

醫病共享決策對醫療關係品質影響之研究-以某醫學中心乳癌復健為例

Research on the Quality of Medical Relationship through the Effectiveness of Shared Decision Making - A Study of Breast Cancer REH in a Medical Center

陳榮方¹

國立高雄科技大學 企業管理系 副教授

afang@nkust.edu.tw

鍾雅萍²

國立高雄科技大學 企業管理系碩士在職專班 研究生

pipichung0403@gmail.com

摘要

醫病共享決策(Shared Decision Making, SDM)是我國醫策會近年來大力推動的一項醫病溝通工具，其目的在提升病人的安全感與自我權益，並以知識、溝通、尊重為理念，建立一個醫病溝通平台與共享價值觀。由於此項決策為醫學界最新的醫療輔助措施，其具體成效如何？尚少有相關研究與報導。本研究以高雄榮民總醫院乳癌手術患者接受醫病共享決策(SDM)輔助之後，觀察醫病雙方的醫療關係品質是否有相對改善，以界定醫病共享決策(SDM)的成效。

本研究以在高雄榮民總醫院確診，經乳房一般外科切除手術、藥物治療的住院病患做為研究對象。經實施醫病共享決策(SDM)輔助工具前後，實際訪談回收有效問卷 67 份，採用 SPSS.24 統計軟體進行統計分析。

研究結果發現，醫病溝通與共享價值觀二者都必須透過醫病共享決策(SDM)做為輔助措施，才能在醫病雙方之間建立良好的醫療關係品質。本研究的實證了醫病共享決策(SDM)的確是優質輔助工具，值得醫界廣泛推廣與應用。

關鍵詞：醫病共享決策、醫療關係品質、醫病溝通、共享價值觀

Keywords: Shared Decision Making(SDM), Quality of Medical Relationship, Physician-Patient Communication, Shared values

1. 緒論

1.1. 研究背景與動機

從民國 71 年起，癌症已連續 36 年蟬聯國人十大死因之首，且發生率仍逐年攀升中。民國 105 年因癌症死亡人數有 4 萬 7760 人，占死亡人數 27.7%，平均每天奪走 131 條性命，每 11 分鐘即一人因罹癌而死亡，平均死亡年齡為 68.6 歲。

乳癌是女性癌症發生率的首位，死亡率排名為第四位，每年新增超過萬名患者，平均五年存活率約百分之八十五，相較其他癌症有較佳預後。在治療的過程中，如能得到較好的醫療品質與建立良好的醫病關係與共識，是降低併發症發生率與提高存活率的關鍵。如何降低併發症的發生率與緩解其嚴重度，提升患者健康狀況與生活品質，是醫療人員念茲在茲的課題。

醫病共享決策輔助工具是醫策會近年來大力推動的一項醫病溝通工具，其目的在提升病人安全與自我權益，並以知識、溝通，尊重為理念，建立一個醫病溝通平台與共享價值觀。

高雄榮總乳癌治療團隊為了提升就醫滿意度，除了精進醫療技術與專業知識，更加重視醫療品質管理，於 2017 年設計了『我得了乳癌，何時應該做復健?』之醫病共享決策工具，祈藉由此工具能提升患者術後的功能恢復，及增進醫病關係品質。

1.2. 研究動機

由於醫病共享決策(SDM)為台灣醫學界新倡導的醫療輔助措施，其具體成效如何？尚少有相關研究與報導。因此，本研究有三大研究動機，首先探討醫病溝通順暢程度與共享價值觀之態度有何關聯性？其次為乳癌復健醫病共享決策(SDM)臨床施行的具體成效研究；最後是探討使用共享決策(SDM)是否更能提升醫病關係品質？

1.3. 研究目的

依據上述研究背景及研究動機，本研究目的有二如下，以 SDM 輔助工具為研究主軸，探討乳癌醫病共享決策在高雄榮民總醫院對乳癌手術患者之施行成效；分析乳癌患者醫病溝通與共享價值觀的態度及感受，以及是否經由共享輔助工具的介入，能更緊密結合醫病雙方的關係品質。

2. 文獻探討

2.1. 醫病共享決策

「共享決策」(Shared Decision Making, SDM) 這個名詞最早是在 1982 年美國以病人為中心之照護的共同福祉計畫上，為促進醫病雙方相互尊重與溝通而提出。在 1997 年由 Charles 提出操作型定義，『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，病人則表示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』。

共享決策是以病人為中心的臨床醫療的執行過程，兼具知識、溝通和尊重三個元素，目的是讓醫療人員和病人在進行醫療決策前，能夠共同享有現有的實證醫療結果，提供病人所有可考量的選擇，並結合病人自身的偏好跟價值，由臨床人員和病人共同參與醫療照護，達成醫療決策共識並支持病人做出符合其偏好的醫療決策 (Lin and Fagerlin, 2017)。

醫病共享決策輔助工具是近年來衛生福利部之醫策會及病人安全委員會所大力提倡及宣導的醫病溝通方式，主要能提升醫病溝通品質與互動關係，是專門為病人需求所設計的工具，協助病人了解疾病、臨床進程發展、治療選擇的意義，可提出自己在意的考量及期待，並利用圖形化的說明及互動式的工具，加以最新的實證醫學證據但用病人能夠理解的方式做說明，以病人為中心且醫師、病人做出共同的醫療決策，藉以提升醫病溝通的效率，全面提升各醫療機構的病人安全與品質管理，建構安心的就醫環境。

醫病共享決策臨床使用能有效增進醫病溝通與建立雙方共享價值觀，讓患者獲得最新完整的醫療實證資訊，更能解除疑惑及自我分析所在意的重點，在溝通中最後建立自我決策。而醫病關係也能因此模式更加緊密互信持續保持，達到雙贏的滿意結果，更大幅提升病人就醫安全。

2.2. 醫病溝通

Mishler (1984) 定義「醫病溝通」為兩個世界的對話，在醫病互動時，基於雙方相異的行動邏輯不斷地協調與對話。然而病患重視的不只是疾病本身，而是受疾病影響的自身整體，且除了疾病外還包括受到心理的影響、社會關係。

