

# 初產婦之醫病共享決策成效對於自我效能 於醫病關係品質之中介影響研究

李怡慶<sup>1、2</sup>、吳信宏<sup>3、4</sup>、馮兆康<sup>5</sup>、關祥彬<sup>6</sup>、曾秀芬<sup>7</sup>

弘光科技大學 健康事業管理系<sup>1</sup>、本堂澄清醫院 院長室<sup>2</sup>、彰化師範大學 企業管理研究所<sup>3</sup>、  
亞洲大學行動商務與多媒體應用學系<sup>4</sup>、弘光科技大學 健康事業管理系<sup>5</sup>、澄清綜合醫院中港分院 產科<sup>6</sup>、護理部<sup>7</sup>

## 摘要

### 目的

本研究參考過去學者量表，以瞭解初產婦之自我效能、醫病共享決策成效對於醫病關係品質是否具有正向影響關係，並進一步探討初產婦之醫病共享決策成效在自我效能與醫病關係品質間之中介效果。

### 方法

本研究採用便利抽樣方式進行問卷調查，以中部某區域級教學醫院產科門診，研究對象為產科門診之初產婦，在產科醫師同意之下由訪員發放問卷。資料收集期間為2020年1月至2020年4月，研究問卷總共發放219份，有效回收率為71.69%，並採用描述性統計分析、信度及效度分析、迴歸分析與中介效果等方法進行分析。

### 結果

本研究樣本平均年齡為31歲，教育程度以專科或大學居多，且初產婦大都已確認好想以自然產的方式生產，參與醫病共享決策的家人中以配偶最具影響力。本研究驗證，初產婦的自我效能對於醫病共享決策成效及醫病關係品質有正向影響關係，且在醫病共享決策成效在自我效能與醫病關係品質間，的確扮演著部份中介之角色。

### 結論

醫病共享決策證實有效提升醫病關係品質。初產婦參與醫病共享決策過程，建議其配偶應共同參與，且醫院管理者應設法提升醫師與病人認同醫病共享決策成效之優點，定期舉辦醫療專業人員在職教育。醫院其他科別為了想提升醫病關係品質，推

動醫病共享決策實為一不錯之策略或方案。（澄清醫護管理雜誌 2021；17（3）：8-19）

關鍵詞：初產婦、自我效能、醫病共享決策成效、醫病關係品質

## 一、研究背景與動機

臺灣少子化、新生兒數減少，初產婦對於產檢過程品質更加重視，其整個孕期產檢過程，醫療院所應提升初產婦對於生產風險的認知，提供豐富之資訊讓初產婦可以輕鬆地選擇自己最適合之生產方式，這對於醫療院所管理者應慎重其事。

美國於1982年始以病人為中心推行醫病共享決策（Shared Decision Making, SDM），其過程至少要有醫師和病人雙方共同參與，醫師提出各種不同處置之實證資料，病人則提出個人的喜好與價值觀，彼此交換資訊討論，共同達成最佳可行之治療選項[1]。2015年臺灣衛生福利部將此做法開始引進國內，且在2016年財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會（以下簡稱醫策會）著手開發醫病共享決策輔助工具，提供予國內各大醫療院所參考使用（目前有十三大類輔助工具）[2]；2018年衛生福利部更將此實施納入醫院評鑑基準及評量項目第2.1.3及2.1.4條文中[3]，醫病共享決策於醫療院所之重要性不言而喻。

通訊作者：曾秀芬

通訊地址：臺中市西屯區臺灣大道四段966號

E-mail：shishfen0813@gmail.com

受理日期：2020年11月；接受刊載：2021年1月

醫病共享決策過程是醫病關係互動過程，在過程中醫師營造良好之社會支持環境，讓病人在這環境下，可以有能力決定對自己最適切之醫療治療或服務；而「自我效能（Self-Efficacy）」可為關係情境中效能信念理論的基礎[4]，在人類的健康行為中扮演著重要之角色[5]，自我效能不僅是個人學習行為表現，同時受到個人內在的認知和外在環境之影響[6]，亦是個人的認知行為。自我效能源自於Bandura（1986）之社會認知理論，該理論過去常用來解釋個人的生涯及行為議題，但對於在社會支持環境下之行為則甚少論述，個人認知行為如何受到個人自我效能和社會支持環境的影響，在醫病共享決策過程之相關研究更是闕如，自我效能會不會影響醫病共享決策成效？這是非常值得探討的課題。

再者，醫病共享決策過程，醫病間雙向互動且彼此間亦是醫療合作夥伴，以病人利益為出發點，提升醫病間有效溝通與參與，瞭解彼此間對醫病共享決策之偏好與價值觀，可進而提升醫療健康照護品質[5,7]，而在醫病共享決策過程中之醫病互動過程，亦將增進其醫病關係品質？但醫病共享決策成效在自我效能與醫病關係品質之間會不會扮演中介變項之角色，這將有待本研究釐清。

因此，本研究將以臺中市某區域級教學醫院之初產婦為其研究對象，先探討在初產婦醫病共享決策過程中，其自我效能是否將正向影響醫病共享決策成效？其次是釐清初產婦之醫病共享決策成效與醫病關係品質之關係為何？最後則探討醫病共享決策成效在自我效能與醫病關係品質間，會不會扮演著中介變項的角色。

## 二、文獻回顧與探討

### （一）社會認知理論

美國心理學家Bandura（1986）結合Watson（1913）之行為主義與社會學習理論（Social Learning Theory, SLT），提出社會認知理論（Social Cognitive Theory, SCT），該理論目前被廣泛應用在人力資源、醫療照護、臨床診療、電腦技能訓練及教育訓練等領域上。社會認知理論強調個人的「認知」，個人對外界事實及個人行為的認知，這種「認知」是可被環境和行為所塑造，反之環境和行

為亦會影響個人認知，亦即個人、行為及環境因素任兩者彼此之間交互作用，三者互動的強度不會完全相同，為一動態平衡之三角關係，是三元（個人、行為及環境）交互決定論[7]，亦即個人的行為經環境和個人認知的交互作用之下，隨著時間的經過個人認知會更有經驗，且即時預期的改變個人的行為，這就是因三元素變化而有所不同[8]。

