

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

手術病人接受手術訪視成效探討



研 究 生：周美鑫

指 導 教 授：潘忠煜 博士

中 華 民 國 九 十 九 年 六 月

Executive Results of Pre-operative Visiting

By
Mei-Chen Chou

Advisor: Prof. 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

手術病人接受手術訪視成效探討

學生：周美鑫

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

落實提昇手術室的醫療服務品質，推行手術訪視作業為手術室所推展的諸事項中重要項目之一。新制醫療院所評鑑的要求，亦將手術前、中、後護理照護常規與處置步驟，及手術室護理人員術前訪談病患。列入評鑑重點及醫療給付依據。強調護理人員必須針對病患手術前、中、後三個階段，依其個別健康問題與需要，運用護理知識提供完整及持續性的護理照顧。本研究以質性研究方式探討手術病患接受手術訪視訊息之需求，研究由病人端了解手術訊息提供之適切性，是否與病患期望有差距。結果顯示：(一) 手術訪視與手術前訊息之相關性：需著重 1.手術室環境。2.生理反應。3.心理反應；(二) 手術前訊息需求：手術病患對術後護理指導需求性；(三) 手術訪視與滿意度之相關性：透過術前、術後訪視可降低病患焦慮感，提升病患滿意度。

關鍵字詞：醫療服務品質、手術訪視、術前訊息、訊息需求

Executive Results of Pre-operative Visiting

Student: Mei-Chen Chou

Advisor: Prof. Chung-Yu Pan

Department of Industrial Engineering and Enterprise Information
Tunghai University

ABSTRACT

Elevating the quality of medical services in operation room and promoting the operative visit are two of the important items promoted by the operation room.

The requirements of new hospital accreditation get norms governing pre-operative, intraoperative and post-operative nursing care, management procedures and pre-operative visit by nurses of operation room to patients undergoing surgery listed on the accreditation to be served as a basis for medical benefits.

This new accreditation places emphasis on the aspect that nurses must apply their expertise on nursing to offer patients undergoing surgery the complete and continuous nursing care based on each patient's personal health problems and needs during the pre-operative, intraoperative and post-operative stages.

This research adopts qualitative research method to delve into the needs of receiving the information about operative visit for patients undergoing surgery, aiming to gain in-depth understanding of if the adequacy of operation information falls short of patients' expectations.

The findings have indicated the following results: (1) Correlations between operative visit and pre-operative information: It is essential to center on the environment of operation room, physiological response, and psychological response; (2) Needs of pre-operative information: The needs of instructions on post-operative nursing care for patients undergoing surgery; and (3) Correlation between operative visit and satisfaction: pre-operative and post-operative visit can help alleviate patients' anxiety that further increases patients' satisfaction.

Keywords: operayive service 、 pre-operative information, information needs

致 謝

兩年的時光，在提筆的此刻想起來還真的如人們所言：韶光飛逝如白駒過隙。有太多的話要說又不知從何說起。午後的陽光格外火辣刺眼，殘酷地告訴自己是離別的時刻了，心中雖有不捨但更多的是感恩的心卻在此時湧入心頭。

首先要感謝的是東海大學所提供的這個優良學習環境，讓我有一個可以在職進修的機會，從新生入學的生澀，經過學習中的成長到驪歌響起的此刻，凡此種種都是極大的挑戰。首先最要感謝的是我的指導教授：潘忠煜老師，從研二第一學期開始的每週討論，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，協助我從雜亂繁複及鑽牛角尖的思維中理出頭緒來，藉由老師的提示也增加自己思考方面的廣度，每次討論完後，總會讓自己焦慮的心情安定下來，真的要謝謝老師的指導與幫忙。

其次是非常感謝我的好友胡憶芳在論文方面的協助，時常在深夜時刻還與我做線上討論及楊蕙真協助我在錄音稿方面的解讀，謝謝系上的玉玲與其他助教，有了她們在旁的協助與適時地叮嚀，使得求學的路上有更多風景與回憶可以咀嚼；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，更要謝謝我的同學兼同事月悅兩年來陪伴，分工合作一起完成學業的過程。還有身旁的同事與一堆幕後英雄們，給我的支援與幫助與適時的充當心情垃圾桶，讓我的論文能如期完成，謝謝他們的耐心，謝謝他們的用心，更謝謝他們不求回報的佛心！

最後要說的就是對家人的感恩：在學業與工作的煎熬之間最大的精神支柱就是家人對我的支持，他們無私奉獻的關懷與默默付出的心意，就是我堅持理想與接受挑戰的最大助力，擁有這些就是我今生最大的幸福與無價的寶藏。

今後，我將會繼續努力將所學貢獻給我喜愛的醫療工作，為不幸受疾病所苦的病人提供更好的醫療服務。

周美鑫 2010 仲夏于東海

目 錄

摘要.....	1
英文摘要.....	II
致謝.....	III
目錄.....	IV
表目錄.....	VI
圖目錄.....	VII
第一章 緒論.....	1
1.1 研究背景與動機.....	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 文獻探討.....	3
2.1 醫療服務品質.....	3
2.2 手術全期護理之模式.....	6
2.3 手術前訊息需求.....	6
2.4 手術訪視與手術前訊息之相關性.....	8
2.5 手術訪視與滿意度之關係.....	9
2.6 質性研究.....	11
第三章 研究方法.....	13
3.1 研究設計.....	13
3.2 研究流程.....	13
3.3 研究場所對象.....	15
3.4 研究工具.....	15
3.5 資料收集過程.....	15
3.6 資料分析.....	16
3.7 資料分析之可信度.....	17
第四章 訪談與討論.....	19
4.1 手術前訪視與手術前訊息之相關.....	20
4.2 手術前訊息需求.....	24

4.3 手術訪視與滿意度之關係.....	26
4.4 執行手術訪視前後之結果比較.....	29
4.5 訪談結果與理論比較分析.....	32
4.6 討論.....	32
第五章 結論與建議.....	36
5.1 結論.....	36
5.2 護理上應用之建議.....	36
5.3 研究限制.....	38
參考文獻.....	39

表 目 錄

表 4.1 研究對象基本資料.....	19
表 4.2 術前訪視及術後訪視結果分.....	29
表 4.3 執行術前訪視與位執行術前訪視比較分析.....	30
表 5.1 服務品質缺口影響.....	32

圖 目 錄

圖 2.1 服務品質模式.....	4
圖 3.1 研究流程.....	14

第一章 緒論

為落實並提昇手術室的醫療服務品質，手術訪視作業為目前手術室所推展的諸事項中重要項目之一。手術訪視強調手術室護理人員走出手術室到病房訪視即將手術的病患，提供個別性、系統性的護理照顧，除藉此展現手術室護理人員的專業性外，更期待能將手術室護理的目標，由強調技術性操作轉移到以病人為中心的護理。提供病患與家屬手術資訊的窗口，降低病人的害怕與不安的心理，或各項準備上的疏忽與不足，以提升病患滿意度。

1.1 研究背景與動機

近年來病患的需求隨著知識的提升、消費者意識抬頭，不再只是局限於疾病治療，對於醫療品質的期待更是與日俱增。尤其現今醫療服務為求最佳品質，更強調以病人為中心。手術室雖以執行外科手術為其主要任務，但住院手術病患不論手術大小，對病人來說都是極具衝擊與震撼的經驗。林碧珠、戈依莉（2004）述及，此時病人不僅需要家屬的支持，更需要護理人員透過術前的準備工作，來減輕病患的焦慮與害怕，此時手術室更需要提供相關訊息給病人。Oeker-Black 等人（2003）表示，多數病患希望在手術前甚至住院前，能了解與手術相關的訊息，包括身體可能的反應。為提供好的護理品質，美國手術室護理也在 1975 年開始發展手術全期護理，規範護理人員必須針對病患手術前、中、後三個階段，依其個別健康問題與需要，運用護理知識提供完整及持續性的護理照顧。我國中央健保局的規範及評鑑的要求，亦將手術前、中、後護理照護常規及處置步驟，含手術室護理人員是否在術前訪談病人，列入評鑑重點及醫療給付依據；在護理方面，許玉真等人（2005）指出，護理人員如至病患單位進行術前訪視，提供病患相關知識，有助於病患對手術的了解並可減輕焦慮及不確定感。因此，不只因應評鑑需求，更需在臨床護理品質促進的理念下，以病患為中心提供全人、全家、全程、全隊的手術全期護理，形成手術室追求高品質的人性化護理所在。

觀今國內的醫療環境在全民健保政策實施下，病患平均住院日縮短，大部分病患都是開刀前一天或甚者延遲到晚上才入院做術前準備，第二天即進入手術室開刀。所以透過術前訪視提供病患術前訊息以了解狀況，不

僅能讓病患了解開刀房作業，更能提升服務品質。故推行手術全期訪視作業以落實提昇手術室醫療服務品質，即成為手術室醫療品質之重點指標。但如何能在有限的時間內提供病患有效的訊息達到最大的效益？有鑒於此，本研究期望透過調查病人接受手術訪視之成效，作為全面推展之依據，藉以增進醫療院所提供病患高品質的醫療服務。

1.2 研究目的

醫療照護是要追求一個以病人為中心，即時、安全、有效果、有效率及公平的服務系統。在醫療環境強調以病人為中心理念下，新制醫院評鑑亦強調手術室護理人員應到病人單位提供適切護理指導。臨床上提供醫療相關的資訊有助於手術病患做好準備甚至協助其自我照顧、提早出院、降低情緒問題的發生率。手術前訪視是醫護人員對病患提供相關資訊與服務，並建立良好醫病關係的第一次接觸。手術室是一個相當機動性的工作環境，雖然每日必須面對如手術用品準備、整理等常規性護理工作，卻較少與病人互動。如今需踏出手術室至病房與病患面對面交談，對無法預知與掌控的情況，如所提供的訊息是否為病患所接受，難免會產生無形壓力。醫療資訊量無論多寡必須是病患所認定的才算，更是適當且合乎病患所期待的。本研究期望由病人端深入了解訊息提供之適切性是否與病患期望有差距，主要的目的為瞭解手術病患接受手術前訪視之需求及成效，其結果將提供未來全面推展之參考依據。

1.3 研究問題

- 1.應用服務品質 PZB 模式之缺口五，探討手術病患接受手術訪視與未接受訪視之差異？
- 2.手術訪視訊息提供之需求為何？
- 3.病患對提供手術訪視之滿意度為何？

1.4 名詞定義

- 1.病患-本研究的對象為住院預行手術病患及已接受手術之病患
- 2.護理人員-指手術室有執照，並年資滿一年以上護理人員
- 3.手術訪視-手術室護理人員至病房提供手術病患有關手術相關訊息的護理服務

第二章 文獻探討

醫療產業雖屬服務業，但與其他服務產業不同，屬於非營利性組織，民眾對於醫療品質的標準提高不再只是疾病的治療，更希望有良好與安全的醫療環境、即時有效的治療技術。現今醫療服務亦引進品質的概念，期望能提高醫療服務品質及顧客滿意度，達到病患的需求與期望。本研究目的即為瞭解手術病患接受手術前訪視之需求及成效，故文獻將以瞭解醫療服務品質、手術全期護理之模式，以及手術前訊息需求提供、手術訪視與手術前訊息之相關性、手術前訪視護理指導與滿意度之關係等五方面加以探討。

