

護理研究 Nursing Research

收稿日期：2020-09-07

接受日期：2021-01-28

doi：10.6729/MJN.202108_20(1).003

建構輔助與另類療法溝通信念量表與自我效能量表之信效度

張曉雲^{1*} 羅家倫² 吳秋香³

【摘要】 本文採量表編製方法分三階段進行：一為量表編製、二為內容效度共識、三為信效度驗證，以方便取樣方式，研究對象為工作滿一年之執業護理師，共 752 人參與，應用 SPSS for Window 22 版統計套裝軟體及 AMOS 24.0 版本進行資料統計分析。兩個量表之探索性因素分析各萃取出三個因素：溝通信念量表依序為價值觀念、角色職責及核心素養，共 17 題，累積解釋變異量達 63.80%；溝通自我效能量表依序為思維動機、照護能力及關懷技巧，共 10 題，累積解釋量達 59.29%。在進行驗證性因素分析，兩個量表之適配指標皆良好，具有建構效度。兩個量表內部一致性 α 信度皆在 0.80 以上。透過本量表可了解護理人員對與病人使用輔助與另類療法之溝通現況，亦可供相關護理教育設計的參考，並利用此量表作為教育成效評估之依據。

【關鍵詞】 輔助與另類療法 溝通 信念 自我效能 量表發展

Constructing the reliability and validity of belief scale and self-efficacy scale on the communication of Complementary and Alternative Medicine

Hsiao-Yun Chang^{1*} Chia-Lun Lo² Chiu-Hsiang Wu³

[Abstract] Scale development method with three stages: questionnaire preparation, consensus on content validity, and measurements of reliability and validity was undertaken. A convenience sampling was used to recruit registered nurses who have a year working experience. A total of 752 data went for statistical analysis using the SPSS for Window version 22 software and the AMOS version 24.0. The exploration factor analysis extracted three factors on both scales. The belief scale contained the following factors: value belief, role responsibility and core competency with a total of 17 item and 63.80% of total variances. The self-efficacy scale contained the following factors: motivation, care capability and caring skill with 59.29% of total variances. The confirmatory factor analysis of model-fit indexes showed good fitting which indicated an optimal construct validity. The internal consistency α coefficients is above 0.80 for both scales. Through these scales, we can understand how nurses communicate with patients regarding their use of complementary and alternative medicine, which could be used for the design of related nursing education as well as the outcome assessment of this educational program.

[Key Words] Complementary and Alternative Medicine (CAM) communication belief self-efficacy scale development.

* 通訊作者 Corresponding author : chang369@gmail.com

¹ 輔英科技大學護理系 School of Nursing, Fooyin University

² 輔英科技大學健康事業管理系 School of Health-Business Administration, Fooyin University

³ 高雄市立凱旋醫院 Kaohsiung Municipal Kai-Syuan Psychiatric Hospital

1 前言

依據美國國家輔助與整合健康中心 (National Center for Complementary and Integrative Health, NCCIH) 對輔助與另類療法之字詞使用皆不斷在演變, 包含「輔助 (complementary)」、「另類 (alternative)」、「整合 (integrative)」和「療法 (therapy)」、「保健 (health)」。然而, 不管是輔助與另類療法 (Complementary and Alternative Medicine, CAM) 或輔助與整合保健 (Complementary and Integrative Health, CIH) 皆意旨一群醫療保健的系統, 執業方式和產品等, 不被視為西醫的一部分 (NCCIH, 2018)。輔助與另類療法多與西醫整合併用, 而非取代常規治療, 如天然製品 (natural products)、身心療法 (mind and body practices) 及其它的輔助醫療途徑類如傳統療法、阿育吠陀醫學、傳統的中國醫學、順勢療法和自然療法等 (吳秋香、張曉雲、林惠賢、陳正宗, 2019)。近年來, NCCIH 的主要任務著重在輔助與另類療法的實用性和安全性之推動, 除了進行嚴格的臨床試驗, 以檢視療法的安全性和有效性, 包括整合於常規治療中, 傳播實證訊息和發展溝通策略能有效引導複雜醫療系統 (NCCIH, 2016)。

