

私立東海大學工業設計研究所

碩士論文

友善診所候診空間之研究

The Study of Friendly Designed Reception Rooms in Clinics



研究生：陳俊億

指導教授：陳明石

中華民國一〇五年七月

碩士學位論文口試委員會審定書

工業設計研究所 陳俊億 君所提供之論文

友善診所候診空間之研究

經本委員會審定通過，特此證明。

論文口試委員會

委員：

<u>李以振</u>	<u>楊靜</u>
<u>陳明石</u>	<u>呂佳玲</u>

指導教授：

陳明石

中華民國 105 年 6 月 20 日

摘要

台灣於西元 1993 年起成為高齡化社會，將於西元 2018 年邁入高齡社會，高齡化是現在進行式。人口高齡化，高齡者就醫次數也顯得更加頻繁。台灣目前正推廣家庭醫生，配合衛生署推動的分級醫療，建立「有病先到診所看，住院、手術或急重診才到大醫院」的觀念，因此就醫民眾待在診所的時間將會提高，而大部分就醫民眾以高齡者及兒童居多，所以診所不僅僅是一個治療疾病的場所，更應該是一個屬於安全友善的環境空間。

診所為一般民眾接觸最頻繁的醫療空間，診所面積範圍普遍不大，但須具備齊全的基本醫療功能，方可給予患者周全、完善的治療空間。近年來，室內美化設計已成為診所前置規劃重要的一環，但現今診所候診空間，更應邁向友善設計規劃。因此本研究以「通用設計」概念，展開觀察並訪談，再加以問卷調查。

首先對台中市內五間診所以非參與式觀察法進行診所的基地調查，發現候診空間的問題點並歸納整理後擬訂訪談題項，經由訪談調查及問卷調查結果分析發現，使用候診空間時的困擾分為「個人因素」及「硬體因素」，尤其高齡者在使用行為上容易受到身體機能退化的影響，進而產生使用上的困擾。調查得知空間大小、環境氛圍都影響著使用者的心理感受。狹小的空間、單調的空間配色及不良的設備配置等因素皆會劣化整體空間的氣氛，進而影響就醫心情。在改善意識上使用者期望有安全及舒適便利的硬體配置及保有個人隱私的就醫空間。

整體而言，現階段的候診空間規劃在各方面有著許多的問題點，較少考量使用者的需求而做設計或調整。加上高齡化社會的來臨，應多加入安全性規劃及機能性等設計考量。綜合以上之調查結果，提出五項候診空間設計準則，分別是：安全性、舒適性、隱私性、機能性及便利性，將此研究之結論，以期提供未來診所之設計規劃者參考及建議。

關鍵字：友善環境、候診空間、使用行為、地方診所、通用設計

Abstract

Taiwan has been an aging society since 1993 and will become an aged society by 2018. It is now in the stage of aging. In an aging population, the number of elderly people's seeing a doctor would increase. Currently, Taiwan is popularizing family doctors to support the hierarchical medical care promoted by the Department of Health, so as to establish the concept of "for a common disease, go to a clinic and become hospitalized; for an operation or an acute disease, go to a big hospital". Therefore, those seeking medical services will spend more time waiting in a clinic. The elderly and children account for a larger proportion of those seeking medical services; hence, a clinic is not only a place where diseases are treated but also a secure and friendly space.

Clinic is the medical space most visited by ordinary citizens. Normally, a clinic is small, but it must have a wide range of basic medical functions so that patients can get considerate and complete medical services from it. In recent years, interior design has become an important part of the preliminary planning of a clinic; however, the waiting room today should be added into the planning of a favorable design. Therefore, this study bases the observation, interview and questionnaire survey on the concept of "universal design".

First, a site investigation based on the non-participatory observation was conducted into five clinics in Taichung City, and the problems detected therein were summarized as the items of the interview. According to the results of the interview and questionnaire survey, there were "personal" and "hardware-caused" problems in the usage of a waiting room; in particular, the elderly were vulnerable to the declining physical functions and thus encounter problems in the usage of a waiting room. According to the survey, the size and atmosphere of a room would affect the feeling of those in it. A small room with a dull color collocation and poor facilities would result in an unfavorable atmosphere and cause negative emotions of patients. In terms of awareness of improvement, users expect secure, comfortable and convenient hardware facilities and privacy-protected space for medical services.

On the whole, there are many problems in all aspect of the planning of a waiting room in the current stage, and the design or adjustment is seldom based on the demands of users. In an aging society, more attention should be paid to security and function in the design. According to the above results of the survey, this study proposes five principles for the design of a waiting room, namely, security, comfort, privacy, function and convenience. It is hoped that the conclusions of this study would serve as a reference for the future designers and planners of a waiting room.

Keywords: favorable environment, waiting room, usage, local clinic, universal design

誌 謝

在東海大學兩年的研究所生涯，如今即將劃上了休止符，回顧整個求學歷程，感覺時間過的飛快，尤其是在撰寫論文的碩二這一年。在研究所的這兩年非常感謝東海大學工業設計系所的師長們所給予的課業指導，尤其是恩師 陳明石教授，在研究過程中的關心與照顧，從起初的尋找論題中提供給我許多明確的研究方向，而後每星期的細心指導並修正錯誤及教導我正確的研究方法，才能順利完成論文的研究。在产品環境研究室中，更讓我體會到師生間的堅定情誼。

本篇論文的完成，首先要感謝指導教授 陳明石教授，在研究過程中的關心與照顧，不僅是研究論文上的悉心指導，專業知識的學習和價值觀的拓展，更是一輩子受用，在此獻上由衷的感謝與敬意。同時感謝交通大學應用藝術研究所 莊明振教授與雲林科技大學工業設計系 楊靜教授及東海大學工業設計系 呂佳珍教授，在百忙之中細心的審閱，並提供專業見解與寶貴的建議。另外，對於參與本研究論文之受訪者及受測者，亦致上最深的感謝與祝福。

不僅如此，更要感謝許多學長姐提供的寶貴經驗和建議及同學們的指教協助，包括毓婷、加樂、伊善、國軒等，而除此之外，要特別感謝同學刻叡給予的建議與多次的幫忙，使能讓論文順利完成。且感謝系上美英姐與穎勳姐的協助，真的很謝謝你們！

最後，感謝家人的體諒與關心，讓我可以專心於研究之中。需要感謝的太多，協助本研究完成的人很多，只能以不斷地感謝做為最誠心的回應，研究所生涯的結束，也代表著下階段的人生旅程即將展開，相信不斷的努力並朝向自己的目標前進，便能成為期望中的那個自己。

目 錄

摘要	.....	I
Abstract	.....	II
誌謝	.....	III
目錄	.....	IV
圖目錄	.....	VII
表目錄	.....	XI
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 研究內容與範圍	.....	3
1-4 研究流程	.....	3
1-5 預期成果	.....	6
第二章 文獻探討		7
2-1 人口結構的轉變	.....	7
2-2 家醫科診所近代發展	.....	12
2-2.1 家醫診所之定位	.....	12
2-2.2 診所功能探討	.....	13
2-2.3 現代家醫科診所空間基本需求	.....	15
2-2.4 家醫科診所醫療設備與空間之連結	.....	16
2-3 候診空間發展與現況	.....	18
2-3.1 候診空間近代發展	.....	18
2-3.2 候診空間設計原則	.....	19
2-3.3 候診空間的機能	.....	22
2-4 候診心理狀態與行為模式	.....	24
2-4.1 候診者心理探討	.....	24
2-4.2 候診者空間行為探討	.....	26
2-5 通用設計與醫療空間	.....	29
2-5.1 通用設計的定義與範疇	.....	29
2-5.2 醫療空間與通用設計相關研究	.....	32
2-6 文獻小結	.....	37

第三章	研究設計與方法	38
3-1	調查流程與步驟	38
3-2	基礎實態調查	39
3-3	醫療人員與就醫民眾訪談	39
3-3.1	醫療人員訪談	39
3-3.2	就醫民眾訪談調查	39
3-3.3	調查目的與方法	40
3-3.4	口語協定分析法	41
3-4	就醫民眾問卷調查	46
3-4.1	問卷調查之調查目的與方法	46
3-4.2	問卷設計與內容	47
第四章	基地調查	49
4-1	診所候診空間概況	49
4-1.1	案例 A	50
4-1.2	案例 B	54
4-1.3	案例 C	59
4-1.4	案例 D	66
4-1.5	案例 E	71
4-2	基地調查小結	77
第五章	訪談調查	78
5-1	醫療人員訪談	78
5-1.1	訪談對象選定	78
5-1.2	訪談結果與分析	78
5-1.3	醫療人員訪談小結	81
5-2	就醫民眾訪談	83
5-2.1	訪談對象選定	83
5-2.2	訪談結果與分析	84
5-2.3	就醫民眾訪談小結	94
5-3	訪談總結	95
第六章	候診空間行為問卷整理分析	96
6-1	問卷調查	96
6-2	調查對象基本資料	97
6-3	候診空間現況及硬體設備滿意度調查	100

6-4	候診空間心理感受調查	110
6-5	改善意識調查	118
6-6	調查結果討論	121
第七章	結論與建議	123
7-1	研究總結	122
7-2	研究建議	128
7-3	後續研究與發展	134
	參考文獻	135
	附錄	139
	附錄一 訪談題項	139
	附錄二 醫療人員斷句編碼表	140
	附錄三 就醫民眾斷句編碼表	143
	附錄四 友善診所之候診空間使用現況調查	160
	附錄五 統計結果分析（卡方檢定 p 值）	164

圖 目 錄

圖 1-1 研究流程圖	6
圖 2-1 台灣人口結構變遷趨勢	8
圖 2-2 不同設計與使用者之關係	33
圖 2-3 標示箭頭清楚指引方向	36
圖 2-4 以顏色區分位置	36
圖 3-1 調查流程圖	38
圖 3-2 口語協定分析法	42
圖 3-3 問卷結果計算方式	48
圖 4-1 A 診所之候診空間現況配置示意圖	50
圖 4-2 A 診所候診區現況說明圖	51
圖 4-3 大門樣式	53
圖 4-4 木質座椅	53
圖 4-5 衛教資訊張貼狀況、飲水機擺放處	53
圖 4-6 B 診所之候診空間現況配置示意圖	54
圖 4-7 B 診所候診區現況說明圖	55
圖 4-8 B 診所候診區現況	57
圖 4-9 B 診所領藥窗口	57
圖 4-10 候診區軟質長椅	57
圖 4-11 候診區小圓桌使用情況	57
圖 4-12 牆上置物架	58
圖 4-13 候診區張貼衛教資訊情況	58
圖 4-14 候診空間	58
圖 4-15 C 診所 1F 之候診空間現況配置示意圖	59
圖 4-16 C 診所 2F 之候診空間現況配置示意圖	59
圖 4-17 C 診所 1F 候診區現況說明圖	60
圖 4-18 C 診所 1F 候診區現況說明圖	62
圖 4-19 身高較低民眾掛號情形	64
圖 4-20 身高較高民眾掛號情形	64
圖 4-21 C 診所通往 2F 之樓梯	64
圖 4-22 2F 天花板圖案、燈管狀況	64
圖 4-23 2F 休憩區內擺放溜滑梯	65
圖 4-24 2F 候診狀況	65

圖 4-25 C 診所叫號器	65
圖 4-26 C 診所衛教資訊張貼處	65
圖 4-27 D 診所之候診空間現況配置示意圖	66
圖 4-28 D 診所候診區現況說明圖	67
圖 4-29 D 診所牆面配色及走道磁磚狀況	69
圖 4-30 座椅中間設置置物櫃擺放報章雜誌	69
圖 4-31 血壓計提供就醫民眾使用	69
圖 4-32 展示櫃	69
圖 4-33 D 診所衛教資訊張貼狀況	70
圖 4-34 D 診所衛教資訊張貼狀況	70
圖 4-35 E 診所之候診空間現況配置示意圖	71
圖 4-36 E 診所候診區現況說明圖	72
圖 4-37 E 診所藍色拼貼磁磚	74
圖 4-38 E 診所診察室隔間	74
圖 4-39 座位區上方挑高設計	75
圖 4-40 E 診所大型植栽	75
圖 4-41 座位區上方畫作	75
圖 4-42 掛號台掛號情況	75
圖 4-43 掛號台前長腳椅	76
圖 4-44 提供消毒酒精	76
圖 4-45 電視機、叫號器使用情形	76
圖 4-46 佈告欄使用情形	76
圖 5-1 醫療人員綜合斷句比例	81
圖 5-2 與就醫民眾訪談（於 A 診所內）	86
圖 5-3 就醫民眾斷句比例	86
圖 5-4 訪談調查前三大正面評價因素	86
圖 5-5 訪談調查前五大負面評價因素	90
圖 5-6 訪談調查前五大期待內容	92
圖 6-1 受測者之年齡分佈	97
圖 6-2 受訪者之教育程度	97
圖 6-3 調查對象之相關慢性疾病	98
圖 6-4 調查對象之相關機能退化	98
圖 6-5 慢性病及機能退化是否會影響候診空間使用的行為	98
圖 6-6 年齡與影響候診空間使用行為之交叉關係	99
圖 6-7 調查對象如何得知候診空間的動線規劃	100

圖 6-8 年齡與自行判斷空間動線之交叉關係	100
圖 6-9 年齡與詢問醫療人員空間動線之交叉關係	101
圖 6-10 調查對象對於候診空間大小感受	101
圖 6-11 調查對象對於候診空間大小感受	101
圖 6-12 使用診所大門之困擾	102
圖 6-13 門檻與膝蓋關節退化之交叉關係	103
圖 6-14 門檻與整體行動緩慢之交叉關係	103
圖 6-15 診所大門開啟方式	103
圖 6-16 大門開啟方式與大門開啟不便之交叉關係	104
圖 6-17 診所大門開啟方式之現況與期望	104
圖 6-18 使用診所掛號台之困擾	105
圖 6-19 診所掛號台使用方式之期望	105
圖 6-20 年齡與診所掛號台使用方式之期望之交叉關係	106
圖 6-21 使用診所領藥窗口之困擾	106
圖 6-22 診所候診空間設置座椅型式	107
圖 6-23 使用診所座椅之困擾	107
圖 6-24 年齡與沒有扶手之交叉關係	108
圖 6-25 長型(共坐)與共坐互相影響之交叉關係	108
圖 6-26 診所是否設置電視機之現況	109
圖 6-27 使用診所電視機之困擾	109
圖 6-28 診所是否提供報章雜誌或書籍	109
圖 6-29 閱讀報章雜誌之困擾	110
圖 6-30 候診時間掌握現況調查	110
圖 6-31 使用候診空間之困擾	111
圖 6-32 使用候診空間影響安全感及隱私感之因素	111
圖 6-33 性別與診察時未關門是否影響安全感及隱私感之交叉關係	112
圖 6-34 年齡與個人資料透明化是否影響安全感及隱私感之交叉關係	112
圖 6-35 候診空間光線亮度調查	113
圖 6-36 年齡與候診空間光線亮度之交叉關係	113
圖 6-37 候診空間光線配色調查	113
圖 6-38 候診空間燈光配色是否影響心情	114
圖 6-39 候診空間的氣氛感受調查	114
圖 6-40 氣氛是否感到冰冷與候診空間燈光配色之交叉關係	115
圖 6-41 候診空間氣氛改善調查	115
圖 6-42 年齡與藝術品之擺設是否改善空間氣氛之交叉關係	116

圖 6-43 年齡與增加趣味性圖案是否改善空間氣氛之交叉關係	116
圖 6-44 候診空間整體規劃滿意度調查	116
圖 6-45 年齡與是否滿意候診空間整體規劃之交叉關係	117
圖 6-46 候診空間規劃的改善	118
圖 6-47 候診空間硬體改善與期待	119
圖 6-48 行動較為緩慢與是否選擇不要設有門檻之交叉關係	119
圖 6-49 影響心理感受的改善與期待	120
圖 6-50 擔心病菌傳染與是否期待設置空氣清淨機之交叉關係	120
圖 7-1 候診空間的通用設計準則.....	129
圖 7-2 候診空間的通用設計準則之設計建議.....	133

表 目 錄

表 2-1 出生數及粗出生率	9
表 3-1 調查診所簡介	39
表 3-2 醫療人員人口背景	39
表 3-3 就醫民眾人口背景	40
表 3-4 斷句編號整理表	43
表 3-5 空間規劃與內心感知之編碼系統	43
表 3-6 使用者口語資料分析編碼過程表	45
表 3-7 候診空間使用現況問卷調查內容	48
表 4-1 診所空間規劃狀況	77
表 5-1 訪談對象醫療人員資料	78
表 5-2 定義醫療人員訪談內容之類別	79
表 5-3 醫療人員訪談斷句統計表	80
表 5-4 就醫民眾訪談對象選定	83
表 5-5 訪談對象就醫民眾資料	84
表 5-6 就醫民眾訪談斷句統計表	85
表 5-7 正面評價斷句統計表	88
表 5-8 負面評價斷句統計表	90
表 5-9 期待內容斷句統計表	92
表 5-10 就醫民眾綜合因素交叉分析	94
表 5-11 就醫民眾與醫療人員觀點對照分析	95
表 6-1 問卷選項之統計方式	96
表 7-1 使用候診空間行為與空間設備間之問題分析	128
表 7-2 使用候診空間心理狀態與潛在因素及設備間之問題分析	128

第一章 緒論

1-1 研究背景與動機

1-2 研究目的

1-3 研究內容與範圍

1-4 研究流程

1-5 預期成果

第一章 緒論

1-1 研究背景與動機

隨著經濟發展與科技日新月異的改變，台灣社會生活型態也逐漸變化；由於生活水準提升與醫療科技進步，使平均壽命逐漸延長，人口結構趨向高齡化。根據內政部統計資料顯示，台灣人口自民國 82 年起邁入高齡化社會以來，65 歲以上老人所占比率持續攀升，民國 103 年底已達 12.0%。衡量人口老化程度之老化指數為 85.7%，近 10 年間已增加 36.7%。民國 103 年底老化指數雖較加拿大、歐洲各國及日本等為低，但較美國、澳洲、紐西蘭及其他亞洲國家為高。顯示台灣人口老化速度將會越來越快，台灣高齡化社會的現象將會變成可預期且不能忽視的普遍議題。人口老化的問題已是世界先進國家普遍發生的一個社會現象，老年人口將成為人口結構的重要組成。

台灣自民國 84 年全民健康保險開辦以來，就醫民眾的自費負擔大幅降低，間接的提升民眾的就醫能力；在加上醫療市場的開放，大型的私人財團以及私人基金會加入醫療的行列，以及推廣分級就醫與家庭醫師概念，讓民眾在就醫時能夠依病情選擇就醫場所，而因小診所的加入也讓就醫看診變得更普及更方便。中華民國醫師公會於 2015 統計全台醫療單位數量，統計資料顯示，全台醫學中心數量為 22 間；區域醫院為 82 間；地區醫院為 310 間；基層醫院為 54 間。依衛生福利部統計 2015 全台診所數目為 21544 間，而其中牙醫與一般科數量最多，達 6662 (31%) 間，而中醫一般科及西醫一般科之數量為 3562 (16.5%) 間及 3117 (14.4%) 間，佔據大部分診所科別。

無論是醫院或是診所，都是人們身體不適，出現生病症狀會出入的場所，一般而言都不是自願到醫院或是診所就診的。然而因人口高齡化，人們因為老化產生慢性疾病的比例也大幅提升，相對提高就醫機率，而因衛生署推動的分級醫療，建立「有病先到診所看，住院、手術或急重診才到大醫院」的觀念，所以診所對於一般就醫民眾來說是最頻繁出入的醫療場所，而因就診人數日漸增加，待在診

所的時間也相對的提高。因此診所空間及候診區域對於就醫民眾來說是日趨重要的。前來診所看病的民眾都是因生理或是心理上的不適才前來就診，若候診空間讓民眾感覺不適，將會增加前來就醫的病患更加的不舒適；蕭如宣(2004)曾提出「空間複雜、標示不清楚」、「冷冰冰缺乏人性」、「椅子很硬」、「充滿藥水味的生病世界」、「沒有隱私」是大多數民眾對於醫療機構的共同經驗，表示候診空間對於大多數後診病患是個重要的地方，空間的配置是否符合候診民眾的需求顯得更加重要，尤其是等待時間最長的「候診區」。

在台灣的醫療服務中，因就診病患之多樣性以及不確定性，使得在整個醫療過程中，占用最長時間的過程就是等待，等待掛號、看診、領藥。反而與醫生相處的就診間之看診時間是非常短暫的，僅占整個就醫過程的一小部分而已。無論是醫院或診所之候診區或是診所的候診，一般都會與看診診間有所區分，在候診區的病患可自由的進出活動，進出的人員也不受限制，有可能為病患、病患家屬、醫生、護士、藥師、一般民眾...等。因此，若病患及其陪伴者在整個就醫過程中，候診空間是等待的時間最長，代表候診空間是間接影響就醫品質最重要的一個區域，所以候診空間不僅應讓就醫民眾與家屬在就醫過程得到舒適感也應顧及其各種身體狀況，營造友善環境為目標使醫療品質提升。

而因高齡就醫民眾數量日趨增加，因此本研究將導入「通用設計」概念進行使用者對於候診環境的探討，包括友善設施、環境規劃、標示系統、照明設備、色彩規劃等五個部分，以檢視範例診所是否符合通用設計之原則，並羅列其改善之具體方針；將此研究之結論，以期提供未來診所之設計規畫者參考及建議。

1-2 研究目的

台灣國內醫療已日趨發達，加上高齡社會來臨，診所是最普及的醫療場所，成為大多數民眾就醫的第一選擇。但多數私人診所空間規劃並無參考依據，候診空間相關議題的探討也非常少，但醫療空間卻是非常重要的議題，然而在全民健保的制度下，醫療空間的重要性也相對的提升。在整個就醫過程中，候診空間是

就醫患者及陪伴者所使用最久的地方，然而空間設計問題往往不以就醫患者的需求做設計思考，常常在設計過程中忽略了病患們真正的所需。因此本研究以觀察者及參與者的角色體驗病患於候診空間的狀況，並觀察病患候診的行為及與環境的互動，最後歸納及分析候診空間的現況，並以通用設計原則進行探討以檢視範例診所是否符合通用設計之原則，並羅列其改善之具體方針；將此研究之結論，以期提供未來診所之設計規劃者參考及建議。本研究期達到以下之研究目的：

- (一) 分析診所候診空間之使用行為與心理感受
- (二) 觀察使用者於診所之候診空間的使用狀況
- (三) 以通用設計原則擬定診所候診空間之規劃依據

1-3 研究內容與範圍

研究內容從使用者觀點切入，導入通用設計概念，觀察使用者與環境空間的互動關係並針對具有使用經驗之使用者進行訪談與問卷調查。研究範圍根據大多數民眾日常生活容易罹患的病痛內容所選擇的就醫診所，及考量到現今的牙醫科診所、眼科診所及醫學美容診所的室內空間裝潢大多採用設計成本較昂貴的精緻路線，或是採用 V I P 的階級制去區分就診民眾所待的室內空間。因此本研究範圍不包括牙科、眼科、醫學美容科、婦產科別之診所。探討不同族群於診所候診空間使用時的需求、問題點、應對方式及滿意度之情形。本研究針對之族群及探討研究內容等定義如下：

1. 族群範圍設定

研究對象設定在有使用診所候診空間經驗之民眾。

2. 診所範圍設定

由於考量民眾於日常生活中容易產生的病痛內容，及現今牙科、眼科、醫美、婦產科診所大多採用之裝潢費用昂貴，因此本研究的診所範圍不包括上述科別。

1-4 研究流程

本研究探討診所內的候診空間形態及使用者心理感受分析。首先透過收集候

診空間之相關文獻，確立本研究之定位後，進行診所候診空間之現況調查，嘗試了解使用者在候診空間的使用狀況及可能遇到的問題點。因此本研究在主要架構分為：(1) 研究目的的確立、(2) 文獻蒐集與整理、(3) 研究設計與方法、(4) 基地調查與分析、(5) 醫療人員與就醫民眾訪談、(6) 就醫民眾問卷調查、(7) 結論與建議。

(一) 研究目的的確立

首先確立研究背景與目的，藉由觀察台灣目前診所候診空間之使用狀況，及台灣民眾就醫習慣，表明通用設計應用於候診空間設計之重要性。

(二) 文獻蒐集與整理

進行現有相關文獻調查與整理，探討內容從生活型態轉變、家醫科診所近代發展、候診空間發展與現況之文獻來探討，藉此作為本研究之基礎及日後進行調查設計之依據。

(三) 研究設計與方法

擬定接續要進行各項調查的流程與選擇適用於不同調查內容的測量工具。

(四) 基地調查與分析

調查範圍為從分析診所候診空間之概況到觀察就醫民眾的行為與活動等範疇，以深入瞭解使用者在使用候診空間時的情況。

(五) 醫療人員與就醫民眾訪談

針對立場不同之雙方進行深入訪談，以瞭解其理念價值與綜合觀點，並擷取訪談內容中的關鍵因子作為問卷題項之設計依據。

a. 醫療人員訪談調查

透過對醫療人員之深入訪談，了解醫療人員對於現今診所候診空間的看法，還有現今觀察獲得的病患需求。並以訪談之內容整理出候診區改善之相關因子作為診所候診空間規劃的訪談問卷之依據。

b. 就醫民眾訪談調查

將透過訪談的方式了解不同族群的使用感受，嘗試了解使用者在候診空間的實際使用上可能遇到之問題點，目的為了解使用者待在候診空間所遇之問題，包括高齡者與一般使用者等不同族群，透過訪談的方式，深入了解使用者經驗與內心想法，與上一段之醫療人員訪談加以比較與分析，藉以探討醫療人員與使用者之想法與實際操作之行為上有否落差。

(六) 就醫民眾問卷調查

將上一階段之結果分析與探討，進而歸納出相關問題點來進行目前診所候診區之現況調查，作為問卷調查之參考。將使用問題點加以比較與歸納彙整後，研擬問卷調查，利用統計軟體 (SPSS) 分別進行歸納整理與量化的方式呈現，最後彙整結果提出目前診所候診區在設計規劃上較為疏失的部分，企圖探討診所候診空間是否更為大眾所方便、安心使用。

(七) 結論與建議

藉由相關文獻探討、訪談調查與問卷調查之統計與分析歸納成果，並提出對於診所候診空間之適切性的建議，在對全體調查結果做綜合分析，進而彙整出診所候診空間設計之準則與建議，及未來可發展之相關課題。

在此將上述所敘述之內容繪製為如圖 1-1 所示，以明確呈現各階段內容之環節。

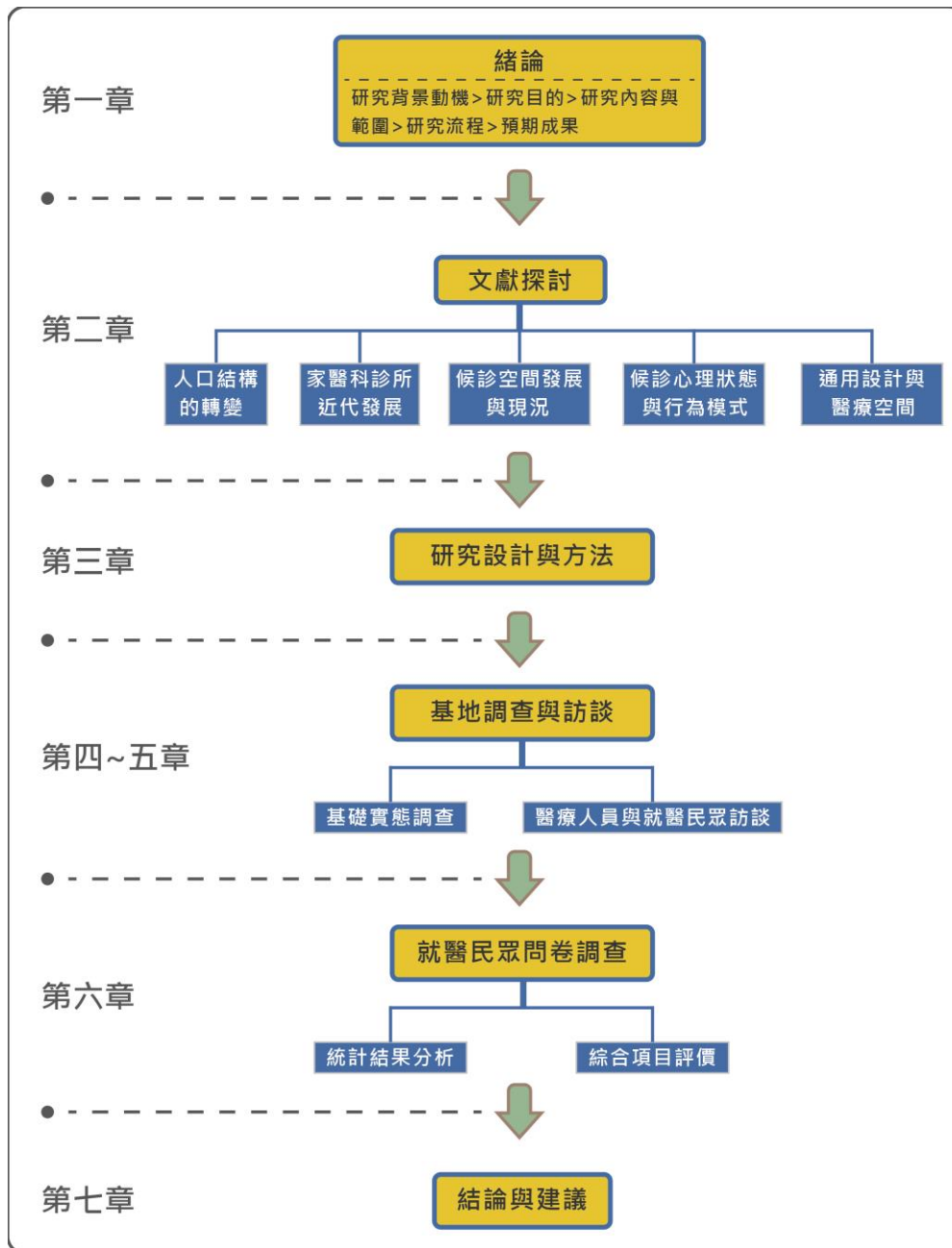


圖 1-1：研究流程圖

1-5 預期成果

研究成果預期可作為往後建設診所時的環境及空間規劃之執行準則，期望讓未來診所之候診空間在提供給民眾使用時能符合大家的需求。

第二章 文獻探討

2-1 人口結構的轉變

2-2 家醫科診所近代發展

2-2-1 家醫診所之定位

2-2-2 診所功能探討

2-2-3 現代家醫科診所空間基本需求

2-2-4 家醫科診所醫療設備與空間之連結

2-3 候診空間發展與現況

2-3-1 候診空間近代發展

2-3-2 候診空間設計原則

2-3-3 候診空間的機能

2-4 候診心理狀態與行為模式

2-4-1 候診者心理探討

2-4-2 候診者空間行為探討

2-5 通用設計與醫療空間

2-5-1 通用設計的定義與範疇

2-5-2 醫療空間與通用設計相關研究

2-6 文獻小結

第二章 文獻探討

因應高齡社會的來臨，高齡者以成為台灣人口重要的結構之一，人口的結構轉變，同時也代表使用行為及需求也隨之變化，在人們就醫習慣的改變下，不同的族群使用共同的就醫空間同時，如何將候診空間規劃成為友善的醫療環境將是本研究的重點。本研究分別以「人口結構的轉變」、「家醫科診所近代發展」、「候診空間發展現況」、「候診心理狀態與行為模式」、「通用設計與醫療空間」五大部分進行，進一步擬定設計策略，做為研究進行之方針。因診所候診空間之文獻較無人研究的情況下，本章節候診空間之文獻探討以醫院候診空間為主。

2-1 人口結構的轉變

期望瞭解一個國家之人口情況，就必須先明確了解該國人口的結構性質，尤其是人口的年齡結構。而所謂人口結構，指各類人口數量上的相對比重，其分類指標包括年齡、性別、婚姻、教育程度等（楊靜利，1997）。國家人口成長速度受出生率、死亡率及遷移的影響，年齡結構成為之決定因素。

人口做為國家構成之基本要素，其人數多寡、品質良莠、結構變遷皆與國力之強弱密切相關。諸多研究皆指出，臺灣受政治民主化、經濟自由化、人口都市化、工業高度化等影響，社會快速變遷。而因出生、死亡、遷移以及經濟發展之變化，幼年人口逐年下降、老年人口則逐年增加、加上婚姻移民，致使人口結構產生變化（教育部，2004；簡太郎，2007）。人口結構變化的現象已經造成教育業、金融業、農工製造業、政府財政、社會福利等備受衝擊。若不能妥善因應，未來影響之層面必將更為深廣（魏美粧，2009）。

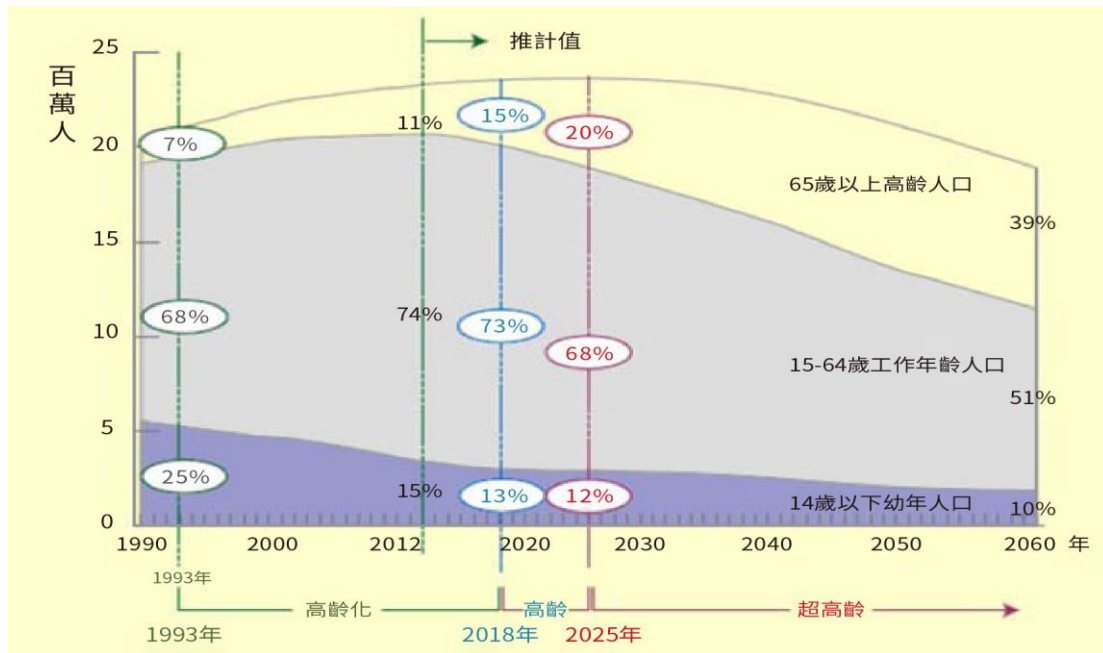


圖 2-1 台灣人口結構變遷趨勢，資料來源：行政院國家發展委員會，2013

如上圖 2-1 所示，工作年齡人口減少、高齡人口迅速增加及出生數減少態勢的日趨顯著，未來社會的人口金字塔圖表將不再是過去的金字塔型，老年人口將是臺灣社會的主要族群。人口結構的變化，將對國人工作及生活、整體經濟及社會發展，產生深遠影響（王乾任，2011；行政院國家發展委員會，2013）。少子化、高齡化成為臺灣人口結構的普遍現象。

(1) 少子化

到了 2050 年，全球總生育率（即，每名婦女一生所生育子女數）將從 2.5 人下降至 2.2 人。在全球老化程度持續加深及生育率提升不易的情勢下，推估 60 歲以上老年人口將於 2047 年超過 0-14 歲幼年人口（國發會，2013）。在此大環境下，台灣整體人口結構正面臨人口逐漸減少的重大改變。據教育部資料（2010），1999 年-2009 年間，臺灣的出生人口數由 28.3 萬人降至 19.1 萬人。

內政部戶政司(2014)統計資料顯示,在2006年臺灣地區總生育率已下降至1.1人,在全球209個國家區域中,與日本、新加坡、南韓及香港相近,是世界上生育率最低的國家之一。台灣新生兒總數亦從1981年的41.4萬人減少到2013年的19.9萬人,其下降速度為全球之冠。在人口總數方面,1989年約2000萬人,而1989-1999年這十年的期間增加約200萬人,但1999-2008近十年的期間開始增加約100萬人,可見近幾年人口成長趨緩的現象。另據表2-1的近幾十年來的出生數及粗出生率統計,可見粗出生率是呈直線下降趨勢的。

表 2-1 出生數及粗出生率

年別 (中華民國)	出生人數			粗出生率 (%)
	男性	女性	合計	
70	213,948	200,121	414,069	22.97
80	168,865	153,067	321,932	15.70
90	135,596	124,758	260,354	11.65
100	101,943	94,684	196,627	8.48
101	118,848	110,633	229,481	9.86
102	103,120	95,993	199,113	8.53

資料來源：內政部戶政司(2014)

此外,行政院經濟建設委員會(2008)對未來臺灣人口數量進行預估,表示:臺灣地區的人口高峰將會發生在2026年人口總數大約是2380萬人,從2027年起,臺灣地區人口就會開始減少,出現負成長的情形;出生數將自2008年的20.5萬人,減少至2024年的18.9萬人,在未來50年依中央推計預估將降為13.2萬人。

(2) 高齡化

聯合國世界衛生組織定義「65歲以上人口占整個社會人口超過7%稱其為高

齡化社會 (ageing society)；65 歲以上人口達 14%則為高齡社會 (aged society)；若達 20%則稱為超高齡社會 (super aged)」(魏美粧，2009)。受二戰後嬰兒潮時代影響「銀色風暴」、「高齡海嘯」這些形容詞陸續出現。全球 60 歲以上老年人口占總人口比率，已由 1990 年 9.2%上升至 2013 年 11.7%，至 2050 年，預估將持續攀升至 21.1%；同時，80 歲以上超高齡老人 (oldest old) 占老年人口比率，將由 2013 年的 14%上升至 2050 年的 19%。最新「世界人口高齡化」報告顯示，由於生育率及死亡率的持續下降，幼年人口比率降低，工作年齡人口與老年人口比率提高，幾乎所有國家都面臨人口老化的問題，其中又以開發中國家老化速度最快 (國發會，2013)。

根據 2008 年行政院經濟建設委員會的統計，各國人口高齡化程度最快的依序是日本、義大利、德國、瑞典，雖然台灣不在其列，但也相去不遠，甚至急起直追，該會指出台灣 2008 年 65 歲以上人口占總人口比例為 10.4%，與新加坡 (9%)、韓國 (10%) 相近，並將於 2018 年增為 14.7%邁入高齡社會，於 2029 年增為 22.5%邁入超高齡社會，之後快速上升，至 2056 年將高達到 37.5%(魏美粧，2009)。

1993 年，台灣 65 歲以上人口占總人口比率超過 7%，成為高齡化社會。受過去 10 多年來生育率持續且大幅下降影響，台灣 60 歲以上老年人口早在 2011 年即超過 0-14 歲幼年人口。2012 年，台灣 65 歲以上人口比率為 11%，2013 年 60 歲以上老年人口占總人口比率為 17.4%，推估至 2018 年將超過 15%，約 345 萬人，成為高齡社會；2025 年達 20%，約 474 萬人，邁入超高齡社會，預計 2050 年上升至 43.6%，到 2060 年高齡人口將占總人口比例三分之一以上。顯示臺灣地區高齡人口在短短的 24 年倍增，顯示高齡化速度來得既急又快，甚至高於歐美許

多先進國家，人口老化速度，堪稱世界第一（宋琬玟，2011，2012；國發會，2013）。而高齡社會的來臨，許多高齡者的需求將不可忽視。

在面對少子化與人口老化之趨勢，人口結構的改變、養兒防老的老舊觀念日趨淡薄，使得人們開始重視自己未來老年安全生活的規劃（楊進億，2014）。據內政部調查，年紀愈大的老人，獨居比例愈高，2014年10月內政部公佈的“老人狀況調查報告”中，全台65歲以上老人有11.1%、約30萬老人單獨居住（蔡百惠，2014）。高齡化是人口結構變遷的一項結果，隨著經濟成長、生活水平的提升、晚婚、低生育率等等的因素改變下，人口結構也從金字塔型快速趨向葫蘆形狀，行政院經建會統計2008年台灣總生育率（婦女平均生育子女數）經換算估計為1.07人，較2007年1.10人略低。而這也表示，高齡現象將更為嚴峻，不僅只影響了人口的結構，同時也影響社會的結構。人口結構的變動顯示出65歲以上的人口正在急速增加的現實；因此，生活在這高齡化社會裡的同時，也要開始注意到此相關的趨勢發展，從生理角度來看，40歲為生理發展的轉變點，許多的生理機能開始逐漸退化，視力與身體的力量等，都會因為體質的不同而有很大的落差。

而因人口高齡化的出現，老化讓身體更容易產生出疾病，因此目前高齡就醫的民眾越來越多，及現今政府推行「小病去診所，大病去醫院」的政策下，診所成為民眾日常就醫最普及的醫療場所。而民眾日常生活中容易罹患的疾病都能在家醫科診所獲得治療，因此家醫科診所成為普通疾病下最常去的醫療場所，在就醫環境中有著年輕族群及高齡族群的情況下，如何將民眾日常就醫環境規劃的更加舒適友善是目前重要的議題。

2-2 家醫科診所近代發展

人類在古代已有大夫為病患看病診症，而當時皆為私人開立之診所，所包含之學科也無一定之訂立。時至清朝末年，由西方引進之教會醫院，開始有別於以往之私人診所，醫療科室也已開始在醫院內部進行區分。直至 1950 年之後，興起現代醫院與私人診所並立，於醫院或診所皆有了學科之區分，逐漸有了專門的家醫科診所。

2-2-1 家醫診所之定位

從 1960 到 1990 年代，政府制訂的「勞工保險診療費用支付標準表」適用於中小型醫療院所；大型醫院則採用個別洽定的方式，與勞保局協商費用支付。優麗醫美診所執行長劉志偉指出：「醫療產業來講它有個很大的分水嶺，從原先的勞保、公保，轉型到健保，這樣給付制度改變，也造成台灣醫療產業整個生態大幅度的改變，從健保實施之後，從原先追求高的門診量，診所、醫院都在衝高門診量，到後期健保給付點值逐漸下降。」由於支付費用產生變化，病人在考慮費用時，或者選擇醫院亦或選擇診所。在此同時病人發現診所的醫師解釋詳細，助理服務貼心，經營更加多元化，因此病人紛紛走出醫院，進入診所就醫（段奇秀，2013；張庭涵，2014）。

依世界家庭醫師學會對家庭醫師之定義：「家庭醫師是基本上能負責提供周全性健康照顧給每一個尋求醫療照顧的人，且在必要時能安排其他健康專業人員來提供照顧服務」（李龍騰，2003）。而行政院衛生署以基層開業醫師為基本成員，組成以達到家庭健康為目標的整合動作團隊。充分利用家庭醫師制度的照護模式，結合區域教學醫院的醫療資源，提供以病人為中心第一線醫療服務。其中最基本組成單位即為家庭醫師診所（陳德鈺，2010）。家庭醫師整合性照護制度推

展有助於提升醫療品質、降低醫療成本、提高社區防疫功能（游美芳，2006）。

基本上家醫科診所的工作範圍包括：民眾健康守護者、提供衛生教育（戒菸、減重、正確飲食、正確運動、睡眠衛生、宣導正確用藥、慢性病預防、癌症預防、口腔衛生、視力保健、旅遊諮詢、藥物濫用防制、鼓勵喂哺母乳、職業病防治等）、提供預防保健服務（小兒疫苗注射、健保 40 歲以上成人體檢、婦女子宮頸抹片檢查、乳癌篩檢、）、特殊疾病的次專科轉介（轉診）、其他相關資源指引諮詢及轉介（社會工作、社會福利）、提供基層心理衛生及諮商輔導、社區健康總指揮（引導成立自發性社區健康促進團體、參與社區自辦之健康促進活動、參與社區醫療群「家庭醫師整合照護制度」）、防疫尖兵、災難緊急動員等一線醫療服務等（張麟生，2007）。