2.1 醫療服務品質

所謂的醫療服務品質，是指醫院所提供給病人的服務，以及所表現出來的專業形象。服務品質是一種主觀認知的品質，這種品質是比較顧客所期望服務和實際知覺的服務而來。檢視服務品質並非只針對服務結果，並要將服務提供的過程一併加以評估，所以服務品質滿意度的高低判斷，就會依據消費者對實際服務的感受超過期望的程度而定。Parasuraman et al.,(1985)定義，服務品質為「認知的服務品質是顧客對整體服務過程採取主觀性的優劣判斷」，將知覺的服務品質（Perceived service quality, PSQ）定義為期望的服務（expected service, ES）和知覺的服務（perceived service, PS）間的差距。若服務業者可以提供實際的服務超過或等於顧客期望，則顧客是滿意的，反之則是未能滿足顧客的需求。所以在醫療環境強調以病人為中心理念下，服務品質與顧客滿意被廣泛認為是服務業中對顧客的關鍵影響因素，其中 Parasuraman et al.,(1985)所提出之服務品質模式是最具代表性且被廣泛地運用。其針對四家服務公司，包括銀行業、信用卡公司、證券經紀商，以及產品修復與維修服務公司，進行主管訪談以及焦點訪談，而由訪談結果提出著名之服務品質缺口模式。他們發現服務品質在管理者的認知及服務傳送給顧客的過程存在著缺口，因此他們提出了服務品質缺口模式，如圖 2.1 所示。模式中 5 個缺口是影響服務品質的主要因素，該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，必需突破模式中五道服務品質模式的差距缺口。

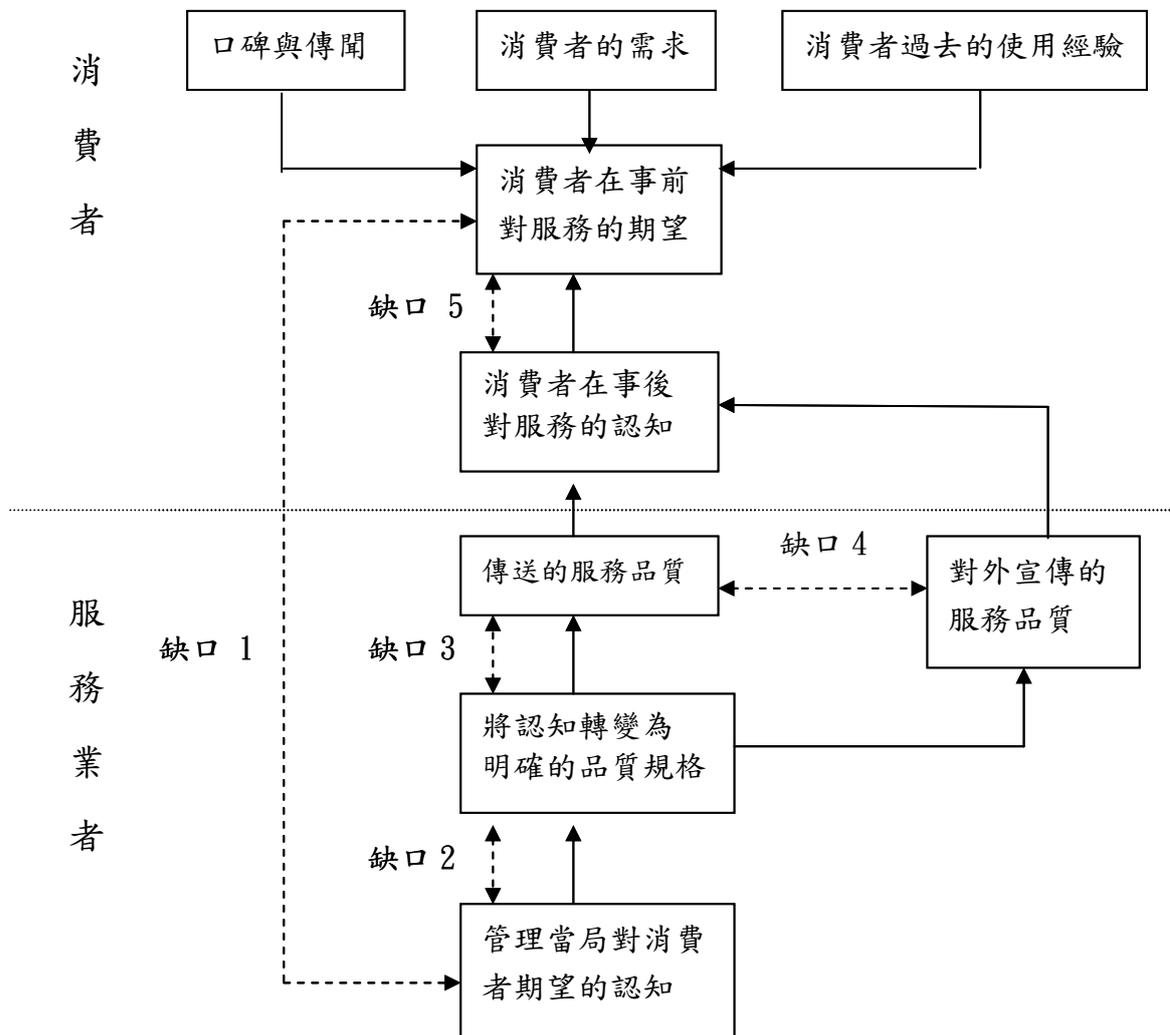


圖 2.1 服務品質模式

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

PZB 五個服務品質缺口說明如下：

1. 缺口一：消費者期望—管理者認知缺口

此缺口發生的主要原因在於，提供服務之公司管理者無法確切了解何者是消費者所認為的高品質，何種服務特色才能符合消費者的需求，所以在「顧客期望的服務」與「醫療提供者對顧客期望的知覺」之間的差距，將會影響顧客對服務品質的評價。

2.缺口二：管理者認知－服務品質規格缺口

此缺口發生的主要原因在於，提供服務的公司管理者沒有能力將顧客對服務品質的期望與要求確實納入服務規格中，此時「醫療提供者對顧客期望的知覺」與「組織計畫提供的服務品質」間的差距，將影響顧客所認為的服務品質。

3.缺口三：服務品質規格－服務提供缺口

此缺口發生的主要原因在於，服務人員在提供服務給顧客的過程中，無法達到原先服務設計之規格與標準，此時「組織計畫提供的服務品質」與「實際服務傳遞」間的差距，就會影響顧客所認為的服務品質。

4.缺口四：服務提供－外部溝通缺口

此缺口發生的主要原因在於，組織藉由廣告等媒體所傳達的服務形象與承諾，與實際提供之服務不一致，「實際服務傳遞」與「服務的外部溝通」間的差距，將影響顧客所認為的服務品質。

5.缺口五：期望的服務－認知的服務缺口

此缺口發生的主要原因在於，顧客對服務的期望與實際所感受到的服務經驗不一致，此時「顧客對服務的期望」與「實際知覺服務」間的差距，將影響顧客所認為的服務品質。

上述五個缺口模式之中，缺口一~缺口四屬於服務提供面的差距，起因於組織內的問題，而缺口五則是消費面的差距，導因於顧客期望與實際認知的差異。而這五個缺口中，有四個缺口是來自於服務業者本身，會受組織、提升服務策略與績效等組織因素的影響，只有最後一個缺口是存在顧客方面，而要使顧客滿意，則必須縮小缺口五 Parasuraman et al.,(1985)服務品質模式中較高的知覺服務品質會導出較高的滿意程度。其服務品質之特性如下：

- 1.對顧客而言，對服務品質的評估比一般對產品品質的評估來得困難。
- 2.顧客對服務品質的好壞認知，通常來自於顧客本身期望所應得到的服務，與其實際上所感受到的服務兩者比較的結果。
- 3.品質的評估不只針對服務的結果而已，同時也包括對服務傳遞過程的評估。

國內運用 PZB 缺口模式建立醫療服務品質指標及顧客滿意度之探討，如：蔡文正（2005）應用服務品質缺口理論中缺口一及缺口五，瞭解中醫病患與中醫師對醫療服務品質期望之差異，及中醫病患對中醫醫療服務期望與感受之落差建立中醫醫療服務品質指標。謝喜年、鄭時宜（2006）與王文良等人（2006）參照 PZB 模式和醫療服務品質構面，探討不同醫院以及不同科別之服務品質的差異性，建立養護機構服務品質衡量之準則。李婉怡（2007）等人以服務品質之期望與顧客滿意的理論為基礎，參照 PZB 服務品質 SERVQUAL 量表，在牙醫聯盟診所的服務品質評估指標中發現，「顧客行為特性」與「認知的服務品質」對「整體滿意度」有顯著性差異關係。

2.2 手術全期護理之模式

手術全期護理意指將手術室護理分為手術前期、手術中期、手術後期，同時強調三期護理活動的連續性及完整性，盼能將手術室護理的目標由強調技術性操作轉移到以病患為中心的護理，強調手術室人員走出手術室到病房訪視即將手術之病患。伍雁鈴等人（2005）提到，專業護理人員在手術全期護理執行的護理活動：

- 1.手術前期：此階段護理著重於病人身心的準備，滿足其身心與社會的需要，降低手術的危險。若病患在接受手術前能得到完善的健康照護，則可平衡其壓力，有助於生理的恆定，對手術過程亦有較佳的耐受力。手術前期護理主要是由護理人員前往病房訪視病患，進行評估並提供手術前護理指導包括手術流程、手術中期望病患的行為等。
- 2.手術中期：此階段的護理不僅涵蓋手術個案所有的需求，更應維護個案的安全、舒適與尊嚴。
- 3.手術後期：此階段是由病患手術結束進入恢復室開始到返回病房(或加護中心)或離院回家為止。此期護理重點為重建病人生理平衡狀態，減輕手術後疼痛和預防手術及麻醉合併症的發生。

2.3 手術前訊息需求

病人在手術前對手術、麻醉中會發生什麼事？手術的結果、手術後的疼痛、麻醉後醒不醒的過來、手術後有沒有併發症，手術前未知的害怕和對疾病本身的害怕，都會產生高度焦慮。許玉真等人（2005）指出就手術

病患而言手術前訊息需求的類型較偏向感覺性需求及表達性需求，護理人員應朝這方面去滿足病人。病患術前對手術訊息的不了解，往往會使他們承受身、心、社會各方面的壓力，導致內在緊張狀態。Mordiffi et al., (2003) 指出，病患、護理人員、醫生在手術前訊息觀點中，以詳細的手術過程、手術前準備、開刀房環境、術後的期待、詳細的麻醉等項比較其重要性，結果調查顯示：病患、護理人員認為詳細的麻醉訊息為最重要，詳細手術過程訊息次之，開刀房環境的訊息在病患排序第三，護理人員排序第五。66.7%病患認為護理人員提供詳細麻醉訊息不足，54.2%認為詳細的過程提供不足，52.2%認為開刀房環境提供不足，50%認為術後訊息提供不足。