世界衛生組織 (World Health Organization, 2013) 亦推動「傳統醫學策略計劃: 2014-2023 年」, 旨在透過規範、研究及整合輔助與另類療法, 使其有效及安全地使用於醫療保健系統。最近研究發現, 台灣約有 70.3% 民眾在一年之內有使用膳食補充產品如維生素 (Huang et al., 2019)。然而, 使用者許多輔助與另類療法所獲得訊息皆非來自專業。一篇系統性文獻回顧審查 2008 年至 2015 年所發表的 49 篇文章, 發現幾乎一半的病人沒有告知醫護人員有使用輔助與另類療法 (Yang, Sibbritt, & Adams, 2017)。但病人在缺乏正確訊息下, 將輔助與另類療法與西醫一起使用可能會帶來以下嚴重風險: 摻假、毒性作用 (污染)、副作用、不良反應以及兩相藥物的相互作用, 如一篇回溯 16 年資料庫發現 39% 不良反應與使用的產品有關, 且 57% 是膳食補充產品引起, 分析更發現同時使用三種產品以上, 不良反應高達 7 倍之多 (Lombardi et al., 2019)。

美國、澳大利亞、加拿大和英國等國家的護理管理委員會已經制定了護理和助產對輔助與另類療法的政策聲明。多數護理管理委員會都支持將輔助

與另類療法納入護理執業的常規範圍內, 事實上, 護理師最重要的任務是使病人在所有可用的最佳治療中受益, 並促使兩種治療都具品質保證的活動方式 (American Holistic Nurses' Association, 2016)。因此, 護理師一直被鼓勵在照顧病人時, 幫助他們對輔助與另類療法的知情決策, 以確保此療法能與常規藥物整合及安全的使用。綜觀文獻, 未有關輔助與另類療法之專業溝通信念及自我效能量表。本研究作者曾回顧文獻後發現大多數研究人員使用各種療法清單來評估醫護人員的看法、認知、態度、知識、臨床實用性, 以及會為病人推薦的意願, 並使用是/否來回答所陳述的行為 (Chang & Chang, 2015)。在這些文獻中無法得知工具是否能夠確實測出其所欲測量的特質、特徵或功能之程度, 如信度和效度的檢測。故此, 本研究之旨在編製一份適用於醫護人員之輔助與另類療法溝通信念與自我效能量表, 進而針對量表測量結果進行信度和效度考驗。

溝通信念是指個人對溝通所抱持的一種相對性的判斷和選擇之思想傾向, 包含個體的認知、看法觀念及行動的選擇等綜合的心理傾向或狀態 (黃文定、林秀勤, 2017)。Ajzen (1991) 於計畫行為理論 (Theory of Planned Behavior, TPB) 之態度、主觀規範、知覺行為控制等元素前方分別增添行為信念、規範信念、控制信念。個體的行為產生受信念影響態度及意圖, 因此, 建立輔助與另類療法溝通信念量表可了解個體傾向對輔助與另類療法之溝通有作為與不作為的依據。許向妤和陳幼梅 (2019) 綜整自我效能是「個人經由思考判斷, 自覺達成預期行為的自信心」, 其高低會影響個人完成行動之結果的預期。依據 Bandura (2006) 自我效能理論, 個體自我效能表現受程度、概括性及強度等三個要素影響, 建立輔助與另類療法溝通自我效能量表可了解個體對於能否完成溝通行為的自我把握程度, 其提供一測量機制去解釋個人完成溝通行為能力之感受及預期結果。本研究依此兩理論發展與測試輔助與另類療法溝通信念量表與輔助與另類療法溝通自我效能量表之信效度。

2 方法

採橫斷式研究設計, 以方便取樣方式, 於護理系在職專班學生及畢業生為對象, 須符合以下條件:

工作滿一年之執業護理師、年齡大於二十歲、能以中文文字溝通，為提高問卷的有效填答率，採用網路填寫方式以利檢視問卷完整性，本研究通過台灣輔英科技大學附設醫院研究倫理委員會審查（案號：FYH-IRB-101-12-01-A），收案時間 2014 年 1 月至 2014 年 4 月，針對量表的編製過程說明如下。

2.1 量表編製與題庫形成

本研究量表題庫，乃基於兩項前期研究的結果，一是彙整參考國內外文獻有關護理人員對輔助與另類療法的知識、態度、臨床應用及其溝通能力之相關研究（Chang & Chang, 2015）；二是運用焦點團體探討護理人員不願與病患溝通討論輔助與另類療法之原因及如何改善這溝通之差距（Chang, Su, & Mannino, 2019），產生大量可以作為量表的題庫，並依計畫行為理論之行為信念、規範信念、控制信念等因素為架構進行輔助與另類療法之溝通信念量表題項編制。溝通自我效能量表題項則依自我效能之程度、概括性及強度等因素為架構分類，各形成 45 及 40 題的預試題項題庫，再經由研究團隊針對相同意思及不適用本國文化之題項刪除後，最後形成 34 及 28 題的預試題項題庫。

