

中國醫藥大學

醫務管理學研究所碩士論文

編號：IHAS-435

醫師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意願之影響

**The Barrier Factors and Promotion Factors of
Disclosing Medical Errors and Their Effects on Doctor's
Willingness to Disclose and Apologize for Medical Errors**

指導教授：戴 志 展 副教授

研 究 生：劉 師 秀 撰

中華民國九十八年七月

摘要

目的：隨著美國醫學研究院(IOM)出版“To Err Is Human”，指出美國因可避免的醫療錯誤，造成每年超過一百萬人的醫療傷害後，不良事件(adverse events)與醫療錯誤(medical errors)被認為是主要健康照護問題。國外發展以主動告知(disclosure)來因應此問題，反觀國內對於醫療錯誤的因應僅著重於事前預防。而主動告知醫療錯誤的阻礙因素關係到此一政策是否能落實。研究目的在瞭解主動告知之阻礙因素及促進條件，進而瞭解兩者對主動告知及致歉意願之影響。

方法：本研究為橫斷性研究，針對不同層級的六家醫院發出自填式問卷，以了解醫師對於主動告知的阻礙因素、促進條件與告知及致歉意願。回收有效問卷 423 份，回收率為 82.9%。

結果：研究發現最主要之主動告知阻礙因素為「擔心被告」，最能促進告知之條件為「病人可理性溝通時」。告知意願中，86.5%會告知輕微醫療錯誤，69.7%會告知嚴重醫療錯誤，而致歉意願中，86.6%會致歉輕微醫療錯誤，79.0%會致歉嚴重醫療錯誤。在控制其他變項後之階層邏輯斯分析結果，影響主動告知及致歉輕微醫療錯誤意願之共同因素為：「擔心自己名聲受損」、「醫療錯誤嚴重度高時」、「病人社經地位高時」、「病人教育程度高時」、「與病人及家屬熟悉度高時」、「病人及家屬可理性溝通時」及「病人及家屬對病情了解度高時」。影響主動告知及致歉嚴重醫療錯誤意願之共同因素，除了上述因素之外再加上：「擔心被告」、「擔心醫病關係惡化」、「擔心病人不理性」、「病人疾病嚴重度高時」、「病人年齡高時」。

結論：本研究建議開放討論的工作環境可鼓勵醫師積極面對醫療錯誤，且將主動告知醫療錯誤納入醫師訓練之一環以促進告知意願。

關鍵字：主動告知、醫療錯誤、醫療糾紛、醫病關係

Abstract

Objective: According to “To Err Is Human” published by IOM in 2000, there were more than 1 million medical injuries happened in United States. Most of that could be avoided. The adverse events and medical errors are considered as the major problems in healthcare system. In Taiwan, efforts are focused on preventing medical errors in advance. However, some countries introduce “disclosure” to solve the problems of adverse events and medical errors; Barriers of disclosure will play an important role in the successfulness of the new policy. This objective of this research is to explore the barriers and the promotion factors of doctor’s disclosing medical error in Taiwan. Also we wish to know what kind of factors will affect doctor’s disclosure and apology for that.

Methods: This research is cross-sectional survey. We provide the self-administrated questionnaire to 510 doctors in six hospitals. 423 eligible questionnaires were received. The response rate is 82.9%.

Result: “Concerning to be sued” is the major barrier factor of disclosure. “When patient is reasonable to communicate” is the major promotion factor of disclosure. 86.5% respondents are willing to disclose minor medical error; 69.7% respondents are willing to disclose serious medical error. 86.6% respondents are willing to apologize for minor medical error; 79% respondents are willing to apologize for serious medical error. From hierarchical logistic test, “Concerning of professional reputation”, “Severity of medical error”, “Patient with higher social-economical status”, “Patient with higher education background”, “Doctor knowing patient or his/her family well”, “Patient and his/her family are reasonable to communication” and “Patient and his/her family realizing patient’s condition very well” are the common factors to affect doctor’s disclosure and apology for minor medical errors. In addition to

above factors, “Concerning to be sued”, “Concerning impact on doctor-patient relationship”, “Concerning patient having unreasonable response”, “Patient with serious condition” and “Old aged patient” are the common factors to affect the doctor’s disclosure and apology for serious medical error.

Conclusion: This research suggests that an open discussion working environment may encourage doctors face medical error more positively. Education programs may be needed for medical doctors to improve their willingness to disclose and apologize for medical errors.



Key words: Disclosure; Medical Errors; Medical Dispute; Doctor-Patient Relationship

致 謝

終於到了致謝這一步了，從零到現在的一百多頁歷時了一年多，說辛苦也不是很辛苦，但也不是不辛苦，只覺得有好多關卡需要度過，還好一路過關斬將到了今天終於即將開花結果。

一路來有很多人要感謝，最重要的人當然是戴志展老師，從論文的選題到論文口試都給予很多的協助，對於艱深的統計方法也介紹幾位高人給我指點迷津，問卷發放也給予我很大的協助，讓我這一路走得更順遂，讓我對論文一直保有一份熱情。戴老師身為醫師兼老師，每天都有忙不完的事，但是對我的耐心指導永遠不會少，最感動的是每次我大大小小報告他都不會缺席，在我報告的時都會擠出一點點時間，坐在台下給我支持。

謝謝梁文敏老師、王拔群老師對統計方法的指導。謝謝口試委員沈戊忠院長及許南榮副院長給予我論文建議。謝謝六家個案醫院協助發放問卷的同仁，謝謝協助填寫問卷的醫師，因為有他們願意撥空協助才有今天的論文。謝謝系上老師的諄諄指導，讓我的論文能夠越來越精進。感謝班上同學昱凱、莎莎、嘉隆與維容協助我解決論文的瑣事。感謝我的夥伴佩瑜，我會一直記得我們一起面對問題、一起解決問題、一起熬夜的日子，謝謝她一路的相互扶持。謝謝我的室友們佩瑜、佳津與雅茹，一起度過兩年的日子，還好有室友們一起相互照顧，提醒我許多事情。感謝我的好友妍伶協助我英文摘要指導。

感謝我的家人爸爸、媽媽、宗祐及晏伶，給我一個快樂的家庭，媽媽總是告訴我說：「自己的事先忙完比較重要」，讓我無顧之憂的寫作論文。最後感謝我生命中重要的人-泓侑，在我寫作遇到瓶頸時，他和銘勝、瑋珊帶給我好多快樂，讓我在充電之後可以繼續的面對困難，謝謝他的一路鼓勵與陪伴。

師秀

目 錄

摘 要	I
Abstract.....	II
致 謝	IV
目 錄	V
表 目 錄	VII
圖 目 錄	X
第一章 緒 論.....	1
第一節 研究背景與動機.....	1
第二節 研究目的	5
第二章 文獻探討.....	6
第一節 醫療錯誤與不良事件	6
第二節 主動告知醫療錯誤	16
第三節 主動告知效益	22
第四節 主動告知之阻礙因素與促進條件	24
第五節 國外主動告知醫療錯誤之現況	29
第六節 文獻小結	32
第三章 研究方法.....	33
第一節 研究架構	33
第二節 研究假設	35
第三節 研究對象與進行方式	36
第四節 研究工具	37

第五節 變項操作型定義	40
第六節 分析方法	42
第四章 研究結果.....	43
第一節 描述性分析	43
第二節 雙變項分析	49
第三節 多變項分析	69
第五章 討論.....	87
第一節 主動告知醫療錯誤之阻礙因素	87
第二節 主動告知醫療錯誤之促進條件	90
第三節 主動告知及致歉醫療錯誤之意願	93
第四節 主動告知阻礙因素與促進條件對告知及致歉意願之影響	95
第六章 結論與建議.....	96
第一節 結論	96
第二節 建議	100
第三節 研究限制	102
參考文獻	103
附錄	109

表目錄

表 2-1	醫療錯誤與不良事件相關名詞定義.....	10
表 2-2	醫療錯誤與不良事件之國際間相關實証研究結果.....	15
表 2-3	主動告知的 8 個 W.....	21
表 2-4	主動告知效益.....	23
表 2-5	主動告知阻礙分類表.....	26
表 2-6	病人對醫療錯誤負面反應之因素.....	28
表 2-7	影響病人對訴訟反應之因素.....	28
表 2-8	影響病人對主動告知反應之因素.....	28
表 3-1	問卷發放比例與份數.....	36
表 3-2	信度分析結果.....	39
表 3-3	研究變項及操作型定義.....	40
表 4-1	各家醫院問卷發放及回收情形.....	43
表 4-2	回收樣本基本資料.....	44
表 4-3	基本特性在內、外科間差異情形.....	45
表 4-4	基本特性在醫院間差異情形.....	45
表 4-5	主動告知醫療錯誤阻礙之平均值及標準差.....	47
表 4-6	主動告知醫療錯誤促進條件之平均值及標準差.....	48
表 4-7	主動告知及致歉醫療錯誤意願之個數與百分比.....	48
表 4-8	主動告知醫療錯誤阻礙之相關.....	56
表 4-9	主動告知醫療錯誤促進條件之相關.....	57
表 4-10	主動告知醫療錯誤促進條件之相關(變項合併後).....	58
表 4-11	主動告知醫療錯誤阻礙因素於醫師經驗上之差異.....	59
表 4-12	主動告知醫療錯誤阻礙因素於不同性別下之差異及有無宗教信仰下之差異.....	60

表 4-13 主動告知醫療錯誤阻礙因素於內、外科間之差異及住院、主治間之差異	61
表 4-14 主動告知醫療錯誤阻礙因素於醫師所屬醫院特質上之差異	62
表 4-15 主動告知醫療錯誤促進條件於醫師經驗上之差異	63
表 4-16 主動告知醫療錯誤促進條件於不同性別下之差異及有無宗教信仰下之差異	64
表 4-17 主動告知醫療錯誤促進條件於內、外科間之差異及住院、主治間之差異	65
表 4-18 主動告知醫療錯誤促進條件於醫師所屬醫院特質上之差異	66
表 4-19 主動告知及致歉醫療錯誤於控制變項上之卡方分析	67
表 4-20 主動告知醫療錯誤之阻礙因素及促進條件與主動告知及致歉意願之簡單邏輯斯分析	68
表 4-21 主動告知輕微醫療錯誤之階層邏輯斯分析	72
表 4-22 擔心被告對主動告知輕微醫療錯誤之階層邏輯斯分析	73
表 4-23 擔心執照被吊銷對主動告知輕微醫療錯誤之階層邏輯斯分析	74
表 4-24 擔心自己名聲受損對主動告知輕微醫療錯誤之階層邏輯斯分析	75
表 4-25 擔心病患對我失去信心對主動告知輕微醫療錯誤之階層邏輯斯分析	76
表 4-26 主動告知嚴重醫療錯誤之階層邏輯斯分析	77
表 4-27 主動致歉輕微醫療錯誤之階層邏輯斯分析	78
表 4-28 擔心自己名聲受損對主動致歉輕微醫療錯誤之階層邏輯斯分析	79
表 4-29 擔心醫病關係惡化對主動致歉輕微醫療錯誤之階層邏輯斯分	

析	80
表 4-30 病人疾病嚴重度高時對主動致歉輕微醫療錯誤之階層邏輯斯 分析	81
表 4-31 醫療錯誤嚴重度高時對主動致歉輕微醫療錯誤之階層邏輯斯 分析	82
表 4-32 病人年齡高時對主動致歉輕微醫療錯誤之階層邏輯斯分析	83
表 4-33 主動致歉嚴重醫療錯誤之階層邏輯斯分析	84
表 4-34 擔心病患對我失去信心對主動致歉嚴重醫療錯誤之階層邏輯 斯分析	85
表 4-35 各變項加入控制變項後影響主動告知及致歉意願之邏輯斯分 析	86



圖目錄

圖 2-1	醫療錯誤與不良事件關係圖.....	12
圖 2-2	醫療錯誤與不良事件之國際間相關實証研究數據圖.....	15
圖 3-1	研究架構.....	34



第一章 緒論

第一節 研究背景與動機

美國醫學研究院(National Academy of Science, Institute of Medicine；簡稱IOM)於1999年出版以醫療錯誤為主題的調查報告“*To Err Is Human*”指出：美國因可避免的醫療錯誤(avoidable medical errors)，造成每年超過一百萬人的醫療傷害，以及不幸死亡人數4400至9800人，於當年國民主要死因排名的第八位，遠高每年交通意外事故死亡人數；醫療成本上的損失則高達170至290億美金(Kohn, Corrigan, & Donaldson, 2000)。這樣龐大的傷亡數字讓各國嘩然亦引起各界對病人安全的重視而紛紛投入研究：澳洲在一萬四千份的病例審查中有高達16.6%的不良事件(Wilson et al., 1995)；而英國在一份病例審查的前趨研究中，一千人中發現有11.7%的不良事件(Vincent, Neale, Woloshynowych, 2001)。自此之後，英國、澳洲、紐西蘭及加拿大皆認為醫療不良事件和醫療錯誤是重要的健康照護問題(Gallagher et al., 2006b)。雖然台灣對於這方面研究資料難以取得，因而較無法掌握現況，但丹麥醫學會會長Dr. Jesper A. Poulsen根據國外發生率推估，認為台灣地區每年因醫療不良事件而死亡約為6千至2萬人左右(張必正，2003)。從這些研究結果中可得知各國因為不良事件而引起傷害之比例不盡相同，但皆具有相當高的比例。

「人非聖賢，孰能無過」，當醫療錯誤發生時醫師要如何因應，選擇告知可能為自己或醫院帶來訴訟賠償；選擇不告知會受到良心與倫理的譴責；告知與不告知之間還存在許多影響因素，例如：病人是否可理性溝通、病人是否察覺醫療錯誤發生，在這抉擇之際受到醫院、醫師本身、病人三方面複雜交錯影響。醫療錯誤若不當處理容易破壞醫病關係，極可能演變至醫療糾紛，甚至醫療訴訟。根據行政院

衛生署醫療鑑定小組歷年受委託案件的統計資料，醫療糾紛爭議審議案件數從民國 76 年的 147 件竄升到 93 年的 434 件，並存在持續升高的趨勢(林東龍，2004)。雖然判定無疏失的比例約 60% 上下，但是龐大的醫療訴訟申請案件，使醫療糾紛事件成為近年來醫療品質的熱門議題。況且，每一個醫療糾紛案件對病家、醫師及醫院都是負面的，對病家而言，醫療疏失或傷害既已造成，在生理上或心理上即有短暫的、長期的、甚至永久性的損傷；對醫療人員而言，金錢及時間的損失是暫時的、可調適的，但精神上的困擾卻可能時時引發出來，使自己蒙上一層陰影(楊哲彥、楊秀儀，2004)；對醫院來說可能需賠償一筆法律上或道義上的費用，以及賠上醫院長久以來建立的名聲。

國外發展以主動「告知醫療錯誤」來因應醫療不良事件與醫療錯誤，許多先進國家明訂醫師有主動告知醫療錯誤之倫理義務，美國更列入醫院評鑑基準中(Garbutt et al., 2007)。在國外，由於強烈的自我意識，因此醫療訴訟官司層出不窮，有些國家開始探討告知醫療錯誤的行為與醫療訴訟的數量及賠償金額的關係(邱淑媿，2007)，例如：美國 Lexington 榮民醫學中心與密西根大學醫療體系的實際經驗則顯示在推動主動告知政策後，醫療訴訟支出、件數及成本大幅降低(Clinton & Obama, 2006)。因此，主動告知不僅是醫師倫理義務的一環，並可能有助於降低訴訟成本。根據最近的統計結果，醫病雙方對於告知醫療錯誤的態度似乎異於既有的印象，研究顯示告知醫療錯誤有助於改善醫病關係與增進彼此信任(Gallagher et al, 2006b)。顯示「告知醫療錯誤」於不久的將來成為影響醫病雙方關係的重要因素。

美國對於主動告知議題的發展值得台灣借鏡，反觀國內情形，近年來為了確認病人對於自身病情充分瞭解，醫界努力推動知情同意(informed consent)，現在已成為執行醫療行為前不可或缺的基本要

求。但這僅侷限於醫療執行前，對於醫療執行後發生醫療不良事件與醫療錯誤的處理方式，特別是因為醫療錯誤所導致的不良結果仍然缺乏清楚共識。目前只著重於預防層面—即以病人安全通報制度來建立系統上的安全，通報中以「跡近錯失」或「無傷害」居多，病人安全通報最主要是希望能夠透過這些錯誤來學習，將同樣錯誤降至最低，但對於最重要、最應該被妥善處理及最應該被學習的醫療錯誤—「已傷害到病人的醫療錯誤」，反而沒有一套因應對策。若能有效推行主動告知醫療錯誤制度，預期將對醫院、醫師及病人及社會能帶來極大的效益。

開放誠信地溝通醫療錯誤是病人安全活動的基礎。健康照護工作者會對機構及同儕開放溝通，以便於事件可以被分析且預防其再度發生(Garbutt et al., 2007)。但是對於向病人開放誠信地溝通醫療錯誤卻存在許多的阻礙，雖然病人安全運動中強調大部分的醫療錯誤導因於系統上的失誤遠大於個人的疏失，但傳統的醫療專業精神強調要對病人負完全的責任與醫療固有沉默文化，醫師也可能因為畏懼訴訟或擔心在同儕和病人間的專業名聲受到傷害而降低他們與病人討論醫療錯誤的意願。事實上，根據研究亦發現醫師表示多重阻礙可能會影響主動告知的意願(Gallagher et al., 2006b)。病家是主動告知的接收者，病家，病家對於主動告知的態度及反應將會影響醫師主動告知的決定。以病人角度來看溝通醫療錯誤，即使是沒有造成任何危險的傷害，大部分的病人都會想要知道醫療錯誤是否發生。整體而言，病人、家屬與大眾普遍認為當有醫療錯誤發生、特別是有造成傷害時，應該要主動告知病人(87-100%)(邱淑媿，2007)，另有研究指出：兒科急診病人父母認為應立即主動告知(Hobgood, Tamayo-Sarver, Elms, & Weiner, 2005)。研究發現不同種族、性別、年齡或保險狀況者，對主

動告知的看法相近(Hobgood et al.)。總而言之，病人期望醫療錯誤發生，醫師能主動告知並提供訊息，但醫師或醫療人員認為應主動告知的比率明顯比病人或大眾來的低(Robblee & Nicklin, 2003; Hingorani, Wong, & Vafidis, 1999)。

主動告知對醫療體系、醫師及病家皆可帶來效益。醫療體系可透過主動告知達到預防醫療錯誤，醫師可透過主動告知維持倫理與信用，病人可以透過主動告知來即時修正錯誤，將傷害降到最低。如果想要成功減少醫療錯誤的發生，並且重建病人對健康照護體系的信心，則有必要知道為什麼醫療錯誤的資訊無法有效的溝通，以及什麼樣的狀況下醫師比較願意主動告知。

美國對於主動告知議題研究已趨成熟，對象包括醫師、病人、家屬與大眾對主動告知醫療錯誤的看法，方法包括假設性調查、質性研究、介入性案例報告、醫療訴訟或糾紛案件分析。相較之下，國內對於台灣對於主動告知醫療錯誤的研究論文卻僅有寥寥數篇，利用「全國博碩士論文資訊索引」搜尋，關於醫界「揭露」的文章只有 1 篇；利用「中華民國期刊論文索引系統」關於醫界「揭露」的文章亦只有 1 篇，且是針對美國相關研究所作文獻回顧，透過這些文獻欲了解台灣主動告知醫療錯誤現況十分有限，因此，國內現況的研究資料極需建立。

本研究希望能透過結構式問卷，了解台灣醫師對於主動告知醫療錯誤之阻礙因素、促進條件與告知及致歉意願，並分析阻礙因素、促進條件對醫師主動告知及致歉意願的影響。

第二節 研究目的

本研究之目的有四：

- 1.了解醫師對於主動告知醫療錯誤之阻礙因素
- 2.了解醫師對於主動告知醫療錯誤之促進條件
- 3.探討主動告知醫療錯誤之阻礙因素對告知及致歉醫療錯誤意願之影響
- 4.探討主動告知醫療錯誤之促進條件對告知及致歉醫療錯誤意願之影響



第二章 文獻探討

本章共分為六節，第一節為介紹醫療錯誤、不良事件定義以及現況描述，第二節則是介紹主動告知定義，第三節是介紹主動告知效益，第四節則是主動告知阻礙因素及促進條件，第五節為主動告知相關實證研究，最後一節為文獻小結。

第一節 醫療錯誤與不良事件

(Medical Errors and Adverse Events)

一、醫療錯誤與不良事件定義

1. 錯誤的定義

依據 Reason(1990)的定義，所謂錯誤(error)就是當計畫的行動無法達到預期的結果，而且這個失敗不是由於意外(by chance)所導致。Reason把錯誤分成 slips, lapses 與 mistakes 三類，slip 與 lapses 是指「事件的進行不如原先的預期，係執行上的錯誤」。但 slips 可透過觀察得到，例如：外科醫師手術後未將紗布取出而遺留在病人體內；而 lapses 是無法藉由觀察得到，例如：將錯誤的藥劑輸入病人體內。mistakes 則是指「事件係依計畫加以執行，但卻無法達成目標結果，因為執行計畫本身就是錯誤，係計畫的錯誤」。因此，錯誤可二分為「執行的錯誤」與「計畫的錯誤」。

2. 醫療錯誤的定義

美國 IOM 調查報告 ” To Err is Human” ，有關醫療錯誤的定義引用 Reason 之定義為「計畫的執行無法達到預期的結果，或是使用了錯誤的計畫而未達成目標」，包括了「錯誤的執行」與「錯誤的計畫」二者(張必正，2003)。國內研究引自 Liang(2002)對「醫療錯誤」定義：「在健康照護體系中的錯誤、疏忽事件或非期待中的事件，且可能會造成病人的傷害(許夙君，2005)。」綜合文獻觀點，在就醫或

醫療處置過程與結果，凡是可避免、可預防之錯誤、疏忽或非期待事件，不論其是否已造成病人的傷害，亦不論是否病人已察覺傷害，皆認定為「醫療錯誤」。

3.不良事件定義

根據哈佛研究定義不良事件(adverse events):「因醫療管理而非病患本身疾病、狀況所造成的傷害，且導致可測量的失能(Brennan, Leape, & Laird, 1991)。」而流行病學的研究將醫療不良事件(medical adverse event)定義為「病患因接受醫療處置而非疾病本身的影響，導致不預期的結果，如死亡、需住院或住院時間延長」(莊淇源、蕭炳昆，2004)。台灣學者則將不良事件定義為「傷害事件並非導因於原有的疾病本身，而是由於醫療行為造成病人身體受到傷害、住院時間延長，或在離院時仍帶有某種程度的失能、殘疾甚至死亡」(石崇良，2005)。

4.醫療錯誤與不良事件關係

一個不良事件若可歸咎於錯誤者，則稱為「可避免之不良事件(avoidable adverse events)」，至於該錯誤狀況已達法律上的「醫療過失(negligence)」程度者，只隸屬於其中一個群體。何曉琪(2001)針對「醫療過失(medical negligence)」、「醫療傷害(medical injury)」、「醫療錯誤(medical error)」三者之間作出釐清，其指出：醫療錯誤與醫療傷害二者未必是等號，有「醫療錯誤」不一定造成「醫療傷害」—例如：「跡近錯失(near miss)」；而有「醫療傷害」事件的發生也未必導因於「醫療錯誤」或「醫療過失」—例如：「醫療意外(medical accident)」，其可能肇因於病患特有而無可避免的因素，可能原因為病患體質異於常人(田中真由美著，李尚霖譯，2005)。

根據閱讀文獻(Gallagher et al, 2006；石崇良，2005；吳俊穎，2004；李文星、林彥芝、王昱豐，2005；楊秀儀，2002；楊長興，2006；

韓揆，2005)，以及參考財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會(簡稱醫策會)之病人安全名詞定義(醫策會，2008)，將相關名詞定義匯整(見**錯誤! 找不到參照來源。**與圖 2-1)。醫療服務的過程中異常事件可分為七類：「醫療意外」(圖 2-1 之右一欄)指非因當事人之故意、過失或不當行為所致之不可預見的事故、不幸或不當行為，通常伴隨有不良的後果(李文星、林彥芝、王昱豐，2005)，屬於無法預知且無法避免。因醫療意外由國家賠償非本研究主動告知範圍。有無事先告知併發症(圖 2-1 之右二、右三欄)，醫師在可預期病人可能遭受某些醫療傷害的情況，亦即已知風險之下有無進行告知動作，屬於知情同意(Informed consent)範圍，這兩類屬於可預知，差別在於有事先告知併發症以盡到告知義務，即使發生併發症仍是無法避免的結果，而無事先告知併發症則未盡到告知義務，使病人及其家屬無法在資訊充裕下做出最好的決定，導致病人原可選擇避免，如今卻因資訊缺乏而做出不利病人的抉擇。因知情同意已被醫界認為是例行應該執行，若未事先告知屬於言語錯誤，亦非本研究主動告知範圍。嚴重傷害與輕微傷害(圖 2-1 之左四、左三欄)指對病人已造成傷害，且病人可能會察覺到傷害，目前國內對於處理此部分傷害尚無共識，屬於本研究主動告知的範圍。無傷害(no harm event)與跡近錯失(near miss)(圖 2-1 之左二、左一欄)分別指錯誤雖已發生於病人身上，但是並未造成傷害或是傷害極為輕微(李文星等人)與由於不經意或是即時的介入行動，而使其原本可能導致意外、傷害或疾病的事件並未真正發生，因病人未受到傷害亦未察覺錯誤，對機構通報或與同儕、上司溝通較無阻礙，因此，通報機制中佔最大宗，非本研究主動告知範圍。醫療錯誤範圍包括嚴重傷害、輕微傷害、無傷害與跡近錯失(圖 2-1 之左四至左一欄)，醫師遵照醫療程序及盡到應注意能注意之事即可避免。

5. 醫療傷害責任歸屬

病人投訴(complaint)指病人不滿或怨恨醫療服務提供者本身或是對其醫療服務提供的過程或結果感到不滿意，而當場吵鬧甚至暴力相向或向醫院提出任何的埋怨或訴苦。有的病人可能因為在此階段無法得到醫院或醫師的回應，或是任何原因仍然無法抒發不滿情緒，因而與醫院持續糾纏，即屬醫療糾紛(medical dispute)，進入醫療糾紛之後，病人可能會向有關單位(如縣市衛生局、健保局、醫改會、消基會或媒體)提出申訴，或直接向檢查署或法院提出告訴，後者意味著進入訴訟(medical lawsuit or litigation)階段。在正式訴訟之前必須先進行調解，由地方調解委員會、縣市政府或衛生署醫事審議委員會(未成立醫事審議委員之縣市由衛生署直接受理調解)進行調解。若調解不成，醫療糾紛案件交由法庭審理後始得正式進入司法程序。最終裁定是否為刑事有罪判決(conviction)或需負民事賠償責任(civil compensation)。

