

IPA 模式調查病人安全文化－ 台南某區域醫院經驗

Using IPA Model to Investigate Patient Safety Culture – Experience of a Regional Hospital in Tainan

詹素雲¹ Su-Yun Chan 楊紅玉² Hung-Yu Yang
陳俊旭³ Jesse Chen 賴芳足^{3*} Fang Tsu Lai

¹ 新竹市南門綜合醫院

² 元培醫事科技大學醫務管理系

³ 台南市立醫院 (委託秀傳醫療社團法人經營) 品管中心

¹ Nan-Men General Hospital

² Department of Healthcare Management, Yuanpei University of Medical Technology.

³ Department of Quality Medical Center, Tainan Municipal Hospital

摘要：病人安全文化是病人安全的關鍵，透過安全文化調查是病人安全改變的起點。因消費者意識高漲及醫療糾紛層出不窮，醫療環境趨向緊張化，故台灣在2014年發展全國性病人安全文化網路調查系統中增加「工作生活平衡」、「復原力」兩大構面。本研究旨在探討醫院員工對病人安全文化認知重要程度及滿意程度關係，並運用重要性-表現程度分析探討病人安全風險主要關鍵因素，供醫院管理階層投入適當資源改善策略參考。以問卷調查法收集資料，研究對象為南部某區域醫院員工，共發放669份，回收有效問卷605份，有效問卷回收率為90.4%。

研究結果顯示員工最重視「團隊合作」構面；最不滿意為「工作生活平衡」，亦是主要改善構面。優先改善為：「本單位的臨床人力配置足以處理病人工作量」、「工作準時下班」、「睡眠品質」、「夜間睡眠時間」。依據研究結果，對醫院管理者依序提出改善建議，做為提升病人安全文化之參考。

關鍵字：病人安全文化、新版病人安全文化調查、重要性-表現程度分析法

* 通訊作者：賴芳足，地址：701 台南市崇德路670號
E-mail: 2a0059@tmh.org.tw，連絡電話：06-2609926#25206



ABSTRACT: Patient safety culture is the key to patient safety. Investigation of patient safety serves as the start of change. Due to the rise of customers' awareness and numerous medical conflicts, the tension in medical environments gradually escalated. In 2014, Taiwan's survey questionnaires developed an online survey system investigating patient safety culture had two dimensions added to the system: "work-life balance" and "resilience". Thus, the new version consists of eight major dimensions. The research aims to explore the relationship between the importance and satisfaction of medical practitioner's awareness of patient safety. The Importance-Performance Analysis (IPA) was adopted to explore the key factors. The research is expected to provide executive members of hospitals with suggestions about how to improve and refine management strategies. The data were collected through questionnaire survey, and total 605 out of 669 valid responses were received for further statistical analyses. The valid response rate is 90.4%. Data is analyzed by using Importance-Performance Analysis.

The results show that medical practitioners to suppose "group cooperation" is most important. The most satisfied dimension is "safety climate"; the least satisfied dimension is "work-life balance". The other dimensions requiring improvement are ranked as "sleeping quality", "sleeping time at night", "being punctually off work" and "perceptions of management". The study is expected to offer improvement suggestions in management strategies to elevate patient safety culture.

Keywords: Patient Safety Culture、New-Safety Attitudes Questionnaire (New-SAQ)、Importance-Performance Analysis (IPA)

1. 緒論

建立正向病人安全文化，須歷經病態期、反應期、管理期、活化期到新生期的演進，是非常耗時又難見具體成效的事（石崇良，2003），因此，我國2009年發展全國性病人安全文化網路調查系統，提供國內各醫院每年持續地自我調查病人安全文化，亦將病人安全文化調查列入每年工作重點項目，期能以營造醫院的病人安全文化（李偉強，2007；吳姿瑩、游育苓、廖勳香、林宏榮，2015），並於2014年醫策會病人安全文化調查增加「工作生活平衡」、「復原力」的構面發展新版調查問卷（New- Safety Attitudes Questionnaire，New-SAQ），蒐集參與調查醫院 46道題目8個構面（陳雅惠、侯貴圓、鄭嘉惠、王拔群，2016），該指標構面僅作單一變數的量測，進行正向回答百分比初步的分析，亦即僅將病人安全文化調查介定在對病人安全感受程度的差異，無法深入探究病人安全品質亟需優先改善的關鍵因素。



故本研究利用醫策會新版病人安全態度量表結合重要性-表現程度分析（Importance-Performance Analysis, IPA）理論基礎，同時考量滿意程度及重要程度建立結構性問卷，收集台南某區域醫院員工對病人安全文化認知重要程度及滿意程度調查，再運用IPA分析法來釐清當前醫院員工對病人安全文化調查各項構面認知重要程度及滿意程度之差異性，藉以幫助醫院管理者發掘出優先加強改善的重點項目並整合有限的資源採取各項積極提升病人安全作為。本研究目的如下：

