

國立臺灣大學醫學院職能治療學系
碩士論文

School of Occupational Therapy
College of Medicine
National Taiwan University
Master Thesis



同理編碼系統應用於生理領域職能治療實習生之
心理計量特性驗證

Psychometric Validation of the
Empathic Communication Coding System in
Occupational Therapy Interns for Physical Dysfunction

蔡函恩

Han-En Tsai

指導教授：黃小玲副教授

Advisor: A.P. Sheau-Ling Huang

中華民國 111 年 6 月

June 2022



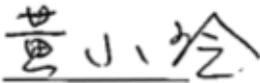
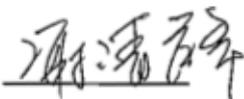
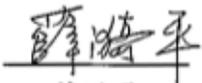
國立臺灣大學碩士學位論文

口試委員會審定書



同理編碼系統應用於生理領域職能治療實習生之心理計量特性驗證
Psychometric Validation of the Empathic Communication Coding System
in Occupational Therapy Interns for Physical Dysfunction

本論文係蔡函恩 (R08429006) 於國立臺灣大學職能治療學系所完成之碩士學位論文，於民國 111 年 5 月 26 日經下列考試委員審查通過及口試及格，特此證明。

考試委員	服務機構	職稱
 黃小玲	國立臺灣大學醫學院 職能治療學系	副教授
 謝清麟	國立臺灣大學醫學院 職能治療學系	教授
 薛漪平	國立臺灣大學醫學院 職能治療學系	教授

指導教授：黃小玲副教授
職能治療學系系主任：薛漪平主任

中華民國 111 年 5 月



謝誌



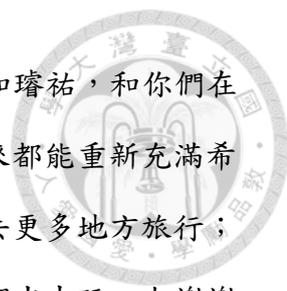
感謝小玲老師，在論文寫作上給我許多鼓勵和具體建議；在我對論文進度一籌莫展時，掏出行事曆和我一起沙盤推演、推動我前進。論文之餘，更謝謝老師在我最懷疑自己時接住了我，用自身經歷鼓勵我、給予普同感與肯定、幫助我建立自信；謝謝老師經常關心我的情緒和胃口、認真地傾聽我、提醒我把身心健康擺在論文之前，讓我在低潮之後，終於能慢慢找回力氣和笑容。碩班生活能有老師相助，真的非常幸運，也讓我期許自己未來能成為像老師一樣溫暖的助人者。

感恩謝清麟老師，作為我開始學術之旅的契機，在我大學剛畢業最迷惘時為我指出一條明路。從助理到學生時期，都能感受到老師栽培後進的用心，感謝老師給予諸多機會與磨練，讓我能在一次次嘗試中看見自己的能力與不足。和老師的諸多討論，都讓我更加釐清自己的思緒，幫助我在反思中逐步成長。感謝老師自始至終都為我著想，謝謝您帶給我滿滿的收穫與啟發。

感謝薛漪平老師，百忙之中閱讀我的論文，條列出非常多實用深刻的建議，甚至把整本書稿的劃記交給我參考。也感謝老師每次都用幽默為口試增添不少歡聲笑語。

感謝以上老師們在口試時的提問與討論，提供我更多元的寫作方向、幫助我更全面地檢視此論文、深化我對此研究的思考。

謝謝研究室的大家，特別感謝劭彤和柔潔，百忙之中幫我評了那麼多份資料、和我一起開了那麼多會，二位提供的思路，都幫助我對同理、對 ECCS 有更深的體悟；感謝欣慧暖心的鼓勵和投餵，在我缺乏自信時說喜歡我的勇敢、在我被 COT 追著跑時主動伸出援手；感謝培雅給我好多擁抱、跟我談心；感謝怡晴學姊，總是如此親切友善、在我被重重任務卡關時，教會我和團隊溝通的重要性；感謝士捷學長，總是快速地幫我解決統計相關問題，擔任學長的團動助教也讓我受益良多；感謝玉正學長，用清楚易懂的方式解答我方法學上的疑惑，在我糾結進度時鼓勵我早早下班哈哈。



謝謝我親愛的友人們：感謝綠野社的瑋雅、盈君、Amber 和璿祐，和你們在一起，原本困難繁雜的事都能變得簡單有趣，原本看不清的未來都能重新充滿希望，你們真的是我碩班生活的一大收穫與支柱，以後還要一起去更多地方旅行；謝謝可愛的攝影社，尤其宇宣、芷伶、宜蓁等人，好喜歡和你們出去玩，也謝謝你們好多次給我鼓勵、為我充電；謝謝親愛的亮白，和我談天說地、帶我爬山玩耍、請我喝喜酒、幫我改履歷，感謝你們從大學陪伴我至今，今後也要一直一起；謝謝楊珣，和妳隨便聊上兩句，都能讓我的心情又明亮一些。

感謝修課和參加課外活動期間邂逅的老師和夥伴們，特別是簡報課、兒童讀物、質性研究、青少年心理學的隊友們，還有 PEERS、心輔中心工作坊、I Am OT 工作坊遇到的老師和朋友們。感謝你們在我迷惘疲倦時為我加油打氣、幫助我看見自己的特質與優勢。

感謝我親愛的家人，永遠關心我、支持我，一直讓我感到被愛著。

謝謝上天的一切安排，也謝謝自己，抱一下，辛苦了。

謝謝一路走來所有幫助過我的人們。不愛麻煩別人的我，還是第一次如此長期地、持續地感到自己不斷在闖禍、犯錯、添麻煩。但也因此在一次次獲得幫助的過程中，感受到自己是何等幸運，身旁能有這麼多天使相伴。衷心感謝能有各位，陪我走過這段辛苦也美好的旅程。

函恩 謹致

中文摘要



背景及目的：「同理」是職能治療 (Occupational Therapy, OT) 人員需具備的重要臨床技能，然目前相關的工具缺乏，影響 OT 人員同理表現之評估。同理編碼系統 (Empathic Communication Coding System, ECCS) 相較其他工具，先透過「辨別同理時機」，再「判定醫療人員回應該時機之同理等級」，較為客觀且較深入明確，具應用潛力，但缺乏驗證。故本研究之目的為 (1) 檢視 ECCS 於國內生理 OT 情境之適用性，並 (2) 驗證 ECCS 應用於生理 OT 實習生之心理計量特性，包含：信度 (評估者間/內信度、隨機測量誤差、最小可偵測變化值) 與效度 (收斂效度)。

方法：本研究分為兩階段：(1) 工具準備與可行性測試：進行 ECCS 編碼規則翻譯並測試其可行性；(2) 心理計量特性驗證：採用次級資料之 30 份錄音檔與逐字稿，每份內容為生理 OT 實習生與新收案病人前 2 次評估/治療之過程，每次約 30 分鐘。研究設計：評估者間信度部分，將 30 份資料以塊狀隨機分派給 3 位評估者，每人評估 20 份資料，且每份資料由 2 位不同的評估者分別評估；評估者內信度則抽取 1 位，於完成初次評估後間隔 8 週，再評一次；收斂效度另請 1 位新的評估者，使用 Gap-Kalamazoo Communication Skills Assessment Form 之「展現同理」次量表評估 30 份資料，就其結果進行驗證。

結果：階段一：完成《ECCS 編碼及評分手冊》之編制，包含原有規則之翻譯及因應生理 OT 情境補充之文件，討論應用之困難與原因，並呈現評估結果以證明其可行性；階段二：ECCS 之評估者間信度不佳 [平均一致性百分比為 34% (n=17)；ICC=0.14 (n=18)、最小可偵測變化值百分比為 62%、最小可偵測變化值為 2.18]，評估者內信度可接受 [平均一致性百分比為 71% (n=10)；ICC=0.77 (n=16)、最小可偵測變化值百分比為 23%、最小可偵測變化值為 0.83]，收斂效度中等 [Pearson's $r=0.51$ (n=28)]。

結論：因專業特性與文化語境不同，應用 ECCS 於生理 OT 之細節尚有可調整之



空間。 ECCS 之評估結果易受評估者之主觀判斷所影響，當評估資料來自同位評估者時，具可接受之穩定度；不同評估者間，評估結果則不適合相互比較。本研究提供 ECCS 之基本心理計量特性，未來研究可進一步驗證其他心理計量特性，以利 OT 領域同理表現之評估與教學。

關鍵字：同理、心理計量特性、職能治療、醫學教育

英文摘要



Background and purposes: Empathy is an important clinical skill that occupational therapists should be equipped with. Yet there is a lack of relevant measures, affecting the evaluation of occupational therapist's empathic communication skills. The Empathic Communication Coding System (ECCS), compared to other instruments, can be used to measure empathic skills more objectively, thoroughly and precisely. Raters have to identify three kinds of patient-created "empathic opportunities", then code the health-care provider's responses to the empathic opportunities as one of seven levels (0~6). The ECCS has relatively higher potential than other measures, yet its psychometric properties remain largely unexamined. Therefore, the aim of this study is to (1) check the applicability of ECCS in Occupational Therapy (OT) for physical dysfunction in Taiwan, and (2) examine the psychometric properties (including inter-rater and intra-rater reliability, standard error of measurement, minimal detectable change and convergent validity) of the ECCS in assessing the empathy skills of OT interns.

Methods: This study was comprised of 2 phases: (1) Preparation and feasibility test: we translated the coding rules of ECCS and assessed its practicality; (2) Examining psychometric properties: we used collected data from a previous study. 30 audio-recording-and-transcription packs were included. The content of each pack of recordings and transcriptions included the interaction between an OT intern and his/her new patient during their first and second interviews. The length of each interview was approximately 30 minutes. The research design for examining the psychometric properties were as follows: (a) for inter-rater reliability, we applied block randomization to distribute the 30 packs to 3 raters. Each rater was responsible for 20 packs, and each pack was assigned to 2 different raters; (b) for intra-rater reliability, we randomly chose 1 rater to re-assess the same 20 packs again after 8 weeks; (c) for convergent validity,

another new rater was invited to use the “Demonstrates Empathy” subscale in the Gap-Kalamazoo Communication Skills Assessment Form to assess the 30 packs.

Results: In Phase 1, the *ECCS Coding and Rating Manual* was completed, including the translation of the original rules and the supplementary documents of the adjustments made under OT context. Also, there was discussion of the difficulties of ECCS application, and the evaluation results were shown to prove its practicality. In Phase 2, the results indicated that ECCS had poor inter-rater reliability [average agreement percentage=34% (n=17); ICC=0.14 (n=18), minimal detectable change (MDC) was 2.18, MDC%=62%], acceptable intra-rater reliability [average agreement percentage =71% (n=10); ICC=0.77 (n=16), MDC=0.83, MDC%=8%], and medium convergent validity [Pearson’s $r=0.51$ (n=28)].

Conclusions: Due to different professional characteristics and cultural contexts, there is still room for adjustment when applying ECCS in OT for physical dysfunction in Taiwan. The evaluation results of ECCS were easily affected by the subjective thoughts of raters. When the evaluation results came from the same rater, the stability was acceptable; but the results among different raters were not suitable for comparison. This study provided the basic psychometric properties results of ECCS. Future research can further examine other psychometric properties to benefit the evaluation and education of empathic skill in OT.

Keywords: Empathy, Psychometrics, Occupational Therapy, Medical education

目錄



口試委員會審定書	i
謝誌	iii
中文摘要	v
英文摘要	vii
目錄	ix
圖目錄	xi
表目錄	xii
第一章 同理	1
第一節 同理之定義	1
第二節 職能治療同理研究之不足	2
第二章 同理評估工具	3
第一節 常見之同理評估工具	3
第二節 同理評估工具之類型	5
第三節 適合本研究之評估工具	9
第四節 同理評估工具所需具備之心理計量特性	10
第三章 研究目的	13
第四章 研究方法	14
第一節 階段一：ECCS 之工具準備與可行性測試	14
第二節 階段二：ECCS 用於職能治療實習生之心理計量特性驗證	16
第五章 結果	23
第一節 階段一：ECCS 之工具準備與可行性測試	23
第二節 階段二：ECCS 用於職能治療實習生之心理計量特性驗證	26
第六章 討論	28
第一節 階段一：ECCS 之工具準備與可行性測試	28
第二節 階段二：ECCS 用於職能治療實習生之心理計量特性驗證	37
第三節 研究限制	43
第四節 給未來研究之建議	43
第七章 總結	45

參考文獻	46
附件一、ECCS 同理時機編碼規則	74
附件二、ECCS 同理回應等級編碼規則	81
附件三、OT 情境之同理時機共識補充	85
附件四、OT 情境之同理回應等級範例補充	87
附件五、GKCSAF 溝通技巧評估表－專家版	91



圖目錄

圖一、研究流程圖	55
圖二、各同理時機種類出現次數百分比	56
圖三、各同理回應等級出現次數百分比	57



表目錄



表一、同理之定義與類型	58
表二、依據「評估者」分類同理評估工具之特點與優缺點	59
表三、依據「評估時間點」分類同理評估工具之特點與優缺點	60
表四、依據「評估情境」分類同理評估工具之特點與優缺點	61
表五、常用同理評估工具所評估之概念的用途與限制	62
表六、常用同理評估工具之要點	63
表七、ECCS 之 3 種同理時機簡表	66
表八、ECCS 之 7 回應等級簡表	67
表九、常用同理評估工具之比較	68
表十、病人、實習學生與評估者之人口學描述性統計	69
表十一、信度：ECCS 之評估者間／內信度、隨機測量誤差與最小可偵測變化值	70
表十二、收斂效度：ECCS 平均分數與 GKCSAF 展現同理次量表得分之相關性	71
表十三、評估者間辨別 EO 之起訖不同，影響 RL 之判定（例一）	72
表十四、評估者間辨別 EO 之起訖不同，影響 RL 之判定（例二）	73



第一章 同理

第一節 同理之定義

同理之定義多元，學界迄今之共識有限 (Hemmerdinger et al., 2007a; Pedersen, 2009; Sulzer et al., 2016; Yu & Kirk, 2008, 2009)。一般對同理 (Empathy) 之討論可分為兩層面：「內在」知覺與認知過程，或「外顯」之行為。內在層面，著重在個人知覺與認知過程之同理（僅為腦內感受／推測層次），又可分為二大類型：情感同理 (affective/emotional empathy—察覺對方的情緒感受，並與對方產生相同之情緒感受) 與認知同理 (cognitive empathy—瞭解乃至預測對方之感受與情緒，甚或想法、經驗與考量等) (Hojat, 2016; Sulzer et al., 2016)。外顯層面，或稱為行為同理 (behavioral empathy)，則著重於個人展現出的同理行為 (Sulzer et al., 2016)，該行為可能由認知、情感同理所促發，如：幫助他人、問候關懷等表現。行為同理亦可細分為二部份做觀察與探究：肢體動作（點頭、拍肩等）與言語回應（確認對方之感受／情緒／想法／考量、給予肯定與支持等）。

而對臨床同理 (Clinical Empathy) 之討論，則略有不同，特別強調「認知同理」與「行為同理」之部份 (Bylund & Makoul, 2002; Hojat, 2016; Levett-Jones & Cant, 2020)。如 Hojat 便將臨床同理定義為：「理解病人的情況、觀點、感受後，與病人溝通、確認所理解之情況，並基於上述理解給予幫助（治療）。」 (Hojat, 2016) 「情感同理」在臨床同理中扮演之角色則較微妙：相對於「越多越好」的「認知同理」與「行為同理」，部分學者認為，適度的情感同理有助於與個案建立連結，然而過度的情感同理可能導致不必要的情感消耗，並使醫療人員無法保持理性的判斷 (Hojat, 2016)。綜合而言，由於臨床同理有較明確之目的（建立醫病關係以利治療之進展），其所聚焦之同理面向亦較具體—強調理解（認知）與傳達理解／給予支持（行為）—為本研究採納之定義。（表一可見上述同理類型定義之整理）



第二節 職能治療同理研究之不足

近年來，越來越多研究呈現出同理在醫療領域之重要性，如：有助於提升病人之對治療的順從度、減少醫療糾紛；亦有助於增進醫療人員的健康、安適感與對專業的成就感 (Halpern, 2003)，並減少醫療人員的倦怠、憂鬱與焦慮等 (Brazeau et al., 2010; Dyrbye et al., 2010; Neumann et al., 2011)。此外，亦有研究表明，病人對其醫師同理心高低之想法，與其健康結果呈正相關 (Hojat et al., 2011; Rakel et al., 2009)。

然而，現有研究大多仍以醫學及護理領域為主，職能治療 (Occupational Therapy, OT) 領域之研究較不足。就研究者所知，OT 現有之同理相關文獻大致有以下 4 問題：(1) 許多文獻已年代久遠，近代文獻較少 (Brown et al., 2010; Christiansen, 1977; Wise & Page, 1980)；(2) 多數研究以自評式問卷評量受試者之同理心 (Brown et al., 2010; Christiansen, 1977; Serrada-Tejeda et al., 2021)，此法易產生社會期待偏誤；(3) 即便非為自評式問卷，亦多以假設性情境等較間接之方式評估同理心，而非評量臨床實際同理表現 (Wise & Page, 1980; 翁嘉遜，2013)；(4) 多為國外之文獻，存在文化差異。我國發表之評量 OT 同理相關研究僅 1 篇，然其評量之同理與臨床情境差異較大 (翁嘉遜，2013)。綜上，目前我國 OT 領域之同理研究有所不足，且缺乏具良好心理計量特性 (psychometric properties) 之工具以確實評估受試者之臨床同理表現。

