

正向情緒與病人參與：自我效能與他人效能之中介效果

陳靜誼¹、徐世同²、陳雅珍³

中華醫事科技大學 醫務暨健康事業管理系¹、國立高雄科技大學 行銷與流通管理系²、婦兒安婦幼診所³

摘要

目的

本研究以正向情緒之擴展與建構理論出發，結合三元效能信念模式中的自我效能與他人效能，探討病人參與的前置因素及分析病人參與對互動服務品質的影響，並驗證自我效能、他人效能正向情緒與病人參與間的中介效果。

方法

採用橫斷式研究設計；以南部某地區醫院之婦科門診病人為研究對象，有效問卷共計481份；研究資料以偏最小平方法進行模式分析及假說驗證，以及Sobel test作為中介效果檢驗。

結果

病人的正向情緒正向影響病人參與；自我效能正向情緒與病人參與具有部分中介效果，他人效能在正向情緒與病人參與則具有完全中介效果；病人參與正向影響互動服務品質。整體模式分析顯示，自我效能與他人效能完全中介正向情緒對病人參與的直接效果。

結論

本研究建議醫療機構管理者在擬定病人參與的策略時，適度給予病人正向的情緒支持、強化其自我效能，以及對醫師專業能力之他人效能，進而增進病人參與行為，提升醫病間的互動服務品質。

關鍵詞：病人參與、正向情緒、自我效能、他人效能

通訊作者：陳靜誼

通訊地址：臺南市仁德區文華一街89號

E-mail: vickyc920@hotmail.com

受理日期：2018年4月；接受刊載：2018年8月

前言

一、研究動機

病人參與的概念源自於1960年代消費者保護運動，企求保障消費者在安全、充分瞭解、選擇及表達等權利[1]，喚醒消費安全與權利意識。時至今日，醫療服務新思維亦呼籲病人必須為自身的健康負起更多的責任，即積極參與疾病管理、預防及決策過程，重新賦予病人新角色，改變過去接收訊息的消極、被動，轉為積極、主動的角色。研究指出，病人參與已被視為醫療服務過程及結果的關鍵組成要素，且成功應用在病人照護服務，特別是醫療決策制定過程及慢性病的治療[2]。透過病人主動向醫師分享與討論相關的照護資訊等參與行為，能提升病人對服務品質的認知[3]，亦是醫病互動關係的重要因素[4]。據此，病人參與實為醫療服務的重要議題。

然而，主張病人參與醫療決策的同時，也應考量病人參與的意願與能力。研究指出，並非所有病人都有意願主動參與醫療決策過程[2]。從醫療服務提供者的觀點而言，病人在服務過程中，例行性的參與行為，例如：分享疾病的資訊，看似合理的假定，實際上病人甚少主動且積極參與照護內容[5]，使得病人參與無法達到最適化的程度。Longtin et al.[2]回顧1966年至2008年關於病人參與的研究，結果顯示，影響病人參與的因素包括自身具備的健康識能、醫療知識以及教育程度等；其中，卻少有研究考量醫療本身的風險與不確定等特性，對病人產生的情緒反應，可能抑制其參與醫療服務的行為[3,6]。故本研究欲從病人的情緒層面探究其

參與行為，以釐清影響病人參與的前置因素。

根據社會認知理論 (Social Cognitive Theory) 指出，情緒是自我效能 (Self-Efficacy, SE) 的發展前提 [7]，亦是決定個人自我效能的內在因素。個人在判斷自我能力時，會依賴當時的情緒狀態，當處於焦慮、緊張或過度疲累的狀態時，會使其對自我能力的判斷降低；反之，當情緒處於平衡狀態，則會增強對自我能力的判斷。此外，Bandura[8] 指出，自我效能是決定個人採取健康行為的重要角色，能提供關係情境中效能信念的理論基礎。

然而，人際關係的情境中，僅重視自我效能的角色，仍無法瞭解個人行為的動機，亦即在共同創造服務價值間，涉及相互依存的互動關係，合作雙方會知覺其夥伴的能力，從而發展對特定他人的關係效能信念。因此，Lent and Lopez[9] 延伸自我效能理論的核心理念，提出三元效能信念模式 (Tripartite of Efficacy Beliefs Framework)，說明個人在特定的成對關係 (Dyadic Relationship)，不僅擁有自我能力的效能信念，亦可能對重要他人 (Significant Other) 或合作夥伴發展出其他兩類型的關係效能信念，即他人效能 (Other-Efficacy, OE) 以及關係推論效能 (Relational-Inferred Self-Efficacy, RISE)，特別是在合作關係的背景中，其能預測成對關係的互動結果。

三元效能信念模式已在運動及教育情境的研究顯示，成對關係所發展的關係效能信念對個人的參與行為有重要意涵 [9-10]，且能應用在具有高度信任且複雜的醫病關係之顧客參與的議題 [11]。然而，目前醫療照護的研究多關注在病人的自我效能，甚少考量醫病之成對關係所產生的關係效能信念對病人參與醫療服務的影響。此外，由於三元效能信念模式之關係推論效能能知覺成對關係的評價較為複雜，且如何意會他人對於自己能力的評價，在實證測量亦有困難 [9]。故本研究關注病人的自我效能，以及在醫病互動中，病人對醫師專業能力所發展的他人效能，加以論述及驗證，期望豐富關係效能信念與病人參與的相關文獻。

二、研究目的

本研究從正向情緒之擴展與建構理論 (Broaden-and-Build Theory of Positive Emotions) 出發，考量病人在面臨醫療風險與不確定等特性，