1. 了解醫院員工對病人安全認知重要程度與滿意程度之現況。
2. 探討醫院員工不同背景對病人安全認知重要程度與滿意程度之差異性。
3. 應用重要性-表現程度分析（IPA）探討病人安全主要改善關鍵因素。

2. 文獻探討

2.1 病人安全文化

我國醫策會受衛生署委託，於2004年5月首度提出台灣病人安全五大工作年度目標及執行策略，供各界參考使用（趙子傑，2016），並於2006年起，開始每二年修正一次，其目的為達成醫療機構對病人安全工作目標推展的共識，協助醫療機構清楚病人安全內涵，積極投入病人安全策略執行（衛生福利部，2017）。推動病人安全活動已歷經多年，醫療機構間推動病人安全相關活動風氣已形成，維護病人安全之觀念已鑲嵌在組織文化中。

安全文化的概念，隸屬於Schein文化第二層次：顯露在外的價值觀（李偉強，2007）。藉由測量組織中成員所感受的安全風氣，來反應病人安全文化（Hofstede,1998；Sexton al., 2006），同時能充分揭露導致醫療照護相關風險與危害的因子，有助於提升院內安全文化。

2.2 病人安全文化調查

台灣病人安全文化調查量表，是根據美國德州大學Dr. Sexton的醫院病人安全態度量表（Safety Attitudes Questionnaire,SAQ），由我國李偉強博士加以轉譯後，成為具有良好信效度，且適合台灣量測病人安全態度之中文版量表。醫策會於2007年起採用此SAQ問卷，調查國內醫療機構病安文化的現況與差異性（羅建銘、張斐綾、廖薰香，2008）。

2014年醫策會連續5年病安文化調查結果，呈現醫療機構安全風氣與團隊合作分數顯著正向成長（溫晨帆，2016）。但近年來，醫療從業人員因壓力與倦怠紛紛離開職場，導致醫療人力不足（陳雅惠等，2016）。許多研究也顯示職業倦怠與工作生活不平衡的人員，對病人照護安全產生負面衝擊（陳雅惠等，2016；溫晨帆，2016）。

因此，問卷作者Dr. Sexton將安全態度量表加入「復原力」及「工作生活平衡」兩構面（陳雅惠等，2016）。醫策會亦希望量表能協助醫療機構發現需要協助的單位與員工，並及早介入提供相關協助，藉以達到關懷工作人員和提升病人安全照護的雙贏局面，故將病人安全文化調查刪除AHRQ（Agency for Healthcare Research and Quality,AHRQ）三構



面，延用SAQ問卷六大構面、30題項，另增加「復原力」（反向為職業倦怠）」9題以及「工作生活平衡」7題兩個構面。於2014年續發展New-SAQ，共計八大構面，46題項（溫晨帆，2016）。其復原力構面是採用Maslach等人，在1976年發展的職業倦怠問卷（Mastach Burnout Inventory，MBI）中，情緒耗竭構面，該構面均採反向計分（吳姿瑩等，2015）。

2.3 重要性 - 表現程度分析（Importance-Performance Analysis, IPA）

重要性-表現程度分析（IPA）是由Martilla, & James於1977年提出，將量表中的每一問項均設有「重要程度」和「滿意程度」二個構面，並將此二個構面之總平均數設為中心點，縱軸為由低到高的重要程度，橫軸為由低到高的滿意程度，依受試者所回答各題項之重要程度與滿意程度各自計算平均數後，繪製二維矩陣圖，所形成四個象限分別代表不同的服務品質管理問題與改善策略（O'Neill, Wright & Fitz, 2001; Martilla & James, 1997）。是一種非常適合用來進行服務品質和醫療行銷的一種分析法（翁瑞宏等，2010），也適用於醫院員工的病人安全文化調查（Lee et al., 2010）。醫院管理層可以透過簡易IPA分析圖，快速找出優先需要改善項目（葉娟娟、蔡文正、鍾政達、龔佩珍，2008），採取適當的措施，增強病人安全文化（Lee et al., 2010）。

