

東 海 大 學

工業工程與經營資訊研究所

醫務工程與管理碩士班

碩士論文

護理人員與病患對醫療服務品質認知落差
之探討-以心臟手術病患於加護病房照護需
求為例

研 究 生：嚴月悅

指 導 教 授：潘忠煜 博士

中 華 民 國 九 十 九 年 六 月

**A study of quality service gap between patients and
nurses for cardiac surgery service in ICU**

Yueh-Yueh Yen

Advisor: Chung-Yu Pan

A Thesis
Submitted to Tunghai University
in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Business Administration

June 2010
Taichung , Taiwan

護理人員與病患對醫療服務品質認知落差之探討-以心臟手術病患於加護病房照護需求為例

學生：嚴月悅

指導教授：潘忠煜 博士

東海大學工業工程與經營資訊研究所

摘要

本研究應用 PZB 服務品質模式，對心臟科加護病房護理人員及心臟手術後病患進行深度訪談，目的在於探討心臟手術後病患對加護病房照護服務品質之認知與期望，與護理人員對病患於加護病房照護需求之認知落差(缺口一)，找出照護品質缺口相關因素。受訪個案來自中部某區域醫院心臟科加護病房 5 位護理人員，及 7 位心臟手術後病患，收案時間自 2009 年 10 月至 2010 年 03 月止。

結果顯示：一、護理人員認為心臟術後病患於加護病房照護認知分別為：身體痛苦不愉快經驗感受/疼痛、活動受限制；情感衝擊/無望感、不確定感；應以人為本的照護。二、病患於心臟術後對加護病房照護認知感受分別為：溝通困難（說不出聲音感到害怕）；孤單/不安；訊息提供/疾病及治療訊息傳達未滿足。三、分析造成護理人員與病患間認知落差（缺口一）之主要因素為：（一）缺乏完整良好溝通（二）病患心理照護需求未滿足（三）疾病相關訊息照護需求未滿足。

關鍵字詞：醫療服務品質，心臟手術，照護需求，加護病房

A study of quality service gap between patients and nurses for cardiac surgery service in ICU

Student: Yueh-Yueh Yen

Advisor: Prof. Chung-Yu Pan

Department of Industrial Engineering and Enterprise Information
Tunghai University

ABSTRACT

Purpose - The objective of this paper is to delineate the disparity (gap one in PZB model) between patients and caring nurses pertaining to the quality of care during the post-operative staying at the ICU (intensive care unit) after taking open heart surgery. Factors causing this gap were then explored.

Findings—1. Cognitions that patients experienced as perceived by nurses are : physically uneasiness, pain, restriction, emotional impact, hopelessness, uncertainty and eagerness for patient-centered health care. 2. Cognitions that patients experienced as addressed are : difficulties of communication and fear resulting from temporary inability to talk, loneliness, unsteadiness and limited progress information input. 3. Factors analyzed as causes of this gap one are: (1) lack of pertinent communication between two counterparts (2) insufficiency in mental care and support to the patients and (3) scantiness of providing up-to-date recovering information to the patients.

Keywords : Quality of healthcare, Cardiac surgery, Caring demands, Intensive care unit

誌謝

離開學生生活已事隔 12 年之久，這期間先生不斷鼓勵我再次進修，增加自己學習領域，因此無論在考試或放榜時，他總是比我還緊張，考上了也比我還興奮，就學後這兩年亦從不埋怨我對家庭及孩子的關心時間有減少，依然默默的在背後支持直到這一刻，一路走來感謝家人的支持，讓我能放心的完成學業。要謝謝大甲光田的學長姐及同事們，配合我在職進修給我許多的協助與班別上的配合，感謝大家、感謝光田這個大家庭!也要特別謝謝兩年來一起打拼的同學，及教導我們的師長們，感謝老師對我們這一班的體恤及愛護，感謝同學間分工合作一起完成學業的過程，一路走來，有您的陪伴與關愛，讓我能順利度過這兩年既是學生兼職業婦女的日子。

當然論文能順利完成，更要感謝指導教授-潘忠煜老師的指導，從研二第一學期開始每週的討論，總是可以協助我從雜亂又繁複的思緒或資料中理出頭緒，從研究主題選定到最後的結果分析與討論，一步步的跟著老師的進度進行，每每討論完總覺得心情輕鬆不少，藉由老師的提示也增加自己思緒之廣度，真得謝謝老師的指導與幫忙。

更要謝謝所有參與研究的心臟開刀病患及護理人員之參與及支持，使本研究得以順利完成，期望我的研究結果在往後能提供更多開心手術病友實質的幫助!特此感謝。

目錄

中文摘要.....	I
英文摘要.....	II
致謝.....	III
第一章 緒論.....	1
1.1 研究背景及動機	1
1.2 研究目的.....	2
1.3 研究問題.....	2
1.4 名詞定義.....	2
第二章 文獻查證.....	4
2.1 心臟手術病患照護需求.....	4
2.2 加護病房病患照護需求.....	5
2.3 醫療服務品質.....	7
2.4 病患與護理人員對照護需求之認知差異.....	10
2.5 質性研究.....	11
第三章 研究方法與結果.....	13
3.1 研究場所與對象.....	13
3.2 流程研究.....	14
3.3 研究設計.....	15
3.4 資料收集及倫理考量.....	16
3.5 資料分析.....	16

3.6 研究結果.....	17
3.6.1 護理人員部份.....	17
3.6.2 病患部份.....	22
3.6.3 病患之認知分析.....	26
3.6.4 護理人員之認知分析.....	28
3.6.5 病患與護理人員對加護病房照護需求認知落差.....	29
3.6.6 病患與護理人員對加護病房照護之認知落差項目.....	37
第四章 討論.....	38
4.1 護理人員認知病患感受.....	38
4.2 病患實際感受.....	40
4.3 病患與護理人員認知落差.....	41
第五章 結論與建議.....	44
5.1 結論.....	44
5.2 護理上應用之建議.....	44
5.3 研究限制.....	45
參考文獻.....	46

圖表目錄

圖目錄

圖 2.1 PZB gap model.....	8
圖 3.1 研究流程.....	14

表目錄

表 3.2 護理人員基本資料.....	17
表 3.3 病患基本資料.....	23
表 3.4 病患與護理人員對加護病房照護需求認知落差分析	30
表 3.5 病患與護理人員對加護病房照護認知落差項目.....	37

誌謝

離開學生生活已事隔 12 年之久，這期間先生不斷鼓勵我再次進修，增加自己學習領域，因此無論在考試或放榜時，他總是比我還緊張，考上了也比我還興奮，就學後這兩年亦從不埋怨我對家庭及孩子的關心時間有減少，依然默默的在背後支持直到這一刻，一路走來感謝家人的支持，讓我能放心的完成學業。要謝謝大甲光田的學長姐及同事們，配合我在職進修給我許多的協助與班別上的配合，感謝大家、感謝光田這個大家庭!也要特別謝謝兩年來一起打拼的同學，及教導我們的師長們，感謝老師對我們這一班的體恤及愛護，感謝同學間分工合作一起完成學業的過程，一路走來，有您的陪伴與關愛，讓我能順利度過這兩年既是學生兼職業婦女的日子。

當然論文能順利完成，更要感謝指導教授-潘忠煜老師的指導，從研二第一學期開始每週的討論，總是可以協助我從雜亂又繁複的思緒或資料中理出頭緒，從研究主題選定到最後的結果分析與討論，一步步的跟著老師的進度進行，每每討論完總覺得心情輕鬆不少，藉由老師的提示也增加自己思緒之廣度，真得謝謝老師的指導與幫忙。

更要謝謝所有參與研究的心臟開刀病患及護理人員之參與及支持，使本研究得以順利完成，期望我的研究結果在往後能提供更多開心手術病友實質的幫助!特此感謝。

第一章 緒論

根據行政院衛生署 2008 年之統計資料顯示，心臟血管疾病佔國人十大死因第二位，可見心臟血管疾病為國人常見且嚴重疾病，對健康造成很大的威脅。由於心臟血管手術之進步，心臟手術已成為極普遍的外科治療方式，然而，心臟手術對病患及家屬仍是重大壓力源，手術後能順利復原是病患、家屬及醫護人員所期盼。

1.1 研究背景及動機

心臟手術對個體是重大壓力源，潘雪杏等人（2008）指出，壓力源會引起病患壓力反應，如心跳加快、血壓上升，造成心臟負荷量增加，導致併發症之產生。事實上，除心臟手術對病患所造成的壓力外，心臟手術後病患於加護期間，除了須面臨心臟手術本身所帶來之生命威脅外，也承受來自加護病房環境的壓力，對手術及加護單位存著害怕及焦慮感受。在提升醫療照護品質的前提下，加護病房裡護理人員在照護病患過程中，除了常規性照護並穩定生命徵象外，是否更進一步思考病患要的是什麼？這樣的照護是否能滿足病患的需求？以強化照護品質。

在重症醫療團隊中，護理人員 24 小時接觸病患是照護時間最長，且是直接照護最重要的成員。若能深入了解心臟手術後病患對加護病房照護需求之認知，探討護理人員與病患對加護病房照護需求之認知落差，找出品質照護缺口的落差因素。不僅可了解病患實際需求以降低病患之痛苦，護理人員可依病患之個別性需要作照護，並減輕因手術及伴隨不適之症狀與焦慮增加患者之安定感。期能提升術後恢復程度，並降低血流動力學之不穩定性，除了醫療品質之提升外也能增進護病關係。

近年來，國內有關服務品質認知落差或健康照護需求認知之探討，諸如葉娟娟等人（2008），梁亞文等人（2008a,b），吳燕惠&許淑蓮（2002）針對心臟術後照護需求之研究，皆屬量化研究，迄今尚未運用質性研究方式，探討心臟術後病患與醫護人員對照護需求認知落差。因此，本研究應用 PZB 服務品質模式，以質性研究方式探討醫護人員與病患，在術後於加護病房照護需求的認知差異，期能提供護理人員正確照護方向，協助病患儘早恢復健康，順利出院。

1.2 研究目的

林金定等人（2005）指出，訪談是社會科學研究中最廣泛運用的資料方法，主要著重於受訪者個人的感受、生活與經驗的陳述，藉著與受訪者彼此的對話，可以了解及解釋受訪者個人對事實的認知。本研究主要目的整理如下：

- 1.探討心臟手術病患在加護病房整個照護過程中的心路歷程及照護需求。
- 2.探討心臟手術病患對加護病房照護需求之期望，與護理人員對病患的照護需求之認知落差。
- 3.提供加護病房護理人員深入了解心臟手術病患之主觀需求，期能提供個別化、整體性、持續性及系統性服務，提升重症照護品質以協助患者術後復原。

研究結果可提供護理人員了解心臟術後病患於加護病房之照護需求。當能提供以病人為中心，符合病患身、心、社會護理需求，才是醫療品質提升的基石，也是目前臨床工作上有待努力的目標。

1.3 研究問題

為達上述研究目的，本研究希望能回答下列問題：

- 1.心臟手術病患在加護病房整個照護過程中的照護需求為何？
- 2.心臟手術患者對加護病房照護需求之期望認知為何？
- 3.護理人員認為病患對加護病房照護需求之認知為何？
- 4.病患與護理人員對加護病房照護之認知落差相關因素？

1.4 名詞定義

- 1.加護病房：收治內外科系重症病人之緊急救治，需隨時監測生命徵象及血流動力學。具高科技軟硬體設備，具專業知識及經驗的合格醫療團隊（潘雪杏等人，2008）。
- 2.心臟手術：經醫師診斷需行手術治療，含冠狀動脈繞道手術及瓣膜置換術。
- 3.照護需求：指個人主觀感受因疾病或治療而產生內在緊張狀態，需

要醫護人員給予協助與照護，以增進安適感，減緩不適。本研究探討心臟術後於加護病房之照護需求，包括訊息、生理、心理社會需求。

第二章 文獻查證

本章針對心臟手術病患照護需求、加護病房病患照護需求、醫療服務品質及病患與護理人員對照護需求認知差異，四部份進行文獻查證。

2.1 心臟手術病患照護需求

心臟手術病患壓力

黃秀梨等人（1997）指出，心臟手術病人在加護期間，身心遭受多方面之壓力與威脅，包含身體、心理及社會壓力，病人在加護病房之經驗感受差異性很大，非常需要醫護人員針對個別性提供支持及照護。研究中發現生理壓力佔首位，尤其是傷口疼痛、口乾、抽痰以及插氣管內管，醫療人員應正確評估患者的身體壓力，藉由疼痛處置、處理口乾、按摩等處置方式以減輕患者的壓力。心理壓力含死亡威脅、擔心轉出加護病房，社會壓力包括與家人分離、造成他人負擔。因此術後醫療照護重點可加強促進病人舒適，多給予支持，並鼓勵家屬多關懷病人。Gardner & Crawford (2005) 指出，手術後的疼痛、睡眠障礙、壓力與疲憊是病患常經歷之經驗。在不舒服之記憶中，氣管內插管、長期臥床造成身體之不適是最常見的，且是術後常見的現象。

心臟手術病患照護需求

吳燕惠 & 許淑蓮（2002）指出，心臟手術對病患是一個充滿不確定感及情緒障礙的過程，因此評估病患需求是有效提供護理照護的第一步。病患需求之確認可幫助護理人員提供適當護理措施及滿足個別需要，以協助病患恢復及調適，達到真正以病人為中心的護理。作者指出，冠狀動脈繞道手術病患於手術後有高度之健康照護需求，整體需求以心理、社會需求最多，其次是訊息需求。在整體需求獲得滿足上，生理照護需求為最重要，且最容易滿足，其中以「訊息需求」最不滿足，其次是「心理、社會需求」。顯然病患在歷經攸關生命之重大手術後，更需要醫療人員能提供心理支持及疾病相關訊息，建議護理人員運用全人照護理念，滿足病患各層面需求。陳雅鈴 & 張碧容（2004）述及，面對心臟術後患者除提供病患身體舒適外，物理治療及衛教早期介入，促進病患術後與醫護人員合作關係，讓病患保持樂觀態度，鼓勵病患表達內心感受以減輕壓力，對病患之調適及恢復有很大幫助。黃秀梨等人（1997）指出，醫護人員應於術前提供資訊，滿足

病人收集資料的需求，給予合適衛教，手術後將焦點放在病患身心恢復工作上，促進病人恢復是非常重要的。醫護人員在照顧病患時應考慮病人年齡、教育背景等因素之差異，針對個別性給予適當照護，多給予心理支持及鼓勵有幫助病人心臟手術壓力之調適。