能否保有正向情緒，主動向醫師分享與討論相關治療資訊等參與行為，故驗證正向情緒對病人參與行為的影響。其次，結合自我效能與他人效能作為正向情緒與病人參與的中介機制，以期更完整的探討正向情緒如何透過效能信念，進而影響病人參與。最後，本研究驗證病人參與對病人知覺與醫師間的互動服務品質的影響。希冀連結過去理論及文獻基礎，提出完整的研究模式，填補過去在三元效能信念模式以及病人參與的研究缺口，亦提供醫療機構管理者欲強化病人參與醫療服務的具體建議。

文獻探討

一、正向情緒與病人參與

Isen[12] 是研究正向情緒的先驅，其長期研究成果證實，正向情緒能展現個人不同的思考型態，賦予更具創意的想法、接收及整合資訊，擴展人類思考行動的技能，此發現提供後續學者 Fredrickson[13] 建立理論的基本假定，其整合 Isen[12] 正向情緒的研究，發展出新的理論架構，提出正向情緒之擴展與建構理論，用來解釋個人的正向情緒經驗對社會與認知的影響力。此理論說明正向情緒可擴展人們瞬時之間想去做的事，且採取後續的行動，即稱為個體瞬間的思維 - 行動範疇的擴展。意指個人行為選項的範圍廣闊，能發現各種事物的可能性，增進解決問題的創意，從而建立持久的個人資源；反之，負向情緒則壓抑個人的思想，窄化注意力及認知，認為諸多狀況難以駕馭且怯於行動。正向情緒之擴展與建構理論亦指出，正面情緒、行動與結果間存在邏輯順序關係 (正向情緒→行動→結果)，顯示正向情緒在行為與期望的結果間扮演著前置機制的角色 [14]。

醫療服務情境中，服務的提供與接受具有不可分割之特性，病人在接受服務的同時，也必須參與服務的傳遞過程。其間，病人主動向醫師分享及表達意見被視為病人參與的核心價值，亦是發展良好的醫病互動關係及達成治療目標的基本工具 [4]。Cahill[15] 最早提出病人參與的概念，認為病人參與涉及醫療服務的各個層面，例如：參與醫療決策制定、負責任的自我用藥、參與身體照護與目標設定等。其他學者則將病人參與定義為病人向醫療服務提供者溝通的互動過程 [16]、討論疾病症狀、期望

的治療結果與目標等 [3]。

然而，醫療服務過程及結果充滿許多的不確定性，易引發病人錯綜複雜的情緒反應，而情緒在病人接觸醫療服務之前或當下即產生。亦即病人在就醫期間，情緒在行為發生之前就已定位，即使病人的情緒發展會在參與醫療服務的期間發生，但理論上，情緒已先行定位並形成行為的動力 [3]。因此，病人的情緒狀態可能影響參與醫療服務的行為，此觀點與正向情緒之擴展與建構理論的邏輯順序關係一致。研究亦指出，病人情緒越正向，其向醫師分享資訊及討論病情等參與程度越高 [3]。有鑑於上述理論觀點及過去研究結果，本研究推論在醫療服務情境中，病人的情緒越正向，越能展現積極的參與行為，故提出研究假設 1：病人的正向情緒正向影響病人參與。

二、正向情緒、自我效能與病人參與之關係

Bandura[7] 指出，情緒是自我效能的來源之一。當個人經歷負向情緒時，可能引發焦慮與不安感，擔心自我能力的表現，因而減弱其自我效能，導致評斷或做決定時受到侷限；反之，若處於正向情緒狀態，則會強化個人的自我效能評斷，持續執行任務，達到成功的目標。因此，個人的情緒狀態能影響自我效能的判斷 [17]。研究亦發現，當個人處於正向情緒，能促進其參與學習活動，以獲得新技能，進而提升自我效能 [8]。綜合上述可推論，個人的正向情緒有助於強化自我效能，促使其達成期望的目標。

自我效能源自 Bandura[7] 提出的社會認知論，係指個人對於自己有能力去執行某特定任務的信心程度。根據此理論的假設，個人的自我效能評價能決定欲接受的挑戰、特定活動所付出的心力以及面對困境時的堅持度。因此，自我效能能預測與促進個人的行為表現，扮演重要角色。然而，個人的自我效能會隨著執行的任務不同而有所差異，Bandura[7] 堅信情境觀點，指出自我效能反映的信念是指在特定環境或領域中，運用能力或技巧達成特定的目標，且效能信念會依據具體的能力判斷來衡量，而這些能力可能隨著活動的領域而異，或端視某一領域的任務要求而有不同的層次，也可能因不同的情境狀況而有所改變。因此，醫療服務情境中，Elwyn et al.[18] 指出，服務提供者在鼓勵病

人參與之際，必須事先辨別病人的自我效能，才能瞭解其是否有參與醫療決策的能力，以改善照護結果。研究亦顯示，病人在醫療決策制定的自我效能較高者，其參與決策的意願較高且具有積極的溝通行為 [19]。綜合上述觀點及過去研究結果，病人的自我效能可預測病人參與行為。

正向情緒之擴展與建構理論指出，正向情緒能擴展個人思考、積極態度與行動能力，且在行為與期望的結果間扮演著前置角色 [14]。研究發現，正向情緒能顯著影響病人參與程度 [3]，然而，Bandura 提出的社會認知論 [7] 及過去研究結果 [17] 顯示，情緒狀態為自我效能的前置因素，影響個人對於自我效能的判斷。基於上述觀點，本研究推論病人的自我效能能正向情緒與參與行為間扮演中介機制，即病人的正向情緒，能增進其決策制定的自我效能，進而展現積極的參與行為。故自我效能能正向情緒與病人參與間具中介效果，本研究提出假設 2：病人的正向情緒透過自我效能之中介作用，正向影響病人參與。

