

調查目的

期待透過調查了解加護病房住院病房病友與家屬對就醫經驗及服務品質的滿意度與建議；並回饋相關科部，以利品質改善精進；亦給予主管決策參考及主管機關督察考核。

調查期間、對象

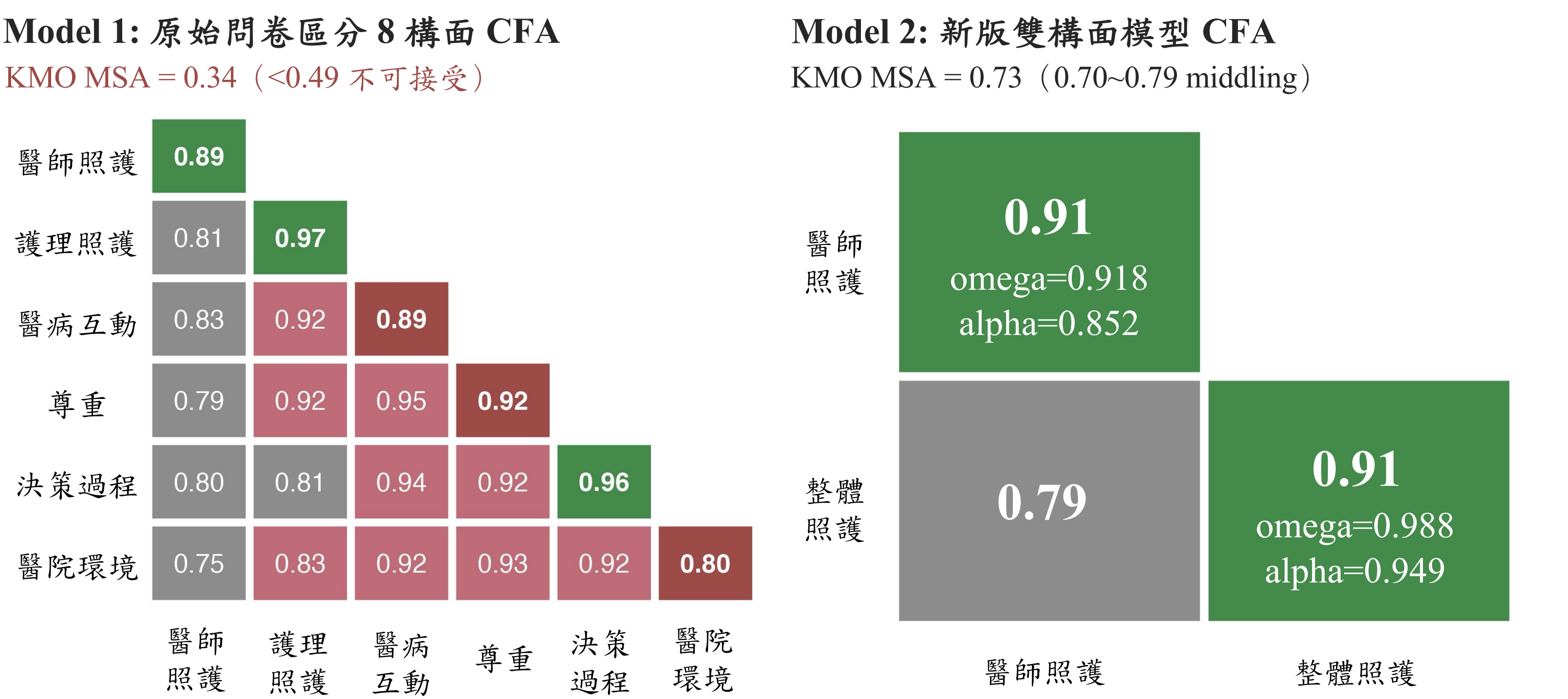
本次的調查期間為 114年11月1日至115年4月30日，以總院、東西址、兒醫共 20 個加護病房病友與親屬為調查對象，於加護病房留院期間，由護理師提供或藉由床頭卡上的滿意度調查 QR code 進行調查；共取得 886 筆。

調查工具

採114年度新修訂之加護病房滿意度調查問卷，共分為三大部分：一、就醫背景；二、就醫經驗與滿意度量表（採五點量尺共 25 題）；三、整體滿意度（百分制分數、推薦意願等）

