

中國醫藥大學

醫務管理學研究所碩士論文

編號：IHAS-434

醫師特質及其所屬醫院醫療糾紛支持機制對醫
師主動告知及致歉醫療錯誤意願之影響

**The Influences of Physician's Characteristic and Hospital's
Medical Dispute Supporting System on the Physician's
Willingness to Disclose and Apologize for Medical Errors**

指導教授：戴 志 展 副教授

研 究 生：劉 佩 瑜 撰

中華民國九十八年七月

摘 要

研究目的：國內醫界雖致力實行知情同意(informed consent)，但對於進一步醫療不良事故的處理，仍缺乏清楚共識。外國推行醫師「主動告知醫療錯誤(disclosure medical error)」的經驗發現可明顯降低病人興訟並改善醫病關係，然而醫師行為會受到內外部環境所影響，醫師是否能接受此項政策，仍深具挑戰，因此本研究目的為了解國內醫院醫療糾紛支持機制現況及醫師主動告知及致歉醫療錯誤的經驗與意願，並分析其影響因素。

研究方法：本研究以國內六家不同權屬與層級醫院之醫師為研究對象，按醫師數規模之比例抽樣發放自編結構式自填問卷，並應用邏輯斯迴歸分析影響醫師告知及致歉之因素。共計發放 510 份問卷，回收 457 份有效問卷，有效回收率為 90%。

研究結果：87%醫師曾發生醫療錯誤，79%曾告知；26%表示告知對醫病關係有造成負面衝擊，89%有告知及致歉錯誤之意願。「內科體系」、「平均每日直接照護住院病患時間較長」、「平均每週從事高風險醫療行為時間較短」、「曾告知錯誤」、「曾致歉錯誤」、「表示告知錯誤對醫病關係無造成負面衝擊經驗」之醫師，其告知及致歉意願較高。而所屬醫院有無提供醫療糾紛支持，則無顯著差異。影響其告知及致歉意願之重要預測變項為「科別」、「平均每週從事高風險醫療行為時間」、「曾經致歉之經驗」、「告知對醫病關係的衝擊經驗」。

結論與建議：建議醫院從教育訓練著手，藉由醫學倫理委員會中種子教師的培訓機制，進行有關告知錯誤之相關教育訓練，以及設立專科委員會促進文化改革並營造可以討論醫療錯誤的醫療環境，以提昇醫師告知及致歉之意願。

關鍵字：醫療錯誤、主動告知、醫病關係、醫院醫療糾紛支持機制

Abstract

Research Purpose: Nowadays, the physician-patient relationship has been changed. How to protect the rights of patient as well as that of physician turns to be a significant topic. Although “informed consent” has been devoted to implement in healthcare society, for those unpleasant adverse events or medical errors happened from healthcare delivery, we are still lacking any clear consensus in facing that, in addition to establishing a patient safety reporting system in hospital for prevention. Some other countries have introduced a new policy for this issue – disclosure of medical error and found that disclosure of medical error has positive impact on physician-patient relationship and can decrease the medical lawsuit. However, the behavior of physician would be affected by both the internal and external environment, whether the policy is suitable or not in our country is still challengeable. The study aims to realize, in different dispute supporting system, physicians’ experience and willingness regarding disclosing medical error to their patients, and analyze the possible factors that may influence physician’s willingness to disclose.

Research Method: The study population is the physicians in six hospitals, including 1 non-public medical center, 1 public medical center, 1 non-public regional hospital, 1 public regional hospital, 1 non-public local hospital and 1 public local hospital. Self-administered questionnaire will be delivered by probability proportionate to physician size of the individual hospital. Factors may influence their disclosure are evaluated by logistic regression analysis. Total 510 copies of the questionnaire were delivered to the subjects. 457 valid questionnaires were received (90% response rate).

Research Results: Of the physicians, 87% had experienced medical

error, 79% had disclosed error to patient, and 26% expressed that disclosure had have negative impact on physician-patient relationship. 89% express that they would disclose and apologize to patients about medical error what caused by themselves. Physicians who were an internist, spending longer time in caring hospitalized patient, spending shorter time in high-risk medical practice, ever disclosing, ever apologizing, and having no negative impact on physician-patient relationship after disclosure, were independently associated with higher willingness for disclosing and apologizing for medical errors. The willingness of physician's disclosing medical errors was not different across hospitals. Overall, specialty, time in high-risk medical practice, apology experience, disclosure experience about the impact of disclosure on physician-patient relationship, are the important predictors of the willingness to disclose medical error and apologize to patient.

Conclusion and Suggestion: Educating and training were suggested, by cultivating and training physician through medical ethics committee, improving the culture transformation by constituting a specialty committee, and building a medical environment that can discuss medical error freely, in order to enhance the positive willingness of physician toward disclosure medical error and apology, and aiming in a win-win healthcare environment.

Key words: Medical Error, Disclosure, Hospital' s Medical Dispute
Supporting System

誌 謝

終於完成論文，在研究所就讀期間，首要感謝指導教授戴志展老師。在因緣際會下，成為戴老師的工讀生甚至研究生，讓我有機會能實際參與到一個研究計畫執行的所有流程，實在是覺得很幸運。非常感謝戴老師的指導，就算工作繁忙、刀開不完，仍會定時抽空與我們討論論文，碰到任何困難，都能及時協助我們突破難關，讓我在最後兩年的學生生涯中獲益良多。不管是在申請計畫或是討論論文時的思辯、論文問卷的發放、臨床醫療實務經驗的分享、參加醫務管理學會活動、研討會發表，亦或是平常閒聊的八卦，以及嗑「領結捲」、與導生一起吃麻辣火鍋，到大甲作奶油酥餅吃海鮮…等，每個經歷都是美好的回憶，真的很謝謝您。

再者感謝口試委員王拔群老師與龍紀萱老師，感謝您給予學生指導及建議，讓我能補足論文內容中較為缺乏的臨床知識以及未考量的部份。此外，也要特別感謝在問卷上給予意見的專家與協助問卷發放的陳信水學長及王志誠學長，以及協助統計方法解惑的王拔群老師、廖世傑老師及梁文敏老師，使得論文可以順利進行。

另外特別感謝系上婉菁學姐及師秀、佳津、仙入(雅茹)、風紀股長(昱凱)、楊爸爸(宗盛)、莎莎(家慧)、嘉隆、陳董(伯任)、琳詠、維容、秀盈、孟君、儀靜、國禎等班上同學的陪伴與共患難，不管是迎新、送舊、打漆彈、班聚、拍照…開心的時候，或是辦活動、作評鑑時受到挫折及委屈的時候，都能並肩作戰以及傾聽我的心聲，尤其是師秀，在人生的三個必修科目上，都能給予我支持以及寶貴的意見，不管是快樂的分享或是難過及受委屈時的安慰，真的很高興能夠認識你們，非常感謝你們平日的照顧及陪伴。更特別謝謝戴志展老師及黃光華老師，讓我能再在研究所畢業後即順利進入職場工作。

最後，要感謝父母親、祖父母、家禎姑姑、哥哥哲甫及妹妹宛瑜，以及男友根誌，謝謝您們的支持、關懷及包容，讓我能專心的在學業上求進步，你們就是我永遠的前進動力，未來的我定會努力實踐人生，以回報你們長久以來不斷的付出及支持。

時光飛逝，人生已經走到了第 24 個年頭，如今終於能順利完成學業，要感謝的人太多太多，在此獻上誠摯的祝福，希望大家都能健康快樂，樂活人生。

劉佩瑜 謹於

中國民國九十八年七月



目 錄

摘 要	i
Abstract	ii
誌 謝	iv
目 錄	vi
表目錄	viii
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	4
第二章 文獻探討	5
第一節 醫療糾紛之定義與現況	5
第二節 醫療糾紛處理與支持機制	11
第三節 主動告知醫療錯誤	15
第四節 影響主動告知醫療錯誤的因素	29
第五節 小結	31
第三章 研究設計與方法	33
第一節 研究架構	33
第二節 研究對象	35
第三節 研究工具	36
第四節 測量方法	39
第五節 分析方法	41
第四章 結果	42
第一節 描述性統計分析	42
第二節 雙變項分析	52

第三節 多變項分析	71
第五章 討論	79
第一節 醫師特質及其所屬醫院醫療糾紛支持機制	79
第二節 醫師主動告知及致歉醫療錯誤之意願	83
第三節 醫師特質及其所屬醫院特質及醫療糾紛支持機制對醫師 主動告知及致歉醫療錯誤意願之影響	84
第六章 結論	88
第一節 結論	88
第二節 建議	92
第三節 研究限制	94
參考文獻	95
附錄 問卷	102



表目錄

表 2-1	醫療傷害及醫療爭議的相關名詞定義	17
表 3-1	研究對象之問卷抽樣比例	35
表 3-2	研究變項之操作型定義	39
表 4-1	回收樣本基本資料	42
表 4-2	醫師基本特性(N=457).....	45
表 4-3	醫師主動告知醫療錯誤之相關經驗(N=457).....	47
表 4-4	醫師所屬醫院特質及醫療糾紛支持機制(N=457)	50
表 4-5	醫師主動告知及致歉醫療錯誤之意願(N=457).....	51
表 4-6	醫師特質在醫院權屬間之差異分析.....	54
表 4-7	醫師特質在醫院層級間之差異分析.....	56
表 4-8	醫師特質在科別間之差異分析	58
表 4-9	醫師特質在職等間之差異分析	60
表 4-10	醫師基本特性與醫師主動告知及致歉醫療錯誤意願之邏輯斯迴歸分析.....	66
表 4-11	醫師主動告知醫療錯誤的相關經驗與醫師主動告知及致歉醫療錯誤意願之邏輯斯迴歸分析.....	67
表 4-12	醫師特質與醫師主動告知及致歉醫療錯誤意願之邏輯斯迴歸分析.....	68
表 4-13	醫師所屬醫院醫療糾紛支持機制與醫師主動告知及致歉醫療錯誤意願之邏輯斯迴歸分析.....	70
表 4-14	醫師主動告知輕微醫療錯誤意願影響因素之逐步邏輯斯迴歸分析.....	72
表 4-15	醫師主動告知嚴重醫療錯誤意願影響因素之逐步邏輯斯迴歸分析.....	73

表 4-16 醫師主動致歉輕微醫療錯誤意願影響因素之逐步邏輯斯迴歸 分析	75
表 4-17 醫師主動致歉嚴重醫療錯誤意願影響因素之逐步邏輯斯迴歸 分析	76
表 4-18 邏輯斯迴歸分析結果之顯著變項整理表	78



圖目錄

圖 2-1	醫療錯誤及醫療糾紛之概念定義圖.....	16
圖 2-2	國外實施主動告知政策之成效.....	25
圖 3-1	研究架構.....	34



第一章 緒論

第一節 研究背景與動機

隨著民眾教育、生活水準、及權利意識的提高，醫病關係已由傳統以醫師是從的不平等觀念漸漸有了改變。當民眾在接受醫療照護時，對醫療品質的重視與期待越來越高，若醫療機構與醫療人員沒有提供滿足病患的醫療服務，必會使得醫療糾紛的發生增加(江怡如，2001)。

從衛生署醫事審議委員會自民國 76 年 4 月至 89 年 12 月受理委託鑑定案件的數量來看，醫療糾紛或醫療疏失的案例有日益增多的趨勢，從 76 年的 147 件，84 年及 85 年的 198 及 238 件，88 年及 89 年的 332 及 383 件，93 年 434 件，95 年 471 件，顯示國內醫療糾紛有快速成長的現象(楊哲彥，2004)。國內曾有研究調查南部某醫學中心於 1991 年至 2006 年所發生共計 41 件的醫療糾紛訴訟案件的資料顯示，醫院醫療糾紛訴訟案有持續上升之趨勢(陳麗琴，2006)。

醫療糾紛的快速成長，於今尤烈，探究其原因有：醫療需求的不斷增加、民眾不切實際的醫療預後期待、醫療技術的進步、醫療服務企業化的經營趨勢、社會型態的變遷、病人權益意識的高漲、醫院處理糾紛的逃避態度、及醫病關係的改變(姚嘉昌，2001；陳忠五，2004；陳春山，1984)。

引起醫療訴訟之原因，據陳麗琴(2006)研究結果顯示，醫療糾紛訴訟案主要發生於內科系及外科系，訴訟案案家提告原因是以不滿醫療過程或結果最多(85.4%)，其次為溝通不良(31.7%)，服務態度不佳(7.3%)；訴訟發生原因則是以對醫療過程或結果不滿意(佔 68.3%)、治療相關(佔 17.1%)及態度問題(佔 17.1%)為主。盧昭文(2000)研究結果則顯示醫師認為醫療糾紛發生的主要因素為：醫師的處置不當加上

醫師的態度或溝通問題引發病家不滿；病人對治療結果的不滿意；醫療上的不確定性。而醫療糾紛訴訟結果與病人出院結果、醫病雙方之溝通不良和醫療過失及未落實醫療糾紛處理模式有顯著相關(陳麗琴，2006)。

針對醫療糾紛事件之因應，目前國內在知情同意(informed consent)已實踐良好，但在處理不良事件上尚無遵循依據及清楚共識(邱淑媿，2007)；外國則推行主動告知(disclosure)政策因應之。然而，全面性的主動告知(full disclosure)政策是否會造成更多訴訟興起？美國 Lexington 榮民醫學中心與密西根大學醫療體系的實際經驗都發現：全面推動主動告知政策後，不僅可有效降低訴訟支出及比率、有助於改善醫病關係與增進彼此信任，且將成為影響醫病雙方關係的重要因素(Clinton & Obama, 2006; Fischer et al., 2006)。目前許多國家皆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(邱淑媿，2007)。

幾乎所有病患(98%)都希望醫師在發生醫療錯誤後承認錯誤及致歉(即使是沒有造成任何危險的傷害)(Witman, Park, & Hardin, 1996)。但醫師擔心致歉可能引起訴訟(Gallagher, Waterman, Ebers, Fraser, & Levinson, 2003; Straumanis, 2007)。根據國外研究指出，在主動告知的過程中或是主動告知後，用即時的方法以及好的溝通技巧，病人以及他們的家屬至少較不會試圖採取法律行動(Straumanis, 2007)。

研究指出，若發生中度醫療錯誤(moderate medical errors)，病患未被告知醫師有錯(或者病患由其他管道發現錯誤)，則病患會傾向對醫師提出告訴，並達統計上之顯著；而發生嚴重醫療錯誤(serious medical errors)之情形亦同(Witman et al., 1996)。雖然當臨床上面對的

是病人或家屬尚不知情的情況，但主動告知是否可能造成因知情反而引發額外的訴訟風險？主動告知醫療錯誤所減少的訴訟會不會高於額外所引發的訴訟風險？這些問題皆無法從假設性的研究中獲知真相(邱淑媿，2007)。回顧國外以病人、家屬或民眾為對象所作的調查或研究，亦未發現有證據顯示主動告知醫療錯誤會增加醫療糾紛或訴訟，相反的，在大多數的假設狀況下，有被主動告知時，病人想要訴諸法律的比率會比由病人或家屬自行發現醫療錯誤者來的低，而且病人信賴度、病人情緒、醫病關係與醫院形象所受到的傷害也會比較小(Cleopas et al., 2006; Mazor et al., 2006; Mazor et al., 2004; Witman et al., 1996)；採取法律行動的病人或家屬亦認為，醫師若能在發生醫療錯誤後採取某些補救措施，許多訴訟應是可以避免的(Vincent, Young, & Phillips, 1994)。

在台灣當前的醫療生態及醫院總額預算制度的實施，已造成醫院的營運壓力大增，如今高能見度的醫療傷害事件又引發醫療責任風險的日漸增加，如此對醫院財務的直接衝擊，使醫院經營管理者面臨嚴苛的考驗，而針對層出不窮的醫療糾紛案件，發展出一套有效的因應策略，是當今醫務管理者刻不容緩的議題。國外已有部分地區開始推行主動告知醫療錯誤的政策，實施後發現有不錯的成效：不僅可降低病患提訟機率，亦可促進良好的醫病關係。相較於國外，國內醫療制度屬於封閉型態，而醫師行為又會受到醫療環境的影響，國內是否適合推動主動告知醫療錯誤政策，相關學術研究仍尚付闕如，因此本研究欲探討國內醫師對於醫療錯誤處理的經驗及意願之概況，並分析其影響因素，以提供未來相關政策之參考。

第二節 研究目的

- 一、調查目前醫院醫療糾紛支持機制的現況，醫師發生醫療錯誤及醫療糾紛的相關經驗，以及未來醫師如面對個人所造成的醫療錯誤時，主動告知及致歉的意願。
- 二、分析醫師特質對醫師主動告知醫療錯誤及致歉之意願的影響。
- 三、分析醫師所屬醫院特質及醫療糾紛支持機制對醫師主動告知醫療錯誤及致歉之意願的影響。



第二章 文獻探討

本章共分為五節，第一節介紹醫療糾紛事件之定義與現況，第二節介紹醫院對於醫療糾紛的處理與支持機制，第三節則說明主動告知醫療錯誤的定義與重要性，第四節則探討影響醫師主動告知醫療錯誤的因素，最後作一文獻小結。

第一節 醫療糾紛之定義與現況

一、醫療糾紛之定義

針對醫療糾紛之定義，楊哲彥(2004)認為醫療糾紛(medical dispute)係指醫師與病人或家屬之間，在醫療過程中，因醫療傷害所生之責任歸屬之爭執。曾惠明(2005)認為醫療糾紛係指醫病之間的一切爭執，就內容而言，可進一步分為三類：費用的爭執、醫德的爭執、及醫療傷害責任歸屬爭執。財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會(以下簡稱醫策會)(2008)則指出，醫療糾紛(medical dispute)又稱為「醫療爭議」或「醫療紛爭」，醫療糾紛不完全等於醫療疏失，醫療糾紛指的是病人或其家屬認為遭受醫療傷害，並追究醫療專業人員或院方應擔負傷害與賠償責任所引發的爭議事件。換言之，可將醫療糾紛定義為：醫師或其他醫事人員為病患施行相關醫療行為時，因病患或其家屬對醫療之過程或結果不滿意，與醫師或其他醫事人員間發生醫療傷害的歸責問題。此外，醫療糾紛不一定皆循法律途徑解決，訴諸法律途徑解決的醫療糾紛，稱為「醫療糾紛訴訟」或「醫療訴訟」(medical lawsuit)。

二、醫療糾紛之現況

根據預估，台灣每年約有三百件進行法律訴訟，亦即平均每天有一件醫療訴訟(曾惠明，2005)。醫療糾紛對醫病雙方都是不利的，對病家而言，醫療疏失或傷害既已造成，在身體上或心理上即有短暫

的、長期的、甚至永久性的損傷；而對醫療人員而言，金錢及時間的損失或許是暫時的、可調適的，但精神上的困擾卻永遠揮之不去。而醫療糾紛所花的成本，根據調查，台灣地區在民國八十年共發生 2781 件醫療爭議事件(陳榮基，1993)，醫師補償病人醫療傷害的支出約為 2.7 億元，處理成本約為 3.7 億元，更因防禦性醫療行為，增加約 175 億元的巨額社會成本(劉斐文、邱清華、楊銘欽，1997)。另有研究顯示，在西醫醫師方面約有 35.9% 會造成 1 至 7 天的時間成本損失，間接損失成本 1-10 萬元者佔 23.7%，10-50 萬元者佔 18.3%，未有損失者佔 15.8%(楊哲彥、楊秀儀，2004)。

醫療糾紛一旦發生，其所招致的損失，常是無法估計的，因為其所引起連串之反應，會造成無可彌補之損失，更會使得醫病雙方不信任、影響醫師選擇執業科別，避免醫療糾紛風險較高的科別(劉斐文等人，1997；盧昭文，2000)。

然而，若以 1988 年為例，臺灣地區急性一般病床住院人次共有 2,251,889 人次，以國外經驗預估台灣一年住院病人可能發生的醫療傷害機率約為 2.9%至 3.7%，約在 7 萬至 8 萬件左右，其中因為過失行為造成的約佔 27.8%，非過失行為造成的約佔 72.2%，因此台灣每年約有 2 萬件的醫療傷害是過失行為造成，其中的 4 千至 6 千件會變成醫療糾紛，而約有 300 件會成為訴訟案件，而醫院所面臨到的潛在醫療糾紛風險是目前浮出檯面的 16 倍之多(楊秀儀，2002、2003)。

據資料顯示，有 44% 的西醫師在其執業生涯中曾遭遇過醫療糾紛(楊哲彥，2004)，其中醫療糾紛經驗以外科最高，司法訴訟之經驗則以婦產科最高(盧昭文，2000)。在台灣的醫療糾紛處理方式大多以病人撤回或放棄及自行私下談判和解為主，少部分則尋求仲介機構或人士調解，及司法途徑解決。醫療糾紛事件大約有 40 至 50% 的案例被

撤回或放棄，40 至 42%自行和解或經第三者調解，有 5 至 20%則會進入真正的司法訴訟程序(陳榮基，1993；楊秀儀，2002、2003；楊哲彥、楊秀儀，2003；蘇盈貴，2001)。

三、國際間相關實證研究結果

現代醫學日新月異，卻也帶來了因醫學而造成的問題，1955 年 Barr 提出人類必須為現代醫學付出相對代價，因為在醫療診斷或治療過程中，潛存著部分風險，讓病人因此而受傷；因醫療程序所得到的疾病或傷害正是現代醫療中對醫療品質最重要的潛在威脅(Barr, 1955)。

社會大眾與醫療提供者長久以來對醫療傷害存在著許多迷思，普遍都忽略了它的嚴重性與重要性，Schimmel 在 1964 年針對此問題以前瞻式研究方式(prospective study)對住院病人所發生之併發症種類及頻率進行研究，研究中定義「醫療傷害(medical harm)」為「住院期間因醫療照護等診斷及治療程序所造成的不良結果(untoward consequences)」，從 1960 年 8 月 1 日至 1961 年 3 月 31 日的八個月當中，共有 1,014 病人住院 1,252 人次，其中將近 20%病人遭受到醫原性疾病或傷害事件，並有半數以上的病人因此延長住院日或是在出院時仍無法完全痊癒，這些醫原疾病或傷害中，有 20%是嚴重性的(serious)或是致命性的(lethal)的傷害(Schimmel, 1964)。

1970 年代中旬，美國加州醫院協會及醫師公會為了評估醫療無過失責任保險是否能取代醫療過失訴訟，特別資助 Don Harper Mills 進行一項針對加州 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，有 4.7% (1 in 21)是屬於「潛在的賠償案件」(potentially compensable events)，亦即有 4.65%的住院病人因接受診斷或治療受到傷害(依照無

過失責任原則，這些都是保險需要理賠的對象)，其中的 17% 案件(1 in 6 injuries)被認為是醫療過失(medical negligence)所導致，也就是說有 0.79%(1 in 125)的住院病人會因為醫療過失而遭受到醫療不良事件(negligent adverse event)。該研究預估 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)更因此而死亡；該研究的結論是：大約有六分之一的醫原傷害是導因於醫療處置不當(malpractice)，而且高達百分之八十的嚴重性醫原傷害都是由醫療處置不當所引起(Baker, 2005)。

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，她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)，Danzon 的分析發現：「4.6%的住院病人會遭受到醫原傷病，17%的醫原傷病是由醫療過失所造成，而因醫療過失所造成的不良事件(adverse event)」大約是訴訟(claims)案件的十倍，這些訴訟案件中有 40%最後必須賠償」，也就是說，有 4%的因醫療過失導致之醫原傷害事件最後被判決需要賠償(Baker, 2005; Danzon, 1991)。

