

中國醫藥大學

醫務管理學研究所碩士論文

編號：IHAS-469

醫師與病人對主動告知醫療錯誤之經驗及態度  
差異之分析

**The differences of experience and attitude on medical errors  
disclosure between physicians and patients**

指導教授：戴志展老師

研究生：周叡瑜 撰

中華民國一百年七月

私立中國醫藥大學醫務管理學碩士班

周敏瑜 君所撰之碩士論文

經本委員會審查通過。

論文考試委員會委員

許連川

戴志展

蕭景恩

指導教授

戴志展

碩士班主任

蔡文子

中華民國100年7月

## 摘要

**背景與目的：**美國醫學研究機構(Institute of Medicine，簡稱 IOM) 1999 年發表以醫療錯誤為主題之報告書“To Err is Human”，指出每年超過一百萬人有經歷過醫療傷害，其中導致的死亡人數為 4,400 至 9,800 人，於當年國民主要死因排名第八位，高於乳癌、交通事故、愛滋病死亡之人數(Kohn, Corrigan, Donaldson, McKay, & Pike, 2000)。大部分醫療人員知道儘管提供之醫療照護服務是最好的，都可能有潛在的風險及錯誤，當醫療錯誤發生後，國外的環境以主動告知 (disclosure medical error) 來因應此問題，甚至有明確規定主動告知的標準，將其列為醫院評鑑範圍。然而，國外雖明文規定相關主動告知醫療錯誤政策，但醫師對主動告知醫療錯誤仍有著抗拒心態，主要因素為醫病雙方觀念不同，因而形成告知醫療錯誤的落差，使主動告知成為一項難題。在得知國外狀況後，本研究希望瞭解國內醫病雙方對主動告知醫療錯誤後態度之差異。

**研究方法：**本研究採次級資料分析，以兩份主題相同之問卷，而研究對象分別為醫師及病人之回收問卷資料進行分析，分析方式以兩份問卷中，擷取出相同概念題目作為探討，醫師樣本數為452份，病人樣本數為1,330份，以SPSS 12.0進行描述性、雙變項及多變項之分析。

**研究結果：**主動告知醫療錯誤之意願中，醫師對主動告知「輕微」及「嚴重」醫療錯誤之意願低於病人；促進主動告知醫療錯誤之條件中，醫師對病人狀況會促進主動告知之認同度低於病人；主動告知醫療錯誤後醫病雙方之態度中，醫師對「醫師被醫院處罰」、「醫病關係惡化」之認同度低於病人；而醫師對於「病人的行為會影響醫師日常生活」、「病人會採取法律途徑」、「醫院名聲受損」及「醫師在業界名聲受損」及「病人會對醫師失去信心」之認同度高於病人；以複迴歸分析得知身份別及性別為主要影響主動告知醫療錯誤之因素。

**結論與建議：**醫院可鼓勵醫師勇於面對醫療錯誤，將主動告知醫療錯誤納入醫師教育訓練；醫院可建立機制，對病人告知醫療錯誤後，給予病人生理、心理及社會上之支持。

**關鍵字：**主動告知、醫療錯誤、態度。

# Abstract

**Objective:** According to Institute of Medicine (IOM) report, ‘To Err Is Human’, there were more than 1 million medical injuries happened in United States, and estimated that 44,000–98,000 deaths occurred in US hospitals each year. Disclosure plays an important role in dealing medical errors, although most physicians are still reluctant to disclose medical error to patients. A gap exists between patient’s and physician’s attitudes in disclosure. The aim of this research is to understand the difference of attitudes on disclosure medical errors between physicians and patients.

**Methods:** The study was a secondary analysis. We adopted two dissimilar questionnaires, which investigated physicians and patients in different times with two similar questionnaires. Questions with similar concepts were retrieved for analysis and comparison. The total sample size was 1,782, including 452 physicians and 1,330 patients.

**Result:** Physicians were more reluctant to disclose medical error than patients were. In promotion factor of disclosing medical errors, physicians more disagreed ‘patient's condition’ could promote disclosure than patients did. In attitudes of physicians and patients on disclosure medical errors, physicians more disagreed ‘concerning to be punished’ and ‘concerning doctor-patient relationship will be affected’ than patients did; and physicians more agreed ‘Concerning patient having unreasonable action’, ‘Concerning to be sued’, ‘Concerning the hospital disrepute’, ‘Concerning of reputation damage’ and ‘Concerning patients will lose confidence to physicians’ than patient’s did. Identification and age were

the main factors that will influence of the disclosure medical error factors.

**Conclusion:** There appears to be a gap between physician's and patient's attitudes in medical error disclosure. This research suggests that our society needs to shorten the gap in the future.

**Keywords :** Disclosure, Medical errors, Attitude





## 致謝

從一開始到現在，一年多的時間終於將讀研究所這件事情完成了，真的要感謝的許多人。首要感謝的人就是戴志展老師，在論文上不斷給予細心的指導，也針對我許多不足的地方給予糾正與建議，戴老師對我的諄諄教誨直到將來我出了社會，也一定會牢牢記住。

再來，很感謝我的口試委員范建得老師與蕭宏恩老師，有老師們的建議，讓我的論文能更加完整。謝謝第二十六屆的同學們，感謝悅馨和致超在統計上給予我指導；感謝依珊、子豪、宛臻、舒涵、怡如、宜芳、宇綾、柏勳、慎茹、奕珠和雅君的鼓勵與幫忙；感謝馨儀、品依和美燁一路上的陪伴，真的很幸運有這個緣份能讓我們相聚一起。感謝彰濱實習認識的夥伴們給予的支持與關心。感謝大學的湘婷、群惠、沂萱和遠在花蓮的好朋友建芳總是不斷關心我的生活起居及論文進度。

最後是感謝我的父母和弟弟們給我一個幸福的家庭和關懷，讓我可以無後顧之憂的完成我的學業，家人是我堅持下去的最大動力。

# 目錄

摘要 .....	i
Abstract.....	iii
致謝 .....	v
表目錄 .....	viii
圖目錄 .....	xi
<b>第一章 緒論 .....</b>	<b>1</b>
第一節 研究背景與動機 .....	1
第二節 研究目的 .....	4
<b>第二章 文獻探討 .....</b>	<b>5</b>
第一節 醫療錯誤 .....	5
第二節 態度 .....	10
第三節 主動告知醫療錯誤 .....	14
第四節 主動告知醫療錯誤阻礙因素 .....	31
第五節 主動告知醫療錯誤之促進因素 .....	37
第六節 主動告知醫療錯誤之效益 .....	43
第七節 醫病雙方對主動告知醫療錯誤之差異 .....	46
<b>第三章 研究方法 .....</b>	<b>58</b>
第一節 研究架構 .....	58
第二節 研究假設 .....	59



第三節 研究進行方式 .....	61
第四節 變項操作型定義 .....	67
第五節 分析工具 .....	70
<b>第四章 研究結果 .....</b>	<b>71</b>
第一節 描述性分析 .....	71
第二節 雙變項分析 .....	84
第三節 多變項分析 .....	95
<b>第五章 討論 .....</b>	<b>105</b>
第一節 主動告知醫療錯誤之意願 .....	105
第二節 促進主動告知醫療錯誤條件 .....	110
第三節 主動告知醫療錯誤後醫病雙方之態度 .....	113
<b>第六章 結論與建議 .....</b>	<b>122</b>
第一節 結論 .....	122
第二節 建議 .....	125
第三節 研究限制 .....	129
<b>參考文獻 .....</b>	<b>130</b>

## 表目錄

表 2-3-1：SAFE PRACTICE 告知非預期結果之要點 .....	19
表 2-3-2：醫師法與醫療法.....	22
表 2-3-3：主動告知過程相關資訊 .....	30
表 2-6-1：主動告知醫療錯誤之效益 .....	45
表 2-7-1：醫師與病人對主動告知醫療錯誤之差異 .....	57
表 3-3-1: 研究變項與操作型定義 .....	67
表 4-1-1：基本資料.....	72
表 4-1-2：主動告知醫療錯誤之意願 .....	74
表 4-1-3：主動告知「輕微」醫療錯誤之意願 .....	74
表 4-1-4：主動告知「嚴重」醫療錯誤之意願 .....	74
表 4-1-5：促進主動告知醫療錯誤之條件 .....	76
表 4-1-6：認同「病人可理性溝通」時會促進醫師主動告知醫療錯誤	

.....	76
表 4-1-7：認同「與病人熟悉度高」時會促進醫師主動告知醫療錯誤 .....	76
表 4-1-8：主動告知醫療錯誤後醫病雙方之態度 .....	81
表 4-1-9：認同主動告知醫療錯誤後「病人的行為會影響醫師日常作 業」 .....	82
表 4-1-10：認同主動告知醫療錯誤後「病人會採取法律途徑」 .....	82
表 4-1-11：認同主動告知醫療錯誤後「醫師被醫院處罰」 .....	82
表 4-1-12：認同主動告知醫療錯誤後「醫院名聲受損」 .....	82
表 4-1-13：認同主動告知醫療錯誤後「醫師在業界名聲受損」 .....	83
表 4-1-14：認同主動告知醫療錯誤後「醫病關係惡化」 .....	83
表 4-1-15：認同主動告知醫療錯誤後「病人會對醫師失去信心」 ..	83
表 4-2-1：基本資料與主動告知醫療錯誤意願之差異分析 .....	90
表 4-2-2：基本資料與促進主動告知醫療錯誤條件之差異分析 .....	91

表 4-2-3：基本資料與主動告知醫療錯誤後醫病雙方態度之差異分析 .....	92
表 4-2-3：基本資料與主動告知醫療錯誤後醫病雙方態度之差異分析 (續一) .....	93
表 4-2-3：基本資料與主動告知醫療錯誤後醫病雙方態度之差異分析 (續二).....	94
表 4-3-1：基本資料與主動告知「輕微」醫療錯誤之意願 .....	97
表 4-3-2：基本資料與主動告知「嚴重」醫療錯誤意願 .....	97
表 4-3-3：基本資料與認同「病人可理性溝通」時會促進醫師主動告 知醫療錯誤 .....	99
表 4-3-4：基本資料與認同「與病人熟悉度高」時會促進醫師主動告 知醫療錯誤 .....	100
表 4-3-5：基本資料與認同主動告知醫療錯誤後「病人行為會影響醫 師日常作業」 .....	103
表 4-3-6：基本資料與認同主動告知醫療錯誤後「病人會採取法律途 徑」 .....	103

表 4-3-7：基本資料與認同主動告知醫療錯誤後「醫師被醫院處罰」  
.....104

表 4-3-8：基本資料與認同主動告知醫療錯誤後「醫院名聲受損」  
.....104

## 圖目錄

圖 3-1-1：研究架構.....58



# 第一章 緒論

## 第一節 研究背景與動機

隨著社會的變遷、教育普及和資訊取得方便性，使消費者開始注重個人權益，對於加諸於自身的醫療照護更是如此，現今社會的醫療產業不論是技術上或儀器上都相當先進良好，但大部分的醫療人員及病人都知道儘管提供之醫療照護服務是最好的，都可能有潛在的風險及錯誤。醫療錯誤一直是醫師和醫療機構間相當困擾的事情，國外的美國醫學研究機構(Institute of Medicine，簡稱IOM) 1999年發表以醫療錯誤為主題之報告書“*To Err is Human*”，指出每年超過一百萬人有經歷過醫療傷害，其中導致的死亡人數為4,400至9,800人，於當年國民主要死因排名第八位，高於乳癌、交通事故、愛滋病死亡之人數，因此，各國開始重視醫療錯誤帶來之傷害(Kohn, Corrigan, Donaldson, McKay, & Pike, 2000)。

台灣每年因醫療錯誤死亡的人數保守估計為2,900人(高天富，2004)，而近年新聞媒體報導有關醫療錯誤發生而對病人造成傷害的事件更是層出不窮，報導指出行政院衛生署醫事審議委員會每年鑑定400到500件醫療糾紛(中央社，2009)，醫療糾紛與醫療訴訟的數量逐年增加，儘管如此，國內對於醫療錯誤發生後之處理措施，不論是在



政策法律上或學術教育上，仍然沒有明確規範及詳細處理流程。

醫療錯誤發生後，為減少將來可能造成的醫療糾紛和訴訟，國外以主動告知作為重要因應措施。而為了讓醫療機構及醫療專業人員能夠落實這項議題，不論是國家政策或是醫院評鑑都有明確規定主動告知的標準，例如在 2006 年美國的國家品質論壇(National Quality Forum)發表的“Safe Practice”中有明確詳細訂定主動告知應包含的內容，不僅要求機構要有醫療錯誤的告知，還要求告知內容需對病人傳達事件的真相、表達遺憾以及正式道歉(Gallagher, Denham, Leape, Amori, & Levinson, 2007)。

然國外雖明文規定主動告知醫療錯誤相關政策，但醫師對主動告知醫療錯誤仍有著抗拒心態，主要因素為醫病雙方之間觀念不同，包含下列幾點：第一、醫病雙方對主動告知醫療錯誤意願之差異：醫師雖然普遍贊同主動告知醫療錯誤，但醫療嚴重的錯誤仍是會影響醫師主動告知之意願，醫療錯誤越嚴重則醫師越傾向不主動告知，然而，對病人來說，不論錯誤嚴重度為何，卻都期望醫師能主動告知(Hobgood, Tamayo-Sarver, Elms, & Weiner, 2005)；第二、醫病雙方對主動告知醫療錯誤後之影響之態度差異：醫師擔心主動告知醫療錯誤後會影響醫病關係，甚至可能引起醫療糾紛，然病人卻表示會因醫師肯誠實主動告知醫療錯誤而降低對醫師的訴訟，甚至給予醫師正面的



肯定，主動告知不僅會促進醫病關係，且會減少醫療訴訟的可能性 (Witman, Park, & Hardin, 1996; Straumanis, 2007)；第三、醫病雙方對完整告知醫療錯誤上之差異：醫師認為應該保護病人，不需要讓病人接受過於複雜的訊息，因此在告知醫療錯誤時會選擇內容告知，然而，病人卻想知道更多有關醫療錯誤上的訊息，像是如何發生？什麼原因導致？醫病雙方觀念的差距使得主動告知醫療錯誤始終是一大難題，另外像醫師難以承認錯誤的發生，以及醫師缺乏相關教育訓練，都是造成醫師對主動告知醫療錯誤怯步的影響因素(Gallagher et al., 2006a; Levinson, 2009)。

在台灣，目前對於醫療錯誤的議題仍著重於預防層面，預防固然重要，但醫療錯誤發生後，更需要有清楚的處理方式，以減少錯誤所帶來之傷害與糾紛，當醫療錯誤發生後，主動告知的情況在國內似乎並不普遍。由國外經驗得知儘管醫師有主動告知的意願，但卻會因為醫療錯誤的嚴重度及告知醫療錯誤後之影響而有所遲疑，而病人認為只要是醫療錯誤發生，都希望醫師能主動告知，醫病雙方對主動告知之意願以及對主動告知後的態度都大不相同，進而形成告知醫療錯誤上的一個醫病落差，使得主動告知醫療錯誤成為一項難題，因此本研究之目的在於瞭解其醫師及病人對主動告知醫療錯誤之態度差異、主動告知醫療錯誤後醫病雙方之態度差異。

## 第二節 研究目的

1. 探討醫師與病人對主動告知醫療錯誤之態度差異。
2. 探討醫師主動告知醫療錯誤後以及病人被主動告知醫療錯誤後，醫病雙方之態度差異。



## 第二章 文獻探討

### 第一節 醫療錯誤

#### 一、 醫療錯誤定義

綜合許多學者對於醫療錯誤及事件名詞上的界定，整理出下列幾點：

##### 1. 異常事件(Incident report)

通常指人為錯誤或設備失靈而造成作業系統中，某些部份偶然失誤，不論此失誤是否導致整個系統運作中斷。

醫療服務之過程中任何錯誤的行為或因醫療服務發生於病人身上之任何傷病事件，皆稱為異常事件。異常事件包括不良事件(Adverse event)、警訊事件(Sentinel event)、醫療錯誤(Medical error)(醫策會，2008)。

##### 2. 不良事件(Adverse event)

導因於醫療處置而非原有疾病所造成的傷害，導致病人延長住院時間，或在離院時仍帶有某種程度的殘疾(醫策會，2008)。

通常是意料之外的事件，其事件像是病人跌倒或是藥物治療不適當地服用，即使沒有對病人造成永久影響，也都被認為是不良事件(JCAHO, 2006)。

3. 可預防之不良事件(preventable - avoidable adverse event)

意指按照原有的方法及知識正確執行，即可避免發生的特定傷害，卻因為錯誤者失誤而發生(醫策會，2008)。

4. 意外事件(Accident)

非因當事人之故意、過失或不當行為所導致的不可遇見事故、不幸或不當行為，此意外事件通常會有不良結果(李文星、林彥芝、王昱豐，2005)。

5. 警訊事件(Sentinel event)

由於意外的事件，造成死亡或身體或心理受到嚴重傷害或危險，包括嚴重損傷或肢體功能的喪失(JCAHO, 2006)。

警訊事件指個案非預期的死亡或非自然病程中造成永久性的功能喪失，例如：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、手術部位辨識錯誤等事件(醫策會，2008)。

6. 醫療過失/疏失(Medical negligence)

疏忽誤手(Negligence)，為義務的違反(Breach of Duty)。指醫療提供者沒有盡應注意而未注意之照護責任，未能提供符合現行醫療標準之服務，導致病人受到傷害，病人可以在民事法庭上控告醫師傷害(楊長興，2006；戴正德，2004)。Negligence 用於描述一般行業在執行工作時有疏失。

法律上指的醫療過失之成立，需包含下列四項，一、存在醫病義務關係(duty)，二、醫療照護低於一般的應盡義務，違反應注意而未注意之原則(negligence)，三、導致對病人的傷害(injury)，四、不法行為與傷害有實質的因果關係(causation)，以上四項皆成立才是醫療過失(石崇良，2005)。

誤醫失診(Malpractice)。誤醫是指把甲病看成乙病，結果造成病人的損傷，甚至是死亡。失診是指診斷雖然正確，但因缺乏照顧或無謂的疏忽造成病人的損傷，甚至是死亡(戴正德，2004)。

Malpractice，描述專業行業，例如：醫師、律師等，在執行工作時有疏失而未能達到專業界之標準。

#### 7. 醫療錯誤(Medical error)

未正確的執行原定的醫療計畫之行為（即「執行的錯誤」）或採取不正確的醫療計畫去照護病人（即「計畫的錯誤」）(李文星、林彥芝、王昱豐，2005)。

醫療錯誤包括了嚴重錯誤(Serious error)：因醫療錯誤而導致永久損傷或危及生命(Garbutt et al., 2007)。輕微錯誤(Minor error)：因醫療錯誤而導致傷害但不會造成永久損傷或危及生命(Garbutt et al., 2007)。跡近錯誤(Near miss)：由不經意或是即時的介入行動，而使原本可能導致意外、傷害或疾病的事件並未真正發生



(Garbutt et al., 2007, 醫策會, 2008)。

#### 8. 未傷害事件(No harm event)

有醫療錯誤或異常事件發生於病人身上，但未造成傷害或傷害極為輕微，且病人並不知情 (李文星、林彥芝、王昱豐, 2005)。

另外，針對醫療過失、醫療傷害及醫療錯誤等詞彙之間的關係做一釐清。醫療傷害可區分為「過失行為所引起」與「非過失行為所引起」。「過失行為所引起」可導因於醫師、護理及其他醫事人員之過失或醫院管理之過失。「非過失行為所引起」包含可預知之傷害(如併發症或合併症)與不可預知之傷害(如醫療意外) (楊秀儀, 2002)。有「醫療錯誤」未必會造成「醫療傷害」，「醫療錯誤」若能被即時校正就不會造成「醫療傷害」，例如：護士拿錯血袋，但醫師即時發現而未釀成禍事(即為Near miss)，或是失誤情形不大、無傷大雅，譬如拿錯藥，錯拿維他命給病人(即為No harm event)；而「醫療傷害」也未必導因於「醫療過失」或「醫療錯誤」，例如「醫療意外」即是；而有「醫療錯誤」也未必是「醫療過失」，錯誤必須是可避免之錯誤才算是過失 (何曉琪, 2001；鍾其祥，高森永，白璐，簡戊鑑, 2010)。

醫療錯誤就文獻指出，包含了永久損傷和危及生命的嚴重錯誤、導致傷害而不會危及生命的輕微錯誤以及有即時介入而使錯誤未發生的跡近錯誤，以上觀點為學術界所訂定。然而，以病人角度來看，對於醫療錯誤的瞭解是由自己的經驗和新聞媒體報導所形成的概念，因此病人所知道的醫療錯誤是廣泛的，儘管學術上與醫療上對於醫療錯誤已有明確的定義，但許多病人對於不佳的服務品質（照 X 光片的等候時間太長）、無預防之不良事件（事前並無調查有無藥物過敏）以及人與人之間相處技巧的不足（醫師粗魯對待病人）等，病人都認為是醫療錯誤 (Gallagher, Waterman, Ebers, Fraser, & Levinson, 2003)。

綜觀文獻觀點，加上以病人廣泛角度而言，其定義為：在就醫或醫療處置過程和結果，凡是可避免以及可預防之錯誤、疏忽或非期待事件，不論其是否已造成病人傷害，也不論病人是否已察覺傷害，皆認定為「醫療錯誤」。



## 第二節 態度

「態度」一詞是很難界定的，甚至在心理領域的專家很少有共識，國內有關態度之定義，根據劉茂英(1979)所著之普通心理學對態度之描述態度是個人對於某一社會對象或社會情境的一組相當持久的信念，以及關聯的生理和行為反應傾向，而社會對象所指廣泛包括學校、家庭、政府，甚至是經濟問題等，都是態度對象。態度是「具有相當持久性且不容易改變」；態度是一種行為的傾向，具有動機性的力量，能影響個人對態度對象的行動，使之偏向於某種反應，照理說，態度與行為之間應該具有相當的一致性，但事實卻不然，當心理學家試圖在實際情境中研究行為與態度是否對應一致時，其結果經常為否定的(劉茂英，1979)。而在本研究之文獻所查詢之資料，醫師通常贊成主動告知醫療錯誤，雖然醫師多數態度一致，但根據研究調查之結果表示，真正實際做到之行為卻少之又少。

以張春興(1983)所著之心理學概要所述：一、態度是一種行為傾向，而非指行為的本身，態度不能直接觀察，只能從個人的外顯行為(動作語言)去推知，狹義的態度是指一種內蘊的心理歷程；而廣義的態度是指除內蘊的心理歷程外，也包括外顯行為；二、態度必有其對象，態度的對象可為具體的人、事、物，也可為抽象的觀念或思想；三、指個體對人、對事、對周圍的世界所具有的一種持久性與一致性

的傾向，因此態度是人格的一部分，個人人格特質是持久而統整的，所以態度也是相當持久一致的，態度可以改變但須經過複雜的歷程；

四、態度是具有組織性，其成份包含三項，一、認知成份，包括對人事物的瞭解，屬於思想信念及理性部份。二、情感性成份，包括對人事物的好惡，帶有情緒之反應。三、行為成份，包括個人對人事物的實際反應或行動，一個人對某事的態度通常是三種成份協調一致的

(張春興，1983；Cross, 2005; Fishbein & Ajzen, 1975; Hasan, 2010)。



表 2-2-1：國外學者對態度之定義

學者/年代	定義
Krech, Crutchfield, & Ballachy, 1962	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 態度是持久性的，對於社會對象有正負面評估、情緒感覺和贊成及反對行動。</li> </ul>
Fishbein, 1967	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 態度是人類的一種學習傾向，基於這種傾向，個人對事物做出反應，反應的方式有正、負兩面。</li> </ul>
Fishbein, M., & Ajzen, I., 1975	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 態度是指學習對其事件、物體及刺激物做出傾向喜歡及不喜歡之反應，這個定義意味著，態度隨著時間的發展，人們會從許多地方得到對人、事、物的經驗或是有關的知識，態度會開始對其人、事、物產生行動或行為，基於態度人們的行動有正面跟負面，態度是由許多層面所建構而成，其中包含認知、情感及行為。</li> </ul>
Schaps, 1980	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 對人、事或物正負向的評價性之感覺。</li> </ul>
Schlegel & DiTecco, 1982	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 態度是對於評價與知識趨於一致。</li> </ul>
Altman, 1982	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 將特定刺激物做贊同或不贊同反應的趨勢。</li> </ul>
Ajzen, 1988	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 態度被廣泛的討論試圖去解釋人們的行為。</li> </ul>
Pratkanis, 1989	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 態度是評估其內容，態度有別於其他的認知概念，態度是一種存在於記憶中的類別和概要，可用來評估。</li> </ul>

