



淺談共同醫療決策

義大癌治療醫院

饒坤銘醫師

共同醫療決策

Shared Decision Making
SDM

- 1982 年美國以病人為中心照護的共同福祉計畫上，為促進醫病相互尊重與溝通而提出。
- 1997 年由 Charles 提出操作型定義：
 - ✓ 至少有醫師和病人雙方共同參與。
 - ✓ 醫師提出各種不同處置之實證資料，病人提出個人喜好和價值觀，彼此交換資訊討論。
 - ✓ 醫病溝通討論，共同達成最佳可行之治療選項。

是你醫生阿是我是醫生



主角：醫師，病人，相關照護人員

主題：最好的治療方式

最適當的治療方式

前提：實證醫學

地位平等

資訊公開

充分討論

一人一票

共享決策是以病人為中心的臨床醫療執行過程，兼具知識、溝通和尊重此三元素，目的是讓醫療人員和病人在進行醫療決策前，能夠共同享有現有的實證醫療結果，結合病人自身的偏好跟價值，提供病人所有可考量的選擇，並由臨床人員和病人共同參與醫療照護，達成醫療決策共識並支持病人做出符合其偏好的醫療決策。

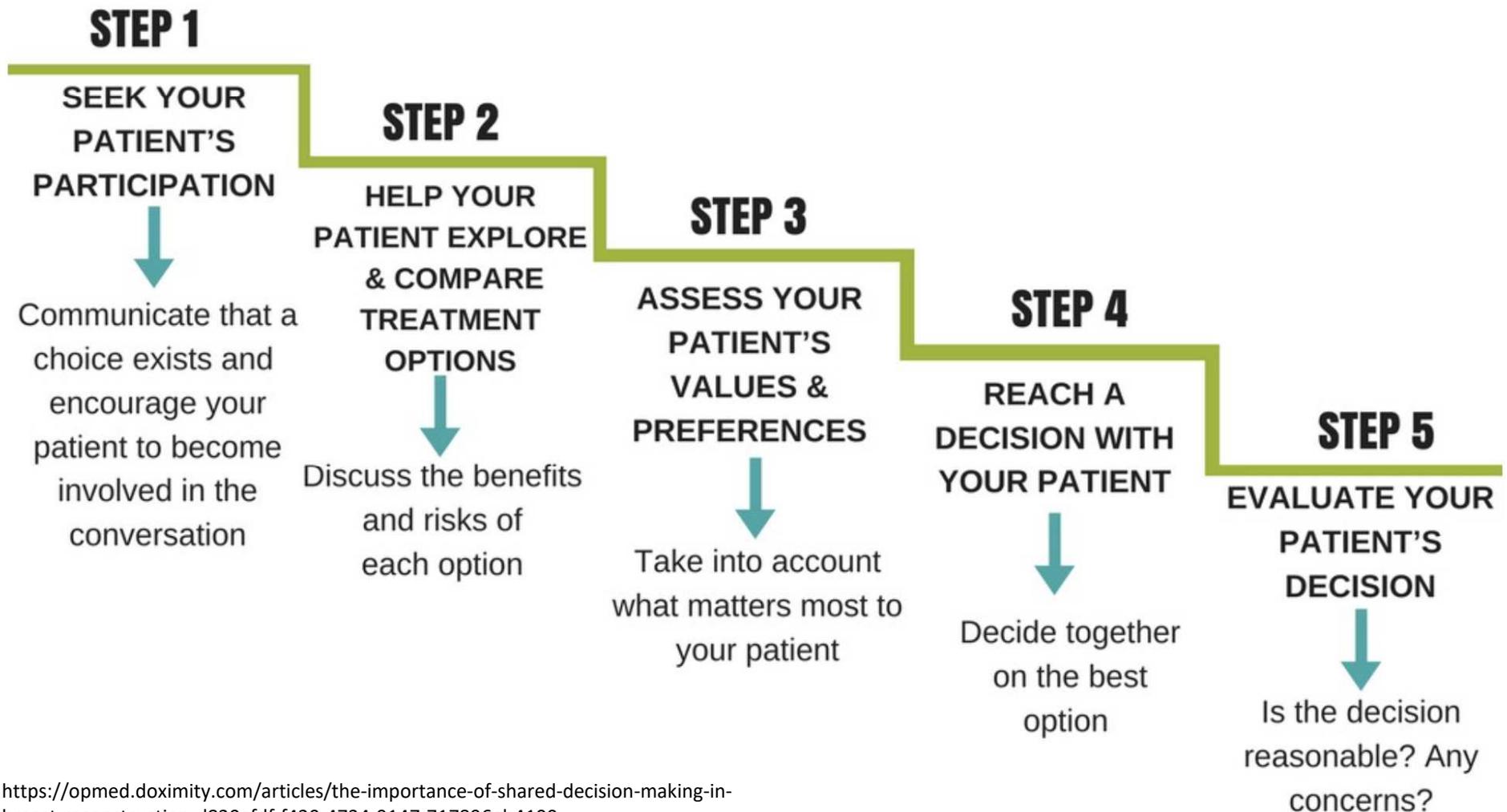
共享決策（SDM）是病人和醫師一起達到保健的選擇之間發生的對話，透過共同決策，醫師可以協助病家做出艱難醫療選擇的決定，提供以「病人為中心、團隊為基礎」的醫療服務，改善醫病關係，減少醫療糾紛。

不能再說：到底你是醫生，還是我是醫生？

- **For people receiving care**
- The care and support you receive should take into account your **needs and preferences**.
- You have the right to be involved in discussions, and make decisions about your treatment and care, together with your health or care professional.

