

行政院國家科學委員會補助
大專學生研究計畫研究成果報告

* ***** *
* 計畫 : 全面品質管理、病人安全、情緒智商與員工自覺服務品質之關係 *
* 名稱 *
* ***** *

執行計畫學生： 賴柔靜
學生計畫編號： NSC 101-2815-C-040-019-H
研究期間： 101年07月01日至102年02月28日止，計8個月
指導教授： 蔡雅芳

處理方式： 本計畫涉及專利或其他智慧財產權，2年後可公開查詢

執行單位： 中山醫學大學醫療產業科技管理學系（所）

中華民國 102年02月27日

全面品質管理、病人安全、情緒智商與員工自覺服務品質之關係

摘要

服務組織所重視的焦點之一就是品質的好壞和顧客的滿意度，而醫療照護機構就是服務組織的一種。在面對醫療產業的變化和競爭中，許多醫療機構都選擇以改善品質做為目標，其中，又以全面品質管理為主要策略。對醫療照護機構而言，病患就是顧客，為了提升病患的滿意度，除了品質之外，也應該重視病人安全，避免因為負面的醫療疏失或錯誤而影響醫療照護整體的服務品質。在醫院裡常常會面臨到生老病死的狀況，這時直接面對病患的醫療人員，應該要能控制好自己的情緒、有同理心，且盡量幫助病患和其家屬度過難關，所以醫療人員的情緒智商也會影響醫療的服務品質和病患滿意度。本研究以全面品質管理及情緒智商的概念，來探討上述兩個因素對病人安全和服務品質的影響，期望能提供給醫療機構做參考，以提升醫療品質和病患滿意度。研究結果發現，性別不會對全面品質管理、情緒智商、病人安全與服務品質造成影響；碩士群組對全面品質管理、情緒智商、病人安全與服務品質都顯著高於大學（專）群組；年齡和服務年資會影響全面品質管理與病人安全，且年齡也會影響情緒智商。另外，全面品質管理、情緒智商、病人安全與服務品質之間兩兩皆呈現正相關，其中全面品質管理和病人安全相關程度最高。雖然情緒智商與全面品質管理、病人安全和服務品質之間的相關程度較低，但我們還是可以透過管理哲學來加強對於全面品質管理和病人安全的概念，並藉此加強員工的服務品質。

關鍵字：全面品質管理、情緒智商、病人安全、服務品質

壹、研究動機與研究問題

近年來由於醫療制度的變革以及民眾健康意識高漲，醫療服務已不再是權威性的單向溝通式的照護模式，民眾在就醫選擇上逐漸扮演積極主動的角色，這使得醫院更加重視如何提升給予病患的服務品質。在醫療服務體系相互競爭下，追求高的醫療照護品質是所有醫療團隊共同的目標，而改善醫療照護品質也成為國際醫療照護機構共同關注的焦點(Batalden & Davidoff, 2007)。面對上述醫療照護環境的轉變，醫院除了積極推廣與品質提升的相關管理活動外，也開始重視病人安全的議題(Christiansen et al., 2010)。全面品質管理與病人安全的概念就是在這樣的環境背景中被醫院的管理者所重視。醫療照護的最終結果是希望藉由提供病患良好的服務品質來獲得病患滿意。醫療照護是透過第一線的醫療人員提供照護行為給病患，員工的情緒智商也會影響其提供給病患的服務品質，對於現今強調品質第一的醫療照護機構而言，亦有必要探討醫療照護人員的情緒智商對服務品質的影響。基於上述的背景動機，本研究探討之問題如下：

1. 回顧國內外有關全面品質管理、病人安全與服務品質之研究現況。

2. 連結全面品質管理、病人安全與情緒智商的概念，同時探討上述因素對員工自覺服務品質的影響，提供醫院管理者在研擬如何提升給予病患的服務品質的一個參考。
3. 探討人口統計變項對全面品質管理、病人安全與服務品質之影響。

