

國立臺灣大學公共衛生學院公共衛生學位學程

碩士論文

Department or Graduate Institute of Public Health Degree Program

College of public health

National Taiwan University

Master Thesis

探討大腸鏡檢查滿意度與追蹤意願之相關性

The Relationship between Patient Satisfaction with
Colonoscopy and Willingness to Return for Colonoscopy
-In Northern Regional Teaching Hospital

罕華發

Hwa-Fa Han

指導教授：鍾國彪博士

Kuo- Piao Chuang, Ph.D

中華民國 108 年 7 月

July 2018



國立臺灣大學碩士學位論文
口試委員會審定書

探討大腸鏡檢查滿意度與追蹤意願之相關性

—北部某地區教學醫院為例

The Relationship between Patient Satisfaction with Colonoscopy and
Willingness to Return for Colonoscopy
-In Northern Regional Teaching Hospital

本論文係 罕華發 君（學號 R01847047）在國立臺灣
大學公共衛生碩士學位學程完成之碩士學位論文，於民國
108 年 07 月 22 日承下列考試委員審查通過及口試及格，特
此證明。

口試委員：

鍾國亮

（簽名）

（指導教授）

游永豐

廖明光

謝辭

想感謝的人很多，首先要感謝指導教授鍾國彪教授，於就讀碩士班期間給予多方的鼓勵與支持。感恩在這論文撰寫的過程，老師在百忙中，仍耐心的給我啟發，從論文架構的擬定與修正，直到碩士論文的完成，令我受益良多，均承蒙恩師的指導與包容，在此致上最誠摯的敬意與感謝。人生失落低潮之際，教授更敞開大門仍協助指導與鼓勵讓我持續執行研究的動力，如今才得以順利完成碩士學位。

感謝辛苦的口試委員，鍾國彪教授、游宗憲老師及董明先老師對本論文細心指正，提出許多寶貴意見，使本論文得以更完美，在此致上最誠摯的感恩。

感謝公衛系所有授課教授、老師以及曾經幫助過我的每一個人，致上最高的敬意與感謝。

感謝寶貴意見及參與自擬式結構性問卷設計至國內專家學者。

感謝研究求學生涯中，諸位學長姐、同學和學弟妹的互相關懷與協助。

感謝醫院長官鼓勵及給機會向上學習。

感謝協助陪伴我走過這段研究所期間鼓勵我的同事才能使我順利完成學業，我要特別感謝碩士求學生涯這段時間，給予我包容與體諒及生活上最大支持我的家人。

研究生：罕華發

中文摘要

背景：根據國民健康署統計，民國 95 年以來大腸癌，為所有癌症發生人數的第一名，每年發生人數約計 14,000 人，每年因大腸癌死亡人數超過 5,000。早期發現大腸直腸癌前病變及去除癌前病變降低大腸癌發生率。早期發現大腸直腸癌，增加存活率及可下降大腸癌死亡率。糞便潛血檢查是篩檢大腸癌方法之一，糞便潛血檢查陽性個案需大腸鏡檢查確診。大腸鏡檢查是公認診斷大腸直腸癌最好的工具，在大腸鏡檢查的同時也可以進行治療。國內，大腸癌篩檢全國僅有約 33%，大腸癌篩檢為陽性個案，接受後續確診率約 60%，糞便潛血檢查陽性個案大腸鏡檢查確診率低仍有很大的努力空間。大腸直腸癌篩檢後，根據大腸直腸癌的篩檢與追蹤的指引，病人需進行後續大腸鏡追蹤檢查。但是在進行大腸鏡檢查時，患者往往會覺得，腹部脹，腹痛和不適，這也是一般民眾恐懼大腸鏡檢查的最大原因之一。提升糞便潛血檢查陽性個案接受後續確診率及根據大腸直腸癌指引後續大腸鏡追蹤檢查是提升大腸癌防治及治療成效的重要問題。

目的：研究目的是由顧客的觀點來評量，顧客對大腸鏡檢查之了解及實質需求，並從中探討為顧客創造更具價值的大腸鏡檢查服務需求。希望提供研究單位作為提升大腸鏡檢查服務品質之依據及進一步提升顧客對大腸鏡檢查篩檢意願及追蹤意願。

方法：自擬式結構性問卷作為滿意度調查之研究工具。問卷內容包含人口基本資料，就醫屬性，大腸鏡檢查前衛教及準備，檢查過程中流程及感受，大腸鏡檢查之整體滿意度，大腸鏡追蹤之意願。

個案的收集以新北市某地區教學醫院為收案場所，45 至 75 歲之間病患，收案時間由 107 年 5 月至 107 年 9 月，採立意取樣進行滿意度調查。本次研究共發出 300 份問卷，回收 300 份問卷，剔除填答不完全的問卷後，共 294 份有效問卷進行統計分析。

結果：研究結果顯示年齡、性別、教育程度、就醫動機、過去檢查經驗、本次檢查醫療處置與大腸鏡檢查滿意度無相關。職業、居住地、本次檢查麻醉方式與大腸鏡檢查滿意度有部份相關。年齡、教育程度、職業、居住地與再次接受大腸鏡檢查意願無相關。男性再次接受大腸鏡檢查意願高於女性。大腸直腸癌增加性風險群、未曾接受過大腸鏡檢查者、再次接受大腸鏡檢查意願有相關。

結論：研究結果顯示男性、大腸直腸癌增加性風險群、未曾接受過大腸鏡檢查者與再次接受大腸鏡檢查意願有相關。87.4%的就醫民眾願意再次接受大腸鏡檢查。



關鍵字：大腸直腸癌 (Colorectal cancer, CRC)；大腸鏡 (Colonoscopy)；麻醉 (Anesthesia)；病患滿意度 (Satisfaction) 篩檢 (Screening)；追蹤 (Surveillance)

ABSTRACT

Background: Cancer is the first leading cause of death in Taiwan, from 2007 to now colorectal cancer has taken the first place in incidence of cancer and more than 5000 people had die from colorectal cancer every year. Early colon cancer had no specific symptom, early detection and treatment of precancerous lesion of colon and rectum, reduced incidence of colorectal cancer incidence. Early detection and treatment of colorectal cancer will reduce colorectal cancer mortality and may improve survivor.

In Taiwan colon cancer surveillance program by iFOBT (immunochemical Fecal Occult Blood Test) with colonoscopy examination for those iFOBT positive person fulfil for early detection and treatment of precancerous lesion of colon, rectum and colorectal cancer. But according to National Health Bureau statistic data only 33% of population age between 50 to 70 years in Taiwan received iFOBT surveillance and only 60% of positive iFOBT followed colonoscopy examination, relatively low follow up colonoscopy examination rate. Further need to enhancing colonoscopy follow up is needed. According to Guidelines for colonoscopy surveillance after screening and polypectomy, patient need follow up colonoscopy at different interval. Discomfort and pain during colonoscopy examination is factors to overcome to increase screening colonoscopy and follow up colonoscopy.

Objective: .To search factors effecting patient satisfaction during colonoscopy and relationship between patient satisfaction and willingness to come back colonoscopy. To enhance colon cancer screening and follow up colonoscopy

Method: We use self-structured questionnaire to measure factors effecting satisfaction for colonoscopy and willing to come back colonoscopy again. Patient satisfaction questionnaire for analysis included patient demographic, reason for

colonoscopy, understanding of pre-colonoscopy preparation, satisfaction during colonoscopy, overall satisfaction and willing to come back again for colonoscopy.

The study was conducted at New Taipei regional teaching hospital, patients age between 45 to 75 years old were included, 300 questionnaire were collected from patients who had colonoscopy during 2018 May to september and exclude uncompleted questionnaire. The 294 questionnaire were conducted statistical analysis.

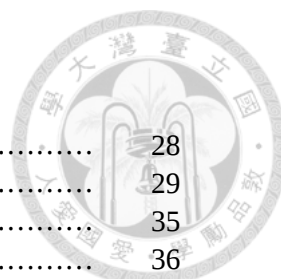
Result: This study found age, sex, education levels, aim of colonoscopy examination, past colonoscopy experience and therapeutic manipulation during colonoscopy had no correlation with colonoscopy satisfaction. The occupation, residents, method of colonoscopy (anesthesia or non- anesthesia) had partly related to colonoscopy satisfaction. The age, education level, occupations, and residents were not associated with willing to come back colonoscopy again. The Male sex, higher colon cancer risk population, past colonoscopic experience had associated with willing to repeat colonoscopy.

Conclusion: Patient satisfaction is key factor of patient loyalty and willing to come back for colonoscopy. The Male sex, higher colon cancer risk population, past colonoscopic experience had associated with willing to come back again for colonoscopy. The 87.4% of patient in our study had willing to come back again for colonoscopy.

Keywords: Colorectal cancer; Colonoscopy; Anesthesia; Patient satisfaction; Screening; Surveillance.

目錄/ Contents

口試委員會審定書	i
誌謝	ii
中文摘要.....	iii
英文摘要.....	iv
第一章 緒論.....	1
第一節 實習單位簡介	1
第二節 研究背景與動機	4
第三節 研究目的與研究問題	12
第四節 名詞釋義	12
第二章 文獻探討.....	14
第一節 滿意度之定義	14
第二節 影響病患滿意度相關因子	16
第三節 大腸鏡檢查滿意度相關因素	20
第四節 顧客滿意度與顧客忠誠度關係	22
第三章 研究方法.....	25
第一節 研究架構與假設	25
第二節 研究對象	26
第三節 研究設計	26
第四節 研究工具	27
第五節 資料處理與分析	30
第六節 研究流程	31
第四章 研究結果.....	34
第一節 基本資料	34
第二節 描述性統計分析	37
第三節 就醫民眾基本資料在整體滿意度及再次追蹤意願之差異分析	44
第四節 滿意程度與再次追蹤意願之相關分析	54
第五節 差異化分析之小結	55
第五章 討論.....	56
第一節 資料收集	56
第二節 研究假說驗證	56
第三節 研究結果討論	57
第四節 研究限制	61
第六章 結論與建議.....	63
第一節 結論	63
第二節 建議	63
中文參考文獻.....	65
英文參考文獻.....	69
附錄一：天主教耕莘醫療財團法人耕莘醫院人體試驗委員會審查通過書.....	74
附錄二：大腸鏡滿意度與大腸鏡追蹤意願問卷調查表.....	76
附錄三：專家內容效度問卷（自擬式結構性問卷）.....	79
附錄四：自擬式結構性問卷參與專家效度專家人員名單.....	86

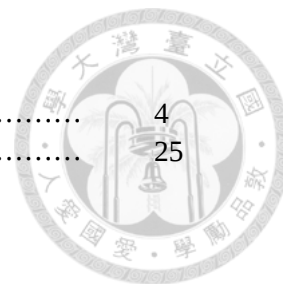


表目錄

表 3-1	自變項操作型定義.....	28
表 3-2	依變項操型定義.....	29
表 4-1	個人屬性基本資料.....	35
表 4-2	就醫屬性基本資料.....	36
表 4-3	檢查前衛教瞭解程度描述性統計分析.....	37
表 4-4	檢查中滿意程度描述性統計分析.....	40
表 4-5	檢查中不適程度描述性統計分析.....	42
表 4-6	檢查後滿意程度描述性統計分析.....	43
表 4-7	檢查後滿意程度描述性統計分析.....	43
表 4-8	就醫民眾性別在檢查滿意程度之差異分析.....	44
表 4-9	就醫民眾年齡在檢查滿意程度之差異分析.....	45
表 4-10	就醫民眾教育程度在檢查滿意程度之差異分析.....	46
表 4-11	就醫民眾職業在檢查滿意程度之差異分析.....	47
表 4-12	就醫民職業（居住地）在檢查滿意程度之差異分析.....	48
表 4-13	就醫民眾就醫動機在檢查滿意程度之差異分析.....	49
表 4-14	就醫民眾過去檢查經驗在檢查滿意程度之差異分析.....	50
表 4-15	就醫民眾本次檢查麻醉方式在檢查滿意程度之差異分析.....	50
表 4-16	就醫民眾本次檢查醫療處置程度在檢查滿意程度之差異分析.....	51
表 4-17	就醫民眾個人屬性、就醫屬性與再次追蹤意願之差異分析.....	53
表 4-18	滿意程度與再次追蹤意願之相關分析.....	54
表 4-19	差異分析之小結.....	55
表 5-1	研究假設一、研究假設二、研究假設三的驗證結果.....	56

圖目錄

圖 1-1 永耕組織圖.....	4
圖 3-1 研究架構圖.....	25



第一章 緒論



第一節 實習單位特色與簡介

天主教永和耕莘醫院（以下稱永耕）位於新北市永和區，人口密度高，獲醫策會評鑑為地區教學醫院。此次實習單位遍及永耕各特色發展區域，第一個月在企劃室實習，學習針對醫院整體經營發展，進行策略性的分析、及展開各項專案；第二個月在健康促進中心，此為永耕身為健康促進醫院所成立，積極推動員工、社區鄰里、民眾健康促進各項活動；第三個月在長照部，此為永耕在長照領域發展成熟後成立之資源整合部門，藉此展開國家長照政策各項服務；第四個月永耕委託經營的長照機構，包含有失能、失智、安養、養護、身心障礙等型態。

永耕的前身，是在民國 48 年時，由天主教聖母聖心傳教修女會在臺北市大埔街創立的一家小型診所，提供當地貧病地區民眾基本的醫療服務，其後民國 51 年亦在萬華東園街成立一所婦幼醫院並命名為「天主教聖若瑟醫院」。隨著社會環境改變，聖若瑟醫院的設備日漸不敷需求，在天主教台北總教區總主教同意下，由聖母聖心傳教修女會將永和中興街現址土地及部分基金捐贈給台北總教區，成立「耕莘醫院永和分院」，於 70 年 12 月舉行動土奠基典禮，興建地上六層、地下一層的醫療大樓。72 年 7 月 18 日醫療大樓落成啟用，更名為「財團法人天主教耕莘醫院永和分院」，開始發展內、兒、婦、外各科急性醫療，更與新店耕莘醫院合作，為座落不同兩地之同一體系醫院，兩院醫師、醫事、護理、行政等各部門之聯繫與交流極為密切，學術教學活動亦大多合併舉行，彼此支援，共同成長。74 年通過地區教學醫院、總病床數 315 床、總員工人數 700 人。病人來自各地、其中又以新北市永和區最多。為了提供更好的服務品質，永耕於民國 92 年動工興建地上 12 層、地下 3 層的住院大樓，96 年 4 月完工啟用，作為住院、急診及檢查之用；而地上 7 層、地下 1 層的舊大樓同年展開整修，97 年 4 月完成修繕，以門診、血液透析、復健、健康檢查為主要服務項目。近年來，在急性醫療實力穩固後，



修女將關注的重點放在社會亟需，卻最受忽略與冷落的服務上，開始承辦機構型長期照護，包括濟助老弱婦殘（愛德養護中心、愛維養護中心、聖若瑟失智老人養護中心、至善老人安養護中心、朱崙老人公寓、大龍老人住宅、臺北市永福之家等），並支援醫療資源貧乏區（關懷三峽外勞、辦理內蒙、陝北醫護培訓班），落實永耕貧病弱勢關懷的使命。

為提供在地化之心臟疾病、腦血管疾病、嚴重創傷的緊急醫療服務，於民國 101 年通過「中度急救責任醫院之醫院緊急醫療能力分級評定」，透過妥善的救護及安排適當他院轉診，使社區民眾生命安全更具保障。而針對國人重大死因之一的心臟血管疾病，105 年成立的「心導管中心」，經過三年來的運作，已累積豐富經驗及良好成效，並推行 24 小時的服務，讓最常發生在深夜、凌晨的心血管急症病人，不必跨區轉院，而能立即獲得適當診治，把握黃金救援時間，以挽回更多病人的健康。此亦肯定永耕具有區域級醫院水準的急診醫療能力。為守護社區民眾的安全及健康，針對長者就醫便利性，強化就醫環境軟硬體設備，包括檢查動線、指標易讀性、防跌設施、高齡友善就醫號（優先看診）等貼心設計，進而榮獲高齡友善醫院認證的肯定。為紮根社區的健康照護服務，目前已與永和區十一個里合作成立「健康守護站」，就近提供鄉親健康諮詢、血壓量測、輔具租借等服務。而專為預防、延緩失智所成立「瑞齡社區服務據點」，也正式揭牌，藉由豐富的活動及身腦適能課程，避免長輩退化、提供家屬喘息。107 年永耕董事會通過新修正的醫院願景『醫療傳愛、發揚基督博愛精神，成為全國社區健康醫院的標竿』，明訂未來四大目標：一、發揮社區健康醫院特色，提供優質急重症醫療；二、建置連續、整合的社區預防照護網絡；三、提供全方位與多元化的長期照顧；四、實踐身心靈全人關懷，守護弱勢族群。秉持天主教會醫院使命，以『愛主愛人、四全照護』的理念，連結中永和區 60 萬民眾及其他弱勢團體之需求，積極發展多元醫療及服務，以建構全方位健康照護網絡。

永和耕莘醫院提供優質急重症醫療、推動社區健康促進、建置連續醫療照護、整合社區預防照護、提供全方位與多元化的長期照顧、實踐身心靈全人關懷、守

護弱勢族群照顧。四全照護理念基礎下（全人、全家、全程、全隊）來提供全方位醫療服務。永和耕莘醫院積極配合新北市政府推動老人健康檢查、長期照顧、疫苗注射、整合性篩檢、癌症篩檢等公益活動、近年來更積極推動長期照護及社區健康促進成效卓著。社區服務方面年年評鑑優等、推動健康促進醫院領域、已成為世界衛生組織健康促進網絡會員的醫院。

本次實習主要在企劃室，企劃室編制主任 1 名專員 3 名，皆為碩士學位，主要負責醫院發展分析及方案的規劃、建議，整合醫院現有資源。業務內容包含有 1.本院優勢精益、劣勢改善、創造機會、挑戰威脅等各項方案之企劃與推動；2.內部各單位業務規劃之協助與成效追蹤；3.追蹤全院各科部作業標準規範等。

除此之外，有鑑於永和耕莘醫院的多元發展及政策導向，亦在實習期間，到健康促進中心接觸與醫療專業不同的業務，健康促進中心為 1 棟 4 層樓的建築，1 樓開放社區民眾聚會，備有血壓、血氧、血糖、體重等量測設備，供社區民眾使用。健康促進管理師主要工作內容為 1. 健康促進業務推動，含員工健康促進及社區健康促進；2. 各項健康促進活動推展，如：整合性篩檢、母親節活動、社區營造；3. 整合團隊規劃健康促進及預防照護專案計畫；4. 拓展社區健康守護站，培養民眾健康識能的重要，落實自我健康管理。

近期因應人口老化、政策發展，永和耕莘醫院也開始提供居家、社區的長照服務，在企劃室的安排下，接觸永和耕莘醫院長照 2.0 業務，如 A 級單位-社區整合型服務中心、B 級單位-照顧服務、C 級單位-巷弄長照站、松柏居家醫療照護計畫及預防延緩失能方案計畫之執行、失智社區據點及居家服務之營運。亦前往醫院委託經營的長照機構，5 家長照機構包含身障、安養、養護、失智、老人公寓等服務，各長照業務、機構，各司其職，致力完善各項長照服務。

透過永和耕莘醫院在健康醫院扮演的角色，推動的各項篩檢業務，銜接本研究動機，探討就醫民眾滿意度與大腸鏡檢查之相關性，且考量大腸癌早期發現、早期治療之癒後，亦可推展至各長照服務對象，以達全民康健之目標。

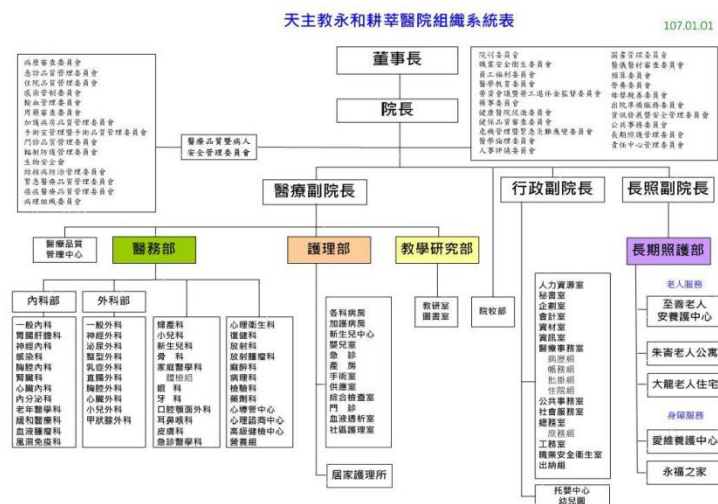


圖 1 永耕組織圖

第二節 研究動機與背景

永和耕莘醫院積極配合新北市政府推動整合性篩檢、癌症篩檢等公益活動。永和區是台灣人口密度最高的區域、永和區總人口 229,062 人工作年齡(15-64 歲)人口數為 169,585 人，約佔本區總人口數之 74.03% (中華民國內政部戶政司全球資訊網，2015)。實習單位之顧客為永和區最多，推動預防保健、健康促進及癌症篩檢極為重要。人口密度高及工作年齡人口數多所以永和區推動大腸癌症篩檢為很重要的議題。探討顧客參加大腸癌篩檢相關因素，大腸鏡檢查需求及影響病患滿意度相關因素，滿足顧客需求來提升大腸鏡檢查篩檢及追蹤。

