

行政院國家科學委員會補助專題研究計畫成果報告

中文版基層醫療照護品質測量工具之建立 及信、效度評估

計畫類別：個別型計畫 整合型計畫

計畫編號：NSC90-2314-B-039-006-

執行期間：民國 90 年 08 月 01 日至民國 91 年 07 月 31 日

計畫主持人：林正介

共同主持人：李采娟、石磊玉、劉秋松

計畫參與人員：賴明美、李佳霏、李美燕

本成果報告包括以下應繳交之附件：

- 赴國外出差或研習心得報告一份
- 赴大陸地區出差或研習心得報告一份
- 出席國際學術會議心得報告及發表之論文各一份
- 國際合作研究計畫國外研究報告書一份

執行單位：中國醫藥學院醫學系

中華民國 91 年 10 月 1 日

行政院國家科學委員會專題研究計畫成果報告
中文版基層醫療照護品質測量工具之建立及信、效度評估

Development and Reliability and Validity Assessment of A Chinese Version of Primary Care Assessment Tool

計畫編號：NSC90-2314-B-039-008

執行期限：90年8月1日至91年7月31日

主持人：林正介 中國醫藥學院 醫學系

共同主持人：李采娟、劉秋松^a、石磊玉^b

中國醫藥學院中醫所,醫學系^a; Johns Hopkins University/School of Public Health & Hygiene^b

計畫參與人員：賴明美、李佳雲、李美燕 中國醫藥學院附設醫院

一、中英文摘要

摘要

由於HMO的制度除能減少醫療資源的浪費及抑制醫療費用的上漲外，也注重基層醫療照護的品質，所以在新醫療給付制度實施前應先瞭解目前基層醫療照護品質，做為未來新制度實施後對基層醫療照護品質改善或維持的參考依據。本研究是二年型連續性計畫，第一年的研究目的是要翻譯英文版的基層醫療照護品質評估量表，以發展適合台灣醫療環境的中文版「基層醫療照護品質評估量表」。而第二年研究是要進行中文版「基層醫療照護品質評估量表」的信度及效度的評估。

本研究參考「國際生活品質評估計畫」(The International Quality of Life Assessment Project, IQOLA)所建立翻譯量表的研究流程，將美國約翰霍普金斯基層醫療照護政策中心(Johns Hopkins Primary Care Policy Center)發展的基層醫療照護品質評估工具(Primary Care Assessment Tool)發展成適合台灣地區的基層醫療照護品質評估工具，以定性方法來評估和改善翻譯問卷概念的相等性及接受度。本年度研究結果顯示，測量工具仍維持原量表所包含的四個主要構面為「第一線接觸」、「進行中照護」、「照護協調性」、「綜合性服務」、「社區導向服務」，僅在部份構面的題數組合有所不同。

關鍵詞：基層醫療、醫療品質、中文版「基層醫療照護品質評估量表」、信度、效度、翻譯

ABSTRACT

Introduction: Several forms of HMO plans require primary care physicians to act as gatekeepers for their patients. Under this condition, it's important to monitor the performance of current health system's performances to assure its quality of care. This proposed longitudinal study consists of two-year period. The aim of the first year is to develop a Chinese-version PCAT by translating English-version one and taking into account the attitude of primary care physicians through a survey of attitude toward the importance of the items. The aim of the second year is to validate the Chinese-version PCAT to provide estimates of reliability and validity among patients in ambulatory care. **Methods:** The development of Chinese-version PCAT following the guidelines proposed by the International Quality of Life Assessment Project (IQOLA) for cross-cultural adaptation by translation English-version one, which was developed by Johns Hopkins Primary Care Policy Center. **Results:** Our study results show that Chinese-version PCAT consisted with First-Contact, Ongoing Care, Coordination of Care, Comprehensiveness of Care, and Community-Oriented Primary Care, but the item number of each dimensions in Chinese-version PCAT is different with the English-version one.