貳、文獻回顧

一、全面品質管理

(一) 全面品質管理的定義

隨著醫療產業環境的改變以及資訊科技的發達，使得民眾可以更加容易地從更多元化的管道獲得有關醫療或健康照護之相關資訊，所以相對的，民眾對醫療照護以及服務品質的要求也就更加提升。醫療照護機構在競爭的醫療市場環境中，一方面除了基於經濟考量，必須考慮醫療照護的成本，另一方面則要藉由品質的改善來獲得顧客滿意(Masters & Masters, 1993)。全面品質管理 (Total Quality Management, TQM) 是一種為了能夠持續改善服務品質或流程以便達到顧客滿意(Vuppalapati et al., 1995)的整合性管理哲學與組織的管理策略(Hodgetts et al., 1994)。全面品質管理的核心價值是組織以顧客為焦點作為組織的核心價值(Trofino, 2000)，並採取流程管理 (Motwani, 2001; Demirbag et al., 2006)、品質測量和控制(Motwani, 2001)與員工訓練(Motwani, 2001)等管理活動，來達到顧客滿意的目標。

(二) 全面品質管理的目的

醫療照護的主要目的是要藉由創造顧客價值來達到顧客滿意的目的(Porter & Teisberg, 2006)。為了達到上述目的，組織必須要以顧客為焦點，採取以病患為中心的照護模式，才能夠創造病患價值(Porter & Teisberg, 2006)。由於醫療照護關乎病患的生命，在醫療照護的過程是絕對要求零缺點，所以品質第一通常成為醫院在推動全面品質管理時的重要品質政策(Demirbag et al., 2006)。而對醫療人員而言他們則必須要隨時監測照護的品質以確保能夠提供卓越的醫療照護給病患。同時，醫療照護組織也必須要持續提供員工教育的機會，讓員工能夠不斷的提升其專業技能，才能夠及時因應醫療科技的轉變以及病患對醫療照護需求。所以，對組織的管理者而言，全面品質管理在組織能力發展上，扮演著重要角色(Hoang et al., 2010)。

(三) 全面品質管理的測量

醫院不斷尋求醫療品質的改進與控制，不外乎是因為顧客都想選擇較高品質的服務，而全面品質管理的提升可以增加效率及降低作業成本 (Amdt & Bigelow, 1996)。全面品質管理的目標在於顧客滿意和持續改進，在此原則下，構成支持全面品質管理架構的七個基本要素：即管理者的參與和領導能力、品質成本、訓練、高階主管的投入及參與、團隊合作、顧客服務、統計方法 (Burati, Matthews & Kalidindi, 1992)。盧淵源 (1994) 認為影響TQM效益的關鍵成功因素，包括：最高主管對品質的承諾、全面品質意識的建立、品質方針展開能力、最高主管對經營遠景。Gareth及Jennifer

(2005) 提出推行TQM計畫成功的關鍵：1. 建立企業對品質的承諾2. 專注於顧客的需求。3. 尋找品質衡量的方法。4. 設定目標與獎勵因素。5. 鼓勵員工投入意見。6. 確認缺點並追蹤它們的來源。7. 與供應商密切合作。8. 消除不同部門之間的隔閡。Motwani (2001)則認為組織若欲落實全面品質管理觀念，在實務的作為上應該包括：流程管理、員工訓練、顧客焦點以及品質管理與控制。

二、情緒智商

(一) 情緒智商的定義

情緒智商(Emotional Intelligence)的名詞最早由耶魯大學Dr. Salovey和新穆罕大學Dr. Mayer於1990年首度以Gardner(1983)的「內省智商」(Intrapersonal Intelligence)、「人際關係智商」(Interpersonal Intelligence)演繹出情緒智商的統一用語以及理論基礎。他們將情緒智商定義為「個體能察覺自己與別人的情緒，並能區分出各種情緒變化的不同，進而能適當處理和運用情緒感受來引導自己的想法和行動的能力」。自此，學者們開始從不同觀點熱烈討論情緒智商的意涵。「情緒智商是由情緒的評估與表達、情緒調整與情緒的運用等能力所構成，意指個體評估與表達自我情緒、調整自身與他人情緒，及運用情緒的能力」(Mayer & Salovey, 1997)。