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(Baker, 2005)。

1992 年哈佛研究團隊再針對猶他州與科羅拉多州進行類似的研究，結果發現這兩州的醫原傷病比率雖然只有 3%(比 1974 年加州的 5%及 1984 年紐約州的 4%都偏低)，但因為這兩州的因醫療過失導致之醫原傷病的比率偏高，所以最後的結果都相似，也就是：醫療過失會造成 1%左右的住院病人因醫療服務而遭受到傷病(Thomas et al., 2000)。

繼哈佛團隊的紐約州研究之後，澳洲政府也在該國內仿效進行類似的研究計畫，研究結果發現有六分之一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避免的(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紐約州的四倍，而因醫療過失所導致的醫原傷病事件是紐約州的一倍(Wilson et al., 1995)。

1990 年芝加哥地區進行一項醫院觀察研究(Hospital Observation Study)，這項研究結果相當令人震驚：有將近一半的住院病人在住院期間曾經經過醫療錯誤事件(mistakes)，其中 20%的病人因此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一，1980 年紐約州的研究結果是七分之一，而 1990 年猶他州與科羅拉多州的研究結果是六分之一(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)。

由上述國外實證研究結果來看，現代醫療存在著高度風險，外顯於醫療糾紛與醫療訴訟的案件只是醫原傷病的一小部分，這其中大部分是由醫療過失(醫療錯誤)所造成，社會大眾與醫療提供者共同正視醫療傷害的嚴重性與重要性，並採取積極防範措施，才能確保現代醫療服務的安全性進而增進醫療品質。



第二節 醫療糾紛處理與支持機制

一、醫院醫療糾紛處理機制

文獻指出，醫療爭議處理機制係指針對醫療爭議案件所設計的方案、活動及流程等(張修維，1999)。有關醫療糾紛的處理機制，侯宜伶(2000)「台灣醫學中心級醫院醫療糾紛風險管理之實證研究」以開放性問卷輔以質性研究的方法，訪談衛生署評鑑為醫學中心以及準醫學中心之 13 家醫院，探討醫學中心級醫院對醫療糾紛的處理現況以瞭解其醫療糾紛風險的管理模式。調查結果發現：雖然受訪 13 家醫學中心投保商業性醫療糾紛責任保險者只有 1 家，但是醫學中心都有注意到醫療糾紛風險的產生。在解決醫療糾紛財務問題上，醫學中心大都採用自己保險或自留風險的方式，處理醫療糾紛時，大多沒有專職人員負責，而國內商業保險公司服務無法滿足醫院的需求且沒有具備比醫學中心更豐富的醫療糾紛處理能力。此外，公立醫院與財團法人醫院處理方式略有不同，但受訪者均認為醫療糾紛的處理曠日費時。

張之蘋(2006)向某保險公司蒐集 2001 年至 2006 年 1 月間已理賠之醫療糾紛案件，並訪談二名醫療機構資深糾紛處理者，以探討某保險公司醫療糾紛已理賠案例之概況與醫療糾紛處理者在處理過程中的思考模式，以及醫療糾紛處理者在自認為有無過失下採取之醫療糾紛處理方式。其結果指出，地區醫院與診所較少聘專人處理醫療糾紛、有專人處理醫療糾紛所付出之補償金額比無專人處理醫療糾紛低。補償金額和有無過失行為、是否有專人處理、和解途徑、病人性別、年齡、疾病嚴重度、傷害程度、醫療糾紛傷害原因、醫療機構層級(診所賠償較高)、是否有特殊第三者介入以及醫療機構壓力耐受性有關，與病人是否死亡無關。而醫療糾紛處理者在自認為有過失下採

取之醫療糾紛處理方式之重點為：誠懇承認錯誤，表示願意負責與合作的態度。將錯誤歸因於非人為因素或轉移醫師的錯誤，獲得病家諒解，並耐心談判。

二、醫院醫療糾紛支持機制

醫療錯誤事件一旦發生，極可能會引起醫療糾紛，針對醫療糾紛之因應，學者認為醫院除了提供主動告知醫療錯誤之政策因應外，亦針對醫院應該提供的醫療糾紛支持機制提出以下建議，內容大致分為情緒支持、保險及賠償金額負擔、教育訓練、處理醫療爭議之專責機構的設置等四大類詳述如下：

1. 情緒支持

文獻指出，機構的支持以及由資深領導者負責，對主動告知是必要的，醫院應發展員工訓練課程且提供 24 小時皆可指導員工主動告知之服務(Levinson & Gallagher, 2007)。發生醫療錯誤時病患、家屬及醫師的情緒都應該受到照顧與關心(Hobgood, Hevia, Tamayo-Sarver, Weiner, & Riviello, 2005)。對於醫師來說，在精神上及信仰上相信「原諒」也是他們願意主動告知錯誤的理由之一。因此醫師願意主動告知錯誤以尋求諒解並且得到心靈負擔的解除(Kaldjian et al., 2007)。但若是醫師面對情緒上的問題無法得到適當的協助，則有可能會影響醫師們提供安全的醫療服務，並且可能會減弱醫師們對專業的熱情(Fein et al., 2007)。由此我們可以了解到在面對醫療錯誤時不僅是病患的情緒受到影響，醫師的情緒亦需要被重視。

對於醫師而言，主動告知醫療錯誤有助於加強與病人的關係，可能進一步地降低進入醫療訴訟的程序並且預防自身或是其他醫療人員於之後犯下相同的錯誤。然而主動告知醫療錯誤卻有可能造成醫師心理上極大的壓力，也有可能會在從業的紀錄上留下痕跡或是進一步

地需要接受工作之醫療機構業績表現的重新評估。因此，在許多新的醫療錯誤告知準則裡強調，在主動告知醫療錯誤前，醫師及醫學生向病人安全機構及風險評估機構尋求協助是很重要的(Hevia & Hobgood, 2003; White et al., 2008)。

2. 保險及賠償金額負擔

當醫事人員從事醫療行為並造成病患的權益侵害構成侵權行為時，病家為爭取其最高利益，除向醫事人員求償外，亦會追究醫療機構的連帶責任。研究發現，有關和解款項之負擔比例，醫療機構的作法各不相同，有的機構已建立制度，即依過失責任的有無，醫療機構設有負擔比例的原則可供依循，並有內部專責的任務功能編組研討有無過失責任，如「醫療糾紛鑑定委員會」等；亦有不少的醫院和解款項之負擔比例視案情而定，即由院長依據案情內容斟酌、決定和解金額的多寡與負擔比例。然而，不論是由機構內的專責單位或院長，依據過失責任或案情來決定和解款項償付比例，其決定是否能令醫事人員全然信服，值得令人省思。因此，亦有人認為醫療爭議應交付第三機構介入仲裁，方能獲致適當的調處與平衡點(張修維，1999)。至於和解款項之財源，大多來自醫院和醫事人員，有的醫療機構會為醫事人員成立基金，類似保險共同分擔風險，甚至亦有商業保險涉入醫療服務業，猶如美國的醫療商業保險，不僅可提供法務服務，也可透過保險給付支應和解款項，減輕醫院和醫事人員的風險，促進和解的成立，減少訴訟的機會。

過去數年內，美國醫師的過失醫療保險隨著科別的不同而有所改變，風險較高的科別如婦產科、急診醫學科、一般外科、外科次專科及放射線科的醫師，其投保金額急遽地增加(Mello, Studdert, & Brennan, 2003)。

3.教育訓練

研究指出，醫療糾紛之發生與醫療品質呈現很高的相關。而與醫療糾紛發生相關之醫療品質類型以「醫師素質、專業訓練相關」、「結果與病患或家屬期望不符」、「併發症、合併症的發生相關」、「與病患或其家屬溝通不足或不良相關」四者比率最高，顯示醫師對自身專業能力的充實、與病患有良好的互動，皆是避免醫療糾紛發生的有效預防之道(江怡如，2001)。

在醫學教育上，資深醫師對醫學生及資淺醫師分享主動告知醫療錯誤的正面及負面例子都將有助於加強醫療服務的透明化(White et al., 2008)。事實上，與臨床經驗較豐富的醫師或是同事分享醫療錯誤與主動告知的經驗將有助於提升病人安全議題被重視(Fein et al., 2007)。

4.處理醫療爭議之專責機構的設置

許多研究者皆認為醫療機構對於醫療爭議(醫療糾紛)的處理，不應抱持「息事寧人」的心態，而是應該建立一套制度化的醫療爭議(醫療糾紛)之處理機制，合理且適當的調處醫療爭議，以保障機構、當事人與病家的權益。並且設置專責機構進行院內風險管理及訂定危機管理計畫進行危機管理，避免面對醫療爭議案件時，形成多頭馬車處理的現象。此外，對於醫療爭議的調處，醫療機構與醫事人員應採取合作的方式，透過醫事人員充分的參與、制度化的醫療爭議處理機制，及循正當的途徑進行調處等，方能進行有效的危機管理，將損害減至最低(張修維，1999)。

第三節 主動告知醫療錯誤

自美國醫學研究院 IOM 出版「To Error Is Human」(犯錯是人的天性)，醫療錯誤的問題已廣泛提升了一般大眾的認知。研究學者和政策制定者已開始聚焦於促進病人安全的重大效應，但醫療本質上的複雜度及不確定性仍使得醫療錯誤無法被完全消除。當醫療錯誤發生時，醫病溝通是絕對不可少的，倫理和專業準皆強調醫師有主動告知醫療錯誤的責任，且近幾年美國更於醫院評鑑中規定醫療機構或醫師應主動告知不良事件(Mazor et al., 2004)。

一、醫療錯誤之概念

本研究參考多位學者之文獻後，將醫療錯誤及醫療糾紛之相關概念整理成下圖(圖 2-1)，並整理相關之名詞定義(表 2-1)如下：



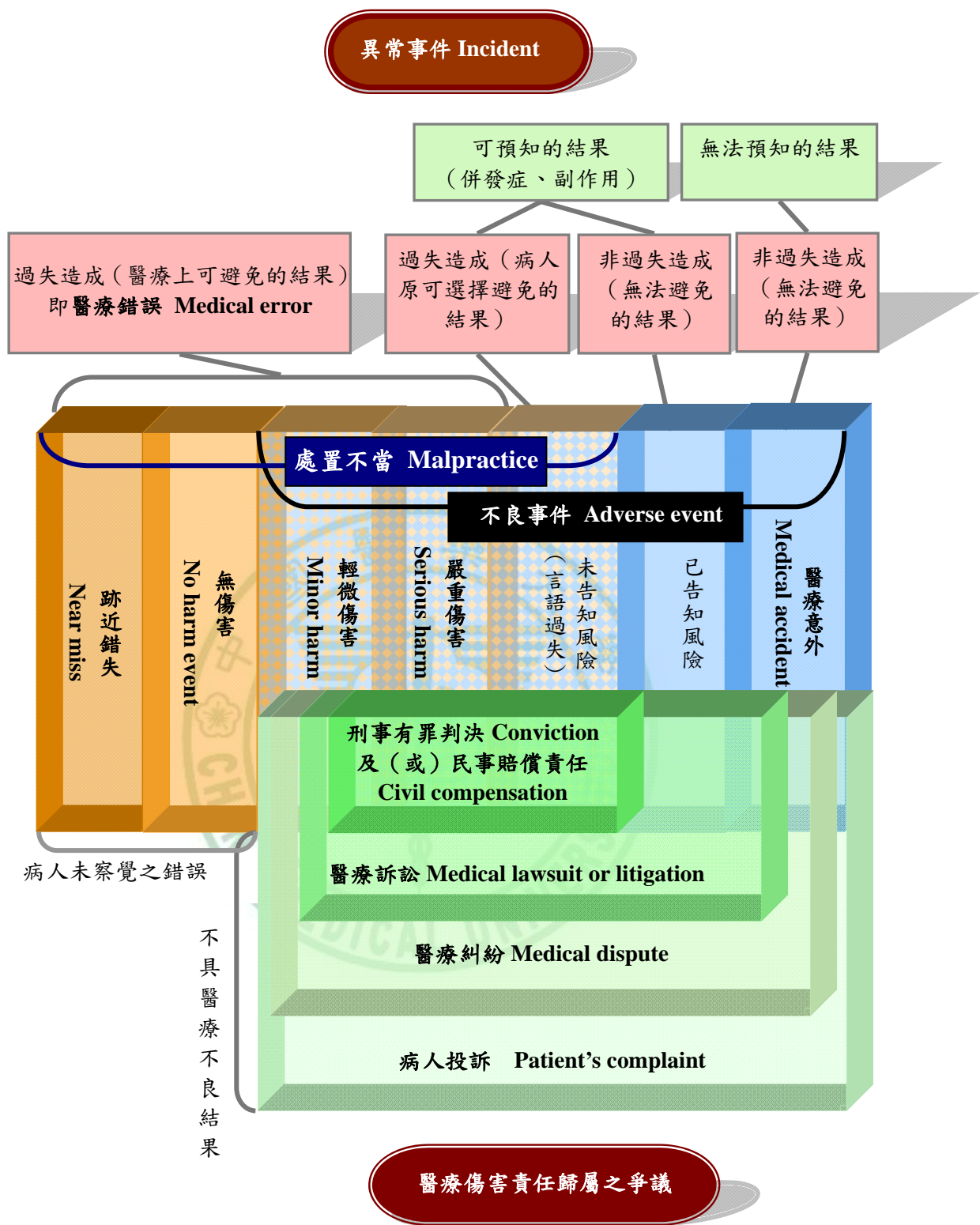


圖 2-1 醫療錯誤及醫療糾紛之概念定義圖

資料來源：本研究自行整理

表 2-1 醫療傷害及醫療爭議的相關名詞定義

現有文獻定義	整理現有文獻後之定義
Adverse event	
<p>Adverse event(醫療不良事件)：</p> <p>傷害事件並非導因於原有的疾病本身，而是由於醫療行為造成病人身體受到傷害、住院時間延長，或在離院時仍帶有某種程度的失能、甚至死亡(石崇良，2005；醫策會，2008)。</p> <p>導因於醫療處置而非原有的疾病所造成的傷害，並因而導致病人住院時間的延長，或在離院時仍帶有某種程度的殘疾(李文星、林彥芝、王昱豐，2005)。</p>	<p>Adverse event(醫療不良事件)：</p> <p>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。</p>
Medical error	
<p>Medical error(醫療錯誤)：</p> <p>醫療錯誤是指以下兩種狀況：未正確的執行原定的醫療計畫之行為，即『執行的錯誤』；採取不正確的醫療計畫去照護病人，即『計畫的錯誤』(李文星等人，2005；醫策會，2008)。</p>	<p>Medical error(醫療錯誤)：</p> <p>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「依據標準程序正確執行即可避免發生的特定傷害」之行為。</p>

表 2-1 醫療傷害及醫療爭議的相關名詞定義(續)

現有文獻定義	整理現有文獻後之定義
Near miss	
<p>Near miss(跡近錯失)：</p> <p>此錯誤可能造成傷害但沒有造成傷害，是因為偶然或是即時的發現與介入，才沒有造成傷害(Gallagher, Studdert, & Levinson, 2007)。</p> <p>類似不良事件，可能導致意外、傷害或疾病，但由於不經意或是即時的介入，而使其並未真正發生的事件或情況(李文星等人，2005；醫策會，2008)。</p>	<p>Near miss(跡近錯失)：</p> <p>過失行為的結果，可能因為不經意或即時的流程介入、或是病人本身因素而使其原本可能導致意外、傷害或疾病的事件或情況最終並未真正發生。此種因即時介入而沒有造成醫療傷害的過失行為，即稱為「跡近錯失(Near miss)」。</p>
No harm event	
<p>No harm event (未造成傷害的異常事件)：</p> <p>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(李文星等人，2005；醫策會，2008)。</p>	<p>No harm event (未造成傷害的異常事件)：</p> <p>過失行為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，連病人都未察覺，指有醫療錯誤但其過失行為結果沒有對病人造成傷害結果的事件。</p>
Minor error	
<p>Minor error (輕微的醫療錯誤)：</p> <p>有造成傷害，但不是永久性傷害且不會威脅到生命(Gallagher et al., 2007)。</p>	<p>Minor harm (輕微醫療傷害)：</p> <p>過失行為帶來的醫療傷害，其傷害不是永久存在且不會有生命威脅。</p> <p>Minor error (輕微的醫療錯誤)：</p> <p>造成輕微醫療傷害的醫療錯誤。錯誤造成傷害但不會永久且不會有生命威脅。</p>

表 2-1 醫療傷害及醫療爭議的相關名詞定義(續)

現有文獻定義	整理現有文獻後之定義
Serious error	
<p>Serious error(嚴重的醫療錯誤)：</p> <p>醫療錯誤有造成永久性的傷害或是有生命威脅的傷害(Gallagher et al., 2007)。</p>	<p>Serious harm(嚴重醫療傷害)：</p> <p>過失行為帶來的醫療傷害，其傷害會使病人遭受永久性的傷害(甚至死亡)或短暫的生命威脅。</p> <p>Serious error(嚴重的醫療錯誤)：</p> <p>造成嚴重醫療傷害的醫療錯誤。錯誤造成永久傷害(甚至死亡)或短暫的生命威脅。</p>
Negligence	
<p>Medical negligence(醫療過失)：</p> <p>醫療行為不符或未達當今一般醫師所應有的標準(並合於現今法律名詞定義)(醫策會，2008)。</p> <p>照護水準低於所處醫療界中，一般醫師或醫事人員所預期的標準，並合於現今法律名詞定義(李文星、林彥芝、王昱豐，2005)。</p> <p>Negligence(醫療疏失)：</p> <p>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)。</p>	<p>Negligence(疏失)：</p> <p>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「依據標準程序正確執行即可避免發生的特定傷害」之行為。一般而言，「negligence(疏失)」用於描述一般行業在執行工作的行為上有疏失，與「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之意義有些許不同。</p>

表 2-1 醫療傷害及醫療爭議的相關名詞定義(續)

現有文獻定義	整理現有文獻後之定義
Malpractice	
<p>Malpractice(處置不當)：</p> <p>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痛苦(楊長興，2006)。</p> <p>Medical malpractice 或 Medical dispute(醫療糾紛)：</p> <p>在台灣，醫療糾紛又稱為「醫療爭議」或「醫療紛爭」，醫療糾紛不完全等於醫療疏失，醫療糾紛指的是病人或其家屬認為遭受醫療傷害，並追究醫療專業人員或院方應擔負傷害與賠償責任所引發的爭議事件(醫策會，2008)。</p>	<p>Malpractice(處置不當)：</p> <p>指醫療提供者的醫療行為及照護水準不符或未達所處醫療同儕預期應有的「專業標準」，且「合於現今法律名詞定義」。法律上要素有：存在醫病契約關係(duty)、醫療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)。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，與「negligence(疏失)」用於描述一般行業在執行工作的行為上有疏失之意義有些許不同。</p>

資料來源：本研究自行整理

從圖中可知，過失或無過失的醫療行為可能造成病人出現不如預期結果的異常事件，若異常事件有造成病人傷害之不良結果，則屬不良事件。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。

若醫療結果是無法預知且非過失行為所引起的不良事件則屬醫療意外事件。若是醫療過程中可以預知未來可能會發生的情況，如併發症、副作用，若已事先告知病人醫療風險且病人知情同意，但仍有不良結果，則屬於非過失的醫療行為；若未事先告知病人醫療風險，而有不良結果，則屬過失行為造成的不良事件。若發生醫療上應可避

免的結果，則是屬於過失行為造成的醫療錯誤，即 medical error(醫療錯誤)。medical error(醫療錯誤)可定義為：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「依據標準程序正確執行即可避免發生的特定傷害」之行為，依其對病人造成的傷害程度分為 near miss(跡近錯失)、no harm(無傷害)、minor harm(輕微傷害)、serious harm(嚴重傷害)四大類，其中 near miss(跡近錯失)係指因即時介入而沒有造成醫療傷害的過失行為，no harm(無傷害)係指過失行為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，連病人都未察覺，指有醫療錯誤但其過失行為結果沒有對病人造成傷害結果的事件，near miss(跡近錯失)及 no harm(無傷害)是屬於病人未察覺之錯誤。而 minor harm(輕微傷害)係指醫療錯誤造成傷害但不會永久且不會有生命威脅；serious harm(嚴重傷害)則指醫療錯誤造成永久傷害(甚至死亡)或短暫的生命威脅。

若依照現有文獻定義及法律責任的界定，「medical error(醫療錯誤)」並未包含未事先告知病人可預知的結果如併發症、副作用等之言語上的過失，而「negligence(疏失)」、「malpractice(處置不當)」有包含未告知風險之言語過失。此外，「negligence(疏失)」、

「malpractice(處置不當)」兩者之差異僅在於「negligence(疏失)」用於描述一般行業在執行工作的行為上有疏失，「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。在醫療傷害責任歸屬之爭議部分，病人或家屬會因為醫院或醫師的過失或非過失行為造成的不良事件不滿而提出「complaint(投訴)」或是當場吵鬧甚至暴力相向，有的病人可能因為在此階段無法得到醫院或醫師的回應，而進入「medical dispute(醫療糾紛)」之階段，醫療糾紛後病人可能會向有關機關(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，即提出 medical lawsuit or litigation(醫療訴訟)。法律規定所有醫療訴訟案件均須經正式調解，因此地方調解委員會、縣市政府或衛生署醫事審議委員會被動介入(未成立醫事審議委員之縣市由衛生署直接受理調解)。調解若不成立(無論是在訴訟前進行或在訴訟後進行)，則其糾紛案件始得正式進入司法程序，由法庭審理。若裁定結果為刑事有罪判決(conviction)或需負民事賠償責任(civil compensation)者，則必定屬於過失行為造成的不良事件。

研究指出，嚴重的不良結果有 90%是醫療錯誤造成，其中包含 31%有造成死亡(Wu, Folkman, McPhee, & Lo, 2003)。醫療錯誤問題的嚴重性導因於醫療文化太過期望「完美」，且認為「認錯」很丟人，醫師沒有勇氣認錯、管理階層也就很難訂定政策預防或發現錯誤，因而造成醫療錯誤不斷發生(何曉琪，2000)。

研究結果發現，有很多應該提告的醫療糾紛沒有被提出、而有許多案件卻只是因為醫病關係的破裂而產生。所以，醫師與病患建立良好的關係是非常重要的。當醫療錯誤發生時，醫師應如何面對呢？有研究指出幾乎所有病患(98%)都希望醫師承認其錯誤(不論錯誤多麼輕微)(Witman et al., 1996)。由此可知，醫師開放性且誠懇的溝通才能真正強化醫病關係(何曉琪，2000)。

二、主動告知之概念

基於倫理(ethical)和實務(practical)的理由，醫師和健康照護機構(醫院)都應該支持主動告知有造成傷害的醫療錯誤事件。從倫理面來看，病人需要被主動告知，以便做下一步的治療決定，而醫病關係中，醫師有說出真相的倫理責任。因此，主動告知可視為知情同意(informed consent)過程中的一部份(簡單來說，知情同意是促進病人做