Keywords: primary care; quality of care; Chinese-version Primary Care Assessment Tool (PCAT); reli-

二、計畫內容

前言

依據美國、丹麥、荷蘭、法國等十一個西方工業國家的健康調查顯示，要促使民眾的健康狀態達到理想水準，除強化公共衛生部門的功能外，更要加強基層醫療照護服務，顯示基層醫療照護服務是目前全民健保應該要加強的醫療服務主體。而且魏中仁等人(1997^{1,2})研究亦指出社會菁英對全民健保未來引進 HMO(Health Maintenance Organization)制度多採正面看法，並提出以「論人頭」(capitation)為主軸，類似 HMO 的多元制度，其中更特別強調新的 HMO 醫療照護制度不該低於目前全民健保的醫療水準及醫療服務品質。因此在未實施新的醫療給付制度之前應該先瞭解目前基層醫療照護品質，以作為未來新的支付制度實施後基層醫療照護品質有無改善或維持的參考依據。

為發展適合台灣地區基層醫療照護服務的評估量表，因此本研究以 Johns Hopkins 基層照護政策中心所發展的「基層醫療照護品質評估量表」作為基層醫療照護品質的測量工具。但台灣與美國的醫療環境差異甚大，原版「基層醫療照護品質評估量表」中許多測量不同基層醫療照護品質構面下的題目組成對於可能不適合評估台灣的基層醫療照護品質，因此為發展一份適合測量台灣基層醫療品質的量表應該參考目前真正從事基層醫療服務的醫師的意見，增加需要、刪除或修改不適當的題目，以發展中文版的「基層醫療照護品質評估量表」。

由於基層醫療照護在台灣未來將扮演十分重要的角色，且為建立適合台灣基層醫療照護的基層醫療照護品質測量工具，本研究除進行嚴謹的翻譯量表工作外，將以從事基層相關醫療照護工作醫師的評估意見作為量表內容的參考依據，並進行量表的信度及效度測試，進而建立中文化基層醫療照護品質的測量工具，可作為未來有效評估基層照護品質的參考工具，並能作為醫師在提供基層醫療服務時應有服務品質的參考方向。

研究方法

實際提供基層醫療服務醫師的抽樣方法採等距抽樣(systematic sampling)，抽樣名冊以全國醫師聯合公會於民國八十七年出版的醫師會員名冊為主，依其名冊登錄執業科別為一般科、內科、家醫科、婦產科及耳鼻喉科且執業場所為診所的醫師共約9000人，依其順序每31人作等距抽樣，抽取率為3.3%。另外教學醫院以上層級家庭醫學科主任、基層醫療協會理監事、家庭醫學會理監事、育德會會員及其他相關專家則全數納入研究樣本，共188位，其中教學醫院以上層級家庭醫學科主任85位，基層醫療協會理監事42位，家庭醫學會理監事26位，育德會會員29位及其他相關專家6位。

以橫斷面的研究收集受訪者之人口因子、執業年資、執業型態、評估基層醫療照護品質項目的重要性等相關資料，採郵寄方式以郵寄問卷予研究的受訪者。

發出的問卷共有488份，經過一再的問卷補寄與電話催收，最後回收的份數是110份，包括教學醫院以上層級家庭醫學科主任16份，基層醫療協會理監事、家庭醫學會理監事及其他相關專家11份，育德會會員14份以及基層診所開業醫師69份。其中有5位死亡、9位退休、10位停業、9位目前已轉至醫院工作(即非基層診所醫師)、1位不符合研究對象條件(非臨床醫師)、1位因年紀太大無法填答，在排除不符合條件的研究對象之後，回收率為24.28%。

醫師調查的部分乃藉由醫師專家調查的資料收集，進行問卷中題目的重要性分析。本研究採用Lawshe所發展的內容效度比值(content-validity ratio, CVR)計算公式(Lawshe C.H., 1975; C Björvell etc., 2000)，進行問卷中各個題目的重要性評估。

研究結果

表1呈現全體醫師、家醫科主任、理監事、育德會會員、基層醫師對「基層醫療照護品質評估工具」中所測量的服務項目之內容效度比值。在「第一線接觸」部分，不同醫師團體在第1、2、6、7、8題

評估「第一線接觸」服務「一定要」包含的項目皆有大於0.11的內容效度比值；而第10題的CVR皆大於0，即五個醫師團體中皆有一半以上的醫師認為該題目為「一定要」包含的評估項目。此外，第4題與第5題在不同醫師團體的CVR皆小於0，即五個醫師團體中皆有一半以上的醫師認為該題目為「並非一定要」、「沒有必要」包含的評估項目，此二題皆為和更換醫師有關的題目，在國內民眾若要更換醫師乃相當方便之事，因此這二個項目若被運用在實際測量時，其選項分布將集中在「確定是」，其區分不同程度基層醫療品質的能力較弱，故在醫師調查階段即刪除。