盧正宗（2017）強調「行為發展」會先受到「環境」之影響，進而刺激「個人特質」後，衍生與發展出能適應環境、情境、與問題的「特定行為」；Ghoreishi et al.（2019）認為社會認知理論的基礎，可從個人的學習經驗克服自我效能之障礙和自我調節能力，並適時調整學習者的學習情緒，即有效預測自我保健行為，進而增加自我效能學習知識，亦即學習者將受到同儕或教導者之社會因子互動的影響，因而牽動個人的學習動機，成為正向影響學習者之學習成效。Sen and Sirin（2015）則認為以教育教導病人對疾病的認識，提升個人的認知及自我效能，更能有效的促進個人健康之照護[6]。在高自我效能的條件下，參與者接受子宮頸抹片檢查以及施打子宮頸癌疫苗有較高的行為意圖[7]。據前述，過去之相關研究主要在於了解個人認知行為如何受到個人自我效能和社會支持環境的影響，但對於醫病共享決策過程之相關研究甚少。再者，社會認知理論中之個人、行為、環境三方互動動態行為模式應得以適當的解釋自我效能、醫病共享決策成效（社會支持環境）及醫病關係品質（行為成效）彼此之間的關係。

### （二）自我效能

自我效能是維護人類的健康行為之重要角色，亦提供關係情境中效能信念理論的基礎[5,9]。自我效能（Self-Efficacy）源自於Bandura（1986）所提出社會認知理論的核心概念，又稱為自我效能感、自我信念或自我效能期待，意旨個體擁有能力之判斷或信念，有組織執行某特定任務，可產生預期行為效果。Bandura（1977）認為效能信念意是指個人無須依賴他人，亦能夠獨立完成任務之能力，而自我效能並非天生俱有的能力，是以思維模式學習得來，亦是維持健康行為或改變健康行為之重要因素。因此，自我效能隨著活動的領域或某種任務要求而有

所不同的層次，亦因不同的情境狀況而有所改變，如Del Rio-Lanza et al. (2016)認為教育病人的自我效能之認知行為，須增強自我效能之健康照護，其最重要是個人應擁有必備的知識與技能，以及足夠的動機影響個人行為之成就表現。據此，本研究認為雖然在個別情況或任務有所差異，自我效能是個人欲接受挑戰，相信自己有能力完成艱困的任務，以決策行為而言，自我效能的能力判斷和決策行為交互作用，個人預期可產生良好之成就表現。

因疾病型態逐漸改變，藥物與手術治療不再是病人健康最重要因素，提升健康行為照護（如：遵從醫囑或自我照護）才能真正控制疾病的關鍵[5,10]。自我效能目前已被廣泛應用在醫療、健康行為以及教育等領域[11]，例如在醫療或健康行為中之病人的健康管理或教導病人學習等等皆是，自我效能是主要影響病人健康行為的重要因素之一。Dybowski, Sehner and Harendza (2017)研究教學動機、自我效能和情境因素在臨床教學品質之影響結果顯示，醫生的教學自我效能，顯著正向影響其對學生之理解能力，教師的自我效能和其對學生之理解能力，皆顯著正向影響教學品質，建議在請學生評估教師教學品質時，務必應考慮到學生原本對該課程之整體興趣情況。黃映琪（2018）參與醫病共享決策之慢性腎臟病病人的醫療自主滿意度及健康管理自我效能之研究中顯示，慢性腎臟病病人醫病共享決策輔助工具認知，與健康管理自我效能呈正相關有顯著，病人在參與醫療決策時，適度給予病人正向情緒支持，並強化自我效能，將可對醫師專業能力更加肯定，進而提升病人參與行為以及增進醫病互動服務品質[10,11,12]。由此可知，過去自我效能之相關研究主要在於研究自我效能對於個人的學習態度或技能，衛教知識及醫病之間的溝通，而醫療自主權（如：醫病共享決策）之相關研究逐漸走向未來。

### （三）醫病共享決策

過去傳統父權式之醫病關係，大多皆由醫師替病患做決定，病人對醫師的態度皆是言聽計從。然而，隨著現代醫學逐步資訊化，智慧手機取得醫療資訊普遍化，再加上現代的病人越來越重視自己的權利與自主意識，傳統醫師的父權式醫療已經面臨

嚴峻的挑戰，已不容易被大眾所接受，亦即醫病關係及其醫病溝通模式，不再是以「醫師」為中心、而是漸轉為以「病人」為中心，病人希望有更多的機會充分瞭解病情，並主動積極參與醫療決策治療計畫[13]。

臺灣衛生福利部自2015年起開始推動醫病共享決策（Shared Decision Making, SDM），醫病共享決策之核心內容包含以患者為中心的溝通技巧（或工具）和實證醫學，以達成最佳患者之照護模式為其終極目標，兼具知識、溝通與尊重[14]，而且過程重視醫病相互尊重之核心價值，能適時的給予衛教病人獲得到醫療端高品質的醫療資訊，且著重醫病間和諧與尊重的態度，並加入病人的期待與考量，期望醫病雙方能共享優質的實證結果[2]。Charles et al. (1997)提出相關定義，1.至少要有醫師和病人參與；2.在進行醫療決策前，醫療人員應主動提供不同治療選項，並詳細說明各選項的利弊，病人應積極提出自己的偏好；3.醫病間應須有效的溝通與討論，並建立治療計畫的策略；4.達成預期治療計畫之成效。當病人在面臨著多種醫療或手術治療時，本研究認為可參考臺灣醫策會所提供之多項醫病共享決策輔助工具，如此病人將可以個人的偏好和價值觀進行選擇，雖然大多數決策輔助工具與實際決策或許沒有顯著影響，但醫病共享決策過程可以增加病人知識、減少醫療決策衝突及對醫療風險更為準確認知，可提升共享決策之滿意度以及降低焦慮。

