

病人人口特質、追蹤照護情形、病人參與、醫療服務品質及滿意度之探討：以婦科疾病為例

陳靜誼^{1*}、陳雅珍²

中華醫事科技大學醫務暨健康事業管理系^{1*}

婦兒安婦幼診所²

摘 要

病人參與在醫療服務過程與結果，扮演關鍵的角色。本研究旨在探討婦科病人的人口特質、追蹤照護情形在病人參與的差異性，以及病人參與、醫療服務品質及滿意度之關係。採橫斷式研究設計，以南部某地區醫院之婦科門診病人為研究對象，共計有效問卷為 481 份。資料分析採 SPSS for Windows 18.0 版。研究結果顯示，人口特質以年齡、婚姻狀態及生產經驗在病人參與程度有顯著差異($p < .05$)；追蹤照護情形中，主治醫師的性別、醫病關係的治療時間、病人過去一年給此醫師看診次數在病人參與程度亦有顯著差異($p < .05$)。病人參與正向影響醫療服務品質及滿意度($p < .01$)。本研究結果可提供醫療機構管理者在擬定病人參與的策略時，考量病人的人口特質與追蹤照護情形，適度引導病人向醫師分享資訊、提出建議等參與程度，進而提升其知覺的醫療服務品質及滿意度。

關鍵詞：病人參與、醫療服務品質、滿意度、婦科疾病

The Relationship among the Patient Characteristics, Follow-up Care, Participation, Health Service Quality and Satisfaction : the Cases of Gynecological Disorders

Ching-I Chen^{1*}, Ya-Chen Chen²

Department of Health Care Administration, Chung Hwa University of Medical Technology,
Tainan, Taiwan^{1*}

Woman and Children Clinic²

*Corresponding author: Ching-I Chen. Department of Health Care Administration, Chung Hwa University of Medical Technology, Tainan, Taiwan. E-mail:vickyc920@hotmail.com

ABSTRACT

Patient participation in health care is critical to forming the outcomes of a service encounter. This study investigated the levels of patient participation at different demographic characteristics, follow-up care experiences and to explore the relationship between patient participation and health service quality. This study adopted a cross-sectional study design and a sample of 481 questionnaires were collected from patients with gynecological diseases of a local hospital. SPSS 18.0 package software was utilized for statistical analysis of the collected data. The results showed that age, marital status and birth experience were significantly different with levels of patient participation ($p < .05$). Physician gender, number of physician visits in past 12 months and length of physician relationship also had significantly different with levels of patient participation ($p < .05$). Simple regression analysis showed that patient participation direct effects on service quality and satisfaction ($p < .01$). Implications of this study offer healthcare managers on patient participation-enhancing strategies that target the sources of the demographic characteristics and follow-up care, and thus improve service quality and satisfaction.

Keywords: patient participation, health service quality, satisfaction, gynecological disorders

前 言

病人參與(patient participation)是全球醫療照護服務的新趨勢，即鼓勵病人及其家屬提出關於照護內容的意見與想法，積極參與疾病管理(Tambuyzer, Pieters, & Van Audenhove, 2011)，為個人的健康負起責任。世界衛生組織(World Health Organization)病人安全聯盟(Alliance for Patient Safety)亦高度呼籲病人參與的重要性(WHO, 2005)，因此，許多國家投入病人參與醫療服務內容的規劃、服務的發展與研究，且視為醫療照護政策的關鍵要素(Broer et al., 2014；Longtin et al., 2010)。近年來，醫療機構的照護關注於病人在整體醫療過程所獲得的價值，其中，病人被賦予新角色，鼓勵病人主動參與自我照護與醫療決策制定的過程，掌握充分的資訊，共同與醫療服務提供者創造照護的內容，以獲得適切、高價值的醫療服務(Porter & Teisberg, 2014)。研究指出，病人參與在醫療服務過程與結果扮演著重要角色，特別是在醫療決策制定過程以及慢性病的治療，進而能維護病人安全(Longtin et al., 2010)以及提升病人對醫療不良事件的認知(Pinto, Vincent, Darzi, & Davis., 2013)，透過病人參與醫療服務過程，亦能強化病人對服務品質的認知，產生令人滿意的就醫經驗(Gallan, Jarvis, Brown, & Bitner, 2013)。據此，病人參與在醫療照護領域是一項重要的議題。

呼應世界衛生組織強調病人參與的重要性，衛生福利部亦開始推廣醫病共享決策(shared decision making, SDM)，並將其視為自2016年至2019年的醫院病人安全工作目標之一，其部分理念即是宣導病人在就醫過程中，能主動表達自己最在意的考量及期待，賦予病人新的角色，要求其積極參與醫療服務過程，並為自身的健康負起更多責任。然而，鼓勵病人參與醫療服務的同時，醫療服務提供者應審慎評估病人參與的意願(Manning & Dickens, 2006)。從病人的角度來看參與醫療決策的意願，確實存有差異(蘇俊嘉，2007；Adams, Smith, & Ruffin, 2001；Seo, Goodman, Politi, Blanchard, & Kaphingst, 2016)。亦即，病人參與的偏好程度不同，使得病人參與無法達到最適化的程度。然影響病人參與的前置因素有許多，包括病人的人口特質、疾病嚴重度、醫療服務提供者、醫療照護層級等因素，皆可能導致病人在參與醫療服務的意願有所差異(Longtin et al., 2010)。國外在病人參與醫療服務的研究已累積相當豐碩的結果。(Blanchard, Labreque, Ruckdeschel, & Blanchard, 1988；Say, Murtagh, & Thomson, 2006；Longtin et al., 2010；Gallan et al., 2013；Brom et al., 2014；Näsström et al., 2014)。然而，國內關於病人參與醫療服務的因素以及參與結果之研究，仍所知有限，目前僅有研究探討乳癌病人參與治療決策的偏好程度與相關因素(蘇俊嘉，2007)；病人的涉入程度、人格特質與醫療知識對病人參與行為的影響，並分析病人參與對公民行為與共創價值間的關係(張嘉雯、王惠玄、詹又諳，2010)；探討醫師特質與病人參與的關聯性(楊雅婷，2016)；以及採三元效能模式探討病患參與、醫病關係滿意度之關係(陳靜誼，2017)，少有國內研究從病人的人口特質以及追蹤照護情形，探究在病人參與的差異性及其對醫療服務品質與病人滿意