蕭雅芳（2008）也指出，資訊需求中重視度以「手術過程細節」範疇最高，最不重視則為「手術室環境」。黃光琪等人（2004）述及，病患手術前後焦慮及不確定感多為擔心手術過程、後遺症、麻醉方式及風險、術後疼痛及復原狀況等，更多想了解手術過程及成功率、術後復建等問題。陳淑華等人（2009）指出，病患對手術前訊息需求調查都希望知道進入手術室可能發生什麼情況，想獲得的訊息包括：手術室的環境、手術過程、手術時間、術後身上可能放置的引流管、家屬可藉由什麼方法得知病人手術中的概況、手術室執行術前準備事項、手術後是不是回病房、留置恢復室觀察的時間等。Roark(2005)提到，手術前護理人員提供給病患的訊息應包括：護理人員會為其做哪些照護、手術前將經歷哪些事、這些事何時會發生及為什麼、病人被期望能配合做哪些事、能夠讓病患表達關心及擔心之事、學習新技巧防合併症發生。

馮容芬（1995）與蔡欣玲（1997）指出，術前訊息內容一般可分為三大類：手術過程、感覺資訊與心理滿足、調適技巧。在手術過程方面，包括：手術前準備、手術志願書的填寫、手術前之用藥、手術室環境、安排手術醫師說明過程及手術時間、癒後與告知術後身上會留置的管路，解釋整個手術過程中所有可能發生於個案身上之事件（靜脈導管之插入、轉送過程、手術後運動）。在感覺資訊方面，是提供病人經歷手術過程中，身體所會產生的感覺；例如麻醉時的感覺、身體放置導尿管、胃管、靜脈注射等管路，所產生的感覺，以及傷口位置、疼痛程度、換藥時的感覺等，以減少焦慮不安。教導個案手術應抱何種期望、運用想像力處理可能發生的情境、提供面臨手術時感受之因應措施，給個案表達心中感受、允許個案

提問、澄清個案及家屬不正確的想法，充分的感覺資訊，有益病患控制術後情形，促進其恢復早期下床。在心裡滿足感中，主要是讓個案在手術全期中遇到問題有自我控制能力。在調適技巧方面：主要教導病患減輕手術所引起的疼痛或身體不適之技巧，如深呼吸、咳嗽、傷口支托、鬆弛，以控制術後疼痛；或當他需要幫忙時，知道如何尋求協助途徑以增加病人遇問題後的控制感。

賴秋香等人（2002）指出，針對門診手術病患需求，病患教育程度越高者對訊息需求越高。門診手術病患因沒有住院，因此門診手術前期的需求是在接受門診手術前等候之期間發生，該項需求包括，病患對自我疾病方面的認知、能表達及能被瞭解自己的感受、有朋友及家屬的支持、能獲得醫護人員的尊重與關懷、能提供舒適的環境、等待手術時間勿太久。並且希望醫護人員能以教導方式來減輕手術病患的焦慮與害怕，以及病患對於不確定何時進行手術的等待常有焦慮及怨言。陳鳳玲等人（2004）指出病患常會面臨因術前的衛教不足、缺乏術後的自我照顧能力、以及家屬對醫院環境、工作人員及治療程序不熟悉等情境，造成他們焦慮與害怕；所以需求若能及時被滿足，會減輕憂慮、改善不足的知覺感受與增加安適。

邱文達等人（2007）指出，應該讓病人得知必須的資訊，讓病人參與醫療的決策，醫療系統應該能符合病人不同的需求，並鼓勵病人與醫師共同做決定。手術室護理人員在手術前針對病人做一個訪視，告訴病人手術室環境長甚麼樣子？進去會看到什麼樣的東西？會接觸到什麼人？做哪些治療？我們會給他貼怎樣的管路，幫他用氧氣等等，這都是術前訪視所要求事先告知溝通的部份。因此，藉由手術醫療團隊的術前訪視，增加病人對團隊成員和手術內容的了解，降低其焦慮感、提升病人安全，相當重要。亦可藉由術前訪視溝通方式，縮短與民眾之間醫病關係距離。

2.4 手術訪視與手術前訊息之相關性

根據 PZB 服務品質缺口五：顧客對服務的期望與實際所感受到的服務經驗不一致，此時「顧客對服務的期望」與「實際知覺服務」間的差距，將影響顧客所認為的服務品質。以此缺口定義來探討手術室的服務品質，所呈現的就是手術訪視與手術前訊息之相關性。醫療服務以尊重病人價值之精神與提供各種就醫的資訊、醫院的設施及作業流程，來督促醫師及第一線人員自發性的提供病人可近性的待遇。而手術室給人的感覺，是一個

被隔離無法窺視，又怕受傷害的地方，其在於阻絕患者與家屬，除需面對不可測的未來的焦慮恐懼外，尚有手術後的疼痛等。在誰都不認識的陌生環境下，病人的焦慮程度是非常高的，林碧珠，戈依莉（2004）指出，手術前未知的害怕是大部分病患手術前焦慮的來源，手術前的衛教幫助病患對手術的認知，對減少因不了解所造成的害怕、焦慮有正面的效果。

護理人員是直接提供住院病患照護的人員，在病患住院和手術壓力管理方面扮演者關鍵者角色，此時病人及家屬更需護理人員，透過術前的準備工作與術前訪視溝通方式，來減輕術前的焦慮與害怕，縮短醫病之間的距離。張寶芬(2003)提及，手術前期多採支持教育性護理，此階段病患通常具有照顧自己的能力，護理人員為指導者；手術中期為執行完全代償性護理，此時病患完全需要依賴護理人員照護，直到手術結束；手術後期為部份代償性護理，出院前轉回支持與教育性護理，以教導病患自我照顧及促進健康為目標。

然而在提供術前訊息方面，何時介入？以何種方式介入最為恰當？語言是人類最重要的溝通工具，也是訊息傳遞最強有力的手段。它可以直接地及時地交流資訊，溝通情感，收效也最快。許玉真等（2005）指出，在手術全期護理中，手術前訊提供最佳時機為入院至術前。當病患到了手術室他會看到熟面孔，也就是先前拜訪過他的那位護士，如此病患就不會很緊張，因為事先對手術過程已有一些認識，感覺也比較踏實。王麗君、李紅指出，外科病患對手術室護士進行探訪的需求是非常強烈的，需求程度不會隨著年齡增加而有改變，病患希望探訪時間在手術前一天進行，以不超過 30 分鐘為原則，主要以面談為主，最好能有書面資料的提供。

2.5 手術訪視與滿意度之關係

病患的認知對醫療品質之最終評價有極大影響，將其稱為病患滿意度，指的是病患對理想醫療服務品質的期望與實際經驗間的一致性。當與實際經驗相符時，其滿意度較高，若沒有達到病患心中期望則不滿意之知覺感受即產生。因此病人及其家屬滿意度常作為醫療機構品質監測指標，其成效可改善病人的住院品質。邱文達等人（2007）指出，每個病患都能達到理想的醫療結果，除了避免因醫療而引起的併發症，還要注意到病人及其家屬的醫療需要。醫療品質簡單的說，就是以病人為中心並著重良好的醫療照護及結果（outcome），重視病人及家屬的了解與滿意度。

手術對於個案而言不但會造成生理上的威脅，在心理上亦會對個案產生嚴重的影響，病患在看病、住院、手術都會產生一系列心理、生理問題，迫切需要解釋、指導及安慰。尤其手術後疼痛是外科病患最關心的問題之一，疼痛若未獲得良好的控制將會引發神經內分泌壓力反應，增加身體的代謝活動及耗氧量而影響病患手術後生理上的復原。

鄭玉華、盧美秀（2006）指出手術前提供病人適當的疼痛衛教，能幫助病患正確處理其手術後疼痛。手術前疼痛衛教可以矯正病人不正確的疼痛處置概念，降低病患手術後的疼痛強度及疼痛干擾程度。護理人員角色之一為讓病患有正確的認知，提供病患確切護理衛教指導。許玉真等人（2005）認為，給予術前的護理指導是病患對健康與疾病知識獲得的主要來源，透過護理指導將改變或增加病人和家屬的知識訊息。李雅玲等人（2000）指出，對病患或其照顧者提供相關訊息，配合醫療處置行為，不但可以減輕病患對疾病之焦慮、增進自我照顧能力、減少住院期間重新送檢及傷口感染等併發症發生，降低住院天數及增加醫療機構盈收。王雅玲等人（2005）指出，護理人員為協調病人檢查及治療的重要角色，唯有醫護人員提供相關的知識，詳細解釋檢查及治療流程，給予住院病患詳細且完整的護理指導，才能讓病患知道如何照顧自己，將可降低病患的焦慮並提高治療效果，亦可減少其在治療期間發生的意外和傷害。

有關術前照護在病患安全的重要性，林榮宏（2003）指出，病患及其家屬對於就診過程中必要醫療資訊的取得與就醫安全的認知，也是影響病患安全的因素。邱文達等人（2004）指出病人是醫療服務主題對象，也是醫療過程安全性的主角，除了醫療機構需準確提供措施營造安全的醫療環境，民眾亦需加強對於病人安全的觀念與認知，透過宣導與教育可以縮短醫病間認知差距。手術醫療團隊應善加利用病患術前準備時期，詳細評估病人身體狀況，並充分盡到說明的義務，藉由手術醫療團隊的術前訪視，增加病患對團隊成員和手術內容的瞭解，以降低其焦慮。如此不但可以達到保障病人權益，進而達到病患安全之效果，提升醫療品質。

鐘漢軍等人（2006）、蕭雅芳（2008）及林維君等人（2002）均述及，病患對手術資訊需求重視度會影響病患滿意度，手術前諮詢的確能增加病患滿意度及改善術前焦慮。住院期間若病患及其照顧者接收到資訊滿意度高，則出院後病患經歷較少醫療問題。王英偉（2001）指出，醫病關係是

存在於醫護人員及病人之間的一種雙向互動關係，加強醫病關係才能使醫護人員藉由適當的溝通，將訊息傳遞給病人並能產生遵從行為。如果醫護人員對病患的期待能夠被病患了解及接受，則可達到較好的效果。

綜合上述，可瞭解到疾病不確定感與資訊需求性呈正相關，相對的術前訪視需求性則顯得更具重要性。護理人員的手術前探訪需先經過周詳的計劃探訪內容、充份控制時間、準備精簡的教材，並且需考慮病患最想了解的內容及方式進行探訪，讓病患充分了解治療過程，滿足病患「知」的權利，同時也減輕病患或家屬對醫療過程許多疑慮與不安，有助提昇病患滿意度，促進良好的醫病關係。在五個服務品質缺口中，以缺口五為重要缺口，也是醫療供給者及醫療管理人員所必須瞭解與改善之處，也是本研究探討之重點。

2.6 質性研究

Minichiello et al., (1995) 指出：質性研究是一種定位觀察者的活動，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。質性研究於科學探索之價值，亦能深入了解病患價值取向與行為，賴文恩等人（2006）述及：質性研究與證據醫學方面，能以更有效的方式運用科學證據了解病患和醫師的態度與行為，因此在證據醫學中扮演重要的角色。而訪談方法在質性研究中是蒐集資料的一種重要方法，主要靠直接面對面的訪問完成，研究者可以透過此方式，了解受訪者正在做甚麼或在想甚麼，以及為何要如此進行等議題。作者述及，在訪談方面有許多不同的型式，以研究過程來區分，主要區分為結構式訪談，半結構式或非結構式訪談以及群體訪談。