根據 2011 年衛生署的統計資料，台灣罹癌人數不斷增加、其中又以大腸癌的罹患人數最多、平均每三十七分鐘就有一人得到大腸癌、台灣的大腸癌發生率已經是世界第一了。十大癌症之中、大腸癌長期盤踞在台灣男性首位，女性第二位(癌症防治組，2018)。大腸直腸癌是一個常見且死亡率高的疾病、根據國民健康署統計，至民國 95 年以來、大腸癌為所有癌症發生人數的第一名、且呈現每年快速增加的趨勢，每年發生人數約計 14000 人。大腸癌死亡人數為十大癌症死亡原因的第三位，每年因大腸癌死亡人數超過 5,000 人(孔憲蘭，2010;歐吉性等，2012;癌症防治組，2018)。民國 97 年大腸直腸癌死亡率男與女分別為 21.3 人 及 15.7



人/每十萬人（歐吉性等，2012）。根據癌症登記統計顯示、大腸癌發生人數從 84 年的 4,217 人、標準化發生率為每 10 萬人口 22.9 人、95 年發生人數首次超越肝癌、成為我國癌症發生人數最多的癌症、發生人數已超過 15,000 人、104 年標準化發生率為每 10 萬人口 43.0 人，標準化發生率上升 87.8%。死亡人數從 84 年的 2,469 人、標準化死亡率為每 10 萬人口 13.3 人、105 年已增至 5,722 人、標準化死亡率為每 10 萬人口 14.6 人，標準化死亡率上升 9.8%。大腸癌發生率及死亡率上升是國人健康之重要問題、大腸直腸癌如果早期（侷限性大腸直腸癌 localized）被診斷治療、五年的存活率高達 90%、相對於晚期大腸直腸癌（遠端轉移 distal metastasis）五年存活率只有 10%。大腸癌主要是由大腸內的腺瘤瘰肉癌化所造成、因此能早期發現腺瘤瘰肉予以切除、可以減少大腸癌的發生。大腸癌早期並無症狀，早期發現和早期治療大腸直腸癌前病變或癌症，減少大腸癌發生率增加存活率及可下降大腸癌死亡率。

大腸癌進程分為五期：

0 期：原位癌，指病變局限在上皮細胞層或只侵犯到腸道黏膜的表面，沒有遠處轉移。

I 期：腫瘤侵犯到黏膜下層或肌肉層，沒有局部淋巴結之轉移，沒有遠處轉移。

II 期：腫瘤穿透肌肉層進入大腸外的覆蓋層或脂肪層，甚至侵犯其他器官，但沒有局部淋巴結之轉移，沒有遠處轉移。

III 期：腫瘤侵犯其他器官，若有 1~3 個局部淋巴結轉移屬於 III A 期，四個以上則屬於 III B 期，沒有遠處轉移。

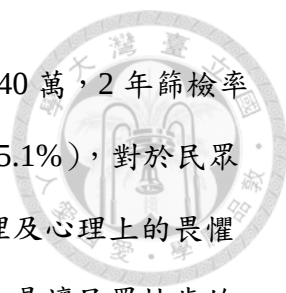
IV 期：癌細胞已侵犯到身體其他器官，如肺、肝或骨頭。

資料顯示 0-1 期大腸癌治療五年存活率高達 8 成以上（81.3-85.5%），第三期大腸癌五年存活率則不到 6 成（59.1%）（Chiu, Chen, & Yen, 2015）。根據我國衛生統計，台灣地區零至第四期大腸直腸癌的五年存活率分別為 85.5、81.3、71.3、59.1 及 11.4%，而根據國民健康署 2012 年的統計資料顯示該年因篩檢所偵測到的大腸



癌有 60.1% 為零期至二期的癌症，加上癌前病變更可高達 89.2%，相較於未接受篩檢族群所診斷的大腸癌僅有 31.6% 為零期至二期，足足相差有 28.6-57.3% 之多。國民健康署近期呈現 2004 年至 2009 年接受篩檢個案其大腸直腸癌死亡率相較於從未接受篩檢族群，在平均追蹤 3.1 年之下足足相差了 10% 之多，預期在更長的追蹤之下差異會更大，而整個人口裡接受過大腸直腸癌篩檢的民眾比例提升，不僅僅這個死亡率下降的幅度會更大，整個台灣地區大腸直腸癌死亡率的下降也指日可待。(癌症防治組，2018)。藉由定期接受大腸癌篩檢而早期發現早期治療，據歐美國家經驗，每一至二年糞便潛血篩檢約可下降 14% 至 33% 的大腸癌死亡率 (Jack, 1996; Hardcastle, Chamberlain, & Robinson, 1996; Hewitson, Glasziou, & Irwig, 2007; Faivre, Dancourt, & Lejeune, 2004)。在美國推行的是 50 歲以上的大腸鏡篩檢，從西元 2000 年到 2015 年的大腸鏡篩檢普及率翻了三倍 (從 21% 到 60%)，而大腸直腸癌的發生率從 2004 至 2013 年，每年下降 3%，發生率在男女分別為每 10 萬人 46.9 和 36.5 人 (Rebecca, 2017)。國民健康署分析 99 年大腸癌篩檢資料顯示，99 年有近 100 萬名 50-69 歲民眾接受糞便潛血檢查 (21.4%)，其中陽性個案 69,024 人 (4%)，有 46,374 人 (約 67%) 接受進一步大腸鏡確診檢查，共發現大腸癌 1,979 人，亦即每 23 個陽性個案，可發現 1 名大腸癌個案，另發現息肉 20,381 人，約每 2 個陽性個案，可發現 1 名息肉個案，這些個案只要切除息肉，即可避免進展成大腸癌 (癌症防治組，2018; Chiu, Chen, & Yen, 2015)。國民健康署及國立台灣大學公衛學院研究團隊進行追蹤 6 年 (93 至 98 年；平均 3.1 年)，將篩檢資料檔與癌症登記、死因檔聯結，比較篩檢組及未篩檢組死於大腸癌的風險。結果顯示定量免疫法糞便潛血檢查 (FIT) 篩檢在篩檢率為 21.4%，且其中的定期複篩率為 30% 時，即可降低「篩檢組」死亡風險 10%，若篩檢率達 60%，則篩檢組可降低 36% 死亡率 (Chiu, Chen, & Yen, 2015)。

在台灣，自民國 93 年開始推動大腸直腸癌篩檢，對象為 50-69 歲民眾，初期每年一次，之後限於經費改為每兩年一次，並追蹤陽性個案，以確保陽性個案能接受大腸鏡或乙狀結腸鏡加大腸鉬劑攝影以確診與接受治療。民國 93-97 年此大腸



直腸癌篩檢政策的執行成果不盡理想，每年完成篩檢人數約 20-40 萬，2 年篩檢率僅 10%，曾經篩檢一次之涵蓋率為 20.8%（男性 16.3%，女性 25.1%），對於民眾接受篩檢率的低落及轉介率低的原因，可能是對於篩檢產生生理及心理上的畏懼以及篩檢的不方便性，另外，大腸鏡檢查安全性與舒適性或許也是讓民眾怯步的原因（歐吉性等，2012）。自 99 年起納入預防保健服務項目，正式於全國推行，於 102 年 6 月起將篩檢年齡調查為 50-74 歲。依據本署資料統計，106 年 50-69 歲民眾近 2 年曾接受糞便潛血檢查比率達 41.0%。（癌症防治組，2018）。目前糞便潛血檢查，篩檢率約 4 成，仍有 6 成民眾未篩檢。根據國健署調查，民眾不願篩檢的原因，以「認為沒症狀，不必要」居多，佔 43.3%。其次依序為「沒時間」（16.5%）及「沒有原因，就是不想篩檢」（15.7%）。

早期發現和早期治療大腸直腸癌前病變或癌症，增加存活率及可下降大腸癌死亡率，仍有 6 成民眾未接受糞便潛血檢查篩檢及大腸鏡檢查確診。提升大腸癌篩檢率仍有很大的努力空間。大腸直腸癌篩檢後，根據大腸直腸癌的篩檢與追蹤的指引，病人需進行後續大腸鏡追蹤檢查（李嘉龍，2010；曾嘉慶、李嘉龍、吳啟華，2009）。如何協助國人提升接受大腸鏡檢查及追蹤大腸鏡檢查意願是提升大腸癌防治及治療成效的重要關鍵。

大腸癌篩檢方法有

1. 糞便潛血檢查（fecal occult blood test，FOBT）

I：傳統式的化學檢查方法（guaiac-based FOBT，gFOBT），

II：免疫化學分析法（immunochemical FOBT，iFOBT 或 fecal immunochemical test，FIT），

2. 糞便去氧核糖核酸檢查（stool DNA，sDNA），

3. 下消化道攝影（double contrast barium enema），

4. 乙狀結腸鏡檢查（flexible sigmoidoscopy），

5. 全大腸鏡檢查（colonoscopy），

6. 電腦斷層虛擬大腸鏡（CT colonography，CTC or virtual colonoscopy）



7. 膠囊內視鏡 (capsule endoscopy)

目前國健署大腸癌篩檢方法是，全面提供 50-69 歲民眾每二年 1 次大腸癌篩檢，糞便潛血檢查（定量免疫化學分析法 immunochemical FOBT、iFOBT 或 fecal immunochemical test，FIT）。糞便潛血陽性個案進行全大腸鏡檢查確診。糞便潛血檢查是用免疫法，不需飲食限制，因此相當簡單方便，但糞便潛血檢查並非百分之百，所以當有任何異狀時，仍應找專科醫師做必要檢查。如果糞便潛血檢查呈陽性時，應進一步接受大腸鏡確診和治療。確診方式以大腸鏡檢查為主，其好處是檢查過程如有發現病兆或瘻肉時，可以直接取樣做切片或是將它切除。

1. 糞便潛血檢查 (fecal occult blood test, FOBT)：

I：傳統式的化學檢查方法 (guaiac-based FOBT, gFOBT)，用 gFOBT 篩檢已有研究證實可減低大腸癌的死亡率，最早的一篇研究顯示，每年接受糞便篩檢，若是陽性再進一步進行大腸鏡檢，在 13 年的追蹤可下降 33% 的死亡率；若是每兩年一次的糞便篩檢，18 年後則可下降 21% 的死亡率 (王嵩屹, 2008)。優點為便宜、方便；缺點則是檢測結果易受飲食影響造成偽陽性 (如紅肉) 與偽陰性 (如維生素 C)，而限制飲食可能會降低民眾對此篩檢方法的順從性，本檢測方式對於偵測息肉並非一個很好的方法，它對進階型腺瘤的敏感度遠低於對大腸癌的敏感度；而過多的偽陽性則增加了許多不必要的大腸鏡檢與民眾的擔憂。

II：免疫化學分析法 (immunochemical FOBT, iFOBT 或 fecal immunochemical test, FIT)：糞便免疫化學分析法比起 gFOBT, FIT 提供較高的特异性，主要是因這檢測方式只對人的血液成分有反應，不受上消化道出血或食物影響，這個篩檢方法已有許多研究證明對於進階型腺瘤及早期大腸癌的敏感性都比 gFOBT 高；而這個方法也是目前政府推行的大腸癌篩檢所使用的糞便潛血檢測法。

2. 全大腸鏡檢查 (colonoscopy)：全大腸鏡檢查可直接看到大腸黏膜且可針對看到的息肉或腫瘤做切除或切片；此檢查也比乙狀結腸鏡的檢查更完整，所以推測應有較好的結果。尤其在台灣，全大腸鏡的費用並不高，只要在可取得的狀況

下，這是一個值得被推薦的篩檢方式。全大腸鏡檢查的主要缺點為較不舒服、有穿孔或出血的併發症，另外清腸準備與執行檢查醫師的素質影響檢查的準確度。

大腸腺瘤是被認為是大腸癌之前身。而大腸腺瘤是否會併發大腸癌，與它的病理分類、大小有關。依腺瘤之大小而言，小於 0.5 公分的腺瘤極少會併發大腸癌，0.5 公分到 1 公分的腺瘤有 0.9% 的機會會併發大腸癌，1 到 2 公分的腺瘤有 5%-10% 的機會會併發大腸癌，而大於 2 公分的腺瘤有 10%-50% 的機會會併發大腸癌。依腺瘤之病理分類而言，管狀腺瘤有 2.8% 會併發大腸癌，管狀絨毛樣腺瘤有 8.4% 會併發大腸癌，絨毛狀腺瘤有 9.5% 會併發大腸癌（Brenner, Chang-Claude, Jansen, Seiler, & Hoffmeister, 2012）。影像學或內視鏡的檢測也可直接檢視腸黏膜上的息肉，並進一步的在息肉出現惡性變化前就把它移除而預防癌症的產生。定期大腸癌篩檢並依篩檢結果或病人疾病，病史需求接受大腸鏡檢查確診，是防治大腸癌的重要關鍵。大腸直腸癌只要藉由篩檢與追蹤，儘早診斷就可以及治療局限性大腸直腸癌或癌前息肉。長庚醫院蘇銘堯團隊使用內視鏡的治療方式治療了 9,534 大腸直腸腫瘤病灶，並追蹤了 6~71 個月不等，沒有發現因內視鏡治療而死亡或復發的病例，所以內視鏡治療大腸直腸腫瘤是一個簡單又有效的方法；也就是大腸直腸癌可以藉由篩檢與追蹤而達到早期診斷，早期治療，讓病患更快恢復，減少住院天數和醫療開銷（曾嘉慶等，2009）。大腸癌若發現得早是可以完全治療的，而如果能將癌前病灶去除，理論上更是可預防大腸癌的發生。因此大腸癌的篩檢及監測乃是基於以下理由：（1）大部分的大腸癌是由瘻肉轉變而來的；（2）研究顯示如能定期發現並切除瘻肉，可有效降低百分之九十的大腸癌；（3）由篩檢發現的大腸癌中，早期癌比率較高，較有可能完全治癒；（4）瘻肉、早期癌大部分完全無症狀，必須靠主動的篩檢才得以發現（臺灣癌症臨床研究合作組織，2010）。雖然大腸鏡篩檢增加存活率及可下降大腸癌死亡率，部分病人無法接受大腸鏡檢查，在美國大腸癌篩檢率約 65%，在歐洲 19~54%（徐東寶, 2007），加拿大是全民健保之國家，大腸癌篩檢率也只有 21.1%~36.3%（林獻鋒，2001）。國內，大腸癌檢驗全國僅有約 33% 篩檢為陽性個案，接受後續確診率約 60%，此結果顯示於大腸癌

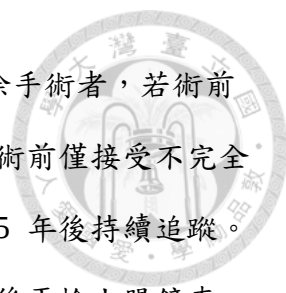


及陽性個案確診率上仍有很大的努力空間（孔憲蘭，2010；歐吉性等，2012）。對於民眾接受篩檢率的低落及轉介率低的原因，可能是對於篩檢產生生理及心理上的畏懼以外，大腸鏡檢查安全性與舒適性或許也是讓民眾怯步的原因（歐吉性等，2012）。檢查前須腸道準備不易，檢查中、後疼痛及不適，害怕、焦慮及為難等原因，不願接受大腸鏡檢查（朱永華，1995；衛生福利部）。民眾拒絕確診（做大腸鏡）因素有：認知問題，害怕或怕痛（衛生福利部，2005）。大腸鏡檢查是侵入性檢查也有的風險，如：出血、穿孔等原因，民眾參與率低（莊順天、林建仲、宋競賢、邱盛林，2012）。

大腸直腸癌篩檢後，根據大腸直腸癌的篩檢與追蹤的指引，病人需進行後續大腸鏡追蹤檢查（李嘉龍，2010；曾嘉慶、李嘉龍、吳啟華，2009）。在美國，由多個醫學會組成特別小組（US MultiSociety Task Force, USMTF），於2006年和2008年依照上述的危險因子，將篩檢對象分成三個族群：一般性風險（50歲以上無症狀者），增加性風險（以前大腸鏡檢查發現息肉、大腸直腸癌術後、有大腸直腸癌家族史），高風險性（家族性息肉症、遺傳性非息肉性大腸癌或慢性發炎性大腸疾病，並依照不同族群製定最新指引（李嘉龍，2010；朱永華，1995；盧安琪，2002；莊演文，2003）。因為大腸息肉在切除後需進一步病理化驗，您在檢查後，仍需回診就醫，依據息肉之大小及病理發現，決定您日後內視鏡追蹤之時間（傅鍾仁、張錫惠，2002）。

一般民眾之篩檢（50歲以上，無症狀，無家族史，無其他危險因子），必須做一次大腸鏡檢。大腸鏡檢查後無息肉、癌瘤民眾每5至10年重複一次大腸鏡檢查，有息肉或癌瘤依病情切除息肉或治療癌瘤，依病情加強大腸鏡監測。有息肉病史之高危險群的民眾，若為單純息肉且已將息肉完全切除者，建議每3年做大腸鏡檢查，若為陰性則每5年再持續追蹤大腸鏡檢查。若為高風險息肉且無法切除者、清腸不完全、未達全程大腸鏡檢者，需視情況訂定監測大腸鏡檢查計畫。

高風險息肉（1公分以上有局部癌變、多發息肉、家族多成員多發息肉），息肉沒完全切除，清腸不完全，未達全程大腸鏡檢，醫師與病人溝通，依實際情況



訂定監測計畫。有大腸癌病史之高危險群，且已接受大腸癌切除手術者，若術前做過完全大腸鏡檢，建議術後 1、3、5 年後持續接受檢查。若術前僅接受不完全大腸鏡檢查，則建議術後 3-6 個月內接受全大腸鏡檢查，並於 3、5 年後持續追蹤。術後持續接受大腸鏡檢查不正常（後續切除瘰肉或癌瘤）1 年後再檢大腸鏡查。

家族成員有大腸癌患者，則其他成員得大腸癌之機率較一般民眾高，尤其多位近親（父母、兄弟姐妹、子女）年輕時即有腸癌，則其他成員得腸癌之機會更高。一般以得癌家庭成員中最年輕的得癌年紀為標準點，往前推 7-10 年是其近親必須接受第一次大腸鏡篩檢之適當年齡，之後約每 3 年需重複以大腸鏡檢查篩檢一次。

遺傳性結腸癌是指可以找到確切突變基因，導致遺傳到此突變基因的家族多位成員較一般人提早得到腸癌，甚或其它器官癌病之綜合症候群。目前已知的遺傳性結腸癌有家族瘰肉症（Familial Adenomatous Polyposis, FAP）、Lynch 氏症（或稱遺傳性非瘰肉症大腸癌，Hereditary non-polyposis colorectal cancer, HNPCC）、MYH 瘰肉症（MutY Homologue base- excision repair gene mutation）等。這一類的腸癌雖只佔所有結腸癌的 5%以內，但因其癌病發病率高、出現的早（30-40 歲），多位家庭成員受波及，且如果早期發現理論上許多人可以治癒，因此顯得重要。一旦懷疑必須建議得病者接受基因檢測，一旦發現確定致癌的突變基因，則家族中其他成員也需做此突變基因的檢查。如果一樣有此基因突變，則其臨床監測、治療計畫必須與這些家族成員充分討論取得共識，提早及加強密集監測。如檢查無此突變基因，則可請其安心，其日後之腸癌篩檢與一般民眾無異（臺灣癌症臨床研究合作組織，2010）。缺乏大腸鏡追蹤可能增加大腸癌的風險（閻慶義，2008）。糞便潛血篩檢陽性個案，提升大腸鏡篩檢比率及後續追蹤大腸鏡檢查對降低大腸癌風險有幫助。如何協助國人提升接受大腸鏡檢查意願是提升大腸癌防治及治療成效的重要關鍵。視民眾對篩檢的了解及接受度、篩檢的方便性及經濟因素，均會影響大腸直腸癌預防及早期診斷治療的目標。



第三節 研究目的與研究問題

一、研究目的

本研究藉由調查大腸鏡鏡檢查服務滿意度的現況，大腸鏡檢查滿意度及大腸鏡檢查追蹤意願是否有相關性。歸納具體研究目的，分述如下：

- (一) 探討就醫民眾個人屬性、就醫屬性等變項與再追蹤意願之相關性。
- (二) 探討就醫民眾個人屬性、就醫屬性等變項與檢查滿意程度之相關性。
- (三) 探討就醫民眾再追蹤意願與檢查滿意程度相關性。