IPA分析矩陣圖的四個象限所代表的管理意涵，分別說明如下（Martilla & James, 1997; Matzler et al., 2004）：

- 第一象限：繼續保持區（Keep Up The Good Work），指高重要高滿意，表示提供者的表現對於受訪者來說，有很高的滿意度，此為企業優勢所在應繼續保持。
- 第二象限：優先改善區（Concentrate here）：指高重要低滿意，受訪者對此象限內極為重視，但卻未達到期望，此為企業主要競爭劣勢，應立即著手改善此象限內屬性，落為此區的品質屬性稱關鍵品質屬性
- 第三象限：次要改善區（Low Priority）：為低重要低滿意，為企業的次要劣勢，對受訪者來說此區較不重要，屬性為次要改善處。
- 第四象限：過度重視區（Possible Overkill）：指低重要高滿意，受訪者不重視此象限內品質屬性，但感受到有良好表現，能滿足受訪者的需求，形成過度供給現象，若是在有限資源下，可以不用投入太多資源於此。

綜合以上論述，病人安全工作的核心及基礎就是建立正向病人安全文化，因此醫療界高度重視病人安全文化。為幫助醫療機構營造正向病安文化，醫策會引領醫療機構持續性自我調查病人安全文化。現今醫療人力不足導致過勞問題受到醫療界重視，新版病人安全文化現況調查，對病人安全風險洞察先機。結合IPA模式，可快速找出改善關鍵項目並排出先後次序，使醫院能及早介入提供病人安全相關改善活動，以提升病人安全文化。



3. 研究方法

3.1 研究對象

研究抽樣方式以立意及便利抽樣，針對南部某醫院之正職員工，排除未滿20歲、到職未滿一個月之新進員工、外包人員（警衛與環保人員）、留職停薪人員、兼職醫師、工時人員為研究對象。

3.2 問卷設計

本研究為橫斷面問卷調查法，透過文獻中新版之病人安全態度量表（New-SAQ）有八大構面46題，包括：「團隊合作」六題、「單位安全風氣」七題、「對工作的滿意」五題、「對壓力認知」四題、「對管理的感受」四題、「工作狀況」四題、「復原力」九題、「工作生活平衡」七題，結合IPA理論基礎，將原New-SAQ重新檢視，修改問卷內反向題型為正向題型，並針對詞意請八位學者及實務界專家進行多次修改，並於問卷實施15份後，進行語意修飾，形成本研究問卷；除「對壓力認知」構面外，每個題項分別以重要程度及現況實際感受程度各以李克特氏計分表（Likert Scale）5分量表區分。而「對壓力認知」構面採用現況實際同意程度之要素，亦採用李克特氏計分表（Likert Scale）5分量表。

3.3 資料分析方法

問卷回收後採用SPSS 20.0電腦統計軟體進行相關資料分析與驗證，主要採用的分析方法有描述性統計、信度分析、獨立樣本t檢定、單因子變異分析；另外以重要性-表現程度（IPA）運用Excel套裝軟體繪製IPA二維矩陣圖，探討病人安全風險主要待改善關鍵因素。

4. 結果與討論

4.1 信度分析

本研究病人安全文化調查問卷共分為八大構面46題，包含重要程度、滿意程度、同意程度之總整體信度0.964；其中七大構面42題之整體重要程度及整體滿意程度Cronbach's α 各為0.978、0.964；在重要程度各構面之Cronbach's α 值介於0.884與0.944之間，滿意程度各構面之Cronbach's α 值介於0.782與0.920之間，結果顯示本問卷的量表具有良好的一致性。

4.2 研究對象背景資料分析

本研究問卷發放時間從2017年8月至9月為期兩個月，本研究總共發出問卷669份，回收620份，回收率92.7%，剔除無效問卷39份（含拒答24份、填答不完全8份及整份問卷填答相同7份），有效問卷為605份，有效問卷回收率為90.4%。依據有效問卷使用SPSS 20.0分析本研究對象背景資料結果，員工主要工作單位以特殊單位（含急診、加護病房、手術室、麻醉科、心導管室、血液透析室、呼吸治療中心）佔38%最多。以女性員工（89.1%）為主；年齡層以31-40歲（42.7%）居多；大部分員工為非主管職（86.2%）；且有65.4%員工於過



去12月從未填寫並提交事件通報單；職務類別多數為護理人員（54.8%）；在本院及本單位工作年資均以11-20年（30.6%、29.3%）最多；教育程度多屬專科/大學（87.1%）；且89%的員工有接觸病人。

4.3 病人安全文化認知重要程度、滿意程度現況分析

本研究之病人安全文化調查共分為八大構面46題，其中七大構面42題包含重要程度、滿意程度，根據表1顯示員工對病人安全認知重要程度及滿意程度的整體感受平均數分別為 4.22 ± 0.57 、 3.32 ± 0.66 。員工最重視「團隊合作」構面，最不重視「復原力」構面；最滿意的構面為「單位安全風氣」，最不滿意為「工作生活平衡」構面，其次不滿意為「復原力」構面。

