

中國醫藥大學  
醫務管理學系暨碩士班  
編號：IHASEP-013

醫院住院病患給藥研究：  
護理人員之任務正確性、負擔程度與勝任程度分析

Hospital inpatients' medication delivery :  
Analysis of nursing task accuracy, workload and capability.

指導教授：林妍如 博士

研究生：林碧敏 撰

中華民國九十七年六月二十四日

## 誌 謝

記得入學口試時，在走廊上緊張的等待，研二學長姐在旁貼心的打氣，好快喔！一晃兩年就到了。這兩年中日子過得緊湊，雖然辛苦，但有師長的鼓勵、陪伴，與同學們相互扶持、彼此鼓勵，終究熬過了。

這兩年的學習歲月中感謝所有教導過我們的師長，李采娟老師、馬作鏹老師、郝宏恕老師、黃光華老師、龍紀萱老師、劉立凡老師、謝淑惠老師、陳永福老師、蔡興國老師、林正介院長，體恤我們上課遲到或早退、因公事請假、作業遲交等等。更要謝謝蔡文正所長、戴志展所長及林妍如老師，在新制醫院評鑑鞭策下，又要拼出畢業論文，心理的煎熬與掙扎，還好有所長、導師與指導老師再三砥礪、協助與關懷，一起度過與完成這不可能之任務。記得在論文修改階段，口試日期逼近，修改至午夜1點多，後 mail 給老師；清晨5點多起床，打開電腦，哇塞！老師已經修改好了，在午夜3點25分 mail 給我，「真的就感心耶！」，妍如老師怕我敢不上送給口試委員口試稿時間，一整晚等在電腦前面。真的，在老師辛勤的鼓勵、督促與指導下把論文給完成了，師恩重如山。

也要謝謝我最大的後盾，默默在支持與幫忙的外子，每次上課總是買份晚餐在車上，讓我能在路途中填飽肚子，也因為這樣接送上下班及上課2年，沒有一句怨言。家裡有個家教-小犬，在功課及論文寫作上可以討論及切磋，讓我一路走來雖然辛苦，但無後顧之憂。也感謝醫院能給予機會在職進修及同仁的協助，今天才能完成學業及這篇論文，謝謝大家，感恩！

## 中文摘要

為了達到治療的目的，病患需要接受各種不同的治療方式，藥物治療是最常見的治療方法，但其潛藏著已知及未知的危險。用藥錯誤是常見的醫療疏失之一，最近發生的重大醫療疏失許多都是因用藥問題而產生。行政院衛生署 92 年抽樣調查台灣地區 61 家醫院發現，醫療處理不當事件中，給藥錯誤占了 23.5%。而護理人員在過程中扮演協助服藥的主要角色，是給藥過程中的最後一個把關者，因此常被要求須擔負起疏失的責任。

本研究針對某一區域教學醫院之 16 個護理站護理人員，發放結構式問卷，以瞭解護理人員在住院病患的給藥任務中，其對病患給藥任務執行之正確性、負擔程度以及勝任程度。共計發放問卷 240 份，回收有效問卷 222 份，回收率為 92.5%。

研究結果發現，護理人員在住院病患給藥項目中，以確認病患床號姓名、確認給藥時間，以及確認病患身分的自覺任務正確性最高；而以醫師醫囑相關的變更與討論，以及查詢藥物作用的工作任務等方面有較大的壓力承擔。普遍來說，護理人員自覺對於給藥任務呈現出高度的勝任程度。

關鍵詞： 用藥安全、護理給藥

## Abstract

Drug therapy is the most common treatment in curing patient diseases; however, it could be a threat inpatient safety when it is applied in the wrong ways. Medication errors have been identified as one of the major causes among medical malpractices these years, for example, year 2003 report released by National Health Department, found 23.5% of medical malpractices carried by the sampled 61 hospitals in Taiwan were medication errors. And for hospital inpatient services, nurses are responsible for delivering medications to inpatients in wards. This study was aimed to explore perceived task accuracy, task burdens, and task capabilities for hospital ward nurses in delivering medication for inpatients.

With 240 nurses working at the sixteen wards in one regional hospital located in central hospital as our study population, 222 nurses were responded with 92.5% response rate. It found that hospital ward nurses have higher perceived task accuracy of delivering medication processes in the items of identification of inpatient names, securing time for delivering medication, and personal identification. Delivering medication tasks such as changing orders from medical doctors and searching drug functions were ranked as the highest two burdens in delivering medication processes by ward nurses. Overall, ward nurses perceived higher task capability during delivering medication processes for inpatient services.

Keyword: drug safety, medication administration.

# 目錄

第一章 緒論 .....	1
第一節 研究背景及動機.....	1
第二節 研究目的.....	4
第二章 文獻探討 .....	5
第一節 用藥錯誤的定義.....	5
第二節 用藥錯誤的類型.....	6
第三節 常見給藥錯誤的原因 .....	8
第四節 護理人員給藥安全之行為探討.....	11
第三章 研究方法 .....	13
第一節 研究架構.....	13
第二節 研究假設.....	13
第三節 研究對象.....	14
第四節 研究工具及其信度與效度.....	14
第五節 資料蒐集方法.....	17
第六節 統計分析方法.....	17
第四章 研究結果 .....	19
第一節 描述性統計.....	20
第二節 推論性統計.....	29
第五章 研究討論與建議 .....	40
第一節 主要研究結果.....	40
第二節 研究討論.....	41
第六章 結論 .....	51
第七章 研究限制 .....	52
參考文獻 .....	53

## 表目錄

表 3.1、護理人員給藥任務執行之三個構面 .....	15
表 3.2、操作型定義 .....	16
表 4.1、受訪護理人員之基本特性分析 .....	21
表 4.2、護理人員給藥任務自覺執行之正確性 .....	23
表 4.3、護理人員給藥任務自覺執行之負擔程度 .....	25
表 4.4、護理人員給藥任務自覺執行之勝任程度 .....	28
表 4.5、護理人員年齡與給藥任務之相關性分析 .....	30
表 4.6、護理人員證照與給藥任務之相關性分析 .....	31
表 4.7、護理人員學歷與給藥任務之相關性分析 .....	32
表 4.8、護理人員臨床工作年資與給藥任務之相關性分析 .....	33
表 4.9、護理人員在受訪醫院臨床工作年資與給藥任務之相關性分析 .....	35
表 4.10、護理人員專業能力進階層級與給藥任務之相關性分析 .....	36
表 4.11、護理人員工作病房科別類型與給藥任務之相關性分析 .....	38
表 4.12、護理人員工作護理站科別類型分組及代號 .....	38
表 4.13、護理人員認為最容易發生給藥任務疏失之班別分析 .....	39
表 5.1、受訪醫院之護理給藥技術評核表範例 .....	48
表 5.2、受訪醫院之正確給藥稽核表範例 .....	50

## 圖目錄

圖 3.1 本研究之研究架構 .....	13
圖 4.1 護理人員給藥任務自覺執行之負擔程度分佈圖 .....	26



# 第一章 緒論

## 第一節 研究背景及動機

面對高度複雜、不確定性與競爭的醫療環境，危機意識及通報系統的建立是確保病患安全的首要任務，近年來醫療團隊都是以「病人為中心」的照護服務模式，來締造醫療產業的「卓越服務品質」的目標。為了達到治療的目的，病患需要接受各種不同的治療方法，而藥物治療是目前醫療行為中最常見及最簡便的治療方法，也是住院病患最普遍的一種治療方法。但所有的藥物與非藥物治療，其實都潛藏著已知及未知的危險。用藥錯誤，是醫療疏失中最常見的一個項目，台灣最近發生的重大醫療疏失，都是因為用藥問題而產生，其不僅影響醫護人員與病患關係，也會造成醫療成本之浪費，甚至可能危害病患的生命安全。Roseman & Booker (1995) 指出病患給藥過程中任何一個步驟發生錯誤，就是給藥錯誤。給藥過程從醫師處方到藥師調劑，再由護理人員協助病患服用，是一項複雜、費時且涉及多重醫療專業人員的工作，任何一個不當的行為或系統錯誤，都可能造成給藥疏失。護理人員為病患臨床照護的主要人力，護理給藥更是每日執行頻率甚高的護理活動。然而執行給藥任務約佔護理人員三分之一的工作時間，護理人員在此過程中，扮演協助服藥的主要角色，是給藥過程中的最後一個把關者，因此常被要求必須負起疏失的責任。

國內外有許多病患安全的文獻報導，根據美國在 1983-1993 年的統計分析中發現，每 854 個住院病人死亡，就有 1 人是發生給藥錯誤致死，且每年因給藥錯誤導致錯誤服藥而死亡的人數，超過 7000 人以上(Pillips, Christenfeld, & Glynn, 1998)。美國國家科學研究院的附屬研究機構(Institute of Medicine，簡稱 IOM)，於 1999 年報告指出，

美國每年死於醫療疏失的人數超過四萬多人，遠高於因交通意外事故的死亡人數(Kohn, Corrigan, & Donaldson, 1999)。美國一年約有 77 萬的病患，因為藥物不良事件(Adverse Drug Event, ADE)的發生，導致藥物治療傷害與喪命(Chandra & Paul, 2004)。此外，Brennan 等人分析紐約地區 51 家醫院隨機挑選的 30,121 病患，結果發現 3.7%住院病患，曾發生嚴重的醫療傷害，而有 19%的醫療傷害，是直接由藥物疏失造成的(Brennan, Leape, & Laird, 1991)。Gladstons(1995)指出給藥是高風險作業，若發生給藥錯誤可能導致病患受傷害，增加醫療成本，甚至引發不必要的醫療糾紛。

台灣由於醫院總額預算制度的實施，加上醫療傷害事件層出不窮，以及媒體的傳播渲染，使得一般民眾對於自身的權益更加關注(楊秀儀，民 92 年)。近年來藥物錯誤 ( Medication Error ) 的事件層出不窮，成為全國民眾討論的議題，而如何做到用藥安全( Medication Safety )，則是目前重要的課題(邱文達、石崇良，民 93 年)。醫院經營管理者如何在有限的資源下，兼顧醫療品質及保障病患的人身安全，已變成為重大的挑戰。藥物治療使用在醫療過程中是相當重要的一環，正確的給藥不但可以提高疾病的治癒率、減少住院率、降低醫院成本，更能減少醫療資源的浪費(林慧玲、高雅慧、吳如琇、游文瑛、陳文慧、陳瓊雪，民 91 年)。臨床護理人員的職責之一，是要依醫囑確實執行給藥，而 Leape (1994)研究發現，住院病患中約有 6.5% 曾發生藥物疏失事件，其中 28%是由於藥物錯誤所造成，另外 5%則發生潛在疏失事件，幸而被阻止而未發生錯誤。林秋芬等人(民 94 年)所做之研究也發現，在醫療疏失類型中以給藥錯誤(64.6%)佔最多，且無醫院層級之差異。用藥異常的情況包括有遺漏給藥、藥物錯誤、劑量錯誤、時間錯誤、給錯病患、途徑錯誤、誤聽處方等，這些異常

大都可以透過護理人員依照給藥標準作業流程，嚴格執行三讀五對而有效避免，因此加強護理人員給藥安全的繼續教育，顯得非常重要。雖然護理人員在學校都已完成基本教育，特別是給藥護理技術，但實際在臨床面臨各種不同的情境與挑戰時，往往因為疏忽而容易造成錯誤。

