

中國醫藥大學

醫務管理學研究所碩士論文

編號：IHASEP-054

中醫師之病人安全認知、態度及

預防措施相關因素探討

-以針灸治療為例

**Investigating the factors related to concepts, attitude,
and precaution of patients' safety among traditional**

Chinese medical doctors

- Taking the acupuncture therapy as an example

指導教授：蔡文正教授

研究生：顏素美 撰

中華民國九十九年六月

摘 要

目的：本研究欲瞭解中醫師對病人安全的認知、態度及其預防措施之相關性因素，以作為日後中醫師教育及臨床推展之參考。

方法：研究對象為台灣所有執業中醫師，採普查方式，郵寄發出 5099 份問卷，有效問卷計 1424 份(回收率為 27.9%)。藉結構式問卷進行橫斷面研究。除描述性分析與變異數分析外，並運用複迴歸分析影響中醫師對病人安全之認知、態度與預防措施之相關因素。

結果：受訪中醫師平均年齡為 48.7 歲，男女比率為 3:1，認知平均答對題數 95.8%，近九成六的中醫師對病人安全有正確認知。態度平均得分為 4.72(滿分為 5 分)，多呈正面態度。預防措施平均得分為 4.72(滿分為 5 分)，普遍對異常事件之預防措施在中上程度。複迴歸分析顯示影響認知的因素為「取得資格的方式」和「平均每診看診人次」。影響態度的因素為「年齡」、「執業年資」、「職稱」、「本身曾遭遇醫療異常的經驗」、「參與病人安全教育時數」和「對病人安全之認知」。影響預防措施的因素為「機構位置」和「對病人安全之態度」。

結論與建議：整體而言，中醫師年齡越大及參與安全教育時數越多則對病人安全的態度越正面。認知會正向影響態度，態度會正向影響對異常事件之預防措施。唯有安排適切的病人安全教育課程，提

昇中醫師的正確認知及正向態度，以確保中醫師對異常事件做出更完善的預防措施，才能維護針灸治療時的病人安全，提升醫療品質，降低醫療糾紛。

關鍵詞：中醫師；病人安全；認知；態度；預防措施



Abstract

Purpose: The aim of this study is to clarify factors related to traditional Chinese doctors' perception, attitude, and prevention methods of patient safety, so the results can be the reference of their future education and clinical practice guidelines.

Method: The target subjects were all Taiwan traditional Chinese doctors who were evaluated through general survey. Total 5,099 copies of questionnaire were mailed to them with 1,424 valid copies, participation rate of 27.9%, retrieved. The cross-sectional analysis was applied through structured questionnaire. Other than descriptive and variant analyses, the multiple regression analysis was conducted to evaluate the possible factors influencing traditional Chinese doctors' perception, attitude, and prevention activities of patient safety.

Results: The average age of the enrolled traditional Chinese doctors was 48.7 years old. The ratio of male to female was three to one. Average 95.8% of the questions related to perception were answered correctly, which meant that almost 96% of traditional Chinese doctors had correct perception of patient safety. The mean score of their attitude was 4.72 (the total score was 5). Generally, the degree of preventing abnormal events was above average. The multiple regression analysis revealed that the factors affecting perception were “the way of being certified” and “the mean outpatient number per visit”. The factors influencing attitude included “age”, “seniority”, “professional title”, “personal experience of abnormal medical events”, “hours of attending patient safety education program” and “perception of patient safety”. The factors impacting

prevention methods included “location of the institute” and “attitude toward patient safety”.

Conclusion and recommendation: Generally, elder the traditional Chinese doctors were and more hours of education programs they attended, more positive attitude toward patient safety they had. Their perception positively affected their attitude that is positively related to the prevention methods of abnormal events. Therefore, appropriately arranging education programs of patient safety may improve their correct perception and positive attitude, and then flawless prevention methods can be established. As a result, patient safety can be maintained, quality of medical care can be improved, and legal problems can be reduced when performing acupuncture treatment.

Key words: traditional Chinese medical doctors ; patients’ safety ; perception ; attitude ; precaution

謝 誌

這兩年，我是認真用功的。系上的老師給我很多啟發，像林妍如老師、石曜堂老師、龍紀萱老師、楊志良老師、楊錦洲老師、郝宏恕老師、楊文惠老師、馬作鏹老師、王中儀老師、黃光華老師，讓我重新思索了一些未看清楚的謎團或渾然不覺的眉角，因而覺得收穫豐碩。

論文的寫作上，首先要對所長 蔡文正教授細心的教導和無私的提攜致上最敬禮，謝謝您引領我進入學術研究的大殿堂，您是我心中的巨人，其次要感謝口試指導教授 白佳原教授、翁瑞宏助理教授提供精闢見解，斧正疏漏之處，使本研究能更臻完美；此外，要感謝問卷效度審查的五位專家學者，以及協助問卷前測的張國養老師、仁旭和提供意見的中醫前輩們。

媿吟、進富大哥在統計上的解惑，讓我得以從困頓中釋放；順彬、溪川、耕弘三位大哥在電腦上的大力幫忙，讓我得以擺脫當機與毒害；志芬、冠辰、采潔在問卷寄發作業上的參與和分勞，謝謝您們即時而寶貴的助力；還有期刊、論文資料庫中無數的前輩英雄們，均致上由衷之謝忱。

衛生署南投醫院陳能瑾前院長、林克成院長、賴慧貞副座與袁自明醫師在精神上的鼓勵與支持；彭安娜主任、何建賢主任、儲伯勤主

任、麗月督導與芝嫻前輩，在經驗與資料上的傳承與分享；德貞、戴 Sir、王八和 Nissan 讓我重回 CMCC 的情懷，在心理上起一種安定作用，親愛的他和丸子，在日常生活上提供心靈與實質的照顧，讓我像是吃了「十全大補丸」般帶勁；還有班上同學精彩的意見交流及 1888 位中醫師的問卷填寫，心中的感謝筆墨難以形容，謹致上最誠摯的謝意！

謝謝天上的媽、地上的爸、大嫂、姐夫、大舅(媽)、四叔(嬸)及家人們的扶持和愛護，您們是我心中的支柱，也是我最重要的後盾。

最後，對於所有認識我，關心我的人，願以這本論文與你們分享我的努力與喜悅。

素美 謹誌

於中國醫藥大學醫務管理研究所

2010 年 6 月

目 錄

中文摘要	I
英文摘要	III
謝誌	V
目錄	VII
圖目錄	X
表目錄	XI
第一章 緒論	1
第一節 研究背景與動機	1
第二節 研究目的	3
第二章 文獻探討	4
第一節 病人安全	4
第二節 認知、態度與行為（預防措施）	12
第三節 中醫針灸治療	16
第四節 台灣中醫師資格之取得	24
第五節 文獻總結	26
第三章 研究方法	27
第一節 研究架構	27
第二節 研究假設	28

第三節 研究樣本來源	29
第四節 測量方法	30
第五節 分析方法	35
第四章 研究結果	36
第一節 樣本代表性分析	36
第二節 各類變項之描述性統計	38
第三節 變異數分析	42
第四節 複迴歸分析	46
第五章 討論	74
第一節 問卷回收率	74
第二節 對病人安全認知之探討	75
第三節 對病人安全態度之探討	77
第四節 對異常事件預防措施之探討	79
第五節 對認知、態度與預防措施之相關性探討	82
第六章 結論與建議	83
第一節 研究假設之驗證	83
第二節 結論	86
第三節 建議	88
第四節 研究限制	90

參考文獻..... 91

附錄一..... 98



圖目錄

圖 2-1、態度與 S-O-R 行為反應模式之概念圖 14

圖 3-1、中醫師對病人安全的認知、態度及預防措施之研究架構·27



表 目 錄

表 2-1、各國及台灣對病人安全的作法與經驗比較表	8
表 2-2、各國醫療不良事件的發生機率比較表	10
表 2-3、1950-2002 年間中國大陸針灸意外事故統計表	19
表 2-4、針灸標準作業程序 (SOP) 查檢表	22
表 3-1-1、變項操作型定義	31
表 3-1-2、依變項操作型定義	34
表 4-1、樣本適合度檢定分析	37
表 4-2、中醫師個人基本資料	50
表 4-3、中醫師對病人安全之認知得分狀況	51
表 4-4、中醫師對病人安全之認知	52
表 4-5、中醫師對病人安全之態度	54
表 4-6、中醫師對病人安全之態度相關變項得分分析	55
表 4-7、中醫師對異常事件之預防措施	56
表 4-8、中醫師對異常事件之預防措施相關變項得分分析	57
表 4-9、中醫師對病人安全之認知變異數分析	58
表 4-10、中醫師對病人安全之態度變異數分析	61
表 4-11、中醫師對異常事件之預防措施變異數分析	63
表 4-12、影響中醫師對病人安全認知之複迴歸分析	66

表 4-13、影響中醫師對病人安全態度之複迴歸分析.....	68
表 4-14、影響中醫師對異常事件預防措施之複迴歸分析.....	71
表 6-1、研究假設與研究結果對照	83



第一章 緒論

第一節 研究背景與動機

認知、態度及行為之間具有相互影響的關係。過去研究發現認知會影響態度（梁惠玉，2005），態度會影響行為（楊鳳凰，2006；黃英峰，2008；王佳敏，2008）。

針對醫師進行系列的病人安全研究，台灣自 2002 年才開始。之前有關醫師對病人安全的認知、態度與行為的研究，著重於不同層級、不同科別的西醫師（張必正，2003；楊鳳凰，2006），對中醫師所做的研究不多見。中醫師對病人安全的參與，相對西醫師而言較少。面對以病人為中心，重視病人安全的醫療環境，中醫師對病人安全的議題自然不能置之度外。

在台灣，民眾接受針灸治療導致氣胸的意外時有所聞，2001 年 3 月至 6 月三軍總醫院有三個病例，2008 年 10 月耕莘醫院又有一例。國際上，澳洲 Goldberg（1973）、美國 Waldman（1974）Carron, Epstein, 與 Grand（1974）、Vilke 與 Wulfert（1997）及英國 Ritter 與 Tarala（1978）皆發表過針灸與氣胸相關的文章。

有關針灸治療產生不良反應的相關性研究，英國的 Burdon（1983）以及 Ernst 與 White（1997）提出針灸消毒不全會造成感染的問題。中國大陸學者對於針灸意外事故所發表相關的文章，在 1950～2002 年間就有 312 篇，其中以耳廓感染的篇數最多；這些文章所報導的案例數共有 1192 例，以軟組織損傷 412 例為最多；死亡的例數共有 52 例，以氣胸 16 例為最多（張仁，2004）。

台灣，林昭庚（1988）《新針灸大成》提到針灸治療時，中醫師要嚴謹地防患併發症的產生，常見的併發症有：彎針、斷針、感染與暈針等 15 項。許昇峰（2002）則指出針灸常見的併發症有：

出血、孕婦流產、肌肉纖維化、滑囊膜炎等 11 項。李珊與盧玉(2002)的研究發現造成針灸意外的成因有：針刺過深、消毒不嚴、責任心不強、手法操作不佳及針具選擇不當。由以上學者的研究可以看出，雖然造成針灸意外或不良反應的原因不盡相同，但皆與人為因素有關，所以，針灸治療發生異常事件與否與中醫師本身對於「病人安全」的認知、態度和行為有密切關係。

因此，本研究探討中醫師在針灸治療時對於病人安全的認知、態度及其預防措施的相關性，期能做為中醫業務主管機關未來規劃中醫師教育訓練的參考，以減少醫療不良事件的發生，提升中醫醫療品質。



第二節 研究目的

基於維護病人安全，提升醫療品質，降低醫療糾紛，本研究的目的為

- 一、探討中醫師對病人安全的認知及其影響因素。
- 二、探討中醫師對病人安全的態度及其影響因素。
- 三、探討中醫師對異常事件所採行之預防措施及其影響因素。
- 四、探討中醫師對病人安全的認知、態度與預防措施間之相關性。

研究結果期能提供從事中醫醫療業務者對病人安全之參考，並可加強病人安全教育及相關預防措施之推展。



第二章 文獻探討

本研究主要是針對中醫師之病人安全認知、態度及預防措施相關因素探討，以提供醫療業務管理者對中醫師病人安全教育推展之參考。因此，本研究將就五大方面進行文獻探討：第一節、病人安全（包括定義與發展）；第二節、認知、態度與行為（預防措施）；第三節、中醫針灸治療（包括定義、安全性、併發症、臨床療效與相關制度規定）；第四節、中醫師資格之取得；第五節、文獻總結。

第一節 病人安全

一、病人安全的定義

Cooper, Gaba, Liang, Woods, 與 Blum(2000)提出病人安全的定義：對健康照護過程中所引起的不良結果或傷害，應採取預防與改善措施來避免，包括預防錯誤（error）、偏差（bias）與意外（accident）。

Perrow（1999）對異常事件（incident）所下的定義：因為人為錯誤或設備失靈造成作業系統中某些部分的偶然性失誤，而不論此失誤是否導致整個系統運作中斷。常見的異常事件有三種：醫療錯誤（medical error）、醫療不良事件（medical adverse event）及警訊事件（sentinel event）。

醫療錯誤（medical error）是指以下兩種狀況：

- （1）未正確的執行原定的醫療計畫之行為（即〔執行的錯誤〕）；
- （2）採取不正確的醫療計畫去照護病人（即〔計畫的錯誤〕）。

醫療不良事件（medical adverse event）：是指傷害事件並非導因

於原有的疾病本身，而是由於醫療行為造成病人身體受到傷害、住院時間延長，或在離院時仍帶有某種程度的失能、甚至死亡。

警訊事件 (sentinel event)：係指個案非預期的死亡或非自然病程中永久性的功能喪失，或發生下列事件：如病人自殺、拐盜嬰兒、輸血或使用不相容的血品導致溶血反應、病人或手術部位辨識錯誤等事件 (財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會 [醫策會]，2005)。

二、病人安全的發展

病人安全議題一直受到國際間的關注，日、美、英、澳等國因而設立病人安全的專責機構，建構「以病人為中心」的醫療環境，推動「以病人為導向」的安全工作，為的是要減少醫療錯誤 (如給藥錯誤等) 及醫療意外事件 (如管路異常脫落等) 的發生率，避免病人在醫療過程中因照護不周所引起的傷害；近年來更進一步建立區域性或全國性的異常事件通報系統，有效預防類似事件的反覆發生。

(一)、世界各國對病人安全的作為

日本橫濱市在 1999 年 1 月曾發生一起誤將不同手術目的之兩名病人相互開錯刀的重大醫療疏失案件。2000 年首相森喜郎發布「強化醫療安全」的命令，2001 年厚生勞動部推行「病人安全共同行動」(Patient Safety Action, PSA)，提出十大病人安全守護要點 (石崇良、侯勝茂，2004)。同年，提撥 200 萬美元成立「病人安全研究基金」，召開病人安全委員會議，研議發展更完善的國家健康照護政策 (邱文達、石崇良、侯勝茂，2004)。

美國智囊機構 Institute of Medicine (IOM) 在 1999 年「To Err is Human」的報告書中指出，全美因醫療疏失而死亡的人數，每年有 44000 人到 98000 人左右，遠高於因為交通事故死亡的 43000

人、乳癌死亡的 42000 人、愛滋病死亡的 16500 人，居全美十大死因的第八位（Kohn, Corrigan, & Donaldson, 1999）。柯林頓前總統在 1999 年成立「品質聯合委員會」，負責聯邦病人安全促進的協調與聯繫工作，並頒布了「健康照護研究與品質法案」（Healthcare Research and Quality Act），做為美國聯邦政府在健康照護上的重大目標（石崇良、侯勝茂，2004）。

英國國家健康照護機構（National Health Service）2000年6月發表一份「An Organization with a Memory」的調查報告，提到1999年有400名病患因醫療疏失而死亡。Vincent, Neale, 與 Woloshynowych（2001）對倫敦的兩家急性醫院以病歷回溯的方式進行醫療不良事件的檢視，初步結果發現將近11%的病患曾在住院期間發生醫療不良事件。因此2001年7月英國政府衛生部成立了「國家病人安全機構」（National Patient Safety Agency, NPSA）來負責全國性病人安全工作的推展，包括醫療異常事件的蒐集與分析、醫療品質的改善與教育訓練的推廣，並進一步建立病人安全主動通報系統，來降低醫療不良事件的反覆發生。

澳洲，Wilson et al.在1995年發表了一項研究結果，指出澳洲急性住院病患中約有16.6%遭受醫療不良事件，引起澳洲政府與民眾的注意，澳洲政府衛生部門在2000年1月設立「澳洲健康照護安全與品質委員會」（Australian Council for Safety and Quality on Health Care），來負責統籌全國病人安全與醫療品質的改善工作，並建置異常事件通報系統（林叔娟，2004；徐永芳，2004）。

（二）、國內有關病人安全的演進

2002年台灣發生二起重大醫療疏失，一件是北城醫院將肌肉鬆弛劑 Atracurium 當成 B 型肝炎疫苗施打在新生兒身上，造成一

死六傷之慘劇；另一件是屏東崇愛診所將口服降血糖藥 Diabetin(糖必鎮)錯放到抗組織胺 Pilian(佩你安)藥罐中發給病人，導致 120 多名病人用藥錯誤，一名兒童死亡（張銘智，2007）。

這二起重大醫療疏失起動了國內病人安全活動的發展，但在此之前，台灣在醫療政策上已經開始重視此一問題，1998年設置「醫療品質委員會」，1999年成立「財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會」（以下簡稱醫策會），2000年推動「臨床路徑」，2001年醫策會進行「醫院評鑑改革」，將病人安全主題納入醫院評鑑的條件（邱文達、石崇良、侯勝茂，2004）。2002年推動「實證醫學」（李龍騰，2003）。2003年衛生署成立「病人安全委員會」，研擬病人安全政策，推行「病人安全」活動，且積極籌劃全國性的病人安全通報系統（劉洪香水、賴玫伶、黃曼玲，2006）。2003年10月國家衛生研究院倡議將「病人安全」提升為全國衛生醫療政策重點之一。2004年5月提出病人安全五大目標。衛生署於同年委託醫策會進行全國性病人安全通報系統之規劃，以提供醫療機構一個經驗分享的平台（醫策會，2007）。

2005年1月衛生署再提出病人安全六大目標。在同年的新制醫院評鑑中，將病人安全列為重點考核項目之一（張銘智，2007）。2006年1月衛生署提出病人安全八大目標。以下為各國及台灣對病人安全的作法與經驗比較表。