---

Ajzen, I., 1991

- 態度可以被定義為“一個人的行為評估其喜愛或討厭之程度”。

Kraus, S. J., 1995

- 態度，這是對於一項目永久且持續的總評價，一個重要的心理建設，因為態度會影響和預測行為。

Ajzen, I., & Fishbein, M., 2005

- 社會心理學家認為態度是做決定，強調態度是目的決定，因此有後續的行為。
- 

資料來源：(Cross, 2005; Fishbein & Ajzen, 1975; Fletcher, Haynes, & Miller, 2005; Hasan, 2010)



### 第三節 主動告知醫療錯誤

本節主要以六個問題來介紹主動告知醫療錯誤，六個問題分別為：

一、主動告知原因？二、人（由誰主動告知？對誰主動告知？）三、事（該主動告知什麼？）四、時（什麼時候主動告知）？五、地（在哪裡主動告知？）六、物（如何主動告知？）（表 2-3-3）。

#### 一、 主動告知原因

美國醫學研究機構(IOM) 1999年發表以醫療錯誤為主題之報告書“*To Err is Human*”指出：每年超過一百萬人有經歷過醫療傷害，其中導致的死亡人數為4,400至9,800人，造成財務損失約170億至290億美元，於當年國民主要死因排名第八位，高於乳癌、交通事故、愛滋病死亡之人數，因此，各國開始重視醫療錯誤帶來之傷害(Kohn et al., 2000)。1970年，美國加州醫院協會及醫師公會資助加州23家醫院評估醫療傷害因素研究計畫(Medical Insurance Feasibility Study)，在抽樣的20,000份病歷得知：每21名住院病人，有1人受到醫療傷害；每6件醫療傷害，1件是醫療過失所引起；每10件醫療過失傷害，只有1件有提起醫療訴訟；每2.5件訴訟，有1件獲得賠償。賓州大學教授Patricia Danzon以上述研究結果進行深入分析，發現只有少數因醫療錯誤而受傷之病人藉由訴訟獲得賠償，比例大約是1/75至1/100之間，等於說，潛在的醫療訴訟賠償案例風險至少有75倍至100倍(Danzon, 1985)。



1990 年在芝加哥進行醫院觀察之研究，其結果指出將近一半的住院病人在住院期間曾受過醫療錯誤的傷害，其中 20% 的病人為嚴重醫療傷害(Schimmel, 1964)。

哈佛醫學於 1984 年由 Weiler 等人，在紐約的 51 家急性照護病房，以病歷回顧方式，調查 30,121 位住院病人的病歷，其結果指出：在住院期間因醫院管理不當而發生的不良事件中，有 3.7% 的病人因此而殘障並延長住院，這其中的 69% 是因為醫療處置錯誤而造成的傷害(Weiler et al., 1993)。

1995 年一篇在澳大利亞以病歷回顧方式所做的研究，調查 14,179 位病人入院情況，其結果指出在住院期間所發生的不良事件為 16.6%，其中導致病人永久性殘障的占 13.7%，死亡的占 4.9% (Weingart, Wilson, Gibberd, & Harrison, 2000)。

根據 Baker 與 Norton( 2004)調查在加拿大五洲的 20 間醫院，發現有 1 到 13 位成年病人因不良事件而苦，並強調在加拿大醫院每年有 185,000 的不良事件，其中 70,000 是可避免的(Keatings, Martin, McCallum, & Lewis, 2006)。

有鑑於此，各國開始訂定當醫療錯誤發生時之相關政策，除預防醫療錯誤發生外，在發生醫療錯誤後之因應措施，以「主動告知(Disclosure of medical error)」為重要因應措施，Disclosure 在國內有學

者譯為揭露及告知，本研究在參考多篇文獻後將 Disclosure 譯為告知。主動告知醫療錯誤之定義為，當錯誤發生後由醫療機構人員（醫師、護理人員或高階管理人員）在病人未察覺之前，主動告知病人及家屬錯誤的發生(Garbutt et al., 2007)，而以下為各國實施告知相關政策及計畫：

#### 美國

2001 年，美國醫療機構評鑑聯合會(Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations，簡稱 JCAHO)宣布一項告知“非預期結果”之政策(條文 R.I.1.2.2)，要求醫療提供者和醫療機構需要主動告知非預期之醫療結果，但其標準並無明確指出要主動告知病人非預期的結果是導因於錯誤，只強調要主動告知。儘管如此，JCAHO 的這項舉動是一創舉，它將主動告知醫療錯誤列為醫院評鑑之項目，將主動告知的重要性由單純的贊同，轉變成強制的手段。

為符合 JCAHO 的主動告知政策，2002 年的一項調查顯示，36% 醫療機構的風險管理人員都設立了主動告知醫療錯誤相關標準，直至 2005 年，比例已明顯上升至 69%。

主動告知醫療錯誤的政策，一開始從 JCAHO 簡單的聲明，直至現今有了詳細的告知過程，而主動告知醫療錯誤的政策發展也逐漸受到各國重視。2003 年，澳大利亞在各地發布一項“公開的告知標準”，



而這項標準和英國提倡的“公開”類似，都是伴隨著教育活動而發展。這兩個方案鼓勵當發生非預期結果時，能主動和病人公開溝通，該方案甚至提供工具幫助臨床醫生實現這一目標，然而，這兩項計畫都沒詳細說明非預期之結果是導因於錯誤，也沒有強調法律責任的重要性。

有鑑於此，2006年3月美國對於主動告知醫療錯誤又有了重大的進展，哈佛醫院的“Full Disclosure Working Group”發表了一份聲明，強調主動告知醫療錯誤的重要性應是承擔責任、道歉並討論如何預防再次發生；2006年11月國家品質論壇(National Quality Forum，簡稱NQF)通過新的安全操作規範(Safe Practice)，其標準包涵了醫療照護的指導方針，以及要求機構要有非預期結果的告知，而其中告知內容包含事件/事實的真相、表達遺憾以及道歉。

新的 Safe Practice 考慮到主動告知醫療錯誤的重要性，有四項重要的部份(見表 2-3-1)，第一，此架構是以主動告知病人非預期結果為高品質健康照護的核心：傳統上，當發生非預期結果，都是由風險管理者或是醫療機構的安全或品質領導者出面掌控和病人溝通，企圖將病人尋求法律途徑的可能性降到最小，Safe Practice 強調主動告知是提昇病人安全，鼓勵醫院整合各部門，包含風險管理、病人安全和品質部門等，期望能有效建立及落實主動告知醫療錯誤之制度；第二，加強

員工訓練：Safe Practice 瞭解主動告知醫療錯誤的挑戰為溝通，因此要求機構提供員工主動告知方面的教育訓練，並且安排“Coaches”讓醫師或其他醫療專業人員在第一時間需要告知時，能在告知的過程給予幫助，畢竟告知相關技巧並不能在短時間內訓練完成，有時需要好幾個月，因此 Coaches 的角色就能即時幫助醫療人員在緊急時刻給予告知的相關訊息，此外 Safe Practice 要求機構需提供情感上的支持系統，給予醫療專業人員、病人和家屬情緒上的支持；第三，主動告知之基本內容：Safe Practice 對於告知內容的基本要點，包括對非預期結果表示遺憾和道歉，像「我很抱歉這件事發生在你身上」這樣確實和適當的表達方式，但若非預期之結果導因於錯誤由於系統缺失時，則應該對病人說「我很抱歉由於我們的錯誤造成你的傷害」；第四，運用評估工具：在主動告知的過程中鼓勵應用工具來評估告知過程及追蹤告知後的結果，以持續改善告知技巧及過程(Gallagher et al., 2007; Levinson, 2007; Levinson, 2009)。

表 2-3-1：Safe Practice 告知非預期結果之要點

對病人主動告知內容為：	對於機構要求：
<ul style="list-style-type: none"><li>● 提供有關該事件的事實。<ul style="list-style-type: none"><li>■ 包括錯誤的發生或系統的缺失。</li><li>■ 分析事件的結果，支持病人知情決策的決定。</li></ul></li><li>● 對於非預期的結果表示遺憾。</li><li>● 給予正式道歉，如果非預期的結果是導因於錯誤或系統故障。</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>● 整合醫院行政部門包括病人安全和風險管理，以落實主動告知政策。</li><li>● 建立公開支持系統。</li><li>● 提供主動告知教育訓練。</li><li>● 確保主動告知的訓練在任何時候是可行的。</li><li>● 對醫療專業人員、行政人員，病人和家屬提供情感上的支持。</li><li>● 使用工具來追蹤和改善。</li></ul>

資料來源：(Levinson, 2009)

以法律層面來看，2002 年賓夕法尼亞州對主動告知的要求是較為嚴苛的，規定當發生嚴重醫療事件時，要求醫院在 7 天內以書面通知病人，且法律規定禁止用溝通作為主動告知醫療錯誤之證據，強調要以書面呈現。

2005 年參議員希拉蕊克林頓和歐巴馬提出一項重要的全國性的提議“主動告知醫療錯誤和補償法案(Medical Error Disclosure and Compensation, 簡稱MEDiC)”。該法案是以改善病人安全和醫療責任體系兩大問題，提出以改進主動告知程序作為改革的基礎，以解決這兩種問題。該法案強調公開對病人主動告知醫療錯誤，道歉和賠償以及綜合事件分析。然而，國會並沒有通過MEDiC法，但隨著這項議

題出現，在各州已有類似的法案出現，其中有七個州 - 內華達州，佛羅里達州，新澤西州，賓夕法尼亞州，俄勒岡州，佛蒙特州和加州，已經授權醫療機構主動告知病人事件的真實狀況，且訂定“道歉法律 (Apology laws)”對病人表達遺憾及給予正式道歉。

## 英國

全民健康服務(National Health Service)在2003年宣布的“坦誠的職責”讓醫生和管理人員必須主動告知病人醫療錯誤和傷害的發生是由於他們的疏忽行為或粗心所造成。這項計劃提供病人一系列照護的補救、道歉和金錢賠償，受到醫療傷害的病人，若接受該補償方案，同時也等於放棄訴訟的權利。

## 加拿大

2002年，加拿大皇家醫師協會(The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada)宣布醫療照護體系應對病人及家屬，告知醫療錯誤，但該協會卻沒有規定出統一的方針。回顧加拿大對主動告知醫療錯誤的訂定，只有少數特許的機構已經批准了在病人照護期間可告知負面結果和討論的政策。薩斯喀徹溫省醫師協會(The College of Physicians and Surgeons of Saskatchewan)要求一旦發現在醫療照護期間察覺有醫療錯誤，應主動告知病人或法定代理人。2003年經過長時間的討論後，安大略省醫師協會(The College of Physicians and



Surgeons of Ontario)批准了一項政策，當醫療錯誤發生後，醫學生需主動告知病人且報告給醫療機構的上司或是學生認為最負責任的醫師（該政策還規定，病人可以自由地拒絕討論該事件）。魁北克醫師協會(The College of Physicians and Surgeons of Quebec)對主動告知病人醫療錯誤並沒有特別的政策，該協會認為主動告知醫療錯誤，應為醫師基本之道德守則。

在加拿大，不論是省或州對主動告知之議題，沒有像美國 JCAHO 列為醫療評鑑的標準也沒有法律上的規範，因此醫師及醫療人員對主動告知醫療錯誤就僅於告知，並沒有道歉。有鑑於此，根據加拿大憲法，各省和地區開始訂定相關承擔責任的法律，加拿大於 2006 年，在哥倫比亞省和薩斯喀徹溫省通過第一個道歉的法案，而馬尼托巴省也在 2008 年之後立法，安大略省和阿爾伯塔省也都相繼推出了類似的立法，而這項道歉的法律，效力相當於加拿大的司法(Kalra, Massey, & Mulla, 2005; Levinson, 2007; MacDonald & Attaran, 2009)。

由以上文獻可瞭解各國對於主動告知醫療錯誤之政策與法規都相當重視從 JCAHO 單純的申明，發展成詳細的過程，甚至列為評鑑準則，都可看出對於主動告知醫療錯誤的重視。

在國內，以法律層面來看，不論是醫師法或醫療法，都強調在治療前的說明，讓病人及家屬能做決定，以「知情同意」原則為主



(表 2-3-2)；以政策層面來看，國內評鑑，雖有強調病人安全，但對於主動告知醫療錯誤卻並無列在評鑑範圍內。不論是法律或政策，主動告知醫療錯誤在台灣似乎並未普遍甚至尚未受到重視。

表 2-3-2：醫師法與醫療法

---

醫師法第三章義務之第十二之一條：

---

- 醫師診治病人時，應向病人或其家屬告知其病情、治療方針、處置、用藥、預後情形及可能之不良反應。
- 

醫療法第四章醫療業務之第六十三條：

---

- 醫療機構實施手術，應向病人或其法定代理人、配偶、親屬或關係人說明手術原因、手術成功率或可能發生之併發症及危險，並經其同意，簽具手術同意書及麻醉同意書，始得為之。但情況緊急者，不在此限。
  - 前項同意書之簽具，病人為未成年人或無法親自簽具者，得由其法定代理人、配偶、親屬或關係人簽具。
  - 第一項手術同意書及麻醉同意書格式，由中央主管機關定之。
- 

醫療法第四章醫療業務之第六十四條：

---

- 醫療機構實施中央主管機關規定之侵入性檢查或治療，應向病人或其法定代理人、配偶、親屬或關係人說明，並經其同意，簽具同意書後，始得為之。但情況緊急者，不在此限。
  - 前項同意書之簽具，病人為未成年人或無法親自簽具者，得由其法定代理人、配偶、親屬或關係人簽具。
- 

對醫師而言必須主動告知的原因，除了外在環境所強制規定的政策與法律外，還包括了醫師內在心理須遵從的倫理四大守則，其四大守則為尊重自主、不傷害原則、施益原則以及公平正義。

## 尊重自主(Autonomy)

尊重自主是指當醫師主動告知醫療錯誤後，病人對於後續醫療處置能由自身決定。不主動告知醫療錯誤，對病人而言是一種忽視他們的醫療自主權，且也違背了知情同意的原則。病人不瞭解為什麼會延長住院時間，也不知道為什麼突然會有其他的治療，這些都違反了倫理中的尊重自主，因此主動告知的重要不僅是能夠符合尊重自主也能促進知情同意。

## 不傷害原則(Nonmaleficence)

意旨不做任何使他人受到傷害或可能受到傷害之行動。

所謂不傷害意指三方所述：

- 一、不得作出直接傷害他人之行為。
- 二、不得因自己的行為而導致他人受到傷害
- 三、不得使他人因自己的行動而陷入可能受到傷害之境境。

醫事專業所指的不傷害原則：不使病人的身、心、靈受到傷害，而且也不將病人置於可能受到傷害之境遇，為醫事專業倫理最基本之倫理原則，Hippocratic Oath 誓言：無論何處我都以協助病人為目的，禁犯任何故意的傷害與過失，尤其是損害病人的身體(蕭宏恩，2004)。

醫療錯誤對病人已經造成傷害，而不主動告知醫療錯誤可能會使

病人情況變得更差，對要延長住院時間或是需要接受其他治療，病人會開始擔心是不是因為自身病情惡化而開始感到不安且害怕，因此告知醫療錯誤是能讓病人瞭解目前的情況，讓病人知道接下來該怎麼做。

可預防之醫療錯誤卻發生，對病人而言的確是一大打擊，心理的沮喪可能是會影響病人的健康情況，然而，醫療錯誤發生時，應該即時主動告知並不是隱瞞，若選擇隱瞞對病人而言等於是二次傷害。醫師行醫目的在於減少病人痛苦而不是傷害，醫師的主動告知可以讓病人知道目前情況，減少病人猜疑，也能儘快決定接下來的醫療處置以降低傷害，並且預防將來有類似情況再次發生。

#### 施益原則(Beneficene)

主動告知醫療錯誤是醫師的義務，也是責任，是一種真正的善；因告知實情具有內在真正價值，是對病人的尊重(盧秀美，1996)，若沒有對病人告知醫療錯誤的發生，讓病人以為目前延長住院時間、突如治療或是不明的併發症是由於本身疾病所造成，則違反施益的原則；但病人若能知道是因為醫療錯誤的發生而導致復原緩慢，或者引起其他併發症等，給予事實的真相則是符合施益之原則。

#### 公平正義(Justice)

當醫療錯誤發生後，對病人主動告知以及道歉，便是公平正義原

則的第一步，也是病人所期望且需要的。

主動告知醫療錯誤以公平正義原則來看，是為了保證病人能得到因醫療錯誤而導致傷害的額外醫療花費，以及無法上班而沒有收入的補償，此為公平，而告知醫療錯誤後給予病人一個道歉，此為正義 (Edwin, 2009)。

以上是以國家角度和倫理原則來瞭解主動告知醫療錯誤之原因，其範圍較為寬廣，接下來將以病人及醫師觀點來瞭解為什麼要主動告知醫療錯誤，以及對於主動告知步驟之介紹，進一步瞭解主動告知的重要性。

#### 病人之觀點

一旦醫療錯誤發生後，病人普遍期望醫師主動告知醫療錯誤，在美國針對 48 位眼科醫師及 246 臨床病人為研究對象，在假設情況下，調查醫師是否願意主動告知因手術過程出現問題而產生的不良事件，及病人是否想被告知之狀況，結果顯示：病人希望能被完整的告知此訊息顯著高於眼科醫師(91.5% vs 61.5%,  $p < 0.001$ ) (Hingorani, Wong, & Vafidis, 1999)。Gallagher, Waterman, Ebers, Frase 與 Levinson(2003) 以焦點團體的方式調查 46 位醫師 (7 個醫師團體) 與 52 位病人 (6 個病人團體) 對主動告知醫療錯誤的態度，其結果顯示：當有醫療錯誤發生時，病人一致希望醫師能主動告知醫療錯誤，而醫師對主動告



知醫療錯誤卻有所猶豫(Gallagher et al., 2003)。醫療錯誤已經發生，主動告知不僅可以降低醫療糾紛，也可以促進醫病關係，最重要的是病人能即時替自己的治療做決定，且預防進一步傷害病人(Gallagher et al., 2003; Matlow, Stevens, Harrison, & Laxer, 2006)。

### 醫師之觀點

主動告知醫療錯誤能夠解除醫師心理壓力。根據一篇針對美國和加拿大醫師所做之研究，74%的醫師在主動告知醫療錯誤後，情緒得到緩和(Gallagher et al., 2006b)，醫師受到“First do no harm”約束，因此發生醫療錯誤，讓以此為信念的醫師們感到很不安，錯誤一旦發生，醫師心理湧進大量問題「我應該做什麼？」「有任何人注意到了嗎？」「大家一定都會很生氣，我會被告嗎？」「我會不會被停職或者是他們不再跟我簽約？」「我會失去我的工作？」，這些念頭使得醫師無法專心集中，而主動告知實情是唯一能夠消除心理上的不安，也能從事件中學習溝通技巧及處理方式(Hevia & Hobgood, 2003)。

### 二、人（由誰主動告知、對誰告知）

當醫療錯誤發生後，該由誰主動告知，根據JCAHO訂定標準為「此責任應由有執照獨立開業者/主治醫師或被指派之人員」負責告知。傳統醫療團隊組成之成員有主治/住院醫師、護士、學生、營養師、社工人員以及其他像病人律師、倫理團隊成員以及風險管理者，



醫療團隊中通常是主治醫師或指派特定人員告知有關醫療錯誤或非預期醫療結果，醫療錯誤發生後，主治醫師若無法勝任或不能擔任告知實情之發言人，則可指派照護病人團隊較資深之成員來告知病人，但若事件較為嚴重導致死亡或嚴重殘疾時，則由醫院的行政部門或風險管理者來負責告知實情，實際上，應是由主治醫師告知醫療錯誤和非預期醫療結果。另外，醫師或其他人員在主動告知醫療錯誤時以及後續與病人的討論，至少要有一位團隊成員是都全程參與，不僅是在主動告知醫療錯誤的過程給予病人支持，對於之後可能發生醫療訴訟的情況，此成員是完整目擊者(Matlow et al., 2006; Weiss & Miranda, 2008)。

在照護期間病人因醫療錯誤而造成傷害時，應明確主動對病人告知，且要考慮病人身體和心理上是能夠承受這樣的訊息，加拿大的安大略省政策規定，主動告知醫療錯誤之對象，應是有行為能力之病人，以及病人的父母或法定代理人，除非病人另有指示其他代理人，如果病人為未成年或者無行為能力之精神病人，應主動對父母及法定代理人告知(Matlow et al., 2006)。由國外來看，大多應主動對病人告知，但醫療錯誤發生後，在台灣是否應主動對病人告知，則有待觀察，不過台灣醫療法第四章醫療業務的第六十三至六十五條，主要是以知情同意的醫療手術、侵入性治療以及切片組織研究等，規定要求未成年

須由父母及法定代理人同意。

### 三、事（該主動告知什麼）

醫療錯誤發生後，醫師可依下列幾點作為主動告知病人之方向：

1. 告知病人和家屬發生了什麼事。
2. 負起責任。
3. 解釋將會做什麼樣的預防措施以防止未來再發生。
4. 真誠的道歉。

病人希望能夠得到的訊息為以下幾點：

1. 明確的闡明錯誤發生的原因，如何發生？錯誤導致的後果為何？。
2. 想瞭解醫療機構及醫師如何防止錯誤再次發生。
3. 真誠的道歉。

道歉應包含四個內容：承認錯誤、解釋是因自己的疏失而造成的、表達愧疚、自責與謙卑以及對錯誤做出補償。主動告知醫療錯誤不是在於醫師想說什麼，應該是針對病人想知道什麼以及想聽什麼而給予清楚說明，以上幾點可成為告知的一個方向(Matlow et al., 2006; Weingart et al., 2000; Wu, Huang, Stokes, & Pronovost, 2009)。

### 四、時（什麼時候主動告知）

一旦醫療錯誤發生經確定後，應立即主動告知，儘管病人未查覺

錯誤的發生。一些醫療機構規定，若錯誤確定發生，則需在24至48小時之內告知，因為任何不必要的延誤，都可能導致病人、家屬情緒上的不穩定且開始猜測所發生的事，而在告知時要能確定告知的訊息有其準確性，時間與準確性都必須掌控，以避免雖是即時告知，卻是錯誤資訊而造成病人不必要的擔憂。另外，告知時也須注意病人身體及心理狀況，告知固然重要，但也需視病人狀況而定，確定病人的情緒及身體狀況是穩定的狀況下給予告知。

#### 五、地（在哪裡主動告知）

若要主動告知實情時，場合盡量在照護病人的環境下告知。告知者必須考慮在那裡告知，病人會感到最舒服，如果病人不住院，告知地點應該選擇在一個舒適及專業的辦公環境，能確保討論內容的隱私，不被公開。

#### 六、物（如何主動告知）

主動告知實情的方式，應尊重病人和家屬的尊嚴，必須保持公開的溝通，告知時應該看著對方的眼睛，抱持著謙卑與自責的心，並再次承諾不會有類似事件再發生，留足夠的時間與病人和家屬溝通，對於醫療錯誤事件的發生，應誠實詳細描述且對病人和家屬的問題能如實回答(Matlow et al., 2006; Wu, Folkman, McPhee, & Lo, 2003)。

表 2-3-3：主動告知過程相關資訊

<p>為什麼告知</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 政策法規。</li> <li>2. 倫理守則。</li> <li>3. 維護病人自主權及醫病之間的信任關係。</li> </ol>
<p>人（由誰告知、對誰告知）</p>	<p>由誰告知：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 醫療照護人員其中一人和病人之間有信任關係，通常是負責醫師。</li> <li>2. 其他參與該事件人員（例如，護士，藥劑師等...）。</li> <li>3. 如果醫生無法告知，則由其他與病人有良好關係之醫療照護人員告知，也可由醫院的品管或病人安全部門之領導人告知。</li> <li>4. 若為嚴重醫療錯誤則應由醫院高級主管告知。</li> <li>5. 在進行告知時，病人的主要護士應到場，以便日後給予病人支持與鼓勵。</li> </ol> <p>對誰告知：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 病人。</li> <li>2. 在無法告知病人的情況下可告知家屬或法定代理人。</li> </ol>
<p>事（該告知什麼）</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 任何導致傷害病人的事件。</li> <li>2. 承認事件的發生，給予事實的陳述。</li> <li>3. 承擔責任並道歉，致力於找出原因。</li> <li>4. 解釋事件會對病人的現在和未來造成什麼影響。</li> <li>5. 說明將會採取什麼步驟，減輕傷害的影響。</li> <li>6. 說明將會採取什麼措施，以防止再次發生。</li> </ol>
<p>時（什麼時候告知）</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 事件確認後在 24 小時內。</li> <li>2. 當事件確認之後，病人的心理情緒是能夠承受的情況下。</li> </ol>
<p>地（在哪裡告知）</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 在私人、安靜和舒適的環境。</li> </ol>
<p>物（如何告知）</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 對病人及家屬抱持著憐憫及同情心</li> <li>2. 留有充足時間討論及回答問題。</li> </ol>

