

中國醫藥大學

醫務管理學研究所碩士論文

編號：IHAS-362

冠狀動脈心臟病患者與醫護人員對服務品質  
認知落差之研究

**Quality Gap Analysis for Cardiac Catheterization Service**

指導教授：蔡 文 正 博士

研 究 生：葉 娟 娟 撰

中 華 民 國 九 十 五 年 六 月

## 致 謝

就像是參加一場馬拉松越野競賽，眼看著終點就在前頭，儘管多日以來面對多少疲憊與挫折，仍然被心理上堅持的意志力克服，終於到了要寫致謝辭的時刻了，心裡充滿了百感交集。

本論文得以順利完成，首先要感謝恩師蔡文正老師悉心的指導，其豐富的學識及悔人不倦的精神，幫助學生無論是在論文的架構的訂定，更於論文撰寫的每一部分逐字修改，細心的陪我們度過一段艱辛又難忘的歲月，僅此致上最深摯的謝意。同時，感謝戴志展所長以及張燕主任在口試上的修正與指導，讓我獲益良多。

在研究所二年的求學生涯，同學之間教學相長的情誼令我難忘，更使得平淡的生活增添許多色彩，深厚的友誼將永遠銘記在心。非常感謝崇銘學長以及媿吟學姊在問卷的統計及論文的編排不厭其煩的協助，林宏茂醫師一路走來的指導與鼓勵，佳怡、嘉欣、珮琳陪我在研究室日夜的趕工，這段快樂時光將成為我人生中最美的回憶。

感謝王丹江院長、張燕主任、鍾政達主任、彭安娜主任求學之路的支持與肯定，沒有您們的支持，就沒有今天的我。感謝所有關心我的朋友及工作夥伴們一路上的相伴，楊立群醫師、邱瑩明醫師在身邊為我加油打氣，瓊枝、美麗、虹岑、碧娥、景芊、寶玉、玫瑰、秀琴、玉芬、佳靈在問卷回收時給予的協助。更感謝家人的支持與鼓勵，讓我在求學過程無後顧之憂。再次感謝其他未能一一提及，曾經幫助、支持及鼓勵我的朋友：謝謝您們！

最後，僅將此篇論文獻給我在天上的母親，您是我最想分享這份榮耀的人，謝謝您所付出的一切，我愛您！

## 摘要

**目標：**心臟血管疾病位居國人十大死亡第二名，罹患冠狀動脈疾病的人口逐年增加，利用心導管檢查及經皮冠狀動脈氣球擴張術漸漸成為治療冠狀動脈疾病的主流。本研究利用服務品質模式，探討病患對醫療服務品質之期望與醫護人員對病患的醫療品質期望認知之落差（缺口一），與病患對醫療品質的期望與滿意度之落差（缺口五）之相關因素，並探討影響病患就醫滿意度之相關因素，以作為改善心導管醫療服務品質之參考。

**方法：**本研究之對象為中南部四家醫院的心導管醫護人員及患者。以結構式問卷，醫護人員有效問卷 75 份，病患 603 份。主要以 PZB 服務品質模式及其發展出的 SERVQUAL 服務品質量表為理論基礎設計問卷。在統計方法上，除利用描述性統計外，另採用變異數分析及複迴歸分析找出影響病患對醫療品質的期望與滿意度落差(缺口五)之因素，及影響病患就醫整體滿意度之的相關因素。最後，利用重要性/績效分析法探討病患對心導管醫療品質的迫切改善項目。

**結果：**在醫護人員與病患對醫療品質的期望落差方面，以回應性落差最大，其次依序為有形性、保證性、同理性及可靠性。在衡量問項中，落差最大的前三項為適時的提供醫療（藥物）諮詢、醫

療服務能方便病患、專業的穿著。進一步利用變異數分析進行探討，結果發現醫師對缺口一的落差大於護理人員。

在缺口五方面，五大構面中的落差依序為有形性、回應性、同理性、可靠性與保證性。以複迴歸分析在控制其他變項後，發現影響缺口五之因素與家庭平均月收入、身體不適情形、手術部位和就醫層級相關。影響病患對醫療整體滿意度的因素，包括就醫者的教育程度、平均家庭月收入、疼痛的嚴重度及同理性構面。

本研究以重要性/績效分析法發現落在迫切改善區分別為：「安全的設備」、「整潔舒適的環境」、「專業的穿著」、「足夠的專業知識回答病患問題」和「以病患的最大利益為優先考量」。

**結論：**醫院若要提昇競爭力，管理者應瞭解心導管醫療服務的需求及缺口，尤其先從重要性/績效分析之後，落於「迫切改善區」之五個服務項目著手，以達到符合病患期望的品質。

**關鍵字：**心導管檢查、服務品質模式、服務品質、缺口、SERVQUAL

重要性/績效分析

## Abstract

**Objective:** Cardiovascular disease was the second cause of mortality in Taiwan. The incidence of the coronary arterial disease increased progressively year by year. Percutaneous transluminal coronary angioplasty/Stent is the standard procedure of treating the coronary disease. Our study made use of the service quality model (SERVQUAL model) to find the perceptible gap of the medical quality between the medical professionals and patients (gap 1) and the gap between the expectation of medical quality and satisfaction of the patients (gap 5). The gaps would be the reference of improving the quality of coronary catheterization service.

**Method:** The samples included the physicians and nurses of the catheterization room and the patients receiving coronary catheterization of the hospitals in mid-south Taiwan. We collected data with questionnaire by interviewers. The valid questionnaire includes 75 medical professionals and 603 patients. The questionnaire was designed from PZB's SERVQUAL questionnaire. We used the descriptive statistics, bivariate analysis, and multiple regression analysis to find the gap between the expectation of medical quality and satisfaction of the patients (gap 5) and to find the factors influencing the overall medical satisfaction. At last, we use the importance - performance analysis (IPA) to detect the service items needed to be concentrated for improvement.

**Result:** At the gap of expectation of the medical quality between the medical professionals and patients, the dimension of "responsiveness" was ranked the first, then the "tangibles", "assurance", "empathy" and "reliability" as order. The 3 items causing the major gap

were the appropriate medical consultation, convenience and the professional dress. The bivariate analysis revealed that the gap 1 of the physicians is larger than that of the nurses.

At the gap 5, the ranks of 5 dimensions were “tangibles”, “responsiveness”, “empathy“, “reliability” and “assurance” as order. Multiple regression analysis revealed that the mean family income, physical discomfort, operative site and the hospital level had a different effect on gap 5. The influent factors of the patient’s satisfaction included the level of patient’s education, mean family income, severity of the pain and the dimension of “empathy”.

IPA revealed “safe equipments”, “clean comfortable environment”, “professional knowledge” and “the first consideration of the patient’s advantage” fell in “concentrate here” respectively.

**Conclusion:** The manager should understand the needs and the gaps of coronary catheterization service to increase the competitive ability. Especially, the fives items falling in the “concentrate here” revealed by IPA should be improved first to arrive the patient’s perceptive quality.

**Key words:** Coronary catheterization, service quality model, gap, service quality, SERVQUAL, Importance - performance analysis (IPA)

# 目 錄

<b>第一章 緒論</b>	
第一節 研究動機.....	1
第二節 研究目的.....	4
<b>第二章 文獻探討</b>	
第一節 冠狀動脈心臟病之簡介.....	5
第二節 健康照護系統在冠狀動脈疾病的角色.....	8
第三節 影響病患選擇就醫的相關因素.....	11
第四節 醫療服務品質與顧客滿意度.....	14
第五節 重要性/績效分析法.....	24
<b>第三章 研究設計與方法</b>	
第一節 研究流程與研究架構.....	27
第二節 研究對象與資料來源.....	30
第三節 問卷設計與信效度.....	31
第四節 研究對象與操作型定.....	34
第五節 資料處理與分析方法.....	37
<b>第四章 研究結果</b>	
第一節 描述性統計分析.....	39
第二節 推論性統計分析.....	42
<b>第五章 討論</b>	
第一節 描述性分析結果之討論.....	77
第二節 變異數分析及複迴歸分析之討論.....	83
第三節 重要性/績效分析法.....	87
<b>第六章 結論與建議</b>	
第一節 結論.....	89
第二節 建議.....	91
第三節 研究限制.....	92
<b>參考文獻</b>	
英文文獻.....	93
中文文獻.....	97

## 表目錄

表 2-1 1998-2001 年每年執行心導管檢查之總醫療利用情形.....	10
表 2-2 影響醫療顧客就醫選擇的因素.....	18
表 2-3 PZB 服務品質因素與意義.....	33
表 2-4 服務品質決定構面表.....	33
表 3-1 醫護人員對醫療品質的整體期望構面之問卷信度分析.....	33
表 3-2 醫護人員對醫療品質的整體滿意度構面之問卷信度分析.....	33
表 3-3 病患對醫療品質的整體期望構面之問卷信度分析.....	33
表 3-4 病患對醫療品質的整體滿意度構面之問卷信度分析.....	33
表 3-5 變項操作型定義--醫護人員部分 (自變項).....	34
表 3-6 變項操作型定義--病患個人特性 (自變項).....	35
表 3-7 變項操作型定義—病患 (依變項).....	36
表 3-8 變項操作型定義—複迴歸 (缺口一).....	36
表 3-9 項操作型定義—複迴歸 (缺口五) 依變項.....	36
表 4-1 醫護人員基本資料.....	58
表 4-2 病患基本資料.....	59
表 4-3 醫護人員與病患對醫療品質期望落差 (缺口一) 之描述性分析 .....	62
表 4-4 醫護人員與病患對醫療品質期望落差 (缺口一) 之雙變項分析-- 依醫護人員性別表.....	63
表 4-5 醫護人員與病患對醫療品質期望落差 (缺口一) 之變異數分析-- 依醫護人員年齡.....	63
表 4-6 醫護人員與病患對醫療品質期望落差 (缺口一) 之變異數分析-- 依醫護人員教育程度.....	63



表 4-7 醫護人員與病患對醫療品質期望落差（缺口一）之雙變項分析-- 依醫院層級.....	64
表 4-8 醫護人員與病患對醫療品質期望落差（缺口一）之雙變項分析-- 依醫護人員職務別表.....	64
表 4-9 醫護人員與病患對醫療品質期望落差（缺口一）之雙變項分析-- 依醫護人員是否為主管/副主管.....	64
表 4-10 醫護人員與病患對醫療品質期望落差（缺口一）之變異數 分析--依心臟專科醫師年資.....	65
表 4-11 醫護人員與病患對醫療品質期望落差（缺口一）之變異數分析-- 依每月執行心導管案例.....	65
表 4-12 醫護人員與病患對醫療品質期望落差（缺口一）之雙變項分析-- 依是否修習過管理課程並獲學.....	65
表 4-13 病患對醫療品質期望與滿意度落差（缺口五）之描述性分析 .....	66
表 4-14 醫護人員與病患對醫療品質滿意度落差之描述性分析.....	67
表 4-15 病患對醫療品質期望與滿意度落差（缺口五）之雙變項分析— 依性別.....	68
表 4-16 病患對醫療品質期望與滿意度落差（缺口五）之變異數分析--依 年齡.....	68
表 4-17 病患對醫療品質期望與滿意度落差（缺口五）之變異數分析--依 教育程度.....	68
表 4-18 病患對醫療品質期望與滿意度落差（缺口五）之變異數分析--依 婚姻狀況.....	69
表 4-19 病患對醫療品質期望與滿意度落差（缺口五）之變異數分析--依 職業別.....	69

表 4-20 病患對醫療品質期望與滿意度落差（缺口五）之變異數分析--依 平均所得.....	69
表 4-21 影響病患期望與滿意度落差（缺口五）之複迴歸分析.....	70
表 4-22 影響病患整體滿意度之複迴歸分析.....	72
表 4-23 病患對醫療品質重要性（期望）與績效（滿意度）之分析表..	74



## 圖目錄

圖 2-1	PZB 服務品質概念模式.....	17
圖 2-2	顧客滿意度觀念性模型.....	23
圖 2-3	重要性/績效分析法圖.....	26
圖 3-1	研究流程圖.....	27
圖 3-2	研究架構.....	29
圖 4-1	重要性/績效分析法.....	75
【附錄一】		
醫護人員對心導管醫療服務品質的期望與知覺服務問卷.....		98
【附錄二】		
患者對心導管醫療服務品質期望與認知問卷.....		102

# 第一章 緒 論

## 第一節 研究動機

心臟病在歐美先進國家常是死亡的主要原因。在美國冠狀動脈阻塞引起的缺血性心臟病(Ischemi Heart Disease; 簡稱IHD)和其合併症或併發症，不僅是美國十大死亡原因的第三名，也耗費了美國許多寶貴的醫療資源(Knudtson et al., 2002; Stephen et al., 1995)。近年來，台灣地區由於經濟快速發展，民眾的生活步調緊張忙碌與飲食方式改變，再加上人口的快速老化，冠狀動脈疾病的發生率有逐年增加的趨勢。

在台灣地區十大死亡原因中，心臟疾病的死亡率在民國93年已經由原來的，第三名躍升為第二名。自89年至93年心臟血管疾病的死亡人口已由10,552人增加到12,861人，死亡率也從8.48% 提高至9.62% (衛生署，2005)。而在總死亡人口中，因為缺血性心臟病而死亡的民眾，在民國89年為19.7%、民國90年為19.9%，嚴重危害到國人的健康與生命(衛生署，2001)。而在心臟病的各項疾病中，冠狀動脈疾病是造成心臟衰竭住院及死亡的最主要原因。此外，我國國民1998年醫療保健支出中個人門住診醫療達3,982億元，在循環系統疾病上就花了403億元，佔門診醫療支出的10.13%。另一個統計數字顯示國內因缺血性心臟病罹患人口逐年

上升，全民健康保險每年約有百分之一的經費必須花費在此項疾病的診斷及治療（中央健保局，2001）。

隨著醫療技術的進步，冠狀動脈疾病的治療可說是一日千里，過去五十年來科技進步，使得冠心症的預防及治療有了實質上的進步。經由公共健康政策及醫療體系，這些進步的醫療科技有效地改善了冠心症病人的存活率及生活品質。在各種冠狀動脈疾病的治療方式中，醫師會依據患者病情投予血栓溶解劑藥物治療、心導管檢查、經皮冠狀動脈氣球擴張術(Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty；簡稱 PTCA)及血管支架置放術，或外科冠狀動脈繞道手術(Coronary Artery Bypass Grafting；簡稱 CABG)。自 1977 年起，Dr. Gruentzig 利用心導管技術發展出來的經皮冠狀動脈氣球擴張術漸漸成為治療的主流，配合各項技術及材料日新月異的進展，能有效的打通狹窄的血管，該項手術成功率高，病患恢復期極短，因此在短短的 25 年間，成為治療冠狀動脈疾病最常見的治療模式(Ayanian, 2001)。

但是患者在接受冠狀動脈侵入性治療的過程，其感受到的各項處置，皆會影響病患對醫療品質良好與否的感受。近年來，醫療產業界已經從以醫師為中心的醫療模式，逐漸調整成以病人為中心的醫療模式，對於病患的感受是醫療從業人員必須持續關心

注意的。就心導管的各項處置而言，要有效治療冠狀動脈心臟病，需要完整的團隊合作，其牽涉的不同構面甚廣。其中包括現代科技化的硬體設備，優良的介入性導管材料，技術高超的醫師，專業的護理人員，在在皆影響整體服務的品質。

評估醫療產業界所提供之服務品質，對於醫療管理者而言，能有效的了解本身提供的服務是否滿足病患的需要。鑒於國人之心血管疾病的日益增加，心導管處置之蓬勃發展，民眾接受心導管治療的服務品質自然更顯得重要。然而過去的研究，卻很少有對於心導管醫療服務品質的深入探討。事實上，嘗試了解病患對心導管服務品質的各層面的重視程度與實際感受，將有助了解心臟病患之需求，並據以檢討，進而提升心導管室的醫療服務品質。

## 第二節 研究目的

本研究擬以具有心導管室設備並實際執行心導管檢查及治療處置之醫療機構為目標，以心導管室之醫護人員及接受心導管處置之病患為研究對象，利用PZB(Parasuraman、Zeithaml& Berry)服務品質模式，探討冠狀動脈心臟病患者與醫護人員對醫療服務品質認知之落差，作為將來改善醫療服務品質之參考。

本研究之具體目的主要分為下列幾點：

- 一、瞭解冠狀動脈心臟病患者對心導管醫療服務品質的期望與醫護人員對患者的醫療品質期望認知之落差(缺口一)。
- 二、瞭解冠狀動脈心臟病患者對醫療品質期望與滿意度之落差(缺口五)。
- 三、找出影響冠狀動脈心臟病患者對醫療品質期望與滿意度缺口之相關因素。
- 四、瞭解冠狀動脈心臟病患者就醫的滿意度。
- 五、分析影響病患滿意度之相關因素。
- 六、利用醫療品質期望與滿意度的缺口，提供醫療機構作為改善心導管醫療服務品質之參考。

## 第二章 文獻查證

### 第一節 冠狀動脈心臟病之簡介

#### 一、冠狀動脈心臟病之定義、特性

心臟是一個肌肉構造，肌肉收縮時能將血液運送到全身。冠狀動脈是直接供應血液給心臟的血管。隨著年齡的增長，冠狀動脈會因為脂肪沉積(稱為斑塊)逐漸堆積而變窄或阻塞不通，這種情況稱為動脈粥狀硬化(Atherosclerosis)或動脈硬化 (Braunwald, 2005)。當動脈狹窄更為厲害時，通過的血流量降低，造成心臟無法得到足夠的氧氣，形成心臟缺氧(Ischemia)，發作時病人感到的疼痛就稱為心絞痛(Angina)。

心臟病一向是先進國家死亡的主要原因，例如在美國冠狀動脈阻塞引起的缺血性心臟病(Ischemia Heart Disease; 簡稱 IHD)和其合併症或併發症，不僅是美國十大死亡原因的第三名，也耗費了美國許多寶貴的醫療資源(Knudtson et al., 2002; Stephen et al., 1995)。冠狀動脈疾病 (Coronary Artery Disease; 簡稱 CAD) 患者，在疾病初期症狀並不明顯，當冠狀動脈隨著時間日益狹窄或出現急性堵塞時，則會出現症狀。冠狀動脈疾病患者可能出現的症狀如：胸痛、手臂、頷或背部疼痛、呼吸急促、噁心、嘔吐、流汗過多、冒冷汗及心悸或心跳不規則 (Lee & Goldmam, 2000)。



冠狀動脈疾病的診斷包括靜態心電圖(ECG)、運動心電圖、胸部 X 光和血液檢查等初步的檢查，當初步檢查顯示冠狀動脈疾病之可能性時，醫師可能建議做冠狀動脈血管攝影(心臟血管的 X 光)，醫師可以藉由此看到冠狀動脈損壞的確切位置和程度，並且提供最好的治療方式。

## 二、冠狀動脈疾病心導管相關的治療

傳統對於冠狀動脈疾病的治療方式主要是藥物治療及開心手術治療，近 20 年來由於醫療科技的進步，心導管技術漸趨成熟，冠狀動脈心臟病患接受心導管介入性治療(Percutaneous Coronary Intervention；簡稱 PCI)也已經成為治療主流(Braunwald, 2005)。PCI 包含了傳統的氣球擴張術，以及近年來衍生之支架置放術。介入性治療之早期死亡率及併發症較高，隨著醫師技術及經驗之累積，輔助藥物之進展，加上合併使用支架置入術，因而大大的減少了併發症及死亡率(Popma, 2002)。隨著此一醫療科技的進步，接受介入性治療的病患，從 1987-2001 年成長達 266 %，以下簡介介入性治療的幾種方法(Braunwald, 2005)：

### (一) 氣球擴張血管成形術(Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty；簡稱 PTCA)

在這種處置中，會使用一個醫療用的氣球導管來打通阻塞的

血管，這也稱為經皮穿腔冠狀動脈成形術(PTCA)，氣球在動脈內漲大，進而打通阻塞的區域，以改善血流狀態，能降低心臟病發作的風險。過去許多研究顯示，使用氣球擴張血管成形術(PTCA)，對短期結果而言手術成功率達 90%，死亡率小於 1%，顯示冠狀動脈氣球擴張血管是一項安全又有效的手術；對長期而言，使用冠狀動脈氣球擴張術約有 30-40%的再狹窄率，而這也是氣球擴張術最需面對的問題 (Branuward, 2005)。為了克服再狹窄的問題，心臟血管支架置放術遂成為現今重要的治療方式。

## (二) 冠狀動脈支架置放術 (Stent)

1990 年代心臟血管支架置放術開始引進，有效地改善了接受 PCI 病人的早期及後期的結果。這種手術將裝載在氣球導管上的支架植入動脈中，並放置在阻塞的部位，隨著氣球脹大，遂使支架擴張並牢固地壓在冠狀動脈壁上，植入支架後使狹窄的動脈恢復通暢，從而改善心臟的血流。心臟血管支架置放術有效地減少了 PCI 的併發症及再手術的次數(Braunwald, 2005)。

## 第二節 健康照護系統在冠狀動脈疾病的角色

過去五十年來科技的進步，使得冠心症的預防及治療有了實質上的進步。經由公共健康政策及醫療體系，這些進步的醫療科技有效地改善了冠心症病人的存活率及生活品質（Pearson, 1998）。由於心臟疾病為英美疾病之主要殺手，因此兩國以建立臨床指引、發展了心臟照顧不同層面的國家標準及發展冠狀動脈疾病之醫療績效報告為增進心臟照護的重要策略，然而，這樣的僅僅有限地影響了若干醫院努力改善品質，卻無法要求醫師改善醫療行為（Ayanian, 2001; Schneider, 1998）。

根據統計，在 21 世紀初期，心臟血管疾病佔已開發國家死亡人口約的 50%，在開發中國家則是 25% (WHO, 2002)。在台灣地區，依據衛生署統計，心臟疾病的死亡率在民國 93 年已經由原來的死亡率第三名躍升為第二名；民國 89 年至 93 年心臟血管疾病的死亡人口已由 10,552 人增加到 12,861 人，死亡率也從 8.48% 提高至 9.62% (2005)。在總死亡人口中，因為缺血性心臟病而死亡的民眾，在民國 89 年為 19.7%、民國 90 年為 19.9%，嚴重危害到國人的健康與生命(衛生署，2001)。而在心臟病的各項疾病中，冠狀動脈疾病是造成心臟衰竭住院以及死亡的最主要原因。此外，我國國民 87 年醫療保健支出中個人門住診醫療達 3,982 億元，在循

