

東 海 大 學

工業工程與經營資訊學系

碩士論文

護理人員對閾值之認知探討
—以 PZB 模式為例

研究生：吳曜佺
指導教授：潘忠煜 博士

中華民國一〇五年四月

**Nurses Discussion on the Threshold of Perception
- In PZB Mode Case**

By
Yao-Hsuan Wu

Advisor : Dr. Chung-Yu Pan

A Thesis
Submitted to the Institute of Industrial Engineering and Enterprise
Information at Tunghai University
in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Science
in
Industrial Engineering and Enterprise Information

April 2016
Taichung , Taiwan

護理人員對閾值之認知探討—以 PZB 模式為例

學生：吳曜佺

指導教授：潘忠煜 博士

東海大學工業工程與經營資訊學系

摘 要

本研究整合相關文獻發展出「醫療服務品質認知衡量模式」，歸納12項相關指標形成問卷。以台中某醫學中心之品質管理中心及護理人員為對象，蒐集雙方對上述12項服務品質指標認知之資料。整體而言，品質管理中心與護理人員對閾值的認知並無顯著差異，僅部分項目具有顯著差異。進一步分析後，發現顯著差異落在第二類別「對閾值的制訂方法的認知」，導致該類別有顯著差異的原因可能是護理人員未曾參與制定閾值的過程，只有執行活動，反之，品質管理中心參與了閾值的制定，卻從未實際去執行。就服務品質缺口而論，品質管理中心或護理人員對閾值的認知具有一致性。

關鍵字詞：醫療服務品質、閾值、認知

Nurses Discussion on the Threshold of Perception - In PZB Mode Case

Student : Yao-Hsuan Wu

Advisor : Dr. Chung-Yu Pan

Department of Industrial Engineering and Enterprise Information
Tunghai University

ABSTRACT

In this study, "medical service quality measurement model of cognition" is developed from the integration of relevant literature. A questionnaire consists of twelve related indicators. This questionnaire has given to the quality management center staff and nurses of a medical center in Taichung. Data from both sides of the twelve service quality perceptions is collected. Generally speaking, there is no significant difference between both sides for cognition of the threshold. However, there is significant difference falls in the second category "cognition of threshold methodology". To lead to such consequence is probably nurses have not been involved in the development of threshold but to implement. On the other hand, quality management center staff don't implement ever but to develop the threshold. Service quality gap is concerned, quality management center staff and nurses are consistent in cognition of the threshold.

Keywords : Quality of Medical Services, Threshold, Perception

致謝

因為能夠行到此步，要感謝的人真的太多了，總怕有所疏漏；又深怕自己平凡的文筆無法表達出心中最深的謝意。藉著這個版面，要向那些在論文寫作過程中曾經幫助過我的人獻上感謝。

首先要感謝的是我的指導老師—潘忠煜老師。一直以來，我都是個不夠認真，也不夠專心的學生。但是老師從最初對於題目的肯定，到一路上資源的提供，甚至到最後論文撰寫階段種種的意見與看法、討論與指導，總是包容大過責備。尤其是每次心虛地與老師討論論文內容之後，老師的安慰勸勉總是能夠使我又滿有動力地繼續往下撰寫。也謝謝老師總在危急的時候拉我一把，在老師身上我看到的是一位幽默風趣又溫柔慈祥的長者，也是一位極盡所能照顧學生的好老師。能夠作為老師的學生，是上帝給我的恩典。

感謝口試委員：陳美玲老師與陳南松副局長。謝謝兩位老師能夠在百忙之中特地抽空閱讀拙著並給予指正。謝謝陳美玲老師給予的鼓勵以及建議；也特別要謝謝陳南松副局長細心的閱讀以及在口試時的指正，幫助我釐清許多觀念，也讓粗枝大葉的我學習到研究的細緻，更拓展了我對於醫療服務品質的研究視野。

在論文產出的過程當中，感謝嘉貞學姊、翠娥學姊、相頤學姊、叔如學姊、玉蓬學姊以及美玲學姊。謝謝你們在論文架構建構的過程中給予的意見，也謝謝你們一路上的鼓勵，總是強化了我對於完成論文的信心。

更該感謝的是我的家人。謝謝爸媽一路上栽培我、支持我，從小就提供我良好的讀書環境，讓我能夠總是專心只為讀書，不為其他生活瑣事而煩惱。尤其謝謝媽媽從小到大的陪伴與悉心教導，謝謝爸爸從不干涉我的志向。能夠生在這個家庭的我真的非常幸福。

這篇論文一定還有許多不完美的地方，但在撰寫論文的過程中，我獲得許多寶貴的經驗，也希望這篇論文可以給後來的研究者提供些微的幫助。

吳曜佺 謹誌於

東海大學工業工程與經營資訊學系

中華民國一〇五年四月

目錄

摘要.....	i
ABSTRACT.....	ii
致謝.....	iii
目錄.....	ivv
表目錄.....	v
圖目錄.....	vii
第一章 緒論.....	1
1.1 研究背景與目的.....	1
1.2 研究範圍與對象.....	2
第二章 文獻探討.....	3
2.1 服務品質的意涵.....	3
2.2 PZB 服務品質五缺口模式.....	10
2.3 臺灣醫院服務品質相關文獻.....	16
第三章 研究方法與分析.....	20
3.1 醫療服務品質認知衡量模式.....	20
3.2 醫療服務品質認知程度之操作型定義與研究假說.....	22
3.3 資料收集與分析方法.....	23
第四章 結果分析.....	24
4.1 敘述性統計.....	24
4.2 獨立樣本 T 檢定.....	27
4.3 品質中心與護理人員對閾值的認知之差異.....	28
4.4 品質管理中心與護理人員對閾值的認知差異之訪談結果.....	33
第五章 結論與建議.....	35
5.1 研究結論.....	35
5.2 研究限制.....	36
5.3 建議.....	36
5.4 未來研究方向.....	36
參考文獻.....	37
附錄一 閾值認知程度問卷.....	39

表目錄

表 2-1 PZB 服務品質決定因素定義及內涵.....	8
表 2-2 文獻內容、關係與使用分析方法.....	18
表 4-1 敘述性統計.....	26
表 4-2 獨立樣本 T 檢定(類別).....	28
表 4-3 獨立樣本 T 檢定(題項).....	29
表 4-4 獨立樣本 T 檢定(認知程度).....	30
表 4-5 獨立樣本 T 檢定(制定方法的認知).....	31
表 4-6 獨立樣本 T 檢定(未達標準時的處理方法).....	32
表 4-7 獨立樣本 T 檢定(品管相關事務).....	32

圖目錄

圖 2-1 服務—利潤價值圖	8
圖 2-2 PZB 服務品質五缺口模式關係圖	11
圖 2-3 PZB 十項因素關係圖	14
圖 2-4 SERVQUAL 服務品質量表五大構面關係圖	15
圖 3-1 醫療服務品質認知衡量式.....	21

第一章 緒論

1.1 研究背景與目的

隨著生活水平提昇，國人不僅對醫療服務的需求增加，對服務品質的要求亦不斷提高。隨著全民健保的施行，醫療市場的競爭更趨激烈。如何在有限資源下提昇醫療院所的服務品質，以保障消費大眾的權益，增進其滿意度，是管理人員與服務執行者共同努力的方向，亦是政府部門及一般社會大眾所關切的課題。醫療服務因其本身所具有之專業性與生命攸關性，所以醫療人員更需要掌握相關專業知識。國內醫療水平不斷進步，除了民眾對醫療品質的期望日高外，醫院內部之服務品質也受到相當的重視。俗話說，知己知彼，百戰百勝，醫院必須先了解自己內部的服務品質狀況，才能讓顧客感受到優良的服務品質。有關醫療服務品質之研究，國外在理論或實證方面之文獻皆相當多；但相關醫院內部服務品質之研究相對較少，且多以顧客滿意度為研究重點，鮮少討論醫院內部之服務品質狀況。

閾值在醫療服務品質中，扮演著相當重要的角色。醫療院所的品質管理中心所制訂之閾值，是做為服務品質衡量的標準。然而，護理人員才是執行者，其所執行之服務品質，卻往往無法達到品質管理中心所制訂出之閾值。雙方對閾值的認知是否存在差異？本研究嘗試發展一套「醫療服務品質認知衡量模式」，經由文獻及實務經驗歸納出醫療服務品質指標項目並形成問卷，用以衡量各相關群體對醫院內部服務品質之認知程度。本研究將以此模式為基礎，由重視第五缺口的認知差距，以醫院品質管理部門與護理人員之間的認知差距作為架構，期望能為台灣的醫院提升服務品質。本研究以台中某醫學中心做為研究對象，分析其內部相關人員對衡量服務品質時，制定閾值的指標，閾值在制定者與執行者之間的認知是否存在差異。

基於上述，本研究的目的是有兩項：

1. 瞭解醫院內部品質管理中心與護理人員對閾值的認知程度。
2. 若品質管理中心與護理人員對閾值有認知差異時，釐清產生的原因。

1.2 研究範圍與對象

為了解各醫療相關群體對我國醫療服務品質的認知及其差異，本研究蒐集相關文獻，發展出一套「醫療服務品質認知衡量模式」做為後續實證研究之依據。採用問卷的方式以樣本醫院之品質管理中心及護理人員為對象，進行實證研究。該實證研究分為兩部分：第一部份為品質認知衡量指標之建立；第二部份則根據此品質衡量指標，收集並分析各相關群體對醫療服務品質之認知程度。對象為台中某醫學中心，共發出六十份問卷，包括品質管理中心十四份，護理人員四十六份。

第二章 文獻探討

本節將先探討服務、品質、服務品質等名詞之相關意涵，以及PZB服務品質模式第五缺口之相關研究，以釐清本研究主題的相關概念。

2.1 醫療服務品質的意涵

2.1.1 服務的意涵

服務(Service)，是基於人的活動所產生，Juran(1974)服務被界定為「為他人完成工作(Work performed for some one else)」，並認為在組織內為其他成員提供勞務一是服務的一種，稱之為「支援服務」(Support services)，進而引申出內部顧客的概念。楊錦洲(2009)認為「服務是服務提供者提供物品、勞力、技術、專業、知識、資訊、設施、時間或空間之中的某些項目給顧客的一系列活動構成的流程(Process)，以產生顧客所需之價值」，如「為顧客辦理事務，解決顧客問題，或是娛樂顧客、服侍顧客、讓顧客愉悅、舒暢」皆是屬於服務的一環。雖然服務與實體商品一樣可以透過市場交易取得，Parasuraman、Zeithaml 與 Berry(1985)認為服務因為具有無形性(Intangibility)、不可分割性(Inseparability)、異質性(Heterogeneity)以及易逝性(Perishability)等特性，使其與實體商品大不相同。

綜上所述，服務是服務提供者與顧客直接或間接互動間所構成的流程。服務提供者在流程中提供物品、勞力、技術、專業、知識、資訊、設施、時間或空間等無形商品；顧客同時獲得其所欲的價值，具有無形性、不可分割性等特性。鄭元齊(2014)服務會因服務提供者、服務對象、時空背景因素的不同而發生變化，使其難以標準化也無法預先儲存，以求供需平衡，具有異質性與易逝性等特性。