張慧蘭（2018）研究結果顯示，病人在參與共享決策時受教育程度及決策控制偏好的影響，教育程度高者、對健康識能越好，自我效能就越高，可達成醫病共識決策成效[1,11]。Chung et al. (2019)研究醫護專業人員對醫病共享決策的看法，針對認同醫病共享決策的受訪者，在人口學特徵上有顯著影響「知識、態度、行為」模型，以相關性分析彼此之間呈現正向相關。王慶燕（2018）讓早期乳癌婦女手術決策困難病人使用醫療決策輔助網站，結果顯示病人可便捷地協助病人確定自己對於手術方式的偏好、提升手術自我決策能力、並降低決策困難程度。近幾年醫療機構正積極推廣醫病共享決策，研究成效趨勢顯著，醫護人員比過去更尊重病人的權利，提升



醫病之間有效溝通和參與，瞭解彼此雙方對醫病共享決策的偏好與價值觀，達到醫病共享決策成效最佳的治療效果；醫病共享決策不是做不做的問題，而是要做得越廣越深，醫療機構應逐漸廣泛推行至各科醫療與醫師共識醫療決策的方向。

#### (四) 醫病關係品質

Crosby et al. (1990) 提出關係品質模式，該模式在探討服務業與顧客雙方長期建立互惠之關係，顧客所認知的關係品質是如何影響顧主與顧客間之互動，培養良好的維繫關係，以便降低交易成本或不確定性的交易。而在醫療服務中之關係品質，應是為病人在接受醫療服務過程中，因其醫療服務本質之無形性、複雜性及資訊不對等等因素，而須面對醫療服務內容之不確定性：這可能是因為不良之醫療服務而產生負面之結果；因此，從病人之觀點而言，關係品質是由醫院減低不確定性之能力所決定，當然也為病人基於過去醫療機構就診經驗、印象以及預期未來就診互動成效所形成[19]。關係品質其基本構面各個學者都有不同之見解，應由那些基本構面所組成，諸多學者看法不一，Levit (1986) 認為醫病關係品質是以無形價值所組合，包含三個構面滿意、信任以及承諾，此觀點與Smith (1998) 經綜合多位學者後之看法一致，是目前詮釋較為完整之論點，這三個構面分別為1.滿意度：交易時產生的情緒反應，滿意是顧客知覺到購買或消費服務引起愉悅或失望，以維持雙方滿意度的買賣關係[20]。2.信任：顧客對醫療服務的信任與期望，將所提供的醫療服務作為未來選擇醫療的依據[21]。3.承諾：雙方彼此信任維持有價值之關係，產生較高的現實利益考量；對整體的關係品質之滿意度與再次就醫院的意願，呈現有正向關係[22]。故此，本研究將關係品質定義由此三要素（滿意、信任、承諾）所組成。

#### (五) 變項之間關係

自我效能是指個人是否能夠達成賦予的特定

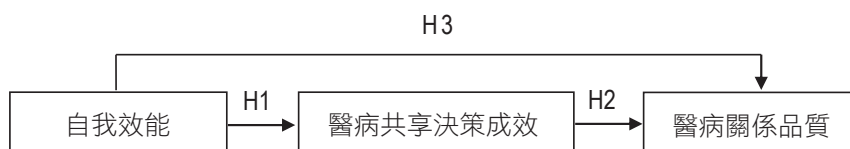
能力與信念，並影響醫病共享決策成效。Joseph-Williams et al. (2014) 提到實踐醫病共享決策，必須先提升自我效能及決策能力。Arora et al. (2005) 認為高自我效能，對健康主控意識越高、越主動參與醫療決策，並傾向個人的偏好作為醫療決策。Del Rio-Lanza et al. (2016) 認為個人的專業知識亦是不能低估，有較高的專業知識自我效能亦較高，在醫病共享決策時，專心傾聽病人的需求，並隨時提供相關資訊及鼓勵病人或家屬積極參與醫病共享決策，以提升病人自我效能，達到醫病共享決策成效，故本研究提出假設為H1：自我效能對於醫病共享決策成效具有正向影響關係。

醫病共享決策是一種醫病溝通橋樑的輔助工具，促進病人了解疾病與疾病進程發展，並提出各項選擇治療的意義與偏好。醫療人員利用圖形或影片說明及互動式的工具，加上實證醫學驗證依據，有效提升醫病共享價值觀，並做出共同醫療決策，提高醫病溝通的成效，降低病人的緊張與焦慮。張紫婷、陳尹甄、郭素真 (2019) 認為醫病共享決策後，可以提升婦女健康識能及促進醫病關係品質。鍾雅萍 (2016) 研究提出溝通、共享價值觀對信任與關係承諾有正向顯著影響，故本研究提出假設為H2：醫病共享決策成效對醫病關係品質具有正向影響關係。

洪贊凱、李昆靜 (2007) 認為自我效能是個人擁有足夠賦予的特定能力與信念，並會影響醫病合作的溝通品質與參與、解決問題並取代衝突，陳靜誼 (2017) 研究提出自我效能與關係推論效能具正相關，由此可知醫病共享決策成效在自我效能與醫病關係品質之間應該會扮演著中介之角色。故，本研究提出假設為H3：醫病共享決策成效在自我效能與醫病關係品質之間，具有中介效果。

### 三、研究方法

#### (一) 研究架構 (圖一)



圖一 本研究架構圖

## (二) 變項操作型定義與衡量問項

### 1. 自我效能量表

本研究之自我效能操作型定義為初產婦有自我能力判斷選擇生產的方式及其對所選擇的生產方式有自主權及足夠自信心，量表參考Bandura (1977) 及杜佳靜 (2013) 之研究，再依本研究需求加以修訂而成，採用二個子構面 (能力判斷及自信心)，各有4個問項，量表衡量刻度採用李特克 (Likert) 5點尺度。

### 2. 醫病共享決策成效量表

本研究將醫病共享決策成效定義為研究對象與醫療人員於執行醫病共享決策後之成效。量表參考Stacey, O' Connor, DeGrasse & Verma (2003) 及匡勝捷 (2018) 之研究，再依本研究需求加以修訂而成，採用一個構面，共有15個問項，量表衡量刻度採用李特克 (Likert) 5點尺度。