因此，本研究希望藉由分析護理人員於病患住院中之自覺給藥任務執行之正確性、負擔程度及勝任程度，以提供管理階層在臨床用藥安全政策規劃、推動與作業流程改善之參考。



## 第二節 研究目的

本研究目的在探討：

- 一、護理人員自覺對護理給藥作業任務執行之正確性、負擔程度及勝任程度。
- 二、護理人員人口學特性，與其自覺護理給藥任務之正確性、負擔程度及勝任程度之相關性。

期望本研究結果可做為管理者未來規劃、改善護理給藥作業模式之參考。



## 第二章 文獻探討

### 第一節 用藥錯誤的定義

由處方開立至病患用藥之過程中的任何些微差錯，都可能使治療無法達到預期效果，甚至導致死亡(陳瑞瑩，民 93 年)。美國國家用藥錯誤通報及預防協調審議委員會( The National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention, NCC-MERP)對用藥錯誤的定義為：「藥物在經由醫療專業人員作業交付到病患使用的過程中，任何可能導致藥品使用不當或病患傷害的事件皆稱之。這些事件的發生可能和專業技術、產品本身、執行流程、步驟及系統相關，包括處方開立系統、醫囑的溝通、產品標示、包裝、醫療專業術語、調劑、發藥、給藥技術、管理、監控系統等有直接的關係。」。對用藥錯誤的定義一般泛指由醫師開立處方，經批價或診間人員輸入，到藥師調劑，再到護理人員給藥或病患服藥之流程中，所有可能發生的錯誤，包括行為疏失及專業判斷的錯誤。

## 第二節 用藥錯誤的類型

美國醫院藥師學會 (American Society Health-System Pharmacists) 於 1993 年定義用藥錯誤有十一種類型，分別為：(1)處方開立錯誤、(2)遺漏、(3)給藥時間錯誤、(4)未授權給藥、(5)劑量不適當錯誤、(6)劑型錯誤、(7)藥物調配方式錯誤、(8)給藥方式錯誤、(9)藥物變質、(10) 監測不當錯誤、(11)服藥順從性不佳或使用方法錯誤。而根據財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會對於藥物不良事件(Adverse Drug Reaction, ADR)之定義為凡病人因使用藥物而產生非預期、不期望發生，或是過度強烈反應，而造成以下狀況之一者：(1)需要停藥(不論治療性質或診斷性質)、(2)需要更換藥物治療、(3)需要調整藥物劑量(輕微的劑量調整除外)、(4)必須住院、(5)延長住院時間、(6)需要支持性治療、(7)顯明使診斷複雜化、(8)對癒後產生負面影響，以及(9)導致暫時性或永久性的傷害、殘障或死亡。石崇良(民 92 年)針對我國醫院內的工作人員以郵寄問卷方式探討國內醫療不良事件的概況，此調查研究結果發現，在過去一年中，受訪者有五成曾經遭遇或處理過醫療不良事件，且在不同身分的受訪者間，例如醫師、護理人員、藥師及其他醫療人員之間並無明顯的差異，就類型進行統計分析，佔多數的事件為用藥錯誤，包括口服或針劑藥物的劑量錯誤、給藥錯誤及給錯病患等，佔了總數的 23%。

具備護理專業知識與技能訓練的臨床護理人員，首重的是促進與維護病患的健康與醫療品質的安全。護理人員在整個醫療活動中，提供病患正確用藥是一項極為重要的職責，給藥安全原則是作為專業護理人員必須接受的一項嚴謹的訓練，以維護病患醫療安全與照護品質。然而，身為臨床護理工作者，往往因循各種原因，例如承襲往例、

個人工作方便、對藥物安全的知識不足以及管理監督不徹底等，在準備用藥過程中出現一些潛在或現存的問題，例如未依標準程序準備藥物等（張淑貞、駱麗華，民93年）。張秉儀(民94年)針對我國5,359位護理從業人員進行問卷調查，探討護理人員給藥錯誤，結果顯示護理人員最常發生之護理給藥錯誤類型為：給藥時間不符（43.78%）、該給的藥漏給（43.01%）、給藥速率過快或過慢(42.31%)。其中工作年資較淺、缺乏資深人員指導、工作量過大負荷過重、未遵守三讀五對、缺乏主動溝通、沒有標準作業流程等則與給藥錯誤發生率呈現正相關。這份報告也顯示了護理人員因為護理技術繁雜且工作量大，導致工作壓力過大，一失神就容易遺漏流程或標準作業程序，導致醫療疏失與糾紛。

依據行政院衛生署92年委託醫院評鑑暨醫療品質策進會(醫策會)抽樣調查台灣地區61家醫院所做的研究報告發現，醫療人員在一年中處理醫療不良事件的經驗，口服與針劑藥物給錯藥佔23.5%，而約有75%的受訪者擔心主動通報醫療不良事件會招致醫療糾紛，大約只有五成的人會選擇向醫院通報(廖熏香、羅恆廉、曾慧萍等人，民93年)。95年受訪醫院的病人安全小組曾就其病人安全通報案件分析，發現給藥錯誤事件佔17.3%，其中護理給藥錯誤佔31.25%。但依文獻（王金蓮、黃春梅、廖孟雪等人，民95年）及實務經驗得知，護理給藥潛在很大的安全風險，且護理人員因害怕主管責罵、同儕指責及醫療糾紛，經常隱瞞給藥錯誤之事實。

### 第三節 常見給藥錯誤的原因

美國醫學會(Institute of Medicine, 2002)指出「只要是人都會犯錯」的觀念，因此要先知道問題發生之原因，探討正確執行方法及策略，找出合適的模式，建立安全機制，改善錯誤的發生。瞭解給藥錯誤發生的原因是改善給藥錯誤的重要基礎。

Martin (2000) 歸納出給藥錯誤的主要原因，有對藥物知識不足、給藥作業流程不清楚、抄寫或手寫錯誤、藥物辨識不清楚、劑量錯誤等。單一計量給藥服務系統 ( Unit Dose Distribution Service, UDSS ) 為一種廣泛運用於醫院中住院給藥的系統，該種系統給藥流程簡單來說，就是病患所服用之藥物由藥劑人員調配成單一劑量包裝，分別存放於藥車之藥盒中，再由護理人員按照藥單標籤上所標示之病患姓名、藥物名稱、服藥時間及劑量給藥。護理人員給藥時必須確實執行三讀五對( Three-read, Five-right ) 之動作；所謂三讀分別是從藥車取出藥物時的第一讀，抽取、稀釋藥劑時執行第二讀，及最後給藥前的第三讀；而所謂的五對是指給藥前病患對、藥物對、劑量對、時間對、途徑對，五項確認。理想狀況下若是各流程皆環環相扣，應當可以迅速且正確給藥，但實際上卻可能因為種種原因，造成病患無法接受到正確的藥物治療。

Wakefield ( 1998 )指出護理給藥疏失的原因為缺乏知識、執行不落實、缺乏安全機制及溝通不良。Hackel, Butt & Gaurdia (1996) 調查護理人員發生給藥錯誤的原因，包括(1)藥師延遲給藥、(2)醫囑處理錯誤、(3)缺乏再次核對的步驟、(4)病患過多和工作量過重、(5)緊張的工作環境、(6)標籤錯誤，以及(7)外觀相似之藥物。莊美華等人(民

92 年)將常見給藥錯誤的原因歸納為十點，包括(1)工作量過大：68%的藥師歸咎調劑錯誤的原因是因為太過忙碌、工作量太大而造成；(2)個人因素：年紀、敏感度較差或健康狀態不佳等皆可能使個人執行能力不佳。個人面臨壓力或疲憊倦怠時也是重要因素。此外，若工作時感到無聊而精神較為鬆散也容易造成疏失；(3)機構外的因素：藥物名稱相類似或藥廠所提供的藥物包裝太過類似時，都是疏失較容易發生的原因，如外觀類似 ( look-alike ) 或藥品名稱發音相似 ( sound-alike ) 的藥品佔所有用藥疏失發生案例的 37%；(4)工作環境：不良的工作場所也可能造成疏失的發生，例如：照明不佳、噪音太多及太大、溫度過高或過低及電話太多等；(5)機構內的因素：主管階層對於人力編制或工作量的政策及規定不合理，工作人員工作量過大，導致注意力或認知能力下降，疏失因此可能發生；(6)人員間的因素：一起工作的人員若無法加以合作或工作時常被其他人打擾都容易造成疏失的發生；(7)缺乏溝通：可能因上述人員間的因素所引起，雇員或專業人員間的溝通不佳或缺乏，將很容易導致疏失的發生，例如：醫師的手寫處方箋或口頭醫囑交代不清時，若藥師或護理人員沒有加以確認，疏失則容易發生；(8)不遵從政策的實施：常發生於調劑或給藥的過程，約 42%的藥師未能確實遵守調劑時應該「三讀五對」的原則；(9)知識缺乏：剛畢業的專業人員通常較有經驗的人員容易發生疏失，最主要的原因就是專業知識及經驗不足；以及(10)未落實病患用藥指導：將藥品交付到病患手上的最後一關藥物確認就是病患用藥指導。與病患交談的過程與內容，有助於藥師或護理人員確認病患使用藥物的用途或劑量是否得當。

Osborne, Blais, & Hayes ( 1999 ) 定義影響給藥錯誤的影響因素包括：(1)知識或給藥技能不足(2)不遵守醫院的政策或流程(3)缺乏溝通

(4)個人的經驗不足。Backer(2000)認為藥物錯誤可發生在給藥時間錯誤、劑量錯誤、途徑錯誤、給予醫囑已停止之藥物、給予錯誤口頭醫囑、護理人員敏感性低(護理人員已觀察到明顯徵象，須減低劑量，但卻未執行)等情況，也發現護理人員的給藥錯誤中有 33%為途徑錯誤、處方抄寫錯誤及藥物的錯誤。李懋華(民 92 年)也指出，隨著新藥的開發，臨床醫學的進步，使得用藥廣泛且種類增多、商品名繁多，用法、劑量、藥物外觀等不易掌握，造成護理人員在臨床上給藥錯誤的危險性增加。謝生蘭、劉芹芳、孫麗珍等人(民 95 年)研究顯示，護理人員給藥錯誤的原因可包括年資、經驗的限制、缺乏數理計算或藥理知識能力、給藥習慣、工作環境、對給藥錯誤的認知欠缺或給藥流程不瞭解有極大相關。個人對給藥錯誤的認知及經驗不足最常影響個人的反應與判斷力。研究中也指出藥物藥名相似、外觀或包裝相似，讓護理人員混淆，易造成錯誤。林麗珍等人(民 96 年)指出，護理人員認為因藥物「外觀相似」而發生給藥錯誤占 87%，為最高；個人內在問題方面，有 58% 認為「工作負荷過度」、「個人經驗不足」等可能造成給藥錯誤原因較高，「藥物劑量計算錯誤」亦佔 53%。因「護理人員執行給藥過程」而可能發生給藥錯誤方面，「未執行三讀五對」佔 82%，居首要原因。林麗華、黃令宜、蔡欣玲(民 95 年)的研究顯示，護理人員給藥錯誤的原因依序為「護理人員給藥時又同時被其他病人、同仁或單位其他突發事件所中斷或干擾」、「護理人員疲勞及精疲力盡的時候」、「兩種藥名相似的藥物造成混淆」及「醫師手寫處方箋難於辨識或電腦處方說明不清楚」。

#### 第四節 護理人員給藥安全之行為探討

護理人員「給藥」的定義，係指護理人員依據醫師處方執行一種或多種藥品之特定行為或手續，其過程必需確認處方之正確性，再經由正確的三讀五對執行給藥技術外，護理人員應親自到病人單位細心評估病患需求及病患健康問題(陳淑賢、王昭慧、蘇淑芳等人，民 94 年)。護理人員給藥錯誤的類型包括：藥物錯誤、劑量錯誤、病患錯誤、給藥頻率錯誤、給藥時間錯誤、給藥途徑錯誤、藥物過敏、藥物交互反應(與其他藥物、與食物、與其他治療)、手寫醫囑不清楚、口頭醫囑不清楚、未遵循藥物指引(Hughes, & Ortiz, 2005)。

Gladstons(1995)研究指出工作量過大、工作被中斷、技術不熟練、疲倦及注意力不集中、知識不足及警覺度不夠、沒有依規範執行、病歷書寫太潦草、不清楚病人的病情及溝通不良等都是造成給藥錯誤常見的原因。Fletcher(1997)的研究結果更指出，護理人員缺乏醫藥的知識與給藥錯誤成正相關。