度的影響。據此，本研究目的為一、探討病人人口特質與追蹤照護情形在病人參與的差異情形。二、病人參與和醫療服務品質、滿意度之關係。

文獻探討

一、病人參與

病人參與的概念可追溯至1960年代美國消費者運動的興起，企求維護消費者的安全、充分瞭解、選擇以及申訴的權益。自此之後，病人的權益開始受到關注。世界衛生組織(1986)亦訂定指導方針，強調照護服務提供者應重視病人的想法，賦予病人權利，讓其能夠掌控自身的健康生活。此背景下，營造病人在醫療決策的賦權態度，發展出病人參與的趨勢，越來越多的病人以及病友聯盟積極的參與自身的照護。學者指出，醫師是醫療知識與技能的專家，病人是自己身體、症狀的專家，彼此相互合作(Caron-Flinterman, Broerse, & Bunders, 2005)，能成功的治癒疾病與改善照護品質(Embuldeniya et al., 2013)。因此，鼓勵病人參與醫療決策制定過程，能縮減醫病間專業知識的落差，促進醫療服務更貼近以病人為中心的照護模式(Kofahl, Trojan, Knesebeck, & Nickel, 2014)。Cahill (1996,1998)最早提出病人參與的定義，認為病人參與涉及醫療照護的各個層面，例如：醫療決策制定、負責任的自我用藥、自我監控、參與身體照護與目標設定等。後續學者指出，病人參與包括病人搜尋資訊(提出問題、確認訊息來源的正確性)、提供資訊(說明詳細症狀、病史、心理狀態)、發表主見(表達偏好與意見)以及詳細告訴醫師自身所關心的事(Cegala, Street, & Clinch, 2007; Cegala & Post, 2009)。由此可知，病人參與係指病人在醫療服務過程中，向醫療照護提供者分享資訊、互動(Eldh, Ekman, & Ehnfors, 2010; Millar, Chambers, & Giles, 2016)、討論目前身體症狀、期望的治療結果與目標、努力參與照護過程等(Gallan et al., 2013)所耗費的努力與投入程度，以及提供資源所扮演的主動角色(張嘉雯、王惠玄、詹又諳, 2010)。因此，透過病人向醫療服務提供者分享與討論病情相關資訊等參與行為，有助於病人掌握更完整的照護內容，讓醫病雙方能夠瞭解彼此的感受與想法，提供符合病人的治療需求及偏好，共同創造具有價值的醫療照護經驗與結果。

二、影響病人參與之前置因素探討

醫療服務的情境中，病人是醫療服務的主體，其在接受服務的同時，必須參與整體的服務傳遞過程。學者指出，當顧客與服務提供者必須共同創造服務，則屬於高度的顧客參與，例如：醫療服務(Bitner et al., 1997)。因此，病人參與的價值與核心，在於治療期間所扮演的積極角色，主動向服務提供者提出個人的偏好與價值觀、交換資訊與討論，達成醫療決策的共識，以選擇最佳可行治療方式。因此，鼓勵病人參與醫療決策制定的同時，服務提供者必須辨別具有參與意願的病人，考量個別狀態，規劃適當的參與程度，使病人參與達到最理想的層次(Vaismoradi, Jordan, & Kangasniemi, 2015)。國外關於病人

參與議題已有相當多的論述。研究指出，男性已婚、年長且疾病狀況嚴重者，傾向偏好由醫師作出醫療決策制定，且參與意願低(Blanchard et al., 1988)。亦有研究指出，病人的教育程度越高，對於參與個人的醫療決策意願越高(Arora, Ayanian, & Guadagnoli, 2005)。Say等人(2006)以文獻回顧的方式，彙整1975年至2003年探究關於影響病人參與醫療決策的因素之質性與量性研究，研究結果顯示病人的人口特質中，年輕、教育程度較高、女性者偏好主動參與醫療決策。Davis、Jacklin、Sevdalis 與 Vincent (2007)同樣以文獻回顧的方式，歸納影響病人參與行為在照護品質與安全議題的因素，研究結果區分出五大類，包括病人因素(例如:人口特質)、疾病因素(例如:疾病嚴重程度)、醫療照護提供者因素(例如:照護提供者知識、信念)、醫療照護設置因素(例如:初級或二級)以及任務相關因素(例如:病人安全的行為-洗手)。Longtin 等人(2010)則是彙整1966年至2008年關於病人參與議題的研究，顯示影響病人參與的因素分為病人以及醫療服務提供者等兩個層面，其中，病人層面包括病人的人口特質、疾病狀況、醫學知識程度以及信心程度等；醫療服務提供者則是期望享有主導權、缺乏時間以及關於病人參與的教育訓練不足等因素。綜合上述，可瞭解影響病人參與醫療決策的相關因素。Silpakit 與 Fisk (1985)在顧客參與研究中亦指出，顧客的人口特質，可做為辨別顧客是否參與服務的指標，其往往與顧客需求、偏好具高度相關性，是重要的影響因素之一，然而，國內少有研究以病人的人口特質以及追蹤照護情形探討病人參與的差異情形。據此，本研究欲從此兩方面進行初步探究，故提出以下假說：