2.2 量表表面及內容效度

首先延攬 10 位護理人員，分別選自工作年資相異（3~20 年）、職級 N1~N4 及含內科、外科、急重症、慢性病房等不同醫療科別、不同機構如醫學中心、區域教學醫院及護理學校，進行量表之表面效度檢視，針對題項和形式等給予建議，包含用字遣詞，是否顯而易懂；現場集體討論每一題項，為激發護理人員認真作答，因此對量表題項進行修辭以求提昇題項的可閱讀性與親切感。再將完成之量表給五位護理、教育、輔助與另類療法及量表研究法等專家學者，進行內容效度審查，針對構念與所有題項之適用性給予修改建議。經修改和潤飾後，針對題項之間相似性過高的問題及一致性低於 70% 的題目予以刪除，溝通信念量表與溝通自我效能量表仍維持三個構面，整體 CVI 各為 86% 及 88%。

2.3 預試量表與記分方式

溝通信念與溝通自我效能量表在進行表面及內容效度後，分別有 29 題及 24 題。量表採七點評分，由 1（非常不同意）到 7（非常同意）分，分數越高，代表溝通信念越正向及溝通自我效能越好，反之亦然。

本研究採方便取樣，使用畢業生 Email 招募在台灣不同地區工作的執業護理人員，並以不記名之方式以網路問卷填答。在心理測量學研究中，關於樣本量的常規建議範圍為每題量表需五至十名受訪者，用於探索因素分析（Abell, Springer, & Kamata, 2009），兩個量表共 53 題，故至少需 265 參與者，因分別進行探索和驗證分析故需兩組參與者，共 530 名，但因網路問卷無法控制人數，於時間內共 752 名填答者完成填答。

2.4 資料分析

本研究應用 SPSS for Window 22 版統計套裝軟體及 AMOS 24.0 版本進行資料統計分析，先以描述性統計進行基本資料分析，接續使用項目分析、探索性因素分析及結構方程模型檢定整體模式配適度。項目分析主要檢定各題項的鑑別度，決斷值（Critical Ratio, CR）<3.0 為刪除題項的標準；再檢定題項間同質性檢驗，包含刪除相關係數小於 0.40 或大於 0.85 之題項及刪除該題項之相關係數高於整體相關係數之題項（吳明隆，2009）。將資料隨機分成兩組，並確立探索和驗證之兩個樣本具同質性，再進行因素分析。探索性因素分析使用主成分分析及直交轉軸的最大概似法（Varimax）進行分析，並考量以特徵值（eigenvalue）大於 1.0、單題項之因素負荷量應大於 0.30、並進行取樣適切性量數（Kaiser-Meyer-Olkin measure of sampling adequacy, KMO）需大於 0.80 及巴氏球形檢定（Bartlett test of sphericity）值 $p < 0.05$ （吳明隆，2009）。

結構方程模型檢定採用 Amos（18.0 version）軟體，以最大概似法進行參數估計和檢驗，收斂效度運用建構信度（CR）>0.6 和平均萃取變異量（AVE）>0.5 作為判斷指標；區辨效度是主要為衡量觀察變項對於不同構面的區辨程度，衡量方式則以各潛在變項的 AVE 值的平方根之值是否大於其他不同潛在變項的相關係數做為基準；配適度指標含絕對適配指標之 Likelihood ratio χ^2 ($p > 0.5$)、卡方 / 自由度比 ($\chi^2/df < 5$)、Goodness of fit index (GFI > 0.9)、adjusted goodness-of-fit index (AGFI > 0.9)、root mean square of approximation (RMSEA < 0.1)；及相對適配指標含 normed-fit index (NFI > 0.9)、comparative fit index (CFI > 0.9) (Fornell & Larcker, 1981)。最後進行以相同量表測量不同特質所得的分數之間的區辨效度。