表1 病人安全文化調查各構面之描述性統計分析

構面題項	重要程度			滿意程度			同意程度	
	平均數	標準差	排序	平均數	標準差	排序	平均數	標準差
1. 團隊合作	4.37	0.58	1	3.59	0.82	2		
2. 單位安全風氣	4.25	0.63	3	3.61	0.76	1		
3. 對工作的滿意	4.10	0.70	5	3.46	0.81	3		
4. 對管理的感受	4.25	0.66	3	3.40	0.84	5		
5. 工作狀況	4.24	0.68	4	3.45	0.82	4		
6. 復原力	4.09	0.68	6	3.04	0.79	6		
7. 工作生活平衡	4.26	0.68	2	2.93	0.90	7		
8. 對壓力認知							4.05	0.890
整體感受（總平均數）	4.22	0.57		3.32	0.66			

4.4 不同背景員工對病人安全文化認知重要程度差異性分析

根據背景資料性質不同分別使用獨立樣本 t 檢定來檢定不同背景員工之性別、是否擔任主管、是否提交事件通報單、是否直接接觸病人共四項；其餘背景變項使用單因子變異數分析進行檢定有顯著水準，則進一步使用LSD進行事後檢定。結果如表2所示，對病人安全文化認知重要程度具有顯著性差異的有：「主要的工作單位」（門診>特殊單位）、「性別」（男性>女性）、「是否擔任主管」（主管>非主管）、「過去12個月提交事件通報單」（有提交>無提交）、「本單位工作年資」（21年以上>20年以下）、「教育程度」（研究所以上>專科/大學以下）、「工作直接接觸病人」（常常>沒有或偶爾接觸）。



表2 員工背景對病人安全認知重要程度之差異性

背景變項	檢定	團隊合作	單位安全風氣	對工作的滿意	對管理的感受	工作狀況	復原力	工作生活平衡
主要工作單位	F 值	1.192	2.443**	2.268	2.100	2.227	0.700	2.398*
			門診>特殊單位					門診>特殊單位
性別	t 值	-1.560	-1.101	-0.083	-0.860	-1.922	-1.555	-2.367**
								男性>女性
年齡	F 值	1.297	1.659	2.608	0.913	0.813	0.383	0.393
擔任主管	t 值	2.125*	1.649	1.810	2.209*	1.443	1.530	-0.895
		主管>非主管			主管>非主管			
過去12個月提交事件通報單	F 值	-1.986*	-1.452	-0.610	2.188*	-2.139*	-2.252*	-1.513
		有>無			有>無	有>無	有>無	
職務類別	F 值	0.043	0.210	0.199	0.749	0.037	0.471	0.264
本院工作年資	F 值	1.904	1.404	1.686	1.053	1.366	1.830	2.044
本單位工作年資	F 值	0.684	0.523	1.003	0.312	0.748	1.243	2.407*
								21年以上>20年以下
教育程度	F 值	7.107***	6.582***	9.915***	6.356**	1.669	2.480	1.887
		研究所>專科大學以下	研究所>專科大學以下	研究所>專科大學以下	研究所>專科大學以下			
工作直接接觸病人	t 值	-1.207	-1.318	-0.423	-1.335	-2.274*	-1.661	-1.685
						常常>沒有或偶爾		

註：1. * $p < 0.05$ 、** $p < 0.01$ 、*** $p < 0.001$ 。2. F 值：採LSD進行事後檢定。

4.5 不同背景員工對病人安全文化認知滿意程度差異性分析

如表3所示，個案醫院員工對病人安全文化認知滿意程度具有顯著性差異的有：「主要的工作單位」（「團隊合作」：門診、一般病房、特殊單位、醫事單位>其它單位員工；「單位安全風氣」、「對工作的滿意」、「對管理的感受」及「工作狀況」：門診>特殊單位，且工作員工對「單位安全風氣」：門診、一般病房>其他單位。「工作生活平衡」：醫事及其它單位>門診、一般病房、特殊單位）、「性別」（男性>女性）、「年齡」（「單位安全風氣」、「對工作的滿意」、「工作狀況」、「復原力」：51歲以上>50歲以下。「管理的感受」：41歲以上>31-40歲。「工作生活平衡」：41歲以上>21-30歲）、「是否擔任主管」（主管>非主管）、「過去12個月提交事件通報單」（無提交>



有提交)、「職務類別」：「團隊合作」：一、二線臨床人員>非臨床人員。「工作狀況」：二線臨床人員>一線臨床人員>非臨床人員。「復原力」及「工作生活平衡」：二線臨床人員及非臨床人員>一線臨床人員)、「教育程度」(研究所以上>專科/大學)、「工作直接接觸病人」(常常>沒有或偶爾接觸)。

