

# 探討門診顧客經驗管理 - 從雙因子理論的觀點

張景旭<sup>1</sup>、范垂爐<sup>2</sup>、陳麗雲<sup>1</sup>

<sup>1</sup>大葉大學 人力資源暨公共關係學系

<sup>2</sup>南開科技大學 企業管理學系

通訊作者：范垂爐

聯絡地址：南投縣草屯鎮中正路 568 號

電子郵件：stove123@nkut.edu.tw

投稿日期：2012 年 3 月

接受日期：2012 年 8 月

## 摘 要

本研究從顧客的觀點，探討門診顧客就醫過程中滿意及不滿意的經驗線索，共收集正面經驗故事 38 篇，負面經驗故事 38 篇。應用主觀順序事件技術方法，從資料線索進行修正，發展修正後之「情境線索技術」(Situation-Clue Technique, SCT) 的質性研究方法分析，探究服務接觸中所有完整且詳細的互動歷程及脈絡，嘗試以雙因子理論的觀點，歸納出專屬於正面經驗的激勵因子、專屬於負面情緒經驗的保健因子。研究結果發現：專屬正面經驗的激勵因子共 36 個；專屬負面經驗保健因子共 16 個，並建構專屬正面經驗與負面經驗不同階段下的情境模型，期望本研究結果可提供實務管理意涵，作為門診管理者持續改善的依據。

**關鍵詞：**服務接觸，顧客經驗管理，情境線索技術，門診，雙因子理論

## 壹、緒論

### 一、研究背景與動機

截至 2010 年底為止，根據行政院衛生署統計，我國醫療院所較上年增加 385 家，在有限的地區之上，醫療院所不斷的增加，對於醫界帶來相當大的衝擊。其次，台灣現行有關醫療服務的報章雜誌種類繁多，網路、新聞的資訊交流快速，民眾藉此獲知醫療訊息的管道更加豐富、多元，選擇醫療院所的自主性相對的也大大提高，促使台灣地區醫療服務產業環境產生激烈變化。但是，以往的醫療服務，醫生擁有絕對的專業與權威，顧客認為自己在知識和地位上是弱勢與醫生是不對等的，治療疾病的期望是掌握在醫生的手上 (in the doctor's hands)，扮演被動接受的角色 (patient-role) (Avis,

Bond, and Arthur, 1997)，因此導致管理者未將顧客經驗這個議題納入醫療服務管理的概念中。Lovelock 在 1983 年提到醫療照顧服務業是屬於以人為本，身體接觸程度高、具高度專業、符合個別顧客需求，且以無形的服務為主的產業。Kotler and Clarke (1992) 指出，唯有以消費者為中心 (consumer-centered) 掌握顧客的需求及偏好，並導入顧客經驗管理的意涵以滿足顧客需求的企業，才能減少客戶的分裂，保持最終的競爭優勢。據此，醫療業也相繼導入以病人為中心 (patient-centered) 及顧客導向 (customer-orientation) 的服務理念。Carbone (2005) 提到以顧客接觸、體驗到的所有線索組合為基礎，顧客才會對某項特定經驗產生感受，因此經驗管理系統一定要能認清、評估，進而管理這些線索。不過，企業界截至目前尚無一套系統化方法來衡量、管理各種線索，以促成顧客的滿意度、忠誠和擁護 (Carbone)。因此，

本研究試圖藉顧客的就醫經驗故事，從顧客的觀點，探索在不同情境下顧客情緒反應的線索脈絡，提供具有顧客經驗之管理意涵。

## 二、相關理論及研究

### (一) 門診與門診顧客定義

#### 1. 門診的特性

門診是醫療預防機構，替不需要或尚未住院的民眾治療疾病的一種方式，包括對一般病患的診斷治療、一般例行性的健康檢查、孕婦的產前檢查、嬰幼兒預防接種、出院之後對病人的持續追蹤治療...等工作。門診特性通常是治療病症較輕的病患，是病患接觸最早、最廣泛的場所，它具有病患就診時間短且流動性大的特性。

#### 2. 門診顧客的定義

本研究所稱的醫療服務，係指行政院主計處所頒訂之「中華民國行業標準分類」第九次修訂的定義之 86 中類：「醫療保健服務業，如醫院診所醫學檢驗服務等。經合法認定可治療病人之其他醫事輔助服務，均歸入本類。」包含 861、862、869 等小類。依據行業區分第三大類服務業包含醫療保健照顧業；此外經建會依照我國經濟發展階段，也將服務業分成三類，其中第一類定義為：「隨著國民平均所得增加而發展的行業」，例如：醫療保健照顧業、觀光運動休閒類...等。基於上述對服務業的說明及服務遞送歷程與互動的角度來看，醫療保健照顧業隸屬於服務業，醫療機構、醫護人員可視為服務提供者，病患及其陪同就醫的親友則為其服務對象，因此本研究將門診病患及其陪同就醫的親友定義為顧客。

### (二) 服務接觸

#### 1. 服務接觸的定義

Solomon, Surprenant, Czepiel, and Gutman (1985) 首先提出「服務接觸」一詞的主要概念，將它定義為在顧客的消費過程中，服務提供者與消費者之間面對面 (face-to-face) 的互動所產生的經驗，著重於消費者與服務人員之間的互動過程。另外 Shostack 在 1985 年提出服務接觸是在一段期間內，顧客直接和服務的互動，其定義包含服務的各個層面，包括顧客和工作人員，實體設施和其他有形要素的互動關係，且沒有限制介於顧客和公司的人際互動接觸，並指出在沒有任何人為互動的要素時亦可能發生 (賴其助, 游志青, 楊靜芳, 2010)。Mattson (1994) 則指出服務接觸是一個複雜的系統和顧客之間的互動過程，而其中人與人的接觸 (a person-to-person encounter) 被視為是一個動態且重要的影響過程。服務接觸乃是服務的核心要素，而服務人員與顧客的