在投訴、糾紛及訴訟過程中，部份不具醫療不良結果，換句話說，有些案例並未產生不良事件，可能只是病家的期望有落差，或是醫療人員的態度不佳而導致病人投訴、糾紛及訴訟。

表 2-1 醫療錯誤與不良事件相關名詞定義

Incident(異常事件)
醫療服務的過程中任何錯誤的行為、或是醫療服務發生在病人身上之任何傷病事件，皆稱為異常事件。異常事件包含：醫療錯誤事件(medical error)、不良事件(adverse event)、警示事件(sentinel event)、醫療意外事件(medical accident)。
Medical error(醫療錯誤)
醫療提供者由於未善盡注意之責任，因而未能提供符合現行醫療標準之服務，導致病人可能受到「執行錯誤計畫而導致的特定傷害」與「依據標準程序正確執行即可避免發生的特定傷害」之行為。醫療錯誤包含：嚴重醫療錯誤(serious harm)、輕微醫療錯誤(minor error)、無傷害事件(no harm event)、跡近錯失(near miss)。
Adverse event(醫療不良事件)
因為過失或無過失的醫療行為造成病人出現不如預期的結果(如：身體受到傷害、住院時間延長，或在離院時仍帶有某種程度的失能、甚至死亡...等)的異常事件，不良事件包含輕微傷害、嚴重傷害、未告知風險(言語過失)的異常事件、已告知風險的異常事件、醫療意外事件。
Negligence(醫療疏失)
<ol style="list-style-type: none"> 1. 醫療提供者由於未善盡其責，疏於諮詢應注意事項而未能提供符合現行醫療標準之服務，導致病人受到傷害(楊長興，2006)。 2. 法律上要素(侯勝茂，2004)： <ul style="list-style-type: none"> ➢ 存在醫病契約關係(duty) ➢ 照護低於一般的水準(negligence) ➢ 對病人造成明顯的傷害(injury) ➢ 過失與傷害有顯著的因果關係(causation) 3. 一般而言，「negligence(疏失)」用於描述一般行業在執行工作行為上有疏失。
Malpractice(處置不當)
<ol style="list-style-type: none"> 1. 醫療專業人員(尤其是醫師)在醫療過程中，因為不當或疏失以及因缺乏充分之專業技能導致對於病人的傷害或病苦(楊長興，2006)。 2. 一般而言，「malpractice(處置不當)」用於描述專業行業(例如：醫師、律師等)在執行業務的行為上有疏失，未能達到其專業界的標準。
Near miss(跡近錯失)
由於不經意或是即時的介入行動，而使其原本可能導致意外、傷害或疾病的事件並未真正發生(醫策會，2008)。
No harm event(未造成傷害的異常事件)
錯誤或異常事件雖已發生於病人身上，但是並未造成傷害或是傷害極為輕微，連病人都不知道，指有醫療錯誤，但最後結果病人無造成傷害(李文星、林彥芝、王昱豐，2005；醫策會，2008)。
Minor error(輕微的醫療錯誤)
醫療錯誤有造成傷害，但不是永久性傷害且不會威脅到生命(Gallagher, 2007)。
Serious error(嚴重的醫療錯誤)
醫療錯誤有造成永久性的傷害或是有生命威脅的傷害(Gallagher, 2007)。

表 2-1 醫療錯誤與不良事件相關名詞定義(續)

未能事先告知併發症及副作用(即言語過失)
在可預期病人可能遭受某些醫療傷害的情況下，醫師「已知風險卻沒有向病人告知(即言語過失)」，導致病家在缺乏資訊下做選擇，則可能有產生醫療糾紛與醫療訴訟的潛在風險，換言之，醫師可能必須承擔未告知的醫療責任。
已事先告知併發症及副作用
在可預期病人可能遭受某些醫療傷害的情況下，醫師「已知風險且有告知」病人，則不管未來是否產生醫療傷害，醫師已盡到告知責任。
Medical Accident(意外事故)
非因當事人之故意、過失或不當行為所致之不可預見的事故、不幸或不當行為，通常伴隨有不良的後果(李文星、林彥芝、王昱豐，2005；醫策會，2008)。



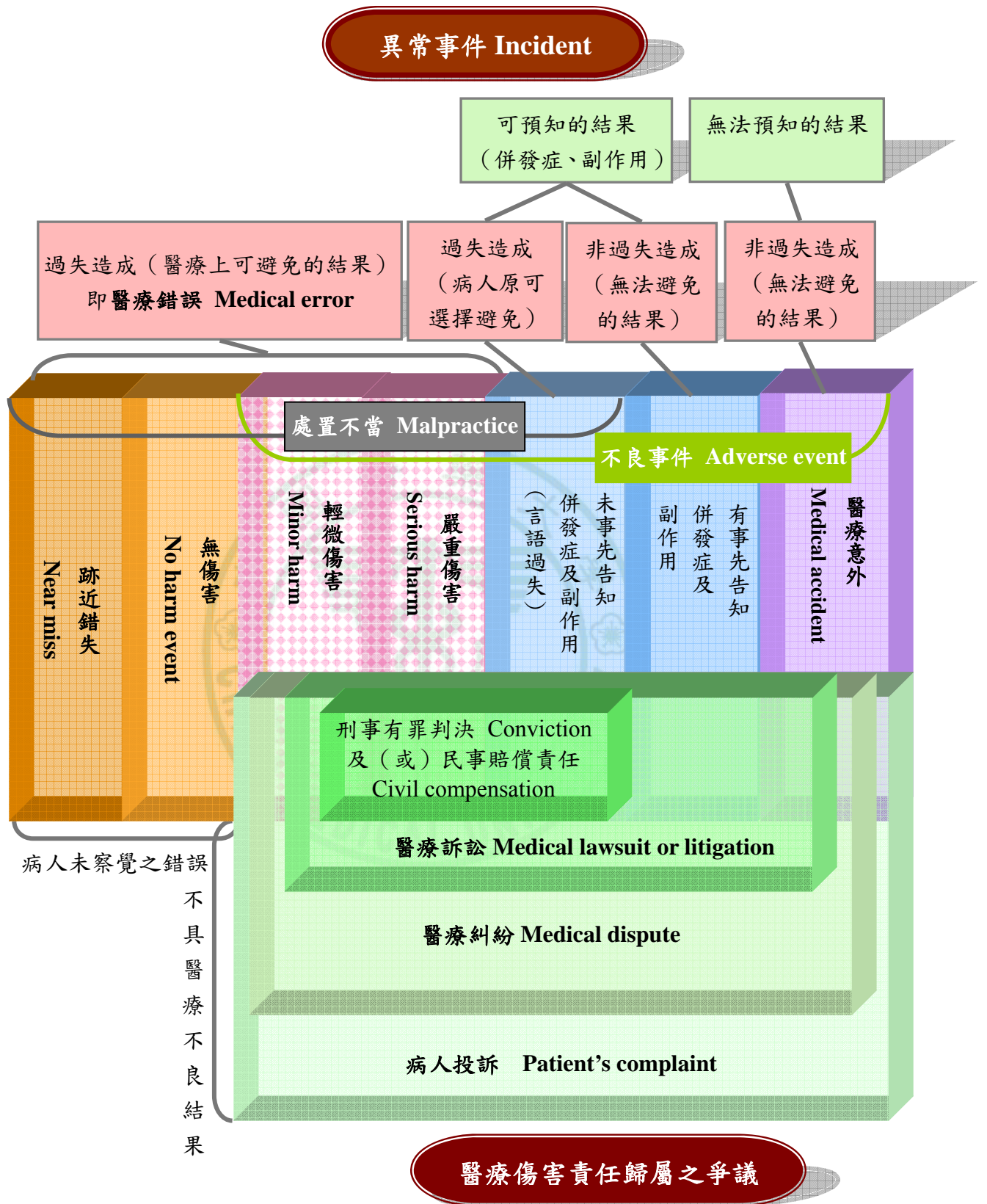


圖 2-1 異常事件與醫療傷害責任歸屬關係圖

二、醫療錯誤與不良事件現況

近年來病患安全的議題受到世界各國的重視，特別是探討醫療疏失的大型的流行病學研究(劉洪香水，2005)，揭露了目前的醫療環境中存在相當程度的疏失或危險。美國 IOM 出版 ” To Err is Human” 報告中指出：估計美國每年死於醫療疏失的人數約在 44,000 人至 98,000 人左右，造成財務損失約為 170 億~290 億美元，於同年國民主要死因分析中排名第八，遠高於每年因交通意外事故死亡的人數 (Kohn et al., 2000)。

美國加州醫院協會及醫師公會資助一項針對加州 23 家醫院分析其醫療傷害原因的研究計畫(Medical Insurance Feasibility Study)，在抽樣的 20,000 多份病歷中發現：每 21 名住院病人，有 1 名會受到醫療傷害，每 6 件醫療傷害事件，一件是由於醫療過失所引起；每 10 件過失醫療傷害中，只有一件提起侵權行為訴訟；每 2.5 件訴訟，有一件獲得賠償，也就是說，每 25 件過失醫療傷害中，只有一件實際獲得賠償(楊秀儀，2002；楊秀儀，2003)。預估 1974 年全加州地區一年內至少有 140,000 位病人因接受醫療服務而導致傷病，其中的十分之一(約 14,000 人)更因而死亡(Mills, 1977)。賓州大學華頓商學院教授 Patricia Danzon 以上述研究結果進行深入分析，發現只有非常少數因醫療服務而致傷病的病人藉由訴訟獲得賠償，比率大約是七十五分之一至一百分之一之間，也就是說，潛在的醫療訴訟賠償案例風險至少有七十五倍至一百倍(Danzon, 1985)。

而 1986 年由哈佛大學 Weiler 等人依據 1970 年代加州研究與 Danzon 的分析模式在紐約州進行類似研究，研究團隊選擇以 1984 年全紐約州 51 家醫院為研究對象，抽樣出 31,429 筆病歷，研究發現有 3.7%的住院病人曾遭受到醫原傷病，其中大於四分之一(27.6%)的醫

原傷病是由醫療過失所引起(Harvard Medical Practice Study, 1990)，而只有八分之一(12.5%)因過失導致之醫原傷病會被提起訴訟。以此推算 1984 年全美國約有超過 150,000 人遭遇到致命性的醫原傷病(iatrogenic fatalities)，其中一半以上都是肇因於醫療過失(Weiler et al., 1993)。

繼哈佛團隊之紐約州研究後，澳洲政府也在國內進行類似的研究，發現有六分之一(16.7%)的澳洲住院病人曾經遭受到醫原傷病，其中的一半都是可以預防的(preventable)，由於該研究在名詞定義上與先前幾個研究不同，使得澳洲住院病人的醫原傷病的風險是是紐約州的將近五倍，而因醫療過失所導致的醫原傷病事件是紐約州的將近二倍(Wilson et al., 1995)。

1990 年芝加哥進行一項醫院觀察研究，將近一半的住院病人在住院期間曾經經過過醫療錯誤事件，其中 20%的病人因而受到嚴重的醫療傷害(Schimmel, 1964; Steel, Gartman, Crescenzi, & Anderson, 1981)。

上述研究結果雖然在醫療傷害風險的呈現上不盡相同，但卻都有一項共同發現，那就是因為醫療處置不當所導致的訴訟案件(malpractice lawsuit)只是所有醫療處置不當事件的冰山一角，1970 年的加州研究發現醫療處置不當的訴訟案件是所有醫療過失導致嚴重醫療傷害案件的十分之一，而 1980 年紐約州的研究結果是八分之一，(Localio et al, 1991; Studdert et al., 2000)；而芝加哥地區的研究發現一個現象：因為醫療過失遭受到醫療傷害的病人只有 4%會提起醫療訴訟(Baker, 2005)。

表 2-2 醫療錯誤與不良事件之國際間相關實証研究結果

定義	加州	紐約州	澳洲	芝加哥
傷害事件或不良事件(adverse event)	4.65%	3.7%	16.7%	50%
過失傷害事件(negligent adverse event)	16.7%	27.6%	50%	20%
訴訟(lawsuit)	10%	12.5%		4%
訴訟賠償(lawsuit compensation)	40%			

將醫療錯誤與不良事件之國際間相關實証研究結果匯整於表中(表 2-2)，再統整以圖來呈現(圖 2-2)。若以文獻之實證數據來推估台灣之情形，以 2007 年為例，臺灣地區一般病床住院人次有 2,595,639 人次，可能發生的醫療傷害約 10 萬~12 萬件，而每年約有 3 萬件的醫療傷害是過失造成，其中 3 千~4 千件會變成醫療訴訟，最終 1,500 件會判需賠償。

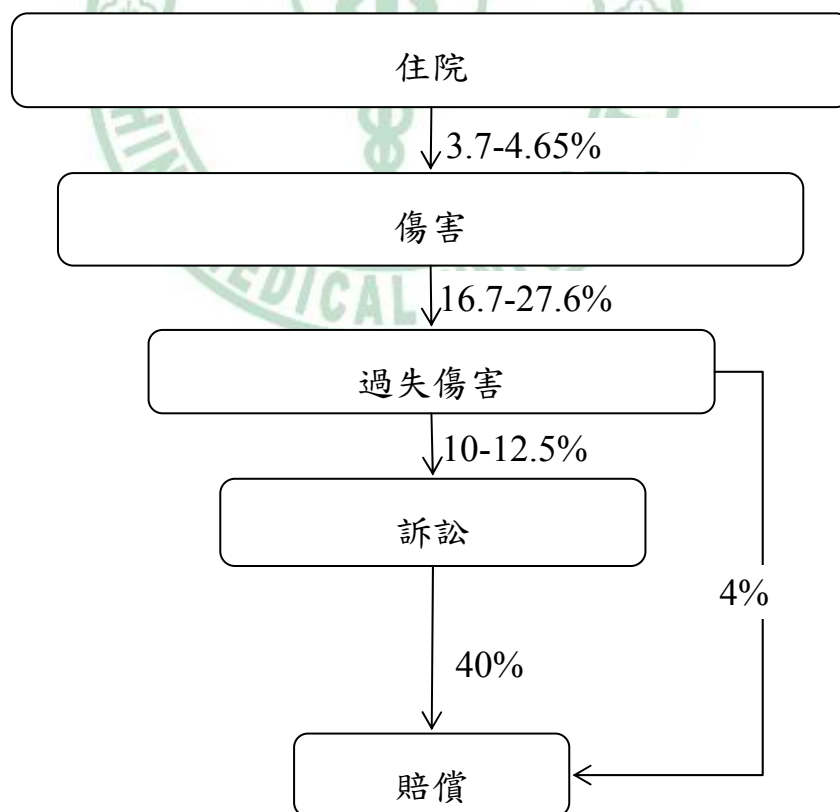


圖 2-2 醫療錯誤與不良事件之國際間相關實証研究數據圖

第二節 主動告知醫療錯誤(Disclosure of Medical Errors)

這一節以 8 個 W 來介紹主動告知，8 個 W 分別是為什麼要主動告知(Why disclose?)、誰應該要主動告知(Who should disclose?)、應該向誰主動告知(To whom should the communication be made?)、什麼樣的事件應該被溝通(What type of events should be communicated?)、什麼樣的資訊應該被溝通(What information should be communicated?)、何時應該溝通(When should communication take place?)、應該在哪裡溝通(Where should the communication take place?)、如何溝通(How to communicate?)，並摘要於表中(表 2-3)。

一、Why-為什麼要主動告知

1. 基於倫理與病人權利

許多倫理之理論與原則支持醫師有向病人告知因醫療錯誤導致不良事件的責任。功利主義與以責任為基礎之倫理理論共同提出此觀點，前者高度重視此行動所帶來的效益大於傷害；而後者強調醫師有責任將事實告訴病人(李元統，2007)。告知事實的專業責任原則包含：尊重病人自主權、保有承諾與確保病人的信任，主動告知隱含了這些原則，因為沒有主動告知病人就無法完全知道訊息。

以下以基本倫理四原則及病人權利說明為何需要主動告知：以基本倫理四原則而言，不傷害原則表示行動者本意必須出於善意；行善原則為應該預防、移除傷害或惡行，以積極面而言指促進健康，增進福祉；自主原則積極面指醫療人員應提供充分且適當之資訊，以促成病人針對診療方式主動抉擇；公平正義原則包含公平地分配不足的資源(分配性之正義)、尊重人的權利(權利正義)與尊重道德允許的法律(法律正義)三者。醫師必須保護病人的生命安全，但是醫師在執業中可能非蓄意傷害病患，基於其他倫理原則(行善原則、自主原則、公

平正義原則)醫師有主動向病人主動告知錯誤的義務，即使主動告知對醫師未帶來效益。只有以下情況醫師可以不主動告知，當主動告知逐漸傷害病人自主權或病患明確指出不願被告知有關不幸的事件。

以病人權利宣言(Declaration of Lisbon on the Rights of the Patient)而言：

- A.獲得良好品質之醫療照護的權利 (Right to medical care of good quality)
- B.自由選擇醫療方式的權利 (Right to freedom of choice)
- C.自主決定的權利 (Right to self-determination)
- D.獲得個人病情資訊的權利 (Right to information)
- E.診療秘密被保守的權利 (Right to confidentiality)
- F.獲得衛生教育的權利 (Right to health education)
- G.保有個人醫療尊嚴的權利 (Right to dignity)
- H.獲得宗教協助的權利 (Right to religious assistance)

根據 1981 年世界醫學聯盟在里斯本所作成的病人權利宣言，明確指出病人有自主決定的權利及獲得個人病情資訊的權利，因此，醫師應主動告知事實，以利病患能在充分了解資訊之下作出最好的抉擇。

2.病人及家屬的觀點

基於病人權利宣言，病人於發生不良事件後有權利知道事實的真相。當傷害已經造成時，最重要的是如何降低傷害，一再隱瞞只會使傷害擴大，唯有開誠佈公的告知，才能與病家達成共識及獲得同儕的協助。

3.醫師的觀點

主動告知不只對病人有好處之外，對於醫療服務提供者也享有效

益。醫師因犯錯而傷害到病人後，內心經歷極大的情緒壓力，透過主動告知醫師有機會表達歉意將可減緩心理的罪惡。除了這項效益之外，坦率的主動告知可減少醫師被告的可能性，且藉由主動告知可以幫助醫師學習與改進其執業行為。在李元統(2007)詢問 102 位醫師主動告知的理由中，以認為醫學倫理的必要為主要原因(44%)，其次為有助於檢查錯誤的流程。

4. 醫院的觀點

在主動告之後，由於病人對於發生不良事件的資訊不對稱，可能產生害怕、不信任或焦慮，這些反應會削弱醫病之間的友好關係。病人若察覺到被欺騙或沒有被告知真相會不滿且抱怨，家屬與病患會利用口耳相傳的方式將所遭受的待遇告訴他人，甚至更進一步採取法律行動，對醫院來說，將需付出相當大的成本來彌補。病人採取法律行動有不同的訴求，例如：在台灣法律行動傾向財務誘因而尋求賠償；而加拿大法律行動可能為了找出答案(李元統，2007)。總之，當病人因醫療錯誤而受到傷害且事後未被主動告知時，要和病人維持關心且輕鬆的關係是十分困難的。

二、Who-誰應該要主動告知

在醫療行為中醫師是主要的主宰者，當醫療錯誤發生時，通常是由必須負責任的醫師來進行主動告知，且這位醫師必須與病患存在信任的關係。除了醫師之外，尚其他的參與者可能加入主動告知的行列，例如：最主要照顧病人之護士，因在討論醫療錯誤後可以提供病人持續的支持；以及受訓者，因其可能涉入不良事件或參與照顧受傷害之病人。若需負責任的醫師因為其他任何理由無法向病人主動告知，醫師部門主管、病人安全單位或醫院管理者應該扮演主動告知角色。而一些資深的行政管理可能參與導致病人死亡或嚴重失能重

大的事件。

三、Whom-該向誰主動告知

當照護期間傷害發生在成年的病人身上，且病人生理與心理能夠承擔接受訊息，應該盡快主動向病人告知有關錯誤的訊息。若有延遲發生情況，應該適當的對家庭成員、法定監護人或代理人進行個別主動告知。若醫療傷害發生在小孩身上，應立即向病人、父母或法定代理人主動告知。

四、What type of event-什麼樣的事件應被溝通

理想上，所有的異常事件都應該被主動告知，包括醫療意外、嚴重傷害、輕微傷害、無傷害及跡近錯失。但在實際情況上，無傷害與跡近錯失並未對病人造成傷害，醫師與管理者皆認為不需要對病人主動告知，目前國內針對無傷害與跡近錯失多利用院內通報系統，以院內進行分析、預防再次發生。

五、What information-應該主動告知什麼資訊

當有傷害的醫療錯誤發時，病人心中浮現期望知道的五個關鍵訊息為(Gallagher & Levinson, 2005)：

- 1.一個明確的聲明表示發生醫療錯誤
- 2.被告知發生了什麼醫療錯誤
- 3.被告知為什麼醫療錯誤會發生
- 4.知道將來採取什麼措施以預防再次發生
- 5.一個致歉

而 Matlow, Stevens, Harrison 與 Laxer(2006)指出：哈佛醫院提出應該使用「溝通」代替「主動告知」，強調以醫師與病人的合作關係取代醫師是一個享有資訊特權的提供者，而「溝通」有四個步驟：

- 1.告訴病人與家屬發生什麼事
- 2.承擔責任
- 3.致歉
- 4.解釋將採取什麼行動防止進一步事件

以上兩者分別以病人角度及以醫院角度來分析，都提供一些訊息給予醫師在主動告知時的建議。其中告訴病人發生什麼事、致歉及採取預防行動皆出現在病人與醫院角度，其中致歉對醫師來說卻是一件十分困難的事。

六、When-何時應該主動告知

最初的主動告知應該在有傷害事件被合理認定之後立即採取行動，而有些機構明定應該在事件發生之後 24-48 小時之間。因為延遲主動告知會使病人、家屬或監護人感到焦慮且自我推測事情發生的過程，對病人及家屬的傷害會隨著告知的延遲而加重。

七、Where & How-在哪裡主動告知與如何主動告知

主動告知應該在舒適沒有壓力且隱密的地方，且必須有足夠的空間讓所有相關人員就坐。若是個別主動告知必須注意眼神與眼神直接交會，進行主動告知的人員應該具有敏感性與慈悲心，並且注意需留時間給病家提問，而非僅僅交代了事，對於病家的提問則根據當時已知之事實回答。

表 2-3 主動告知的 8 個 W

主動告知 8W	意義
Why 為什麼要主動告知	<ol style="list-style-type: none"> 1. 為了維護病人自主權以及醫病間的信任 2. 在倫理上是一件對的事
Who 誰應該要主動告知	<ol style="list-style-type: none"> 1. 與病人有信任關係的健康照護工作者，通常是需負責任的醫師 2. 其他涉入異常事件的人（例如：護士、藥師、受訓者） 3. 如果醫師不能主動告知，其他已與病人建立關係的健康照護工作者或醫院領導階層、病人安全部門、醫療品質部門的成員應該主動告知 4. 資深的醫院管理人員可能參與嚴重的案例 5. 病人最主要照顧的護士應該參與討論
Whom 該向誰主動告知	<ol style="list-style-type: none"> 1. 向病人主動告知 2. 向家庭成員或替代決定者 3. 未成年病人則向父母或法定代理人
What type of event 什麼樣的事件應被溝通	<ol style="list-style-type: none"> 1. 任何異常事件導致病人受到傷害 2. 負責醫師在做決定時的其他異常事件（病人可能未受到傷害）
What information 應該主動告知什麼資訊	<ol style="list-style-type: none"> 1. 承認事情的發生並給予事實 2. 負起責任並致歉 3. 承諾找出事情發生的原因 4. 解釋事件對病人現在及未來的衝擊 5. 描述減輕傷害影響的措施 6. 敘述預防再次發生的措施
When 何時應該主動告知	<ol style="list-style-type: none"> 1. 事情被認定後，且病人的身體與情緒能夠承擔 2. 理想上於事情被認定的 24 小時以內 3. 當新的資訊出現時，負責的醫師或醫師代表應該帶領持續的溝通
Where 在哪裡主動告知	<ol style="list-style-type: none"> 1. 應該在一個隱密且安靜的地方 2. 有足夠的空間容納所有相關人士
How 如何主動告知	<ol style="list-style-type: none"> 1. 注意眼神與眼神直接交會 2. 主動告知者應具有敏感性與慈悲心 3. 主動告知後留時間給病家提問 4. 回答時根據當時所知據實回答

Note. Form: Matlow et al., (2006)

第三節 主動告知效益(Benefits of Disclosure of Medical Errors)

主動告知的效益可分別由病人、醫師、醫療照顧體系三者角度來分析，整理文獻如表呈現(表 2-4)。

一、對病人

主動告知除了可以提升病人的自主權、增進醫病間關係之外，透過主動告知病人可以得到適當補償的機會，但對病人及家屬來說只是個遲來的公平正義。相對於補償較重要的是主動告知可以使受傷害病人即時修正診斷，讓資深或有經驗的醫師共同把傷害降到最低，不讓傷害再繼續擴大，進而促進醫院病人安全。

二、對醫師

醫師在發生醫療錯誤後情緒相當緊繃，藉由承認錯誤以獲得情緒的緩解，根據一篇針對美國與加拿大醫師的研究，74%醫師於主動告知後有如釋重負的感覺，研究中詢問醫師對於主動告知後對醫病關係的衝擊，74%醫師表示沒有改變、些微正向或非常正向(Gallagher et al., 2006b)，證明主動告知可以促進醫病關係，在病人心中醫師可以維持倫理與信用，甚至可能得到病家豁免。此外，醫療錯誤透明化後，醫師可以從自身或他人之相同或相似錯誤中學習。而醫師最關心的一點為主動告知可以降低醫療訴訟，根據文獻指出：病人會因主動告知而降低對醫師的訴訟，嚴重錯誤可由 76%降低至 60%；中等錯誤由 20%降到 12%；輕微錯誤由 4%降到小於 1% (Straumanis, 2007；邱淑媿，2007)。

三、對醫療照護體系

對於醫療照護體系若要將正直文化深植於醫療工作者心中，推行主動告知是一個最好的實踐方法。主動告知對於提升醫院的病人安全亦可帶來幫助，因為每一個錯誤都是一個相當值得學習的案例，透過

主動告知醫師間可相互學習以減低再犯率。起初，認為主動告知對醫師及醫院會引起更多糾紛及訴訟，其實不然，根據密西根地區 2002 年實行主動告知方案三年後，發現每年法律訴訟成本由 3 百萬降低至 1 百萬；每件索求和訴訟處理時間由 20.7 個月降至 9.5 個月；索求及訴訟案件由 262 件減少至 114 件(Clinton & Obama, 2006)。不僅案件數與處理時間減少，連成本都降低，而且降低幅度皆高達一半以上。當訴訟成本減少，進而不當醫療的保險費用也相對降低，對醫院而言效益十分豐碩。

表 2-4 主動告知效益

病人	醫師	醫療照護體系
提昇病人自主權	承認錯誤以獲得情緒緩解	醫院得以建立正直文化
提昇醫病關係	提昇醫病關係	承認錯誤以提昇病人安全
得到適當補償的機會	維持倫理和信用的責任	降低不當醫療的保險費
從錯誤中即時修正診斷	可能得到赦免	降低不當醫療索求及訴訟
促進病人安全	從相同或相似錯誤中學習	索求較易解決且費用較少
	降低不當醫療的索求及訴訟	