2.1.2 品質的意涵

品質(Quality)是代表某項產品或服務符合特定標準的狀態。過去製造業多設立品質管理部門來為產品品質把關。直到 Deming 於 1970 年代所提出的「品質是製造出來的，而非檢驗出來的」，掀起了全球的全面品質管理(Total Quality Management, TQM)，學者所關注的焦點也從「產品品質」轉變為「生產過程品質」：

1. Juran(1974)將品質定義為讓顧客覺得「適用」(Fitness for use)，亦即產品製造無缺點，產品特性符合顧客需求。

2. Deming (1982)認為，品質是「用最經濟的手段，製造出在市場上最有用的產品」的工作表現。
3. Crosby (1979)認為品質是指「符合需求」(Conformance to requirements)，並提出零缺點的概念，認為品質是第一次就把事情做對(Do it right the first time)的結果。
4. 石川馨與周濱 (1986)認為品質是一種能讓消費者或使用者滿意、滿足顧客需求，並且願意再一次購買的特質，並且以「顧客導向」為核心，品質應以滿足顧客需求為依歸。
5. Garvin (1984)歸納不同學者的看法，認為可用五種不同途徑來詮釋品質：
 - (1) 卓越途徑(Transcendent Approach)：

品質是產品或服務達到無可挑剔的理想境界，但此理想境界無法被精確地定義，只有透過消費者或使用者實際經驗才能獲得。
 - (2) 產品基礎途徑(Product-based Approach)：

品質來自對於產品屬性的精確測量，產品本身的要素及屬性決定品質高低，因此高品質必須經由高成本獲得。
 - (3) 使用者基礎途徑(User-based Approach)：

品質是由使用者來認定，不同使用者對於產品的需求不同，滿足使用者需求者及具有高品質。
 - (4) 製造基礎途徑(Manufacturing-based Approach)：

品質是符合製造者的要求，品質可由產品良率來呈現，從產品設計到製造完成易連貫的製造流程皆符合所設定的標準的產品及具有高品質。
 - (5) 價值基礎途徑(Value-based Approach)：

品質是在可接受的價格或成本的範圍內產品所能提供的最佳成效，亦即在消費者可接受的價格下滿足消費者需求者即是高品質。

2.1.3 服務品質的意涵

由於服務的「無形性」與「異質性」等特性，使服務品質不易以具體的描述來表達，也難以掌握或使其有一定的標準，大多學者多從服務的接受者「顧客」的角度來詮釋服務品質的意涵：

1. 楊錦洲 (2009)認為服務品質是顧客對服務期望與接受服務後認知的比較。
2. Parasuraman、Zeithaml 與 Berry (1985)提出，「認知的服務品質」(Perceived service quality)，認為服務品質來自「顧客對於實際服務與期望服務差距的認知。」
3. Cronin 與 Taylor (1992)認為，服務品質即是服務績效(Performance)，績效的好壞是由顧客的認知來決定。

服務業經常以「顧客滿意度」做為其服務品質的衡量方式，但有學者認為顧客滿意度與服務品質有認知層次上的差異，Oliver 與 Linda (1981)認為「服務品質是顧客對事物交為延續性的評價，滿意度則是顧客對事物的一種暫時性的情緒反應」；Donthu (1991)認為「服務品質是服務的優越性的整體衡量，顧客滿意則是針對交易經驗所反映出的態度進行衡量」；Parasuraman、Zeithaml 與 Berry (1985)認為，不能單以服務的產出(Outcome)來衡量服務品質，需由服務自產生、傳遞乃至產出的整體過程來看服務品質，服務的傳遞過程(The process of service delivery)亦必須包含在內。由此可知，服務品質在概念上的層次較顧客滿意度來的更廣。

綜上所述，醫院的服務品質必須注重服務最後產出的成果，了解品質管理部門對服務產出成果的期望與認知。

Parasuraman、Zeithaml 與 Berry 三位學者於 1985 年所提出的「服務品質五缺口模式」，有系統地描繪出服務品質的認知過程，並提出在服務提供與傳遞的過程中，影響服務品質的五種「缺口」(Gap)，對服務品質如何產生有深入剖析，將在下段介紹。

2.1.4 醫療服務品質的特性

蕭明坤(2004)指出，早期的公立醫院是以「政策」、「供給」導向的方式，配合政府施政、衛生醫療政策及在地區支援醫療體系市場分工運作。近十餘年來，私立醫院及診所設立，加上全民健保全面實施後，醫療技術、設

備的進步，以及民眾生活品質的提昇，使得對於公、私立醫療機構的服務品質要求，相對地有愈來愈高的趨勢。國內爆發之 SARS 風暴，引起公、私立醫療體系在營利、地位角色的混淆。為保障民眾福祉、權益，區域性公、私立醫院應配合政府執行地方性醫療衛生的任務，其角色的重要性，不容忽視。

2.1.5 內部顧客

Crawford 與 Getty (1991)提出，顧客可以分為外部顧客與內部顧客，且明確指出內部顧客即指組織內部員工。每個員工皆應視自己為其他同仁的顧客，同時也應視自己為其他內部顧客的供應商。盧淵源(1986)表示，消費者購買產品，員工所購買的則是工作；消費者交換經濟資源，員工交換的則是人力資源。因此，把員工視為內部顧客，則工作即為內部產品或內部服務。

Chung (1993)企業是由一連串相關的機能單位所組成，這些機能單位間的關係隨著組織的不同而有所變化，但都明確的定義在組織圖中。檢視這些單位的工作流程後，確立接受其他機能單位的產出的機能群組即為內部顧客。表示，身為內部員工之一，若要使工作圓滿結束，必須依賴其他員工。在此情況之下，你就是公司的內部顧客。另一方面，其他員工亦需要某一位員工提供某些產品及服務，才能圓滿的完成他們的工作。在此情況下，該位員工就是公司內部的供應商。

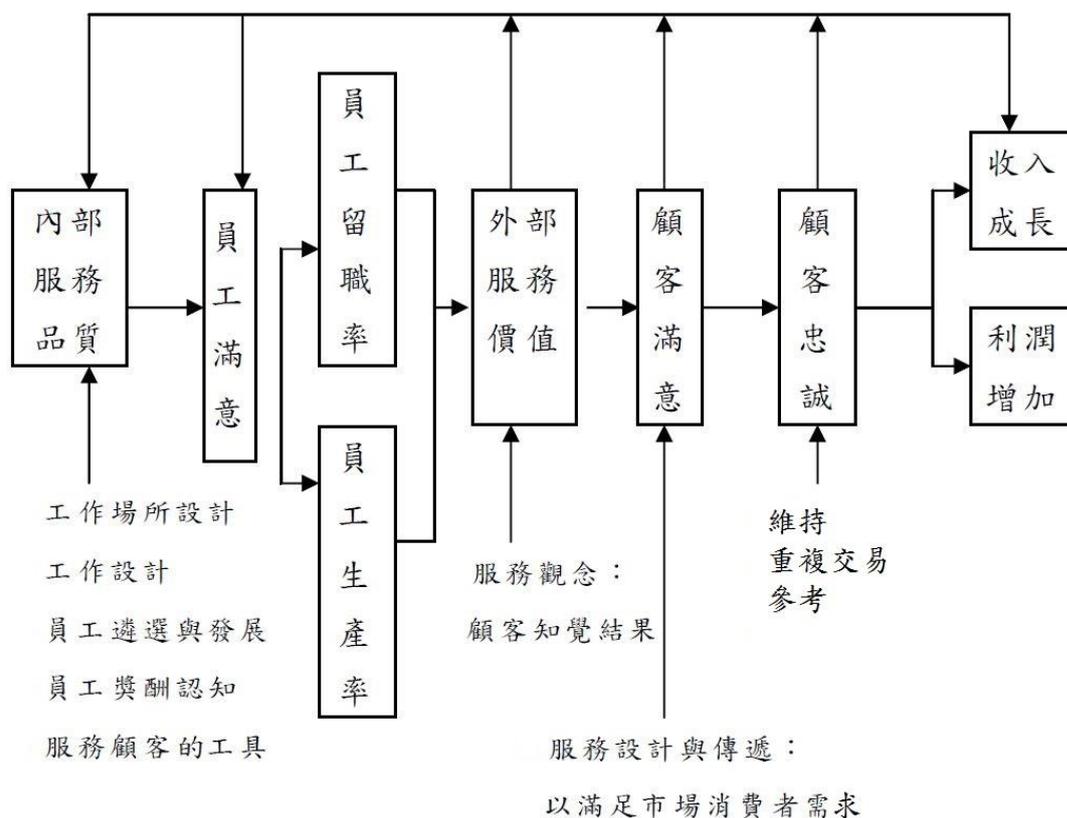
2.1.6 內部服務品質

謝金青(1992)與指出，內部服務品質(Internal service quality)是由顧客服務品質(Customer service quality)的概念而衍生來的。Hallowell、Schlesinger 與 Zornitsky (1996)指出，是員工對內部服務提供者所提供的服務感到滿意的態度。Gummesson (1987)指出，公司應該組織內部服務單位，並服務內部顧客。作者更進一步主張，應該鼓勵部門間更多的交互作用(Interaction)與相互依賴(interdependency)。Hallowell et al. (1996)主張，組織能否滿足外部顧客需求的能力，仰賴員工滿足內部顧客需求之能力，因此內部服務品質極其重要，良好的內部服務可促進員工的服務能力與工作滿意度，進而影響外部服務品質。

Schneider(1991)認為，員工的滿意和動機通常是重要的品質決定因素。管理顧客對服務品質的經驗即是管理組織內員工的經驗，員工在他們工作

上所得到的經歷傳送給顧客。因此，公司必須在整個組織內強調品質的重要性，而不只是對前線的員工而已。Edvardsson (1997)指出，一個正面的工作經驗將導致高品質的服務。所謂內部服務品質其實是統合了行銷與服務品質的概念，並將其應用於企業內部，在有形方面包括教育訓練、獎勵制度、福利措施等，在無形方面包括組織內部溝通管道是否暢通或是員工運用職權的自主性程度。Parasuraman、Zeithaml 與 Berry (1985)認為，為了能夠吸引、培養、激勵及留住組織所需要的優秀人才，管理階層必須提供能令員工滿意的福利措施、獎勵制度與教育訓練。

Heskett 與 Schlesinger (1994)指出，內部服務品質乃是衡量員工對其工作本身、同事及公司之感受，同時亦包括員工接受服務及服務同仁之方式。Crawford 與 Getty (1991)提出內部顧客注重的服務品質因子包括：資源、明確的責任、溝通的標準、決策自主性及激勵。Hallowell et al. (1996)所提出的八個內部服務品質因子為工具、政策與程序、團隊合作、管理支援、目標一致、有效的訓練、溝通與獎勵。Heskett 與 Schlesinger (1994)提出了一服務-利潤價值鏈的觀念，如圖 2-1 所示。此一價值鍊將公司獲利、顧客忠誠度與員工滿意度以及生產之間的關係串聯起來，並指出高品質的輔助服務與便利員工及提供良好服務的政策會影響員工滿意度。滿意、忠誠及具有生產力的員工又能創造出服務價值，顧客所接受的服務價值又直接影響顧客滿意度，顧客的滿意度對其忠誠度又具有相當的正面影響，最後感到滿意且具有忠誠度的顧客則為公司帶來利潤與成長。



資料來源：“Putting the Service Profit Chain to Work,” by Heskett, J. L., T. O. Jones, G. W. Loveman, Jr. Sasser, Earl, and W. L. Schlesinger, 1994, *Harvard Business Review*, Vol. 72, No. 2, pp. 165.