(二) 情緒智商的測量

Goleman (1995) 覺得情緒智商是相當重要的，甚至是比IQ (Intelligence Quotient) 還重要，情緒智商較高的人有較積極的態度並且在各領域都能擁有較好的成就。他認為情緒智商包含五個構面：1. 認識自己的情緒：對自己情緒的控制，並能延緩情緒發生。2. 妥善管理情緒：認識自我情緒之上的能力，它使個體的感覺有規律，並調節情緒的意思。3. 自我激勵：情緒的自我控制，指個體能在面對尚未完成的目標時，延遲酬賞克制衝動，並在面對挫折或困難時，可以支持自己度過。4. 認知他人的情緒：也就是同理心，是建立在認識自己的情緒之上的人際技能。5. 人際關係的處理：也就是管理他人的情緒。

三、病人安全

(一) 病人安全的定義

美國國家病人安全基金會 (National Patient Safety Foundation, NPSF) 2003年對病人安全 (Patient Safety) 的定義為：預防醫療照護的錯誤和排除或減緩因醫療照護錯誤所導致的病人傷害 (NPSF Board, 2003)。而國內財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會 (簡稱醫策會) 則將病人安全定義為：對於健康照護過程中引起的不良結果或損害所採取的避免、預防與改善措施，這些不良的結果或傷害包含了錯誤、偏差與意外 (醫策會，2010)。

(二) 台灣病人安全目標

醫策會邀請國內病人安全專家學者，並參考美國評鑑聯合會 (JCAHO) 的年度目

標的相關資料，研擬出我國病人安全目標及執行策略等（陳右昕，2007）。以下為 2010 年到 2011 年醫療品質及病人安全工作目標及執行策略：

【表 1】 2010 年到 2011 年醫療品質及病人安全工作目標及執行策略

項目		執行策略
一	提升用藥安全	<ul style="list-style-type: none"> • 落實正確給藥程序、查核 • 落實病人用藥過敏及不良反應史的登錄及運用 • 加強慢性病人用藥安全 • 提升病人及照護者安全用藥的能力 • 運用資訊提高用藥安全
二	落實感染控制	<ul style="list-style-type: none"> • 落實洗手遵從性及正確性 • 醫療照護相關感染重大事件應列為警訊事件處理 • 落實抗生素正確使用的教育及監測機制
三	提升手術安全	<ul style="list-style-type: none"> • 落實手術辨識流程 • 落實手術安全查核項目 • 提升麻醉照護功能，確保手術安全 • 落實手術儀器設備檢測作業 • 建立適當機制，檢討不必要之手術
四	預防病人跌倒及降低傷害程度	<ul style="list-style-type: none"> • 落實執行跌倒風險評估及防範措施 • 加強監測與通報病人跌倒 • 改善照護環境，以降低跌倒傷害程度
五	鼓勵異常事件通報	<ul style="list-style-type: none"> • 營造異常事件通報文化，並參與全國性病人安全通報系統 • 落實院內病人安全通報標準作業程序 • 對重大異常事件進行根本原因分析 • 定期分析通報資料，採取適當預防及改善措施
六	提升醫療照護人員間溝通的有效性	<ul style="list-style-type: none"> • 落實交接班資訊傳遞之完整與及時性 • 落實轉運病人之風險管理與標準作業程序 • 落實醫療照護人員間醫囑或訊息傳遞的正確性 • 檢驗、檢查、病理報告之危急值應及時通知與處理 • 加強團隊溝通技能
七	鼓勵病人及其家屬參與病人安全工作	<ul style="list-style-type: none"> • 鼓勵醫療人員主動與病人及其家屬建立合作夥伴關係 • 擴大病人安全委員會參與層面 • 鼓勵民眾通報所關心的病人安全問題 • 主動提供病人醫療安全相關資訊
八	提升管路安全	<ul style="list-style-type: none"> • 加強管路使用之評估及照護品質 • 加強監測及通報管路事件，採取預防及改善措施

		<ul style="list-style-type: none"> • 整合醫療團隊資源，提供跨專業管路照護
九	加強醫院火災預防與應變	<ul style="list-style-type: none"> • 確保建物與設施的防火性能 • 確保滅火及逃生設施的有效性 • 依照單位特性，擬定防火計畫 • 制定全院及各特殊單位之火警應變計畫 • 落實人員防火教育及火警應變訓練