資料來源：(Matlow et al., 2006; Wu et al., 2003)



## 第四節 主動告知醫療錯誤阻礙因素

對主動告知醫療錯誤，雖各國有明訂其政策與法規，然醫師仍抱持著抗拒心態，本研究列出下列幾點為主要造成醫師告知阻礙之因素：

### 一、 害怕醫療糾紛

醫療糾紛是醫師們主動告知的最大之阻礙因素，在美國針對小兒科醫師研究表示，有 88% 受訪者認為對病人主動告知嚴重醫療錯誤是困難的，77% 的人認為主動告知醫療錯誤後，病人及家屬有可能採取法律途徑(Garbutt et al., 2007)。

醫師害怕法律糾紛，只要考慮到主動告知醫療錯誤後可能導致醫療糾紛，就影響了醫師做事的態度、對病人之間的態度以及當錯誤發生後是否要主動告知的意願。醫師因為擔心發生醫療錯誤後，病人可能會採取法律途徑，而使得醫師們有一套所謂的「防禦機制」的特質出現，即是對病人做許多診斷上的測試，而這些測試甚至被認為是臨床上不必要的，此舉動就是為預防當錯誤發生後可能會採取法律途徑的病人所衍生，另外有部份醫師也會希望能提早退休以防止錯誤發生後所面臨的情況(Benbassat, Pilpel, & Schor, 2001)。

醫療訴訟的產生，通常是當醫療錯誤發生後，醫病雙方缺乏溝通後所造成的，一位律師描述過去幾年，處理過許多醫療訴訟案件，這



些案件大部分都是病人不滿意當錯誤發生後，醫師拒絕承認的態度，甚至認為不是自己的粗心所造成的，事實上，有一半的醫療訴訟案都是可以避免的，只要醫師肯主動告知與道歉，但最後結果都不是如此。對於病人而言，只是希望醫師能夠誠實的告知目前發生了什麼事情，並且真誠道歉，但往往醫師既不主動告知也不願道歉，對於病人而言無疑是二次傷害，最終只好尋求法律(Edwin, 2009; Leape, 2006a; Moskop, Geiderman, Hobgood, & Larkin, 2006)。

## 二、病人狀況

病人狀況是影響醫師不願主動告知醫療錯誤因素之一。有醫師基於“First do no harm”之原則，認為若對病人主動告知醫療錯誤，則是對病人造成傷害，特別是有些急重症的病人，醫師們擔心對病人主動告知醫療錯誤，可能導致因心理受到傷害而影響到生理，因此醫師會基於道義上而選擇不告知，但是這個論點很難成立，事實上，病人得知醫療錯誤發生時的確會有情緒上的反應，然而，這些反應不代表他們沒有辦法為接下來的醫療處置做決定，病人有時難過的是在接受治療過程可以預防的錯誤卻發生了(Edwin, 2009; Levinson, 2009)。

在某些特殊情況下，醫師是被允許不需主動告知醫療錯誤，第一、病人事先明確告訴醫師，當醫療情況出現問題時，不想得知相關資訊；第二、當病人是無行為能力者，或是無法控制情緒的病人，有些病人

得知有醫療錯誤發生時會變得很憂鬱，造成嚴重心理傷害而無法冷靜，這些無法冷靜的病人沒有辦法對自己接下來的治療做決定，故此，針對這些病人醫師是被允許不需主動告知醫療錯誤。錯誤發生後，除上述兩種狀況不需主動告知病人，但仍需對病人家屬做主動告知之行動，讓病人家屬能夠之目前病人狀況，給予安撫及支持(Levinson, 2009)。

### 三、不安且缺乏訓練

研究指出，在急診室當有病人死亡時，有三分之二的急診醫學生會努力延長病人心肺復甦的時間，是想拖延告訴家屬病人已經死亡(Ahrens, Hart & Maruyama, 1997)。對醫師而言，主動告知病人和家屬壞消息或醫療錯誤的發生、解釋什麼原因造成這種情況是很困難的，有些醫護人員在主動告知後，需承受著病人和家屬負面情緒的宣洩反應（如憤怒、悲傷和被指責），大多醫師對此感到不安且不適，並希望避免這種壓力，特別是對於專業的科別（麻醉或急診），畢竟專科醫師和病人接觸時間較短，缺乏良好的醫病關係(Manser & Staender, 2005)。

告知困難可歸因於缺乏相關知識和訓練，Gallagher 等人研究指出其實將告知醫療錯誤的課程整合至醫學課程並不普遍，針對急診醫師之調查表示不到 15%的受訪者有接受過告知的教育以及和家屬溝通，(Gallagher et al., 2006a)。而病人也表示醫師缺乏相關告知的技巧，

一篇在美國急診室以假設情境方式所做的研究，針對 258 位家屬詢問，若家屬身為教導醫師的教育者，在醫療錯誤的教育上會選擇教導什麼樣的資訊，結果顯示：37%受訪者認為應該教導醫師學習有關誠實與同理心；24%的受訪者認為需要教導醫師應該學習如何告知病人錯誤的訊息(Hobgood, Peck, Gilbert, Chappell, & Zou, 2002)。

以台灣的醫學教育來看，張念中(2011)在「醫病溝通技巧 70 案例」一書指出，以技術導向為目標的醫學教育雖然近年來開始改革，紛紛開設醫學倫理相關課程，然而，臺大醫學院調查第一批接受改進課程的醫學生發現，66%修完醫學倫理課程的六年級學生於醫院實習時自覺醫病溝通困難；而第一及第二年住院醫師自覺醫病溝通困難者分別占 75%及 85%。醫學教育普遍欠缺培養人文素養、社會關懷、文化認知、以及建立醫病關係技巧的課程，這樣的研究結果也不難推測主動告知對於醫師而言是很困難的(張念中，2011)。

#### 四、自身心理壓力及失去執照、名譽

醫師是經過多年訓練而成，且是高專業知識的職業，因此當醫療錯誤發生後醫師會感到自責、愧疚，並開始猶豫是否該主動告知病人事實，但又擔心主動告知醫療錯誤後，病人之間口耳相傳而造成醫師執業的困難、甚至可能會失去權威、名譽及得來不易的證照等，這些原因對醫師而言，就足以在發生醫療錯誤後選擇不主動告知，而且職

位越高之醫師越是選擇不主動告知，不過他們也必須承擔著心理壓力以及病人可能會察覺錯誤的風險(Edwin, 2009; Leape, 2006a)。

## 五、和病人期望有所差距

美國的一份以問卷調查方式所做的研究，針對302位眼科病人和48位眼科醫生調查在治療期間有醫療錯誤發生時，對主動告知內容看法，其結果指出，病人期望得到的資訊比醫師想告知內容的更為仔細且明確(Hingorani et al., 1999)。Gallagher等人(2003)利用焦點團體調查病人和醫生對主動告知醫療錯誤的態度，研究結果指出，病人期望醫師主動告知完整詳細醫療錯誤和真誠的道歉，而參與的醫師表示在告知醫療錯誤時，用字遣詞會較為注意，對於道歉意願也不高，因為擔心可能會增加醫療訴訟的可能性(Gallagher et al., 2003)。

## 六、組織文化

不主動告知醫療錯誤，除醫師個人因素外，不排除是體系的問題。在醫療體系仍存在著無錯誤的文化且不鼓勵誠實公開溝通醫療錯誤，當醫護人員想主動告知醫療錯誤時，往往會從同事或上司得到些許支持，相反地，醫護人員面對高階管理者時，通常都是被制止，許多醫院對醫療錯誤發生的反應仍抱持著是一種異常的現象，甚至對有意願主動告知醫療錯誤之醫療人員會加以責備(Edwin, 2009; Manser & Staender, 2005)。國內醫療體系間已建立有一台灣病人安全通報系統



(Taiwan Patient safety Reporting system, 簡稱TPR) 此系統以匿名、自願、保密及不究責以及共同學習五大宗旨為出發點，當有任何醫療上錯誤發生時，在不懲處的狀況下鼓勵國內醫療人員通報，然而國內TPR接受來自醫師的通報甚至不到2% (石崇良，林仲志，廖熏香，楊漢淙，翁惠瑛，2007)，對於醫療錯誤發生後，主動告知的作法仍不普及，是否如同國外所提，醫療機構仍存著對醫療錯誤發生的認為是一種異常的現象，因而沒有鼓勵通報？





## 第五節 主動告知醫療錯誤之促進因素

### 一、病人狀況

在上一節阻礙因素提到，病人狀況會影響醫師主動告知醫療錯誤之意願，但是主要是因擔心病人精神上無法承受(Edwin, 2009; Levinson, 2009)，換言之，若病人在被告知醫療錯誤後能理性與醫師溝通接下來的後續處理或許能夠促進醫師主動告知之意願。而Hobgood 等人(2005)指出性別會影響主動告知之意願，但未達統計顯著。其實男女具有性別上特質的不同，男性情感較為內鍊，不擅長溝通，而女性較擅長於溝通技巧、人際互動以及情感表達(李美枝、鍾秋玉，1996)。一份研究指出女性在社交參與、同理反應、自我表露及情感表達的能力平均數均高於男性，其中女性在「社交參與」及「同理反應」兩類型的能力顯著高於男性(陳德聰、黃正旭，2001)，女性較擅長溝通及情感表達，因此可能當醫師主動告知醫療錯誤後，較能理性與醫師溝通。王秀枝、林季璉、黃怡文、陳秀如與熊淑菁(2003)調查門診滿意度時，研究結果指出：女性病人看診比率較男性高，此與女性病人較為細心，並且重視自己的健康有關，相較男性病人大多專注於事業，而較容易疏忽或不在意自己的疾病警訊(王秀枝、林季璉、黃怡文、陳秀如、熊淑菁，2003)，女性病人看診率高，長期下來，可能與醫師熟悉較高，醫病關係上可能也比男性要來的好。

另外，像病人年齡，也會影響醫師主動告知意願，瑞士一份以假設情境方式所做的研究，針對 1,274 位出院病人，若醫療錯誤發生情況下其病人的反應狀況，研究指出：18-44 歲年輕族群對於醫師未主動告知醫療錯誤的負面反應顯著比中、老年人更為強烈(Cleopas et al., 2006)。另一份研究由學者 Hobgood 等人(2005)以問卷調查方式所做之研究，針對 499 位兒科急診的雙親，在發生醫療錯誤後，可能採取的行動指出：年齡較大以及男性的家長因醫師主動告知而降低訴訟的結果比年齡輕及女性的家長大，但未達統計顯著(Hobgood, Tamayo-Sarver, Elms, & Weiner, 2005)。2008 年，同樣由 Hobgood 等人(2008)以問卷調查方式，針對 394 位急診病人，調查病人特質對於主動告知醫療錯誤之研究指出：若醫師主動告知醫療錯誤後，年齡較大之病人越不贊同投訴醫院行政部門因擔心醫師受到處罰(Hobgood, Tamayo-Sarver, & Weiner, 2008)。

由上述文獻推測可能之因素為年輕之少年或中年病人於自身權益較為注重，因而對於被告知後有較負面之反應，而老年人可能由於和醫師有長期建立之良好醫病關係因此對於被告知醫療錯誤後較無負面之反應(Cleopas et al., 2006; 邱淑媿，2007)。

## 二、醫病關係

許多醫師擔心主動告知醫療錯誤後，將會影響醫病關係以及自己

和醫院的形象，而試圖掩蓋事實真相，但不主動告知醫療錯誤是可能有較高的法律風險，其他像負面評價和反應之比例也都會有較高風險，例如：對醫師信任度以及情緒的反應都比較負向，比較不會向別人推薦這位醫師、換醫院等，主動告知有助於維護醫院形象、病人信賴度與醫病關係(Cleopas et al., 2006; Sutker, 2008; 邱淑媿，2007)。

當醫療錯誤發生造成傷害時，病人都期望醫師能主動告知，病人認為醫師誠實的告知醫療錯誤，會提昇對醫師的信任，且醫師必須再次向他們保證，對於接下來的整體照護，會提供完整的資訊。其實告知醫療錯誤可以促進醫師的誠信，病人有著真相被告知的設想，因此當病人沒被告知醫療錯誤時他們反而會覺得被背叛和生氣，他們會認為自己的權利被侵犯(Gallagher et al., 2003)。

醫療錯誤也可能破壞病人對醫師的信任甚至對醫師的專業能力感到有所懷疑，認為醫師沒有辦法幫助他們，病人會對於醫師的專業感到失望，因此可能不遵從醫師的指示，一份回顧性文獻指出，當錯誤沒造成傷害或傷害是在可接受的範圍時，將近70%的病人會想要繼續和醫師討論後續治療，而有80%的病人會想和其他醫師討論，此外有14%的病人表示，若錯誤為跡近錯誤時，希望能被轉介到其他醫師，但隨錯誤嚴重度情況不同，希望被轉介到其他醫師的比率也有所不同，當錯誤為輕微錯誤時，有將近40%的病人希望被轉介，錯誤為嚴重錯

誤時，有65%的人希望被轉介，當醫師沒有完整告知醫療錯誤，或錯誤是對生命造成威脅時，病人會選擇換醫師，當醫師主動告知醫療錯誤，病人選擇與其他醫師討論後續治療偏高，且有錯誤發生時，期望轉介比例也偏高。不禁思考在不同國家之文化差異下，台灣是否在告知醫療錯誤後其醫病關係也會受到影響(Gallagher & Lucas, 2005; Mazor et al., 2004; Rowe, 2004)？

當錯誤造成病人受到傷害時，醫師會承受著情緒上的壓力，無法集中精神做事，但其實病人不知道醫師正承受著這些壓力，因此醫師是可以放心的和病人及家屬承認錯誤的發生，其實病人也很希望能知道醫師對於醫療錯誤事件的態度和心情，很多病人其實會感激醫師的誠實，事實上，主動告知醫療錯誤是會促進醫病關係(Gallagher et al., 2003; Wu, Cavanaugh, McPhee, Lo, & Micco, 1997)。

### 三、教育訓練

在國外主動告知的教育訓練似乎並不足夠，如同上一章節所提到，許多醫師表示主動告知是困難和充滿壓力的，有鑑於此，NQF發表的Safe Practice規定，主動告知政策裡應加強員工訓練，要求機構提供員工主動告知方面的教育訓練，提供“Coaches”讓醫師或其他醫療專業人員在第一時間需要告知時能提供告知的過程給予幫助；此外Safe Practice要求機構必須提供情感上的支持系統，給予醫療專業人員、



病人和家屬一個情緒上的支持(Gallagher et al., 2007)。

除了政策上有所規定，在國外的醫療機構，也會安排訓練計畫，以增加醫療專業人員主動告知的技巧，在波士頓兒童醫院提出一項計畫為加強關係和溝通技巧的培訓提供溝通課程(The Program to Enhance Relational and Communication Skills, 簡稱PERCS)教學方法有講座、短片以及由專業醫療人員扮演成病人和家屬的角色扮演，藉由角色扮演，加強醫師溝通與告知技巧，在角色扮演完畢之後，必須聽取團隊人員給予的建議，其目的是為了當有需要主動告知的情況，醫療專業人員能夠與病人及家屬有良好的溝通(Manser & Staender, 2005)。

在國外，政府單位也積極發展主動告知政策訓練之政策，各醫院也為了促進主動告知而舉辦各種訓練，這些訓練包含了當醫療錯誤發生後，如何主動告知、該告知什麼樣的訊息、病人期望得到什麼、與病人和家屬的溝通技巧、對不良事件的態度，目的都在於希望醫師和醫療機構間能夠落實主動告知醫療錯誤，也希望當錯誤發生後能將對病人的傷害降至最低。

#### 四、組織支持

傳統的醫療都是以醫師為主，缺少團隊合作、溝通以及醫療錯誤的透明化，而且對傳統的醫療機構而言，醫療錯誤幾乎被認為是個人



所造成的，因此大部分是對個人採取懲處的方式，並且要求他們重新接受訓練，而不是想著如何預防醫療人員犯錯，傳統針對個人處罰的方法只會扼殺尋找錯誤的根本原因，新的方法應該是要在每一次的錯誤中學習，對系統上缺失而不是個人，在不懲罰的環境給予事件通報之鼓勵。

每個人在組織裡都希望感覺自己是的安全，公正及被尊重，組織應該給於員工的承諾，強調公平和幫助員工解決問題而不是懲罰員工。醫療人員在主動告知的狀況下可能面臨蠟燭兩頭燒的困境，一方面是個人和組織之間的利益；一方面是必須對病人和家屬造成的傷害負責任。醫療機構必須能夠運用領導能力，幫助醫師或醫療人員釐清該如何做，以及如何能重新讓病人接受治療，這些情況往往涉及複雜的程序，必須系統間相互合作，醫療機構需周詳的制定告知政策和程序，若一旦真的面臨需要主動告知之狀況時，醫療機構的領導人必須解釋這些政策，給予詳盡的告知資訊，使醫療人員遇到狀況時能夠知道該如何因應(O'Connell & Reifsteck, 2004; Sutker, 2008)。

## 第六節 主動告知醫療錯誤之效益

主動告知醫療錯誤在國外實施多年，其所帶來之效益，以機構、病人和醫師三方面做分析，(表2-6-1)。

### 一、對醫療機構而言

主動告知醫療錯誤可以改善系統上缺失、減少醫師再犯的可能性，也可以增加病人安全和減少醫療糾紛，1999年，美國麻州的萊星頓市(Lexington, Massachusetts)有間榮民醫院發表的報告中，首次公佈了公開主動告知方案的影響，在這間榮民醫院裡7年有88件爭議案件，實施主動告知醫療錯誤方案後，每件醫療錯誤案大概平均支出費用約15,622美元，相較之下，若病人尋法律途徑而經由國家解決，則平均每件支出費用約270,854美元。2002年密西根地區，要求醫院及醫師必須實施告知醫療錯誤的政策，五年後，其訴訟費用與醫療訴訟案件之數量都大幅降低，每年度訴訟費用從300萬美元減少至100萬美元，訴訟案件數量的下降50%以上(Gallagher et al., 2007; Levinson, 2009)。

實施主動告知醫療錯誤能不僅能降低醫療訴訟，也能減少費用支出，在美國一間保險公司，提出3R的計畫：承認(Recognize)、承擔(Respond)以及解決(Resolve)，這個計畫鼓勵醫師都參加但並不強制，加入的醫師如果發生醫療錯誤或醫療傷害則必須在24小時之內通報，

保險公司會直接處理，而這間保險公司處理的案件超過 1,500 件，解決的成功率是 99%，直接與病人和家屬做協調沒有動用到律師，每個案件平均花費成本約 5,000 美元解決(Sutker, 2008)。

## 二、對病人而言

醫療錯誤發生時，主動告知可使病人獲得即時性且適當的治療，預防再進一步傷害病人，主動告知醫療錯誤可以讓病人對目前自身狀況有所瞭解，減少了醫病之間的誤會也鼓勵病人能承擔更多對於自身醫療照護的責任。

主動告知醫療錯誤可以促進醫師的誠信，病人有著被告知真相的設想，因此當病人沒被告知醫療錯誤時他們會覺得被背叛和生氣，認為自己的權利關係被侵犯(Wu et al., 1997)。

## 三、對醫師而言

主動告知醫療錯誤對醫師而言是有益的，錯誤發生時醫師感到自責、難過與懊悔，受到良心譴責，而病人和家屬成員是唯一可以原諒醫師造成錯誤的人，因此主動告知是能夠讓醫師獲得情緒上解脫的救免方式，很多病人其實很感激醫師的誠實告知醫療錯誤，不僅會促進醫病關係也會降低法律責任的可能性(Wu et al., 2009)。

Wu等人(1997)指出醫師應該向同事、學生、朋友以及病人分享錯誤經驗以避免孤立，且要學習在錯誤中體會悲傷，承認錯誤可以幫助

醫師承擔責任也有助於醫師在醫術上改善(Wu et al., 1997)。

表 2-6-1：主動告知醫療錯誤之效益

病人之效益	醫師之效益	醫療機構之效益
<ul style="list-style-type: none"><li>● 能即時且適當地治療以補救因錯誤而導致的問題。</li><li>● 讓病人能對後續治療有完整徹底的瞭解並知情同意。</li><li>● 防止病人擔心不必要的不良結果。</li><li>● 得到適當的補償（例如，財務，心理）。</li><li>● 促進信任和尊重。</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>● 承認錯誤而使情緒緩和。</li><li>● 可獲得諒解。</li><li>● 加強醫病關係。</li><li>● 減少醫療訴訟的可能性。</li><li>● 增強學習和改善。</li><li>● 意識到有關係統的錯誤可加以改善。</li><li>● 預防未來出現一樣或類似的錯誤。</li><li>● 使其他醫師能從中學習。</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>● 改善系統上缺失</li><li>● 減少醫師再犯律</li><li>● 降低不當醫療索求</li><li>● 醫療訴訟較易解決且支出費用較少</li></ul>

資料來源：(Gallagher et al., 2007; Hevia & Hobgood, 2003)



## 第七節 醫病雙方對主動告知醫療錯誤之差異

本節主要分成四部份來介紹醫病雙方對主動告知醫療錯誤之差異，一、醫病雙方對主動告知醫療錯誤意願之差異。二、醫病雙方對主動告知醫療錯誤後態度之差異。三、醫病雙方對完整告知醫療錯誤上的差異。四、醫病雙方對主動告知醫療錯誤後之感受(表2-7-1)。

### 一、醫病雙方對主動告知醫療錯誤意願之差異

#### 1. 醫師之觀點

在假設的情境調查有關告知醫療錯誤相關議題時，發現醫師有較高主動告知之比例，學者Sweet和Bernat (1997)針對美國內科醫師調查主動告知醫療錯誤之意願時，研究結果指出：高達96%醫師會告知病人有關錯誤的訊息，但若病人因醫療錯誤而導致死亡時，僅76%醫師會承認是因錯誤而造成的(Sweet & Bernat, 1997)。一篇在美國以問卷調查方式所做的研究，針對557位小兒科醫師對於主動告知醫療錯誤之態度行為，研究結果指出：99%位醫師贊同對病人及病人家屬主動告知嚴重醫療錯誤和90%位醫師輕微醫療錯誤，而39%位醫師贊同告知跡近醫療錯誤意願較不高，受訪者表示未來一年若有個人醫療訴訟的可能性也不會影響對主動告知醫療錯誤之意願(Garbutt et al., 2007)。

有關跡近錯誤，大部分醫師反對告知跡近錯誤，醫師們認為主動



告知跡近錯誤是沒有用的，不僅可能對病人造成不必要的恐慌，也可能使病人降低對醫師的信任，且有醫師指出，若堅持告知所有的跡近錯誤，這樣的情況會造成醫師沒有機會行醫。也有少數醫師很高興能有主動告知跡近錯誤的機會，醫師表示藉由不斷地和病人溝通，形成了一個有效的治療團體，對於一些醫師而言，沒有造成傷害的醫療錯誤是一次可以和病人形成緊密關係的機會，醫師可以主動告知病人目前正發生了什麼事，哪裡出了錯，以及表示對此感到抱歉(Gallagher et al., 2003)。

醫療錯誤之嚴重度是會影響醫師對主動告知之意願。另外，告知醫療錯誤的落差不只存在醫病之間，也存在於醫師本身觀念，醫師雖贊同主動告知醫療錯誤之原則，但在實際調查卻發現，臨床上當醫療錯誤發生後，醫師有主動告知的行為鮮少，美國針對 538 位醫師與醫學生假設有醫療錯誤發生且導致輕微或嚴重錯誤的情境上，其主動告知的情況，研究結果指出：90%的醫師表示會主動告知病人，但實際只有 41%醫師曾經告知過病人輕微錯誤，只有 5%的醫師曾經實際告知嚴重錯誤，19%的醫師指出沒有告知輕微錯誤和 4%是不告知重大醫療錯誤(Kaldjian et al., 2007)。在 Gallagher 與 Lucas (2005)回顧性文獻中指出，針對 3 間醫學中心的 114 位內科住院醫師確認在過去一年有造成醫療錯誤，然只有 24% (27 位)的住院醫師有主動對病人和家