Note. Form: Hevia & Hobgood, (2003); Matlow et al., (2006); Straumanis, (2007)

主動告知對病人、醫師及醫療照護體系皆能帶來效益，雖然病人效益與醫師、醫療照護體系效益存在些許相衝突之處(病人的得到適當補償的機會與醫師、醫療照顧體系的降低訴訟)。事實上，期望病人能夠獲得適當且應有的賠償，而醫院及醫療照護體系能夠因為誠實以對而獲得豁免或降低賠償金額，如此一來，三方都能夠互惠。在所有效益中，三方都能從中獲益的是病人安全，病人方面能夠在醫療過程中迅速朝應有的照顧品質邁進；醫師方面能夠藉由主動告知盡到醫師維護病人安全的職責；醫院方面能夠落實病人安全是醫院存在的價值。

第四節 主動告知之阻礙因素與促進條件

(Barriers of Disclosure & Promotion of Disclosure)

一、主動告知阻礙因素

根據 Straumanis(2007)提出醫師主動告知阻礙可分為四種，如表(表 2-5)所示：

1. 態度方面

醫療固有文化特質為沉默的文化，加上外界賦予醫師極崇高的地位，不容許醫師犯錯，當病人已在痛苦狀態下再受到不預期的傷害，更加的不能被眾人接受。因此，病人及家屬期望太高，失望可能越大，導致醫師發生醫療錯誤時選擇三緘其口。

目前主動告知醫療錯誤的成效可以透過幾宗案例來證明，但醫院及醫師對於主動告知的好處仍然存在疑慮，尤其對於主動告知可以降低訴訟案件、訴訟金額方面，因為醫師認為主動告知代表承認錯誤，法律上較易成為敗訴的一方。

2. 主動告知過程之無助感

在錯誤原因方面，當醫療錯誤是由於系統失敗造成的(例如：就醫流程沒有一致標準)，整個就醫流程不是醫師能夠控制，只是醫師為最主要的執行者，卻需要負擔醫療錯誤責任。在支持方面，少數醫院於醫療錯誤發生時，有團隊共同評估錯誤的程度、協助主動告知，對於大多數醫院，尤其是中小型醫院只是由負責醫師一人面對。在時間方面，醫療錯誤發生後，醫師需要抽出幾個小時向病人、家屬溝通，他份內工作無代理人可以協助處理，將使醫師面臨兩頭燒的情況。在主動告知後，對於資訊的流通及演變不是醫師可以掌握的，也缺乏保密與法律的豁免權。以上所述，往往都使醫師感到十分無力感。

3.主動告知存在不確定感

醫師於主動告知因教育訓練不足或過去沒有主動告知經驗，而對於如何告知醫療錯誤、如何分辨醫療錯誤與併發症、什麼樣的錯誤應該被告知(例如：跡近錯失與無傷害醫療錯誤是否需要主動告知)、病家的期望為何及如何符合期望等問題沒有一定準則可依循，因此存在許多不確定，讓醫師無所適從。

4.害怕或焦慮主動告知的負面結果

上述介紹三類阻礙較屬於心理層面，而主動告知醫療錯誤阻礙之中，最直接、最實際的阻礙即害怕或焦慮主動告知的負面結果。這部份阻礙又可分為三類，其一為害怕具體後果，包含訴訟、財務賠償、醫院罰則與執照被吊銷。其二為害怕無形後果，包括醫院名聲受損、自己名聲受損與感覺個人失敗。其三為病人對醫師影響，包括醫病關係惡化、病人對醫師失去信心、病人不理性抗爭影響日常作業。其中，台灣醫療糾紛抗爭文化較為激進，曾經出現抬棺抗議、砸雞蛋等不理性行為，造成醫師及醫院的困擾，對於醫師欲主動告知醫療錯誤造成很大的阻礙。

相關研究亦表示此類阻礙為最主要之阻礙，Garbutt 等人(2007)指出：「與同儕和病人討論醫療錯誤」和「主動向醫院通報醫療錯誤」，皆可能因畏懼訴訟以及關心他們在同儕和病人間的專業名聲而相對的減少。一篇關於主動告知文獻查證也指出：醫師會因擔心一旦病人知道錯誤，將會影響病人信任度、醫病關係及自己和醫院的形象，而試圖隱瞞(邱淑媿，2007)。而醫療糾紛環境(如：訴訟賠償和訴訟保險費)是一個向病人主動告知有害錯誤的主要阻礙(Gallagher et al., 2006b)。而實證研究方面，美國一篇針對 538 位醫師與醫學生研究中：醫師表示主動告知時會擔心之結果有：「負面病人與家屬反應

(87%)」、「訴訟(80%)」、「專業的處罰(58%)」、「同儕間名譽損失(61%)」、「來自同儕的責備(56%)」與「負面的名聲(45%)」(Kaldjian et al, 2007)。而國內研究亦指出：反對主動告知的原因，以害怕引起訴訟(61%)為主因(李元統，2007)。

表 2-5 主動告知阻礙分類表

主動告知阻礙	內容
態度	1. 醫療固有的沉默及期待完美之文化 2. 懷疑主動告知的好處
主動告知過程之無助感	1. 當醫療錯誤是系統失敗造成時，對環境缺乏控制能力 2. 必須獨自面對醫療錯誤與主動告知 3. 缺乏時間向病人主動告知錯誤告知 4. 主動告知後對於後續資訊發展無法掌握 5. 主動告知後缺乏保密及法律的豁免
主動告知存在不確定感	1. 如何主動告知醫療錯誤 2. 如何分辨醫療錯誤與併發症 3. 什麼樣的醫療錯誤應該被主動告知 4. 對於病人與家屬期待的資訊不了解
害怕或焦慮主動告知的負面結果	1. 法律或財務的責任 2. 專業的紀律 3. 醫師與醫院負面名聲 4. 感覺個人失敗 5. 病人與家屬生氣 6. 病人對醫師失去信心 7. 病人抗爭

Note. Form: Straumanis, (2007)

二、主動告知促進條件

抉擇是否要主動告知及致歉之際，除了受阻礙因素影響外，也受到某些促進條件的影響，例如：發生醫療錯誤時的情況(醫療錯誤嚴重度)、病人特質(社經地位)、醫病關係。病人與家屬是主動告知醫療錯誤之接受者，病家特質與反應影響醫師的決定。因此，主動告知的成效優劣同時受到醫院、醫師與病家三方面的影響，醫師考量是否主動告知時必須納入病人與家屬因素。

文獻中關於醫師角度的促進條件，美國一篇針對 59 位受訓醫師的內容分析中，指出：醫師相信良好的醫病關係較能避免法律行動 (Fischer et al, 2006)。許多文獻亦指出：醫師認為嚴重醫療錯誤比輕微醫療錯誤更應該主動告知 (Gallagher et al., 2006b; Kaldjian et al., 2007)。

關於病人、家屬角度的促進條件，可由邱淑媿(2007)以文獻回顧方式之整理結果來看：

由病人對醫療錯誤負面反應正相關之因素來看(表 2-6)，具有本身害怕遭遇醫療錯誤、年輕與非醫療人員特質者，對醫療錯誤有負面反應。狀態處於傷害有嚴重後果與錯誤嚴重度高，對醫療錯誤有負面反應。此外，當醫療錯誤發生時，應該迅速處理、全面溝通與致歉，將能避免病人負面反應。

由影響病人對訴訟反應之因素來看(表 2-7)，具有 30-64 歲、社經狀況中等、暫時或永久失能，與要求金錢賠償達顯著相關。其中年齡在 30-64 歲要求金錢賠償是年齡小於 30 或大於 64 者的 1.66 倍。而失能程度中，死亡相較暫時損傷 OR 為 0.13；永久失能相較暫時損傷 OR 為 1.75 (Bismark, Dauer, Paterson, & Studdert, 2006)。

由影響病人對主動告知反應之因素來看(表 2-8)，年輕族群(18-44 歲)對未主動告知負面反應較強烈。美國一篇對象為 499 位兒科急診父母指出：中度錯誤因主動告知而降低告訴的程度顯著比其他大，中度錯誤會降低告訴是輕微錯誤的 1.25 倍；嚴重錯誤會降低告訴是輕微的 0.74 倍。年紀較大以及男性因主動告知而降低告訴的程度顯著比其他大，但未達顯著 (Hobgood et al, 2005)。類似研究針對急診病人結果指出：中度錯誤因主動告知而降低告訴的程度顯著比其他大，中度錯誤會降低告訴是輕微錯誤的 1.16 倍；嚴重錯誤會降低告訴是輕

微的 0.71 倍。教育程度較低以及男性因主動告知而降低告訴的程度顯著比其他大，但未達顯著(Hobgood, Tamayo-Sarver, & Weiner, 2008)。

表 2-6 病人對醫療錯誤負面反應之因素

資訊來源	病人對醫療錯誤負面反應正相關之因素
瑞士 1,411 位出院病人 (Cleopas et al., 2006)	對錯誤未迅速反應處理、傷害有嚴重後果
美國 407 位被保險人 (Mazor et al., 2006)	傷害有嚴重後果
美國 958 位被保險人 (Mazor et al., 2004)	傷害有嚴重後果、錯誤嚴重度高
美國 149 位一般內科門診病人 (Witman, Park, & Hardin, 1996)	傷害較嚴重
德國 1071 位網路問卷名單 (Schwappach & Koeck, 2004)	傷害較嚴重、錯誤嚴重度高、未全面溝通、未致歉、本身害怕遭遇醫療錯誤、年輕、非醫療人員

資料來源：邱淑媿，(2007)

表 2-7 影響病人對訴訟反應之因素

資訊來源	影響病人對訴訟反應之因素
紐西蘭 592 件因過失請求金錢 賠償與 179 位訴求非金錢措施 (Bismark et al., 2006)	與要求金錢賠償有正相關：30-64 歲、社經 狀況中等、暫時或永久失能(與死亡相比)

資料來源：邱淑媿，(2007)

表 2-8 影響病人對主動告知反應之因素

資訊來源	影響病人對主動告知反應之因素
瑞士 1,411 位出院病人 (Cleopas et al., 2006)	年輕族群(18-44 歲)對未告知的負面反應顯 著比中、老年者強烈
美國 499 位兒科急診的父母 (Hobgood et al., 2005)	具有中度錯誤者、年紀較大以及男性者，對 於主動告知後降低訴訟程度較高，其中年紀 與性別未達統計顯著
美國 394 位急診病人 (Hobgood et al., 2008)	具有中度錯誤者、教育程度較低以及男性 者，對於主動告知後降低訴訟程度較高，其 中教育程度與性別未達統計顯著

資料來源：邱淑媿，(2007)

第五節 國外主動告知醫療錯誤之現況

一、主動告知之醫院政策

在美國醫療機構評鑑聯合委員會 (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 簡稱 JCAHO) 將不良事件的主動告知列入評鑑基準後, 2002 年美國一個全國性的調查發現: 54% 醫院指出遇到類似狀況會採取例行性主動告知, 但有建立相關政策的醫院僅有 36% (Lamb, Studdert, Bohmer, Berwick, & Brennan, 2003); 之後美國一項於 2002 至 2003 年針對六州的醫院領導人之研究則發現: 有高達 85% 醫院表示有主動告知非預期結果的相關政策 (Weissman et al., 2005)。根據這兩篇研究顯示主動告知醫療錯誤漸漸備受矚目。

二、醫師主動告知經驗

根據文獻中, 58% 醫師曾有主動告知嚴重錯誤的經驗, 而外科是內科 1.7 倍, 在曾經主動告知中 85% 醫師對於告知的對話過程感到滿意, 74% 醫師表示告知對醫病關係的影響是正面的或是沒有影響, 並有 74% 醫師表示在告知後覺得如釋重負 (Gallagher et al., 2006b)。另一篇文獻指出: 實際發生輕微醫療錯誤後有主動告知者佔 41%; 實際發生嚴重醫療錯誤後有主動告知者僅佔 5% (Kaldjian et al., 2007)。

三、主動告知及致歉意願

近來一份針對北美醫師的研究中, 更有高達 98% 醫師表示當發生傷害性的醫療錯誤時, 會對病人作某種程度的主動告知, 但會完整告知的僅 42%, 一半以上醫師 (56%) 選擇只作部份告知 (提到不良事件但不提醫療錯誤); 在致歉的部份, 僅 33% 醫師表示會完整地向病人致歉, 61% 醫師選擇只表達遺憾, 6% 醫師選擇不表達 (Gallagher et al., 2006a)。而另一篇研究指出: 發生輕微醫療錯誤可能會主動告知高達 97%; 而發生嚴重醫療錯誤可能會主動告知亦達 95% (Kaldjian et al.,

2007)。

四、醫師主動告知態度

Gallagher et al.(2006b)指出：醫師對於主動告知態度，64%同意醫療錯誤在健康照護是一個嚴重的問題，66%同意主動告知嚴重錯誤使訴訟可能降低，74%同意主動告知嚴重錯誤難以啟齒。而對於醫療錯誤應主動告知認同程度分別為：同意主動告知嚴重醫療錯誤者有98%，同意主動告知輕微醫療錯誤者78%，同意主動告知跡近錯失者有35%。

五、醫師對於假設性主動告知與實際性主動告知問題之差異

在美國的焦點團體討論中，醫師支持所有造成傷害的錯誤都要告知，但輕微、病人無法瞭解或病人不想知道的狀況除外，對跡近錯失則認為不必告知(Gallagher, Waterman, Ebers, Fraser, & Levinson, 2003)。醫師於假設性問題願意告知比例高達九成五(97%願意告知輕微醫療錯誤；93%願意告知嚴重醫療錯誤)，但實際發生過醫療錯誤且有告知者比例卻不到五成，尤其嚴重醫療錯誤僅5%(Kaldjian et al., 2007)。

六、醫師與病人對於主動告知態度之差異

根據 Kaiser Family Foundation 2002 年的調查，77%醫師贊成應要求醫師在發生可預防的醫療錯誤且造成病人嚴重傷害時要告訴病人，與同年大眾贊成的比率(89%)有統計顯著差異(Blendon, DesRoches, & Brodie, 2002)；英國眼科醫師贊成如果發生併發症都應該要告訴病人的僅有60%，亦顯著低於92%病人贊成的比率(Hingorani et al., 1999)。

國外研究比較手術室醫護人員及術後病人對主動告知看法指出：病人強烈期望被完整告知(包括發生什麼事、如何發生)，但醫護

人員傾向只告知發生什麼事(Espin, Levinson, Regehr, Baker, & Lingard, 2006)。一篇國內文獻查證關於主動告知相關研究後指出：醫師認為應該主動告知的比例較病人或一般大眾低，且醫師對於沒有明顯傷害的錯誤較傾向於不揭露，嚴重度越低傾向揭露比例隨之降低；在內容方面亦較有選擇性而非什麼都說，願意揭露事故的比率高於承認錯誤，較傾向部份揭露(邱淑媿，2007)。



第六節 文獻小結

目前浮現出的醫療錯誤只是冰山當中的一角，尚有許多醫療錯誤是未被告知的，因此，醫療中仍然存在許多糾紛、訴訟風險，而每一個糾紛、訴訟會造成醫院的負擔及醫療人員的壓力，所付出的直接與間接成本是相當龐大的。故醫院期望可以降低糾紛與訴訟的興訟案件，提昇病人就醫安全以減少醫療錯誤是一項可行方法，但是百一疏，當發生醫療錯誤時，仍希望可以將傷害降到最低。而根據研究，主動告知可有效減少訴訟案件、訴訟時程以及訴訟費用，除了醫院之外，病人及醫師都可透過主動告知得到效益，因而，許多先進國家紛紛制定相關政策以推行主動告知。

主動告知阻礙因素攸關政策的成敗。主動告知卻存在許多阻礙，其中因害怕或焦慮主動告知的負面結果為直接且具體，可視為主動告知的最大阻礙，因此，是本研究所著墨的重點之一。除了阻礙因素之外，醫師考慮主動告知時，是否存在某些促進條件使醫師傾向告知，這些促進條件包含病人及家屬層面，因主動告知不單純是醫療服務提供者單方面的認知造成，病人與家屬是主動告知醫療錯誤之接受者，因此，病人與家屬因素亦是影響醫師考量是否主動告知的重點。

影響醫師決定是否主動告知醫療錯誤之因素甚多，而且因素之間關係錯綜複雜地影響醫師。根據以上文獻，以及參考研究目的，最終，本研究欲探討醫師主動告知阻礙因素與促進條件對告知及致歉意願之影響。

第三章 研究方法

本章共分為六節，第一節說明本研究之架構，第二節提出研究假設，第三節敘述研究的對象與進行方式，第四節說明研究工具，第五節說明各變項的操作型定義，第六節說明本研究之資料處理與分析方法。

第一節 研究架構

本研究根據文獻中探討關於影響醫師主動告知醫療錯誤意願之影響因子(例如：態度、經驗、個人特質…等)及詢問醫師對於告知意願的想法，並配合本研究目的提出研究架構(圖 3-1)。但本研究著重於醫師對於主動告知阻礙因素與促進條件影響醫師主動告知的意願，故將醫師經驗、醫師特質與醫師所屬醫院特質三項列為控制變項，醫師主動告知阻礙因素與促進條件兩者為自變項，醫師主動告知及致歉意願為依變項。控制變項中醫師經驗(包括醫療錯誤經驗、主動告知經驗、醫療訴訟經驗)、醫師特質(包括科別、職等、性別、宗教信仰)與醫師所屬醫院特質(包括權屬別、層級別)皆可能影響醫師告知的意願。

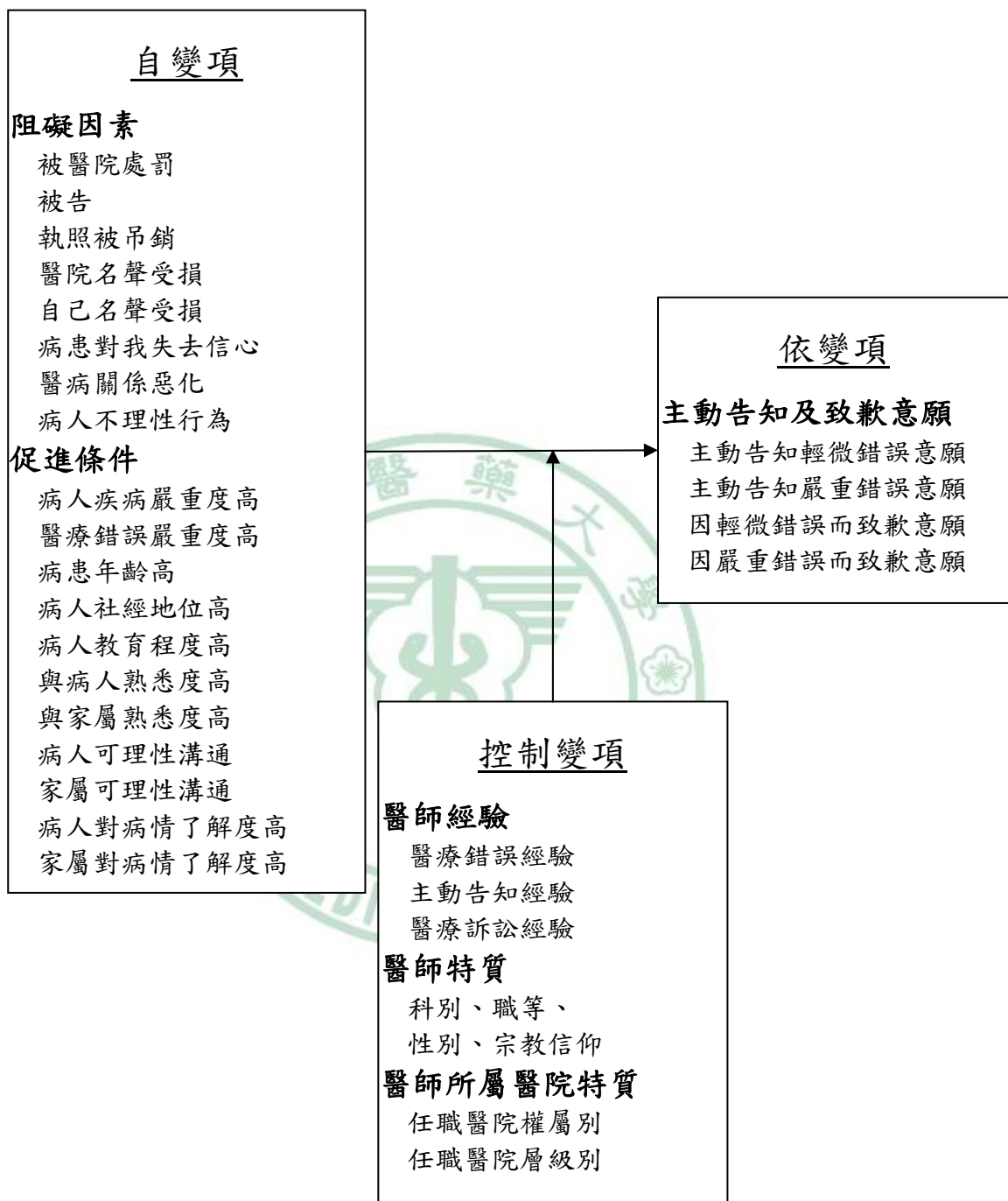


圖 3-1 研究架構

第二節 研究假設

針對影響醫師主動告知及致歉意願之相關因素，提出以下假設：

- 1.在控制醫師經驗、醫師特質與醫院特質下，主動告知醫療錯誤之阻礙程度越高之醫師越不會主動告知及致歉醫療錯誤。
- 2.在控制醫師經驗、醫師特質與醫院特質下，主動告知醫療錯誤之促進程度越高之醫師越會主動告知及致歉醫療錯誤。



第三節 研究對象與進行方式

一、研究對象

本研究之研究對象為六家醫院之醫師，醫師包含主治醫師與住院醫師。因研究經費與時間有限，先依醫院權屬與醫院層級分層立意取樣六家醫院，各家醫院採抽取量以單位大小成比例(probability proportional to size, PPS)方式，依各院的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%調至 50%較能代表該醫院，最終發放 510 份。各醫院發放份數統計如下表(表 3-1)：

表 3-1 問卷發放比例與份數

醫院特質	醫師數	醫師數%	預計份數	調整後
公立醫學中心	584	39%	195	195
公立區域醫院	139	9%	45	45
公立地區醫院	38	3%	13	19
非公立醫學中心	581	39%	195	195
非公立區域醫院	119	8%	40	40
非公立地區醫院	33	2%	12	16
總計	1494	100%	500	510

二、進行方式

預計發放問卷兩個月，各醫院遴選一位負責人協助，並期望控制主治醫師與住院醫師發放比例各 50%，內科與外科發放比例亦各 50%。此外，為了提高問卷回收率每份問卷附上百元禮卷。

第四節 研究工具

一、問卷設計

針對研究目的及研究架構，以文獻蒐集與專家經驗為基礎自行設計結構式問卷進行研究。問卷設計時，因為議題較為敏感，「揭露」一詞以「告知」代替，且主詞盡量以第三人稱而非第一人稱。問卷採匿名式填答，且問卷內容經附設醫院 IRB 審核通過(問卷詳見附錄)。

為了使受訪者對醫療錯誤有共同的認知，在問卷第一頁針對醫療錯誤下定義：「跡近錯失」：錯誤本來要發生，但因為運氣好或即時的介入而未發生。「輕微醫療錯誤」：錯誤造成傷害但不會永久且不會有生命威脅。「嚴重醫療錯誤」：錯誤造成永久傷害(甚至死亡)或短暫的生命威脅傷害。

1. 自變項

A. 醫師主動告知阻礙因素

此部分詢問醫師發生醫療錯誤之後，面臨是否主動告知之際，醫師所擔心的因素，包括「擔心被醫院處罰」、「擔心被告」、「擔心執照被吊銷」、「擔心醫院名聲受損」、「擔心自己在業界名聲受損」、「擔心病患對我失去信心」、「擔心醫病關係惡化」及「擔心病人不理性行為影響日常作業」，共八題，醫師會因為擔心這些因素而降低主動告知的同意程度。因為此類問題較為敏感，本研究期望測出醫師較精確的想法，若採用李克特五量表(Likert's Scale)可能填答呈現極為集中之趨勢，因此，將衡量尺度拉大至 11 等級的數字評估量表(0 為最不同意，5 為中間值，10 為最同意)，分數越高代表阻礙程度越高。

B. 醫師主動告知促進條件

此部分詢問醫師發生醫療錯誤之後，面臨是否主動告知之際，能夠促進醫師主動告知的條件，包括「病人病情嚴重度高」、「醫療錯誤

嚴重度高」、「病人年齡高」、「病人社經地位高」、「病人教育程度高」、「與病人熟悉度高」、「與家屬熟悉度高」、「病人可理性溝通」、「家屬可理性溝通」、「病人對病情的了解度高」及「家屬對病情的了解度高」，共 11 題，醫師會因為這些促進條件而增加主動告知的同意程度。與阻礙因素理由相同，將衡量尺度拉大至 11 等級的數字評估量表(0 為最不同意，5 為中間值，10 為最同意)，分數越高代表促進程度越高。

2. 依變項

依變項為醫師對於主動告知及致歉醫療錯誤之意願，主要是詢問醫師在發生醫療錯誤後採取主動告知、致歉的可能性高低。此部分以李克特量表的方式，分為一定會(4)、可能會(3)、可能不會(2)、一定不會(1)，分數越高表示傾向主動告知及致歉意願越高。

3. 控制變項

本研究控制變項可分為三部分，第一部份為醫師經驗，包括醫師發生醫療錯誤經驗、主動告知經驗與醫療訴訟經驗；第二部份為醫師特質，包括醫師的科別、職等、性別與宗教信仰；第三部份為醫師所屬醫院特質，包括醫院權屬別與層級別。其中醫院權屬別代表不同的醫院文化，對於醫師主動告知醫療錯誤意願或有影響，而醫院層級別代表教學訓練、臨床討論會及醫療資源的差異。至於醫師特性變項的選取，則參考林彥克(1997)整理學者關於醫師社會角色及行為的影響因子後扣除相關性高者。

二、問卷內容效度

本研究效度檢測採用專家效度作效度測量，邀請國內病人安全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進行評分(-2 表示非常不適切、-1 表示不適切、1 表示適切、2 表示非常

適切)，此外，請專家檢視文字描述是否需要修正及若有未周延之處請提供意見。專家效度的測量通常藉由 CVI (content validity index) 的計算與分析來驗證效度，計算各題專家給予 1、2 之比例(將四點尺度二分為適切與不適切，-1 或-2 視為不適切)為 I-CVI，5-10 位專家時，I-CVI 必須大於 0.78，而平均 I-CVI 為量表 CVI。本問卷因專家建議刪除跡近錯失之題項，刪除後本問卷 I-CVI 通過率為 100%；CVI 為 0.88。

