

無菸醫院評核與網絡發展計畫之無菸醫院認證

受評醫院滿意度調查表

敬啟者：

首先感謝 貴機構參與本年度無菸醫院評核與網絡發展計畫之無菸醫院認證作業。

為提升無菸醫院認證作業品質，○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○（以下簡稱本會），特進行本次意見調查，請 貴機構就本次接受認證過程及認證基準提供寶貴意見，該滿意度調查資料僅作為日後認證制度改善之參考，不影響實地訪視評核結果，謹此感謝 貴機構的協助與配合！並請於收到此份滿意度調查表之5個工作天內以傳真(○○○)或郵寄(○○○市○○區○○路○段○號○樓)或電子郵件(○○)方式回復本會，謝謝。

○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○ 敬上

認證日期：_____月_____日

受評醫院名稱：_____醫院

※下列問題請依貴機構實際狀況勾選適合選項，其中○表示為單選項目，□則為可複選之欄位。

第一部分：認證前置作業

1. 請問 貴機構是否有參加○年度舉辦之「無菸醫院成果發表會」？

(1)○否，請逕答第2題。(原因：_____)

(2)○是，請續答1-1題。

1-1.參加本次成果發表會對於貴機構在準備認證是否有幫助？

A.○有，其幫助為（可複選）：

a.□幫助瞭解認證條文

b.□幫助瞭解認證流程

c.□幫助瞭解準備認證之方向 d.□幫助提升機構服務品質

B.○無，請敘明原因及建議改善內容：_____

2. 請問本會提供網站線上下載認證相關資料（網絡醫院會員申請書、年度計畫書、自我評核表、自我評核分數表等），其下載功能是否容易操作？

(1)○是

(2)○否，建議：_____

3. 請問 貴機構在填寫「申請書」上是否有困難？

(1) 無困難

(2) 有困難：（可複選）

A. 不清楚填表方式，請說明：_____

B. 與機構實際狀況不相符，請說明：_____

C. 申請書內容有誤，請說明：_____

D. 其他，請說明：_____

4. 請問 貴機構在填寫「資料」上是否有困難？

(1) 無困難

(2) 有困難：（可複選）

A. 不清楚填表方式，請說明：_____

B. 與機構實際狀況不相符，請說明：_____

C. 資料表內容有誤，請說明：_____

D. 其他，請說明：_____

5. 為協助機構建立自我評核機制，依據全球無菸醫院健康照護網絡之準則，本年度請申請認證之院所應進行自我評量並據實填寫「自我評量表」，請問此種自我評核機制對 貴機構準備本次認證是否有幫助？

(1) 有幫助，請說明：_____

(2) 無幫助，說明及建議：_____

5-1. 對 貴機構而言，「自我評量表」是否容易填寫？

A. 是

B. 否，建議：_____

5-2. 填寫「自我評量表」是否有助於 貴機構自我評估整體運作品質及基準達成度？

A. 是，其幫助為：（可複選）

a. 瞭解基準與評分說明

b. 衡量自身執行內容與品質

c. 有助於訂定改善方向與措施

d. 有助於設計檢討機制

e. 有助於評估改善成果

f. 其他，請說明：_____

B. 否，說明及建議：_____

6. 請問 貴機構對於本次申請認證流程（從申請認證至寄送認證資料表至本會止）是否滿意？

(1)○滿意，請說明：_____

(2)○不滿意，請說明：_____

建議：_____

第二部分：實地訪視作業

1. 貴機構是否滿意實地訪視過程中，認證小組成員與 貴機構人員之互動/溝通？

	非常滿意	滿意	尚可	不滿意	非常不滿意	說明與建議
1-1【認證委員】						
A.輔導態度	○	○	○	○	○	_____
B.資訊提供	○	○	○	○	○	_____
C.專業角色	○	○	○	○	○	_____
D.其他意見與建議	_____					
1-2【陪同人員-衛生局】						
A.輔導態度	○	○	○	○	○	_____
B.資訊提供	○	○	○	○	○	_____
C.專業角色	○	○	○	○	○	_____
D.其他意見與建議	_____					
1-3【陪同人員—健康醫院學會】						
A.輔導態度	○	○	○	○	○	_____
B.資訊提供	○	○	○	○	○	_____
C.專業角色	○	○	○	○	○	_____
D.其他意見與建議	_____					