林金定等人（2005）指出結構式訪談有一致性的問題及依序訪問，訪視表主要以事先設定題目順序且是封閉式問題呈現，通常題目順序事先決定統一。半結構式訪談主要是研究者利用較寬廣的研究問題作為訪談的依據，導引訪談的進行，訪談指引通常在訪談開始前被設計出來做為訪談的架構。非結構式訪談，主要著重於研究者與受訪者之間的互動情形以蒐集資料，如同平日的對談形式一樣，但必須針對研究問題的經驗及態度等。群體訪談主要為研究者設法使一群受訪者聚集在一起，為共同的研究主題而彼此對話討論。

李政賢（2006）指出，質性訪談的資料分析分成四種「內容分析法、樣版式分析法、編輯式分析法及融入/結晶化分析。通常需要利用研究者所採用的理論架構為基礎，將問題的反應做分類。進行質性訪談後，在分析資料之前必須先進行「逐字稿的建立」，將所有訪談的口語資料、情緒反應及其相關訪談情境付諸於文字表達，建立完整詳細的逐字稿，逐字稿完成之後才能著手進行資料的分析。

第三章 研究方法

質性研究是一種避免談數字，重視社會事實詮釋。Strauss & Corbin, (1990) 指出，質性研究是用於人類的經驗內涵或鮮為人知的現象探討，強調其過程及意義，是多元的及在自然的情境下去瞭解或解釋有關人們所引發的相關現象。

3.1 研究設計

本研究為了盡可能讓病患個別經驗及感受展現出整體性本質，因此選擇質性研究的方式做為研究設計。以半結構訪談指引，運用深度訪談及錄音進行資料收集，再同步以內容分析歸納方式，萃取手術前後訪視內容中意義內文，進而瞭解手術病患訊息需求及感受。資料分析採 Miles 與 Huberman (1994)、Strauss & Corbin (1990) 的質性研究資料分析方法。

3.2 研究流程

為探討在手術前訪視的資訊需求上，手術病患對醫療服務提供者所提供的服務品質認知上的差距，以瞭解顧客的需求，期待正確衡量服務缺口，深入了解所提供服務品質的改善空間。依醫療服務單位之特性做為擬定訪談大綱，針對 PZB 服務品質概念進行手術訪視，來探討手術室人員在提供訊息服務過程中，所提供的服務品質訊息傳遞與實際認知的差異，依前述狀態符合 PZB gap model 缺口五。以手術病患為研究對象，研究對象為已住院病患將進行手術者。在徵求病患或家屬的同意下，利用深度訪談的方法收集相關資料、彙整、歸納及分析。藉由對病患或家屬的對談，探討服務品質缺口，以建立適合醫療服務品質之指標。研究之流程，如圖 3.1 所示。

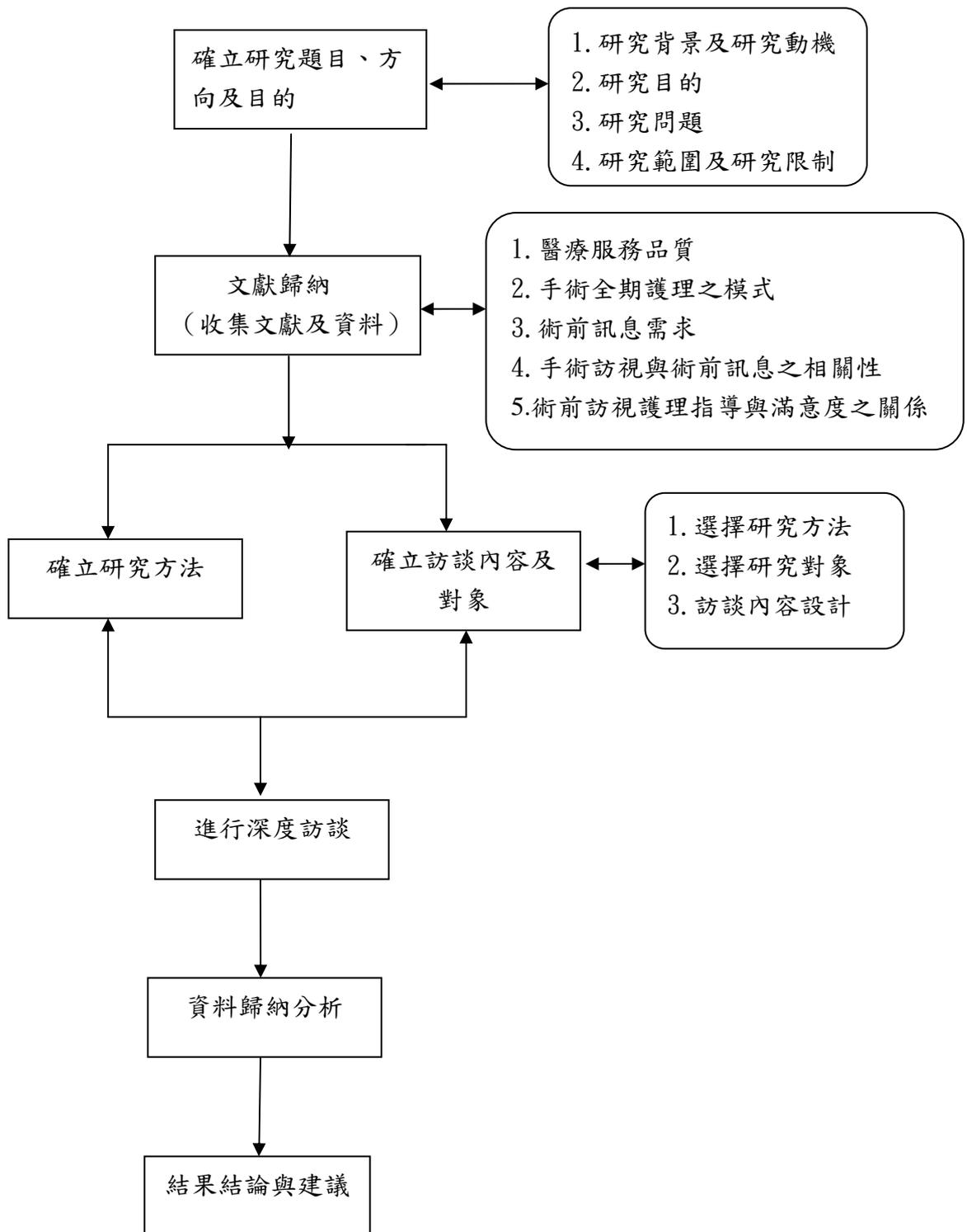


圖 3.1 研究流程

3.3 研究場所對象

本研究場所為台中縣某區域醫院，採立意取樣（purposive sampling）以住院手術病患為收案對象，研究進行前先通過人體試驗審查及醫院同意，並且以不致影響資料收集過程者，而病患及家屬同意參與此研究為收案對象。住院手術訪視選樣對象為：

- 1.有意願參與本研究者
- 2.意識清醒可用國、台語溝通之病患
- 3.術前訪視：已辦理住院並已安排在第二天手術者
- 4.術後訪視：手術後第二天

最初受訪對象數目並不受限，只是以書寫或口頭承諾同意參與研究者，最後共訪談 18 位病患。

3.4 研究工具

本研究所使用之工具是以深度訪談法以及觀察法，並運用訪談指引及錄音機，做為收集資料的方法。本研究訪談指引內容包括，術前訪視：手術前準備的項目說明：「手術前的準備、確認手術部位、手術流程、手術後會放置的管路」；術後訪視及包含情境的描述如「手術前護理人員訪視時說明對您是否有幫助？對這次手術前訪視感受如何？您覺得滿意嗎？或是有哪些需要改進的？或訊息不足方面提供建議？如果開刀房護理人員在手術前至病房探望並給予說明，對病患是否有幫助？手術訪視時您希望得到甚麼訊息？」。本研究所有的訪談過程均取得研究參與者的同意後始進行錄音的工作，並將錄音帶的內容轉寫成文字，做成訪談過程記錄，再運用觀察記錄，補充資料的完整性。

3.5 資料收集過程

為使資料收集完整性，根據研究目的和臨床實務經驗明確界定議題並擬定半結構式訪談指引，再經由同儕審核評選修正，以確定其適用性以免研究對象有心理或者認知上的壓力。資料收集過程，研究者會先進行以下之步驟：1.先於手術室電腦排程單上取得已住院並預定隔日手術個案進行接觸；2.解釋訪談員自己的身份、研究目的與過程、詢問其參加研究之意

願；3.說明處理隱私問題的方法，並徵求對方同意之後，請研究參與者填寫參加研究之同意書，或是藉由錄音的方式，錄下研究參與者之口頭同意，始進行訪談、錄音；4.在不受干擾的情境下，對研究參與者進行訪談、觀察錄音及抄寫。

研究過程中，研究參與者的權益保護依照 2008 年之「赫爾辛基宣言」人體研究倫理原則內文並採取保護細則，在整個研究過程中，為保護研究參與者的自主權與隱私權，強調隨時可以於訪談過程中退出，所有訪談資料都將嚴格保密，以不記名方式處理且僅供研究之用。

訪談時間及地點皆取得研究參與者同意，或由研究參與者決定受訪時間約 1 小時~1.5 小時，期間並需考慮研究參與者的時間、體力及精神狀態而調整訪談時間。訪談期間除對全程進行錄音外，對個案語言及非語言行為則以筆記描述記載，以及預留時間供研究參與者反問等。訪談後，將訪談時的觀察過程與錄音，逐字抄寫成文字描述形成過程記錄，以便進行編碼的工作及資料分析。

整個研究之收案期間為 2009 年 9 月至 2010 年 2 月共訪談 18 位手術病患，其中 7 人參與者訪談次數 2 次，11 人參與者訪談次數 1 次。另在研究中，因有兩位病患願意接受研究者的訪問，但卻覺得錄音不妥，因此由研究者進行筆錄工作。

3.6 資料分析

本研究採 Miles 與 Huberman (1994) 的質性研究內容分析方法，仔細傾聽訪談內容，以對內容整體完整了解，並將內容逐字謄寫成文字，反覆閱讀受訪者的回應記錄，考量該內容與研究主題間的關係，以及所代表的意涵，同時於編碼處記錄下感想與評註並標出受訪者表達之重點及關鍵字，再將每份逐字稿的內容與位置給予不同的分類編碼。之後進行核心資料的分析，將主題資料歸納後，根據其所涵蓋的意義賦予一個適當的概念名稱，漸漸萃取出其文字內所透露的意義，再把相同性質的編碼串連起來成為類組，最後形成主要的概念。所收集及觀察之資料分成兩部份分析：1.呈現研究對象的屬性 2.將訪談紀錄透過內容分析法，將其行為分析歸納資料。分析步驟引用 Beck(1994)方法：

(1)反覆地閱讀訪談內容並從閱讀中獲得研究對象的生活經驗及其想法。

- (2)由原始資料中萃取出與現象有關的內容形成有意義的句子。
- (3)由有意義的句子萃取出意義。
- (4)保持描述性的態度，將所形成的意義中所存在的共同特性組成主題。
- (5)將調查此一現象所得的結果做一整合並做一完整的整體性描述。
- (6)經由整體性描述形成現象的基本架構。
- (7)將所得的結論請研究對象檢視以比較分析結果是否反應出個案的經驗，並參考非語言行為的觀察記錄，做為分析的資料。