資料來源：醫策會網站（2010）

<http://www.patientsafety.doh.gov.tw/big5/Content/Content.asp?cid=124>

（三）病人安全的測量

Mohr et al. (2003)提出病人安全有效措施包含：領導者應提供清楚安全目標及願景、具體化的病人安全原則、工作規範的標準化、建立病人安全文化。而 Sorra & Nieva (2004)以醫院為研究對象發展病人安全的測量量表，其涵蓋的構面包括：單位間的團隊合作、主管的期望與執行能促進病人安全、組織學習-不斷改善、管理者對病人安全的支持度、對於病人的整體觀點、錯誤的回饋及溝通、開放溝通、跨單位的團隊。

四、服務品質

（一）PZB 模式

1985年Parasuraman, Zeithaml和Berry三位教授以銀行業、信用卡業、電信業和器具維修業等四種服務業進行研究，發現消費者對於此四種服務業存有共同知覺品質構面，並提出服務品質的概念性模式，稱為PZB模式(Parasuraman, Zeithaml & Berry, 1985)。

此模式強調顧客是服務品質最重要也是唯一的決定者，顧客經由事前對品質的期望再與事後的感覺之間的差異來評定服務品質的高低。在模式中有五個缺口(gaps)，也就是服務品質無法達到期望的原因，若能縮小這五個缺口，便能達成顧客的期望。

(1) 缺口一：顧客期望與管理者認知的差距，導致服務無法滿足顧客要求。(2) 缺口二：顧客期望與醫療人員認知的差距，可能由於資源的限制或管理者的缺失造成。(3) 缺口三：醫療人員期望與知覺所提供的差距，因服務的執行過程不足，傳遞過程涉及其他人員和其他因素造成。(4) 缺口四：醫療人員期望與現有技術和資源所能達到的差距，外部溝通過程與態度影響的落差。(5) 缺口五：顧客期望與現有技術和資源所能達到的差距，顧客對服務品質的期望與接受服務後所產生的認知差。

（二）服務品質的測量

由於服務具有無形及抽象的特質不同於一般實體產品之品質，所以不易衡量。Parasuraman 等人以 1985 年所提出之十大服務品質觀念性架構為基礎，於 1988 年發展出 SERVQUAL 量表，作為日後服務品質衡量及量表發展之基礎。並於 1988 年將

SERVQUAL 量表修正為五個構面 (Zeithaml et al,1988)：(1)有形性：提供服務的場所、設備及人員。(2)可靠性：正確、可靠的提供所承諾服務之能力。(3)反應性：服務人員快速及幫助顧客之意願。(4)保證性：服務具專業素養及禮貌為顧客所信任。(5)同理心：業者提供顧客貼心與個別關懷的服務。Tsai & Tang(2008)認為 Zeithaml et al(1988)所提出的服務品質測量量表由於發展多時，最常為國際學者所引用，故本研究參考該量表設計研究問卷之測量項目。

參、研究方法

一、研究設計

本研究採用問卷調查，以國內區域教學以上層級之醫院員工為研究對象。問卷設計以 Likert 五點量表為量表設計，並參考國內外具有信效度的量表。其中全面品質量表參考 Motwani(2001)對全面品質概念的定義來設計研究量表、情緒智商量表參考 Goleman (1995) 提出的構面設計研究量表、病人安全量表參考 Sorra & Nieva (2004) 之研究量表來設計研究問卷中病人安全的問項，而服務品質則利用 Zeithaml et al(1988)所提出的服務品質測量量表設計研究問卷之測量項目。由醫院員工針對全面品質管理、情緒智商、病人安全與服務品質勾選同意程度。1 分表示非常不同意；2 分表示不同意；3 分表示普通；4 分表示同意；5 分表示非常同意。

二、資料分析

回收的問卷將進行編碼，使用 SPSS for Windows 19.0 版進行統計分析。分析方式包含：(一)描述性統計量分析：各問項之平均數與標準差、樣本資料之人口統計變項平均數與標準差分布情況。(二)推論性統計量分析：相關分析(全面品質管理與病人安全的關係、情緒智商與病人安全的關係、全面品質管理與服務品質的關係、情緒智商與服務品質的關係等)、回歸分析(全面品質管理對病人安全的影響、情緒智商對病人安全的影響、全面品質管理對服務品質的影響、情緒智商對服務品質的影響等)、差異性分析(不同人口統計變項對全面品質管理、情緒智商、病人安全與服務品質的影響)。