2-2-2 診所功能探討

根據錢慶文（1994）之研究顯示，全民健康保險法案對醫院的影響包括：支付制度的改變、部分負擔實施、轉診制度加強，以及實施醫藥分業，都造成了醫院診所經營環境上的改變。全民健保實施後基層醫療服務費用支付標準大幅調升，使得開業成本較低科別的醫師，紛紛離開醫院而自行開業，當時正是中大型醫院大幅增建之際，造成醫師人力調適吃緊。醫院醫師人數減少，基層診所大幅增加。台灣的醫療院所概括分為四類：醫學中心、區域醫院、地區醫院、診所，基層醫療指的就是診所。基層醫療診所扮演的角色與具備的功能：民眾健康守護者、預防保健服務、提供衛生教育、特殊疾病的次專科轉介、基層心理衛生和諮商輔導、社區健康總指揮、防疫尖兵、災難緊急動員第一線。根據基層醫學月刊第 22 卷第 3 期表示，基層醫療診所為分組醫療的第一線，是與一般民眾最接近的醫療單位，落實「小病去診所，大病去醫院」，可充分發揮醫療效益（郭湘琪，

2013)。

診所功能可參照美國醫學研究所委員會對基層保健醫療所定義的五種重要特性，即指：周全性、持續性、協調性、可近性及負責性等。家庭醫學科醫師的角色十分多元，大部分家醫科醫師的主戰場是社區，以開業醫師的型態，為提供民眾預防保健，與各種急慢性疾病直接的醫療照護，是社區民眾的好鄰居兼健康守護者（林季緯，2011）。具體而言，包括各項疾病診斷及治療、各類健康檢查及醫療問題諮詢、各類疫苗注射等。重視生理上的病變及行為心理上的問題，以及兩者相互的關聯。照顧的對象不分年齡、性別，從幼年到老年，不分男女。處理常見疾病，不局限於單一的器官，對於所有的疾病需要考慮全身的問題。提供民眾整合性、持續性、方便性及預防性的全方位健康照護（汪威達，2001）。

近年來由於政府致力於推動家庭醫師整合照護計畫，由醫師團隊與社區醫院建立起一套縝密的社區照護網路，家醫科醫師也被賦予擔任主要領導者與協調者的角色。由於家醫科醫師在訓練的過程中特別著重社區、公衛、流行病學方面的實務學習，因此也有一部分訓練完成的專科醫師最後進入政府的基層衛生體系，在自己開業的診所或衛生所為民眾提供基礎醫療、衛生行政與預防保健等多功能的服務。在預防保健方面，由於家醫科醫師能執行絕大多數篩檢與預防注射業務，故成為政府推動預防保健與地方醫療行政機構執行業務的最好幫手；此外，家醫科也會與社區醫療部門合作，辦理大型整合式篩檢與義診活動，期間並可順帶進行疾病預防宣導與健康專題演講（林季緯，2011）。由家醫醫師開辦的診所主要可以做疾病的初步診斷、進行統合性及持續性的醫療、擔任轉診的角色、提供健康諮詢、配合健檢中心做門診健康檢查、預防注射、體檢報告之判讀及追蹤檢查、戒煙治療等（黃淑蜂，2004）。

為了能真正落實分級醫療及雙向轉診制度，「全民健康保險家庭醫師整合性照護制度試辦計畫」對家醫科診所進行了具體定位。建立強調整體性、連續性之疾病治療與個案管理模式，由家庭醫師負起病人的整體照顧責任，必要時轉介次專科共同處理，使慢性病人也能獲得長期性、完整性的醫療照顧（中央健康保險局，2004）。

2-2-3 現代家醫科診所空間基本需求

早期的醫療行為以「治療為中心」，因近年來人民消費意識的抬頭，逐步轉變為以「病患為中心」的思維。醫療單位不再只是單純提供醫療，而是強調以人為本的照護。因此，醫院的規劃設計便從單純以追求高效率、機能性等醫療功能至上的原則，再加入許多人性關懷、心靈療癒的設計因素（柯美如，2014）。許秀月（2002）指出醫療環境是提供健康照護的治療性環境，例如：醫院、診所、療養院或家庭，對醫療環境的控制，目的在於促進個案舒適及確保個案安全。有文獻對機構的花園空間給予高度評價，指出他們會覺得自己在戶外更快樂、比較不感到沮喪且能提升住民的睡眠，及自我能力滿意、與他人容易互動等好處（Verbeek H, van Rossum E, Zwakhalen SM, Kempen GI & Hamers. , 2009）（Rappe E, Kivela S）（Rappe E. , 2005）。這些情緒經驗影響病患的疼痛經驗，焦慮程度高的病患對於醫囑的理解程度也較差，例如記不得醫師告誡有關醫療的重要訊息，而使醫病關係更加惡化，由此更突顯出對於病患情緒管理之重要性（林嘉澍，2013）。

許常吉建築師曾提到，廣義的綠色醫院它必須創造一個好的醫療環境，包括方便病人就醫，讓病人、病人家屬、醫務人員感到很溫馨，很溫暖，有利於建立

和諧互相尊重的醫患關係，既要兼顧到功能性的需求，也要兼顧到人性化的情境療愈空間，減少對就醫的恐懼感；並提出醫院設計的基本要素：要有彈性；醫療環境美化、佈局合理；體現人性化，並與創新結全，讓病人在醫院感到親切、放鬆與信任；重視防範院內感染，空間配置智慧化（柯美如，2014）。對機構物理環境的文獻探討結果指出，對於室內裝潢應該以營造家庭的設計空間（提供合適的家俱），對住民、照顧人員、家屬都有較高的滿意度（Torrington J. 2006）。並且建議機構的室內設計應該以地區文化背景為基礎，設計的室內設計才符合他們的需求（Hisano Shinya SH. , 2003）。歸納而言，可將現代家醫科診所空間的基本需求分為六要素（葉倩雯，2010）：一為健康性（通風、採光、日常清潔等）；二為預防感染及意外設備的機能性（泌尿道感染、呼吸傳染病、皮膚病等病媒防治，機構環境清潔，無障礙空間，逃生設備等）；三為日常生活設備的便利性（使用輔具等）；四為空間的隱私性與個性化（身體隱私、社會隱私等）；五為空間的舒適性（戶外空間、動植物環境支援等）；六為社交活動性（社交休閒公共設施，如桌椅擺放等）。

2-2-4 家醫科診所醫療設備與空間之連結

在家醫科診所內，其格局通常可分為：候診區、診療區、注射區、藥房區、繳費區等五大區域。一進門賦予造訪者最直接的感觸，是迎面而來的迎賓候診區，需考慮到多數人就診的不安心態下，應規劃舒適、活潑、溫暖，能讓病患放鬆的環境。診療區是與醫生一對一看診的地方，需要醫病雙方都採取嚴肅認真之氣氛與態度。注射區通常是病患較為痛苦的時候，所設定之空間佈局則應該以舒緩病患情緒做為首要考慮。此外，而藥房區和繳費區，則需要相關醫護人員集中

精力，以免出錯。面對不同之區域所在，設計師需將其區域空間分開定調風格，以緩解病患及家屬的緊張心態、提高醫護人員的專注力為主。因地而適且分明的場域規劃，尤為重要（尤助益，2014）。

一、候診區設備：

病患及家屬到診所後，首先在候診區進行候診。此區域一般設有等候椅、飲水機、電視機、書報架、垃圾桶、布告欄等。

二、診療區設備：

病患到達診療區進行看診。此區域內一般設有診察床、診察桌、診察椅、聽診器、血壓計、耳鏡、眼底鏡、聽力檢查設備（音叉）、視力檢查設備（視力表，辨色力表）、一般外傷之處理設備、急救設備等。

三、注射區設備：

病患看診後，如需進行藥物注射通常進入此區域。此區域內一般設有消毒設施、注射用椅、注射用品/器材等。

四、藥房區設備：

病患看診後，如需取藥則進入此區域。此區域內一般放有各類藥品，以及分裝設備等。

五、繳費區設備：

病患看診所需要之費用在此處進行繳納。此區域內一般設有電腦、列印機、相關專用章及文件、掛號檯等。

2-3 候診空間發展與現況

醫院的形成和發展大致可分為三個階段：首先是春秋戰國時代到十八世紀末

葉的經驗醫學時期，通稱為古代醫院時期，此時期為「病坊」形式，沒有單獨的候診區，病患問診、候診以及治療都在同一空間內進行。其次是鴉片戰爭之後到 20 世紀 40 年代之間的教會醫院時期，通稱為近代醫院時期，此時期是以廊式候診為主，患者多時只能安排在封閉的候診房間內等待醫生，衛生條件與環境十分簡陋。最後是 20 世紀 50 年代至今的醫院時期，通稱為現代醫院時期，此時期以廊式與廳式候診相結合，候診環境開始好轉，有獨立的候診空間。

2-3-1 候診空間近代發展

早期醫院灰白的牆，冰冷的燈光給予人們冰冷的印象並令人不悅。在葉雅馨（2003）的報導中指出，有調查顯示 67.0% 的受訪者非常同意及同意醫院的候診空間很擁擠、吵雜，同時更高達 91.3% 的受訪者都非常同意候診空間舒適與否會影響看病的情緒。

二戰後，美國的色彩專家率先將「色彩調節」技術應用在醫院的手術室中，將白牆刷成綠色，不但穩定醫生的情緒，還可消除醫生久視血紅色產生的視覺疲勞。這一改進大大提高了醫生的工作效率（柯美如，2014）。現今，醫療場所應用藝術去美化環境越來越普遍。醫療場所的空間藝術與處於該空間中的人們產生互動，並進一步重建人之生命意涵與價值，亦可減少對人們醫院冰冷的印象（尤助益，2014）。調查發現，候診空間最必要調整是「播放音樂」、「提供最新書報雜誌」、「增加候診區座位及舒適度」、「定期張貼衛教新知」及「減少藥水味」等。若對這些進行調整，會使人們覺得醫院的候診空間更體貼（葉雅馨，2003）。

此外，候診空間需要一個和諧照明氛圍，充分體現了其醫療機構的格調。孫冰（2004）指出醫院建築是一種特殊的建築，能否合適地運用光環境設計理論和色彩理論，不一定是醫院設計成敗的關鍵，但是在一個成功的醫院建築設計中，

一定是合理地運用了光環境設計理論和色彩理論。候診的患者通常都會緊張、焦慮，並且忍受著病痛的折磨，一個舒適的環境能緩解安撫病人情緒、鼓勵病人與訪客的信心、並能提升人們印象中醫療機構的專業形象（袁宗南，2015）。例如其中的色彩運用，使用得宜將有助於醫患的情緒。正如柯美如（2014）的研究指出，使用者對「候診空間的舒適性」最為重視，同時最喜愛的顏色為藍色。藍色能給人寧靜、放鬆之感，具有明顯的鎮定作用，所以急診室和病號服多採用藍色。而綠色對人的視覺神經最為適宜，在診斷室裡和手術室採用綠色，能夠緩解醫生眼睛疲勞，提高工作效率。在候診區、檢查室、走廊使用正確的顏色，可以對病人的壓力有一定的影響。

2-3-2 候診空間設計原則

Allison 和 Ann（2002）認為環境具有重要的角色在傳達同理心、溫暖和親切感上，甚至是在病人與醫護人員的互動。而醫療機構的空間配置、大小及類型、服務專案，彼此相互間的關係是至關重要的因素。其主要目標是找出一個解決方案、最佳的系統，讓醫療人員、病患間的使用方便有效率（Jean-Pierre Lavoie&Kenneth Hinchcliff，2007）。室內設計它是以人為立足點的空間藝術，而每個藝術所造就的形式與精神，經過時間和空間的試煉，都會為後人所記錄而成為歷史。大眾對於看待室內設計的視覺構成美學，包括：質感、燈光、造型、色彩等四項因素（尤助益，2014）。對醫療空間設計上，使用者最在意的設計是「候診空間的舒適性」，其次是「治療時的隱密感」及「燈光明亮度」（柯美如，2014）。

依上所言，候診空間的設計尤為關鍵。宜人的環境，無論從建築或是景觀方

面，沒有壓力的環境可以助於讓病患康復，包括色彩、照明、舒適的傢俱、充足的採光和空間。營造一個像家一樣的溫馨氛圍，就可以幫助患者感受親切、親和，保持平靜；而乾淨、衛生的形象還可以提升患者對醫院的信任感(袁宗南, 2015)。而「舒適度」包含感覺上及視覺上的舒適感，人們從外界接收的訊息中有 87% 是透過眼睛所獲得的，並且 75%-90% 的人體活動是由視覺引起的(徐磊青、楊公俠, 2005)，人們對於環境給予的第一印象取自於視覺的感受，病患及陪伴的人員面對就診環境時，首先獲得的感受便是視覺。舒適度病患在身心受創時，對環境的感受力相對的敏感，如果眼前所看是單一色調，沒有讓人感受到美感，那麼也會影響到復原的心態。因此在候診空間中以高明度低彩度最為被多數人所喜歡，且具正向心理效果。如玫瑰白色及紫色牆面在視覺感覺、心理情緒及趨避意向均可以轉移注意力、減輕焦慮，呈正向心理效果，可謂無言的治療師(柯美如, 2014；尤助益, 2014)。但雖然白色會讓人擁有乾淨、整潔的感受，但人們往往會根據以往的經驗累積對白色產生不安、緊張的感受，讓前來就醫的病患聯想到病痛，進而影響到就醫情緒。在醫療空間設計考慮重點在於提供病患舒適的就診環境，而衛生尤其重要。同時除了醫療技術的重要之外，候診環境的空間設計也不可忽視(黃潮岳, 1986)。空間設計之主要原則包括：包括滿足與保證使用的要求的(主體結構、建築立面、室內空間)功能性原則；符合計算要求的安全性原則(構造要求具有一定強度和剛度，連接節點要安全可靠)；施工方便且易於操作的可行性原則；符合實用性的經濟性原則；滿足使用功能的搭配原則(諸如滿足現代技術、精神功能等要求)。一個舒適的醫療環境必定可以使人將心情放鬆，重點的線條及光線色調的巧妙運用，為了讓等候的患者能有輕鬆的心情，特別營造候診空間的溫馨及暖意。候診空間中，病患與陪診人員知覺噪音感受、色彩協調性

及空氣品質，與空間認知中的氣氛感受、空間安排、私密性、設施舒適度及乾淨感，能顯著的影響其心理感受。(謝亞婷，2008；尤助益，2014)。而「色彩搭配」、「空間安排」、「設備新舊」等亦影響人們的心情。因此，運用光線效果、綠化配置等營造不同氛圍，在公眾空間運用合理的搭配，皆可將本較為冷淡刻版之候診空間環境印象，置換為較輕鬆自在之候診空間環境印象。謝瑞婷(2009)提出以下候診區室內考量的細節：(1)空間：是否提供溫馨的環境，及提供能讓患者放鬆，舒緩壓力的空間氣氛(2)照明及色彩：採光和宜合適，色彩明亮溫暖，夜間照明不會影響室內。(3)通風：具有良好的通風。(4)資訊傳達：公佈欄等資料的展示是否方便參閱及是否適時更新及與環境調和、是否有看診燈號提醒病患、引導標示是否完整清晰。前面三項包含視覺上與感受上的舒適。可以得知空間上的氛圍是否親切、溫暖對正在等候的病患及陪同的家屬來說是非常重要的，而將候診區規劃為整體無障礙空間，將更能符合各年齡層的使用需求。

以上條件能讓就醫者在候診時整體感覺更加舒適、滿意。綜合上述可得候診空間設計原則應針對下列部分做探討：

1. 整潔度：整潔度為就醫民眾第一審視就醫環境的首要標準。
2. 整體的舒適度：座椅舒適度及視覺帶給就醫民眾的感覺。
3. 氛圍：整體氣氛的感覺。
4. 照明：照明設備的配置的選用(亮度、色系)。
5. 色彩：整體環境的配色使用。
6. 硬體設備：掛號台、電視機、飲水機、布告欄、大門、雜誌、書報、座椅等，提供就醫民眾等候休息會使用之物品配置。
7. 潛在環境：空氣中是否有異味、溫度的高低是否合適、環境是否通風。

2-3-3 候診空間的機能

現今「大病找醫院，小病找診所」的觀念儼然形成。醫院和診所皆為醫療機構。首先是醫院，可以接診較多病患、提供較多服務、空間靈活性及可擴建性較有潛力；但需要較大基地、較多成本、管理較多人員。其次是診所，其建築成本低、機構人員較少、維護及保養範圍較少；但建造成本高、空間靈活性及可擴建性受限（曾馨瑤，2014）。而所謂的診所候診區，一般會與診療間分開，在候診區的病患可以自由進出、移動。進出的人員包括醫護人員、病患陪診人員、清潔人員、醫藥銷售員等，皆不受限制。診所的候診室大多數是半開放的，只以一半高度的隔間作為區隔（除特定需要的內診的科別），候診室與診療室之間並不會完全隔開，有些診所會設置門，但有時不會完全緊閉。在候診空間的病患可能看到診療室內的醫師在為哪位病患問診，有的病患不待在候診區的椅子上等待，也會走到診療室內看醫師問診。且診所病患的候診區並不只局限在診所內，常常還會延伸到診所外的生活世界中。

Schilling（2008）認為，創新來自於多方面，其一可能來自於個體，例如生活中的個人所需，進而為了便利自行開發出來的設計。台灣醫療環境中，醫療服務因就診病患之多樣性與不確定性，導致求醫過程中最長的事情就是等待。而病患真正就診的時間，僅占整個就醫過程中的一小部份；多數的時間多浪費在等候就診。門診候診區是病患集中最密集，且停留最久的區域，也是動線往來中最為頻繁的一個空間。若等待候診是必要的過程，那麼候診的空間相形之下，使成為來往的病患感知醫療品質優劣最直接的場所（王智筠，2010）。為了讓診所不會有冰冷的感覺，候診區的規劃可仿照一般居家空間的客廳設計。

候診空間具有舒適性、可識別性、私密性、領域性、空間藝術性等多方面機能。

(1) 舒適性:

就診時大多的時間是在等候，而設置在候診區中相對寬鬆及柔和材質的座椅，高度適中、螢幕有足夠大小的電視機，整齊的書報區設置、掛號台高度的適中等，整體的設置恰當皆能增加造訪者的舒適性、讓候診的病人不會感到無聊(陳仲祺、王建中，2015)。Allison 和 Ann (2002) 曾在研究中指出，候診空間的因素通常有較少的正面評價。像是受訪者會具體陳述他們並不喜歡候診空間的哪些部分，像是椅子是「醜的、硬的」、「植栽看起來無生氣」或是牆上的藝術品象徵著「刑具」等。

(2) 可識別性

良好的文字及圖形，以及電子顯示、多媒體引導皆為良好的標識，可以有效的讓就醫民眾了解就醫環境的動線配置，避免走錯環境及過度詢問而影響醫療品質的情況發生，有了良好的動線規劃提示也能有效的維持候診區的秩序。

(3) 私密性

椅子的背靠背佈置，椅子與椅子之間保持適當的距離等合理的候診空間佈置可以使個人私密性得到一定的保障，對於一些傳染疾病來說，候診空間過於擁擠也可能導致傳染的發生。

(4) 領域性

人們在等候過程中對個人空間所受的侵犯比較敏感，就診民眾大多是互相不認識，恰當空曠的空間易使人放鬆心情，降低就醫的緊張感。

(5) 空間藝術性

繪畫、植栽及藝術品的引入，空間藝術化、自然景觀的引入，適宜的空間體感、美觀品味等皆可營造出可盡情放鬆的感覺也有助於病患的心情調適。

2-4 候診心理狀態與行為模式

在等待的過程所產生的行為便透露出等候者內心的心理狀態。人們因身體出現即時病痛而進入醫療院所就診，以期藉由醫生診治及藥物幫助，減輕病痛以及治癒疾病。但醫療程式繁瑣，除急診外，所有求診過程皆需經歷一段或長或短之等待時間。「我體會到，醫生所能做的最殘忍的事，就是讓病人等待」—Dr . Rosenbaum (黃彥莉，2001)。在此過程中求診者之心態可藉由等待中所表示之行為體現出來。

2-4-1 候診者心理探討

Eagly 和 Shelly 將情感定義為「人們對目標事物的感覺和情緒」。崔妮臻 (2006) 認為所謂情感是個人感受到外來刺激，受環境影響而產生一連串心理反應。黃彥莉在 2001 年「遊戲間」還是支配場域—診療室的醫病互動關係一文中曾提及自己的候診經驗：

在台北，當帶著病痛，拖著不舒服的身軀，處於陌生的醫療場所，面對陌生的醫師，總是令我感到莫名的恐懼。有次帶著高燒不退以及喉嚨的劇痛到診所求診，一進入診所大門便戰戰兢兢地尋找著掛號的窗口，辦理完掛號手續後，便坐至候診區的椅子等候在將近半個小時的等候時間中，拖著快要暈倒的身軀硬撐坐著不舒服的塑膠座椅，並隨時注視著叫號機的數字變化。當好不容易等到我的號碼出現在叫號機上時，便趕緊進入診療室，一刻

都不敢多加逗留。

運用田野的觀察使黃彥莉(2001)發現,帶著恐懼感、拖著病痛身體,緊張的進行等待就醫的過程,是大多台灣民眾候診記憶。她亦認為,候診區是求診者接受診治前所接觸的區域,亦多為求診者與其陪診者單獨存在的區域。此區域通常無醫師等醫療人員管理,且為求診者等待時間最長之空間。等待的焦慮感、無人照護的孤獨感、以及冰冷的座椅,皆對就診者心理造成極大負面影響,往往產生緊張、焦慮感。對病患而言,等候是一種空窗期(unoccupied time),當人們面臨等待時,心中充滿未知,極易引發人們尋常卻又負面(如不確定感、不耐煩、挫折感等)的情感(林珮筠,2004;崔妮臻,2006;王麗芬,2007)。民眾對於醫療服務的期望,基本上包括:「就醫便利性」、「費用合理化」、與「品質可靠度」為病患在醫院中最重要之三大訴求。而其中「就醫便利性」的各種情況中,最常為人所詬病是「醫院中候診長時間之等待現象」,且醫院中其等待者情境較其他產業多元且特殊。王麗芬(2007)由等待心理著手探討等待行為對等待品質的影響,綜上所述,對於候診病患而言,因自身病痛在內心充滿不確定感的時候進行等待,往往讓人產生負面情緒(包括初診的病人缺乏疾病認知而心生恐懼、複診患者例行性的看診拿藥),從而在等待行為上顯得焦躁與不耐。

在物理環境中,除視覺外之部分潛在環境因素(包含氣候、高度、溫度光線、顏色、噪音等),並對人類的行為和感受有強烈而可預測效果,統稱為潛在環境(危芷芬,1995)。謝亞婷(2007)認為「藉由候診空間的綠化,可達到改善候診空間知覺、空間認知及心理效益」。由於潛在環境造成空間中人們心理情緒波動,從而影響人們心理感受。高密度情境下,過量實質性的刺激,尤其是一些負面訊息,往往造成人們情緒緊張、令人煩亂(徐磊青、楊公俠,2005)。醫療院所的

內部工作繁忙；同時常有各類噪音困擾（包括人們討論、交談等的聲音、推送檢查機器、病歷、檢驗報告以及輪椅推送、外面環境傳來的聲音等的活動所產生的噪音）及光線刺眼不適等刺激。除此之外，處於陌生的環境使病患身體產生僵硬，且還必須帶著不舒服的身體聚精會神等待著。在此情況下，使病患極易產生焦慮與緊張之心態，從而對就醫的觀感則將更為惡劣。

而人們對環境反應描述，可總結為兩個詞：「趨近」、「逃避」。我們對診所總是有不好的刻板印象，通常認為醫院診所為「疾病細菌的聚集地」、「冷冰冰的環境」、「嚴肅的醫護人員」、「裡面的人都帶著病或負著傷」……等等。因此人們對診所總是以趨避方式面對。

更有觀點認為，求診者在候診室的角色扮演是較無隱匿性的（黃彥莉，2001）。首先，關於角色扮演，任何人皆可進入到「候診區」這個區域內，求診者在一座半開放式候診空間內進行等候，即在一個較為公共的區域扮演一位耐心的等候叫號或唱名的等候者之角色。其次，而所謂求診者在候診室中較無隱匿性，指的是求診者在半開放的候診室空間中，會接觸到各種不同類型的人，且求診者在候診室的舉動，皆會映入同在候診室中其他人眼中，無法藏匿（黃彥莉，2001）。若此空間太小，則個人所有行為舉止皆會引人注目，甚至一點響動都將傳到在場他人耳中。且空間的大小、座椅型態及排列的方式等皆會影響到候診者對環境隱私感受之程度。

2-4-2 候診者空間行為探討

候診者為了不錯過候診時間、或為消磨久候的過程，從而產生諸如：「只好待在候診室，因為候診的時間無法控制」、「先東張西望認識環境」、「藉由候診室

所展示陳列的資訊瞭解這個就醫環境」、「找個地方坐下來，看看書報或電視」、「隨時看看櫃台或診間門口的動靜」等個人行為。由此可見，人們行為的出現受環境刺激的影響（吳成才，2001）。

對候診者之空間行為，黃彥莉(2001)透過對候診者之觀察，總結出八類候診行為：一是坐著等候，二是閉目養神，三是觀看電視機，四是焦躁走動、不時觀望診療室的情形，五是緊盯叫號機，六是與陪同者閒聊，七是與其他患者交流，八是（病童）四處玩耍。總而言之，等候就診的過程常會出現由感覺去觸發的行為。其後，王智筠(2010)則將「觀看院內提供的電視影音設備」列為病患及其陪伴者在候診時產生的最主要行為之一。而次要行為則包括「閱讀院內提供的書報雜誌」、「與陪伴者聊天」、「發呆」、「休息」等。同年，官威廷(2010)之研究列明，民眾在醫院候診時最常做的事，前三項分別為：占比最高的是「看書報雜誌」(占31.7%)，占比例第二位的是「看張貼的公告」(占20%)，占比例第三位的是「發呆」(占14.1%)。綜上所述，等候就診的過程常會出現的行為主要是大量的視覺資訊，諸如觀看電視機、閱讀報章雜誌、觀看衛教資訊、發呆、休息、四處觀望走動等。由此可見，人們對環境之感受影響其行為的產生。謝瑞婷(2009)研究發現，空間原本色彩、裝修材質、空間配飾等空間本身原有的條件，皆為影響視覺感受之前提。其中包括空間開放感、封閉感、窗子及外部空間的大小等多方面。Pruyn 和 Smits 在 1998 研究中發現，以等候空間的設計以及電視作為時間填補的型態。當等候空間中出現對人們產生吸引力的事物時，可分散其注意力，從而對等候過程、心理情感、空間滿意度產生積極影響。而吸引注意力之等候空間環境中，主要包含兩個分散注意力之要素：其一為整潔、寬敞、舒適之候診區的吸引力。其二為以電視機、報紙、雜誌等視覺媒介提供真實、明確之視覺吸引

力（崔妮臻，2006）。王智筠(2010)發現空間軟硬體設備、空間知覺感受與等候就診過程所出現的行為具相關性，等候空間中所設置的軟硬體設備將影響等待候診的人們將會出現的行為。而知覺是由感知者的目標決定的，主動的探索會產生更豐富的知覺。感知者的目標決定於環境所帶來的感覺，更豐富的知覺需透過主動式的探索所獲得（徐磊青、楊公俠，2005）。我們對於日常生活中最直接、真實的感覺來源於五項知覺力（包括觸覺、視覺、聽覺、味覺及嗅覺），對空間的感受與行為皆受其影響。來往醫療場所的病患及其陪伴者在「候診空間」進行等待時，從視覺上感受此區域內的色彩規劃、裝修材質、軟硬體設備、光線配置等……過程中，決定其等候行為是否將注意力放置在候診空間內的軟硬體設施上。除此之外，候診者本身之病痛也將會影響他們對候診空間的知覺探索。

社會行為可以用來調整人們對社會交流的開啟與封閉；它是環境行為無可避免的一種。而私密性、擁擠性、領域性和個人空間等四種社會行為相互關聯，且這些行為在不同層次的公共空間中表現尤其為明顯（徐磊青、楊公俠，2005）。而醫療空間是一個特別的公共空間，以等候就診的病患及其陪伴者對「擁擠」的判定情況來說，等候就診的空間是擁擠的。他們必須在人來人往的空間裡進行長時間的等待行為，而等待空間對病患自身來說是陌生的。人們在陌生的空間中知覺感受上容易感到擁擠。在候診過程中，病患等待就診的時間通常是不可預測的。無預約之病患等待時間往往要等待較長的一段時間才可以進行就診；而預約就診之病患，雖可比無預約之病患等待時長更短，但仍需進行一定時間之等待方可就診。對病患而言，除了自身病痛無法控制，對等候時間亦無法控制。由於缺乏對環境的控制，會導致病痛加劇和心理產生的壓力增加，對病患心理產生不利影響。而從「領域性」角度看，醫院的生態類似一個小型社會。而候診空間之於病

患及其陪伴者便屬於「公共領域」。所謂公共領域 (public territories) 即指在遵守一般的社會規範的情況下，幾乎對所有人開放，可讓人進入及使用它的地方。而醫療院所的候診室即屬於此範疇。若非行為異常者，皆能進入並使用此空間，同時亦不會使人對其他人是否可進入該空間產生質疑。

俞致偉 (2008) 提及「空間形式反映出當代社會型態與改變生活模式的觀點」，從等待候診的行為中可推斷，病患及其陪伴者在候診過程中對候診空間的知覺為何。由此可見，藉由特定人為方式改變醫療院所候診空間設計，可對病患及其陪伴者之空間感受與知覺產生影響。且醫療品質之認定更可藉由病患及其陪伴者在醫療場所等候空間的行為與空間知覺從中得知。

2-5 通用設計與醫療空間

隨著高齡社會來臨，不同年齡層的就醫民眾在共同使用一個醫療空間時，如何滿足不同族群的需求則是重要的議題，將通用設計的概念導入醫療空間中將是未來勢必的趨勢。

2-5-1 通用設計的定義與範疇

通用設計的演進始於 1950 年代，當時人們開始注意殘障問題。在日本、歐洲及美國，「無障礙空間設計」(barrier-free design) 為身體障礙者除去了存在環境中的各種障礙，並由小空間放大到大環境的建構。

「Universal design」一詞是由美國教授 Ron Mace 於 1974 年的國際殘障者生活環境專家會議中所首先提出。他認為設計時的考量對象不應僅侷限於特定族群，亦即不應僅考慮行動不便的障礙者，而應在產品設計之初即以「全體大眾」為出發點，考量到所有的人，讓設計的環境、空間與設備產品能適合所有人使用，這就是通用設計的基礎精神。1998 年 The Center for Universal Design 再修

正為「在最大限度的可能範圍內，不分性別、年齡與能力，適合所有人使用方便的环境或產品之設計」(內政部營建署，2006)。Universal Design 的概念提出至今，「通用性設計」的定義很多，且因不同學科或領域而有不同的說法，許多研究的學術單位與學者也都嘗試對 Universal Design 做一定義與解釋：

美國的 Universal Design 中心(The Center for Universal Design)認為 Universal Design 不需要特殊的改變或專屬的設計。它的目的在於無需花費更多的經費，讓產品生產、溝通交流、規劃環境上皆趨向簡單化，並讓更多人使用(陳明石，2002)。

日本的 Universal Design 季刊則認為，Universal Design 是不論傷殘與否、年紀、性別、國籍等，皆可以使用該設施、產品、環境等的設計，即稱之。21世紀的共生型社會理念，即是以此作為主導所產生的思潮。

至於國內在「通用設計概念應用於中文網頁設計原則的探討」一文中，將 Universal Design 定義如下：「通用設計是指產品或環境的設計能夠被大多數人所使用，而不需要特殊專有或刻意調適的設計，它的目標是最大範圍的所有人，包括所有年齡、尺寸和能力等。」。

Ronald L. Mace 在 1974 聯合國障礙者生活環境專家會議上提出了通用設計的三概念，並在 1989 年制定了通用設計的七原則。

Ronald L. Mace 的三概念：

- (1) 無障礙設計(barrier free)：去除公共設施障礙，提供容易使用的設計。
- (2) 可適性設計(adaptive design)：考慮障礙者的特殊需求，提供適合使用的設計。

(3) 終身的設計 (lifespan design)：超越年齡、世代，提供終身使用的彈性設計。

Universal Design 的七原則：

「7 原則」可謂是目前最常被提出以及採用的 UD 原則。它是由 Betty Rose Connell、Mike Jones、Ron Mace、Jim Muller、Abir Mullick、Elaine Ostroff、Jon Sanford、Ed Steinfeld、Molly Story、Gregg Vanderheiden 等十位倡者所編輯的。以下是 1997 年 4 月 1 日公布的 2.0 版，內容分述如下（英國劍橋工程設計中心，2005）：

- (1) 公平性 (Equitable Use)：誰都可以使用，對於不同對象在使用上都可以不受任何不公平的情況或價格影響。設計還要減少或拉進全部使用者在使用上的差異程度，避免隔離或指認出部分使用者，應將所有使用者視為同等的地位，提供使用上的隱私和安全。
- (2) 適應性 (Flexibility in Use)：是應大範圍使用者的需求，滿足不同使用者不同能力、喜好、使用習慣，調整使用上的操作方式，思考使用上的靈活度，提供使用者在使用方式上可有所選擇。還要可適用於慣用手不同的使用者，適應使用者的步伐。
- (3) 簡易性 (Simple and Intuitive Use)：不論使用者在經驗、知識、語言能力或對事物的專心程度等方面有多大的差別，都能簡單地操作使用，消除不必要的複雜性，盡量接近使用者的預期和直覺，要能適應大多數識字和語言技能的使用者；資訊安排要和其重要性一致，避免產生混淆。
- (4) 資訊度 (Perceptible Information)：不論周遭環境狀況或使用者的感知能力如何，也應該有效地傳達必要的訊息，使資訊的可讀性最大化，可利用文

字、照片、觸覺等方面表示，有利於不同能力者了解。設計的使用方法要能容易且清楚的給予使用者指示，且提供兼容性，讓使用者在使用多種技術或設備時也不會有受限的感覺。

- (5) 容許度 (Tolerance for Error)：設計考量應能容許一定範圍內的誤差發生，讓使用者因依時疏忽或以錯誤方式操作使用，也不會發生危險，使危險與不良後果降到最低。設計需提供危險和錯誤的警告，明確的將失效或安全性處理的設計特徵表現出來，提醒使用者注意，也須警惕在無意式情況的行動。
- (6) 負擔度 (Low Physical Effort)：設計應讓使用者不必耗費太多精神、體力、時間，減輕使用時的身心疲勞，提供有效率的操作使用，使重複性降到最低。
- (7) 規模度 (Size and Space for Approach and Use)：確保使用的空間規模，注意適當的尺寸和空間需求，不管使用者的身體尺寸、姿態和動機性如何，都應該納入考量。設計規劃時要考慮到使用者姿勢，不論坐著、站著都要有良好且清楚的視野以及舒適的感覺。還要注意需幫助的使用者可能會需要的一些輔具或設備，需要更寬廣、足夠的空間去使用。

Universal Design 的發展現況

目前許多國家都有 Universal Design 研究單位與相關機構的成立。由於 Universal Design 的觀念是由美國 Ron Mace 教授所提出來的，所以美國在這方面的研究便顯得頗具重要性。除了 IDSA 有相關的研究外，還有 The Center for Universal Design 的成立，可看出美國在此一領域的用心。

2-5-2 醫療空間與通用設計相關研究

Universal Design 譯成「通用設計」、「無障礙設計」、「福祉設計」、「全人關懷」等影響乃是 Universal Design 思潮興起的背景因素。生活環境中有著各

式各樣關係的存在，可彙整成「人」-「產品」-「環境」三者間的關係，這些種種「關係」的探討，通用設計可說是「人、產品、環境之間關係」的設計。鄭光宏(2007)將其關係整理成圖2-2(賴煜明，2006)。

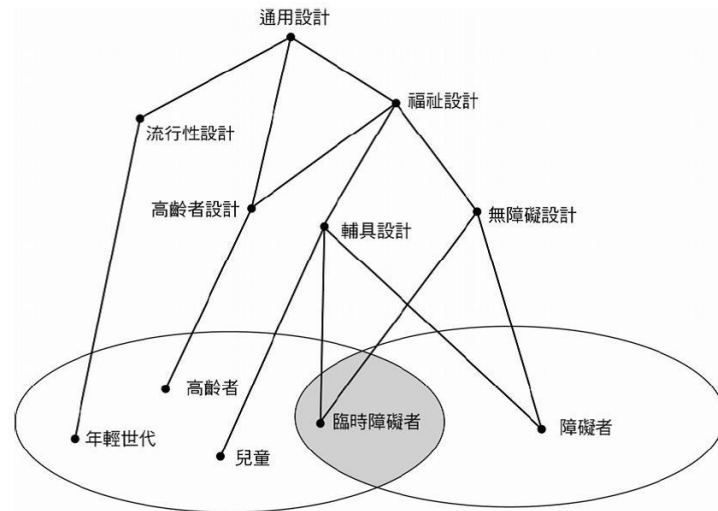


圖2-2 不同設計與使用者之關係

國內對於通用設計的著書與研究文章不多，研究論文多偏向於高齡者輔具和產品設計之改善，與空間相關之研究，則以工作空間為主，如賴煜明(2006)則從使用者觀點探討居家烹飪環境行為(內政部營建署，2006)，鄭光宏(2007)以通用設計探討臺灣的沐浴行為及沐浴空間設計之通用設計原則(台灣設計產業起飛計畫，2006)，針對使用行為頻繁、複雜且危險性較高之空間，進行對不同使用族群之探討。

對於高齡族群及身心障礙者來說，無障礙空間的設立是協助進入醫療空間的第一步，中華民國殘障聯盟發現，醫院出入斜坡道坡度失當、廁所、櫃檯、診間、電梯、及指示牌缺乏通用設計，造成就醫困擾，甚至導致病人的二次傷害，友善場域的建立對於就醫者而言，是刻不容緩的，同時發現，身心障礙者對於自身就醫權益的意識，較為薄弱，且大多仰賴他人的協助，故對於身心障礙者及家屬，

提升其就醫權益的意識，也是極重要的一環。(2005，行政院衛生署)

2011 年開始，國民健康局正式以「臺灣高齡友善醫療服務架構」進行「高齡友善醫院」認證，成為全球第一個、也是目前唯一一個由國家推動的高齡友善健康照護認證。國民健康局局長邱淑媿女士積極研究各大醫院的醫療空間，並應用通用設計原則改善醫療環境。邱局長認為，高齡友善醫院的建置將帶動改變力量，而且「臺灣的高齡友善醫療是為了因應活躍老化的目的而準備，追求高齡者身心社會『健康年齡』的最大化。

根據2012年健保局統計，96.2%的高齡者曾看健保門診，平均每人每年就診27.8次，而全國平均為92.9%；15.1次，顯示出高齡者的就醫次數明顯高於其他族群，代表未來醫療場所中的高齡病患數量只會越來越多，醫療空間的整體規劃也越顯重要。而在「臺灣高齡友善醫療服務架構」研究中，針對醫療空間的規劃提出：

(1) 硬體環境：

在實用即可負擔的情況下盡可能採用「通用設計」中的共用原則，包括：1. 誰都可以使用，2. 滿足使用者的不同能力、喜好，3. 誰都能簡單的使用，4. 有效的傳達必要的訊息，5. 降低危險與不良後果，6. 減輕使用時的身心疲勞，7. 確保使用的空間規模，而醫療空間應有良好照明、不滑的地面、穩固的家具以及清晰的走道，並隨時保持設備及環境的整潔，才能讓人感到乾淨與舒適。。

(2) 交通與行動：

包括：1. 主要院區對外交通方便，2. 院區範圍較大者，設有院內接駁車，3. 院內主要入口設有下車處，並有人員可協助服務，4. 對行動不便者，提供上下車

空間，及院內行動輔具(如輪椅)。

(3) 標識與識別:

包括：1. 醫療空間內各處設有簡單易讀的標示及措施（例如語音導引），以利定位及辨識，2. 醫療空間內指示標誌採用慣用標誌，方便高齡者辨識，3. 重要醫療人員應使用識別證、名牌或告示板，方便病人辨認。

最後在環境研究方面，曾思瑜(1996)認為「無障礙環境」的建構成為重要的課題，李婉容(1997)探討高齡者對醫療機構實質環境的需求與動機，及鄭洋志(1997)研究空間形式上的差異對高齡者在活動領域、意識、活動力與鄰里關係的影響。專家學者們如：薛立敏(1991)、張祖璿(1976)、張金鵬(1994)、陳政雄(1997)、曾思瑜(1997)等，同時也試圖從國外對高齡者住宅於空間形式與機構政策上的經驗，探討臺灣地區得以借鏡與學習的議。

日本靜岡縣立綜合醫院2002年配合靜岡縣政府的宣導以通用設計的七項原則作考量進行醫院內部整修及規劃。整個醫院的規劃主要是先劃分區域，並進行動線和標識的設計等等，標識選用每個人都容易辨識的顏色，依不同的目的地設定號碼與主題色彩，使用人的眼睛最容易辨識的白色字體，且放大文字，希望大家都能看清楚，這樣的設計符合易感性原則：設計應該讓資訊的「可讀性」最大化。院內還有電子的遊戲互動裝置，在候診時可以吸引小朋友的注意力，這些考量到不同使用族群的設計符合通用設計的公平性原則。而醫院在每個轉角處都有很大的箭頭指示方向，遠遠就可以看得見且上面列有此走道可到達的科別和設施，使用者可以很清楚地知道：從這條路可通往哪些地方以及有著哪些設備可以使用，如廁所、電梯等（圖2-3），利用醫院牆壁與地面寬大的面積設置大型的標示，並以鮮豔對比

的顏色區隔各診療科的位置（圖2-4），而原本各診療區不同的標示也進行系統性的統一作業。在這個計畫進行的過程中，相關人員針對院內的使用者進行調查了解他們對這樣的設計有什麼評價，可作為進一步改善或下一階段的參考，例如：原本一開始來醫院會迷路的患者佔38%，改善指示標識後會迷路的只剩10%，而且有86%的使用者覺得醫院的標識變得清楚。



圖2-3 標示箭頭清楚指引方向



圖2-4 以顏色區分位置

2-6 文獻小結

本章節總共探討了五個方面之內容。首先是人口結構的轉變：在近百年的社會結構變遷過程中，引起社會型態改變。同時台灣人口結構的變遷目前正面臨高齡化、少子化的發展趨勢。而現今因應政府推行的政策「小病去診所，大病去醫院」，診所成為民眾日常就醫最普遍的場所，其次是家醫科診所近代發展：由古代的大夫看診，到引進西方教會醫院，其後陸續開辦醫院與私人診所。直至 1950 年後，開始有學科區分，建立起專門的家醫科診所。家醫科診所的功能也逐漸規範，有了專門的法制與體系。同時現代家醫科診所空間需求也開始受到重視。再次是候診空間的發展與現況：從古代醫院時期無單獨候診區，發展到近代醫院時期以廊式候診為主，直至現代醫院時期有了獨立的候診空間。而候診空間的發展與設計日益受到人們關注。現今候診空間設計多以舒適、可識別、私密、領域、空間藝術等多方面進行考量，以期達到減輕患者心理負擔、放鬆心情之作用。最後是候診心理狀態與行為模式：先對候診者之心理狀態進行分析，發現其多數為恐懼、不安、焦躁等心態。其後對候診空間者空間行為進行探討，發現其行為多數受空間環境之影響，最後則是探討通用設計及其相關研究，瞭解運用通用設計於環境空間中的優點。由此說明，改變醫療院所候診空間設計，可對病患及其陪伴者之空間感受與知覺產生影響。而如何因應現今高齡化社會的到來，各個族群均同時使用同一個就醫環境時，可滿足大家的需求將是本研究的研究重點。

第三章 研究設計與方法

3-1 調查流程與步驟

3-2 基礎實態調查

3-3 醫療人員與就醫民眾訪談

3-3-1 醫療人員訪談

3-3-2 就醫民眾訪談調查

3-3-3 調查目的與方法

3-3-4 口語協定分析法

3-4 就醫民眾問卷調查

3-4-1 問卷調查之調查目的與方法

3-4-2 問卷設計與內容

第三章 研究設計與方法

3-1 調查流程與步驟

在調查流程中可分為三個階段，包括：(1) 基礎實態調查、(2) 醫療人員與就醫民眾訪談、(3) 就醫民眾問卷調查。其中基礎實態調查是以觀察法中的非參與式觀察法進行針對研究範圍中的就診環境、就醫民眾行為進行廣泛的紀錄及分析，再將資料歸納統整為下一階段的訪談依據；在訪談的階段首先與診所醫療人員訪談，了解以醫療人員的角度看待就診環境的優缺點，接著進行就醫民眾的訪談，調查就醫民眾對就診環境的整體評價與期待內容；最後再將訪談的重點轉換為就醫民眾問卷題項，並透過統計分析的過程歸納出客觀的結論，以提出在診所候診環境中有提升醫療品質的改善建議及經營策略，在此將調查流程繪製如下圖 3-1。