三、問卷內容信度

本研究採內部一致性信度分析(Internal consistency) Cronbach's α 作為問卷信度鑑定，Cronbach's α 值越高表示內部一致性越高。本研究之前測與正式施測 Cronbach's α 係數的內部一致性信度檢測結果(表 3-2)各構面分別為「主動告知阻礙因素」前測為 0.90；正式施測為 0.94、「主動告知促進因素」前測為 0.95；正式施測為 0.94、「主動告知意願」前測為 0.87；正式施測為 0.82。主動告知意願中，分別詢問輕微醫療錯誤與嚴重醫療錯誤，本屬不同內涵，故內部一致性稍低。

表 3-2 信度分析結果

構面	題數	前測信度	正式施測信度
主動告知阻礙因素	8	0.90	0.94
主動告知促進條件	11	0.95	0.94
主動告知及致歉意願	4	0.87	0.82

第五節 變項操作型定義

本研究對醫師進行主動告知醫療錯誤之阻礙因素、促進條件與意願之調查，希望藉由調查探討主動告知醫療錯誤之阻礙因素、促進條件對告知及致歉意願之影響，其研究變項及操作型定義如下呈現(表 3-3)：

表 3-3 研究變項及操作型定義

變項名稱	尺度	操作型定義
自變項 阻礙因素		
擔心「被醫院處罰」 而降低主動告知意願	連續	0 為最不同意, 5 為中間值, 10 為最同意
擔心「被告」 而降低主動告知意願	連續	0 為最不同意, 5 為中間值, 10 為最同意
擔心「執照被吊銷」 而降低主動告知意願	連續	0 為最不同意, 5 為中間值, 10 為最同意
擔心「醫院名聲受損」 而降低主動告知意願	連續	0 為最不同意, 5 為中間值, 10 為最同意
擔心「自己在業界名聲受損」 而降低主動告知意願	連續	0 為最不同意, 5 為中間值, 10 為最同意
擔心「病患對我失去信心」 而降低主動告知意願	連續	0 為最不同意, 5 為中間值, 10 為最同意
擔心「醫病關係惡化」 而降低主動告知意願	連續	0 為最不同意, 5 為中間值, 10 為最同意
擔心「病人不理性的行為會影響日常作業」 而降低主動告知意願	連續	0 為最不同意, 5 為中間值, 10 為最同意
自變項 促進條件		
「病人疾病嚴重度高」時， 會傾向主動告知	連續	0 為最不同意, 5 為中間值, 10 為最同意
「醫療錯誤嚴重度高」時， 會傾向主動告知	連續	0 為最不同意, 5 為中間值, 10 為最同意
「病患年齡高」時， 會傾向主動告知	連續	0 為最不同意, 5 為中間值, 10 為最同意
「病人社經地位高」時， 會傾向主動告知	連續	0 為最不同意, 5 為中間值, 10 為最同意
「病人教育程度高」時， 會傾向主動告知	連續	0 為最不同意, 5 為中間值, 10 為最同意
「與病人的熟悉度高」時， 會傾向主動告知	連續	0 為最不同意, 5 為中間值, 10 為最同意
「與家屬的熟悉度高」時， 會傾向主動告知	連續	0 為最不同意, 5 為中間值, 10 為最同意

表 3-3 研究變項及操作型定義(續)

變項名稱	尺度	操作型定義
自變項 促進條件		
「病人可理性溝通」時， 會傾向主動告知	連續	0 為最不同意，5 為中間值， 10 為最同意
「家屬可理性溝通」時， 會傾向主動告知	連續	0 為最不同意，5 為中間值， 10 為最同意
「病人對病情的了解度高」時， 會傾向主動告知	連續	0 為最不同意，5 為中間值， 10 為最同意
「家屬對病情的了解度高」時， 會傾向主動告知	連續	0 為最不同意，5 為中間值， 10 為最同意
依變項 主動告知及致歉醫療錯誤意願		
主動告知因我造成的「輕微醫療錯誤」	序位	不會(1)、會(2)
主動告知因我造成的「嚴重醫療錯誤」	序位	不會(1)、會(2)
就我造成的「輕微醫療錯誤」主動致歉	序位	不會(1)、會(2)
就我造成的「嚴重醫療錯誤」主動致歉	序位	不會(1)、會(2)
控制變項		
醫療錯誤經驗	類別	無經驗(1)、有經驗(2)
主動告知經驗	類別	無經驗(1)、有經驗(2)
醫療訴訟經驗	類別	無經驗(1)、有經驗(2)
醫師性別	類別	男(1)、女(2)
醫師科別	類別	內科體系(1)、外科體系(2)、 其他(3)
醫師職等	類別	住院醫師(1)、主治醫師(2)
宗教信仰	類別	無信仰(1)、有信仰(2)
醫院權屬	類別	公立(1)、非公立(2)
醫院層級	類別	醫學中心(1)、區域醫院(2)、 地區醫院(3)

第六節 分析方法

利用 Spss12.0 版統計軟體進行輸入資料及資料相關統計分析，應用分析如下：

一、描述性統計

利用百分比描述個人基本資料，此外，對主動告知阻礙因素、促進條件、告知及致歉意願等部份以平均值、標準差、排序、百分比呈現資料分佈之集中與分散情形。

二、雙變項分析

本研究雙變項分析可分為三部分，首先，利用皮爾森積差相關(Pearson correlation) 分析連續變項間相關性，若相關高達 0.9 以上表示為高度相關，則將變項進行合併。其次，探討自變項與依變項在控制變項間的差異，自變項(連續尺度)上利用 t 檢定(t -test)或變異數分析(ANOVA)作類別變項間的差異性分析，當變異數分析達顯著水準之變項再利用薛費事後檢定法(Scheffe test)進行分析；依變項(序位尺度)上，利用卡方分析作類別變項間的差異性分析。最後，進行簡單迴歸分析，由一個自變項(阻礙因素、促進條件)，來預測一個依變項(告知及致歉意願)。

三、多變項分析

因本研究目的為找出主要造成醫師主動告知阻礙因素及促進條件，因此不將自變項加總來進行分析，又因自變項間相關性高若同時進入邏輯斯迴歸分析中會相互影響，故依照簡單邏輯斯方式再以階層方式加入控制變項，也就是說，在加入控制變項後，由一個自變項(阻礙因素、促進條件)，來預測一個依變項(告知及致歉意願)。

第四章 研究結果

本章共分為三節，第一節為描述性分析的結果，第二節為雙變項分析的結果，第三節為多變項分析的結果。

第一節 描述性分析

一、問卷回收情形

本問卷共發放六家醫院，問卷於民國九十七年九月發放，總共發出 510 份，至民國九十七年十一月止，共回收 482 份。扣除邏輯錯誤(例如：無醫療錯誤經驗卻有告知醫療錯誤經驗者)、有遺漏值、自變項皆填答相同答案者，有效問卷為 423 份，有效樣本回收率為 82.9%。六家醫院各自發放問卷數、回收問卷數以及有效樣本回收率如表 4-1 所示，有效樣本回收率皆在 75%以上。

表 4-1 各家醫院問卷發放及回收情形

醫院特質	發放數	回收數	有效樣本	有效樣本回收率
公立醫學中心	195	188	164	84.1%
公立區域醫院	45	45	40	88.9%
公立地區醫院	19	19	18	94.7%
非公立醫學中心	195	175	152	77.9%
非公立區域醫院	40	39	37	92.5%
非公立地區醫院	16	16	12	75.0%
總計	510	482	423	82.9%

二、回收樣本之描述性統計分析

1. 回收樣本的基本資料(表 4-2)

回收之有效樣本中，基本資料可分為三部份，分別為醫師經驗、醫師特質與醫師所屬之醫院特質。

首先是醫師經驗部份，僅 53 人(12.5%)從未發生過醫療錯誤，134 人(31.7%)從未告知過醫療錯誤，高達 356 人(84.2%)未發生過醫療訴訟。其次為醫師特質部份，當中以男性占較多數(83.0%)，宗教信仰

中無信仰者超過半數(57.0%)。而科別當中，內科系有 204 人(48.2%)、外科系有 187(44.2%)、其他科系僅有 32 人(7.6%)。而職等部份，住院醫師有 184 人(43.5%)，主治醫師有 239 人(56.5%)。最後為醫師所屬之醫院特質部份，其中任職於公立醫院之醫師有 222 人(52.5%)，任職於醫學中心之醫師有 316 人(74.7%)為最大宗，任職於區域醫院之醫師有 77 人(18.2%)，任職於地區醫院之醫師有 30 人(7.1%)。

基本資料在內外科間，除了訴訟經驗之外其餘皆無顯著差異，訴訟經驗外科高於內科(表 4-3)。基本資料在醫院間，除了宗教信仰與職等之外皆無顯著差異，住院醫師比例依醫院層級提高而增加(表 4-4)。

表 4-2 回收樣本基本資料(N=423)

變項名稱	No (%)
醫師經驗	
錯誤經驗-無經驗	53 (12.5)
告知經驗-無經驗	134 (31.7)
訴訟經驗-無經驗	356 (84.2)
醫師特質	
性別-男性	351 (83.0)
宗教-無信仰	241 (57.0)
科別-內科系	204 (48.2)
-外科系	187 (44.2)
-其他科系	32 (7.6)
職等-住院醫師	184 (43.5)
醫師所屬醫院特質	
醫院權屬-公立	222 (52.5)
醫院層級-醫學中心	316 (74.7)
-區域醫院	77 (18.2)
-地區醫院	30 (7.1)

表 4-3 基本特性在內、外科間差異情形(N=391)

	內科	外科	χ^2 值
	(N=204)	(N=187)	
	No (%)	No (%)	
男性	165 (80.9)	163 (87.2)	2.850
無宗教信仰	113 (55.4)	104 (55.6)	0.002
醫院權屬-公立	98 (48.0)	100 (53.5)	1.154
醫院層級			3.304
醫學中心	156 (76.5)	140 (74.9)	
區域醫院	31 (15.2)	38 (20.3)	
地區醫院	17 (08.3)	9 (04.8)	
有醫療錯誤經驗	182 (89.2)	160 (85.6)	1.189
有主動告知經驗	143 (70.1)	124 (66.3)	0.646
有訴訟經驗	22 (10.8)	38 (20.3)	6.830*

註一統計方法：卡方分析

顯著標記：* <0.05 , ** <0.01 , *** <0.001

表 4-4 基本特性在醫院間差異情形(N=423)

	公立			非公立			χ^2 值
	中心	區域	地區	中心	區域	地區	
	No(%)	No(%)	No(%)	No(%)	No(%)	No(%)	
男性	134(81.7)	31(77.5)	12(100)	124(81.6)	35(94.6)	15(83.3)	7.342
無宗教信仰	101(61.6)	24(60.0)	3(25.0)	84(55.3)	14(37.8)	15(83.3)	17.387*
科別							17.420
內科	75(45.7)	14(35.0)	8(66.7)	81(53.3)	17(45.9)	9(50.0)	
外科	75(45.7)	20(50.0)	4(33.3)	65(42.8)	18(48.6)	5(27.8)	
其他	14(08.5)	6(15.0)	0(0)	6(03.9)	2(05.4)	4(22.2)	
住院醫師	95(57.9)	15(37.5)	0(0)	72(47.4)	2(11.1)	0(0)	60.809***
有錯誤經驗	144(87.8)	36(90.0)	12(100)	129(84.9)	35(94.6)	14(77.8)	5.482
有告知經驗	111(67.7)	30(75.0)	11(91.7)	97(63.8)	28(75.7)	12(66.7)	6.067
有訴訟經驗	22(13.4)	4(10.0)	3(25.0)	26(17.1)	8(21.6)	4(22.2)	4.653

註一統計方法：卡方分析

顯著標記：* <0.05 , ** <0.01 , *** <0.001

2. 主動告知醫療錯誤阻礙因素(表 4-5)

主動告知醫療錯誤之阻礙因素中，阻礙程度由高至低分別為：「擔

心被告」(6.58)、「擔心執照被吊銷」(6.24)、「擔心病人不理性行為」(6.09)、「擔心醫病關係惡化」(5.49)、「擔心自己名聲受損」(5.36)、「擔心病患對我失去信心」(5.29)、「擔心被醫院處罰」(4.81)、「擔心醫院名聲受損」(4.76)。其中，「擔心被醫院處罰」與「擔心醫院名聲受損」小於中間值 5，利用單一樣本 t 檢定，發現此兩因素與中間值 5 相較未達顯著，表示醫師在主動告知醫療錯誤時，不受「擔心被醫院處罰」以及「擔心醫院名聲受損」兩項因素影響。

3. 主動告知醫療錯誤促進條件(表 4-6)

主動告知醫療錯誤之促進條件中，傾向告知程度由高到低分別為：「病人可理性溝通時」(7.31)、「家屬可理性溝通時」(7.28)、「病人對病情了解度高時」(7.17)、「家屬對病情了解度高時」(7.12)、「與家屬熟悉度高時」(6.88)、「與病人熟悉度高時」(6.82)、「病人疾病嚴重度高時」(5.87)、「醫療錯誤嚴重度高時」(5.83)、「病人教育程度高時」(5.70)、「病人社經地位高時」(5.37)、「病人年齡高時」(5.21)。利用單一樣本 t 檢定，發現「病人年齡高時」與中間值 5 相較未達顯著，表示醫師在抉擇主動告知之際不受「病人年齡」影響。

4. 主動告知及致歉意願(表 4-7)

醫師對於主動告知醫療錯誤的意願可分為「主動告知輕微醫療錯誤」與「主動告知嚴重醫療錯誤」，輕微醫療錯誤中，僅 70(16.5%) 人一定會主動告知，七成(296 人)可能會主動告知，而 57(13.5%) 人可能不會或一定不會主動告知。嚴重醫療錯誤中，僅 52(12.3%) 人一定會主動告知，近六成(243 人)可能會主動告知，而 1/4(109 人)可能不會主動告知，19(4.5%) 人一定不會主動告知。

醫師對於主動致歉醫療錯誤的意願可分為「主動致歉輕微醫療錯誤」與「主動致歉嚴重醫療錯誤」，輕微醫療錯誤中，1/4(106 人)一

定會主動致歉，六成(260 人)可能會主動致歉，而 57(13.5)人可能不會或一定不會主動致歉。嚴重醫療錯誤中，93(22%)人一定會主動致歉，241(57%)可能會主動致歉，而 89(21%)人可能不會或一定不會主動致歉。

表 4-5 主動告知醫療錯誤阻礙之平均值及標準差(N=423)

	全體	t 值
	Mean (SD)	
擔心被告而降低告知	6.58 (2.89)	11.265***
擔心執照被吊銷而降低告知	6.24 (3.10)	8.213***
擔心病人不理性行為而降低告知	6.09 (2.83)	7.945***
擔心醫病關係惡化而降低告知	5.49 (2.79)	3.585***
擔心自己名聲受損而降低告知	5.36 (2.89)	2.572*
擔心病患對我失去信心而降低告知	5.29 (2.83)	2.117*
擔心被醫院處罰而降低告知	4.81 (2.98)	-1.311
擔心醫院名聲受損而降低告知	4.76 (2.87)	-1.692

註—計分方法：0-10 分

統計方法：t-test

顯著標記：* <0.05 , ** <0.01 , *** <0.001

表 4-6 主動告知醫療錯誤促進條件之平均值及標準差(N=423)

	全體	t 值
	Mean (SD)	
病人可理性溝通時會傾向告知	7.31 (2.26)	20.965***
家屬可理性溝通時會傾向告知	7.28 (2.26)	20.693***
病人對病情了解度高時會傾向告知	7.17 (2.26)	19.767***
家屬對病情了解度高時會傾向告知	7.12 (2.27)	19.229***
與家屬熟悉度高時會傾向告知	6.88 (2.35)	16.501***
與病人熟悉度高時會傾向告知	6.82 (2.36)	15.852***
病人疾病嚴重度高時會傾向告知	5.87 (2.63)	6.850***
醫療錯誤嚴重度高時會傾向告知	5.83 (2.62)	6.474***
病人教育程度時會傾向告知	5.70 (2.64)	5.471***
病人社經地會高時會傾向告知	5.37 (2.56)	3.004**
病人年齡高時會傾向告知	5.21 (2.50)	1.279

註—計分方法：0-10 分

統計方法：t-test

顯著標記：* <0.05 , ** <0.01 , *** <0.001

表 4-7 主動告知及致歉醫療錯誤意願之個數與百分比(N=423)

	一定不會	可能不會	可能會	一定會
	No (%)	No (%)	No (%)	No (%)
將來會主動告知因我造成的				
輕微醫療錯誤	8(1.9)	49(11.6)	296(70.0)	70(16.5)
嚴重醫療錯誤	19(4.5)	109(25.8)	243(57.4)	52(12.3)
將來會主動致歉因我造成的				
輕微醫療錯誤	11(2.6)	46(10.9)	260(61.5)	106(25.1)
嚴重醫療錯誤	15(3.5)	74(17.5)	241(57.0)	93(22.0)

第二節 雙變項分析

在雙變項分析前，檢視自變項間之相關程度，當高度相關時($r>0.9$)，則兩者平均合併為一組，以利後續分析與推論。

由表 4-8 所示，在主動告知醫療錯誤之阻礙因素沒有相關係數高於 0.9，故不將其合併。而根據表 4-9 所示，「與病人熟悉度高」與「與家屬熟悉度高」相關達 0.945、「病人可理性溝通」與「家屬可理性溝通」相關達 0.953、「病人對病情了解度高」與「家屬對病情了解度高」相關高達 0.973，將此三組平均後之相關如表 4-10 所示。

一、主動告知醫療錯誤阻礙因素(表 4-11~表 4-14)

本小節利用獨立樣本 t 檢定與 one-way ANOVA 探討主動告知醫療錯誤阻礙因素在控制變項間之差異。

在醫師經驗上，有無醫療錯誤經驗間，有醫療錯誤經驗者在「擔心被告」之阻礙程度較無醫療錯誤經驗者高($t = -2.682$)。有無告知經驗與有無訴訟經驗在，在主動告知醫療錯誤阻礙因素無差異。

在醫師特質上，有無宗教信仰間，有宗教信仰者在「擔心醫院名聲」之阻礙程度較無宗教信仰者高($t = -2.059$)。在性別上，主動告知醫療錯誤阻礙因素無差異。內科與外科間經過薛費事後檢定(Scheffe test)，醫師屬於內科體系者在「擔心被醫院處罰」($F = 3.844$)、「擔心被告」($F = 6.007$)，此兩項之阻礙程度較屬於外科體系者高。住院醫師與主治醫師間，主治醫師在「擔心執照被吊銷」($t = -2.125$)、「擔心醫院名聲受損」($t = -2.108$)及「擔心病人不理性行為」($t = -3.586$)，此三項之阻礙程度較住院醫師高。

在醫師所屬醫院權屬上，公立醫院醫師在「擔心醫病關係惡化」之阻礙程度較醫師所屬於非公立醫院者高($t = 2.025$)。在醫院層級間，主動告知醫療錯誤阻礙因素無差異。

二、主動告知醫療錯誤促進條件(表 4-15~表 4-18)

本小節利用獨立樣本 t 檢定與 one-way ANOVA 探討主動告知醫療錯誤促進條件在控制變項間之差異。

在醫師的告知經驗上，有告知經驗者在「病人疾病嚴重度高時」($t = -2.126$)、「病人及家屬可理性溝通時」($t = -2.282$)及「病人及家屬對病情了解度高時」($t = -2.141$)，較無告知經驗者傾向主動告知。在訴訟經驗的有無上，無訴訟經驗者在「病人疾病嚴重度高時」($t = 2.890$)、「病人年齡高時」($t = 2.738$)及「病人及家屬可理性溝通時」($t = 2.377$)，較有訴訟經驗者傾向主動告知。有無醫療錯誤經驗在主動告知醫療錯誤促進條件上無差異。

在醫師特質上，在性別間及宗教信仰上，主動告知醫療錯誤促進條件上無差異。內科與外科間，主動告知醫療錯誤促進條件上無差異。在住院醫師與主治醫師間，住院醫師在「病人年齡高時」較主治醫師傾向主動告知($t = 2.432$)。

在醫師所屬醫院權屬上，公立醫院醫師在「與病人及家屬熟悉度高時」($t = 2.972$)、「病人及家屬可理性溝通時」($t = 2.368$)及「病人及家屬對病情了解度高時」($t = 2.329$)，較非公立醫院醫師傾向主動告知。醫院層級間經過薛費事後檢定(Scheffe test)，醫師所屬於醫學中心者在「醫療錯誤嚴重度高時」，較醫師所屬於區域醫院者傾向主動告知($F = 0.839$)。

三、主動告知及致歉意願

本小節首先利用卡方分析探討主動告知及致歉意願在控制變項間之差異。其次，以主動告知阻礙因素及促進條件為自變項，主動告知及致歉意願二分法(會 vs 不會)後，將其視為依變項，利用簡單邏輯斯分析探討主動告知及致歉意願之相關因素。

1. 主動告知及致歉意願與控制變項(表 4-19)

A.主動告知醫療錯誤

在「主動告知輕微醫療錯誤」中，有告知經驗者較無告知經驗者有較高之告知意願($\chi^2=15.695$)，醫師為內科體系者較外科體系者有較高之告知意願($\chi^2=14.170$)。其餘變項(醫師經驗中的醫療錯誤經驗與訴訟經驗、醫師特質中的性別、宗教信仰與職等、醫師所屬醫院特質中的醫院權屬與醫院層級)在主動告知輕微醫療錯誤中皆無存在差異。

在「主動告知嚴重醫療錯誤」中，所有變項(醫師經驗中的醫療錯誤經驗、告知經驗與訴訟經驗、醫師特質中的性別、宗教信仰、科別與職等、醫師所屬醫院特質中的醫院權屬與醫院層級)在主動告知嚴重醫療錯誤中皆無存在差異。

B.主動致歉醫療錯誤

在「主動致歉輕微醫療錯誤」中，有告知經驗者較無告知經驗者有較高之致歉意願($\chi^2=30.162$)，醫師為內科體系者較外科體系者有較高之致歉意願($\chi^2=9.386$)。其餘變項(醫師經驗中的醫療錯誤經驗與訴訟經驗、醫師特質中的性別、宗教信仰與職等、醫師所屬醫院特質中的醫院權屬與醫院層級)在主動致歉輕微醫療錯誤中皆無存在差異。

在「主動致歉嚴重醫療錯誤」中，有告知經驗者較無告知經驗者有較高之致歉意願($\chi^2=12.532$)。其餘變項(醫師經驗中的醫療錯誤經驗與訴訟經驗、醫師特質中的性別、宗教信仰、科別與職等、醫師所屬醫院特質中的醫院權屬與醫院層級)在主動致歉嚴重醫療錯誤中皆無存在差異。

2. 主動告知及致歉意願與自變項(表 4-20)

A.主動告知醫療錯誤

在「主動告知輕微醫療錯誤」中，主動告知醫療錯誤阻礙因素僅

有「擔心醫院名聲受損」達顯著意義，「擔心醫院名聲受損」每增加一分，會主動告知醫療錯誤是不會主動告知的 0.88 倍，也就是說，「擔心醫院名聲受損」每增加一分，主動告知輕微醫療錯誤意願會減少 12%，換言之，越擔心醫院名聲受損者越不會主動告知輕微醫療錯誤。主動告知醫療錯誤促進條件有七項條件達顯著意義，「醫療錯誤嚴重度高」每增加一分，會主動告知醫療錯誤是不會主動告知的 1.13 倍，也就是說，「醫療錯誤嚴重度」每增加一分，主動告知輕微醫療錯誤意願會增加 13%，換言之，「醫療錯誤嚴重度」越高越會主動告知輕微醫療錯誤；「病人年齡高」每增加一分，會主動告知醫療錯誤是不會主動告知的 1.18 倍；「病人社經地位高」每增加一分，會主動告知醫療錯誤是不會主動告知的 1.18 倍；「病人教育程度高」每增加一分，會主動告知醫療錯誤是不會主動告知的 1.26 倍；「與病人及家屬熟悉度高」每增加一分，會主動告知醫療錯誤是不會主動告知的 1.33 倍；「病人及家屬可理性溝通」每增加一分，會主動告知醫療錯誤是不會主動告知的 1.29 倍；「病人及家屬對病情了解度高」每增加一分，會主動告知醫療錯誤是不會主動告知的 1.29 倍。

在「主動告知嚴重醫療錯誤」中，主動告知醫療錯誤阻礙因素有六項因素達顯著意義，「擔心被告」每增加一分，會主動告知醫療錯誤是不會主動告知的 0.85 倍，也就是說，「擔心被告」每增加一分，主動告知嚴重醫療錯誤意願會減少 15%，換言之，越擔心被告者越不會主動告知嚴重醫療錯誤；「擔心執照被吊銷」每增加一分，會主動告知醫療錯誤是不會主動告知的 0.89 倍；「擔心自己名聲受損」每增加一分，會主動告知醫療錯誤是不會主動告知的 0.89 倍；「擔心病患對我失去信心」每增加一分，會主動告知醫療錯誤是不會主動告知的 0.91 倍；「擔心醫病關係惡化」每增加一分，會主動告知醫療錯誤是

不會主動告知的 0.88 倍；「擔心病人不理性行為」每增加一分，會主動告知醫療錯誤是不會主動告知的 0.86 倍。所有主動告知醫療錯誤促進條件皆顯著意義，「病人疾病嚴重度高」每增加一分，會主動告知醫療錯誤是不會主動告知的 1.23 倍，也就是說，「病人疾病嚴重度」每增加一分，主動告知嚴重醫療錯誤意願會增加 23%，換言之，病人疾病嚴重度越高越會主動告知嚴重醫療錯誤；「醫療錯誤嚴重度高」每增加一分，會主動告知醫療錯誤是不會主動告知的 1.28 倍；「病人年齡高」每增加一分，會主動告知醫療錯誤是不會主動告知的 1.14 倍；「病人社經地位高」每增加一分，會主動告知醫療錯誤是不會主動告知的 1.24 倍；「病人教育程度高」每增加一分，會主動告知醫療錯誤是不會主動告知的 1.23 倍；「與病人及家屬熟悉度高」每增加一分，會主動告知醫療錯誤是不會主動告知的 1.17 倍；「病人及家屬可理性溝通」每增加一分，會主動告知醫療錯誤是不會主動告知的 1.18 倍；「病人及家屬對病情了解度高」每增加一分，會主動告知醫療錯誤是不會主動告知的 1.20 倍。

B.主動致歉醫療錯誤

在「主動致歉輕微醫療錯誤」中，所有主動告知醫療錯誤阻礙因素皆無顯著意義。主動告知醫療錯誤促進條件有七項條件達顯著意義，「病人疾病嚴重度高」每增加一分，會主動致歉醫療錯誤是不會主動致歉的 1.11 倍，也就是說，「病人疾病嚴重度」每增加一分，主動致歉輕微醫療錯誤意願會增加 11%，換言之，病人疾病嚴重度越高越會主動致歉輕微醫療錯誤；「病人年齡高」每增加一分，會主動致歉醫療錯誤是不會主動致歉的 1.13 倍；「病人社經地位高」每增加一分，會主動致歉醫療錯誤是不會主動致歉的 1.18 倍；「病人教育程度高」每增加一分，會主動致歉醫療錯誤是不會主動致歉的 1.20 倍；「與