接觸點，是服務消費歷程中決定顧客滿意與否的重要決定關鍵 (Bitner, Booms, and Tetreault, 1990)，素有「關鍵時刻」(moment of truth) 之稱，因此高層管理人員可以適度賦予第一線員工立即回應顧客需求的職權 (Carlzon, 1987)，有效利用每一次與顧客接觸的機會，妥善處理接觸情境，建立顧客正面經驗。Meyer and Schwager 於 2007 年蒐集顧客與企業在接觸點的研究資料發現，顧客滿意或不滿意的要素並非只是單純的人際互動而已，還包含顧客與產品或服務本身的直接接觸抑或是與企業有關的第三方團體的所有互動接觸，都是所謂的接觸點。Reichheld (1996) 提出顧客廊道 (customer corridor) 一詞來描述顧客所體驗到的這一系列的接觸點，所謂顧客廊道是指顧客與企業所接觸到一次完整的互動經歷，這一連串的事件的始末猶如一個生命週期 (life cycle)，而將它視之為廊道 (corridor)，它是一個顧客跟服務機構在一次互動中所有接觸點的集合。醫療服務本質是一種服務，其服務內涵是無形的，與有形產品本身就存在著相當大的差異，加上門診服務接觸具短暫、流通性大且接觸廣泛的特性，因此每一個接觸點都將是關鍵的互動，是形成顧客滿意與否的因素。

#### 2. 服務接觸的構面

(1) 在 Baker, Parasuraman, and Glenn (2002) 的研究中，提出三個次構面：①環境因素：會影響顧客停留時間與消費認知以及再度光臨的意願，如空氣中的氣味、燈光、音樂、乾淨等。②設計因素：指內外部建築、商店設計風格、色彩、材質、動線規劃、走道、地板磁磚、商品拿取的方便性等因素。③社會因素：指人際服務質量、服務人員與顧客彼此的互動性，包含服務人員的多寡、服務人員的衣著和態度、賣場中人潮多寡、其他顧客影響等，都會影響消費者的購物知覺。

(2) Bitner et al. 在 1990 年 探討在服務接觸中，顧客滿意或不滿意的服務事件。他們從餐廳、旅館、航空公司等三種產業，蒐集顧客共七百多個案例，利用關鍵事件法，從顧客的觀點將服務接觸分成三大構面 12 細項。其第一構面為企業主要核心服務，是基本服務流程。第二構面包含情境，在適當的時機之下，服務人員如何掌握機會，回應顧客需求，營造顧客感動的情緒。第三構面為員工自發性行為，在這種情境之下，從顧客觀點來說，這些行為不是顧客要求的，因此顧客並不會存有過多期待。第四構面為問題顧客行為，非取自顧客觀點，我們不予討論。Bitner 等在 2000 年增加第五構面為科技界面。以往的研究強調人際互動的接觸，忽略了服務接觸中科技運用的影響，然而現今生活中需大量運用科技，科技正在改變人們的思維及人際互動接觸的模式，進而取代了員工與顧客面對面的互動機會。

(3) 消費情境：1968年 Engel, Kollat, and Blackwell 提出要解釋消費者的消費選擇行為，需將「個人因素」及「情境因素」同時納入考量，Ward and Robertson 於1973年更指出在解釋消費者的消費行為時，「情境因素」可能會比「消費者個人因素」的解釋來得好。Belk (1975) 對情境的定義為：「在特定的時間和地點之下進行特定實例的觀察，具有明顯和系統性，它會影響消費者當前行為發生的特性和反應模式的所有可觀察因素，而這些因素排除來自個人知識或是對刺激物屬性的了解。」。Kakkar and Lutz (1975) 對情境的定義則是：「在特定的時間和空間，觀察不穩定的個人內在特徵及穩定的環境特點，對個人的心理歷程與行為產生明顯且系統化的作用下，所有可觀察的因素。」。換言之，情境是一個相當重要的因素，但是目前門診顧客就醫經驗的研究中，納入情境線索觀點來探討的卻相當少，唯有考量情境探討顧客的反應，結合人事時地物，才能使服務端更清楚如何應對顧客的行為。

### (三) 雙因子理論

心理學家 Herzberg (1968) 提出雙因子理論 (two-factor theory)。他利用激勵員工方面的研究，將一個人對工作滿意度的影響因子分做激勵因子，主要是指與工作滿足相關的內在心理因素；與保健因子，主要是指能夠消除不滿的外在因素。雙因子理論提出二維的觀點來評估滿意度，從客觀的產品品質功能和顧客主觀的感受觀點來評估，了解原來產品或服務與滿意度之間的關係不完全是線性的，滿意的反面是沒有滿意，而不滿意的反面是沒有不滿意，它是一個不同且平行的連續帶所構成的二維認知，也就是所謂的雙連續帶，亦即滿意與不滿意分別由兩種不同因子來控制。在1976年 Swan and Combs 以成衣商品為例進行實證研究，把握情境將一個故事分析出多個以上的因素，運用 CIT 方法探討顧客滿意與不滿意，以了解產品的實體構面和心理構面對消費者的影響。結果發現在正面經驗方面，顯示表達性（該產品的心理表現）多於工具性（實物產品的性能）；負面經驗方面顯示工具性多於表達性。當消費者在產品績效面獲得正面經驗，並不會因此感到滿足，需同時獲得心理層面的滿足，顧客才會產生真正的滿意。1981年 Maddox 發現一些證據支持 Swan and Combs 的結論，他運用 CIT 方法蒐集與消費者行為相關的數據，利用包含36項題項的檢查表，作為問卷答案資料分類依據，並將消費者所提供的豐富訊息資料，濃縮區分成為工具與表達兩項類別，本篇研究是以相對數字大小的統計分配趨勢，以表達性和工具性來定位雙因子的屬性。

### (四) 顧客經驗管理

Holbrook 在1982年提到體驗已成為消費市場的主要動力，而這種體驗則是過去市場所忽略的，他將消費者體驗分為：幻想 (fantasies)、感覺 (feeling) 以及有趣 (fun)，所以追求這三者滿意的經驗並產生愉悅的情緒即是一種體驗。Pine and Gilmore (2003) 認為以服務為舞台，以商品為道具，使消費者融入其中，體驗就形成了。商品是有形的，服務是無形的，而體驗充滿感性的力量，將給顧客留下難忘愉悅回憶 (Pine & Gilmore, 2003)。傳統的醫療產業並不重視顧客體驗，認為促銷醫療產業是不專業且不恰當的，但在現今市場激烈競爭下，醫療服務領域也重視以消費者為中心的服務導向 (Kim, Cho, Ahn, Goh, & Kim, 2008)。醫療服務提供者關注顧客的需要和想要，同時以追求顧客的滿意為主要目標。