依據醫病溝通相關文獻整理，可以知道，過去至今，醫病溝通的發展是由傳統的「以醫師為中心」醫療模式，逐漸發展為「以病患為中心」的醫療模式；在「以病患為中心」的醫療模式中，隨著網際網路的發展，資訊取得容易，醫病之間已有共同參與的模式產生，將醫師與病患的溝通類型各分為「以病患為中心」與「病患感受投入」。

醫病溝通品質是影響醫病關係品質的重要因素，醫病雙方首先要有互相尊重的態度，醫療人員與團隊善用各種溝通管道與資源，主動積極的溝通能化解病患的疑慮且正視未來的問題及發展，才能有效地建立順暢溝通管道及良好品質，在最短的時間內達成彼此滿意的共識結果。

2.3. 共享價值觀

共享價值觀(Shared Values)是指組織成員或群體成員分享著同一價值觀念。此一概念是組織文化的重要基礎，並貫穿於整個組織之中，為組織成員所接受，並引導他們很從事目標活動。

Dyer and Kentaro (2000) 認為共享的價值觀及認同感是組織知識信念的根基，也可降低組織的知識分享成本。Fukuyama (1995) 認為信任的基礎，這意指雙方具有相同的解釋邏輯及符號系統，且雙方的利益與目標是彼此相容的。張巧真(2011)也提出醫病共享價值觀高病患知覺醫院的形象也會增高，對醫院品牌形象的影響不容小覷。

本研究認為就醫病關係而言，「共享價值觀」為雙方間共同的行為及目標，也為醫院與病患間有共同的行為及目標，醫院能充分了解病患之需求及過往經驗，提出最適宜的資訊與建議，並共同建立合適的治療政策。若病患與某醫院之間的價值觀相同，將能增加病患對於某醫院的好感，而提高其對醫院的忠誠度，進而提升再回診意願。

2.4. 關係品質

關係品質如同產品品質的概念，是被視為滿足顧客需求的適切程度。而其各項構念亦被視為維繫關係的重要關鍵，是連結彼此關係的強度顯現。

Levitt (1986)認為關係品質是無形價值的組合，而這些無形價值左右買賣雙方交易的結果。Crosby, Evans, and

Cowles (1990)認為關係品質是買賣雙方關係強度的整體評價，此評價符合雙方的需求與期望，以雙方過去成功或失敗的遭遇及事件為基礎。也就是關係品質被認為是一組無形的架構，經由交易的過程形成，能評量買賣雙方的總體關係的強度，簡單解釋即為買賣雙方關係的好壞，或解讀為雙方關係持續的意願。大多的學者對於關係品質的組成構面多數圍繞在信任、承諾與滿意度三大構面。

醫療業的關係品質已越來越被醫院經營者重視，除了醫療設備及醫術的精進，醫療人員更應著重在病患的需求與感受，以高度的服務品質與態度博得病患的信任、承諾、滿意，才能提升忠誠度與再診意願，關係品質對於醫院的品牌形象更是影響深遠。

3.研究方法

3.1. 研究架構

本研究以醫病共享決策(SDM)的成效為設計理念主軸，探討高雄榮民總醫院經由一般外科乳癌手術之患者，其對醫病溝通與共享價值觀的態度及感受，並實證探討乳癌復健醫病共享決策施行成效之影響；並藉由共享決策輔助工具的介入，對於關係品質的影響效果。

3.1.1 原始架構圖

本研究經由文獻探討與推論，提出研究架構圖如圖 1 所示：

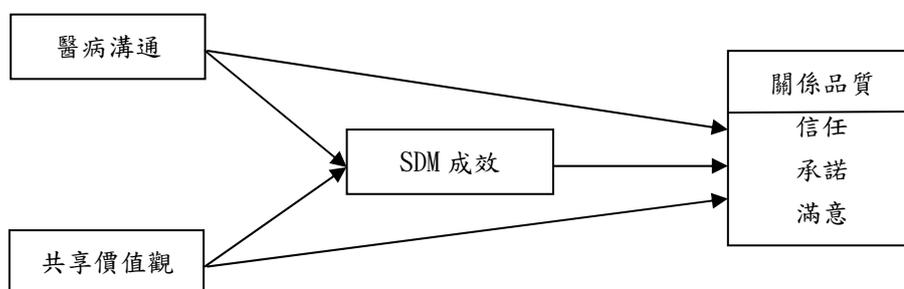


圖1 原始研究架構圖

3.1.2 信度分析

信度分析的目的在于分析衡量量表的可靠程度，也就是量表的一致性及其穩定性。Cuieford (1965) 提出 Cronbach's α 值達 0.7 以上係屬高信度，介於 0.35 和 0.7 間為中信度，若低於 0.35 為低信度。對於問卷內容之研究變項進行信度分析。而每一項目與總分的簡單積差相關係數要求在絕對值 0.3 以上。整體問卷 Cronbach's α 為 0.919 為高信度，而醫病溝通、共享價值觀、SDM 成效、關係品質等變項 Cronbach's α 各為 0.821、0.759、0.788、0.867 均大於 0.7 達高信度之標準，故本問卷調查具高度一致性。

3.1.3 項目分析

項目分析的目的在于篩選題項，刪除不具鑑別力的題目。以「修正的項目總相關」與「項目刪除時的 Cronbach's α 」二項統計量來進行個變項的項目分析。當「項目刪除時的 Cronbach's α 值」大於變項 Cronbach's α 值，且其「修正的項目總相關」也低於 0.3 時，表示其對 Cronbach's α 值貢獻度偏低，而該問項與變項相關性低，即可予以刪除該問項。本研究「共享價值觀」、「關係品質」兩個變數已有理論或實證構面，屬於驗證式問卷，直接以 Cronbach's α 檢定之。

分析結果，共刪除不具鑑別力的問項兩題，分別是關係品質中信任構面的問項「這家醫院的醫療人員在治療上是相當有原則。」，和關係品質中承諾構面的「如果這家醫院有部分引起我不滿意的地方，我想我會容忍它。」，其餘問項均予保留。

3.1.4 因素分析

「醫病溝通」與「SDM 成效」尚無明確構面，屬於探索式問項，須先進行因素分析萃取其因素後，再進行 Cronbach's α 檢定。當變數之間的相關太高或太低時，都不適合作因素分析，一般都會使用 KMO 和 Bartlett's 球形檢定來判定是否作因素分析。Kaiser 提出的「取樣適切性量數」(Kaiser-Meyer-Olkin measure of sampling Adequacy,