Doering et al., (2002) 指出，以電話訪談心臟術後病患於加護期間之感受，歸納出病患的經驗，分別為：

- 1、病患感到醫護人員對病患之照護與技巧有滿意經驗；
- 2、因感受缺乏人性化及隱私而感覺沒有被照顧好；
- 3、身體需求如睡眠常因護理活動被中斷、開刀傷口比預期還疼痛、合併症處理未被滿足；
- 4、感覺醫護人員皆以技術為導向，沒有人耐心傾聽，需要更多或不同訊息（如應告知插氣管內管時，會產生溝通困難）。

作者建議，護理人員應多重視病患身體及訊息之照護需求，適度提供病患病情資訊以減輕病患心理壓力。Gardner & Crawford (2005) 指出，病患在加護期間對護理照護，如有正向的心理感受，對疾病的復原及進展會有顯著影響。在加護病房期間心裡雖然會害怕及擔心，但接受訊息之需要是不間斷的，特別是恢復期較長之患者及其家屬，能給予較進步之訊息是最大支持及鼓勵，因此持續心理社會支持是需要的。

Okkonen & Vanhanen (2006) 指出，心臟手術前若較缺乏家庭支持，較易出現憂鬱症狀、焦慮及無望感。因此作者提出，應擬定一套好的支持系統，除生理上之協助外，教育及情緒支持皆是需要的。

2.2 加護病房病患照護需求

加護病房病患壓力

吳少玲等人 (2007) 指出，加護病房可提供重症患者全天候照護，使生理機能在嚴密照護下得以恢復。但在患者心理上，加護病房是一個隔絕外界及吵雜之環境，身上置入交錯眾多之管路，陌生之醫護人員、對疾病不確定感，易引發重症患者出現壓力及混亂認知。熊道芬等人 (2009) 指出，睡眠問題往往是加護病房病患的第一個主要的壓力源，約有 61% 的加護病房病患有睡眠中斷的情形。加護病房的護理人員必須評估病人的睡眠情況，在執行護理活動時採集中護理，並盡量減少病人相互干擾。方楸淑

&王瑞霞（2007）指出，評估病患嚴重度的 APACHEII，及評估治療項目的 TISS 分數與焦慮程度越高其睡眠品質愈差，可見生理及心理狀況會影響病患的睡眠品質。所以，醫護人員應積極處理病患生理、心理問題，當病患穩定後，才能有較佳的睡眠品質。

Hweidi（2007）指出，重症病患最感壓力分別為：被各種侵入性管路束縛或被約束、喪失身體自我控制能力、無法入睡、機器警報聲、口渴及身體疼痛。Thomas（2003）指出，重症單位使用呼吸器病患最大之疼痛來源為氣管內插管，且因溝通障礙常造成病患產生焦慮與害怕心理反應，手腕的約束也常用來預防管路自拔與跌倒，因此身體的約束，無法自行移動身體也是主要壓力源。黃惠子等人（2005）指出，身體約束的決策者經常為護理人員，基於維護病患安全，約束措施一旦執行，對未獲知情同意或不明就裡的病患而言，不但對身體舒適造成影響，其心理感受也會充滿錯綜複雜情緒，因此護理人員應正視病患的經驗感受，提供更貼近人性及個別化的照護。

加護病房病患照護需求

潘雪杏等人（2008）指出，加護病房病患壓力源可歸納為身體、心理及環境三方面，其照護需求分述如下，身體方面：應能與病人充分溝通、提供充足睡眠並降低疼痛以減輕焦慮；心理方面：鼓勵病患表達心中感受、適時給予家人陪伴；環境方面：注重病患隱私、降低各項噪音，避免病患產生身心疲憊。王麗香&劉雪娥（2002）指出，急性照護需求主要是在滿足病患相關病況訊息、減輕身體不適及心理支持。馬淑清（2004）指出，加護病房病患較重視與自己健康恢復有關的基本需求協助，及疾病治療相關知識教導層面的關懷行為。加護病患疾病嚴重度高，家屬因會客及治療限制，不能隨時在旁照顧，因此病患較重視護理人員是否能協助處理基本生理需求。其次為希望獲得與自己健康恢復所需之知識及教導層面之關懷，以降低其焦慮。張靜雯（2005）指出，重症單位照護需求主要是在身體、訊息滿足、有無獲得控制感、安全、宗教信仰、社會與出院計畫。許淑蓮（2001）指出，病患對疾病本身及治療不明確是產生不確定感之主要因素，護理人員應注意。當病患產生焦慮時，可從減輕不確定感著手，當不確定感來源被即時評估、確認及處理時，對降低病患焦慮有很大幫助。

Gardner & Crawford（2005）指出，雖大部分患者於加護病房經驗皆有

正向反應，但在某些時候也會覺得害怕、憂慮及心境上調適障礙等問題，顯然地持續性精神上之支持是需要的。Hupcey (2000) 指出，重症病患最需要的照護需求是感到安全，分別為知道的需求、重新獲得控制、希望和信賴。知道的需求為希望了解在加護病房期間可能會發生了什麼事，並需要醫護人員之鼓勵，如在訓練脫離呼吸器過程，護理人員可以解釋過程讓其降低焦慮。在重新獲得控制中，因自己只能侷限於床上，無法照顧自己且有會客限制感到焦慮，病患認為有好的希望就有好的預後，信賴醫護人員皆會給予最好的照護，最大的支持來源是家人。Hupcey & Zimmerman (2000) 指出，以質性研究方法瞭解重症單位病患對知 (knowing) 照護需求，主要分為兩個階段。第一階段在重症期間，主要「知」的照護需求為訊息需求，需要他人告知人、時、地獲得定向感。第二階段在重症後期，病患在「知」的照護需求為想要了解他們的疾病嚴重度，及整個治療過程發生了什麼事，想了解全部的來龍去脈。

2.3 醫療服務品質

醫療服務品質

醫療品質模式可分為觀念性模式及整合衡量模式，高淑勤 & 黃崇謙 (2006) 指出，舉辦醫療人文教育對臨床服務工作者而言，有助於醫病關係及醫療品質之提昇，可促進醫療服務之可近性。王嵩竑 (2008) 指出，住院服務品質對病人滿意度有直接效果，醫療機構要達到病患滿意，藉由提升服務品質是可行做法。葉美枝等人 (2007) 指出，病人滿意度，基本上，可以定義為病人感知其所期望的醫療處置與服務滿足的程度。期望水準來自於過去經驗，服務滿意度來自於期望接受到的服務與實際接受到服務間之差距，差距越小會愈滿意。整體滿意度與過去經驗、硬體設備、服務流程及對問題之回應有相關。葉娟娟等人 (2008) 指出，病患在接受心導管醫療服務時，醫護人員除提供專業醫療照護外，更應與病患及家屬深入溝通，抱持同理心提供病患有效的情緒支持，進一步關懷及傾聽以增進醫療滿意度。蔡宗宏 & 洪陵鎧 (2008) 指出，病患最需要的是耐心溫和的溝通與講解，對病患滿意度的四種預測因子，依其影響力依序為專業能力、醫病溝通、組織因素與人本關懷。因此了解病人的需求及期望值之餘，醫療院所及醫護人員才能提供令人滿意的服務。

PZB Gap Model

Parasuraman et al., (1985) 的定義論述，服務品質為顧客事先對所提供服務的期望水準，與實際提供服務水準間知覺差距的程度；服務品質需透過知覺品質來衡量，認為品質評估之函數乃是由「消費者的期望、服務過程品質、結果品質」等三者構成。並發展出服務品質模式中最著名的 PZB 模型（為 PZB gap model），如圖一所示。依據此模式，服務品質缺失的發生主要是由於服務產生與傳遞的各環節中有差異而形成缺口（Gap），共有五個缺口：缺口一又稱顧客缺口，指消費者預期與管理者認知差距，影響顧客期望相關因素為口碑、個人需求及過去經驗；缺口二為消費者認知服務與服務品質規格差距；缺口三為服務品質規格與服務傳遞差距；缺口四為服務傳遞與外在溝通差距；缺口五為事前期望及事後認知服務品質差距。缺口五可剖析成為接近性、溝通、勝任性、禮貌性、信任、可靠性、反應性、安全性、有形性、了解顧客十個構面。

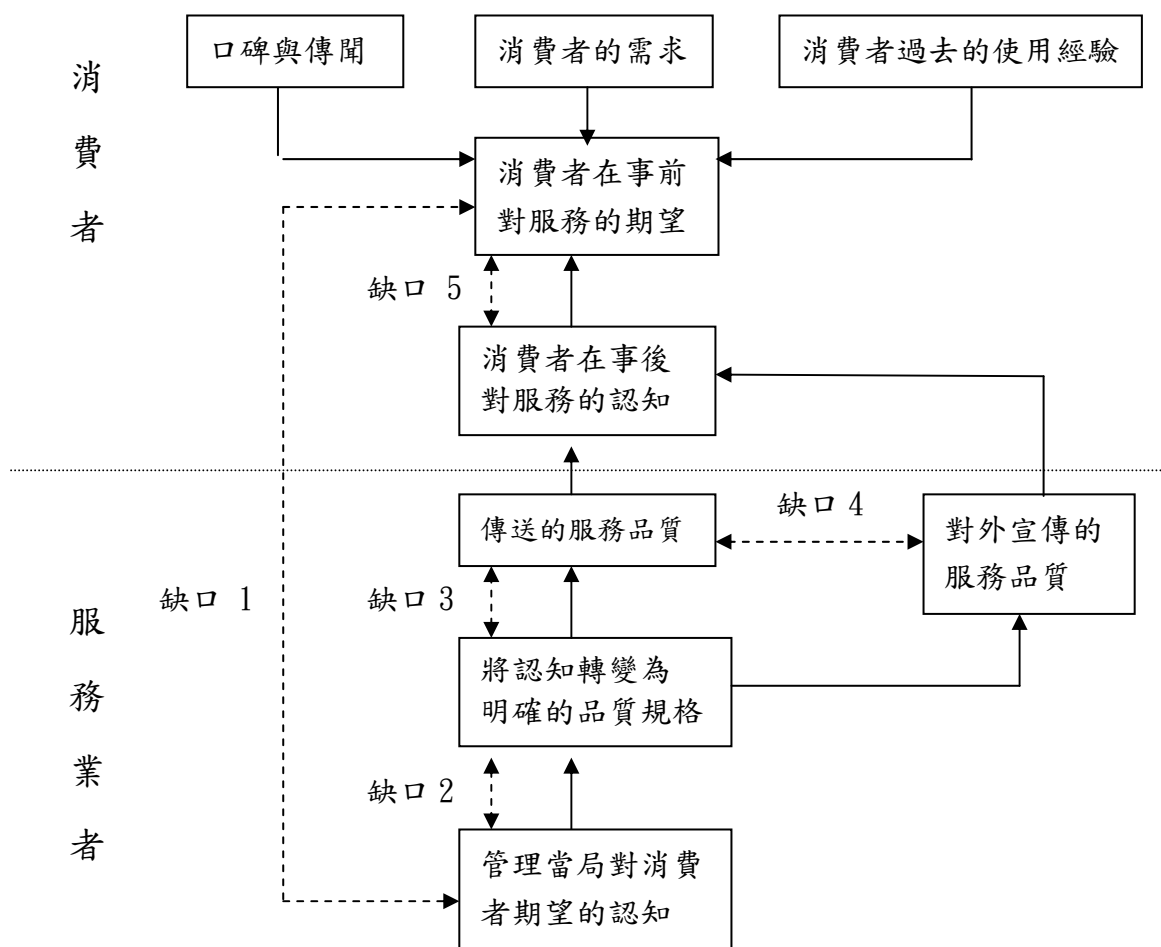


圖 2.1、PZB gap model

資料來源：Parasuraman, A., V. A. Zeithaml & L. L. Berry (1985)

Parasuraman et al.,(1988)指出，服務品質的十構面可以進一步簡化成為有形性、可靠性、反應性、保證性與關懷性五構面，並發展出服務品質量測工具中的 SERVQUAL 量表。該量表最大特色在於每個題項包括兩個一組的陳述，分別為量測各題項顧客的期望及實際感受的認知，再比較兩者之間的差異。當服務品質不好時，1988 的 PZB 模式提出改善方法分別為：

- 1.找出服務品質主要決定因素。
- 2.善加管理顧客的預期。
- 3.善加管理有形物如：硬體設備及服務人員。
- 4.教育消費者，包括教育消費者如何為自己服務，何時使用該服務及如何使用服務。
- 5.塑造公司內品質文化。
- 6.進行事後追蹤，了解顧客滿意程度或建立顧客與公司良好溝通管道。

依據 1988 年 PZB 服務品質的觀念模式，醫護人員對醫療服務的認知與提供予病人是否相同，此為缺口一。任筱笠等人（2004）指出，欲縮減此項缺口應積極主動了解顧客需求，從一開始即設定正確目標，日後策略才能捉住重點。此外，管理階層應重視接觸顧客的基層人員之意見，可藉由他們平時與病患之溝通，及對病患行為之觀察了解顧客真正需求，服務品質對病人滿意有正向而顯著之關係。

近年來，國內外文獻顯示，SERVQUAL 量表已逐漸被醫療產業廣泛運用為衡量醫療服務品質的工具。蔡文正等人（2008）發現，應用 SERVQUAL 量表來建立中醫醫療服務品質評估指標，整個中醫醫療團隊中最為重要的一環是醫護人員，其所提供的專業服務是病患最為重視的部份。高淑琴&黃崇謙（2006）指出，運用 PZB 模式設計結構式問卷，測量違背醫囑自動出院病人與臨床醫師對醫療服務期待與感受落差缺口，他們發現以關懷性落差最大。葉娟娟等人（2008）指出，利用 PZB 品質服務模式探討病患對心導管醫療服務品質迫切改善項目，在缺口一位置顯示，病患對醫療服務品質的期望值大於醫護人員對醫療服務品質期望的認知；缺口五落差依序為有形性、回應性、同理性、保證性及可靠性。許南榮等人（2007）指出，應用 PZB 缺口理論與 SERVQUAL 量表，分析住院癌症病患對服務品質認知期望與滿意度都以「可靠性」構面最高。病患對服務品質之期望皆高於