每份過程記錄細讀找出有意義的單元，做為分析手術訪視成效單元類目，且將重覆單元類目加以整合，使類目呈現共同主題，以歸納方式呈現對手術訪視的成效。

3.7 資料分析之可信度

本研究以 Lincoln 及 Guba (1985) 所提出質性研究中所提出的四個主要概念，來闡述本研究之可信度。分別為：

(1)真實性 (credibility)：

指質性研究的真實程度。本研究訪談者主要由具有外科病房護理背景人員擔任，與個案在訪談過程中較能取得個案信賴及個案真實感受與經驗。並於訪談過程中全程錄音，將錄音內容轉成逐字稿，資料分析過程中，曾由 2 位同儕一起分析資料，以求內容之真實性。

(2)可轉移性(transfereability)：

本研究均為預執行手術病患，同質性高且願意接受訪問。資料收集過程中，運用開放性的溝通技巧，讓個案在無壓力下表達看法，並適時將個案表達內容澄清，藉由研究對象豐富的描述，研究者忠實的將個案主觀經驗轉成文字資料，期使研究結果能夠被應用到其他臨床實務情境上。

(3)可靠性(dependability)：

指資料的穩定一致性。本研究訪談者由第三者擔任係為病房護理人員，訪談前已受過訓練，了解本研究計畫。訪談內容全程錄音，並由訪談者親自轉寫成文字稿，並記錄個案當時非語言行為，將所得資料內容逐字謄寫成文本後進行分析，整個收案過程皆為同一人進行深入訪談以求資料收集之一致性。

(4)可確認性(conformability)：

本研究之原始資料及分析內容均有電腦檔妥善保存，以建立審查管道完，供日後運用參考。

第四章 訪談與討論

本研究最初受訪對象數目並不受限，只是以書寫或口頭承諾同意參與研究共訪談 18 位病患。其中包含 7 位有術前訪視病患及 11 位未術前訪視病。手術科別以骨科手術 4 位、一般外科 4 位、婦產科 5 位、神經外科 2 位、胸腔外科、直腸外科、耳鼻喉科各一位。平均年齡 52 歲。平均每次訪談時間約 1-1.5 小時。研究對象之基本資料，如表 4.1 所示。

表 4.1、研究對象之基本資料：

編號	年齡	性別	科別	術前訪視	術後訪視
1	48	女	一般外科	有	有
2	60	男	神經外科	有	有
3	59	女	一般外科	有	有
4	21	女	直腸外科	有	有
5	33	男	胸腔外科	有	有
6	55	女	婦產科	有	有
7	53	女	婦產科	有	有
8	60	男	一般外科	無	有
9	67	女	骨 科	無	有
10	72	女	骨 科	無	有
11	40	男	骨 科	無	有
12	41	女	骨 科	無	有
13	25	女	婦產科	無	有
14	42	男	耳鼻喉科	無	有
15	78	女	一般外科	無	有
16	52	男	神經外科	無	有
17	81	女	婦產科	無	有
18	44	女	婦產科	無	有

針對 18 位受訪病患，根據錄音過程記錄配合非語言行為，進行內容資料分析，研究結果分析後，歸納三個主題為手術訪視與手術前訊息之相關性、手術前訊息需求、手術訪視與滿意度之關係，十一個次主題，茲分別敘述如下

4.1.手術訪視與手術前訊息之相關性

訊息需求定義為：當個體自覺生命受傷害，訊息缺乏時，即會出現訊息的尋求，其主要目的可解決問題、調整情緒、增加對疾病的了解。當手術室護理人員運用手術前訪視，事先瞭解病患的需求，即能適時給予說明及照護。所以手術訪視時可藉由下列訊息得知病患在意及反應的是甚麼？

1.手術病患關注的焦點

病患或家屬關心的是目前立即會面臨的情況，需要護理人員能及時提供的。於本研究中當術前訪談時病患對手術關注焦點的反映：手術環境的感覺及生理反應。

(1)手術室環境

病患覺的進入開刀房就是「冷」，對環境的陌生及手術的衝擊下，不由自主的發抖，當下的反應是「冷」術前訪視兩位病患說

外面都會冷，開刀房進去更冷，我怕冷

人家都告訴我們開刀房裡面很冷，我媽媽怕冷，在裡面

可不可以蓋被子？

未執行術前訪視之病患給予術後訪視說：

可不可以要開的時候再進去，不然在那邊等很冷

...我覺得開刀房真的是非常冷，蓋的被子不太夠

我聽我媽媽說我在恢復室一直喊冷，開刀後一直發抖是

不是太冷，我也不知道為什麼一直抖，會冷...

經過術前訪視之病患於術後訪視時回應：

...因為會冷嘛！之前我也不知道，還好有講，這次我媽

媽也有先帶一床被子，你們小姐有多拿一床被子給我蓋，

因為開刀家屬會緊張這些...

(2)生理反應

病患呈現對生理反應為：痛、怕打針、傷口難看。病患對手術之

後擔心傷口疼痛，對手術的認知就是會痛，止痛針也不可以常打，認為打針也是痛的來源之一，術前訪視有三位病患說：

因為我最怕打針，所以打針是我不知道的時候你們打還是甚麼時候打，而且我又怕痛，可不可以以後止痛針也由打針的地方打進去？如果我出來很正常也通氣了，還需要打那些針嗎？

這種手術傷口會痛很久嗎？...

有沒有甚麼止痛針可以先用，花錢沒關係，雖然醫生說不用，但是萬一很痛怎麼辦？打了應該不要緊吧！

尤其現愛美的風氣盛行，一位女性病患又怕開刀後傷口難看

我沒有開過刀，我不知道開完之後肚子傷口會不會很難看。

2.心理反應

於臨床上手術是不可避免的治療方式。而手術不管大小對病患或多或少都會產生不同程度的焦慮，面對即將接受的手術，造成心理上很大的衝擊。病患往往會因對疾病本身及未知的手術感到害怕而引起高度焦慮，常莫名的顫抖、睡不著覺，擔心麻醉後醒不醒的過來？在訪談中病患感到害怕、擔心、緊張。有四位就提到擔心麻醉有沒有甚麼危險？會不會醒不過來？依據訪談資料分析中，病患在面對手術衝擊的反應可歸納為：焦慮、聽天由命、或不願去瞭解。

(1)焦慮

對於手術過程中所必需經歷的步驟，尤其以麻醉過程極可能產生的副作用最令人焦慮與害怕。在資訊不對稱的情況下，病患對不可避免的手術感到害怕，怕手術的結果，又怕一睡不醒，術前訪視時病患說：

...最擔心的是什麼？麻醉啊！

擔心會危險，擔心麻醉後自己不知道會不會有什麼樣的問題，會不會有副作用，就是會怕醒不過來。會怕怕的，心理面一直念佛。

開刀後會不會順利走路？...

不知道會不會割到氣管還是動脈有沒有什麼危險性阿！

未執行術前訪視之病患在給予術後訪視時說：

多多少少還是會擔心病情。我是會緊張啊！

緊張我進去不知道會變怎樣？進去怎麼開我們也不知道阿！

最重要的一點就是每個人開刀都會有點怕，都會有點緊張

...我從昨天晚上就睡不著了！

(2)過去手術經驗

手術前病人會隨著個人過去所經歷的手術經驗進行個人內在的調整，以因應此次手術可能產生的問題。在術前訪視時，會重視因過去的經驗產生的深刻印象一直說，護理人員的說明反而不在其注意的範圍內，或是認為反正睡著了，也就沒甚麼要知道的。術前訪視時有三位病患說：

那時候都暈了不知道能不能跟你說話哩！像生小孩一樣跟你說話就會說到睡著...

你沒說到麻醉這個我也不會說：我不能插管喔！我拿腎臟那一次插管一直吐一直吐。

術後訪視時病患回應：

手術過好幾次了，每次講的都差不多 好像也沒有甚麼太大的不一樣，我也不知道要問甚麼？...

(3)聽天由命

對要手術病患而言我躺在手術床上，我的一切就交給你們了！抱持這不願多想的心態，對此類病患術前說明的迫却性不高。

反正要開就開了吧！不然還能怎麼辦，你們講了之後就盡量配合你們？

...沒有去想那麼多、複雜。

(4)以不知道來詮釋對於手術的瞭解程度

詢問到還有甚麼想了解的，此類病患在確認其對手術的瞭解程度時，通常之反應為不是說不知道就是搖頭。

知道甚麼？因為我也不會說，會好就會好啦！

...我也不知道有什麼比較需要知道的，我也不會講呢？

反正刀開一開就出來了，人不舒服的話就按叫人鈴，不要說按了都不來就好了。

...要知道什麼~~開完刀報告多久出來，其他也不知道要知道甚麼？要問甚麼？...

3.手術前訪視內容與病患期望的差距

當再詢問術前說明事項時，往往會出現「忘記了」、「不知道」、「好像有」、「不是很清楚」等回應的情況，術前解說太多更容易忘記，只希望病會好，不舒服時護理人員會來探視及關心。當術後訪視病患，詢問開刀房人員在手術前至病房探望並給予說明是否有幫助，有沒有建議時的回應：

沒有，都很好，其實也不知道要問甚麼？

手術前有來關心！忘記了；我哪記得 我現在老人痴呆，忘記了！。

反正刀開一開就出來了，就交給醫生，醫生會幫我們弄好就好了。

...我也不知道有什麼比較需要知道的。

沒有，就等時間到開刀就好，我不太知道吔！。

但病患對術前訪視還是有正面回應，

因為會冷嘛！之前我也不知道，還好有講，這次我媽也有先帶一床被子，你們小姐有多拿一床被子給我蓋，因為開刀家屬會緊張這些，...

當然好啊！或是以點頭...表示

...我覺得很好，只是現在還是會痛。我不知道還有甚麼要建議的，應該說如果先講一些事，先做準備，講了之後先準備就可以很順，這樣就可以了，所以我很滿意。

手術前說得應該都知道了，因為疾病上，醫生什麼都有講過了啊！自己也蠻清楚的，所以也不曉得還要知道甚麼？到開刀房因為緊張，他們都有講笑話給我聽，都還可以沒有需要改進的地方。

當然好啊,至於還想知道甚麼，不用了，基本的都已經知道。開刀房裡面小姐態度都很好，還想知道甚麼？事前該知道的醫師都有說過，其實差沒多少，因為感覺到該知道也都知道。

4.2 手術前訊息需求

資訊可被視為醫病雙方於口語互動時所運用的資源，資訊的交換主要包含資訊的給予和資訊的蒐集，透過手術人員提供一些訊息澄清及保證，亦可降低不確定感，在訊息需求上則需視個別性的需求。訊息需求歸納為：手術預期花費時間的告知、手術過程、資訊更新、心理支持、術後護理指導。

1. 手術預期花費時間的告知

對病患或家屬而言歷經手術時間的長短，會有不同程度之焦慮。對病患而言等待手術是等越久越緊張，而在外等候的家屬更是心急，五位病患表示：

小姐有告訴我甚麼時候去開刀房。...