肆、研究結果

本次研究共發出330份問卷，回收320份問卷，問卷回收率為96.97%，扣除4份回答不完整的問卷，合計回收有效問卷316份，回收有效問卷率為98.75%。A醫院於2013年1月18日至1月25日總共發放100張問卷實際回收91份，4張未填答完全；B醫院於2013年2月1日至2月3日總共發放30份問卷實際回收29份；C醫院於2013年2月1日至2月4日總共發放25份問卷實際回收25份；D醫院於2013年1月30日至2月1日總共發放20份問卷實際回收20份；E醫院於2013年1月21日至1月25日總共發放30份問卷實際回收30份；F醫院於2013年1月28日至2月2日總共發放50份問卷實際回收50份；G醫院於2013年1月17日至1月19日總共發放45份問卷實際回收45份。檢驗問卷信度，得知前測30份問卷全面品質管理、情緒智商、病人安全與服務品質的Cronbach's α 值分別為0.807、

0.884、0.701以及0.800，而完整回收的問卷全面品質管理、情緒智商、病人安全與服務品質的Cronbach's α 值分別為0.979、0.918、0.912以及0.948。

一、描述性統計

樣本分布，以女性受訪者居多，有 259 位占 82.2%；年齡以 30~39 歲居多，有 108 位占 34.5%；教育程度以大學（專）為最多，有 260 位占 82.8%；服務部門以護理單位居多，有 131 位占 42.4%；服務年資以 8 年以上者居多，有 125 位占 41.9%；職稱以一般員工居多，有 218 位占 71%；醫院層級以區域教學醫院居多，有 213 位占 69.4%。

全面品質管理平均為 3.96，情緒智商平均為 4.02，病人安全平均為 3.93，服務品質平均為 4.01。

全面品質管理方面，得分最高前3者為（1）第26題「我們醫院會定期調查病患滿意度」（平均值4.46）（2）第1題「我們醫院將追求卓越的品質視為醫院的願景」（平均值4.36）（3）第25題「我們醫院的員工視提供病患良好服務行為是一種美德」（平均值4.28）；得分最低3者為（1）第16題「我們醫院的員工可在工作上自由表達意見」（平均值3.66）（2）第7題「我們醫院的領導者面對他們對履行品質管理的承諾時會自我反省」、第17題「我們醫院的員工被賦予足夠的權利去達成服務目標」（平均值3.74）（3）第5題「我們醫院的高階管理者把員工視為是對組織有價值的資產」（平均值3.75）。

情緒智商方面，得分最高前3者為（1）第2題「我很了解自己的情緒」（平均值4.33）（2）第4題「我總是知道自己是否高興」（平均值4.28）（3）第1題「我有正確的判斷力」、第3題「我可以了解我真正的需求」、第12題「我總是鼓勵自己要盡我所能」（平均值4.26）；得分最低3者為（1）第8題「我很了解我週遭的人的情緒」（平均值3.73）（2）第15題「在我生氣時，我總是能夠很快地冷靜下來」（平均值3.78）（3）第6題「我對於他人的情緒是一個好的觀察者」（平均值3.80）。

病人安全方面，得分最高前3者為（1）第19題「醫療單位之間要有好的合作關係，必須依賴大家共同的努力」（平均值4.39）（2）第13題「醫院管理部門的行動顯示出，病人安全是最優先考慮的事」（平均值4.20）（3）第20題「我們醫療單位彼此有良好的合作關係，以便提供病患最好的照顧」（平均值4.15）；得分最低3者為（1）第18題「在我們醫院曾經發生過病人安全的問題」（平均值2.43）（2）第17題「在我們醫院內所發生的嚴重錯誤並不是偶然發生的」（平均值3.47）（3）第22題「和其他醫療單位的人一起工作，常常會使人感覺不愉快」（平均值3.66）。