環系統疾病上就花了 403 億元，佔門診醫療支出的 10.13%。另一個統計數字顯示國內因缺血性心臟病罹患人口逐年上升，全民健康保險每年約有百分之一的經費必須花費在此項疾病的診斷及治療上(中央健保局，2001)。因此，各國對於心臟疾病的醫療、研究及預防皆投入極大的心力與經費。

中央健保局在民國88年7月將心導管檢查及冠狀動脈氣球擴張術納入擴大實施論病例計酬的項目之一，大量提高了昂貴的心臟科技設備的使用，此項技術能協助早期發現冠狀動脈心血管疾病，甚至有效的治療。據蔡文正（2005）研究分析顯示：心導管利用於1998-2001年急速上升，其四年間醫療利用成長率為22.47%（表1-2），而醫療費用成長率更高達77.24%，位居國內九項高科技醫療儀器總利用率之冠。高科技醫療設備的發展提高了民眾就醫的可近性，但是，也使醫療成本大幅提升。近年來台灣醫療市場競爭日趨激烈，提供高科技醫療設備與技術，成為醫院行銷與建立醫院形象的重要方法(孫光芬，1990；陳楚杰，1996)。高科技醫療儀器與設備的研發，不但有助於提升正確的臨床診斷及有效的治療，對於強化醫療服務產業功能有有很大的貢獻（Gibson & Eugene, 1994; Lazaro & Fitch, 1995; 陳孝平，1999; 江東亮，2002）。

全民健保實施後，醫療費用改以第三者付費的方式支出，讓

病患對醫療價格意識降低，即產生所謂道德危機（Moral Hazard）（盧瑞芬、謝啟瑞，2000）。許多研究認為醫療機構的增加使醫療市場競爭越激烈，醫院為強化競爭力，以優質設備作為吸引病患的號召，會增購先進的高科技醫療儀器維持市場優勢（Hillman et al., 1987; teplensky et al., 1995 ;李一鑫，2000）。依據李隆生(1999)調查醫院購買貴重醫療儀器的考慮因素中以「提高醫療品質」獲得最大的認同（78%）。

台灣地區冠狀動脈心臟病罹病率逐年增加，高科技醫療技術與設備的發展，除了有效的為病患解決病痛之外，在服務過程中所提供的照護品質，是否能真正符合病患的期望與需求。因此，高科技醫療是否也能成為高醫療服務品質的另一代名詞，仍有待研究探討。而本土的健康照護體系除了致力於降低成本外，也應嚐試從更宏觀的視野提供更具品質之醫療環境。

表 2-1 1998-2001 年每年執行心導管檢查之總醫療利用情形

年度	醫令數量	總費用	平均費用
1998	32,816	142,776,504	4,350.8
1999	41,734	390,648,384	9,360.4
2000	54,402	705,829,916	12,974.2
2001	60,282	794,919,668	13,186.7
年長率	22.47%	77.24%	

資料來源：龔佩珍，2002

備註：1.民88年6月底前，心導管檢查為非DRG申報項目。

2.民88年年7月開始，心導管檢查為DRG申報項目。

### 第三節 影響病患選擇就醫的相關因素

#### 一、就醫的決策過程

病患就醫的決策過程是指：病患對於考慮接受何種醫療服務所經歷的各個決策階段。由於每個人對於醫療服務品質認知各個層面的權重不相同，選擇就醫的決策亦不同，有人注重醫師的專業能力，有人卻會重視非專業的技能，如醫病關係、良好的服務態度、交通便利等，各種因素皆可能影響其選擇就醫決策過程。

根據Engel等人 (1994)將消費者購買模式分為五個階段，應用於醫療產業分別於病患在就醫之前先做「問題確認」，對於相關醫療知識與資訊作「內部及外部的搜尋」，利用醫療品質、收費標準、服務的屬性及其就醫意願等進行「方案評估」後，進行「購買決策」，並在購買（就醫）後，對醫療服務再進一步做「購買後的評估」，這種效應稱為滿意度，滿意度的高低則會影響病患日後的就醫行為。

Anderson (1975) 提出一套行為模式，以分析某一特定團體中個人尋求醫療服務的特性。與醫療服務利用最直接相關的就是個人決定因素，主要包括三類因素：(一)傾向因素：包含有基本人口學特徵，如年齡、性別、婚姻、籍貫、教育程度、職業等；對健康的想法與態度，對健康照護的態度與對傷病的認識；(二)能用因

素：包含家庭方面，如：所得、保險、有無固定醫療資源等；社區方面，如城鄉地點、醫療價格等；(三)需要因素：包含自覺健康狀況、臥床日數與醫師檢查的徵候或診斷。

## 二、病患選擇就醫之相關因素

自覺疾病徵候的嚴重程度，是影響一般民眾就醫與選擇不同醫療院所就醫的最主要因素（張苙雲，1998）。當一般民眾有就醫需求時，會先自行評估病症的嚴重性，若自覺症狀很嚴重，患者多會儘快尋求專業醫療的協助，並針對過去的患病經驗、對疾病症狀的瞭解情形，以及對不同醫療院所的了解與認知，再選擇適合的醫療院所就醫。David等人(2004)調查53所醫院2256位罹患心肌梗塞痊癒後出院的病患，發現社經地位較高者、家庭所得較多及教育程度較高之族群，表示比較願意自費接受冠狀動脈介入性治療，換取更迅速的服務，而不願意接受等待檢查的流程，但是，相對地對醫療服務的滿意程度亦較低。

過去在探討醫療顧客就醫選擇的國內、國外相關研究中，認為影響醫療顧客的就醫選擇主要有二大因素，一個是偏向醫療利益與服務利益的屬性，如醫師的醫術、醫德、護理品質、醫療設備、員工的服務態度、就診科別的完整性、醫院的環境與硬體設備等。據另一個主要因素為偏向醫療顧客需付出的時間、金錢、

精力等就醫成本屬性，如醫院距離的遠近、付費金額、就醫的方便性等（Gooding, 1995）。而醫療顧客對某醫院的就醫態度是個人對醫院在各種屬性上表現評估的總合，如果能確認醫療顧客在選擇醫院時考慮的醫院屬性，醫院的管理者即可以策略性的修正醫院的屬性，進而影響醫療顧客的就醫選擇（Taylor & Cosenza, 1999）。

蔡文正（2002）指出要提升民眾至基層診所就意願，除了要從消費者的角度來思考外，亦需考量供給者的因素，其中服務品質實為關鍵因素（蔡文正、龔佩珍，2003）。依據黎伊帆（2004）研究結果顯示：民眾對於就醫醫院的意願選擇因素與「過去經驗」有顯著關係。關於民眾選擇醫院因素在國內外相關研究中，其重要性均不同，研究結果的一致性並不是很高。此外，除了屬於醫院或醫師個人專業技能的相關因素之外，就醫民眾的社會人口特性，如性別、年齡、教育程度、婚姻狀態、收入等及病患本身的疾病嚴重度，均是影響民眾的就醫選擇的重要因素。



## 第四節 醫療服務品質與顧客滿意度

### 一、服務品質的定義與特性

服務的理念幾乎已經是企業存在的核心要素，廣義上來說，很難去區分服務及產品的界線（蔡文正，2004）。Zeithaml(2002)認為服務是行為（deeds）、過程(process)與績效(performance)，服務本質上是無形的。多位學者（Kolter, 2003; PZB, 1988)認為服務之所以不同於一般的有形商品，因為它具備無形性、不可分割性、異質性、易消逝性等四大特性。

根據Parasuraman、Zeithaml、Berry(1985)三位學者提出「服務品質知覺連續帶」的觀念，認為品質的評估函數乃是由「消費者的期望、服務過程品質、結果品質」等三者構成。Boulding等人(1993)指出服務品質是一種累積性的知覺，是消費者對服務的一種長期性、整體性的知覺或評估。Dabholkar等人(1996)提出除了所提供的服務實體設備、人員互動、可靠性、及問題解決也都屬於服務品質的構面。

### 二、PZB服務品質模式

Parasuraman、Zetihaml及Berry於1985年利用深度訪談之方式，訪問證券經紀商、信用卡公司、銀行業、產品維修等四個行業的管理人員有關該公司服務品質的問題。另一方面，則對顧客

進行實地訪問，並發展出一套服務品質的觀念模式，簡稱『PZB』。研究中指出，服務品質是顧客整體性的評量態度，服務品質來自顧客對於接受服務前的期望與接受服務後的認知之間的差距，所做的一種整體性、累積性、長期性的評估。

PZB三位學者並於1988年進一步提出服務品質的定義為「符合或超越顧客期望的程度」。他們認為，並建立了一個服務品質模式，以找出可能存在的影響服務品質的五個缺口(gap)，以及影響缺口大小的因素。『PZB模式』強調消費者是服務品質最重要且唯一的決定者。無論任何一種形式的服務業，要完全正確的滿足顧客的需求，必須縮小模式中五道服務品質模式的缺口(Gap)差距。

在『PZB』模型中，消費者根據過去的經驗、個人需求與口頭溝通，產生了其心目中所期望的服務，該模型共有五個缺口，模型核心焦點為顧客缺口(缺口一)(Zeithaml & Binter, 2002)，其餘四個缺口乃是為解決顧客缺口所提出，各缺口與整體模型(圖2-1)與內容分述如下(Foster, 2003; Parasuraman et al., 1985; Zeithaml & Binter, 2002)：

1. 缺口一：又稱為顧客缺口，指顧客實際的期望與管理者對顧客期望的認知差距，影響顧客期望的因素包括：口碑、個人需求及過去經驗。

2. 缺口二：指管理者雖然清楚顧客的實際需要，但並沒有被轉換成顧客導向的服務設計與標準。
3. 缺口三：指管理者雖然已經規劃出實際顧客所期望的服務設計與標準，可是並無法保證在提供服務過程中能維持其一致性。
4. 缺口四：指管理者實際提供服務與顧客由管理者宣導所接收到的服務認知之間的差距。
5. 缺口五：指顧客接受服務後的認知與顧客期望服務間的差距，即為病患滿意度與病患期望之比較。

將PZB缺口模式運用在醫療產業界，可以依據此理論進行醫療供給者與醫療消費者間之醫療服務品質缺口分析，並將分析結果作為醫療機構未來改善服務品質的重要關鍵。

### 三、SERVQUAL 服務品質量表

SERVQUAL是依據Parasuraman Zeithamel和Berry（1985）所發展出的服務品質調查表，並於1988年將服務品質的決定性構面由原先的十個構面減少為五個構面，分別為有形性（Tangible）、可靠性(Reliability)、回應性(Responsiveness)、保證性(Assurance)以及同理性(Empathy)，其減少後的變化內容如表所示(林英治，1993)（表2-4）。SERVQUAL調查表只有二十二個調查項目，使用簡便，可讓人在短時間內填寫，由於具有某種程度的可靠度，即

不同的人對相同問題有類似的解讀，因此，許多公司採用SERVQUAL，並證實該表可套用於許多不同的情況(Foster, 2003)。

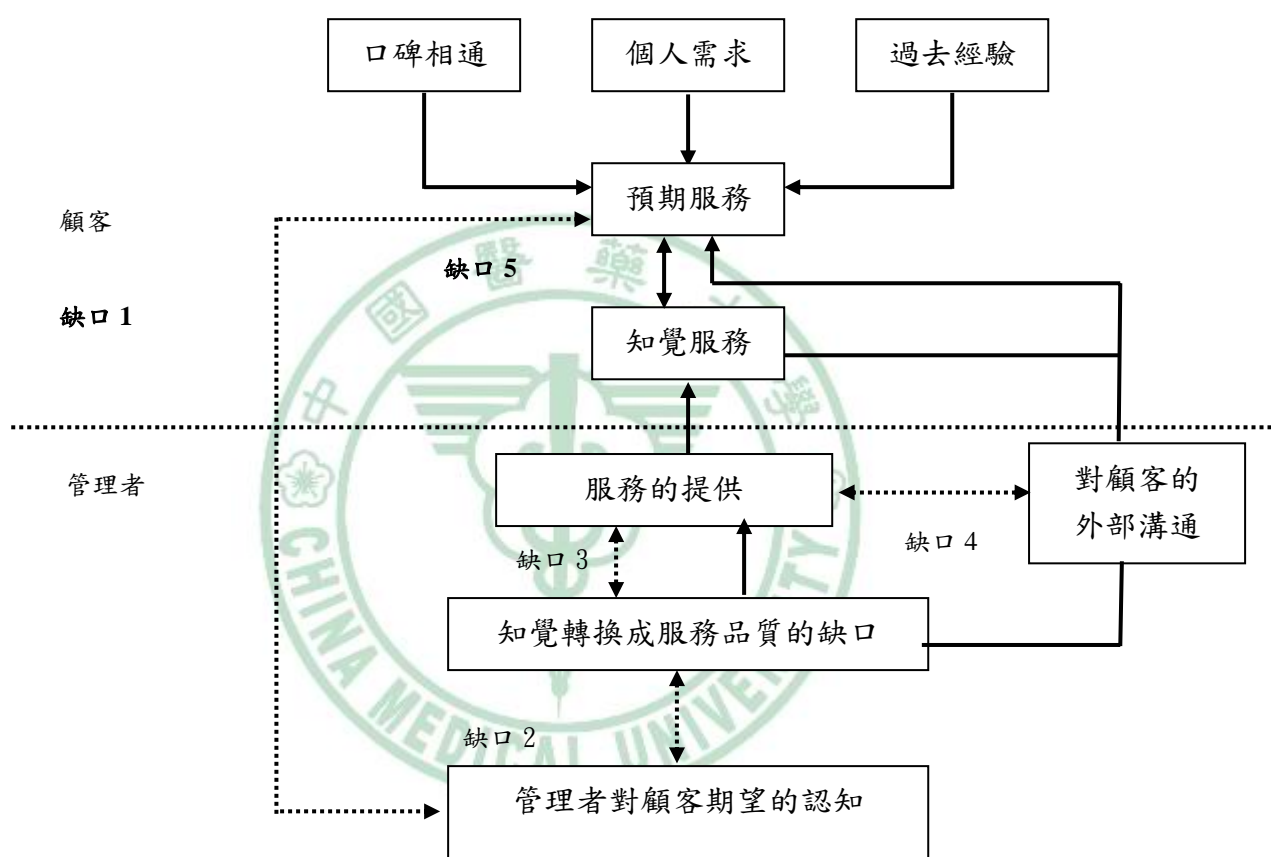


圖2-1.PZB服務品質概念模式

資料來源:Parasuraman et al.,1990

表2-2服務品質決定構面表

構面(1988)	定義	構面<1985>	定義《1985》
有形性 (Tangible)	指硬體設備、設施、服務人員的外貌	有形性 (Tangible)	指服務的實體部分，包括硬體設施、服務人員儀容等。
可靠性 (Reliability)	可靠地和正確地執行所承諾服務的能力	可靠性 (Reliability)	可信任並正確地執行所承諾服務的能力
回應性 (Responsiveness)	工作人員幫助顧客及提供及時服務的意願	回應性 (Responsiveness)	指工作人員協助顧客和提供即時服務的意願
保證性 (Assurance)	服務人員的知識與禮儀，和取得案主信任的能力。包括提供專業服務的知能和技術，以及對案主的專業態度及尊重，並與案主做有效的溝通，藉以協助案主獲得最大的利益。	能力 (Competence)	具有服務執行所需的知能。
		禮貌 (Courtsey)	服務人員對顧客有禮貌、尊重、體貼、與友善
		信譽度 (Credibility)	值得信賴、可靠、誠實、重視消費者權益。
		安全性 (Security)	在一個沒有危險顧慮的環境下提供服務
同理性 (Empathy)	指對案主的個人及問題的真正關心和瞭解，給予案主應有的關切和體諒。包括服務提供時的親切性和體諒，以及瞭解案主需求的態度和能力。	接近性 (Access)	使消費者很容易接觸、使用服務設施，包括時間、地點與方式上的便利性。
		溝通性 (Communication)	以消費者能瞭解的語言進行溝通，以及願意傾聽消費者的意見。
		瞭解 (Understanding)	瞭解顧客的需求。

資料來源:林英治，1993

Parasuraman 等人(Parasuraman et al.,1985 ; Zeithaml & Binter , 2002) 提出在 SERVQUAL 量表中經修正的五大服務品質構面架構，敘述如下：

1. 有形性(tangibles):指實體設施、提供服務的工具以及服務人員的儀表等。
2. 可靠性(reliability):指服務品質是否維持一致的水準。
3. 回應性 (responsiveness) :指主動協助顧客與迅速提供顧客回應的能力。
4. 保證性(assurance):指員工具備的知識、禮貌與服務執行的結果，能否獲得顧客的信賴。
5. 同理性(empathy):指關懷顧客的心與個人化的服務。

SERVQUAL 量表包含顧客期望 (customer expectations) 和顧客認知 (customer perceptions) 兩部分，當顧客的期望服務大於認知服務時，顯示其對服務品質感到不滿意；反之，當顧客的期望服務小於認知服務時，則是對服務品質感到滿意。因此，當組織欲改善服務品質時，必需先瞭解在五個構面中顧客的期望和認知，如此才能明白其中的缺口，並且針對各個缺口做有效的改善措施，如此方能有效的提昇顧客滿意度。

SERVQUAL已經應用到許多服務接觸方面的評估，其最重要

的功能在於透過週期性的顧客調查以追蹤服務品質方面的趨勢；而其優點在於可以做醫院之間的比較，且有較強概念架構及實驗基礎（Hart, 1992）。

Parasuraman（1990）等人認為可藉由此 SERVQUAL 量表來衡量服務提供者所提供出服務品質的優劣。在實際衡量方法運用，SERVQUAL 量表是以消費者主觀意識為衡量重點，藉由先衡量消費者對服務的期望，再衡量消費者對服務結果的知覺，兩者之間的差距(缺口)即構成服務品質高低判斷的標準。

在服務品質的領域中，PZB 的服務品質概念性的模型及 SERVQUAL 服務品質量表經由許多專家學者不斷的改進和發展，並相繼將研究結果發表。O'connor 等人(1994)更指出 SERVQUAL 已成為目前最受學界使用的服務品質評量模式。

#### **四、SERVQUAL 服務品質量表在醫療服務的相關研究**

Bolton and Drew(1991)提出一套利用 PZB 的服務品質模式為基礎的模式，這套模式稱為「顧客評估服務品質與量值的多階段模式」。其中的概念主要是利用顧客預期與實際認知的差距觀念所建構而得，由此模式可得知顧客所認知的服務品質是直接受到由顧客期望與實際感受到的服務水準之間的差距所間接帶來的影響。

回顧過去相關文獻，Dayananda（2004）在英國曾利用 SERVQUAL 的架構來評估牙科健康照顧的服務缺口，藉以監測其品質，其選擇二間牙科診所(公私各一)，結果顯示價格是影響客戶品質知覺的主要因素，證明利用此一模式可找出需要改進的服務品質缺口，並以藉投入資源來改善，同時說明了 SERVQUAL 的有效性。Cleary（1997）認為從消費者的角度來看醫療照顧品質，有助於釐清品質的概念、品質的測量評估及改善。Stephen 等人，於 2000 年利用 SERVQUAL 量表探討病人對醫療服務品質的缺口，發現實習醫師與實習護士在「可靠性」、「保證性」、「回應性」及「同理性」方面的表現不及病人的知覺服務，但在「有形性」上高於期望的知覺服務。Andrion 和 Zwelling(1996)針對癌症中四個門診所以 PZB 模式 及 SERVQUAL 量表，針對五個構面優先順序，研究結果也以「可靠性」優先。

在台灣，張瑛津(2004)以 PZB 模式和 SERVQUAL 量表，針對診所基層醫療服務品質，病患對醫療品質的期望與知覺的落差依序為：有形性、可靠性、回應性、同理性、保證性。另一方面，許南榮（2005）探討癌症住院對醫療品質的研究結果發現，病患對於缺口五的落差，在五構面中依序為可靠性，依次為保證性、回應性、同理性和有形性。



## 五、醫療服務品質與顧客滿意度

根據 Donabedian(1980)的定義：「醫療服務品質的是實際可察覺的，但卻無法衡量的未知事物」。醫療服務品質所涵蓋的層面十分廣泛，從醫療取得的難易，到醫療的效果(effectiveness)、時效性(timeliness)、適當性(appropriateness)、效率(efficiency)，以至於病患隱私的保障，醫療人員對病患的尊重，及醫療環境的安全等皆屬醫院服務品質的範圍，其中任何內容皆可能影響病患對醫療服務品質的滿意程度。Coulte & Cleary (2001)提出病患對於高品質醫療的期望，已被認為是評估品質的重要指標。

Parasuraman 等人(1993)曾提出一個關於顧客滿意的觀念性模型，他認為顧客滿意形成的因素，乃是由於顧客『預期服務』與『實際感受服務』的差距，而『預期的服務』又會受到『明確的服務承諾』、『隱含的服務承諾』、『口碑』與『過去購買經驗』的影響（圖2-2）。

依據翁瑞宏（2004）認為「病患滿意度」亦是一種期望與實際落差的情感性回應，病患滿意度必須包含「關係滿意度」，所謂的關係滿意度，從病患的認知角度來看，是指醫療提供者對於特定醫療狀況及處置相互認知的滿意度程度。John（1992）亦認為病患滿意度是由病患的期望是否達成以及病患的期望水準來達

成。

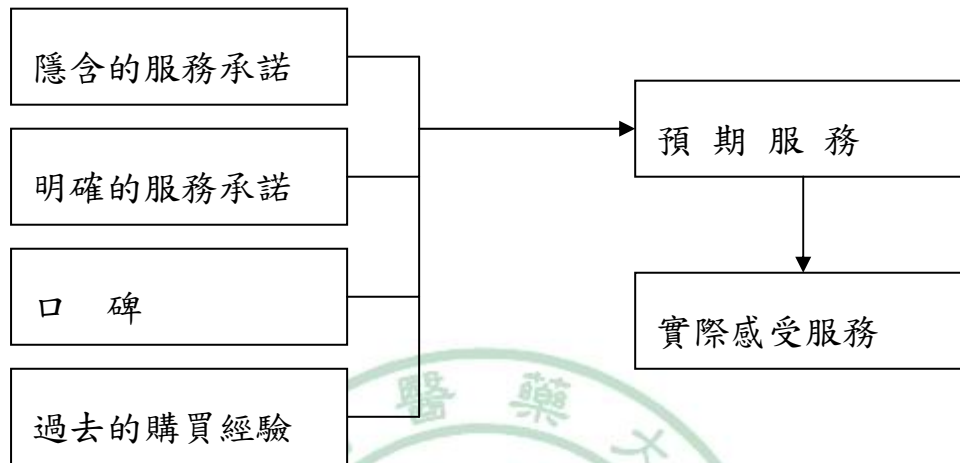


圖 2-2 顧客滿意度觀念性模型

資料來源：Parasuraman et al., 1990

在美國有關心臟疾病醫療品質及病患滿意度相關的研究顯示，醫護人員對於心衰竭的病患在醫院住院期間，如能主動給予關注與心理支持，可增加病患滿意度，並藉此提升照護品質及改善醫療成果 (Sabina, 2004)。Mohsen 等人 (2003) 的研究結果指出，92.5% 冠狀動脈疾病的病患認為醫護人員給予的關心程度可促進他們的信任及滿意程度。