時間排什麼時候？時間大概會多久？至少我們有心理準備，病人也會有心理準備啊！

應該是在等待的時間，開刀房外面等的時間蠻長的。因為其實會緊張，等越久，就越緊張。

希望開刀房護士看看能不能提供我的手術時間大概要多久 讓我心裡有個底 不要讓我茫茫不知要用多少時間才能完成我的手術。

雖然我麻醉了不知道人，我還是希望能夠知道我開刀要花多少時間？多久能開完？

2. 手術過程

手術過程包括：手術前準備、手術志願書的填寫、手術室環境、告知術後身上會留置的管路，解釋整個手術過程中所有可能發生於個案身上之事件。

可以解說像我們開刀的一些過程、用什麼方法麻醉，應該大家都知道進去開刀想要知道麻醉比較多吧！

進去開刀想要知道麻醉比較多吧！這個手術看看麻藥打了是不是不會痛，然後人是清楚的。

入開刀房到上手術台之前,這中間的空檔,都沒有人告訴你下一步要做什麼,心理上覺得有一點不踏實大概就是這樣。

我開刀的時候，被推到開刀房又在裡面等很久才開，可

不可以要開的時候在進去，不然在那邊等也很奇怪。
...還有就是流程，開刀前跟你做一個說明，會有一些幫助。

3. 資訊更新

手術室對於訊息告知即時性傳達，醫院亦會運用資訊，達到溝通的目的，但資訊也會存在著障礙。有一位家屬表示：

我們不知道我媽媽在裡面的情形是怎樣，然後有時候小姐忙的時候也沒有人可以問？就是要等很久才能夠去問那個小姐，家屬在外面是很著急，變成沒有人可以詢問，就是這個情形。我們傻傻的一直在外面等，等得真的很心急，都不知道，又沒有小姐可以問，至少告訴我們還在開，或是告訴我們已經在恢復室，是不是應該告訴我們，要有人出來解釋很重要。最重要的真的是病人的情況，其實要多提供。就是整個手術完可以跟家人解釋手術中的情形，不要說手術完沒了，然後推回病房。像手術之中有什麼情形，開刀中我們要注意什麼情況。

資訊喔？是說要針對我們病情有幫助的，能對我們的身體的治療比較有幫助。要去開刀房就是要做治療的啊！是希望在病房在這裡護士小姐能夠給我們做充份的介紹，能對病情比較有幫助的。

但是在目前資訊的發達對有些病患或家屬認為上網就可得到疾病知識及自我照護方法，有一位病患表示：

是覺得沒幫助，因為我都知道了，網路也很方便，上網查就好了，現在得到資訊都很快速。

4. 心理支持

病患面對的不僅是身體上的問題，對手術結果的不確定感，往往造成生理與心理適應差，病人更需要心理的支持及建設

我還是覺得安撫比較重要，因為開刀都是緊張再緊張。

至於手術前喔！；最重要的只是一些關心而已。

5. 術後護理指導

提供住院病患護理指導的目的，主要是希望藉由訊息的提供來增加患者對其疾病、症狀及治療過程等知識的了解。並提供患者有關飲食、藥物服用與身體活動等訊息，期使病患能配合醫療照顧方針，與自我照

顧能力。而當病患完成手術時，所面對的是如何自我照護？三位病患提到：

我醒過來就可以下床了嗎？還是等排氣完？如果沒有排氣前我可以吃甚麼？還是要等排氣完就可以吃東西？吃甚麼？

手術完後要多久的時間可以復原，手術後需要注意哪些事情？可以吃些甚麼？要住幾天？

開完刀要穿鐵衣？我看人家穿背架那裡撐著這裡束著，哪時候要做復健？

我覺得後續得視一些情況要多增加，比如可能一些開刀情況、傷口照顧的方法，還有哪時候可以吃東西？什麼時候可以下床？看看要注意什麼？家人樣怎麼照顧才會趕快好起來？還有我們要注意什麼對我的傷口比較有幫助的。希望在病房這裡護士小姐能夠給我們做充份的介紹 能對病情比較有幫助的。

病房護理人員在術後照護指導佔重要角色，護理人員在提供病患護理指導時，可依病患對護理指導學習需求之個別差異提供不同的護理指導，不但有助於病患護理指導學習之成效，同時滿足病患住院期間之需求。

4.3 手術訪視與滿意度之關係

1. 對於手術訪視的觀感

現代醫療院所越來越強調「以病人為中心」，而以病人為中心的策略規劃，手術前探訪的確能增加病患滿意度及改善術前焦慮。手術室人員手術訪視在服務品質上呈現的也是一種關心的表現，在研究中病患對手術訪視的觀感是專業，透過專業病患給予的是信任。有四位病患表示：

開刀房跟你解說，那感受比較不一樣，其實也是會減輕一些壓力。

有幫助喔！因為譬如說我有糖尿病，跟你解說就會比較小心。希望術前訪視能夠講得稍微詳細一點，並且對我們自己的狀況能知道的更多。不然的話，一般大部分都是對醫院比較重要的事情才說，要針對我們病情有幫助的 能對我們的身體的治療比較有幫助。

當然是有幫助，至少讓我了解整個過程並且在心理上也

比較會有安定感，我是覺得不錯啦！這樣以後可以多知道自己的狀況，對病人比較有安心感。對一個患者來說，這個一定有幫助的，醫療的部分絕對有大大的幫助，因為醫療我們又不是專業的。

醫生的人很親切，很會安慰病人，跟我說不要擔心，我會全力幫你處理的話，讓我覺得很有安全感，醫學的東西我們不懂，一定要交給你們這些專業人員。家人在安慰雖然跟醫生護士說的差不多，但是從你們專業的說出來就能給我們很大(定心)，當然你們來看我們是一個很重要的支持。

2.滿意的服務

已經接受過手術前訪視，當病人到了手術室，又會看到熟面孔，如此病人就不會很緊張，感覺比較踏實。曾有術前訪視再經術後訪視一位病患表示：

每個人感受不一樣，對我而言就是很滿意。至於滿意度來說的話,我是覺得進步很多啦！比起我二十幾年前的開刀是有很大的進步。

三位只有術後訪視的病患表示：

現在為什麼開刀房會來看，服務怎麼這麼好。
手術後開刀房還會來病房看病人，我很滿意。

4.4 執行手術訪視前後之結果比較

- 1.針對手術病患術前訪視與術後訪視結果兩者比較，如 4.2 所示。由比較中顯示曾給予術前訪視的病患，在術後訪視時，病患呈現的是滿意，沒有問題，給予的回饋是正向反應。根據 PZB 服務品質缺口五：「顧客對服務的期望」與「實際知覺服務」間的差距，顧客對服務的期望與實際所感受到的服務經驗一致，使顧客滿意，則縮小缺口五。
- 2.針對執行術前訪視與未執行術前訪視之結果比較：針對手術病患給予術前訪視與未給予術前訪視兩者比較，由結果顯示給予術前訪視的成效大於未給予術前訪視，後者普遍希望手術室人員能提供相關訊息，降低不確定感，如 4.3 所示。
- 3.針對執行術前訪視病患所呈現的訊息需求及反應可歸納為對手術室環境的感受、生理反應、心理反應、手術訊息及滿意的服務五項探討。

(1)手術室環境手術前關注的焦點

本研究訪談之病患皆提及進入手術室的感覺就是冷，若護理人員曾於術前說明再加上進入手術室馬上提供溫被的照護，在術後訪視時病患均給予肯定及滿意的回應。

(2)生理層面

病患會擔心傷口痛、傷口的美觀，藉由術前訪視與病患及家屬討論，並提供解決的可行辦法，可解決病患的焦慮。

(3)心理層面

病患對手術呈現焦慮，表示不知用甚麼麻醉方式，麻醉後會不會怎樣，術後訪視雖然以點頭表示沒問題，但如配合麻醉人員訪視加強說明，將更能更增強病患的信任感。

(4)訊息需求

研究中病患對訊息需求首要為等候時間的告知，透過術前訪視說明，讓病患心理有準備，可降低焦慮及不確定感。但對手術中家屬於手術室外等待時的焦慮，卻為本研究進行初期所忽視的。

(5)滿意的服務

透過術前、術後訪視，對病患而言手術室人員至病患訪視，除了可降低焦慮感，對病患訊息提供亦有實質上的幫助，所以病患對手術室護理人員至病房訪視給予正向的回饋，覺得是滿意的服務。

表 4.2 術前訪視及術後訪視結果分析

項目	子項目	術前訪視	術後訪視
手術訪視與手術前訊息之相關性	手術前病患關注的焦點	進入手術室會讓我感覺冷，術前訪視二位病患馬上提及怕冷、怕痛、傷口難看。	<ol style="list-style-type: none"> 1.一位病患表示還好有講，所以有準備被子，你們小姐也有多拿一床被子給我蓋。 2.我覺得很好。只是現在還是會痛。我不知道還有甚麼要建議的，先講一些事，先做準備，講了之後先準備就可以很順，這樣就可以了，所以我很滿意。
	差異分析： 護理人員及時提供解決，立即達到滿意的回應。		
	心理反應	面臨手術呈現焦慮的反應 有四位提及最擔心的是麻醉阿！擔心會危險，擔心麻醉後自己不知道會不會有什麼樣的問題，會不會有副作用，就是會怕醒不過來。會怕怕的，心理面一直念佛。	<ol style="list-style-type: none"> 1.一位病患表示到開刀房因為緊張，他們都有講笑話給我聽，。 2.術後訪視病患大都以以點頭...表示或當然好啊！ 3.我也不知道有什麼比較需要知道的，我也不會講呢？」反正刀開一開就出來了，人不舒服的話就按叫人鈴。
	患期望的差距	手術前訪視內容與病 術前說明的內容包括手術前的準備、確認手術部位、手術流程、手術後會放置的管道，保暖照護。	經術前訪視再給予術後訪視時，病患表示：當然好阿,至於還想知道甚麼，不用了，基本的都已經知道，開刀房裡面小姐態度都很好,還想知道甚麼？其實差沒多少，因為感覺到該知道也都知道了。
	差異分析： <ol style="list-style-type: none"> 1.對術前訪視病患大都以點頭來禪述術前訪視的結果，並給予正向的回應。 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。 		
手術訪視與滿意度之關係	滿意的服務 術前訪視時給予說明。	二位病患表示：裡面小姐都不錯；每個人感受不一樣，對我而言就是很滿意。	
差異分析： 透過術前訪視得到的結果是滿意。			

表 4.3 執行術前訪視與未執行術前訪視比較分析

項目	子項目	執行術前訪視	未執行術前訪視
手術訪視與手術前訊息之相關性	手術室環境	二位病患提及怕冷，表示有先講，先做準備，護理人員也會提供溫被，所以很滿意。	手術室環境：二位病患亦提及冷。
	生理層面	怕痛、傷口難看	未提及該項需要。
	<p>差異分析： 病患對手術室環境皆擔心冷，如在病患進入手術室，馬上提供溫被，讓病患感受關懷。 為建立醫病關係溝通管道的第一步。</p>		
	心理反應	病患表示擔心麻醉，擔心麻醉後自己不知道會不會有什麼樣的問題於術後訪視呈現以點頭...表示或當然好阿！於還想知道甚麼，該知道的都已經知道了。	多多少少還是會會擔心病情，緊張我進去不知道會變怎樣？進去怎麼開我們也不知道阿！
	手術前訪視內容與病患期望的差距	經術前訪視的病患於術後訪視時，會表示都很好，沒有問題，但也病患忘記術前訪視的過程：手術前有來關心！忘記了；我哪記得！但也有病患認為：如果先講一些事，先做準備，講了之後先準備就可以很順，這樣就可以了。	詢問術前訪視之執行，病患回應：當然好阿，至於還想知道甚麼，不用了，基本的都已經知道，還想知道甚麼？事前該知道的醫師都有說過。其實差沒多少，因為感覺到該知道也都知道。
<p>差異分析： 兩者之比較，病患肯定術前訪視，但對訪視內容並無太多的要求。</p>			
手術訊息需求	手術預期花費時間的告知	術前訪視告知送開刀房時間，等候多久「小姐有告訴我甚麼時候去開刀房」所以對時間得疑問無太多爭議。	四位病患表示：時間排什麼時候、時間大概會多久，至少我們有心理準備，病人也會有心理準備阿，望能夠知道我開刀要花多少時間？多久能開完？有位家屬說：我們傻傻的一直在外面等，等的真的很心急。