屬主動告知醫療錯誤。另外在西歐某間醫院的加護病房，調查 540 位醫師，僅有 32%的醫師曾有主動告知病人及家屬完整醫療錯誤訊息 (Gallagher & Lucas, 2005)。

由文獻得知醫師雖普遍有意願主動告知醫療錯誤，但當醫療錯誤實際發生後，醫師仍然不願意主動告知醫療錯誤，儘管已有相關政策及法律規定，醫師還是會因醫療錯誤嚴重度而影響主動告知之意願。

## 2.病人之觀點

病人期望當醫療錯誤發生後，醫師能主動告知，在美國一份以問卷調查方式所做之研究，針對 499 位小兒科病人的雙親，調查主動告知醫療錯誤之議題，其研究結果表示，99%的受訪者表示希望能夠即時被充分告知，結果也指出不論該錯誤嚴重度為何，小兒科病人的雙親都期望醫師能主動告知達顯著差異(Hobgood et al., 2005)。以邱淑媿在 2007 年所整理之國外文獻中指出，在未提供假設案例的情況下，贊成醫師在發生醫療錯誤，且造成病人嚴重傷害時要告訴病人的比例在 2002、2004 與 2006 年的調查中分別高達 89%、88%、87% (邱淑媿，2007)。

病人性別對主動告知醫療錯誤之意願也有所影響，一篇在沙烏地阿拉伯以問卷方式所做的研究，針對 902 位出院病人調查對醫療錯誤之觀點，研究指出：女性對主動告知嚴重醫療錯誤之意願顯著高於男

性，而女性對主動告知輕微醫療錯誤之意願顯著低於男性(Hammami, Attalah & Qadire, 2010)。傳統以來刻板印象都認為男性堅強較能夠捍衛自身權益，而女性的角色都屬於逆來順受，婉約安靜(Archer, 2004)，但隨著時代的變遷，在 2001 年我國女性高等教育在校學生為 61.2 萬人，占 50.5%，多於男性(饒志堅、賴秀玲、蔡惠華、王玉珍，2003)，女性普遍接受教育，自主權益意識高漲，女性對於捍衛自身醫療權益之意識較男性要來的高。

在美國新英格蘭地區調查了 990 位病人，將近 99% 的病人期望一旦錯誤發生時，傷害不論嚴重程度都應立即被告知，這些病人甚至表示想得知有關於跡近錯誤的資訊(Mazor et al., 2004)。對於是否應該主動告知跡近錯誤，病人對此有許多不同的意見，有部份病人認為告知跡近錯誤可以使病人知道哪些錯誤是他們要注意的，也可使醫師向病人保證對類似錯誤事件會加強改善以預防再次發生，也有其他病人認為並不想被告知跡近錯誤，因為會感到非常害怕，因此寧願醫師不主動告知(Gallagher et al., 2003)。

## 二、醫病雙方對主動告知醫療錯誤後之影響之態度差異

### 1. 醫師之觀點

醫師對主動告知醫療錯誤後的影響，抱著不安且惶恐的心態，擔心主動告後所帶來的處罰及醫療糾紛，多重因素抑制醫師對病人進行

主動告知醫療錯誤。

在美國一篇以問卷調查方式所做的研究，其結果指出：有 58% 位醫師與醫學生，擔心主動告知醫療錯誤後會受到處罰，有 87% 擔心病人可能會負面情緒(Kaldjian et al., 2007)。一份在美國中西部醫學教學中心所做的研究指出：醫護人員害怕主動告知醫療錯誤後受到責備和處罰，但未達統計顯著。然而，另一份在美國，以假設情境的方式所做的研究，調查醫學生發生醫療錯誤後之態度的研究，結果表示：醫學生在告知醫療錯誤後，害怕被處罰達統計顯著，表示醫學生普遍害怕主動告知醫療錯誤後，會受到處罰(Muller & Ornstein, 2007; Uribe, Schweikhart, Pathak, Dow, & Marsh, 2002)。

醫師及醫療專業人員，除了處罰會影響主動告知醫療錯誤之意願及認同度外，醫療糾紛為主動告知的阻礙之主要因素，Gallagher 等人(2003)在研究中提及 76% 家庭醫師表示並不會告知病人嚴重醫療錯誤，因害怕告知病人醫療錯誤後會帶來醫療訴訟、毀損醫師名譽，而且醫師缺乏告知技巧對於告知覺得不安等(Gallagher et al., 2003)。另一研究在以色列針對醫師與醫學生，當醫療錯誤發生後其態度與感受，其結果表示：113 名醫學生與 151 名醫師對於主動告知醫療錯誤後，擔心病人可能尋求法律途徑達統計顯著(Benbassat et al., 2001)。醫師普遍擔心醫療糾紛，因國外在法律上有明確條文規定主動告知之義務



及責任，若因為不主動告知而產生醫療糾紛，往往醫師或醫療機構不僅名譽上受損，通常還需賠償一筆可觀的金額，其實病人採取法律途徑大多因為醫療人員未主動告知醫療錯誤的發生，許多的證據和重要的原因都是當醫療錯誤發生後，醫病雙方缺乏溝通後造成醫療訴訟 (Rowe, 2004)。

## 2.病人之觀點

病人期望醫師能主動告知醫療錯誤，研究針對 149 位住院病人，其結果表示有 98% 的受訪者期望醫師能主動承認錯誤，不管嚴重程度如何，若不主動認錯也沒有告知實情則會增加病人採取法律途徑的可能性 (Manser & Staender, 2005)。

在幾篇研究中發現，當醫師主動告知醫療錯誤後，病人較不願意採取法律途徑，反而傾向對醫院行政部門投訴造成醫療錯誤之人員，一份研究指出：60% (21/35) 曾受到醫療錯誤傷害之孩童的雙親，曾有口頭或是書寫方式投訴至醫院行政部門，要讓造成醫療錯誤的人員受到懲處以預防錯誤再次發生，而有 37% (13/35) 的家長們曾思考過採取法律途徑；14% (5/35) 的家長們曾找過法律顧問，但僅只有一位是真正採取法律途徑，最後是法庭外私下和解 (Mazor, Goff, Dodd, Velten, & Walsh, 2010)。另一篇在美國的伊利諾州之研究，針對 1,018 居民調查有關醫療錯誤之議題，其結果顯示：若醫師主動告知醫療錯



誤後，37%的民眾會投訴醫院行政部門希望給予醫師懲處，甚至達統計上顯著差異，而僅有 27%的民眾會採取法律途徑，也沒有統計上顯著差異(Helmchen, Richards, & McDonald, 2010)。

其實醫療錯誤發生時，病人想要的是醫師或醫療照護團隊的真誠道歉，真誠的道歉不僅是認可了病人所受到的痛苦，也是對病人的尊重，但實際上醫師或醫療機構卻鮮少對病人主動告知實情，也因為如此，病人最後才會尋求法律的幫助，在哈佛大學的研究顯示對因醫療疏忽受到傷害的病人僅 3%到 5%會提出訴訟，其結果表示告知後真正會採取法律途徑的病人並不多，而是由其他因造成(Gallagher & Lucas, 2005)。Gallagher 在回顧性文獻裡提及，在美國調查 227 名病人最後選擇採取法律途徑的病人，有 37%病人表示，如果醫師告知醫療錯誤後能給予道歉，則會改變他們想採取法律途徑的決定。另一份研究表示，有 127 位母親採取法律途徑是因醫師未主動告知醫療錯誤，導致嬰兒永久殘障甚至是死亡，其中有 24%的母親表示，他們會控訴醫師是因為醫師並不誠實甚至企圖掩蓋事實真相(Gallagher & Lucas, 2005)。

病人描述在被告知醫療錯誤發生後會有許多的情緒反應，病人會感到難過、焦慮以及沮喪，病人會對延長復原的時間感到生氣，對可以預防的醫療錯誤卻發生而感到挫折，更害怕會有其他的醫療錯誤發

生，但是病人特別強調病人心理及情緒的不安，是由於造成醫療錯誤的醫療人員一付淡漠的樣子，如果醫師能夠誠實的主動告知錯誤、有憐憫之心及真心誠意的道歉，則病人的難過的情緒會緩和許多，並且會降低尋求法律途徑(Gallagher et al., 2003; Wu et al., 1997)。

### 三、醫病雙方對完整告知醫療錯誤上之差異

#### 1. 醫師之觀點

雖然病人希望醫師能主動告知完整的醫療錯誤，但對醫師而言，主動告知病人醫療錯誤是需要謹慎且精確說明。醫師們同意要誠實主動告知，但難免在告知過程中會在錯誤事件上，添加一些正面的說詞，由於醫師擔心醫療訴訟的發生，因此他們對於要告知醫療錯誤的資訊便會有所選擇，許多醫師表示，對病人告知醫療錯誤時要謹慎選擇自己的措辭，醫療人員只會簡單提到，並不會說明錯誤發生的狀況，醫師相信當病人對此資訊開始關注時，病人會開始尋問許多後續問題，屆時會增加醫療訴訟的可能性(Gallagher et al., 2003)。

#### 2. 病人之觀點

有關主動告知醫療錯誤的相關文獻，一致指出病人期望能被告知醫療錯誤。一份以問卷調查方式所做的研究，針對急診室病人及家屬，結果指出：有 88%的受訪者表示若在接受治療期間有醫療錯誤發生，希望醫師能主動完整告知有關醫療錯誤的一切訊息，12%

的受訪者表示，若醫療錯誤對健康造成影響，則醫師在主動告知即可；另外，該研究也詢問受訪者當醫療錯誤發生後希望何時得知，有 76%的受訪者指出一旦被診察出來就想知道，有 23%的受訪者認為當錯誤是明顯可見的在告知即可，僅 1%是希望等出院後在得知有錯誤的發生(Hobgood et al., 2002)。

病人期望醫師能夠主動告知相關醫療錯誤資訊，而不是自己要問醫師許多問題，病人不只希望醫療機構人員能夠關心為為什麼會有醫療錯誤的發生，更期盼醫療專業人員能夠從錯誤中學習，在未來對類似的錯誤能有一套良好的預防措施(Gallagher et al., 2003)。

#### 四、醫病雙方對主動告知醫療錯誤後之感受

##### 1. 醫師之觀點

挪威的一份研究報告指出：有 28% (369/1,294)醫師曾造成嚴重的醫療錯誤而導致病人受到傷害，這些事件常見於男性醫師且為外科，包括麻醉，產科和婦科，其中 17%的醫生有過醫療錯誤之經驗且此事件對醫師的個人生活產生了負面的影響，6%需要專業人士的幫助，許多醫師努力在醫療錯誤發生後尋求支持，有部份醫師在主動告知醫療錯誤後會在重要的人及信任的同事身邊尋找安慰，當主動告知醫療錯誤後，許多醫師都感覺很好，但也有不少的醫師很難原諒自己所造成的錯誤(Gallagher et al., 2003)。

醫療錯誤所帶來的傷害，病人和家屬是首當其衝的受害者，但對於醫療人員所造成的傷害也不小，Wu(2000)以「第二受害者」描述醫療照護的人員，包括醫師、護士或其他醫療照護之專業人員。醫師是經過多年專業訓練，且基於“First do no harm”之原則，讓醫師一直秉持著以解救病人脫離疾病之苦為信念，隨著時間推移，這樣的想法也更加根深蒂固，對於醫療專業人員而言醫療錯誤的發生，讓醫師所遵從之信念受到打擊，醫師感到難過和自責，對自己的醫術和本身的高標準感到失望，同時也擔心可能會發生醫療訴訟以及自己的名譽，其實當醫療錯誤發生後，醫師主動告知醫療錯誤，不僅可以減輕心理壓力、也能促進醫病之間溝通，當錯誤發生後，醫師所抱持的情緒像是羞愧、害怕，而且將會對未來幾天甚至是一年不斷對醫療錯誤做回應而對自己感到生氣，其實能夠立即、果斷及誠實的向醫療機構承認錯誤，則可能會減少因錯誤而持續對情緒造成的影響(Hevia & Hobgood, 2003; Matlow et al., 2006; Sutker, 2008; Wu, 2000)。

## 2.病人之觀點

一篇以假設情境方式所做的研究，調查 200 位自願的民眾對醫師主動告知醫療錯誤後之態度，結果指出：若醫師主動告知醫療錯誤且願意道歉，則有 58%的民眾給予醫師正面的肯定，有將近 81%的民眾仍然會信任醫師，顯示醫師若主動告知醫療錯誤，病人大都是會選



擇諒解(Wu et al., 2009)。

醫療錯誤的發生部份民眾認為是正常的，畢竟每個人都會犯錯，民眾希望醫療專業人員能承認錯誤以及給予道歉，對錯誤負起責任，並且要能解釋為何發生、什麼因素造成的，接下來應該採取什麼步驟去預防類似錯誤再次發生，而醫療提供者是否能勇於承擔責任或是對於錯誤做出回應，是會影響民眾對於醫療提供者的信任(Mazor et al., 2010)。當醫師主動告知醫療錯誤後，剛開始病人或許會受到驚嚇、擔心及害怕，但大多時候，醫師能夠真誠道歉並給予適當的和詳細的解釋，病人還是會和醫師討論接下來的後續處理，是要繼續治療亦或是轉診。

其實發生醫療錯誤時，病人期望得到公開告知實情，當醫療錯誤發生，醫療人員用沉默來面對病人和家屬，企圖掩蓋事實，缺乏同理心以及對受害者的尊重，如此一來只會使醫病關係惡化。且公開告知實情勇於承認錯誤，以及對病人表示關懷都能夠降低醫療糾紛的發生，病人和家屬只是想知道目前發生什麼事，希望醫師能表達關懷之外也期盼能有一個適當地道歉；另外病人也期望醫師能從不良事件中學習，確定這類事件在未來能夠不再發生，此外，病人也需要有人能關懷他們的生理、心理、社會和財務上的問題。另外，病人及家屬強烈認為醫療專業人員應該用心傾聽以及尊重家長所關心的事情，應該多加改



善溝通技巧，在對於主動告知醫療錯誤這方面，藉由建立定期的探訪來維持醫病間密切的關係(Leape, 2006b; Mazor et al., 2010)。

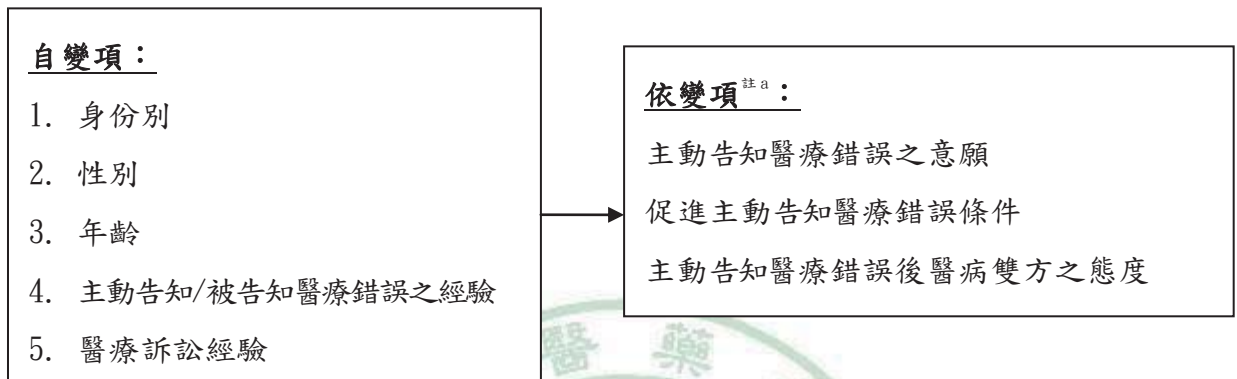
表 2-7-1：醫師與病人對主動告知醫療錯誤之差異

主題	病人態度	醫師態度
醫療錯誤之定義。	廣泛；包括不合格之照護標準、糟糕的服務品質、醫師缺乏和病人之間溝通技巧、不可預防之不良事件。	狹隘；只接受照護標準所定之不合格。
告知什麼樣的錯誤？	導致傷害的所有錯誤。	導致傷害的錯誤，但除了傷害是不明顯、病人未察覺以及病人表明不想得知時則不告知。
是否該告知跡近錯誤？	部份想得知。	不告知。
告知錯誤時該包含什麼訊息？	所有的資訊。	小心選擇告知資訊。 (用字淺詞較注意)
如何告知錯誤？	誠實且附有同情心。	誠實、客觀且專業。
道歉的角色。	期望得到醫師道歉。	擔心道歉會造成醫療糾紛。
錯誤所引發的情緒反應。	難過、生氣和害怕。	難過病人被自己所傷害且擔心錯誤會影響工作生涯。

資料來源：(Gallagher et al., 2003)

## 第三章 研究方法

### 第一節 研究架構



註 a：當研究對象為醫師時，依變項為醫師主動告知醫療錯誤之意願/促進主動告知醫療錯誤之條件/主動告知醫療錯誤後醫病雙方之態度；當研究對象為病人時，依變項為病人被主動告知醫療錯誤之意願/促進被主動告知醫療錯誤之條件/被主動告知醫療錯誤後醫病雙方之態度。

圖 3-1-1：研究架構

## 第二節 研究假設

一、主動告知醫療錯誤之意願有兩個研究假設：

1. 身份別、性別、年齡、主動告知/被主動告知經驗及醫療訴訟經驗對主動告知「輕微」醫療錯誤之意願上有所差異。
2. 身份別、性別、年齡、主動告知/被主動告知經驗及醫療訴訟經驗對主動告知「嚴重」醫療錯誤之意願上有所差異。

二、在促進主動告知醫療錯誤之條件有兩個研究假設：

1. 身份別、性別、年齡、主動告知/被主動告知經驗及醫療訴訟經驗對認同「病人可理性溝通」會促進醫師主動告知醫療錯誤的態度有所差異。
2. 身份別、性別、年齡、主動告知/被主動告知經驗及醫療訴訟經驗對認同「病人熟悉度」會促進醫師主動告知醫療錯誤的態度有所差異。

三、主動告知醫療錯誤後醫病雙方之態度有七個研究假設：

1. 身份別、性別、年齡、主動告知/被主動告知經驗及醫療訴訟經驗對認同主動告知醫療錯誤後，醫病雙方對「病人採取的行為會影響醫師日常作業」之態度上有所差異。
2. 身份別、性別、年齡、主動告知/被主動告知經驗及醫療訴訟經驗對認同主動告知醫療錯誤後，醫病雙方對「病人採取法律途徑」之態

度上有所差異。

3. 身份別、性別、年齡、主動告知/被主動告知經驗及醫療訴訟經驗對認同主動告知醫療錯誤後，醫病雙方對「醫師被醫院處罰」之態度上有所差異。
4. 身份別、性別、年齡、主動告知/被主動告知經驗及醫療訴訟經驗對認同主動告知醫療錯誤後，醫病雙方對「醫院名聲受損」之態度上有所差異。
5. 身份別、性別、年齡、主動告知/被主動告知經驗及醫療訴訟經驗對認同主動告知醫療錯誤後，醫病雙方對「醫師在業界名聲受損」之態度上有所差異。
6. 身份別、性別、年齡、主動告知/被主動告知經驗及醫療訴訟經驗對認同主動告知醫療錯誤後，醫病雙方對「醫病關係惡化」之態度上有所差異。
7. 身份別、性別、年齡、主動告知/被主動告知經驗及醫療訴訟經驗對於認同主動告知醫療錯誤後，醫病雙方對「病人對醫師失去信心」之態度上有所差異。

### 第三節 研究進行方式

本研究為次級資料分析，本研究重新分析以前研究者蒐集而得之資料，資料來源以兩份主題相似之問卷，但分別以醫師及病人為研究對象之回收問卷進行資料分析，分析方式以兩份問卷中，擷取出相同概念題目作為探討，醫師問卷中擷取一道題目對應至病人問卷中之相同概念題目則會有二至三道題目，而對應在病人問卷中的二至三道題分數會統整成一題。

問卷一：分別為針對醫師探討「主動告知醫療錯誤之阻礙因素及促進條件與其對告知及致歉認同之影響」。效度檢測採用專家效度作效度測量，邀請國內病人安專家與醫師代表共五位進行專家效度評分，主要針對問卷內容適切性及明確性進行評分（-2 表示非常不適切/不明確、-1 表示不適切/不明確、1 表示適切/明確、2 表示非常適切/明確），此外請專家檢視文字描述，是否需要修正及若有未周延處提供意見。專家效度的測量通常藉由CVI (Content Validity Index)的計算及分析來驗證效度，計算各題專家給予1、2 之比例（將四點尺度二分為適切/明確與不適切/不明確，-1 或-2 視為不適切/不明確）為I-CVI，5至10位專家時，I-CVI 必須大於0.78，本問卷CVI 為0.88。

研究對象為不同層級之六家醫院醫師包含主治醫師與住院醫師，依醫院權屬與醫院層級分層立意取樣六家醫院，各家醫院抽取量以單



位大小成比例（probability proportional to size, PPS）方式，依各院之醫師數佔六院醫師數之比例，乘上預計完成總份數，得到各院預計發放樣本份數。預計完成份數為 500 份但因地區醫院之醫師數較少，無法達到大數法則，故將發放問卷比例由 34%至 50%較能代表該醫院，最終發放 510 份問卷。

回收情形，問卷於民國九十七年九月發放，共發出 510 份問卷，至民國九十七年十一月止，共回收 482 份問卷，扣除邏輯錯誤（無醫療錯誤經驗卻有告知醫療錯誤經驗者）、有遺漏值、自變項皆填相同答案者，有效問卷為 423 份。

問卷二：針對病人探討「病人對於主動告知醫療錯誤的態度之研究」抽樣之全國病人團體。效度檢測採用專家效度作效度測量，邀請醫院倫理委員會專家、醫院法務室專家、兩位醫院志工及一位律師共五位進行專家效度評分，主要針對問卷內容適切性及明確性進行評分（-2 表示非常不適切/不明確、-1 表示不適切/不明確、1 表示適切/明確、2 表示非常適切/明確），此外請專家檢視文字描述，是否需要修正及若有未周延處提供意見。專家效度的測量通常藉由 CVI(Content Validity Index)的計算及分析來驗證效度，計算各題專家給予 1、2 之比例（將四點尺度二分為適切/明確與不適切/不明確，-1 或-2 視為不適切/不明確）為 I-CVI，5 至 10 位專家時，I-CVI 必須大

於0.78，此問卷CVI 為0.91。

此研究以全國性各慢性疾病病友團體之病人為對象，為避免填答者顧慮到醫療提供者可能知情而影響到填答正確性，特別排除在醫院運作之病友團體，以隨機選取各疾病共三十四個病友團體，各團體人數以單位大小按比例抽樣考量樣本大小適當性及人力、經費等條件，此研究發放1,450 份問卷，採問卷調查法，問卷內容參考國內外醫療錯誤與醫療不良事件之相關文獻，而發展本研究之結構式問卷。問卷的調查與發放為期2個月，自民國九十八年十二月至民國九十九年一月，問卷共發放1,450 份，回收1,351 份，有效問卷1,330 份，有效回收率為91.7%。

本研究在問卷一中回收之問卷 482 份中擷取題目後有效樣本數為 452 份，問卷二中回收之問卷 1,450 份中擷取題目後有效樣本數為 1,330，本研究有效樣本數為 1,782，並以兩份問卷中同樣概念之內容進行統計分析：

## 自變項

### 1. 身份別。

身份為醫師或病人。

### 2. 性別。

醫師與病人之男女性別。

### 3. 年齡。

醫師與病人之年齡。

### 4. 主動告知醫療錯誤之經驗。

有無（被）主動告知醫療錯誤之經驗。

### 5. 醫療訴訟經驗。

有無醫療訴訟經驗。

## 依變項

### 1. 主動告知醫療錯誤之意願。

● 主動告知「輕微」醫療錯誤之意願。

● 主動告知「嚴重」醫療錯誤之意願。

原問卷題目（醫師：將來會主動告知輕微與嚴重醫療錯誤。病人：將來希望被告知輕微與嚴重醫療錯誤。）

### 2. 促進主動告知醫療錯誤之條件。

● 認同「病人可理性溝通」時會促進醫師主動告知醫療錯誤。原問卷題目（醫師：對「病人可理性溝通」時，會傾向主動告知醫療錯誤。病人：認為當醫師主動告知我醫療錯誤，我會對於醫師的誠實感到認同、認為自己受到尊重並感到安慰以及對於可以知道真相與原因感到安慰且對醫師適時的表達歉意與遺憾，感到安慰。）

