

## 病患與醫師對服務品質認知差異探討

孫緒媛<sup>1</sup> 林淑娟<sup>2</sup> 廖秀梅<sup>3</sup> 潘淑儀<sup>3</sup> 許惠美<sup>4</sup>

臺南市立醫院 營運中心人資組<sup>1</sup>

彰化秀傳紀念醫院 護理部<sup>2</sup> 人事課<sup>3</sup> 院長室<sup>4</sup>

本研究以紮根理論為基礎，目的在探討病患重視的服務品質構面，並與醫師認知病患重視的服務品質構面相比較，本研究的重要性在於從病患的就醫經驗建構服務品質構面，並從醫師的觀點來闡述病患的就醫經驗，和國內以往的研究方式不同。

以重要事件分析法分別從醫師及病患觀點來探討病患重視的服務品質構面，病患的資料來源為 96-100 年五年間，南部某區域醫院病患對醫師的抱怨及讚美事件共 577 件，包括 350 個抱怨事件及 227 個讚美事件，這些抱怨及讚美事件是經由院內意見信箱、電話、電子郵件或傳真來投訴或感謝，並由行政人員記錄下來成為書面資料；並另對 41 位同一醫院內的醫師進行訪談，共收集了 132 個重要事件，包括 54 個抱怨及 78 個讚美事件，來歸納出醫師認為病患重視的服務需求。

由醫師及病患的資料共歸納出八個主要服務品質的構面：專業、效率、親切、尊重、耐心、負責、價值及倫理道德，但醫師所認知病患重視的服務品質構面及病患本身所顯示的服務品質構面大多一致，但在重要性認知上有差距。

本研究結果在醫院服務品質的理論文獻上有新的貢獻，有些病患重視的服務品質構面還未被其他研究報告過，這些構面也可作為醫院管理者訂定服務品質策略的參考，且讓醫師更了解病患的需求。

**關鍵詞：**重要事件分析法、服務品質認知、認知差距、病患滿意

### 前　　言

病患到醫院來就診，除了期望醫療問題得到解決外，還希望得到愉悅的就醫經驗，尤其是來自醫師的服務 [1,2]，因此醫師是否真正認知病患的需求是達到病患滿意及提升服務品質的關鍵因素。由 Parasuraman et al. (1985) 的缺口理論，服務提供者對顧客期望的認知與顧客期望之間常存在著差距 [3]。目前國外文獻有很多關於病患及醫師個別對於服務品質認知的研究，但是卻很少有二者之間的比較 [4-6]；國內很少有用質性分析方法來比較醫師及病患之間對服務品質認知的差距，只有一些文獻用量性分析證明醫師及病患之間確實存有服務認知的差距 [7-9]。此外，國外也有些文獻提到醫師常會低估病患對於服務

品質的期望及需求 [10,11]。本研究以某區域醫院為對象，使用重要事件分析法分別從醫師及病患的觀點來導引病患重視的服務品質構面，並比較醫師認為病患重視的與病患本身重視的服務品質構面，分析兩者間差異程度，此研究結果可幫助醫院降低醫師及病患對服務品質認知的差距及提升醫院的服務品質。

### 方　　法

本研究是以紮根理論為基礎的質性研究方法，來探討病患重視的服務因子，並與醫師認知病患重視的服務因子相比較。紮根理論的精神在於作者不做任何假設及沒有任何先入為主的設定，完全忠於資料的內容，從資料中分析出結論及闡述其所得的結果。而重

要事件分析法是服務品質質性評估上常用的工具，主要使用“事件”或“故事”的內容來分析服務品質的重要構面，在服務品質的探索性研究上是很有效的測量工具 [12,13]。本研究依 Bitner (1990) 的“事件”標準加以篩選：(1) 必須有顧客與員工的互動；(2) 必須是非常滿意或非常不滿意的事件；(3) 必須是各別的事件；(4) 細節完整明瞭 [14]，每一事件都必須具備這四項條件才是完整事件，缺少其中一項條件都算是不完整的資料，不完整的資料會先行刪除，不會納入本研究的分析資料。

以二階段分別對病患及醫師收集資料，第一階段收集南部某區域醫院 96-100 年病患對醫師的抱怨及讚美事件，刪除不完整的事件資料，最後符合標準的共 577 件，包括 350 件抱怨事件及 227 件讚美事件。病患的抱怨信及讚美信代表病患非常不滿意及非常滿意的就醫經驗，是很好的事件來源，可協助分析出病患對服務品質滿意及不滿意的因子 [15-17]。