滿意度，在「回應性」構面上，建議醫護人員應考量如何妥善分配時間，即時解決病患問題；在「同理性」構面上，建議醫護人員需細心照顧，重視病患的聲音。

2.4 病患與護理人員對照護需求之認知差異

病患住院過程中，有很多病患不會表達自己的想法及問題，護理人員是與病患接觸最長時間之專業人員，護理照護品質在整體醫療品質扮演關鍵角色。因此，了解病患與護理人員對照護需求之認知差異，能提昇滿意的醫療服務品質。王元昭（2009）指出，透過醫療專業服務者的認知與服務接受方的認知比較，不僅能了解顧客的需求，且就專業角度而言，透過服務提供者的自我檢視更能發掘，需繼續改善的地方，進而達到真正提升醫療服務品質的目的。伍香君&葉淑惠（2006）指出，加護病房醫護人員面對重症患者，常著重於生命徵象維持及疾病控制，易忽略心理感受及需求之評估。梁亞文等人（2008b）指出，病患的需求會因時代背景與社會文化之差異而不同。所以護理工作也應隨著人、時、地的變異而被賦予不同之內涵及意義。但無論如何轉變，好的護理皆應以病人為出發點，護理人員可能由於平日工作繁重，只能將精力置於專業技術之執行而忽略病人在心理層面之需求，應加強護理人員同理心及親切的態度，滿足病患心理方面的護理。

Florin et al., (2005) 指出，病患認為許多較嚴重問題卻不是護理人員所認為的，如營養、睡眠、疼痛及情緒、精神問題，護理人員在計畫照護時，應多以病患個別性需求來執行。Pang & Suen (2008)指出，危急照護之護理人員認知病患之壓力感受皆比病患本身來的大，可能是因為病人本身疾病嚴重度，或護理人員過度強調加護病房壓力。作者建議護理人員應察覺患者之真實感受以提供有效處置，並建立人性化之加護環境，鼓勵病患在其能力範圍內參予一些活動，如洗臉或床上活動肢體，以協助病患解除壓力及焦慮。魏玲玲等人（2001）指出，護理人員與病患對某些照護需求看法不同，在身體、心理社會護理、出院準備服務需要方面，護理人員皆高於病患自覺需要程度，可能是因為護理養成教育過程中教師不斷強調，照護應以病患需求為中心。McCabe (2004) 述及，護理人員應運用同理心，建立以病患為中心之溝通方式，非以任務為導向之溝通，以了解病患真正需求。余秀珊（2005）指出，護理人員與心臟衰竭病患在「訊息層面」，及

病患認為「靈性層面」有高需求低滿足情形，護理人員應重視病患此方面之照護需求，以縮短護理人員與病患兩者間對需求滿足之差距。

綜合以上文獻得知，心臟術後病患於加護病房歷經身體、心理壓力及痛苦，需要身體、心理、社會、訊息照護需求。在身體方面以手術後的疼痛含傷口痛、口乾及氣管內插管造成之不適、睡眠障礙、壓力與疲憊等項目是患者常經歷之經驗。因每位患者之經驗感受不同，醫療人員應正確評估病患的身體壓力，給予個別性照護協助減輕痛苦。心理上需要獲得更多與自己身體相關訊息並注重隱私，能聽到醫護人員說出進步，給予關懷及鼓勵，會讓患者感到安定；因此，醫護人員應適度提供患者病情資訊減輕心理壓力。建議護理人員運用全人照護理念，主動關懷病患並調整照護治療活動，提供舒適安全之照護環境，滿足病患各層面需求，降低其對疾病及治療不確定性，增加自我控制力及安定感，以減輕病患壓力及焦慮。

2.5 質性研究

一、質性研究方法論已漸趨成熟，雖然不同類型的質性研究表現的方式不同，李政賢（2006）表示，典型格式可包括三項組成部分：（一）導言：包括整個研究的綜覽概述、針對探究主題、研究目的、潛在的重要性及研究限制；（二）相關文獻討論：從過去與當前有關研究主題論述中，找到可以切入該計畫之研究位置；（三）研究設計與方法論。

二、質性研究中，訪談是最廣泛運用的收集資料的方法之一，主要著重於受訪者個人的感受、生活與經驗的陳述，藉著與受訪者彼此的對話，研究者得以獲得、了解及解釋受訪者個人對社會事實的認知，質性訪談的資料分析，第一步就是做逐字稿，建立訪談的書面記錄。逐字稿的建立原則在於「詳盡確實」，完整的逐字稿不僅能使質性資料的分析更接近原貌，更能了解受訪者意念的來龍去脈。林金定等人（2005）表示，僅以訪談過程的手稿紀錄並不能反映整個討論的特徵，受訪者的非語言溝通、手勢以及行為等，就無法藉由訪談過程中的紀錄加以描述。所以逐字稿的製作最好能以錄音、錄影設備做輔助，中介者（研究者）可以藉此了解受訪者的情緒及受訪情境，更可以避免中介者的記憶出錯，而去渲染、誇大了實際狀況，這往往是質性資料偏誤產生的主要原因之一。

三、深入訪談（**In-depth interview**）：訪談是指二個人以上的交談，

其要件是至少有一位以上的訪談人，以及一位以上的受訪者。訪談人透過語言溝通來獲取受訪者的某些訊息，即如同對話一樣，在提話與回答的互動過程中，用來收集訪談人所需要的資訊。實際上，訪談是一種收集資訊的工具，如果能經由適當的控制與安排，訪談人就能夠探詢對方的想法，得到所想要的答案。萬文隆（2004）表示，深度訪談目的在於透析訪談的真正內幕、真實意涵、衝擊影響、未來發展以及解決之道。一般而言，深度訪談比一般訪談要花費更多的時間，但是其所得到的結果更具能深入描述事物的本質，以做為進一步分析的依據。

四、深度訪談的信度與效度：大體上是從量的研究觀點，一般而言，相對於量化研究的信度與效度，內在效度對應到質化的研究之可信賴性(credibility)，外在效度對應質化的研究之可遷移性(transferability)，量化研究的信度，對應到質化的研究之可靠性(dependability)及可驗證性(confirmability)。萬文隆（2004）表示，在可信賴性方面，深度訪談只要能透過立意抽樣等方法，找到符合研究目的、研究對象的人，並且能依照前述深度訪談的程序執行，就具有可信任性。可驗證性方面，在深度訪談時，用客觀的角度去分析受訪者的主觀，有如現象學中懸置、再深入本質，以客觀的態度方法去找到事情的真象。

第三章 研究方法與結果

本研究係採半結構式深度訪談之質性研究，經由一對一的深度訪談，探討心臟術後病患於加護病房內接受照護之經驗及其需求，與護理人員對病患之需求認知。上述狀態符合 PZB gap model 缺口一，引申為病患與護理人員對照護需求認知落差之相關性。本章共分為六節，依研究場所與對象、研究流程、研究設計、研究工具、資料收集及倫理考量與訪談資料作陳述。

3.1 研究場所與對象

以中部某區域醫院心臟科加護病房護理人員，及心臟手術後病患（含冠狀動脈繞道手術及心臟瓣膜置換術），選取符合下列條件且願意接受訪談者為研究收案對象。訪談時機為病患轉出加護病房至普通病房後 2-3 天，收案期間為 98 年 12 月至 99 年 03 月。本研究共 7 位病患、5 位護理人員參與。

病患選取條件：

1. 經醫師診斷需行心臟手術治療，在說明及閱讀研究同意書後，同意參與此項研究。
2. 年滿 18 歲、意識清楚可用國、台語溝通者。
3. 術後發生非預期併發症，延長住院日數者予以排除。
4. 緊急手術或術前即插管入住加護病房者予以排除。

護理人員選取條件：

1. 在說明及閱讀研究同意書後，同意參與此項研究。
2. 由亂數表取得 2、5、8、10、12 數字後，依心臟加護病房護理人員排班表上名單取得。
3. 具護士執照及完成加護病房訓練者。
4. 任職心臟加護病房一年以上，具備心臟手術照護經驗。

3.2 流程研究

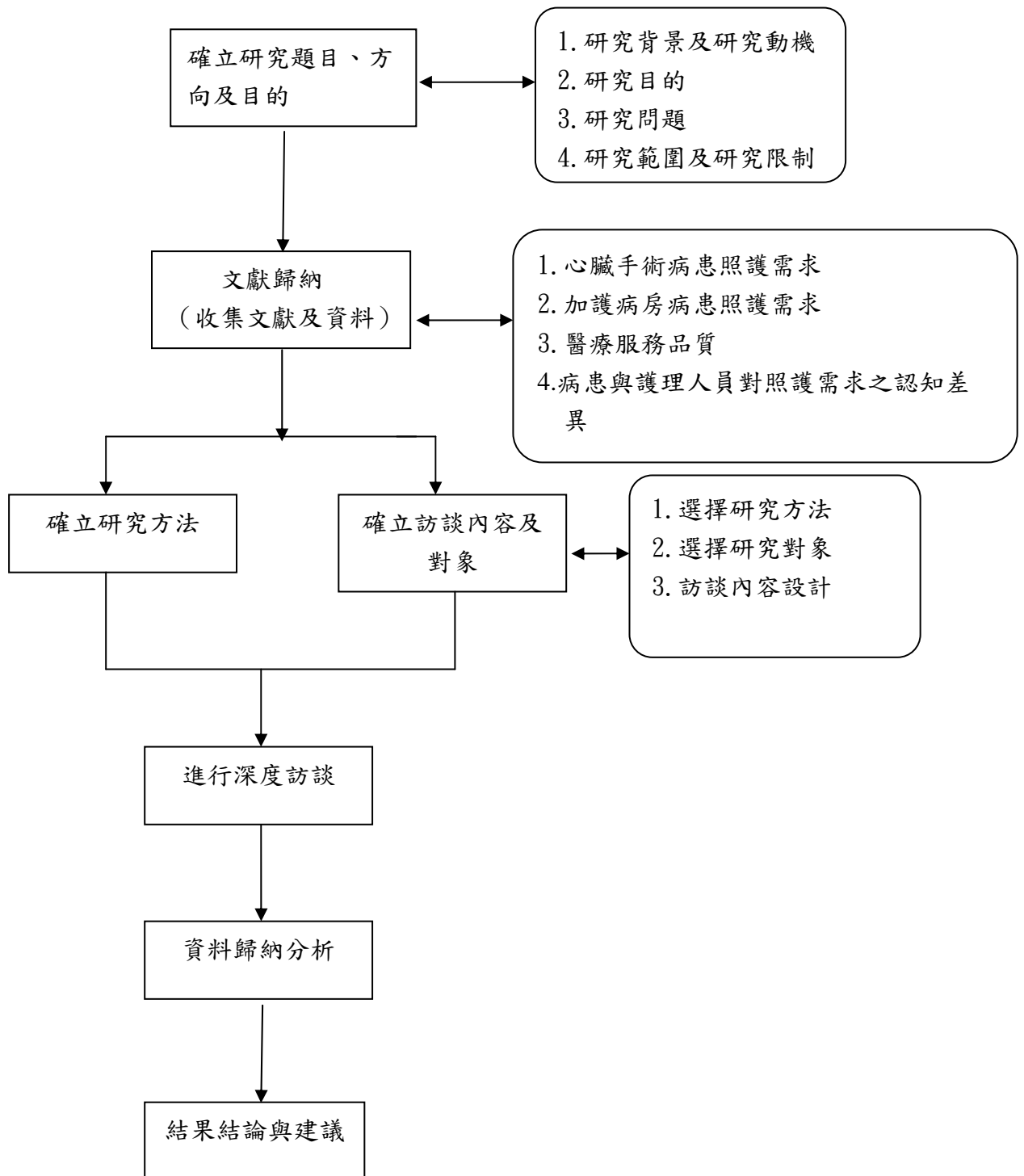


圖 3.1 研究流程

3.3 研究設計

訪談有許多不同的型式，以研究過程來區分，主要區分為結構式訪談（structured interview），半結構式（focused or semi-structured interview），或非結構式訪談（unstructured interview）以及群體訪談（group interview）。林金定等人（2005）表示，半結構式方式主要是研究者利用較寬廣的研究問題做為訪談的依據，導引訪談的進行。訪談指引（interview guide）或訪談表，通常在訪談開始前即已被設計出來做為訪談的架構，其用字及問題順序無需太侷限，最主要的內容必須與研究問題相符。問題的形式或討論方式採取較具彈性的方式進行，所以研究的可比較性較降低，但優點是它可以提供受訪者認知感受較真實的面貌呈現。

本研究讓受訪者依據自己於加護病房親身經驗陳述心中感受、想法及行為表現。訪談指引是依據研究者探索與研究主題相關之問題，及希望了解護理人員與病患對這些經驗感受之認知差異做設計，本研究參考 Holland et al., (1997) 所論述之心臟術後生活品質的半結構式訪談指引。經初擬六個訪談指引後，藉由 3 位病患及 1 位護理人員的前驅研究，再修正指引後形成。在訪談中，了解主要問題及應該被包含之內容範圍，並將訪談內容逐字謄錄、分析、整理，除作為正式研究之參照基準外，四位前驅研究之訪談內容亦納入本研究中。修正後之訪談指引大綱，依護理人員與病患分述如下：

護理人員

1. 您覺得病人術後在加護病房中印象最深的事件是什麼？您認為病人會如何處理？
2. 您覺得病人術後在加護病房中疼痛的經驗為何？你認為病人會如何處理疼痛問題？
3. 您覺得病患在這段時間最需要什麼？
4. 您覺得病患開刀前至加護病房的衛教對您照顧上有何影響？
5. 您覺得病患心臟手術後（插管這段時間）是何感覺？應如何協助病患度過？
6. 您覺得病人對加護病房的感覺及經驗如何？病患之照護應可再多些什麼？

病患部分

- 1.請描述您手術後在加護病房中印象最深刻的事件是什麼？如何處理這件事？
- 2.在加護病房中疼痛的經驗為何？您如何處理疼痛問題？
- 3.您覺得術後於加護病房最需要什麼？
- 4.開刀前至加護病房先做術後衛教對您術後在加護病房的幫助是什麼？
- 5.請您描述心臟手術後(插管這段時間)在加護病房之感覺？是什麼支持你度過這段時間？
- 6.請描述您對加護病房照護心臟手術患者整體之感覺及經驗。