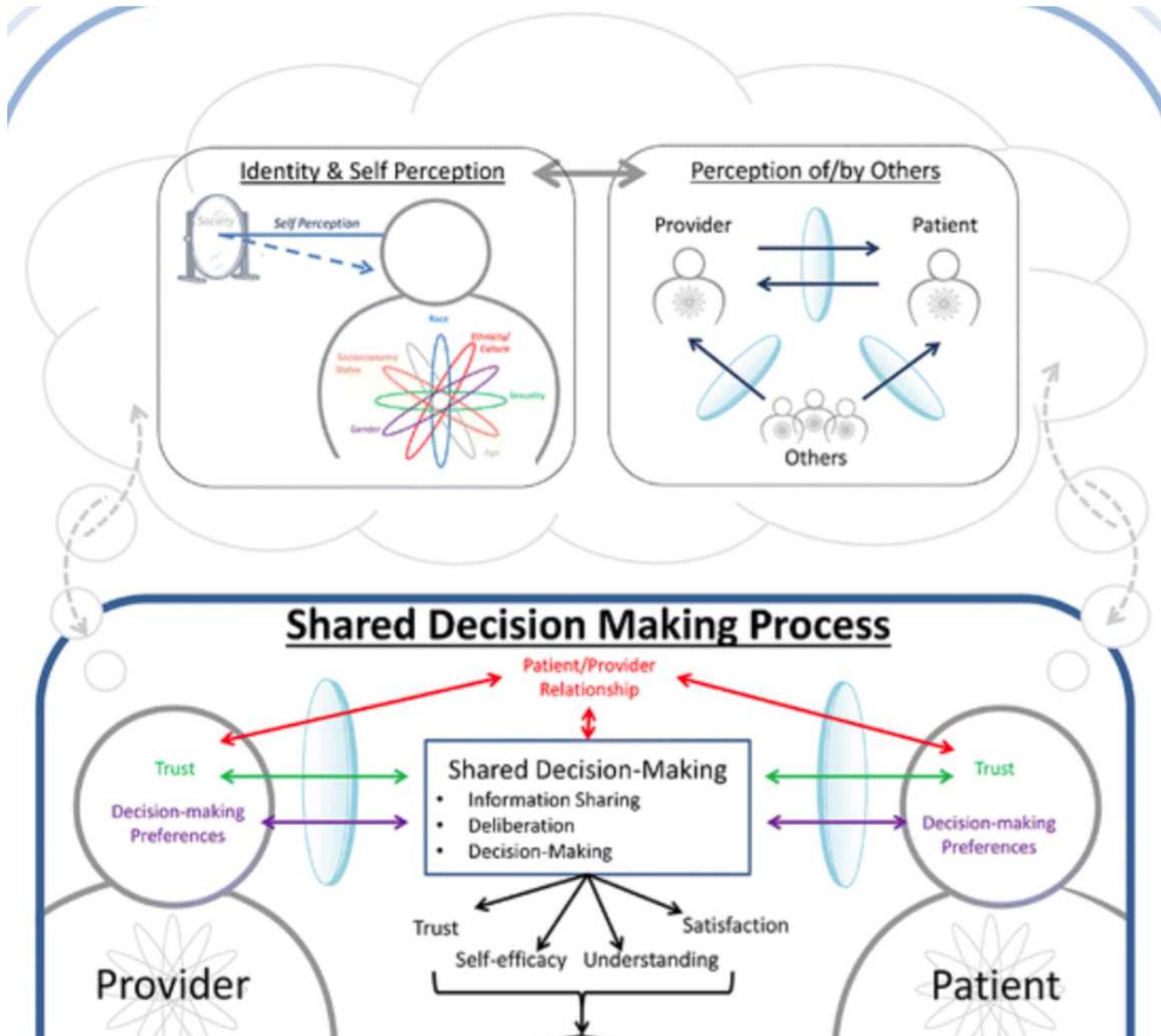


Essential Steps of Shared Decision Making



英國 NHS (National Health Service) 將醫病共享決策定義為下述步驟





Optimal patient care

Shared decision making

Evidence-based medicine

Patient-centered communication skills

Three-talk model of shared decision making

1

Team talk

Work together, describe choices, offer support, and ask about goals

Let's work as a team to make a decision that suits you best

2

Option talk

Discuss alternatives using risk communication principles

Let's compare the possible options

3

Decision talk

Get to informed preferences, make preference-based decisions

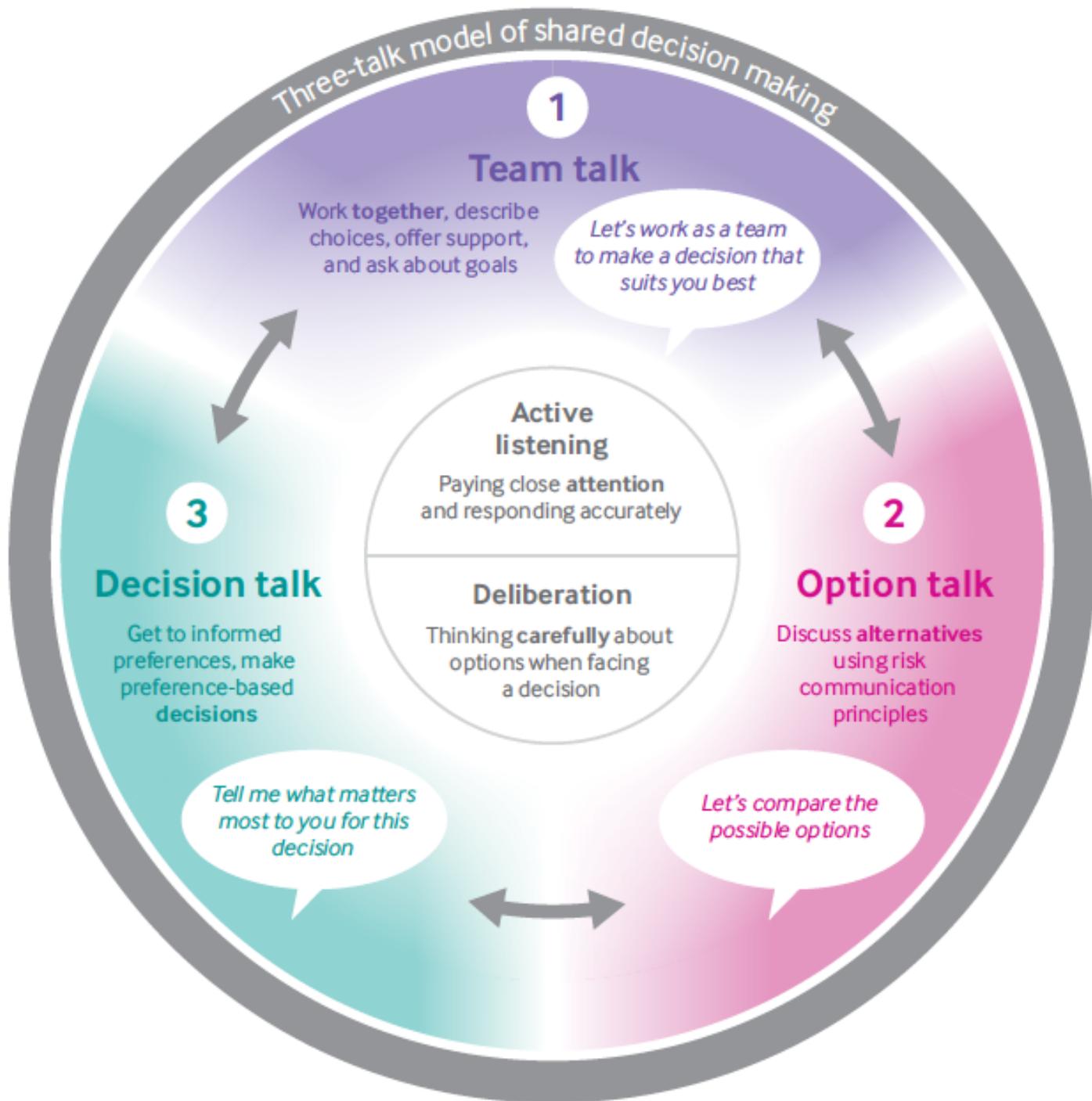
Tell me what matters most to you for this decision