第二階段對同一區域醫院內的主治醫師進行非結構式訪談，個人訪談及回溯性記錄也可視為重要事件 [18,19]，醫師訪談內容採開放式，主要是請醫師描述病患認為最滿意及最不滿意的事件至少各一件以上，其中對於事件發生的時間、地點、病人的反應、此事件的結果及對醫院服務品質的影響等，都必須詳細的回答，每位醫師訪談時間約 45 分鐘，採錄音記錄，訪談後再轉為文字記錄，一直訪談到沒有新的服務因子或概念出現為止。101 年 6 月至 9 月共訪談 41 位醫師，包括 38 位男性醫師及 3 位女性醫師，科別包括內科 17 位、外科 11 位、小兒科、家庭醫學科及耳鼻喉科各 2 位、婦產科、眼科、腫瘤科、皮膚科、復健科、中醫及牙科各 1 位醫師，醫師平均年齡 49 歲，主治醫師平均年資 13 年，醫師方面共收集了 132 件重要事件，包括 54 件的抱怨事件及 78 件的讚美事件。病患的抱怨讚美事件及醫師的訪談書面記錄完成後，以開放式編碼及主軸編碼方式，將醫師訪談及病患的資料分開來編碼及作資料分類，並以 Nvivo 8 質性分析軟體來協助資料分析。

開放式編碼是將各事件中出現與文獻中服務因子相關的字或字串予以標記出來 [20,21]，例如病患在讚美事件中提到，醫師每天都來查房好幾次，且細心檢查，其中“時常探視病人”及“細心”這兩個滿意因子就被標記出來。將醫師及病患的事件內容分別標記出滿意及不滿意因子，(不) 滿意因子分開標記的

原因在於導致病患滿意和不滿意的因子可能會不同。

滿意因子的定義是病患會因為這項因子的存在而感到滿意，但不會因為缺少這項因子而感到不滿意，例如病患滿意因子之一的“服務快速”，如果病患覺得醫師很快地安排檢查流程，會覺得很感激及滿意，但就算檢查流程並不快速，也不會導致病患對醫師不滿意；不滿意因子的定義是病患會因為這項因子的存在而感到不滿意，但不會因為缺少這項因子而感到滿意，例如病患不滿意因子之一的“醫師言語不當”，如果醫師言語得體，不會導致病患滿意；同一個因子存在時顧客會覺得滿意，缺乏時顧客會覺得不滿意，則是雙因子，例如醫師如果說明清楚，病人會覺得滿意，如果解釋不清楚，就會導致病患不滿意，所以“說明清楚”就是一個雙因子 [22,23]。根據紮根理論 (grounded theory)，整合分類到最後必須達到“飽和”狀態 [21,24]，也就是再沒有新的因子出現才算完整。

開放式編碼完成後進行主軸編碼，主軸編碼主要是將之前標示出來的(不) 滿意因子加以詳閱、整合及分類，將類似的因子歸於同一類別，例如將“看診遲到”、“看診時間太短”、“等候時間太長”及“快速服務”歸納於“效率”這個構面內，由此分別形成醫師認為病人滿意及不滿意的構面、病人滿意及不滿意的構面其四個部份。

重要事件分析法的信度測量主要是使用評分者間信度 (interjudge reliability)，評分者間信度就是質性分析專家對於研究者編碼及分類的認同程度。本研究邀請三位服務品質及質性分析的專家，第一位是台大商管所博士候選人、第二位是南台科技大學人力資源所質性分析教授來作評分者間信度，先由第一位專家檢視研究者完成的編碼及分類，分類觀點不一致的部份則藉由研究者及專家之間的討論及修改，直到達成分類共識；此分類結果再交由第二位專家檢視，經由研究者及專家的討論、琢磨及修改，直到二者對於分類結果沒有異議。研究者和專家之間必須對醫師及病患的小事件達到一定程度的編碼及分類共識 [25]，本研究專家及研究者之間的分類一致性比率約 85%。

## 結 果

將醫師認為病患重視的服務品質因子及構面與病患本身重視的服務品質因子及構面作一比較，進而探

討醫師及病患之間對服務品質需求認知的差異，在病患 577 個事件中，平均每事件所提到的構面是 1.5 個，每事件的平均標記數是 2 個，中位數也是 2 個。

### 一、服務品質構面比較

在病患方面如表 1 所示，由開放式編碼共導引出 3 個滿意因子、13 個不滿意因子及 11 個雙因子，再由主軸編碼產生 8 個病患認知重要的服務品質構面，包括專業、尊重、效率、親切、價值、耐心、負責及倫理道德。病患前三項最滿意的構面是“耐心”(33.8%)、“親切”(30.5%) 及“專業”(25.1%)，其佔讚美比率的 89.4%；病患最不滿意的三個構面是“專業不佳”(23.6%) 及“沒有效率”(17.4%)，其次是“不親切”(16.8%)、“不尊重”(16.3%) 及“沒有耐心”(13%)，此五項其佔抱怨比率的 87.1%。