圖 3-1：調查流程圖（本研究繪製）

3-2 基礎實態調查

不同的時間點（平日、假日）在台中市的五間診所（表 3-1）分別對就醫的民眾採取「行為觀察法」（Observation Behavior Method, OB）（王敏順，1988）觀察其活動的內容並予以分析，過程中以「非參與式觀察法」（Francis T. McAndrew，1995）進行調查，期間以不干擾觀察對象為原則，因考量個人隱私問題，僅以相機記錄候診環境的狀況做為紀錄。同時也調查診所候診環境中所擁有的環境設施情形，並描繪環境的樣貌，以說明候診環境的狀況，作為評估目前在診所候診環境中所擁有的優缺點。

表 3-1 調查診所簡介

診所	面積大小	代稱
陳○○診所	10 坪	A 診所
時○診所	12 坪	B 診所
周○○診所	23 坪	C 診所
維○診所	16 坪	D 診所
承○診所	17 坪	E 診所

3-3 醫療人員與就醫民眾訪談

3-3-1 醫療人員訪談

為了探討診所候診環境的醫療人員（表 3-2）對於目前診所候診環境的觀點，因此和工作於診所內的醫療相關護理人員進行訪談，將訪談的內容歸納為目前診所候診環境現況的問題以作為接下來擬定就診民眾訪談問卷之基礎。

表 3-2 醫療人員人口背景

編號	身分	性別	工作年歷
A	護理師	女	15 年
B	護理師	女	2 年
C	藥師	女	11 年

3-3-2 就醫民眾訪談調查

透過到達診所現場就醫並在不同的時間點（平日、假日）針對就醫民眾進行

隨機抽樣訪談，以取得各年齡層（青、中、老）男、女，共 12 人的初步民意基礎，用來對照醫療人員的看法，同時並彙整出就醫民眾所提出的各項綜合評價，並將其關鍵因子進行檢視與分析。

表 3-3 就醫民眾人口背景

編號	年齡	性別
D1	25 歲	女性
D2	27 歲	男性
D3	54 歲	男性
D4	48 歲	女性
D5	77 歲	女性
D6	72 歲	女性
D7	80 歲	男性
D8	56 歲	男性
D9	51 歲	女性
D10	24 歲	男性
D11	27 歲	男性
D12	24 歲	女性

3-3-3 調查目的與方法

透過訪談以深入了解醫療人員（3 名）的實際體驗，並與就醫民眾（12 名）的訪談內容相互比對雙方對於診所候診環境現況因素的不同看法。訪談過程由研究者採用一對一的直接訪談，以錄音方式全程記錄訪談過程之內容，再藉由口語協定分析法探究其內容。因此，以深入訪談（In-Depth Interviewing）的方式對 3 位醫療人員進行訪談，此調查之目的在於了解現於診所內工作的醫療人員對於診所內候診環境的看法及觀點，藉由無結構型問卷（unstructured questionnaire）（楊國樞、文崇醫，1989），以不限制問題的開放問答方式進行深入訪談調查；然後再以定性分析歸納整理，並找出與診所候診環境的問題點作為後續就醫民眾訪談的擬定準備（Thomas Herzog，2002）。

Kahn & Cannell 描述訪談就好像是「一種有目的性的交談對話

(conversation with purpose)」(Kahn, R. & Cannell, C., 1957)。深度訪談法是指由受訪者與施測者就工作所需知能、工作職責、工作條件…等進行面對面溝通討論的一種方法，以廣泛的蒐集所需要的資料 (Donald R, Cooper. & C. William Emory, 1996)。施測者會儘可能使用最少的提示與引導問題，而是鼓勵受訪者在一個沒有限制的環境裡，就主題自由的談論自己的意見，因此深入訪談法可增加資料蒐集的多元性外，更能藉此瞭解受訪者對問題的想法與態度。另深度訪談法亦強調透過施測者與受訪者的互動過程，對問題重新加以釐清，以確認受訪者內心的真實感受與行為認知。主要功能為發覺人們內心的情緒、態度、動機，與擷取內在觀點的經驗知識，屬於一種內隱的知識。

3-3-4 口語協定分析法

與雙方訪談完後，使用者後以口語協定分析法 (Verbal Protocol Analysis)，分析其訪談內容，口語協定分析法是一種直接獲得研究對象口述與認知過程的研究方法，此研究方法是可探究某些行為的動機與模式，藉由研究對象經歷某些事件過程中所產生的言語或是事後追溯的言語紀錄，從事認知過程的分析，它是具有認知心理學及相關學科的理論基礎且使用上有具體的步驟可以遵循 (戚樹誠，李俊賢，蔡華華，陳宇芬，2002)。透過此階段的調查歸納整理其分類的因子並進行分析與結果討論，也作為後續就醫民眾問卷調查的評估依據。

分析口語資料前，必須先行建立斷句原則與編碼系統，編碼系統之建立可分成「斷句原則與編碼」、「編碼細項定義與分類」、「編碼過程」等步驟而得到結果，分別說明如下 (圖 3-2)。

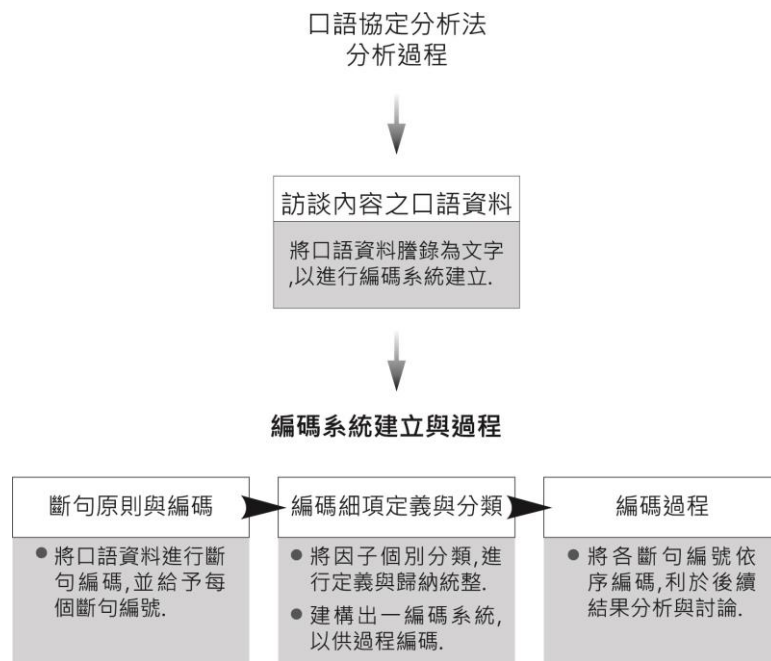


圖 3-2：口語協定分析法

(1) 斷句原則與編碼

本研究利用深度訪談之方法來收集大量的資料，將實驗進行中之受測者的口述過程加以錄音，實驗者在旁錄音並隨時提醒受測者主動放聲思考，適時詢問受測者的感受，而將所獲得的原始口語資料再轉錄為文字，以便進行後續的分析工作，取得訪談資料後，便可以透過對口語的內容來進行分析，理解受測者在認知過程中所釋放出的資訊，予以概念化。再將口語內容轉換為正式的編碼，整個編碼過程是將口語資料依照斷句原則斷句並編碼之後，依據口語內容進行編碼，初步先整理出原始文字資料，省略研究者詢問與提醒的部分，及一些與實驗內容無關之對話，其餘受測者放聲思考而得的口語資料即是主要分析內容。

進行分析的第一步驟是將所有文字資料細分成更小單位，稱之為「斷句」(segment)，斷句方式往往根據研究目的或分析需求有不同原則，例如以口語資料中口氣停頓、語調轉折等事件 (verbalization events) 作為斷句依據 (Ericsson. K. A. & Simon, H. A. , 1957)，或者以具有完整一致之設計論點為一轉折單位 (Goldschmidt, G. , 1991) 來進行斷句。從口語資料裡面區分每一個斷句，在口語斷句單位分析中，每一斷句須給予一個編號以方便後續的紀錄

以及舉例說明時的標注，第一句話開始從 01 開始編號，第二句話編號為 02，依序編號；而斷句編號 A、B、C…則是依使用者來區分，並順序標示號碼，第一位使用者所提及到的第一句話即編碼為 A-01，第二句話則為 A-02…，依此類推，I-01、I-02…，斷句編號整理如表 3-4。

表 3-4：斷句編號整理表（範例）

A-02	高度、大小剛剛好，方便使用(掛號台)。
A-03	患者使用的時間短，不會在意大小(掛號台)。
A-04	我可以一目了然的看到患者，空間不需要大。
A-07	覺得好坐、蠻適合的。
A-10	椅子高度對老年人來說就有差別。
A-.....	.....

(2) 編碼細項定義與分類

透過先前文獻整理與蒐集後，欲探討醫療人員及就醫民眾對於候診環境之看法及得知問題點，將分別對 3 位醫療人員及 12 位就醫民眾進行口語資料編碼分類與過程。將口語資料內容統整分析後歸納為五項分類：1. 候診空間構面，2. 硬體構面，3. 機能(功能性)構面，4. 心理感受構面，5. 視覺感知。將以所得到之問題因子進一步明確定義成編碼項目，分別加以歸類，並舉斷句編碼後的口語資料為例，作為說明。最後將此五大分類歸納成二個範疇，分別為空間規劃與內心感知二範疇加以討論。因此，將編碼架構整理如表 3-5，以此作為編碼系統。

表 3-5 空間規劃與內心感知之編碼系統

範疇	分類
空間規劃	候診空間
	硬體設備
	機能
內心感知	心理感受
	視覺感知

1. 候診空間構面：

包含：空間大小、整潔、動線規劃、空間規劃

候診空間構面包含空間的大小，空間量，是否足夠容下就診民眾並不讓人產生壓迫感、整體空間的整潔度，是否讓人覺得乾淨舒適、候診區的動線規畫是否明確。

2. 硬體設備構面：

包含：材質、內容物、植栽、照明、指示、擺放規劃

包含診所內的傢俱、設備、裝潢等材質的運用及擺放位置，照明設備的配置位置是否充足照射於空間內及是否使用光源色溫的配置讓人感到舒適，診所內空間的規劃指標是否明確，候診區椅子的選用是否舒適、植栽的用運、輔助高齡者的設施配置、書籍的更新。

3. 機能（功能性）構面：

包含：休憩、秩序維持、等候就診、資訊提供、功能的提供

服務就醫民眾及提供陪伴、休息、等候的空間為其最重要的功能，候診區為各個空間的中介空間，為動線之交會點，提供布告欄設置位置，在布告欄或是牆上張貼醫療、衛生教育等相關訊息提供民眾觀看也能維持秩序及避免座位過於擁擠。

4. 心理感受構面：

包含：空氣（溫度、溼度）、聲音、味道、隱私感、安全感、氛圍、個人心理感受。

候診空間內是否具有隱私性及是否有安全感、整體氣氛的感受（嚴肅、活潑、溫暖、放鬆、冰冷、緊張）、環境是否有噪音的干擾、環境內空氣的溫度是否讓人感到舒適恰當、異味（藥水味、藥味）是否瀰漫在空氣中讓人感到不適，個人的心理感受。

5. 視覺感知構面：

包含：光線明暗、美觀（感）、從視覺上所帶來的感受。

候診空間的主要色調、光線是否充足、候診區環境整體的設計是否美觀得宜，

個人從視覺上所獲得的感受。

(3) 編碼過程

整個編碼過程將口語資料依照斷句原則斷句並編碼後，再依據口語內容之紀錄進行編碼，將相關不同層面的口語內容列出來，對受訪者口語內容進行編碼，由於斷句原則是以前一個操作動作完成或語氣轉換時，作為一個口語斷句單位，因此，同一個斷句有可能包含兩個以上的編碼細項，這些細項可能屬於同一種範疇，亦有可能涵蓋兩種範疇；舉受測者之內容為例如下。

例：但領藥的窗口太小，有玻璃隔著，給我距離感。(D-09)

受訪者 D 在第 9 句話中提到領藥窗口太小這部分屬於【硬體構面】，又提到玻璃隔著給我距離感，根據編碼系統的定義，即可編碼為【心理感受】及【視覺感知】，此斷句內容即包含三個分類與範疇。將實際編碼後的斷句、口語內容、編碼細項與範疇列舉來對應所歸類的範疇與分類，以利於後續之分析探討，如表 3-6。

表 3-6 使用者口語資料分析編碼過程表（範例）

D3. 就醫民眾						
斷句 編號	口語內容	編碼				
		空間規劃			內心感知	
		候診 空間	硬體 設備	機能	心理 感受	視覺 感知
D3-02	這兩個月就診差不多三次。					
D3-04	有其他人陪同。					
D3-06	會擔心門檻讓我受傷，平一點比較好。		●		●	
D3-08	掛號台高度適合，窗口的大小還可以。		●			
D3-09	但領藥的窗口太小，有玻璃隔著，給我距離感。		●		●	●
D3-11	座椅有點擠，坐起來還蠻舒服的。	●	●		●	
D3-13	有標示告訴我整個動線。	●	●			●
D3-15	空氣中有藥味。				●	
D3-16	氣氛蠻溫馨的。	●			●	
D3-...	.....				

3-4 就醫民眾問卷調查

問卷調查是一種對個人行為和態度測量的技術，它的用處在於測量，並能將多數人的想法加以整理，藉由統計技術整理，及相關分析技術來達到了解問題的本質或解決問題的關鍵性要素（阮綠茵，2006）。透過使用者訪談調查的結果與分析來進行問卷調查與驗證，問卷以面對面發放及網路調查兩種方式，總共發出 182 份問卷，有效問卷為 177 份。問卷統計結果以 SPSS 統計軟體進行次數分配 (frequency distribution)、交叉分析 (cross analysis)、卡方檢定 (chi-square test) 等量化分析，歸類並探討問題之間的相關顯著性，以了解其相關結果，並以統計圖表呈現說明，調查對於電鍋的使用行為之困擾點與對使用意識之觀點的比較與改善建議。

3-4-1 問卷調查之調查目的與方法

從就醫民眾訪談中發現在硬體設備層面有較多的問題點，為了更瞭解診所候診區的問題點與困擾，進行更深入的調查來探討其使用經驗，本階段進一步針對不同年齡層的一般曾就醫過的民眾，進行診所候診區使用經驗問卷調查。從大量問卷中了解使用者待在候診區內，生心理所遭遇到的問題與困惱，確切了解影響診所候診區的因素與評價，並對往後要開設診所的醫師提出建議與意見。

問卷調查的方法採用封閉式問卷 (close d-ended questionnaires)，泛指依據研究假設提出固定問題之問卷，利用此問卷來瞭解使用者在診所候診空間等候時之共通性，受訪者透過封閉式問題（楊國樞、文崇醫，1989）選取最接近其屬性或態度的答項，大量得到給予之答案後，再加以比較分析。問卷調查對象以有去診所就醫之經驗的一般使用者為對象，問卷分為「基本資料」、「候診空間狀況調查」、「候診空間硬體狀況調查」、「候診空間心理狀況調查」、「改善意識調查」五部份進行分析，以量化問卷來探討診所候診空間使用實態與習性。問卷統計結果以 SPSS 軟體進行次數分配表 (frequency distribution)、交叉分析 (cross

analysis)、卡方檢定(chi-square test)等分析，來闡述研究中觀察到的現象與受測者之使用習性，將結果概括化，並顯示出所代表的意義，並探討問題之間的相關顯著性，探討自變項與因子是否有顯著關係($p < 0.05$)，以了解每個項目間的關係結果。

- 次數分配(frequency distribution)是一個彙整原始資料成有意義型態的常用統計工具。將資料歸類，展示在不同的互斥類別中，以便觀察其發生的次數。本研究在受訪者基本資料部分及各使用行為之困擾等，以次數分配方式呈現分佈狀況。
- 交叉分析(cross analysis)是透過交叉表格方式列出各項變數，用以瞭解兩個類別變數之間的關係。
- 卡方檢定(chi-square test)經常用於類別資料(男女性別、教育程度、滿意程度等)。若欲研究資料的兩個屬性間是否有關聯，可利用卡方檢定值(即p值)來檢定。藉由p值大小可看出屬性間的顯著水準，p值大於0.05代表不顯著；p值小於0.05代表有顯著。

3-4-2 問卷設計與內容

藉由實地訪談發現一般去診所就醫的民眾在使用診所的候診環境時可能會遇到的問題，整合文獻與訪談資料進而彙整成相關之問卷題目，其中問卷設計之內容以下列方式進行：

單選與複選題

問卷內容中「基本資料」、「候診空間狀況調查」、「候診空間硬體狀況調查」、「候診空間心理狀況調查」、「改善意識調查」(表 3-7)，此部分的主要問卷題型分為單選題與複選題，因而採用不同方式進行統計，單選題以計算全體樣本當中對於該選項的回答率為主，即將「該選項的回答數除以全體有效樣本數」；複選題由於回答數之不同，採用「各選項的回答數除以全體有效樣本數」來得知整體受訪者對該選項之看法，若計算該選項在該題回答數的出現率，則個別將「各選項的回答數除以該題總回答數」(圖 3-3)。

表 3-7 候診空間使用現況問卷調查內容

調查項目	調查內容	調查目的
第一部份 基本資料	<ul style="list-style-type: none"> • 受訪者基本資料 • 慢性病與機能退化 • 是否造成候診行為困擾 • 有無診所就診經驗 	瞭解受訪者的基本資料、身體狀況及影響行為之困擾
第二部份 候診空間狀況調查	<ul style="list-style-type: none"> • 動線規劃 • 大小感受 • 整潔滿意度 	得知受訪者對於空間動線、大小及整潔的感受
第三部份 候診空間硬體狀況調查	<ul style="list-style-type: none"> • 大門調查 • 掛號台調查 • 領藥窗口調查 • 座椅調查 • 娛樂設施調查 • 燈光亮度調查 	瞭解受訪者對於診所硬體設備的使用狀況及期待
第四部份 候診空間心理狀況調查	<ul style="list-style-type: none"> • 使用困擾及心理感受 • 安全感及隱私感調查 • 空間氣氛調查 • 空間配色調查 • 整體滿意度調查 	瞭解受訪者使用候診空間時的心理狀況、對於空間氣氛及配色的感受
第五部份 改善意識調查	<ul style="list-style-type: none"> • 增加空間 • 增添獲改善設備 • 氣氛改善 	從調查結果得知受訪者觀點所想要改善與期待的候診空間與設備

計算方式	
單選題	全體受訪者對該選項之回答率 = $\frac{\text{各選項回答數}}{\text{全體有效樣本數}} \times 100\%$
複選題	全體受訪者對該選項之回答率 = $\frac{\text{各選項回答數}}{\text{全體有效樣本數}} \times 100\%$

圖 3-3 問卷結果計算方式

第四章 基地調查

4-1 診所候診空間概況

4-1-1 案例 A

4-1-2 案例 B

4-1-3 案例 C

4-1-4 案例 D

4-1-5 案例 E

4-2 基地調查小結

第四章 基地調查

本章節將透過對台中市內的五間診所進行非參與式觀察法，觀察就醫患者在候診時待在候診空間內所產生的各種行為與活動範疇，及各家診所的候診空間規劃，進而分析與探討；透過多次的實地調查，逐漸了解就醫患者在診所候診區活動時會產生的困擾與期待，也幫助在下一章節對於醫療人員及就醫民眾的個別訪談內容建構出較明確的討論方向。

4-1 診所候診空間概況

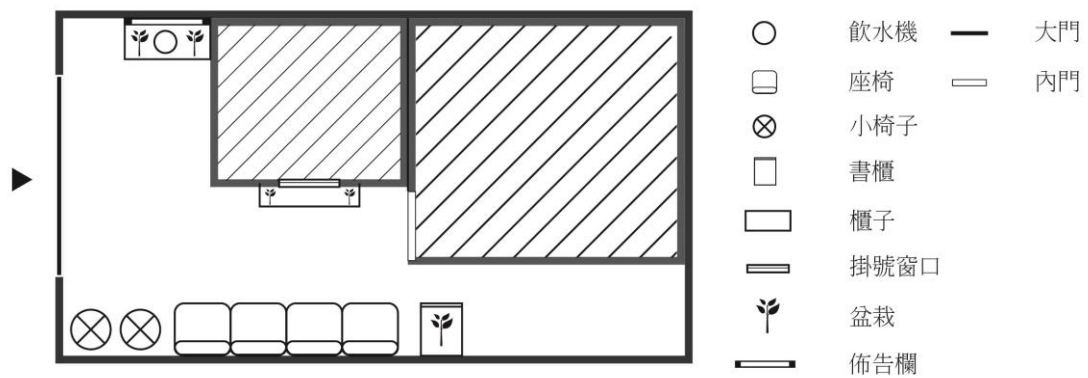
現今全台診所數量眾多，各醫療科別不同於大型醫院集中於一個醫療場所；屬於分科開業，而本研究僅以一般診所為主要調查之對象。因調查場所屬於較注重隱私之醫療場所，因此在調查過程中所拍攝的照片數量較少，過程中以採用「非參與式觀察法」進行調查，以不妨礙民眾就醫行為及遵守調查診所之規定為原則。

本研究以台中市內五間一般診所為調查對象，包含：陳○○診所（A）、時○診所（B）、周○○診所（C）、維○診所（D）、承○診所（E），以上調查對象因隱私原則不提供全名，在文章內由A、B、C、D、E來代稱。

研究者到樣本診所實地觀察候診空間現況，現況介紹如下：

4-1-1 案例 A.

A診所約有 10 坪，下圖為 A 診所之候診空間（圖 4-1）。在硬體方面有 1 張木製長椅、2 張小椅子、1 台飲水機、1 個櫃子、1 個書櫃、1 個掛號窗口、1 個布告欄、衛教資訊海報、報章雜誌、6 個盆栽、1 扇大門、1 扇內門。



註：白色區塊為候診空間，斜線區塊為看診區

圖 4-1 A 診所之候診空間現況配置示意圖（資料來源：本研究繪製）



圖 4-2 A 診所候診區現況說明圖 (照片來源：本研究拍攝)

A 診所對外玻璃部分使用深色系玻璃 (圖 4-2)，從外面不容易透過玻璃門看見診所內的就醫情況，但因 A 診所大門口採開放式不會將大門關上，較無法讓病患保有就醫隱私，而深色系的外玻璃雖隱密性佳，但卻會給人帶來沉重感，而因大門採開放式，診所外的聲音在內部都能清楚的聽見，在車流量大的時段診所內會變得很吵雜並影響內部的空氣。在室內有使用植栽作室內的美化，燈光顏色全部使用光源白色的燈管，燈光設置數量適中，在白天時部分燈光會開啟，但因黑色玻璃阻擋不分自然光線，因此在白天時診所看起來有點昏暗，而在晚上時光線的亮度是足夠的。

A 診所的顏色主調為木頭色，磁磚使用灰色花面瓷磚搭配白色牆面做為空間

的主要色調（圖 4-2），讓人感到較為老舊的感覺，診察室的隔間材質及內門大量採用木頭做為隔間，木頭的使用讓候診區整體看起來有較溫馨、溫暖的感覺，該空間雖然較為老舊，但因木材質的使用點綴，依舊可以讓人感到親切。

A 診所大門口的門檻（圖 4-2）平整，在觀察過程中就醫民眾在使用上都能方便使用並安全進出。該診所使用的是較為老式向左右推的玻璃大門（圖 4-3），此種樣式的大門在開關門上較為費力，而該診所採開放式，因此大門是不關上的，病患在進出時雖然方便，但在候診時卻會被噪音干擾及產生空氣及蚊蟲的問題產生。

A 診所的掛號台（圖 4-2）是採用站立半封閉式，上方有大片玻璃隔著，因此就醫民眾在使用時必須將頭靠近對外窗口才能與醫護人員對談；並會讓患者產生距離感，該掛號台旁擺設許多物品會讓使用者在使用時顯得不便，而高度方面屬於一般民眾可接受之高度（圖 4-2），但對於身高較高的病患來說在填寫資料時必須彎著腰下來填寫是較費力的，而此型式的掛號台是無法提供給乘坐輪椅的病患使用的，乘坐輪椅的病患必須由陪同人員或是醫療人員在旁協助才能進行掛號的動作。

候診區的座位區是設置在一進門口的右側方，選用木頭材質的長椅（圖 4-4），總共設置一張，該座椅因木頭屬於硬材質，當候診時間較長時坐久了會覺得不舒適，而座椅是一體式，因此人多時互相不認識的病患在使用時會相當接近，對話內容容易被其他人聽見，顯現出該候診空間的私密性較不足。木質長椅旁設置小櫃子，裡頭放有報章雜誌提供民眾閱讀使用，上方擺放盆栽美化，另外木質長椅旁有擺放小椅子兩張（圖 4-2），在人較多的時候能再提供候診患者使用。

該診所的診間隔牆屬於半開放式，僅用木板製牆加高作為隔間，並沒有完全與候診區阻隔開來，在觀察期間醫生在看診時若看診音量較大時候診區能清楚的聽見醫生看診的內容，對病患的隱私有較大的安全疑慮。

在娛樂設施的部分該候診區提供報章雜誌，再觀察期間大多民眾都是在使用手機，少數民眾在觀看報紙，未設有電視機讓民眾在等待時較為煩悶。

空間內設有資訊設施：衛教資訊海報（圖 4-5）、醫生資歷的簡介、醫療品質等資訊。該診所衛教資訊張貼於布告欄及牆面上，但因布告欄尺寸較小，因此大多貼於診間隔牆上，內容較無分類顯得有些零亂。



圖 4-3 大門樣式(本研究拍攝)



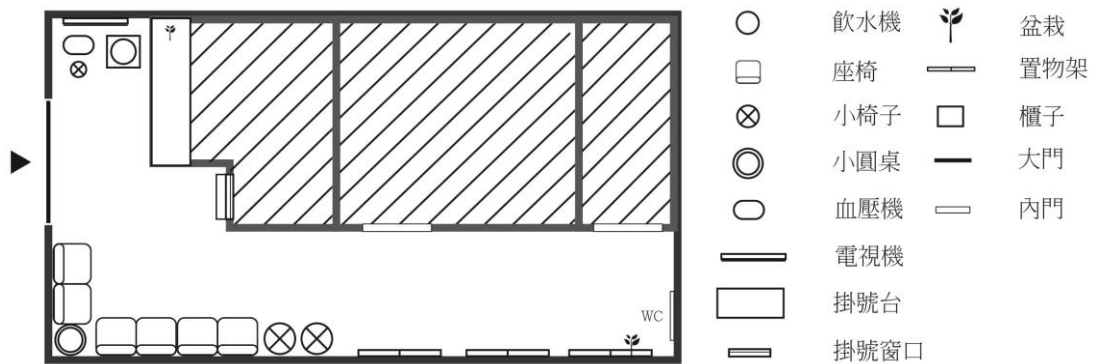
圖 4-4 木質座椅(本研究拍攝)



圖 4-5 衛教資訊張貼狀況、飲水機擺放處(本研究拍攝)

4-1-2 案例 B.

B 診所約有 12 坪，下圖為 B 診所之候診空間（圖 4-6）。在硬體方面有 3 張軟質座椅、3 張小椅子、1 台飲水機、1 台血壓機、1 個小圓桌、1 台電視機、1 個掛號台、1 個領藥窗口、3 個置物架、1 個時鐘、衛教資訊海報、報章雜誌、2 個盆栽、1 扇大門、3 扇內門。



註：白色區塊為候診空間，斜線區塊為看診區

圖 4-6 B 診所之候診空間現況配置示意圖 (資料來源：本研究繪製)



圖 4-7 B 診所候診區現況說明圖 (照片來源：本研究拍攝)

B 診所對外玻璃部分有做霧面處理 (圖 4-7)，從外面觀看不會清楚看見診所內的就醫病患，增加患者的隱私性。而在室內有使用植栽作室內的美化，燈光顏色全部使用光源白色的燈管，燈光設置數量多且在白天與夜間時皆有開啟，因此該診所讓人感覺是明亮的。

B 診所的顏色主調為鵝黃色，搭配白色及淺綠色牆面做為空間的主要色調 (圖 4-8)，地板使用米色磁磚作鋪面，讓人感到乾淨整潔，候診室的隔間材質部分及內門 (圖 4-14) 採用淺色系木頭做區隔，木頭的使用讓候診區整體看起來有溫馨、溫暖的感覺，而白色及淺綠色互相搭配的牆面，使得空間不會太過於單調。

該診所大門口的門檻 (圖 4-7) 特別的高，觀察期間發現當民眾前來就醫時都必須特別小心跨上去，高齡者因身體機能老化的關係，在使用時更是不方便及危險，而對於身體有受傷的傷患來說此高度的門檻必須讓身體更加使力來跨越，

若不慎因此可能會造成二度的受傷，對於使用輪椅；行動不便的病患來說，這種高度的門檻是無法讓輪椅順利通行的。加上該診所使用的是一般推拉型的玻璃大門（圖 4-7），在觀察過程中發現許多高齡者及受傷病患是較不容易使用的，偶爾需要醫療人員的協助開門再能進入。

B 診所的掛號台（圖 4-7）是採用站立開放式，上方並沒有大片玻璃隔著，就醫民眾在使用上也較為方便；並不會讓患者產生距離感，而高度方面屬於一般民眾可接受之高度（圖 4-8），但對於身高較高的病患來說，在填寫資料時必須彎著腰下來填寫是較費力的，而此型式的掛號台是無法提供給乘坐輪椅的病患使用的，乘坐輪椅的病患必須由陪同人員或是醫療人員在旁協助才能進行掛號的動作。而 B 診所在領藥窗口則是採用半封閉式的方式，窗口上半部有大面霧面玻璃隔著候診區；只留下一小部分的對外空間（圖 4-9）。在觀察過程中此種型式的領藥窗口對於大部分就醫民眾都不方便使用，因為有大片的霧面玻璃間隔著，因此大多數的病患必須低下頭聽聆聽藥師的服藥指示；間接也讓病患產生較不親切的感覺。

候診區的座位區是設置在一進門口的右側方，選用灰白色無靠背式軟質長椅（圖 4-7），總共設置 3 張，該座椅雖無靠背，但因放置於靠牆面；加上軟質的坐墊，坐久了也不會覺得不舒適，但因座椅是一體式，因此人多時互相不認識的病患在使用時會相當接近，對話內容容易被其他人聽見，顯現出該候診空間的私密性較不足。長椅與長椅中間擺放 1 張小型圓桌，上方擺放盆栽美化及雜誌提供候診患者翻閱，而長椅旁有擺放一般的塑膠小椅子 2 張，在人較多的時候能再提供候診患者使用。

該診所的診間隔牆屬於半開放式，僅用木板製牆加高作為隔間，並沒有完全與候診區阻隔開來，在觀察期間醫生在看診時若看診音量較大時候診區能清楚的聽見醫生看診的內容，對病患的隱私有較大的安全疑慮。

在娛樂設施的部分該候診區提供一台電視機（圖 4-8）及報章雜誌（圖 4-12），在觀察期間大多民眾都是在觀看電視機所撥放的新聞及使用手機，少數民眾在觀

看報紙。

空間內設有健康、資訊設施：1 台血壓計(圖 4-7)、衛教資訊海報(圖 4-13)、視力檢查表、醫生資歷的簡介、醫療品質等資訊。觀察過程中少數病患會去使用血壓機，使用時則需要醫療人員的在旁協助才能完成測量，該診所衛教資訊因未設置布告欄的關係是張貼於牆面上，這樣看起來較無分類也會顯得零亂，而在觀察期間視力檢查表無病患去使用。

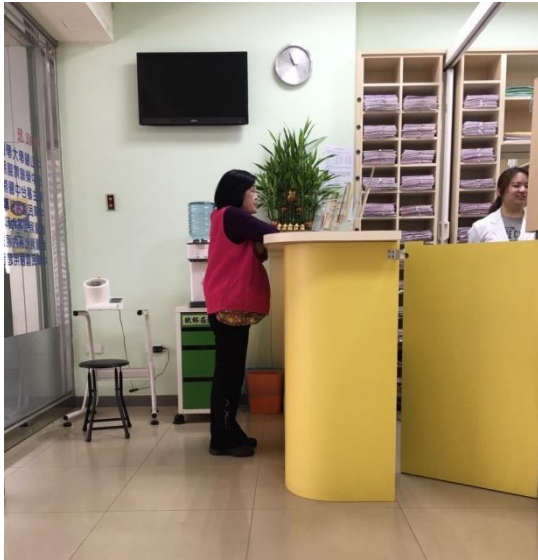


圖 4-8 B 診所候診區現況(本研究拍攝)



圖 4-9 B 診所領藥窗口(本研究拍攝)



圖 4-10 候診區軟質長椅(本研究拍攝)



圖 4-11 候診區小圓桌使用情況(本研究拍攝)



圖 4-12 牆上置物架(本研究拍攝)



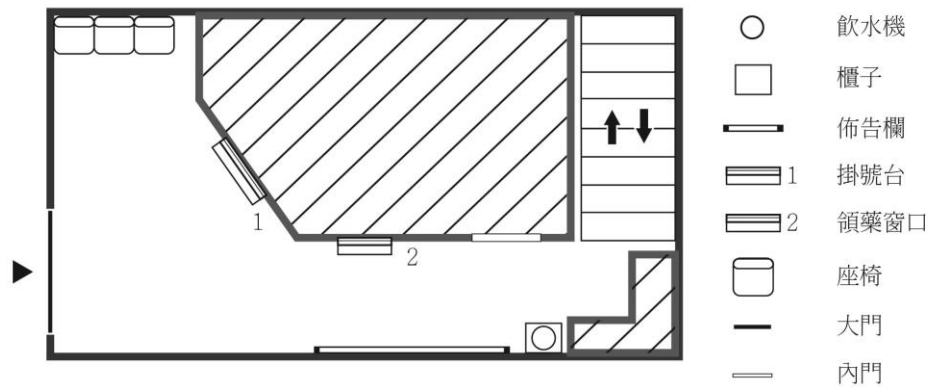
圖 4-13 候診區張貼衛教資訊情況(本研究拍攝)



圖 4-14 候診空間(本研究拍攝)

4-1-3 案例 C.

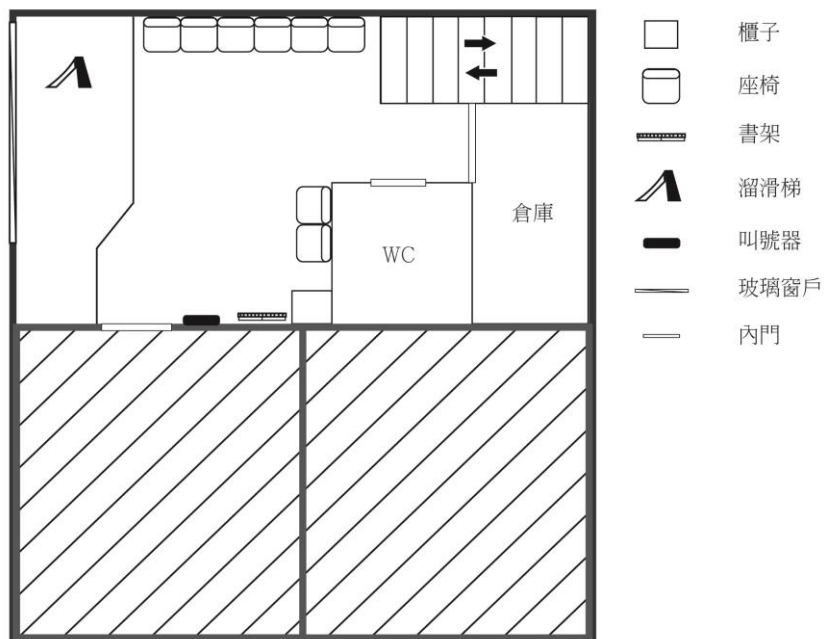
C 診所有兩層樓，1F 約有 8 坪，2F 約有 15 坪。下圖為 C 診所 1F 之候診空間（圖 4-15）。在硬體方面 1F 有 1 張木質長椅、1 台飲水機、1 個櫃子、1 個佈告欄、3 幅畫作、1 個掛號台、1 個領藥窗口、1 扇大門、2 扇內門。



註：白色區塊為候診空間，斜線區塊為看診區

圖 4-15 C 診所 1F 之候診空間現況配置示意圖(資料來源：本研究繪製)

2F 之候診空間（圖 4-16）的硬體方面，有 2 張木質長椅、2 張沙發椅、1 個櫃子、4 幅畫作、1 個書架、1 個叫號器、1 座兒童溜滑梯、1 扇玻璃窗戶、3 扇內門。



註：白色區塊為候診空間，斜線區塊為看診區

圖 4-16 C 診所 2F 之候診空間現況配置示意圖(資料來源：本研究繪製)



圖 4-17 C 診所 1F 候診區現況說明圖 (照片來源：本研究拍攝)

C 診所大門使用完全透明的玻璃 (圖 4-17)，從外面觀看可以清楚看見診所內的就醫病患，對就醫民眾來說較無隱私性。而在室內有使用多幅畫作來點綴環境，燈光顏色的部分使用光源白色的燈管及光源黃色的燈管交錯使用，燈光設置數量多但有大部分燈管已經損壞無法發光，在晚上時燈光光線略顯不足，讓人感到有些昏暗。

C 診所 1F 的顏色主調為白色搭配白色及鵝黃色牆面做為空間的主要色調 (圖 4-17)，地板使用灰色花面瓷磚，較不容易看出灰塵，容易保持地面的整潔，候診室的隔間材質及內門 (圖 4-17) 採用白色貼皮木板做為區隔。1F 候診區大部分空間使用白色色系，因此讓候診區整體感覺較為冰冷，牆面部分；白色及鵝黃色互相搭配的牆面，使得空間不會太過於單調。

C 診所大門口的門檻 (圖 4-17) 有明顯的高度，觀察期間發現部分民眾前來

就醫時會留意門口的門檻，對高齡者及身體有受傷的傷患來說必須小心使用避免行走時絆倒而受傷。而該診所使用的是一般推拉型的玻璃大門（圖 4-17），在觀察過程中發現部分手持拐杖或手拿物品的高齡者是較不容易使用的，須利用身體去推門才能進入。

C 診所的掛號台及領藥窗口（圖 4-17）皆採用站立半封閉式，上方有大片霧面玻璃隔著，只留下一小部分的對外空間，在觀察過程中此種型式的掛號窗口及領藥窗口對於大部分就醫民眾都不方便使用，因為有大片的霧面玻璃間隔著，因此大多數的病患必須低下頭聽聆聽醫護人員的說明；間接也讓病患產生較不親切的感覺。而高度方面屬於一般民眾可接受之高度（圖 4-19），但對於身高較高的病患（圖 4-20）來說在填寫資料時必須彎著腰下來填寫是較費力的，而此型式的掛號台及領藥窗台是無法提供給乘坐輪椅的病患使用的，乘坐輪椅的病患必須由陪同人員或是醫療人員在旁協助才能進行掛號及領藥的動作。

1F 候診區的座位區是設置在一進門口的左側方，選用無靠背式木質長椅（圖 4-17），總共設置 1 張，該座椅雖無靠背，但因放置於靠牆面；在乘坐時也能提供靠背的功能，但因屬於硬材質坐久了會覺得不舒適，而因椅子設置的數量少，在人多時段無法提供大多數就醫民眾使用。

因 C 診所診察室位於 2F，1F 底端左側有樓梯（圖 4-21），民眾掛號完後必須上 2F 進行候診。在觀察過程中診察室設置於 2F 對高齡者及受傷病患極為不便。



圖 4-18 C 診所 2F 候診區現況說明圖 (照片來源：本研究拍攝)

2F 在室內使用多幅圖畫為室內點綴，燈光顏色的部分使用光源白色的燈管及光源黃色的燈管交錯使用，燈光設置數量多但有大部分燈管已經損壞無法發光（圖 4-22），在晚上時燈光光線略顯不足。

2F 的顏色主調為白色搭配白色及淺藍色牆面做為空間的主要色調（圖 4-18），地板使用白色及藍綠色瓷磚交錯使用。樓梯走上來前方設有兒童休憩區（圖 4-18），大量使用木頭材質。在天花板部分，有作圖案的彩繪（圖 4-22），讓整體感覺溫馨且活潑，且休憩區旁設有大片落地窗玻璃，使在白天時整體感覺非常明亮，讓人感到放鬆且溫暖。

2F 候診區的座位區是設置在一上樓的右側方，一樣選用無靠背式木質長椅（圖 4-18），總共設置 2 張，該座椅雖無靠背，但因放置於靠牆面；在乘坐時也能提供靠背的功能，但因屬於硬材質坐久了會覺得不舒適，而座椅是一體式，因此人多時互相不認識的病患在使用時會相當接近，對話內容容易被其他人聽見，

顯現出該候診空間的私密性較不足，而一上樓的左側設有 2 張單人座的軟質沙發椅（圖 4-18），坐起來相當舒適，相對較能保有自己的空間；不必與其他病患擠在一起，在觀察期間大多就醫民眾都會先選擇坐沙發椅，若坐滿才會選擇坐木質長椅。

該診所的診間隔牆屬於封閉式，使用白色與木頭色木板作為隔間，有效的讓診察室與候診區阻隔開來（圖 4-18），在觀察期間醫生在看診時候診區是聽不見看診內容的，病患在就診時較不須擔心隱私方面的問題。

在娛樂設施的部分該候診區提供大量的報章雜誌放置於書架上（圖 4-18），在休憩區裡有放置一座小型溜滑梯（圖 4-23），讓兒童能在休憩區內玩耍，而在候診人數較多的時段上，因座位的不足，許多候診病患會坐在休憩區的木頭凸起部分等候（圖 4-24）。再觀察期間大多民眾都是在使用手機，少數民眾在觀看報紙及雜誌，該診所候診區內未設置電視機，讓民眾在等待時較為煩悶。

空間內設有資訊設施：一台叫號器（圖 4-25）、衛教資訊海報（圖 4-26）、醫生資歷的簡介、醫療品質等資訊。觀察過程中該診所叫號器未使用，診所有設置佈告欄，衛教資訊大多張貼於佈告欄內，少數貼於牆壁上，資訊有整理分類。



圖 4-19 身高較低民眾掛號情形 (本研究拍攝)



圖 4-20 身高較高民眾掛號情形 (本研究拍攝)



圖 4-21 C診所通往2F之樓梯 (本研究拍攝)



圖 4-22 2F天花板圖案、燈管狀況 (本研究拍攝)



圖 4-23 2F 休憩區內擺放溜滑梯 (本研究拍攝)



圖 4-24 2F 候診狀況 (本研究拍攝)



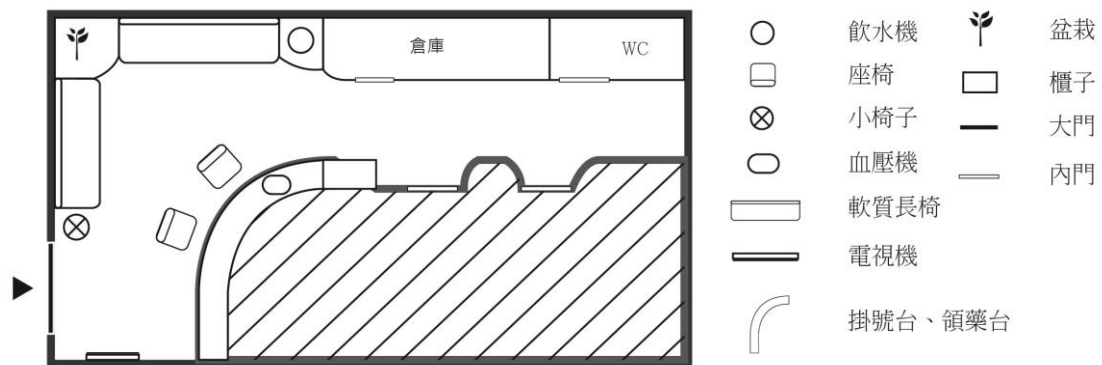
圖 4-25 C 診所叫號器 (本研究拍攝)



圖 4-26 C 診所衛教資訊張貼處 (本研究拍攝)

4-1-4 案例 D.

