

運用巡迴輔導探討人員對病人安全認知、態度、行為 及其安全相關議題

莊淑婷¹ 許國敏¹ 范嘉惠² 蔡秀珠 許玲女 許南榮³

中國醫藥大學附設醫院 護理部 院長室顧問¹

醫療品質委員會² 胸腔外科³

目的 運用巡迴輔導方式探討人員對病人安全的認知、態度、行為及發掘病人安全相關議題。

方法 自民國92年4月至12月，設計半結構式問卷，以巡迴輔導方式普查某醫學中心所有醫療單位，每單位隨機取樣二至三名，共計33個單位收案86名人員。

結果 (一) 認知：呈現中等程度反應，其中認為如有領導階層介入，對病人安全有更進一步的提昇(97.7%)。(二) 態度：呈負向反應，顯示對於發生錯誤或報告錯誤事件，非常在意個人後果及院方懲處(84.9%)。(三) 行為：呈負向反應，對於錯誤發生時不會報告的人員佔有41.9%。(四) 病人安全認知、態度、行為三者間均呈正相關。安全相關議題以Vincen's歸納為：1) 作業流程佔49%；2) 人員層面佔26%；3) 行政管理佔16%；4) 硬體儀器設備佔9%。

結論 藉由巡迴輔導方式可瞭解人員對病人安全認知、態度與行為，並找出醫療環境系統中的問題，以作為提升病人安全改善之依據。(中台灣醫誌 2005;10 Supplement:S37-44)

關鍵詞

病人安全，病人安全事件通報，巡迴輔導

前言

自民國91年11月29日發生北城醫院護理人員打錯藥，造成一死六病危事件後，喚起國人對醫療環境維護病人安全的重視，有關病人安全議題亦不斷的被討論著。國際間醫療體系亦受到公眾全面性的檢視，美國醫療機構聯合評鑑協會(Joint Commission on Accreditation of Health Organizations；JCAHO)將病人安全列為醫療體系的評鑑重點[1]，國內行政院衛生署為因應世界趨勢於2003年2月成立病人安全委員會，研擬建構安全醫療體制以確保病人安全。病人安全已成爲國際間研究改善爭論焦點，國內外學者紛紛提出安全管理辦法[2-6]。

大部分的醫療不良事件並非個人疏失或缺乏訓練，而是由一連串的失誤所造成，而此一連串的失誤則可透過有效管理機制來預防，鑑於台灣有關病人安全相關研究議題文獻有限，而身爲握

有權威及擁有許多資源的行政主管，應體認醫療本身就是很大的的風險，所以推動建立一個安全醫療體系是時代使命是義不容辭的。然而在推動病人安全過程中，常採用建置病人安全通報系統、巡迴輔導等方式，瞭解人員對於病人安全之看法及發掘跡近事件(near misses)，依Reason提出病人安全巡迴輔導方式，與人員進行面對面之訪談，可獲得較佳達80%至85%之訊息[7]，比外科醫學會所提病人安全事件通報系統可獲取5%至30%訊息，更能掌握資料及進行分析改善[8]。因此，當醫院成立病人安全委員會後，在醫院病人安全事件通報文化尚未建立時，本研究藉由可獲得較佳訊息的巡迴輔導方式展開病人安全管理的的第一步。

材料與方法

概念架構

病人安全委員會運用巡迴輔導方式，透過各單位基層人員的聲音，了解基層工作人員對病人安全的認知、態度與行為及其相關影響因素，並發掘存在醫療環境系統中有關病人安全之議題，將訪談結果以單位腦力激盪及專案方式進行改善(如圖)，以提昇病人照護之品質。