在「進行中照護」部分，不同醫師團體在第2、16、23、24、26題評估「進行中照護」服務「一定要」包含的項目皆有大於0.63的內容效度比值；而第1、3~7、9、10、12、18、25題的CVR皆大於0，即五個醫師團體中皆有一半以上的醫師認為該題目為「一定要」包含的評估項目。雖然第8、11、14、17、20~22題在各個醫師團體皆有相當低的內容效度比值，但這些題目屬於基層醫療品質的重要特質，只不過並未受到目前國內的基層醫療提供者的重視，經過討論將所有題目保留，並在整理了醫師所提出的意見加入一題，題目是：當您的醫師出國時，是否會推薦其他醫師診治。

在「照護協調性」部分，不同醫師團體在第5~8題評估「照護協調性」服務「一定要」包含的項目皆有大於0.34的內容效度比值；而第1~3題的CVR皆大於0，即五個醫師團體中皆有一半以上的醫師認為該題目為「一定要」包含的評估項目。但由於目前國內的醫療體制，不論基層或專科醫療服務皆允許民眾自行就醫，故第1題區分不同程度基層醫療品質的能力較弱，故將此題刪除。

在「綜合性服務」部分，不同醫師團體在第19~21、24、28、29題評估「綜合性服務」服務「一定要」包含的項目皆有大於0.31的內容效度比值；而第1、2、6、22、30~33題的CVR皆大於0，即五個醫師團體中皆有一半以上的醫師認為該題目為「一定要」包含的評估項目。雖然第3、

7、10、12、17、18 題在各個醫師團體皆有相當低的內容效度比值，但這些題目在參考其它國外相關文獻中皆提到其屬於基層醫療品質的重要特質，只不過可能未受到目前國內的基層醫療提供者的重視，經過討論將所有題目保留，並在整理了醫師所提出的意見加入口腔衛生和視力篩檢二個服務項目。

在「社區導向服務」部分，不同醫師團體皆有一半以上的醫師認為第 3 題的 a 小題為評估「社區導向服務」服務「一定要」包含的項目。雖然第 1、2 題及第 3 題的 b 小題在各個醫師團體皆有較低的內容效度比值，但這些題目在參考其它國外相關文獻中皆提到其屬於基層醫療品質的重要特質，只不過可能未受到目前國內的基層醫療提供者的重視，經過討論將所有題目保留。

在「牙醫服務」部分，此二個項目在不同醫師團體皆有較低的內容效度比值，且由於牙醫服務為較特殊的專科服務，並非民眾經常求醫的一般科別，故此部份經過討論將所有題目皆刪除。

表 1. 全體醫師、家醫科主任、理監事、育德會會員、基層醫師對「基層醫療照護品質評估工具」中測量項目之內容效度比值(Content Validity Ratio, CVR) N=110