二、研究問題

透過接受大腸鏡檢查民眾之就醫滿意程度及再追蹤意願之調查，用以改善醫療服務品質，提高民眾接受大腸鏡檢查之意願，除了可以早期發現、早期治療相關疾病，亦期可以成為公共衛生領域研究之參考。為了達到上述的研究目的，提出下列研究問題：

- (一) 探討就醫民眾個人屬性、就醫屬性等變項與再追蹤意願是否存在顯著相關性？
- (二) 探討就醫民眾個人屬性、就醫屬性等變項是否與檢查滿意程度相關？
- (三) 探討就醫民眾再追蹤意願與檢查滿意程度之間是否存在顯著相關性？

第四節 名詞釋義

一、全大腸鏡檢查 (colonoscopy)

大腸鏡是長約 130cm-160cm 包裹導光纖維的軟式管子，檢查時醫師由肛門置入內視鏡，再依著大腸的走向觀察大腸直腸的任何病變，直至大腸小腸的交界迴盲半膜為止。全大腸鏡檢查可直接看到大腸黏膜且可針對看到的息肉或腫瘤做切除或切片，檢查更完整。

二、無痛式大腸鏡 (麻醉)

無痛大腸鏡就是在大腸鏡檢查開始前，給予止痛鎮靜麻醉藥物，使受檢者處

在輕度麻醉狀態後再開始全大腸鏡檢查。

三、醫療處置

大腸鏡檢查時發現息肉或腫瘤，是否息肉或腫瘤做切除或切片。

四、檢查動機：跟據美國多個醫學會組成特別小組（US MultiSociety Task Force，USMTF）分成兩組為一般風險群及增加性風險群

（一）一般性風險群：50 歲以上無症狀者，糞便潛血檢查陽性或健康檢查。

（二）增加性風險群：以前大腸鏡檢查發現息肉、大腸直腸癌術後、有大腸直腸癌家族史。



第二章 文獻探討

本章共分為四節，第一節 滿意度之定義；第二節 影響病患滿意度之相關因子；第三節 大腸鏡檢查滿意度相關因素；第四節 顧客滿意度與顧客忠誠度關係。

第一節 滿意之定義

「顧客滿意度」(Customer Satisfaction) 的定義，發展至今，學者們所提出的看法，仍十分分歧，對「顧客滿意度」的定義是：顧客對產品的付出所獲得的報酬是否足夠的心理狀態 (Howard & Sheth, 1969)，「顧客滿意度」是一種經由經驗與評估而產生是否滿意的過程，他是一種情感性評價 (Hunt, 1977)，「顧客滿意度」取決於顧客所期望的產品立意之實現程度，反映了出預期與實際結果的一致性程度 (Hempel, 1977)。Miller (1977) 認為「顧客滿意度」由顧客期望的程度、和認知的成效二者交互作用產生，期望和理想二者均是產品績效的標準，以衡量產品實際績效所達到的程度，因而產生滿意或不滿意。Oliver (1980) 提出，顧客的滿意程度對於顧客的態度有正向影響，會使顧客的購買意願提高。Oliver (1980) 指出「顧客滿意度」是對於附在產品的取得或消費經驗中的驚奇，而做的評價。Churchill & Surprenant (1982) 認為「顧客滿意度」是一種購買與使用產品的結果，是由購買者比較預期結果的報酬與投入成本所產生。Day (1984) 認為「顧客滿意度」是顧客在購買後，知覺到其在購前的預期與購後實際表現產生差距實的反應。Bader 與 Marilyn (1988) 提到病患期望與實際經驗相符時，才會有較高的滿意度；若沒有達到病患的期望，便會產生不滿情況。Linder (1982) 病患滿意度是病患在接受醫療服務後所產生的主觀態度，通常可經由結構、過程、結果三方面來評量服務品質，而病患滿意度就是一種結果的評價。Perter 與 Olson (1990) 認為「顧客滿意度」是顧客在購買前預期被實現或超過的程度。Reichheld 與 Sasser



(1990) 也提出，顧客滿意度的提升會 增加購買次數與購買量，促使企業有較大的現金流入與收益。John (1992) 則認為病患滿意度是由病患的期望是否達成與病患的期望水準來決定。Strasser 與 Davis (1991) 指出病患滿意度為患者在對醫療照護過中所感受到的刺激所產生的單一價值判斷和反應，且這些價值 判斷和反應會受到病患的個人特質和過去經驗所影響。簡言之，病患滿意度是一種動態的過程，包含了刺激、價值判斷、反應和個人差異的相互作用。Strasser, Aharony, & Greenberger (1993) 將病人滿意度做了一個完整的定義，病患在門診或住院的時候，在醫療照護的整個過程中所感受到的刺激，而針對這種刺激做單一價值判斷和其後的反應，而這些價值判斷和反應將會受到病患的個人特質、過去經驗所影響。簡言之，病患滿意度是一種動力過程，包含了刺激、價值判斷、反應和個人差異的相互作用。Engel、Blackwell 與 Miniard (1994) 認為「顧客滿意度」之行程是因顧客使用產品後會對產品績效與購買前 之信念與以評估，當兩者皆盡一致時，顧客才會滿意;反之若兩者不一致就會不滿意。Anderson、Fornell 與 Lehmann (1994) 認為「顧客滿意度」至少應分為「特定交易行」和「累積型」兩種，前者 之顧客的期望止顧客對某一特定廠商將會提供服務的預測，顧客滿意限定於某種特定購買行為後 的之評價；而後者之顧客的期望係指顧客累積先前 對廠商所有服務績效的經驗與資訊，以及對廠商未 來將提供服務的一種預測，顧客滿意為顧客針對一項產品或服務購買與消費的全部經驗，隨著時間的 累積所形成的整體評價。Kotler (1997) 則指出「顧客滿意度」是一個人愉快或失望的感覺，源自對產品 知覺績效與個人對產品期望，比較後而形成的，滿 意是知覺績效與期望的函數 (莊順天等，2012)。Urden (2002) 亦認病患滿意度是評估員工、管理者、系統性能及效率的一項指 標，尤其照護體系執行計畫後病患對照護服務的評估。有學者在研究中發現，病患對於不同層面的醫療服務會表現出不同程度的 滿意度 (Locker & Dunt, 1992)。如只是對病患進行整體性的滿意度調查，將無法真正找出影響病患滿意度的原因，也無法對改進醫療系統提供方向。

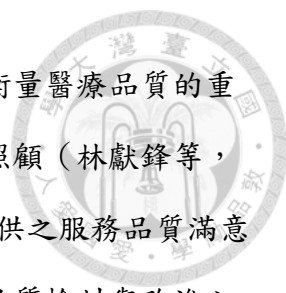
1990 年後，「顧客滿意度」再次成為整體經營所重視的焦點，所以目前企業



面臨到的競爭是要創造客源，並經由顧客滿意而達到成長，才是企業永續經營之道。Ittner & Larcker（1998）之研究發現：顧客滿意度是顧客購買行為之領先指標，而顧客滿意度又會直接正面影響顧客忠誠度，留住忠實顧客比創造新顧客更為容易。20世紀初期，醫療品質只強調效果與適當性；20世紀中期加入成本考量及考慮病人的期望因素，及至今日已進而注意病患和醫院的能力，而導出消費者需求的滿足（錢慶文，1991）。郭德賓（2000）認為顧客滿意被視為一種購買後的產出，當產品的績效大於或等於事前的期望，消費者將會得到滿意；當產品的績效小於事前的期望，消費者將會感到不滿意。盧安琪（2002）顧客滿意度是病患在接受醫療服務後所產生的主觀感受，也是病患在接受醫療照護前的期望與在醫療照護後所感受到的知覺兩者間的差異也是一種醫療照護結果的評價。病患滿意度是病患在接受醫療照顧前的期望與接受醫療照顧體驗感受的知覺差異程度。若知覺比期望高，則病患滿意度會較高，反之則滿意度會較低。莊演文（2003）病患滿意度為病患在接受醫療照護前之期望與接受後之知覺感受兩者間的差異。若知覺感受較期望為高，則滿意度之呈現亦較高；若病患之知覺感受比期望低，則滿意度之呈現亦為低。根據 Cho、Lee、Kim、Lee 與 Choi（2004）研究發現醫療服務品質是影響顧客滿意度之關鍵要素，其會導致顧客的需求被完全滿足，進而在內心產生對其醫療單位有顯著正向的忠誠度。另外，提升醫療服務品質將有助於增加顧客滿意度，而高度顧客滿意度不僅可以增進醫療單位與顧客建立良好的關係，更可影響顧客再次前往該醫療單位就診的意願（古秋雲、蔡明田、陳健成，2008）。Reichheld 與 Sasser（1990）也提出，顧客滿意度的提升會增加購買次數與購買量，促使企業有較大的現金流入與收益。

第二節 影響病患滿意度之相關因子

早期在探討醫療品質時主要是以醫護人員提供給病患的專業技術和治療效果為研究指標，但隨著時代的演進，醫療服務品質不僅只注重單方面的技術導向，進而轉變以病患為中心的觀念，將病患觀點納入到醫療服務品質衡量之中，提供



高品質的醫療服務以增進病患滿意度的觀念越來越受到重視；衡量醫療品質的重點是也從探討技術和治療效果轉變成病患是否得到妥善完備的照顧（林獻鋒等，2001）。對病患滿意度的調查，可以瞭解病患對就診時目前所提供之服務品質滿意程度，再經由各類分析所得結果，提供醫療院所做為醫療服務品質檢討與改進之依據。藉由滿意度調查瞭解就醫民眾在醫療服務上的需求，以建立就醫民眾在選擇醫療服務的忠誠度。提升病患滿意度已儼然成為各醫院經營的主要課題之一。滿足病人需求，加以提升滿意度，病人獲得優質醫療服務才會持續選擇回原醫院就醫。病患所考慮的層面更加廣泛，除了治療效果之外，其他尚包含硬體環境、服務流程、服務態度、服務品質，乃至於價格等，均會納入考量之範圍內。醫院為採取提昇醫療服務品質來爭取病患滿意度，信賴與忠誠成為醫院的經營方針之努力追求的目標（莊順天等，2012）。

「病患滿意度」是常見的醫療品質指標之一，它是病患對於醫療品質服務的主觀意見，是反映病患對於就醫環境和醫療服務的價值和期望。當期望被滿足，病人的滿意度就高；期望落空，病患滿意度就低，滿意不是絕對的，是病患在接受醫療服務後，將這種體驗與自己之前的期望相比較而得到一種主觀的感受。同樣的醫療服務，不同人的滿意情況可能大相逕庭。滿意度的定義與內涵 病患真實得到的照護與病患所期待的照護之間的關係。

病患滿意度高低 能直接反映醫療服務品質，且與病患順從性（compliance）及病患健康狀況的改善有顯著相關（Bertakis, 1993）。病人與其家屬對醫院的直接評價是構成醫療服務品質的重要指標之一（O'Connor & Bowers, 1990）。O'Connor 與 Bowers（1991）針對住院服務品質與病患滿意度之探討，結果顯示醫療服務品質與病患滿意度之間正相關，以及病患滿意度與再回來就醫的意願之間均呈現顯著的正相關，意即病患對醫療服務品質的評價愈高，則其滿意度也就愈高，則回原醫院就醫的意願也就愈高。另外也有文獻指出，在就診的過程中，病患滿意度愈高，則其對 醫療服務品質的評價也就愈高，回原醫院就醫的意願也就愈高（Robin, et al., 1993）。在 MacStrivic（1987）的研究中亦指出 醫院必須致力於建立顧客忠誠度，

忠誠的顧客是重複消費的來源。曾麗蓉（1988）依照醫院服務的結構、服務過程、服務結果三個方向來探討醫院的服務品質，並以因素分析法萃取出十個構面：1. 醫師的態度；2.醫院的內外環境；3.費用的經濟性；4.檢驗人員、藥劑人員的態度；5.醫療設備；6.等候的時間；7.醫護人員的足夠性；8.醫院內部的氣味；9.醫院的後續服務；10.交通的便利性。

Tarlov & Ware（1989）研究，影響病人滿意度相關因素可分為兩大方面：

1.醫療照護的結構面：醫療照護機構的特性（組織型態、可近性、可利用性、財務上誘因等）。醫師的特性（年齡、性別、專業訓練、服務態度、偏好等）。病人的特性（年齡、性別、社經地位、生活型態、疾病型態、嚴重度等）。

2.醫療照護的過程面：技術面：包括照護之連續性、醫療間的協調性，如，會診轉診等。

Paul（1995）醫療顧客滿意（Patient Satisfaction）：是指醫療顧客對各項醫療品質屬性的觀感，包括期望、重要性、以及所認知的滿意度。朱永華（1995）比較台大等十一家醫院的病患對醫院服務品質的評價與滿意度等，發現不同人口統計變項（如性別、年齡等）之病患，對醫院服務品質的評價有顯著差異。

根據文久美（1996）所做的調查，影響民眾選擇就醫之因素以醫師服務態度為首要，「醫師待人態度」項目，有最高比例的正向態度，顯示醫護人員的服務態度已成為民眾選擇醫療機構最基本的考量之一。郭德賓（2000）在台南地區的五家大型醫院研究中，探討影響醫療服務業顧客滿意的主要因素與就醫後的行為傾向，中發現，病患的期望、知覺的績效對病患滿意，均有顯著的正向影響，其中以知覺的績效對病患滿意的影響效果最大。研究影響病患就醫行為之相關因素中，以醫師的診療技術與治療效果為優先選擇。是否繼續回診就醫，且願意繼續到院回診就醫的門診病患，滿意度明顯高於不會回診的病患（林伯聲 2002）。傅鍾仁與張錫惠（2002）服務品質缺口來看，病患所預期的與實際知覺的醫療服務品質之滿意度間存有顯著差異。病患對醫療服務品質知覺感受的好壞，會影響滿意的程度，因為病患之期望服務與服務績效對病患滿意度有著密切的關係，病患到院就



醫時，病患滿意度之指標，以「醫療環境設施」、「等候時間」、「人員服務態度」以及「醫療過程」四個構面做為分析病患滿意度。傅鍾仁與張錫惠（2002）以公、私立醫學中心及區域醫院共八家樣本醫院的醫、護、管理人員及顧客為對象，對醫療服務供需雙方對品質滿意度認知之研究，實證結果顯示人口統計變項對醫療服務品質滿意度大多無顯著差異。李宜蓉（2003）在台中地區醫院門診病患對醫療服務品質及全民健康保險實施滿意度之研究中，研究結果發現不同人口統計變項之門診病患對醫療服務品質要素的滿意度之間有部分顯著性差異；不同性別、家庭結構與學歷背景有顯著差異。但在不同年齡、職業及月收入並無顯著性差異。

盧安琪（2002）民眾就診考量因素有醫院規模大、設備完善、環境衛生舒適、親朋好友或醫師推薦、離家近、醫術高明及口碑好等。影響病患滿意度的相關因素有

- 1.個人特徵：如年齡、性別、教育程度、經濟收入、健康狀況等。
- 2.醫療機構的特性：如機構型態、執行場所、醫療設備、收費可負擔性、可近性等。
- 3.醫療服務過程可接受性：包括醫療技術、醫療過程間的溝通協調、資訊提供、醫病互動、推薦意願、照護連續性等（胡玉美，2004）。

閻慶義（2008）以宜蘭縣為例研究民眾對衛生所提供醫療服務品質之滿意度，實證結果人口統計變項中性別、年齡、職業對服務品質無顯著差異，學歷、婚姻狀況、月收入、初複診對服務品質僅部分有顯著差異。張景勝（2004）在醫療服務接觸與就醫滿意度之研究中指出，一般病患的教育程度愈高其滿意程度越低，醫師能力的滿意度提升對病患滿意度提升的幅度最大，其次是服務人員的滿意度。

根據探討滿意度及醫療服務品質，病人回診意願的影響因子發現醫院的整體形象、醫護人員的專業及態度會響民眾就醫回診的意願有相關，滿意度高，回診意願高。初診民眾的回診的意願比複診民眾低（陳怡君、張嘉晃、王拔群、簡湘文、林思源，2008）。郭正邦（2010）之研究、門診病人之特性、就醫的滿意度進



行探討、發現初次來院就醫及婚姻狀況為寡居之民眾對是否願意再回診具有高度認同。年齡大、教育程度低、目前職業已退休或無工作、工作職位較低，每月薪水收入於三萬至五萬元之間之病患、對醫院門診有較高的滿意度及忠誠度。針對門診就診病患探討發現病患最重視「醫院整體環境設施」。人口統計變數對醫療服務重視度比較，女性病患除在「醫院病人安全」構面之重視度低於男性外，對「醫療過程」、「醫院環境設施」的二個構面之重視程度，均比較男性高。高教育程度之病患對整體醫療服務之重視度高於低教育程度。複診病患對醫院整體重視度均高於出診病患。

人口統計變數對醫療服務滿意度比較，男性均高於女性，高教育程度在「醫療過程」及「醫院病人安全」構面之滿意度高於低教育程度，對「醫院環境設施」之滿意度，低教育程度整體滿意度高於高教育程度病患。初診病患在「醫療過程」與「醫院病人安全」構面之滿意度高於複診病患。

對醫療過程的滿意度，男性病患高於女性病患、高學歷病患高於低學歷病患、初診病患之滿意度高於複診病患之滿意度（許榮譽、溫源鳳、徐東寶，2008）。醫療服務品質直接且正向影響病患滿意度、滿意度也直接且正向影響忠誠度；醫療服務品質也可直接且正向影響忠誠度。病患選擇醫療服務原因以「距離近」、「親友推薦」、「交通便利」分居前三名，以及病患多數來自路程 30 分鐘內之鄰近鄉鎮（蘇靖惠，2014）。對「病患滿意度」之影響構面包括 1.人口統計變項構面：性別，年齡，教育程度，居住地。2.病患就醫背景：初次來本院就醫，為何來本院看病等。3.病患服務滿意度構面：醫院環境設施，工作人員服務態度，醫療過程，等待時間，整體服務（韓文蕙、王冠今、張玉梅、陳光慧、徐南麗，2015）。

第三節 大腸鏡檢查滿意度相關因素

病患滿意度是病患對醫生提出的建議治療及檢查遵從性預測指標之一。提供令病患滿意的醫療服務、能確保病患下一次再接受服務的意願。病患滿意度對忠誠度有顯著正向影響。顧客滿意度的提升與再次就醫的機率，有明顯的相關性。



研究指出服務缺失與顧客滿意成正相關的影響，服務缺失時，顧客滿意度就會有明顯的下降，有效的提升民眾所重視的品質環節，就能更佳提升顧客的滿意。(鄭榮郎、鄭淑婷、陳昌宗，2005) 醫療服務品質是正向影響病患滿意度的重要預測因素。其中以醫療技術構面的影響最大(李俊賢，2011)。國內研究結果顯示醫療品質與病患滿意度有顯著相關；病患滿意度與再診意願有部分相關(蔡相君，2005)，病人滿意度對推薦意願有直接效果(王嵩竑，2008)。檢視哪些因素會影響病患的再回診之機率？病患再回診之機率以低教育程度高於高教育程度，男性再回診機率高於女性，「醫療過程」構面，滿意度越高，正向選擇的機率越高(徐東寶，2007)。大腸鏡檢查之滿意度會鼓勵病患下次大腸鏡篩檢及追蹤。滿意度較低之大腸鏡檢查，會阻礙下次之篩檢及追蹤。沒有用鎮靜藥物的大腸鏡檢查，排程時間太長及大腸鏡檢查前資訊不足，會降低病患滿意度。大腸鏡檢查前與醫師諮詢及檢查室內放音樂會增加病患的滿意度。根據過去國外研究及文獻回顧發現大腸鏡檢查滿意度較高的病患，大腸鏡追蹤之意願比較高。國外研究發現以篩檢為目的及非篩檢為目的檢查大腸鏡兩組之間滿意度並無差別。又若以不同工具行大腸癌篩檢之滿意度及同樣條件下再檢查意願也很高，國外研究大腸鏡篩檢滿意度高達91%~98%。同樣條件下病患願意追蹤大腸鏡佔百分之73%~100%)(Chartier, Arthurs, & Sewitch, 2009)。過去國內有大腸鏡查之滿意度調查及不同麻醉方式檢查大腸鏡滿意度及比較。(張澤霖，2011)(鄭榮郎等，2005)。過去國內大腸鏡滿意度與大腸鏡追蹤意願之研究比較少，本研究希望進而了解大腸鏡追蹤意願相關之因素，進一步提升大腸鏡篩檢及追蹤率。大腸鏡檢查前腸道準備不易及不適、檢查當中的不適及疼痛會降低病患滿意度(Chan, & Goh, 2012；Harewood, Wiersema, & Melton, 2002)。大腸鏡檢查當天等候時間長會降低病患滿意度(Chan, & Goh, 2012；Larsen, et al., 2002；Nijjar, Edwards, & Short, 2011)。In a Canadian study 滿意度的因素不同族群會有差異(Ko et al. 2004)。29.6%病患對大腸鏡檢查當天等候時間長及20.7%病患對檢查當中的不適及疼痛不滿意。97.2%對檢查醫師及96.9%病患對檢查室護理人員及技術員滿意。比較年輕的族群及沒有做過大腸鏡經驗者，診斷