3.4 資料收集及倫理考量

為保障參與者之權益，本研究計畫進行前通過某區域教學醫院，人體試驗委員會審查通過後，才開始進行研究。由研究者親自到病房收集資料，在不干擾個案休養條件下與其約定合適訪談時間。研究者在訪談前先說明研究目的、個人資料之保密與不影響其醫療權利，在徵求個案同意後採匿名方式處理。採一對一面訪方式，每位個案訪談時間約 30 分鐘，視個案情況依其需要延長或縮短訪談時間，受試者有權利拒絕參加本研究，且過程中仍可隨時提出終止研究之請求。

3.5 資料分析

潘淑滿(2003)提出，訪談內容之分析方法。本研究依據該方式進行分析，其步驟包括：研究者多次詳讀整個訪談文字稿，以全盤了解受訪者整體經驗，將一再被重複描述之經驗註記，從被加註之內容整理、歸納出有意義的句子。再將具相同特性且有意義的句子，集合形成數個次主題並且賦予每個次主題一個明顯的意義。最後，統合所有的副主題形成共同主題(theme)，統整後做整體性描述，分析期間同時查證文獻，作為歸納分類的依據。本研究資料收集與分析嚴謹度，依據 Lincoln & Guba(1985)所提，四項標準進行檢測：

- 1.確實性：研究者於 1991 年於成人心臟加護病房擔任護理師及護理長職務迄今，研究者熟悉此醫療團隊醫護人員照護流程及病患屬性，

且經過質性研究專家之檢視，當研究者整理每一份訪談重點後再請受訪者確認內容正確性及是否同意研究者之詮釋，以增加研究內容之確實性。

- 2.可轉換性：研究者參與 18 年之相關照護經驗，並於資料收集過程中適時將個案所表達之內容澄清，其歸類結果適合應用於相同個案之臨床實務情境上。
- 3.可靠性：訪談過程全程錄音，並儘速在 72 小時內將錄音內容，依訪談原始資料真實性而進行文字轉錄寫成過程紀錄。
- 4.可確認性：研究者分析時詳細反覆閱讀訪談內容紀錄，並隨時反思資料是否有誤，並於資料分析完後，研究者保留所有原始資料，以作為日後查證之用。

3.6 研究結果

本研究主要探討護理人員與病患，對心臟手術之後移置到加護病房時，對照護需求認知與期待的差異。共訪談 5 位心臟科加護病房護理人員及 7 位施行心臟手術後的病患。

3.6.1 護理人員部份

護理人員受訪對象平均年齡 28 歲（年齡範圍在 24-32 歲），加護病房工作年資平均為 4.7 年（年資範圍在 1.5-8 年），具備豐富臨床照護經驗。護理人員的基本資料依護理專業能力進階層級、及於加護病房工作年資，敘述如表 3.2 所示。

表 3.2 護理人員基本資料 (N=5)

編號	能力進階層級	icu 工作年資
1	N2	5 年
2	N1	1.5 年
3	N3	6 年
4	N2	3 年
5	N2	8 年

五位護理人員的訪談內容以錄音過程紀錄，並以內容分析法進行資料分析與歸納。結果分析歸納出護理人員對心臟術後病患於加護病房照護需求認知，有三個項目，身體痛苦不愉快經驗感受、情感衝擊、以人為本的照護。茲分別敘述如下：

身體痛苦不愉快經驗感受

一、生理不舒適/疼痛

於本研究中之病患於術後，轉至加護病房時身上即留置多重管路，包含氣管內插管、鼻胃管、胸管、存留導尿管、中心靜脈導管、動脈導管等，病患於術後甦醒那一刻開始即需面臨生理上之不適，有三位護理人員認為抽痰及因插管造成之口乾、喉嚨痛、無法表達是造成病患最痛苦的、兩位護理人員表示傷口疼痛及管路太多造成翻身不舒服，是造成病患在生理上覺得不舒適之主要因素。護理人員會用自己的角度去模擬病患實際之痛覺經驗，覺得若能運用同理心並細心照護時，應該會減輕病人對疼痛之感受。

...如果意識清楚且插管需較久之患者，因無法表達...，我們在執行護理活動時如抽痰、翻身因管路太多會不舒服他會想拒絕...。...我覺得比較焦慮之患者因心理影響而會覺得較痛。

「就是所有管子造成的痛，無法翻身，尤其是呼吸器管子造成的喉嚨痛是最立即性的痛苦...我覺得...插 endo 的痛，因為不是單純的痛可能因口乾或有口水想吞嚥時疼痛造成不舒服」。

「...最痛苦的應該是傷口痛吧！管路很多且會緊張...疼痛經驗應跟個人主觀性有關吧！有時候我覺得應該沒有那麼痛但他的反應就很大...」。

「...傷口痛及氣管內管喉嚨痛且不能講話...像女性有生過小孩的，我覺得較會忍受疼痛...年輕男性對疼痛害怕程度較嚴重，...會要求護理人員額外再給予止痛劑...」。

「...應該是在翻身時候，尤其是抽痰的時候是最痛苦吧，當護理人員執行護理動作很粗魯的時候，他們也會很痛苦，...若能讓病人感受到你很細心很溫柔照顧時，即使會痛也會覺得較不痛...」。

二、行動不自由/活動受限制

於本研究中 5 位護理人員皆提到約束對病患所造成之生理、心理不適。本研究訪談之對象為術後病患，因身上管路多、需長時間臥床裝置 24

小時生理監視系統，且須與家人分離。病患心理對手術後之治療，若未能調適及接受時，即無法配合醫療，且有自拔管路傾向，護理人員會依醫囑予以保護性約束，其目的雖為保護病人安全，相對地也限制病人活動。在加護病房裡，護理人員因會擔心病人不慎拔除維生管路，往往成為病人是否需要約束之首要決策者，會對病人肢體活動有所限制，對於未獲得認同約束之病患而言，不但造成身體上活動限制，也造成心理上的傷害，因此會建議採取約束替代方案，如多陪伴病患及增加有效溝通，增加病患現實感及配合度。

「...若已經拔管的病人應該是行動不自由吧！如無法下床大小便...」。

「身體被限制且不敢動，術後甦醒時傷口疼痛會達到忍受閾值，會很掙扎...會用煩燥來表現，會想移除疼痛來源，如想掙脫想要拔管，且會面紅耳赤，想要爬起來...」。

「與家人分開會有分離焦慮，看能不能克服目前所承受之壓力，無法表達不舒服感覺，且一開完刀就被約束，害怕與護理人員無法溝通...」。

「在翻身時候，你就看病人眉頭緊皺的表情，...被約束不能動，想做什麼又不行時應該就很不舒服...」。

「護理人員可能無法站在病人立場，只要病人一亂動，就被護理人員制止，病人可能覺得我們較沒有同理心...」。

「心靈上有些人不希望被綁著需要被尊重，特別是不希望家人看到被綁著的情況，...會覺得沒有尊嚴沒有自由...」。

情感衝擊

一、情緒衝擊/無望感

病患情感性需求大致分為心理、社會與靈性需求等三項。護理人員覺得當心臟手術病患無法在短時間內拔管，需依賴呼吸器時（使用呼吸器時間大於 72 小時），易讓病患產生較悲觀且負面想法，會擔心無法順利轉出加護病房，害怕會死掉，易造成情緒低落及無望感。

病人躺在加護病房病床上應有「生不如死」的感覺吧！若無法馬上拔管之病人會覺得自己會死掉之感覺，...在訓練脫離呼吸器過程會擔心是否能成功，自己能否活下來...」。「認為自己會好不了，因為是大手術...」。

「...疼痛、無法進食、無口慾、無飽食感...。病人不能講話又無法表達到他們的想法時會覺得很氣餒，到最後就乾脆不講了，想法上悲觀

的較多...」。

「病人感覺應該很茫然、很無助吧！我們過一分鐘，他們可能像過1小時吧！過的很漫長，被綁著的時候不能動應該像度日如年...」。

「...病人應該是害怕會死掉，特別是傷口痛無法減輕時...」。

二、不確定感/期待

當病患產生焦慮時，可從減輕不確定感著手，當不確定感來源被即時評估、確認及處理時，對降低病患焦慮有很大幫助。本研究中五位護理人員一致認為，病患在加護病房內會因插管天數增加及治療過程之不了解，無法預測本身疾病之進展，不確定自己的病情變好還是變壞，因此對身體健康之恢復產生不確定感。護理人員可以了解及感受病患所擔心的事情，包含無法恢復生病前之生活模式，擔心自己會造成家人心理及經濟上之負擔，因此護理人員於加護期間應需多主動關懷病患，提供疾病相關之正向訊息，協助澄清病患所擔心問題。

「病人應該有不知是否能安全離開加護病房，出院後能否恢復原來的生活品質如：再去田裡種種菜呀...什麼的！」。

「會擔心什麼時候可以出去？什麼時候可以解除這些管子造成得不舒服，害怕與預期會有落差，想儘早離開這裡,,,」。

「最擔心的是應該是恢復情形，就是沒有恢復的很快時怕恢復的不如預期...家境不好的擔心經濟問題，雖有健保但仍有部分負擔問題...」。

「病人應該會有到底還要躺多久？想法上悲觀的較多...會覺得家裡有很多事情以後要交給別人，...期待醫生可以跟他說可以拔管了...」。

本研究受訪之護理人員，有4位認為病患對護理人員之期待中，護理人員需要有同理心、能多些時間陪伴病患，可藉由陪伴，與病患聊天轉移病患痛苦及焦慮，讓病患忘記痛苦及不好的經驗；能多提供與疾病相關訊息，讓病患了解自己病程發展，增加病患對自己之控制感，並維持病人自尊如：重視病人為主體、儘早解除保護性約束。

病人應會期望「心理支持吧！...一些阿公阿嬤會希望我們多陪陪她講話，即使她不能講，...只能多陪伴，讓他能看到我而有安全感...」。

「提供病情進展，告訴他現在怎麼了？...現在幫她做什麼？讓他知道我們為他做什麼事？...」...應依其背景作解釋讓他多知道訊息...，若不講反而會讓他更焦慮擔心，因插管中之病人會較悲觀...，提供較正向訊息不要增加他心理負擔。

「...有空時會多陪伴病人，陪她聊天說笑放音樂給他聽，可以讓他情

緒較安定...」。

「其實要看護理人員有無同理心，若能讓病人感受到你很細心很溫柔照顧時，即使會痛也會覺得較不痛.....應該是心靈上之照護，如心理支持，特別是在疾病不穩定時我會用家人之角度與病人溝通、陪伴並多與她聊天，讓他覺得有人真心關懷他...注意病人之自尊，讓他感受自己是一個有用的人，給予心靈上支持...」。

「能多給予心理支持，特別是在呼吸訓練時多給予呼吸及病情方面資訊，增加自信心...。」

病患於心臟手術前，會常規性安排至加護病房做環境介紹：包含術後於身上預留置管路及加護病房環境。護理人員大部分能認同此作法，三位受訪者覺得目前的做法若能先讓病患了解加護病房的環境，認為應可以增加病患術後認知，減輕對手術之焦慮，配合度應該會比較好。

術前有環境介紹過之病人在照顧上有差，...雖然病人看完會很害怕，我會希望讓他看到剛術後情況及已恢復之患者讓他了解術後就是會這樣增加認知，另外會提升他的自信心...。術後麻醉退後問他會較知道情況，感覺會較配合治療，...」。

非常肯定是有幫助的，因為有些病人可能一輩子未曾看過呼吸器或經歷插管，不了解其重要性，若看過應會較配合治療，年紀大之病人可能較無法理解，可能說過就忘記了，...若未作其對治療反抗性應蠻大的。」

「對照顧上覺得無影響」，不過病人較能配合，但較焦慮之病人看了可能更焦慮，九成病患是有幫助，另外一成可能只選擇自己要聽的，...是應視病人對開刀接受度為何。

以人為本照護

兩位護理人員提到，加護病房內使用呼吸器治療之老人容易發生意識混亂情形，並容易對加護病房之照護有不好之經驗感受，因此認為適度給予患者鎮靜治療或心理支持，是可以幫助病患度過此痛苦階段，並覺得最大支持者仍是家屬的陪伴。

「...很多病人住不到兩天就產生混亂，應可以讓家人多陪伴，我們也可以盡量解決生理需求如喝水、翻身...，可能在病人隱私上要多注意...」。

「...術後採鎮靜治療是必要的，應讓病人忘記痛苦及不好的經驗，...因為較配合且能安靜休息之病患會發現其術後恢復較快！」。

一位護理人員表示病患之需求應有階段性，術後最初階段因處於不穩定狀態，病患較需要專業醫護人員之協助，協助減輕身體上之不適；當病

患恢復期較長時，心理支持即大於生理需求性。

「...有分為階段性，如剛術後可能較需要生理照顧，若已經一段時間了可能會較需要心理支持，因家屬不能陪伴在身邊，護理人員需暫時充當他的家屬給予支持。...可以的話盡量讓家屬能進來多陪伴病人...」。

護理人員常因太忙或人力上之限制，著重於常規性及技術上之照護，希望能在有限之時間內完成應完成事情。病人若能多配合護理人員，將減輕許多困擾。護理人員欠缺的是較無法多花些時間真正了解病患此時此刻最需要的是什麼？遑論能從病患角度去思考「他想要什麼」？我應如何做對病人是最好的。

「盡量維持生理需求如大小便及...盡量早點解除約束...。」...有些 A 型人格，我們可以轉移其注意力，盡量解決他的問題看其要求之合理性，當然如果他插滿管子又要求下床時就不能順著...只能盡量解釋及安撫...。

「...覺得病人若無法配合是造成我們很大之困擾，...我不知道患者是否會需要我一直在他的旁邊，但會想自己現在能為病人做什麼？如用護唇膏幫病人抹嘴唇看起來就覺得較舒服...」。

「護理人員需要有同理心，我們常做常規性治療活動，會較少忽略病人心裡感受...注意與病人說話口氣及應對態度...」。

覺得病人在加護病房這個階段，最大之支持來源仍是家人之陪伴及鼓勵。護理人員在生理照護上須適時了解其需要性並做調整，針對住院日數較長之病人盡量能讓冷冰冰之環境家庭化，減輕病人心理壓力及焦慮，深信對病情之改善能有所幫助。

「盡量轉移注意力如讓他聽音樂、多跟她聊天、把他當成親人般，...治療前要先跟他解釋，讓他先信任護士建立治療性關係...」。

「...會客不要只有 30 分鐘，覺得可延長為 1 小時，讓家屬能多陪伴，若人力許可，意識清楚且病情較穩定者，不要讓病人一直躺在床上，造成腰酸背痛，可以的話協助他們坐在床邊，看看報紙，或推活動式電視，讓他轉移注意力...護理人員還是要多花時間陪伴他們...」。

