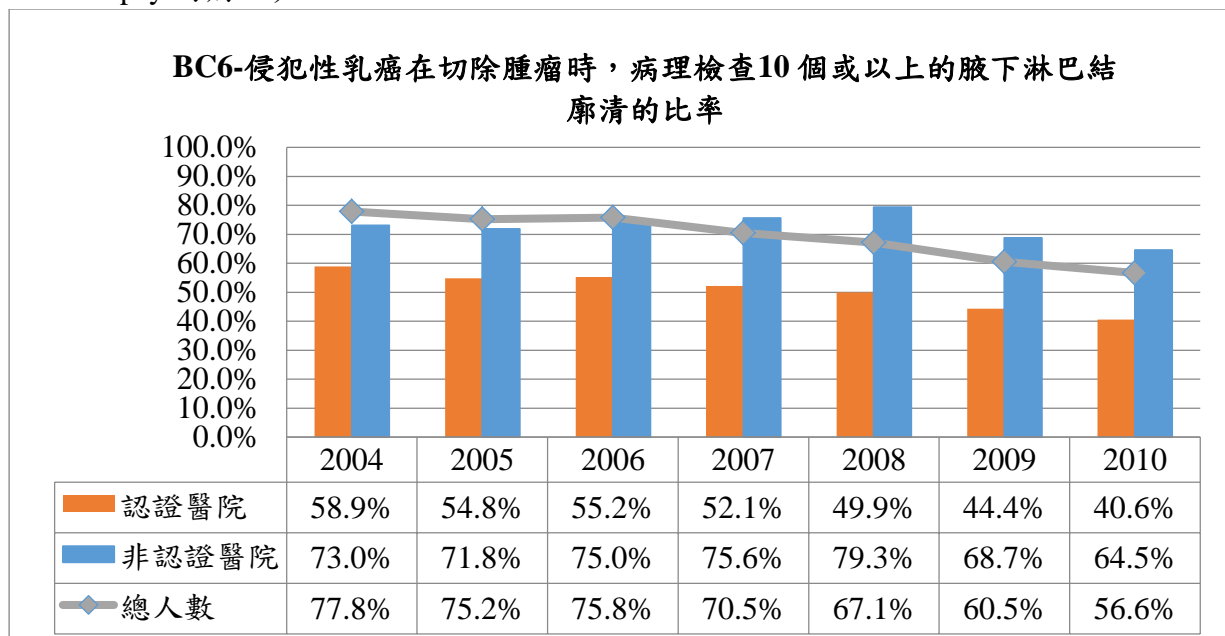


圖 5-6 乳癌指標 6：侵犯性乳癌在切除腫瘤時，病理檢查 10 個或以上的腋下淋巴結廓清比率

指標 BC7：病理分期為侵犯性乳癌，有 ER 接受體報告的比率

分子：分母中，有 ER 接受體報告的人數。(接受荷爾蒙治療的人數)

分母：病理分期為侵犯性乳癌的病人數

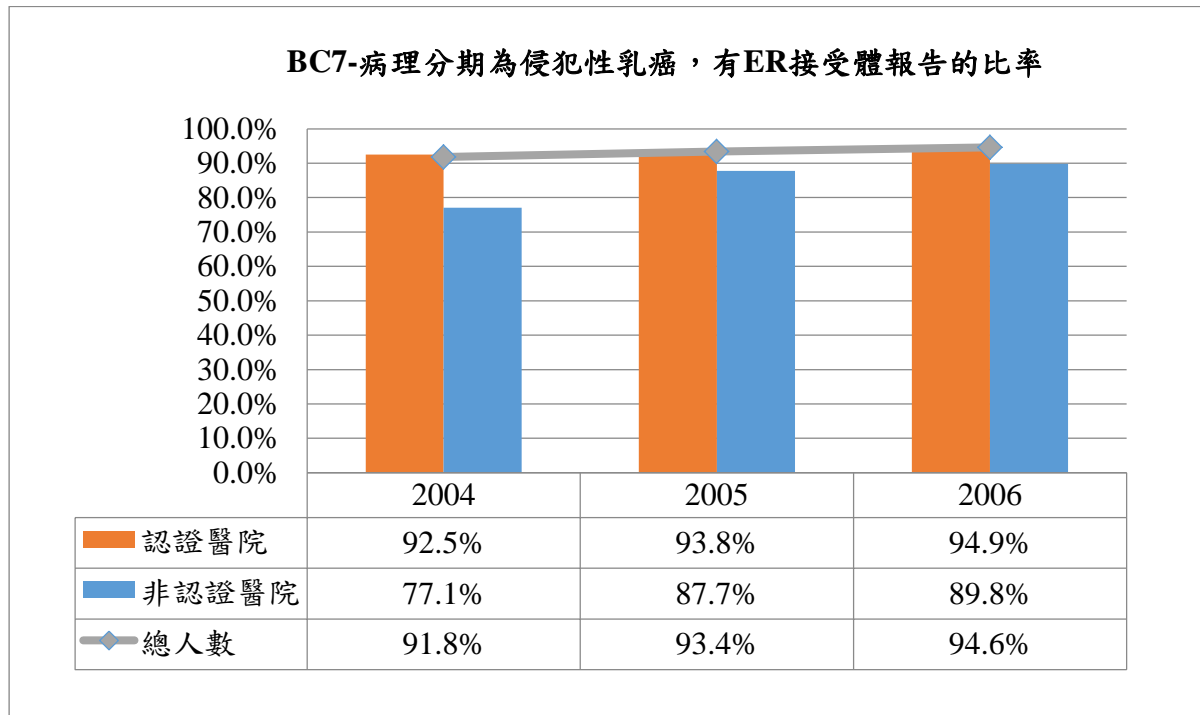


圖 5-7 乳癌指標 7：病理分期為侵犯性乳癌，有 ER 接受體報告的比率

指標 BC8：病理分期為侵犯性乳癌，有 PR 接受體報告的比率

分子：分母中，有 PR 接受體報告的人數。(接受荷爾蒙治療的人數)

分母：病理分期為侵犯性乳癌的病人數

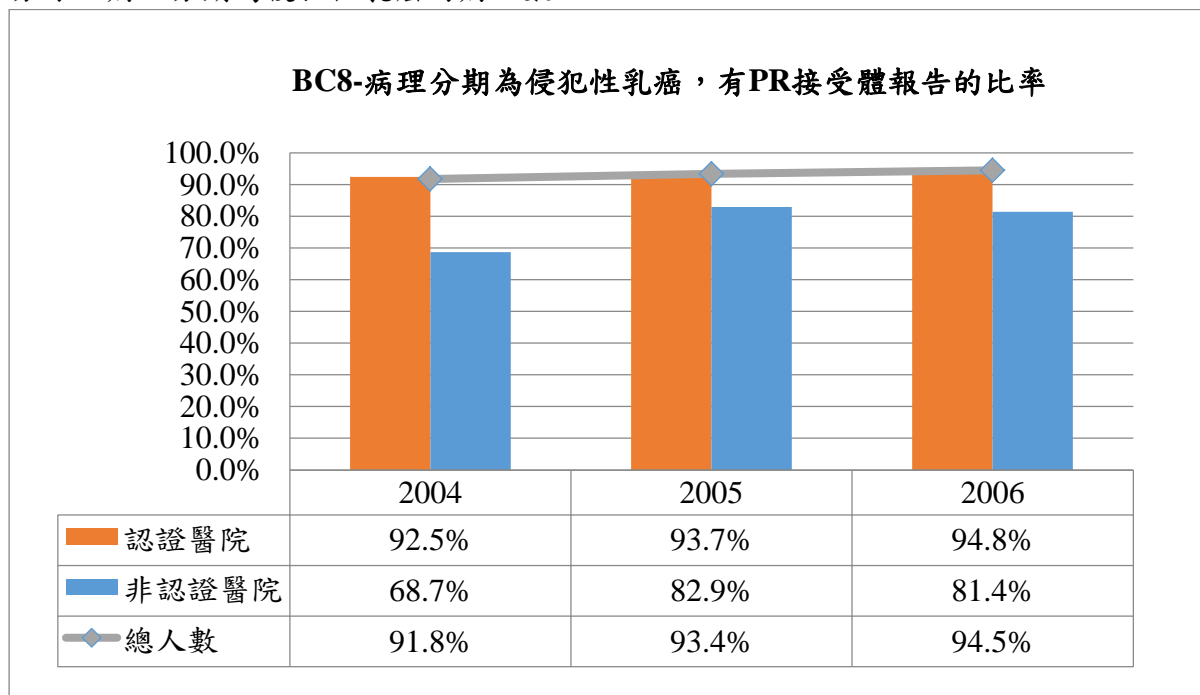


圖 5-8 乳癌指標 8：病理分期為侵犯性乳癌，有 PR 接受體報告比率

指標 BC9：病理分期為侵犯性乳癌，乳房保留手術後放射線治療的比率

分子：分母中，術後放射線治療的人數

分母：侵犯性乳癌接受乳房保留手術的人數

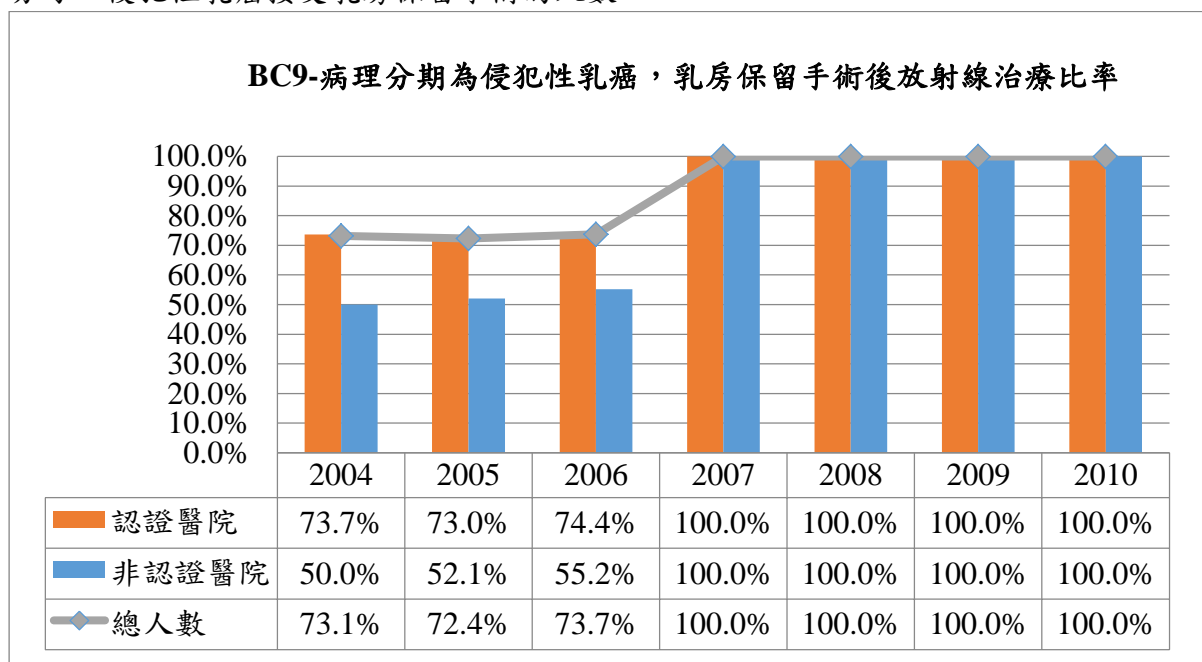


圖 5-9 乳癌指標 9：病理分期為侵犯性乳癌，乳房保留手術後放射線治療比率

指標 BC10：更年期前婦女(≤50 歲)腋下淋巴結陽性的乳癌病人給予輔助性化學治療的比率

分子：分母中，給予輔助性化學治療的人數

分母：更年期前婦女(≤50 歲)腋下淋巴結陽性的乳癌病人數（排除：轉移性乳癌病人）

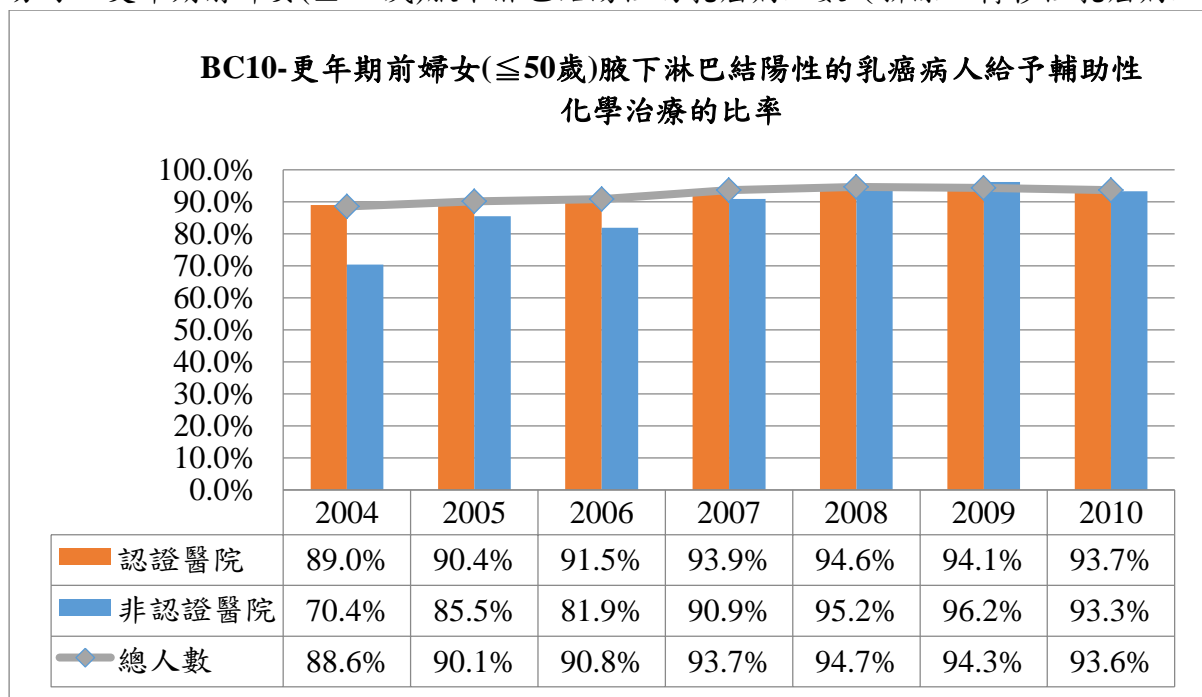


圖 5-10 乳癌指標 10：更年期前婦女(≤50 歲)腋下淋巴結陽性的乳癌病人給予輔助性化學治療比率

指標 BC11：更年期後婦女腋下淋巴結陽性的乳癌病人給予賀爾蒙治療或輔助性化學治療的比率

分子：分母中，給予賀爾蒙治療或輔助性化學治療的人數

分母：更年期後婦女腋下淋巴結陽性的乳癌病人數

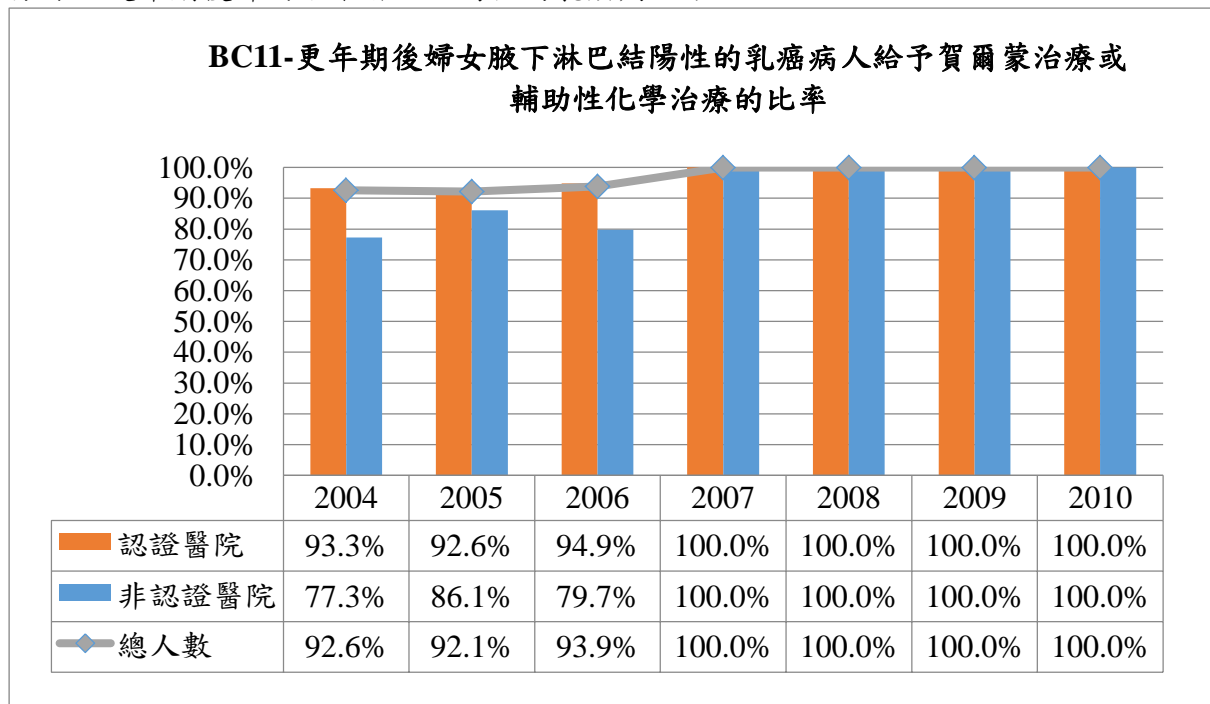


圖 5-11 乳癌指標 11：更年期後婦女腋下淋巴結陽性的乳癌病人給予賀爾蒙治療或輔助性化學治療比率

指標 BC12：侵犯性乳癌病人，ER 接受體陽性(+)給予賀爾蒙治療的比率

分子：分母中，給予賀爾蒙治療的人數

分母：侵犯性乳癌病人(第 1~3 期)，ER 接受體陽性(+)的人數

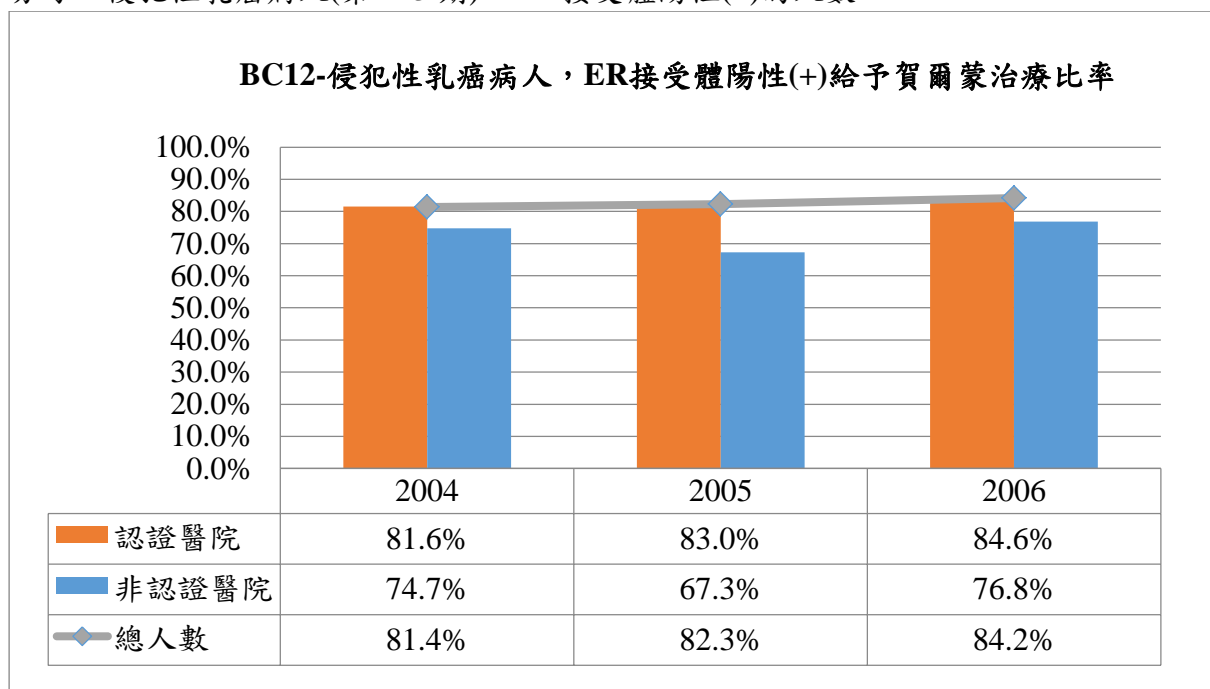


圖 5-12 乳癌指標 12：侵犯性乳癌病人 ER 接受體陽性(+)給予賀爾蒙治療比率

指標 BC13：淋巴結陽性 ≥ 4 乳房全切除有進行放射治療的比率

分子：分母中，有進行放射治療的人數

分母：淋巴結陽性 ≥ 4 顆乳房全切除人數

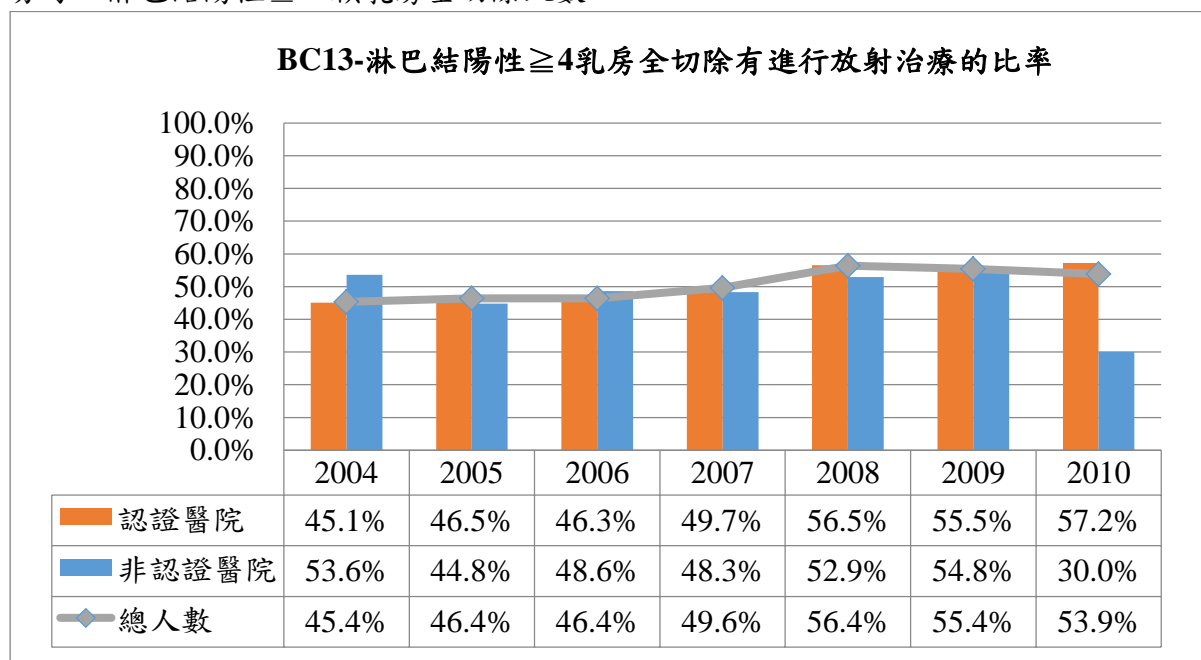


圖 5-13 乳癌指標 13：淋巴結陽性 ≥ 4 乳房全切除有進行放射治療的比率

《結腸直腸癌照護指標》

指標 CRC1：結腸癌*(Colon Ca)病人治療前在病歷上紀錄有接受包括「胸部 x 光」及「腹部超音波或 CT scan 或 MRI」的比率

分子：分母中，治療前在病歷上有臨床分期的紀錄者，其有接受包括「胸部 x 光」及「腹部超音波或 CT scan 或 MRI」的病人數（相關檢查不限於本院，外院檢查亦可）。

分母：結腸癌(Colon Ca)病人數

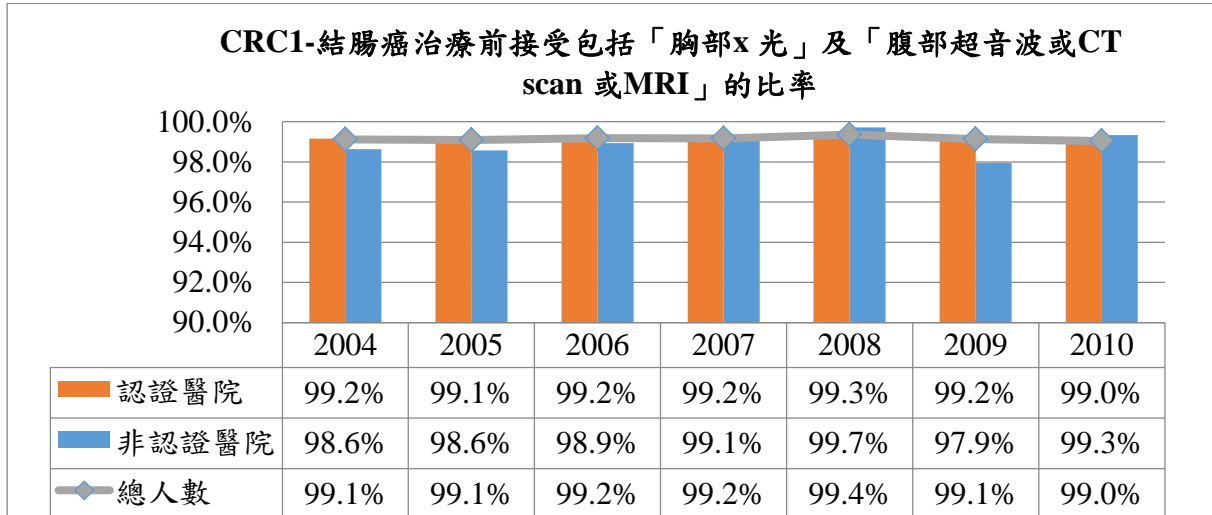


圖 5-14 結腸直腸癌指標 1：結腸癌病人治療前在病歷上紀錄有接受包括「胸部 x 光」及「腹部超音波或 CT scan 或 MRI」比率

指標 CRC2：直腸癌*(Rectum Ca)病人治療前在病歷上紀錄有接受包括「胸部 x 光」及「腹部超音波或 CT scan 或 MRI」的比率

分子：分母中，治療前在病歷上有臨床分期的紀錄者，其有接受包括「胸部 x 光」及「腹部超音波或 CT scan 或 MRI」的病人數（相關檢查不限於本院，外院檢查亦可）。

分母：直腸癌(Rectum Ca)病人數

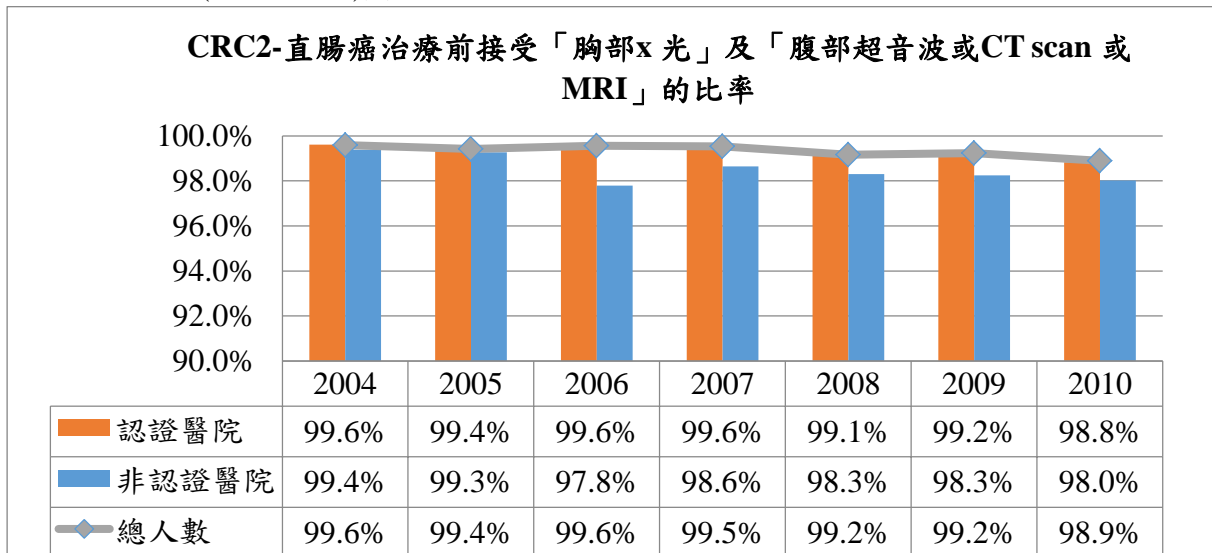


圖 5-15 結腸直腸癌指標 2：直腸癌病人治療前在病歷上紀錄有接受包括「胸部 x 光」及「腹部超音波或 CT scan 或 MRI」比率

指標 CRC3：接受大腸癌(Colon & Rectum Ca)切除術之病人，至少於術前 6 個月或術後 6 個月內，於病歷上記載曾接受全大腸檢查（大腸鏡檢或直腸鏡檢加下消化道雙對比鋇劑攝影）的比率

分子：分母中，至少於術前 6 個月或術後 6 個月內，在病歷上記載曾接受全大腸檢查（大腸鏡檢或直腸鏡檢加下消化道雙對比鋇劑攝影）之人數。（相關檢查不限於本院，外院檢查亦可）

分母：接受大腸癌（Colon & Rectum Ca）切除術之病人數

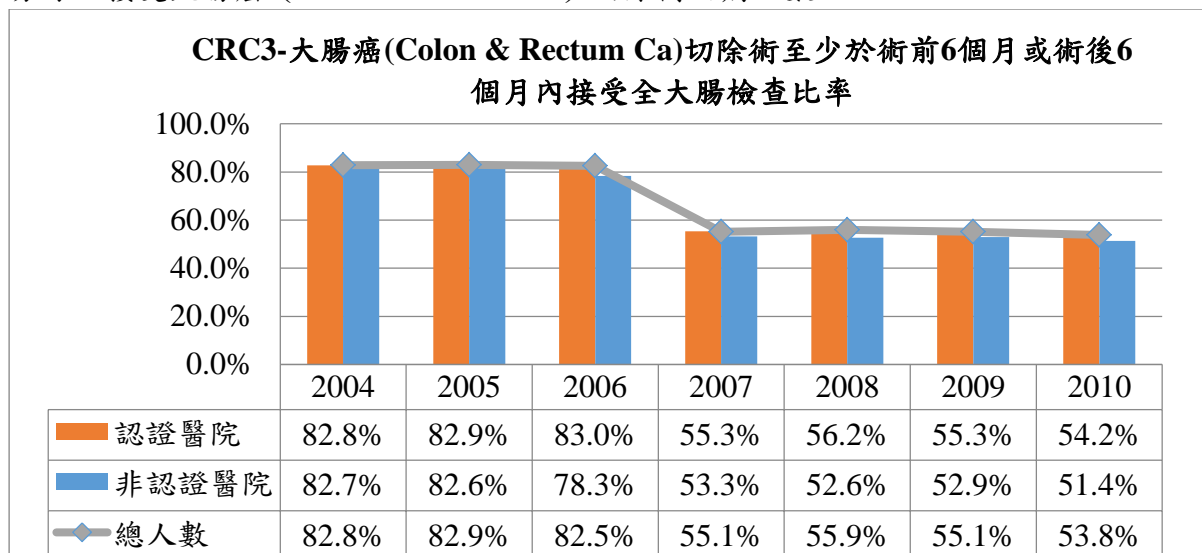


圖 5-16 結腸直腸癌指標 3：接受大腸癌切除術之病人，至少於術前 6 個月或術後 6 個月內，於病歷上記載曾接受全大腸檢查（大腸鏡檢或直腸鏡檢加下消化道雙對比鋇劑攝影）比率

指標 CRC4：病理期別第 I-III 期結腸癌(Colon Ca)手術病人，淋巴結病理檢查 12 顆以上的比率

分子：分母中，淋巴結病理檢查 12 顆以上的人數

分母：第 I-III 期結腸癌手術病人。（排除 Polyp 或 wide excision 之病人）

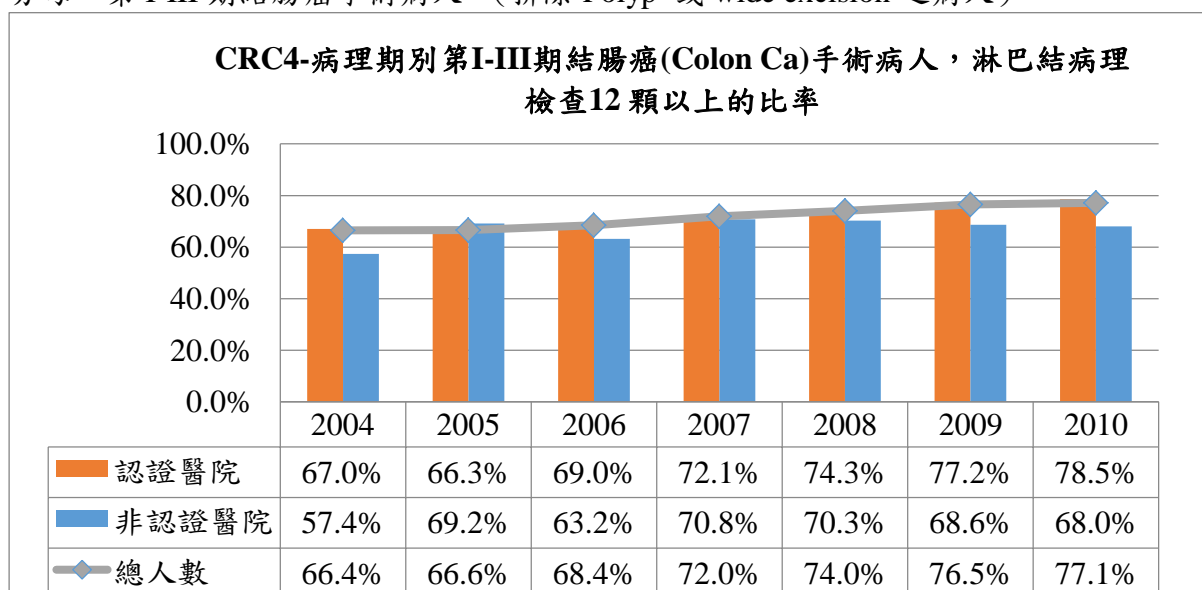


圖 5-17 結腸直腸癌指標 4：病理期別第 I-III 期結腸癌手術病人，淋巴結病理檢查 12 顆以上的比率

指標 CRC5：病理期別第 I-III 期直腸癌(Rectum Ca)手術病人，淋巴結病理檢查 12 顆以上的比率

分子：分母中，淋巴結病理檢查 12 顆以上的人數。(區域淋巴節檢查數目)

分母：第 I-III 期直腸癌 (Rectum Ca) 手術病人。(排除 Polyp 或 wide excision 或術前有放射線治療之病人。)