性大腸鏡族群病人滿意度比較高。大腸鏡檢查當天等候時間長，檢查當中的不適及疼痛滿意度較低。瞭解就醫民眾在醫療服務上的需求，以建立就醫民眾在選擇醫療服務的忠誠度。滿足病人需求，加以提升滿意度，病人獲得優質醫療服務才會持續選擇回原醫院就醫（莊順天，2012）。顧客滿意度又會直接正面影響顧客忠誠度，留住忠實顧客比創造新顧客更為容易（錢慶文，1991）。根據探討滿意度及醫療服務品質，病人回診意願的影響因子發現醫院的整體形象、醫護人員的專業及態度會響民眾就醫回診的意願有相關，滿意度高，回診意願高。初診民眾的回診的意願比複診民眾低（陳怡君等，2008）。

第四節 顧客滿意度與顧客忠誠度關係

一、顧客忠誠度的定義

在競爭激烈的環境之下，已能做到使顧客滿意卻仍然留不住顧客，主要的原因是缺乏忠誠顧客，忠誠的顧客是公司長期獲利的來源。顧客忠誠度，一般可視為「個人態度」和「重複購買」的行為。而最直接的衡量方式就是重複購買的行為，但有研究者指出，隨著行銷研究的發展，忠誠度與重複購買行為已經證實無法劃上等號，即忠誠的顧客會再次購買但是再次購買的顧客未必是忠誠的（Jacoby & Kyner, 1973）。

James 等（1995）認為顧客忠誠度有兩種，一種是「長期忠誠」，是真的顧客忠誠，另一種則是「短期忠誠」，當顧客發現有更好的選擇時，立刻會更換目標。Oliver（1990）認為顧客忠誠度是儘管受到環境影響和行銷手法可能引發可能潛在的轉換行為，顧客對所喜好的產品或服務的「再次購買」的承諾仍然不變。

Shoemaker 與 Lewis（1999）提出「忠誠度三角」模式（Royalty triange），建立顧客忠誠度的架構。（1）服務過程：服務運作的過程，包含所有需要顧客與服務提供者一起參與的所有活動。（2）價值創造：包含價值增加和獲得。（3）資料庫管理/溝通：建立顧客喜好的資料庫、提供顧客特別的服務，並利用廣告信函與活動通知等顧客聯繫。Kandampully（1998）也提出顧客忠誠度為一個企業對顧客



在服務品質上的承諾與保證。

Heskett (1994) 等人指出，企業的利潤和成長主要是來自於顧客的忠誠度，而顧客的忠誠度則受到顧客滿意度的直接影響。David (2002) 認為忠誠度是願意去依賴對方相信對方是誠實可靠的。Coulter 與 Coulter (2002) 認為服務品質會影響忠誠度。

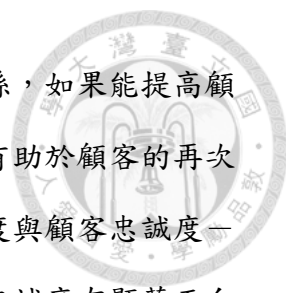
服務品質的期待對於顧客滿意度有明顯的正向的影響，服務品質的期待對於顧客忠誠度有明顯的負向的影響。顧客滿意度對顧客忠誠度有明顯的正向影響，對服務品質的期待透過顧客滿意度間接的顯著正向影響顧客忠誠度 (陳麗如，2006)。

Bitner (1990) 認為顧客滿意度視為顧客忠誠度的前因變項之一，且會正向地影響顧客忠誠度。Cronin and Taylor (1992) 其研究得出的結論也表示顧客滿意度對顧客再購意願有顯著影響。

Anderson 與 Sullivan (1993) 也表示顧客滿意會正向影響顧客再購買的行為，並推論顧客滿意度與顧客忠誠度兩者之間為正相關。國內研究文獻部分，關山晴 (2002) 探討西式速食業其顧客滿意與顧客忠誠度的調查其實證結果也表示兩者呈正相關，高力行 (2002) 以汽車修護業與產險業其研究結果表示，顧客滿意顯著正向影響顧客忠誠度。顧客滿意度高並不一定顧客忠誠度，但是忠誠的顧客大部分是滿意的，如，Newman 與 Werbel (1973) 提出顧客滿意度與忠誠度其再購行為的相關性很高，但是感覺滿意的顧客並不一定忠誠。Fay (1994) 提出較高的品質能產生較高的滿意，但是較高的顧客滿意卻不能產生較高的忠誠度，然而顧客滿意是否會影響企業生存則不易評斷。因此，在 1995 年 Fredericks 與 Salter 則質疑顧客滿意度對企業實質的影響，而研究強調應重視「顧客忠誠度」對企業應有實質的效益

二、顧客滿意度對顧客忠誠度之相關研究

對於顧客滿意度與顧客忠誠度之相關研究，Reichheld 與 Sasser (1990) 認為顧客滿意度越高越能留住顧客，使顧客的忠誠度提升，進而讓公司之福利獲利，顧客未來再購之意願也可能會增加，最終增加企業經營營收。林裕翔 (2001) 的



研究結果發現，顧客滿意度與顧客忠誠度間，確實存在正向關係，如果能提高顧客滿意度，顧客忠誠度也會隨之提高，意味著「顧客滿意」是有助於顧客的再次購買。許勝彥（2013）在探討連鎖餐飲之服務品質、顧客滿意度與顧客忠誠度—以虎尾食神滷味為例研究中，研究結果發現顧客滿意度對顧客忠誠度有顯著正向影響。國外學者 Bowen 與 Chen（2001）的研究結果發現，當旅館的顧客滿意度從 6 分提高到 7 分時，顧客忠誠度便會有 100% 的提升，而當滿意度自 7 降為 6 分時，做正面宣傳的意願便會下降 50%，可看出顧客滿意度與顧客忠誠度密切相關。

Jen 與 Hu（2003）認為服務品質是影響顧客再次消費及購買意願的重要因素，研究結果更進一步指出提升服務品質同時也提高顧客滿意度與顧客忠誠度。許勝彥（2013）在探討連鎖餐飲之服務品質、顧客滿意度與顧客忠誠度—以虎尾食神滷味為例研究中，研究結果顯示顧客滿意度對服務品質與顧客忠誠度之互動關係無顯著的中介效果。另外葉宗旻（2010）探討餐飲服務品質、顧客滿意度與顧客忠誠度之研究—以千葉火鍋為例中，解果顯示顧客滿意度在服務品質對於顧客忠誠具有部份中介效果。

張可欣（2015）探討服務品質、顧客滿意度與顧客忠誠度之研究，研究結果表示顧客感受到高度的服務品質，呈現良好的滿意回饋，顧客忠誠度相當高。男性在服務品質與顧客滿意度上感受程度較高，但在顧客忠誠度上則無顯著差異；老顧客與常客在服務品質、顧客滿意度與顧客忠誠度上感受程度較高。服務品質對顧客滿意度及顧客忠誠度呈正向顯著影響。顧客滿意度對顧客忠誠度呈正向顯著影響。

Woodall（2003）探討品質、顧客價值、滿意度、購買趨勢、再購或忠誠度之研究，確定顧客價值和顧客滿意之間呈正向關，而顧客價值與顧客忠誠呈正向關，顧客滿意與顧客忠誠亦為正向關。劉建町（2001）在中式高級餐廳顧客滿意度之研究，結果發現「顧客滿意」與「顧客忠誠」兩者之間呈正相關，亦即顧客滿意程度愈高，愈會有正向的顧客忠誠行為。



第三章 研究方法

本章共分為六節，第一節 研究架構與假設；第二節 研究對象；第三節 研究設計；第四節 研究工具；第五節 資料處理與分析；第六節 研究流程。

第一節 研究架構與假設

一、研究架構

本章將由前述研究目的與文獻探討內容建立研究架構。本研究之架構由檢查滿意程度及再追蹤意願等變項所組成，如圖 3-1 所示，於文獻探討中可推論人口基本資料、檢查滿意程度及再追蹤意願之間有互相影響的關係。本研究以上述概念做連結，探討其關聯性。

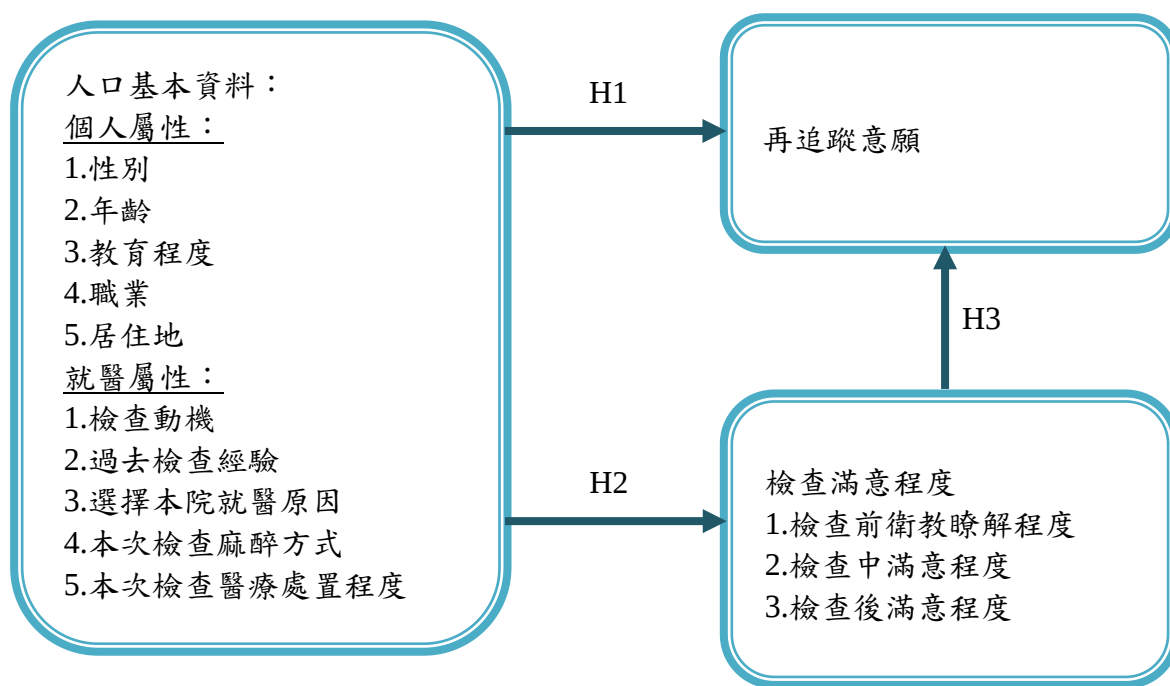


圖 3-1 研究架構圖

二、研究假說

經前述之文獻探討，擬定本研究各變項間關係之研究假設：

H1：就醫民眾個人屬性、就醫屬性與再追蹤意願有關。

H2：就醫民眾個人屬性、就醫屬性與檢查滿意程度有關。

H3：就醫民眾的再追蹤意願與檢查滿意程度有關。



第二節 研究對象

本研究以永耕門診病患為研究對象。收案期間自 IRB 審查通過後至 2018 年 09 月 15 日止。選擇收案研究對象範圍經醫師評估需要接受大腸鏡檢查的病患。選擇收案條件如下：年齡為 45 至 75 歲之間，能意識清楚與他人溝通，糞便潛血檢查陽性，大腸息肉病史，大腸息肉術後追蹤，大腸癌術後追蹤，家族高危險群病患，健康檢查等，其他原因：排便異常、腹痛、CEA 升高，同意參加本研究。排除條件：個案年紀小於 45 歲，大於 75 歲、心智上有缺失的個案、無法回答者、溝通或視力有障礙。

第三節 研究設計

參酌國內外專家學者具效度之標準化問卷，擬定最適合此次研究的問卷初稿，請國內專家及學者提供意見來修改自擬式結構性問卷。本研究採橫斷面相關調查，自擬式結構性問卷作為滿意度調查之研究工具。以結構式問卷進行資料收集，採方便取樣發放問卷。以收案期間為依據，符合收案條件之就醫民眾皆為樣本。計劃經天主教耕莘醫療財團法人耕莘醫院人體試驗委員會（Institutional/Independent Review Board，IRB）審查通過後，由訓練過的研究員親自訪談個案，進行問卷內容說明及協助填答。本研究所有個案是由資深腸胃科專科醫師大腸直腸科專科醫師獨立完成，病患可自我選擇檢查醫師及檢查方式有分(無麻醉或麻醉方式)，在無麻醉大腸鏡檢查完成後，麻醉大腸鏡檢查（無痛鏡檢）病患麻醉甦醒後，由訓練過的研究員親自解釋研究方法和問卷收集方式，告知病患本研究所填寫的各項資料僅供學術研究之用，對填寫的寶貴資料將絕對保密，不會做為本研究以外的其他用途，請您安心填答。衷心感謝您的熱心協助，完成問卷後會贈予小禮物一份。

徵得個案同意後，以固定相同的詞句來介紹整個問卷的內容和量表的使用法，以避免工具性的內在效度威脅。大腸鏡檢查完成後填寫的各項資料以期盼測量最真實的感受。



第四節 研究工具

根據研究目的與假設，本研究採用問卷調查法，問卷主要參考相關文獻及沿用學者的研究問卷，作為調查工具來收集相關資料。問卷設計內容包含四個部分：第一部分的「人口基本資料」、第二部分的「檢查前衛教瞭程度」、第三部分的「檢查中滿意程度」、以及第四部份的「檢查後滿意程度」。

一、人口基本資料

本研究所使用的自變項為「人口基本資料」，具體包括：個人屬性、就醫屬性兩大類。

個人屬性包含性別、年齡、教育程度、職業、居住地等，共計 5 題。就醫屬性包含就醫動機、過去檢查經驗、本次檢查麻醉方式、選擇本院就醫原因、檢查中有進行息肉切除（醫療處置）等，共計 5 題。因樣本數的差異及統計分析之考量，部份變項採合併分析，教育程度將「研究所以上、大學、大專」合併為 1 組；「高中職」自成 1 組；「國中以下含不識字」合併為 1 組。職業分「軍、公、教、商、工、農林漁牧、教育業、製造業、運輸業、服務業」等有固定收入為 1 組；「醫療業」為 1 組，較具專業知識；「自由業、學生等無固定收入」為 1 組。居住地「永和區」為 1 組；「中和區」為 1 組；「板橋區、新店區、新北市其他地區、臺北市、其他縣市」為 1 組。就醫動機分「健康檢查或糞便潛血檢查陽性」為一般性風險組、「家族高危險群或息肉追蹤或大腸癌術後追蹤」為增加性風險組。具體題項明細如下表 3-1 所示：

表 3-1 自變項操作型定義

個人屬性		
1.性別	分為男、女	類別
2.年齡	分為 45~未滿 55 歲、55 歲以上~未滿 65 歲、65 歲以上~未滿 75 歲	類別
3.教育程度	分為大專/研究所以以上、高中職、國中以下	類別
4.職業	分為農/工/商/軍/公/教、服務、自由/無/學生	類別
5.居住地	分為永和區、中和區、非中永和區	類別
就醫屬性		
1.就醫動機	分為一般性風險組、增加性風險組	類別
2.過去檢查經驗	分為有、無	類別
3.選擇本院就醫原因	親友推薦、交通便利、價格實惠、以前做過、醫療設備佳、醫院名氣、醫術高明、服務態度好、經常來本院就醫	類別
4.本次做大腸鏡檢查是否採用麻醉	分為是、否	類別
5.檢查中有進行瘰肉切除（醫療處置）	分為是、否	類別

本研究整理

二、滿意程度調查量表

本研究依文獻探討結果及大腸鏡檢查流程為基準，自擬滿意程度調查量表。量表可歸納為四個部份，共 26 題，具體包括檢查前衛教瞭解程度（13 題）、檢查中滿意程度（7 題）、檢查中不適程度（5 題）和檢查後滿意程度（1 題）。以李克特（Likert）五點量表，受測者依自我感受回答各題項的感受程度，回答選項為「很滿意/無不適」（5 分）、「滿意/輕微不適」（4 分）、「可接受」（3 分）、「不滿意/非常不適」（2 分）、「很不滿意/難以接受」（1 分）。

經國內專家學者評分得量表的 CronBach's α 值為 0.979，量表具良好建構效度和效標效度。「滿意程度調查量表」具體題項明細如下表 3-2 所示：

表 3-2 依變項操型定義

分量表	題目內容	選項與得分	計算得分
檢查前衛教瞭解程度	1.您對於什麼是大腸鏡檢查的瞭解程度	很滿意：5 滿意：4 可接受：3 不滿意：2 很不滿意：1	13 題得分加總 (範圍 13-65 分)
	2.您對於大腸鏡檢查的目的瞭解程度		
	3.您對於大腸鏡檢查的作業流程瞭解程度		
	4.您對於檢查前兩天要開始低渣飲食的瞭解程度		
	5.您對於低渣飲食的內容瞭解程度		
	6.您對於檢查前一天要開始服用清腸瀉劑的瞭解程度		
	7.您對於清腸瀉劑使用方法的瞭解程度		
	8.您對於每次清腸瀉劑服用後要補充 2000cc 的水份，以增加腸道的乾淨度的瞭解程度。		
	9.您對於大腸鏡檢查後腹脹情形是屬正常的，可利用散步促進排氣，緩解腹脹情形的瞭解程度。		
	10.您對於大腸鏡檢查後若發生大量血便、腹脹情形未緩解及持續腹痛，應立即回急診室接受治療的瞭解程度。		
	11.您對於大腸鏡檢查的護理指導單張內容的滿意度		
	12.您對於檢查前醫師說明的滿意度		
	13.您對於檢查前護理人員說明的滿意度		
檢查中滿意程度	1.您對於更衣的空間環境設備	很滿意：5 滿意：4 可接受：3 不滿意：2 很不滿意：1	7 題得分加總 (範圍 7-35 分)
	2.您對於等候檢查的時間		
	3.您對於檢查中，因不適而要求停止時醫師尊重您的意見？		
	4.您對於檢查醫師的滿意度		
	5.您對於檢查護理人員的滿意度		
	6.您對於檢查室空間環境的滿意度		
	7.整體而言，檢查過程期間您的感覺		

表 3-2 依變項操型定義（續）

分量表	題目內容	選項與得分	計算得分
檢查中不適程度	1.您對於醫師為您注射藥物的不適感	無不適：5 不適：4 可接受：3 非常不適：2 難以接受：1	5 題得分加總 (範圍 5-25 分)
	2.您在檢查完畢麻醉醒來時的不適感		
	3.您對於開始檢查引起的不適感		
	4.您對於檢查過程中引起的不適感？		
	5.您對於檢查完成，拔出大腸鏡後的不適感？		
檢查後滿意程度	1.您對於從安排檢查到檢查完成的整體滿意度	很滿意：5 滿意：4 可接受：3 不滿意：2 很不滿意：1	得分

本研究整理

三、再次接受大腸鏡檢查意願程度

以自擬問卷，詢問就醫民眾在本次檢查後，若有需要，是否願意再次接受大腸鏡檢查，共 1 題，受測者依自我感受回答意願程度，回答選項為「願意」、「不願意」，為類別變項。

第五節 資料處理與分析

本研究正式問卷回收後即進行問卷資料整理，首先剔除填答缺漏以及填答錯誤之問卷。後針對有效問卷進行編碼並建立電腦檔案，並使用 SPSS22.0 for Windows 軟體進行建檔及資料分析，以驗證各項研究假設。本研究所使用的資料處理與統計分析方法，劃分為描述性統計、推論性統計兩大類：

一、描述性統計

針對就醫民眾的人口基本資料進行次數分配百分比瞭解其特性，其中檢查前

衛教及瞭解程度、檢查中滿意程度、檢查中不適程度、檢查後滿意程度以描述性分析，以平均值與標準差瞭解其特性及分佈情形；類別變項如：性別、年齡、教育程度、職業、居住地、就醫動機、過去檢查經驗、本次做大腸鏡檢查是否採用麻醉、選擇本院就醫原因、檢查中有進行息肉切除（醫療處置）、再次接受大腸鏡檢查意願的部分以次數分配百分比的方式呈現。

二、推論性統計：

（一）相關性分析(correlation analysis)