KMO)，是使用淨相關 (partial correlation) 矩陣來計算，KMO 抽樣適配度的判定準則需大於 0.6 且 Bartlett's 球型檢定 p 值要小於 0.05。Cronbach's α 信度分析的分項對總項相關係數須大於 0.5，且顯著者因素之特徵值(eigenvalue)須大於 1，共同性(communality)須大於 0.5，最大變異數轉軸法(varimax)旋轉以後，取因素負荷量(factor loading)絕對值大於 0.6 者。

3.1.4.1 醫病溝通之項目分析

醫病溝通 KMO 值為 0.720，Bartlett's 球型檢定 p 值為 0.000<0.05，表示醫病溝通個問項適合做因素分析。因素分析結果共同性皆大於 0.5，經最大變異法(Varimax)轉軸後萃取為三個因素，且刪除 01 02 07 等三個問項，特徵值(eigenvalue, λ)各為 4.255、1.332、1.130，總累積解釋量為 55.974 %。其 Cronbach's α 分別為 0.726、0.719、0.661 均達高度一致性，如表 1 所示。三個萃取的因素分別命名分別為共識策略、傾聽陳述、資訊解說，並定義如下：

- (1) 共識策略：醫病雙方能用清楚且容易瞭解的方式互動溝通。
- (2) 傾聽陳述：醫療人員以誠懇的態度傾聽並鼓勵病人陳述。
- (3) 資訊解說：醫療人員對病患的症狀有解釋得很清楚且提供有關資訊。

3.1.4.2 SDM 成效之項目分析

如表 3-14 SDM 成效因素分析結果 KMO 值為 0.703，Bartlett's 球型檢定 p 值為 0.000<0.05，表示 SDM 成效此問項適合做因素分析。共同性除了問項 07 為 0.376 小於 0.5 刪除，其它皆大於 0.5，經最大變異法轉軸後萃取為三個因素，特徵值(eigenvalue, λ)各為 3.586、1.463、1.177，總累積解釋量為 62.460 %，其 Cronbach's α 分別為 0.742、0.701、0.742 均達高度一致性，如表 2 所示。三個萃取的因素分別命名分別為考量、解惑、決策，並定義如下：

- (1) 考量：有助於病患思考做醫療選項的參考。
- (2) 解惑：有助於病患表達疑惑降低焦慮。
- (3) 決策：有助於病患做治療選項的決策參考。

表 1 醫病溝通因素分析彙整表

問 項	因素負荷量			共同性
	共識策略	傾聽陳述	資訊解說	
11.醫療人員用清楚且容易瞭解的方法來提供說明和建議	0.793			0.690
12.醫療人員試著讓我放心並採行較舒適的治療方式	0.777			0.676
10.醫療人員希望我們提供對治療期間的看法與感受	0.644			0.618
08.醫療人員會徵詢我們後續相關治療的方法及意見	0.614			0.517
03.當我陳述病情時，醫療人員會微笑或點頭以對		0.868		0.781
06.醫療人員鼓勵我們把自己擔心和考慮的事情說出來		0.737		0.726
05.醫療人員對病患的症狀有解釋得很清楚			0.685	0.513
09.醫療人員提供我們有關症狀方面的資訊			0.637	0.644
04.醫療人員會花時間與我討論我所關心的病情			0.628	0.805
Cronbach's α	0.726	0.719	0.661	
特徵值(eigenvalue, λ)	4.255	1.332	1.130	
累積解釋變異量(%)	35.455	46.599	55.974	

表2 SDM成效因素分析彙整表

問 項	因素負荷量			共同性
	考量	解惑	決策	
03.有助於您思考每個醫療選項的優、缺點?	0.799			0.710
04.有助於您思考哪些優點、缺點對您是最重要的?	0.759			0.647
05.有助於您瞭解做決策時取決於您最在意的事情?	0.670			0.513
06.協助您整理自己對做決策的想法?	0.604			0.525
09.有助於您與醫師表達您最在意的點?		0.845		0.786
08.協助您釐清想請教醫師的問題?		0.762		0.600
10.使用此輔助工具前、後，可以下降你的焦慮程度?		0.675		0.542
02.有助於您準備好做一個較適當的決定?			0.892	0.823
01.有助於您瞭解需要做出一個決定?			0.760	0.723
Cronbach's α	0.742	0.701	0.742	
特徵值(eigenvalue, λ)	3.586	1.463	1.177	
累積解釋變異量(%)	36.154	50.627	62.460	

3.1.5 修正後架構圖

經過前述因素分析後，本節提出修正後調整之研究架構如圖 2 所示：

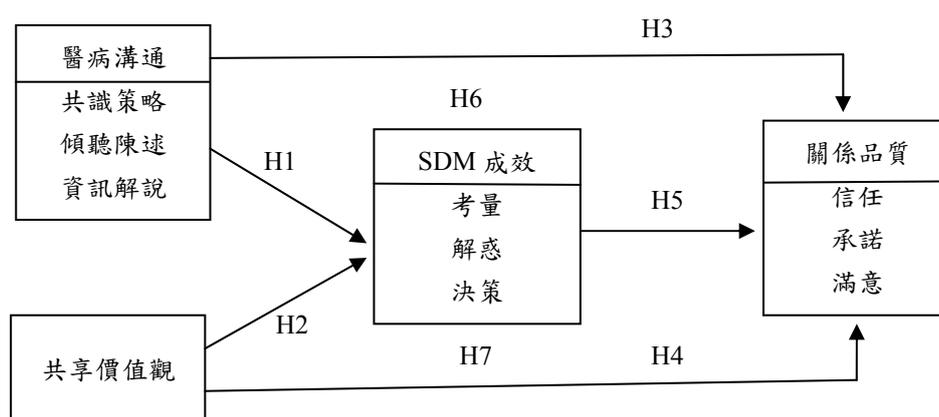


圖 2 修正後研究架構圖

3.2. 研究假設

根據前述研究目的、文獻探討及研究架構，本節提出各研究變數之研究假設及變項關係分述如下：

3.2.1 醫病溝通與SDM成效之關係

醫病雙方建立良好的溝通媒介或輔助工具做為橋樑，則易獲得較好的成效。醫病共享決策(SDM)正是扮演著醫病雙方溝通的媒介及輔助工具。醫病溝通時因雙方是否秉持良好的溝通態度與主動傾聽、表達而影響。SDM 在使用中能因雙方反覆溝通縮短之間的差距與隔閡並資訊交流，讓共享決策成效更加正向顯著效果。因此，本研究假設如下：