許多文獻強調繼續教育對護理人員專業成長的重要性(林豔君、陳月枝、李麗淑，民 87 年；陳谷萍、梁淑霞，民 87 年)。林秋芬等人(民 94 年)、陳玉枝(民 93 年)研究顯示，在降低護理人員給藥錯誤率中以在職教育為最不可或缺之因素，而護理人員應不斷接受正確給藥流程、用藥安全及更新藥物、新的治療趨勢等之在職教育與資訊，才能降低給藥錯誤所造成的醫療疏失。陳淑賢等人(民 94 年)於北部地區教學醫院，進行病童給藥作業改善之研究，經由給藥錯誤的缺失探討，並透過教育訓練及監控策略等專案推行改善後，結果發現護理人員給藥之正確率及給藥行為正確性間有顯著提升(陳淑賢、王昭

慧、蘇淑芳等人，民 94 年)。蔡沁筠等人(民 94 年)亦針對北部某醫院護理人員口服給藥正確性進行研究，結果發現經由製作單位內常用藥物手冊、口服藥實體標本、訂定口服藥給藥標準作業流程及實施在職教育訓練等措施後，護理人員對於口服藥物的認識正確性及給藥流程執行的正確率皆有提升之趨勢(蔡沁筠、張文英、陳琿瑄等，民 96 年)。呂旻芬(民 95 年)研究中指出護理人員對口服給藥之態度與給藥行為之間呈現正向相關，管理者欲加強護理人員給藥安全，應著手於教育訓練及相關藥物資訊之確實傳達，增強護理人員在認知及情感上遵循標準技術之意念，以使其在行為上能確實遵循既訂的標準，並藉由護理人員確實遵守之行為內化成一種信念。戴定玲(民 94 年)指出應制定安全給藥查檢表，採不定期查核等方式，以提高護理人員工作之警覺性。可見教育訓練與定期監控對提昇護理人員給藥正確性確實有一定程度的影響。

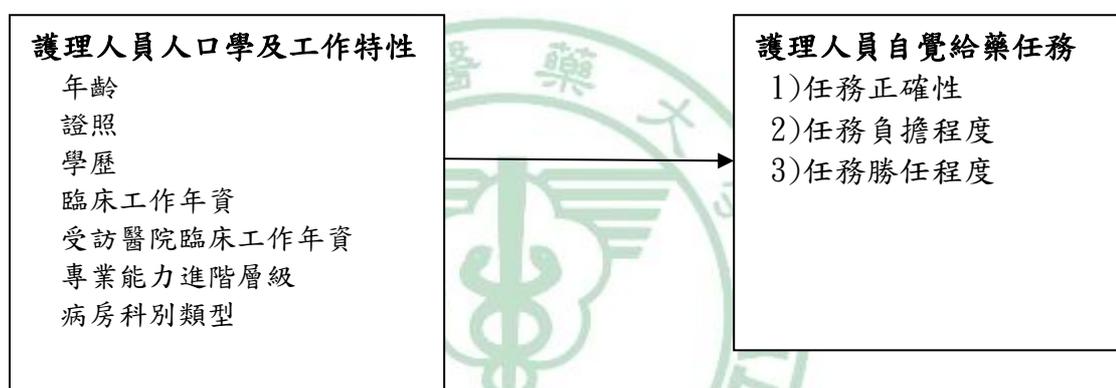
綜合以上文獻，在醫療照護疏失類型中以給藥錯誤為首要，用藥安全是目前「以病人為中心」之醫療照護環境安全目標之一。護理人員在給藥過程中依制定之給藥作業流程，確實執行三讀五對，並在給藥前落實執行病人辨識，加上持續的在職教育，將有助於提升給藥之正確性。為確保病患用藥安全已成為國際間重視的醫療品質議題，更是醫院管理的重要目標，也可見護理人員給藥是備受重視的一個環節。

## 第三章 研究方法

### 第一節 研究架構

本研究想瞭解護理人員於日常護理活動中自己對執行給藥任務之正確性、負擔程度與勝任程度之感受，與以人口學特性分析其與護理人員自覺感受執行給藥任務之正確性、負擔程度與勝任程度之間的相關性，以此概念擬定本研究之架構(圖3.1)。

圖 3.1 本研究之研究架構



### 第二節 研究假設

本研究目的在探討護理人員自覺護理給藥之正確性、負擔程度及勝任程度，並瞭解護理人員人口學特性與自覺護理給藥任務之正確性、負擔程度及勝任程度具相關性（相關性假設）。

### 第三節 研究對象

研究對象為中部地區某一區域教學醫院之16個護理站的護理人員。

### 第四節 研究工具及其信度與效度

本研究係採結構式問卷，依據相關文獻由研究者自行編寫，後送請三位學者依據研究目的，就問卷內容之適用性及明確性進行審核。並由16位護理人員試填，最後將各方意見做適度之修訂及調整。

依護理人員給藥作業流程設計17題問卷，包括：

- 1).將有問題醫囑與醫師進行溝通討論，
- 2).即時獲知醫師更改醫囑，
- 3).抄寫醫囑到投藥治療紀錄單，
- 4).計算需要稀釋藥物的劑量，
- 5).確認病人床號姓名的正確性，
- 6).確認藥物名稱的正確性，
- 7).確認藥物劑量的正確性，
- 8).確認給藥時間的正確性，
- 9).確認給藥途徑的正確性，
- 10).認識藥物外觀，
- 11).查詢藥物作用，
- 12).依給藥時間到病人單位做病人辨識，
- 13).確認病人身分，
- 14).確認藥物後給藥，
- 15).依醫囑給藥途徑給藥，
- 16).因故未給藥時進行紀錄(時間及原因)，以及
- 17).通報病患使用藥物後異常狀況。

此十七題項再以護理人員任務執行之正確性、任務負擔程度及能力勝任程度等三構面做衡量。在護理人員填寫給藥作業流程中，自覺於任務執行之正確性、任務負擔程度及能力勝任程度狀況，給分範圍為分數愈高表示正確性、勝任程度愈好，但負擔程度分數愈高，則表示負擔程度愈高。

表 3.1、護理人員給藥任務執行之三個構面

項 目	操作型定義
自覺執行之正確性方面	護理人員自覺執行給藥任務的正確性 「很少正確」為 1 分、 「偶爾正確」為 2 分、 「通常正確」為 3 分、 「多數正確」為 4 分、 「總是正確」為 5 分。
自覺執行負擔程度方面	護理人員自覺執行給藥任務的負擔程度 「負擔極小」為 1 分、 「負擔小」為 2 分、 「尚可」為 3 分、 「負擔大」為 4 分、 「負擔非常大」為 5 分。
自覺執行勝任程度方面	護理人員自覺執行給藥任務的勝任程度 「很少可以勝任」為 1 分、 「偶爾可以勝任」為 2 分、 「通常可以勝任」為 3 分、 「多數可以勝任」為 4 分、 「總是可以勝任」為 5 分。



本研究變項定義，如表3.2所示。

表 3.2、操作型定義

項 目	操作型定義
<b>護理人員人口學及工作特性</b>	
年齡	年數
證照	1：護理師、2：護士
學歷	1：職校、2：專科、3：大學、4：研究所
臨床護理工作年資	至97年4月止在醫療院所執行護理業務工作之年數
受訪醫院臨床護理工作年資	至97年4月止在受訪醫院執行護理業務工作之年數
專業能力進階層級	依台灣護理學會之專業能力進階層級：N、N1、N2、N3、N4
護理站之病房科別類型	於受訪醫院護理站 1.內外科加護病房 2.胸腔重症隔離病房 3.家醫科病房 4.胸腔科病房 5.呼吸照護病房 6.內科病房 7.精神科病房 8.外科病房 9.綜合科病房 10.小兒科病房 11.婦產科病房 12.復健科病房 13.護理之家 14.急診室
班別	白班-上午8時~下午4時或上午8時~中午12時，下午1時30分~下午5時30分 小夜班-下午4時~午夜12時 大夜班-0時~上午8時

另外，護理人員的人口學特性，包括年齡、證照、學歷、臨床工作年資、受訪醫院的臨床工作年資、專業能力進階層級，以及在受訪醫院服務護理站之病房單位等資料亦為研究問卷中之題項。

本研究工具之信度以 Cronbach's Alpha 係數為指標，一般而言，此項係數高於0.7，即表示內在一致性優良。信度係指測驗結果的精確度及穩定性，信度係數愈高，表示該測驗的結果愈一致、穩定與可靠。本問卷信度Cronbach's Alpha 係數，在給藥作業任務執行之正確性為0.965，負擔程度為0.977，勝任程度為0.970。

## 第五節 資料蒐集方法

本研究發放問卷單位有內外科加護病房、胸腔重症隔離病房、綜合科病房、復健科病房、小兒科病房、婦產科病房、家醫科病房、精神科病房、胸腔科病房、呼吸照護病房、2個內科病房、2個外科病房、急診室與護理之家等16個護理站之護理人員。於97年4月1日至97年4月20日進行單位內護理人員問卷調查。

本研究經受訪醫院之人體試驗委員會審核通過，方能至護理站發送問卷表與受訪者同意書。予單位護理長說明問卷目的及填寫問卷方法與注意事項，並請護理長協助發送護理人員填寫及回收。

## 第六節 統計分析方法

本研究採用統計分析軟體 SPSS 12.0 軟體作為研究分析之工具，進行資料的歸納、整理及數據分析。

1. 描述性統計：以次數分佈、平均值、標準差、百分比分佈等統計

數值呈現。

2. 推論性統計：以 t-test、簡單線性回歸分析及 ANOVA 並作多重比較分析。



## 第四章 研究結果

本研究共計發放問卷240份，回收224份，經逐一確認每份問卷內容後，2份問卷填寫內容有過多空白，為避免該未完成問卷影響整個分析結果，故在後續的統計分析結果中予以剔除，最終有效問卷數為222份，回收率為92.5%。

第一節先以描述性統計呈現本研究蒐集資料內所含之特性，接著在第二節執行進一步的統計分析，針對研究假說進行驗證。



## 第一節 描述性統計

### 4.1.1 受訪護理人員之基本特性

由表 4.1 可以瞭解，本研究樣本平均年齡為 30.12 歲，臨床護理工作年資平均為 7.28 年，於目前執業機構(本研究之區域教學醫院)之臨床工作年資為 4.90 年。樣本中具有證照分佈狀況，其中護理師有 183 名，占總人數 83%；護士則為 37 名，占總人數 17%。而最高學歷分佈狀況，以專科畢業人數 111 名，占總人數 51%為最多；其次為大學畢業 99 名，占總人數 45%；研究所及職校各為 5 名，各占總人數 2%。

受訪護理人員專業能力進階層級別方面，以N2 護理人員所占比例最高，有 95 名，占總人數 43%；其次依序為N1 護理人員有 70 名，占總人數 32%；N護理人員有 36 名，占總人數 17%。工作護理站之病房科別類型方面，以加護病房護理人員數最多，有 49 名，佔總人數 23%；其次依序為外科病房 24 名，佔總人數 11%；內科病房、婦產科病房、護理之家，都是 19 名，各佔總人數的 9%。

表 4.1、受訪護理人員之基本特性分析 (n=222)

	平均值	標準差	人數	百分比(%)
年齡 (年)	30.12	6.74		
證照				
護理師			183	83
護士			37	17
最高學歷				
職校			5	2
專科			111	51
大學			99	45
研究所			5	2
臨床護理工作年資 (年)	7.28	6.07		
受訪醫院臨床護理工作年資 (年)	4.90	5.46		
專業能力進階層級				
N			36	17
N1			70	32
N2			95	43
N3			12	5
N4			7	3
病房科別類型				
加護病房			49	23
內科病房			19	9
外科病房			24	11
綜合科病房			10	5
家醫科病房			12	6
婦產科病房			19	9
小兒科病房			13	6
復健科病房			7	3
急診室			16	7
護理之家			19	9
精神科病房			10	5
胸腔科病房			9	4
呼吸照護病房			10	5