聯絡作者：許國敏

地 址：404 台中市北區育德路2號

中國醫藥大學附設醫院 院長室顧問

收文日期：2004年12月17日 修改日期：2005年3月4日

接受日期：2005年3月21日

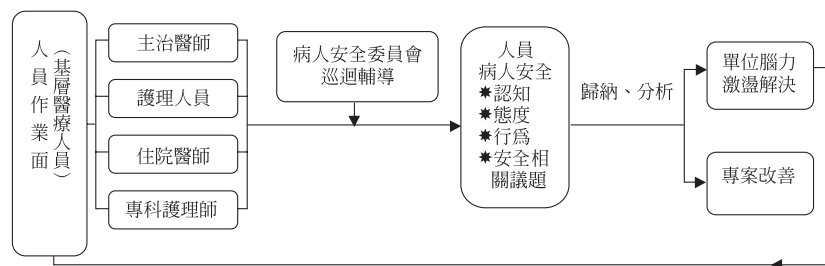


圖 運用巡迴輔導瞭解人員對病人安全認知、態度、行為與其安全相關議題概念圖。

研究方法

研究對象

服務於台灣地區中部某一醫學中心之主治醫師、住院醫師、護理長、護理人員、專科護理師、技術員等工作人員均為本研究之對象。

取樣

自民國92年4月1日至12月，由此一醫學中心，以普查方式訪談所有醫療單位，單位包括開刀房、外科、麻醉部、產房、嬰兒室、加護病房、急診、一般病房等共計33個。每個單位以隨機方式抽取二至三名人員進行訪談。

研究工具

以半結構式問卷與訪談記錄作為研究設計收案的工。訪談問卷係由研究群參考文獻修訂後編製而成，問卷內容包含：基本資料、人員對病人安全認知、態度與行為之量表及人員提報病人安全相關議題共五部份。第一部份：基本資料包括性別、年齡、教育程度、工作年資、婚姻狀況及職務類別。第二部份：病人安全認知量表，此量表乃評量工作人員對病人安全認知程度，內容包括跡近事件及病人安全管理等，題目共3題，其評分標準為回答「會/對」者給1分，答「不會/不知道」者給0分，總分3分。分數越高，表示其認知程度越好。第三部份：病人安全態度量表，此量表乃評值工作人員對病人安全所持的看法及所持的立場，利用正向和負向的題目呈現，其中包括自身可否預防下次不良事件的發生及錯誤發生時所應面對的後果等，題目共3題，答「可以/在意」者得1分，「不可以/不在意或無意見」者得0分，負向題(1題)則相反記分，總分為3分，分數越高表態度愈正向。第四部份：病人安全行為量表，此量表乃評量工作人員一週內是否盡力照顧病人、發生錯誤時是否確實報告等行為，題目共4題，評分標準為回答「會/有」者得1分，「不會/沒有或無回答」者得0分，負向行為(1題)則相反計分，總分為4分，分數越高表示行為愈正向。第五部份：將人員所提報之安全議題

表一 個人基本屬性分佈情形 (N = 86)

項目	人數 (%)
性別	
男	22 (25.6)
女	64 (74.4)
年齡 (歲)	
20-25	17 (19.77)
26-30	51 (59.30)
> 31	18 (20.93)
教育程度	
專科	45 (52.3)
大學 (含以上)	41 (47.7)
工作年資(年)	
1-3	38 (44.19)
4-6	29 (33.72)
7-10	15 (17.44)
> 10	4 (4.65)
婚姻狀況	
未婚	67 (77.9)
已婚	19 (22.1)
職務類別	
護理人員	55 (64.0)
醫師	26 (30.2)
專科護理師	2 (2.3)
行政主管及技術員	3 (3.5)

進行討論，並以 Vincen's 歸納法歸類。

研究工具訪談問卷之信度測試，由五位人員進行測試，採 Kuder-Richardson formula 20 (K-R 20) 係數檢測，其相關係數在認知方面為 0.82，態度方面為 0.80，行為方面為 0.82。效度方面則委請五位與病人安全相關之專家就問卷题目的涵蓋性、遣詞用字的適當性及題意的清晰性等項目做客觀的評量。其專家百分比同意度之內容效度指標(Content Validity Index)達 83.5%。

表二 人員對於病人安全知識、態度、行為各量表得分情形(N = 86)

項目	題數/分數	平均值±標準差	最小值	最大值
認知	3			
◆ 跡近事件	1	0.60 ± 0.49	0	1
◆ 領導階層管理	1	0.98 ± 0.15	0	1
◆ 病患安全小組執行	1	0.72 ± 0.45	0	1
總分	3	2.30 ± 0.93	1	3
態度	3			
◆ 我們可預防下一次的不良事故發生	1	0.59 ± 0.49	0	1
◆ 部門可常規性改善病患安全	1	0.27 ± 0.45	0	1
◆ 發生錯誤或報告錯誤，會在意個人後果或院方處置(為反向記分)	1	0.15 ± 0.36	0	1
總分	3	0.66 ± 0.93	1	3
行為	4			
◆ 本週是否有盡力照顧到病患安全	1	0.70 ± 0.46	0	1
◆ 遇到阻礙時，會與相關之醫護同仁做溝通	1	0.60 ± 0.49	0	1
◆ 發生Near misses (跡近錯誤) 事件(為反向記分)	1	0.87 ± 0.34	0	1
◆ 發生錯誤時一定會報告	1	0.58 ± 0.50	0	1
總分	4	2.30 ± 1.76	2	4