好的評估工具將有助於分析 OT 治療師／實習生同理表現之優劣，並有利於發展後續介入／改善同理表現之方法。找到具潛力應用於 OT 專業之同理評估工具，並驗證其心理計量特性，應為發展 OT 領域同理研究之第一步。



第二章 同理評估工具

第一節 常見之同理評估工具

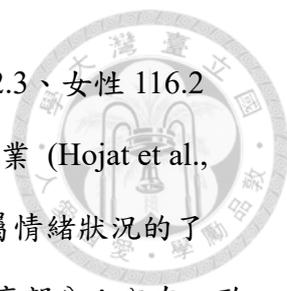
研究者搜尋常見之同理評估工具，其中，Sulzer 等人於 2016 年之研究指出，109 篇醫學教育相關之研究中，使用 Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE) 作為評估工具者為最大宗 (41%)，接著依序為 Interpersonal Reactivity Index (IRI) (19%)、Hogan Empathy Scale (HES) (5%)，其餘 Balanced Emotional Empathy Scale (BEES)、Barrett-Lennard's Relationship Inventory (RI)、Accurate Empathy Scale (AES)，以及 Consultation and Relational Empathy Measure (CARE) 等工具則同樣各佔 4%。(Sulzer et al., 2016)

研究者蒐集各工具之資料發現，僅 JSPE、CARE 是為醫療領域設計，其餘工具與生理 OT 臨床情境之關聯性較低。如：AES 之適用族群為心理治療，其預設之會談內容涉及較深之心理議題；IRI、HES、BEES、RI 等工具以一般性同理心之調查為主，其題目設計與臨床情境相去甚遠（IRI 之例題如：「我看小說的時候，很容易與書中的角色共情」）。

故以下先針對 JSPE 與 CARE 做簡介（亦可見表六之資料彙整表）：

一、傑佛遜同理心量表 (Jefferson Scale of Empathy, JSE)

JSE 由 Hojat 等學者發展 (Hojat et al., 2001)。其最初用以測量醫師與醫學生對同理的看法或態度，名為 Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE)，後擴展至其他醫療相關專業人員與學生，並更名為 JSE (Hojat, 2016; Hojat et al., 2002; Hojat & LaNoue, 2014; Williams & Beovich, 2020)。JSE 共有三種版本：醫療專業人員（含醫師）版 (HP-version)、醫學生版 (S-version)，以及醫療相關專業之學生版 (HPS-version)，版本之間內容相似，唯措辭稍有修改，例如：「我應該……」(HP-version)、「醫師應該……」(S-version)、「醫療專業人員應該……」(HPS-version) (Thomas Jefferson University, 2022)。JSE 共 20 題，填答時間約 10 分鐘，採李克特 7 點量表計分（1=非常不同意；7=非常同意），總分介於 20~140 分，分數越高



代表同理心越趨正向。美國醫學生版的 JSE 平均分數為男性 112.3、女性 116.2 分，一般認為男性 ≤ 95.0 、女性 ≤ 100.0 可能不適合從事照護專業 (Hojat et al., 2018; Hojat & Gonnella, 2015)。例題如：「醫護人員對病人及家屬情緒狀況的了解，是醫病關係中重要的一環」。JSE 之心理計量特性方面，信度部分：內在一致性良好 ($\alpha=0.81\sim 0.89$; Hemmerdinger et al., 2007b)、再測信度中等 (醫師版 $r=0.65$; Hemmerdinger et al., 2007b)；效度方面：收斂效度低至中等 [JSPE 與 Jefferson Scale of Patient Perceptions of Physician Empathy (JSPPE) 之 $r=0.23\sim 0.48$ (Foster & Yaseen, 2019)；JSPE 與 IRI 之 $r=0.45$ (Hojat et al., 2005)]。

JSE 為最常用的同理評估工具 (Sulzer et al., 2016)，被翻譯成 56 種語言，於 85 個國家廣泛使用 (Thomas Jefferson University, 2022)，中譯版 JSE 之內在一致性良好 ($\alpha=0.90$; 鄭榮峰等, 2011)。

二、Consultation and Relational Empathy (CARE) Measure

CARE 由 Mercer 等學者發展 (Mercer et al., 2004)。其目的為評量病人感受到的同理，以做為醫師同理表現之反饋。CARE 共 10 題，由病人填寫，每題都有一些例子輔助病人理解，填答時間約 5~10 分鐘。採李克特 5 點量表計分 (1=差；5=優良)，總分為 10~50 分，分數越高代表醫師的同理越佳。CARE 得分高低之區間可分為：10~30 低度同理、31~40 中度同理、41~50 高度同理 (Mercer et al., 2016; Steinhausen et al., 2014)。例題如：「醫師確實聆聽的表現如何？(在您說話時專心聆聽，而未盯著病歷或電腦看)」。CARE 之心理計量特性方面，信度部分：內在一致性良好 ($\alpha=0.93$; Mercer et al., 2004)、再測信度不佳 ($\rho=0.57$; Bikker et al., 2005)；效度部分：收斂效度良好 (CARE 與 JSPPE 之 $\rho=0.77$ ；CARE 與 global rating 之 $\rho=0.79$; Chen et al., 2015)。

三、JSPE 與 CARE 之限制

JSPE 與 CARE 雖是為醫療領域所設計，且為較常見之評估工具，然仍分別有其限制。JSPE 之限制如：由受試者自行作答，其答題結果可能易產生社會期待

之偏誤，且其題目之設計比起同理行為，更像評量對同理之態度，與實際臨床表現差距較遠。CARE 之限制如：由病人作答，其評估品質較難管控、難以確保每位病人對題目之解讀相同，且其問卷題數僅 10 題，較簡略，評估較不深入。

本研究希望能針對受試者之實際臨床表現，進行較深入完整之評估，因此勢必需要再尋找更合適之評估工具。

第二節 同理評估工具之類型

為尋找具潛力應用於生理 OT 臨床同理評估之工具，本研究先找出 4 種容易影響工具特點之特性，將工具依照不同特性做分類，並針對各類型工具之優劣勢做分析。以下依據工具之 4 種特性：「評估者」、「評估時間點」、「評估情境」、及「所欲評估之概念」，分別分析各特性下不同類型工具之特點。

一、評估者

同理評估工具依據「評估者」之不同，可分為 3 種類型（表二）：1. 專家評估；2. 病人或標準病人評估，以及 3. 受試者自評。（Coll et al., 2017; Foster & Yaseen, 2019; Hemmerdinger et al., 2007b; Ilgunaite et al., 2017; Pedersen, 2009; Sulzer et al., 2016; Yu & Kirk, 2008, 2009; 陳怡妙、黃小玲，2021）

1. 專家評估

專家指受過訓練之評估人員，此人並未實際參與會談，能以第三者的視角觀察醫病互動進行評估。專家需在使用工具前接受訓練，其身份可為研究人員或臨床醫療人員等。此種評估方式之優點為：由旁觀的第三者進行評估，較為客觀 (Yu & Kirk, 2009)；由於需受訓，評估之品質較易管控；可快速評估，亦可完整而深入地評估；專家可向學生提供評估結果之說明，適用於教學。而缺點則為：人力與時間的成本較高，需額外訓練專業人員。若欲達成高品質同理評估，專家為最佳之評估者（陳怡妙、黃小玲，2021）。

2. 病人或標準病人評估

病人與標準病人 (Standardized Patient) 分別指真正因病接受治療者，以及



接受標準病人訓練後，依照劇本扮演病人者。此二者直接與醫療人員／實習生互動，是同理行為的接收者，能以病人之觀點／感受判斷醫療人員／實習生之同理表現（Hemmerdinger et al., 2007a; Williams & Beovich, 2020; Yu & Kirk, 2008, 2009; 陳怡妙、黃小玲，2021）。此種評估方式之優點為：通常為了能在醫病互動結束後立刻填寫，以問卷進行，內容簡潔扼要，可行性高、容易採用；病人為醫病互動之主角，其感受最為直接，且是重要的參考值，標準病人亦可提供類似病人之觀點；此外，標準病人可向學生提供評估結果之說明，適用於教學。而缺點則為：問卷問題較簡略，以及評估結果之品質較難管控（一般病人部分，以自身感受／直覺作答，難以確保其完全理解題意，且每位病人對題目文字的解讀可能不盡相同；標準病人方面，需全程同時注意自己的演出與學生的同理表現，可能難以顧及兩者）。

3. 受試者自評

受試者自評部分，指醫療人員／實習生透過自省判斷自身的同理表現。自評之優點為：可透過題目引導醫療人員／實習生自我省思，並瞭解同理技巧之重點，有助於同理技巧之學習。而缺點則為：受試者可能以同理「相關知識」判斷本身能力，或配合社會期待而作答，意即他們難以看到自己的優點或不欲呈現自己的觀點（以免被他人批判）（Ilgunaitė et al., 2017）。

二、評估時間點

同理評估工具依據「評估時間點」分類，可分為3種類型（表三）：1. 會談後現場立即評估、2. 錄影或錄影後評估，及3. 受測當下或回顧某時期之評估。

1. 會談後現場立即評估

指評估者依據對臨床現場之觀察或感受直接給予評分。因評估時間較有限，此類型之評估工具通常為較精簡／扼要之檢核表，由於題目簡略，雖可快速執行，但評估結果之品質較不佳。此外，評估者為專家時，或可邊觀察邊記錄重點，但受試者與病人則需透過回想來進行評斷，易受記憶力影響。



無論邊觀察邊紀錄，或透過回想評分，均不易進行深入完整的評估。

2. 錄影（音）後評估部分

指將會談過程錄影或錄音，並繕打逐字稿，評估者可反覆觀看（聆聽）會談過程，並搭配逐字稿進行評估。優點為有較多時間仔細做評斷，可進行較深入完整的評估、評估品質較佳。此外，錄影（音）與逐字稿之內容可具體明確地指出受試者之問題所在，可做為後續個別教學／回饋或團體教學之素材。然而，錄影（音）需有特定空間與良好設備資源，且評估錄影（音）內容（含逐字稿）相當費時，執行之門檻較高。

3. 受測當下或回顧某時期之評估

指不以特定單一會談的表現作評估。其目的可能為調查受試者當下或某一求學／執業時期，整體而言對同理的態度或技巧。此類型之評估工具通常為較精簡／扼要之檢核表，可用於大樣本的普查。然由於題目簡略，雖可快速執行，但評估結果之品質較不佳。且其評估標的較概略、不明確，回想某一時期整體的表現時，也易受記憶效應影響。

簡言之，若欲追求高品質之同理評估，宜由專家使用錄影（音）與逐字稿於特定會談後進行評估。若時間／資源有限，則可考慮以會談後現場立即評估之方式進行：如由臨床人員於現場觀察評估，並輔以受試者與病人之問卷調查。若欲調查受試者當下或某一時期整體的同理態度或技巧，則可考慮使用非針對特定會談之工具。

三、評估情境

同理評估工具依據「評估情境」分類，可分為3種類型（表四）：1. 真實情境評估、2. 模擬情境評估，與3. 非特定會談情境評估。

1. 真實情境評估

此類評估之評估標的為實際臨床情境，可真實反映臨床現場之情形。可採現場立即評或錄影（音）等方式進行評估，錄影（音）時需考量病人意



願、設備／空間／環境合適性等因素，然若病人與受試者均同意，累積的資料可做為教材提升同理教學效能。真實病人之情況多元，每位病人的情緒與表達方式各異、對同理風格的喜好也不盡相同，樣本數小時，受試者之同理分數可能易受病人之情況影響而有所波動。

2. 模擬情境評估

此類評估需設計教案並與標準病人配合，可重複呈現特定需同理的會談情境。可採現場立即評或錄影（音）等方式進行評估，由於標準病人與空間可先行溝通、篩選，錄影（音）之困難性較真實情境低。教案通常為重要／常見的會談情境，可同其錄影（音）資料做為教材，提升同理教學效能。然而，模擬情境與真實臨床情境仍有差異，故受試者於模擬情境之評估結果（同理技巧），可能不易概化至臨床現場之表現。且模擬情境中，設計教案、培訓標準病人、找到適合空間等事前準備均較耗費資源。

3. 非特定會談情境評估

此類型之特性與前述「受測當下或回顧某時期」之評估特性相似，故不再贅言，詳可見前段。

簡言之，若欲瞭解臨床真實情境之情形，可以真實情境為評估標的。若欲控制情境，使受試者面對同樣的挑戰，則可採模擬情境之方式進行。

四、所欲評估之概念

同理評估工具依「工具所欲評估之概念」分類，至少可分為5種類型（表五）：1.對同理之知識、2.態度、3.外顯同理行為、4.內在同理過程、5.臨床同理等。同理之定義多元，同理評估工具所評估之概念亦相當多元，應用同理評估工具時，使用者應掌握研究或實務之用途，以選擇最適之評估概念。並且，解釋結果時，應留意所測量之概念代表之意涵，而非一味將分數解釋為同理心的高低。

亦應注意，部份概念在作答時可能受背誦與社會期待影響。如：評量同理之知識時（對同理之概念、技巧、重要性的瞭解），受試者易以背誦方式答題；評

量對同理之態度時（對同理知識的認同程度、執行意願），受試者易以背誦與社會期待答題，較無區辨力。



第三節 適合本研究之評估工具

一、適合本研究之評估工具類型

本研究欲針對受試者之實際臨床表現，進行較深入完整之評估。依據前一節同理評估工具類型之分析，由「專家」於「錄影（音）後」針對「真實情境」評估受試者的「臨床同理」表現之工具，應較適合本研究。

研究者參考不同的回顧型文獻 (Pedersen, 2009)，發現符合上述條件之工具有 Empathic Communication Coding System (ECCS)、The Roter Interaction Analysis System (RIAS)、The Four Habits Coding Scheme (4HCS) 等。然而，RIAS 與 4HCS 等工具之設計較不是針對同理行為，而是更廣泛的溝通與互動，故 ECCS 或許為較適合本研究之工具。(JSPE、CARE、ECCS 之特性比較可見表九)

二、同理編碼系統 (Empathic Communication Coding System, ECCS)

ECCS 由 Bylund 發展 (Bylund, 2001; Bylund & Makoul, 2002, 2005)，目的為分析、評估醫師與醫學生的同理行為。不同學者也陸續將 ECCS 應用於營養師 (Goodchild et al., 2005; Parkin et al., 2014)、臨終關懷團隊 (Wittenberg-Lyles et al., 2012) 等不同的醫療相關人員之同理行為評估。ECCS 之評分由受過訓練的評估人員進行，需將欲評之醫病會談過程錄音或錄影，後搭配逐字稿進行評估。評估分 2 步驟：「辨別同理時機」及「判定同理回應等級」。同理時機分 3 種：病人陳述之「情緒、進展或挑戰」(詳見表七、附件一)；同理回應等級分 0~6，共 7 等級，不同等級代表不同的同理行為。如：6—分享情緒／經驗；0—忽略或否定病人的觀點 (詳見表八、附件二)。所需之評估時間視會談時長而定，時長 1.5 小時的會談，約需 2~3 小時的評估時間。計分以同理回應等級之分數為主，同場會談中所有回應等級之平均為該醫師的同理得分，分數介於 0~6 之間。ECCS 之心理計量特性方面，信度部分：評估者間信度中等至良好 (Cohen's Kappa=0.73~0.81;

Bylund & Makoul, 2002, 2005; Wittenberg-Lyles et al., 2012)。

ECCS 評估所需之時間與人力成本較高，然過去 OT 領域之同理研究闕如，本研究做為相關研究之初探，可透過完整深入之評估，瞭解職能治療領域同理情境之特性（如：紀錄職能治療情境中常見之同理時機、評量治療師常見之同理回應等），作為後續研究之參考，應值得投入相應之時間與人力。

此外，ECCS 之架構與內容均具應用於職能治療專業之潛力：ECCS 之回應等級架構可應用於同理技巧之教學；ECCS 以患者陳述之「情緒、影響生活品質的挑戰或進展」作為同理時機，此設計與職能治療對生活品質之重視不謀而合，甚具應用於職能治療專業之潛力。

綜上所述，ECCS 之特性符合本研究之需求，具應用之潛力。然而，其心理計量特性之證據有限，ECCS 可否精確評估同理、是否適用於職能治療專業，是本研究亟欲探究之要點。

第四節 同理評估工具所需具備之心理計量特性

心理計量特性 (psychometric properties) 為判斷評估所得之結果是否正確可靠的主要指標 (謝清麟、陳官琳, 2016)。實習生的同理評估工具作為研究或教學之成效指標，應能有效並準確地量測欲評估之概念或特質，且能靈敏地反應其變化，以幫助研究人員與臨床教師有效掌握學生表現。因此，同理評估工具應具備以下心理計量特性。

一、信度

信度 (reliability) 指評估工具重複評估一穩定特質時，可獲得相同結果之一致程度 (level of agreement)、穩定性 (stability, reproducibility) 與隨機測量誤差 (random measurement error) 之大小 (Atkinson & Nevill, 1998; Safrit & Wood, 1989)。常見的信度指標包含下列 4 種：評估者間信度 (inter-rater reliability)、評估者內信度 (intra-rater reliability)、隨機測量誤差與最小可偵測變化值 (minimal detectable change, MDC)。信度指標可協助使用者了解評估工具的