假說一：病人的人口特質在病人參與有顯著差異。

假說二：病人的追蹤照護情形在病人參與有顯著差異。

三、醫療服務品質與滿意度

品質是指有能力滿足現有或潛在的顧客需求的整體特徵與特質，不同的品管專家將其定義適合使用、符合需求、沒有變異(American Society for Quality, 2018)。品質是顧客在服務體驗後的一種主觀的認知狀態。因此，不同的顧客對相同的服務所認知的服務品質也會有所不同。醫療服務的情境中，技術性與功能性的服務品質與病人認知的觀點具高度關聯性(Dagger & Sweeney, 2006；Taylor & Cronin, 1994)。Grönroos (1984) 指出技術性服務品質(technical quality)係指服務提供者所提供的事物「為何(what)」，即實際傳送的服務內容，亦即在服務體驗過程中，顧客評估服務實質內容以及服務提供者的專業性。以醫療照護的情境為例，病人從醫療服務提供者所知覺到的專業知識與技能，即是技術性服務品質。功能性服務品質(functional quality)，係指「如何(how)」將服務提供給顧客，即服務的傳遞方式(how it is delivered)，強調顧客知覺與服務提供者之間的互動關係。以醫療照護的情境為例，即指病人從醫療服務提供者所知覺到受尊重、親切與禮貌等的互動經驗。因此，技術性服務品質被視為醫療照護內容的核心要素，而功能性服務品質則是呈現病人知覺服務提供者的互動關係，能共同評估服務品質傳遞的內容與方式。故本

研究採用 Grönroos 於 1984 年對服務品質的定義。

服務品質與滿意度為截然不同的構念。顧客滿意取決於產品和服務的品質。Oliver(1993)提出顧客滿意係指當服務經驗滿足或超過顧客的需要與想要時的結果。其他學者亦指出，顧客滿意度包括顧客對服務經驗的感受與認知評估(Cronin & Taylor, 1992; Dellande, Gilly, & Graham, 2004)。亦即個人經歷對一項產品或服務的知覺績效與期望績效相較後，所知覺到的愉快或失落。醫療服務的情境中，病人滿意度即源自管理學界之顧客滿意度，被視為醫療機構管理者評估病人對照護服務結果的重要管理指標。病人滿意度係指病人對醫療照護服務的期望與實際經驗間的一致性，若實際感受比期望低，病人將感到不滿意，若實際感受超出期望，則病人感到滿意 (Miller, 1988)。

四、病人參與、醫療服務品質與滿意度的關係

個人透過參與以及學習，能強化其評估服務內容的能力(Auh, Bell, McLeod, & Shih, 2007)。學者指出，個人知覺服務品質的結果，部分來自於其參與的程度，亦即不同參與程度，其知覺的服務品質也有所差異(Edvardsson, 2005)。如同在醫療服務的情境中，病人參與亦為病人學習的過程，透過服務提供者引導與協助病人參與自身的照護內容，能獲得更充分的照護資訊(Davis, Sevdalis, Neale, Massey, & Vincent, 2013; Schwappach, Hochreutener, & Wernli, 2010)，有助於病人選擇符合其偏好與價值觀的決策，進而改善醫療照護的結果。過去的研究發現，病人參與能強化病人對醫療服務品質的認知(Mead, Bower, & Hann, 2002; Fraenkel & McGraw, 2007)與滿意度(Gallan et al., 2013)。因此，透過病人主動向醫療服務提供者分享與討論相關的治療資訊等參與行為，能提供病人更多的機會與醫療服務提供者溝通，瞭解其專業技能，提升病人對服務品質的認知，產生令人滿意的就醫經驗。據此，本研究推論醫療服務的情境中，透過病人向醫師分享與討論治療資訊等參與行為，有助於提升病人知覺的醫療服務品質及滿意度。故本研究提出以下假說：