決定和自主權)(Levinson & Gallagher, 2007)。何謂知情同意？就法律層面而言，醫療機構或醫師在為病人進行各項診療措施以前，必須先予告知並取得病人的同意，在可能的情況下必須告知病人的內容包括：病人罹患疾病的診斷(或臆斷)及此疾病的本質；病人將要接受的診療步驟之內容；各種診療步驟可能涉及的風險；目前所期待的結果；不進行這些步驟可能帶來的結果；是否還有其他的治療或處理方法(李瑞全、蔡篤堅，2008)。從實務面來看，幾十年前，病人很少被告知嚴重的診斷(如：癌症)，但自 2007 年起，此類議題已廣泛被討論，開放性的主動告知逐漸成為本位。研究已指出病人希望在發生有造成傷害的醫療錯誤事件後，能獲得全面性的主動告知(full disclosure)，但還是會擔心醫療照護提供者不會實際做到。主動告知醫療錯誤(包含跡近錯失)，使病人能參與且成為品質促進活動中的一部分，不僅促進病人結果面的改善，也讓病人有機會提供有關如何預防未來錯誤再發生的具價值且有展望的看法(Levinson & Gallagher, 2007)。

研究指出，主動告知可促進病人自主權與醫病信任，降低病患換醫師的可能性，以及增加病患滿意度、信任、正向的情緒反應(Mazor et al., 2004)，且大部分的病人都希望能被全面性的主動告知(Garbutt et al., 2007)。一項英國的調查直接詢問訴訟中的病人與家屬，在發生醫療錯誤後，醫師若採取哪些行動或許可避免訴訟？其回答包括：解釋與致歉(39.4%)、矯正錯誤(26.6%)、賠償(18.1%)、發生時作正確處理(16%)、承認疏忽(14.9%)以及懲處(4.3%)等(Vincent et al., 1994)。

有學者認為「致歉」具有治癒的力量，是治癒的必要元素，因為它可以降低病人的焦慮與悲痛…等，且促進醫病關係，故全面性的主動告知(full disclosure)應包含「致歉」。而詳細的主動告知內容則有：

說明此醫療錯誤的事實、負責且致歉、承諾找出錯誤發生的原因、解釋可能衝擊以及接下來如何因應等五個要素(Clinton & Obama, 2006; Matlow, Stevens, Harrison, & Laxer, 2006)。此外，及時主動告知醫療錯誤且提供適當的補救措施及預防措施以避免下一次的錯誤；進行資料的建檔，詳實記載會談的內容；準備好面對主動告知醫療錯誤後將造成病患及家屬的情緒變化；坦然地接受責任歸屬的同時，也需注意到必須適切地保護自身的立場；誠懇地致歉並表達自身的關切；主動或被動地提供第二意見的管道並且確保病患及家屬與醫師有暢通的溝通管道，都是重要的主動告知醫療錯誤的準則(Hevia & Hobgood, 2003)。

目前許多國家皆已推出不良事件的主動告知準則與成立訓練機制，以及發展全面性主動告知與病人不用提出訴訟即可獲得適當性的無錯賠償之機制。根據調查結果發現，在美國密西根州(Michigan)的某健康照護體系之大學，自 2001 年中開始實施，截至 2005 年中的資料顯示：每年訴訟支出、訴訟所花平均月數及訴訟案件數皆有明顯的下降(見圖 2-2)，且依其「每當發生醫療錯誤即給予主動告知及無錯賠償」系統下，這些因醫療錯誤而受到傷害的病人中，只有 2% 會提起訴訟。其他兩個州在訴訟概況上則有些微改變或是無變化：美國科羅拉多州(Colorado)最大保險局(COPIC)，其訴訟率不變，在賠償因醫療錯誤受到傷害的病人時，則花了最少的時間及支出；美國肯塔基州(Kentucky)的某家退伍軍人醫院之處置不當訴訟亦無增加(Clinton & Obama, 2006; Levinson & Gallagher, 2007)。

在台灣，已有醫院全院推動主動揭露政策，嚴重案例甚至由院長親自道歉、主動賠償，結果並未增加醫療糾紛，反而促進醫病和諧、提昇品質(邱淑媿，2009)。

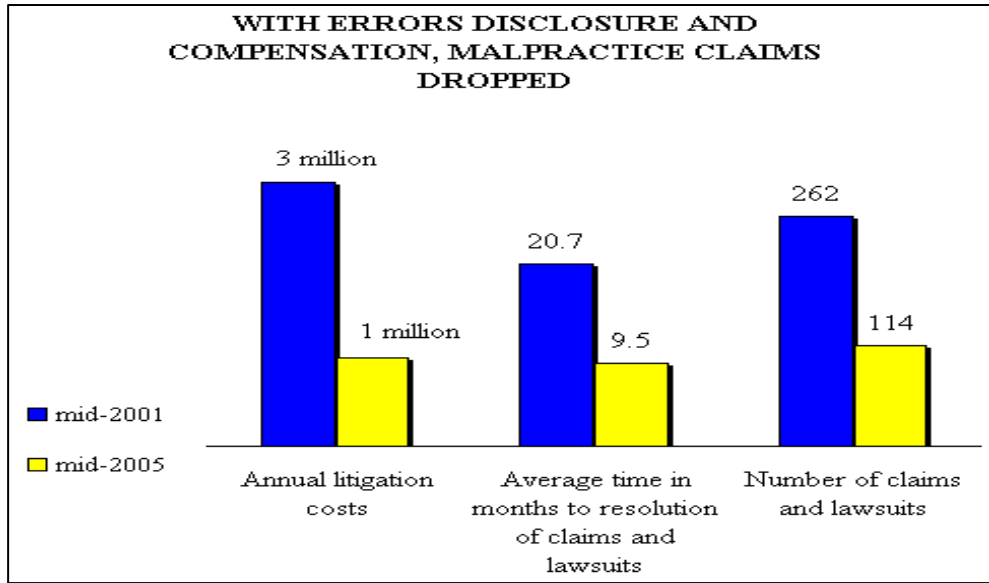


圖 2-2 國外實施主動告知政策之成效

Note. From “Making patient safety the centerpiece of medical liability reform,” by H.R. Clinton, & B. Obama, 2006, *N Engl J Med*, 354(21), 2205-2208.

醫療錯誤對於醫師與病人皆是利弊參半。對於病人來說，告知醫療錯誤將提升對醫師的信任與尊敬，然而卻有可能於告知醫療錯誤後造成病人及家屬的焦慮，或是對醫療體系的不信任與失望而進一步地拒絕接受必要的治療與檢查。除此之外，病患及家屬亦會希望知道該次醫療錯誤的發生是否對該醫療機構的醫療品質有改善的作用 (Gallagher et al., 2003)。

雖然許多醫師擔心一旦病人知道醫療錯誤之實情，將會影響醫病關係以及自己和醫院的形象，因而試圖隱瞞真相。但和害怕被告的情形相似，以假設性狀況所作的調查反而發現，未主動告知除了可能有較高的法律風險，招致其他負面評價和反應的比率也顯著高於主動告知，包括：受訪者滿意度、對醫師信任度以及情緒的反應都比較負向，比較不會向別人推薦這家醫院，傾向換醫師、舉發以及較希望給予懲罰等 (Cleopas et al., 2006; Mazor et al., 2004; Mazor et al., 2006; Witman et al., 1996)。

總括來說，主動告知醫療錯誤政策對醫療體系的可能效益包括：藉由學習他人錯誤的經驗，促進病人安全。減少法律風險、索賠及支出。有助於維護醫院形象、病人信賴度與醫病關係；對病人的可能效益則包括：即時改善及處置因錯誤所引發的問題，保護病人權利、促進病人自主權，獲得合理的賠償，了解醫療技術上的限制之現實。而主動告知醫療錯誤政策對醫療體系的可能傷害包括：招致負面評價及反應。增加法律風險及支出成本。醫院及醫師聲譽受損，有不良紀錄。喪失病人的信任。對病人來說，則可能造成：焦慮、不安、憤怒，阻礙其接受下一步的醫療照護。降低其對醫療專業的信心，並可能產生額外不必要的處置(Hevia & Hobgood, 2003; Mazor et al., 2004; Mazor et al., 2006)。

三、醫師主動告知醫療錯誤之概況

回顧過去國外學者的研究發現，Wu et al. (1991)採匿名調查，調查內科住院醫師曾犯過的醫療錯誤之經驗。結果發現，嚴重的不良結果有 90%是醫療錯誤造成，其中包含 31%有造成死亡。然而，這些醫療錯誤的病例中，只有 24%的病人或家屬會被告知有關醫療錯誤的資訊。Hobgood et al. (2002)對急診科醫師所做的研究發現，有 83%的住院醫師會與至少一位其他人討論醫療錯誤，大部分(71%)會跟病人的主治醫師討論，23%會與涉入此醫療錯誤事件的其他醫療人員討論，47%會與沒有涉入此醫療錯誤事件的醫療人員討論，而有 53%會與朋友或配偶討論醫療錯誤，但只有 28%會與病人或家屬討論醫療錯誤。2002 年及 2004 年的調查亦發現，民眾與醫師自己或家人曾遭遇醫療錯誤的比率分別高達 42%與 35%，但其醫療人員有主動告知的比率都僅約三成，這尚不包括當事人自始至終不知道的狀況。

然而，有研究指出，幾乎全部的人都贊成當發生醫療錯誤時，應

該向病人家屬主動告知：99%贊成主動告知嚴重的醫療錯誤、90%贊成主動告知輕微的醫療錯誤。對於跡近錯失，則僅有 39%醫師贊成應該主動告知。在實際經驗上，大部分(93%)的醫師有發生醫療錯誤(39%嚴重的、72%輕微的、61%跡近錯失、7%完全沒有)及主動告知的經驗(36-58%醫師曾經主動告知嚴重的醫療錯誤、52%醫師曾經主動告知輕微的醫療錯誤)(Garbutt et al., 2007)。對美國及加拿大醫院的調查，雖發現 74%醫師覺得主動告知嚴重醫療錯誤很難啟口，但 58%的醫師有向病人告知嚴重錯誤的經驗，其中 85%對於告知的對話過程感到滿意，74%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%表示在告知後覺得鬆了一口氣。顯示從醫師個人主動告知的實際經驗來看，亦以正面的結果居大多數(Gallagher et al., 2006a)。

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、病人無法了解或病人不想知道的狀況除外，傾向於不告知無明顯傷害的醫療錯誤及跡近錯失。醫師或醫療人員認為應當主動告知醫療錯誤的比率都比病人或大眾低，對於沒有明顯傷害的錯誤較傾向於不告知；在內容方面亦較有選擇性而非什麼都說，願意告知事故的比率高於承認錯誤，較傾向部分告知(Blendon et al., 2002; Espin, Levinson, Regehr, Baker, & Lingard, 2006; Gallagher et al., 2003; Hingorani, Wong, & Vafidis, 1999; Itoh, Andersen, Madsen, Ostergaard, & Ikeno, 2006)。

近來針對北美醫師的研究中，有高達 98%醫師表示當發生傷害性的醫療錯誤時，會對病人做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%)選擇只作部分告知(提到不良事件但不提醫療錯誤)；在致歉部分，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., 2006b)。

不同程度的醫療錯誤在告知上呈現極大的不同。根據研究，當醫

事人員面對假設性的傷害時，幾乎所有的醫事人員表示他們會誠實地向病患主動告知醫療錯誤，然而真正面對醫療錯誤時，卻僅有不到一半的醫師人員願意主動告知。一般來說醫事人員的告知率會隨著傷害的程度增加而增加(Gallagher et al., 2003)。

反觀國內醫師主動告知醫療錯誤的相關文獻，僅有學者李元統於2007年針對桃園縣內地區教學醫院及私人診所的103位醫師，調查他們對於發生醫療疏失後揭露事實真相的態度。結果發現，醫師們對於揭露事實真相的心理準備是不足的，61%醫師認為應該揭露事實真相，80%醫師認為揭露事實真相將是一種趨勢，但認為揭露事實真相是未來趨勢的醫師中，只有70%認為應該揭露事實真相。在眾多反對揭露事實真相的原因當中，害怕引起訴訟仍是主因。

整體來說，國外研究結果發現大部分醫師表示贊成或願意主動告知醫療錯誤，但從實際經驗來看，是有相對較低，然而，主動告知的結果，大多是以正面為居多。而國內醫師對於主動告知醫療錯誤概念較不熟悉，對於主動告知的態度亦較為保守。

第四節 影響主動告知醫療錯誤的因素

國外研究指出，醫師執業型態、職等、年資、科別及其醫療糾紛經驗，均會影響其對主動告知醫療錯誤的態度及意願，性別則無影響(Gallagher et al., 2006a; Garbutt et al., 2007)。一般來說，私人執業醫師較公立醫院醫師有告知意願，放射科、小兒科較內科、家醫科有告知意願，主治醫師較住院醫師傾向主動告知醫療錯誤且較不因為害怕訴訟及同儕眼光影響，而住院醫師較認為主動告知嚴重的醫療錯誤是非常困難的，且想要有主動告知的教育訓練(Garbutt et al., 2007; Kaldjian et al., 2007)。資深的醫師會較一般住院醫師或是醫學生願意主動告知醫療錯誤並且較不擔心其所帶來的負面傷害如：醫療疏失賠償、名譽毀損、面對同事的責難(Gallagher et al., 2003; Kaldjian et al., 2007)，且傾向於相信主動告知醫療錯誤可以增加病患對醫師的信心(Fein et al., 2007)。曾經面臨醫療錯誤所造成的法律訴訟之醫師，大多不會因為之前的經驗而影響之後行醫上遇到醫療錯誤時傾向於不主動告知醫療錯誤，且提出醫師還是要建議醫學生主動告知(Kaldjian et al., 2007)。

針對美、加醫院的調查則發現，外部的處置不當的環境(malpractice climate)可能對醫師主動告知的態度及行為沒有造成多大的衝擊：儘管加拿大的醫師其所處的處置不當環境較其他國家沒有懲罰性，但加拿大的病人還是較少被告知有造成傷害的醫療錯誤，表示興訟文化對醫師主動告知意願應無影響(Straumanis, 2007)。然而，有學者指出，就算醫師個人傾向主動告知有造成病人傷害的醫療錯誤，但還是會受到健康照護機構層級、處置不當的保險者、國家的健康政策、告知的訓練等其他因素影響(Levinson & Gallagher, 2007)。

國內學者提出，台灣地區在民國 80 年裡，共有 2,151 位醫師曾

經遇到醫療糾紛，共發生 2,781 件醫療糾紛，若以醫師整個執業生涯來看，具有年紀大、男性，執業科別為外科、婦產科、骨科與麻醉科之特性的醫師，其醫療糾紛發生機率較高，醫療糾紛實際發生件數上，外科系比內科系來得多。而醫師的醫療糾紛經驗對防禦性醫療行為傾向具有顯著解釋能力。另一方面，醫院醫療糾紛處理制度，亦確實對許多醫師的執業行為產生影響(陳榮基，1993；蕭隆城，2006)。

據李元統(2007)研究指出，醫師贊成揭露事實真相的理由依重要性排序為：基於醫學倫理的必要性、看見病家的需求、給予病家答案甚至於安慰他們與取得諒解、消除因為傷害而來的罪惡感、基於調查錯誤過程的必要性…等。贊成不揭露事實真相的理由依重要性排序為：陷自己於困境、害怕被告、名譽受損、基於醫院內在面對訴訟時的不完善的準備和缺乏適當的衡量和訓練機制、缺乏適當的運作機制去分析討論醫療錯誤與從中學習…等，其中害怕引起訴訟是主因。此外，台灣的醫療疏失可能伴隨著刑法處罰，而且醫師有醫療疏失保險的並不普遍，76%醫師認為醫院沒有提供主動揭露的協助，可能反映出醫師所處的醫院或診所在教育及訓練醫師有關非預期的不良事件的處理支持是不足的，且鮮有一套處理醫療疏失政策。然而，統計分析結果卻顯示醫院有無提供協助並沒有影響醫師在主動揭露的態度上有顯著差異。這可能說明了有其他主要因素會影響醫師對於主動揭露的態度且需要做進一步的調查。

根據上述相關文獻可發現，影響醫師主動告知醫療錯誤之因素不外乎為醫師的個人特質及醫師所屬醫院所提供的醫療糾紛之相關協助及支持機制。

第五節 小結

無論是何種狀況所造成的醫療錯誤，醫事人員的面對及處理上是極為重要的，唯有開放且誠懇的溝通才能真正強化醫病關係。在現今的社會中，病患與醫療服務提供者站在平等的地位上，雙方對於己身的權益都相當重視。主動告知醫療錯誤將有助於提升醫療服務品質、促進透明化且以病人為中心的醫療服務。而透明化的醫療服務應當被視為醫療服務的核心，因其將有助於民眾了解醫療服務的本質(Fein et al., 2007)。

在過往的印象中，告知醫療錯誤多不被鼓勵，因為多認為此舉會造成醫療訴訟的增加。然而，根據新英格蘭雜誌於 2006 年所刊登的文章指出，告知醫療錯誤有效減少了醫療訴訟的件數，降低了醫療的訴訟成本，也縮短了醫療訴訟的時間。事實上，病人及其家屬對於主動告知醫療錯誤存在矛盾的心理，他們認為主動告知醫療錯誤會提升病人及其家屬對醫事人員的信任，但另一方面，他們也認為一般醫事人員會因為人性而隱瞞不說。而醫療訴訟的發生時常是由於醫事人員未表現出適當的憐憫及充分的告知(Gallagher et al., 2003)。

對於醫療管理階層而言，醫療機構持續改善醫療品質、從事各項醫療品質管理活動對避免醫療糾紛的發生會有正面的助益。若醫療機構能加強與病患的溝通、詳盡的為病患解釋病情、並持續做好醫療品質管理工作，避免醫療錯誤及醫療糾紛的發生，與病人及其家屬妥善地溝通及有效地處理，將有效降低時間及金錢成本，提高醫療體系的營運效率。在促進主動告知上，醫療機構的支持及專責機制是必要的，對醫師主動告知意願與其所處醫療環境之影響有更廣泛的認知，將有助於醫療服務提供者處理醫療錯誤事件。

因此，本研究將探討國內醫師對主動告知醫療錯誤的經驗與意

願，並分析影響醫師主動告知的因素，這些資料將呈現國內醫界對於主動告知醫療錯誤的現況，對於未來相關研究可提供基本數據 (baseline data)。在實務上，國內醫病關係日趨緊張，醫療糾紛與醫療訴訟案件逐年增加，醫病雙方都為彼此信任度不足所苦，國家也因此增加不少社會成本(如防衛性醫療與醫療訴訟費用的增加)，本研究結果將可對醫療教育、醫學倫理教育、醫務管理工作、及醫療政策制訂工作上對於如何增進醫病關係、避免醫療糾紛、降低醫療訴訟等提供重要參考，也可銜接目前國內努力推動的病人安全運動，創造醫病雙贏的醫療環境。



第三章 研究設計與方法

本章共分五節：第一節為研究架構，第二節為研究對象及選樣方法，第三節說明使用的研究工具，包括問卷內容的擬定及效度測定，第四節說明研究變項之操作型定義，第五節說明資料分析之統計方法。

第一節 研究架構

研究者依據專家訪談及文獻查證後發展之研究架構如圖 3-1，主要是探討醫師特質及其所屬醫院特質及醫療糾紛支持機制及對醫師主動告知及致歉醫療錯誤意願之影響。自變項為「醫師特質」及「醫師所屬醫院特質及醫療糾紛支持機制」，「醫師特質」主要分為醫師「基本特性」及「主動告知醫療錯誤之相關經驗」兩部分：「基本特性」包含性別、信仰、科別、職等、自住院醫師算起之個人臨床年資、平均每日直接照護住院病患時間、平均每週從事高風險醫療行為時間；「主動告知醫療錯誤之相關經驗」包含發生醫療錯誤的經驗、主動告知醫療錯誤的經驗、主動告知醫療錯誤對醫病關係的衝擊之經驗、致歉的經驗、醫療訴訟的經驗。「醫師所屬醫院特質及醫療糾紛支持機制」則包含「醫院特質」如醫院權屬、醫院層級；「院內醫療糾紛支持機制」如院內病人安全事件的通報獎勵、前一年(民 96 年)病人安全事件通報案件數及醫師通報案件數、醫師負擔醫療糾紛保險費用與賠償金額的比例、院內是否有設置專責單位主動協助醫師處理醫療糾紛、院內有無處理醫療糾紛的固定模式、院內有無輔導機制提供醫師發生醫療錯誤或醫療糾紛後之情緒支持、有無成立院內醫療糾紛責任判定小組、有無為醫事人員成立醫療糾紛賠償基金(非保險)。依變項則為醫師對於將來是否會主動告知及致歉因個人所造成的嚴重及輕微醫療錯誤之意願。



圖 3-1 研究架構

第二節 研究對象

以不同權屬及層級之六家醫院(分別為公立與非公立之醫學中心、區域醫院、地區醫院)的住院及主治醫師為研究對象，採抽樣問卷調查方式。選樣採用立意取樣法及規模之比例的機率抽樣(probability proportionate to size, PPS)，先於各醫院層級中選取一家公立與非公立醫院後，依各醫院醫師數佔抽樣母體之規模比例發放，其中並限制內、外科醫師問卷發放比例相同，實際發放共 510 份問卷，調查與發放為期 2 個月。

本研究已獲得各醫院人體試驗倫理委員會(IRB)之核准，每家醫院及每位醫師都會被告知研究目的(informed consent)，同時簽署問卷同意書。

表 3-1 研究對象之問卷抽樣比例

醫院層級	權屬	醫師數	病床數	實際發放份數
A 醫學中心	公立	584	975	195
B 醫學中心	非公立	581	1461	195
C 區域醫院	公立	139	308	45
D 區域醫院	非公立	119	500	40
E 地區醫院	公立	38	152	19
F 地區醫院	非公立	33	166	16
Total		1494	3562	510

第三節 研究工具

一、問卷內容的擬定

本研究係採用結構式自填問卷進行調查，問卷是依據本研究的研究架構、臨床醫師及病安專家之諮詢結果及文獻歸納後，自行設計發展而成(附錄)，內容分為：

1. 醫師特質：

包括醫師個人基本特性及主動告知醫療錯誤之相關經驗兩部分，共 12 題。第一部份共 7 題，包括：性別、信仰、科別、職等，採勾選方式填答，個人臨床年資、平均每日直接照護住院病患時間、平均每週從事高風險醫療行為時間則由填寫問卷者自行計算後填答，「個人臨床年資」是指自住院醫師算起的年資；「平均每日直接照護住院病患時間」是指醫師平均每日直接在病房中照護病患的時間；「平均每週從事高風險醫療行為時間」則是指醫師平均每週進行手術、麻醉、侵入性治療、侵入性檢查等高風險醫療行為的時間。第二部份則包括：是否曾經發生醫療錯誤及醫療訴訟、是否曾經主動向病人告知因個人所造成的醫療錯誤、是否曾因個人所造成的醫療錯誤而主動向病人致歉，以及告知後對醫病關係的衝擊之個人經驗等 5 題，採勾選方式填答。

2. 醫師所屬醫院特質及醫療糾紛支持機制：

本研究是採用張修維(1999)對醫療爭議案件處理機制的定義：係指針對醫療爭議案件所設計的方案、活動及流程等。並經過臨床醫師及醫院主管人員之訪談及歸納其他相關文獻後，作為本研究測量醫院醫療糾紛支持機制的要素，內容包括：醫院權屬及層級、院內對於病人安全事件的通報獎勵、前一年(民 96 年)病人安全事件的總通報案件數及總通報案件數中醫師通報所佔比例，院內有無提供醫療糾紛保

險之選擇、院內醫師負擔保費及賠償金額的比例，院內有無專責單位主動協助醫師處理糾紛、院內有無處理醫療糾紛的固定模式、院內有無輔導機制提供發生醫療錯誤或醫療糾紛後之情緒支持、院內有無成立院內醫療糾紛責任判定小組、院內有無為醫事人員成立非保險的醫療糾紛賠償基金等 13 題，採勾選方式填答。