結果是否穩定、隨機測量誤差之大小，以及真實改變的閾值。以下將詳細介紹上述信度指標的重要性與臨床意義。

1. 評估者間信度

評估者間信度代表不同評估者評估相同對象所得結果的一致性，用以檢驗工具的評估結果是否受到評估者的主觀判斷影響 (Hobart et al., 1996)。具備良好的評估者間信度，代表評估工具之結果具備客觀性，不因評估者不同而改變，亦可加強評估結果或研究結果的類推性 (Portney & Watkins, 2009)。

2. 評估者內信度

評估者內信度代表同一位評估者評估同一位個案兩次以上所得資料之穩定性，時間為影響施測結果的唯一變異因素 (Brink & Louw, 2012)。具備良好的評估者內信度代表評估工具可提供穩定的測量結果，有利於臨床或研究人員對結果做出準確的判讀。

3. 隨機測量誤差

隨機測量誤差為評估工具受隨機因素影響，評估結果出現波動，分數時高時低、程度時大時小之情形。隨機測量誤差常以評估標準誤 (standard error of measurement, SEM) 以及 SEM% 估計。

SEM 之概念為：若同一受試者重複受測多次，則其測驗分數可能受到隨機因素影響而忽高忽低，這些多次測驗之分數理應呈現常態分布，此常態分配離散程度（標準差）即為 SEM。SEM 可反映隨機測量誤差的大小或評估結果的不穩定程度，若 SEM 愈小，則表示評估結果越穩定 (Atkinson & Nevill, 1998)。

SEM% 為 SEM 相對於受試者平均分數之百分比，可用以比較不同工具之 SEM 大小。尤其，每個評估工具之分數尺度不盡相同，導致其 SEM 大小有別，難以直接比較。一般而言，SEM% 以不超過平均得分之 10% 為可接受標準 (Chen et al., 2007; Flansbjer et al., 2005)。



4. 最小可偵測變化值

MDC (minimal detectable change) 為一切截分數／閾值，用以確認受試者之分數改變量是否超過隨機測量誤差。由於在傳統測驗中，測驗分數僅有真實分數與誤差二種來源，如分數改變超過誤差之範圍，即代表個案有真實的分數改變，故 MDC 又稱為最小真實變化值 (smallest real difference, SRD; Haley & Fragala-Pinkham, 2006)。如受試者分數改變超過 MDC，即代表其於二次測量間有真實的能力改變；反之，分數差異可能來自隨機測量誤差，故應保守解讀。

MDC% 為 MDC 相對於受試者平均分數之百分比，可用以比較不同工具之 MDC 數質的大小。與 SEM 情形相同，由於各工具之分數尺度有別，MDC 數值難以直接比較，故將之換算為 MDC%，以利測驗分數之解讀。一般而言，MDC% > 30% 視為不可接受 (Yang et al., 2020)。

二、效度

效度 (validity) 是評估工具能正確評估到欲評概念或特質的程度 (Hobart et al., 1996)。本研究主要驗證者為收斂效度 (convergent validity)。收斂效度乃欲測量之特質缺乏黃金標準的效標時，可用以驗證測量結果與理論上相關特質的關聯程度 (Portney & Watkins, 2009)。此資訊可讓使用者間接瞭解此工具是否能評估到理論上欲評估的概念或特質。

第三章 研究目的

本研究分為兩階段進行，其目的分別如下：(一) ECCS 之工具準備與可行性測試：目的為檢視 ECCS 於國內生理 OT 情境之適用性；(二) ECCS 用於 OT 實習生之心理計量特性驗證：目的為驗證 ECCS 之心理計量特性，包含信度（評估者間／內信度、隨機測量誤差、最小可偵測變化值）與效度（收斂效度）。



第四章 研究方法



本研究分為兩階段：(一) ECCS 之工具準備與可行性測試；(二) ECCS 用於職能治療實習生之心理計量特性驗證。

第一節 階段一：ECCS 之工具準備與可行性測試

研究者以 2 步驟完成 ECCS 之工具準備與可行性測試：一、編碼規則翻譯；二、臨床可行性測試。

一、編碼規則翻譯

1. 資料來源

本研究採用之原始文件為 Bylund 於 2001 年發表之編碼規則 (Bylund, 2001)，其中，「同理回應等級 3 與等級 4」，再以原作者 2005 年提出之修訂做修改 (Bylund & Makoul, 2005)。整體編碼規則包含兩部份：「同理時機 (empathic opportunities, EO)」與「同理回應等級 (response levels, RL)」。「同理時機」之規則包含：各同理時機之定義、常見例句與排除情形、同理時機結束與區辨之方式等。「同理回應等級」之規則包含：各回應等級之定義與例句等。

2. 研究流程

首先，由研究者獨立翻譯原始文件；接著，將翻譯初稿與原始文件交由 2 位具職能治療師資格之研究人員分別閱讀，請其針對翻譯文字合適性各自提出建議；隨後，由研究者匯集建議、修改初稿；最後，3 人共同經歷數輪討論，並與指導教授確認修改之內容適切後，完成初版翻譯。

二、臨床可行性測試

1. 資料來源

本測試階段之資料來自《職能治療師與患者或家屬之決策模式調查》計畫 (謝清麟, 2017)，該計畫收錄生理 OT 治療師與新收案中風病人前 2 次評估／治療內容之逐字稿與錄音檔，主要進行期間為 2018 年 1 月至 2019 年 6



月。收案地點為台大醫院復健部。病人之納入條件有四：(一) 為該治療師新收案之病人；(二) 診斷為中風；(三) 具溝通及認知能力（若溝通或認知能力其一有缺陷者，則另邀經常參與醫療決策討論之主要照顧者）；(四) 願意接受錄音。排除條件為：無法遵從指示完成評估者。

2. 研究流程

本研究邀請 3 位職能治療師擔任評估人員。此 3 人依循以下流程進行評估：(1) 熟悉編碼規則之初版翻譯；(2) 利用編碼軟體 ATLAS.ti 9，3 人各自對相同的資料進行編碼：圈選逐字稿中的目標文句，給予相應編碼（屬於何種同理時機、何種同理回應等級）。編碼時，需同時使用逐字稿與錄音檔（閱讀逐字稿，並同時聆聽音檔判斷語氣、停頓時間長短等非語言線索）；(3) 專家（研究者之指導教授）與 3 位評估人員針對評估結果進行討論，確定達成對規則解讀的共識決；並以 OT 專業角度檢視編碼規則，針對不夠明確處，加上一般性定義等補充，協助解讀；(4) 重複 (2) 及 (3) 兩步驟，直至無重大問題後，完成臨床可行性測試。

3. 可行性判斷標準

本研究預計由 2 面向測試 ECCS 於生理職能治療情境之可行性：「文字規則」及「應用結果」。其重點其判斷標準分別說明如下：

(1) 文字規則

本研究欲檢視 ECCS 之文字規則應用於生理 OT 情境時，是否出現困難。其判斷標準以專家（研究者之指導教授）與 3 位評估人員之意見為主，由研究者彙整之。

(2) 應用結果

本研究之 ECCS 應用結果，將與 ECCS 之發展文獻比較以展現本研究之可行性。欲檢視之 ECCS 評估結果包含：EO 數量（原始資料中「有 EO 之資料比例」、每段訪談的「平均 EO 個數」、「三種 EO 之分別佔比」）與 RL 分

布（各等級出現次數百分比）等，以確認是否出現「EO 數量過少」或「RL 分數不具鑑別性」等影響適用性之情形。計算 EO 個數與各等級出現次數時，每份資料之 EO 個數／各等級出現次數以各評估者之平均計。

第二節 階段二：ECCS 用於職能治療實習生之心理計量特性驗證

本研究之第二階段目的為驗證 ECCS 用於生理 OT 實習生之心理計量特性，主要包含信度（評估者間／內信度、隨機測量誤差、最小可偵測變化值）與效度（收斂效度）二部份。

一、資料來源

本研究為次級資料分析，相關資料來自《發展與驗證職能治療實習生溝通技巧訓練方案》計畫（黃小玲，2020）。該計畫收錄生理 OT 實習生與新收案病人前 2 次評估／治療內容之逐字稿與錄音檔（每次約 30 分鐘），自 2020 年 8 月至 2021 年 4 月三個實習梯次中，共收錄 38 份逐字稿與錄音檔。收案地點為台大醫院復健部與中山醫大附設醫院復健科。病人之納入標準有七：（一）為該位實習生新收案之病人；（二）診斷不限；（三）年滿 20 歲；（四）經醫師評估須接受職能治療；（五）具口語溝通能力（含表達與接收能力，至少能概述一天的職能安排）；（六）具基礎認知能力（能完成 MMSE 中的 2 項測驗：1. 覆誦「白紙真正寫黑字」；2. 看文字「請閉上眼睛」唸一遍並做出動作）；（七）願意接受錄音。排除標準有二：（一）無法遵從指示完成訪談；（二）具溝通障礙者（如：失語症或嚴重聽力障礙）。

研究者因應本研究之需求新增三排除條件如下：（一）病人之慣用語為台語，實習生應對時有困難；（二）錄音之環境過於嘈雜，導致音檔與逐字稿品質不佳；（三）家屬、看護或指導老師大量介入。依上述排除條件篩選資料後，得可用之逐字稿與錄音檔共 30 份。

以前 2 次評估／治療之內容做為評估標的，較容易觀察到病人陳述「同理時機」與實習生的「同理回應」，因雙方通常需於前 2 次評估／治療進行較多對



談，以釐清主要問題、訂定治療計畫，病人也容易在過程中陳述遇到的「挑戰」或抒發「情緒」。

二、研究流程

本研究邀請 3 位職能治療師擔任評估人員，進行 ECCS 之評估訓練。訓練內容包含：(1) 熟悉《ECCS 編碼及評分手冊》之內容（附件一～四）；(2) 練習使用編碼軟體 ATLAS.ti 9；(3) 評估 5 份測試用資料並與研究者討論，確認其編碼與評分無誤後，完成訓練。

研究者將符合篩選條件之 30 份資料（逐字稿＋錄音檔）以及 3 位負責 ECCS 之評估人員進行隨機分派，使每位評估者評估 20 份資料，且每份資料由 2 位不同的評估者分別評估。評估順序由評估者自行決定。評估者需獨立評估，期間不能相互討論，各自保留結果。此階段評估結束後，評估者將結果交給未參與評估的第四位研究人員保管及校對。此外，為避免影響下一階段評估者內信度之結果，評估者需將自己擁有的資料刪除。

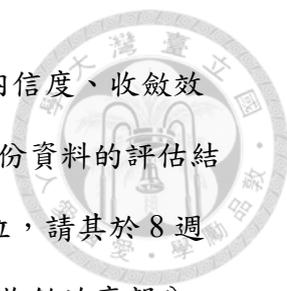
資料與評估人員具體之分派方式如下：

1. 分派 30 份資料：

採塊狀隨機分派 (block randomization) 將 30 份資料分為 ABC 三組，每組 10 份資料。使用 excel 進行分派，共四步驟：(1) 使用“RAND”函數功能，分別給 30 份資料一個 0~1 之間的隨機亂數。(2) 使用“RANK”函數功能，將所有亂數按大小排名（1~30 名）。(3) 將排名除以每組的人數（10 人），將所得之商無條件進位至整數，則每份資料均可對應至 1、2、3 其中一個數值。(4) 規定 1 對應 A 組、2 對應 B 組、3 對應 C 組，即完成塊狀隨機分派。

2. 分派 3 位評估者：

採隨機分派，使 3 人分別負責評估 A+B、B+C、A+C 組的資料，評估者一次取得 20 份逐字稿。



依據不同的心理計量特性之驗證（評估者間信度、評估者內信度、收斂效度），接續有以下不同的流程：研究者比對相異兩位評估者對同份資料的評估結果，以驗證評估者間信度；研究者自 3 位評估者中抽籤決定 1 位，請其於 8 週後，將評過的 20 份資料重新再評一次，以驗證評估者內信度；收斂效度部分，則另邀請 1 位熟悉 Gap-Kalamazoo Communication Skills Assessment Form 評估之職能治療師使用「展現同理」次量表評估全部的 30 份資料，就其結果進行驗證。

三、研究工具

1. ECCS

ECCS 為本研究主要使用之工具，其評估過程包含：判定同理時機之種類，以及評量同理回應之等級。其結果主要以回應等級之平均值呈現，代表受試者該次會談的同理表現。數值介於 0~6 分之間，得分越高，代表受試者傳達了較多的同理（但不一定代表該表現更符合病人喜好，或能達到較好的效果）。更多 ECCS 之介紹，見第二章第三節。

本研究最終使用之工具為《ECCS 編碼及評分手冊》，其內容包含：原編碼規則之翻譯與加註，以及本研究補充之同理時機判定共識、同理回應等級例句等。詳見附件一~四。

2. GKCSAF

Gap-Kalamazoo Communication Skills Assessment Form (GKCSAF; Rider & Nawotniak, 2010) 為溝通技巧評估工具。使用方式包含自評、病人或家屬評，以及醫療人員評估。共有 9 大次量表，每個次量表代表一種溝通技巧，分別為：建立醫病關係、開啟議題討論、收集資料、了解病人／家屬的觀點、確保病人／家屬理解訊息、達成共識、總結並結束、展現同理、傳遞正確資訊。採李克特量表計分，每個次量表可單獨計分，1=差；2=普通；3=好；4=很好；5=極好。每個次量表分別包含 2~5 項相關言行指標，以作為使用者評

分之參考。具有良好之評估者間信度 (ICC=0.83~0.89) 及內部一致性 (Cronbach's α =0.84~0.88; Peterson et al., 2014)。

本研究採用 GKCSAF 的醫療人員版，並以臺大職能治療學系研究團隊的英譯中版本（附件五）進行評估。以「展現同理」次量表之得分作為收斂效度之效標。該項度包含 4 項言行指標：(1) 醫療人員的表情及行為適當，符合會談的性質；(2) 展現出關心與想幫忙的意願；(3) 辨識、說出、或確認病人／家屬的情緒反應；(4) 適當地回應病人／家屬隱含的情緒。該次量表具可接受的評估者間信度 (ICC=0.6~0.7; Peterson et al., 2014)。研究進行時，評估者需聽錄音檔並搭配逐字稿，進行 GKCSAF 「展現同理」次量表之編碼與評分。

四、資料分析

病人與實習生之人口學資料及評估結果以 SPSS 25.0 (IBM, 2017) 統計軟體進行分析，皆採用雙尾檢定 ($\alpha=0.05$)，所使用之資料分析方法如下：

1. 人口學變項

以描述性統計敘述本研究對象之基本人口學特性，包括：病人之性別、年齡、教育程度、診斷；實習生之性別、年齡；及評估者之性別、年齡及相關資歷。

2. 信度

(1) 評估者間信度

評估者間信度之分析分為「辨別同理時機」與「判定同理回應等級」兩部份。

「辨別同理時機」之評估者間信度以平均一致性百分比為指標。一致性百分比之計算，以評估者判斷一致之頻率為分子（即評估者共同辨識之同理時機數量），並以該次訪談中所有可能的判別時機為分母（即評估者所辨識之所有同理時機數）。判斷一致之定義為評分者所圈選之段落主題



相同（例如個案陳述疾病對其生活造成之困擾時），但圈選之範圍（如多一句或者少一句話）不影響此一致性之判別結果。由於評估者將審視多次訪談之結果，故研究者將計算多次訪談結果一致性百分比之平均值，以代表 ECCS 同理時機向度之評估者間信度。此外，計算平均值時，本研究排除「總同理時機數量小於 3」之資料，以獲得較穩定的信度結果。平均一致性百分比之判斷標準為大於 80% 代表可接受 (McHugh, 2012)。

「判定同理回應等級」之評估者間信度則以 ICC 為指標，以檢驗此向度之評分穩定性。本研究以每份資料（實習生之前 2 次會談表現）之平均分數計算 ICC，若遇「任一位評估者認為該訪談未出現同理時機，故無法評估同理回應等級」之情形，則予以排除。採用 ICC (1,1) 進行計算，其分析模型為二因子隨機效應的變異數分析 (1-way random effect ANOVA; Shrout & Fleiss, 1979)。ICC 之判斷標準如下：大於 0.90 代表評估者間信度優異；0.75~0.90 代表良好；0.5~0.75 代表中等；小於 0.50 代表不佳 (Koo & Li, 2016)。

(2) 評估者內信度

評估者內信度之分析分為「辨別同理時機」與「判定同理回應等級」兩部份。

「辨別同理時機」之評估者內信度以平均一致性百分比為指標。一致性百分比之計算，以評估者判斷一致之頻率為分子（即評估者 2 次均辨識之同理時機數量），並以該次訪談中所有可能的判別時機為分母（即評估者 2 次評估所辨識之所有同理時機數）。判斷一致之定義為評分者所圈選之段落主題相同（例如個案陳述疾病對其生活造成之困擾時），但圈選之範圍（如多一句或者少一句話）不影響此一致性之判別結果。由於評估者將審視多次訪談之結果，故研究者將計算多次訪談結果一致性百分比之平均值，以代表 ECCS 同理時機向度之評估者間信度。此外，計算平均值



時，本研究排除「總同理時機數量小於3」之資料，以獲得較穩定的信度結果。平均一致性百分比之判斷標準為大於80%代表可接受 (McHugh, 2012)。

「判定同理回應等級」之評估者內信度則以 ICC 為指標，以檢驗此向度之評分穩定性。本研究以每份資料（實習生之前2次會談表現）之平均分數計算 ICC，若遇「任一位評估者認為該訪談未出現同理時機，故無法評估同理回應等級」之情形，則予以排除。採用 ICC (2,1)進行計算，其分析模型為二因子隨機效應的變異數分析 (2-way random effect ANOVA; Shrout & Fleiss, 1979)。ICC 之判斷標準如下：大於 0.9 代表評估者間信度優異；0.75~0.9 代表良好；0.5~0.75 代表中等；小於 0.5 代表不佳 (Koo & Li, 2016)。