表 2-1、各國及台灣對病人安全的作法與經驗比較表

國別 年份	美國	英國	澳洲	日本	台灣
1998		DOH : A First class service			設置醫療品質委員會
1999	•IOM : To Err is Human •成立「品質聯合委 員會」				成立醫策會
2000	QUIC : Doing what counts for patient safety	The Expert Committee : An Organization with a Memory	•ACSQHC : Safety First •成立健康照護安 全與品質委員會	「強化醫療安全」的 命令	
2001		•DOH : Building a safer for patient •成立國家安全機構	•ACSQHC : National Action Plan 2001	•病人安全共同行動 •成立「病人安全研 究基金」	進行以病人為中心之 醫院評鑑改革
2002				病人安全國家策略	進行醫院評鑑改革
2003					•設置病人安全委員會 •舉辦全國衛生醫療政策會議
2004					•台灣病人安全通報系統 •提出病人安全五大目標
2005					•提出病人安全六大目標 •新制醫院評鑑
2006					提出病人安全八大目標

資料來源:行政院衛生署及本研究整理 (2009)

三、醫療異常事件

在病人安全議題上，之前的研究大多朝向醫療錯誤或不良事件的探討，藉由失誤的發現與分析達到預防與改善病人安全的目的（Thomas & Perersen, 2003）。

（一）、國外有關醫療異常事件之研究

根據Leape et al. (1991) 和Thomas et al. (2000) 調查，美國整體醫療不良事件（medical adverse event）的發生機率約為2.9%~3.7%左右。

Andrews et al. (1997) 利用直接觀察法，以經過訓練的觀察員親自參與病房例行性工作，進行觀察並記錄，結果發現，總共1047位病人當中，有480人（45%）至少有一件以上的醫療不良事件發生，其中有185人因此造成嚴重的影響。

Brennan, Leape, 與Laird (1991) 在美國紐約州，對急性住院病人作醫療不良事件的分析，發現有3.8%的病人在住院期間曾經遭遇醫療不當，其中27.6%來自醫療疏失，70.5%因此有六個月以下的暫時性失能，另外2.6%因此導致永久性失能，13.6%因而死亡。

Thomas et al. (1999) 針對1992年美國猶他州、科羅拉多州的研究發現，整體醫療不良事件的發生率約在3%左右，其中6.6%的病患因而死亡，16.6%導致永久性失能，此研究進一步指出，在這些醫療不良事件中，雖然外科（46.1%）多於內科（23.2%），但內科醫師所犯的疏忽比例（44.9%）卻明顯高於外科醫師（22.3%）。

Wilson et al. (1995) 對澳洲的急性住院病患進行醫療疏失研究，發現高達16.6%的病患曾遭受醫療不良事件。

其他各國的醫療不良事件，丹麥有9.0%（Schioler et al., 2001），英國有11.7%（Vincent et al., 2001）。

表 2-2、各國醫療不良事件的發生率比較表

國別 發生率	澳洲	英國	丹麥	美國
醫療不良事件發生機 率	16.6% (Wilson et al., 1995)	11.7% (Vincent et al., 2001)	9.0% (Schioler et al., 2001)	2.9%~3.7% (Leape et al., 1991; Thomas et al., 2000) 紐約州 3.8% (Brennan et al., 1991) 猶他州和科羅拉多州 3% (Thomas et al., 1999)

資料來源:Leape et al., (1991); Wilson et al., (1995); Thomas et al., (1999); Thomas et al., (2000); Vincent et al., (2001); Schioler et al., (2001); Brennan, Leape, & Laird, (1991) 及本研究整理 (2009)

(二)、國內有關醫療異常事件之研究

薛亞聖與石崇良 (2003) 對醫院工作人員進行醫療錯誤的調查，發現曾發生醫療不良事件的工作人員約為五成，醫療處置所導致的感染比例中，侵入性治療所造成的併發症約佔10%。

在2004年醫策會所舉辦「病人安全研討會」中，針對台灣61家醫院醫療人員對醫療不良事件的認知調查發現，2003年共有上萬件醫療錯誤事件發生，平均每天有10多件(汪宗哲、蔡甫昌、陳慶餘，2005)。

楊秀儀 (2003) 的研究指出：醫療傷害案件，一年約有八萬件，因醫療過失造成的有兩萬件，病人因而提出醫療糾紛的總件數一年約有五千件，但進入司法程序只有三百件。

張必正 (2003) 統計2002年發生過醫療錯誤的醫師有30.6%。遭遇醫療錯誤的病人以男性 (46.7%) 多於女性 (26.3%); 年長

者較多（43.1%）。醫師以年輕或資淺者較容易發生醫療錯誤。錯誤的類型以評估錯誤為最多（25.4%）。錯誤的原因以經驗不足（25.4%）較常見。診斷錯誤，以男醫師偏多。年齡較長之醫師，易因溝通不良而發生醫療錯誤。約七成的機率會對病人造成影響，以延長住院時間（41.7%）及需要更多的治療程序（39.3%）為主要影響。約有17.46%的醫療錯誤導致病人的死亡。

楊哲彥與楊秀儀（2004）比較中西醫師在執業生涯中醫療糾紛的發生率，西醫為44.1%，中醫為15.4%，西醫約為中醫的3倍。1999年調查，所有執業的中醫師約有541人曾發生醫療糾紛，其中發生在最近五年內的有343人，一年內的有178人。

陳榮基與謝啟瑞（1992）高醫療糾紛發生率之醫師特性包括：（1）年紀大；（2）男性；（3）執業科別為骨科、婦產科、外科與麻醉科；（4）高所得；（5）以檢覈考試取得資格，並具有專科醫師證書。

在楊哲彥與楊秀儀（2004）的研究，高醫療糾紛發生率之中醫師特性包括：（1）年紀較輕；（2）男性；（3）執業科別為中醫傷科和內科；（4）收入較高；（5）學士後中醫系及七年制中醫系畢業，檢覈考試取得資格者。中醫醫療糾紛發生的原因主要是（1）與治療相關（佔36.6%）：如針刺導致中風或氣胸、傷科處置不當等；（2）不良反應（佔31.7%）：如針刺感染發炎、敷藥過敏、口服藥過敏等；（3）不滿意（佔15.9%）：如骨折處置後外觀畸形、推拿治療不合病患滿意度。

第二節 認知、態度與行為（預防措施）

一、認知

認知（perception）係個人對於環境，經由觀察、選擇、組織和解釋資訊，產生事物意涵的過程（鄭紹成，2009）。

Gotshalk（1962）認知（perception）是一種含有理解、感覺、想像、情感等元素的複雜運作。Bruner（1973）認知（perception）不是一種獨立、絕對的過程，而是結合其他心理歷程的一種運作。它不僅是由原始刺激物來決定的產物，也是體驗的、動機的，以及個人與社會等因素的共同產物。認知（perception）是個體靠以生理為基礎的感官獲得訊息，進而對其周遭世界的事物作出反應或解釋的心理歷程。（張春興，1989）

二、態度

態度（attitude）是個體對人、對事與對周圍世界所持有的一種具有持久性和一致性的傾向。態度除了認知、情感與行為意圖三種向度之外，還有強度、繁複性、一致性與關連性的關係（徐光國，1996）。

鄭紹成（2009）態度（attitude）是人們對於事物的認知或評量，進而影響其以特定的方式呈現行為。而態度又可分為3個成分：

- （1）認知成分（cognitive component）係指個人對於某事物之信念、意見和相關資訊。認知屬於個人內心思考部分。
- （2）情感成分（affective component）係指個人對於某事物之情緒或感情部分，如：喜歡或厭惡。
- （3）行為成分（behavior component）則是對某事物表達特定行為之意圖。

三、行為

李伯黍等人（2003）行為的解釋可分為狹義和廣義，狹義的行為是指個人經過內心思想的支配所表露於外的舉止，包含活動、反應、應答與歷程（如醫師對異常事件所做的預防措施等），可由別人的感官直接觀察或由儀器攝影得知；廣義的行為除了包括狹義的行為外，再加上內在心理的部分，如思考、動機、信念與價值觀等，這些內在心理的部分是外在動作的趨力，能決定外在行為的趨向。

人受到外在的刺激，經過心理的轉化產生態度，進而採取行動，若以 S-O-R 模式來解釋，就是「刺激（Stimulus）-個體生理、心理（Organism）-反應（Response）」，外在的刺激為可以觀察和測量的自變項（如問題、環境、情境、社會心理及其他因素），對個人態度之影響度（由認知、情感和行為意圖所組成），然後呈現出可測量的行為表現（如行為反應、信念、情感）這個依變項（如圖 2-1）。

所以，一個人的認知將會影響態度，態度將會影響行為。

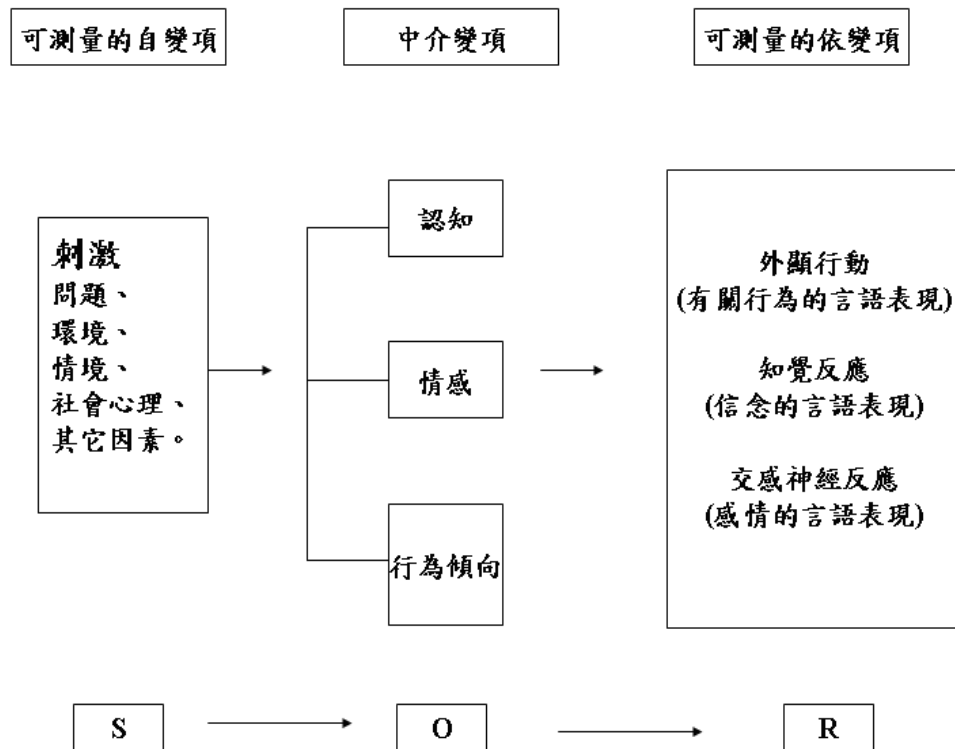


圖 2-1、態度與 S-O-R 行為反應模式之概念圖（徐光國，1996）

四、KAP理論 (Knowledge, Attitude, and Practice, KAP)

KAP 理論認為：正確的知識是建立積極、正向的態度，進而改變成正當行為的基礎，而態度則是行為改變的動力。只有當人們了解了有關的正確知識，建立積極、正向的態度，才有可能主動地形成有益的正當行為。

但是有很多因素可能影響知識到行為的順利轉化。知識、態度與行為三者之間存在著相互影響的關係，但有了前者並不是一定導致後者的產生。例如人們接收到資訊，了解了知識，但感到這些知識與自身的需求無關，或對資訊來源不信任，都不能促使人們行為發生相應的改變。

五、認知、態度與行為之相關研究

王茹瑩 (2006)「台北市西醫與中醫診所之醫師對病人安全的認知與態度」的研究發現：(一) 有 31 位 (20.1%) 沒有聽過

「病人安全」；(二) 35.1%認為政府機關重視病人安全；(三) 超過60%認為要針對基層醫療訂定病人安全目標；(四) 大多數認為推行病人安全最大的困難是人力不足(63%)；(五) 影響基層醫師對病人安全認知的因素，包含基層醫師是否任教職、參與病人安全研討會及本身或親友有無醫療不良事件的經驗；(六) 影響基層醫師對病人安全態度的因素包含執業科別、聯合執業、參與研討會、任教職及性別。

張必正(2003)「醫師對於病人安全相關議題的認知、看法與因應行為之研究」發現：(一) 診斷錯誤的發生，以男醫師較多；年齡較高者，容易因為與病患溝通不良而發生醫療錯誤；(二) 對於病人安全的認知與態度：(1) 醫師年齡對「逃避與隱瞞因素」有正面影響；(2) 佛教信仰，對「溝通與討論因素」有正面影響。

梁惠玉(2005)「醫護人員對醫療異常事件通報認知、態度與通報行為相關性探討」發現：醫護人員對醫療異常事件通報認知分別與通報態度和通報行為呈正相關，通報態度與通報行為亦呈正相關，組織通報文化分別與通報認知、通報態度、以及通報行為皆呈正相關。

林慧菁(2006)「禽流感預防認知態度行為研究-以中部某大學為例」。發現：禽流感疾病的嚴重性認知越高，越會影響其對禽流感疾病認知的程度。對禽流感感受性認知、嚴重性認知、對疾病的認知程度越高，越會影響其對預防禽流感的行為。黃英峰(2008)「惠蓀林場遊客環境態度及行為意向之研究」發現：當遊客環境教育認知越高，環境態度越正向，遊客所採取環境行為越積極。

第三節 中醫針灸治療

薛立功與王雪苔（1995）在 1979 年世界衛生組織（WHO）公佈針灸適應症有 43 種，包括呼吸系統疾病、口腔疾病、消化系統疾病、神經肌肉骨骼疾病等。1996 年增訂為 64 種適應症。2008 年更制定了針灸穴位的國際標準，讓有志學習針灸的中外研究者有標準可循，可見針灸是世界所公認的一種有效治療方式。

一、針刺的定義

陳德生（1995）針刺是採用特製的金屬針，以一定的手法將針刺入人體的腧穴部位，依據疾病的虛實施行補瀉手法，使氣血調和，經絡暢通，達到治療疾病與恢復健康的目的。

林秋梅、林朝順、王宗倫與張衍（2002）針刺是以特製的器材（如針器、砭石等）施行一定手法來刺激人體的腧穴，使氣血調和，暢通經絡，進而治療人體的疾病，達到恢復健康的目的。

二、針灸的安全性

（一）、針灸安全性的歷史探究

針刺可能會造成不良後果，在中國古醫書中最早出現在《黃帝內經》，《靈樞·官針篇》提到針刺深淺失宜會造成不良後果。漢代張仲景《傷寒雜病論》指出脈數微不可灸。其他的禁忌還包括部位、身心狀態和時間點（王宇恒、常存庫、黃寅焱，2005）。

《靈樞·刺禁篇》提到在五臟六腑重要部位、神經與血管所在之處，施行針刺有可能因內臟出血不止、傷及腦髓、氣胸及大動脈出血而危及生命。另外《靈樞·終始篇》則認為對於情緒起伏太大者（如大驚、大恐、大悲、大怒、大喜）施行針術易造成針灸意外；身體機能不穩定者（如大饑、大渴、過度疲勞、暴飲暴食）

不宜立即針刺，以免造成氣亂、氣逆與暈針等後果。而晉朝皇甫謐所撰的《針灸甲乙經》對於禁針、禁灸的穴位均有詳細記述（李戎、羅永芬，2001）。

（二）、針灸安全性的現代探究

針灸安全性的影響因素包括：中醫師的醫學素養、感染控制的知識、針灸器具的消毒、醫療環境的整潔與針刺選穴等。引起針灸意外事故常見的原因有：暈針、滯針、折針、斷針、血腫、重要臟器及組織的刺傷等，對於易暈針的情緒與體質、孕婦與小兒、皮膚感染與腫瘤部位、自發性出血與損傷出血不止的病人不應施行針刺，重要臟器及脊椎附近穴位應掌握進針方向、深度與手法，一般以斜刺、淺進和輕手法為宜（楊甲三，1990）。

杜惠娟等人（2005）針刺過程應注意中醫師本身的學識涵養外，更要小心穴位的選取、針刺的深度、針具與皮膚的消毒等問題，才能讓病人在針刺過程中不受傷害。

三、針灸的併發症

（一）、世界各國有關針刺併發症的研究

澳洲 Goldberg（1973）率先提出針灸會造成氣胸的文章。英國 Ritter 與 Tarala（1978）、美國 Waldman（1974）、Carron, Epstein, 與 Grand（1974）以及 Vilke 與 Wulfert（1997）相繼發表針灸與氣胸相關的文章。丹麥 Niggemann 與 Grube（2003）對針灸所造成的併發症加以分類，包括：器官毒性、器械性和感染性，其中器械性的併發症，最常見的傷害是脊椎損傷、心包膜填塞和氣胸。美國 Norheim（1996）從 1981 年到 1994 年的回顧研究中，發現有 125 篇文獻提到有關針灸的併發症，其中 193 例併發症中以氣胸最為常見，認為針灸發生併發症的原因，集中在基本醫療

知識不足、不正確的針灸教育和消毒不完全上。

Yamashita et al. (2001) 從 1987 年到 1999 年的 89 篇日本文獻中發現，共有 124 例因針灸引起的併發症，其中以氣胸（25 例）佔最多。英國 Ernst 與 White (2001) 發現針灸所造成的併發症，以治療時的針痛感佔 1~45%，疲勞感佔 2~41%，流血佔 0.03~38%，而氣胸在此研究中並不多見，僅佔百萬分之十五。

（二）、臺灣及中國大陸有關針灸併發症的研究

臺灣，針灸治療導致氣胸的意外，2001 年 3 月至 6 月三軍總醫院接獲三個病例，2008 年 10 月耕莘醫院證實一例，雖不多見，仍時有所聞，但欠缺有系統的追蹤與統計（杜惠娟等人，2005）。林昭庚（1988）《新針灸大成》提出常見的針灸併發症，包括：神經損傷（因針尖帶勾或手法過重）、忘記拔針、病人心律不整、彎針、斷針、感染與暈針等 15 項。蕭博懷（2003）針灸時消毒不乾淨，有感染愛滋病和 B 型肝炎的危險，另外亦見有氣胸、脊髓損傷和心包填塞的併發症。

學者張仁（2004）統計 1950~2002 年間中國大陸針灸意外事故的文章，以耳廓感染（311 篇）的篇數最多；所報導的案例數，以軟組織損傷（412 例）為最多；死亡 52 例中，以氣胸（16 例）為最多。詳列表格如下：