#### 1. 顧客經驗管理的定義

Higie and Feick 於1989年提出顧客經驗管理 (customer experience management, CEM) 是顧客在消費過程當中及決策時，對特定產品所產生的感到愉悅、有興趣，並持久參與的管理。Schmitt (2004) 則認為顧客經驗管理的定義是策略性管理顧客對某產品或公司的整體經驗的整個流程。顧客經驗管理採取宏觀的觀點，將顧客與企業的每一個接觸點產生連結，並將所有經驗要素加以整合。Garg, Rahman, and Kumar (2010) 提到一些研究者以不同方式概念化顧客經驗，例如創造令人難忘的事件 (Pine & Gilmore, 1998)、一系列的線索 (Berry and Lampo, 2004)、接觸點的聚集而形成的顧客廊道，雖然顧客經驗有多重的定義，但是他們彼此間共通點都是「接觸點的管理」。

#### 2. 顧客經驗管理的實施

Berry, Carbone, and Haeckl (2002) 提出線索管理 (clud-in management)，認為構成客戶體驗的線索是無處不在的，任何可以被感知或意識到正面經驗、負面失誤都是一種體驗的線索。換言之，包含視覺、嗅覺、味覺、聽覺、觸覺可以感受到的這些體驗都是線索。Berry et al. (2002) 將經驗線索分成三類：功能線索：有關產品和服務功能的線索；人員線索：是因服務人員所引起的刺激；機械線索：是指實體環境。為了達成特定目標，企業可以利用單一線索或是籌劃運用多個組合，形成所謂的線索群組並加以串聯，以建立一個顧客的整體印象或是感受的能力 (Carbone, 2005)。因此蒐集顧客經驗時，要與顧客直接互動或是直接觀察顧客，用顧客的觀點去認清、評估進而管理這些線索。Schmitt (2003) 具體提出顧客經驗管理的五個實施步驟：包括資料蒐集面（分析顧客的經驗世界和建立經驗平台）和執行面（設計品牌經驗、建構顧客介面和持續創新）(Schmit, 2004)。

### 三、研究目的

本研究從顧客的觀點出發，運用雙因子的理論，經情境線索分析表對照、整理出同一階段內所有僅在正面經驗出現的因子，將它歸類為促使門診顧客滿意的激勵因子；整理出同一階段內所有僅在負面經驗出現的因子，將它歸類為門診顧客不滿意的保健因子。期望達到以下目的：(一)歸納分析顧客在門診就醫服務接觸中所產生的正面情緒經驗，發覺其激勵因子及正面模型；(二)檢視顧客在門診就醫服務接觸的過程中，產生負面情緒經驗，探討其保健因子及負面模型；(三)依據激勵、保健因子內容，提出實務管理意涵，作為業者維持或是改善的依據。

## 貳、方法

### 一、研究對象與資料收集

#### (一) 研究對象

本研究採用故事資料，受訪者為具有門診就醫經驗之十八歲以上成人，採用立意取樣 (purposely sampling) 方式，蒐集曾經經歷過門診正面經驗及負面經驗的故事，扣除急診、住院，以及服務流程與一般西醫門診不盡相同的中醫門診故事。共計正面故事 38 篇，屬於地區診所類型共 25 篇，屬於醫院門診類型共 13 篇，分別是地區醫院共 6 個案例；區域醫院 5 個案例；醫學中心醫院 2 個案例。而在樣本屬性方面，是屬於自身經驗的案例共 25 例，是陪同就醫的經驗案例共 13 例。負面故事共 38 篇，屬於診所門診共 22 篇，屬於醫院門診共 16 篇，其中屬於地區醫院 7 個案例；屬於區域醫院 6 個案例；屬於教學中心 3 個案例。依據樣本屬性，為本身經驗的案例共 29 例，為陪同就醫的經驗案例共 9 例。

#### (二) 資料蒐集

1. 故事蒐集：由受訪者提供自己經歷過感動或生氣的門診就醫或是陪同就醫經驗的完整歷程，受訪者不是回答結構式或是半結構式的問題，而是被激勵講述自己的經歷，藉以蒐集顧客延伸性經驗。

2. 排除欠缺管理意涵的故事：例如造假、涉及犯罪、精神疾病、運氣太差或是離譜故事等類型的資料。

3. 案例編碼原則：第一個英文字母代表故事經驗屬性，以 P 代表正面案例；N 代表負面案例，第二個編碼代表醫院與診所門診的區分：A：診所、B：醫院。第三個數字為故事案例編號，第四個數字為該案例就醫階段的編號，第五個數字為故事中的情緒經驗線索編號。

### 二、研究工具

本研究屬於質性研究，以情境線索技術 (situation-clue technique, SCT) 為主要的研究方法。張景旭等 (2006) 提出主觀順序事件技術 (subjective sequential incidents technique, SSIT)，SSIT 系統化分析顧客的消費經驗歷程，試圖克服量化研究與 CIT 一個故事資料，僅抽取一個特徵進行概念分析的方法限制。但 SSIT 過去未納入情境的因素，欠缺質性研究強調在自然情境下，重視互動歷程與背景脈絡的周延性。有鑑於此，張景旭為修正 SSIT 在操作上的限制，加入情境概念，將蒐集的故事資料經由分析歸納整理出正面與負面經驗線索，採用情境線索技術建構階段下的情境，並結合雙因子理論觀點，整理出顧客情緒經驗的激勵與保健因子，並試圖從中建構模型。運用此方式探討其對顧客產生的影響，修正後的分析技術，我們稱之為情境線索技術。

### 三、研究流程

本研究蒐集門診顧客提供的正面經驗或是負面經驗的故事，以情境線索技術進行質性分析，歸納整理出各階段情境內正面及負面的經驗線索，利用雙因子觀點，藉以比對出激勵與保健因子及階段內的運動模型。本研究的分析步驟如下：