#### 4.1.2 針對護理人員給藥任務自覺執行之正確性

針對護理人員於住院病患給藥任務執行正確性之描述性分析如表 4.2 所示。在 17 項護理人員給藥任務執行正確性方面，大部分勾選之自覺執行狀況，多數為「正確」(28%-51%)與「總是正確」(24%-62%)，平均值為 4.30。護理人員給藥任務執行正確性最高的前三項分別為：「確認病人床號姓名的正確性」(平均值為 4.53)、「確認給藥時間的正確性」(平均值為 4.51)、「確認病人身分」(平均值為 4.50)；給藥任務執行正確性較低的後三項為：「即時獲知醫師更改醫囑」(平均值為 3.99)、「查詢藥物作用」(平均值為 4.03)、「通報病患使用藥物後異常狀況」(平均值為 4.06)。醫療過程中，護理人員是「給藥」最後一道把關的關卡，由初步統計結果發現，給藥過程中護理人員自覺給藥正確性是很高的。



表 4.2、護理人員給藥任務自覺執行之正確性 (n=222)

	很少正確		偶爾正確		通常正確		多數正確		總是正確		平均值*	標準差
	人數	%	人數	%	人數	%	人數	%	人數	%		
1.將有問題醫囑與醫師進行溝通討論	0	0	3	1	48	22	99	45	72	32	4.08	0.77
2.即時獲知醫師更改醫囑	0	0	0	0	55	25	114	51	53	24	3.99	0.70
3.抄寫醫囑到投藥治療紀錄單	0	0	0	0	35	16	91	41	94	42	4.27	0.72
4.計算需要稀釋藥物的劑量	1	1	1	1	49	22	85	38	85	38	4.14	0.81
5.確認病人床號姓名的正確性	0	0	0	0	20	9	64	29	138	62	4.53	0.66
6.確認藥物名稱的正確性	0	0	0	0	20	9	73	33	129	58	4.49	0.66
7.確認藥物劑量的正確性	1	5	0	0	23	10	67	30	130	59	4.47	0.72
8.確認給藥時間的正確性	0	0	0	0	23	10	61	28	136	61	4.51	0.68
9.確認給藥途徑的正確性	0	0	0	0	21	10	71	32	130	59	4.49	0.66
10.認識藥物外觀	0	0	0	0	46	21	107	48	69	31	4.10	0.71
11.查詢藥物作用	0	0	1	5	60	27	92	41	69	31	4.03	0.78
12.依給藥時間到病人單位做病人辨識	0	0	0	0	26	12	81	37	115	52	4.40	0.69
13.確認病人身分	0	0	0	0	23	10	65	29	134	60	4.50	0.68
14.確認藥物後給藥	0	0	0	0	29	13	68	31	125	56	4.43	0.71
15.依醫囑給藥途徑給藥	0	0	0	0	22	10	77	35	123	55	4.45	0.67
16.因故未給藥時進行紀錄	0	0	1	5	42	19	97	46	81	37	4.17	0.74
17.通報病患使用藥物後異常狀況	0	0	5	2	50	23	93	42	74	33	4.06	0.80

說明：\* 平均值的計算，係以“很少正確”為 1 分，“偶爾正確”為 2 分，“通常正確”為 3 分，“多數正確”為 4 分，“總是正確”為 5 分。

### 4.1.3 護理人員給藥任務自覺執行之負擔程度

護理人員於住院病患給藥任務自覺執行負擔程度之描述性分析如表 4.3 所示。在 17 項護理人員給藥任務執行負擔程度方面，大部分勾選之自覺負擔程度屬於「尚可」(38%-53%)，平均值為 2.83。護理人員自覺給藥任務負擔程度最高的前三項分別為：「即時獲知醫師更改醫囑」(平均值為 3.22)、「將有問題醫囑與醫師進行溝通討論」(平均值為 3.20)、「計算需要稀釋藥物的劑量」(平均值為 3.07)；而其負擔程度較低的後三項為：「確認病人身分」(平均值為 2.59)、「依醫囑給藥途徑給藥」(平均值為 2.59)、「確認給藥時間的正確性」(平均值為 2.64)。護理人員給藥的自覺心理負擔，整體分佈趨近於常態分佈(如圖 4.1 所示)。



表 4.3、護理人員給藥任務自覺執行之負擔程度 (n=222)

	負擔極小		負擔小		尚可		負擔大		負擔非常大		平均值*	標準差
	人數	%	人數	%	人數	%	人數	%	人數	%		
1.將有問題醫囑與醫師進行溝通討論	10	5	23	10	118	53	50	23	18	8	3.20	0.90
2.即時獲知醫師更改醫囑	10	5	21	10	110	50	63	28	13	6	3.22	0.88
3.抄寫醫囑到投藥治療紀錄單	20	9	28	13	107	48	47	21	17	8	3.06	1.01
4.計算需要稀釋藥物的劑量	15	7	39	18	97	44	52	23	16	7	3.07	0.99
5.確認病人床號姓名的正確性	37	17	51	23	94	42	21	10	16	7	2.67	1.09
6.確認藥物名稱的正確性	34	15	56	25	92	41	23	10	15	7	2.68	1.07
7.確認藥物劑量的正確性	35	16	57	26	94	42	19	9	15	7	2.65	1.06
8.確認給藥時間的正確性	35	16	57	26	92	41	21	10	14	6	2.64	1.06
9.確認給藥途徑的正確性	33	15	60	27	90	41	22	10	15	7	2.66	1.07
10.認識藥物外觀	11	5	53	24	103	46	34	15	19	7	2.99	0.97
11.查詢藥物作用	16	7	44	20	99	45	43	19	18	8	3.01	1.01
12.依給藥時間到病人單位做病人辨識	36	16	50	23	86	39	32	14	16	7	2.74	1.12
13.確認病人身分	50	23	47	21	84	38	22	10	17	8	2.59	1.17
14.確認藥物後給藥	37	17	54	24	92	41	23	10	14	6	2.65	1.08
15.依醫囑給藥途徑給藥	41	19	57	26	90	41	16	7	16	7	2.59	1.10
16.因故未給藥時進行紀錄	26	12	50	23	101	46	29	13	13	6	2.79	1.02
17.通報病患使用藥物後異常狀況	24	11	44	20	101	46	36	16	15	7	2.88	1.03

說明：\*平均值的計算，係以”負擔極小”為1分，”負擔小”為2分，”尚可”為3分，”負擔大”為4分，”負擔非常大”為5分。

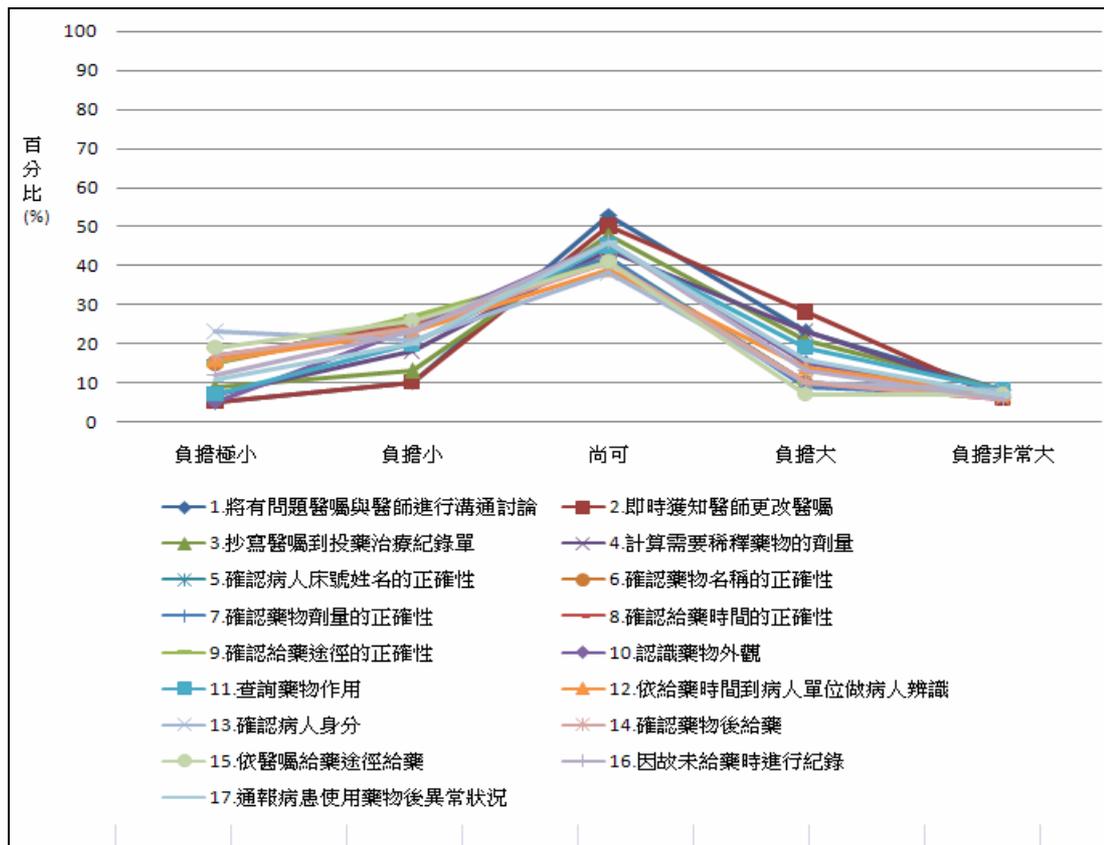


圖 4.1 護理人員給藥任務自覺執行之負擔程度分佈圖

#### 4.1.4 護理人員給藥任務自覺執行之勝任程度

護理人員於住院病患給藥任務自覺執行勝任程度之描述性分析如表 4.4 所示。在 17 項護理人員給藥任務執行勝任程度方面，大部分勾選之自覺執行勝任程度，多是在「多數可以勝任」(30%-46%)、「總是可以勝任」(19%-46%)，平均值為 4.1。護理人員於住院病患給藥任務自覺執行勝任程度最高的前三項分別為：「依醫囑給藥途徑給藥」(平均值為 4.29)、「確認給藥途徑的正確性」(平均值為 4.28)、「確認給藥時間的正確性」(平均值為 4.27)。而其自覺執行勝任程度較低的後三項為：「將有問題醫囑與醫師進行溝通討論」(平均值為 3.84)、「即時獲知醫師更改醫囑」(平均值為 3.91)、「查詢藥物作用」(平均值為 3.94)。護理人員於給藥作業的自覺任務勝任程度，經初步分析結果發現護理人員對自身的能力勝任程度、給藥作業流程自信度皆頗高。



表 4.4、護理人員給藥任務自覺執行之勝任程度 (n=222)

	很少可以勝任		偶爾可以勝任		通常可以勝任		多數可以勝任		總是可以勝任		平均值*	標準差
	人數	%	人數	%	人數	%	人數	%	人數	%		
1.將有問題醫囑與醫師進行溝通討論	0	0	3	1	72	32	103	46	42	19	3.84	0.74
2.即時獲知醫師更改醫囑	0	0	5	2	61	28	101	46	51	23	3.91	0.77
3.抄寫醫囑到投藥治療紀錄單	0	0	5	2	42	19	88	40	83	37	4.14	0.80
4.計算需要稀釋藥物的劑量	2	9	3	1	49	22	92	41	74	33	4.06	0.84
5.確認病人床號姓名的正確性	0	0	1	1	36	16	79	36	104	47	4.30	0.75
6.確認藥物名稱的正確性	0	0	2	9	37	17	85	38	96	43	4.25	0.76
7.確認藥物劑量的正確性	0	0	1	1	41	19	79	36	99	45	4.25	0.77
8.確認給藥時間的正確性	0	0	2	1	37	17	79	36	101	46	4.27	0.77
9.確認給藥途徑的正確性	0	0	2	1	35	16	83	37	100	45	4.28	0.76
10.認識藥物外觀	1	1	2	1	60	27	94	42	63	28	3.98	0.80
11.查詢藥物作用	0	0	6	3	64	29	88	40	62	28	3.94	0.83
12.依給藥時間到病人單位做病人辨識	0	0	2	1	39	18	93	42	86	39	4.20	0.75
13.確認病人身分	0	0	2	1	37	17	81	37	100	45	4.27	0.77
14.確認藥物後給藥	2	1	1	1	37	17	86	30	94	42	4.22	0.81
15.依醫囑給藥途徑給藥	0	0	2	1	34	15	82	37	101	46	4.29	0.76
16.因故未給藥時進行紀錄	0	0	2	1	50	23	98	44	69	31	4.07	0.76
17.通報病患使用藥物後異常狀況	0	0	5	2	58	26	88	40	68	31	4.00	0.82