表 2-3、1950~2002 年間中國大陸針灸意外事故統計表

類 別	文章篇數	發生例數	死亡例數
氣管損傷	3	3	2
氣胸	55	172	16
心臟損傷	6	6	5
胃部損傷	48	-	-
肝臟損傷	4	1	3
膽囊損傷	3	10	-
脾臟損傷	3	3	-
腎臟損傷	2	3	-
腸道損傷	7	15	2
膀胱損傷	2	2	-
腦出血	4	3	3
延髓損傷	5	15	6
小腦損傷	1	1	1
蛛網膜下腔出血	18	40	2
脊髓損傷	4	4	1
神經系統其它損傷	6	9	-
周圍神經損傷	22	8	5
迷走神經損傷	6	9	-
閉塞性脈管炎	5	7	-
大量出血	11	12	4
眼部出血及其它損傷	7	8	-
其它血管損傷	3	3	-
針刺感染	15	45	4
耳廓感染	311	-	-
軟組織損傷	12	412	-
折針	8	9	-
暈針	32	183	-

表 2-3、1950~2002 年間中國大陸針灸意外事故統計表（續）

類 別	文章篇數	發生例數	死亡例數
穴位激光照射 不良反應	10	8	-
過敏反應	19	28	-
經絡不良反應	17	62	-
其它不良反應	10	10	2
骨折	1	1	-
總計	312	1192	52

引自：張仁（2004）針灸意外事故的歷史與現狀

四、針灸臨床療效

針灸對止痛（如牙科手術後的疼痛）及多種病因（如外科或化學治療後）造成的噁心和嘔吐有效（Hsu & Diehl, 1998；蕭博懷，2003）。1997 年美國國家衛生研究院聽證會（NIH Consensus Conference）提出針刺對於中風後復健、藥癮、頭痛及氣喘有輔助的效果。

針刺對人體所產生的作用機轉，林昭庚（2001）提出說明，針刺對毛細血管有強烈的調節作用，尤其是影響毛細血管的通透性。當毛細血管的通透性比較高時，給與針刺後，可使通透性降低；當毛細血管的通透性比較低時，給與針刺的刺激，可使通透性提高。另外，在心臟血管系統、腸胃系統、胃分泌機能、呼吸系統、神經系統及人體血壓的調整上皆經實驗證明了針刺的影響。

孫茂峰與孫櫻芳（2002）運用耳針協助古柯鹼患者、吸食迷藥患者與愛滋病患者改善其生活品質，以逢機分組和雙盲設計來評估針刺的療效，結果對古柯鹼患者、吸食迷藥患者與愛滋病患者之生活品質有明顯的改善。

五、台灣針灸相關制度規定

有關中醫師進行針灸治療時的病人安全問題（包括針灸前、針灸中與針灸後），行政院衛生署中醫藥委員會由2004年開始，有完整的規定。

在「中醫醫療院所安全作業參考指引」中的第五章有關針灸科之作業提到：

針灸前要注意：1.衛教；2.病人準備；3.材料準備；4.消毒。

針灸中要注意：1.進針、行針、出針的規範；2.特殊狀況處理

（如暈針、氣胸、血胸、滯針、彎針、斷針、血腫、出血、癍痕、硬塊、麻痺、灼熱與刺痛等）。

針灸後要注意：廢棄物處理，以確保病人就醫安全。

2007年在「全民健康保險中醫門診總額針灸標準作業程序醫療品質提升計畫實施方案」中訂定了針灸標準作業程序(SOP)查檢表，做為台灣中醫師執行針灸業務時的作業依據。為鼓勵中醫師確實執行針灸標準作業程序(SOP)，規定凡符合「中醫醫療院所針灸標準作業程序」審查認證合格之中醫醫療院所，其所申報針灸治療處置費，中央健保局將予以加成。以下為針灸標準作業程序(SOP)查檢表：

表 2-4、針灸標準作業程序 (SOP) 查檢表

__年度中醫醫療院所針灸標準作業程序醫療品質提升計畫查檢表

項目	分類	查檢內容	查核結果		配分
			合格	不合格	
1.人員規範		執行針灸治療業務之醫師具有針灸標準作業程序學分認證	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20
2.掛號		依相關規定載明病人基本資料，完成掛號及製作實體病歷	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5
3.診察		遵循中醫辨證理論進行診察	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5
4.適應症分類		依照國際疾病分類代碼 (ICD-9-CM) 申報醫療費用	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5
5.注意事項		熟悉針灸注意事項及針灸穴位注意事項	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5
6.處方配穴		遵循君臣佐使循理法方穴之思路處方配穴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5
7.針灸護理	衛教	針灸前先向病人說明針灸流程、注意事項及心理準備事項	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5
	病人準備	術前先與病患溝通針灸時應注意事項。依照針刺部位取適當體位、姿勢	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5
	材料準備	選用粗細適宜的針。檢查針身有無斑鏽、針身是否彎曲、針柄是否鬆散、針尖有無捲毛現象	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5
	消毒	遵照中醫醫療院所加強感染控制洗手之規範。用棉花沾 75%酒精對病人施針之局部消毒。使用拋棄式毫針時應注意針的無菌保存期限。遵循無菌技術操作	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15

表 2-4、針灸標準作業程序 (SOP) 查檢表 (續)

項目	分類	查檢內容	查核結果		配分
			合格	不合格	
8.臨床針灸 治療		遵循進針、行針、出針之規範	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5
9.特殊狀況 處理		熟悉針灸特殊狀況處理之規範	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5
10.廢棄物處 理		醫療廢棄物遵照廢棄物清理法 中有關「有害事業醫療廢棄物」 相關規定辦理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15
評分 (本欄由審 查單位填 寫)	總分				
	是否 合格				

第四節 台灣中醫師資格之取得

一、中醫師取得資格方式

中醫師取得資格方式有二種：(一)、「中醫學系」和「學士後中醫學系」畢業並經「中醫師檢覈考試」或「專門技術人員高等考試」及格者，簡稱「檢覈或高考中醫師」；(二)、特種考試及格者，簡稱「特考中醫師」。

二、台灣中醫師考試制度

(一)、中醫師檢定考試

年滿22歲，得應中醫師檢定考試。自2001年起，五年內繼續辦理五次檢定考試後，停止辦理，而部分科目不及格者，准予三年內繼續補考三次。自2009年起停辦此項考試。

(二)、特種考試中醫師考試

報考人必須先通過中醫檢定考試及格，或需為中醫學系及學士後中醫學系（含教育部承認之國外中醫系等）畢業或醫學系畢業並修習中醫必要學科者；或曾在中央衛生主管機關或省（市）政府領有合格證書或行醫執照者；或通過專門技術人員高等考試者；華僑曾在僑居地執行中醫業務五年以上，卓著聲望者。自1989年起需受一年半之職前教育（包括基礎醫學訓練及臨床診療訓練）。預計2012年起停辦此項考試。

(三)、中醫師檢覈考試

需為中醫學系及學士後中醫學系（含教育部承認之國外中醫系等）畢業或醫學系畢業並修習中醫必要學科者；或曾在中央衛生主管機關或省（市）政府領有合格證書或行醫執照者；或通過專門技術人員高等考試者；華僑曾在僑居地執行中醫業務五年以上，卓著聲望者。自2006年起停辦此項考試。

(四)、專門技術人員高等考試

中醫學系及學士後中醫學系畢業者得應考(含教育部承認之國外中醫系)，醫學系畢業並修習中醫必要學科者。(林昭庚、陳俊明、施純全、陳欣欣，2001)

自2012年起，中醫師執業資格考試依法將歸於一種，僅舉辦專門職業及技術人員高等考試中醫師考試。



第五節 文獻總結

影響中醫師醫療糾紛發生率的因素，為（1）年紀；（2）性別；（3）執業科別；（4）收入；（5）取得醫師資格方式（楊哲彥、楊秀儀，2004）。

影響基層醫師對病人安全認知的因素，包含基層醫師是否任教職、參與病人安全研討會及本身或親友有無醫療不良事件的經驗；影響基層醫師對病人安全態度的因素包含執業科別、聯合執業、參與研討會、任教職及性別（王茹瑩，2006）。

張必正（2003）研究顯示：（1）醫師年齡對「逃避與隱瞞因素」有正面影響。（2）佛教信仰，對「溝通與討論因素」有正面影響。

本研究參考前人之研究，以中醫師的基本特性（包括年齡、性別、教育程度）、執業機構特性（包括機構層級〔醫學中心、區域醫院、地區醫院、中醫醫院、中醫聯合診所、中醫診所〕、機構位置〔健保六區〕、機構屬性〔公立、私立、財團法人、社團法人〕）及中醫師執業特性及經驗（包括取得醫師資格的方式、工作職稱、執業年資、主治科別、平均每週看診診次、平均每診看診人次、病人安全的教育時數、本人及家人遭遇醫療異常事件的經驗、是否任教職）為自變項。而對病人安全的認知、態度及預防措施為依變項，來進行中醫師之病人安全認知、態度及預防措施相關因素探討。

第三章 研究方法

本章共分為五節，第一節為研究架構；第二節為研究假設；第三節介紹研究樣本來源；第四節敘述測量方法；第五節說明分析方法。

第一節 研究架構

依據研究目的及相關資料，茲將研究架構呈現於下。

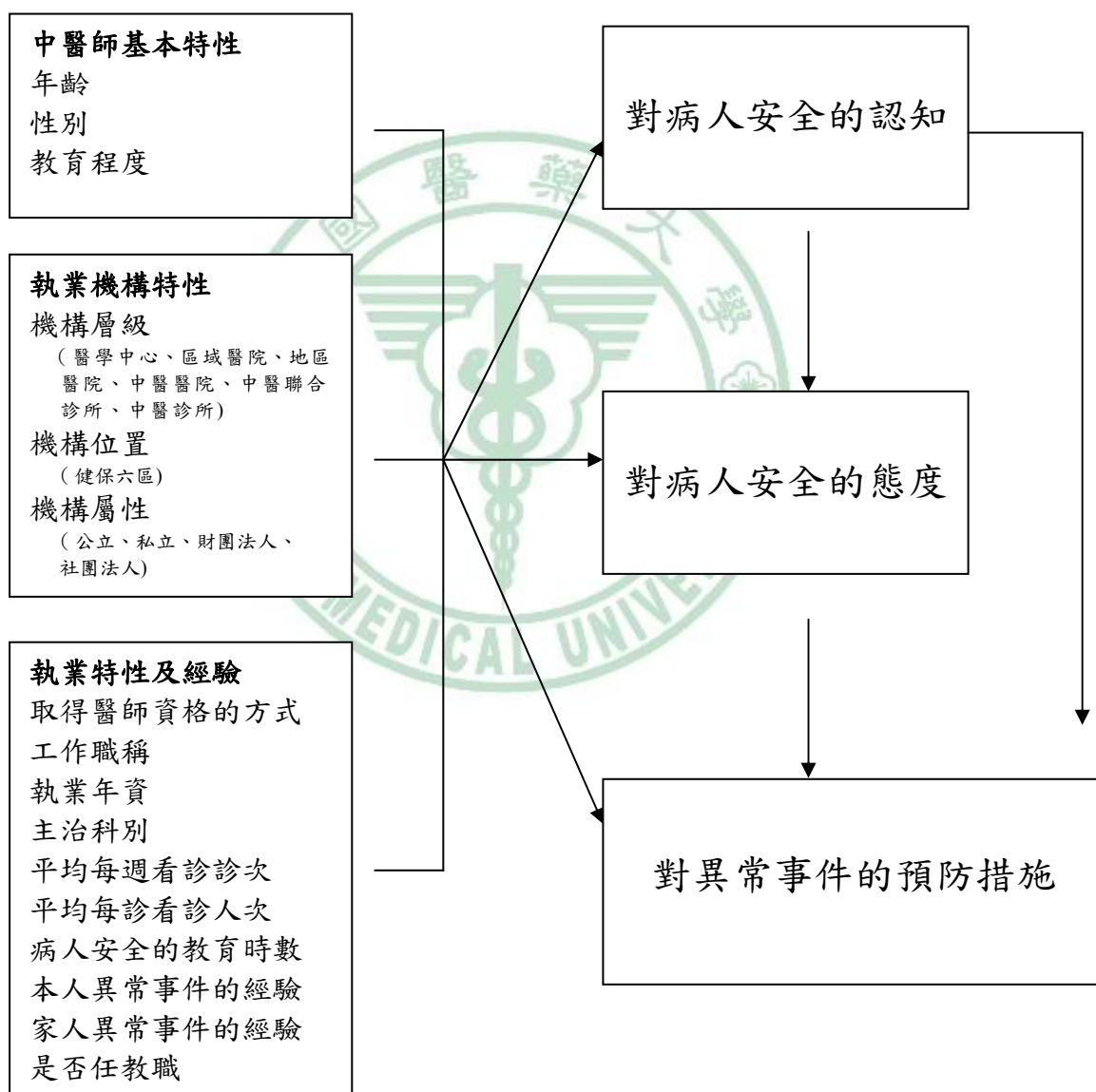


圖 3-1、中醫師對病人安全的認知、態度及預防措施之研究架構

第二節 研究假設

參考研究架構，提出下列六項研究假設：

假設一、中醫師的基本特性對病人安全的認知、態度及預防措施有顯著影響。

假設二、中醫師的執業機構特性對病人安全的認知、態度及預防措施有顯著影響。

假設三、中醫師的執業特性及經驗對病人安全的認知、態度及預防措施有顯著影響。

假設四、中醫師對病人安全的認知會影響其對病人安全的態度。

假設五、中醫師對病人安全的態度會影響其對異常事件的預防措施。

假設六、中醫師對病人安全的認知會影響其對異常事件的預防措施。



第三節 研究樣本來源

一、母群體對象

本研究以 2009 年 7 月 24 日發布於行政院衛生署網站「統計資料」→衛生統計系列(二)→醫療機構現況及醫院醫療服務量統計→年報→97 年醫療服務量→97 年醫療院所現況→表 27「醫療院所醫事人員數-按縣市別分」之全國中醫師人數總計 5099 名為研究對象。

二、抽樣方式及樣本數

針對母群體對象 5099 名執業中醫師進行普查，以郵寄方式發出結構式問卷，共收集有效樣本 1424 份，有效問卷回收率為 27.9 %。



第四節 測量方法

一、研究工具

本研究屬於橫斷面研究，以結構式問卷為研究工具，參考「全民健康保險中醫門診總額針灸標準作業程序醫療品質提升計畫實施方案」所訂定之「針灸標準作業程序查檢表」(衛生署，2007)及衛生署「2008~2009 年度推動醫院醫療品質及病人安全工作年度目標及策略」的內容設計問卷，問卷包括中醫師的基本特性、機構特性、執業特性與經驗、中醫師對病人安全的認知、態度及預防措施等構面，經過專家效度檢定後，進行問卷寄發。

病人安全的認知方面：共 12 題，其中設有 5 題反向題(第 1、5、6、11、12 題)，以勾選方式答題計分，同意 1 分，不同意 0 分，得分越高表示中醫師對病人安全的認知愈高。

病人安全的態度方面：共 8 題，採用李克特五分量表尺度衡量，以勾選方式答題計分，一定會 5 分，大都會 4 分，沒意見 3 分，不太會 2 分，一定不會 1 分，得分越高表示中醫師在病人安全上的態度越好。

病人安全的預防措施方面：共 7 題，採用李克特五分量表尺度衡量，以勾選方式答題計分，總是 5 分，常常 4 分，偶而 3 分，很少 2 分，沒有 1 分，得分越高表示中醫師對病人安全的預防措施做得越好。

二、內容效度

本研究運用專家內容效度來檢測研究工具之效度，委請五位與研究主題相關之臨床或研究學者專家，依據問卷內容之重要性、適切性及語意清晰度等進行問卷內容效度之評定與修改建議。本研究運用評估問卷內容效度檢定 (content validity index,

CVI) 平均值作為各量表之效度係數檢驗。問卷平均 CVI 為 0.87 (0.73 至 1.00)，顯示本研究問卷內容效度良好。

三、信度分析

運用評估問卷內容一致性的 Cronbach's α 係數，作為態度與預防措施問卷之信度係數檢驗。本研究針對中醫師對病人安全之態度問卷 (8 題) 與中醫師對病人安全之預防措施問卷 (7 題) 檢定 Cronbach's α 係數，总量表的信度係數值為 0.85，分量表的信度係數值為 0.72 與 0.69。

四、研究變項與操作型定義

表 3-1-1、變項操作型定義

變項名稱	操作型定義	變項屬性
認知		
中醫師對病人安全的認知	同意 1 分，不同意 0 分，(共 12 題)	類別
態度		
中醫師對病人安全的態度	一定會 5 分，大都會 4 分，沒意見 3 分，不太會 2 分，一定不會 1 分，(共 8 題)	序位
預防措施		
中醫師對異常事件的預防措施	總是 5 分，常常 4 分，偶而 3 分，很少 2 分，沒有 1 分，(共 7 題)	序位

表 3-1-1、變項操作型定義（續）

變項名稱	操作型定義	變項屬性
中醫師個人特性		
<u>基本特性</u>		
性別	男、女	類別
年齡	40 歲以下、41 歲~50 歲、51 歲~60 歲、 61 歲以上	序位
教育程度	高中職（含）以下、專科/學士、碩士/博士	序位
<u>執業機構特性</u>		
機構層級	醫學中心、區域醫院、地區醫院、 中醫醫院、中醫聯合診所、中醫診所	類別
機構位置	台北分局、北區分局、中區分局、南區分局、 高屏分局、東區分局	類別
機構屬性	公立、私立、財團法人、社團法人	類別

表 3-1-1、變項操作型定義（續）

變項名稱	操作型定義	變項屬性
<u>執業特性及經驗</u>		
取得醫師資格方式	檢覆考試/高考、特考	類別
執業年資	10 年以下、11 年~20 年、21 年~30 年、 31 年以上	序位
職 稱	院長、中醫部/科主任/副主任、其他主管、 主治醫師、非主治醫師（含住院醫師）	類別
主治科別	針灸科、針傷科、針內科、針傷內科、 針內婦兒科	類別
平均每週看診診次	≤3 診、4~5 診、6~7 診、8~9 診、 10~11 診、12~13 診、14~15 診、 16~17 診、≥18 診	序位
平均每診看診人次	≤10 人次、11~20 人次、21~30 人次、 31~40 人次、41~50 人次、51~60 人次、 61~70 人次、71~80 人次、≥81 人次	序位
本人曾有遭遇醫療 異常事件經驗	有、無	類別
家人曾有遭遇醫療 異常事件經驗	有、無	類別
2009 年病人安全 教育時數	未參加、1~5 小時、6~10 小時、 11~15 小時、≥16 小時	序位
具教育部部定教職	有、無	類別

表 3-1-2、依變項操作型定義

變項名稱	操作型定義	變項屬性
認知		
中醫師對病人安全的認知	變項數值為各題回答值之總合，分數越高表示認知程度越好	連續
態度		
中醫師對病人安全的態度	變項數值為各題回答值之總合，分數越高表示態度程度越好	連續
預防措施		
中醫師對異常事件的預防措施	變項數值為各題回答值之總合，分數越高表示預防措施程度越好	連續