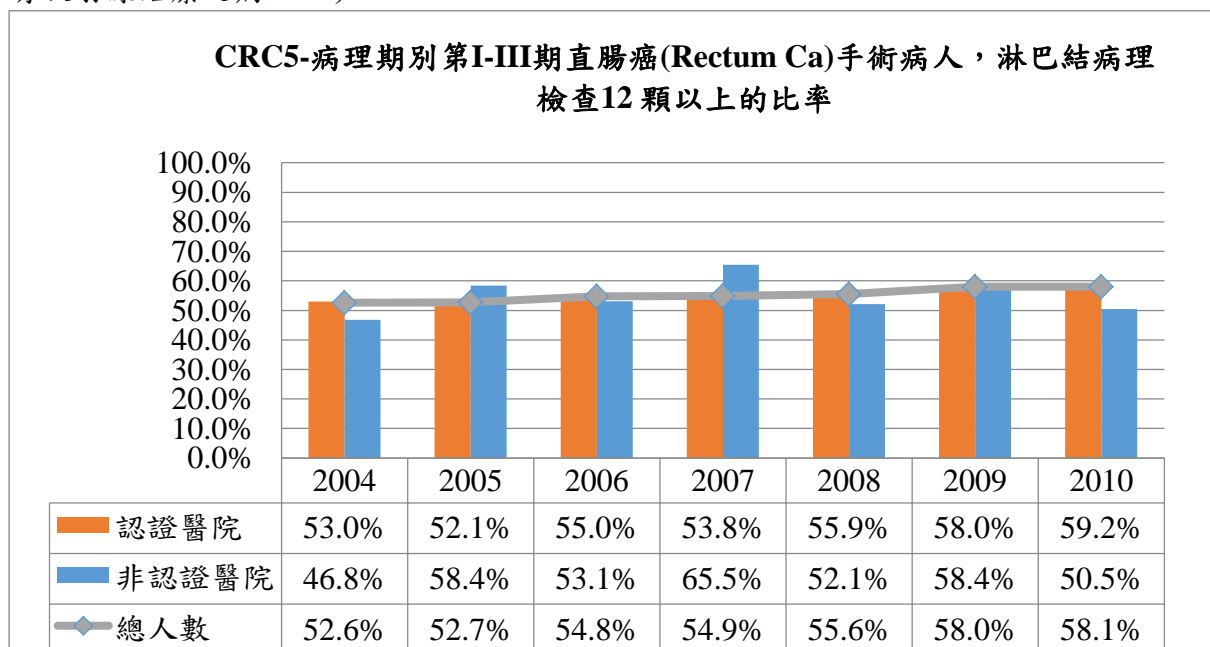


圖 5-18 結腸直腸癌指標 5：病理期別第 I-III 期直腸癌手術病人，淋巴結病理檢查 12 顆以上比率

指標 CRC6：結腸癌(Colon Ca)病理期別第 III 期病人，術後 6 週內接受化學治療的比率

分子：分母中，術後 6 週內接受化學治療的人數

分母：病理期別結腸癌 (Colon Ca) 第 III 期手術後，有接受化療的人。(手術與化療皆為同一醫院)

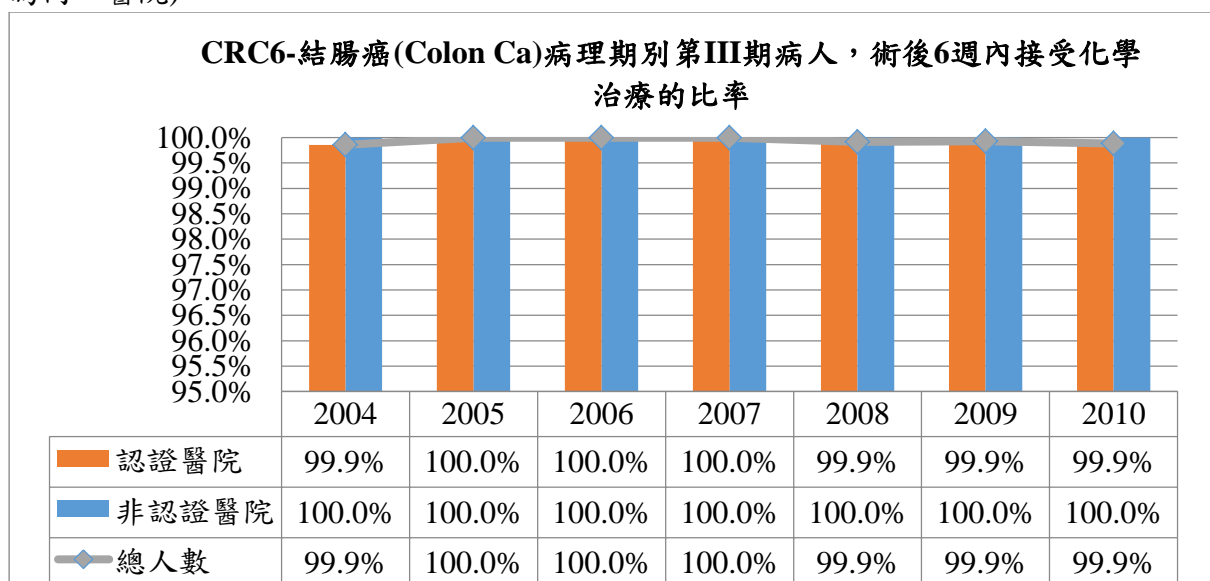


圖 5-19 結腸直腸癌指標 6：結腸癌病理期別第 III 期病人，術後 6 週內接受化學治療比率

指標 CRC7：第 II、III 期(臨床期別為主)直腸癌(Rectum Ca)病人，6 週內開始治療(手術或放療或 CCRT)的比率

分子：分母中，6 週內開始治療（手術或放療或 CCRT）的人數

分母：第 II、III 期（臨床期別為主）直腸癌（Rectum）病人數。 限制：診斷與治療同一醫院病人

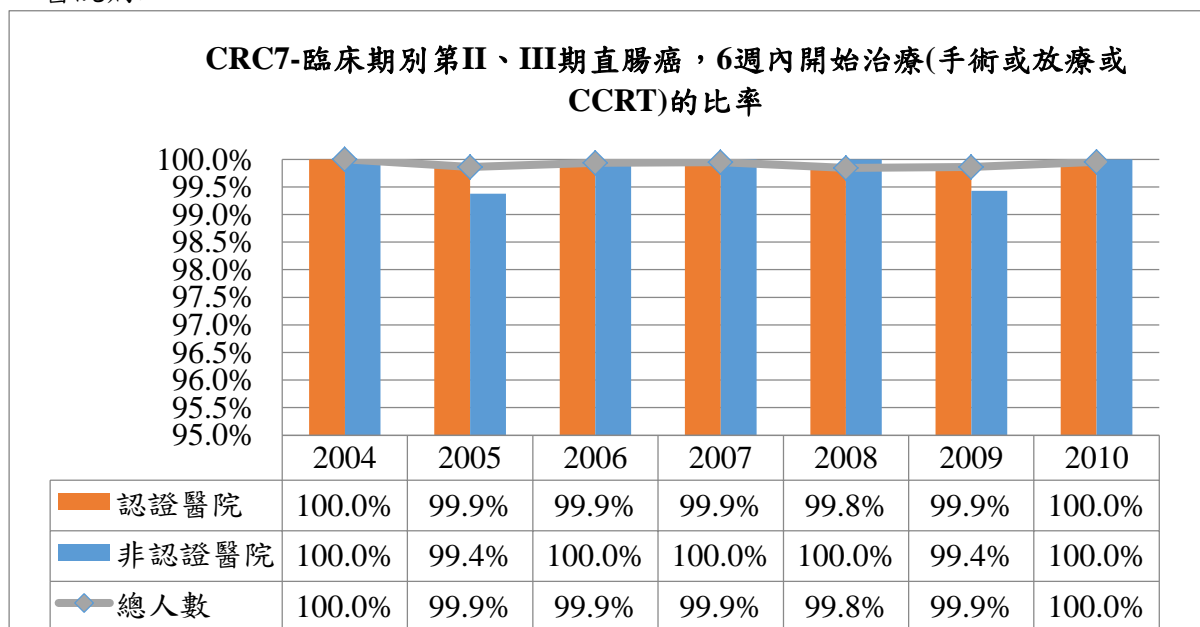


圖 5-20 結腸直腸癌指標 7：第 II、III 期(臨床期別為主)直腸癌病人，6 週內開始治療(手術或放療或 CCRT)比率

指標 CRC8：由臨床期別第 II、III 期，直接做化療及放療(CCRT)直腸癌 (Rectum Ca) 病人，CCRT 算起，16 週內開完刀的比率

分子：分母中，CCRT 算起，16 週內開完刀的人數

分母：臨床期別第 II、III 期直腸癌病人，直接做化療及放療（CCRT） 直腸癌（Rectum Ca）病人數。限制：CCRT 與手術皆為同一醫院病人

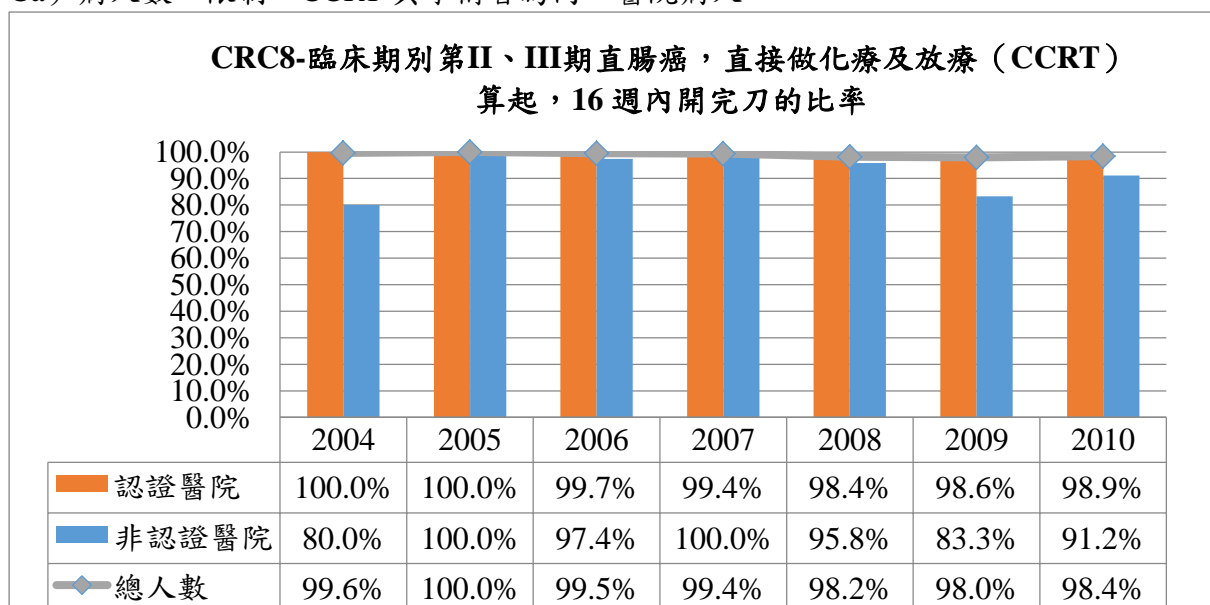


圖 5-21 結腸直腸癌指標 8：由臨床期別第 II、III 期，直接做化療及放療（CCRT）直腸癌（Rectum Ca）病人，CCRT 算起，16 週內開完刀比率

《子宮頸癌照護指標》

指標 CVC1：病理確診為 CIN3 病人，以子宮頸錐狀手術為完整治療之百分比

分子：分母中，個案以子宮頸錐狀手術為完整治療者。(定義係指癌登手冊申報(外院)原發部位手術方式為 ≥ 20 且 ≤ 29 排除 25 Dilatation and curettage)