說明：\*平均值的計算，係以“很少可以勝任”為1分，“偶爾可以勝任”為2分，“通常可以勝任”為3分，“多數可以勝任”為4分，“總是可以勝任”為5分。

## 第二節 推論性統計

本研究推論性統計以護理人員人口學-年齡、證照、學歷、臨床工作年資、在受訪醫院臨床工作年資、專業能力進階層級及護理站之病房科別類別為自變項，給藥任務之各題項分別為依變項，個別做簡單線性迴歸分析、t-test 分析及 ANOVA 分析，以探討其相關性。

### 4.2.1 護理人員年齡與給藥任務之相關性分析

針對護理人員年齡與住院病患給藥任務之相關性分析，如表 4.5 所示，以護理人員給藥任務為依變項，年齡為自變項，做簡單線性迴歸分析，取標準化  $\beta$  值。

分析結果發現，護理人員年齡與自覺執行之正確性、勝任程度兩個構面於 17 項護理人員給藥任務項目中，除「抄寫醫囑到投藥治療紀錄單」、「確認藥物名稱的正確性」外，皆為正相關( $p < 0.05$ )，有統計學上的顯著差異。由此可知，年齡較長之護理人員相較於年輕的護理人員在給藥任務之執行正確性、能力勝任程度方面，有較佳的自覺感受正確性及能力勝任程度。然而年齡與給藥作業任務之負擔程度間無統計學顯著差異( $p > 0.05$ )。

表 4.5、護理人員年齡與給藥任務之相關性分析 (n=222)

年齡	執行正確性	負擔程度	勝任程度
1.將有問題醫囑與醫師進行溝通討論	0.20**	-0.09	0.25***
2.即時獲知醫師更改醫囑	0.17*	-0.11	0.16*
3.抄寫醫囑到投藥治療紀錄單	0.13	-0.05	0.16*
4.計算需要稀釋藥物的劑量	0.17*	-0.01	0.22***
5.確認病人床號姓名的正確性	0.16*	-0.08	0.17*
6.確認藥物名稱的正確性	0.01	-0.09	0.15*
7.確認藥物劑量的正確性	0.15*	-0.10	0.14*
8.確認給藥時間的正確性	0.17*	-0.11	0.16*
9.確認給藥途徑的正確性	0.16*	-0.091	0.17*
10.認識藥物外觀	0.19**	-0.10	0.15*
11.查詢藥物作用	0.19**	-0.10	0.17*
12.依給藥時間到病人單位做病人辨識	0.17*	-0.05	0.14*
13.確認病人身分	0.20**	-0.11	0.22***
14.確認藥物後給藥	0.13*	-0.13	0.22***
15.依醫囑給藥途徑給藥	0.13*	-0.09	0.21**
16.因故未給藥時進行紀錄	0.16*	-0.08	0.21**
17.通報病患使用藥物後異常狀況	0.21**	-0.03	0.16*

說明：簡單回歸分析，以各題項為依變項，年齡為自變項。\* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$ , \*\*\* $p < 0.001$ 。



## 4.2.2 護理人員資格證照與給藥任務之相關性分析

針對護理人員資格證照與住院病患給藥任務之相關性分析，如表 4.6 所示。將護理人員區分為護理師與護士，針對三大構面、17 個護理人員給藥任務項目變項以 t-test 分別分析之間的關聯性。結果發現護理師與護士對於 17 個給藥任務項目之自覺執行正確性、負擔程度、能力勝任程度，無統計學顯著差異性( $p > 0.05$ )。

表 4.6、護理人員證照與給藥任務之相關性分析 (n=222)

資格證照 (護理師 vs. 護士)	執行正確性	負擔程度	勝任程度
1. 將有問題醫囑與醫師進行溝通討論	0.71	0.30	0.26
2. 即時獲知醫師更改醫囑	-0.60	1.71	0.13
3. 抄寫醫囑到投藥治療紀錄單	-0.29	1.14	0.00
4. 計算需要稀釋藥物的劑量	0.24	1.20	0.66
5. 確認病人床號姓名的正確性	0.14	1.33	-0.47
6. 確認藥物名稱的正確性	0.05	1.03	0.28
7. 確認藥物劑量的正確性	0.35	0.86	0.55
8. 確認給藥時間的正確性	-0.04	1.19	-0.03
9. 確認給藥途徑的正確性	-0.23	1.15	0.00
10. 認識藥物外觀	-0.75	1.96	-1.29
11. 查詢藥物作用	-0.58	1.74	-1.14
12. 依給藥時間到病人單位做病人辨識	-0.10	1.73	-0.69
13. 確認病人身分	-0.18	0.97	-0.74
14. 確認藥物後給藥	-0.26	0.78	-0.68
15. 依醫囑給藥途徑給藥	-0.27	0.64	-1.05
16. 因故未給藥時進行紀錄	-1.15	1.49	-1.03
17. 通報病患使用藥物後異常狀況	-0.59	1.57	-1.36

說明：各題項與護理人員資格證照，以 t-test 分析。

### 4.2.3 護理人員學歷與給藥任務之相關性分析

針對護理人員學歷與住院病患給藥任務之相關性分析，如表 4.7 所示。將護理人員以最高學歷區分為兩個族群，分別為職校/專科，以及大專暨以上(因研究所人數只有 5 名，因此將大學與研究所合為一)等二組，以 t-test 檢定最高學歷與給藥任務間之相關性。

研究結果發現，學歷較高之護理人員自覺對於「抄寫醫囑到投藥治療記錄單」上之勝任程度與「查詢藥物作用」的執行正確性兩項，比學歷較低之護理人員有較好之表現( $p < 0.05$ )。與其他任務執行之正確性、負擔程度及能力勝任程度無統計學上相關性。

表 4.7、護理人員學歷與給藥任務之相關性分析 (n=222)

學歷 (職校/專科 vs. 大專暨以上)	執行正確性	負擔程度	勝任程度
1.問題醫囑與醫師進行溝通討論	-0.70	1.44	-0.87
2.即時獲知醫師更改醫囑	-1.53	1.01	0.07
3.抄寫醫囑到投藥治療紀錄單	0.93	1.79	-0.01**
4.計算需要稀釋藥物的劑量	0.26	0.43	0.35
5.確認病人床號姓名的正確性	-0.34	0.18	-0.29
6.確認藥物名稱的正確性	-0.30	0.08	-0.41
7.確認藥物劑量的正確性	0.64	0.28	-0.41
8.確認給藥時間的正確性	-0.21	0.59	-0.75
9.確認給藥途徑的正確性	-0.19	0.46	-0.26
10.認識藥物外觀	-0.50	1.13	0.60
11.查詢藥物作用	-2.06*	1.06	-0.78
12.依給藥時間到病人單位做病人辨識	-0.27	0.10	-0.44
13.確認病人身分	0.10	0.00	0.64
14.確認藥物後給藥	0.56	0.78	0.91
15.依醫囑給藥途徑給藥	0.16	0.81	0.21
16.因故未給藥時進行紀錄	0.02	0.26	-0.16
17.通報病患使用藥物後異常狀況	0.69	1.32	0.08

說明：各題項與護理人員學歷，以 t-test 分析。\* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$ , \*\*\* $p < 0.001$ 。

#### 4.2.4 護理人員臨床工作年資與給藥任務之相關性分析

針對護理人員臨床工作年資與住院病患給藥任務之相關性分析，如表 4.8 所示，以護理人員給藥任務之各題項為依變項，護理人員臨床工作年資為自變項，以簡單線性迴歸分析其相關性，取標準化  $\beta$  值。

護理人員之臨床年資與三大構面、17 個護理人員給藥任務項目變項之關係分析顯示，除了「抄寫醫囑到投藥治療紀錄單」外，較高的臨床年資與各問題變項間之執行正確性、勝任程度均呈現正相關 ( $p < 0.05$ )。

表 4.8、護理人員臨床工作年資與給藥任務之相關性分析 (n=222)

工作年資	執行正確性	負擔程度	勝任程度
1.將有問題醫囑與醫師進行溝通討論	0.20**	-0.09	0.27*
2.即時獲知醫師更改醫囑	0.17*	0.11	0.28*
3.抄寫醫囑到投藥治療紀錄單	0.13	0.05	0.17
4.計算需要稀釋藥物的劑量	0.17*	0.09	0.22***
5.確認病人床號姓名的正確性	0.16*	0.09	0.17*
6.確認藥物名稱的正確性	0.14*	0.09	0.15*
7.確認藥物劑量的正確性	0.15*	0.10	0.14*
8.確認給藥時間的正確性	0.17*	0.11	0.16*
9.確認給藥途徑的正確性	0.15*	0.09	0.17*
10.認識藥物外觀	0.19**	0.10	0.16*
11.查詢藥物作用	0.19**	0.10	0.29*
12.依給藥時間到病人單位做病人辨識	0.17*	0.06	0.42**
13.確認病人身分	0.28*	0.12	0.28*
14.確認藥物後給藥	0.13*	0.14*	0.22***
15.依醫囑給藥途徑給藥	0.14*	0.09	0.27*
16.因故未給藥時進行紀錄	0.28*	0.09	0.28*
17.通報病患使用藥物後異常狀況	0.21**	0.04	0.16*

說明：簡單回歸分析，以各題項為依變項，工作年資為自變項。\* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$ , \*\*\* $p < 0.001$ 。

#### 4.2.5 護理人員在受訪醫院臨床工作年資與給藥任務之相關性分析

針對護理人員在受訪醫院臨床工作年資與住院病患給藥任務之相關性分析，如表 4.9 所示。以護理人員給藥任務之各題項為依變項，護理人員在受訪醫院臨床工作年資為自變項，以簡單線性迴歸分析其相關性。

護理人員在受訪醫院臨床工作年資與三大構面、17 個護理人員給藥任務項目變項之關係分析顯示，除「抄寫醫囑到投藥治療紀錄單」、「確認藥物後給藥」兩項之外，在受訪醫院臨床工作年資與護理人員給藥任務執行之正確性，有統計學上之顯著差異，且皆為正相關 ( $p < 0.05$ )。在受訪醫院臨床工作年資與護理人員給藥任務負擔程度之相關性分析，「計算需要稀釋藥物的劑量」、「認識藥物外觀」、「查詢藥物作用」為統計正相關 ( $p < 0.05$ )。在受訪醫院臨床工作年資與護理人員給藥任務自覺能力勝任程度之相關性分析方面，除了「確認藥物劑量的正確性」、「依給藥時間到病人單位做病人辨識」兩項外，皆為正相關，且達統計學上之顯著差異 ( $p < 0.05$ )。由研究結果推論，護理人員隨著在受訪醫院年資漸增，對於給藥任務會有較好的執行能力與較高的自我能力勝任程度認可，而且對於部份給藥任務之負擔程度也有較高的承受能力。

表 4.9、護理人員在受訪醫院臨床工作年資與給藥任務之相關性分析  
(n=222)