第五節 分析方法

本研究採套裝統計軟體 SPSS for Windows 12.0 版作為研究分析之工具，進行資料的歸納、整理及數據分析。

一、描述性統計

以次數分佈、平均值、標準差及百分比等統計值，呈現中醫師的基本特性、機構特性、執業特性與經驗，對病人安全的認知、態度與預防措施變項的描述性統計值。

二、推論性統計

(一)變異數分析：以 t-test 和單因子變異數分析(One Way ANOVA)

探討中醫師的基本特性、機構特性、執業特性與經驗等變項對病人安全的認知、態度與預防措施的差異性。

(二)多變項統計分析：以複迴歸統計分析(Multiple Regression Analysis)探討影響中醫師對病人安全的認知、態度與預防措施的相關因素。

第四章 研究結果

本章將研究結果分四節進行說明，第一節為樣本代表性分析，進行樣本適合度檢定；第二節為各類變項的描述性統計：包括中醫師的基本特性、機構特性、執業特性與經驗，對病人安全的認知、態度與預防措施等資料進行分析；第三節為變異數分析：以 t - test 和單因子變異數分析（One Way ANOVA）探討中醫師的基本特性、機構特性、執業特性與經驗等變項對病人安全的認知、態度與預防措施的差異性；第四節為多變項統計分析：以複迴歸統計分析（Multiple Regression Analysis）探討影響中醫師對病人安全的認知、態度與預防措施的相關因素。

第一節 樣本代表性分析

本研究以全台灣之中醫師為研究對象，共發出問卷 5099 份，回收有效問卷 1424 份，有效問卷回收率為 27.9%。

為確定回收之有效問卷具代表性，本研究依照全國中醫師的資料，以各機構層級中醫師人數比率進行分析，其中「西醫醫院診所」有效問卷 113 份（7.94%）；「中醫醫院」有效問卷 35 份（2.46%）；「中醫診所」有效問卷 1276 份（89.60%），經適合度檢定，結果顯示本研究之樣本與母群體並無顯著差異（ $p=0.831$ ），其結果如表 4-1。

表 4-1、樣本適合度檢定分析

	西醫醫院診所	中醫醫院	中醫診所	總數
中醫師人數	425	109	4565	5099
百分比	8.33%	2.14%	89.53%	100.0%
實際樣本數	113	35	1276	1424
百分比	7.94%	2.46%	89.60%	100.0%
P-value	0.831			



第二節 各類變項之描述性統計

一、中醫師個人基本特性資料分析

本研究回收有效樣本 1424 件，個人基本特性變項包括性別、年齡、教育程度、機構層級（醫學中心、區域醫院、地區醫院、中醫醫院、中醫聯合診所、中醫診所）、機構位置（健保六區）、機構屬性（公立、私立、財團法人、社團法人）、取得醫師資格的方式、職稱、執業年資、主治科別、平均每週看診診次、平均每診看診人次、病人安全的教育時數、本人異常事件的經驗、家人異常事件的經驗、是否具部定教職，其結果如表 4-2。

本研究樣本在性別方面，男性 75%（1066 人）多於女性 25%（355 人）。在年齡分佈方面，平均值 48.7 歲，以「41~50 歲」和「51~60 歲」之比例最高，分別佔 37.9%（538 人）和 30.7%（436 人），其次是「40 歲以下」佔 20.4%（289 人）。在教育程度方面，佔最大比例的是「專科/學士」62.4%（888 人），其次是「碩士/博士」22.6%（322 人）。

在機構層級方面，以「中醫診所」最多，佔 82.6%（1175 人），其次是「中醫聯合診所」佔 7.0%（99 人）。在機構位置方面，以健保六區來分，「中區分局」28.0%（397 人）佔多數，其次是「台北分局」27.5%（391 人）。在機構屬性方面，佔最高比例的是「私立」92.3%（1311 人），其次是「財團法人」和「公立」皆佔 3.7%（分別為 53 人和 52 人）。

在取得醫師資格的方式上，以「特考」55.2%（783 人）多於「檢覈考試/高考」44.8%（635 人）。在執業年資方面，以「10 年以下」41.7%（592 人）佔居第一，「11~20 年」34.9%（496 人）居第二，平均值為 14.3 年。在工作職稱方面，「院長」50.4%（717 人）拔得

頭籌，其次是「主治醫師」42.9%（610人）。在主治科別部分，「針傷內科」48.9%（695人）佔最高比例，「針內婦兒科」33.3%（474人）居次。在平均每週看診診次方面，中醫師每週看診「10~11診」者最多，佔20.7%（294人），其次是「8~9診」佔19.9%（282人）。而平均每診看診人次部分，每診看「16~30人次」最多，佔48.9%（693人），其次是每診看「15人次以下」佔26.1%（370人）。

在本人遭受異常事件的經驗方面，答「否」者75.1%（1067人）居多。在家人遭受異常事件的經驗方面，也是答「否」者90.0%（1279人）佔較大比例。在2009年參與病人安全教育時數部分，以「6~10小時」最多，佔40.1%（570人），其次是「1~5小時」佔34.6%（492人）。而具部定教職方面，大部份答「無」，有95.1%（1349人）。

二、對病人安全的認知資料分析

中醫師對病人安全之認知問卷共計12題，以勾選方式答題計分，同意1分，不同意0分。中醫師對病人安全之認知得分狀況如表4-3，完全答對者有926位（65.1%），最低答對題數為7題佔0.4%，平均答對題數為11.5題，顯示中醫師對病人安全的認知程度相當好。

認知部份最高的是「中醫師應依相關規定載明病人基本資料及製作實體病歷」和「施針前，應再一次核對病人身份」皆有99.3%（1412人）具有正確認知；最低的是「針灸治療會發生有關病人安全的意外事件」，只有86.6%（1232人）具有正確認知，其次是「施針的部位若衣服無法掀起時，不可以直接從衣服上面下針」，只有87.7%（1245人）具有正確認知。其結果如表4-4。

三、對病人安全的態度資料分析

病人安全的態度方面：共8題，採用李克特五分量表尺度衡

量，以勾選方式答題計分，一定會 5 分，大都會 4 分，沒意見 3 分，不太會 2 分，一定不會 1 分，得分越高表示中醫師在病人安全的態度越好，其結果如表 4-5。

中醫師對病人安全多持正面態度，分數最高的是「施針前，施針部位會先用 75%酒精消毒後再下針」和「針灸時會隨時觀察病人反應，以預防意外或不良狀況發生」，此二題答「會」（包含大都會和一定會）者皆佔 99.1%（分別 1411 人和 1409 人）；最低的是「施針前，會洗手或使用乾洗手（酒精）消毒手部」，答「會」（包含大都會和一定會）者佔 88.1%（1253 人）。

整體而言，中醫師對病人安全的態度方面，平均分數介於 4.39 至 4.94 之間（以一定會 5 分，一定不會 1 分），得分狀況見表 4-6。以「施針前，會洗手或使用乾洗手（酒精）消毒手部」和「施針時，會做針數記錄」，平均分數 4.39 和 4.40 最低，以「施針前，施針部位會先用 75%酒精消毒後再下針」平均分數 4.94 最高。

四、對病人安全的預防措施資料分析

病人安全的預防措施方面：共 7 題，採用李克特五分量表尺度衡量，以勾選方式答題計分，總是 5 分，常常 4 分，偶而 3 分，很少 2 分，沒有 1 分，得分越高表示中醫師對病人安全的預防措施做得越好，其結果如表 4-7。

預防措施部份做得最好的是「有依相關規定製作實體病歷」，「有做到」（包含常常和總是）者佔 98.8%（1404 人），其次是「施針前，有再一次核對病人身份」，「有做到」（包含常常和總是）佔 98.7%（1403 人）；最低的是「施針前，有洗手或使用乾洗手（酒精）消毒手部」，「有做到」（包含常常和總是）者佔 87.3%（1242 人）。

整體而言，中醫師對病人安全的預防措施方面，平均分數介於 4.42 至 4.91 之間（以總是 5 分，沒有 1 分），得分狀況見表 4-8。以「施針前，有洗手或使用乾洗手（酒精）消毒手部」，平均分數 4.42 最低，以「施針前，施針部位有先用 75%酒精消毒後再下針」平均分數 4.91 最高。



第三節 變異數分析

一、對病人安全認知之相關性

中醫師對病人安全認知之變異數分析部分，如表 4-9 所示，首先，在機構屬性部分，不同「機構屬性」的中醫師對病人安全有不同之認知，達統計上的顯著差異 ($P < 0.05$)，經 Scheffe 法事後檢定發現「公立」醫院的中醫師認知程度高於「私立」醫院或診所的中醫師。在取得資格方式上，以「檢覈考試/高考」取得資格的中醫師認知程度高於「特考」，呈顯著差異 ($P < 0.001$)。「主治科別」部分，不同主治專長的中醫師在認知上具有顯著差異 ($P < 0.05$)，再以 Scheffe 法事後檢定分析，「針內科」、「針傷內科」、「針內婦兒科」為主治專長的中醫師對病人安全的認知程度高於「針傷科」為主治專長的中醫師。「具部定教職」部分，「有」部定教職的中醫師認知程度高於「無」部定教職者，呈顯著差異 ($P < 0.05$)。

二、對病人安全態度之相關性

中醫師對病人安全態度之變異數分析部分，如表 4-10 所示，分析個人基本資料中，不同「年齡」的中醫師在病人安全之態度上具顯著差異 ($P < 0.001$)，進一步，由 Scheffe 法事後檢定分出，「51 歲~60 歲」、「61 歲以上」對病人安全之態度高於「41 歲~50 歲」，而這三組又高於「40 歲以下」組，呈現中醫師年齡越高對病人安全之態度越好的趨勢。在「教育程度」方面，中醫師因所受「教育程度」不同，對病人安全之態度有顯著差異 ($P < 0.001$)，經 Scheffe 法事後檢定得知「高中職(含)以下」、「碩士/博士」、「其他」態度高於「專科/學士」。在取得資格方式上，以「特考」方式取得資格者，其態度程度高於「檢覈考試/高考」者，具有顯著差異 ($P < 0.001$)。

不同「執業年資」的中醫師對病人安全之態度具統計的顯著差異 ($P < 0.001$)，以 Scheffe 法進一步檢定，執業年資在 30 年以下的中醫師，呈現年資越久對病人安全之態度越佳的趨勢，年資為「21 年~30 年」者態度程度高於「11 年~20 年」者，「11 年~20 年」者態度程度又高於「10 年以下」者，「31 年以上」者其對病人安全之態度程度也高於「10 年以下」。另外，「職稱」在態度上呈顯著差異 ($P < 0.001$)，Scheffe 法事後檢定結果，「院長」態度程度高於「主治醫師」。

在「平均每診看診人次」部分，中醫師平均每診看診人次的不同，會影響其對病人安全之態度，達統計上的顯著差異 ($P < 0.05$)，以 Scheffe 法做事後檢定發現「15 人次以下」組之態度程度高於「16~30 人次」組。「本身曾有遭遇醫療異常事件的經驗」部分，答「否」的中醫師態度程度高於答「是」者，具有顯著差異 ($P < 0.05$)。

中醫師「參與病人安全教育」的情況在病人安全之態度上呈統計的顯著差異 ($P < 0.001$)，以 Scheffe 法進一步分析，「有參加者」不管教育時數多少其態度程度皆高於「未參加」者，「16 小時以上」這組態度程度高於「1~5 小時」組，「1~5 小時」組態度程度又高於「未參加」組，另外「6~10 小時」、「11~15 小時」態度程度高於「未參加」。在「具部定教職」部分，具有部定教職之中醫師其對病人安全之態度程度高於不具部定教職者，達顯著差異 ($P < 0.001$)。

三、對異常事件之預防措施的相關性

中醫師對異常事件預防措施之變異數分析部分，如表 4-11 所示，「年齡」對異常事件之預防措施有統計上的顯著差異 ($P <$

0.001)，經 Scheffe 法事後檢定發現「51 歲~60 歲」、「61 歲以上」預防措施程度高於「41 歲~50 歲」，而前三組又高於「40 歲以下」這組，顯現出一種趨勢，當中醫師年齡越高時，則預防措施做得越完備。「教育程度」在預防措施上亦具顯著差異 ($P < 0.001$)，進一步，以 Scheffe 法事後檢定分析，「高中職(含)以下」、「碩士/博士」、「其他」預防措施高於「專科/學士」。另外，不同「機構層級」的中醫師在異常事件之預防措施上亦呈現顯著差異 ($P < 0.05$)，由 Scheffe 法檢定看出「中醫診所」預防措施程度做得比「中醫聯合診所」好。在取得資格方式上，「特考」預防措施程度高於「檢覈考試/高考」，達統計上的顯著差異 ($P < 0.001$)。

中醫師的「執業年資」對異常事件之預防措施也具有顯著差異 ($P < 0.001$)，經 Scheffe 法得知，年資在 30 年以下的中醫師呈現年資越久預防措施做得越好的趨勢，其中「21 年~30 年」預防措施程度高於「11 年~20 年」，前二組預防措施程度又高於「10 年以下」，另外，年資在「31 年以上」的中醫師其預防措施程度也高於「10 年以下」。以「職稱」來看，不同「職稱」的中醫師對預防措施呈顯著差異 ($P < 0.001$)，Scheffe 法的事後檢定，「院長」預防措施程度高於「主治醫師」和「非主治醫師(含住院醫師)」。

「平均每診看診人次」對預防措施亦具統計上的顯著差異 ($P < 0.001$)，以 Scheffe 法進行事後檢定，「15 人次以下」組預防措施程度高於「16~30 人次」組。在「本身曾有遭遇醫療異常事件的經驗」部分，答「否」的中醫師預防措施程度高於答「是」者，達顯著差異 ($P < 0.05$)。

中醫師「2009 年參與病人安全教育」的情況，對異常事件之預防措施有顯著差異 ($P < 0.001$)，Scheffe 法事後檢定呈現，「有

參加者」不管教育時數多少其預防措施程度皆高於「未參加」者，「16 小時以上」組預防措施程度高於「1~5 小時」，前二組預防措施程度又高於「未參加」，另外，「6~10 小時」、「11~15 小時」這二組預防措施程度高於「未參加」。



第四節 複迴歸分析

本研究運用複迴歸統計分析來探討影響中醫師對病人安全之認知的相關因素，其結果如表 4-12。探討影響中醫師對病人安全之態度的相關因素，其結果如表 4-13。探討影響中醫師對異常事件之預防措施的相關因素，其結果如表 4-14。

一、影響中醫師對病人安全之認知的相關因素

在迴歸模式中以「中醫師對病人安全之認知程度」為依變項，認知正確以 1 分計算，認知錯誤以 0 分計算。自變項包括中醫師基本特性、執業機構特性與執業特性及經驗等變項，為了複迴歸統計分析，本研究選取雙變項分析時 $P < 0.25$ 的變項放入迴歸模型，排除共線性變項後 ($VIF > 10$ 者排除)，再進行迴歸分析，迴歸模式 (表 4-12) 發現影響中醫師對病人安全之認知的顯著相關因素，包括：「取得資格方式」和「平均每診看診人次」。就整體模式而言，所有自變項對於中醫師對病人安全之認知程度的解釋力 (R^2) 為 0.073，校正後解釋力 (Adjusted R^2) 為 0.043。

在控制其他變項下 (如表 4-12)，取得資格方式中「特考」中醫師對病人安全之認知程度較「檢覈考試或高考」中醫師低，呈顯著差異 ($P < 0.05$)。以「特考」方式取得資格之中醫師相對於「檢覈考試或高考」取得資格者，其對病人安全之認知程度平均減少 0.143 個單位。在「平均每診看診人次」部分，中醫師平均每診看診「16~30 人次」、「31~45 人次」和「76 人次以上」者對病人安全之認知程度較平均每診看診「15 人次以下」者低，達統計上的顯著差異 ($P < 0.05$)。其中，平均每診看診「16~30 人次」之中醫師相較「15 人次以下」者，其對病人安全之認知程度平均減少 0.119 單位。「31~45 人次」者相較於「15 人次以下」者，正確認知程

度平均減少 0.230 單位。「76 人次以上」之中醫師相較於「15 人次以下」者，對病人安全之認知程度平均減少 0.703 單位。

二、探討影響中醫師對病人安全之態度的相關因素

在複迴歸模式中以「中醫師對病人安全之態度程度」為依變項，以分數 1~5 分表示，一定會 5 分，一定不會 1 分。自變項包括中醫師基本特性、執業機構特性與執業特性及經驗等變項，為了複迴歸統計分析，本研究選取雙變項分析時 $P < 0.25$ 的變項放入迴歸模型，排除共線性變項後 ($VIF > 10$ 者排除)，再進行迴歸分析，迴歸模式 (表 4-13) 發現影響中醫師對病人安全之態度的顯著相關因素，包括：「年齡」、「執業年資」、「職稱」、「本身曾有遭遇醫療異常事件的經驗」、「參與病人安全教育」、「中醫師對病人安全認知」等。就整體模式而言，所有自變項對於中醫師對病人安全之態度程度的解釋力 (R^2) 為 0.242，校正後解釋力 (Adjusted R^2) 為 0.215。

在控制其他變項下 (如表 4-13)，年齡中的「41 歲~50 歲」、「51 歲~60 歲」、「61 歲以上」中醫師對病人安全之正向態度程度較「40 歲以下」高，達統計上的顯著差異，「41 歲~50 歲」 P 值 < 0.05 ，「51 歲~60 歲」、「61 歲以上」 P 值 < 0.001 。中醫師年齡越高者其對病人安全正向態度明顯越好；其中，年齡「41 歲~50 歲」之中醫師相較於「40 歲以下」者，其正確態度平均增加 0.671 單位。「51 歲~60 歲」者相較於「40 歲以下」者，正確態度平均增加 1.045 個單位。「61 歲以上」之中醫師相較於「40 歲以下」者，對病人安全之正確態度平均增加 1.389 單位。在執業年資中「21 年~30 年」中醫師對病人安全之態度較「10 年以下」中醫師正向，達顯著差異 ($P < 0.05$)。中醫師執業年資在「21 年~30 年」者相較於執業年資「10 年以下」者，對病人安全之正向態度程度

