

台北醫學大學醫學資訊研究所

碩士論文

網路醫病互動對精神科診所患者之影響

The Impact of Internet Physician-Patient Interaction
Toward Patients in the Psychiatric Clinic



指導教授：邱泓文

研究生：賴仕涵撰

中華民國一百年七月

July, 2011

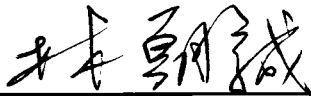
臺北醫學大學碩士學位考試委員審定書

論文題目(中文) 網路醫病互動對精神科診所患者之影響

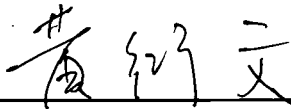
論文題目(英文) The Impact of Internet Physician-Patient Interaction Toward Patients in the Psychiatric Clinic

本論文係 賴仕涵 君(學號 G158094003)於臺北醫學大學醫學科技學院醫學資訊學研究所完成之碩士學位論文，承下列委員審查通過及口試及格，特此證明。

論文考試委員：



(林朝誠 助理教授，台灣大學醫學院醫學系精神科)




(黃衍文 教授，國立臺北護理健康大學資管系)



(盧孟良 副教授，台北醫學大學醫學系精神科)



(蘇家玉 助理教授，臺北醫學大學醫學資訊研究所)



(邱泓文 教授，臺北醫學大學醫學資訊研究所)

中華民國 100 年 6 月 30 日

臺北醫學大學電子暨紙本學位論文書目同意公開申請書

(本文件影本與論文一併裝訂)

| | | | |
|--|--|------|--|
| 申請人姓名 | 賴仕涵 | 畢業年月 | 民國 100 年 7 月 |
| 學號 | G158094003 | 系所名稱 | 醫學資訊研究所 |
| 聯絡電話 | 0966-959-564 | 學位 | <input checked="" type="checkbox"/> 碩士班 <input type="checkbox"/> 博士班 |
| 電子郵件 | dr.jamesblue@hotmail.com | | |
| 論文題目 | 網路醫病互動對精神科診所患者之影響 | | |
| 同意項目 | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> 立即公開 | ※若選擇立即公開，相關研究成果即將喪失申請專利權利 | | |
| <input type="checkbox"/> 延後公開 含紙本論文及電子 論文書目資料(包 含書目、目次、摘 要、引用文獻) | 延後公開原因： | | |
| | 公開日期： 中華民國 年 月 日起(年限最長為5年) | | |
| | 備註 1：紙本論文(平裝本)連同本申請書正本提供教務處；另提供紙本論文予圖書館(精裝本)及系所(平裝本)，各保管單位應盡保密責任。 備註 2：電子論文全文延後公開，請於系統提交論文時務必於系統上勾選延後公開及設定時間。 | | |

申請人簽名：

賴仕涵

指導教授簽名：

邱清文

研究所所長簽名：

徐建業

申請日期：中華民國 100 年 7 月 14 日

臺北醫學大學學位考試保密同意書暨簽到表

(本文件影本與論文一併裝訂)

學位考試基本資料：

| | | | |
|------|--|-----|---------------|
| 論文題目 | 網路醫病互動對精神科診所患者之影響 | | |
| | The Impact of Internet Physician-Patient Interaction Toward Patients in the Psychiatric Clinic | | |
| 指導教授 | 邱泓文 | 職 稱 | 教授 |
| 學生姓名 | 賴仕涵 | 系 所 | 醫學資訊研究所碩士在職專班 |
| | | 學 號 | G158094003 |
| 考試時間 | 100 年 6 月 30 日(上)下午 9 時 00 分 | | |
| 考試地點 | 醫資所討論室C | | |

本論文考試涉及揭露方所告知或交付之研發成果或技術秘密等重要智慧財產權，該機密資訊為揭露方所擁有之法定權利或期待利益，僅限以下特定人士參與，所有與會者了解並同意對參與本考試所接觸到之機密內容保守秘密，不得自行利用或以任何方式使第三人利用「機密資訊」或取得任何權利，直到本論文開放閱覽或完成專利申請為止。

考試委員簽署：

| 姓名 | 服務單位 | 職稱 | 簽名 |
|-----|---------------|------|-----|
| 邱泓文 | 台北醫學大學 | 教授 | 邱泓文 |
| 林朝誠 | 台灣大學醫學院醫學系 | 助理教授 | 林朝誠 |
| 黃衍文 | 台北護理健康大學資管系 | 教授 | 黃衍文 |
| 盧孟良 | 台北醫學大學醫學系精神科 | 副教授 | 盧孟良 |
| 蘇家玉 | 台北醫學大學醫學資訊研究所 | 助理教授 | 蘇家玉 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

誌謝

不太記得自己到底已經讀了幾年。其間歷經離開醫學中心自己開業、更換指導教授、休學又復學、再休學再復學，終於熬到可以寫這段文字了。一路走來，曾經協助過我的人有很多：

感謝還在國泰醫院時，蒙張景瑞主任的認可、其他主治醫師及醫護同仁的諒解與協助，讓我得以騰出空檔到學校修課。

感謝到了診所後所有伙伴們的協助，讓我得以將心思放在認真看診上。也感謝曾經來到診所的個案，你們的回應不管是好是壞，都成為我進步的動力，更是研究靈感的來源。

感謝指導老師邱泓文教授忍受我的偷懶怠惰、進度落後、狀況頻頻，還很有耐心的協助我處理所上相關行政事務。如果要繼續讀博士班，您依然是我的第一選擇。

感謝爸媽分別扮演黑臉、白臉的角色：一個不斷督促追問我『論文寫到哪裡了？』一個時時關心我『不要太累了！』

感謝其他還沒謝到、無法一一列舉、生活中或網路上的朋友們，你們在不同時間點提供我形式互異的種種心靈支持。

最重要的，感謝老婆的一切。

賴仕涵於台北醫學大學醫學資訊研究所

2011/7/8

目錄

頁數

| | |
|-----------------------|------|
| 標題..... | i |
| 審定書..... | ii |
| 論文書目同意公開申請書..... | iii |
| 保密同意書..... | iv |
| 誌謝..... | v |
| 目錄..... | vi |
| 表目錄..... | viii |
| 圖目錄..... | ix |
| 中文摘要..... | x |
| 英文摘要..... | xi |
| 第一章 緒論 | |
| 1.1 緒論..... | 1 |
| 第二章 文獻查證 | |
| 2.1 網路醫學..... | 4 |
| 2.2 網路精神醫學..... | 5 |
| 2.3 醫病關係..... | 7 |
| 2.4 網路醫病關係..... | 8 |
| 2.5 醫師部落格..... | 12 |
| 2.6 精神科常見疾患及人格分類..... | 13 |
| 2.7 網路醫學相關法令..... | 14 |
| 第三章 研究材料與方法 | |
| 3.1 研究材料..... | 16 |
| 3.2 研究方法..... | 16 |
| 3.3 研究者部落格內容..... | 19 |

第四章 結果

| | |
|-----------------------|----|
| 4.1 電子郵件內容與分析..... | 21 |
| 4.2 留言版內容與分析..... | 23 |
| 4.3 網路問卷內容與結果..... | 28 |
| 4.4 其他使用部落格之醫師訪談..... | 32 |

第五章 討論與結論

| | |
|------------------------|----|
| 5.1 網路醫病互動對醫師之負擔 | 35 |
| 5.2 網路醫病互動模式之選擇..... | 36 |
| 5.3 狹義網路醫病互動之助益..... | 37 |
| 5.4 廣義網路醫病互動之助益..... | 43 |
| 5.5 網路醫病互動之負面影響..... | 45 |
| 5.5 研究結論與研究局限..... | 47 |

參考資料

| | |
|-----------|----|
| 英文文獻..... | 50 |
| 中文文獻..... | 56 |
| 電子資料..... | 57 |

附錄

| | |
|------------------------|----|
| 附錄一 部落格首頁版型..... | 58 |
| 附錄二 部落格中理念傳達文章（一）..... | 59 |
| 附錄三 部落格中理念傳達文章（二）..... | 61 |
| 附錄四 部落格留言範例..... | 63 |
| 附錄五 電子郵件範例..... | 64 |
| 附錄六 初診衛教單..... | 65 |
| 附錄七 網路問卷填寫結果..... | 66 |

表目錄

頁數

| | |
|-----------------------|----|
| 表 1 寄件人身份別..... | 21 |
| 表 2 信件內容分類..... | 22 |
| 表 3 留言人身份別..... | 23 |
| 表 4 留言人是否曾就診暨身份別..... | 23 |
| 表 5 留言內容分類..... | 24 |
| 表 6 分季留言人次..... | 27 |



圖目錄

| | 頁數 |
|---------------------|----|
| 圖 1 本人曾就診信件內容別..... | 22 |
| 圖 2 本人曾就診留言內容別..... | 25 |
| 圖 3 本人未就診留言內容別..... | 25 |
| 圖 4 家人曾就診留言內容別..... | 26 |
| 圖 5 家人未就診留言內容別..... | 26 |
| 圖 6 分季留言總人次..... | 27 |
| 圖 7 分季留言人次..... | 28 |



論文摘要

論文名稱：網路醫病互動對精神科診所患者之影響

台北醫學大學醫學資訊研究所

研究生姓名：賴仕涵

畢業時間：99 學年度第二學期

指導教授：邱泓文博士 台北醫學大學醫學資訊研究所教授

內文：

本研究之目的在探討以網際網路作為醫病互動平台時，對於精神科診所之病患所造成的影響。

隨著網路普及，醫療資訊之流通與蒐集比過去方便許多，病患也越來越常就診前後上網搜尋相關資料作為就醫之參考。此外，藉由討論區、電子郵件部落格等管道與醫師進行互動的機會也越來越多。這些現象不但使醫病關係產生變化，更可能進而對病患之就診模式、病程預後造成影響。

截至目前為止，國內外學者多是針對『採取電子郵件作為溝通管道』進行研究，較未著墨於其他互動模式之探討，造成醫療機構、專業人員、學者對這部分的了解有所欠缺。因此，本研究將著重於『部落格互動』之探討為主，並以電子郵件之醫病互動探討為輔，採取質性研究方式對此一現象進行初步探究。

從研究結果來看，台灣精神科診所病患使用部落格留言及電子郵件與醫師互動的比率並不高，醫師並不需過度擔心因此而增加過多的業務負擔。同時也發現，網路醫病互動有助於減少個案不必要的頻繁就醫、進而減少醫療資源浪費，對於精神科病患常見的就醫順從度不高也有所助益。

然而，因診所所在區域、醫師個人理念、對醫病互動之認知等理由，造成不同醫師採取的網路醫病互動模式有極大差異。顯見網路醫病互動亟需建立共識、規範與遵循原則，而目前則只能扮演『輔助』的角色。

Abstract

Title of Thesis: The Impact of Internet Physician-Patient Interaction Toward Patients in the Psychiatric Clinic

Author: Shih-han Lai

Thesis advised by: Hung-Wen Chiu Ph.D.

Taipei Medical University,

Graduate Institute of Medical Informatics

The purpose of the study is for evaluation the impact of physician-patient interaction by internet as a platform toward the patients of the psychiatric clinic.

With the high popularizing rate of internet, the circulation of medical information gets higher. Patients gradually get used to search relative information before and after doctor visiting. Besides, interaction with doctors by discussion areas, emails and blogs are more and more common. Above conditions may not only modify the physician-patient relationship but also interfere the medical seeking behavior and prognosis of disease.

The related studies to date mostly focus on the “email interaction” pattern but not other interaction platform, it then induces the lack of understanding. Therefore, my research will focus majorly on “blog interaction”, accompanied with email interaction by qualitative study.

According to the result, patients in the psychiatric clinic in Taiwan seldom use the internet as an interaction platform to communicate with doctors. Therefore, doctors should not worry too much toward the job loading come from such interaction. Besides, the perform of internet physician-patient interaction can reduce the unnecessary frequent doctor visiting and then reduce the waste of medical resource. It can also improve the compliance of patients to regular follow up.

However, different doctors tend to choose different interaction module due to many considerations. It's then obvious that the development of the norm for internet physician-patient interaction is urgent.

第一章 緒論

網際網路日益發達，醫療資訊來源也隨之大量增加。行政院研考會 99 年數位落差調查報告，對於網路應用於日常生活的情形，在搜尋醫療健康資訊行為上，女性網路族有 54.3% 會上網搜尋醫療健康資訊，男性則是 43.6%。整體而言，約有半數的國民會使用網路搜尋醫療健康資訊。

這樣的行為模式對醫病關係產生劇烈影響，其層面可概略分為以下兩大類：

一、資訊搜尋容易：又可分為疾病相關資訊、醫療人員相關資訊。

疾病衛教網站林立，提供民眾許多疾病診斷與治療訊息。除了由醫醫療院所或具有公信力之大型機構所設立之網站，最容易造成問題的往往是非專業人員架構之私人網站及論壇。

臨床上常會發現不少病患因為網路之便發生『對號入座』的現象，尤以慮病症（Hypochondriasis）、焦慮症（Anxiety Disorder）患者最為常見。往往在查閱相關疾病資料、填寫診斷量表後就『自我診斷』，還未就醫已經惶惶不安，甚至就在就醫時質疑醫師。

另一個常見的現象則是，病患在就醫前往往已經接觸過醫師的個人資料。問題在於論壇、討論區往往未受控管，容易出現針對某些醫師的片面之詞、甚或人身攻擊，也容易造成病患先入為主的錯誤概念。

二、與醫師互動之機會增加：這包括病患本人之醫師、以及其他同科別醫師。

不少醫師原本就有個人網站或部落格，而隨著網路社交平台多樣化，使用 Twitter（推特）、Facebook（臉書）的醫師也日益增多。雖然絕大多數還是用以聯絡個人親友，但也可見到將之當作與自己病患聯絡的管道。

除了直接與自己的醫師溝通外，也有病患會利用網路向同科別的其他醫師徵詢第二意見（Second Opinion）。這樣的行為模式早已存在，而且基於默契，大多數醫師不至於對其他醫師的醫療處置做出太尖銳的評論。然而當場景轉移到網路，且採用此類溝通管道的醫師多出於商業考量，是否會對此現象帶來影響，值得進一步關注。

關於第一部份的研究，以『e-Health』、『Internet』與『Doctor-Patient Relationship』等關鍵字可搜尋到不少研究報告，國內近年來也有幾篇相關研究。至於第二部分，截至目前為止，國內外學者多是針對『採取電子郵件作為溝通管道』進行研究，較未

著墨於其他互動模式之研究，也造成醫療機構、專業人員、學者對這部分的了解有所欠缺（Diane M. N., 2010）。因此，本研究將著重於『部落格』之探討為主，並以電子郵件醫病互動探討為輔。

Jorn Barger 於 1997 年首創『Weblog』一詞，成為部落格之濫觴。而隨著部落格相關技術迅速發展及託管商的出現，部落格在 1999 年後開始迅速成長。同年，第一個醫療部落格也已經出現（Kennedy, 2004）。與其他網路互動模式的差異，在於其進入門檻低、可近性高、互動性強。

國內學者早在 2001 年就指出（李廣均，民 90），醫師個人網站將是開業醫師得以與中、大型醫院競爭的一項利器，原因則是來自於其增進醫病互動之考量。而隨著健保捉襟見肘，越來越多原本在醫院服務的醫師選擇自行開業，近幾年使用部落格作為診所行銷工具的醫師也越來越多（羅云佐等，民 98）。

至於之所以不考慮進行網路醫病互動，John et al. (2003) 的研究發現，醫師最在意的是工作負荷及保密議題。而 Menaka & Holly (2007) 則發現，缺乏準則規範是最大的考量。台灣雖缺乏此方面的論文探討，但就研究者接觸其他醫師同仁的經驗，的確支持上述研究之結果。

除此之外，針對醫病互動此一主題，精神科醫師與其他科醫師不同之處在於對『個人隱私』之意識較強。原因則是精神科所處理與治療的不像其他科是以『症狀處理』為主，往往需要牽涉到與病患內在心理狀態的深一層互動，因此對於診間之外與病患的接觸向來較為謹慎而保守。此外，徵詢第二意見（Second Opinion）的行為對其他科別影響相對較小，但對精神科而言，因牽涉不同醫師的治療模式、個別病患的人格特質不同，若未注意謹慎回應，容易造成原本建立之醫病關係不穩定、甚至造成質疑與衝突。然而隨著越來越多精神科醫師採用網路與病患互動，上述作法與心態已逐漸受到挑戰，自然也必須進一步加以探討。

目前有關網路精神醫學之研究，主要著重於**遠距診斷**及**自助式心理治療**兩大部分。雖已有不少正面的研究結果，但截至今日為止，精神醫學界的共識仍傾向將之視為『輔助』而非『取代』，主要是希望取其『互補』之效果。其中一個最主要的問題在於研究方法之困難：精神醫學之治療與其他科別最大的差異，即在於『醫病關係』之密切與連動性。即使是開立同樣的藥物，不同醫師的個人特質、解釋方式就會對患者帶來不同的效果（以及副作用），更遑論牽涉到醫病長期互動的心理治療。

精神醫學之藥物治療研究，雖然絕大多數皆已符合黃金準則 Randomized Controlled Trial（後文簡稱 RCT），但最為人所質疑的一直都是遠高於其他醫學科別之安慰劑效應（Placebo Effect），其原因與醫病關係好壞十分密切（Herbert B., Mark D. E., 1975）。

至於心理治療雖已在精神醫學領域運用超過百年，然而時至今日為止，符合當今研究標準、療效得到肯定的仍只有認知行為治療（Cognitive Behavioral Therapy，後文簡稱 CBT），而它卻僅僅是心理治療眾多療法中的一小部分。也就是說，絕大多數現行的心理治療模式都尚未得到明確 RCT 研究結論肯定，這也正是為何至今的網路自助式心理治療，皆選擇 CBT 為治療方式的原因。

由前段論述可知，精神醫學原本在醫學領域中，就屬於較難單單以量化研究加以完整評估研究的科別，而『醫病關係』所牽涉之變因又更加複雜，因此採用質性研究也就顯得亦發重要。

研究者身為台灣第一位以部落格型式傳達個人及診所理念的精神科醫師，並輔以電子郵件、Facebook 等網路模式與病患互動，這方面的經驗與體會不可謂不深。不同於以往研究之處在於，研究者把網路醫病互動分為『狹義』與『廣義』兩部分。『狹義』指的即為醫病之間實際文字往返（包括部落格回應、留言、電子郵件等一般定義的互動），『廣義』指的則是藉由部落格所傳達給個案、關於醫師個人針對精神醫療的理念闡述。這部分互動雖然個案不見得會將之化為文字，但在就診過程中不時會提出回饋給研究者，就其影響與效果而言，其實也算是一種互動方式。

此外，不同治療者特質、不同網路互動模式也可能對醫病互動帶來不同的影響。隨著精神科開業醫師增加，並且紛紛建構網站、部落格、臉書與個案互動，這部分也必須加以重視與探討。因此除了網路醫病互動記錄以外，本研究也將經由病歷記錄、網路問卷、以及其他採用類似醫病互動模式之開業醫師訪談，深入探討與分析臨床上不同網路互動工具，對精神科病患疾病進程、以及醫病關係所造成之影響。

藉由本研究的設計與進行，除了提供日後進一步量化研究的前驅參考外，也希望回答以下三個問題：

1. 網路醫病互動對醫師造成的負擔及負面影響究竟有多大？
2. 網路醫病互動是否有其效益及必要性？
3. 網路醫病互動在醫療上所扮演之角色及後續發展方向？

第二章 文獻查證

文獻查證將就以下面向討論，作為本研究之依據及參考：

- (1) 網路醫學：關於網路醫學之起源、應用範疇、進展、對醫療之正反面影響。
- (2) 網路精神醫學：關於網路精神醫學之起源、應用範疇、進展、對精神醫療之影響。
- (3) 醫病關係：概念之建立、演變。
- (4) 網路醫病關係：網路醫學蓬勃發展後，對醫病關係所帶來的衝擊與轉變。
- (5) 醫師部落格：濫觴、型態、目的與現況。
- (6) 精神科常見疾患及人格分類：精神科診所常見之診斷別、常見之人格特質分類。
- (7) 網路醫學相關法令：國內與網路醫學相關之法令規章。



2.1 網路醫學 (E-Health)

Eysenbach G (2001) 指出，在 1999 年之前 E-Health 這個名詞很少被提到，而且一開始是由工業、市場界人士所提出，但之後就被廣泛應用於幾乎所有與電腦和醫學相關的所有事物上 (virtually everything related to computers and medicine)。不過他還是將 E-Health 做了以下定義：

『E-Health us an emerging field in the intersection of medical informatics, public health and business, referring to health services and information delivered or enhanced through the Internet and related technologies. In a broader sense, the term characterizes not only a technical development, but also a state-of-mind, a way of thinking, an attitude, and a commitment for networked, global thinking, to improve health care locally, regionally, and worldwide by using information and communication technology.』

雖然內容冗長而繁瑣，但要稱它為至今為止涵括最為詳盡的定義一點也不為過。

雖然早在 2001 年，Roberts & Copeland 就對健康資訊網站的品質、以及對民眾造成的影響提出警告，並建議從網站架構及內容品質加以監督評量。Shaw & Baker (2004) 也質疑，

病患從網路得到許多醫療資訊，究竟對醫療品質與醫病關係是美夢成真？或是惡夢一場？然而，相關網路資訊隨著時間推進卻越來越多，學者的看法也漸趨轉向正面。

Salo et al. (2004) 針對急診室病患所做的研究顯示，59%的個案對醫師提供的醫療網站資訊感興趣，尤其是年紀較輕、大學以上學歷、高薪階級為最。至於過去的疾病史、此次就醫症狀持續的時間則沒有關聯性。