(3) 隨機測量誤差

研究者計算 SEM 與 SEM% 以分析評估者評估同份資料 2 次所得 ECCS 平均分數之隨機測量誤差。SEM 與 SEM% 可由下列公式計算 (Flansbjerg et al., 2005; Yang et al., 2020)：

$$SEM = SD_{\text{all testing scores}} \times \sqrt{(1-ICC)} \quad (1)$$

$$SEM\% = (SEM / \text{Mean}_{\text{all testing scores}}) \times 100\% \quad (2)$$

其中， $SD_{\text{all testing scores}}$ 代表所有樣本之標準差；ICC 代表評估者間或評估者內信度之相關係數； $\text{Mean}_{\text{all testing scores}}$ 代表所有樣本之平均值。SEM% < 10% 代表有可接受的隨機測量誤差 (Chen et al., 2007; Flansbjerg et al., 2005)。

(4) 最小可偵測變化值

研究者使用 MDC 分析 ECCS 平均分數超過「真實改變」的參考標準，再以 MDC% 檢驗 ECCS 平均分數中誤差所佔的比例。MDC 由 SEM



推估而來，MDC 與 MDC%可由下列公式計算 (Chen et al., 2007; Yang et al., 2020)：

$$\text{MDC} = 1.96 \times \text{SEM} \times \sqrt{2} \quad (\text{採用 } 95\% \text{ 信賴水準}) \quad (3)$$

$$\text{MDC}\% = (\text{MDC} / \text{Mean}_{\text{all testing scores}}) \times 100\% \quad (4)$$

其中， $\text{Mean}_{\text{all testing scores}}$ 代表所有樣本之平均值。MDC% > 30% 視為不可接受 (Yang et al., 2020)。

3. 效度

(1) 收斂效度

研究者使用皮爾森相關係數 (Pearson's correlation coefficient) 分析同一位實習生 ECCS 之平均分數與 GKCSAF「展現同理」次量表得分之相關性，以驗證收斂效度。研究者將每份資料所得之 ECCS 平均分數混合：若 2 位評估者均有給分，則取 2 分數之平均值；若僅 1 位評估者認為該筆資料不含同理時機、未給分，則取有給分者所評之分數；若 2 位評估者均未給分，則該資料忽略不計。由於就研究者所知，尚未有用於同理表現評估之黃金效標，故本研究以收斂效度做為主要驗證標的。r > 0.60 代表收斂效度高；0.30~0.60 代表中等；< 0.30 代表差 (Andresen, 2000)。

第五章 結果



第一節 階段一：ECCS 之工具準備與可行性測試

本研究共使用 11 份逐字稿與錄音檔進行 ECCS 初版翻譯之修改與可行性測試。研究者集結所有修訂之翻譯與補充資料（附件一～四）編制完成最終版《ECCS 編碼及評分手冊》。

結果之細節包含 2 部分：1. 編碼規則翻譯，2. 臨床可行性測試結果。分別詳述如下：

一、編碼規則翻譯

《ECCS 同理時機編碼規則》（附件一）、《ECCS 同理回應等級編碼規則》（附件二）為更新後之編碼規則翻譯。研究者參考專家與評估人員之建議，透過修改與加註，更新初版翻譯中錯誤或不明確之處。

針對翻譯錯誤處，修改內容如：原先將情緒定義為「意識經歷喜悅、悲傷、害怕、厭惡或喜歡的情感狀態 (an affective state of consciousness in which joy, sorrow, fear, hate, or the like, is experienced)」，修改為「意識經歷喜悅、悲傷、害怕、厭惡或類似的情感狀態」。

針對規則不明確處，加註內容如：針對進展、挑戰同理時機之定義內容「導致生活品質上 (quality of life) 的正面／負面影響」，加上生活品質的一般性定義：「一般指個體對生活中自認對其重要部分的滿意程度。面向可包含生理、心理、社會、活動、物質及空間結構等需求 (Hornquist, 1982)」。

完成修改與加註後，集結附件一與二，為 ECCS 編碼規則翻譯。

二、臨床可行性測試結果

臨床可行性測試之結果可分為 2 面向：1. 「文字規則」面向：針對 ECCS 之文字規則應用情況，編寫之評估補充資料。2. 「應用結果」面向：ECCS 之評估結果，包含 EO 數量與 RL 分布。以下分別說明之：

1. 文字規則

測試時，ECCS 之文字規則大致可應用於生理 OT 之治療情境，然評估者間對規則之解讀容易存在主觀差距。故除了 ECCS 編碼規則翻譯，研究者亦針對「辨別 EO」及「判定 RL」之規則分別編制適用於 OT 情境的《OT 情境之 EO 共識補充》(附件三)及《OT 情境之 RL 範例補充》(附件四)，以輔助 ECCS 之使用。以下分別簡介之：

(1) 《OT 情境之 EO 共識補充》

附件三為同理時機判定之共識。研究者將達成共識決之過程中，較具爭議的內容及其討論後的共識進行彙整、提供補充說明。補充說明之原則為「符合 ECCS 原有定義，且盡可能不過度解釋」。以下針對情緒、進展、挑戰三種同理時機，列舉共識決之範例：

情緒部份，當病人陳述對某件事「覺得難、覺得麻煩」，本研究不將其納入情緒的範疇，但視情況可能歸於挑戰。如：「覺得有點麻煩，要穿脫一大堆，手腳又不方便，現在穿脫是很麻煩的一件事情。」即不屬於情緒，但可歸於挑戰。此共識參考 ECCS 情緒同理時機既有的排除條件：「當病人陳述為『認知上的說法』時，不屬於情緒類別，如：『我想我很幸運。』」

進展部份，須能看出病人「生理／社會心理的變化」，搭配「與生活品質提升（滿意度）相關」的自述，方視為進展。下例中，病人生活品質的變化（可以到廁所如廁）主要來自朋友幫忙，與病人本身生理／社會心理的變化較無關，故不歸於進展：「今天開始可以去廁所如廁了！在加護病房的時候沒辦法下床，是在便盆椅上，今天的話，便盆椅拿來拿去很麻煩，朋友來就把我推到廁所……」。

挑戰部分，需搭配前後文，判斷病人對所陳述之問題「認為重要且不滿意（參考生活品質的一般性定義）」，方視為挑戰。下例中，治療師引導病人穿鞋，病人只是順著情境，陳述自己綁鞋帶有困難，看不出其對綁鞋帶的重視，故不視為挑戰：治療師：「我們把鞋子先穿好，你自己來喔，我先放這



裡，你先把它勾起來。」病人：「綁鞋帶沒辦法。」

(2) 《OT 情境之 RL 範例補充》

附件四為 OT 情境同理回應等級例句之補充。由於原版範例均為醫師會診之情境，與 OT 治療情境大不相同，故研究者參考原作者作法，將範例中四項同理時機（正／負向情緒、進展、挑戰），替換為 OT 情境之範例，交由 3 位評估人員分別試寫不同等級的回應例句。經討論修正出共識後，此文件亦作為正式評估時的參考。

四種 OT 適用的同理情境分別如下：昨天我成功握筆寫了字，我覺得很高興（正向情緒）；累倒是還好，就是覺得很挫折（負向情緒）；我本來不太能走路，現在已經可以走很遠、可以到處去玩了（進展）；我現在因為平衡不好，走去廁所的時候，常常會往左傾撞到牆（挑戰）。

2. 應用結果

(1) EO 個數

關於原始資料含有 EO 之比例，研究者瀏覽 27 份治療師與中風病人會談之逐字稿，判斷其中較可能有 EO 者共 14 份，比例約為 51.9%，略低於 ECCS 發展文獻之 59.5% (Bylund & Makoul, 2002, 2005)。

關於平均 EO 個數，以評估者間建立基礎共識後的 8 份資料做統計，整體 EO 之平均個數為 4.75 ($n=8$, $SD=2.8$, $min/max=1/9$)，略高於 ECCS 發展文獻之 2.49 ($n=100$, $SD=1.6$, $min/max=1/9$; Bylund & Makoul, 2002, 2005)。

本研究另統計情緒、進展、挑戰三種 EO 之佔比，結果為情緒佔 35%、進展佔 3%、挑戰佔 62%（統計資料份數=8；EO 總數=38）。其百分比分布圖可見圖二。

會談時長部分，本研究每份資料均包含 2 段半小時至一小時之會談（前 2 次會談、評估與治療之過程），相較 ECCS 發展文獻之 25 分 20 秒時長更長 (Bylund & Makoul, 2002, 2005)。



(2) RL 分布

RL 分布部分，最常出現的回應等級為等級 4—延續病人情緒／經驗之討論 (58.8%) 及等級 3—確認病人之情緒／經驗 (26.3%)。其餘等級之百分比分布可見圖三。與 ECCS 發展文獻之結果相比，應用於生理 OT 領域時，RL 之大致分布同樣以等級 3、4 為主，等級 5 的出現比例較少，等級 1 與 6 則並未於本研究中出現。

第二節 階段二：ECCS 用於職能治療實習生之心理計量特性驗證

一、人口學變項

表十呈現病人、實習學生與評估者之人口學描述性統計。本研究第二階段總計收案 30 組病人與實習生。共包含 30 位不重複的病人及 23 位實習生，其中 6 位實習生被重複收案 1~2 次。30 位病人之平均年齡為 59.3 歲 (標準差 15.0 歲)，年齡層涵蓋 18~90 歲；約 6 成之病人為男性 (63.3%)；教育程度多為高中／職 (含) 以上 (80%)；病人之診斷以中風 (43.3%) 與脊髓損傷 (40.0%) 為主；9 成以上 (93.3%) 病人之慣用語國語或國台雙語。23 位實習生之平均年齡為 21.3 歲 (標準差 0.6 歲)，其中約 7 成為女性 (69.6%)。

此外，評估者之人口學部分，ECCS 之評估者共 3 位，平均年齡為 25.0 歲 (標準差 1.7 歲)，GKCSAF 評估者共 1 位，年齡為 29 歲。所有評估者均為女性，且均為通過國家考試之職能治療師。

二、信度

1. 評估者間信度

評估者間信度共納入 30 筆資料做分析，其結果分為「辨別同理時機」與「判定同理回應等級」兩部份。(表十一)

「辨別同理時機」部份，研究者排除「總同理時機數量小於 3」之資料共 13 筆，計算出 17 筆資料之平均一致性百分比為 34%。

「判定同理回應等級」部份，研究者排除「任一位評估者認為該訪談未



出現同理時機，故無法評估同理回應等級」之資料共 12 筆，計算出 18 筆資料之 ICC 為 0.14 (95% CI= -1.25~0.68)。

2. 評估者內信度

評估者內信度共納入 20 筆資料做分析，其結果分為「辨別同理時機」與「判定同理回應等級」兩部份。(表十一)

「辨別同理時機」部份，研究者排除「總同理時機數量小於 3」之資料共 10 筆，計算出 10 筆資料之平均一致性百分比為 71%。

「判定同理回應等級」部份，研究者排除「任一位評估者認為該訪談未出現同理時機，故無法評估同理回應等級」之資料共 4 筆，計算出 16 筆資料之 ICC 為 0.77 (95% CI=0.33~0.92)。

3. 隨機測量誤差

「同理回應等級」平均分數之評估者間 SEM 值為 0.79，SEM%值為 22%；評估者內 SEM 值為 0.30，SEM%值為 8%。(表十一)

4. 最小可偵測變化值

「同理回應等級」平均分數之評估者間 MDC 值為 2.18，MDC%值為 62%；評估者內 MDC 值為 0.83，MDC%值為 23%。(表十一)

三、效度

1. 收斂效度

表十二呈現收斂效度之結果。排除 2 位評估者均未給分之資料共 2 筆後，得 28 筆 ECCS 平均分數，與 GKCSAF「展現同理」次量表得分之相關係數為 0.51，代表具中等收斂效度。

此外，研究者檢查 3 位 ECCS 評估者各自與 GKCSAF 評估者評分之散佈圖，發現 2 極端值。排除極端值後重新混合、分析，得 27 筆 ECCS 平均分數，與 GKCSAF「展現同理」次量表得分之相關係數為 0.79，收斂效度較高。

第六章 討論



第一節 階段一：ECCS 之工具準備與可行性測試

此階段之目的為檢視 ECCS 於國內生理 OT 情境之適用性。可分為「文字規則」與「應用結果」2 部分進行討論

一、文字規則

為使評估者使用 ECCS 之過程更順利，本研究試圖在不改變 ECCS 原有規則之前提下，配合生理 OT 之情境進行加註與補充。以下針對過程中遭遇之困難及其他研究者之調整進行討論：

1. ECCS 應用於生理職能治療

ECCS 原始發展與應用之情境為美國一般內科門診 (Bylund, 2001; Bylund & Makoul, 2002, 2005)，由於專業特性與文化背景不同，本研究將 ECCS 應用於臺灣生理 OT 時，判斷上容易出現模糊空間，使受評估者主觀判斷影響而不穩定。以下分別針對「辨別 EO」與「判定 RL」之情形討論之：

辨別同理時機 (Empathic Opportunity, EO)

研究者彙整各評估者間「辨別 EO」不一致之情形，將評估時遭遇困難之主要原因歸結為以下三點：1.專業特性不同、2.文化語境不同，以及 3. ECCS 之規則不盡全面。以下分別闡述之：

(1) 專業特性不同

因一般內科與生理 OT 之專業特性不同，導致 ECCS 規則應用之影響主要為以下 2 點：

A. 「治療標的」不同：OT 情境中，EO 與例行治療之分界模糊

一般內科之「治療標的」主要可能為疾病或症狀本身，故當討論超乎治療標的、涉及生活品質或社會心理層面之變化時，作者可以較明確地做出區別、將病人超出病症之論述視為 EO。然而，OT 之「治療標的」即為病人之生活、治療目的即為提升病人之生活品質，故與病人討



論時，大多數內容均涉及疾病對生活之影響。若全然依照 ECCS 之規定，將 OT 治療過程中所有涉及生活品質之陳述均納入 EO 之範疇，則可能納入過多非必要之同理情境。

因此，本研究之評估者往往需判定哪些討論屬於 OT 例行治療之範疇、哪些部分較符合 ECCS 規定之 EO。此類判定之結果深受評估者間主觀差異所影響。例如：

T：了解，好，那，目前會自己爬樓梯嗎？

P：可以，可以。現在就是說我可以爬樓梯，但是速度好像不能像以前這樣子。

上述對話中，病人之陳述符合 ECCS 對「挑戰」的定義之一：「生理問題導致生活品質上的負面影響」，然其發言之契機源自治療師之提問，病人只是回答問題、說明自身情況，亦可能單純視為評估過程的一部份，而不納為 EO 之範疇。此類情形究竟是否應納入 EO，便難有定論與共識。OT 治療之過程中，巴氏量表的評估、生病對工作與休閒造成之影響等相關討論，都容易發生此問題。

B. 「治療情境」不同：OT 情境中，病人之陳述較不完整

一般內科之治療情境中，病人與醫師之互動，主要以訪談或理學檢查為主，故若欲說明特定「挑戰」或「進展」，病人可能需要將事件描述得較為完整，方能達到溝通之目的。而在生理 OT 情境中，除了基本訪談，治療師往往會在評估與治療之過程中請病人執行日常生活相關之動作，此時若病人執行上有困難，經常只要簡單地說「不行」、「做不到」等，即能表示其困難。如以下兩例：

T：我們把鞋子先穿好，你自己來喔，我先放這裡，你先把它勾起來。

P：綁（鞋帶）沒辦法。

T：坐著才方便穿（衣服），好，你先把它脫掉。



P：因為現在沒有辦法站著，獨立穿（衣服）。

相較之下，ECCS (Bylund, 2001) 提供之例句中，病人的陳述則完整許多：

P：肩膀痛讓我有很多事都不能做。

P：我的手臂實在太痛了，讓我很難好好工作。

當病人之陳述不完整，但仍可明確看出病人有困難時，是否符合 ECCS 所定義之「病人明確 (explicit) 陳述生理問題導致生活品質上的負面影響」便容易產生爭議。

為改善上述因專業特性不同導致「辨別 EO」困難之現象，在不更改 ECCS 規則之前提下，本研究針對原有規則中的「生活品質」加註了一般性定義：「一般指個體對生活中自認對其重要部分的滿意程度。面向可包含生理、心理、社會、活動、物質及空間結構等需求 (Hornquist, 1982)」。排除一部分病人完全只是回答治療師問題，或陳述做不到特定行為，而不涉及滿意程度之論述。然而，儘管如此，評估者間對怎樣的陳述涉及滿意程度，仍存在許多模糊的解釋空間。

(2) 文化語境不同

美國與台灣之文化語境不同，主要造成之影響為「部分詞彙或情境難以界定」，此情況特別容易發生在「情緒」之 EO 類別。ECCS 原有的編碼規則中，列舉了許多排除的情形（詳見附件一）。然而由於語境不同，許多中文語句無法輕易類推，或者，類推時評估者間容易產生歧見。例如在測試階段我們發現以下陳述：