圖2-1服務-利潤價值圖

林世泰 (2004)指出，符合企業的內部服務品質構面有七項，如下：

1. 根據文獻設計出「人際關係」、「教育訓練」、「主管」等構面。根據專家與個案公司主管員工訪談的結果，設計出「職務本身」、「工作環境設備」、「薪資福利」、「升遷考核」等構面。
2. 人際關係：包括公司同仁在工作上的互相支援、相處情形以及對彼此的互相尊重讚賞等。
3. 教育訓練：包括公司內部的教育訓練與公司外的教育訓練，公司外的教育訓練指的是在外面學校進修，充實自己的知識技術水準。
4. 主管：包括各級主管的工作要求、分配，主管的決策能力以及主管對員工的尊重讚賞。
5. 薪資福利：包括工作薪資、加班報酬、各項權益與福利措施。
6. 升遷考核：包括升遷考核辦法規定、升遷考核的公平性。

2.1.7 醫療品質指標

美國醫療機構聯合評鑑委員會（Joint Committee of Accreditation of Health Organizations, JCAHO）定義：醫療品質指標為，指對病人醫療照護在某一構面上「數量化」之測量，可視為偵測評估及改善醫療照護品質與適當性的依據。指標本身是篩選工具，用以監測組織需進一步分析評估之事項，以做為改善醫療照護品質之基礎。藉由醫院對院內各種服務績效的表現，進行系統化與長期性的監測，以達到持續改善的效益。JCAHO(1991, 1988)將醫療品質監測與評估分為十大步驟，即所謂JCAHO十步，茲分述如下：

1. 託付責任(assign responsibility)：建立及成立「醫療品質審議委員會」組織，統籌全院性的品質保證及改善計劃，各單位亦應當有各自的醫療品質改善委員會，負責計劃執行相關的品質改善。在品質改善的系統中，醫院的領導階層扮演極為重要的角色。
2. 界定醫療範圍(delineate scope of care)。
3. 確實品質改善重點(identification of important aspect of care)：界定醫療範圍內為藍本，在其中選擇高工作量(high-volume)，高危險(high-risk)，易出問題(ProblemProne)及對病患有重大影響的部分，加以優先監測評估。
4. 建立指標(identify indicators)：指標乃是指和制度架構、執行過程、或醫療結果相關的可測量標準(quantitative measure)
5. 建立評估啟動機轉(establish a means to trigger evaluation)及設定閾值(thresholds)：閾值之訂定一般由選定指標之專家小組，彙整醫療品質文獻之結論，或其他醫學文獻之結果，配合臨床經驗與判斷定之。
6. 資料之收集及整理(collect and organized data)：來自病歷紀錄，死亡解剖紀錄，檢驗報告，用藥紀錄，意外事件報告，交班紀錄，科、部務會議及委員會議紀錄，正式研究或評估報告，病患滿意度調查等。
7. 評估醫療品質(initiate evaluation)。
8. 以行動解決問題(take action to solve problems)：找出體系中可能的問題，如員工知識，體系內，個人行為或績效等面向不足的問題。委員會應握以提出具體的行動方案。

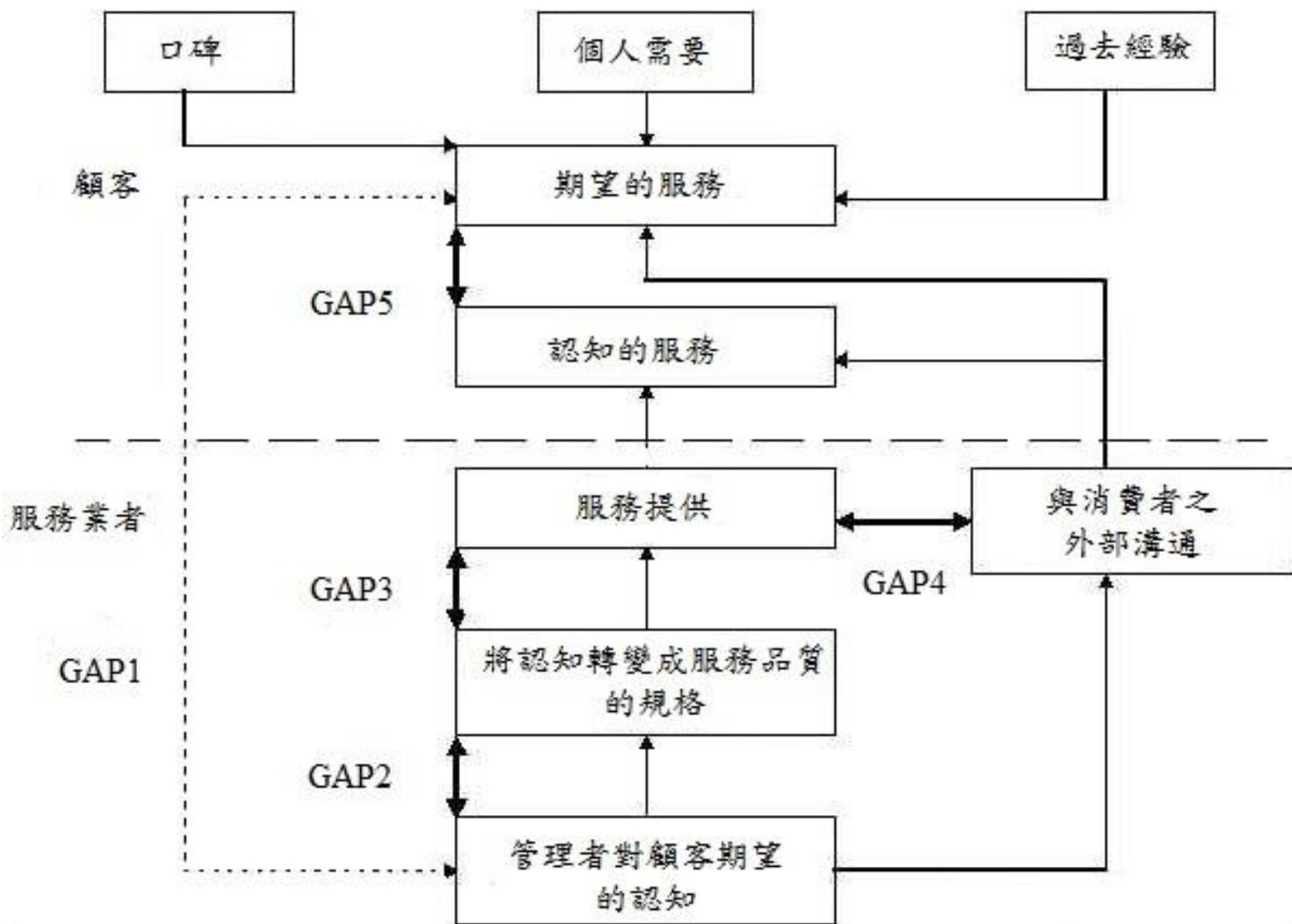
9. 評估行動效果及確保成果(access effectiveness of actions and assure improvement is maintained)。
10. 和相關單位之聯繫與溝通(communication)：強調領導階層的角色、全體人員的參與、部門間的聯繫、體系與過程的修正，及持續性的改善。

2.1.8 醫療院所閾值之定義

做為該指標未來一月、一季或一年之監測、檢討改善基準，當指標為負向指標時，則高於閾值列為監測改善指標，若指標為正向指標，則低於閾值列為監測改善指標。閾值是一個點被做為加強評值監測，同儕檢閱或是遵從與不遵從的界限，可分為正向閾值或負向閾值是與臨床指標息息相關。且是照護品質的評估，具有時間性，在合宜時間內去評值指標。

2.2 PZB服務品質五缺口模式

Parasuraman、Zeithaml 與 Berry(1985)針對銀行業、信用卡公司、證券經紀商及產品維修業等四個服務性質產業進行高階主管訪談與顧客焦點座談。作者發現在公司主管、服務傳遞過程及顧客間，對於服務品質的認知可能出現的五種「缺口」(Gap)，將會影響其服務品質，各缺口之關係，如圖 2-2 所示。



資料來源："A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research." by Parasuraman, A., et al., 1985. *Journal of Marketing*, 49(4), pp.44.

圖 2-2 PZB 服務品質五缺口模式關係圖

缺口一：顧客對服務的期望與高階主管對顧客期望認知間的差距(Consumer Expectation-Management Perception Gap, Gap1)是指具有決策權的高階主管，並不總是充分瞭解顧客對服務的期望，可能會因此產生錯誤決策，導致其服務未能符合期望。

缺口二：高階主管對顧客期望認知與服務品質規格間的差距(Management Perception-Service Quality Specification Gap, Gap2)即使高階主管以理解到顧客期望，但也可能因公司本身的資源限制或受市場波動影響，使其服務規格無法達到顧客期望的水準。

缺口三：服務品質規格與服務傳遞間的差距 (Service Quality Specification-Service Delivery Gap, Gap3) 服務提供者為維持服務品質，往往訂有許多服務規格與作業程序，然由於員工的表現很難標準化，可能會受到員工能力不足或態度不佳等因素影響，使服務品質無法穩定。

缺口四：服務傳遞與外部溝通的差距 (Service Delivery-External Communications Gap, Gap4) 服務業者常利用廣告或媒體吸引顧客消費，但可能會因媒體廣告過度誇大的服務承諾，提高了顧客對服務的期望，當顧客實際感受到服務與業者承諾有落差時，便會影響顧客對服務品質的觀感。

缺口五：顧客期望的服務與認知的服務之間的差距 (Expected Service-Perceived Service Gap, Gap5) 顧客事前對服務的期望和接受服務後認知間的差距，將影響顧客對服務品質高低的觀感。