表3 員工背景對病人安全認知滿意程度之差異性

背景變項	檢定	團隊合作	單位安全風氣	對工作的滿意	對管理的感受	工作狀況	復原力	工作生活平衡
主要工作單位	F 值	4.828***	3.795**	3.610**	3.228*	3.120*	1.255	6.449***
		門診、病房、特殊、醫事單位>其它單位	門診>特殊單位;門診、病房>其它單位	門診>特殊單位	門診>特殊單位	門診>特殊單位		醫事、其他>門診、病房、特殊單位
性別	t 值	0.828	1.262	2.740**	1.521	2.958**	3.328***	2.253*
				男性>女性		男性>女性	男性>女性	男性>女性
年齡	F 值	0.986	3.512*	3.741*	3.644*	3.228*	3.189*	2.944*
			51歲以上>50歲以下	51歲以上>50歲以下	41歲以上>31-40歲	51歲以上>50歲以下	51歲以上>50歲以下	41歲以上>21-30歲
擔任主管	t 值	3.077**	4.944***	3.327***	3.273***	4.310***	2.257**	1.143
		主管>非主管	主管>非主管	主管>非主管	主管>非主管	主管>非主管	主管>非主管	
過去12個月提交事件通報單	t 值	0.271	1.049	2.030*	2.249*	1.878	3.951***	6.053***
				無>有	無>有		無>有	無>有
職務類別	F 值	10.273***	1.398	0.322	2.057	6.339**	5.654**	21.056**
		一、二線>非臨床人員				二線>一線>非臨床人員	二線及非臨床>一線臨床人員	二線及非臨床>一線臨床人員
本院工作年資	F 值	1.220	0.733	1.005	1.119	0.766	1.599	0.349
本單位工作年資	F 值	0.453	1.789	1.570	1.828	1.276	1.079	0.463
教育程度	F 值	0.797	1.534	4.718*	2.586	0.738	4.447*	6.963***
				研究所以上>專科/大學			研究所以上>專科/大學	研究所以上>專科/大學
工作直接接觸病人	t 值	-3.688***	-2.414*	0.166	-1.288	-2.100*	1.426	4.932***
		常常>沒有或偶爾	常常>沒有或偶爾			常常>沒有或偶爾		沒有或偶爾>常常

註：1. * $p < 0.05$ 、** $p < 0.01$ 、*** $p < 0.001$ 。2. F 值：採LSD進行事後檢定。



4.6 病人安全文化認知各構面之 IPA 分析

探討員工對病人安全文化認知整體重視程度及實際現況滿意程度，共計七大構面，經過統計分析後，重視程度總平均為4.22，滿意程度總平均為3.35，七大構面之重要程度及現況滿意程度平均數，繪製IPA二維矩陣分析圖，如下圖1顯示「工作生活平衡」坐落於第二象限優先改善區，屬於優先改善的關鍵因子。

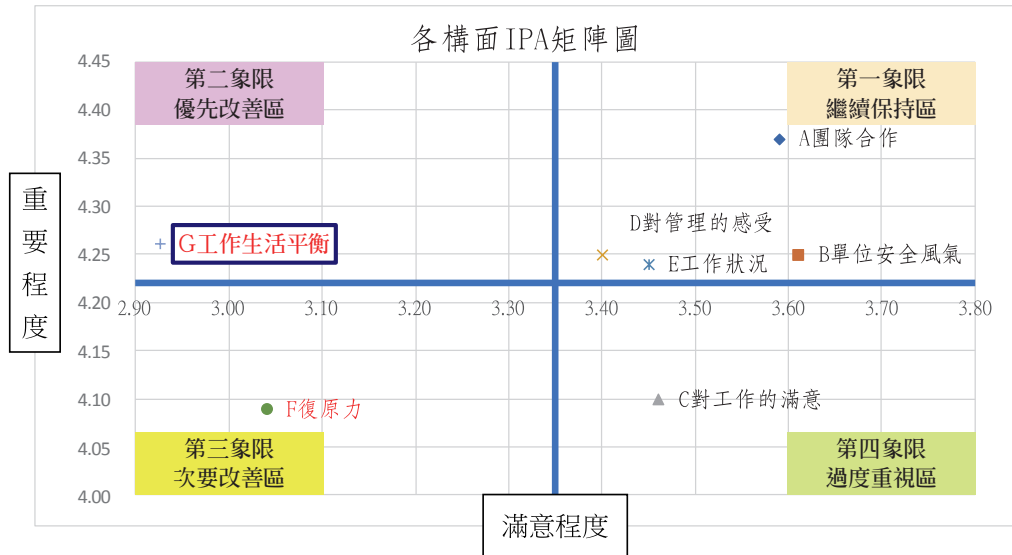


圖1 病人安全文化調查各構面IPA矩陣圖

4.7 病人安全文化認知整體題項之 IPA 分析

本研究進一步就整體題項共計46題項進行IPA分析，將病人安全文化認知調查結果之整體題項的重要程度總平均為4.22與實際現況滿意程度總平數為3.32，設為二維矩陣圖之中心交叉點，再將各題項之總平均數散佈於二維矩陣圖，如圖2所示，結果發現共有16題項坐落於「第一象限」繼續保持區；共4題項坐落「第二象限」優先改善區；共12題項坐落「第三象限」次要改善區；共10題項坐落「第四象限」過度重視區。