H1：醫病溝通對 SDM 成效有顯著正向關係

H1-1：共識策略對 SDM 成效有顯著正向影響

H1-2：傾聽陳述對 SDM 成效有顯著正向影響

H1-3：資訊解說對 SDM 成效有顯著正向影響

3.2.2 共享價值觀與SDM成效之關係

醫療人員與病患、家屬具有高度的共享價值觀時，會拉近雙方認知與想法的差距，而建立彼此可以接受且最佳的對策。醫病共享決策最終目的就是希望雙方在同一個高度下共同協議的共享價值觀，也就是最佳的醫病共享決策(SDM)成效。因此，本研究假設如下：

H2：共享價值觀對 SDM 成效有顯著正向影響

3.2.3 醫病溝通與關係品質的關係

Cummings (1984) 及 Mohr and Nevin (1990) 的研究指出，合作夥伴間的溝通會影響雙方的互動關係，並進一步影響彼此合作之關係績效。張巧真(2011)的研究證實醫病溝通對關係品質中之信任有正向顯著影響；而信任又會對承諾、滿意與忠誠度有正向顯著影響。故依據上述文獻提出本研究假設如下：

H3：醫病溝通對關係品質有顯著正向關係

H3-1：共識策略對關係品質有顯著正向影響

H3-2：傾聽陳述對關係品質有顯著正向影響

H3-3：資訊解說對關係品質有顯著正向影響

3.2.4 共享價值觀與關係品質之關係

Dwyer, et al. (1987) 的研究指出，共享價值觀對於組織間發展承諾與信任有很大的貢獻。Crosby, et al. (1990) 發現互相瞭解、彼此合作行為以及接觸強度...的關係管理行為，是提升顧客滿意度的關鍵因素。張巧真(2011)的研究也證實共享價值觀對關係品質中之信任、承諾有正向顯著影響。故依據上述文獻提出本研究假設如下：

H4：共享價值觀對關係品質有顯著正向影響。

3.2.5 SDM成效與關係品質之關係

而醫病共享決策就是一種具體密切的醫病溝通輔助工具，臨床協助病人了解疾病與臨床進程發展，各項治療選擇的意義，提出自己的疑問與在意的考量。醫療人員花費一定的時間做溝通並利用圖形化的說明及互動式的工具，加以實證醫學證據，有效協助醫師及病人有共享價值觀而做出共同的醫療決策，可提高醫病溝通的成效，降低病患的焦慮與疑惑。詹雅玲(2002)和陳秀美(2008)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。依據綜上理論提出本研究假設如下：

H5：SDM成效對關係品質間具有顯著正向關係

H5-1：考量對關係品質有顯著正向影響

H5-2：解惑對關係品質有顯著正向影響

H5-3：決策對關係品質有顯著正向影響

3.2.6 SDM成效與醫病溝通、關係品質之關係

醫病雙方建立良好的溝通關係需要彼此藉由良好的溝通態度與具體模式。而彼此認知要有良好的醫病溝通態度與具體共識行為才能完成醫病共享決策的輔助工具，並在使用中雙方反覆溝通縮短之間的差距與隔閡，讓共享決策成效更加正向顯著效果。

臨床使用醫病共享決策目的就是要減少病患的焦慮與疑惑，幫助病人表達重要的好惡與價值觀，更是為了建立良好的醫病溝通，有效提升醫療關係品質，增進醫病彼此的信任與承諾，更能增加病患的就醫滿意度。故依據綜上理論提出本研究假設如下：

H6：SDM成效在醫病溝通與關係品質之間具有中介效果

3.2.7 SDM成效與共享價值觀、關係品質之關係

臨床醫療人員與病患、家屬具有高度的共享價值觀時，會拉近雙方認知與想法的差距，而建立彼此可以接受且最佳的對策。醫病共享決策最終目的就在能完成一個雙方共同協議的共享價值觀決策選擇，也就是最佳的決策成效。

醫病共享決策目的就是要減少病患的焦慮與疑惑，幫助病人表達重要的好惡與價值觀，以共享價值的精神與態度做為醫療決策的一份子。如此提升醫療關係品質，增進醫病彼此的信任與承諾，更能增加病患的就醫滿意度。故依據綜上理論提出本研究假設如下：

H7：SDM成效在共享價值觀與關係品質之間具有中介效果

3.3. 研究變數與操作性定義

依據研究架構概念驗證前述研究假說，本研究變數包含醫病溝通、共享價值觀、SDM 成效、關係品質等四個變數。本研究之研究變數操作性定義陳述如下：

3.3.1 醫病溝通：醫療人員以病患為中心的溝通，讓病患感受輕鬆且被尊重之下分享其健康情形，並達成協議結果。

- (1) 共識策略：醫病雙方能用清楚且容易瞭解的方式互動溝通。
- (2) 傾聽陳述：醫療人員以誠懇的態度傾聽並鼓勵病人陳述。
- (3) 資訊解說：醫療人員對病患的症狀有解釋得很清楚且提供有關資訊。

3.3.2 共享價值觀：醫病雙方之間具有的共同想法、信念與觀點。

3.3.3 SDM成效：由醫病雙方共同參與，就實證資料與價值觀，彼此交換資訊討論，共同達成最佳可行之治療選項。

- (1) 考量：有助於病患思考做醫療選項的參考。
- (2) 解惑：有助於病患表達疑惑降低焦慮。
- (3) 決策：有助於病患做治療選項的決策參考。

3.3.4 關係品質：醫病雙方關係強度的整體評價。

- (1) 信任：病患相信醫療照護的提供者將會關心病患的利益並重視原則。
- (2) 承諾：醫病雙方對其關係是否值得維持下去的信念。
- (3) 滿意：病患對醫院及醫療人員知覺其服務的滿意程度。