三、正向情緒、他人效能與病人參與之關係

醫療服務情境中，正向情緒在醫病互動關係中，亦扮演重要角色。研究指出，病人情緒越正向，越傾向主動整合醫療決策制定的資源，接納醫師的觀點，增進病人對醫師專業技術與能力的瞭解 [13]，進而提升與醫師討論疾病狀況等參與行為。

過去在運動及教育情境的研究顯示 [10]，個人對教練或老師的專業能力所產生的信心程度，即他人效能，可預測球員或學生在相關活動的參與行為，且最終目標的實現，主要取決於個人對教練或老師的專業能力的信心程度。因此，他人效能被視為成對關係中的行為制定之重要預測因素，特別是在專業服務的成對關係，相較於自我效能，他人效能更能支持個人在特定任務的行為表現 [9]。尤其當個人與服務提供者間存在著知識與技能不對等的現象時，更傾向在服務過程中，依賴具備專業能力之他人，帶領其達成最終目標。

同樣的，醫療服務情境中，醫病間存在醫療專業知識與技能明顯的落差，病人未具備足夠的專業技能判斷自身的疾病，亦無從得知何種治療方法能使其恢復健康。因此，必須仰賴具專業性的醫療服務提供者的診斷與治療，以達到恢復健康之目的。

關於復健服務的研究結果顯示，顧客與治療師在互動過程中，能形成顧客對其治療師能力的評估，例如：提供復健計畫的專業建議、協助克服復健的困境、制定滿足個人期望的復健目標等，從而發展對治療師專業能力的信心程度，即指他人效能，能直接預測顧客在復健運動計畫的參與程度[20]。此外，病人對醫師專業能力產生的高他人效能，能引導病人朝向協同治療、接受醫師的回饋意見及高度參與治療的決心等[9]。醫療決策制定的研究亦顯示，病人對醫師專業能力的信心程度是影響病人參與決策制定的主要因素[21]。綜合以上論述，病人對醫師能力的信心認予之他人效能，扮演關鍵的角色，能支持病人實際的參與行為。

然而，關於病人對醫師專業能力所產生的他人效能及其對病人參與行為之研究迄未多見，而正向情緒是否亦能強化病人的他人效能，進而展現積極的參與行為，仍有待進一步的探究。據此，本研究推論病人的正向情緒，能促進其採取合作及信任的方式，強化病人對醫師專業能力的瞭解[13]，進而提升與醫師分享疾病資訊以及討論病情等參與行為。故他人效能在正向情緒與病人參與間具中介效果，本研究提出假設3：病人的正向情緒透過他人效能之中介作用，正向影響病人參與。

四、病人參與、互動服務品質之關係

許多的服務過程中，顧客參與在創造服務的結果、滿意與價值，扮演至關重要的角色，其能促進與服務提供者的溝通，產生有意義的互動，且強化顧客評估服務品質的能力[11]。顧客參與程度越高，更能瞭解服務提供者的特質[22]。依此觀點而言，醫療服務情境中，不同程度的病人參與，亦知覺不同的醫病互動結果。研究指出，病人主動向醫師分享與討論相

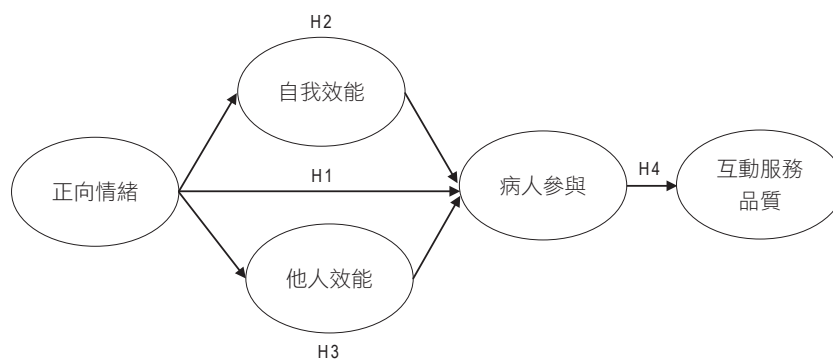
關的照護資訊等參與行為，能增進醫師提供更多的診療訊息及時間進行互動討論，提升病人知覺與醫師的互動服務品質[3,23]，感受被尊重、親切及禮貌等服務經驗。因此，被視為醫病間良好互動的要素[4]。

Grönroos[24]指出，顧客能透過比較服務的預期和實際的知覺，評估服務提供者的互動品質，意指功能性的服務品質（Functional Quality），強調「如何」將服務提供給顧客，即服務的傳遞方式，關注在顧客參與服務過程中，知覺與服務提供者間的互動服務品質。以醫療服務情境為例，係指病人在服務傳遞的過程中，知覺醫師對其尊重、親切與禮貌等服務經驗。研究亦指出，病人參與有助於病人知覺與醫師的互動服務品質[3-4,23]。據此，本研究推論病人向醫師分享疾病相關資訊以及討論病情等參與行為，能提升病人知覺與醫師的互動服務品質。故提出假設4：病人參與正向影響互動服務品質。

研究方法

一、研究架構

本研究從正向情緒之擴展與建構理論出發，結合自我效能與他人效能，提出一個整合性架構探討病人參與的前置因素，以及其對病人知覺與醫師間的互動服務品質的影響，更進一步驗證自我效能與他人效能的中介效果。首先，本研究將驗證正向情緒對病人參與行為的影響。其次，本研究納入自我效能與他人效能作為正向情緒與病人參與的中介機制，以期更完整的探討正向情緒如何透過效能信念，進而影響病人參與。最後，本研究將病人參與之後果因素以互動服務品質進行探討，關注病人參與程度對知覺與醫師間互動服務品質的影響。據此，本研究依據過去理論與文獻建立各項假設，提出本研究架構，如圖一所示。