由醫師的訪談資料分析出 6 個滿意因子、3 個不滿意因子及 7 個雙因子，其歸納成 7 個醫師認為病

患重視的服務品質構面，包括專業、尊重、效率、親切、價值、耐心和負責，和病患認知的服務品質構面一致，病患多了“道德倫理”構面。但在重要性排序及內容定義上和醫師和病患不同。醫師認為病患對於“專業”(35.4%) 及“親切”(31.6%) 是最滿意的，其次是“負責”(12.7%)，此三項其佔醫師描述病人讚美事件的 79.7%；醫師認為病患最不滿意的是“專業不佳”(29.8%) 及“效率不高”(29.8%)，其次是“不親切”(14.9%) 及“不尊重”(10.6%)，此四項其佔醫師描述病人抱怨事件的 85.1%，醫師認為病患重視的服務品質因子及構面如表 2。

由表 3 上半部呈現醫師認知病患不滿意構面及病患本身認知不滿意構面的排名幾乎相同，“專業”、“效率”及“親切”是雙方認知病患最不滿意的三個服務品質構面，排序也相同。

表 3 下半部則呈現醫師認知病患滿意構面及病患本身認知滿意構面的排名，其中“耐心”、“親切”、“專

表 1 病患重視的服務品質因子及構面

主構面 / 因子	滿意		不滿意		小計		(S)	(D)	(C)
	標記數	%	標記數	%	標記數	%			
<b>專業</b>									
專業技能	99	25.1%	47	8.9%	146	15.8%			V
查不出病因	0	0	9	1.7%	9	1.0%			V
醫療糾紛	0	0	35	6.6%	35	3.8%			V
前後說法不一致	0	0	19	3.6%	19	2.1%			V
沒有一次治療好	0	0	15	2.8%	15	1.6%			V
小計	99	25.1%	125	23.6%	224	24.3%	0	4	1
<b>效率</b>									
醫師看診遲到	0	0	17	3.2%	17	1.8%			V
醫師看診隨便	0	0	20	3.8%	20	2.2%			V
看診時間太短	0	0	12	2.3%	12	1.3%			V
等候時間長	0	0	43	8.1%	43	4.7%			V
服務快速	8	2.0%	0	0.0%	8	0.9%	V		
小計	8	2.0%	92	17.4%	100	10.8%	1	4	0
<b>親切</b>									
經常探視住院病人	12	3.0%	3	0.6%	15	1.6%			V
關心	38	9.6%	32	6.0%	70	7.6%			V
態度友善	59	15.0%	54	10.2%	113	12.2%			V
給病人信心打氣	11	2.8%	0	0.0%	11	1.2%	V		
小計	120	30.5%	89	16.8%	209	22.6%	1	0	3

表 1 繢

構面 / 因子	滿意		不滿意		小計		(S)	(D)	(C)
	標記數	%	標記數	%	標記數	%			
<b>尊重</b>									
拒絕病患要求	0	0	24	4.5%	24	2.6%		V	
不當言語	0	0	22	4.2%	22	2.4%		V	
尊重病患	4	1.0%	40	7.6%	44	4.8%			V
小計	4	1.0%	86	16.3%	90	9.8%	0	2	1
<b>耐心</b>									
醫師問診詳細	8	2.0%	0	0.0%	8	0.9%	V		
有耐心	35	8.9%	16	3.0%	51	5.5%			V
細心	59	15.0%	5	0.9%	64	6.9%			V
解釋清楚	31	7.9%	32	6.0%	63	6.8%			V
情緒化	0	0.0%	16	3.0%	16	1.7%		V	
小計	133	33.8%	69	13.0%	202	21.9%	1	1	3
<b>負責</b>									
要求病人轉診	0	0	8	1.5%	8	0.9%		V	
提醒病人注意事項	1	0.3%	16	3.0%	17	1.8%			V
醫師負責盡職	24	6.1%	17	3.2%	41	4.4%			V
小計	25	6.3%	41	7.8%	66	7.2%	0	1	2
<b>價值感</b>									
醫藥費不划算	0	0	18	3.4%	18	2.0%		V	
小計	0	0	18	3.4%	18	2.0%	0	1	0
<b>倫理道德</b>									
醫師倫理道德	5	1.3%	9	1.7%	14	1.5%			V
小計	5	1.3%	9	1.7%	14	1.5%	0	0	1
合計	394	42.7%	529	57.3%	923	100%	3	13	11