在醫療服務業，病患滿意度經常被視為評估醫療品質的重要指標 (Bodur, 2002; Dingman et al., 1990)，病患所要購買的產品即為盡速恢復健康，具高品質的醫療服務是病患選擇產品的核

心。因此，醫療服務人員專業的技能是醫療服務良莠的主要關鍵，在非專業的技能方面，亦是提升病患滿意度的重要因素，因此，病患滿意度往往被醫療機構視為醫療服務品質衡量的指標。

## 第五節 重要性/績效分析法(Importance/Performance Analysis)的應用

此分析法是由重要性和績效兩個變項來衡量組織機構在服務屬性方面的優缺點(蔡文正，2004)。Martilla & James(1977)年提出重要性/績效分析法(Importance-Performance Analysis)，該方法主要目的在於藉由重要性(Importance)與績效(Performance)兩個變項的衡量來找出組織機構在服務屬性方面的優缺點，由於此方法乃是從顧客的角度來思考組織機構未來進行服務品質改善時的重點，因此在現今強調顧客至上的時代中，此方法已被廣泛運用於各種服務產業中(Frank & Wei, 1997; Ford et al., 1999)，該方法以二維的矩陣圖來表示，並將此矩陣圖分為迫切改善區、繼續保持區、非迫切改善區與過猶不及區等四大區塊，理想的狀況是服務屬性落於二維座標軸左下至右上的直線延伸位置，若服務屬性落於迫切改善區則應將其視為優先改善的目標，落於非迫切改善區則應視為次要改善目標，落於繼續保持區時應繼續維持該項服務屬性

的優良表現，至於落於過猶不及區時則表示組織應將其資源移到迫切改善區的服務屬性改善上。

至於在醫療服務產業方面，Yas & Shemwell(1996)使用該方法來進行醫院的競爭分析，從顧客的角度來考量醫院本身的優勢與劣勢；Dolinsky(1991)以該方法分析HMO會員對健康照護屬性重要性評價以及其與競爭者績效表現的評價。在國內，蔡羅萱等人(民國90年)亦利用此方法來分析連鎖健檢診所會員對服務屬性的期望與組織績效的差異，以作為管理者擬定服務策略之參考。

蔡文正等學者（2004）採用此方法來進行醫療供給者與需求者對醫療服務品質認知之差異分析，藉此找出基層醫師與民眾之服務品質落差分析，針對不同的服務品質屬性，探討民眾滿意度(績效)和民眾重要性，以及醫師自評符合期望(績效)和醫師重要性之四象限分析。對於建立的二維的矩陣圖，是由民眾滿意度或醫師自評符合期望(績效)為橫軸，而民眾重要性或醫師重要性為縱軸，分成迫切改善區(重要性高，績效低)，視為優先改善目標；繼續保持區(重要性高，績效高)，應繼續維持該服務屬性；過猶不及區(重要性低，績效高)，則資源應移到迫切改善區的服務屬性改善上；非迫切改善區(重要性和績效皆低)，則為次要改善目標，如圖2-3。可見此方法亦相當適合應用在醫療服務的研究，並作為未來在進

行醫療服務品質提昇時的改善方向。

民眾重要性 (醫師重要性)	迫切改善區	繼續保持區
	非迫切改善區	過猶不及區

圖2-3重要性/績效分析法四象限分佈圖

資料來源：蔡文正，2005



### 第三章 研究方法

#### 第一節 研究流程與研究架構

一、研究流程本研究的進行步驟簡單用以下的流程呈現，如圖3-1

所示：

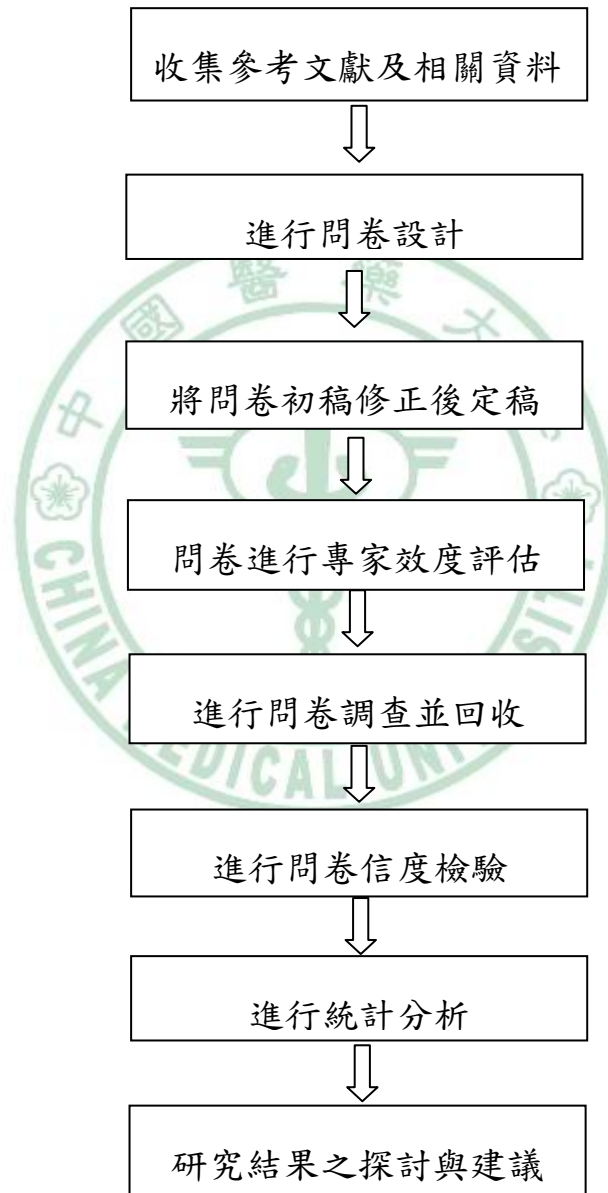


圖 3-1 研究流程圖

## 二、研究架構

本研究的研究架構以PZB的服務品質模式為主要參考架構，並針對其所提的五項缺口中，探討其中缺口一及缺口五；依據修正後的『SERVQUAL』量表為主要參考量表，參考過去有關醫療服務品質缺口分析的相關研究，同時延請國內相關學者、心臟科專家協助評定問卷內容的適切性，再依據學者專家的建議，修改問卷內容後，得到最後測量的問卷分五大構面(醫療品質的有形性、可靠性、回應性、保證性、同理性)共二十二項衡量問項。本研究所擬定之研究架構如圖3-2，希望藉由本研究能找出影響冠狀動脈心臟病患者對心導管檢查之醫療服務品質期望與醫護人員對病患的醫療服務品質期望認知的落差(缺口一)及冠狀動脈心臟病患者對心導管醫療服務品質期望與滿意度之落差(缺口五)，作為目前醫療機構改善醫療服務品質的參考依據，進而提升醫療產業的競爭力，為本研究探討之重點。

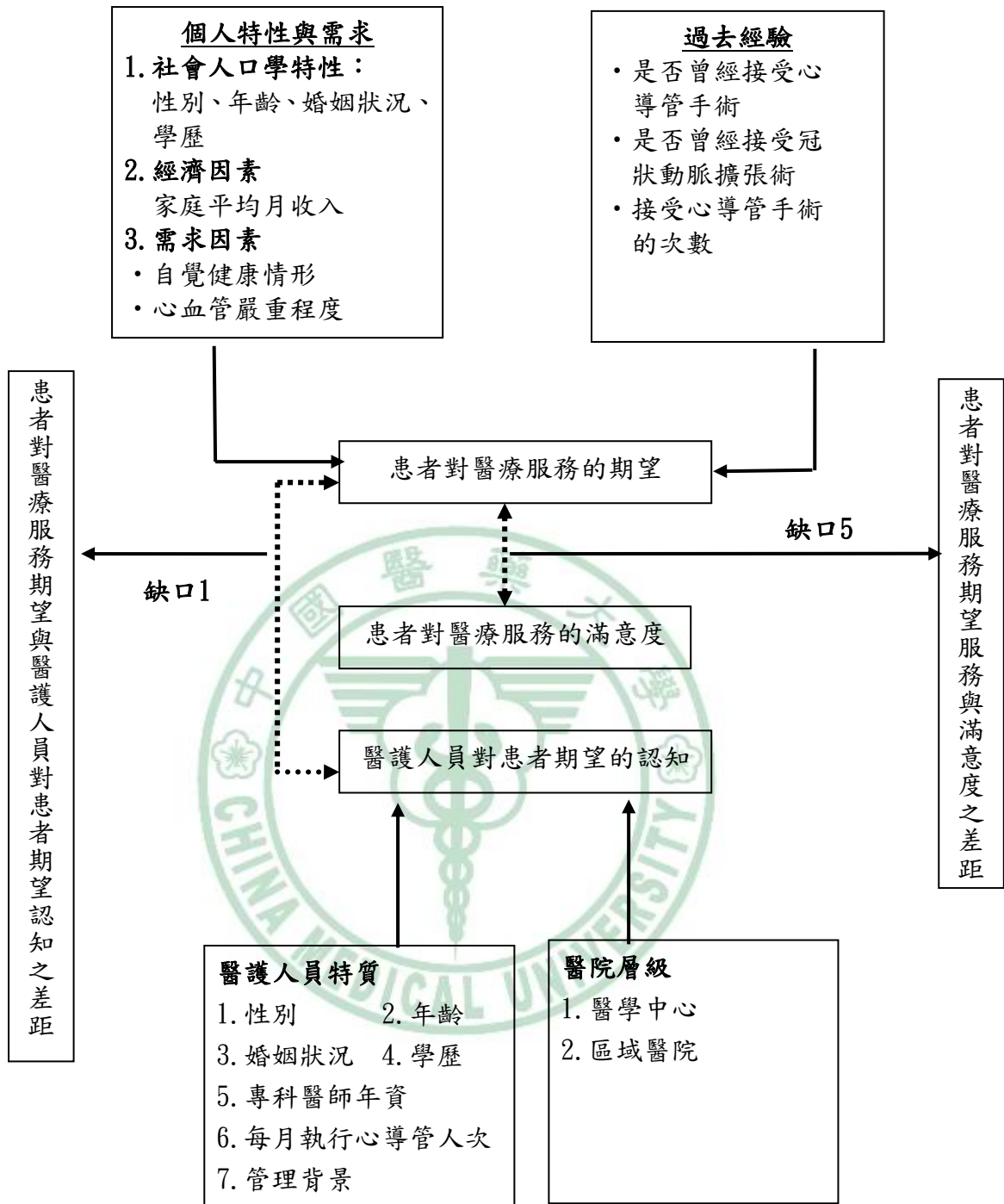


圖3-2研究架構



## 第二節 研究對象與資料來源

### 一、醫護人員方面

為瞭解心導管患者對醫療服務品質期望與醫護人員對患者期望認知之落差。本研究於 94 年 9 月 23 日至民國 95 年 2 月 28 日止，共計五個月，以二家醫學中心及二家區域醫院之心導管室醫護人員為收案對象，其中包括心臟科醫師 44 人、護理人員 31 人，總共發出問卷 98 份，回收 84 份，有效問卷 75 份，回收率 76.5%。

### 二、病人方面

本研究於 94 年 9 月 23 日至民國 95 年 2 月 28 日止，共計五個月，以中南部四家醫院（二家醫學中心及二家區域醫院），凡住院診斷碼 ICD-9-CM 編碼為 410-414 之冠心症病患及 ICD-9-CM 編碼為 428.9 心衰竭，並接受心導管檢查（含診斷心導管及介入性治療）之患者，皆為本研究之收案對象。在病患出院當天，以結構式問卷，派訪員進行個別訪談填答問卷，總共發出 700 份問卷，回收問卷 650 份，有效問卷共 603 份，回收率 86.1%。

### 第三節 問卷設計與信效度

#### 一、問卷設計

本研究問卷主要依據PZB (Parasuraman Zeithamel & Berry) 服務品質模式及其發展出的SERVQUAL服務品質量表為理論基礎設計問卷，並參考過去相關研究成果，主要是評估五個服務品質五個構面（有形性、可靠性、回應性、保證性及同理性）的特性。

本研究之測量工具以結構式問卷為主，問卷的發展過程則是參考國內外的相關文獻，針對研究目的及研究架構設計而成。在心導管病患方面，問卷內容包括病患基本特性(如：性別、年齡、教育程度、職業、宗教信仰、學歷、居住情形、家庭平均月收入、自覺健康狀況、心血管嚴重程度等)；對過去的經驗(如：是否曾經接受心導管手術、是否曾經接受冠狀動脈擴張術、接受心導管手術的次數等)；口碑影響(患者對就醫醫院的風評)。在醫護人員問卷方面，問卷內容包括醫護人員基本特性(性別、年齡、婚姻狀況、學歷、專科醫師年資、每月執行心導管人次、管理背景等)。

#### 二、效度(Validity)

針對病患問卷與醫護人員問卷之內容效度，以專家效度進行檢測，請相關臨床專家及學者進行效度之評估與建議，依據專家

學者之意見加以修正。

### 三、信度(Reliability)

所謂信度乃是指一種衡量工具的正確性或精確性，包括衡量結果的穩定性與一致性。本研究為確定問卷內容是否有達到內部一致性的要求，以Cronbach's Alpha係數來衡量其信度，係數值越大，表示內部一致性愈高，該因素愈足以代表該部份的變數。而本研究的問卷設計，評估「服務品質」構面時，所有服務構面均依有形性、可靠性、回應性、保證性、同理性五個構面分別進行Cronbach's Alpha檢定。在醫護人員對醫療品質的整體期望方面Cronbach's Alpha值為0.92，醫護人員對醫療品質的整體滿意度構面方面Cronbach's Alpha值為0.93，病患對醫療品質的整體期望構面方面Cronbach's Alpha值為0.93，病患對醫療品質的整體滿意度構面方面Cronbach's Alpha值為0.96，所有構面的Cronbach's Alpha值均大於0.9（詳見表3-1至表3-4），表示評估「服務品質」構面時，各服務項目間具有高度一致性，由此可知，本研究之測量問項用於衡量心導管之服務品質具有高度的信度。

表3-1 醫護人員對醫療品質的整體期望構面之問卷信度分析

構面名稱	Cronbach's Alpha
有形性構面	0.92
信賴性構面	0.89
反應性構面	0.93
保證性構面	0.95
同理性構面	0.92

表3-2 醫護人員對醫療品質的整體滿意度構面之問卷信度分析

構面名稱	Cronbach's Alpha
有形性構面	0.89
信賴性構面	0.92
反應性構面	0.95
保證性構面	0.95
同理性構面	0.95

表3-3 病患對醫療品質的整體期望構面之問卷信度分析

構面名稱	Cronbach's Alpha
有形性構面	0.92
信賴性構面	0.93
反應性構面	0.94
保證性構面	0.94
同理性構面	0.91

表3-4 病患對醫療品質的整體滿意度構面之問卷信度分析

構面名稱	Cronbach's Alpha
有形性構面	0.94
信賴性構面	0.96
反應性構面	0.96
保證性構面	0.97
同理性構面	0.95

#### 第四節 研究變項與操作型定義

依據研究目的與研究架構，將本研究之各種分析資料變項的

詳細內容與定義詳列如下：

表3-5變項操作型定義--醫護人員部分（自變項）

變項名稱	操作型定義	變項類別
<b>醫護人員個人特質</b>		
性別	「男」、「女」	類別
年齡	填寫本身出生年月日	連續
教育程度	「高中/高職」、「專科」、「大學」、「碩士」及「博士」	類別
醫院層級	「醫學中心」和「區域醫院」	類別
職務類別	「醫師」和「護理人員」	類別
主管	「是」和「否」	類別
心臟專科醫師年資	「1年以下（含1年）」、「2-5年」、「6-10年」和「11年以上」	類別
每月執行心導管案例數	「10例以下」、「11-20例」、「21例以上」和「無執行心導管」	類別
是否曾經修習過管理相關課程，並獲得學分或認證	「是」和「否」	類別

表3-6變項操作型定義--病患個人特性（自變項）

變項名稱	操作行定義	變項類別
就醫醫院層級	「醫學中心」和「區域醫院」	類別
性別	「男」和「女」	類別
年齡	填寫本身出生年月日	連續
教育程度	「不識字」、「國小」、「國中」、「高中/高職」、「大專/大學」和「研究所以上」	類別
婚姻狀況	「未婚」和「已婚/同居」	類別
職業	「無」、「軍」、「公」、「教」、「工」、「商」、「農林漁牧」、「自由業」、「退休」和「家管」	類別
居住狀況	「與家人同住」、「獨居」、「養護機構」	類別
平均月收入	「3萬元以下（含3萬）」、「3-6萬元（含6萬）」、「6-9萬元（含9萬）」、「9-12萬元（含12萬）」和「12萬元以上」	類別
手術部位	「手腕（橈動脈）」和「鼠膝部（股動脈）」	類別
手術次數	「第一次」、「第二次」和「第三次以上」	類別
入院方式	「門診」和「急診」	類別
手術/治療種類	「心導管檢查」、「冠狀動脈氣球擴張術」和「心導管檢查後，經醫師建議執行冠狀動脈繞道手術」	類別
病情嚴重度	「急性心肌梗塞」、「心絞痛/胸悶、胸痛」、「心衰竭」、「無明顯症狀」和「其他」	類別
填寫問卷	「自己填寫」和「朋友或家人代填」	類別

**表3-7變項操作型定義—病患（依變項）**

變項名稱	操作行定義	變項類別
對於目前針對疾病（喘、胸悶、胸痛或心絞痛）治療的滿意程度	「非常不滿意」、「不滿意」、「普通」、「滿意」和「非常滿意」	類別
個人目前的健康情形	「很好」、「好」、「普通」、「差」和「很差」	類別
在過去一個月內，身體不適（喘、胸悶、胸痛或心絞痛）的嚴重程度	「完全不痛」、「輕微的痛」、「中度的痛」、「嚴重的痛」和「非常嚴重的痛」	類別

**表3-8變項操作型定義（缺口一）**

變項名稱	操作行定義	變項類別
缺口一	每位醫護人員所配對之病患對醫療品質之平均期望與醫護人員對病患醫療品質期望認知問的落差:每一子題分數由+6至-6(分數為負者，視同無落差)，再依據每一構面之權重相同進行加權。 總分為0-132落差越大，即醫護人員對病患醫療品質的認知與病患的期望落差越大。	連續

**表3-9項操作型定義—複迴歸（缺口五）依變項**

變項名稱	操作行定義	變項類別
缺口五	病患對醫療品質之期望與對醫療品質之滿意度問的落差總和:每一子題分數由+6至-6(分數為負者代表滿意度高於期望，視同無落差，不列入計分)，再依據每一構面之權重相同進行加權。 總分為0-132分，分數越高代表病患的期望與滿意度間落差越大。	連續及序位

## 第五節 資料處理與分析方法

本研究採橫斷面分析為主要研究方法，分別就冠狀動脈疾病患者對心導管醫療服務品質的期望與知覺服務，及心臟科醫護人員對病患知覺服務的期望與認知方面探討。並根據缺口理論進行服務品質缺口分析，讓受訪者在問卷中針對醫療服務品質五個構面(如:有形性、保證性、可靠性、回應性及同理性等)進行評比，依個人主觀感受評定對該醫療服務項目的期望水準，從認為非常不同意到非常同意進行1-7分的評量。將個人對於提供的醫療服務品質，從認為非常不滿意到非常滿意進行1-7分的評量。藉此找出真正需要改善之項目，再分別以描述性統計、變異數分析、複迴歸分析等統計，分析病患對醫療品質之期望與醫護人員對病患醫療品質之期望認知的差距，同時分析病患對醫療品質的期望與滿意度落差之相關影響因素。

### 一、描述性分析

針對回收之問卷以描述性分析，如平均值、標準差、次數及百分比來描述醫護人員與病患的基本資料分佈情形、對醫療品質的期望與滿意度等。

### 二、變異數分析

對醫師或病患個人特質與對醫療品質期望或認知進行t檢定、



ANOVA及Duncan事後檢定，以探討其中的關係。

### 三、複迴歸分析

以複迴歸分析找出影響病患對醫療品質的期望與認知的相關因素(缺口五)，及影響病患對整體滿意度之相關因素。

### 四、重要性/績效分析法

以重要性/績效分析法探討病患對心導管醫療品質的期望（重要性）與滿意度（績效）之四象限分析。將服務屬性分成迫切改善區(重要性高，績效低)、繼續保持區(重要性高，績效高)、過猶不及區(重要性低，績效高)及非迫切改善區(重要性和績效皆低)。



## 第四章 研究結果

### 第一節 描述性統計分析

#### 一、心臟科醫護人員人口特性

如表4-1所示，在75位醫護人員之中，醫師佔44位(58.67%)，護理人員佔31位(41.33%)。性別方面，男性佔多數(58.67%)。以年齡層分佈而言，34歲以下佔25.71%，35至39歲之間佔27.14%，40至44歲之間佔22.86%，45歲以上佔24.29%，平均為40歲。教育程度以大學58.67%佔最多，專科佔25.33%，碩士佔9.33%，博士最少佔6.67%。受訪樣本執行心導管之醫院層級，醫學中心佔59.87%，區域醫院則佔40.13%。心臟專科醫師年資以2-10年居多，其中2至5年佔45.24%，6至10年佔26.19%。心臟科醫師平均每月執行心導管11至20例者佔38.10%，21例以上者佔28.57%，結果顯示平均每個月執行心導管案例數以11-20例(66.67%)居多。目前職務為主管或副主管僅佔6.67%；修習過醫療管理或企業管理相關課程並獲得學分或學位之認證者則佔18.67%。