作者認為，缺口一至缺口四來自服務提供者面的差距，是由於服務提供者內部組織的問題。缺口五則是顧客面的差距，來自於顧客對於服務期望與實際認知的差距，其中影響對服務期望的因素包括：口耳相傳、個人需求、過去經驗及服務提供者與顧客的外部溝通。Parasuraman et al., (1985) 認為缺口五是服務品質的決定因素，與其他四項缺口的關係可用下列函數來表達。

$$\text{Gap5} = f(\text{Gap1}, \text{Gap2}, \text{Gap3}, \text{Gap4})$$

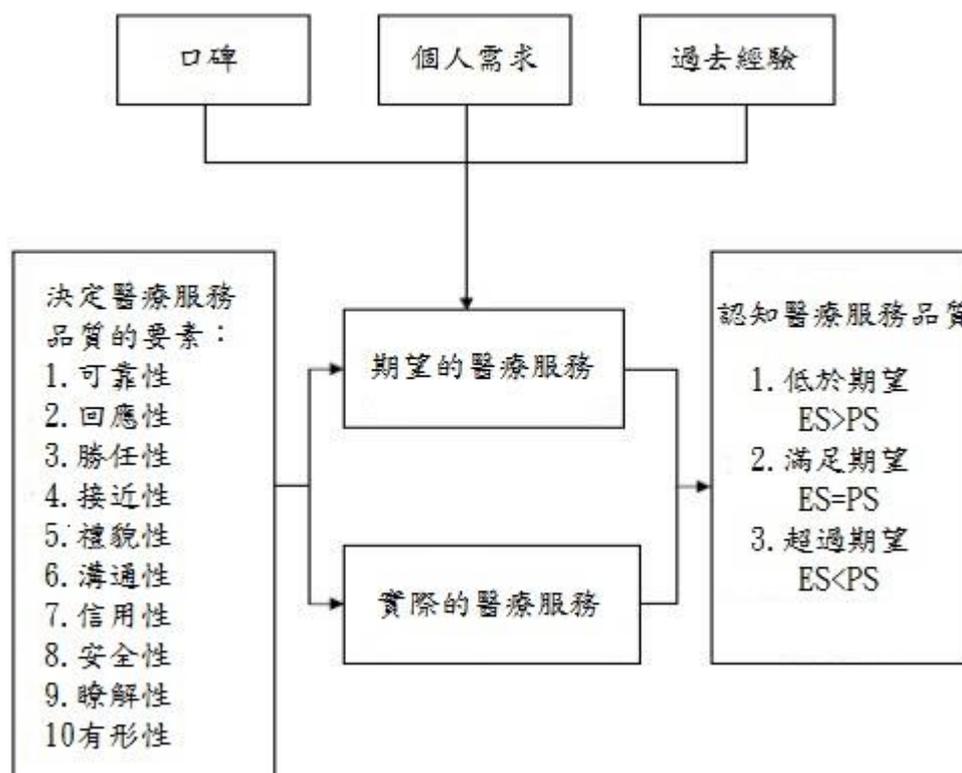
因此，服務提供者若欲提升服務品質，需盡力縮小缺口一至缺口四，即可減少缺口五的差距，進而提高顧客對服務品質的認知。Parasuraman 等人更進一步探討缺口五，歸納出影響服務品質的十個決定因素，其定義及內涵整理，如表 2-1 所示：

表 2-1 PZB 服務品質決定因素定義及內涵

因素	定義	內涵
可靠性 Reliability	即服務的一致性與可信賴性，服務提供者可第一次就做對，並遵守承諾。	1. 精確地計算 2. 保持正確的紀錄 3. 在指定時間提供服務
回應性 Responsiveness	服務人員表現出的服務意願與敏捷度。	1. 立刻寄出交易存根 2. 迅速回覆顧客 3. 提供快速服務
勝任性 competence	服務人員應具備提供服務所需的技術與專業知識。	1. 第一線人員的知識與技巧 2. 作業支援人員的知識與技巧 3. 組織的研究能力
接近性 access	所提供的服務使顧客易於接近與易於獲得。	1. 服務易於自電話溝通取得 2. 可接受的服務等待時間 3. 方便的營業時間 4. 方便的服務設施所在地
禮貌性 Courtesy	服務人員的服務態度親切有禮、友善、體貼與尊重。	1. 對顧客財產的體恤 2. 接待人員有整潔的外表
溝通性 Communication	服務人員面對不同的顧客，能以最適當的方法與語言與其溝通，並願意傾聽顧客的陳述。	1. 解釋服務本身 2. 解釋服務所需費用 3. 解釋服務與代價間的取捨 4. 確保顧客的問題會被處理
信用性 Credibility	服務提供者給予顧客的信賴感，表現在服務人員態度誠實、負責任，並衷心為顧客的最佳利益著想。	1. 公司名稱 2. 公司聲譽 3. 接待人員的個人特質 4. 與顧客互動中積極推銷程度
安全性 Security	顧客在接受服務時，可免於危險、風險或疑慮。	1. 人身實體安全 2. 財務安全 3. 保密性
瞭解性 Understanding	服務人員能夠充分瞭解顧客的需求。	1. 探知顧客特定需求 2. 提供個人化服務 3. 認識經常來往的顧客
有形性 tangible	指能展現服務存在的一切實體設施、器具或用品。	1. 實體設施 2. 人員外表 3. 服務的工具或設備 4. 服務的實體表現 5. 在服務設施中的其他顧客

資料來源："A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research." By Parasuraman, A., et al., 1985, *Journal of Marketing*, 49, p47

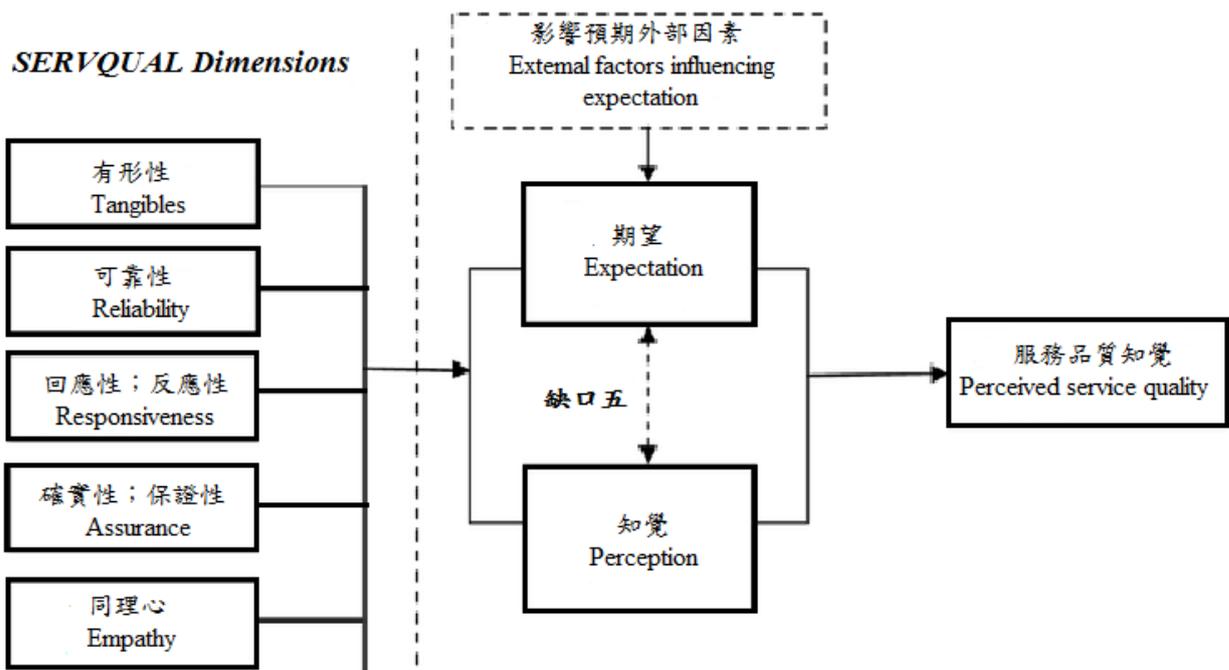
Parasuraman et al., (1985)認為顧客會從上述十項因素比對服務的期望(Expected service, ES)，與認知到的服務(Perceived service, PS)的落差，來評斷服務品質，當ES大於PS時，顧客會認為是無法接受的服務品質；當ES等於PS時，顧客會認為是可接受的服務品質；當ES小於PS時，顧客會認為是卓越的服務品質。模式如圖 2-3 所示。



資料來源："A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research." By Parasuraman, A., et al., 1985, *Journal of Marketing*, 49, pp48

圖 2-3 PZB 十項因素關係圖

Parasuraman et al., (1988)將十項服務品質決定因素歸類為五大構面，其中有形性、可靠性及回應性仍維持不變，其他的七項決定因素整合為保證性(Assurance)與關懷性(Empathy)，作者依據此五大構面發展出 22 項服務品質的具體問項，設計出「Service Quality, SERVQUAL」服務品質量表。他們以此量表分別詢問顧客對服務的 ES 與 PS，進一步定義出顧客對服務品質的衡量，來自於 PS-ES，以量化的方式使缺口五—顧客面的服務品質更具體的呈現，詳細「SERVQUAL」服務品質量表五大構面，如圖 2-4 所示。



資料來源：Measuring service quality using SERVQUAL model(Kumar et al, 2009)

圖 2-4 SERVQUAL 服務品質量表五大構面關係圖

SERVQUAL 提出後獲得學界廣大回響，有部分研究者對於 SERVQUAL 的屬性與敘述提出修正建議。如：Carman 認為 SERVQUAL 中的各項屬性與敘述，應針對不同的服務型態進行修正。Babakus & Boller 認為「回應性」「關懷性」兩構面採用負向描述，將影響受訪者填答品質等。Parasuraman et al., (1991) 對 SERVQUAL 提出修正。研究者以 SERVQUAL 為基礎，提出不同的服務品質衡量模式，如 Carman 模式 (Carman, 1990)、SERVPERF 模式 (Cronin & Taylor, 1992)、Non-Difference 模式 (Peter, Churchill Jr, & Brown, 1993) 等，皆顯示 SERVQUAL 在缺口五的服務品質衡量上的重要性。我國對於醫院之服務品質衡量之研究，亦多以 SERVQUAL 為基礎加以探討。

PZB 模式的服務品質五項缺口分別就服務提供者面與顧客面探討在服務生產、傳遞過程與最後產出可能產生的服務品質缺口以及各缺口彼此之間關係，以系統化方式呈現服務品質在不同階段的面貌。

2.3 臺灣醫院服務品質相關文獻

為瞭解臺灣對醫院服務品質衡量的研究發展，本研究利用「PZB.」、「閾值」、「服務品質」和「醫療」等關鍵字檢索相關文件，經篩選後，獲得與本研究相關性較高的文獻共計 35 篇。以下分別就「研究內容」、「研究對象」、「研究方法」和「服務品質衡量理論基礎」等面向，整理歸納醫院服務品質相關文獻的研究取向，以作為本研究在研究主題設定之借鏡。

2.3.1 研究內容

1. Sheetal 與 Harsh(2002)發現，服務提供者認為無法滿足顧客要求的原因，是因為顧客的期待不斷的上升。大多數的顧客對於期望都有一個直觀的感覺，導致每個人對於服務品質的期望都不一樣。
2. Lee (2007)探討，顧客對於服務提供者所提供的服務品質的期望狀況。研究結果發現，顧客對於服務品質的期望與認知和服務提供者之間有顯著差異。
3. 吳國龍與詹銘仁 (2011)提出，顧客對服務提供者所提供的服務品質的認知程度。結果發現，顧客期望的服務品質與感受的服務品質有顯著差異，但並不是對所有的服務都感到不滿意。
4. Calabrese 與 Scoglio (2012)提出，能夠通過企業特有的品質維度來評估服務品質的方法。研究發現，利用員工所擁有的知識，使員工能夠掌握顧客的期望與認知，是企業的服務品質成功的關鍵。
5. Amin 與 Nasharuddin (2013)調查醫院服務品質和患者相對的效果滿意度與行為表現，發現入院、醫療服務、整體服務、出院和社會責任等五項因素會影響服務品質。該研究使醫療院所更深入的了解那些因素影響服務品質，這些因素會反應到病人滿意度和行為表現，在建立與病人長期合作關係上具有影響。
6. Hsiao (2013)提出，調查服務品質對於顧客在滿意度的影響。結果發現，沒有顧客對所有的服務品質不滿意，而是只有某部分不符合期待。
7. Chen (2013)提出，調查服務提供者所提供的服務品質是否符合顧客期待。研究發現，不同的個人背景對於服務品質的滿意度與重視度不同。