● 認同與「病人熟悉度高」時會促進醫師主動告知醫療錯誤。原問

卷題目：(醫師：「與病人熟悉度高」時會傾向主動告知醫療錯誤。

病人：我在過去半年內的就診經驗中，習慣上（八成以上）會找某位特定醫師就診且在過去半年內的就診經驗中，習慣上（八成以上）會按預定時間回診。)

### 3. 主動告知醫療錯誤後醫病雙方之態度。

- 認同主動告知醫療錯誤後「病人的行為會影響醫師日常作業」。

原問卷題目：(醫師：擔心「病人不理性的行為會影響日常作業」而降低主動告知醫療錯誤的認同。病人：認為當醫師主動告知醫療錯誤後會要求賠償、進行抗議的動作、訴諸新聞媒體爭取權益、找民意代表爭取權益。)

- 認同主動告知醫療錯誤後「病人會採取法律途徑」。原問卷題目：

(醫師：擔心「被告」而降低主動告知醫療錯誤的認同。病人：認為當醫師主動告知醫療錯誤後會採取法律訴訟。)

- 認同主動告知醫療錯誤後「醫師被醫院處罰」。原問卷題目：(醫

師：擔心「被醫院處罰」而降低主動告知醫療錯誤的認同。病人：認為當醫師主動告知醫療錯誤後會投訴醫院內相關管理單位。)

- 認同主動告知醫療錯誤後「醫院名聲受損」。原問卷題目：(醫師：

擔心「醫院名聲受損」及而降低主動告知醫療錯誤的認同。病人：認為當醫師主動告知醫療錯誤後會進行抗議的動作、訴諸新聞媒體爭取權益及找民意代表爭取權益。)



- 認同主動告知醫療錯誤後「**醫師在業界名聲受損**」。原問卷題目：  
(醫師：會擔心「自己在業界名聲受損」而降低主動告知醫療錯誤的認同。病人：認為當醫師主動告知醫療錯誤後會進行抗議的動作、訴諸新聞媒體爭取權益及採取法律訴訟。)
- 認同主動告知醫療錯誤後「**醫病關係惡化**」。原問卷題目：  
(醫師：擔心「醫病關係惡化」而降低主動告知醫療錯誤的認同。病人：認為當醫師主動告知醫療錯誤後會選擇轉院到其他醫院或診所就診、投訴醫院內相關管理單位、要求賠償、進行抗議的動作、訴諸新聞媒體爭取權益、找民意代表爭取權益以及採取法律訴訟。)
- 認同主動告知醫療錯誤後「**病人會對醫師失去信心**」。原問卷題目：  
(醫師：擔心「病人對我失去信心」而降低主動告知醫療錯誤的認同。病人：認為當醫師主動告知醫療錯誤後不願意與醫師討論其後續醫療補救方案、會選擇轉院到其他醫院或診所就診以及日後不願意繼續接受他的治療。)



#### 第四節 變項操作型定義

本研究調查醫師與病人對於主動告知醫療錯誤之經驗及態度之差異分析，以兩份問卷取出相同概念進行資料分析，研究變項及操作行定義如表 3-3-1 所示：

表 3-3-1: 研究變項與操作型定義。

自變項	操作型定義	尺度
身份別	(1)醫師 (2)病人	類別
性別	(1)男(2)女	類別
年齡	(1)20歲以下；(2)21-30歲； (3)31-40歲；(4)41-50歲； (5)51-60歲；(6)61-70歲； (7)71-80歲；(8)81歲以上	序位
主動告知醫療錯誤之經驗	(0)無(1)有	類別
醫療訴訟經驗	(0)無(1)有	類別

依變項	操作型定義	尺度
主動告知醫療錯誤之意願		
● 主動告知「輕微」醫療錯誤之意願	(4)為非常同意，(3)為同意，(2)為不同意，(1)為非常不同意	連續
● 主動告知「嚴重」醫療錯誤之意願	(4)為非常同意，(3)為同意，(2)為不同意，(1)為非常不同意	連續

依變項	操作型定義	尺度
促進主動告知醫療錯誤之條件		
● 認同「病人可理性溝通」時會促進醫師主動告知醫療錯誤	(4)為非常同意，(3)為同意，(2)為不同意，(1)為非常不同意	連續
● 認同與「病人熟悉度高」時會促進醫師主動告知醫療錯誤	(4)為非常同意，(3)為同意，(2)為不同意，(1)為非常不同意	連續
依變項	操作型定義	尺度
主動告知醫療錯誤後醫病雙方之態度		
● 認同主動告知醫療錯誤後「病人的行為會影響醫師日常作業」	(4)為非常同意，(3)為同意，(2)為不同意，(1)為非常不同意	連續
● 認同主動告知醫療錯誤後「病人會採取法律途徑」	(4)為非常同意，(3)為同意，(2)為不同意，(1)為非常不同意	連續
● 認同主動告知醫療錯誤後「醫師被醫院處罰」	(4)為非常同意，(3)為同意，(2)為不同意，(1)為非常不同意	連續
● 認同主動告知醫療錯誤後「醫院名聲受損」	(4)為非常同意，(3)為同意，(2)為不同意，(1)為非常不同意	連續
● 認同主動告知醫療錯誤後「醫師在業界名聲受損」	(4)為非常同意，(3)為同意，(2)為不同意，(1)為非常不同意	連續

---

● 認同主動告知醫療錯誤後「醫病關係惡化」	(4)為非常同意，(3)為同意，(2)為不同意，(1)為非常不同意	連續
● 認同主動告知醫療錯誤後「病人會對醫師失去信心」	(4)為非常同意，(3)為同意，(2)為不同意，(1)為非常不同意	連續

---



## 第五節 分析工具

利用 SPSS 12.0 版統計軟體進行資料輸入及資料統計分析，應用分析如下：

一、描述性統計利用百分比描述自變項，並對依變項以平均值、標準差、百分比呈現資料情形。

自變項（身份別、性別、年齡、主動告知醫療錯誤之經驗及醫療訴訟之經驗）。依變項（主動告知「輕微、嚴重」醫療錯誤之認同、主動告知醫療錯誤的促進條件以及主動告知醫療錯誤後醫病雙方之態度）。

二、T-test/ANOVA 探討自變項在依變項各組間之差異

自變項（身份別、性別、年齡、主動告知醫療錯誤之經驗及醫療訴訟之經驗）。依變項（主動告知「輕微、嚴重」醫療錯誤之認同、主動告知醫療錯誤的促進條件以及主動告知醫療錯誤後醫病雙方之態度）。

三、複迴歸分析來探討醫師與病人對主動告知醫療錯誤態度上之差異。

自變項（身份別、性別、年齡、主動告知醫療錯誤之經驗及醫療訴訟之經驗）。依變項（主動告知「輕微、嚴重」醫療錯誤之認同、主動告知醫療錯誤的促進條件以及主動告知醫療錯誤後醫病雙方之態度）。

## 第四章 研究結果

本章共分為三節，第一節為描述性統計分析之結果，第二節為雙變項分析之結果，第三節為多變項分析之結果。

### 第一節 描述性分析

本節旨在對樣本做整體性描述，其中包括樣本基本資料、主動告知醫療錯誤之認同、促進主動告知醫療錯誤之條件、主動告知醫療錯誤後醫病雙方之態度等四部份。

#### 一、基本資料

基本資料分為身份別、性別、年齡、主動告知/被主動告知醫療錯誤之經驗及醫療訴訟經驗（見表 4-1）。

1. 身份別：在 1,782 位樣本中，醫師為 452 人(25.4%)，病人為 1,330 人(74.6%)。
2. 性別：在 1,782 位樣本中，男性為 1,022 人(57.4%)，女性為 760 人(42.6%)。
3. 年齡：在 1,782 位樣本中，20 歲以下為 35 人(2%)，21-30 歲為 359 人(20.1%)，31-40 歲為 453 人(25.4%)，41-50 歲為 404 人(22.7%)，51-60 歲為 353 人(19.8%)，61-70 歲為 127 人(7.1%)，71-80 歲為 43 人(2.4%)，80 歲以上為 8 人(0.4%)。



4. 主動告知/被主動告知醫療錯誤之經驗：在 1,782 位樣本中，有主動告知/被告知醫療錯誤之經驗者為 562 人(31.5%)，沒有主動告知/被告知醫療錯誤之經驗者為 1,220 人(68.5%)。
5. 醫療訴訟經驗：在 1,782 位樣本中，有醫療訴訟經驗者為 96 人(5.4%)，沒有醫療訴訟經驗者為 1,686 人(94.6%)。

表 4-1-1：基本資料

研究變項	No (%)	備註
身份別		
醫師	452(25.4)	
病人	1,330(74.6)	
性別		
男	1,022(57.4)	
女	760(42.6)	
年齡		
20 以下	35(2)	
21-30	359(20.1)	
31-40	453(25.4)	
41-50	404(22.7)	
51-60	353(19.8)	
61-70	127(7.1)	
71-80	43(2.4)	
81 以上	8(0.4)	
主動告知/被主動告知醫療錯誤之經驗		
有	562(31.5)	
無	1,220(68.5)	
醫療訴訟經驗		
有	96(5.4)	
無	1,686(94.6)	

## 二、 主動告知醫療錯誤之意願

在主動告知醫療錯誤之認同方面，將醫療錯誤分為輕微及嚴重兩部份，並將以身份別加以分析，以下分別介紹，如表 4-1-2~4-1-4 所示。

1. 主動告知「輕微」醫療錯誤之意願：若將來發生醫療錯誤，有意願主動告知輕微醫療錯誤，表示「非常同意」及「同意」的共有 1,560 人(87.5%)；表示「不同意」及「非常不同意」的共有 222 人(12.5%)。

若將來發生醫療錯誤，醫師有意願主動告知輕微醫療錯誤，表示「非常同意」及「同意」的共有 389 人(86.1%)；表示「不同意」及「非常不同意」的共有 63 人(13.9%)。病人有意願被主動告知，表示「非常同意」及「同意」的共有 1,171 人(88%)；表示「不同意」及「非常不同意」的共有 159 人(12%)。

2. 主動告知「嚴重」醫療錯誤之意願：若將來發生醫療錯誤，有意願主動告知嚴重醫療錯誤，表示「非常同意」及「同意」的共有 1,431 人(80.3%)；表示「不同意」及「非常不同意」的共有 351 人(19.7%)。

若將來發生醫療錯誤，醫師有意願主動告知嚴重醫療錯誤，表示「非常同意」及「同意」的共有 315 人(69.7%)；表示「不同

意」及「非常不同意」的共有 137 人(30.3%)。病人有意願被主動告知，表示「非常同意」及「同意」的共有 1,116 人(83.9%)；表示「不同意」及「非常不同意」的共有 214 人(16.1%)。

表 4-1-2：主動告知醫療錯誤之意願

研究變項	非常同意 N(%)	同意 N(%)	不同意 N(%)	非常不同意 N(%)
主動告知輕微醫療錯誤之意願	464(26)	1,096(61.5)	184(10.4)	38(2.1)
主動告知嚴重醫療錯誤之意願	530(29.7)	901(50.6)	264(14.8)	87(4.9)

表 4-1-3：主動告知「輕微」醫療錯誤之意願

研究變項 身份別	非常同意 N(%)	同意 N(%)	不同意 N(%)	非常不同意 N(%)
醫師	79(17.5)	310(68.6)	54(11.9)	9(2.0)
病人	385(28.9)	786(59.1)	130(9.8)	29(2.2)

表 4-1-4：主動告知「嚴重」醫療錯誤之意願

研究變項 身份別	非常同意 N(%)	同意 N(%)	不同意 N(%)	非常不同意 N(%)
醫師	64(14.2)	251(55.5)	116(25.7)	21(4.6)
病人	466(35.0)	650(48.9)	148(11.1)	66(5.0)

### 三、 促進主動告知醫療錯誤之條件

在促進主動告知醫療錯誤之條件方面，分為「病人可理性溝通」以及與「病人熟悉度高」兩類，並以身份別加以分析，以下將分別介紹，如表 4-1-5~4-1-7 所示。

1. 認同「病人可理性溝通」時會促進醫師主動告知醫療錯誤：若將來發生醫療錯誤，認為病人可理性溝通時會促進醫師主動告知醫療錯誤，表示「非常同意」及「同意」的共有 1,241 人(69.7%)；表示「不同意」及「非常不同意」的共有 541 人(30.3%)。

若將來發生醫療錯誤，醫師認為病人可理性溝通時會促進醫師主動告知醫療錯誤，表示「非常同意」及「同意」的共有 46 人(10.1%)；表示「不同意」及「非常不同意」的共有 406 人(89.9%)。

病人認為自己可理性溝通時會促進醫師主動告知醫療錯誤，表示「非常同意」及「同意」的共有 1,195 人(89.9%)；表示「不同意」及「非常不同意」的共有 135 人(10.1%)。

2. 認同與「病人熟悉度高」時會促進醫師主動告知醫療錯誤：若將來發生醫療錯誤，認為與病人熟悉度高時會促進醫師主動告知醫療錯誤，表示「非常同意」及「同意」的共有 1,308 人(73.4%)；表示「不同意」及「非常不同意」的共有 474 人(26.6%)。

若將來發生醫療錯誤，醫師認為與病人熟悉度高時會促進醫

師主動告知醫療錯誤，表示「非常同意」及「同意」的共有 60 人(13.2%); 表示「不同意」及「非常不同意」的共有 392 人(86.8%)。病人認為與醫師熟悉度高時會促進醫師主動告知醫療錯誤，表示「非常同意」及「同意」的共有 1,248 人(93.8%); 表示「不同意」及「非常不同意」的共有 82 人(6.2%)。

表 4-1-5：促進主動告知醫療錯誤之條件

研究變項	非常同意 N(%)	同意 N(%)	不同意 N(%)	非常不同意 N(%)
認同病人可理性溝通時會促進醫師主動告知醫療錯誤。	299(16.8)	942(52.9)	277(15.5)	264(14.8)
認同與病人熟悉度高時會促進醫師主動告知醫療錯誤。	425(23.8)	883(49.6)	258(14.5)	216(12.1)

表 4-1-6：認同「病人可理性溝通」時會促進醫師主動告知醫療錯誤

研究變項 身份別	非常同意 N(%)	同意 N(%)	不同意 N(%)	非常不同意 N(%)
醫師	11(2.4)	35(7.7)	154(34.1)	252(55.8)
病人	288(21.7)	907(68.2)	123(9.2)	12(0.9)

表 4-1-7：認同「與病人熟悉度高」時會促進醫師主動告知醫療錯誤

研究變項 身份別	非常同意 N(%)	同意 N(%)	不同意 N(%)	非常不同意 N(%)
醫師	14(3.1)	46(10.1)	182(40.3)	210(46.5)
病人	411(30.9)	837(62.9)	76(5.7)	6(0.5)



#### 四、主動告知醫療錯誤後醫病雙方之態度

在主動告知醫療錯誤後醫病雙方之態度方面，分為「病人的行為會影響醫師日常作業」、「病人會採取法律途徑」、「醫師被醫院處罰」、「醫院名聲受損」、「醫師在業界名聲受損」、「醫病關係惡化」及「病人對醫師失去信心」等七類，並以身份別加以分析，以下分別介紹，如表 4-1-8~4-1-15 所示。

1. 認同主動告知醫療錯誤後「病人的行為會影響醫師日常作業」：若將來主動告知醫療錯誤後，認為病人的行為會影響日常作業，表示「非常同意」及「同意」的共有 957 人(53.7%)；表示「不同意」及「非常不同意」的共有 825 人(46.3%)。

若將來主動告知醫療錯誤後，醫師擔心病人的行為會影響日常作業，表示「非常同意」及「同意」的共有 270 人(59.7%)；表示「不同意」及「非常不同意」的共有 182 人(40.3%)。病人認為自己的行為會影響醫師日常作業，表示「非常同意」及「同意」的共有 687 人(51.7%)；表示「不同意」及「非常不同意」的共有 643 人(48.3%)。

2. 認同主動告知醫療錯誤後「病人會採取法律途徑」：若將來主動告知醫療錯誤後，認為病人會採取法律途徑，表示「非常同意」及「同意」的共有 916 人(51.4%)；表示「不同意」及「非常不同意」

的共有 866 人(48.6%)。

若將來主動告知醫療錯誤後，醫師擔心病人會採取法律途徑，表示「非常同意」及「同意」的共有 300 人(66.3%)；表示「不同意」及「非常不同意」的共有 152 人(33.7%)。病人認為自己會採取法律途徑，表示「非常同意」及「同意」的共有 616 人(46.3%)；表示「不同意」及「非常不同意」的共有 714 人(53.7%)。

3. 認同主動告知醫療錯誤後「醫師被醫院處罰」：若將來主動告知醫療錯誤後，醫師被醫院處罰，表示「非常同意」及「同意」的共有 981 人(55.1%)；表示「不同意」及「非常不同意」的共有 801 人(45%)。

若將來主動告知醫療錯誤後，醫師擔心自己會被醫院處罰，表示「非常同意」及「同意」的共有 192 人(42.5%)；表示「不同意」及「非常不同意」的共有 260 人(57.5%)。病人認為自己會採取行動使醫師被醫院處罰，表示「非常同意」及「同意」的共有 789 人(59.3%)；表示「不同意」及「非常不同意」的共有 541 人(40.7%)。

4. 認同主動告知醫療錯誤後「醫院名聲受損」：若將來主動告知醫療錯誤後，醫院名聲受損，表示「非常同意」及「同意」的共有 684 人(38.3%)；表示「不同意」及「非常不同意」的共有 1,098 人

(61.7%)。

若將來主動告知醫療錯誤後，醫師擔心醫院名聲受損，表示「非常同意」及「同意」的共有 179 人(39.6%)；表示「不同意」及「非常不同意」的共有 273 人(60.4%)。病人認為自己會採取行動使醫院名聲受損，表示「非常同意」及「同意」的共有 505 人(37.9%)；表示「不同意」及「非常不同意」的共有 825 人(62.1%)。

5. 認同主動告知醫療錯誤後「醫師在業界名聲受損」：若將來主動告知醫療錯誤後，醫師在業界名聲受損，表示「非常同意」及「同意」的共有 787 人(44.2%)；表示「不同意」及「非常不同意」的共有 995 人(55.8%)。

若將來主動告知醫療錯誤後，醫師擔心自己在業界名聲受損，表示「非常同意」及「同意」的共有 222 人(49.1%)；表示「不同意」及「非常不同意」的共有 230 人(50.9%)。病人認為自己會採取行動使醫師在業界名聲受損，表示「非常同意」及「同意」的共有 565 人(42.4%)；表示「不同意」及「非常不同意」的共有 765 人(57.6%)。

6. 認同主動告知醫療錯誤後擔心「醫病關係惡化」：若將來主動告知醫療錯誤後，醫病關係惡化，表示「非常同意」及「同意」的共有 932 人(52.3%)；表示「不同意」及「非常不同意」的共有 850

人(47.7%)。

若將來主動告知醫療錯誤後，醫師擔心醫病關係惡化，表示「非常同意」及「同意」的共有 231 人(51.1%)；表示「不同意」及「非常不同意」的共有 221 人(48.9%)。病人擔心醫病關係惡化，表示「非常同意」及「同意」的共有 701 人(52.7%)；表示「不同意」及「非常不同意」的共有 629 人(47.3%)。

7. 認同主動告知醫療錯誤後「病人會對醫師失去信心」：若將來主動告知醫療錯誤後，病人會對醫師失去信心，表示「非常同意」及「同意」的共有 708 人(39.7%)；表示「不同意」及「非常不同意」的共有 1,074 人(60.3%)。

若將來主動告知醫療錯誤後，醫師擔心病人對我失去信心，表示「非常同意」及「同意」的共有 225 人(49.7%)；表示「不同意」及「非常不同意」的共有 227 人(50.3%)。病人認為自己會對醫師失去信心，表示「非常同意」及「同意」的共有 483 人(36.3%)；表示「不同意」及「非常不同意」的共有 847 人(63.7%)。

表 4-1-8：主動告知醫療錯誤後醫病雙方之態度

研究變項	非常同意 N(%)	同意 N(%)	不同意 N(%)	非常不同意 N(%)
認同主動告知醫療錯誤後「病人的行為會影響醫師日常作業」。	147(8.2)	810(45.5)	732(41.1)	93(5.2)
認同主動告知醫療錯誤後「病人會採取法律途徑」。	209(11.7)	707(39.7)	736(41.3)	130(7.3)
認同主動告知醫療錯誤後「醫師被醫院處罰」。	139(7.8)	842(47.2)	645(36.2)	156(8.8)
認同主動告知醫療錯誤後「醫院名聲受損」。	88(4.9)	596(33.4)	926(52.0)	172(9.7)
認同主動告知醫療錯誤後「醫師在業界名聲受損」。	103(5.8)	684(38.4)	848(47.6)	147(8.2)
認同主動告知醫療錯誤後「醫病關係惡化」。	98(5.5)	834(46.8)	743(41.7)	107(6.0)
認同主動告知醫療錯誤後「病人對醫師失去信心」。	79(4.4)	629(35.3)	932(52.3)	142(8.0)



表 4-1-9：認同主動告知醫療錯誤後「病人的行為會影響醫師日常作業」

研究變項 身份別	非常同意 N(%)	同意 N(%)	不同意 N(%)	非常不同意 N(%)
醫師	97(21.5)	173(38.2)	113(25.0)	69(15.3)
病人	50(3.8)	637(47.9)	619(46.5)	24(1.8)

表 4-1-10：認同主動告知醫療錯誤後「病人會採取法律途徑」

研究變項 身份別	非常同意 N(%)	同意 N(%)	不同意 N(%)	非常不同意 N(%)
醫師	136(30.1)	164(36.2)	88(19.5)	64(14.2)
病人	73(5.5)	543(40.8)	648(48.7)	66(5.0)

表 4-1-11：認同主動告知醫療錯誤後「醫師被醫院處罰」

研究變項 身份別	非常同意 N(%)	同意 N(%)	不同意 N(%)	非常不同意 N(%)
醫師	44(9.8)	148(32.7)	134(29.6)	126(27.9)
病人	95(7.1)	694(52.2)	511(38.4)	30(2.3)

表 4-1-12：認同主動告知醫療錯誤後「醫院名聲受損」

研究變項 身份別	非常同意 N(%)	同意 N(%)	不同意 N(%)	非常不同意 N(%)
醫師	50(11.1)	129(28.5)	155(34.3)	118(26.1)
病人	38(2.9)	467(35.0)	771(58.0)	54(4.1)

表 4-1-13：認同主動告知醫療錯誤後「醫師在業界名聲受損」

研究變項 身份別	非常同意 N(%)	同意 N(%)	不同意 N(%)	非常不同意 N(%)
醫師	67(14.8)	155(34.3)	133(29.4)	97(21.5)
病人	36(2.6)	529(39.8)	715(53.8)	50(3.8)

表 4-1-14：認同主動告知醫療錯誤後「醫病關係惡化」

研究變項 身份別	非常同意 N(%)	同意 N(%)	不同意 N(%)	非常不同意 N(%)
醫師	61(13.5)	170(37.6)	138(30.5)	83(18.4)
病人	37(2.8)	664(49.9)	605(45.5)	24(1.8)

表 4-1-15：認同主動告知醫療錯誤後「病人會對醫師失去信心」

研究變項 身份別	非常同意 N(%)	同意 N(%)	不同意 N(%)	非常不同意 N(%)
醫師	53(11.6)	172(38.1)	135(29.9)	92(20.4)
病人	26(2.0)	457(34.3)	797(59.9)	50(3.8)

## 第二節 雙變項分析

本節旨在根據變項之性質，利用 T-test 及 ANOVA 探討基本資料與主動告知醫療錯誤之意願、促進主動告知醫療錯誤條件、主動告知醫療錯誤後醫病雙方之態度在各組間之差異分析。

身份別、性別、主動告知/被告知醫療錯誤之經驗、醫療訴訟經驗在各組間之差異採 T-test。年齡在各組間之差異採 ANOVA 分析，若達統計上顯著( $p < 0.05$ )，再以 Scheffe method 事後檢定進行多重比較。

基本資料包括：「身份別」、「年齡」、「性別」、「主動告知/被告知醫療錯誤之經驗」及「醫療訴訟經驗」。

主動告知醫療錯誤之意願包括：主動告知「輕微」醫療錯誤之意願以及主動告知「嚴重」醫療錯誤之意願。

促進主動告知醫療錯誤條件包括：認同「病人可理性溝通」時會促進醫師主動告知醫療錯誤以及認同「與病人熟悉度高」時會促進醫師主動告知醫療錯誤。

主動告知醫療錯誤後醫病雙方之態度包括：認同主動告知醫療錯誤後，「病人的行為會影響醫師日常作業」、「病人會採取法律途徑」、「醫師被醫院處罰」、「醫院名聲受損」、「醫師在業界名聲受損」、「醫病關係惡化」以及「病人對醫師失去信心」。