業”及“負責”是雙方認知病患最滿意的四個服務品質構面，但雙方對重要性的排序不同，其中“耐心”是病患認知最重要的滿意構面，但在醫師認知病患應重視的構面中卻以排名第四；相反地，醫師認為病患最重視的構面應是“專業”，但在病患的構面排名中只排名第3。

表 3 左半部份呈現病患不滿意及滿意構面排名，其中專業不在病患最不滿意構面中排名第一，但專業在最滿意構面中只排名第3；是否“親切”在滿意及不滿意構面中都有較高的排名。“耐心”及“親切”在其滿意構面中的事件比率(33.8% 及 30.5%)比在不滿意構面中(13% 及 16.8%)高很多；相反

地，“尊重”及“效率”在不滿意構面中的事件比率(16.3% 及 17.4%)比在滿意構面中(1% 及 2%)高很多。“耐心”在病患不滿意構面中排名第五，但在滿意構面中排名第一；相反地，“效率”在滿意構面中只有排第五，但在不滿意構面中排名第一。值得注意的是，“耐心”及“親切”在病患的滿意構面排前二名，高於“專業”，然而在不滿意構面的排名中，“專業”排名第一，是病患最不滿意的構面。

表 3 右半部份呈現醫師認知病患滿意及不滿意構面的排名，“專業”在不滿意及滿意構面中皆佔第一，醫師認為專業技能好壞是病患最在乎的。另外醫師認為親切與否也是病患重視的，“效率”也是在不

表2 醫師認知病患重視的服務品質因子及構面

主構面 / 因子	滿意		不滿意		小計		滿意因子 (S)	不滿意因子 (D)	雙因子 (C)
	標記數	%	標記數	%	標記數	%			
<b>專業</b>									
專業	1	1.3%	5	10.6%	6	4.8%			V
找到病因	6	7.6%	1	2.1%	7	5.6%			V
病情改善	21	26.6%	8	17.0%	29	23.0%			V
小計	28	35.4%	14	29.8%	42	33.3%	0	0	3
<b>效率</b>									
等候時間長	0	0	14	29.8%	14	11.1%			V
服務快速	3	3.8%	0	0.0%	3	2.4%	V		
小計	3	3.8%	14	29.8%	17	13.5%	1	1	0
<b>親切</b>									
關心	1	1.3%	4	8.5%	5	4.0%			V
態度友善	8	10.1%	3	6.4%	11	8.7%			V
給病患信心打氣	6	7.6%	0	0.0%	6	4.8%	V		
讓病患安心	10	12.7%	0	0.0%	10	7.9%	V		
小計	25	31.6%	7	14.9%	32	25.4%	2	0	2
<b>尊重</b>									
無法依照病患要求	0	0	5	10.6%	5	4.0%			V
減輕病患痛苦	3	3.8%	0	0.0%	3	2.4%	V		
小計	3	3.8%	5	10.6%	8	6.3%	1	1	0
<b>負責</b>									
病患療程被中斷	0	0	4	8.5%	4	3.2%			V
提醒病人注意事項	3	3.8%	0	0.0%	3	2.4%	V		
將病人轉診	7	8.9%	0	0.0%	7	5.6%	V		
小計	10	12.7%	4	8.5%	14	11.1%	2	1	0
<b>耐心</b>									
解釋清楚	7	8.9%	2	4.3%	9	7.1%			V
小計	7	8.9%	2	4.3%	9	7.1%	0	0	1
<b>價值感</b>									
醫藥費划算	3	3.8%	1	2.1%	4	3.2%			V
小計	3	3.8%	1	2.1%	4	3.2%	0	0	1
合計	79	63%	47	37%	126	100%	6	3	7

滿意構面裏排名很高，但在不滿意構面裏排名很低，其在不滿意構面的事件數比率(29.8%)遠大於在滿意構面的事件數(3.8%)。“親切”及“效率”構面在醫師及病患的(不)滿意構面的排名是大致相同的。