## 二、病患部份

### (一) 病患人口特性

本研究之病患基本特性主要應用Aday Anderson(1975)所提出的理論架構為主，分為傾向因素、能力因素與需要因素三方面（詳請見表4-2）。

在傾向因素方面：性別方面男性佔較多數(74.75%)。年齡分佈方面，病患平均年齡為66.9歲，其中50至59歲之間佔21.2% ，60至69歲之間佔23.93% ，70以上佔47.35% ，由此可知罹患冠心症的族群大部份介於60歲以上，並以男性居多。教育程度國小以下佔42.14%（含不識字），國中佔17.39% ，高中及高職佔20.23% ，大學以上（含研究所）佔20.23%。婚姻方面，已婚佔84.69% 。目前無職業（含退休及家管）佔60.6% 。與家人同住者佔95.01% 。

在能力因素方面：家庭平均月收入在3萬元以下(包含3萬元)者佔35.23% ，3萬至6萬(包含6萬元)有27.68% ，6萬至9萬(包含9萬元)有12.75% ，9萬至12萬(包含12萬元)有8.56%。大部分接受心導管檢查及治療的病患，家庭平均月收入以6萬元以下最多。

需要因素方面：自覺目前健康狀況差的佔14.10% ，認為普通的為多數46.27% ，認為好的病患則佔27.53% 。在過去一個月內，認為自己身體不適（喘、胸悶、胸痛或心絞痛）的嚴重度為中度

的痛佔27.69%，嚴重的痛佔13.27%，非常嚴重的痛則僅佔2.32%。

手術及治療種類方面，接受心導管檢查（CAG）者佔37.06%，接受冠狀動脈氣球擴張術（含放支架、不放支架）佔42.9%，經心導管檢查後，醫師建議進一步行冠狀動脈繞道手術者則佔20.03%。

在入院時病情嚴重度方面，因急性心肌梗塞入院接受治療者佔18.7%，入院症狀為心絞痛或胸悶、胸痛者佔65.11%。

## （二）過去就醫經驗

手術部位為手腕（橈動脈）者佔59.83%，鼠膝部（股動脈）者佔40.17%。手術次數方面，第一次接受心導管檢查者佔62%，第二次佔26.67%，第三次（含三次以上）則佔11.33%。病患對疾病治療效果的整體滿意度方面以Likert's scale 5分法衡量，對目前就醫的治療效果感到非常滿意者佔27.86%，滿意佔57.21%，普通佔13.6%，滿意度平均值為4.11。顯示有85.07%的病患對就醫醫院的治療效果都感到滿意。

## 第二節 推論性統計分析

### 一、缺口一之統計分析

本研究首先針對心導管「醫護人員對病患醫療品質期望之認知與病患對醫療品質期望」落差進行分析，分別就醫療品質的五個構面來加以探討，五個構面共分為22題衡量問項，每個問項又分七個等級（1-7分），而各單問項落差的範圍會介於+6分至-6分之間。當落差值為負時，表示醫護人員對病患醫療品質期望之認知高於病患的期望值，本研究視為無落差(分數當成0分)。當病患對醫療品質的期望值大於醫護人員對病患醫療品質期望的認知時為正落差，分數大於0，表示缺口一存在落差。

依據「醫護人員對病患醫療品質期望之認知與病患對醫療品質期望」之間是否有顯著差異進行t檢定，以證實心導管檢查的醫療品質是否有缺口存在。檢定的變數為衡量心導管醫療服務品質之五大構面及22項衡量問項，各問項的平均值及p值列於表4-3中。

表4-3顯示醫護人員與病患對醫療品質期望之五個衡量構面之結果均顯示為正落差，以「有形性構面」而言，病患期望之平均值為6.57分，醫護人員6.23分，落差值為0.54分。在「可靠性」方面，病患平均期望值高於醫護人員0.45分；「回應性」之平均落差分數為0.56分、「保證性」落差為0.48分、「同理性」為0.54分，

以上所有構面的結果均顯示病患對心導管醫療品質的期望值大於醫護人員對醫療品質期望的認知（即有正落差），並均達到統計上顯著的差異（ $p < 0.05$ ）。其中以「回應性」落差最大為0.56分，其次依序為「有形性」、「同理性」及「保證性」，落差最小的為「可靠性」構面。

在22項衡量問項中，「有形性」方面落差最大的前三項依序為「醫護人員應有專業的穿著」（0.64分）、「整潔舒適的環境」（0.59分）、「有先進的儀器設備」（0.56分），其p值均達到統計上顯著性差異（ $p < 0.05$ ）。「可靠性」方面，落差最大的則為「準時提供病患所需的醫療服務」（0.58分）、「醫師能詳細告知病情與處置方法」（0.47分）及「醫護人員擁有認真確實的服務態度」（0.41分），達到統計上顯著差異（ $p < 0.05$ ）。

而在「回應性」方面，落差最大落差的前三項依序為「適時的提供醫療或藥物諮詢」（0.67分）、「明確的告訴病患檢查的流程」（0.60分）、「不會因忙碌而忽視病患的需求」（0.56分）。在「保證性」構面中，落差最大的前二項依序為「良好的服務態度與禮貌」（0.54分）、「讓病患具有安全感」（0.46分）及「具有足夠的專業知識回答病患」（0.46分）。此外，在「同理性」構面，落差最大的前二項依序為「心導管的醫療服務能方便病患」（0.66

分) 及「滿足病患的個別需求」(0.57分)。

以上研究結果顯示(表4-3)，在缺口一之各個構面及問項均呈現正落差，並達到統計上顯著性差異( $p < 0.05$ )。但是，僅有「可靠性構面」中「醫護人員能提供技術純熟的專業服務」，則未達統計上顯著差異( $p > 0.05$ )。表示病患對醫療品質的期望值大於醫護人員對病患醫療品質期望的認知。

從每個構面的平均值來看，醫護人員認為病患對心導管醫療品質重視的構面的平均值最高的為醫療品質的「可靠性」(6.37分)，其他構面依序為「保證性」(6.29分)、「有形性」(6.23分)、「回應性」(6.17分)和「同理性」(6.15分)等構面。在病患對於醫療品質重視的構面的平均值最高的為醫療品質的「可靠性」(6.62分)，其他構面依序為「保證性」(6.57分)、「有形性」(6.57分)、「回應性」(6.51分)和「同理性」(6.43分)等構面。由以上研究結果發現，無論是醫護人員或病患對於心導管醫療品質五個構面的重視程度的順序皆一致。

如表4-4至表4-7，本研究進一步以ANOVA分析心導管醫護人員的各種人口特性與「有形性」「回應性」、「可靠性」、「保證性」及「同理性」等五個構面是否相關，並針對有顯著差異的項目以Duncan作事後檢定。研究結果發現：醫護人員之性別、教

育程度、所屬醫院層級、是否擔任主管或副主管、心臟專科醫師年資、每月執行心導管案例數及是否修習管理相關課程或學位無顯著差異 ( $p>0.05$ )。但是，與醫護人員之職別（即醫師或護理人員）有關，並達到統計上顯著差異 ( $p<0.05$ )。

在醫護人員的性別方面（表4-4），男性對於醫療品質的五大構面中之期望落差平均值均大於女性，但無顯著差異 ( $p>0.05$ )。年齡為36至40歲者（表4-5），其在醫療品質「有形性構面」的期望落差分數最高（0.76分），年齡46歲以上的醫護人員在「可靠性」醫療品質的期望落差最低（0.21分），以上結果在統計上皆未達顯著差異。醫護人員教育程度（表4-6）為大學及博碩士以上者，其醫療品質的「有形性」之期望落差平均值最大（0.57分）。在「可靠性」、「回應性」及「保證性」等構面，教育程度為大學者對醫療品質之期望落差平均值均大於專科及博碩士者，但結果發現未達統計上顯著差異 ( $p>0.05$ )。

關於所屬的醫院層級方面（表4-7），醫學中心的醫護人員對於醫療品質的五大構面（有形性、可靠性、回應性、保證性及同理性），經研究結果發現其期望落差平均值皆高於區域醫院，但未達到統計上顯著差異 ( $p>0.05$ )。依（表4-8）醫護人員的職務別（醫師和護理人員）與病患對醫療品質期望方面，醫師在五大



構面分析的落差皆高於護理人員。尤其在「可靠性構面」醫師的期望落差為0.57分，護理人員為0.30分，有達統計上顯著差異（ $p < 0.05$ ）；在「同理性」方面，醫師期望落差平均分數0.67分，護理人員為0.37分（ $p < 0.05$ ），並達到統計上顯著差異。其他如「有形性」、「回應性」及「保證性」構面，醫師及護理人員之平均分數均未達統計上顯著差異（ $p > 0.05$ ）。

關於醫護人員是否為主管或副主管與病患對醫療品質期望之雙變項分析中（表4-9），主管或副主管在「同理性構面」之落差平均分數（0.78分）明顯高於非主管或副主管（0.52分），但研究結果顯示於五大構面均未達統計上顯著差異（ $p > 0.05$ ）。如依照心臟專科醫師年資與病患對醫療品質期望落差之雙變項分析（表4-10），年資在6-10年者，其醫療品質的「有形性」（0.93分）、「回應性」（0.85分）和「同理性」（0.84分）之期望落差平均值最大；年資在1年以下（含1年）者，在「可靠性」（0.72分）及「保證性」（0.78分）等構面之期望落差平均值最大。依醫師每月執行心導管之案例數對病患醫療品質之期望落差之變異數分析（表4-11），平均執行11-20例者，對於醫療品質的「有形性」（0.88分）、「可靠性」（0.67分）和「回應性」（0.78分）之期望落差平均值最高；而在在「保證性」（0.24分）及「同理性」（0.42分）

方面，則以無執行心導管者之落差平均值最低，但均未達顯著差異 ( $p>0.05$ )。

進一步探討醫護人員是否修習過管理相關課程並獲得學位者是否與缺口一有相關性，結果發現 (表4-12) 醫護人員是否修習過管理相關課程在的五大構面落差之平均值高低不一，但仍未具有顯著統計上差異 ( $p>0.05$ )。

## 二、缺口五之描述性與變異數分析

依表4-13所示，本研究首先針對「病患對醫療品質期望與滿意度之落差」的結果分析，當病患對醫療品質的期望值大於病患對醫療品質的滿意度時為正落差 (分數大於0)，表示缺口五存在。當病患對醫療品質的期望值小於病患對醫療品質的滿意度時為負落差，當為負落差時 (分數視為0)，本研究視為無落差。並利用t檢定加以證實心導管的醫療服務品質是否有缺口存在。檢定的變數為衡量心導管醫療服務品質之五大構面及22項衡量問項，各問項的平均值及p值列於表4-5中。

缺口五的落差方面，在「有形性」方面，病患之平均期望值為6.57分，滿意度為5.94分，平均落差值為0.69分。在「可靠性」方面，期望值為6.62分，滿意度為6.08分，平均落差值為0.60分。在「回應性」方面，期望值為6.51分，滿意度為5.96分，平均落差

值為0.64分。關於「保證性」方面，期望值為6.57分，滿意度為6.03分，平均落差值為0.60分。最後，在「同理性」構面，病患之平均期望值為6.43分，病患滿意度為5.90分，平均落差值為0.63分。因此，缺口五之落差依序為有形性、回應性、同理性、可靠性及保證性。上述五大構面及22問項的結果均為正落差，且t檢定之p值均具統計上顯著意義 ( $p < 0.05$ )。

在「有形性」構面中，落差最大的前三項依序為「心導管室應製作詳細的衛教相關手冊」(0.8分)、「安全的設備」(0.69分)、「整潔舒適的環境」(0.69分)。在「回應性構面」中，落差最大值前三項依序為「適時的提供醫療（或藥物）諮詢」(0.68分)、「醫護人員不會因忙碌而忽視病患的需求」(0.67分)與「能夠適時且迅速的處理病患的問題」(0.64分)。而「同理性」構面，落差最大的前三項則依序為「注意病患就醫的隱私性」(0.64分)、「以病患的最大利益為優先考量」(0.63分)和「滿足病患個別的需求」(0.63分)。

在「可靠性構面」方面落差平均值最高的前三項分別為「準時提供病患所需的醫療服務」(0.62分)、「醫護人員擁有認真確實的服務態度」(0.61分)與「醫護人員能提供技術純熟的專業服務」(0.61分)。而在「保證性構面」中，落差最大前二項則是「具有足

夠的專業知識可以回答病患的問題」(0.63分)與「良好的服務態度與禮貌」(0.61分)。以上各項問項之落差，皆有統計上的意義 ( $p < 0.05$ )。

如表4-15，本研究進一步分析病患之人口特性，是否影響病患醫療品質期望與滿意度之落差，結果發現在醫療品質的「可靠性構面」，病患性別為男性者，其醫療品質的期望與滿意度落差平均分數小於女性者，在統計上達到顯著差異 ( $p > 0.05$ )。以「保證性」和「同理性」來看，病患性別為女性者，其醫療品質的期望與滿意度落差平均分數高於男性者，並達到統計上顯著差異 ( $p < 0.05$ )。而其他構面如：「有形性」和「回應性」等構面，與病患對醫療品質期望與滿意度落差之雙變項分析中，並無達到統計上顯著差異 ( $p > 0.05$ )。

同時，本研究進一步以ANOVA分析當心導管病患特性不同時，是否對醫療品質之期望與滿意度有顯著差異，並針對有顯著差異的項目以Duncan事後檢定進一步分析。研究結果發現依病患之教育程度、職業別與家庭平均月收入不同，對醫療服務品質的看法亦不同，並達顯著差異。而病患之年齡、婚姻狀況等對醫療品質之期望與滿意度之落差並無有顯著性差異 ( $p > 0.05$ )。

依表4-16所示，在五大構面中，病患年齡對於醫療品質期望與

滿意度的平均落差值介於0.70至0.77分。在「可靠性」構面，年齡為70至79歲者，落差平均值分數為（0.49分），落差較小。其他在「有形性」、「回應性」、「保證性」和「同理性」構面，均以49歲以下落差最小。相對地，年齡在80歲以上之病患對於醫療品質的期望和滿意度落差之平均值在五大構面中落差最大，但均未達到統計上顯著差異（ $p>0.05$ ）。

在教育程度方面（表4-17），學歷為大學及研究所以上者，在「有形性」構面的落差平均分數顯著小於國中以下者，具有統計上顯著差異（ $p<0.05$ ）。在「可靠性」及「回應性」方面，學歷為大學及研究所以上者，落差平均分數皆顯著小於國中以下者；學歷為高中者，其醫療品質期望與滿意度落差平均分數顯著小於學歷為國中以下者，其並關於醫療品質的「保證性」，學歷為高中者，其落差平均分數皆顯著小於國中以下者，具有顯著差異（ $p<0.05$ ）。而在「同理性」構面中，教育程度為國中及國小者，其落差平均值分數高於高中以上者，有達到顯著性差異（ $p<0.05$ ）。

在婚姻狀況方面（表4-18），在醫療品質的五大構面中，未婚者對於醫療品質期望與滿意度落差平均分數小於已婚者，而離婚或喪偶者落差最大，但皆未達到統計上顯著性差異（ $p>0.05$ ）。

在病患之職業別（表4-19）方面，在「有形性」構面中職業為

自由業者之族群，對醫療服務品質的落差均小於職業為工、商、農林漁牧者，職業為農林漁牧者對醫療服務品質的落差均高於軍、公、教者，並具有顯著性差異 ( $p < 0.05$ )。在「可靠性」和「回應性」方面，職業為工、商、農林漁牧之族群，對醫療服務品質的落差均大於自由業者，皆達到統計上顯著差異 ( $p < 0.05$ )。在「保證性」和「同理性」構面，自由業者對於醫療品質之期望與滿意度之落差則明顯小於家管、退休、軍、公、教、工、商、農林漁牧之族群，並具有顯著性差異 ( $p < 0.05$ )。

如表4-20所示，不同的家庭收入族群對醫療服務品質的看法亦不同，其中「有形性」構面中家庭平均月收入「6萬元以上」者之族群期望與滿意度的正落差顯著高於平均家庭月收入「6萬元以下」的族群高，而平均家庭月收入「大於12萬元以上」的族群，其醫療品質及落差平均分數低於平均家庭月收入「9至12萬元」的族群，並在統計上具有顯著差異 ( $p < 0.05$ )。而在醫療品質的「可靠性」、「回應性」、「保證性」及「同理性」之四個構面中，家庭平均月收入「6萬元以上」者之族群期望與滿意度的正落差顯著高於平均家庭月收入「6萬元以下」的族群，在統計上具有顯著差異 ( $p < 0.01$ )。經事後檢定結果發現家庭月收入「9至12萬元」的族群其對於醫療品質及落差平均分數均高於平均家庭月收入「6至

9萬元」和「大於12萬元」的族群，並在統計上具有顯著差異（ $p < 0.05$ ）。整體而言，平均收入在9-12萬元之病患，其對醫療品質五個構面的落差均大於其他收入之族群，並在統計上具有顯著差異（ $p < 0.05$ ）。

### 三、醫護人員對病患醫療品質滿意度之認知與病患對醫療品質滿意度落差（缺口一）之t檢定

本研究探討個別心導管醫護人員對醫療品質滿意度之認知與所有病患對醫療品質平均滿意度之落差。當醫護人員對病患醫療品質滿意度認知大於病患對醫療品質滿意度時，為正落差(分數大於0分)，表示有缺口存在。當病患對醫療品質滿意度高於醫護人員對病患醫療品質滿意度認知為負落差，本研究視為無落差(分數當成0分)。接著，依據「醫護人員對病患醫療品質滿意度之認知與病患對醫療品質之滿意度」是否有顯著差異進行t檢定。檢定的變數為衡量心導管醫療服務品質之五大構面及22項衡量問項，各問項的平均值及p值列於表4-14中。

在醫護人員與病患對醫療品質滿意度的落差總和，在醫療品質五個構面中，唯一呈現正落差者為「保證性」（0.32分），表示在此構面中醫護人員對醫療品質滿意度之認知高於病患對醫療品質滿意度之認知。其中落差較大的依序為「醫護人員之專業表現

讓病患覺得有信心」(0.35分)、「良好的服務態度與禮貌」(0.30分)和「醫護人員具有足夠的專業知識回答病患問題」(0.29分)，但其p值均大於0.05，不具統計上顯著差異。

在醫療品質的其他四大構面中，如「有形性」(0.47分)、「同理性」(0.43分)、「可靠性」(0.41分)及「回應性」(0.39分)，研究結果均呈負落差，意即病患滿意度高於醫護人員對醫療品質的滿意度，但均未達到上顯著差異 ( $p>0.05$ )。

### 第三節 複迴歸分析

#### 一、病患對醫療服務期望與滿意度落差(缺口五)之複迴歸分析

為了解影響心導管病患對醫療品質之期望與滿意度落差的各影響因素的獨立效應，因此，本研究以病患對醫療品質之期望與滿意度間的落差總和為依變項，而以病患的相關特性為自變項進行複迴歸分析，找出影響因素。此部份選定放入的自變項，包括：年齡、性別、婚姻狀況、教育程度、家庭平均月收入、職業、就醫者的醫院層級、疾病分類、身體不適情形(疼痛的嚴重度)、自覺健康狀況、手術部位、手術次數、手術治療種類等方面相關變項。由迴歸模式發現(表4-21)影響病患對醫療品質期望與滿意度之落差的各影響因素中，以「家庭平均月收入」、「身體不適情



形」、「手術部位」和就醫者的「醫院層級」有顯著影響的因素，其他因素則不具顯著差異。由於身體不適情形（疼痛的嚴重度）與自覺健康狀況有高度相關，經檢定後發現二者之間的VIF>10，因此，本研究將「健康狀況」在模式中移除。

就整體模式而言，所有自變數對病患的醫療品質之期望與滿意度落差之變異量解釋能力達23.7%(Adjusted  $R^2 = 0.237$ )。進一步由結果得知，家庭平均月收入6-9萬元者相較於家庭平均月收入3萬元以下者，對缺口五之落差增加 8.95分，達到統計上顯著水準 ( $p < 0.05$ )；家庭平均月收入9-12萬元者相較於家庭平均月收入3萬元以下者，對缺口五之落差增加12.03分，並達到統計上顯著水準 ( $p < 0.05$ )；而家庭平均月收入12萬元以上者比平均月收入3萬元以下者，其對缺口五之落差則增加6.34分，具有統計上顯著差異 ( $p < 0.05$ )。由以上結果得知，所得愈高者，落差愈大。

在就醫者的醫院層級方面，病患對醫學中心在缺口五的落差則比區域醫院減少了8.6分，並達到統計上顯著水準 ( $p < 0.05$ )。手術部位橈動脈比股動脈落差小了3.20分，達到統計上顯著水準 ( $p < 0.05$ )。最後，在身體不適情形（疼痛嚴重度）方面，中度疼痛之患者對於醫療品質之期望與滿意度之落差相較於完全不痛者，落差增加了5.17分，達到統計上顯著水準 ( $p < 0.05$ )。由此結果得知，

感覺疼痛的病患相較於不痛者的落差大。

## 二、心導管病患就醫整體滿意度之複迴歸分析

如表 4-22，本部份將探討哪些因素會影響心導管病患對醫療整體滿意度。在迴歸模式中，先放入個人特性及就醫情形為自變項，包括：年齡、性別、婚姻狀況、教育程度、家庭平均月收入、職業、就醫者的醫院層級、疾病分類、身體不適情形（疼痛的嚴重度）、手術部位、手術次數、手術治療種類和等方面相關變項進行複迴歸分析。並以病患對疾病治療的整體滿意度為依變項，以 Likert's 5 分法計分，滿意分數從 1-5 分，1 分表示非常不滿意，5 分表示非常滿意。由迴歸模式發現，影響病患對醫療整體滿意度之落差的各影響因素中，有「教育程度」、「家庭平均月收入」、「身體不適情形」以及「同理性構面」有顯著關聯 ( $p < 0.05$ )，其他因素則不具顯著差異 ( $p > 0.05$ )。

對整體模式（表4-22）而言，所有依變數對病患的疾病治療整體滿意度之變異量解釋能力達14.9% (Adjusted  $R^2 = 0.149$ )。根據發現，在控制其他變項後，教育程度大學以上者相較於國小以下者，滿意度增加0.19分。家庭平均月收入3-6萬元者相較於家庭平均月收入3萬元以下者，對疾病治療整體滿意度高0.16分，達到統計上顯著差異 ( $p < 0.05$ )。家庭平均月收入9-12萬元者相較於家庭平均月

收入3萬元以下者，對疾病治療整體滿意度增加0.26分，並達到統計上顯著水準( $p<0.05$ )。因此，所得較高者相對於所得較低者有較高滿意度的傾向。

在身體不適情形（疼痛嚴重度）方面，輕微疼痛之患者比完全不痛的人對疾病治療整體滿意度減少0.27分，並達到統計上顯著差異( $p<0.05$ )。中度疼痛之患者比完全不痛的人對疾病治療整體滿意度少了0.24分，具有統計上顯著水準( $p<0.05$ )。嚴重疼痛者比完全不痛者對疾病治療整體滿意度平均降低0.26分，並達到統計上顯著水準( $p<0.05$ )。