平均增加 0.568 單位。在職稱部分，「主治醫師」對病人安全之正向態度程度較「院長」低，具統計上的顯著差異 ($P < 0.05$)。職稱為「主治醫師」者相對於「院長」之中醫師，對病人安全之正確態度平均減少 0.516 個單位。在本身曾有遭遇醫療異常事件的經驗中答「否」的中醫師對病人安全之正向態度程度較答「是」者高，呈顯著差異 ($P < 0.05$)。未曾遭遇醫療異常事件經驗相對於有此經驗之中醫師，對病人安全之正確態度平均增加 0.451 個單位。在 2009 年參與病人安全教育時數中，曾參與病人安全教育「1~5 小時」、「6~10 小時」、「11~15 小時」、「16 小時以上」的中醫師對病人安全之正向態度程度較「未參加」者高，達統計上的顯著差異 ($P < 0.001$)。中醫師參與病人安全教育時數越高者其對病人安全正向態度明顯越佳；其中，中醫師於 2009 年接受 1-5 小時教育者相對於未接受教育者，其對病人安全之正向態度平均增加 1.501 單位；接受 6~10 小時者相對於未接受者其正向態度平均增加 1.871 單位；接受 11~15 小時者相對於未接受者其正向態度平均增加 2.029 單位；接受 16 小時以上者相對於未接受病人安全教育者其正向態度平均增加 2.251 單位。在「中醫師對病人安全認知」部分，對病人安全之認知越好的中醫師，其對病人安全之態度也越正向，具有顯著差異 ($P < 0.001$)。中醫師每增加一單位的認知，就會對病人安全之正向態度增加 1.040 個單位。

三、影響中醫師對異常事件之預防措施的相關因素

在複迴歸模式中以「中醫師對異常事件之預防措施程度」為依變項，以分數 1~5 分表示，總是 5 分，沒有 1 分。自變項包括中醫師基本特性、執業機構特性與執業特性及經驗等變項，為了複迴歸統計分析，本研究選取雙變項分析時 $P < 0.25$ 的變項放入迴歸模

型，排除共線性變項後（VIF>10 者排除），再進行迴歸分析，迴歸模式（表 4-14）發現影響中醫師對異常事件之預防措施的顯著相關因素，包括：「機構位置」和「中醫師對病人安全之態度」。就整體模式而言，所有自變項對於中醫師對病人安全之態度程度的解釋力（ R^2 ）為 0.692，校正後解釋力（Adjusted R^2 ）為 0.681。

在控制其他變項下（如表 4-14），機構位置中的「中區分局」（台中縣、台中市、彰化縣、南投縣）對異常事件之預防措施做得比「台北分局」（台北市、台北縣、基隆市、宜蘭縣、金門縣）好，達統計上的顯著差異（ $P < 0.05$ ）。位屬「中區分局」（台中縣、台中市、彰化縣、南投縣）之中醫師相較於「台北分局」（台北市、台北縣、基隆市、宜蘭縣、金門縣）者，對異常事件之預防措施程度平均增加 0.232 單位。對病人安全態度越好的中醫師，其對異常事件之預防措施也做得越完備，達顯著差異（ $P < 0.001$ ），中醫師每增加一單位的正向態度，就會對異常事件之預防措施程度增加 0.669 個單位。

表 4-2、中醫師個人基本資料

變項	N=1424	%	變項	N=1424	%
性別			職稱		
男	1066	75.0	院長	717	50.4
女	355	25.0	中醫部/科主任/副主任	43	3.0
遺漏值	3	-	其他主管	8	0.6
年齡			主治醫師	610	42.9
40 歲以下	289	20.4	非主治醫師 (含住院醫師)	44	3.1
41 歲~50 歲	538	37.9	其他	0	0
51 歲~60 歲	436	30.7	遺漏值	2	-
61 歲以上	156	11.0	主治科別		
遺漏值	5	-	針灸科	21	1.5
平均值	48.7		針傷科	22	1.5
教育程度			針內科	210	14.8
高中職 (含)以下	127	8.9	針傷內科	695	48.9
專科/學士	888	62.4	針內婦兒科	474	33.3
碩士/博士	322	22.6	遺漏值	2	-
其他	85	6.0	平均每週看診診次		
遺漏值	2	-	5 診以下	68	4.8
機構層級			6~7 診	143	10.1
醫學中心	48	3.4	8~9 診	282	19.9
區域醫院	49	3.4	10~11 診	294	20.7
地區醫院	16	1.1	12~13 診	249	17.6
中醫醫院	35	2.5	14~15 診	125	8.8
中醫聯合診所	99	7.0	16~17 診	133	9.4
中醫診所	1175	82.6	18 診以上	124	8.7
遺漏值	2	-	遺漏值	6	-
機構位置			平均每診看診人次		
台北分局	391	27.5	15 人次以下	370	26.1
北區分局	174	12.3	16~30 人次	693	48.9
中區分局	397	28.0	31~45 人次	243	17.2
南區分局	194	13.7	46~60 人次	81	5.7
高屏分局	234	16.5	61~75 人次	14	1.0
東區分局	30	2.1	76 人次以上	15	1.1
遺漏值	4	-	遺漏值	8	-

表 4-2、中醫師個人基本資料 (續)

變項	N=1424	%	變項	N=1424	%
機構屬性			本身曾有遭遇醫療異常事件的經驗		
公立	52	3.7	否	1067	75.1
私立	1311	92.3	是	354	24.9
財團法人	53	3.7	遺漏值	3	-
社團法人	5	.4	家人曾有遭遇醫療異常事件的經驗		
遺漏值	3	-	否	1279	90.0
取得資格方式			是	142	10.0
檢覈考試/高考	635	44.8	遺漏值	3	-
特考	783	55.2	2009 年參與病人安全教育		
遺漏值	6	-	未參加	87	6.1
執業年資			1~5 小時	492	34.6
10 年以下	592	41.7	6~10 小時	570	40.1
11 年~20 年	496	34.9	11~15 小時	97	6.8
21 年~30 年	263	18.5	16 小時以上	176	12.4
31 年以上	69	4.9	遺漏值	2	-
遺漏值	4	-	具部定教職		
平均值	14.3		無	1349	95.1
			有	70	4.9
			遺漏值	5	-

註：遺漏個案不納入百分比計算

表 4-3、中醫師對病人安全之認知得分狀況

答對題數	N=1424	%
7	6	0.4
8	11	0.8
9	30	2.1
10	105	7.4
11	344	21.2
12	926	65.1

註：平均答對題數=11.5；標準差=0.838

表 4-4、中醫師對病人安全之認知

變項	N=1424	%
針灸治療，會發生有關病人安全的意外事件		
不同意	190	13.4
同意	1232	86.6
遺漏值	2	-
每針一位患者，就要洗手或使用乾洗手（酒精）消毒手部		
不同意	105	7.4
同意	1317	92.6
遺漏值	2	-
施針前，應再一次核對病人身份		
不同意	10	0.7
同意	1412	99.3
遺漏值	2	-
施針前，施針部位應先用 75%酒精消毒後再下針		
不同意	16	1.1
同意	1405	98.7
遺漏值	3	-
若衣服無法掀起時，不可以直接從衣服上面下針		
不同意	174	12.3
同意	1245	87.7
遺漏值	5	-
病人暈針時，要做處理		
不同意	26	1.8
同意	1396	98.2
遺漏值	2	-
施針時，應記錄針數		
不同意	46	3.2
同意	1376	96.8
遺漏值	2	-
拔針時，若針孔出血，應以無菌技術操作止血		
不同意	32	2.3
同意	1390	97.7
遺漏值	2	-
醫療場所應鼓勵病人及其家屬參與病人安全工作，並落實民眾申訴管道		
不同意	61	4.3
同意	1361	95.7
遺漏值	2	-

表 4-4、中醫師對病人安全之認知 (續)

變項	N=1424	%
中醫師應依相關規定載明病人基本資料及製作實體病歷		
不同意	10	0.7
同意	1412	99.3
遺漏值	2	-
使用過的針灸廢針不可以集中起來，自行消毒再利用		
不同意	14	1.0
同意	1407	99.0
遺漏值	3	-
沾有血液的棉球不可以放入一般垃圾筒		
不同意	28	2.0
同意	1393	98.0
遺漏值	3	-

註：遺漏個案不納入百分比計算



表 4-5、中醫師對病人安全之態度

變項	N=1424	%
針灸時會隨時觀察病人反應，以預防意外或不良狀況發生		
一定不會	1	0.1
不太會	5	0.4
沒意見	7	0.5
大都會	247	17.4
一定會	1162	81.7
遺漏值	2	-
每位患者，施針前，會洗手或使用乾洗手（酒精）消毒手部		
一定不會	9	0.6
不太會	106	7.5
沒意見	54	3.8
大都會	404	28.4
一定會	849	59.7
遺漏值	2	-
您施針前，會再一次核對病人身份		
一定不會	1	0.1
不太會	12	0.8
沒意見	9	0.6
大都會	185	13.0
一定會	1215	85.3
遺漏值	2	-
施針前，施針部位會先用 75%酒精消毒後再下針		
一定不會	0	0
不太會	4	0.3
沒意見	6	0.4
大都會	68	4.8
一定會	1343	94.3
遺漏值	3	-
施針時，會做針數記錄		
一定不會	16	1.1
不太會	105	7.4
沒意見	45	3.2
大都會	382	26.9
一定會	870	61.4
遺漏值	6	-

表 4-5、中醫師對病人安全之態度(續)

變項	N=1424	%
拔針時，若針孔出血，會以無菌技術操作止血		
一定不會	15	1.1
不太會	25	1.8
沒意見	30	2.1
大都會	172	12.1
一定會	1179	83.0
遺漏值	3	-
會積極地傾聽民眾或病人有關病人安全的意見		
一定不會	1	0.1
不太會	1	0.1
沒意見	15	1.1
大都會	275	19.4
一定會	1128	79.4
遺漏值	4	-
會依相關規定載明病人基本資料及製作實體病歷		
一定不會	2	0.1
不太會	5	0.4
沒意見	14	1.0
大都會	140	9.8
一定會	1261	88.7
遺漏值	2	-

註：遺漏個案不納入百分比計算

表 4-6、中醫師對病人安全之態度相關變項得分分析

變項名稱	人數	平均數	標準差
針灸時會隨時觀察病人反應，以預防意外發生	1422	4.80	0.445
施針前，會洗手或使用乾洗手（酒精）消毒手部	1422	4.39	0.915
施針前，您會再一次核對病人身份	1422	4.83	0.462
施針前，施針部位會先用 75%酒精消毒後再下針	1422	4.94	0.293
施針時，會做針數記錄	1422	4.40	0.939
拔針時，若針孔出血，您會以無菌技術操作止血	1422	4.74	0.683
會積極地傾聽民眾或病人有關病人安全的意見	1422	4.78	0.453
會依相關規定載明病人基本資料及製作實體病歷	1422	4.87	0.417

註：態度相關變項平均分數，滿分為 5 分；整體構面平均數為 4.72

表 4-7、中醫師對異常事件之預防措施

變項	N=1424	%
針灸時都有注意觀察病人反應，以預防意外		
沒有	0	0
很少	0	0
偶而	20	1.4
常常	226	15.9
總是	1176	82.7
遺漏值	2	-
施針前，都有洗手或使用乾洗手（酒精）消毒手部		
沒有	11	0.8
很少	46	3.2
偶而	123	8.6
常常	396	27.8
總是	846	59.5
遺漏值	2	-
施針前，有再一次核對病人身份		
沒有	2	0.1
很少	8	0.6
偶而	9	0.6
常常	196	13.8
總是	1207	84.9
遺漏值	2	-
施針前，施針部位有先用 75%酒精消毒後再下針		
沒有	4	0.3
很少	8	0.6
偶而	8	0.6
常常	76	5.3
總是	1326	93.2
遺漏值	2	-
拔針時，您或護理人員都有比對針數記錄		
沒有	24	1.7
很少	62	4.4
偶而	85	6.0
常常	292	20.6
總是	957	67.4
遺漏值	4	-

表 4-7、中醫師對異常事件之預防措施(續)

變項	N=1424	%
積極地處理（或改善）民眾或病人所提有關病人安全的意見		
沒有	1	0.1
很少	2	0.1
偶而	30	2.1
常常	333	23.4
總是	1055	74.2
遺漏值	3	-
有依相關規定製作實體病歷		
沒有	4	0.3
很少	3	0.2
偶而	9	0.6
常常	127	8.9
總是	1277	89.9
遺漏值	4	-

註：遺漏個案不納入百分比計算

表 4-8、中醫師對異常事件之預防措施相關變項得分分析

變項名稱	人數	平均數	標準差
針灸時您每次都有注意觀察病人反應，以預防意外	1422	4.81	0.425
施針前，都有洗手或使用乾洗手（酒精）消毒手部	1422	4.42	0.839
每次施針前，您有再一次核對病人身份	1422	4.83	0.454
施針前，施針部位有先用 75%酒精消毒後再下針	1422	4.91	0.404
拔針時，您或護理人員每次都有比對針數記錄	1422	4.48	0.913
積極地處理民眾或病人所提有關病人安全的意見	1422	4.72	0.512
您有依相關規定製作實體病歷	1422	4.88	0.406

註：預防措施相關變項平均分數，滿分為 5 分；整體構面平均數為 4.72

表 4-9、中醫師對病人安全之認知變異數分析

變項	個數	平均值	標準差	P 值	事後檢定
中醫師基本資料					
性別				0.189	
a 男	1066	11.52	0.834		
b 女	355	11.45	0.840		
年齡				0.116	
a 40 歲以下	289	11.60	0.696		
b 41 歲-50 歲	538	11.50	0.870		
c 51 歲-60 歲	436	11.45	0.852		
d 61 歲以上	156	11.48	0.854		
教育程度				0.222	
a 高中職（含）以下	127	11.46	0.815		
b 專科/學士	888	11.48	0.874		
c 碩士/博士	322	11.58	0.749		
d 其他	85	11.46	0.749		
中醫師執業機構特性					
機構層級				0.009	
a 醫學中心	48	11.88	0.393		
b 區域醫院	49	11.67	0.591		
c 地區醫院	16	11.81	0.403		
d 中醫醫院	35	11.49	1.040		
e 中醫聯合診所	99	11.47	0.983		
f 中醫診所	1175	11.47	0.837		
機構位置				0.149	
a 台北分局	391	11.50	0.880		
b 北區分局	174	11.46	0.884		
c 中區分局	397	11.52	0.843		
d 南區分局	194	11.61	0.713		
e 高屏分局	234	11.39	0.822		
f 東區分局	30	11.57	0.626		
機構屬性				0.002	a>b
a 公立	52	11.81	0.487		
b 私立	1311	11.48	0.854		
c 財團法人	53	11.79	0.495		
d 社團法人	5	11.20	0.447		

表 4-9、中醫師對病人安全之認知變異數分析 (續)

變項	個數	平均值	標準差	P 值	事後檢定
中醫師執業特性及經驗					
取得資格方式				<0.001	
a 檢覈考試/高考	635	11.59	0.765		
b 特考	783	11.42	0.883		
執業年資				0.138	
a 10 年以下	592	11.51	0.831		
b 11 年~20 年	496	11.49	0.839		
c 21 年~30 年	263	11.53	0.770		
d 31 年以上	69	11.28	1.056		
職稱				0.179	
a 院長	717	11.47	0.850		
b 中醫部/科主任/副主任	43	11.51	0.668		
c 其他主管	8	11.25	0.463		
d 主治醫師	610	11.51	0.849		
e 非主治醫師 (含住院醫師)	44	11.77	0.522		
主治科別				0.001	c.d.e>b
a 針灸科	21	11.57	0.746		
b 針傷科	22	10.86	1.583		
c 針內科	210	11.49	0.837		
d 針傷內科	695	11.47	0.843		
e 針內婦兒科	474	11.57	0.764		
平均每週看診診次				0.009	
a 5 診以下	68	11.75	0.608		
b 6~7 診	143	11.52	0.903		
c 8~9 診	282	11.47	0.827		
d 10~11 診	294	11.56	0.790		
e 12~13 診	249	11.36	0.994		
f 14~15 診	125	11.62	0.631		
g 16~17 診	133	11.50	0.804		
h 18 診以上	124	11.44	0.779		

表 4-9、中醫師對病人安全之認知變異數分析 (續)

變項	個數	平均值	標準差	P 值	事後檢定
平均每診看診人次				0.002	
a 15 人次以下	370	11.60	0.774		
b 16~30 人次	693	11.49	0.815		
c 31~45 人次	243	11.38	0.969		
d 46~60 人次	81	11.59	0.667		
e 61~75 人次	14	11.43	0.756		
f 76 人次以上	15	10.93	1.387		
本身曾有遭遇醫療異常事件的經驗				0.732	
a 否	1067	11.49	0.831		
b 是	354	11.51	0.849		
家人曾有遭遇醫療異常事件的經驗				0.476	
a 否	1279	11.50	0.829		
b 是	142	11.45	0.896		
2009 年參與病人安全教育				0.446	
a 未參加	87	11.40	0.933		
b 1~5 小時	492	11.47	0.869		
c 6~10 小時	570	11.55	0.817		
d 11~15 小時	97	11.51	0.694		
e 16 小時以上	176	11.47	0.821		
具部定教職				0.043	
a 無	1349	11.49	0.844		
b 有	70	11.66	0.657		

註：認知平均分數，滿分為 12 分；事後檢定採 Scheffe 法

表 4-10、中醫師對病人安全之態度變異數分析

變項	個數	平均值	標準差	P 值	事後檢定
中醫師基本資料					
性別				0.603	
a 男	1066	37.77	2.930		
b 女	355	37.67	2.743		
年齡				<0.001	c.d>b>a
a 40 歲以下	289	36.60	3.170		
b 41 歲~50 歲	538	37.60	2.932		
c 51 歲~60 歲	436	38.32	2.573		
d 61 歲以上	156	38.86	1.936		
教育程度				<0.001	a.c.d>b
a 高中職(含)以下	127	38.57	2.235		
b 專科/學士	888	37.37	3.153		
c 碩士/博士	322	38.21	2.310		
d 其他	85	38.67	1.867		
中醫師執業機構特性					
機構層級				0.066	
a 醫學中心	48	38.15	2.183		
b 區域醫院	49	37.29	3.017		
c 地區醫院	16	38.19	1.559		
d 中醫醫院	35	38.11	2.665		
e 中醫聯合診所	99	36.98	3.283		
f 中醫診所	1175	37.79	2.879		
機構位置				0.083	
a 台北分局	391	37.85	2.920		
b 北區分局	174	37.80	2.671		
c 中區分局	397	37.58	2.972		
d 南區分局	194	38.10	2.572		
e 高屏分局	234	37.41	3.076		
f 東區分局	30	38.43	2.501		
機構屬性				0.905	
a 公立	52	38.00	2.468		
b 私立	1311	37.74	2.914		
c 財團法人	53	37.64	2.497		
d 社團法人	5	37.40	3.286		

表 4-10、中醫師對病人安全之態度變異數分析 (續)