以 Pearson 積差相關方法，檢視研究架構各變項的相關性：個人屬性、就醫屬性與檢查滿意程度及再追蹤意願之相關性；進一步檢視檢查滿意程度及再追蹤意願之相關性。

（二）平均數差異檢定：t 檢定及單因數變異數分析（One-Way ANOVA）

利用 t 檢定及 ANOVA 單因數變異數分析，探討不同個人特性與研究變項是否存在顯著關係，以性別、年齡、教育程度、職業、居住地、檢查動機、過去檢查經驗、本次檢查麻醉方式、本次檢查醫療處置程度為自變項，檢查滿意程度為依變項進行分析；另外可以進行事後多重比較分析（Tukey and Scheffe），藉以瞭解各特徵群組的差異。

（三）卡方檢定

利用卡方檢定，探討不同個人特性與研究變項是否存在顯著關係，以性別、年齡、教育程度、職業、居住地、檢查動機、過去檢查經驗、本次檢查麻醉方式、本次檢查醫療處置程度為自變項，再追蹤意願為依變項進行分析。

第六節 研究流程

本研究之進行流程包括九個步驟，分述如下：

一、確定研究主題與目的

本研究於 2017 年 10 月，透過與指導教授進行討論，最終確定論文主題及方向，擬訂本研究目的並針對研究問題進行深入探究。



二、進行文獻探討

本研究針對，蒐集國內外相關文獻、書籍、期刊雜誌或政府資料等，進行資料整理及探討。

三、提出研究架構與假設

本研究於 2017 年 12 月，依研究主題與文獻探討，擬定研究架構、找出各變項構面，以此提出相對應的研究假設。

四、擬訂研究計畫

本研究於 2018 年 2 月，進行研究計畫書撰寫，包含研究背景、研究的重要性、相關文獻探討、參考文獻、試驗架構說明、執行過程、相關試驗結果摘要、講座與預估結論、研究模式等內容。

五、提交審查計畫書

本研究於 2018 年 4 月，將完成的研究計畫書提交專家委員進行審查，並依專家委員建議及回饋、進行論文編修。

六、設計問卷初稿

本研究於 2018 年 5 月，參酌國內外專家學者具效度之標準化問卷，擬定最適合此次研究的問卷初稿。

七、問卷統計分析

本研究於 2018 年 5 月至 2018 年 9 月，進行預試問卷發放，並將回收之有效問卷進行統計數據分析，以瞭解實際情形。人體試驗委員會 2018 年 4 月 20 日核准，執行有效期限為：2018 年 04 月 20 日至 2019 年 04 月 19 日，人委會編號：CTH-107-3-6-003。

八、撰寫研究結果與建議

本研究於 2019 年 1 月，針對統計分析及假設驗證結果，撰寫研究結論，並提出後續建議。

九、通過論文審查完成論文

本研究於 2019 年 7 月完成論文口試審查，並依口試委員意見進行論文內容的

修訂，最終完成學術論文。



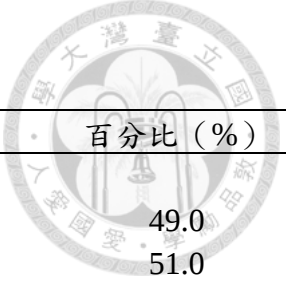
第四章 研究結果

本章共分為五節，第一節 基本資料；第二節 描述性統計分析；第三節 就醫民眾基本資料在滿意程度及再次追蹤意願之差異分析；第四節 滿意程度與再次追蹤意願之相關分析；第五節 差異分析之小結。

第一節 基本資料

本次研究共有 300 位病患參與，共回收 300 份問卷，剔除填答不完全的問卷後本研究共計回收有效樣本 294 份，表 4-1 為就醫民眾個人屬性基本資料，說明如下：在性別上，以女性居多，共計 150 人，佔有效樣本的 51%。在年齡上，以 55 歲以上~未滿 65 歲居多，共計 109 人，佔有效樣本 45.2%，其次依序為 65 歲以上~未滿 75 歲（31%）、45~未滿 55 歲（23.8%）。在教育程度上，以大專、研究所以上居多，共計 109 人，佔有效樣本 37.1%。在職業上，以自由業、無職業者居多，共計 167 人，佔有效樣本 56.8%。在居住地上，以居住於永和區居多，共計 153 人，佔有效樣本 63.95%。

表 4-1 個人屬性基本資料 (N=294)



項目	類別	次數	百分比 (%)
性別	男	144	49.0
	女	150	51.0
年齡	45~未滿 55 歲	70	23.8
	55 歲以上~未滿 65 歲	133	45.2
	65 歲以上~未滿 75 歲	91	31.0
教育程度	大專、研究所以上	109	37.1
	高中職	96	32.6
	國中以下	89	30.3
職業	農/工/商/軍/公/教	34	11.6
	服務	93	31.6
	自由/無/學生	167	56.8
居住地	永和區	188	63.9
	中和區	72	24.5
	非中永和區	34	11.6

表 4-2 為民眾就醫屬性基本資料，說明如下： 在就醫動機中，以糞便潛血檢查陽性居多，共計 144 人，佔有效樣本 49%，其次依序為瘰肉追蹤（21.4%）、家族高危險群（9.5%）、其他無法歸類之目的（9.5%）、健康檢查（7.8%）、大腸癌術後追蹤（2.0%）。在過去檢查經驗中，有曾經接受大腸鏡檢查居多，共計 148 人，佔有效樣本 50.3%。本次檢查方式採一般鏡檢（無麻醉）居多，共 181 名，佔 61.6%，無痛（有麻醉）鏡檢共 113 名，佔 38.4%。在選擇來本院檢查的原因（可複選）上，以交通便利居多，共計 188 人，佔有效樣本 63.9%。經查詢本院醫療系統，就醫民眾在檢查過程中有發現瘰肉並予以切除，共計 150 人，佔有效樣本 51.0%。

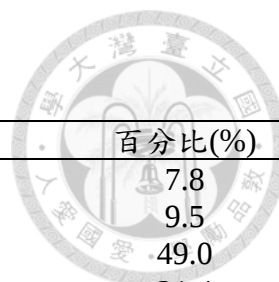


表 4-2 就醫屬性基本資料 (N=294)

項目	類別	次數	百分比(%)
就醫動機	健康檢查	23	7.8
	家族高危險群	28	9.5
	糞便潛血檢查陽性	144	49.0
	瘰肉追蹤	63	21.4
	大腸癌術後追蹤	6	2.0
	其它無法歸類	28	9.5
	遺漏值	2	0.7
過去檢查經驗	有	148	50.3
	無	146	49.7
選擇本院就醫原因 (複選)	親友推薦	50	14.7
	交通便利	228	66.0
	價格實惠	1	0.3
	以前做過	39	10.1
	醫療設備佳	2	0.3
	醫院名氣	1	0.3
	醫術高明	4	0.6
	服務態度好	5	1.4
	經常來本院就醫	19	6.3
本次檢查是否麻醉	是	113	38.4
	否	181	61.6
檢查中有進行瘰肉切除 (醫療處置)			
	是	150	51.0
	否	144	49.0



第二節 描述性統計分析

一、檢查前衛教瞭解程度

就醫民眾檢查前衛教瞭解程度平均 4.16 分，介於滿意到很滿意之間，其中以「對於大腸鏡檢查的目的瞭解程度」滿意程度最高，得 4.26 分，其次為「對於低渣飲食的內容瞭解程度」，得 4.20 分。滿意程度最低為「對於每次清腸瀉劑服用後要補充 2000cc 的水份，以增加腸道的乾淨度的瞭解程度」，得 3.89 分，介於可接受到滿意之間。

表 4-3 檢查前衛教瞭解程度描述性統計分析 (N=294)

項目	次數	百分比	平均值	標準差
1.您對於什麼是大腸鏡檢查的瞭解程度			4.16	.505
非常不滿意	0	0		
不滿意	0	0		
可接受	18	6.1		
滿意	212	72.1		
非常滿意	64	21.8		
2.您對於大腸鏡檢查的目的瞭解程度			4.26	.529
非常不滿意	0	0		
不滿意	0	0		
可接受	13	4.4		
滿意	193	65.6		
非常滿意	88	29.9		
3.您對於大腸鏡檢查的作業流程瞭解程度			4.15	.580
非常不滿意	0	0		
不滿意	1	0.3		
可接受	28	9.5		
滿意	192	65.3		
非常滿意	73	24.8		

表 4-3 檢查前衛教瞭解程度描述性統計分析 (N=294) (續)

項目	次數	百分比	平均值	標準差
4.您對於檢查前兩天要開始低渣飲食的瞭解程度			4.19	.703
非常不滿意	0	0		
不滿意	1	0.3		
可接受	47	16.0		
滿意	142	48.3		
非常滿意	104	35.4		
5.您對於低渣飲食的內容瞭解程度			4.20	.686
非常不滿意	0	0		
不滿意	0	0		
可接受	45	15.3		
滿意	144	49.0		
非常滿意	105	35.7		
6.您對於檢查前一天要開始服用清腸瀉劑的瞭解程度			4.15	.775
非常不滿意	0	0		
不滿意	3	1		
可接受	60	20.4		
滿意	120	40.8		
非常滿意	111	37.8		
7.您對於清腸瀉劑使用方法的瞭解程度			4.14	.801
非常不滿意	0	0		
不滿意	5	1.7		
可接受	61	6.1		
滿意	115	72.1		
非常滿意	113	21.8		
8.您對於每次清腸瀉劑服用後要補充2000cc 的水份，以增加腸道的乾淨度的瞭解程度。			3.89	.964
非常不滿意	0	0		
不滿意	7	2.4		
可接受	133	45.2		
滿意	39	13.3		
非常滿意	115	39.1		

表 4-3 檢查前衛教瞭解程度描述性統計分析 (N=294) (續)

項目	次數	百分比	平均值	標準差
9.您對於大腸鏡檢查後腹脹情形是屬正 常的，可利用散步促進排氣，緩解腹脹情 形的瞭解程度。			3.98	.673
非常不滿意	0	0		
不滿意	1	0.3		
可接受	67	22.8		
滿意	164	55.8		
非常滿意	62	21.1		
10.您對於大腸鏡檢查後若發生大量血 便、腹脹情形未緩解及持續腹痛，應立即 回急診室接受治療的瞭解程度。			3.91	.642
非常不滿意	0	0		
不滿意	1	0.3		
可接受	71	24.1		
滿意	174	59.2		
非常滿意	48	16.3		
11.您對於大腸鏡檢查的護理指導單張內 容的滿意度			3.98	.610
非常不滿意	1	0.3		
不滿意	1	0.3		
可接受	48	16.3		
滿意	196	66.7		
非常滿意	48	16.3		
12.您對於檢查前醫師說明的滿意度			4.14	4.98
非常不滿意	0	0		
不滿意	1	0.3		
可接受	16	5.4		
滿意	219	74.5		
非常滿意	58	19.7		
13.您對於檢查前護理人員說明的滿意度			4.15	.498
非常不滿意	0	0		
不滿意	0	0		
可接受	18	6.1		
滿意	215	73.1		
非常滿意	61	20.7		



二、檢查中滿意程度

檢查中滿意程度平均 4.02 分，介於滿意到很滿意之間，其中以「對於檢查醫師的滿意度」滿意程度最高，得 4.15 分，以「對於檢查中，因不適而要求停止時醫師尊重您的意見」滿意程度最低，得 3.72 分。各項題因不同狀況部份納入分析，如：「對於檢查中，因不適而要求停止時醫師尊重您的意見」部份受訪者表示未提出此項意見，故本研究視為未接觸不列入分析。對於檢查醫師、護理人員、空間環境之滿意程度，採無痛鏡檢者視為未接觸，故本研究不列入分析。

表 4-4 檢查中滿意程度描述性統計分析

項目	次數	百分比	樣本數	平均值	標準差
1.您對於更衣的空間環境設備			294	4.09	.586
非常不滿意	0	0			
不滿意	2	0.7			
可接受	32	10.9			
滿意	197	67.0			
非常滿意	63	21.4			
2.您對於等候檢查的時間			294	3.83	.661
非常不滿意	1	0.3			
不滿意	5	1.7			
可接受	73	24.8			
滿意	180	61.2			
非常滿意	35	11.9			
3.您對於檢查中，因不適而要求停止時醫師尊重您的意見？			98	3.72	.668
非常不滿意	0	0			
不滿意	0	0			
可接受	78	26.5			
滿意	94	32.0			
非常滿意	24	8.2			

表 4-4 檢查中滿意程度描述性統計分析（續）

項目	次數	百分比	樣本數	平均值	標準差
4.您對於檢查醫師的滿意度			113	4.15	.504
非常不滿意	0	0			
不滿意	0	0			
可接受	78	26.5			
滿意	94	32.0			
非常滿意	24	8.2			
5.您對於檢查護理人員的滿意度			113	4.14	.461
非常不滿意	0	0			
不滿意	0	0			
可接受	8	2.7			
滿意	139	47.3			
非常滿意	34	11.6			
6.您對於檢查室空間環境的滿意度			113	4.11	.567
非常不滿意	0	0			
不滿意	0	0			
可接受	20	6.8			
滿意	121	41.2			
非常滿意	45	13.6			
7.整體而言，檢查過程期間您的感覺			294	4.08	.520
非常不滿意	0	0			
不滿意	0	0			
可接受	29	9.9			
滿意	213	72.4			
非常滿意	52	17.7			

三、檢查中不適程度

檢查中不適程度，區分採一般鏡檢者及採無痛鏡檢者，有不同的不適程度分析。採無痛鏡檢者，其不適程度以「檢查完畢麻醉醒來時的不適感」不適程度較低，得分 4.16 分，介於輕微不適到無不適間。採一般鏡檢者，其不適程度以「開始檢查引起的不適感」及「檢查完成，拔出大腸鏡後的不適感」不適程度較低，得分 4.04 分，介於輕微不適到無不適間。

表 4-5 檢查中不適程度描述性統計分析

項目	次數	百分比	樣本數	平均值	標準差
1.您對於醫師為您注射藥物的不適感			113	3.89	.994
難以接受	0	0			
非常不適	0	0			
可接受	57	19.4			
輕微不適	1	0.3			
無不適	46	15.6			
2. 您在檢查完畢麻醉醒來時的不適感			113	4.16	.904
難以接受	0	0			
非常不適	0	0			
可接受	35	11.9			
輕微不適	17	5.8			
無不適	52	17.7			
3. 您對於開始檢查引起的不適感			181	4.04	.919
難以接受	0	0			
非常不適	0	0			
可接受	68	23.1			
輕微不適	27	9.2			
無不適	74	25.2			
4. 您對於檢查過程中引起的不適感？			181	3.92	.423
難以接受	0	0			
非常不適	2	0.7			
可接受	16	5.4			
輕微不適	144	49.0			
無不適	7	2.4			
5. 您對於檢查完成，拔出大腸鏡後的不適感？			181	4.04	.554
難以接受	0	0			
非常不適	1	0.3			
可接受	20	6.8			
輕微不適	121	41.2			
無不適	28	9.5			



四、檢查後滿意程度

檢查後滿意程度平均 4.03 分，介於滿意到很滿意之間。

表 4-6 檢查後滿意程度描述性統計分析 (N=294)

項目	次數	百分比	平均值	標準差
您對於從安排檢查到檢查完成的整體滿意度			4.03	4.73
非常不滿意	0	0		
不滿意	0	0		
可接受	28	9.5		
滿意	228	77.6		
非常滿意	38	12.9		

五、再次接受大腸鏡檢查意願程度

檢查後願意再次接受大腸鏡檢查，共 257 人，佔有效樣本 87.4%。

表 4-7 檢查後滿意程度描述性統計分析 (N=294)

項目	次數	百分比	樣本數	平均值	標準差
是否願意再次接受大腸鏡檢查					
願意	257	87.4			
不願意	37	12.6			

第三節 就醫民眾基本資料在滿意程度及再次追蹤意願之差異分析

本研究採用獨立樣本 T 檢定與單因子變異數分析探討就醫民眾個人屬性、就醫屬性與整體滿意度及再次追蹤意願之差異分析，當單因子變異數分析結果達顯著時，則採用 Scheffe 法進行事後比較。

一、就醫民眾個人屬性、就醫屬性與檢查滿意程度之差異分析

(一) 性別：

如表 4-8 所示，就醫民眾性別在檢查前衛教瞭解程度、檢查中滿意程度、檢查中不適程度、檢查後整體滿意程度上皆未達顯著差異 ($p>.05$)，顯示就醫民眾性別與檢查滿意程度無相關性。

表 4-8 就醫民眾性別在檢查滿意程度之差異分析

向度	性別	N	平均值	標準差	t	p 值
檢查前衛教瞭解程度	男	144	53.22	6.96	.152	.697
	女	150	53.37	6.80		
檢查中滿意程度	男	144	30.60	4.60	.171	.680
	女	150	31.45	4.65		
檢查中不適程度	男	144	24.53	1.86	.019	.891
	女	150	25.00	1.92		
檢查後整體滿意程度	男	144	20.14	2.29	.700	.404
	女	150	20.20	2.45		



(二) 年齡：

如表 4-9 所示，就醫民眾年齡在檢查前衛教瞭解程度、檢查中滿意程度、檢查中不適程度、檢查後整體滿意程度上皆未達顯著差異 ($p>.05$)，顯示就醫民眾年齡與檢查滿意程度無相關性。

表 4-9 就醫民眾年齡在檢查滿意程度之差異分析

向度	年齡	N	平均值	標準差	F	p 值	事後檢定
檢查前衛教瞭解程度	45~55 歲	70	53.61	6.56	.725	.485	-
	56~65 歲	133	53.62	6.99			
	66~75 歲	91	52.57	6.94			
檢查中滿意程度	45~55 歲	70	31.19	4.76	.965	.382	-
	56~65 歲	133	31.33	4.58			
	66~75 歲	91	30.48	4.63			
檢查中不適程度	45~55 歲	70	24.86	2.0	.252	.778	-
	56~65 歲	133	24.82	1.92			
	66~75 歲	91	24.66	1.77			
檢查後整體滿意程度	45~55 歲	70	20.21	2.32	.156	.856	-
	56~65 歲	133	20.23	2.21			
	66~75 歲	91	20.05	2.63			

(三) 教育程度：

如表 4-10 所示，就醫民眾教育程度在檢查前衛教瞭解程度、檢查中滿意程度、檢查中不適程度、檢查後整體滿意程度上皆未達顯著差異 ($p>.05$)，顯示就醫民眾教育程度與檢查滿意程度無相關性。

表 4-10 就醫民眾教育程度在檢查滿意程度之差異分析

向度	教育程度	N	平均值	標準差	F	p 值	事後檢定
檢查前衛教瞭解程度	大專、研究所以上	109	53.20	6.86	.023	.978	-
	高中職	96	53.41	6.59			
	國中以下	89	53.28	7.24			
檢查中滿意程度	大專、研究所以上	109	31.71	4.59	2.208	.112	-
	高中職	96	30.35	4.66			
	國中以下	89	30.96	4.60			
檢查中不適程度	大專、研究所以上	109	25.01	1.90	1.728	.180	-
	高中職	96	24.52	1.91			
	國中以下	89	24.81	1.88			
檢查後整體滿意程度	大專、研究所以上	109	20.14	2.50	.286	.752	-
	高中職	96	20.31	2.15			
	國中以下	89	20.06	2.44			



(四) 職業：

如表 4-11 所示，就醫民眾職業在檢查前衛教瞭解程度、檢查後整體滿意程度上皆未達顯著差異 ($p>.05$)，在檢查中滿意程度、檢查中不適程度達顯著差異 ($p<.05$)，顯示就醫民眾職業與檢查滿意程度具有部份相關性。

表 4-11 就醫民眾職業在檢查滿意程度之差異分析

向度	職業	N	平均值	標準差	F	p 值	事後檢定
檢查前衛教瞭解程度	農/工/商	34	53.71	7.30	2.189	.114	-
	/軍/公/教						
	服務	93	54.41	6.38			
檢查中滿意程度	自由/無/學生	167	52.59	6.70	3.391*	.035	農/工/商/軍/公/教 > 自由/無/學生
	農/工/商	34	32.74	4.44			
	/軍/公/教						
檢查中不適程度	服務	93	31.29	4.57	3.202*	.042	N.S.
	自由/無/學生	167	30.56	4.65			
	農/工/商	34	25.27	2.15			
檢查後整體滿意程度	/軍/公/教				1.768	.173	-
	服務	93	20.32	2.19			
	自由/無/學生	167	19.80	2.36			

* $p<.05$ ** $p<.01$ *** $p<.001$ N.S.(Non-Significant 沒有顯著的差異)

(五) 居住地：

如表 4-12 所示，就醫民眾居住地在檢查前衛教瞭解程度未達顯著差異($p>.05$)，檢查中不適程度達顯著差異($p<.05$)，在檢查中滿意程度、檢查後整體滿意程度上達顯著差異($p<.001$)，顯示就醫民眾居住地與檢查滿意程度具有部份相關性。