題 目	CVR				
	全數 醫師 n=110	家醫 科主 任 n=16	理監 事 n=11	育德 會會 員 n=14	基層 醫師 n=69
第一線接觸					
1. 獲得健康檢查	0.30	0.13	0.27	1.00	0.19
2. 得到新健康問題的照護	0.67	0.75	1.00	1.00	0.58
3. 需醫師同意或轉診給專科醫師	0.06	0.25	0.27	-0.14	0.01
4. 可隨時更換醫師	-0.40	-0.13	-0.45	-0.43	-0.45
5. 想更換醫師	-0.51	0.00	-0.45	-0.14	-0.72
6. 於門診時段當天就診	0.58	0.63	0.82	0.57	0.53
7. 於假日非門診時段當天就診	0.25	0.50	0.80	0.23	0.11
8. 於晚上非門診時段當天就診	0.20	0.13	0.33	0.43	0.15
9. 非門診時段由電話得到醫療諮詢	-0.07	-0.25	0.60	0.14	-0.16
10. 約診需很長一段時間或接洽許多人	0.13	0.13	0.64	0.14	0.04
11. 等候超過 30 分鐘才能獲得檢查	-0.17	-0.25	0.27	0.00	-0.26
12. 有困難獲得醫療照護	0.12	0.00	-0.10	0.38	0.13
進行中照護					
1. 每次見到相同的醫師或護士	0.38	0.25	0.64	0.86	0.27
2. 醫師了解您所說的或您的要求	0.74	0.63	0.82	0.86	0.73
3. 醫師以您了解的方式回答問題	0.72	0.38	0.82	0.86	0.76
4. 可打電話請教醫師	0.31	0.13	0.64	0.57	0.24
5. 醫師視您為完整個體照顧	0.64	0.75	0.64	0.57	0.64
6. 有足夠時間敘述問題	0.57	0.50	0.64	0.71	0.55
7. 可自在地敘述問題	0.45	0.38	0.82	0.71	0.34
8. 醫師知道您和誰住在一起	-0.48	-0.38	0.10	-0.71	-0.55
9. 醫師了解您最重要的問題	0.39	0.63	0.45	0.29	0.34
10. 醫師了解您完整的疾病史	0.70	0.63	1.00	0.71	0.66
11. 醫師允許您看病歷	-0.15	-0.50	-0.64	0.29	-0.08
12. 病歷是否都在	0.36	0.25	0.45	0.57	0.32

題 目	CVR				
	全數 醫師 n=110	家醫 科主 任 n=16	理監 事 n=11	育德 會會 員 n=14	基層 醫師 n=69
13. 醫師知道您的工作情形	-0.17	0.00	0.27	-0.43	-0.24
14. 醫師知道您經濟上有困難	-0.44	-0.50	-0.45	-0.71	-0.36
15. 醫師願意見您的家人	0.12	-0.13	0.40	0.14	0.13
16. 醫師了解您的用藥情形	0.75	0.75	0.82	0.71	0.75
17. 醫師幫您預約掛號解說報告	-0.25	0.13	-0.40	-0.29	-0.31
18. 醫師能獲得您看其他醫師的訊息	0.21	0.50	0.45	0.14	0.11
19. 推薦醫師給您親友	-0.01	0.00	0.10	0.43	-0.12
20. 推薦醫師給無法說國語或台語的人	-0.37	-0.38	-0.45	-0.29	-0.38
21. 推薦醫師給使用民俗療法或有特殊健康照護信仰的人	-0.70	-0.50	-0.82	-0.71	-0.72
22. 醫師了解您的價值觀和宗教信仰	-0.61	-0.63	-0.45	-0.71	-0.61
23. 醫師專心傾聽您的敘述	0.76	0.63	1.00	0.71	0.76
24. 醫師會做詳實的檢查	0.78	0.88	0.82	0.71	0.76
25. 醫師會誠實說明健康狀況	0.57	0.25	0.64	0.69	0.61
26. 信任您的醫師	0.76	0.50	1.00	0.86	0.76
27. 醫師持續以各種方式追蹤病情	0.45	0.25	0.82	0.86	0.35
照護協調性					
1. 轉介病人需經過同意	0.17	0.38	0.60	0.14	0.14
2. 醫師知道您去看專科醫師	0.44	0.50	0.45	0.43	0.42
3. 醫師和您討論可獲得專科醫師的處方	0.32	0.00	0.27	0.86	0.29
4. 醫師協助您與專科醫師掛號	-0.02	0.13	-0.27	0.29	-0.08
5. 醫師寫至專科醫師看診的原因	0.45	0.63	0.82	0.43	0.34
6. 醫師知道專科醫師看診的結果	0.52	0.50	0.78	0.57	0.48
7. 醫師和您討論看專科醫師的情形	0.47	0.50	0.60	0.29	0.48
8. 醫師關心照護品質	0.49	0.63	0.64	0.43	0.45

結論與建議

經過回收調查資料的分析，不同的醫師團體對各個題目的重要性評估有所差異，即不同訓練背景醫師的看法有所不同，所以分析結果無法完全做為刪減題目的準則，應再進行民眾前測，以做為另一刪減題目的準則。

參考文獻

1. 魏中仁、鍾國彪、張睿詒、陳維昭、林文德、楊志良(1997₁): 全民健保醫療照護採類似 HMO 制度之可行性探討:(一)接受程度之分析。醫院 30(5): 1-12。
2. 魏中仁、鍾國彪、張睿詒、陳維昭、林文德、楊志良(1997₂): 全民健保醫療照護採類似 HMO 制度之可行性探討:(二)制度規範之偏好。醫院 31(1): 1-12。
3. C Björvell, I Thorell-Ekstrand, R Wredling: Development of an Audit Instrument for Nursing Care Plans in the Patient Record. Quality in Health Care 2000; 9:6-13.
4. Lawshe C.H.: A Quantitative Approach to Content Validity. Personnel Psychology 1975; 28:563-575.