變項	個數	平均值	標準差	P 值	事後檢定
中醫師執業特性及經驗					
取得資格方式				<0.001	
a 檢覈考試/高考	635	37.43	2.985		
b 特考	783	38.00	2.771		
執業年資				<0.001	c>b>a d>a
a 10 年以下	592	37.08	3.221		
b 11 年~20 年	496	37.86	2.715		
c 21 年~30 年	263	38.74	1.998		
d 31 年以上	69	38.75	2.354		
職稱				<0.001	a>d
a 院長	717	38.18	2.485		
b 中醫部/科主任/副主任	43	37.54	2.495		
c 其他主管	8	38.25	2.435		
d 主治醫師	610	37.30	3.246		
e 非主治醫師 (含住院醫師)	44	36.89	2.943		
主治科別				0.068	
a 針灸科	21	36.86	3.071		
b 針傷科	22	36.68	3.835		
c 針內科	210	37.96	2.753		
d 針傷內科	695	37.63	2.920		
e 針內婦兒科	474	37.90	2.812		
平均每週看診診次				0.006	
a 5 診以下	68	37.84	2.863		
b 6~7 診	143	37.48	3.091		
c 8~9 診	282	37.36	2.852		
d 10~11 診	294	37.61	3.038		
e 12~13 診	249	37.74	2.933		
f 14~15 診	125	37.98	2.686		
g 16~17 診	133	38.28	2.655		
h 18 診以上	124	38.40	2.358		
平均每診看診人次				0.001	a>b
a 15 人次以下	370	38.20	2.538		
b 16~30 人次	693	37.42	3.043		
c 31~45 人次	243	37.88	2.842		
d 46~60 人次	81	38.12	2.857		
e 61~75 人次	14	37.71	2.400		
f 76 人次以上	15	37.73	2.939		

表 4-10、中醫師對病人安全之態度變異數分析 (續)

變項	個數	平均值	標準差	P 值	事後檢定
本身曾有遭遇醫療異常事件的經驗				0.004	
a 否	1067	37.88	2.773		
b 是	354	37.33	3.162		
家人曾有遭遇醫療異常事件的經驗				0.096	
a 否	1279	37.78	2.860		
b 是	142	37.36	3.070		
2009 年參與病人安全教育				<0.001	c.d>a e>b>a
a 未參加	87	35.64	4.043		
b 1~5 小時	492	37.52	3.004		
c 6~10 小時	570	37.97	2.614		
d 11~15 小時	97	38.04	2.529		
e 16 小時以上	176	38.49	2.297		
具部定教職				<0.001	
a 無	1349	37.69	2.913		
b 有	70	38.71	2.015		

註：態度平均分數，滿分為 40 分；事後檢定採 Scheffe 法

表 4-11、中醫師對異常事件之預防措施變異數分析

變項	個數	平均值	標準差	P 值	事後檢定
中醫師基本資料					
性別				0.574	
a 男	1066	33.06	2.424		
b 女	355	32.98	2.407		
年齡				<0.001	c.d>b>a
a 40 歲以下	289	32.20	2.567		
b 41 歲~50 歲	538	32.87	2.535		
c 51 歲~60 歲	436	33.52	2.164		
d 61 歲以上	156	33.90	1.689		
教育程度				<0.001	a.c.d>b
a 高中職 (含) 以下	127	33.67	1.945		
b 專科/學士	888	32.75	2.621		
c 碩士/博士	322	33.37	2.010		
d 其他	85	33.84	1.668		

表 4-11、中醫師對異常事件之預防措施變異數分析 (續)

變項	個數	平均值	標準差	P 值	事後檢定
中醫師執業機構特性					
機構層級				0.011	f>e
a 醫學中心	48	32.79	2.250		
b 區域醫院	49	32.61	2.405		
c 地區醫院	16	33.25	1.949		
d 中醫醫院	35	33.34	2.222		
e 中醫聯合診所	99	32.24	2.896		
f 中醫診所	1175	33.12	2.382		
機構位置				0.119	
a 台北分局	391	33.02	2.454		
b 北區分局	174	32.91	2.239		
c 中區分局	397	32.99	2.538		
d 南區分局	194	33.37	2.185		
e 高屏分局	234	32.85	2.502		
f 東區分局	30	33.80	1.919		
機構屬性				0.765	
a 公立	52	32.85	2.209		
b 私立	1311	33.06	2.430		
c 財團法人	53	32.75	2.344		
d 社團法人	5	33.20	2.683		
中醫師執業特性及經驗					
取得資格方式				<0.001	
a 檢覈考試/高考	635	32.72	2.485		
b 特考	783	33.31	2.330		
執業年資				<0.001	c>b>a d>a
a 10 年以下	592	32.52	2.603		
b 11 年~20 年	496	33.11	2.379		
c 21 年~30 年	263	33.88	1.836		
d 31 年以上	69	33.71	1.874		
職稱				<0.001	a>d.e
a 院長	717	33.44	2.169		
b 中醫部/科主任/副主任	43	32.86	2.253		
c 其他主管	8	33.63	1.847		
d 主治醫師	610	32.65	2.621		
e 非主治醫師 (含住院醫師)	44	32.07	2.500		

表 4-11、中醫師對異常事件之預防措施變異數分析 (續)

變項	個數	平均值	標準差	P 值	事後檢定
主治科別				0.054	
a 針灸科	21	32.33	2.614		
b 針傷科	22	32.10	2.819		
c 針內科	210	33.09	2.349		
d 針傷內科	695	32.94	2.515		
e 針內婦兒科	474	33.23	2.258		
平均每週看診診次				0.002	
a 5 診以下	68	33.04	2.428		
b 6~7 診	143	32.57	2.780		
c 8~9 診	282	32.77	2.430		
d 10~11 診	294	32.93	2.470		
e 12~13 診	249	33.16	2.437		
f 14~15 診	125	33.23	2.318		
g 16~17 診	133	33.54	1.984		
h 18 診以上	124	33.59	1.981		
平均每診看診人次				<0.001	a>b
a 15 人次以下	370	33.46	2.058		
b 16~30 人次	693	32.74	2.619		
c 31~45 人次	243	33.13	2.319		
d 46~60 人次	81	33.47	2.163		
e 61~75 人次	14	33.29	1.773		
f 76 人次以上	15	32.73	2.915		
本身曾有遭遇醫療異常事件的經驗				0.001	
a 否	1067	33.17	2.347		
b 是	354	32.65	2.589		
家人曾有遭遇醫療異常事件的經驗				0.090	
a 否	1279	33.07	2.407		
b 是	142	32.71	2.511		
2009 年參與病人安全教育				<0.001	e>b>a c.d>a
a 未參加	87	31.48	3.129		
b 1~5 小時	492	32.80	2.568		
c 6~10 小時	570	33.20	2.249		
d 11~15 小時	97	33.40	2.060		
e 16 小時以上	176	33.74	1.842		
具部定教職				0.066	
a 無	1349	33.01	2.424		
b 有	70	33.56	2.243		

註：預防措施平均分數，滿分為 35 分；事後檢定採 Scheffe 法

表 4-12、影響中醫師對病人安全認知之複迴歸分析

變項	迴歸係數	標準誤	標準化係數	P 值
常數	12.178	0.296	0.000	<0.001
性別				
女(參照組)				
男	0.097	0.055	0.051	0.077
年齡				
40 歲以下(參照組)				
41 歲~50 歲	-0.066	0.072	-0.038	0.360
51 歲~60 歲	-0.131	0.087	-0.073	0.131
61 歲以上	-0.016	0.112	-0.006	0.887
教育程度				
高中職(含)以下(參照組)				
專科/學士	-0.093	0.088	-0.054	0.289
碩士/博士	-0.031	0.099	-0.015	0.758
其他	-0.067	0.118	-0.019	0.566
機構位置				
台北分局(參照組)				
北區分局	-0.066	0.077	-0.026	0.393
中區分局	-0.015	0.061	-0.008	0.805
南區分局	0.037	0.075	0.015	0.626
高屏分局	-0.106	0.070	-0.048	0.130
東區分局	-0.011	0.161	-0.002	0.946
機構屬性				
公立(參照組)				
私立	-0.223	0.199	-0.072	0.263
財團法人	-0.008	0.182	-0.002	0.966
社團法人	-0.533	0.395	-0.038	0.177
取得資格方式				
檢覈考試/高考 (參照組)				
特考	-0.143	0.054	-0.085	0.008

表 4-12、影響中醫師對病人安全認知之複迴歸分析（續）

變項	迴歸係數	標準誤	標準化係數	P 值
執業年資				
10 年以下(參照組)				
11 年~20 年	0.036	0.061	0.021	0.556
21 年~30 年	0.129	0.085	0.060	0.127
31 年以上	-0.191	0.136	-0.049	0.160
職稱				
院長(參照組)				
中醫部/科主任/副主任	-0.129	0.153	-0.027	0.398
其他主管	-0.400	0.319	-0.034	0.211
主治醫師	-0.006	0.051	-0.004	0.901
非主治醫師 (含住院醫師)	-0.100	0.190	-0.021	0.597
平均每週看診診次				
5 診以下(參照組)				
6~7 診	-0.078	0.131	-0.028	0.554
8~9 診	-0.052	0.128	-0.025	0.684
10~11 診	0.047	0.131	0.023	0.720
12~13 診	-0.163	0.132	-0.075	0.218
14~15 診	0.094	0.145	0.032	0.517
16~17 診	-0.088	0.144	-0.031	0.540
18 診以上	-0.110	0.145	-0.037	0.449
平均每診看診人次				
15 人次以下(參照組)				
16~30 人次	-0.119	0.059	-0.071	0.044
31~45 人次	-0.230	0.075	-0.104	0.002
46~60 人次	0.001	0.105	0.000	0.995
61~75 人次	-0.179	0.226	-0.021	0.430
76 人次以上	-0.703	0.222	-0.087	0.002
具部定教職				
無(參照組)				
有	0.011	0.118	0.003	0.928

註：N=1424；R-square=0.073；調整後 R-square=0.043；F=2.379；P<0.001

表 4-13、影響中醫師對病人安全態度之複迴歸分析

變項	迴歸係數	標準誤	標準化係數	P 值
常數	23.023	1.371	0.000	<0.001
年齡				
40 歲以下(參照組)				
41 歲~50 歲	0.671	0.223	0.114	0.003
51 歲~60 歲	1.045	0.271	0.169	<0.001
61 歲以上	1.389	0.349	0.151	<0.001
教育程度				
高中職(含)以下(參照組)				
專科/學士	-0.443	0.273	-0.075	0.104
碩士/博士	0.077	0.309	0.011	0.803
其他	0.236	0.367	0.019	0.520
機構層級				
醫學中心(參照組)				
區域醫院	-1.028	0.566	-0.066	0.069
地區醫院	-0.404	0.793	-0.015	0.610
中醫醫院	-0.262	0.646	-0.014	0.685
中醫聯合診所	-1.144	0.586	-0.102	0.051
中醫診所	-0.755	0.531	-0.100	0.155
機構位置				
台北分局(參照組)				
北區分局	0.310	0.242	0.035	0.201
中區分局	-0.064	0.191	-0.010	0.737
南區分局	0.051	0.234	0.006	0.827
高屏分局	-0.251	0.219	-0.033	0.253
東區分局	0.388	0.499	0.019	0.437
取得資格方式				
檢覈考試/高考(參照組)				
特考	-0.023	0.166	-0.004	0.888
執業年資				
10 年以下(參照組)				
11 年~20 年	0.133	0.190	0.022	0.484
21 年~30 年	0.568	0.264	0.077	0.031
31 年以上	0.482	0.422	0.036	0.253

表 4-13、影響中醫師對病人安全態度之複迴歸分析(續)

變項	迴歸係數	標準誤	標準化係數	P 值
職稱				
院長(參照組)				
中醫部/科主任/副主任	-0.665	0.485	-0.039	0.170
其他主管	0.935	0.993	0.023	0.347
主治醫師	-0.516	0.158	-0.089	0.001
非主治醫師 (含住院醫師)	-0.555	0.587	-0.034	0.344
平均每週看診診次				
5 診以下(參照組)				
6~7 診	0.085	0.405	0.009	0.833
8~9 診	0.100	0.392	0.014	0.798
10~11 診	-0.040	0.399	-0.006	0.920
12~13 診	0.203	0.405	0.027	0.615
14~15 診	0.028	0.442	0.003	0.950
16~17 診	0.231	0.443	0.024	0.602
18 診以上	0.345	0.444	0.034	0.438
平均每診看診人次				
15 人次以下(參照組)				
16~30 人次	-0.221	0.184	-0.039	0.229
31~45 人次	0.183	0.236	0.024	0.439
46~60 人次	-0.115	0.328	-0.009	0.726
61~75 人次	0.009	0.708	0.000	0.990
76 人次以上	0.117	0.694	0.004	0.867
本身曾有遭遇醫療異常事件的經驗				
是(參照組)				
否	0.451	0.169	0.068	0.008
家人曾有遭遇醫療異常事件的經驗				
是(參照組)				
否	0.008	0.240	0.001	0.975

表 4-13、影響中醫師對病人安全態度之複迴歸分析(續)

變項	迴歸係數	標準誤	標準化係數	P 值
2009 年參與病人安全教育				
未參加 (參照組)				
1~5 小時	1.501	0.304	0.249	<0.001
6~10 小時	1.871	0.301	0.320	<0.001
11~15 小時	2.029	0.388	0.179	<0.001
16 小時以上	2.251	0.343	0.260	<0.001
具部定教職				
無(參照組)				
有	0.347	0.364	0.026	0.340
中醫師對病人安全之認知	1.040	0.085	0.302	<0.001

註：N=1424；R-square=0.242；調整後 R-square=0.215；F=8.960；P<0.001



表 4-14、影響中醫師對異常事件預防措施之複迴歸分析

變項	迴歸係數	標準誤	標準化係數	P 值
常數	6.617	0.807	0.000	<0.001
年齡				
40 歲以下(參照組)				
41 歲~50 歲	-0.175	0.120	-0.035	0.145
51 歲~60 歲	-0.113	0.146	-0.022	0.439
61 歲以上	-0.064	0.188	-0.008	0.732
教育程度				
高中職(含)以下(參照組)				
專科/學士	0.014	0.146	0.003	0.924
碩士/博士	0.099	0.165	0.017	0.548
其他	-0.030	0.197	-0.003	0.878
機構層級				
醫學中心(參照組)				
區域醫院	0.433	0.303	0.033	0.153
地區醫院	0.519	0.425	0.023	0.222
中醫醫院	0.499	0.346	0.032	0.150
中醫聯合診所	0.243	0.314	0.026	0.439
中醫診所	0.490	0.284	0.077	0.085
機構位置				
台北分局(參照組)				
北區分局	-0.022	0.130	-0.003	0.864
中區分局	0.232	0.102	0.043	0.023
南區分局	0.191	0.125	0.027	0.129
高屏分局	0.152	0.117	0.024	0.196
東區分局	0.511	0.267	0.030	0.056
取得資格方式				
檢覈考試/高考(參照組)				
特考	0.162	0.089	0.034	0.069
執業年資				
10 年以下(參照組)				
11 年~20 年	-0.015	0.102	-0.003	0.885
21 年~30 年	0.050	0.141	0.008	0.724
31 年以上	-0.023	0.226	-0.002	0.920

表 4-14、影響中醫師對異常事件預防措施之複迴歸分析(續)

變項	迴歸係數	標準誤	標準化係數	P 值
職稱				
院長(參照組)				
中醫部/科主任/副主任	-0.006	0.260	0.000	0.981
其他主管	0.400	0.532	0.012	0.453
主治醫師	-0.162	0.085	-0.033	0.058
非主治醫師 (含住院醫師)	-0.341	0.314	-0.025	0.279
平均每週看診診次				
5 診以下(參照組)				
6~7 診	-0.294	0.217	-0.037	0.175
8~9 診	-0.043	0.210	-0.007	0.838
10~11 診	-0.135	0.214	-0.023	0.528
12~13 診	-0.022	0.217	-0.004	0.918
14~15 診	-0.140	0.237	-0.016	0.555
16~17 診	-0.130	0.237	-0.016	0.583
18 診以上	-0.160	0.238	-0.019	0.503
平均每診看診人次				
15 人次以下(參照組)				
16~30 人次	-0.161	0.099	-0.034	0.102
31~45 人次	-0.072	0.126	-0.011	0.568
46~60 人次	0.064	0.176	0.006	0.715
61~75 人次	0.251	0.379	0.010	0.508
76 人次以上	-0.456	0.372	-0.020	0.221
本身曾有遭遇醫療異常事件的經驗				
是(參照組)				
否	0.111	0.091	0.020	0.222
家人曾有遭遇醫療異常事件的經驗				
是(參照組)				
否	0.010	0.129	0.001	0.935

表 4-14、影響中醫師對異常事件預防措施之複迴歸分析(續)

變項	迴歸係數	標準誤	標準化係數	P 值
2009 年參與病人安全教育				
未參加 (參照組)				
1~5 小時	0.122	0.164	0.024	0.457
6~10 小時	0.199	0.163	0.041	0.222
11~15 小時	0.354	0.210	0.037	0.092
16 小時以上	0.340	0.187	0.047	0.069
具部定教職				
無(參照組)				
有	-0.056	0.195	-0.005	0.774
中醫師對病人安全之認知	0.055	0.048	0.019	0.248
中醫師對病人安全之態度	0.669	0.015	0.797	<0.001

註：N=1424；R-square=0.692；調整後 R-square=0.681；F=61.807；P<0.001



第五章 討論

本研究針對台灣地區執業中醫師對病人安全之認知、態度及預防措施進行調查，根據中醫師問卷的填答分析結果，進行重要部分討論，主要分為五節，第一節為問卷回收率，第二節為對病人安全認知之探討，第三節為對病人安全態度之探討，第四節為對異常事件預防措施之探討，第五節對病人安全認知、態度與預防措施之相關性探討。

第一節 問卷回收率

本研究以全台灣之執業中醫師為研究對象，共發出問卷 5099 份，回收有效問卷 1424 份，有效問卷回收率為 27.9%。相較於盧昭文（1999）回收率 10.73%、李雅惠（2003）回收率 20.05%及王茹瑩（2006）回收率 15.52%相比，本研究有效問卷回收率是較高的。但是，與張必正（2002）回收率 28.89%，本研究的回收率是較低的。本研究雖對台灣所有執業中醫師發出問卷，但所回收之問卷，只取臨床業務上有施行針灸治療之中醫師的問卷為有效問卷，問卷回收率因此受到影響。