在受訪醫院臨床工作年資	執行正確性	負擔程度	勝任程度
1.將有問題醫囑與醫師進行溝通討論	0.19**	-0.08	0.24***
2.即時獲知醫師更改醫囑	0.16*	-0.10	0.15*
3.抄寫醫囑到投藥治療紀錄單	0.12	-0.05	0.15*
4.計算需要稀釋藥物的劑量	0.16*	0.21*	0.20**
5.確認病人床號姓名的正確性	0.17*	-0.08	0.16*
6.確認藥物名稱的正確性	0.15*	-0.09	0.14*
7.確認藥物劑量的正確性	0.15*	-0.10	0.13
8.確認給藥時間的正確性	0.18*	-0.11	0.15*
9.確認給藥途徑的正確性	0.16*	-0.09	0.16*
10.認識藥物外觀	0.20**	0.24*	0.15*
11.查詢藥物作用	0.18**	0.21*	0.17*
12.依給藥時間到病人單位做病人辨識	0.16*	-0.05	0.13
13.確認病人身分	0.20**	-0.11	0.21**
14.確認藥物後給藥	0.13	-0.13	0.22***
15.依醫囑給藥途徑給藥	0.14*	0.20	0.20**
16.因故未給藥時進行紀錄	0.15*	-0.08	0.19**
17.通報病患使用藥物後異常狀況	0.20**	-0.03	0.14*

說明：簡單回歸分析，以各題項為依變項，在受訪醫院工作年資為自變項。\* $p < 0.05$ ，\*\* $p < 0.01$ ，\*\*\* $p < 0.001$ 。

#### 4.2.6 護理人員專業能力進階層級與給藥任務之相關性分析

針對護理人員專業能力進階層級與住院病患給藥任務之相關性分析，如表 4.10 所示。以護理人員給藥任務之各題項為依變項，護理人員專業能力進階層級為自變項，以單因子變異分析其相關性，並以 Scheff 法做多重比較檢定。因 N4 人數少，只有 7 人，與 N3 合為一，因此最終分析組別為 N、N1、N2 以及 N3/N4 四組計算。

護理人員專業能力進階層級對於三個構面、17 個護理人員給藥任務項目變項之關係分析顯示，僅以「將有問題醫囑與醫師進行溝通討論」執行勝任程度、「依給藥時間到病人單位做病人辨識」執行正確性與勝任程度，以及「確認病人身分」執行正確性與勝任程度具有統計學上顯著差異( $p < 0.05$ )。其中 N2 護理人員在「依給藥時間到病人單位做病人辨識」、「確認病人身分」之執行正確性，以及「將有問題醫囑與醫師進行溝通討論」之勝任程度，較 N 級護理人員好，且

N2、N3/N4 層級護理人員在「依給藥時間到病人單位做病人辨識」、  
「確認病人身分」之勝任程度較 N 級護理人員好。

表 4.10、護理人員專業能力進階層級與給藥任務之相關性分析 (n=222)

專業能力進階層級 (N, N1, N2, N3/4)	執行正確性	負擔程度	勝任程度
1.將有問題醫囑與醫師進行溝通討論	0.33	1.19	3.57*(N2>N) *
2.即時獲知醫師更改醫囑	0.19	0.82	1.44
3.抄寫醫囑到投藥治療紀錄單	0.94	0.56	2.48
4.計算需要稀釋藥物的劑量	1.13	1.00	1.01
5.確認病人床號姓名的正確性	1.69	0.22	1.21
6.確認藥物名稱的正確性	1.50	0.68	0.98
7.確認藥物劑量的正確性	1.47	0.79	0.73
8.確認給藥時間的正確性	2.04	0.49	1.00
9.確認給藥途徑的正確性	1.80	0.35	0.84
10.認識藥物外觀	2.51	0.28	2.62
11.查詢藥物作用	2.01	0.18	1.26
12.依給藥時間到病人單位做病人辨識	3.35*(N2>N) *	1.25	3.60*(N2、N3/N4>N) *
13.確認病人身分	3.29*(N2>N) *	1.88	3.52*(N2、N3/N4>N) *
14.確認藥物後給藥	2.64	0.91	2.24
15.依醫囑給藥途徑給藥	1.25	0.81	1.60
16.因故未給藥時進行紀錄	1.20	0.38	2.11
17.通報病患使用藥物後異常狀況	1.23	0.14	0.87

說明：各題項與護理人員專業能力進階層級，以 ANOVA 分析。\*p < 0.05, \*\*p < 0.01, \*\*\*p < 0.001

#### 4.2.7 護理人員工作病房科別類型與住院病患給藥任務之相關性分析

針對護理人員工作病房科別類型與住院病患給藥任務之相關性分析，如表 4.11 所示。以護理人員給藥任務之各題項為依變項，護理人員工作病房科別類型為自變項，以單因子變異分析其相關性，並以 Scheff 法做多重比較檢定。依人數及作業相似程度分為七組：急重症病房為 1、內科病房為 2、外科病房為 3、婦產科病房為 4、小兒科病房為 5、慢性病房為 6，及精神科病房為 7(如表 4.12 所示)。

護理人員工作病房科別類型對於三大構面、17 個護理人員給藥任務項目變項之相關性分析顯示，於任務執行正確性方面，「將有問題醫囑與醫師進行溝通討論」、「計算所需要稀釋的藥物劑量」、「確

認病人床號姓名的正確性」、「確認藥物名稱的正確性」、「確認藥物劑量的正確性」、「確認給藥時間的正確性」、「確認給藥途徑的正確性」、「確認藥物後給藥」、「依醫囑給藥途徑給藥」、「通報病患使用藥物後異常狀況」具有統計學上顯著差異( $p<0.05$ )。於負擔程度方面，「確認給藥時間正確性」、「認識藥物外觀」、「查詢藥物作用」、「依給藥時間到病人單位做病人辨識」、「確認病人身分」、「確認藥物後給藥」具有統計學上顯著差異( $p<0.05$ )。而能力勝任程度方面，「計算需要稀釋藥物的劑量」、「依給藥時間到病人單位做病人辨識」、「依醫囑給藥途徑給藥」等具有統計學上顯著差異( $p<0.05$ )。

再以 Scheffe test 作多重比較分析，結果有統計學上之顯著差異者，包括：(1)在「將有問題醫囑與醫師進行溝通討論」方面，婦產科病房護理人員自覺任務執行之正確性上，比外科病房護理人員來得好。(2)在「計算所需要稀釋的藥物劑量」方面，婦產科病房與小兒科病房護理人員自覺任務執行之正確性上，比精神科病房護理人員執行正確性高。

表 4.11、護理人員工作病房科別類型與給藥任務之相關性分析 (n=222)

病房科別類型(急重症病房 1,內科 2, 外科 3, 婦產科 4,小兒科 5,慢性病房 6,精神科病房 7)	執行正確性	負擔程度	勝任程度
1.將有問題醫囑與醫師進行溝通討論	3.66** (4>3)	2.04	1.89
2.即時獲知醫師更改醫囑	1.44	1.40	1.82
3.抄寫醫囑到投藥治療紀錄單	1.90	1.45	0.85
4.計算需要稀釋藥物的劑量	4.74*** (4>7; 5>7, 7<4, 5)	1.95	2.40*
5.確認病人床號姓名的正確性	2.18*	1.08	1.10
6.確認藥物名稱的正確性	2.24*	1.40	1.31
7.確認藥物劑量的正確性	2.62*	2.04	2.04
8.確認給藥時間的正確性	2.65*	2.32*	2.06
9.確認給藥途徑的正確性	2.89*	1.88	1.28
10.認識藥物外觀	0.88	2.52*	1.93
11.查詢藥物作用	1.64	3.27**	1.64
12.依給藥時間到病人單位做病人辨識	1.57	3.01**	2.39*
13.確認病人身分	2.00	3.30**	2.02
14.確認藥物後給藥	2.23*	2.32*	2.36*
15.依醫囑給藥途徑給藥	2.21*	2.12	1.15
16.因故未給藥時進行紀錄	1.89	1.16	1.09
17.通報病患使用藥物後異常狀況	2.24*	1.60	0.95

說明：各題項與護理人員執業科別單位，以 ANOVA 分析，並做 Scheffe 法檢定。\*p < 0.05, \*\*p < 0.01, \*\*\*p < 0.001。

表 4.12、護理人員工作護理站科別類型分組及代號 (n=222)

變項組號	護理站科別類型	受訪人數	護理站
1	急重症病房	65	加護病房+胸腔重症隔離病房+急診室
2	內科病房	41	綜合科病房+家醫科病房+2 個內科病房
3	外科病房	24	2 個外科病房
4	婦產科病房	19	婦產科病房
5	小兒科病房	13	小兒科病房
6	慢性病房	45	復健科病房+護理之家+胸腔隔離病房+呼吸照護病房
7	精神科病房	13	精神科病房

#### 4.2.8 護理人員認為最容易發生給藥任務疏失之班別分析

針對護理人員認為最容易發生住院病患給藥任務疏失之班別分析如表 4.13 所示。受訪護理人員認為最容易發生住院病患給藥任務疏失之班別為白班，有 113 人次，佔總人次之 50%。小夜班，有 72 人次，佔總人次之 31%；大夜班，有 44 人次，佔總人次之 19%。

表 4.13、護理人員認為最容易發生給藥任務疏失之班別分析 (n=222)

給藥流程疏失	人次	百分比(%)
白班	113	50
小夜班	72	31
大夜班	44	19



## 第五章 研究討論與建議

### 第一節 主要研究結果

本研究目的在探討(1)護理人員自覺對護理給藥作業任務之正確性、負擔程度及勝任程度，及(2)以護理人員人口學特性，與其自覺護理給藥任務正確性、負擔程度及勝任程度之相關性。研究結果發現，護理人員在住院病患給藥項目中，以確認病人床號姓名、確認給藥時間，以及確認病人身分的自覺任務正確性最高；而以醫師醫囑相關的變更與討論，以及查詢藥物作用的工作任務等方面有較大的壓力負擔；於給藥過程自覺對任務的勝任程度呈現高度自信心。

針對護理人員自覺於執行給藥任務之正確性、負擔程度及勝任程度的三大構面與 17 個護理人員給藥任務項目變項之相關性分析，結果發現護理人員年齡愈長，於執行給藥任務之正確性與勝任程度愈高。護理人員學歷愈高，於「查詢藥物作用」的正確性與「抄寫醫囑到投藥治療記錄單」之勝任程度愈高。除了「抄寫醫囑到投藥治療紀錄單」項目外，護理人員臨床工作年資愈長，於任務執行之正確性與勝任程度愈好。除了「抄寫醫囑到投藥治療紀錄單」、「確認藥物後給藥」兩項之外，護理人員於受訪醫院臨床工作年資愈長，任務執行之正確性愈高；除了「確認藥物劑量的正確性」、「依給藥時間到病人單位做病人辨識」兩項外，護理人員於受訪醫院臨床工作年資愈長，其任務執行之勝任程度愈高，且其對於部份給藥任務之負擔程度有較高之承受能力。「將有問題醫囑與醫師進行溝通討論」執行之勝任程度、「依給藥時間到病人單位做病人辨識」執行之正確性與勝任程度，以及「確認病人身分」執行之正確性與勝任程度等項目，護理人員專業能力進階層級愈高，執行愈好；其中 N2 護理人員在「依給

藥時間到病人單位做病人辨識」、「確認病人身分」之執行正確性，以及「將有問題醫囑與醫師進行溝通討論」之勝任程度，較 N 級護理人員好，且 N2、N3/N4 層級護理人員在「依給藥時間到病人單位做病人辨識」、「確認病人身分」之能力勝任程度較 N 級護理人員好。護理人員工作病房科別類型，作多重比較分析結果有統計學上之顯著差異者，包括：(1)在「將有問題醫囑與醫師進行溝通討論」方面，婦產科病房護理人員自覺任務執行之正確性上，比外科病房護理人員來得好。(2)在「計算所需要稀釋的藥物劑量」方面，婦產科病房與小兒科病房護理人員自覺任務執行之正確性上，比精神科病房護理人員正確性高。護理人員認為最容易發生住院病患給藥任務疏失之班別為白班。