## 二、(不)滿意因子比較

在病患方面，“專業”包括1個雙因子及4個不滿意因子，其囊括25%事件內容，是很重要的服務品質構面，唯一的雙因子是醫師專業技能的優劣，4

表3 病患及醫師服務品質主要構面排名及比較

構面	病 患			醫 師		
	標記數	%	排名	標記數	%	排名
<b>不滿意構面</b>						
專業	125	23.6%	1	14	29.8%	1
效率	92	17.4%	2	14	29.8%	1
親切	89	16.8%	3	7	14.9%	3
尊重	86	16.3%	4	5	10.6%	4
耐心	69	13.0%	5	2	4.3%	6
負責	41	7.8%	6	4	8.5%	5
價值	18	3.4%	7	1	2.1%	7
倫理	9	1.7%	8	0	0.0%	
合計	529	91.8%		47	8.2%	
<b>滿意構面</b>						
耐心	133	33.8%	1	7	8.9%	4
親切	120	30.5%	2	25	31.6%	2
專業	99	25.1%	3	28	35.4%	1
負責	25	6.3%	4	10	12.7%	3
效率	8	2.0%	5	3	3.8%	5
倫理	5	1.3%	6	0	0.0%	
尊重	4	1.0%	7	3	3.8%	5
價值	0	0.0%		3	3.8%	5
合計	394	83.3%		79	16.7%	

個不滿意因子中，以醫療糾紛佔不滿意事件比率最高（6.6%），主要是醫師診斷錯誤、忽略疾病的嚴重性或延誤治療等原因。在醫師認知病患重視的服務因子方面，“專業”是醫師認為病患最不滿意的構面，包括專業技術好壞、是否做正確的診斷及病情有沒有改善3個雙因子，其中醫師認為病患最在乎的是病情有沒有改善，醫師指出只要病患的病情改善不佳，病患就認為醫師專業能力不夠；另一方面，醫師也提到病患有時來看診，只說不舒服，醫師無法由不舒服來作診斷，病患就認為醫師醫術不好。

“效率”構面從病患的觀點包括4個不滿意因子及1個滿意因子，抱怨多於讚美，其中以等候時間過長最為病人所訴病（8.1%），主要是在門診候診、醫療處置之前或急診轉院時等候時間過長；唯一的滿意因子是服務快速，代表的是順暢及快速的服務流程。

在醫師方面，“效率”包括等候時間長1個不滿意因子及檢查快速1個滿意因子，醫師認為病患希望很快能夠排到檢查，及早知道檢查結果，但不能忍受門診的等候時間，尤其是慢性病門診。

第三個構面“親切”，在病患方面包括3個雙因子及1個滿意因子，讚美比率是抱怨的2倍，3個雙因子中以醫師態度友善及關心病患比率最高，除此之外，住院病患對於醫師常來病房探視表示非常感激；唯一的滿意因子是醫師給病人打氣，在醫療過程中醫師鼓勵病患會給病患很大的信心。而“親切”是醫師訪談中提到較多的構面，包括2個雙因子及2個滿意因子，醫師也認為關心及態度友善這2個雙因子是病患重視的，這和病患的認知相同；另外醫師也認為病患需要醫師給他們鼓勵，讓他們覺得安心，主要方法是不要去責備沒有遵行醫囑的病患，讓住院病患可以

隨時找得到醫師，並且多多給予癌症病患打氣加油。

病患的“尊重”構面包括1個雙因子及2個不滿意因子，抱怨多於讚美，病患抱怨醫師拒絕病人的要求，例如：開較嚴重病情的證明、延長住院天數或是開立其他檢驗及藥物；唯一的雙因子是（不）尊重病患，大部份病患反應醫師不尊重他們，包括病患感到被醫師貶損、醫師在病患面前去病歷或和護士聊天談笑等。在醫師方面，其不滿意因子為醫師有時無法滿足病患的要求，特別是在病患要求開立一些不符合健保規定的藥物，這和病患的認知一致；唯一的滿意因子是減輕病人的痛苦，尤其在門診，醫師認為病患會感激醫師讓很不舒服或病情較嚴重的病人先行看診。

“耐心”構面是讚美多於抱怨的，病患方面包括1個滿意因子、1個不滿意因子及3個雙因子，其中病患最在意的是醫師有沒有耐心及說明清不清楚，病患期待醫師對於病情及檢查結果能夠詳細地解釋，如此病患才覺得心安。醫師方面只有1個雙因子，醫師認為病患在乎醫師對病患或家屬的病情解釋是否詳盡，醫師甚至會主動幫忙家屬向病患本人說明病情，但醫師也抱怨有時跟某位家屬說明清楚了，另一位家屬會抱怨醫師沒有解釋。儘管如此，醫師及病患都有相同的認知，清楚說明及解釋病情是很重要的。