第二節 對病人安全認知之探討

中醫師對病人安全認知之量表中，完全答對者有 926 位 (65.1%)，最低答對題數為 7 題佔 0.4%，平均答對題數為 11.5 題 (95.8%) (詳見表 4-3)，顯示近九成六的中醫師對病人安全具正確認知。此結果與梁惠玉、章淑娟 (2006) 調查醫護人員的認知，平均答對率 80.2 相比，中醫師對病人安全的認知程度相對比醫護人員好。

認知部份分數最低的是「針灸治療會發生有關病人安全的意外事件」，只有 86.6% (1232 人) 具有正確認知；其次是「施針的部位若衣服無法掀起時，不可以直接從衣服上面下針」，只有 87.7% (1245 人) 具有正確認知。(詳見表 4-4)。本研究進一步探討，對「針灸治療會發生有關病人安全的意外事件」不具正確認知的中醫師，在取得資格方式上有何差異，得到結果「檢覈考試/高考」有 8.50% (54 人)，「特考」有 6.51% (51 人)，以「檢覈考試/高考」方式取得資格之中醫師有較高比例；機構位置(健保六區)部分，以「台北分局」(9.46%) (37 人) 比例較高，「高屏分局」(8.54%) (20 人) 居次。此外對「施針的部位若衣服無法掀起時，不可以直接從衣服上面下針」未具正確認知的中醫師，「檢覈考試/高考」有 9.29% (59 人)，「特考」有 14.81% (116 人)，以「特考」方式取得資格之中醫師有較高比例；機構位置(健保六區)部分，以「高屏分局」(17.09%) (40 人) 比例較高，其次為「北區分局」(14.94%) (26 人)；由此可見，機構位置屬「台北分局」(台北市、台北縣、基隆市、宜蘭縣、金門縣)和「高屏分局」(高雄縣、高雄市、屏東縣、澎湖縣)之中醫師在此二點的正確認知程度相較其他中醫師來得薄弱許多。

中醫師對病人安全認知的變異數分析，在個人基本資料中，吳

麗鴻（2006）的研究，「性別」對院內感染管制認知具有差異。而翁豐榮（2005）「醫療從業人員對醫院安全文化之認知」中卻發現「性別」對認知無顯著差異。本研究在「性別」部份，不同性別的中醫師對病人安全的認知無顯著差異，與翁豐榮（2005）的結果相同。

吳麗鴻（2006）和梁惠玉、章淑娟（2006）的研究「教育程度」對認知有差異。而翁豐榮（2005）的研究則顯示「教育程度」對認知無顯著差異。本研究在教育程度（高中職〔含〕以下、專科/學士、碩士/博士）部分，不同教育程度的中醫師對病人安全的認知無顯著差異，與翁豐榮（2005）的結果相同。

在主治科別（針灸科、針傷科、針內科、針傷內科、針內婦兒科）部分，本研究在變異數分析得到不同主治科別的中醫師對病人安全的認知有顯著差異的結果。與梁惠玉、章淑娟（2006）「醫護人員對醫療異常事件通報認知之探討」醫護人員科別不同，對通報認知有差異的結果是一致的。

第三節 對病人安全態度之探討

中醫師對病人安全態度之量表中，中醫師對病人安全多持正面態度（平均分數為 4.72）（滿分為 5 分）（詳見表 4-6），與張瓊等人（2009）調查與分析臨床醫師對病人安全的認知現狀所得結果相同。

態度量表中得分最低的是「施針前，會洗手或使用乾洗手（酒精）消毒手部」，平均分數為 4.39（滿分為 5 分）（詳見表 4-6）；其實乾洗手液殺菌的效果遠優於濕洗手，且對皮膚之刺激性也遠低於肥皂水。在醫療院所中乾洗手液越普及越好，每位醫護人員口袋中均隨身攜帶乾洗手液更好（王任賢，2008）。其次是「施針時，會做針數記錄」，平均分數為 4.40（滿分為 5 分）（詳見表 4-6）。本研究進一步探討，對「施針前，會洗手或使用乾洗手（酒精）消毒手部」不具正確態度（答一定不會和不太會）的中醫師，在取得資格方式上有何差異，得到結果「檢覈考試/高考」有 8.98%（57 人），「特考」有 7.41%（58 人），以「檢覈考試/高考」方式取得資格之中醫師有較高比例；機構位置（健保六區），以「台北分局」（9.97%）（39 人）和「高屏分局」（8.97%）（21 人）有較高比例。此外，對「施針時，會做針數記錄」未具正確態度（答一定不會和不太會）的中醫師，「檢覈考試/高考」有 9.13%（58 人），「特考」有 8.30%（65 人），以「檢覈考試/高考」方式取得資格之中醫師比例較高；機構位置（健保六區），以「高屏分局」（11.11%）（26 人）比例最高，「中區分局」（10.08%）（40 人）居次。由此可見「檢覈考試/高考」取得資格之中醫師及機構位置屬「台北分局」（台北市、台北縣、基隆市、宜蘭縣、金門縣）和「高屏分局」（高雄縣、高雄市、屏東縣、澎湖縣）之中醫師在正向態度程度上相較其他中醫師來得低落許多。

中醫師對病人安全態度之變異數分析，個人基本資料中，不同「年齡」的中醫師對病人安全之態度具統計上的顯著差異，且呈現年齡越高對病人安全之態度越好的趨勢。范曉寧（2007）「台北市醫學中心藥師對病人安全文化態度及其影響因素探討」的研究，藥師的年齡越大，在安全文化上的態度愈正向，與本研究的結果相同。王佳敏（2008）也發現醫護人員年齡較大（41歲以上）對病人安全文化態度越佳。

執業特性及經驗中，在「職稱」方面，不同職稱的中醫師對病人安全之態度具有顯著差異。與梁惠玉（2005）醫護人員因職稱不同對通報態度有顯著差異，及王佳敏（2008）不同職稱的醫護人員對病人安全文化態度呈顯著差異的結果相同。

「參與病人安全教育」部分，本研究的變異數分析與複迴歸分析中，皆發現「有參加者」不管教育時數多少其態度程度皆高於「未參加」者，達統計上的顯著差異，與鈕元瑛（2007）「護理人員對於異常事件通報態度與其組織文化的相關性探討」研究中，有上過病人安全在職教育會增進異常事件通報之態度結果相同。另外，王茹瑩（2005）與梁惠玉（2005）的研究在複迴歸分析的結果與本研究相當。

第四節 對異常事件預防措施之探討

中醫師對病人安全預防措施量表中得分最低的是「施針前，每次都有洗手或使用乾洗手（酒精）消毒手部」，平均分數為4.42（滿分為5分）（詳見表4-8）；其次是「施針時，您或護理人員每次都有做針數記錄」，平均分數為4.48（滿分為5分）（詳見表4-8）。進一步了解，對「施針前，每次都有洗手或使用乾洗手（酒精）消毒手部」不具正確預防措施(答沒有和很少)的中醫師，在取得資格方式上的差異，得到結果「檢覈考試/高考」4.88%（31人），「特考」3.32%（26人），以「檢覈考試/高考」方式取得資格之中醫師有較高比例；以機構位置（健保六區）來看，「台北分局」（5.37%）（21人）和「高屏分局」（4.70%）（11人）有較高比例。此外對「施針時，您或護理人員每次都有做針數記錄」未具正確預防措施(答沒有和很少)的中醫師，「檢覈考試/高考」有7.56%（48人），「特考」有4.98%（39人），以「檢覈考試/高考」方式取得資格之中醫師有較高比例；以機構位置（健保六區）來看，「高屏分局」（8.55%）（20人）和「台北分局」（6.39%）（25人）比例較高。由此可知，「檢覈考試/高考」方式取得資格和機構位置屬「台北分局」（台北市、台北縣、基隆市、宜蘭縣、金門縣）和「高屏分局」（高雄縣、高雄市、屏東縣、澎湖縣）之中醫師在預防措施方面有待加強。

中醫師對異常事件預防措施之變異數分析部分，在個人基本資料中，「年齡」在中醫師對異常事件之預防措施具統計上的顯著差異（ $P < 0.001$ ），經由事後檢定發現「51歲~60歲」、「61歲以上」預防措施程度高於「41歲~50歲」，而前三組又高於「40歲以下」這組，呈現中醫師年齡越高預防措施越好的趨勢。與劉美娟(2005)對護理人員的研究發現年齡對病人辨識作業執行及給藥護理作業執

行上具顯著性差異 ($p < 0.05$) 的結果相同。與王佳敏 (2008) 調查發現醫護人員年齡對病人安全行為表現呈顯著差異 ($p < 0.05$)，年齡較大(41 歲以上)對病人安全行為表現較佳的結果相似。與 Chia-Pang Shih et al. (2008) 對急診室醫護人員的研究提出護理人員年齡越高安全行為越好的結果一致。

在取得資格方式上，以「檢覈考試/高考」取得資格之中醫師在認知程度上高於「特考」中醫師，但是，在態度與預防措施的程度卻反過來低於「特考」中醫師，達顯著差異 ($P < 0.001$)。可能原因是「檢覈考試/高考」中醫師接受中、西醫相關教育課程的機會相對於「特考」中醫師多且普遍有關，所以認知程度較好。但在「特考」中醫師方面，可能因自己接受相關教育課程的機會相對減少，而在態度與預防措施方面更加小心留意，以彌補自己在教育機會上之不足。此與楊哲彥與楊秀儀 (2004) 的研究，檢覈考試取得資格者為高醫療糾紛發生率之中醫師特性之一的結果相呼應。

在「執業年資」部分，不同執業年資的中醫師在預防措施上具顯著差異 ($P < 0.001$)，且年資在 30 年以下的中醫師呈現年資越長預防措施做得越完備的趨勢。與「護理人員對病人安全措施認知、執行及相關因素之探討」(劉美娟，2005) 的研究，工作年資對病人辨識作業執行具顯著性差異 ($p < 0.05$) 的結果相似。

在「職稱」部分，本研究進行變異數分析發現，不同職稱的中醫師在預防措施上達顯著差異 ($P < 0.001$)，其中「院長」預防措施程度高於「主治醫師」和「非主治醫師(含住院醫師)」。與「醫護人員對病人安全文化態度及行為之研究」(王佳敏，2008) 所示，醫護人員職稱對病人安全行為表現呈顯著差異 ($p < 0.05$) 的結果相近。

「有參與病人安全教育者」與「本身沒有異常事件經驗者」皆有較高的預防措施程度，且有顯著差異。



第五節 認知、態度與預防措施之相關性探討

本研究在控制相關變項進行探討認知對態度之影響，發現當中醫師認知程度越高，其對病人安全之態度越正向，達統計上的顯著差異（ $P < 0.001$ ）。中醫師每增加一單位的認知，就會對病人安全之正向態度增加 1.040 個單位。此與梁惠玉（2005）認知與態度呈正相關，及楊鳳凰（2006）調查醫師對異常事件通報制度的認知程度越高，會伴隨越正向之態度的結果相呼應。

在控制相關變項進行探討態度對預防措施之影響方面，發現當中醫師對病人安全之態度越正向，其對異常事件之預防措施相對做得越好，具顯著差異（ $P < 0.001$ ）。中醫師每增加一單位的正向態度，就會對異常事件之預防措施增加 0.669 個單位。此與梁惠玉（2005）、楊鳳凰（2006）與黃英峰（2008）的研究結果態度會影響行為，及王佳敏（2008）以複迴歸分析醫護人員病人安全文化態度對病人安全行為表現呈現正相關的結果相似。

第六章 結論與建議

依據本研究目的、重要研究結果與討論，彙整出本研究的結論。本章共分四節，第一節針對六項研究假設，提出是否成立之驗證，第二節根據研究結果說明本研究之重要結論，第三節提出建議，第四節提出研究限制。

第一節 研究假設之驗證

本研究有六項研究假設，根據研究結果，提出驗證，詳見表 6-1。

表 6-1、研究假設與研究結果對照

研究假設	內 容	研究結果
假設一	中醫師的基本特性對病人安全的認知、態度及預防措施有顯著影響	
	中醫師的性別對病人安全的認知、態度及預防措施有顯著影響	不成立
	中醫師的年齡對病人安全的認知和預防措施有顯著影響	不成立
	中醫師的年齡對病人安全的態度有顯著影響	成立
	中醫師的教育程度對病人安全的認知、態度及預防措施有顯著影響	不成立
假設二	中醫師的執業機構特性對病人安全的認知、態度及預防措施有顯著影響	
	中醫師的機構層級對病人安全的認知、態度及預防措施有顯著影響	不成立

表 6-1、研究假設與研究結果對照(續)

研究假設	內 容	研究結果
	中醫師的機構位置對病人安全的認知和態度有顯著影響	不成立
	中醫師的機構位置對病人安全的預防措施有顯著影響	成立
	中醫師的機構屬性對病人安全的認知、態度及預防措施有顯著影響	不成立
假設三	中醫師的執業特性及經驗對病人安全的認知、態度及預防措施有顯著影響	
	中醫師的取得資格方式對病人安全的態度和預防措施有顯著影響	不成立
	中醫師的取得資格方式對病人安全的認知有顯著影響	成立
	中醫師的工作職稱對病人安全的認知和預防措施有顯著影響	不成立
	中醫師的工作職稱對病人安全的態度有顯著影響	成立
	中醫師的執業年資對病人安全的認知和預防措施有顯著影響	不成立
	中醫師的執業年資對病人安全的態度有顯著影響	成立
	中醫師的主治科別對病人安全的認知、態度和預防措施有顯著影響	不成立
	中醫師的平均每週看診診次對病人安全的認知、態度及預防措施有顯著影響	不成立
	中醫師的平均每診看診人次對病人安全的認知有顯著影響	成立
	中醫師的平均每診看診人次對病人安全的態度和預防措施有顯著影響	不成立

表 6-1、研究假設與研究結果對照(續)

研究假設	內 容	研究結果
	中醫師的病人安全教育時數對病人安全的認知和預防措施有顯著影響	不成立
	中醫師的病人安全教育時數對病人安全的態度有顯著影響	成立
	中醫師的本人異常事件經驗對病人安全的認知和預防措施有顯著影響	不成立
	中醫師的本人異常事件經驗對病人安全的態度有顯著影響	成立
	中醫師的家人異常事件經驗對病人安全的認知、態度及預防措施有顯著影響	不成立
	中醫師是否任教職對病人安全的認知、態度及預防措施有顯著影響	不成立
假設四	中醫師對病人安全的認知會影響其對病人安全的態度	成立
假設五	中醫師對病人安全的態度會影響其對異常事件的預防措施	成立
假設六	中醫師對病人安全的認知會影響其對異常事件的預防措施	不成立

第二節 結論

國內自 2002 年才開始針對醫師進行有關病人安全的研究。之前有關中醫師對病人安全的認知、態度與行為的研究所見不多。中醫師對病人安全的參與，相對西醫師而言較少。

本研究主要是探討中醫師對病人安全之認知、態度與預防措施的相關性，透過問卷調查的方式，針對全國 5099 位執業中醫師為研究對象，進行普查，分析其中影響之關鍵因素，提供中醫主管機關進行中醫師教育及臨床工作推展之參考。以下簡述本研究重要之結論：

中醫師對病人安全的認知、態度與預防措施的程度普遍很高，但在「針灸治療會發生有關病人安全的意外事件」、「施針的部位若衣服無法掀起時，不可以直接從衣服上面下針」、「施針前，要洗手或使用乾洗手（酒精）消毒手部」及「施針時，要做針數記錄」四方面有待加強。本研究進一步發現還有 13% 左右的中醫師在這四項議題上沒有正確的認知、態度和行為，其中「特考」中醫師在「若衣服無法掀起時，不可以直接從衣服上面下針」的認知較為不足，而「檢覈考試/高考」中醫師則在「針灸治療會發生有關病人安全的意外事件」的認知部分以及「施針前，要使用乾洗手（酒精）消毒手部」、「施針時，要做針數記錄」的態度和行為部分顯現不足有待加強；機構位置屬「台北分局」（台北市、台北縣、基隆市、宜蘭縣、金門縣）之中醫師對於「針灸治療會發生有關病人安全的意外事件」之認知部分以及「施針前，要使用乾洗手（酒精）消毒手部」的態度和行為部分較為不足，「高屏分局」（高雄縣、高雄市、屏東縣、澎湖縣）之中醫師則在「若衣服無法掀起時，不可以直接從衣服上面下針」之認知部分以及「施針時，要做針數記錄」的態度和行為部分需多加強。

中醫師年齡越大及參與安全教育時數越多則對病人安全的態度

越正面。認知方面「取得資格的方式」和「平均每診看診人次」為主要影響因素。態度方面「年齡」、「執業年資」、「職稱」、「本身曾有遭遇醫療異常事件的經驗」、「參與病人安全教育」、「中醫師對病人安全之認知」等為主要影響因素。異常事件之預防措施方面「機構位置」和「中醫師對病人安全之態度」為主要影響因素。

整體而言，中醫師對病人安全的認知會正向影響態度，態度會正向影響對異常事件之預防措施。



第三節 建議

一、對衛生主管機關的建議

衛生署應加強針對全國中醫師在病人安全相關議題上的宣導，尤其針對「針灸治療會發生有關病人安全的意外事件」、「施針的部位若衣服無法掀起時，不可以直接從衣服上面下針」、「施針前，要洗手或使用乾洗手（酒精）消毒手部」、「施針時，要做針數記錄」這四項議題。

二、對教育單位的建議

在中醫系與學士後中醫系相關課程的規劃上，應著重於「針灸治療，會發生意外事件」之認知及「施針前，要消毒手部」、「施針時，要做針數記錄」的態度和行為部分；而對「特考」中醫師則應在「不可以直接從衣服上面下針」之認知部分多加強。

「台北分局」（台北市、台北縣、基隆市、宜蘭縣、金門縣）之中醫師應著重「針灸治療，會發生意外事件」之認知及「施針前，要消毒手部」的態度和行為部分；「高屏分局」（高雄縣、高雄市、屏東縣、澎湖縣）之中醫師則應在「不可以直接從衣服上面下針」之認知部分及「施針時，要做針數記錄」的態度和行為部分多宣導。

唯有安排適切的病人安全教育課程，提昇中醫師的正確認知及正向態度，以確保中醫師做出更完善的安全行為，才能維護針灸治療時的病人安全，提升醫療品質，降低醫療糾紛。

三、對中醫師的建議

針灸治療最讓病人擔心的，除了疼痛之外，就是感染和安全的問題，感染以「施針前，醫師沒有消毒手部」和「醫師直接從衣服上面下針」最讓人詬病，而忘記拔針也是常見的醫療疏失之一；中醫師若

能以病人為中心，設身處地為病人著想，就能放棄自己的「習慣」和「堅持」，增加一些設備(如多置乾洗手液、拉簾、針數記錄紙)，做到「施針前，醫師有消毒手部」、「醫師不直接從衣服上面下針」和「施針時，有做針數記錄」，如此，必能提高針灸的安全性，讓接受針灸治療的病人更放心，對中醫師更有信心，提昇病患滿意度，進而促進中醫針灸治療之醫療品質。

四、對後續研究者的建議

本研究只針對有施行針灸治療之執業中醫師進行對病人安全的認知、態度及預防措施之調查，後續研究者可以進一步對傷科醫師、復健科醫師、傷科師父或復健師進行有關病人安全之研究。



第四節 研究限制

針對本研究未臻完善之處，提出下列研究限制：

- 一、本研究以自填式問卷方式進行調查，回覆者與未回覆者對病人安全的認知、態度及預防措施是否相同，需要進一步的瞭解。
- 二、本研究屬於橫斷式研究，各變項的研究分析結果，僅能就當時的結果作評論與推估，無法進一步延展。
- 三、本研究採用結構式問卷調查法，研究結果以量化分析，僅能了解群體的現象，對於個別及特殊情形無法做進一步的探討。
- 四、本研究在「參與病人安全教育時數」上存在回想偏差。



參考文獻

一、英文部份

Andrews L.B., Stocking C., Krizek T., Gottlieb L., Krizek C., Vargish T., & Siegler M. (1997). An alternative strategy for studying adverse events in medical care. *Lancet*, 349, 309~313.