另外，本研究將「有形性」、「可靠性」、「回應性」、「保證性」和「同理性」構面之落差分數放入迴歸模式中，結果發現同理性構面落差分數每增加1單位，則對治療整體滿意度會減少0.08分，並達到統計上顯著水準( $p<0.05$ )。

#### 第四節 病患對醫療服務期望與滿意度之重要性/績效分析

本研究以病患對醫療品質的期望是為重要性（縱軸）；而對醫療品質的滿意度視為績效（橫軸）。使用重要性/績效分析方法，針對不同的服務品質屬性，取得病患對醫療品質的期望（重要性）中 22 項總平均數為縱軸分隔點（6.5 分），而以對醫療品質的滿意度視為（績效），其中 22 項總平均數為橫軸分隔點（6.0 分），繪製如圖 4-1 所示之座標圖。經由 IPA 分析後由此圖得知，病患自評的滿意度和病患的期望（重要性）中 22 項問項有 5 項落於「迫切改善區」，分別為「安全的設備」、「整潔舒適的環境」、「專業的穿著」、「以病患的最大利益為優先考量」以及「足夠的專業知識回答病患問題」。，11 項落於「繼續保持區」，6 項落於「非迫切改善區」，「過猶不及區」為 0 項（表 4-23）。

表 4-1 醫護人員基本資料

	次數	百分比(%)*
<b>性別</b>		
男	44	58.67
女	31	41.33
<b>年齡*</b>		
34 歲以下	18	25.71
35~39 歲	19	27.14
40~44 歲	16	22.86
45 歲以上	17	24.29
遺漏值	5	
<b>教育程度</b>		
專科	19	25.33
大學	44	58.67
碩士	7	9.33
博士	5	6.67
<b>醫院層級</b>		
醫學中心	52	69.33
區域醫院	23	30.67
<b>目前職務</b>		
醫師	42	56.00
護理人員	33	44.00
<b>是否為主管或副主管</b>		
是	5	6.67
否	70	93.33
<b>心臟專科醫師年資</b>		
1 年以下(含 1 年)	5	11.90
2~5 年	19	45.24
6~10 年	11	26.19
11 年以上	7	16.67
<b>平均每月執行心導管案例</b>		
10 例以下	7	16.67
11~20 例	16	38.10
21 例以上	12	28.57
<b>是否修習過管理課程並獲學位</b>		
是	14	18.67
否	61	81.33

註：\*醫護人員平均年齡 40 歲，標準差 6.37

※不含遺漏值之百分比

表 4-2 病患基本資料

	次數	百分比(%)*
<b>性別</b>		
男	450	74.75
女	152	25.25
遺漏值	1	
<b>年齡*</b>		
49 歲以下	44	7.52
50~59 歲	124	21.20
60~69 歲	140	23.93
70~79 歲	192	32.82
80 歲以上	85	14.53
遺漏值	18	
<b>婚姻狀況</b>		
未婚	24	3.99
已婚	509	84.69
離婚或喪偶	68	11.32
遺漏值	2	
<b>教育程度</b>		
不識字	69	11.54
國小	183	30.60
國中	104	17.39
高中	121	20.23
大學(含研究所以上)	121	20.23
遺漏值	5	
<b>家庭平均月收入</b>		
3 萬元以下(含 3 萬元)	210	35.23
3~6 萬元(含 6 萬元)	165	27.68
6~9 萬元(含 9 萬元)	76	12.75
9~12 萬元(含 12 萬元)	51	8.56
12 萬元以上	94	15.77
遺漏值	7	
<b>居住狀況</b>		
與家人同住	571	95.01
獨居	23	3.83
養護機構	7	1.16
遺漏值	2	

註：\*病患平均年齡 66.9 歲，標準差 12.11

※不含遺漏值之百分比

表 4-2 病患基本資料 (續)

	次數	百分比(%) <sup>*</sup>
<b>職業</b>		
無(含退休及家管)	363	60.60
軍/公/教	45	7.51
工/商	108	18.03
農林漁牧	56	9.35
自由業	27	4.51
遺漏值	4	
<b>醫院層級</b>		
醫學中心	361	59.87
區域醫院	242	40.13
<b>入院時疾病分類</b>		
急性心肌梗塞	112	18.70
心絞痛/胸悶、胸痛	390	65.11
心衰竭	39	6.51
其他	58	9.68
遺漏值	4	
<b>過去一個月內身體不適情形</b>		
完全不痛	100	16.58
輕微的痛	242	40.13
中度的痛	167	27.69
嚴重的痛	80	13.27
非常嚴重的痛	14	2.32
<b>目前健康狀況</b>		
很好	65	10.78
好	166	27.53
普通	279	46.27
差	85	14.10
很差	8	1.33
<b>手術部位</b>		
手腕(橈動脈)	359	59.83
鼠膝部(股動脈)	241	40.17
遺漏值	3	
<b>手術次數</b>		
第一次	372	62.00
第二次	160	26.67
第三次以上(含第三次)	68	11.33
遺漏值	3	

註：\*不含遺漏值之百分比

表 4-2 病患基本資料 (續)

	次數	百分比(%)*
<b>手術治療種類</b>		
心導管檢查 (CAG)	222	37.06
冠狀動脈氣球擴張術 (含放支架、不放支架)	257	42.90
冠狀動脈繞道手術	120	20.03
遺漏值	4	
<b>疾病治療整體滿意度*</b>		
非常滿意	168	27.86
滿意	345	57.21
普通	82	13.60
不滿意	5	0.83
非常不滿意	3	0.50

註：\*滿意度以李克特氏(Likert's scale)1-5 分表示，平均滿意度為 4.11 分，標準差 0.69

\*不含遺漏值之百分比





表 4-3 醫護人員與病患對醫療品質期望落差（缺口一）之描述性分析

	醫護人員期望		病患期望		期望落差*		t 檢定
	平均值	標準差	平均值	標準差	平均值	標準差	p 值
<b>醫療品質的有形性</b>	<b>6.23</b>	<b>0.74</b>	<b>6.57</b>	<b>0.62</b>	<b>0.54</b>	<b>0.57</b>	<b>&lt;0.001</b>
1.優質的心導管室應具有先進的儀器設備	6.24	0.87	6.63	0.67	0.56	0.72	<0.001
2.優質的心導管室應具有安全的設備	6.44	0.72	6.65	0.66	0.41	0.57	0.015
3.優質的心導管室應具有整潔舒適的環境	6.17	0.83	6.59	0.69	0.59	0.66	<0.001
4.優質的心導管室醫護人員應有專業的穿著	6.08	0.96	6.50	0.75	0.64	0.76	<0.001
5.優質的心導管室應製作詳細的衛教相關手冊	6.21	0.84	6.47	0.78	0.50	0.63	0.011
<b>醫療品質的可靠性</b>	<b>6.37</b>	<b>0.65</b>	<b>6.62</b>	<b>0.60</b>	<b>0.45</b>	<b>0.50</b>	<b>0.002</b>
6.優質的心導管室醫師能詳細告知病情與處置方法	6.36	0.75	6.65	0.65	0.47	0.59	0.002
7.優質的心導管室醫護人員能提供技術純熟的專業服務	6.51	0.69	6.63	0.64	0.35	0.52	0.123
8.優質的心導管室能準時提供病患所需的醫療服務	6.19	0.85	6.57	0.70	0.58	0.67	<0.001
9.優質的心導管室醫護人員擁有認真確實的服務態度	6.43	0.72	6.63	0.65	0.41	0.56	0.018
<b>醫療品質的回應性</b>	<b>6.17</b>	<b>0.74</b>	<b>6.51</b>	<b>0.68</b>	<b>0.56</b>	<b>0.55</b>	<b>&lt;0.001</b>
10.優質的心導管室醫護人員能明確的告訴病患檢查的流程	6.12	0.82	6.54	0.72	0.60	0.64	<0.001
11.優質的心導管室能夠適時且迅速的處理病患的問題	6.37	0.75	6.56	0.72	0.42	0.56	0.031
12.優質的心導管室醫護人員總是非常樂意幫助病患	6.21	0.84	6.54	0.72	0.53	0.66	0.001
13.優質的心導管室醫護人員不會因忙碌而忽視病患的需求	6.12	0.84	6.47	0.82	0.56	0.63	0.001
14.優質的心導管室能適時的提供醫療（或藥物）諮詢	6.00	0.93	6.46	0.78	0.67	0.71	<0.001
<b>醫療品質的保證性</b>	<b>6.29</b>	<b>0.72</b>	<b>6.57</b>	<b>0.65</b>	<b>0.48</b>	<b>0.54</b>	<b>0.002</b>
15.優質的心導管室醫護人員之專業表現讓病患覺得有信心	6.36	0.73	6.59	0.69	0.44	0.55	0.008
16.優質的心導管室能讓病患具有安全感	6.32	0.76	6.58	0.72	0.46	0.58	0.004
17.優質的心導管室醫護人員具有良好的服務態度與禮貌	6.20	0.81	6.55	0.70	0.54	0.62	<0.001
18.優質的心導管室醫護人員具有足夠的專業知識回答病患問題	6.29	0.77	6.55	0.75	0.46	0.58	0.006
<b>醫療品質的同理性</b>	<b>6.15</b>	<b>0.82</b>	<b>6.43</b>	<b>0.72</b>	<b>0.54</b>	<b>0.59</b>	<b>0.005</b>
19.優質的心導管室醫護人員能注意病患就醫的隱私性	6.21	0.86	6.41	0.82	0.48	0.61	0.050
20.優質的心導管的醫療服務能方便病患	6.01	0.98	6.44	0.77	0.66	0.76	<0.001
21.優質的心導管室醫護人員會以病患的最大利益為優先考量	6.33	0.78	6.54	0.73	0.45	0.58	0.024
22.優質的心導管室醫護人員能滿足病患的個別需求	6.05	1.00	6.32	0.91	0.57	0.73	0.024

註：\*期望分數以李克特氏(Likert's scale)1-7分表示，期望落差＝(所有病患平均期望分數)－(個別醫護人員期望分數)；若期望落差 $\leq 0$ ，則視為0

表 4-4 醫護人員與病患對醫療品質期望落差（缺口一）之變異數分析--依醫護人員性別

	男生(A)		女生(B)		p 值
	平均值	標準差	平均值	標準差	
醫療品質的有形性	0.62	0.59	0.43	0.52	0.15
醫療品質的可靠性	0.53	0.48	0.35	0.51	0.12
醫療品質的回應性	0.62	0.50	0.47	0.60	0.26
醫療品質的保證性	0.53	0.52	0.40	0.57	0.30
醫療品質的同理性	0.60	0.58	0.44	0.61	0.25

表 4-5 醫護人員與病患對醫療品質期望落差（缺口一）之變異數分析--依醫護人員年齡

	30歲以下(A)		31~35歲(B)		36~40歲(C)		41~45歲(D)		46歲以上(E)		p 值
	平均值	標準差	平均值	標準差	平均值	標準差	平均值	標準差	平均值	標準差	
醫療品質的有形性	0.48	0.16	0.35	0.53	0.76	0.65	0.60	0.60	0.33	0.43	0.14
醫療品質的可靠性	0.41	0.36	0.37	0.49	0.63	0.53	0.47	0.53	0.21	0.30	0.15
醫療品質的回應性	0.34	0.30	0.44	0.48	0.70	0.67	0.64	0.52	0.34	0.38	0.25
醫療品質的保證性	0.38	0.33	0.41	0.48	0.63	0.63	0.47	0.59	0.28	0.39	0.44
醫療品質的同理性	0.29	0.25	0.36	0.45	0.75	0.67	0.60	0.62	0.26	0.43	0.08

表 4-6 醫護人員與病患對醫療品質期望落差（缺口一）之變異數分析--依醫護人員教育程度

	專科(A)		大學(B)		碩/博士(C)		p 值
	平均值	標準差	平均值	標準差	平均值	標準差	
醫療品質的有形性	0.44	0.57	0.57	0.59	0.57	0.54	0.69
醫療品質的可靠性	0.36	0.55	0.53	0.52	0.32	0.30	0.30
醫療品質的回應性	0.46	0.61	0.62	0.56	0.49	0.36	0.53
醫療品質的保證性	0.43	0.57	0.52	0.57	0.39	0.41	0.70
醫療品質的同理性	0.36	0.56	0.58	0.61	0.67	0.54	0.29

表 4-7 醫護人員與病患對醫療品質期望落差（缺口一）之變異數分析--依醫院層級

	醫學中心(A)		區域醫院(B)		p 值
	平均值	標準差	平均值	標準差	
醫療品質的有形性	0.60	0.60	0.41	0.48	0.19
醫療品質的可靠性	0.50	0.53	0.33	0.41	0.18
醫療品質的回應性	0.63	0.55	0.38	0.51	0.07
醫療品質的保證性	0.55	0.56	0.31	0.47	0.08
醫療品質的同理性	0.60	0.59	0.41	0.58	0.21

表 4-8 醫護人員與病患對醫療品質期望落差（缺口一）之變異數分析--依醫護人員職務別

	醫師(A)		護理人員(B)		p 值	事後比較
	平均值	標準差	平均值	標準差		
醫療品質的有形性	0.65	0.59	0.40	0.52	0.06	
醫療品質的可靠性	0.57	0.47	0.30	0.50	0.02	A > B
醫療品質的回應性	0.66	0.48	0.42	0.60	0.06	
醫療品質的保證性	0.56	0.52	0.37	0.56	0.12	
醫療品質的同理性	0.67	0.58	0.37	0.57	0.03	A > B

表 4-9 醫護人員與病患對醫療品質期望落差（缺口一）之變異數分析--依醫護人員是否為主管/副主管

	是(A)		否(B)		p 值
	平均值	標準差	平均值	標準差	
醫療品質的有形性	0.52	0.45	0.54	0.58	0.93
醫療品質的可靠性	0.40	0.56	0.46	0.50	0.80
醫療品質的回應性	0.58	0.61	0.56	0.55	0.91

醫療品質的保證性	0.43	0.55	0.48	0.55	0.85
醫療品質的同理性	0.78	0.73	0.52	0.58	0.35

表 4-10 醫護人員與病患對醫療品質期望落差（缺口一）之變異數分析--依心臟專科醫師年資

	1 年以下(含 1 年)(A)		2~5 年(B)		6~10 年(C)		11 年以上(D)		p 值
	平均值	標準差	平均值	標準差	平均值	標準差	平均值	標準差	
醫療品質的有形性	0.60	0.62	0.58	0.51	0.93	0.74	0.45	0.49	0.33
醫療品質的可靠性	0.72	0.67	0.51	0.40	0.68	0.56	0.46	0.39	0.64
醫療品質的回應性	0.81	0.43	0.55	0.49	0.85	0.49	0.56	0.46	0.32
醫療品質的保證性	0.78	0.53	0.46	0.45	0.61	0.56	0.61	0.66	0.63
醫療品質的同理性	0.51	0.32	0.63	0.60	0.84	0.62	0.62	0.67	0.70

表 4-11 醫護人員與病患對醫療品質期望落差（缺口一）之變異數分析--依每月執行心導管案例

	0 例(A)		1~10 例(B)		11~20 例(C)		21 例以上(D)		p 值
	平均值	標準差	平均值	標準差	平均值	標準差	平均值	標準差	
醫療品質的有形性	0.35	0.37	0.48	0.36	0.88	0.72	0.61	0.57	0.22
醫療品質的可靠性	0.32	0.36	0.48	0.35	0.67	0.52	0.59	0.53	0.47
醫療品質的回應性	0.31	0.30	0.58	0.53	0.78	0.54	0.73	0.41	0.21
醫療品質的保證性	0.24	0.28	0.67	0.61	0.66	0.58	0.55	0.46	0.37
醫療品質的同理性	0.42	0.65	0.61	0.69	0.73	0.58	0.69	0.51	0.74

表 4-12 醫護人員與病患對醫療品質期望落差（缺口一）之變異數分析--依是否修習過管理課程並獲學位

	是(A)		否(B)		p 值
	平均值	標準差	平均值	標準差	
醫療品質的有形性	0.56	0.47	0.53	0.59	0.89
醫療品質的可靠性	0.48	0.42	0.45	0.52	0.85

醫療品質的回應性	0.60	0.45	0.55	0.57	0.74
醫療品質的保證性	0.51	0.47	0.47	0.56	0.81
醫療品質的同理性	0.60	0.59	0.52	0.60	0.68

表 4-13 病患對醫療品質期望與滿意度落差（缺口五）之描述性分析

	病患期望		病患滿意度		期望落差*		t 檢定
	平均值	標準差	平均值	標準差	平均值	標準差	p 值
<b>醫療品質的有形性</b>	<b>6.57</b>	<b>0.62</b>	<b>5.94</b>	<b>0.79</b>	<b>0.69</b>	<b>0.74</b>	<0.001
1.優質的心導管室應具有先進的儀器設備	6.63	0.67	6.08	0.86	0.62	0.79	<0.001
2.優質的心導管室應具有安全的設備	6.65	0.66	6.00	0.85	0.69	0.81	<0.001
3.優質的心導管室應具有整潔舒適的環境	6.59	0.69	5.96	0.86	0.69	0.83	<0.001
4.優質的心導管室醫護人員應有專業的穿著	6.50	0.75	5.94	0.86	0.63	0.81	<0.001
5.優質的心導管室應製作詳細的衛教相關手冊	6.47	0.78	5.75	0.96	0.80	0.94	<0.001
<b>醫療品質的可靠性</b>	<b>6.62</b>	<b>0.60</b>	<b>6.08</b>	<b>0.80</b>	<b>0.60</b>	<b>0.74</b>	<0.001
6.優質的心導管室醫師能詳細告知病情與處置方法	6.65	0.65	6.16	0.84	0.57	0.79	<0.001
7.優質的心導管室醫護人員能提供技術純熟的專業服務	6.63	0.64	6.09	0.84	0.61	0.78	<0.001
8.優質的心導管室能準時提供病患所需的醫療服務	6.57	0.70	6.02	0.86	0.62	0.82	<0.001
9.優質的心導管室醫護人員擁有認真確實的服務態度	6.63	0.65	6.07	0.87	0.61	0.81	<0.001
<b>醫療品質的回應性</b>	<b>6.51</b>	<b>0.68</b>	<b>5.96</b>	<b>0.84</b>	<b>0.64</b>	<b>0.78</b>	<0.001
10.優質的心導管室醫護人員能明確的告訴病患檢查的流程	6.54	0.72	6.00	0.88	0.62	0.82	<0.001
11.優質的心導管室能夠適時且迅速的處理病患的問題	6.56	0.72	6.01	0.87	0.64	0.82	<0.001
12.優質的心導管室醫護人員總是非常樂意幫助病患	6.54	0.72	6.01	0.87	0.60	0.82	<0.001
13.優質的心導管室醫護人員不會因忙碌而忽視病患的需求	6.47	0.82	5.89	0.96	0.67	0.89	<0.001
14.優質的心導管室能適時的提供醫療（或藥物）諮詢	6.46	0.78	5.88	0.82	0.68	0.89	<0.001
<b>醫療品質的保證性</b>	<b>6.57</b>	<b>0.65</b>	<b>6.03</b>	<b>0.84</b>	<b>0.60</b>	<b>0.77</b>	<0.001
15.優質的心導管室醫護人員之專業表現讓病患覺得有信心	6.59	0.69	6.07	0.85	0.57	0.80	<0.001
16.優質的心導管室能讓病患具有安全感	6.58	0.72	6.03	0.86	0.60	0.81	<0.001
17.優質的心導管室醫護人員具有良好的服務態度與禮貌	6.55	0.70	6.03	0.90	0.61	0.84	<0.001
18.優質的心導管室醫護人員具有足夠的專業知識回答病患問題	6.55	0.75	6.00	0.89	0.63	0.85	<0.001
<b>醫療品質的同理性</b>	<b>6.43</b>	<b>0.72</b>	<b>5.90</b>	<b>0.87</b>	<b>0.63</b>	<b>0.80</b>	<0.001
19.優質的心導管室醫護人員能注意病患就醫的隱私性	6.41	0.82	5.88	0.93	0.64	0.87	<0.001

20.優質的心導管的醫療服務能方便病患	6.44	0.77	5.94	0.88	0.61	0.83	<0.001
21.優質的心導管醫護人員會以病患的最大利益為優先考量	6.54	0.73	5.99	0.91	0.63	0.84	<0.001
22.優質的心導管醫護人員能滿足病患的個別需求	6.32	0.91	5.82	0.99	0.63	0.88	<0.001

註：\*期望與滿意度分數以李克特氏(Likert's scale)1-7分表示，期望落差＝（個別病患期望分數）－（個別病患滿意度分數）；若期望落差 $\leq 0$ ，則視為0