3.4. 問卷設計

本研究問卷共分為醫病溝通、共享價值觀、SDM 成效、關係品質等四個部分。各問項均參酌國內外學者之研究文獻所建構，修改語意適合其醫療機構並進行前測，以作為初步分析探討，且於修正後成為正式問卷發放之。

本研究採用李克特 (Likert) 五點尺度計分予以量化，分為「非常不同意」、「不同意」、「普通」、「同意」、「非常同意」等五類別，依序給予 1、2、3、4、5 分代表。總計本研究問卷共 42 題問項。

3.5. 研究對象

研究對象為高雄榮民總醫院乳房外科住院手術與治療患者，自 2017 年 9 月開始收案，收案計四個月。除了床邊術前術後指導，及術後復健治療與出院衛教，並使用醫病共享決策協助病患更清楚術後併發症的資訊及復健方案選擇的資訊。

問卷依時間分三個部份發放，入院當天發放第一部份問卷(調查醫病溝通與共享價值觀兩部份)，在乳癌復健 SDM 使用後發放；第二部份為醫策會所提供 2017 年醫病共享決策計畫成效調查問卷(針對病人及家屬)；出院前發放第三部份問卷(調查關係品質)。實際訪談並回收有效問卷共計 67 份。

4. 資料分析

4.1. 問卷回收與樣本結構分析

本研究自 2017 年 9 月於高雄榮總一般外科病房針對乳癌住院治療病患分三階級訪談收案，至 2017 年 12 月 29 日共收案 68 名。問卷全數回收剔除一名患者無效問卷，總計整體收案有效問卷為 67 份。因乳癌疾病流行病學緣故收案皆為女性。其樣本結構次數分析如表 3 所示。

表 3 樣本結構次數分析表

項目	類別	次數	百分比	累積百分比
年齡	26-35 歲	2	2.98%	2.98%
	36-45 歲	19	28.35%	31.33%
	46-55 歲	28	41.79%	73.12%
	56-65 歲	16	23.88%	97.00%
	65 以上	2	2.98%	100%

表 3 樣本結構次數分析表(續)

項目	類別	次數	百分比	累積百分比
教育程度	小學畢業	2	2.98%	2.98%
	國初中畢業	9	13.43%	16.41%
	高中職畢業	21	31.34%	47.75%
	大專/學畢	28	41.79%	89.54%
	研究所以上	7	10.45%	100.00%

4.2. 各變數間的相關性分析

本研究採用 Pearson 相關係數分析作為檢驗之工具，來確定各構面間是否具直線關係，檢定結果如表 4 所示。其中「SDM 成效」與「共享價值觀」的相關性高達 0.998，接近完全正相關；與「醫病溝通」的相關性達 0.888，為高度正相關；與「關係品質」的相關性達 0.471，為中度正相關。由此可見，醫病共享(SDM)在醫病互動過程中，具有相當的關鍵性。

進行迴歸因果分析的條件之一，需先確認自變數與依變數間具有直線關係。表 4 中各變數間之相關係數介於 0.468~0.998 之間，且均達顯著水準。因此，可繼續進行本研究的後續迴歸分析。

表4 各變數間的相關分析表

	平均數	標準差	醫病溝通	SDM 成效	共享價值觀	關係品質
醫病溝通	4.493	0.379	1.000			
SDM 成效	4.396	0.489	0.888***	1.000		
共享價值觀	4.407	0.391	0.887***	0.998***	1.000	
關係品質	4.391	0.489	0.468***	0.471***	0.475***	1.000

*** p<0.001

4.3. 各變數間的因果分析

本研究採用迴歸分析(Regression Analysis)作為假設 H1 至 H5 的因果關係檢定，檢定結果如表 5 所示。

表5 迴歸分析係數表

假設 依變數		模式 1	模式 2	模式 3	模式 4	模式 5
		H1	H2	H3	H4	H5
		SDM 成效	SDM 成效	關係品質	關係品質	關係品質
自變數						
醫病溝通	共識策略	0.896***		0.335***		
	傾聽陳述	-0.047		-0.067		
	資訊解說	0.264***		0.259***		
共享價值觀		0.588***		0.475***		
SDM 成效	考量					0.147**
	解惑					0.067
	決策					0.010
模式	Adi-R ²	0.692	0.336	0.223	0.214	0.499
	F 值	199.110***	34.433***	7.323***	65.710***	22.909***

*** p<0.001

4.3.1 醫病溝通對SDM成效之因果關係

由表 5 的模式 1 可知，模式檢定之 F=199.110，p=0.000 小於 0.05，達顯著水準，表示模式配適度良好。判定係數 Adj-R²=0.692，表示此迴歸模式具有高度的解釋力。由資料顯示，醫病溝通中共識策略構面及資訊解說構面對

SDM 成效有顯著正向影響。因此，假設 H1 獲得部分成立。假設 H1-1、H1-3 獲得成立。

4.3.2 共享價值觀對SDM成效之因果關係

由表 5 的模式 2 可知，模式檢定之 $F=34.433$ ， $p=0.000$ 小於 0.05，達顯著水準，表示模式配適度良好。判定係數 $Adj-R^2=0.336$ ，表示此迴歸模式具有 33.6% 的解釋力。由資料顯示，共享價值觀對 SDM 成效有顯著正向影響。因此，假設 H4 獲得成立。

4.3.3 醫病溝通對關係品質之因果關係

由表 5 的模式 3 可知，模式檢定之 $F=7.323$ ， $p=0.000$ 小於 0.05，達顯著水準，表示模式配適度良好。判定係數 $Adj-R^2=0.223$ ，表示此迴歸模式具有 22.3% 的解釋力。由資料顯示，醫病溝通中共識策略構面及資訊解說構面對 SDM 成效有顯著正向影響。因此，假設 H3 獲得部分成立，假設 H3-1、H3-3 獲得成立。

4.3.4 共享價值觀對關係品質之因果關係

由表 5 的模式 4 可知，模式檢定之 $F=65.710$ ， $p=0.000$ 小於 0.05，達顯著水準，表示模式配適度良好。判定係數 $Adj-R^2=0.214$ ，表示此迴歸模式具有 21.4% 的解釋力。由資料顯示，假設 H4 獲得成立。