## 一、 基本資料與主動告知醫療錯誤意願之差異分析（見表 4-2-1）

### 1. 基本資料與主動告知「輕微」醫療錯誤之意願

病人對主動告知輕微醫療錯誤之意願顯著高於醫師(3.15 vs 3.02,  $p<0.001$ ); 女性對主動告知輕微醫療錯誤之意願顯著高於男性(3.19 vs 3.06,  $p<0.001$ ); 無醫療訴訟經驗者之意願高於有醫療訴訟經驗者(3.12 vs 2.98,  $p<0.05$ ), 其餘變項則無統計上顯著差異。

### 2. 基本資料與主動告知「嚴重」醫療錯誤之意願

病人對主動告知嚴重醫療錯誤之意願顯著高於醫師(3.14 vs 2.79,  $p<0.001$ ); 女性對主動告知嚴重醫療錯誤之意願顯著高於男性(3.18 vs 2.96,  $p<0.001$ ); 無主動告知/被告知醫療錯誤經驗者之意願高於有主動告知/被告知醫療錯誤經驗者(3.08 vs 2.99,  $p<0.05$ ); 無醫療訴訟經驗者之意願高於有醫療訴訟經驗者(3.07 vs 2.81,  $p<0.01$ ); 年齡則無統計上顯著差異。

## 二、 基本資料與促進主動告知醫療錯誤條件之差異分析

(見表 4-2-2)

### 1. 基本資料與認同「病人可理性溝通」時會促進醫師主動告知醫療錯誤

病人對自己為可理性溝通時，會促進醫師主動告知醫療錯誤之認同程度顯著高於醫師(3.11 vs 1.57,  $p < 0.001$ )；女性對病人可理性溝通時會促進醫師主動告知醫療錯誤之認同程度顯著高於男性(2.98 vs 2.52,  $p < 0.001$ )；沒有主動告知/被告知醫療錯誤經驗者之認同程度顯著高於有主動告知/被告知醫療錯誤經驗者(2.93 vs 2.24,  $p < 0.001$ )；無醫療訴訟經驗者之認同程度顯著高於有醫療訴訟經驗者(2.76 vs 2.99,  $p < 0.001$ )；年齡部份達顯著差異，因此用 Scheffe 事後檢定得知 21-30 歲認同度低於 20 歲以下；31-40 歲認同度低於 20 歲以下；41-50 歲認同度高於 21-30 歲；51-60 歲與 61-70 歲認同度高於 21-30 歲；71-80 歲認同度高於 21-30 歲。

### 2. 基本資料與認同「與病人熟悉度高」時會促進醫師主動告知醫療錯誤

病人對自己與醫師熟悉度高時，會促進醫師主動告知醫療錯誤之認同程度顯著高於醫師(3.24 vs 1.70,  $p < 0.001$ )；女性對與病人熟悉度高時會促進醫師主動告知醫療錯誤之認同程度顯著高於男性(3.12 vs 2.65,



$p<0.001$ )；沒有主動告知/被告知醫療錯誤經驗者之認同程度顯著高於有主動告知/被告知醫療錯誤經驗者(3.07 vs 2.38,  $p<0.001$ )；無醫療訴訟經驗的者之認同程度顯著高於有醫療訴訟經驗者(2.90 vs 2.08,  $p<0.001$ )；年齡部份達顯著差異，因此用 Scheffe 事後檢定得知 21-30 歲認同度低於 20 歲以下；31-40 歲認同度低於 20 歲以下；41-50 歲認同度高於 21-30 歲；51-60 歲與 61-70 歲認同度高於 21-30 歲；71-80 歲認同度高於 21-30 歲。



### 三、基本資料與主動告知醫療錯誤後醫病雙方之態度之差異分析

(見表 4-2-3)

#### 1. 基本資料與認同主動告知醫療錯誤後「病人的行為會影響醫師日常作業」

病人對自己的行為會影響醫師日常作業之認同程度低於醫師(2.54 vs 2.66,  $p<0.05$ )；女性對病人的行為會影響醫師日常作業之認同程度低於男性(2.52 vs 2.60,  $p<0.05$ )；無醫療訴訟經驗者之認同程度低於有醫療訴訟經驗者(2.56 vs 2.77,  $p<0.05$ )，其餘變項則無統計上顯著差異。

#### 2. 基本資料與認同主動告知醫療錯誤後「病人會採取法律途徑」

病人對自己會採取法律途徑之認同程度顯著低於醫師(2.47 vs 2.82,  $p<0.001$ )；女性對病人會採取法律途徑之認同程度低於男性(2.49 vs 2.61,  $p<0.01$ )；無主動告知/被告知醫療錯誤經驗者之認同程度顯著低於有主動告知/被告知醫療錯誤經驗者(2.51 vs 2.66,  $p<0.001$ )；其餘變項則無統計上顯著差異。

#### 3. 基本資料與認同主動告知醫療錯誤後「醫師被醫院處罰」

病人對自己採取行動使醫師被醫院處罰之認同程度顯著高於醫師(2.64 vs 2.24,  $p<0.001$ )；女性對醫師被醫院處罰之認同程度高於男性(2.60 vs 2.50,  $p<0.01$ )；無主動告知/被告知醫療錯誤經驗者之認同程度

高於有主動告知/被告知醫療錯誤經驗者(2.58 vs 2.45,  $p<0.01$ ); 無醫療訴訟經驗者之認同程度高於有醫療訴訟經驗者(2.56 vs 2.26,  $p<0.01$ )。

#### 4. 基本資料與認同主動告知醫療錯誤後「醫院名聲受損」

病人對自己採取行動使醫院名聲受損之認同程度高於醫師(2.37 vs 2.25,  $p<0.05$ ); 其餘部份則無統計上顯著。

5. 基本資料與認同主動告知醫療錯誤後,「醫師在業界名聲受損」以及「醫病關係惡化」、「病人會對醫師失去信心」在各變項間皆無統計上顯著差異。



表 4-2-1：基本資料與主動告知醫療錯誤意願之差異分析

	主動告知「輕微」醫療錯誤之意願	主動告知「嚴重」醫療錯誤之意願
	Mean(SD)	Mean(SD)
<b>身份別</b>		
醫師 N=452	3.02(0.61)	2.79(0.74)
病人 N=1,330	3.15(0.67)	3.14(0.80)
T 值	-3.879***	-8.140***
<b>性別</b>		
男 N=1,022	3.06(0.64)	2.96(0.79)
女 N=760	3.19(0.68)	3.18(0.80)
T 值	3.973***	5.908***
<b>年齡</b>		
20 歲以下 N=35	3.09(0.82)	3.17(0.89)
21-30 N=359	3.12(0.68)	3.06(0.82)
31-40 N=453	3.12(0.68)	3.03(0.84)
41-50 N=404	3.13(0.68)	3.05(0.80)
51-60 N=353	3.09(0.59)	3.04(0.76)
61-70 N=127	3.06(0.65)	3.06(0.74)
71-80 N=43	3.19(0.55)	3.09(0.65)
80 歲以上 N=8	3.38(0.74)	3.38(0.74)
F 值	0.541	0.373
<b>主動告知/被告知醫療錯誤之經驗</b>		
有 N=562	3.12(0.62)	2.99(0.79)
無 N=1,220	3.11(0.68)	3.08(0.80)
T 值	-0.372	2.300*
<b>醫療訴訟經驗</b>		
有 N=96	2.98(0.71)	2.81(0.81)
無 N=1,686	3.12(0.66)	3.07(0.80)
T 值	2.066*	3.021**

註：\* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$ , \*\*\* $p < 0.001$

表 4-2-2：基本資料與促進主動告知醫療錯誤條件之差異分析

	認同「病人可理性溝通」時會促進醫師主動告知醫療錯誤	Scheffe 事後檢定	認同「與病人熟悉度高」時會促進醫師主動告知醫療錯誤	Scheffe 事後檢定
	Mean(SD)		Mean(SD)	
<b>身份別</b>				
醫師 N=452	1.57(0.74)		1.70(0.78)	
病人 N=1,330	3.11(0.58)		3.24(0.57)	
T 值	40.205***		-38.905***	
<b>性別</b>				
男 N=1,022	2.52(0.79)		2.65(0.95)	
女 N=760	2.98(0.79)		3.12(0.79)	
T 值	11.338***		11.447***	
<b>年齡</b>				
20 歲以下 N=35	3.09(0.56)		3.37(0.65)	
21-30 N=359	2.44(0.98)		2.56(1.00)	
31-40 N=453	2.50(1.00)		2.59(0.98)	
41-50 N=404	2.70(0.91)	41-50>21-30	2.86(0.91)	41-50>21-30
51-60 N=353	3.06(0.67)	51-60>21-30	3.18(0.67)	51-60>21-30
61-70 N=127	3.11(0.58)	61-70>21-30	3.32(0.62)	61-70>21-30
71-80 N=43	3.19(0.55)	71-80>21-30	3.40(0.49)	71-80>21-30
80 歲以上 N=8	3.13(0.83)		3.38(0.74)	
F 值	23.612***		28.183***	
<b>主動告知/被告知醫療錯誤之經驗</b>				
有 N=562	2.24(1.02)		2.38(1.05)	
無 N=1,220	2.93(0.77)		3.07(0.76)	
T 值	14.302***		13.892***	
<b>醫療訴訟經驗</b>				
有 N=96	1.99(0.90)		2.08(0.99)	
無 N=1,686	2.76(0.90)		2.90(0.90)	
T 值	8.151***		7.843***	

註：\* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$ , \*\*\* $p < 0.001$



表 4-2-3：基本資料與主動告知醫療錯誤後醫病雙方態度之差異分析

	認同主動告知醫療錯誤後「病人的行為會影響醫師日常作業」	認同主動告知醫療錯誤後「病人會採取法律途徑」	認同主動告知醫療錯誤後「醫師被醫院處罰」
	Mean(SD)	Mean(SD)	Mean(SD)
<b>身份別</b>			
醫師 N=452	2.66(0.98)	2.82(1.02)	2.24(0.97)
病人 N=1,330	2.54(0.60)	2.47(0.68)	2.64(0.65)
T 值	2.516*	6.914***	-8.155***
<b>性別</b>			
男 N=1,022	2.60(0.76)	2.61(0.83)	2.50(0.80)
女 N=760	2.52(0.65)	2.49(0.73)	2.60(0.70)
T 值	-2.472*	-3.004**	2.692**
<b>年齡</b>			
20 歲以下 N=35	2.40(0.55)	2.40(0.69)	2.69(0.72)
21-30 N=359	2.50(0.78)	2.58(0.88)	2.51(0.82)
31-40 N=453	2.64(0.75)	2.66(0.85)	2.54(0.83)
41-50 N=404	2.55(0.75)	2.53(0.79)	2.47(0.79)
51-60 N=353	2.56(0.62)	2.51(0.65)	2.61(0.61)
61-70 N=127	2.60(0.63)	2.48(0.69)	2.57(0.68)
71-80 N=43	2.53(0.63)	2.37(0.69)	2.56(0.63)
80 歲以上 N=8	2.88(0.35)	2.63(0.74)	3.25(0.46)
F 值	1.698	2.018	2.174
<b>主動告知/被告知醫療錯誤之經驗</b>			
<b>誤之經驗</b>			
有 N=562	2.66(0.84)	2.66(0.89)	2.45(0.86)
無 N=1,220	2.54(0.65)	2.51(0.74)	2.58(0.71)
T 值	-1.892	-3.574***	3.191**
<b>醫療訴訟經驗</b>			
有 N=96	2.77(0.95)	2.69(0.93)	2.26(0.98)
無 N=1,686	2.56(0.70)	2.55(0.78)	2.56(0.74)
T 值	-2.194*	-1.406	2.929**

註：\* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$ , \*\*\* $p < 0.001$

表 4-2-3：基本資料與主動告知醫療錯誤後醫病雙方態度之差異分析

(續一)

	認同主動告知醫療錯誤後「醫 院名聲受損」	認同主動告知醫療錯誤後 「醫師在業界名聲受損」
	Mean(SD)	Mean(SD)
<b>身份別</b>		
醫師 N=452	2.25(0.96)	2.42(0.99)
病人 N=1,330	2.37(0.61)	2.41(0.61)
T 值	-2.525*	0.213
<b>性別</b>		
男 N=1,022	2.35(0.77)	2.44(0.78)
女 N=760	2.32(0.66)	2.39(0.64)
T 值	0.745	-1.420
<b>年齡</b>		
20 歲以下 N=35	2.11(0.58)	2.20(0.58)
21-30 N=359	2.24(0.76)	2.36(0.76)
31-40 N=453	2.36(0.78)	2.46(0.81)
41-50 N=404	2.31(0.73)	2.39(0.62)
51-60 N=353	2.41(0.60)	2.44(0.62)
61-70 N=127	2.45(0.65)	2.47(0.65)
71-80 N=43	2.40(0.62)	2.44(0.63)
80 歲以上 N=8	2.63(0.52)	2.63(0.52)
F 值	2.769	1.387
<b>主動告知/被告知醫療錯誤之 經驗</b>		
有 N=562	2.31(0.81)	2.42(0.82)
無 N=1,220	2.35(0.67)	2.41(0.67)
T 值	0.811	-0.240
<b>醫療訴訟經驗</b>		
有 N=96	2.28(0.99)	2.43(0.97)
無 N=1,686	2.34(0.70)	2.42(0.71)
T 值	0.571	-0.107

註：\* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$ , \*\*\* $p < 0.001$

表 4-2-3：基本資料與主動告知醫療錯誤後醫病雙方態度之差異分析

(續二)

	認同主動告知醫療錯誤後「醫 病關係惡化」	認同主動告知醫療錯誤後「病 人會對醫師失去信心」
	Mean(SD)	Mean(SD)
<b>身份別</b>		
醫師 N=452	2.46(0.94)	2.41(0.94)
病人 N=1,330	2.54(0.58)	2.35(0.58)
T 值	-1.580	1.410
<b>性別</b>		
男 N=1,022	2.52(0.73)	2.37(0.74)
女 N=760	2.52(0.63)	2.34(0.63)
T 值	0.025	-0.856
<b>年齡</b>		
20 歲以下 N=35	2.46(0.56)	2.37(0.65)
21-30 N=359	2.52(0.75)	2.47(0.76)
31-40 N=453	2.53(0.74)	2.38(0.75)
41-50 N=404	2.45(0.71)	2.32(0.71)
51-60 N=353	2.55(0.59)	2.32(0.57)
61-70 N=127	2.55(0.63)	2.32(0.59)
71-80 N=43	2.49(0.63)	2.28(0.50)
80 歲以上 N=8	2.75(0.46)	2.50(0.53)
F 值	0.937	2.110
<b>主動告知/被告知醫療 錯誤之經驗</b>		
有 N=562	2.51(0.81)	2.37(0.81)
無 N=1,220	2.52(0.63)	2.36(0.63)
T 值	0.275	-0.174
<b>醫療訴訟經驗</b>		
有 N=96	2.51(0.98)	2.40(0.90)
無 N=1,686	2.52(0.67)	2.36(0.68)
T 值	0.078	-0.384

註：\* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$ , \*\*\* $p < 0.001$

### 第三節 多變項分析

本節主要在探討影響主動告知醫療錯誤之意願、促進主動告知醫療錯誤之條件及主動告知醫療錯誤後醫病雙方之態度的重要相關變項。以主動告知醫療錯誤之意願、促進主動告知醫療錯誤之條件、主動告知醫療錯誤後醫病雙方之態度為依變項，基本資料（身份別、性別、年齡、主動告知/被告知醫療錯誤之經驗以及醫療訴訟經驗）為自變項，以T-test及ANOVA之顯著自變項( $p < 0.05$ )做為標準納入Full Model。

在進行複迴歸分析前，將變項中屬於類別（nominal）與次序（ordinal）型態的資料轉換為虛擬變項（dummy variable），以符合線性複迴歸的統計特性。

## 一、主動告知醫療錯誤意願之差異分析

### 1. 基本資料與主動告知「輕微」醫療錯誤之意願（見表 4-3-1）

主動告知輕微醫療錯誤意願之模式中，身份別與性別皆達統計顯著差異，表示將來發生若醫療錯誤時，病人對主動告知輕微醫療錯誤之意願高於醫師( $p<0.05$ )；女性對主動告知輕微醫療錯誤之意願高於男性( $p<0.01$ )。

### 2. 基本資料與主動告知「嚴重」醫療錯誤之意願（見表 4-3-2）

在主動告知嚴重醫療錯誤意願之模式中，身份別與性別皆達統計顯著差異，表示將來若發生醫療錯誤時，病人對主動告知嚴重醫療錯誤之意願高於醫師( $p<0.001$ )；女性對主動告知嚴重醫療錯誤之意願高於男性( $p<0.001$ )。



表 4-3-1：基本資料與主動告知「輕微」醫療錯誤之意願

模式	非標準化係數		標準化係數	t	顯著性
	$\beta$	標準誤	$\beta$		
常數	2.935	.068		43.266	.000
<b>身份別</b>					
醫師(參考組)	-	-	-	-	-
病人	.089	.039	.059	2.321	.020*
<b>性別</b>					
男(參考組)	-	-	-	-	-
女	.099	.033	.074	3.017	.003**
<b>醫療訴訟經驗</b>					
有(參考組)	-	-	-	-	-
無	.074	.071	.025	1.038	.300

註：\* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$ , \*\*\* $p < 0.001$

表 4-3-2：基本資料與主動告知「嚴重」醫療錯誤意願

模式	非標準化係數		標準化係數	t	顯著性
	$\beta$	標準誤	$\beta$		
常數	2.209	.081		33.533	.000
<b>身份別</b>					
醫師(參考組)	-	-	-	-	-
病人	.327	.050	.178	6.542	.000***
<b>性別</b>					
男(參考組)	-	-	-	-	-
女	.148	.039	.092	3.781	.000***
<b>主動告知/被 主動告知醫療 錯誤之經驗</b>					
有(參考組)	-	-	-	-	-
無	-.086	.046	-.050	-1.898	.058
<b>醫療訴訟經驗</b>					
有(參考組)	-	-	-	-	-
無	.100	.086	.028	1.158	.247

註：\* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$ , \*\*\* $p < 0.001$

## 二、 促進主動告知醫療錯誤條件之差異分析

### 1. 基本資料與認同「病人可理性溝通」時會促進醫師主動告知醫療錯誤（見表 4-3-3）

在病人可理性溝通時會促進醫師主動告知醫療錯誤模式中，身份別與性別皆達統計顯著差異，表示將來若發生醫療錯誤時，病人對自己可理性溝通時，會促進醫師主動告知醫療錯誤之認同程度高於醫師 ( $p<0.001$ )；女性對病人可理性溝通時會促進醫師主動告知醫療錯誤之認同程度高於男性 ( $p<0.01$ )。

### 2. 基本資料與認同與病人熟悉度高時會促進醫師主動告知醫療錯誤（見表 4-3-4）

在與病人熟悉度高時會促進醫師主動告知醫療錯誤模式中，身份別、性別皆達統計顯著差異，表示將來若發生醫療錯誤時，病人對自己與醫師熟悉度高時，會促進醫師主動告知醫療錯誤之認同程度高於醫師 ( $p<0.001$ )；女性對與病人熟悉度高時，會促進醫師主動告知醫療錯誤之認同程度高於男性 ( $p<0.01$ )。

表 4-3-3：基本資料與認同「病人可理性溝通」時會促進醫師主動告知醫療錯誤

模式	非標準化係數		標準化係數	t	顯著性
	$\beta$	標準誤	$\beta$		
常數	1.581	.122		12.932	.000
<b>身份別</b>					
醫師 (參考組)	-	-	-	-	-
病人	1.469	.043	.699	34.332	.000***
<b>性別</b>					
男 (參考組)	-	-	-	-	-
女	.084	.032	.046	2.647	.008**
<b>主動告知/被主動告知醫療錯誤之經驗</b>					
有 (參考組)	-	-	-	-	-
無	.037	.036	.019	1.005	.315
<b>醫療訴訟經驗</b>					
有 (參考組)	-	-	-	-	-
無	-.020	.069	-.005	-.291	.771
<b>年齡</b>					
21 歲以下 (參考組)	-	-	-	-	-
21-30 歲	-.029	.112	-.013	-.254	.799
31-40 歲	-.020	.111	-.009	-.177	.859
41-50 歲	-.030	.110	-.014	-.271	.786
51-60 歲	.042	.111	.018	.377	.706
61-70 歲	.042	.119	.012	.356	.722
71-80 歲	.107	.142	.018	.753	.452
81 歲以上	.048	.244	.004	.196	.845

註：\* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$ , \*\*\* $p < 0.001$

表 4-3-4：基本資料與認同「與病人熟悉度高」時會促進醫師主動告知醫療錯誤

模式	非標準化係數		標準化係數	t	顯著性
	$\beta$	標準誤	$\beta$		
常數	1.845	.123		15.008	.000
<b>身份別</b>					
醫師 (參考組)	-	-	-	-	-
病人	1.446	.043	.684	33.603	.000***
<b>性別</b>					
男 (參考組)	-	-	-	-	-
女	.103	.032	.055	3.217	.001**
<b>主動告知/被主動告知醫療錯誤之經驗</b>					
有 (參考組)	-	-	-	-	-
無	.017	.037	.009	.477	.634
<b>醫療訴訟經驗</b>					
有 (參考組)	-	-	-	-	-
無	.041	.070	.010	.592	.554
<b>年齡</b>					
21 歲以下 (參考組)	-	-	-	-	-
21-30 歲	-.216	.113	-.094	-1.912	.056
31-40 歲	-.226	.111	-.107	-2.032	.052
41-50 歲	-.168	.111	-.076	-1.508	.132
51-60 歲	-.138	.111	-.060	-1.235	.217
61-70 歲	-.039	.120	-.011	-.322	.748
71-80 歲	.026	.143	.004	.182	.855
81 歲以上	.012	.246	.001	.049	.961

註：\* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$ , \*\*\* $p < 0.001$

### 三、 主動告知醫療錯誤後對醫病雙方之態度之差異分析

1. 基本資料與認同主動告知醫療錯誤後「病人的行為會影響醫師日常作業」(見表 4-3-5)

在主動告知醫療錯誤後，病人的行為會影響醫師日常作業之模式中，身份別與有無醫療訴訟經驗達統計顯著差異，表示將來若發生醫療錯誤時，主動告知醫療錯誤後，病人對自己的行為會影響醫師日常生活之認同度低於醫師( $p<0.05$ )；沒有醫療訴訟經驗者對病人的行為會影響醫師日常作業之認同程度低於有醫療訴訟經驗者( $p<0.05$ )。

2. 基本資料與認同主動告知醫療錯誤後「病人會採取法律途徑」(見表 4-3-6)

在主動告知醫療錯誤後，病人會採取法律途徑，身份別達統計顯著差異，表示將來若發生醫療錯誤時，主動告知醫療錯誤後，病人對自己採取法律途徑之認同程度低於醫師( $p<0.001$ )。

3. 基本資料與認同主動告知醫療錯誤後「醫師被醫院處罰」(見表 4-3-7)

在主動告知醫療錯誤後醫師被醫院處罰對，身份別達統計顯著差異，表示將來若發生醫療錯誤時，主動告知醫療錯誤後，病人對自己採取行動使醫師被醫院處罰之認同程度高於醫師( $p<0.001$ )。

4. 基本資料與認同主動告知醫療錯誤後「醫院名聲受損」(見表 4-3-8)



在主動告知醫療錯誤後醫院名聲受損模式中，身份別達統計顯著，表示將來若發生醫療錯誤時，主動告知醫療錯誤後，病人對自己採進行動使醫院名聲受損之認同程度高於醫師( $p<0.01$ )。



表 4-3-5：基本資料與告知醫療錯誤後「病人行為會影響醫師日常作  
業」

模式	非標準化係數		標準化係數	t	顯著性
	$\beta$	標準誤	$\beta$		
常數	2.805	.074		37.936	.000
<b>身份別</b>					
醫師(參考組)	-	-	-	-	-
病人	-.084	.042	-.051	-1.995	.046*
<b>性別</b>					
男(參考組)	-	-	-	-	-
女	-.053	.036	-.037	-1.486	.137
<b>醫療訴訟經驗</b>					
有(參考組)	-	-	-	-	-
無	-.160	.078	-.050	-2.059	.040*