再藉由IPA理論基礎，位於第二象限座標內之各題項，各自計算與中心點的距離，若距離中心點越遠，代表越需優先改善之關鍵因子；分析結果優先改善依序：「本單位的臨床人力配置足以處理病人工作量」、「工作準時下班」、「夜間睡眠時間」、「睡眠品質」，此為個案醫院優先改善關鍵項目。



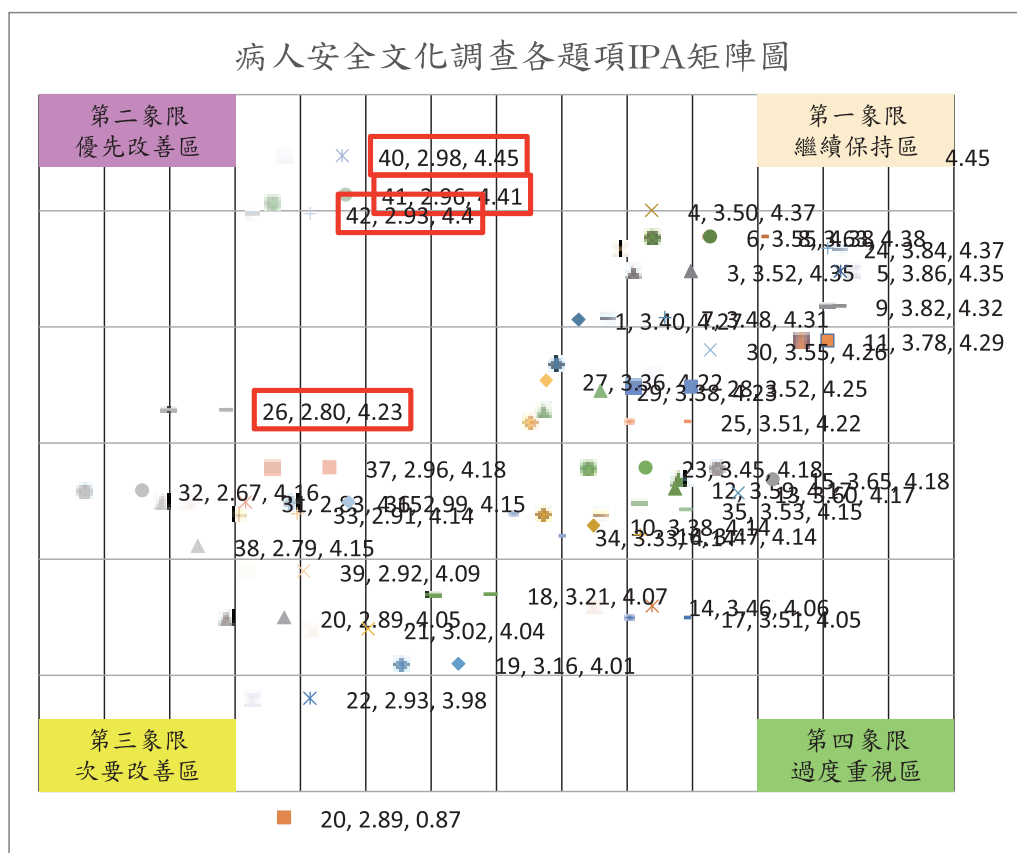


圖2 病人安全文化調查整體題項IPA矩陣圖

5. 結論與建議

依據研究目的及上述研究結果歸納整理，顯示新版病人安全文化較舊版能反映出目前醫療界實務現況，且找出更需改善的關鍵因素（工作生活平衡），結論如下：

5.1 醫院員工重視「團隊合作」，最不重視「復原力」

許多研究顯示員工在病人安全化之「團隊合作」構面感受上，有極高的認知（鄭嘉惠、張嘉晃、王拔群，2008；王嵩竑、林筱芸、林晉鋒、杜貞儀、鄭鈺樺，2011；洪莉文，2015；黃志璿、李怡慶、吳信宏，2016），與本研究結果一致。員工認為最不重要為「復原力」構面，然而SAQ的構面是經許多研究選定，各構面都有其重要性，當員工覺得「復原力」構面不重要時，仍有必要將其列入次要改善。因員工在復原力表現不佳，出錯風險會大幅增加（吳信宏，2017；廖熏香，2014），故建議加強員工復原力在職教育訓練，使員工了解重要性，有助於提升病人安全文化。