研究步驟

問卷設計

參考文獻後設計完成半結構式訪談問卷。

訪談方式

每週進行一次訪談，為期九個月，訪談成員由病人安全委員會核心成員組成，包括：副主任委員、醫師、護理主管、醫品會管理師等，至訪談單位前24小時由病人安全委員會幹事以普查方式抽出單位先後順序，並再隨機抽出受訪者，受訪者由病人安全委員會通知訪談時間、地點，在不告知單位主管受訪人員姓名下，請其主管備妥會議室，以安靜與獨立空間不受干擾為主，並備有茶水創造一舒適、輕鬆的訪談環境。開始訪談前由病人安全委員會副主任委員鼓勵受訪者提出任何與病患安全有關的議題，並向受訪者強調說明提昇病患安全的重要性，以「不責備、不威脅」的態度進行訪視，過程30分鐘至1小時。

資料整理分析與歸納

訪談完成後，除將認知、態度與行為計分外，並將提報有關安全議題之錄音資料由幹事將內容轉錄成文字，並由病人安全委員會小組成員3人共同閱讀找出有意義之敘述文字進行系統性的分析、歸類，再形成研究主題，並以Vincen's歸納法歸類為：1) 作業流程面；2) 人員層面；3)

行政管理層面；4) 硬體儀器設備四類。並於資料分析後的一星期，再進行第二次資料分析，以達資料分析之穩定性。此外，再聘請一位具有質性行為分析經驗之專家確認資料分析的結果，以提高結果之可靠性。最後由病人安全委員會於會後依事件內容會辦單位說明原因，並由單位人員運用腦力激盪方式討論立即改善方法，若屬跨科之事件則由病人安全委員會召集相關單位組成「專案小組」，以專案方式進行改善，最後並將結果以電子郵件回饋給受訪者，並感謝其參與。

資料分析

資料回收後分為兩部分，一為量性資料內容分析，另一為質性資料之分析。量性資料以EXCEL及SPSS10.0中文版進行資料建檔，統計方法包括：1) 以次數分佈、百分比、平均值及標準差，描述樣本中為類別變項的基本資料及各部份作答得分情形；2) 以多變相迴歸分析了解影響認知、態度及行為之因素；3) 以皮爾森相關分析(Pearson correlation coefficient) 檢定人員對病人安全認知、態度及行為之間的相關性。質性資料之分析方面，於會談後將錄音資料進行轉錄於文字中。並由3位本研究小組成員共同閱讀轉錄內容，以找出有意義之敘述文字，形成的研究主題，並以Vincen's歸納法歸類。

表三 人員對於病人安全認知、態度及行為各量表項目之比例 (N = 86)

項目	會/有 (%)	不會/沒有 (%)	沉默/*無意見 (%)
認知 (76.6%)			
◆跡近事件	60.1	30.2	9.7
◆領導階層管理	97.7	2.3	0
◆病患安全小組執行	72.1	25.6	2.3
態度 (26.3%)			
◆我們可預防下一次的不良事故發生	37.2	59.3	3.5
◆部門可常規性改善病患安全	26.7	73.3	0
◆發生錯誤或報告錯誤，會在意個人後果或院方處置 (為反向題)	84.9	2.3	3.5/9.3
行為 (57.6%)			
◆本週是否有盡力照顧到病患安全	69.8	20.9	9.3
◆遇到阻礙時，會與相關之醫護同仁做溝通	60.5	30.2	9.4
單位主管	65.1	34.9	0
私下告知當事人	22.1	77.9	0
交班	7.0	93.0	0
視情況決定	5.8	94.2	0
◆發生 Near misses (跡近錯誤) 事件 (為反向題)	12.8	41.9	45.3
◆發生錯誤時一定會報告	58.1	12.8	14/15.1