問卷信度檢驗

因原版問卷缺乏完整的信效度檢驗紀錄，故將 886 筆資料分為兩組進行探索性與驗證性因素分析，探索性因素分析結果指向雙構面的分法，驗證結果如圖一：



圖一、問卷構面驗證性因素分析後構面分數

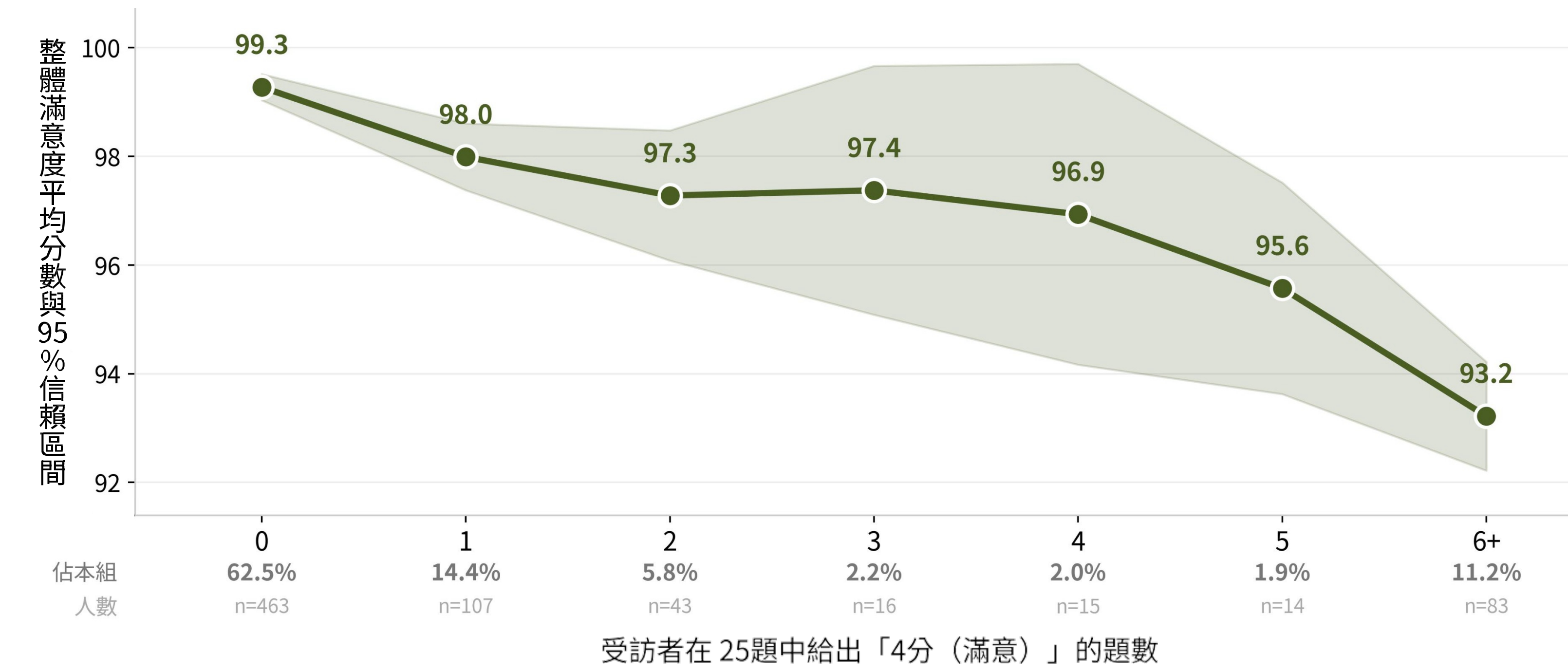
原版問卷區分的八大構面（其中有三構面為單題，未納入因素分析）在目前的資料檢驗中無法成立，僅能區分出醫師照護（Q1–Q5）、整體照護（Q6–Q25）兩構面。

滿意度總分與兩構面分層檢定結果

二元變項比較使用 Mann–Whitney U 檢定，多變項使用 Kruskal–Wallis 檢定。發現病友或家屬填答、進入途徑、初次入住與否、學歷、與病人之關係幾皆不構成統計上的區別。惟進入 ICU 的途徑差異（急診／手術等）在滿意度總分（p=0.021）與醫師構面（p=0.036）中，不同組別間差異顯著。病房單位之間更在總分（p=0.01）與兩構面（p=0.017、0.008）中皆顯著，顯示就醫經驗與滿意度在不同科別與病房間有所不同。

滿意與非常滿意的區分

過去使用正向趨勢（top-2-box %）作為判斷之標準，惟加護病房收案資料皆嚴重左偏，致後續分析困難。因此嘗試釐清 top-box 與 top-2-box 之差異；建立假說「選擇 top-2-box 者與只選擇 top-box 者在最後的滿意度總分沒有差異」，並選用第三部分的滿意度總分 0~100 分和第二部分的填答情況做為分析對象。由圖二所示，即使篩選出僅填寫滿意與非常滿意的族群，亦可以發現在第二部分 25 題中每多一題填答為滿意，整體分數有下降的趨勢。