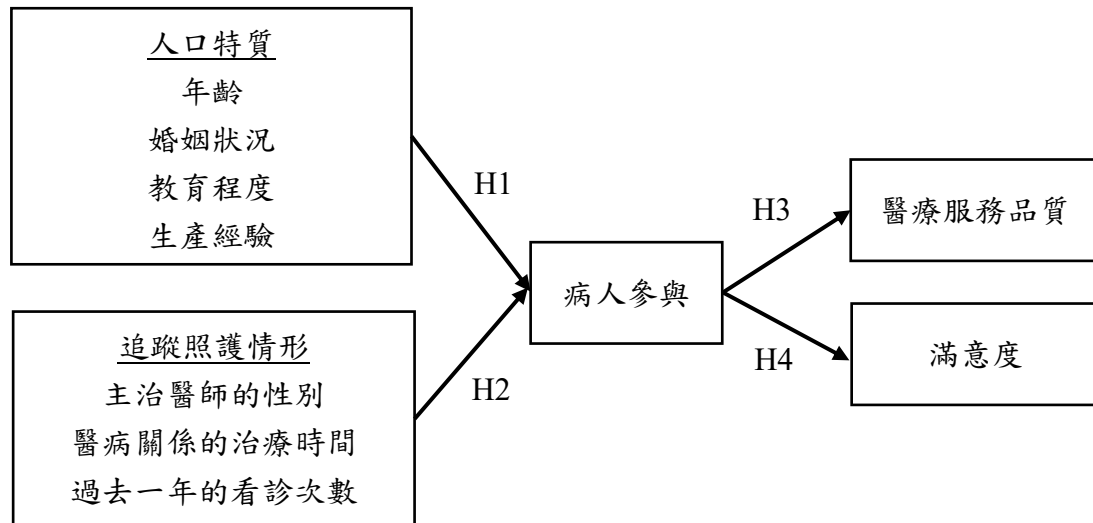
假說三：病人參與正向影響醫療服務品質。

假說四：病人參與正向影響滿意度。

研究方法

一、研究架構

根據文獻回顧結果，建構如圖一之研究架構。本研究欲從病人的人口特質以及追蹤照護情形探究在病人參與的差異性，以及病人參與對醫療服務品質、滿意度的影響。



圖一 研究架構

二、研究對象與程序

本研究考量婦科疾病的診斷需要病人提供清楚及正確的資訊，且相較於其他醫療科別，婦科在問診與看診內容多涉及個人隱私，更需病人主動積極參與，故符合本研究欲檢定的假說。本研究以南部某地區醫院的婦科門診病人為研究對象，採立意抽樣法，選取樣本條件：一、以該地區醫院常見之婦科疾病，包括不規則出血、慢性骨盆疼痛、腫瘤等就診者；由於上述疾病的診斷需要病人提供清楚正確的資訊，詳細的描述症狀，紀錄生理期間與症狀發生時間，且具持續追蹤與確認診斷之特性；二、非初診者，且過去半年有回診者。

研究問卷內容的設計主要參酌過去學者的文獻內容，在正式問卷發放前，為提升本研究之內容效度，以 30 位門診病人進行問卷的前測，並延請學者與實務專家進行問卷前測結果的審視，最後再依據前測結果修改詞意不明的問項，並無刪除任何題項。正式問卷調查自 106 年 1 月至 3 月，共計三個月的時間，安排訪員於醫院門診區進行問卷調查。問卷總計共發放 500 份，問卷回收後，經剔除無效問卷，共計有效問卷 481 份，有效問卷回收率為 96.2%。

三、研究工具

本研究採量性、橫斷面研究設計，以結構式問卷進行資料收集。研究工具共包括四大部分：人口特質、追蹤照護情形、病人參與、醫療服務品質及滿意度。研究變項皆採 Likert 七點尺度計分，1 代表「非常不同意」，7 則代表「非常同意」，衡量受訪者的主觀意見。各變項的測量內容茲分述如下：

(一)、人口特質

包括年齡、婚姻狀況、教育程度、生產經驗等。

(二)、追蹤照護情形

包括主治醫師的性別、醫病關係的治療時間、病人過去一年給此位醫師看診次數。

(三)、病人參與

本研究根據 Gallen 等人 (2013)研究將病人參與定義為病人向醫師分享疾病相關資訊、提出意見以及參與決策制定等之投入程度，共有五題題項，例題為：我會主動與醫師分享我過去的治療資訊。本研究正式施測之 Cronbach's α 值為 0.92。

(四)、醫療服務品質

本研究根據 Grönroos (1984)研究將服務品質區分為兩構面，分別技術性與功能性服務品質，其各有三題，總共有六題題項；技術性服務品質的例題為：我認為醫師具有醫療專業能力；功能性服務品質的例題為：我認為醫師對我十分尊重。本研究正式施測的 Cronbach's α 值為 0.94。

(五)、滿意度

本研參考 Oliver (1993)提出滿意度的定義以及 Gallen 等人(2013)的觀點，量測病人對整體醫療服務經驗的結果，因此，共有四題題項衡量病人滿意度，例題：我非常滿意醫師在治療上對我的關注。本研究正式施測的 Cronbach's α 值為 0.96。

四、資料分析

本研究將回收之有效問卷進行編碼後，以 SPSS 18.0 套裝軟體進行統計分析。描述性統計分析包括：次數、百分比、平均值、標準差；推論性統計分析：信度分析、皮爾遜積差相關分析以及簡單迴歸分析，並以 $\alpha < .05$ 為顯著水準。

研究結果

一、病人的人口特質以及追蹤照護情形

本研究受訪病人數總計有 481 位，年齡以 31-40 歲有 207 位(43.03%)居多，其次為 21-30 歲有 173 位(35.97%)；婚姻狀況以已婚者有 316 位(65.70%)，未婚者有 165 位(34.30%)；教育程度以大學(專科)300 位(62.37%)居多，其次為高中職有 122 位(25.36%)；有生產經驗者有 252 位(52.39%)，無生產經驗者有 229 位(47.61%)。

追蹤照護情形中，病人的主治醫師性別為女性有 252 位(52.39%)，主治醫師性別為男性有 229 位(47.61%)；醫病關係的治療時間長達 4 個月(含)以上者有 278 位(57.80%)， ≤ 3 個月有 203 位(42.20%)；病人過去一年給此位醫師看診次數 ≥ 3 次有 257 位(53.43%)， < 3 次者有 224 位(46.57%) (如表 1 所示)。

二、病人參與、醫療服務品質以及滿意度

本研究顯示病人參與的整體平均值為 5.23 分，各題項的平均值介於 5.11 至 5.45 分之間，其中，以「我會主動與醫師分享我過去的治療資訊」(5.45 分)最高，其次依序為「我會詳細告訴醫師關於自己病情的症狀」(5.23 分)、「我會盡力去執行醫療照護上的規定與指示」(5.19 分)、「我會盡可能與醫師討論自己的病情」(5.18 分)以及「我會與醫師共同討論我的病情」(5.11 分)。病人知覺的醫療服務品質的整體平均值為 5.41 分。技術性服務品質的整體平均值為 5.38 分，其中，以「我認為醫師具備相當的技術熟練度」(5.43 分)最高，

表1 病人的人口特質與追蹤照護情形之分析(n=481)

