

行政院國家科學委員會補助  
大專學生參與專題研究計畫研究成果報告

\* \*\*\*\*\* \*  
\* 計 畫 : 探討以病患參與觀點建構共同醫療決策態度評估量表 \*  
\* 名 稱 : 之研究 \*  
\* \*\*\*\*\* \*

執行計畫學生： 李承翰  
學生計畫編號： NSC 98-2815-C-040-006-E  
研究期間： 98年07月01日至99年02月28日止，計8個月  
指導教授： 張啟昌

處理方式： 本計畫可公開查詢

執行單位： 中山醫學大學應用資訊科學學系(所)

中華民國 99年04月07日

# 探討以病患參與觀點建構共同醫療決策態度評估量表之研究

## Patient's preferences for involvement in shared decision making.

### 摘要

本研究的目的係探討以病患參與觀點建構共同醫療決策態度評估量表之研究。愈來愈多的文獻將研究重心放在關心病患應參與醫療決策，並視醫師和病患為平等的伙伴，近年來此決策方式已被理想的共同決策方式所取代。就醫療服務提供者而言，從單純的生物醫學到心理、社會醫學延伸的同時，也應當瞭解病患共同醫療決策制定過程態度、認知與意向以健全醫病關係與確保醫療品質。因此本研究為了達成適合台灣制度與文化參考國外有關病患自主權、控制權偏好、參與治療認知、風險溝通指標為理論基礎。在內容效度函請專家做內容效度與適切性評鑑，進一步藉由本校附屬醫院作為研究對象，以檢測量表的建構效度與相關分析。根據因素分析結果顯示，各構面 Cronbach  $\alpha$  值介於 0.605 ~ 0.769，整體量表為 0.794。上述各項分析結果所代表之意義，在本文中有進一步的探討。

關鍵字：醫病關係、病患參與、共同醫療決策、量表建構

### Abstract

The purpose of this study is to explore the patient's preferences for involvement in shared decision making. Due to the steady development of the health services industry. More and more literature will examine the focus on patient care should be involved in medical decision-making, and, as physicians and patients as equal partners. Therefore, the main goal of this study is to confer the patient-involvement of the health services industry in a critical analysis for patient shared decision-making for providing the health services industry's reference of practical design and management in Taiwan. In order to achieve one scale of patient's preference for involvement in shared decision-making adapt to culture in Taiwan.

Based on the four components (autonomy,

control preference, participate in the treatment of cognitive, and risk communication), we firstly come up 15 questions by the literature review and experts' opinion. Then we developed 4 items for each question. In order to verify the proposed scale system, we invited expert to examine the content validity, and conducted a field study in Chung Shan Medical University Hospital. We found that Cronbach  $\alpha$  analyses reveal that each dimension and the scale have high reliability, range from 0.6 to 0.76. To improve those dimensions will become the focal points of next phase of shared medical decision making. We have further discussion those finding in the following.

Keywords: physician-patient relationship、patient-involvement、shared medical decision-making、scale construction.

### 1. 前言

良好的醫病關係是決定醫療照護品質的先決條件。隨著醫療環境的變遷，醫病關係的發展，從「以治療疾病為中心」、「以醫師為中心導向」的角度，逐漸轉向「以病患為中心」。除了強調病患應具有自主及知情同意等權利外，並鼓勵病患參與自己的治療決策。在過去傳統的醫療決策大多是依賴醫師的專業能力與經驗，依據病患的狀況或檢驗資料，為病患決定所需的治療項目。隨著醫療資訊的普遍與民眾教育水準的提升，許多病患也強烈表達想參與醫療決策的概念(Deber et al., 1996)。回顧首次對於共同醫療決策制定賦予定義是在 1982 年由 The President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research 所提出的官方文件，認為共同醫療決策制定是：「在共同醫療決策制定的過程中雙方互為尊敬與夥伴關係的個體」。在其報告書中第 38 頁清楚地昭示：「專業醫護人員在臨床時應本著專業知