表 4-14 醫護人員與病患對醫療品質滿意度落差之描述性分析

	醫護人員滿意度		病患滿意度		滿意度落差*		t 檢定
	平均值	標準差	平均值	標準差	平均值	標準差	p 值
<b>醫療品質的有形性</b>	<b>5.82</b>	<b>0.89</b>	<b>5.94</b>	<b>0.79</b>	<b>0.34</b>	<b>0.44</b>	<b>0.235</b>
1.優質的心導管室應具有先進的儀器設備	5.92	0.88	6.08	0.86	0.25	0.41	0.129
2.優質的心導管室應具有安全的設備	6.05	0.82	6.00	0.85	0.31	0.46	0.552
3.優質的心導管室應具有整潔舒適的環境	5.72	1.23	5.96	0.86	0.33	0.47	0.096
4.優質的心導管室醫護人員應有專業的穿著	5.75	1.12	5.94	0.86	0.36	0.49	0.137
5.優質的心導管室應製作詳細的衛教相關手冊	5.67	1.20	5.75	0.96	0.47	0.55	0.560
<b>醫療品質的可靠性</b>	<b>6.01</b>	<b>0.85</b>	<b>6.08</b>	<b>0.80</b>	<b>0.34</b>	<b>0.39</b>	<b>0.480</b>
6.優質的心導管室醫師能詳細告知病情與處置方法	6.00	1.04	6.16	0.84	0.34	0.42	0.198
7.優質的心導管室醫護人員能提供技術純熟的專業服務	6.09	0.95	6.09	0.84	0.38	0.45	0.961
8.優質的心導管室能準時提供病患所需的醫療服務	5.88	0.93	6.02	0.86	0.29	0.45	0.207
9.優質的心導管室醫護人員擁有認真確實的服務態度	6.08	0.87	6.07	0.87	0.36	0.46	0.931
<b>醫療品質的回應性</b>	<b>5.92</b>	<b>0.85</b>	<b>5.96</b>	<b>0.84</b>	<b>0.36</b>	<b>0.44</b>	<b>0.717</b>
10.優質的心導管室醫護人員能明確的告訴病患檢查的流程	5.91	0.99	6.00	0.88	0.35	0.48	0.416
11.優質的心導管室能夠適時且迅速的處理病患的問題	6.01	0.88	6.01	0.87	0.34	0.48	0.935
12.優質的心導管室醫護人員總是非常樂意幫助病患	6.01	0.83	6.01	0.87	0.32	0.47	0.958
13.優質的心導管室醫護人員不會因忙碌而忽視病患的需求	5.88	0.90	5.89	0.96	0.37	0.49	0.945
14.優質的心導管室能適時的提供醫療（或藥物）諮詢	5.79	1.04	5.88	0.92	0.40	0.51	0.446
<b>醫療品質的保證性</b>	<b>6.06</b>	<b>0.83</b>	<b>6.03</b>	<b>0.84</b>	<b>0.35</b>	<b>0.43</b>	<b>0.743</b>
15.優質的心導管室醫護人員之專業表現讓病患覺得有信心	6.11	0.91	6.07	0.85	0.38	0.46	0.725
16.優質的心導管室能讓病患具有安全感	6.00	0.90	6.03	0.86	0.32	0.46	0.739
17.優質的心導管室醫護人員具有良好的服務態度與禮貌	6.08	0.85	6.03	0.90	0.35	0.47	0.588
18.優質的心導管室醫護人員具有足夠的專業知識回答病患問題	6.07	0.88	6.00	0.89	0.36	0.48	0.491
<b>醫療品質的同理性</b>	<b>5.88</b>	<b>0.96</b>	<b>5.91</b>	<b>0.87</b>	<b>0.40</b>	<b>0.46</b>	<b>0.820</b>

19.優質的心導管醫護人員能注意病患就醫的隱私性	5.89	1.05	5.88	0.93	0.43	0.51	0.938
20.優質的心導管的醫療服務能方便病患	5.88	1.03	5.94	0.88	0.37	0.49	0.593
21.優質的心導管醫護人員會以病患的最大利益為優先考量	5.96	1.01	5.99	0.91	0.37	0.49	0.830
22.優質的心導管醫護人員能滿足病患的個別需求	5.80	1.05	5.82	0.99	0.43	0.52	0.853

註：\*滿意度以李克特氏(Likert's scale)1-7分表示，滿意度落差=(個別醫護人員滿意度分數)-(所有病患平均滿意度分數)；若滿意度落差 $\leq 0$ ，則視為0

表 4-15 病患對醫療品質期望與滿意度落差 (缺口五) 之變異數分析--依性別

	男生(A)		女生(B)		p 值	事後比較
	平均值	標準差	平均值	標準差		
醫療品質的有形性	0.71	0.03	0.80	0.06	0.15	
醫療品質的可靠性	0.72	0.03	0.80	0.06	0.05	B > A
醫療品質的回應性	0.78	0.04	0.80	0.07	0.08	
醫療品質的保證性	0.76	0.04	0.80	0.06	0.03	B > A
醫療品質的同理性	0.76	0.04	0.88	0.07	0.03	B > A

表 4-16 病患對醫療品質期望與滿意度落差 (缺口五) 之變異數分析--依年齡

	49 歲以下(A)		50~59 歲(B)		60~69 歲 (C)		70~79 歲(D)		80 歲以上(E)		p 值
	平均值	標準差	平均值	標準差	平均值	標準差	平均值	標準差	平均值	標準差	
醫療品質的有形性	0.70	0.78	0.70	0.72	0.76	0.77	0.60	0.67	0.77	0.83	0.26
醫療品質的可靠性	0.59	0.71	0.66	0.75	0.67	0.77	0.49	0.67	0.70	0.84	0.09
醫療品質的回應性	0.56	0.82	0.67	0.80	0.67	0.75	0.59	0.75	0.71	0.87	0.70
醫療品質的保證性	0.53	0.75	0.61	0.75	0.62	0.77	0.55	0.73	0.71	0.87	0.54
醫療品質的同理性	0.57	0.76	0.65	0.81	0.62	0.80	0.57	0.74	0.78	0.91	0.34

表 4-17 病患對醫療品質期望與滿意度落差 (缺口五) 之變異數分析--依教育程度

	不識字(A)		國小(B)		國中 (C)		高中(D)		大學/研究所以上(E)		p 值	事後比較
	平均值	標準差	平均值	標準差	平均值	標準差	平均值	標準差	平均值	標準差		

醫療品質的有形性	0.74	0.83	0.72	0.73	0.81	0.80	0.67	0.73	0.51	0.59	0.03	E<A,B,C
醫療品質的可靠性	0.68	0.80	0.66	0.74	0.75	0.86	0.51	0.67	0.44	0.63	<0.01	E<A,B,C;D<C
醫療品質的回應性	0.71	0.80	0.71	0.81	0.79	0.87	0.52	0.69	0.48	0.70	<0.01	E<A,B,C;D<C
醫療品質的保證性	0.64	0.81	0.70	0.80	0.74	0.86	0.47	0.68	0.43	0.66	<0.01	D,E<B,C
醫療品質的同理性	0.70	0.90	0.72	0.85	0.75	0.85	0.53	0.69	0.44	0.64	<0.01	E<A,B,C

表 4-18 病患對醫療品質期望與滿意度落差（缺口五）之變異數分析--依婚姻狀況

	未婚(A)		已婚(B)		離婚/喪偶(C)		p 值
	平均值	標準差	平均值	標準差	平均值	標準差	
醫療品質的有形性	0.48	0.78	0.69	0.73	0.75	0.79	0.31
醫療品質的可靠性	0.35	0.65	0.60	0.74	0.76	0.80	0.06
醫療品質的回應性	0.48	0.74	0.64	0.78	0.71	0.84	0.44
醫療品質的保證性	0.42	0.64	0.59	0.77	0.79	0.82	0.06
醫療品質的同理性	0.43	0.71	0.62	0.78	0.77	0.91	0.15

表 4-19 病患對醫療品質期望與滿意度落差（缺口五）之變異數分析--依職業別

	無/退休/家管(A)		軍/公/教(B)		工/商(C)		農林漁牧(D)		自由業(E)		p 值	事後比較
	平均值	標準差	平均值	標準差	平均值	標準差	平均值	標準差	平均值	標準差		
醫療品質的有形性	0.66	0.74	0.58	0.63	0.79	0.76	0.92	0.76	0.40	0.56	<0.01	E<C,D;B<D
醫療品質的可靠性	0.55	0.73	0.58	0.67	0.72	0.79	0.88	0.81	0.30	0.52	<0.01	E<C,D;A,B<D
醫療品質的回應性	0.59	0.77	0.60	0.74	0.76	0.80	0.93	0.86	0.30	0.57	<0.01	E<C,D;A,B<D
醫療品質的保證性	0.56	0.77	0.49	0.65	0.71	0.81	0.92	0.84	0.19	0.29	<0.01	E<A,B,C,D;A,B<D
醫療品質的同理性	0.58	0.78	0.58	0.81	0.75	0.81	0.96	0.86	0.17	0.33	<0.01	E<A,B,C,D;A,B<D

表 4-20 病患對醫療品質期望與滿意度落差（缺口五）之變異數分析--依平均月收入

	3 萬元以下(A)		3~6 萬元(B)		6~9 萬元(C)		9~12 萬元(D)		大於 12 萬元(E)		p 值	事後比較
	平均值	標準差	平均值	標準差	平均值	標準差	平均值	標準差	平均值	標準差		



醫療品質的有形性	0.49	0.59	0.60	0.69	0.89	0.79	1.10	0.82	0.87	0.82	<0.01	A,B<C,D,E ; E<D
醫療品質的可靠性	0.44	0.61	0.48	0.66	0.79	0.82	1.09	0.86	0.79	0.84	<0.01	A,B<C,D,E ; C,E<D
醫療品質的回應性	0.44	0.60	0.51	0.67	0.89	0.92	1.20	0.95	0.83	0.88	<0.01	A,B<C,D,E ; C,E<D
醫療品質的保證性	0.42	0.61	0.44	0.66	0.80	0.89	1.15	0.92	0.84	0.87	<0.01	A,B<C,D,E ; C,E<D
醫療品質的同理性	0.45	0.65	0.48	0.69	0.85	0.89	1.20	0.95	0.81	0.89	<0.01	A,B<C,D,E ; C,E<D



表 4-21 影響病患期望與滿意度落差（缺口五）之複迴歸分析

變項名稱	迴歸係數	標準誤	p 值
常數項	15.08	5.41	0.01
年齡	0.08	0.06	0.23
性別			
女(對照組)			
男	-1.48	1.52	0.33
婚姻狀況			
單身(含未婚離婚或喪偶)(對照組)			
已婚	-1.90	1.68	0.26
教育程度			
國小(含不識字)(對照組)			
國中	1.87	1.73	0.28
高中	-0.36	1.68	0.83
大學(含研究所)以上	-3.40	1.86	0.07
平均月收入			
3 萬元以下(對照組)			
3~6 萬元	2.13	1.56	0.17
6~9 萬元	8.95	2.01	<0.01
9~12 萬元	12.03	2.28	<0.01
12 萬元以上	6.34	1.91	<0.01
職業			
無(含退休及家管)(對照組)			
軍公教	-0.64	2.49	0.80
工商	1.82	1.93	0.35
農林漁牧	0.11	2.26	0.96
自由業	-2.52	3.11	0.42
醫院層級			
區域醫院(對照組)			
醫學中心	-8.60	1.32	<0.01
入院時疾病分類			
急性心肌梗塞(對照組)			
心絞痛/胸悶/胸痛	-1.60	1.65	0.33
心衰竭	-4.65	2.79	0.10
其他	-1.25	2.52	0.62

$R^2=0.273$  ; Adjusted  $R^2=0.237$  ;  $F=7.56$  ;  $P<0.01$

表 4-21 影響病患期望與滿意度落差（缺口五）之複迴歸分析（續）

變項名稱	迴歸係數	標準誤	p 值
身體不適情形			
完全不痛(對照組)			
輕微的痛	1.87	1.69	0.27
中度的痛	5.17	1.88	<0.01
嚴重的痛	3.22	2.15	0.14
非常嚴重的痛	0.50	4.25	0.91
手術部位			
鼠膝部(股動脈)(對照組)			
手腕(橈動脈)	-3.20	1.21	<0.01
手術次數			
第一次(對照組)			
第二次	-2.19	1.39	0.12
第三次以上(含第三次)	-3.15	1.96	0.11
手術治療種類			
心導管檢查(對照組)			
冠狀動脈氣球擴張術	0.44	1.47	0.76
冠狀動脈繞道手術	-1.28	1.71	0.46

表 4-22 影響病患整體滿意度之複迴歸分析

變項名稱	迴歸係數	標準誤	p 值
常數項	3.89	0.25	<0.01
年齡	0.00	0.00	0.38
性別			
女(對照組)			
男	0.07	0.07	0.33
婚姻狀況			
單身(含未婚離婚或喪偶)(對照組)			
已婚	0.13	0.08	0.09
教育程度			
國小(含不識字)(對照組)			
國中	0.06	0.08	0.44
高中	0.08	0.08	0.31
大學(含研究所)以上	0.19	0.09	<0.05
平均月收入			
3 萬元以下(對照組)			
3~6 萬元	0.16	0.07	<0.05
6~9 萬元	0.09	0.10	0.37
9~12 萬元	0.24	0.11	<0.05
12 萬元以上	0.18	0.09	0.05
職業			
無(含退休及家管)(對照組)			
軍公教	-0.05	0.12	0.64
工商	0.07	0.09	0.41
農林漁牧	-0.05	0.11	0.64
自由業	0.09	0.14	0.52
醫院層級			
區域醫院(對照組)			
醫學中心	0.10	0.06	0.12
入院時疾病分類			
急性心肌梗塞(對照組)			
心絞痛/胸悶/胸痛	0.11	0.08	0.15
心衰竭	0.01	0.13	0.93
其他	0.17	0.12	0.15

$R^2=0.197$  ; Adjusted  $R^2=0.149$  ;  $F=4.12$  ;  $P<0.01$

表 4-22 影響病患整體滿意度之複迴歸分析(續)

變項名稱	迴歸係數	標準誤	p 值
身體不適情形			
完全不痛(對照組)			
輕微的痛	-0.27	0.08	<0.01
中度的痛	-0.24	0.09	<0.01
嚴重的痛	-0.26	0.10	<0.01
非常嚴重的痛	-0.09	0.20	0.65
手術部位			
鼠膝部(股動脈)(對照組)			
手腕(橈動脈)	-0.10	0.06	0.07
手術次數			
第一次(對照組)			
第二次	0.02	0.07	0.73
第三次以上(含第三次)	0.06	0.09	0.53
手術治療種類			
心導管檢查(對照組)			
冠狀動脈氣球擴張術	0.00	0.07	0.97
冠狀動脈繞道手術	-0.04	0.08	0.59
就醫滿意度			
有形性構面滿意度	-0.01	0.01	0.35
可靠性構面滿意度	0.02	0.02	0.36
回應性構面滿意度	-0.01	0.02	0.48
保證性構面滿意度	0.03	0.02	0.18
同理性構面滿意度	-0.08	0.02	<0.01

表 4-23 病患對醫療品質期望（重要性）與滿意度（（績效））之分析表

IPA 象限	服務品質變項
繼續保持區（11 項）	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 先進的儀器設備</li> <li>2. 詳細告知病情與處置方法</li> <li>3. 能提供技術純熟的專業服務</li> <li>4. 認真確實的服務態度</li> <li>5. 專業表現讓病患覺得有信心</li> <li>6. 讓病患具有安全感</li> <li>7. 明確的告訴病患檢查的流程</li> <li>8. 非常樂意幫助病患</li> <li>9. 提供病患所需的醫療服務</li> <li>10. 良好的服務態度與禮貌良好的服務態度與禮貌</li> <li>11. 迅速的處理病患的問題</li> </ol>
迫切改善區（5 項）	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 安全的設備</li> <li>2. 整潔舒適的環境</li> <li>3. 以病患的最大利益為優先考量</li> <li>4. 有足夠的專業知識回答病患問題</li> <li>5. 專業的穿著</li> </ol>
非迫切改善區（6 項）	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 不會因忙碌而忽視病患的需求</li> <li>2. 製作詳細的衛教相關手冊</li> <li>3. 適時的提供醫療（或藥物）諮詢</li> <li>4. 醫療服務能方便病患</li> <li>5. 注意病患就醫的隱私性</li> <li>6. 滿足病患的個別需求</li> </ol>
過猶不及區（0 項）	0

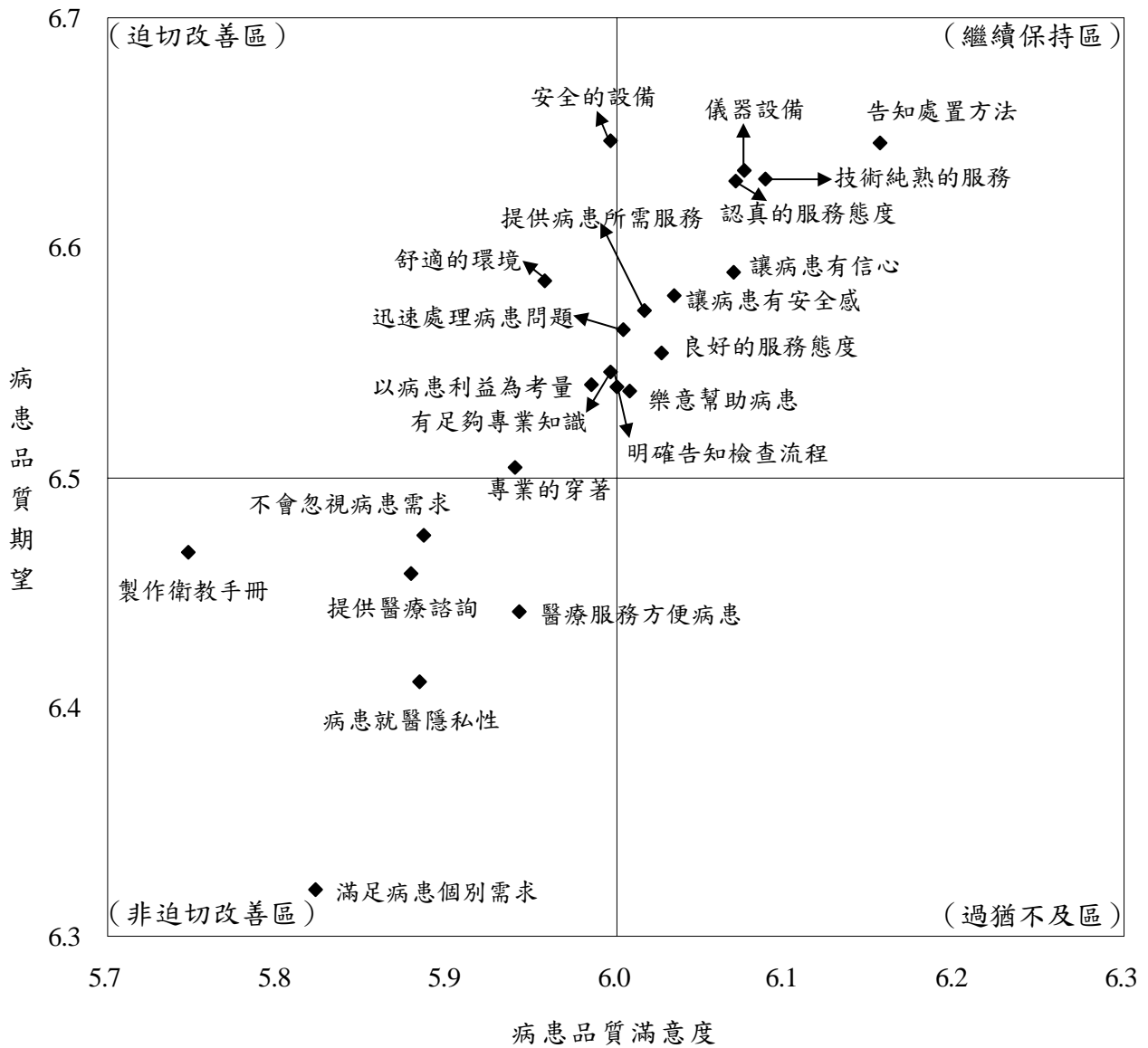


圖 4-1 病患對醫療服務品質屬性之期望與滿意度認知分析圖

註：病患對醫療品質期望平均分數為 6.5 分；滿意度平均分數為 6.0 分。

## 第五章 討論

本研究之結果分為三部份討論，第一部分為描述性分析結果之討論，第二部份為雙變項分析及複迴歸分析結果之討論，第三部份為病患對醫療服務品質期望與滿意度落差之重要性/績效分析。

### 第一節 描述性分析結果之討論

#### 一、醫護人員對病患期望之認知和病患期望的落差

##### (一) 期望的優先順序兩者相同

醫護人員對於病患對醫療品質期望之認知，在五大構面中，依序為「可靠性」、「保證性」、「有形性」、「回應性」及「同理性」，此與病患期望在五構面中的排序相同，兩者皆認為「可靠性」構面最重要。回顧過去文獻(Herng, 2004; OC'nnor, 2000; 張瑛津, 2004)以 PZB 模式及其發展的 SERVQUAL 量表，對醫療機構服務品質相關研究皆顯示「可靠性」最優先的期望，結果與本研究相同。

就心導管而言，詳細告知病情、專業純熟的心導管技術、準時的提供服務及認真確實的服務態度，皆是醫療品質可靠性的指標。

##### (二) 缺口一的落差

在缺口一的落差值皆為正落差，顯示病患的期望仍較醫護人員認知的期望要高，依序為「回應性」、「有形性」、「保證性」、「同理性」及「可靠性」，這些落差是醫護人員仍可努力的空間。由結果



中可看出，針對醫護人員對病患期望之認知與病患對醫療品質的期望落差進行 t 檢定，在醫療品質的五個構面皆達到統計顯著水準 ( $p < 0.05$ )。而在衡量問項方面，病患的期望均大於除了醫護人員對病患醫療品質期望認知，呈現正落差，須加以改善。在「可靠性構面」中「醫護人員能提供技術純熟的專業服務」未達到統計水準 ( $p > 0.05$ ) 之外，其餘的變項皆達到統計水準。

「回應性構面」落差分數最大的前三項依序為「適時的提供醫療或藥物諮詢」、「明確的告訴病患檢查的流程」、「不會因忙碌而忽視病患的需求」。與 Coulté & Cleary(2001)研究指出住院流程順暢、準時進行檢查及治療處置、詳細解釋用藥的目的及副作用等，是病患的期望的醫療品質重要績效指標，其研究結果相同。推論其原因可能因為在心導管檢查的服務過程中，病患的意識處於清醒狀態，對於環境的陌生及工作人員的活動情形都會感覺焦慮不安。因此，對於有關心導管檢查的過程及手術的注意事項，應在手術前訪視時給予適當的衛生教育與說明，有關的用藥處置及疾病未來的治療規劃亦應詳細解釋。如此，應可減少醫護人員與病患期望之落差，進而使病患有被重視的感覺。

在「有形性構面」最大落差的前三項依序為「醫護人員應有專業的穿著」、「整潔舒適的環境」、「安全的儀器設備」，由圖

4-1 可知此三項因素亦落於迫切改善區。推論可能是因為病患對於心導管硬體的醫療儀器設備及環境的舒適感、專業的穿著等有形的外觀方面自己較能掌握觀察(視覺)，較能夠擁有自主的判斷能力，因此，寄以較大的期望，落差則相對增加。台灣地區近年來各大醫院爭相添購貴重儀器設備，這些所費不貲的貴重儀器似乎並不能完全滿足病患之期望，醫院經營者似乎更應著重於環境之整潔舒適與安全感層面之營造，這些則需要著重在管理層面的落實與執行，而不僅僅是大手筆的投資。過去其他醫療服務之研究中，「醫院設備」及「醫術」是病患選擇醫療機構的主要因素 (Inguanzo & Harju, 1985；郭宜中、湯玲郎，2001；郭德賓，2000；蔡文正、龔佩珍，2003)，與本研究結果相同。因此，醫院在治療病患的同時，也要注意「儀器設備」及「醫術」，以增加病患的忠誠度。