題 目	CVR				
	全數 醫師 n=110	家醫 科主 任 n=16	理監 事 n=11	育德 會會 員 n=14	基層 醫師 n=69
綜合性服務					
1. 營養或飲食問題的諮詢	0.22	0.13	0.10	0.43	0.22
2. 疫苗注射	0.28	0.25	0.45	0.29	0.26
3. 檢查社福計畫的條件	-0.55	-0.50	-0.64	-0.57	-0.55
4. 家庭計畫或避孕方法	-0.13	0.00	-0.27	-0.29	-0.10
5. 成癮問題的討論	0.08	0.38	0.10	-0.29	0.10
6. 心理健康問題的諮詢	0.22	0.13	0.10	0.54	0.21
7. 鉛中毒測試	-0.47	-0.50	-0.45	-0.86	-0.38
8. 傷口之縫合	-0.03	-0.13	0.27	-0.29	0.00
9. 愛滋病的諮詢與檢查	-0.06	0.13	-0.10	-0.86	0.06
10. 聽力篩檢	-0.44	-0.50	-0.80	-0.71	-0.32
11. 過敏注射	-0.02	-0.25	0.10	-0.54	0.12
12. 疣的移除	-0.40	-0.50	-0.27	-0.57	-0.36
13. 扭傷的固定	-0.14	-0.13	0.10	-0.57	-0.09
14. 腳指甲內長之照護	-0.30	-0.38	0.00	-0.71	-0.24
15. 討論正常老化的自然改變	0.10	0.50	0.27	0.14	-0.03
16. 行車安全的建議	-0.19	-0.25	-0.10	-0.43	-0.13
17. 家庭安全的建議	-0.30	-0.50	-0.45	-0.86	-0.10
18. 家庭衝突之處理方法	-0.34	-0.50	-0.10	-0.86	-0.24
19. 運動的建議	0.50	0.73	0.82	0.86	0.32
20. 核對和討論用藥	0.60	0.75	0.82	0.58	0.53
21. 保持健康的方法	0.41	0.50	0.64	0.58	0.31
22. 有害物質之可能暴露	0.16	0.25	0.10	0.00	0.18
23. 護理之家照護的建議	-0.12	0.13	-0.45	-0.43	-0.06
24. 子宮頸抹片檢查	0.41	0.50	0.64	0.00	0.43
25. 直腸檢查或乙狀結腸鏡檢查	-0.04	-0.13	-0.10	-0.43	0.07
26. 戒菸諮詢	0.05	0.25	0.45	-0.29	0.00
27. 產前檢查	0.10	-0.13	0.10	-0.71	0.33
28. 提供健康照護相關諮詢	0.58	0.38	0.82	0.43	0.62
29. 血中膽固醇之檢查	0.44	0.50	0.82	0.57	0.34
30. 防止骨質疏鬆	0.42	0.25	1.00	0.60	0.25
31. 月經週期或更年期照護	0.34	0.33	1.00	0.40	0.13
32. 預防熱水燙傷	0.25	0.11	0.20	0.20	0.32
33. 預防跌倒	0.39	0.33	0.20	0.40	0.46
社區導向服務					
1. 醫師會到家裡家訪	-0.54	-0.38	-0.45	-0.86	-0.52
2. 醫師知道居家地區的健康問題	-0.06	0.13	0.27	-0.14	-0.13
3. 從民眾得到意見或想法					
a. 病人調查	0.21	0.25	0.60	0.29	0.13
b. 社區調查	0.04	-0.13	0.20	-0.14	0.10
牙醫服務					
1. 牙齒檢查	0.29	-0.07	0.27	0.17	0.42
2. 牙齒的治療	0.42	-0.20	-0.50	0.33	0.64

*字型加粗的題目表示經刪除的題目