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，婦科在問診以及內診程序，牽涉到病人身體的隱私及私密問題，易產生情緒反應，更需病人積極參與醫療服務過程，提供相關的病情資訊。故符合本研究建構模式所欲驗證的條件。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詳細的資訊，記錄生理期與症狀發生時間，具持續追蹤與確認診斷的特性；（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2017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。問卷總計發放500份，問卷回收後，經剔除無效問卷，有效問卷共計481份，有效問卷回收率為96.2%。

三、研究變項之操作性定義與衡量

本研究採用 Fredrickson[13] 提出的正向情緒之擴展與建構理論，以及 Lent and Lopez[9] 提出三元效能信念模式為基礎，從病人觀點來量測正向情緒、自我效能、他人效能、病人參與以及互動服務品質。正向情緒的衡量方式以 Likert 五點尺度計分，其他變項皆以 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）正向情緒

Watson, Clark, and Tellegen[25] 指出探討個人的情緒經驗，可區分成兩個獨立的向度，分別為正向情感（Positive Affect, PA）與負向情感（Negative Affect, NA），故發展「正負向情感量表」（Positive

and Negative Affect Schedule, PANAS）。PANAS 由正、負向情感各 10 種情感描述所組成，能穩定評估個人在過去一年的各時間間隔的情緒狀態，具有良好的信效度，為管理領域常用的測量工具。由於本研究欲探討病人的正向情緒，故僅採用正向情感的題項，包括：專注、興奮、積極等 10 題，依感受到的程度分為 1 至 5 分，1：幾乎沒有；2：有些；3：中等；4：大致符合；5：非常明顯，以量測病人最近一個月的情緒狀態。分數計算方式以 10 個題項的分數加總，總分越高表示正向情緒越高。

（二）自我效能與他人效能

本研究採用 Arora et al.[26] 所發展的病人參與醫療決策制定的自我效能量表，評估病人參與決策制定的信心程度，共五題，例題為：「我有能力與醫師詳細討論可行的治療方案」。他人效能的衡量係參考 Yim et al.[11] 的研究，請病人評估對醫師在疾病治療的技術與能力的信心程度，共四題，例題為：『他 / 她』能醫治我的疾病，我對「他 / 她」的能力很有信心」。

（三）病人參與

病人參與的價值與核心，關注於病人在治療期間扮演的主動角色。因此，本研究根據 Gallen et al.[3] 的研究將病人參與定義為病人向醫師分享疾病相關資訊以及討論病情等，共五題，例題為：「我會主動向醫師分享我過去的治療資訊」。

（四）互動服務品質

Grönroos[24] 指出，顧客能透過比較其對服務的預期和實際的知覺來評估與服務提供者間的互動服務品質，係指功能性服務品質，故本研究採用 Grönroos 定義的功能性服務品質，評估病人知覺與醫師互動的服務品質，共三題，例題為：「我認為醫師對我十分尊重」。

四、資料處理與分析

本研究模式採用偏最小平方法（Partial Least Square, PLS）統計軟體進行模式路徑分析，其能估計因果模式（Causal Model）中的路徑係數（Path Coefficient），適合進行理論模式的建置 [27]。依

據 Hulland[28] 對於 PLS 方法應用的建議，第一階段進行模式信效度分析，第二階段運用「PLS Algorithm」法產生之路徑係數值 (Path Coefficient, β 值) 與模式解釋力 (R^2)，以及「Bootstrap」產生之 t 值評估統計顯著性。本研究在中介效果的檢定是根據 Baron and Kenny[29] 提出中介變項的條件與考驗有三階段檢測，分別為：(一) 自變項必須影響中介變項；(二) 自變項必須影響依變項；(三) 中介變項必須影響依變項；當上述條件均成立，自變項對依變項的影響在第三項模式會小於第二項模式。此外，在中介變項被控制之下，若自變項對依變項無顯著影響，則具完全中介效果。再以 Sobel test 檢驗其中介效果是否具顯著性。

五、測量模式的信效度分析

組成信度 (Composite Reliability, CR) 能測量內部信度，其用來衡量各構面題項的一致性，值越高代表題項越能衡量潛在變項 [30]。收斂效度 (Convergent Validity) 表示多重變項所測量皆為同一構面的相符程度，可由平均變異萃取量 (Average Variance Extracted, AVE) 來評估。從表

一可知，各構面的 CR 值皆大於學者推薦的 0.7 之標準值，Cronbach's α 值皆在 0.9 以上，表示具有高信度。各構面的 AVE 也達到可接受的門檻值 0.5。因此，具足夠的收斂效度。此外，本研究各項構面的 AVE 平方根值皆大於與其他構面的相關係數值 [30]，故本模式各構面具有區別效度 (見表二)。

結果

一、研究樣本人口特性與追蹤照護情形分析

本研究樣本人數共計有 481 位；年齡 31-40 歲有 207 位 (43.03%) 居多，其次為 21-30 歲 173 位 (35.97%)；婚姻狀況，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，其次高中職 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%)；病人的主治醫師為女性有 252 位 (52.39%)，男性有 229 位 (47.61%)；醫病關係長達 4 個月 (含) 以上者有 278 位 (57.80%)， ≤ 3 個月有 203 位 (42.20%)；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