### 3. 醫病關係品質量表

本研究醫病關係品質參考Smith (1998) 及李怡慶 (2014) 之觀點及量表，並依本研究需求加以修訂而成，採用三大子構面，分別為 (1) 滿意度：初產婦來院產檢對醫師所提供的醫療產檢服務，產生的滿意程度，計有12個問卷題項。(2) 信任：初產婦信任且期望醫師所提供醫療服務，此為初產婦未來會繼續選擇該醫師產檢行為依據，計有6個問卷題項。(3) 承諾：醫師與初產婦之間，彼此相信持續不斷的關係是非常之重要，所以會盡所有的心力來維繫，計有6個問卷題項，量表衡量刻度皆採用李特克 (Likert) 5點尺度。

## (三) 研究倫理

本研究於2020年1月31日通過人體試驗委員會審核通過 (IRB編號為HP200009)。

## (四) 問卷設計與預試

### 1. 內容效度 (Content Validity) -CVI

問卷初稿完成後，為提高調查問卷的效度及完整性，請六位與研究主題相關經驗的專家，包括臨床區域級教學醫院的副院長和主任各一位、大學教授四位 (年資至少都有15年)，共同參與問卷題項的審閱，並根據問卷內容的適切性和措辭清晰程度進行分析，本研究CVI值為0.91。

## 2. 預試量表之項目分析

預試對象為醫院產科門診的初產婦，在醫師同意之下由訪員發放問卷，採用便利抽樣方式進行問卷預試，預試發放人數以量表中最多題項之「分量表」 (醫病共享決策成效量表) 的5倍為本研究預試人數 (75名)。於2019年12月16日至2019年12月31日完成，共75名初產婦進行問卷預試，回收率100%。本研究利用四大類七項指標檢驗，包含遺漏值檢驗、描述統計檢驗 (平均數、標準差、偏態係數)、極端組檢定、項目與總相關係數檢定及因素負荷，並針對預試題項進行適切性評估 [28]，逐題分析其可用程度，並進行判斷藉此精簡量表。經本研究分析結果顯示，沒有任何題項超過兩個指標未符合標準，全量表題項全部保留，可進行施測。

## (五) 正式樣本抽樣與資料收集

本研究以中部某區域教學醫院產科門診之初產婦為其研究對象，發放樣本數為219 (依據該醫院2018年之產科門診初產就診母群體為508位，在百分之95%信賴水準及抽樣誤差正負5個百分點下，其所需收案樣本數為219)。於2020年1月31日至2020年4月30日每個星期一至星期五看診時段及星期六上午時段，排除星期六下午與星期日休診時段，由研究人員與訪員在門診區透過便利抽樣方式，邀請所有的初產婦自由參與，全程採無具名方式，自由填寫。本研究由五位調查訪員協助，但在成為正式訪員之前，皆需職前教育訓練，包含臺灣學術倫理教育訓練課程2小時及職前訓練至少超過30分鐘以上的課程，受訓課程內容為「訪問基本原則、問卷等相關說明以及國、臺語語言訓練」。資料蒐集過程中，以初產婦在門診產檢時，透過醫師說明醫病共享決策輔助工具之內容後，在初產婦同意下，於舒適的候診區填答本研究問卷，在填答時若有疑問，調查訪員隨時協助說明。本研究資料收集有效回收率為71.69%，無效問卷0.27%，拒訪率0.01%。

## (六) 資料分析方法

本研究利用SPSS Version 19統計軟體進行資料處理及分析，採用描述性統計分析、信度及效度分析、單因子變異數分析、皮爾森相關分析及迴歸分析等方法進行分析。

## 四、資料分析與結果

### (一) 描述性統計分析

#### 1. 社會人口學特性

如下表一，參與本研究的初產婦實際平均年齡為31歲，以26-30歲和31-35歲年齡佔樣本總數最多，皆為56人（35.7%）；教育程度的部分，將近有八成的初產婦學歷以專科/大學畢業佔最多123人（78.3%）；初產婦無婦科疾病佔52.2%（82人），最常見之相關婦科疾病為經痛，佔47人（29.9%），其次為陰道感染（15.3%），亦即參與本研究的初產婦目前身體健康狀態大致良好。而在薪資方面，平均月收入為30,001-35,000佔最多36人（22.9%）、其次25,001-30,000佔34人（21.7%）。

#### 2. 目前懷孕週數

如下表二，參與本研究之產婦目前懷孕週數分析結果顯示，以妊娠滿29週以上佔最多有68人（43.3%）、其次妊娠滿17週至未滿29週佔55人（35.0%）、而妊娠未滿17週以下佔34人（21.7%）。

#### 3. 孕期偏好已確定想要的生產方式

如下表三，孕期偏好已確定好生產方式結果顯示，選擇以陰道生產方式約七成佔有109人（69.4%）、其次剖腹生產佔有4人（2.5%），剩下約兩成佔有44人（28.0%）目前還無法決定生產方式，其主要原因還是希望再次與產檢主治醫師討論（86.4%），其次才是想要與其他（包含配偶、家人或朋友或第二意見提供者）討論（13.6%）。

表一 社會人口學特性 (n=157)

項目	人數	百分比 (%)
<b>實際年齡</b>		
15-20 歲	5	3.2
21-25 歲	17	10.8
26-30 歲	56	35.7
31-35 歲	56	35.7
36-40 歲	20	12.7
41-45 歲	3	1.9
<b>教育程度</b>		
國中 (含) 以下	2	1.3
高中 (職)	22	14.0
大學 / 專科	123	78.3
研究所 (含) 以上	10	6.4
<b>相關婦科疾病</b>		
無	82	52.2
經痛	47	29.9
經血過多	3	1.9
陰道感染	24	15.3
不孕	4	2.5
子宮肌瘤	4	2.5
子宮外孕	2	1.3
子宮內膜異位症	5	3.2
卵巢腫瘤	0	0.0
子宮頸癌	0	0.0
子宮內沾黏	0	0.0
子宮頸瘻肉	4	2.5
子宮手術	4	2.5
<b>您的月平均收入 (新臺幣)</b>		
20,000 (含以下)	21	13.4
20,001-25,000	19	12.1
25,001-30,000	34	21.7
30,001-35,000	36	22.9
35,001-40,000	21	13.4
40,001-50,000	17	10.8
50,001-60,000	4	2.5
60,001-80,000	3	1.9
80,001-100,000	1	0.6
100,000 以上	1	0.6