5.2 醫院員工對「工作生活平衡」表現最不满意，其次不满意為「復原力」

在病人安全化表現上，員工最滿意為「單位安全風氣」構面，個案醫院應繼續保持；最不满意為「工作生活平衡」，其次不满意為「復原力」，顯示新版病人安全文化調查，確實更能反映出目前醫療界實務現況。根據陳雅惠等（2016）針對北部某醫療體系調查呈現「復原力」表現最差，尤以醫學中心為甚，顯示不同醫療層級或南北部不同縣市醫院，會發展出不同的病人安全文化。

由研究結果得知，員工過勞問題確實存在，超時超量的工作，已嚴重影響員工的工作生活平衡，產生負面情緒之工作倦怠，直接影響病人安全文化（吳姿瑩等，2015；林宛倩，2015）。研究顯示復原力對工作生活平衡間具有調節效果（陳怡甄、郭素娥、阮祺文，2017），復原力不佳者，會造成負向病人安全風氣（吳姿瑩等，2015），因此建議營造無後顧之憂的醫療工環境，照顧員工家庭，重視員工意見進行政策的改變，如設置友善育兒或托老照顧空間，減輕工作負荷，實施復原力之正念養成技能訓練，設置工作心靈關懷小組等。

5.3 醫院主管職對病人安全文化認知感受較非主管職佳

不同背景員工對病人安全認知重要程度及滿意程度具有顯著差異性，尤以擔任主管者較重視「團隊合作」及「對管理感受」。且除生活平衡構面外，在各構面的滿意程度均高於非主管。醫策會2015年病人安全年報分析（溫晨帆，2016）結果也顯示主管對安全文化風氣較非主管滿意。由此可知主管與非主管對病人安全認知上存有落差，而醫療機構中的主管領導風格影響病人安全的推動及安全文化態度（張雯婷、朱正一、李毅，2016）。故應加強主管開放性溝通能力，傾聽員工意見，鼓舞員工重視病人安全潛在問題，以降低主管與員工對病人安全認知的落差。

5.4 個案醫院優先改善關鍵構面為「工作生活平衡」

個案醫院管理者應優先投入資源改善「工作生活平衡」之關鍵構面，優先改善題項依序為：「本單位的臨床人力配置足以處理病人工作量」、「工作準時下班」、「睡眠品質」、「夜間睡眠時間」，顯示個案醫院人力配置已不足以因應目前繁雜的工作，超時工作已成為常態，對工作充滿壓力是無庸置疑，影響員工夜間睡眠時間及品質。故建議醫院從實務方面努力營造優質工作環境，改善員工的工作負荷。

- (1) 重新檢視臨床人力配置，考量工作性質及工作量，重新規劃合理人力，適當補足人力缺口，或運用多元的輔助人力協助非專業性工作，以將低員工的工作負擔。
- (2) 制定人力支援需符合院方及員工的需求，主管依病況彈性調整工作人力支援。
- (3) 以新思維重新檢視評估工作內容的適切性，以簡化工作為考量，或是在職教育列入上班工時，改以網路視訊教學。



- (4) 簡化交班文書作業，運用資訊管理系統導入ISBAR（Introduction-自我介紹、Situation-狀況、Background-背景、Assessment-評估、Recommendation-建議）交班模式進行簡化交班，縮短交班時間，降低逾時下班。
- (5) 排班制度檢討，設置固定班別制度，讓員工依照自身需求，選擇可兼顧家庭的班別，避免轉換班別之生理時差，或者採用彈性排班兼顧員工的家庭。
- (6) 身心健康促進及健康管理措施，如可透過工作中有短暫休息時間，發展創意紓壓環境。

5.5 研究限制

本研究顯示醫院管理層確實可透過IPA研究方法，找出病人安全文化改善關鍵因素及先後順序，作為提升病人安全文化之依據，進行資源投入之調整，此結果可供醫療院所及衛生主管機關執行病人安全文化調查之參考。

然而，本研究調查僅以2017年南部某一家公辦民營之區域醫院進行研究資料蒐集與分析探討，而病人安全文化會隨著時空背景而有改變，因此要探討員工對病人安全認知長遠影響，建議未來的研究可採用縱斷性研究設計，以了解病安文化的改變狀況，或是擴大研究樣本及研究區域增加推論性。