第六個構面是“負責”，病患顯示的不滿意因子是醫師要求病患轉院，病患常將轉院歸咎於醫師的無能力及不負責任；2個雙因子代表的是醫師有沒有提醒病患應注意事項及有沒有在醫療診療上負責盡職。醫師部份包括1個不滿意因子及2個滿意因子，不滿意因子是病患有時會認為醫師中斷治療，例如因健保的規定，病患即使覺得還沒有完全康復，醫師也不同意延長住院天數；2個滿意因子是醫師會提醒病人注意事項及轉診，當醫師認為病患可以得到更好的醫治而醫院高科技儀器不足時，會考慮將病患轉到醫學中心，醫師認為病患會很認同這樣的轉診方式。

最後二個構面是“價值感”和“道德倫理”，病患的價值感代表的是醫藥費付得不划算，原因是看診時間太短、沒有拿藥、或是一次可以完成的療程卻要求病患來二次。“道德倫理”指的是醫師的行為是否合乎倫理道德規範，病患認為醫師較不道德的行為包括開立不實的證明或是多做了不必要的檢查。醫師的“價值”構面也代表病患重視醫藥費付得是否划算，醫師認為對於費用項目的解釋是否清楚關係者病患付款的意願，病患會抱怨醫藥費太高往往是因為醫師對

於健保的規定或是自費項目的說明不夠明瞭的緣故。在醫師方面並未提到“道德倫理”相關事件。

## 討 論

### 一、醫療技術是醫病關係的先決條件

由研究結果，醫師比較重視專業技術相關的因素，如解除病患痛苦、醫療流程及病情是否改善等，而病患比較重視與醫師的互動及醫病關係，如說明要一致、經常探視住院病患、醫師要避免情緒化及不當言辭、細心及有責任感等。在病患不滿意的構面中，“專業”佔第一位，表示醫療專業出問題，仍是病人最不能接受的；但在滿意的構面中，“耐心”及“親切”反而高於“專業”，表示在醫療專業能夠滿足病患需求的情況下，病患反而重視醫師態度的好壞及是否有耐心，這顯示技術或生理層面是人際或心理層面的先決條件 [22]，國內研究也證實此結果 [8]。

### 二、醫師應了解及滿足病患的期望

醫師及病患對“專業”的定義相似，只是醫師強調專業優代表能作出正確的診斷，尤其是診斷出病患在別的醫院診斷不出來的病症，病人則是表明無法接受醫療糾紛或二個醫師的解釋不一致，例如夜班的醫師說檢驗數據太高，夜班醫師則說正常。“效率”在醫師及病患滿意構面的評估上，都代表著快速及順暢的流程，而在不滿意構面的定義上，也都認為是等候時間太長，“效率”是容易造成病患不滿意的主要，佔病患不滿意構面的第二名，但在滿意構面中只佔第五名，代表病患在醫院等候時間如果還可以，病患認為那是理所當然的，但如果等候時間太長，病患就會很不滿意。另外，病患抱怨醫師有時看診遲到、看診隨便或看診時間太短，這些都是醫師沒有認知到的。

在“親切”構面中，醫師及病患都認為醫師態度友善、關心或鼓勵病患是很重要的，除此之外，病患在乎主治醫師每天巡房的次數 [7]，如果醫師每天不只一次去探視住院病人，病人會感到非常滿意及感激；醫師在訪談中也提到，他每天不只一次地探視住院病患，所以他的病患很少覺得不滿意，即使他有時也有些醫療上的疏忽，病患也不會太苛責。所以，醫師每日可以查房二次以上，可以增加病患的滿意度。

在“尊重”構面中，醫師認為減輕病患的痛苦是對病患生命的尊重，仍是偏重醫療技術層面，但病患

的訴求偏重於心理層面，包括醫師說話口氣及以病患需求為優先考量等。醫師及病患都認為醫師沒有辦法完全滿足病患的需求，尤其在開立診斷書、開立與診斷無關的藥物、延長住院日數及檢查時間的安排上，因為醫師認為必須符合法令的規定。這方面醫師應以適當的溝通及說明來取代直接拒絕病患的要求，可以降低病患的不滿。

“耐心”可以強化病患的滿意度，病患重視醫師是否說明清楚，此構面佔病患滿意構面的第一名，但只佔不滿意構面的第五名，表示醫師如果因太忙沒有時間說明太多，病患可以諒解醫師工作是很忙碌的，但醫師如果願意多花一點時間解釋病情，會令病人非常感激。除此之外，病患也希望醫師多些耐心及細心，不要讓病患感覺到醫師的不耐煩，這些是醫師方面沒有認知到的。

在“負責”的構面裏，醫師及病患對於轉診的認知則是完全相反的，醫師認為若是可以讓病患得到更高品質的照護，轉診是應該的；病患則認為轉診是醫師專業能力不佳，不負責任的作法，認知上的差異明顯存在，因此，醫師在轉診前應對病患及家屬詳細地說明，以減少病患的不安及危機感。