服務品質方面，得分最高前3者為（1）第9題「我們醫院的護理人員在治療將執行前，會詳細解說告知病患」（平均值4.24）（2）第10題「我們醫院的護理人員會給予病患及時的照護」（平均值4.19）（3）第11題「我們醫院的護理人員總是會樂意幫助病患」（平均值4.15）；得分最低3者為（1）第4題「這家醫院與照護相關的工具（如：小冊子）視覺上是吸引人的」（平均值3.70）（2）第2題「我們醫院的實體設備在視覺上是吸引人的」（平均值3.77）（3）第18題「我們醫院的探視時間對所有病患和家屬

而言都是方便的」(平均值3.80)。

二、推論性統計

全面品質管理、情緒智商、病人安全與服務品質之間兩兩皆達顯著 ($P=0.000$) 且呈現正相關，其中全面品質管理和病人安全相關程度最高 (0.698)。全面品質管理與情緒智商的相關程度為 0.491、與服務品質的相關程度為 0.655；情緒智商與病人安全的相關程度為 0.491、與服務品質的相關程度為 0.463；病人安全與服務品質的相關程度為 0.648。

以 T 檢定檢驗「不同性別在全面品質管理、情緒智商、病人安全和服務品質間是否有顯著差異」， $P < 0.05$ 表示達顯著差異。結果顯示，全面品質管理 ($P=0.265$)、情緒智商 ($P=0.493$)、病人安全 ($P=0.540$) 和服務品質 ($P=0.712$) 均未達顯著，表示不受性別之影響。

單因子變異數分析後發現，全面品質管理受不同年齡 ($P=0.049$)、教育程度 ($P=0.001$)、服務年資 ($P=0.039$) 和職稱 ($P=0.042$) 的影響；情緒智商受不同年齡 ($P=0.001$) 和教育程度 ($P=0.000$) 影響；病人安全受不同年齡 ($P=0.000$)、教育程度 ($P=0.001$) 和服務年資 ($P=0.001$) 影響；服務品質受教育程度 ($P=0.007$) 影響。

進一步分析發現，在全面品質管理方面，教育程度碩士群組顯著高於大學(專)群組；在情緒智商方面，年齡 40 歲以上的群組顯著高於 20~39 歲的群組、50 歲以上的群組顯著高於 20~39 歲的群組、教育程度碩士群組顯著高於大學(專)群組；在病人安全方面，年齡 40 歲以上的群組顯著高於 20~39 歲的群組、50 歲以上的群組顯著高於 20~29 歲的群組、教育程度碩士群組顯著高於大學(專)群組、服務年資 8 年以上的群組顯著高於 2~3 年的群組；在服務品質方面，教育程度碩士群組顯著高於大學(專)群組。

伍、結論

研究結果發現，性別不會對全面品質管理、情緒智商、病人安全與服務品質造成影響，而碩士群組對全面品質管理、情緒智商、病人安全與服務品質則都顯著高於大學(專)群組，原因可能是碩士群組相較於大學(專)群組擁有較豐富的知識和經驗。而年齡和服務年資會影響全面品質管理與病人安全，可能原因是年齡越高通常年資也會較長，且接觸全面品質管理與病人安全的觀念也比較深入。年齡也會影響情緒智商，推測應該是因為年齡較高者比年齡較低者更有人生歷練且更能控制自己的情緒。

另外，全面品質管理、情緒智商、病人安全與服務品質之間兩兩皆呈現正相關，其中全面品質管理和病人安全相關程度最高，目前醫院較重視的也正是此兩種構面。雖然情緒智商與全面品質管理、病人安全和服務品質之間的相關程度較低，但我們還是可以透過管理哲學來加強對於全面品質管理和病人安全的概念，並藉此加強員工的服務品質。