分母：病理確診為 CIN3(原位癌，第零期)或 CIS 病人

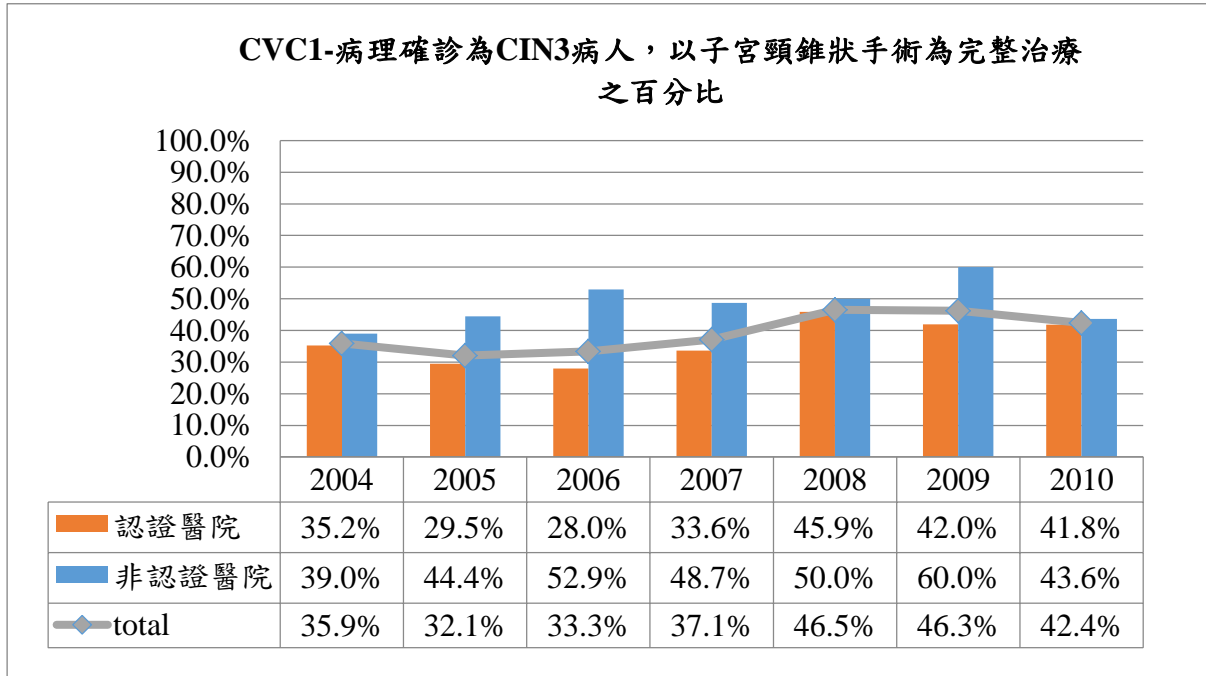


圖 5-22 子宮頸癌指標 1：病理確診為 CIN3 病人，以子宮頸錐狀手術為完整治療百分比

指標 CVC2：FIGO(IIA2~IVA)子宮頸癌病人以放療為首次治療時，病人接受同時合併化療的比率

分子：分母中，有接受同時合併化療的人數

分母： FIGO((IIA2, IIA2~IVA)子宮頸癌病人以放療為首次治療的人數

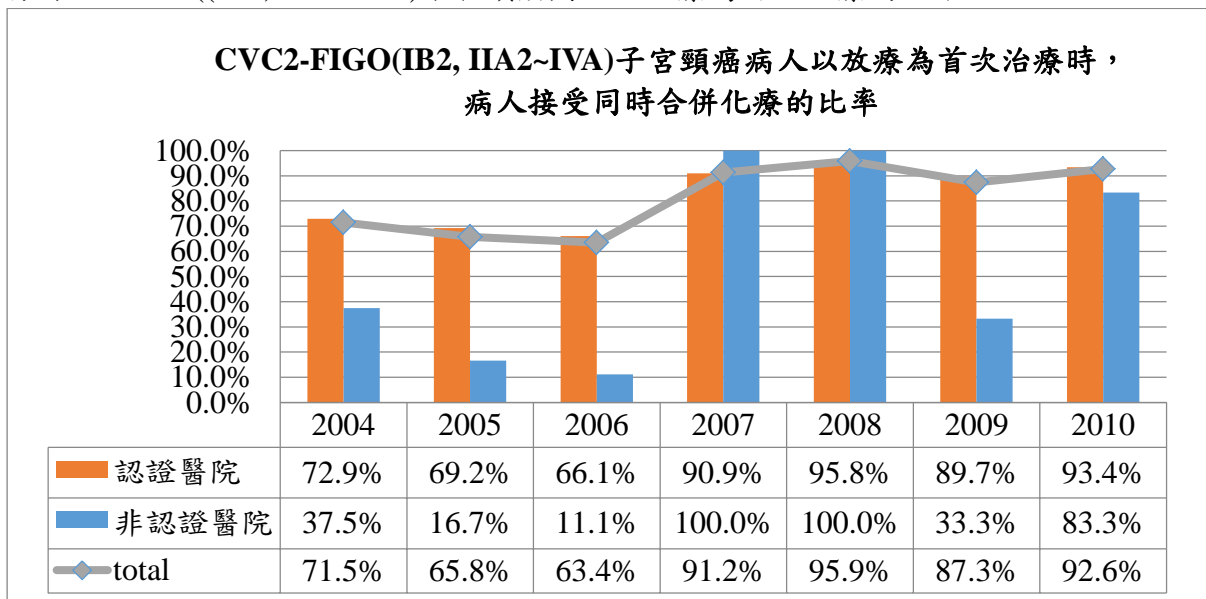


圖 5-23 子宮頸癌指標 2：FIGO(IIA2, IIA2~IVA)子宮頸癌病人以放療為首次治療時，病人接受同時合併化療比率

指標 CVC3：接受手術為首次治療的 FIGO 期別 IA2 或以上的子宮頸癌病人，骨盆腔淋巴結摘除 ≥ 12 顆的比率

分子：分母中，骨盆腔淋巴結摘除 ≥ 12 顆的人數

分母：所有接受手術為首次治療的 FIGO 期別 IA2 或以上的子宮頸癌病人人數

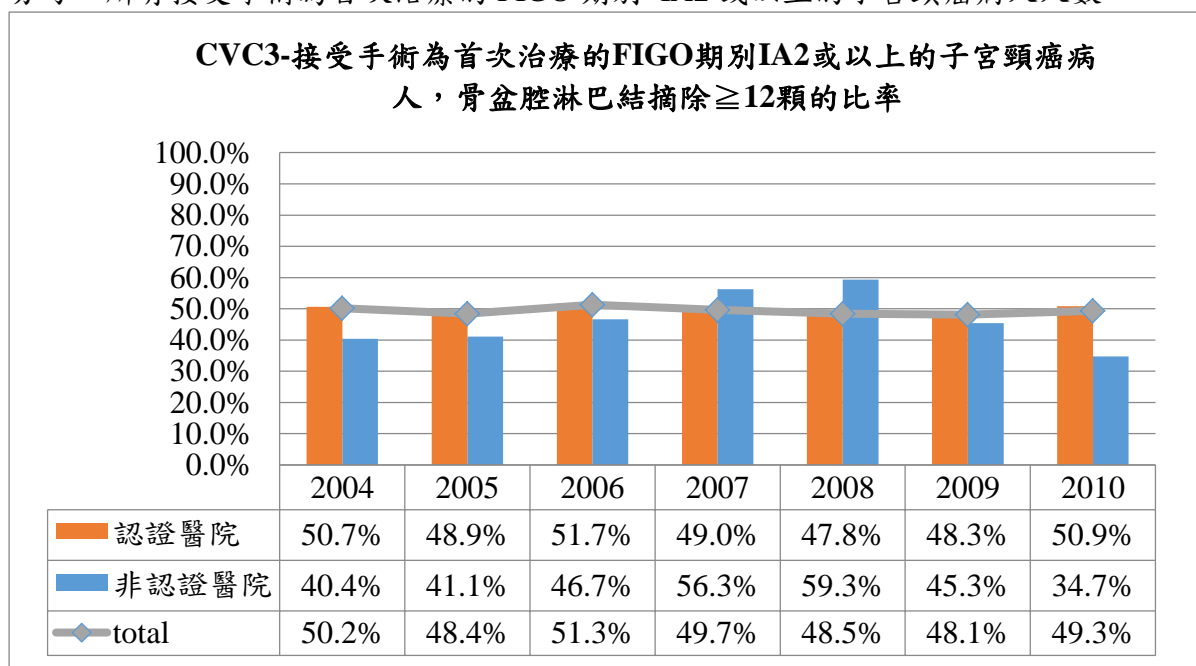


圖 5-24 子宮頸癌指標 3:接受手術為首次治療的 FIGO 期別 IA2 或以上的子宮頸癌病人，骨盆腔淋巴結摘除 ≥ 12 顆的比率

指標 CVC4：子宮頸癌患者以放射或合併化學及放射治療為首次治療者，於 63 天(含)內完成上述治療的比率

分子：分母中，於 63 天(含)內完成治療的人數。

分母：子宮頸癌患者以放射或合併化學及放射治療為首次治療人數

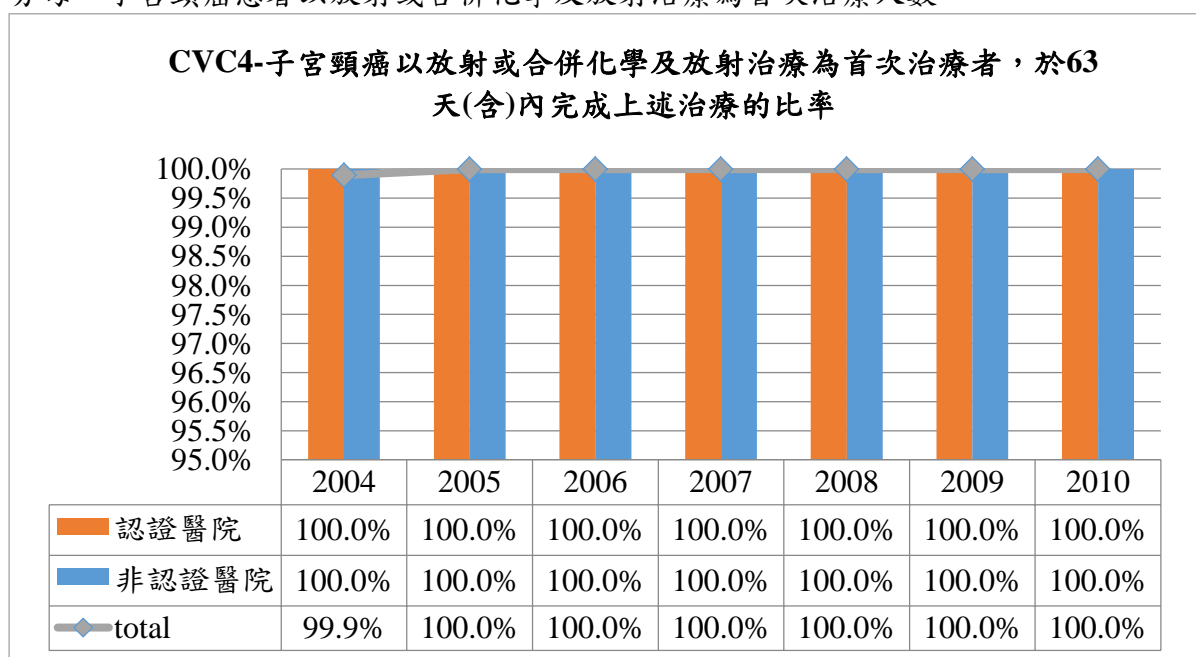


圖 5-25 子宮頸癌指標 4：子宮頸癌患者以放射或合併化學及放射治療為首次治療者，於 63 天(含)內完成上述治療的比率

《口腔癌照護指標》

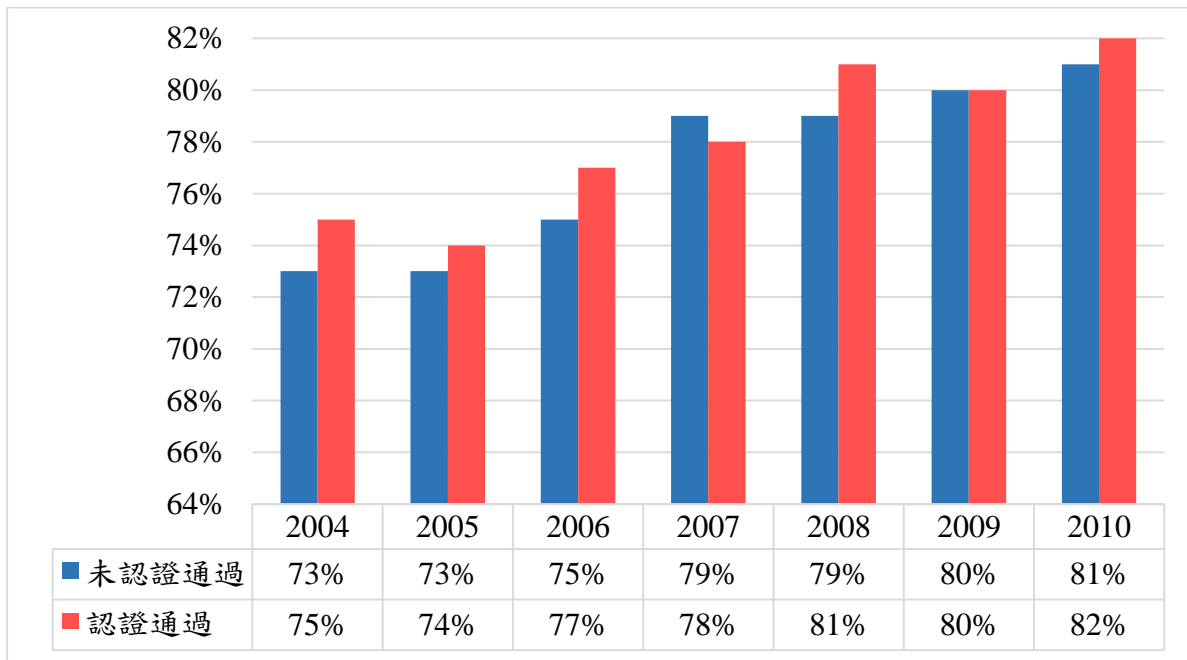


圖 5-26 口腔癌指標 1：手術後接受輔助性放射治療劑量 >60 Gy 但 ≤70Gy，於 8 週(含)內完成治療的比率

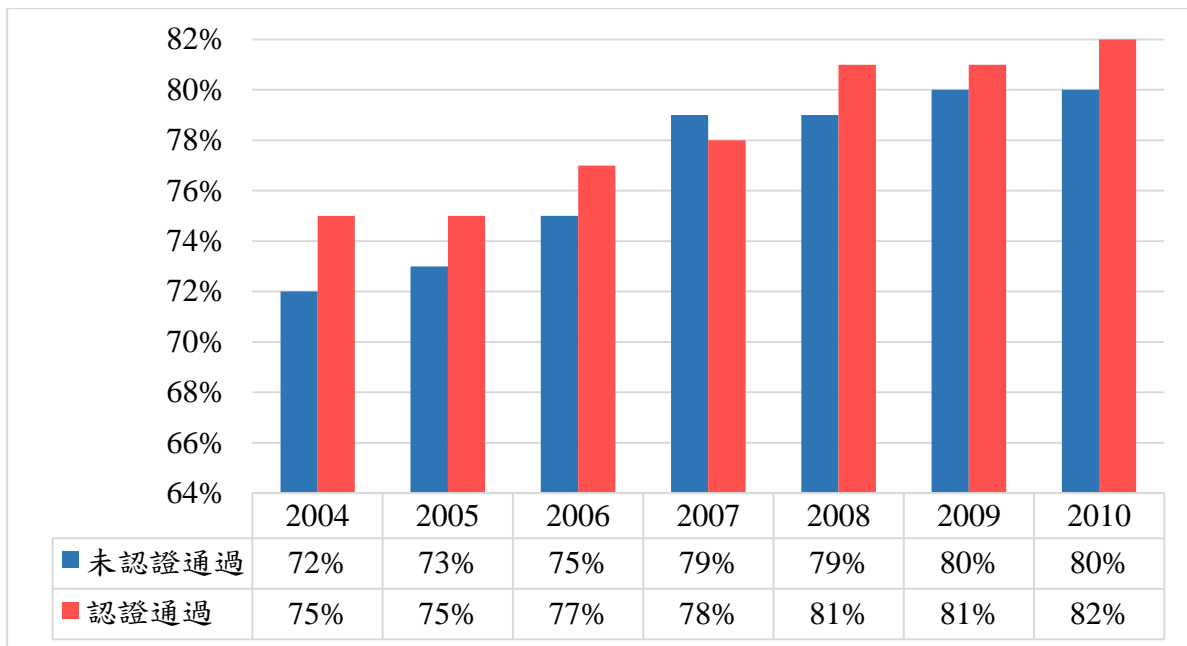


圖 5-27 口腔癌指標 2：做放射治療前 2 個月曾做牙科會診的比率

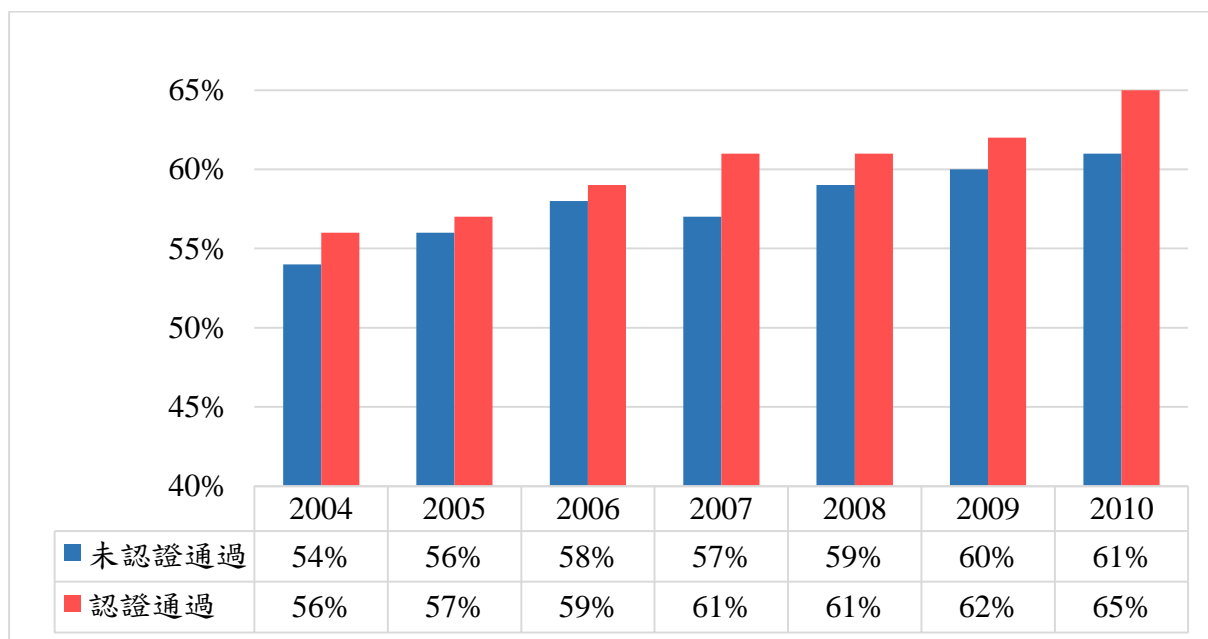


圖 5-28 口腔癌指標 3：口腔癌病人手術後 6 週內開始放射治療的比率

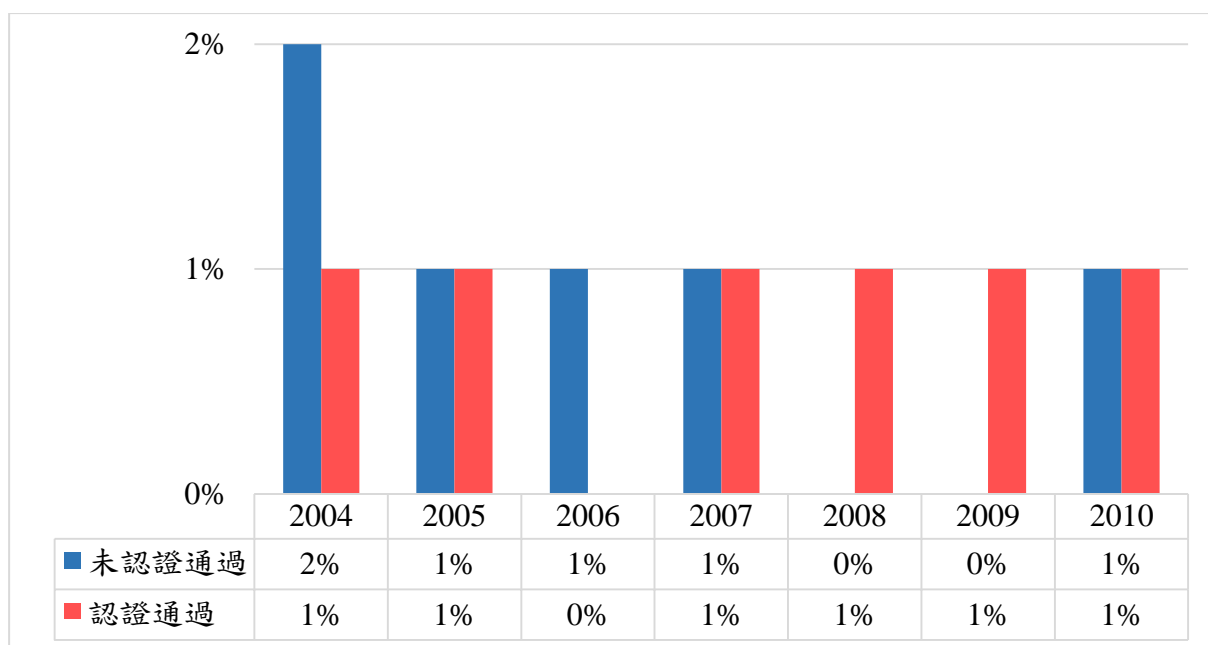


圖 5-29 口腔癌指標 4：首次原發手術後 30 天內死亡者的比例

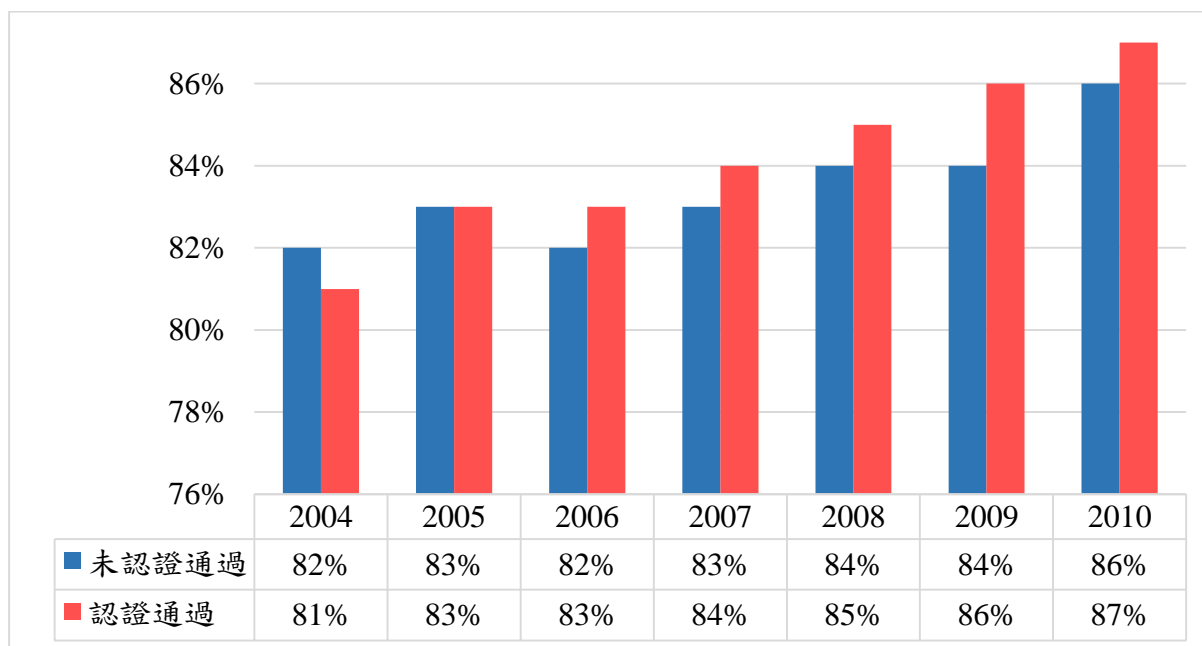


圖 5-30 口腔癌指標 5：治療後 1 年內，至核心科別追蹤至少 ≥ 4 次的比率。

《肝癌照護指標》

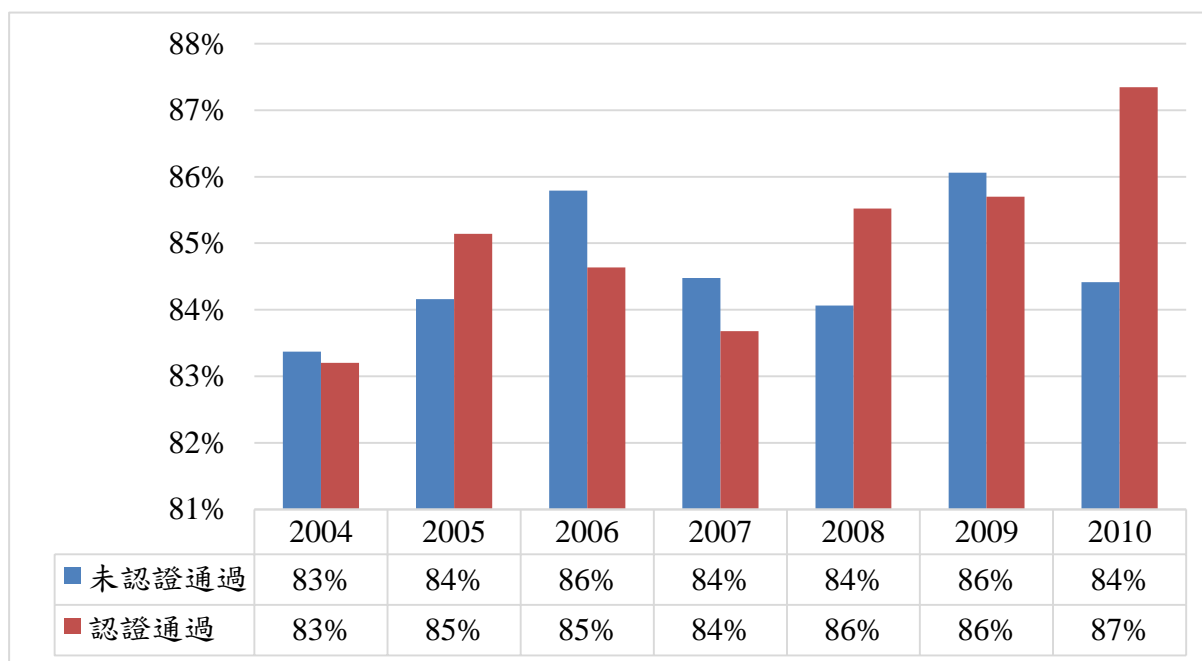


圖 5-31 肝癌指標 1：肝癌個案有註記 TNM 臨床分期個案之比率

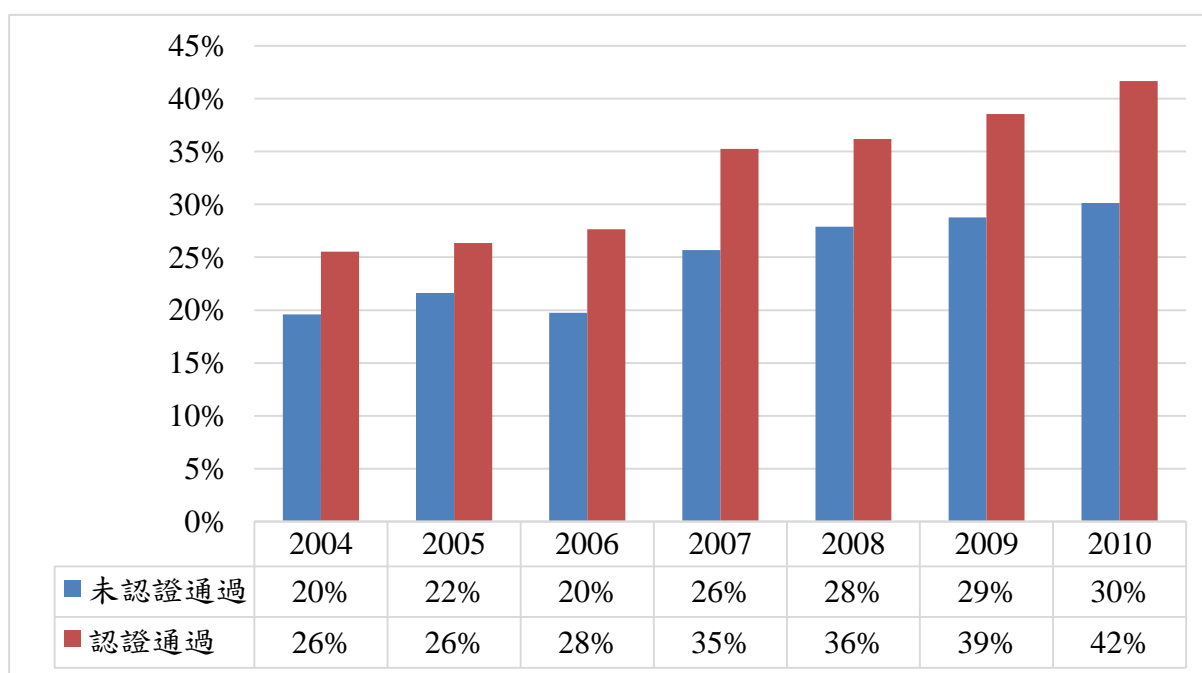


圖 5-32 肝癌指標 2：極早期和早期肝癌病人接受治癒性療法的比率

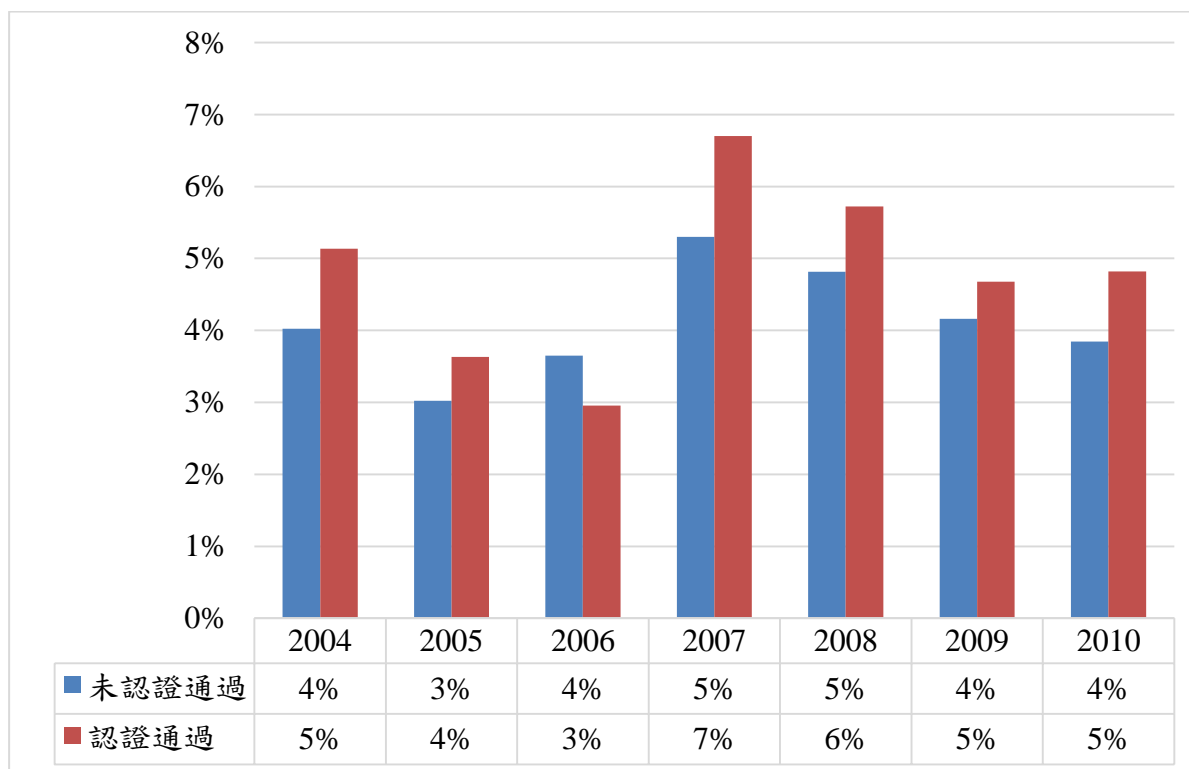


圖 5-33 肝癌指標 3：極早期和早期肝癌病人接受 TA(C)E 之比率

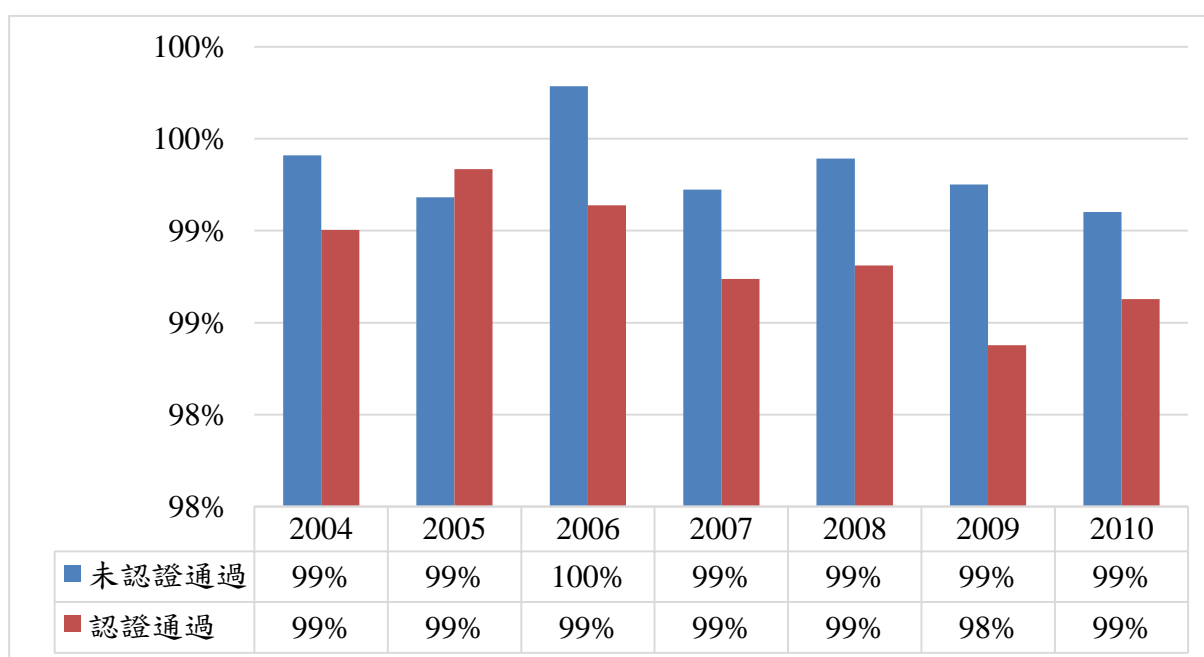


圖 5-34 肝癌指標 4：肝癌患者接受手術切除其邊緣無殘留癌細胞之比率

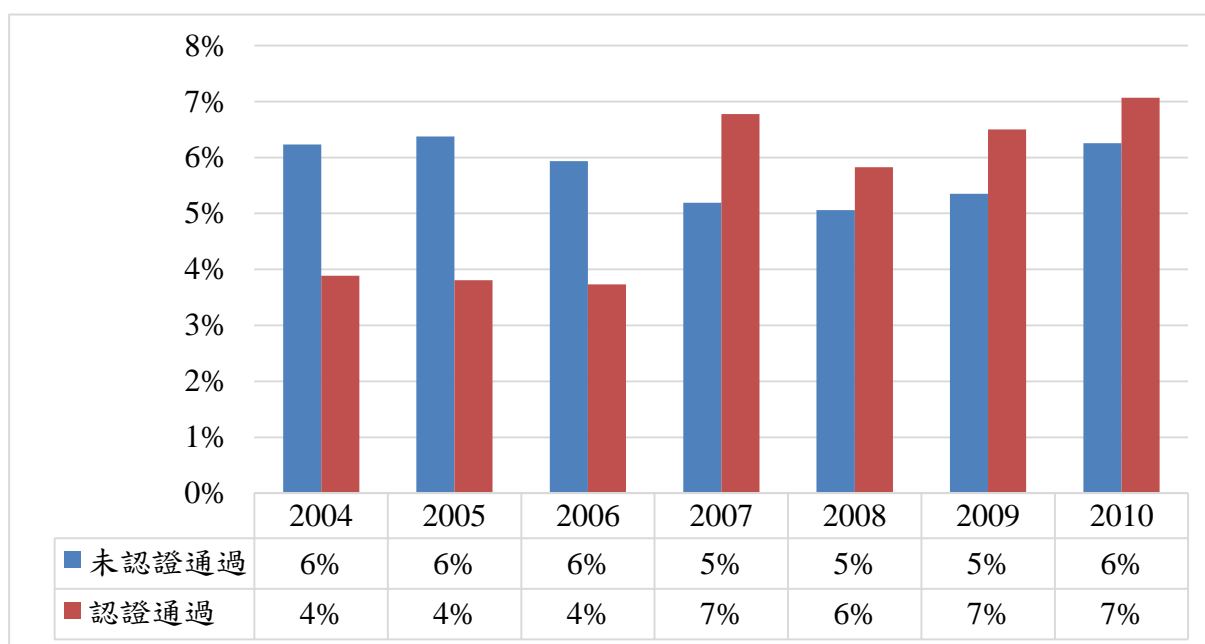


圖 5-35 肝癌指標 5：極早期和早期肝癌病人接受放射治療的比率

《肺癌照護指標》

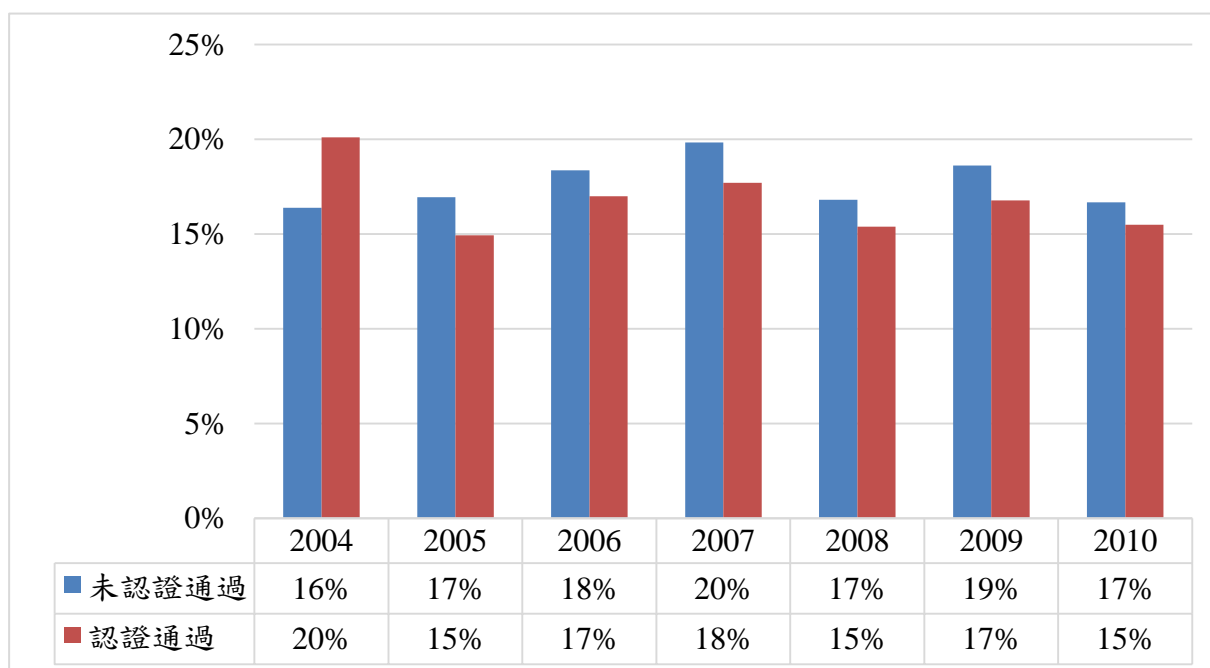


圖 5-36 肺癌指標 1：有進行腫瘤原發部位切除性手術的臨床第 I-II 期非小細胞肺癌病患完成原發部位同側縱膈腔淋巴結取樣或摘除至少 3 個位置以上(≥ 3 N2 stations)的比率



圖 5-37 肺癌指標 2：臨床第 I-II 期非小細胞肺癌病患未進行腫瘤原發部位手術，而以其他方式治療(包括放射線治療、化學治療、標靶治療)

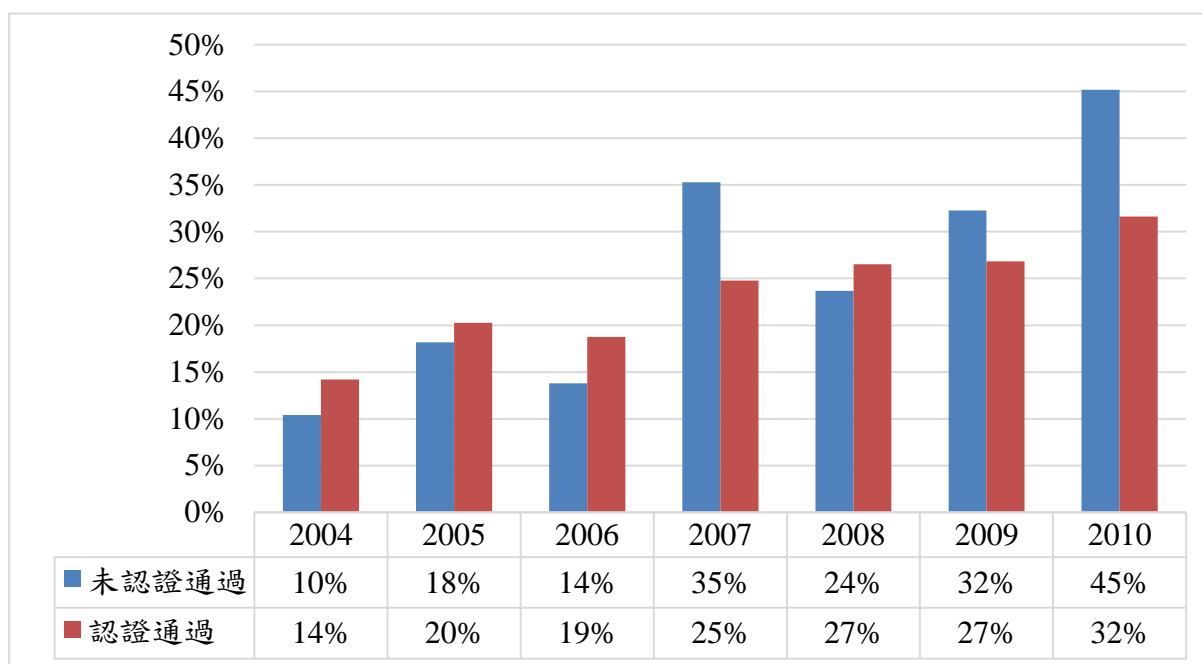


圖 5-38 肺癌指標 3：有進行腫瘤原發部位切除性手術的臨床第 IIIA 期非小細胞肺癌病患完成原發部位同側縱膈腔淋巴結取樣或摘除至少 3 個位置以上(≥ 3 N2 stations)的比率

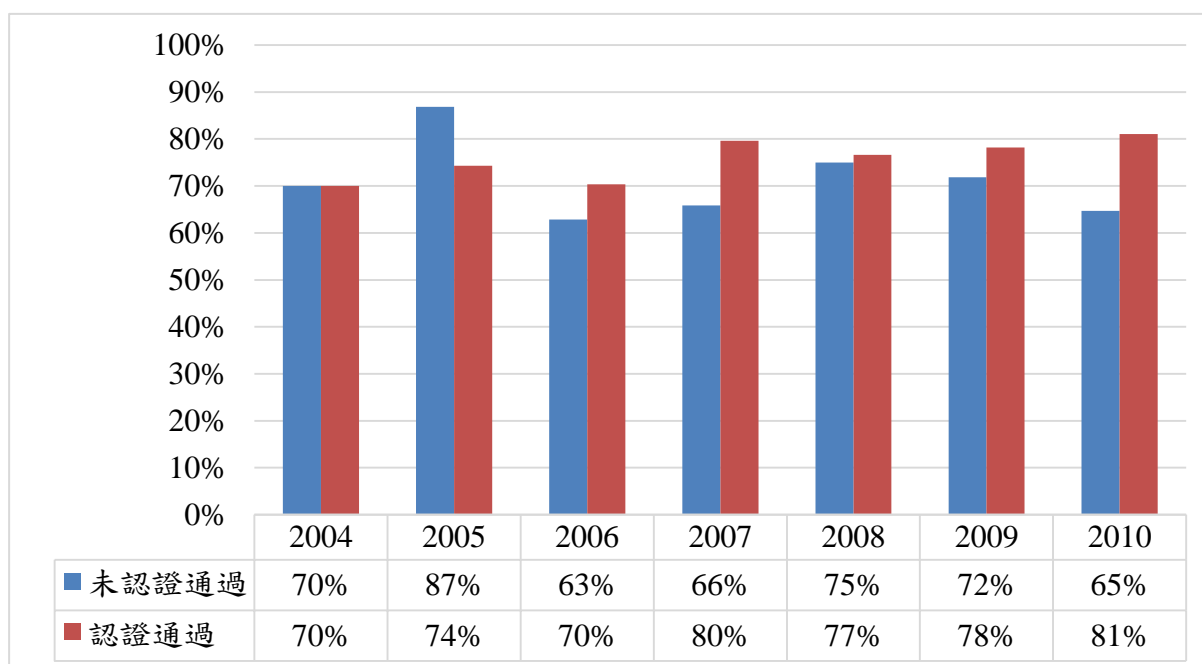


圖 5-39 肺癌指標 4：臨床第 IIIA 期非小細胞肺癌病患未進行腫瘤原發部位手術，而以其他方式治療(包括放射線治療、化學治療、標靶治療)的比率



圖 5-40 肺癌指標 5：有進行腫瘤原發部位切除性手術的臨床第 I-II 期非小細胞肺癌病患進行腫瘤完全切除性手術(包含肺葉切除 Lobectomy 或全肺切除 Pneumonectomy)的比率

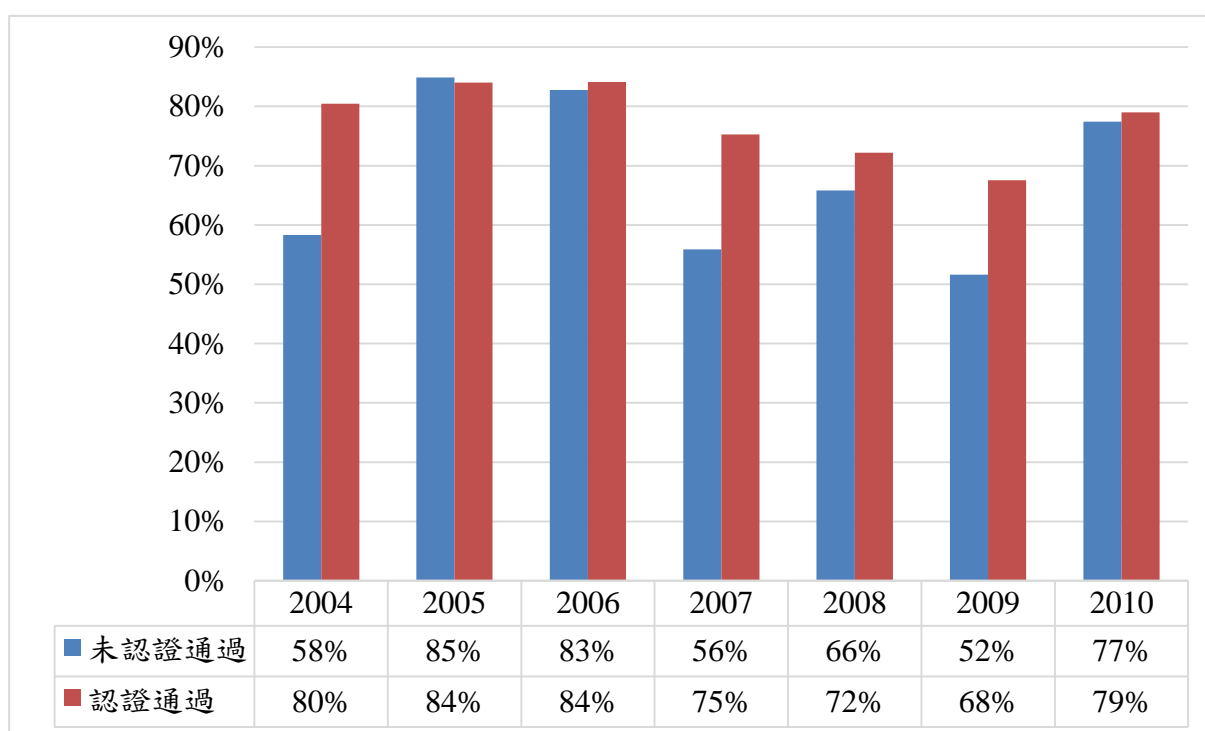


圖 5-41 肺癌指標 6：有進行腫瘤原發部位切除性手術的臨床第 IIIA 期之非小細胞肺癌病患進行腫瘤完全切除性手術(包含肺葉切除 Lobectomy 或全肺切除 Pneumonectomy)的比率

【備註一：六大癌症核心測量指標內容】

(一) 乳癌照護指標

1. 指標編號 BC-1

(1)指標類型：乳癌治療-a

(2)測量指標名稱：確診結果為乳癌者，於3個月內接受治療的比率

(3)分子：分母中，於3個月內接受治療的人數

(4)分母：確診結果為乳癌的人數

2. 指標編號 BC-2

(1)指標類型：乳癌治療前-1

(2)測量指標名稱：45歲以上(含)乳癌婦女施行首次治療前3個月內有乳房x光攝影的比率

(3)分子：分母中，施行首次治療前3個月內有乳房x光攝影的人數

(4)分母：45歲以上(含)乳癌婦女人數

3. 指標編號 BC-3

(1)指標類型：乳癌治療-1

(2)測量指標名稱：乳癌第零期*沒有進行標準腋下淋巴結廓清術的比率

(3)分子：分母中，沒有進行標準腋下淋巴結廓清術的人數

(4)分母：乳癌病理分期第零期的病人數。(排除：接受手術前化學治療或放射線治療或轉移性乳癌病人)

4. 指標編號 BC-4

(1)指標類型：乳癌治療-2

(2)測量指標名稱：乳癌第I期*執行乳房保留手術的比率

(3)分子：分母中，執行乳房保留手術的人數

(4)分母：乳癌病理分期第I期人數

5. 指標編號 BC-5

(1)指標類型：乳癌治療-3

(2)測量指標名稱：乳癌病人手術後病理檢查報告記錄原發腫瘤大小的比率

(3)分子：分母中，呈現主要腫瘤大小的病理報告總人數

(4)分母：病理報告總人數(包含：切除處組織切片檢查、廣範圍組織切除術、部分乳房組織切除術、單純性全乳房切除、改良型根除性乳房切除、根除性乳房切除。排除：轉移性乳癌病人)

6. 指標編號 BC-6

(1)指標類型：乳癌治療-4

(2)測量指標名稱：侵犯性乳癌在切除腫瘤時，病理檢查10個或以上的腋下淋巴結廓清的比率

(3)分子：分母中，病理檢查10個或以上的腋下淋巴結的病人數

(4)分母：改良型根除性乳房切除手術、根除性乳房切除手術、乳房保留手術合併清除腋下淋巴結的病人數。(排除：接受手術前化學治療放射線治療或轉移性乳癌病人或Sentinel node biopsy的病人)

7. 指標編號 BC-7

(1)指標類型：乳癌治療-5

(2)測量指標名稱：病理分期為侵犯性乳癌，有 ER 接受體報告的比率

(3)分子：分母中，有 ER 接受體報告的人數。(接受荷爾蒙治療的人數)

(4)分母：病理分期為侵犯性乳癌的病人數

8. 指標編號 BC-8

(1)指標類型：乳癌治療-6

(2)測量指標名稱：病理分期為侵犯性乳癌，有 PR 接受體報告的比率

(3)分子：分母中，有 PR 接受體報告的人數。(接受荷爾蒙治療的人數)

(4)分母：病理分期為侵犯性乳癌的病人數

9. 指標編號 BC-9

(1)指標類型：乳癌治療-8

(2)測量指標名稱：病理分期為侵犯性乳癌，乳房保留手術後放射線治療的比率

(3)分子：分母中，術後放射線治療的人數

(4)分母：侵犯性乳癌接受乳房保留手術的人數

10. 指標編號 BC-10

(1)指標類型：乳癌治療-9

(2)測量指標名稱：更年期前婦女(≤ 50 歲)腋下淋巴結陽性的乳癌病人給予輔助性化學治療的比率

(3)分子：分母中，給予輔助性化學治療的人數

(4)分母：更年期前婦女(≤ 50 歲)腋下淋巴結陽性的乳癌病人數(排除：轉移性乳癌病人)

11. 指標編號 BC-11

(1)指標類型：乳癌治療-10

(2)測量指標名稱：更年期後婦女腋下淋巴結陽性的乳癌病人給予賀爾蒙治療或輔助性化學治療的比率

(3)分子：分母中，給予賀爾蒙治療或輔助性化學治療的人數

(4)分母：更年期後婦女腋下淋巴結陽性的乳癌病人數

12. 指標編號 BC-12

(1)指標類型：乳癌治療-11

(2)測量指標名稱：侵犯性乳癌病人，ER 接受體陽性(+)給予賀爾蒙治療的比率

(3)分子：分母中，給予賀爾蒙治療的人數

(4)分母：侵犯性乳癌病人(第 1~3 期)，ER 接受體陽性(+)的人數

13. 指標編號 BC-13

(1)指標類型：乳癌治療-13

(2)測量指標名稱：淋巴結陽性 ≥ 4 乳房全切除有進行放射治療的比率

(3)分子：分母中，有進行放射治療的人數

(4)分母：淋巴結陽性 ≥ 4 顆乳房全切除人數

(二) 大直腸癌照護指標

1. 指標編號 CRC-1

(1)指標類型：治療前-1A

(2)測量指標名稱：結腸癌*(Colon Ca)病人治療前在病歷上紀錄有接受包括「胸部 x 光」及「腹部超音波或 CT scan 或 MRI」的比率

(3)分子：分母中，治療前在病歷上有臨床分期的紀錄者，其有接受包括「胸部 x 光」及「腹部超音波或 CT scan 或 MRI」的病人數（相關檢查不限於本院，外院檢查亦可）。
備註：病人的臨床分期資料乃經由「胸部 x 光」及「腹部超音波或 CT scan 或 MRI」檢查後取得

(4)分母：結腸癌(Colon Ca)病人數

2. 指標編號 CRC-2

(1)指標類型：治療前-1B

(2)測量指標名稱：直腸癌*(Rectum Ca)病人治療前在病歷上紀錄有接受包括「胸部 x 光」及「腹部超音波或 CT scan 或 MRI」的比率

(3)分子：分母中，治療前在病歷上有臨床分期的紀錄者，其有接受包括「胸部 x 光」及「腹部超音波或 CT scan 或 MRI」的病人數（相關檢查不限於本院，外院檢查亦可）。
備註：病人的臨床分期資料乃經由「胸部 x 光」及「腹部超音波或 CT scan 或 MRI」檢查後取得

(4)分母：直腸癌(Rectum Ca)病人數

3. 指標編號 CRC-3

(1)指標類型：治療-1

(2)測量指標名稱：接受大腸癌(Colon & Rectum Ca)切除術之病人，至少於術前 6 個月或術後 6 個月內，於病歷上記載曾接受全大腸檢查（大腸鏡檢或直腸鏡檢加下消化道雙對比鋇劑攝影）的比率

(3)分子：分母中，至少於術前 6 個月或術後 6 個月內，在病歷上記載曾接受全大腸檢查（大腸鏡檢或直腸鏡檢加下消化道雙對比鋇劑攝影）之人數。（相關檢查不限於本院，外院檢查亦可）

(4)分母：接受大腸癌（Colon & Rectum Ca）切除術之病人數

4. 指標編號 CRC-4

(1)指標類型：治療-5A

(2)測量指標名稱：病理期別第 I-III 期結腸癌(Colon Ca)手術病人，淋巴結病理檢查 12 顆以上的比率

(3)分子：分母中，淋巴結病理檢查 12 顆以上的人數

(4)分母：第 I-III 期結腸癌（Colon Ca）手術病人。（排除 Polyp 或 wide excision 之病人）

5. 指標編號 CRC-5

(1)指標類型：治療-5B

(2)測量指標名稱：病理期別第 I-III 期直腸癌(Rectum Ca)手術病人，淋巴結病理檢查 12 顆以上的比率

(3)分子：分母中，淋巴結病理檢查 12 顆以上的人數。（區域淋巴節檢查數目）

(4)分母：第 I-III 期直腸癌 (Rectum Ca) 手術病人。(排除 Polyp 或 wide excision 或術前有放射線治療之病人。)

6. 指標編號 CRC-6

(1)指標類型：治療-6

(2)測量指標名稱：結腸癌(Colon Ca)病理期別第 III 期病人，術後 6 週內接受化學治療的比率

(3)分子：分母中，術後 6 週內接受化學治療的人數

(4)分母：病理期別結腸癌 (Colon Ca) 第 III 期手術後，有接受化療的人。(手術與化療皆為同一醫院)

7. 指標編號 CRC-7

(1)指標類型：治療-7

(2)測量指標名稱：第 II、III 期(臨床期別為主)直腸癌(Rectum Ca)病人，6 週內開始治療(手術或放療或 CCRT)的比率

(3)分子：分母中，6 週內開始治療 (手術或放療或 CCRT) 的人數

(4)分母：第 II、III 期 (臨床期別為主) 直腸癌 (Rectum) 病人數。 限制：診斷與治療同一醫院病人

8. 指標編號 CRC-8

(1)指標類型：治療-8

(2)測量指標名稱：由臨床期別第 II、III 期，直接做化療及放療 (CCRT) 直腸癌 (Rectum Ca) 病人，CCRT 算起，16 週內開完刀的比率

(3)分子：分母中，CCRT 算起，16 週內開完刀的人數

(4)分母：臨床期別第 II、III 期直腸癌病人，直接做化療及放療 (CCRT) 直腸癌 (Rectum Ca) 病人數。限制：CCRT 與手術皆為同一醫院病人

(三) 子宮頸癌照護指標

1. 指標編號 CVC-1

(1)指標類型：子宮頸癌前趨病灶-3

(2)測量指標名稱：病理確診為 CIN3 病人，以子宮頸錐狀手術為完整治療之百分比

(3)分子：分母中，個案以子宮頸錐狀手術為完整治療者。(定義係指癌登手冊申報(外院)原發部位手術方式為 ≥ 20 且 ≤ 29 排除 25 Dilatation and curettage)

(4)分母：病理確診為 CIN3(原位癌，第零期)或 CIS 病人

2. 指標編號 CVC-2

(1)指標類型：子宮頸癌-1

(2)測量指標名稱：FIGO(IIA2, IIA2~IVA)子宮頸癌病人以放療為首次治療時，病人接受同時合併化療的比率

(3)分子：分母中，有接受同時合併化療的人數

(4)分母： FIGO(IIA2, IIA2~IVA)子宮頸癌病人以放療為首次治療的人數

3. 指標編號 CVC-3

(1)指標類型：子宮頸癌-4

(2)測量指標名稱：接受手術為首次治療的 FIGO 期別 IA2 或以上的子宮頸癌病人，骨盆腔淋巴結摘除 ≥ 12 顆的比率

(3)分子：分母中，骨盆腔淋巴結摘除 ≥ 12 顆的人數

(4)分母：所有接受手術為首次治療的 FIGO 期別 IA2 或以上的子宮頸癌病人人數

4. 指標編號 CVC-4

(1)指標類型：子宮頸癌-5

(2)測量指標名稱：子宮頸癌患者以放射或合併化學及放射治療為首次治療者，於 63 天(含)內完成上述治療的比率

(3)分子：分母中，於 63 天(含)內完成治療的人數。

(4)分母：子宮頸癌患者以放射或合併化學及放射治療為首次治療人數

(四) 口腔癌照護指標

1. 指標編號 OC-1

(1) 測量指標名稱：口腔癌病人手術後接受輔助性放射治療劑量 ≤ 60 Gy，於 7 週(含)內完成治療的比率。

(2) 分子：分母中於 7 週(含)內完成治療的人數。

(3) 分母：口腔癌病人手術後接受輔助性放射治療劑量 ≤ 60 Gy 的人數。

2. 指標編號 OC-2

(1) 測量指標名稱：口腔癌病人手術後接受輔助性放射治療劑量 > 60 Gy 但 ≤ 70 Gy，於 8 週(含)內完成治療的比率。

(2) 分子：分母中，於 8 週(含)內完成治療的人數。

(3) 分母：口腔癌病人手術後接受輔助性放射治療劑量 > 60 Gy 但 ≤ 70 Gy 的人數。

3. 指標編號 OC-3

(1) 測量指標名稱：口腔癌病人做放射治療前 2 個月曾做牙科會診的比率。

(2) 分子：分母中，做放射治療前 2 個月曾做牙科會診的人數。

(3) 分母：口腔癌病人接受放射治療之人數。

4. 指標編號 OC-4

(1) 測量指標名稱：口腔癌病人手術後 6 週內開始放射治療的比率。

(2) 分子：分母中，手術後 6 週內開始放射治療的人數。

(3) 分母：手術後接受放射線治療之人數。

5. 指標編號 OC-5

(1) 測量指標名稱：口腔癌病人手術後 6 週內開始放射治療的比率。

(2) 分子：分母中，手術後 6 週內開始放射治療的人數。

(3) 分母：手術後接受放射線治療之人數。

(五) 肝癌照護指標

1. 指標編號 LVC-1

(1) 測量指標名稱：肝癌個案經細胞與病理診斷之比率。

(2) 分子：有組織或細胞學確立診斷的肝癌個案人數。

(3) 分母：所有肝癌案例數。

2. 指標編號 LVC-2

- (1) 測量指標名稱：肝癌個案有註記 TNM 臨床分期個案之比率。
- (2) 分子：有註記 TNM 臨床分期的肝癌個案人數。
- (3) 分母：所有肝癌案例數。