表四 依Vincen's分類之描述性資料

項目	件數 (%)
作業流程面 (n = 37)	
醫療照顧作業	13 (35.1)
藥物領回流程	7 (18.9)
照護作業	7 (18.9)
醫囑處理或確認	4 (10.8)
交班不確實	3 (8.1)
醫療處置	2 (5.4)
檢驗品質	1 (2.7)
人員層面 (n = 20)	
人力不足	10 (50.0)
人力配置不當	4 (20.0)
人員資歷過淺	3 (15.0)
知識不足	2 (10.0)
看護素質不佳	1 (5.0)
行政管理層面 (n = 13)	
病房專科化	5 (38.5)
標準作業流程 (SOP)	4 (30.8)
失竊	2 (15.4)
抽菸消防	1 (7.7)
行政作業流程	1 (7.7)
硬體儀器設備層面 (n = 7)	
儀器設備	5 (71.4)
衛材管理	2 (28.6)

結果

研究對象基本屬性之描述性分析

本研究對象之職務類別以護理人員居多 (64.0%)，其次為醫師 (30.2%)、專科護理師 (2.3%)、行政主管 (2.3%)、技術員 (1.2%)。其中 64 位為女性 (74.4%)，22 位為男性 (25.6%)。年齡以 20 至 30 歲佔多數 (79.1%)。婚姻狀況則多為未婚 (77.9%)。在工作年資方面，1 至 3 年 38 人 (44.2%)，4 至 6 年 29 人 (33.7%)，7 至 9 年 15 人 (17.5%)，10 年以上有 4 人 (4.6%)。而教育程度是以專科畢業最多佔 52.3%，其次為大學 (含以上) 佔 47.7% (表一)。

人員對於病人安全認知、態度與行為

認知方面：人員在病人安全認知方面，屬中等程度 (表二)。在整體平均答對率方面，對於領導階層介入病人安全後，病人安全可以做的更好佔 97.7%，病人安全小組在執行病人安全上有效果佔 72.1%，對於何謂跡近事件概念為 60.1% 得分最低 (表三)。

態度方面：人員對病人安全態度上較傾向負面 (表二)。以逐項分析來看，有 37.2% 的人員可預防下次不良事件之發生，26.7% 的人員認為部門可常規性改變病患安全。同時，有高達 84.9% 的人員在意錯誤事件發生後所承擔之後果 (表三)。

行為方面：人員對病人安全行為表現 (表二)。

表五 影響人員對於病人安全認知、態度、行為之複迴歸分析

自變項	認知		態度		行為	
	β (SE)	<i>p</i>	β (SE)	<i>p</i>	β (SE)	<i>p</i>
性別						
女性	reference		reference		reference	
男性	3.545×10^{-17} (0.089)	0.999	1.403 (0.101)	< 0.001	0.125 (0.131)	0.343
教育程度						
專科	reference		reference		reference	
大學	-3.00 (0.134)	0.028	-3.444×10^{-15} (0.151)	0.999	-0.800 (0.197)	< 0.001
年資(年)						
1-3	reference		reference		reference	
4-6	1.601×10^{-15} (0.123)	0.999	-0.687 (0.139)	< 0.001	-0.875 (0.181)	< 0.001
7-10	-0.583 (0.163)	0.001	-0.687 (0.184)	< 0.001	-1.292 (0.240)	< 0.001
> 10	-0.583 (0.417)	0.166	-0.687 (0.472)	0.149	-1.292 (0.613)	0.038
職務						
護理人員	reference		reference		reference	
醫師	-1.117 (0.116)	< 0.001	4.563×10^{-16} (0.131)	0.999	-1.783 (0.171)	< 0.001
專科護理師	-1.117 (0.304)	< 0.001	-3.029×10^{-16} (0.344)	0.999	-1.783 (0.447)	< 0.001
行政主管及技術員	-1.783 (0.437)	< 0.001	-1.089×10^{-15} (0.494)	0.999	-1.783 (0.642)	0.007

人員本週有盡力照顧病人安全佔69.8%，而遇到阻礙時會與相關醫療同仁溝通佔60.5%，其中有65.1%的受訪者會選擇透過主管報告阻礙與溝通，22.1%的人員會採取私下告知當事人，7%透過交班告知，5.8%人員視情況再作決定。而發生跡近錯誤事件只有12.8%會報告，另當錯誤真正發生時一定會報告的人員僅佔58.1%(表三)。