D 診所約有 16 坪，下圖為 D 診所之候診空間（圖 4-27）。在硬體方面有 2 張軟質長椅、2 張單人軟質座椅、1 張小椅子、1 台飲水機、1 台血壓機、1 個櫃子、1 台電視機、1 個掛號及領藥台、衛教資訊海報、報章雜誌、1 個盆栽、1 扇大門、3 扇內門。



註：白色區塊為候診空間，斜線區塊為看診區

圖 4-27 D 診所之候診空間現況配置示意圖 (資料來源：本研究繪製)



圖 4-28 D 診所候診區現況說明圖 (照片來源：本研究拍攝)

D 診所對外玻璃使用完全透明的玻璃 (圖 4-28)，從外面觀看可以清楚看見診所內的就醫病患，對就醫民眾來說較無隱私性。而在室內有擺放植栽，燈光顏色全部使用光源白色的燈管，燈光設置數量多且都有開啟，即使在晚上時也讓人感覺明亮，而白天時可透過大門玻璃的自然光線讓診所看起來明亮舒適。

D 診所的顏色主調為白色搭配白色及薄荷綠與分紅色交錯的牆面做為空間的主要色調 (圖 4-29)，地板使用白色磁磚作鋪面，但經過長時間的摩擦，未經修繕大部分磁磚已磨損成為黑色，對診所環境整體有較大的影響，看起來黑黑髒髒的 (圖 4-29)。候診室的隔間及內門 (圖 4-29) 採用主色白色及薄荷綠與分紅色搭配的牆面，這樣的整體色調配置讓人放鬆，薄荷綠與分紅色的搭配使用使得空間顯得年輕活潑許多，天花板的部分經過裝潢顯的立體有層次。

該診所大門口的門檻 (圖 4-28) 略微凸起，觀察期間發現大部分就醫民眾為高齡者居多，前來就醫時皆會特別留意門口的門檻，擔心使用時會不小心絆倒

而受傷。而該診所使用的是一般推拉型的玻璃大門（圖 4-28），診所門口有擺放許多物品阻擋大門開啟的路徑，使得大門無法完全敞開，在觀察期間就醫民眾在進出時顯得較為不便。

D 診所的掛號台與領藥台（圖 4-28）是採用座位型開放式，就醫民眾可坐於掛號台前方擺設的椅子進行掛號及領藥等，上方沒有玻璃隔著，空間也非常寬廣，就醫民眾在使用上顯得非常方便；不會讓患者產生距離感，就診民眾可與醫護人員面對面交談，讓人較有親切感。而高度方面屬一般民眾坐下來使用時皆可方便使用，而此型式的掛號台可提供給乘坐輪椅的病患使用，乘坐輪椅的病患只需將輪椅推至掛號台前方就可進行掛號等就醫程序。

候診區的座位區是設置在一進門口的左側方，座椅是診所在裝潢時就已經設置在那，使用藍色坐墊及粉色靠背墊的軟質長椅（圖 4-28），總共設置 2 張，該座椅靠背部分設計為城堡圖案，讓座位區在候診區內突顯出來顯得特別活潑，充滿溫馨舒服的感覺，坐墊部分因為軟性皮質座椅，坐久了也不會覺得不舒適，但因座椅是一體式，因此人多時互相不認識的病患在使用時會相當接近，對話內容容易被其他人聽見，顯現出該候診空間的私密性較不足。兩張座椅中間設置置物櫃（圖 4-30），裡面擺放報章雜誌及兒童書籍提供就醫民眾翻閱，上方擺放盆栽美化，長椅旁有擺放 1 張一般軟質單人座椅，在人較多的時候能再提供候診患者使用。

該診所的診間隔牆屬於半開放式，僅用木板作為隔間，並沒有完全與候診區阻隔開來，在觀察期間醫生在看診時若看診音量較大時候診區能清楚的聽見醫生看診的內容，對病患的隱私有較大的安全疑慮。

在娛樂設施的部分該候診區提供一台電視機（圖 4-28）及報章雜誌，在觀察期間大多民眾都是在觀看電視機所撥放的節目及使用手機，該診所電視機擺放位置偏高，在觀看時須抬頭，頸部容易產生疲勞，而少數民眾在觀看報紙及休息。

空間內設有健康、資訊設施：一台血壓計（圖 4-31）、衛教資訊海報（圖 4-33、4-34）、一個物品展示櫃（圖 4-32）、醫生資歷的簡介、醫療品質等資訊，物品

展示櫃內擺放一些裝飾品點綴及醫療保健藥品提購民眾購買。觀察過程中少數病患因需求會去使用血壓機，使用時則需要醫療人員的在旁協助才能完成測量，該診所提供許多衛教資訊給民眾觀看及拿取，但因未設置布告欄的關係是張貼及掛於牆面上，資訊有分類，但看起來較零亂。



圖 4-29 D 診所牆面色配及走道磁磚狀況
(本研究拍攝)



圖 4-30 座椅中間設置置物櫃擺放報章雜誌
(本研究拍攝)



圖 4-31 血壓計提供就醫民眾使用(本研究拍攝)



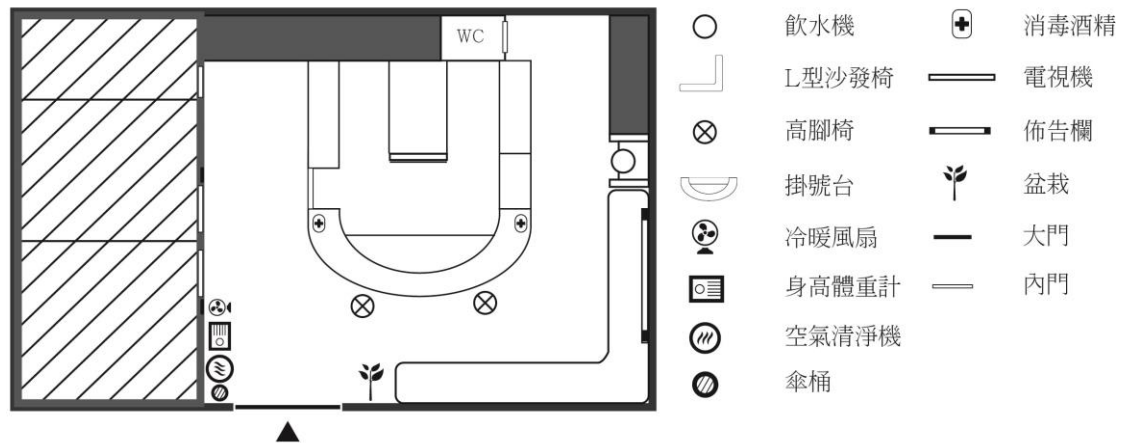
圖 4-32 展示櫃(本研究拍攝)



圖 4-33、4-34 D 診所衛教資訊張貼狀況 (本研究拍攝)

4-1-5 案例 E.

E 診所約有 17 坪，下圖為 E 診所之候診空間（圖 4-35）。在硬體方面有 1 張大型 L 型軟質沙發、2 張高腳椅、1 台飲水機、2 個手消毒酒精、1 個掛號台、1 台電視機、1 冷暖風扇、1 台身高體重計、1 台空氣清淨機、1 個傘桶、1 個時鐘、衛教資訊海報、報章雜誌、1 幅畫作、1 個佈告欄、1 個盆栽、1 扇大門、4 扇內門。



註：白色區塊為候診空間，斜線區塊為看診區

圖 4-35 E 診所之候診空間現況配置示意圖（資料來源：本研究繪製）



圖 4-36 E 診所候診區現況說明圖 (照片來源：本研究拍攝)

E 診所對外玻璃使用完全透明的玻璃 (圖 4-36)，從外面觀看時可以清楚看見診所內的就醫病患，對就醫民眾來說較無隱私性。而在室內有擺放植栽、畫作來美化環境。燈光配置主要使用白色燈光，部分使用黃色燈光點綴，而部分光源使用反射照明來呈現，光線沒有直射出來，為候診區營造出層次感，燈光設置數量多且都有開啟，在白天及晚上時光線充足皆讓人感覺非常明亮，而白天時透過大門玻璃的自然光線讓診所看起來明亮舒適。

E 診所大門口的門檻 (圖 4-36) 有明顯的高度，觀察期間發現部分民眾大多為年輕群，在進出診所時皆能安全通過，沒有發生絆倒的情形，但略微凸起的門檻高度對高齡者及身體有受傷的傷患來說還是必須小心使用避免行走時絆倒而受傷。而該診所使用的是按鈕式自動門 (圖 4-36)。在觀察過程中發現自動門對前來就醫的民眾來說是較為便利的，只要按壓門上開關大門就會自動開啟，對手持物品或拿拐杖的病患更是方便許多。

E 診所的顏色主調為木頭色，大量的木頭牆面搭配部分牆面的藍色磁磚拼貼（圖 4-37），使得空間不會太過於單調，也突顯出拼貼磁磚的特色，讓人感覺年輕活潑。地板使用灰色花面瓷磚，較不容易看出灰塵，容易保持地面的整潔，候診區與診察室的隔間使用木頭及鐵架與玻璃做成的內門（圖 4-38）做區隔，但因內門使用完全透明的玻璃，候診區能看見診察室的情況，患者的隱私沒辦法受到保護。大量木頭的使用讓候診區整體看起來溫馨、溫暖，而鵝黃色的掛號台讓整體亮了起來，顯得活潑年輕，在大門與座位區旁擺設大型植栽（圖 4-40）增加了環境的綠意，畫作的擺設（圖 4-41）也為候診區帶來藝術的氣息。

診所座位區上方的天花板部分有做挑高設計（圖 4-39），讓整個候診區充滿舒適寬廣的感覺，讓待在裡面的病患較不會有空間的壓迫感。天花板運用星空圖案的呈現讓就醫民眾在候診區休息時能放鬆心情，使整間候診區感到活潑親切。

E 診所的掛號台（圖 4-36）是採用站立開放式，上方並沒有大片玻璃隔著，能讓病患產生親切感，掛號台設計為圓環型，醫護人員在掛號台內可以為不同方的病患服務，而高度方面屬於一般民眾可接受之高度（圖 4-42），在掛號台前方擺設兩張高腳椅（圖 4-43），若身高太低或是太高的民眾都能坐在椅子上填寫資料等，而此型式的掛號台是能提供給乘坐輪椅的病患使用的，但必須由陪同人員或是醫療人員在旁協助才能進行掛號的動作。

該診所的座位區是設置在一進門口的右側方，選用大型 L 型軟質靠背沙發椅（圖 4-36），該座椅座位空間大乘坐起來非常舒適；加上為軟性沙發材質，坐久了也不會覺得不舒服，但因座椅是一體式，因此人多時互相不認識的病患在使用時會相當接近，對話內容容易被其他人聽見，顯現出該候診空間的私密性較不足。但因在觀察期間時，該診所候診民眾都非常多，許多民眾是待在室外等候。

該診所的診間隔牆屬於封閉式，有效的讓診察室與候診區阻隔開來（圖 4-38），雖然是透明玻璃，但診察室內有設置窗簾皆有拉下來，但在觀察期間醫生在看診時，診察室的門有時候都沒有關上，候診區內的民眾會看見診察情況或是聽見看診內容，病患在就診時還是會擔心隱私方面的問題。

在娛樂設施的部分該候診區提供一台電視機（圖 4-45）及報章雜誌，在觀察期間大多民眾都是在觀看電視機所撥放的節目及使用手機，少數民眾在觀看報紙。

空間內設有健康、資訊設施：1 台空氣清淨機（圖 4-36）、1 台身高體重計（圖 4-36）、1 台號碼叫號器（圖 4-45）、2 個乾洗手消毒酒精（圖 4-44）、衛教資訊海報、醫生資歷的簡介、醫療品質等資訊。觀察過程中叫號器的使用，讓就醫民眾能大約得知等候時間及順序，身高體重計沒用民眾去使用，空氣清淨機提供讓候診區內不會充滿著藥水味或是其他的異味，該診所衛教資訊大多是張貼於布告欄上（圖 4-46），少數張貼於牆面上，佈告欄的尺寸非常大，擺放在座位區上方，裡面的資訊皆有整理，張貼得非常整齊讓民眾方便閱讀，另外該診所也提供冷暖風扇，在觀察期間天氣較冷，但在暖氣的提供下讓室內感覺溫暖。



圖 4-37 E 診所藍色拼貼磁磚 (本研究拍攝)



圖 4-38 E 診所診察室隔間 (本研究拍攝)



圖 4-39 座位區上方挑高設計(本研究拍攝)



圖 4-40 E 診所大型植栽(本研究拍攝)

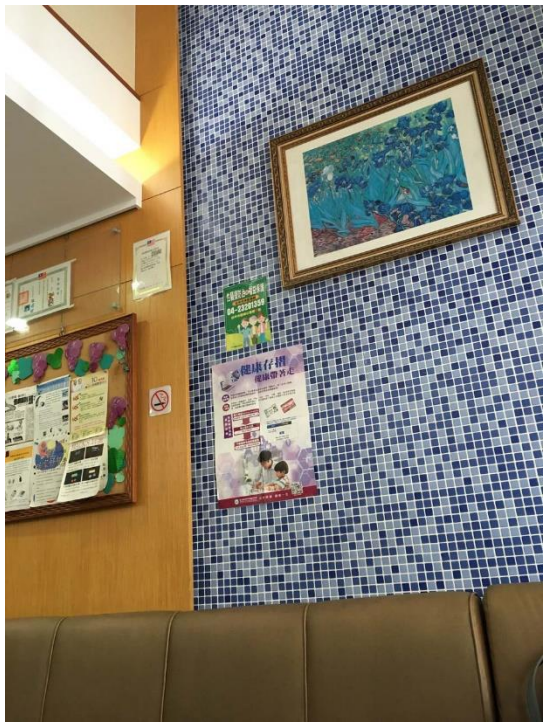


圖 4-41 座位區上方畫作(本研究拍攝)



圖 4-42 掛號台掛號情況(本研究拍攝)



圖 4-43 掛號台前長腳椅(本研究拍攝)

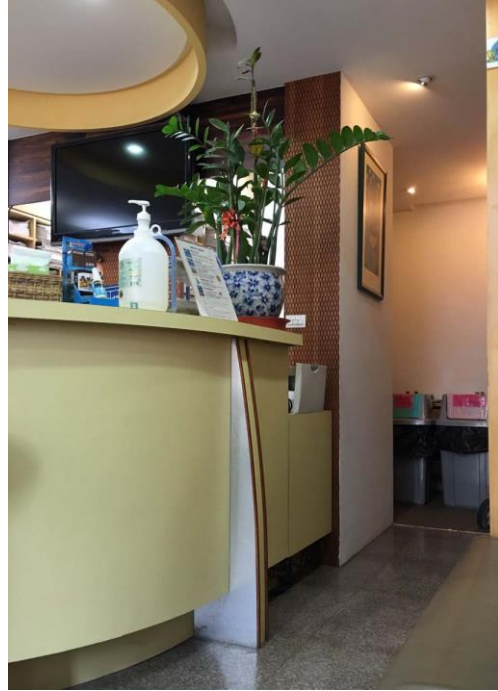


圖 4-44 提供消毒酒精(本研究拍攝)



圖 4-45 電視機、叫號器使用情形(本研究拍攝)

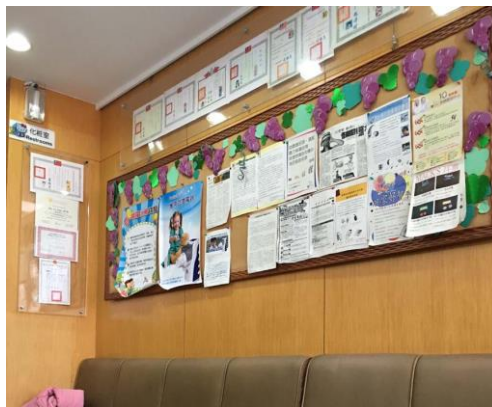


圖 4-46 佈告欄使用情形(本研究拍攝)

4-2 基地調查小結

藉由本章節的調查結果可以瞭解到不同的診所候診空間的使用情形及空間規劃(表 4-1)等,藉由觀察可發現:就醫民眾在使用診所候診空間時有許多的不便之處,尤其是在硬體設備的配置上較無法滿足不同民眾的需求,而診所候診空間內的照明配置及色彩規劃則皆會讓就醫民眾有著不同的環境感受,間接也會影響到就醫時的心情。此外也觀察到醫師在進行診察時或是病患在等待時皆發現許多因素或是空間規劃上會影響到病患的個人隱私。因此,綜合以上的內容將有助於進行下一階段的訪談調查,以瞭解醫療人員和就醫民眾的觀點評價。

表 4-1 診所空間規劃狀況

	A. 診所	B. 診所	C. 診所	D. 診所	E. 診所
門檻狀況	微微突起	非常高	有明顯段差	有明顯段差	有明顯段差
大門狀況	開放式 深色玻璃	推拉式 霧面玻璃	推拉式 透明玻璃	推拉式 透明玻璃	自動式 透明玻璃
空間大小	10 坪	12 坪	23 坪	16 坪	17 坪
掛號台狀況	站立使用 窗口狹小 有玻璃隔著 檯面空間小	站立使用 開放式 檯面空間充足	站立使用 窗口狹小 有玻璃隔著 檯面空間小	坐著使用 開放式 檯面空間充足	站著使用, 旁邊 配有座椅 開放式 檯面空間充足
領藥窗口狀況	無	窗口狹小 有玻璃隔著 檯面空間小	窗口狹小 有玻璃隔著 檯面空間小	與掛號台共同 使用	無
主要座椅狀況	硬質/長型共坐	軟質/長型共坐	硬質/長型共坐 軟質/單人沙發	軟質/長型共坐	軟質/共坐沙發
燈光狀況	皆為日光燈 光線偏暗	皆為日光燈 光線充足	日光燈, 暖色燈 光線不足, 部分 燈管損壞	皆為日光燈 光線充足	日光燈, 暖色燈 光線充足
空間感受	老舊狹小	新穎活潑	老式沉悶	老舊但多彩	新穎溫馨親切
空間配色	灰. 白色 木質使用	鵝黃. 淺綠色	白. 淺藍色	白. 薄荷綠. 粉色	白. 鵝黃色. 藍色拼貼磁磚 木質使用
書報雜誌	有/無更新	有/有更新	有/無更新	有/無更新	有/有更新
衛教資訊狀況	無更新. 無分類	有更新. 無分類	無更新. 無分類	有更新. 有分類	有更新. 有分類
叫號方式	人工叫號	人工叫號	叫號器	人工叫號	叫號器
隔音狀況	不良	不良	良好	不良	良好

資料來源：本研究整理

第五章 訪談調查

5-1 醫療人員訪談

5-1-1 訪談對象選定

5-1-2 訪談結果與分析

5-1-3 醫療人員訪談小結

5-2 就醫民眾訪談

5-2-1 訪談對象選定

5-2-2 訪談結果與分析

5-2-3 就醫民眾訪談小結

5-3 訪談總結

第五章 訪談調查

在調查完診所候診區現況後所分析的內容便可轉換為針對醫療人員與就醫民眾進行深入訪談的資料來源。因此本章節為探討醫療人員與就醫民眾對於診所候診區之各項看法評價及期待內容，以交叉分析出醫療人員觀點與就醫民眾看法之同異之處；並可藉由此具體結果作為下一階段要對就醫民眾實施問卷調查之前，擬定診所候診區評價問卷的設計基礎。

5-1 醫療人員訪談

5-1-1 訪談對象選定

為了探討醫療人員對於診所候診區之觀點，因此訪談對象選擇位於台中市內三間不同診所之醫療人員(表 5-1)。藉由訪談內容以深入瞭解三為任職於不同診所之醫療人員對於候診區的多方觀點，再透過就醫民眾訪談內容交叉比對以得出候診區重要之問題點。以下將三位醫療人員分別以 A. (護理師)、B. (護理師)、C. (藥師) 開頭作為後續編碼代號。

表 5-1 訪談對象醫療人員資料

訪談對象	任職診所	職位	工作年資
醫療人員 A	陳○○診所 (A)	護理師	15 年
醫療人員 B	時○診所 (B)	護理師	2 年
醫療人員 C	維○診所 (D)	藥師	11 年

5-1-2 訪談結果與分析

藉由與 3 位醫療人員訪談後，可將其口語內容轉換為逐字稿，以獲得大量的醫療人員觀點斷句，並將其眾多的斷句資料之關鍵內容轉換為「斷句因子」後，再集合同類型的其他因子歸類為具有相同定義的「分類」。例如在斷句「*來久了，都知道要往哪邊走。*」中的因子即為形容診所候診區的「動線規劃」，而斷句「*每個禮拜消毒兩次。*」則是對「空間整潔」所作的描述；因此可將「動線規劃」、「空間整潔」等有關於診所候診空間的空間動線及環境整潔之內容歸

類為「候診空間構面」類別。而以此類推的結果可將所額取的斷句內容劃分為 5 大類，以利於後續的統計分析；各類都代表了不同的定義範圍與因子構成（表 5-2）。

表 5-2：定義醫療人員訪談內容之類別

分類	定義	斷句因子
候診空間構面	候診區的整體空間表現	候診空間構面空間大小、整潔、動線規劃、空間規劃
硬體設備構面	候診區內的硬體內容及擺放地點	材質、內容物、植栽、照明、標示、擺放規劃
機能構面	候診區所提供的資訊、功能..等	休憩、秩序維持、等候就診、資訊提供、功能的提供
心理感受構面	候診區給予心理的感受	空氣(溫度、溼度)、聲音、味道、隱私感、安全感、氛圍、個人心理感受
視覺感知構面	候診區給予視覺的感受	光線明暗、美觀(感)、從視覺上所帶來的感受

把訪談內容統計後，將對應到不同分類的斷句次數與比例繪製成表 5-3，可看出醫療人員在「硬體設備構面」(39 句)與「心理感受構面」(36 句)的總斷句數目較多，其次為比重皆相距不遠的「候診空間構面」(10 句)、「機能構面」(10 句)與「視覺感知構面」(10 句)；顯示醫療人員在表達「硬體設備構面」上闡述了許多對於診所候診區硬體的觀點與理念，而在「心理感受構面」則說出了個人對於候診區內心裡的想法。以下的研究內容將透過訪談斷句統計表為基礎，個別分析 3 位醫療人員對於診所候診區所偏重的內容，並共同探討其族群對候診區所抱持的共同觀點及看法為何。

表 5-3：醫療人員訪談斷句統計表

分類	A. 醫療人員 (33)		B. 醫療人員 (39)		C. 醫療人員 (33)		總計 (105)	
候診空間	4	12%	3	8%	3	9%	10	9%
硬體設備	12	36%	15	38%	12	36%	39	37%
機能	2	6%	4	10%	4	12%	10	10%
心理感受	12	36%	14	36%	10	30%	36	34%
視覺感知	3	9%	3	8%	4	12%	10	10%

(單位：斷句數)

5-1-3 醫療人員訪談小結

(一) 綜合觀點

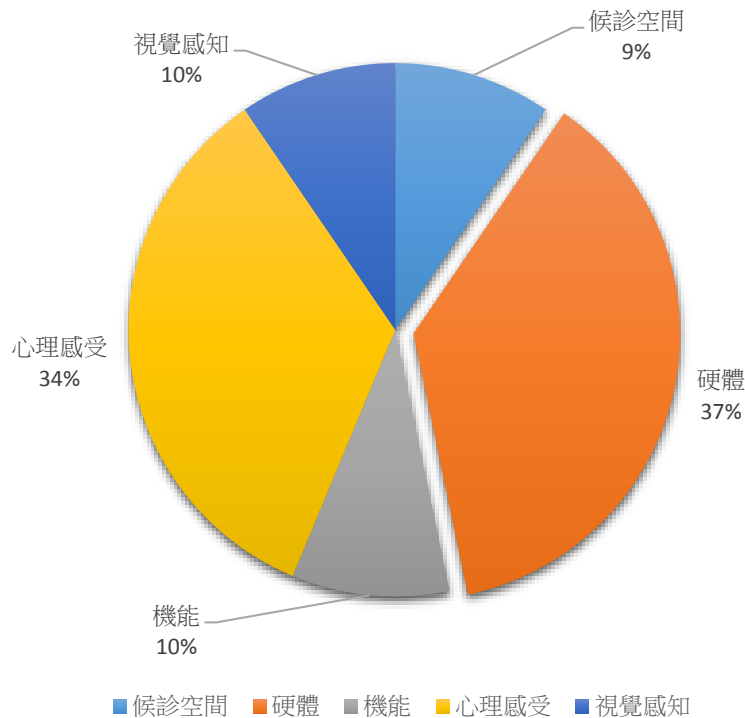


圖 5-1：醫療人員綜合斷句比例（本研究繪製）

在此綜合醫療人員共同斷句內容，得知主要的討論內容是分布在「硬體」、與「心理感受」構面，以下則依照五大類別比重依序個別討論（圖 5-1）

「硬體設備構面」

對於該構面的敘述內容大多是反映出醫療人員對於診所候診區內的硬體看法，例如 A 醫療人員認為：「掛號台的高度、大小都剛剛好，方便使用。」，及 B 醫療人員認為：「不會擔心診所的門檻。」，內容看法大多都是以個人觀感去看待，內容大致分為 3 點並進一步說明：（1）醫療人員在對於診所門口的門檻皆表示不會去特別在意，訪談初期皆表示並不會擔心來就醫的病患會因為門檻凸起不小心發生跌倒的意外。（2）掛號台方面，皆表示在自己的診所掛號台使用起來都非常方便，並不需要做任何的改善。（3）在診所候診區的座位，皆認為座椅在乘坐時都很舒適及適合患者們使用。

「心理感知構面」

在心理感知方面，3 位醫療人員是因為自己在這邊工作有一段時間後，以個人的想法來看待候診區，例如，A 醫療人員認為：「*習慣了外面的聲音，不覺得環境會吵。*」，「習慣」為最主要的原因，像是候診區內環境中的異味或是噪音，皆是因長期下來習慣了工作場所的這些因素，因此對於這些皆不會去在意，並表示病患應該也不會對這些因素有特別的意見，而醫療人員認為應要加強隔音方面的設備，才能保障就醫民眾的就醫隱私。

「視覺感知構面」

主要是在敘述從視覺上所獲得的感受，大多是站在個人角度而做描述，像是 A 醫療人員認為：「*雖然診所看起來老舊，他認為外觀環境並不是患者考量的因素。*」，而 B 醫療人員則是用病患的角度去看待候診區指示的感受，認為「*有些不識字或是字體太小皆無法表達，應該要以人力去解說比較詳細。*」。

「機能構面」

醫療人員長期觀察下，表示候診區最主要能提供病患休息等候，衛教資訊的提供雖然是必要的，但皆表示並不會有非常多的患者會去閱讀觀看，而 3 位醫療人員皆認為診所內的標示所帶來的功能並不是特別的需要或是有效。

「候診空間構面」

三位醫療人員皆認為診所候診區的動線不太需要特別的告知，例如 A 醫療人員認為：「*進來馬上可以得知動線。*」，及 B 醫療人員認為：「*動線規劃得很簡單。*」，表示來這裡就診的病患都已經知道怎麼走了，而對於診所空間的大小認為是足夠的，在整潔方面，都認為是非常重要的，至少每天都要打掃乾淨，每個禮拜要消毒兩才會讓病患感到乾淨及安心。

透過重新檢視 5 大斷句分類並進行統整後，可將「候診空間構面」與「硬體設備構面」及「機能構面」歸納為『空間規劃』範疇，而「心理感受構面」與「視覺感知」歸納為『內心感知』範疇。

(二) 觀點總結

在與醫療人員訪談後，可以瞭解到其著重的是在個人角度的觀點上去看待診所的候診空間，整合出醫療人員觀點總結如下：

- (1) 認為硬體方面依自己使用的經驗，病患在使用上也能方便的使用。
- (2) 環境隱藏的因素，在自己習慣下認為並不會對候診區有太多的影響。
- (3) 診所的動線並不需要特別的告知，病患來這裡應該都知道大致的位置。
- (4) 候診區的整潔是造就良好候診環境的首要條件。
- (5) 候診區環境的好壞應該不會是來就醫的民眾主要的考量因素。

5-2 就醫民眾訪談

5-2-1 訪談對象選定

就醫民眾訪談的對象是選擇以去本研究調查的 5 間診所就醫的民眾為主，男性 6 人、女性 6 人，包含青年（5 位）、中年（4 位）、老年（3 位）3 個年齡層共 12 人，在不同的 5 間診所針對就醫民眾進行便利取樣訪談（表 5-4）（表 5-5）。此舉有利於受訪者可在就醫的診所實地觀察環境或即時的親身感受做出較正確的描述，以避免因為時間上記憶偏差所產生的錯誤或模糊的印象。在就醫民眾編碼方面，則共同以 D. 開頭做為後續編碼代號。

表 5-4：就醫民眾訪談對象選定

年齡	29 歲以下			30~59 歲		60 歲以上	
男性	D2	D10	D11	D3	D8	D7	
女性	D1	D12		D4	D9	D5	D6

表 5-5 訪談對象就醫民眾資料

訪談對象	就醫診所	性別	年齡
就醫民眾 (D1)	陳○○診所 (A)	女性	25 歲
就醫民眾 (D2)	周○○診所 (C)	男性	27 歲
就醫民眾 (D3)	時○診所 (B)	男性	54 歲
就醫民眾 (D4)	周○○診所 (C)	女性	48 歲
就醫民眾 (D5)	維○診所 (D)	女性	77 歲
就醫民眾 (D6)	維○診所 (D)	女性	72 歲
就醫民眾 (D7)	維○診所 (D)	男性	80 歲
就醫民眾 (D8)	周○○診所 (C)	男性	56 歲
就醫民眾 (D9)	時○診所 (B)	女性	51 歲
就醫民眾 (D10)	時○診所 (B)	男性	24 歲
就醫民眾 (D11)	承○診所 (E)	男性	27 歲
就醫民眾 (D12)	陳○○診所 (A)	女性	24 歲

5-2-2 訪談結果與分析

藉由與 12 位實際在診所現場就醫的民眾訪談後，可以將其口語內容轉換為逐字稿，以獲得大量的就醫民眾觀點斷句，並將其眾多的斷句資料之關鍵內容轉換為「斷句因子」後，再集合同類型的其他因子歸類為具有相同定義的「分類」。例如在斷句「不知道看診室在樓上，工作人員跟我說我才知道。」中的因子即為形容診所候診區的「動線規劃」，而斷句「診所空間有點擠。」則是對「空間大小」所作的描述；因此可將「動線規劃」、「空間大小」等有關於診所候診空間的空間動線及環境大小之內容歸類為「候診空間構面」類別。而以此類推的結果可將所額取的斷句內容劃分為 5 大類，以利於後續的統計分析；各類都代表了不同的定義範圍與因子構成（表 5-1）。

把訪談內容統計後，將對應到不同分類的斷句次數與比例繪製成表 5-6，可看出就醫民眾在「硬體構面」（188 句）與「心理感受構面」（148 句）的總斷句數目較多，其次為比重皆相距不遠的「候診空間構面」（36 句）、「機能構面」（51 句）與「視覺感知構面」（69 句）；顯示就醫民眾在表達「硬體構面」上闡述了

許多對於診所候診區硬體的觀點與感受，而在「心理感受構面」則說出了個人對於候診區內心裡的想法。以下的研究內容將透過訪談斷句統計表為基礎，個別分析 12 位就醫民眾對於診所候診區所偏重的內容，並共同探討其族群對候診區所抱持的共同觀點及看法為何。

表 5-6：就醫民眾訪談斷句統計表

分類	候診空間		硬體設備		機能構面		心理感知		視覺感受	
	次數	百分比	次數	百分比	次數	百分比	次數	百分比	次數	百分比
D1. 青年女性 (52)	2	4%	21	40%	5	10%	17	33%	7	13%
D2. 青年男性 (62)	5	8%	26	42%	4	6%	16	26%	11	18%
D3. 中年男性 (33)	3	9%	12	36%	4	12%	10	30%	4	12%
D4. 中年女性 (48)	3	6%	18	38%	4	8%	18	38%	5	10%
D5. 老年女性 (20)	1	5%	8	40%	1	5%	8	40%	2	10%
D6. 老年女性 (22)	2	9%	8	36%	2	9%	7	32%	3	14%
D7. 老年男性 (23)	1	4%	8	35%	3	13%	8	35%	3	13%
D8. 中年男性 (55)	6	11%	19	35%	7	13%	17	31%	6	11%
D9. 中年女性 (38)	3	8%	15	39%	7	18%	9	24%	4	11%
D10. 青年男性 (53)	3	6%	20	38%	6	11%	15	28%	9	17%
D11. 青年男性 (42)	4	10%	15	36%	5	12%	12	29%	6	14%
D12. 青年女性 (44)	3	7%	18	41%	3	7%	11	25%	9	20%
總計 (492)	36	8%	188	38%	51	10%	148	30%	69	14%

(單位：斷句數)

D. 就醫民眾



圖 5-2：與就醫民眾訪談（於 A 診所內）

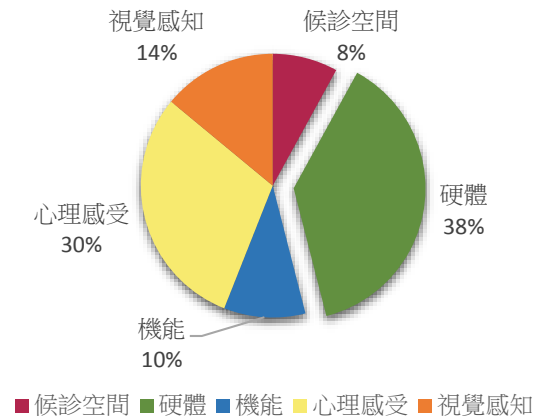


圖 5-3：就醫民眾斷句比例（本研究繪製）

「硬體設備構面」

就醫民眾們針對候診區各項硬體設備作出廣泛性的各種主觀敘述。內容包括掛號台、候診區座椅、診所大門前門檻、診所大門、候診區隔間、飲水機、電視機...等硬體設備之具體評價。例如 (D10) 就醫民眾於 B 診所就醫，描述領藥窗口的現況時，提到因為領藥窗口上方有大片的玻璃隔著，較難聽到在裡面工作的醫療人員之說話內容，所以表示「*比較不喜歡有那片玻璃，有距離感。*」。另外 (D1) 就醫民眾於 A 診所就醫，提到「*木質座椅坐久會覺得不適。*」，認為座椅若是使用軟性材質將會讓他在等候時就算等待的時間較長，也較不容易感到痠痛。而在診所大門前方的門檻，大多民眾提出會擔心門口的門檻，例如就醫 (D5) 民眾對於 D 診所的門檻表示，「*會擔心阿，要小心一點。*」。尤其是年紀較年長的民眾，較擔心因為門檻而跌倒發生意外。

「心理感知構面」

對於診所候診空間所帶給自己的心理感受，描述內容包含正面與反面的敘述，例如 (D11) 就醫民眾對於 E 診所的環境氣氛的正面描述表示「*整體給我的感覺是蠻舒服的；算蠻活潑的感覺。*」，而對於環境氣氛也有負面評價，例如 (D8) 就醫民眾對於 C 診所的環境氣氛提到「*有點悶，悶悶的感覺。*」。因此，只要是

候診空間帶給就醫民眾的各種心理感受皆將其斷句內容歸納於此分類中。

「視覺感知構面」

對於診所候診空間所帶給自己視覺上的感受，描述內容包含大小、亮度、整潔、高度..等從視覺上所獲得的感受。例如 (D4) 就醫民眾對於 C 診所的掛號窗口表示「掛號窗口有一面玻璃，剩下的空間很小，拿藥時不方便。」，顯示空間過小及玻璃阻隔，會造成使用上的不便。另外 (D8) 就醫民眾也指出 C 診所光線上的意見，「光線還可以，但希望晚上時還可以更亮一些。」。因此，只要是候診空間帶給就醫民眾視覺的感受皆將其斷句歸納於此分類中。

「機能構面」

主要描述診所候診空間所提供給民的功能，包含休憩、秩序維持、等候就診、資訊提供、功能的提供。例如 (D2) 就醫民眾在 C 診所的就醫資訊提供上表示「不知道要等多久，只能一直等。」，表示該診所內並沒有設置等待時間相關資訊的設備來告知就醫民眾大約需等待的時間，導致民眾只能一直得等待，沒辦法得知大約需等待的時間。另外 (D3) 就醫民眾對 B 診所指出「走道有扶手讓我扶比較好。」，顯示出診所若能在走道加裝扶手能讓民眾在行走時感到更安心。

「候診空間構面」

就醫民眾針對診所對於空間上的各種敘述，內容包括空間大小、整潔、動線規劃、空間規劃..等。例如 (D8) 就醫民眾在 C 診所的候診空間的動線上表示，「掛號完他會叫我上二樓，沒跟我說我就不知道要去樓上」，顯示出民眾不知道看診室在樓上，工作人員跟我說我才知道，表示該診所在動線表達方面是不足的，導致就醫民眾不知道看診需要至樓上。

在分析完就醫民眾訪談內容後，從斷句統計表中得出就醫民眾對於候診空間的正面與負面及期待內容，以下內容將詳細地列出 12 位就醫民眾對於各項分類的斷句統計，並特別分析歸類為「正面評價」與「負面評價」及「期待內容」此 3 類，藉此探討其族群所著重的主要觀點及具體方向為何。

「正面評價」

在與 12 位就醫民眾訪談的過程中，每位受訪者皆表達了個人觀點。而本研究為了能更深入瞭解全體就醫民眾所特別注重的關鍵項目，因此將每位就醫民眾的斷句關鍵詞都分別萃取出該類別的次數統計表（表 5-7），再將各項關鍵詞進行全體就醫民眾的次數統計表，以排序出最重要的三大關鍵因素（圖 5-10）。以下擷取出具有代表性的斷句內容並詳細說明該分類之重點。

表 5-7：正面評價斷句統計表

正面評價因素	
D1. 青年女性 (3)	整體乾淨、光線充足
D2. 青年男性 (1)	有設置佈告欄
D3. 中年男性 (3)	有標示、氣氛溫馨、電視高度剛好
D4. 中年女性 (1)	有標示提供資訊
D5. 老年女性 (2)	椅子軟的、光線夠亮
D6. 老年女性 (2)	椅子軟的、光線足夠
D7. 老年男性 (2)	光線足夠、環境安靜
D8. 中年男性 (2)	軟的椅子較舒適、環境安靜
D9. 中年女性 (4)	椅子舒適、光線充足、氣氛乾淨簡單、電視機高度舒適
D10. 青年男性 (4)	椅子舒適、環境乾淨、光線充足、電視機高度剛好
D11. 青年男性 (9)	門檻高度剛好、掛號台開放式的、椅子舒適、環境乾淨、光線充足、有設置空氣清淨機、氣氛活潑、互動的東西多、電視機高度剛好
D12. 青年女性 (3)	動線清楚、氣氛溫暖、光線充足

(單位：斷句數)

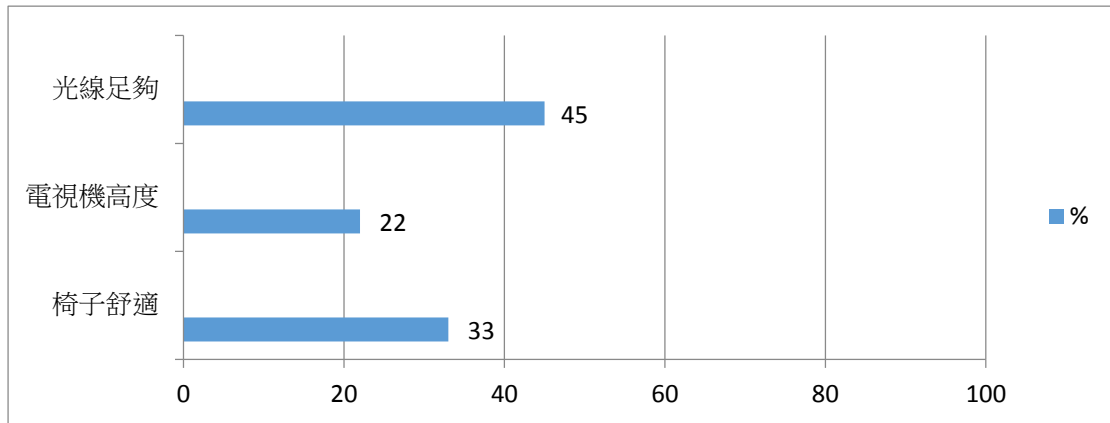


圖 5-4：訪談調查前三大正面評價因素

- **光線足夠：**

大多數的就醫民眾對於診所候診區光線的亮度表示是足夠的，充足的光線不僅讓就醫民眾在閱讀書報或是手機時不造成眼睛的疲勞，也會讓候診區整體看起來明亮，並減少距離感。例如（D9）就醫民眾認為 B 診所因燈具數量設置多因此整體的亮度充足。

- **椅子舒適：**

大多數民眾表示較喜歡候診區內所擺放的座椅材質為軟質的，在長時間的等待中，坐在軟質座椅較能夠放鬆身體並且較不容易產生疲勞，且在視覺上也有加分的效果。例如（D6）就醫民眾認為 D 診所因設置的式軟材質座椅，所以坐起來較為舒適。

- **電視機高度適中：**

在有設置電視機的診所中，就醫民眾表示電視機的擺放高度恰當，在觀看時可避免頸部的痠痛。例如（D3）就醫民眾認為 B 診所的電視機擺放高度適中，在觀看時不會感到痠痛不適。

「負面評價」

在負面評價方面也透過訪談的過程深入了解就醫民眾對診所候診區感到印象不佳的因素，並記錄下民眾所特別注重的關鍵項目，因此將每位就醫民眾的斷

句關鍵詞也都分別萃取成該類別的次數統計表（表 5-8），再把各項關鍵詞進行全體就醫民眾的次數統計，排序出最重要的前五大關鍵因素（圖 5-11）以下擷取出具有代表性的斷句內容並詳細說明該分類之重點。

表 5-8：負面評價斷句統計表

負面評價因素	
D1. 青年女性(6)	木頭材質座椅蠻難坐的、沒有指示、隔音差、沒有隱私感、不知道要等多久、玻璃黑感覺沉重
D2. 青年男性(9)	掛號台高度太低、窗口小且有玻璃隔著、座椅硬不好坐、光線不足、空氣中有藥味、感覺冰冷、沒有隱私和安全感、不知道要等多久、擔心被傳染
D3. 中年男性(6)	領有窗口有玻璃隔著、座椅有點擠、空氣中有藥味、隔音不佳、沒有隱私感、沒辦法知道要等多久
D4. 中年女性(9)	掛號台高了點、窗口有一面玻璃、木頭椅不舒適、空間不大、光線不足、氣氛冰冷、隔音不好、沒有隱私和安全感、不知道要等多久
D5. 老年女性(5)	擔心門口門檻、有藥水味、電視太高、沒有安全感和隱私感、空間擠
D6. 老年女性(4)	擔心門口門檻、有藥味、隔音差、空間擠
D7. 老年男性(6)	會擔心門檻、動線不清楚、有藥味、電視機稍微高、沒有隱私、隔音差、不知道要等多久
D8. 中年男性(5)	掛號台低、窗口太小、沒有隱私感、不知道要等多久、還要爬樓梯
D9. 中年女性(6)	門檻有點高、窗口太矮、動線不清楚、隔音不好、沒有隱私感、只能一直等
D10. 青年男性(5)	門檻很高、有玻璃隔著、隔音不好、沒有安全感跟隱私感、不能知道要等多久
D11. 青年男性(2)	環境蠻吵的、沒有隱私感
D12. 青年女性(5)	掛號台太低了、窗口小、木頭椅坐起來不舒適、環境蠻吵的、沒有安全感和隱私感

(單位：斷句數)

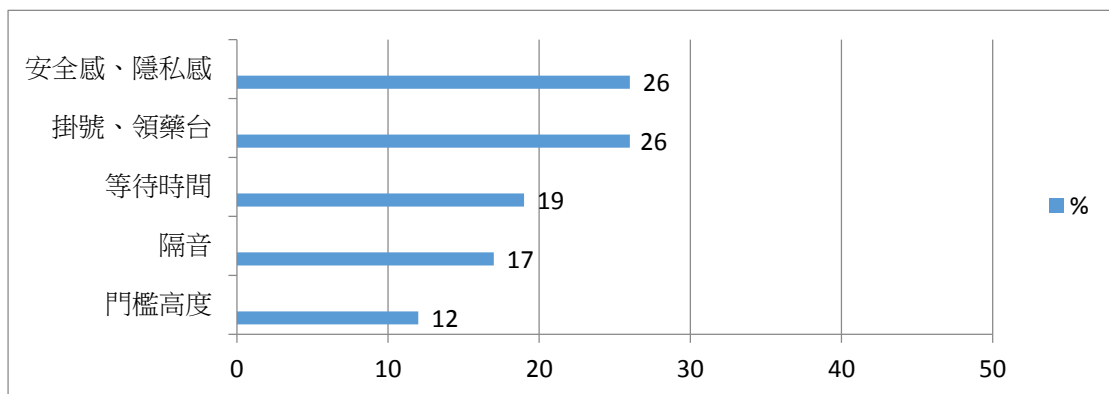


圖 5-5：訪談調查前五大負面評價因素

- **門檻高度：**

多數就醫民眾會擔心診所大門前的門檻，尤其是年紀較高的民眾更容易跌倒發生意外。例如（D6）就醫民眾認為 D 診所的門檻有明顯的高低段差，因此表是會擔心因門口的門檻造成意外的發生。