表一 信效度分析

構面	平均值	標準差	AVE	CR	Cronbach's α
正向情緒	2.72	0.80	0.64	0.94	0.94
自我效能	4.80	0.85	0.79	0.94	0.93
他人效能	5.34	0.77	0.76	0.92	0.90
病人參與	5.25	0.74	0.74	0.93	0.90
互動服務品質	5.43	0.87	0.81	0.92	0.89

表二 各構面之相關係數與區別效度

構面	1	2	3	4	5
1. 正向情緒	0.80	-	-	-	-
2. 自我效能	0.27**	0.89	-	-	-
3. 他人效能	0.34**	0.58**	0.87	-	-
4. 病人參與	0.27**	0.56**	0.72**	0.86	-
5. 互動服務品質	0.30**	0.48**	0.72**	0.64**	0.90

1. 對角線值為平均變異萃取量 (AVE) 之平方根值
2. 非對角線為各變項間的相關係數
3. 辨別區別效度，其對角線的值應該大於非對角線
4. ** $p < 0.01$

表三所示)。

二、結構模式分析

本研究為進一步確認模式建構的穩健性，使用 Blindfolding 功能，計算研究模式的配適度 GoF 值 (Goodness of Fit) 以及 Stone-Geisser 的 Q^2 評估 PLS 模式預測效度的衡量， Q^2 數值大於零，表示模式具有預測能力 [27]。本研究 Q^2 值介於 0.07 至 0.76 間，皆大於門檻值，確認本模式的預測能力。模式 GoF 值，能判斷整體模式的配適性，當配適值趨近 0.50 時，代表配適性高，門檻值為 0.27。本模式 GoF 值為 0.48，代表模式具預測配適性。從表四路徑係數分析發現，本研究假設 1 推論病人的「正向情緒」正向影響「病人參與」的路徑係數為 ($\beta=0.31$) 顯著 ($t=9.67, p<0.01$)。因此，假設 1 成立。

三、自我效能、他人效能之中介效果驗證

本研究進一步檢定中介變項「自我效能」以及「他人效能」是否在「正向情緒」與「病人參與」間具有中介效果。首先，「自我效能」在「正向情緒」與「病人參與」之中介效果檢定，結果顯示：(一)「正向情緒」至中介變項「自我效能」的路徑係數 ($\beta=0.31$) 顯著 ($t=8.13, p<0.01$)；(二)「正向情緒」至「病人參與」的路徑係數 ($\beta=0.32$) 顯著 ($t=10.45, p<0.01$)；(三)「自我效能」至「病人參與」的路徑係數 ($\beta=0.58$) 顯著 ($t=16.91, p<0.01$)；加入中介變項「自我效能」後，「正向情緒」至「病人參與」的路徑係數從 $\beta=0.32$ ($t=10.45, p<0.01$) 降至 $\beta=0.13$ ($t=3.71, p<0.01$)；「病人參與」的解

表三 樣本人口特性與追蹤照護情形統計表 (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	4.78	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	7.49	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			

表四 結構模式之路徑係數檢定

自變項	依變項	路徑係數	t	R ²
正向情緒	病人參與	0.31**	9.67	0.09
	自我效能	0.30**	7.78	0.09
	他人效能	0.37**	10.36	0.13
正向情緒		0.02	0.63	
自我效能	病人參與	0.21**	5.03	0.55
他人效能		0.59**	14.32	
病人參與	互動服務品質	0.67**	28.67	0.45

**p<0.01

釋力 (R²) 提升為 0.35，高於未加入中介變項時的 0.10。本研究再以 Sobel test 檢定中介效果，結果發現 Z=6.56，達顯著水準 (p<0.01)。因此，「自我效能」在「正向情緒」與「病人參與」具有部分中介效果，故假設 2 成立 (見表五)。

「他人效能」在「正向情緒」與「病人參與」之中介效果檢定，結果顯示：1. 「正向情緒」至中介變項「他人效能」的路徑係數 (β=0.37) 顯著 (t=10.78, p<0.01)；2. 「正向情緒」至「病人參與」的路徑係數 (β=0.32) 顯著 (t=10.45, p<0.01)；3. 「他人效能」至「病人參與」的路徑係數 (β=0.72) 顯著 (t=34.74, p<0.01)；加入中介變項「他人效能」後，「正向情緒」至「病人參與」路徑係數從 β=0.32 (t=10.45, p<0.01) 降至 β=0.03 (t=0.78, p>0.05)；「病人參與」的解釋力 (R²) 提升為 0.52，高於未加入中介變項時的 0.10。本研究再以 Sobel test 檢定中介效果，結果發現 Z=8.62，達顯著水準 (p<0.01)。因此，「他人效能」在「正向情緒」與「病人參與」具有完全中

介效果，故假設 3 成立 (見表五)。

從整體結構模式的驗證結果顯示 (見圖二)，「正向情緒」至「病人參與」在加入中介變項後，「正向情緒」至「病人參與」的路徑係數未達顯著水準，此結果說明在加入兩中介變項後，完全中介「正向情緒」對「病人參與」的直接效果。最後，由表四可知「病人參與」對「互動服務品質」的路徑係數 (β=0.67) 顯著 (t=28.67, p<0.01)，故假說 4 成立。