3. 指標編號 LVC-3

- (1) 測量指標名稱：極早期和早期肝癌病人接受治癒性療法的比率。
- (2) 分子：分母中，接受外科治癒性療法、內科治癒性療法、經導管肝動脈化學栓塞（TA(C)E）後兩個月內再接受 1.2 治癒性療法的人數。
- (3) 分母：符合 BCLC 0+A（極早期及早期）的所有肝癌案例數。

4. 指標編號 LVC-4

- (1) 測量指標名稱：極早期和早期肝癌病人接受 TA(C)E 之比率。
- (2) 分子：BCLC stage 0 及 A 患者接受 TA(C)E 為初次治療的案例數。限制：不含接受 TA(C)E 後兩個月內接受治癒性療法者。
- (3) 分母：所有新診斷 BCLC stage 0 及 A 之肝癌患者。

5. 指標編號 LVC-5

- (1) 測量指標名稱：肝癌患者接受手術切除其邊緣無殘留癌細胞之比率。
- (2) 分子：邊緣無殘留癌細胞個案數。
- (3) 分母：所有肝癌手術個案。

6. 指標編號 LVC-6

- (1) 測量指標名稱：極早期和早期肝癌病人接受放射治療的比率。
- (2) 分子：BCLC stage 0+A 肝癌病患接受放射治療的個案數。
- (3) 分母：所有 BCLC stage 0+A 肝癌案例數。

7. 指標編號 LVC-7

- (1) 測量指標名稱：內科治癒性療法或 TA(C)E 治療後的肝癌病人，2 個月內追蹤影像學的比率。
- (2) 分子：分母中，2 個月內追蹤影像學的人數。
- (3) 分母：接受內科治癒性療法或 TA(C)E 治療的個案數。（排除 2 個月內死亡的個案）

8. 指標編號 LVC-8

- (1) 測量指標名稱：外科治癒性療法治療後的肝癌病人，3 個月內追蹤影像學的比率。
- (2) 分子：分母中，3 個月內追蹤影像學的人數。
- (3) 分母：接受外科治癒性治療的個案數。（排除 3 個月內死亡的個案）

9. 指標編號 LVC-9

- (1) 測量指標名稱：治癒性療法或 TA(C)E 治療後的肝癌病人 1 年內追蹤影像學 ≥ 3 次的比率。
- (2) 分子：分母中，1 年內追蹤影像學 ≥ 3 次的人數。
- (3) 分母：接受治癒性療法或 TA(C)E 治療且追蹤滿 1 年以上的案例數。（排除 1 年內死亡的個案）

(六) 肺癌照護指標

1. 指標編號 LUC-1

- (1) 測量指標名稱：肺癌病人中有組織細胞學或病理學診斷的比率。
- (2) 分子：分母中，有組織細胞學或病理學的人數
- (3) 分母：肺癌病人人數。

2. 指標編號 LUC-2

- (1) 測量指標名稱：臨床第 I-II 期非小細胞肺癌病患進行腫瘤原發部位手術切除的比率。
- (2) 分子：分母中，進行腫瘤原發部位手術切除的人數。
- (3) 分母：臨床第 I-II 期之非小細胞肺癌病患人數。

3. 指標編號 LUC-3

- (1) 測量指標名稱：有進行腫瘤原發部位切除性手術的臨床第 I-II 期非小細胞肺癌病患進行肺葉切除 Lobectomy 或全肺切除 Pneumonectomy 的比率。
- (2) 分子：分母中，進行肺葉切除 Lobectomy 或全肺切除 Pneumonectomy 的人數。
- (3) 分母：有進行腫瘤原發部位切除性手術的臨床第 I-II 期非小細胞肺癌病患人數。

4. 指標編號 LUC-4

- (1) 測量指標名稱：有進行腫瘤原發部位切除性手術的臨床第 I-II 期非小細胞肺癌病患完成原發部位同側縱膈腔淋巴結取樣摘除至少 3 個位置以上(≥ 3 N2 stations)的比率。
- (2) 分子：分母中，完成原發部位同側縱膈腔淋巴結取樣摘除至少 3 個位置以上(≥ 3 N2 stations)的人數。
- (3) 分母：有進行腫瘤原發部位切除性手術的臨床第 I-II 期非小細胞肺癌病患人數。

5. 指標編號 LUC-5

- (1) 測量指標名稱：臨床第 IIIA 期非小細胞肺癌病患首次治療為直接肺葉切除 Lobectomy 或全肺切除 Pneumonectomy)的比率。
- (2) 分子：分母中，首次治療為直接肺葉切除 Lobectomy 或全肺切除 Pneumonectomy)的人數。
- (3) 分母：臨床第 IIIA 期非小細胞肺癌病患人數。

6. 指標編號 LUC-6

- (1) 測量指標名稱：有進行腫瘤原發部位切除性手術的臨床第 IIIA 期之非小細胞肺癌病患進行肺葉切除 Lobectomy 或全肺切除 Pneumonectomy)的比率。
- (2) 分子：分母中，進行肺葉切除 Lobectomy 或全肺切除 Pneumonectomy 人數。
- (3) 分母：有進行腫瘤原發部位切除性手術的臨床第 IIIA 期非小細胞肺癌的人數。

7. 指標編號 LUC-7

- (1) 測量指標名稱：有進行腫瘤原發部位切除性手術的臨床第 IIIA 期非小細胞肺癌病患完成原發部位同側縱膈腔淋巴結取樣摘除至少 3 個位置以上(≥ 3 N2 stations)的比率。
- (2) 分子：分母中，完成原發部位同側縱膈腔淋巴結取樣摘除至少 3 個位置以上(≥ 3 N2 stations)的人數。
- (3) 分母：有進行腫瘤原發部位切除性手術的臨床第 IIIA 期非小細胞肺癌病患人數。

8. 指標編號 LUC-8

- (1) 測量指標名稱：臨床第 IIIA 期非小細胞肺癌病患未進行腫瘤原發部位手術，而以其他方式治療(包括放射線治療、化學治療、標靶治療)的比率。

(2) 分子：分母中，未進行腫瘤原發部位手術，而以其他方式治療(包括放射線治療、化學治療、標靶治療)的人數。

(3) 分母：臨床第 IIIA 期非小細胞肺癌病患未進行腫瘤原發部位手術的人數。

9. 指標編號 LUC-9

(1) 測量指標名稱：術後被證實切除邊緣仍存有癌細胞的非小細胞肺癌病患，在術後 8 週內有進行放射線治療或再切除性手術(re-resection)的比率。

(2) 分子：分母中，在術後 8 週內有進行放射線治療或再切除性手術(re-resection)的人數。

(3) 分母：術後被證實切除邊緣仍存有癌細胞的非小細胞肺癌的人數。

二、 第二、三年度初級資料部分

(一) 問卷發放情形及回收結果

本研究獲得 Quality Health 授權 Cancer Patient Experience Survey 2014 於本研究使用，並且與其合作討論問卷修改以及研究進行方式。問卷內容經初步翻譯成中文之後，於 2014 年 12 月 4 日召開專家會議以修訂問卷(會議記錄請見附件一)，會議主席為台灣大學健康政策與管理研究所鍾國彪教授，與會專家有台灣大學健康政策與管理研究所董鈺琪副教授、台北護理健康大學健康管理事業管理系謝碧晴副教授、台大醫院耳鼻喉科柯政郁醫師、台北榮總婦癌科主任屠乃方醫師、中華民國乳癌病友協會林葳婕秘書長、中華民國乳癌病友協會盧怡秀主任、癌症希望基金會呂嘉玲副主任、許怡敏督導，於專家會議決議修改的問卷成為 82 題。並於專家會議結束後，分別與癌症希望基金會以及中華民國乳癌病友協會討論合作問卷施測細節。

研究執行期間與 Quality Health 的主持人 Dr. Reg 進行數次視訊會議，103 年 12 月 11 日工作小組會議(會議記錄請見附件二)，請翻譯人員將修改與增加的題目翻譯成英文，逐題確認題目的用意與原來問卷設計相符，發展為成為台灣適用之癌症病人就醫經驗問卷。問卷共分為確診前就醫情形、診斷檢查、確診方式、決定最佳治療方式、個案管理師、癌症相關支持、手術、醫院醫師、病房護理人員、醫院照護和治療、居家照護與支持、醫院的日間/門診照護、醫師的門診預約掛號、轉診/家庭醫師照護、總體性照護，此次會議也確立收案方式以及預計合作醫院，為維持國際可比較性，採取與 CPES 相同的郵寄問卷方式。

採立意抽樣，最後全國共計有 19 間提供癌症照護的醫院與本研究進行合作，其中包含醫學中心 7 間(北部 3 間、中部 3 間、南部 0 間、東部 1 間)，區域醫院 11 間(北部 6 間、中部 4 間、南部 1 間、東部 0 間)，以及地區醫院 1 間(北部 1 間)，由個案管理師或訪員，於門診協助發放問卷給六大癌症病患，請病患帶回家填寫。醫學中心發放每癌各 40 份問卷，區域醫院發放每癌各 25 份問卷，區域醫院發放每癌各 15 份問卷，預計每家醫院回收 10-30 份有效問卷。接著邀請 16 位癌症病患協助問卷前測，並於 104 年 1 月 15 日工作小組會議(會議內容請見附件三)，根據前測回饋的意見和填答狀況，修訂完成之中文版問卷名稱為「癌症病人就醫經驗問卷」。

為提高問卷回收率，以及表示對研究參與者的感謝，決議每家醫院的收案期間，自問卷寄達各醫院聯絡人起開始，共計兩個月的時間，於發放問卷後一個月內寄回研究單位者，可參加 500 元便利商店禮券的抽獎活動；一個半月內寄回研究單位者，可參加 300 元便利商店禮券的抽獎活動；於兩個月內寄回研究單位者，可參加 100 元便利商店禮券的抽獎活動，共計 350 個獲獎名額。

本問卷調查計畫於 2015 年 3 月通過台大醫院研究倫理委員會審查(研究倫理委員會案號:201501053RINA)。研究參與者皆簽署研究受訪者說明及同意書一式兩份(附件一)，一份由本研究單位與問卷分開存放，一份由研究參與者自行留存。其他收案醫院的部分，則依各家醫院規定，另外提出該院研究倫理審查申請，或者是以通過台大醫院研究倫理委員會審查的問卷及受訪者說明及同意書進行。

本研究於通過台大醫院研究倫理委員會審查後，即對先前工作小組會議擬出的醫院名單以公文提出協助問卷發放的邀請，下表所列為與本研究合作發放問卷的醫院名單，如下表表 5-13 及表 5-14：

表 5-13 合作發放問卷之醫院名單

編號	醫院名稱	縣市別	是否通過 認證	認證 年度
醫學中心				
MC02	國立臺灣大學醫學院附設醫院	台北市	○	101
MC03	三軍總醫院附設民眾診療服務處	台北市	○	101
MC04	臺北榮民總醫院	台北市	○	101
MC05	臺中榮民總醫院	台中市	○	101
MC06	彰化基督教醫療財團法人彰化基督教醫院	彰化縣	○	101
MC10	佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院	花蓮縣	○	101
MC11	中國醫藥大學附設醫院	台中市	○	101
區域醫院				
RH02	長庚醫療財團法人基隆長庚紀念醫院	基隆市	○	102
RH05	衛生福利部桃園醫院	桃園縣	◎	101
RH07	壠新醫院	桃園縣	×	
RH08	澄清綜合醫院中港分院	台中市	○	102
RH10	衛生福利部豐原醫院	台中市	○	103
RH11	秀傳醫療財團法人彰濱秀傳紀念醫院	彰化縣	×	
RH14	戴德森醫療財團法人嘉義基督教醫院	嘉義市	○	101
RH15	國立臺灣大學醫學院附設醫院雲林分院	雲林縣	○	101
RH21	國立陽明大學附設醫院	宜蘭縣	○	103
RH22	敏盛綜合醫院	桃園縣	×	
RH23	天成醫療社團法人天晟醫院	桃園縣	×	
地區醫院				
DH24	財團法人天主教耕莘醫院永和分院	新北市	×	

備註：○通過認證且能目前在效期內；◎通過認證但目前已過效期；×未通過認證。

表 5-14 合作發放醫院家數統計

地區	層級別	總計
北部	通過認證(6)：醫學中心(3)、區域醫院(3)	10
	未通過認證(4)：區域醫院(3)、地區醫院(1)	
中部	通過認證(6)：醫學中心(3)、區域醫院(3)	7
	未通過認證(1)：區域醫院(1)	
南部	通過認證(1)：醫學中心(0)、區域醫院(1)	1
	未通過認證區域醫院(0)	
東部	通過認證(1)：醫學中心(1)、區域醫院(0)	1
	未通過認證區域醫院(0)	
通過認證(14)：醫學中心(7)、區域醫院(7)		19
未通過認證區域醫院(5)：區域醫院(4)、地區醫院(1)		

醫院端的問卷發放除仰賴合作醫院個管師協助之外，部分醫院是由研究單位派訪員前往發放問卷，將配合提供癌症照護的醫師門診於診間發放，取得癌症病人同意參與本研究，則請病人帶回填寫完成後寄回。最後，共計回收 646 份有效問卷，回收率為 19%。

另外，與癌症希望基金會(HOPE)合作的部分，主要以在癌症希望基金會內部志工進行問卷的施測與回收，共發出 20 份問卷。另一方面，則與社團法人中華民國乳癌病友協會合作，將問卷透過乳癌病友協會的網絡，將問卷交給乳癌病友，問卷分為兩梯次發放，第一梯次發放 210 份問卷，於 2015 年 3 月 14 日乳癌病友協會的會員大會發放給當天與會的病友，將於完整填答問卷及簽署研究受訪者說明及同意書後，投遞郵筒寄回。第二梯次發放 400 份問卷，乃透過乳癌病友協會的各團體網絡，由各團體會長協助發放給病友，自願參與本研究，將於完整填答問卷及簽署研究受訪者說明及同意書後，將問卷寄回乳癌病友協會，再轉交給本研究單位，進行資料整理。

同樣為提高問卷回收率，以及表示對研究參與者的感謝，於收案期間寄回問卷的研究受訪者，分別由中華民國乳癌病友協會及本研究提供 270 支與 30 支具健康管理功能的智慧型手環做為受試者禮品，已於 104 年 5 月完成抽獎並寄出 140 份受試者禮品。於醫院發放的問卷，則提供便利商店的禮券，以提高填寫問卷的意願。

在癌症希望基金會的部分，回收問卷數為 15 份，其中有效問卷為 10 份；而乳癌病友協會的部分，共回收有效問卷 354 份。透過兩機構協助，最後共計回收 364 份有效問卷，回收率為 58%。

下表為發放問卷的團體名單，由此名單可得知樣本來源分佈於全台各醫院，透過病友協會的網絡，如下表表 5-15：

表 5-15 發放問卷的團體名稱

團 體 名 稱		
三總康乃馨團體	台灣乳房重建協會	國泰登峰聯誼會
中國圓緣俱樂部	全癌連病友協會	康泰開懷聯誼會
中華民國乳癌病友協會	向日葵關懷聯誼會	陽明互勵聯誼會
仁愛汝顏之友聯誼會	好心情工作坊	慈馨聯誼會
北慈蕙質蘭心乳癌病友團體	林口長庚	新光好姊妹聯誼會
北醫百合溫馨聯誼會	屏東美麗人生俱樂部	馬偕有愛乳癌關懷聯誼會
台大真善美俱樂部	香格里拉俱樂部	萬芳綺麗人生聯誼會
台中開懷協會	聖馬曙光俱樂部	嘉長微笑關懷聯誼會
台中醫院美麗人生聯誼會	振興常喜樂俱樂部	嘉基布蕾絲特聯誼會
台北仁愛關懷聯誼會	耕莘乳癌關懷聯誼會	彰化秀傳蘭心聯誼會
台北市溫馨協會	笑笑功	彰基豐采關懷團體
台北市溫馨協會	高雄市蓮馨關懷協會	衛福部桃園醫院康乃馨姐妹會
台南永保安康協會	高雄市雙峰關懷協會	高雄市心手相連關懷協會
台灣同心緣乳癌關懷協會	雙和彩虹聯誼會	高醫木棉花關懷俱樂部

(二) 描述性統計

在「**確診前就醫情形**」方面，因擔心可能是癌症所引起的症狀，有 57.29%的受訪者會先去看診 1、2 次來做病情的確認；64.25%的受訪者從察覺自己身體可能有些狀況時，在 3 個月以內的時間會第一次至醫院看診。詳見表 5-16。

在「**診斷檢查**」方面，65.64%的受訪者在過去一年中，會到醫院做癌症診斷性檢查，像是內視鏡、切片、乳房超音波攝影或者掃描；而在進行檢查之前，醫療團隊，會向受訪者完整說明此項檢查的目的占 69.03%以及說明檢查的程序占 65.52%，且受訪者會拿到簡單明瞭的書面資料占 71.43%，醫療團隊向受訪者說明檢查報告結果的方式是能讓患者完全理解的占 64.22%。詳見表 5-16。

在「**確診方式**」方面，第一位告知受訪者罹癌的人，有 91.33%都是由醫院的醫師告知而得知；被告知確診癌症時，77.37%的受訪者都是與家人或朋友陪同前來的；受訪者在確診癌症的告知方式，61.075%的受訪者感受到非常重視；而當醫療團隊向受訪者說明病情時，55.81%的受訪者都是完全能夠了解；而當告知受訪者罹癌時，55.69%的受訪者都會拿到書面資料且是非常簡單明瞭的。詳見表 5-16。

在「**決定最佳治療方式**」方面，在治療開始前，88.01%的醫療團隊會提供受訪者治療方式上的選擇；會將患者的意見全數納入考量的占 67.70%；而在治療過程可能發生的副作用，醫療團隊會用完全讓受訪者理解的方式說明占 66.19%；有 69.50%的受訪者有獲得容易了解副作用的書面說明；醫療團隊會向受訪者說明某種程度的治療對未來可能造成的影響，而病人完全知道的比例占 48.88%；如同病人所期望的完全參與治療方式決定者占 62.46%；受訪者從確診到開始治療的等候時間較為 2 週(含)以內，占了 57.94%。詳見表 5-16。

在「**個案管理師**」方面，78.13%的受訪者都有特定一位個案管理師負責癌症照護；容易能與個案管理師聯絡占 90.84%；而 88%的受訪者認為在與個案管理師對話中，個

案管理師會悉心聆聽，且可以完全可以給予解答；86.62%的受訪者認為能從個管師身上得到重要問題的解答。詳見表 5-16。

在「癌症相關支持」方面，有 72.26%的受訪者同意認為醫療團隊會提供癌症相關的支持團體或病友會的資訊；68.8%受訪者同意醫療團隊有與其討論或提供資訊，得知癌症對其的工作或求學可能產生的影響；60.53%的受訪者同意醫療團隊會與其討論或提供財務援助或其他可申請補助的資訊；92.46%受訪者同意醫療團隊有告知持重大傷病卡可免部分負擔之資訊；79.86%的受訪者有在醫院收到癌症相關研究的訊息；40.04%的受訪者有被醫療團隊詢問加入癌症研究之意願；而有 46.07%的受訪者表示曾加入癌症研究。詳見表 5-16。

在「手術」方面，結果顯示有 50.80%的受訪者在過去的 12 個月當中，有在醫院接受過腫瘤切除手術；在有接受手術治療的前提下，醫療團隊有向受訪者完整說明手術執行方式的比例為 80.45%；在接受手術前，有拿到簡單明瞭的說明書的受訪者占 73.50%；手術結束後，72.61%的受訪者有得到手術執行狀況的完整說明；有 50.80%的受訪者表示在過去一年中，曾經接受過癌症相關手術或住院。詳見表 5-16。

在「醫院醫師」方面，當受訪者有重要的問題向醫師詢問時，85.78%的受訪者表示總是可以獲得解答；對所有醫師都表示信賴的受訪者占 78.31%；84.02%的受訪者認為照護醫師在與其說話時不會無視其的存在；76.67%的受訪者肯定親友想與醫師談話時，是有機會的。詳見表 5-16。

在「病房護理人員」方面，當受訪者有重要的問題向病房護理人員詢問時，76.32%的受訪者表示總是可以獲得解答；對所有病房護理人員都表示信賴的受訪者占 76.56%；有 83.29%的受訪者認為護理人員在與其說話時不會無視其的存在；57.90%的受訪者認為醫院內值班的護理人員數足夠向病人提供照護。詳見表 5-16。

在「醫院照護和治療」方面，有 85.56%的受訪者認為醫療團隊不會隱瞞某些其想知道的事情；68.08%的受訪者同意醫療團隊成員中對病情或治療方法的說法沒有不一致；88.25%的受訪者同意在討論的病情或治療方式時，醫療團隊相當尊重其隱私；而在進行檢查或治療時，有 91.83%的受訪者同意醫療團隊總是有尊重其隱私；62.93%的受訪者表示總可以與醫療團隊成員討論其擔憂害怕的事情；80.73%受訪者同意醫療團隊有盡力控制疼痛；73.38%受訪者同意醫療團隊是以尊重的態度進行治療；94.92%受訪者表示有收到清楚資訊，得知出院後的相關注意事項；92%受訪者同意醫療團隊有告知出院後的聯絡管道。詳見表 5-16。

在「居家照護與支持」方面，有 57.10%的受訪者認為醫療團隊有提供患者的親友或照顧者，所需的居家照護相關資訊；但值得注意的地方是，在患者離院後，是否有從健康與社會服務系統，獲得足夠的照護和幫助(例如：公衛護士、居家護理服務或居家物理治療師)這部分，有 68.42%受訪者並未表示肯定。詳見表 5-16。

在「醫院的日間/門診照護」方面，73.53%的受訪者認為醫療團隊有盡全力在控制放射線治療的副作用；68.13%的受訪者認為醫療團隊是盡全力控制受訪者的疼痛；65.56%的受訪者肯定醫療團隊給予了足夠的情緒支持。詳見表 5-16。

在「醫師的門診預約掛號」方面，過去的一年中，82.09%的受訪者有在醫院的癌症專科醫師門診預約掛號；而有 96.37%受訪者表示在看診時，醫院有備好齊全的文件，像是病歷、X 光報告、檢查報告等。詳見表 5-16。

在「轉診/家庭醫師照護」方面，有 83.04%的受訪者認為到目前為止，轉診/家庭醫

師對其病情以及所曾接受的照護是有清楚了解的；當患者接受癌症治療時，75%受訪者認為轉診/家庭醫師有盡他們所能地提供支持。詳見表 5-16。

在「總體性照護」方面，66.67%的受訪者認為癌症多專科團隊(醫院醫師、醫院護理人員、個案管理師等)有通力合作，提供給患者最好的照護；其他醫事人員(如：物理治療師、職能治療師、營養師、言語治療師、淋巴水腫治療師、安寧共照團隊、社工師)中，受訪者以接受過「營養師」所提供的癌症照護為最多，有 37.04%；59.22%的受訪者認為他們所獲得的癌症治療資訊是足夠的；而有 88.19%的受訪者表示知道自己的癌症評估與治療計畫；60.02%的受訪者同意醫療團隊在治病而不是治人；整體來說，約 98%的受訪者表示他們都有接受到良好的醫療照護品質。詳見表 5-16。

表 5-16 癌症病人就醫經驗問卷題項之總數、個數及百分比

題項	個數	百分比(%)	N
確診前就醫情形			
Q1 癌症確診前，您曾經因擔心可能是癌症所引起的症狀，而去看診的次數為？（包含醫院及基層診所）			590
看診 1、2 次	338	57.29	
看診 3 次以上	252	42.71	
Q2 從您察覺自己身體可能有些狀況，到您第一次至醫院看診大約為多長時間？			895
3 個月以內	575	64.25	
3 個月以上	320	35.75	
診斷檢查			
Q3 在過去的 12 個月當中，您是否有到醫院做過癌症診斷性檢查？像是內視鏡、切片、乳房超音波攝影或者掃描。			1004
有	659	65.64	
沒有	345	34.36	
Q4 進行檢查之前，醫療團隊是否向您說明此項檢查的目的？			720
很完整的說明	497	69.03	
有做部分的說明，或沒有說明	223	30.97	
Q5 進行檢查之前，請問是否有任何的醫療團隊成員向您說明檢查的程序？			725
很完整的說明	475	65.52	
有做部分的說明，或沒有說明	250	34.48	
Q6 進行檢查之前，您是否有拿到關於您將進行的檢查的書面資料？			665
書面資料很簡單明瞭	475	71.43	
書面資料不易理解，或沒有資料	186	28.57	
Q7 醫療團隊向您說明檢查報告結果的方式，是否容易理解？			749
是的，完全理解	481	64.22	
部分理解或沒有	268	35.78	

表 5-16 癌症病人就醫經驗問卷題項之總數、個數及百分比-續

題項	個數	百分比(%)	N
確診方式			
Q8 第一位告知您罹癌的人是？			992
醫院的醫師	906	91.33	
醫院的護理人員	15	1.51	
基層診所醫師/家庭醫師	37	3.73	
其他的醫療照護人員	8	0.81	
朋友或者親戚	13	1.31	
沒有人告訴我，我自己發現	13	1.31	
Q9 被告知確診癌症時，是否有通知您可與家人或朋友陪同您前來？			972
有	752	77.37	
沒有	220	22.63	
Q10 對於您確診癌症的告知方式，您的感受如何？			1007
非常重視	615	61.07	
還算重視，或不太重視	392	38.93	
Q11 當醫療團隊向您說明病情時，是否容易了解？			989
完全能夠了解	552	55.81	
可以了解一部份，或不能了解	437	44.19	
Q12 當您被告知罹癌時，您是否有拿到您癌症相關的書面資料呢？			932
有的，書面資料簡單明瞭	519	55.69	
書面資料不易理解，或沒有	413	44.31	
決定最佳治療方式			
Q13 在治療開始前，醫療團隊有沒有提供您治療方式上的選擇？			826
有	727	88.01	
沒有	99	11.99	
Q14 您認為醫療團隊決定您的治療方式時，有將您的意見納入考量嗎？			771
全數意見皆有納入考量	522	67.70	
部分意見納入考量，或沒有	249	32.30	
Q15 治療過程可能發生的副作用，醫療團隊是否以您可以理解的方式向您說明？			982
完全可以	650	66.19	
部分可以，或沒有	332	33.81	
Q16 在治療開始前，您是否有獲得副作用的書面說明？			954
有，很容易了解	663	69.50	
不易了解，或沒有	291	30.50	
Q17 在治療開始前，醫療團隊是否向您說明治療對未來可能造成的影響？			978
完全知道	478	48.88	
某種程度上知道，或沒有	500	51.12	

表 5-16 癌症病人就醫經驗問卷題項之總數、個數及百分比-續

題項	個數	百分比(%)	N
Q18 是否如您所期望的程度，參與治療方式的決定？			927
完全參與	579	62.46	
某種程度上有參與，或沒有	348	37.54	
Q19 請問您從確診到開始治療的等候時間多長？			932
2 週(含)以內	540	57.94	
2 週以上	392	42.06	
個案管理師			
Q20 是否有特定的一位個案管理師負責您的癌症照護？			942
有	736	78.13	
沒有	206	21.87	
Q21 與個案管理師聯絡是否容易？			699
容易	635	90.84	
有時候容易，有時困難	64	9.16	
Q22 最近一次您與個案管理師的對話，他/她是否悉心聆聽？			775
肯定的	682	88.00	
某種程度上有，或不是	93	12.00	
Q23 當您有重要的問題與個案管理師聯絡時，您有多少問題能獲得解答？			695
全部	602	86.62	
部分，或沒有	93	13.38	
癌症相關支持			
Q24 醫療團隊是否提供您癌症相關的支持團體或病友會的資訊？			847
有	612	72.26	
沒有	235	27.74	
Q25 醫療團隊是否有與您討論或提供資訊，癌症對您的工作或求學可能產生的影響？			782
有	538	68.80	
沒有	244	31.20	
Q26 醫療團隊是否有提供給您，財務援助或其他可申請補助的資訊？			755
有	457	60.53	
沒有	298	39.47	
Q27 醫療團隊是否有告訴您，持重大傷病證明卡，在其有效期限內，就醫可免部分負擔？			968
有	895	92.46	
沒有	73	7.54	
Q28 您是否曾在醫院，收到癌症相關研究的訊息，例如：手冊、海報或公佈欄？			1003
是	801	79.86	
否	202	20.14	

表 5-16 癌症病人就醫經驗問卷題項之總數、個數及百分比-續

題項	個數	百分比(%)	N
Q29 在您確診之後，是否有被醫療團隊詢問過加入癌症研究的意願嗎？			904
有	362	40.04	
沒有	542	59.96	
Q30 您是否曾加入癌症研究？			521
是	240	46.07	
否	281	53.93	
手術			
Q31 過去的 12 個月當中，您是否有在醫院接受過腫瘤切除手術？			1000
有	444	44.40	
沒有	556	55.60	
Q32 在您接受治療前，醫療團隊是否有向您說明手術將如何進行？			619
完整說明	498	80.45	
部分說明，或沒有	121	19.55	
Q33 在您接受手術前，請問您是否有拿到手術的書面說明？			585
有，簡單明瞭	430	73.50	
有但是不易理解，或沒有	155	26.50	
Q34 手術結束之後，醫療團隊是否有向您說明手術執行的狀況？			617
完整說明	448	72.61	
部分說明，或沒有	169	27.39	
Q35 過去的 12 個月當中，您是否曾經接受過癌症相關手術或住院？			996
是	506	50.80	
否	490	49.20	
醫院醫師			
Q36 當您有重要的問題向醫師詢問，您獲得解答的頻率為？			703
總是	603	85.78	
有時，或沒有	100	14.22	
Q37 您對於照護您的醫師（們）的信賴程度？			733
對所有醫師都信賴	574	78.31	
部分信賴，或無法信賴	159	21.69	
Q38 照護您的醫師在與您說話時，是否曾無視於您的存在？			732
否	615	84.02	
有時候如此，或經常如此	117	15.98	
Q39 您的親友想與醫師談話時，是否有談話機會？			703
肯定	539	76.67	
有時候可以，或沒有	164	23.33	

表 5-16 癌症病人就醫經驗問卷題項之總數、個數及百分比-續

題項	個數	百分比(%)	N
病房護理人員			
Q40 當您有重要的問題向病房護理人員詢問時，您獲得解答的頻率為？			718
總是可以獲得解答	548	76.32	
有時可以獲得解答，或沒有獲得	170	23.68	
Q41 請問您對於照護您的病房護理人員（們）的信賴程度？			738
信賴所有護理人員	565	76.56	
部分信賴，或無法信賴	173	23.44	
Q42 病房護理人員在跟您說話的時候，是否曾無視於您的存在？			736
否	613	83.29	
有時候，或經常	123	16.71	
Q43 您覺得醫院內值班的護理人員是否足夠，以向您提供照護？			734
足夠	425	57.90	
有時候足夠，或很少/幾乎沒有	309	42.10	
醫院照護和治療			
Q44 您是否覺得醫療團隊，會對您隱瞞某些您想要知道的事？			734
很少	628	85.56	
經常	106	14.44	
Q45 是否發生過不同的醫療團隊成員，對您的病情或治療方式說法不一致？			733
否	499	68.08	
是	234	31.92	
Q46 在討論您的病情或治療方式時，醫療團隊是否有尊重您的隱私？			732
總是如此	646	88.25	
有時候如此，或沒有	86	11.75	
Q47 在進行檢查或治療時，醫療團隊是否有尊重您的隱私？			734
總是如此	674	91.83	
有時候如此，或沒有	60	8.17	
Q48 當您至醫院就診時，您是否能夠與醫療團隊成員討論您擔憂或害怕的事情？			661
總是可以	416	62.93	
大部份/有的時候可以，或不行	245	37.07	
Q49 您認為醫療團隊是否盡全力，幫助您控制疼痛？			659
總是如此	532	80.73	
有的時候如此，或沒有	127	19.27	
Q50 醫療團隊對您進行治療時，是以尊重您的態度進行治療？			740
總是如此	543	73.38	
大部分/有的時候如此，或從來沒有	197	26.62	

表 5-16 癌症病人就醫經驗問卷題項之總數、個數及百分比-續

題項	個數	百分比(%)	N
Q51 您是否有得到清楚的資訊，告知您在出院以後什麼是該做的、什麼是不該做的？			709
有	673	94.92	
沒有	36	5.08	
Q52 醫療團隊是否有告知您，當您出院後，若對病情或治療感到擔心時可以聯繫誰？			700
有	644	92.00	
沒有	56	8.00	
居家照護與支持			
Q53 醫療團隊是否有提供您的親友或照顧者，您所需的居家照護的相關資訊？			683
有，肯定的	390	57.10	
有某種程度上，或沒有	293	42.90	
Q54 離院後，您是否有從健康與社會服務系統，獲得足夠的照護和幫助（例如：公衛護士、居家護理服務或居家物理治療師）？			532
有，肯定的	168	31.58	
有某種程度上，或沒有	364	68.42	
醫院的日間/門診照護			
Q55 醫療團隊是否盡全力在控制放射線治療的副作用？			665
是，肯定的	489	73.53	
有某種程度上的控制，或否	176	26.47	
Q56 醫療團隊是否盡全力在控制化學治療的副作用？			797
是，肯定的	543	68.13	
有某種程度上的控制，或否	254	31.87	
Q57 您在門診或是日間照護時，醫療團隊是否盡全力控制您的疼痛？			789
是，肯定的	544	68.95	
有某種程度上的控制，或否	245	31.05	
Q58 當您接受門診或日間照護時，醫療團隊是否有提供足夠的情緒支持？			876
是，肯定的	548	62.56	
有某種程度上的控制，或否	328	37.44	
醫師的門診預約掛號			
Q59 在過去 12 個月當中，您是否有在醫院的癌症專科醫師門診預約掛號？			994
有	816	82.09	
沒有	178	17.91	
Q60 最近一次到癌症專科醫師的預約門診看診時，醫院是否備好齊全的文件，像是病歷、X 光報告、檢查報告等？			799
是	770	96.37	
否	29	3.63	

表 5-16 癌症病人就醫經驗問卷題項之總數、個數及百分比-續

題項	個數	百分比(%)	N
轉診/家庭醫師照護			
Q61 到目前為止，您的轉診/家庭醫師對您的病情以及所曾接受的照護是否清楚了解？			395
是	328	83.04	
否	67	16.96	
Q62 當您接受癌症治療時，您認為您的轉診/家庭醫師，是否盡他們所能的提供支持？			416
是，肯定的	312	75.00	
有提供某種程度上的支持，或否	104	25.00	
總體性照護			
Q63 癌症多專科團隊（醫院醫師、醫院護理人員、個案管理師等）是否通力合作，提供給您最好的照護？			933
總是如此	622	66.67	
大部份時候/偶爾如此，或從未如此	311	33.33	
Q64 您是否有接受過以下醫療照護人員，其所提供的癌症照護？			629
物理治療師	92	14.63	
職能治療師	14	2.23	
營養師	233	37.04	
言語治療師	3	0.48	
淋巴水腫治療師	20	3.18	
安寧共照團隊	2	0.32	
社工師	76	12.08	
無	189	30.05	
Q65 您認為您所獲得的癌症治療資訊是否足夠？			998
是	591	59.22	
否	407	40.78	
Q66 您是否知道您的癌症評估與治療計畫？治療計畫為癌症多專科團隊，基於診療指引以及您癌症照護的需求擬定，臨床醫師將依據癌症治療計劃給予病人治療。			720
是	635	88.19	
否	85	11.81	
Q67 有些癌症病人會覺得醫療團隊只是在「治病」而不是在「治人」；您是否覺得您的醫療團隊也是如此？			983
沒有	590	60.02	
經常，或有時候	393	39.98	