識、關懷與耐心以達成病患的期待與其個別差異化的尊重，對於後續的醫療處置則需依循專業，並且在溝通語彙應當避免艱澀難懂的術語資訊作為談話的內容以達成醫療照護的目標」；另外在第 44 頁更詳細地描繪：「共同醫療決策制定並非企圖達成病患滿意為最大原則，而是要使病患對於其後續相關的福祉與願景有更清楚的瞭解」。經過此一正式定義後，相關學術研究工作也自此蓬勃展開，Makoul 與 Clayman 分析在所有文獻關於共同醫療決策制定的定義中，統計出引用比例前五名，依次為 Patient Values/preferences(病患價值/偏好)：67.1%、Options(選擇)：50.9%、Partnership(視為夥伴)：46.0%、Patient participation (病患參與)：37.3%、Patient education (病患教育)：36.6%。

最常被引用醫療決策定義比例最高的前五名及其內容重點，依次為 Charles et al. (1997)：21.1%(至少是兩個個體參與並共同制定醫療決策的過程)、Towle and Godolphin (1999)：9.9%(強調醫師和病患是否具備決策參與的能力)、Elwyn et al.(2000)：9.9%(著重於醫師應設法引出病患的理解與偏好的選擇)、Charles et al. (1997)：8.7%(發展醫師引出病患的理解與偏好選擇的決策步驟)、President's Commission (1982)：6.2%(基於相互尊重的兩個決策個體)。

反觀在國內有關共同醫療決策的研究多著重在結果面向的探討，顯示醫療決策議題乃至於共同醫療決策實為一門跨領域與跨學科之研究，更是亟待整合型態的研究領域須要加以探討。然而國內學術界對此方面理論與實務的探討仍然相當缺乏。面對醫療環境的變遷，病患對醫療服務行為的認知也同時產生變化，對於現階段病患參與的角度，研究學者應該思考如何鼓勵病患表達臨床症狀、態度、想法與期望價值。

## 2. 研究設計

為了確保量表設計完成後具良好的信度與效度，本研究根據 Churchill 對量表發展步驟的建議，訂定量表發展的九個步驟：一、定義病患參與共同醫療決策制定；二、確定並建構病患參與共同醫療決策制

定的評量構面；三、建立代表這些構面的題目並評估內容效度；四、進行預試並分析預試結果；五、修正預試量表，建立正式施測量表；六、進行正式施測並分析正式施測結果；七、對整份量表進行相關分析。八、使用因素分析建構正式量表。九、衡量此量表的信度與效度。

本研究根據文獻所定義的構面為：1.病患自主權：病患能夠在不受外界影響狀況下，持續享有參與治療過程討論的權利。2.控制權偏好：病患可以依照自己的偏好與意願，並能夠擁有治療方式的選擇。3.參與治療認知：病患能夠察覺到醫師從旁協助與鼓勵參與個人健康討論的程度。4.風險溝通：病患能夠在醫師的告知與引導下，針對疾病資訊與潛在治療方式的風險進行意見交流，對共同醫療決策態度四個構面與 15 題問項進行評量。

進一步將前述初步完成的量表初稿，函請專家做內容效度與適切性評鑑，就有評量構面及每一題目是否適切加以評定，並依照用詞遣字及增列或刪減題目之修正意見予以修正，以建立量表內容效度。經過學者專家評鑑量表初稿，綜合所有意見及反覆討論修正，最後針對實驗對象做最後的詞語修正，務求每一個問項都能淺顯易懂，文句流暢，避免對受測者在回答問項時造成困擾和誤解，預試量表始完成。完成預試量表後依照抽樣設計抽取樣本實施預測，並於回收預試的量表後，將有效樣本編碼處理後作基本統計分析，並確認量表的設計與問項辭語的適當性。

根據預試結果修正量表後，依照抽樣設計抽取樣本進行正式施測。本研究利用 SPSS 軟體進行項目分析、相關分析、因素分析、敘述統計分析等統計方法對回收的樣本資料進行分析，並精簡量表。另外，進行項目分析，以其各問項能夠區別受測者的反應程度。本研究將計算每一問項的決斷值