表 4-12 就醫民居住地在檢查滿意程度之差異分析

向度	居住地	N	平均值	標準差	F	p 值	事後檢定
檢查前衛教瞭解程度	永和區	188	53.16	6.77	2.242	.108	-
	中和區	72	52.58	6.85			
	非中永和區	34	55.53	7.17			
檢查中滿意程度	永和區	188	30.78	4.42	6.276**	.002	非中永和區>永和區 非中和永和區>中和區
	中和區	72	30.49	4.72			
	非中永和區	34	33.62	4.95			
檢查中不適程度	永和區	188	24.61	1.78	4.594*	.011	非中永和區>永和區
	中和區	72	24.77	1.93			
	非中永和區	34	25.68	2.23			
檢查後整體滿意程度	永和區	188	20.03	2.34	6.048**	.003	非中永和區>永和區 非中和永和區>中和區
	中和區	72	19.93	2.14			
	非中永和區	34	21.47	2.62			

* $p<.05$ ** $p<.01$ *** $p<.001$



(六) 就醫動機：

問卷調查之就醫動機分為健康檢查、家族高危險群、糞便潛血檢查陽性、瘰肉追蹤、大腸癌術後追蹤、其它等項目。將前述變項重新歸類為一般性風險組及增加性風險組，一般性風險組包含健康檢查及糞便潛血檢查陽性，共計 167 人，增加性風險組包含家族高危險群、瘰肉追蹤、大腸癌術後追蹤，共 97 人，其它無法歸類視為遺漏值。如表 4-13 所示，就醫民眾就醫動機在檢查前衛教瞭解程度、檢查中滿意程度、檢查中不適程度、檢查後整體滿意程度上皆未達顯著差異($p>.05$)，顯示就醫民眾就醫動機與檢查滿意程度無相關性。

表 4-13 就醫民眾就醫動機在檢查滿意程度之差異分析

向度	就醫動機	N	平均值	標準差	t	p 值
檢查前衛教瞭解程度	一般性風險	167	53.28	6.66	2.189	.140
	增加性風險	97	54.64	7.12		
檢查中滿意程度	一般性風險	167	30.71	4.58	.004	.951
	增加性風險	97	31.63	4.55		
檢查中不適程度	一般性風險	167	24.77	1.85	1.123	.290
	增加性風險	97	25.03	1.98		
檢查後整體滿意程度	一般性風險	167	20.18	2.32	.524	.470
	增加性風險	97	20.52	2.22		



(七) 過去檢查經驗：

如表 4-14 所示，就醫民眾過去檢查經驗在檢查前衛教瞭解程度、檢查中滿意程度、檢查中不適程度、檢查後整體滿意程度上皆未達顯著差異 ($p>.05$)，顯示就醫民眾過去檢查經驗與檢查滿意程度無相關性。

表 4-14 就醫民眾過去檢查經驗在檢查滿意程度之差異分析

向度	過去檢查經驗	N	平均值	標準差	t	p 值
檢查前衛教瞭解程度	未曾	146	53.03	6.49	2.998	.084
	曾	148	53.55	7.23		
檢查中滿意程度	未曾	146	30.92	4.63	.014	.906
	曾	148	31.13	4.66		
檢查中不適程度	未曾	146	24.74	2.02	2.33	.128
	曾	148	24.83	1.80		
檢查後整體滿意程度	未曾	146	20.10	2.31	.813	.368
	曾	148	20.24	2.43		

(八) 本次檢查麻醉方式：

如表 4-15 所示，就醫民眾本次檢查麻醉方式在檢查前衛教瞭解程度、檢查後整體滿意程度上皆未達顯著差異 ($p>.05$)，檢查中滿意程度、檢查中不適程度達顯著差異 ($p<.001$)，顯示就醫民眾本次檢查麻醉方式與檢查滿意程度具有部份相關性。

表 4-15 就醫民眾本次檢查麻醉方式在檢查滿意程度之差異分析

向度	本次檢查麻醉方式	N	平均值	標準差	t	p 值
檢查前衛教瞭解程度	無痛	113	53.26	6.92	.127	.722
	非無痛	181	53.31	6.85		
檢查中滿意程度	無痛	113	35.81	1.90	34.367***	.000
	非無痛	181	28.06	3.08		
檢查中不適程度	無痛	104	26.06	1.81	25.962***	.000
	非無痛	169	23.99	1.49		
檢查後整體滿意程度	無痛	113	20.58	2.386	3.345	.068
	非無痛	181	19.92	2.326		

* $p<.05$ ** $p<.01$ *** $p<.001$



(九) 本次檢查醫療處置程度：

如表 4-16 所示，就醫民眾本次檢查是否接受醫療處置（瘰肉切除）在檢查前衛教瞭解程度、檢查中滿意程度、檢查中不適程度、檢查後整體滿意程度上皆未達顯著差異（ $p>.05$ ），顯示就醫民眾本次檢查是否接受醫療處置（瘰肉切除）與檢查滿意程度無相關性。

表 4-16 就醫民眾本次檢查醫療處置程度在檢查滿意程度之差異分析

向度	本次檢查醫療處置程度	N	平均值	標準差	t	p 值
檢查前衛教瞭解程度	有處置	150	53.59	6.86	.024	.877
	無處置	144	52.98	6.89		
檢查中滿意程度	有處置	150	30.99	4.78	1.316	.252
	無處置	144	31.08	4.50		
檢查中不適程度	有處置	150	24.82	2.01	2.042	.154
	無處置	144	24.74	1.79		
檢查後整體滿意程度	有處置	150	20.20	2.31	.081	.776
	無處置	144	20.14	2.43		



二、就醫民眾個人屬性、就醫屬性與再次追蹤意願之差異分析

(一)性別：就醫民眾性別在再次追蹤意願達顯著差異 Pearson 卡方值為 6.286

($p < .05$)，顯示男性再次接受大腸鏡檢查意願高於女性。

(二)年齡：就醫民眾年齡在再次追蹤意願上未達顯著差異，Pearson 卡方值為 2.217 ($p > .05$)，顯示就醫民眾年齡與再次追蹤意願無相關性。

(三)教育程度：就醫民眾教育程度在再次追蹤意願上未達顯著差異，Pearson 卡方值為 4.950 ($p > .05$)，顯示就醫民眾教育程度與再次追蹤意願無相關性。

(四)職業：就醫民眾職業在再次追蹤意願上未達顯著差異，Pearson 卡方值為 4.671 ($p > .05$)，顯示就醫民眾職業與再次追蹤意願無相關性。

(五)居住地：就醫民眾居住地在再次追蹤意願上未達顯著差異，Pearson 卡方值為 .933 ($p > .05$)，顯示就醫民眾居住地與再次追蹤意願無相關性。

(六)就醫動機：就醫民眾就醫動機在再次追蹤意願上達顯著差異，Pearson 卡方值為 5.092 ($p < .05$)，顯示增加風險群再次接受大腸鏡檢查意願高於一般風險群。

(七)過去檢查經驗：就醫民眾過去是否曾接受過大腸鏡檢查經驗在再次追蹤意願上達顯著差異，Pearson 卡方值為 9.202 ($p < .01$)，顯示未曾接受過大腸鏡檢查者再次接受大腸鏡檢查意願高於曾接受過大腸鏡檢查者。

(八)本次檢查麻醉方式：就醫民眾本次檢查麻醉與否在再次追蹤意願上達顯著差異，Pearson 卡方值為 3.562 ($p > .05$)，顯示檢查麻醉方式與再次追蹤意願無相關性。

(九)本次檢查醫療處置程度：就醫民眾本次檢查是否接受醫療處置（瘰肉切除）在再次追蹤意願上達顯著差異，Pearson 卡方值為 1.206 ($p > .05$)，顯示醫療處置（瘰肉切除）程度與再次追蹤意願無相關性。

表 4-17 就醫民眾個人屬性、就醫屬性與再次追蹤意願之差異分析

項目	類別	N	願意	不願意	X ²	p 值
性別	男	144	123	11	6.286*	.012
	女	150	124	26		
年齡	45~55 歲	70	61	9	2.217	.330
	56~65 歲	133	120	13		
	66~75 歲	91	76	15		
教育程度	大專、研究所以上	109	98	11	4.950	.084
	高中職	96	87	9		
	國中以下(含不識字)	89	72	17		
職業	農/工/商/軍/公/教	34	29	5	4.671	.097
	服務	93	87	6		
	自由/無/學生	167	141	26		
居住地	永和區	188	165	23	.933	.627
	中和區	72	61	11		
	非中永和區	34	31	3		
就醫動機	一般性風險	167	141	26	5.092*	.024
	增加性風險	97	91	6		
檢查經驗	未曾	146	119	27	9.202**	.002
	曾	148	138	10		
麻醉方式	無痛	113	104	9	3.562	.059
	非無痛	181	153	29		
醫療處置	有處置	150	128	22	1.206	.272
	無處置	144	129	15		

*p<.05

**p<.01

***p<.001

N.S.(Non-Significant 沒有顯著的差異)



第四節 滿意程度與再次追蹤意願之相關分析

本研究採用皮爾森極差相關分析滿意程度與再次追蹤意願之相關性，皮爾森積差相關其係數絕對值定位 0-1 之間，其高低程度的級距劃分如下：相關係數絕對值在.400 以下者為「低度相關」；相關係數值在.400~.700 者為「中度相關」；相關係數絕對值在.700 以上者為「高度相關」。

滿意程度又分為檢查前衛教瞭解程度、檢查中滿意程度、檢查中不適程度、檢查後整體滿意程度。如表 4-9 所示，再次追蹤意願與檢查前衛教滿意程度、檢查中滿意程度、檢查中不適程度、檢查後整體滿意程度皆達顯著相關，相關係數分別為.354 ($p<.01$)、.298 ($p<.01$)、.303 ($p<.01$)、.375 ($p<.01$)，顯示再次追蹤意願與檢查前衛教滿意程度、檢查中滿意程度、檢查中不適程度、檢查後整體滿意程度呈現低度正相關，其中與檢查後整體滿意程度的相關度最高。

表 4-18 滿意程度與再次追蹤意願之相關分析

	1.	2.	3.	4.	5.
1.檢查前衛教瞭解程度	1				
2.檢查中滿意程度	.429**	1			
3.檢查中不適程度	.658**	.744**	1		
4.檢查後整體滿意程度	.572**	.463**	.534**	1	
5.再次追蹤意願	.354**	.298**	.303**	.375**	1

** $p<.01$



第五節 差異分析之小結

表 4-19 差異分析之小結，分述結果如下：

(一) 個人屬性 5 項中與檢查滿意程度無相關的變項有 3 項：性別、年齡、教育程度；部份相關的變項有 2 項：職業、居住地；

(二) 就醫屬性 4 項中與檢查滿意程度無相關的變項有 3 項：就醫動機、過去檢查經驗、本次檢查醫療處置程度；部份相關的變項有 1 項：本次檢查麻醉方式；

(三) 個人屬性、就醫屬性共 9 項變項中，與再次追蹤意願無相關的變項有 6 項：年齡、教育程度、職業、居住地、本次檢查醫療處置程度、本次檢查麻醉方式；有相關的變項有 3 項：性別、就醫動機、過去檢查經驗。

表 4-19 差異分析之小結

變項	檢查前衛 教瞭解程 度	檢查中滿 意程度	檢查中不 適程度	檢查後整 體滿意程 度	滿意程度	再次追蹤 意願
個人屬性						
性別	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	無相關	SIG.
年齡	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	無相關	N.S.
教育程度	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	無相關	N.S.
職業	N.S.	SIG.	SIG.	N.S.	部份相關	N.S.
居住地	N.S.	SIG.	SIG.	SIG.	部份相關	N.S.
就醫屬性						
就醫動機	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	無相關	SIG.
檢查經驗	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	無相關	SIG.
麻醉方式	N.S.	SIG.	SIG.	N.S.	部份相關	N.S.
醫療處置	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	無相關	N.S.

SIG.(Significant 有顯著的差異) N.S.(Non-Significant 沒有顯著的差異)

第五章 討論

根據本研究前一章分析結果，進行結果討論，分成四節來說明，第一節 資料收集；第二節 研究假說驗證；第三節 研究結果討論；第四節 研究限制。

第一節 資料收集

收案期間自 IRB (Institutional Independent Review Board) 審查通過後至 2018 年 09 月 15 日止，選年齡滿 45 至 75 歲之間，能意識清楚與他人溝通研究對象，經醫師評估需要接受大腸鏡檢查的病患。排除條件心智上有缺失的個案、無法回答者、溝通或視力有障礙。本次研究共有 300 位病患參與，共回收 300 份問卷，剔除填答不完全的問卷後，最後總共 294 份有效問卷進行統計分析回收率達 100%，且問卷填寫完整達 98%，有效回收率佳的原因如下：

1. 問卷設計題數好勾選且內容與現況相似易填寫。
2. 採匿名方式收問卷，訓練過的研究員親自解釋和問卷收集。
3. 完成問卷後因贈予禮卷 100 元一份，以表達謝意，因此填寫完成率高。

第二節 研究假說驗證

依據研究目的與研究問題，將上章研究假說的驗證結果，具體分述如下表 5-1 所示：

表 5-1 研究假設一、研究假設二、假設三的驗證結果

研究假設	驗證結果
H1：就醫民眾個人屬性、就醫屬性與再追蹤意願有關	部分成立
性別與再追蹤意願有關	成立
年齡與再追蹤意願有關	不成立
教育程度與再追蹤意願有關	不成立
職業與再追蹤意願有關	不成立
居住地與再追蹤意願有關	不成立
就醫動機與再追蹤意願有關	成立

研究假設	驗證結果
檢查經驗與再追蹤意願有關	成立
麻醉方式與再追蹤意願有關	不成立
醫療處置與再追蹤意願有關	不成立
H2：就醫民眾個人屬性、就醫屬性與檢查滿意程度有關	部分成立
性別與檢查滿意程度有關	不成立
年齡與檢查滿意程度有關	不成立
教育程度與檢查滿意程度有關	不成立
職業與檢查滿意程度有關	部分成立
居住地與檢查滿意程度有關	部分成立
就醫動機與檢查滿意程度有關	不成立
檢查經驗與檢查滿意程度有關	不成立
麻醉方式與檢查滿意程度有關	部分成立
醫療處置與檢查滿意程度有關	不成立
H3：就醫民眾的再追蹤意願與檢查滿意程度有關	成立

第三節 研究結果討論

本研究是探討影響大腸鏡檢查滿意度因素及大腸鏡檢查滿意度對於再次追蹤大腸鏡檢查意願的影響。本研究以永耕地區醫院門診就醫病患為研究對象。目的在於了解民眾選擇大腸鏡檢查的主要考慮因素，滿意度的差異性，進而找出重要影響因素，以建立最佳的大腸鏡檢查服務，提高醫療機構之服務品質。

一、H1：就醫民眾個人屬性、就醫屬性與再追蹤意願有關

蘇靖惠（2014）病患選擇醫療服務原因以「距離近」、「親友推薦」、「交通便利」分居前三名。曾麗蓉（1988）選擇醫院原因以交通的便利性。盧安琪（2002）民眾就診考量因素有離家近。根據本研究的研究結果選擇本院就醫病患多數來自永和區居多，共計 153 人，佔有效樣本 63.95%。鄰近中和區共計 72 人，佔有效樣本 24.5%，本研究選擇醫院原因以符交通便利共計 228 人佔有效樣本 66%，研究的結果相符。根據本研究的研究結果，提出實務上之建議。醫院地點的便利性，可近性是選擇醫院原因、留住忠實顧客比創造新顧客更為容易（錢慶文，1991）。了解病患需求，提升滿意度來維持病患忠誠度。



大腸鏡檢查前腸道準備不易及不適、檢查當中的不適及疼痛會降低病患滿意度 (Chan, & Goh, 2012; Harewood, Wiersema, & Melton, 2002)。民眾檢查前衛教瞭解程度，滿意程度最低為「對於每次清腸瀉劑服用後要補充 2000cc 的水份，以增加腸道的乾淨度的瞭解程度」，介於可接受到滿意之間，增進對腸癌防治的知識認知及大腸鏡準備及檢查的了解，並針對民眾個人需求，為其安排適合的腸道準備藥物，以提升國人大腸鏡接受度，進而提升大腸鏡檢查受檢率。檢查中滿意程度，因檢查中不適而要求停止時醫師尊重您的意見滿意程度最低，檢查前讓病患了解檢查過程中可能的不適及，需完整全大腸鏡檢查的重要性。大腸鏡檢查是大腸鏡檢查的品質指標，也可以增加大腸腺瘤的偵測率。若擔心大腸鏡檢查過程造成不適，病患可以自由選擇無痛大腸鏡檢查。

本研究結果顯男性再次接受大腸鏡檢查意願高於女性，徐東寶（2007）病患再回診之機率以男性再回診機率高於女性，與研究的結果相符。張可欣（2015）男性在服務品質與顧客滿意度上感受程度較高，但在顧客忠誠度上則無顯著差異與研究的結果不相符。原因可能是不同的年齡層級的消費者，及不同原因的調查目的。

增加風險群病患再次接受大腸鏡檢查意願高於一般風險群病患、根據美國多個醫學會組成特別小組（US MultiSociety Task Force, USMTF），檢查動機分成一般性風險組、增加性風險組。一般性風險組：50 歲以上無症狀者，糞便潛血檢查陽性或健康檢查。增加性風險組：以前大腸鏡檢查發現息肉、大腸直腸癌術後、有大腸直腸癌家族史。增加性風險組原本大腸癌風險就比較高，危機意識也比較高所以追縱意願也會比較高。

陳怡君等（2008）未曾接受過大腸鏡檢查者再次接受大腸鏡檢查意願高於曾接受過大腸鏡檢查者、滿意度高，回診意願高。莊順天（2012）比較年輕的族群及沒有做過大腸鏡經驗者，診斷性大腸鏡檢查族群病人滿意度比較高。本研究的結果未曾接受過大腸鏡檢查者再次接受大腸鏡檢查意願高於曾接受過大腸鏡檢查者，研究的結果相符。在本研究大約 50% 的就醫民眾是未曾接受過大腸鏡檢查者，

未曾接受過大腸鏡檢查者再次接受大腸鏡檢查意願高。本研究發現，就醫民眾本次檢查有接受醫療處置約有 51.0%，而接受醫療處置的民眾，下一次檢查時會落入大腸癌增加風險群組，其追蹤意願也會比較高。了解這些就醫民眾本大腸鏡檢查時需求及滿意度，會增加再次接受大腸鏡檢查意願。

本研究的結果顯示採無痛大腸鏡檢查者及採非無痛大腸鏡檢查者再次接受大腸鏡檢查意願無顯著差異。可能原因是造成不適的時機點不同，採無痛大腸鏡檢查者不適的時機有：注射藥物的不適感為可接受到無不適之間、檢查完畢麻醉醒來時的不適感為輕微不適到無不適之間，不適程度偏低。非無痛大腸鏡檢查者不適的時機有：開始檢查引起的不適感為輕微不適到無不適之間、檢查過程中引起的不適感為輕微不適、檢查完成，拔出大腸鏡後的不適感為輕微不適。無痛及非無痛大腸鏡檢查兩組在檢查後整體滿意程度無顯著差異（ p 值 0.68）。在本研究中滿意程度與再次追蹤意願之相關分析發現，滿意度與追蹤意願有相關。因此可間接推論無痛大腸鏡檢查者及採非無痛大腸鏡檢查者再次接受大腸鏡檢查意願無顯著差異。

就醫民眾本次檢查有接受醫療處置（瘰肉切除）者及本次檢查未進行醫療處置者再次接受大腸鏡檢查意願上無顯著差異。原因可能是未進行醫療處置者為檢查中沒有發現大腸癌前病變或大腸癌已完整知道大腸癌篩檢結果。就醫民眾有接受醫療處置者根據檢查結果及根據美國多個醫學會組成特別小組指引需進一步追蹤大腸鏡。依據不同的病情追蹤大腸鏡檢查間隔也不一樣。醫療處置與再追蹤意願有關問卷調查時間為大腸鏡檢查結束後，但檢驗報告未完整前的問卷調查可能會影響再追蹤意願。

二、H2：依就醫民眾個人屬性、就醫屬性與檢查滿意程度分析之相關性

從個人屬性分析、本研究結果顯示性別、年齡、教育程度與大腸鏡檢查滿意程度分析未達顯著差異、此結果與朱永華（1995）、傅鍾仁與張錫惠（2002）、李宜蓉（2003）、閻慶義（2008）等人的研究的結果相符。李宜蓉（2003）不同性別與學歷背景對醫療服務品質的滿意度之間有顯著差異。本研究結果職業、居住地

變項與大腸鏡檢查滿意度部份相關、李宜蓉（2003）不同年齡及職業並無顯著性差異閻慶義（2008）職業對服務品質滿意度無顯著差異、研究的結果部分不相符。

郭正邦（2010）年齡大、教育程度低有較高的滿意度及忠誠度，對醫療服務滿意度比較，男性均高於女性。許榮譽（2008）對醫療過程的滿意度、男性病患高於女性病患、高學歷病患高於低學歷病患、研究的結果不相符。