表二 目前懷孕週數 (n=157)

項目	類別	人數	百分比 (%)
目前懷孕的週數	妊娠未滿 17 週以下	34	21.7
	妊娠滿 17 週至未滿 29 週	55	35.0
	妊娠滿 29 週以上	68	43.3

表三 孕期偏好選擇生產方式 (n=157)

項目	人數	百分比 (%)
<b>我已經確認好想要的生產方式，我決定選擇</b>		
陰道生產	109	69.4
剖腹生產	4	2.5
目前還無法決定	44	28.0
原因一、我想要再與主治醫師討論	38	86.4
原因二、我想要與其他（包含配偶、家人、朋友或第二意見提供者）討論我的決定	6	13.6

#### 4.參與醫病共享決策之分析

如下表四，這次主要與您參與醫病共享決策的家人為配偶者，佔有139人（88.5%）、其次是自己有10人（6.4%）及父母（3.8%）。

##### （二）信度與效度分析

如下表五，本研究結果顯示，自我效能該構面之信度（Cronbach's  $\alpha$ ）為0.878、醫病共享決策該構面之信度為0.980、醫病關係品質之信度為0.976，整體量表信度為0.979；Cronbach's  $\alpha$  值全皆大於0.8，本研究具有高信度[28]。而在建構效度（Construct Validity）部分，採用因素分析中各構面之共同性來表示其建構效度值，各構面效度檢驗值詳見表五，個別效度值（表中共同性的萃取值）介於0.774-0.968間，說明了本研究量表具有良好之建構效度。

##### （三）單因子變異數分析（ANOVA）

對於初產婦人口學的特徵為教育程度、實際年齡、薪資平均月收入、孕期偏好已確定想要的生產方式、目前懷孕週數以及此次與您參與醫病共享決

策的家人，採用單因子變異數分析，以瞭解其對於三構面（自我效能、醫病共享決策成效與醫病關係品質）是否具有顯著性差異，並針對達到顯著差異者進行多重比較事後檢定之Scheffe法，進而詳細了解此群組間是否發生顯著差異。

此外，將自我效能、醫病共享決策成效與醫病關係品質為依變項，不同的人口學特徵為自變項進行單因子變異數分析。結果顯示教育程度（ $p=0.833, 0.469, 0.499$ ）、實際年齡（ $p=0.769, 0.206, 0.721$ ）、薪資平均月收入（ $p=0.667, 0.251, 0.140$ ）、此次和您參與醫病共享決策的家人（ $p=0.116, 0.271, 0.502$ ）、孕期偏好已確定想要的生產方式（ $p=0.192, 0.190, 0.430$ ）和目前懷孕週數（ $p=0.429, 0.711, 0.183$ ），此六項人口學特徵的 $p>0.05$ 皆無顯著性差異。

##### （四）各變項之皮爾森相關分析

本研究結果如下表六，自我效能、醫病共享決策成效與醫病關係品質之間的相關係數在0.519-0.654間，且 $p=0.00<0.01$ 具顯著水準（雙尾檢定），三變數間為顯著中度正相關。

表四 參與醫病共享決策之分析（n=157）

項目	人數	百分比（%）
<b>這次主要與您參與醫病共享決策的家人為</b>		
自己一人	10	6.4
父母	6	3.8
配偶	139	88.5
其他家人	2	1.3

表五 整體信度分析量表（Cronbach's Alpha 值）

構面	Cronbach's $\alpha$	子構面	建構效度
自我效能	0.878	能力判斷	0.840
		自信心	0.819
醫病共享決策成效	0.980	-	0.968
		滿意度	0.943
醫病關係品質	0.976	信任	0.972
		承諾	0.942
整體量表	0.979		

表六 三個構面之皮爾森相關矩陣（n=157）

構面	自我效能	醫病共享決策成效
自我效能	1	
醫病共享決策成效	0.538**	1
醫病關係品質	0.519**	0.654**

\*\*\* $p<0.001$ ；\*\* $p<0.01$ ；\* $p<0.05$ （雙尾檢定）



(五) 自我效能、醫病共享決策成效與醫病關係品質之迴歸分析

1. 自我效能對醫病共享決策成效之迴歸分析

以自我效能為自變項，醫病共享決策成效為依變項，進行線性迴歸分析，如下表七分析結果顯示，迴歸模型解釋力 $R^2$ 為0.289，Durbin-Watson值為1.768，F值為63.101，標準化係數 $\beta$ 值為0.538，p值（雙尾）為 $0.00 < 0.05$ 具顯著水準。自我效能對醫病共享決策成效具有預測能力、有顯著之正向影響，本研究假設H1獲得支持。

2. 醫病共享決策成效對醫病關係品質之迴歸分析

以醫病共享決策成效為自變項，醫病關係品質為依變項，進行線性迴歸分析，如下表八分析結果顯示，迴歸模型解釋力 $R^2$ 為0.428，Durbin-Watson值為1.832，F值為115.869，標準化係數 $\beta$ 值為0.654，p值（雙尾）為 $0.00 < 0.05$ 具顯著水準。醫病共享決策

成效對醫病關係品質具有預測能力、有顯著之正向影響，本研究假設H2獲得支持。

(六) 醫病共享決策成效對於自我效能於醫病關係品質之中介作用

本研究以醫病共享決策成效為中介變項，自我效能為自變項與醫病關係品質為依變項之間是否有存在中介效果。中介效果先決條件是以線性迴歸分析，自變項對依變項呈現顯著影響，然後加入中介變項，造成自變項對依變項的影響降低，但呈現仍有顯著，即為部份中介效果；若是呈現不顯著，則為完全中介效果[28]。本研究各模式統計分析結果如下：