表 5-16 癌症病人就醫經驗問卷題項之總數、個數及百分比-續

題項	個數	百分比(%)	N
Q68 整體來說，您對您接受到的照護評分？			997
非常好	342	34.30	
很好	384	38.52	
好	248	24.87	
不好	16	1.61	
非常不好	7	0.70	

在病人特質的部分，受訪者的平均年齡約為 57 歲；以女性 706 人居多(70.04%)；種族以台灣人佔大多數(91.16%)，有 918 人；工作狀態以有工作者 332 人佔 33.20%最多，其次為家庭主婦/夫 241 人佔 24.10%，退休 227 人佔 22.70%，以沒有工作者 200 人佔 20%為最少；居住型態則以與家人或親友同住者 926 人佔大多數(92.60%)。詳見表 5-17。

在疾病特性的部分，癌別以乳癌為多數，受訪者中有 513 位為乳癌病人佔 50.79%，其次為大腸直腸癌病人 205 位佔 20.30%，之後依序為口腔癌病人 99 位(9.8%)，肺癌病人 88 位(8.71%)，肝癌病人 61 位(6.04%)，以子宮頸癌病人 44 位佔最少(4.36%)；臨床期別以第二期 328 位癌症病人佔多數(33.16%)，其次為第三期 215 位癌症病人佔 21.74%，之後依序為第一期 214 位癌症病人佔 21.64%，第四期 85 位癌症病人佔 8.59%，不確定/不記得自己癌症病理期別的受訪者有 79 人佔 7.99%，而以第零期 68 位癌症病人佔最少數(6.88%)；治療期間以 1 至 5 年的癌症病人為最多數，有 356 人佔 35.85%，其次為 1 年內者有 341 人佔 34.34%，而 5 年以上者有 296 人佔最少數(29.81%)；復發與否以未復發居多，有 849 位癌症病人佔受訪者的 85.93%；共病症數目以 0 項共病症為多數，有 627 位癌症病人無共病症，佔 62.7%，其次為具有 1 項共病症的癌症病人，有 250 人(佔 25%)，具有 2 項共病症或以上的癌症病人佔最少數(123 人，12.3%)；長期性症狀以 0 項長期性症狀為多數，有 579 位癌症病人無共病症，佔 57.9%，其次為具有 1 項長期性症狀的癌症病人，有 287 人(佔 28.7%)，具有 2 項長期性症狀或以上的癌症病人佔最少數(134 人，13.4%)；癌症治療狀況以治療效果良好且已痊癒的癌症病人佔最多數，有 518 位(52.32%)，其次為正在接受治療尚不知道效果的癌症病人，有 289 位(29.19%)，之後依序為已完成治療但癌症仍存在的癌症病人，有 128 位(12.93%)，未積極治療僅觀察的癌症病人有 30 位(3.03%)，而因治療反應不好再度治療的癌症病人佔最少數(25 位，2.53%)。詳見表 5-17。

在醫院特性的部分，從醫院端共回收 646 份有效問卷，其中，有多數受訪者是於醫學中心就醫，有 414 位癌症病人(64.09%)，而非醫學中心則較少(232 人，35.91%)；受訪者大多數於通過癌症診療品質認證的醫院就醫，有 607 位癌症病人(93.96%)，在未通過癌症診療品質認證的醫院就醫者佔少數(39 人，6.04%)。詳見表 5-17。

在癌症病人就醫經驗的部分，共分八大構面，各構面的正向經驗比率平均值由高到低依序為「照護的連續性」(0.78)，「醫病間溝通情形」(0.76)，「財務及工作支持」(0.76)，「以病人為中心的照護」(0.72)，「情緒支持」(0.69)，「癌症資訊與相關支持的提供」(0.68)，「參與治療計畫與決策」(0.63)，而「及時確診與治療」的正向經驗比率平均值為最低(0.59)。詳見表 5-18。

表 5-17 病人特質、疾病特性及醫院特性之描述性統計結果

變項(N=1010)	分組	平均值/個數	標準差/百分比(%)
病人特質			
年齡(N=990)		57.30	10.47
性別(N=1008)			
	女	706	70.04
	男	302	29.96
種族(N=1007)			
	台灣人	918	91.16
	其他	89	8.84
工作狀態(N=1000)			
	沒有工作	200	20.00
	家庭主婦/夫	241	24.10
	退休	227	22.70
	有工作	332	33.20
居住型態(N=1000)			
	獨居	74	7.40
	與家人或親友同住	926	92.60
疾病特性			
癌別			
	乳癌	513	50.79
	大腸直腸癌	205	20.30
	子宮頸癌	44	4.36
	肺癌	88	8.71
	口腔癌	99	9.80
	肝癌	61	6.04
臨床期別(N=989)			
	第零期	68	6.88
	第一期	214	21.64
	第二期	328	33.16
	第三期	215	21.74
	第四期	85	8.59
	不確定/不記得	79	7.99
治療期間(N=993)			
	1 年內	341	34.34
	1-5 年	356	35.85
	5 年以上	296	29.81
復發與否(N=988)			
	未復發	849	85.93
	復發	139	14.07

表 5-17 病人特質、疾病特性及醫院特性之描述性統計結果-續

變項(N=1010)	分組	平均值/個數	標準差/百分比(%)
共病症數目(N=1000)			
	0 項	627	62.70
	1 項	250	25.00
	2 項或以上	123	12.30
長期性症狀數目(N=1000)			
	0 項	579	57.90
	1 項	287	28.70
	2 項或以上	134	13.40
癌症治療狀況(N=990)			
	正在接受治療，尚不知道效果	289	29.19
	治療效果良好，已痊癒	518	52.32
	已完成治療，但癌症仍存在	128	12.93
	治療反應不好，再度治療	25	2.53
	未積極治療，僅觀察	30	3.03
醫院特性(N=646)			
層級別			
	非醫學中心	232	35.91
	醫學中心	414	64.09
癌症診療品質認證			
	未通過	39	6.04
	通過	607	93.96

表 5-18 癌症病人就醫經驗構面之描述性統計結果

構面名稱(N=1010)	平均值	標準差	最小值	最大值
以病人為中心的照護	0.72	0.30	0.00	1.00
及時確診與治療	0.59	0.35	0.00	1.00
醫病間溝通情形	0.76	0.31	0.00	1.00
癌症資訊與相關支持的提供	0.68	0.31	0.00	1.00
情緒支持	0.69	0.31	0.00	1.00
參與治療計畫與決策	0.63	0.35	0.00	1.00
照護的連續性	0.78	0.25	0.00	1.00
財務及工作支持	0.76	0.33	0.00	1.00

(三) 雙變項分析

利用獨立樣本 t 檢定、單因子變異數分析(One-way ANOVA)並搭配 Scheffe 檢定進行多組事後比較、卡方檢定，以及皮爾森積差相關檢定，進行雙變項分析。在病人特質的部分，探討癌症病人基本人口學特質與其就醫經驗各構面間，是否有顯著差異；在疾病特性的部分，探討癌症病人的疾病特性與其就醫經驗各構面間，是否有顯著差異；在醫院特性的部分，探討癌症病人就醫場所的醫院特性與其就醫經驗個構面間，是否有顯著差異。

以下就癌症病人就醫經驗八大構面(以病人為中心的照護、及時確診與治療、醫病間溝通情形、癌症資訊與相關支持的提供、情緒支持、參與治療計畫與決策、照護的連續性、財務及工作支持)分別敘述之。

首先，在「**以病人為中心的照護**」的部分，與此就醫經驗構面有達統計上顯著關係的變項為性別、癌別、治療期間、長期性症狀數目和癌症治療狀況，而多組事後比較分析結果發現，在癌別中，大腸直腸癌病人在此構面的正向經驗比率平均值會顯著高於乳癌病人；在治療期間中，初次接受治療到受訪的這段期間為 1 年內或是 1-5 年的癌症病人，其在此構面的正向經驗比率平均值皆會顯著高於 5 年以上者；在長期性症狀數目中，患有 2 項(含)以上長期性症狀的癌症病人，其在此構面的正向經驗比率平均值皆會顯著低於 0 項者及 1 項者；在癌症治療狀況中，正在接受治療尚不知道效果的癌症病人，其在此構面的正向經驗比率平均值會顯著高於治療效果良好且已痊癒者。詳見表 5-19 及表 5-22。

在「**及時確診與治療**」的部分，與此就醫經驗構面有達統計上顯著關係的變項為性別、癌別、臨床期別、治療期間和癌症治療狀況，而多組事後比較分析結果發現，在癌別中，乳癌病人在此構面的正向經驗比率平均值皆會顯著高於大腸直腸癌病人、口腔癌病人及肝癌病人；在治療期間中，初次接受治療到受訪的這段期間為 5 年以上的癌症病人，其在此構面的正向經驗比率平均值皆會顯著高於 1 年內者及 1-5 年者；在癌症治療狀況中，治療效果良好且已痊癒的癌症病人，其在此構面的正向經驗比率平均值會顯著高於正在接受治療尚不知道效果者。詳見表 5-19 及表 5-22。

在「**醫病間溝通情形**」的部分，與此就醫經驗構面有達統計上顯著關係的變項為年齡、性別、癌別、治療期間和長期性症狀數目，而多組事後比較分析結果發現，在癌別中，大腸直腸癌病人和肺癌病人在此構面的正向經驗比率平均值皆會顯著高於乳癌病人；在治療期間中，初次接受治療到受訪的這段期間為 1 年內的癌症病人，其在此構面的正向經驗比率平均值皆會顯著高於 1-5 年者及 5 年以上者；在長期性症狀數目中，患有 0 項或 1 項長期性症狀的癌症病人，其在此構面的正向經驗比率平均值皆會顯著高於患有 2 項(含)以上者。詳見表 5-19、表 5-23 及表 5-26。

在「**癌症資訊與相關支持的提供**」部分，與此就醫經驗構面有達統計上顯著關係的變項為性別、居住型態、癌別、治療期間和長期性症狀數目，而多組事後比較分析結果發現，在癌別中，大腸直腸癌病人在此構面的正向經驗比率平均值會顯著高於乳癌病人；在治療期間中，初次接受治療到受訪的這段期間為 1 年內或是 1-5 年的癌症病人，其在此構面的正向經驗比率平均值皆會顯著高於 5 年以上者；在長期性症狀數目中，患有 0 項長期性症狀的癌症病人，其在此構面的正向經驗比率平均值皆會顯著高於患有 2 項(含)以上者。詳見表 5-20 及表 5-23。

在醫院提供「**情緒支持**」的部分，與此就醫經驗構面有達統計上顯著關係的變項為

年齡、性別、癌別、治療期間、復發與否、長期性症狀數目和醫院的層級別，而多組事後比較分析結果發現，在治療期間中，初次接受治療到受訪的這段期間為1年內的癌症病人，其在此構面的正向經驗比率平均值會顯著高於5年以上者；在長期性症狀數目中，患有0項或是1項長期性症狀的癌症病人，其在此構面的正向經驗比率平均值皆會顯著高於患有2項(含)以上者。詳見表5-20、表5-24及表5-26。

在「**參與治療計畫與決策**」的部分，與此就醫經驗構面有達統計上顯著關係的變項為長期性症狀數目和癌症治療狀況，而多組事後比較分析結果發現，在長期性症狀數目中，患有0項長期性症狀的癌症病人，其在此構面的正向經驗比率平均值會顯著高於患有2項(含)以上者。詳見表5-24。

在「**照護的連續性**」的部分，與此就醫經驗構面有達統計上顯著關係的變項為性別、居住型態、癌別、治療期間、長期性症狀數目、癌症治療狀況和醫院的層級別，而多組事後比較分析結果發現，在癌別中，大腸直腸癌病人和子宮頸癌病人在此構面的正向經驗比率平均值皆會顯著高於乳癌病人；在治療期間中，初次接受治療到受訪的這段期間為1年內或是1-5年的癌症病人，其在此構面的正向經驗比率平均值皆會顯著高於5年以上者；在長期性症狀數目中，患有0項或是1項長期性症狀的癌症病人，其在此構面的正向經驗比率平均值皆會顯著高於患有2項(含)以上者；在癌症治療狀況中，正在接受治療尚不知道效果的癌症病人，其在此構面的正向經驗比率平均值會顯著高於治療效果良好且已痊癒者。詳見表5-21及表5-25。

在「**財務及工作支持**」的部分，與此就醫經驗構面有達統計上顯著關係的變項為治療期間、長期性症狀數目和醫院的層級別，而多組事後比較分析結果發現，在治療期間中，初次接受治療到受訪的這段期間為1-5年的癌症病人，其在此構面的正向經驗比率平均值會顯著高於5年以上者；在長期性症狀數目中，患有0項長期性症狀的癌症病人，其在此構面的正向經驗比率平均值會顯著高於患有2項(含)以上者。詳見表5-25。

另外，在癌症病人就醫經驗與整體照護評價的部分，就醫經驗八大構面(以病人為中心的照護、及時確診與治療、醫病間溝通情形、癌症資訊與相關支持的提供、情緒支持、參與治療計畫與決策、照護的連續性、財務及工作支持)皆與整體照護評價呈顯著正相關。詳見表5-26。

最後，在探討癌症病人之病人特質、疾病特性、醫院特性與整體照護評價的部分，癌症病人的性別、癌別、臨床期別、治療期間、長期性症狀數目、就診醫院是否通過癌症診療品質認證，皆會顯著影響癌症病人對就診醫院的整體照護評價。詳見表5-27。

表 5-19 問卷雙變項分析結果-1

變項名稱	以病人為中心的照護				及時確診與治療				醫病間溝通情形			
	平均值	標準差	t 值	p 值	平均值	標準差	t 值	p 值	平均值	標準差	t 值	p 值
病人特質												
性別			-0.301	0.003**			3.23	0.001**			-2.661	0.008**
女	0.70	0.31			0.61	0.35			0.74	0.32		
男	0.76	0.27			0.53	0.36			0.80	0.27		
種族			-1.78	0.078			1.27	0.206			-0.56	0.574
台灣人	0.72	0.30			0.58	0.36			0.76	0.31		
其他	0.66	0.33			0.63	0.35			0.74	0.32		
居住型態			-0.92	0.359			-0.19	0.849			0.17	0.868
獨居	0.68	0.33			0.58	0.34			0.76	0.31		
與家人或 親友同住	0.72	0.30			0.59	0.36			0.76	0.31		
疾病特性												
復發與否			0.14	0.890			0.36	0.717			0.16	0.873
未復發	0.71	0.30			0.59	0.35			0.76	0.31		
復發	0.71	0.28			0.58	0.36			0.75	0.30		
醫院特性												
層級別			1.56	0.120			0.93	0.352			1.39	0.165
非醫學中心	0.78	0.25			0.55	0.35			0.82	0.25		
醫學中心	0.75	0.26			0.53	0.36			0.79	0.26		
癌症診療品質認證			1.55	0.129			-0.63	0.532			1.32	0.192
未通過	0.82	0.25			0.50	0.41			0.85	0.23		
通過	0.76	0.26			0.54	0.35			0.80	0.26		

*：p<0.05。**：p<0.01。***：p<0.001。

表 5-20 問卷雙變項分析結果-2

變項名稱	癌症資訊與相關支持的提供				情緒支持				參與治療計畫與決策			
	平均值	標準差	t 值	p 值	平均值	標準差	t 值	p 值	平均值	標準差	t 值	p 值
病人特質												
性別			-3.58	<0.001***			-2.13	0.033*			-0.55	0.580
女	0.65	0.31			0.68	0.32			0.64	0.34		
男	0.73	0.29			0.72	0.30			0.65	0.33		
種族			-0.85	0.397			0.75	0.456			-0.78	0.437
台灣人	0.68	0.31			0.69	0.31			0.64	0.34		
其他	0.65	0.32			0.72	0.31			0.61	0.32		
居住型態			-2.5	0.012*			-1.22	0.225			0.25	0.802
獨居	0.59	0.34			0.65	0.32			0.65	0.34		
與家人或 親友同住	0.68	0.30			0.70	0.31			0.64	0.34		
疾病特性												
復發與否			0.67	0.507			2.58	0.011*			0.95	0.341
未復發	0.68	0.31			0.70	0.31			0.64	0.34		
復發	0.66	0.31			0.63	0.33			0.61	0.33		
醫院特性												
層級別			1.39	0.166			3.04	0.002**			1.70	0.090
非醫學中心	0.75	0.28			0.75	0.28			0.67	0.31		
醫學中心	0.72	0.28			0.68	0.31			0.63	0.34		
癌症診療品質認證			1.97	0.056			0.99	0.329			1.62	0.112
未通過	0.81	0.26			0.75	0.30			0.72	0.32		
通過	0.72	0.28			0.70	0.30			0.64	0.33		

*：p<0.05。**：p<0.01。***：p<0.001。

表 5-21 問卷雙變項分析結果-3

變項名稱	照護的連續性				財務及工作支持			
	平均值	標準差	t 值	p 值	平均值	標準差	t 值	p 值
病人特質								
性別			-2.53	0.012*			-1.02	0.311
女	0.77	0.26			0.77	0.31		
男	0.81	0.23			0.79	0.30		
種族			-0.39	0.695			0.55	0.581
台灣人	0.78	0.25			0.77	0.31		
其他	0.77	0.26			0.79	0.31		
居住型態			-2.34	0.020*			-1.60	0.110
獨居	0.72	0.29			0.72	0.36		
與家人或親友同住	0.79	0.25			0.78	0.31		
疾病特性								
復發與否			0.98	0.330			1.80	0.073
未復發	0.79	0.25			0.78	0.31		
復發	0.77	0.25			0.73	0.33		
醫院特性								
層級別			3.23	0.001**			3.38	0.001**
非醫學中心	0.86	0.18			0.84	0.26		
醫學中心	0.81	0.22			0.75	0.33		
癌症診療品質認證			1.32	0.195			1.45	0.155
未通過	0.87	0.20			0.85	0.28		
通過	0.82	0.21			0.78	0.31		

*：p<0.05。**：p<0.01。***：p<0.001。

表 5-22 問卷雙變項分析結果-4

變項名稱	以病人為中心的照護				及時確診與治療			
	平均值	標準差	P 值	事後比較	平均值	標準差	P 值	事後比較
病人特質								
工作狀態			0.439				0.453	
沒有工作	0.69	0.31			0.57	0.35		
家庭主婦/夫	0.70	0.31			0.60	0.36		
退休	0.73	0.28			0.61	0.35		
有工作	0.72	0.30			0.57	0.36		
疾病特性								
癌別			<0.001***				<0.001***	
乳癌	0.67	0.33			0.65	0.34		
大腸直腸癌	0.79	0.26		>乳癌	0.55	0.35		<乳癌
子宮頸癌	0.78	0.26			0.47	0.37		
肺癌	0.76	0.25			0.53	0.38		
口腔癌	0.70	0.26			0.50	0.34		<乳癌
肝癌	0.79	0.28			0.48	0.39		<乳癌
臨床期別			0.460				0.046*	
第零期	0.73	0.32			0.55	0.38		
第一期	0.70	0.28			0.64	0.33		
第二期	0.70	0.32			0.62	0.34		
第三期	0.71	0.31			0.55	0.34		
第四期	0.77	0.25			0.57	0.41		
治療期間			<0.001***				<0.001***	
1 年內	0.78	0.24		>5 年以上	0.54	0.36		<5 年以上
1-5 年	0.73	0.29		>5 年以上	0.57	0.35		<5 年以上
5 年以上	0.61	0.35			0.66	0.34		

表 5-22 問卷雙變項分析結果-4(續)

變項名稱	以病人為中心的照護				及時確診與治療			
	平均值	標準差	P 值	事後比較	平均值	標準差	P 值	事後比較
共病症數目			0.134				0.355	
0 項	0.72	0.30			0.59	0.35		
1 項	0.73	0.31			0.59	0.36		
2 項或以上	0.66	0.30			0.54	0.36		
長期性症狀數目			0.002**				0.340	
0 項	0.73	0.30		>2 項或以上	0.60	0.35		
1 項	0.72	0.29		>2 項或以上	0.57	0.36		
2 項或以上	0.63	0.33			0.56	0.36		
癌症治療狀況			0.007**				0.007**	
正在接受治療， 尚不知道效果	0.77	0.24		>治療效果良 好，已痊癒	0.54	0.35		<治療效果良 好，已痊癒
治療效果良好， 已痊癒	0.70	0.32			0.63	0.35		
已完成治療，但 癌症仍存在	0.67	0.32			0.57	0.35		
治療反應不好， 再度治療	0.67	0.31			0.47	0.40		
未積極治療，僅 觀察	0.68	0.32			0.55	0.40		

*：p<0.05。**：p<0.01。***：p<0.001。

表 5-23 問卷雙變項分析結果-5

變項名稱	醫病間溝通情形				癌症資訊與相關支持的提供			
	平均值	標準差	P 值	事後比較	平均值	標準差	P 值	事後比較
病人特質								
工作狀態			0.259				0.370	
沒有工作	0.73	0.32			0.65	0.33		
家庭主婦/夫	0.75	0.32			0.67	0.31		
退休	0.79	0.29			0.69	0.30		
有工作	0.76	0.30			0.69	0.30		
疾病特性								
癌別			<0.001***				<0.001***	
乳癌	0.71	0.34			0.63	0.32		
大腸直腸癌	0.81	0.27		>乳癌	0.76	0.28		>乳癌
子宮頸癌	0.84	0.21			0.78	0.25		
肺癌	0.86	0.21		>乳癌	0.71	0.28		
口腔癌	0.73	0.30			0.67	0.30		
肝癌	0.83	0.24			0.69	0.32		
臨床期別			0.543				0.185	
第零期	0.79	0.30			0.72	0.31		
第一期	0.77	0.27			0.64	0.30		
第二期	0.74	0.34			0.67	0.32		
第三期	0.74	0.32			0.68	0.30		
第四期	0.79	0.25			0.72	0.27		
治療期間			<0.001***				<0.001***	
1 年內	0.82	0.23			0.72	0.29		>5 年以上
1-5 年	0.75	0.31		<1 年內	0.70	0.30		>5 年以上
5 年以上	0.70	0.37		<1 年內	0.60	0.33		

表 5-23 問卷雙變項分析結果-5(續)

變項名稱	醫病間溝通情形				癌症資訊與相關支持的提供			
	平均值	標準差	P 值	事後比較	平均值	標準差	P 值	事後比較
共病症數目			0.518				0.154	
0 項	0.75	0.31			0.69	0.30		
1 項	0.78	0.29			0.67	0.32		
2 項或以上	0.75	0.31			0.63	0.31		
長期性症狀數目			<0.001***				0.013*	
0 項	0.78	0.30		>2 項或以上	0.69	0.30		>2 項或以上
1 項	0.76	0.29		>2 項或以上	0.68	0.31		
2 項或以上	0.66	0.36			0.60	0.32		
癌症治療狀況			0.053				0.528	
正在接受治療， 尚不知道效果	0.80	0.25			0.70	0.29		
治療效果良好， 已痊癒	0.75	0.33			0.67	0.32		
已完成治療，但 癌症仍存在	0.72	0.32			0.66	0.31		
治療反應不好， 再度治療	0.73	0.30			0.65	0.24		
未積極治療，僅 觀察	0.74	0.26			0.63	0.33		

*：p<0.05。**：p<0.01。***：p<0.001。

表 5-24 問卷雙變項分析結果-6

變項名稱	情緒支持				參與治療計畫與決策			
	平均值	標準差	P 值	事後比較	平均值	標準差	P 值	事後比較
病人特質								
工作狀態			0.419				0.732	
沒有工作	0.69	0.32			0.62	0.34		
家庭主婦/夫	0.70	0.31			0.64	0.34		
退休	0.71	0.31			0.66	0.34		
有工作	0.67	0.31			0.63	0.34		
疾病特性								
癌別			0.018*				0.676	
乳癌	0.67	0.32			0.63	0.34		
大腸直腸癌	0.75	0.30			0.67	0.35		
子宮頸癌	0.73	0.30			0.66	0.38		
肺癌	0.67	0.29			0.64	0.29		
口腔癌	0.67	0.30			0.61	0.35		
肝癌	0.76	0.28			0.65	0.30		
臨床期別			0.854				0.120	
第零期	0.68	0.34			0.73	0.31		
第一期	0.68	0.31			0.60	0.34		
第二期	0.69	0.31			0.65	0.34		
第三期	0.71	0.31			0.64	0.34		
第四期	0.69	0.32			0.62	0.33		
治療期間			0.022*				0.075	
1 年內	0.73	0.30		>5 年以上	0.64	0.33		
1-5 年	0.69	0.31			0.67	0.34		
5 年以上	0.66	0.33			0.60	0.36		

表 5-24 問卷雙變項分析結果-6(續)

變項名稱	情緒支持				參與治療計畫與決策			
	平均值	標準差	P 值	事後比較	平均值	標準差	P 值	事後比較
共病症數目			0.083				0.194	
0 項	0.68	0.32			0.63	0.34		
1 項	0.73	0.29			0.67	0.32		
2 項或以上	0.70	0.32			0.60	0.35		
長期性症狀數目			0.001**				0.004**	
0 項	0.71	0.31		>2 項或以上	0.66	0.33		>2 項或以上
1 項	0.70	0.30		>2 項或以上	0.63	0.34		
2 項或以上	0.60	0.31			0.55	0.36		
癌症治療狀況			0.455				0.001**	
正在接受治療， 尚不知道效果	0.69	0.31			0.63	0.34		
治療效果良好， 已痊癒	0.71	0.31			0.67	0.33		
已完成治療，但 癌症仍存在	0.67	0.31			0.57	0.36		
治療反應不好， 再度治療	0.61	0.31			0.42	0.30		
未積極治療，僅 觀察	0.67	0.34			0.62	0.33		

*：p<0.05。**：p<0.01。***：p<0.001。

表 5-25 問卷雙變項分析結果-7

變項名稱	照護的連續性				財務及工作支持			
	平均值	標準差	P 值	事後比較	平均值	標準差	P 值	事後比較
病人特質								
工作狀態			0.169				0.432	
沒有工作	0.75	0.27			0.79	0.31		
家庭主婦/夫	0.78	0.24			0.75	0.34		
退休	0.81	0.24			0.79	0.30		
有工作	0.79	0.25			0.77	0.30		
疾病特性								
癌別			<0.001***				0.452	
乳癌	0.74	0.27			0.76	0.30		
大腸直腸癌	0.85	0.20		>乳癌	0.81	0.29		
子宮頸癌	0.87	0.18		>乳癌	0.79	0.35		
肺癌	0.82	0.19			0.74	0.33		
口腔癌	0.77	0.25			0.77	0.31		
肝癌	0.80	0.22			0.77	0.35		
臨床期別			0.554				0.757	
第零期	0.80	0.25			0.74	0.36		
第一期	0.78	0.25			0.77	0.31		
第二期	0.78	0.27			0.79	0.29		
第三期	0.78	0.23			0.78	0.31		
第四期	0.83	0.17			0.77	0.30		
治療期間			<0.001***				0.009**	
1 年內	0.84	0.20		>5 年以上	0.77	0.31		
1-5 年	0.80	0.22		>5 年以上	0.81	0.29		>5 年以上
5 年以上	0.70	0.31			0.73	0.33		

表 5-25 問卷雙變項分析結果-7(續)

變項名稱	照護的連續性				財務及工作支持			
	平均值	標準差	P 值	事後比較	平均值	標準差	P 值	事後比較
共病症數目			0.722				0.914	
0 項	0.78	0.25			0.78	0.31		
1 項	0.79	0.24			0.77	0.32		
2 項或以上	0.78	0.27			0.76	0.30		
長期性症狀數目			0.013*				0.004**	
0 項	0.79	0.25		>2 項或以上	0.79	0.30		>2 項或以上
1 項	0.79	0.24		>2 項或以上	0.77	0.32		
2 項或以上	0.72	0.25			0.69	0.31		
癌症治療狀況			0.002**				0.464	
正在接受治療， 尚不知道效果	0.83	0.21		>治療效果良 好，已痊癒	0.77	0.32		
治療效果良好， 已痊癒	0.76	0.27			0.78	0.31		
已完成治療，但 癌症仍存在	0.77	0.25			0.78	0.28		
治療反應不好， 再度治療	0.82	0.17			0.67	0.35		
未積極治療，僅 觀察	0.80	0.25			0.72	0.37		

*：p<0.05。**：p<0.01。***：p<0.001。

表 5-26 問卷雙變項分析結果-8

變項		Age	A	B	C	D	E	F	G	H	I
Age	相關係數	1									
	p value										
A	相關係數	0.023	1								
	p value	0.467									
B	相關係數	-0.014	0.070 [*]	1							
	p value	0.649	0.026								
C	相關係數	0.068 [*]	0.598 ^{***}	0.041	1						
	p value	0.033	<0.001	0.198							
D	相關係數	-0.035	0.499 ^{***}	0.034	0.370 ^{***}	1					
	p value	0.268	<0.001	0.281	<0.001						
E	相關係數	0.092 ^{**}	0.460 ^{***}	0.105 ^{**}	0.372 ^{***}	0.428 ^{***}	1				
	p value	0.004	<0.001	0.001	<0.001	<0.001					
F	相關係數	0.051	0.602 ^{***}	0.097 ^{**}	0.353 ^{***}	0.459 ^{***}	0.475 ^{***}	1			
	p value	0.110	<0.001	0.002	<0.001	<0.001	<0.001				
G	相關係數	-0.033	0.477 ^{***}	0.051	0.435 ^{***}	0.461 ^{***}	0.385 ^{***}	0.361 ^{***}	1		
	p value	0.306	<0.001	0.103	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001			
H	相關係數	0.018	0.322 ^{***}	0.078 [*]	0.271 ^{***}	0.358 ^{***}	0.416 ^{***}	0.321 ^{***}	0.339 ^{**}	1	
	p value	0.567	<0.001	0.013	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001		
I	相關係數	0.064 [*]	0.521 ^{***}	0.082 ^{***}	0.395 ^{***}	0.464 ^{***}	0.457 ^{***}	0.473 ^{***}	0.434 ^{***}	0.355 ^{***}	1
	p value	0.046	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	

*：p<0.05。**：p<0.01。***：p<0.001。

<代碼說明> Age：年齡。A：以病人為中心的照護。B：及時確診與治療。C：醫病間溝通情形。D：癌症資訊與相關支持的提供。E：情緒支持。F：參與治療計畫與決策。G：照護的連續性。H：財務及工作支持。I：整體照護評價。

表 5-27 問卷雙變項分析結果-9

變項	組別	整體照護評價					卡方 值	P 值
		非常不好	不好	好	很好	非常好		
		次數(百分比)	次數(百分比)	次數(百分比)	次數(百分比)	次數(百分比)		
病人特質								
性別							18.27	0.001**
	女	6 (0.86%)	15 (2.15%)	186 (26.65%)	277 (39.68%)	214 (30.66%)		
	男	1 (0.34%)	1 (0.34%)	61 (20.47%)	107 (35.91%)	128 (42.95%)		
種族							1.12	0.891
	台灣人	0 (0.00%)	1 (1.12%)	21 (23.60%)	34 (38.20%)	33 (37.08%)		
	其他	7 (0.77%)	15 (1.66%)	226 (24.94%)	350 (38.63%)	308 (34.00%)		
居住型態							2.10	0.717
	獨居	1 (1.39%)	1 (1.39%)	22 (30.56%)	27 37.50(%)	21 (29.17%)		
	與家人親友同住	6 (0.65%)	15 (1.63%)	225 (24.51%)	355 (38.67%)	317 (34.53%)		
工作狀態							13.74	0.317
	沒有工作	3 (1.51%)	5 (2.51%)	55 (27.64%)	68 (34.17%)	68 (34.17%)		
	家庭主婦/夫	2 (0.84%)	4 (1.67%)	64 (26.78%)	101 (42.26%)	68 (28.45%)		
	退休	0 (0.00%)	3 (1.35%)	52 (23.32%)	79 (35.43%)	89 (39.91%)		
	有工作	2 (0.61%)	4 (1.22%)	76 (23.10%)	134 (40.73%)	113 (34.35%)		
疾病特性								
癌別							47.83	<0.001***
	乳癌	6 (1.18%)	13 (2.55%)	147 (28.88%)	206 (40.47%)	137 (26.92%)		
	結腸直腸癌	1 (0.50%)	2 (1.00%)	34 (16.92%)	68 (233.83%)	96 (47.76%)		
	子宮頸癌	0 (0.00%)	0 (0.00%)	9 (20.93%)	14 (32.56%)	20 (46.51%)		
	肺癌	0 (0.00%)	1 (1.16%)	15 (17.44%)	38 (44.19%)	32 (37.21%)		
	口腔癌	0 (0.00%)	0 (0.00%)	27 (27.55%)	40 (40.82%)	31 (31.63%)		
	肝癌	0 (0.00%)	0 (0.00%)	16 (26.67%)	18 (30.00%)	26 (43.33%)		

表 5-27 問卷雙變項分析結果-9(續)

變項	組別	整體照護評價					卡方 值	P 值
		非常不好	不好	好	很好	非常好		
		次數(百分比)	次數(百分比)	次數(百分比)	次數(百分比)	次數(百分比)		
臨床期別							32.10	0.010*
	第零期	2 (2.99%)	1 (1.49%)	13 (19.40%)	27 (40.30%)	24 (35.82%)		
	第一期	1 (0.48%)	2 (0.96%)	55 (26.32%)	92 (44.02%)	59 (28.23%)		
	第二期	0 (0.00%)	8 (2.46%)	82 (25.23%)	120 (36.92%)	115 (35.38%)		
	第三期	0 (0.00%)	4 (1.86%)	61 (28.37%)	67 (31.16%)	83 (38.60%)		
	第四期	1 (1.18%)	0 (0.00%)	14 (16.47%)	42 (49.41%)	28 (32.94%)		
治療期間							34.04	<0.001***
	1 年以內	1 (0.30%)	2 (0.60%)	75 (22.39%)	121 (36.12%)	136 (40.60%)		
	1-5 年	5 (1.41%)	5 (1.41%)	77 (21.75%)	136 (38.42%)	131 (37.01%)		
	大於 5 年	1 (0.34%)	9 (3.07%)	93 (31.74%)	122 (41.64%)	68 (23.21%)		
復發與否							7.14	0.129
	未復發	4 (0.48%)	14 (1.67%)	210 (25.00%)	313 (37.26%)	299 (35.60%)		
	復發	2 (1.45%)	2 (1.45%)	33 (23.91%)	64 (46.38%)	37 (26.81%)		
共病症數目							10.69	0.220
	0 項	4 (0.64%)	10 (1.61%)	168 (27.05%)	238 (38.33%)	201 (32.37%)		
	1 項	3 (1.20%)	4 (1.61%)	50 (20.08%)	91 (36.55%)	101 (40.56%)		
	2 項或以上	0 (0.00%)	2 (1.67%)	29 (24.17%)	53 (44.17%)	36 (30.00%)		
長期性症狀數目							31.20	<0.001***
	0 項	2 (0.35%)	8 (1.40%)	127 (22.16%)	237 (41.36%)	199 (34.73%)		
	1 項	3 (1.06%)	7 (2.46%)	69 (24.30%)	92 (32.39%)	113 (39.79%)		
	2 項或以上	2 (1.50%)	1 (0.75%)	51 (38.35%)	53 (39.85%)	26 (19.55%)		

表 5-27 問卷雙變項分析結果-9(續)

變項	組別	整體照護評價					卡方 值	P 值
		非常不好	不好	好	很好	非常好		
		次數(百分比)	次數(百分比)	次數(百分比)	次數(百分比)	次數(百分比)		
癌症治療狀況							14.22	0.582
	正在接受治療，尚不知道效果	2 (0.70%)	5 (1.75%)	67 (23.51%)	115 (40.35%)	96 (33.68%)		
	治療效果良好，已痊癒	5 (0.97%)	8 (1.56%)	123 (23.98%)	195(38.01%)	182 (35.48%)		
	已完成治療，但癌症仍存在	0 (0.00%)	2 (1.57%)	41 (32.28%)	41 (32.28%)	43 (33.86%)		
	治療反應不好，再度治療	0 (0.00%)	0 (0.00%)	8 (32.00%)	14(56.00%)	3 (12.00%)		
	未積極治療，僅觀察	0 (0.00%)	1 (3.33%)	6 (20.00%)	12(40.00%)	11(36.67%)		
醫院特性								
層級別							6.22	0.184
	非醫學中心	0 (0.00%)	2 (0.88%)	42 (18.50%)	93 (40.97%)	90 (39.65%)		
	醫學中心	4 (0.98%)	1 (0.24%)	96 (23.47%)	146 (35.70%)	162 (39.61%)		
癌症診療品質認證							11.03	0.026*
	未通過	0 (0.00%)	1 (2.56%)	3 (7.69%)	13 (33.33%)	22 (56.41%)		
	通過	4 (0.67%)	2 (0.34%)	135 (22.61%)	226 (37.86%)	230 (38.53%)		