2.3.2 研究對象

服務品質的相關研究對象可分為，服務提供者與顧客兩個面向，而服務提供者可細分為服務管理者與服務執行者。經觀察相關文獻的研究對象，以服務提供者為研究對象者共有 23 篇；以顧客為研究對象者共有 10 篇；以服務管理者為對象者共有 3 篇；以服務執行者為研究對象者共有 20 篇，由此可見，於研究服務提供者的研究中，以研究服務執行者為對象者占大多數，研究服務管理者為對象者相對較少。

綜上所述，可發現多數研究的研究對象為服務提供者，其中又以服務執行者為大宗，甚至有再細分服務執行者類別，以滿足不同類別顧客對於服務品質的需求，可見服務品質受到服務提供者相當程度的重視。

2.3.3 研究方法

多數研究者是以量化方法進行，藉由問卷調查方式蒐集服務對象對服務品質的看法，或先以質化方法進行問卷設計後，再進行量化問卷的調查，透過各構面或指標的滿意度數據呈現服務品質的優劣，相關文獻共有 33 篇，完全採質化研究者僅有 1 篇。

林怡青(2002)表示，量化研究的優點為能短時間內蒐集到大量資料，且能夠以數據資料加以實證，迅速獲知服務品質優劣及缺口為何，但對於人員(包含服務提供者、內部顧客及外部顧客)內心隱而未顯的部分卻無法得知。因此，服務品質的改善實在有限。

2.3.4 服務品質衡量理論基礎

部分研究者採用特定領域的服務品質量表，如：圖書館服務採用的 LibQual，或針對資訊化服務開發的 E-SERVQUAL。大多數研究者沿用 PZB 的服務品質五項缺口的 PZB 模式或 SERVQUAL 量表為理論基礎，共計 26 篇；另有採用重要—表現程度分析法(Importance- Performance Analysis, IPA)，共計 6 篇，表 2-2 所示。顯見服務品質五項缺口模式與 SERVQUAL 量表仍為近期研究者採用的衡量方式。

表 2-2 文獻內容、關係與使用分析方法

年份	研究內容	關係	使用分析方法
2002	服務提供者認為無法滿足顧客要求的原因，是因為顧客的期待不斷的上升。大多數的顧客對於期望都有一個直觀的感覺，導致每個人對於服務品質的期望都不一樣。	服務提供者與顧客	SERVQUAL 量表
2002	探討顧客對於服務提供者所提供的服務品質的期望狀況。研究結果發現，顧客對於服務品質的期望與認知和服務提供者之間有顯著差異。	服務提供者與顧客	SERVQUAL 量表
2004	運用 PZB 模式，了解顧客對服務提供者所提供的服務品質的認知程度。研究結果發現，顧客期望的服務品質與感受的服務品質有顯著差異，但並不是對所有的服務都感到不滿意。	服務提供者與顧客	I.P.A 分析法
2012	本研究提出了能夠通過企業特有的品質維度來評估服務品質的方法。研究發現，利用員工所擁有的知識，使員工能夠掌握顧客的期望與認知，是企業的服務品質成功的關鍵。	服務管理者與服務執行者	SERVQUAL 量表
2013	調查服務品質對於顧客滿意度的影響。結果發現，沒有顧客對所有的服務品質不滿意，而是只有某部分不符合期待。	服務提供者與顧客	SERVQUAL 量表
2013	醫院服務品質對患者的滿意度和行為表現的影響。	服務提供者與顧客	SERVQUAL 量表
2013	調查服務提供者所提供的服務品質是否符合顧客期待。研究發現，不同的個人背景對於服務品質的滿意度與重視度不同。	服務提供者與顧客	I.P.A 分析法

資料來源：本研究整理

若再深入檢視與 PZB 理論為基礎的文獻，皆是以 PZB 服務品質十項決定因素(有形性、可靠性、回應性、勝任性、禮貌性、信用性、安全性、接近性、溝通性、瞭解性)或服務品質五構面(有形性、可靠性、回應性、保證性、關懷性)作為服務品質的衡量構面：

1. 蔡政和 (1997)認為，SERVQUAL 的五大構面，可以由四大構面—服務體貼構面、服務實體構面、服務保證構面與服務反映構面來涵蓋。
2. 黃星榕 (2000)認為，影響服務品質之主要因素可以用四項構面來表示：有形性、關懷性、確實性與效能性。
3. 吳仁捷 (2002)將五缺口模式解構為 26 個構面：
 - (1) 缺口一(管理者認知差距)：市場調查、向上溝通、管理層次。
 - (2) 缺口二(管理準則差距)：品質管理、目標設置、任務標準化、可行性。
 - (3) 缺口三(服務績效差距)：協調合作性、員工勝任性、技術勝任性、控制力、監督控制系統、角色矛盾、角色不明。
 - (4) 缺口四(內部溝通差距)：水平溝通、誇大宣傳。
 - (5) 缺口五(服務品質認知差距)：沿用 PZB 服務品質十項決定因素。
4. 楊綺紅 (2002)提出，以校園環境、教學支援、行政支援、師生關係、課程內容、國際化程度及整體滿意度七大構面來觀察服務品質。
5. 王海兵、伍中信、李文君與田冠軍 (2011)提出，以五缺口模式的十項服務品質決定因素為基礎構面，經研究發現，認為應再新增「人性化」構面。

多數研究在討論基礎或和衡量構面上，多集中在 PZB 模式中的第五缺口—「顧客期望的服務品質與認知的服務品質之間的差距」。亦即，探討外部或內部顧客對服務品質優劣的看法，大多數研究者研究顧客對於服務品質的認知差距，甚少針對服務提供者內部對於服務品質的認知差距進行研究。

第三章 研究方法與分析

本研究先從理論面探討服務品質意涵及PZB服務品質五缺口模式，以更深入了解「服務品質」此一概念的本質，並探究國內醫療院所提供服務的特性；接著歸納有關服務品質之相關文獻，以瞭解服務品質的相關理論與取向，並提供本研究在研究範圍、研究對象、研究方法及服務品質衡量理論基礎面向之參考。不論是理論面的相關文獻檢閱，或是實務面的次級資料蒐集，皆提供本研究在發展研究設計時產生許多靈感與啟發。

為探討各醫療相關群體對我國醫療服務品質滿意度的認知及其差異，本研究首先整合前述品質管理、與醫療服務品質等相關理論文獻及實證成果，發展出「醫療服務品質認知衡量模式」，作為實證研究之基礎。接著採用問卷的方式，以各樣本醫院之品質管理中心與護理人員為對象，進行資料收集。以獨立樣本T檢定對樣本資料進行統計檢定，再以訪談來驗證統計結果。

3.1 醫療服務品質認知衡量模式

本研究主要參考曾麗蓉 (1988)、吳萬益 (1995)、及曾倫崇&陳正男 (1998)等之模式，以PZB模式之精神，發展出「醫療服務品質認知衡量模式」，如圖3-1所示。圖3-1中各服務品質缺口之定義如下：

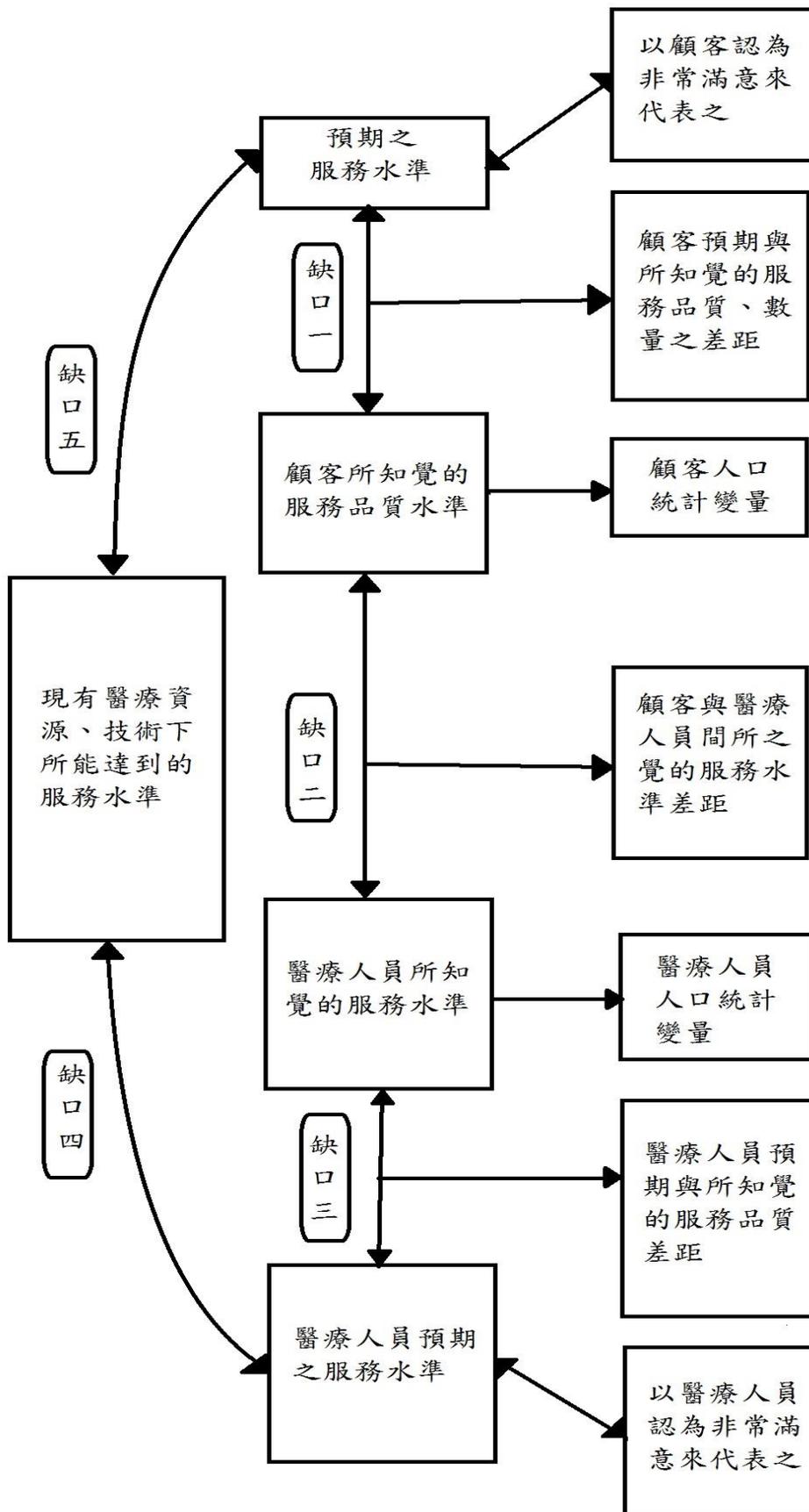
缺口一：顧客期望的與所知覺的醫療服務品質水準間之差距。

缺口二：顧客與醫療人員間對所知覺的醫療服務品質水準之差距。

缺口三：醫療人員期望的與知覺所提供的醫療服務品質水準間之差距。

缺口四：醫療人員期望與現有資源及技術下所能達到的醫療服務品質水準間之差距。

缺口五：期望的與現有資源及技術下所能達到的醫療服務品質水準間之差距。



資料來源：本研究整理

圖3-1 醫療服務品質認知衡量模式

其中，缺口一為決定顧客滿意度之主要因素，此缺口越小，則顧客滿意度愈高；其不僅受各品質屬性（項目）缺口大小之影響，亦受各屬性重要性之影響。此外，缺口二係衡量醫療服務提供者與其顧客間，對目前所傳送之服務品質的認知差距，此缺口越小，則表示醫療服務提供者愈能掌握住其顧客之需求，在同樣的資源下更能滿足其顧客。缺口三則衡量醫療工作者對其所提供服務水準之一致性品質差距的認知，此缺口越大，則表示醫療人員認為其所須或所能再改善之空間愈大。缺口四及缺口五合起來，為醫療服務提供者與其顧客間對醫療服務水準之預期差距。