安全議題分析：訪談中，共收集了77個見解，每個見解依Vincen's 歸類方法分類，屬於1) 作業流程面37件佔49%；2) 人員層面20件佔26%；3) 行政管理層面13件佔16%；4) 硬體儀器設備層面7件佔9%。其Vincen's 分類結果(表四)。

由以上訪查結果，77件安全議題中有59件佔76.6%是於巡迴輔導後立即聯絡相關單位可以迅速解決的，包括：作業流程面29件(如缺少視障或聽障病患請假規定、藥物延遲領回、急診與加護病房交班作業等)，人員層面有17件(如警衛至母嬰同室病房巡視未戴口罩、不同科的兩名醫師對病人禁食時間認知有差異、人員情緒問題等)，行政管理層面有11件(如抽煙防災警報器損壞無定期維修、檢驗試管使用及撥補管理問題、打臘時間不對等)，儀器硬體設備層面有2件(病人服數量不足及部分單位急救車上欠缺Morphine 解毒劑)；另18件佔23.4%無法立即解決的，則由病人安全委員會依事件內容會辦單位說明原

因，並運用腦力激盪方式討論改善方法，完成之會辦改善屬於作業流程面有4件：1) 接病人作業流程；2) 麻醉部輸血作業流程；3) 建立手術臥位安全護理標準；4) 宣導各醫療科SOP之使用等。屬於人員層面有3件：1) 改善開刀房等候區照護人力之配置；2) 加強病患服務員之教育訓練；3) 增設兒童門診治療室人力重整等。屬於行政管理層面有2件：1) 約束帶的正確使用方法SOP之制訂；2) 抽菸防災之警報系統更新等。屬於儀器硬體設備層面有5件：1) 增設活動點滴架之把手；2) 輪椅裝置固定式點滴架；3) 避免靜脈輸液器掉落；4) 更換嬰兒床輪子，避免輪子太小推動時卡住電梯細縫內而跌落；5) 更換待產床使產婦不易跌落等，合計14件。

若屬跨科之事件則由病人安全委員會召集相關單位共同組成「專案小組」擬定改善之策，已完成之改善專案有4件：1) 縮短給藥流程；2) 制定衛材撥補作業流程，避免病人用到過期物品；3) 制訂高危險靜脈注射之藥物電腦化警訊作業，如管制藥品Demerol等；4) 制訂轉送病人標準作業流程，以維護轉送病人之安全。

影響人員對於病人安全認知、態度與行為之相關因素

將人員的個人屬性資料，如性別、年齡、教育程度、工作年資、婚姻狀況及職務類別等項與

表六 人員對病人安全知識、態度、行為之相關矩陣 (N = 86)

變項名稱	病人安全認知	病人安全態度	病人安全行為
病人安全認知	1.000		
病人安全態度	0.540*	1.000	
病人安全行為	0.934*	0.698*	1.000

* $p < 0.01$ 。

病人安全認知、態度、行為進行複回歸分析，以了解事件中其可能影響因素，結果發現人員之屬性與病人安全認知、態度、行為在統計上具顯著差異($p < 0.05$) (表五)。

人員對病人安全認知、態度、行為之相關性

表六是探討人員對病人安全認知、態度、行為間的相關性，結果發現三者間都有顯著的正相關($p < 0.01$)，尤以人員對病人安全的認知與行為之相關性最強($r = 0.934$)。