- (一) 資料蒐集：由受訪者提供自己經歷過感動或生氣的種種門診就醫經驗或是陪同就醫經驗的完整歷程；惟需排除欠缺管理意涵的經驗內容，例如：精神病患者及犯罪的商業活動、運氣太差的消費者與捏造的故事。
- (二) 分析故事，建構「單一故事分析表」：把故事資料，分為四欄位，欄目由左至右，依序為「階段」、「服務端狀況」、「消費端狀況」及「經驗線索點」。為了維護故事的原貌，研究者需仔細按部就班將故事資料內容，按照服務遞送的時間依序排列。再分析出故事中的引發顧客正面/負面經驗事件的線索，放入第四欄「正面/負面經驗線索」。
- (三) 建構「單一情境聯集表」：建立單一情境聯集表，研究者以分析歸納方法，建構一個顧客情緒經驗的理想模型。先以一個最複雜且完整的案例建構模型架構，後續其他新案例若為同性質的，則將它視為支持架構的驗證性資料。若是不同性質的案例，則視為擴展資料，經由不同性質的案例的比對刺激，依此調整理論框架。研究者不斷以情境中新案例對照初期模型的架構，並修正擴充模型架構，直到情境內再無異質性案例為止，即達理論飽和。
- (四) 建立「情境模型」：研究者逐一檢視單一情境聯集表，反覆推敲出在特定情境下能引發顧客一連串情緒反應

的正面經驗/負面經驗串列。捕捉這些在起始的關鍵事件發生後能引發一連串具有連動關係的關鍵具體情緒因子，再歸納其類別與特徵，即可組合出具有線索群組概念，在管理實務上又具操作步驟之連動「模型」。

(五) 建構「顧客正面/負面經驗延伸表」：將同一階段內的正面經驗或是負面經驗文字依照情境、類別加以分類，進一步整理出特徵及典型陳述，形成單一階段內的模組分析。最終會形成「顧客正面經驗延伸表」與「顧客負面經驗延伸表」兩組不同資料。此表可呈現出本研究各階段下每一情境的正面/負面經驗線索，也就是在服務接觸過程中所有的接觸點 (touch point) 所匯集成的專屬「顧客廊道」。

(六) 建構雙因子分類表：正負面情緒經驗延伸表完成之後，按階段的順序加以合併，即形成門診顧客專屬的情境線索分析表，接著進行情境式雙因子分析，建構各階段之雙因子分類表，其分類原則先將同一情境中，如掛號階段的「人員接觸印象情境」，正面經驗方面有呈現而負面經驗方面沒有呈現的因子為悠閒氛圍，將其歸類為激勵因子；負面經驗方面有呈現而正面經驗方面沒有呈現的因子有三個，分別為護士聊天、顧客被晾在一邊及掛號失誤，將其歸類為保健因子。按此歸類原則建構雙因子分類表。

#### 四、信度與效度分析

(一) 信度分析：本研究引用王石番 (1992) 之內容分析信、效度之檢驗方式；由教授及兩名研究者進行資料分析、討論與辯證，獲得編碼間共識的結論。計算方法如公式所示：編碼員相互同意度： $2M/N1+N2$ ；(M：所有編碼員完全同意的則數，N1：第一位編碼員應同意的則數，N2：第二位編碼員應同意的則數)。信度= $[n*(平均相互同意度)]/[1+(n-1)*平均相互同意度]$ ；(n 為參與編碼人員數目)。研究結果顯示，三位編碼員針對 280 個喜點的認定，另名評定者則認定為 265 個正面經驗點，其中共同承認的正面經驗點有 240 個，因此相互同意度為 0.88，信度為 0.94。在負面故事方面，針對 257 個氣點的認定，另名評定者則認定為 240 個負面經驗點，其中共同承認的負面經驗點有 217 個，相互同意度為 0.87，信度為 0.93。

(二) 研究資料的效度分析：Denzine (1989) 將三角檢定法分為資料三角檢定、研究者三角檢定、理論三角檢定及方法論三角檢定等四種。本研究採用以下兩種方法：1. 理論三角檢定：即是運用不同的研究觀點和理論去詮釋資料，以驗證研究發現的一致性。本研究使用文獻分析理

論、情境線索技術法以及分析歸納法理論，來釐清門診產業的特性及現象，藉以闡述發生的問題，達成研究目的。2. 研究者三角檢定：本研究由指導教授親自指導，除了研究者本身擔任分析者的角色之外，再請另一位碩士生協同研究分析，對故事資料內容反覆地進行討論、建議與指正，持續尋求對資料中之線索與情境有更廣泛、深入的瞭解，以檢視其效度。

### 參、結果

本研究將蒐集的門診故事，經由情境線索技術加以分析歸納，再依照顧客就醫的服務流程、時間順序、互動歷程及產業特性，訂定服務接觸的階段名稱，包括一、事前階段；二、進門階段；三、掛號階段；四、候診階段；五、看診階段；六、批價階段；七、領藥階段；八、事後階段等八個服務階段 (詳見表一)。

表一 門診各階段定義表

階 段	定 義
一、事前階段	門診顧客經由親友談論、推薦，或是經由瀏覽診所相關網站，所獲得對相關醫療院所的初步訊息。此外，門診醫療院所主動電話提醒看診或是通知預防注射等也歸類在事前階段之內。
二、進門階段	門診顧客在門診服務營業場所周圍 (包括停車場) 或剛進入服務場所內，服務端所從事吸引顧客目光、促使顧客注意相關的看板或是佈置的階段。
三、掛號階段	門診顧客持健保卡、病例號，到掛號處進行掛號，以取得以往的就醫病歷信息以及當天的門診序號，與掛號服務人員產生互動的階段。
四、候診階段	門診顧客掛號之後等待看診的時間，此時顧客會瀏覽四周，接觸營業場所；包括環境規劃、空間佈置、座椅設施、填充時間的設備、候診燈號、燈光、聲音、掛號氛圍，以及與服務人員接觸互動等階段。
五、看診階段	門診顧客與醫生接觸，進行疾病診治階段，包括與醫生對談、醫生進行必要性檢查或是看診動作、醫生對顧客的處遇說明、門診手術、打針等進行醫療行為及看診動作的階段。
六、批價階段	門診顧客看診結束之後，取得醫生開立的藥品、檢查單或是相關醫囑內容，經由電腦直接統計價單，門診顧客憑此單到批價櫃台進行繳費動作。
七、領藥階段	門診顧客看診結束之後，到診所藥局或是特約藥局，領取醫生開立藥物之階段。
八、事後階段	門診顧客看診結束之後，經由醫療結果或是藥效提醒，或是與親友討論瀏覽相關網站以獲得相關醫療結果資訊，而回憶起當初消費的種種情境，產生心理轉折的階段。