病人及家屬熟悉度高」每增加一分，會主動致歉醫療錯誤是不會主動致歉的 1.24 倍；「病人及家屬可理性溝通」每增加一分，會主動致歉醫療錯誤是不會主動致歉的 1.31 倍；「病人及家屬對病情了解度高」每增加一分，會主動致歉醫療錯誤是不會主動致歉的 1.27 倍。

在「主動致歉嚴重醫療錯誤」中，主動告知醫療錯誤阻礙因素有五項因素達顯著意義，「擔心被告」每增加一分，會主動致歉醫療錯誤是不會主動致歉的 0.88 倍，也就是說，「擔心被告」每增加一分，主動致歉嚴重醫療錯誤意願會減少 12%，換言之，越擔心被告者越不會主動致歉嚴重醫療錯誤；「擔心自己名聲受損」每增加一分，會主動致歉醫療錯誤是不會主動致歉的 0.91 倍；「擔心病患對我失去信心」每增加一分，會主動致歉醫療錯誤是不會主動致歉的 0.90 倍；「擔心醫病關係惡化」每增加一分，會主動致歉醫療錯誤是不會主動致歉的 0.90 倍；「擔心病人不理性行為」每增加一分，會主動致歉醫療錯誤是不會主動致歉的 0.89 倍。所有主動告知醫療錯誤促進條件皆達顯著意義，「病人疾病嚴重度高」每增加一分，會主動致歉醫療錯誤是不會主動致歉的 1.23 倍，也就是說，「病人疾病嚴重度」每增加一分，主動致歉嚴重醫療錯誤意願會增加 23%，換言之，病人疾病嚴重度越高越會主動致歉嚴重醫療錯誤；「醫療錯誤嚴重度高」每增加一分，會主動致歉醫療錯誤是不會主動致歉的 1.25 倍；「病人年齡高」每增加一分，會主動致歉醫療錯誤是不會主動致歉的 1.17 倍；「病人社經地位高」每增加一分，會主動致歉醫療錯誤是不會主動致歉的 1.22 倍；「病人教育程度高」每增加一分，會主動致歉醫療錯誤是不會主動致歉的 1.23 倍；「與病人及家屬熟悉度高」每增加一分，會主動致歉醫療錯誤是不會主動致歉的 1.20 倍；「病人及家屬可理性溝通」每增加一分，會主動致歉醫療錯誤是不會主動致歉的 1.29 倍；「病人及

家屬對病情了解度高」每增加一分，會主動致歉醫療錯誤是不會主動致歉的 1.26 倍。



表 4-8 主動告知醫療錯誤阻礙之相關

	擔心醫院 處罰	擔心被告	擔心執照 吊銷	擔心醫院 聲	擔心自身 名聲	擔心病患失去 信心	擔心醫病關係 惡化	擔心病人不理 性反應
擔心處罰	1	0.652	0.661	0.596	0.617	0.535	0.492	0.474
擔心被告	0.652	1	0.837	0.576	0.682	0.680	0.682	0.708
擔心執照吊銷	0.661	0.837	1	0.638	0.683	0.632	0.597	0.638
擔心醫院名聲	0.596	0.576	0.638	1	0.724	0.605	0.551	0.536
擔心自身名聲	0.617	0.682	0.683	0.724	1	0.819	0.710	0.622
擔心病患失去信心	0.535	0.680	0.632	0.605	0.819	1	0.834	0.642
擔心醫病關係惡化	0.492	0.682	0.597	0.551	0.710	0.834	1	0.698
擔心病人不理 性反應	0.474	0.708	0.638	0.536	0.622	0.642	0.698	1



表 4-9 主動告知醫療錯誤促進條件之相關

	病人疾病嚴重度高	錯誤嚴重度高	病人年齡高	病人社經地位高	病人教育程度高	與病人熟悉度高	與家屬熟悉度高	病人可理性溝通	家屬可理性溝通	病人對病情了解度高	家屬對病情了解度高
病人疾病嚴重度高	1	0.654	0.559	0.506	0.514	0.413	0.426	0.452	0.447	0.462	0.468
錯誤嚴重度高	0.654	1	0.535	0.527	0.530	0.426	0.435	0.437	0.450	0.493	0.514
病人年齡高	0.559	0.535	1	0.547	0.520	0.454	0.459	0.413	0.428	0.427	0.443
病人社經地位高	0.506	0.527	0.547	1	0.861	0.621	0.623	0.553	0.558	0.563	0.581
病人教育程度高	0.514	0.530	0.520	0.861	1	0.637	0.645	0.569	0.584	0.624	0.635
與病人熟悉度高	0.413	0.426	0.454	0.621	0.637	1	0.945	0.775	0.764	0.725	0.718
與家屬熟悉度高	0.426	0.435	0.459	0.623	0.645	0.945	1	0.809	0.782	0.745	0.732
病人可理性溝通	0.452	0.437	0.413	0.553	0.569	0.775	0.809	1	0.953	0.829	0.811
家屬可理性溝通	0.447	0.450	0.428	0.558	0.584	0.764	0.782	0.953	1	0.859	0.847
病人對病情了解度高	0.462	0.493	0.427	0.563	0.624	0.725	0.745	0.829	0.859	1	0.973
家屬對病情了解度高	0.468	0.514	0.443	0.581	0.635	0.718	0.732	0.811	0.847	0.973	1

表 4-10 主動告知醫療錯誤促進條件之相關(變項合併後)

	病人疾病嚴重度高	錯誤嚴重度高	病人年齡高	病人社經地位高	病人教育程度高	與病人及家屬熟悉度高	病人及家屬可理性溝通	病人及家屬對病情了解度高
病人疾病嚴重度高	1	0.654	0.559	0.506	0.514	0.425	0.455	0.468
錯誤嚴重度高	0.654	1	0.535	0.527	0.530	0.437	0.449	0.507
病人年齡高	0.559	0.535	1	0.547	0.520	0.463	0.425	0.438
病人社經地位高	0.506	0.527	0.547	1	0.861	0.631	0.562	0.576
病人教育程度高	0.514	0.530	0.520	0.861	1	0.650	0.583	0.633
與病人及家屬熟悉度高	0.425	0.437	0.463	0.631	0.650	1	0.803	0.745
病人及家屬可理性溝通	0.455	0.449	0.425	0.562	0.583	0.803	1	0.852
病人及家屬對病情了解度高	0.468	0.507	0.438	0.576	0.633	0.745	0.852	1

表 4-11 主動告知醫療錯誤阻礙因素於醫師經驗上之差異(N=423)

	無醫療錯誤 經驗(N=53)	有醫療錯誤 經驗(N=370)	t 值	無告知經驗 (N=134)	有告知經驗 (N=289)	t 值	無訴訟經驗 (N=356)	有訴訟經驗 (N=67)	t 值
	Mean (SD)	Mean (SD)		Mean (SD)	Mean (SD)		Mean (SD)	Mean (SD)	
擔心被醫院處罰	4.43 (3.28)	4.86 (2.92)	-0.989	4.70 (3.01)	4.86 (2.95)	-0.516	4.90 (2.92)	4.31 (3.19)	1.498
擔心被告	5.43 (3.41)	6.75 (2.78)	-2.682**	6.71 (3.10)	6.53 (2.79)	0.605	6.63 (2.90)	6.34 (2.85)	0.742
擔心執照被吊銷	5.51 (3.42)	6.34 (3.05)	-1.835	6.43 (3.23)	6.15 (3.04)	0.876	6.27 (3.10)	6.07 (3.13)	0.472
擔心醫院名聲受損	4.45 (3.04)	4.81 (2.85)	-0.842	4.83 (3.03)	4.73 (2.81)	0.315	4.80 (2.85)	4.55 (3.03)	0.656
擔心自己名聲受損	5.08 (3.09)	5.40 (2.86)	-0.770	5.53 (2.99)	5.28 (2.85)	0.814	5.41 (2.84)	5.12 (3.16)	0.747
擔心病患對我失去信心	5.13 (3.08)	5.31 (2.79)	-0.437	5.56 (2.77)	5.17 (2.85)	1.334	5.35 (2.80)	4.99 (2.96)	0.965
擔心醫病關係惡化	5.00 (2.89)	5.56 (2.78)	-1.358	5.60 (2.75)	5.44 (2.82)	0.551	5.51 (2.73)	5.37 (3.14)	0.363
擔心病人不理性行為	5.41 (3.10)	6.19 (2.78)	-1.870	6.10 (2.91)	6.09 (2.80)	0.061	6.03 (2.83)	6.45 (2.81)	-1.122

註—計分方法：0-10 分

統計方法：t-test

顯著標記：* <0.05 ,** <0.01 ,*** <0.001

表 4-12 主動告知醫療錯誤阻礙因素於不同性別下之差異及有無宗教信仰下之差異(N=423)

	男性 (N=351)	女性 (N=72)	<i>t</i> 值	無宗教 (N=241)	有宗教 (N=182)	<i>t</i> 值
	Mean (SD)	Mean (SD)		Mean (SD)	Mean (SD)	
擔心被醫院處罰	4.86 (2.99)	4.57 (2.88)	0.757	4.84 (3.06)	4.77 (2.85)	0.217
擔心被告	6.57 (2.92)	6.65 (2.79)	-0.222	6.55 (2.98)	6.63 (2.78)	-0.262
擔心執照被吊銷	6.24 (3.11)	6.24 (3.06)	0.008	6.14 (3.19)	6.37 (2.99)	-0.777
擔心醫院名聲受損	4.80 (2.86)	4.57 (2.94)	0.629	4.51 (2.92)	5.09 (2.79)	-2.059*
擔心自己名聲受損	5.37 (2.92)	5.32 (2.77)	0.136	5.23 (2.97)	5.54 (2.78)	-1.093
擔心病患對我失去信心	5.28 (2.83)	5.36 (2.80)	-0.232	5.12 (2.83)	5.52 (2.81)	-1.464
擔心醫病關係惡化	5.48 (2.79)	5.54 (2.85)	-0.182	5.27 (2.81)	5.77 (2.76)	-1.846
擔心病人不理性行為	6.15 (2.80)	5.83 (2.96)	0.853	5.90 (2.77)	6.34 (2.89)	-1.573

註—計分方法：0-10 分

統計方法：*t*-test

顯著標記：* <0.05 ,** <0.01 ,*** <0.001

表 4-13 主動告知醫療錯誤阻礙因素於內、外科間之差異及住院、主治間之差異(N=423)

	內科體系 (N=204)	外科體系 (N=187)	其他體系 (N=32)	F 值	住院醫師 (N=184)	主治醫師 (N=239)	t 值
	Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)		Mean (SD)	Mean (SD)	
擔心被醫院處罰	5.19 (2.83)	4.37 (3.08)	4.97 (2.91)	3.844*	4.78 (2.89)	4.84 (3.03)	-0.205
擔心被告	7.04 (2.58)	6.05 (3.08)	6.78 (3.20)	6.007**	6.36 (3.00)	6.75 (2.80)	-1.373
擔心執照被吊銷	6.59 (2.90)	5.92 (3.26)	5.88 (3.21)	2.521	5.87 (3.13)	6.52 (3.06)	-2.125*
擔心醫院名聲受損	4.90 (2.88)	4.53 (2.87)	5.22 (2.85)	1.232	4.43 (2.82)	5.02 (2.90)	-2.108*
擔心自己名聲受損	5.63 (2.67)	5.12 (3.06)	5.06 (3.19)	1.675	5.09 (2.76)	5.57 (2.98)	-1.718
擔心病患對我失去信心	5.60 (2.51)	4.97 (3.02)	5.16 (3.40)	2.479	5.44 (2.79)	5.18 (2.86)	0.954
擔心醫病關係惡化	5.77 (2.50)	5.22 (2.99)	5.22 (3.33)	2.097	5.43 (2.76)	5.53 (2.83)	-0.337
擔心病人不理性行為	6.41 (2.61)	5.73 (3.01)	6.19 (2.89)	2.818	5.54 (2.79)	6.52 (2.78)	-3.586***

註—計分方法：0-10 分

統計方法：ANOVA 與 t-test

顯著標記：* <0.05 ,** <0.01 ,*** <0.001

經過薛費事後檢定「擔心被醫院處罰」與「擔心被告」內科顯著高於外科

表 4-14 主動告知醫療錯誤阻礙因素於醫師所屬醫院特質上之差異(N=423)

	公立 (N=222)	非公立 (N=201)	t 值	醫學中心 (N=316)	區域醫院 (N=77)	地區醫院 (N=30)	F 值
	Mean (SD)	Mean (SD)		Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)	
擔心被醫院處罰	5.04 (2.89)	4.56 (3.04)	1.643	4.89 (2.92)	4.66 (2.95)	4.40 (3.50)	0.484
擔心被告	6.84 (2.72)	6.30 (3.05)	1.927	6.51 (2.94)	6.94 (2.67)	6.50 (2.93)	0.693
擔心執照被吊銷	6.39 (2.97)	6.07 (3.24)	1.036	6.07 (3.16)	6.81 (2.77)	6.57 (3.18)	1.929
擔心醫院名聲受損	4.90 (2.70)	4.62 (3.06)	0.993	4.64 (2.93)	5.29 (2.38)	4.77 (3.38)	1.587
擔心自己名聲受損	5.38 (2.80)	5.34 (3.00)	0.158	5.22 (2.87)	5.90 (2.81)	5.50 (3.27)	1.743
擔心病患對我失去信心	5.54 (2.76)	5.01 (2.87)	1.951	5.27 (2.81)	5.58 (2.86)	4.77 (2.91)	0.941
擔心醫病關係惡化	5.75 (2.65)	5.20 (2.92)	2.025*	5.53 (2.83)	5.70 (2.71)	4.47 (2.47)	2.281
擔心病人不理性行為	6.26 (2.64)	5.91 (3.02)	1.250	6.06 (2.86)	6.21 (2.66)	6.17 (2.97)	0.099

註—計分方法：0-10 分

統計方法：t-test 與 ANOVA

顯著標記：* <0.05 ,** <0.01 ,*** <0.001

表 4-15 主動告知醫療錯誤促進條件於醫師經驗上之差異(N=423)

	無醫療錯誤 經驗(N=53)	有醫療錯誤 經驗(N=370)	t 值	無告知經驗 (N=134)	有告知經驗 (N=289)	t 值	無訴訟經驗 (N=356)	有訴訟經驗 (N=67)	t 值
	Mean (SD)	Mean (SD)		Mean (SD)	Mean (SD)		Mean (SD)	Mean (SD)	
病人疾病嚴重度高時	5.68 (2.51)	5.90 (2.64)	-0.579	5.48 (2.62)	6.06 (2.61)	-2.126*	6.06 (2.47)	4.88 (3.17)	2.890**
醫療錯誤嚴重度高時	6.06 (2.53)	5.79 (2.64)	0.687	5.94 (2.66)	5.77 (2.61)	0.615	5.96 (2.48)	5.13 (3.22)	1.977
病人年齡高時	5.15 (2.41)	5.22 (2.52)	-0.185	5.01 (2.57)	5.30 (2.47)	-1.094	5.37 (2.39)	4.34 (2.90)	2.738**
病人社經地位高時	5.47 (2.54)	5.36 (2.56)	0.299	5.26 (2.62)	5.43 (2.53)	-0.615	5.48 (2.44)	4.78 (3.05)	1.797
病人教育程度高時	5.89 (2.45)	5.68 (2.67)	0.544	5.55 (2.67)	5.77 (2.63)	-0.795	5.79 (2.51)	5.21 (3.24)	1.403
與病人及家屬熟悉度高時	6.56 (2.39)	6.89 (2.31)	-0.984	6.55 (2.51)	6.99 (2.22)	-1.802	6.93 (2.19)	6.40 (2.88)	1.431
病人及家屬可理性溝通時	6.76 (2.65)	7.37 (2.16)	-1.839	6.90 (2.55)	7.47 (2.05)	-2.282*	7.42 (2.14)	6.62 (2.59)	2.377*
病人及家屬對病情了解度高時	6.82 (2.63)	7.19 (2.19)	-1.118	6.77 (2.62)	7.32 (2.03)	-2.141*	7.22 (2.17)	6.73 (2.61)	1.445

註—計分方法：0-10 分

統計方法：t-test

顯著標記：* <0.05 ,** <0.01 ,*** <0.001

表 4-16 主動告知醫療錯誤促進條件於不同性別下之差異及有無宗教信仰下之差異(N=423)

	男性 (N=351)	女性 (N=72)	<i>t</i> 值	無宗教 (N=241)	有宗教 (N=182)	<i>t</i> 值
	Mean (SD)	Mean (SD)		Mean (SD)	Mean (SD)	
病人疾病嚴重度高時	5.77 (2.67)	6.38 (2.35)	-1.779	5.88 (2.55)	5.87 (2.73)	0.007
醫療錯誤嚴重度高時	5.73 (2.63)	6.31 (2.55)	-1.712	5.84 (2.59)	5.80 (2.67)	0.156
病人年齡高時	5.13 (2.55)	5.58 (2.23)	-1.389	5.08 (2.39)	5.38 (2.64)	-1.205
病人社經地位高時	5.36 (2.61)	5.42 (2.32)	-0.169	5.39 (2.49)	5.35 (2.64)	0.153
病人教育程度高時	5.65 (2.67)	5.96 (2.50)	-0.904	5.85 (2.59)	5.50 (2.70)	1.370
與病人及家屬熟悉度高時	6.79 (2.36)	7.15 (2.09)	-1.189	6.89 (2.34)	6.79 (2.30)	0.431
病人及家屬可理性溝通時	7.22 (2.29)	7.63 (1.90)	-1.424	7.30 (2.28)	7.28 (2.18)	0.106
病人及家屬對病情了解度高時	7.12 (2.29)	7.26 (2.03)	-0.472	7.25 (2.21)	7.00 (2.28)	1.139

註—計分方法：0-10 分

統計方法：*t*-test

顯著標記：* <0.05 ,** <0.01 ,*** <0.001

表 4-17 主動告知醫療錯誤促進條件於內、外科間之差異及住院、主治間之差異(N=423)

	內科體系 (N=204)	外科體系 (N=187)	其他體系 (N=32)	F 值	住院醫師 (N=184)	主治醫師 (N=239)	t 值
	Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)		Mean (SD)	Mean (SD)	
病人疾病嚴重度高時	5.59 (2.56)	6.22 (2.65)	5.66 (2.77)	3.013	6.13 (2.33)	5.68 (2.82)	1.767
醫療錯誤嚴重度高時	5.58 (2.57)	6.11 (2.60)	5.69 (2.97)	2.045	6.08 (2.32)	5.63 (2.82)	1.732
病人年齡高時	5.16 (2.43)	5.34 (2.60)	4.75 (2.42)	0.838	5.54 (2.22)	4.96 (2.68)	2.432*
病人社經地位高時	5.23 (2.52)	5.55 (2.60)	5.25 (2.53)	0.806	5.62 (2.27)	5.18 (2.75)	1.741
病人教育程度高時	5.53 (2.63)	5.86 (2.61)	5.88 (2.87)	0.796	5.89 (2.34)	5.56 (2.85)	1.328
與病人及家屬熟悉度高時	6.78 (2.20)	6.84 (2.50)	7.33 (1.95)	0.774	6.87 (2.16)	6.84 (2.44)	0.132
病人及家屬可理性溝通時	7.35 (2.04)	7.20 (2.36)	7.45 (2.69)	0.333	7.37 (2.16)	7.23 (2.30)	0.636
病人及家屬對病情了解度高時	7.07 (2.07)	7.20 (2.37)	7.26 (2.61)	0.226	7.16 (2.20)	7.13 (2.28)	0.161

註—計分方法：0-10 分

統計方法：ANOVA 與 *t*-test

顯著標記：* <0.05 ,** <0.01 ,*** <0.001

表 4-18 主動告知醫療錯誤促進條件於醫師所屬醫院特質上之差異(N=423)

	公立 (N=222)	非公立 (N=201)	t 值	醫學中心 (N=316)	區域醫院 (N=77)	地區醫院 (N=30)	t 值
	Mean (SD)	Mean (SD)		Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)	
病人疾病嚴重度高時	5.99 (2.43)	5.75 (2.82)	0.913	5.96 (2.48)	5.47 (3.04)	6.07 (2.98)	1.157
醫療錯誤嚴重度高時	5.93 (2.48)	5.71 (2.77)	0.885	5.94 (2.49)	5.10 (2.90)	6.43 (2.90)	4.102*
病人年齡高時	5.32 (2.38)	5.09 (2.64)	0.945	5.25 (2.40)	5.21 (2.74)	4.83 (2.98)	0.373
病人社經地位高時	5.47 (2.35)	5.26 (2.77)	0.834	5.34 (2.51)	5.44 (2.70)	5.60 (2.74)	0.179
病人教育程度高時	5.91 (2.49)	5.47 (2.78)	1.742	5.63 (2.55)	5.73 (2.84)	6.37 (3.02)	1.063
與病人及家屬熟悉度高時	7.17 (2.07)	6.50 (2.52)	2.972**	6.77 (2.25)	7.11 (2.54)	7.07 (2.43)	0.824
病人及家屬可理性溝通時	7.54 (2.06)	7.02 (2.39)	2.368*	7.31 (2.11)	7.23 (2.51)	7.28 (2.83)	0.039
病人及家屬對病情了解度高時	7.39 (2.11)	6.88 (2.37)	2.329*	7.12 (2.13)	7.20 (2.48)	7.28 (2.82)	0.108

註—計分方法：0-10 分

統計方法：t-test 與 ANOVA

顯著標記：* <0.05 , ** <0.01 , *** <0.001

經過薛費事後檢定「醫療錯誤嚴重度高時」醫學中心顯著高於區域醫院

表 4-19 主動告知及致歉醫療錯誤於控制變項上之卡方分析(N=423)

控制變項	N	會主動告知輕微醫療錯誤		會主動告知嚴重醫療錯誤		會因輕微醫療錯誤主動致歉		會因嚴重醫療錯誤主動致歉	
		No (%)	卡方值	No (%)	卡方值	No (%)	卡方值	No (%)	卡方值
醫師經驗									
錯誤經驗-無經驗	53	44(83.0)	0.639	42(79.2)	2.594	44(83.0)	0.639	43(81.1)	0.172
-有經驗	370	322(87.0)		253(68.4)		322(87.0)		291(78.6)	
告知經驗-無經驗	134	103(76.9)	15.695***	88(65.7)	1.538	98(73.1)	30.162***	92(68.7)	12.532***
-有經驗	289	263(91.0)		207(71.6)		268(92.7)		242(83.7)	
訴訟經驗-無經驗	356	306(86.0)	0.626	244(65.8)	1.535	308(86.5)	0.000	280(78.7)	0.128
-有經驗	67	60(89.6)		51(76.1)		58(86.6)		54(80.6)	
醫師特質									
性別-男	351	300(85.5)	1.968	241(68.7)	1.138	302(86.0)	0.416	277(78.9)	0.002
-女	72	66(91.7)		54(75.0)		64(88.9)		57(79.2)	
宗教-無信仰	241	208(86.3)	0.023	169(70.1)	0.039	207(85.9)	0.192	193(80.1)	0.425
-有信仰	182	158(86.8)		126(69.2)		159(87.4)		141(77.5)	
科別-內科系	204	189(92.6)	14.170**	140(68.6)	0.253	187(91.7)	9.386**	163(79.9)	0.425
-外科系	187	153(81.8)		132(70.6)		152(81.3)		147(78.6)	
-其他科系	32	24(75.0)		23(71.9)		27(84.4)		24(75.0)	
職等-住院醫師	184	159(86.4)	0.003	133(72.3)	0.998	157(85.3)	0.401	145(78.8)	0.005
-主治醫師	239	207(86.6)		162(67.8)		209(87.4)		189(79.1)	
醫院特質									
權屬-公立	222	195(87.8)	0.691	155(69.8)	0.001	197(88.7)	1.964	175(78.8)	0.005
-非公立	201	171(85.1)		140(69.7)		169(84.1)		159(79.1)	
層級-醫學中心	316	271(85.8)	0.454	228(72.2)	4.521	271(85.8)	0.708	252(79.7)	0.739
-區域醫院	77	68(88.3)		46(59.7)		69(89.6)		60(77.9)	
-地區醫院	30	27(90.0)		21(70.0)		26(86.7)		22(73.3)	

表 4-20 主動告知醫療錯誤之阻礙因素及促進條件與主動告知及致歉意願之簡單邏輯斯分析

變項	主動告知輕微醫療錯誤	主動致歉輕微醫療錯誤	主動告知嚴重醫療錯誤	主動致歉嚴重醫療錯誤
	OR(95%CI)	OR(95%CI)	OR(95%CI)	OR(95%CI)
阻礙因素				
擔心被醫院處罰	1.00(0.91,1.10)	1.06(0.96,1.16)	0.97(0.91,1.04)	1.00(0.92,1.08)
擔心被告	0.91(0.82,1.01)	0.95(0.86,1.05)	0.85(0.78,0.92)***	0.88(0.81,0.97)**
擔心執照被吊銷	0.92(0.83,1.01)	0.97(0.89,1.07)	0.89(0.83,0.96)**	0.95(0.88,1.03)
擔心醫院名聲受損	0.88(0.79,0.97)*	0.93(0.84,1.02)	0.93(0.86,1.00)	0.93(0.86,1.01)
擔心自己名聲受損	0.91(0.82,1.01)	0.92(0.83,1.01)	0.89(0.83,0.96)**	0.91(0.83,0.99)*
擔心病患對我失去信心	0.91(0.82,1.01)	0.92(0.83,1.02)	0.91(0.84,0.98)**	0.90(0.83,0.99)*
擔心醫病關係惡化	0.93(0.84,1.03)	0.91(0.82,1.02)	0.88(0.81,0.95)**	0.90(0.82,0.98)*
擔心病人不理性行為	0.93(0.84,1.04)	0.97(0.88,1.07)	0.86(0.80,0.94)***	0.89(0.81,0.97)**
促進條件				
病人疾病嚴重度高時	1.08(0.97,1.20)	1.11(1.01,1.23)*	1.23(1.14,1.34)***	1.23(1.12,1.34)***
醫療錯誤嚴重度高時	1.13(1.02,1.26)*	1.08(0.98,1.20)	1.28(1.18,1.39)***	1.25(1.14,1.36)***
病人年齡高時	1.18(1.06,1.32)**	1.13(1.01,1.26)*	1.14(1.05,1.24)**	1.17(1.07,1.29)**
病人社經地位高時	1.18(1.06,1.31)**	1.18(1.06,1.32)**	1.24(1.14,1.35)***	1.22(1.11,1.33)***
病人教育程度高時	1.26(1.14,1.40)***	1.20(1.08,1.33)**	1.23(1.13,1.33)***	1.23(1.12,1.34)***
與病人(家屬)熟悉度高時	1.33(1.19,1.49)***	1.24(1.11,1.38)***	1.17(1.07,1.27)**	1.20(1.09,1.32)***
病人(家屬)可理性溝通時	1.29(1.16,1.45)***	1.31(1.17,1.47)***	1.18(1.08,1.30)***	1.29(1.16,1.42)***
病人(家屬)對病情了解度高時	1.29(1.15,1.45)***	1.27(1.13,1.43)***	1.20(1.10,1.32)***	1.26(1.14,1.39)***