P：我真的覺得碰到你真的很有希望。

P：那些太遙遠了，說不定這個……沒有希望了。

關於「覺得有／無希望」究竟是否屬於情緒，或僅為「情緒性字眼」，



評估者間便容易出現意見分歧。嘗試以 ECCS 規則判斷之，其排除規則中，較相似者有：「認知上的說法」，例句如：「我想我很幸運。(I think I'm lucky.)」但中文口語上，我們並不像英文有明確的“think”與“feel”之分別，而常以「覺得」概括之，判斷上較容易出現模糊空間。

再如，ECCS 的另條排除規則：「病人內在行為之描述 (internal behavior or actions)」，例句如：「我不相信我自已。(I don't trust myself.)」但中文語境中，可能更常見的說法為：「我覺得有點沒信心。」這樣的說法是否亦應排除，或者可屬於情緒，亦存在模糊空間。

又如，中文語境中，「怕」的用法，可能比英文更為寬泛。比如當病人對治療師說：「你不用全程扶我，我怕你受傷。」此種包含「客氣」的陳述，也容易在評估者間辨別 EO 時產生分歧。

類似的「模糊詞彙」尚有許多，例如：「覺得麻煩、心累、熟悉、無聊、不敢、自己沒有用」等。並且，判斷是否屬於 EO 時，即便是相同詞彙，可能也會因上下文之情境不同而有所變化。

面對上述意見分歧之情形，本研究在三位評估者與專家共同討論、交換意見後，依循 ECCS 既有之規則，寫下較明確之共識（詳見附件三），針對難以達成共識處，則讓評估者保有自主判斷之空間。

(3) ECCS 之規則不盡全面

ECCS 針對 EO 設有諸多定義，雖已相對深入明確，但仍有其侷限之處。如關於時間方面：(1)「對生活品質的影響」是否具時間性—病人抱怨前次中風時住院之經驗，是否屬於 EO？(2) 挑戰之定義中「近期有破壞性的、改變生活的事件」，以及進展之定義中「近期非常正向、改變生活的事件」其「近期」是否有界限—病人談及一年前父親中風，屬於 EO 否？上述情境均未有明確規範、仍有討論的空間。

判定同理回應等級 (Response Level, RL)



研究者將判定 RL 時主要遭遇之困難彙整如下。其分別主要受以下因素影響：(a) ECCS 之規則不盡明確、(b) OT 之專業特性，及 (c) 未有影像資料輔助評估。

(1) 等級 2 或等級 4

等級 2 或 4 之判斷受 (a) ECCS 之規則不盡明確及 (b) OT 之專業特性所影響。此二等級之主要差異為：受試者是否確實掌握病人觀點、是否針對 EO 之核心議題做回應。然而，因 ECCS 之規則不盡明確，上述判斷容易受評估者主觀解讀所影響。

例如：

P：洗澡就一定需要人家幫忙，像便盆椅，可是便盆椅有一個問題是，因為我左半側整個神經感覺是異常的，所以我坐在便盆椅上，我的左邊的屁股會非常非常的痛，所以我其實不喜歡坐在便盆椅上洗澡。

T：所以你平常怎麼洗？

治療師之提問，可視為延續了洗澡有困難之話題，為解決病人困難、提供支持而問（等級 4），但同時，或許亦可視為未回應病人「不喜歡」的情緒，僅關注在評估病人洗澡的能力（等級 2）。OT 之治療目標為改善生活品質，治療師經常會詢問各種問題來掌握病人的職能表現，因此，此類模稜兩可的情況又更為常見。

再如：

(病人得知某病友已經做了五年復健)

P：好可怕，五年...我要，我這個...

T：她第一年就生活獨立了啊，對，基本的啦。

治療師之回應，可視為給予病人支持、提供說明（等級 4），但同時，也可以視為向病人傳遞客觀資訊，而未直接回應病人情緒（等級 2）。

(2) 等級 3 或等級 4

等級 3 或 4 之判斷受 (a) ECCS 之規則不盡明確所影響。此二等級之主

要差異為：是否延續病人之 EO 做討論，或僅確認病人之 EO。然而，因 ECCS 之規則不盡明確，「是否延續」易受評估者間主觀判斷不同所影響。尤其等級 4 之定義說明中，包含「提供建議或支持」，然而簡短的支持與建議是否也屬於做到延續，並未有明確規範，便經常產生判斷上的歧見。例如：

P：然後加上那個什麼，本來早上都會送小孩上課阿、送老婆去上班，再去做自己的事，現在都不行了。

T：了解了解，那這方面的話我們可以之後再去想辦法看怎麼去解決這個問題，好，那我們今天第一次治療差不多到這裡，那我們下次就是過年後見了，好。

治療師因為治療時間即將結束，並未繼續深入與病人討論該議題，然而亦提供了簡短的建議。解釋為等級 3 或 4，或許都合乎邏輯。

再如：

(治療師詢問病人就醫經驗，病人表示前一段住院經驗非常糟，讓他不願回想)

P：但是我們那個，我們說那個，*I really feel so bad, totally bad, so I don't want to recall.*

T：喔，了解了解，好，那我們不 recall，那妳可以跟老師講一下，現在訓練的進度大概到哪邊？

治療師回應病人的需求，同意讓病人停止回想糟糕的經驗，並繼續下一個議題。此段對話可視為未延續議題（等級 3），但同時，視為給予病人支持、除了確認，亦短暫延續、妥善結束該議題（等級 4），亦合乎邏輯。

(3) 等級 6

等級 6 之評估可能受 (b) OT 之專業特性所影響。此等級之定義為「分享情緒／經驗：醫師明確地說出他有過類似的經驗或情緒」。ECCS (Bylund, 2001) 提供之例句中，病人之經驗為：戒菸（高興）、減脂、做檢查（擔心）、頭痛，而醫師分享之經驗幾乎完全「類似」：或為自身經歷，或為由家人經歷引發的自身情緒。然而，本研究於試寫 OT 情境之例句時發現，情緒可以類似，但經驗上的類似有其難度。當病人多數提及之 EO 為經歷中風等

重大傷病遭遇之挑戰時，我們很難如 ECCS 之例句般，舉出真正「類似」的自身經驗。

不過，ECCS 發展文獻中，等級 6 出現的機率原本就是最低的：總共 100 段會談、249 個 EO 中，等級 6 僅出現 5 次 (Bylund & Makoul, 2005)。本研究目前階段一與二相加的總收案數僅約 121 個 EO，待樣本數增加後，是否會出現等級 6 之表現，尚有待觀察。

(4) 等級 1

等級 1 之評估受 (c) 未有影像資料輔助評估所影響。等級 1 之定義包含肢體語言，如：受試者身體是否轉向病人、是否一邊處理其他事情（如寫病歷）、是否點頭回應等。本研究使用音檔與逐字稿為評估材料，而未有影像資訊，故無法判斷受試者與病人之表情及肢體語言，因此難以判定等級 1 之行為是否出現。

本研究並非首位以音檔進行 ECCS 評估者，其他亦有學者以音檔 (Bonvicini et al., 2009; Foster et al., 2016; Foster et al., 2014; Parkin et al., 2014)，甚或醫學生的文字回覆 (Halan et al., 2015)，做為 ECCS 評估之材料。在缺乏影像訊息之情形下，學者往往修改 ECCS 之評分規則，使等級 1 不至形同虛設，如：將「嗯」、「是」等目前屬於等級 3 之回應自該等級中獨立出來，改為等級 2，並將目前等級 2 之定義挪至等級 1 (Parkin et al., 2014)。採用此規則之學者 (Parkin et al., 2014) 認為：(1) 僅回答「嗯」、「是」並不能算做到「確認」病人之情緒/經驗，應以更明確的話語來確認，如：「聽起來這讓你很難受」；(2) 依此規則，則等級 3~6 屬於「積極/好的回應」、0~2 屬於「消極/不良回應」，分數之分界與原發展文獻相同；故為可避開肢體語言的合適調整。

然本研究認為，上述調整之合適性尚有待商榷。因 ECCS 原作者曾表明，當醫師做到主動傾聽（身體轉向病人，以「嗯哼」、「是」、點頭等方



式，至少十秒以上) 即為合適的同理回應，可評為等級 3 (Bylund & Makoul, 2002)；而等級 3 的確認，代表醫師密切關注病人所說的話，可被視為同理的最低要求 (Bylund & Makoul, 2005)。若將原屬於最低要求的行為，改評為「消極／不良回應」，可能與 ECCS 的設計理念有較大出入。故本研究仍採用 ECCS 原版之規則，未來研究若欲持續使用錄音檔進行 ECCS 之評估，可再行考量是否調整相關等級之規則。

2. 其他研究之調整

回顧過去應用 ECCS 之文獻，當其專業領域與工具原始發展之領域有所不同時，經常出現修改 EO 編碼規則之情形。如：應用於精神科，加上“symptom”之 EO 類別者 (Foster et al., 2016; Foster et al., 2014)；應用於臨終關懷，將與家屬的互動納入考量者 (Wittenberg-Lyles et al., 2012)；應用於麻醉科，著重處理病人疼痛或噁心之主訴者 (Waisel et al., 2020)；乃至多語言醫療口譯之分析 (Krystallidou et al., 2020; Krystallidou et al., 2018)。未來生理 OT 領域之研究者，或亦可針對 OT 之專業特性及台灣的文化語境，發展適用性更高的 EO 編碼規則。

二、應用結果

本研究檢視 ECCS 之評估結果，並與 ECCS 之發展文獻相比較，以確認是否出現「EO 數量過少」或「RL 分數不具鑑別性」等影響適用性之情形。以下分別針對 EO 數量與 RL 分布之結果討論之：

1. EO 個數

觀察評估結果並與 ECCS 發展文獻相較，可發現 ECCS 應用於生理 OT 領域時，「原始資料含有 EO 之比例」及「每份資料所含平均 EO 個數」均與 ECCS 原始發展文獻相去不遠，並未有「EO 數量過少」等影響適用性之情形。

然而，我們亦可從「原始資料含有 EO 之比例」看出，並非所有會談均能



使用 ECCS 進行評估，病人的溝通能力與溝通意願、醫療人員引導會談的方式，可能都會影響病人是否做出符合 EO 規定之陳述。由於 ECCS 關注的是行為表現，而非內心的同理歷程，因此評估的情境有所限制是必然的結果：必須出現同理時機，方能觀察到醫療人員的同理表現。因此應用 ECCS 時，宜將上述因素納入考量，或採用模擬／標準病人的方式 (Foster et al., 2016; Foster et al., 2014; Halan et al., 2015)，一開始即設定好一致的 EO，讓所有受試者面臨一樣的「考驗」。

此外，本研究統計情緒、進展、挑戰「三種 EO 之佔比」(圖二)，發現在前兩次生理 OT 會談／治療之過程中，挑戰之 EO 佔比最大 (62%)，其次為情緒 (35%)，進展出現次數最少 (3%)，這可能和本研究選擇收取前 2 次評估／治療做為樣本有關。本研究考量生理 OT 之臨床特性，並受限於次級資料來源及研究可行性，僅以會談內容最豐富密集的前 2 次評估／治療進行驗證分析，可能使進展相關之驗證較不充分。未來研究可考慮增加「出院前」之會談資料，或增加治療歷程較長之「門診病人」資料數，以完善進展相關之驗證。

2. RL 分布

觀察「各等級出現次數百分比」並與 ECCS 發展文獻相較 (圖三)，可發現以下 4 點：(1) 應用於生理 OT 領域時，RL 之分布同樣以等級 3 和 4 為主，顯示大多時候面對 EO，受試者能掌握病人觀點，予以確認或延續討論；(2) 等級 5 與 6 的部分，ECCS 發展文獻之佔比 (28.6%) 相較本研究之佔比 (5.3%) 高出較多，顯示生理 OT 領域之同理教學／訓練或許尚有發展空間；(3) 等級 1 與 6 並未於本研究出現，此 2 等級之討論，可詳見前段「文字規則—判定同理回應等級」；(4) 等級 0 與 2 雖佔比較少，但仍出現，顯示 ECCS 能呈現出需改善的同理回應。

總體而言，將 ECCS 初步應用於生理 OT 領域時，其分數有高有低，大致

具鑑別性，具應用之潛力。

第二節 階段二：ECCS 用於職能治療實習生之心理計量特性驗證

本研究之目的為驗證 ECCS 應用於生理 OT 實習生之心理計量特性，所得之結果可分為信度與效度兩大部份。

一、信度

1. 評估者間信度

評估者間信度之結果，可分為「辨別同理時機」與「判定同理回應等級」兩部份做討論。

辨別同理時機 (Empathic Opportunity, EO)

「辨別 EO」部份，評估者間平均一致性百分比為 34%，一致性低。此結果代表在生理 OT 情境使用 ECCS 辨別病人與實習生互動之 EO 時，易受評估者之主觀判斷影響，因此當評估資料來自不同評估者時，不適合相互比較。

回顧文獻，「辨別 EO」部分，原作者發表之 ECCS 評估者間信度良好，平均一致性百分比為 80%~82% (Bylund, 2001; Bylund & Makoul, 2002)、Guetzkow's $U=0.13$ (0 代表完全一致; Bylund & Makoul, 2005)。另有一篇研究呈現良好的評估者信度 (Cohen's $\kappa=0.75$; Parkin et al., 2014) [Cohen's κ 之標準如下： ≤ 0 代表未有共識；0.01~0.20 代表僅些許共識 (slight)；0.21~0.40 代表低 (fair)；0.41~0.60 代表中等 (moderate)；0.61~0.80 代表良好 (substantial)；0.81~1.00 代表優良 (almost perfect); McHugh, 2012]。其餘使用 ECCS 做為評估工具者，多因修改規則或用於預設好 EO 之模擬情境等因素，未有可參考之「辨別 EO」信度結果。綜合而言，採用 ECCS 「辨別 EO」原有規則進行評估，並確實說明評估者間信度者，均呈現較好的信度結果。

相較之下，本研究之信度結果較低，其可能原因有二：情境特性與複雜度不同、一致性之算法不同。以下分別討論之：

首先，情境特性與複雜度部分，過去文獻中，原作者應用之情境為內科



門診 (Bylund, 2001; Bylund & Makoul, 2002, 2005)，另一信度較高之情境為糖尿病人之營養諮詢 (Parkin et al., 2014)。本研究之情境為生理 OT 實習生之前 2 次會談，與前述二情境相較，可能有較多 ECCS 規則難以明確處理之情形。

與原作者之情境相較，在作者訂定之編碼規則中，將病人對「生理病症」與「生活影響」之陳述明確切分，後者屬於 EO，前者則否；由此推論，內科門診之病人自述中，「病症之生理性描述」與「其對生活之影響」可能較容易區分。然而在生理 OT 情境中，此標準可能不夠明確，容易導致判斷時的主觀偏誤。如：「生理病症改變對生活品質之正負面影響」為 OT 主要評估及治療之目標，為此，治療師經常針對「生活影響」向病人提問，病人陳述之挑戰與進展經常是為了回答提問，而非主動提及，此情形下的陳述究竟算不算 EO、需不需要同理，深受評估者間主觀因素影響。(詳情可見階段一之討論)

另與糖尿病營養諮詢之情境相較，本研究含括之診斷與嚴重程度相對多元，出現的 EO 之類型與內容亦可能較多元，導致評估者間更難達成一致的判斷。

再者，一致性之算法不同部分，本研究與原作者同樣採用平均一致性百分比做為信度指標，然而在「分母之定義」與「處理沒有 EO 或 EO 次數少」之作法上略有不同，容易導致信度較低。若依照原作者之作法處理數據，本研究之結果為 47~81%。

「分母之定義」方面，作者採用「單一評估者找到的 EO 數」作為分母，且因有 2 位評估者，故分別以 2 位評估者找到的 EO 數為分母、以 2 數值呈現一致性；本研究則改以 2 位評估者所有找到的 EO 數為分母、以 1 數值呈現一致性。本研究認為，改採此定義做分母可使結果之呈現更簡潔、效率，且亦符合評估者間信度測量之概念。故雖與原作比較結果時，可能產生分母較大、低估信度之誤差，本研究仍選擇採用與原作者不同之算法。



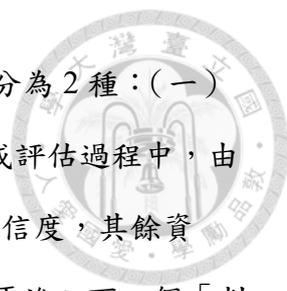
「處理沒有 EO 或 EO 次數少」方面，原作者之作法為：若 2 評估者均認為該份資料沒有 EO，則該份資料之一致性視為 100%；本研究則選擇排除所有「總同理時機數量小於 3」之資料。本研究之考量為：此類資料易大幅影響結果，使信度不穩定。完全沒有 EO 時，若將 2 評估者之一致性視為 100%納入分析，將大幅拉高一致性；EO 數量少時，則容易出現完全一致（一致性 100%）或完全不一致（一致性 0%）之情形；此二情況均容易造成結果不穩定，故雖與作者做法不同，本研究仍決定刪除部分資料，以呈現較穩定之結果，此舉亦可能使信度結果較低。

判定同理回應等級 (Response Level, RL)

「判定 RL」部份，評估者間 ICC 為 0.14，一致性低。此結果代表在生理 OT 情境使用 ECCS 判定實習生與病人互動 RL 時，易受評估者之主觀判斷影響，因此當評估資料來自不同評估者時，不適合相互比較。