項目	子項目	執行術前訪視	未執行術前訪視
手術訊息需求	手術過程	術後訪視徵詢意見及不足之說明時，病患反應：不知道還要知道甚麼？或是沒有。	二位病患表示入開刀房到上手術台之前，這中間的空檔，都沒有人告訴你下一步要做什麼，心理上覺得有一點不踏實大概就是這樣。還有就是流程。開刀前跟你做一個說明，會有一些幫助。
	術後護理指導	術後訪視病患提及：手術完後要多久時間可以復原？哪時候要做復健？	病患提及：我覺得後續得視一些情況要多增加，比如可能一些開刀情況、傷口照顧的方法，還有哪時候可以吃東西，什麼時候可以下床。看看要注意什麼，家人樣怎麼照顧才會趕快好起來，還有我們要注意什麼對我的傷口比較有幫助的。希望在病房這裡護士小姐能夠給我們做充份的介紹能對病情比較有幫助的。
	<p>差異分析：</p> <p>由上述兩者分析顯示病患對手術後照護之迫切性。但因病患護理照護必需是連續性，給予的護理指導，也需評估其成效，護理人員在提供病患護理指導時，亦需依病患對護理指導學習需求之個別差異提供指導。因術前、術後訪視時間的限制，無法提供完整有效之衛教，也是手術訪視弱點之處。</p>		
手術訪視與滿意度之關係	滿意的服務	術後訪視病患提及：至於滿意度來說的話，我是覺得進步很多啦！比起我二十幾年前的開刀是有很大的進步。	<p>至病房探訪時：病患的回應是：現在為什麼開刀房會來看，服務怎麼這麼好。</p> <p>病患對手術訪視的觀感是專業的，透過專業給予的是信任感。一位病患表示：醫學的東西我們不懂 一定要交給你們這些專業人員；家人在安慰雖然跟醫生護士說的差不多，但是從你們專業的說出來就能給我們很大(定心)當然你們來看我們是一個很重要的支持。</p>
	<p>差異分析：</p> <p>二者比較分析：透過術前訪視得到的結果是專業的信任及滿意。</p>		

4.5 訪談結果與理論比較分析

由訪談資料中病患訊息需求，分析病患對手術訪視訊息需求及服務之落差，以 PZB 服務品質模型對應整理出各項做法對服務品質的影響，找出主要影響因素與服務缺口，評析對服務品質的影響。整理歸納出六項次為：(1)手術室環境(2)生理層面(3)心理層面(4)訊息需求(5)術後護理指導(6)滿意的服務。針對影響服務品質之缺口，透過術前訪視瞭解病患需求，適時提供訊息及照護，縮小缺口間的差距。所以在病患的期望服務與實際知覺服務，以執行術前訪視及未執行術前訪視缺口之比較為，術後護理指導提供未符合病患之需求。如 4.4 所示。

4.4 服務品質缺口影響表

期望的服務	執行術前訪視	未執行術前訪視
手術室環境	事先告知及適時給予保暖	需要
生理層面	討論並提供解決辦法	未表示
心理層面	探訪說明適時給予安撫及照護	需要
訊息需求	手術時間、手術過程的告知	資訊傳遞障礙
術後護理指導	提供不足	需要
滿意的服務	主動探訪、主動關懷	

4.6 討論

本研究結果得知，手術病人對手術訪視之成效可由：手術訪視與手術前訊息之相關性、手術前訊息需求、手術訪視與滿意度之關係三個主題探討。

1. 在手術訪視與手術前訊息之相關性

個案呈現對手術室環境的觀感「冷」、怕痛、開刀傷口難看、術後的衛教、過去手術經驗致不同的反應。病患透過訊息傳達對冷、痛的感覺，顯示生理需求需先被滿足。

病患進入手術室，「冷」是對手術室觀感的傳達，是對手術室的刻板印象，產生的反應是莫名的顫抖。「冷」對於一般民眾而言是重要的生理感受，而手術室對一般人的觀感是冰冷的。因此在手術前是病人及家屬所擔心的。手術室的溫度冷或不冷，對我們健康的醫護人員和病人的體會是不同

的，有時病人會因心理因素和情緒上的過度緊張、憂慮而產生一系列的神經官能症狀、非病理改變的臨床表現。所以在本研究中訪談時可發現病患會先表示對手術室環境的感受，與蕭雅芳（2008）的結論所謂最不重視的項目為「手術室環境」觀點不同。

在生理層面痛覺方面，病患在面對對手術的來臨，首先想到的就是「痛」，包括怕打針引起的痛，怕傷口痛。「疼痛」是每一個人都有的經驗，手術後引起的疼痛及未來的癒後、治療流程，對手術後結果的期望，是目前手術前所擔憂的問題。也會因過去手術經驗，對未知的手術不確定及無法控制感導致焦慮產生，進而影響訊息之接受，所以病患常會以不知道來詮釋對於手術的瞭解程度。

藉由手術前訪視先瞭解病患關注點，透過術前的準備工作與術前訪視溝通方式，了解病患在面對手術時關注的焦點，有助於訊息提供的及時性，減輕病患術前的焦慮與害怕，縮短醫病之間的距離。與林碧珠，戈依莉（2004）：指出手術前未知的害怕是大部分病患手術前焦慮的來源，手術前的衛教幫助病患對手術的認知，對減少因不了解所造成的害怕、焦慮有正面的效果與本研究所呈現之狀況雷同。

故應著重於處理病人術前的不確定感，針對其關注點降低焦慮的情緒，才能提升手術前訪視的成效。因此術前正確地、有效地提供易於瞭解的資訊，不僅可降低病患焦慮，亦會改善術後的恢復，進而增強其對手術全期的因應能力。

2. 手術前訊息需求

對於一般民眾來講，「開刀」本身就是恐懼的代名詞，病患對於手術感到焦慮，在研究中病患面對手術其所想了解的是：手術預花時間的告知、手術過程的說明。更會因訊息傳遞的障礙導致焦慮產生。而術前訪視傳達給病人的訊息，有時不是病人最想知道的。反而以「不知道」取代自我調適衝擊的方法這種情結，選擇放棄知的權利。所以更需藉由術前訪視瞭解手術過程，減少病患的不確定感。

在訪談資料分析中顯示尤其是對麻醉的恐懼感，害怕擔心麻醉後會不會醒不過來。在等待的開刀過程中，無法預知的時間及無法掌控的情況下，有時會抱持著「聽天由命」的心態。這種「對未知物的恐懼」是可以理解的，因此術前訪視的一個很重要的功能，就是讓病人在進來開刀房以前，

讓他們能夠對即將加諸於他們身上的事物有所初步的了解。經過這樣一個適當的描述以及釋疑，可以若干程度上解除病人以及家屬的不安。因為滿足病人知的權利，亦為術前訪視的重要一環。

而手術訊息需求性研究結果，Mordiffi et al. (2003)研究調查，病患、護理人員認為詳細的麻醉訊息為最重要，詳細手術過程訊息次之，開刀房環境的訊息在病患排序第三。66.7%病患認為護理人員提供詳細麻醉訊息不足及黃光琪等人(2004)述及病患手術前後焦慮及不確定感多為擔心手術過程、後遺症、麻醉方式及風險、術後疼痛及復原狀況等與本研究發現雷同，病患希望獲得全部的資訊(無論是好消息或壞消息)。

其次在研究中針對手術訊息，病患對術後照護的需求性亦高，無論術前訪視或術後訪視，病患皆提及術後照護及自我照護的需求。所以護理人員除了需加強提供病患護理指導外，更可依病患對護理指導學習需求之個別差異提供指導，將有助於病患護理指導學習之成效，同時滿足病患住院期間之需求。歷年來隨著護理專業知識的擴展與能力的提伸，護理人員在病患之護理指導方面亦扮演著重要的角色。

由於護理指導主要是使病人獲得相關的醫療資訊，以及學習自我照顧技巧，而提供住院病患護理指導的目的主要是，希望藉由訊息的提供來增加患者對其疾病、症狀及治療過程等知識的了解，並提供患者有關飲食、藥物服用與身體活動等訊息。丁肇鳳(2006)指出，病患住院天數縮短，在護理指導時間減少情況下，護理人員應將手術出院後居家自我照顧處理的衛教納入護理指導中。許玉真等人(2005)認為，給予術前訊息的護理指導是病患對健康與疾病知識獲得的主要來源。透過護理指導將改變或增加病人和家屬的知識訊息。此與李雅玲等人(2000)之論述相似，即對病患或其照顧者提供相關訊息，配合醫療處置行為，不但可以減輕病患對疾病之焦慮，增進自我照顧能力，減少住院期間重新送檢及傷口感染等併發症發生，並降低住院天數及增加醫療機構盈收。

王雅玲等人(2005)指出，護理人員為協調病人檢查及治療的重要角色，唯有醫護人員提供相關的知識，詳細解釋檢查及治療流程，給予住院病患詳細且完整的護理指導，才能讓病患知道如何照顧自己，將可降低病患的焦慮並提高治療效果，亦可減少其在治療期間發生的意外和傷害。本研究呈現相同觀點，病患認為術後照護由護理人員提供，尤其是病房的護

理人員與病患相處時間更長，所以手術室人員如能與病房護士互相配合，將可提供病患更好的照護。

3.手術訪視與滿意度之關係

對於服務品質的要求是一種主觀的經驗，即使未能發揮手術前訪視的結果，但仍獲得病人及家屬的肯定。住院期間對服務提供者的感受亦會互相影響，可能出現群體效應，因此整體感受上最終的關鍵，在於醫療服務提供者是否有給予期望外的驚喜。

另外專業形象的關懷對整體感受上的表現也有加乘效果。在住院的有限時間內提供術後的資訊及護理指導以確保醫療照護品質，亦可提升滿意度。鐘漢軍等人(2006)、蕭雅芳(2006)及林維君等人(2002)一致認為，病患對手術資訊需求重視度會影響病患滿意度，手術前諮詢的確能增加病患滿意度及改善術前焦慮。住院期間若病患及其照顧者接收到資訊滿意度就高。手術訪視在服務品質上呈現的也是一種關心的表現。

第五章 結論與建議

5.1 結論

本研究主要探討手術訪視成效，及了解病患對手術訪視訊息提供之需求，上列研究結果觀其手術訪視需著重在：

1.手術室環境：「冷」的感受需獲得重視。2.生理層面的需求：獲得疼痛的處理及傷口恢復美觀的訊息。3.心理層面的需求：強調對手術時麻醉的反應及病情告知相關資訊需求。4.手術預期花費時間的告知。5.手術過程。6.手術中訊資即時更新：隨時提供進展時間之異動，避免訊息傳遞障礙。7.術後護理指導：手術病患對術後護理指導需求性高，尤其對術後及時性的照護及自我照顧之重視。亦需考量病患會因過去手術經驗及訊息需求不高，而會有不同特性病患所重視之需求。