表 1 基本屬性

變項	整體樣本		信念量表				自我效能量表			
	平均 / 人數	標準差 / 百分比	平均	標準差	r/t/F	p	平均	標準差	t/F	p
年齡 (M ± SD)	33	7.19	84.5	15.9	0.17	<0.001	42.8	6.9	0.12	0.001
工作年資 (M ± SD)	10	7.10	84.5	15.9	0.14	<0.001	42.8	6.9	0.07	0.074
性別										
男	12	1.6	76.7	14.6	-1.7	0.086	41.2	4.6	-0.83	0.407
女	740	98.4	84.6	15.9			42.8	6.9		
教育程度					6.56	0.001			3.36	0.019
五年制專科	159	20.1	80.7	16.8	1<2,3<4		41.7	7.2	1,2<3,4	
四年制大學	254	33.8	84.6	15.9			42.6	6.4		
二年制大學	298	39.6	85.4	14.9			43.3	6.9		
研究所以上	41	5.5	91.9	16.2			45.0	7.4		
婚姻					9.71	0.001			2.45	0.087
單身	403	53.6	82.2	15.9	1<2,3		42.3	6.7		
已婚	332	44.1	86.9	15.6			43.3	7.0		
離異/寡	17	2.3	91.2	13.1			44.9	6.7		
職業類別					-1.81	0.071			-2.61	0.010
護理師	675	89.7	84.1	16.1			42.6	6.8		
進階 / 專科護理師	77	10.3	87.6	14.1			44.7	6.6		
自我使用輔助與另類療法					-8.47	<0.001			-5.18	<0.001
無	492	65.4	81.1	15.3			41.9	6.7		
有	260	34.6	91.0	14.9			44.6	6.7		
討論輔助與另類療法					-7.38	<0.001			-3.82	<0.001
無	612	81.4	82.4	15.5			42.3	6.8		
很少	140	18.6	93.0	14.3			44.6	6.6		
接受輔助與另類療法課程					-6.98	<0.001			-5.01	<0.001
無	447	59.4	81.21	15.65			41.74	6.59		<0.001
有	305	40.6	89.26	15.18			44.26	7.02		
輔助與另類療法知識					14.27	<0.001			7.64	<0.001
無	118	15.7	77.7	15.3	1<2<3<4,5		40.8	7.2	1,2<3,4,3<5	
很少	384	51.1	83.4	15.5			42.3	6.7		
有些	184	24.5	87.9	15.3			44.0	6.9		
中等	59	7.8	92.5	14.5			45.6	6.0		
很多	7	0.9	99.9	18.1			46.3	5.7		

3 結果

3.1 參與者基本屬性

參與者的人口統計學特徵呈現於表 1，描述如下：平均年齡 33 歲 ± 7.19 歲；年齡從 21 歲到 60 歲，執業平均工作時間為 10 年 ± 7.10 年；工作 1 至 33 年不等。男 12 名、女 740 名 (98.4%)；有 593 名 (78.9%) 的參與者具學士以上學位；多數單身 403 名 (53.6%)。492 名 (65.4%) 在過去的一年中未使用過輔助與另類療法 492 名 (65.4%) 及約 612 名未與病患溝通過輔助另類療法 (81.4%)。

3.2 項目分析

本研究將 752 份樣本項目分析的結果如下：以整體量表總分來區別低分組及高分組，進行兩獨立樣本 t 檢定，檢定各題項的鑑別度，刪除題項其決斷值 (CR) < 3.0，輔助與另類療法溝通信念量表與輔助與另類療法溝通自我效能量表分別各刪 4 題及 5 題。再檢視各題項之同質性檢驗，刪除相關係數

小於 0.40 或大於 0.85 之題項及刪除該題項之相關係數高於整體相關係數之題項，溝通信念量表刪 4 題及自我效能量表刪 3 題，最後各兩量表各 21 題及 16 題。

3.3 建構效度

兩個量表進行取樣適切性量數 (KMO)，檢驗值為 0.937 (溝通信念) 及 0.877 (溝通自我效能)，巴氏球形檢定 (Bartlett test of sphericity) 值兩個量表皆達顯著水準 ($p < 0.001$)，屬於極好的範圍，可做因素分析。溝通信念整體因素分析結果，萃取出三種因素，依序為價值觀念 (6 題)、角色職責 (7 題) 及核心素養 (6 題)，累積解釋變異量達 63.80%；溝通自我效能上萃取出四種因素，依序為思維動機 (3 題)、照護能力 (5 題) 及關懷技巧 (4 題)，累積解釋變異量達 59.29%；各有 3 題及 4 題因出現不屬其因素、因素負荷量過低及有多重負荷的問題，予以刪除。