回顧文獻，「判定 RL」部份，原作者發表之 ECCS 評估者間信度良好，Cohen's Kappa=0.73~0.74 (Bylund, 2001; Bylund & Makoul, 2002, 2005)；其他使用 ECCS 為評估工具之研究者，亦多有不錯的評估者間信度 (Cohen's Kappa=0.76~0.96; Parkin et al., 2014; Wittenberg-Lyles et al., 2012), (ICC=0.64~0.93; Foster et al., 2016; Foster et al., 2014; Halan et al., 2015)。各研究採用之信度指標多有不同，其中以 ICC 與 Cohen's Kappa 為主。本研究採用之信度指標為 ICC，而非 Cohen's Kappa，考量為：ECCS 之 RL (0~6) 具階層性，比起適用於類別變項之 Cohen's Kappa，應可採用 ICC 為信度指標。

而本研究相較過去文獻之「判定 RL」評估者間信度結果較低，其主要原因可能為：研究設計有所不同。過去文獻在進入「判定 RL」之程序時，各評估者用以判定 RL 之 EO 是一樣的，本研究則否。當 EO 未統一，而評估者「辨別 EO」之信度又低時（本研究之評估者間平均一致性百分比為 31%），「判定 RL」之信度便更容易被拉低了。



過去文獻之研究設計包含統一 EO 之環節，方式主要可分為 2 種：(一) EO 由多人共同討論或單一評估者決定。此方式於訓練階段或評估過程中，由多位評估者共同辨別部分資料之 EO，以確認「辨別 EO」之信度，其餘資料，由單一或多位評估者分別獨自完成，得出所有 EO 後，再進入下一個「判定 RL」之步驟 (Bylund, 2001; Bylund & Makoul, 2002, 2005; Parkin et al., 2014; Wittenberg-Lyles et al., 2012)；(二) 情境為虛擬或標準病人。此方式一開始即設定好一致的 EO (Foster et al., 2016; Foster et al., 2014; Halan et al., 2015)。無論採何種研究設計，在「判定 RL」時，各評估者是以一樣的 EO 會談片段做為評估依據。

本研究之設計則有別於上述做法，未包含統一 EO 之環節。方式為：各評估者找出一份資料的 EO 後，隨即進入 RL 之判定，完成後，再評估下份資料。採用此設計之考量為：符合 ECCS 規則的同時，時間與人力成本較低。ECCS 僅將評估之步驟分為「辨別 EO」及「判定 RL」，而未規定有多位評估者時必須「統一 EO」，故本研究之設計仍符合原工具之使用規則。此外，時間與人力方面，「辨別 EO」及「判定 RL」二步驟均須聽錄音檔、讀逐字稿，若採「統一 EO」之設計，兩步驟之時間間隔較長，勢必需要重聽、重讀，所需之時間與人力成本將大幅提高。因此，雖與過去文獻之做法有所不同，本研究仍採不統一 EO 之方式進行評估。

EO 未統一，則評估者用以評量 RL 之會談片段便不同，容易降低「判定 RL」之信度。同一個會談片段，當一位評估者辨別為 EO、給予 RL 之分數判定時，另一位可能認為不屬於 EO 而未予計分；即使二評估者均將相似的片段視為 EO，該 EO 之起訖、分段，亦容易存在不同程度的差異，各差異都可能影響 RL 之判斷。(例如表十三、表十四) 承上所述，再加上「辨別 EO」之評估者間信度低 (平均一致性百分比為 31%)，更加深了「判定 RL」之歧異性。



其餘造成 RL 評估者間信度低之原因，可能與 (1) ECCS 之規則不盡明確，及 (2) OT 之專業特性有關，使評估結果受評估者間主觀因素影響大，詳可見階段一「判定 RL 時主要遭遇困難」之討論。

2. 評估者內信度

評估者間信度之結果，可分為「辨別同理時機」與「判定同理回應等級」兩部份做討論。

辨別同理時機 (Empathic Opportunity, EO)

「辨別 EO」部份，評估者內平均一致性百分比為 71%。若以原作者之一致性算法計算，則數值較高 (85~90%) (本研究與原作者處理「辨別 EO」之一致性作法不同處，可參考評估者間一致性之討論)。此結果代表由同一評估者重複以 ECCS「辨別 EO」，可得到還算穩定的測量結果。

回顧文獻，原作者及過去使用 ECCS 作為評估工具之研究均未檢驗工具的評估者內信度。此外，以本研究之算法得出之一致性 71% 雖未達學者建議之標準 80% (McHugh, 2012)，然就研究者所知，不同領域對平均一致性百分比高低之要求有所不同。一致性 80% 為醫療照護領域中，當決策攸關病人之治療處方時，學者建議之最低可接受標準 (McHugh, 2012)。本研究雖屬醫療領域，然評估對象為生理 OT 實習生之同理行為，評估結果對病人之影響較不直接，此結果或仍表示 ECCS 具應用之潛力。

檢視兩次評估結果不一致之處，主要受台灣生理 OT 之專業特性與文化語境所影響，而使 ECCS 部份規則在解讀上有較多模糊空間。(詳可見階段一之討論)

判定同理回應等級 (Response Level, RL)

「判定 RL」部份，評估者內 ICC 為 0.77，一致性良好。本研究用以計算 ICC 之數值為每次會談的平均得分，故此結果代表由同一評估者以 ECCS「判定 RL」時，每次會談之平均得分結果大致穩定。

本研究之信度指標及評估流程之設計與原作者有所不同（信度指標採用 ICC 而非 Cohen's Kappa；研究設計採用「未統一 EO」即進行「判定 RL」；詳可見評估者間信度之討論）。本研究之作法容易得到較保守的信度結果。

回顧文獻，原作者及過去使用 ECCS 作為評估工具之研究均未檢驗工具的評估者內信度。

3. 最小可偵測變化值

評估者間部份，研究結果顯示，ECCS 平均分數之評估者間 MDC% 值為 62%，大於 30%，超過可接受之範疇。MDC% 由 ICC 推估而來，因此造成評估者間 MDC% 較大之原因，可能與前段評估者間信度之討論雷同，包含以下原因：(1) 因進行 RL 之評估前未統一 EO，導致 ICC 較低、MDC% 較高；(2) 判定 RL 時，因 ECCS 之規則不盡明確等原因，受評估者間主觀因素影響大。未來研究可考慮：(1) 調整研究設計，先統一 EO 後再進行 RL 之評估，或者，應用於虛擬或標準病人之情境，一開始即設定好一致的 EO，再驗證 ECCS 平均分數之信度；(2) 進一步討論編碼規則，建立更一致的判斷標準。

評估者內部份，研究結果顯示，ECCS 平均分數之評估者內 MDC% 值為 23%，小於 30%，符合可接受之範疇；ECCS 平均分數之評估者內 MDC 值為 0.83，代表於 95% 信心水準下，若由相同評估者評估同位實習生二次，其平均分數之變化須超過 0.9 分，方可視為超過隨機測量誤差，具有真實的改變。

二、效度

1. 收斂效度

研究結果顯示，ECCS 平均分數與 GKCSAF「展現同理」次量表得分之相關係數為 0.51，這代表 ECCS 之收斂效度中等。然而，此結果深受極端值影響，排除極端值後，相關係數上升至 0.79。研究者以 Pearson's r 進行收斂效度之驗證前，先行觀察散佈圖之資料分布，發現 2 筆資料之 GKCSAF 分數與 ECCS 分數差距明顯較大。檢查此 2 極端值之 ECCS 評分細節如下：其中 1



筆，兩位 ECCS 評估者找出之 EO 完全不同，導致所評為實習生面對不同情境之表現，且影響分數差異達 3.5 分，已為分數全距之半，故整筆資料刪除不計；另 1 筆經研究者判斷，為評估者誤判，故將誤判之資料刪除不計。將此 2 處資料修正後，重新混和、分析，與 GKCSAF「展現同理」次量表得分之相關係數提高為 0.79，收斂效度較高。

前述情形可能代表，實際以 ECCS 進行施測時，有機會遇到一些特殊情形，使分數失效。當有多位評估者之評估分數散佈圖可觀察時，大致可確保分數有效、能測量到欲評估之概念。但個別層級使用時，使用者並無從判斷該次評分結果是否為極端值。因此，或需加強評估者之訓練，且編碼規則或有進一步討論之價值。

第三節 研究限制

本研究之限制主要為以下 6 項：(1) 缺乏影像資料：受限於收案可行性，未有影像資料，評估時無法參考實習生與病人之表情與肢體語言；(2) 實習指導老師介入：本研究採用自然情境之資料，故偶有實習指導老師介入會談之情形，指導老師之介入可能影響學生之同理回應；(3) 評估流程與其他研究相異，驗證之結果難以比較：本研究採未統一 EO，即進行 RL 判定之評估流程，EO 先經統一之心理計量特性尚待驗證；(4) 樣本多樣性有限：受限於研究可行性，本研究僅以實習生與新收案病人前 2 次評估／治療之內容做為評估標的，使「進展」之 EO 數量較少；(5) 樣本數較少：可能使信度結果較不穩定，驗證結果可能被高估或低估；(6) ECCS 之心理計量特性驗證不完整：本研究僅驗證 ECCS 之評估者間信度、評估者內信度、隨機測量誤差、最小可偵測變化值及收斂效度，其他心理計量特性仍未知（如因素效度與反應性）。

第四節 給未來研究之建議

未來研究可朝 ECCS 之調整與後續驗證兩大方向進行。ECCS 之調整方式為



「編碼規則之修改」，可於蒐集更多台灣生理 OT 情境之事例，分析、討論後，分別針對 EO 與 RL 之編碼規則進行修改：(1) EO 部份，可針對 OT 之專業特性及台灣的文化語境，修改 EO 之編碼規則使其更符合所需；(2) RL 部份，可將針對不明確、容易產生爭議處，補充更明確的判斷標準及例句，並於必要時徵詢作者之建議。

ECCS 之後續驗證方向包含：(1) 不同評估流程之驗證：「先統一 EO，再評估 RL」，以及「不統一 EO，即評估 RL」之作法可分別驗證，以瞭解較合適的評估方式；(2) 增加樣本數：以減少受試者個別差異之影響；(3) 增加樣本多樣性：納入更多治療階段之會談樣本，以涵蓋更多不同種類之 EO；(4) 完整驗證 ECCS 之心理計量特性：ECCS 之其他重要心理計量特性（如因素效度、反應性）有待後續研究驗證，以呈現 ECCS 應用於生理 OT 實習生之完整實證證據。

第七章 總結

本研究分為二階段：檢視 ECCS 於國內生理 OT 情境之適用性，並驗證其心理計量特性。本研究之第一階段選定 ECCS 做為主要工具，進行翻譯並測試其可行性。最終完成《ECCS 編碼及評分手冊》之編制，包含原有規則之翻譯及因應生理 OT 情境補充之文件，並討論應用之困難與原因。本研究做為評估生理 OT 實習生同理表現之初探，所收集之生理 OT 領域常見同理時機與同理回應、所討論之評估時容易遭遇之困難，均可做為未來研究調整評估方式之參考。

本研究之第二階段驗證 ECCS 用於生理 OT 實習生之心理計量特性，包含信度（評估者間／內信度、隨機測量誤差、最小可偵測變化值）與效度（收斂效度）。結果顯示 ECCS 具有不佳的評估者間信度、可接受的評估者內信度，中等的收斂效度。代表使用 ECCS 評估生理 OT 實習生之同理表現時，其結果易受評估者之主觀判斷影響；當評估資料來自同位評估者時，具可接受之穩定度；不同評估者間，評估結果則不適合相互比較。此外，收斂效度之結果受極端值影響大，可能代表以 ECCS 施測時，有機會遭遇使分數失效之特殊情形。因此，評估者之訓練或需加強，且編碼規則或有進一步討論之價值。本研究提供 ECCS 之基本心理計量特性，未來研究可針對國內生理 OT 情境之需求，調整 ECCS 之編碼規則，並進一步驗證其他心理計量特性，以利 OT 領域同理表現之評估與教學。

參考文獻



Andresen, E. M. (2000). Criteria for assessing the tools of disability outcomes research.

Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 81, S15-S20.

<https://doi.org/10.1053/apmr.2000.20619>

Atkinson, G., & Nevill, A. M. (1998). Statistical Methods For Assessing Measurement

Error (Reliability) in Variables Relevant to Sports Medicine. *Sports Medicine*,

26(4), 217-238. <https://doi.org/10.2165/00007256-199826040-00002>

Bonvicini, K. A., Perlin, M. J., Bylund, C. L., Carroll, G., Rouse, R. A., & Goldstein, M.

G. (2009, Apr). Impact of communication training on physician expression of

empathy in patient encounters. *Patient Education and Counseling*, 75(1), 3-10.

<https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.09.007>

Brazeau, C. M. L. R., Schroeder, R., Rovi, S., & Boyd, L. (2010). Relationships

Between Medical Student Burnout, Empathy, and Professionalism Climate.

Academic Medicine, 85(10), S33-S36.

<https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181ed4c47>

Brink, Y., & Louw, Q. A. (2012). Clinical instruments: reliability and validity critical

appraisal. *Journal of evaluation in clinical practice*, 18(6), 1126-1132.

Brown, T., Williams, B., Boyle, M., Molloy, A., McKenna, L., Molloy, L., & Lewis, B.

(2010, Sep). Levels of empathy in undergraduate occupational therapy students.

Occupational Therapy International, 17(3), 135-141.

<https://doi.org/10.1002/oti.297>

Bylund, C. L. (2001). *Empathic Communication in the Physician-Patient Encounter*

(Publication Number 3033454) [Ph.D., Northwestern University]. 數位化論文

典藏聯盟(Digital Dissertation Consortium).

<http://pqdd.sinica.edu.tw/doc/3033454>

Bylund, C. L., & Makoul, G. (2002, Dec). Empathic communication and gender in the physician-patient encounter. *Patient Education and Counseling*, 48(3), 207-216.

[https://doi.org/10.1016/s0738-3991\(02\)00173-8](https://doi.org/10.1016/s0738-3991(02)00173-8)

Bylund, C. L., & Makoul, G. (2005). Examining empathy in medical encounters: an observational study using the empathic communication coding system. *Health communication*, 18(2), 123-140. https://doi.org/10.1207/s15327027hc1802_2

Chen, H.-M., Hsieh, C.-L., Lo, S. K., Liaw, L.-J., Chen, S.-M., & Lin, J.-H. (2007). The test-retest reliability of 2 mobility performance tests in patients with chronic stroke. *Neurorehabilitation and Neural Repair*, 21(4), 347-352.

Christiansen, C. H. (1977, Jan). Measuring empathy in occupational therapy students. *American Journal of Occupational Therapy*, 31(1), 19-22.

Coll, M. P., Viding, E., Rutgen, M., Silani, G., Lamm, C., Catmur, C., & Bird, G. (2017, Dec). Are we really measuring empathy? Proposal for a new measurement framework. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 83, 132-139.

<https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2017.10.009>

Dyrbye, L. N., Power, D. V., Massie, F. S., Eacker, A., Harper, W., Thomas, M. R., Szydlo, D. W., Sloan, J. A., & Shanafelt, T. D. (2010). Factors associated with resilience to and recovery from burnout: a prospective, multi-institutional study of US medical students. *Medical education*, 44(10), 1016-1026.

<https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2010.03754.x>

Flansbjerg, U.-B., Holmbäck, A. M., Downham, D., Patten, C., & Lexell, J. (2005). Reliability of gait performance tests in men and women with hemiparesis after stroke. *Journal of rehabilitation medicine*, 37(2), 75-82.

Foster, A., Chaudhary, N., Kim, T., Waller, J. L., Wong, J., Borish, M., Cordar, A., Lok, B., & Buckley, P. F. (2016, Jun). Using Virtual Patients to Teach Empathy: A



- Randomized Controlled Study to Enhance Medical Students' Empathic Communication. *Simulation in Healthcare*, 11(3), 181-189.
<https://doi.org/10.1097/SIH.0000000000000142>
- Foster, A., Harms, J., Ange, B., Rossen, B., Lok, B., Lind, S., & Palladino, C. (2014). Empathic communication in medical students' interactions with mental health virtual patient scenarios: a descriptive study using the Empathic Communication Coding System. *Austin Journal of Psychiatry and Behavioral Science*, 1(3), 6.
- Foster, A. E., & Yaseen, Z. S. (2019). *Teaching empathy in healthcare*. Springer.
<https://doi.org/10.1007/978-3-030-29876-0>
- Goodchild, C. E., Skinner, T. C., & Parkin, T. (2005, Jun). The value of empathy in dietetic consultations. A pilot study to investigate its effect on satisfaction, autonomy and agreement. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 18(3), 181-185. <https://doi.org/10.1111/j.1365-277X.2005.00606.x>
- Halan, S., Sia, I., Crary, M., & Lok, B. (2015). Exploring the effects of healthcare students creating virtual patients for empathy training. *International Conference on Intelligent Virtual Agents* (pp. 239-249). Springer, Cham.
- Haley, S. M., & Fragala-Pinkham, M. A. (2006). Interpreting change scores of tests and measures used in physical therapy. *Physical therapy*, 86(5), 735-743.
- Halpern, J. (2003). What is clinical empathy? *Journal of General Internal Medicine*, 18(8), 670-674. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2003.21017.x>
- Hemmerdinger, J. M., Stoddart, S. D., & Lilford, R. J. (2007a, Jul 25). A systematic review of tests of empathy in medicine. *BMC Medical Education*, 7, 24.
<https://doi.org/10.1186/1472-6920-7-24>
- Hemmerdinger, J. M., Stoddart, S. D., & Lilford, R. J. (2007b, Jul 25). A systematic review of tests of empathy in medicine. *BMC Medical Education*, 7(1), 24.