1. 模式一：迴歸分析自我效能（自變項）對醫病共享決策成效（依變項），其係數 $\beta=0.538$ ， $R^2=0.289$ ， $t=7.944$ ， $p=0.000 < 0.05$ ，呈現顯著影響。

2. 模式二：迴歸分析自我效能（自變項）對醫病關係品質（依變項），其係數 $\beta=0.519$ ， $R^2=0.270$ ，

表七 自我效能對醫病共享決策成效之迴歸分析

變數	R <sup>2</sup>	未標準化係數	標準化係數	t	p (雙尾) 顯著性	Durbin-Watson
		B 之估計值	$\beta$ eta 分配			
判斷基準值	<0.05	N/A	$\pm 1$	N/A	<0.05	<2
自我效能	0.289	1.218	0.538***	7.944	0.000	1.768

\*\*\* $p < 0.001$  ; \*\* $p < 0.01$  ; \* $p < 0.05$

表八 醫病共享決策成效對醫病關係品質之迴歸分析

變數	R <sup>2</sup>	未標準化係數	標準化係數	t	p (雙尾) 顯著性	Durbin-Watson
		B 之估計值	$\beta$ eta 分配			
判斷基準值	<0.05	N/A	$\pm 1$	N/A	<0.05	<2
醫病關係品質	0.428	0.914	0.654***	10.764	0.000	1.832

\*\*\* $p < 0.001$  ; \*\* $p < 0.01$  ; \* $p < 0.05$

表九 醫病共享決策成效對於自我效能於醫病關係品質之中介分析摘要表

依變數	醫病共享決策成效				醫病關係品質			
	模式一		模式二		模式三		模式四	
	$\beta$ 值	t 值	$\beta$ 值	t 值	$\beta$ 值	t 值	$\beta$ 值	t 值
自我效能	0.538***	7.944	0.519***	7.563			0.236***	3.367
醫病共享決策成效					0.654***	10.764	0.527***	7.558
R <sup>2</sup>	0.289		0.270		0.428		0.467	
F 值	63.010		57.202		115.869		67.519	
$\Delta R^2$	0.285		0.265		0.424		0.460	
P 值	0.000		0.000		0.000		0.000	
Durbin-Watson	1.768		1.977		1.832		1.861	

\*\*\* $p < 0.001$  ; \*\* $p < 0.01$  ; \* $p < 0.05$



$t=7.563$ ,  $p=0.000 < 0.05$ , 呈現顯著影響。

3. 模式三：迴歸分析醫病共享決策成效（自變項）對醫病關係品質（依變項），其係數  $\beta=0.654$ ,  $R^2=0.428$ ,  $t=10.764$ ,  $p=0.000 < 0.05$ , 呈現顯著影響。
4. 模式四：自我效能與醫病共享決策成效（自變項）對醫病關係品質（依變項）之中介變項效果分析摘要表，以醫病關係品質變項而言，在模式四加入醫病共享決策成效為中介變項後並進行迴歸分析，結果顯示自我效能對醫病關係品質的標準化迴歸係數值，從模式二的係數  $\beta=0.519$ ,  $t=7.563$ ,  $p=0.000 < 0.05$  降至模式四的係數  $\beta=0.236$ ,  $t=3.367$ ,  $p=0.000 < 0.05$ ，但醫病共享決策成效對自我效能與醫病關係品質之間仍有顯著水準和預測力，其表示醫病共享決策成效在自我效能與醫病關係品質間，扮演著部份中介之效果，故本研究假設H3獲得支持。本研究統合探討三個變項彼此之間的關係，雖然研究結果尚無相關研究可以對照，但其論點上仍與學者見解相互應，如與陳靜誼（2017）之研究發現病患參與、醫病關係滿意度為相近之研究結果，進而呈現初產婦的自我效能與醫病關係品質之間關係，在加入醫病共享決策成效之交互作用，即為呈現部份中介影響。

## 研究結論與建議

### 一、研究結論

假設H1：自我效能對醫病共享決策成效有顯著正向影響，實證結果成立。

假設H2：醫病共享決策成效對醫病關係品質有顯著正向影響，實證結果成立。

假設H3：醫病共享決策成效在自我效能與醫病關係品質之間，具中介效果，實證結果部份成立。

#### （一）自我效能對醫病共享決策成效之關連性探討

許多研究證實自我效能，對於預期目標之認同度愈強，提升自我效能學習動機越強，自我效能學習動機是以社會認知理論為基礎。社會認知理論受到個人認知與環境因素決定個人行為，然而在個人認知中，曾擁有成功的學習成就即提升自我效能[14]，其自我效能越高者欲接受挑戰越強，則積極主動參與醫病共享決策的行為表現越好，愈能意

識身心健康照護之重要性[5,15]。在完整的決策環境下，自我效能的判斷力與參與決策行為之交互作用，做出更明智的決擇，達成醫病共享決策其成效之照護品質，與本研究結果假設H1實證顯示，自我效能對醫病共享決策成效之關連性呈現有顯著且正向影響，結果一致；亦驗證，初產婦的自我效能越高，參與共享決策的意願越高，其對醫師的肯定及信任度越高，達成預期醫病共享決策成效之效果。

#### （二）醫病共享決策成效對醫病關係品質之關連性探討

醫病共享決策過程是以病人為中心的共同照護，推動病人和家屬積極參與醫療決策，病人參與過程可增加醫病間的溝通與互動，降低醫病之間的代溝和差距，減少醫療糾紛[30]，對醫師的醫囑遵從和服從感到信任[13]，進而提升醫病關係品質之滿意度及改善生活品質[17]，與本研究結果假設H2：初產婦參與醫病共享決策成效對醫病關係品質之關連性呈現顯著且正向影響，結果一致，初產婦參與醫病共享決策過程的確可以增進醫病關係。