Active listening

Paying close attention and responding accurately

Deliberation

Thinking carefully about options when facing a decision



Choice talks

a) Step back

- a) **Step back.** Summarise and say: “Now that we have identified the problem, it’s time to think what to do next”

b) Offer choice

- b) **Offer choice.** Beware that patients often misconstrue the presentation of choice and think that the clinician is either incompetent or uninformed, or both. Reduce this risk by saying: “There is good information about how these treatments differ that I’d like to discuss with you.”

c) Justify choice

- c) **Justify choice.** Emphasise: 1) the importance of respecting individual preferences and, 2) the role of uncertainty.

Personalizing preferences

Personalizing preferences: Explaining that different issues matter more to some people than to others should be easily grasped. Say: “Treatments have different consequences ... some will matter more to you than to other people...”

Uncertainty

Uncertainty: Patients are often unaware about the extent of uncertainty in medicine: that evidence may be lacking and that, individual outcomes are unpredictable at the individual level. Say: “Treatments are not always effective and the chances of experiencing side effects vary...”

d) Check reaction

- d) **Check reaction.** Choice of options may be disconcerting: some patients may express concern. Suggested phrases: “Shall we go on” or ‘Shall I tell you about the options?’”

e) Defer closure

- e) **Defer closure.** Some patients react by asking clinicians to “tell me what to do ...” We suggest that *deferring closure* if this occurs, reassuring that you are willing to support the process. Say: “I’m happy to share my views and help you get to a good decision. But before I do so, may I describe the options in more detail so that you understand what is at stake?”

Option talks

a) Check Knowledge

- a) **Check knowledge.** Even well-informed patients may only be partially aware of options and the associated harms and benefits, or misinformed. Check by asking: “What have you heard or read about the treatment of prostate cancer?”

b) List options

- b) **List options.** Make a clear *list* of the options as it provides good structure. Jot them down and say: “Let me list the options before we get into more detail”. If appropriate, include the option of ‘watchful waiting’, or use positive terms such as ‘active surveillance’.

c) Describe options

- c) **Describe options.** Generate dialog and explore preferences. Describe the options in practical terms. If there are two medical treatments, say: “Both options are similar and involve taking medication on a regular basis” Point out when there are clear differences (surgery or medication), where postponement is possible or where decisions are reversible. Say: “These options will have different implications for you compared to other people, so I want to describe ...”

Harms and benefits. Being clear about the pros and cons of different options is at the heart of shared decision making. Learn the about effective risk communication (46)(47), about framing effects and the importance of providing risk data in absolute as well as relative terms. Try giving information in ‘chunks’ (chunking and checking) (48).

d) Provide patient decision support

- d) **Provide patient decision support.** These tools make options visible and may save time. Some are sufficiently concise to use in clinical encounters (38). Examples of these short tools are Issues Cards (49), Decision Boards (50), and Option Grids (<http://www.optiongrid.co.uk/>) (42). SDM may need more than one encounter. More extensive patient decision support tools may play a crucial role (51). Say: “These tools have been designed to help you understand options in more detail. Use them and come back so that I can answer your questions”.

e) Summarize

- e) **Summarize.** List the options again and assess understanding by asking for reformulations. This is called a ‘teach-back’ method and is a good check for misconceptions.

Decision Talks

- a) **Focus on preferences.** Guide the patient to form preferences. Suggested phrases: “What, from your point of view, matters most to you?”
- b) **Elicit a preference.** Be ready with a back-up plan by offering more time or being willing to guide the patient, if they indicate that this is their wish.
- c) **Moving to a decision.** Try checking for the need to either *defer* a decision or *make* a decision. Suggested phrases: “Are you ready to decide?” or “Do you want more time? Do you have more questions?” “Are there more things we should discuss?”
- d) **Offer review.** Reminding the patient, where feasible, that decisions may be reviewed is a good way to arrive at closure.