4.3.5 SDM成效對關係品質之因果關係

由表 5 的模式 4 可知，模式檢定之 $F=22.909$ ， $p=0.000$ 小於 0.05，達顯著水準，表示模式配適度良好。判定係數 $Adj-R^2=0.499$ ，表示此迴歸模式具有高度的解釋力。由資料顯示，構面考量對關係品質有顯著正向影響。因此，假設 H5 獲得部分成立，假設 H5-1 獲得成立。

4.4. 中介效果分析

為了解 SDM 的重要性，本研究探討 SDM 在醫病溝通與關係品質之間、共享價值觀與關係品質之間，是否扮演關鍵角色，即是否具有中介效果。根據 Baron and Kenny (1986) 所提中介效果的驗證三步驟，經由迴歸分析後，整理如表 6 和表 7，三個步驟分別為表中模式一、模式二、模式三。

4.4.1 SDM成效在醫病溝通與關係品質中之中介關係

由表 6 中介效果的計算中，「醫病溝通」對「關係品質」的影響總效果為 0.468，其中透過「SDM 成效」而產生的間接效果為 $0.392(0.590 \times 0.664)$ ，直接效果為 0.076 小於 0.05 未達顯著水準，所以為正向完全中介效果，因此，本研究假設 H6：「SDM 成效在醫病溝通與關係品質中具有中介效果」獲得支持。

表 6 SDM 中介效果的驗證結果(1)

依變數	模式一 關係品質	模式二 SDM 成效	模式三 關係品質
自變數			
醫病溝通	0.468***	0.590***	0.076
SDM 成效			0.664***
Adj-R ²	0.207	0.338	0.491
F 值	18.239***	34.758***	32.837***

*** $p < 0.001$

4.4.2 SDM成效在共享價值觀與關係品質中之中介關係

由表 7 中介效果的計算中，「共享價值觀」對「關係品質」的影響總效果為 0.475，其中透過「SDM 成效」而產生的間接效果為 $0.387(0.588 \times 0.657)$ ，直接效果為 0.088 小於 0.05 未達顯著水準，為正向完全中介效果，因此，本研究假設 H7：「SDM 成效在共享價值觀與關係品質中具有中介效果」獲得支持。

表 7 SDM 中介效果的驗證結果(2)

依變數	模式一 關係品質	模式二 SDM 成效	模式三 關係品質
自變數			
共享價值觀	0.475***	0.588***	0.088
SDM 成效			0.657***
Adj-R ²	0.214	0.336	0.492
F 值	65.710***	34.433***	33.010***

*** p<0.001

5. 結論與建議

本研究以高雄榮民總醫院乳癌確診後，住院開刀或藥物治療患者為研究對象，從一入院就對其進行醫病溝通、共享價值觀的訪談調查，再經由醫病共享對策(SDM)介入說明後，調查 SDM 成效，在出院之前再訪談調查其對關係品質的感受，並建構其關係模式。共訪談調查了 67 位病人，經研究分析獲得結論及建議如下。

5.1 研究結論

本研究實證結果就「各變數間的因果關係」與「醫病共享對策(SDM) 的中介效果」分兩部份討論如下。

5.1.1 各變數間的因果關係

迴歸分析驗證的目的在證明變數間的因果關係。本研究實證結果發現醫病溝通、共享價值觀、SDM 成效、關係品質四個變數之間的因果關係如下。

5.1.1.1 醫病溝通對 SDM 成效的影響

醫病溝通中共識策略、資訊解說對 SDM 成效有正向顯著影響，而傾聽陳述對關係品質無顯著影響。醫療人員重視尊重病患個人意願，清楚提供正確容易了解的治療說明，並徵詢病患的看法與感受是良好醫病溝通的首要重點。而此尊重並專業的溝通方式，才能順暢的施行醫病共享決策輔助工具，並能達成共識而有極佳的共享決策成效。但在醫病溝通中若醫療人員只是友善面帶微笑，但缺乏讓病患表達自我在意考量之處，並無法順暢執行 SDM。

5.1.1.2 共享價值觀對 SDM 成效的影響

共享價值觀對 SDM 成效有正向顯著影響。醫療人員與病患在互信評等之下，會拉近雙方的認知差距，也易放下心防提出自我的考量而達成協議，在高度共享價值觀下能順暢的建立共享對策且獲得良好成效。

5.1.1.3 醫病溝通對關係品質的影響

醫病溝通中之共識策略、資訊解說對關係品質有正向顯著影響，而傾聽陳述對關係品質無顯著影響。醫療人員以平等尊重的態度並且親和友善，輔以完整診斷及治療的資訊，便能建立良好的互動關係，病患對於醫院及醫療團隊的信任度提高也就會有承諾及滿意的評價。在傾聽陳述的構面不顯著，可看出醫療人員雖在病患陳述病情時面帶微笑，但缺乏鼓勵病患表現出自我在意之處，並無法有效建立關係品質。

5.1.1.4 共享價值觀對關係品質的影響

共享價值觀對關係品質有正向顯著影響。醫療人員與病患在彼此尊重之下，會拉近雙方的距離且彼此互信，如此可減少病患的不安及焦慮，並且提升對醫療機構及人員的信任度，進而滿意且忠誠，亦是在高度共享價值觀下順暢的建立良好的關係品質。

5.1.1.5 SDM 成效對關係品質的影響

SDM 中之考量對關係品質有正向顯著影響，而解惑與決策對關係品質無顯著影響。SDM 輔助工具是一種醫病雙方在彼此尊重、充分互動下所使用的溝通工具，醫療人員給予病患實證醫學的結果及優缺點比較，使病患因獲得資訊而降低疑惑焦慮，也對未來必須面對及接受的醫療程序及結果更加明瞭。而疑惑焦慮下降，則表示病患對醫療人員的信任度愈高，而尊重病患的考量使其更深入自我未來的治療方針與選擇，亦可進一步延伸提高雙方承諾的關

係及滿意程度。而施行 SDM 的解惑與決策，並不會明顯提升信任與彼此承諾的程度。

5.1.2 醫病共享對策(SDM) 的中介效果

中介效果的驗證目的在證明一個中介變數在另兩個變數之間是否能發揮間接的影響力。本研究實證結果發現，醫病共享對策(SDM)在醫病溝通、共享價值觀對關係品質的影響，具有決定性的關鍵因素。