就「保證性」構面整體而言，其落差相對較小，可能的原因是由於病患在選擇接受心導管檢查時，長期與醫師之間已建立良好的醫病關係，對於醫師的專業技術及表現方面均會給予肯定。此構面中落差最大的前二項依序為「良好的服務態度與禮貌」、「讓病患具有安全感」。針對以上二項落差，建議應教育醫護人員了解醫療產業是服務業之特性，建立良好的服務態度與禮貌。同時加強與病患之溝通與教育，例如可以在手術的前一天訪視病患，以建立良好

的互動關係。如此應能增加病患的安全感。

此外，本研究樣本取得之個案醫院屬於公立醫院中形象較佳的醫院，醫師全數均由醫學中心訓練合格，心臟專科醫師的年資平均 2 至 5 年以上者共 88.1%(表 4-1)，病患對其信賴程度高。此項與蔡文正(2005)研究在公立醫院治療的癌症病患其整體滿意度顯著高於在私立醫院治療的病患，研究結果相同。然而傅鍾仁等(2002)研究中發現私立醫院的病患整體滿意度顯著高於公立醫院之病患，與本研究之結果不同。

在「同理性構面」中，落差最大的前二項依序為「心導管的醫療服務能方便病患」及「滿足病患的個別需求」，此與張瑛津(2004)研究結果中，基層診所病患與醫師對醫療服務的缺口在「同理性構面」中，落差之前二項「看診時間方便於所有顧客」、「僱用會個別化照護病患的醫護人員」有異曲同工之妙。就心導管的服務而言，即時有效的處理緊急病患是極為要緊的，近年來 24 小時緊急導管手術以打通阻塞之血管，在台灣已有多數醫院可以提供此一緊急服務，然而若干醫學中心或因傳統排班，而無法提供緊急服務，顯示仍有改善之空間。

而在「可靠性構面」中，落差最大的則為「準時提供病患所需的醫療服務」及「醫師能詳細告知病情與處置方法」。此與過去文

獻 (Crane, 1988; 蔡文正, 2003) 民眾對就醫因素, 以「醫師能詳細告知病情與處置方法」、「醫師願意花時間解釋病情」和「醫師服務態度」為重要因素之結果相似。就「準時提供病患所需的醫療服務」而言, 在心導管檢查服務的過程, 可能因為處置方式不同導致無法告訴病患確定的檢查時間, 顯然提供服務的醫院應注意排程的適當性, 以符合民眾之期待。

## 二、病患的期望和滿意度的落差 (缺口五)

五構面的落差值都呈正落差, 大小依序為「有形性」、「回應性」、「同理性」、「可靠性」與「保證性」。當滿意度與期望值皆呈現正落差, 顯示病人期望皆未獲得滿足。從研究結果中發現, 「有形性」落差最大, 而「可靠性」與「保證性」落差最小。針對病患對醫療品質的期望與滿意度落差進行 t 檢定, 在醫療品質所有五大構面及 22 題衡量問項皆達顯著差異 ( $p < 0.05$ )。顯示出病患對醫療品質的期望高於滿意度, 說明了若要有效提升心導管醫療服務品質的競爭力, 則須好好的從醫療品質上下工夫, 以迎合病患真正的需求。依據相關的研究顯示, 醫護人員對於心衰竭的病患在醫院住院期間, 如能主動給予關注與心理支持, 可增加病患滿意度, 並藉此提升照護品質及改善醫療成果 (Sabina, 2004)。Mohsen 等人 (2003) 的研究結果指出, 92.5% 冠狀動脈疾病的病患認為醫護人

員給予的關心程度可促進他們的信任及滿意程度。

在「有形性」中，以「心導管室應製作詳細的衛教相關手冊」落差值最大，由於醫療資訊的不對等，病患自己獲得檢查的相關訊息有限，推論其原因可能為本研究病患教育程度不高，或是與各醫療院所是否提供衛教相關手冊也有關係。其次為「具有安全的設備」及「整潔舒適的環境」，或許因為心導管室一直以來皆屬於一種半開放性的空間，病患在準備接受檢查之前，除了心理的緊張焦慮外，可能還要面對環境的吵雜與干擾，因此，對於安全與外觀環境的落差最大。在「回應性」中，落差值最大的二項為「適時的提供醫療(或藥物)諮詢」和「醫護人員不會因忙碌而忽視病患的需求」，可見病患對於出院時藥物的服用和及時解決問題相當重視。

在「同理性」中，則以「病患就醫的隱私性」、「以病患的最大利益為優先考量」和「滿足病患的個別需求」落差最大，其中「以病患的最大利益為優先考量」被視為須迫切改善的項目之一。此與張瑛津(2004)針對基層民眾所作的研究結果，發現「將病人的權益放在心上」落差最大之結果相同。

## 第二節 變異數分析與複迴歸分析結果之討論

### 一、缺口一之變異數分析

本研究為了解影響醫護人員對病患期望之認知與病患對醫療品質期望落差的之因素，首先利用變異數分析進行探討，結果發現「醫護人員的職業別」達到統計顯著水準。而醫師之落差較護理人員更大，顯示醫師較護理人員更無法了解病患對醫療品質的期望。或許此與台灣地區對醫護人員的養成教育以及醫師在醫療行為的權威性或有相關。一般認為「醫師以治療（cure）為主，護理人員以照護（care）為主」，因此醫師認為只要將治療疾病的角色功能扮演好即可，而忽略了病患對醫療品質的期望不僅僅於此。

### 二、缺口五之變異數與複迴歸分析

本研究為了解影響心導管病患對醫療品質之期望與滿意度落差的之因素，乃利用變異數分析逐一進行探討，發現病患之「性別」、「教育程度」、「家庭平均月收入」、「職業別」、「醫院層級」等變項具有統計顯著水準( $p < 0.05$ )。

從「性別」與病患對醫療品質期望和滿意度落差之變異數分析之統計結果顯示，女性病患較男性對醫療品質期望和滿意度的落差大，並有顯著差異( $p < 0.05$ )。本研究進一步探討發現，男、女的醫療品質期望平均分數分別為 6.54 及 6.52；但是在滿意度方面，男

女對醫療品質的滿意度平均分數則為 6.03 和 5.84，由此推論，性別的落差大是因為女性的滿意度較低之故。依據江清泉（2003）研究結果顯示，女性對「最好的醫院」的期望比男性高，在期望與實際感受的落差上，女性的落差比男性高，與本研究結果相同。經進一步控制其他變項後，發現性別對缺口五並無顯著差異( $p>0.05$ )。此與廖士程（2005）認為性別與滿意度無顯著相關之研究結果相同。此結果也意謂著，要提昇心導管的醫療服務品質，研究女性病患的需求是個重點，可以從女性病患的觀點出發去思考改善服務品質的方向與具體改善措施。

本研究在控制其他變項後，經進一步在迴歸模式中發現「身體不適情形」、「家庭平均月收入」、「手術部位」及「就醫醫院的層級」與缺口五有顯著相關 ( $p<0.05$ )。「身體不適情形」方面，由迴歸模式中發現，相對於不疼痛者，疼痛者對於缺口五的落差較大，進一步探討其原因，疼痛者的期望平均分數較高（6.65），但平均滿意度分數卻較低（5.85），因此造成缺口大。據 Young 等人（2000）對住院病患滿意度調查之研究顯示，病患疾病嚴重度愈輕，對健康照護系統服務滿意程度較高，結果與本研究結果相同。

「家庭平均收入」方面，由迴歸模式中發現，相對於收入在 3 萬元以下者，所得較高者缺口落差較大。本研究發現在收入的族群

中，平均收入 9 至 12 萬元的族群其對醫療品質期望較大（6.84），滿意度卻較低（5.74），因此缺口相對較大。顯示經濟狀況為影響缺口的重要因素，亦即所得愈高則缺口愈大，此與過去研究（郭宜中，2001；蔡文正，2005）之研究結果相異。

在「手術部位」方面，鼠蹊部（股動脈）者比手腕者（橈動脈）落差大。此與過去文獻（Huang, 2004; Jen, 2004; Lee, 2004）顯示，相較於經由股動脈手術，經由橈動脈手術的優點為止血時間短（2 小時），手術後病人可立即下床，血管併發症亦較少，因此，病患滿意度亦較高之結果相符合。

最後，病患在醫學中心就醫的缺口小於區域醫院，進一步探討發現，從病患對醫學中心醫療品質的期望（6.49）及滿意度平均分數（6.17），對區域醫院醫療品質的期望（6.61）及滿意度平均分數（5.71）。因此，造成區域醫院落差較大的原因是因為病患對區域醫院滿意度較低的原因。推估其原因，其一為醫學中心或許在心導管的處置方面，真的提供較好的服務；其二可能是病患認為醫學中心能獲得保障。

綜合以上結果發現，造成缺口五落差較大的主要原因，大多是由於病患對於醫療的滿意度較低之故。因此要補足落差五的缺口，應透過醫病之間良好的溝通及醫療諮詢技巧，於有限的時間內，增



進病患的滿意度為優先。

### 三、就醫整體滿意度複迴歸分析之結果討論

本研究由迴歸模式發現，影響病患對醫療整體滿意度的各影響因素中，與「教育程度」、「家庭平均月收入」、「身體不適情形」以及「同理性構面」有顯著關聯。教育程度較高者其對目前疾病治療的整體滿意程度大於教育程度較低者，家庭所得較多之族群對治療的整體滿意程度亦相對較高。David等人(2004)調查加拿大53所醫院，共2256位罹患心肌梗塞痊癒後出院的病患，研究結果發現：社經地位較高者、家庭所得較多及教育程度較高之族群，對醫療服務的滿意程度相對較低，原因是等待冠狀動脈介入性治療的時間太長，流程過於繁瑣，因此他們表示寧願自費換取更迅速的心導管檢查服務，其結果與本研究相異。經進一步探討，可能因加拿大保險制度之故，醫院必須等到核可後才能為病患進行心導管檢查服務，以致於因為等待時間太長，甚至延誤治療時機，因此導致病患滿意度較低。

身體不適情形（疼痛嚴重度）方面，較不疼痛之患者對疾病治療整體滿意度相較於疼痛者高。推論原因其一為心導管治療疾病對疼痛有立竿見影的效果，病患若在治療後症狀獲得立即改善，滿意度自然較疼痛者高。其二可能此與疾病嚴重度或有相關，病情較嚴

重者其治療的複雜度相對較高，即使接受心導管治療，症狀不一定立即緩解，因此，滿意度相對較低。依據戴志展（2002）針對接受鼻竇炎內視鏡手術患者做調查的結果發現，病情愈嚴重度的個案，對於治療的過程複雜度亦高，對治療結果愈不滿意，與本研究結果相似。

而「同理性」構面落差分數每增加 1 單位，會降低疾病治療的整體滿意度。依據廖士程等人（2005）對醫病關係與醫療滿意度之全國性普查結果指出，良好的醫病溝通關係更能影響醫療滿意度。更重要的是，Roter 等人（1995）之研究發現，醫師若具備社會心理面向的醫病溝通技巧，可以在有限的時間內，達到同理病患病緩解情緒困擾的目的。因此，執行心導管的醫護人員除了提供專業技能的心導管照護之外，除了在提供醫療服務時確保病患的隱私，瞭解病患真正的需求之外，應在有限的時間內，提供病患有效的情緒支持、付與關懷及傾聽，以增進醫療滿意度。

### 第三節 病患期望與滿意度之重要性/績效分析之討論

在 IPA 中落在迫切改善區的有 5 項，分別為「安全的設備」、「整潔舒適的環境」、「專業的穿著」、「足夠的專業知識回答病患問題」和「以病患的最大利益為優先考量」。其中「安全的設備」、「整

潔舒適的環境」、「專業的穿著」3項屬於「有形性」構面。本研究發現在缺口五的落差方面，以「有形性」中的「安全的設備」與「整潔舒適的環境」落差最大。可見病患對於心導管醫療品質在「有形性」的期望之重要性高，但滿意度卻偏低。推論可能由於心導管牽涉到心臟疾病的治療，民眾之期望要求皆特別的高。對於如心臟重症等危及生命醫療需求，醫療提供者應更為謹慎，儀器設備應以病患安全為第一考量，環境設計應整潔舒適，進而降低病患之焦慮感。對於醫護人員的穿著，更應提供專業整潔的形象。

而「以病患的最大利益為優先考量」也屬於「同理性」構面的前二名，許南榮（2005）的研究結果也將「重視病患的最大利益」列入癌症住院病患 IPA 之迫切改善區。而屬於「保證性」構面的「足夠的專業知識回答病患問題」，在本研究之 IPA 的屬性分佈很靠近「繼續保持區」，若能提高醫護人員對專業知識的認知，並肯切的回答病患問題，相信應能有效滿足病患需求。

## 第六章 結論與建議

### 第一節 結論

心臟血管疾病位居國人十大死亡第二名，罹患冠狀動脈疾病的人口逐年增加，心導管檢查是評估心臟疾病的主要項目，利用率及耗費的醫療資源越來越多。本研究利用 PZB 服務品質模式及其發展出的 SERVQUAL 服務品質量表，瞭解心導管室醫護人員對患者對醫療品質期望的認知與患者對醫療品質期望之間的落差(缺口一)與患者對醫療品質期望與滿意度之落差(缺口五)，以及影響缺口一與缺口五之相關因素，並分析影響病患滿意度之相關因素，提供醫療機構作為改善心導管醫療服務品質之參考。

整體而言，在「缺口一」方面，五大構面的期望正落差依序為「回應性」、「有形性」、「保證性」、「同理性」及「可靠性」。而醫師與病患的落差大於護理人員，這是醫護人員必須努力的空間。

在「缺口五」方面，影響心導管病患對醫療品質的期望與滿意度之落差的變項，以「家庭平均月收入」、「身體不適情形」、「手術部位」和「就醫層級」有顯著差異。影響病患對醫療整體滿意度的因素，包括教育程度、平均家庭月收入及身體不適情形（疼痛的嚴重度）和「同理性」構面。即教育程度較高、家庭經濟狀況較好者，對整體治療滿意程度亦較高。

病患對於心導管檢查的期望與滿意度，在本研究落在迫切改善區的有 5 項，分別為「安全的設備」、「整潔舒適的環境」、「專業的穿著」、「足夠的專業知識回答病患問題」和「以病患的最大利益為優先考量」。本研究發現在缺口五的落差方面，以「有形性」中的「安全的設備」與「整潔舒適的環境」落差最大。可見病患對於心導管醫療品質在「有形性」的期望之重要性高，但滿意度卻偏低。

心導管檢查已成為治療冠狀動脈疾病的主流，此項高科技醫療的利用率及醫療資源的耗費率與日俱增，在現今以「病人為中心」的醫療觀念主導下，此結果值得醫院管理者重新省思及正視的問題，以期追求更符合病患期望的醫療品質。



## 第二節 建議

### 一、對於醫院管理者而言

利用 SERVQUAL 的品質模式，可以有效地瞭解病患針對各種醫療服務的需求及缺口，醫院管理者可依據這些需求進一步改善。舉例而言，本研究使用重要性/績效分析之後，落於迫切改善區之項目，是醫院管理者可以立即投入資源，並且獲得有效改善的項目。醫院管理者體認到現今的醫療環境的改變，應要求醫院的經營日趨專業及人性化。

### 二、對於醫護人員而言

本研究顯示醫護人員在缺口一對於病患期望的認知，與病患的期望其順序一致，但仍存在落差。顯示醫護人員雖然瞭解病患的需求，努力仍嫌不足，應進一步改善，以追求更符合病患期望的品質。

### 三、對於研究者的建議

本研究利用 PZB 之 SERVQUAL 品質模式，有效地分析出心導管檢查及處置的品質缺口，顯示 PZB 模式是可以提供醫療服務的有效研究。對於與民眾較為切身的醫療行為問題，諸如外科手術等，現今並未有較深入的研究探討品質問題，個人建議未來研究者可以朝此方向進行研究。

### 第三節 研究限制

- 一、本研究在病情嚴重度方面，只分為急性心肌梗塞、心絞痛（胸悶、胸痛）及心衰竭，並無將心絞痛（Angina）分為穩定性心絞痛（Stable Angina）和不穩定性心絞痛（Unstable Angina），以及臨床的檢驗等。
- 二、本研究收案樣本僅以國內中南部四家公立醫院為樣本個案醫院，因此，無法與私立醫院相比較，建議後續研究者可對此部份加以探討。
- 三、本研究之醫護人員樣本數較少，所得結果的客觀性較為不足。
- 四、本研究之問卷調查訪員大部分由心導管護理人員擔任，因此，可能出現霍桑效應而使滿意度之結果偏高，影響研究結果。

## 參考文獻

### 一、英文文獻

Anderson RM. Revisiting the behavior model and access to medical care: Dose in Matter. *Journal Health Social Behavior* 1975; 36: 1-10.

Ayanian J Z, Quinn TJ. Quality of care for coronary heart disease in two Countries. *Health Affairs* 2001; 20(3): 55-68.

Bodur SO, Yusuf E , Kara F. Outpatient satisfaction with health consumers in urban areas. *Turkish Journal of Medical Sciences* 2002; 32:409.

Boulding W, Ajay K, Richard S, Valarie AZ. A dynamic process model of service quality: from expectation to behavioral intentions. *Journal of Marketing Research* 1993; 30: 7-27.

Braunwald's Heart Disease. A textbook of cardiovascular medicine, 7<sup>th</sup> edition, 2005.

Cleary PD, Susan EL. Health Care Quality: Incorporating consumer perceptive. *JAMA Chicago*1997; 278(19): 1608-1613.

Crane FG , Lynct JE. Consumer selection of physicians and dentists: An examination of choice criteria and we usage. *Journal Health Cares Make* 1988; 3:16-9.

Coulte A, Cleary PD . Patients' experiences with hospital care in five countries. *Health Affairs* 2001; 20(3): 244-249.

Dabholkar PA, Thorpe DI, Rentz J, A measure of service quality for retail stores: scale development and validation. *Journal of Travel Research* 1996; 24(1): 3-16.

David A, Karey I, Peter C, Austin C, David N. Socioeconomic status, service patterns, and perceptions of care among survivors of Acute Myocardial Infarction in Canada. *JAMA* 2004; 291: 1100-1107.

Dayananda P, Bradley RB. The measurement and management of service quality in dental healthcare. *Health Services Management Research* 2004; 17(4): 229-236.

Dingman SK, Williams M, Fosbinder D, Warnick M. Implementing a caring model to improve patient satisfaction. *J Nurs Adm* 1999; 29: 30-37.

Dolinsky AL. Considering the competition in strategy development: an extension of importance-performance analysis. *Journal of Health care*



Marketing 1991; 11:31-36.

Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment. Health Administration Press 1980; 1(1): 97-124.

Egunjobi L. Factors influencing choice of hospitals: a case study of the northern part of Oyo State. Nigeria, Social Science and Medicine 1983; 9: 585-589.

Engel JF, Blackwell RD, Miniard PW. Consumer Behavior, New York: The Dryden Press, 1994.

Frank G Wei Z. Applying importance-performance analysis to Beijing as an international meeting destination, Journal of Travel Research 1997; 35: 42-50.

Ford JB, Joseph M, Joseph B. Importance-performance analysis as a strategic tool for service marketers: The case of service quality perceptions of business students in New Zealand and the USA. The Journal of Service Marketing 1999, 13: 171-186.

Gibson DJ, Eugene W. Caldwell lecture technology: the key to controlling health care costs in the future. American Journal of Roentgenology 1994; 163: 1289-1293.

Gooding SK. Quality, sacrifice and value in hospital choice. Journal of Health Care Marketing 1995; 15(4): 24-31.

Hart SL. An integrative framework for strategy making process. Academy of Management Review 1992; 17: 327-351.

Lin HC, Sudha X, James NL. Patient perceptions of quality in group versus solo practices clinics. International Journal for Quality in Health Care 2004; 16(6): 437-443.

Hillman BD, Neu CR, Winkler JD, Aroesty J, Rettig R.A, Williams AP. The diffusion of magnetic resonance imaging scanners in a changing U.S. health care environment. International Journal of Technology Assessment in Health Care 1987; 3: 545-559.

Huang CH, Chen CY, Chen IC, Ong ET, Chen PH, Chiou HC. Impact of the Transradial Approach to Coronary Angiography or Angioplasty on Radial Artery in Taiwanese Population. Acta Cardiol Sin 2004; 20: 212-218.

Itter CD, Larker DF. Are nonfinancial measures leading indicators of financial performance? An analysis of customer satisfaction. Journal of Accounting Research 1998; 36: 1-35.

- John J. The impact of past experience. *Journal of Health Care Marketing* 1992; 12: 56-64.
- Knudtson ML. Chelation therapy for ischemic heart disease. *JAMA* 2002; 287(4):481.
- Krumholz H. National use and effectiveness of Beta-blockers for the treatment of elderly patients after Acute Myocardial Infarction: National cooperative cardiovascular project. *Journal of the American Medical Association* 1998; 280(7): 623-629.
- Kotler P. *Marketing management*, 11<sup>th</sup> ed. Englewood Cliffs: Prentice Hall, Inc., 2003.
- Lazaro P, Fitch K. The distribution of "Big Ticket" medical technologies in OECD counties. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 1995; 11: 552-570.
- Lee KW. Transradial Coronary Interventions: Another Pathway to the Heart Section of Cardiology, Department of Internal Medicine. *Acta Cardiol Sin* 2004 ;20: 221-222.
- Lee TH, Goldman L. Evaluation of the Patient with Acute Chest Pain. *N. Engl. J. Med* 2000; 342:1187.
- Manilla JA, Jame JC. Importance performance analysis. *Journal of Marketing* 1977; 41: 77-79.
- Mohsen AL, Chris P, David G. Patients' satisfaction and quality of life in coronary artery disease. *Health and Quality of Life Outcomes* 2003; 1(57): 1-7.
- O'Connor SJ, Richard MS, Michall RB. A Model of service quality perceptions and healthcare consumer behavior. *Journal of Hospital Marketing* 1991; 6(1): 62-69.
- Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. A conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of Marketing* 1985; 49: 41-50.
- Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Marketing* 1988; 64(1): 12-40.
- Zeithaml V, Parasuraman A, Berry L. *Delivering quality service*. New York: Free Press, 1990:46.
- Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. SERVQUAL: A multiple item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of*

Retailing 1998; 64: 13-40.

Pearson TA, Smith SC, Poole-Wilson P. Cardiovascular specialist societies and the emerging global burden of cardiovascular disease: A call to action. *Circulation* 1998; 97(6): 602-604.