圖二、滿意／非常滿意族群中滿意填答题數與整體滿意度平均分數之關係

針對滿意度總分進行統計檢定後，亦發現最高分與次高分群體中，滿意度總分有顯著且連續的差異。並於下表二中，結合前一年度之數據整理出不同標準下燈號出現差異之題項。

表一、滿意題數與整體滿意度之迴歸檢定

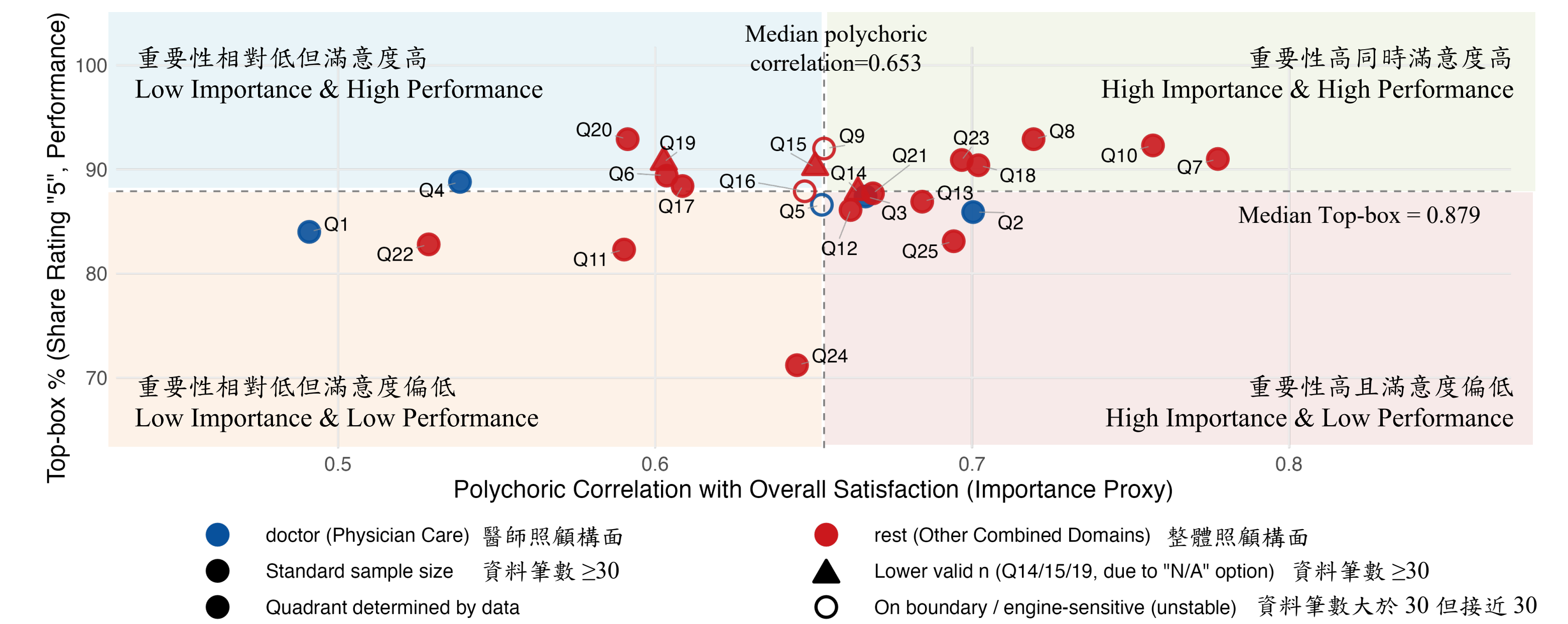
檢定	結果（填答每多一題 4 分，95% CI）	p value
線性迴歸	整體滿意度低 0.42 分（0.33–0.51）	<0.01
邏輯斯迴歸	滿分勝算變為 0.74 倍（0.69–0.80）	<0.01



表二、在 top-2-box 與 top-box 下燈號有差異之題項

燈號標準：top-2-box 綠 ≥98%／黃 95–98%／紅 <95%；top-box 87.6% ± 1.96 SE（SE = 1.11%）綠 >89.7%／黃 85.4–89.7%／紅 <85.4%。

單題重要性 Important- 滿意度 Performance 分析 (IPA)