## 一、門診各階段雙因子分析

### (一) 正負面情境線索分析結果

- 1.事前階段：正面方面有口碑接觸情境與提醒預約看診服務情境，分成網路口碑、親友口碑與提醒預約看診服務三項類別。在負面經驗方面，無相關故事資料顯示可以加以比對。
- 2.進門階段：正面經驗共分析出停車接觸情境與進門接觸情境；有方便停車、專業看版及場景印象三個類別。在負面經驗方面，無相關故事資料顯示可以加以比對。
- 3.掛號階段：正面經驗共分析出人員接觸情境、早到特殊處理情境、嬰兒特殊處理情境及彈性掛號情境四個情境。依照四個情境再細分為親切有禮、悠閒氛圍、時間調整、去除疑慮、特殊處理的秘密觀察、哺乳詢問、彈性掛號制度等七個類別。負面經驗共分析出人員接觸情境及預期挫折情境，依照情境再細分為消極不耐煩、護士聊天、顧客被晾在一邊、掛號失誤、停止掛號及掛號顧客很多等六個類別。
- 4.候診階段：正面經驗共分析出候診環境正面接觸情境、場景功能、預期挫折情境三個情境，再依照這三個情境細分為場景印象、聲音、隱私、候診燈號、診間安排、填充時間的設備、看診前的量測、顧客狀態的主動處理、預期挫折的驚喜等九個類別。負面經驗共分析出四個情境，分別是候診環境負面接觸情境、場景功能、服務失誤、預期挫折的情境。再依照這四個情境細分為場景印象、耗時等待、燈號異常、醫生未準時看診、服務禍延、排序錯亂等六個類別。
- 5.看診階段：正面經驗共分析出六個情境，分別是醫生與顧客建立關係情境、因應顧客詢問的醫生與顧客互動情境、使用醫療設備或是器材情境、治療及處遇的叮嚀情境、看診時間的處理情境以及秘密偵查情境。依照這六個情境再細分為二十六個類別，分別是醫生印象、小孩哭鬧、醫生與顧客初次談話經驗、顧客家屬同行、顧客詢問醫生解說、醫生傾聽、家屬在場與顧客施壓、超音波檢查、使用聽診器、使用攝影機和大螢幕、照 X 光、小孩看診臨別贈品、顧客心中有擔憂、回診的安排、顧客有其他病徵、醫生用藥及生活叮嚀、因應病徵醫生順勢提供祕方知識、醫生看診行為或動作、看診時間已過的處理、檢查時間有預期挫折的驚喜、診間外有其他顧客等待、天冷的特別處理、整體照護情形、考量顧客家屬發揮同理心、病症減輕的開藥方式、診所氣氛。負面經驗共分析出六個情境，分別是醫生與顧客建立關係情境、因應顧客詢問的醫生與顧客互動情境、使用醫療設備或是器材情境、治療及處遇的叮嚀情境、看

診時間的處理情境以及秘密偵查情境。依照這六個情境再細分為十八個類別，分別是醫生印象、小孩哭鬧、醫生與顧客初次談話經驗、顧客詢問醫生解說、醫生傾聽、顧客提及別的醫生、使用聽診器、照 X 光、進行門診手術、顧客心中有擔憂、回診的安排、顧客有其他病徵、醫生看診行為或動作、檢查耗時等待、診間外有其他顧客等待、整體照護情形、診所氣氛、儀器操作。

- 6.批價階段：正面經驗共分析出一個批價接觸正面情境，再依此情境細分為批價處理、護士穿著印象和預期挫折三個類別。負面經驗共分析出一個批價接觸負面情境，再依此情境分出一個批價處理的類別。
- 7.領藥階段：正面經驗共分析出正面領藥接觸一個情境，以及領藥櫃檯的位置、等待特殊處理、用藥說明與提供小贈品四個類別。負面經驗共分析出負面領藥接觸一個情境以及服務禍延、領藥電腦故障與用藥說明三個類別。
- 8.事後階段：正面經驗共分析出一個事後正面接觸情境，再依情境分析出免費提供再次回診服務、預期挫折的驚喜、治療結果與主動追蹤詢問關懷四個類別。負面經驗共分析出一個事後負面接觸情境以及治療結果、服務禍延、其他醫生檢查出真正病因、網站資源比醫生解說清楚與事後親友談論五個類別。

### (二) 雙因子分析結果

- 1.事前階段：激勵因子為網路口碑、親友口碑、提醒預約看診服務。無保健因子。
- 2.進門階段：激勵因子為免費寬廣停車場、專業看版、場景印象。無保健因子。
- 3.掛號階段：激勵因子為悠閒氛圍、時間調整、去除疑慮、特殊處理的秘密偵查、哺乳詢問。保健因子有服務人員聊天、顧客被晾在一邊、掛號失誤、掛號顧客很多。
- 4.候診階段：激勵因子為候診場景印象、場景的聲音、注重隱私、顧客狀態的主動處理、診間規劃安排、填充時間的設備、看診前的量測。屬於保健因子有醫生沒有準時看診、服務禍延顧客上班遲到、排序錯亂。
- 5.看診階段：激勵因子為顧客家屬同行、家屬在場，顧客施壓、使用攝影機和大螢幕、醫生用藥細節及生活的叮嚀、因應病徵醫生順勢提供祕方知識、看診時間已過的處理、天氣冷的特別處理、考量顧客家屬發揮同理心、顧客症狀減輕醫生的開藥方式、照 X 光解說。屬於保健因子有顧客提及別的醫生、進行門診手術、醫生不熟悉儀器操作。
- 6.批價階段：激勵因子為護士穿著印象、預期挫折，大喜望外。無保健因子。
- 7.領藥階段：激勵因子為領藥的位置、等待特殊處理、提供