註一分析方法：事件一為會主動告知及致歉醫療錯誤

顯著標記：* <0.05 ,** <0.01 ,*** <0.001

第三節 多變項分析

因本研究目的為找出主要造成主動告知之阻礙因素及促進主動告知之條件，且自變項間彼此相關性高，若將所有自變項納入邏輯斯迴歸分析中，自變項間會相互影響，故不適合將所有自變項同時納入邏輯斯迴歸分析中。因此，利用階層邏輯斯來探討每一個自變項在依序納入控制變項後對主動告知及致歉意願之影響，控制變項納入順序為醫師經驗、醫師特質及醫師所屬之醫院特質。

一、主動告知輕微醫療錯誤(表 4-21)

不論雙變項分析或納入所有控制變項的階層邏輯斯分析，對主動告知輕微醫療錯誤皆有影響之自變項有「擔心醫院名聲受損」(0.88→0.86)、「醫療嚴重度高時」(1.13→1.19)、「病人年齡高時」(1.18→1.20)、「病人社經地位高時」(1.18→1.21)、「病人教育程度高時」(1.26→1.31)、「與病人及家屬熟悉度高時」(1.33→1.35)、「病人及家屬可理性溝通時」(1.29→1.28)與「病人及家屬對病情了解度高時」(1.29→1.29)。模式中加入控制變項後，除了上述八個變項對主動告知輕微醫療錯誤有影響外，「擔心被告」(OR=0.89)、「擔心執照被吊銷」(OR=0.90)、「擔心自己名聲受損」(OR=0.89)與「擔心病患對我失去信心」(OR=0.89)對主動告知輕微醫療錯誤影響達顯著意義。「擔心被告」、「擔心執照被吊銷」、「擔心自己名聲受損」與「擔心病患對我失去信心」之詳細階層邏輯斯分析請見(表 4-22 至表 4-25)。

二、主動告知嚴重醫療錯誤(表 4-26)

不論雙變項分析或納入所有控制變項的階層邏輯斯分析，對主動告知嚴重醫療錯誤皆有影響之自變項有「擔心被告」(0.85→0.87)、「擔心執照被吊銷」(0.89→0.91)、「擔心自己名聲受損」(0.89→0.91)、「擔

心病患對我失去信心」(0.91→0.91)、「擔心醫病關係惡化」(0.88→0.88)、「擔心病人不理性行為」(0.86→0.87)、「病人疾病嚴重度高時」(1.23→1.25)、「醫療嚴重度高時」(1.28→1.30)、「病人年齡高時」(1.14→1.15)、「病人社經地位高時」(1.24→1.26)、「病人教育程度高時」(1.23→1.24)、「與病人及家屬熟悉度高時」(1.17→1.19)、「病人及家屬可理性溝通時」(1.18→1.21)與「病人及家屬對病情了解度高時」(1.20→1.22)。模式中加入控制變項後，沒有新增變數對主動告知嚴重醫療錯誤有影響。

三、主動致歉輕微醫療錯誤(表 4-27)

不論雙變項分析或納入所有控制變項的階層邏輯斯分析，對主動致歉輕微醫療錯誤皆有影響之自變項有「病人社經地位高時」(1.18→1.19)、「病人教育程度高時」(1.20→1.21)、「與病人及家屬熟悉度高時」(1.24→1.21)、「病人及家屬可理性溝通時」(1.31→1.28)與「病人及家屬對病情了解度高時」(1.27→1.24)。模式中加入控制變項後，除了上述五個變項對主動告知輕微醫療錯誤有影響外，「擔心自己名聲受損」(OR=0.90)、「擔心醫病關係惡化」(OR=0.89)、「醫療錯誤嚴重度高時」(OR=1.13)對主動致歉輕微醫療錯誤影響達顯著意義。在雙變項分析中，「病人疾病嚴重度高時」(OR=1.11)與「病人年齡高時」(OR=1.13)，但在加入控制變項後對主動致歉輕微醫療錯誤影響未達顯著意義。「擔心自己名聲受損」、「擔心醫病關係惡化」、「醫療錯誤嚴重度高時」、「病人疾病嚴重度高時」與「病人年齡高時」之詳細階層邏輯斯分析請見(表 4-28 至表 4-32)。

四、主動致歉嚴重醫療錯誤(表 4-33)

不論雙變項分析或納入所有控制變項的階層邏輯斯分析，對主動致歉嚴重醫療錯誤皆有影響之自變項有「擔心被告」(0.88→0.90)、「擔

心自己名聲受損」(0.91→0.92)、「擔心醫病關係惡化」(0.90→0.90)、「擔心病人不理性行為」(0.89→0.89)、「病人疾病嚴重度高時」(1.23→1.24)、「醫療嚴重度高時」(1.25→1.29)、「病人年齡高時」(1.17→1.17)、「病人社經地位高時」(1.22→1.23)、「病人教育程度高時」(1.23→1.24)、「與病人及家屬熟悉度高時」(1.20→1.20)、「病人及家屬可理性溝通時」(1.29→1.30)與「病人及家屬對病情了解度高時」(1.26→1.25)。在雙變項分析中，「擔心病患對我失去信心」(OR=0.90)，但在加入控制變項後對主動致歉嚴重醫療錯誤影響未達顯著意義(表 4-34)。

五、綜合結果(表 4-35)

主動告知阻礙因素與促進條件在加入控制變項後，發現「主動告知輕微醫療錯誤」與「主動致歉輕微醫療錯誤」間存在共通性，「主動告知嚴重醫療錯誤」與「主動致歉嚴重醫療錯誤」間亦存在共通性。影響醫師主動告知及致歉輕微醫療錯誤共同因素為「擔心自己名聲受損」、「醫療錯誤嚴重度高時」、「病人社經地位高時」、「病人教育程度高時」、「與病人及家屬熟悉度高時」、「病人及家屬可理性溝通時」及「病人及家屬對病情了解度高時」。而影響醫師主動告知及致歉嚴重醫療錯誤共同因素為「擔心被告」、「擔心自己名聲受損」、「擔心醫病關係惡化」、「擔心病人不理性」、「病人疾病嚴重度高時」、「醫療錯誤嚴重度高時」、「病人年齡高時」、「病人社經地位高時」、「病人教育程度高時」、「與病人及家屬熟悉度高時」、「病人及家屬可理性溝通時」及「病人及家屬對病情了解度高時」。

表 4-21 主動告知輕微醫療錯誤之階層邏輯斯分析

變項	會主動告知輕微醫療錯誤			
	階層一	階層二	階層三	階層四
	OR(95%CI)	OR(95%CI)	OR(95%CI)	OR(95%CI)
阻礙因素				
擔心被醫院處罰	1.00(0.91,1.10)	1.00(0.91,1.10)	0.99(0.89,1.09)	0.98(0.89,1.08)
擔心被告	0.91(0.82,1.01)	0.93(0.84,1.04)	0.91(0.81,1.01)	0.89(0.79,0.99)*
擔心執照被吊銷	0.92(0.83,1.01)	0.93(0.85,1.03)	0.91(0.82,1.01)	0.90(0.81,0.99)*
擔心醫院名聲受損	0.88(0.79,0.97)*	0.88(0.80,0.98)*	0.86(0.78,0.96)**	0.86(0.77,0.95)**
擔心自己名聲受損	0.91(0.82,1.01)	0.92(0.83,1.02)	0.90(0.81,1.00)	0.89(0.80,0.99)*
擔心病患對我失去信心	0.91(0.82,1.01)	0.92(0.83,1.03)	0.91(0.81,1.01)	0.89(0.80,0.99)*
擔心醫病關係惡化	0.93(0.84,1.03)	0.94(0.84,1.05)	0.92(0.83,1.03)	0.91(0.81,1.02)
擔心病人不理性行為	0.93(0.84,1.04)	0.94(0.85,1.05)	0.92(0.82,1.03)	0.91(0.81,1.02)
促進條件				
病人疾病嚴重度高時	1.08(0.97,1.20)	1.06(0.95,1.19)	1.08(0.96,1.21)	1.09(0.97,1.22)
醫療錯誤嚴重度高時	1.13(1.02,1.26)*	1.15(1.03,1.28)*	1.17(1.05,1.31)**	1.19(1.06,1.34)**
病人年齡高時	1.18(1.06,1.32)**	1.18(1.05,1.33)**	1.19(1.06,1.34)**	1.20(1.06,1.35)**
病人社經地位高時	1.18(1.06,1.31)**	1.18(1.06,1.32)**	1.21(1.08,1.36)**	1.21(1.08,1.36)**
病人教育程度高時	1.26(1.14,1.40)***	1.27(1.14,1.42)***	1.31(1.16,1.47)***	1.31(1.16,1.47)***
與病人(家屬)熟悉度高時	1.33(1.19,1.49)***	1.32(1.18,1.49)***	1.36(1.20,1.54)***	1.35(1.19,1.53)***
病人(家屬)可理性溝通時	1.29(1.16,1.45)***	1.29(1.14,1.45)***	1.28(1.13,1.45)***	1.28(1.13,1.46)***
病人(家屬)對病情了解度高時	1.29(1.15,1.45)***	1.27(1.13,1.43)***	1.29(1.14,1.46)***	1.29(1.14,1.46)***

註一分析方法：事件一為會主動告知輕微醫療錯誤

階層邏輯斯：階層一為簡單邏輯斯，階層二為階層一再加入醫師經驗，

階層三為階層二再加入醫師特質，階層四為階層三再加入醫師所屬之醫院特質

顯著標記：* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

表 4-22 擔心被告對主動告知輕微醫療錯誤之階層邏輯斯分析

	階層一		階層二		階層三		階層四	
	OR(95%CI)	p	OR(95%CI)	p	OR(95%CI)	p	OR(95%CI)	p
自變項								
擔心被告	0.91(0.82,1.01)	0.089	0.93(0.84,1.04)	0.191	0.91(0.81,1.01)	0.073	0.89(0.79,0.99)	0.036*
醫師經驗								
錯誤經驗-無經驗		1		1		1		1
-有經驗			0.63(0.26,1.54)	0.312		0.59(0.23,1.48)		0.60(0.24,1.52) 0.281
告知經驗-無經驗		1		1		1		1
-有經驗			3.51(1.83,6.72)	0.000***		3.78(1.91,7.49)		3.64(1.83,7.24) 0.000***
訴訟經驗-無經驗		1		1		1		1
-有經驗			1.06(0.45,2.53)	0.893		1.24(0.50,3.11)		1.33(0.53,3.35) 0.551
醫師特質								
性別-男						1		1
-女						2.30(0.88,6.03)	0.089	2.30(0.87,6.06) 0.092
信仰-無信仰						1		1
-有信仰						0.95(0.52,1.76)	0.875	0.99(0.54,1.85) 0.988
科別-內科體系						1		1
-外科體系						0.32(0.17,0.64)	0.001**	0.30(0.15,0.59) 0.001**
-其他體系						0.19(0.07,0.54)	0.002**	0.16(0.05,0.45) 0.001**
職等-住院醫師								
-主治醫師						1		1
醫院特質						1.03(0.54,1.96)	0.932	1.04(0.52,2.09) 0.904
醫院權屬-公立								1
-非公立								0.59(0.31,1.12) 0.106
醫院層級-醫學中心								1
-區域醫院								1.38(0.59,3.22) 0.453
-地區醫院								1.18(0.31,4.50) 0.806

表 4-23 擔心執照被吊銷對主動告知輕微醫療錯誤之階層邏輯斯分析

	階層一		階層二		階層三		階層四	
	OR(95%CI)	p	OR(95%CI)	p	OR(95%CI)	p	OR(95%CI)	p
自變項								
擔心執照被吊銷	0.92(0.83,1.01)	0.088	0.93(0.85,1.03)	0.175	0.91(0.82,1.01)	0.068	0.90(0.81,0.99)	0.039*
醫師經驗								
錯誤經驗-無經驗		1		1		1		1
-有經驗		0.60(0.25,1.46)		0.261		0.54(0.22,1.36)		0.193
告知經驗-無經驗		1		1		1		1
-有經驗		3.55(1.86,6.78)		0.000***		3.86(1.95,7.65)		0.000***
訴訟經驗-無經驗		1		1		1		1
-有經驗		1.07(0.45,2.54)		0.883		1.26(0.51,3.15)		0.616
醫師特質								
性別-男						1		1
-女						2.35(0.90,6.13)		0.082
信仰-無信仰						1		1
-有信仰						0.98(0.53,1.80)		0.935
科別-內科體系						1		1
-外科體系						0.33(0.17,0.65)		0.001**
-其他體系						0.19(0.07,0.52)		0.001**
職等-住院醫師						1		1
-主治醫師						1.04(0.54,1.98)		0.91
醫院特質								
醫院權屬-公立								1
-非公立								0.63(0.33,1.17)
醫院層級-醫學中心								1
-區域醫院								1.44(0.62,3.36)
-地區醫院								1.29(0.34,4.93)

表 4-24 擔心自己名聲受損對主動告知輕微醫療錯誤之階層邏輯斯分析

	階層一		階層二		階層三		階層四	
	OR(95%CI)	p	OR(95%CI)	p	OR(95%CI)	p	OR(95%CI)	p
自變項								
擔心自己名聲受損	0.91(0.82,1.01)	0.067	0.92(0.83,1.02)	0.112	0.90(0.81,1.00)	0.052	0.89(0.80,0.99)	0.035*
醫師經驗								
錯誤經驗-無經驗			1		1		1	
-有經驗			0.58(0.24,1.39)	0.220	0.52(0.21,1.30)	0.160	0.52(0.21,1.32)	0.169
告知經驗-無經驗			1		1		1	
-有經驗			3.61(1.89,6.88)	0.000***	3.96(2.00,7.83)	0.000***	3.84(1.93,7.62)	0.000***
訴訟經驗-無經驗			1		1		1	
-有經驗			1.07(0.45,2.55)	0.879	1.28(0.51,3.19)	0.601	1.37(0.54,3.45)	0.510
醫師特質								
性別-男					1		1	
-女					2.35(0.90,6.17)	0.082	2.33(0.88,6.14)	0.088
信仰-無信仰					1		1	
-有信仰					1.00(0.54,1.86)	0.994	1.04(0.56,1.94)	0.905
科別-內科體系					1		1	
-外科體系					0.34(0.17,0.66)	0.001**	0.32(0.16,0.63)	0.001**
-其他體系					0.19(0.07,0.52)	0.001**	0.16(0.06,0.45)	0.001**
職等-住院醫師					1		1	
-主治醫師					1.02(0.54,1.95)	1.02	1.01(0.51,2.00)	0.984
醫院特質								
醫院權屬-公立							1	
-非公立							0.64(0.35,1.19)	0.160
醫院層級-醫學中心							1	
-區域醫院							1.41(0.61,3.28)	0.426
-地區醫院							1.25(0.33,4.73)	0.748

表 4-25 擔心病患對我失去信心對主動告知輕微醫療錯誤之階層邏輯斯分析

	階層一		階層二		階層三		階層四	
	OR(95%CI)	p	OR(95%CI)	p	OR(95%CI)	p	OR(95%CI)	p
自變項								
擔心病患對我失去信心	0.91(0.82,1.01)	0.076	0.92(0.83,1.03)	0.144	0.91(0.81,1.01)	0.066	0.89(0.80,0.99)	0.039*
醫師經驗								
錯誤經驗-無經驗	1		1		1		1	
-有經驗			0.57(0.24,1.38)	0.213	0.52(0.21,1.30)	0.163	0.53(0.21,1.32)	0.172
告知經驗-無經驗	1		1		1		1	
-有經驗			3.60(1.89,6.87)	0.000***	3.92(1.98,7.75)	0.000***	3.78(1.90,7.51)	0.000***
訴訟經驗-無經驗	1		1		1		1	
-有經驗			1.04(0.44,2.48)	0.928	1.27(0.51,3.16)	0.611	1.35(0.54,3.40)	0.525
醫師特質								
性別-男					1		1	
-女					2.29(0.88,5.99)	0.09	2.25(0.86,5.92)	0.099
信仰-無信仰					1		1	
-有信仰					1.01(0.55,1.88)	0.97	1.06(0.57,1.97)	0.865
科別-內科體系					1		1	
-外科體系					0.34(0.17,0.66)	0.001**	0.31(0.16,0.62)	0.001**
-其他體系					0.19(0.07,0.53)	0.001**	0.16(0.06,0.45)	0.001**
職等-住院醫師					1		1	
-主治醫師					0.96(0.50,1.82)	0.896	0.96(0.48,1.89)	0.896
醫院特質								
醫院權屬-公立							1	
-非公立							0.61(0.33,1.15)	0.125
醫院層級-醫學中心							1	
-區域醫院							1.37(0.59,3.17)	0.466
-地區醫院							1.13(0.30,4.29)	0.855

表 4-26 主動告知嚴重醫療錯誤之階層邏輯斯分析

變項	會主動告知嚴重醫療錯誤			
	階層一	階層二	階層三	階層四
	OR(95%CI)	OR(95%CI)	OR(95%CI)	OR(95%CI)
阻礙因素				
擔心被醫院處罰	0.97(0.91,1.04)	0.98(0.91,1.05)	0.98(0.91,1.05)	0.98(0.91,1.05)
擔心被告	0.85(0.78,0.92)***	0.87(0.80,0.94)**	0.87(0.80,0.94)**	0.87(0.80,0.94)**
擔心執照被吊銷	0.89(0.83,0.96)**	0.90(0.84,0.97)**	0.91(0.84,0.98)**	0.91(0.84,0.98)*
擔心醫院名聲受損	0.93(0.86,1.00)	0.94(0.87,1.01)	0.94(0.87,1.01)	0.94(0.87,1.02)
擔心自己名聲受損	0.89(0.83,0.96)**	0.90(0.83,0.97)**	0.90(0.83,0.97)**	0.91(0.84,0.98)*
擔心病患對我失去信心	0.91(0.84,0.98)**	0.91(0.84,0.99)*	0.91(0.84,0.98)*	0.91(0.84,0.99)*
擔心醫病關係惡化	0.88(0.81,0.95)**	0.88(0.82,0.96)**	0.88(0.81,0.96)**	0.88(0.81,0.96)**
擔心病人不理性行為	0.86(0.80,0.94)***	0.87(0.80,0.94)**	0.87(0.80,0.95)**	0.87(0.80,0.94)**
促進條件				
病人疾病嚴重度高時	1.23(1.14,1.34)***	1.26(1.15,1.38)***	1.26(1.15,1.38)***	1.25(1.15,1.37)***
醫療錯誤嚴重度高時	1.28(1.18,1.39)***	1.31(1.20,1.43)***	1.31(1.19,1.43)***	1.30(1.19,1.43)***
病人年齡高時	1.14(1.05,1.24)**	1.15(1.05,1.26)**	1.14(1.05,1.25)**	1.15(1.05,1.25)**
病人社經地位高時	1.24(1.14,1.35)***	1.26(1.15,1.37)***	1.26(1.15,1.37)***	1.26(1.16,1.38)***
病人教育程度高時	1.23(1.13,1.33)***	1.24(1.14,1.35)***	1.24(1.13,1.35)***	1.24(1.14,1.36)***
與病人(家屬)熟悉度高時	1.17(1.07,1.27)**	1.18(1.07,1.29)**	1.17(1.07,1.29)**	1.19(1.08,1.30)***
病人(家屬)可理性溝通時	1.18(1.08,1.30)***	1.21(1.10,1.33)***	1.20(1.09,1.33)***	1.21(1.09,1.33)***
病人(家屬)對病情了解度高時	1.20(1.10,1.32)***	1.21(1.10,1.33)***	1.21(1.10,1.34)***	1.22(1.11,1.35)***

註一分析方法：事件一為會主動告知嚴重醫療錯誤

階層邏輯斯：階層一為簡單邏輯斯，階層二為階層一再加入醫師經驗，

階層三為階層二再加入醫師特質，階層四為階層三再加入醫師所屬之醫院特質

顯著標記：* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

表 4-27 主動致歉輕微醫療錯誤之階層邏輯斯分析

變項	會主動致歉輕微醫療錯誤			
	階層一	階層二	階層三	階層四
	OR(95%CI)	OR(95%CI)	OR(95%CI)	OR(95%CI)
阻礙因素				
擔心被醫院處罰	1.06(0.96,1.16)	1.06(0.96,1.17)	1.04(0.94,1.15)	1.02(0.92,1.13)
擔心被告	0.95(0.86,1.05)	0.98(0.88,1.09)	0.95(0.85,1.06)	0.92(0.83,1.03)
擔心執照被吊銷	0.97(0.89,1.07)	1.00(0.91,1.10)	0.97(0.88,1.07)	0.96(0.87,1.06)
擔心醫院名聲受損	0.93(0.84,1.02)	0.93(0.84,1.03)	0.91(0.82,1.01)	0.90(0.81,1.00)
擔心自己名聲受損	0.92(0.83,1.01)	0.93(0.84,1.03)	0.91(0.82,1.01)	0.90(0.81,0.99)*
擔心病患對我失去信心	0.92(0.83,1.02)	0.94(0.84,1.05)	0.92(0.82,1.02)	0.90(0.80,1.01)
擔心醫病關係惡化	0.91(0.82,1.02)	0.93(0.83,1.03)	0.91(0.81,1.02)	0.89(0.80,0.99)*
擔心病人不理性行為	0.97(0.88,1.07)	0.99(0.89,1.10)	0.96(0.86,1.07)	0.94(0.84,1.05)
促進條件				
病人疾病嚴重度高時	1.11(1.01,1.23)*	1.07(0.96,1.20)	1.10(0.98,1.23)	1.10(0.98,1.24)
醫療錯誤嚴重度高時	1.08(0.98,1.20)	1.09(0.98,1.22)	1.11(0.99,1.25)	1.13(1.01,1.27)*
病人年齡高時	1.13(1.01,1.26)*	1.11(0.99,1.24)	1.12(0.99,1.26)	1.12(0.99,1.26)
病人社經地位高時	1.18(1.06,1.32)**	1.18(1.05,1.32)**	1.20(1.07,1.35)**	1.19(1.06,1.34)**
病人教育程度高時	1.20(1.08,1.33)**	1.19(1.07,1.33)**	1.21(1.08,1.36)**	1.21(1.08,1.36)**
與病人(家屬)熟悉度高時	1.24(1.11,1.38)**	1.21(1.08,1.36)**	1.22(1.08,1.37)**	1.21(1.07,1.36)**
病人(家屬)可理性溝通時	1.31(1.17,1.47)**	1.29(1.14,1.45)**	1.28(1.13,1.45)**	1.28(1.13,1.45)**
病人(家屬)對病情了解度高時	1.27(1.13,1.43)**	1.23(1.09,1.38)**	1.24(1.10,1.40)**	1.24(1.09,1.40)**

註一分析方法：事件一為會主動致歉輕微醫療錯誤

階層邏輯斯：階層一為簡單邏輯斯，階層二為階層一再加入醫師經驗，

階層三為階層二再加入醫師特質，階層四為階層三再加入醫師所屬之醫院特質

顯著標記：* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

表 4-28 擔心自己名聲受損對主動致歉輕微醫療錯誤之階層邏輯斯分析

	階層一		階層二		階層三		階層四		
	OR(95%CI)	p	OR(95%CI)	p	OR(95%CI)	p	OR(95%CI)	p	
自變項									
擔心自己名聲受損	0.92(0.83,1.01)	0.083	0.93(0.84,1.03)	0.166	0.91(0.82,1.01)	0.076	0.90(0.81,0.99)	0.048*	
醫師經驗									
錯誤經驗-無經驗		1		1		1		1	
-有經驗			0.43(0.18,1.02)	0.055		0.38(0.16,0.93)	0.033*	0.37(0.15,0.91)	0.031*
告知經驗-無經驗		1		1		1		1	
-有經驗			6.61(3.41,12.81)	0.000***		7.10(3.56,14.17)	0.000***	7.08(3.52,14.23)	0.000***
訴訟經驗-無經驗		1		1		1		1	
-有經驗			0.65(0.28,1.48)	0.301		0.67(0.28,1.59)	0.361	0.72(0.30,1.74)	0.464
醫師特質									
性別-男						1		1	
-女						1.67(0.69,4.05)	0.254	1.67(0.68,4.09)	0.262
信仰-無信仰						1		1	
-有信仰						1.06(0.57,1.99)	0.856	1.11(0.59,2.09)	0.756
科別-內科體系						1		1	
-外科體系						0.37(0.19,0.71)	0.003**	0.33(0.17,0.65)	0.001**
-其他體系						0.44(0.14,1.37)	0.155	0.36(0.11,1.17)	0.088
職等-住院醫師						1		1	
-主治醫師						1.24(0.64,2.40)	0.529	1.33(0.65,2.69)	0.437
醫院特質									
醫院權屬-公立								1	
-非公立								0.54(0.29,1.02)	0.058
醫院層級-醫學中心								1	
-區域醫院								1.34(0.55,3.25)	0.525
-地區醫院								0.70(0.20,2.43)	0.575

表 4-29 擔心醫病關係惡化對主動致歉輕微醫療錯誤之階層邏輯斯分析

	階層一		階層二		階層三		階層四	
	OR(95%CI)	p	OR(95%CI)	p	OR(95%CI)	p	OR(95%CI)	p
自變項								
擔心醫病關係惡化	0.91(0.82,1.02)	0.092	0.93(0.83,1.03)	0.171	0.91(0.81,1.02)	0.096	0.89(0.80,0.99)	0.040*
醫師經驗								
錯誤經驗-無經驗			1		1		1	
-有經驗			0.44(0.19,1.04)	0.061	0.40(0.16,0.96)	0.041*	0.39(0.16,0.95)	0.038*
告知經驗-無經驗			1		1		1	
-有經驗			6.62(3.42,12.83)	0.000***	7.03(3.53,14.02)	0.000***	6.99(3.47,14.06)	0.000***
訴訟經驗-無經驗			1		1		1	
-有經驗			0.65(0.28,1.48)	0.301	0.68(0.28,1.61)	0.377	0.73(0.30,1.77)	0.487
醫師特質								
性別-男					1		1	
-女					1.64(0.68,3.95)	0.273	1.64(0.67,4.00)	0.280
信仰-無信仰					1		1	
-有信仰					1.07(0.57,2.01)	0.823	1.15(0.61,2.19)	0.669
科別-內科體系					1		1	
-外科體系					0.37(0.19,0.72)	0.003**	0.33(0.17,0.64)	0.001**
-其他體系					0.44(0.14,1.37)	0.156	0.35(0.11,1.14)	0.081
職等-住院醫師					1		1	
-主治醫師					1.19(0.62,2.30)	0.606	1.32(0.65,2.70)	0.440
醫院特質								
醫院權屬-公立							1	
-非公立							0.51(0.27,0.97)	0.040*
醫院層級-醫學中心							1	
-區域醫院							1.25(0.51,3.04)	0.623
-地區醫院							0.57(0.17,1.97)	0.377