## 第二節 研究討論

本研究結果護理人員於住院病患給藥任務自覺執行負擔程度，以「即時獲知醫師更改醫囑」(平均值為3.22)、「將有問題醫囑與醫師進行溝通討論」(平均值為3.20)、「計算需要稀釋藥物的劑量」(平均值為3.07)為較高之前三項(見表4.3)。常規護理工作中護理人員大多時間在病人單位，醫師更改醫囑後未能即時知會病患的主護護士，護理人員就可能無法「即時獲知醫師更改醫囑」，而造成護理人員較大的工作心理負擔。另外，醫療照護過程中原本就有賴於團隊間人員之相互溝通、互動與討論，為病患之問題尋求解決，因此，若醫師有更改醫囑時能即時告知護理人員，將可減少許多不必要之困擾與問題。目前資訊科技進化的時代，一些醫院皆已逐步以RFID「E化護理工作車」來改善及簡化護理作業流程，讓護理人員在病人單位即時能獲取病患相關資料與資訊，而後立即做處理。再者，「將有問題醫囑與醫

師進行溝通討論」方面，此可能與個人對藥物及藥理相關知識與能力有關，護理人員須作評估與判斷醫囑之正確性與可行性，有質疑時應提出來與醫師做討論後再執行。至於自覺「計算需要稀釋藥物的劑量」負擔程度較高，可能為個人在數理計算及藥理相關知識不足，需要再由教育訓練中加強。

另外，本研究也發現護理人員「將有問題醫囑與醫師進行溝通討論」方面之能力勝任程度，以 N3、N4 護理人員較 N2、N1 與 N 之護理人員都好。可見護理人員專業能力進階能晉級到 N3、N4，其本身工作年資較深，且已接受過相關教育訓練，在知識與能力程度較好，抑或許是單位組長或副護理長以上人員，因此其在能力、膽識上較其他人員勝任程度高。然而，值得管理階層深思的是護理人員專業能力進階能晉級到 N3、N4 的人數並不多，且在基層護理作業還是以 N1、N2 護理人員居多，因此，如何加強 N1、N2 層級護理人員在藥理能力與「將有問題醫囑與醫師進行溝通討論」方面之能力，將是未來管理階層要深思與探討的。

護理人員隨著臨床年資漸增，對於給藥任務正確性有較好的執行力與較高的自我勝任程度認可。學歷較高之護理人員自覺對於「抄寫醫囑到投藥治療記錄單上」之能力勝任度與「查詢藥物作用」之正確性，比較學歷低之護理人員有較好之表現。年齡較長之護理人員在給藥任務之執行正確性、能力勝任度相較於年輕的護理人員有較好的表現。對於給藥任務自覺負擔程度也隨著年齡增加而有減低的趨勢。此為護理人員年齡較長，一般而言其執業年資均較長，也因此經驗、成熟度皆較高，自覺給藥任務之正確性及勝任程度都較高本研究結果護理人員自覺工作年資愈長，對給藥任務之正確性、勝任程度在統計學

上有顯著相關性( $p<0.05$ )，且自覺給藥任務之負擔程度有較好之承受能力。此可能與個人經驗及成熟度、熟悉度有關，此與林麗華等人(民 95 年)研究結果相符合。本研究結果也發現，N2 以上層級護理人員對給藥任務之正確性、勝任程度在統計學上有顯著相關性( $p<0.05$ )。但謝生蘭等人(民 95 年)之研究結果指出，年資久、進階層級較高者給藥錯誤人數也不少。張淑貞等人(民 93 年)研究調查中發現人口學屬性，包括科別與班別、護理人員年齡、學歷、年資以及層級與是否正確備藥無統計學上的差異。本研究結果護理人員自覺執行給藥任務之正確性、勝任程度，與年資、年齡、及專業能力進階層級等，在統計學上均有顯著相關性( $p<0.05$ )。尤其是年齡、年資與於受訪醫院臨床工作年資在給藥任務執行之正確性及勝任程度上均呈現極高之相關性( $p<0.05$ )，顯示受訪醫院年齡較長的護理人員，其給藥任務之正確性及勝任程度均頗高。由此也瞭解服務年資較長之護理人員穩定性高，對臨床業務執行之正確性及勝任程度都較高，為護理照護業務推動與執行之主幹。

本研究結果指出，護理人員認為在白天發生給藥錯誤率較高(50%)。此原因為常規護理業務都在白天執行，護理人員白天事情較其他班別多，工作負荷量大，工作中又常被干擾與中斷，因此其給藥錯誤率也相對提高，此與 ASHP(1993)、陳玉枝(民 93 年)、陳淑賢等人(民 94 年)、莊美華等人(民 92 年)及謝生蘭等人(民 95 年)之研究結果相符合。因此提醒管理者需加強作業稽核，落實護理人員依循標準執行各項作業流程才不致於造成疏失與錯誤。

至於在護理人員工作病房科別類型上，本研究結果顯示於婦產科病房之護理人員在「將有問題醫囑與醫師進行溝通討論」方面與其他

病房科別類型之護理人員有統計學上顯著之差異性( $p<0.05$ )，尤其比外科病房護理人員更好，此可為管理階層安排教育訓練之參考。婦產科病房護理人員在執行各項治療與處置時，對有問題之醫囑能提出自己的質疑、觀點與醫師討論，為病患的安全把關，在新進護理人員訓練過程中就應奠定下基礎，此為其他病房護理人員訓練應有之借鏡。在「計算需要稀釋藥物的劑量」方面，婦產科病房與小兒科病房護理人員比精神科病房護理人員於住院病患給藥任務自覺執行之正確性上有顯著之差異性( $p<0.05$ )。婦產科病房與小兒科病房護理人員在其日常給藥作業過程中「計算需要稀釋藥物的劑量」之行為頻繁，由此顯示與驗證於職前教育及在職教育中加強「計算需要稀釋藥物的劑量」教育訓練之重要性。也因為婦產科病房與小兒科病房護理人員經常會接觸到需要計算及稀釋藥物劑量，更培養出其能較仔細的去判讀醫囑之正確性與可行性，有質疑時能提出與醫師做討論與溝通，因此其在「將有問題醫囑與醫師進行溝通討論」與「計算需要稀釋藥物的劑量」執行正確性上優於其他病房科別類型之護理人員。由以上討論中也確認在藥物相關教育訓練中精神科病房護理人員需要加強之方向。於任務負擔程度方面，「確認給藥時間正確性」、「認識藥物外觀」、「查詢藥物作用」、「依給藥時間到病人單位做病人辨識」、「確認病人身分」、「確認藥物後給藥」具有統計學上顯著差異( $p<0.05$ )。隨著新藥之開發及臨床醫學進步，使得用藥廣泛及藥物種類增加，商品名繁多，用法、劑量、藥物外觀等不易掌握(李懋華，民 92 年)；再加上醫療院所為因應健保總額支付制度之執行，對藥價控管監測，藥物更替頻繁，護理人員對藥名、藥物作用及藥物外觀等來不及認識就要給藥，對藥物的辨識與確認感覺負荷程度高，此值得管理階層關切。尤其目前護理人力較不穩定，新進護理人員多，環境

與工作流程不熟悉、對藥物認知不足等，更應加強職前教育訓練，更建議醫院在更換藥物的頻率上有所考量，且定期及快速提供藥物新知與藥物相關資訊及課程。於能力勝任程度方面，「計算需要稀釋藥物的劑量」、「依給藥時間到病人單位做病人辨識」、「依醫囑給藥途徑給藥」等都具有統計學上顯著差異( $p < 0.05$ )。

值得提的是，本研究由統計學上分析發現本研究受訪醫院護理人員對住院病患給藥之正確性及勝任程度高，理想的在給藥作業流程稽核成效亦應有較高之評價；但在受訪醫院之護理科護理品質組每半年所做的護理給藥技術考試(表 5.1)，結果於 95 年平均成績為 88.6 分，96 年平均成績為 88.4 分；且病人安全小組及護理品質組每月護理給藥作業稽核表單(表 5.2)作查核時，發現護理給藥作業正確率，於 95 年平均為 90.2%，96 年平均為 96.1%，97 年 1 月~3 月分別為 79%、90%及 98.75%。其中能清楚的做「一讀」、「二讀」，「確認藥物品質」、「了解所給藥物作用、副作用」、「應觀察病人用藥後之反應，如有異常狀況，即刻通知醫師處理並記錄」、「未給藥時須註明原因，並追蹤紀錄於護理紀錄上」等項目常未能滿分。此稽核結果反應受訪護理人員在給藥作業任務執行之正確性、勝任程度之自覺感受可能被高估。此可能係因為受訪醫院要求受訪者須填寫「受訪者同意書」，且須填寫姓名、地址及電話，護理人員可能擔心自己填寫的資料被揭露，因此填寫時有所顧忌與保留，而導致問卷結果高估而有所偏差。本研究僅就護理人員本身做問卷，並未涉及病人資料及隱私，為考量之後其他相關研究資料取得之真實性，建議受訪醫院於「受訪者同意書」做適度修訂，以增進研究結果之效益及貢獻度。

Zuzelo 等人(2001)、陳淑賢等人(民 94 年)、呂旻芬(民 95 年)、謝生蘭等人(民 95 年)、林麗珍等人(民 96 年)已指出，制定標準作業流程、辦理藥物相關新進人員教育訓練、在職教育訓練及相關作業定期稽核監測，對改善給藥作業疏失與提升護理人員給藥任務之正確性有其效益。因此，建議仍應有系統的規劃執行藥物相關教育訓練課程，以增進護理人員對藥物之認知，定期公佈新藥資訊、相近相似藥物，並配合已制定之給藥作業流程定期稽核與監控，提升個人能力，以避免造成疏失。近年來由於資訊科技發達，很多醫療院所重視系統之簡化及流暢性，積極以資訊科技介入各項醫療作業來減少錯誤，護理給藥作業也不例外，以 RFID「E 化護理工作車」，把藥物相關資訊融入且帶到床邊，減少人工抄錄所導致的錯誤，降低護理人員工作負荷量及複雜度，為住院病患的用藥安全把關，來確保病患用藥的正確性與安全性。

近年來，有許多針對不同角度探討護理人員知識、態度與行為之研究論述，結果多指出護理人員知識、態度與行為間有明顯的關係，如杜素珍等人(杜素珍、林玉芳、廖美南等，民 88 年)、曾雅玲(民 88 年)，其結果發現護理人員之中醫藥知識、態度、行為間都有顯著的正相關；而針對於護理人員執行約束的知識、態度、行為相關性探討中，則發現護理人員身體約束的知識、約束態度與約束行為有明顯的正相關，也就是護理人員知識提高、態度正向，將會提高其行為之正確性(黃惠子、馬鳳歧、陳清惠，民 92 年；錢美容、陳幼珍、郭容美等，民 93 年)。呂旻芬(民 95 年)研究中呈現，護理人員對口服藥之態度與其給藥行為有正向相關。由此也可引證提升護理人員藥物相關之