3.主動告知醫療錯誤及致歉之意願量表：

依據臨床醫師之訪談結果及歸納其他相關文獻後，發展出「主動告知醫療錯誤及致歉之意願量表」，是指醫師對於未來如面對因我個人造成的醫療錯誤時，是否會主動告知及致歉之願意意向。包含主動告知及致歉兩部分各 2 題共 4 題，量表採 Likert 氏量表四分法：4 分「一定會」、3 分「可能會」、2 分「可能不會」、1 分「一定不會」方式由受訪者以勾選方式填答，得分越高表示越傾向主動告知及致歉。

針對問卷內容中醫療錯誤之定義，本研究根據文獻內容給予以下定義：醫療錯誤(medical error)為達成治療目的而發生特定或是已完成的錯誤醫療行為，分為三種等級，分別為嚴重醫療錯誤(serious medical error)、輕微醫療錯誤(minor medical error)及跡近錯失(near miss)。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，輕微醫療錯誤：錯誤造成傷害但不會永久且不會造成生命威脅，跡近錯失：錯誤本來要發生，但因為運氣好或及時的介入而未發生。

二、效度(Validity)

本研究問卷採內容效度(content validity)測定，經由五位具有與研究主題相關經驗的專家，包括醫學倫理專家 1 位、品質管理專家 1 位、醫療管理專家 1 位、臨床專家 2 位，對問卷所檢測之目的做有系統檢查，且根據問卷內容的相關性及措辭清晰程度進行評分，評分方式採 Likert 氏量表四分法，2 分為非常適切/非常明確、1 分為適切/明確、

0 分為無意見、-1 分為不適切/不明確、-2 分為非常不適切/非常不明確，做專家內容效度評鑑標準，評分結果以各題總平均 0 分作為是否刪除之標準，經專家評定結果，本研究之量表各題總平均皆有達 0 分以上，內容效度指數(Content Validity Index；CVI)平均值為 0.89(> 0.8)，達統計上之標準。



第四節 測量方法

本研究對各變項之操作型定義方式分述如下：

表 3-2 研究變項之操作型定義

變項名稱	尺度	操作型定義
1.自變項—醫師特質及其所屬醫院特質及醫療糾紛支持機制		
A.基本特性		
性別	類別	(1)男；(2)女
信仰	類別	(0)無；(1)佛、道教；(2)基督教、天主教；(3)其他
科別	類別	(1)內科體系；(2)外科體系；(3)其他
職等	類別	(1)住院醫師；(2)主治醫師；(3)主治醫師兼主管職
個人臨床年資 (自住院醫師算起)	連續	年
平均每日直接照護	連續	時數
住院病患時間	連續	時數
平均每週從事高風險 醫療行為時間	連續	時數
B.醫療錯誤及醫療糾紛之相關經驗		
發生跡近錯失	類別	(1)是；(0)否
發生輕微醫療錯誤	類別	(1)是；(0)否
發生嚴重醫療錯誤	類別	(1)是；(0)否
主動告知輕微醫療錯誤	類別	(1)是；(0)否
主動告知嚴重醫療錯誤	類別	(1)是；(0)否
主動致歉輕微醫療錯誤	類別	(1)是；(0)否
主動致歉嚴重醫療錯誤	類別	(1)是；(0)否
告知對醫病關係的衝擊	類別	(0)尚無經驗；(1)負面；(2)無衝擊；(3)正面
發生醫療訴訟	類別	(0)0 件；(1)1 件；(2)2 件；(3)3 件；(4)4 件；(5)≥5 件

表 3-2 研究變項之操作型定義(續)

變項名稱	尺度	操作型定義
C. 醫院特質及醫療糾紛支持機制		
醫院權屬	類別	(1)公立；(2)非公立
醫院層級	類別	(1)地區醫院；(2)區域醫院； (3)醫學中心
對於病安通報獎勵	類別	(0)無；(1)50 元；(2)100 元； (3)150 元；(4)200 元以上
前一年(民 96 年)平均每床病安通報 案件數	連續	件數
前一年(民 96 年)平均病安事件中 醫師通報所佔比例	連續	%
院內提供投保醫療糾紛保險之選擇	類別	(1)有；(0)無
保費醫師負擔比例	連續	%
賠償金額醫師負擔比例	連續	%
院內主動協助處理糾紛之專責單位	類別	(1)有；(0)無
院內處理醫療糾紛之固定模式	類別	(1)有；(0)無
院內提供發生醫療錯誤或醫療糾紛 後之情緒支持的輔導機制	類別	(1)有；(0)無
院內醫療糾紛責任判定小組之成立	類別	(1)有；(0)無
院內成立醫療糾紛賠償之基金(非保 險)	類別	(1)有；(0)無
3. 依變項—主動告知醫療錯誤及致歉之意願		
主動告知因我造成的輕微醫療錯誤	類別	(1)一定不會；(2)可能不會； (3)可能會；(4)一定會
主動告知因我造成的嚴重醫療錯誤	類別	(1)一定不會；(2)可能不會； (3)可能會；(4)一定會
主動致歉因我造成的輕微醫療錯誤	類別	(1)一定不會；(2)可能不會； (3)可能會；(4)一定會
主動致歉因我造成的嚴重醫療錯誤	類別	(1)一定不會；(2)可能不會； (3)可能會；(4)一定會

第五節 分析方法

本研究經由問卷資料回收後，使用「社會科學統計軟體程式」(Statistical Package for the Social Science，簡稱 SPSS) SPSS for windows 12.0 進行統計分析，統計方法應用如下：

一、描述性統計

以百分比、平均值及標準差描述受訪者之醫師基本特性及主動告知之相關經驗、及其所屬醫院特質及醫療糾紛支持機制現況。

二、推論統計分析

1. 卡方檢定(χ^2 test)：

比較醫師性別、信仰、科別、職等、主動告知醫療錯誤相關經驗…等醫師特質在不同醫院權屬、醫院層級、醫師科別、醫師職等間之差異；若期望值小於 5 的細格(cell)超過全部細格的 20%，則以費雪氏精確檢定(Fisher's exact test)分析。

2. 獨立樣本 t 檢定(independent t -Test)：

比較不同醫院權屬、醫師科別、醫師職等間，醫師平均臨床年資、平均每日直接照護住院病患時間、平均每週從事高風險醫療行為時間之平均值的差異。

3. 單因子變異數分析(One-Way ANOVA)：

分析不同醫院層級間，醫師平均臨床年資、平均每日照護住院病患時間、平均每週從事高風險醫療行為時間的差異。若達統計上顯著水準($p < 0.05$)，再以 Scheffe method 事後比較法進行多重比較。

4. 簡單邏輯斯迴歸分析及逐步邏輯斯迴歸分析(Simple Logistic Regression & Stepwise Logistic regression)：

分析所有自變項與依變項的關係，同時分析影響依變項的可能因素之勝算比。

第四章 結果

本研究以不同層級之六家醫院之醫師為研究對象，以下分別就回收樣本整體性描述，醫師基本特性及其主動告知醫療錯誤相關經驗與醫師主動告知及致歉意願之關係，醫師所屬醫院特質及醫療糾紛支持機制與醫師主動告知及致歉意願之關係，醫師基本特性及其主動告知醫療錯誤相關經驗與所屬醫院醫療糾紛支持機制對醫師主動告知及致歉意願之預測分析，分別描述之。

第一節 描述性統計分析

本節旨在回收樣本整體性描述，其中包括：回收樣本基本資料、醫師特質及其所屬醫院特質及醫療糾紛支持機制、對於主動告知醫療錯誤及致歉的意願等四部分，分述如下：

一、回收樣本基本資料

本研究是以不同權屬及層級之六家醫院之醫師為收案對象，採分層比例抽樣，問卷共發放 510 份，回收 482 份，扣除填答之遺漏值、邏輯不符合(例：無發生醫療錯誤之經驗，卻有告知醫療錯誤之經驗；平均每日直接照護住院病患時間超過 24 小時)…等問卷，有效問卷共 457 份，總有效回收率為 90%。各醫院有效問卷回收率分別為：A 醫院 91.3%，B 醫院 84.6%，C 醫院 93.3%，D 醫院 95%，E 醫院 94.7%，F 醫院 100%，平均有效問卷回收率為 93.2%。各醫院回收樣本結果如表 4-1 所示：

表 4-1 回收樣本基本資料

醫院層級	實際發放數(份)	回收問卷數(份)	有效問卷數(份)	有效回收率(%)
A 醫學中心	195	188	178	91.3
B 醫學中心	195	175	165	84.6
C 區域醫院	45	45	42	93.3
D 區域醫院	40	39	38	95.0
E 地區醫院	19	19	18	94.7
F 地區醫院	16	16	16	100.0
Total	510	482	457	平均：93.2%

二、醫師特質

在醫師特質方面，主要包含醫師的基本特性及其主動告知醫療錯誤的相關經驗兩部分，醫師基本特性包括：性別、信仰、科別、職等、自住院醫師算起之個人臨床年資、平均每日直接照護住院病患時間、平均每週從事高風險醫療行為時間(見表 4-2)；醫師主動告知醫療錯誤的相關經驗方面，包括：曾經發生過的醫療錯誤經驗、曾經主動告知醫療錯誤的經驗、告知後對醫病關係的衝擊經驗、曾因醫療錯誤向病人致歉之經驗、醫療訴訟經驗(見表 4-3)。以下分別對於樣本受訪者作介紹。

- 1.性別：在 457 位醫師中，有 377 位(82.5%)為男性，80 位(17.5%)為女性。
- 2.信仰：在 457 位醫師中，無信仰者佔 257 位(56.2%)，有信仰者 200 位(43.8%)，其中，信仰宗教為佛、道教者 134 位(67%)，基督、天主教為 48 位(24%)，其他宗教信仰為 18 位(9%)。
- 3.科別：在 457 位醫師中，科別為內科體系之醫師有 218 位(47.7%)，外科體系 206 位(45.1%)，其他科別 33 位(7.2%)。
- 4.職等：在 457 位醫師中，有 196 位(42.9%)為住院醫師，261 位(57.1%)為主治醫師，主治醫師中兼主管職有 65 位(14.2%)。
- 5.個人臨床年資：在 457 位醫師中，最資深者為 35 年，最資淺者為 0.25 年，平均個人臨床年資為 9.3 年，標準差為 7.5 年。在個人臨床年資的分佈上，未滿 9.3 年者共有 242 位(53%)，而 9.3 年以上者共有 215 位(47%)。
- 6.平均每日直接照護住院病患時間：在 457 位醫師中，平均每日直接照護住院病患時間最長為 15 小時，最短為 0 小時，醫師全體平均每日直接照護住院病患時間為 4.1 小時，標準差為 3.5 小時。在平均每

日直接照護住院病患時間的分佈上，未滿 4.1 小時者共有 248 位 (54.3%)，而 4.1 小時以上者共有 209 位(45.7%)。

7.平均每週從事高風險醫療行為時間：在 457 位醫師中，平均每週從事高風險醫療行為時間最長為 48 小時，最短為 0 小時，醫師全體平均每週從事高風險醫療行為時間為 11.2 小時，標準差為 12.7 小時。在平均每週從事高風險醫療行為時間的分佈上，未滿 11.2 小時者共有 301 位(65.9%)，而 11.2 小時以上者共有 156 位(34.1%)。



表 4-2 醫師基本特性(N=457)

研究變項	No(%)	備註
性別		
男性	377(82.5)	
女性	80(17.5)	
信仰		
無信仰	257(56.2)	
有信仰	200(43.8)	
佛、道教	134(29.3)	
基督、天主教	48(10.5)	
其他	18(03.9)	
科別		
內科體系	218(47.7)	
外科體系	206(45.1)	
其他	33(07.2)	
職等		
住院醫師	196(42.9)	
主治醫師	196(42.9)	
主治醫師兼主管職	65(14.2)	
個人臨床年資(年)*		
<9.3 年	242(53.0)	平均 9.3 年
≥9.3 年	215(47.0)	標準差 7.5 年
		中位數 8 年
		最大值 35 年
		最小值 0.25 年
平均每日直接照護住院病患時間(時)*		
<4.1 小時	248(54.3)	平均 4.1 小時
≥4.1 小時	209(45.7)	標準差 3.5 小時
		中位數 2.5 小時
		最大值 15 小時
		最小值 0 小時
平均每週從事高風險醫療行為時間(時)*		
<11.2 小時	301(65.9)	平均 11.2 小時
≥11.2 小時	156(34.1)	標準差 12.7 小時
		中位數 6 小時
		最大值 48 小時
		最小值 0 小時

註：*變項屬連續性資料

- 8.發生醫療錯誤的經驗：457 位醫師中，有 399 位醫師(87.3%)曾經發生過跡近錯失(醫療錯誤)，其中 355 位(77.7%)曾經發生輕微的醫療錯誤，68 位(14.9%)曾經發生嚴重的醫療錯誤。58 位(12.7%)則表示從未發生過任何醫療錯誤。若以發生最嚴重的醫療錯誤經驗來看，有 43 位醫師(9%)發生過最嚴重的醫療錯誤經驗為跡近錯失，289 位(63%)為輕微醫療錯誤、67 位(14.7%)為嚴重醫療錯誤，僅有 58 位(12.7%)醫師從未發生醫療錯誤。
- 9.主動告知醫療錯誤的經驗：457 位醫師中，315 位醫師(68.9%)曾經向病人主動告知醫療錯誤，其中 309 位(98.1%)曾經告知輕微醫療錯誤，33 位(10.5%)曾經告知嚴重醫療錯誤，142 位(31.1%)則表示無告知經驗。
- 10.告知後對醫病關係的衝擊經驗：在 315 位曾經主動告知醫療錯誤的醫師當中，81 位(25.7%)醫師表示有主動告知對醫病關係產生負面衝擊之經驗，135 位(42.9%)表示無任何衝擊，99 位(31.4%)則表示有主動告知對醫病關係產生正面衝擊之經驗。
- 11.曾因醫療錯誤向病人致歉之經驗：457 位醫師中，有 255 位(55.8%)醫師曾因個人所造成的醫療錯誤向病人致歉，其中 246 位(96.5%)曾致歉輕微的醫療錯誤，30 位(11.8%)曾致歉嚴重的醫療錯誤。
- 12.醫療訴訟經驗：457 位醫師中，有 72 位(15.8%)醫師有醫療訴訟的經驗，其中 54 位(75%)醫師的訴訟經驗為 1 次、17 位(23.6%)醫師的訴訟經驗為 2 次、僅有 1 位醫師曾有 3 次醫療訴訟之經驗。

表 4-3 醫師主動告知醫療錯誤之相關經驗(N=457)

研究變項	No(%)
曾經發生醫療錯誤之經驗(N=457)	
無經驗	58(12.7)
有經驗	399(87.3)
跡近錯失	399(100)
輕微醫療錯誤	355(89)
嚴重醫療錯誤	68(17)
曾經主動告知醫療錯誤之經驗(N=457)	
無經驗	142(31.1)
有經驗	315(68.9)
輕微醫療錯誤	309(98.1)
嚴重醫療錯誤	33(10.5)
主動告知對醫病關係的衝擊經驗(N=315)	
負面衝擊	81(25.7)
無衝擊	135(42.9)
正面衝擊	99(31.4)
曾因醫療錯誤致歉之經驗(N=457)	
無經驗	202(44.2)
有經驗	255(55.8)
輕微醫療錯誤	246(96.5)
嚴重醫療錯誤	30(11.8)
曾經發生醫療訴訟之經驗(N=457)	
無經驗	385(84.2)
有經驗	72(15.8)
1 次	54(75.0)
2 次	17(23.6)
3 次	1(01.4)

三、醫師所屬醫院特質及醫療糾紛支持機制

在醫師所屬醫院醫療糾紛支持機制方面，就醫院權屬、醫院層級、院內病人安全事件通報獎勵、前一年院內平均每床病人安全事件通報案件數、前一年平均院內病人安全事件醫師通報所佔比例、院內有無提供醫師投保醫療糾紛保險選擇、投保醫療糾紛保險之保費醫師負擔比例、醫療糾紛賠償金額醫師負擔比例、院內有無專責單位主動協助醫師處理醫療糾紛、院內有無處理醫療糾紛的固定模式、院內有無輔導機制提供發生醫療錯誤或醫療糾紛後之情緒支持、院內有無成立院內醫療糾紛責任判定小組、院內有無為醫事人員成立非保險的醫療糾紛賠償基金等方面，分別作介紹，如表 4-4 所示。

1. 醫院權屬：在 457 位醫師中，醫院權屬為公立醫院者有 238 位 (52.1%)，非公立醫院為 219 位 (47.9%)。
2. 醫院層級：醫院層級為醫學中心為 343 位 (75.1%)，區域醫院為 80 位 (17.5%)，地區醫院為 34 位 (7.4%)。
3. 院內病人安全事件通報獎勵：415 位 (90.8%) 醫師所屬的醫院有提供院內病人安全事件通報的獎勵金，其中 381 位 (91.8%) 通報獎勵金為 50 元，34 位 (8.2%) 通報獎勵金為 100 元。
4. 前一年 (民 96 年) 平均每床病人安全事件通報案件數：所有醫院的平均每床病人安全事件通報件數為 2 件，標準差為 0.6 件。
5. 前一年 (民 96 年) 平均病人安全事件通報案件中醫師通報所佔比例：平均病人安全事件通報案件中醫師通報比例為 5.2%，標準差為 4.8%。
6. 院內有無提供醫師投保醫療糾紛保險選擇：203 位 (44.4%) 醫師所屬醫院有提供醫師投保醫療糾紛保險選擇，254 位 (55.6%) 所屬醫院則無提供醫師投保醫療糾紛保險選擇。

- 7.投保醫療糾紛保險之保費醫師負擔比例：203 位(44.4%)醫師所屬醫院有提供醫師投保醫療糾紛保險選擇，保費負擔比例皆為 50%；254 位(55.6%)所屬醫院則無提供醫師投保醫療糾紛保險選擇。
- 8.醫療糾紛賠償金額醫師負擔比例：有 213 位(46.6%)醫師所屬醫院提供當醫師發生醫療糾紛事件時，醫師不需要負擔賠償金額的支持機制，有 226 位(49.5%)醫師所屬的醫院則要求醫師負擔 30%的賠償金額，18 位(3.9%)醫師所屬的醫院則要求醫師負擔 50%的賠償金額。
- 9.院內有無專責單位主動協助醫師處理醫療糾紛：所有醫師所屬醫院皆有設置專責單位主動協助醫師處理醫療糾紛。
- 10.院內有無處理醫療糾紛的固定模式：所有醫師所屬醫院皆有設置處理醫療糾紛的固定模式。
- 11.院內有無輔導機制提供發生醫療錯誤或醫療糾紛後之情緒支持：有 439 位(96.1%)醫師所屬的醫院有提供輔導機制提供發生醫療錯誤或醫療糾紛後之情緒支持，僅有 18 位(3.9%)醫師所屬醫院無提供輔導機制。
- 12.院內有無成立院內醫療糾紛責任判定小組：所有醫師所屬醫院皆有成立院內醫療糾紛責任判定小組。
- 13.院內有無為醫事人員成立非保險的醫療糾紛賠償基金：254 位(55.6%)所屬醫院有成立醫療糾紛賠償基金，203 位(44.4%)醫師所屬醫院則無成立醫療糾紛賠償基金。

表 4-4 醫師所屬醫院特質及醫療糾紛支持機制(N=457)

研究變項	No(%)	備註
醫院權屬		
公立	238(52.1)	
非公立	219(47.9)	
醫院層級		
地區醫院	34(07.4)	
區域醫院	80(17.5)	
醫學中心	343(75.1)	
院內病人安全事件通報獎勵金		
0 元	42(09.2)	
50 元	381(83.4)	
100 元	34(07.4)	
院內有無提供醫師投保醫療糾紛保險之選擇		
無	254(55.6)	
有	203(44.4)	
院內投保保險費用醫師負擔比例		
0%(無保險)	254(55.6)	
50%	203(44.4)	
院內醫療糾紛賠償金額醫師負擔比例		
0%	213(46.6)	
30%	226(49.5)	
50%	18(03.9)	
院內有無專責單位主動協助醫師處理醫療糾紛		
無	0	
有	457(100)	
院內有無處理醫療糾紛的固定模式		
無	0	
有	457(100)	
院內有無輔導機制提供發生醫療錯誤或醫療糾紛後之情緒支持		
無	18(03.9)	
有	439(96.1)	
院內有無成立院內醫療糾紛責任判定小組		
無	0	
有	457(100)	
院內有無為醫事人員成立醫療糾紛賠償基金(非保險)		
無	203(44.4)	
有	254(55.6)	
	Range	Mean(S.D)
前一年(民 96 年)平均每床病安通報件數*	0.3-2.3 件	2.0(0.6)件
前一年(民 96 年)醫師通報比例*	0.0-23.1%	5.2(4.8) %

*變項屬連續性資料

四、醫師主動告知及致歉醫療錯誤之意願

在醫師主動告知的意願方面，分為主動告知及致歉因個人所造成的醫療錯誤之意願兩部分，內容依醫療錯誤的嚴重程度分為輕微醫療錯誤及嚴重醫療錯誤兩類，以下分別作介紹之，如表 4-5 所示。

1. 醫師主動告知醫療錯誤之意願：面對將來若發生因個人所造成的醫療錯誤，表示「一定會」及「可能會」主動向病人告知輕微醫療錯誤者共有 392 位(85.7%)；表示「一定會」及「可能會」主動向病人告知嚴重醫療錯誤者則有 318 位(69.6%)。
2. 醫師主動致歉醫療錯誤之意願：面對將來若發生因個人所造成的醫療錯誤，表示「一定會」及「可能會」主動向病人致歉輕微醫療錯誤者共有 393 位(86%)，表示「一定會」及「可能會」主動向病人致歉嚴重醫療錯誤者則有 362 位(79.2%)。

表 4-5 醫師主動告知及致歉醫療錯誤之意願(N=457)

研究變項	一定不會 No(%)	可能不會 No(%)	可能會 No(%)	一定會 No(%)
將來是否會主動向病人告知因我造成的醫療錯誤				
輕微醫療錯誤	10(2.2)	55(12.0)	310(67.8)	82(17.9)
嚴重醫療錯誤	21(4.6)	118(25.8)	253(55.4)	65(14.2)
將來是否會就我造成的醫療錯誤主動向病人致歉				
輕微醫療錯誤	14(3.1)	50(10.9)	272(59.5)	121(26.5)
嚴重醫療錯誤	17(3.7)	78(17.1)	256(56.0)	106(23.2)

第二節 雙變項分析

本節旨在根據變項之性質，利用不同統計方法進行探討，以了解醫師特質在不同醫院權屬、醫院層級、科別、職等間的差異，以及醫師特質及所屬醫院特質及其醫療糾紛支持機制對醫師主動告知及致歉醫療錯誤意願之影響程度。

醫師特質的變項包括：「性別」、「信仰」、「科別」、「職等」、「個人臨床年資」、「平均每日直接照護住院病患時間」、「平均每週從事高風險醫療行為時間」、「主動告知醫療錯誤之相關經驗」等。主動告知醫療錯誤相關經驗的變項包括：「曾經發生醫療錯誤的經驗」、「曾經向病人主動告知醫療錯誤的經驗」、「主動告知對醫病關係的衝擊經驗」、「曾因醫療錯誤而主動向病人致歉的經驗」、「曾經發生醫療訴訟的經驗」等。