(critical ratio)，並將未達 0.01 顯著水準之問項予以刪除。在量表信度則採用一致性分析，即根據施測結果計算題目與構面內部一致性的相關係數，將未達顯著的題目刪除，增加各構面的內部一致性。最後，使用因素分析精簡量表之構面與題目以檢測量表的建構效度。

本研究之實證分析係以「中山醫學大學附設醫院門診科別」進行探討。在抽樣的設計方面，本研究採用能事先將樣本過濾的立意抽樣，提高抽樣之代表性。施測程序包括安排 90 分鐘的共同醫療決策制定概念介紹，以期參加施測的民眾有一定程度的瞭解。完成介紹後給予受測者每人一份量表，並在實驗者完成填寫的說明後開始進行填答，在填答結束後由實驗者進行簡短的說明。為了確認受測者對本研究沒有誤解或臆測之處，我們於各組結束後，分別邀請 2-3 位受測者進行面對面的訪談。

### 3. 資料分析

本研究根據預試結果修正量表後進行正式施測，共計回收有效樣本 200 份。使用統計軟體 SPSS 進行敘述統計分析、相關分析、因數分析、信度與效度分析等，從而建構出正式量表。

#### 3.1 構面基本資料分析

在評估量表的結果初步分析完成後，我們進一步將各構面的平均值與標準差整理如表一。由民眾對於評估量表在「病患自主權」構面較高的得分(3.8350)來看，民眾對於參與治療過程的意願及態度是比較積極的，對於醫療照護決策的態度願意主動去與醫師達到互動。評估量表在「參與治療認知」構面的得分(3.7712)表現亦佳，表示病患察覺到醫師從旁

表一、構面平均值與變異數

構面	平均值	標準差
病患自主權	3.8350	0.5263
控制權偏好	3.7188	0.5369
參與治療認知	3.7712	0.5620
風險溝通	3.6438	0.4745
總計	3.7360	0.4062

表二、各構面分析結果

構面	問題	Item-to Total correlation	未刪除問題前 $\alpha$ 值	該問題被刪除後之 $\alpha$ 值
病患自主權	4	0.627**	0.582	0.211
	9	0.335**		0.333
	15	0.551**		0.382
控制權偏好	1	0.514**	0.618	0.316
	5	0.664**		0.224
	11	0.392**		0.309
參與治療認知	6	0.668**	0.645	0.567
	12	0.611**		0.531
	13	0.502**		0.636
	14	0.633**		0.563
風險溝通	2	0.389**	0.172	0.131
	3	0.567**		0.055
	8	0.381**		-0.209

協助與鼓勵其參與個人的健康討論。至於得分最低的「風險溝通」構面，病患對於醫師的告知與引導和針對參與個人的健康討論。至於得分最低(3.6438)的「風可能風險的替代醫療方案進行意見交流的情況較少發生。另外在得分(3.7188)亦低的「控制權偏好」構面顯示病患對於自己的偏好與意願無法堅持，對於最後治療方式的態度仍然依賴醫師的決定。

#### 3.2 量表相關分析

有關建構量表之相關分析方面，本研究採用李克量表，非常同意為 5 分，非常不同意為 1 分，將資料輸入統計軟體 SPSS，進行相關分析的工作。針對四個構面 15 個問項算每個問項與各所屬構面的相關係數(item-to-total correlation)，相關係數未達顯著水準及刪除後不會造成 Cronbach  $\alpha$  值降低的題目予以刪除。依此原則我們總計刪除了第 7、10 個問項。重新計算相關係數及 Cronbach  $\alpha$  值後，結果如表二所示，該表顯示出 Cronbach  $\alpha$  值介 0.172-0.645 之間。

#### 3.3 量表建構效度分析

經量表相關分析後，著我們以 4 個構面 13 個問項資料，利用 SPSS 的因素分析來驗證這些構面的穩定性：

1. 以主成分因素抽取法(Principal Components factoring)萃取共同因素，根據 Edvardsson 等人(1997)的論點，將共同因素的數目依照構面數目訂為 3 個及 4 個予以比較，並將因素負荷量大於 0.4 且在其他共同因素的負荷量小於 0.3 之問項保留，不符者予以刪除；另外，如果問項數目少於三者或沒有問項符合上述原則的構面亦需刪除。重複此步