研究結果與本研究的不相符原因可能是研究對象為一般門診看診病患，大腸鏡檢查為特殊的檢查、就醫屬性與就醫動機不同、病患年齡層之特性、（45 歲至 75 歲）可能會影響不同的滿意度結果。

本研究結果顯示病患職業與檢查滿意度相關性：在檢查中滿意程度、檢查中不適程度達顯著差異，事後檢定分析發現檢查中不適程度沒有顯著的差異。檢查中滿意程度農/工/商/軍/公/教>自由/無/學生。

居住地與檢查滿意度相關性；檢查中不適程度，檢查中滿意程度、檢查後整體滿意程度上達顯著差異。事後檢定分析發現非中和永和區>永和區，非中和永和區>中和區，根據居住地，非永和區中和區病患滿意度比較高，住非中和永和區地段比較遠及病人居住地方無缺乏醫療資源，願意來本願做檢查可能是病患對醫院及醫師的忠誠度與信任感比較高才願意到本院。

就醫動機與檢查滿意程度相關性；檢查動機：根據美國多個醫學會組成特別小組（US MultiSociety Task Force，USMTF），篩檢對象分類為兩組一般性風險組、增加性風險組。本研究結果就醫動機與檢查滿意程度無相關性。不同就醫動機及風險檢查準備及檢查過程方式都一樣，可能導致滿意度無差異。

本研究的結果依民眾過去檢查經驗與檢查滿意程度無相關性、郭正邦（2010）過去檢查經驗與檢查滿意程度無相關、初診病患滿意度高於複診病患。許榮譽（2008）初診病患之滿意度高於複診病患之滿意度與研究的結果相符。

麻醉方式與檢查滿意程度：檢查前衛教瞭解程度、檢查後整體滿意程度上皆未達顯著差異，檢查中滿意程度、檢查中不適程度達顯著差異。可能原因是、本研究的結果顯示檢查中不適程度採無痛鏡檢者，不適程度較低，介於輕微不適到無



不適間、無痛鏡檢比一般大腸鏡滿意度比較高。

本研究的結果醫療處置與檢查滿意度無差異、原因可能是根據本研究大腸鏡檢查中兩組病患檢查中不適程度沒有差異。

三、H3：依就醫民眾的再追蹤意願與檢查滿意程度之相關性

本研究結果顯示滿意度與醫民眾的再追蹤意願有相關性。此結果與 Reichheld and Sasser (1990)、錢慶文 (1991)、O'Connor 等 (1991)、Bowen and Chen (2001)、林裕翔 (2001)、林伯聲 (2002)、陳怡君 (2008)、莊順天 (2012)、許勝彥 (2013) 等人的研究的結果相符。國內研究結果顯示醫療品質與病患滿意度有顯著相關；病患滿意度與再診意願有部分相關 (蔡相君, 2005)。本研究結果顯示檢查後願意再次接受大腸鏡檢查意願，共 257 人，佔有效樣本 87.4%。驗證就醫民眾的檢查滿意程度與再追蹤意願檢查有關。國外研究大腸鏡篩檢滿意度高達 91%~98%。同樣條件下病患願意追蹤大腸鏡佔百分之 73%~100% (Chartier, Arthurs, & Sewitch, 2009)。

第四節 研究限制

一、取樣對象

本研究只針對天主教永和耕莘醫院門診病患為研究對象，更因受限於人力，時間與地點等因素，個案收案人數因此代表性方面受到限制故本研究結果外推有限制。未來若能擴大收案地點，增加收案人數，將會使研究結果的推論將更具可信度。

二、問卷

在問卷設計方面使用以自擬問卷，問卷設計方面的各衡量構面主要是參考過去的專家文獻經整理後，再以目前實際狀況進行問卷的製作，但可能造成有未衡量到其他構面的缺失。

三、抽樣方法

本研究採立意取樣，為橫斷式研究設計。選擇天主教永和耕莘醫院門診病患

為研究對象進行問卷調查分析，一次蒐集，時間比較短抽樣代表性方面受到限制。



第六章 結論與建議

第一節 結論

本次研究選擇北部地區醫院，天主教永和耕莘醫院門診病患作為研究範圍，研究目的為探討影響大腸鏡檢查滿意度因素及大腸鏡檢查滿意度對於再次追蹤大腸鏡檢查意願的影響。將研究結果如下：

- 一、就醫民眾的檢查滿意程度高對再次追蹤大腸鏡檢查意願高。
- 二、職業、居住地、本次檢查麻醉方式與大腸鏡檢查滿意度有部份相關。
- 三、男性再次接受大腸鏡檢查意願高於女性。大腸直腸癌增加性風險群者再次接受大腸鏡檢查意願有相關。

第二節 建議

一、對機構實務的建議

1.顧客滿意會隨著時間及所感受的服務不同而有所變動的，因此定期衡量顧客滿意度和顧客忠誠度調查，確切掌控及預測顧客之需求期望能迅速滿足，將有助於提高顧客滿意度並建立顧客的忠誠度與信任感。

2.無痛(麻醉)大腸鏡檢查者檢查完畢麻醉醒來時的不適感較低，無痛大腸鏡檢查滿意度高，推動無痛大腸鏡檢查來提升病患滿意度與再次就醫的機率。

3.可近性是選擇醫院原因如：距離近、交通便利、根據本研究的研究結果選擇本院就醫病患多數來自永和區居中和區居多，選擇醫院原因以交通便利居多，病患滿意度對忠誠度有顯著正向影響了解提升病患滿意度提升再次就醫的機率。留住忠實顧客比創造新顧客更為容易（錢慶文，1991）。

二、對未來研究的建議

影響病患滿意度與忠誠的因素很多，在研究變數部份，本研究僅就研究病患滿意度與忠誠度間的關聯性進行探討，後續研究者在探究相關的題目時，可以再加入不同的干擾變數，將有助於了解影響病患滿意度與忠誠度，使得整個研究的



內容更為完備。大腸鏡檢查的品質擔負整個篩檢計畫效果的關鍵。後續研究者可以再加入大腸鏡檢查品質指標與病患滿意度與忠誠度影響，將有助於了解大腸鏡檢查工作單位品質及大腸鏡檢查品質指標對病患滿意度與顧客忠誠度影響，使得整個研究的內容更為完備。

本研究只針對天主教永和耕莘醫院門診病患為研究對象對醫院及病患之特性會有所設限，因此建議後續研究者可選定其他不同族群，擴大樣本數，提升樣本代表性，比較不同醫院層級間影響滿意度與忠誠病患因素之差異性。

中文參考文獻



文久美 (1996)。門診病患對醫師滿意度之因素分析。**嘉南學報**，22，142-154。

中華民國內政部戶政司全球資訊網(2015 年 10 月)。縣市人口性比例及人口密度。

取自 <https://www.ris.gov.tw/app/portal/346>。

古秋雲、蔡明田、陳健成 (2008)。服務品質與服務價值對顧客忠誠度影響效果之

實證研究—以國立成功大學附設醫院健康檢查中心為例，**醫管期刊**，50 (1)，

205-220。

王嵩竑 (2008)。醫療服務品質與病人滿意度之相關性。**北市醫學雜誌**，5 (6)，

582-592。

孔憲蘭(2010)。國民健康局大腸直腸癌篩檢施行之現況與未來。**消化系教育講座**，

29，82-96。

李俊賢 (2011)。醫療服務品質、病患滿意度與再就醫意圖 (未出版之碩士論文)。

國立高雄師範大學，高雄。

朱永華(1995)。醫院服務知覺品質與病患滿意度之關係研究(未出版之碩士論文)。

成功大學，台南市。

李嘉龍(2010)。大腸直腸腫瘤的篩檢與監測。**Current Content in Digestive Disease**，

29，97-109。

林伯聲 (2002)。影響病患至中央健康保險局聯合門診中心就醫行為之研究 (未出

版之碩士論文)。高雄醫學大學，高雄。

林獻鋒、賴世偉、李佳雲、張靖梅、賴明美、劉松、林正介 (2001)。中部某教學

醫院自費健檢病人對醫院服務滿意度的調查。**中臺灣醫學科學雜誌**，6 (3)，

167-172。

歐吉性、余方榮、許文鴻、王聖雯、吳登強、胡晃鳴 (2012)。大腸直腸癌的篩檢

與監測及台灣施行現況。**臺灣醫界雜誌**，55 (2)，17-2。

曾嘉慶、李嘉龍、吳啟華 (2009)。大腸直腸腫瘤的篩檢與追蹤：文獻回顧與最新

指引。**內科學誌**，20，506-513。



臺灣癌症臨床研究合作組織 (2010)。大腸癌臨床診療指引。台北：財團法人國家衛生研究院 (NHRI)。

衛生福利部 (2005)。第三期國家癌症防治計畫 (103-107 年)。取自
https://www.hpa.gov.tw/Pages/ashx/File.ashx?FilePath=~/File/Attach/1094/File_464.pdf。

衛生福利部 (無日期)。大腸癌篩檢暨陽性個案後續追蹤衛教指引。取自
https://www.hpa.gov.tw/Pages/ashx/File.ashx?FilePath=~/File/Attach/1093/File_431.pdf。

張澤霖 (2011)。不同麻醉方式下施行大腸鏡檢查病患滿意度調查 (未出版之碩士論文)。元智大學，桃園。

蔡相君 (2005)。醫療品質與知覺價格及病患滿意度對再診意願影響之研究—以兩岸整形美容患者為例 (未出版之碩士論文)。大葉大學，彰化。

徐東寶 (2007)。醫療品質、病患滿意度與病患後續醫療行為意圖—以國軍南部某醫院為例 (未出版之碩士論文)。立德管理學院，台南。

錢慶文 (1991)。以醫院行銷的角度來談醫院醫療品質，馬偕院訊，12。

陳怡君、張嘉晃、王拔群、簡湘文、林思源 (2008)。病人滿意度與回診意願之相關性探討 —以某醫學中心眼科為例。輔仁醫學期刊，6 (3)，105-115。

陳麗如 (2006)。服務品質對顧客滿意度與顧客忠誠度關係之探討。遠東學報，23 (3)，525-536。

郭正邦 (2010)。軍醫院門診病患滿意度與忠誠度之探討—以某中部國軍醫院為例 (未出版之碩士論文)。中臺科技大學，台中。

莊順天、林建仲、宋競賢、邱盛林 (2012 年，7 月)。區域醫療醫院服務品質與病患滿意度及忠誠度關聯性之研究。2012 南台灣暨東南亞地區商管科技與教育研討會。屏東縣：美和科技大學。

許榮譽、溫源鳳、徐東寶 (2008)。醫療品質、病患滿意度與病患後續醫療行為意圖—以國軍南部某醫院為例。危機管理學刊，5 (2)，49-60。

曾麗蓉(1988)。醫院門診服務品質之實證研究(未出版之碩士論文)。政治大學，台北。

盧安琪(2002)。國立成功大學醫學中心門診醫療服務品質之實證研究(未出版之碩士論文)。國立成功大學，台南市。

莊演文(2003)。醫院服務品質與住院病患家屬滿意度之關聯性研究—以嘉義某區域教學醫院為例(未出版之碩士論文)。南華大學，嘉義縣。

傅鍾仁、張錫惠(2002)。我國醫療服務品質滿意度之實證研究。臺灣管理學刊，1(2)，317-340。

閻慶義(2008)。民眾對衛生所提供醫療服務品質之滿意度研究-以宜蘭縣為例(未出版之碩士論文)。私立佛光大學，桃園縣。

劉建町(2001)。中式高級餐廳顧客滿意度之研究(未出版之碩士論文)。中國文化大學，臺北市。

林裕翔(2001)。連鎖性便利商店顧客滿意度與忠誠度之研究(未出版之碩士論文)。淡江大學，新北市。

許勝彥(2013)。在探討連鎖餐飲之服務品質、顧客滿意度與顧客忠誠度-以虎尾食神滷味為例(未出版之碩士論文)。虎尾科技大學，雲林縣

林叔娥(2003)。顧客滿意度與忠誠度之關聯性研究-以某驗證公司為例(未出版之碩士論文)。中原大學，桃園。

高力行(2000)。商業友誼對服務品質、顧客滿意與顧客忠誠影響之研究—以汽車修護業與產險業為例(未出版之碩士論文)。私立朝陽科技大學，台中。

闕山晴(2002)。顧客滿意度與忠誠度之研究—以西式速食業為例(未出版之碩士論文)。國立台灣科技大學，台北。

蘇靖惠(2014)。門診服務品質、滿意度與忠誠度之關係—以屏東某區域教學醫院為例(未出版之碩士論文)。國立屏東大學，屏東縣。

張可欣(2015)。服務品質、顧客滿意度與顧客忠誠度之研究—以祥鶴日本料理店為例(未出版之碩士論文)。朝陽科技大學，台中。

郭德賓 (2000)。醫療服務業顧客滿意與競爭策略之研究。《產業管理學報》，1 (2)，231-256。

韓文蕙、王冠今、張玉梅、陳光慧、徐南麗 (2015)。門診病患就醫背景與門診服務滿意度關係之研究。《健康與建築雜誌》，2 (2)，46-55。

癌症防治組 (2018)。大腸癌防治概況。取自

<https://www.hpa.gov.tw/Pages/Detail.aspx?nodeid=615&pid=1126>。

癌症防治組 (2018)。大腸癌篩檢簡介。取自

<https://www.hpa.gov.tw/Pages/Detail.aspx?nodeid=621&pid=1136>。

鄭榮郎、鄭淑婷、陳昌宗 (2005)。醫療服務品質、服務疏失、顧客滿意度之相關性研究，管理思維與實務」學術研討會論文集。

英文參考文獻



- Anderson, E. W. & Sullivan, M.W. (1993). The antecedents and consequences of customer satisfaction for firms. *Marketing Science*, 12(2), 25-43.
- Bader, M. & Marilyn, M. (1988). Nursing care behaviors that predict patient satisfaction. *Journal of Nursing Quality Assurance*, 2(3), 11-17.
- Bertakis, K. D. (1993). Between doctor and patient. In R. B. Taylor, (Eds.), *Family Medicine: Principles and Practice*(4th ed., pp. 22-28), New York: Springer-Verlag.
- Bitner, M. J. (1990). Evaluating service encounters: The effects of physical surrounding and employee response. *Journal of Marketing*, 54(2), 69-82.
- Brenner, H., Chang-Claude, J., Jansen, L., Seiler, C. M., & Hoffmeister, M. (2012). Role of colonoscopy and polyp characteristics in colorectal cancer after colonoscopic polyp detection: A population-based case-control study. *Annals of Internal Medicine*. 157(4), 225-232.
- Bowen, J. T., & Chen, S. L. (2001). The relationship between customer loyalty and customer satisfaction. *International Journal of cContemporary Hospitality Mmanagement*, 13(5), 213-217.
- Chan, W. K. & Goh, K. L. (2012). Evaluation of Patient Satisfaction of an Outpatient Colonoscopy Service in an Asian Tertiary Care Hospital. *Gastroenterology Research and Practice*, 2012, 1-6.
- Chartier, L., Arthurs, E., & Sewitch, M. J. (2009). Patient satisfaction with colonoscopy: A literature review and pilot study. *Canadian Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 23(3), 203-209.
- Chiu, H. M., Chen, L. S., & Yen, M. F. (2015). Effectiveness of fecal immunochemical testing in reducing colorectal cancer mortality from the one million Taiwanese screening program. *Cancer*, 121(18), 3221-3229.
- Cho, W. H., Lee, H., Kim, C., Lee, S., & Choi, K. S. (2004). The impact of visit

- 
- frequency on the relationship between service quality and outpatient satisfaction: A south Korean study. *Services Research*, 39(1), 13-33.
- Coulter, K. S. & Coulter, R. A. (2002). Determinants of trust in a service provider: The moderating role of length of relationship. *Journal of Services Marketing*, 16(1), 35-50.
- Cronin, J. J., & Taylor, S. A. (1992). Measuring service quality: A reexamination and extension. *Journal of Marketing*, 56(3), 55-68.
- David, G. (2002). Nurturing clients' trust to encourage engagement success during the customization of ERP systems. *Omega*, 30(4), 287-299.
- Faivre, J., Dancourt, V., & Lejeune, C. (2004). Reduction in colorectal cancer mortality by fecal occult blood screening in a French controlled study. *Gastroenterology*, 126(7), 1674-80.
- Fay, C. J. (1994). Royalties from LOYALTIES. *Journal of Business Strategy*, 15, 47-51.
- Fredericks, J. O. & Salter, J. M. (1995). Beyond customer satisfaction. *Management Review*, 84, 29-32,
- Hardcastle, J. D., Chamberlain, J. O., & Robinson, M. H. (1996). Randomised controlled trial of faecal occult blood screening for colorectal cancer. *Lancet*, 348, 1472-1477.
- Harewood, G. C., Wiersema, M. J., & Melton, L. J. (2002). A prospective, controlled assessment of factors influencing acceptance of screening colonoscopy. *American Journal of Gastroenterology*, 97(12), 3186-3194.
- Hewitson, P., Glasziou, P., & Irwig, L. (2007). Screening for colorectal cancer using the faecal occult blood test, Hemoccult. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 24(1), CD001216.
- James, L. Heskett, J. L., Jones, T. O., Loveman, G. W., Sasser, W. E., & Schlesinger, L. A. (1995). Putting the service-profit chain to work. *Harvard Business Review*,

72(2), 164-175.

John, J. (1992). The impact of past experience. *Journal of Healthcare Marketing*, 12(3), 56-64.

Joseph, D. A., King, J. B., Miller, J. W., & Richardson, L. C. (2010). Prevalence of colorectal cancer screening among adults--Behavioral Risk Factor Surveillance System, United States, 2010. *MMWR Suppl*, 61(2), 51-56.

Larsen, I. K., et al. (2002). Continuous evaluation of patient satisfaction in endoscopy centres. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 37, 850-855.

Levin, B., et al. (2008). Screening and surveillance for the early detection of colorectal cancer and adenomatous polyps, 2008: a joint guideline from the American Cancer Society, the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer, and the American College of Radiology. *Gastroenterology*, 134(5), 1570-1595.

Lieberman, D. A., Rex, D. K., Winawer, S. J., Giardiello, F. M., Johnson, D. A., & Levin, T. R. (2012). Guidelines for colonoscopy surveillance after screening and polypectomy: A consensus update by the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer. *Gastroenterology*, 143(3), 844-857.

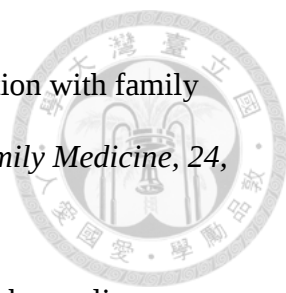
Linder, P. S. (1982). Toward a theory of patient satisfaction. *Social Science and Medicine*, 16, 557-589.

MacStrivic, R. S. (1987). Loyalty of hospital patients: a vital marketing objective. *Health Care Management Review*, 12(2), 23-30.

Mandel, J. S., Bond, J. H., & Church, T. R. (1993). Reducing mortality from colorectal cancer by screening for fecal occult blood. *The New England Journal of Medicine*, 328, 1365-1371.

Newman, J. W. & Werbel, R. A. (1973). Multivariate analysis of brand loyalty for major household appliances. *Journal of Marketing Research*, 10, 404-409.



- 
- Nijjar, U. K., Edwards, J. A., & Short, M. W. (2011). Patient satisfaction with family physician colonoscopists. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 24, 51-56.
- O'Connor, S. J. & Bowers, M. R. (1990). An integrative overview of the quality dimension: Marketing implications for the consumer-oriented health care organization. *Medical Care Research and Review*, 47(2), 193-219.
- Oliver, C. (1990). Determinants of inter-organizational relationships: Integration and future directions. *Academy of Management Review*, 15(2), 241-265.
- Oliver, R. L. (1980). A cognitive model of the antecedents and consequences of satisfaction decisions. *Journal of Marketing Research*, 17(11), 460-469.
- Ratuapli, S. K., et al. (2014). Postcolonoscopy Followup Recommendations: Comparison with and without Use of Polyp Pathology. *Diagnostic and Therapeutic Endoscopy*, 2014, 1-7.
- Reichheld, F. F. & Sasser, W. E. (1990). Quality comes to services. *Harvard business review*, 3(4), 106-111.
- Robin, H. R., Gandek, B., Roger, W. H., Kosinski, M., McHorney, C. A., & Ware, J. E. (1993). Patients' ratings of outpatient visits in different practice settings: results from the medical outcome study. *The Journal of the American Medical Association*, 270(7), 835-846.
- Shoemaker, S. & Lewis, R. C. (1999). Customer loyalty: The future of hospitality marketing. *International Journal of Hospitality management*, 18(4), 345-370.
- Siegel, R. L., et al. (2017). Colorectal cancer statistics. *A Cancer Journal for Clinicians*, 67(3), 177-193.
- Strasser, S., Aharony, L. & Greenberger, D. (1993). The patient satisfaction process: Moving toward a comprehensive model. *Medical Care Research and Review*, 50, 219-248.