討論與建議

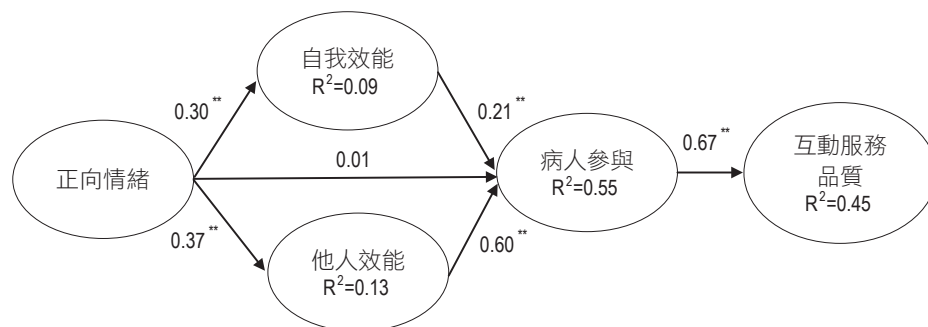
研究結果與討論

本研究採病人參與的重要概念，從正向情緒之擴展與建構理論出發，結合三元效能信念模式中的自我效能與他人效能，提出一個整合性架構探討病人參與的前置因素，以及其對互動服務品質的影響，更進一步驗證自我效能與他人效能在正向情緒與病人參與的中介效果。根據研究結果分別討論如下。首先，本研究將正向情緒之擴展與建構理論應用在醫療服務的病人參與行為，經由假設驗證結果發現，正向情緒能提升病人向醫師分享疾病相關

表五 自我效能、他人效能之中介效果驗證

路徑	路徑係數	t	R ²	Sobel Z
正向情緒→自我效能	0.31**	8.13	0.10	
正向情緒→病人參與 ^a	0.32**	10.45	0.10	
自我效能→病人參與	0.58**	16.91	0.33	6.56**
正向情緒→病人參與 ^b	0.13**	3.71	0.35	
正向情緒→他人效能	0.37**	10.78	0.13	
正向情緒→病人參與 ^a	0.32**	10.45	0.10	
他人效能→病人參與	0.72**	34.74	0.52	8.62**
正向情緒→病人參與 ^b	0.03	0.78	0.52	

1. ^a未加入中介變項；^b加入中介變項
2. **p<0.01



圖二 研究模式驗證結果

資訊、提出意見等參與行為，故符合正向情緒之擴展與建構理論的邏輯順序的觀點，顯示病人的正向情緒為參與行為的前置因素，亦呼應 Gallan et al.[3] 在醫療服務的研究結果。如同過去學者指出，正向情緒能強化個人解決問題的能力，產生積極的行動 [13]。儘管病人面臨醫療風險與不確定性的情境，其正向情緒能開啟新思維，採取行動，提升病人向醫師分享與討論疾病等參與行為。其次，本研究延伸 Gallan et al.[3] 的研究結果，再次驗證醫療服務情境中，正向情緒對病人參與的影響。然而，Gallan et al.[3] 研究結果顯示，正向情緒對病人參與行為的解釋力僅 3%，對實務的貢獻有其侷限。因此，本研究依據理論與文獻查證，加入自我效能與他人效能，驗證兩者在正向情緒及病人參與間的中介效果。表五得知，自我效能正向情緒與病人參與具有部分中介效果，並且在加入自我效能後，正向情緒對病人參與的解釋力從 10% 增加至 35%。此結果符合 Bandura[7] 主張的論點，即情緒是個人自我效能的來源之一；而自我效能亦是決定個人採取行動的重要角色 [8]。過去研究指出，病人在醫療決策制定的自我效能越高者，其參與決策的意願也越高 [26]，且具積極的溝通行為 [19]。由此可見，醫療服務的情境中，正向情緒能擴展病人參與行為之外，透過參與決策制定的自我效能，更有助於病人參與行為。

另一方面，本研究結果發現，病人對醫師能力所產生的他人效能正向情緒與病人參與間具完全中介效果，在加入他人效能後，正向情緒對病人參與的解釋力從 10% 增加至 52%。此結果說明病人的正向情緒透過其對醫師能力所產生的信心程度，能提升病人向醫師分享與討論疾病等參與行為。如學者所言，病人情緒越正向，越傾向主動整合決策制定的資源，接納醫師的觀點，增進病人對醫師專業能力的瞭解 [13]。研究亦顯示，病人對醫師能力產生的高他人效能，能增進其高度參與治療的決心 [9]，是影響參與醫療決策制定的主要因素 [21]。因此，正向情緒透過病人對醫師能力所產生的高他人效能，更能強化病人參與行為。

本研究另從路徑係數發現，他人效能較自我效能正向情緒與病人參與間更具影響效果，此結果說明醫病間存在醫療專業知識落差的現象，病人對

醫師專業能力產生的高他人效能，更有助於提升病人參與行為，此結果呼應過去研究，即在專業服務的成對關係中，相較於自我效能，他人效能更能支持個人在特定任務的行為表現 [9]。再者，本研究結果顯示，病人參與能提升病人知覺與醫師間的互動服務品質，此結果與 Gallan et al.[3] 的研究結果相同，說明病人參與程度越高，越能強化其評估服務的屬性 [11]。因此，透過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醫師對其尊重、親切與禮貌等互動服務經驗。

最後，本研究整合正向情緒之擴展與建構理論、自我效能與他人效能信念，從整體模式觀點驗證病人參與的前置因素，以及其對互動服務品質的影響。結果發現，在未加入自我效能與他人效能時，正向情緒對病人參與有顯著影響，呼應過去研究 [3] 關於正向情緒對病人參與的影響，亦符合正向情緒之擴展與建構理論的主張 [13]，然而，在此基礎上，本研究加入自我效能與他人效能之後，正向情緒對病人參與則未達顯著水準，顯示自我效能與他人效能完全中介正向情緒對病人參與的直接效果。相較於 Gallan et al.[3] 的研究結果，本研究更加釐清病人參與的前置變項，建立較為完整的理論模式。儘管過去研究發現，醫療服務的情境中，正向情緒是病人參與的前置因素。然而，本研究考量醫病的成對關係所產生的關係效能信念亦可能是影響病人參與的重要因素。因此，驗證病人參與醫療決策制定的自我效能及其對醫師能力所產生的他人效能，更有助於提升病人向醫師分享與討論疾病等參與行為，進而強化知覺與醫師間的互動服務品質。