醫病共享決策的優點

降低人為
疏失

增加病人
對於醫療
的順從度

避免不當
的使用藥
物

避免不必
要的手術

節省醫療
費用

增加病人
滿意度

提升醫療
品質

CHEMOTHERAPY REGIMENS FOR RECURRENT OR STAGE IV (M1) DISEASE

HER2-Negative, single agent**Dose schedules for preferred regimens:**

- Anthracyclines:
 - ▶ Doxorubicin 60–75 mg/m² IV day 1
 - ◊ Cycled every 21 days¹
 - ▶ Doxorubicin 20 mg/m² IV day 1 weekly²
 - ▶ Liposomal doxorubicin³ 50 mg/m² IV day 1
 - ◊ Cycled every 28 days.
- Taxanes:
 - ▶ Paclitaxel 175 mg/m² IV day 1
 - ◊ Cycled every 21 days.⁴
 - ▶ Paclitaxel 80 mg/m² IV day 1 weekly⁵
- Antimetabolites:
 - ▶ Capecitabine⁶ 1000–1250 mg/m² PO twice daily days 1–14
 - ◊ Cycled every 21 days.
 - ▶ Gemcitabine⁷ 800–1200 mg/m² IV days 1, 8, and 15
 - ◊ Cycled every 28 days.
- Microtubule inhibitors:
 - ▶ Vinorelbine⁸ 25 mg/m² IV day 1 weekly
 - ▶ Eribulin⁹ 1.4 mg/m² IV days 1 and 8
 - ◊ Cycled every 21 days.
- PARP inhibitor:
 - ▶ Olaparib¹⁰ tablet^a: 300 mg PO twice daily
 - ◊ Cycled every 28 days.

^aThere is also a capsule formulation available. However, do not substitute the capsules for the tablets on a mg-per-mg basis due to differences in dosing and bioavailability.

The selection, dosing, and administration of anti-cancer agents and the management of associated toxicities are complex. Modifications of drug dose and schedule and initiation of supportive care interventions are often necessary because of expected toxicities and individual patient variability, prior treatment, and comorbidity. The optimal delivery of anti-cancer agents therefore requires a health care delivery team experienced in the use of anti-cancer agents and the management of associated toxicities in patients with cancer.

HER2-Negative, single agent**Dose schedules for other recommended regimens:**

- Cyclophosphamide¹¹ 50 mg PO daily on days 1–21
 - ▶ Cycled every 28 days.
- Carboplatin¹² AUC 6 IV on day 1
 - ▶ Cycled every 21–28 days.
- Docetaxel^{13,14} 60–100 mg/m² IV day 1
 - ▶ Cycled every 21 days.
- Docetaxel¹⁵ 35 mg/m² IV weekly for 6 wks followed by a 2-week rest, then repeat
- Albumin-bound paclitaxel^{16,17} 100 mg/m² or 125 mg/m² IV days 1, 8, and 15
 - ▶ Cycled every 28 days.
- Albumin-bound paclitaxel¹⁶ 260 mg/m² IV
 - ▶ Cycled every 21 days.
- Cisplatin¹⁸ 75 mg/m² IV on day 1
 - ▶ Cycled every 21 days.
- Epirubicin¹⁹ 60–90 mg/m² IV day 1
 - ▶ Cycled every 21 days.
- Ixabepilone²⁰ 40 mg/m² IV day 1
 - ▶ Cycled every 21 days.

HER2-Negative, combination regimens**Dose schedules for useful in certain circumstances:**

- AC²¹
 - ▶ Doxorubicin 60 mg/m² IV day 1
 - ▶ Cyclophosphamide 600 mg/m² IV day 1
 - ◊ Cycled every 21 days.
- EC²²
 - ▶ Epirubicin 75 mg/m² IV day 1
 - ▶ Cyclophosphamide 600 mg/m² IV day 1
 - ◊ Cycled every 21 days.
- CMF²³
 - ▶ Cyclophosphamide 100 mg/m² PO days 1–14
 - ▶ Methotrexate 40 mg/m² IV days 1 & 8
 - ▶ 5-fluorouracil 600 mg/m² IV days 1 & 8
 - ◊ Cycled every 28 days.
- Docetaxel/capecitabine²⁴
 - ▶ Docetaxel 75 mg/m² IV day 1
 - ▶ Capecitabine 950 mg/m² PO twice daily days 1–14
 - ◊ Cycled every 21 days.
- GT²⁵
 - ▶ Paclitaxel 175 mg/m² IV day 1
 - ▶ Gemcitabine 1250 mg/m² IV days 1 & 8 (following paclitaxel on day 1)
 - ◊ Cycled every 21 days.
- Gemcitabine/carboplatin²⁶
 - ▶ Gemcitabine 1000 mg/m² on days 1 & 8
 - ▶ Carboplatin AUC 2 IV on days 1 & 8
 - ◊ Cycled every 21 days.
- Paclitaxel plus bevacizumab²⁷
 - ▶ Paclitaxel 90 mg/m² IV days 1, 8, & 15
 - ▶ Bevacizumab 10 mg/kg IV days 1 & 15
 - ◊ Cycled every 28 days.

醫病共享決策輔助工具目的

- 減輕醫療人員準備溝通資訊的負擔
- 幫助病人表達重要的好惡與價值觀
- 確認病人已瞭解做決定前應該具備的疾病或治療知識
- 降低病人決策前的焦慮
- 提升病人參與醫療決策
- 提升病人對醫療服務滿意度
- 增加病人對於醫療的順從度
- 提升醫療品質
- 建立更好醫病關係