驟直到各問項與構面皆符合保留原則，使得量表構面達到穩定，經本研究分析結果刪除了第 2、9 個問項，同時病患自主權這項構面亦遭刪除。

2. 為了將構面濃縮精簡以便利使用，共同因素數目的決定為選取解釋變異達 1.0 以上的共同因素，經過因素分析後，我們萃取出三個共同因素。因素分析之如表三所示，三個共同因素分別包含 5 個、4 個及 3 個問項，各問項的因素負荷量最低為 0.543，共同性即效度係數最低為 0.448，顯示本量表具有良好的建構效度。

#### 4. 討論

研究結果顯示，在表三的第一個因素中第 1、5、11 等三個問項原屬於控制權偏好構面，由於這些問項所代表的是病患能夠依照自己的偏好及意願，選擇自己針對疾病病況及疾病處置的醫療決策。因此擬以「控制權偏好」為第一個因素命名。第二個因素中的第 13、14 等問項屬於的參與治療認知此構面，仔細探究第二個因素所包含的問項，可以發現其所代表的是病患對於參與治療過程的感知。因此本研究將第二因素命名為「參與治療認知」。至於第三個因素的第 3、8 等問項屬於的風險溝通構面，其代表的是病患能夠在醫師的告知與引導下，針對疾病病況、疾病處置與可能風險的醫療替代方案進行溝通及討論。因此本研究以「風險資訊溝通」作為

表三、因素分析結果

共同因素	題目	因素負荷量	共同性
F1	5	0.725	0.613
	11	0.713	0.566
	4	0.682	0.659
	12	0.676	0.541
	1	0.636	0.448
F2	15	0.760	0.696
	13	0.718	0.569
	14	0.543	0.615
F3	8	0.735	0.650
	6	0.732	0.707
	3	0.634	0.558

第三個因素。經過整理與分析後所完成的正式量表，總計包含三個構面與 11 個問項。

最後本研究根據正式量表，重新計算各構面信度，結果如表四所示。我們得知該量表之整體信度係數為 0.794，三個構面之信度係數介於 0.605-0.769 之間，此表示信度極佳。其所代表的涵意為本研究所建構完成後的正式量表，其內部一致性水準相當標準，具有良好的信度。

表四、量表之信度分析

構面名稱	構面信度係數	量表信度係數
風險資訊溝通	0.769	0.794
病患參與自主性	0.605	
控制權偏好	0.637	

其次，量表的效度方面經過專家學者及民眾訪談後的結果修正，確保本量表具有內容效度。另一方面，有關建構效度係指量表是否能夠測量出所欲研究的概念或特質，本研究透過因素分析的結果，共同性即效度係數至少為 0.401 以上，顯示本量表具有良好的建構效度。根據前述研究結果，初始量表的四個構面經過項目分析及因素分析後，可以精簡成為「控制權偏好」、「參與治療認知」及「風險資訊溝通」等三個構面。

#### 5. 結論

透過本研究的結果分析，未來病患在參與共同醫療決策方面，如果能對病患參與治療過程的意願及態度做瞭解與諮詢以便於提供病患更完善的服務。醫師除了應該鼓勵病患提出任何有關疾病的疑惑與想法，亦應在治療時詳盡地告知病患所有治療方式的風險，讓病患能夠感受到與醫師共同參與治療過程的討論。最後，就產生一套衡量病患參與目標、過程與結果的標準而言，從病患的觀點探討其參與共同醫療決策的評估確實有其重要性。然而本研究受限於病患參與尚未全面普及、抽樣困難性高，因此僅針對「中山醫學大學附設醫院門診科別」的病患進行抽樣。後續研究者可使用本量表，針對不同的族群、診所、醫院進行研究，重新檢視本量表的信度與效度，使本量表能夠更符合一般性的原則。