註：\* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$ , \*\*\* $p < 0.001$

表 4-3-6：基本資料與認同主動告知醫療錯誤後「病人會採取法律途  
徑」

模式	非標準化係數		標準化係數	t	顯著性
	$\beta$	標準誤	$\beta$		
常數	2.827	.040		71.135	.000
<b>身份別</b>					
醫師(參考組)	-	-	-	-	-
病人	-.346	.049	-.190	-7.042	.000***
<b>性別</b>					
男(參考組)	-	-	-	-	-
女	-.024	.039	-.015	-.603	.547
<b>主動告知/被 主動告知醫療 錯誤之經驗</b>					
有(參考組)	-	-	-	-	-
無	-.001	.045	.000	-.016	.987

註：\* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$ , \*\*\* $p < 0.001$

表 4-3-7：基本資料與認同主動告知醫療錯誤後「醫師被醫院處罰」

模式	非標準化係數		標準化係數	t	顯著性
	$\beta$	標準誤	$\beta$		
常數	2.160	.077		28.178	.000
<b>身份別</b>					
醫師(參考組)	-	-	-	-	-
病人	.414	.047	.237	8.729	.000***
<b>性別</b>					
男(參考組)	-	-	-	-	-
女	-.008	.037	-.005	-.211	.833
<b>主動告知/被 主動告知醫療 錯誤之經驗</b>					
有(參考組)	-	-	-	-	-
無	-.060	.043	-.037	-1.388	.165
<b>醫療訴訟經驗</b>					
有(參考組)	-	-	-	-	-
無	.123	.082	.037	1.505	.133

註：\* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$ , \*\*\* $p < 0.001$

表 4-3-8：基本資料與認同主動告知醫療錯誤後「醫院名聲受損」

模式	非標準化係數		標準化係數	t	顯著性
	$\beta$	標準誤	$\beta$		
常數	2.246	.034		66.663	.000
<b>身份別</b>					
醫師(參考組)	-	-	-	-	-
病人	.122	.039	.074	3.131	.002**

註：\* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$ , \*\*\* $p < 0.001$

## 第五章 討論

根據結果分析，本研究分別就「主動告知醫療錯誤之意願」、「促進主動告知醫療錯誤條件」及「主動告知醫療錯誤後醫病雙方之態度」三部份進行討論。

### 第一節 主動告知醫療錯誤之意願

本研究結果顯示，醫師有意願主動告知「輕微」醫療錯誤的有 86.1% (398 人，包含「非常同意」及「同意」)；病人有意願被主動告知輕微醫療錯誤的有 88% (1,171 人，包含「非常同意」及「同意」)。醫師有意願主動告知「嚴重」醫療錯誤的有 69.7% (315 人，包含「非常同意」及「同意」)；病人有意願被主動告知嚴重醫療錯誤的有 82.9% (1,116 人，包含「非常同意」及「同意」)。學者 Sweet 與 Bernat (1997) 調查美國內科醫師，當醫療錯誤發生時是否會主動告知，其結果表示：有高達 96% 醫師會主動告知病人錯誤的訊息，然而，一旦病人因醫療錯誤而導致死亡時，僅 76% 醫師會承認，另一篇由學者 Garbut 等人 (2007) 針對小兒科醫師的研究結果指出：99% 的小兒科醫師贊同對病人及病人家屬主動告知嚴重醫療錯誤，90% 的小兒科醫師贊同告知輕微醫療錯誤。Mazor (2004) 在美國新英格蘭地區調查了 990 位病人，將近 99% 的病人期望一旦錯誤發生時，

傷害不論嚴重程度都應立即被告知，另一篇由學者 Hobgood (2005) 針對小兒科病人雙親為研究對象之結果顯示：99%的受訪者表示希望能夠即時被充分告知，不論該事件的嚴重性為何。國外文獻與本研究結果相符，國內外醫師雖贊同主動告知醫療錯誤，但錯誤嚴重度是會影響醫師主動告知之意願，而病人則不論錯誤嚴重程度為何，都期望被主動告知醫療錯誤。

由國外文獻可得知，國外醫病雙方告知意願皆高於國內醫病雙方，這可能與醫療品質評鑑要求有關，例如 JCAHO 及 NQF 明確規範醫院與醫師必須告知醫療錯誤。2002 年美國密西根地區一份研究報告指出：實施告知醫療錯誤政策五年後，該地區醫療訴訟費用與案件數都大幅降低，年度訴訟費用從 300 萬美元減少到至 100 萬美元，訴訟案件數下降 50%以上(Gallagher et al., 2007; Levinson, 2009)。醫療評鑑規定與實際減少醫療訴訟之成效可促使醫師認同主動告知醫療錯誤；而西方社會自由民主的風氣及相關權利的法規規定，使民眾認同且勇於要求醫師主動告知醫療錯誤以捍衛自身醫療權益。台灣目前對於主動告知醫療錯誤並無明確法律規範或醫療評鑑上的要求，相關教育訓練仍未普及，醫院及醫師對此議題明顯生疏，造成國內醫師對於主動告知醫療錯誤認同偏低，學者 Gallagher 等人(2006)指出：告知醫療錯誤的課程未普遍整合至醫學教育課程中，病人認為醫師缺乏相關告知



醫療錯誤的技巧；一份針對急診醫師的研究顯示，不到 15% 的受訪者有接受過告知醫療錯誤以及和家屬溝通的教育，不難推測主動告知醫療錯誤對於醫師而言是很困難的，就算醫師願意主動告知病人醫療錯誤，也不知道該如何執行。台灣除了無法律規範告知醫療錯誤的義務，傳統保守的社會風氣加上醫病關係長期受到醫療父權觀念的影響，使得國內民眾不願意或不勇於要求醫師主動告知醫療錯誤。

本研究進一步以複迴歸分析發現，身份別與性別對主動告知輕微醫療錯誤及主動告知嚴重醫療錯誤之意願，均達統計顯著差異，不論是發生輕微及嚴重醫療錯誤，病人對被主動告知之意願皆高於醫師，女性主動告知之意願高於男性。Gallagher 等人(2003)以焦點團體的方式調查醫師與病人對主動告知醫療錯誤的態度，其結果顯示：任何錯誤發生後，病人一致希望醫師能主動告知醫療錯誤，然而，醫師對主動告知醫療錯誤卻有所猶豫。國外文獻與本研究結果不論錯誤嚴重程度為何，病人對主動告知醫療錯誤之意願普遍比醫師高相同。告知告知告知

探究其原因，當錯誤發生後，病人希望醫師能夠立即主動告知，因錯誤發生後，病人處於不安且惶恐的狀態，對於可能延長的住院天數抑或者是療程外的檢查、治療感到害怕，擔心是自己的疾病惡化 (Gallagher et al., 2003; Matlow et al., 2006)，若醫師能夠主動告知醫療

錯誤，則可讓病人瞭解目前狀況且病人有更多時間思考後續治療的決定，也可預防再次傷害病人。醫師主動告知醫療錯誤認同度較病人低，無非是因醫師擔心告知醫療錯誤後所帶來之影響，例如：醫病關係惡化、醫師與醫院名聲及醫療訴訟(Benbassat et al., 2001; Leape, 2006a)，除上述之因素外，也有可能是醫師認同主動告醫療錯誤，但礙於國內醫療機構體系或者是醫師缺乏告知醫療錯誤之技巧(Gallagher et al., 2006; Hobgood et al., 2002; Manser & Staender, 2005)而選擇不主動告知。台灣對於醫療錯誤，目前仍著重於預防層面，若醫療錯誤發生時，也只是鼓勵員工通報至醫院系統，卻不鼓勵主動告知有醫療錯誤，使得此議題無法落實。從醫學教育來看，由於國內醫師普遍缺乏主動告知醫療錯誤之技巧(張念中, 2011)，即使醫師認同主動告知醫療錯誤，但對於實際發生醫療錯誤後該如何告知仍是充滿困惑和壓力，因此醫療專業人員還需要加強相關訓練，包含了當醫療錯誤發生後要瞭解病人期望得到什麼、與病人和家屬的溝通技巧、對錯誤事件的態度和告知的訊息、自我意識與文化差異，都是訓練的重要部份。

本研究結果指出，女性對主動告知輕微及嚴重醫療錯誤之意願高於男性，傳統以來刻板印象都認為男性堅強較能夠捍衛自身權益，而女性的角色都屬於逆來順受，溫柔安靜(Archer, 2004)，但隨著時代的變遷，女性普遍接受教育自主權益意識高漲(饒志堅等人, 2003)，

而王秀枝等人(2003)研究結果指出，女性比男性對自身健康狀況更為關心且細心，因此，當錯誤發生後，女性期望主動告知之意願認同度高於男性。



## 第二節 促進主動告知醫療錯誤條件

本研究中，醫師認為「病人可理性溝通」時，會促進醫師主動告知醫療錯誤的有 10.1% (46 人包含「非常同意」及「同意」)；病人認為自己可理性溝通時，會促進醫師主動告知醫療錯誤的有 89% (1,195 人，包含「非常同意」及「同意」)。醫師認為「與病人熟悉度高」時，會促進醫師主動告知醫療錯誤的有 13.2% (60 人，包含「非常同意」及「同意」)；病人認為與醫師熟悉度高時，會促進醫師主動告知醫療錯誤的有 93.8% (1,248 人，包含「非常同意」及「同意」)。

本研究進一步以複迴歸分析，身份別及性別對於「病人可理性溝通」及「與病人熟悉度高」會促進醫師主動告知醫療錯誤，均達顯著差異，病人對自己可理性溝通以及醫師與自己熟悉度高時，會促進醫師主動告知之認同度皆高於醫師，而女性認同度高於男性。

本研究結果顯示，醫師對病人能理性溝通及與病人熟悉度高時，會傾向主動告知醫療錯誤之認同程度相較於病人比例偏低，兩者之間存在著差異。

探究其原因，學者 Edwin(2009)與 Levinson(2009)提及病人狀況會影響醫師主動告知醫療錯誤之意願，是因為醫師認為病人精神上無法承受，有部份醫師基於「First do no harm」之原則，擔心對病人告知醫療錯誤後，可能導致病人心理受到傷害而影響到病情，因此醫師會



選擇不告知，可能國內醫師存在著如文獻所提之觀念，基於‘First do no harm’之原則而選擇不主動告知醫療錯誤，醫師認為儘管在主動告知醫療錯誤後，病人能理性溝通後續的醫療處置，但不排除病人可能會因心理的擔憂和恐懼而使病情惡化，也可能因病人在得知醫療錯誤發生後，所採取的行為，讓國內醫師並不認為病人是可理性溝通的，因此認同度低於病人；與病人熟悉度高之醫師，可能和病人有長期良好醫病關係，所以更擔心主動告知醫療錯誤後會使醫病關係受到影響，害怕失去病人信任及尊重因此國內醫師對與病人熟悉度高，促進主動告知認同度低。對病人而言，則是認為自己能理性溝通時，是可促進醫師主動告知，國內病人可能對自身的瞭解，認為是成熟且理性的，若醫師能主動承認錯誤且保證對後續照護提供完整的資訊，則病人認為自己是能夠理性且冷靜判斷(Wu et al., 1997)，故此認同度高於醫師；而當醫師與自己熟悉度高時，推估病人可能長期找同一醫師就醫，且有良好醫病關係，表示病人相信醫師的誠信，因此認為可促進醫師主動告知，倘若，當病人沒被告知醫療錯誤時，反而會覺得被背叛和生氣，他們會認為自己的權利被侵犯(Wu et al., 1997)。

有關女性對病人可理性溝通以及與病人熟悉度高時會促進醫師主動告知之認同程度高於男性，探究其因素，男女具有性別上特質的不同，例如男性情感較為內鍊，不擅長溝通，而女性較擅長於溝通技



巧、人際互動以及情感表達(李美枝、鍾秋玉，1996)，由文獻推估女性因擅長表達情感且易於溝通因此可以較為理性與醫師溝通。從熟悉度方面來看女性人際互動良好，長期下來可能與醫師有一定的熟悉度，因此女性在與病人熟悉度時會告促進醫師主動告知醫療錯誤意願之認同程度高於男性。



### 第三節 主動告知醫療錯誤後醫病雙方之態度

根據本研究結果顯示，醫師擔心「病人會採取法律途徑」的有 66.3% (152 人，包含「非常同意」及「同意」)；病人認為「自己會採取法律途徑」的有 46.3% (616 人，包含「非常同意」及「同意」)。

Garbutt 等人(2007)針對小兒科醫師研究顯示：有 77%的醫師認為一旦告知醫療錯誤後，病人及家屬有可能採取法律途徑，另一份研究由學者 Gallagher 等人(2003)結果指出：76%家庭醫師表示並不會告知病人嚴重醫療錯誤，主要原因是害怕告知病人醫療錯誤後會有醫療訴訟的產生。Mazor 等人(2010)針對 60 位家中小孩曾經受到醫療錯誤傷害的雙親做進行調查，其結果指出：有 37%(13/35)的家長們曾考慮過採取法律途徑，14%(5/35)的家長曾找過法律顧問，但僅有一位是真正採取法律途徑，另一研究由學者 Helmchen 等人(2010)在美國的伊利諾州所做之研究，對 1,018 居民調查醫療錯誤的議題，其結果表示：若醫師主動告知醫療錯誤後，僅 27%的民眾會採取法律途徑。本研究結果與國外文獻相符，國內外醫師普遍認為主動告知醫療錯誤後，病人會採取法律途徑，而國內外病人卻一致表示，若醫師主動告知醫療錯誤較不會尋求法律途徑。

探究其原因，國外醫師對主動告知醫療錯誤後，擔心病人會採取法律途徑之比例高於國外病人，可能因為國外有明確法律規範，Karla

等人(2005)表示，2002 年美國賓夕法尼亞州，對主動告知醫療錯誤的法律是較為嚴苛，規定當發生嚴重事件時，醫院需在 7 天內以書面通知病人，此外美國也超過 34 個州訂定“道歉法律(Apology law)”，如此明確的法律規範，是要讓國外醫師知道，醫療錯誤發生後，若不主動告知，病人有明確管道，可爭取及捍衛自身醫療權益，在國外醫療糾紛賠償金額相當高昂，美國麻州的萊星頓市有間榮民醫院發表的報告中若病人尋法律途徑而經由國家解決，則平均每件支出費用約 270,854 美元(Gallagher et al., 2007)因此，主動告知醫療錯誤後國外醫師擔心病人採取法律途徑的認同度高。而在國內雖然沒有明確法律規範醫師有主動告知之義務和不主動告知的後續責任，然而，近年來病人善於運用大眾媒體來替自己爭取權益，不僅因產生醫療糾紛而賠償龐大金額，也使得醫病關係受到影響，因此主動告知醫療錯誤後，國內醫師擔心病人採取法律途徑對之比例高於國內病人。

本研究中，在主動告知醫療錯誤後，醫師擔心「自己被醫院處罰」的有 42.5% (192 人，包含「非常同意」及「同意」)；病人認為「自己會採取行動使醫師被醫院處罰」的有 59.3% (789 人，包含「非常同意」及「同意」)。Kaldjian 等人(2007)針對美國 538 位醫師與醫學生探討主動告知醫療錯誤相關議題，研究指出：有 58%位醫師與醫學生，擔心主動告知醫療錯誤後會受到處罰。Mazor 等人(2010)針對家

中小孩曾受到醫療錯誤傷害的雙親們為研究對象之結果顯示：60% (21/35)雙親曾用口頭或是書寫方式到醫院行政部門投訴造成醫療錯誤的醫療專業人員，用意是想讓造成醫療錯誤的人員受到懲處。本研究結果指出醫師認為主動告知醫療錯誤後，擔心自己被醫院處罰之比例低於國內病人與國外文獻相符。

探究其原因，國內外醫師對於主動告知醫療錯誤後，擔心自己被醫院處罰之比例相較於國內外病人偏低，可能醫師基於四大倫理原則，認為告知是醫師的義務，也是責任，是一種真正的善，是對病人的尊重（盧美秀，1996），而且主動告知實情是唯一能夠消除心理上的不安，也能從事件中學習溝通技巧及處理的方式(Gallagher et al., 2006b; Hevia & Hobgood, 2003)，因此醫師願意主動告知醫療錯誤。

在國外幾篇研究皆指出，當醫師主動告知醫療錯誤後，病人並不會採取法律途徑，反而會向醫療行政部門投訴，要讓醫師受到懲處(Gallagher & Lucas, 2005; Helmchen et al., 2010; Mazor et al., 2010)，其原因是病人希望醫師及醫療機構能夠重視錯誤的問題，避免再次發生(Gallagher et al., 2003; Matlow et al., 2006)。

醫師擔心「自己在業界名聲受損」的有 49.1% (222 人，包含「非常同意」及「同意」)；病人認為「自己會採取行動使醫師在業界名聲受損」的有 42.4% (565 人，包含「非常同意」及「同意」)。醫師是



經過多年訓練而成，並且是高專業知識的職業，所以錯誤的發生對他們而言是很大的打擊，他們會開始感到自責、愧疚，並猶豫是否該告知病人事實，也會擔心主動告知後會失去權威、名譽及得來不易的證照，甚至是病人之間口耳相傳，會對執業造成影響，因此，在發生醫療錯誤後醫師大多選擇不告知(Edwin, 2009; Leape, 2006a)。由文獻推估，國內醫師可能擔心主動告知醫療錯誤後，由病人之間口耳相傳，亦或是病人尋求報章雜誌和媒體大肆宣揚，使醫師受損，即使醫療事件落幕之後，醫師希望能繼續與病人維持良好醫病關係，但病人可能也會抱持著不信任的態度及懷疑角度，因此醫師擔心自己在業界名聲受損之比例高於病人。

本研究中，在主動告知醫療錯誤後，醫師擔心「醫病關係惡化」的有 51.1% (231 人，包含「非常同意」及「同意」)；病人擔心「醫病關係惡化」的有 52.7% (701 人，包含「非常同意」及「同意」)。國外文獻指出，許多醫師擔心主動告知醫療錯誤後，將會影響醫病關係以及自己和醫院的形象，而試圖掩蓋事實真相(Cleopas et al., 2006; 邱淑媿, 2007)。而病人一致同意當醫療錯誤發生造成傷害時，都希望醫師能主動告知，病人不僅會因為醫師誠實的告知醫療錯誤，提昇對醫師的甚至會很感激醫師，事實上，主動告知醫療錯誤將有助於促進醫病關係(Gallagher et al., 2003; Wu et al., 1997)。本研究結果表示，



對於主動告知醫療錯誤後，國內醫師認為主動告知醫療錯誤後，擔心醫病關係惡化之比例低於國內病人；與文獻不符。探究其原因對醫師而言，認為主動告知醫療錯誤後，會使醫病關係惡化比例偏低，可能是因為近年來醫院評鑑之因素，著重於病人安全之議題，有關問診時間及內容倍受矚目，各醫院要求醫師對病人詳細問診，長期下來，與病人培養出良好醫病關係(汪淑娟、劉邦立、施予婷，2008)，因此醫師可能認為一旦誠實主動告醫療錯誤，是可得到病人認同及諒解，也可能如文獻所提及國內醫師認為醫療錯誤發生後，主動告知是可維護醫病關係且有助於維護醫院形象、病人信賴度(Cleopas et al., 2006; Sutker, 2008; 邱淑媿，2007)。而病人比例偏高，可能國內醫療環境長久以來，屬於醫療父權加上醫師專業的形象及技術，使得國內病人一直信賴醫師，所以當醫師主動告知醫療錯誤時，會讓病人受到打擊，也可能導致病人在往後就醫時，會對醫師抱持著不信任之態度，致使醫病關係惡化。

醫師擔心「病人會對醫師失去信心」的有 49.7% (225 人，包含「非常同意」及「同意」)；病人會對醫師失去信心的有 36.3% (483 人，包含「非常同意」及「同意」)。學者 Kaldjian 等人(2007)指出，醫師擔心主動告知醫療錯誤後，病人可能會負面情緒的有 87%。學者 Gallagher 等人(2005)以及 Rowe(2004)表示當錯誤是跡近錯誤或是輕

微錯誤時，有將近 70%的病人會想要繼續和醫師討論接下來的補救方式，而有 80%的病人會想和其他醫師討論，而有 14%的病人表示如果錯誤沒造成傷害時，希望能被轉介到其他醫師，醫療錯誤程度越嚴重，希望被轉介到其他醫師的比例跟著攀升，表示病人對於醫師已失去信心，然而在 Wu 等人(2009)研究中指出，當醫療錯誤發生，醫師主動告知，則有 58%的民眾給予醫師正面的肯定，而有將近 81%的民眾還是會信任醫師，國外研究調查，其結果有所不同，可能是因時間的不同，民眾心態也逐漸改變，因此在相關議題上，也有不同反應，而本研究結果與 Wu 等人文獻相符。本研究結果指出，國內醫師對於主動告知醫療錯誤後，擔心病人會對醫師失去信心比例高於病人，與文獻相符

本研究進一步以複迴歸分析，結果顯示在主動告知醫療錯誤後，身份別對「病人的行為會影響醫師日常作業」、「病人採取法律途徑」、「醫師被醫院處罰」、「醫院名聲受損」，均達顯著差異；有無醫療訴訟經驗在「病人的行為會影響醫師日常作業」，達統計顯著差異。

主動告知醫療錯誤後，病人對自己的行為會影響醫師日常生活之認同程度低於醫師( $p < 0.05$ )；無醫療訴訟經驗者對病人的行為會影響醫師日常作業之認同程度低於有醫療訴訟經驗者( $p < 0.05$ )，有關文獻甚少，因此本研究推估，也許近年來，新聞媒體大幅報導有關醫療錯

誤之議題，使得病人認為一旦有醫療錯誤發生，便開始紛紛尋求民意代表、報章雜誌，甚至是走上街頭，要求醫師及醫療機構給予公道，而這些行為卻都造成了醫師的困擾，因此醫師對病人行為會影響醫師日常作業認同度高。病人採取的行為影響到醫師日常生活作業，不排除是由於其他原因而導致，例如當醫療錯誤發生，醫師與醫療機構刻意隱瞞或是在事件傳達部份忽略真實性(Gallagher & Lucas, 2005; Gallagher et al., 2003; Moskop et al., 2006)，最終病人得知事件真相，只好採取行動，而這些行動病人並不認同會影響醫師日常作業，因為對病人而言，可能認為只是在捍衛自身醫療權益。無醫療訴訟經驗者，可能沒有經歷過醫療錯誤之事件，因此對病人的行為會影響醫師日常作之認同程度低。

主動告知醫療錯誤後，病人會採取法律途徑之認同程度低於醫師 ( $p < 0.001$ )。雖然 Lorens 等人(2010)研究指出當醫師主動告知醫療錯誤後，病人較不會尋求法律途徑達統計顯著。Benbassat 等人(2001)研究結果指出，示醫師與醫學生皆擔心一旦主動告知醫療錯誤，病人可能會採取法律途徑，然而，由國外文獻無法得知醫病雙方對主動告知醫療錯誤後，採取法律途徑之差異性。本研究分析其結果為，主動告知醫療錯誤後，病人會採取法律途徑認同度低於醫師。探究其原因，國內病人可能如同文獻所提，若醫師願意主動告知，且給予道歉，則並

不會尋求法律途徑，哈佛大學的研究顯示對因醫療疏忽受到傷害的病人僅 3%到 5%會提出訴訟，其結果表示告知後真正會採取法律途徑的病人並不多，而是由其他因造成(Gallagher & Lucas, 2005)。許多文獻指出，當醫師主動告知醫療錯誤後，會降低醫療糾紛(Edwin, 2009; Gallagher & Lucas, 2005; Leape, 2006a; Moskop et al., 2006)，但國內醫師最擔心醫療錯誤發生後，一旦主動告知，病人藉此機採取訴訟對醫師或是醫療院所要求大筆賠償金額，因此主動告知醫療錯誤後，國內醫師擔心病人會採取法律途徑認同度高。。

主動告知醫療錯誤後，病人會採取行動，使醫師被醫院處罰以及使醫院名聲受損之認同程度高於醫師( $p < 0.001$  vs  $p < 0.01$ )。Lorens 等人(2010)研究結果表示：主動告知醫療錯誤後，民眾會向醫療行政部門投訴，要讓造成錯誤之醫療人員受到懲處，達統計顯著。Muller 和 Ornstein (2007)的研究，針對醫學生調查有關對於醫療錯誤之態度結果表示：醫學生在告知醫療錯誤後，害怕被處罰達統計顯著。然而，文獻無法得知醫病雙方對於主動告知醫療錯誤後，醫師被醫院處罰之差異性。本研究結果表示，病人會採取行動使醫師被醫院處罰，以及使醫院名聲受損認同度高於醫師。探究其原因，當醫療錯誤造成傷害時，所有的病人都希望醫師能主動告知，並且希望醫療人員能夠關心到底是發生什麼問題，能夠從錯誤中學習，在未來對於類似的錯誤也