醫病共享決策第三步驟

問問題 說考量 做決定



醫病共享決策

當您面對醫療抉擇時，請依下列三步驟，
和醫療人員合作，選出最適合您的醫療方案吧！

1.問問題

就醫時，請記得問
醫師以下的問題：

1. 我的身體怎麼了？
2. 有哪些**選擇**(治療或檢查)
可以改善我的健康狀況？
3. 每個選擇各有
哪些**優缺點**？

2.說考量

您的考量和醫療數據
一樣重要，請跟醫療人員
說出您**最在意的事**和
期待是什麼？才能做出
最適合您的決定喔！

3.做決定

問自己，**準備好**要做
決定了嗎？或者需要
跟**其他人商量**，或了解
更多資訊再做決定？



《醫病共享決策》

早期乳癌手術治療
我該如何選擇全乳
房切除手術或乳房
保留手術呢？

有關於早期乳癌手術治療

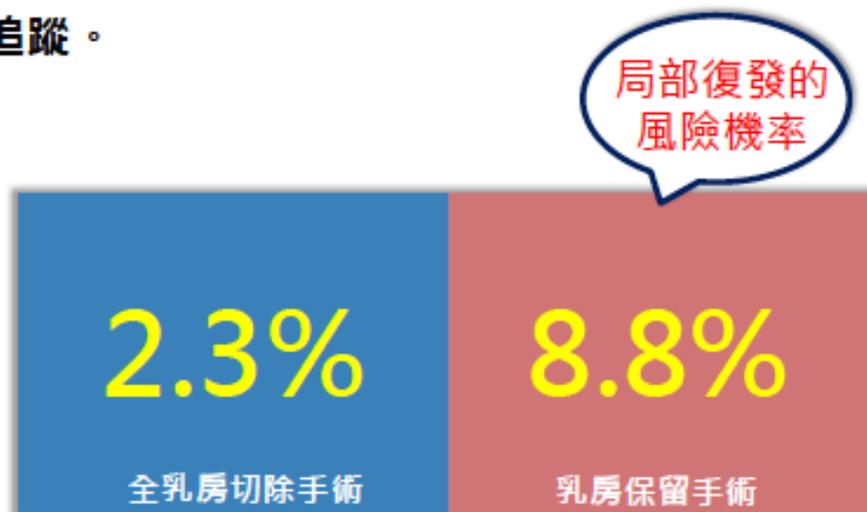
早期乳癌包括零、一、二期

▶ 手術第一步：選擇手術方式

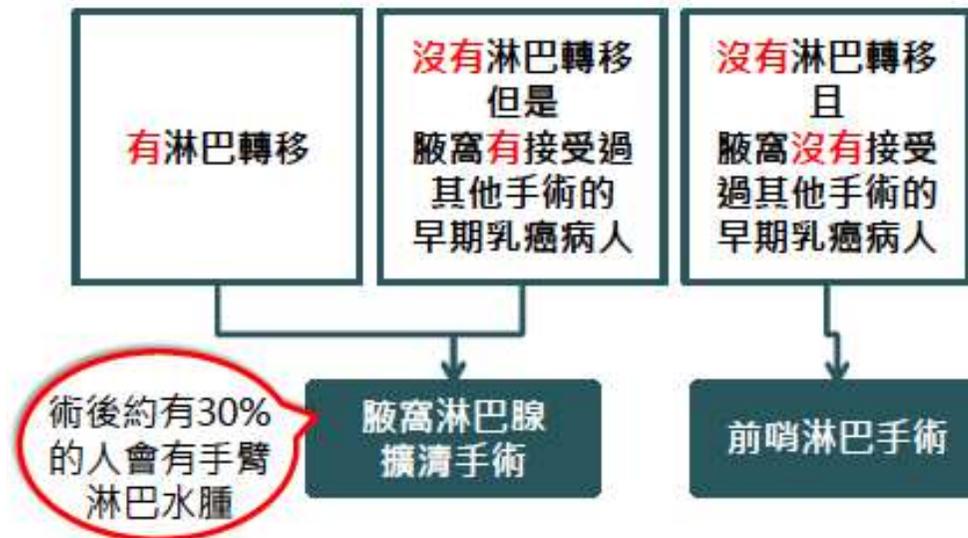
《選擇一》全乳房切除手術

《選擇二》乳房保留手術

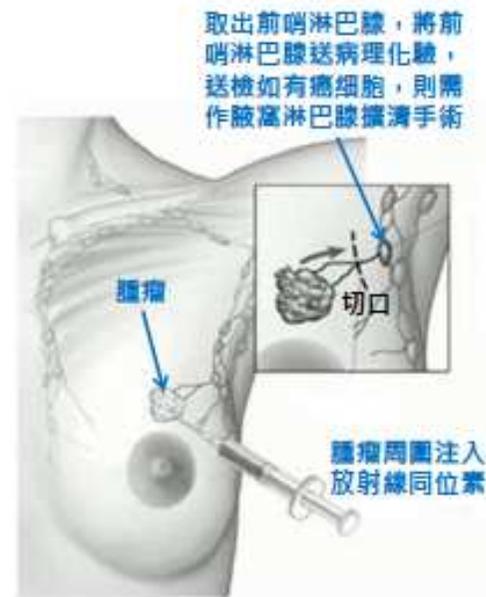
文獻上的統計，乳房保留手術仍有局部復發的風險，這些可能的風險在手術前就讓病人能清楚瞭解，術後也必須要完整的治療及定期追蹤。



▶ 手術第二步：評估是否淋巴轉移，再決定處置



腋窩淋巴腺擴清手術



前哨淋巴手術

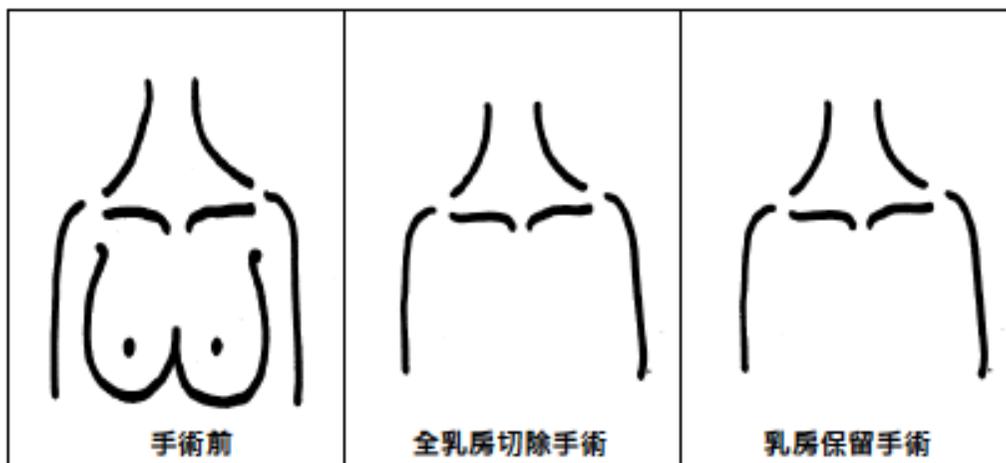
什麼條件可以接受乳房保留手術？

《條件一》原發部位腫瘤大小小於兩公分的
早期乳癌患者。

《條件二》腫瘤的位置與乳頭及乳暈有足夠
的安全距離，一般至少兩公分。

上述兩個條件 **都要符合**，則可考慮乳房
保留手術。

手術方式(由醫師畫圖描述)