*：p<0.05。**：p<0.01。***：p<0.001。

(四) 多變項分析

以複迴歸來進行多變項分析，探討在控制病人特質、疾病特性和醫院特性後，癌症病人就醫經驗八大構面是否會影響癌症病人對就診醫院的整體照護評價。

進行資料分析前，先將控制變項(病人特質、疾病特性、醫院特性)中屬性為類別變項者轉換成虛擬變項(Dummy Variable)。再進行各變項的共線性診斷(Collinearity Diagnosis)，以確保各變項間的獨立性，各變項間的容忍度(Tolerance)檢查結果皆大於 0.10，變異數膨脹係數(Variance Inflation Factor, VIF)皆小於 10，條件指標(Condition Index, CI)均低於 30，分析結果顯示各變項間彼此沒有存在共線性問題，因此，可以進行後續的複迴歸分析。

接著，將前述雙變項分析中，與癌症病人就醫經驗各構面(以病人為中心的照護、及時確診與治療、醫病間溝通情形、癌症資訊與相關支持的提供、情緒支持、參與治療計畫與決策、照護的連續性、財務及工作支持)有達顯著意義的控制變項放入各構面的迴歸中，以建立 8 個迴歸模型。最後，將控制變項(病人特質、疾病特性、醫院特性)與自變項(癌症病人就醫經驗八大構面)皆以強迫進入法方式進行模型建立(First Model)，接著將控制變項以強迫進入法方式、自變項以逐步迴歸法(Stepwise)方式建立配適模型(Final Model)。迴歸結果會採用校正後的 R^2 值來解釋整體迴歸模型。

以下就癌症病人就醫經驗八大構面來分述分析結果：

1. 「以病人為中心的照護」與整體照護評價之相關性

在迴歸模型中放入控制變項(性別、癌別、治療期間、長期性症狀數目、癌症治療狀況)以及自變項(以病人為中心的照護)進行分析，結果發現有達顯著差異之變項為癌別、長期性症狀數目以及以病人為中心的照護，顯示在控制其他變項後，在接受以病人為中心的照護之就醫經驗中，癌症病人對就診醫院的整體照護評價會隨其接受到的正向經驗比率增加而顯著提升。

而檢定結果之迴歸模型 F 值為 27.023，且達統計上顯著差異($p < 0.001$)，整體迴歸模型解釋力 Adjusted- R^2 為 0.298 可解釋整體照護評價 30% 的變異量。結果詳見表 5-28。

2. 「及時確診與治療」與整體照護評價之相關性

在迴歸模式中放入控制變項(性別、癌別、臨床期別、治療期間、癌症治療狀況)以及自變項(及時確診與治療)進行分析，結果發現有達顯著差異之變項為性別、癌別、治療期間以及及時確診與治療，顯示在控制其他變項後，在接受及時確診與治療之就醫經驗中，癌症病人對就診醫院的整體照護評價會隨其接受到的正向經驗比率增加而顯著提升。

而檢定結果之迴歸模型 F 值為 4.268，且達統計上顯著差異($p < 0.001$)，整體迴歸模型解釋力 Adjusted- R^2 為 0.076 可解釋整體照護評價 8% 的變異量。結果詳見表 5-29。

3. 「醫病間溝通情形」與整體照護評價之相關性

在迴歸模式中放入控制變項(年齡、性別、癌別、治療期間、長期性症狀數目)以及自變項(醫病間溝通情形)進行分析，結果發現有達顯著差異之變項為性別、癌別、治療期間以及醫病間溝通情形，顯示在控制其他變項後，在醫病間溝通相關之就醫經驗中，癌症病人對就診醫院的整體照護評價會隨其接受到的正向經驗比率增加而顯著提升。

而檢定結果之迴歸模型 F 值為 18.193，且達統計上顯著差異($p < 0.001$)，整體迴歸模型解釋力 Adjusted- R^2 為 0.187 可解釋整體照護評價 19% 的變異量。結果詳見表 5-30。

4. 「癌症資訊與相關支持的提供」與整體照護評價之相關性

在迴歸模式中放入控制變項(性別、居住型態、癌別、治療期間、長期性症狀數目)以及自變項(癌症資訊與相關支持的提供)進行分析,結果發現有達顯著差異之變項為癌別、長期性症狀數目以及癌症資訊與相關支持的提供,顯示在控制其他變項後,在癌症資訊與相關支持的提供之就醫經驗中,癌症病人對就診醫院的整體照護評價會隨其接受到的正向經驗比率增加而顯著提升。

而檢定結果之迴歸模型 F 值為 25.407,且達統計上顯著差異($p < 0.001$),整體迴歸模型解釋力 Adjusted- R^2 為 0.240 可解釋整體照護評價 24%的變異量。結果詳見表 5-31。

5. 「情緒支持」與整體照護評價之相關性

在迴歸模式中放入控制變項(年齡、性別、癌別、治療期間、復發與否、長期性症狀數目、醫院的層級別)以及自變項(情緒支持)進行分析,結果發現有達顯著差異之變項為長期性症狀數目以及情緒支持,顯示在控制其他變項後,在接受情緒支持之就醫經驗中,癌症病人對就診醫院的整體照護評價會隨其接受到的正向經驗比率增加而顯著提升。

而檢定結果之迴歸模型 F 值為 11.338,且達統計上顯著差異($p < 0.001$),整體迴歸模型解釋力 Adjusted- R^2 為 0.463 可解釋整體照護評價 46%的變異量。結果詳見表 5-32。

6. 「參與治療計畫與決策」與整體照護評價之相關性

在迴歸模式中放入控制變項(長期性症狀數目、癌症治療狀況)以及自變項(參與治療計畫與決策)進行分析,結果發現有達顯著差異之變項為長期性症狀數目以及參與治療計畫與決策,顯示在控制其他變項後,在參與治療計畫與決策之就醫經驗中,癌症病人對就診醫院的整體照護評價會隨其接受到的正向經驗比率增加而顯著提升。

而檢定結果之迴歸模型 F 值為 40.843,且達統計上顯著差異($p < 0.001$),整體迴歸模型解釋力 Adjusted- R^2 為 0.232 可解釋整體照護評價 23%的變異量。結果詳見表 5-33。

7. 「照護的連續性」與整體照護評價之相關性

在迴歸模式中放入控制變項(性別、居住型態、癌別、治療期間、長期性症狀數目、癌症治療狀況、醫院的層級別)以及自變項(照護的連續性)進行分析,結果發現有達顯著差異之變項為癌症治療狀況以及照護的連續性,顯示在控制其他變項後,在照護的連續性之就醫經驗中,癌症病人對就診醫院的整體照護評價會隨其接受到的正向經驗比率增加而顯著提升。

而檢定結果之迴歸模型 F 值為 9.436,且達統計上顯著差異($p < 0.001$),整體迴歸模型解釋力 Adjusted- R^2 為 0.212 可解釋整體照護評價 21%的變異量。結果詳見表 5-34。

8. 「財務及工作支持」與整體照護評價之相關性

在迴歸模式中放入控制變項(治療期間、長期性症狀數目、醫院的層級別)以及自變項(財務及工作支持)進行分析,結果發現有達顯著差異之變項為長期性症狀數目以及財務及工作支持,顯示在控制其他變項後,在接受財務及工作支持之就醫經驗中,癌症病人對就診醫院的整體照護評價會隨其接受到的正向經驗比率增加而顯著提升。

而檢定結果之迴歸模型 F 值為 14.040,且達統計上顯著差異($p < 0.001$),整體迴歸模

型解釋力 Adjusted-R² 為 0.123 可解釋整體照護評價 12% 的變異量。結果詳見表 5-35。

最後，逐步迴歸分析結果顯示，有達顯著之癌症病人就醫經驗構面為「以病人為中心的照護」、「及時確診與治療」、「醫病間溝通情形」、「癌症資訊與相關支持的提供」、「情緒支持」、「參與治療計畫與決策」、「照護的連續性」，表示對整體照護評價而言，這七大構面相當重要的影響構面。結果詳見表 5-36。

表 5-28 「以病人為中心的照護」與整體照護評價之複迴歸分析結果

變項	係數	標準誤	標準係數	t 值	p 值
截距	3.182	0.160		19.922	<0.001***
控制變項					
性別(ref：女性)					
男性	0.112	0.074	0.060	1.520	0.129
癌別(ref：大腸直腸癌)					
乳癌	-0.163	0.077	-0.096	-2.108	0.035*
子宮頸癌	0.040	0.130	0.010	0.310	0.757
肺癌	-0.009	0.097	-0.003	-0.093	0.926
口腔癌	-0.119	0.093	-0.042	-1.283	0.200
肝癌	-0.055	0.111	-0.015	-0.500	0.617
治療期間(ref：1 年內)					
1-5 年	-0.039	0.061	-0.022	-0.636	0.525
5 年以上	-0.055	0.069	-0.030	-0.796	0.426
長期性症狀數目(ref：0 項)					
1 項	0.032	0.054	0.017	0.591	0.554
2 項或以上	-0.158	0.072	-0.063	-2.199	0.028*
癌症治療狀況(ref：未積極治療，僅觀察)					
正在接受治療，尚不知道效果	-0.142	0.141	-0.076	-1.013	0.311
治療效果良好，已痊癒	0.033	0.138	0.020	0.240	0.810
已完成治療，但癌症仍存在	-0.038	0.148	-0.015	-0.257	0.797
治療反應不好，再度治療	-0.305	0.198	-0.057	-1.543	0.123
自變項					
以病人為中心的照護	1.401	0.080	0.496	17.549	<0.001***
F			27.023		
p 值			<0.001***		
R²			0.546		
adj-R²			0.298		

*：p<0.05。**：p<0.01。***：p<0.001。

表 5-29 「及時確診與治療」與整體照護評價之複迴歸分析結果

變項	係數	標準誤	標準係數	t 值	p 值
截距	4.038	0.197		20.474	<0.001***
控制變項					
性別(ref：女性)					
男性	0.189	0.090	0.101	2.104	0.036*
癌別(ref：大腸直腸癌)					
乳癌	-0.242	0.093	-0.144	-2.607	0.009**
子宮頸癌	0.090	0.154	0.022	0.582	0.561
肺癌	-0.024	0.116	-0.008	-0.202	0.840
口腔癌	-0.216	0.113	-0.074	-1.910	0.056
肝癌	0.022	0.170	0.004	0.126	0.900
臨床期別(ref：第零期)					
第一期	-0.096	0.116	-0.049	-0.833	0.405
第二期	-0.009	0.111	-0.005	-0.085	0.933
第三期	-0.069	0.117	-0.035	-0.594	0.553
第四期	-0.093	0.142	-0.033	-0.653	0.514
治療期間(ref：1 年內)					
1-5 年	-0.082	0.072	-0.047	-1.146	0.252
5 年以上	-0.277	0.081	-0.153	-3.426	0.001**
癌症治療狀況(ref：未積極治療，僅觀察)					
正在接受治療，尚不知道效果	-0.005	0.172	-0.002	-0.027	0.978
治療效果良好，已痊癒	0.165	0.169	0.099	0.978	0.328
已完成治療，但癌症仍存在	0.091	0.182	0.036	0.503	0.615
治療反應不好，再度治療	-0.265	0.233	-0.052	-1.139	0.255
自變項					
及時確診與治療	0.301	0.079	0.126	3.781	<0.001***
F			4.268		
p 值			<0.001***		
R²			0.277		
adj-R²			0.076		

*：p<0.05。**：p<0.01。***：p<0.001。

表 5-30 「醫病間溝通情形」與整體照護評價之複迴歸分析結果

變項	係數	標準誤	標準係數	t 值	p 值
截距	3.294	0.159		20.747	<0.001***
控制變項					
年齡	0.035	0.024	0.045	1.476	0.140
性別(ref：女性)					
男性	0.070	0.080	0.038	0.874	0.383
癌別(ref：大腸直腸癌)					
乳癌	-0.194	0.083	-0.114	-2.327	0.020*
子宮頸癌	-0.004	0.141	-0.001	-0.026	0.979
肺癌	-0.174	0.104	-0.057	-1.675	0.094
口腔癌	-0.140	0.100	-0.049	-1.402	0.161
肝癌	-0.136	0.120	-0.037	-1.132	0.258
治療期間(ref：1 年內)					
1-5 年	0.003	0.060	0.002	0.049	0.961
5 年以上	-0.148	0.070	-0.080	-2.123	0.034*
長期性症狀數目(ref：0 項)					
1 項	0.030	0.057	0.016	0.524	0.600
2 項或以上	-0.192	0.076	-0.078	-2.526	0.012*
自變項					
醫病間溝通情形	0.972	0.083	0.355	11.769	<0.001***
F			18.193		
p 值			<0.001***		
R²			0.432		
adj-R²			0.187		

*：p<0.05。**：p<0.01。***：p<0.001。

表 5-31 「癌症資訊與相關支持的提供」與整體照護評價之複迴歸分析結果

變項	係數	標準誤	標準係數	t 值	p 值
截距	3.411	0.129		26.426	<0.001***
控制變項					
性別(ref：女性)					
男性	0.048	0.076	0.026	0.635	0.526
居住型態(ref：獨居)					
與家人或親友同住	-0.024	0.093	-0.007	-0.258	0.796
癌別(ref：大腸直腸癌)					
乳癌	-0.174	0.079	-0.103	-2.202	0.028*
子宮頸癌	-0.061	0.134	-0.015	-0.454	0.650
肺癌	-0.061	0.099	-0.020	-0.614	0.539
口腔癌	-0.115	0.096	-0.040	-1.199	0.231
肝癌	0.005	0.113	0.001	0.046	0.963
治療期間(ref：1 年內)					
1-5 年	-0.034	0.058	-0.019	-0.587	0.558
5 年以上	-0.087	0.066	-0.047	-1.321	0.187
長期性症狀數目(ref：0 項)					
1 項	0.014	0.055	0.008	0.258	0.796
2 項或以上	-0.221	0.073	-0.089	-3.045	0.002**
自變項					
癌症資訊與相關支持的提供	1.192	0.080	0.433	14.979	<0.001***
F			25.407		
p 值			<0.001***		
R²			0.490		
adj-R²			0.240		

*：p<0.05。**：p<0.01。***：p<0.001。

表 5-32 「情緒支持」與整體照護評價之複迴歸分析結果

變項	係數	標準誤	標準係數	t 值	p 值
截距	3.104	0.209		14.853	<0.001***
控制變項					
年齡	0.037	0.026	0.055	1.393	0.164
性別(ref：女性)					
男性	0.070	0.080	0.043	0.872	0.384
癌別(ref：大腸直腸癌)					
乳癌	-0.052	0.093	-0.028	-0.563	0.574
子宮頸癌	0.121	0.140	0.037	0.862	0.389
肺癌	0.026	0.101	0.011	0.256	0.798
口腔癌	-0.113	0.100	-0.050	-1.127	0.260
肝癌	-0.109	0.117	-0.039	-0.933	0.351
治療期間(ref：1 年內)					
1-5 年	0.072	0.065	0.043	1.099	0.272
5 年以上	-0.092	0.108	-0.035	-0.851	0.395
復發與否(ref：未復發)					
復發	-0.074	0.087	-0.034	-0.851	0.395
長期性症狀數目(ref：0 項)					
1 項	0.040	0.069	0.023	0.589	0.556
2 項或以上	-0.255	0.089	-0.110	-2.848	0.005**
層級別(ref：非醫學中心)					
醫學中心	0.073	0.067	0.043	1.093	0.275
自變項					
情緒支持	1.082	0.100	0.408	10.821	<0.001***
F			11.338		
p 值			<0.001***		
R²			0.463		
adj-R²			0.214		

*：p<0.05。**：p<0.01。***：p<0.001。

表 5-33 「參與治療計畫與決策」與整體照護評價之複迴歸分析結果

變項	係數	標準誤	標準係數	t 值	p 值
截距	3.400	0.145		23.440	<0.001***
控制變項					
長期性症狀數目(ref：0 項)					
1 項	0.021	0.056	0.011	0.374	0.709
2 項或以上	-0.204	0.074	-0.082	-2.749	0.006**
癌症治療狀況(ref：未積極治療，僅觀察)					
正在接受治療，尚不知道效果	-0.054	0.143	-0.029	-0.376	0.707
治療效果良好，已痊癒	-0.096	0.140	-0.057	-0.684	0.494
已完成治療，但癌症仍存在	-0.031	0.152	-0.012	-0.204	0.839
治療反應不好，再度治療	-0.093	0.209	-0.017	-0.448	0.655
自變項					
參與治療計畫與決策	1.165	0.072	0.467	16.175	<0.001***
F			40.843		
p 值			<0.001***		
R²			0.481		
adj-R²			0.232		

*：p<0.05。**：p<0.01。***：p<0.001。

表 5-34 「照護的連續性」與整體照護評價之複迴歸分析結果

變項	係數	標準誤	標準係數	t 值	p 值
截距	2.902	0.254		11.437	<0.001***
控制變項					
性別(ref：女性)					
男性	0.134	0.080	0.081	1.683	0.093
居住型態(ref：獨居)					
與家人或親友同住	-0.053	0.127	-0.015	-0.417	0.677
癌別(ref：大腸直腸癌)					
乳癌	-0.143	0.093	-0.076	-1.548	0.122
子宮頸癌	0.042	0.137	0.013	0.306	0.760
肺癌	0.021	0.102	0.009	0.211	0.833
口腔癌	-0.113	0.099	-0.050	-1.137	0.256
肝癌	0.004	0.116	0.001	0.031	0.975
治療期間(ref：1 年內)					
1-5 年	0.015	0.068	0.009	0.220	0.826
5 年以上	0.014	0.106	0.005	0.128	0.898
長期性症狀數目(ref：0 項)					
1 項	0.116	0.070	0.065	1.660	0.098
2 項或以上	-0.186	0.093	-0.079	-2.010	0.045
癌症治療狀況(ref：未積極治療，僅觀察)					
正在接受治療，尚不知道效果	-0.076	0.148	-0.045	-0.511	0.610
治療效果良好，已痊癒	0.122	0.147	0.073	0.828	0.408
已完成治療，但癌症仍存在	-0.135	0.162	-0.055	-0.833	0.405
治療反應不好，再度治療	-0.415	0.211	-0.096	-1.970	0.049*
層級別(ref：非醫學中心)					
醫學中心	0.008	0.066	0.005	0.124	0.901
自變項					
照護的連續性	1.537	0.146	0.397	10.512	<0.001***
F			9.436		
p 值			<0.001***		
R²			0.461		
adj-R²			0.212		

*：p<0.05。**：p<0.01。***：p<0.001。

表 5-35 「財務及工作支持」與整體照護評價之複迴歸分析結果

變項	係數	標準誤	標準係數	t 值	p 值
截距	3.533	0.150		23.589	<0.001***
控制變項					
治療期間(ref：1 年內)					
1-5 年	-0.035	0.067	-0.021	-0.522	0.602
5 年以上	-0.124	0.106	-0.047	-1.161	0.246
長期性症狀數目(ref：0 項)					
1 項	0.042	0.071	0.024	0.598	0.550
2 項或以上	-0.306	0.095	-0.128	-3.234	0.001**
層級別(ref：非醫學中心)					
醫學中心	0.026	0.067	0.015	0.388	0.698
自變項					
財務及工作支持	0.813	0.102	0.310	7.994	<0.001***
F			14.040		
p 值			<0.001***		
R²			0.350		
adj-R²			0.123		

*：p<0.05。**：p<0.01。***：p<0.001。

表 5-36 癌症病人就醫經驗構面與整體評價之逐步迴歸分析結果

變項	First Model					Final Model				
	係數	標準誤	標準係數	t 值	p 值	係數	標準誤	標準係數	t 值	p 值
截距	1.963	0.300		6.534	<0.001***	2.037	0.298		6.834	<0.001***
控制變項										
年齡	0.037	0.026	0.053	1.395	0.164	0.032	0.026	0.047	1.229	0.220
性別(ref：女性)										
男性	0.181	0.078	0.112	2.311	0.021*	0.181	0.078	0.112	2.315	0.021*
居住型態(ref：獨居)										
與家人或親友同住	0.010	0.126	0.003	0.076	0.940	-0.002	0.126	-0.001	-0.016	0.988
癌別(ref：大腸直腸癌)										
乳癌	-0.008	0.089	-0.004	-0.088	0.930	-0.002	0.089	-0.001	-0.021	0.984
子宮頸癌	0.058	0.141	0.017	0.413	0.680	0.061	0.141	0.018	0.431	0.667
肺癌	0.138	0.098	0.059	1.408	0.160	0.133	0.098	0.057	1.351	0.177
口腔癌	-0.108	0.098	-0.048	-1.109	0.268	-0.104	0.098	-0.046	-1.067	0.286
肝癌	0.079	0.141	0.022	0.559	0.576	0.090	0.141	0.025	0.637	0.524
臨床期別(ref：第零期)										
第一期	0.050	0.119	0.026	0.420	0.675	0.054	0.119	0.028	0.453	0.651
第二期	0.125	0.116	0.070	1.070	0.285	0.128	0.117	0.072	1.098	0.273
第三期	0.027	0.119	0.015	0.225	0.822	0.037	0.119	0.020	0.314	0.754
第四期	-0.003	0.130	-0.001	-0.020	0.984	0.012	0.130	0.005	0.092	0.927
治療期間(ref：1 年內)										
1-5 年	0.038	0.068	0.023	0.568	0.570	0.051	0.067	0.031	0.760	0.448
5 年以上	0.054	0.109	0.020	0.499	0.618	0.060	0.109	0.022	0.549	0.583
復發與否(ref：未復發)										
復發	-0.088	0.092	-0.038	-0.955	0.340	-0.094	0.092	-0.041	-1.014	0.311

表 5-36 癌症病人就醫經驗構面與整體評價之逐步迴歸分析結果-續

變項	First Model					Final Model				
	係數	標準誤	標準係數	t 值	p 值	係數	標準誤	標準係數	t 值	p 值
長期性症狀(ref：0 項)										
1 項	0.030	0.067	0.017	0.448	0.654	0.032	0.067	0.018	0.470	0.638
2 項或以上	-0.081	0.089	-0.035	-0.906	0.366	-0.073	0.089	-0.032	-0.821	0.412
癌症治療狀況(ref：未積極治療，僅觀察)										
正在接受治療，尚不知道效果	-0.120	0.145	-0.073	-0.831	0.407	-0.126	0.145	-0.077	-0.867	0.386
治療效果良好，已痊癒	-0.031	0.143	-0.019	-0.220	0.826	-0.037	0.143	-0.023	-0.261	0.794
已完成治療，但癌症仍存在	-0.069	0.160	-0.028	-0.432	0.666	-0.070	0.161	-0.028	-0.435	0.664
治療反應不好，再度治療	-0.283	0.208	-0.067	-1.363	0.173	-0.295	0.208	-0.069	-1.417	0.157
層級別(ref：非醫學中心)										
醫學中心	0.091	0.063	0.056	1.454	0.147	0.081	0.063	0.049	1.286	0.199
自變項										
以病人為中心的照護	0.689	0.183	0.223	3.769	<0.001***	0.688	0.183	0.223	3.757	<0.001***
醫病間溝通情形	-0.351	0.161	-0.114	-2.177	0.030*	-0.339	0.161	-0.110	-2.098	0.036*
癌症資訊與相關支持的提供	0.273	0.128	0.094	2.131	0.034*	0.309	0.127	0.106	2.434	0.015*
情緒支持	0.245	0.120	0.093	2.035	0.042*	0.291	0.118	0.111	2.473	0.014*
參與治療計畫與決策	0.482	0.127	0.196	3.798	<0.001***	0.494	0.127	0.201	3.890	<0.001***
照護的連續性	0.758	0.180	0.192	4.221	<0.001***	0.808	0.178	0.204	4.546	<0.001***
財務及工作支持	0.191	0.109	0.073	1.748	.081					
F			11.001					11.227		
p 值			<0.001***					<0.001***		
R²			0.637					0.634		
adj-R²			0.405					0.402		

*：p<0.05 。**：p<0.01 。***：p<0.001。

陸、 討論

一、 次級資料分析結果討論

第一年研究計畫主要目的為比較癌症診療品質認證計畫對癌症照護醫院影響的效應。整體而言，通過癌症診療品質認證之醫療院所，癌症病患照護人數較非認證醫院多。無論是否為癌症診療品質認證醫院，六大癌症核心測量指標遵從率具有逐年上升之趨勢，不少指標已達到 90% 以上的遵從率。然而，醫院是否通過癌症診療品質認證，在各項指標遵從率之表現並不一致，認證醫院大多數指標遵從率略高於或與未認證醫院表現相近。以混合模型控制其他醫院特性後，癌症診療品質認證醫院於乳癌照護之核心測量績效、醫療利用績效以及綜合面向系統績效等結果裡，與非認證醫院無顯著差異。在結腸直腸癌方面，控制其他醫院特性後，認證醫院核心測量績效甚至顯著低於非認證醫院，而在醫療利用績效以及綜合面向系統績效與非認證醫院無顯著差異。

由於大多數癌症病患皆在認證醫院就診，未認證醫院照護人數較少遵從率變異性較大，導致雖然結腸直腸癌各指標遵從率在認證與非認證醫院間表現相近且有五支指標遵從率皆高於 90%，但以中位數為切點的核心測量整體績效呈現出認證醫院低於非認證醫院的情形。另外，由於癌症診療品質認證計畫自 2008 年開始，本研究可取得的資料僅至 2010 年，可能因此無法看出認證對整體績效的長期影響。此結果與過去研究類似，文獻指出大多數機構 JCAHO 評鑑分數高但臨床品質及病人安全指標(IQI/PSI)間存在著變異，但認證分類結果(categorical accreditation)與 IQI/PSI 指標表現並無顯著差異，而評鑑分數與 IQI/PSI 指標表現間的關聯性亦不高[28]。另篇文獻指出相較於非認證醫院，美國癌症認證醫院規模較大、所在地都市化程度較高，病患亦可獲得較多癌症相關照護服務[39]，但臺灣醫療資源可近性問題較小，此優勢未必可直接套用。此外，實施癌症診療品質認證最終目的係提升癌症照護品質，若要達到品質的提升，必須具備高品質申報資料、建立醫院資訊回饋機制、架構完整品質與資訊系統，更需要癌症照護服務者的參與[43]，方能逐漸發揮顯著成效。

二、 研究工具(問卷)討論

本研究另有舉辦 3 場焦點團體，邀請填答過本研究問卷之癌症病人前來參加(訪談者共 12 位，基本資料為：乳癌 5 人，大腸直腸癌 2 人，口腔癌 3 人，肺癌 2 人；女性 8 位，男性 4 位；平均年齡為 58.83 歲；工作狀態的部分，包含 4 位全職工作，4 位家管以及 4 位無工作(包含退休)；診斷期別的部分，包含 2 位第零期，2 位第一期，1 位第二期，4 位第三期，2 位第四期以及 1 位不明；長期性症狀數目的部分，包含 7 位沒有任何長期性症狀，3 位有一項長期性症狀以及 2 位有兩項或兩項以上的長期性症狀；共病症數目的部分，包含 7 位沒有任何共病症，4 位有一項共病症以及 1 位有兩項或兩項以上的共病症；接受照護的醫療層級皆為醫學中心；居住地分布於臺北市、新北市以及苗栗地區)，藉此蒐集問卷填答者對於本研究之調查問卷(癌症病人就醫經驗問卷)的改善建議，以及提出在填答時所遇到的疑問及困難，整理結果如下：

1. 問卷中第三十題的問題為「您是否曾加入癌症研究？」，癌友提出，這樣的敘述方式沒有明確的定義何謂癌症研究，此外，有些實驗性的藥物，在藥單上面的定義為自費項目，但在批價掛號時也沒有針對此項藥品進行收費，著實對於癌症病人來說，會遲疑自己究竟是不是在醫生的安排下，參加了與藥品相關的研究。
2. 問卷中第 67 題的問題為「您是否有接受過以下醫療照護人員，其所提供的癌症照護？」，所給的選項中有物理治療師、職能治療師、營養師、言語治療師、淋巴水腫治療師、安寧共照團隊以及社工師，七種不同的醫療照護人員，問卷中雖已把個案管理師特別提出作為一個題組式的問題設計，但此題選項仍缺乏答題的彈性，像是沒有完全否定的選項，例如：「沒有，我沒有接受以上各種專業人員照護」，也可以藉此區隔無法填答或是缺答的差異，此外，接受治療研究計畫的病人，唯一接觸的聯絡橋樑，是稱作研究護理師，原題項的選項也很難將此歸類其中，因此建議可以加上開放式的答題選項。
3. 最後，在反向題的設計上，第 38 題題目為「照護您的醫師在與您說話時，是否曾無視於您的存在？」，第 42 題題目為「病房護理人員在跟您說話的時候，是否曾無視於您的存在？」以及第 67 題題目為「有些癌症病人會覺得醫療團隊只是在『治病』而不是在『治人』；您是否覺得您的醫療團隊也是如此？」，答題上會比較困難，比較會有答錯本意的問題發生，尤其是在第 67 題的語意上，「治病」與「治人」的定義也相當模糊。

三、問卷發放與回收情形討論

在各醫院執行問卷調查時，有些醫院必須通過該院的人體試驗審查委員會審查通過才能進行研究，故此，中間行政程序所需耗費的時間多。由於每家醫院對於倫理審查 IRB 的要求，在計畫主持人、協同主持人資格要求等部分都不盡相同，諸如：主持人以及協同主持人的 IRB 課程證明時數不一，或是另外亦需要其 GCP 時數證明等各種因素，故不好配合。與各家醫院聯絡情形，拒絕協助發放問卷的原因，包含考量本身行政業務繁忙、院內評鑑，或剛好遇到北部醫學中心評鑑，醫院忙於準備評鑑審查工作，而配合調查研究的意願低等因素，故不參與此次的問卷調查；以及有一家醫院認為本研究問卷內容過於敏感，將影響醫病關係，故拒絕配合。另有幾家醫院，未對本研究單位發出公文有所回應，以致於失去合作的機會。此外，由於癌症病患大多集中於醫學中心接受治療，區域醫院及地區醫院樣本難以收集，但醫學中心需要申請 IRB 審查，作業程序較不易，相較之下，區域醫院的合作意願較高，也不需再另做 IRB 審查，故在合作醫院中區域醫院的家數較多。

另外，由於郵寄問卷會降低回收率，雖然本研究有利用禮券抽獎來作為填答誘因提高填答病人的意願，但病人將問卷資料帶回家後可能忘記郵寄回或弄丟，且問卷題數繁多，也可能導致病人的填寫意願降低，故問卷回收率的部分不慎理想。為提高研究樣本數並藉此將研究對象擴展至各疾病進程之癌症病人，本研究另有透過癌症希望基金會(HOPE)以及乳癌病友協會的各團體網絡協助提供患者名單及發放問卷，作為樣本來源的多元管道之一。

在研究方法的部分，參考在英國進行癌症病人就醫經驗調查的方式，採用讓病人帶回家填寫再郵寄的方式寄回，避免病人在醫院填寫會收到環境的壓力而產生高估現況或有被迫填答較多正向經驗的情形，在此研究中也採用相同的方法進行調查，符合國際間研究方法的一致性[126]。

四、問卷資料分析結果討論

由前述的研究結果分析顯示，在此次調查的樣本中，以乳癌病人以女性佔多數，大腸直腸癌的部分則是男性偏多，在種族的部分也是以本國人佔多數，與國外文獻相符[208, 209]。問卷的發放橫跨全台北中南東的醫院皆有，較無出現樣本特別偏重在某些特定地區，在居住狀態的部分也是以與家人或親友同住的居多，而復發與否也是以未復發的佔多數，由於是對癌症存活者所進行的調查，所以也是以癌症已痊癒的患者佔多數。和先前的研究結果相比較，皆無太大差異[210]。

在治療期間的部分，除了與醫院提供以病人為中心的照護有統計上的相關外，在及時確診與治療、醫病間的溝通情形、癌症資訊與相關支持的提供、情緒支持、照護的連續性、財務及工作支持這幾個就醫經驗構面也都有達到統計上顯著關係，而這幾個構面也與前述的前言文獻中提及 IOM 所揭示要達到以病人為中心的照護所需要達到的構面相符[200]。證明這些癌症病人，在醫院所接受到的就醫經驗隨著罹病年數的增加，其就醫經驗的感受也會受到顯著的影響。就統計的結果來看，處於治療初期(一年內)的病人，可能是在對醫院和醫療人員的接觸機會還較少，所以多是表達較正向的經驗，而隨著就醫次數的增加，和可能有參與如乳癌病友協會或癌症希望基金會等支持性團體，使自己對於自身癌症的相關認知有較多的了解，有過去他病友的經驗而較會對醫療人員進行治療時有較多的參與進行影響其就醫的經驗，而離初次治療時間年數較久的病人則是有正向就醫經驗比例降低的現象，這可能是因為罹癌年數較久，是屬於較早期的病人，在過去可能對於病人告知或是讓病人參與治療給予病人較多資訊的觀念尚未普及，醫病之間存在著相當大的資訊落差，所以在面對道就醫經驗的問題時，可能會有許多沒有正向經驗的情況而導致這樣的結果，這與國外對於癌症長期存活者所進行的相關研究有相符的結果[211]。另外，癌症病人就診的醫院是否有通過癌症診療品質認證不會顯著影響其就醫經驗的優劣，由於目前大多數有提供癌症照護的醫院皆有通過認證，僅少數醫院未申請認證或未通過，因此兩組樣本數呈現懸殊的情況(於認證醫院就診的受訪者有 607 位，而僅 39 位受訪者是於未認證醫院就診)。

在癌別的部份，以大腸直腸癌為參考組，乳癌病人在整體就醫評價分數會較低，此研究結果與過去研究結果有些微出入，過去的研究指出，若以大腸直腸癌[149]或是血癌[212]為參考組，乳癌病人會有較佳的就醫經驗評價。而在長期性症狀數目的部份，有兩項(包含兩項以上)的長期性症狀的癌症病人在整體就醫評價分數，會低於沒有任何長期性症狀的癌症病人，此項研究結果與過去研究結果相符[212]。

前述研究結果也顯示，癌症病人就醫經驗八大構面皆與整體照護評價呈顯著正相關。過去有相關研究針對肺癌患者進行積極的整合團隊治療計畫，研究結果發現，完善的整合照護計劃能帶給癌症病人在生活品質及就醫評價上正向的結果[213]。在醫病溝通方面，

若醫師與病人間的溝通良好，可以帶來較佳的就醫評價以及較佳的遵醫囑性[214]。國外另有質性研究發現，照護的連續性以乳癌患者來說，可以有效減少復發延遲診斷的問題，進而提升病人就醫經驗的評價結果[215]。而在財務與工作支持的部分，國外的相關研究大多是在討論癌症病人的需求時有提及到，指出對於癌症病人來說，很難尋求到相關的財務支持訊息，因此，在財務上就會有巨大的壓力[216]；反觀我國，由於有全民健康保險制度的施行，強制全民納保，保障民眾就醫權利，也大幅減輕重大傷病者的財務負擔，避免民眾因病而貧，而癌症亦有被納入重大傷病之一，此制度對於醫療費用高的癌症病人而言，無疑是提供了相當有益的幫助。

柒、 結論與建議

一、 結論

整體而言，通過癌症診療品質認證之醫療院所，癌症病患照護人數較非認證醫院多。無論是否為癌症診療品質認證醫院，六大癌症核心測量指標遵從率具有逐年上升之趨勢。然而，醫院是否通過癌症診療品質認證，在各項指標遵從率之表現並不一致。以混合模型控制其他醫院特性後，癌症診療品質認證醫院於乳癌照護之核心測量績效、醫療利用績效以及綜合面向系統績效等結果裡，與非認證醫院無顯著差異。在結腸直腸癌方面，控制其他醫院特性後，認證醫院核心測量績效甚至顯著低於非認證醫院。