表 2 輔助與另類療法溝通信念量表及自我效能量表之收斂效度

變項	模型參數估計值				收斂效度		
	非標準化因素負荷量	S.E. ¹	C.R. ²	p	標準化因素負荷量	CR ³	AVE ⁴
輔助與另類療法溝通信念量表							
價值觀						0.863	0.859
B2	1.000				0.752		
B5	1.105	0.074	14.982	***	0.763		
B7	1.194	0.077	15.507	***	0.796		
B10	0.980	0.079	12.472	***	0.665		
B12	1.045	0.080	13.115	***	0.697		
B21	0.912	0.077	11.903	***	0.64		
角色職責						0.867	0.827
B3	1.000				0.583		
B4	1.505	0.125	12.063	***	0.866		
B8	1.538	0.124	12.372	***	0.903		
B13	1.478	0.125	11.824	***	0.814		
B15	1.127	0.124	9.057	***	0.557		
核心素養						0.860	0.850
B6	1.000				0.779		
B9	1.039	0.071	14.742	***	0.743		
B11	1.053	0.069	15.341	***	0.782		
B16	1.100	0.071	15.438	***	0.781		
B17	0.718	0.088	8.137	***	0.502		
B19	0.922	0.068	13.526	***	0.691		
輔助與另類療法溝通自我效能量表							
思維動機						0.600	0.701
S1	1				0.41		
S2	-1.765	0.258	-6.838	***	-0.834		
S13	-1.881	0.278	-6.766	***	-0.825		
照護能力						0.612	0.939
S4	1				0.67		
S5	1.17	0.086	13.552	***	0.792		
S12	1.209	0.086	13.976	***	0.866		
S14	1.094	0.085	12.917	***	0.789		
關懷技巧						0.781	0.781
S7	1				0.704		
S8	1.148	0.089	12.97	***	0.783		
S15	1.262	0.086	14.6	***	0.839		

¹S.E.: Standard error; ²C.R.: Critical Ratio; ³CR: Composite Reliability; ⁴AVE: Average variance extracted; ***: $p < 0.001$ 。

3.4 整體模式配適度檢定

採用 Amos (18.0 version) 軟體，以最大概似法進行參數估計和檢驗，因仍呈現共線性，故在溝通信念刪除 2 題及自我效能刪除 2 題，如圖 1 及圖 2 進行整體模式適合度。

收斂效度的驗證如表 2 所示，溝通信念所有題項的因素負荷量大於標準值 0.5，組成信度 (CR) 皆高於介於 0.86 至 0.87 之間，平均變異數萃取量 (AVE) 介於 0.82 至 0.86 之間；自我效能所有題項因素負荷量落在 0.60 至 0.78 之間，組成信度則在 0.70 至 0.93 之間，均高於標準值，顯示量表之所有觀察變項能夠有效地聚合在其所歸屬的因素上。

在溝通信念量表之整體模式配適度列於圖 1 中，卡方值分別為 325.3， $p < 0.001$ ，符合配適度標準，但卡方值容易受樣本數影響。因此，再從其它絕對適配指標來看，卡方/自由度比為 2.805、GFI 值為 0.905、AGFI 值為 0.875、RMSEA 值為 .070；及相

對適配指標：NFI 值為 0.909、CFI 值為 0.939。在溝通自我效能量表之整體模式配適度列於圖二中，卡方值分別為 175.050， $p < 0.001$ ，具配適度標準。進一步評估絕對適配指標如下：卡方/自由度比為 5.47、GFI 值為 0.910、AGFI 值為 0.846、RMSEA 為 0.109；及相對適配指標：NFI 為 0.909 及 CFI 值 0.924。以上結果顯示模式配適度在可接受的範圍。區辨效度 (discriminant validity) 方面，從表 3 可看出 AVE 之平方根皆有超過其他構面的相關係數，顯示本研究亦滿足且具備區辨效度。

3.5 正式量表信度分析

整體溝通信念量表共 17 題，其內部一致性 Cronbach's alpha 值為 0.93，三個構面重新命名分別如下：價值觀念 (0.87)、角色職責 (0.85) 及核心素養 (0.86)。整體溝通自我效能量表共 10 題，其內部一致性 Cronbach's alpha 值為 0.80，三個構面重新命名分別如下：思維動機 (0.70)、照護能力