有關醫師所屬醫院醫療糾紛支持機制包括：「醫院權屬」、「醫院層級」、「院內病人安全事件通報獎勵」、「前一年院內平均每床病人安全事件通報案件數」、「前一院內平均病人安全事件醫師通報所佔比例」、「院內有無提供醫師投保醫療糾紛保險選擇」、「投保醫療糾紛保險之保費醫師負擔比例」、「醫療糾紛賠償金額醫師負擔比例」、「院內有無專責單位主動協助醫師處理醫療糾紛」、「院內有無處理醫療糾紛的固定模式」、「院內有無輔導機制提供發生醫療錯誤」或「醫療糾紛後之情緒支持」、「院內有無成立院內醫療糾紛責任判定小組」、「院內有無為醫事人員成立非保險的醫療糾紛賠償基金」等方面。上述變項中，因所有醫師所屬醫院皆設有專責單位主動協助醫師處理醫療糾紛、處理醫療糾紛的固定模式、院內醫療糾紛責任判定小組，故分析表格中不予呈現。

在醫師主動告知及致歉意願方面，則依醫療錯誤的嚴重程度再分

為：「主動告知輕微醫療錯誤的意願」、「主動告知嚴重醫療錯誤的意願」、「致歉輕微醫療錯誤的意願」、「致歉嚴重醫療錯誤的意願」四部分來探討，分析結果詳述如下。

一、醫師特質之差異分析

為了解醫師特質在不同醫院權屬、醫院層級、科別、職等間的差異，本研究利用卡方檢定分析醫師性別、信仰、科別、職等、主動告知醫療錯誤相關經驗在不同醫院權屬、醫院層級、醫師科別、醫師職等間之差異，假如期望值小於 5 的細格(cell)超過全部細格的 20%，則以費雪氏精確檢定(Fisher's exact test)分析。分析不同醫院層級間醫師基本特性的差異，則是使用單因子變異數分析(One-way ANOVA)，達顯著水準之變項，再以 Scheffe 事後檢定法進行多重比較。分析醫師個人臨床年資、平均每日直接照護住院病患時間、平均每週從事高風險醫療行為時間等連續變項之平均值的差異，則是使用獨立樣本 t 檢定。結果詳述如下：

1. 醫師特質在醫院權屬間之差異分析(見表 4-6)

457 位醫師中，公立醫院及非公立醫院之醫師，皆以男性、無信仰者為多，有信仰者則以非公立醫院為多($p < 0.05$)，醫師個人臨床年資分別為 8.9 年、9.7 年，平均每日直接照護病患時間為 4.0、4.2 小時，平均每週從事高風險醫療行為時間為 11.2 小時、11.4 小時。

在主動告知醫療錯誤的相關經驗上，大部分的醫師都有醫療錯誤的經驗(88.2%、86.3%)，其中，87.6%、90.5%的醫師曾經發生輕微醫療錯誤、21%、12.7%曾經發生嚴重的醫療錯誤，且曾經發生嚴重醫療錯誤之醫師，以公立醫院醫師為多($p < 0.05$)；70.2%、67.6%曾經主動告知，其中，71.3%、77.7%表示告知並無對醫病關係產生負面的衝擊；57.6%、53.9%有致歉醫療錯誤的經驗，且以致歉輕微錯誤佔

多數；僅有 12.6%、19.2%有醫療訴訟之經驗。

上述醫師特質中，除了「信仰」及「發生嚴重醫療錯誤經驗」二個變項有達顯著差異外，其他變項在醫院權屬間並無顯著差異。

表 4-6 醫師特質在醫院權屬間之差異分析

研究變項	醫院權屬(N=457)		檢定值
	公立 (N=238, 52.1%)	非公立 (N=219, 47.9%)	
	No (%)	No (%)	
醫師基本特性			
男性	193 (81.1)	184 (84.0)	0.68
有信仰	92 (38.7)	108 (49.3)	5.27*
	Mean(S.D)	Mean(S.D)	
個人臨床年資(年)	8.9(7.8)年	9.7(7.2)年	0.12
平均每日直接照護住院病患時間(時)	4.0(3.6)時	4.2(3.3)時	0.89
平均每週從事高風險醫療行為的時間(時)	11.2(12.0)時	11.2(13.4)時	0.09
	No (%)	No (%)	
主動告知醫療錯誤的相關經驗			
有發生醫療錯誤之經驗	210 (88.2)	189 (86.3)	0.39
跡近錯失	210 (100.)	189 (100.)	0.39
輕微醫療錯誤	184 (87.6)	171 (90.5)	0.04
嚴重醫療錯誤	44 (21.0)	24 (12.7)	5.10*
有主動告知之經驗	167 (70.2)	148 (67.6)	0.36
輕微醫療錯誤	161 (96.4)	148 (100.)	0.00
嚴重醫療錯誤	18 (10.8)	15 (10.1)	0.09
告知對醫病關係的衝擊			
負面	48 (28.7)	33 (22.3)	1.71
無負面	119 (71.3)	115 (77.7)	
有致歉經驗	137 (57.6)	118 (53.9)	0.63
輕微醫療錯誤	130 (94.9)	116 (98.3)	0.13
嚴重醫療錯誤	15 (10.9)	15 (12.7)	0.06
有醫療訴訟經驗	30 (12.6)	42 (19.2)	3.71
1次	21 (08.8)	33 (15.1)	
2次	9 (03.8)	8 (03.7)	

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

註：檢定方法為卡方檢定(使用於類別變項)及獨立樣本 t 檢定(使用於連續變項)

2. 醫師特質在醫院層級間之差異分析(見表 4-7)

457 位醫師中，任職於醫學中心之醫師有 343 位(75.1%)，區域醫院醫師 80 位(17.5%)，地區醫院醫師 34 位(7.4%)，皆以男性為多。醫師平均個人臨床年資分別為：醫學中心 8.2 年、區域醫院 12.5 年、地區醫院 12.7 年，任職地區醫院及區域醫院之醫師的平均個人臨床年資皆高於任職於醫學中心之醫師 ($p < 0.001$)。醫師平均每日直接照護病患時間依序為：醫學中心 4.4 時、區域醫院 3.1 時、地區醫院 3.4 時，任職醫學中心之醫師的平均每日直接照護住院病患時間明顯較任職於區域醫院的醫師長($p < 0.003$)。醫師平均每週從事高風險醫療行為時間分別為：醫學中心 11.9 時、區域醫院 9.7 時、地區醫院 3.4 時。

在醫師主動告知醫療錯誤相關經驗上，有醫療錯誤經驗之醫師比例為：醫學中心 86.3%、區域醫院 91.3%、地區醫院 88.3%，皆以輕微醫療錯誤佔多數；曾經主動告知之醫師比例按醫院層級分別依序為：醫學中心 66.5%、區域醫院 75%、79.4%，皆以輕微醫療錯誤佔多數；其中，表示告知並無對醫病關係產生負面衝擊之醫師比例依序為：72.8%、78.3%、77.8%；有致歉醫療錯誤的經驗支醫師比例依序為：53.1%、63.8%、64.7%，皆以致歉輕微錯誤佔多數；有醫療訴訟之經驗之醫師比例依序為：14.6%、15%、29.4%。

上述醫師特質中，除了「個人臨床年資」、「平均每日直接照護住院病患時間」二個變項有達顯著差異外，其他變項在醫院層級間並無顯著差異。

表 4-7 醫師特質在醫院層級間之差異分析

研究變項	醫院層級(N=457)			檢 定 值
	醫學中心 (N=343， 75.1%) No (%)	區域醫院 (N=80， 17.5%) No (%)	地區醫院 (N=34， 7.4%) No (%)	
醫師基本特性				
男性	281 (81.9)	67 (83.8)	29 (85.3)	0.34
有信仰	143 (41.7)	41 (51.3)	16 (47.1)	2.57
	Mean(S.D)	Mean(S.D)	Mean(S.D)	
個人臨床年資(年)	8.2(7.2)年	12.5(7.5)年	12.7(7.7)年	15.08***
平均每日直接照護住院 病患時間(時)	4.4(3.6)時	3.1(2.7)時	3.4(3.1)時	5.18***
平均每週從事高風險醫 療行為的時間(時)	11.8(13.2)時	9.7(11.9)時	9.2(8.3)時	1.45
	No (%)	No (%)	No (%)	
主動告知醫療錯誤的相關經驗				
有發生醫療錯誤之經驗	296 (86.3)	73 (91.3)	30 (88.2)	1.46
跡近錯失	296 (100.)	73 (100.)	30 (100.)	1.46
輕微醫療錯誤	258 (87.2)	67 (91.8)	30 (100.)	5.08
嚴重醫療錯誤	48 (16.2)	14 (19.2)	6 (20.0)	0.85
有主動告知之經驗	228 (66.5)	60 (75.0)	27 (79.4)	4.09
輕微醫療錯誤	222 (97.4)	60 (100.)	27 (100.)	5.46
嚴重醫療錯誤	26 (11.4)	5 (08.3)	2 (07.4)	0.27
告知對醫病關係的衝擊				
負面	62 (27.2)	13 (21.7)	6 (22.2)	0.95
無負面	166 (72.8)	47 (78.3)	21 (77.8)	
有致歉經驗	182 (53.1)	51 (63.8)	22 (64.7)	4.19
輕微醫療錯誤	176 (96.7)	48 (94.1)	22 (100.)	3.72
嚴重醫療錯誤	22 (12.1)	7 (13.7)	1 (04.5)	1.36
有醫療訴訟經驗	50 (14.6)	12 (15.0)	10 (29.4)	5.17
1次	39 (11.4)	8 (10.0)	7 (20.6)	
2次	11 (03.2)	4 (05.0)	2 (05.9)	
3次			1 (02.9)	

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

註：檢定方法為卡方檢定(使用於類別變項)及 One-way ANOVA 單因子變異數分析法(使用於連續變項)

註：個人臨床年資(年)：(區域醫院 > 醫學中心)***，(地區醫院 > 醫學中心)***

註：平均每日直接照護住院病患時間：(醫學中心 > 區域醫院)**

3. 醫師特質在科別間之差異分析(見表 4-8)

457 位醫師中，內科體系醫師有 218 位，佔 47.7%、外科體系醫師 206 位，佔 45.1%。不管是內科或外科體系之醫師，醫師特質皆是以男性、無宗教信仰者為多，個人臨床年資以外科體系醫師 10 年，較內科體系醫師 8.6 年高。在平均每日直接照護住院病患時間上，內科醫師 6.3 小時高於外科醫師 2.5 小時($p < 0.000$)；在平均每週從事高風險醫療行為時間上，則是外科 19.1 小時高於內科 4.0 小時($p < 0.000$)。

有關醫師主動告知醫療錯誤之經驗，曾經發生醫療錯誤之醫師比例分別為：內科醫師 194 位(89%)、外科醫師 176 位(85.4%)，且以輕微醫療錯誤佔多數。其中，154 位(79%)內科醫師及 138 位(78%)外科醫師曾經主動告知醫療錯誤，且以告知輕微醫療錯誤佔多數；所有曾經告知經驗者中，77.3%內科醫師、68.8%外科醫師表示告知對醫病關係並無負面衝擊。有致歉醫療錯誤的經驗之醫師比例則分別為：內科醫師 124 位(56.9%)、外科醫師 112 位(54.4%)。有醫療訴訟經驗之醫師，以 43 位(20.9%)外科醫師，顯著高於 22 位(10.1%)內科醫師。

上述醫師特質中，除了「平均每日直接照護住院病患時間」、「平均每週從事高風險醫療行為時間」及「醫療訴訟經驗」三個變項有達顯著差異外，其他變項在醫師科別間並無顯著差異。

表 4-8 醫師特質在科別間之差異分析

研究變項	科別(N=424)		檢定值
	內科	外科	
	(N=218, 51.4%)	(N=206, 48.6%)	
	No (%)	No (%)	
醫師基本特性			
男性	177 (81.2)	177 (85.9)	1.72
有信仰	93 (42.7)	98 (47.6)	1.03
	Mean(S.D)	Mean(S.D)	
個人臨床年資(年)	8.6(7.3)年	10.0(7.2)年	62.39
平均每日直接照護住院病患時間(時)	6.3(3.8)時	2.5(1.0)時	217.68***
平均每週從事高風險醫療行為的時間(時)	4.0(5.8)時	18.9(13.2)時	245.21***
	No (%)	No (%)	
主動告知醫療錯誤的相關經驗			
有發生醫療錯誤之經驗	194 (89.0)	176 (85.4)	1.20
跡近錯失	194 (100.)	176 (100.)	1.20
輕微醫療錯誤	174 (89.7)	154 (87.5)	1.55
嚴重醫療錯誤	26 (13.4)	33 (18.8)	1.48
有主動告知之經驗	154 (70.6)	138 (67.0)	0.66
輕微醫療錯誤	152 (98.7)	134 (97.1)	1.06
嚴重醫療錯誤	11 (07.1)	18 (13.0)	2.27
告知對醫病關係的衝擊			
負面	35 (22.7)	43 (31.2)	2.64
無負面	119 (77.3)	95 (68.8)	
有致歉經驗	124 (56.9)	112 (54.4)	0.27
輕微醫療錯誤	120 (96.8)	108 (96.4)	0.29
嚴重醫療錯誤	9 (07.3)	15 (13.4)	1.97
有醫療訴訟經驗	22 (10.1)	43 (20.9)	9.49**
1 次	19 (08.7)	28 (13.6)	
2 次	3 (01.4)	14 (06.8)	
3 次		1 (00.5)	

註：*：p<0.05 **：p<0.01 ***：p<0.001

註：檢定方法為卡方檢定(使用於類別變項)及獨立樣本 t 檢定(使用於連續變項)

4. 醫師特質在職等間之差異分析

457 位醫師中，261 位(57.1%)為主治醫師，196 位(42.9%)為住院醫師。主治醫師及住院醫師皆以男性為居多，有信仰之醫師，以主治醫師較住院醫師多($p < 0.04$)。主治醫師之平均個人臨床年資 14.3 年較住院醫師 2.6 年長、平均每日直接照護住院病患時間 2.8 時，則較住院醫師 5.8 時短($p < 0.000$)。平均每週從事高風險醫療行為的時間分別為：主治醫師 10.5 小時、住院醫師 12.3 小時。

有關主動告知醫療錯誤經驗，238 位(91.2%)主治醫師有醫療錯誤經驗，顯著高於住院醫師(161 位，82.1%)($p < 0.01$)，不管是發生輕微或是嚴重醫療錯誤的經驗，主治醫師皆多於住院醫師($p < 0.01$)。在告知及致歉錯誤的經驗方面，主治醫師中，196 位(75.1%)曾經告知，168 位(64.4%)曾經致歉，住院醫師中，119 位(60.7%)曾經告知，87 位(44.4%)曾經致歉；曾經告知醫療錯誤的醫師中，74.5%主治醫師、73.9%住院醫師表示告知對醫病關係並無負面衝擊。

整體來說，主治醫師的告知及致歉經驗皆顯著高於住院醫師($p < 0.001$)，若以醫療錯誤的嚴重程度來區分，告知及致歉輕微醫療錯誤之經驗，是以住院醫師(99.2%、97.7%)所佔比例高於主治醫師(97.4%、95.8%)($p < 0.01$)，告知及致歉嚴重醫療錯誤則以主治醫師所佔比例較高($p < 0.001$)。有醫療訴訟經驗者亦以主治醫師所佔比例 23%顯著高於住院醫師比例 6% ($p < 0.001$)。

上述醫師特質中，除了「平均每週從事高風險醫療行為時間」及「告知對醫病關係的衝擊經驗」二個變項無顯著差異外，其他變項在醫師職等間皆有顯著差異。

表 4-9 醫師特質在職等間之差異分析

研究變項	職等(N=457)		檢定值
	主治	住院	
	(N=261, 57.1%)	(N=196, 42.9%)	
	No (%)	No (%)	
醫師基本特性			
男性	236 (90.4)	141 (71.9)	26.48***
有信仰	125 (47.9)	75 (38.3)	4.22*
	Mean(S.D)	Mean(S.D)	
個人臨床年資(年)	14.3(6.3)年	2.6(1.9)年	-28.32***
平均每日直接照護住院病患時間(時)	2.8(2.4)時	5.8(4.0)時	9.27***
平均每週從事高風險醫療行為的時間(時)	10.5(11.0)時	12.1(14.6)時	1.40
	No (%)	No (%)	
主動告知醫療錯誤的相關經驗			
有發生醫療錯誤之經驗	238 (91.2)	161 (82.1)	8.27**
跡近錯失	238 (100.)	161 (100.)	8.27**
輕微醫療錯誤	217 (91.2)	138 (85.7)	10.47***
嚴重醫療錯誤	49 (20.6)	19 (11.8)	7.29**
有主動告知之經驗	196 (75.1)	119 (60.7)	10.81***
輕微醫療錯誤	191 (97.4)	118 (99.2)	8.61**
嚴重醫療錯誤	29 (14.8)	4 (03.3)	13.75***
告知對醫病關係的衝擊			
負面	50 (25.5)	31 (26.1)	0.01
無負面	146 (74.5)	88 (73.9)	
有致歉經驗	168 (64.4)	87 (44.4)	18.12***
輕微醫療錯誤	161 (95.8)	85 (97.7)	15.11***
嚴重醫療錯誤	26 (15.5)	4 (04.6)	11.45***
有醫療訴訟經驗	61 (23.4)	11 (05.6)	26.60***
1次	46 (17.6)	8 (04.1)	
2次	14 (05.4)	3 (01.5)	
3次	1 (00.4)		

註：*：p<0.05 **：p<0.01 ***：p<0.001

註：檢定方法為卡方檢定(使用於類別變項)及獨立樣本 t 檢定(使用於連續變項)

二、醫師特質與醫師主動告知及致歉意願之關係

本研究以邏輯斯迴歸分析進行醫師特質變項對醫師主動告知及致歉醫療錯誤意願的分類預測，並計算變項間的勝算比(odd ratio)以了解其關聯強度(結果如表 4-10、表 4-11、表 4-12)，以下詳述之。

1. 醫師特質與醫師主動告知輕微醫療錯誤意願之關係

在投入的十二個「醫師特質」自變項中，只有「科別」、「平均每日直接照護住院病患時間」、「平均每週從事高風險時間」、「曾經主動告知醫療錯誤的經驗」、「主動告知對醫病關係的衝擊經驗」、「曾因醫療錯誤主動向病人致歉的經驗」六個變項之檢定值達顯著，其餘六個自變項均未達 0.05 顯著水準，因而醫師的「科別」、「平均每日直接照護住院病患時間」、「平均每週從事高風險時間」、「曾經主動告知醫療錯誤的經驗」、「主動告知對醫病關係的衝擊經驗」、「曾因醫療錯誤主動向病人致歉的經驗」六個變項可以是預測與解釋醫師是否會主動告知輕微醫療錯誤的重要預測變項。

上述達顯著水準之變項的勝算比分別是：「科別」0.42(外科)、0.30(其他科)；「平均每日直接照護住院病患時間」1.13；「平均每週從事高風險時間」0.98；「曾經主動告知醫療錯誤的經驗」3.09；「主動告知對醫病關係的衝擊經驗」3.93；「曾因醫療錯誤主動向病人致歉的經驗」3.64，表示外科醫師告知輕微錯誤之機率是內科醫師的 0.42 倍，其他科別之醫師的告知輕微錯誤機率則是內科醫師的 0.3 倍。醫師平均每日直接照護住院病患時間每增加 1 小時，則醫師告知輕微錯誤之機率就增加 0.13。醫師平均每週從事高風險醫療行為時間每增加 1 小時，則醫師告知輕微錯誤之機率就減少 0.02。有告知輕微錯誤經驗的醫師，其告知輕微錯誤之機率是無任何告知經驗之醫師的 3.09 倍。曾有主動告知對醫病關係產生無負面衝擊(無衝擊或正面衝擊)經

驗之醫師，其告知輕微錯誤的機率是無任何告知經驗之醫師的 3.93 倍。曾因個人所造成的輕微錯誤而主動向病人致歉之醫師，其告知輕微錯誤的機率是無任何致歉經驗之醫師的 3.64 倍。

表示對於告知輕微錯誤之意願，內科醫師高於外科及其他科醫師 ($p < 0.05$)，平均每日直接照護住院病患時間較長、平均每週從事高風險醫療行為時間較短之醫師，其意願皆較高 ($p < 0.05$)，有告知輕微錯誤之經驗者、告知後對醫病關係無負面衝擊經驗者 ($p < 0.001$)、有致歉輕微錯誤之經驗者 ($p < 0.001$)，其意願皆顯著高於無經驗者。

2. 醫師特質與醫師主動告知嚴重醫療錯誤意願之關係

在投入的十二個「醫師特質」自變項中，只有「曾經主動告知醫療錯誤的經驗」、「主動告知對醫病關係的衝擊經驗」、「曾因醫療錯誤主動向病人致歉的經驗」三個變項之檢定值達顯著，其餘九個自變項均未達 0.05 顯著水準，因而醫師的「曾經主動告知醫療錯誤的經驗」、「主動告知對醫病關係的衝擊經驗」、「曾因醫療錯誤主動向病人致歉的經驗」三個變項可以是預測與解釋醫師是否會主動告知嚴重醫療錯誤的重要預測變項。

上述達顯著水準之變項的勝算比分別是：「曾經主動告知醫療錯誤的經驗」3.14；「主動告知對醫病關係的衝擊經驗」1.66；「曾因醫療錯誤主動向病人致歉的經驗」1.59，表示有告知嚴重錯誤經驗的醫師，其告知嚴重錯誤之機率是無任何告知經驗之醫師的 3.14 倍。曾有主動告知對醫病關係產生無負面衝擊(無衝擊或正面衝擊)經驗之醫師，其告知嚴重錯誤的機率是無任何告知經驗之醫師的 1.66 倍。曾因個人所造成的輕微錯誤而主動向病人致歉之醫師，其告知嚴重錯誤的機率是無任何致歉經驗之醫師的 1.59 倍。

表示對於告知嚴重錯誤之意願，有告知嚴重錯誤之經驗者、告知

後對醫病關係無負面衝擊經驗者、有致歉輕微錯誤經驗者($p < 0.05$)，其意願皆顯著高於無經驗者。

3. 主動致歉輕微醫療錯誤之意願

在投入的十二個「醫師特質」自變項中，只有「科別」、「平均每日直接照護住院病患時間」、「平均每週從事高風險時間」、「曾經主動告知醫療錯誤的經驗」、「主動告知對醫病關係的衝擊經驗」、「曾因醫療錯誤主動向病人致歉的經驗」六個變項之檢定值達顯著，其餘六個自變項均未達 0.05 顯著水準，因而醫師的「科別」、「平均每日直接照護住院病患時間」、「平均每週從事高風險時間」、「曾經主動告知醫療錯誤的經驗」、「主動告知對醫病關係的衝擊經驗」、「曾因醫療錯誤主動向病人致歉的經驗」六個變項可以是預測與解釋醫師是否會主動致歉輕微醫療錯誤的重要預測變項。