#### （三）醫病共享決策成效在自我效能與醫病關係品質間之中介效果之影響

本研究經前述驗證結果顯示，醫病共享決策成效在自我效能與醫病關係品質之間，確實扮演著部份中介之效果，意即若能於病人參與決策時，適時給予醫病共享決策輔助工具，強化自我效能，增進病人參與行為[12,13]，應可提升決策自我效能，共同達成醫病共享之決擇，此部分與過去之研究結果一致，自我效能對醫病共享決策成效證實具有正向影響[17]。此外，張紫婷、陳尹甄、郭素真（2019）之研究結果證明在病人參與醫病共享決策後，可以提升婦女健康識能及促進醫病關係品質，醫病共享決策成效對關係品質呈現正向影響關係，增加對醫師的信任感及藥物的遵從，提升醫病關係品質之滿意度，並建立醫病之間信任以及彼此間承諾之實踐實為重要[21]，與本研究結果假設H3實證顯示，醫病共享決策成效在自我效能和關係品質間具部分中介效果，其結果亦驗證，四個模式全都有顯著性、且具有預測力，但在醫病共享決策成效加入後，初產婦的自我效能與醫病之間的關係品質仍具預測力，但模型解釋係數  $\beta$  值明顯的下降有顯著，故表示醫病共享決策成效對於初產婦的自我效能與關係品質

呈現部分影響效果。

#### (四) 研究貢獻與管理意涵

自我效能 (Self-Efficacy) 此變項源自於 Bandura (1986) 之社會認知理論，該變項過去之研究，大都用在學生之學習過程或病人在接收衛教資訊過程之自我效能成效，本研究則將此變項運用在於與病人自身利益相關之決策過程，且證明此變項可為醫病共享決策成效之前置變項。

本研究對於醫院管理當局者在苦尋各種方法 (例如衛教計劃、病友會及宣導等等) 以期增進醫病關係品質、降低醫療糾紛及醫療風險之同時，並建議管理當局者應執行醫病共享決策，因其確實可以提升醫病之關係品質，且適合推廣至各臨床科別執行之。在執行過程中，本研究認為焦點不僅應放在初產婦個人本身，常陪伴就診之配偶，亦應為對象之一；此外，醫病共享決策執行過程，醫療人員可透過語言與制訂書面資料，以輔助病人了解其病情，可安撫病人焦慮情緒，亦可透過多媒體影音、肢體語言、模型實際操作示範或鼓勵參與團體衛教，可協助病情的說明及治療的選擇；至於醫療人員部份，則建議醫院應且定期舉辦一年兩次的醫療專業人員在職教育，以持續增進醫療人員之醫病共享決策技巧。

#### (五) 未來研究方向

本研究僅以中部某一家區域級教學醫院之初產婦為研究對象，然而醫療服務具有多樣化與複雜性，未來研究方向可擴展至不同科別，甚至各醫療院所機構，並將研究對象擴展至其他相關醫療服務之業務，以及理論模式的完整性，並進一步比較不同醫療科別之顧客的結果差異。

#### (六) 研究限制

本研究因考量到人力、財力及時間上之限制，以中部某區域級教學醫院之初產婦為研究對象，利用便利抽樣法進行橫斷性研究，恐未屬平均分配且缺乏縱貫性之資料收集；再者，醫療服務領域具有多樣化與複雜性，本研究僅以一家醫院為例進行衡量，其完整性及推論過程多少會受到影響，其結果能否推論至其他醫院或科別，尚待進一步驗證。

### 致謝

感謝澄清綜合醫院中港分院與弘光科技

大學產學合作研究計畫之補助 (計畫編號：HK-CCGH-109-002)。

### 參考文獻

1. Charles C, Gafni A, Whelan T: Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango). *Social Science & Medicine* 1977; 44(5): 681-692.
2. 衛生福利部：醫病共享決策平台。2020。Retrieved from <https://sdm.patientsafety.mohw.gov.tw/AssistTool/Category?sn=24>
3. 衛生福利部醫事司：108年度教學醫院評鑑基準 (區域醫院、地區醫院適用)。2019。Retrieved from <https://dep.mohw.gov.tw/DOMA/cp-948-47562-106.html>
4. Hsu HY, Chen YM: The correlates of nurses' self-efficacy for end-of-life care. *Hu Li Za Zhi* 2019; 66(5): 32-43.
5. Sen E, Sirin A: Healthy lifestyle behaviors and self-efficacy: the effect of education. *The Anthropologist* 2015; 21(1-2): 89-97.
6. Ghoreishi MS, Vahedian-shahroodi M, Jafari A, et al.: Self-care behaviors in patients with type 2 diabetes: Education intervention base on social cognitive theory. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews* 2019; 13(3): 2049-2056.
7. Kim S, Hmielowski JD: The Influence of self-efficacy in medical drama television programming on behaviors and emotions that promote cervical cancer prevention. *American Journal of Health Behavior* 2017; 41(6): 719-727.
8. 盧正宗：以社會認知理論探討影響醫院預算參與之前置因素。管理與系統 2017；24 (2)：259-302。
9. Bandura A: Self-efficacy: toward a unifying theory of Behavioral change. *Psychological Review* 1977; 84(2): 191-215.
10. Del Rio-Lanza AB, Suarez-Alvarez L, Suarez-Vazquez A, et al.: Information provision and attentive listening determinants of patient perceptions of shared decision-making around chronic illnesses. *Springerplus* 2016; 5(1): 1386.
11. 陳靜誼、徐世同、陳雅珍：正向情緒與病人參與：自我效能與他人效能之中介效果。澄清醫護管理雜誌 2019；15 (1)：31-42。
12. Dybowski C, Sehner S, Harendza S, et al.: Influence of motivation self-efficacy and situational factors on the teaching quality of clinical educators. *BMC Medical Education* 2017; 17(1): 84.