項目	人數	百分比	項目	人數	百分比
年齡			主治醫師的性別		
20 歲(含)以下	51	10.60	男性	229	47.61
21-30 歲	173	35.97	女性	252	52.39
31-40 歲	207	43.03	醫病關係的治療時間		
41 歲以上	50	10.40	≤3 個月	203	42.20
婚姻狀況			4-6 個月	78	16.22
已婚	316	65.70	7-9 個月	56	11.64
未婚	165	34.30	10-12 個月	25	5.20
教育程度			>12 個月	119	24.74
國中(含)以下	23	4.79	過去一年看診次數		
高中職	122	25.36	<3 次	224	46.57
大學(專科)	300	62.37	3-5 次	149	30.98
研究所以上	36	7.48	6-8 次	60	12.47
生產經驗			9-11 次	23	4.78
有	252	52.39	≥12 次	25	5.20
無	229	47.61			

其次依序為「我認為醫師受過高度專業訓練」(5.39分)，以及「我認為醫師具有醫療專業能力」(5.33分)；功能性的服務品質的整體平均值為5.43分，其中，「我認為醫師對我有禮貌且友善」(5.85分)、其次為「我認為醫師對我十分尊重」(5.35分)，以及「我認為醫師體貼我的需要」(5.09分)。病人滿意度的整體平均值為5.21分，其中，以「我滿意此醫院對我的治療方式」為最高(5.25分)、其次依序為「我認為醫師對我的治療很有幫助」(5.20分)，「我非常滿意醫師在治療上對我的關注」(5.19分)，以及「我在此醫院就醫經驗非常滿意」(5.18分)(如表2所示)。

三、病人的人口特質與追蹤照護情形在病人參與的差異性分析

人口特質中，不同年齡層在病人參與達顯著差異($F=4.06, p<0.01$)，進一步以 *Scheffe* 事後檢定分析發現，以「21-30歲」者在病人參與程度顯著高於「20歲以下」者。婚姻狀態則以「已婚」者顯著高於「未婚」者($t=2.96, p<0.01$)。生產經驗以「有」者顯著高於「無」者($t=4.41, p<0.01$)。不同的教育程度在病人參與程度則無顯著差異性(如表3所示)。

追蹤照護情形中，病人的主治醫師性別在病人參與程度達顯著差異($t=3.41, p<0.01$)，以主治醫師性別為「女性」者顯著高於「男性」者。此外，醫病關係的治療時間在病人參與達顯著差異($F=6.01, p<0.01$)，*Scheffe* 事後檢定分析顯示，分別以「1年以上」顯著高於「≤3個月」、「1年以上」顯著高於「4-6個月」以及「1年以上」顯著高於「10-12個月」。病人過去一年給此位醫師看診次數在病人參與程度達顯著差異($F=2.61, p<0.05$)，

Scheffe 事後檢定分析發現，病人過去一年給此位醫師看診次數以「 ≥ 12 次」顯著高於「9-11次」(如表3所示)。

表2 病人參與、醫療服務品質、滿意度分析($n=481$)

項目	平均數	標準差
病人參與	5.23	0.74
1.我會主動與醫師分享我過去的治療資訊	5.45	1.05
2.我會詳細告訴醫師關於自己病情的症狀	5.23	0.83
3.我會盡力去執行醫療照護上的規定與指示	5.19	0.87
4.我會盡可能與醫師討論自己的病情	5.18	0.82
5.我會與醫師共同討論我的病情	5.11	0.78
醫療服務品質	5.41	0.87
技術性服務品質	5.38	0.93
1.我認為醫師具備相當的技術熟練度	5.43	0.94
2.我認為醫師受過高度專業訓練	5.39	0.99
3.我認為醫師具有醫療專業能力	5.33	0.95
功能性的服務品質	5.43	0.87
4.我認為醫師對我有禮貌且友善	5.85	1.05
5.我認為醫師對我十分尊重	5.35	0.93
6.我認為醫師體貼我的需要	5.09	0.90
滿意度	5.21	0.86
1.我非常滿意醫師在治療上對我的關注	5.19	0.98
2.我認為醫師對我的治療很有幫助	5.20	0.91
3.我滿意此醫院對我的治療方式	5.25	0.84
4.我在此醫院就醫經驗非常滿意	5.18	0.99

四、病人參與對醫療服務品質、滿意度之分析

經由相關分析顯示，病人參與分別和醫療服務品質、滿意度的相關係數值為.71以及.73，呈現顯著正相關($p < 0.01$)，表示病人參與程度越高，其知覺的醫療服務品質、滿意度也越高(如表4所示)。

本研究進一步以簡單迴歸分析發現，病人參與對醫療服務品質的標準化係數 β 值為 .71 ($p < 0.01$)，解釋力為 50.0%。病人參與對滿意度的標準化係數 β 值則為 .73 ($p < 0.01$)，解釋力為52.8%(如表5所示)。

表 3 病人的人口特質與追蹤照護情形在病人參與之差異性分析

變項	病人參與		
	平均值±標準差	F/t	Scheffe
年齡		4.06**	2>1
1. 20 歲(含)以下	4.93 ± 0.90		
2. 21-30 歲	5.32 ± 0.67		
3. 31-40 歲	5.25 ± 0.75		
4. 41 歲以上	5.13 ± 0.69		
婚姻狀況		2.96**	
1. 已婚	5.30 ± 0.74		
2. 未婚	5.09 ± 0.72		
教育程度		0.76	
1. 國中(含)以下	5.02 ± 0.72		
2. 高中職	5.23 ± 0.84		
3. 大學(專科)	5.24 ± 0.71		
4. 研究所以上	5.30 ± 0.56		
生產經驗		4.41**	
1. 有	5.36 ± 0.81		
2. 無	5.07 ± 0.61		
主治醫師的性別		3.41**	
1. 男性	5.11 ± 0.71		
2. 女性	5.34 ± 0.75		
醫病關係的治療時間		6.01**	5>1
1. ≤3 個月	5.20 ± 0.73		5>2
2. 4-6 個月	5.06 ± 0.67		5>4
3. 7-9 個月	5.15 ± 0.77		
4. 10-12 個月	4.96 ± 0.82		
5. >12 個月	5.49 ± 0.71		
過去一年看診次數		2.61*	5>4
1. <3 次	5.21 ± 0.68		
2. 3-5 次	5.23 ± 0.78		
3. 6-8 次	5.25 ± 0.82		
4. 9-11 次	4.97 ± 0.70		
5. ≥12 次	5.56 ± 0.74		

註：* $p < .05$, ** $p < .01$.