表 4-30 病人疾病嚴重度高時對主動致歉輕微醫療錯誤之階層邏輯斯分析

	階層一		階層二		階層三		階層四	
	OR(95%CI)	p	OR(95%CI)	p	OR(95%CI)	p	OR(95%CI)	p
自變項								
病人疾病嚴重度高時	1.11(1.01,1.23)	0.047*	1.07(0.96,1.20)	0.227	1.10(0.98,1.23)	0.114	1.10(0.98,1.24)	0.106
醫師經驗								
錯誤經驗-無經驗			1		1		1	
-有經驗			0.42(0.18,0.99)	0.047*	0.37(0.15,0.89)	0.026*	0.36(0.15,0.87)	0.024*
告知經驗-無經驗			1		1		1	
-有經驗			6.44(3.31,12.52)	0.000***	6.73(3.36,13.46)	0.000***	6.70(3.33,13.51)	0.000***
訴訟經驗-無經驗			1		1		1	
-有經驗			0.73(0.31,1.70)	0.459	0.79(0.32,1.93)	0.598	0.86(0.35,2.16)	0.751
醫師特質								
性別-男					1		1	
-女					1.53(0.63,3.70)	0.346	1.53(0.63,3.73)	0.351
信仰-無信仰					1		1	
-有信仰					1.01(0.54,1.89)	0.966	1.04(0.55,1.96)	0.903
科別-內科體系					1		1	
-外科體系					0.36(0.19,0.70)	0.003**	0.34(0.17,0.66)	0.001**
-其他體系					0.44(0.14,1.38)	0.158	0.38(0.12,1.22)	0.103
職等-住院醫師					1		1	
-主治醫師					1.21(0.62,2.34)	0.580	1.25(0.62,2.54)	0.539
醫院特質								
醫院權屬-公立							1	
-非公立							0.59(0.31,1.10)	0.097
醫院層級-醫學中心							1	
-區域醫院							1.40(0.57,3.46)	0.466
-地區醫院							0.70(0.20,2.41)	0.569

表 4-31 醫療錯誤嚴重度高時對主動致歉輕微醫療錯誤之階層邏輯斯分析

	階層一		階層二		階層三		階層四	
	OR(95%CI)	p	OR(95%CI)	p	OR(95%CI)	p	OR(95%CI)	p
自變項								
醫療錯誤嚴重度高時	1.08(0.98,1.20)	0.129	1.09(0.98,1.22)	0.117	1.11(0.99,1.25)	0.061	1.13(1.01,1.27)*	0.049*
醫師經驗								
錯誤經驗-無經驗			1		1		1	
-有經驗			0.42(0.18,0.98)	0.045*	0.37(0.15,0.89)	0.027*	0.36(0.15,0.88)	0.025*
告知經驗-無經驗			1		1		1	
-有經驗			6.89(3.55,13.37)	0.000***	7.40(3.70,14.79)	0.000***	7.39(3.67,14.89)	0.000***
訴訟經驗-無經驗			1		1		1	
-有經驗			0.71(0.30,1.63)	0.414	0.76(0.31,1.83)	0.534	0.85(0.34,2.10)	0.721
醫師特質								
性別-男					1		1	
-女					1.54(0.64,3.73)	0.333	1.54(0.63,3.75)	0.345
信仰-無信仰					1		1	
-有信仰					1.03(0.55,1.92)	0.928	1.05(0.56,1.98)	0.870
科別-內科體系					1		1	
-外科體系					0.36(0.19,0.70)	0.003**	0.33(0.17,0.65)	0.001**
-其他體系					0.44(0.14,1.38)	0.159	0.38(0.12,1.22)	0.103
職等-住院醫師					1		1	
-主治醫師					1.17(0.61,2.27)	0.635	1.18(0.58,2.38)	0.650
醫院特質								
醫院權屬-公立							1	
-非公立							0.60(0.32,1.12)	0.110
醫院層級-醫學中心							1	
-區域醫院							1.55(0.61,3.90)	0.356
-地區醫院							0.67(0.19,2.34)	0.532

表 4-32 病人年齡高時對主動致歉輕微醫療錯誤之階層邏輯斯分析

	階層一		階層二		階層三		階層四	
	OR(95%CI)	p	OR(95%CI)	p	OR(95%CI)	p	OR(95%CI)	p
自變項								
病人年齡高時	1.13(1.01,1.26)	0.032*	1.11(0.99,1.24)	0.086	1.12(0.99,1.26)	0.057	1.12(0.99,1.26)	0.066
醫師經驗								
錯誤經驗-無經驗			1		1		1	
-有經驗			0.42(0.18,0.98)	0.046*	0.37(0.15,0.89)	0.027*	0.36(0.15,0.88)	0.025*
告知經驗-無經驗			1		1		1	
-有經驗			6.58(3.39,12.78)	0.000***	7.03(3.52,14.07)	0.000***	7.04(3.50,14.16)	0.000***
訴訟經驗-無經驗			1		1		1	
-有經驗			0.72(0.31,1.68)	0.452	0.75(0.31,1.83)	0.532	0.82(0.33,2.02)	0.663
醫師特質								
性別-男					1		1	
-女					1.57(0.65,3.78)	0.315	1.56(0.64,3.78)	0.327
信仰-無信仰					1		1	
-有信仰					1.00(0.53,1.87)	0.999	1.02(0.54,1.93)	0.949
科別-內科體系					1		1	
-外科體系					0.37(0.19,0.72)	0.003**	0.35(0.18,0.68)	0.002**
-其他體系					0.45(0.15,1.42)	0.174	0.39(0.12,1.24)	0.110
職等-住院醫師					1		1	
-主治醫師					1.24(0.64,2.41)	0.529	1.26(0.62,2.54)	0.529
醫院特質								
醫院權屬-公立							1	
-非公立							0.59(0.32,1.11)	0.104
醫院層級-醫學中心							1	
-區域醫院							1.39(0.56,3.45)	0.476
-地區醫院							0.79(0.22,2.76)	0.709

表 4-33 主動致歉嚴重醫療錯誤之階層邏輯斯分析

變項	會主動致歉嚴重醫療錯誤			
	階層一	階層二	階層三	階層四
	OR(95%CI)	OR(95%CI)	OR(95%CI)	OR(95%CI)
阻礙因素				
擔心被醫院處罰	1.00(0.92,1.08)	1.00(0.92,1.09)	1.00(0.92,1.09)	1.00(0.92,1.09)
擔心被告	0.88(0.81,0.97)**	0.90(0.82,0.99)*	0.90(0.82,0.99)*	0.90(0.82,0.99)*
擔心執照被吊銷	0.95(0.88,1.03)	0.97(0.90,1.05)	0.97(0.90,1.05)	0.97(0.90,1.06)
擔心醫院名聲受損	0.93(0.86,1.01)	0.94(0.86,1.02)	0.94(0.87,1.03)	0.94(0.87,1.03)
擔心自己名聲受損	0.91(0.83,0.99)*	0.92(0.84,0.99)*	0.92(0.84,0.99)*	0.92(0.84,0.99)*
擔心病患對我失去信心	0.90(0.83,0.99)*	0.92(0.84,1.00)	0.92(0.84,1.00)	0.91(0.83,1.00)
擔心醫病關係惡化	0.90(0.82,0.98)*	0.91(0.83,0.99)*	0.91(0.83,0.99)*	0.90(0.82,0.99)*
擔心病人不理性行為	0.89(0.81,0.97)**	0.89(0.82,0.98)*	0.89(0.81,0.98)*	0.89(0.81,0.98)*
促進條件				
病人疾病嚴重度高時	1.23(1.12,1.34)***	1.22(1.11,1.35)***	1.23(1.12,1.36)***	1.24(1.12,1.37)***
醫療錯誤嚴重度高時	1.25(1.14,1.36)***	1.27(1.15,1.40)***	1.28(1.16,1.41)***	1.29(1.17,1.43)***
病人年齡高時	1.17(1.07,1.29)**	1.17(1.06,1.29)**	1.17(1.06,1.30)**	1.17(1.06,1.29)**
病人社經地位高時	1.22(1.11,1.33)***	1.22(1.11,1.34)***	1.22(1.11,1.35)***	1.23(1.12,1.36)***
病人教育程度高時	1.23(1.12,1.34)***	1.23(1.12,1.35)***	1.23(1.12,1.35)***	1.24(1.13,1.36)***
與病人(家屬)熟悉度高時	1.20(1.09,1.32)***	1.19(1.08,1.32)**	1.19(1.08,1.32)**	1.20(1.08,1.33)**
病人(家屬)可理性溝通時	1.29(1.16,1.42)***	1.29(1.16,1.44)***	1.29(1.16,1.44)***	1.30(1.16,1.45)***
病人(家屬)對病情了解度高時	1.26(1.14,1.39)***	1.24(1.12,1.38)***	1.24(1.12,1.38)***	1.25(1.12,1.39)***

註一分析方法：事件一為會主動致歉嚴重醫療錯誤

階層邏輯斯：階層一為簡單邏輯斯，階層二為階層一再加入醫師經驗，

階層三為階層二再加入醫師特質，階層四為階層三再加入醫師所屬之醫院特質

顯著標記：* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

表 4-34 擔心病患對我失去信心對主動致歉嚴重醫療錯誤之階層邏輯斯分析

	階層一		階層二		階層三		階層四	
	OR(95%CI)	p	OR(95%CI)	p	OR(95%CI)	p	OR(95%CI)	p
自變項								
擔心病患對我失去信心	0.90(0.83,0.99)	0.023*	0.92(0.84,1.00)	0.052	0.92(0.84,1.00)	0.055	0.91(0.83,1.00)	0.051
醫師經驗								
錯誤經驗-無經驗	1		1		1		1	
-有經驗	0.37(0.16,0.85)	0.019*	0.37(0.16,0.85)	0.019*	0.38(0.17,0.88)	0.023*	0.37(0.16,0.85)	0.019*
告知經驗-無經驗	1		1		1		1	
-有經驗	3.26(1.87,5.69)	0.000***	3.26(1.87,5.69)	0.000***	3.34(1.90,5.86)	0.000***	3.43(1.94,6.04)	0.000***
訴訟經驗-無經驗	1		1		1		1	
-有經驗	0.90(0.45,1.78)	0.757	0.90(0.45,1.78)	0.757	0.93(0.46,1.89)	0.848	0.93(0.46,1.90)	0.843
醫師特質								
性別-男	1		1		1		1	
-女					1.12(0.58,2.20)	0.734	1.12(0.57,2.20)	0.735
信仰-無信仰	1		1		1		1	
-有信仰					0.83(0.51,1.37)	0.471	0.83(0.50,1.37)	0.461
科別-內科體系	1		1		1		1	
-外科體系					0.90(0.54,1.49)	0.672	0.87(0.52,1.46)	0.599
-其他體系					0.69(0.28,1.72)	0.427	0.71(0.28,1.78)	0.462
職等-住院醫師	1		1		1		1	
-主治醫師					0.97(0.58,1.64)	0.911	1.07(0.61,1.88)	0.812
醫院特質								
醫院權屬-公立	1		1		1		1	
-非公立							0.98(0.59,1.62)	0.921
醫院層級-醫學中心	1		1		1		1	
-區域醫院							0.87(0.45,1.67)	0.672
-地區醫院							0.55(0.22,1.39)	0.204

表 4-35 各變項加入控制變項後影響主動告知及致歉意願之邏輯斯分析

變項	主動告知輕微醫療錯誤	主動致歉輕微醫療錯誤	主動告知嚴重醫療錯誤	主動致歉嚴重醫療錯誤
	OR(95%CI)	OR(95%CI)	OR(95%CI)	OR(95%CI)
阻礙因素				
擔心被醫院處罰	0.98(0.89,1.08)	1.02(0.92,1.13)	0.98(0.91,1.05)	1.00(0.92,1.09)
擔心被告	0.89(0.79,0.99)*	0.92(0.83,1.03)	0.87(0.80,0.94)**	0.90(0.82,0.99)*
擔心執照被吊銷	0.90(0.81,0.99)*	0.96(0.87,1.06)	0.91(0.84,0.98)*	0.97(0.90,1.06)
擔心醫院名聲受損	0.86(0.77,0.95)**	0.90(0.81,1.00)	0.94(0.87,1.02)	0.94(0.87,1.03)
擔心自己名聲受損	0.89(0.80,0.99)*	0.90(0.81,0.99)*	0.91(0.84,0.98)*	0.92(0.84,0.99)*
擔心病患對我失去信心	0.89(0.80,0.99)*	0.90(0.80,1.01)	0.91(0.84,0.99)*	0.91(0.83,1.00)
擔心醫病關係惡化	0.91(0.81,1.02)	0.89(0.80,0.99)*	0.88(0.81,0.96)**	0.90(0.82,0.99)*
擔心病人不理性行為	0.91(0.81,1.02)	0.94(0.84,1.05)	0.87(0.80,0.94)**	0.89(0.81,0.98)*
促進條件				
病人疾病嚴重度高時	1.09(0.97,12.2)	1.10(0.98,1.24)	1.25(1.15,1.37)***	1.24(1.12,1.37)***
醫療錯誤嚴重度高時	1.19(1.06,1.34)**	1.13(1.01,1.27)*	1.30(1.19,1.43)***	1.29(1.17,1.43)***
病人年齡高時	1.20(1.06,1.35)**	1.12(0.99,1.26)	1.15(1.05,1.25)**	1.17(1.06,1.29)**
病人社經地位高時	1.21(1.08,1.36)**	1.19(1.06,1.34)**	1.26(1.16,1.38)***	1.23(1.12,1.36)***
病人教育程度高時	1.31(1.16,1.47)***	1.21(1.08,1.36)**	1.24(1.14,1.36)***	1.24(1.13,1.36)***
與病人(家屬)熟悉度高時	1.35(1.19,1.53)***	1.21(1.07,1.36)**	1.19(1.08,1.30)***	1.20(1.08,1.33)**
病人(家屬)可理性溝通時	1.28(1.13,1.46)***	1.28(1.13,1.45)***	1.21(1.09,1.33)***	1.30(1.16,1.45)***
病人(家屬)對病情了解度高時	1.29(1.14,1.46)***	1.24(1.09,1.40)**	1.22(1.11,1.35)***	1.25(1.12,1.39)***

註一分析方法：事件一為會主動告知及致歉醫療錯誤

階層邏輯斯：階層一為簡單邏輯斯，階層二為階層一再加入醫師經驗，

階層三為階層二再加入醫師特質，階層四為階層三再加入醫師所屬之醫院特質

顯著標記：* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

第五章 討論

本章共分為四節，第一節為主動告知醫療錯誤之阻礙因素，第二節為主動告知醫療錯誤之促進條件，第三節為主動告知及致歉意願，第四節主動告知醫療錯誤之阻礙因素及促進條件與告知及致歉意願之關係。

第一節 主動告知醫療錯誤之阻礙因素

在本研究中，主動告知醫療錯誤之阻礙因素以「擔心被告」為首要，其次依序為擔心「執照被吊銷」、「擔心病人不理性行為」、「擔心醫病關係惡化」、「擔心自己名聲受損」、「擔心病患對我失去信心」、「擔心被醫院處罰」與「擔心醫院名聲受損」。其中，「擔心被醫院處罰」與「擔心醫院名聲受損」未達顯著，顯示造成醫師擔心因素來自醫師本身，醫院對醫師主動告知不構成阻礙。

李元統(2007)探索台灣桃園縣 102 位醫師對於主動告知態度之研究中指出：醫師在面對不當醫療時會「擔心訴訟」(61%)、「擔心罪惡感」(20%)、「擔心名譽損失」(14%)、「擔心財務損失」(3%)與其他(2%)。而其他是指醫師擔心沒有道德觀念的病人與家屬惡意衝突以及受傷害的家屬公開地在執業場所外引起騷動，試圖影響正常的臨床執業。此外，亦指出：在眾多反對主動告知的原因當中，「目前尚無適當的模式系統可供參考」(30%)為主因，「害怕引起訴訟」(25%)是第二大因素。而 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態度與行為，研究中指出：主動告知時會擔心「病人與家屬負面反應」(87%)、「訴訟」(80%)、「同儕間名譽損失」(61%)、「專業的處罰」(58%)、「來自同儕的責備」(56%)與「負面的名聲」(45%)。

綜觀本研究與國內外相關研究後，發現「擔心訴訟」、「擔心病人不理性反應」與「擔心名聲受損」為主要降低主動告知之原因。相關

研究中，無著墨於醫院方面造成的阻礙，在本研究結果中，「擔心被醫院處罰」與「擔心醫院名聲受損」亦呈現非造成醫師主動告知時之阻礙因素。

在本研究中，主動告知醫療錯誤之阻礙因素在主治醫師與住院醫師之間的差異上，主治醫師在阻礙因素普遍高於住院醫師，在「擔心執照被吊銷」(6.52 vs 5.87, $p < 0.05$)、「擔心醫院名聲受損」(5.02 vs 4.43, $p < 0.05$)與「擔心病人不理性行為」(6.52 vs 5.54, $p < 0.001$)達顯著差異。但在國外研究發現：當談到主動告知時，主治醫師在「擔心訴訟」(76% vs 83% vs 91%, $p < 0.001$)、「擔心專業的處罰」(46% vs 66% vs 86%, $p < 0.001$)、「擔心同儕間名譽損失」(54% vs 67% vs 76%, $p < 0.001$)與「擔心來自同儕的責備」(47% vs 62% vs 75%, $p < 0.001$)，擔心程度較住院醫師與醫學生低(Kaldjian et al., 2007)。可能因素為國內外醫療環境不同，在台灣主動告知醫療錯誤尚未成熟，主治醫師需為整體醫療負責，同時也是住院醫師學習的榜樣，在面對醫療錯誤時，因本土研究有限對於是否主動告知、如何告知、告知後的結果如何尚處於未知，主治醫師皆需要謹慎考慮，故擔心程度較高。而國外主動告知醫療錯誤已逐漸被大家所重視，相關研究亦趨完整，主治醫師面對主動告知困難度較低，住院醫師則因經驗不足或缺乏訓練而導致困難度較高，例如：Garbutt 等人(2007)針對美國 557 位小兒科醫師探討主動告知醫療錯誤態度與行為的研究，指出：住院醫師比主治醫師認為主動告知嚴重醫療錯誤是困難(96% vs 86%, $p = 0.004$)。

在本研究中，主動告知醫療錯誤之阻礙因素在內外科間之差異，內科醫師阻礙程度高於外科醫師，在「擔心被醫院處罰」(5.19 vs 4.37, $p < 0.01$)、「擔心被告」(7.04 vs 6.05, $p < 0.01$)、「擔心執照被吊銷」(6.59 vs 5.92, $p < 0.05$)、「擔心病患對我失去信心」(5.60 vs 4.97, $p < 0.05$)、「擔

心醫病關係惡化」(5.77 vs 5.22, $p < 0.05$)與「擔心病人不理性行為」(6.41 vs 5.73, $p < 0.05$)達顯著差異。國外學者 Gallagher 等人(2006b)針對美國 1233 位及加拿大 1404 位醫師之研究結果指出：內科較外科同意主動告知醫療錯誤是困難的(OR=1.6, 95% CI=1.3-1.9)。外科醫師通常處於風險較高的情況，在主動告知經驗或應對比內科醫師充足，因此，內科醫師對於主動告知困難度較高。



第二節 主動告知醫療錯誤之促進條件

在本研究中，主動告知醫療錯誤之促進條件以「病人及家屬可理性溝通時」為首要，其次依序為「病人及家屬對病情了解度高時」、「與病人及家屬熟悉度高時」、「醫療錯誤嚴重度高時」、「病人疾病嚴重度高時」、「病人教育程度高時」、「病人社經地位高時」、「病人年齡高時」。顯示當醫病關係良好時，醫師較傾向主動告知醫療錯誤，而病人特質在抉擇主動告知時影響較小。

國外一篇分析 59 位醫師對於主動告知之內容分析研究指出：與病人存有良好的醫病關係時可以保護自己遠離法律行動(Fischer et al, 2006)，而本研究中主動告知醫療錯誤之促進條件前三高皆與病人及家屬有關。國內外研究結果雷同，當與病人及家屬關係良好時溝通不存在障礙，雙方也不會預設立場，在雙方迅速達成共識後，對於降低醫療錯誤傷害的措施可立即執行，可將醫療錯誤傷害降到最低。

關於促進醫師主動告知相關研究甚少，病人與其家屬是影響醫師是否主動告知因素之一，因此，將本研究結果與國外研究探討病人對於醫療錯誤、訴訟與主動告知反應作比較。

美國學者 Hobgood 等(2005)研究指出：499 位兒科急診的父母，醫療錯誤嚴重度越高時，父母越希望在錯誤事件被認定時盡早被告知。而 Hobgood 等(2008)探討 394 位病人對於發生醫療錯誤後之行為結果亦指出：病人錯誤嚴重度越高越希望醫師告知錯誤發生。醫師看法為發生輕微醫療錯誤可能會主動告知高達 97%；而發生嚴重醫療錯誤可能會主動告知亦達 95%(Kaldjian et al., 2007)。與本研究當病人錯誤嚴重度高時，醫師傾向主動告知結果相同，且病人與醫師想法可達成共識。但是 Hobgood 等學者(2005 與 2008)研究指出：發生中度醫療錯誤並經醫師主動告知後，病人可能減少法律行動，但嚴重醫療錯誤

告知後不會減少法律行動。對醫師而言，當醫療錯誤嚴重度越高，醫師越認為應該告知，且被病人及家屬發現的可能性越高，但是擔心被告程度亦相對越高，造成醫師內心的拉鋸戰，因此在本研究中「醫療錯誤嚴重度高時」，醫師傾向告知醫療錯誤的程度比「病人及家屬可理性溝通時」、「病人及家屬對病情了解度高時」、「與病人及家屬熟悉度高時」來得低。

本研究結果顯示病人特質(「病人教育程度高時」、「病人社經地位高時」、「病人年齡高時」)促進程度較低，其中病人年齡對醫師抉擇主動告知醫療錯誤之際沒有影響。而Hobgood等學者(2005與2008)研究中指出：病人年齡、教育程度與告知後可能減少採取法律行動沒有相關。本研究結果與Hobgood等學者所作之研究有某些程度相符，病人不因特質不同對主動告知後採取法律行動而有所不同，醫師也不因病人特質不同而促進主動告知程度有所不同。可能原因為醫師認為高教育程度及高社經地位病人比較容易溝通，但另一方面此類病人有能力蒐集相關資料，甚至獲取相關人脈來對抗醫師，兩種因素可能導致相互抵消的結果，因而「病人教育程度高」與「病人社經地位高」促進效果較「病人及家屬可理性溝通時」、「病人及家屬對病情了解度高時」、「與病人及家屬熟悉度高時」、「醫療錯誤嚴重度高時」、「病人疾病嚴重度高時」來得低。

研究結果顯示，有告知經驗的醫師普遍促進條件較高，亦即曾經有告知經驗之醫師主動告知促進程度較高，換言之，曾經告知過的醫師比較會主動告知醫療錯誤。在「病人疾病嚴重度高時」(5.48 vs 6.06, $p < 0.05$)、「病人及家屬可理性溝通時」(6.90 vs 7.47, $p < 0.05$)與「病人及家屬對病情了解度高時」(6.77 vs 7.32, $p < 0.05$)達顯著差異。表示醫師告知後獲得良好的回應，可能是心理獲得緩解，也無出現負面衝

擊，使得醫師願意繼續主動告知。有訴訟經驗者普遍促進條件較低，亦即曾經有訴訟經驗之醫師主動告知促進程度較低，換言之，曾經訴訟過的醫師比較不會主動告知醫療錯誤。在「病人疾病嚴重度高時」(6.06 vs 4.88, $p < 0.01$)、「病人年齡高時」(5.37 vs 4.34, $p < 0.01$)與「病人及家屬可理性溝通時」(7.42 vs 6.62, $p < 0.05$)達顯著差異。當醫師經歷過訴訟，了解訴訟不僅造成醫師財務損失，更造成心理壓力，甚至影響日常作業，不願意再將自己陷入可能訴訟的危機當中，因此願意主動告知意願較低。內科醫師的阻礙因素普遍高於外科醫師，相對地，外科醫師促進條件普遍高於內科醫師，但皆未達顯著差異；而主治醫師阻礙因素普遍高於住院醫師，相對地，住院醫師促進條件普遍高於主治醫師，在「病人年齡高時」(5.54 vs 4.96, $p < 0.05$)達顯著差異。特別的是，公立醫院促進條件高於非公立醫院，在「病人及家屬熟悉度高時」(7.17 vs 6.50, $p < 0.01$)、「病人及家屬可理性溝通時」(7.54 vs 7.02, $p < 0.05$)與「病人及家屬對病情了解度高時」(7.39 vs 6.88, $p < 0.05$)達顯著差異。可能原因為本研究三家公立醫院樣本當中，有兩家為榮民醫院體系，榮民醫院有較穩定之病人來源(榮民)，醫師與病人已建立長久之醫病關係，醫師為持續保有良好的關係，當「與病人及家屬熟悉度高時」、「病人及家屬可理性溝通時」與「病人及家屬病情了解度高時」，醫師傾向主動告知。

第三節 主動告知及致歉醫療錯誤之意願

根據本研究調查結果，將來會主動告知因我造成的輕微醫療錯誤有 366 人(86.5%)，將來會主動告知因我造成的嚴重醫療錯誤有 295 人(69.7%)。美國地區一篇研究 538 位醫師與醫學生對於主動告知醫療錯誤態度與實踐之研究結果指出：醫師對於假設性發生輕微醫療錯誤會主動告知者佔 97%；醫師對於假設性發生嚴重醫療錯誤會主動告知者佔 93%(Kaldjian et al, 2007)。不論國內外多數醫師皆表示發生醫療錯誤時會採取主動告知，但國內比例較低，可能原因為國內主動告知議題處於模糊地帶，尚未受到醫界重視，病人也不了解積極爭取就醫權利。即使願意主動告知醫療錯誤比例甚高，實際上主動告知比例卻下降許多。Kaldjian 等人研究指出曾經主動告知輕微醫療錯誤者佔 41%；曾經主動告知嚴重醫療錯誤者佔 5%。雖然表示願意主動告知者未必經歷過醫療錯誤，導致實際主動告知比例下降，但現實生活發生醫療錯誤時存在多重考量(例如：法律上、專業上、道德上)，因此，有意願主動告知醫療錯誤者，在實際發生時未必會採取主動告知。

根據本研究調查結果，將來會主動致歉因我造成的輕微醫療錯誤有 366 人(86.6%)，將來會主動致歉因我造成的嚴重醫療錯誤有 334 人(79.0%)。而 Gallagher 等人(2006a)探討 2637 位醫師如何向病人主動告知醫療錯誤當中提到：僅 33%醫師表示會完整地向病人道歉，61%選擇表達遺憾，6%選擇不表達。雖然本研究未將致歉分為完整致歉與表達遺憾兩類，但依據填答比例來看，86.6%會主動致歉輕微醫療錯誤是包含表達遺憾，79.0%會主動致歉嚴重醫療錯誤也包含表達遺憾。相較之下，國內醫師不僅在主動告知比例偏低，在主動致歉的比例亦較低。

本研究中發現：內科阻礙因素高於外科，但內科告知及致歉意願

卻高於外科，似乎有所衝突。根據文獻指出：內外科在認為輕微醫療錯誤與嚴重醫療錯誤應該被告知上沒有差異(Gallagher et al., 2006b)。結果相異可能原因為本研究中外科醫師具有訴訟經驗顯著高於內科，而有訴訟經驗者促進程度顯著較低，而導致外科告知及致歉意願低。