13. 黃映琪：參與醫病共享決策之慢性腎臟病病人的醫療自主滿意度及健康管理自我效能之研究。臺中市：中臺科技大學護理系。2018。
14. 陳雅玲：醫病共享決策互動式決策輔助工具開發之研究-以骨質疏鬆症為例。臺北市：國立陽明大學生物醫學資訊研究所。2018。
15. Chung MC, Juang WC, Li YC: Perceptions of shared decision making among health care professionals. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2019; 25(6): 1080-1087.
16. 張慧蘭：醫病共享決策模式執行現況及其相關影響因素之探討-以某區域教學醫院癌症病人為例。臺北市：國立臺北護理健康大學護理研究所。2018。
17. 王慶燕：決策輔助網站對早期乳癌婦女手術決策困難之影響。臺北市：國立陽明大學護理學系。2018。
18. Crosby LA, Evans KR, Cowles D: Relationship quality in services selling: an interpersonal influence perspective. *The Journal of Marketing* 1990; 54(3): 68-81.
19. 李怡慶：醫院關係品質之前置及調節變項之研究。嘉義縣：國立中正大學企業管理研究所。2014。
20. Geyskens I, Steenkamp JBE, Kumar N: A meta-analysis of satisfaction in marketing channel relationships. *Journal of Marketing Research* 1999; 36(2): 223-238.
21. Morgan RM, Hunt SD: The commitment-trust theory of relationship marketing. *The Journal of Marketing* 1994; 58(3): 20-38.
22. Hennig-Thurau T, Klee A: The impact of customer satisfaction and relationship quality on customer retention: a critical reassessment and model development. *Psychology and Marketing* 1997; 14(8): 737-764.
23. Joseph-Williams N, Elwyn G, Edwards A: Knowledge is not power for patients: a systematic review and thematic synthesis of patient-reported barriers and facilitators to shared decision making. *Patient Education and Counseling* 2014; 94(3): 291-309.
24. Arora NK, Ayanian JZ, Guadagnoli E: Examining the relationship of patients' attitudes and beliefs with their self-reported level of participation in medical decision-making. *Medical Care* 2005; 43(9): 865-872.
25. 張紫婷、陳尹甄、郭素真：決策輔助工具在骨盆腔器官脫垂婦女醫病共享決策之應用成效。榮總護理 2019；36（4）：353-360。
26. 鍾雅萍：醫病共享決策成效對醫療關係品質與患者行為意圖之研究-以某醫學中心乳癌復健為例。高雄市：國立高雄應用科技大學企業管理系。2016。
27. 洪贊凱、李昆靜：關係品質，自我效能對訓練遷移動機影響之研究：以教導智能為干擾變項。2007。
28. 邱皓政：量化研究與統計分析：SPSS資料分析範例（第五版）。臺北市：五南圖書出版。2010。
29. Stacey D, O' Connor AM, DeGrasse C, Verma S, et al.: Development and evaluation of a breast cancer prevention decision aid for higher-risk women. *Health Expectations* 2003; 6(1): 3-18.
30. 匡勝捷：住院病人與照護醫師對於醫病溝通認知差異之研究-以中部一家區域教學醫院為例。臺中市：中國醫藥大學醫務管理學系。2018。



# Mediating Effect of the Effectiveness of Primiparas' Doctor-Patient Shared Decision-Making Between Self-Efficacy and Quality of Doctor-Patient Relationships

Yii-Ching Lee<sup>1,2</sup>, Hsin-Hung Wu<sup>3,4</sup>, Chao-Kang Feng<sup>5</sup>,  
Hsiang-Pin Kuan<sup>6</sup>, Shish-Fen Tzeng<sup>7</sup>

Department of Health Business Administration, Hung Kuang University<sup>1</sup>; Superintendent Office, BenTang Cheng Ching Hospital<sup>2</sup>;

Department of Business Administration, National Changhua University of Education<sup>3</sup>; Department of M-Commerce and Multimedia Applications, Asia University<sup>4</sup>; Department of Health Business Administration, Hungkuang University<sup>5</sup>;

Department of Obstetrics<sup>6</sup>, Department of Nursing<sup>7</sup>, Chung Kang Branch, Cheng Ching Hospital

## Abstract

### Purposes

This study referred to previously developed scales to examine whether primiparas' Self-Efficacy and the effectiveness of Doctor-Patient Shared Decision-Making have a positive influence on the Quality of Doctor-Patient Relationships. Further, it explores the mediating effect of the effectiveness of Doctor-Patient Shared Decision-Making between primiparas' Self-Efficacy and the Quality of Doctor-Patient Relationships.

### Methods

We administered a questionnaire survey by means of convenient sampling. Primiparas who visited the obstetric outpatient clinic of a regional teaching hospital in central Taiwan were enrolled as the research subjects, and the questionnaire was distributed by interviewers with the obstetricians' approval. The data collection period lasted from January to April 2020. A total of 219 research questionnaires were distributed, and the recovery rate of valid questionnaires was 71.69%. Descriptive statistics, reliability and validity analysis, regression analysis, mediating effect, and other methods were applied to conduct the analysis.

### Results

The average age of the study participants was 31 years, and their education level was mostly junior college or university. Most primiparas had confirmed that they wanted to give birth by spontaneous vaginal delivery. Their spouses were the most influential family members who participated in the Doctor-Patient Shared Decision-Making. This study verified that primiparas' Self-Efficacy had a positive impact on the effectiveness of Doctor-Patient Shared Decision-Making and the Quality of Doctor-Patient Relationships. Moreover, it played a partial mediating role between Self-Efficacy and the Quality of Doctor-Patient Relationships.

### Conclusions

It was verified that Doctor-Patient Shared Decision-Making can effectively improve the Quality of the Doctor-Patient Relationship. When primiparas participate in Doctor-Patient Shared Decision-Making, it is suggested that their spouses should also participate. Furthermore, hospital administrators should try to improve doctors' and patients' recognition of the advantages of Doctor-Patient Shared Decision-Making, and hold regular on-the-job education for medical professionals. To improve the quality of Doctor-Patient Relationships in other departments of hospitals, a good strategy or scheme is to promote doctor-patient Shared Decision-Making. (Cheng Ching Medical Journal 2021; 17(3): 8-19)

**Keywords :** *Primiparas, Self-Efficacy, Effectiveness of Doctor-Patient Shared Decision-Making, Quality of Doctor-Patient Relationship*