上述達顯著水準之變項的勝算比分別是：「科別」0.40(外科)；「平均每日直接照護住院病患時間」1.09；「平均每週從事高風險時間」0.97；「曾經主動告知醫療錯誤的經驗」5.05(輕微)、6.29(嚴重)；「主動告知對醫病關係的衝擊經驗」4.29(負面)、5.53(無負面)；「曾因醫療錯誤主動向病人致歉的經驗」6.57(輕微)、4.73(嚴重)，表示外科醫師致歉輕微錯誤之機率是內科醫師的 0.4 倍。醫師平均每日直接照護住院病患時間每增加 1 小時，則醫師致歉輕微錯誤之機率就增加 0.09。醫師平均每週從事高風險醫療行為時間每增加 1 小時，則醫師致歉輕微錯誤之機率就減少 0.03。有告知輕微錯誤經驗的醫師，其致歉輕微錯誤之機率是無任何告知經驗之醫師的 5.05 倍；有告知嚴重錯誤經驗的醫師，其致歉輕微錯誤之機率是無任何告知經驗之醫師的 6.29 倍。曾有主動告知對醫病關係產生負面衝擊經驗之醫師，其致歉輕微錯誤的機率是無任何告知經驗之醫師的 4.29 倍；曾有主動告知

對醫病關係產生無負面衝擊(無衝擊或正面衝擊)經驗之醫師，其致歉輕微錯誤的機率是無任何告知經驗之醫師的 5.53 倍。曾因個人所造成的輕微錯誤而主動向病人致歉之醫師，其致歉輕微錯誤的機率是無任何致歉經驗之醫師的 6.57 倍；曾因個人所造成的嚴重錯誤而主動向病人致歉之醫師，其致歉輕微錯誤的機率是無任何致歉經驗之醫師的 4.73 倍。

表示對於致歉輕微錯誤之意願，內科醫師高於外科醫師($p < 0.01$)，平均每日直接照護住院病患時間較長、平均每週從事高風險醫療行為時間較短之醫師，其意願皆較高($p < 0.05$)，有告知經驗且無論主動告知是否對醫病關係產生負面衝擊($p < 0.001$)、有致歉經驗者($p < 0.05$)，其意願皆顯著高於無經驗者。

4. 主動致歉嚴重醫療錯誤之意願

在投入的十二個「醫師特質」自變項中，只有「曾經主動告知醫療錯誤的經驗」、「主動告知對醫病關係的衝擊經驗」、「曾因醫療錯誤主動向病人致歉的經驗」三個變項之檢定值達顯著，其餘九個自變項均未達 0.05 顯著水準，因而醫師的「曾經主動告知醫療錯誤的經驗」、「主動告知對醫病關係的衝擊經驗」、「曾因醫療錯誤主動向病人致歉的經驗」三個變項可以是預測與解釋醫師是否會主動致歉嚴重醫療錯誤的重要預測變項。

上述達顯著水準之變項的勝算比分別是：「曾經主動告知醫療錯誤的經驗」2.68(輕微)、3.59(嚴重)；「主動告知對醫病關係的衝擊經驗」2.01(負面)、3.12(無負面)；「曾因醫療錯誤主動向病人致歉的經驗」2.81，表示有告知輕微錯誤經驗的醫師，其致歉嚴重錯誤之機率是無任何告知經驗之醫師的 2.68 倍；表示有告知嚴重錯誤經驗的醫師，其致歉嚴重錯誤之機率是無任何告知經驗之醫師的 3.59 倍。曾

有主動告知對醫病關係產生負面衝擊經驗之醫師，其致歉嚴重錯誤的機率是無任何告知經驗之醫師的 2.01 倍；曾有主動告知對醫病關係產生無負面衝擊(無衝擊或正面衝擊)經驗之醫師，其致歉嚴重錯誤的機率是無任何告知經驗之醫師的 3.12 倍。曾因個人所造成的輕微錯誤而主動向病人致歉之醫師，其致歉嚴重錯誤的機率是無任何致歉經驗之醫師的 2.81 倍。

表示對於致歉嚴重錯誤之意願，有告知經驗者($p < 0.05$)、告知後對醫病關係無衝擊經驗者($p < 0.05$)、有致歉輕微錯誤經驗者($p < 0.001$)，其意願皆顯著高於無經驗者。



表 4-10 醫師基本特性與醫師主動告知及致歉醫療錯誤意願之邏輯斯迴歸分析

研究變項	傾向主動告知的意願(N=408,89.3%)		傾向主動致歉的意願(N=408,89.3%)	
	輕微錯誤(N=392,85.8%)	嚴重錯誤(N=318,69.6%)	輕微錯誤(N=393,86.0%)	嚴重錯誤(N=362,79.2%)
	OR (95% CI)	OR (95% CI)	OR (95% CI)	OR (95% CI)
性別-女				
-男	0.51(0.19-1.32)	0.67(0.38-1.17)	0.74(0.35-1.57)	0.86(0.46-1.58)
信仰-無				
-有	0.87(0.48-0.57)	0.91(0.61-1.36)	1.08(0.63-1.84)	0.88(0.56-1.38)
科別-內科				
-外科	0.36(0.18-0.71)**	1.10(0.73-1.66)	0.40(0.22-0.71)**	0.91(0.57-1.45)
-其他科	0.36(0.12-1.07)	1.24(0.55-2.80)	0.54(0.19-1.55)	0.77(0.32-1.82)
職等-主治				
-住院	1.61(0.84-3.07)	1.10(0.72-1.70)	0.68(0.38-1.21)	0.86(0.52-1.40)
-主治兼主管職	1.50(0.59-3.83)	0.95(0.52-1.73)	0.83(0.36-1.89)	0.88(0.44-1.75)
	OR (95% CI)	OR (95% CI)	OR (95% CI)	OR (95% CI)
個人臨床年資	0.97(0.94-1.01)	0.98(0.95-1.00)	1.02(0.98-1.06)	0.99(0.96-1.02)
平均每日直接照護住院病患時間(時)	1.15(1.03-1.28)*	0.98(0.93-1.04)	1.09(1.00-1.19)*	1.01(0.94-1.07)
平均每週從事高風險醫療行為時間(時)	0.97(0.95-0.99)**	1.00(0.98-1.01)	0.97(0.95-0.99)**	0.99(0.97-1.01)

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

註：檢定方法為邏輯斯迴歸分析法

表 4-11 醫師主動告知醫療錯誤的相關經驗與醫師主動告知及致歉醫療錯誤意願之邏輯斯迴歸分析

研究變項	傾向主動告知的意願(N=408,89.3%)		傾向主動致歉的意願(N=408,89.3%)	
	輕微錯誤(N=392,85.8%)	嚴重錯誤(N=318,69.6%)	輕微錯誤(N=393,86.0%)	嚴重錯誤(N=362,79.2%)
	OR (95% CI)	OR (95% CI)	OR (95% CI)	OR (95% CI)
曾經發生最嚴重的醫療錯誤經驗				
-無經驗				
-跡近錯失	1.29(0.43-3.86)	0.67(0.27-1.64)	0.77(0.29-2.03)	0.60(0.24-1.50)
-輕微醫療錯誤	1.46(0.68-3.15)	0.65(0.33-1.26)	1.76(0.83-3.71)	1.11(0.55-2.24)
-嚴重醫療錯誤	0.87(0.35-2.15)	0.52(0.23-1.15)	1.51(0.58-3.94)	0.90(0.38-2.13)
曾經主動告知最嚴重的醫療錯誤經驗				
-無經驗				
-輕微	3.09(1.78-5.36)***	1.34(0.88-2.06)	5.05(2.84-8.96)***	2.68(1.66-4.30)***
-嚴重	3.27(0.94-11.38)	3.14(1.14-8.63)*	6.29(1.44-27.51)*	3.59(1.19-10.80)*
主動告知後對醫病關係的衝擊經驗				
-無告知經驗				
-負面衝擊	1.88(0.91-3.87)	1.01(0.57-1.78)	4.29(1.82-10.10)***	2.01(1.05-3.85)*
-無負面衝擊	3.93(2.12-7.25)***	1.66(1.06-2.61)*	5.53(2.96-10.321)***	3.12(1.87-5.21)***
曾經致歉最嚴重的醫療錯誤經驗				
-無經驗				
-輕微	3.64(1.98-6.68)***	1.59(1.05-2.41)*	6.57(3.32-13.02)***	2.81(1.73-4.58)***
-嚴重	1.39(0.50-3.85)	1.86(0.76-4.54)	4.73(1.09-20.55)*	2.81(0.94-8.40)
訴訟經驗				
-無				
-有	1.65(0.72-3.77)	1.64(0.91-2.98)	1.17(0.55-2.48)	1.23(0.64-2.35)

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

註：檢定方法為邏輯斯迴歸分析法

表 4-12 醫師特質與醫師主動告知及致歉醫療錯誤意願之邏輯斯迴歸分析

研究變項	傾向主動告知的意願(N=408,89.3%)		傾向主動致歉的意願(N=408,89.3%)	
	輕微錯誤(N=392,85.8%)	嚴重錯誤(N=318,69.6%)	輕微錯誤(N=393,86.0%)	嚴重錯誤(N=362,79.2%)
	OR (95% CI)	OR (95% CI)	OR (95% CI)	OR (95% CI)
醫師基本特性				
科別-外科				
-內科	2.37(1.32-4.26)**		2.52(1.41-4.52)**	
醫療錯誤相關經驗				
曾經發生-無經驗				
-有經驗				
曾經告知-無經驗				
-有經驗	3.11(1.82-5.31)***		5.15(2.95-9.01)***	2.75(1.73-4.38)***
曾經致歉-無經驗				
-有經驗	3.10(1.78-2.42)***	1.62(1.09-2.42)*	6.29(3.31-11.95)***	2.81(1.76-4.50)***
衝擊-負面				
-無負面				

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

註：檢定方法為邏輯斯迴歸分析法

三、醫師所屬醫院特質及其醫療糾紛支持機制與醫師主動告知及致歉意願之關係

本研究以邏輯斯迴歸分析進行醫師所屬醫院特質及其醫療糾紛支持機制變項對醫師主動告知及致歉醫療錯誤意願的分類預測，並計算變項間的勝算比(odd ratio)以了解其關聯強度(結果如表 4-13)，以下詳述之。

對於所有醫師主動告知及致歉醫療錯誤意願之依變項，投入的八個「醫師所屬醫院特質及其醫療糾紛支持機制」自變項，均未達 0.05 顯著水準，因而醫師所屬醫院的特質及其醫療糾紛支持機制：「醫院權屬」、「醫院層級」、「院內病人安全事件通報獎勵」、「前一年院內平均每床病人安全事件通報案件數」、「前一年院內平均病人安全事件醫師通報所佔比例」、「院內有無提供醫師投保醫療糾紛保險選擇」、「投保醫療糾紛保險之保費醫師負擔比例」、「醫療糾紛賠償金額醫師負擔比例」、「院內有無專責單位主動協助醫師處理醫療糾紛」、「院內有無處理醫療糾紛的固定模式」、「院內有無輔導機制提供發生醫療錯誤或醫療糾紛後之情緒支持」、「院內有無成立院內醫療糾紛責任判定小組」、「院內有無為醫事人員成立非保險的醫療糾紛賠償基金」，皆不是預測與解釋醫師是否會主動告知醫療錯誤的重要預測變項。表示上述所舉列的醫師所屬醫院特質及其醫療糾紛支持機制，皆不會對醫師主動告知及致歉任何嚴重程度的醫療錯誤之意願產生影響。

表 4-13 醫師所屬醫院醫療糾紛支持機制與醫師主動告知及致歉醫療錯誤意願之邏輯斯迴歸分析

研究變項	傾向主動告知的意願(N=408, 89.3%)		傾向主動致歉的意願(N=408, 89.3%)	
	輕微錯誤 (N=392,85.8%)	嚴重錯誤 (N=318,69.6%)	輕微錯誤 (N=393,86.0%)	嚴重錯誤 (N=362,79.2%)
	OR (95% CI)	OR (95% CI)	OR (95% CI)	OR (95% CI)
權屬-公立醫院				
-非公立醫院	0.82(0.48-1.38)	1.07(0.72-1.59)	0.73(0.43-1.24)	1.03(0.65-1.62)
層級-地區醫院				
-區域醫院	0.54(0.16-1.84)	0.90(0.41-2.00)	0.76(0.26-2.26)	1.20(0.52-2.77)
-醫學中心	0.68(0.17-2.63)	0.54(0.22-1.31)	1.05(0.30-3.68)	1.14(0.44-2.97)
病安通報獎勵- 0 元				
-50 元	0.42(0.13-1.40)	1.44(0.75-2.79)	0.44(0.13-1.46)	0.62(0.25-1.52)
-100 元	0.80(0.15-4.22)	1.71(0.64-4.57)	0.58(0.12-2.78)	0.54(0.17-1.75)
院內有無提供醫療糾紛保險及成立基金-無保險有基金				
-有保險無基金	0.69(0.41-1.17)	0.91(0.61-1.36)	0.67(0.39-1.13)	0.91(0.58-1.43)
院內醫療糾紛賠償金額醫師負擔比例- 0%				
-30%	0.92(0.54-1.58)	0.93(0.62-1.41)	0.89(0.52-1.52)	1.28(0.80-2.04)
-50%	0.79(0.22-2.89)	0.51(0.19-1.36)	0.76(0.21-2.78)	0.45(0.16-1.21)
院內有無輔導機制提供發生醫療錯誤或醫療糾紛後之情緒支持-無				
-有	1.22(0.34-4.32)	1.88(0.73-4.87)	1.24(0.35-4.41)	2.54(0.96-6.74)
	OR (95% CI)	OR (95% CI)	OR (95% CI)	OR (95% CI)
前一年平均每床病安事件通報件數	0.96(0.61-1.49)	1.06(0.76-1.47)	0.98(0.63-1.53)	1.10(0.77-1.59)
前一年平均病安事件醫師通報所佔比例	1.05(0.99-1.12)	1.04(0.99-1.08)	1.04(0.98-1.10)	1.02(0.97-1.07)

註：*：p<0.05 **：p<0.01 ***：p<0.001

註：檢定方法為邏輯斯迴歸分析法

第三節 多變項分析

本節主要在探討影響醫師主動告知及致歉醫療錯誤意願之重要相關變項，以醫師主動告知及致歉醫療錯誤意願構面為依變項，並依據推論性統計資料分析，將對醫師主動告知及致歉醫療錯誤意願構面有顯著差異或相關的變項作為自變項，以逐步邏輯斯迴歸程式檢定出預測模式，分析探討各自變項對依變項之預測能力，並詳述如下。

一、醫師特質及其所屬醫院特質及醫療糾紛支持機制對醫師主動告知輕微醫療錯誤意願之預測分析

以醫師主動告知輕微醫療錯誤意願為依變項，將與醫師主動告知輕微醫療錯誤意願有相關之自變項包括：「科別」、「平均每日直接照護住院病患時間」、「平均每週從事高風險醫療行為時間」、「曾經主動告知醫療錯誤的經驗」、「主動告知對醫病關係的衝擊經驗」、「曾因醫療錯誤而主動向病人致歉的經驗」進行邏輯斯迴歸分析。

根據逐步邏輯斯迴歸分析之結果(見表 4-14)可以發現：「主動告知對醫病關係的衝擊經驗」與「科別」二個變項對醫師有無主動告知輕微醫療錯誤意願組別預測之迴歸模型，其整體模式顯著性考驗的 $\chi^2=31.050(p=0.000<0.05)$ ，達到 0.05 顯著水準；而 Hosmer 和 Lemeshow 檢定值(表格中以 H-L 檢定值代表之)為 1.128($p>0.05$)未達顯著水準，表示「主動告知對醫病關係的衝擊經驗」與「科別」二個自變項所建立的迴歸模式適配度(goodness of fit)非常理想。從關聯強度係數而言：Cox-Snell 關聯強度值為 0.066，顯示自變項與依變項間有低度的關係存在，二個自變項可以解釋醫師主動告知意願變數總變異的 6.6%、11.8%。

二個變數的勝算比值分別為 3.94(無負面)、0.44(外科)、0.27(其他科)，表示曾有主動告知對醫病關係產生無負面衝擊(無衝擊或正面

衝擊)經驗之醫師，其主動告知輕微醫療錯誤的機率是無任何告知經驗的醫師的 3.94 倍；外科醫師主動告知輕微醫療錯誤之機率是內科醫師的 0.44 倍，其他科別之醫師的告知輕微醫療錯誤機率則是內科醫師的 0.27 倍。

表 4-14 醫師主動告知輕微醫療錯誤意願影響因素之逐步邏輯斯迴歸分析

投入變項名稱	傾向主動告知輕微醫療錯誤的意願							
	模式一				模式二			
	β 值	OR	95% CI		β 值	OR	95% CI	
常數	1.12***	3.06	-	-	1.65***	5.23	-	-
主動告知的衝擊								
經驗-無告知經驗								
-負面衝擊	0.63	1.88	0.92	3.87	0.64	1.90	0.91	3.96
-無負面衝擊	1.37***	3.93	2.13	7.25	1.37***	3.94	2.11	7.34
科別-內科								
-外科					-0.82**	0.44	0.24	0.80
-其他科					-1.31**	0.27	0.10	0.71
整體模式適配度	$\chi^2=20.353$ ***				$\chi^2=31.050$ ***			
檢定	H-L檢定值=0.000 n.s.				H-L檢定值=1.128 n.s.			
關聯強度	Cox-Snell $R^2=0.044$				Cox-Snell $R^2=0.066$			
	Nagelkerke $R^2=0.078$				Nagelkerke $R^2=0.118$			

註：*： $p<0.05$ **： $p<0.01$ ***： $p<0.001$ n.s.： $p>0.05$

註：檢定方法為向前逐步邏輯斯迴歸分析法(條件的)

二、醫師特質及其所屬醫院特質及醫療糾紛支持機制對醫師主動告知嚴重醫療錯誤意願之預測分析

以醫師主動告知嚴重醫療錯誤意願為依變項，將與醫師主動告知嚴重醫療錯誤意願有相關之自變項包括：「曾經主動告知醫療錯誤的經驗」、「主動告知對醫病關係的衝擊經驗」、「曾因醫療錯誤而主動向病人致歉的經驗」進行邏輯斯迴歸分析。

根據逐步邏輯斯迴歸分析之結果(見表 4-15)可以發現：「主動告知對醫病關係的衝擊經驗」變項對醫師有無主動告知嚴重醫療錯誤意

願組別預測之迴歸模型，其整體模式顯著性考驗的 $\chi^2=6.146(p=0.05 < 0.05)$ ，達到 0.05 顯著水準；而 Hosmer 和 Lemeshow 檢定值為 0.000($p > 0.05$)未達顯著水準，表示「主動告知對醫病關係的衝擊經驗」變項所建立的迴歸模式適配度(goodness of fit)非常理想。從關聯強度係數而言：Cox-Snell 關聯強度值為 0.013，顯示自變項與依變項間有低度的關係存在，變項可以解釋醫師主動告知嚴重醫療錯誤意願變數總變異的 1.3%、1.9%。

變數的勝算比值為 1.66(無負面)，表示曾有主動告知對醫病關係產生無負面衝擊(無衝擊或正面衝擊)經驗之醫師，其主動告知嚴重醫療錯誤的機率是無任何告知經驗的醫師的 1.66 倍。

表 4-15 醫師主動告知嚴重醫療錯誤意願影響因素之逐步邏輯斯迴歸分析

投入變項名稱	傾向主動告知嚴重醫療錯誤的意願			
	模式一			
	β 值	OR	95% CI	
常數	0.58***	1.78	-	-
主動告知的衝擊經驗-無告知經驗				
-負面衝擊	0.01	1.01	0.57	1.78
-無負面衝擊	0.51*	1.66	1.06	2.61
整體模式適配度檢定	$\chi^2=6.146^*$ H-L檢定值=0.000 n.s.			
關聯強度	Cox-Snell $R^2=0.013$ Nagelkerke $R^2=0.019$			

註：*： $p < 0.05$ **： $p < 0.01$ ***： $p < 0.001$ n.s.： $p > 0.05$

註：檢定方法為向前逐步邏輯斯迴歸分析法(條件的)

三、醫師特質及其所屬醫院特質及醫療糾紛支持機制對醫師主動致歉輕微醫療錯誤意願之預測分析

以醫師致歉輕微醫療錯誤意願為依變項，將與醫師致歉輕微醫療錯誤意願有相關之自變項包括：「科別」、「平均每日直接照護住院病患時間」、「平均每週從事高風險醫療行為時間」、「曾經主動告知醫療

錯誤的經驗」、「主動告知對醫病關係的衝擊經驗」、「曾因醫療錯誤而主動向病人致歉的經驗」進行邏輯斯迴歸分析。

根據逐步邏輯斯迴歸分析之結果(見表 4-16)可以發現：「曾經致歉醫療錯誤之經驗」與「平均每週從事高風險醫療行為時間」二個變項對醫師有無主動致歉輕微醫療錯誤意願組別預測之迴歸模型，其整體模式顯著性考驗的 $\chi^2=48.204(p=0.000<0.05)$ ，達到 0.05 顯著水準；而 Hosmer 和 Lemeshow 檢定值為 3.175($p>0.05$)未達顯著水準，表示「曾經致歉醫療錯誤之經驗」與「平均每週從事高風險醫療行為時間」二個自變項所建立的迴歸模式適配度(goodness of fit)非常理想。從關聯強度係數而言：Cox-Snell 關聯強度值為 0.100，顯示自變項與依變項間有低度的關係存在，二個自變項可以解釋醫師主動致歉輕微醫療錯誤意願變數總變異的 10%、18%。

二個變數的勝算比值分別為 6.61(輕微)、5.30(嚴重)、0.97，表示曾因個人所造成的醫療錯誤而主動向病人致歉輕微醫療錯誤之醫師，其主動致歉輕微醫療錯誤的機率是無任何致歉經驗的醫師的 6.61 倍；曾因個人所造成的醫療錯誤而主動向病人致歉嚴重醫療錯誤之醫師，其主動致歉輕微醫療錯誤的機率是無任何致歉經驗的醫師的 5.30 倍；醫師平均每週從事高風險醫療行為時間每增加 1 小時，則醫師主動致歉醫療錯誤之機率就降低 0.03。

表 4-16 醫師主動致歉輕微醫療錯誤意願影響因素之逐步邏輯斯迴歸分析

投入變項 名稱	傾向主動致歉輕微醫療錯誤的意願							
	模式一				模式二			
	β 值	OR	95% CI		β 值	OR	95% CI	
常數	1.09***	2.96	-	-	1.47***	4.34	-	-
曾經致歉最嚴重的醫療錯誤經驗								
-無經驗								
-輕微錯誤	1.88***	6.57	3.32	13.02	1.89***	6.61	3.32	13.19
-嚴重錯誤	1.55*	4.73	1.09	20.55	1.679*	5.30	1.20	23.39
平均每週從事高風險醫療行為時間					-0.03**	0.97	0.95	0.99
整體模式	$\chi^2=39.384***$				$\chi^2=48.204***$			
適配度檢定	H-L檢定值=0.000 n.s.				H-L檢定值=3.175 n.s.			
關聯強度	Cox-Snell $R^2=0.083$ Nagelkerke $R^2=0.149$				Cox-Snell $R^2=0.100$ Nagelkerke $R^2=0.180$			

註：*： $p<0.05$ **： $p<0.01$ ***： $p<0.001$ n.s.： $p>0.05$

註：檢定方法為向前逐步邏輯斯迴歸分析法(條件的)

四、醫師特質及其所屬醫院特質及醫療糾紛支持機制對醫師主動致歉嚴重醫療錯誤意願之預測分析

以醫師致歉嚴重醫療錯誤意願為依變項，將與醫師致歉嚴重醫療錯誤意願有相關之自變項包括：「曾經主動告知醫療錯誤的經驗」、「主動告知對醫病關係的衝擊經驗」、「曾因醫療錯誤而主動向病人致歉的經驗」進行邏輯斯迴歸分析。