接下來幾個步驟可以幫助您， 如何選擇手術方式

步驟一、了解手術選擇的風險及好處：

手術方式	全乳房切除手術	乳房保留手術 + 放射線治療
術後傷口疼痛	大多數人不需要打止痛針	大多數人不需要打止痛針
恢復期	復原較慢	復原較快
身體外觀的改變	1. 切除乳頭、乳暈及乳房組織 2. 手術傷口大	1. 保留乳頭、乳暈及部分乳房組織 2. 手術傷口較小
住院天數	4~6天	4~6天
治療時程長短	手術後到引流管拔除約平均2~3週	手術後到引流管拔除約1~2週，放射線治療約5~7週
局部復發率	2.3%	8.8%

接下來幾個步驟可以幫助您， 如何選擇手術方式

步驟二、您選擇手術方式會在意的因素及
程度為何？依據你在意的程度勾選以下的

項目：(5分為非常在意；1分為非常不在意)

因素 \ 分數	1分 非常不在意	2分 不在意	3分 中立	4分 很在意	5分 非常在意
疾病的局部復發率					
整體外觀改變					
治療疼痛程度					
對工作影響的程度					
就醫的方便性					
其他					

接下來幾個步驟可以幫助您， 如何選擇手術方式

步驟三、到目前為止，您清楚治療方式嗎？

以下問題請您試著回答：

題目 \ 回答	是	否	不清楚
1. 不管腫瘤位置，只要是早期乳癌，都可以選擇乳房保留手術。			
2. 不管全乳房切除手術或乳房保留手術，後續皆需要定期追蹤。			
3. 前哨淋巴取樣發現有轉移，即立即採腋窩淋巴腺擴清手術。			
4. 接受全乳房切除手術就不會局部復發。			
5. 手術過程中，仍有一些變異，當局部切除組織被判讀刀口邊緣仍有癌細胞，則需擴大手術傷口改採全乳房切除手術。			

您現在確認好治療方式了嗎？

經由上述說明，您是否能選擇出適合的手術方式或是仍需再和醫師討論。

- 乳房保留手術+放射線治療
- 全乳房切除手術
- 還無法決定需再和醫師討論

完成以上評估後，您可以列印及攜帶此份結果，與您的主治醫師討論。

你累了嗎？

擊退癌疲憊 癌症治療更完備

勇敢的抗癌鬥士：

對抗癌症並不輕鬆，除了要面對癌症本身的不適症狀，也可能得承受各種治療帶來的影響。據調查，台灣有92%的癌症病人有疲憊困擾，其中更有四分之一屬於中重度疲憊患者。

但其實你的疲憊是可被改善的！趕快用疲憊量尺評估一下，自己有多疲憊？並了解處置和各藥物治療優缺點，找出心目中理想的治療方式吧！

什麼是癌因性疲憊症？

- ◎ 癌因性疲憊症是因癌症或癌症治療所引起之重大疲憊感，其症狀與活動量不成比例，且足以影響到正常生活。
- ◎ 任何一種癌症、治療方式、治療藥物或治療階段，都可能發生癌因性疲憊症。
- ◎ 疲憊會降低身體活動能量、降低執行力、減少對事物的興趣、增加心理壓力、導致睡眠困擾，影響生活品質等。



快用疲憊量尺評估自己的疲憊程度

- ◎ 0 分表示沒有疲憊，10 分為想像中最嚴重的疲憊。
- ◎ 請根據自身疲憊的感覺，指出對應的疲憊分數，或選擇最能代表您疲憊狀態的圖像及其對應分數。

疲憊量尺



癌因性疲憊症的處置方式



輕度疲憊

請以非藥物處置治療



運動

是最多研究並最具實證成效的非藥物處置。以漸進調整每週至少3次，每次30分鐘之低/中強度運動。



心理社會措施

包含認知行為治療、心理支持、壓力處理、正念療法。



睡眠衛生

固定睡眠與起床時間，並搭配放鬆訓練。



營養處置

評估飲食攝取狀況，並需要時諮詢營養師。



輔助療法

包含針灸、溫水泡腳、按摩、芳香療法。

中重度疲憊

並可考慮加上藥物治療



精神刺激藥物

可刺激中樞神經系統，增加注意力集中，改善疲憊程度。



類固醇藥物

具抗發炎效果，認為可改善癌因性疲憊症相關的發炎情形。



黃耆多醣注射劑

能增強免疫功能，刺激骨髓造血功能，改善癌因性疲憊症。



蔘類

傳統中醫上認為具有補氣、益血、養心安神等功效。研究顯示有藥物交互作用，須小心使用。

- ◎ 使用疲憊量尺評估自己的疲憊程度，0分為無疲憊，1-3分屬輕度疲憊。無疲憊或輕度疲憊可透過非藥物處置預防或改善疲憊，減少疲憊對生活和治療的影響。
- ◎ 不同的癌症有適合的運動、營養等非藥物處置，同時也要考慮自己的生活型態、體力等，與臨床醫護人員及醫療團隊討論，了解衛教資料中各項非藥物處置的內容，找出適合自己的非藥物處置。
- ◎ 非藥物處置是治療癌因性疲憊症的開始，若疲憊分數為4分或以上，則已經有非藥物處置之外，可考慮合併藥物治療改善疲憊。
- ◎ 不要輕忽疲憊，並持之以恆，常與醫療團隊討論，讓疲憊獲得改善。