Gremeaux & Coudeyre (2010) 的系統性回顧研究整理了 1990~2009 的 39 篇 RCT 研究，發現不論型式為資訊提供 (informative)、互動 (interactive)、認知行為取向 (cognitive-behavioral)、自助式 (self-management)，網路都是一種增進醫療衛教的有效輔助性工具 (complementary tool)。

Gul S. (2010) 針對癌症病患使用網路醫療資訊的研究則指出，使用網路的頻率及所花費的時間與得到的益處有顯著相關。其益處則包括自我照顧能力、與醫療照顧者之溝通能力等之提升。

Marc et al. (2010) 的橫斷面研究也肯定了網路對醫療資訊提供的正面效益。

不過，James et al. 在 2010 年的研究指出，網路運動醫學資訊有許多錯誤及不足，其中一個問題在於有 20% 最常被搜尋到的網站是由贊助商設立的。顯示在某些較少被研究者注意到的領域，即使經過這十年的發展，還是存在著品質上的顧慮。

Pamela H. & Jerome G. (2010) 在新英格蘭醫學期刊的文章中則表示，雖然網路醫療資訊平衡了過去醫病資訊不對等的問題，但醫師應該重新思考自己的角色定位，作為病患選擇醫學資訊網站的『指引者』。

國內相關研究則有林千鈺 (民 95) 針對大學生使用網路健康資訊之調查，發現雖有強烈之需求，但搜尋與篩檢能力亟待提升、對正確使用健康資訊之概念也缺乏。黃曼媛 (民 91) 的結構性問卷研究則發現，網路健康資訊使用者對其他健康資訊管道並無排他性，但對網路資訊之可信度評價則遠低於醫療人員、書籍、電視及報紙。

至於網路諮詢服務的使用，邱慶德 (民 92) 的研究發現，民眾期望之回覆時間與網站實際回覆時間有極大落差，影響民眾持續使用的主要因素為實用性及信任度。

2.2 網路精神醫學

Heleen et al. (2010) 表示，『E-mental health』指的是使用資訊、通訊技術 (IT、CT) 來支援、改善心理健康狀態及心理健康照護。其內容包含了健康促進、疾病預防、早期介入、治療、預防復發、健康資訊傳遞、e-learning、及線上相關研究。憂鬱症防治仍然是最常被著墨的研究方向，但恐慌症治療、菸酒癮的處理也被常提起。

網路精神醫學之所以會備受矚目且蓬勃發展，原因包括：WHO 已將憂鬱症、焦慮症列為前十大引起失能的疾病，所造成的照護成本、經濟損失也越來越可觀；精神疾病的診斷與治療存在著先天藩籬，造成醫療資源外展的困難；缺乏足夠專業人員提供以 EBM 為根據的治療模式。

網路精神醫學的好處則包括：藉由網路及電腦，就能提高患者就醫可近性；e-therapy 可最小化治療者的必要參與度，節省專業人員的時間花費；患者透過 e-therapy 可配合自己的需求調整治療步調。

Burns et al. (2010) 針對 2000 名 12-25 歲澳洲年輕人的研究發現，有 76.9% 會使用網路搜尋心理健康資訊，其中只有 38.8% 是基於自己的心理困擾。證實了隨著網路精神醫學資訊普及，網路使用率原本就較高的年輕族群，使用此一管道收集相關資訊是很普遍的現象。Horgan & Sweeney (2010) 針對愛爾蘭年輕人的研究也有相同的結論。

之所以會有高比例的使用者以網路搜尋心理健康資訊，其理由顯然與精神疾病的標籤化、污名化有直接相關。這與研究者在診間中所觀察到的狀況也十分符合：除了『失眠』此一較為『中性』的理由，會有『甲好倒相報』、親朋好友呼朋引伴前來就診的現象以外，出現其餘症狀的個案幾乎都是默默上網搜尋資料、悄悄獨自前來看診。

目前網路精神醫學的研究主要可分為以下兩大類：

(1) 遠距精神醫療 (Telepsychiatry)：

其實早在 1973 年，THOMAS 就已經提出這樣的概念，只不過當時是以 interactive television (IATV) system 作為遠距諮詢工具，而隨著網際網路發展，所運用的『載具』改變罷了。精神醫療與遠距醫療的結合其實很容易理解，原因就在於精神科之診斷主要是依靠對話與觀察進行精神狀態檢查，較不像其他科必定需要身體實際接觸以進行生理檢查。

類似的狀況在另一個主要靠『觀察』就能做診斷的皮膚科也發生過，Samuel et al. (1997) 就曾研究偏遠地區皮膚科初診個案以遠距醫療方式進行診斷。

除了上述的遠距診斷外，近年來開始受到關注的另一個議題則是線上診斷的工具。林朝誠等 (2007) 在 BMC Psychiatry 的憂鬱症自我檢測研究可算是其中代表作。

不過除了診斷以外，精神科還多了一個得天獨厚的優勢，也就是『心理治療』。因為這可說是醫學體系中極少數可以僅使用『語言』做為治療的工具，會與遠距醫療作結合也就不足為奇了。1991 年 Mermelstein & Holland 就已經透過電話為癌症病患進行心理治療，Evette et al. (1997) 的 RCT 研究則發現，電話 CBT 對接受抗憂鬱藥物治療之憂鬱症病患，能顯著改善其預後。David et al. (2009) 的 RCT 研究則證實了網路即時 CBT 之療效。

(2) 自助式心理治療 (Self management / Self help CBT) :

Jan et al. (2005) 在瑞典的 RCT 研究證實了網路自助式 CBT 對憂鬱症患者的療效。Kathleen & Helen (2007) 在澳洲進行的研究也得到相同結論。隨著憂鬱症的線上自助式介入模式得到肯定，研究者也將觸角伸向其他疾病。

數篇針對恐慌症線上自助式 CBT 的研究被發表，最近一篇是 Wims et al. (2010) 的研究發現治療師協助下的網路介入模式對恐慌症有效。更有學者將其運用在酒癮 ([Riper et al., 2008]; [Postel et al., 2010])、煙癮 (Norman et al., 2008) 的戒除處理。

然而有研究指出，缺乏足夠的支持與誘因讓個案持續參與、資訊網路技術不足等原因會造成網路自助式心理治療成效不彰 (Gerhards et al., 2010)。Vernmark (2010) 的研究則是比較了個案自助式、電子郵件導引式兩種網路媒介 CBT 治療憂鬱症的效果。結果發現兩者皆有療效，但相較之下後者似乎效果較佳。

由此可見，為了確保個案對治療的凝聚力 (coherence) 以確保療效，治療者從旁提供最低限度的協助與鼓勵是學者們思考的方向。如何在個案自助 (節省專業人員時間花費)、以及提高療效 (專業人員需花費較多時間) 之間取得平衡，則是其中最關鍵的議題。

2.3 醫病關係 (Doctor-Patient Relationship, Physician-Patient Relationship)

Tolcott Parsons (1951, 1958, 1978) 是第一位提出醫病關係理論的社會學家。他的機能主義者 (functionalist) 角度、以角色為切入點的定義，奠定了其後數十年學者對醫病關係的看法。『Sick role』這個名詞亦為他所創造及定義：個人無法為他的疾病負責、疾病恢復前需免除其平常的義務、疾病是令人不快的、疾病需尋求專家協助。

Szasz & Hollender (1956) 則將醫病關係分為以下三種模式而廣為後世學者引用：主動-被動 (Activity-Passivity)、指導-合作 (Guidance-Cooperation) 共同參與 (Mutual Participation)。隨著時代推演，醫病關係逐漸由主動-被動轉變為指導-合作模式，而隨著網路醫療資訊蓬勃發達，形成共同參與模式的醫病關係已越來越普遍。

至於良好的醫病溝通與醫病關係有助於疾病之預後，則早已是醫學界的共識 ([Kaplan et al., 1989]; [Stewart, 1995])。

2.4 網路醫病關係

其實早在 2001 年 Marion J. B. & Jennifer L. 就已經指出，E-health 將會逐步緩慢的重新定義舊有的醫病關係，並且提醒醫療機構及醫療人員必須認知並及早因應。

Christine (2011) 的研究中，將 e-Health 造成的醫病關係影響分成五大類，分別為：取代面對面諮詢 (become a replacement for face to face consultation)、輔助既存的醫病關係及照護模式 (supplement existing relationships and forms of care)、創造較佳環境以改善或加強患者參與度 (creative favorable circumstances for improvements or for strengthening patient participation)、干擾醫病關係 (disturb relations)、強迫患者更積極而頻繁的參與醫療過程 (force or demand more intense and more frequent patient participation)。

1. 取代面對面諮詢：

藉由網路視訊互動、配合必要的監測系統，讓行動不便者、慢性病患、偏遠地區民眾得以不須親自前往診間就醫，也有將其運用於精神科照護及菸酒癮戒除。不過是否能藉由這樣的方式真正取代面對面醫病互動、進而減少頻繁就醫所造成之醫療浪費，截至目前的研究結

果還是有爭議。

Baker et al. (2003) 的研究個案中，94%表示網路使用並未影響他們的就醫次數、93%表示電話諮詢無效。Sillence et al. (2007) 針對停經婦女所做的研究也發現，雖然網路資訊會影響她們的決定，但並不會改變她們就診行為。這表示，醫師還是扮演了民眾尋求醫療協助的最重要角色，網路充其量還是只處於輔助者的位置。

不過網路很難取代面對面醫療行為的癥結，目前還是在於可行性及司法考量。前者牽涉到精神科以外科別需要身體檢查、儀器檢查，不能只靠視診及對話做診斷及治療，但隨著科技發展，的確可以克服其中的部分困難。後者則需要相關單位的立法，甚至跨國溝通討論才有辦法加以解決，勢必也不會是個輕鬆的過程。

2. 輔助既存的醫病關係及照護模式：

依照 Neuhauser & Kreps (2003) 所歸納出之 Social Influence Theory，溝通交流必須有以下兩個特點才会有說服力：過程必須牽涉傳送者與接受者間的互動，驅動者必須是接受者而非傳送者。由此觀之，透過網路傳遞健康資訊比起過去的其他模式，其實正式最符合這個概念的。此外，網路資訊也有客制化、個人化、外展性、即時性等優點，方便個人運用。

另一方面的效果則顯現在醫療費用之減輕，尤其是治療者所耗費的時間成本支出上 (Bashshur et al, 2003)。因此，e-health 近來也被視為一種新的商業模式，著重的就是它的『價值創造』效果 (Gray et al, 2005)。而且這不只對醫療提供者有利，對於病患也同樣有好處。

3. 創造較佳環境以改善、加強患者參與度：

可分為三方面來談：Mitigating mechanism、Safe training ground、Lever effect。

(a) Mitigating mechanism：

E-Health 提供資訊讓病患得以更自主的參與討論與決定，對醫療決定架構具有『分權』的效果，還能促進自我揭露 (self disclosure) (Gerber & Eiser, 2001)。其來源當然就是網路匿名性的特性，讓病患得以較舒坦的討論敏感議題、以及詢問敏感問題 (Berger et al., 2005)。而自我揭露對同理心、醫病關係及友誼的建立也具有重要關聯性 (Gray et al., 2005)。

(b) Safe training ground :

病患可利用網路平台分享疾病知識、學習共同解決問題、討論及實踐價值觀與自我認同 (Fox et al., 2005)。藉由這樣的訓練過程，進而促進病患在診間中與醫師的互動品質。

(c) Lever effect :

Hulst (2008) 以『槓桿』來說明網路的功能，藉由病患的資訊自主性提高，促使醫療人員正視共同合作的重要性，以達到『patient-centered care』的理想目標。Radin (2006) 則進一步說明網路是透過以下三種方式來達到這個目的：大型的專家資料庫，全球性的中介者角色、不論何時何地何種主題都能找到『同類』，全球性的記憶可供大家共同貢獻、儲存、評論。

4. 干擾醫病關係：

Cline & Hayes (2001) 發現，有不少醫療提供者對於網路造成自己失去掌控權力、傷害醫病關係感到擔憂。Hart et al. (2004) 也觀察到，醫師會對於自己被加諸『糾正錯誤網路資訊』的責任而備感壓力，時間的浪費是其中一個重要考量。Nettleton (2005) 甚至認為，過多相衝突的網路醫療資訊會造成病患不確定、混亂、不知如何決定該相信哪個指引。

不過 Murray et al. (2007) 以研究數據說明，上述的擔心並未真正發生於診間醫病互動中。Linssen (2006) 也表示，病患對於與醫師討論自己在網路上搜尋到的醫療資訊，其實是抱持著保守想法的。

不過幾乎所有學者都認同，網路醫療資訊的可信度與品質是很值得關注、也必須加以確保的 ([Fox et al., 2005]; [Ziebland, 2004])。也有學者提醒，當前的醫師並未接受足夠的網路醫病互動訓練 ([Hart et al., 2004]; [Mcmullan, 2006])。

5. 強迫患者更積極、頻繁的參與醫療過程：

隨著越來越多人透過網路尋求醫療健康資訊，將原本完全由醫療人員『負擔』的責任部分轉介到病患身上 (May et al., 2005)，也讓沒有這麼做的病患感受到『壓力』，讓他們更積極的參與醫療過程。

截至今日為止，大多數較具規模的 RCT 都是針對以『電子郵件』作為醫病互動工具的研究為主：

挪威學者 Hege (2010) 研究以電子郵件作為慢性病患病情追蹤工具，對醫病關係所造成的影響，歸納出電子郵件所扮演的四個角色：資訊流通 (riverbed for a flow of information)、安全警示 (safety alarm)、醫療關照庇護 (shield to the medical gaze)、受到照顧的象徵 (token of competence in care and parenting)。

Yea. et al. (2010) 的系統性回顧研究包含了 24 篇關於以電子郵件作為醫病溝通管道之研究，整理出內容包括四大方面：醫療資訊交換 (medical information exchange)、醫療狀態更新 (medical condition or update)、藥物資訊 (medication information)、次專科評估 (subspecialty evaluation)。

Jocelyn et al. (2010) 在俄亥俄州所做的研究則發現，家醫科住院醫師與病患之間，對於使用電子郵件互動存在不小的落差：所有的病患都認為醫師在受訓過程中應該要有和病患使用電子郵件互動的經驗，但只有 58% 的醫師同意這個看法。不過研究中也發現，有 64% 的病患表示願意付費和醫師使用電子郵件互動。

不過 John et al. (2003) 在麻州的研究則發現，在 94 位受訪的醫師 (primary care physicians) 中，有 75% 使用電子郵件和病患聯繫。至於影響醫師使用意願的因素主要為工作負荷、保密性、費用。

Menaka & Holly (2007) 以 Everett Rogers 的 Diffusion theory (1995) 評估醫療提供者對使用電子郵件進行醫病互動的意願。在五個面向中，準則規範 (norms) 是被認為最大的使用藩籬 (major barrier)，表示專業人員最在意的是是否有明確的使用規範。

Casey et al. (2004) 分析歸納一家基層診所的 3007 封病患電子郵件內容，發現絕大多數病患都能配合院方規範使用電子郵件。藉此結果說服醫療人員，不須因為擔憂病患會濫用此一管道，進而降低使用電子郵件與病患互動的意願。

另一部份研究，則是針對個案在網路上收集到醫療資訊後，對診間中醫病溝通互動之影響：

Yvonne & Neil (2010) 的研究發現，加入線上支持團體 (online support groups, OSG) 的個案中，有 82.2% 會和醫師討論從網路得到的資訊，74.2% 對醫師的回應感到滿意。60% 認為則認為 OSG 影響了她們和醫師的互動，其中大多數認為帶來的是正向影響。

Miriam (2006) 的文獻探討將醫師如何面對病患提出的網路健康資訊分為三種，分別是感到受威脅 (health professional-centered relationship)、共同合作分析資訊 (patient-centered

relationship)、引導病患至較值得信賴的網站(internet prescription)。

Carma et al. (2007) 則發現，雖然網路健康資訊對醫病關係帶來的影響正反皆有，但對這些資訊抱持友善態度的醫師("net-friendly" clinician)能和病患做較正面的互動、帶來較正向的醫病關係。

S. Altan Erdema & L. Jean Harrison-Walker (2006) 更直指，雖然網路醫療資訊有時會對病患造成誤導、進而影響與醫師的互動，但最重要的關鍵點其實還是在於醫病間的信任(trust)。

至於國內相關研究則不多：

許巧麗(民97)的研究指出，門診病患在就醫前有無接受到醫療資訊網站的醫療資訊，對醫療品質與病患滿意度影響程度甚微；網路醫療資訊對一般大眾而言，僅是提供參考性醫療資訊，仍以醫師之診斷與意見為主要遵循管道；有上醫療資訊網站經驗之病患因擁有較多相關醫院與醫療訊息，因此比起沒有經驗之病患忠誠度較低。

吳彥儒(民97)的研究則發現，有蒐集健康資訊的病患滿意度較高，但統計結果不顯著；蒐集其他病患直接的就醫經驗才和就醫滿意度有關。

洪小涵(民98)針對網路癌症資訊對醫病關係的影響研究發現，若病患感受到醫師回應內容詳細、態度正向，對醫師的滿意度會有正向影響；病患互動參與程度高、資訊科技素養高、感受到醫師回應內容詳細，對疾病知識增加有正向影響。

可見至今為止，國內學者主要還是針對較表層的『網路資訊對醫病關係之影響』進行研究，深入探討其他面向的互動經驗、相關影響要素也就更顯重要了。

2.5 醫師部落格 (Doctor blog, Physician blog)

根據 Kennedy (2004) 的研究指出，第一個醫療部落格出現於 1999 年，名為『Family Practice Notes』，是由一位家庭醫師所建置。而 Psychscape 則是第一個提供精神醫學相關資訊的部落格。Lagu (2008) 則將醫療部落格定義為『由醫師或護士等專業人士以第一人稱角度所撰寫、包含醫療資訊之部落格』。

國內學者劉立(民88)將醫療健康相關網站依成立性質分為五大類：政府單位與民間組織，醫療機構，專業醫療健康網站，醫療管理公司衍生出之網路商，醫師個人。李廣均(民90)則看好，個人網站可能成為開業醫師與大型醫院競爭的利器，主要著眼點還是在

於藉由緊密的醫病關係所建立之信任感。

劉永章（民 98）有關民眾持續使用醫師部落格意願的研究顯示，經營者的誠實與能力正向影響使用者的信任，知覺有用性、信任正向影響使用者的滿意度，滿意度和知覺使用性正向影響持續使用意願。這也正是醫師部落客希望以部落格與病患『搏感情』、留住病患的最大理由。

值得一提的是，目前國內醫師部落格使用目的大多是基於個人心情抒發（不管是醫學相關議題或個人生活經驗），較少如研究者同時將之作為醫病互動管道，推測其原因可能是精神科醫師人數原本就較少，因開業有現實業務考量而需要採用網路行銷的人數更少。而本科以外之其他科別，一方面因為民眾對其診療疾病範圍已有一定程度的了解，一方面不如本科幾乎所有病患皆屬於慢性病範圍，因此須考慮長期關係維持之需求較低，因此較少採取網路互動模式為個人或診所之用。

放眼國外之所以會有越來越多醫師部落格出現，除了前文所提過的進入門檻與互動性因素考量外，另一個重要原因是『自主性強』（Rebecca, 2007）。比起在報章雜誌、醫學期刊上發表文章得經過層層審核，甚至會面臨『政治正確』等外在干擾因素，個人部落格之彈性與空間顯然大很多。不過也正因為如此，其內容正確性、品質好壞也就無法得到很好的監督。

不過，醫師部落格內容中牽涉到的病患隱私爭議也日益受到重視：

在 Lagu（2008）研究的 271 個醫療部落格中，有 56.8% 提供的資訊足以確認建構者之身分，但其中有 114（42.1%）出現特定個別病患的描述，甚至有 45（16.6%）能藉由所提供的資料確定病患身份，3 個部落格出現病患照片。藉以點出醫療部落格的病患隱私議題。

Tom & Sarah（2010）所探討的則是另一個面向：當醫師在部落格中同時扮演『專業醫療提供者』以及『個人』的雙重角色，其中的倫理議題可能造成混淆、甚至引起醫師的提早耗損。在研究者的部落格使用經驗過程中，也有不少這方面的心得可供分享，將在後續段落中加以闡述。

值得在此順帶一提的是，關於臉書使用對於醫病關係之影響，已開始有國外學者加以研究（Ghassan et al., 2010），內容主要是針對倫理議題與隱私的探討。

2.6 精神科常見疾患及人格分類 (Psychiatric Disorder and Personality)

探討此面向的原因在於不同診斷別及人格特質的個案，在醫病關係的呈現上會出現不同特點，於網路互動上亦很容易出現類似狀況。

1. 精神科診所常見疾患：

失眠：對於藥物之使用存在著『欲拒還迎』的極度矛盾心態。

焦慮症：對自身症狀、外在環境、人際互動敏感，情緒容易受到影響。

憂鬱症：活動力降低、社交退縮，網路互動常成為此類病患的對外互動管道。

飲食疾患：對體型不滿意，常伴隨完美主義、過度順從等人格特質。

其他：如躁鬱症、精神分裂症、藥酒癮等診斷，因病患本身症狀之干擾與功能之侷限，故在此不列入研究討論。

2. DSM-IV 診斷準則中常見之人格異常：

戲劇型人格 (histrionic)：誇張的情感表達及人際互動，費盡努力想成為他人的焦點，具有強烈的自我意識和個人表現欲。除了原本現實生活中的人際互動，如今又多了線上虛擬世界這個更方便、更廣大的表演舞台。