表4 病人參與、醫療服務品質、滿意度之相關分析

變項	1	2	3
1. 病人參與	1.00		
2. 醫療服務品質	.71**	1.00	
3. 滿意度	.73**	.66**	1.00

註: ** $p < .01$.

表 5 病人參與、醫療服務品質、滿意度之簡單迴歸分析

模式	β	t	R^2
常數項		5.38**	
醫療服務品質	.71	21.90**	.50
常數項		4.05**	
滿意度	.73	23.14**	.53

註: ** $p < .01$.

討 論

提升病人照護結果，除了有賴專業醫療團隊的努力，從不安全的執行操作中尋求改善的解決方案外，病人參與在積極有效的改善作為中，更扮演相當重要的推手(衛生福利部，2018)。本研究透過先前學者彙整的文獻與相關研究，顯示病人的人口特質在病人參與程度具有差異情形，以女性、年輕(Blanchard et al., 1988；Say et al., 2006；Longtin et al., 2010)、教育程度高(Arora et al., 2005)、未婚者(Blanchard et al., 1988)，偏好主動參與醫療決策以及收集相關資訊。然而，本研究僅以女性病人為受訪對象，與過去研究結果有所差異。首先，性別而言，本研究結果顯示女性病人參與程度為中度以上(平均值=5.23)；年齡則顯示「21-30歲」者在病人參與程度顯著高於「20歲以下」者；不同的教育程度在病人參與無顯著差異；已婚的女性病人在病人參與程度顯著高於未婚者。基於上述人口特質的結果，本研究與過去研究結果不同的原因，可能來自於研究樣本的性別、醫療科別等因素，此外，過去關於病人參與的研究樣本多為美國、英國、加拿大、日本等，亦可能有文化上的差異所致。再者，本研究在生產經驗的結果顯示，有生產經驗者在病人參與程度顯著高於無生產經驗者，由於目前少有研究探討女性的生產經驗與病人參與間的關係，故本研究認為可能來自於有生產經驗的婦科病人經歷生產過程，更加瞭解自身的生育器官及其婦科相關問題，以致於較無生產經驗者更能瞭解自身照護的問題，而扮演更主動參與的角色，建議未來研究再作深入分析。綜合上述討論，可瞭解婦科病人的年齡、婚姻狀況與生產經驗等皆在病人參與的程度具有差異性。儘管病人的人口特質多

為無法改變，然透過本研究發現，仍可提升醫療服務提供者對病人特質的敏感度，依照病人特質調整與引導適當的參與程度，使病人參與達到最理想的層次。

另有關於追蹤照護情形是否會影響病人參與情形，目前仍少有研究論述，因此，本研究初步從主治醫師的性別、醫病關係的治療時間、病人過去一年給此位醫師看診次數，探究在病人參與的差異情形。首先，由於本研究對象為婦科病人，其就醫時，因涉及身體隱私的問題，對於婦科醫師性別是一高度敏感的議題，因此，不同的醫師性別是否可能在女性病人的參與程度有其差異性，本研究結果顯示，病人的醫師性別為「女性」者，則病人向醫師分享疾病相關資訊、提出意見以及參與決策制定等參與行為，顯著高於醫師為「男性」者。如同過去研究(Tobler et al., 2016)所言，多數婦科病人礙於婦科私密疾病，偏好尋求女醫師診治，能更加安心與自在向醫師討論病情資訊。此外，本研究在醫病關係的治療時間以及過去一年給此位醫師看診次數發現，醫病建立的關係時間在一年以上，以及過去一年看診次數超過12次者，在病人參與的程度也高於部分組別。亦即，病人願意持續且長期保有醫病關係，則能更投入向醫師分享疾病相關資訊、提出意見以及參與決策制定等程度。

最後，根據先前學者相關文獻探討及實證分析，本研究結果亦驗證病人參與對醫療服務品質以及滿意度的影響。首先，經由相關分析得知，病人參與和醫療服務品質、滿意度達到統計顯著相關，且呈現高度正相關，此結果與過去研究結果相符(Gallan et al., 2013)。進一步以簡單迴歸分析顯示，病人參與正向影響病人知覺的醫療服務品質以及滿意度。此結果呼應 Auh 等人(2007)的論點，即顧客參與程度越高，越有能力去評估各種服務屬性。因此，醫療服務情境中，病人向醫師分享疾病相關資訊、提出意見以及參與決策制定等參與行為，能促進病人掌握更充分的資訊，強化其知覺醫師的專業知識、技能與尊重、親切與禮貌等服務品質，產生令人滿意的服務經驗。