5.1.2.1SDM 成效在醫病溝通與關係品質中的中介影響

SDM 成效在醫病溝通與關係品質中具有完全中介效果，亦就是醫病溝通無法直接增進醫病雙方的關係品質，須藉由 SDM 才能完全有效增進醫病雙方之間的信任、承諾的關係。由此可知乳癌患者在醫病共享決策輔助工具使用後，明顯提升醫病關係品質，顯著優於一般的醫病溝通模式!由此證明醫病共享決策的確是個醫病溝通的優質輔助工具，大幅縮短彼此的認知差距及溝通時間。

5.1.2.2SDM 成效在共享價值觀與關係品質中的中介影響

SDM 成效在共享價值觀與關係品質中具有完全中介效果。由此可知共享價值觀無法直接增進醫病雙方的關係品質，乳癌患者在醫病共享決策輔助工具使用後，才能百分百強化醫病關係品質!由此證明醫病共享決策的確是個輔佐建立共享價值及醫病共識的優質輔助工具，大幅縮短彼此的觀念差距及價值不對等。

5.2 管理意涵

醫病共享決策(SDM)其目的在提升病人的安全感與自我權益，並以知識、溝通，尊重為理念，建立一個醫病溝通平台與共享價值觀。在國內，其臨床施用比例及成效研究尚在起步，本研究結果在管理上可窺見下列管理意涵。

5.2.1 提升醫師溝通能力強化醫病關係品質

醫病互動過程中，醫師透過良好的溝通技巧，可協助病患和家屬對疾病的瞭解，安撫病患焦慮情緒，安心配合完成後續治療，進而增進醫病雙方的互相信任、承諾與滿意程度，可強化醫病雙方的關係品質。

醫師要圓滿成功地達成醫病溝通，除了醫療專業能力外，更需要有能力透過語言來引導病患使其能理解、覺察用來建立診斷、建議未來治療過程和診斷程序的訊息，要有能力透過肢體、眼神及語言表達出同理心，解釋並說明能夠讓患者瞭解的病情、治療計畫和預後狀況。

本研究建議，專業醫療人員應該定期接受醫病溝通的訓練，從「以醫師為中心」的舊醫療模式，逐漸發展為「以病患為中心」達成治療共識的互動模式，強化醫病的關係品質。

5.2.2 建立醫病共享價值觀增進醫病關係品質

共享價值觀為醫病雙方間共同的行為及目標，醫師若能充分了解病患之需求及過往經驗，提出最適宜的資訊與建議，並共同建立合適的治療政策及價值觀，可提高病患對醫院形象的知覺，增加病患對醫院的好感，進而提高醫病的關係品質。

本研究建議，醫院管理決策階層人員應「以病患為中心」的醫病互動醫療模式，探討醫病雙方的共同價值，訂為醫院的決策宣言(mission)，建立全院員工一致的目標與信念。進而與病患互動，提升互信關係，共創彼此共同的價值。

5.2.3 醫病共享決策(SDM)是創造優質醫病關係品質的關鍵因素

醫病共享決策輔助工具是一種醫病雙方在平等地位，彼此尊重、充分互動下所使用的溝通工具，醫療人員提供病患實證醫學的結果及各治療優缺點比較，使病患因獲得正確完整資訊而降低焦慮恐慌，也對未來必須面對及接受的醫療程序及狀況更加明瞭。當疑惑焦慮下降且更深入自我未來的治療方針與選擇，則同時增強病患對醫療人員的信任度，且升高雙方承諾的關係及滿意程度。

醫病共享決策輔助工具使用後，在提升醫病關係品質方面成效卓越。本研究證實，雖然醫病溝通、共享價值觀兩變數均對醫病關係品質有正向的影響，但醫病共享決策(SDM)在其影響之間具有完全中介效果，即醫病溝通、共享價值觀兩變數如果沒藉由醫病共享決策(SDM)的輔助，是無法直接增進關係品質的。因此，實證醫病共享決策的確是個醫病溝通的優質輔助工具，且有效建立共享價值觀大幅縮短彼此的認知差距及觀念的懸殊。醫病共享決策

(SDM)才是真正提升醫病關係品質的關鍵因素。

綜上所述證實，我國醫策會近年來大力推動醫病共享決策(SDM)的觀念是正確而且必要的。因此本研究建議，全國各醫療機構應積極實施醫病共享決策(SDM)，以強化醫病關係品質，進而保障病患權益，再進一步提高我國的醫療水準。

參考文獻

一、中文部分

1. 王雅麗、王崇昱(2016)。影響再診意願之因素探討—關係慣性及轉換成本的角色。國立高雄應用科技大學企業管理系碩士在職專班碩士論文，未出版，高雄市。
2. 王觀文、康信鴻(2017)。醫療共享決策下，影響膝退化性關節炎病人是否選擇接受人工全膝關節置換手術治療之研究。國立成功大學高階管理碩士在職專班(EMBA)碩士論文。
3. 吳信諳、黃盈裕(2017)。醫院品牌形象、服務品質、關係品質與再回診意願之關聯性研究—以台南地區的醫院為例。南臺科技大學行銷與流通管理系碩士論文，未出版，台南市。
4. 李昭慧、謝茉莉(2013)。醫病溝通經驗之探究—以病患為例。國立台北教育大學心理與諮商學系碩士班碩士論文。
5. 杜國賢(2009)。醫療品質對病患滿意度的影響—以復健服務為例。國立中山大學管理學院高階經營碩士學程在職專班碩士論文。
6. 林慧芬(2017)。乳癌病人的照護需求與物理治療服務方案。國立台灣大學醫學院物理治療學研究所博士論文，未出版，台北市。
7. 林慧芬、曹昭懿(2013)。初期乳癌病人身體功能與期活動及參與之相關性。物理治療 Formosan Journal of Physical Therapy。第 38 卷，第 2 期，144-151。
8. 洪詩婷、邱光輝(2009)。網路購物中消費者信任與承諾對再購意圖影響之研究。國立臺北大學企業管理學系碩士論文。
9. 胡自立(2010)。消費始終來自於慣性？網路購物女性消費者之消費慣性與滿意度對再購意願之影響—口碑與其他店家吸引力之調節效果。國立高雄大學資訊管理學系碩士班碩士論文。
10. 陳韋伶、蔡振昌(2008)。醫病溝通類型影響就醫滿意度之研究。義守大學管理研究所碩士論文。
11. 陳晶晶、林清惠(2009)。乳癌手術婦女執行手臂復健現況及障礙之探討。國立成功大學護理學系碩博士班碩士論文。
12. 黃秀雅(2000)。醫病溝通中第三者角色、影響與因應之分析。國立中正大學企業管理研究所碩士論文。
13. 黃怡璇(2014)。共享價值與品牌權益關係之研究。國立彰化師範大學企業管理學系碩士論文。
14. 黃睿祺、張巧真(2011)。提升醫院形象之探討-以「信任-關係承諾」理論觀點。國立東華大學國際企業學系碩士在職專班碩士論文。
15. 詹雅玲、余坤東(2002)。海運承攬運送業關係行銷之研究—「承諾-信任理論」之應用。國立海洋大學航運管理學系碩士論文。
16. 雷菟甯(2013)。說服溝通、產品創新及知覺利益對再購意願之影響—以購車為例。世新大學企業管理研究所碩士在職專班碩士論文。
17. 廖宗義、傅振瑞(2008)。癌症病患醫療服務滿意度影響因素之研究-以資訊涉入程度與服務品質觀點。國立高雄應用科技大學資訊管理系碩士在職專班碩士論文。
18. 劉明洲(2011)。影響病人在醫師與醫院間的忠誠度之研究—以南部某區域教學醫院門診病人為例。國立高雄應用科技大學資訊管理系碩士在職專班碩士論文。