自大型人格 (narcissistic)：自以為是、舉止誇大、對他人缺乏同理心，對人際互動尤其是醫病關係常造成負面影響。不管在診間中或是在網路上，特別容易針對扮演『權威角色』者發動挑戰與攻擊。

邊緣型人格 (borderline)：不穩定且緊張的人際關係模式，瘋狂努力以避免真實或想像中的被放棄，並且一再出現自殺行為、姿態、威脅，或自傷行為。當此類個案在網路醫病互動中表達出自傷或自殺企圖，往往會造成專業人員之兩難窘境。

依賴型人格 (dependent)：一貫廣泛地被動依賴他人，依賴他人替自己作出生活上的大小決定，特別怕被拋棄，容易感到無助和無能為力。當多了網路互動這個管道，對其依賴專業人員提供意見的習慣可能會更加強化。

2.7 網路醫學相關法令

雖然網際網路出現至今已超過 18 年，但因其進展日新月異、範圍無遠弗屆，所以截至今日世界各國仍只能『見招拆招』，針對已經造成問題的方面加以制定法律條文規範，再視實際狀況加以調整修正。在第一屆國際網路醫學會議中（First International E-Mental Health Summit in Amsterdam in 2009），這個問題就被專論提出探討，受到與會學者的廣泛討論。

衛生署在民國 99 年 2 月公布了『醫療機構網際網路資訊管理辦法』共八條（詳見附錄），同年 8 月正式實施。內容主要規範了可刊載之內容包括機構一般資料、人員、設施、服務內容、預約服務、查詢或聯絡方式、醫療或健康之等資訊（第 2 條）。更重要的是，雖然第 5 條中允許依病患留存之電子郵件信箱寄送資訊，但內容僅以第 2 條中所規範為限。這也就意味著，醫師若是在網站上、或以電子郵件回覆病患詢問個人醫療問題，其實是違法的行為！

另一個值得關注的現象是網路心理諮詢之出現，因為這其實是於法無據的。雖然相關執行者以巧立名目的方式避開違法之名，但其實根本是行違法之實。這樣的現象在國外也開始受到重視，加拿大學者 Denver（2010）就探討了網路心理治療的倫理及法律議題，提醒醫療人員及相關單位正視這個趨勢。

國內學者（彭心儀，2010）在探討遠距照護的專文中指出，目前我國法規允許透過通訊方式來進行醫療行為者，僅有醫師法所規定之偏遠地區或是經主管機關所指定之區域，多數的診察行為或是醫療行為要求「親自」執業或是診察。若欲進一步推展遠距照護，除了需要相關法令修改加以配合，醫事、照護人員之責任歸屬以及遠距醫療設備器材、系統設計之耗損或故障之責任問題亦須有明確規範加以釐清。

第三章 研究材料與方法

3.1 研究材料

(1) 病歷記錄：研究者診所採取紙本病歷記載方式，詳細記載每次就診病患之疾病相關內容、以及醫病互動狀況。診所並與醫療資訊化系統 (HIS) 整合設計諮詢行銷服務公司合作，健保相關資訊於診所電腦及公司主機中皆有資料備份，可提供研究中個案看診模式之相關資料。

(2) 部落格回應暨留言紀錄：從 2007/7 診所開幕至 2010/12，計有 355 則病患留言。

(3) 電子郵件往來記錄：從 2007/7 診所開幕至 2010/12，計有 82 封病患郵件。

(4) 網路問卷調查：採用 Google Docs 之『網路問卷調查表』附屬功能，於研究者部落格及臉書中邀請診所病患前往填寫，共計十份問卷完成填寫。

(5) 使用部落格與個案互動之開業醫師訪談：邀請兩位採用個人部落格之精神科診所醫師進行電話訪談。

3.2 研究方法

3.2.1 質性研究 (Qualitative Research) 與量化研究 (Quantitative Research)：

質性研究法與量化研究法是指研究者在蒐集資料時因著不同的研究目的與實際情境而採用的不同方法；雖然兩者在本質上、哲理上，以及對事務的基本假設上都有差異，但在實際進行研究時卻是相輔相成，甚至是交互進行的 (王雲東，民 96)。

量化研究的適用條件大致有下列四項：

1. 主要研究的環境和文化，事先已有大量的資料時。
2. 容易接近案主，資料的蒐集較為容易時。
3. 比較容易控制，或稍具有權威背景時。
4. 研究的目標是要尋求變項與變項之間的便亦、關聯或因果時。

而質性研究的適用條件則為：

1. 進入一個很不熟悉的社會系統時較為適用。
2. 在一個不具控制和正式權威的情境中較為適用。
3. 概念與理論都尚未明確建立（或是新概念與新假設在初步建立）時。
4. 適用於描述複雜的社會現象，而且需要案主的主觀理念與現象陳述時。

雖然兩者在本質上有很大的差異，但並不表示兩者是互斥的。不過研究者還是經常強調結合不同方法的目的在於產生和主題相關的各類情報，而並非只是融合來自質性與量化調查的結果...我們認為如果質性與統計調查及所產生的資料能夠清楚的界定，那麼結合這兩種方式的使用就有好處（藍毓仁，民97）。

因研究者所欲探討的主題不管國內外皆少有研究著墨，因此概念與理論皆未明確建立，加以其牽涉的層面甚廣，更需要探討抽象的『理念』與『感受』，故需要以質性取向來做探討。

不過在研究回溯的三年半期間內，仍有為數不少的電子郵件、部落格留言可作為研究素材。雖還不足以進行正式統計，但這部分仍會以數字、圖表呈現，並加以分析闡述，以作為質性取向研究之輔助。

至於收集質性資料的方法可以廣義的分為兩組：注重自然發生資料的方法，以及透過研究介入產生資料的方法（藍毓仁，民97）。

自然發生的資料：

- 參與者觀察：在觀察當中，研究者加入組成研究族群或形成其組織或社區場景，以記錄發生的行動、互動或事件。
- 觀察：在行為和互動發生時提供紀錄與分析的機會，但不是以研究族群之一員的身份。

- 記錄分析：涉及現存文件的研究，目的不是為了瞭解記錄的實質內容，而是為了闡明可能經由文件的樣式及涵蓋範圍所透露深層意義。
- 論述分析：檢視文字及口頭描述的構造，目的是探討『社會意義的系統』...分析可能以各種包括書面文件、演講、媒體報導、訪談及對話的論述來源作為根據。
- 對話分析：包含仔細檢視『互動當中的談話』，目的在於決定對話是如何組織及進行的。

產生的資料：

- 傳記方法：使用生活故事、記敘及敘述傳記瞭解研究現象。
- 個別訪談：這大概是質性研究當中最常被廣為使用的方法。個別訪談並沒有固定的形式，但主要特點是可以將焦點完全放在個人身上。
- 雙人（或三人）訪談：屬深入訪談，但同時由兩人（有時是三人）一起進行，此種訪談提供深入瞭解焦點個人的機會，並且讓參與者可以在聽過別人的說法之後進行思考及比較。
- 焦點團體或團體討論：包含數名受訪者，通常是四到十人一起形成團體討論研究主題，這種方式用在團體過程本身會闡釋研究議題的情況下。

本研究之素材包括以上兩部分中之參與者觀察、記錄分析、個別訪談。

3.2.2 記錄部分：收集資料後，採取數據分析、內容探討兩方面進行。

1. 數據分析：

針對部落格留言內容及電子郵件內容，分別依曾就診與未曾就診者，按以下分類統計其比例：詢問病症相關事宜、詢問藥物相關事宜、詢問看診相關行政事宜、其他。

2. 內容探討：

針對部落格留言及電子郵件互動，擷取具代表性之內容，輔助病歷回顧方式，進行討論分析。

未避免 Selection Bias 之發生，亦會針對具有代表性之個案，著重於『造成醫病關係負面影響』之案例，採取病歷回顧方式進行討論分析。

3.2.3 問卷調查部分：

以『Google docs』進行線上問卷調查，對象則是『曾經瀏覽過研究者之部落格、而且曾至研究者診所就診者』。記錄整理後進行內容探討。

訪談內容包括：首次接觸研究者部落格之想法、此想法與前來就診之關連性、部落格內容對後續就診之影響、部落格內容對醫師觀感之影響、瀏覽部落格之頻率及比率、是否曾瀏覽醫療訊息以外之內容、曾經（或不曾）留言或使用電子郵件的原因、網路醫病互動對醫病關係與就診之影響。

3.2.4 訪談部分：

邀訪兩位採用部落格與個案進行互動之開業醫師，記錄整理後進行內容探討。訪談內容包括：採用部落格互動之原因、病患使用之經驗分享、對醫病關係之影響經驗等。



3.3 研究者部落格

3.3.1 部落格內容

研究者之部落格除提供診所相關資訊，主要內容為研究者於報章雜誌所發表之精神醫學相關文章，以及對於精神醫療之理念，其中最重要的理念核心在於『看診時間與品質』。原因在於全民健保推行後採取論個案記酬的給付方式，醫師之收入直接與所看診病患人數成正比，間接造成平均每人看診時間縮短。

國內研究（江榮山，民 97）發現，當病患對看診時間不足感到不滿時，並不會責怪院方或健保制度，而是將矛頭指向醫師本人。然而這樣的不滿並不見得會對醫師或院方表現出來，而是大多選擇改看其他醫師門診、向親友或媒體抱怨。由此可知在國內門診醫療現況下，看診時間不足對醫病關係造成的影響甚鉅，而個案頻繁更換醫師的就醫模式更會造成健保資源的浪費。

研究者之訴求在於『平均每診次不超過 15 位病患』，以提供足夠看診時間。這樣的訴求所帶來之正、反面效應，以及對醫病關係所帶來之影響，在個案於門診中的反應可清楚觀

察到。

此外，由於部落格在研究者開業前乃作為私人用途，因此最早之內容為旅遊、閱讀、生活等相關資訊分享，這部分內容仍加以保留未刪除。雖然與醫療無關，但對於醫病互動仍有顯著之影響。

3.3.2 附註說明

研究者之診所針對初診個案，皆會發給一張 B5 說明，其中附有研究者之電子郵件信箱供個案聯絡。內容詳見附錄。



第四章 結果

研究結果將分為以下四個部分呈現：

- 4.1 電子郵件內容與分析
- 4.2 留言版內容與分析
- 4.3 網路問卷內容與結果
- 4.4 其他使用部落格之醫師訪談

4.1 電子郵件內容與分析

表 1 寄件人身份別

| | 信件數 | 百分比 |
|----|-----|---------|
| 本人 | 63 | 76.83% |
| 家人 | 11 | 13.42% |
| 朋友 | 8 | 9.76% |
| 總數 | 82 | 100.00% |

* 寄件人身份別部分，本人所佔比例超過 3/4。

** 研究期間三年半中，共計 82 封電子郵件。

在寄件人身份別部分，本人所佔比例超過 3/4，家人與朋友皆屬少數。

值得注意的是，在研究分析的三年半時間內，總共只有 82 封電子郵件，平均每月只有約兩封。其中，E4 個案寄出 9 封信件、E5 個案 11 封、E6 個案 5 封，亦即此三位個案就共計寄出 25 封信件，佔總數之三成以上（30.48%）。

表 2 信件內容分類

| | | 本人 | 百分比 | 家人 | 朋友 |
|--------|----|----|--------|----|----|
| 曾就診個案 | 病症 | 20 | 33.90% | 4 | 3 |
| | 藥物 | 26 | 44.07% | 3 | 0 |
| | 行政 | 5 | 8.47% | 2 | 0 |
| | 其他 | 15 | 25.42% | 1 | 2 |
| | 總數 | 59 | | 9 | 5 |
| 未曾就診個案 | 病症 | 1 | | 2 | 2 |
| | 藥物 | 0 | | 0 | 0 |
| | 行政 | 3 | | 0 | 0 |
| | 其他 | 0 | | 0 | 1 |
| | 總數 | 4 | | 2 | 3 |

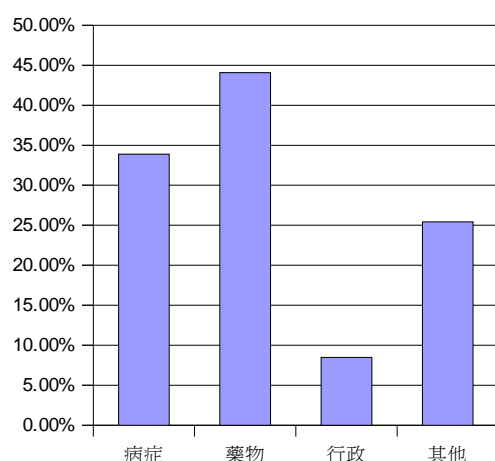


圖 1 本人曾就診信件內容別：信件內容絕大多數為單一主題，主要是藥物相關問題，其次是病症相關。藥物與病症相關問題兩者合計約佔八成。

研究者將信件內容主題分為四大類加以分析：病症（與疾病症狀、演變有關）、藥物（與使用藥物之作用、副作用有關）、行政（與就診、健保資訊有關）、其他（單純表達感謝或意見等）。

電子郵件寄件人有近九成（73 封、89%）為曾就診個案。寄件人為曾就診本人之 59 封信件中，52 封（88%）內容為單一主題，7 封包括兩個主題。主題中與藥物相關最多（26 封、44.07%），其次為病症相關（20 封、33.90%）。其餘幾類寄件者因樣本數太少，故不予進一步討論。

4.2 留言版內容與分析

表 3 留言人身份別

| | 留言數 | 百分比 |
|----|-----|---------|
| 本人 | 260 | 73.24% |
| 家人 | 67 | 18.87% |
| 朋友 | 28 | 7.89% |
| 總數 | 355 | 100.00% |

*留言人身份別部分，本人所佔比例將近 3/4。

表 4 留言人是否曾就診暨身份別

| | 留言數 | 百分比 |
|-------|-----|--------|
| 本人曾就診 | 92 | 35.38% |
| 本人未就診 | 168 | 64.62% |
| 總數 | 260 | |
| 家人曾就診 | 16 | 23.88% |
| 家人未就診 | 51 | 76.12% |
| 總數 | 67 | |
| 朋友曾就診 | 6 | 21.43% |
| 朋友未就診 | 22 | 78.58% |
| 總數 | 28 | |

*留言人有超過 2/3 (241、67.89%) 未曾就診，與電子郵件寄件人之狀況相反。

在留言人身份別部分，本人所佔比例接近 3/4，家人與朋友皆屬少數。

留言人有超過 2/3 (241、67.89%) 為未就診個案，不到 1/3 為曾就診者 (114、32.11%)。這樣的趨勢在本人、家人、朋友三類分項中皆可觀察到，與電子郵件寄件人之狀況相反。

表 5 留言內容分類

| | | 本人 | 百分比 | 家人 | 百分比 | 朋友 |
|------------|----|-----|--------|----|--------|----|
| 曾就診 個案 | 病症 | 43 | 46.74% | 7 | 43.75% | 5 |
| | 藥物 | 30 | 32.61% | 5 | 31.25% | 0 |
| | 行政 | 8 | 8.70% | 1 | 6.25% | 0 |
| | 其他 | 19 | 20.65% | 7 | 43.75% | 1 |
| | 總數 | 92 | | 16 | | 6 |
| 未曾就診 個案 | 病症 | 112 | 66.67% | 39 | 76.47% | 17 |
| | 藥物 | 13 | 7.74% | 2 | 3.92% | 2 |
| | 行政 | 31 | 18.45% | 8 | 15.69% | 1 |
| | 其他 | 17 | 10.12% | 5 | 9.80% | 2 |
| | 總數 | 168 | | 51 | | 22 |

研究者將留言內容主題分為四大類加以分析：病症（與疾病症狀、演變有關）、藥物（與使用藥物之作用、副作用有關）、行政（與就診、健保資訊有關）、其他（單純表達感謝或意見等）。

留言人為曾就診本人之 92 則留言中，84 則（91.30%）內容為單一主題，8 則包括兩個主題。主題中與病症相關最多（43 個、46.74%），其次為藥物相關（30 個、32.61%）。與電子郵件寄件人對照，兩者比例加總皆為近八成，但病症與藥物兩分項比例正好相反。

留言人為未就診本人之 168 則留言中，則有 163 則（97.02%）內容為單一主題。其中與病症相關最多（112 個、66.67%），其次為行政相關（31 個、18.45%），藥物相關則最少（13 個、7.74%）。

留言人為未就診者之家人之 51 則留言中，主題與病症相關最多（39 個、76.47%），其次為行政相關（8 個、15.69%），藥物相關則最少（5 個、9.80%）。

其餘三個分項（留言人為曾就診者之家人、留言人為曾就診或未就診者之朋友）因樣本數太少，故不予進一步討論。

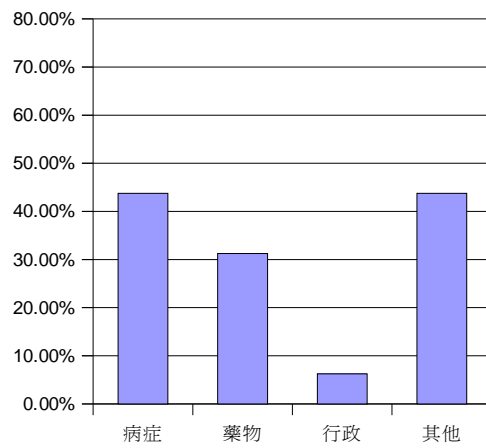


圖 2 本人曾就診留言內容別：本組中，留言內容絕大多數為單一主題，主要是病症相關問題，其次是藥物相關。兩者合計約佔八成與電子郵件接近，但兩者比例正好相反。

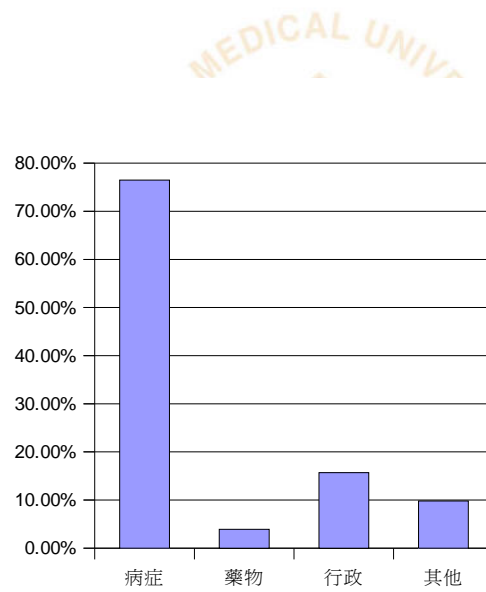


圖 3 本人未就診留言內容別：本組中，留言內容絕大多數是病症相關問題，其次是行政相關。

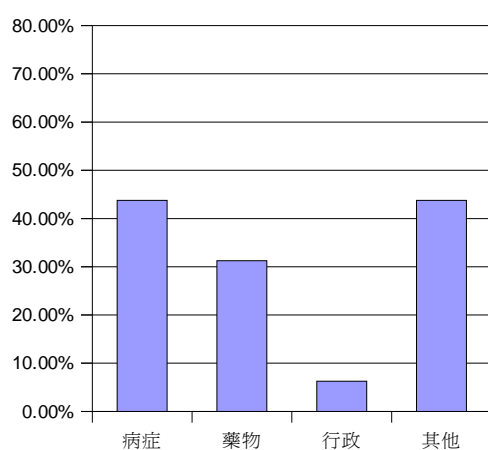


圖 4 家人曾就診留言內容別：本組中，留言內容在各分項差異不大，特別是『其他』部分之比例頗高。

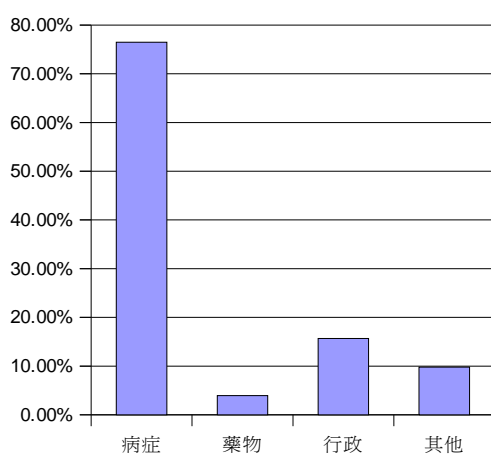


圖 5 家人未就診留言內容別：本組中，留言內容絕大多數是關於家人病症之詢問。

表 6 分季留言人次

| | 曾就診 | 未就診 | 季總數 |
|------|-----|-----|-----|
| 07-3 | 11 | 6 | 17 |
| 07-4 | 27 | 41 | 68 |
| 08-1 | 11 | 41 | 52 |
| 08-2 | 12 | 40 | 52 |
| 08-3 | 15 | 22 | 37 |
| 08-4 | 9 | 16 | 25 |
| 09-1 | 6 | 4 | 10 |
| 09-2 | 4 | 8 | 12 |
| 09-3 | 4 | 6 | 10 |
| 09-4 | 3 | 18 | 21 |
| 10-1 | 4 | 12 | 16 |
| 10-2 | 2 | 14 | 16 |
| 10-3 | 2 | 6 | 8 |
| 10-4 | 4 | 7 | 11 |