結論與建議

醫病共享決策是目前衛生福利部以及財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會為強化醫病溝通所推動的重點主題，亦被視為以病人為中心的核心要素。然而，病人參與醫療服務的意願，是共享決策能否落實的關鍵因素，亦是刻不容緩的議題。具體而言，本研究初步瞭解病人的人口特質與追蹤照護情形在病人參與的差異情形，藉此提供醫療服務提供者識別不同的病人特質與追蹤照護情形的參與意願，以個別狀況作為考量，適度鼓勵病人參與醫療服務過程，使病人參與的程度達到理想的層次。由於本研究以婦科病人為研究對象，建議未來研究在選取樣本條件時，能同時收集不同醫療科別與性別的病人，亦可採以單一且嚴重度高的疾病，以探究不同人口特質對病人參與程度的影響，以期更完整的探究病人參與的前置因素，豐富國內關於病人參與之研究完整性。再者，本研究

結果顯示，病人向醫師分享與討論疾病等參與行為，有助於提升病人知覺的醫療服務品質及滿意度，因此，建議醫療機構管理者應塑造病人參與的環境，鼓勵與支持病人參與自身的醫療服務，尤其以病人為中心的照護模式，由貼近病人的醫療服務提供者從旁引導與協助病人表達意見、分享與討論疾病等，營造良好的互動氛圍，共創具有價值的醫療照護經驗。

研究限制

本研究在資料蒐集與樣本特性上，僅以一家地區醫院之婦科門診病人進行問卷調查，然而，醫療服務具有多樣化與複雜性，涉及疾病型態與嚴重度不一，需要病人參與療程的程度亦有所不同，因此，本研究結果能否推論至其他醫療層級或科別，尚待進一步的驗證。

參考文獻

- 李振昌、羅耀宗(譯)(2014)。醫療革命 (原作者：M. E. Porter & E. O. Teisberg)。臺北市：天下文化。(原著出版年：2014)。
- 張嘉雯、王惠玄、詹又諳 (2010)。病患參與醫療服務的前置因素及後續行為之探討-以一般外科門診為例。管理學報，27(6)，603-621。
- 楊雅婷 (2016)。醫師特質與病患參與關係之研究：兼論醫師社交導向溝通與病患資訊搜尋之干擾效果(未出版之博士論文)。國立暨南國際大學，南投縣。
- 陳靜誼 (2017)。醫病關係之三元效能模式:病患參與、醫病關係滿意度的意涵(未出版之博士論文)。國立高雄科技大學，高雄市。
- 衛生福利部台灣病人安全資訊網: 105-106 年度醫院病人安全工作目標及執行策略 (2015)。Retrieved from <http://www.patientsafety.mohw.gov.tw/Content/zMessages/contents.aspx?&SiteID=1&MmmID=621273300317401756&MSID=655635445640513543>.
- 蘇俊嘉(2007)。病患參與治療決策之探討-以乳癌婦女為例(碩士論文)。取自 <http://www.airitilibrary.com/Publication/alDetailedMesh1?DocID=U0001-2507200717033700>
- American Society for Quality (2018). Quality Glossary-Q. Retrieved from <https://asq.org/quality-resources/quality-glossary/q>.
- Auh, S., Bell, S. J., McLeod, C. S., & Shih, E. (2007). Co-production and customer loyalty in financial services. *Journal of Retailing*, 83, 359-370.

- Adams, R. J., Smith, B. J., & Ruffin, R. E. (2001). Patient preferences for autonomy in decision making in asthma management. *Thorax*, 56(2), 126-132.
- Arora, N. K., Ayanian, J. Z., & Guadagnoli, E. (2005). Examining the relationship of patients' attitudes and beliefs with their self-reported level of participation in medical decision-making. *Medical Care*, 43(9), 865-872.
- Blanchard, C. G., Labreque, M. S., Ruckdeschel, J. C., & Blanchard, E. B. (1988). Information and decision-making preferences of hospitalised cancer patients. *Social Science & Medicine*, 27, 1139-1145.
- Brom, L., Hopmans, W., Pasman, H. R., Timmermans, D. R. M., Widdershoven, G. A. M., & Onwuteaka-Philipsen, B. D. (2014). Congruence between patients' preferred and perceived participation in medical decision-making: a review of the literature. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 14(1), 25.
- Broer, T., Nieboer, A. P., & Bal, R. (2014). Mutual powerlessness in client participation practices in mental health care. *Health Expectations*, 17(2), 208-219.
- Bitner, M. J., Faranda, W. T., Hubbert, A. R., & Zeithaml, V. A. (1997). Customer contributions and roles in service delivery. *International Journal of Service Industry Management*, 8(3), 193-205.
- Cahill, J. (1996). Patient participation: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 24, 561-571.
- Cahill, J. (1998). Patient participation-a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 7, 119-128.
- Caron-Flinterman, J. F., Broerse, J. E., & Bunders, J. F. (2005). The experiential knowledge of patients: a new resource for biomedical research? *Social Science & Medicine*, 60, 2575-2584.
- Cegala, D. J., Street, R. L. J., & Clinch, C. R. (2007). The impact of patient participation on physicians' information provision during a primary care medical interview. *Health Communication*, 21, 177-185.
- Cegala, D. J., & Post, D. M. (2009). The impact of patients' participation on physicians' patient-centered communication. *Patient Education and Counseling*, 77(2), 202-228.
- Cronin, J. J., & Taylor, S. A. (1992). Measuring service quality: a reexamination and extension. *Journal of Marketing*, 56(3), 55-68.
- Dagger, T. S., & Sweeney, J. C. (2006). The effect of service evaluations on behavioral intentions and quality of life. *Journal of Service Research*, 9(1), 3-18.
- Davis, R. E., Jacklin, R., Sevdalis, N., & Vincent, C. A. (2007). Patient involvement in patient