根據逐步邏輯斯迴歸分析之結果(見表 4-17)可以發現：「主動告知對醫病關係的衝擊經驗」變項對醫師有無主動致歉嚴重醫療錯誤意願組別預測之迴歸模型，其整體模式顯著性考驗的 $\chi^2=19.619(p=0.000<0.05)$ ，達到 0.05 顯著水準；而 Hosmer 和 Lemeshow 檢定值為 0.000($p>0.05$)未達顯著水準，表示「主動告知對醫病關係的衝擊

經驗」自變項所建立的迴歸模式適配度(goodness of fit)非常理想。從關聯強度係數而言：Cox-Snell 關聯強度值為 0.042，顯示自變項與依變項間有低度的關係存在，此變項可以解釋醫師主動致歉嚴重醫療錯誤意願變數總變異的 4.2%、6.6%。

二個變數的勝算比值分別為 2.01(負面)、3.12(無負面)，表示曾有主動告知對醫病關係產生負面衝擊經驗之醫師，其主動致歉嚴重醫療錯誤的機率是無任何告知經驗的醫師的 2.01 倍；表示曾有主動告知對醫病關係產生無負面衝擊(無衝擊或正面衝擊)經驗之醫師，其主動致歉嚴重醫療錯誤的機率是無任何告知經驗的醫師的 3.12 倍。

表 4-17 醫師主動致歉嚴重醫療錯誤意願影響因素之逐步邏輯斯迴歸分析

投入變項名稱	傾向主動致歉嚴重醫療錯誤的意願			
	模式一			
	β 值	OR	95% CI	
常數	0.70***	2.02	-	-
主動告知的衝擊經驗-無告知經驗				
-負面衝擊	0.70*	2.01	1.05	3.85
-無負面衝擊	1.14***	3.12	1.87	5.21
整體模式適配度檢定	$\chi^2=19.619***$			
	H-L檢定值=0.000 n.s.			
關聯強度	Cox-Snell $R^2=0.042$			
	Nagelkerke $R^2=0.066$			

註：*： $p<0.05$ **： $p<0.01$ ***： $p<0.001$ n.s.： $p>0.05$

註：檢定方法為向前逐步邏輯斯迴歸分析法(條件的)

本研究將上述「推論性統計分析」及「多變項分析」二節之分析結果中有達統計上顯著差異之變項，整理成表 4-18，結果顯示：面對將來若發生因個人所造成的輕微醫療錯誤，醫師主動向病人告知或致歉的正向意願皆會受到下列因素影響：「科別」、「平均每日直接照護住院病患時間」、「平均每週從事高風險醫療行為時間」、「曾經主動告知醫療錯誤的經驗」、「主動告知對醫病關係的衝擊經驗」、「曾因個人

所造成的醫療錯誤向病人致歉的經驗」；面對將來若發生因個人所造成的嚴重醫療錯誤，醫師主動向病人告知或致歉的正向意願則皆會受到下列因素影響「曾經主動告知醫療錯誤的經驗」、「主動告知對醫病關係的衝擊經驗」、「曾因個人所造成的醫療錯誤向病人致歉的經驗」。進一步分析結果得知，醫師主動告知輕微錯誤意願的重要預測因子為「科別」、「主動告知對醫病關係的衝擊經驗」，不同於致歉輕微錯誤意願的重要預測因子：「平均每週從事高風險醫療行為時間」、「曾因個人所造成的醫療錯誤向病人致歉的經驗」；然而，醫師主動告知及致歉嚴重錯誤意願的重要預測因子皆為「主動告知對醫病關係的衝擊經驗」。



表 4-18 邏輯斯迴歸分析結果之顯著變項整理表

研究變項	傾向主動告知的意願				傾向主動致歉的意願			
	輕微醫療錯誤		嚴重醫療錯誤		輕微醫療錯誤		嚴重醫療錯誤	
	雙變項	逐步迴歸	雙變項	逐步迴歸	雙變項	逐步迴歸	雙變項	逐步迴歸
	OR	OR	OR	OR	OR	OR	OR	OR
科別-內科								
-外科	0.42**	0.44**			0.40**			
-其他科	0.30*	0.27**			0.54			
每日直接照護住院病患時間(時)	1.13**				1.09*			
每週從事高風險醫療行為時間(時)	0.98*				0.97**	0.97**		
曾經發生-無經驗								
-跡近錯失								
-輕微								
-嚴重								
曾經告知-無經驗								
-輕微	3.09***		1.34		5.05***		2.68***	
-嚴重	3.27		3.14*		6.29*		3.59*	
衝擊-無告知經驗								
-負面	1.88	1.90	1.01	1.01	4.29***		2.01*	2.01*
-無負面	3.93***	3.94***	1.66*	1.66*	5.53***		3.12***	3.12***
曾經致歉-無經驗								
-輕微	3.64***		1.59*		6.57***	6.61***	2.81***	
-嚴重	1.39		1.86		4.73*	5.30*	2.81	

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

註：檢定方法為雙變項的邏輯斯迴歸分析及向前逐步邏輯斯迴歸分析法(條件的)

第五章 討論

根據分析結果，本研究分別就「醫師特質及其所屬醫院特質及醫療糾紛支持機制」、「醫師主動告知及致歉醫療錯誤的意願」、「醫師特質及其所屬醫院特質及醫療糾紛支持機制對醫師主動告知及致歉醫療錯誤意願之影響」三部分進行討論。

第一節 醫師特質及其所屬醫院醫療糾紛支持機制

醫師基本特性方面，457位醫師中，平均個人臨床年資以主治醫師(14.3年)明顯較住院醫師(2.6年)長；任職地區醫院及區域醫院之醫師明顯較任職於醫學中心之醫師長。平均每日直接照護住院病患時間以住院醫師(5.8時)，明顯較主治醫師(2.8時)較長；任職醫學中心之醫師明顯較任職區域醫院之醫師長；內科醫師(6.3時)明顯高於外科醫師(2.5時)。平均每週從事高風險醫療行為時間以外科(19.1時)明顯高於內科(4.0時)。推論為醫學中心為所有醫院層級中病床數最多的教學級醫院，住院醫師所佔比例相對較其他醫院層級高，且住院醫師平均年資較主治醫師短，任職於醫學中心之醫師流動率可能較其他醫院層級高，因而平均個人臨床年資會較其他層級醫院短；就工作內容來說，住院醫師在臨床上主要負責照護住院病患，因此平均每日直接照護住院病患時間較主治醫師長；外科醫師在臨床上需要執行較多的侵入性治療如：檢查、手術…等，故其平均每週從事高風險醫療行為時間相對較內科醫師長。

醫師主動告知因個人造成的醫療錯誤之相關經驗方面，457位醫師中，多數醫師曾經發生醫療錯誤(87.3%)，其中以輕微醫療錯誤佔多數(77.7%)，嚴重醫療錯誤(14.9%)較少，僅有少數醫師從未發生過任何醫療錯誤(12.7%)。曾經發生醫療錯誤的醫師中，68.9%曾經向病人主動告知醫療錯誤，其中98.1%曾經告知輕微醫療錯誤，10.5%曾

經告知嚴重醫療錯誤；31.1%則表示無告知經驗。相當於 457 位醫師中，60.1%有主動告知醫療錯誤的經驗；59%曾經主動告知輕微的醫療錯誤，6.3%曾經主動告知嚴重的醫療錯誤。

不同於國外學者 Gallagher et al. (2006)及 Garbutt et al. (2007)之研究結果：93%的醫師曾經歷醫療錯誤，72%曾經歷輕微錯誤，39%曾經歷嚴重錯誤，僅 7%完全沒有。本研究之樣本醫師發生醫療錯誤的經驗之所佔比例較低；若以嚴重程度來看，本研究樣本之醫師的輕微錯誤發生經驗較嚴重錯誤發生經驗多之結果，是與國外研究相同的。在主動告知的經驗方面，亦不同於國外學者 Gallagher et al. (2006)及 Garbutt et al. (2007)之研究結果：36-58%醫師曾主動告知嚴重錯誤、52%醫師曾主動告知輕微錯誤。Wu et al. (1991)匿名調查內科住院醫師的醫療錯誤經驗之研究顯示：具嚴重不良結果的醫療錯誤中，只有 24%的病人或家屬會被告知有關醫療錯誤的資訊。Hobgood et al. (2002)對急診科醫師所做的研究發現：有 83%的住院醫師會與至少一位其他人討論醫療錯誤，但只有 28%會與病人或家屬討論醫療錯誤。Hobgood et al. (2002; 2004)的調查發現：醫療人員有主動告知的比率皆僅約三成(Blendon et al., 2002)。本研究之樣本醫師告知錯誤的經驗明顯較高且以告知輕微錯誤的比例佔多數，國外研究結果則以告知嚴重錯誤的比例稍高於輕微錯誤。究其原因可能為國內對主動告知的概念尚未有進一步的認識且醫師可能因為害怕被告而相對較不敢主動告知嚴重的醫療錯誤，而外國大部分醫院皆已實施主動告知政策有一段時間，且有實證表示告知可降低病人興訟，所以較為願意告知嚴重錯誤；而研究對象的不同，如本國醫師數相對較國外少，比例也可能因而相對提高，而有所誤差。

主治醫師的告知及致歉經驗皆顯著高於住院醫師，若以醫療錯誤

的嚴重程度來區分，告知及致歉輕微醫療錯誤之經驗，是以住院醫師所佔比例高於主治醫師，告知及致歉嚴重醫療錯誤則以主治醫師所佔比例較高。推論其原因可能為住院醫師雖有直接照護住院病患之責任，但主治醫師負責執行主要醫療行為並有監督住院醫師進行醫療處置之責任，臨床經驗亦且較住院醫師多，因此在告知及致歉經驗上，可能主治醫師偏向會告知及致歉嚴重錯誤，住院醫師偏向會告知及致歉輕微錯誤。

在告知對醫病關係所造成的衝擊方面，曾經主動告知醫療錯誤的醫師中，25.7%醫師表示主動告知對其醫病關係有產生負面之衝擊，42.9%表示無任何衝擊，有31.4%則表示有正面衝擊。而33位曾經主動告知嚴重醫療錯誤的醫師，27.3%表示主動告知對醫病關係有造成負面衝擊，27.3%表示無衝擊，45.5%表示有正面衝擊。此結果與國外學者 Gallagher et al.(2006a)對美國及加拿大醫院的調查結果相似：曾向病人告知嚴重錯誤之醫師中，85%對於告知的對話過程感到滿意，74%表示告知對醫病關係的影響是正面的或是沒有影響，74%表示在告知後覺得鬆了一口氣。顯示從醫師個人主動告知的實際經驗來看，以正面的結果居大多數。此研究結果亦與國外學者(Cleopas et al., 2006; Mazor et al., 2006; Mazor et al., 2004; Witman et al., 1996)之研究結果相似：在大多數的假設狀況下，有主動告知，醫病關係所受到的傷害會比較小。主動告知可促進病人自主權與醫病信任，降低病患換醫師的可能性，以及增加病患滿意度、信任、正向的情緒反應。未主動告知除了可能有較高的法律風險，招致其他負面評價和反應的比率也顯著高於主動告知，包括：受訪者滿意度、對醫師信任度以及情緒的反應都比較負向，比較不會向別人推薦這家醫院，傾向換醫師、舉發、或較希望給予懲罰等。而國內已有醫院全院推動主動告知政策，

嚴重案例甚至由院長親自道歉、主動賠償，結果並未增加醫療糾紛反而促進醫病和諧、提升品質(邱淑媿，2009)，其主動告知的正面結果亦與本研究結果相似。

致歉經驗方面，55.8%醫師表示曾因個人所造成的醫療錯誤向病人致歉，其中 96.5%曾致歉輕微醫療錯誤，11.8%曾致歉嚴重醫療錯誤。醫療訴訟之經驗方面，僅有少數醫師有醫療訴訟的經驗(15.8%)，主治醫師顯著高於住院醫師，外科醫師顯著高於內科醫師。與國內學者陳榮基(1993)、盧昭文(2000)及蕭隆城(2006)之研究結果相似：執業科別以外科、婦產科、骨科與麻醉科等之醫師其醫療糾紛發生機率較高，醫療糾紛實際發生件數上，外科系比內科系來得多；有醫療糾紛經驗者，以外科為最高；15.2%醫師有司法訴訟經驗。推論為醫師執業科別的工作內容不同造成此差異，外科體系醫師時常需要對病人執行侵入性治療…等具高風險的醫療行為，醫療不良結果之比例也因而提高，故訴訟經驗可能相對較多。

在醫師所屬醫院的醫療糾紛支持機制方面，有提供投保醫療糾紛保險選擇但無成立賠償基金佔 44%，56%則反之。所有醫院皆有成立院內醫療糾紛責任判定小組、設置專責單位主動協助醫師處理醫療糾紛，且有處理的固定模式。與國內學者侯宜伶(2000)針對 13 家台灣醫學中心級醫院進行醫療糾紛風險管理實證研究之結果不同：13 家醫學中心中，投保商業性醫療糾紛責任保險者只有 1 家；在解決醫療糾紛財務問題上，醫學中心大都採用自己保險或自留風險的方式，處理醫療糾紛人員也大多非專職人員。但本研究結果顯示公立醫院偏向為醫事人員成立賠償基金，非公立醫院偏向提供醫師投保醫療糾紛保險，醫院權屬在醫療糾紛的處理方式上皆有所差異，與侯宜伶(2000)所指公立醫院與財團法人醫院處理方式略有不同之研究結果相似。

第二節 醫師主動告知及致歉醫療錯誤之意願

本研究結果顯示：457 位醫師中，面對將來若發生因個人所造成的醫療錯誤，85.8%表示會主動向病人告知輕微醫療錯誤；69.6%表示會主動向病人告知嚴重醫療錯誤。86%則表示會主動向病人致歉輕微醫療錯誤，79.2%表示會主動向病人致歉嚴重醫療錯誤。此結果較國外學者(Blendon et al., 2002; Espin, Levinson, Regehr, Baker, & Lingard, 2006; Garbutt et al., 2007; Gallagher et al., 2003; Hingorani, Wong, & Vafidis, 1999; Itoh, Andersen, Madsen, Ostergaard, & Ikeno, 2006)之研究結果偏低，這些研究顯示幾乎全部的醫師都贊成當發生醫療錯誤時，應該向病人家屬主動告知：99%贊成主動告知嚴重的醫療錯誤、90%贊成主動告知輕微的醫療錯誤，對於無明顯傷害的醫療錯誤及跡近錯失傾向於不告知。但是本研究結果較國內學者李元統(2007)之研究結果高：61%國內醫師認為應該揭露事實真相。亦較國外學者(Gallagher et al., (2006b)及(Gallagher et al., 2003)之研究結果高：僅 42%醫師表示會完整告知發生傷害性的醫療錯誤，僅 33%醫師表示會完整地向病人致歉。

整體來說，本研究中樣本醫師的致歉意願較告知意願高，且不管是告知或致歉意願，皆會隨著醫療錯誤的嚴重程度增加而降低，此研究結果與國外學者 Gallagher et al., (2003)之研究結果相反：醫事人員的告知率會隨著傷害的程度增加而增加。推論原因可能是醫師認為醫療錯誤的告知能避免則避免，但如果被病人或家屬發現醫療錯誤，就一定要致歉，故致歉意願較告知意願高。而相較於嚴重醫療錯誤，輕微錯誤造成的傷害程度較低且不會造成病人的生命威脅，較不會引起病人興訟，故醫師在告知及致歉輕微錯誤的意願皆較嚴重錯誤高。

第三節 醫師特質及其所屬醫院特質及醫療糾紛支持機制對 醫師主動告知及致歉醫療錯誤意願之影響

本研究結果發現，對於告知及致歉醫療錯誤之意願，內科醫師顯著高於外科及其他科醫師，「每日平均直接照護住院病患時間較長」、「每週平均從事高風險醫療行為時間較短之醫師」，其意願皆較高，「有告知經驗者」、「告知後對醫病關係無負面衝擊經驗者」、「有致歉輕微錯誤之經驗者」，其告知及致歉輕微錯誤的意願皆顯著較高。

「有告知經驗者」、「告知後對醫病關係無負面衝擊經驗者」、「有致歉輕微錯誤經驗者」，其告知及致歉嚴重錯誤的意願皆顯著高於無經驗者。其中，無論致歉輕微或嚴重錯誤，有告知對醫病關係產生負面衝擊之經驗者，其意願亦顯著高於無經驗者。其他因素如：「醫師性別」、「信仰」、「職等」、「個人臨床年資」、「發生醫療錯誤之經驗」、「訴訟經驗」及其「所屬醫院特質及醫療糾紛支持機制」，則對醫師主動告知及致歉醫療錯誤意願無顯著影響。

上述醫師主動告知及致歉醫療錯誤之意願，以外科醫師較內科醫師無告知輕微錯誤之意願，在「職等」、「醫院權屬」及「醫院層級」間則無顯著差異，可能原因為外科醫師平均每週從事高風險醫療行為時間為內科醫師的六倍之多，且外科醫師有醫療訴訟經驗之比例是內科醫師的兩倍，因而降低其告知意願，且根據衛生署醫療爭議審議委員會之資料顯示：發生於外科醫師之醫療糾紛高於內科醫師，但在發生醫療糾紛的醫療行為上，則以內科醫療行為(如：診斷、治療、藥物、護理、看護、告知同意、轉診、感染、復健、檢驗、知情同意、醫病溝通)高於外科醫療行為(如：生產、手術、麻醉)，內科醫師可能因而較外科醫師較有主動告知及致歉之意願。醫師職等間，雖然有醫療訴訟經驗之主治醫師為住院醫師的四倍之多，但在高風險醫療行

為的時間則無顯著差異，因此在告知意願上無顯著差異。

在醫院特質方面，國內醫療文化不如國外開放，訴訟風氣亦不如國外盛行，所實施的醫療保險制度及醫院管理制度亦不同於國外醫院，且外國已將主動告知納入醫院評鑑項目中，相較之下，國內普遍缺乏主動告知之相關概念，醫院亦無提供相關訓練，故在醫療錯誤及醫療糾紛此類敏感議題之討論上，皆唯恐不及，而截至 2008 年底，國內 92% 醫院皆已加入全民健康保險計畫(全民健康保險局，2009)且大部分醫院皆有定期參加醫院評鑑(122 家通過教學醫院評鑑(含精神科)，424 家通過醫院評鑑合格、41 家通過新制精神科醫院評鑑) (財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會，2009)，醫院皆會參考醫院評鑑基準進行醫院管理及標準作業流程之建構，因此在醫院醫療糾紛支持機制方面，無顯著差異。且醫療糾紛是國內全面性的現象，衝擊到各個醫院層級的醫師，因而可能造成醫師告知及致歉醫療錯誤的意願在醫院權屬及層級間無顯著差異。

與其他研究作比較後發現，在「醫師基本特性」及「醫院特質」方面，本研究結果與國外學者(Garbutt et al., 2007; Gallagher et al., 2006; Gallagher et al., 2003; Kaldjian et al., 2007; Levinson & Gallagher, 2007)之研究結果不同，學者提出醫師執業型態、職等、年資、科別會影響其對主動告知醫療錯誤的態度及意願；私人執業醫師較公立醫院醫師有告知意願，主治醫師及資深的醫師會較一般住院醫師願意主動告知醫療錯誤，外科醫師較內科醫師有告知意願；醫師主動告知醫療錯誤之意願會受到健康照護機構層級因素影響。但本研究結果卻顯示醫師執業型態、職等、年資皆不會影響醫師主動告知及致歉醫療錯誤之意願，而內科醫師反而較外科醫師有告知及致歉的意願。外國學者(Garbutt et al., 2007; Gallagher et al., 2006; Kaldjian et al., 2007)之研

究結果發現，性別不會對醫師告知意願產生影響，但醫療糾紛經驗會影響，而曾經面臨醫療錯誤所造成的法律訴訟之醫師，大多不會因為之前的經驗而傾向於不主動告知，這與本研究結果相同。

在醫院醫療糾紛支持機制方面，不同於 Levinson & Gallagher (2007)之研究提出醫師會受到處置不當的保險者之因素影響之結果，本研究結果顯示所屬醫院內有無提供保險並不會對醫師告知及致歉錯誤的意願有顯著影響。相較於國內學者陳榮基(1993)、蕭隆城(2006)之研究指出醫院醫療糾紛處理制度，確實對許多醫師的執業行為產生影響；與李元統(2007)之研究指出醫師會因為所屬醫院內「無完善的訴訟支持機制」及「缺乏適當的衡量及訓練機制」及「缺乏分析與討論醫療錯誤並從中學習的運作機制」等理由而不揭露醫療錯誤的事實真相之結果，本研究結果顯示醫師所屬醫療糾紛支持機制皆不會對醫師告知及致歉錯誤有顯著影響，是與上述學者之研究結果有顯著不同的。

特別的是，Straumanis(2007)針對美、加醫院的調查發現：外部的處置不當的環境(malpractice climate)可能對醫師主動告知的態度及行為沒有造成多大的衝擊；李元統(2007)研究結果指出：不贊成揭露事實真相的理由中僅有 29%表示是因為缺乏適當的運作機制。其研究結果是否代表著醫師所屬的醫院醫療糾紛支持機制並非影響醫師告知及致歉的主要因素，或者影響程度非常小甚至無影響，也許亦支持了本研究醫院醫療糾紛支持機制不會影響醫師告知及致歉意願之結果。

在告知後對醫病關係的衝擊方面，具告知後對醫病關係無負面衝擊經驗者，其告知及致歉意願較無告知經驗者高；在致歉方面，無論致歉輕微或嚴重錯誤，具告知對醫病關係產生負面衝擊之經驗者，其意願亦顯著高於無告知經驗者。表示不管主動告知醫療錯誤是否對醫

病關係產生負面衝擊，醫師皆傾向致歉錯誤；然而，告知意願卻會受到告知後對醫病關係產生負面衝擊的經驗所影響，推論原因可能是因為醫師認為，如果不致歉可能會對醫病關係造成更大的負面衝擊，所以當病人或家屬發現醫療錯誤時，不論醫師是否有「主動告知曾經對醫病關係造成負面衝擊」之經驗，醫師表示一定會致歉；而病人或家屬若沒有發現醫療錯誤事件，則醫師可能傾向不告知及致歉，此結果表示主動告知的意願很可能受到過去主動告知曾對醫病關係所造成的衝擊經驗所影響。

整體來看，醫師主動告知輕微錯誤意願的重要預測因子為「科別」、「主動告知對醫病關係的衝擊經驗」，不同於致歉輕微錯誤意願的重要預測因子：「平均每週從事高風險醫療行為時間」、「曾因個人所造成的醫療錯誤向病人致歉的經驗」；而醫師主動告知及致歉嚴重錯誤意願的重要預測因子皆為「主動告知對醫病關係的衝擊經驗」。且「主動告知醫療錯誤相關經驗」變項在預測醫師告知及致歉輕微醫療錯誤之意願上，其勝算比皆較「醫師基本特性」變項高，致歉醫療錯誤意願之預測因子的勝算比，皆較告知意願之預測因子高，表示相關強度較強。

推論上述醫師告知及致歉輕微錯誤意願之主要預測因子不同的原因，可能為本研究只調查醫師有關告知對醫病關係的衝擊經驗，沒有調查醫師有關致歉對醫病關係的衝擊經驗，故影響致歉意願的重要預測因子之結果，反應在醫師是否曾經致歉醫療錯誤的經驗上。而醫師對於告知及致歉醫療錯誤，主要還是受到過去曾經告知及致歉之經驗的影響而有較高的正向意願，尤其是面對有造成病人永久性傷害或短暫生命危險之嚴重醫療錯誤時，醫師更會受到過去經驗的影響，而有較高的正向意願。