其次在手術訪視與滿意度之相關性：對病患而言手術室人員透過術前、術後訪視，除了可降低病患焦慮感，對訊息提供亦有實質上的幫助，藉由手術前訪視提供病患關懷的感受，有助提升病患滿意度及醫療服務服務品質。分析手術病患接受手術訪視與未接受訪視之差異（缺口五），結果為：手術室人員透過術前訪視，因應病患需求照護，確能達到其效益。

手術病人由於需要透過危險性較高的侵入性治療來改善現有的健康狀態，所以他們較一般病患承受較高的壓力。護理人員在訪視期間，藉由訪視與病患建立良好之護病溝通，主動提供病患相關訊息並能確認病患瞭解程度，適時給予心理支持，讓病患降低手術不確定感產生的焦慮。

除了提供術前資訊給病患外，並能運用同理心關懷病患，依病患個別性提供照護。以其在醫療行為及醫病關係漸趨複雜的現今社會裡，醫護人員展現出同理的態度，手術室人員除了既定內容說明，亦需因應不同之需求做說明，不僅可澄清病患所疑惑之問題，並能提供病患關懷的感受，與病患建立互信的關係，才能有效縮減服務缺口之差距。本研究藉由找出缺口五之相關因素，將病患所重視的需求更能具體化運用於實務上，以符合病患所期待之服務，因此能縮短服務品質缺口五之差距。

5.2 護理上應用之建議

1.手術訪視訊息內容提供

醫護人員提供術前資訊給病患，主要是期望病患能夠藉由這些資

訊降低其不確定感，並應用於處理手術可能面對的問題，所以建立術前訪視規範，需以病人需求為重點，在提供過程(1)先呈現最重要的資訊；(2)確認病患是否瞭解；(3)使用視覺輔助；如圖片說明(4)避免醫療專業用語，才能達到滿意的服務品質。(5) 訊息更新：對資訊化欠缺現象，無法立即呈現，則需於手術完主動告知。

2.手術前訪視內容應有差異化

對鄉鎮偏遠地區或年紀大之病患根本不知道自己想知道甚麼？術前解說太多更容易忘記，只希望病會好，不舒服時護理人員會來探視及關心，所以術前訪視也可以適時給予安撫，亦是一種關懷的表現。

3.加強醫病溝通

醫病溝通的良莠會影響到臨床醫療的品質，它會影響到病患對照護的滿意度、生理和心理健康的結果。許瑋真（2007）述及，醫護人員的溝通技巧與病患的理解能力是溝通困難的要素。醫護人員在溝通過程中，容易使用技術性的辭彙，以及專業詞彙，再者他們需要在短時間內進行相當多的工作，因此，在說話的速度上可能相當快速，以致病患無法理解，而且過多的資訊，反而易造成病患的困擾，使他們無法有效運用。而在病患的理解能力部分，醫病間的口語溝通非平日使用語言，因此，病患並無法瞭解醫護人員所言所代表的意義。

依據研究結果得知，部分病患訴及「忘記了、不知道」或「都是對醫院比較重要的事情才說」，顯示目前訪視提供的服務內容不是所期待的，未考慮病患的差異性，也未達到良好的溝通。所以由病患角度而言，此項服務是必需的，但是內容部分應依病患需求為導向。管理者在推行手術全期訪視作業時能夠適時修正實行作業內容與措施，依其實際需要訂定整體性的照護計畫，才能完善提供與落實對手術病人全人、全家、全面性及整體性醫療照護，進而達成醫療品質的精髓。

(1)在醫病溝通的過程中，態度是很重要的一項，對低健康識別能力的病患，知覺同理心較術前資訊理解程度更能有效降低術前焦慮的情形，因此，與這類病患溝通最重要的不是資訊的傳播，而是醫護人員所表達出來的同理心及關懷。

(2)因應政策的改變，手術室護理人員走入病房與病患直接面對面溝通，提供病患與家屬手術資訊的窗口，但在傳達訊息上則需運用評

估技巧及專業知識，才能達到與病患間良好的溝通，所以主管在執行手術訪視前，需先加強手術室護理人員溝通能力、評估技巧及專業知識，期使手術訪視能確實發揮效益

手術全期開始於決定手術，終了於居家或臨床的手術後評價，這段時期手術室護理人員扮演了全職的角色，不但擴展了手術室護理人員專業角色，更重要能減輕病患手術前不確定感及焦慮，增加其對手術之認知及因應能力。所以手術室護理人員應具有自主性、專業知識與技巧，在病患手術前、中、後期，根據病患的個別健康問題及需要，運用護理專業知識與技能，提供持續性的護理活動。

5.3 研究限制

本研究主要是透過質性研究深度訪談方式，來瞭解手術病患對手術前提供訊息與實務之落差，由於受訪人員皆為手術後病患，基於體力有限，無法訪談太久，有些個案無法在語言部分有深厚描述，必須透過非語言部分觀察，以輔助個案語言表達的內容，此為本研究的限制。

參考文獻

中文部分

- 王文良，盧一帆，張宏哲，劉安琪，2006。利用 PZB 與 FAHP 於養護機構服務品質評估之研究，*健康管理學刊*，4(1)，103-120。
- 王英偉，2001。醫療場所中的衛生教育與健康促進，*健康促進暨衛生教育雜誌*，21，37-53。
- 王雅玲，陳羿君，王敏華，2005。建立某病房高壓氧護理指導教材之專案，*國立台北護理學院護理系期刊*，1(2)，17-25。
- 王麗君，李紅。外科擇期手術病人對護士手術前探訪的需求。
www.fmskh.com.hk/conhk/hknj/data/390203.htm，第十四屆護理學院週年護士會議中發表。
- 伍雁玲，吳秋燕，張玉珠，劉荼，2005。手術室護理，台北，華杏文化事業，191-196。
- 李政賢(譯)(Catherine Marshall & Cretchen B. Rossman 原著)。(2006)。質性研究：設計與計畫撰寫(Designing qualitative research.3rd ed.)。台北：五南。
- 李婉怡，吳靜宜，林佳慧，2007。醫療院所服務品質與顧客滿意之關係探討—以南部某牙醫聯盟為例，*品質學報*，14(2)，181-195。
- 李雅玲，林安麗，林宜蓉，2000。系統性護理指導對腸造口病童照顧的影響，*慈濟醫學*，12(2)，131-139。
- 邱文達，蔡宛真，黃寶萱，張英睿，2007。建立以病人為中心的醫療品質服務系統，*醫療品質雜誌*，7，20-26。
- 邱文達，石崇良，侯勝茂，2004。病人安全與醫學倫理-建構與病人為中心的醫療體系。*台灣醫學人文月刊*，5(12)，66-96。
- 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)，125-135。
- 林宏榮，2003。病患安全風險因素之研究~以台灣大型醫院急診部門為例。
- 林維君，黃文聰，廖純真，謝玉娟，邱智鈴，夏德瑛，曹朝榮，2002。安寧病房中家屬照顧者資訊需求，*安寧療護雜誌*，8(2)，161-174。
- 林碧珠，戈依莉，2004。減輕手術病人焦慮之護理處置。*長庚護理*，15(3)，312-317。
- 陳淑如，林佳靜，鄭琦，何善台，1998。探討手術後病人對疼痛護理及疼痛控制的滿意度及其影響因素。*護理研究*，6(6)，475-485。
- 陳淑華，黃瑞珍，吳昭敏，林麗滿，朱翠萍，2009。手術室護理人員執行術前訪視服務之專案。*長庚護理*，20(2)第二十卷第二期，233-240。
- 陳鳳玲，歐惠容，孫培蕾，2004。某醫學中心門診手術兒童家屬對醫院服務的滿意度。

高雄護理雜誌，22(12)，1-11。

許玉真，葉淑惠，周汎濤，陳美杏，2005。術前訊息需求與提供：比較病患與護理人員之觀點。醫護科技學刊，7(4)，403-412。

許玉真，周汎濤，章順仁，2005。比較病患與其主護護理人員對術前衛教內容重要程度之看法。實證護理，2(3)，219-226。

馮容芬，1995。運用研究結果護理手術前焦慮之病患。護理雜誌，42(4)，37-53。

張寶芬，2003。運用 Orem 理論於一位行洛失手術病患之手術全期護理。護理雜誌，52(6)，94-101。

黃光琪，吳興盛，梁拒，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。

鄭玉華，盧美秀，2006。手術前疼痛衛教對改善脊椎術後病人疼痛經驗之成效探討，實證護理，3(2)，107-118。

蔡文正，2005。應用服務品質缺口理論建立與評估中醫醫療服務品質指標，中醫藥年報 23(3)，241-302。

蔡欣玲，邱淑芬，林惠蘭，1997。護理指導對手術病人之效果。台灣醫學，1(2)。

賴秋香，林麗滿，黃珊抖，2002。門診手術病患於手術全期之護理需求探討。長庚護理，14(3)，234-241。

賴秋香，張寶芬，蔡金育，陳美杏，2006。提升子宮內膜刮搔門診手術病患護理指導滿意度專案，志篤護理，6(6)，103-110。

賴文恩，季瑋珠，丁志音，吳中興，林令世，2006。質性研究與證據醫學，光田醫學雜誌，1(2)，57-62。

謝喜年，鄭時宜，2006。醫療產業服務品質滿意度之比較-以高雄地區三家醫學中心為例，創新、整合與應用研討會，282-293。

蕭雅芳，2008。骨科手術病人資訊需求與資訊獲得之探討--中部某區域醫院為例，未發表論文。

鐘漢軍，董道興，謝玉芬，黃麗華，師慧娟，石惠美，2006。手術前麻醉諮詢門診對術前焦慮與術後滿意度之探討，醫管期刊，9(2)，114-126。

英文部分

- Beck, C. T. 1994. Reliability and validity issues in phenomenological research. *Western Journal of Nursing Research*, 16(3), 254-262 .
- Elliot, J.1991. *Action research for education change*. Philadelphia: Open University Press .
- Lincoln, Y.S., & Guba, E.G; ., 1985 *Naturalistic inquiry*. Newbury Park, CA: Sage .
- Miles, M. B., & Huberman A. M., 1994 .*Qualitative data analysis*, CA: SAGE .
- Minichiello V., Aroni R., Timewell E. & Alexander L. 1995 *In-depth Interviewing*, Second Edition. South Melbourne: Longman .
- Mordiffi, Tan., & Wong, 2003. *Information provided to surgical patient versus information needed*. *AORN Journal* , 77(3), 546-558 .
- Oetker-Black, Jonse, Estok, Ryan. 2003. Preoperative Teaching and Hysterectomy Outcomes. *AORN Journal* , 77 (6) 1215-1230 .
- 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
- Roark, J., 2005. When waiting-room brochures won't do: Patient education requires a human touch. Retrieve May 13 .
- <http://www.surgicenteronline.com/article/361feat6.html> .
- Strauss A, Corbin J., 1990. *Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques*. CA: SAGE, .