四個步驟，找出適合您的中重度癌因性疲憊症治療藥物

步驟一 了解中重度癌因性疲憊症的治療藥物

	 精神刺激藥物	 類固醇藥物	 黃耆多醣注射劑	 蔘類
臨床療效	<p>臨床研究顯示用於較嚴重之疲憊較有效，且與使用劑量有關。</p> <p>例如以「哌甲酯*」治療4週後，SF-36疲憊分數改善19.7分(安慰劑改善2.1分)²</p> <p><small>* 學名 methylphenidate，是一種中樞神經興奮劑</small></p>	<p>臨床研究顯示可改善疲憊、食慾及生活品質。</p> <p>例如以「地塞米松**」治療15天後，FACIT-F疲憊指數改善9分(安慰劑改善3.1分)³</p> <p><small>** 學名 dexamethasone，是一種類固醇</small></p>	<p>臨床研究顯示可改善疲憊及生活品質，包括食慾、睡眠、行走能力及情緒等。</p> <p>黃耆多醣注射劑治療8週後，82%患者的癌因性疲憊症獲得改善(BFI-T分數改善10%以上)⁴</p>	<p>有臨床研究顯示可改善疲憊。</p> <p>以西洋蔘治療8週，MFSI-SF¹分數可改善20分(安慰劑改善10.3分)⁵</p> <p><small>¹ Multidimensional Fatigue Symptom Inventory Short Form</small></p>
副作用	可能引起食慾不振、口乾、失眠、情緒不穩等。焦慮症或青光眼患者禁用。	副作用較大，長期使用有安全性疑慮。	可能副作用包括輕微皮疹、濕疹或搔癢。	可能會與抗凝血劑產生交互作用。
使用方式	口服	口服及注射	靜脈輸注給藥	口服
衛福部核可適應症	注意力不足過動症	抗發炎	中重度癌因性疲憊症	非西藥
優點	<ul style="list-style-type: none"> 臨床療效證據強 口服給藥較方便 	<ul style="list-style-type: none"> 口服給藥較方便 	<ul style="list-style-type: none"> 臨床療效證據強 有中重度癌因性疲憊症之適應症 	<ul style="list-style-type: none"> 口服較方便 取得容易
缺點	<ul style="list-style-type: none"> 需留意其副作用 無癌因性疲憊症適應症 	<ul style="list-style-type: none"> 臨床療效證據較弱 需留意其副作用 無癌因性疲憊症適應症 	<ul style="list-style-type: none"> 靜脈輸注給藥較不方便 	<ul style="list-style-type: none"> 品質穩定度容易受來源、原料及製備過程影響 無癌因性疲憊症適應症

步驟二 了解自己對各項目的在意程度(請勾選最接近的選項)

	重要	普通	不重要	非常不重要
療效	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
副作用	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
使用便利性	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
是否有相關適應症	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
是否有健保給付	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
是否為自費	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
其他(請註明)				

步驟三 確認自己充分了解癌因性疲憊症的治療藥物

	認同	不認同	我不確定
評估疲憊分數4分或以上，可考慮加上藥物治療，但還是需要搭配非藥物處置			
藥物治療大部分需要自費			
精神刺激藥物沒有癌因性疲憊症的適應症			
類固醇長期使用副作用大			
黃耆多醣需靜脈輸注使用，並具衛福部核可適應症及療效驗證			
蔘類製劑品質容易受來源、原料及製備過程影響			