- safety: what factors influence patient participation and engagement?
Health Expect, 10(3), 259-267.
- Davis, R. E., Sevdalis, N., Neale, G., Massey, R., & Vincent, C. A. (2013). Hospital patients' reports of medical errors and undesirable events in their health care. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 19(5), 875-881.
- Dellande, S., Gilly, M. C., & Graham, J. L. (2004). Gaining compliance and losing weight: the role of the service provider in health care services. *Journal of Marketing*, 68(3), 78-91.
- Edvardsson, B. (2005). Service quality: beyond cognitive assessment. *Managing Service Quality*, 15(2), 127-131.
- Eldh, A. C., Ekman, I., & Ehnfors, M. A. (2010). A Comparison of the concept of patient participation and patients' descriptions as related to healthcare definitions. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 21(1), 21-32.
- Embuldeniya, G., Veinot, P., Bell, E., Bell, M., Nyhof-Young, J., Sale, J. E., & Britten, N. (2013). The experience and impact of chronic disease peer support interventions: a qualitative synthesis. *Patient Education and Counseling*, 92, 3-12.
- Fraenkel, L., & McGraw, S. (2007). What are the essential to enable patient participation in decision making? *Journal of General Internal Medicine*, 22(5), 614-619.
- Gallan, A. S., Jarvis, C. B., Brown, S. W., & Bitner, M. J. (2013). Customer positivity and participation in services: an empirical test in a health care context. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 41(3), 338-356.
- Grönroos, C. A. (1984). Service quality model and its marketing implications. *European Journal of Marketing*, 18(4), 3644.
- Kofahl, C., Trojan, A., Knesebeck, O., & Nickel, S. (2014). Self-help friendliness: a German approach for strengthening the cooperation between self-help groups and health care professionals. *Social Science & Medicine*, 123, 217-225.
- Longtin, Y., Sax, H., Leape, L. L., Sheridan, S. E., Donaldson, L., & Pittet, D. (2010). Patient Participation: Current Knowledge and Applicability to Patient Safety. *Mayo Clinic Proceedings*, 85(1), 53-62.
- Manning, D. L., & Dickens, C. (2006). Health literacy: more choice, but do cancer patients have the skills to decide? *European Journal of Cancer Care*, 15(5), 448-452.
- Mead, N., Bower, P., & Hann, M. (2002). The Impact of general practitioners' patient-centredness on patients' post-consultation satisfaction and enablement. *Social Science and Medicine*, 55(2), 283-299.
- Millar, S. L., Chambers, M., & Giles, M. (2016). Service user involvement in mental health

- care: an evolutionary concept analysis. *Health Expectations*, 19(2), 209-221.
- Miller, M. (1988). Nursing care behaviors that predict patient satisfaction. *Journal of Nursing Quality Assurance*, 2(3), 11-17.
- Näsström, L., Jaarsma, T., Idvall, E., Arestedt, K., & Strömberg, A. (2014). Patient participation in patients with heart failure receiving structured home care-a prospective longitudinal study. *BMC Health Services Research*, 14(1), 633.
- Oliver, R. L. (1993). Cognitive, affective, and attribute bases of the satisfaction response. *Journal of Consumer Research*, 20(3), 418-430.
- Pinto, A., Vincent, C., & Darzi, A., & Davis, R. (2013). A qualitative exploration of patients' attitudes towards the 'Participate Inform Notice Know' (PINK) patient safety video. *International Journal for Quality in Health Care*, 25, 29-34.
- Seo, J., Goodman, M. S., Politi, M., Blanchard, M., & Kaphingst, K. A. (2016). Effect the health literacy on decision-making preferences among medically underserved patients. *Medical Decision Making*, 36(4), 550-556.
- Smith, S. G., Pandit, A., Rush, S. R., Wolf, M. S., & Simon, C. J. (2016). The role of patient activation in preferences for shared decision making: Results from a national survey of U.S. Adults. *Journal of Health Communication*, 21(1), 67-75.
- Say, R., Murtagh, M., & Thomson, R. (2006). Patients' preference for involvement in medical decision making: A narrative review. *Patient Education and Counseling*, 60, 102-114.
- Schwappach, D., Hochreutener, M., & Wernli, M. (2010). Oncology nurses' perceptions about involving patients in the prevention of chemotherapy administration errors. *Oncology Nursing Forum*, 37, 84-91.
- Silpakit, P., & Fisk, R. P. (1985). Participatizing the service encounter: A theoretical framework. In *Services marketing in a changing environment* (pp. 117-121). Chicago, IL: American Marketing Association.
- Taylor, S. A., & Cronin, J. J. (1994). Modeling patient satisfaction and service quality. *Journal of Health Care Marketing*, 14(1), 34-44.
- Tobler, K. J., Wu, J., & Khafagy, A. M., Pier, B. D., Torrealday, S., & Londra, L. (2016). Gender Preference of the Obstetrician Gynecologist Provider: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Obstetrics & Gynecology*, 127.
- Tambuyzer, E., Pieters, G., & Van Audenhove, C. (2011). Patient Involvement in Mental Healthcare: One Size Does Not Fit All. *Health Expectations*, 17, 138-150.
- Vaismoradi, M., Jordan, S., & Kangasniemi, M. (2015). Patient participation in patient safety and nursing input-a systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 24, 627-639.

- World Health Organization. (2005). World alliance for patient safety. Global patient safety challenge: clean care is safer care. Geneva, Switzerland: World Health Organization; Retrieved from [http://www.who.int/patientsafety / events /05/ PSC_ Launch_ English Final. pdf](http://www.who.int/patientsafety/events/05/PSC_Launch_English_Final.pdf).
- World Health Organization. (1986). Ottawa charter for health promotion charter, Can. J. Public Health, 77, 425-430. Retrieved from [http://www.who.int/healthpromotion/ conferences/previous/ottawa/en/](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/).