陸、參考文獻

- 林榮春(1998)，”靜坐對企業員工情緒管理與人際關係之影響”，國立政治大學企業管理研究所博士論文。
- 吳惠琪、張學善(2011)，”醫療機構護理人員情緒智慧與職業倦怠關係之研究”，*澄清醫護管理雜誌*，第七卷第四期，12-23
- 財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會(2010)，病人安全資訊網
<http://www.patientsafety.doh.gov.tw/big5/Content/Content.asp?cid=2>
- 財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會(2010)，病人安全年度目標
<http://www.patientsafety.doh.gov.tw/big5/Content/Content.asp?cid=124>
- 陳右昕(2007)，”地區醫院員工對病人安全相關議題”，*中山醫學大學研究所碩士論文*，1-114。
- 黃素菲(1997)，”情緒的本質、功能及處遇”，*學生輔導通訊*，51，74-9。
- 盧淵源(1994)，”影響TQM效益之關鍵成功因素之研究”，*國科會專題研究*。
- Amdt, M., and Bigelow, B., (1996).” The Implementation of TQM in Hospital: How Good Is the Fit?” , *Health Care Management Review*, Vol.20, No.4, 7-14.
- Batalden P. B. & Davidoff F.(2007).” What is quality improvement and how can it transform healthcare?” , *Quality and Safety in Health Care*, 16, 2-3.
- Burati, J. L., Matthews, F. M., and Kalidindi, S. N.(1992).” Quality Management Organizations and Techniques” , *Journal of Construction Engineering and Management*, Vol.118, No.1, 112-128
- Christiansen, Angela, Linda Robson & Christine Griffith-Evans(2010).” Creating an improvement culture for enhanced patient safety: service improvement learning in pre-registration education” , *Journal of Nursing Management*, 18, 782-788.
- Demirbag, M., Koh, S.C.L., Tatoglu, E., & Zaim, S. (2006).” TQM and market orientation’ s impact on SMEs’ performance” , *Industrial Management & Data Systems*, 106, 1206-1228.
- Gardner, H. (1983).” Frames of mind” , *New York: Basic Books*.
- Jones, Gareth R. and Jennifer M. George (2005).” 當代管理學 3e” , 美商麥格羅•希爾國際股份有限公司台灣分公司。
- Goleman, D. (1995).” Emotional intelligence” , *New York: Bantam Books*.
- Hoang, Dinh Thai, Barbara Igel & Tritos Laosirhongthong (2010).” Total quality management (TQM) strategy and organizational characteristics: Evidence from a recent WTO member” , *Total Quality Management*, 21(9), 931-951.
- Hodgetts, R. M., et al.(1994).” New Paradigm Organizations: from Total Quality Learning to World-Class” , *Organizational Dynamics*, 22(3),5-19.

- Masters, Marcial L. & Robert J. Masters(1993).” Building TQM into nursing management” , *Nursing Economic*, 11(5), 274-291.
- Mayer, J.D., & Salovey, P. (1997).” What is emotional intelligence? In P. Salovey & D. J. Sluyter (Eds.)” , *Emotional development and emotional intelligence: Educational implications* (pp.3-31), New York: Basic Books.
- Mohr, J. J., Barach, P., Cravero, J. P., Blike, G. T., Godfrey, M. M., Batalden, P. B., et al. (2003).” Microsystems in Health Care: part6. Designing Patient Safety into the Microsystems.” , *Jonint Commission Journal on Quality and Safety*, Vol.29, No.8, 401-408.
- Motwani, J. (2001). “Measuring critical factors of TQM” , *Measuring Business Excellence*, 5(2), 27-32.
- Parasuraman, A., V. Zeithaml and L. Berry (1985). “A conceptual model of service quality and its implications for future research” , *Journal of Marketing*, Vol. 49, 41-50.
- Porter, M.E. & Teisberg, E.O. (2006).” Redefining health care: creating value-based competition on results” , *Boston: Harvard Business School Press*.
- Sorra Js, Nieva VF(2004). Pilot study: reliability and validity of the hospital survey on patient safety. In Technical report prepared by Westat under Contract No. 290-96-004 Rockville, MD: Agency for HealthCare Research and Quality.
- The National Patient Safety Foundation (NPSF), Available from:
http://www.npsf.org/html/about_npsf.html
- Trofino, A.J.(2000).” Transformational leadership: moving total quality management to world-class organizations” , *International Nursing Review*, 47, 232-242.
- Tsai Y. & Tang T. W. (2008).” How to improve service quality: Internal Marketing as a Determining Factor” , *Total Quality Management*, 19 (11-12), 1117-1126.
- Vuppalapati, K., Ahire, S.L., & Gupta, T. (1995).” JIT and TQM: A case for joint implementation ” , *International Journal of Operations & Production Management*, 15(5), 84-94.
- Zeithaml, Berry and Parasuraman (1988).” Communication and control processes in the delivery of service quality” , *Journal of Marketing*, 52(April), 35-48.