小贈品。屬於保健因子有：服務禍延流程失誤和領藥電腦故障。

8.事後階段：激勵因子為提供免費再次回診服務、預期挫折的驚喜、主動追蹤詢問關懷。屬於保健因子有服務禍延衍

生後續問題、其他醫生檢查出病因、事後親友談論提醒性負面經驗、網站資源比醫生解說清楚。雙因子分析結果詳見表二。

表二 門診顧客就醫雙因子分析結果

階段	激勵因子	保健因子
一、事前階段	1.網路口碑。2.親友口碑。 3.提醒預約看診服務	無資料
二、進門階段	1.免費寬廣停車場。2.專業看版。 3.場景印象。	無資料
三、掛號階段	1.悠閒氛圍。2.時間調整。3.祛除疑慮。 4.特殊處理的秘密偵查。5.哺乳詢問	1.服務人員聊天。2.顧客被晾在一邊。 3.掛號失誤。4.掛號顧客很多。
四、候診階段	1.候診場景印象。2.場景聲音。3.注重隱私。 4.顧客狀態的主動處理。5.診間規劃安排。 6.填充時間的設備。7.看診前的量測。	1.醫生沒有準時看診。 2.服務禍延。3.排序錯亂。
五、看診階段	1.關懷顧客同行家屬。2.家屬在場，顧客施壓。 3.使用攝影機和大螢幕。4.醫生用藥細節及生活的叮嚀。 5.因應病徵醫生順勢提供祕方知識。6.看診時間已過。 7.天氣冷的特別處理。8 秘密偵查：醫生交代護士要細心。 9.病患症狀減輕醫生的開藥方式。10.照 X 光解說。	1.顧客提及別的醫生。 2.進行門診手術。 3.醫生不熟悉儀器操作。
六、批價階段	1.護士穿著印象。2.預期挫折，大喜望外。	無資料
七、領藥階段	1.領藥的位置。2.等待特殊處理。 3.提供小贈品	1.流程失誤的服務禍延。 2.領藥電腦故障。
八、事後階段	1.提供免費再次回診服務。 2.預期挫折的驚喜。 3.主動追蹤詢問關懷。	1.衍生後續問題。 2.其他醫生檢查出病因。 3.事後親友談論提醒性負面經驗。 4.網站資源比醫生解說清楚。

## 二、階段下經驗線索情境模型

關於正面經驗方面，本研究提出六個具管理意涵的實務模型，提供管理者進行操作，但是要建構模型須比對相當多的因子，某些階段故事資料蒐集不足，因此在事前、掛號、批價、事後等階段皆未發現階段內的連動特徵，無法建構模型。因此僅就進門、候診、看診及領藥四個階段提出模型。

- 1.進門階段：布置專業看版→場景印象，兩步驟的進門接觸的正面模型。
- 2.候診階段：候診環境→場景功能→填充時間設備→顧客狀態的主動處理，四個步驟的候診情境正面模型。
- 3.看診階段：醫生專注傾聽→回答問題詳細解說→預期挫折的驚喜→傾聽時的醫生形象，四個步驟，有關顧客詢問醫生傾聽的正面模型。
- 4.看診階段：用藥叮嚀→仔細說明→延伸關懷，三個步驟的醫生用藥細節及生活的叮嚀正面模型。
- 5.看診階段：解說→安慰→幽默，三個步驟的因應病徵醫生順勢提供祕方知識的模型。

- 6.領藥階段：領藥位置→等待特殊處理→主動關懷說明用藥情形→提供贈品，四個步驟的領藥接觸正面模型。

在負面經驗方面，本研究提出四個具管理意涵的模型，提供管理者參考，某些階段故事資料呈現不足，故事經驗點多為單點，因此在事前、進門、批價、領藥、事後等階段皆未發現階段內的連動特徵，所以僅就掛號、候診及看診三個階段提出模型。

- 1.掛號階段：掛號人員在聊天→消極不耐煩→把顧客晾在一邊→掛錯科別，四個步驟顧客與掛號服務人員接觸的負面模型。
- 2.候診階段：候診環境→場景功能→填充時間的設備，三個步驟的候診環境接觸情境負面模型。
- 3.候診階段：醫生未準時看診→服務禍延，兩個步驟的候診服務失誤模型。
- 4.看診階段：醫生沒有注意顧客反應→醫生未說明處遇內容→詢問挫折，醫生暗示顧客愚昧→顧客挑戰醫生權威→醫生反彈等，五個步驟的顧客詢問，醫生反應的負面模型。

### 三、研究發現

本研究利用情境線索技術加以分析，歸納出激勵因子共有 36 個。並與 Bitner 的服務接觸構面與類別；1、員工對服務傳遞失敗的回應；2、員工對顧客特殊需求的回應；3、未經指示和未被請求的員工自發性行為；4、科技介面，進行比對。以及 Baker (2002) 與社會因素、環境因素、設計因素做比對，結果未符合 Bitner (1990)、Bitner (2000) 與 Baker 服務接觸分類的因子共有親友口碑，及領藥階段提供贈品 2 個。利用情境線索技術加以分析，歸納出保健因子共有 16 個，與 Bitner(1990)第一構面：對服務傳遞系統失誤的反應與 Bitner (2000) 第五構面科技介面比對，13 個保健因子可以與文獻相呼應，仍有看診階段顧客提及別的醫生，事後階段其他醫生查出病因、事後親友談論提醒性負面經驗等 3 個保健因子未有相關文獻提及。

## 肆、結論

### 一、研究結論

門診就醫方面的相關研究大都以量化的方式，提出數個構面來分析顧客滿意或是不滿意，缺乏事實經驗的歷程解釋，沒有交代情境脈絡，似乎暗示每個階段皆適用，事實上並不合理。本研究利用情境線索技術分析，說明歷程、歸納屬性，得到以下的研究結果。

- (一) 雙因子分析結果：共歸納分析出激勵因子 36 個，保健因子 16 個。
- (二) 正負面模型分析結果：彙整正面經驗模型共 6 個；彙整負面經驗模型共 4 個。
- (三) 從激勵因子與保健因子的性質與分析中發現：
  1. 激勵因子大多為員工自發及主動性的行為所引發的，現今服務業面對顧客自主性不斷增強，因此可能會產生不合理的要求或是對服務人員施壓，因此當員工即使處於逆境之下，依然能全心全意為顧客付出，必能讓顧客產生正面情緒經驗。
  2. 員工對顧客需求或是特有偏好的特殊服務；員工在特定情境之下掌握機會，主動出擊，回應顧客特殊需求，客製化的貼心服務，必能創造、營造顧客感動的情緒。
  3. 科技介面的使用重要性與日俱增，相當多的醫療診治部份需要依靠科技器材來協助解決顧客的問題，因此利用科技或是網際網路來創造機會，爭取顧客是一個趨勢。
  4. 設計因素規劃合宜；內部建築、實體空間設計風格、動線規劃合宜，會影響顧客知覺的情緒。
  5. 重視人際服務的質量關係；服務人員的多寡、態度、