<https://doi.org/10.1186/1472-6920-7-24>

- Hobart, J. C., Lamping, D. L., & Thompson, A. J. (1996). Evaluating neurological outcome measures: the bare essentials. *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry*, 60(2), 127.
- Hojat, M. (2016). *Empathy in health professions education and patient care*. Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-27625-0>
- Hojat, M., DeSantis, J., Shannon, S. C., Mortensen, L. H., Speicher, M. R., Bragan, L., LaNoue, M., & Calabrese, L. H. (2018, Dec). The Jefferson Scale of Empathy: a nationwide study of measurement properties, underlying components, latent variable structure, and national norms in medical students. *Advances in Health Sciences Education*, 23(5), 899-920. <https://doi.org/10.1007/s10459-018-9839-9>
- Hojat, M., & Gonnella, J. S. (2015). Eleven Years of Data on the Jefferson Scale of Empathy-Medical Student Version (JSE-S): Proxy Norm Data and Tentative Cutoff Scores. *Medical Principles and Practice*, 24(4), 344-350. <https://doi.org/10.1159/000381954>
- Hojat, M., Gonnella, J. S., Nasca, T. J., Mangione, S., Vergare, M., & Magee, M. (2002). Physician Empathy: Definition, Components, Measurement, and Relationship to Gender and Specialty. *American Journal of Psychiatry*, 159(9), 1563-1569. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.9.1563>
- Hojat, M., & LaNoue, M. (2014, Apr 20). Exploration and confirmation of the latent variable structure of the Jefferson scale of empathy. *International Journal of Medical Education*, 5, 73-81. <https://doi.org/10.5116/ijme.533f.0c41>
- Hojat, M., Louis, D. Z., Markham, F. W., Wender, R., Rabinowitz, C., & Gonnella, J. S. (2011). Physicians' Empathy and Clinical Outcomes for Diabetic Patients. *Academic Medicine*, 86(3), 359-364.

<https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3182086fe1>

Hojat, M., Mangione, S., Kane, G. C., & Gonnella, J. S. (2005). Relationships between scores of the Jefferson scale of physician empathy (JSPE) and the interpersonal reactivity index (IRI). *Medical teacher*, 27(7), 625-628.

Hojat, M., Mangione, S., Nasca, T. J., Cohen, M. J. M., Gonnella, J. S., Erdmann, J. B., Veloski, J., & Magee, M. (2001, Apr). The Jefferson Scale of Physician Empathy: Development and preliminary psychometric data. *Educational and Psychological Measurement*, 61(2), 349-365. <https://doi.org/10.1177/00131640121971158>

Hornquist, J. O. (1982). The concept of quality of life. *Scandinavian journal of social medicine*, 10(2), 57-61. <https://doi.org/10.1177/140349488201000204>

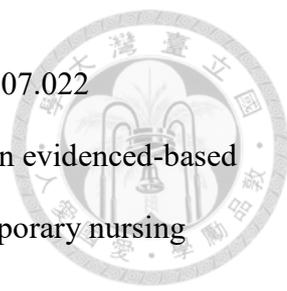
IBM, I. I. (2017). Statistics for Windows, Version 25.0. Armonk, NY: IBM Corporation.

Ilgunaite, G., Giromini, L., & Di Girolamo, M. (2017). Measuring empathy: A literature review of available tools. *BPA - Applied Psychology Bulletin (Bollettino di Psicologia Applicata)*, 65(280), 2-28.

Koo, T. K., & Li, M. Y. (2016). A Guideline of Selecting and Reporting Intraclass Correlation Coefficients for Reliability Research. *Journal of Chiropractic Medicine*, 15(2), 155-163. <https://doi.org/10.1016/j.jcm.2016.02.012>

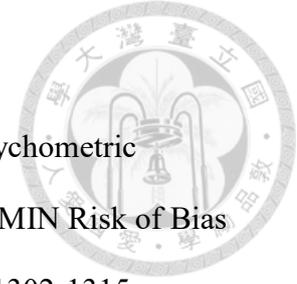
Krystallidou, D., Bylund, C. L., & Pype, P. (2020, Mar). The professional interpreter's effect on empathic communication in medical consultations: A qualitative analysis of interaction. *Patient education and counseling*, 103(3), 521-529. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.09.027>

Krystallidou, D., Remael, A., de Boe, E., Hendrickx, K., Tsakitzidis, G., van de Geuchte, S., & Pype, P. (2018, Jan). Investigating empathy in interpreter-mediated simulated consultations: An explorative study. *Patient education and*

- 
- counseling*, 101(1), 33-42. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.07.022>
- Levett-Jones, T., & Cant, R. (2020, Apr). The empathy continuum: An evidenced-based teaching model derived from an integrative review of contemporary nursing literature. *Journal of Clinical Nursing*, 29(7-8), 1026-1040. <https://doi.org/10.1111/jocn.15137>
- McHugh, M. L. (2012). Interrater reliability: the kappa statistic. *Biochemia medica*, 22(3), 276-282.
- Neumann, M., Edelhäuser, F., Tauschel, D., Fischer, M. R., Wirtz, M., Woopen, C., Haramati, A., & Scheffer, C. (2011). Empathy decline and its reasons: a systematic review of studies with medical students and residents. *Academic Medicine*, 86(8), 996-1009.
- Parkin, T., de Looy, A., & Farrand, P. (2014, Aug). Greater professional empathy leads to higher agreement about decisions made in the consultation. *Patient education and counseling*, 96(2), 144-150. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.04.019>
- Pedersen, R. (2009, Sep). Empirical research on empathy in medicine-A critical review. *Patient education and counseling*, 76(3), 307-322. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.06.012>
- Peterson, E. B., Calhoun, A. W., & Rider, E. A. (2014). The reliability of a modified Kalamazoo Consensus Statement Checklist for assessing the communication skills of multidisciplinary clinicians in the simulated environment. *Patient education and counseling*, 96(3), 411-418. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.07.013>
- Portney, L. G., & Watkins, M. P. (2009). *Foundations of clinical research: applications to practice* (Vol. 892). Pearson/Prentice Hall Upper Saddle River, NJ.
- Rakel, D. P., Hoeft, T. J., Barrett, B. P., Chewning, B. A., Craig, B. M., & Niu, M.



- (2009). Practitioner empathy and the duration of the common cold. *Family medicine, 41*(7), 494.
- Rider, E., & Nawotniak, R. (2010). *A Practical Guide to Teaching and Assessing the ACGME Core Competencies: Second Edition*.
- Safrit, M. J., & Wood, T. M. (1989). *Measurement concepts in physical education and exercise science*. Human Kinetics Books Champaign.
- Serrada-Tejeda, S., Sánchez-Herrera-Baeza, P., Rodríguez-Pérez, M. P., Máximo-Bocanegra, N., Martínez-Piédrola, R. M., Trugeda-Pedrajo, N., Huertas-Hoyas, E., & Pérez-de-Heredia-Torres, M. (2021, Sep 6). Cultural adaptation and psychometric properties of the Jefferson empathy scale health professions students' version in Spanish Occupational therapy students. *BMC Medical Education, 21*(1), 472. <https://doi.org/10.1186/s12909-021-02845-y>
- Shrout, P. E., & Fleiss, J. L. (1979). Intraclass correlations: Uses in assessing rater reliability. *Psychological Bulletin, 86*(2), 420-428. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.86.2.420>
- Sulzer, S. H., Feinstein, N. W., & Wendland, C. L. (2016, Mar). Assessing empathy development in medical education: a systematic review. *Medical education, 50*(3), 300-310. <https://doi.org/10.1111/medu.12806>
- Thomas Jefferson University. (2022, June 3). *Jefferson Scale of Empathy*. <https://www.jefferson.edu/academics/colleges-schools-institutes/skmc/research/research-medical-education/jefferson-scale-of-empathy.html>
- Waisel, D. B., Ruben, M. A., Blanch-Hartigan, D., Hall, J. A., Meyer, E. C., & Blum, R. H. (2020, Jan). Compassionate and Clinical Behavior of Residents in a Simulated Informed Consent Encounter. *Anesthesiology, 132*(1), 159-169.



<https://doi.org/10.1097/ALN.0000000000002999>

Williams, B., & Beovich, B. (2020, Aug). A systematic review of psychometric assessment of the Jefferson Scale of Empathy using the COSMIN Risk of Bias checklist. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 26(4), 1302-1315.

<https://doi.org/10.1111/jep.13293>

Wise, B. L., & Page, M. S. (1980, Oct). Empathy levels of occupational therapy students. *American Journal of Occupational Therapy*, 34(10), 676-679.

<https://doi.org/10.5014/ajot.34.10.676>

Wittenberg-Lyles, E., Debra, P. O., Demiris, G., Rankin, A., Shaunfield, S., & Kruse, R. L. (2012, Oct). Conveying empathy to hospice family caregivers: team responses to caregiver empathic communication. *Patient education and counseling*, 89(1), 31-37. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2012.04.004>

Yang, C. M., Wang, Y.-C., Lee, C.-H., Chen, M.-H., & Hsieh, C.-L. (2020). A comparison of test-retest reliability and random measurement error of the Barthel Index and modified Barthel Index in patients with chronic stroke. *Disability and Rehabilitation*, 1-5.

Yu, J., & Kirk, M. (2008, Dec). Measurement of empathy in nursing research: systematic review. *Journal of advanced nursing*, 64(5), 440-454.

<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04831.x>

Yu, J., & Kirk, M. (2009, Sep). Evaluation of empathy measurement tools in nursing: systematic review. *Journal of advanced nursing*, 65(9), 1790-1806.

<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05071.x>

翁嘉遜 (2013)。醫療從業人員之專業養成過程中同理心與利社會行為之變化。國立臺灣大學醫學院職能治療學系。

<http://dx.doi.org/10.6342/ntu.2013.00111>

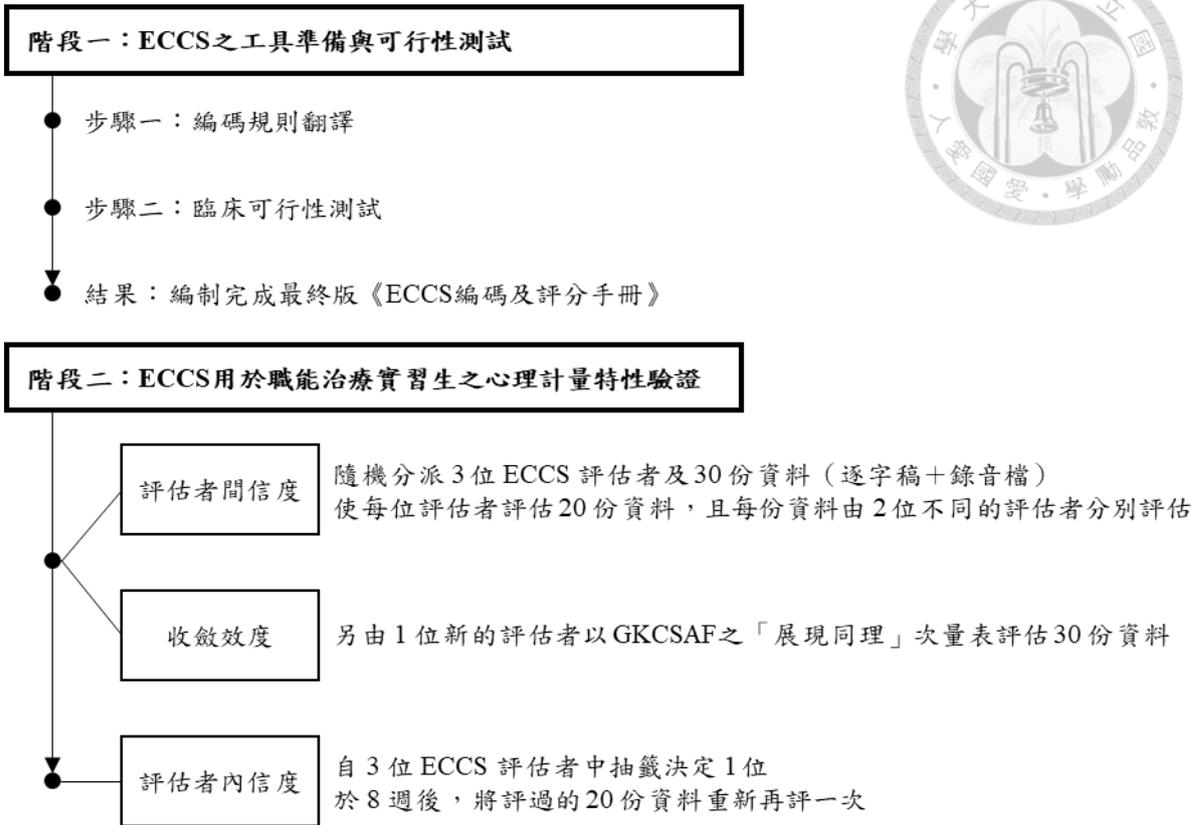
陳怡妙、黃小玲 (2021)。二種同理心編碼評估系統應用於職能治療之心理計量特性 (110-0004912)。台大醫院。

黃小玲 (2020)。發展與驗證職能治療實習生溝通技巧訓練方案。國立臺灣大學醫學院職能治療學系。

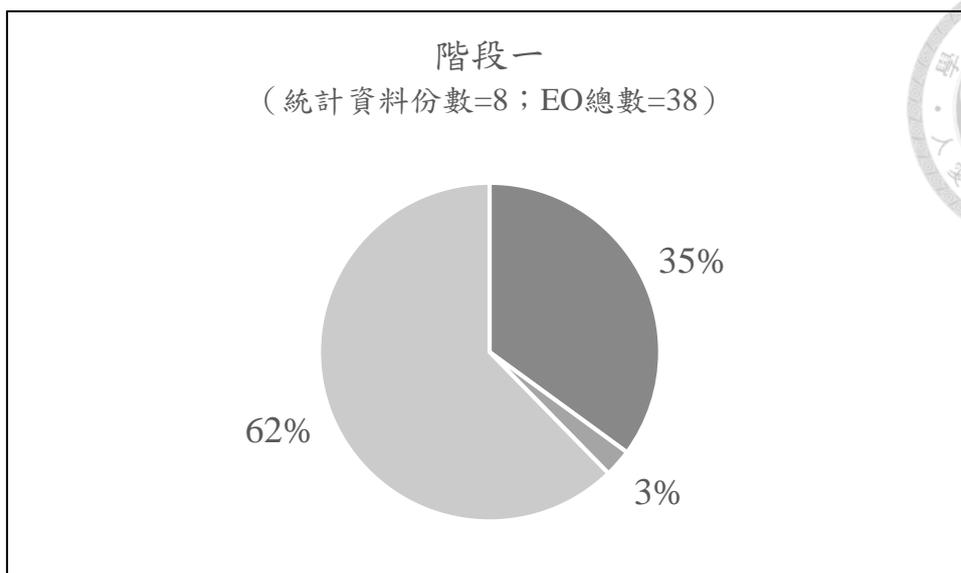
鄭榮峰、賴育民、Livneh, H.、蔡宗益 (2011)。傑佛遜同理心量表—醫護人員版之中文文化及信效度檢定。護理雜誌, 58 (2), 41-48。https://dx.doi.org/10.6224/JN.58.2.41

謝清麟 (2017)。職能治療師與中風病人所採用決策模式之調查。國立臺灣大學醫學院職能治療學系。

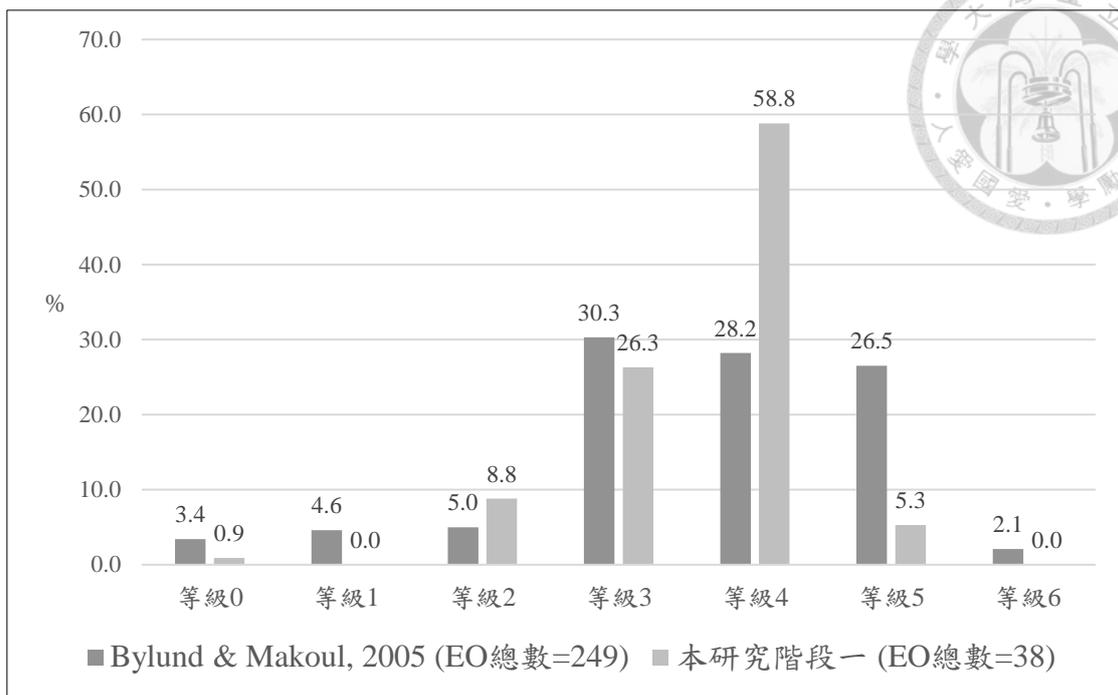
謝清麟、陳官琳 (2016)。評估的基本概念。載於薛漪平 (主編), 生理疾病職能治療學 I: 評估理論與技巧 (二版, 頁 7-2 至 7-27)。禾楓書局有限公司。