第六章 結論

以下分別就研究結論、研究建議、研究限制三部分做討論。

第一節 結論

一、醫師特質

有效醫師樣本數有 457 位，醫師平均個人臨床年資為 9.3 年，平均每日直接照護住院病患時間為 4.1 小時，平均每週從事高風險醫療行為時間為 11.2 小時。多數醫師曾經發生醫療錯誤(87.3%)，其中以輕微醫療錯誤佔多數(77.7%)，嚴重醫療錯誤(14.9%)較少。曾經發生醫療錯誤的醫師中，68.9%曾經向病人主動告知醫療錯誤，其中告知輕微醫療錯誤之比例(98.1%)高於告知嚴重醫療錯誤之比例(10.5%)，與國外研究結果相反，推論可能是因為國內對主動告知的概念尚未有進一步的認識且醫師可能因為害怕被告而相對較不敢主動告知嚴重的醫療錯誤，而國外大部分醫院皆已實施主動告知政策，且亦有實證指出推行主動告知政策後病人興訟有降低，所以較為願意告知嚴重錯誤。

曾經主動告知的醫師當中，25.7%醫師表示主動告知對其醫病關係有產生負面之衝擊，42.9%表示無任何衝擊，有 31.4%則表示有正面衝擊。致歉經驗方面，55.8%醫師表示曾因個人所造成的醫療錯誤向病人致歉。醫療訴訟之經驗方面，僅有少數醫師有醫療訴訟的經驗(15.8%)。本研究之樣本醫師發生醫療錯誤的經驗之所佔比例較其他研究結果低，告知錯誤的經驗則較其他研究結果高。在告知對醫病關係所造成的衝擊方面是以正面結果居大多數，此與國外調查結果相似。

二、醫師所屬醫院醫療糾紛支持機制

醫師所屬醫院醫療糾紛支持機制方面，前一年平均每床病人安

全通報件數為 2 件、平均醫師通報比例為 5.2%，所屬醫院有提供病安事件通報獎勵之醫師佔 90.8%。有提供投保醫療糾紛保險選擇但無成立賠償基金佔 44%。如發生醫療糾紛事件，不須負擔賠償金之醫師佔 47%，須負擔 30%者佔 50%。大部份醫師(96%)所屬醫院院內有提供輔導機制以供發生醫療錯誤或醫療糾紛後之情緒支持。在處理機制方面，所有醫院皆有成立院內醫療糾紛責任判定小組與設置專責單位主動協助醫師處理醫療糾紛，且有處理醫療糾紛的固定模式。

三、醫師主動告知及致歉醫療錯誤之意願

面對將來若發生因個人所造成的醫療錯誤，醫師表示會(「一定會」及「可能會」)主動向病人告知輕微醫療錯誤者共佔 85.8%；表示會主動告知嚴重錯誤者佔 69.6%。表示會主動向病人致歉輕微錯誤者佔 86%，表示會主動致歉嚴重錯誤者佔 79.2%。整體來說，本研究中樣本醫師的致歉意願較告知意願高，且不管是告知或致歉意願，皆會隨著醫療錯誤的嚴重程度增加而降低。

四、醫師特質之差異分析

醫師的平均個人臨床年資以任職於醫學中心者為最低，平均每日直接照護住院病患時間以任職於醫學中心者為最長，且內科較外科長；平均每週從事高風險醫療行為時間及醫療訴訟之經驗，則以外科高於內科；主治醫師醫療訴訟經驗較住院醫師為多。推論為醫師執業科別的工作內容不同造成此差異，外科體系醫師時常需要對病人執行侵入性治療等具高風險的醫療行為，醫療不良結果之比例也因而提高，故訴訟經驗可能相對較多。醫療錯誤之經驗，以主治醫師高於住院醫師；主治醫師的告知及致歉經驗較住院醫師多。若以醫療錯誤的嚴重程度來區分，住院醫師較有告知及致歉輕微錯誤之經驗，主治醫師則較有告知及致歉嚴重錯誤之經驗，推論其原因為住院醫師雖有直

接照護住院病患之責任，但主治醫師負責執行主要醫療行為並有監督住院醫師進行醫療處置之責任，臨床經驗亦且較住院醫師多，因此在告知及致歉經驗上，可能主治醫師偏向會告知及致歉嚴重錯誤，住院醫師偏向會告知及致歉輕微錯誤。

五、醫師主動告知及致歉意願相關探討

與其他研究結果不同，本研究結果顯示內科醫師較外科醫師有告知及致歉的意願。可能原因為外科醫師平均每週從事高風險醫療行為時間為內科醫師的六倍之多，且外科醫師有醫療訴訟經驗之比例是內科醫師的兩倍，因而降低其告知意願，且在發生醫療糾紛的醫療行為上，多以內科醫療行為(如：診斷)高於外科醫療行為(如：手術)，內科醫師可能因而較外科醫師較有告知及致歉之意願。而曾經面臨醫療錯誤所造成的法律訴訟之醫師，大多不會因為之前的經驗而傾向於不主動告知之結果，是與其他研究結果相同的。

在醫院特質方面，國內醫療文化不如國外開放，訴訟風氣不如國外盛行，所實施的醫療保險制度及醫院管理制度亦不同於國外醫院，且外國已將主動告知納入醫院評鑑項目中，相較之下，國內普遍缺乏主動告知之相關概念亦無提供相關訓練，故在此類敏感議題之討論上，皆唯恐不及，而醫院皆會參考醫院評鑑基準進行醫院管理及標準作業流程之建構，且醫療糾紛是國內全面性的現象，衝擊到各個醫院層級的醫師，因而可能造成醫師告知及致歉醫療錯誤的意願在醫院權屬及層級間無顯著差異。在醫療糾紛支持機制方面，本研究顯示醫師所屬醫療糾紛支持機制皆不會對醫師告知及致歉錯誤之意願有顯著影響。然而，有文獻指出外部的處置不當環境(malpractice climate)可能對醫師主動告知的態度及行為沒有造成多大的衝擊；醫師不贊成主動告知事實真相的理由中僅有 29%表示是因為缺乏適當的運作機

制。其研究結果也許支持了本研究指出醫療糾紛支持機制不會影響醫師告知及致歉意願之結果。

在告知後對醫病關係的衝擊方面，不管主動告知是否對醫病關係產生負面衝擊，醫師皆傾向致歉錯誤；然而，告知意願卻會受到告知對醫病關係產生負面衝擊的經驗所影響，推論原因可能是因為醫師認為，如果不致歉可能會對醫病關係造成更大的負面衝擊，所以當病人或家屬發現醫療錯誤時，不論醫師是否有不好的經驗，醫師表示一定會致歉；而病人或家屬若沒有發現醫療錯誤事件，則醫師可能傾向不告知及致歉。

本研究結果顯示，醫師主動告知輕微錯誤意願的重要預測因子為「科別」、「主動告知對醫病關係的衝擊經驗」，不同於致歉輕微錯誤意願的重要預測因子：「平均每週從事高風險醫療行為時間」、「曾因個人所造成的醫療錯誤向病人致歉的經驗」；而醫師主動告知及致歉嚴重錯誤意願的重要預測因子皆為「主動告知對醫病關係的衝擊經驗」。且「主動告知醫療錯誤相關經驗」變項在預測醫師告知及致歉輕微錯誤之意願上，其勝算比皆較「醫師基本特性」變項高；告知及致歉嚴重醫療錯誤意願之重要預測因子的勝算比，皆較輕微錯誤高。

推論上述醫師告知及致歉輕微錯誤意願的主要預測因子不同的原因，可能為本研究只調查醫師有關告知對醫病關係的衝擊經驗，沒有調查醫師有關致歉對醫病關係的衝擊經驗，故影響致歉意願的重要預測因子之結果，可能反應在醫師是否曾經致歉醫療錯誤的經驗上。

總括來說，醫師對於告知及致歉醫療錯誤，主要還是受到過去曾經告知及致歉之經驗的影響而有較高的正向意願，尤其是面對有造成病人永久性傷害或短暫生命危險之嚴重醫療錯誤時，醫師更會受到過去經驗的影響，而有較高的正向意願。

第二節 建議

針對上述結果與討論，本研究提出以下建議提供醫療院所、政府機關及後續研究者參考：

一、對醫療院所之建議

對於醫師是否會主動告知，病患原本就缺乏信心，若醫師在主動告知已造成傷害的醫療錯誤時，有所猶豫，則可能更進一步削減病人對醫師的信任。本研究結果顯示，醫師所屬醫院特質及醫院有無提供醫療糾紛支持機制對醫師主動告知及致歉醫療錯誤意願並無明顯影響，究其原因，可能是因醫院依照醫院評鑑標準建構醫院系統及提供服務，因此各醫院所提供的醫療糾紛支持機制可能並無太大差異；可能是醫院雖有提供醫療糾紛支持機制，但醫師並不知道或是沒有使用過，因而無顯著差異，亦有可能存在其他的影響因素，目前並無法從本研究中得知，因此建議醫院進一步探討醫療糾紛支持機制落實成效，或是提供具有各自特色的醫療糾紛支持機制。

此外，在研究進行問卷收案的過程中，發現部分醫師對於醫療錯誤之定義並不清楚，顯示有進一步宣導之必要。

持續教育全院員工溝通技巧是首要任務，醫院應建立正式訓練機制改善全院的學習文化，建議透過醫學倫理委員會種子教師的培訓機制，加強有關主動告知醫療錯誤之教育訓練，教育訓練內容以小組討論分享告知醫療錯誤經驗為主，並實施激勵措施以鼓勵有告知經驗之醫師分享其告知經驗及告知技巧；設立專科委員會促進內部文化改革並營造可以討論醫療錯誤的醫療環境，以提升醫師主動告知及致歉醫療錯誤之意願；住院醫師的實習訓練中，應包含主動告知醫療錯誤的正式教育及訓練，且需有獲得回饋的機會，例如針對統一的病人，主動告知假設性的醫療錯誤。

醫院除了可以提供清楚、明確且可行的主動告知之準則、設立告知的機制及提供臨床倫理諮商外，亦可由風險管理中心負責針對不同醫療環境中的障礙，提供不同的主動告知策略。如：建議醫師告知前與上級或資深同事先行討論後再與病人溝通。如果是住院醫師，則建議由上級支援住院醫師，一起去向病人主動告知醫療錯誤。

二、對政府機關之建議

醫師工作超時，造成身體及心理的負荷，可能影響其醫療品質。國外已訂定醫師工作時數的立法規定，但國內尚未有相關之立法，建議政府應檢討國內全民健保政策醫療費用的給付方式及目前醫療服務供需狀況，並以立法方式改善醫師嚴重超時工作現象。

此外，政府可透過設置輔導機制提供國家政策面的鼓勵與支持，以及結合醫事與法律團體，規劃出如何避免告知及致歉被用為訴訟中不利於醫師的證據之政策，以去除醫師害怕被告而無法與病人進行有效溝通之障礙。醫院評鑑暨醫療品質策進會則可以將醫院內醫療錯誤資訊之公開及相關支持機制的設置列為醫院評鑑的項目中，鼓勵醫院落實醫療糾紛支持機制或提供具有各自特色的醫療糾紛支持機制，以確保院內醫師能清楚瞭解並有效利用醫院所提供的醫療糾紛支持機制。而政府更可以及早針對主動告知問題展開研究，建立本土化資料。

三、對後續研究者之建議

建議後續研究者可擴大研究對象範圍，瞭解護理人員與其他醫事人員、醫院經營者、病患及家屬對主動告知醫療錯誤的看法。以及確認所有醫師皆對主動告知醫療錯誤的定義有清楚的了解後，再進一步針對醫師主動告知及致歉的內容做詳細的調查，以研究醫師對於告知及致歉內容的接受度。

第三節 研究限制

- 一、醫師主動告知及致歉的意願強度可能依醫師當時涉入醫療錯誤事件之程度不同而有所改變，亦可能為符合社會正面期待，而趨向回答正面的填答。
- 二、本研究之研究樣本僅來自六家醫院，醫院權屬及醫療糾紛支持機制的分類代表性可能不足。
- 三、本研究問卷只調查醫師對於未來如面對因個人造成的醫療錯誤時是否會主動告知及致歉的意願，而非所有包含其他醫療人員所造成的醫療錯誤。
- 四、本研究僅單純調查醫師告知及致歉經驗與意願的現況，並未深入調查其告知其致歉的內容，且因個人認知及感受程度皆不相同，對於告知造成醫病關係的衝擊之經驗，僅能依照受訪者個人感受填答，研究結果可能不足以代表所有醫師。
- 五、本研究旨在了解目前國內醫師對於主動告知及致歉醫療錯誤的概況，且考慮問卷之回收率，故無調查醫師主動告知及致歉的詳細內容。而致歉是否就代表承認自己有錯，仍有很大爭議存在，因而可能對醫師主動告知及致歉意願產生影響而導致結果有誤差。

參考文獻

- Baker, T. (2005). *The medical malpractice myth*. Chicago and London: The University of Chicago Press.
- Barr, D.P. (1955). Hazards of modern diagnosis and therapy: the price we pay. *J Am Med Assoc*, 159(15), 1452-1456.
- Blendon, R.J., DesRoches, C.M., Brodie, M., Benson, J.M., Rosen, A.B., Schneider, E., et al. (2002). Views of practicing physicians and the public on medical errors. *N Engl J Med*, 347(24), 1933-1940.
- 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. *Qual Saf Health Care*, 15(2), 136-141.
- Clinton, H.R., & Obama, B. (2006). Making patient safety the centerpiece of medical liability reform. *N Engl J Med*, 354(29), 2205-2208.
- Danzon, P.M. (1991). Liability for Medical Malpractice. *Journal of Economic Perspective*, 5(3), 51-69.
- 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.
- Fein, S.P., Hilborne, L.H., Spiritus, E.M., Seymann, G.B., Keenan, C.R., Shojania, K.G., et al. (2007). The many faces of error disclosure: a common set of elements and a definition. *J Gen Intern Med*, 22(6), 755-61.
- 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. *J Gen Intern Med*, 21(5), 419-423.

- Gallagher, T.H., Garbutt, J.M., Waterman, A.D., Flum, D.R., Larson, E.B., Waterman, B.M., et al. (2006b). Choosing your words carefully: how physicians would disclose harmful medical errors to patients. *Arch Intern Med*, 166(15), 1585-1593.
- Gallagher, T.H., Studdert, D., & Levinson, W. (2007). Disclosing harmful medical errors to patients. *N Engl J Med*, 356(26), 2713-2719.
- 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*, 28(8), 1001-1007.
- Gallagher, T.H., Waterman, A.D., Garbutt, J.M., Kapp, J.M., Chan, D.K., Dunagan, W.C., et al. (2006a). US and Canadian physicians' attitudes and experiences regarding disclosing errors to patients. *Arch Intern Med*, 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. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 161(2), 179-185.
- Hevia, A., & Hobgood, C. (2003). Medical error during residency: to tell or not to tell. *Ann Emerg Med*, 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., Hevia, A., Tamayo-Sarver, J.H., Weiner, B., & Riviello, R. (2005). The influence of the causes and contexts of medical errors on emergency medicine residents' responses to their errors: an exploration. *Acad Med*, 80(8), 758-764.
- Itoh, K., Andersen, H.B., Madsen, M.D., Ostergaard, D., & Ikeno, M. (2006). Patient views of adverse events: comparisons of self-reported healthcare staff attitudes

with disclosure of accident information. *Appl Ergon*, 37(4), 513-523.

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. *Society of General Internal Medicine*, 22(7), 988-996.

Levinson, W., & Gallagher, T.H. (2007). Disclosing medical errors to patients: a status report in 2007. *CMAJ*, 177(3), 265-267.

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. *N Engl J Med*, 325(4), 245-251.

Matlow, A., Stevens, P., Harrison, C., & Laxer, R.M. (2006). Disclosure of medical errors. *Pediatr Clin North Am*, 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? *J Gen Intern Med*, 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. *Ann Intern Med*, 140(6), 409-418.

Mello, M.M., Studdert, D.M., & Brennan, T.A. (2003). The new medical malpractice crisis. *N Engl J Med*, 348(23), 2281-2284.

Schimmel, E.M. (1964). The hazards of hospitalization. *Annals of Internal Medicine*, 60, 100-110.

Steel, K., Gartman, P.M., Crescenzi, C., & Anderson, J. (1981). Iatrogenic illness on a general medical service at a university hospital. *N Engl J Med*, 304(11), 638-642.

Straumanis, J.P. (2007). Disclosure of medical error: is it worth the risk? *Pediatr Crit Care Med*, 8(2 Suppl), S38-43.

Studdert, D.M., Mello, M.M., Gawande, A.A., Gandhi, T.K., Kachalia, A., Yoon, C., et al. (2006). Claims, errors, and compensation payments in medical malpractice litigation. *N Engl J Med*, 354(19), 2024-2033.

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.

Thomas, E.J., Studdert, D.M., Burstin, H.R., Orav, E.J., Zeena, T., Williams, E.J., et al. (2000). Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado. *Medical Care*, 38(3), 261-271.

Vincent, C., Young, M., & Phillips, A. (1994). Why do patients sue doctors? A study of patients and relatives taking legal action. *Lancet*, 343(8913), 1609-1613.

White, A.A., Gallagher, T.H., Krauss, M.J., Garbutt, J., Waterman, A.D., Dunagan, W.C., et al. (2008). The attitudes and experiences of trainees regarding disclosing medical errors to patients. *Academic Medicine*, 83(3), 250-256.

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. *Arch Intern Med*, 156(22), 2565-2569.

Wu, A.W., Folkman, S., McPhee, S.J., & Lo, B. (2003). Do house officers learn from their mistakes? *Qual Saf Health Care*, 12(3), 221-226.

中央健康保險局(2009, 6月1日)·98年全民健康保險簡介·2009年5月30日
取自

http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.asp?menu=1&menu_id=3&webdata_id=2891&WD_ID=16

石崇良(2005), 醫療錯誤之流行病學, *台灣醫學*, 8(4), 510-520。

江怡如(2001), 醫療糾紛與醫療品質相關性之探討, 中國醫藥學院醫務管理研究所碩士論文。

何曉琪(2000), 醫療錯誤之國際發展與研究取向之優劣分析—美國、澳洲、英國及臺灣之實證分析, 國立台灣大學衛生政策與管理研究所碩士論文。

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。

李瑞全、蔡篤堅(2008), 知情同意, 載於李瑞全、蔡篤堅(主編), *醫療倫理諮詢—理論與實務*(頁 199-214), 台北市: 五南。

邱淑媿(2007), 病人及大眾對於主動揭露醫療錯誤之看法—對實證文獻之回顧, *台灣衛誌*, 26(5), 339-352。

邱淑媿(2009), 萬一醫療出了錯—談醫療錯誤的主動揭露, *醫改雙月刊*, 31, 10-11。

侯宜伶(2000), 台灣醫學中心級醫院醫療糾紛風險管理之實證研究, 長庚大學管理學研究所碩士論文。

姚嘉昌(2001)，醫療糾紛之探討，*台灣醫界*，44(12)，64-66。

財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會(2007,3月15日)·*病人安全在台灣*·2008年8月15日取自 <http://www.patientsafety.tw/big5/Content/Content.asp?cid=108>

張之蘋(2006)，醫療糾紛處理方式探討—以某保險公司理賠案例為例，亞洲大學健康管理研究所碩士論文。

張修維(1999)，醫療機構醫病爭議調處經驗之質性研究—以台南地區為例，高雄醫學大學行為科學研究所碩士論文。

陳忠五(2004)，醫療糾紛的現象與問題，*台灣本土法學雜誌*，55，1-4。

陳春山(1984)，*醫師病人醫療糾紛*，台北：書泉出版社。

陳榮基(1993)，醫療糾紛對醫療成本之影響，載於陳榮基(主編)，*台灣醫療糾紛的現況與處理*(頁19-143)，台北市：健康世界雜誌社。

陳麗琴(2006)，某醫學中心醫療糾紛訴訟案件之發生原因及其相關因素，高雄醫學大學碩士論文。

曾惠明(2005)，護理業務糾紛的危機管理，*護理雜誌*，52(2)，48-55。

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(2004)，中醫骨傷科常見的醫療糾紛，*中醫藥研究論叢*，7(1)，257-268。

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。

劉斐文、邱清華、楊銘欽(1997)，消費者基金會醫療爭議案件之分析研究，*中華衛誌*，16(1)，77-85。

盧昭文(2000)，醫師遭遇醫療糾紛之經驗與其認知、態度對醫師行為影響之研究—以大台北地區為例，國立台灣大學醫療機構管理研究所碩士論文。

戴志展(2007)，*台灣醫療糾紛處理模式探討*(行政院衛生署九十六年度委託研究計畫成果報告編號：DMR-96-104)，台北：行政院衛生署。

蕭隆城(2006)，醫師情緒智能、醫病關係與醫療糾紛之相關性探討—以南部某區域醫院為例，高雄醫學大學醫務管理學研究所碩士論文。

蘇盈貴(2001)，從醫療倫理看未來醫療糾紛處理方向，*台灣醫界*，44(2)，59。



附錄 問卷

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。受訪對象為國內不同權屬、層級之六間醫院之醫師，採抽樣問卷調查。研究目的主要在於了解不同醫院文化背景下的醫師對於主動「告知醫療錯誤」的經驗，以及在面對醫療錯誤時的處理意願，並分析影響醫師主動告知醫療錯誤之因素。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

中國醫藥大學醫務管理學系暨碩士班 指導教授 戴志展

研究生 劉佩瑜 敬上

0911294502

本問卷之名詞定義：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。

壹、醫師所屬醫院特質及醫療糾紛支持機制(此部份不列入個人問卷內容)

1.醫院權屬：公立 私立

2.醫院層級：地區醫院 區域醫院 醫學中心

3.病安通報獎勵：無 50元 100元 150元 200元以上

4.前一年(96年)病安通報案件數： _____ 件

5.前一年(96年)醫師通報案件數： _____ 件

6.院內有無提供醫師投保醫療糾紛保險之選擇：有 無

7.保費醫師負擔比例： _____ %

8.賠償金額醫師負擔比例： _____ %

9.院內有無專責單位主動協助醫師處理糾紛：有 無

10.院內有無處理醫療糾紛的固定模式：有 無

11.院內有無輔導機制提供發生醫療錯誤或醫療糾紛後之情緒支持：有 無

12.院內有無成立院內醫療糾紛責任判定小組：有 無

13.院內有無為醫事人員成立醫療糾紛賠償基金（非保險）：有 無

貳、經驗

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. 主動告知醫療錯誤後對醫病關係的衝擊經驗：尚無經驗 負面 無衝擊 正面
4. 是否曾經因為醫療錯誤向病人致歉：無經驗 是，因為輕微醫療錯誤 是，因為嚴重醫療錯誤 (可複選)。
5. 執業以來是否曾經有醫療訴訟：無 1次 2次 3次 4次 ≥ 5 次

參、意願 (因我個人的疏失所造成的醫療錯誤)

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、醫師基本特性

1. 性別：男 女
2. 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
5. 個人臨床年資(自住院醫師算起)：約 ____ 年(6個月為0.5年)
6. 平均每日直接照護住院病患時間：約 ____ 時(15分為0.25小時、30分為0.5小時)
7. 平均每週從事高風險醫療行為(手術、侵入性檢查或治療)的時間：約 ____ 時