3.2 醫療服務品質認知程度之操作型定義

各醫療服務品質滿意度衡量之操作型定義如下：

1. 預期之醫護人員對閾值的認知

此預期水準為品質管理中心之主觀認定，不易衡量，但因品質取決於能滿足期望的程度，若滿意程度為非常滿意時，表示所提供之服務品質能達到其所預期之水準。故本研究乃以問卷中各指標項目之「非常同意」項，來代表所預期之對閾值的認知。

2. 品質管理中心對閾值的認知

當品質管理中心所認知的閾值接近其預期之水準時，則其同意度應相當高；反之，若品質管理中心所認知的閾值不符其預期之水準時，則其同意程度會相對偏低。故本文透過問卷，由品質管理中心所認知的閾值實際所勾選之各指標項目的同意程度項來衡量其認知之閾值差異。

3. 護理人員對閾值的認知

當護理人員所認知的閾值接近其預期之水準時，則其同意度應相當高；反之，若護理人員所認知的閾值不符其預期之水準時，則其同意程度會相對偏低。故本文透過問卷，由護理人員所認知的閾值實際所勾選之各指標項目的同意程度項來衡量其認知之閾值差異。

根據此操作型定義，本研究將前述服務品質缺口界定如下：

缺口五：品質管理中心與護理人員對閾值的認知差異。

3.3 資料收集與分析方法

本研究為了探討服務提供者對於服務品質的認知差異，因此將研究對象設為服務管理者與服務執行者，以研究兩者對於服務品質的認知差異。本研究採用自編式問卷，以三個構面深入探討服務管理者與服務執行者對服務品質認知的差異與看法，並輔以次級資料分析，蒐集相關研究對於服務品質的衡量指標，以提供服務提供者作為服務品質衡量的指標與參考。先採用開放式問卷詢問醫院品質管理中心與護理人員，瞭解目前院內對閾值的認知狀況。其次參考國內外文獻上採用之指標，配合國情予以調整後，將所得之基本指標設計成初步問卷。再請品質管理中心與護理人員試填後之初步問卷，整理出12項品質管理中心與護理人員對閾值認知差異指標，並據以形成正式問卷。品質管理中心與護理人員所填寫的問卷內容皆相同。為鼓勵從實填答，所有問卷皆採匿名方式，個人基本資料除了性別之外只需填寫服務單位及年資。每份問卷將由填卷者依其主觀認定，對上述品質管理中心與護理人員對閾值認知程度，分別給予各項指標一到五分的評價，最同意者給五分，最不同意者給一分。

3.3.1 問卷信度與效度

在問卷效度方面，本研究乃透過五位相關領域的專家學者來確定問卷的內容效度，經過評估後加以修正確認。在信度方面則以Cronbach's α 係數來進行判別，結果顯示無論是在品質管理中心與護理人員對閾值的制定方法、未達標準時的處理方法、閾值在品質相關事務的意義等構面數值均大於0.7以上，顯示問卷內容一致性佳。

3.3.2 分析方法

為印證問卷量表的合適性並有助於後續研究之解釋及分析，首先透過主成份因素分析法萃取影響醫療服務品質的構面因素。其次獨立樣本t檢定 (Independent t Test) 來探討品質管理中心與護理人員子群體間，對閾值之整體認知是否有顯著差異，利用該項檢定方式以找出其差異來源。

第四章 結果分析

收集並分析前述之問卷各相關群體對閾值的認知差異，對象為樣本醫院之品質管理中心及護理人員。總計發出60份問卷，其中護理人員45份，品質管理中心15份，回收的問卷共58份，回收率96.67%，其中有效問卷為56份。

4.1 敘述性統計

本研究將品質管理中心與護理人員對閾值的認知程度指標同意程度評分之平均數及標準差，按各項目列於表4-1。其中本研究將問卷之12個題分，依研究範圍設為四個類別，Q1、Q2、Q3與Q5為品質管理中心與護理人員對閾值的認知程度，Q4、Q6與Q7為品質管理中心與護理人員對閾值的制定方法的認知，Q8到Q10為品質管理中心與護理人員在未達標準時的處理方法的認知，Q11與Q12品質管理中心與護理人員對閾值在品質相關事務的認知。

四個類別目的是瞭解品質管理中心與護理人員對閾值的認知，第一類別「品質管理中心與護理人員對閾值的認知程度」，目的是為了瞭解品質管理中心與護理人員對閾值的認知程度；第二類別「品質管理中心與護理人員對閾值的制定方法的認知」，目的是為了瞭解品質管理中心與護理人員是否瞭解閾值的制定方法與流程；第三類別「品質管理中心與護理人員在未達標準時的處理方法的認知」，目的是為了瞭解品質管理中心與護理人員在未達標準時，是否會採用理想的處理方法；第四類別「品質管理中心與護理人員對閾值在品質相關事務的認知」，目的是為了瞭解品質管理中心與護理人員在與閾值相關的事務上的認知。

品質管理中心的得分平均值總和較護理人員高，似乎顯現品質管理中心與護理人員對閾值的認知有所差異。觀察表4-1中的平均數較高的項目，「Q8. 當未達標準時，應該針對此異常找出問題所在，以尋求改進方法，且應由同事們共同討論。」與「Q10. 經過一段時間仍無法找出提高品質的途徑，應檢討該監測指標、閾值、資料收集的方法、和評估的過程是否恰當。」皆屬於品質管理中心與護理人員在未達標準時的處理方法的認知，這表示雙方在未達標準時應該採取的策略上看法是一致的。

值得注意的是「Q3. 閾值是一體兩面的，介於遵從(compliance)與不遵從(noncompliance)標準的界限。達到標準是正向的，未達到標準是負向的。」，此項目的平均數雙方皆偏低，但標準差卻偏高，這說明了品質管理中心與護理人員對此項目的意見相當分歧，沒有一致性，這可能是因為其他本研究未考慮的因素而導致。

再觀察「Q11. 未達閾值，並不代表品質不佳。」，品質管理中心與護理人員雙方的平均數雖然相近，但護理人員的標準差卻明顯較高，這表示護理人員對於此項目的認知並無一致性，但品質管理中心卻有較高的一致性。

本研究樣本之資歷，品質管理中心之平均資歷為8.5714年，護理人員之平均資歷為14.1667年，樣本之護理人員平均資歷較品質管理中心平均資歷高。品質管理中心最高資歷為17年，最低資歷為1年；護理人員最高資歷為32年，最低資歷為1年。品質管理中心之平均資歷低於護理人員，但平均值高於護理人員，表示資歷可能不會影響研究結果。

表4-1之各指標項目如下：

Q1. 閾值是指對重要照護面的監測指標，依現況或預期目標所制訂的參考值；Q2. 閾值是做為該指標未來一月、一季或一年之監測、檢討改善的基準；Q3. 閾值是一體兩面的，介於遵從(compliance)與不遵從(noncompliance)標準的界限。達到標準是正向的，未達到標準是負向的；Q4. 閾值之訂定一般由選定指標之專家小組，就醫療品管文獻之建議，或其醫學文獻之資料，配合臨床經驗與判斷定之；Q5. 閾值的制定，應於每年年初於各指標提報單位進行評估、修訂，並於對應之委員會進行報告檢討；Q6. 閾值的指標制定應為單位同仁共同討論所得，而非未經討論便由主管個人指定；Q7. 應選擇對部門具有意義，期望能有所突破，或需加強努力才能有良好表現的指標來訂定閾值；Q8. 當未達標準時，應該針對此異常找出問題所在，以尋求改進方法，且應由同事們共同討論；Q9. 改善措施應擬定詳細計劃，計劃中應指出何人或何事/現象需要改變，將採取何種行動，計劃何時開始，由誰負責執行；Q10. 經過一段時間仍無法找出提高品質的途徑，應檢討該監測指標、閾值、資料收集的方法、和評估的過程是否恰當；Q11. 未達閾值，並不代表品質不佳；Q12. 閾值的意義不在數值大小，而在於如何運用以增進品質的提昇；

表4-1 敘述性統計

類別	指標項目	品管中心		護理人員	
		平均數	標準差	平均數	標準差
認知程度	Q1	4.3571	0.63332	4.3333	0.52576
	Q2	4.5000	0.51887	4.4286	0.54740
	Q3	3.9286	1.20667	3.6667	1.02806
	Q5	4.1429	1.02711	4.1190	0.70546
制定方法的認知	Q4	4.5714	0.64621	4.2857	0.50778
	Q6	4.2143	0.89258	4.2857	0.67302
	Q7	4.3571	0.63332	4.3333	0.65020
未達標準時的處理方法	Q8	4.5000	0.65044	4.3333	0.61154
	Q9	4.6429	0.49725	4.2857	0.55373
	Q10	4.5714	0.51355	4.3810	0.53885
品管相關事務	Q11	4.2857	0.61125	4.2381	0.82075
	Q12	4.4286	0.64621	4.4048	0.58683
總數		52.5		51.0952	
平均資歷		8.5714		14.1667	

資料來源：本研究整理

4.2 獨立樣本T檢定

以 Cronbach's α 檢定各因素內組成項目的信度（內部一致性），結果顯示整體樣本及品質管理中心與護理人員子群體個別之Cronbach's α 皆大於 0.6，表示各因素構成項目具相當之一致性與穩定性。

為檢定品質管理中心與護理人員子群體間，對閾值的認知程度有無差異，我們依據填卷者的身份將之區分為品質管理中心與護理人員兩群，比較其對12項品質管理中心與護理人員對閾值的認知差異是否有顯著差距。若有差異，則進一步分析：(1)品質管理中心與護理人員兩群體間，在四個類別中，哪個類別具有顯著差異，及(2) 品質管理中心與護理人員兩群體間，造成顯著差異的可能原因。

本研究採用獨立樣本T檢定（Independent t Test），分析各類別中是否存在顯著差異，將四個類別分別進行獨立樣本T檢定（Independent t Test）。分析結果如表4-2。再分析各指標項目中是否存在顯著差異，將12個指標項目分別進行獨立樣本T檢定（Independent t Test），分析品質管理中心與護理人員對於閾值的認知是否具有顯著差異。分析結果如表4-3。