“價值感”主要是指病患對於支付醫藥費是否划算的認知，以病患的角度來看，是一個不滿意因子，但在醫師方面卻是一個雙因子。病患多抱怨醫療費用太高，抱怨事件中病患認為不划算的金額都是大於台幣 500 元，表示病患對於 500 元以上的醫療費用會比較在乎；醫師則表示，如果是健保不能給付的自費用，會先向病患說明溝通，以減少糾紛。

“倫理道德”構面不存在於醫師認知病患重視的服務構面內，只有在病患重視的構面中有提及，主要是指醫師在醫療服務的過程中與倫理道德相關的行為，有一位民眾在事件中提到醫師為該醫院中禍的員工開立不實的診斷書，好讓此員工能向肇事者求償較多金額。另一方面，有些病患也很感激醫師堅持不收他們的謝禮等。因此，病患還是關注醫師在倫理道德層面的素養，這也是醫師沒有認知到的。

### 三、在醫院管理的應用

醫病關係一直是醫院很重視的一環，在醫院中，醫師和病患相處的時間很多，病患很重視醫師所提供的服務，更甚於其他護理及醫技人員所提供的服務。醫院在實施院內滿意度調查時，醫師的滿意度都是很

高的，但另一方面，醫院收到病患對醫師的抱怨事件也是最多的，追究其原因，醫院做院內滿意度調查的時間點，大多是在病患住院或門診時，病患擔心給予醫師低的評價會降低醫師的服務意願，一般都不會在問卷中真實反映自己的想法；其次，問卷的內容是否真正代表病患在乎及重視的服務項目，亦是存疑；再者，國內外文獻都證實醫師常常不明瞭或低估病患的服務認知，以致於無法真正滿足病患的需求，而病患只有在對醫師非常滿意及非常不滿意的時候才會向醫院讚美或抱怨醫師的服務，這時反映出來的是病患真正的想法，故本研究以繁根理論為基礎，和以往的量性研究不同，以質性研究的方法，從病患的讚美及抱怨事件中擷取並病患在乎的服務構面，並和醫師認為病患重視的服務構面相比較，發現二者之間確實存在著差異性，並且探討差異點，以作為醫師改善的參考。醫師應真正了解病患重視的服務構面，才能在醫療服務中，提供合乎病患需求的服務，醫院整體的服務品質才會提升。

### 四、研究限制

本研究的資料是收集自南部某一個區域醫院病患及醫師的資料，研究結果較缺乏通用性，並不一定適用於其他區域醫院。未來可以以此研究為基礎，再結合其他區域醫院的資料，作更廣泛的研究，以便於更能了解普遍民眾所重視的服務品質構面，讓台灣的醫師更能依病患的期望，提供優質的醫療服務。

### 參考文獻

- Babakus, E., Mangold, WG. Adapting the SERVQUAL scale to hospital services: An empirical investigation. *Health Services Research* 1992; 26(6): 767-86.
- Miaoulis, G., Gutman, J., Snow, MM. Closing the gap: The patient-physician disconnect *Health Marketing Quarterly* 2009; 26(1): 56-68.
- Parasuraman, A., Zeithaml, VA, Berry, LL. A conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of Marketing* 1985; 49(4): 41-50.
- Amira, E., Hsiao, F. How Japanese perceive health care service quality. *Journal of Global*