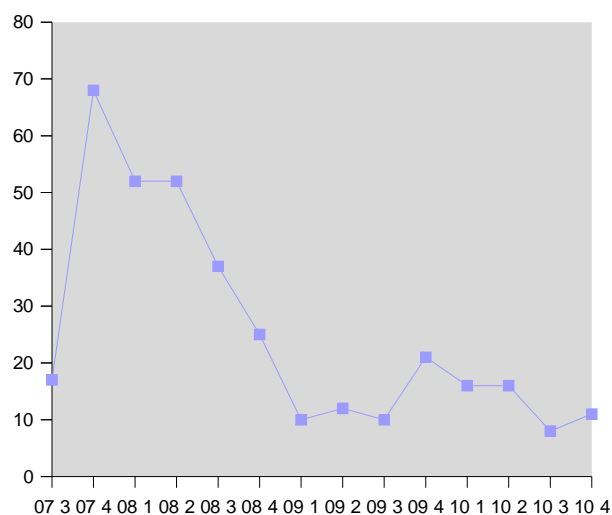


圖 6 分季留言總人次：2009 開始留言人數銳減，推測與大台北地區精神科診所數目增加有關。

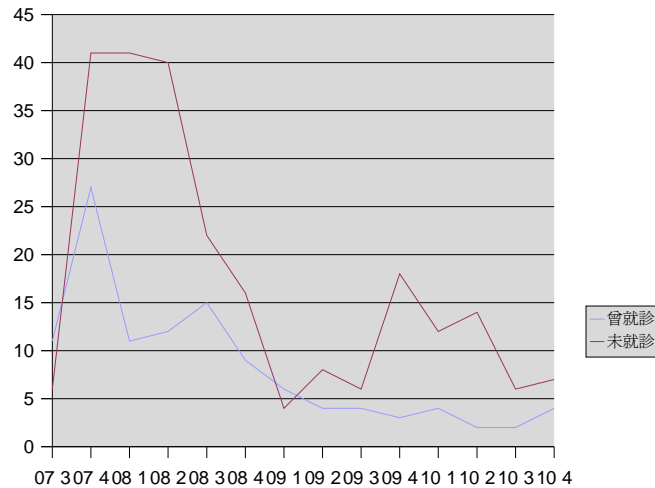


圖 7 分季留言人次：曾就診與未曾就診者之留言數同步減少。

4.3 網路問卷內容與結果

除了留言版、電子郵件這些『實際』（狹義）的醫病互動模式以外，研究者發現還有另一個『虛擬』（廣義）的互動模式。之所以稱其為虛擬，是因為這樣的互動並不容易直接呈現出來，而是要輔以觀察病患之就診模式、診間中之醫病互動才能發現。

研究者之部落格除提供診所相關資訊，主要內容為研究者於報章雜誌所發表之精神醫學相關文章，以及對於精神醫療之理念，其中最重要的理念核心在於『看診時間與品質』。原因在於全民健保推行後採取論個案記酬的給付方式，醫師之收入直接與所看診病患人數成正比，間接造成平均每人看診時間縮短。

這樣的狀況在其他科別中，因為可藉抽血或儀器檢驗等方式得到診斷（更能藉此『堵』病患對就醫時『三長兩短』現象之不滿），所以影響尚不至於太嚴重。然而在精神科，診斷主要是依靠『問診』，而要瞭解一位初診病患病程之來龍去脈，顯然不可能在短短數分鐘內就有辦法做到。在診間中，屢屢見到對先前醫師看診時間過短而心生不滿的病患，在這樣的情緒下對醫病關係產生之負面影響，進而影響治療效果自然也就不令人意外了。

也因此，研究者對於精神醫療之訴求在於『平均每診次不超過 15 位病患』，以提供足夠看診時間（至少 15 分鐘）。藉由部落格首頁兩篇文章『身心科該在大醫院看診？還是小診所看診？』、『怎樣才是一個好的身心科醫師？』之呈現（內容詳見附錄），讓進入部落格之患者能很快瞭解。這樣的訴求所帶來之正、反面效應，以及對醫病關係所帶來的影響，

在個案於門診中之反應可清楚觀察到。

此外，由於部落格在研究者開業前乃作為私人用途，因此最早之內容為旅遊、閱讀、生活等相關資訊分享，這部分內容仍加以保留未刪除。雖然與醫療無關，但對於醫病互動仍扮演了一定份量的角色，這在網路問卷內容中也會呈現。

以下為問卷內容及選擇題部分填寫結果（問答題及內容全文請參閱附件七）。

賴仕涵醫師碩士論文問卷調查表

若你『曾經瀏覽過賴醫師的部落格、而且曾至敦南心診所就診』，懇請協助完成以下問卷。不勝感激！

1. 經由何種管道得知研究者部落格？ *

- 網路廣告
- 網路連結（由其他網站連結過來）
- 親友介紹
- Other:

2. 接觸部落格與前來就診之先後順序？ *

- 瀏覽過部落格後才就診
- 前來就診後才接觸部落格

3. 首次接觸部落格之想法？ * 針對醫師看診理念、或醫療資訊、或旅遊文學內容皆包含在內。

4. 針對『瀏覽過部落格才前來就診者』，上題之答案與前來就診之關連性？ 是否因上題答案中之某幾個原因促使你決定前來就診？

5. 部落格內容對後續就診造成之影響？ * 瀏覽完部落格內容後之感想，是否影響後續就診意願？

- 增強就診意願
- 減弱就診意願
- 不影響就診意願

6. 瀏覽過部落格內容後，是否有影響你對醫師的觀感？ *

- 正面
- 負面
- 無影響

7. 請簡述上題之影響？ * 比如：醫師的哪個理念讓你印象最深刻？

8. 是否曾瀏覽醫療訊息以外之內容？ * 包括旅遊、照片、文學、心情分享等。

- 曾經瀏覽
- 不曾瀏覽

9. 曾經瀏覽部落格之頻率及比率？ * 多常造訪部落格？看過大約多少比率之文章？（請分為醫療資訊及非醫療資訊兩部分回答）

10. 是否曾經在留言版留言留言？ *

- 曾經留言
- 不曾留言

11. 不曾留言的原因？ *

- 沒有問題要問
- 用其他方式問（email、電話等）
- 隱私顧慮
- Other:

12. 是否曾經寄 email 給醫師？ *

- 曾經
- 不曾

13. 不曾寄 email 給醫師的原因？ *

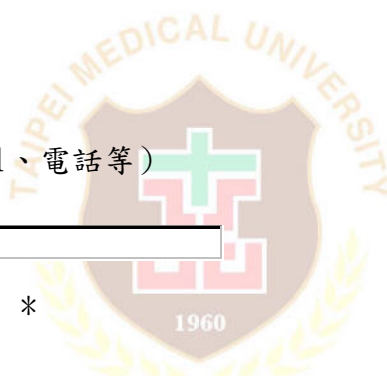
- 沒有問題要問
- 用其他方式問
- 隱私顧慮
- 不知道醫師的 email 帳號
- Other:

14. 若醫師強烈鼓勵你使用留言版或 email，提出包括症狀或用藥等問題與醫師聯絡溝通，你會考慮採用嗎？ *

- 會考慮
- 不考慮

15. 若醫師強烈鼓勵你使用留言版或 email，會提高你就醫或回診的意願嗎？ *

- 會（會影響就醫意願）



- 不會（不影響就醫意願）

16. 是否與其他醫師的部落格做過比較？ *

- 曾比較過
- 不曾比較過

17. 曾經比較過者，是否有什麼感想？

18. 為了研究統計需要，若不介意請留下年齡與性別：

問卷結果 Part 1（選擇題部分，問答題及內容全文請參閱附件七）

| | 經由何種管道得知研究者部落格？ | 接觸部落格與就診之先後順序？ | 部落格對後續就診意願之影響？ | 瀏覽部落格後對醫師觀感之影響？ | 是否曾瀏覽醫療訊息以外之內容？ | 是否曾在留言板留言？ | 不曾留言的原因？ |
|-------|-----------------|----------------|----------------|-----------------|-----------------|------------|----------|
| 個案 1 | 其他 | 先就診 | 不影響 | 正面 | 曾經 | 不曾 | 沒有問題 |
| 個案 2 | 網路連結 | 先就診 | 不影響 | 無影響 | 曾經 | 不曾 | 隱私顧慮 |
| 個案 3 | 網路廣告 | 先部落格 | 不影響 | 正面 | 曾經 | 不曾 | 其他方式 |
| 個案 4 | 網路連結 | 先部落格 | 增強 | 正面 | 曾經 | 曾經 | |
| 個案 5 | 網路廣告 | 先部落格 | 增強 | 正面 | 曾經 | 不曾 | 其他方式 |
| 個案 6 | 網路連結 | 先部落格 | 增強 | 正面 | 曾經 | 不曾 | 其他 |
| 個案 7 | 網路連結 | 先就診 | 增強 | 正面 | 曾經 | 曾經 | |
| 個案 8 | 網路連結 | 先部落格 | 增強 | 正面 | 曾經 | 不曾 | 沒有問題 |
| 個案 9 | 網路廣告 | 先就診 | 不影響 | 無影響 | 曾經 | 不曾 | 沒有問題 |
| 個案 10 | 網路連結 | 先部落格 | 不影響 | 正面 | 曾經 | 不曾 | 隱私顧慮 |

問卷結果 Part 2 (選擇題部分，問答題及內容全文請參閱附件七)

| | 是否曾寄 email 給醫師？ | 不曾寄 email 的原因？ | 若醫師鼓勵是否會考慮網路互動？ | 會提高就診意願嗎？ | 是否與其他醫師部落格做比較？ | 年齡與性別？ |
|-------|-----------------|----------------|-----------------|-----------|----------------|--------|
| 個案 1 | 不曾 | 沒有問題 | 會 | 會 | 不曾 | 32，女 |
| 個案 2 | 不曾 | 隱私顧慮 | 會 | 會 | 不曾 | ？ |
| 個案 3 | 曾經 | | 會 | 會 | 不曾 | 55，女 |
| 個案 4 | 曾經 | | 會 | 會 | 曾經 | 32，男 |
| 個案 5 | 不曾 | 其他方式 | 會 | 不會 | 不曾 | 22，女 |
| 個案 6 | 曾經 | | 會 | 不會 | 不曾 | 42，女 |
| 個案 7 | 不曾 | 其他方式 | 會 | 會 | 不曾 | 35，男 |
| 個案 8 | 不曾 | 沒有問題 | 會 | 不會 | 不曾 | 32，女 |
| 個案 9 | 不曾 | 沒有問題 | 會 | 不會 | 不曾 | 27，女 |
| 個案 10 | 不曾 | 隱私顧慮 | 會 | 會 | 不曾 | 38，女 |

十位填寫問卷之個案中，女性七位、男性二位、一位未留基本資料，大多是青壯年。六位是瀏覽過部落格後前來就診，四位則是就診後才接觸部落格。八位表示瀏覽部落格後對醫師之觀感是正面的，兩位是無影響；然而，卻只有一半表示這會影響後續的就診意願。

兩位曾經留言、三位曾經寄信給醫師，未曾使用網路與醫師互動的原因則很分散。但若醫師主動鼓勵使用，所有個案都表示會考慮使用，並有六位表示這會提高就診意願。這顯示病患對網路醫病互動之意願是很高的，也會因此而影響後續就診之意願。

除了醫學與診所行政方面文章外，所有個案都曾閱讀過看診理念、旅遊、文學等其他內容。

4.4 其他使用部落格之醫師經驗

A醫師為大台北地區某診所之精神科醫師，2008年7月開業至今，擁有個人之部落格並利用留言版與病患互動。採用雅虎奇摩關鍵字廣告宣傳部落格，初診病患超過九成藉由此管道前往就診。

1. 採用網路互動之原因？

當初其實是因為選擇使用的部落格有留言版功能，因此連帶使用。

留言版內容為『完全公開』，目的是基於『衛教』，亦即不僅針對提問者回答，也給後

續有類似問題者提供參考。

至於之所以不採用電子郵件，是因為『擔心太多信』；不考慮採用臉書，則是因為『擔心惡意攻擊』。

2. 病患使用部落格留言與醫師聯絡的比率？是否曾就診？

A 醫師之留言版使用者幾乎都是『未曾就診』之病患，主要考量是保密因素，因此 A 醫師會建議曾就診者直接以『電話』方式聯絡。

留言版在剛開版時平均每天兩則左右留言，逐步減少至目前約每週一則留言，原因則為上題所解釋之留言版使用目的。

3. 整體而言，上述互動對醫病關係之影響？

A 醫師認為部落格傳達精神醫療資訊及留言版之使用，對於『行銷』有很大的效益，更認為比起傳統行銷方式更為『精準』。

研究者針對這部分意見提出疑問：當越來越多診所醫師使用此種方式與病患互動，是否會造成分散效應、進而減低效益？A 醫師認為有兩個關鍵點：其一是網路互動（回應留言提問）之品質，其二是面對面就診時之醫病互動品質。

4. 使用網路醫病互動較深刻的感想？

『很驚訝惡意攻訐很少！』

B 醫師為桃竹苗地區某診所之精神科醫師，2010 年 12 月開業至今，擁有個人網站與兩個部落格。採用『新聞置入性行銷』方式宣傳診所，初診病患約 1/4 藉由接觸部落格後前往就診。

1. 採用部落格之原因？

在網站之外同時採用部落格的原因，是基於『維護方便』的考量，包括文章內容便於分類、版面符合客製化需求等。

部落格的主要目的是『衛教』，概念則是『單向傳達』，並非基於『互動』之目的。

2. 未採用留言版之原因？

(1) 不易滿足留言者之期待，未及時回覆可能會造成反效果。

(2) 人格異常病患之留言若未即時處理，可能帶來其他觀看者之負面影響。

(3) 避免影響病患就診意願。

3. 對電子郵件與電話互動之想法？

部落格中有提供電子郵件，但目前為止尚未有病患使用過。

B 醫師較傾向使用電話互動（與網路互動相比），因為能針對不同個案之個別問題完整回答，病患感覺也會較真實。

4. 經由部落格前來就診者，與經由其他管道者有何差別？

初診病患約有 1/4 是經由部落格前來就診，平均年齡較輕，但互動上並未感覺有太大差異。B 醫師認為這與地域性有關：都會區之病患可能會有較多網路搜尋行為，也較容易出現『對號入座』或慮病傾向。



第五章 討論與結論

5.1 網路醫病互動對醫師之負擔

John et al. (2003) 的研究發現，影響醫師使用電子郵件和病患聯繫意願的主要因素包括工作負荷、保密性、費用。其中，尤以第一點最為醫師所在意～畢竟，在繁忙的每日業務中還要擠出時間與病患進行互動，對工作負荷之增加是可以預期的。

不過就本研究結果來看，以研究者診所每月初診患者平均 60 人估算，研究期間 42 個月共計約 2500 位個案，曾使用電子郵件及留言版與醫師進行互動之個案數目，分別只有 73 及 114 人次（包含本人及親友，若僅計算本人則為 59 及 100 人次）。平均每 17 天才有一封 email、每 11 天才有一則留言，數目其實遠比一般所想像的少。

至於信件與留言內容部分，Casey et al. (2004) 曾分析歸納一家基層診所病患的電子郵件內容，發現絕大多數病患都能配合院方規範使用電子郵件，藉此結果說服醫療人員，不須擔憂病患會濫用此一管道而降低使用電子郵件與病患互動的意願；Yea et al. (2010) 的系統性回顧研究亦有同樣的建議。再從發表年份觀察更可發現，雖然前後經過六年時間，電子郵件也已十分普及，醫病間藉由此種管道互動之相關研究依然十分缺乏，仍存有諸多必須進一步討論的議題與空間。

值得注意的是，以上兩篇研究是以一般科診所為研究對象，而如同前文所述，基於精神科病患疾病屬性及治療之特殊性，精神科醫師比起他科醫師對『個人隱私』之意識較強，對於診間之外與病患的接觸也向來較為謹慎而保守。就以受訪的兩位醫師為例，分別不願意使用電子郵件及留言版進行互動，但有趣的是理由其實是雷同的！不過就本研究結果來看，其實是支持上述兩篇研究之結論的。理由如下：

精神科醫病互動在網路互動上可能出現的兩大問題分別是：自殺想法之表態、醫病界線之混淆。

前者亦即當醫師接收到病患表達自殺意念時之處理。事涉醫學倫理及臨床實際可行的操作模式，牽連範圍甚廣，在此無法以有限篇幅詳述。不過就本研究資料觀之，在所有的電子郵件及留言中，並不曾出現過與此相關之主題。可能的原因在於，本研究之個案來源為精神科診所，病症類型及嚴重度原本就較輕。不過話說回來，在中、大型醫院之精神科，即使沒有網路這一管道，病患仍可利用電話與院方醫療人員聯絡，也同樣會面臨此一問題之處理，是以此部分之擔心並不能做為抗拒使用網路醫病互動之理由。

至於後者，亦即病患是否會因為多了一個『方便』的管道，進而意圖增加與醫師之『非醫療』互動。對此有兩個處理方式可運用：事先說明並清楚設定界線 (Set Limitation)，

以及由事後回應表態。研究者所採取之方式為後者，亦即並未事先『把話說死』，而是視內容給予不同回饋（包括採取『不回應』）。而就實際成效來看，研究者的處理模式是完全可行的。

總結來說，採用網路醫病互動並沒有明顯『Not to Be』的理由。

5.2 網路醫病互動模式之選擇

研究者診所之初診病患前兩年半有 90%以上是經由部落格得知本診所，而每位初診病患就診後都會拿到一張『初診衛教單』（見附錄），其中註明了醫師之電子郵件信箱。由此可推論對病患而言，電子郵件及留言版之訊息揭露比率是接近的。

就一般認知而言，電子郵件之隱密性明顯高於留言版，但本研究呈現之數據反而使用前者之數目較少（曾就診者 73：114）。其中最可能的理由，應是使用留言版之便利性與即時性（不須先登入自己的信箱再做寄出動作）。這是否表示選擇電子郵件的病患其個人特質較為謹慎小心，則仍須進一步深入分析，不過初步觀察並未顯示其間的關聯性。

此外，比對使用電子郵件及留言版之個案，可發現極少數曾同時使用兩種互動工具：只有三人同時使用過兩種管道，其中不包含醫師基於保密或篇幅限制等理由，主動建議原本使用留言版之三位個案改採電子郵件方式互動。這表示個案傾向使用『習慣』之管道與醫師互動，不會輕易嘗試不熟悉的模式。

此點發現的重要性在於，羅云佐等（民 98）研究台灣醫師部落格使用者之現況指出，有 89.2%部落格啟用留言版功能，但僅有 25.8%提供聯絡之電子郵件。若參照本研究之發現，建議醫師若有意願進行網路醫病互動，其實不需排斥同時提供兩種管道～除了留言版外亦可提供（非私人使用之）電子郵件信箱，因為這可以給予不同屬性病患選擇的空間，又不至於造成醫師個人之困擾。

補充說明一點，若使用留言版之目的為『醫病互動』（如研究者）而非『衛教』（如 A 醫師），則可使用『強制隱藏留言』之功能，如此只有格主（醫師）及留言者可讀到內容，即可避免隱私洩漏之顧慮。

至於使用兩種管道與醫師互動者，主題皆有八成左右與病症及藥物相關，但使用電子郵件與留言版兩者之比例卻正好相反（電子郵件是病症：藥物 33.90%：44.07%，留言版則是 46.74%：32.61%）。其原因究竟與上述隱私議題有關？或是有其他可能性？則須更大樣本數才能回答。

不過在此還須補充討論一項變項：『電話』的使用對網路互動之影響。一般而言，醫院

中之精神科醫師由於行程緊湊，病患很難直接打電話找到醫師詢問相關醫療疑問，頂多只能聯絡上病房其他醫護人員。研究者雖然很少直接接聽來電，但已事先告知病患可由藥師提供初步協助，若有必要則會與醫師進一步討論再回覆。也因為此一管道之暢通及可近性，自然會鼓勵病患選擇使用，進而減少藉由網路與醫師互動之頻率。至於使用電話、留言版、電子郵件三者之交互關係，亦需後續研究進一步探討才能回答。

5.3 狹義網路醫病互動之助益

Christine (2011) 之研究將 e-Health 造成的醫病關係影響分成五大類，而網路醫病互動所帶來的正面影響主要是第二點：輔助既存的醫病關係及照護模式 (supplement existing relationships and forms of care)。藉由病歷回顧對照電子郵件及連言內容，研究者將較具代表性的 9 位個案 A~I 資料做整理，將觀察到的正面影響歸納為以下兩大類：減少頻繁就醫、提高就醫順從度。

5.3.1 減少頻繁就醫

眾所周知台灣的健保負擔費用低廉，加上醫療院所林立，民眾就醫可近性高、選擇性多。再加上『名醫效應』的推波助瀾，使得『Doctor Shopping』現象屢見不鮮，造成健保資源之無謂浪費。

依臨床經驗觀察發現，造成『Doctor Shopping』的兩大原因不外乎是『病症』與『藥物』。前者指的是疾病進展不如預期或發生變化，後者則是藥物效果不顯著或產生副作用，兩者皆可能造成病患任意更換醫院及醫師，帶來重複看診之診療費、未服完藥物之藥費的雙重浪費。

這樣的狀況在精神科尤為嚴重，原因來自於精神科藥物作用之特殊性。包括抗憂鬱藥、情緒穩定劑及抗精神病藥物皆非數天內可見到效果，往往需規則服用至少二到四周症狀才能有初步改善。此外諸如頭暈、噁心、嗜睡等常見藥物副作用之發生，也很容易使病患停止繼續服藥、或改至其他醫院就診。

以下針對網路醫病互動於此部分之助益，比對電子郵件、留言內容與病歷回顧，討論幾位個案的實例。為保護隱私，可能辨識個案資料之人、物、地名皆以 XX 取代，其餘內容則照本列出。

個案 A 為診斷 Panic disorder (300.01) 近兩年之中年女性，看診前五個月因頻繁的恐慌發作而多次至急診就診，也曾數次至精神科門診就診，但因藥物副作用而無法持續治療。於治療者診所就診的兩個月內，個案因先後因症狀變化、藥物作用、副作用等疑問，共計於留言版留下 19 則留言，以下為其中幾則內容。

與疾病衛教作用有關：

...我有恐慌症，除了柔安錠之外，所有抗焦慮的藥都會引起很大的副作用...請問如果發作時不吃藥，是否會有生命上的危險...