討論

人員對病人安全認知、態度及行為

人員對病人安全認知得分之平均值並不高，屬中等程度，顯示人員對病人安全認知仍需加強，其中60.1%人員對病人安全跡近事件概念不清楚，常與不良事故混淆，這與薛氏的研究有類似結果[9]。在態度方面，平均得分最低僅達 0.66 ± 0.93 ，人員在發生錯誤或報告錯誤事故時，有84.9%人員非常在意個人後果或院方處置，這與Kaveh提出報告有相同的結果[10]。對於預防下一次的不良事故(adverse event)發生及對於認為可以常規性改善病人安全，人員皆抱持負向態度。在行為方面，實際行為的平均得分為 2.30 ± 1.76 ，人員因為害怕被責備而在發生事件或事故時，未全數向上呈報之行為，此與多項文獻報告相類似[5,10]。人員對於病人安全認知、態度及行為之研究結果其接受訪談者對病人安全的認知呈中等程度反應，而轉化態度較為負面，而受外在環境、組織氣候及個人判斷影響後，較無法落實執行病人安全提報之行為，這與山崎英樹等報告書中所提認知、態度與行為之轉換模式相同[11]。此次研討人員對於病人安全認知、態度及行為之結果，雖然每一層面題目皆為3至4題較不足夠，但因考量病人安全重要性，必須迅速展開人員對「病人安全」之了解，因時間緊迫及人員在無病人安全概念下故先執行前趨研究，未來將可進一步繼續追蹤調查。然而在醫療機構尚未形成病人安全文化時，人員對病人安全認知不足，態度不正向，害怕通報造成之後果，導致

病人安全事件通報未付諸行動未達普及化現象。故一位有永續經營創新的主管，應有維護病人安全並促進健康的理念，預防醫療錯誤的發生，以提昇醫護照護品質。因此，除落實基層人員病人安全教育訓練外，也必須加強主管對病人安全之認知，依林秋芬等所作研究中提到，Gilkey以新世紀的醫療倫理價值作為醫院活動或政策方向，對員工強調建構一個安全、分享訊息、不責難積極要求改善的環境，才能讓員工產生正向之行為踴於提報[4]。讓醫院形成病人安全文化的氣候，人人具有安全文化之思維，自動自發察覺病人安全事件並尋求解決方式，乃為根本之道。

巡迴輔導應用

本研究以半年時間運用巡迴輔導方式，有效地深入基層了解基層對病人安全認知、態度及行為上的作法，並了解各單位相關安全議題，作為病人安全改善之依據。依據Reason提到醫療照護系統具多樣化、人員多元化之性質，為了減少不同類型之職務人員間對病人安全之認知差異，最好的方法是進行面對面會議溝通，然而在運用巡迴輔導透過免責難式鼓勵訪談時，雖能獲得最直接及掌握最多之訊息，但每週一次的安全管理團隊之介入，的確須花費較多的人力與時間[7]。巡迴輔導是病人照護上很重要的一環，我們應該要建立一套完善的病人安全系統，以支持醫護人員對於錯誤發生時的處理[12]。Connolly提到增加病人安全事件通報的比例，並不表示組織的不安全性[13]。依Schaaf[14]及Battles等[15]指出病人安全通報事件的增加，反應組織文化的改變及增加接納品質的促進決心。雖然研究結果顯示人員對病人安全事件中錯誤發生時之報告率仍偏低，佔58.1%，或許未來可嘗試採用不同之通報方式來增加通報比例，如Webb等指出若要採用醫師自主性報告其效果可達90%[16]。中島和江等也提出醫師自主性報告效果為62.5%，病歷審查效果只有32%[17]。

在醫療體系中，醫護人員是臨床照顧者最多的一群，是第一線病人照顧者，也是病人安全的最後一道防線，未來醫院可視病人安全通報系統

(incident report)統計分析結果，更詳細瞭解單位第一線照顧人員對病人安全的認知，若單位通報比率偏低更可運用巡迴輔導方式，深入瞭解人員對病人安全認知、態度與行為之差異，並依循人員提出之問題，進行病人安全事件案例分析之輔導。如何成功地藉由巡迴輔導了解人員對於事件通報之看法及意願，並促使人員自動自發的參與討論，在一個除罪化制度下，從人員的建議事項中，進行許多病人安全事件的改善，並而建立病人安全文化是很重要地[12]。在醫院病人安全文化未形成，人員對於病人安全認知不足、態度不具正向及未將行為付諸執行時，身為管理階層主管，應走出辦公室到現場看基層醫療人員在做什麼，運用病人安全巡迴輔導，深入了解病人安全醫療相關議題，提升人員認知，不斷溝通鼓勵，建立一個除罪化制度，找出系統管理的問題進而改善，以落實病人安全維護及病人安全文化之養成，進而建置一個「以病人安全為中心及病人安全之就醫環境」。

致謝

本研究得已完成，感謝醫院病人安全委員會的支持與協助，使其順利完成病人安全巡迴輔導資料收集。特別感謝李正淳主任秘書、蔡銘修主任、許南榮副院長及許國敏顧問在病人安全巡迴輔導訪談問卷方面的指導及李淑芬高專、李佳璽專員、蕭亦琮助理研究員、醫品會全體同仁協助資料之分析，僅此至上謝忱。