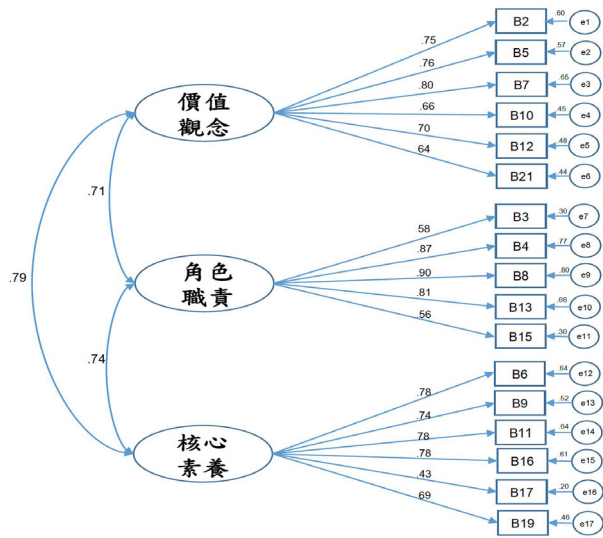


圖 1 輔助與另類療法溝通信念量表之驗證性因素分析架構圖

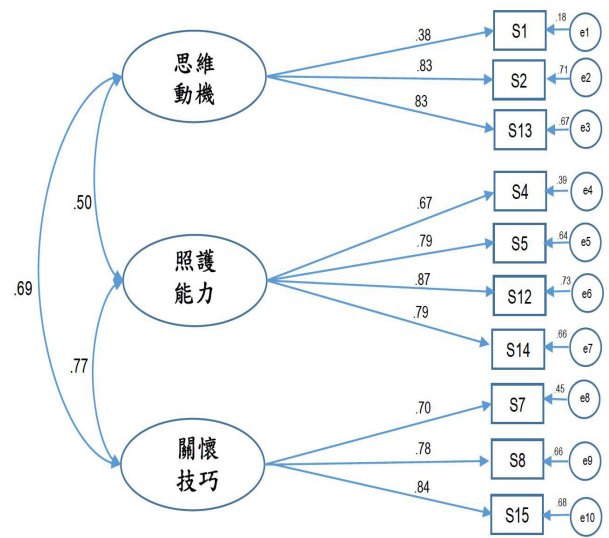


圖 2 輔助與另類療法溝通自我效能量表之驗證性因素分析架構圖

(0.86) 及關懷技巧 (0.81)，思維動機內在一致性低，可能原因思維動機屬負向題項落於各正向題型中，易造成填答者未注意，而忽略其原意，但整體量表內部一致性信度佳。

3.6 正式量表區辨效度

表 1 呈現在溝通信念量表及自我效能量表在性別上無差異；在年齡、教育程度、是否自我使用輔助與另類療法、是否接受輔助與另類療法課程、是否與病人討論輔助與另類療法之使用及自覺輔助與另類療法知識等變項都達區辨效度。另外，溝通信念量表在工作年資及婚姻別顯著差異，溝通自我效能量表在職業類別達顯著差異。

4 討論

本研究的主要目的是建構輔助與另類療法溝通信念與溝通自我效能量表，但無相關量表可比較，屬初期驗證，主要檢測量表的内容效度、建構效度、模式配適度及內在一致性。在内容效度上採取專家判斷題項與主題内容或範圍的適當性，刪除一致性低於 0.7 之題項，進行量表施測，共 752 位填完問卷。在項目分析中，依鑑別度 (discrimination) 與同質性 (homogeneity) 檢驗量表之題項的品質，題項的相關係數落於 0.4~0.85 同質性較為合適；題項的鑑別度則為 t 值 3.0 為標準，然愈高愈良好，可以保留為正式量表使用 (吳明隆, 2009)。再執行建構效度與主成分分析，KMO 適切性與巴氏球體檢定，顯示極適合進行因素分析，溝通信念量表及溝通自我效能量表各萃取三個主軸因子，並刪除負荷量低

的題項，解說總變異量達到 60% 以上，顯示預試問卷的建構效度良好。最後以結構方程模式進行驗證性因素分析，考驗量表假設性測量模式之整體適配度，本模型在 GFI、AGFI、CFI 及 RMSEA 等指標，多數指標皆顯示適配。唯 χ^2 值與樣本數成正比，易受樣本影響產生樣本數較多容易拒絕契合而誤判假設，故 χ^2 之數值僅供參考 (陳寬裕、王正華, 2018)。因此，卡方自由度比 (χ^2/df) 亦會受到樣本數的影響，學者亦建議 ≤ 5 可接受範圍 (楊秋月、陳耀茂, 2017)。

本量表具有良好的聚合效度 (convergent validity)，測驗題項的潛在特質皆落在共同因素上，建構信度 (CR) 和平均萃取變異量 (AVE) 皆滿足指標。在區別效度 (discriminant validity)，主要為衡量觀察變項對於不同構面的區別程度，衡量方式則以各潛在變項的 AVE 值的平方根之值是否大於其它不同潛在變項的相關係數做為基準。本研究結果顯示亦滿足且具備區別效度的條件。兩個量表內部一致性信度考驗皆達 0.8，各構面內部一致性之 α 值介於 0.70 至 0.87，整體來說，內在一致性良好。另外，兩個量表具相關性亦可區辨與輔助與另類療法有關之參與者。