衣著與顧客彼此的互動性會影響顧客的消費認知，可藉由服務人員的主動關懷，積極的態度來加分。

6. 氛圍的營造；環境因素是會影響顧客停留時間與消費認知以及再度光臨的意願。
7. 創造預期挫折的驚喜；服務人員全心全意為顧客付出，營造顧客至上的氛圍。
8. 善用專業提供秘方知識；醫護人員可以多利用其在專業上優勢，適時的藉由關懷病徵提供相關的秘方知識。
9. 避免出現核心服務系統失誤。

### 二、實務管理意涵

本研究利用情境線索分析法建構顧客的經驗平台，彙整正負面的經驗觀點做比較，提出正面與負面經驗內所隱含的顧客訊息，並歸納專屬於正面的滿意激勵因子；以及專屬於負面經驗的不滿意因子，也就是保健因子。根據研究結論，本研究結果提出下列幾項實務建議：

#### (一) 關於門診顧客激勵因子方面的管理

1. 提升員工自我價值的實現：管理者可以設置激勵辦法，設置顧客留言或是票選服務熱誠天使，藉以激勵員工。
2. 規範員工行為準則，賦予員工權變空間：管理者可以利用日常晨會或是員工教育訓練宣導，如何協助顧客掛號，引導入座，提供序號及大約候診時間，同時隨時注意掛號顧客的特殊需求加強溝通，第一線服務人員要隨時觀察顧客反應，早一步主動出擊。
3. 建構以顧客為中心的照護氛圍：醫護人員，第一線服務人員，都應隨時機動，視顧客的個別需求適時給予關懷，順勢提供相關醫學知識，詳細說明傾聽顧客聲音，客製化服務，創造預期挫折的驚喜，進而提升顧客的滿意度。
4. 顧客等候時間的排遣設計：醫療服務提供者，可提供茶包、報章雜誌、圖書借閱、衛教演講、播放醫學錄影帶、電視和音樂活動，此外亦可提供無線上網功能，以打發顧客候診時間。
5. 領藥的規劃：對於領藥的位置，應考量顧客的方便性。等候領藥時間可安排專人引導入座，並提供免費茶水的服務，而藥師對於藥物解說務求清楚仔細，發揮同理心關懷顧客的態度。
6. 提昇醫生的專業及情緒素養：看診時應關懷顧客，仔細傾聽病患的心聲，發揮同理心，重視顧客的感覺，早一步查覺顧客需求。醫生需發揮高度 EQ 與顧客適當的應對，避免產生情緒性的字眼或是驅趕顧客的不當行為。
7. 提供秘方知識、創造預期挫折的驚喜：服務提供者可以善用其本身的專業涵養，依照不同的情境，適時的提供顧客



相關專業知識，創造驚喜。

## (二) 關於門診顧客保健因子方面的管理：

- 1.擬定對策與執行方案：建議管理者可以透過員工教育訓練，來建立服務流程及態度的養成訓練。加強服務人員，對於顧客需求的認同，要站在顧客的角度去思考，擬定改善對策與執行方案。
- 2.耗時等待的排除：電腦連線系統及等候燈號顯示，務必保持正常運作。此外管理者需要求醫生準時看診，避免耽誤顧客時間。
- 3.服務場景規劃方面：場景的規劃與佈置，營造溫馨的感覺，乾淨整潔的環境，舒適的座位，衛教資訊佈告欄以及規劃合宜的動線。
- 4.確保基本服務流程的執行：管理者需不定期的考核門診每個醫療過程，以確實掌握門診服務人員的服務態度與技能。
- 5.把握關鍵時刻的互動，營造邂逅型服務接觸的優勢：對醫療院所來說，每一次服務接觸都可能創造感動增加顧客滿意，反之亦有可能讓顧客感到不滿意，因此，所有的服務人員、乃至顧客就醫流程的安排，都要確實把握與顧客接觸的關鍵時刻讓顧客滿意。

## 三、研究限制與未來研究建議

### (一) 研究限制

- 1.分析的對象：本研究以西醫門診顧客為主要分析對象，基於服務流程所產生的就醫階段性，可能不適用於中醫門診。
- 2.顧客記憶偏誤：研究的樣本是顧客自陳故事，有可能因時間或本身記憶的關係產生偏差，無法還原所有事件的真實歷程，以至於無法歸納出完整的關鍵因子。
- 3.醫院與一般診所門診服務流程的區分：本研究未區分醫院與診所門診顧客資料，因此在分析結果上無法正確顯示彼此之間的異同。
- 4.政策法規改變所產生的變數：本研究所獲得的結果，有可能因為隨著台灣健保規定或是給付方式、藥價調整等，有關法規政策性的因素影響而有所差異。
- 5.門診規模大小的差異：本研究的資料未將門診的規模大小加以區分比較，因此有可能出現誤差，無法推論至全國通用。

### (二) 未來研究的建議

- 1.研究不同科別門診顧客：門診科別繁多，彼此存在著相當大的差異，後續研究者可以試著分析不同類型或是不同科別的門診顧客，以期研究結論更具普遍性及客觀性。

- 2.結合不同角色、人員的看法，進行對偶分析：本研究是以顧客觀點做出發，後續研究者可以結合門診管理人員及醫療服務人員的看法，並將它納入研究範圍之中，探討員工的角色認知、應對能力與彼此期望之間的差異性。