參考文獻

1. Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations 2003. Available at: <http://JCAHO.org>.
2. 李淑芬。手術中病人安全的維護。《護理雜誌》1997; 44:83-9。
3. 李俊民。影響安全管理之關鍵因素。《公安環保報導》2002;7:6-7。
4. 林秋芬，盧美秀，陳靜敏。從醫療疏失的省思談醫院之公民實踐。《醫院行政管理》2003;36:48-51。
5. 石崇良。病人安全之國際趨勢。財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會會訊 2003。Available at: <http://www.tjcha.org.tw/newsletter/main05.asp>
6. 林恆慶，陳楚杰，許銘恭。病人安全相關議題之探討。《醫院行政管理》2003;36:69-75。
7. James R. Managing the risks of organizational. Accent 1997. (Ashgate Publishing Limited)
8. Surgeons AC. Data sources and coordination. Patient Safety Manual. Rockville, MD: Bader & Associates, 1985.
9. 薛亞聖。建立安全的醫療環境病人安全架構之規劃研究成果報告。行政院衛生署研究計畫 2003。
10. Shojania KG, Duncan BW, McDonald KM, et al. Making health care safer: a critical analysis of patient safety practices. *Evid Rep Technol Assess (Summ)* 2001;43:1-668.
11. 山崎英樹，乘越勇美，川口整。Safety Management & Risk Management。東京：同友館，2004。
12. Frankel A, Graydon-Baker E, Nepl C, et al. Patient Safety Leadership WalkRounds. *Jt Comm J Qual Saf* 2003;29:16-26.
13. Connolly CK. Reducing error, improving safety. Relation between reported mishaps and safety is unclear. *BMJ* 2000;321:505-6.
14. Van der Schaaf TW. Near miss reporting in the Chemical Process Industry [Doctoral Thesis]. The Netherlands: Eindhoven University of Technology, Eindhoven, 1992.
15. Battles JB, Kaplan HS, Van der Schaaf TW, et al. The attributes of medical event-reporting systems: experience with a prototype medical event-reporting system for transfusion medicine. *Arch Pathol Lab Med* 1998;122:231-8.
16. Webb RK, Currie M, Morgan CA, et al. The Australian Incident Monitoring Study: an analysis of 2000 incident reports. *Anaesth Intensive Care* 1993;21:520-8.
17. 中島和江，兒玉安司。Health Care Risk Management。日本東京：醫學書院，2001。

Patient Safety Walk-Around: An Analysis of Hospital Staff's Perception, Attitude and Behavior Toward Patient Concerns

Shu-Ting Chuang¹, Kuo-Min Hsu², Chia-Hui Fan, Hsiu-Chu Tsai,
Ling-Nu Hsu, Nan-Yung Hsu³

Department of Nursing,¹ Consultant to the Director of China Medical University Hospital,
²Healthcare Quality Committee, ³Department of Thoracic Surgery, China Medical University Hospital,
Taichung, Taiwan.

Purpose. To analyze staff members' perception, attitude, and behavior toward patient safety concerns in the hospital, through a Walk-Around mechanism.

Methods. The study was conducted from April to December 2003. A total of 86 staff members in 33 hospital departments were interviewed. Semi-structured questionnaires with interviews were employed in the study.

Results. Staff perception is a moderate factor affecting patients' safety. According to our results, we believe that patient safety could be improved by high participation of the supervisors (97.7%). Negative attitude affects staff's intention to report misconduct even when it occurs (84.9%). Staff's behavior is negative to the consequences. Even though the staff is willing to participate in improving patient safety, they are still reluctant to report the incident because of uncertainty of the consequences (41.9%). Perception, attitude and behavior are significantly correlated with each other. The misconduct events were categorized into operation procedure (49%), human error (26%), administration (16%), and equipment (9%) using Vincen's model.

Conclusions. Through the Walk-Around approach, the staff's perception, attitude and behavior were better understood and the patient safety problems have been identified for future improvement. (*Mid Taiwan J Med* 2005;10 Supplement:S37-44)

Key words

patients' safety, patient safety incident report, Walk-Around