理論貢獻

本研究模式是病人共創價值概念的延伸，不僅驗證正向情緒對病人參與的影響，呼應理論主張的觀點，即正向情緒在行為與期望結果間扮演著前置機制；亦考量醫病關係間所產生的效能信念，發現自我效能與他人效能正向情緒以及病人參與間的兩中介歷程，且病人參與亦影響其知覺與醫師間的互動服務品質。因此，本研究提出新興的研究觀點，應用在價值共創的醫療服務情境中，填補過去在三元效能信念模式及病人參與的研究缺口。

管理意涵

醫病共享決策是目前衛生福利部為強化醫病溝通所推動的重點主題。其中，病人被要求在醫療決策制定過程扮演更積極主動的角色。因此，病人參與已成為刻不容緩的議題。具體而言，本研究結果有助於醫療機構管理者，未來鼓勵病人參與醫療決策時，擬定策略的參考依據，強化病人主動參與醫療服務過程，提升病人知覺與醫師的互動關係。首先，本研究結果顯示，正向情緒能提升病人向醫師分享與討論疾病等參與行為。由於本研究對象為婦科病人，此科別主要照護女性的生育器官，看診過程中，不論是私密的疾病問題或婦科內診過程，不免產生焦慮及不安等情緒反應。因此，為能更穩定病人的情緒狀態，安心的參與醫療服務過程，本研究建議醫療機構管理者可重新規劃病人的就醫流程，例如：病人在醫師看診之前，由診間護理師或衛教師事先瞭解病人此次就醫的原因，進一步向病人說明可能的檢查步驟及必要性，識別病人問題以及給予關注，穩定病人就醫過程的情緒表現，以提升向醫師分享與討論病情等參與程度。

再者，本研究在整體研究模式發現，正向情緒對病人參與未達顯著水準，顯示自我效能與他人效能完全中介正向情緒對病人參與的直接效果。因此，建議醫療機構管理者可擬定強化病人的自我效能與他人效能的策略，以提升病人參與行為；增強病人的自我效能方面，本研究建議可採 Bandura[7] 提出影響自我效能的四項來源，包括：協助病人實踐成功的治療經驗、適時提供其他病友的治療經驗、衛教指導、口語或非口語的正面鼓勵以及適時地給予情緒支持等，強化病人參與醫療服務的信心程度，展現更積極的參與行為。另一方面，本研究發現病人對醫師能力所產生的他人效能較自我效能對病人參與行為更具影響效果。即病人從醫病互動經驗所獲得的印象整飾，形成對醫師專業能力的信心程度，對病人參與行為更具影響性。因此，對於醫師角色而言，更需在醫病互動過程中，展現醫療專業性，提供病人完整的醫療資訊與建議，有助於提升病人對醫師能力的他人效能，進而影響其參與行為。

最後，本研究結果顯示，病人參與能提升病人知覺與醫師的互動服務品質，即病人參與行為能建

構病人與醫師間良好的互動品質。因此，改善醫病互動的服務品質，有賴於醫師鼓勵與支持病人分享與提供病情相關資訊，塑造病人參與的互動環境，提升醫病互動關係。

研究限制與未來研究建議

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，雖然有效樣本數達 481 份，但醫療服務具有多樣化與複雜性，研究結果能否推論至其他醫療機構層級或科別，尚待進一步的驗證。再者，醫療服務過程是由醫病雙方共同組成，建議未來研究可分別量測醫病雙方的觀點，釐清雙方在自我效能、他人效能、病人參與以及互動服務品質的差異性。另一方面，本研究以常見的婦科慢性疾病就診者作為選取樣本的條件，然而，婦科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，建議未來研究在選取樣本條件時，能採以單一且嚴重度高的疾病作為研究對象，以驗證本研究模式，探究其在不同疾病型態或嚴重度的適用範疇，以期更完整的評估正向情緒如何透過病人的自我效能，以及對醫師專業能力產生的他人效能，影響病人參與以及互動服務品質。

參考文獻

1. Kennedy JF: Special message to the Congress on protecting the consumer interest. Public Papers of the Presidents of the United States. Washington, DC: US Government Printing Office. 1962. Retrieved from https://www.jfklibrary.org/Research/Research-Aids/JFK-Speeches/Americas-Cup-Dinner_19620914.aspx
2. Longtin Y, Sax H, Leape LL, et al.: Patient participation: current knowledge and applicability to patient safety. *Mayo Clinic Proceedings* 2010; 85(1): 53-62.
3. Gallan AS, Jarvis CB, Brown SW, et al.: Customer positivity and participation in services: an empirical test in a health care context. *Journal of the Academy of Marketing Science* 2013; 41(3): 338-356.
4. Desjarlais-deKlerk K, Wallace JE: Instrumental and socioemotional communications in doctor-patient interactions in urban and rural clinics. *BMC Health Services Research* 2013; 13: 261.
5. Seo J, Goodman MS, Politi M, et al.: Effect the health literacy on decision-making preferences among