3.6.2 病患部份

病患受訪對象平均年齡 71 歲（年齡範圍在 47-83 歲），皆為常規安排心臟手術，術後病情穩定能順利轉出加護病房之病患，平均氣管插管天數為 3.4 天（2-8 天），加護病房住院天數為 7.9 天（5-13 天）。病患於轉出加護病房前，研究者經過病患及家屬之同意研究才列入收案，其中一位病患

為本收案對象中年紀最輕，有重新插管經驗，但能主動表達自己想法，唯表示不希望被錄音，但同意研究者做筆錄；其餘六位病患年紀偏大，很願意表達自己的想法及接受錄音。病患基本資料依教育程度、性別、手術名稱、氣管插管天數、加護病房住院天數、脫離呼吸器是否失敗重新插回、每日家屬會客次數，敘述如表 3.3 所示

表 3.3 病患基本資料 (N=7)

編號	性別	教育程度	手術名稱	氣管插管天數	icu 住院天數	脫離呼吸器是否失敗重新插回	每日家屬會客次數/2 次/日
1	女	小學	僧帽瓣置換術	3	6	否	1-2 次
2	女	大學	僧帽瓣置換術	8	13	是	0-1 次
3	女	高中	主動脈瓣置換術	4	11	否	2 次
4	女	不識字	冠狀動脈繞道手術	2	6	否	2 次
5	男	不識字	冠狀動脈繞道手術	3	7	否	2 次
6	女	不識字	冠狀動脈繞道手術	2	5	否	2 次
7	女	不識字	冠狀動脈繞道手術	3	6	否	2 次

七位受訪病患的訪談內容以行為過程紀錄，進行資料分析與歸納，以釐清病患於心臟術後對加護病房照護需求認知，涵蓋三個主題 (theme)。包含：溝通困難 (說不出聲音感到害怕)、孤單/不安、訊息提供/疾病及治療訊息傳達未滿足。茲分別敘述如下：

一、溝通困難 (說不出聲音感到害怕)

病患從術後麻醉醒來後即開始承受身體上各種侵入性管路、手術傷口及身體約束等痛苦。在訪談過程中最令病患感到痛苦的，包含氣管內插管及脫離呼吸器過程，病患因插管無法表達需求，口乾及擔心變成啞巴...等。

「...最痛苦的是插管啦！嘴巴那支管子一直塞入喉嚨裡，就一直想要吐真的非常痛苦，想叫也叫不出聲來。...護士還怕我拔掉管子，手有綁起來...」。

「我好怕變成啞巴，一直喊喊不出聲音來，看不到家人，...叫不到小姐，我很害怕很著急！」。

「大小便很不習慣，解不出來很不舒服，也不讓我下床，在床上怎麼解出來？小姐應該要幫我想想，不能說不行下來就是不行啊！」。

「嘴巴被插管時，心裡想這樣妥當嗎？...插管說不出話來很著急，也

沒人告訴我插管不能講話，我女兒來看到我這樣也一起哭，後來才有人告訴我不能講話...」。

無法看到家人會想念及脫離呼吸器過程，因疾病及訓練成功與否之不確定性造成焦慮及不安。醫護人員會依病患生理狀況執行治療計畫，然缺乏與病患溝通，易以任務導向解決病患問題，病患因插管無法發聲產生無望感。護士因看不到病人內心之掙扎及需要性，極容易讓病患產生不安及生氣情緒。病患在能溝通情況下，護理人員應盡量讓患者表達內心感受及其所擔心事情，適時介入措施以增加病患內心安定感以減少焦慮產生。

「應該是在訓練呼吸的時候吧！醫師在幫我調呼吸器時候...，可能是我比較容易緊張，因為調完後我就覺得快喘不過來了，...又沒辦法說話....。」

二、孤單/不安

病患住院期間之生理需求，護理人員若無法立即協助解決，僅依常規之照護方式而忽略患者心理實際感受時，容易造成病患不滿意及不舒服感覺，病患會期待護理人員多一點時間陪伴及給予關懷，因為會覺得自己躺在床上很孤單。因此護理人員應多停下腳步，能運用同理心觀察病患內心實際需求及給予病患充分時間表達自己的需求。

「...看他們好像都很忙，幫我處理完問題就馬上又離開了，有時候覺得自己躺在這裡很孤單，但也不好意思一直叫他們....」。

「...如果他們能多一些時間陪陪我或聊天，我會覺得比較有安全感，有幾個護士會跟我開玩笑，讓我笑一笑，就覺得心情好一點，因為躺在這邊我覺得很害怕，會胡思亂想...」。

「...很難過的是看不到家屬，很想他們，但是看到她們來又很難過，...手術後腦子一片空白，完全無想法，只知道有人來看我，拔管前都無法入睡，晚上盯著時間看，幾點了都知道...」。

「...最害怕晚上時候叫不到小姐！...小姐太忙了沒辦法坐在我旁邊看我，無法專人服務，不好...」。

「...我喜歡護士陪在旁邊，因為警報音響時，自己會很害怕發生什麼事...」。

心臟術後病患因需使用多項儀器，且為減少院內交叉感染及希望能提供較舒適安靜環境，術後會刻意安排單人房，因此病患在加護病房中不會看到其它病患。若醫護人員未在身邊，則容易讓病患有孤單感覺，針對此問題，護理人員應向病患解釋護理人員會如何監測其生命徵象，約需多久時

間會再探視並教導病患叫人鈴之使用，若有需要時，隨時都可找護理人員幫忙，以增加病患安心感覺。

三、訊息提供/疾病及治療訊息傳達未滿足

Hupcey (2000) 指出，重症病患最需要的照護需求是感到安全，分別為知道的需求、重新獲得控制、希望和信賴。知道的需求為希望在加護病房期間發生了什麼事，需要醫護人員之鼓勵，如在訓練脫離呼吸器過程，護理人員可以解釋過程讓其降低焦慮。

在本研究中，心臟手術病患與加護病房護理人員之第一次接觸，在於術前常規性被安排至加護病房做環境介紹時。介紹內容包含：看加護病房內剛手術完之病患或目前正有氣管內管留置之病患，讓病患了解術後到加護病房時，其身上可能會留置之各項管路及護理方式。希望能藉此增加病患對手術認知及熟悉加護病房環境，降低其術前焦慮感，並增加對治療及照護上之配合度及接受度，但實際上應依病患之需求及人格特質做調整。本研究中，一位病患表示，看完加護病房插管之病患後，心裡反而害怕緊張。

「...看完以後自己覺得更害怕，原本就想管它的，既然要來開刀就交給醫生吧！...但是前一天去加護病房看完以後更煩惱了，想到自己會跟看到那個插著管子躺在床上的阿婆一樣，就怕到睡不著，...我個人覺得不需要啦！」。

建議病患要至加護病房看環境前應先於一般病房衛教，視病患能接受之程度再安排病患至加護病房，也許應依個人特質與知的需求做調整，不見得所有任何常規性活動都適合每一個病患。宜考慮先讓病患做好心理準備，有意願再至加護病房做環境介紹，若有術後已經拔管病患之鼓勵，病患對手術之焦慮會降低。一位病患表示，先熟悉加護病房環境及護士對病患會有幫助，認為會比較有親切之感覺，也能發現病患於術前對護士之依賴及照顧充滿期待及拜託也許與教育程度、及術前即已做好心理準備相關。

「我覺得很不錯，看了也還好不會怕，先去看看環境及加護病房病人插管的樣子也有個心理準備，可以比較知道如何配合..。」「...如果能先認識要照顧我的護士，我想先跟她們說說話，拜託他們要好好照顧我，...較清醒時看到她們會較安心...」。

「開刀前很擔心，到加護病房看到那些病人，會想說開完刀麻藥退以後，不知道會有多痛，很擔心啦！」

護理人員做介紹時可能依自己認知去感受病患對介紹內容之理解程度，病患能否了解似乎未被在此刻獲得問題澄清。病患至加護病房即忘掉開刀前的衛教事項，也許在衛教當時病患並沒有在聽，可能也聽不進去，護士在病患術後至加護病房，待病患清醒時應再一次解釋手術注意事項，並且不斷提醒人、時、地，避免病患產生混亂及害怕。有三位病患表示術後至加護病房就忘記術前護理人員曾衛教過什麼？可能與病患年紀較大有相關，不容易理解術前之衛教內容。

「開刀打麻藥時不害怕，看過了就忘記了，手術前說什麼都忘記了！」

「...術前有說過，但開完刀我都忘記了，不過術後我都很清醒也很配合...」。

病患希望能了解與自己相關之所有訊息，尤其住加護病房天數大於3天仍無法拔除氣管內管時，易有負面想法，擔心疾病嚴重度很高，此時若有充分時間解釋，爾後可能將經歷之過程及可能會有之感覺，並能多陪伴關懷病患，需要醫護人員之鼓勵。

「應該是在訓練呼吸的時候吧！醫師在幫我調呼吸器時候...，可能是我比較容易緊張，因為調完後我就覺得快喘不過來了，因為一直想起過世的母親就是無法拔管這樣死去的！」。

「...很擔心管子要放很久會像我母親一樣，半夜常常痛到睡不著，不知道什麼時候才可以拔掉！」。

「...其實還是很擔心自己是否很嚴重！不知道要住多久可以讓我多了解目前進步了多少，也許是醫師認為我比較緊張因此很少告訴我病情，還是有講是自己忘了，我覺得讓我心裡有個底會比較好！不過護士的鼓勵也覺得很不錯...」。

「心裡想...也不知道要多久，管子插著也不能講話...有一點擔心...」。

3.6.3 病患之認知分析

一、感受術後最痛苦事情

多數患者皆著重於生理不適之表達，表示氣管插管是最痛苦，尤其在抽痰時很難過，覺得痛到快窒息了。兩位患者因不知道插管時會無法講話好怕自己變成啞巴，因此情緒顯得激動不安。多數病患表達口很乾，一直想要喝水，雖然護士會幫忙沾濕嘴唇但仍不夠，大小便很不習慣，躺在床上解不出來很不舒服。本研究中僅一位病患表示傷口痛，可能與使用疼痛控制及教導使用擁心器之效果有關，但因長時間臥床及身上留置管路多不

易翻身，覺得腰酸背痛。有三位病患表達在加護病房內非常想念家人，擔心自己會造成家屬之負擔。

二、感受最需要協助的事情

多數病患表示不好意思麻煩護士，覺得已麻煩人家太多了，因此較少對護理人員提出要求，對加護病房整體服務滿意度高，另者可能與病患疾病嚴重度、氣管內插管天數及住加護病房天數較短有關。基於上述相關因素，醫護人員若能減輕病患本身心理壓力及降低插管所帶來之不適，盡量協助解決因手術及住加護病房造成之生理、心理不適感，多主動關懷及問候，即能讓病患感覺滿意之服務。其中一位病患，因為年紀大且非常依賴女兒，對加護病房之環境及治療覺得很陌生，在加護病房因護理人員未能滿足其基本生理需求，如未能立即處理口渴及下床大小便問題。在無法與醫護人員達到良好溝通的狀況下，該病患呈現焦慮不安反應，對加護病房之照護則出現諸多抱怨，從本研究所觀察到之事項，建議護士應多停下腳步看看或聽聽病患實際內心需要。本研究中之男性病患，在術前訪視過程中即了解整個手術過程的狀況而能接受此手術，且術後疾病恢復亦如預期中進展，對加護病房之照顧充滿感激，有很高之服務滿意度。可能是病患對手術及在加護病房之醫療照護呈現正向反應，因此能充分配合醫療照護，進而增加病患疾病恢復速度。

三、感受最擔心事情

兩位患者表示在脫離呼吸器過程，因本身疾病恢復狀況不如自己的預期，因疾病進展及脫離呼吸器是否成功之不確定性，病患呈現焦慮反應較高，其中一位病患，因有一次脫離呼吸器失敗經驗，導致氣管內插管留置總天數較長，在疾病恢復過程中，自覺症狀不適程度也較敏感。訪談中三位病患表達，希望護理人員能多陪伴，特別是在訓練脫離呼吸器過程中，護理人員多陪伴病患，會讓病患比較有安心感覺。多數病患住加護病房期間非常配合治療及忍耐痛苦，很少主動表達自己需求，且對整體之照護表示非常滿意，可能不好意思麻煩他人或不敢說出實際感覺，針對此類病患，護理人員應多深入了解病患在非語言上之表達及觀察病患之行為，才能真正了解病患之需求。

四、感受病患身體受限制及被約束時之感受

三位病患表示身上管子太多，術後醒來時雙手被綁著造成行動不自由、無法下床大小便，覺得很不舒服。但能了解被約束之原因會盡量配合護士，認為自己配合就不會再被約束，但是會擔心拿不到叫人鈴找不到護士，因此會覺得很生氣。其中一位無法接受雙手被約束，認為自己生病卻被綁著，感覺沒有尊嚴。

3.6.4 護理人員之認知分析

一、感受病患術後最痛苦事情

有三位認為，當病患於氣管內插管留置需抽痰時，兩位較資深人員表示手術傷口痛會讓病患覺得較痛苦，這兩項皆是在護理人員執行護理活動（如抽痰、翻身時），因看到病人不舒服甚至會抗拒護理活動之反應所感受最深刻之印象。有兩位護理人員表示，若執行護理活動時能運用同理心感受病患之痛苦並能輕柔對待，讓病患感受護理人員之細心程度，也許會讓病患之疼痛感覺降低。另有兩位護理人員表示，即使病患會覺得不舒服，仍要執行並完成例行性之護理處置如翻身、抽痰等活動，照護病患方式之不同，可能與護理人員之照護經驗及本身是否具備關懷特質有關。因會擔心若不依常規執行護理活動，當病患有問題發生時無法對病患交代，覺得為病人好仍是要病患忍耐，但是必須要向病患多做解釋，讓病患能了解並接受。

二、感受病患最需要協助的事情

有五位護理人員一致認為必須給予病患心理支持，多花時間陪伴病患，或盡量讓家屬多陪伴病患，可以讓病患安心。另外，提供病情進展訊息讓病患了解自己情況也是必要的。病患依病情變化應有階段性需要，急性期階段較需要協助處理生理問題，如減輕傷口及各項管路造成的疼痛，協助翻身減輕腰酸背痛情形，一段時間後則會較重視病患之心理支持。護理人員對整體的照護需求皆有一致性之認知，可能是在相同工作環境被要求需以病人為中心來照護，因本研究進行的場域屬心臟專科加護病房，較了解心臟術後病患之屬性及其工作環境對病患照護之要求。護理人員認為病患之生理照護是常規性護理活動，且被要求是需立即解決的問題，但心理