- **隔音：**

診所的隔間大多是採用半開放式的，並沒有完全將診察室與候診區隔開，因此若醫生說話較大聲將會顯現隔音不佳的現象。例如（D9）就醫民眾認為 B 診所隔音不好，因隔間並未完整隔開候診區，所以在候診區休息的病患可聽見診察室的診察內容。

- **掛號台及領藥台：**

因就醫民眾身高的不同，掛號台因此無法適用每個人的身高，讓身較高或較矮的民眾不方便使用。而領藥窗口的部分，因大多都有著一面玻璃隔著，民眾覺得會有距離感及聽不清楚服藥指示。例如（D8）就醫民眾認為 C 診所的掛號台太低，需要將身體下彎才能使用。

- **等待時間：**

本研究調查的診所內大多沒有設置能夠讓民眾得知等待時間資訊的設備，因此就醫民眾無法知道自己要等多久，只能一直等待。例如（D8）就醫民眾指出 C 診所雖然設有叫號器但卻沒有使用，因此沒辦法得知大致的等候時間，只能一直等待。

- **安全感及隱私感：**

大多民眾表示在候診區等待時較沒有安全感及隱私感，原因有擔心病情讓他人知道、診察室的門未關上、大門玻璃透明從外面能看進來、和陌生民眾靠太近..等。

「期待內容」

在期待內容部分，本研究也透過訪談的過程，詢問就醫民眾對於診所候診區的建議，並記錄下他們特別希望能實踐的相關項目（表 5-9）。而透過期待內容斷句統計表發現大部分的就醫民眾都希望診所設有自動門裝置及改善門檻的危險性。

表 5-9：期待內容斷句統計表

期待內容	
D1. 青年女性 (3)	希望窗口可以大一點、有自動門比較好、隔音設備能做好、有叫號器或號碼牌較好、有指示牌、光線能夠更亮
D2. 青年男性 (1)	裝自動門、門檻用斜坡、空氣清淨機、暖色光的設置、暖色系的牆面
D3. 中年男性 (3)	走道設有扶手、有自動門比較好
D4. 中年女性 (1)	光線能夠在亮一些、門不要透明的、有個人座位、有自動門、有電視機可以看比較好
D5. 老年女性 (2)	有自動門比較好吧
D6. 老年女性 (2)	不要有門檻
D8. 中年男性 (2)	窗口大一點比較好、有指示比較清楚、空氣清淨機、暖色系的光線、二樓也希望有飲水機、有電視機比較好、用自動門比較方便
D9. 中年女性 (4)	不要有門檻比較好、門檻加個台階比較好
D10. 青年男性 (4)	開放式的掛號台比較好、門檻加上階梯比較安全、暖色系光線
D11. 青年男性 (9)	座椅可以再多一點、外面可以放置座椅
D12. 青年女性 (3)	設置叫號器比較好、可以設置自動門

（單位：斷句數）

以下將各項關鍵詞進行全體就醫民眾的次數統計，排序出最重要的前五大關鍵因素（圖 5-12）並擷取出具有代表性的斷句內容以詳細說明該分類之重點。

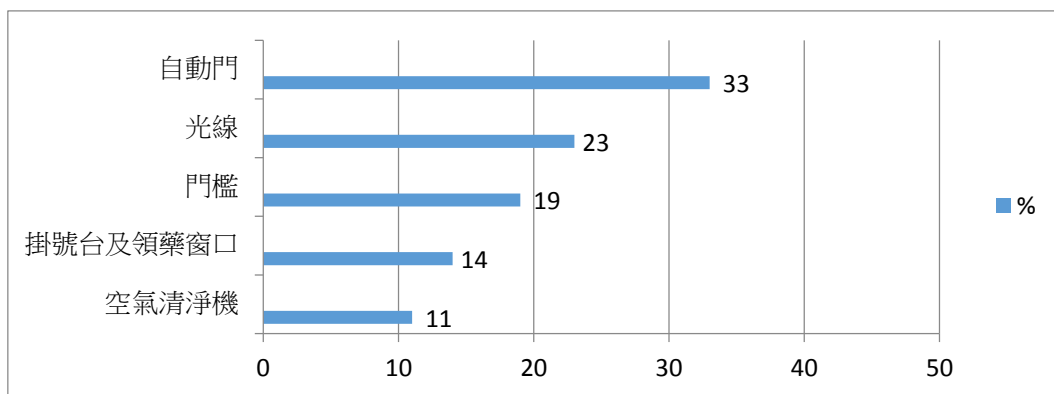


圖 5-6：訪談調查前五大期待內容

- **空氣清淨機：**

多數分民眾表示空氣中皆有異味，而部分民眾希望診所設有空氣清淨機，不僅能削減異味，也能過濾空氣中的病菌。例如（D2）就醫民眾認為 C 診所內的空氣有異味，期望能設置空氣清淨機。

- **掛號台及領藥窗口：**

診所的掛號台樣式不一，民眾表是開放式的掛號台較為親切，若有設置椅子在填寫資料時也會更方便。而窗口大小普遍較小或是有玻璃隔著造成使用上的不便，因此民眾希望能更大及不要有玻璃隔著。

- **門檻：**

本研究調查的診所之大門門檻幾乎都有著高低段差，民眾希望能沒有門檻或是至少在門檻前能加上階梯或是斜坡，能讓進出時較為安全。例如（D6）就醫民眾認為 D 診所的門檻有明顯的高低段差，因此期望診所不要設有門檻。

- **光線：**

部份就醫民眾希望診所的光線能夠再亮一些，感覺比較安全，及希望診所不要完全的使用白色燈光，看起來較為冰冷，使用暖色系燈具能讓診所看起來比較溫暖。

- **自動門：**

訪談的就醫民眾多數認為診所若是設置自動門在進出時較為方便。

5-2-3 就醫民眾訪談小結

透過重新檢視 5 大斷句分類並進行統整後，可將「候診空間構面」與「硬體設備構面」及「機能構面」歸納為『空間規劃』範疇，而「心理感受構面」與「視覺感知」歸納為『內心感知』範疇。

就醫民眾對於『空間規劃』的敘述較多，且大多集中於「硬體設備構面」所作出的硬體主觀描述，而在『內心感知』方面則以「心理感受構面」多於「視覺感知」，可得知就醫民眾較在意心理的感受。

為了徹底掌握就醫民眾族群對於同一具體內容在不同角度的觀點表態，本研究再將 3 大綜合因素的關鍵詞進行交叉比對，欲找出具有多重因素的具體內容。在此整理出 8 個具體項目並彙整如表 5-10。

表 5-10：就醫民眾綜合因素交叉分析

正面評價	負面評價	期待內容
光線足夠 (8)	光線不足 (2) 白色光線感覺冰冷 (2)	增加光線亮度 (2) 使用暖色系燈光 (3)
椅子舒適 (6)	座椅硬不好坐 (4) 座椅太擠 (1)	有個人座位 (1) 座椅可以多一點 (1)
電視機高度適中 (4)	電視機高度太高 (2)	設置電視機 (2)
門檻高度適中 (1)	門檻高度過高 (5)	改善門檻現況 (4)
掛號台開放式的 (1)	掛號台高度 (4) 窗口大小及玻璃隔著 (7)	開放式掛號台 (1) 窗口可以大一點 (2)
	空氣中有異味 (5)	設置空氣清淨機 (2)
	不能知道等待時間 (8)	設置叫號器或號碼牌 (2)
	隔音不好 (7)	能做好隔音 (1)

5-3 訪談總結

將統整就醫民眾與醫療人員所偏重項目進行對照分析，將雙方觀點內容歸納為表 5-11，由此可見雙方在許多面向的想法及看法是較不相同的，並由得出的結果整理分析後擬定下一章節問卷調查的題項。

表 5-11：就醫民眾與醫療人員觀點對照分析

項目	就醫民眾觀點	醫療人員觀點
硬體設備	期待診所內的硬體設備能夠改善，符合就醫民眾的需求，尤其是在門檻、掛號台、領藥窗口及座椅方面。	對於候診區的硬體設備，以個人主觀的看法認為目前不需要特別的去做改善，滿意硬體的現況。
空間動線	對於沒有明確資訊標示的候診空間較不容易得知整體的動線規劃。	以主觀看待，皆表示動線方面就醫民眾應該都很清楚，並認為人員告知優於標示資訊的提供。
候診環境	較在意環境中的影響因素，例如：空氣中的異味、聲音、光線、氣氛，皆會影響民眾就醫的心情及感受。	對於候診環境表示並無太明顯的感受，大多是因為已經習慣現況了。
安全及隱私	就醫民眾對安全感及隱私感感到在意的人占大多數，皆希望在就醫時能確保自己的隱私不被他人得知。	皆認為安全感及隱私感對於病患是相當重要的，在隔音方面診所應加強，保障民眾的就醫隱私。
期待內容	對於候診區的現況有明確的改善方向。	對於現況感到滿意，並無明確的改善方向。

第六章 候診空間行為問卷整理分析

6-1 問卷調查

6-2 調查對象基本資料

6-3 候診空間現況及硬體設備滿意度調查

6-4 候診空間心理感受調查

6-5 改善意識調查

6-6 調查結果討論

第六章 候診空間使用行為問卷整理分析

6-1 問卷調查

本調查是以面對面發問卷及網路調查，因調查年齡層包含年紀較高的高齡族群，考量 65 歲以上的高齡者之健康狀況、理解問題與書寫之能力等，此部分採取親自詢問作答的方式來填答問卷，總共發出 182 份問卷，有效問卷為 177 份。

由於本問卷分為單選題與複選題兩種，因此採用不同的方式進行統計。單選題以計算各選項之回答率為主，即將「該選項的回答數除以全體有效樣本數」。至於複選題採用「各選項的回答數除以全體有效樣本數」，以知整體受訪者對該選項之看法，此亦為複選題主要之統計方式。(表 6-1)。

表 6-1 問卷選項之統計方式

	計算方式
單選題	全體受訪者對該選項之回答率 = $\frac{\text{各選項回答數}}{\text{全體有效樣本數}} \times 100\%$
複選題	全體受訪者對該選項之回答率 = $\frac{\text{各選項回答數}}{\text{全體有效樣本數}} \times 100\%$

問卷統計結果以 SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 軟體 10.0 版本進行分析，共分為「次數分配 (frequency distribution)」、「交叉分析 (cross analysis)」、「卡方檢定 (chi-square test)」等。次數分配的內容為調查對象基本資料與身體機能狀況，並統計使用行為困擾之分佈狀況；交叉分析是透過交叉表格方式列出各項變數，用以瞭解兩個類別變數之間的關係，並利用卡方檢定 (chi-square test) 瞭解類別之間是否有顯著關係。本研究欲了解受測者基本資料與問卷題項間是否有關聯性，故使用交叉分析以求得卡方檢定值 (即 p 值)，藉由 p 值大小可看出屬性間的顯著水準。

本章節以上述之統計方式，將所得之數據與其意義分為「調查對象基本資料」、「候診空間現況」、「候診空間硬體現況」、「候診空間心理感受」、「改善建議」等五部分進行討論。詳細內容如下所示：

6-2 調查對象基本資料

(1) 性別與年齡分佈：

本問卷男性為 78 位，女性為 104 位。年齡分佈 18 歲以下歲的佔 8.8%，18-44 歲的佔 40.7%，45-65 歲的佔 35.2%，65 歲以上的佔 15.4%（圖 6-1）。

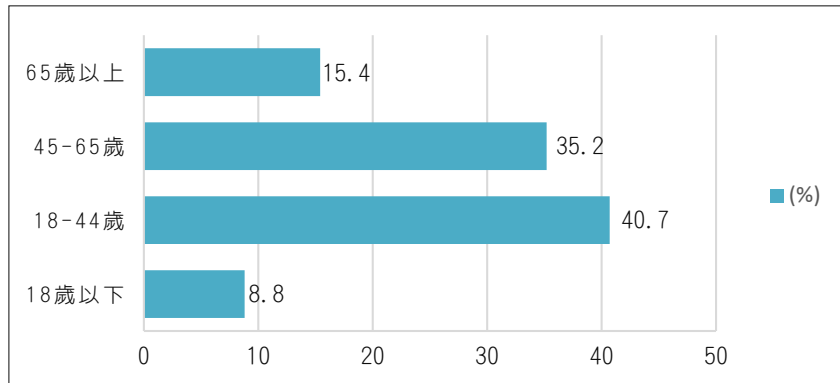


圖 6-1 受測者之年齡分佈

(2) 教育程度：

在教育程度上，調查對象國中以下(含國中)佔 16.5%，高中(職)佔 19.2%，大學(專)佔 52.7%，研究所(含以上)佔 11.5%（圖 6-2）。

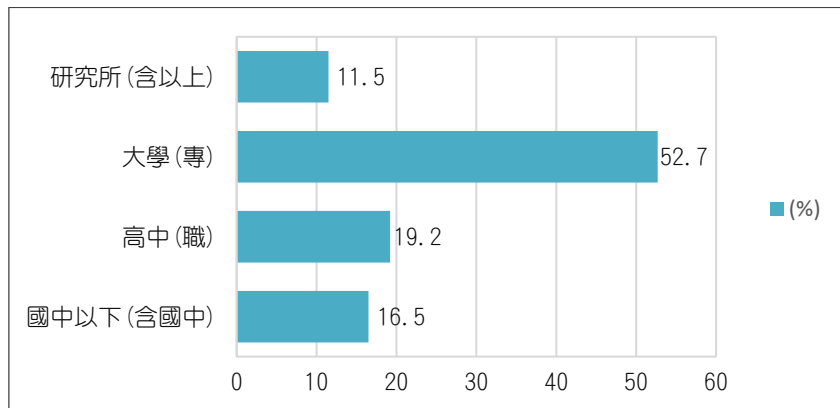


圖 6-2 受測者之教育程度

(3) 慢性疾病與機能退化：

針對調查對象之慢性疾病調查發現（圖 6-3），以視力障礙（52.7%）、過敏（31.9%）、高血壓（22%）為受測者所會患有前三多的慢性疾病，其中除了視力障礙及過敏分布在各年齡層中，而患有其他慢性病者大多集中在高齡族群中。

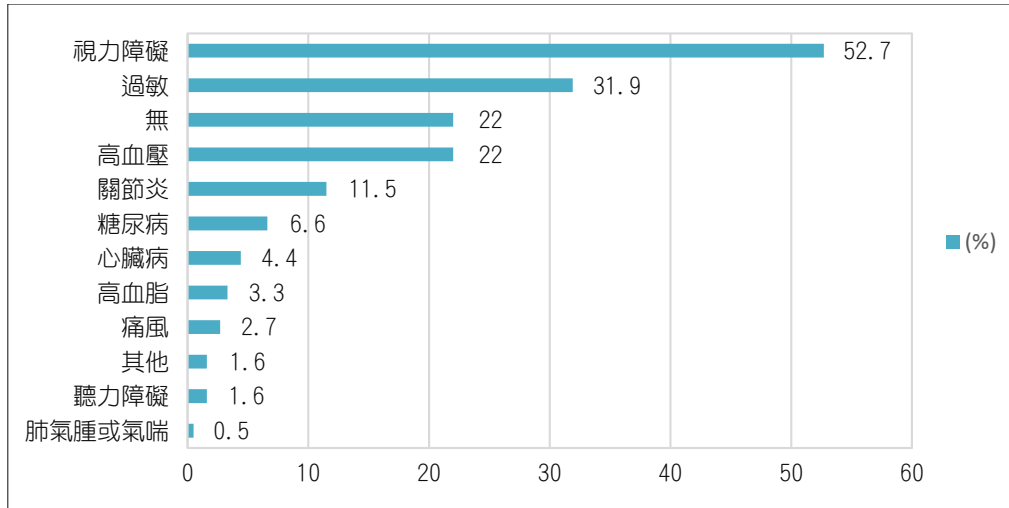


圖 6-3 調查對象之相關慢性疾病 (複選)

而機能退化方面受影響的人集中於較高年紀的族群，則是以膝蓋關節退化 (31.9%)，整體行動較為緩慢 (21.4) 及腰部不容易下彎 (17%) 所佔比例最高。其次是肩部關節退化、肘關節伸展幅度減小等 (圖 6-4)。

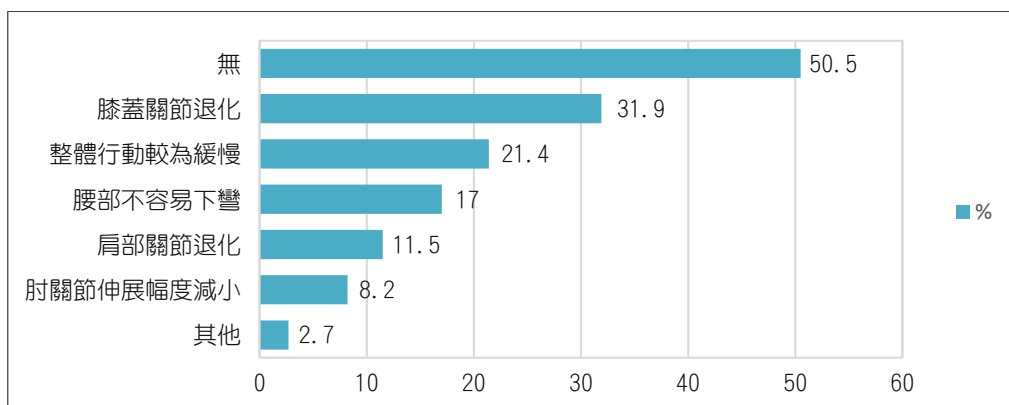


圖 6-4 調查對象之相關機能退化 (複選)

針對慢性疾病與機能退化是否會影響其在候診空間使用的行為上，認為會有影響的有 23.7%，自認不會被影響的有 76.3% (圖 6-5)。

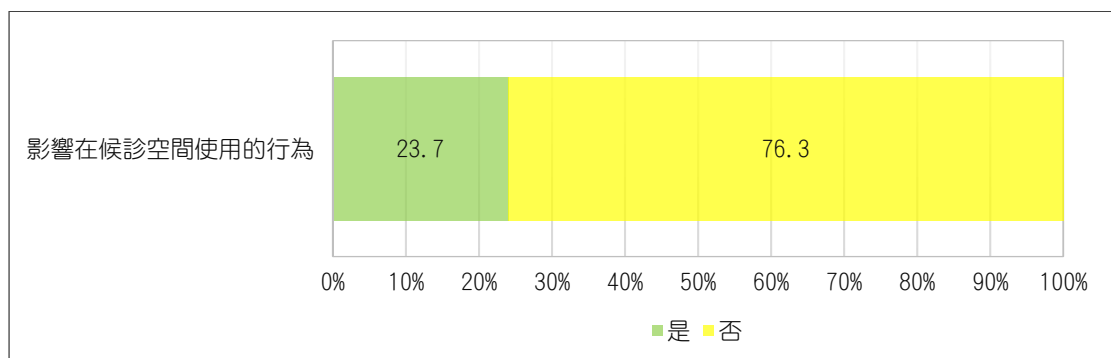


圖 6-5 慢性病及機能退化是否會影響候診空間使用的行為

從年齡與影響在候診空間使用的行為因素的交叉關係中，卡方檢定 $p=0.00 < 0.05$ 有顯著關係，且從其關係圖 6-6 可知年齡較大之高齡者在使用候診空間的行為中會受身體機能衰退所影響；反之，年紀較年輕的使用者因身體退化速度較為緩慢，在候診空間使用的過程中較不會受到機能退化的影響。

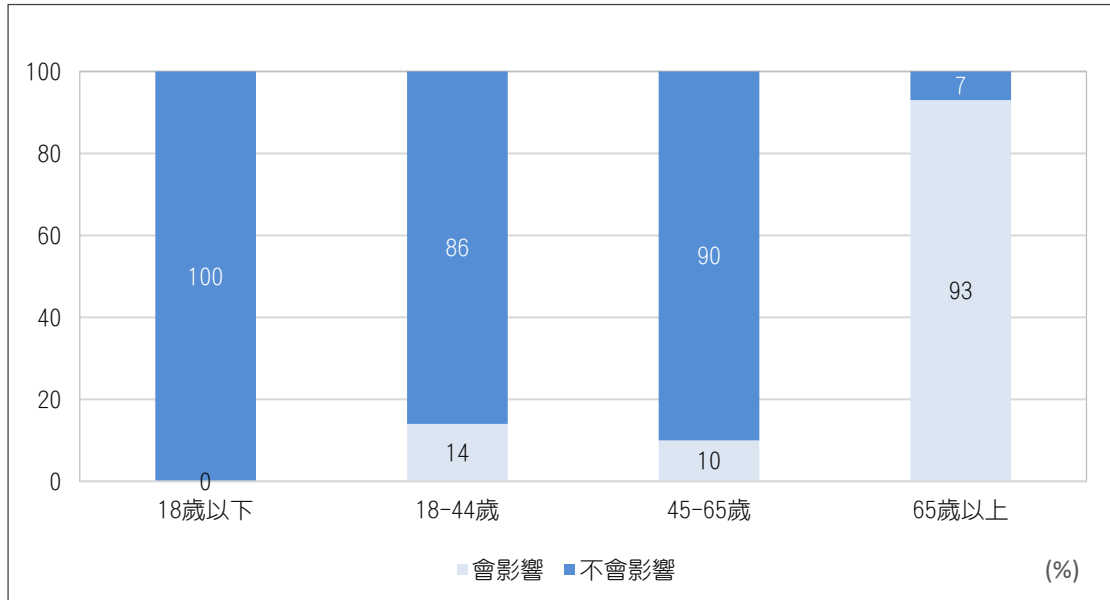


圖 6-6 年齡與影響候診空間使用行為之交叉關係

6-3 候診空間現況及硬體設備滿意度調查

(1) 候診空間的動線規劃：

從調查結果（圖 6-7）可得知大多數（44.9%）的調查對象可自行判斷候診空間中的動線規劃，由動線指示來得知候診空間動線規劃的調查對象佔 20.2%，而 17.6%的調查對象認為空間的大小不大，沒有動線，剩餘 17.3%的調查對象則是需要詢問醫療人員才能瞭解候診空間的動線。

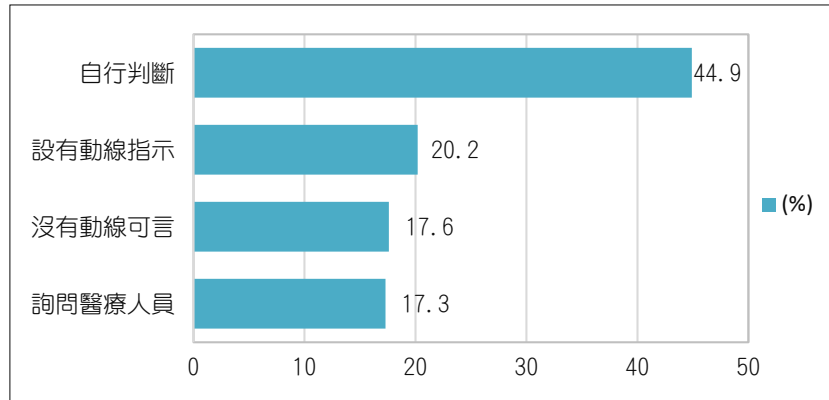


圖 6-7 調查對象如何得知候診空間的動線規劃

然而從年齡與如何得知動線規劃的四項因素，進行交叉比較，發現因素自行判斷（圖 6-8）及詢問醫療人員（圖 6-9），兩項卡方檢定 p 值皆為 $0.00 < 0.05$ 有顯著關係，表示年齡越大，越來越無法自行判斷空間的動線，及年紀較大的高齡者需要依靠詢問才能得之動線的規劃。

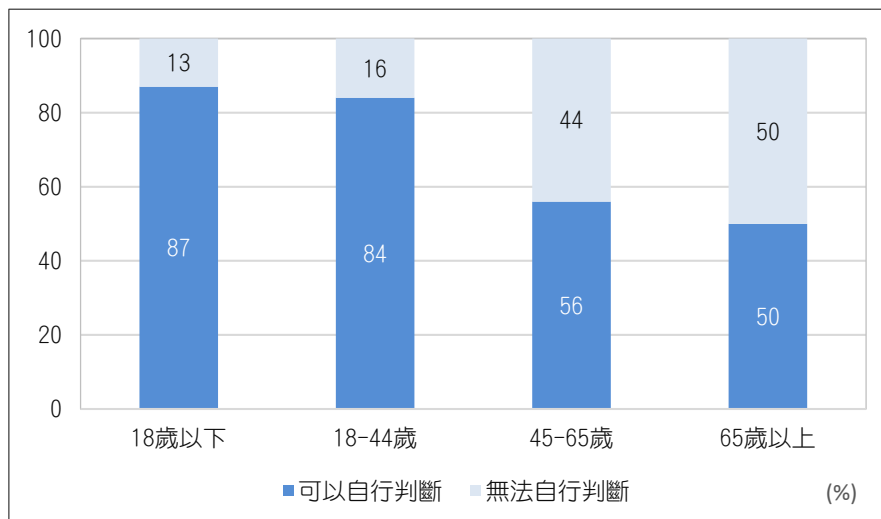


圖 6-8 年齡與自行判斷空間動線之交叉關係

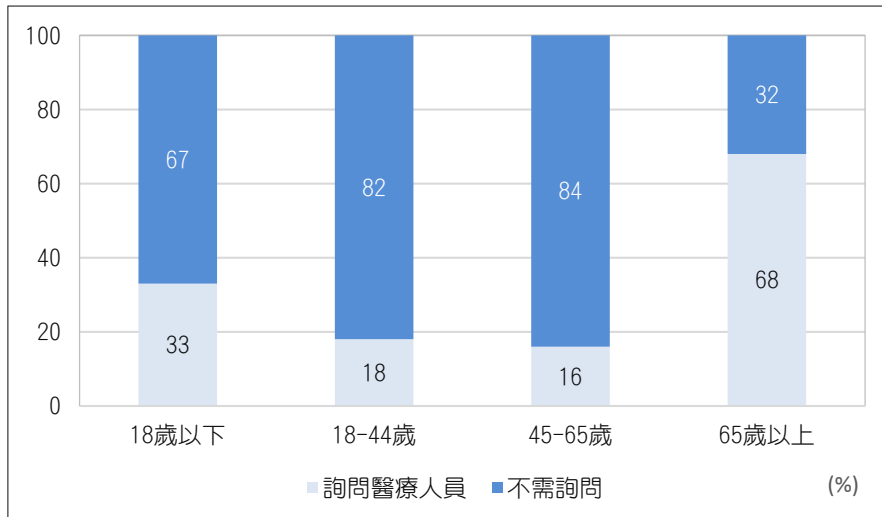


圖 6-9 年齡與詢問醫療人員空間動線之交叉關係

(2) 候診空間大小的感受：

對於目前診所候診空間之感受（圖 6-10），認為較為「擁擠」的有 40.5%、認為「有壓迫感」的有 31.3%、認為「舒適」的有 23.8%、認為「寬敞」的有 4.4%。調查對象認為空間給予的大小感受為狹小擁擠的加總後有 71.8%，認為寬敞舒適的加總後僅有 28.2%（圖 6-11），因此表示調查對象普遍認為大部分診所候診空間的現況為狹小擁擠的。

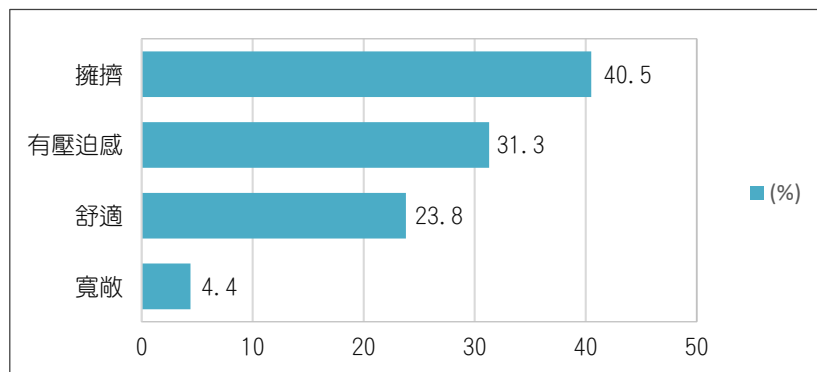


圖 6-10 調查對象對於候診空間大小感受

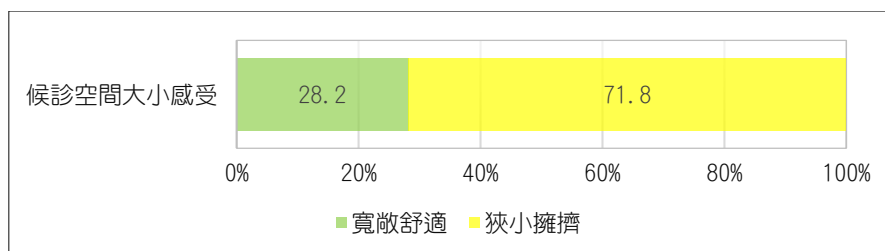


圖 6-11 調查對象對於候診空間大小感受

(3) 進出診所大門困擾：

對於目前診所進出大門之困擾，「大門開啟不便」(26.6%)是較大的困擾點，其次為「出入口太小」(17.6%)及「門檻有高低差」(16.8%)，調查結果31.6%的調查對象覺得在開啟大門時並無太大的困擾(圖6-12)。

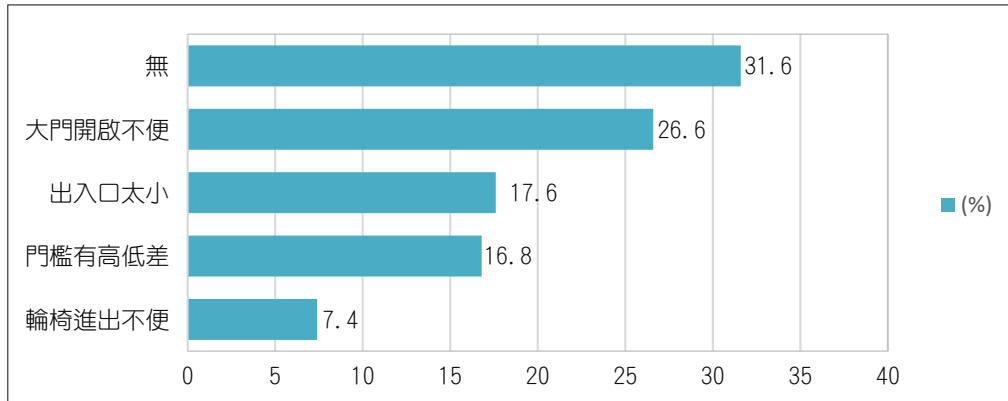


圖 6-12 使用診所大門之困擾

以膝蓋關節退化與診所進出大門之困擾交叉分析發現，卡方檢定 p 值 < 0.05 有顯著影響，尤其是針對「門檻有高低差」(p 為 0.00)。由圖 6-13 得知，有膝蓋關節退化的調查對象認為門檻有高低差會影響進出診所大門(44%)，比較沒有膝蓋關節退化的調查對象認為門檻高低差是會影響進出的(14%)，有明顯的差異。顯示出有膝蓋關節退化的人較擔心門檻高低差會造成進出的困擾或發生意外。

另外，以整體行動較為緩慢與診所進出大門之困擾交叉分析發現，卡方檢定 p 值 < 0.05 有顯著影響，尤其是針對「門檻有高低差」(p 為 0.00)。由圖 6-14 得知，整體行動較為緩慢的調查對象認為門檻有高低差會影響進出診所大門(71%)，比較沒有行動退化的調查對象認為門檻高低差是會影響進出的(10%)，有明顯的差異。顯示出行動力退化的人較擔心門檻高低差會造成進出的困擾或發生意外。

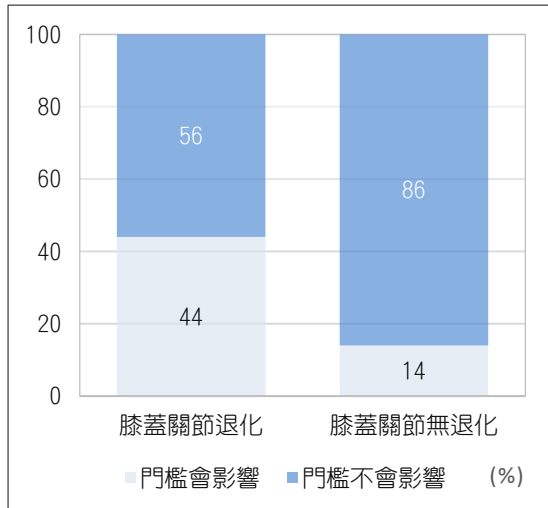


圖 6-13 門檻與膝蓋關節退化之交叉關係

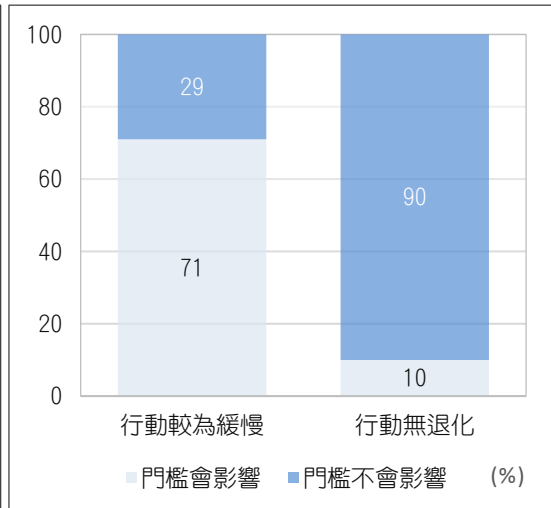


圖 6-14 門檻與整體行動緩慢之交叉關係

(4) 就醫診所的大門開法：

調查目前調查對象的就醫診所之大門開啟方式（圖 6-15），調查發現大多診所大門主要是以「推拉式」來開啟（51.4%），其次以「自動」（29.4%）及「按壓式自動」（13.6%）為開啟方式，而少數診所是採用「橫拉式」大門（5.1%）。

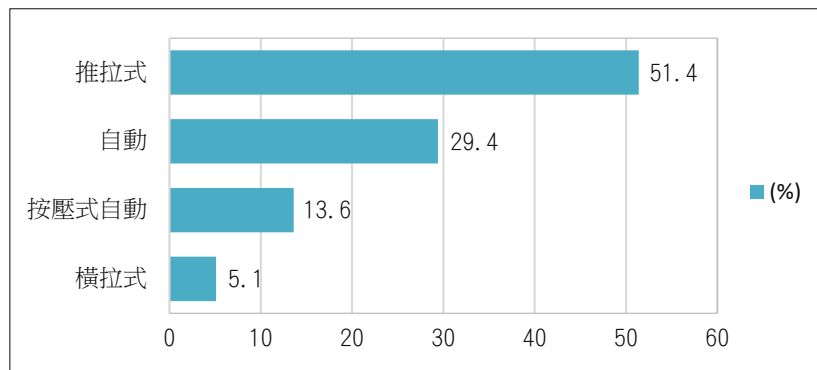


圖 6-15 診所大門開啟方式

以診所大門開法與診所大門之困擾交叉分析發現，卡方檢定 p 值 < 0.05 有顯著影響，尤其是針對「大門開啟不便」（ p 為 0.00）。由圖 6-16 得知，診所採用推拉式大門時，有 58% 的調查對象認為大門不便開啟，而大門採用自動方式時，僅有 4% 的調查對象認為開啟不便，表示診所大門採用自動開啟的方式時，大多數的人認為是比較方便開啟的。

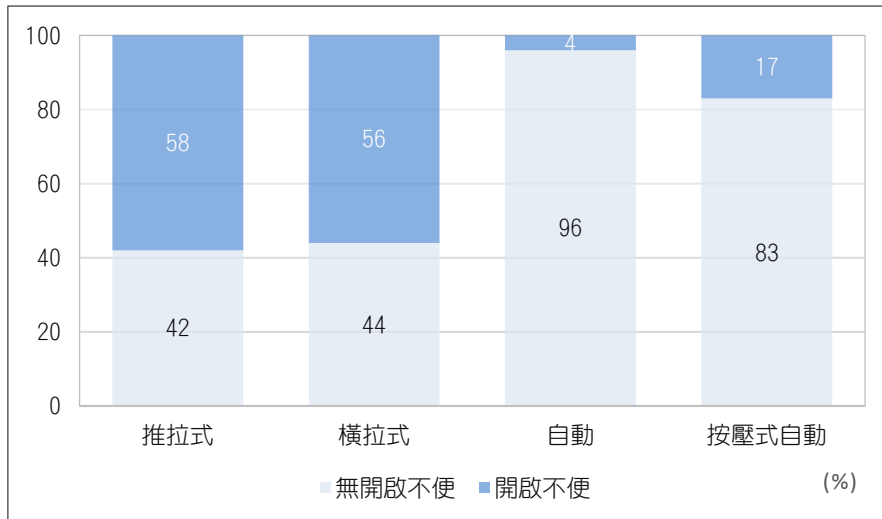


圖 6-16 大門開啟方式與大門開啟不便之交叉關係

(5) 期望的就醫診所的大門開法：

進一步調查民眾所期望的就醫診所之大門開啟方式與現況做比較(圖 6-17)，調查發現大多民眾主要期望診所大門的開啟方式是以「自動式」(72.9%)，其次以「按壓式自動」(24.9%)為開啟方式，而少數民眾期望是採用「橫拉式」大門(1.1%)及「推拉式」大門(1.1%)，調查結果得知多數人是期望診所使用自動開啟的大門。

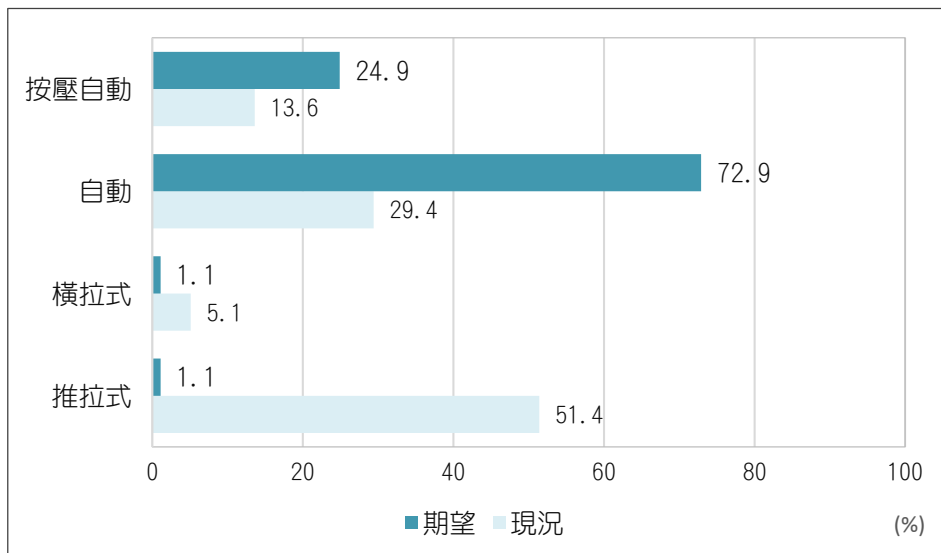


圖 6-17 診所大門開啟方式之現況與期望

(6) 使用診所掛號台時的困擾：

目前診所掛號台的型式不一，從調查結果中發現較多人認為「掛號台檯面空間小」(27.3%)是較大的困擾，其次為「高度問題」(21.5%)及「有玻璃隔著」(15.6%)、「擺放雜物」(8.2%)等問題(圖 6-18)，另外有 27.3%的調查對象認為在使用掛號台時是沒有困擾的。

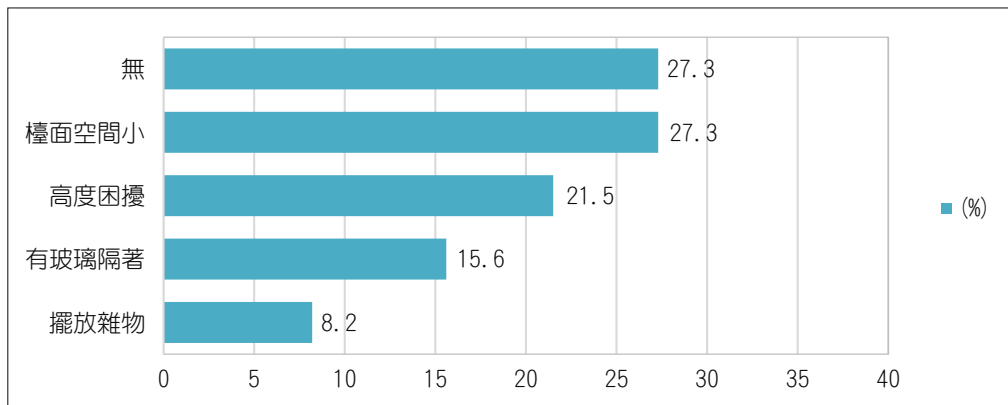


圖 6-18 使用診所掛號台之困擾

(7) 診所掛號台使用方式之期望：

進一步調查民眾所期望的就醫診所之掛號台使用方式(圖 6-19)，調查發現大多民眾主要期望診所掛號台的使用方式是「站著使用，旁邊配有座椅」(44.6%)，其次是「站著使用」(32.2%)的方式及「坐著使用」(23.2%)，調查結果得知較多人是期望診所掛號台是以站著使用為主，而配有座椅能讓使用時更為方便。

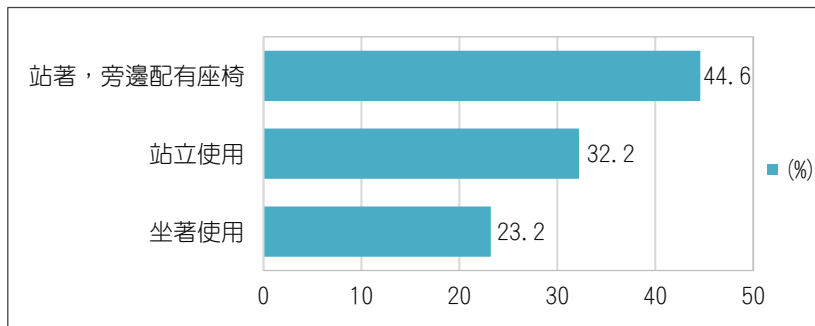


圖 6-19 診所掛號台使用方式之期望

然而從年齡與診所掛號台使用方式之期望，進行交叉比較，發現「坐著使用」，卡方檢定 $p=0.00 < 0.05$ 有顯著關係，由圖 6-20 可得知，年齡較大的高齡者因身體退化等原因，比較期望診所的掛號台是能夠坐著使用的，較不會在使用過程中造成不便。

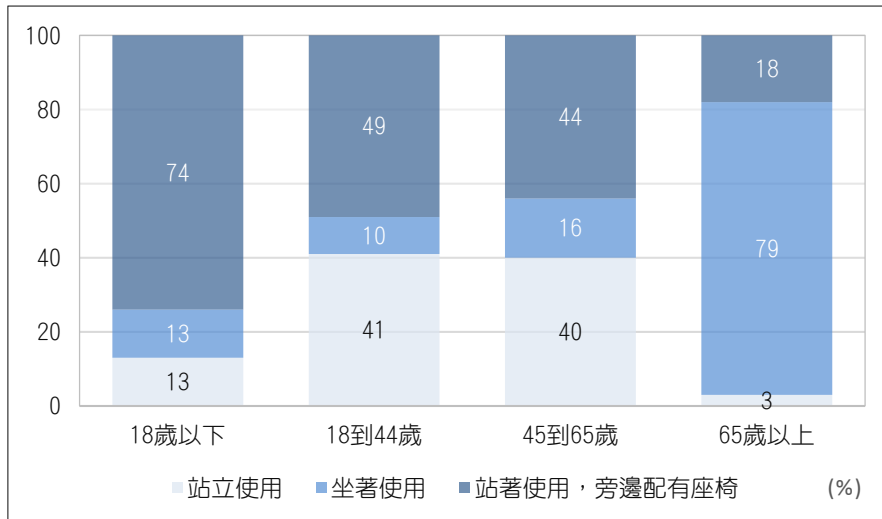


圖 6-20 年齡與診所掛號台使用方式之期望之交叉關係

(8) 使用診所領藥窗口時的困擾：

目前診所領藥窗口的型式不一，從調查結果中發現較多人認為「窗口空間狹小」(25%)及「有玻璃隔著」(24.6%)是較大的困擾，其次為「高度問題」(15.3%)及「擺放雜物」(7.1%)等問題 (圖 6-21)，另外有 28%的調查對象認為在使用領藥窗口時是沒有困擾的。