二、英文部分

1. Anderson, J. C., & Narus, J. A. (1990). A Model of Distributor Firm and Manufacturer Firm Working Partnerships. *Journal of Marketing*, 54, 42-58.
2. Bonnie, B. L. (2012). A Systematic Review of the Evidence for Complete Decongestive Therapy in the Treatment of Lymphedema From 2004 to 2011. *PM&R*, 4, 580-601.
3. Chowdhury, S. (2005). The role of affect-and cognition-based trust in complex knowledge sharing. *Journal of Managerial Issues*, 17(3), 310.
4. Charles C(1997).Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean?. *Soc Sci Med*. 1997 Mar;44(5):681-92.
5. Crosby, L. A., Evans K. R., & Cowles, D. (1990). Relationship quality in services selling: an interpersonal influence perspective. *Journal of Marketing*, 54 (3), 68-81.
6. Dwyer, F. R., Schurr, P. H., & Oh, S. (1987). Developing Buyer-Seller Relationships, *Journal of Marketing*, 51, 11-27.
7. Dyer, J. H., & Kentaro, N. (2000). Creating and managing a high-performance knowledge-sharing network: The toyota case, *Strategic Management Journal*, 21(3), 345-367.
8. Fukuyama (1995), *The Social Virtues and the Creation of Prosperity*, New York: Free Press, 1995. xv., 457 pages.
9. Grace A. Lin, Angela Fagerlin (2017) Shared Decision Making State of the Science.*Circulation : Cardiovascular Quality and Outcomes*,7,328-334.
10. Hall, J. A., & Roter, D. L. (1987). Task Versus Socio-emotional Behaviors in Physicians, *Medicine Care*, 25,399.
11. Hellier, P. K., Geursen, G. M., Carr, R. A., & Rickard, J. A. (2003). Customer repurchase intention: A general structural equation model. *European Journal of Marketing*, 37, 1762-1800.
12. Jones, M. A., Reynolds, K. E., Mothersbaugh, D. L., & Beatty, S. E. (2007). The positive and negative effects of switching costs on relational outcomes, *Journal of Service Research*, 9(4), 335-355.
13. Jones, Michael., David, A., Mothersbaugh, L., & Sharon, E. Beatty. (2000). Switching Barrier and Repurchase Intention in Service, *Journal of Retailing*, 76(2), 259-274.
14. Kim, M., Kliger, D., & Vale, B. (2003). Estimating switching costs: the case of banking, *Journal of Financial Intermediation*, 12(1), 25-56.
15. Lasswell, H. D. (1948). The Structure and Function of Communication in Society, *The communication of Ideas*, 24,215-228.
16. Kotler, P. J., & Keller, K. L. (2009). *Marketing management*. United states: Pearson College Div.
17. Mishler, E. G. (1984). *The discourse of medicine: dialectics of medical interviews*. Norwood NY: Ablex Publishing Corporation.
18. Morgan, R. M., & Hunt, S. D. (1994). The Commitment-Trust Theory of Relationship Marketing. *Journal of Marketing*, 58(3), 20-38.
19. Ong. (1995). Doctor–patient communication: a review of the literature. *Soc Sci Med*,40,903-918.
20. Porter, M. E. (1980). *Competitive Strategy: Techniques for analyzing industries and competitors*. New York: Simon & Schuster.
21. Richard, L. S., Howard, G., & Paul, H. (2007). Physicians' Communication and Perceptions of Patients: Is It How They Look, How They Talk, or Is It Just the Doctor? *Social Science & Medicine*, 65, 586-598.
22. Selnes. (1993). An Examination of The Effect of Product Performance on Brand Reputation Satisfaction and Loyalty. *European Journal of Marketing*, 27, 19-35.

23. Smith, C. K., & Polis, E. (1981). Characteristics of the initial medical interview associated with patient satisfaction and understanding. *Journal of Family Practice*, 12, 283-288.
24. Stewart, M. A.(1984). What is a successful doctor-patient interviews? A study of interactions and outcomes. *Social Science and Medicine*, 19(2),167-175.
25. Street, R. L. (1991). Information-Giving in Medical Consultations: The Influence of Patients' Communicative Styles and Personal Characteristics. *Social Science and Medicine*, 32, 541.
26. Thom, D. H. (2001). Physician behaviors that predict patient trust. *Journal of Family Practice*, 50(4), 323-328.
27. White, L., & Yanamandram, V. (2006). Switching barriers in business-to-business services: a qualitative study, *International Journal of Service Industry, Management*, 17(2), 158-192.
28. William Godolphin (2009) Shared Decision-Making. *Healthcare Quarterly*,12,e186-e190.