支持是需視護理人力做調整的，在認知上一致認為非常重要，且是應該盡量做到的。

三、感受病患最擔心事情

五位護理人員皆認為病患會擔心身體無法恢復，害怕無法轉出加護病房，造成家人之負擔。可能因為心臟手術是個重大手術，且覺得無法預期疾病進展，會造成病患身心壓力。有一位特別提到病患會擔心因無法以語言表達自己的意思，並可能與護理人員無法溝通，會產生焦慮及害怕行為。探究此論點的可能原因為該人員照護年資較淺，自己與病患在非語言溝通上常覺得有困難，無法在第一時間就了解病患需求並協助其解決問題，因此容易造成病患的痛苦。另一位提到家境不好的病患會擔心經濟問題，雖有健保給付，但住院相關費用仍是一筆沉重負擔，可能原因是護理人員配合照護需要，需在患者住院時，即需依病患身體、心理、靈性及社會需求性做整體評估並協助解決，其工作角色常扮演協助病患或家屬連絡社會工作人員，希社工人員能提供有經濟困難之家屬，予以社會資源補助有關。

四、感受病患身體受限制及被約束時之感受

五位護理人員皆認為病患有此問題之困擾，包含身上管路太多會被限制活動，術後醒來時被約束造成不適感及行動不自由、無法下床大小便，可能因為護理人員在照顧病患時皆會面臨的相同問題，且會在執行護理活動時，時常執行之衛教重點之一。特別提到應重視病人自尊心之維護，如依病患情況儘早解除約束，另外表示只要看到病患的手亂摸身上管路時即會制止病人行為，甚至約束，可能原因是擔心病患不慎拔掉維生管路，會造成病患生命遭受威脅及害怕自己被責罵，認為此反應會讓病患覺得護理人員沒有同理心。五位護理人員對約束會造成病患之痛苦有一致性認同，但何時可解除病患之身體約束，仍與護理人員臨床經驗及判斷病患之配合度有關。

3.6.5 病患與護理人員對加護病房照護需求認知落差

由訪談資料中歸納整理病患與護理人員對加護病房照護之認知感受，分析兩者之間對訊息提供、心理支持、病人抱怨及回應性、關懷項目之認知差異，如表 3.4 所呈現。

表 3.4 病患與護理人員對加護病房照護需求認知落差分析

項目	子項目	護理人員認知	病患認知
	插管無法表達	術前衛教時會讓病患知道、會針對病患身上所需留置的管路做說明，術後認為病患應已了解，因此術後不會針對插管時無法說話特別強調。若術後病患插管時仍一直想講話時，會再向病患說明一次。	有兩位病患表示不知道嘴巴插管會無法說話，認為沒有護理人員告訴他，很擔心自己會變啞巴。
訊息提供		<p>認知差異分析：</p> <p>1.護理人員會用自己衛教方式及想法，認為病患皆已了解。</p> <p>2.病患所接受到的訊息可能不是當下所在意的，認為術後就交給醫護人員照顧，因此不會特別記住某些衛教內容，且術後就忘記之前所講過的。</p>	
	術前衛教	<p>1.有四位護理人員提及術前先至加護病房做衛教，覺得病患較熟悉環境及術後情況，比較能配合治療。</p> <p>2.兩位護理人員提及：手術接受度高之病患在衛教過程較能認真聽、且術後配合度也較高，因此術後焦慮情形較低，且在術後之配合度會較高。</p>	<p>1.兩位病患提及術前說過什麼都忘掉了，有一位較特別認為不要安排老人家先至加護病房認識環境，因為感覺太糟了。</p> <p>2.一位表示至加護病房，看完術後插管之病患後，覺得很擔心自己術後醒來傷口會很痛。</p>
		<p>認知差異分析：</p> <p>1.護理人員會以制式化方式完成術前衛教，一致認為此方式之衛教，對病患術前及術後焦慮之降低是有助益的。</p> <p>2.部分病患認為術前說過什麼都忘掉了，甚至在做完加護病房之介紹後，反而讓自己更加焦慮及害怕，特別是擔心傷口疼痛問題。</p>	

項目	子項目	護理人員認知	病患認知
訊息提供	治療計畫	<p>1.三位表示，病患之氣管內管仍需要留置時，應該會特別擔心自己病情，醫護人員應主動提供病情訊息。</p> <p>2.兩位表示住院期間，主動給予病患正向之疾病相關訊息，並時常鼓勵病人，對病患身心之恢復有助益。</p>	<p>1.三位表示，很擔心何時可拔除氣管內管及轉出加護病房，不知道自己病情進展。其中一位表示，醫師應主動告知實際病情，避免讓病人胡思亂想，認為自己之恢復是否太慢。</p> <p>2.三位表示，不會特別覺得擔心病情，認為相信醫師，護士會注意，只要靜靜躺著休息就可以。</p>
<p>認知差異分析：</p> <p>1.護理人員能了解病患在治療計畫中「疾病相關訊息需求」之需求性，且認為應主動關懷鼓勵病患。</p> <p>2.病患對「疾病相關訊息需求」重視醫師應能主動提供病情進展，因病患對疾病之不確定性，會讓病患易有悲觀想法。</p>			
心理支持	關懷多陪伴	<p>五位皆提到，病患非常需要心理支持，如果時間、人力允許，應多花時間陪伴病患，以增加病患心理上之安全感、減輕病患在加護病房期間所產生之焦慮及混亂反應。</p>	<p>1.兩位表示自己躺在病床上覺得很孤單，護士應多陪病人，不要這麼忙，來看一下就走了。</p> <p>2.五位表示護理人員已經為他們做很多了，對加護病房之照顧覺得很滿意，已經沒有什麼可再要求了。</p>
<p>認知差異分析：</p> <p>1.護理人員認為在有時間及人力許可情況下，應多陪伴病患給予心理支持，可減輕病患焦慮感，但與現實之人力狀況有落差。</p> <p>2.病患需要護理人員之陪伴，有部分病患感受此方面做的仍不夠，數病患表示，對照護感到很滿意。</p>			

項目	子項目	護理人員認知	病患認知
病人抱怨及回應性	口乾	1.有兩位提到，病患插管期間易有口乾問題應盡量協助，例如給予護唇膏或常常潤濕嘴唇。 2.其它護理人員未感受此問題對病患造成之不適。	有四位特別提到嘴巴很乾一直想喝水，非常難受。其中有一位病患表示要求喝水，護士不答應，另一位表示嘴巴真的很乾，還好護士小姐有幫我。
	抽痰、傷口痛	1.三位提到插管及抽痰應是讓病患覺得最痛苦。 2.兩位提到護理時應盡量細心，若能有同理心，輕一點，病人應該會較不痛。 3.一位表示心理因素會影響，如較焦慮病患會覺得較痛，傷口痛應隨著時間會減輕。	1.三位病患表示開刀傷口會痛，自己會使用止痛劑及擁心器來減輕疼痛。 2.四位表示嘴巴插管時，喉嚨很痛但會忍耐。 3.一位病患表示在加護病房中未感覺任何痛苦，覺得是做好心理準備來的因此不覺得有什麼痛苦。
	睡不著	1.一位提到護理人員講話較大聲時會吵到病患休息。 2.其它皆未感受到病人有此問題，如果太吵時，覺得應主動向病人解釋吵的原因，覺得在加護病房吵的問題是無法避免的。	1.兩位表示擔心自己，不習慣會睡不著。 2.一位表示護士在外面講話很大聲，覺得太吵。 3.其它病患表示就閉眼休息，不會覺得睡眠有問題。
	無法下床大小便	1.五位表示很難配合讓病人下床解便，認為在加護病房，病患無法下床大小便是理所當然的，只能盡量安撫病患之情緒。 2.一位表示仍會盡量想辦法幫助解決，因為不協助處理此問題，病患會顯得煩躁。	1.兩位表示，護士應該要盡量想辦法，幫忙解決這個問題，因為在床上解不出來，很不舒服也很生氣。 2.兩位覺得雖然包了尿布，還是很難習慣，所以也不敢吃太多怕麻煩。 3.兩位提到若能下床解便就好了。

項目	子項目	護理人員認知	病患認知
病人抱怨及回應性	約束	1.三位提及病患身體被限制且不敢動，一開完刀醒來時就被約束又不能動，應該是很痛苦的事。 2.一位提到應採鎮靜治療（化學性約束）讓病患能忘記痛苦。 3.一位提到患者本身應不希望讓家人看到被約束情形，會傷害病患自尊心。	1.一位表示清醒若能配合情況下，雙手就不會被綁著。 2.一位表示躺在床上，腰酸背痛很不舒服，認為自己生病卻被綁著，感覺沒有尊嚴。 3.一位病患提到雙手被約束，手不能彎曲所造成之不適，又拿不到叫人鈴時，覺得很生氣。
認知差異分析： 1.護理人員皆能了解加護病房病患主要壓力源及造成病患不舒適之感覺，但在臨床之問題處理上，卻無法完全滿足病患之照護需求。 2.病患表示口乾、護士太吵、無法下床解便、約束時叫人鈴置放位置，應立即協助解決。			
關懷	最擔心的事	1.四位表示病人最擔心的應是什麼時候可以出去？出院後能否恢復原來的生活品質。 2.一位提到病患在無法減輕疼痛下，應最擔心是否會面臨死亡問題。	1.兩位表示很擔心自己是否很嚴重！不知道要住多久。 2.一位表示怕家人太擔心自己，造成家人之負擔。 3.兩位表示擔心轉出至普通病房後，家人不會照顧。
	最需要護士協助的事	1.一位表示應增加病患現實感，三位表示可以讓家人多陪伴。 2.一位表示不要讓病患一直躺著，可多花時間陪伴病患，轉移病患對身體不適之注意力。	1.六位表示服務已經很好不需要再做什麼了，只是其中一位表示若可以多陪伴病人就好了。 2.一位表示護士太吵了，讓病患睡不著，需要協助時，護士不在身邊。

項目	子項目	護理人員認知	病患認知
<p>認知差異分析：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.護理人員會覺得病患面對死亡是最感擔心的事，可以讓家屬多陪伴，並轉移其不好的想法，在一般認知上會偏向疾病嚴重度較高時，因此會更關懷此類病患。 2.病患較擔心住加護病房太久造成家人之擔心，覺得護理人員之照顧已經足夠，最需要的仍是護理人員之陪伴。 			

分析造成病患與護理人員間認知落差因素得到三點，分別為缺乏完整良好溝通、病患心理照護需求及疾病相關訊息照護需求未滿足，分別陳述如下：

缺乏完整良好溝通/以病人為中心

病患覺得因氣管內插管之留置導致口乾、抽痰時的痛及無法表達是最痛苦的，與護理人員認知病患最痛苦的為氣管內插管、抽痰時之痛苦有一致性。護理人員在照護病患使用呼吸器階段時，認為與病患間非語言之溝通方式顯得困難，無法了解病患當時之需求造成溝通困難，護理人員此時若能運用同理心，並細心猜測病患所想要表達事件，以病人為中心之思考模式照護，可降低病患之焦慮與不安。本研究中病患因不了解插管實際狀況，害怕自己變成啞巴，因此造成病患心情上之不安與焦慮。另外在病患睡眠問題上，於本研究中之護理人員較少提及病患在此方面之需求，可能因為病患多數能閉眼休息，若較躁動病患因疾病因素無法配合治療影響睡眠時，即會施予鎮靜劑使用，以讓病患能得到休息，護理人員應能以個人化照護，了解病患之睡眠障礙問題並主動協助解決。臨床照護中，護理人員往往較注意與病患生命徵象相關問題之處理及常規性照護，易忽略如何減少睡眠問題所帶來之困擾。方楸淑&王瑞霞（2007）指出，焦慮程度愈高之患者睡眠品質愈低，術後於加護病房病患無法得到充足睡眠是常見問題，護理人員應了解其原因協助解決問題，並適度調整治療活動時間。護理人員多主動了解照護上之限制，多給予病患解釋，讓其了解治療中會面臨之問題，運用同理心並細心照護，以降低其焦慮程度。護理人員是24小時陪伴加護病房內病患度過最感到痛苦之階段，若無法與病患建立良好的溝通，運用同理心以人為本之關懷照護，很難協助病患調適並度過危機。

護理部門常安排很多之教育訓練課程，卻很少舉辦關懷病患雙向回饋方式、及與病患間非語言溝通相關課程，應藉由教育訓練引導護理人員如何將知識運用於臨床的照護實務中，協助病患因應疾病本身及加護病房環境之壓力，以提升照護品質。

病患心理照護需求未滿足

病患會擔心無法離開加護病房，造成家人負擔，此與氣管內插管使用天數有關。本研究發現插管天數達3天以上或脫離呼吸器時間愈長者，其愈有負面想法，愈有心理方面之需求照護。本研究之病患因術後所需儀器設備較多，為讓病患能得到較安靜及較大之治療空間，會特別安排在單人之病室，雖不會受到其它重症病患之影響，但因屬隔間，因此病患無法看到照護自己之護理人員於其它床做照護，會覺得看不到護理人員，因此術後病患容易覺得孤單並有不安、無助之感覺。護理人員因人力之限制無法多陪伴病患，認為家屬之陪伴可以給予病患支持。病患卻不希望造成家人負擔及耽心，反而依賴護理人員能多陪伴，因此建議護理人員多費心評估及深入了解病患之想法，才能了解病患真正需求。加護病房對醫護人員來說是屬於工作壓力及責任很重之單位，護理人員常因忙於常規之護理活動，只重視病患之生理數值變化，而忽略病患心靈上的感受，未能了解病患真正的需求。本研究發現主要因素除了護病溝通上之困難外，護士太忙沒有時間能多陪伴也是一項重要因素。改善護理人力不足問題，可藉由簡化護理工作流程，減少非護理工作項目，以增加護理人員陪伴病患時間，或藉由社會支持如病患家人及朋友之陪伴。訓練護理人員執行護理照護計畫時，可依病患之需要將病患家人納入照護計畫中，在手術後初期可與家屬討論，配合家屬之時間增加會客次數，藉由家人參與及支持強化病患心靈上之安定感。