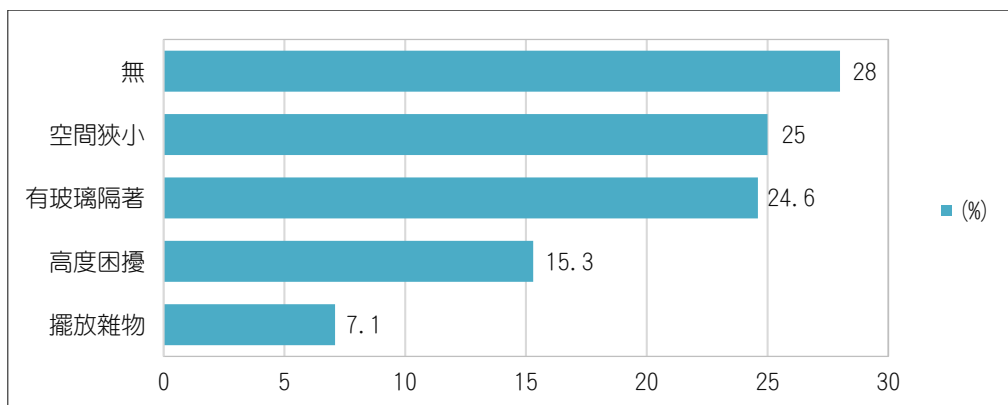


圖 6-21 使用診所領藥窗口之困擾

(9) 候診空間的座椅型式：



座椅型式參考圖

在問卷中提供座椅型式圖供民眾參考，診所候診空間裡設置的座椅型式不一，從調查結果中發現較多診所所設置的座椅型式為「長行共坐」(86%)及「有靠背」(66%)的型式，材質方面，使用「硬質座椅」(59%)多於使用「軟質座椅」(41%)(圖 6-22)。

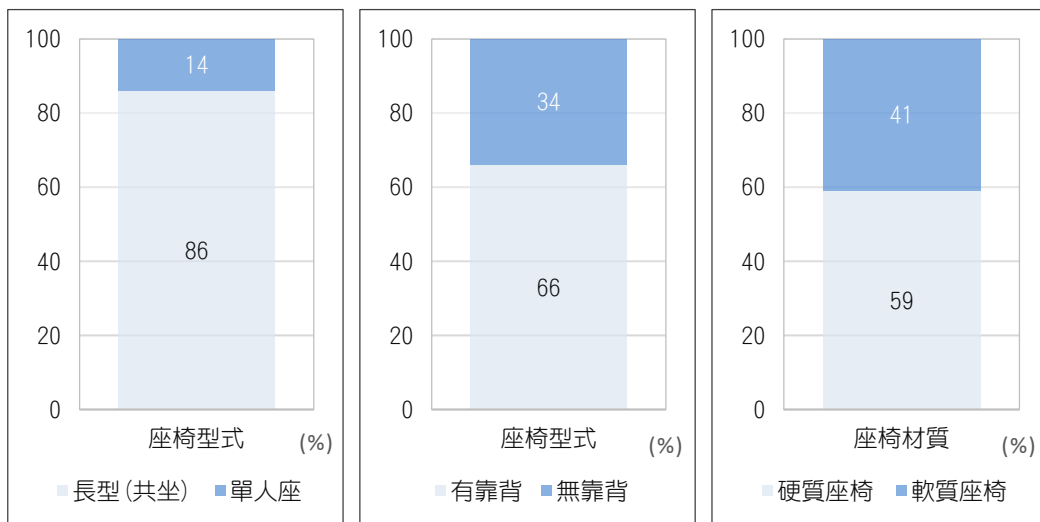


圖 6-22 診所候診空間設置座椅型式

針對在使用診所座椅的過程中是否感覺到不順暢，調查對象認為「共坐互相影響」(25.5%)為最主要因素，其次是「座位間隔距離太小」(23.9%)及「材質太硬」(23.1%)(圖 6-23)，從中可知，就醫民眾在使用診所座椅時較不喜歡與陌生的病患靠的太近。

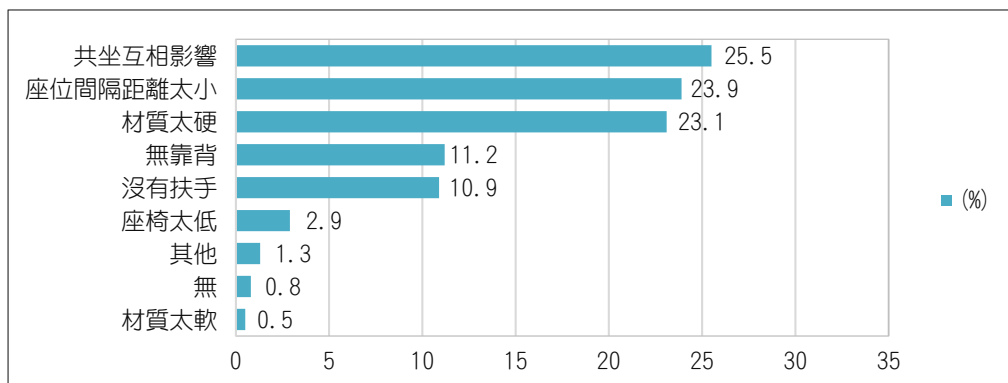


圖 6-23 使用診所座椅之困擾

然而從年齡與使用診所座椅之困擾，進行交叉比較，發現「沒有扶手」，卡方檢定 $p=0.00 < 0.05$ 有顯著關係，由圖 6-24 可得知，年齡較大的高齡者因身體退化等原因，若座椅設有扶手在起身時能提供有效的幫助。

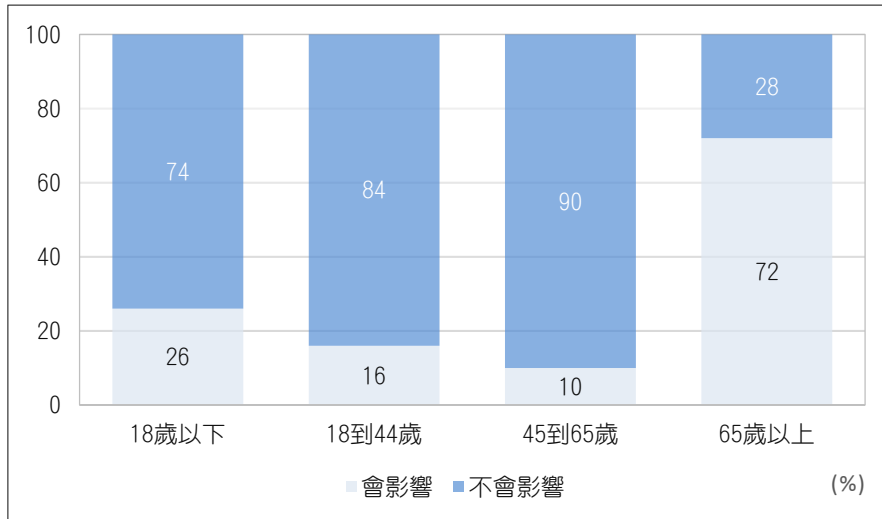


圖 6-24 年齡與沒有扶手之交叉關係

另外，針對長型(共坐)的座椅型式與使用診所座椅之困擾，進行交叉比較，發現「共坐互相影響」，卡方檢定 $p=0.00 < 0.05$ 有顯著關係，由圖 6-25 可得知，當診所座椅使用是長型(共坐)的型式時，就醫民眾認為「共坐互相影響」是主要的困擾因素。

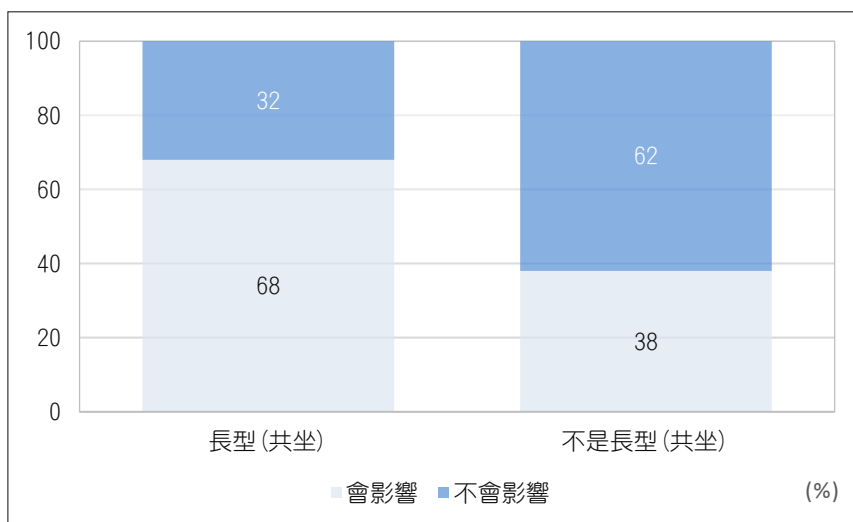


圖 6-25 長型(共坐)與共坐互相影響之交叉關係

(10) 候診空間電視機之現況：

調查結果得知，目前診所大致都設有電視機(85%)提供就醫民眾觀賞，僅有少部分並未設有電視機(15%) (圖 6-26)。

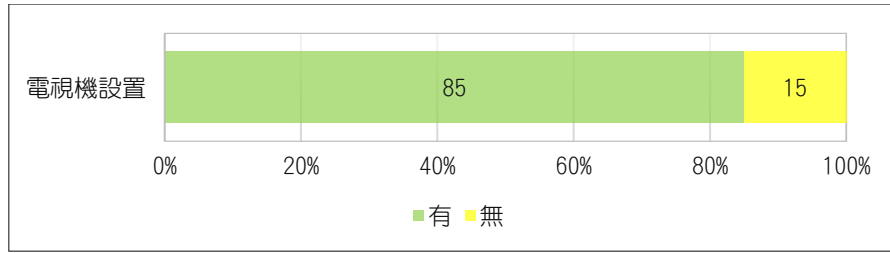


圖 6-26 診所是否設置電視機之現況

針對在使用電視機的過程中是否感覺到不順暢，調查對象認為「擺放位置過高」(29.5%)為最主要因素，其次是「無法選擇播放頻道」(23.1%)，但也有15.7%的調查對象認為在使用電視機時並未感到不順暢(圖6-27)。從中可知，在使用電視機時擺放位置過高及沒辦法選擇喜愛的頻道是調查對象較為重視的。

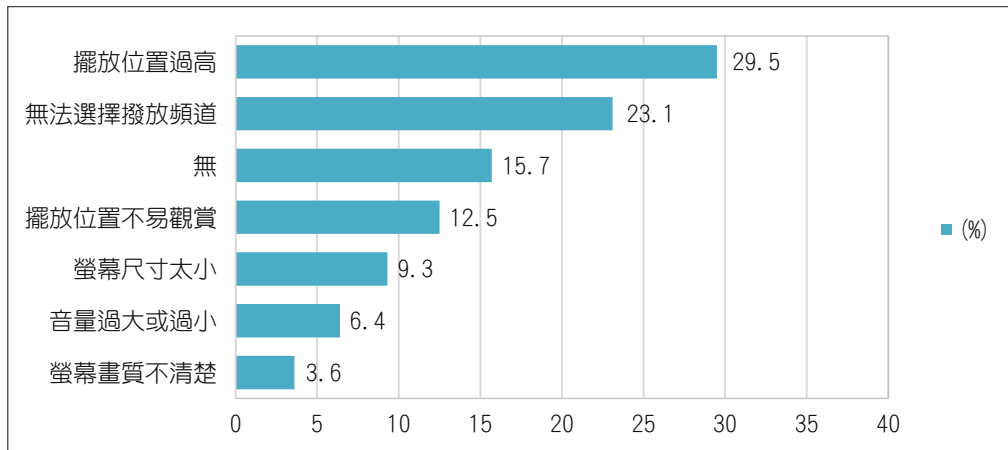


圖 6-27 使用診所電視機之困擾

(11) 診所提供的報章雜誌及書籍之現況：

調查結果得知，目前診所大致都有提供報章雜誌或書籍(94%)供就醫民眾閱讀，僅有少部分診所並未提供(6%)(圖6-28)。

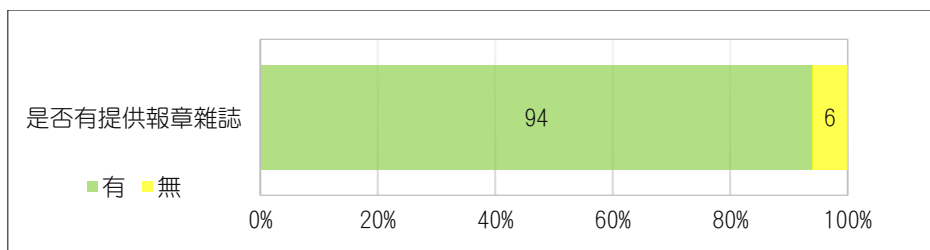


圖 6-28 診所是否提供報章雜誌或書籍

針對在閱讀報章雜誌的過程中是否感覺到不順暢，調查對象認為「擔心病菌附著在上」(25.5%)為最主要因素，其次是「沒有定期更新」(18.6%)，但也有

9.4%的調查對象認為在閱讀時並未感到不順暢（圖 6-29）。從中可知，在閱讀報章雜誌時擔心書籍上是否有病菌附著是調查對象較為重視的。

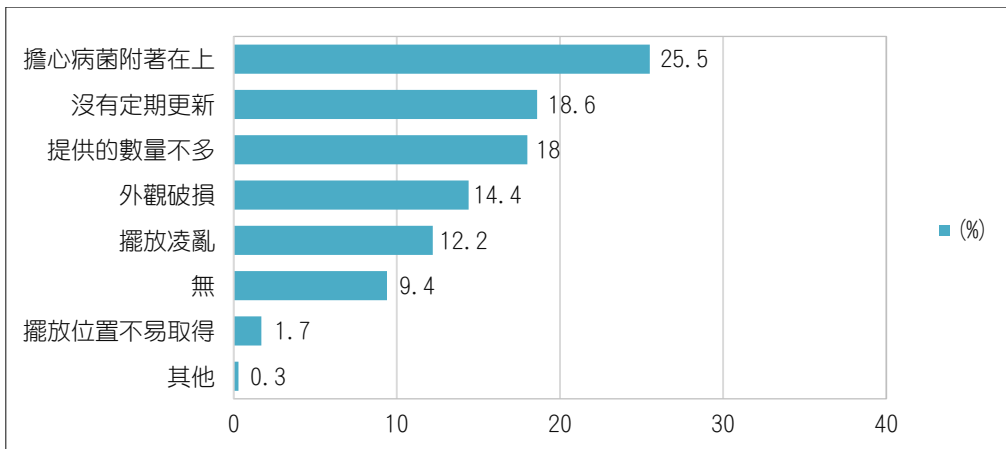


圖 6-29 閱讀報章雜誌之困擾

(12) 就醫時之等候時間：

瞭解調查對象在診所就醫時如何掌握候診的等待時間，調查結果發現，就醫民眾主要是因診所設有「叫號器」(53.7%)才能掌握大致的時間，其次為「無法掌握，只能一直等待」(25.9%) (圖 6-30)，結果指出，有部分診所未提供能讓就醫民眾得知就醫順序或是大約的等待時間，使得就醫民眾只能依靠自己的判斷或是一直等待。

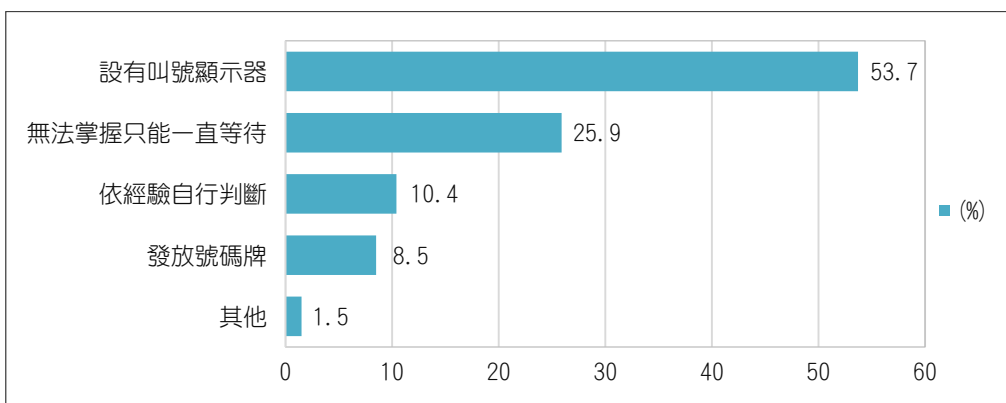


圖 6-30 候診時間掌握現況調查

6-4 候診空間心理感受調查

(1) 使用候診空間之困擾及心理感受：

針對就醫民眾在使用候診空間時所會遭遇到的困擾進行調查，從圖 6-31 發現讓其困擾之項目為：「擔心病菌傳染」(35.4%)，其次為「空氣中有異味」

(22%)、「通風不良」(19.4%)及「隔音差」(15.2%)等前四項。而從調查結果發現困擾因素的前三項皆與空氣有關，表示民眾較在乎診所候診空間內的空氣品質。

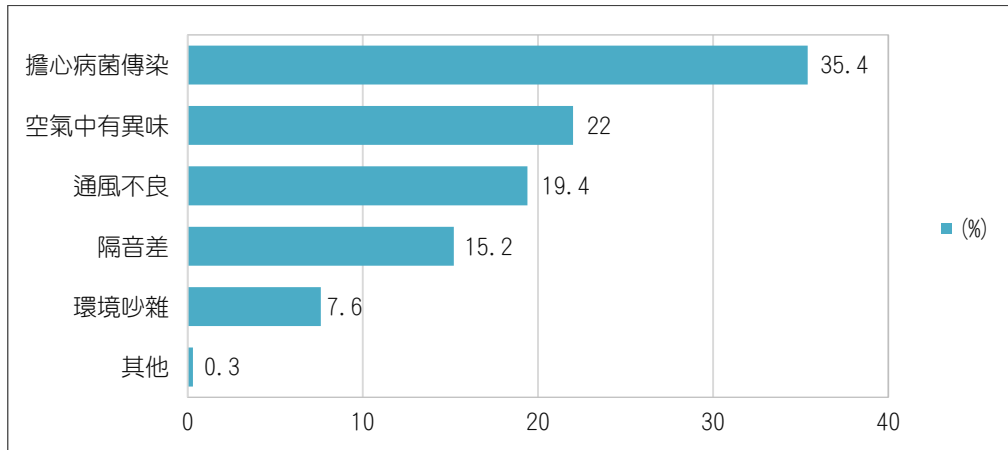


圖 6-31 使用候診空間之困擾

另外，在調查民眾使用候診空間時何種因素會感到沒有安全感及隱私感，從圖 6-32 發現讓其感到沒有安全感及隱私感的項目為：「座椅間隔距離短」(26.3%)，其次為「診所診察室隔音差病情容易外洩」(24.4%)及「診察時未關門」等前三項。從調查結果發現困擾因素的前三項中有兩項與診察病情有關，表示就醫民眾相當注重病情的個人隱私。

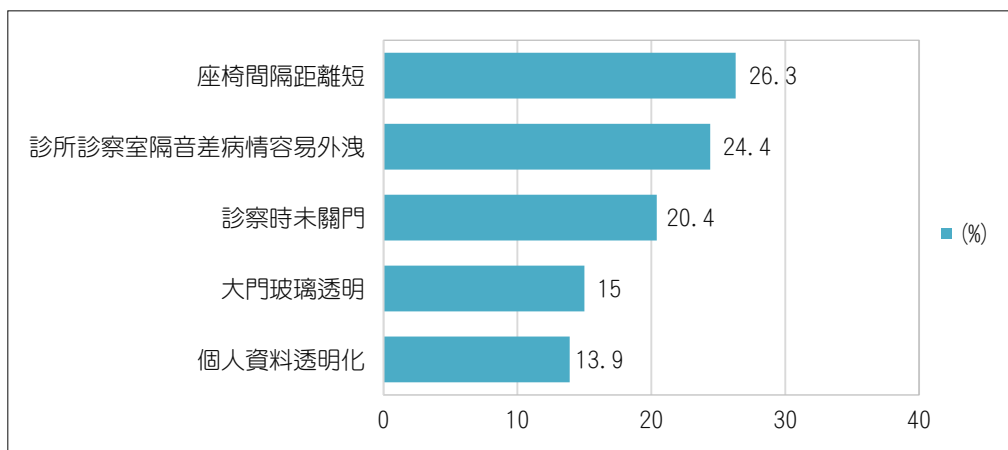


圖 6-32 使用候診空間影響安全感及隱私感之因素

以男女性別與使用候診空間時影響安全感及隱私感之因素進行交叉分析發現，卡方檢定 p 值 < 0.05 有顯著關係，尤其是針對「診察時未關門」($p = 0.022$) 的因素，由圖 6-33 可得知，女性較在乎診察時因門沒未關而擔心自己的病情外

露（51%），但因家醫科診所的診察病情範圍比較沒有涉及私密的內容及敏感的問題較少，因此擔心隱私的比例並沒有很高。

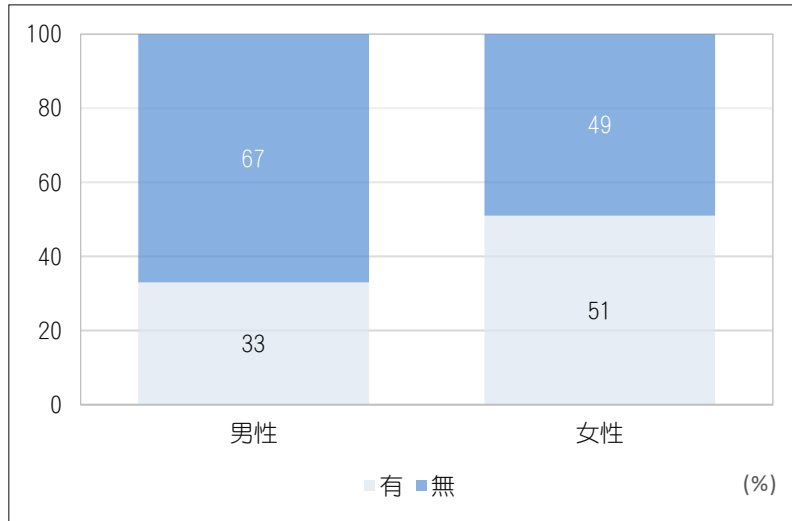


圖 6-33 性別與診察時未關門是否影響安全感及隱私感之交叉關係

另外，以年齡與使用候診空間時影響安全感及隱私感之因素進行交叉分析發現，卡方檢定 p 值 < 0.05 有顯著關係，尤其是針對「個人資料透明化」($p = 0.013$) 的因素，由圖 6-34 可得知，年紀為 18-44 歲的民眾較不希望自己的個人資料公開在公共場所中（42%）的比例較高。

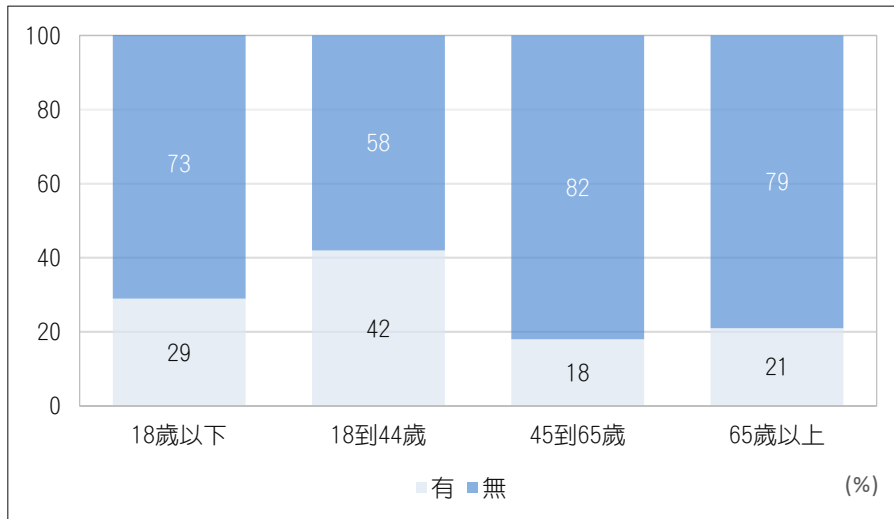


圖 6-34 年齡與個人資料透明化是否影響安全感及隱私感之交叉關係

(2) 候診空間的燈光及氣氛：

由候診空間的光線亮度狀況（圖 6-35）可發現，就醫民眾主要認為候診空間的光線亮度狀況是「光線適中」（71.2%），其次為「光線太暗」（27.1%），從調查結果可得知大部分的就醫民眾滿意現在診所的光線亮度。

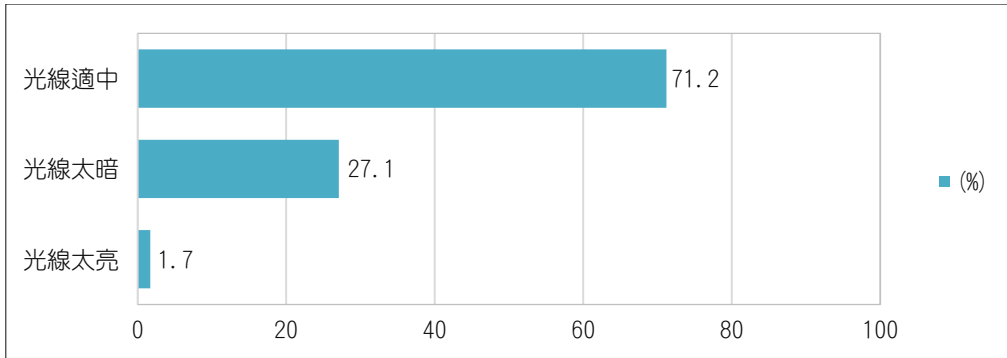


圖 6-35 候診空間光線亮度調查

另外，以年齡與候診空間光線亮度狀況進行交叉分析發現，卡方檢定 $p=0.00 < 0.05$ 有顯著關係，尤其是 65 歲以上的高齡者主要認為光線亮度不足(圖 6-36)，而有文獻指出高齡者因為眼睛疾病問題加上退化的關係，對光線亮度的需求比一般人高。

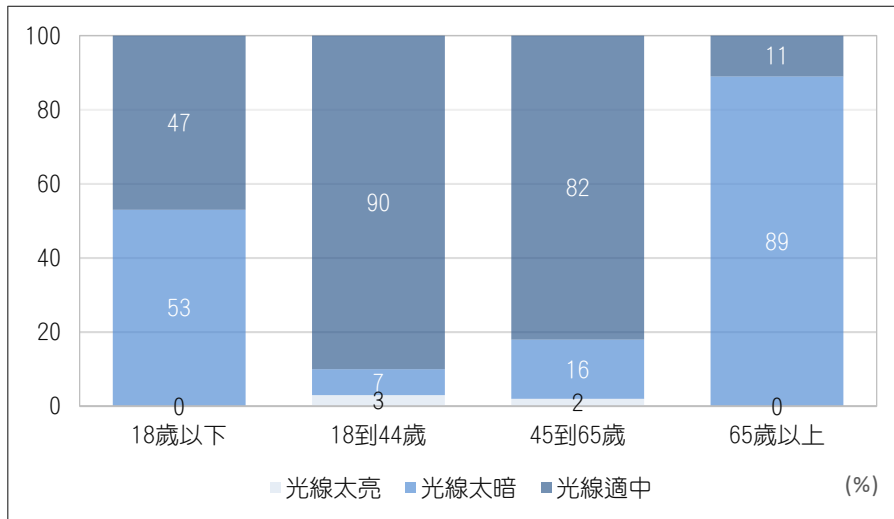


圖 6-36 年齡與候診空間光線亮度之交叉關係

由候診空間的光線配色狀況(圖 6-37)可發現，診所主要在候診空間單獨使用「日光燈(白光)」(68.9%)，其次為「日光燈暖色系燈同時使用」(22.6%)，從調查結果可得知診所候診空間主要的光線配色是以白光(冷色系光源)做為呈現。

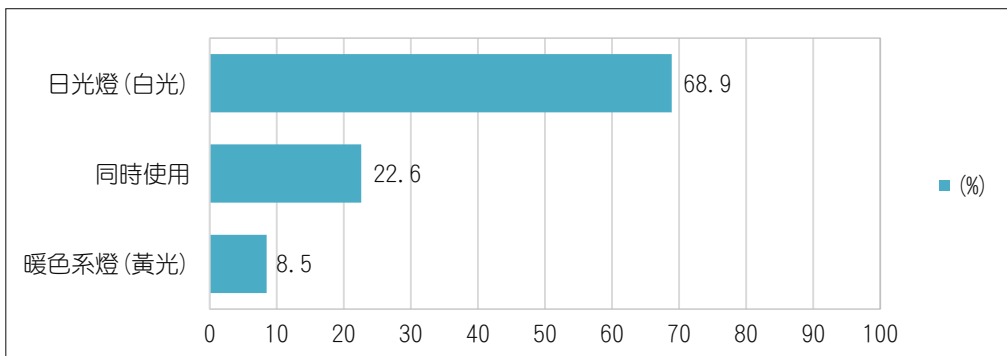


圖 6-37 候診空間光線配色調查

針對候診空間的燈光配色是否會影響就醫心情（感受）上（圖 6-38），調查結果發現 72.3% 的調查對象認為會影響就醫心情，而 27.7% 則認為不會，顯示出大多數人認為診所候診空間的燈光配色會間接影響到就醫民眾的心情。

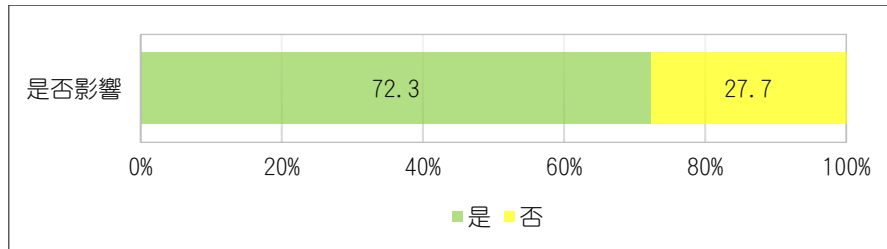


圖 6-38 候診空間燈光配色是否影響心情

在候診空間的氣氛感受上，發現調查對象主要認為候診空間的氣氛為「冰冷」（27.6%），其次為「嚴肅」（22.8%）及「煩悶」（18.7%）等前三項，另外也有 19.9% 的就醫民眾認為候診空間的氣氛感受為「沒感覺」，結果顯示，調查對象主要認為在使用候診空間時的氣氛感受是不舒適的（69.1%），認為氣氛舒適的調查對象僅占 10.9%（圖 6-39）。

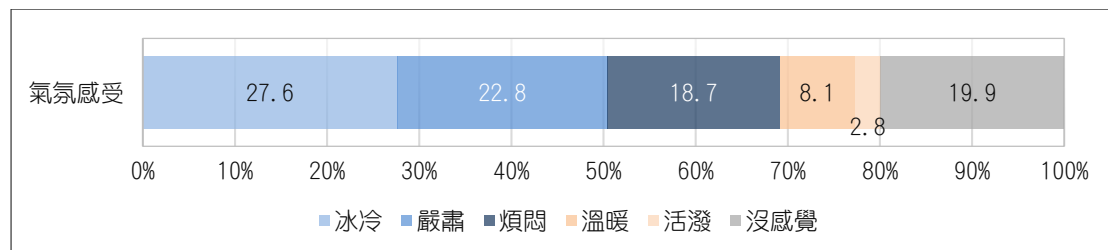


圖 6-39 候診空間的氣氛感受調查

以氣氛感受與候診空間燈光配色進行交叉分析發現，卡方檢定 $p = 0.00 < 0.05$ 有顯著關係，尤其是氣氛感到冰冷，若診所使用日光燈（白光）時，氣氛感到冰冷的占 47%，而使用暖色光線時則占 7%、同時使用時則占 25%（圖 6-40）。結果發現，當診所的燈具是使用暖色系光（黃光）時，讓就醫民眾感到氣氛冰冷的比例較其的燈光配色有明顯的差距，而當使用日光燈（白光）時，感到冰冷的比例則是最高。

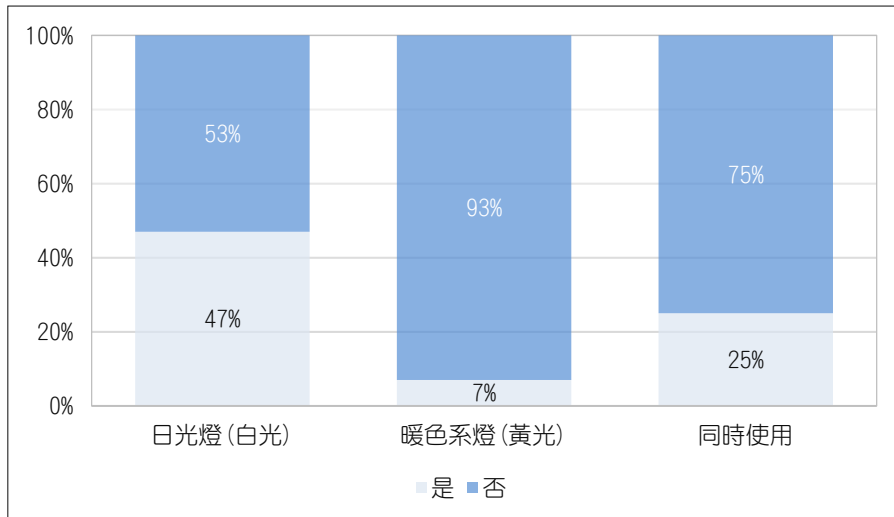


圖 6-40 氣氛是否感到冰冷與候診空間燈光配色之交叉關係

在候診空間的氣氛改善調查上，「增加植栽的配置」(21.3%)、「提供背景音樂」(16.8%)及「使用暖色系光線」(16.4%)此三項所占的比例最高(圖 6-41)，結果顯示，植栽擺設在候診空間、候診空間撥放音樂、暖色光線照明，皆能讓就醫民眾在氣氛的感受上認為較舒適。

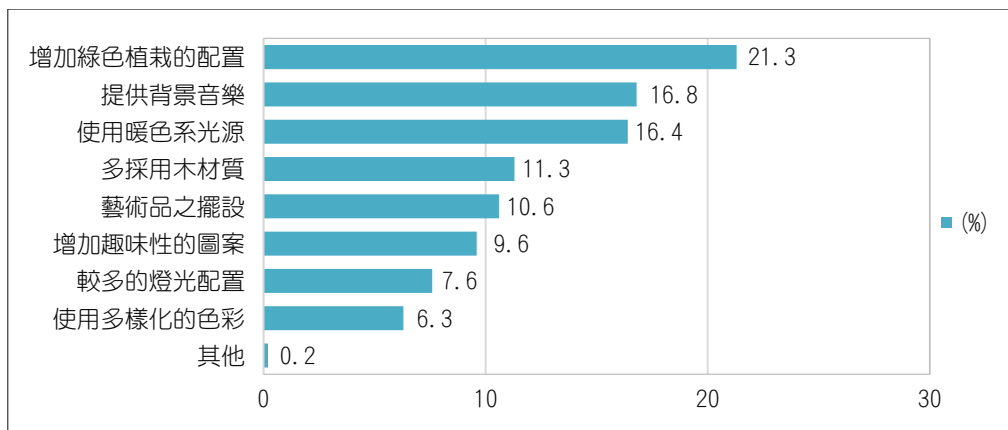


圖 6-41 候診空間氣氛改善調查

另外，以年齡與候診空間氣氛改善之因素進行交叉分析發現，卡方檢定 p 值 < 0.05 有顯著關係，尤其是針對「藝術品之擺設」($p = 0.0002$)及「增加趣味性的圖案」(p 值為 0.0002)的因素，由圖 6-42 及圖 6-43 可得知，年紀較年輕的民眾認為，藝術品的擺設與趣味性圖案在候診空間的應用可以改善空間氣氛的比例比年紀大的就醫民眾有明顯的差距。

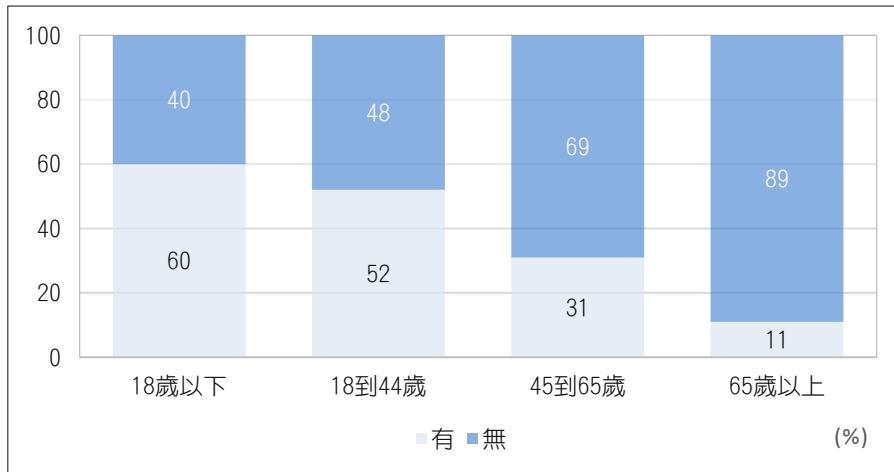


圖 6-42 年齡與藝術品之擺設是否改善空間氣氛之交叉關係

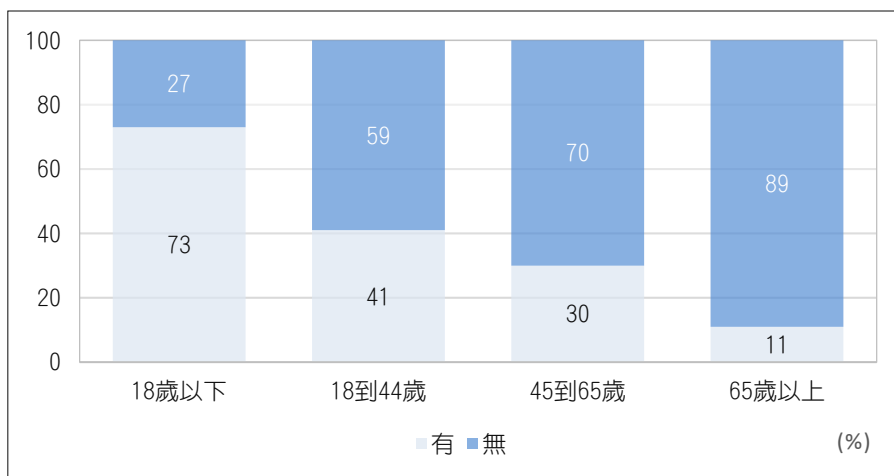


圖 6-43 年齡與增加趣味性圖案是否改善空間氣氛之交叉關係

在調查目前候診空間的整體規劃滿意度，結果發現，感到滿意的占 39.5%，而大部分的調查對象對於現在的候診空間規劃是不滿意的（60.5%）（圖 6-44）。

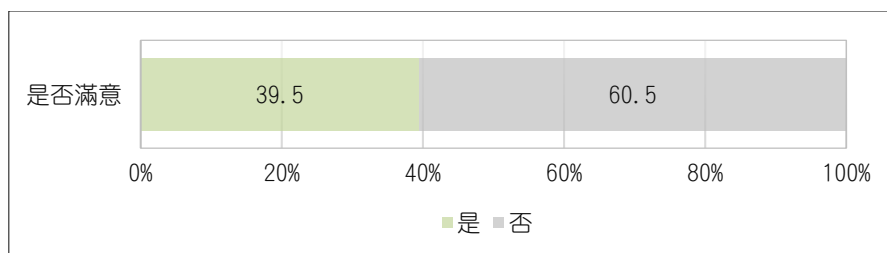


圖 6-44 候診空間整體規劃滿意度調查

然而從年齡與候診空間滿意度調查，進行交叉比較，卡方檢定 $p=0.00 < 0.05$ 有顯著關係，由圖 6-45 可得知，年齡越來越大的就醫民眾因身體開始退化等原因，對於目前的候診空間整體的規劃認為不滿意，尤其是 65 歲以上的高齡者，認為不滿意的占 89%。

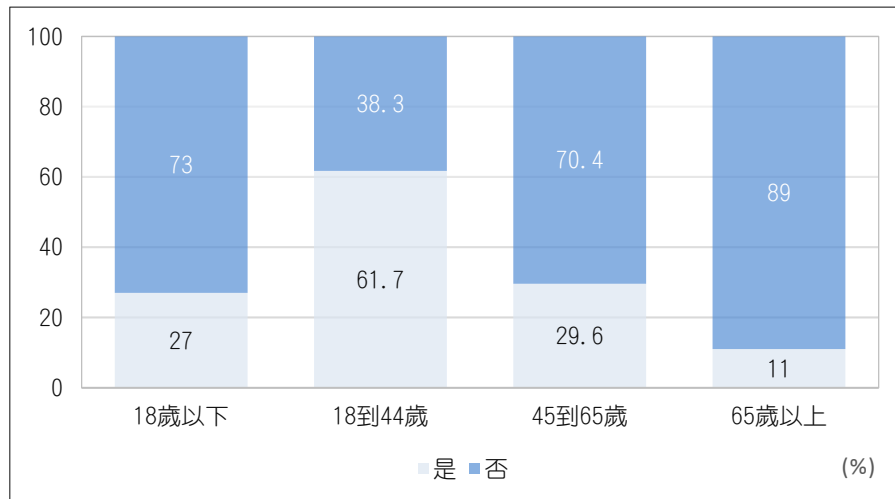


圖 6-45 年齡與是否滿意候診空間整體規劃之交叉關係

6-5 改善意識調查

(1) 對候診空間規劃的期待

在整體候診空間及硬體設備中，民眾認為最需要改善與規劃的有「候診空間大一點」（62.1%）及「環境消毒次數增加」（62.1%），可發現以「舒適性」及「安全性」為主要考量（圖 6-46）。結果可得知民眾認為目前的候診空間大小較為不滿，希望空間能大一些，而環境消毒則是因為醫療場所為病菌主要傳播的地方，增加環境消毒次數能讓民眾感到安心。

另外有高齡者比較需要更清楚明確的空間指示來幫助他們得知空間的動線，而增設輪椅的停放區則是讓行動不便的病患有特地規劃的地方等候。

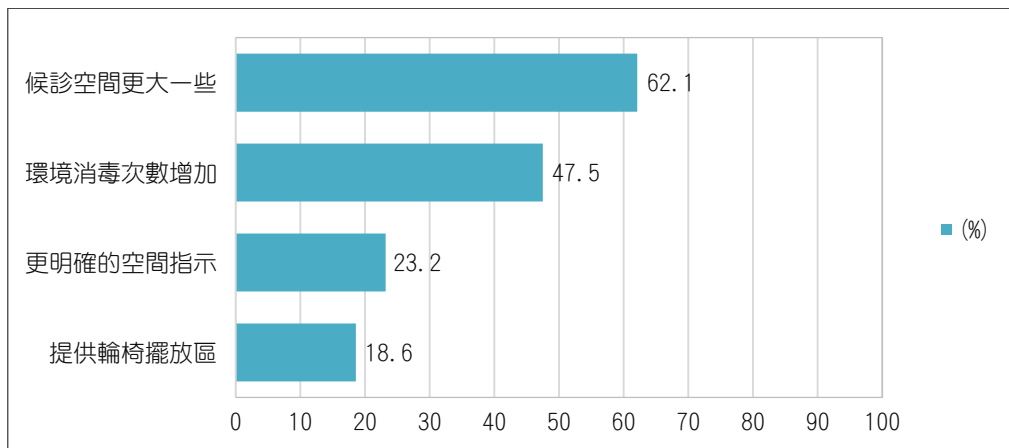


圖 6-46 候診空間規劃的改善（複選）

(2) 硬體改善與期待

在硬體改善中，民眾認為最需要改善及規劃的項目：「使用自動門」（59.9%）、「使用軟質的座椅」（54.2%）、「設有個人座椅」（46.3%）、「不要設有門檻」（44.6%）、「地板加裝防滑材質」（41.2%），此五項所占的比例最高（圖 6-47）。可以發現，「方便」、「安全」、「隱私」、「舒適」是他們比較重視的，尤其是安全性方面，因應高齡社會的來臨，高齡病患將會年年增加，診所空間內的設備安全性是不能忽視的。