表 3 輔助與另類療法溝通信念量表與溝通自我效能量表之區辨效度

輔助與另類療法溝通信念量表			
構面	價值觀念	角色職責	核心素養
價值觀念	0.926		
角色職責	0.693	0.921	
核心素養	0.774	0.806	0.909
輔助與另類療法溝通自我效能量表			
構面	關懷態度	思維動機	照護能力
關懷態度	0.837		
思維動機	0.536	0.989	
照護能力	0.661	0.712	0.883

輔助與另類療法溝通信念量表是以計畫行為理論之行為信念、規範信念、控制信念等因素編製量表，在驗證性因素分析仍為三個構面，並重新命名為：價值觀念（行為信念）、角色職責（規範信念）及核心素養（控制信念），價值觀念是個人對輔助與另類療法溝通行為的所抱持的正、負向評價；角色職責是個人對此溝通行為所受到社會或群體的主觀規範的壓力；核心素養（控制信念）則代表個人從事溝通行為時，自覺可以掌握的程度，包含本身能力及外部資源的控制；整體量表共 17 題。在文獻上，無相似的量表可參考，故比較其它信念量表發現，只有「中醫優勢信念」及「西醫優勢信念」兩個構面（梁靜祝，1999），與本研究差異度大；而教師創意教學信念量表依理論發展，與本研究相似有「提升創意意向」（價值觀念）、「創意認知與態度」（角色職責）及「創意教材與活動設計」（核心素養）三個構面（蕭佳純，2018）。

輔助與另類療法之溝通自我效能量表則以自我效能之認知、動機及情意等因素編製量表，在驗證性因素分析仍為三個構面，並重新命名分別如下：關懷態度（程度）、思維動機（概括性）及照護能力（強度），關懷態度意指對輔助與另類療法之溝通行為的阻礙或困難行為的等級；思維動機是對此溝通的願意表現與堅持態度的測量層面；照護能力是指對此溝通能力的自信高低的判斷，整體量表共 10 題。在文獻上，亦無相似的量表可參考，故比較其它自我效能量表，發現精神病患社會參與自我效能量表依相似量表為基礎發展適用於本土文化之量表，因素分析萃取出「動機意向」與「自我管理」兩個構面（林美伶、陳宗弘，2017）；雖與本研究差一構面，但構面內涵相似。另一研究以 Bandura 自我效能理論發展國中生科學自我效能量表，驗證性因素分析分別有三個構面為「效能程度」、「效能類化」及「效能強度」（何仕仁、黃台珠、吳裕益，2007），與本研究之關懷態度（程度）、思維動機（概括性）及照護能力（強度）等構面雷同。

在研究限制與建議方面，由於此為初編製量表，以南台灣護理人員為主，文化地域上會稍有差異，建議未來研究能依據全台灣醫院層級進行分層隨機抽樣，進行橫斷式的問卷調查。在整體模式適配度的統計量中，卡方自由度比仍偏高，表示理論模式與實際資料間之契合度待加強，雖其它適配度指標

皆顯示良好，建議未來的研究可參考更多實證研究結果，以製定出更具客觀及契合度的量表。

5 結論／實務應用

本研究結果顯示兩個量表都具適當的信效度，包括內部一致性、內容效度、建構效度及模式配適度。輔助與另類療法溝通信念量表可了解護理人員對與病患討論輔助與另類療法的價值觀念、角色職責及核心素養等構面。輔助與另類療法溝通自我效能量表可知護理人員對與病患討論輔助與另類療法的思維動機、照護能力及關懷技巧等構面。在實務方面，透過此兩個量表可了解護理人員對輔助與另類療法溝通信念與溝通自我效能的現況，亦可供教育專業人員在設計相關護理教育的參考，並利用兩個量表作為教育成效評估之依據。考慮當前使用輔助與另類療法的普遍性以及對此療法使用安全性的擔憂，護理人員是最前線亦是接觸病患時間最長的關鍵醫護人員，以確保治療是必需的，期望此兩個量表能藉由了解護理人員之信念和能力，建立專業繼續教育，創建安全和適合的護理環境，讓病患與護理人員能開放地溝通有關輔助與另類療法的議題，以確保病患使用此類療法之安全性。