Popma JJ. A decade of improvement in the clinical outcomes of percutaneous transluminal coronary intervention for multivessel coronary artery disease. *Circulation* 2002; 106: 1592-1594.

Roter DL, Hall JA, Kern DE, Barker LR, Cole KA, Roca RP. Improving physician's interviewing skills and reducing emotional distress: a randomized clinical trial. *Arch Intern Med.* 1995; 155: 1877-1884.

Reidenbach RE, Beverly SS. Exploring perceptions of hospital operations by a modified SERVQUAL approach. *Journal of Health Care Marketing* 1990; 10(4): 47-58.

Sabina BG, Paul AC, Aimee W. Inpatient heart failure treatment from the patient's perspective. *Quality Management in Health Care* 2004; 13(3): 154-166.

Schneider EC, Epstein AM. Use of public performance reports. *Journal of the American Medical Association* 1998; 279(20): 638-642.

Stephen GE. In-hospital cost of percutaneous coronary revascularization. *Circulation* 1995; 92(4): 741-747.

Taylor SL, Cosenza RM. A conceptual choice model for hospital services. *Journal of Marketing Theory and Practice* 1999; Fall: 20-32.

Teplensky JD, Pauly MV, Kimberly JR, Hillman AL, Schwartz JS. Hospital adoption of medical technology: An empirical test of alternative models. *Health Services Research* 1995, 30(3): 437-465.

World Health Report: Reducing risk, promoting healthy life Geneva, World Health Organization 2002.

Yavas U, Shemwell DJ. Competing for patient and profit. *Journal of Health care Marketing* 1996; 16: 30-37.

Zeithaml VA, Binter MJ. *Services marketing: integrating customer focus across the firm* 3<sup>rd</sup> ed. New York: McGraw-Hill, 2002.

Zeithaml V, Parasuraman A, Berry L. *Delivering quality service.* New York: Free Press, 1990.

## 二、中文文獻

- 中央健康保險局：全民健康保險醫療費用統計，2001。
- 江東亮：臺灣醫療保健支出之趨勢分析。臺灣公共衛生雜誌2002；21：157-163。
- 江清泉：醫院門診服務品質之改善與探討-以台大醫院為例。國立台灣大學碩士論文，2003。
- 行政院衛生署：90年台灣地區死因統計結果摘要，2001。
- 行政院衛生署：93年台灣地區死因統計結果摘要，2005。
- 林英治：非營利組織服務品質構面之研究—以青年志工中心為例。南華大學非營利事業管理研究所碩士論文，2003。
- 李一鑫：醫院購置高科技醫療儀器與市場結構的關聯。國立中央大學碩士論文，2000。
- 李隆生：影響醫院購置昂貴醫療儀器決策之因素-以台南高雄兩地醫院為例。中華衛誌 1999；18（5）：327-333。
- 孫光芬：醫院的市場研究。醫院 1980；27（35）：258-262。
- 翁瑞宏、何雍慶、邱柏松、黃靖媛：醫療服務業顧客認知關係品質與忠誠度關係之理論模式建構。醫務管理2004；5（4）：418-436。
- 郭宜中、湯玲郎：醫院服務品質與住院病患滿意度之研究—以二區域教學醫院為例。醫院 2001；34（5）：23-43。
- 郭德賓：醫療服務業顧客滿意與競爭策略之研究。產業管理學報 2000；1(2)：231~256。
- 陳孝平：影響全民健康保險醫療費用因素之探討。行政院衛生署中央健保局八十七年度委託研究計劃，1998。
- 陳楚杰：從醫院形象談地區醫院的經營策略。醫院 1996；29（5）：1-3。
- 傅鍾仁、張錫惠：我國醫療服務品質滿意度之實證研究。台灣管理學刊 2002；1：317-339。

張苙雲：「逛醫師」的邏輯---求醫歷程的分析。臺灣社會學刊1998；21：59-87。

張瑛津：基層診所醫療服務品質缺口分析。中國醫藥大學醫務管理研究所碩士論文，2004。

楊建昌、陳素秋、何國昌、黃國圳：住院病患對服務品質知覺與經營績效相關性之研究。醫務管理期刊 2003；4（2）：86-105。

廖士程、李明濱、謝博生、李源德：醫病關係與醫療滿意度之全國普查。醫學教育

黎伊帆、楊銘欽：民眾對新設院區之認知及就醫意願調查研究。台灣衛誌 2004；23（4）：316-323。

蔡文正：民眾對基層診所就醫意願與開業醫師對醫療服務自我評價之研究。行政院衛生署九十年度委託研究計畫，2002。

蔡文正：癌症病人就醫滿意度調查。國民健康局九十四年度科技研究發展計畫，2005。

蔡文正、龔佩珍：民眾對基層診所評價與就醫選擇影響因素。台灣衛誌 2003；22（3）：1-13。

蔡文正、龔佩珍：基層醫師與民眾之服務品質認知落差之分析。醫務管理 2004；4：385-402。

蔡文正、龔佩珍、楊志良、江怡如：台灣高科技醫療儀器之利用趨勢，1998-2001”。醫務管理 2005；6（4）：446-460。

盧瑞芬、謝啟瑞：醫療經濟學（第六版）。台北：學富書局，2000。

戴志展、陳建志、蔡銘修、王拔群：鼻竇內視鏡手術患者對療程之滿意度分析。中華民國耳鼻喉科醫學雜誌 2002；37（1）：15-21。

羅萱、劉怡伶、林秀碧：健檢服務品質認知之研究-重要性/績效分析法之應用。醫務管理2001；2(3)：72-84。

## 【附錄一】醫護人員問卷

問卷編號：\_\_\_\_\_

醫院代碼：

敬愛的醫師、護理人員 您好：

這是一個純學術性的研究，主要目的在探討醫護人員對於患者接受心導管檢查醫療服務品質之『重要性與滿意度』。希望藉由您寶貴的意見，瞭解目前心導管室的醫療服務水準，作為未來提升冠狀動脈疾病患者醫療服務品質的依據。

第一部份是您(醫護人員)認為心導管病患對醫療服務品質之重要性，及您(醫護人員)對貴院所提供的醫療服務品質滿意度的自評。

第二部份是醫護人員個人特質，請您依據您的情況逐題填答。

本問卷採不記名方式作答，且僅作學術用途，請安心作答，若有任何問題，亦請您不吝指教。您寶貴的意見將對本研究成果具決定性之影響。

非常感謝您的協助與支持，並敬祝您身體健康萬事如意!

中國醫藥大學醫務管理研究所 蔡文正副教授

研究生 葉娟娟 敬上

## 一、醫護人員認為病患對心導管醫療服務品質重要性調查表

	同意的程度						
	絕 對 不 同 意	很 不 同 意	不 同 意	普 通	同 意	很 同 意	絕 對 同 意
<b>(一) 醫療品質的有形性</b>							
1. 病患認為優質的心導管室應具有先進的儀器設備	1	2	3	4	5	6	7
2. 病患認為優質的心導管室應具有安全的設備	1	2	3	4	5	6	7
3. 病患認為優質的心導管室應具有整潔舒適的環境	1	2	3	4	5	6	7
4. 病患認為優質的心導管室醫護人員應有專業的穿著	1	2	3	4	5	6	7
5. 病患認為優質的心導管室應製作詳細的衛教相關手冊	1	2	3	4	5	6	7
<b>(二) 醫療品質的可靠性</b>							
1. 病患認為優質的心導管室醫師能詳細告知病情與處置方法	1	2	3	4	5	6	7
2. 病患認為優質的心導管室醫護人員能提供技術純熟的專業服務	1	2	3	4	5	6	7
3. 病患認為優質的心導管室能準時提供病患所需的醫療服務	1	2	3	4	5	6	7
4. 病患認為優質的心導管室醫護人員擁有認真確實的服務態度	1	2	3	4	5	6	7
<b>(三) 醫療品質的回應性</b>							
1. 病患認為優質的心導管室醫護人員能明確的告訴病患檢查的流程	1	2	3	4	5	6	7
2. 病患認為優質的心導管室能夠適時且迅速的處理病患的問題	1	2	3	4	5	6	7
3. 病患認為優質的心導管室醫護人員總是非常樂意幫助病患	1	2	3	4	5	6	7
4. 病患認為優質的心導管室醫護人員不會因忙碌而忽視病患的需求	1	2	3	4	5	6	7
5. 病患認為優質的心導管室能適時的提供醫療（或藥物）諮詢	1	2	3	4	5	6	7
<b>(四) 醫療品質的保證性</b>							
1. 病患認為優質的心導管室醫護人員之專業表現讓病患覺得有信心	1	2	3	4	5	6	7
2. 病患認為優質的心導管室能讓病患具有安全感	1	2	3	4	5	6	7
3. 病患認為優質的心導管室醫護人員皆具有良好的服務態度與禮貌	1	2	3	4	5	6	7
4. 病患認為優質的心導管室醫護人員應具有足夠的專業知識可以回答病患的問題	1	2	3	4	5	6	7
<b>(五) 醫療品質的同理性</b>							
1. 病患認為優質的心導管室醫護人員能注意病患就醫的隱私性	1	2	3	4	5	6	7
2. 病患認為優質的心導管的醫療服務能方便病患	1	2	3	4	5	6	7
3. 病患認為優質的心導管室醫護人員會以病患的最大利益為優先考量	1	2	3	4	5	6	7

4. 病患認為優質的心導管醫護人員能滿足病患的個別需求	1	2	3	4	5	6	7
-----------------------------	---	---	---	---	---	---	---

## 二、醫護人員對心導管醫療品質自評調查表

	同意的程度						
	絕 對 不 滿 意	很 不 滿 意	不 滿 意	普 通	滿 意	很 滿 意	絕 對 滿 意
<b>(一) 醫療品質的有形性</b>							
1. 我對於本院的心導管室具有先進的儀器設備	1	2	3	4	5	6	7
2. 我對於本院的心導管室具有安全的設備	1	2	3	4	5	6	7
3. 我對於本院的心導管室具有整潔舒適的環境	1	2	3	4	5	6	7
4. 我對於本院的心導管室醫護人員的穿著很專業	1	2	3	4	5	6	7
5. 我對於本院的心導管室有製作詳細的衛教相關手冊	1	2	3	4	5	6	7
<b>(二) 醫療品質的可靠性</b>							
1. 我對於本院的心導管室醫師能詳細告知病情與處置方法	1	2	3	4	5	6	7
2. 我對於本院心導管室的醫護人員能提供技術純熟的專業服務	1	2	3	4	5	6	7
3. 我對於本院的心導管室能準時提供病患所需的醫療服務	1	2	3	4	5	6	7
4. 我對於本院心導管室的醫護人員擁有認真確實的服務態度	1	2	3	4	5	6	7
<b>(三) 醫療品質的回應性</b>							
1. 我對於本院心導管室的醫護人員能明確的告訴病患檢查的流程	1	2	3	4	5	6	7
2. 我對於本院的心導管室能夠適時且迅速的處理病患的問題	1	2	3	4	5	6	7
3. 我對於本院心導管室的醫護人員總是非常樂意幫助病患	1	2	3	4	5	6	7
4. 我對於本院心導管的室醫護人員不會因忙碌而忽視病患的需求	1	2	3	4	5	6	7
5. 我對於本院的心導管室能適時的提供醫療（或藥物）諮詢	1	2	3	4	5	6	7
<b>(四) 醫療品質的保證性</b>							
1. 我對於本院心導管室醫護人員的專業表現讓病患覺得有信心	1	2	3	4	5	6	7
2. 我對於本院心導管室能讓病患具有安全感	1	2	3	4	5	6	7
3. 我對於本院心導管室的醫護人員皆具有良好的服務態度與禮貌	1	2	3	4	5	6	7
4. 我對於本院心導管室的醫護人員具有足夠的專業知識可以回答病患的問題	1	2	3	4	5	6	7
<b>(五) 醫療品質的同理性</b>							
1. 我對於本院心導管室的醫護人員能注意病患就醫的隱私性	1	2	3	4	5	6	7
2. 我對於本院心導管室的醫療服務能方便病患	1	2	3	4	5	6	7
3. 我對於本院心導管室醫護人員會以病患的最大利益為優先考量	1	2	3	4	5	6	7



4. 我對於本院心導管室醫護人員能滿足病患的個別需求

1

2

3

4

5

6

7

三、個人基本資料（僅供分析參考，採不記名方式）

1. 性別：<sub>1</sub>男 <sub>2</sub>女

2. 年齡：民國\_\_\_\_年\_\_\_\_月出生

3. 教育程度：<sub>1</sub>高中/高職 <sub>2</sub>專科 <sub>3</sub>大學 <sub>4</sub>碩士 <sub>5</sub>博士

4. 醫院層級：<sub>1</sub>地區醫院 <sub>2</sub>區域醫院 <sub>3</sub>醫學中心

5. 目前職務：<sub>1</sub>醫師 <sub>2</sub>護理人員

6. 是否為主管或副主管：<sub>1</sub>是 <sub>2</sub>否

7. 心臟專科醫師年資：<sub>1</sub>1年以下（含1年） <sub>2</sub>2-5年 <sub>3</sub>6-10年 <sub>4</sub>11年以上

8. 請問您平均每月執行心導管案例約：<sub>1</sub>10例以下 <sub>2</sub>11-20例 <sub>3</sub>21例以上

9. 請問您是否修習過醫療管理或企業管理相關課程並獲得學分或學位之認證：

<sub>1</sub>是 <sub>2</sub>否

## 【附錄二】冠狀動脈心臟疾病患者對心導管醫療服務品質的期望與滿意度問卷

病患問卷編號：\_\_\_\_\_

醫院代碼：

親愛的受訪者您好：

這是一份關於純學術性的研究，主要是探討您在住院期間對心導管檢查醫療服務品質認為之「重要性與滿意程度」，以作為未來改善住院醫療服務品質與提昇滿意度之參考。本問卷採不記名方式作答，且僅作學術用途，請安心作答。您寶貴的意見將對本研究成果具決定性之影響。

非常感謝您的合作與支持，並敬祝您身體健康萬事如意！

中國醫藥大學醫務管理研究所 蔡文正副教授

研究生 葉娟娟 敬上

一、此部分主要在了解您在『心導管檢查』住院期間對於服務品質的重要性的看法，敬請依直覺□打√：

	同意的程度						
	絕 對 不 同 意	很 不 同 意	不 同 意	普 通	同 意	很 同 意	絕 對 同 意
<b>(一) 醫療品質的有形性</b>							
1. 我認為優質的心導管室應具有先進的儀器設備	1	2	3	4	5	6	7
2. 我認為優質的心導管室應具有安全的設備	1	2	3	4	5	6	7
3. 我認為優質的心導管室應有整潔舒適的環境	1	2	3	4	5	6	7
4. 我認為優質的心導管室醫護人員應有專業的穿著	1	2	3	4	5	6	7
5. 我認為優質的心導管室應製作詳細的衛教相關手冊	1	2	3	4	5	6	7
<b>(二) 醫療品質的可靠性</b>							
1. 我認為優質的心導管室醫師能詳細告知病情與處置方法	1	2	3	4	5	6	7
2. 我認為優質的心導管室醫護人員能提供技術純熟的專業服務	1	2	3	4	5	6	7
3. 我認為優質的心導管室能準時提供病患所需的醫療服務	1	2	3	4	5	6	7
4. 我認為優質的心導管室醫護人員擁有認真確實的服務態度	1	2	3	4	5	6	7
<b>(三) 醫療品質的回應性</b>							
1. 我認為優質的心導管室醫護人員能明確的告訴病患檢查的流程	1	2	3	4	5	6	7
2. 我認為優質的心導管室能夠適時且迅速的處理病患的問題	1	2	3	4	5	6	7
3. 我認為優質的心導管室醫護人員總是非常樂意幫助病患	1	2	3	4	5	6	7
4. 我認為優質的心導管室醫護人員不會因忙碌而忽視病患的需求	1	2	3	4	5	6	7
5. 我認為優質的心導管室能適時的提供醫療（或藥物）諮詢	1	2	3	4	5	6	7
<b>(四) 醫療品質的保證性</b>							
1. 我認為優質的心導管室醫護人員的專業表現讓病患覺得有信心	1	2	3	4	5	6	7
2. 我認為優質的心導管室能讓病患具有安全感	1	2	3	4	5	6	7
3. 我認為優質的心導管室醫護人員應具有良好的服務態度與禮貌	1	2	3	4	5	6	7
4. 我認為優質的心導管室醫護人員應具有足夠的專業知識可以回答病患的問題	1	2	3	4	5	6	7

(五) 醫療品質的同理性							
1. 我認為優質的心導管醫護人員能注意病患就醫的隱私性	1	2	3	4	5	6	7
2. 我認為優質的心導管醫療服務能方便病患	1	2	3	4	5	6	7
3. 我認為優質的心導管醫護人員會以病患的最大利益為優先考量	1	2	3	4	5	6	7
4. 我認為優質的心導管醫護人員能滿足病患的個別需求	1	2	3	4	5	6	7

二、此部分主要了解您在『心導管檢查』住院期間對於服務品質的滿意度的看法，敬請依直覺□打√：

	滿意的程度						
	絕 對 不 滿 意	很 不 滿 意	不 滿 意	普 通	滿 意	很 滿 意	絕 對 滿 意
<b>(一) 醫療品質的有形性</b>							
1. 我對於這家醫院的心導管室具有先進的儀器設備	1	2	3	4	5	6	7
2. 我對於這家醫院的心導管室具有安全的設備	1	2	3	4	5	6	7
3. 我對於這家醫院的心導管室具有整潔舒適的環境	1	2	3	4	5	6	7
4. 我對於這家醫院的心導管室醫護人員的穿著很專業	1	2	3	4	5	6	7
5. 我對於這家醫院的心導管室製作詳細的衛教相關手冊	1	2	3	4	5	6	7
<b>(二) 醫療品質的可靠性</b>							
1. 我對於這家醫院心導管室的醫師能詳細告知病情與處置方法	1	2	3	4	5	6	7
2. 我對於這家醫院心導管室的醫護人員能提供技術純熟的專業服務	1	2	3	4	5	6	7
3. 我對於這家醫院的心導管室能準時提供病患所需的醫療服務	1	2	3	4	5	6	7
4. 我對於這家醫院心導管室的醫護人員擁有認真確實的服務態度	1	2	3	4	5	6	7
<b>(三) 醫療品質的回應性</b>							
1. 我對於這家醫院心導管室的醫護人員能明確的告訴病患檢查的流程	1	2	3	4	5	6	7
2. 我對於這家醫院的心導管室能夠適時且迅速的處理病患的問題	1	2	3	4	5	6	7
3. 我對於這家醫院心導管室的醫護人員總是非常樂意幫助病患	1	2	3	4	5	6	7
4. 我對於這家醫院心導管室的醫護人員不會因忙碌而忽視病患的需求	1	2	3	4	5	6	7
5. 我對於這家醫院的心導管室能適時的提供醫療（或藥物）諮詢	1	2	3	4	5	6	7
<b>(四) 醫療品質的保證性</b>							
1. 我對於這家醫院心導管室醫護人員的專業表現讓病患覺得有信心	1	2	3	4	5	6	7
2. 我對於這家醫院的心導管室能讓病患具有安全感	1	2	3	4	5	6	7
3. 我對於這家醫院心導管室的醫護人員皆具有良好的服務態度與禮貌	1	2	3	4	5	6	7

4. 我對於這家醫院心導管室的醫護人員有足夠的專業知識可以回答病患的問題	1	2	3	4	5	6	7
(五) 醫療品質的同理性							
1. 我對於這家醫院心導管室的醫護人員能注意病患就醫的隱私性	1	2	3	4	5	6	7
2. 我對於這家醫院心導管室的醫療服務能方便病患	1	2	3	4	5	6	7
3. 我對於這家醫院心導管室的醫護人員會以病患最大利益為優先考量	1	2	3	4	5	6	7
4. 我對於這家醫院心導管室的醫護人員能滿足病患的個別需求	1	2	3	4	5	6	7

三. 整體來說，您對於目前針對您疾病（喘、胸悶、胸痛或心絞痛）治療的滿意程度感到如何？

1非常不滿意 2不滿意 3普通 4滿意 5非常滿意

第二部份：個人健康情形（敬請回答下列各問題並圈選一適當答案）

一. 一般來說，您認為您目前的健康狀況是？

1很好 2好 3普通 4差 5很差

二. 在過去一個月內，身體的不適（喘、胸悶、胸痛或心絞痛）有多嚴重？

1完全不痛 2輕微的痛 3中度的痛 4嚴重的痛 5非常嚴重的痛

第三部份 個人基本資料（僅供分析參考，採不記名方式）

1. 性別：1男 2女

2. 年齡：民國\_\_\_\_年\_\_\_\_月出生

3. 教育程度：1不識字 2國小 3國中 4高中/高職 5大專/大學 6研究所及以上

4. 身分：1健保 2自費 3其他\_\_\_\_\_

5. 婚姻狀況：1未婚 2已婚/同居 3離婚/分居 4喪偶 5其他\_\_\_\_\_

6. 您的職業為： 1無 2軍 3公 4教 5工  
6商 7農林漁牧 8自由業 9退休 10家管

7. 居住狀況： 1與家人同住 2獨居 3榮家住民 4護理之家 5其他

8. 您過去一年的全家平均月收入多少元？

13萬元以下（含3萬） 23-6萬元（含6萬） 36-9萬元（含9萬）

49-12萬元（含12萬） 512-15萬元（含15萬） 615萬元以上

9. 由誰填寫此份問卷：1自己填寫 2朋友或家人代填

第四部分：

1. 手術部位：<sub>1</sub>手腕（橈動脈）      <sub>2</sub>鼠膝部（股動脈）
2. 手術次數：<sub>1</sub>第一次      <sub>2</sub>第二次      <sub>3</sub>第三次      <sub>4</sub>第四次以上
3. 請問您以何種方式入院：<sub>1</sub>門診      <sub>2</sub>急診      <sub>3</sub>其他醫院轉診
4. 手術/治療種類：<sub>1</sub>心導管檢查（CAG）      <sub>2</sub>冠狀動脈氣球擴張術（含放支架、不放支架）  
<sub>3</sub>心導管檢查後，醫師建議接受冠狀動脈繞道手術      <sub>4</sub>其他\_\_\_\_\_
5. 入院時病情嚴重度：<sub>1</sub>急性心肌梗塞      <sub>2</sub>心絞痛/胸悶、胸痛  
<sub>3</sub>心衰竭      <sub>4</sub>無明顯症狀      <sub>5</sub>其他\_\_\_\_\_