能有一套良好的預防措施(Gallagher et al., 2003)，台灣多年來受醫療父權的影響，病人對醫師都存有一份尊敬和感激的心，當醫師主動告知醫療錯誤後，病人長久以來的信任及尊敬會頓時瓦解，為了使醫療機構與醫師能夠重視錯誤的發生，且不讓醫療錯誤再次發生於下一位病人身上，病人便會採取行動使醫療機構能夠重視錯誤的發生，而這些行動可能像是使醫師受到處罰，或是尋找媒體幫助，造成醫院名聲受損。國內醫師對病人會採取行動使醫師被醫院處罰，以及使醫院名聲受損之認同程度低於病人，可能之原因，除了醫師認為告知是一種真正的善以及能夠得到心理上的解脫之外，可能也因為台灣目前對於醫療錯誤的發生，主要是對系統上的缺失和整個團隊做檢討，非醫師個人，並在不懲罰的環境給予事件通報之鼓勵(Stucker, 2009)，因此使國內醫師擔心病人採取行動使醫師受到處罰以及使醫院名聲受損之認同程度低於病人。



## 第六章 結論與建議

以下分別就研究結論、研究建議及研究限制三部份做討論。

### 第一節 結論

#### 一、 主動告知醫療錯誤意願

醫師有意願主動告知「輕微」醫療錯誤的有 398 人(86.1%)，病人有意願被主動告知輕微醫療錯誤的有 1,171 人(88%)。醫師有意願同主動告知「嚴重」醫療錯誤的有 315 人(69.7%)，病人有意願被主動告知嚴重醫療錯誤的有 1,116 人(82.9%)。本研究結果與國外文獻相符，國內外醫師雖有意願主動告知醫療錯誤，但錯誤嚴重度是會影響醫師主動告知之意願。

對於主動告知輕微醫療錯誤及主動告知嚴重醫療錯誤，身份與性別達統計顯著差異，不論是發生輕微及嚴重醫療錯誤，病人對主動告知之意願的程度皆高於醫師，此結果與國外文獻相符；而性別部份醫療錯誤發生後，不論錯誤嚴重程度，女性有意願的程度高於男性。

#### 二、 促進主動告知醫療錯誤條件

醫師認同「病人可理性溝通」時，會促進醫師主動告知醫療錯誤的有 46 人(10.1%)，病人認同自己可理性溝通時，會促進醫師主動告知醫療錯誤的有 1,195 人(89%)。醫師認同「與病人熟悉度高」時，

會促進醫師主動告知醫療錯誤的有 60 人(13.2%)，病人認同與醫師熟悉度高時，會促進醫師主動告知醫療錯誤的有 1,248 人(93.8%)。

對「病人可理性溝通」、「與病人熟悉度高」時，會促進醫師主動告知醫療錯誤，身份別與性別達統計顯著差異，病人對於自己可理性溝通以及醫師與自己熟悉度高時，會促進醫師主動告知之認同程度皆高於醫師；女性認同程度高於男性。

### 三、主動告知醫療錯誤後醫病雙方之態度

醫師擔心「病人會採取法律途徑」的有 152 人(66.3%)，病人認為「自己採取法律途徑」的有 616 人(46.3%)。

醫師擔心「醫院名聲受損」的有 179 人(39.6%)，病人認為「自己會採取行動使醫院名聲受損」的有 505 人(38%)。

醫師擔心「被醫院處罰」的有 192 人(42.5%)，病人認為「自己會採取行動使醫師被醫院處罰」的有 789 人(59.3%)。

醫師擔心「醫病關係惡化」的有 231 人(51.1%)，病人擔心「醫病關係惡化」的有 701 人(52.7%)。

醫師擔心「病人會對醫師失去信心」的有 225 人(49.7%)，病人認為「自己會對醫師失去信心」的有 483 人(36.3%)。

對認同主動告知醫療錯誤後「病人行為會影響醫師日常生活」，身份別以有無醫療訴訟經驗者達顯著差異。主動告知醫療錯誤後，病

人對自己的行為會影響醫師日常生活之認同程度低於醫師；無醫療訴訟經驗者之認同程度低於有醫療訴訟經驗者。

對認同主動告知醫療錯誤後「病人採取法律途徑」，身份別達顯著差異。主動告知醫療錯誤後，病人會採取法律途徑之認同度低於醫師。

對認同主動告知醫療錯誤後「醫師被醫院處罰」以及「醫院名聲受損」，身份別達顯著差異。主動告知醫療錯誤後，病人對自己會採取行動，使醫師被醫院處罰以及使醫院名聲受損之認同度高於醫師。



## 第二節 建議

### 一、 對政府及衛生主管機關之建議

#### 1. 規劃及訂定主動告知醫療錯誤相關步驟及規定：

在法律層面上，美國賓夕法尼亞州對主動告知醫療錯誤的法律規定是：當發生嚴重事件時，醫院需在7天內以書面通知病人；此外美國有超過34個州訂定了“道歉法律(Apology law)”，英國和加拿大對主動告知醫療錯誤也都有相關立法規定，如此明確的法律規範，就是要讓醫師知道，當醫療錯誤發生後，若不主動告知，病人有明確管道可爭取及捍衛自身醫療權益。因此，國內可參考國外相關法律並結合國內醫療機構，逐步訂定符合國內醫療環境之主動告知法條，使醫師對主動告知的義務、致歉及承擔責任之法律化，而該法律之訂定不僅要能保障病人醫療權益，在規劃的同時也必須規劃出如何避免醫師的主動告知、致歉及承擔責任成為病人訴訟索賠之工具。

在政策制定上，美國的 JACHO 以及 NQF 皆有要求醫療機構在發生醫療錯誤後需告知事件的真相、表達遺憾以及道歉。另外在美國密西根地區報告指出：實施告知醫療錯誤政策五年後，該地區醫療訴訟費用與案件數都大幅降低，年度訴訟費用從 300 萬美元減少到至 100 萬美元，訴訟案件數下降 50%以上。國外實施主動告知醫療政策之成效良好，有鑑於此，國內衛生署及醫院評鑑暨醫療品質策進會(醫



策會)也可將主動告知醫療錯誤納入評鑑範圍,詳細訂定其條文,使主動告知醫療錯誤之議題能夠普及化,另外可結合醫療機構,實施主動告知醫療錯誤之試辦政策等計畫,配合各院組織文化,修訂其主動告知辦法,並持續追蹤成效。

## 2. 對社會大眾及醫療機構宣導面對醫療錯誤時應有之正確觀念:

在主動告知醫療錯誤之促進條件當中,得知醫師並不會因病人可理性溝通和與病人熟悉度高而促進主動告知,然病人想法卻與醫師相反,是否因病人在醫師主動告知醫療錯誤後,所呈現之表現並不如自己所預期客觀及理性,而使醫師並不認同,然而病人有「知」的權利,因此醫師應對病人主動告知醫療錯誤。但所謂「知」的權利,是建立在醫師的義務,目前國內尚未有法律及政策的制定,因此醫師主動告知的責任及義務便建立在倫理規範之下,而基於“First do no harm”之原則,醫師們認為若對病人主動告知醫療錯誤,可能使病人因心理受到傷害而影響到生理,故此醫師會基於道義上而選擇不告知。以國內來看,病人希望有「知」的權利之前提,應是病人能夠確定自己是在理性的範圍內,包含身體、心理狀況都是良好的情況下,經過醫師評估過後,才對病人主動告知醫療錯誤。因此衛生主管機關應適度向大眾及醫師教導主動告知教育,當社會大眾對主動告知能夠有某程度之瞭解,醫師也會更加有意願主動告知。



## 二、對醫療院所之建議

醫療機構可制定主動告知醫療錯誤之教育訓練，且每一位身為醫院的員工都應該接受完整訓練，因當病人從掛號一直到出院的過程，所接觸到的醫院員工，有掛號櫃台小姐、護士、醫師及藥劑師等，故此不論任何人，只要有發現醫療錯誤，每一位都有職責主動告知，並非針對醫師個人，在國外不少機構都有相關模擬訓練，以促進溝通技巧及表達方式，甚至安排一位專員，讓員工在真正面臨告知狀況時能給予指導和幫助，因此，教育訓練對於醫療機構是很重要的，而教育訓練應包含教導成員在面臨發生醫療錯誤時要如何因應及告知，以防將來面對真實狀況卻無法因應。另外可制定主動告知醫療錯誤之流程，利用醫療團隊合作方式配合院內通報系統，例如一個醫療團隊成員若得知有醫療錯誤的發生，可先進行通報，評估病人狀況後，再進行主動告知醫療錯誤訊息。

病人表示在醫師主動告知醫療錯誤後，會採取行動使醫師受到處罰以及使醫院名聲受損，醫療錯誤的發生，病人及家屬定會感到恐慌及害怕，因此醫院應在主動告知病人後，建立病人生理、心理以及情緒上支持的機制，在請專業人員在旁給予協助及支持，病人及家屬的情緒能較為穩定，較不會有負面行為的舉動，而醫院可成立風險管理小組，在第一時間的發生時，同時給予醫師及病人家屬雙方緩衝及解

決問題的策略。

### 三、對後續研究者的建議

1. 以問卷模式發放，將醫師區分成住院、主治或內科、外科，來探討是否結果會有所不同，對醫師可擴大發放範圍，比較北、中、南之醫院是否有所不同；而對病人可以急性病人為研究對象，因為醫療錯誤的發生通常於急性病人發生的機率較高，研究結果將更具有代表性。

2. 擴大研究對象之範圍，可藉此瞭解其他醫事人員對於主動告知醫療錯誤之看法。

3. 可加入質性研究瞭解醫師和病人的想法，因為醫療錯誤是較敏感的議題，若能用訪談的方式，較能深入瞭解雙方真正的想法。



### 第三節 研究限制

- 一、本研究對醫療錯誤之定義，以醫學角度來解釋，而對主動告知醫療錯誤是以倫理角度出發，端看醫師當醫療錯誤發生後，是否願意主動告知。
- 二、本研究因採用現有資料做分析，研究對象並無配對，且兩份問卷回收時間上有所不同，相隔一年左右，其態度可能有所影響而在統計上有所誤差。
- 三、本研究擷取兩份問卷相同概念之題目進行資料分析，在信度上可能有所影響。另外，兩份問卷若無相同概念之題目則不納入研究，因此在變項上有所限制，無法深入是否有其他因素影響醫病雙方之態度。
- 四、本研究在醫師問卷部份，僅代表六家醫院，因此，存在外推性不足之問題，無法代表全台灣醫師；病人問卷部份，是以慢性病友團體為研究對象，而醫療錯誤通常較容易發生在急性病人案例上，本研究外推性不足以代表全體病人。

## 參考文獻

- Archer, J. (2004). Sex difference in aggression in real-world settings: A meta-analytic review. *Review of General Psychology*, 8, 291-322.
- Benbassat, J., Pilpel, D., & Schor, R. (2001). Physicians' attitudes toward litigation and defensive practice: Development of a scale. *Behavioral Medicine*, 27(2), 52-60.
- Bendel RB, Afifi AA (1977). Comparison of stopping rules in forward regression. *Journal of the American Statistical Association*, 72, 46-53.
- Cleopas, A., Villaveces, A., Charvet, A., Bovier, P., Kolly, V., & Perneger, T. (2006). Patient assessments of a hypothetical medical error: Effects of health outcome, disclosure, and staff responsiveness. *Quality and Safety in Health Care*, 15(2), 136.
- Cross, R. (2005). Exploring attitudes: The case for Q methodology. *Health Education Research*, 20(2), 206.
- Danzon, P.M.(1985). *Medical Malpractice: Theory, Evidence, and Public Policy*. Cambridge: Harvard University Press.

Edwin, A. (2009). Non-disclosure of medical errors an egregious violation of ethical principles. *Ghana Medical Journal*, 43(1), 34.

Fishbein, M. (2005). The influence of attitudes on behavior. *The Handbook of Attitudes*, , 173.

Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research.

Fletcher, T., Haynes, J., & Miller, J. (2005). THE EFFECTS OF GROUPING BY PERCEIVED ABILITY ON THE ATTITUDE OF YEAR TEN STUDENTS TOWARD PHYSICAL.

Gallagher, T. H., Denham, C. R., Leape, L. L., Amori, G., & Levinson, W. (2007). Disclosing unanticipated outcomes to patients: The art and practice. *Journal of Patient Safety*, 3(3), 158.

Gallagher, T. H., Garbutt, J. M., Waterman, A. D., Flum, D. R., Larson, E. B., Waterman, B. M., et al. (2006a). Choosing your words carefully. *Arch Intern Med*, 166, 1585-1593.

Gallagher, T. H., & Lucas, M. H. (2005). Should we disclose harmful medical errors to patients? if so, how. *J Clin Outcomes Manag*, 12(5), 253-259.



Gallagher, T. H., Waterman, A. D., Ebers, A. G., Fraser, V. J., & Levinson, W. (2003).

Patients' and physicians' attitudes regarding the disclosure of medical errors.

*JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 289(8), 1001.

Gallagher, T.H., Waterman, A.D., Garbutt, J.M. Kapp, J.M., Chan, D.K., Dunagan,

W.C., et al. (2006b). Us and Canadian physicians' attitudes and experiences

regarding disclosing errors to patients. *Archives of Internal Medicine*, 166(15),

1605-11611.

Garbutt, J., Browstein, D., Klein, E., Waterman, A., Krauss, M., & Marcuese, E.

(2007). Reporting and disclosing medical errors. *Archives of Pediatric and*

*Adolescent Medicine*, 161, 179-185.

Hammami, M. M., Attalah, S., Qadire, M. A., (2010). Which medical error to disclose

to patients and by whom? Public preference and perceptions of norm and current

practice. *BMC Medical Ethics*, 11-17.

Hasan, B. (2010). Exploring gender differences in online shopping attitude.

*Computers in Human Behavior*, 26(4), 597-601.

- Helmchen, L. A., Richards, M. R., & McDonald, T. B. (2010). How does routine disclosure of medical error affect patients' propensity to sue and their assessment of provider quality?: Evidence from survey data. *Medical Care*, 48(11), 955.
- Hevia, A., & Hobgood, C. (2003). Medical error during residency: To tell or not to tell. *Annals of Emergency Medicine*, 42(4), 565-570.
- Hingorani, M., Wong, T., & Vafidis, G. (1999). Patients and doctors attitudes to amount of information given after unintended injury during treatment: cross-sectional, questionnaire survey. *BMJ*, 318:640-1.
- Hobgood, C., Peck, C. R., Gilbert, B., Chappell, K., & Zou, B. (2002). Medical Errors—What and when: What do patients want to know? *Academic Emergency Medicine*, 9(11), 1156-1161.
- Hobgood, C., Tamayo-Sarver, J. H., Elms, A., & Weiner, B. (2005). Parental preferences for error disclosure, reporting, and legal action after medical error in the care of their children. *Pediatrics*, 116(6), 1276.
- Hobgood, C., Tamayo-Sarver, J., & Weiner, B. (2008). Patient race/ethnicity, age, gender and education are not related to preference for or response to disclosure. *Quality and Safety in Health Care*, 17(1), 65.

Kaldjian, L. C., Jones, E. W., Wu, B. J., Forman-Hoffman, V. L., Levi, B. H., & Rosenthal, G. E. (2007). Disclosing medical errors to patients: Attitudes and practices of physicians and trainees. *Journal of General Internal Medicine*, 22(7), 988-996.

Kalra, J., Massey, K. L., & Mulla, A. (2005). Disclosure of medical error: Policies and practice. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 98(7), 307.

Keatings, M., Martin, M., McCallum, A., & Lewis, J. (2006). Medical errors: Understanding the parent's perspective. *The Pediatric Clinics of North America*, 53(6)

Kohn, L. T., Corrigan, J., Donaldson, M. S., McKay, T., & Pike, K. (2000). *To err is human* National Academy Press Washington, DC.

La Pietra, L., Calligaris, L., Molendini, L., Quattrin, R., & Brusaferrò, S. (2005). Medical errors and clinical risk management: State of the art. *Acta Otorhinolaryngologica Italica*, 25(6), 339.

Leape, L. L. (2006a). Full disclosure and apology-an idea whose time has come. *Physician Executive*, 32(2), 16.

Leape, L. L. (2006b). Full disclosure and apology-an idea whose time has come.

*Physician Executive*, 32(2), 16.

Levinson, W. (2007). Disclosing harmful medical errors to patients. *N Engl J Med*, 356, 2713-2719.

Levinson, W. (2009). Disclosing medical errors to patients: A challenge for health care professionals and institutions. *Patient Education and Counseling*, 76(3), 296-299.

MacDonald, N., & Attaran, A. (2009). Medical errors, apologies and apology laws. *Canadian Medical Association Journal*, 180(1), 11.

Manser, T., & Staender, S. (2005). Aftermath of an adverse event: Supporting health care professionals to meet patient expectations through open disclosure. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 49(6), 728-734.

Matlow, A., Stevens, P., Harrison, C., & Laxer, R. M. (2006). Disclosure of medical errors. *The Pediatric Clinics of North America*, 53(6)

Mazor, K. M., Goff, S. L., Dodd, K. S., Velten, S. J., & Walsh, K. E. (2010). Parents' perceptions of medical errors. *Journal of Patient Safety*, 6(2), 102.

Mazor, K. M., Simon, S. R., Yood, R. A., Martinson, B. C., Gunter, M. J., Reed, G.

W., et al. (2004). Health plan members' views about disclosure of medical errors.

*Annals of Internal Medicine*, 140(6), 409.

Moskop, J. C., Geiderman, J. M., Hobgood, C. D., & Larkin, G. L. (2006).

Emergency physicians and disclosure of medical errors. *Annals of Emergency*

*Medicine*, 48(5), 523-531.

Muller, D., & Ornstein, K. (2007). Perceptions of and attitudes towards medical errors

among medical trainees. *Medical Education*, 41(7), 645-652.

O'Connell, D., & Reifsteck, S. W. (2004). Disclosing unexpected outcomes and

medical error. *J Med Pract Manage*, 19(6), 317-323.

Rowe, M. (2004). Doctors' responses to medical errors. *Critical Reviews in*

*oncology/hematology*, 52(3), 147-163.

Salmon, P., Regan, M., & Johnston, I. (2005). A systems perspective on road user

error in australia: Swiss cheese and the road transport system. *Proceeding of*

*Australasian Road Safety Research Policing Education Conference*, 14-16.

Schimmel, E. M. (1964). The hazards of hospitalization. *Annals of Internal Medicine*,

60(1), 100.



Straumanis, J. P. (2007). Disclosure of medical error: Is it worth the risk? *Pediatric Critical Care Medicine*, 8(2), S38.

Sutker, W. L. (2008). The physician's role in patient safety: What's in it for me? *Proceedings (Baylor University Medical Center)*, 21(1), 9.

Sweet, M., & Bernat, J. (1997). A study of the ethical duty of physicians to disclose errors. *The Journal of Clinical Ethics*, 8(4), 341.

Uribe, C. L., Schweikhart, S. B., Pathak, D. S., Dow, M., & Marsh, G. B. (2002). Perceived barriers to medical-error reporting: An exploratory investigation. *Journal of Healthcare Management / American College of Healthcare Executives*, 47(4), 263-279.

Weiler, P. C., Hiatt, H. H., Newhouse, J. P., Johnson, W. G., Brennan, T. A., & Leape, L. (1993). A measure of malpractice: Medical injury. *Malpractice Litigation, and Patient Compensation*, 42, 70.

Weingart, N. S., Wilson, R. M. L., Gibberd, R. W., & Harrison, B. (2000). Epidemiology of medical error. *Bmj*, 320(7237), 774.

Weiss, P. M., & Miranda, F. (2008). Transparency, apology and disclosure of adverse outcomes. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 35(1), 53-62.

- Witman, A. B., Park, D. M., & Hardin, S. B. (1996). How do patients want physicians to handle mistakes: A survey of internal medicine patients in an academic setting. *Archives of Internal Medicine, 156*(22), 2565-2569.
- Woodward, L. A., & Davis, M. M. (2003). Disclosure of unanticipated outcomes in an academic medical center. *Journal of Healthcare Risk Management, 23*(4), 23-26.
- Wu, A. (2000) Medical error: the second victim. *BMJ, 320*:726–7.
- Wu, A. W., Cavanaugh, T. A., McPhee, S. J., Lo, B., & Micco, G. P. (1997). To tell the truth. *Journal of General Internal Medicine, 12*(12), 770-775.
- Wu, A. W., Huang, I. C., Stokes, S., & Pronovost, P. J. (2009). Disclosing medical errors to patients: It's not what you say, it's what they hear. *Journal of General Internal Medicine, 24*(9), 1012-1017.
- Wu, A., Folkman, S., McPhee, S., & Lo, B. (2003). Do house officers learn from their mistakes? *Quality and Safety in Health Care, 12*(3), 221.

中央社（2009），醫療糾紛每年逾 400 件醫法雙修人數增加，2010 年 8 月 12 日

擷取自 <http://n.yam.com/cna/healthy/200904/20090418272943.html>。

王秀姿、林季璉、黃怡文、陳秀如、熊淑菁（2003），門診病人對醫師滿意度及

其相關因素探討，彰化基督教醫院，8(4)，245-251。

石崇良（2005），病人安全的國際趨勢，台大醫院急診醫學部，2011 年 7 月 5

日擷取自

[http://dlweb01.tzuchi.com.tw/DL/acdactive/content/speeches/video/v61\\_70/v66/](http://dlweb01.tzuchi.com.tw/DL/acdactive/content/speeches/video/v61_70/v66/)

01.pdf。石崇良，林仲志，廖熏香，楊漢淙，翁惠瑛（2007），台灣病人安

全通報系統三年經驗，醫療爭議審議報導-台灣病人安全相關分析，21-29。

李文星、林彥芝、王昱豐（2005），從錯誤中學習-淺談醫療不良事件通報，慈

濟醫學雜誌，17(4)，15-22。

李美枝、鍾秋玉（1996），性別與性別角色析論，本土心理學研究，6，260-200。

汪淑娟、劉邦立、施予婷（2008），大學生的求醫經驗與對病人權利態度之初探，

澄清醫院醫護管理雜誌，4(1)，10-15。

何曉琪（2001），醫療錯誤之國際發展與研究取向之優劣分析-美國，澳洲，英

國及台灣之實證分析，國立台灣大學衛生政策與管理研究所碩士論文。

邱淑媿（2007），病人及大眾對於醫師主動告知醫療錯誤之看法-對實證文獻之

回顧，*臺灣公共衛生雜誌*，26(5)，339-352。

高天富（2004），從醫師觀點看醫療訴訟，2010年8月12日網路擷取自

[http://www.drkao.com/3rd\\_site/3\\_2/0230.htm](http://www.drkao.com/3rd_site/3_2/0230.htm)。

財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會（醫策會）病人安全資訊網（2007年3月

15日），病人安全在臺灣名詞定義，<http://www.tjcha.org.tw>。

張念中（2011），*醫病溝通技巧70案例*，台北：元照。

張春興（1983），*心理學概要*，台北：東華。

張春興（1989），*張氏心理學辭典*，台北：東華書局。

張德聰、黃正旭（2001），台灣網路族群人際溝通之調查研究，*生活科學學報*，

7，頁29-60。

劉茂英（1979），*普通心理學*，大洋出版社。

楊秀儀（2002），論醫療糾紛之定義、成因、及歸責原則，*台灣本土法學雜誌*，

39：121-131。

楊長興（2006），*醫管詞彙*，台北：合記圖書出版社。

盧美秀（2006），*護理倫理與法律*，華杏出版公司。

鍾其祥，高森永，白璐，簡戊鑑（2010），臺灣地區住院醫療疏失案件流行病學

分析：以 2007 年為例，醫管期刊，11(3)。

鍾聖校（1990），認知心理學，心理出版社。

戴正德（2004），基礎醫學倫理學，高立圖書公司。

蕭宏恩（2004），醫事倫理新論，五南圖書出版股份有限公司。

饒志堅、賴秀玲、蔡惠華、王玉珍（2003），我國性別統計及婦女生活地位之國

際比較研究，行政院主計處-統計專題研究報告。