參考文獻

- 何仕仁、黃台珠、吳裕益（2007）。科學自我效能量表之發展。科學教育學刊，15（6），613-626。doi:10.6173/cjse.2007.1506.01
- 吳明隆（2009）。SPSS 操作與應用：問卷統計分析實務。台北市：五南。
- 吳秋香、張曉雲、林惠賢、陳正宗（2019）。精神科護理師對病人使用輔助與另類療法的認知、態度與溝通行為之相關性研究。澳門護理雜誌，18（1-2），1-8。
- 林美伶、陳宗弘（2017）。發展中文版精神病患社會參與自我效能量表。精神衛生護理雜誌，12（1），14-24。
- 許向好、陳幼梅（2019）。護理人員對末期臨終照護自我效能影響因素之研究。護理雜誌，66（5），32-43。
- 陳寬裕、王正華（2018）。結構方程模型：運用 AMOS 分析。台北市：五南。
- 黃文定、林秀勤（2017）。國小高年級學生跨文化溝通信念量表之發展。臺北市立大學學報教育類，48（2），29-52。
- 楊秋月、陳耀茂（2017）。醫護研究與資料分析：SPSS 的應用。台北市：五南。
- 梁靜祝（1999）。中西醫療信念量表的發展與建立。護理研究，7（5），445-458。
- 蕭佳純（2018）。教師創意教學信念量表之發展。科學教育學刊，26（1），29-50。

- Abell, N., Springer, D. W., & Kamata, A. (2009). Developing and validating rapid assessment instruments. Oxford University Press.
- American Holistic Nurses' Association (2016). Position on the role of nurses in the practice of Complementary & Integrative Health Approaches (CIHA). Retrieved from [http://www.ahna.org/Portals/66/Docs/Committees/Corrected%20Position%20Statement%20on%20the%20Role%20of%20Nurses%20in%20the%20Practice%20of%20Complementary%20Integrative%20Health%20Approaches%20\(CIHA\)%202016.pdf?ver=2017-10-18-101710-343](http://www.ahna.org/Portals/66/Docs/Committees/Corrected%20Position%20Statement%20on%20the%20Role%20of%20Nurses%20in%20the%20Practice%20of%20Complementary%20Integrative%20Health%20Approaches%20(CIHA)%202016.pdf?ver=2017-10-18-101710-343)
- Bandura, A. (2006). Guide for constructing self-efficacy scales. In F. Pajares & T. Urdan (Eds.). *Self-efficacy beliefs of adolescents*. US: Information Age Publishing.
- Chang, H. Y., & Chang, H. L. (2015). A review of nurses' knowledge, attitudes, and ability to communicate the risks and benefits of complementary and alternative medicine. *Journal of Clinical Nursing*, 24(11-12), 1466-1478.
- Chang, H. Y., Su, T. F., & Mannino, R. M. (2019). Barriers to communication about complementary and alternative medicine with patients: A qualitative study. *Global Journal of Health Science*, 11(10), 43-54.
- Huang, C. W., Tran, D. N. H., Li, T. F., Sasaki, Y., Lee, J. A., Lee, M. S., Arai, I., Motoo, Y., Yukawa, K., Tsutani, K., Ko, S. G., Hwang, S. J., & Chen, F. P. (2019). The utilization of complementary and alternative medicine in Taiwan: An internet survey using an adapted version of the international questionnaire (I-CAM-Q). *Journal of the Chinese Medical Association*, 82(8), 665-671.
- Lombardi, N., Crescioli, G., Bettiol, A., Menniti-Ippolito, F., Maggini, V., Gallo, E., Mugelli, A., Vannacci, A., & Firenzuoli, F. (2019). Safety of complementary and alternative medicine in children: A 16-years retrospective analysis of the Italian Phytovigilance system database. *Phytomedicine*, 61, 152856.
- National Center for Complementary and Integrative Health (2016). 2016 Strategic Plan: Exploring the Science of Complementary and Integrative Health. Retrieved from <https://www.nccih.nih.gov/about/nccih-2016-strategic-plan>
- National Center for Complementary and Integrative Health (2018). Complementary, alternative, or integrative Health: What's in a name? Retrieved from <https://nccih.nih.gov/health/integrative-health>
- World Health Organization (2013). World Health Organization traditional medicine strategy: 2014-2023. Retrieved from http://www.who.int/medicines/publications/traditional/trm_strategy14_23/en/
- Yang, L., Sibbritt, D., & Adams, J. (2017). A critical review of complementary and alternative medicine use among people with arthritis: A focus upon prevalence, cost, user profiles, motivation, decision-making, perceived benefits and communication. *Rheumatology International*, 37(3), 337-351.