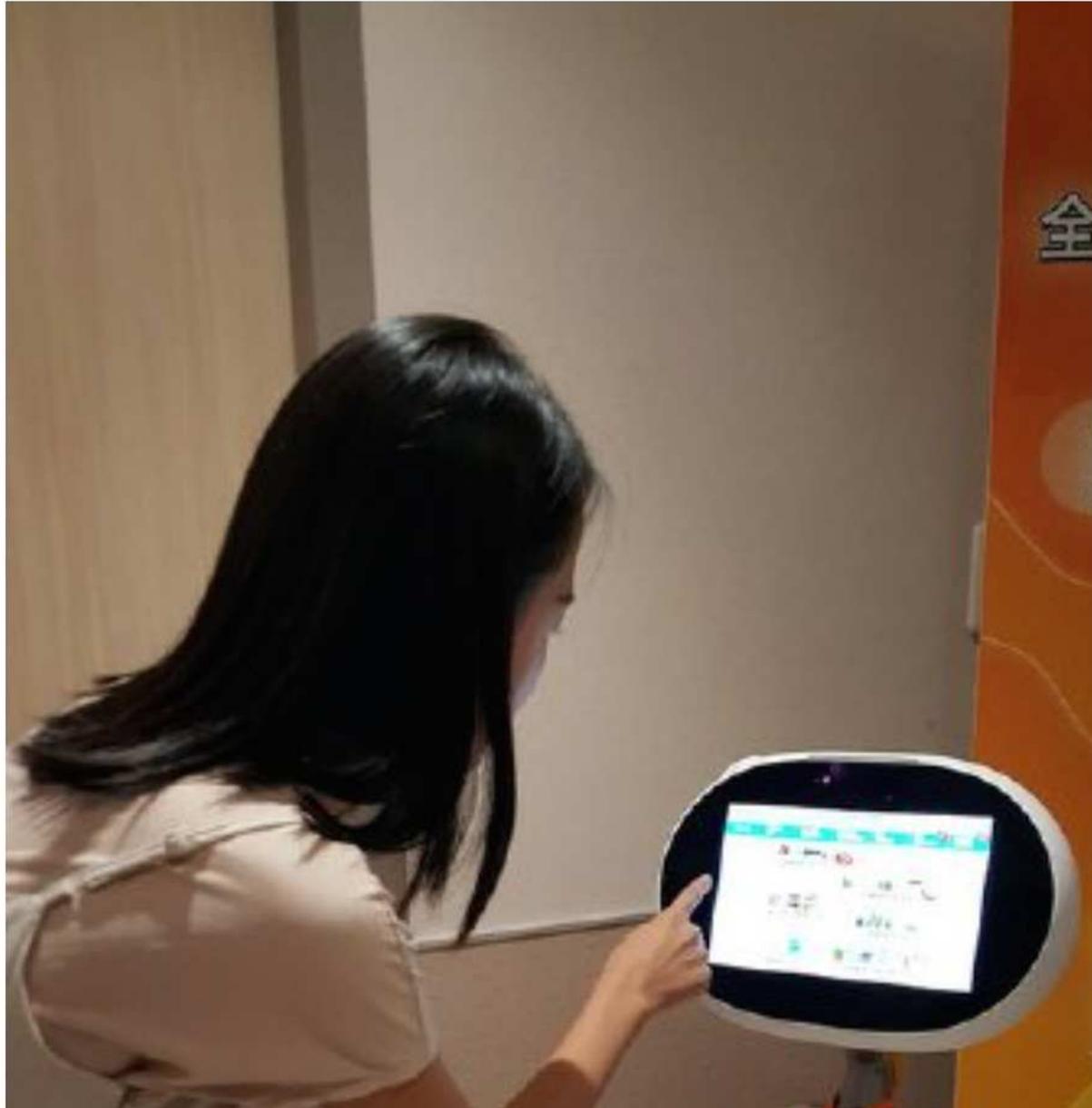
√若有二項或以上不認同(含不確定)，則請回到前頁資料閱讀了解。

步驟四 找出自己的選擇

- ◎ 了解各藥物的特性，同時考慮過自己在意的因素後，我願意：(可單選也可多選)
- 不想接受藥物治療
 - 接受黃耆多醣注射劑治療
 - 接受精神刺激藥物治療
 - 接受蔘類製劑治療
 - 接受類固醇藥物治療
- ◎ 我還是無法決定，我想要：(可單選也可多選)
- 再跟醫師討論
 - 再跟親友討論
 - 我想更了解藥物治療相關問題後再決定，問題如下：

長庚推醫病共享決策 機器人小布來幫忙

中央社 2018/09/26 20:21(2小時前)



（中央社記者陳偉婷台北26日電）醫病共享決策增加病人參與治療主動性，但推動有諸多挑戰，如看診時間有限，醫師難了解病患期待。林口長庚皮膚科請機器人「小布」幫忙，優先投入乾癬病患問診服務。

衛生福利部推動醫病共享決策（SDM），盼以病患為中心，兼具知識、溝通和尊重，目的是讓醫療人員和病患在進行醫療決策前，能共享資訊，結合病患自身偏好跟價值，提供所有可考量選擇，並由臨床人員和病患共同參與醫療照護。

長庚引進「問診」 機器人 候診就可丟病況給醫師了

匯流新聞網 2018/09/26 04:17(18小時前)



[回首頁](#)[網站導覽](#)[登入](#)[註冊](#)[醫病共享決策介紹](#)[決策輔助工具](#)[教育資源](#)[相關網站](#)[常見問題](#)[聯絡我們](#)

衛生福利部 醫病共享決策平台

Ministry of Health and Welfare,
Platform for Shared Decision Making

熱門關鍵字: 人工膝關節 SDM 輔助工具 呼吸 醫病



醫病共享決策介紹

- › 醫病共享決策 (SDM) 緣起
- › 醫病共享決策輔助工具介紹
- › 醫病共享決策實踐運動
- › 醫病共享決策輔助工具競賽
- › 醫病共享決策優化活動

您現在的位置 › [首頁](#) › [醫病共享決策介紹](#) › [醫病共享決策輔助工具介紹](#)

醫病共享決策輔助工具介紹

[回上頁](#)

醫病共享決策輔助工具介紹

文章公布日期: 2016-06-08

醫病共享決策輔助工具目的

- 減輕醫療人員準備溝通資訊的負擔
- 幫助病人表達重要的好惡與價值觀
- 確認病人已瞭解做決定前應該具備的疾病或治療知識
- 降低病人決策前的焦慮
- 提升病人參與醫療決策
- 提升病人對醫療服務滿意度
- 增加病人對於醫療的順從度
- 提升醫療品質
- 建立更好醫病關係

醫病共享決策介紹

醫病共享決策 (SDM) 緣起

醫病共享決策輔助工具介紹

醫病共享決策實踐運動

醫病共享決策輔助工具競賽

醫病共享決策優化活動

醫病共享決策相關素材徵求活動

決策輔助工具

決策輔助工具清單

教育資源

研討會資料

數位課程

宣導影片

相關網站

國外網站

國內網站



醫病共享決策平台

Ministry of Health and Welfare,
Platform for Shared Decision Making

熱門關鍵字: 人工膝關節 SDM 輔助工具 呼吸 醫病

::

決策輔助工具

您現在的位置 > [首頁](#) > [決策輔助工具](#) > [決策輔助工具清單](#)

> [決策輔助工具清單](#)

決策輔助工具清單



▶ 1. 肌肉骨骼系統	▶ 2. 消化系統	▶ 3. 呼吸系統
▶ 4. 泌尿生殖系統	▶ 5. 內分泌、營養與代謝	▶ 6. 循環系統
▶ 7. 神經系統及感覺器官	▶ 8. 皮膚系統與皮下組織	▶ 9. 精神與行為
▶ 10. 腫瘤	▶ 11. 妊娠、生產與產褥期	▶ 12. 先天性畸形、變形與染色體異常
▶ 13. 其他		

決策輔助工具清單

依主題類別

請輸入您要查詢的關鍵字

搜尋

🏠 回上頁

主題類別	SDM決策輔助工具標題	開發團隊、機構	年份	摘要表
10. 腫瘤	乳癌手術治療-我該怎麼選擇？	高雄市立小港醫院、乳癌醫護團隊	› 2016	
10. 腫瘤	我是Her2陽性早期乳癌患者，我有哪些治療選擇？	振興醫院乳癌團隊	› 2016	
10. 腫瘤	頭頸癌放射性治療：我該接受管灌食嗎？	奇美醫療財團法人奇美醫院 營養科	› 2016	
乳癌	我有乳癌，我應該先化療再手術、或先手術再化療？	國立成功大學醫學院附設醫院 乳癌醫療團隊	› 2017	
大腸癌	大腸鏡檢查前之腸道準備，我要如何選擇自費清腸劑？	高雄榮民總醫院藥學部、高雄榮民總醫院大腸直腸外科	› 2017	
失智症	失智症出現進食問題時,選擇對策？	臺北市立聯合醫院和平婦幼院 區神經內科	› 2017	
乳癌	早期乳癌或乳房原位癌接受部份乳房切除術	高雄榮民總醫院放射腫瘤部、		

SDM無所不在

但要與key person談，要化繁為簡，
要善用工具，要視病如親。