Burdon Douglas W. (1983). Acupuncture needles as a cause of bacterial endocarditis. *British Medical Journal*, 287; 689.

Brennan TA., Leape LL., & Laird N.M. (1991). Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *The New England Journal of Medicine*, 324, 370~376.

Bruner J. S. (1973). *Beyond the information given: In the psychology of knowing*. New York: W. W. Norton & Company.

Carron H., Epstein BS, & Grand B. (1974). Complications of acupuncture. *Journal of the American Medical Association*, 228, 1552~1554.

Kohn L.T., Corrigan J.M., & Donaldson M.S. (1999). *To Err is Human : Building a safer Health System*. Washington, DC :National Academy press.

Cooper JB, Gaba DM, Liang B, Woods D, & Blum LN. (2000). National Patient Safety Foundation agenda for research and development in patient safety. *Medscape general medicine*, 2 (4). Available at; www.medscape.com / Medscape general medicine / PatientSafety

Chia-Pang Shih, Li-Yuan Chang, Jih-Chang Chen, Chip-Jin Ng, William Reinfeld, & Kuang-Hung Hsu (2008). Influencing Safety Behavior of Medical Staffs in Emergency Room of a Medical Center in Taiwan. *管理學報*, 25(4), 451-465.

Ernst E., & White A. (1997). Acupuncture: safety first . *British Medical Journal*, Editorials 314:1362.

Ernst E., & White AR. (2001). Prospective studies of the safety of acupuncture: a systematic review. *The American Journal of Medicine*, 110 (6), 481~485.

- Gotshalk D. W. (1962). *Art and the social order*. New York: Dover Publishing Copr, Inc.
- Goldberg I. (1973). Pneumothorax associated with acupuncture. *Medical Journal of Australia*, 1 (19) , 941~942.
- Hsu DT., & Diehl DL. (1998). The west gets the points. *The Lance*, 352.
- Leape LL., Brennan TA., Laird N.M, Lawthers AG., Localio AR., Barnes BA., Hebert L., Newhouse JP., Weiler PC., & Hiatt H. (1991). The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. *The New England Journal of Medicine*, 324(6), 377~384.
- Niggemann B., & Grube C. (2003). Side effects of complementary and alternative medicines. *Allergy*, 58, 707~716.
- Norheim AJ. (1996). Adverse effects of acupuncture: a study of the literature for the years 1981~1994. *Journal of Alternative and Complementary Medicine* , 2 (2) , 291~297.
- Perrow C. (1999). *Normal Accidents: Living with High~Risk Technologies*. Princeton.NJ; Princeton University Press.
- Ritter HG., & Tarala R. (1978). Pneumothorax after acupuncture. *British Medicine Journal*, 2, 602~603
- Schioler T., Lipczak H., Pedersen BL., Moqensen TS., Bech KB., Stockmarr A., Svenning AR., & Frolich A. (2001). Incidence of adverse events in hospitals. A retrospective study of medical records. *Ugeskrift for Laeger* ,163(39), 5370~5378.
- Thomas EJ., & Perersen LA. (2003). Measuring errors and adverse events in health care. *Journal of General Internal Medicine*, 18 (1), 61~67.
- Thomas EJ., Studdert DM., Newhouse JP., Zbar BI., Howard K.M., Williams EJ., & Brennan TA. (1999). Costs of medical injuries in Utah and Colorado. *Inquiry*, 36 (3), 255~264.

- Thomas EJ., Studdert DM., Burstin HR., Orav EJ., Zeena T, Williams EJ., Howard K.M., Weiler P.C., & Brennan TA. (2000). Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado. *Medicine Care*, 38 (3), 261~271.
- Vilke G.M., & Wulfert E.A. (1997). Case reports of two patients with pneumothorax following acupuncture. *Journal of Emergency Medicine*, 15 (2), 155~157.
- Vincent C., Neale G., & Woloshynowych M. (2001). Adverse events in British hospitals: Preliminary retrospective record review. *British Medicine Journal*, 322, 517~519.
- Waldman I. (1974). Letter: Pneumothorax from acupuncture. *New England Journal of Medicine*, 290, 633.
- Wilson R.M., Runciman W.B., Gibberd R.W., Harrison B.T., Newby L., & Hamiton J. D. (1995). The quality in Australian health care study. *The Medical Journal of Australia*, 163, 458~471.
- Yamashita H., Tsukayama H., White A.R., Tannoy, Sugishita C., & Ernst E. (2001). Systematic review of adverse events following acupuncture: the Japanese Literature. *Complement Therapies in Medicine*, 9 (2), 98~104.

二、中文部份

- 王任賢 (2008)。國內外洗手的趨勢與發展。《醫療品質雜誌》，2 (5)，23~26。
- 王佳敏 (2008)。醫護人員對病人安全文化態度及行為之研究—以急診部門及麻醉部門為例。中臺科技大學醫護管理研究所碩士論文。
- 王宇恒、常存庫、黃寅焱 (2005)。針灸療法禁忌症的歷史探究。《針灸臨床雜誌》，21 (7)，49~51。
- 王茹瑩 (2006)。台北市西醫與中醫診所之醫師對病人安全的認知與態度。台北醫學大學醫務管理學研究所碩士論文。
- 中華民國中醫師公會全國聯合會 (2008年5月23日)。「中醫醫療院所針灸標準作業程序」審查認證合格之中醫醫療院所。2009年5月24日取自 <http://www.twtm.tw>
- 石崇良、侯勝茂 (2004)。病人安全之現況與建議。《台灣醫學》，8 (4)，521~527。
- 行政院衛生署 (2009，7月20日)。醫事人員執業資料。2009年8月1日取自 <http://www.doh.gov.tw>
- 行政院衛生署 (2005，10月18日)。病人安全名詞定義。2009年5月24日取自 <http://www.doh.gov.tw>
- 行政院衛生署 (2005，10月18日)。中醫醫療院所安全作業參考指引。2009年5月24日取自 <http://www.doh.gov.tw>
- 汪宗哲、蔡甫昌、陳慶餘 (2005)。醫療傷害與錯誤的告知。《當代醫學》，32 (3)，45~46。
- 杜惠娟、林綽娟、林昭庚、郭淑瑜、楊瓊芳、黃頌儼 (2005)。臨床針灸照護安全性之初探。《中華針灸醫學雜誌》，69~74。
- 李珊、盧玉 (2002)。針灸教學宜加強針刺意外教育。《現代中藥雜誌》，4，48~49。
- 李戎、羅永芬 (2001)。簡析《針灸甲乙經》中的禁(慎)針、禁(慎)灸腧穴。《中國針灸》，21 (11)，695~698。
- 李伯黍、楊爾衢、孫名之、陳澤川、袁軍、張榮華、傾海根、唐本予、李維茹、李正雲 (譯) (2003)。《心理學辭典》。台北：五南書局。Arthur S. Reber, (2002)

- 李雅惠 (2003)。醫院推行實證醫學現況、醫師認知與推行態度及其影響因素探討~以台北市區域級以上醫院為例。臺北醫學大學醫務管理學系碩士論文。
- 林慧菁 (2006)。禽流感預防認知態度行為研究-以中部某大學為例。亞洲大學健康管理研究所碩士論文。
- 林秋梅、林朝順、王宗倫、張衍 (2002)。比較針灸和Meperidine對急性尿路結石痛病患之止痛效果。中華民國急救加護醫學會雜誌。
- 林昭庚 (1988)。新針灸大成。台中：中國醫藥大學針灸研究中心。
- 林昭庚 (2001)。針灸臨床處方參考手冊之研究。行政院衛生署中醫藥年報，21林 (1)，1~112。
- 林昭庚、陳俊明、施純全、陳欣欣 (2001)。中醫師人力現況與規劃。中醫藥雜誌，12 (4)，231-242。
- 叔娟 (2004)。運用醫療失效模式與效應分析於手術流程之病人安全評估~以中部某區域教學醫院為例。私立中國醫藥大學醫務管理研究所碩士論文。
- 吳麗鴻 (2006)。探討中小型醫療機構醫護人員對院內感染管制認知程度~以彰化地區為例。大葉大學事業經營研究所碩士論文。
- 邱文達、石崇良、侯勝茂 (2004)。病人安全與醫學倫理~建構以病人為中心的醫療體系。台灣醫學人文學刊，5 (1) (2)，60~96。
- 陳榮基、謝啟瑞 (1992)。醫療糾紛對醫療成本之影響。行政院衛生署八十年度委託研究計畫，pp. I-II, 44~46。
- 陳德生 (1995)。針灸臨床取穴圖。台北：文光圖書有限公司。
- 孫茂峰、孫櫻芳 (2002)。從事嚴謹的針刺臨床研究應該考慮的項目。中醫藥雜誌，13 (1)：33~38，2002。
- 財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會 (2008)。台灣病人安全通報系統 (Taiwan Patient Safety Reporting System) 2006年回顧。醫療品質雜誌，2 (1)，81~84。
- 徐永芳 (2004)。從北城醫院事件探討台灣醫院評鑑制度導入病人安全的改革。私立長庚大學醫務管理研究所碩士論文。
- 徐光國 (1966)。社會心理學。台北：五南書局。
- 范曉寧 (2007)。台北市醫學中心藥師對病人安全文化態度及其影響因素探討。臺北醫學大學醫務管理學研究碩士論文。

- 翁豐榮 (2005)。醫療從業人員對醫院安全文化之認知。高雄醫學大學公共衛生學研究所碩士論文。鈕元瑛 (2007)。護理人員對於異常事件通報態度與其組織文化的相關性探討。臺北醫學大學醫務管理學研究所碩士論文。
- 許昇峰 (2002, 3月6日)。針灸醫學介紹。2009年5月24日取自 <http://ejournal.nricm.edu.tw/nricm2>
- 梁惠玉 (2005)。醫護人員對醫療異常事件通報認知、態度與通報行為相關性探討。慈濟大學護理研究所碩士論文。
- 梁惠玉、章淑娟 (2006)。醫護人員對醫療異常事件通報認知之探討。志為護理~慈濟護理雜誌, 5 (1), 88~97。
- 黃英峰 (2008)。惠蓀林場遊客環境態度及行為意向之研究。國立中興大學森林學研究所碩士論文。
- 張瓊、陳熹陽、周洋、范志宇、董欣欣、劉穎、王飛、王清海、萬曉莉、段玉蓉、張鳴明 (2009)。臨床醫師對病人安全的認知現狀調查與分析。中國循證醫學雜誌, 9 (1), 26~29。
- 張仁 (2004)。針灸意外事故的歷史與現狀。中西醫結合學報, 2 (4), 306~313
- 張銘智 (2007)。運用醫療失效模式與效應分析於住院給藥流程安全評估。長榮大學醫務管理研究所碩士論文。
- 張春興 (1989)。張氏心理學辭典。台北：東華書局。
- 張必正 (2003)。醫師對於病人安全相關議題的認知、看法與因應行為之研究~以北部醫院醫師為例。國立台灣大學醫療機構管理研究所碩士論文。
- 楊哲彥、楊秀儀 (2004)。台灣地區中醫與西醫醫療糾紛的差異。中醫藥雜誌 15 (1): 1~15, 2004。
- 楊甲三 (1990)。針灸學 (上) (下)。台北：知音出版社。
- 楊秀儀 (2003)。醫療錯誤與病人安全~台灣醫療糾紛新契機。台北市醫療安全管理研討會。
- 楊鳳凰 (2006)。醫師對醫療異常事件通報之認知、態度及行為相關因素之研究~以中部地區某區域醫院為例。亞洲大學健康管理研究所碩士論文。
- 劉洪香水、賴玫伶、黃曼玲 (2006)。醫院內部醫療異常事件通報管理資訊系統建置與導入之個案研究~以某區域教學醫院為例。醫療資訊雜誌, 15 (1), 67~76。

- 劉美娟 (2005)。護理人員對病人安全措施認知、執行及相關因素因素之探討。弘光科技大學護理研究所碩士論文。
- 盧昭文 (1999)。醫師遭遇醫療糾紛之經驗與其認知、態度對醫師行為影響之研究~以大台北地區為例。國立臺灣大學醫療機構管理研究所碩士論文，1999。
- 薛立功、王雪苔 (1995)。世界衛生組織推薦 43 種疾病，針灸臨證指南。北京：中國計量。
- 薛亞聖、石崇良 (2003)。建立安全的醫療環境~病人安全架構之規劃研究。衛生署研究計劃報告書。
- 鄭紹成 (2009)。企業管理。台北：前程文化。
- 蕭博懷 (2003)。從西方醫學內科教科書對針灸療效和併發症之介紹~對發揚針灸醫學之討論。中華針灸醫學會雜誌，6，109~112。



附錄一 問卷

中醫師之病人安全認知、態度及預防措施調查問卷

親愛的醫師您好：

由衷感謝您在百忙之中填答本問卷，這是一份學術研究問卷，目的在於了解中醫師對「病人安全」之認知、態度及預防措施，問卷採不具名方式，研究結果僅供學術研究使用，資料絕對保密，敬請放心填答。

懇請您提供寶貴的意見，並儘可能不要遺漏题目的填答，以保持研究的完整性，若有任何填答上之疑問，敬請隨時與我聯絡，非常感謝您的鼎力相助，謹向您致上最誠摯之謝意！

崑此 謹祝

身體健康！萬事如意！

中國醫藥大學醫務管理學研究所

指導教授：蔡文正博士

研究生：顏素美

聯絡電話：0910-087656

e-mail：suhmayyen@yahoo.com.tw

【一】填答者對病人安全之認知

衡量項目	不同意	同意
1.針灸治療很安全，不會發生有關病人安全的意外事件。		
2.中醫師每針一位患者，就要洗手或使用乾洗手（酒精）消毒手部。		
3.施針前，應再一次核對病人身份。		
4.施針前，施針部位應先用 75%酒精消毒後再下針。		
5.施針的部位若衣服無法掀起時，可以直接從衣服上面下針。		
6.病人暈針時，不必做任何處理，病人會自己醒來。		
7.施針時，應記錄針數。		
8.拔針時，若針孔出血，應以無菌技術操作止血。		
9.醫療場所應鼓勵病人及其家屬參與病人安全工作，並落實民眾申訴管道。		
10.中醫師應依相關規定載明病人基本資料及製作實體病歷。		
11.使用過的針灸廢針可以集中起來，自行消毒再利用。		
12.沾有血液的棉球可以放入一般垃圾筒。		

【二】填答者對病人安全之態度

衡量項目	一定不會 (1)	不太會 (2)	沒意見 (3)	大都會 (4)	一定會 (5)
1.您認為針灸時您會隨時觀察病人反應，以預防意外或不良狀況發生。					
2.您覺得每針一位患者，施針前，您會洗手或使用乾洗手（酒精）消毒手部。					
3.您認為施針前，您會再一次核對病人身份。					
4.您覺得施針前，施針部位您會先用 75%酒精消毒後再下針。					
5.您認為施針時，您會做針數記錄。					
6.您覺得拔針時，若針孔出血，您會以無菌技術操作止血。					
7.您認為您會積極地傾聽民眾或病人有關病人安全的意見。					
8.您覺得您會依相關規定載明病人基本資料及製作實體病歷。					

【三】填答者對異常事件的預防措施

衡量項目	沒有 (1)	很少 (2)	偶而 (3)	常常 (4)	總是 (5)
1.針灸時您每次都有注意觀察病人反應，以預防意外？					
2.每針一位患者，施針前，您每次都有洗手或使用乾洗手（酒精）消毒手部？					
3.每次施針前，您有再一次核對病人身份？					
4.施針前，施針部位您每次都先用 75%酒精消毒後再下針？					
5.拔針時，您或護理人員每次都有比對針數記錄？					
6.您有積極地處理（或改善）民眾或病人所提有關病人安全的意見？					
7.您有依相關規定製作實體病歷？					

【四】填答者基本資料

- 1.性別：男 女
- 2.年齡：民國_____年出生
- 3.教育程度：高中職（含）以下 專科/學士 碩士/博士 其他_____

【五】填答者執業機構特性

- 1.機構層級：醫學中心 區域醫院 地區醫院 中醫醫院
中醫聯合診所 中醫診所
- 2.機構位置：_____市或_____縣
- 3.機構屬性：公立 私立 財團法人 社團法人

【六】填答者執業特性及經驗

- 1.取得醫師資格方式：檢覈考試/高考 特考
- 2.執業年資：共____年____月
- 3.職 稱：院長 中醫部/科主任/副主任 其他主管 主治醫師
非主治醫師（含住院醫師） 其他_____
- 4.主治科別：針灸科 針傷科 針內科 針傷內科 針內婦兒科
其他_____
- 5.平均每週看診診次：≤5 診 6~7 診 8~9 診 10~11 診
12~13 診 14~15 診 16~17 診 ≥18 診
- 6.平均每診看診人次：≤15 人次 16~30 人次 31~45 人次
46~60 人次 61~75 人次 ≥76 人次
- 7.您本身是否曾有遭遇醫療異常事件的經驗（例如：醫療傷害或糾紛）：是 否
- 8.您的家人是否曾有遭遇醫療異常事件的經驗（例如：醫療傷害或糾紛）：是 否
- 9.2009 年參與病人安全教育（感染控制、針灸/用藥安全）時數：
未參加 1~5 小時 6~10 小時 11~15 小時 16 小時以上
- 10.具教育部部定教職：有 無

本問卷到此結束，請您再次確認有否遺漏！

【請將問卷反折再對折，貼上封口貼紙，投入郵筒寄回（免郵票），謝謝您！】