參考文獻

- [1] 王嵩竑、林筱芸、林晉鋒、杜貞儀、鄭鈺樺（2011）。醫院員工個人特質與病人安全文化關係之研究。*北市醫學雜誌*，8（2），116-125。
- [2] 石崇良（2003）。病人安全國際趨勢。*醫策會會訊*，5（1），8-10。
- [3] 李偉強（2007）。病人安全文化調查與對提高醫療安全的應用。*中華民國重症醫學雜誌*，8（4），175-83。
- [4] 吳姿瑩、游育苓、廖勳香、林宏榮（2015）。2014年文化調查結果分析。*醫療品質雜誌*，9（5），24-8。
- [5] 吳信宏（2017）。從安全態度量表談論病人安全文化。*品質月刊*，53（8），26-30。
- [6] 林宛倩（2015）。護理人員職業倦怠、復原力及病人安全文化相關因素研究（未出版的碩士論文）。台北：臺灣師範大學。
- [7] 洪莉文（2015）。探討醫療從業人員對病人安全文化態度的影響因素-以某地區醫院為例（未出版的碩士論文），台南市：嘉南藥理大學。
- [8] 翁瑞宏、黃靖媛、羅萱、黃金安、黃雅玲、呂怡霖等（2010）。以重要性-績效分析法探討醫院門診顧客關係利益之內涵。*醫管期刊*，11（1），45-61。
- [9] 陳怡甄、郭素娥、阮祺文（2015）。護理人員的病人安全文化對工作生活平衡之影響－復原力之調節效果。*弘光學報*，80，13-26。
- [10] 陳雅惠、侯貴圓、鄭嘉惠、王拔群（2016）。北部某醫療體系新版病人安全文化調查結果。*醫療品質雜誌*，10（3），66-73。
- [11] 張雯婷、朱正一、李毅（2016）。探討領導風格對安全績效之影響-以安全態度為中介變項。*醫務管理期刊*，17（3），88-209。
- [12] 黃志璿、李怡慶、吳信宏（2016）。從醫護人員的觀點探究影響病人安全文化狀態之重要影響因子-以中部某區域級教學醫院為例。*澄清醫護管理雜誌*，12（4），22-29。
- [13] 葉娟娟、蔡文正、鍾政達、龔佩珍（2008）。病患與醫護人員對醫療服務品質認知落差之探討-以心導管利用為例。*醫務管理期刊*，9（1），1-20。
- [14] 溫晨帆（2016，12月）。2015年病人安全文化調查結果。財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會主辦，病人安全文化調查暨職場彈力課程研討會，台北市：天主教耕莘醫療財團法人永和耕莘醫院。
- [15] 趙子傑（2016）。實用醫療品質管理學。台北市：華杏出版社。
- [16] 廖熏香（2014）。談病人安全的基本課題醫療照護提供者的照護。*澄清醫護管理雜誌*，10（2），4-8。
- [17] 鄭嘉惠、張嘉晃、王拔群（2008）。病人安全文化調查初探-以醫院某中心為例。*輔仁醫學期刊*，6（1），19-30。



- [18] 衛生福利部（2017，5月2日），醫院病安目標。取自<http://www.patientsafety.mohw.gov.tw/Content/zMessagess/list.aspx?SiteID=1&MmmID=621273300317401756>
- [19] 羅建銘、張斐綾、廖薰香（2008）。病人安全文化分析。《醫療品質雜誌》，2（4），68-73。
- [20] Hofstede G.(1998), Attitudes, values and organizational culture: disentangling the concepts. *Organization Studies*, 19, 477-92.
- [21] Lee, Y., Weng, S., Huang, C., Hsieh, W., Hsieh, L., and Wu, H.(2017), A Longitudinal Study of Identifying Critical Factors of Patient Safety Culture in Taiwan, *Journal of Testing and Evaluation*, 45(3), 1029-1044.
- [22] Martilla J A., & James J C.(1977), Importance-Performance Analysis, *Journal of Marketing*, 41(1), 77-79.
- [23] Matzler K, Bailom F, Hinterhuber H H, Renzl B, & Pichler J.(2004), The Asymmetric Relationship between Attribute-Level Performance and Overall Customer Satisfaction: A Reconsideration of the Importance-Performance Analysis, *Industrial Marketing Management*, 33(4), 271-277.
- [24] O’Neill M, Wright C, & Fitz F.(2001), Quality Evaluation in On-Line Service Environments: An Application of the Importance-Performance Measurement Technique. *Managing Service Quality*, 11(6), 402-417.
- [25] Sexton, J. B., Helmreich, R. L., Neilands, T. B., Rowan, K., Vella, K., Boyden, J., et al.(2006). The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. *BMC health services research*, 6(44), 1-31