- medically underserved patients. *Medical Decision Making* 2016; 36(4): 550-556.
6. Hibbard J: Using systematic measurement to target consumer activation strategies. *Medical Care Research and Review* 2009; 66(1 Suppl.): 9S-27S.
 7. Bandura A: *Social Foundations of thought and action: a social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ. 1986.
 8. Bandura A: Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review* 1977; 84(2): 191-215.
 9. Lent RW, Lopez FG: Cognitive ties that bind: A tripartite view of efficacy beliefs in growth-promoting relationships. *Journal of Social and Clinical Psychology* 2002; 21(3): 256-286.
 10. Jackson B, Whipp PR, Beauchamp MR: The tripartite efficacy framework in high school physical education: trans-contextual generality and direct and indirect prospective relations with leisure-time exercise. *Sport, Exercise, and Performance Psychology* 2013; 2(1): 1-14.
 11. Yim CK, Chan KW, Lam SSK: Do Customers and employees enjoy service participation? Synergistic effects of self- and other-efficacy. *Journal of Marketing* 2012; 76(6): 121-140.
 12. Isen AM: Positive affect and decision making. Lewis M, Haviland-Jones JM. *Handbook of emotions*. New York, NY: Guilford Press. 2000: 417-435.
 13. Fredrickson BL: The role of positive emotions in positive psychology: the broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist* 2001; 56(3): 218-226.
 14. Fredrickson BL: The value of positive emotions. *American Scientist* 2003; 91(4): 330-335.
 15. Cahill J: Patient participation-a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing* 1998; 7(2): 119-128.
 16. Eldh AC, Ekman I, Ehnfors M: A Comparison of the concept of patient participation and patients' descriptions as related to healthcare definitions. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications* 2010; 21(1): 21-32.
 17. Hoepfner BB, Kahler CW, Gwaltney CJ: Relationship between momentary affect states and self-efficacy in adolescent smokers. *Health Psychology* 2014; 33(12): 1507-1517.
 18. Elwyn G, Hutchings H, Edwards A, et al.: The OPTION scale: measuring the extent that clinicians involve patients in decision making tasks. *Health Expectations* 2005; 8(1): 34-42.
 19. Jerant A, Franks P, Kravitz RL: Associations between pain control self-efficacy, self-efficacy for communicating with physicians, and subsequent pain severity among cancer patients. *Patient Education and Counseling* 2011; 85(2): 275-280.
 20. Jackson B, Dimmock JA, Taylor IM, et al.: The tripartite efficacy framework in client-therapist rehabilitation interactions: Implications for relationship quality and client engagement. *Rehabilitation Psychology* 2012; 57(4): 308-319.
 21. Croker JE, Swancutt DR, Roberts MJ, et al.: Factors affecting patients' trust and confidence in GPs: evidence from the English national GP patient survey. *BMJ Open* 2013; 3(5): 1-8.
 22. Bell SJ, Auh S, Smalley K: Customer relationship dynamics: service quality and customer loyalty in the context of varying levels of customer expertise and switching costs. *Journal of the Academy of Marketing Science* 2005; 33: 169-183.
 23. Keshishian F, Colodny N, Boone RT: Physician-patient and pharmacist-patient communication: geriatrics' perceptions and opinions. *Patient Education and Counseling* 2008; 71(2): 265-284.
 24. Grönroos C: A Service quality model and its marketing implications. *European Journal of Marketing* 1984; 18(4): 36-44.
 25. Watson D, Clark LA, Tellegen A: Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology* 1988; 54(6): 1063-1070.
 26. Arora NK, Weaver KE, Clayman ML, et al.: Physicians' decision-making style and psychosocial outcomes among cancer survivors. *Patient Education and Counseling* 2009; 77(3): 404-412.
 27. Henseler J, Ringle CM, Sinkovics RR: The use of partial least square path modeling in international marketing. *Advances in International Marketing* 2009; 20(1): 277-319.
 28. Hulland J: Use of partial least squares (PLS) in strategic management research: a review of four recent studies. *Strategic Management Journal* 1999; 20(2): 195-204.
 29. Baron RM, Kenny DA: The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology* 1986; 51(6): 1173-1182.
 30. Fornell C, Larcker DF: Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. *Journal of Marketing Research* 1981; 18(1): 39-50.

Patient Positivity and Participation: The Mediating Effects of Self-Efficacy and Other-Efficacy

Ching-I Chen¹, Shih-Tung Shu², Ya-Chen Chen³

Department of Health Care Administration, Chung Hwa University of Medical Technology¹;
Department of Marketing and Distribution Management, National Kaohsiung University of Science and
Technology²; Woman and Children Clinic³

Abstract

Purposes

This study employs the broaden-and-build theory of positive emotions combined with the concept of self-efficacy and other-efficacy in the tripartite efficacy framework to examine the factors for patient participation, analyze the effects of patient participation on interactive service quality, and validate the mediating effect of self-efficacy and other-efficacy in positive emotions and patient participation.

Methods

This cross-sectional study collected 481 valid questionnaires from outpatients of the gynecology department at a local hospital in southern Taiwan. The data were analyzed using the partial least squares method. The Sobel test was applied to determine the mediating effect.

Results

Empirical results confirmed that positive emotions affect patient participation. In addition, self-efficacy showed partial mediating effects between positive emotions and patient participation, whereas other-efficacy showed complete mediating effects between positive emotions and patient participation. Overall model analysis revealed that self-efficacy and other-efficacy can completely mediate the direct effects of positive emotions on patient participation.

Conclusions

We recommend that healthcare managers draft patient participation strategies that provide appropriate positive emotional support to patients as well as increase self-efficacy in patients and other-efficacy in medical professionals. These measures may improve participation behavior in patients and the interactive service quality between physicians and patients.

Keywords : *Patient participation, Positive emotions, Self-efficacy, Other-efficacy*

Received: April 2018; Accepted: August 2018