與症狀變化有關：

...我都有紀錄我的心跳，早上胸悶時約九十幾，其實有時覺胸悶，但心跳其實只有七十幾，下午因為工作不忙，所以心跳都是六十幾...

與藥物作用有關：

...想請教一個笨問題，我目前吃的藥除了可以治好身體的不適之外，還可以治好心裡的恐懼嗎？所以它是可以完全治好的嗎？

與藥物副作用有關：

...我昨晚開始吃了 1/3 克憂果，結果一夜無法睡，直冒冷汗並且心悸，還有想吐，全身難受，要不是昨天下午已請半天假，今天根本無法上班...我真的怕了副作用的感覺。

值得注意的是，個案在兩個月內僅於本診所就診四次，完全未至其他醫療院所就診。而且因為其症狀於治療過程中並未出現明顯進展，因此上述狀況可排除是因為門診（藥物）治療有效才發生。

個案 E 為診斷 Panic disorder (300.01) 超過一年之壯年男性，因恐慌發作而多次掛急診，也因諸多恐慌發作引起之身體症狀而頻繁至各科檢查。至診所就診前四個月，平均每月就診次數近八次。

接受治療兩週後，個案以電子郵件與研究者聯絡，詢問藥物與身體症狀之關連性。

...目前使用 caremod 已有兩星期，效果看來似乎還不錯，頭暈的情況似乎獲得較明顯的改善...最困擾我的痛風的發作...在服用 caremod 的兩星期間，卻一直有急性痛風的發作，且好了又發，發作的頻率之高，從未遇過。不知賴醫師對此的看法為何？是否需要換藥？

從內容可知，此疑惑其實在門診中病患就已與醫師討論過，但卻因長期對身體症狀過度敏感與不安，而產生強烈焦慮感。若依過去的就醫模式，勢必會立刻就醫接受諸多檢查以得到安全感。但在醫師的迅速回應及再保證後，個案選擇相信醫師，僅接受必要的尿酸濃度檢測，並依照原約診時間回診。

...謝謝您迅速的回應，根據您的回覆，我有需要提前回診嗎？原訂回診日期為...

個案後續共計接受三個月的治療期間，皆能依照約診時間回診，『使用』健保卡的頻率也大幅減少為原本的一半以下。

個案 G 為診斷 Adjustment disorder (309.28) 之壯年女性，治療一年後停止大部分藥物，僅留下低劑量抗焦慮藥物視狀況服用來改善睡眠。

停藥四個月後因父親住院而出現失眠加重的狀況，個案便在留言版上留言詢問。研究者直接提供藥物劑量調整之建議，很快緩解上述狀況。

...大概從上上星期開始我偶爾凌晨四點多就會醒來.上星期幾乎每天,但是這星期已經連三天三點多就醒了...很煩不知道為何會這樣...

四個月後個案突發焦慮症狀，因狀況不明需進一步澄清，加上手邊已無藥物，因此建議回診評估處置。相關症狀很快解除，也不需要再回診。

...上個星期突然又出現了喘大氣的現象...有一陣子沒這樣了...結果這幾天就一直覺得心很煩,假日也賴在床上看電視都不想動..很想生氣...其實我一直很易怒啦...有點擔心...請問我需要回診了嗎?

三個月後又一次的輕度焦慮，在研究者建議下直接從手邊藥物調整即解除。

...最近又有喘大氣的現象,快要一個月,不過頻率沒有非常頻繁,可是較常發生的時間竟然是下班後搭公車到睡前這段時間(以前是下午),因為怕白天吃柔安會想睡覺,所以是在接近睡前吃半顆,這樣 OK 嗎?還是要下午吃會比較好...

個案 I 為診斷 Panic disorder (300.01) 及 Hypochondriasis (300.7) 之年輕男性，雖已罹病超過五年，仍然因身體症狀與藥物作用問題而頻繁就醫。這樣的模式在研究者診所初診後持續表現於寄給醫師的電子郵件中，不管是藥物相關問題：

...你開給我的藥說要睡前 1 個小時吃半顆撫緒但我感覺吃了怎麼好像比較有精神,變得比較沒睡意還是我鼻子過敏等其他問題@@...

或是身體症狀：

...我是蠻想驗自律神經的一次的雖然你說不用驗但家人認為驗一下.甲狀腺有報告出來我會跟你說請問焦慮症發病是一陣身體灼熱感,手汗.肌肉緊張或心神不定放不下輕鬆.過一陣又緩和下來這樣會有生命危險嗎...

又或者是工作相關疑問：

...一個工作面試到底該不該講我有焦慮症還是自律神經失調?感覺講了好像不會被錄取他保全個人資料表後面是有這一些症狀要打勾如糖尿病.心臟病.精神官能症..等等我該勾精神官能症嗎...

最後還因為老家有事需暫時離開台北，詢問醫師當地其他精神科診所資訊：

...最近藥快沒了.請問 XX 或 XX 的精神科診所所有開撫緒不知道有那一間?上一次忘了問你地址以防暫時不能回北部看診,先在可在當地拿藥...

短短兩個月時間內，個案就寄了八封電子郵件詢問各方面疑問。雖然在研究者的回覆下，個案確實減少了整體就醫次數，但當個案改至老家附近其他院所就醫時，就醫次數旋即

又明顯增加許多。這或許正好可以印證，網路平台目前依然只能作為『輔助』、而無法『取代』面對面就診的概念。

值得補充的是，隨著個案病症逐漸穩定（雖然並非研究者的功勞），後續一年半的時間內不但就診次數大幅減少，也僅再寄過兩次電子郵件，分別是詢問藥物使用（已改為視情況使用）及單純問候。或可由此再度佐證：網路醫病互動並未如大部分醫師所想像的如此『可怕』。

5.3.2 提高病患就醫順從度

如何提高精神科病患之就醫順從度一直是個受到矚目的議題，理由除了前文提過關於藥物作用之特殊性，另一個重要原因則來自於『污名化』（Stigmatization）。

這現象尤以年長患者最為常見。診間實務中常會發現，家屬費盡千辛萬苦、軟硬兼施『拐騙』家中長輩前來就診，還常要醫師『配合演出』、假裝這裡不是精神科門診。即便如此，看診過程中仍有不少長者拒絕配合醫師釐清病情、要子女閉嘴別多話，如此對於診斷與治療當然會產生不利之影響。此時，網路醫病互動管道正好能發揮其功效。

然而，即使精神醫療資訊較過去發達許多，年輕一代更多了『網路』此一利器能對精神科相關病症有較正確的瞭解，『污名化』現象（陰影？）依然存在不少病患心中。於是有些患者根本不敢就醫，有些則在症狀稍有改善後就自行停藥，造成病情之不穩定及復發。理論上，這問題的解決應該是靠就診時醫師的詳細解說、澄清，但在現今看診模式中（病患人數過多、看診時間過少），實在很難奢望有多餘的時間作這部分處理。即便研究者已盡可能拉長每位病患之看診時間，依然不時發現這樣的狀況。

以下針對網路醫病互動於此部分之助益，比對電子郵件、留言內容與病歷回顧，討論幾位個案的實例。

個案 B 是一位從國中開始就出現 Performance anxiety (300.9) 之年輕女性，近期則因工作壓力出現焦慮、憂鬱情緒，診斷為 Adjustment disorder (309.28)。雖曾在外院就診，但因為自己對精神科藥物的抗拒（只願意偶爾服用抗焦慮藥物）、以及男友的態度（指責個案是因為『軟弱』才会有這些反應），因此症狀持續不穩定，並從原本焦慮為主、惡化為出現憂鬱症狀，甚至準備辭職放棄好不容易考上的教職。

因為個案缺乏情緒抒發管道及支持，所以留言版除了病情溝通外，也多了『紀錄心情』的功能。一個月內的五篇留言平均字數超過三百字，內容主要是陳述當天重大的壓力事件經過。雖然醫師並未一一加以回應，即使回覆也只有短短兩、三句話，但對個案而言顯然有很

大的幫助。

...辦公室有一個精神病病史的老老師，回學校教書後，只要不合她的意，便破口大罵組長；前組長被罵過很多次，昨天，我第一次在眾人面前（當時還有其他學校家長），被老老師破口大罵，其實事後和其他人討論，我覺得我做事沒有重大錯誤...被罵之後，我依然做行政事務，但發現開始講話口條變差，會有點口吃，反應變慢，整個人好像沈入海裡的感觉，連笑容都覺得勉強，X/X 要訂婚了，我卻感覺不到快樂。去上班的心情，像是麻痺的人，每天準備被人罵的心情...

...今天因為時間緊湊，上午的會議有些 late，簽到單也沒準備，主任打電話來責備，聽了雖然又愣了一下，但又繼續自己的工作，啊，其實前輩的冷漠，老老師的咆哮和主任的苛求，覺得工作很不快樂...不知道還能撐多少，要學習習慣好像是很難的事，那是一種苟活的感觉。工作沒有成就感，只有不斷挫敗，還有很多認知失調的感觉...

一個月後，個案接受建議開始低劑量抗憂鬱藥物治療，雖然出現藥物副作用，但在留言版上討論後可持續接受治療。

...副作用是有明顯焦慮的感觉，上班時講話和思考慢慢的，身體很緊繃，常心悸，連寫字的時候握筆都有點吃力，食慾沒有明顯增加...

兩個月治療後個案病情逐步穩定，並在婚後停止用藥。其後兩年半症狀未再復發，也順利生產並持續工作。

個案 F 為診斷 Major depression (296.32)、Histrionic personality (301.50) 之中年女性。治療過程中，個案先後寄出電子郵件 11 封、留言 9 則（為少數兩種互動模式接採用的個案之一）。進一步分析內容發現兩者間有極大差異：

電子郵件主要用於陳述症狀及個人心情紀錄，篇幅往往動輒四五百字：

...我和 XX 的感情日漸穩定，他是一隻很特別的黃金鼠。這學期中午和同事去跳有氧和瑜珈提斯，最明顯的是以前學過就忘的動作或手腳不協調或捉不住節拍，這次都在進步中，而且不用每次都要同事一起去。XX 日我胃抽筋二天卻不知要怎麼辦，同事說我應該是假日和婆婆小姑吃飯壓力太大，事實上好像也如此。婆婆會在先生不在場時問我先生為什麼不去找工作，在家做麵包能賺多少錢（我們買一台麵包機他可以做我要吃的口味），小姑也會私下問我房子處理情形。可是這些都不是我的問題，有些問題應該去問他們自家人（我不了解，男人辛苦工作大半輩子，在家休息一陣子會很丟婆婆的臉嗎？她希望怎樣，她應該自己說，不應該要我講）。先生可能因之前環保袋事件，我小小的失控有些嚇到，現在對我非常和顏悅色。我也因白天他都一個人在家，晚上回家會簡單烹煮或買便當和他一起吃。睡眠問題還是存在多夢早醒，即使增加了運動也只是讓自己感覺更累...

留言版則用於詢問與藥物相關之問題，篇幅也短了許多：

...我這幾天，尤其到了睡前頻頻發生雙手及身上冰冷（腳卻是溫熱的），影響睡眠頗大。我之前拿的藥有可以緩解的嗎？是哪一種顏色或名字？還是我要提前回診？或是...

因顧慮其人格特質，研究者對於個案之來信與留言皆把握簡潔回答的原則，並未針對內容加以回應或進行互動。然而值得注意的是，於研究者診所就診的十個月時間裡，個案不但

持續規則就診，而且只曾經至外院就診過一次。

這個發現的重要性在於，個案在剛至診所的前兩個月就診中，皆刻意減少看診時間（表示『不喜歡和不熟的人說話』，希望『看診時間儘量縮短』），因此可排除是因為與醫師在診間互動所帶來之良好醫病關係所引發的效應。亦即頻繁的網路醫病互動，在此個案身上扮演了顯著的醫病關係促進角色。

可惜特定人格疾患之病患原本數目就不多，於研究者診所更是寥寥可數，因此很難針對其與網路醫病互動之關聯性做進一步分析。不過由此個案的就診經過觀之，這的確是個值得進一步研究的方向。

個案 C 為診斷 Adjustment disorder (309.28) R/O Psychosis 之國中女學生。對於青春子女的身心狀況，大多數父母總會特別關心，一有不對勁也會特別擔心，尤其是當已經需要至精神科就診時自然更是憂心忡忡。這也就是為何在『兒童青少年精神科』中，每位病患之平均看診時間總會比其他次專科長很多的原因。然而即使如此，父母們還是很難『滿足』，還是有更多問題想問。

此個案即是本人就診意願低，而先到某醫學中心就診後母親又無法安心，因此輾轉前來研究者診所。即使在診間中已經給與足夠的時間討論（超過半小時），母親依然十分焦慮。還好藉由留言版的使用，讓她得以把所有『忘了問』的擔心一併處理。間接的，也促使其願意繼續督促陪同女兒前來就醫接受治療。

...XX 醫院跟我說他很嚴重，賴醫師說他只是壓力過大，可是我從未請教過他的病情是屬於躁鬱症還是憂鬱症或是強迫症，因為他非常容易動怒、會自殘，無冤無故一直焦慮，計畫著未來要如何如何，可是對眼前的事情是完完全全逃避不去做，完全偏離事實。對了，他現在服用百憂解，會使頭腦變遲鈍嗎...

個案 D 為診斷 Major depression (296.33) 超過五年之中年男性。因接受治療之反應不佳，造成個案就診意願低落，服藥順從度亦不佳。初診後太太透過留言與醫師互動，詢問藥物相關資訊：

...你開的抗憂鬱藥 Cymbalta，指定用藥時間是睡前，會不會因為在藥效最好的時候病人卻在睡覺，這樣是否會讓藥的效果不彰顯呢？或許以後會多利用你的留言板請教你一些問題，希望你不要介意喔...

此外為了顧及先生之『男性自尊』，某些症狀太太在診間中不好意思明說（精神科常見的現象），也因留言版的存在而有了解決之道：

...農曆過年期間，我先生又有一點不太撐的住，又崩潰的不住的哭，他覺得好辛苦，覺得自己一直好不了，也可能會永遠好不了...假如他這樣的狀況是會好的，是會過去的，能否請賴醫師能夠以醫生的立場告訴他，多鼓勵他...

後續在太太的堅持及努力下，個案於研究者診所規則治療近兩年時間，雖症狀仍有起伏，但較過去數年已有顯著之改善。

個案 H 為 Bipolar disorder (296.89) 急性發作之老年女性。因缺乏病勢感，故不願意配合就醫，僅在各醫院不規則看診，領取鎮靜安眠藥幫助睡眠。主要照顧者及陪同就醫者為兒子，看診後藉由留言版與醫師進行互動：

...我媽最近身心症開始出現, 哭笑情緒起伏也變大, 不過慶幸的是他還蠻愛看醫生的, 生理上雖有毛病, 但還不想尋死, 感謝老天. 其實也要感謝您開設心診所... 之前都是在台北市 XX 中心和醫院精神科就診, 正常或初期患者在上述醫院, 常常醫生還沒看見, 就被週遭環境帶入緊張境界...

由於個案的多疑、易怒、不配合，某些不便在門診中澄清的敏感症狀也因此得到解答，有助於醫師的判斷及後續治療：

...我媽之前沒有服用躁鬱症或類似藥物. 只有針對入睡困難以及淺眠開優樂丁和 Mysrel 也有醫師開的是 Stilnox + Mysrel 其實我們家族都有睡不著的現象, 總以為睡不好是心情不好的主因...

後續門診中，個案經由兒子的督促以及逐步建立與醫師的關係，可自行前來接受治療，直至急性症狀緩解。



5.4 廣義網路醫病互動之助益

網路醫病互動與面對面醫病互動之差異乃在於網路（或可說是『部落格』）之特性。

首先是『擴散性』。針對前文所提的『理念傳達』（『廣義』的醫病互動），雖然在診間中之面對面互動也能有同樣效果，但其前提是病患必須先到診所求診，因此數量顯然大大受限。藉由網路無遠弗屆之散佈力量，能將理念直接『外展』到所有接觸部落格之使用者，效率自然也會大幅提昇。

這樣的優勢在精神科病患身上尤其顯著，原因不外乎是社會普遍對精神疾病的標籤化、污名化。在診間中也會發現：除了『失眠』較常由親朋好友互相『推薦』介紹前來就診外，出現其餘症狀的個案幾乎都是默默上網搜尋資料、悄悄獨自前來看診。

其次是『個別性』。部落格可容納的資訊種類、數目皆很龐大，研究者的部落格除了必備的就診相關資訊與精神醫療衛教知識外，還包含了旅遊、藝文、隨想、攝影作品等五花八門的內容。雖說看似與醫療無關，但病患卻可藉此對醫師有初步認識，進而拉近距離、減少就診時之不安。這對需要向醫師『敞開心胸』、甚至談論許多敏感話題的精神科來說，是再

重要不過的了。

至於個別性之所以重要，是因為在診間中醫師不可能有那麼多時間（也沒有必要）和病患討論這些『與醫療無關』之議題～雖然嚴格說來，醫療理念之溝通其實與醫病關係有密切的關連性，原本就應該是醫療的一部分。而部落格資訊瀏覽之『選擇權』是掌握在使用者手中，個自閱讀部落格資訊後、基於個別理由決定前來（繼續）就診。這部分的影響很難以統計數字呈現，不過在網路問卷中可以清楚見到其影響力。

除了醫學與診所行政方面文章外，所有個案都曾閱讀過看診理念、旅遊、文學等其他內容。此部分即為研究者定義之『廣義醫病互動』，也的確影響了個案對醫師之觀感與就診意願：

個案 1：因為感受到醫生對生活充滿熱情 所以繼續複診過程中更加安心，放心把自己交給除了專業以外同時又熱愛生活的醫生。

個案 5：不管是旅行記趣或是醫學知識之類的文章，都沒有侵略性，在心情很低落的情況下，其中幾篇還讓我忍不住哈哈大笑。總的來說，第一次看到賴醫師的部落格，感覺是溫暖又親切的。

個案 6：看見一個寫旅遊文學的醫師覺得很特別。總覺得應該比大醫院的醫師更能理解體制邊緣人的心情吧！生活態度、對病患的回覆方式、對事物的感受力。

個案 7：旅遊文學方面的文章可以提供自己不同的觀點去看世界，也增加自己的視野。

而對研究者之理念傳達有明確回應及敘述的個案如下：

個案 5：賴醫師在部落格裡強調看診的品質，是讓我印象很深刻的一點。賴醫師特別強調看診品質並採取預約制，這樣可以比較有效控制時間，雖然不見得可以百分之百解決看診品質的問題，但這一點還是讓我印象非常深刻。

個案 7：看過部落格後對於醫師看診理念頗為認同。提醒大家該吃的藥一定要吃、但該減的藥一定要減... 這個理念印象最深刻，破除了心理治療的藥一但吃了，就必須要吃到死為止的刻板印象。

個案 9：對醫生的看診理念感到認同。

值得注意的是以上兩個狀況中，各有一位個案表示這樣的感受並不影響後續就診意願，而十位個案中則有一半如此表示。這意謂著『廣義醫病互動』之效果是因人而異的，而相對之下，『狹義醫病互動』（以電子郵件與醫師聯絡）則似乎帶來較明確的效果。

不過，每位病患的人格特質、興趣原本就有很大的差異，因此這並不能代表『無效』，頂多只能說是其影響是因人而異的、也只能扮演『輔助』的角色。

5.5 網路醫病互動之負面影響

然而，上述的理念傳達暨互動並非全然只有優點。未避免 Selection bias，以下就採取病歷回顧方式，分析幾位個案之就醫狀況，歸納出兩大類負面影響狀況，分別是『期待與現實之落差』以及『遠距就醫衍生之問題』。

5.5.1 期待與現實之落差

個案 K 為診斷 depressive disorder, NOS (311) 之年輕男性，因長期（父親酒癮多年前就不知去向，但家中留有債務）、中期（人生目標與當前的現實、工作內容有很大落差）、短期（女友年紀較個案大希望早點成婚，個案則希望多奮鬥幾年）壓力事件累積，出現情緒低落、易怒、失去興趣與動力、睡眠障礙等症狀。小學曾因過動症至精神科就診兩年，後續因症狀穩定未再就診。透過部落格前來研究者診所求診。

除了藥物治療以外，也與醫師就短中長期之壓力事件積極進行討論。經過九個月的治療後，雖持續出現影響情緒之重大生活事件，但尚可維持情緒與工作之平穩。

然而在最後一次就診中，個案在門診時間已經結束後前來就診。基於相關醫療規範無法拒絕其就診，但基於診所內規之界線，醫師僅就目前症狀給予藥物調整之處理，未花時間進一步討論其生活事件。如此一來引發個案之不滿，離去時更表示：『不是說至少會看診 15 分鐘嗎？』其後便未再回診。

此個案之狀況提醒我們，理念之傳達（理想）與實際行政操作上（現實）之差距必須加以注意，更要考慮在事前提供必要的說明、解釋。

個案 L 為診斷 Adjustment disorder (309.28) 之中年女性，主要壓力為與公婆之相處問題，間接影響與先生之互動。未曾至他院就診，夫妻倆透過部落格得知本診所，因認同醫師理念前來就醫。

經過三個月的評估治療後，醫師建議個案接受心理治療並考慮夫妻諮商。因本診所業務主要以健保門診看診為主，因此建議個案先至外院尋求相關資源。然而因為各大醫院之健

保心理治療皆須等待超過一個月以上時間，個案因此回到診所請求醫師協助。

醫師在門診中與個案進一步討論後同意安排心理治療，並請個案與診所工作人員討論詳細時間。不料在醫師繼續看診、個案至櫃臺安排時間時，竟與工作人員發生口角衝突，忿而匆匆離開診所未再回診。