本研究之自由度由品質管理中心與護理人員兩群體中，於12個指標項目中表示非常同意或同意者所構成。以此條件來分析品質管理中心與護理人員兩群體對閾值的認知是否有差異。

觀察表4-2，四個類別中，第一類別「認知程度」具有顯著差異，結果表示品質管理中心與護理人員在對閾值的認知程度上有顯著差異，且t值為正，表示品質管理中心對閾值的認知程度高於護理人員。第二類別「制定方法的認知」與第三類別「未達標準時的解決方法」雖未達具有顯著差異，但其顯著性偏低，表示品質管理中心與護理人員在此二類別中的認知有些許差異，但未達顯著差異。

表4-2 獨立樣本T檢定(類別)

類別	t 值	自由度	顯著性
認知程度	2.085	150	0.039
制定方法的認知	1.605	148	0.111
未達標準時的處理方法	1.831	151	0.069
品管相關事務	0.342	96	0.733

資料來源：本研究整理

觀察表4-3可以發現，僅有一項 $p < 0.05$ ，Q4($p = 0.016 < 0.05$)，「Q4. 閾值之訂定一般由選定指標之專家小組，就醫療品管文獻之建議，或其醫學文獻之資料，配合臨床經驗與判斷定之。」達到顯著水準，表示Q4在品質管理中心與護理人員之間的認知具有顯著差異，其餘項目皆未達顯著水準。

本研究中將12個指標項分為四個類別，而Q4項屬於第二個類別「品質管理中心與護理人員對閾值的制定方法的認知程度」，與敘述性統計所得到的結果有關聯性。

4.3 品質管理中心與護理人員對閾值的認知差異之分析

本研究主要係分析圖3-1中的缺口五是否存在？若其同意程度無差異，則對閾值的認知沒有差異；反之，若其同意程度之差異愈大，則其對閾值的認知差異愈大。

為檢定缺口五是否存在，以非常同意項(5分)來代表預期之認知水準。依據填卷者的身份將之區分為品質管理中心及護理人員等二群，分別比較其對各對閾值的認知指標的同意度與非常同意間是否有顯著差距。經以獨立樣本T檢定 (Independent t Test) 分析後，發現此二群體對各閾值的認知指標之同意度僅Q4項有顯著差異存在，其餘項目皆無顯著差異存在。

表4-3 獨立樣本T檢定(題項)

類別	指標項目	t值	自由度	顯著性	平均差異	標準誤差異
認知程度	Q1	0.607	52	0.546	0.9568	0.15757
	Q2	0.233	53	0.817	0.3659	0.15735
	Q3	1.066	38	0.293	0.17868	0.16768
	Q5	1.022	46	0.312	0.16667	0.16300
制定方法的 認知	Q4	2.491	52	0.016	0.37523	0.15064
	Q6	0.540	49	0.592	0.08974	0.16630
	Q7	0.227	51	0.822	0.03654	0.16122
未達標準時的 處理方法	Q8	1.113	50	0.271	0.17949	0.16119
	Q9	1.938	52	0.058	0.29286	0.15111
	Q10	1.008	53	0.318	0.15679	0.15553
品管相關事 務	Q11	0.387	49	0.700	0.06275	0.16210
	Q12	0.391	51	0.698	0.06346	0.16245

資料來源：本研究整理

由表4-3結果可知，品質管理中心與護理人員此二群體中對閾值的認知差異，幾乎所有指標項目平均數都大於4分以上，僅「Q3. 閾值是一體兩面的，介於遵從(compliance)與不遵從(noncompliance)標準的界限。達到標準是正向的，未達到標準是負向的。」在品質管理中心與護理人員二群體中平均數皆低於4分，且標準差大於1，表示此項目中二群體間對閾值的認知意見相當分歧，且填寫非常同意與同意兩個選項的人數可能比填寫沒有意見、不同意與非常不同意選項者相對較少。產生此結果的原因可能是因為品質管理中心與護理人員對於閾值的知識不足，並非在雙方對閾值有同等程度的認知條件下所產生的認知差異。「Q5. 閾值的制定，應於每年年初於各指標提報單位進行評估、修訂，並於對應之委員會進行報告檢討。」品質管理中心的標準差較大，可能是因為各部門在制訂與修訂閾值時會有所差異，但負責執行的護理人員並不知道這些差異，使的護理人員的標準差較品質管理中心的標準差小。「Q11. 未達閾值，並不代表品質不佳。」護理人員的標準差較高，表示有部分護理人員認為未達標準就代表品質不佳，這可能是各單位管理階層對護理人員的要求不同所造成的影響。

表4-4 獨立樣本T檢定(認知程度)

類別	指標項目	t值	自由度	顯著性	平均差異	標準誤差異
認知程度	Q1	0.607	52	0.546	0.9568	0.15757
	Q2	0.233	53	0.817	0.3659	0.15735
	Q3	1.066	38	0.293	0.17868	0.16768
	Q5	1.022	46	0.312	0.16667	0.16300

資料來源：本研究整理

觀察表4-4，各項目皆未達顯著水準，項目「Q3. 閾值是一體兩面的，介於遵從(compliance)與不遵從(noncompliance)標準的界限。達到標準是正向的，未達到標準是負向的。」之自由度較低。由於本研究之自由度為樣本中填寫非常同意與同意之對象，表示本題項中填寫非常同意與同意之樣本數較少。項目「Q3. 閾值是一體兩面的，介於遵從(compliance)與不遵從(noncompliance)標準的界限。達到標準是正向的，未達到標準是負向的。」與項目「Q5. 閾值的制定，應於每年年初於各指標提報單位進行評估、修訂，並於對應之委員會進行報告檢討。」之顯著性較低，表示此二項之樣本具有差異，但未達具有顯著差異。

表4-5 獨立樣本T檢定(制定方法的認知)

類別	指標項目	t值	自由度	顯著性	平均差異	標準誤差異
制定方法的 認知	Q4	2.491	52	0.016	0.37523	0.15064
	Q6	0.540	49	0.592	0.08974	0.16630
	Q7	0.227	51	0.822	0.03654	0.16122

資料來源：本研究整理

觀察表4-5，項目「Q4. 閾值之訂定一般由選定指標之專家小組，就醫療品管文獻之建議，或其醫學文獻之資料，配合臨床經驗與判斷定之。」品質管理中心與護理人員之間對閾值的認知有顯著差異，可能是因為一般情況下，護理人員並不需要深入理解制訂閾值的過程，但品質管理中心則參與了閾值的制訂，因此雙方對於此項目才會產生顯著差異。

表4-6 獨立樣本T檢定(未達標準時的處理方法)

類別	指標項目	t值	自由度	顯著性	平均差異	標準誤差異
未達標準時的處理方法	Q8	1.113	50	0.271	0.17949	0.16119
	Q9	1.938	52	0.058	0.29286	0.15111
	Q10	1.008	53	0.318	0.15679	0.15553

資料來源：本研究整理

觀察表4-6，項目「Q9. 改善措施應擬定詳細計劃，計劃中應指出何人或何事/現象需要改變，將採取何種行動，計劃何時開始，由誰負責執行。」之顯著性0.058，接近具有顯著差異之0.05，表示此項目，雖未具有顯著差異，但相較於其他項目有較大的差異。表4-5中，類別「未達標準的處理方法」之顯著性，相較於其他類別較低，表示此類別之項目，相較於其他類別有較大的差異。

表4-7 獨立樣本T檢定(品管相關事務)

類別	指標項目	t值	自由度	顯著性	平均差異	標準誤差異
品管相關事務	Q11	0.387	49	0.700	0.06275	0.16210
	Q12	0.391	51	0.698	0.06346	0.16245

資料來源：本研究整理

觀察表4-7，項目「Q11. 未達閾值，並不代表品質不佳。」與「Q12. 閾值的意義不在數值大小，而在於如何運用以增進品質的提昇。」之顯著性皆未達顯著水準，表示此二項目皆不具有顯著差異。

由上述分析可知，品質管理中心與護理人員對閾值的認知程度皆到達一定水準，但對於未直接參與制訂閾值的護理人員來說，對閾值制訂方式的認知程度相對較低。雙方於未達標準時的處理方法與閾值在品質相關事務這些項目中的認知是一致的，僅會受到一些外在因素影響(例如：單位管理階層對護理人員的要求不同)，而導致些許差異，但整體而言，品質管理中心與護理人員對閾值的認知並無顯著差異。

上述之四個類別中，發現類別「未達標準時的處理方法」之顯著性低於其他類別，表示此類別中，各項目之差異大於其餘三個類別。類別「品管相關事務」之顯著性皆偏高，表示品質管理中心與護理人員對閾值在品管相關事務上的認知有很高的一致性。

4.4 品質管理中心與護理人員對閾值的認知差異之訪談結果

本研究經由問卷調查後，發現項目「Q4. 閾值之訂定一般由選定指標之專家小組，就醫療品管文獻之建議，或其醫學文獻之資料，配合臨床經驗與判斷定之。」品質管理中心與護理人員之間對閾值的認知有顯著差異。並透過訪談的方式，以瞭解品質管理中心與護理人員對項目「Q4」的認知情況。

本研究之訪談對象為參與問卷調查之品質管理中心人員與護理人員，從兩群體中各抽取3名作為訪談對象，調查品質管理中心與護理人員對項目「Q4. 閾值之訂定一般由選定指標之專家小組，就醫療品管文獻之建議，或其醫學文獻之資料，配合臨床經驗與判斷定之。」的認知。

以下將受訪者分為品質管理中心與護理人員：

問題：請問您對於項目「Q4. 閾值之訂定一般由選定指標之專家小組，就醫療品管文獻之建議，或其醫學文獻之資料，配合臨床經驗與判斷定之。」有什麼看法？您認為為什麼會產生這樣的認知差異呢？

1. 品質管理中心

受訪者A：這個項目應該只有品質管理中心人員或是資歷較高的護理人員才會懂，一般護理人員都是執行制訂出的閾值，可能對於這個項目的理解程度比較不足。

受訪者B：我們品質管理中心在制訂閾值的時候，通常是沒有護理人員參與的，我認為這應該就是產生認知差異的原因。

受訪者C：有時護理人員會反應閾值無法達到，但我們確實是依照這個項目所說的方式制訂閾值，或許是因為他們不清楚整個制訂流程，才會在此項目產生認知差異。

2. 護理人員

受訪者D：在回答這份問卷時有思考過這個問題，我們護理人員很少插手閾值的制訂，題項的敘述應該是正確的，但因為我不清楚品質管理中心是不是這樣做，所以無法給非常同意。

受訪者E：我們在執行服務時，往往都無法達到品質管理中心制訂的閾值，所以對制訂方式這裡抱有疑問，可能其他護理人員也是這樣想，所以在這個項目才會產生認知差異。

受訪者F：品質管理中心制訂的閾值標準太高，我認為可能沒有參考護理人員的臨床經驗作為制訂的依據，所以在這個項目我並沒有勾選非常同意。

由上述訪談結果發現，護理人員對閾值的制訂方式並不了解，但無法達到標準的問題，使護理人員對品質管理中心制訂閾值的方式產生疑問。此訪談結果進一步的了解產生認知差異的原因，並證明護理人員無法達到目標的問題確實存在。

第五章 結論與建議

5.1 研究結論

本研究整合相關文獻發展出「品質管理中心與護理人員對閾值的認知差異」，並以所歸納出之12個指標項目形成問卷，對台中某醫療院所之品質管理中心與護理人員為對象收集資料，進行實證分析。