在癌症病人就醫經驗的部分，共分八大構面，表現最佳的構面為「照護的連續性」，其次為「醫病間溝通情形」、「財務及工作支持」、「以病人為中心的照護」，照護提供的達成率皆有 70% 以上，照護內容有獲得癌症病人的肯定與理解。「情緒支持」、「癌症資訊與相關支持的提供」和「參與治療計畫與決策」這三個構面的表現也是不錯，達成率有六成多，而「及時確診與治療」的表現是最差的，達成率不到六成。此外，就整體照護評價而言，約 73% 的受訪者表示他們都有接受到良好的照護，25% 認為尚可，顯示出當前的癌症醫療照護品質是相當不錯的。

影響癌症病人對就診醫院整體照護評價的因素有：性別、癌別、臨床期別、治療期間、長期性症狀數目及是否通過癌症診療品質認證。

在控制其他變項後，癌症病人就醫經驗八大構面(以病人為中心的照護、及時確診與治療、醫病間溝通情形、癌症資訊與相關支持的提供、情緒支持、參與治療計畫與決策、照護的連續性、財務及工作支持)皆與癌症病人對就診醫院的整體照護評價呈顯著正相關，表示癌症病人的就醫經驗愈佳，其對醫院的整體照護評價就會愈高。

本研究將英國的 CPES 問卷本土化，發展出台灣版癌症病人就醫經驗問卷，且已在北中南東 19 家醫院內針對六大癌症病人做過實證施行，透過問卷調查結果來瞭解癌症病人的實際就醫情形，用以檢視醫療品質現況，但由於種種因素限制(如：醫院的配合意願、郵寄問卷等)，在國內的回收率結果並不理想，施行的成效不及英國，英國由衛生部(Department of Health)委託 Quality Health 來實行正式調查，有政府單位由上而下的授權以及制式化的實施方法，能夠大規模且有效的收集資料。

二、 建議

(一) 給醫療院所之建議

建議醫療院所可利用癌症病人就醫經驗調查問卷來獲知癌症病人從檢驗檢查、確診、後續治療到出院的全面性就醫經驗與醫療品質，並運用調查結果來發現醫療照護缺失的部分，作為改善醫療品質的參考依據。

本研究針對病人數較多、較好發或死亡率較高的六項癌症(乳癌、結腸直腸癌、子宮頸癌、口腔癌、肝癌、肺癌)來進行調查，未來可將調查對象擴充至其他癌別的病人，

以廣泛瞭解癌症的醫療照護品質。

(二) 給政府單位及政策之建議

中程的部分，在各醫院穩定實施癌症病人就醫經驗調查後，可由相關單位(如：健保署、國健署)來進行長時間的資料收集與彙整，將累積的資料進行趨勢分析，以實際瞭解長期的癌症醫療品質狀況及變化，也可將結果回饋給各醫院來做自我檢視，進而做持續品質改善。

而遠程的部分，待癌症病人就醫經驗調查在實務上施行一段時間並穩定後，可結合支付制度(如：P4P)，將病人經驗納入評核指標之一。

參考文獻

1. 衛生福利部統計處, 103 年度死因統計. 取自 :
http://www.mohw.gov.tw/cht/DOS/Statistic.aspx?f_list_no=312&fod_list_no=5487, 2015.
2. 衛生福利部國民健康署, 民國 101 年癌症登記報告. 2015.
3. 衛生福利部國民健康署, 民國 102 年癌症登記報告. [cited 2016/07/17; Available from <http://www.hpa.gov.tw/BHPNet/Web/Stat/Statistics.aspx>].
4. 國家衛生研究院, 癌症診療品質認證作業計畫. [cited 2014/06/27; Available from: <http://tcog.nhri.org.tw/accredit/>].
5. NHS, *National Cancer Peer Review Programme*. [cited 2014/06/27; Available from: <http://www.cquins.nhs.uk/>], 2010.
6. 劉湫美, et al., 美國, 英國及台灣之癌症診療品質評核. 臺灣醫學, 2010. **14**(2): p. 208-216.
7. 劉湫美, et al., 醫院人員對癌症診療品質認證試評計畫之認知探討-以八家試評醫院為例. 醫務管理期刊, 2009. **10**(3): p. 201-219.
8. 國家衛生研究院, 癌症診療品質認證作業計畫-癌症診療品質認證醫院名單. [cited 2016/08/27; Available from: <http://tcog.nhri.org.tw/accredit/>].
9. Geller, D.A., et al., *Outcome of 1000 liver cancer patients evaluated at the UPMC Liver Cancer Center*. Journal of gastrointestinal surgery, 2006. **10**(1): p. 63-68.
10. Schultz, E.M., G.A. Silvestri, and M.K. Gould, *Variation in experts' beliefs about lung cancer growth, progression, and prognosis*. Journal of Thoracic Oncology, 2008. **3**(4): p. 422-426.
11. Inagi, K., et al., *Treatment effects in patients with squamous cell carcinoma of the oral cavity*. Acta Oto-Laryngologica, 2002. **122**(4): p. 25-29.
12. Simunovic, M., et al., *Influence of hospital characteristics on operative death and survival of patients after major cancer surgery in Ontario*. Canadian journal of surgery, 2006. **49**(4): p. 251.
13. CHUNG, K.P., et al., *Organization-based performance measures of cancer care quality: core measure development for breast cancer in Taiwan*. European journal of cancer care, 2008. **17**(1): p. 5-18.
14. Maue, S.K., et al., *Predicting physician guideline compliance: an assessment of motivators and perceived barriers*. Am J Manag Care, 2004. **10**(6): p. 383-391.
15. Chen, T.M., et al., *Management and patient survival in hepatocellular carcinoma: Does the physician's level of experience matter?* Journal of gastroenterology and hepatology, 2008. **23**(7pt2): p. e179-e188.
16. Malin, J.L., et al., *Results of the National Initiative for Cancer Care Quality: how can we improve the quality of cancer care in the United States?* Journal of Clinical

- Oncology, 2006. **24**(4): p. 626-634.
17. Sioris, T., et al., *Effect of surgical volume and hospital type on outcome in non-small cell lung cancer surgery: a Finnish population-based study*. Lung Cancer, 2008. **59**(1): p. 119-125.
 18. Teramukai, S., et al., *Individual patient-level and study-level meta-analysis for investigating modifiers of treatment effect*. Japanese journal of clinical oncology, 2004. **34**(12): p. 717-721.
 19. Group, E.B.C.T.C., *Adjuvant chemotherapy in oestrogen-receptor-poor breast cancer: patient-level meta-analysis of randomised trials*. The Lancet, 2008. **371**(9606): p. 29-40.
 20. Landercasper, J., L.L. Dietrich, and J.M. Johnson, *A breast center review of compliance with National Comprehensive Cancer Network Breast Cancer guidelines*. The American journal of surgery, 2006. **192**(4): p. 525-527.
 21. Chandu, A., et al., *The assessment of quality of life in patients who have undergone surgery for oral cancer: a preliminary report*. Journal of oral and maxillofacial surgery, 2005. **63**(11): p. 1606-1612.
 22. Beatty, J.D., et al., *Standardized evaluation of regional and institutional breast cancer outcomes*. The American Journal of Surgery, 2008. **195**(5): p. 636-640.
 23. Gagnon, B., et al., *Pattern of care at the end of life: does age make a difference in what happens to women with breast cancer?* Journal of Clinical Oncology, 2004. **22**(17): p. 3458-3465.
 24. Chien, C.-R. and M.-S. Lai, *Trends in the pattern of care for lung cancer and their correlation with new clinical evidence: experiences in a university-affiliated medical center*. American Journal of Medical Quality, 2006. **21**(6): p. 408-414.
 25. Facey, K., et al., *Overview of the clinical effectiveness of positron emission tomography imaging in selected cancers*. HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT-SOUTHAMPTON-, 2007. **11**(44).
 26. Schommer, J.C., et al., *Opportunities for filling gaps in breast and lung cancer outcomes research*. Drug information journal, 2005. **39**(4): p. 335-344.
 27. Lutfiyya, M.N., et al., *Comparison of US accredited and non-accredited rural critical access hospitals*. International Journal for Quality in Health Care, 2009.
 28. Miller, M.R., et al., *Relationship between performance measurement and accreditation: implications for quality of care and patient safety*. American Journal of Medical Quality, 2005. **20**(5): p. 239-252.
 29. Greenfield, D. and J. Braithwaite, *Health sector accreditation research: a systematic review*. International Journal for Quality in Health Care, 2008. **20**(3): p. 172-183.
 30. Braithwaite, J., et al., *Health service accreditation as a predictor of clinical and organisational performance: a blinded, random, stratified study*. Quality and Safety in Health Care, 2010. **19**(1): p. 14-21.

31. Sack, C., et al., *Is there an association between hospital accreditation and patient satisfaction with hospital care? A survey of 37 000 patients treated by 73 hospitals.* International Journal for Quality in Health Care, 2011. **23**(3): p. 278-283.
32. Klazinga, N., C. Fischer, and A. ten Asbroek, *Health services research related to performance indicators and benchmarking in Europe.* Journal of Health Services Research & Policy, 2011. **16**(suppl 2): p. 38-47.
33. Baskind, R., M. Kordowicz, and R. Chaplin, *How does an accreditation programme drive improvement on acute inpatient mental health wards? An exploration of members' views.* Journal of Mental Health, 2010. **19**(5): p. 405-411.
34. Gigantesco, A. and P. Morosini, *Mental health services accreditation in Italy.* Journal of evaluation in clinical practice, 2010. **16**(6): p. 1157-1163.
35. DOH, *Cancer Patient Experience Survey 2011/12- National Report.* [cited 2014/06/27; Available from: file:///D:/Cancer_Patient_Experience_Survey_National_Report_2011_12.pdf.], 2011.
36. Lyratzopoulos, G., et al., *Variation in number of general practitioner consultations before hospital referral for cancer: findings from the 2010 National Cancer Patient Experience Survey in England.* The lancet oncology, 2012. **13**(4): p. 353-365.
37. Health, D.o., *NHS Patient Experience Framework.* [cited 2014/06/27; Available from: <https://www.gov.uk/government/publications/nhs-patient-experience-framework>.], 2012.
38. Kahn, K.L., et al., *Developing a reliable, valid, and feasible plan for quality-of-care measurement for cancer: how should we measure?* Medical care, 2002. **40**(6): p. III-73-III-85.
39. Bilimoria, K.Y., et al., *Comparison of Commission on Cancer–approved and–nonapproved hospitals in the United States: implications for studies that use the National Cancer Data Base.* Journal of Clinical Oncology, 2009. **27**(25): p. 4177-4181.
40. 吳肖琪、劉滄梧, *常見癌症診療照護型態及醫院間照護變異之次級資料分析研究.* 行政院衛生署國民健康局 98 年度委託科技研究計畫, 2009.
41. Chien, C.-R., et al., *Quality of care for lung cancer in Taiwan: a pattern of care based on core measures in the Taiwan Cancer Database registry.* Journal of the Formosan Medical Association, 2008. **107**(8): p. 635-643.
42. Chung, K.-P., et al., *Is quality of colorectal cancer care good enough? Core measures development and its application for comparing hospitals in Taiwan.* BMC health services research, 2010. **10**(1): p. 1.
43. Raval, M.V., et al., *Using the NCDB for cancer care improvement: an introduction to available quality assessment tools.* Journal of surgical oncology, 2009. **99**(8): p. 488-490.
44. Baravelli, C., et al., *The views of bowel cancer survivors and health care professionals*

- regarding survivorship care plans and post treatment follow up. *Journal of Cancer Survivorship*, 2009. **3**(2): p. 99-108.
45. Denlinger, C.S. and A.M. Barsevick, *The challenges of colorectal cancer survivorship*. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 2009. **7**(8): p. 883-894.
 46. Ann Bettencourt, B., et al., *The breast cancer experience of rural women: a literature review*. *Psycho-Oncology*, 2007. **16**(10): p. 875-887.
 47. Lawler, S., et al., *Follow-up care after breast cancer treatment: experiences and perceptions of service provision and provider interactions in rural Australian women*. *Supportive Care in Cancer*, 2011. **19**(12): p. 1975-1982.
 48. IoMCoQoHCi, A., *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. 2001, National Academies Press.
 49. Deshpande, P.R., et al., *Patient-reported outcomes: a new era in clinical research*. *Perspectives in clinical research*, 2011. **2**(4): p. 137.
 50. Price, R.A., et al., *Examining the role of patient experience surveys in measuring health care quality*. *Medical Care Research and Review*, 2014. **71**(5): p. 522-554.
 51. Hewitt, M., S. Greenfield, and E. Stovall, *From cancer patient to cancer survivor: lost in transition*. 2005: National Academies Press.
 52. Weaver, K.E., et al., *Follow-up care experiences and perceived quality of care among long-term survivors of breast, prostate, colorectal, and gynecologic cancers*. *Journal of Oncology Practice*, 2014. **10**(4): p. e231-e239.
 53. Hayman, J.A. *Measuring the quality of care in radiation oncology*. in *Seminars in radiation oncology*. 2008. Elsevier.
 54. Donabedian, A., *The quality of care: how can it be assessed?* *Jama*, 1988. **260**(12): p. 1743-1748.
 55. 行政院衛生署, 醫療品質政策白皮書. 2012.
 56. Fink, R. *Pain assessment: the cornerstone to optimal pain management*. in *Baylor University Medical Center. Proceedings*. 2000. Baylor University Medical Center.
 57. Lee, S.J., C.C. Earle, and J.C. Weeks, *Outcomes research in oncology: history, conceptual framework, and trends in the literature*. *Journal of the National Cancer Institute*, 2000. **92**(3): p. 195-204.
 58. Gerteis, M., *Through the patient's eyes: understanding and promoting patient-centered care*. 1993.
 59. Beattie, M., et al., *Instruments to measure patient experience of health care quality in hospitals: a systematic review protocol*. *Systematic reviews*, 2014. **3**(1): p. 1.
 60. Cleary, P.D. and S. Edgman-Levitan, *Health care quality: incorporating consumer perspectives*. *Jama*, 1997. **278**(19): p. 1608-1612.
 61. Lipscomb, J., C.C. Gotay, and C.F. Snyder, *Patient-reported Outcomes in Cancer: A Review of Recent Research and Policy Initiatives*. CA: A Cancer Journal for Clinicians, 2007. **57**(5): p. 278-300.

62. Crow, R., et al., *The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature*. Health Technol Assess, 2002. **6**(32): p. 1-244.
63. Abel, G.A., C.L. Saunders, and G. Lyratzopoulos, *Cancer patient experience, hospital performance and case mix: evidence from England*. Future Oncology, 2014. **10**(9): p. 1589-1598.
64. De Padova, S., et al., *Expectations of survivors, caregivers and healthcare providers for testicular cancer survivorship and quality of life*. Tumori, 2011. **97**(3): p. 367-373.
65. Brédart, A., et al., *Quality of care in the oncology outpatient setting from patients' perspective: a systematic review of questionnaires' content and psychometric performance*. Psycho-Oncology, 2015. **24**(4): p. 382-394.
66. Mattke, S., A.M. Epstein, and S. Leatherman, *The OECD health care quality indicators project: history and background*. International Journal for Quality in Health Care, 2006. **18**(suppl 1): p. 1-4.
67. Arah, O.A., et al., *A conceptual framework for the OECD health care quality indicators project*. International Journal for Quality in Health Care, 2006. **18**(suppl 1): p. 5-13.
68. Veillard, J., et al., *A performance assessment framework for hospitals: the WHO regional office for Europe PATH project*. International journal for quality in Health Care, 2005. **17**(6): p. 487-496.
69. Bobko, P., P.L. Roth, and M.A. Buster, *The usefulness of unit weights in creating composite scores a literature review, application to content validity, and meta-analysis*. Organizational Research Methods, 2007. **10**(4): p. 689-709.
70. Olmsted, M.G., et al., *Methodology: U.S. News & World Report Best Hospitals 2013-14*. [cited 2014/06/30; Available from: http://www.usnews.com/pubfiles/BH_Methodology_Report.pdf.], 2013.
71. Chen, T.-T., et al., *Exploring and comparing the characteristics of nonlatent and latent composite scores implications for pay-for-performance incentive design*. Medical Decision Making, 2012. **32**(1): p. 132-144.
72. Chung, K.-P., et al., *Can composite performance measures predict survival of patients with colorectal cancer?* World Journal of Gastroenterology: WJG, 2014. **20**(42): p. 15805.
73. Luft, H.S., J.P. Bunker, and A.C. Enthoven, *Should operations be regionalized? The empirical relation between surgical volume and mortality*. New England Journal of Medicine, 1979. **301**(25): p. 1364-1369.
74. Wright, J.D., et al., *Effect of surgical volume on morbidity and mortality of abdominal hysterectomy for endometrial cancer*. Obstetrics & Gynecology, 2011. **117**(5): p. 1051-1059.
75. Birkmeyer, J.D., et al., *Surgeon volume and operative mortality in the United States*.

- New England Journal of Medicine, 2003. **349**(22): p. 2117-2127.
76. Birkmeyer, J.D., et al., *Hospital volume and surgical mortality in the United States*. New England Journal of Medicine, 2002. **346**(15): p. 1128-1137.
 77. Meyer, E., et al., *Impact of department volume on surgical site infections following arthroscopy, knee replacement or hip replacement*. BMJ quality & safety, 2011. **20**(12): p. 1069-1074.
 78. Chung, J.H., et al., *The effect of neonatal intensive care level and hospital volume on mortality of very low birth weight infants*. Medical care, 2010: p. 635-644.
 79. Phibbs, C.S., et al., *Level and volume of neonatal intensive care and mortality in very-low-birth-weight infants*. New England Journal of Medicine, 2007. **356**(21): p. 2165-2175.
 80. Oster, M.E., M.J. Strickland, and W.T. Mahle, *Impact of prior hospital mortality versus surgical volume on mortality following surgery for congenital heart disease*. The Journal of thoracic and cardiovascular surgery, 2011. **142**(4): p. 882-886.
 81. Lee, C.C., et al., *Association between surgeon volume and hospitalisation costs for patients with oral cancer: a nationwide population base study in Taiwan*. Clinical Otolaryngology, 2010. **35**(1): p. 46-52.
 82. Hockenberry, J.M., H.M. Lien, and S.Y. Chou, *Surgeon and hospital volume as quality indicators for CABG in Taiwan: examining hazard to mortality and accounting for unobserved heterogeneity*. Health services research, 2010. **45**(5p1): p. 1168-1187.
 83. Tung, Y.-C., G.-M. Chang, and Y.-H. Chen, *Associations of physician volume and weekend admissions with ischemic stroke outcome in Taiwan: a nationwide population-based study*. Medical care, 2009. **47**(9): p. 1018-1025.
 84. Tsao, S.-Y., et al., *High-surgical-volume hospitals associated with better quality and lower cost of kidney transplantation in Taiwan*. Journal of the Chinese Medical Association, 2011. **74**(1): p. 22-27.
 85. Borowski, D., et al., *Volume–outcome analysis of colorectal cancer-related outcomes*. British Journal of Surgery, 2010. **97**(9): p. 1416-1430.
 86. Lien, Y.-C., M.-T. Huang, and H.-C. Lin, *Association between surgeon and hospital volume and in-hospital fatalities after lung cancer resections: the experience of an Asian country*. The Annals of thoracic surgery, 2007. **83**(5): p. 1837-1843.
 87. Chen, C.-S., et al., *Does high surgeon and hospital surgical volume raise the five-year survival rate for breast cancer? A population-based study*. Breast cancer research and treatment, 2008. **110**(2): p. 349-356.
 88. Nattinger, A.B., et al., *Exploring the surgeon volume–outcome relationship among women with breast cancer*. Archives of internal medicine, 2007. **167**(18): p. 1958-1963.
 89. Nomura, E., et al., *Population-based study of the relationship between hospital*

- surgical volume and 10-year survival of breast cancer patients in Osaka, Japan.* Cancer science, 2006. **97**(7): p. 618-622.
90. Ahn, H.S., et al., *Association between unplanned readmission rate and volume of breast cancer operation cases.* International journal of clinical practice, 2006. **60**(1): p. 32-35.
 91. Mayer, E.K., et al., *The volume-mortality relation for radical cystectomy in England: retrospective analysis of hospital episode statistics.* BMj, 2010. **340**: p. c1128.
 92. Peltoniemi, P., et al., *Effect of surgeon's caseload on the quality of surgery and breast cancer recurrence.* The Breast, 2012. **21**(4): p. 539-543.
 93. Kuo, R.N., K.P. Chung, and M.S. Lai, *Re-Examining the Significance of Surgical Volume to Breast Cancer Survival and Recurrence versus Process Quality of Care in Taiwan.* Health services research, 2013. **48**(1): p. 26-46.
 94. Comber, H., et al., *Quality of rectal cancer surgery and its relationship to surgeon and hospital caseload: a population-based study.* Colorectal Disease, 2012. **14**(10): p. e692-e700.
 95. Salz, T. and R.S. Sandler, *The effect of hospital and surgeon volume on outcomes for rectal cancer surgery.* Clinical Gastroenterology and Hepatology, 2008. **6**(11): p. 1185-1193.
 96. Nugent, E. and P. Neary, *Rectal cancer surgery: volume–outcome analysis.* International journal of colorectal disease, 2010. **25**(12): p. 1389-1396.
 97. Chowdhury, M., H. Dagash, and A. Pierro, *A systematic review of the impact of volume of surgery and specialization on patient outcome.* British journal of surgery, 2007. **94**(2): p. 145-161.
 98. Davies, R., *A systematic review of the impact of volume of surgery and specialization on patient outcome (Br J Surg 2007; 94: 145–161).* British journal of surgery, 2007. **94**(5): p. 645-645.
 99. Halm, E.A., C. Lee, and M.R. Chassin, *Is volume related to outcome in health care? A systematic review and methodologic critique of the literature.* Annals of internal medicine, 2002. **137**(6): p. 511-520.
 100. Hogan, A. and D. Winter, *Does practice make perfect?* Annals of surgical oncology, 2008. **15**(5): p. 1267-1270.
 101. Hollenbeck, B.K., et al., *Misclassification of hospital volume with surveillance, epidemiology, and end results—Medicare data.* Surgical innovation, 2007. **14**(3): p. 192-198.
 102. Panageas, K.S., et al., *Properties of analysis methods that account for clustering in volume–outcome studies when the primary predictor is cluster size.* Statistics in medicine, 2007. **26**(9): p. 2017-2035.
 103. Alkhenizan, A. and C. Shaw, *Impact of accreditation on the quality of healthcare services: a systematic review of the literature.* Annals of Saudi medicine, 2011. **31**(4):

- p. 407.
104. Braithwaite, J., et al., *A prospective, multi-method, multi-disciplinary, multi-level, collaborative, social-organisational design for researching health sector accreditation [LP0560737]*. BMC health services research, 2006. **6**(1): p. 1.
 105. Birkmeyer, N.J., et al., *Do cancer centers designated by the National Cancer Institute have better surgical outcomes?* Cancer, 2005. **103**(3): p. 435-441.
 106. Merkow, R.P., et al., *Differences in patients, surgical complexity, and outcomes after cancer surgery at National Cancer Institute-designated cancer centers compared to other hospitals*. Medical care, 2013. **51**(7): p. 606-613.
 107. Kilsdonk, M.J., et al., *The impact of organisational external peer review on colorectal cancer treatment and survival in the Netherlands*. British journal of cancer, 2014. **110**(4): p. 850-858.
 108. Friese, C.R., J.H. Silber, and L.H. Aiken, *National Cancer Institute Cancer Center designation and 30-day mortality for hospitalized, immunocompromised cancer patients*. Cancer investigation, 2010. **28**(7): p. 751-757.
 109. Paulson, E.C., et al., *National Cancer Institute designation predicts improved outcomes in colorectal cancer surgery*. Annals of surgery, 2008. **248**(4): p. 675-686.
 110. In, H., et al., *The role of National Cancer Institute–designated cancer center status: observed variation in surgical care depends on the level of evidence*. Annals of surgery, 2012. **255**(5): p. 890.
 111. Mumford, V., et al., *Health services accreditation: what is the evidence that the benefits justify the costs?* International journal for quality in health care, 2013. **25**(5): p. 606-620.
 112. Triantafillou, P., *Against all odds? Understanding the emergence of accreditation of the Danish hospitals*. Social Science & Medicine, 2014. **101**: p. 78-85.
 113. Hinchcliff, R., et al., *Stakeholder perspectives on implementing accreditation programs: a qualitative study of enabling factors*. BMC health services research, 2013. **13**(1): p. 1.
 114. Tzelepis, F., et al., *Are we missing the Institute of Medicine's mark? A systematic review of patient-reported outcome measures assessing quality of patient-centred cancer care*. BMC cancer, 2014. **14**(1): p. 1.
 115. Sixma, H.J., et al., *Quality of care from the patients' perspective: from theoretical concept to a new measuring instrument*. Health expectations, 1998. **1**(2): p. 82-95.
 116. Bloom, B.S., *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. JAMA: The Journal of the American Medical Association, 2002. **287**(5): p. 646-647.
 117. Booij, J.C., et al., *Improving cancer patient care: development of a generic cancer consumer quality index questionnaire for cancer patients*. BMC cancer, 2013. **13**(1): p. 203.
 118. Kolstad, J.T. and M.E. Chernew, *Quality and consumer decision making in the market*

- for health insurance and health care services. *Medical Care Research and Review*, 2009. **66**(1 suppl): p. 28S-52S.
119. Browne, K., et al., *Analysis & commentary measuring patient experience as a strategy for improving primary care*. *Health Affairs*, 2010. **29**(5): p. 921-925.
 120. Davies, E., et al., *Evaluating the use of a modified CAHPS® survey to support improvements in patient-centred care: lessons from a quality improvement collaborative*. *Health Expectations*, 2008. **11**(2): p. 160-176.
 121. Bardes, C.L., *Defining "Patient-Centered Medicine"*. *New England Journal of Medicine*, 2012. **366**(9): p. 782-783.
 122. Darzi, A., *NHS Next Stage Review Interim Report* Department of Health, London, 2007.
 123. Hadi, M., E. Gibbons, and R. Fitzpatrick, *A Structured Review of Patient Reported Outcome Measures (PROMS) for Colorectal Cancer*. Patient-Reported Outcome Measurement Group, Oxford., 2010.
 124. Lipscomb, J., C.C. Gotay, and C.F. Snyder, *Patient-reported outcomes in cancer: a review of recent research and policy initiatives*. *CA Cancer J Clin*, 2007. **57**(5): p. 278-300.
 125. Glaser, A.W., et al., *Patient-reported outcomes of cancer survivors in England 1-5 years after diagnosis: a cross-sectional survey*. *BMJ Open*, 2013. **3**(4).
 126. DOH, *National Cancer Patient Experience Survey Programme - 2010 National Survey Report*. 2010.
 127. Crow, R., et al., *The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature*. *Health Technol Assess*, 2002. **6**: p. 1 - 244.
 128. Jenkinson, C., et al., *Patients' experiences and satisfaction with health care: results of a questionnaire study of specific aspects of care*. *Quality and safety in health care*, 2002. **11**(4): p. 335-339.
 129. Jason, A., *Defining patient experience*. *Patient experience journal*, 2014. **1**(1): p. 7-19.
 130. Mohammed, K., et al., *Creating a Patient-Centered Health Care Delivery System: A Systematic Review of Health Care Quality From the Patient Perspective*. *American Journal of Medical Quality*, 2016. **31**(1): p. 12-21.
 131. Gesell, S.B. and N. Gregory, *Identifying priority actions for improving patient satisfaction with outpatient cancer care*. *Journal of nursing care quality*, 2004. **19**(3): p. 226-233.
 132. Kendall, M., et al., *How do people with cancer wish to be cared for in primary care? Serial discussion groups of patients and carers*. *Family Practice*, 2006. **23**(6): p. 644-650.
 133. 唐秀治, et al., 台灣癌症中心病人面向的照護品質探討. *中華癌醫會誌*, 2007. **43**(4): p. 4-21.

134. Bleich, S.N., E. Ö zaltin, and C.J. Murray, *How does satisfaction with the health-care system relate to patient experience?* Bulletin of the World Health Organization, 2009. **87**(4): p. 271-278.
135. Weiss, M. and S. Tyink, *Creating sustainable ideal patient experience cultures.* MedSurg Nursing, 2009. **18**(4): p. 249.
136. Feirn, A., D. Betts, and T. Tribble, *The Patient Experience: Strategies and Approaches for Providers to Achieve and Maintain a Competitive Advantage.*, in *Deloitte Consulting LLP's Health Sciences Practice White Paper*. 2009.
137. Bowling, A., et al., *The measurement of patients' expectations for health care: a review and psychometric testing of a measure of patients' expectations.* 2012.
138. Frampton, S.B., *Healthcare and the patient experience: harmonizing care and environment.* HERD: Health Environments Research & Design Journal, 2012. **5**(2): p. 3-6.
139. Needham, B.R., *The truth about patient experience: What we can learn from other industries, and how three Ps can improve health outcomes, strengthen brands, and delight customers.* Journal of Healthcare Management, 2012. **57**(4): p. 255.
140. Staniszevska, S. and I. Bullock, *Can we help patients have a better experience? Implementing NICE guidance on patient experience.* Evidence Based Nursing, 2012. **15**(4): p. 99-99.
141. Stempniak, M., *The patient experience. Taking it to the next level.* Hospitals & health networks/AHA, 2013. **87**(4): p. 41.
142. Hewitson, P., et al., *People with limiting long-term conditions report poorer experiences and more problems with hospital care.* BMC health services research, 2014. **14**(1): p. 1.
143. Staniszevska, S., et al., *The Warwick Patient Experiences Framework: patient-based evidence in clinical guidelines.* International journal for quality in health care, 2014. **26**(2): p. 151-157.
144. Elliott, M.N., et al., *Hospital survey shows improvements in patient experience.* Health Aff (Millwood), 2010. **29**(11): p. 2061-7.
145. Lis, C.G., M. Rodeghier, and D. Gupta, *Distribution and determinants of patient satisfaction in oncology: A review of the literature.* Patient Prefer Adherence, 2009. **3**: p. 287-304.
146. Campbell, J., J. Ramsay, and J. Green, *Age, gender, socioeconomic, and ethnic differences in patients' assessments of primary health care.* Quality in health care, 2001. **10**(2): p. 90-95.
147. Lyratzopoulos, G., et al., *Understanding ethnic and other socio-demographic differences in patient experience of primary care: evidence from the English General Practice Patient Survey.* BMJ quality & safety, 2012. **21**(1): p. 21-29.
148. Sizmur, S., *Multilevel analysis of inpatient experience.* Picker Institute Europe, 2011:

- p. 1-28.
149. Saunders, C.L., G.A. Abel, and G. Lyratzopoulos, *Inequalities in reported cancer patient experience by socio-demographic characteristic and cancer site: evidence from respondents to the English Cancer Patient Experience Survey*. European journal of cancer care, 2015. **24**(1): p. 85-98.
 150. El Turabi, A., et al., *Variation in reported experience of involvement in cancer treatment decision making: evidence from the National Cancer Patient Experience Survey*. British journal of cancer, 2013. **109**(3): p. 780-787.
 151. Mead, N. and M. Roland, *Understanding why some ethnic minority patients evaluate medical care more negatively than white patients: a cross sectional analysis of a routine patient survey in English general practices*. BMJ, 2009. **339**: p. b3450.
 152. Weech-Maldonado, R., et al., *Race/ethnicity, language, and patients' assessments of care in Medicaid managed care*. Health services research, 2003. **38**(3): p. 789-808.
 153. Haviland, M.G., et al., *Race/ethnicity, socioeconomic status, and satisfaction with health care*. American Journal of Medical Quality, 2005. **20**(4): p. 195-203.
 154. Bone, A., et al., *Inequalities in the care experiences of patients with cancer: analysis of data from the National Cancer Patient Experience Survey 2011–2012*. BMJ open, 2014. **4**(2): p. e004567.
 155. Haj-Ali, W., et al., *Exploring the relationship between accreditation and patient satisfaction—the case of selected Lebanese hospitals*. International journal of health policy and management, 2014. **3**(6): p. 341.
 156. Gattellari, M., P.N. Butow, and M.H. Tattersall, *Sharing decisions in cancer care*. Social science & medicine, 2001. **52**(12): p. 1865-1878.
 157. Keating, N.L., et al., *Treatment decision making in early-stage breast cancer: should surgeons match patients' desired level of involvement?* Journal of Clinical Oncology, 2002. **20**(6): p. 1473-1479.
 158. Barry, M.J. and S. Edgman-Levitan, *Shared decision making—the pinnacle of patient-centered care*. New England Journal of Medicine, 2012. **366**(9): p. 780-781.
 159. Epstein, R.M. and R.L. Street JR, *Patient-centered communication in cancer care: promoting healing and reducing suffering*. 2007.
 160. IOM, *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington DC: 2001 by the National Academy of Sciences, 2001.
 161. McCarthy, M., et al., *Is the performance of cancer services influenced more by hospital factors or by specialization?* J Public Health (Oxf), 2008. **30**(1): p. 69-74.
 162. Currie, A., et al., *A systematic review of patient preference elicitation methods in the treatment of colorectal cancer*. Colorectal Disease, 2015. **17**(1): p. 17-25.
 163. Blanch-Hartigan, D., K.D. Blake, and K. Viswanath, *Cancer Survivors' Use of Numerous Information Sources for Cancer-Related Information: Does More Matter?* Journal of Cancer Education, 2014. **29**(3): p. 488-496.

164. Meterko, M., et al., *Patient judgments of hospital quality: report of a pilot study*. Medical care, 1990. **28**(9): p. S1-S56.
165. Hays, R.D., et al., *Psychometric Properties of the CAHPS™ 1.0 Survey Measures*. Medical Care, 1999. **37**(3): p. MS22-MS31.
166. Lee Hargraves, J., R.D. Hays, and P.D. Cleary, *Psychometric Properties of the Consumer Assessment of Health Plans Study (CAHPS®) 2.0 Adult Core Survey*. Health Services Research, 2003. **38**(6 Pt 1): p. 1509-1528.
167. Chong, K., P. Damiano, and R. Hays, *Psychometric performance of the Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (CAHPS®) 4.0 adult health plan survey*. Primary Health Care, 2012. **2**(123): p. 2167-1079.1000123.
168. Dyer, N., et al., *Psychometric properties of the Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (CAHPS®) clinician and group adult visit survey*. Medical care, 2012. **50**(Suppl): p. S28.
169. Darby, C., R.D. Hays, and P. Kletke, *Development and evaluation of the CAHPS® Hospital Survey*. Health services research, 2005. **40**(6p2): p. 1973-1976.
170. Arah, O.A., et al., *Psychometric properties of the Dutch version of the Hospital-level Consumer Assessment of Health Plans Survey instrument*. Health Serv Res, 2006. **41**(1): p. 284-301.
171. Hurtado, M.P., et al., *Assessment of the equivalence of the Spanish and English versions of the CAHPS® hospital survey on the quality of inpatient care*. Health services research, 2005. **40**(6p2): p. 2140-2161.
172. Sheetz, K.H., et al., *Patients' perspectives of care and surgical outcomes in Michigan: an analysis using the CAHPS hospital survey*. Annals of surgery, 2014. **260**(1): p. 5-9.
173. Berendsen, A.J., et al., *Assessment of patient's experiences across the interface between primary and secondary care: Consumer Quality Index Continuum of care*. Patient education and counseling, 2009. **77**(1): p. 123-127.
174. Damman, O.C., M. Hendriks, and H.J. Sixma, *Towards more patient centred healthcare: A new Consumer Quality Index instrument to assess patients' experiences with breast care*. European Journal of Cancer, 2009. **45**(9): p. 1569-1577.
175. van der Veer, S.N., et al., *Development and validation of the Consumer Quality index instrument to measure the experience and priority of chronic dialysis patients*. Nephrology Dialysis Transplantation, 2012. **27**(8): p. 3284-3291.
176. Steine, S., A. Finset, and E. Laerum, *A new, brief questionnaire (PEQ) developed in primary health care for measuring patients' experience of interaction, emotion and consultation outcome*. Family practice, 2001. **18**(4): p. 410-418.
177. Jenkinson, C., A. Coulter, and S. Bruster, *The Picker Patient Experience Questionnaire: development and validation using data from in-patient surveys in five countries*. International Journal for Quality in Health Care, 2002. **14**(5): p. 353-358.
178. IOM, *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. 2001.