此個案之狀況提醒我們，個案對醫師之認同並不見得會『愛屋及烏』，很可能只針對醫師個人。因此，工作人員之訓練、醫師對工作人員之表態支持是必須加以注意的。

個案 O 為診斷 Anxiety disorder (300.00) 之年輕男性，剛退伍，因準備國家考試出現焦慮、失眠而前來就診。未曾至他院就診，透過部落格得知本診所，因認同醫師理念前來就醫。

於診所就診之一年時間裡，醫師發現個案雖畢業於著名大學之著名科系，卻十分缺乏自信，對工作、人生之想法也多是來自於父母的規劃與建議。醫師針對這些部分與個案進行深入之探討，建立深厚的醫病關係，個案也加入醫師之臉書好友名單。

於最後一次門診中，個案談到近日開始之第一份工作很快放棄的經過，醫師基於認定醫病關係穩固，針對其抉擇進行面質 (confrontation)。個案對此頗為無法接受、感覺受到傷害，其後未再回診。

此個案之狀況顯示，網路醫病關係之建立終究還是只能扮演『輔助』的角色，而無法取代面對面醫病互動。醫師在使用網路互動的同時，也不能忽略面對面互動時之敏感度與臨場判斷。



5.5.2 遠距就醫衍生之問題

個案 J 為診斷 Major depression (296.32) 之中年女性，兩年來因憂鬱症狀先後在數家醫院就診，但就醫與服藥順從度不佳。父母親透過部落格得知本診所，因認同醫師理念而遠從雲嘉南地區陪同女兒前來就診。

在家人陪同三次就診後，個案與醫師建立良好醫病關係，後續回診皆願意單獨主動前來。前後八個多月的門診治療，個案可維持情緒穩定。雖然醫師多次建議轉診至住家鄰近之醫院就診，但個案均堅持繼續就診。

個案 M 為診斷 Generalized anxiety disorder (300.02) 之老年女性，因焦慮情緒伴隨諸多身體不適症狀，頻繁在各科檢查、治療。女兒透過部落格得知本診所，因認同醫師理

念而從竹苗地區陪同母親前來就診。

在家人陪同兩次就診後，個案與醫師建立良好醫病關係，後續回診皆單獨主動前來，醫師也曾多次建議轉診至住家鄰近之醫院就診，但個案均堅持繼續就診，於是改以開立連續處方箋之方式協助。至今已持續接受兩年半的規則治療，症狀穩定。

以上兩位個案皆透過家人建議至研究者診所就診，雖可建立良好之醫病關係並得到不錯的治療效果，但對於長途奔波所帶來之負面影響，也有必要加以納入考慮。尤其是近年來衛生單位推動家庭醫師整合照顧等計畫，就是為了避免『名醫效應』造成民眾遠距就醫，進而影響醫療品質。網路無遠弗屆的影響力，對這個層面所帶來的影響顯然是負面的。

個案 N 為診斷 Major depression (296.22) 之老年女性，主要症狀為憂鬱情緒及嚴重失眠。女兒透過部落格得知本診所，因認同醫師理念而從基隆陪同母親前來就診。

八個月治療中個案症狀得到顯著改善，因而拒絕轉診至住家鄰近之醫院就診。然而在最後兩個月因為車禍傷及腰椎，因疼痛造成情緒及睡眠之不穩定，卻又不方便舟車勞頓前來就診，便要求家人前來領藥。雖然最後不得不接受建議改至鄰近醫院就醫進一步調整，但已造成好不容易穩定之病症再次惡化。

此個案之例子明白顯現出『遠距就醫』所帶來的兩大問題。其一是遠距離所帶來的不方便，偏偏精神科病症往往多是需長期追蹤治療的，有毅力長期就診的患者並不多。其次則是症狀不穩定時之處理，也往往因距離的關係不方便密集回診，被迫拉長回診間隔，當然也容易因此拖延了症狀穩定之時程。

5.6 研究結論與研究局限

5.6.1 研究結論

從研究結果來看，台灣精神科診所病患使用部落格留言及電子郵件與醫師聯絡的比率並不高，醫師並不需過度擔心因而增加過多的業務負擔。此外，病患傾向於使用原本習慣的互動模式進行互動，因此有意願進行網路醫病互動的醫師，可考慮同時採用留言版、電子郵件或其他不同模式以供病患選擇。

而從案例探討中也可發現，以上兩種醫病互動有助於減少個案不必要的頻繁就醫、進而

減少醫療資源浪費。另一方面，對於精神科病患常見的就醫順從度不高，不管是透過病患本人、或家人與醫師進行網路互動，也能因此有所改善。

雖然本研究中只呈現出三位使用部落格之精神科診所醫師之網路醫病互動狀況，但可發現各自的互動模式因診所所在區域、個人理念、對醫病互動之認知而有極大差異。較有共識的則是先前提到過的概念：網路在醫病互動上的效果只能當作『輔助』而無法『取代』。

至於『網路醫病互動模式』是否能夠建立共識、甚至有統一的規範與遵循原則，顯然還需要更多研究與討論才会有答案。

5.6.2 研究侷限

本研究設計為回溯性研究，因此不易區分個案就醫模式改變，究竟是起因於網路醫病互動之進行、或單純因為醫師個人特質所帶來的效果。此外，藉由『電話』與診所工作人員或醫師聯絡也是一個可能的干擾因子，這部分也需多加留意。

本研究中，研究者將網路醫病互動區分為『狹義』與『廣義』兩類。前者的定義十分明確，也很容易進行後續之前瞻性量化研究，然而要將後者清楚定義則較困難。雖然研究者在問卷中以開放性問題試圖為其效果做澄清，但數目及代表性皆嫌不足。

特別是在私人診所中，部落格之使用與網路醫病互動之進行必定有其『商業考量』，也會牽涉到『客戶管理』之概念（此現象在兩位受訪醫師的訪談中皆可見到），如何將研究者所定義之『理念』與其做區別，尚須更進一步的討論與分析。

本研究之進行場所為精神科診所，病患之診斷以 Non-psychotic 為主，有明確人格異常診斷者數目亦極少。而依照少數的個案分析（個案 F）來看，有特定人格診斷之患者的確可能影響其網路互動模式，進而造成醫師之困擾（互動之數量與內容）。至於 Psychotic patient 之網路互動模式是否會受到影響，由本研究也無法確定。

然而即使同樣是精神科診所、同樣採用部落格，不同醫師各自的考量與所採取的互動模式也有很大的不同，研究者與兩位受訪醫師的差異就是最好的實例。因此，本研究之結論是否能推展運用到其他屬性不同之診所、或者中大型醫療機構，需要謹慎看待。雖然這意謂著進一步研究設計時之困難，但從另一個角度來思考，也表示這的確是個值得更多關注的議題。

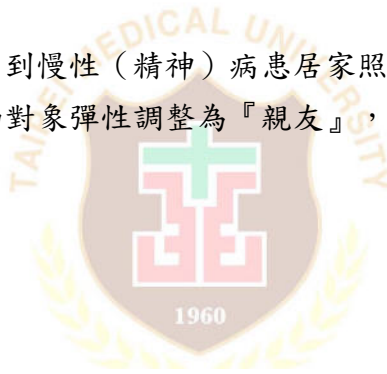
5.6.3 後續研究方向

首先，可將研究場所轉換至其他精神科診所或中、大型醫院之精神科，針對門診病患進行前瞻性研究，並將個案分為實驗組（除了診間中的醫病互動、同時進行網路醫病互動）與對照組（只進行面對面醫病互動）。如此一來，不但有助於釐清研究侷限中之效果來源疑惑，也能檢驗網路醫病互動之（正反面）效果在其他類型與層級之醫療院所中是否適用。

其次在研究個案選擇部分，建議針對『複診』個案進行。原因主要是初診個案身分難以辨認，且互動內容也幾乎集中在『醫療諮詢』，對醫師不但負擔過高，而且進行個案追蹤與統計之可行度過低。

至於醫療人員最關心的『成本效益』（cost benefit profile）議題，建議應朝向發展網路醫病互動規範努力。唯有訂定一致的互動標準供參考，才能客觀評估『cost』部分，進而與『benefit』進行衡量。

最後，此研究亦有擴大運用到慢性（精神）病患居家照護之潛力，但需視個案之生理與精神狀況穩定程度，適時將互動對象彈性調整為『親友』，並非一定是『個案本人』。



參考資料

<英文文獻>

- Anderson, J.G., Rainey, M.R., Eysenbach, G. (2003). The impact of cyberhealthcare on the physician-patient relationship. *Journal of Medical Systems*, 27(1), 67-84.
- Baile, W.F., & Aaron, J. (2005). Patient-physician communication in oncology: past, present, and future. *Current Opinion in Oncology*, 17, 331-335.
- Baker, L., Wagner, T. H., Singer, S., & Bundorf, M. K. (2003). Use of the internet and e-mail for health care information. *Journal of the American Medical Association*, 289(18), 2400-2406.
- Ball, M.J., Lillis, J. (2001). E-health: transforming the physician/patient relationship. *International Journal of Medical Informatics*, 61, 1-10.
- Bashshur, R., Reardon, T., & Shannon, F. (2000). Telemedicine: A new health care delivery system. *Annual Review of Public Health*, 21, 613-37.
- Berger, M., Wagner, T. H., & Baker, L. C. (2005). Internet use and stigmatized illness. *Social Science & Medicine*, 61: 1821-1827.
- Broom, A. (2005). Virtually he@lthy: the impact of internet use on disease experience and the doctor-patient relationship. *Qualitative Health Research*, 15(3), 325-345.
- Burns J.M., Davenport T.A., Durkin L.A., Luscombe G.M., Hickie I.B. (2010). The internet as a setting for mental health service utilisation by young people. *Med. J. Aust.* Jun 7;192(11 suppl):S22-6
- Bylund, C.L., Gueguen, J.A., Sabee, C.M., Imes, R.S., Li, Y., Sanford, A.A. (2007). Provider-patient dialogue about internet health information: An exploration of strategies to improve the provider-patient relationship. *Patient Education and Counseling*, 66, 346-352.
- Carma L.B., Jennifer A. G., Christina M. S., Rebecca S. I., Yuelin L., Amy A. S. (2007). Provider-patient dialogue about internet health information: An exploration of strategies to improve the provider-patient relationship. *Patient Education and Counselling*, 66(3), 346-352.
- Casey B. W., Cheryl A. M., David T. S., Steven J. K. (2004). A Content Analysis of E-mail Communication between Patients and Their Providers: Patients Get the Message. *Journal of American Medical Informatics Association*, 11(4), 260-267.
- Christine Deddinga, Roesja van Doornb, Lex Winklerb and Ria Reis. (2011). How will e-health

- affect patient participation in the clinic? A review of e-health studies and the current evidence for changes in the relationship between medical professionals and patients. *Social Science & Medicine*, Volume 72, Issue 1, January 2011, Pages 49-53.
- Cline, R. J. W., & Haynes, K. M. (2001). Consumer health information seeking on the internet: The state of the art. *Health Education Research*, 16(6): 671- 692.
- D'Alessandro, D. M., & Kreiter, C. D. (1999). Improving usage of pediatric information on the internet: The Virtual Children's Hospital. *Pediatrics*, 104(5), 55-59.
- David K., Glyn L., Surinder K., Nicola W., Michael K, Scott W., Debbie J.S., Ricardo A., Sandra H. Tim J.P. (2009). Therapist-delivered internet psychotherapy for depression in primary care: a randomised controlled trial. *Lancet*. 374(9690): 628-634.
- Dever F.T., Hunter P.V., Hadjistavropoulos T., Koocher G.P. (2010). Ethical and legal considerations for internet based psychotherapy. *Cogn. Behav. Ther.* 39(3): 173-87.
- Diane M.N. (2010). "I did not realize so many options are available": Cognitive authority, emerging adults, and e-mental health. *Library & Information Science Research*. In Press.
- Erdem, S.A., & Walker, J.H. (2006). The role of the internet in physician-patient relationships: The issue of trust. *Business Horizons*, 49, 387-393.
- Evette J. L., Gregory E. S., Steve T., Michael V. K. (2007). A Randomized Trial of Telephone Psychotherapy and Pharmacotherapy for Depression: Continuation and Durability of Effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(2): 257-266.
- Fox, N. J., Ward, K. J., & O'Rourke, A. J. (2005). The 'expert patient': empowerment or medical dominance? The case of weight loss, pharmaceutical drugs and the internet. *Social Science & Medicine*, 60, 1299-1309.
- Gerber, B., & Eiser, A. (2001). The patient-physician relationship in the internet prospects and the research agenda. *Journal of Medical Internet Research*, 3(2),15-25.
- Gerhards S.A., Abma T.A., Arntz A., de Graaf L.E., Evers S.M., Huibers M.J., Widdershoven G.A. (2010). Improving adherence and effectiveness of computerised cognitive behavioural therapy without support for depression: A qualitative study on patient experiences. *Journal of Affective disorders*, [Epub ahead ofprint]
- Ghassan M., Aurélie G, Ygal B., Alexandra B., Sarah H. (2010). Facebook activity of residents and fellows and its impact on the doctor–patient relationship. *Journal of Medical Ethics*, published online December 20, 2010
- Gray, N. J., Klein, J. D., Noyce, P. R., Sesselberg, T. S., & Cantrill, J. A.(2005). Health information-seeking behaviour in adolescence: the place of the internet. *Social Science & Medicine*, 60:

1467-1478.

- Gremeaux V., Coudeyre E. (2010). The Internet and the therapeutic education of patients: A systematic review of the literature. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 53(10), 669-692.
- Gul S. (2010). Cyber patients surfing the medical web: Computer-mediated medical knowledge and perceived benefits. *Computers in Human Behavior*, 26(6), 1694-1700.
- Hart, A., Henwood, F., & Wyatt, S. (2004). The role of the internet in patient-practitioner relationships: findings from a qualitative research study. *Journal of Medical Internet Research*, 4(6), 36.
- Hege K.A. (2010). What does an e-mail address add? - Doing health and technology at home. *Social Science & Medicine*. In Press.
- Heleen R., Gerhard A., Helen C., Pim C., Alfred L., Gunther E. Theme Issue on E-Mental Health: A Growing Field in Internet Research. *Journal of Medical Internet Research*. 12(5):e74
- Herbert B., Mark D. E. (1975). The Placebo Effect: A Neglected Asset in the Care of Patients. *Social Science & Medicine. Journal of American Medical Association*. 232(12):1225-1227.
- Horgan A., & Sweeney J. (2010). Young students' use of the Internet for mental health information and support. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*. 17(2):117-23
- Iverson, S.A., Howard, K.B., Penney, B.K. (2007). Impact of internet use on health related behaviours and the patient-physician relationship: A survey-based study and review. *JAOA*, 108(12), 699-711.
- Jadad, A.R. (1999). Promoting partnerships: challenges for the internet age. *British Medical Journal*, 319, 761-763.
- James S. S., F. Keith G., Jason A. C., James E. F., H. James N., Madhav A. K. (2010). Quality and Content of Internet-Based Information for Ten Common Orthopaedic Sports Medicine Diagnoses. *The Journal of Bone and Joint Surgery*, 92(7), 1612-1618.
- JAN B., FREDRIK H., PER C., VIKTOR K., LISA E. (2005). Internet-based self-help for depression: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 187: 456-461
- Jocelyn F. B., Richard J. S., William J. B. (2010). "You've Got Mail"... from your doctor? *Osteopathic Family Physician*, Article in Press.
- John H., Jonathan W., Yamini S. J., Anne K., Lisa P., Lynn A. V., Blackford M., David W. B. (2003). Opportunities to enhance patient and physician e-mail contact. *International Journal of Medical Informatics*, 70(1), 1-9.
- Kaplan S. H., Greenfield S., Ware J. E. (1989). Assessing the Effects of Physician-Patient Interactions on the Outcomes of Chronic Disease. *Medical Care*, 27(3):110-127.

- Kathleen M. G., Helen C. (2007). Internet-based mental health programs: A powerful tool in the rural medical kit. *Australian Journal of Rural Health*, 15(2): 81–87
- Kennedy, R.S. (2004). Weblogs, social software, and new interactivity on the Web. *Psychiatric Services*, 55(3), 247-249.
- Kivits, J. (2006). Informed patients and the internet: A mediated context for consultations with health professionals. *Journal of Health Psychology*, 11, 269-282.
- Lagu, T., Kaufman, E.J., Asch, D.A., & Armstrong, K. (2008). Content of weblogs written by health professionals. *Journal of General Internal Medicine*, 23(10), 1642-1646.
- Lin C.C., Bai Y.M., Liu C.Y. Hsiao M.C., Chen J.Y., Tsai S.J., Ouyang W.C., Wu C.H., Li Y.C. (2007). Web-based tools can be used reliably to detect patients with major depressive disorder and subsyndromal depressive symptoms. **BMC Psychiatry**, 7(12) :
- Linssen, C. (2006). 'Vragen stellen aan een internet arts'!. Onderzoeksverslag van het ICISZ.
- Lustria, M. L. A., Cortese, J., Noar, S. M., & Glueckauf, R. L. (2009). Computer tailored health interventions delivered over the web: Review and analysis of key components. *Patient Education and Counseling*, 74: 156-173.
- Marc L., Guy P., Claude S., Charmian H. (2008). Determinants of Internet use as a preferred source of information on personal health. *International Journal of Medical Informatics*, 77(11), 723-734.
- Marion J. B., Jennifer L. (2001). E-health: transforming the physician/patient relationship. *International Journal of Medical Informatics*, 61(1), 1-10.
- May, C., Finch, T., Mair, F., & Mort, M. (2005). Towards a wireless patient: Chronic illness, scarce care and technological innovation in the United Kingdom. *Social Science & Medicine*, 61: 1485-1494.
- McMullan, M. (2006). Patients using the internet to obtain health information: How this affects the patient-health professional relationship. *Patient Education and Counselling*, 63, 24-28.
- Menaka B., Holly L. M. (2006). Development and validation of a scale to assess attitudes of health care administrators toward the use of e-mail communication between patients and physicians. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 2(4), 512-532.
- Mermelstein H.T., Holland J.C. (1991). Psychotherapy by telephone. A therapeutic tool for cancer patients. *Psychosomatics*, 32:407-412.
- Miriam M. (2006). Patients using the Internet to obtain health information: How this affects the patient–health professional relationship. *Patient Education and Counselling*, 63(1-1), 24-28.
- Moyer, C. A., Stern, D. T., Katz, S. J., & Fendrick, A. M. (1999). “We got mail”: Electronic communication between physicians and patients. *American Journal of Managed Care*, 5,

1513-1522.

- Murray, E., Lo, B., Pollack, L., Donelan, K., Catania, J., White, M., et al. (2003). The impact of health information on the internet on the physician-patient relationship. *Archives of Internal Medicine*, 163, 1727-1734.
- Nettleton, S., Burrows, R., & O'Malley, L. (2005). The mundane realities of the everyday lay use of the internet for health, and their consequences for media convergence. *Sociology of Health & Illness*, 27(7): 972-992.
- Neuhauser, L., Kreps, G. L. (2003). Rethinking communication in the E-health era. *Journal of Health Psychology*, 8(1), 7-23.
- Norman CD, McIntosh S, Selby P, Eysenbach G. (2008). Web-assisted tobacco interventions: empowering change in the global fight for the public's (e)Health. *Journal of Medical Internet Research*, 10(5): e48
- Pamela H., Jerome G. (2010). Untangling the Web — Patients, Doctors, and the Internet. *New England Journal of Medicine*, 362(12), 1063-1066.
- Postel M.G., de Haan H.A., ter Huurne E.D., Becker E.S., de Jong C.A. (2010). Effectiveness of a Web-based Intervention for Problem Drinkers and Reasons for Dropout: Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research*, 12(4): e68
- Radin, P. (2005). “§To me, i’j’s my li”e”: Medical communication, trust, and activism in cyberspace *Social Science & Medicine*, 62: 591-601.
- Rebecca C. (2007). Who are the doctor bloggers and what do they want? *British Medical Journal*, 335: 644-647.
- Riper H., Kramer J., Keuken M., Smit F., Schippers G., Cuijpers P. (2008). Predicting successful treatment outcome of web-based self-help for problem drinkers: secondary analysis from a randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 10(4): e46
- Roberts J.M., Copeland K.L. (2001). Clinical websites are currently dangerous to health. *International Journal of Medical Informatics*, 62(2-3), 181-187.
- S. Altan Erdema, L. Jean Harrison-Walker. (2006). The role of the Internet in physician–patient relationships: The issue of trust. *Business Horizons*, 49(5), 387-393.
- Salo D., Perez C., Lavery R., Malankar A., Borenstein M., Bernstein S. (2004). Patient education and the Internet: do patients want us to provide them with medical web sites to learn more about their medical problems? *Journal of Emergency Medicine*, 26(3), 293-300.
- Samuel G. B., Clark E. J., Harry W. W., Brenda K. H., Edward B., Gary T. S. (1997). Telemedicine for Dermatology Care in Rural Patients. *Telemedicine Journal*, 3(3): 227-233.