藉由同時考量醫療院所之品質管理中心與護理人員對閾值的認知程度，希望能提供我國醫療院所之品質管理中心與護理人員對閾值的認知程度更正確的衡量資訊，並提供醫療院所作為評估與改善醫療服務品質之參考。

本研究將因素設定為品質管理中心與護理人員兩個群體，並將12項指標項目分為(1)對閾值的認知程度(2)對閾值的制定方法的認知(3)在未達標準時的處理方法的認知(4)閾值在品質相關事務的認知等四個類別。以獨立樣本T檢定 (Independent t Test) 等方法進行分析，並針對分析結果所發現的認知差異題項進一步進行訪談。整體而言，品質管理中心與護理人員對閾值的認知並無顯著差異。亦即品質管理中心與護理人員之間對閾值的認知皆達到一定水準，僅部分項目具有顯著差異。經獨立樣本T檢定 (Independent t Test) 分析後，發現顯著差異落在第二類別「對閾值的制訂方法的認知」，導致顯著差異的原因可能是因為護理人員並不需要深入理解制訂閾值的過程，但品質管理中心則參與了閾值的制訂，因此雙方對於此項目才會產生顯著差異。

就服務品質缺口來看，不論是品質管理中心或護理人員，對閾值的認知大部分並無顯著差異，僅「對閾值的制訂方法的認知」會因為是否有直接參與制訂而造成認知差異。

就個別指標來看，品質管理中心與護理人員，對閾值認知皆到達一定水準，但於部分項目會因為外部因素而產生認知差異，在閾值的認知程度上，品質管理中心擁有相對高於護理人員的認知程度，這是因為品質管理中心直接參與閾值的制訂，而其他三個類別的項目並無顯著差異。此結果表示，品質管理中心與護理人員對閾值的認知差異僅存在於「對閾值的制訂方法的認知」，此差異並不會影響到其他項目的結果。

5.2 研究限制

1. 本研究之樣本僅以台中某醫療院所為例，各院所之背景皆有所不同，可能無法適用於全部醫院。
2. 本研究所定義之護理人員泛指醫療院所中所有執行服務的護理人員，並無再細分護理人員類別。
3. 本研究著重於探討品質管理中心與護理人員對閾值的認知差異，結果可作為醫療服務品質管理之參考，但研究過程發現一些未列入考慮之因素仍待專業人士進一步評估。

5.3 建議

1. 對品質管理中心

品質管理中心任務之一為推動醫療服務之品質管理。若其能充分瞭解本身與護理人員之間對服務品質認知差異之所在，則更可做好醫療服務品質管理的工作並設計出接受性較高之品質評估方式。

2. 對護理人員

護理人員應了解本身與品質管理中心之間對於各醫療服務品質之認知差異，此有助於醫護人員角色之自我調適，提升績效並增進滿意度。

5.4 未來研究方向

1. 本研僅探討品質管理中心與護理人員對閾值的認知差異，並無擴大分析其他因素，與相關人員訪談中發現，其他因素可能也會影響研究結果，需要進一步釐清。
2. 本研究之樣本來源取自單一醫療院所，無法得知在不同背景下，是否也有相同的結果，若樣本能取自不同背景下的醫療院所進行分析比較，便能使本研究更加完整。
3. 許多文獻指出服務品質與未來之財務績效存有正相關；但也不乏企業因過於重視品質之提升而招致破產之案例。後續研究者可進一步探討醫療服務品質與醫院未來財務績效間之互動關係，如品質提升對收入面與成本面等財務變數之影響，以提供醫院管理當局制定品質策略之參考。

參考文獻

- 王海兵、伍中信、李文君、田冠军(2011)。企业内部控制的入本解读与框架重构。《会计研究》，7，59-65。
- 石川馨、周滨(1986)。日本质量管理在国外。《质量与可靠性》，2，032。
- 吳仁捷(2002)。大學行政服務品質內部行銷滿意度模式之研究----以義守大學為例(未出版之碩士論文)。義守大學，高雄市。
- 吳國龍、詹銘仁(2011)。大學服務品質之重要性與滿意度分析(未出版之碩士論文)。崑山科技大學，台南市。
- 吳萬益(1995)。醫院服務品質，服務過程與服務結果之認知差異，台南地區三家教學醫院之實證研究。第一屆服務業管理研討會，台北市。
- 林世泰(2004)。企業內部服務品質對員工工作滿意度之影響研究—以某個案公司為例(未出版之碩士論文)。中華大學，新竹市。
- 林怡青(2002)。教育機構服務品質之研究：以我國大專校院學生事務處為個案分析(未出版之碩士論文)。國立台北大學，台北市。
- 曾倫崇、陳正男(1998)。台南地區醫院門診服務品質之評估。《輔仁管理評論》，5，117-136。
- 曾麗蓉(1988)。醫院門診服務品質之實證研究(未出版之碩士論文)。國立政治大學，台北市。
- 黃星榕(2000)。為影響服務品質主要構面之探討-以元智單一服務櫃臺例(未出版之碩士論文)。元智大學，桃園市。
- 楊綺紅(2002)。多校區大學學生對學校服務品質之研究(未出版之碩士論文)。銘傳大學，台北市。
- 楊錦洲(2009)。服務品質：從學理到應用。台北市：華泰。
- 蔡政和(1997)。高等教育行政服務品質衡量模式之建構—以元智大學為例(未出版之碩士論文)。元智大學，桃園市。
- 鄭元齊(2014)。The Study on the Measure Indicators and Mechanism of Administrative Service Quality for Universities: A National University as an Example(未出版之碩士論文)。政治大學，台北市。
- 盧淵源(譯)(1986)。事業營業、服務的品質管制(原作者：杉本辰夫)。台北：中興管理顧問公司。
- 蕭明坤(2004)。運用 PZB 模式於醫院服務品質滿意度之實證比較研究——以兩家區域性醫院為例(未出版之碩士論文)。義守大學，高雄市。
- 謝金青(1992)。國民小學行政兼職教師角色衝突與工作滿意程度之研究(未出版之碩士論文)。國立政治大學，台北市。
- Amin, M., & Zahora Nasharuddin, S. (2013). Hospital service quality and its effects on patient satisfaction and behavioural intention. *Clinical Governance: An International Journal*, 18(3), 238-254. doi: 10.1108/cgij-05-2012-0016
- Calabrese, A., & Scoglio, F. (2012). Reframing the past: A new approach in service quality assessment. *Total Quality Management & Business Excellence*, 23(11-12), 1329-1343.
- Carman, J. M. (1990). Consumer Perceptions Of Service Quality: An Assessment Of T. *Journal of retailing*, 66(1), 33.

- Chen, T.-M. C. F.-T. (2013). Exploring the Relationship between Importance and Satisfaction on Service Quality for the Student Association—A Case of University of Technology.
- Chung, R. K. (1993). TQM: internal client satisfaction. *Business Credit*, 95(4), 26-39.
- Crawford, S., & Getty, A. (1991). An Investigation into the Determinates of Customer Satisfaction. *Journal of Marketing Research*, 19, 104-162.
- Cronin Jr, J. J., & Taylor, S. A. (1992). Measuring service quality: a reexamination and extension. *The journal of marketing*, 56(3), 55-68.
- Crosby, P. B. (1979). *Quality is free: The art of making quality certain*. New York: McGraw Hill Custom Publishing.
- Deming, W. E., & Edwards, D. W. (1982). *Quality, productivity, and competitive position* (Vol. 183). Cambridge, MA: Massachusetts Institute of Technology, Center for advanced engineering study.
- Donthu, N. (1991). Quality control in services industry. *Journal of Professional Services Marketing*, 7(1), 31-55.
- Edvardsson, B. (1997). Quality in new service development: Key concepts and a frame of reference. *International Journal of Production Economics*, 52(1), 31-46.
- Garvin, D. A. (1984). What Does "Product Quality" Really Mean?. *Sloan Management Review*, 26(1), 25-43.
- Gummesson, E. (1987). Using internal marketing to develop a new culture-the case of Ericsson quality. *Journal of Business & Industrial Marketing*, 2(3), 23-28.
- Hallowell, R., Schlesinger, L. A., & Zornitsky, J. (1996). Internal service quality, customer and job satisfaction: Linkages and implications for management. *People and Strategy*, 19(2), 20.
- Heskett, J. L., & Schlesinger, L. (1994). Putting the service-profit chain to work. *Harvard business review*, 72(2), 164-174.
- Hsiao, L.-S. L. S.-L. H. S.-y. (2013). Consumer Perceived Service Quality of Essential Oil Stores. *The Journal of Human Resource and Adult Learning*, 9(2), 184.
- Juran, J. M. (1974). *Quality control handbook*, New York: McGraw Hill Custom Publishing.
- Chen, J. K., & Lee, Y. C. (2007). Service quality of information system center evaluated by revised gap analysis(Unpublished master's thesis), Chung Hua University, Taiwan, Hsinchu City.
- Oliver, R. L., & Linda, G. (1981). Effect of satisfaction and its antecedents on consumer preference and intention. *Advances in consumer research*, 8(1), 88-93.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1985). A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research. *Journal of Marketing*, 49(4), 41. doi: 10.2307/1251430
- Peter, J. P., Churchill Jr, G. A., & Brown, T. J. (1993). Caution in the use of difference scores in consumer research. *Journal of consumer research*, 19(4), 655-662.
- Verma, S. B. S. a. H. V. (2002). Customer Expectations and Service Quality Dimensions Consistency A Study of Select Industries. *Journal of Management Research*, 2(1), 43.

附錄一、閾值認知程度問卷

題 號	題 目	非常 同意	同 意	沒 意 見	不 同 意	非常 不 同 意
1	閾值是指對重要照護面的監測指標，依現況或預期目標所制訂的參考值。	<input type="checkbox"/>				
2	閾值是做為該指標未來一月、一季或一年之監測、檢討改善的基準。	<input type="checkbox"/>				
3	閾值是一體兩面的，介於遵從(compliance)與不遵從(noncompliance)標準的界限。達到標準是正向的，未達到標準是負向的。	<input type="checkbox"/>				
4	閾值之訂定一般由選定指標之專家小組，就醫療品管文獻之建議，或其醫學文獻之資料，配合臨床經驗與判斷定之。	<input type="checkbox"/>				
5	閾值的制定，應於每年年初於各指標提報單位進行評估、修訂，並於對應之委員會進行報告檢討。	<input type="checkbox"/>				
6	閾值的指標制定應為單位同仁共同討論所得，而非未經討論便由主管個人指定。	<input type="checkbox"/>				
7	應選擇對部門具有意義，期望能有所突破，或需加強努力才能有良好表現的指標來訂定閾值。	<input type="checkbox"/>				
8	當未達標準時，應該針對此異常找出問題所在，以尋求改進方法，且應由同事們共同討論。	<input type="checkbox"/>				
9	改善措施應擬定詳細計劃，計劃中應指出何人或何事/現象需要改變，將採取何種行動，計劃何時開始，由誰負責執行。	<input type="checkbox"/>				
10	經過一段時間仍無法找出提高品質的途徑，應檢討該監測指標、閾值、資料收集的方法、和評估的過程是否恰當。	<input type="checkbox"/>				
11	未達閾值，並不代表品質不佳。	<input type="checkbox"/>				
12	閾值的意義不在數值大小，而在於如何運用以增進品質的提昇。	<input type="checkbox"/>				