疾病相關訊息照護需求未滿足

由於醫療資訊不對等、病患所獲得之訊息有限、對於環境之陌生及多項侵入性治療，皆會讓病患感覺焦慮。病患最擔心的是，無法瞭解病情進展及何時能轉出加護病房，特別是氣管內插管留置天數較長之病患，他們認為此時醫護人員能主動提供與病情相關訊息是非常重要的。在治療計畫上，醫師能明確告知病患病情，比護理人員之關懷更能減少病患對疾病進展之不確定性。護理人員也能了解病患歷經大手術後因身上留置管路眾

多、治療及照護活動頻繁，應主動告知病患照護相關訊息。病患與護理人員皆認同應依病患狀況，提供最符合現況之資訊，此結果符合 Hupcey & Zimmerman (2000) 所提，醫療與護理之相關人員必需瞭解重症單位病患對知 (knowing) 照護需求，並主動提供訊息。該項主要分為兩個階段，第一階段在重症期間：主要「知」的照護需求為訊息需求，需要他人告知人、時、地以獲得定向感；第二階段在重症後期，病患在「知」的照護需求，為想要了解他們的疾病嚴重度及整個治療過程發生了什麼事，想了解全部的來龍去脈。至於能否降低病患之焦慮，在本研究中，發現病患對手術接受度高之病患在衛教過程較能接受，且術後配合度也較高，因此呈現之焦慮反應較低，身體之恢復上也較快。

多數病患會表達因無法預期疾病之發展、擔心無法順利轉出加護病房與想念家人，有時會造成睡眠障礙問題。護理人員可能因忙碌，常會疏忽病患此方面之憂慮而未立即作澄清及協助，因此仍強調護理人員應以全人照護之理念做整體性評估，實際了解病患之內心想法予實際支持及照護。病患部分首先應儘量滿足其生理需求，如口乾、大小便問題及傷口疼痛之處理；照護過程中，藉由不斷的解釋現狀及提供與治療、依病人能了解之方式提供病情相關訊息，讓病患能充分了解及配合治療，增加病患定向感減少混亂。至於改善護病溝通方式，可製作明瞭之溝通卡於術前護理指導時，即向病患介紹病患溝通卡之代表意義；術後能儘早解除身體約束減輕因約束所帶來之不適，重視並處理病患睡眠障礙問題以降低病患之焦慮感，減少發生急性混亂情形。

3.6.6 病患與護理人員對加護病房照護之認知落差項目

由上述分析病患與護理人員對加護病房照護之認知差異，分析並歸納造成兩者之間產生缺口一之主要項目，如表 3.5 所呈現。

表 3.5：病患與護理人員對加護病房照護認知落差項目（缺口一）

項次	項目	護理人員	病患
一	插管無法表達	術前已做過衛教	不知道、沒人告知
二	術前衛教	減輕焦慮	看完更擔心、害怕
三	治療計畫	應主動解釋	不了解實際情況
四	口乾	盡量潤濕嘴巴	護士不給水喝
五	無法下床大小便	理所當然	護士應該想辦法
六	約束	怕病患拔掉管子	覺得不舒服、生氣
七	睡不著	未感受病患有此問題	不習慣、覺得太吵
八	孤單、不安	應多主動關懷	護士應多陪伴在身邊

由訪談資料整理歸納出表 3.5 所列之八項次，偏重於生理不適之反應，及訊息提供不足並常覺得孤單，分析造成護理人員與病患對服務認知缺口一之主要因素為下列兩點：

一、護理人員發現病患問題之主動性及是否能及時解決問題，是造成病患是否滿意服務之主要因素。護理人員常用制式化護理方式處理病患之問題，未了解病患所獲得之照護是否符合病患真正之需求。

二、護理人員無法感受病患問題需求之重要性，未依病患之不同特性處理病患所重視之需求，因此人員除了專業訓練之要求外仍須多具關懷特質，才能用心解決病患之問題。因此雙方認知產生落差，而這些也容易造成病患有不舒服或不滿意感覺，進而影響整體醫療服務品質。

第四章 討論

本研究藉由 5 位護理人員及 7 位術後病患之深度訪談中，獲得護理人員及病患所感受在加護病房中之主要認知及感受，分別為護理人員認知病患感受：身體痛苦不愉快經驗感受、情感衝擊、應以人為本的照護；病患實際感受：溝通困難、孤單/不安、訊息提供/疾病及治療訊息傳達未滿足。病患與護理人員認知落差分析得到三點分別為：缺乏完整良好溝通、心理照護需求未滿足、疾病相關訊息照護需求未滿足。本研究之個案對加護病房之照護經驗多數呈現正向反應，對術後照護之感覺呈現滿意，病患對加護病房之照護多數表達滿意。可能因年紀大且預期是大手術，因家人無法在旁照顧，所有問題之處理皆依賴護理人員，覺得是麻煩護理人員。有些護理人員因會主動關懷病患提供心理支持並適度運用音樂轉移病患注意力，能協助減輕手術傷口疼痛。針對心臟術後於加護病房照護需求中，病患能充分獲得與自己相關訊息，護理人員能站在病患立場細心輕柔對待病患，以減輕病患痛苦並提供良好服務態度，皆是讓病患感受服務滿意的指標。

4.1 護理人員認知病患感受：

身體痛苦不愉快經驗感受、情感衝擊、應以人為本的照護。

身體痛苦不愉快經驗感受：疼痛/活動受限制

本研究中護理人員認為抽痰及因插管造成之口乾、喉嚨痛、無法表達是造成病患最痛苦的，兩位護理人員表示傷口疼痛及管路太多造成翻身不舒服，是造成病患在生理上覺得不舒適之主要因素。上述狀況符合黃秀梨等人（1997）的論述，心臟術後病患於加護期間發現身體壓力佔首位，尤其是傷口疼痛、口乾、抽痰以及插氣管內管。與 Thomas（2003）指出，重症單位病患最大之疼痛來源為氣管內插管，且因溝通障礙常造成病患產生焦慮與害怕心理反應，當身體受到約束無法自行移動身體為主要壓力源是一致的。5 位護理人員皆提到約束對病患所造成之生理、心理不適。本研究術後病患因身上管路多、需長時間臥床裝置 24 小時生理監視系統，且須與家人分離，病患心理對手術後之治療，若未能調適及接受時，即無法配合醫療且有自拔管路傾向。護理人員會依醫囑予以保護性約束，其目的雖為保護病人安全，相對地也限制病人活動，但能感受約束會造成病患自尊

受損。黃惠子等人（2005）指出，身體約束的決策者經常為護理人員，基於維護病患安全，一旦執行約束，對病患而言，不但對身體造成不適也影響心理感受。因此護理人員應正視病患的經驗感受，提供更貼近人性及個別化的照護。

情感衝擊：無望感/不確定感

本研究中護理人員指出心臟手術病患，若無法在短時間內拔管，需依賴呼吸器時（使用呼吸器時間大於 72 小時），易讓病患產生較悲觀且負面想法，會擔心無法順利轉出加護病房、害怕會死掉，易造成情緒低落及無望感應持續心理支持。Gardner & Crawford（2005）指出，病患在加護期間對護理照護特別是恢復期較長之患者及其家屬，能給予支持及鼓勵，對疾病的復原及進展會有顯著影響，因為此項持續心理社會支持是需要的。

病患在加護病房內會因插管天數增加及治療過程之不了解，無法預測本身疾病之進展，例如：「何時可以拔掉管子？」、「何時可以轉出去？」、「我會不會死掉？」等，不確定自己的病情變好還是變壞，因此對身體健康之恢復產生不確定感。若護理人員能即時評估病患問題，給予心理支持及提供正確訊息，將增加病患自我控制感，對於減輕病患之焦慮有助益。許淑蓮（2001）指出，病患對疾病本身及治療不明確是產生不確定感之主要因素。

以人為本的照護

本研究中護理人員認為加護病房之病人容易發生意識混亂情形，並容易對加護病房之照護有不好之經驗感受。因此認為適度給予患者鎮靜治療或心理支持是可以幫助病患度過此痛苦階段。一位護理人員表示病患之需求應有階段性，術後最初階段因處於不穩定狀態，病患較需要專業醫護人員之協助，協助減輕身體上之不適；當病患恢復期較長時，心理支持即大於生理需求性。護理人員在生理照護上須適時了解其需要性並做調整，針對住院日數較長之病人盡量能讓冷冰冰之環境家庭化，減輕病人心理壓力及焦慮，深信對病情之改善能有所幫助。Pang & Suen (2008)指出，護理人員應察覺患者之真實感受提供有效處置，並建立人性化之加護環境，鼓勵病患在其能力範圍內參予一些活動，如洗臉或床上活動肢體，以協助病患解除壓力及焦慮。護理人員常因太忙或人力上之限制，著重於常規性及技

術上之照護，希望能在有限之時間內完成應完成事情，病人能多配合護理人員，勿造成太大困擾，較無法多花些時間真正了解病患此時此刻最需要的是什麼。伍香君等（2006）指出，加護病房醫護人員面對重症患者，常著重於生命徵象維持及疾病控制，易忽略心理感受及需求之評估。護理人員認為應對加護病房中重症患者特別是老年人，多主動關懷並應用同理心照顧，也能減輕心理壓力降低混亂行為產生，始能提升服務滿意度。葉娟娟等人（2008）指出，在執行醫療服務時，除提供專業醫療照護外，更應與病患及家屬深入溝通，抱持同理心提供病患有效的情緒支持，進一步關懷及傾聽以增進醫療滿意度。

4.2 病患實際感受

溝通困難、孤單/不安、訊息提供/疾病及治療訊息傳達未滿足

溝通困難

本研究中發現最令病患感到痛苦的，包含氣管內插管及脫離呼吸器過程，病患因插管無法表達需求，口乾及擔心變成啞巴...等，病患因插管無法發聲產生無望感，護士因看不到病人內心之掙扎及需要性，極容易讓病患產生不安及生氣情緒。病患在能溝通下應盡量讓患者表達內心感受及其所擔心事情，適時介入措施以增加內心安定感減少焦慮產生。一位表示不滿意之病患，表達因無法說話害怕變成啞巴，且無法解決其口渴問題，感覺護士未能幫病患解決問題就離開，因無法滿足需求時，出現情緒上的不安及焦慮。Doering, et al., (2002) 指出，感覺醫護人員皆以技術為導向，沒有人耐心傾聽，需要更多或不同訊息（如應告知插氣管內管時，會溝通困難產生）。針對此問題建議於術前衛教及術後清醒時，即再作強調並且確認病患已了解。

孤單/不安

吳少玲等人（2007）指出，加護病房是一個隔絕外界及吵雜之環境，身上置入交錯眾多之管路、陌生之醫護人員、對疾病不確定感，易引發重症患者出現壓力及混亂認知。心臟術後病患因需使用儀器多，且為減少院內交叉感染及希望能提供較舒適安靜環境，術後會刻意安排單人房，因此病患在加護病房中不會看到其它病患。若醫護人員未在身邊，則容易讓病患有孤單感覺，病患描述害怕晚上時候叫不到護士。訪談中三位病患表達，

希望護理人員能多陪伴，特別是在訓練脫離呼吸器過程中，護理人員多陪伴病患會讓病患比較有安心感覺。Hupcey (2000) 指出，重症病患最需要的照護需求是感到安全。

訊息提供/疾病及治療訊息傳達未滿足

在本研究中，心臟手術病患與加護病房護理人員之第一次接觸，在於術前常規性被安排至加護病房做環境介紹。一位病患表示看完加護病房插管之病患後，心裡反而害怕緊張，應依個人特質與知的需求做調整，不見得所有任何常規性活動都適合每一個病患，是否應先讓病患做好心理準備，有意願再至加護病房做環境介紹，若有術後已經拔管病患之鼓勵，病患對手術之焦慮會降低。黃光琪等人 (2004) 指出，病患個人人格特質會影響其面對手術情境焦慮程度及不確定感，醫護人員可藉由介紹成功案例，強化病患認知並建立其信心。病患希望能了解與自己相關之所有訊息，尤其住加護病房天數大於 3 天仍無法拔除氣管內管時易有負面想法。馬淑清 (2004) 指出，加護病房病患較重視與自己健康恢復有相關的基本需求協助。因擔心疾病嚴重度很高，此階段病患希望護理人員能有充分時間解釋，將可能經歷之過程及可能會有之感覺，並能多陪伴關懷病患，會讓病患較安心。McCabe (2004) 指出，護理人員應運用同理心，建立以病患為中心之溝通方式，非以任務為導向之溝通，以了解病患真正需求。病患表達對自己疾病了解不夠，醫護人員很少主動告知，無法確定自己的病情是否有改善，希望醫師可以主動說明讓病患放心。Hupcey & Zimmerman (2000) 指出，病患在「知」的照護需求，第二階段在重症後期，想要了解他們的疾病嚴重度及整個治療過程發生了什麼事，想了解全部的來龍去脈。

4.3 病患與護理人員認知落差

缺乏完整良好溝通/以病人為中心

Thomas (2003) 指出，重症單位使用呼吸器病患最大之疼痛來源為氣管內插管，且因溝通障礙常造成病患產生焦慮與害怕心理反應。張靜雯 (2005) 指出，患者於插管期間因無法說話，而肢體語言護理人員往往無法完全了解，造成溝通不良，產生不滿情緒，建議醫護人員應與病患能維持良好溝通，不要忽略病人感受。氣管內插管期間是病患最不穩定階段，甚至有時會有急性混亂徵象 (如淡漠、視幻覺)，護理人員在此階段對病患

應有良好之整體性評估，早期發現病患之需求，並給予個別性護理，耐心且具同理心去協助處理病患問題，對病患身心之恢復及建立良好護病關係皆有助益，McCabe (2004) 指出，護士能以病患為中心之溝通方式就是好的溝通。護理人員因本身特質、專業照護經驗及對病患關懷程度之差異，所感受病患之需求仍以生理需求為主。伍香君&葉淑惠 (2006) 指出，加護病房醫護人員面對重症患者，常著重於生命徵象維持及疾病控制，易忽略心理感受及需求之評估。

Pang & Suen (2008)指出，危急照護之護理人員認知病患之壓力感受皆比病患本身來的大，可能是因為病患本身疾病嚴重度，或護理人員過度強調加護病房壓力，建議護理人員應察覺患者之真實感受提供有效處置，並建立人性化之加護環境，鼓勵病患在其能力範圍內參予一些活動。建議病患於術後若生命徵象穩定無不適感可協助病患坐起來活動其肢體，讓其選擇收聽音樂或看看家人送來之物品，以增加病患之自我控制感，並能轉移病患對疾病之焦慮或傷口疼痛之注意力。