## 參考文獻

- 王石番 (1991)。《傳播內容分析法：理論與實證》。台北市：幼獅書局。
- 台灣服務業聯網 (2008)。服務業概況。資料引自7月5日，2011年，<http://www.twcsi.org.tw/columnpage/service/definition.aspx>。
- 行政院主計處 (2011)。中華民國職業分類標準。資料引自7月13日，2011年，<http://www.dgbas.gov.tw>。
- 行政院衛生署統計公布欄 (2011)。民國99年醫療機構現況及醫院醫療醫療務量統計分析。資料引自7月1日，2011年，[http://www.doh.gov.tw/cht2006/index\\_populace.aspx](http://www.doh.gov.tw/cht2006/index_populace.aspx)。
- 張景旭、張華華 (2006)。服務經濟轉型下的「重要事件技術」爭議與對策：「主觀順序事件技術」之提出。《關係管理研究》，3期，49-76頁。
- 賴其助、游志青、楊靜芳 (2010)。旅館業服務接觸中顧客滿意與不滿意之來源—關鍵事件法之應用。《顧客滿意雜誌》，1卷1期，31-50頁。
- Avis, M., Bond, M., & Arthur, A. (1997). Questioning patient satisfaction: An empirical investigation in two outpatient clinics. *Social Science of Medicine*, 44 (1), 85-92.
- Baker, J. A., Parasuraman, D. G., & Glenn, B. V. (2002). The influence of multiple store environment cues on perceived merchandise value and patronage intentions. *Journal of Marketing*, 66, 120-141.
- Belk, R.W. (1975). Situational variables and consumer behavior. *Journal of Consumer Research*, 2(3), 157-164.
- Berry, L. L., Carbone, L. P., & Haeckel, S. H. (2002). Managing the total customer experience. *MIT Sloan Management Review*, 43, 85-89.
- Berry, L. L., & Lampo, S. S. (2004). Branding labour-intensive services. *Business Strategy Review*, 15, 18-25.
- Bitner, M. J., Booms, B. H., & Tetreault, M. S. (1990). The service encounter: Diagnosing favorable and unfavorable incidents. *Journal of Marketing*, 54, 71-84.
- Bitner, M. J., Brown, S. W. & Meuter, M. L. (2000). Technology infusion in service encounters. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 28(1), 138-149.
- Carbone, L. P. (2005)。《顧客經驗管理》(許梅芳)。台北市：台

- 灣培生教育。(原著於2004年出版)。
- Carlzon, J. (1987). Putting the customer first: The key to service strategy. *McKinsey Quarterly*, 38-51.
- Denzin, N. K. (1989). *The research act* (3rd ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Engel, J. F., Kollat, D., & Blackwell, R. D. (1982). *Consumer behavior*, (4th ed.). Taipei:Hwa-Tai.
- Garg, R., Rahman, Z., & Kumar, I. (2010). Evaluating a model for analyzing methods used for measuring customer experience. *Database Marketing & Customer Strategy Management*, 17(2), 78-90.
- Herzberg, F. (1968). One more time: how do you motivate employees? *Harvard Business Review*, 46(1), 53-62.
- Higie, R. A., & Feick, L. F. (1989). Enduring Involvement: Conceptual and Measurement Issues. *Advances in Consumer Research*, 16, 690-696.
- Holbrook, M. B., & Hirschman, E. C. (1982). The experiential aspect of consumption: Consumer fantasies, feelings, and fun. *Journal of Consumer Research*, 9, 132-140.
- Kakkar, P. and Lutz, R. J. (1975). The psychological situation as a determinant of consumer behavior. *Advances in Consumer Research*, 2(1), 439-453.
- Kim, Y. K., Cho, C. H., Ahn, S. K., Goh, I. H., & Kim, H. J. (2008). A study on medical services quality and its influence upon value of care and patient satisfaction – Focusing upon outpatients in a large-sized hospital. *Total Quality Management*, 19 (11), 1155-1171.
- Kotler, P., & Clarke, R.N. (1992). *Marketing for health care organization*. Englewood Cliffs, NJ : Prentice-Hall.
- Maddox, R. N. (1981). Two-factor theory and consumer satisfaction: Repiication and extension. *Journal of Consumer Research*, 8, 97-102.
- Mattsson, J. (1994). Improving service quality in person-to-person encounters: Integrating findings from a multi-disciplinary review. *The Service Industries Journal*, 14 (1), 45-61.
- Meyer, C., & Schwager, C., (2007). Understanding customer experience. *Harvard Business Review*, 85(2), 116-126.
- Pine, B. J., II & Gilmore, J. H. (2003). **體驗經濟時代** (夏業良、魯煒)。台北市：經濟新潮社出版。(原著於1999年出版)。
- Reichheld, F. F. (1996). Learning from customer defection. *Harvard Business Review*, 74, 56-69.
- Schmit, B. H. (2000). **體驗行銷** (王育英、梁曉鶯)。台北市：經典傳訊。(原著於1999年出版)。
- Schmit, B. H. (2004). **顧客經驗管理** (顧淑馨)。台北市：中國生產力中心。(原著於2003年出版)。
- Shostack, G. L. (1985). Planning the Service Encounter. In J. A. Czepiel, M. R. Solomon, & C. F. Surprenant (Eds.), *The service encounter* (pp. 243-254). Lexington, MA: Lexington Books.
- Solomon, M. R., Surprenant, C., Czepiel, J. A., & Gutman, E. G. (1985). A role theory perspective on dyadic interactions: The service encounter. *Journal of Marketing*, 49(1), 99-111.
- Swan, J. E., & Combs, L. J. (1976). Product performance and consumer satisfaction: A new concept. *Journal of Marketing*, 40, 25-33.
- Ward, S., & Robertson, T. S. (1973). Consumer behavior research: Promise and prospects. In W. Scott & R. S. Thomas (Eds.), *Consumer behavior: Theoretical sources* (pp.3-42). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

# Outpatient Customer Experience and Customer Experience Management : From A Perspective of Two-Factor Theory

Jing-Shi Chung<sup>1</sup> , Chui-Lu Fan<sup>2</sup> , Lih-Yun Chen<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Department of Human Resource and Public Relations, Da Yeh University

<sup>2</sup>Department of Business Administration, Nan Kai University of Technology

## Abstract

This case study was undertaken as a qualitative research. From the customers' perspectives, we explored the outpatient customers with positive experiences on their satisfaction and negative experiences on their dissatisfaction during the process of medical care. We collected 38 positive-experienced stories and 38 negative-experienced stories. The data were analyzed with (Situation-Clue Technique, SCT) which included situation concept to investigate all the full and detailed communication process and context from the service encounter. Two-factor theory was adopted to generalize the exclusive motivators with positive experiences, the exclusive hygiene factors with negative experiences and the common factors of customer satisfaction / dissatisfaction. A total of thirty-six exclusive motivators with positive experience, sixteen exclusive hygiene factors with negative experience. We hope this study could provide the practical implications for outpatient managers to keep going or improve.

**Keywords:** outpatient, situation-clue technique, service encounter, two-factor theory, customer experience management