知識，將可影響其給藥作業之態度與行為，因此更能增進與維護病人用藥之安全性。



表 5.1、受訪醫院之護理給藥技術評核表範例

評分項目	給分標準	不給分情形	配分	得分
<b>一、用物準備</b>				
1、給藥前洗淨雙手	以洗手乳搓洗雙手，並沖洗乾淨	未做到任一項者，酌予扣分	10	
2、備藥杯、藥盒、發藥盤清潔齊全			6	
<b>二、給藥作業</b>				
1、確實核對「藥物與投藥治療單」確認病人姓名、藥物名稱、劑量、時間、途徑符合	能邊做邊口述完整才給分		10	
2、必須依三讀五對之標準程序備藥及給藥	能邊做邊口述完整才給分		16	
3、倒藥水方法(搖勻、標籤向掌心，瓶口拭淨)			5	
4、藥物使用前需確認藥物的品質，如：效期、有否變質、潮化、破損裂痕、結晶、異常沉澱、混濁、變色等	能邊做邊口述完整才給分	未打半勾扣分	5	
5、備妥藥物後，給藥前應先打半勾			4	
6、給藥時須稱呼病人全名及稱謂，並核對床卡或手圈、再確認病人姓名	能確實再確認病人才給分		5	
7、親視病人服下藥物，之後應觀察病人用藥後之反應，如有異常狀況，即刻通知醫師並處理	口述正確才給分	病患暫無法服藥，應有告知如何取藥	5	
<b>三、對藥物認識</b>				
1、了解所給藥物之作用、適應症、禁忌症、劑量、用法	需告知病人及家屬藥物相關注意事項		10	
<b>四、用物處理</b>				
1、發藥盒放於原置物處			2	
2、洗淨雙手		未洗手扣分	2	
<b>五、記錄</b>				
1、投藥與治療單補上全勾並簽全名正確性			10	

表 5.1、受訪醫院之護理給藥技術評核表範例（續）

評分項目	給分標準	不給分情形	配分	得分
2、記輸出量之患者服藥時 液體量記錄正確性			5	
3、未給藥時須註明原因	以紅筆劃圈註 明		5	
<b>評語</b>				



表 5.2、受訪醫院之正確給藥稽核表範例

項目	單位	護理站	
		護理站	護理站
給藥前洗淨雙手	4		
一讀：從 UD 藥盒取藥時：與投藥與治療紀錄單核對	10		
二讀：備藥時：核對投藥治療單	10		
五對：病人、時間、藥物、劑量、途徑	10		
藥物使用前需確認藥物的品質，如：效期、破損裂痕及是否變質(潮化、結晶、異常沉澱、混濁、變色)等	10		
了解所給藥物之作用、副作用	10		
備妥藥物後，給藥前在投藥治療紀錄單應先打半勾	4		
三讀：給藥物前：核對投藥治療單	10		
五對：病人、時間、藥物、劑量、途徑	10		
給藥時有使用兩種以上之病人辨識方法： a.以開放式問題引導病人說出自己姓名、年齡與 UD 藥袋核對	10		
b.將手圈上之姓名、病歷號與 UD 藥袋核對			
親視病人服下藥物	4		
給藥紀錄：完成每位病人每次給藥後，投藥與治療單立即逐筆完成全勾並簽全名	10		
給藥後洗淨雙手	4		
情況題應觀察病人用藥後之反應，如有異常狀況，即刻通知醫師處理並記錄	10		
未給藥時須註明原因，並追蹤紀錄於護理紀錄上	4		
總計	100		

## 第六章 結論

本研究結果發現護理人員在住院病患護理給藥過程自覺任務執行之正確性、能力勝任程度皆頗高，但在做給藥作業流程稽核時，「認識藥物作用」、「三讀五對」部分還是有比較高的出錯率，所以護理人員自覺感受可能被高估。因此建議應有系統的規劃與執行藥物相關教育訓練課程，以增進護理人員對藥物之認知，並配合已制定之給藥作業流程，定期稽核與監控，提升個人能力，達到說寫做一致，以避免造成疏失，如此才能確保病患用藥之安全性。



## 第七章 研究限制

- 一、本研究僅就某一區域教學醫院護理人員自覺給藥任務執行之正確性、負擔程度及勝任程度做探討，無法代表中部地區或其他醫院之護理人員。
- 二、本研究問卷原採不記名方式，但研究需送人體試驗委員會審查，其中受訪者同意書，填問卷者要填具姓名、電話及住址，因此可能造成填寫問卷者有所顧忌，導致高估護理人員自覺給藥任務執行之正確性及能力勝任程度。
- 三、因為時間、人力關係，本研究只針對護理人員自覺給藥任務執行之正確性、負擔程度及能力勝任程度做探討，期未來能再深入研究有資訊科技介入給藥作業流程後，護理人員給藥任務執行之差異性與相關性分析探討。



## 參考文獻

### 英文文獻

- American Journal of Hospital Pharmacy, "ASHP guidelines on pharmacist-conducted patient counseling.", Vol.50, No.3, pp.505-506, 1993.
- American Society of Hospital Pharmacists. "ASHP guidelines on preventing medication errors in hospital.", American Journal of Hospital Pharmacy, Vol.50, No.2, pp.305-314, 1993.
- American Society Health-System Pharmacists, [http://www.ashp.org/s\\_ashp/index.asp](http://www.ashp.org/s_ashp/index.asp)
- Ashish, C., David, P.P., "Hospitals' movements toward the electronic medical record: implications for nurses.", ProQuest Medical Library, Vol.82, No.1, pp.33-36, 2004.
- Backer, K.N., "The effects of an experiment medication errors and costs.", American Journal of Hospital Pharmacy, Vol.26, No.3, pp.24-33, 2000.
- Bates, D.W., Leape, L.L., Petrycki, S., "Incidence and preventability of adverse drug events in hospitalized adults," Journal of General Internal Medicine, Vol.8, No.6, pp.289-294, 1993.
- Brennan, T.A., Leape, L.L., Laird, N. M., et al., "Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients." New England Journal of Medicine, Vol.324, No.6, pp.370-376, 1991.
- Fletcher, C.E., "Failure mode and effects analysis. An interdisciplinary way to analyze and reduce medication errors.", Journal of Nursing Administration, Vol.27, No.12, pp.19-26, 1997.
- Gladstone, J., "Drug administration errors: a study into the factors underlying the occurrence and reporting of drug errors in a district general hospital.", Journal of Advanced Nursing, Vol.22, No.4, pp.628-637, 1995.
- Hughes, R.G. "First, do no harm. Avoiding the near misses."; American Journal of Nursing, Vol.104, No.5, pp.81-84, 2004.
- Institute of Medicine(IOM), <http://www.iom.edu/>
- Linda, T.K., Janet M.C., Molla, S.D., "To Err Is Human: Building a Safer Health System.", Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine, November 1999. <http://www.nap.edu/catalog/9728.html>
- Leape, L.L., "Error in medicine". The Journal of the American Medical Association,

Vol.272, No.23, pp.1851-1857, 1994.

Osborne, J., Blais, K., Hayes, J.S. "Nurses' perceptions: When is medication a error ? ",  
Journal of Nursing Administration., Vol.29, No.4, pp.33-38, 1999.

Pillips, D.P., Christenfeld, N., Glynn L.M, "Increasing US medication-error deaths  
between 1983 and 1993."Lancet, Vol.351, pp.634-644, 1998.

Roseman, C., Booker, J.M., "Workload and environmental factors in hospital  
medication errors." Clinical Nursing Research, Vol.44, No.4, pp.226-230, 1995.

The National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention  
(NCC-MERP), <http://www.nccmerp.org/>

Zuzelo, P.R, Inverso ,T., Linkewich, K.M.," Content validation of the Medication  
Error Worksheet.", Clinical Nurse Specialist, Vol.15, No.6, pp.253-259, 2001.



## 中文文獻

- 王金蓮、黃春梅、廖孟雪、林秀蓉，”病室公藥管理改善方案”，志篤護理，第五卷，第四期，第 102-114 頁，民 95 年。
- 石崇良，”病人安全之國際趨勢”，醫策會簡訊，第四卷，第一期。
- 呂旻芬，”護理人員對口服給藥標準技術態度和行為之研究”，國立成功大學高階管理碩士在職專班碩士論文，民 95 年。
- 李懋華，”醫療品質從政策推動與落實”，台北萬芳醫院主辦「醫療品質研習會」，1 月，民 92 年。
- 杜素珍、林玉芳、廖美南、林淑瓊、馬素華，”護理人員對中醫藥的知識態度和行為意向”，台灣醫學，第 6 卷，第 3 期，第 320~331 頁，民 91 年。
- 邱文達、石崇良，”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，第五卷，第一至第二期，第 66-96 頁，民 93 年。
- 林秋芬、陳玉枝、張文英、高靖秋、林月桂、盧美秀，”醫療照護疏失原因之探討”，長庚護理，第十六卷，第一期，第 23~24 頁，民 94 年。
- 林麗珍、陳淑嬌、李麗雲、蘇麗惠、林卓娟，”護理人員對給藥錯誤原因看法之初探”，中台灣雜誌，第十二卷，第三期，第 157-165 頁，民 96 年。
- 林麗華、黃令宜、蔡欣玲，”護理人員給藥錯誤認知之探討”，榮總護理，第二十三卷，第二期，第 171-180 頁，民 95 年。
- 林豔君、陳月枝、李麗淑，”新進人員職前訓練的需求與成效探討”，護理新象，第八卷，第二期，第 941-950 頁，民 87 年。
- 林慧玲、高雅慧、吳如琇、游文瑛、陳文慧、陳瓊雪，”在台灣建立一個較安全的用藥制度”，台灣醫學，第六卷，第六期，第 924-937 頁，民 91 年。
- 莊美華、林俊龍、王昱豐、曹汶龍、梁育彰，”醫療機構用藥疏失之探討”，慈濟醫學雜誌，第 15 卷，第 4 期，第 247-258 頁，民 92 年。
- 陳瑞瑩，”藥師調劑錯誤之研究”，國立臺灣大學醫療機構管理研究所碩士論文，民 93 年。
- 陳淑賢、王昭慧、蘇淑芳、巫菲翎，某醫學中心住院病童給藥作業之改善，新台北護理期刊，第七卷，第一期，第 65~72 頁，民 94 年。
- 陳谷萍、梁淑霞，”榮民總醫院新進人員職前講習實施概況”，榮總護理，第五卷，第一期，第 89-93 頁，民 87 年。

黃惠子、馬鳳歧、陳清惠，護理人員對身體約束的知識、態度、行為及其相關性探討，慈濟護理雜誌，第二卷，第二期，第32-41頁，民92年。

曾雅玲，”護理人員對中醫藥的知識態度行為及其相關因素之探討”，護理雜誌，第四十六卷，第六期，第57~70頁，民88年。

程金瀛、劉淑娟，預防老人用藥錯誤-護理的角色及功能，長期照護雜誌，第八卷，第四期，第408-414頁，民93年。

楊曉菁、呂欣茹、陳怡靜，”給藥疏失之護理觀”，慈濟醫學，第17卷，第4期，第41-46頁，民94年。

楊秀儀，”醫院之醫療糾紛責任風險預估與因應策略探討”，醫務管理期刊，第4卷，第2期，第37-55頁，民92年06月。

張淑貞、駱麗華，”護理人員正確準備藥物的過程”，第二屆台灣醫療品質促進年會口頭發表及海報摘要彙編，民93年。

張秉儀，”護理給藥錯誤之研究”，碩士論文;台灣大學醫療機構管理研究所，民94年。

廖熏香、羅恆廉、曾慧萍、張穎貞、薛亞聖、石崇良，”建立安全的醫療環境-病人安全架構之規劃研究成果報告”，行政院衛生署九十二年度補助研究計畫，財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會，民93年。

蔡沁筠、張文英、陳琮瑄、黃秋景，”提升護理人員口服給藥正確性之改善專案”，新台北護理期刊，第九卷，第二期，第61~70頁，民96年。

錢美容、陳幼珍、郭容美、李雅文，”在職教育對成人加護病房護理人員執行約束的知識、態度與行為之影響”，長庚護理，第十五卷，第三期，第248~257頁，民93年。

謝生蘭、劉芹芳、孫麗珍、黃綉雲、梁秀琴，”某醫學中心護理人員給藥錯誤情形之調查”，醫院，第39卷，第一期，第48~61頁，民95年。

戴定玲，”護理人員用藥安全之臨床實務”，榮總護理，第二十二卷，第二期，第132-138，民94年。

醫院評鑑暨醫療品質策進會，”台灣病人安全通報系統 Taiwan Patient safety Reporting system, TPR 摘要報告” <http://www.tpr.org.tw/PatientSafty02>  
瀏覽日期：民96年5月26日。