第四節 主動告知阻礙因素與促進條件對告知及致歉意願之影響

主動告知阻礙因素與促進條件在加入控制變項後，影響醫師主動告知及致歉輕微醫療錯誤共同因素為「擔心自己名聲受損」、「醫療錯誤嚴重度高時」、「病人社經地位高時」、「病人教育程度高時」、「與病人及家屬熟悉度高時」、「病人及家屬可理性溝通時」及「病人及家屬對病情了解度高時」。而影響醫師主動告知及致歉嚴重醫療錯誤共同因素為「擔心被告」、「擔心自己名聲受損」、「擔心醫病關係惡化」、「擔心病人不理性」、「病人疾病嚴重度高時」、「醫療錯誤嚴重度高時」、「病人年齡高時」、「病人社經地位高時」、「病人教育程度高時」、「與病人及家屬熟悉度高時」、「病人及家屬可理性溝通時」及「病人及家屬對病情了解度高時」。

比較輕微醫療錯誤與嚴重醫療錯誤，發現三個特點：其一，影響嚴重醫療錯誤之阻礙因素比輕微醫療錯誤多，可能原因為嚴重醫療錯誤對病人造成長久的傷害，對醫師來說事關重大，是否要主動告知或致歉需要考慮相當多，擔心一旦告知或致歉，反而引來訴訟因而名聲受損或病人不理性行為影響與其他病人間的關係。其二，所有促進條件都顯著影響主動告知及致歉嚴重醫療錯誤，可能原因為當發生嚴重醫療錯誤，醫師皆認為應該要主動告知，也表示會主動告知，因此促進條件皆顯著影響告知及致歉意願。最後，加入控制變項後，對嚴重醫療錯誤僅有些微影響，可能因為所有醫師對告知及致歉嚴重醫療錯誤看法一致性高，因此，加入其他控制變項差異不明顯。

第六章 結論與建議

本章分為三節，第一節說明依據問卷調查分析之結果，摘要敘述主要之研究發現，並討論本研究發現主要之意涵，第二節依本研究結果，分別對衛生主管機關、醫療院所及後續研究者提出建議，第三節則說明本研究限制。

第一節 結論

本研究旨在了解醫師對於主動告知之阻礙因素與促進條件，以及二者對告知及致歉意願之影響。透過發放自填式結構式問卷，立意抽樣不同權屬與不同層級之六家醫院，以其醫院之醫師為對象，有效樣本為423份，回收率為82.9%。

一、主動告知醫療錯誤之阻礙因素

1.阻礙因素

阻礙程度由高到低分別為：「擔心被告」、「擔心執照被吊銷」、「擔心病人不理性行為」、「擔心醫病關係惡化」、「擔心自己名聲受損」、「擔心病患對我失去信心」、「擔心被醫院處罰」、「擔心醫院名聲受損」。

2.阻礙因素來自醫師本身

「擔心被醫院處罰」與「擔心醫院名聲受損」未達顯著，顯示造成醫師擔心因素來自醫師本身，醫院對醫師主動告知不構成阻礙。而與國外研究相較後，發現「擔心訴訟」、「擔心病人不理性反應」與「擔心自己名聲受損」為主要降低主動告知之原因。

3.主治醫師阻礙程度高於住院醫師

主動告知醫療錯誤之阻礙因素在主治醫師與住院醫師間之差異，主治醫師在阻礙因素普遍高於住院醫師。但在國外研究發現，主治醫師擔心程度較住院醫師與醫學生低。可能原因為國內外醫療環境

有所差異，國外相關文獻十分豐富，而台灣主動告知醫療錯誤尚未成熟，本土研究有限，對於告知後存在不確定感，且主治醫師需為整體醫療負責，同時也是住院醫師學習的榜樣，在面對醫療錯誤時，主治醫師皆需要謹慎考慮，故擔心程度較高。

4.內科醫師阻礙程度高於外科醫師

主動告知醫療錯誤之阻礙因素在內外科間之差異，內科醫師阻礙程度高於外科醫師。外科醫師通常處於風險較高的情況，在主動告知經驗或應對比內科醫師充足，因此，內科醫師對於主動告知困難度較高。

二、主動告知醫療錯誤之促進條件

1.促進條件

促進條件由高至低依序為：「病人及家屬可理性溝通時」、「病人及家屬對病情了解度高時」、「與病人及家屬熟悉度高時」、「醫療錯誤嚴重度高時」、「病人疾病嚴重度高時」、「病人教育程度高時」、「病人社經地位高時」、「病人年齡高時」。

2.醫病關係良好時促進程度高

依據促進程度排序，發現前三項高促進程度者皆與病人及家屬有關，顯示當醫病關係良好時，醫師較傾向主動告知醫療錯誤。國外研究亦指出：與病人維持良好的醫病關係可以保護自己遠離訴訟，因此醫病間存在良好關係時，醫師比較勇於主動告知醫療錯誤。

3.病人特質促進程度低

「病人年齡高時」未達顯著，表示醫師在抉擇主動告知之際不受病人年齡影響。而根據促進程度排序，發現後三項低促進程度者皆屬於病人特質，顯示病人特質在抉擇主動告知時影響較小。醫師角度可能認為高教育程度及高社經地位病人較容易溝通，但另一方面此類病

人有能力蒐集相關資料，甚至獲取相關人脈來對抗醫師，因存在兩種互斥方向之可能性，導致「病人教育程度高時」與「病人社經地位高時」促進程度較「病人及家屬可理性溝通時」、「病人及家屬對病情了解度高時」、「與病人及家屬熟悉度高時」、「醫療錯誤嚴重度高時時」、「病人疾病嚴重度高時」來得低。

4.有告知經驗者促進程度高、有訴訟經驗促進程度低

有告知經驗者普遍促進條件較高，可能原因為醫師告知後獲得良好的回應，心理因而獲得緩解，也無出現負面衝擊，使得醫師願意繼續主動告知。有訴訟經驗者普遍促進條件較低，當醫師經歷過訴訟，了解訴訟不僅造成醫師財務損失，甚至影響心理，進而影響生理，期望將訴訟可能性降至最低，因此願意主動告知意願較低。

三、主動告知及致歉醫療錯誤之意願

1.主動告知意願比例

醫師對於主動告知醫療錯誤的意願可分為輕微醫療錯誤與嚴重醫療錯誤，輕微醫療錯誤中，有 366 人(86.5%)可能會或一定會主動告知。嚴重醫療錯誤中，有 295 人(69.7%)可能會或一定會主動告知。

2.主動致歉意願比例

醫師對於主動致歉醫療錯誤的意願可分為輕微醫療錯誤與嚴重醫療錯誤，輕微醫療錯誤中，有 366 人(86.6%)可能會或一定會主動致歉。嚴重醫療錯誤中，有 334 人(79%)可能會或一定會主動致歉。

3.告知及致歉比例偏低

國內醫師不僅在主動告知比例偏低，在主動致歉比例亦較低。可能原因為國內對於主動告知醫療錯誤之議題仍處於模糊地帶，尚未受到醫界重視，病人也未積極爭取就醫權利。

四、主動告知之阻礙因素與促進條件對告知及致歉意願之影響

1. 影響主動告知及致歉輕微醫療錯誤之共同因素

影響主動告知及致歉輕微醫療錯誤之共同因素有「擔心自己名聲受損」、「醫療錯誤嚴重度高時」、「病人社經地位高時」、「病人教育程度高時」、「與病人及家屬熟悉度高時」、「病人及家屬可理性溝通時」及「病人及家屬對病情了解度高時」。

2. 影響主動告知及致歉嚴重醫療錯誤之共同因素

影響主動告知及致歉嚴重醫療錯誤之共同因素有「擔心被告」、「擔心自己名聲受損」、「擔心醫病關係惡化」、「擔心病人不理性」、「病人疾病嚴重度高時」、「醫療錯誤嚴重度高時」、「病人年齡高時」、「病人社經地位高時」、「病人教育程度高時」、「與病人及家屬熟悉度高時」、「病人及家屬可理性溝通時」及「病人及家屬對病情了解度高時」。

3. 影響嚴重醫療錯誤之阻礙因素比輕微醫療錯誤多

當發生嚴重醫療錯誤，醫師擔心一旦告知或致歉，反而引來負面結果，因此，對於是否要主動告知或致歉需要考慮相當多因素。

4. 所有促進條件皆顯著影響主動告知及致歉嚴重醫療錯誤

當發生嚴重醫療錯誤，醫師皆認為應該要主動告知，也表示會主動告知，也就是說，醫療錯誤嚴重度高，認為應該要告知比例與會告知比例皆相對提高。因此，促進條件皆顯著影響告知及致歉意願。

5. 加入控制變項後，嚴重醫療錯誤於控制前後差異不大

醫師對告知或致歉嚴重醫療錯誤認同度高，因此，在醫師經驗不同、醫師特質不同與醫院特質不同下，仍對告知或致歉嚴重醫療錯誤存在相同的看法。

第二節 建議

一、對衛生主管機關建議

向社會大眾教育面對醫師主動告知醫療錯誤的正確觀念：

醫師主動告知醫療錯誤主要阻礙因素之一為擔心病人不理性行為，顯示社會大眾表現可能不符合醫師所預期的，仍有教育的空間。主動告知是一件醫師應該做的事，病人有「知」的權利，但是主動告知絕不是病人對醫師訴訟的工具，應該適度的向大眾宣導主動告知效益，而不要讓病人扭曲了主動告知的原始的美意。當大眾對於主動告知有相當程度的了解，醫師對主動告知接受度也會相對上升。

二、對醫療院所建議

1. 建立無罪化環境鼓勵醫師積極面對醫療錯誤：

醫院應建立醫療無罪化環境以營造鼓勵主動告知氛圍，降低醫師因擔心名聲受損而降低主動告知意願。營造無罪化環境的首要原則必須先摒棄醫療錯誤發生後立即追究個人責任的作法，而應該將焦點著重在檢討事件本身，事件是否因可避免的錯誤造成，應尋求改善機會並且避免同樣的錯誤重複發生。

2. 將主動告知醫療錯誤納入醫師養成訓練及繼續教育之一環：

於醫師養成過程中教導正確的觀念及模擬主動告知情境，以利學習實踐主動告知。未來發生醫療錯誤時，醫師能夠以正確的思維來面對，進而減少醫療錯誤的衝擊。

除了養成訓練外，繼續教育亦需要持續教導主動告知相關議題。研究結果發現醫病關係良好時，醫師較願意主動告知，相關文獻亦指出醫師相信醫病間存在良好之關係可以免於訴訟，因此，鼓勵醫師建立良好的醫病關係是必須的。但醫師可能對於主動告知醫療錯誤存在某些固有的印象而遲遲不敢採取行動，研究結果發現醫師在教育程度

高時與社經地位高時傾向告知，實際上，病人特質與告知後會減少採取法律行動是沒有相關的。建議醫院主動提供相關研究結果以鼓勵醫師建立主動告知的信心及消除刻板印象。

病安通報最主要就是希望可以做到經驗分享，每個主動告知案例都是相當寶貴的經驗，提供類似案例有利的資訊，當經驗累積到相當數量時，可以製作成參考準則，對每一位首次遇到主動告知困境之醫師帶來莫大的協助，減少醫師心中的無助感。在本研究中醫師對於低教育程度及低社經地位者較傾向不告知，建議分析是否不同特質的病人利用不同的主動告知方法更能達到成效，醫師對於低教育程度或低社經地位者可能不懂得如何告知，也許醫師使用淺顯易懂的文字並且表示會盡力降低傷害以減少病家焦慮反而可以達到好的成效。

三、對後續研究者建議

1.加入質性研究：

利用質性訪談探索醫師想法，用以輔助研究推論，並且提供新的研究方向。

2.以病人為對象：

本研究對象為醫師，可以探討病人或社會大眾對主動告知的觀點，再將兩者作比較，以了解醫師與病人差異為何。

3.擴大樣本數：

研究者可以利用分層抽樣，作全國醫院的調查，以求對國內主動告知的現況有進一步的了解，甚至比較北、中、南醫院是否有所不同，而醫院層級可以擴大納入診所之醫師。

第三節 研究限制

一、資料蒐集方面

1. 本研究因議題較敏感，故採用立意取樣，最終選出不同權屬、不同層級的六家醫院，且集中於中部及南部，雖然回收率高達 82.9%，但僅能代表此六家醫院。因此，存在外推性不足問題，無法代表全台灣醫院醫師。
2. 因本研究議題較敏感，醫師因社會預期效應而填答態度傾向正面，結果可能趨於高估。

二、研究設計方面

1. 醫院文化可能影響醫師主動告知意願，在本研究只以公立與非公立來代表醫院文化可能有所不足。
2. 醫療錯誤定義有事先定義，但由於每位受試者主觀認知的不同，可能會有偏差。
3. 醫師經驗列為控制變項，但醫療錯誤與主動告知經驗僅分有經驗與無經驗兩類，並未針對涉入程度細分為輕微醫療錯誤與嚴重醫療錯誤來做分析。

參考文獻

英文文獻

- Baker, T. (2005). *The medical malpractice myth*. Chicago and London: The University of Chicago Press.
- Bismark, M., Dauer, E., Paterson, R., & Studdert, D. (2006). Accountability sought by patients following adverse events from medical care: the New Zealand experience. *CMAJ Canadian Medical Association Journal*, 175(8), 889-894.
- Blendon, R.J., DesRoches, C.M., & Brodie, M. (2002). Views of practicing physicians and the public on medical errors. *New England Journal of Medicine*, 347, 1933-1940.
- Brennan, T.A., Leape, L.L., & Laird, N.M. (1991). Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. *New England Journal of Medicine*, 324, 370-376.
- Cleopas, A., Villaveces, A., Charvet, A., Bovier, P.A., Kolly, V., & Perneger, T.V. (2006). Patient assessments of a hypothetical medical error: effects of health outcome, disclosure, and staff responsiveness. *Quality & Safety in Health Care*, 15(2), 136-141.
- Clinton, H.R. & Obama, B. (2006). Making patient safety the centerpiece of medical liability reform. *New England Journal of Medicine*, 354(21), 2205-2208.
- Danzon, P.M. (1985). *Medical Malpractice: Theory, Evidence, and Public Policy*. Cambridge: Harvard University Press.
- Espin, S., Levinson, W., Regehr, G., Baker, G.R., & Lingard, L. (2006). Error or "act of God"? A study of patients' and operating room team members' perceptions of error definition, reporting, and disclosure. *Surgery*, 139(1), 6-14.
- Fischer, M.A., Mazor, K.M., Baril, J., Alper, E., DeMarco, D., & Pugnaire, M. (2006). Learning from mistakes. Factors that influence how students and residents learn from medical errors. *Journal of General Internal Medicine*, 21(5), 419-423.

- Gallagher, T.H. & Levinson, W. (2005). Disclosing harmful medical errors to patients: a time for professional action. *Archives of Internal Medicine*, 165,1819–1824.
- 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: how physicians would disclose harmful medical errors to patients. *Archives of Internal Medicine*, 166(15), 1585-1593.
- 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*, 289(8), 1001-1007.
- 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), 1605-1611.
- Garbutt, J., Brownstein, D.R., Klein, E.J., Waterman, A., Krauss, M.J., Marcuse, E.K., et al. (2007). Reporting and disclosing medical errors: pediatricians' attitudes and behaviors. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 161(2), 179-185.
- Harvard Medical Practice Study. (1990). *Patients, doctors, and lawyers: Medical injury, malpractice litigation, and patient compensation in New York: The report of the Harvard Medical Practice Study to the State of New York*. Cambridge: Harvard University Press.
- 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(7184), 640-641.
- Hobgood, C., Tamayo-Sarver, J.H., & Weiner, B. (2008). Patient race/ethnicity, age, gender and education are not related to preference for or response to disclosure. *Quality & safety in health care*. 17(1):65-70.

- 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), 1276-1286.
- 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.
- Kohn, L.T., Corrigan, J.M., & Donaldson, M.S. (2000). *To Err is Human : Building a Safer Health System. Institute of Medicine Report*. Washington,DC : National Academy Press.
- Lamb, R.M., Studdert, D.M., Bohmer, R.M., Berwick, DM., & Brennan, T.A. (2003). Hospital disclosure practices: results of a national survey. *Health Affairs*, 22(2), 73-83.
- Localio , A.R., Lawthers, A.G., Brennan, T.A., Laird, N.M., Hebert, L.E., Peterson, L.M., et al. (1991). Relation between malpractice claims and adverse events due to negligence, results of the Harvard Medical Practice Study III. *New England Journal of Medicine*, 325(4), 245-251.
- Matlow, A., Stevens, P., Harrison, C., & Laxer, R.M. (2006). Disclosure of medical errors. *Pediatric Clinics of North America*, 53(6), 1091-1104.
- Mazor, K.M., Reed, G.W., Yood, R.A., Fischer, M.A., Baril, J., & Gurwitz, J.H. (2006). Disclosure of medical errors: what factors influence how patients respond?. *Journal of General Internal Medicine*, 21(7), 704-710.
- 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), 409-418.
- Mills, D.H. ed. (1977). *Report on the Medical Insurance Feasibility Study*. Sacramento: California Medical Association and California Hospital Association.
- Reason, J.T. (1990). *Human error*. Cambridge, MA: Cambridge University Press.

- Robblee, J.A. & Nicklin, W.L. (2003). Views of practicing physicians and the public on medical errors. *New England Journal of Medicine*, 348(12), 1184-1185.
- Schimmel, E.M. (1964). The hazards of hospitalization. *Annals of Internal Medicine*, 60:100-110.
- Schwappach, D.L. & Koeck, C.M. (2004). What makes an error unacceptable? A factorial survey on the disclosure of medical errors. *International Journal for Quality in Health Care*, 16(4), 317-326.
- Steel, K., Gartman, P.M., Crescenzi, C., & Anderson, J. (1981). Iatrogenic illness on a general medical service at a university hospital. *New England Journal of Medicine*, 304(11), 638-642.
- Straumanis, J.P. (2007). Disclosure of medical error: is it worth the risk?. *Pediatric Critical Care Medicine*, 8(2 Suppl), S38-43.
- Studdert, D.M., Thomas, E.J., Burstin, H.R., Zbar, B.I., Orav, E.J., & Brennan, T.A. (2000). Negligent care and malpractice claiming behavior in Utah and Colorado. *Medical Care*, 38(3), 250-260.
- Vincent, C., Neale, G., Woloshynowych, M. (2001). Adverse events in British hospitals: Preliminary retrospective record review. *BMJ*, 322, 517-519.
- Weiler, P.C., Hiatt, H.H., Newhouse, J.P., Johnson, W.G., Brennan, T.A., & Leape, L.L. (1993). *A measure of malpractice*. Cambridge: Harvard University Press.
- Weissman, J.S., Annas, C.L., Epstein, A.M., Schneider, E.C., Clarridge, B., Kirle, L., et al. (2005). Error reporting and disclosure systems: views from hospital leaders. *JAMA*, 293(11), 1359-1366.
- Wilson, R.M., Runciman, W.B., Gibberd, R.W., Harrison, B.T., Newby, L., & Hamilton, J.D. (1995). The Quality in Australian Health Care Study. *Medical Journal of Australia*, 163(9), 458-471.
- 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.

中文文獻

- 田中真由美著、李尚霖譯(2005)，*哈佛醫師之路*，原水文化出版公司。
- 石崇良(2005)，醫療錯誤之流行病學，*台灣醫界*，8(4)，510-520。
- 何曉琪(2001)，醫療錯誤之國際發展與研究取向之優劣術—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。
- 吳俊穎(2004)，由醫療糾紛的觀點看台灣實證醫學未來之發展，*台灣醫學*，8(4)，573-581。
- 李元統(2007)，揭露事實真相的困境-醫師們準備好面對了嗎?，國立雲林科技大學應用外語系碩士論文。
- 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*，17(4)，15-22。
- 林東龍(2004)，醫療糾紛之社會控制：社會學的分析，國立中山大學中山學術研究所博士論文。
- 林彥克(1997)，醫師對醫療品質的認知與態度之研究-以某醫學中心為例，國立台灣大學醫療機構管理研究所碩士論文。
- 邱淑媿(2007)，病人及大眾對於醫師主動揭露醫療錯誤之看法—對實證文獻之回顧，*臺灣公共衛生雜誌*，26(5)，339-352。
- 侯勝茂(2004)，九十三年度醫院病人安全工作目標執行建議參考手冊，財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會，線上檢索日期：2008年08月22日，網址：<http://www.tjcha.org.tw>。
- 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)，病人安全在台灣名詞定義，線上檢索日期：2008年8月15日，網址：<http://www.patientsafety.tw/big5/default.asp>。

張必正(2003)，醫師對於病人安全相關議題的認知、看法與因應行為之研究—以北部醫院醫師為例，國立台灣大學醫療機構管理研究所碩士論文。

莊淇源、蕭炳昆(2004)，病患安全與醫療疏失-淺談重症加護病房注意事項，*醫療資訊雜誌*，13(1)，91-102。

許夙君(2005)，從臨床治理觀點探討醫學中心病人安全的風險因素，國立成功大學高階管理碩士在職專班碩士論文。

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*，39，121-131。

楊秀儀(2003)，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*，4(2)，37-56。

楊長興(2006)，*醫管辭彙*，台北：合記圖書出版社。

楊哲彥、楊秀儀(2004)，台灣地區中醫與西醫醫療糾紛的差異，*中醫藥雜誌*，15(1)，1-15。

劉洪香水(2005)，院內通報系統之建置—以南部某醫院為例，國立中正大學資訊管理研究所碩士論文。

韓揆(2005)，醫療糾紛概說，*台灣醫院協會*，38(3)，1-12。

附錄

親愛的醫師，您好！

本調查問卷想瞭解您對主動告知醫療錯誤的看法。受訪對象為台灣六間醫院之醫師，採抽樣問卷調查。研究目的主要在於了解在醫師煮主動告知醫療錯誤之阻礙因素以及促進條件，並分析二者對醫師主動告知及致歉意願之影響。其研究成果將可在醫學倫理教育、醫務管理工作、醫療政策制訂、及推動病安活動上，提供重要參考。

本問卷採匿名式問卷填答，所調查之基本資料無涉及受試者私密資料，亦無法從問卷資料回推受試者身份；問卷一旦經由受試者填答並回覆，即代表受試者同意其回答之內容可直接受監測者、稽核者、人體試驗委員會及主管機關檢閱。本研究絕對遵守醫學倫理原則及保密之義務，承諾絕不違反受試者身分之機密性。且在相關法律及法規要求下將不公開。如果發表試驗結果，受試者之身分仍將保密，其資料保存期限為三年。因此，請就您實際狀況回答即可，您所提供的資料僅限於學術研究使用，不會移作其他用途，請放心填答。非常感謝您的支持與協助！

敬祝 工作順利 健康快樂

名詞定義

1. 「跡近錯失」：錯誤本來要發生，但因為運氣好或即時的介入而未發生。
2. 「輕微醫療錯誤」：錯誤造成傷害但不會永久且不會有生命威脅。
3. 「嚴重醫療錯誤」：錯誤造成永久傷害（甚至死亡）
或短暫的生命威脅傷害。

中國醫藥大學醫務管理學研究所

指導教授 戴志展

研究生 劉師秀

敬上

壹、主動告知醫療錯誤的阻礙因素

請就您對下列敘述的同意程度圈選給分 (0~10 分) (0 為最不同意、10 為最同意)

1. 醫師會擔心「 <u>被醫院處罰</u> 」而降低主動告知醫療錯誤的意願：	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. 醫師會擔心「 <u>被告</u> 」而降低主動告知醫療錯誤的意願：	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. 醫師會擔心「 <u>執照被吊銷</u> 」而降低主動告知醫療錯誤的意願：	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. 醫師會擔心「 <u>醫院名聲受損</u> 」而降低主動告知醫療錯誤的意願：	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5. 醫師會擔心「 <u>自己在業界名聲受損</u> 」而降低主動告知醫療錯誤的意願：	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6. 醫師會擔心「 <u>病患對我失去信心</u> 」而降低主動告知醫療錯誤的意願：	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7. 醫師會擔心「 <u>醫病關係惡化</u> 」而降低主動告知醫療錯誤的意願：	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8. 醫師會擔心「 <u>病人不理性的行為會影響日常作業</u> 」而降低主動告知醫療錯誤的意願：	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

貳、主動告知醫療錯誤的促進條件

請就您對下列敘述的同意程度圈選給分 (0~10 分) (0 為最不同意、10 為最同意)

1. 「 <u>病人疾病嚴重度高</u> 」時，會傾向主動告知醫療錯誤，您的同意程度是	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. 「 <u>醫療錯誤嚴重度高</u> 」時，會傾向主動告知醫療錯誤，您的同意程度是	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. 「 <u>病患年齡高</u> 」時，會傾向主動告知醫療錯誤，您的同意程度是	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. 「 <u>病人社經地位高</u> 」時，會傾向主動告知醫療錯誤，您的同意程度是	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5. 「 <u>病人教育程度高</u> 」時，會傾向主動告知醫療錯誤，您的同意程度是	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6. 「 <u>與病人的熟悉度高</u> 」時，會傾向主動告知醫療錯誤，您的同意程度是	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7. 「 <u>與家屬的熟悉度高</u> 」時，會傾向主動告知醫療錯誤，您的同意程度是	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8. 「 <u>病人可理性溝通</u> 」時，會傾向主動告知醫療錯誤，您的同意程度是	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9. 「 <u>家屬可理性溝通</u> 」時，會傾向主動告知醫療錯誤，您的同意程度是	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10. 「 <u>病人對病情的了解度高</u> 」時，會傾向主動告知醫療錯誤，您的同意程度是	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11. 「 <u>家屬對病情的了解度高</u> 」時，會傾向主動告知醫療錯誤，您的同意程度是	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

參、行為(請根據因我個人疏失造成的醫療錯誤填答)

1. 將來是否會主動向病人告知因我造成的「輕微醫療錯誤」？ 一定會 可能會 可能不會 一定不會
2. 將來是否會主動向病人告知因我造成的「嚴重醫療錯誤」？ 一定會 可能會 可能不會 一定不會
3. 將來是否會就我造成的「輕微醫療錯誤」主動向病人致歉？ 一定會 可能會 可能不會 一定不會
4. 將來是否會就我造成的「嚴重醫療錯誤」主動向病人致歉？ 一定會 可能會 可能不會 一定不會

肆、經驗(請根據因我個人疏失造成的醫療錯誤填答)

1. 是否發生過 跡近錯失(near miss)，輕微(minor)醫療錯誤，嚴重(serious)醫療錯誤，無經驗 (可複選)
2. 是否曾經主動向病人告知 輕微醫療錯誤，嚴重醫療錯誤，無經驗 (可複選)
3. 執業以來是否曾經有醫療訴訟：無1次2次3次4次≥5次

伍、基本資料

1. 性別：男 女
2. 宗教信仰：無 佛 道教 基督教 天主教 其他
3. 科別：內科體系 外科體系 其他 (如病理、放射、核醫、放射腫瘤等)
4. 職等：住院醫師 主治醫師 主治醫師兼主管職