而針對門口門檻的部份，民眾認為不要設置門檻的比例大於加裝安全設施（20.3%），門檻的設置不僅影響進出方便，且對高齡者來則會增加意外的發生率。

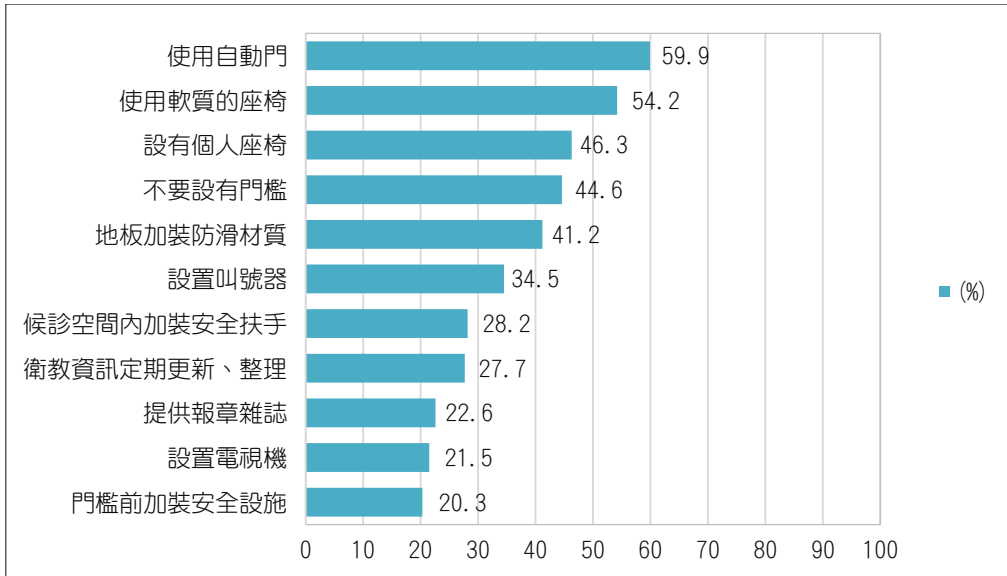


圖 6-47 候診空間硬體改善與期待 (複選)

由交叉分析顯示，整體行動緩慢與硬體改善與期待項目有顯著差異，尤其是在「不要設有門檻」此項目需求 ($p=0.00$)。因行動較為緩慢的民眾，在行動上較為不便，若是在門口有門檻的設置，則會增加不便與安全的問題，因此對於不要有門檻的設置需求所占的比例較高 (圖 6-48)。

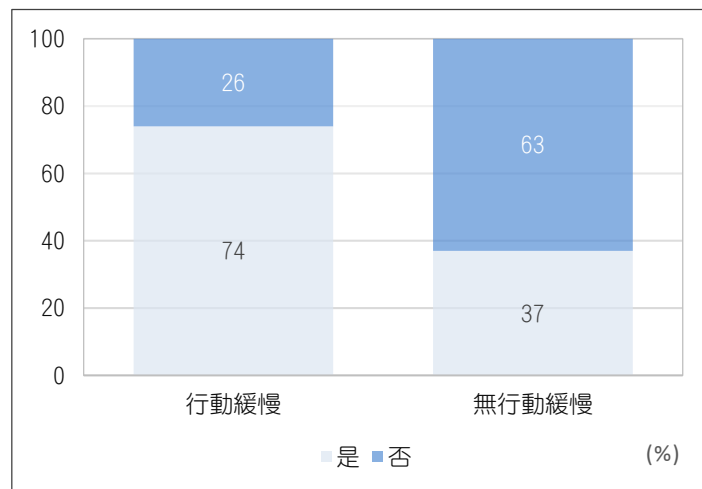


圖 6-48 行動較為緩慢與是否選擇不要設有門檻之交叉關係

(3) 影響心理感受改善項目與期待

對於影響心理因素的改善意識中，以「設置空氣清淨機」(64.4%)、「提供乾洗手酒精」(55.4%)、「暖色系燈光的使用」(49.2%)、「播放背景音樂」(45.2%)，此四項所占的比例最高 (圖 6-49)。民眾主要認為待在病菌較多的診所裡，擔心病菌傳染的問題為最重要，因此前兩項改善項目皆與減少病菌有關，而民眾認為暖色燈光的使用與提供背景音樂則會改善候診空間的氣氛，尤其是目前大部分民眾皆認為候診空間中的氣氛不好，冰冷、煩悶、嚴肅的氣氛是

診所給一般民眾的印象，因此如何改善候診空間的氣氛是相對重要的。

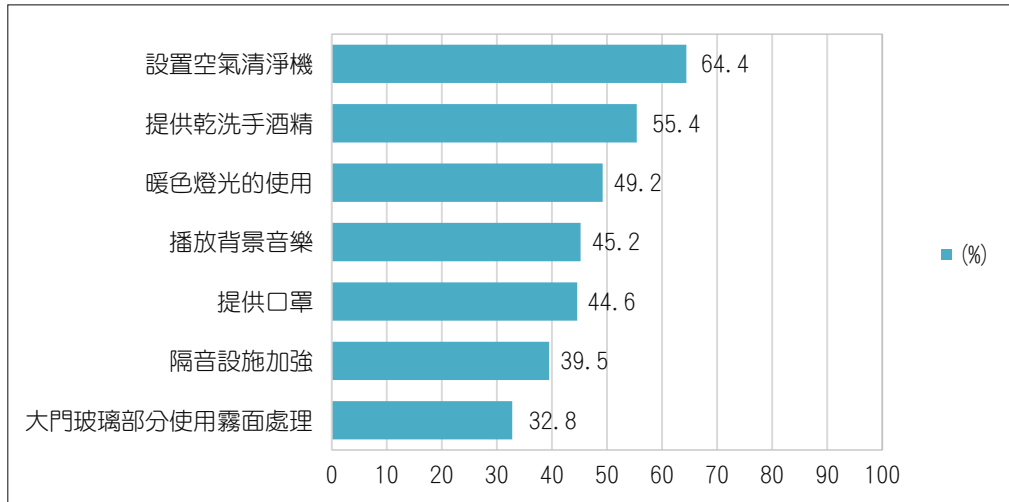


圖 6-49 影響心理感受的改善與期待（複選）

從交叉分析結果顯示，擔心病菌傳染與設置空氣清淨機有顯著差異（ p 值為 0.00）（圖 6-50）。診所空氣大多是不流通的，因此多數擔心病菌傳染的民眾都希望診所能設置空氣清淨機，保持候診空間中空氣的品質。

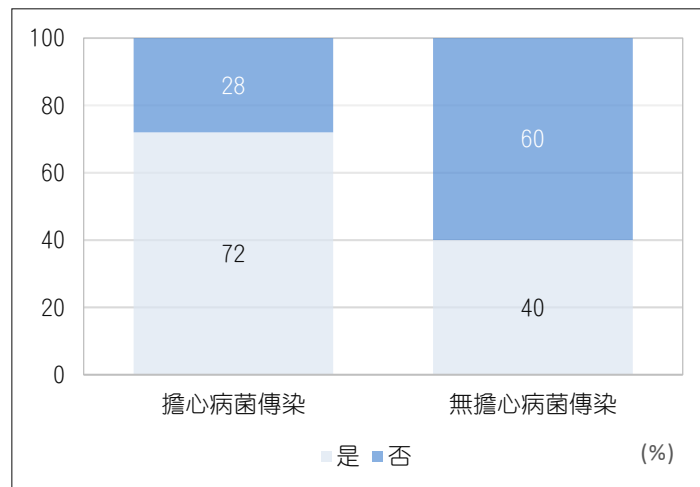


圖 6-50 擔心病菌傳染與是否期待設置空氣清淨機之交叉關係

6-6 調查結果討論

透過問卷調查的方式，並經由前述統計資料之探討分析後，可以掌握不同年齡層、不同性別和不同的身體機能狀況之民眾對於診所候診空間及設備之使用意識、不便之處或困擾點，以及未來期望之關係；以下經由年齡、性別、身體能力來比較空間、硬體、心理因素，分別敘述此階段所得之結論，並且提出相關建議。

1. 整體空間之探討

候診空間的大小及環境狀況是給予就醫民眾的第一印象，結果顯示一般來就醫的民眾皆希望診所的候診空間能更大一些，空間的感受能影響民眾的就醫心情，當空間大小較寬敞時，給予的感受是舒適放鬆的，但當空間狹小時，首先影響的是座位不足的問題，在來則會使心理感到擁擠及煩悶，而當在人數較多的門診時段時更會感到沒有個人的隱私。但候診空間主要因為固定的建築物，較難改變空間量、高低差等，但仍然可運用傢俱擺設、照明光線、空間色彩及室內空間的規劃設計等來改變視覺感受及空間氛圍。

環境整潔度方面也是民眾非常重視的，因身體的不適才會前往診所就醫，因此診所的環境給與民眾的一般印象是病菌蔓延、孳生的地方，當乾淨整潔的環境呈現在病患面前時，不僅能提升民眾的安全感，更能讓人感到信任，整體來說增加環境的消毒及打掃的次數或頻率是最直接的方式。

在診所動線規劃方面，調查結果得出年輕的族群幾乎都能夠自行判斷空間動線規劃，雖然診所的空間不大，但隨著年齡的增加、身體機能的退化，年齡高的高齡族群因為上述原因或是不識字等因素，較無法判斷空間的相對位置，必須依靠詢問的方式來得知，因此若能使用簡單明瞭的動線圖案或是燈號的提示來指示空間位置，將能幫助高齡者對空間的自行判斷能力。

2. 候診空間硬體設備

社會至今家醫科診所已經成為病患就醫的首要選擇，而並非像以往一樣要去大醫院就醫，除了醫術的進步及診所的普及，方便及不需要較長時間的等待也是主要的原因。因此不同年齡層將會聚集在同一個候診空間內，而將硬體設備規劃為適合不同年齡層的使用者皆能安全、方便的使用是最重要的。

使用候診空間的硬體設備族群廣佈，皆有不符合身體需求之困擾，顯示目前診所未考量不同的使用族群，應詳加考量可符合不同身高、機能退化、身體需求

等使用者的設計，如掛號台及領藥窗口空間及高度問題、大門開啟不方便、門檻有高低差、座椅使用不適、電視機的擺放高度等問題點，部分可藉由施工技術來改良，如門檻加裝安全斜坡、掛號台更改高度等；而高齡族群受到身體機能退化的影響，在使用許多候診空間的硬體設備時擁有著較多的困擾點，像是在使用候診椅時座椅並無提供扶手對於坐下、起身等動作，更容易覺得不適，若能在購買或是設計時，多加考量使用者的需求及困擾，便能降低高齡族群在使用上的不便，也同時能滿足其他族群的使用者。

3. 使用者心理狀況

當病患進入醫療體系，必定是因為身體或是心理的不適，也可能是希望自己的身體更健康。通常待在候診空間的病患是焦慮不安的，他們是準備聆聽醫師的診斷，可能帶給他們害怕、焦躁的心情。若是候診空間能夠讓他們在等候的時間內舒緩心理的心緒，在進入診察室之前能夠整理好心情，將能夠幫助醫療品質的提升。

舒服宜人的環境，不論是增加綠色的植栽、播放令人放鬆的音樂、溫暖的照明色彩、充足明亮的光線，及年輕族群認為的藝術品之擺設及趣味圖案的應用，皆能助於改善病患心中緊張的心情，更能優化整個候診空間氣氛。在調查過程中發現，大多數民眾認為光線是不僅能夠影響就醫心情，日光燈（白光）給予病患的是冰冷的感覺，適當的使用暖色系燈光能夠改變候診空間的整體氛圍，讓人感到溫暖舒適。另外在個人隱私方面，女性則較男性為重視，不希望自己的個人資料暴露在公共空間當中。而候診空間與診察室的隔音設備不良、座位的間隔距離短、診察時沒有確實的關上門等問題，都間接影響到病患的隱私感。最後擔心病菌傳染的問題則是民眾在安全感方面最在乎的心理因素。

溫暖的空間色調、溫暖的燈光配色、乾淨的候診空間，皆能營造出溫暖溫馨的空間氣氛，除了能讓病患有安全感之外也能讓他們放鬆身體及緊張的情緒。所以空間是否能轉換心理的情緒，在使用者的心理感受上是相當重要的。

而私密性代表著在對別人封閉的同時，又可以保有對別人開放的可能性。所以候診空間設計的重要性在於盡可能提供病患保有自己隱私的空間，適當的個人空間及完善的隔音措施等，皆能讓就醫民眾感受到隱私性及安全感，將能有效的提升醫療品質，及幫助病患鬆懈就醫的緊張情緒。

第七章 結論與建議

7-1 研究總結

7-2 研究建議

7-3 後續研究與發展

第七章 結論與建議

7-1 研究總結

在現今社會中，診所已經成為人們最方便且能迅速就醫的醫療場所。根據文獻資料顯示「醫療環境」的規劃與就醫病患的整體感受及醫療品質息息相關。

本研究為了瞭解不同族群的使用者於診所候診空間中使用之困擾，先藉由文獻資料彙整掌握診所功能、候診空間需求及候診者心理狀態等，並透過使用者實地行為觀察與深度訪談，進一步瞭解使用者在不同的候診空間之使用實態、其候診空間配置與規劃；並從使用者的自身條件、空間設備因素、及使用行為動線等因素來探討空間使用行為與候診環境之間的關連。在瞭解影響使用者之使用差異後，進而提出相關使用困擾的題項之問卷調查及改善意識調查，以量化統計的方式來得知使用者的需求及期望。進而以通用設計的觀點彙整歸納出診所候診空間中合適與配置規劃之建議，希望做為未來相關研究設計之參考，以滿足不同族群的使用者之使用行為。

藉由候診空間使用行為之訪談觀察與使用意識問卷調查兩部分的實證調查，彙整比較不同使用者對診所候診空間之使用困擾與空間需求，以下針對空間影響因素分別從「使用者習性」、「空間配置與動線規劃」、「空間硬體使用行為困擾」、「使用者心理狀況」、「改善意識調查」等五個層面提出探討：

(1) 使用者習性

從訪談調查章節的行為調查中顯示，醫療人員與就醫民眾的空間使用行為及感受並不相同，進而影響候診空間的規劃與改善。在訪談過程中得知，醫療人員因為長時間身處在候診空間當中，加上因工作關係許多空間內的規劃及使用行為已經成為習慣模式，在空間的困擾因素中常表示「習慣了」或是「應該還好吧」等感受，由此可知醫療人員在每天習以為常的工作環境中，在習慣的使然下反而

會無法發現出就醫民眾的使用困擾並遷就於現有的空間及設備規劃。

另一方面，其實每個人的習慣不同，進而影響行為模式之差異，尤其高齡族群因身體機能的衰退，對於空間環境的適應與年輕族群有所不同。在觀察的過程中得知，高齡族群的使用者因為身體的退化等關係，會特別注意周遭的環境，例如在進出診所大門時會特別注意門前凸起的門檻避免跌倒等。

(2) 空間配置與動線規劃

在相關文獻中得知，空間的配置、大小及類型，彼此相互間的關係對於整體空間感受是至關重要的因素。本研究針對不同大小的診所進行個案訪談觀察也發現，候診空間的大小對於就醫民眾的使用行為有著相互的關連，例如從觀察中可發現，空間較小的診所在座椅配置上相對較少，導致就診的民眾沒有座位可以等待休息；而動線方面，空間較小的診所是沒有動線可言，整體讓人感覺較為擁擠的。

另一方面從使用者問卷調查可得知，有 71.8% 的民眾對於目前的候診空間大小表示不滿意，結果中得知民眾覺得空間大小給予他們的感受是「擁擠」及「有壓迫感」，只有少數民眾對於空間大小感到滿意，顯示出目前大部分診所的空間大小是不足的。而在空間動線調查部分，發現高齡者較無法靠自己分辨，必須靠詢問的方式來瞭解動線的規劃，原因是因為身體機能的退化或是標示不清所造成。

(3) 空間硬體使用行為困擾

候診空間中的硬體包括：診所基本設備、健康設施、資訊設備、娛樂設備等。基本設備包括，座椅、飲水機、掛號台、領藥窗口、大門、佈告欄等，這些硬體設備能夠提供使用者在候診空間中最基本的需求，例如，座椅是使用者最重視的設備之一，座椅能提供就醫民眾最需要的等待休息功能，當提供座位這個機能被滿足時，使用者則會開始思考座位的安全性、舒適性、方便性及隱私性等。

綜合前章節之調查結果發現硬體設備是使用者最在乎的部份，就醫民眾在候

診空間之行為困擾可分為「個人因素」及「硬體因素」。在個人因素上，各年齡的使用者有著不同的身高、身體機能退化及病痛等，而絕大部分是在高齡族群有著較多的不便，從文獻中了解隨著年齡的增長，人的感覺系統、身體機能上會有著廣泛且必然的變化，從身體機能、視覺及身體力量等，皆會因為年齡不斷增加開始有很大的落差。而本研究調查也從中驗證，高齡者因受到機能退化的影響，尤其是行動緩慢、關節退化等影響候診空間中硬體的使用行為較為明顯。例如，有行動緩慢或是關節退化的使用者，當診所大門設有門檻時都會特別注意，避免跌倒的意外發生。另外像是掛號台的型式，高齡者因機能退化等問題導致站著使用不方便，多數表示希望診所配置坐著使用的掛號台。

而在硬體因素方面，「便利性」、「空間性」、「舒適性」、「安全性」是使用者主要的需求。調查發現，目前多數診所的大門還是以推拉的方式開啟，此方式的大門對於身體不便或是手持重物的民眾在使用時是不便利的，掛號台及領藥窗口部分，皆有著空間不足等困擾因素，座椅方面則有個人空間不足及舒適性差等困擾，而在書籍雜誌等資訊硬體方面，有沒有細菌附著在上等問題則是使用者最在意的。

整體而言，在候診空間中，高齡者的自身個人因素，關節退化、行動緩慢等機能退化，會造成使用行為上的困擾。其次是硬體設備因素，有著高度不足、空間不夠、使用不便利、不夠舒適、使否安全等問題，因應高齡者越來越多的情況，硬體設備應當考慮高齡者在使用時會產生的困擾，及上述使用者在乎的主要因素下去做些許的設計或改良，將會讓使用者在使用過程中感到安心及貼心。

(4) 使用者心理狀況

候診空間所呈現出的氛圍將會影響到候診空間使用者的心理感受。空間的色調較為溫暖、活潑能讓使用者在候診空間感到更舒適；若空間的色調較為冰冷，反倒會讓使用者感到焦慮且緊張。影響空間中的色調有光線及室內建築的顏色，

在問卷調查中發現，大多數診所使用的燈光顏色皆為白色，完全使用白色燈光雖然有潔淨感，但也會讓空間氣氛感到冰冷，若空間能加入偏黃的燈光能讓使用者在空間中感到親切且舒服，在改善空間氣氛的調查中，增加綠色植栽的設置、空間中播放背景音樂及暖色光使用占的比例較高，也顯示出使用者對於光線色調的重視。另外在心理困擾因素調查發現，就醫民眾非常在乎候診空間的空氣品質，包括：病菌、異味、通風等問題，顯示就醫民眾對於診所處於密閉空間中的空氣品質是讓人感到不安全的。

一般就醫民眾並不會認為候診空間會有隱私感，但這並不代表他們在候診空間中不需要隱私感，只是長久以來的設計或不良的習慣讓人習慣這樣的候診空間，例如候診空間中的隔音問題，多數診所診察隔間並沒有和候診空間完全阻隔開來，只要醫師診察音量過大在外面候診的病患都能聽到診察內容，及有些醫護人員進出時不會將診察室的門關緊，另外像是候診椅的空間不大，病患與不認識的人僅僅得靠在一起，造成沒有個人的空間，這些因素都會影響到病患的隱私及安全感。

整體來說，目前的診所候診空間在設計上較缺乏空間氣氛的規劃及對於安全感及隱私感的設計考量不夠周全。讓使用者心理感到不安的原因多半是因為候診空間是一個開放式的空間，加上很多病患自由的進出，而等候的行為與空間中的硬體設備和空間知覺感受具有相關性，因此候診空間氣氛的規劃及硬體的設計將會影響候診者的就醫心情，間接也影響醫療品質。

(5) 改善意識調查

透過問卷調查的方式，進而從一般民眾的觀點得知其診所候診空間之改善意識，整體來說民眾主要認為空間改善的方向有四項：

1. 「舒適性」：包括空間的大小，硬體設備的配置及改善空間氣氛的整體感受，例如：軟質的座椅、大一點的空間、暖色燈光的使用及播放背景音樂。
2. 「便利性」：硬體的設計規劃能更方便，例如使用自動門及設置叫號器。

3. 「安全性」：包括空間中硬體設備是否安全及環境的安全品質，例如：設置空氣清淨機、不要設有門檻、環境消毒次數增加。
4. 「隱私性」：保有個人的空間及隱私，例如：設有個人座椅及隔音設施的加強。

綜合文獻、觀察、訪談和問卷調查的結果可發現不同族群使用者者之身心條件的不同為影響的關鍵，造成使用行為與過程之困擾差異，而候診空間的氣氛及規劃也影響使用心理狀況，進而導致空間和設備的對應問題。另一則是硬體配置的規劃，不當的設備高度或配置規劃，常會讓使用者在使用的過程產生困擾與不便，如何在固定的環境條件，滿足不同年齡、性別和能力的使用者，這與通用設計期望的理念相符。因此，針對使用需求進而考量設備之細部設計改善是極為重要的。

其實在觀察及訪談過程中發現，部分就醫民眾對候診空間的使用並無充足的認知，即使遇到了使用時的不便，甚至覺得沒有影響。另一方面，礙於習慣及使用時間不長，反而壓抑自身的需求，因此忽略了自己在使用候診空間的困擾與不便，而未表達出不便的困擾因素。然而高齡族群是未來幾年中所佔人口比例將日趨提高，如何進一步以高齡使用者的觀點來改善候診空間之便利性及安全性，是值得省思的。因空間環境的塑造往往取決於人的因素，且各項設備在候診空間中都有其固定的機能，若欲將各機能反應在設備的設計上，應考慮使用過程及不同族群的使用習性才能真正符合使用者的要求。

最重要的是以使用者的觀點出發，重新檢討診所候診空間的困擾處，分析出人為和環境的影響因素，從中思考應如何改進，無論是新建或改良，都期望能以使用者現況需求和未來規劃角度考量，改善整體環境的使用狀況，給予使用者適當轉換的權益，必能降低使用時因未預先設想而產生問題的機會，並於下一章節提出相關的建議。

7-2 研究建議

綜合上述及之前的調查，可得知一般民眾的困擾點及高齡族群的需求，進而分析候診空間的對應問題（表 7-1）（表 7-2）提出設計改善建議。因此，針對使用者的需求進而考量設備之細部設計改善是極為重要的。

表 7-1 使用候診空間行為與空間設備間之問題分析

構面	問題點	改善建議
空間規劃	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 整體空間不足 ◆ 動線標示不夠清楚，需靠詢問來瞭解 	<ul style="list-style-type: none"> ● 運用整體空間規劃改善空間的大小感受 ● 清楚明瞭的指標設計 ● 清楚簡單的動線規劃
	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 大門開啟不便 ◆ 門檻高低段差 ◆ 掛號台及領藥窗口的台面空間不足 ◆ 掛號台及領藥窗設有玻璃阻隔 ◆ 座椅：材質太硬、個人空間不足 ◆ 電視機擺放高度過高、無法選擇頻道 ◆ 書籍：擔心病菌附著 ◆ 書籍沒有定期更新 ◆ 站立使用掛號台不便 ◆ 座椅沒有扶手 	<ul style="list-style-type: none"> ● 使用自動式大門 ● 去除門檻或增加緩斜坡設計 ● 設備提供充足的使用空間 ● 設置高度適中的掛號台並配有座椅 ● 提供的設備定期消毒 ● 規劃可倚靠之扶手的單人軟質座椅 ● 電視機可使用分割模式達到兩種頻道供觀賞 ● 診所可與書商合作，以租借方式定期更新

表 7-2 使用候診空間心理狀態與潛在因素及設備間之問題分析

構面	困擾因素	改善建議
內心感知	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 空間氣氛冰冷、煩悶、嚴肅 ◆ 光線冰冷 	<ul style="list-style-type: none"> ◎ 活潑溫暖的空間色彩 ◎ 暖色系燈光配置 ◎ 與植栽商合作，設置綠色植栽並定期更換 ◎ 候診空間內播放背景音樂
	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 隔音設施不良 ◆ 空氣品質不佳 ◆ 個人空間不足 ◆ 個人資料外洩 ◆ 燈光亮度不足 	<ul style="list-style-type: none"> ● 良好的空間隔音設備規劃 ● 通風設備建置、設置空氣清淨機 ● 單人座位的設置 ● 以保護病患個人隱私為首要考量 ● 設置亮度足夠的照明設備

註：◎為空間氣氛改善建議

從上述的問題點和改善建議可以發現候診空間包含「空間規劃、內心感知」兩構面的影響因素，進一步導入通用設計(Universal Design, UD)的觀念：「在最大限度的可能範圍內，不分性別、年齡與能力，適合所有人使用方便的環境或產品之設計。」將使得候診空間更能應對各種不同情況發生；預先設想好可能發

生的問題，不只滿足生理（身體結構與能力）上的需求，更考量心理層面，針對 UD 候診空間的共用情況和需求，綜合研究所得，提出下列五點說明，圖 7-1 為候診空間的通用設計準則，圖 7-2 為候診空間的通用設計準則之設計建議。



圖 7-1 候診空間的通用設計準則

1. 安全性

進入診察室的過程中，必須待在一中介空間：候診空間，此空間是公共區域，給予前來就醫的民眾，一個等待及休息的區域，同時也是確保隔絕外部的指標。進入候診空間之後，開始許多使用行為，一個無安全顧慮的候診環境是每個就醫民眾所期盼，最基本的便是滿足使用時安全的需求。相關空間意外的發生，部分來自使用者本身不注意，另外則是專業者並未設身處地為了使用者量身打造，以及預先設想可能的使用行為與產生的問題。

當不同的就醫民眾面對相同的候診環境，隱藏的危機是不盡相同；例如高齡

者須特別注意門檻的高低段差；位置擺放過低的飲水機，可能造成孩童使用時燙傷；空氣中飄散著病菌及內容物沒有定期消毒，容易造成互相傳染；而安全不應只是降低危險發生的機會，醫療環境應當是安全無虞的空間，任何在無形中造成使用者身體負擔的問題點，包含空間、設備和產品甚至看不見的潛在因素，也都需要多加思量。

2. 舒適性

舒適性的空間包含了生理及心理兩方面的滿足，待在「舒適」的環境中，是許多人挑選環境的首要條件。候診環境若舒適的話能讓不同族群的使用者在使用時感到舒適且能放鬆身心，例如設備符合人體工學等，其中因為不同族群的使用者有不同的自身條件，若缺乏適合的硬體設備等，便會造成其使用的困難；像是高齡者在使用掛號台時，因為身體衰退的關係坐著使用較為舒適，診所應以坐著使用的掛號台為設計首要考量，不管是降低高度或是另外配置座椅在旁都能改善高齡使用者使用的不便，為了滿足候診空間複雜的使用族群，實質設備的設計及需衡量現況與未來長期的規劃是非常重要的。另一方面在心理感受上可使用溫暖的空間色調、燈光效果及植栽的設置等設備，營造出一種溫暖、溫馨且親切的空間氛圍才能讓病患在等待就醫的情緒上感到放鬆，親切自在的空間氛圍塑造，不只人的態度，也包括空間傳達出給使用者親切、自在、溫馨、舒適，而且不受拘束的感覺，這樣的空間即使沒有娛樂設施，也會讓人樂於處在這樣的空間氛圍中而不感到煩悶。因此優先改善現況的使用困擾，並且依照各族群使用者的需求及營造適宜的空間氣氛，進一步提升民眾其期望之醫療品質要點，才能夠達到「舒適」的目的。

3. 隱私性

在候診空間中，不管是空間內規劃的設備或是醫護人員的行為皆應以注重病患的隱私為重。私密性意味著在對別人封閉的同時，又保有對別人開放的可能性。

感到重要的事情是允許人們可以選擇，是對別人開放還是封閉。因此候診空間設計的重要性在於盡可能提供私密性調整的機制。例如：候診區與診察室的間隔牆若沒有完全隔開兩區域，醫生在診察時的內容就可能因隔音不良的問題讓其他人聽見；當護士在唱名時也會將病患的個人資料洩漏出去，座位的個人空間狹小，與其他病患相互影響等等，皆會影響病患的個人隱私。雖然個人隱私被侵犯的困擾並不會馬上顯露於病患的表情上，但卻會在心理中有明顯的感受。因此診所在規劃候診空間時必須將影響病患個人隱私的因素加入設計規劃的考量中並且在醫療過程中保護病患的個人資料。

4. 機能性

富有機能性的候診空間能提供使用者更好的醫療環境。當高齡人口漸漸增多，前來就醫的人口中高齡者的比例也會相對提高。而高齡者在身體機能衰退同時也會影響許多使用行為，像是在調查中發現目前診所多是使用長型座椅，這種座椅並沒有扶手的設計，對於體力不足或是下肢機能退化的高齡者來說，座椅能提供扶手是很重要的貼心設計，將能幫助他們更方便的起身，而對於膝部關節退化或行動較為緩慢的高齡者來說，在走道上加裝安全輔助扶手能夠幫助他們行動的穩定，另外也能在候診空間規劃特別等候空間讓乘坐輪椅等行動不便的病患休息。因此在高齡人口增加的同時，候診空間適當的加上輔助等機能設備將能有效的幫助高齡者，不僅能讓就醫環境更安全也能讓人感到親切貼心。

5. 便利性

便利的候診空間設備能讓使用者在使用過程更方便。例如在調查結果中顯示目前多數診所大門的開法是以推拉式居多，使用者在使用推拉式的大門時，當手持重物或是行動不便利的時候使用皆會顯得非常不方便，或是孩童可能不小心夾到手，因此診所大門應以自動式或是按壓式自動式的開啟方式較為便利，另外像是掛號台及領藥窗口設置的玻璃皆會影響病患與醫療人員的對話行為，容易

造成誤會或是聽不清楚的狀況產生，且在訪談中得知民眾覺得設置玻璃會讓人感到不親切及有距離感，另外在等候行為上，候診空間若設有叫號顯示器等有助於病患得知等候時間之設備，就醫民眾將能方便的掌握大約的等待時間不至於只能一直在診所內等待著。因此候診空間在硬體的規劃上應考量使用者行為及條件，才能創造出具有便利性的環境，不僅影響使用行為也間接影響就醫心情，並提高醫療品質。

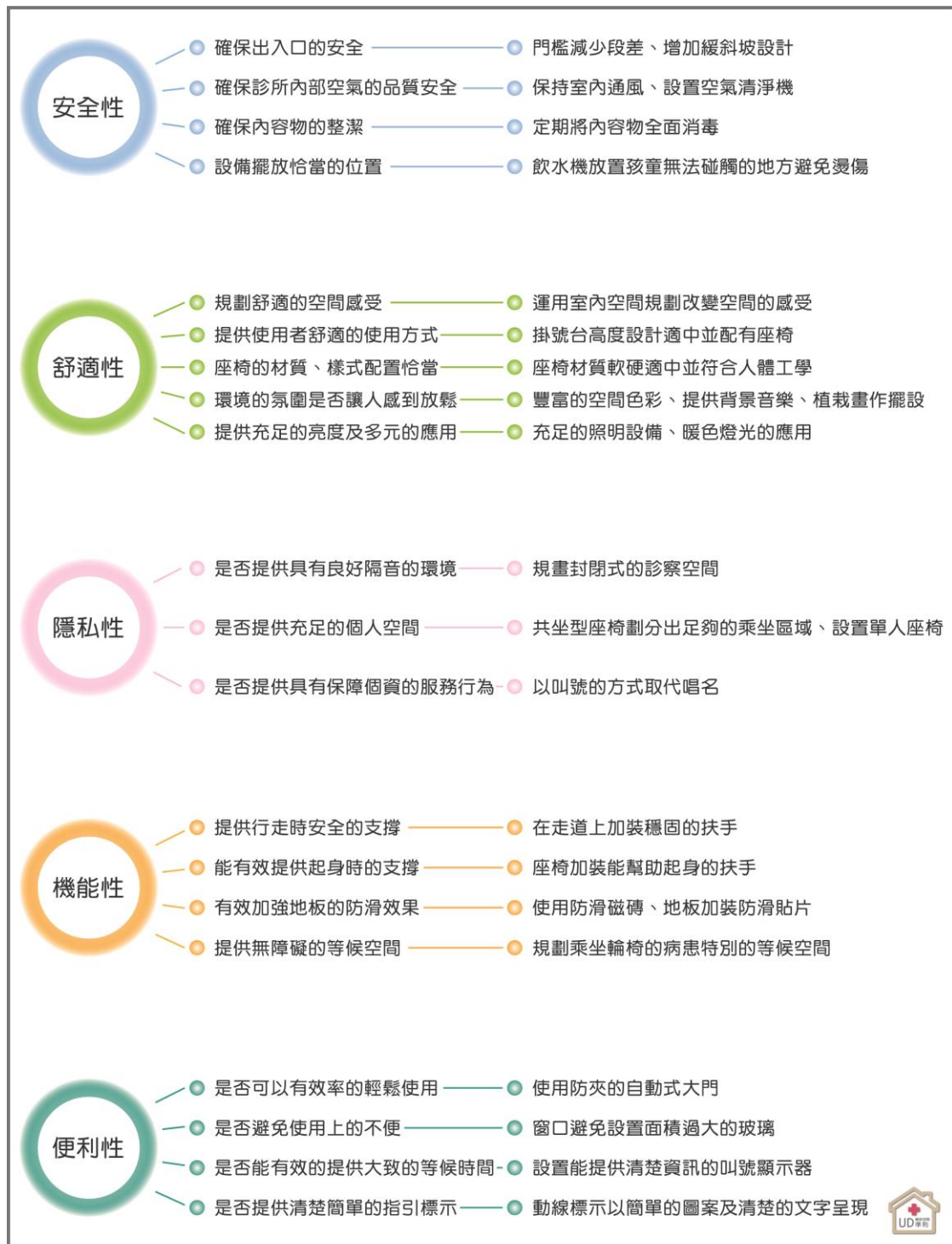


圖 7-2 候診空間的通用設計準則之設計建議

7-3 後續研究與發展

本研究針對診所候診空間的使用行為困擾之調查，並綜合不同族群使用者的需求與觀點得改善意識，並導入通用設計之概念提出了候診空間之改善建議。但因礙於研究之時間、人力、物力等因素，僅針對一般診所做為主要研究對象，在研究中提出之問題點與設計原則僅提供業界與學界參考。以下研究不足之處做一討論，並對後續之研究方向提出以下幾點建議。

1. 考量兒童之使用需求

因本研究礙於時間、人力等因素，較無考量兒童的需求。未來可針對孩童所需，並提出更完善的候診空間規劃依據。

2. 探討其他科別診所之候診空間狀況

本研究所歸納討論出之問題點與困擾皆為一般診所候診空間之問題，因此後續的研究發展可探討專業科別的診所之候診空間，例如：牙醫科、眼科、醫學美容科等此方向作深入探討與研究，將能得出不同科別診所的病患使用需求。

3. 針對候診空間硬體進行深入研究

本研究僅探討使用者在行為上的困擾點，未針對各項硬體設備做細部的探討，因此若能將候診空間內主要硬體設備做全面性的細部分析，並歸納其使用困擾及使用需求，則有助於設備的設計並提高就醫民眾的使用品質。

參考文獻

參考文獻

【中文文獻】

1. 陳明石，2002，Universal Design。
2. 賴煜明，2006，從使用者觀點探討居家烹飪環境行為之研究，東海大學工業設計研究所，碩士論文。
3. 尤助益，2014，醫療環境室內設計之品牌行銷改善—以牙醫診所為例。逢甲大學經營管理系，碩士論文。
4. 王智筠，2010，醫療院所候診空間型態與使用者認知之研究。中原大學室內設計研究所，碩士論文。
5. 王麗芬，2007，走動式服務對等待品質影響之研究—以醫院等待線為例，靜宜大學管理學研究所，碩士論文。
6. 宋琬玟，2011，高齡化社會下臺中市民對“商業性長期看護保險”購買動機、認知與消費者行為實證分析之探討，嶺東通識教育研究學刊，4（1），123-171。
7. 宋琬玟，2012，臺灣人口高齡化及少子化趨勢探討長期看護保險之發展。嶺東通識教育研究學刊，4（4），51-62。
8. 官威廷，2010，衛教資訊平台，台灣科技大學醫學工程研究所，碩士論文。
9. 林珮筠，2004，時間填補型態對等候行為之影響—以電話客戶服務中心為例，國立交通大學交通管理科學研究所，碩士論文。
10. 俞致偉，2008，藉空間知覺品質觀點探討行人天橋系統—以新光三越信義新天地行人天橋系統為例。中華大學建築與都市計畫學系，碩士論文。
11. 柯美如，2014，不同牆面色調與傢俱配色組合對使用者的視覺感覺及情緒之研究—以牙醫診所候診空間為例。朝陽科技大學建築系，碩士論文。
12. 段奇秀，2013，臺灣私人中小型牙醫診所創新經營模式之探討—以E公司為例。東海大學高階經營管理系，碩士論文。
13. 崔妮臻，2006，國道客運乘客等候經驗模式之研究：考量知覺擁擠與公眾自我意識特質，國立交通大學運輸科技與管理學研究所，碩士論文。
14. 許琮淵，2015，探討社區人口高齡化對休閒活動轉變之研究—以雲林縣過溝社區為例。南華大學旅遊管理學系，碩士論文。
15. 郭湘琪，2013，基層診所企業化經營管理策略之探討—以Y聯合診所為例。逢甲大學經營管理系，碩士論文。
16. 陳德鈺，2010，基層家庭醫師診所對民眾用藥知能與用藥安全、用藥服務行為之滿意度研究。中台科技大學健康產業管理研究所，碩士論文。
17. 曾馨蓉，2014，以醫療人員之觀點探討獸醫診療機構空間。逢甲大學建築學系，碩士論文。
18. 黃彥莉，2001，「遊戲間」還是支配場域？—診療室的醫病互動關係，國立台灣大學社會學研究所碩士論文。
19. 楊進億，2014，總體經濟與人口統計變數對壽險需求的影響：台、美、日、韓的

- 實證研究。逢甲大學，碩士論文。
20. 葉倩雯，2010，以住民觀點探討長期照顧機構之居住空間要素。亞洲大學健康產業管理學系，碩士論文。
 21. 游美芳，2006，從服務缺口理論探討家庭醫師整合性照護計畫之研究。佛光大學管理學研究所，碩士論文。
 22. 謝亞婷，2008，醫院候診空間綠化之心理效益。臺灣大學園藝學研究所，碩士論文。
 23. 謝瑞婷，2009，精神科門診空間形態之研究，朝陽科技大學建築及都市設計研究所碩士論文。
 24. 魏美粧，2009，雲林縣濱海地區人口結構變化與小學教育發展之研究。國立嘉義大學國民教育研究所，碩士論文。
 25. 李婉容，1997，從使用者觀點探討高齡者住宅環境使用之研究-以老人公寓為例。淡江大學建築研究所，碩士論文。
 26. 鄭洋志，1997，空間構成形式對高齡者居住行為及意識之影響-以台北市福德及安坑兩平價住宅社區為例，中原大學室內設計研究所，碩士論文。
 27. 謝嘉宏，1998，高齡者居家浴廁環境使用行為之探討，中華大學建築與都市計畫研究所，碩士論文。
 28. 吳成才，2001，牙醫門診候診室的管理。中華醫學學會訊，166，22-27。
 29. 中央健康保險局，2004，全民健康保險家庭醫師整合性照護制度九十三年試辦計畫。
 30. 王乾任，2011，高齡化時代，熟年宣教與牧養。國度復興報，417。
 31. 行政院經濟建設委員會，2008，2015年經濟發展願景第一階段三年衝刺計畫（2007-2009）大溫暖社會福利套案。臺北：行政院經濟建設委員會。
 32. 李龍騰，2003，家庭醫學與社區醫學程案。臺北：藝軒。
 33. 林嘉澍，2013，牙科焦慮面面觀。中華牙醫學會訊，204，9。
 34. 徐磊青、楊公俠，2005，環境心理學—環境、知覺和行為。台北市：五南出版。
 35. 國發會，2013，因應人口結構變遷之政策挑戰。行政院國家發展委員會。
 36. 張麟生，2007，基層醫療診所的角色與功能。基層醫療，22(3)，99-104。
 37. 教育部，2004，因應人口結構變化啟動國教精緻工程。學齡人口減少對國民教育的影響及因應策略研討會實錄。臺北：國產教育研究院籌備處。
 38. 許秀月，2002，當代基本護理學（上）。
 39. 楊靜利，1997，臺灣地區人口結構變遷的深層問題。政策月刊，28，2-4。
 40. 簡太郎，2007，臺灣人口政策與人口結構變遷之探討。教育資料與研究雙月刊，74，1-22。
 41. 內政部營建署，2006，住宅狀況調查報告，內政部營建署，台北。
 42. 「臺灣設計產業起飛計畫-通用設計趨勢研究結案報告書」，2006。
 43. 邱淑媿，2011，高齡友善醫院導入架構與內涵。
 44. 薛立敏，1991，從新加坡土地及住宅政策經驗評臺灣之住宅發展政策，〈經濟前瞻

- >，第 22 期。
45. 曾思瑜，1996，國內外無障礙環境設計規範之比較研究，*建築學報*，第 18 期，pp. 1-16。
 46. 張祖璿，1976，荷蘭之住宅與實質計畫，〈*都市與計畫*〉，第 2 期，pp. 13-21。
 47. 張金鵠，1994，英國住宅發展及政策，〈*住宅學報*〉，第 2 期，pp. 135-163。
 48. 陳政雄，1997，高齡化社會的可變性都市型集合住宅，〈*建築師*〉，第 23 期，pp. 85-87。
 49. 曾思瑜，1997，臺灣高齡者住宅環境的現況和問題點-對高齡者住宅空間之建議，〈*建築師*〉，第 23 期，pp. 92-95。
 50. 王敏順，1998，人造環境對使用者行為影響研究方法之探討，*建築學報*，卷期 29。
 51. Francis T. McAndrew，1995，*環境心理學*。
 52. 楊國樞、文崇醫，1989，*社會及行為科學研究法*（上冊）
 53. Thomas Herzog，2002，*社會科學研究方法與資料分析*。
 54. Donald R. Cooper. & C. William Emory，1996，*企業研究法*。
 55. 戚樹誠，李俊賢，蔡華華，陳宇芬，2002，口語協定分析在決策研究上的應用。
 56. 阮綠茵，2006，*設計研究方法*。台北：全華科技圖書股份有限公司。
 57. 楊國樞、文崇醫，1989，*社會及行為科學研究法*（上冊）。

【外文文獻】

1. Allison B. Arneill & Ann Sloan Devlin. 2002. Perceived Quality of Care: The Influence of The Waiting Room Environment. *Journal of Environmental Psychology*, 22, 345-360.
2. Jean-Pierre Lavoie & Kenneth Hinchcliff. 2007. *Blackwell's Five-Minute Veterinary Consult*. United States America: Blackwell Publishing.
3. Rappe E, Kivela S. Effects of garden visits on long-term care residents as related to depression. In: *American Society for Horticultural Science*.
4. Rappe E. (2005) The influence of a green environment and horticultural activities on the subjective well-being of the elderly living in long-term care. University of Helsinki, Department of Applied Biology Publication, 24, 51.
5. Schilling, M. A. 2008. *Strategic Management of Technological Innovation* (2ed). New York University.
6. Universal Design. *Journal of Physiol Anthropol*, 25, 113-118.
7. Verbeek H, van Rossum E, Zwakhalen SM, Kempen GI, Hamers JP. (2009). Small, homelike care environments for older people with dementia: a literature review. *Int Psychogeriatr*, 21, 252-64.

8. Kahn, R. & Cannell, C. ,1957。The dynamics of interviewing.
9. Ericsson. K. A. & Simon, H. A. ,1957。Protocol Analysis:Verbal Reports AS Data. Cambridge, Mass: MIT Press.
10. Goldschmidt, G. ,1991。The dialectics of sketching. Creativity Research Journal. 4 (2) :p. 123~143.