2. 認證委員於「綜合討論」時段給予的改善建議是否具體可行？

(1)○是

(2)○否，說明及建議：_____

3. 請問 貴機構認為實地訪視時間安排 (100 床以上 150 分鐘；99 床以下 90 分鐘) 是否適當？

(1)○太短，說明：_____ 建議：_____

(2)○適宜，說明：_____ 建議：_____

(3)○太長，說明：_____ 建議：_____

(4)○其他，請建議適宜時間及理由：_____

4. 實地訪視過程中，是否需要邀請所屬衛生局代表列席？

(1)○是

(2)○否，說明及建議：_____

5. 整體而言，本次實地訪視對 貴機構推動無菸醫院是否有實質的幫助？

(1)○有，請問幫助為何：_____

(2)○無，說明及建議：_____

第三部分：認證技術及基準改善

1. 請問 貴機構認為認證基準八大標準之評分說明是否清楚明瞭，且有助準備接受認證？

(1) 是

(2) 否，若有相關建議請填寫於附表，謝謝。

2. 請問 貴機構對於認證基準之八大標準，在準備過程上的難易程度為何？

(以 1 至 5 分表示，1 代表很容易、3 代表適中、5 代表難以達成)

		1	2	3	4	5
(1)標準 1：管理與承諾 明確且堅定地領導健康照護機構有系統地實施無菸政策。		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
說明：						
建議：						
(2)標準 2：溝通 健康照護機構有全面性的溝通策略，以支持醫院無菸政策與戒菸服務的知曉度及落實情形。		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
說明：						
建議：						
(3)標準 3. 教育及訓練 健康照護機構確保對臨床及非臨床人員皆有合適的教育及訓練。		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
說明：						
建議：						
(4)標準 4. 吸菸辨識/診斷與戒菸支持 機構能辨識所有的吸菸者，提供符合國際最佳實證與國家標準之適當照護。		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
說明：						
建議：						
(5)標準 5. 無菸環境 機構有策略以達成無菸園區。		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
說明：						
建議：						
(6)標準 6. 健康職場 有人力資源管理政策與支持系統，以保護和增進所有在機構工作人員的健康。		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
說明：						
建議：						

	1	2	3	4	5
(7)標準 7. 社區參與 根據 WHO FCTC 及/或國內公共衛生策略，在社區辦理及推廣菸害防制活動。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
說明：					
建議：					
(8)標準 8. 監測和評估 健康照護機構定期監測與評估所有 ENSH-Global 標準執行情形。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
說明：					
建議：					

第四部分：整體意見

1. 請問 貴機構對本次認證的感受、心得或意見為何？請說明：_____

2. 請問 貴機構在執行無菸醫院八大標準遭遇之最大困難為何（請依序列出）？請說明：_____

3. 請問本會可再提供哪些方面的輔導與協助，對 貴機構較有幫助（請依序列出）？請說明：_____

4. 整體而言 貴機構對於本年度認證程序安排（從申請加入至進行實地訪視）是否滿意（請依序列出）？

(1)○非常滿意，請說明：_____

(2)○滿意，請說明：_____

(3)○普通，請說明：_____ 建議：_____

(4)○不滿意，請說明：_____ 建議：_____

(5)○非常不滿意，請說明：_____ 建議：_____

5. 請問貴機構對未來無菸醫院認證作業是否有其他的建議？請說明：

本問卷到此結束，感謝您的配合！

填表人單位/職稱：_____

填表人簽名：_____

院長或代理人簽名：_____

附表

無菸醫院評核與網絡發展計畫之無菸醫院認證
檢核重點修正建議

項次	具體修正建議

(若書寫空間不足，請另複印填寫)