心理照護需求未滿足

護理人員覺得病患應對疾病本身充滿不確定性，無法預期自己是否能恢復健康，年紀較大之病患因不善表達自己想法，常有悲觀想法覺得自己好不了，有時會胡思亂想。因此，護理人員與有些病患一致認同，在加護期間因家屬無法在身邊，護理人員多陪伴及主動關懷病患，應對病患之焦慮程度有減輕效果。但實際上，針對此認知，病患實際所感受到的與心理所期望的仍有落差，因此應探討護理人力之充足性及護理人員本身是否具備關懷病患特質。伍香君&葉淑惠 (2006) 表示，護理工作中面對時間的壓力及人力短缺下，護理人員是否能真正以個案的角度及需求，來提供個案最需要之照護，是臨床人員需慎重考量。在術後屬急性期階段，護理人員若無法常陪伴病患，即無法給病患安心的感覺；雖有時會應用音樂治療、陪伴病患聊天，讓病患能轉移因疾病治療及陌生環境之注意力，藉由放鬆心情以緩解病患之心理壓力，但仍然能感受病患對會客時間之期待。本研究中發現，病患若有家人的支持，仍是讓病患能熬過這段時間的最大支持力量。Eila & Hannu (2006) 指出，心臟手術前若較缺乏家庭支持，較易出現憂鬱症狀、焦慮及無望感。因此，對於病患此方面之需求，在不影響治療之情況下，加護病房應能更彈性開放家屬探視時間，特別是家屬因某些

因素，無法兩次會客時間皆前來探視病患者，能依病患之需要，延長家屬陪伴病患時間，以增加病患心靈上之安定。

疾病相關訊息照護需求未滿足

臨床護理人員照護病患時，可能因忙碌忽視病患需求，常會以制式化方式完成護理指導，並無法真正了解病患瞭解程度。因此，應適時依病患接受程度做衛教內容之調整，並了解病患所擔心及害怕部分作澄清，多採回饋式問答以了解病患問題。術前訪視時應做適當說明，藉由成功案例之正面鼓勵，可提升患者對手術之信心，也能降低因對手術產生之不確定性之焦慮。

醫護人員對醫療服務的認知與提供予病人是否相同，此為缺口一。任筱笠等人（2004）指出，欲縮減此項缺口應積極主動了解顧客需求，從一開始即設定正確目標，日後策略才能捉住重點。本研究之主要研究目的即希藉由醫療照護過程中，了解術後病患實際感受與需求，找出護理人員與病患間之落差因素，改善並縮短照護品質缺口。

第五章 結論與建議

5.1 結論

本研究主要探究心臟術後病患於加護病房之經驗感受，及了解護理人員對心臟術後病患於加護病房之照護需求認知，研究結果發現，造成病患與護理人員認知落差因素為缺乏完整良好溝通、病患心理照護需求未滿足、疾病相關訊息照護需求未滿足。護理人員與病患之間，對健康照護需求認知具差異性，護理人員應多了解病患之行為反應及其心中感覺，選擇具個人化之照護計畫，透過服務提供者的自我檢視，進一步釐清造成護理人員與病患認知差異之影響因素。了解護理人員與病患對護理照護需求之認知差異，減少病患在接受照護期間產生高需求低滿足情形，此有助於提升病患對整體醫療服務品質之滿意度。醫療照護服務涉及許多醫療專業知識、經驗及判斷，欲有效評量醫療服務品質並無具體客觀標準。若從病患及家屬角度來看，只要其就醫問題解決及相關的照護需求能獲得滿足，便是具有品質的醫療照護。管理者應正視基層服務人員之教育訓練，重視護理人員與病患間溝通能力，深入了解病患對照護期望值，多給予病患關懷與鼓勵，儘早找出造成 PZB gap model 缺口一之相關因素，努力縮減缺口並建置以病患為中心之醫療照護環境。本研究藉由找出缺口一之相關因素後，更能進一步了解病患對於加護病房照護需求的認知，能將病患所重視的需求更能具體轉化成臨床照護目標及服務品質提升之方式，因此也進一步縮減服務品質缺口二之差距，以達到病患真正所需要之醫療照護。

5.2 護理上應用之建議

以「病人為中心」之照護理念已普遍受到重視，病患與護理人員間之互動，及病患面對術後生理、心理壓力之調適過程，皆會影響病患術後恢復之進展，本研究針對護理人員之照護不足點提出建議如下：

一、護理教育

重症病患於加護病房之照護需求是多元化的，護理人員須接受多方面之教育訓練以提升專業知識及照護技巧，特別是評估病患之問題。若能了解病患生、心理問題協助儘早解決，應可降低病患於加護病房之焦慮及不安。因此，應重視護理人員與重症病患間之溝通技巧，建議於新進員工職

前訓練課程，並定期安排部門訓練課程及具備此訓練之講師，訓練人員有好的應對方式以維持良好的護病關係。

二、臨床護理實務方面

- 1.增加實際照護病患時間，特別是術後重症患者因對陌生環境產生理不適，產生對疾病之不確定性，藉由強化護理標準作業書之落實方式。建議應依階段式修正，檢討標準作業書與護理實務之配合性。
- 2.重症照護需有足夠且受專業訓練之人力，才能維持良好之照護品質，護理部門應定期檢討人力不足因素，並擬定不足點之補救措施。
- 3.術前接受度較高之病患較具信心，焦慮程度較輕，於術後之恢復也快。因此若於術前介紹成功案例並給予正向鼓勵時，會提升病患信心，建議未來照護時將家屬納入照護計畫中，提昇社會支持性。

三、護理人力素質方面

- 1.重症單位甄選護理人員時，應盡量要求具有關懷特質之人員，也可藉由教育訓練及主管要求，落實人性化照護之環境及理念，增加人員之服務心與關懷理念，真誠對待病患。
- 2.加護病房護理人員面臨較高之工作壓力，部門主管應定期輔導護理人員對工作壓力之調適及提升自我表現，使其保持正向思考模式並樂在工作，從同仁間之學習中獲得照護成就感。

5.3 研究限制

本研究限制為收案對象僅限於某一所區域教學醫院之心臟術後病患，及心臟加護病房護理人員，使研究結果必須加以調整後，才能推論至全國各醫療院所心臟術後病患及照護之醫護人員。另受訪個案年紀大，記憶有限，術後轉至病房時，對加護病房之印象有遺忘情形，故有些個案在言語上無法做完整表達，而需透過家屬之轉達較無法真實呈現實際感覺。

參考文獻

- 行政院衛生署 (2009, 6 月 17 日) · 97 年度死因統計結果分析 · 2010 年 02 月 02 日取自 <http://www.doh.gov.tw/ufire/doc/九十七年死因結果統計分析>。
- 王元昭 (2009) · 醫療服務品質認知差異之研究 · 未發表的碩士論文, 台北: 臺灣大學會計學研究所。
- 王嵩竑 (2008) · 醫療服務品質與病人滿意度之相關性 · *北市醫學雜誌*, 5(6):582-592。
- 王麗香、劉雪娥 (2002) · 急診留觀區病患之需求探討 · *長庚護理*, 13 (3)。
- 方楸淑、王瑞霞 (2007) · 外科加護病房病患睡眠品質及其相關因素探討 · *實症護理*, 3(1), 54-63。
- 任筱笠、廖仁傑、李奕賢 (2004) · 如何經由縮減 PZB GAP MODEL 中之五個缺口以帶動服務品質提升 · *品質月刊*, 4, 65-69。
- 伍香君、葉淑惠 (2006) · 協助使用呼吸器之肺癌病患面對焦慮-Watsons 關懷理論之應用 · *新台北護理期刊*, 8(2), 83-91。
- 余秀珊 (2005) · 護理人員與心臟衰竭病患對病患健康照護需求及需求滿足程度之差異及其相關因素 · 未發表的碩士論文, 台北: 國立台灣大學護理學研究所。
- 李政賢 (2006) · 質性研究設計與計劃撰寫 · 台北: 五南。
- 吳燕惠、許淑蓮 (2002) · 冠狀動脈繞道手術住院病人之健康照護需求 · *台灣醫學* 6 (3), 288-304。
- 吳少玲、郭裴如、明勇 (2007) · 重症單位急性混亂患者之評估與護理 · *護理雜誌*, 54 (6), 67-71。
- 林金定、嚴嘉楓、陳美花 (2005) · 質性研究方法: 訪談模式與實施步驟分析 · *身心障礙研究*, 3 (2), 122-136。
- 馬淑清 (2004) · 加護病房病患對護理關懷行為看法及相關因素探討 · *長庚護理*, 15(2), 156-164。
- 高淑勤、黃崇謙 (2006) · 影響病人違背醫囑自動出院之因素探討 · *醫管期刊*, 7 (3), 287-305。
- 許南榮、蔡文正、龔佩珍、郭妮吟、陳志毅、林政介 (2007) · 住院癌症病患之服務品質認知落差分析 · *中台灣醫誌*, 12, 211-219。
- 黃秀梨、張瑛、黃嗣茶、吳佩蓉、廖玟君 (1997) · 心臟手術病人於加護期間壓力感受及其影響因素之探討 · *慈濟醫學*, 9, 285-294。
- 黃光琪、吳興盛、蔡高宗 (2004) · 骨科患者手術前後焦慮程度與不確定感之相關性研究 · *台灣復健醫誌*, 33 (1), 1-10。
- 黃惠子、莊宇慧、陳秋燕、李碧娥 (2005) · 住院老人對身體約束的經驗感受 · *實證護理*, 1 (2), 123-130。
- 萬文隆 (2004) · 深度訪談在質性研究中的應用 · *生活科技教育月刊*, 37 (4), 1-7。
- 梁亞文、陳進堂、陳素娥、李玉琇、莊家綾、林育秀 (2008a) · 住院病患及醫護人員對病人安全目標及達成作法重視度認知差異探討 · *醫護科技學刊*, 10(4) 17, 16-23。

梁亞文、呂菁萍、張雅琳、林淑浣 (2008b) · 影響護理人員對於護理照護活動認知差異之相關性分析 · *澄清醫護管理雜誌*, 4 (1), 16-23。

陳雅鈴、張碧容 (2004) · 一位行冠狀動脈繞道手術患者術後之照護經驗 · *護理雜誌*, 51(6)。

葉美枝、胡百敏、廖浩欽、廖訓禎、許文祥、吳銘斌 (2007) · 影響初入加護病房家屬滿意度之相關因素 · *Taiwan Crit.Care Med.*8: 146-155。

葉娟娟、蔡文正、鐘政達、龔佩珍 (2008) · 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 · *醫管期刊*, 9(1), 1-20。

張靜雯 (2005) · 重症單位老人的壓力感受與相關因素及照護需求之探討 · 未發表的碩士論文, 台中: 中國醫藥大學護理學研究所。

熊道芬、張怡媛、周幸生、邱艷芬 (2009) · 重症病人睡眠品質及其影響因素之探討 · *榮總護理*, 26(3), 274-281。

潘雪杏、張慕民、蕭存芳、張秉宜、吳品萱 (2008) · 加護病房病人壓力源及其護理 · *長庚護理*, 19 (3), 353-359。

潘淑滿 (2003) · *質性研究理論與應用* · 台北: 心理。

蔡文正、龔佩珍、翁瑞宏、張永賢、李思儀 (2008) · 應用 SERVQUAL 量表建構中醫醫療服務品質指標 · *台灣衛誌*, 27(4), 309-319。

蔡宗宏、洪陵鎧 (2008) · 病人知覺醫師行為與組織因素對其醫病關係滿意之影響 · *醫管期刊*, 9 (3), 222-240。

魏玲玲、楊勤榮、虞秀紅、賴裕和 (2001) · 比較住院老人自覺護理需要與護士認知之差異 · *新台北護理期刊*, 2 (2), 83-94。

Doering, L. V., McGuire, A. W., & Rourke, D. (2002). Recovering from cardiac surgery: what patients want you to know. *Am J Crit Care*, 11(4), 333-343.

Florin, J., Ehrenberg, A., & Ehnfors, M. (2005). Patients' and nurses' perceptions of nursing problems in an acute care setting. *J Adv Nurs*, 51(2), 140-149.

Gardner, G., & Crawford, M. (2005). patient experience following cardiothoracic surgery: an interview study. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 4, 242-250.

Hupcey, J. E. (2000). Feeling safe: the psychosocial needs of ICU patients. *J Nurs Scholarsh*, 32(4), 361-367.

Hupcey, J.E., & Zimmerman, H.E. (2000). The need to know: experiences of critically ill patients. *Am J Crit Care*, 9(3), 192-198.

Hweidi, I. M. (2007). Jordanian patients' perception of stressors in critical care units: a questionnaire survey. *Int J Nurs Stud*, 44(2), 227-235.

Hofhuis, J. G., Spronk, P. E., van Stel, H. F., Schrijvers, A. J., Rommes, J. H., & Bakker, J. (2008). Experiences of critically ill patients in the ICU. *Intensive Crit Care Nurs*, 24(5), 300-313.

Holland, C., Cason, C. L., & Prater, L. R. (1997). Patients' recollections of critical care. *Dimens Crit Care Nurs*, 16(3), 132-141.

Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Newbury Park, CA: Sage.

McCabe, C. (2004). Nurse-patient communication: an exploration of patients'

experiences *Journal of Clinical Nursing* 13, 41–49.

Okkonen, E., & Vanhanen, H. (2006). Family support, living alone, and subjective health of a patient in connection with a coronary artery bypass surgery. *HEART & LUNG*, 234-244.

Parasuraman, A., Zeithaml, & V.A., Berry, L.L. (1985). A conceptual model of service quality and its implications for future research. *J Mark*, 49, 41-50.

Parasuraman, A., Berry, L. L. & Zeithaml, V.A. (1988). SERVQUAL: A Multiple-item Scale for Measuring Consumer Perception Question. *Journal of Retailing*, 64(1), 12-40.

Pang, P. S., & Suen, L. K. (2008). Stressors in the ICU: a comparison of patients' and nurses' perceptions. *J Clin Nurs*, 17(20), 2681-2689.

Thomas, L. A. (2003). Clinical management of stressors perceived by patients on mechanical ventilation. *AACN Clin Issues*, 14(1), 73-81.