【網頁資料】

1. 內政部統計處，2015。內政部統計處人口結構分析。
取自：http://www.moi.gov.tw/stat/news_content.aspx?sn=9148
2. 汪威達，2001。家庭醫師的重要性—專訪家醫科汪威達主任。2001年1月22日
取自：<http://www.kgh.com.tw/health/01-103.html>
3. 林季緯，2011。家庭醫學科的社區角色。
取自：http://www.edah.org.tw/journal/43/P05_家庭醫學科的社區角色.pdf
4. 袁宗南，2015。照明系統設計規劃與節能應用。
取自：<http://www.ecct.org.tw/event/files/102092504doc/06.醫療照明.pdf>
5. 張庭涵，2014。產業一把抓—醫療儀器產業
取自：<http://youngeagle.kkp.nsysu.edu.tw/files/16-1174-69372.php>
6. 教育部，2010。高齡化社會的挑戰與因應。教育部學齡學習網
取自：
<https://moe.senioredu.moe.gov.tw/ezcatfiles/b001/img/img/28/294079371.pdf>
7. 陳仲祺、王建中，2015。打破刻板印象，創造現代而富溫度的看診空間。漂亮家居，175。
取自：<http://www.searchome.net/article.aspx?id=29378>
8. 黃淑峰，2004。家庭醫學科在做些什麼？2004年6月1日
取自：<http://www.kgh.com.tw/health/01-112.html>
9. 葉雅馨，2003。醫院候診空間夠體貼嗎？
取自：<http://www.jtf.org.tw/health/Show.asp?This=563>
10. 日本UD行—靜岡縣立綜合醫院
取自：<http://blog.yam.com/yocofish/article/10953187>

附錄

訪談題項

醫療人員斷句編碼表

就醫民眾斷句編碼表

友善診所之候診空間使用現況調查

統計結果分析（卡方檢定 p 值）

附錄 1：訪談題項

- Q1. 您是第一次來這裡就醫嗎？（病患）
- Q2. 您今天是自行就醫？還是有他人陪同？您這兩個月就診幾次？（病患）
- Q3. 您是否會擔心門口門檻的高低段差會讓您不小心跌倒受傷？
- Q4. 掛號台的高度對您來說方便使用嗎？窗口的大小是否合適？（以您的身高來說）· 哪裡不合適？
- Q5. 您覺的候診區的座椅舒服嗎？包括材質軟硬、空間大小
- Q6. 您對於診所的空間動線是否能清楚瞭解？
- Q7. 您覺得診所的環境是否感到舒適？（包括整潔、光線亮度、空氣品質、異味、整體氣氛）
- Q8. 電視機擺放的位置是否恰當，在觀看時是否方便？
- Q9. 您在等候的時間內會做的事情？
- Q10. 會感覺環境吵雜嗎？
- Q11. 會觀看診所提供的衛教資訊嗎？是否有整理分類？
- Q12. 在候診空間中會有安全感及隱私感嗎？
- Q13. 您能掌握等候大約需要的時間嗎？
- Q14. 您目前覺得候診空間需要改進的地方有？

附錄 2：醫療人員斷句編碼表

A.醫療人員						
斷句 編號	口語內容	編碼				
		空間規劃			內心感知	
		候診 空間	硬體 設備	機能	心理 感受	視覺 感知
A-02	高度、大小剛剛好，方便使用(掛號台)。		●			
A-03	患者使用的時間短，不會在意大小(掛號台)。		●		●	
A-04	我可以一目了然的看到患者，空間不需要大。		●		●	
A-07	覺得好坐、蠻適合的。		●		●	
A-10	椅子高度對老年人來說就有差別。		●		●	
A-11	高度可以在高一些。		●		●	
A-13	對一般人來說方便使用。		●		●	
A-15	進來馬上可以得知(動線)	●				●
A-18	習慣了外面的聲音。				●	
A-19	不覺得吵、亮度足夠。		●		●	●
A-22	每個禮拜消毒兩次。	●				
A-25	這裡沒有設置空調。		●			
A-26	因為門口的門是打開的，不會關起來，所以是自然通風。		●			
A-30	活潑、抓住患者的心(環境氣氛)。	●			●	
A-32	資訊沒有很新。			●		
A-35	布告欄貼滿只好貼牆壁上。		●	●		
A-40	不用關門開放式的空間比較有親切感。		●		●	●
A-41	病患已經變成家人、朋友。				●	
A-45	來久了都知道該往哪邊走。	●			●	
總計	總斷句數：33 句	4	12	2	12	3

B. 醫療人員						
斷句 編號	口語內容	編碼				
		空間規劃			內心感知	
		候診 空間	硬體 設備	機能	心理 感受	視覺 感知
B-02	對我來說高度、大小剛好(掛號台)。		●		●	
B-03	還蠻方便使用的(掛號台)。		●		●	
B-05	但比較高或矮的患者可能會不方便(掛號台)。		●		●	
B-07	好坐還蠻舒服的(椅子)。		●		●	
B-08	位子有點少人多的時候不夠。		●			
B-09	診所大小的問題。	●				
B-11	要掛號人員指示會比較清楚。		●		●	
B-13	對老人家來說指示牌可能還是看不清楚。	●	●	●		●
B-14	以人員解說還是比較清楚。			●	●	
B-16	因為不識字或是字太小。		●			●
B-20	燈光還蠻亮的。		●			●
B-22	患者說空氣中有藥水味。				●	
B-23	可能我常時間待在這聞不出來。				●	
B-25	一般醫療場所的感覺。				●	
B-26	整體來說是有些冰冷的。	●			●	
B-29	人多的時候會很吵。				●	
B-33	門檻太高了。		●			
B-34	需要提醒或是指示。		●	●		
B-36	加個小階梯比較好。		●	●	●	
B-37	提醒他們不然蠻危險的。		●		●	
B-40	對老人家來說假如有自動門會比較好。		●		●	
B-41	可以遙控的那種會比較妥當。		●			
總計	總斷句數：39 句	3	15	4	14	3

C. 醫療人員						
斷句 編號	口語內容	編碼				
		空間規劃			內心感知	
		候診 空間	硬體 設備	機能	心理 感受	視覺 感知
C-02	不會擔心(門口門檻)		●		●	
C-03	蠻方便使用的(掛號台高度)		●		●	
C-05	椅子蠻舒服的		●			
C-07	規劃的很簡單(動線)	●				●
C-08	因為大家都習慣了				●	
C-10	光線還蠻亮的		●			●
C-13	有藥味，習慣了就覺得還好				●	
C-16	整潔需要加強	●			●	
C-19	算是溫暖的吧(氣氛)	●			●	
C-22	電視機比較高		●			●
C-23	因為比較舊一點了		●			●
C-25	飲水機的位置蠻恰當的		●			
C-27	病患幾乎都是在坐位坐著休息			●		
C-29	人多的時候會蠻吵的				●	
C-31	隔音效果還好		●		●	
C-35	沒有自動門會比較好		●		●	
C-37	可能小朋友會玩(自動門)				●	
C-40	這裡的衛教資訊還蠻多的,很多病患會去看		●	●		
C-42	資訊還蠻常更新的		●	●		
C-45	有提供血壓計讓病患使用		●	●		
總計	總斷句數：33 句	3	12	4	10	4

附錄 3：就醫民眾斷句編碼表

D1. 就醫民眾						
斷句 編號	口語內容	編碼				
		空間規劃			內心感知	
		候診 空間	硬體 設備	機能	心理 感受	視覺 感知
D1-02	今天第一次來。					
D1-04	我自己來的。					
D1-06	這間診所基本上沒什麼門檻，算像是平台這樣。		●			
D1-09	高度剛好，窗口旁邊擺的東西讓我感覺卡卡的，使用起來不方便。		●			●
D1-11	希望可以大一點，不然就是不要擺那些雜物會比較好。		●		●	●
D1-13	我覺得這椅子對我來說有點低。		●		●	
D1-14	它本身的材質是木頭，有點硬，蠻難坐的。		●		●	
D1-15	坐久了也會不舒服。		●		●	
D1-16	個人比較喜歡沙發那種軟質的座椅。		●		●	
D1-18	感覺還可以，動線清楚明顯。	●	●			●
D1-19	但沒有設置指示牌，不知道廁所在哪。		●	●		●
D1-22	整體蠻乾淨的；光線充足。	●	●		●	●
D1-24	隔音差，看診室裡的聲音我都聽得很清楚		●		●	
D1-25	感覺沒有個人隱私。				●	
D1-28	飲水機擺放的高度對小孩來說太高，需要有人幫忙才能使用。		●			
D1-30	等的時候使用手機或是看報紙。			●		
D1-33	門沒有關起來，外面的聲音很大聲；覺得有點吵		●		●	
D1-34	有自動門比較好，冬天也比較溫暖		●		●	
D1-36	會觀看，沒有布告欄都是貼牆上，沒有分類有點雜亂		●	●	●	
D1-39	等候的時候沒有隱私。				●	
D1-40	看診時只隔著一道門，上面沒有封起來。		●			
D1-41	擔心自己的隱私會被其他人聽到。				●	
D1-42	隔音設備做好讓我比較安心。		●		●	
D1-44	不知道要等多久。			●	●	

D1-45	有叫號器或號碼牌比較好掌控時間。		●	●		
D1-47	有指示牌比較好，上廁所要問人比較麻煩。		●			
D1-49	外面的玻璃很黑不透光，感覺很沉重。		●		●	●
D1-50	年輕族群比較希望看起來比較光亮，感覺也比較安全。		●		●	●
總計	總斷句數：52 句	2	21	5	17	7

D2. 就醫民眾						
斷句 編號	口語內容	編碼				
		空間規劃			內心感知	
		候診 空間	硬體 設備	機能	心理 感受	視覺 感知
D2-02	今天第一次來。					
D2-04	我自己來的。					
D2-06	不要有門檻比較好，平整的比較好。		●		●	
D2-10	掛號台的高度太低了，我要彎腰使用。		●		●	
D2-11	窗口有雜物不方便書寫。		●			●
D2-12	而且它也很小，有玻璃擋住給我距離感。		●		●	●
D2-14	座椅是木頭的，硬不太好坐，坐久也不舒服。		●		●	
D2-15	大小也太小(椅子)。		●			
D2-16	我比較喜歡軟的椅子。		●		●	
D2-17	給我的視覺感受也比較好。		●			●
D2-20	不知道看診室在樓上，工作人員跟我說我才知道。	●		●		
D2-21	有標示讓我知道比較好。		●			●
D2-22	廁所也在樓上，我以為樓下就有廁所。	●				
D2-25	光線不足。		●			●
D2-26	有些燈管都壞掉了。		●			●
D2-27	地板的磁磚也裂掉了，黑黑的感覺很舊。		●		●	●
D2-29	空氣中有藥水味，不好聞。				●	
D2-31	整體給我的感覺蠻冰冷的。	●			●	
D2-33	沒有電視機，有設置會比較好。		●		●	
D2-36	飲水機只有樓下有，裝水還要下樓很麻煩。	●	●			
D2-37	樓上也設有飲水機比較好。		●			
D2-40	用手機、看雜誌、休息。		●	●		
D2-42	會看(衛教資訊)。			●		
D2-44	有放在布告欄上，但滿了就貼牆上。		●			
D2-45	感覺沒有整理和分類，亂亂的。				●	●
D2-47	較沒有隱私和安全感。				●	
D2-48	不認識的人坐我旁邊靠我很近，擔心會被傳染。	●			●	
D2-51	不知道要等多久，只能一直等。			●	●	
D2-52	有叫號器，但沒使用。		●			

D2-54	可以裝自動門。		●			
D2-55	現在的門是用拉的，對老人或受傷的人不方便。		●			
D2-57	門檻可以用斜坡比較安全。		●			
D2-58	掛號台可以放張椅子，坐著填寫比較舒服，不然太低了。		●			
D2-59	樓梯貼止滑片比較好，或是加裝更安全的扶手。		●			
D2-60	有空氣清淨機比較好。		●		●	
D2-62	有黃色的燈光，感覺比較溫暖。		●		●	●
D2-64	牆壁的顏色用暖色的感覺比較活潑。		●		●	●
總計	總斷句數：62 句	5	26	4	16	11

D3. 就醫民眾						
斷句 編號	口語內容	編碼				
		空間規劃			內心感知	
		候診 空間	硬體 設備	機能	心理 感受	視覺 感知
D3-02	這兩個月就診差不多三次。					
D3-04	有其他人陪同。					
D3-06	會擔心門檻讓我受傷，平一點比較好。		●		●	
D3-08	掛號台高度適合，窗口的大小還可以。		●			
D3-09	但領藥的窗口太小，有玻璃隔著，給我距離感。		●		●	●
D3-11	座椅有點擠，坐起來還蠻舒服的。	●	●		●	
D3-13	有標示告訴我整個動線。	●	●	●		●
D3-15	空氣中有藥味。				●	
D3-16	氣氛蠻溫馨的。	●			●	
D3-18	電視高度 OK。		●			●
D3-21	看電視、報紙，不然就是坐著休息。		●	●		
D3-24	醫生講話很大聲，在外面可以聽到，有點吵。				●	
D3-26	有時候會看衛教資訊。			●		
D3-27	牆上跟布告欄上都有，沒有分類蠻亂的。		●		●	●
D3-29	比較沒有隱私。				●	
D3-30	隔音好像不太好，診間的聲音聽得到。		●		●	
D3-32	沒辦法知道要等多久，沒有叫號器。		●	●	●	
D3-34	走道有扶手讓我扶比較好。		●			
D3-35	有自動門比較好，比較方便。		●			
總計	總斷句數：33 句	3	12	4	10	4

D4. 就醫民眾						
斷句 編號	口語內容	編碼				
		空間規劃			內心感知	
		候診 空間	硬體 設備	機能	心理 感受	視覺 感知
D4-02	這兩個月就診差不多四次。					
D4-04	今天是家人陪來看病。					
D4-06	會擔心門檻讓我受傷。		●		●	
D4-07	如果要推輪椅，有門檻推的時候很不方便。		●			
D4-09	掛號台高度對我來說可以。		●		●	
D4-10	但我媽比較矮，對他來說高了一點。		●		●	
D4-11	掛號台窗口有一面玻璃，剩下的空間很小， 拿藥的時候不方便。		●		●	●
D4-13	木頭的，不舒服(椅子)。		●		●	
D4-15	有標示，動線還可以。	●	●	●		●
D4-16	一樓空間不大，人多的時候很擠、很吵。	●			●	●
D4-19	光線亮一些比較好。		●		●	●
D4-21	有診所的藥水味。				●	
D4-23	整體的氣氛冰冷。	●			●	
D4-28	飲水機有點低，怕小朋友會按到熱水。		●		●	
D4-30	報紙、坐著休息。		●	●		
D4-32	人多的時候很吵。				●	
D4-33	隔音不好，醫生說話我都聽得到。		●		●	
D4-35	會看衛教資訊。			●		
D4-36	貼佈告欄和牆上，沒有分類整理，蠻亂的。		●		●	
D4-38	門不要透明的。		●			●
D4-39	外面的人看得到裡面，沒有隱私和安全感。				●	
D4-40	隔音不好，病情怕會被人知道。		●		●	
D4-42	不能準確知道要等多久。			●	●	
D4-43	椅子有個人做比較好，不想跟陌生人靠得太 近。		●		●	
D4-45	有自動門比較方便。		●			
D4-46	不要有門檻。		●			
D4-48	有電視機可以看會比較好。		●		●	
總計	總斷句數：48 句	3	18	4	18	5

D5. 就醫民眾						
斷句 編號	口語內容	編碼				
		空間規劃			內心感知	
		候診 空間	硬體 設備	機能	心理 感受	視覺 感知
D5-02	在這裡就診很久了。					
D5-04	今天自己來看病。					
D5-06	會擔心阿(門檻)，要小心一點。		●		●	
D5-08	不會啦，高度(掛號台)可以，有椅子可以坐著。		●			
D5-10	椅子軟的舒服。		●		●	
D5-12	光線還可以，夠亮。		●		●	●
D5-14	有一點藥水味。				●	
D5-21	電視放比較高，比較難看。		●			●
D5-23	看電視、坐著休息。		●	●		
D5-30	沒有安全感、隱私感。				●	
D5-31	擔心說話會被別人聽到。		●		●	
D5-40	有自動門比較好吧，不用用拉的。		●		●	
D5-41	診所空間有點擠。	●			●	
總計	總斷句數：20 句	1	8	1	8	2

D6. 就醫民眾						
斷句 編號	口語內容	編碼				
		空間規劃			內心感知	
		候診 空間	硬體 設備	機能	心理 感受	視覺 感知
D6-02	第一次來。					
D6-04	我孫子陪我來看病。					
D6-06	會擔心阿(門檻)。		●		●	
D6-08	不會啦，高度(掛號台)剛剛好。		●			
D6-10	椅子是軟的，坐起來舒服。		●		●	
D6-12	標示有點不清楚。		●	●		●
D6-14	光線還可以。		●		●	●
D6-15	有藥味，聞久了不舒服。				●	
D6-19	放比較高(電視)，看久頭很痠。		●			●
D6-22	看電視、坐著休息。		●	●		
D6-28	有安全感、隱私感。				●	
D6-29	可是別人說話我聽得到。		●		●	
D6-33	診所空間可以在大一點。	●				
D6-35	人多的時候有點擠。	●			●	
總計	總斷句數：22 句	2	8	2	7	3

D7. 就醫民眾						
斷句 編號	口語內容	編碼				
		空間規劃			內心感知	
		候診 空間	硬體 設備	機能	心理 感受	視覺 感知
D7-02	不是。					
D7-04	自己來，這個月來兩次。					
D7-06	恩恩，會擔心(門檻)。		●		●	
D7-08	不會(掛號台高度)，剛好。		●		●	
D7-10	不舒服(椅子)，還可以啦。		●		●	
D7-12	有點不清楚(動線)。	●		●		●
D7-14	光線可以。		●		●	●
D7-15	有藥水的味道，不好聞。				●	
D7-18	看的到，稍微高了點(電視機高度)，要抬頭去看。		●			●
D7-20	不好(飲水機位置)，有時候會被別人擋到。		●		●	
D7-22	看電視、休息、等。			●		
D7-24	不會(吵雜)。				●	
D7-27	沒有隱私感。				●	
D7-29	隔音不好，醫生講話聽得到。		●		●	
D7-31	不能(掌握等候時間)。		●	●		
總計	總斷句數：23 句	1	8	3	8	3

D8. 就醫民眾						
斷句 編號	口語內容	編碼				
		空間規劃			內心感知	
		候診 空間	硬體 設備	機能	心理 感受	視覺 感知
D8-02	不是(第一次來)。					
D8-04	我自己來的，這兩個月來看兩次了。					
D8-06	沒注意到(門檻)，還好啦，來好幾次都沒怎樣。		●		●	
D8-09	跟平常的差不多，但可以高一點(掛號台)會比較好吧。		●		●	
D8-11	有一點太小，如果可以在大一點的話會更好(窗口)。		●		●	●
D8-13	有木頭的也有沙發的。		●			
D8-14	我都會坐沙發啦，比較舒服。		●		●	
D8-16	掛號完他會叫我直接上二樓。	●		●		
D8-17	沒有跟我說我就不知道要去樓上。			●	●	
D8-19	會有指示會比較清楚。		●	●		●
D8-22	比較老舊一點，不至於很髒(環境)。	●	●			●
D8-24	光線還可以，只是晚上會希望可以再亮一點。		●		●	●
D8-26	還是會有一點(藥水味)。				●	
D8-27	有空氣清淨機會更好，也怕空氣有細菌。		●		●	
D8-30	有點悶(環境)，悶悶的感覺。	●			●	
D8-32	它飲水機放在一樓。	●	●			
D8-34	剛好又是放在走道上面(飲水機)，有點不太方便。		●			
D8-35	如果放在二樓空曠的地方比較好。	●	●			
D8-38	坐著等，滑手機，等他叫我。			●		
D8-40	不會，還好；不會(環境吵雜)。				●	
D8-42	比較不會觀看(衛教資訊)，不會去注意。			●		
D8-43	有雜誌的話會拿起來翻。		●			
D8-46	不會，蠻安全的(安全感)。				●	
D8-48	人多的時候比較沒有隱私感。				●	
D8-50	因為椅子不夠多，有些人站著會看到我在做什麼，沒什麼隱私的感覺。		●		●	
D8-52	不知道(等候時間)，沒有號碼牌或叫號器。		●	●		

D8-53	只能一直等待，等他叫我的名子。			●	●	
D8-55	診間在二樓，不舒服還要爬樓梯，在一樓比較好。	●			●	
D8-59	有電視機比較好，比較不會感覺這麼悶。		●		●	
D8-62	燈光比較老舊一點，換新一點亮一點的。		●			●
D8-63	有暖色系的燈光更好，感覺比較溫暖。		●		●	●
D8-66	它的門是用推的，有電動門的話比較方便。		●			
總計	總斷句數：55 句	6	19	7	17	6

D9. 就醫民眾						
斷句 編號	口語內容	編碼				
		空間規劃			內心感知	
		候診 空間	硬體 設備	機能	心理 感受	視覺 感知
D9-02	不是(第一次來)·第二次。					
D9-04	我自己來的。					
D9-06	門檻有點高·沒有比較好。		●		●	
D9-09	高度 OK 阿(掛號台)。		●		●	
D9-11	窗口還好(大小)。		●			●
D9-14	但是上次我帶我朋友來·那個窗口對他來說太矮。		●			
D9-15	他的身高比較高·要彎下腰·低頭才能使用。		●			
D9-18	舒服阿(椅子)。		●		●	
D9-20	小姐都會叫。			●		
D9-23	廁所第一次來不知道在哪裡。	●		●		
D9-25	光線充足。		●			●
D9-28	空氣中有打針的味道。				●	
D9-32	我覺得是乾淨簡單(氣氛)。	●			●	
D9-35	高度(電視機)蠻舒服的·蠻清楚的。		●			●
D9-36	大一點會比較好。		●			●
D9-40	恰當(飲水機位置)。		●			
D9-43	看電視玩手機(等候時間)。		●	●		
D9-45	還好(環境吵雜)。				●	
D9-48	不會觀看(衛教資訊)。			●		
D9-52	上次來人很多沒位子坐。		●			
D9-54	醫生講話很大聲·隔音不太好·外面都聽得到。		●		●	
D9-55	比較沒有隱私。				●	
D9-58	只能在這裡等。			●	●	
D9-60	要知道還要多久只能問。			●		
D9-61	他們都是人工叫號的·叫名子。			●		
D9-65	可能門檻部分對老人或坐輪椅會不方便進出。		●			
D9-67	加做個台階或是滑步道。		●			
D9-70	走道比較小·輪椅或是受傷人會比較有受	●				

	限。					
總計	總斷句數：38句	3	15	7	9	4

D10 就醫民眾						
斷句編號	口語內容	編碼				
		空間規劃			內心感知	
		候診空間	硬體設備	機能	心理感受	視覺感知
D10-02	沒錯第一次來這裡就診。					
D10-04	我自己來。					
D10-06	這間診所的門檻特別高。		●			●
D10-07	比我年長的人使用起來很危險。		●		●	
D10-10	還蠻方便的，高度剛好(掛號台)。		●		●	
D10-12	剛剛好(領藥檯高度)蠻適合的。		●			
D10-13	但比較不喜歡有那片玻璃(領藥檯)，有距離感。		●		●	●
D10-14	開放式會比較好。		●			
D10-17	很舒服(椅子)。		●		●	
D10-20	還蠻清楚的，有標示。	●	●	●		●
D10-22	蠻乾淨的(環境)。	●			●	
D10-24	光線還蠻充足的。		●		●	●
D10-30	有一點點藥水味。				●	
D10-33	有一點嚴肅(氣氛)。	●			●	
D10-34	可能是因為診所都用白色的燈光。		●			●
D10-35	畢竟都來看病了，希望心情會比較好一點。				●	
D10-38	對我來說剛剛好(電視機高度)。		●			●
D10-40	音量有一點大聲(電視音量)。		●		●	
D10-42	可以接受(飲水機位置)。		●			
D10-45	看電視或是一些醫療相關訊息或是用手機。		●	●		
D10-48	會(吵雜)。				●	
D10-49	因為聽得到上一個人與醫生間的對話。		●		●	
D10-51	隔音效果不好。		●			
D10-53	會觀看(衛教資訊)。			●		
D10-55	貼在布告欄和牆上，沒什麼整理。		●			●
D10-57	如果有整齊擺放看起來比較舒服。				●	●
D10-61	因為隔音效果不太好所以比較沒有安全感跟隱私感。		●		●	
D10-63	不太能知道，大致上要看前面有多少人。			●		
D10-64	如果要大概知道的話要問護士小姐。			●		
D10-66	因為他們也沒有號碼牌或叫號器之類的東		●	●		

	西。					
D10-71	門檻有點高用小樓梯或斜坡道到老人來說比較方便。		●		●	●
總計	總斷句數：53 句	3	20	6	15	9

D11 就醫民眾						
斷句編號	口語內容	編碼				
		空間規劃			內心感知	
		候診空間	硬體設備	機能	心理感受	視覺感知
D11-02	基本上我都是來這家看。					
D11-04	我自己來。					
D11-06	不會高度剛剛好(門檻)。		●		●	●
D11-08	還不錯，因為他是開放式的，感覺有親切感(掛號台高度)。		●		●	●
D11-10	掛號台前面還有一張椅子可以坐。		●			
D11-14	它們的椅子都是用沙發，可以靠背，坐起來很舒服。		●		●	
D11-17	還蠻了解的(動線)，一進去就可以看到。	●		●		●
D11-20	蠻乾淨的(環境)，都有人在打掃。	●			●	
D11-22	光線蠻充足的，白天也會開燈。		●		●	●
D11-24	空氣不錯，有空氣清淨機。		●		●	
D11-27	給我的感覺是蠻舒服的；算蠻活潑的。	●			●	
D11-28	互動的東西也蠻多的，有體重機跟量身高的。		●	●	●	
D11-30	高度蠻舒服的(電視機高度)。		●			●
D11-35	用手機或是看電視休息。		●	●		
D11-37	人多的時候蠻吵的(環境)。	●			●	
D11-39	候診室的門沒有關起來，對話內容聽得到，也看得到裡面。		●			
D11-43	會觀看(衛教資訊)。			●		
D11-45	放布告欄和牆上，都混在一起沒什麼整理。		●			●
D11-50	坐的椅子蠻長的，跟病人間的距離蠻舒服的不會擠在一起，比較有安全感。		●		●	
D11-53	人多的時候會比較想出去，比較沒有隱私感。				●	
D11-55	可以大概掌握(時間)，有叫號器。		●	●		
D11-60	座椅可以再多一點，很多人站著。		●		●	
D11-61	外面可以設置椅子讓人坐。		●			
總計	總斷句數：42 句	4	15	5	12	6

D12 就醫民眾						
斷句編號	口語內容	編碼				
		空間規劃			內心感知	
		候診空間	硬體設備	機能	心理感受	視覺感知
D12-02	不是第一次來。					
D12-04	我自己去。					
D12-06	不會擔心(門檻)。		●		●	
D12-08	有點太低了(掛號台高度)。		●		●	
D12-10	有點太小(窗口)。		●			●
D12-14	蠻硬的，坐起來不舒適。		●		●	
D12-17	材質是木頭，比較喜歡軟的(椅子)。		●		●	
D12-20	很了解(動線)。	●				●
D12-21	整體蠻老式的，但因為很小，可以一目瞭然。	●	●			●
D12-22	不會讓人找不到(動線)。		●			●
D12-25	但因為門開著外面聲音都聽得見，蠻吵的。		●		●	
D12-28	光線可以。		●			●
D12-31	整體給我的氣氛是偏暖的。				●	
D12-35	看報紙、用手機、休息。		●	●		
D12-38	會吵，因為旁邊就是馬路，又沒關上門(環境)。	●	●		●	●
D12-40	會觀看(衛教資訊)。		●	●		
D12-42	沒有報紙看的時候才會看(衛教資訊)。		●	●		
D12-44	都貼在牆上，沒什麼整理，蠻亂的。		●		●	●
D12-48	不覺得有安全感和隱私感。				●	
D12-50	因為他算是半開放的，有時候們不會關起來。		●			●
D12-53	不能，要看前面有幾個人(等待時間)。			●	●	
D12-55	沒有叫號器或號碼牌，用人工叫號。		●			
D12-58	有叫號器或號碼牌比較方便，我可以自己掌控時間。		●		●	
D12-62	可以設置自動門，不然門都沒有關起來。		●			●
總計	總斷句數：44 句	3	18	3	11	9

友善診所之候診空間使用現況調查

您好：我是東海大學工業設計所研究生，目前正進行家醫科診所候診空間的相關研究，本問卷目的在了解民眾對於診所候診空間的使用現況調查。本問卷共四面，請您在閱讀完題目後，勾選您寶貴的意見，您所提供的意見對本研究有莫大的幫助，本問卷調查結果僅供學術參考，資料內容絕不會對外公開。感謝您撥空協助，對於您的幫忙謹致予誠摯的謝意！

東海大學 工業設計所 / 指導教授 陳明石 / 研究生 陳俊億

基本資料

1. 請問您的性別？

(1)男 (2)女

2. 請問您的年齡層？

(1) 18 歲以下 (2) 18~44 歲 (3) 45~65 歲 (4)65 歲上

3. 請問您的教育程度？

(1)國中以下(含國中) (2)高中(職) (3)大學(專) (4)碩士(含)以上

4. 請問您的工作類別？

(1)學生 (2)上班族 (3)自由業 (4)家管 (5)已退休 (6)其他_____

5.您是否患有何種慢性病：(可複選)

(1)視力障礙 (近視、老花眼、白內障等) (2)高血壓 (3)心臟病 (4)糖尿病
 (5)關節炎 (6)高血脂 (7)痛風 (8)肺氣腫或氣喘 (9)過敏 (10)聽力
障礙 (11) 其他_____ (12)無

6.您自認您的身體機能有退化的部位：(可複選)

(1)肩部關節退化 (2)肘關節伸展幅度減小 (3)腰部不容易下彎 (4)膝蓋
關節退化 (5)整體行動較為緩慢 (6) 其他_____ (7)無

7. 請問您是否有去診所就醫的經驗？

(1)有 (2)無

8.上述慢性病或是機能退化是否會影響您在候診空間的行動：

(1)有 (2)無

9.請問您一個月大約的就醫次數？

(1)一次(含以下) (2)二~五次 (3)六~十次 (4)十次以上

10. 請問您就醫時大多是自行前往還是有他人陪同？

(1)自行前往 (2)有他人陪同

【一、候診空間狀況調查】

1. 您如何得知候診空間的動線規劃？(可複選)

- (1) 自行判斷 (2) 空間內設有動線指示 (3) 詢問醫療人員
 (4) 候診空間不大, 沒有動線可言 (5) 其他_____

2. 您對於候診空間大小的感受是？(可複選)

- (1) 舒適 (2) 寬敞 (3) 有壓迫感 (4) 擁擠 (5) 其他_____

3. 您對於候診空間的整潔感到滿意嗎？

- (1) 滿意 (2) 不滿意 (3) 沒意見

【二、候診空間硬體狀況調查】

1. 在進出診所大門的過程中是否感覺到不順暢：(可複選)

- (1) 大門開啟不便 (2) 出入口太小 (3) 門檻有高低差
 (4) 輪椅進出不便 (5) 其他_____ (6) 無

2. 您就醫診所的大門開法是： (1) 推拉式 (2) 橫拉式 (3) 自動 (4) 按壓式自動門

(5) 其他_____

3. 您所期望的診所大門開法是： (1) 推拉式 (2) 橫拉式 (3) 自動 (4) 按壓式自動門

(5) 其他_____

4. 在使用診所掛號台的過程中是否感覺到不順暢：(可複選)

- (1) 掛號台太低 (2) 掛號台太高 (3) 掛號台檯面空間小
 (4) 掛號台有玻璃隔著 (5) 擺放雜物 (6) 其他_____ (7) 無

5. 您希望就醫的診所掛號台的使用方式是：

- (1) 站立使用 (2) 坐著使用 (3) 站著使用, 旁邊配有座椅
 其他_____

6. 在使用診所領藥窗口的過程中是否感覺到不順暢：(可複選)

- (1) 窗口太低 (2) 窗口太高 (3) 窗口空間狹小
 (4) 窗口有玻璃隔著 (5) 擺放雜物 (6) 其他_____ (7) 無

7. 您就醫的診所候診空間的座椅型式是：(可複選)

- (1) 硬質座椅 (2) 軟質座椅 (3) 單人座 (4) 長型(共坐) (5) 有靠背
 (6) 無靠背 (7) 其他_____



8. 在使用診所座椅的過程中是否感覺到不順暢：(可複選)

- (1) 座椅太低 (2) 座椅太高 (3) 材質太硬 (4) 材質太軟 (5) 無靠背
 (6) 座位間隔距離太小 (7) 共坐互相影響 (8) 沒有扶手
 (9) 其他_____ (10) 無

9. 您就醫的診所是否設有電視機供觀賞：

- (1) 有 (2) 無

10. 在觀賞診所電視機時有何不順暢：(可複選)

- (1) 擺放位置過高 (2) 螢幕尺寸太小 (3) 音量過大或過小 (4) 擺放位置不易觀賞
 (5) 螢幕畫質不清楚 (6) 無法選擇撥放頻道 (7) 其他_____ (8) 無

11. 您就醫的診所是否有提供報章雜誌或書籍供閱讀：

- (1) 有 (1) 無

12. 在閱讀診所提供的報章雜誌或書籍時有何不滿意：(可複選)

- (1) 提供的數量不多 (2) 沒有定期更新 (3) 外觀破損 (4) 擔心病菌附著在上
 (5) 擺放位置不易取得 (6) 擺放凌亂 (7) 其他_____ (8) 無

13. 候診空間的燈光配置狀況為：

- (1) 光線太亮 (2) 光線太暗 (3) 光線適中

【三、候診空間心理狀況調查】

1. 在候診空間使用時有哪些不便或困擾的心理感受？(可複選)

- (1) 通風不良 (2) 空氣中有異味 (3) 環境吵雜 (4) 擔心病菌傳染
 (5) 隔音差 (6) 其他_____

2. 什麼因素讓您在候診空間時會感到較無安全感及隱私感：(可複選)

- (1) 大門玻璃透明 (2) 座椅間隔距離短 (3) 診察時未關門 (4) 個人資料透明化
 (5) 診所診察室隔音差, 病情容易外洩 (6) 其他_____

3. 診所候診空間氣氛給您的感受為：(可複選)

- (1) 冰冷 (2) 活潑 (3) 嚴肅 (4) 溫暖 (5) 煩悶 (6) 沒感覺
 (7) 其他_____

4. 診所候診空間內的燈光配色為：

- (1) 日光燈(白光) (2) 暖色系燈(黃光) (3) 日光燈、暖色系燈同時使用 (4) 其他_____

5. 診所候診空間內的燈光配色是否會影響您的就醫心情(感受)：

- (1) 是 (2) 否

6. 下列敘述是否能改善診所候診空間的氣氛：(可複選)

- (1) 使用多樣化的色彩 (2) 較多的燈光配置 (3) 使用暖色系光源 (4) 多採用木材質
 (5) 增加綠色植栽的配置 (6) 提供背景音樂 (7) 藝術品之擺設
 (8) 增加趣味性的圖案(例如:天花板的雲朵壁紙) (9) 其他_____

7. 您在就醫時之等候時間是如何掌握的?:(可複選)

- (1) 設有叫號顯示器 (2) 發放號碼牌 (3) 依經驗自行判斷
 (4) 無法掌握，只能一直等待 (5) 其他_____

8. 您是否滿意現在的候診空間整體規劃？

- (1) 是 (2) 否

【四、改善意識調查】

因應高齡需求，若不考慮經濟、空間因素，期望候診空間改建成符合大眾的需求，下列哪個選項是您所想要改善的項目：(複選)

- | | |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> (1) 候診空間更大一些 | <input type="checkbox"/> (2) 大門玻璃部分使用霧面處理 |
| <input type="checkbox"/> (3) 不要設有門檻 | <input type="checkbox"/> (4) 門檻前加裝安全設施 |
| <input type="checkbox"/> (5) 地板加裝防滑材質 | <input type="checkbox"/> (6) 候診空間內加裝安全扶手 |
| <input type="checkbox"/> (7) 設有個人座椅 | <input type="checkbox"/> (8) 使用軟質的座椅 |
| <input type="checkbox"/> (9) 更明確的空間指示 | <input type="checkbox"/> (10) 提供口罩 |
| <input type="checkbox"/> (11) 暖色燈光的使用 | <input type="checkbox"/> (12) 隔音設施加強 |
| <input type="checkbox"/> (13) 設置電視機 | <input type="checkbox"/> (14) 設置空氣清淨機 |
| <input type="checkbox"/> (15) 提供輪椅擺放區 | <input type="checkbox"/> (16) 衛教資訊定期更新、整理 |
| <input type="checkbox"/> (17) 設置叫號器 | <input type="checkbox"/> (18) 提供報章雜誌 |
| <input type="checkbox"/> (19) 播放背景音樂 | <input type="checkbox"/> (20) 環境消毒次數增加 |
| <input type="checkbox"/> (21) 使用自動門 | <input type="checkbox"/> (22) 提供乾洗手酒精 |
| <input type="checkbox"/> (23) 其它_____ | |

感謝您抽空填寫此問卷 謝謝

附錄 5：統計結果分析 (卡方檢定 p 值)

1. 年齡與影響候診空間使用行為之卡方檢定 ($p=0.000$)

卡方檢定^a

	數值	自由度	漸近顯著性 (雙尾)
Pearson 卡方	89.162 ^b	3	.000
概似比	82.019	3	.000
線性對線性的關連	48.564	1	.000
有效觀察值的個數	177		

a. 是否有效 = 有效

b. 1 格 (12.5%) 的預期個數少於 5。最小的預期個數為 3.56。

2. 年齡與自行判斷空間動線之卡方檢定 ($p=0.000$)

卡方檢定^a

	數值	自由度	漸近顯著性 (雙尾)
Pearson 卡方	19.141 ^b	3	.000
概似比	19.771	3	.000
線性對線性的關連	16.308	1	.000
有效觀察值的個數	177		

a. 是否有效 = 有效

b. 1 格 (12.5%) 的預期個數少於 5。最小的預期個數為 4.66。

3. 年齡與詢問醫療人員之卡方檢定 ($p=0.000$)

卡方檢定^a

	數值	自由度	漸近顯著性 (雙尾)
Pearson 卡方	30.938 ^b	3	.000
概似比	27.798	3	.000
線性對線性的關連	9.994	1	.002
有效觀察值的個數	177		

a. 是否有效 = 有效

b. 1 格 (12.5%) 的預期個數少於 5。最小的預期個數為 3.98。

4. 門檻有高低差與膝蓋關節退化之卡方檢定 ($p=0.000$)卡方檢定^a

	數值	自由度	漸近顯著性 (雙尾)	精確顯著性 (雙尾)	精確顯著性 (單尾)
Pearson 卡方	18.791 ^b	1	.000		
連續性校正 ^c	17.159	1	.000		
概似比	17.729	1	.000		
Fisher's 精確檢定				.000	.000
線性對線性的關連	18.685	1	.000		
有效觀察值的個數	177				

- a. 是否有效 = 有效
- b. 0 格 (0.0%) 的預期個數少於 5。最小的預期個數為 12.74。
- c. 只能計算 2x2 表格

5. 門檻有高低差與整體行動緩慢之卡方檢定 ($p=0.000$)卡方檢定^a

	數值	自由度	漸近顯著性 (雙尾)	精確顯著性 (雙尾)	精確顯著性 (單尾)
Pearson 卡方	62.350 ^b	1	.000		
連續性校正 ^c	58.970	1	.000		
概似比	55.063	1	.000		
Fisher's 精確檢定				.000	.000
線性對線性的關連	61.997	1	.000		
有效觀察值的個數	177				

- a. 是否有效 = 有效
- b. 0 格 (0.0%) 的預期個數少於 5。最小的預期個數為 8.80。
- c. 只能計算 2x2 表格

6. 大門開啟方式與大門開啟不便之卡方檢定 ($p=0.000$)卡方檢定^a

	數值	自由度	漸近顯著性 (雙尾)
Pearson 卡方	49.573 ^b	4	.000
概似比	58.127	4	.000
線性對線性的關連	34.137	1	.000
有效觀察值的個數	177		

a. 是否有效 = 有效

b. 3 格 (30.0%) 的預期個數少於 5。最小的預期個數為 .37。

7. 年齡與沒有扶手之卡方檢定 ($p=0.000$)卡方檢定^a

	數值	自由度	漸近顯著性 (雙尾)
Pearson 卡方	43.922 ^b	3	.000
概似比	38.606	3	.000
線性對線性的關連	13.466	1	.000
有效觀察值的個數	177		

a. 是否有效 = 有效

b. 1 格 (12.5%) 的預期個數少於 5。最小的預期個數為 3.56。

8. 長型 (共坐) 式座椅與共坐互相影響之卡方檢定 ($p=0.000$)卡方檢定^a

	數值	自由度	漸近顯著性 (雙尾)	精確顯著性 (雙尾)	精確顯著性 (單尾)
Pearson 卡方	15.962 ^b	1	.000		
連續性校正 ^c	14.765	1	.000		
概似比	16.136	1	.000		
Fisher's 精確檢定				.000	.000
線性對線性的關連	15.872	1	.000		
有效觀察值的個數	177				

a. 是否有效 = 有效

b. 0 格 (0.0%) 的預期個數少於 5。最小的預期個數為 33.92。

c. 只能計算 2x2 表格

9. 性別與診察時未關門之卡方檢定 ($p=0.022$)卡方檢定^a

	數值	自由度	漸近顯著性 (雙尾)	精確顯著性 (雙尾)	精確顯著性 (單尾)
Pearson 卡方	5.250 ^b	1	.022		
連續性校正 ^c	4.573	1	.032		
概似比	5.302	1	.021		
Fisher's 精確檢定				.032	.016
線性對線性的關連	5.221	1	.022		
有效觀察值的個數	177				

- a. 是否有效 = 有效
- b. 0 格 (0.0%) 的預期個數少於 5。最小的預期個數為 33.49。
- c. 只能計算 2x2 表格

10. 年齡與個人資料透明化是否影響隱私感之卡方檢定 ($p=0.013$)卡方檢定^a

	數值	自由度	漸近顯著性 (雙尾)
Pearson 卡方	10.717 ^b	3	.013
概似比	10.749	3	.013
線性對線性的關連	4.460	1	.035
有效觀察值的個數	177		

- a. 是否有效 = 有效
- b. 1 格 (12.5%) 的預期個數少於 5。最小的預期個數為 4.41。

11. 氣氛冰冷與候診空間燈光配色之卡方檢定 ($p=0.002$)卡方檢定^a

	數值	自由度	漸近顯著性 (雙尾)
Pearson 卡方	12.991 ^b	2	.002
概似比	14.852	2	.001
線性對線性的關連	8.139	1	.004
有效觀察值的個數	177		

- a. 是否有效 = 有效
- b. 0 格 (0.0%) 的預期個數少於 5。最小的預期個數為 5.76。

12. 年齡與藝術品之擺設之卡方檢定 ($p=0.000$)卡方檢定^a

	數值	自由度	漸近顯著性 (雙尾)
Pearson 卡方	19.011 ^b	3	.000
概似比	20.702	3	.000
線性對線性的關連	18.267	1	.000
有效觀察值的個數	177		

a. 是否有效 = 有效

b. 0 格 (0.0%) 的預期個數少於 5。最小的預期個數為 5.85。

13. 年齡與增加趣味性圖案之卡方檢定 ($p=0.000$)卡方檢定^a

	數值	自由度	漸近顯著性 (雙尾)
Pearson 卡方	18.942 ^b	3	.000
概似比	19.910	3	.000
線性對線性的關連	17.467	1	.000
有效觀察值的個數	177		

a. 是否有效 = 有效

b. 0 格 (0.0%) 的預期個數少於 5。最小的預期個數為 5.25。

14. 年齡與是否滿意候診空間整體規劃之卡方檢定 ($p=0.000$)卡方檢定^a

	數值	自由度	漸近顯著性 (雙尾)
Pearson 卡方	28.258 ^b	3	.000
概似比	29.903	3	.000
線性對線性的關連	13.315	1	.000
有效觀察值的個數	177		

a. 是否有效 = 有效

b. 0 格 (0.0%) 的預期個數少於 5。最小的預期個數為 5.93。

15. 整體行動較為緩慢與不要設有門檻之卡方檢定 ($p=0.000$)卡方檢定^a

	數值	自由度	漸近顯著性 (雙尾)	精確顯著性 (雙尾)	精確顯著性 (單尾)
Pearson 卡方	16.526 ^b	1	.000		
連續性校正 ^c	15.063	1	.000		
概似比	16.803	1	.000		
Fisher's 精確檢定				.000	.000
線性對線性的關連	16.433	1	.000		
有效觀察值的個數	177				

a. 是否有效 = 有效

b. 0 格 (0.0%) 的預期個數少於 5。最小的預期個數為 16.96。

c. 只能計算 2x2 表格

16. 擔心病菌傳染與期待設置空氣清淨機之卡方檢定 ($p=0.000$)卡方檢定^a

	數值	自由度	漸近顯著性 (雙尾)	精確顯著性 (雙尾)	精確顯著性 (單尾)
Pearson 卡方	13.756 ^b	1	.000		
連續性校正 ^c	12.422	1	.000		
概似比	13.304	1	.000		
Fisher's 精確 檢定				.000	.000
線性對線性的 關連	13.678	1	.000		
有效觀察值的 個數	177				

a. 是否有效 = 有效

b. 0 格 (0.0%) 的預期個數少於 5。最小的預期個數為 14.95。

c. 只能計算 2x2 表格