Triantafyllou, K., et al., (2016). Long-term patient satisfaction of gastrointestinal endoscopic procedures. *Annals of Gastroenterology*, 29(2), 188–195.

Ussui, V. M., Silva, A. L. W., Borges, L. V., Silva, J. G. B., Zeitune, J. M. R., & Hashimoto, C. L. (2013). What are the most important factors regarding acceptance to the colonoscopy? Study of related tolerance parameters. *The Archives of Gastroenterology*, 50(1), 23-30.

號：

保存年限：

天主教耕莘醫療財團法人耕莘醫院 人體試驗委員會 函

承辦人：張韶玲

分機：66004

傳真：(02) 2219-0651

發文日期：中華民國 107 年 04 月 26 日

發文字號：耕醫人字第 107069 號

受文者：永和耕莘醫院內科部罕華發醫師

主旨：檢送 台端申請進行「探討大腸鏡滿意度與大腸鏡追蹤意願之相關性-以北部某地區醫院教學醫院為例」（人委員會編號：CTH-107-3-6-003）之人體試驗許可書、人體試驗受試者同意書核准版本各乙份，敬請 查照，並請依相關規定辦理。

依據：初審案標準作業程序辦理。

說明：

- 一、 本案業經本院人體試驗委員會2018年04月20日審核，原則同意試驗進行，人委會編號：CTH-107-3-6-003，本案計畫執行有效期限為：2018年04月20日至2019年04月19日，敬請依人體試驗標準作業程序辦理。
- 二、 計畫主持人應辦及注意事項如下：
 - （一）檢附人體試驗受試者同意書核准版，請務必依此版本進行試驗。
 - （二）本試驗主持人應任用合格之試驗相關人員，確保其對本計畫有充分之瞭解，被授權之責任與工作並應留下書面紀錄。試驗相關人員之任用需經本委員會同意，始得參與本試驗。
 - （三）本試驗請依全民健保法第51條規定：「下列項目不列入本保險給付範圍：……。七、人體試驗。……」，故臨床試驗期間醫療費用不應由健保支付。
 - （四）請計畫主持人於計劃通過後，應於許可書所列期限前繳交期中報告審查，方可繼續執行。
 - （五）本計畫若需修正、展延、中止或終止、結束時，請計畫主持人依規定向人體試驗委員會提出審查申請。
 - （六）計畫完成時，請計畫主持人依規定向人體試驗委員會辦理結案並繳交結案報告。

正本：永和耕莘醫院內科部罕華發醫師

副本：人體試驗委員會



人體試驗委員會
人體試驗許可書

計畫名稱：探討大腸鏡滿意度與大腸鏡追蹤意願之相關性-以北部某地區醫院教學醫院為例

計畫編號/人委員會編號：CTH-107-3-6-003

計畫主持人：永和耕莘醫院內科部罕華發醫師

共同主持人：永和耕莘醫院護理部郭英玲督導

協同主持人：耕莘醫院安康院區職安室李文傑專員、永和耕莘醫院醫品中心姜秀滿專員

計畫預計期間：2018年04月20日至2019年04月19日

試驗/研究機構：天主教耕莘醫療財團法人永和耕莘醫院

核准有效期限至：2019年04月19日

核准計畫文件版本：

計畫書：2018年03月15日第二版

人體試驗受試者說明及同意書：2018年03月15日第二版

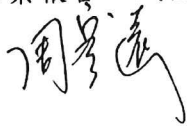
問卷：2018年03月15日第二版

後續定期追蹤之程序及要求：

一、 期中報告：應於2018年10月19日前繳交期中報告。有效期限屆滿前須通過期中報告或效期展延審查，試驗/研究方可繼續進行。

二、 結案報告：試驗/研究完成後，應將執行情形及結果依結案報告表要求送至本委員會審查。

主任委員



Certificate of Approval

Approval Dated: Apr/20/2018

The protocol entitled "The Relationship between Patient Satisfaction with Colonoscopy and Willingness to Return for Colonoscopy-In Northern Regional Teaching Hospital", submitted by investigator Dr. Hwa-Fa Han, Department of Internal Medicine, Yonghe Cardinal Tien Hospital, has been approved by the meeting of Institutional Review Board of the Cardinal Tien Hospital. The board is organized and operates according to GCP and the applicable laws and regulations.

Protocol No./IRB No: CTH-107-3-6-003

Investigator: Dr. Hwa-Fa Han

Co-Investigator: Ying-Ling Kuo、Wen-Chieh Lee、Hsiu-Man Chiang

Proposed Study Period: Apr/20/2018- Apr/19/2019

Study site: Yonghe Cardinal Tien Hospital

Expiry of Approval Date: Apr/19/2019

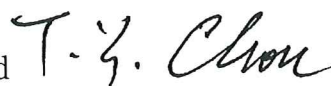
Protocol Version and Date: Version 2, Mar/15/2018

Informed Consent Form: Version 2, Mar/15/2018

Questionnaire: Version 2, Mar/15/2018

Chairman

Institutional Review Board



大腸鏡滿意度與大腸鏡追蹤意願調查表



親愛的先生女士：

您好！為提高醫療服務品質，懇請您利用幾分鐘時間填寫這份問卷，有助於我們日後大腸鏡檢品質持續改善。以下的問題，請您就本次檢查的經驗作答，在合適的答案□內打V，採不計名作答。為保障您的權益，本問卷將由專人處理，回答內容均予保密，敬請安心作答。謝謝您的合作與支持。 敬祝 健康快樂

台灣大學健康政策與管理研究所

指導教授：鍾國彪教授

研究生：罕華發醫師

聯絡電話：02-29286060

壹、就醫背景，請在適當的□內打V。

一、請問您曾經做過大腸鏡檢查嗎？□1.沒有(請跳答第三題)；□2.有(請續答第二題)

二、請問您曾經使用過無痛腸鏡檢查嗎？□1.是 □2.否

三、請問您本次做大腸鏡檢查的動機是？(可複選)

□1.健康檢查；□2.家族高危險群；□3.糞便潛血檢查陽性；□4.其他_____

四、您為什麼選擇來本院檢查？(可複選)

□1.親友推薦；□2.交通便利；□3.價格實惠；□4.以前做過；□5.醫療設備佳；

□6.醫院名氣；□7.醫術高明；□8.服務態度好；□9.經常來本院就醫；

□10.其它_____

五、請問本次做大腸鏡檢查是否採用麻醉？ □1.是 □2.否

貳、此部份為探討 您對本次提供大腸鏡檢服務各項目的瞭解程度或滿意程度，請在適當的□內打V。

瞭解程度

很 可 不 不 未
瞭 瞭 接 瞭 瞭 接
解 解 受 解 解 觸
5 4 3 2 1 0

一、大腸鏡檢查瞭解程度

1.您對於什麼是大腸鏡檢查的瞭解程度

□ □ □ □ □ □

2.您對於大腸鏡檢查的目的瞭解程度

□ □ □ □ □ □

3.您對於大腸鏡檢查的作業流程瞭解程度

□ □ □ □ □ □

4.您對於檢查 前兩天 要開始低渣飲食的瞭解程度

□ □ □ □ □ □

5.您對於低渣飲食的內容瞭解程度

□ □ □ □ □ □

6.您對於檢查 前一天 要開始服用清腸瀉劑的瞭解程度

□ □ □ □ □ □

7.您對於清腸瀉劑使用 方法 的瞭解程度

□ □ □ □ □ □

瞭解程度

很瞭解	可瞭解	不瞭解	未接觸
5	4	3	2 1 0

8.您對於每次清腸瀉劑服用後要補充 2000cc 的水份，

以增加腸道的乾淨度的瞭解程度。

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

9.您對於大腸鏡檢查後腹脹情形是屬正常的，可利用散步促進排氣，

緩解腹脹情形的瞭解程度。

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

10.您對於大腸鏡檢查後若發生大量血便、腹脹情形未緩解及持續腹痛，

應立即回急診室接受治療的瞭解程度。

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

11.其他(請說明)：

不適程度

輕微不適	可接受	非常不適	難以接受	未接觸
5	4	3	2 1 0	

二、檢查過程中流程及感受

1.您對於醫師為您注射藥物的不適感(採用無痛麻醉者填答)？

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

2.您在檢查完畢麻醉醒來時的不適感(採用無痛麻醉者填答)？

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

以下由未採無痛麻醉者填答

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

3.您對於開始檢查引起的不適感？

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

4.您對於檢查過程中引起的不適感？

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

5.您對於檢查完成，拔出大腸鏡後的不適感？

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

6.其他(請說明)：

滿意程度

很滿意	可接受	不滿意	未接觸
5	4	3	2 1 0

三、整體滿意度

1.您對於檢查前醫師說明的滿意度

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

2.您對於檢查前護理人員說明的滿意度

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

3.您對於檢查醫師的滿意度

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

滿意程度

很	可	不	很	未
滿意	接受	滿意	滿意	接觸
5	4	3	2	1
			0	

- 4.您對於檢查**護理人員**的滿意度 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- 5.您對於檢查室**空間環境**的滿意度 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- 6.您對於**更衣**的**空間環境設備** ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- 7.您對於**等候檢查**的**時間** ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- 8.您對於大腸鏡檢查的**護理指導單張內容**的滿意度 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- 9.您對於從安排檢查到檢查完成的**整體滿意度** ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- 10.其他(請說明)：

四、其他

1. 您知道今天初步的檢查結果 ☐ 1. 否
☐ 2. 是 (檢查結果：☐ 正常；☐ 需定期追蹤；☐ 需進一步治療)
2. 如果需要您是否願意再次接受大腸鏡檢查？
☐ 1. 願意 ☐ 2. 不願意 ☐ 3. 不一定 4. 其它 (請說明)：_____

參、個人基本資料

1. 填表人：☐1.病人本人；☐2.親友；☐3.其它(請說明)：_____
2. 性 別：☐1.男；☐2.女
3. 年 齡：☐1.未滿 20 歲；☐2.20 歲以上~未滿 40 歲；☐3.40 歲以上~未滿 50 歲；
☐4.50 歲以上~未滿 75 歲；☐5. 76 歲以上
4. 教育程度：☐1.研究所以以上；☐2.大學；☐3.大專；☐4.高中職；☐5.國中以下；
☐6.其他：_____
5. 職 業：☐1.軍；☐2.公；☐3.教；☐4.商；☐5.工；☐6.農林漁牧；☐7.教育業；
☐8.製造業；☐9.自由業；☐10.運輸業；☐11.服務業；☐12.醫療業；
☐13.學生；☐14.無；☐15.其他：_____
6. 居住地：☐1.永和區；☐2.中和區；☐3.板橋區；☐4.新店區；☐5.新北市其他地區；
☐6 臺北市；☐7.其他縣市_____
7. 若您願意我們進一步與您連繫，請留下您的資料，我們將儘快依您的建議(意見)回覆。
連絡姓名：_____，病歷號：_____，電話：_____

感謝您撥冗時間填答完成問卷後請投擲於服務台問卷回收箱，謝謝您!

~永和耕莘醫院祝福您及您的家人平安健康~

探討大腸鏡滿意度與大腸鏡追蹤意願之相關性—以北部某地區教學醫院為例：
專家內容效度問卷函



敬愛的_____專家您好：

我是國立臺灣大學公共衛生研究所碩士班的研究生暨永和耕莘醫院教研部主任、內科部主任及腸胃內科主任罕華發，此次因執行院內研究計畫～「**探討大腸鏡滿意度與大腸鏡追蹤意願之相關性—以北部某地區教學醫院為例**」，結果將提供衛生單位推動此決策之參考依據，並配合衛生法規之制（修）訂與管理制度之需要，以滿足未來病人安全及幫助個案做出最適合自己的醫療決策需求。我們發展了此問卷，目的是由顧客的觀點來評量大腸鏡檢查之服務品質，進而了解顧客實質需求，並從中探討為顧客創造更具價值的大腸鏡檢查服務品質。希望提供研究單位作為提升大腸鏡服務品質之依據及進一步提升大腸鏡篩檢率。探討大腸鏡滿意度及大腸鏡追蹤意願之相關性。問卷乃根據研究動機、研究目的及相關文獻查證修改而來，為求本問卷內容能有效獲得以大腸鏡篩檢及追蹤目的之 45 至 75 歲間病患的參與，因此進行專家內容效度檢定。

久仰台端之學養淵博、經驗豐富，不吝指導後進，懇請撥允您寶貴的時間，協助本問卷之內容是否適用給予評分，隨函檢附本研究之問卷內容評分表乙份。

問卷共分為三個部分，問卷大綱如下：

壹、就醫背景

貳、此部份為探討 您對本次提供大腸鏡檢服務各項目的滿意程度

參、個人基本資料

探討大腸鏡滿意度與大腸鏡追蹤意願之相關性—以北部某地區教學醫院為例：
專家內容效度問卷函

懇請您逐題評定，評定內容及標準如下：



壹、評定內容：敬請依內容之「重要性」、「適切性」進行評分。

一、評分標準：採用四分法評分，計分方式為

一)內容的重要性：指該題目陳述的內容對於所欲測量的概念是否很重要/有必要。

4分：表示此題非常重要，不可刪除。

3分：表示此題重要，可使用。

2分：表示此題重要，修改後可使用。

1分：表示此題不重要，需刪除。

二)內容的適切性：指該題目內容是否真能反映出所欲測量的概念，即與所欲測量的概念非常相關。

4分：表示此題非常適切，不可刪除。

3分：表示此題適切，可使用。

2分：表示此題適切，部分修改後可使用。

1分：表示此題不適切，需刪除。

貳、建議欄的應用：若您對逐題有合適的修改建議時，請於每一題專家建議欄處指正，若有其他整體意見，請於整體建議上提供指導。

您的指導與支持是本研究能否完成的重要關鍵，謹致上誠摯的謝意，如蒙應允，可否將問卷評分結果裝入所附之信封內，研究生於106年9月30日前，將與您電話聯繫後，親自前來收回，由衷感謝您的協助。

敬祝 健康快樂、事事如意！

國立臺灣大學公共衛生研究所

指導教授：鍾國彪 教授

研究生：罕華發 敬上

聯絡電話：(02)29286060 分機 10654

e-mail: hanhwafa123@yahoo.com.tw.

探討大腸鏡滿意度與大腸鏡追蹤意願之相關性—以北部某地區教學醫院為例：
專家內容效度問卷函



參、問卷內容部分

壹、就醫背景：

項 目	重要性				適切性				專家建議
	4	3	2	1	4	3	2	1	
一、請問您以前做過大腸鏡檢查嗎？ ☐ 1.沒有(請跳答第三題) ☐ 2.有(請續答第二題)									
二、請問您曾經使用過無痛腸鏡檢查嗎？ ☐ 1.是 ☐ 2.否									
三、請問您本次做大腸鏡檢查的動機是？ (可複選) ☐ 1.健康檢查 ☐ 2.家族高危險群 ☐ 3.糞便潛血檢查陽性 ☐ 4.其他									
四、您為什麼選擇來本院檢查？(可複選) ☐ 1.親友推薦 ☐ 2.交通便利 ☐ 3.價格實惠 ☐ 4.以前做過 ☐ 5.醫療設備佳 ☐ 6.醫院名氣 ☐ 7.醫術高明 ☐ 8.服務態度好 ☐ 9.經常來本院就醫 ☐ 10.其它									
五、請問本次做大腸鏡檢查是否採用麻醉？ ☐ 1.是 ☐ 2.否									

1.重要性：4分（非常重要，不可刪除）、3分(重要，可使用)、2分（重要，修改後可用）、1分（需刪除）。

2.適切性：4分（非常適切，不可刪除）、3分（適切，可使用）、2分(適切，部分修改後可使用)、1分（不適切，需刪除）。

貳、此部份為探討 您對本次提供大腸鏡檢服務各項目的滿意程度

項 目	重要性				適切性				專家建議
	4	3	2	1	4	3	2	1	
一、大腸鏡檢查前衛教及準備方面 1.您對於什麼是大腸鏡檢查的瞭解程度 非 非常 常 不 未 滿 滿 尚 滿 滿 接 意 意 可 意 意 觸									

探討大腸鏡滿意度與大腸鏡追蹤意願之相關性—以北部某地區教學醫院為例：
專家內容效度問卷函

[illegible]

貳、此部份為探討 您對本次提供大腸鏡檢服務各項目的滿意程度(續)

[illegible]

探討大腸鏡滿意度與大腸鏡追蹤意願之相關性—以北部某地區教學醫院為例：
專家內容效度問卷函

不 不 接 不 接 接 適 適 受 適 受 觸 5 4 3 2 1 0 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐									
採用無痛麻醉者：請填3.B題組 3.B.1您對於醫師為您注射藥物的不適感(採用無痛麻醉者填答)? 不適程度 輕 非 難 無 微 可 常 以 未 不 不 接 不 接 接 適 適 受 適 受 觸 5 4 3 2 1 0 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐									
3.B.2您在檢查完畢麻醉醒來時的不適感(採用無痛麻醉者填答)?									
3.B.3您對於檢查過程中引起的不適感?									
3.B.4您對於檢查完成，拔出大腸鏡後的不適感?									
4.您對於檢查醫師的滿意度									
5.您對於檢查護理人員的滿意度									
6.您對於檢查室空間環境的滿意度									
7.整體而言，檢查過程期間您的感覺									
8.其他(請說明)：_____									
三、整體滿意度									
1.您對於從安排檢查到檢查完成的整體滿意度 非 非 常 不 不 未 滿 滿 尚 滿 滿 接 意 意 可 意 意 觸 5 4 3 2 1 0 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐									
四、其他									
1.您知道今天初步的檢查結果									

探討大腸鏡滿意度與大腸鏡追蹤意願之相關性—以北部某地區教學醫院為例：

專家內容效度問卷函

☐ 1.否 ☐ 2.是(檢查結果： ☐ 正常 ☐ 需定期追蹤 ☐ 需進一步治療)																			
2.如果需要您是否願意再次接受大腸鏡檢查？ ☐ 1.願意 ☐ 2.不願意 ☐ 3.不一定 4.其它(請說明)：_____																			



1.重要性：4分（非常重要，不可刪除）、3分(重要，可使用)、2分（重要，修改後可用）、1分（需刪除）。

2.適切性：4分（非常適切，不可刪除）、3分（適切，可使用）、2分(適切，部分修改後可使用)、1分（不適切，需刪除）。

參、個人基本資料

項 目	重要性				適切性				專家建議
	4	3	2	1	4	3	2	1	
1.填表人： ☐ 1.病人本人 ☐ 2.親友 ☐ 3.其它(請說明)：_____									
2.性別： ☐ 1.男 ☐ 2.女									
3.年齡： ☐ 1. 40歲以上~未滿50歲 ☐ 2. 50歲以上~未滿75歲 ☐ 3. 75歲以上									
4.教育程度： ☐ 1.大專、研究所以上 ☐ 2.高中職 ☐ 3.國中以下 ☐ 4.其他:_____									
5.職業： ☐ 1.軍 ☐ 2.公 ☐ 3.教 ☐ 4.商 ☐ 5.工 ☐ 6.農林漁牧 ☐ 7.教育業 ☐ 8.製造業 ☐ 9.自由業 ☐ 10.運輸業 ☐ 11.服務業 ☐ 12.醫療業 ☐ 13.學生 ☐ 14.無 ☐ 15.其他:_____									
6.居住地： ☐ 1.永和區 ☐ 2.中和區 ☐ 3.板橋區 ☐ 4.新店區 ☐ 5.新北市其他地區 ☐ 6.臺北市 ☐ 7.其他縣市									
7.若您願意我們進一步與您連繫，請留下您的 資料，我們將儘快依您的建議(意見)回覆。 連絡姓名：_____，病歷號：_____ 電 話：_____									

探討大腸鏡滿意度與大腸鏡追蹤意願之相關性—以北部某地區教學醫院為例：

專家內容效度問卷函

- 1.重要性：4分（非常重要，不可刪除）、3分（重要，可使用）、2分（重要，修改後可用）、1分（需刪除）。
- 2.適切性：4分（非常適切，不可刪除）、3分（適切，可使用）、2分（適切，部分修改後可使用）、1分（不適切，需刪除）。

◎整體建議：

～感謝您的指導～

～願上主祝福您平安喜樂～

附錄四：自擬式結構性問卷參與專家效度專家人員名單
國內專家學者

姓名	職稱
鍾國彪教授	台灣大學公衛學院健管所所長
楊盈盈教授	國立陽明大學教授
王琨副院長	新店耕莘醫院教學副院長
江維鏞醫師	新店耕莘腸胃科資深主治醫師
黃雅憫醫師	永和耕莘腸胃科資深主治醫師