- Business and Technique 2007; 3(2): 26-33.
5. Gupta, HD. Identifying health care quality constituents: Service providers' perspective. Journal of Management Research 2008; 8(1): 18-28.
  6. Reidenbach, RE., Sandier-Smallwood, B. Exploring of perception of hospital operations by a modified SERVQUAL approach. Journal of Health Care Marketing 1990; 10(4): 47-55.
  7. 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(2): 317-39.
  8. 蔡文正、龔佩珍、翁瑞宏等：基層醫師與民眾之服務品質認知落差分析。醫務管理期刊 2004; 5(4): 385-402.
  9. 葉娟娟、葉文正、鍾政達等：病患與醫護人員對醫療服務品質認知落差之探討 - 以心導管利用為例。醫務管理期刊 2008; 9(1): 1-20.
  10. Jung, HP., Wensing, M., Olesen, F., Grol, R. Comparison of patients' and general practitioners' evaluations of general practice care. Qual Saf Health Care 2002; 11(4): 315-9.
  11. O'Connor, SJ., Shewchuk, RM., Carney, LW. The great gap: Physicians' perceptions of patient service quality expectations fall short of reality. Journal of Health Care Marketing 1994; 14(2): 32-9.
  12. Grempler, DD. The critical incident technique in service research. Journal of Service Research 2004; 7(1): 65-89.
  13. Butterfield, LD., Borgen, WA., Amundson, NE., et al. Fifty years of the critical incident technique: 1954-2004 and beyond. Qualitative Research 2005; 5(4): 475-97.
  14. Bitner, MJ., Booms, BH., Tetreault, MS. The service encounter: Diagnosing favorable and unfavorable incidents. Journal of Marketing 1990; 54(January): 71-84.
  15. Burstein, J., Fleisher, GR. Complaints and compliments in the pediatric emergency department. Pediatric Emergency Care 1991; 7(3): 138-40.
  16. Roos, I. Methods of investigating critical incidents: A comparative review. Journal of Service Research 2002; 4(3): 193-204.
  17. Goetzinger, L., Park, JK., Widdows, R. E-customers' third party complaining and complimenting behavior. International Journal of Service Industry Management 2006; 17(2): 193-206.
  18. Flanagan, JC. The critical incident technique. Psychological Bulletin 1954; 51(4): 327-58.
  19. Narayanan, L., Menon, S., Levine, EL. Personality structure: A culture-specific examination of the five-factor model. Journal of Personality Assessment 1995; 64(1): 51-62.
  20. Saunders, M., Lewis, P., Thornhill, A. Research methods for business students (4th ed.). England: Pearson Education Limited 2007.
  21. Strauss, AL., Corbin, JM. Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory (2nd ed.): Sage 1998.
  22. Cadotte, ER., Turgeon, N. Dissatisfiers and satisfiers: Suggestions for consumer complaints and compliments. Journal of Consumer Satisfaction, Dissatisfaction and Complaining Behavior 1988; 1(1): 74-9.
  23. Vargo, S L., Nagao, K., He, Y., Morgan, FW. Satisfiers, Dissatisfiers, Critical, and Neutrals: A review of their relative effects on customer (dis)satisfaction. Academy of Marketing Science Review 2007; 11(2): 1-19.
  24. Suddaby, R. From the editors: What grounded theory is not. Academy of Management Journal 2006; 49(4): 633-42.
  25. Holloway, BB., Beatty, SE. Satisfiers and dissatisfiers in the online environment: A critical incident assessment. Journal of Service Research 2008; 10(4): 347-64.

## DISCREPANCY OF SERVICE QUALITY PERCEPTION BETWEEN PATIENTS AND PHYSICIANS

Hsu-Yuan Sun<sup>1</sup>, Shu-Chuan Lin<sup>2</sup>, Hsiu-Mei Liao<sup>3</sup>, Shu-Yi Pan<sup>3</sup>, Hui-Mei Hsu<sup>4</sup>

*Human Resources Department<sup>1</sup>, Tainan Municipal Hospital*

*Nursing Department<sup>2</sup>, Human Resources Department<sup>3</sup>, Superintendent's Office<sup>4</sup>, Show Chwan Memorial Hospital*

In this study we set out to identify the service quality dimensions relevant to patients and then compare these dimensions with what physicians believe is critical to the patients' service experience by grounded theory. This study is important in revealing the dimensions patients construct around the service experience. It also reveals novel insights about the way physicians' interpret the patients' experience.

The critical incident technique (CIT) was used to explore the dimensions of professional service quality from physicians' and patients' perspectives. Data were collected as 557 complaint and compliment incidents reported by patients through email, letters, fax and phone calls regarding physicians' service quality from 2007-2011 at a regional hospital in Taiwan. Forty-one physicians in the same regional hospital were interviewed to collect 132 critical incidents as 54 complaints and 78 compliments and draw forth the major dimensions physicians considered as critical for patients.

We find a total of eight service quality dimensions as professional, efficiency, chin-chieh, respect, patience, responsibility, value and ethics. Both patients and physicians report a similar understanding of the dimensions relevant to service quality. Discrepancies exist, however, in the ranking, subcategories and definition of the (dis)satisfactory dimensions between patients and physicians.

These findings offer new contributions to the theoretical literature on service quality in hospitals. The dimensions reported here have not, as yet, been reported in the literature on patient service quality. The findings can also be used by managers to provide empirical insights about service quality performance in a way that helps hospitals adopt improvement strategies to have the physician understand patient-oriented demand and avoid negative situations which may make patients dissatisfied.

**Key words:** Critical Incident Technique (CIT), Service Quality Perception, Perception Discrepancy, Patient Satisfaction