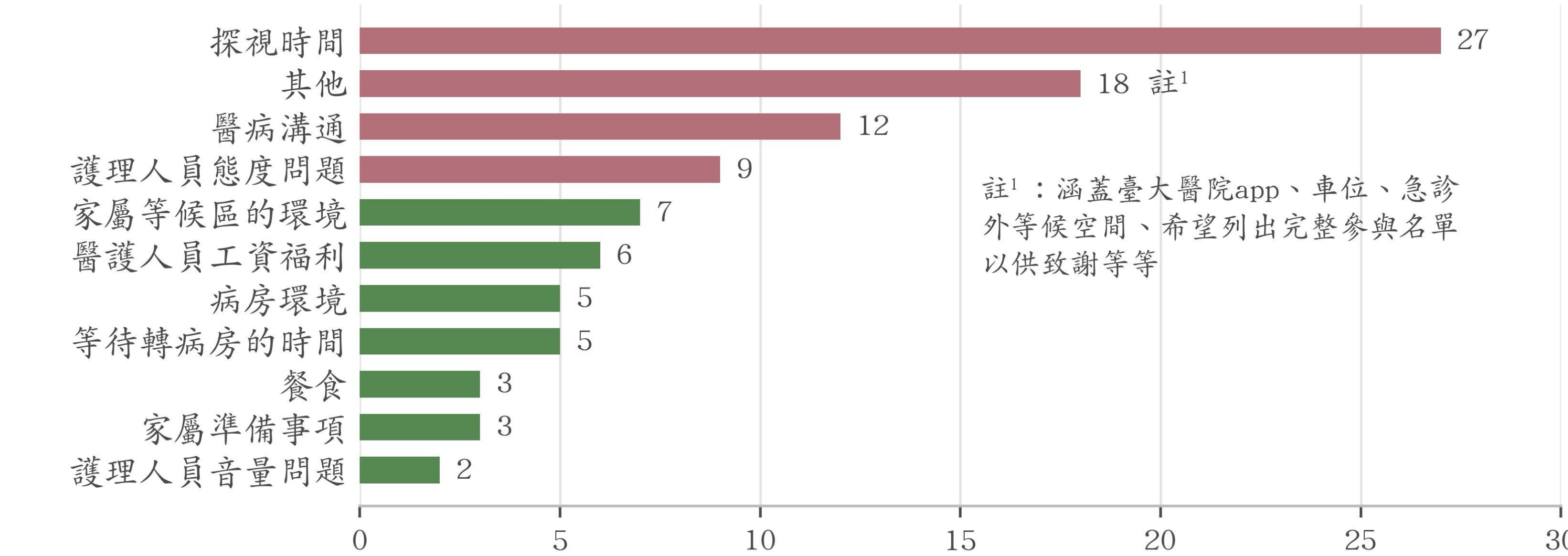
將第二部分中 25 題的填答與第三部分滿意度總分計算多元相關（Polychoric Correlation）後，透過相關係數中位數、單題項 Top-box% 中位數作為劃分依據，依重要性高低與當前滿意度高低區分得出四大象限，作為未來改善事項的優先度依據。

六標準差換算

整體滿意度評分（1–100 分單題）換算後為 3.82 σ 、缺陷率 1.0%，885 位作答者中有 9 位評分低於 80 分。但第二部分 25 題共 21,788 次作答中，若以「未選最高分選項（Top-box）」為缺陷，缺陷率 12.4%、 σ 降至 2.65；改以「未選最高兩個選項（Top-2-box）」為缺陷，缺陷率降為 1.3%、 σ 回升至 3.72。同一批填答者，僅因缺陷定義不同， σ 即相差 1.17。逐題來看，P2Q24 為 2.06 σ ，是 25 題中落差最大（次低者 2.43 σ ）。以上均採六標準差慣用的 1.5 σ 長期偏移，且僅可在同一缺陷定義內比較。

質性資料整理

質性資料如圖三所示，依填答內容分類後發現反饋內容多以探視時間、醫病溝通為主，對照量性資料（上表二）的結論，可發現醫病溝通、環境以及探視時間在兩者節我呈現均為仍有改善空間的項目。另外，有關於（P2Q25）護理站書記態度的質性回覆中，有病友提及因為沒有接觸到所以填「普通」，推測可能是導致其燈號未達標的原因之一，為質量性交叉解釋之結果。



圖三、質性資料筆數分布

結論與建議

針對目前質性與量性皆指向需要改善的探視時間，建議參考北區其餘醫學中心之開放時間做為參照。滿意度問卷本身由於目前構面不穩定且問卷題項設計上仍有精進空間，因此提供兩個改善方向，一、建議院方考慮逐步導入 FS-ICU-24R，其為國際驗證較廣泛的 ICU 家屬滿意度量表，適合用於學術產出且中文版信效度作者授權取得容易，缺點為此問卷施測對象無法涵蓋病人本人、施測時間為離院後並且與院內過去資料沒有比較性。二、修改現有問卷，刪除冗題並改為互動式作答，此作法雖需要另做信效度分析，但具有可涵蓋病人本人、保留痛點題與跨年比較三項優點，可留做醫院內部改善參考。