179. Abel, G.A., C.L. Saunders, and G. Lyratzopoulos, *Cancer patient experience, hospital performance and case mix: evidence from England*. Future Oncology, 2013. **10**(9): p. 1589-1598.
180. Wilde, B., et al., *Quality of care from a patient perspective*. Scandinavian journal of caring sciences, 1993. **7**(2): p. 113-120.
181. Wilde, B., et al., *Quality of care*. Scandinavian journal of caring sciences, 1994. **8**(1): p. 39-48.
182. Larsson, B.W. and G. Larsson, *Development of a short form of the Quality from the Patient's Perspective (QPP) questionnaire*. Journal of clinical nursing, 2002. **11**(5): p. 681-687.
183. Hanberger, L., J. Ludvigsson, and S. Nordfeldt, *Quality of care from the patient's perspective in pediatric diabetes care*. Diabetes research and clinical practice, 2006. **72**(2): p. 197-205.
184. Sandsdalen, T., et al., *Patients' perceptions of palliative care: adaptation of the Quality from the Patient's Perspective instrument for use in palliative care, and description of patients' perceptions of care received*. BMC palliative care, 2015. **14**(1): p. 1.
185. 姚開屏, et al., 病人報告之醫院品質: 問卷發展與信效度分析. 臺灣公共衛生雜誌, 2010. **29**(5): p. 440-451.
186. Crow, R., et al., *The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature*. 2002.
187. Ayanian, J.Z., et al., *Patients' experiences with care for lung cancer and colorectal cancer: findings from the Cancer Care Outcomes Research and Surveillance Consortium*. Journal of Clinical Oncology, 2010: p. JCO. 2009.27. 3268.
188. Hassett, M.J., et al., *High-priority topics for cancer quality measure development: Results of the 2012 American Society of Clinical Oncology collaborative cancer measure summit*. Journal of Oncology Practice, 2014. **10**(3): p. e160-e166.
189. Brédart, A., et al., *Quality of care in the oncology outpatient setting from patients' perspective: a systematic review of questionnaires' content and psychometric performance*. Psycho-Oncology, 2015. **24**(4): p. 382-394.
190. Takayama, T., Y. Yamazaki, and N. Katsumata, *Relationship between outpatients' perceptions of physicians' communication styles and patients' anxiety levels in a Japanese oncology setting*. Soc Sci Med, 2001. **53**(10): p. 1335-50.
191. Radwin, L., K. Alster, and K.M. Rubin, *Development and testing of the Oncology Patients' Perceptions of the Quality of Nursing Care Scale*. Oncol Nurs Forum, 2003. **30**(2): p. 283-90.
192. Smith, M.Y., et al., *Patient-physician communication in the context of persistent pain: validation of a modified version of the patients' Perceived Involvement in Care Scale*. J Pain Symptom Manage, 2006. **32**(1): p. 71-81.

193. Defossez, G., et al., *Satisfaction with care among patients with non-metastatic breast cancer: development and first steps of validation of the REPERES-60 questionnaire*. BMC Cancer, 2007. **7**: p. 129.
194. Damman, O.C., M. Hendriks, and H.J. Sixma, *Towards more patient centred healthcare: A new Consumer Quality Index instrument to assess patients' experiences with breast care*. Eur J Cancer, 2009. **45**(9): p. 1569-77.
195. Tarrant, C., et al., *The Prostate Care Questionnaire for Patients (PCQ-P): Reliability, validity and acceptability*. BMC Health Services Research, 2009. **9**(1): p. 199.
196. Harley, C., et al., *Patient experiences of continuity of cancer care: development of a new medical care questionnaire (MCQ) for oncology outpatients*. Value Health, 2009. **12**(8): p. 1180-6.
197. van Weert, J.C.M., et al., *QUOTEchemo: a patient-centred instrument to measure quality of communication preceding chemotherapy treatment through the patient's eyes*. Eur J Cancer, 2009. **45**(17): p. 2967-76.
198. de Kok, M., et al., *A patient-centred instrument for assessment of quality of breast cancer care: results of a pilot questionnaire*. Qual Saf Health Care, 2010. **19**(6): p. e40.
199. Beck, S., et al., *Initial psychometric properties of the Pain Care Quality Survey (PainCQ)*. J Pain, 2010. **11**: p. 1311 - 1319.
200. Ouwens, M., et al., *Development of indicators for patient-centred cancer care*. Supportive Care in Cancer, 2010. **18**(1): p. 121-130.
201. Young, J., et al., *Measuring cancer care coordination: development and validation of a questionnaire for patients*. BMC Cancer, 2011. **11**(1): p. 298.
202. Arora, N.K., et al., *Assessment of quality of cancer-related follow-up care from the cancer survivor's perspective*. J Clin Oncol, 2011. **29**(10): p. 1280-9.
203. Brédart, A., et al., *Patient's perception of care quality during radiotherapy sessions using respiratory gating techniques: validation of a specific questionnaire*. Cancer Invest, 2011. **29**(2): p. 145-52.
204. DOH, *2014 National Cancer Patient Experience Survey*. 2014.
205. Tzelepis, F., et al., *Are we missing the Institute of Medicine's mark? A systematic review of patient-reported outcome measures assessing quality of patient-centred cancer care*. BMC Cancer, 2014. **14**: p. 41.
206. Ganz, P.A., et al., *Delivering High-Quality Cancer Care: Charting a New Course for a System in Crisis*. 2013, Washington, DC: Inst. Med. Natl. Acad. http://www.iom.edu/~media/Files/Report%20Files/2013/Quality-Cancer-Care/qualitycancercare_rb.pdf.
207. Chang, H.-R., S.-C. Shih, and F.-M. Lin, *Impact of Comorbidities on the Outcomes of Older Patients Receiving Rectal Cancer Surgery*. International Journal of Gerontology, 2012. **6**(4): p. 285-289.

208. Corner, J., et al., *Qualitative analysis of patients' feedback from a PROMs survey of cancer patients in England*. BMJ Open, 2013. **3**(4).
209. McCaughan, E., G. Prue, and K. Parahoo, *A systematic review of quantitative studies reporting selected patient experienced outcomes, with a specific focus on gender differences in people with colorectal cancer*. European Journal of Oncology Nursing, 2009. **13**(5): p. 376-385.
210. Glaser, A.W., et al., *Patient-reported outcomes of cancer survivors in England 1-5 years after diagnosis: a cross-sectional survey*. BMJ Open, 2013. **3**(4).
211. De Padova, S., et al., *Expectations of survivors, caregivers and healthcare providers for testicular cancer survivorship and quality of life*. Tumori, 2011. **97**(3): p. 367-73.
212. Bone, A., et al., *Inequalities in the care experiences of patients with cancer: analysis of data from the National Cancer Patient Experience Survey 2011-2012*. BMJ Open, 2014. **4**(2): p. e004567.
213. Seek, A. and W.P. Hogle, *Modeling a better way: navigating the healthcare system for patients with lung cancer*. Clin J Oncol Nurs, 2007. **11**(1): p. 81-5.
214. Rutter, D.R., G. Iconomou, and L. Quine, *Doctor-patient communication and outcome in cancer patients: an intervention*. Psychology and Health, 1996. **12**(1): p. 57-71.
215. Barnet, M. and T. Shaw, *What do consumers see as important in the continuity of their care?* Support Care Cancer, 2013. **21**(9): p. 2637-42.
216. Rozmovits, L. and S. Ziebland, *What do patients with prostate or breast cancer want from an Internet site? A qualitative study of information needs*. Patient education and counseling, 2004. **53**(1): p. 57-64.

附件一、台大醫院 IRB

正 本

發文方式：紙本遞送

檔 號：

保存年限：

國立臺灣大學醫學院附設醫院 函

地址：10002臺北市中山南路7號
承辦人：鄧筑云
電話：02-2312-3456#63753
電子信箱：ntuhrec@ntuh.gov.tw

受文者：國立臺灣大學公共衛生學系鍾國彪教授

發文日期：中華民國104年3月9日

發文字號：校附醫倫字第1043701057號

類別：普通件

密等及解密條件或保密期限：普通

附件：如文

主旨：有關 台端所主持之「探討癌症診療品質認證、組織整體績效與癌症病人經驗間之關係(第2、3年研究)/Exploring the relationship among accreditation, organizational performance in cancer center and cancer patient experience (Y2, Y3)」(本院案號：201501053RINA)純學術臨床試驗/研究案，符合簡易審查條件及研究倫理規範，通過本院A研究倫理委員會審查，同意核備，並提第64次會議報備追認，請 查照。



說明：

- 一、本臨床試驗核准之有效期限為1年，計畫主持人應於到期前3個月至6週向本會提出持續審查申請，本案需經持續審查，方可繼續執行，且於填報持續審查/結案報告前須先至研究倫理委員會PTMS系統登錄第一位個案收案時間。
- 二、本臨床試驗計畫若需變更、暫停執行、中途終止或結束時，主持人應向本會提出審查申請。計畫主持人並須依國內相關法令及本院規定通報嚴重不良反應事件及非預期問題。
- 三、本院研究倫理委員會同意之文件版本日期如下：
 - (一)臨床試驗/研究計畫書：2015.01.21。
 - (二)中文摘要：2015.01.21。
 - (三)受訪者說明及同意書：2015.02.25。
 - (四)問卷：Version_20150225。
- 四、本院研究倫理委員會的運作符合優良臨床試驗準則及政府相關法律規章。
- 五、依據赫爾辛基宣言、世界衛生組織及International Committee of Medical Journal Editors(ICMJE)的規定，

所有”臨床試驗案”應於公開網站登錄。且ICMJE規定，完成登錄者才能發表研究結果。

- (一)計畫主持人請於招募第一位受試者前，在本院研究倫理委員會Protocol Tracking and Management System (PTMS)系統首頁下載本計畫之Clinicaltrials.gov XML檔案，並連結美國National Institutes of Health網站<https://register.clinicaltrials.gov>，使用本院專用帳號，進行上傳登錄。(登錄步驟指引請見本院研究倫理委員會行政中心網站>教育訓練>臨床試驗計畫案登錄；登錄所需時間約60分鐘。)
- (二)本院已向美國National Institutes of Health(NIH) ClinicalTrials.gov網站申請本院專用帳號，供本院計畫主持人(PI)登錄所主持之臨床試驗研究計畫，登入網頁之帳號及密碼如下列：

- 六、計畫主持人及研究團隊應遵循之相關研究倫理規範，請參閱研究倫理委員會網頁<http://www.ntuh.gov.tw/RECO>，並遵照執行；臨床試驗執行期間，請確實依據「人體研究法」之相關規定辦理；並請計畫主持人保存所有文件備查。
- 七、家屬或民眾時，先分發給予「臺大醫院臨床試驗/研究參與者須知」單張(如附件，請自行影印使用)，並依單張內容詳細說明參加本院之試驗或研究將受到之保護，上述給予單張之過程請記錄於病歷。
- 八、隨函檢附「嚴重不良事件及非預期問題通報須知」、「臨床研究重要訊息通知單」、「台大醫院臨床試驗/研究參與者須知」、「受試者知情同意過程記錄格式」各1份，請依計畫需要辦理應辦事宜。

正本：國立臺灣大學公共衛生學系鍾國彪教授
副本：本院研究倫理委員會

院長黃冠棠

正 本

發文方式：紙本遞送

檔 號：

保存年限：

國立臺灣大學醫學院附設醫院 函

地址：100臺北市中山南路7號
承辦人：王劭慈
電話：02-2312-3456轉63157
傳真：02-2395-1950
電子信箱：ntuhrec@ntuh.gov.tw

受文者：國立臺灣大學公共衛生學系鍾國彪教授

發文日期：中華民國105年3月24日

發文字號：校附醫倫字第1053701458號

類別：普通件

密等及解密條件或保密期限：普通

附件：

主旨：有關台端所主持之「探討癌症診療品質認證、組織整體績效與癌症病人經驗間之關係(第2、3年研究)」(本院案號：201501053RINA)純學術臨床試驗計畫案持續審查報告，業經本院A研究倫理委員會審查，同意繼續執行，並提第77次會議報備追認，請查照。

說明：

- 一、本臨床試驗核准之有效期限自2016年3月9日至2017年3月8日，計畫主持人應於到期前3個月至6週向本會提出持續審查申請表，若原試驗期限已過或即將到期，須一併提出展延試驗期限申請。本案需經持續審查通過後，方可繼續執行。未於許可到期日前通過持續審查，需立即停止所有試驗活動，包含受試者停止繼續試驗、停止收案、停止檢體及資料分析等，直到通過持續審查後始得繼續執行。若試驗已結束，請於結束後三個月內提出結案報告。
- 二、本院研究倫理委員會的運作符合優良臨床試驗準則及政府相關法律規章。
- 三、凡執行本院研究倫理委員會(REC)通過之臨床試驗或研究案，研究人員須提供受試者「臺大醫院臨床試驗/研究參與者須知」，以及所有臨床研究受試者簽署之同意書簽名頁影本須存入病歷與記錄知情同意過程。前述表單請至本院研究倫理委員會網頁下載，並請依計畫需要辦理應辦事宜。

正本：國立臺灣大學公共衛生學系鍾國彪教授

副本：本院研究倫理委員會

院長 何弘能

第1頁 共1頁

附件二、台灣版癌症病人就醫經驗問卷

癌症病人就醫經驗問卷

您好，這是一份關於癌症照護品質的問卷。藉由您最直接的就醫經驗，獲知病人角度的醫療品質。您的寶貴意見，將幫助我們了解癌症醫療照護是否滿足病人真實的需求，進而提供更好的醫療照護給下一位病人。

本研究呼應世界各國醫療照護品質發展趨勢，強調以病人為中心的照護，重視病人參與之權利，並參照英國的經驗，由癌症病人觀點出發，藉由調查臺灣癌症病人親身經驗，了解全國癌症病人對照護品質的感受及看法，以做為各癌症照護機構品質提昇之依據，以及未來評估癌症醫療政策或改進措施成效之參考。本研究由科技部委託臺灣大學健康與政策管理研究所執行。

問卷內容包含您與您的醫師及其他醫療人員，在癌症治療期間的照護情形。請您以藍筆或黑筆在選項前的方框中清楚畫記。若需要修改答案，請您圈選出填答錯誤的選項，並標註為錯誤，再畫記您想選擇的選項。本問卷共 82 題，填答時間約 25-30 分鐘。請詳細閱讀題目後，選出最適合您的選項。

為感謝參與者的填答，研究團隊將於問卷回收後，抽出部分名額回饋填答者，回饋辦法如下：於 4/17 前回寄問卷者，將抽出 150 個名額回饋 500 元超商禮券；於 5/1 前回寄問卷者，將抽出 100 個名額回饋 300 元超商禮券；於 5/15 前回寄問卷者，將抽出 100 個名額回饋 100 元超商禮券。**請完整填答後，將 1 問卷和 2 研究受訪者說明及同意書正本 (黃色印刷)，一併放入回郵信封內，投遞郵筒寄回即可參與抽獎，感謝您的參與！**

本問卷採匿名填答，填答內容不會洩漏給您的醫療團隊或他人。當您填答完此份問卷，如果有任何健康照護的問題，請與您的醫師討論。若您對本問卷有任何問題，請您於星期一至星期五 10:00-17:00 撥打諮詢電話—研究計畫主持人鍾國彪教授研究室：(02)3366-8065。

臺灣大學健康政策與管理研究所 鍾國彪教授 敬託

委託單位



執行單位



國立臺灣大學
National Taiwan University

合作單位



【確診前就醫情形】

以下問題是關於在癌症確診前，您因癌症前往就醫的情形

1. 癌症確診前，您曾經因擔心可能是癌症所引起的症狀，而去看診的次數為？（包含醫院及基層診所）

1. ☐ 我未曾看診過
2. ☐ 看診 1 次
3. ☐ 看診 2 次
4. ☐ 看診 3、4 次
5. ☐ 看診 5 次以上
6. ☐ 不知道

2. 從您察覺自己身體可能有些狀況，到您第一次至醫院看診大約為多長時間？

1. ☐ 3 個月以內
2. ☐ 3-6 個月
3. ☐ 6-12 個月
4. ☐ 12 個月以上
5. ☐ 不知道/不記得

【診斷檢查】

3. 在過去的 12 個月當中，您是否有到醫院做過癌症診斷性檢查？像是內視鏡、切片、乳房超音波攝影或者掃描。

1. ☐ 有，請續答第 4 題
2. ☐ 沒有，請續答第 8 題

4. 進行檢查之前，醫療團隊是否向您說明此項檢查的目的？

1. ☐ 是的，很完整的說明
2. ☐ 是的，有做部分的說明
3. ☐ 沒有，但是我希望能有說明
4. ☐ 沒有，我不需要任何說明
5. ☐ 不知道/不記得

5. 進行檢查之前，請問是否有任何的醫療團隊成員向您說明檢查的程序？

1. ☐ 是的，很完整地向我說明
2. ☐ 是的，有向我做部分的說明
3. ☐ 沒有，但是我希望能有說明
4. ☐ 沒有，我不需要任何說明
5. ☐ 不知道/不記得

6. 進行檢查之前，您是否有拿到關於您將進行的檢查的書面資料？

1. ☐ 有，書面資料很簡單明瞭
2. ☐ 有，但是書面資料不易理解
3. ☐ 沒有，但是我想要書面資料
4. ☐ 沒有，我不需要書面資料
5. ☐ 不知道/不記得

7. 醫療團隊向您說明檢查報告結果的方式，是否容易理解？

1. ☐ 是的，完全理解
2. ☐ 是的，部分理解
3. ☐ 沒有向我說明報告結果，但我希望有
4. ☐ 我不需要檢查報告結果的說明
5. ☐ 不知道/不記得

【確診方式】

8. 第一位告知您罹癌的人是？

1. ☐ 醫院的醫師，在_____醫院
2. ☐ 醫院的護理人員，在_____醫院
3. ☐ 基層診所醫師/家庭醫師
4. ☐ 其他的醫療照護人員
5. ☐ 朋友或者親戚
6. ☐ 沒有人告訴我，我自己發現

9. 被告知確診癌症時，是否有通知您可與家人或朋友陪同您前來？

1. ☐ 有
2. ☐ 沒有
3. ☐ 不需要
4. ☐ 透過信件或者電話通知我的
5. ☐ 不知道/不記得

10. 對於您確診癌症的告知方式，您的感受如何？

1. ☐ 非常重視病人感受
2. ☐ 還算重視病人感受
3. ☐ 不太重視病人感受

11. 當醫療團隊向您說明病情時，是否容易了解？

1. ☐ 是的，我完全能夠了解
2. ☐ 是的，我可以了解一部份
3. ☐ 不行，我不能了解
4. ☐ 不記得

12. 當您被告知罹癌時，您是否有拿到您癌症相關的書面資料呢？

1. ☐ 有的，書面資料簡單明瞭
2. ☐ 有的，但是書面資料不易理解
3. ☐ 沒有，我沒拿到癌症相關的書面資料
4. ☐ 我不需要書面資料
5. ☐ 不知道/不記得

【決定最佳治療方式】

13. 在治療開始前，醫療團隊有沒有提供您治療方式上的選擇？

1. ☐ 有
2. ☐ 沒有，但我希望能有治療方式上的選擇
3. ☐ 沒有，因為我適合的治療方式只有一種
4. ☐ 不確定/不記得

14. 您認為醫療團隊決定您的治療方式時，有將您的意見納入考量嗎？

1. ☐ 有，全數意見皆有納入考量
2. ☐ 有，部分意見納入考量
3. ☐ 沒有，我的意見沒有納入考量
4. ☐ 不知道我的治療方式是否有經過醫療照護團隊的討論
5. ☐ 不確定/不記得

15. 治療過程可能發生的副作用，醫療團隊是否以您可以理解的方式向您說明？

1. ☐ 是，完全用我可以理解的方式
2. ☐ 是，部分內容用我可以理解的方式
3. ☐ 否，沒有向我說明副作用
4. ☐ 我不需要任何關於副作用的說明
5. ☐ 不確定/不記得

16. 在治療開始前，您是否有獲得副作用的書面說明？

1. ☐ 有，書面說明很容易了解
2. ☐ 有，但是書面說明不易了解
3. ☐ 沒有，我未獲得任何副作用的書面說明
4. ☐ 不知道/不記得

17. 在治療開始前，醫療團隊是否向您說明治療對未來可能造成的影響？

1. ☐ 有，完全知道
2. ☐ 有，某種程度上知道
3. ☐ 沒有向我說明任何未來可能造成的影響
4. ☐ 我不需要任何關於未來影響的說明
5. ☐ 不確定/不記得

18. 是否如您所期望的程度，參與治療方式的決定？

1. ☐ 是，完全參與
2. ☐ 是，某種程度上有參與
3. ☐ 沒有，但是我希望能夠參與決定
4. ☐ 不確定/不記得

19. 請問您從確診到開始治療的等候時間多長？

1. ☐ 2 週以內
2. ☐ 2-4 週
3. ☐ 4 週以上
4. ☐ 不確定/不記得

【個案管理師】

個案管理師可確認您得到正確的照護，並給予您癌症治療上的幫助與建議

20. 是否有特定的一位個案管理師負責您的癌症照護？

1. ☐ 有，請續答第 21 題
2. ☐ 沒有，請續答第 24 題
3. ☐ 不知道/不確定，請續答第 24 題

21. 與個案管理師聯絡是否容易？

1. ☐ 容易
2. ☐ 有時候容易，有時困難
3. ☐ 很難聯絡
4. ☐ 我還沒有與個案管理師聯絡過

22. 最近一次您與個案管理師的對話，他/她是否悉心聆聽？

1. ☐ 是，肯定的
2. ☐ 是，某種程度上有
3. ☐ 不是

23. 當您有重要的問題與個案管理師聯絡時，您有多少問題能獲得解答？

1. ☐ 全部或大部分
2. ☐ 部分獲得解答
3. ☐ 幾乎沒有或從來沒有
4. ☐ 我沒有問過問題

【癌症相關支持】

請回想您第一次接受癌症治療的情形

24. 醫療團隊是否提供您癌症相關的支持團體或病友會的資訊？

1. ☐ 有
2. ☐ 沒有，但我希望能有這些資訊
3. ☐ 不需要
4. ☐ 不知道/不記得

25. 醫療團隊是否有與您討論或提供資訊，癌症對您的工作或求學可能產生的影響？

1. ☐ 有
2. ☐ 沒有，但我希望能與我討論或提供資訊
3. ☐ 不需要/跟我沒有關係
4. ☐ 不知道/不記得

26. 醫療團隊是否有提供給您，財務援助或其他可申請補助的資訊？

1. ☐ 有
2. ☐ 沒有，但我想要取得這類資訊
3. ☐ 不需要
4. ☐ 不知道/不記得

27. 醫療團隊是否有告訴您，持重大傷病證明卡，在其有效期限內，就醫可免部分負擔？

1. ☐ 有
2. ☐ 沒有，但我想要取得此資訊
3. ☐ 不知道/不記得

28. 您是否曾在醫院，收到癌症相關研究的訊息，例如：手冊、海報或公佈欄？

1. ☐ 是
2. ☐ 否

29. 在您確診之後，是否有被醫療團隊詢問過加入癌症研究的意願嗎？

1. ☐ 有，請續答第 30 題
2. ☐ 沒有，請續答第 31 題
3. ☐ 不知道/不記得，請續答第 31 題

30. 您是否曾加入癌症研究？

1. ☐ 是
2. ☐ 否

【手術】

31. 過去的 12 個月當中，您是否有在醫院接受過腫瘤切除手術？

1. ☐ 有
2. ☐ 沒有

32. 在您接受治療前，醫療團隊是否有向您說明手術將如何進行？

1. ☐ 有，完整說明
2. ☐ 有，部分說明
3. ☐ 沒有，但我希望能獲得說明
4. ☐ 我不需要任何說明
5. ☐ 不知道/不記得

33. 在您接受手術前，請問您是否有拿到手術的書面說明？

1. ☐ 有，簡單明瞭
2. ☐ 有，但是不易理解
3. ☐ 沒有，我沒有拿到任何關於手術的書面資料
4. ☐ 我不需要書面資料
5. ☐ 不知道/不記得

34. 手術結束之後，醫療團隊是否有向您說明手術執行的狀況？

1. ☐ 有，完整說明
2. ☐ 有，部分說明
3. ☐ 沒有，但我希望能向我說明
4. ☐ 我不需要說明

【醫院醫師】

35. 過去的 12 個月當中，您是否曾經接受過癌症相關手術或住院？

1. ☐ 是，在 _____ 醫院
2. ☐ 否

請回想您最近一次在醫院接受癌症相關手術或住院的經驗

36. 當您有重要的問題向醫師詢問，您獲得解答的頻率為？

1. ☐ 總是能獲得解答
2. ☐ 有時能獲得解答
3. ☐ 幾乎沒有/從未獲得解答
4. ☐ 我沒有詢問醫師問題

37. 您對於照護您的醫師(們)的信賴程度？

1. ☐ 對所有醫師都信賴
2. ☐ 信賴部分醫師
3. ☐ 無法信賴任何醫師

38. 照護您的醫師在與您說話時，是否曾無視於您的存在？

1. ☐ 是的，經常如此
2. ☐ 是的，有時候如此
3. ☐ 沒有

39. 您的親友想與醫師談話時，是否有談話機會？

1. ☐ 有，肯定的
2. ☐ 有，有時候可以
3. ☐ 沒有
4. ☐ 癌症治療過程沒有親友陪同
5. ☐ 我的親友沒有想與醫師談話
6. ☐ 我不希望我的親友與醫師談話

【病房護理人員】

請回想您過去最近一次於此醫院，接受癌症照護的手術、治療或住院情形

40. 當您有重要的問題向病房護理人員詢問時，您獲得解答的頻率為？

1. ☐ 總是可以獲得解答
2. ☐ 有時可以獲得解答
3. ☐ 幾乎沒有獲得解答/從未獲得解答
4. ☐ 我沒有詢問過病房護理人員

41. 請問您對於照護您的病房護理人員(們)的信賴程度？

1. ☐ 信賴所有護理人員
2. ☐ 信賴部分護理人員
3. ☐ 無法信賴任何護理人員

42. 病房護理人員在跟您說話的時候，是否曾無視於您的存在？

1. ☐ 是，經常
2. ☐ 是，有時候
3. ☐ 否

43. 您覺得醫院內值班的護理人員是否足夠，以向您提供照護？

1. ☐ 總是或經常有足夠的護理人員
2. ☐ 有時候足夠
3. ☐ 很少或是幾乎沒有足夠的護理人員

【醫院照護和治療】

請回想您過去最近一次於此醫院，接受癌症照護的手術、治療或住院情形

44. 您是否覺得醫療團隊，會對您隱瞞某些您要知道的事？

1. ☐ 常常如此
2. ☐ 有時候
3. ☐ 只有一次
4. ☐ 從來沒有

45. 是否發生過不同的醫療團隊成員，對您的病情或治療方式說法不一致？

1. ☐ 常常如此
2. ☐ 有時候
3. ☐ 只有一次
4. ☐ 從來沒有

46. 在討論您的病情或治療方式時，醫療團隊是否有尊重您的隱私？

1. ☐ 有，總是如此
2. ☐ 有，有時候如此
3. ☐ 沒有

47. 在進行檢查或治療時，醫療團隊是否有尊重您的隱私？

1. ☐ 有，總是如此
2. ☐ 有，有時候如此
3. ☐ 沒有

48. 當您至醫院就診時，您是否能夠與醫療團隊成員討論您擔憂或害怕的事情？

1. ☐ 總是可以討論
2. ☐ 大部份的情況下可以討論
3. ☐ 有的時候可以討論
4. ☐ 完全不行，但期望能夠討論
5. ☐ 我沒有感到擔憂或害怕

49. 您認為醫療團隊是否盡全力，幫助您控制疼痛？

1. ☐ 總是如此
2. ☐ 有的時候如此
3. ☐ 完全沒有
4. ☐ 我沒有疼痛

50. 醫療團隊對您進行治療時，是以尊重您的態度進行治療？

1. ☐ 總是如此
2. ☐ 大部分如此
3. ☐ 有的時候如此
4. ☐ 從來沒有

51. 您是否有得到清楚的資訊，告知您在出院以後什麼是該做的、什麼是不該做的？

1. ☐ 有
2. ☐ 沒有
3. ☐ 不記得

52. 醫療團隊是否有告知您，當您出院後，若對病情或治療感到擔心時可以聯繫誰？

1. ☐ 有
2. ☐ 沒有
3. ☐ 不清楚/不記得

【居家照護與支持】

請回想您過去最近一次於此醫院，接受癌症照護的手術或住院情形

53. 醫療團隊是否有提供您的親友或照顧者，您所需的居家照護的相關資訊？

1. ☐ 有，肯定的
2. ☐ 有，某種程度上
3. ☐ 沒有
4. ☐ 居家照護過程沒有親友協助
5. ☐ 親友不想要/不需要居家照護資訊
6. ☐ 我不希望我的親友獲得居家照護資訊

54. 離院後，您是否有從健康與社會服務系統，獲得足夠的照護和幫助（例如：公衛護士、居家護理服務或居家物理治療師）？

1. ☐ 有，肯定的
2. ☐ 有，某種程度上
3. ☐ 沒有
4. ☐ 我不需要健康與社會照護服務的幫助
5. ☐ 不知道/不記得

【醫院的日間/門診照護】

55. 醫療團隊是否盡全力在控制放射線治療的副作用？

1. ☐ 是，肯定的
2. ☐ 是，有某種程度上的控制
3. ☐ 否，他們可以控制得更好
4. ☐ 我沒有放射治療的副作用
5. ☐ 我沒有接受放射線治療

56. 醫療團隊是否盡全力在控制化學治療的副作用？

1. ☐ 是，肯定的
2. ☐ 是，有某種程度上的控制
3. ☐ 否，他們可以控制得更好
4. ☐ 我沒有產生化學治療的副作用
5. ☐ 我沒有接受化學治療

57. 您在門診或是日間照護時，醫療團隊是否盡全力控制您的疼痛？

1. ☐ 是，肯定的
2. ☐ 是，有某種程度上的控制
3. ☐ 否，他們可以控制得更好
4. ☐ 我沒有疼痛問題

58. 當您接受門診或日間照護時，醫療團隊是否有提供足夠的情緒支持？

1. ☐ 是，肯定的
2. ☐ 是，有某種程度上的支持
3. ☐ 否，我想要獲得情緒支持
4. ☐ 我不需要醫療團隊提供情緒支持

【醫師的門診預約掛號】

59. 在過去 12 個月當中，您是否有在醫院的癌症專科醫師門診預約掛號？

1. ☐ 有，請續答第 60 題
2. ☐ 沒有，請續答第 61 題

60. 最近一次到癌症專科醫師的預約門診看診時，醫院是否備好齊全的文件，像是病歷、X 光報告、檢查報告等？

1. ☐ 是
2. ☐ 否
3. ☐ 不知道/不記得

【轉診/家庭醫師照護】

為您轉介至大醫院求診的醫院醫師、基層診所醫師或您習慣看診的醫師

61. 到目前為止，您的轉診/家庭醫師對您的病情以及所曾接受的照護是否清楚了解？

1. ☐ 是
2. ☐ 否
3. ☐ 不知道/不記得
4. ☐ 沒有轉診/家庭醫師，請續答第 63 題

62. 當您接受癌症治療時，您認為您的轉診/家庭醫師，是否盡他們所能的提供支持？

1. ☐ 是，肯定的
2. ☐ 是，有提供某種程度上的支持
3. ☐ 否，他們可以提供更多支持
4. ☐ 不適用於我的癌症治療過程

【總體性照護】

63. 癌症多專科團隊（醫院醫師、醫院護理人員、個案管理師等）是否通力合作，提供給您最好的照護？

1. ☐ 是，總是如此
2. ☐ 是，大部份時候如此
3. ☐ 是，偶爾如此
4. ☐ 否，從未如此
5. ☐ 不知道

64. 您是否有接受過以下醫療照護人員，其所提供的癌症照護？（可複選）

1. ☐ 物理治療師
2. ☐ 職能治療師
3. ☐ 營養師
4. ☐ 言語治療師
5. ☐ 淋巴水腫治療師
6. ☐ 安寧共照團隊
7. ☐ 社工師

65. 您認為您所獲得的癌症治療資訊是否足夠？

1. ☐ 不夠
2. ☐ 剛剛好
3. ☐ 太多了

66. 您是否知道您的癌症評估與治療計畫？治療計畫為癌症多專科團隊，基於診療指引以及您癌症照護的需求擬定，臨床醫師將依據癌症治療計劃給予病人治療。

1. ☐ 是
2. ☐ 否
3. ☐ 不清楚/不記得

67. 有些癌症病人會覺得醫療團隊只是在「治病」而不是在「治人」；您是否覺得您的醫療團隊也是如此？

1. ☐ 是，經常
2. ☐ 是，有時候
3. ☐ 沒有

68. 整體來說，您對您接受到的照護評分？

1. ☐ 非常好
2. ☐ 很好
3. ☐ 好
4. ☐ 不好
5. ☐ 非常不好

【關於您】

若您協助病人填答問卷，請確認以下填寫的是癌症病人資料

69. 您的出生年份（西元年）？

西元 1 9 年

70. 您的性別？

1. ☐ 男性
2. ☐ 女性

71. 您是哪裡人？

1. ☐ 台灣閩南人
2. ☐ 台灣客家人
3. ☐ 台灣原住民
4. ☐ 大陸各省市
5. ☐ 新住民
6. ☐ 其他，請說明：_____

72. 您目前的居住情形？

1. ☐ 獨居
2. ☐ 與家人或親友同住

73. 您主要的工作狀態為？（若是產假或病假，請依平時工作狀態回答）

1. ☐ 全職工作
2. ☐ 兼職工作
3. ☐ 家庭主婦/夫
4. ☐ 學生（在學）
5. ☐ 退休
6. ☐ 沒有工作-在找工作
7. ☐ 沒有工作/因健康因素無法工作
8. ☐ 其他

74. 您是否有下列的長期性症狀？（可複選）

1. ☐ 失聰或聽力嚴重受損
2. ☐ 失明或弱視
3. ☐ 長期存在的身體狀況，如頭痛、疲勞等
4. ☐ 學習障礙
5. ☐ 心理/精神症狀，如焦慮、壓力大等
6. ☐ 長期存在的疾病，如愛滋病、糖尿病、慢性心臟病或癲癇
7. ☐ 我沒有以上長期性的症狀

75. 在過去的3年內，您是否接受過以下病症的治療？（可複選）

1. ☐ 糖尿病
2. ☐ 高血壓
3. ☐ 中風
4. ☐ 心臟疾病（心臟病、動脈阻塞、心瓣膜問題等心臟的健康問題）
5. ☐ 關節炎
6. ☐ 失智症
7. ☐ 氣喘或慢性阻塞性肺病（COPD）
8. ☐ 我沒有接受過以上這些病症的治療

76. 您初次確診癌症的時間 (西元年、月)
是？

西元 ____ 年 ____ 月

77. 您初次診斷的癌症為？

1. ☐ 乳癌
2. ☐ 大腸直腸癌
3. ☐ 子宮頸癌
4. ☐ 肺癌
5. ☐ 口腔癌
6. ☐ 肝癌

78. 您初次診斷癌症的期別為？

1. ☐ 第 0 期
2. ☐ 第 1 期
3. ☐ 第 2 期
4. ☐ 第 3 期
5. ☐ 第 4 期
6. ☐ 不確定/不記得

79. 您此次癌症的第一次治療到現在已經多
久了？

1. ☐ 1 年內
2. ☐ 1 至 5 年
3. ☐ 大於 5 年
4. ☐ 不清楚/不記得

80. 承上題，這是否為您初次的癌症治療？

1. ☐ 是的，這是我的初次癌症治療
2. ☐ 不是，我曾經接受過同一原發部位的癌症治療，現在癌症復發
3. ☐ 不是，我曾經接受過不同原發部位的癌症治療

81. 您目前的癌症在治療後的反應？ (請勾
選一個最符合您目前的狀態)

1. ☐ 癌症的治療療程尚未開始
2. ☐ 我正在接受治療，尚不知道治療效果
3. ☐ 治療效果良好，我沒有任何癌症的症狀
4. ☐ 已完成癌症治療療程，但癌症仍存在
5. ☐ 我再度進行治療，因對治療的反應不好
6. ☐ 沒有進行積極治療，治療計畫是密切觀察
7. ☐ 我沒有接受任何的治療

82. 我們能否在未來向您寄出，關心您健康
狀態的問卷？

1. ☐ 可以，我了解這不代表我必須要參與未來的問卷研究
2. ☐ 我希望未來的問卷研究，不要再與我聯絡

【其他意見】

您所接受的癌症照護，有沒有覺得哪一部分很滿意？

您覺得癌症照護可以如何改進？

其他任何意見？

- 本問卷到此結束，非常感謝您的耐心填答 -