- Shaw J., Baker M. (2004). Expert patient --- dream or nightmare? *British Medical Journal*, 328, 723-724.
- Sillence, E., Briggs, P., Harris, P. R., & Fishwick, L. (2007). How do patients evaluate and make use of online health information? *Social Science & Medicine*, 64: 1853-1862.
- Smit, F., & Riper, H. (2008). E-mental health: presence and future. *Factsheet, Innovation Centre of Mental Health and Technology, Trimbos Instituut*.
- Spielberg, A. R. (1998). On call and online, sociohistorical, legal, and ethical implications of e-mail for the patient-physician relationship. *Journal of the American Medical Association*, 280(15), 1353-1359.
- Stewart M.A. (1995). Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *Canadian Medical Association Journal*, 152(9): 1423–1433.
- Szasz, T., Hollender, W. (1956). A contribution to the Philosophy of Medicine: the Basic Model of Doctor-Patient Relationship. *Archive of Internal Medicine*, 97, 585-592.
- Thomas F. D. (1973). Telepsychiatry: Psychiatric Consultation by Interactive Television. *American Journal of Psychiatry*. 130:865-869.
- Tjora, A., Tran, T., & Faxvaag, A. (2005). Privacy vs usability: A qualitative exploration of patients' experiences with secure internet communication with their general practitioner. *Journal of Medical Internet Research*, 7(2), 15-30.
- Tom K., Sarah. (2010). The ethical professional as endangered person: blog notes on doctor-patient relationships. *Journal of Medical Ethics*, 36: 371-374.
- Vernmark K., Lenndin J., Bjarehed J., Carlsson M., Karlsson J., Oberg J. Carlbring /P., Eriksson T., Andersson G. (2007). Internet administered guided self-help versus individualized e-mail therapy: A randomized trial of two versions of CBT for major depression. *Behaviour Research and Therapy*, 48(5): 368-76.
- Wald, H.S., Dube, C.E., Anthony, D.C. (2007). Utangling the web-The impact of internet use on health care and the physician-patient relationship. *Patient Education and Counseling*, 68, 218-224.
- Weaver, J. B., Thompson, N. J., Weaver, S. S., & Hopkins, G. L. (2009). Healthcare non-adherence decisions and internet health information. *Computers in Human Behaviour*, 25, 1373-80.
- Wims E., Titov N., Andrews G., Choi I. (2010). Clinician-assisted Internet-based treatment is effective for panic: A randomized controlled trial. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44(7): 599-607.
- Yea J., George R., Yvonne F.-J., Harry S. (2010). E-mail in patient–provider communication: A

systematic review. *Patient Education and Counselling*, 80(2): 266-273.

Yvonne K. B., Neil S.(2010). An investigation into the empowerment effects of using online support groups and how this affects health professional/patient communication. *Patient Education and Counselling*, Article in Press.

Ziebland, S. (2004). The importance of being expert: the quest for cancer information on the internet. *Social Science & Medicine*, 59: 1783-1793.

<中文文獻>

李廣均，〈初探網路醫療的發展和限制-以醫療資訊網站為例〉，醫護科技學刊，3(2)，200-214，民 99。

江榮山，〈Examining the Impact of Short Consultation Time in the Relationship between Physicians and Patients〉，東海大學管理碩士在職專班，碩士論文，民 97。

彭心儀，〈由法律角度看寬頻遠距照護〉，網路通訊國家型科技計畫簡訊第 13 期，民 99。

劉立，〈衛生資訊〉，千禧年健保政策及相關醫療政策保健研討會會議手冊，頁 113-139，民 89。

洪小涵，〈網路癌症資訊與個人溝通特質對醫病關係的影響〉，長庚大學醫務管理學研究所，碩士論文，民 98。

許巧麗，〈網路醫療資訊對實體醫療品質與病患滿意度之影響〉，清華大學科技管理研究所，碩士論文，民 96。

吳彥儒，〈健康資訊、醫病溝通管道對就醫滿意度影相之探索性研究〉，義守大學管理研究所，碩士論文，民 96。

林千鈺，〈國內大學生網路消費者健康資訊之使用研究-以淡江大學為例〉，淡江大學資訊與圖書館學系，碩士論文，民 95。

邱慶德，〈民眾持續使用網路醫療諮詢意願之研究〉，中正大學資訊管理學系，碩士論文，民 92。

黃曼媛，《網路健康資訊來源及品質評估之研究》，義守大學資訊工程學系，碩士論文，民
91。

羅云佐、許志成、郭耿南、林綽娟、何浩君、陳紫郎，《醫師部落格潛在的醫病關係、法律
與相關議題》，台灣家醫誌，19(2)，81-91，民 98。

王雲東，《社會研究方法，量化與質性取向及其應用》，威仕曼文化事業股份有限公司，
158-159、163-164，民 96。

Jane Ritchie & Jane Lewis 主編，藍毓仁譯，《質性研究方法》，巨流圖書公司，39-
40，民 97。

<電子資料>

行政院研究發展考核委員會歷年數位落差調查報告：

Available at: <http://www.rdec.gov.tw/ct.asp?xItem=4024389&ctNode=12062&mp=100>

工業技術研究院/產業經濟與趨勢研究中心/最新消息/資通訊應用在照護產業的契機：

Available at:

<http://www.itri.org.tw/chi/iek/p11.asp?RootNodeId=070&NavRootNodeId=0753&NodeId=07534&ArticleNBR=2895>

附錄

<附錄一> 部落格首頁版型



<附錄二> 部落格中理念傳達文章（一）身心科該在大醫院看診？還是小診所看診？

常有病患告訴我：『來賴醫師的診所之前，我本來已經決定這輩子再也不看身心科了。因為到過好幾家大醫院看診，醫師都是問沒幾分鐘就開藥叫我吃，我怎麼敢吃！所以就把藥丟掉了。』不過，卻還是有許多民眾對於『到診所看身心科』抱持著懷疑的態度。其理由不外乎是醫療品質、藥物品質。但賴醫師要告訴大家：事實正好與大多數人所想的相反！

大醫院的身心科一個診要看多少病患？除了少數為顧及『醫療品質』嚴格限制掛號人數外，少則四、五十人，多則近百人也有。算算一節門診三小時，平均每位病患可以看多久（每人不超過五分鐘，其中包括初診病患）？當然，我也知道有些醫師犧牲自己的時間，將看診時間拉長為七、八個小時，但這樣平均每人也只有十二分鐘左右。

不過話說回來，為什麼會有那麼多『名醫』出現？因為大家都喜歡到大醫院、都喜歡看名醫！明知看診的人就是那麼多、時間勢必不會太長，還是要看『名醫』才會安心，事後才又倒過來抱怨為何看診時間那麼短、品質那麼差。不可諱言，的確有些較複雜、較困難的個案需要醫學中心、需要『名醫』來診斷治療（這裡所指的名醫是醫術有名、而非曝光度高的有名），然而絕大多數的狀況其實並非如此！尤其身心科著重的乃是詳細的會談評估，而非經由抽血、X光等檢查來確定病因及診斷。

試想，很少失眠的你一旦出現持續數週的『失眠』問題，花五分鐘拿到一顆安眠藥，以及花較長時間澄清原因、討論處理方式，何者會讓你比較安心？又或者因生活、感情壓力出現心情低落，花十分鐘拿到一包抗憂鬱藥，以及花較長時間讓你抒發情緒、並慎重評估是否需服藥，何者會讓你比較舒坦？

再看到長期就診服用抗焦慮、助眠藥物的輕症病患，有許多因為就診病患過多、也為了自己趕時間，每次到大醫院看診都只有拿藥，結果其中有些人根本已經可以減少、甚至不需服藥，卻因此持續服藥無法停用。雖說教大家怎麼減藥、停藥其實會讓病患流失（因為不用吃藥、當然就不用再回診囉），賴醫師還是很喜歡提醒大家該吃的藥一定要吃、但該減的藥一定要減～因為看著原本每天要吃十幾顆藥的患者，慢慢減藥、有的甚至可以停藥，不但是醫師的責任，也是一種成就感！

因此賴醫師在此要呼籲，身體原本就有其他重大疾病者（不管是老年人或是年輕人），如果需要看身心科，的確應該考慮先至大醫院就醫，才能做通盤考量、接受最完善的整體治療。若沒有這些問題，建議您優先至各身心科診所接受詳細的看診！有必要的話，醫師也會為您轉診至醫學中心做進一步評估檢查～持轉診單去掛號，其實也會節省不少錢呢！

<附錄三> 部落格中理念傳達文章（二）從入選商周百大良醫談如何選擇適合的身心科醫師

看了部落格上的留言，才發現自己竟入選了『商業周刊 2009 百大良醫』（請翻閱 1123 期 116 頁）。驚訝之餘，要說沒有感到高興是騙人的，畢竟這多少還是代表一種肯定。不過隨即而來，卻是『終於可以不吐不快』，終於能寫這篇文章的爽快感。因為從去年商周推出百大良醫報導後，賴醫師就對這個內容感到『很感冒』。但話說回來，如果去年就寫這篇文章，肯定會得到『酸葡萄心理』的批評～自己沒被提名就說風涼話，一點也不客觀。現在我自己也成了入圍的『既得利益者』，討論這個問題應該也比較有立場。進入正題之前要先強調，本文謹代表個人對於民眾『選擇適合的身心科醫師』的一些看法，並未針對特定人物或事件，也無意製造不必要的爭論。

要深入瞭解一個『調查』，最重要的是要仔細閱讀它的『研究方法』，而大部分人往往只看結果，根本不會去讀這個部分。正因為如此，才會造成媒體、政客很容易藉由調查報告、統計數據來影響民眾（甚至刻意造成誤解）。如果大家仔細看看 67 頁的調查說明，會發現本調查是採『專家推薦』，由各醫院的院長、主治醫師、護理人員推薦，推薦標準則是『若您親友罹患相關科別的疾病，您會願意優先推薦親友求診的醫師』。講白話一點就是：如果醫師、護士自己的親友生病，他們會建議親友去找誰看病？這麼問會有什麼問題嗎？問題可大了。

首先，明眼人一看就知道，從去年到今年的調查結果，各醫院的『主任』幾乎一定會入選，為什麼？因為『他們是主任』～要一個醫師說出其他醫院的每個主治醫師，就算是同科也不一定說得出來，更別說要知道他們『是不是好醫師』，而主任則大家至少都聽過。除非極少數真得很離譜、人緣很差的主任，否則名望都很高，當然也容易被圈選。

這樣的調查方式，還是落入台灣民眾長期以來的就診習慣～找『大牌』、找『名醫』。這會造成兩個問題：第一，直接擠壓其他知名度較低的好醫師～因為較少醫護人員認識他，自然不容易被選到。第二，名望不代表醫術及醫德～這不用我多說，政府及媒體一直在倡導這個觀念。

其次，大家總不會天真的以為，病患報上名來是某某醫師的親戚，和無名小卒去看診，受到的待遇會一樣吧？『視病猶親、一視同仁』終究是個理想，不一定都達得到。或許我該再中肯一點說，該做的檢查、該開的藥其實不至於差太多，但態度、語氣上難免會有『親疏之別』。這對其他科別或許影響沒那麼大，但對身心科而言，可能就是病患是否感受到關心（病可能就好了一半）、是否願意好好配合治療的關鍵了！

話說回來，醫師怎麼可能『故意』不關心病人、『故意』不視病猶親？癥結還是在於『病患人數太多』這個老問題！三小時看十位、二十位病患要做到視病猶親不難（甚至應該說做不到的醫師都要抓起來打屁股），但三小時看五十位、七十位病患，再怎麼有耐心的醫

師也很難每一個都視病猶親吧？這又牽涉到調查所引起的另一個大問題。以台灣民眾的就醫習慣，看到這份『良醫名單』會有什麼反應？肯定是想到自己、親友、街坊鄰居的某個疾病，趕緊對照可以前往看診的醫師科別及所在地，結果就是造成名醫越來越有名，病人越來越多，品質不言自明。結果，原本出於善意的一個調查，反而助長了這個長期累積的錯誤就醫習慣！最後，除非自己生過病、看過該名醫師（而且還要在不透露自己也是醫師的情況下看診），否則又怎能體會『一般人』找這位醫師看診時的真正情況？在網路上搜尋『商周百大良醫』，你就可以看到許多人分享自己找『名醫』看病時的切身之痛，在此不再轉述。也因此才会有民眾甚至這麼說：這份名單是給VIP的就醫指南，如果你不是政商界重要人士、不是醫師的親友，大概還是不參考為妙。

至於該怎麼調查比較中肯，我也沒有答案。因為醫療除了成功率、治癒率這些具體數字外（而且連這些數字都可以藉由統計方式來操弄），更重要的是醫德、關心、同理心這些無法評量的項目，只有當事人才能體會箇中冷暖。但只要牽涉到個人感覺（比方讓病患來票選），就很難有一個具體的評量標準，也容易流於感情用事、甚至意氣用事。

因此我個人的看法是不要再做這樣的調查，對醫師的肯定只要藉由各醫院常見的『病患來函感謝』、或者原有的『醫療奉獻獎』這類方式即可。而如何看待這份名單，我認為客觀的解讀應該是：名單內的醫師（包括我在內）充其量只能表示他們『絕對不是爛醫師』，但『不見得』就是良醫；而不在名單內的醫師，絕對有很多人更有『資格』被稱做良醫。所以，接下來要談談『如何找到你自己的身心科良醫』。

這個題目很大，我只能先就幾個角度來說明。首先是一個最重要的概念：找個『適合』自己的醫師遠比找良醫重要。原因有二。第一，除去較特別的兒童精神科不談（建議找專門的『兒心』專科醫師），超過百分之九十五的症狀，並不需要是『名醫』、擁有某些『學經歷』、或『專長』於某一方面疾病才能治療，而是只要通過專科醫師考試都有能力處理。第二，雖然基本知識大家都有，但每個醫師的看診理念、問診態度、治療模式都大不相同（這在身心精神科尤其明顯）。而每個病患的個人特質、對疾病的態度、成長環境、甚至宗教屬性都不同，因此絕對沒有『適合每個病患』的醫師。門診中常有看了『名醫』不滿意的病患來求診，也會有病患不滿意我的治療方式、看診模式而找其他醫師看診，這本是身心科的常態。

接下來我會從『身、心、靈』（生理、心理、靈性）三個層面來討論並提供建議。原因是每個人的『需求』不同，有人嫌大醫院看診匆促、只開藥而談話時間太短，因此找賴醫師看診；但也有病患覺得賴醫師太囉唆、講太多話，要求直接開藥、少說一點。

生理：台灣目前的身心科就診模式太過偏重這部分，也就是從『血清素』等腦內分泌失調來解釋憂鬱、焦慮成因，並且給予藥物治療。話雖這麼說，卻也有另一群醫師太過極端，一味否定藥物的效果，只偏重心理治療、健康食品，殊不知對於中重度、或者必須在短時間內改善的症狀而言，藥物才是最有效、也最經濟的治療方式。這部分我在『憂鬱症一定要治

療嗎』文中已有說明，不再贅述。對於藥物使用有獨到見解的，我會推薦國泰醫院張景瑞醫師，以及萬芳醫院沈武典醫師。

心理：也就是心理治療，在台灣由於成本考量，較少醫師專門進行這方面的服務，即使有提供收費也很貴（一小時 1000~1500 算便宜的價碼）。當然也有心理師提供這項服務，但除了少數有公家機關背景、慈善色彩的機構外，大部分花費也差不多。不過大家很容易誤解的是，並非一定要動輒半小時、一小時才叫做心理治療，門診中十五分鐘的會談其實也是一種心理治療～不過前提是要確定你的醫師能提供這些時間。每個診若超過 20~25 位病患的話，大概就很難指望了。如果不吝惜花錢，或者真的很不想吃藥，台北地區我推薦『華人心療網』的治療師群。

靈性：常有人不瞭解這和上一項的差別，真要講清楚可能要再花上一整篇文章說明。簡單來說，風靡全球的『秘密』這本書就是屬於這個範疇，但它僅提供最粗淺、最表面、也最不重要的訊息（還很容易造成誤解與反效果）。真要有所瞭解的話，至少要看『一個新世界』、『當下的力量』、『一念之轉』這類書籍。這部分更少醫師涉獵，而且也不見得適合每個人，但它卻往往是從生理、心理角度切入都無解時的唯一解答。有興趣的話，可以參考許添盛醫師的相關書籍、有聲 CD，也可以與他的『賽斯身心靈診所』聯絡～不過所費不貲就是了。

最後一點也很重要～不要找離住家或工作地點太遠的醫師。這絕不是開玩笑，因為身心科的問題往往不是短短幾天、幾週就能解決，有的甚至得花上數月、數年的時間。除非你對自己的毅力很有信心，否則很容易半途而廢、前功盡棄。

至於賴醫師會把自己放在身、心、靈哪一層，依照商周調查的原則，醫師是『不能推薦自己』的，因此答案就得由諸位老朋友、新朋友來給了！不過至少有一點可以確定：如果在評估後有必要，賴醫師從不吝於幫大家推薦適合的機構或醫師，畢竟身心科不同於其他科只是檢查、藥物、手術，而是有更多不同選項可供選擇！

〈附錄四〉 部落格留言範例

| 我要留言 | |
|---|---|
| 頁數: < 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 > 下一頁 最後一頁 1/47 | |
|  | <p>海: 甚麼理由能是甚麼? 迴答他的, 既清楚, 既清楚, 既清楚, 既清楚! (私密留言)</p> <p>此篇為 (私密留言)</p> <p>2011-01-01 20:54:29</p> |
|  | <p>小: 妹, 好很多~ 感謝你~ 願喜!!! (私密留言)</p> <p>此篇為 (私密留言)</p> <p>2010-12-26 23:01:38</p> |
|  | <p>EMMA: 五物理 (私密留言)</p> <p>此篇為 (私密留言)</p> <p>2010-12-21 00:55:59</p> |
|  | <p>joyce: 五物 (私密留言)</p> <p>此篇為 (私密留言)</p> <p>2010-12-15 17:48:52</p> |
|  | <p>MAKEY: 甚麼沒人抽 (私密留言)</p> <p>此篇為 (私密留言)</p> <p>甚麼的回應:</p> <p>2010-11-30 19:36:31</p> <p>2010-12-01 09:14:14</p> <p>情況有變, 暫時才有人抽, 請留意 請在門診時間內來電</p> |
|  | <p>kk: 關於已現 (私密留言)</p> <p>2010-11-17 16:14:23</p> |

<附錄五> 電子郵件範例

Windows Live™ Hotmail (0) Messenger Office 相片 | MSN

Hotmail 收件匣

Hotmail 中的安全性 Hotmail 可協助您更加安全。更多資訊

新增 刪除 垃圾郵件 整理 標記為 置於資料夾 | 圖示

資料夾

- 垃圾郵件 (36)
- 草稿
- 寄件備份
- 刪除的郵件 (2)
- Facebook (263)
- Patient**
- 工讀生
- 採訪
- 感謝 (20)
- 稿件
- 新資料夾

快速檢視

- 已標籤
- 相片
- Office 文件

Messenger

- 8 個邀請
- 登入 Messenger

首頁

- 連絡人
- 行事曆

溝通超方便

Patient

顯示: 全部 | 未讀取 | 寄自連絡人 >>

搜尋電子郵件 bing

排列依據

| | | | |
|--------------------------|------------------------------------|------------|---|
| <input type="checkbox"/> | 賴醫師您好 | 2010/11/4 | ▼ |
| <input type="checkbox"/> | 9/28am1115看診前敘述 | 2010/9/27 | ▼ |
| <input type="checkbox"/> | 賴醫師 您好 | 2010/9/17 | ▼ |
| <input type="checkbox"/> | 你好 | 2010/9/14 | ▼ |
| <input type="checkbox"/> | 有需要調整藥嗎? | 2010/8/26 | ▼ |
| <input type="checkbox"/> | 給喜愛人文和旅行的賴醫師 | 2010/8/23 | ▼ |
| <input type="checkbox"/> | RE: 請教賴醫生--From , 抱歉打擾了~ | 2010/7/6 | ▼ |
| <input type="checkbox"/> | RE: 賴醫師您好, 我於國家網路醫院看到您的相關資料, 有事請教! | 2010/7/5 | ▼ |
| <input type="checkbox"/> | 請教賴醫生--From , 抱歉打擾了~ | 2010/7/2 | ▼ |
| <input type="checkbox"/> | 賴醫師您好, 我於國家網路醫院看到您的相關資料, 有事請教! | 2010/7/2 | ▼ |
| <input type="checkbox"/> | 醫生瑞典旅遊郵輪資訊 | 2010/6/16 | ▼ |
| <input type="checkbox"/> | 賴醫師你好 我是敦南心診所的病人 有藥物問題想請教您 | 2010/6/12 | ▼ |
| <input type="checkbox"/> | 賴醫師你好 我是敦南心診所的病人 有藥物問題想請教您 | 2010/6/12 | ▼ |
| <input type="checkbox"/> | 戴醫生您好~我的朋友生病的很嚴重卻拒絕就醫! 怎麼辦? | 2010/6/8 | ▼ |
| <input type="checkbox"/> | 賴醫師你好, 我是你的診所病人之朋友 | 2010/5/16 | ▼ |
| <input type="checkbox"/> | RE: RE: 您好-賴醫師 | 2010/4/10 | ▼ |
| <input type="checkbox"/> | 您好-賴醫師 | 2010/4/9 | ▼ |
| <input type="checkbox"/> | 有關各區市民健康中心 | 2010/4/1 | ▼ |
| <input type="checkbox"/> | 憂鬱症的藥 | 2010/3/19 | ▼ |
| <input type="checkbox"/> | 回覆 | 2010/3/1 | ▼ |
| <input type="checkbox"/> | 初診後的疑問 | 2010/2/28 | ▼ |
| <input type="checkbox"/> | 藥的問題 | 2010/2/1 | ▼ |
| <input type="checkbox"/> | 請問 | 2010/1/21 | ▼ |
| <input type="checkbox"/> | 的信 | 2010/1/16 | ▼ |
| <input type="checkbox"/> | 請建議 | 2010/1/7 | ▼ |
| <input type="checkbox"/> | 暈眩藥名 | 2009/12/25 | ▼ |
| <input type="checkbox"/> | 有問題請教 | 2009/12/3 | ▼ |
| <input type="checkbox"/> | 佳騰 | 2009/12/1 | ▼ |
| <input type="checkbox"/> | 有問題請教 | 2009/11/26 | ▼ |
| <input type="checkbox"/> | 醫藥知識方面問題 | 2009/11/20 | ▼ |
| <input type="checkbox"/> | RE: 的信 | 2009/10/21 | ▼ |
| <input type="checkbox"/> | 的信 | 2009/10/20 | ▼ |
| <input type="checkbox"/> | 南部精神科診所 | 2009/9/25 | ▼ |
| <input type="checkbox"/> | 的信 | 2009/9/10 | ▼ |

100 封郵件

新增 刪除 垃圾郵件 整理 標記為 置於資料夾 | 圖示

<附錄六> 初診衛教單

歡迎來到敦南心診所，我們希望提供您一個健保收費、又能確保品質的醫療環境，而非一般大醫院冗長等待、短暫匆促的看診。為了達到這樣的理想，以下事項需要您的配合與諒解：

一、診所採取『預約制』，因此會優先讓有預約的病患看診。若您未提前預約而是現場掛號，可能要等待預約病患看診的空檔才能看診。

二、為確保看診品質，我們會盡量安排每一診不要超過十五位病患，以提供足夠的時間與您會談。因此有時您來電預約時，掛號人員會建議您更改時段。一般而言，週六上午及一、三、五晚上的門診人數較多，週二上、下午及週四上午看診人數較少，若時間允許建議您可調整看診時間。

三、若您在服藥後有任何問題，請在門診時間內來電詢問，或直接將問題E-mail給賴醫師 (drjamesblue@hotmail.com)。在此說明最常見的兩種狀況：

(一) 效果不佳：憂鬱症、強迫症、焦慮症、自律神經失調等疾病一般都需要『二到四週』的治療時間才会有明顯的效果，因此一開始的治療只要沒有明顯不舒服，其實就算是成功一半了！切忌心急而自行調藥，或者迫不及待到處求醫，不但耗費時間金錢，反而中斷治療又得重新開始調整一次！

(二) 副作用：每種藥物都有不一樣的副作用（就算是感冒藥、腸胃藥、止痛藥也一樣），但不見得每個人都會發生。一般只要將劑量稍做調整、或是回診換用其他藥物即可改善。有不少病患迷信大醫院、迷信名醫，結果好不容易掛到號，卻只有短短幾分鐘的問診就開藥，反而造成更不敢服藥。最後繞了一圈還是回到敦南心診所，接受我們仔細的評估、詳盡的問診！

<附錄七> 網路問卷填寫結果

個案 1

1. 經由何種管道得知研究者部落格？
 - 地緣環境
2. 接觸部落格與前來就診之先後順序？
 - 前來就診後才接觸部落格
3. 首次接觸部落格之想法？
 - 醫生是很哀懇細膩的人 理性感性兼具 同時也愛好和平
4. 針對『瀏覽過部落格才前來就診者』，上題之答案與前來就診之關連性？
 -
5. 部落格內容對後續就診造成之影響？
 - 不影響就診意願
6. 瀏覽過部落格內容後，是否有影響你對醫師的觀感？
 - 正面
7. 請簡述上題之影響？
 - 因為感受到醫生對生活充滿熱情 所以繼續複診過程中更加安心， 放心把自己交給除了專業以外同時又熱愛生活的醫生
8. 是否曾瀏覽醫療訊息以外之內容？
 - 曾經瀏覽
9. 曾經瀏覽部落格之頻率及比率？
 - 一開始是看部落格文章 後來follow醫生的FB 有更新出現在首頁就會看
10. 是否曾經在留言版留言留言？
 - 不曾留言
11. 不曾留言的原因？
 - 沒有問題要問
12. 是否曾經寄 email 給醫師？
 - 不曾
13. 不曾寄 email 給醫師的原因？
 - 沒有問題要問
14. 若醫師強烈鼓勵你使用留言版或 email，提出包括症狀或用藥等問題與醫師聯絡溝通，你會考慮採用嗎？
 - 會考慮
15. 若醫師強烈鼓勵你使用留言版或 email，會提高你就醫或回診的意願嗎？
 - 會

16. 是否與其他醫師的部落格做過比較？
 - 不曾比較過
17. 曾經比較過者，是否有什麼感想？
 -
18. 為了研究統計需要，若不介意請留下年齡與性別：
 - 性別：Female 年齡：32

個案 2

1. 經由何種管道得知研究者部落格？
 - 估狗搜
2. 接觸部落格與前來就診之先後順序？
 - 前來就診後才接觸部落格
3. 首次接觸部落格之想法？
 - good
4. 針對『瀏覽過部落格才前來就診者』，上題之答案與前來就診之關連性？
 -
5. 部落格內容對後續就診造成之影響？
 - 不影響就診意願
6. 瀏覽過部落格內容後，是否有影響你對醫師的觀感？
 - 無影響
7. 請簡述上題之影響？
 - 不愛賺錢
8. 是否曾瀏覽醫療訊息以外之內容？
 - 曾經瀏覽
9. 曾經瀏覽部落格之頻率及比率？
 - 非醫療資
10. 是否曾經在留言版留言留言？
 - 不曾留言
11. 不曾留言的原因？
 - 隱私顧慮
12. 是否曾經寄 email 給醫師？
 - 不曾
13. 不曾寄 email 給醫師的原因？
 - 隱私顧慮
14. 若醫師強烈鼓勵你使用留言版或 email，提出包括症狀或用藥等問題與醫師聯絡溝通，你會考慮採用嗎？
 - 會考慮

15. 若醫師強烈鼓勵你使用留言版或 email，會提高你就醫或回診的意願嗎？
 - 會（會影響就醫意願）
16. 是否與其他醫師的部落格做過比較？
 - 不曾比較過
17. 曾經比較過者，是否有什麼感想？
 -
18. 為了研究統計需要，若不介意請留下年齡與性別。
 -

個案 3

1. 經由何種管道得知研究者部落格？
 - 在Yahoo找到
2. 接觸部落格與前來就診之先後順序？
 - 瀏覽過部落格後才就診
3. 首次接觸部落格之想法？
 - 醫生會傾聽患者的心聲、該給意見時會適時提出
4. 針對『瀏覽過部落格才前來就診者』，上題之答案與前來就診之關連性？
 - 其實當初是因為離家近
5. 部落格內容對後續就診造成之影響？
 - 不影響就診意願
6. 瀏覽過部落格內容後，是否有影響你對醫師的觀感？
 - 正面
7. 請簡述上題之影響？
 - 發表的文章
8. 是否曾瀏覽醫療訊息以外之內容？
 - 曾經瀏覽
9. 曾經瀏覽部落格之頻率及比率？
 - 常上醫療方面網站，很喜歡閱讀有關醫學方面的文章
10. 是否曾經在留言版留言留言？
 - 不曾留言
11. 不曾留言的原因？
 - 用其他方式問（email、電話等）
12. 是否曾經寄 email 給醫師？
 - 曾經
13. 不曾寄 email 給醫師的原因？
 -
14. 若醫師強烈鼓勵你使用留言版或 email，提出包括症狀或用藥等問題與醫師聯絡溝通，

你會考慮採用嗎？

- 會考慮

15. 若醫師強烈鼓勵你使用留言版或 email，會提高你就醫或回診的意願嗎？

- 會（會影響就醫意願）

16. 是否與其他醫師的部落格做過比較？

- 不曾比較過

17. 曾經比較過者，是否有什麼感想？

-

18. 為了研究統計需要，若不介意請留下年齡與性別

- 55歲，女性

個案 4

1. 經由何種管道得知研究者部落格？

- 網路連結（由其他網站連結過來）

2. 接觸部落格與前來就診之先後順序？

- 瀏覽過部落格後才就診

3. 首次接觸部落格之想法？

- 不錯，希望提供更多文章不要只單單在臉書發表文章因為又禁止！醫學

4. 針對「瀏覽過部落格才前來就診者」，上題之答案與前來就診之關連性？

-

5. 部落格內容對後續就診造成之影響？

- 增強就診意願

6. 瀏覽過部落格內容後，是否有影響你對醫師的觀感？

- 正面

7. 請簡述上題之影響？

- 愉快

8. 是否曾瀏覽醫療訊息以外之內容？

- 曾經瀏覽

9. 曾經瀏覽部落格之頻率及比率？

- 部落格-很久都不更新文章. 比較少看了臉書-有訊息就會看

10. 是否曾經在留言版留言留言？

- 曾經留言

11. 不曾留言的原因？

-

12. 是否曾經寄 email 給醫師？

- 曾經

13. 不曾寄 email 給醫師的原因？
-
14. 若醫師強烈鼓勵你使用留言版或 email，提出包括症狀或用藥等問題與醫師聯絡溝通，你會考慮採用嗎？
- 會考慮
15. 若醫師強烈鼓勵你使用留言版或 email，會提高你就醫或回診的意願嗎？
- 會（會影響就醫意願）
16. 是否與其他醫師的部落格做過比較？
- 曾比較過
17. 曾經比較過者，是否有什麼感想？
- 不會比較死版會比較有互動
18. 為了研究統計需要，若不介意請留下年齡與性別
- 32 男

個案 5

1. 經由何種管道得知研究者部落格？
- 網路廣告
2. 接觸部落格與前來就診之先後順序？
- 瀏覽過部落格後才就診
3. 首次接觸部落格之想法？
- 賴醫師的部落格給人一種很真實很親切的感覺，不會讓人覺得有壓力，他的醫學文章文字讓人很放心，不是很艱澀難懂的詞彙組合，而是平易近人的文字，可以很容易的引導心靈受傷的人正視自己的問題。還記得我第一次看到部落格的時候，很追根究柢的把全部的文章都看完，不管是旅行記趣或是醫學知識之類的文章，都沒有侵略性，在心情很低落的情況下，其中幾篇還讓我忍不住哈哈大笑。總的來說，第一次看到賴醫師的部落格，感覺是溫暖又親切的。
4. 針對『瀏覽過部落格才前來就診者』，上題之答案與前來就診之關連性？
- 我是因為部落格裡的親切文字而決定到賴醫師的診所看診。因為過去不好的經驗使然，原本對於看身心科有一點抗拒，但在網路搜尋身心科之後發現賴醫師的部落格，裡面的文字很貼近生活也很親切，感覺賴醫師是一個有趣的人，所以當下就決定要好好面對自己的問題了。
5. 部落格內容對後續就診造成之影響？
- 增強就診意願
6. 瀏覽過部落格內容後，是否有影響你對醫師的觀感？
- 正面
7. 請簡述上題之影響？
- 賴醫師在部落格裡強調看診的品質，是讓我印象很深刻的一點。曾經在大醫院的身心

科求診，醫生雖是名醫，但是看診時間短到我無法確定他是不是真的知道我的問題才開藥，雖然知道是因為後面人還很多，但仍不免覺得這樣的藥吃下去有些害怕。但賴醫師特別強調看診品質並採取預約制，這樣可以比較有效控制時間，雖然不見得可以百分之百解決看診品質的問題，但這一點還是讓我印象非常深刻。

8. 是否曾瀏覽醫療訊息以外之內容？

· 曾經瀏覽

9. 曾經瀏覽部落格之頻率及比率？

· 造訪頻率在剛開始看診時非常高，幾乎每天都會收看，後來頻率減少，大概一兩個月才會看一次，加入賴醫師的Facebook之後，就很少拜訪了。目前兩個類別的文章都是全部看過。

10. 是否曾經在留言版留言留言？

· 不曾留言

11. 不曾留言的原因？

· 用其他方式問 (email、電話等)

12. 是否曾經寄 email 給醫師？

· 不曾

13. 不曾寄 email 給醫師的原因？

· 用其他方式問

14. 若醫師強烈鼓勵你使用留言版或 email，提出包括症狀或用藥等問題與醫師聯絡溝通，你會考慮採用嗎？

· 會考慮

15. 若醫師強烈鼓勵你使用留言版或 email，會提高你就醫或回診的意願嗎？

· 不會 (不影響就醫意願)

16. 是否與其他醫師的部落格做過比較？

· 不曾比較過

17. 曾經比較過者，是否有什麼感想？

·

18. 為了研究統計需要，若不介意請留下年齡與性別

· 年齡：22歲，性別：女

個案 6

1. 經由何種管道得知研究者部落格？

· 網路連結 (由其他網站連結過來)

2. 接觸部落格與前來就診之先後順序？

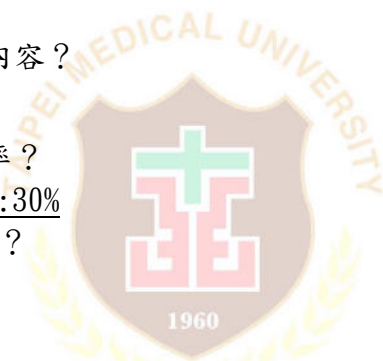
· 瀏覽過部落格後才就診

3. 首次接觸部落格之想法？
 - 尋找網路醫療資訊看到，看見一個寫旅遊文學的醫師覺得很特別。總覺得應該比大醫院的醫師更能理解體制邊緣人的心情吧!
4. 針對『瀏覽過部落格才前來就診者』，上題之答案與前來就診之關連性？
 - 對 這是主要動機
5. 部落格內容對後續就診造成之影響？
 - 增強就診意願
6. 瀏覽過部落格內容後，是否有影響你對醫師的觀感？
 - 正面
7. 請簡述上題之影響？
 - 生活態度、對病患的回覆方式、對事物的感受力
8. 是否曾瀏覽醫療訊息以外之內容？
 - 曾經瀏覽
9. 曾經瀏覽部落格之頻率及比率？
 - 醫療資訊:發表的文章每篇都看非醫療資訊:都有看
10. 是否曾經在留言版留言留言？
 - 不曾留言
11. 不曾留言的原因？
 - 想直接看診
12. 是否曾經寄 email 給醫師？
 - 曾經
13. 不曾寄 email 給醫師的原因？
 -
14. 若醫師強烈鼓勵你使用留言版或 email，提出包括症狀或用藥等問題與醫師聯絡溝通，你會考慮採用嗎？
 - 會考慮
15. 若醫師強烈鼓勵你使用留言版或 email，會提高你就醫或回診的意願嗎？
 - 不會（不影響就醫意願）
16. 是否與其他醫師的部落格做過比較？
 - 不曾比較過
17. 曾經比較過者，是否有什麼感想？
 -
18. 為了研究統計需要，若不介意請留下年齡與性別
 - 42,女



個案 7

1. 經由何種管道得知研究者部落格？
 - 網路連結（由其他網站連結過來），搜尋網站
2. 接觸部落格與前來就診之先後順序？
 - 前來就診後才接觸部落格
3. 首次接觸部落格之想法？
 - 看過部落格後對於醫師看診理念頗為認同，可以獲得有關情緒與心理疾病相關的知識，旅遊文學方面的文章可以提供自己不同的觀點去看世界，也增加自己的視野
4. 針對『瀏覽過部落格才前來就診者』，上題之答案與前來就診之關連性？
 -
5. 部落格內容對後續就診造成之影響？
 - 增強就診意願
6. 瀏覽過部落格內容後，是否有影響你對醫師的觀感？
 - 正面
7. 請簡述上題之影響？
 - "很喜歡提醒大家該吃的藥一定要吃、但該減的藥一定要減~因為看著原本每天要吃十幾顆藥的患者，慢慢減藥、有的甚至可以停藥，不但是醫師的責任，也是一種成就感！"這個理念印象最深刻，破除了心理治療的藥一但吃了，就必須要吃到死為止的刻板印象
8. 是否曾瀏覽醫療訊息以外之內容？
 - 曾經瀏覽
9. 曾經瀏覽部落格之頻率及比率？
 - 醫療資訊:60%非醫療資訊:30%
10. 是否曾經在留言版留言？
 - 曾經留言
11. 不曾留言的原因？
 -
12. 是否曾經寄 email 給醫師？
 - 不曾
13. 不曾寄 email 給醫師的原因？
 - 用其他方式問
14. 若醫師強烈鼓勵你使用留言版或 email，提出包括症狀或用藥等問題與醫師聯絡溝通，你會考慮採用嗎？
 - 會考慮
15. 若醫師強烈鼓勵你使用留言版或 email，會提高你就醫或回診的意願嗎？
 - 會（會影響就醫意願）
16. 是否與其他醫師的部落格做過比較？
 - 不曾比較過
17. 曾經比較過者，是否有什麼感想？
 -



18. 為了研究統計需要，若不介意請留下年齡與性別
- 65 年次男性

個案 8

- 經由何種管道得知研究者部落格？
 - 網路搜尋
- 接觸部落格與前來就診之先後順序？
 - 瀏覽過部落格後才就診
- 首次接觸部落格之想法？
 - 乾淨簡單，溫馨沒有壓力
- 針對『瀏覽過部落格才前來就診者』，上題之答案與前來就診之關連性？
 - blog中已有回答一些一般要去看診前的迷思~
- 部落格內容對後續就診造成之影響？
 - 增強就診意願
- 瀏覽過部落格內容後，是否有影響你對醫師的觀感？
 - 正面
- 請簡述上題之影響？
 - 慢慢來，適當的壓力，等等
- 是否曾瀏覽醫療訊息以外之內容？
 - 曾經瀏覽
- 曾經瀏覽部落格之頻率及比率？
 - 3 不 5 時就點進去看，看看有沒有新文章，不分類都會看一下
- 是否曾經在留言版留言留言？
 - 不曾留言
- 不曾留言的原因？
 - 沒有問題要問
- 是否曾經寄 email 給醫師？
 - 不曾
- 不曾寄 email 給醫師的原因？
 - 沒有問題要問
- 若醫師強烈鼓勵你使用留言版或 email，提出包括症狀或用藥等問題與醫師聯絡溝通，你會考慮採用嗎？
 - 會考慮
- 若醫師強烈鼓勵你使用留言版或 email，會提高你就醫或回診的意願嗎？

- 不會 (不影響就醫意願)
16. 是否與其他醫師的部落格做過比較？
- 不曾比較過
17. 曾經比較過者，是否有什麼感想？
-
18. 為了研究統計需要，若不介意請留下年齡與性別
- 32, 女

個案 9

1. 經由何種管道得知研究者部落格？
- 網路廣告, 親友介紹
2. 接觸部落格與前來就診之先後順序？
- 前來就診後才接觸部落格
3. 首次接觸部落格之想法？
- 醫療資訊文章淺顯易懂~ 對醫生的看診理念感到認同~
4. 針對『瀏覽過部落格才前來就診者』，上題之答案與前來就診之關連性？
-
5. 部落格內容對後續就診造成之影響？
- 不影響就診意願
6. 瀏覽過部落格內容後，是否有影響你對醫師的觀感？
- 無影響
7. 請簡述上題之影響？
- 醫生對於乖小孩的理念讓我印象最深刻 (很多乖小孩其實才容易會生病)
8. 是否曾瀏覽醫療訊息以外之內容？
- 曾經瀏覽
9. 曾經瀏覽部落格之頻率及比率？
- 醫療資訊: 80 %非醫療資訊: 70%
10. 是否曾經在留言版留言留言？
- 不曾留言
11. 不曾留言的原因？
- 沒有問題要問
12. 是否曾經寄 email 給醫師？
- 不曾
13. 不曾寄 email 給醫師的原因？
- 沒有問題要問

14. 若醫師強烈鼓勵你使用留言版或 email，提出包括症狀或用藥等問題與醫師聯絡溝通，你會考慮採用嗎？

· 會考慮

15. 若醫師強烈鼓勵你使用留言版或 email，會提高你就醫或回診的意願嗎？

· 不會（不影響就醫意願）

16. 是否與其他醫師的部落格做過比較？

· 不曾比較過

17. 曾經比較過者，是否有什麼感想？

·

18. 為了研究統計需要，若不介意請留下年齡與性別

· 年齡：27 性別：女

個案 10

1. 經由何種管道得知研究者部落格？

· 網路介紹

2. 接觸部落格與前來就診之先後順序？

· 瀏覽過部落格後才就診

3. 首次接觸部落格之想法？

· 這位醫師應該是位心胸開朗的人

4. 針對『瀏覽過部落格才前來就診者』，上題之答案與前來就診之關連性？

·

5. 部落格內容對後續就診造成之影響？

· 不影響就診意願

6. 瀏覽過部落格內容後，是否有影響你對醫師的觀感？

· 正面

7. 請簡述上題之影響？

· 開朗及開闊的胸襟

8. 是否曾瀏覽醫療訊息以外之內容？

· 曾經瀏覽

9. 曾經瀏覽部落格之頻率及比率？

· 醫療很少(1~2個月一次)

非醫療(1個月一次)

10. 是否曾經在留言版留言留言？

· 不曾留言

11. 不曾留言的原因？

· 隱私顧慮

12. 是否曾經寄 email 給醫師？
- 不曾
13. 不曾寄 email 給醫師的原因？
- 隱私顧慮
14. 若醫師強烈鼓勵你使用留言版或 email，提出包括症狀或用藥等問題與醫師聯絡溝通，你會考慮採用嗎？
- 會考慮
15. 若醫師強烈鼓勵你使用留言版或 email，會提高你就醫或回診的意願嗎？
- 會（會影響就醫意願）
16. 是否與其他醫師的部落格做過比較？
- 不曾比較過
17. 曾經比較過者，是否有什麼感想？
-
18. 為了研究統計需要，若不介意請留下年齡與性別
- 38歲 女性