圖一、研究流程圖



圖二、各同理時機種類出現次數百分比

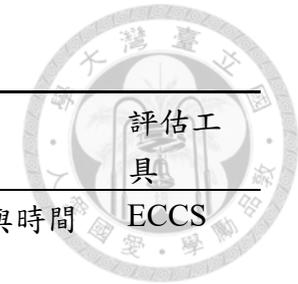


圖三、各同理回應等級出現次數百分比



表一、同理之定義與類型

		情感同理	認知同理	臨床同理
同理標的	感受情緒	★	★	★
	想法		★	★
內在同理過程	產生相同感受	★		(★)強調適度
	理解		★	★
外顯同理行為	肢體動作			★
	言語回應			★



表二、依據「評估者」分類同理評估工具之特點與優缺點

	特點	優點	缺點	
專家評估	由受訓過之專業評估人員負責	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 品質較佳 ✓ 可快速評估亦可完整深入評估 ✓ 適於教學 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 專家訓練之人力與時間成本 	ECCS
病人評估	以病人之觀點／感受評估	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 可行性高 ✓ 病人為醫病互動之主角 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 簡略 ◆ 品質較差 	CARE
標準病人評估	以標準病人之觀點／感受評估	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 可行性高 ✓ 標準病人可提供類似病人之觀點 ✓ 適於教學 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 簡略 ◆ 品質較差 ◆ 需準備教案並與標準病人配合 	CARE
受試者（醫療人員/學生）自評	自我省思	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 可行性高 ✓ 自評過程可瞭解同理技巧之重點 ✓ 適於教學 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 簡略 ◆ 品質較差 	JSE

ECCS=Empathic Communication Coding System

CARE=Consultation and Relational Empathy Measure

JSE=Jefferson Scale of Empathy



表三、依據「評估時間點」分類同理評估工具之特點與優缺點

	特點	優點	缺點	評估工具
會談後現場立即評估	◇ 依據現場觀察／感受直接評估	✓ 簡單快速	◆ 簡略 ◆ 品質較差	CARE
錄影（音）後評估	◇ 以錄音／錄影／逐字稿為評估內容 ◇ 評估者有較多時間，且可反覆觀看（聆聽）	✓ 完整深入評估 ✓ 品質佳 ✓ 可當成教材提升同理教學效能	◆ 需設備與空間配合 ◆ 費資源 ◆ 費時	ECCS
受測當下或回顧某時期之評估	◇ 非針對特定單一會談之表現作評估 ◇ 可能為當下或某一時期之整體性調查	✓ 簡單快速 ✓ 可用於普查	◆ 簡略 ◆ 品質較差 ◆ 評估標的概略、不明確 ◆ 易受記憶效應影響	JSE

CARE=Consultation and Relational Empathy Measure

ECCS=Empathic Communication Coding System

JSE=Jefferson Scale of Empathy



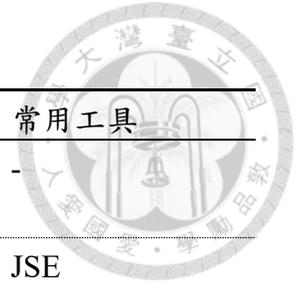
表四、依據「評估情境」分類同理評估工具之特點與優缺點

	特點	優點	缺點	評估工具
真實情境	<ul style="list-style-type: none"> ◇ 臨床真實情境 ◇ 可現場或事後評估 ◇ 錄影(音)需考量病人意願與環境等因素 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 真實反映臨床現場 ✓ 可累積教材提升同理教學效能 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 樣本數小時，分數可能因病人不同而波動 	CARE、ECCS
模擬情境	<ul style="list-style-type: none"> ◇ 需準備教案並與標準病人配合 ◇ 可現場或事後評估 ◇ 容易錄影(音) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 重複特定需同理之情境，使受試者公平接受相同的挑戰 ✓ 可當成教材提升同理教學效能 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 非臨床實境 ◆ 需設備與空間配合 ◆ 費資源 	CARE、ECCS
非特定會談情境	<ul style="list-style-type: none"> ◇ 非針對特定單一會談之表現作評估 ◇ 可能為當下或某一時期之整體性調查 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 簡單快速 ✓ 可用於普查 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 簡略 ◆ 品質較差 ◆ 評估標的概略、不明確 ◆ 易受記憶效應影響 	JSE

CARE=Consultation and Relational Empathy Measure

ECCS=Empathic Communication Coding System

JSE=Jefferson Scale of Empathy



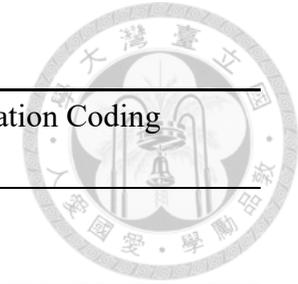
表五、常用同理評估工具所評估之概念的用途與限制

概念	核心概念或例題	用途	限制	常用工具
同理相關知識	何謂同理	✓ 確認受試者相關知識	◆ 定義不一 ◆ 受試者易以背誦得分	-
對同理之態度	對同理價值之看法	✓ 確認受試者對於同理之價值觀	◆ 受試者易以社會期待與背誦回應得分、欠缺區辨力	JSE
外顯同理行為	實際與病人應對時的行為表現	✓ 臨床應用 ✓ 確認受試者同理技巧之執行情況 ✓ 同理教學與研究	◆ 評估費時	CARE、 ECCS
內在同理過程	個人知覺與認知過程	✓ 臨床應用 ✓ 同理教學與研究	◆ 概念較狹隘，較不實用	JSE (題目內容)
臨床同理	著重在「認知」與「行為」同理，「情感」部份強調應適度	✓ 臨床應用 ✓ 同理教學與研究	◆ 評估費時	JSE (對同理的定義)、 CARE、 ECCS

CARE=Consultation and Relational Empathy Measure

ECCS=Empathic Communication Coding System

JSE=Jefferson Scale of Empathy



表六、常用同理評估工具之要點

工具	Jefferson Scale of Empathy (JSE)	Consultation and Relational Empathy (CARE) Measure	Empathic Communication Coding System (ECCS)
作者 (年份)	Hojat et al. (2001)	Mercer et al. (2004)	Bylund (2001)
原評估 對象	醫療專業人員或學生	醫師	醫師與醫學生
對同理 之定義	同理為認知能力，包含理解病人的痛苦與觀點，及向病人傳達自己的理解與欲幫助之意圖的能力	同理包含以下能力：(1) 理解患者的處境、觀點與感受（及其附帶含義）；(2) 傳達自己的理解並確認其準確性；(3) 基於上述理解，採取對病人有益的治療性活動	-醫師的同理心指「醫師對病人經驗的理解程度」 -醫師同理病人之行為指「將醫師的同理心/理解程度傳達給病人」
所評估 之概念	對同理之態度	臨床同理之外顯行為（所導致的病人感受）	臨床同理之外顯行為
進行方 式與時 間	20 題問卷，由醫療相關人員自填，填答時間約 10 分鐘。	10 題問卷，由病人填寫，填答時間約 5~10 分鐘。	錄音或錄影後，由受訓過之人員搭配逐字稿進行評估。分兩步驟：(1)辨別同理時機；(2)判定同理回應等級。評估時間視會談時長而定，1.5 小時的會談約 2~3 小時不等。
例題	「醫護人員對病人及家屬情緒狀況的了解，是醫病關係中重要的一環。」	醫師「確實聆聽」的表現如何？（在您說話時專心聆聽，而未盯著病歷或電腦看）	同理時機分 3 類：病人陳述之「情緒、進展或挑戰」，舉例詳見附件一。



表六、常用同理評估工具之要點 (續)

工具	Jefferson Scale of Empathy (JSE)	Consultation and Relational Empathy (CARE) Measure	Empathic Communication Coding System (ECCS)
計分方式	李克特 7 點量表 (1=非常不同意; 7=非常同意), 總分介於 20~140 分, 分數越高代表同理心越趨正向。	李克特 5 點量表計分 (1=差; 5=優良), 總分介於 10~50 分。	同理回應等級分 0~6, 共 7 等, 不同等級代表不同的同理行為。如: 6—分享情緒/經驗; 0—忽略或否定病人的觀點。最後得分為所有回應等級之平均, 介於 0~6 分之間。
分數判斷標準	美國醫學生版的常模為男性 112.3、女性 116.2 分, 一般認為男性 ≤ 95.0 、女性 ≤ 100.0 可能不適合從事照護專業。(Hojat et al., 2018; Hojat & Gonnella, 2015)	10~30 低度同理、31~40 中度同理、41~50 高度同理。(Mercer et al., 2016; Steinhausen et al., 2014)	等級 3~6 明確地掌握病人觀點; 等級 2—未明確地掌握病人觀點; 等級 1—敷衍應付病人; 等級 0—忽略或否定病人的觀點 (Bylund, 2001; Bylund & Makoul, 2002, 2005)



表六、常用同理評估工具之要點（續）

工具	Jefferson Scale of Empathy (JSE)	Consultation and Relational Empathy (CARE) Measure	Empathic Communication Coding System (ECCS)
心理計量特性	<ul style="list-style-type: none"> ● 內在一致性：良好 ($\alpha=0.81\sim0.89$; Hemmerdinger et al., 2007b) ● 再測信度：中等（醫師版 $r=0.65$; Hemmerdinger et al., 2007b) ● 收斂效度：低至中等 ● JSPE 與 JSPPE 之 $r=0.23\sim0.48$ (Foster & Yaseen, 2019) ● JSPE 與 IRI 之 $r=0.45$ (Hojat et al., 2005) 	<ul style="list-style-type: none"> ● 內在一致性：良好 ($\alpha=0.93$; Mercer et al., 2004) ● 再測信度：中等 ($\rho=0.57$; Bikker et al., 2005) ● 收斂效度：良好 ● CARE 與 JSPPE 之 $\rho=0.77$ (Chen et al., 2015) ● CARE 與 global rating 之 $\rho=0.79$ (Chen et al., 2015) 	<p>評估者間信度：中等至良好 (Cohen's Kappa=$0.73\sim0.81$; Bylund & Makoul, 2002, 2005; Wittenberg-Lyles et al., 2012)</p>
其他	<p>中譯版內在一致性：良好 ($\alpha=0.90$; 鄭榮峰等, 2011)</p>		
	<ul style="list-style-type: none"> ● 信度之判斷標準：再測信度或施測者間信度之 $ICC \geq 0.90$ 為優異；$0.75\sim0.90$ 為良好；$0.50\sim0.75$ 為中等；< 0.50 為差 (Koo & Li, 2016)。相關係數 ≥ 0.80 為良好；$0.60\sim0.79$ 為中等；< 0.60 為差 (Richman et al., 1980)。內在一致性之 $\alpha > 0.70$ 為良好，可用於群體分數的比較；> 0.90 為優，可用於個別個案間分數的比較 (Lohr, 2002)。 ● 效度之判斷標準：收斂效度之相關係數 ≥ 0.60 為良好；$> 0.30, < 0.60$ 為中等；≤ 0.30 為低 (Andresen, 2000; Salter et al., 2005)。 ● JSPPE=Jefferson Scale of Patient Perceptions of Physician Empathy；IRI=Interpersonal Reactivity Index 		



表七、ECCS 之 3 種同理時機簡表

種類	定義	例句
情緒	病人自述當下的情緒。 **情緒之定義為「意識經歷喜悅、悲傷、害怕、厭惡或類似的情感狀態。	「我正在煩惱停藥之後的情況。」 「我為自己能夠戒菸感到驕傲。」
進展	病人自述 (1)生理狀況改善而提升生活品質、 (2)社會心理層面的正向發展， 或(3)非常正向、改變生活的事件。	「我最近正在努力（戒菸）。我已經戒了大半。」 「而且我又重新開始打排球了，又可以開始做我以前能做到的事。」
挑戰	病人自述 (1)生理問題導致生活品質上的負面影響 (2)社會心理問題導致生活品質上的負面影響， 或(3)近期有破壞性的、改變生活的事件。	「肩膀痛讓我有許多事都不能做。」 「要把你的時間和精力全都放在小孩身上真的很難。」

*同理時機始自病人對「情緒、進展或難題」清楚而直接的陳述。

**參照 Webster's Unabridged Dictionary, 1998 之定義。

表八、ECCS 之 7 回應等級簡表

等級	等級名稱	定義	例句，當病人陳述負面情緒：「累倒還好，就是覺得很挫折」
6	分享情緒／經驗	醫療人員明確地說出自己已有過類似的經驗或情緒	「我之前出車禍復健時也有過這種心情，總覺得比起身體上的累，心理上更累。」
5	傳達病人情緒／經驗之合理性	醫療人員向病人傳達其表述的情緒感受、進展或挑戰是合理的	「會感到挫折很正常，尤其我們現在剛生病不久，很多動作都還在慢慢恢復，難免會覺得力不從心。」
4	延續病人情緒／經驗之討論	醫療人員明確辨別同理時機的核心議題，且透過釐清／追問、提供建議／支持、或詳細／充分說明該議題等方式，延續病人提出的議題	「嗯嗯，這會需要一點時間慢慢恢復，其實我們每天都有看到進展啊，像您今天手又抬得比昨天高了。」
3	確認病人之情緒／經驗	醫療人員明確地確認／認知同理時機中的核心議題，但未延續該議題	「瞭解，比較會感到挫折。」
2	未明確地掌握病人觀點	醫療人員並未明確地掌握同理時機中的核心議題，而聚焦在周圍較不相關之議題且改變議題	「所以這個練習強度你覺得還可以負荷嗎？」
1	敷衍應付病人	醫療人員一邊做其他事情（通常身體未轉向病人），一邊自動化地、劇本式地回應病人陳述	一邊低頭寫字，一邊用「嗯哼。」回應病人。
0	忽略或否定病人的觀點	醫療人員忽略病人陳述的同理時機，或說出否定的言論	「這樣就挫折，有些人比你更嚴重呢。」

表九、常用同理評估工具之比較

	JSE	CARE	ECCS
評估者	受試者自評	病人／標準病人評	專家評估
評估時間點	受測當下或回顧某 時期之評估	會談後現場立即評 估	錄影（音）後評估
評估情境	非特定會談情境	真實或模擬	真實或模擬
所欲評估之概念	對同理之態度	同理表現	同理表現
評估花費時間	10 分鐘	5~10分鐘	時長1.5小時的會談 所需評估時間約2~3 小時

JSE=Jefferson Scale of Empathy

CARE=Consultation and Relational Empathy Measure

ECCS=Empathic Communication Coding System

表十、病人、實習學生與評估者之人口學描述性統計

變項	病人 n=30	實習學生 n=23	評估者 n=3
	Mean±SD 或 n (%)		
年齡 (歲)	59.3±15.0	21.3±0.6	25.0±1.7
最大值 (歲)	90		
最小值 (歲)	18		
性別			
男	19 (63.3%)	7 (30.4%)	0
女	11 (36.7%)	16 (69.6%)	3 (100%)
教育程度			
國小	2 (6.7%)		
國中	4 (13.3%)		
高中	11 (36.7%)		
專科	3 (10.0%)		
大學	7 (23.3%)		
研究所以上	3 (10.0%)		
診斷			
中風	13 (43.3%)		
脊髓損傷	12 (40.0%)		
其他*	5 (16.7%)		
慣用語			
國語	26 (86.7%)		
台語	2 (6.7%)		
國台雙語	2 (6.7%)		

*其他診斷：2 位癌症（脊髓、腦瘤）、1 位腦性麻痺、1 位腦傷、1 位多發性神經及腦膜瘤

表十一、信度：ECCS 之評估者間／內信度、隨機測量誤差與最小可偵測變化值

評估階段	辨別同理時機	判定同理回應等級			
信度種類	平均一致性百分比	ICC (95% CI)	SEM	MDC	MDC%
評估者間信度	34% (n=17)	0.14 (-1.25~0.68) (n=18)	0.79	2.18	62%
評估者內信度	71% (n=10)	0.77 (0.33~0.92) (n=16)	0.30	0.83	23%

ECCS= Empathic Communication Coding System

ICC= intraclass correlation coefficient

SEM=standard error of measurement

MDC= minimal detectable change

MDC%= percentage of minimal detectable change

表十二、收斂效度：ECCS 平均分數與 GKCSAF 展現同理次量表得分之相關性

	n	Pearson's <i>r</i>	收斂效度之判定
原資料	28	0.51**	中
刪除極端值	27	0.79**	高

ECCS= Empathic Communication Coding System

GKCSAF= Gap-Kalamazoo Communication Skills Assessment Form

** $p < 0.01$





表十三、評估者間辨別 EO 之起訖不同，影響 RL 之判定 (例一)

	Rater 1	Rater 2
	EO 挑戰 (從床上爬起有困難，影響如廁等問題)	挑戰 (起床困難)
	RL 5 (合理化：針對挑戰的困難性／重要性表達認同)	3 (確認)
認定之 EO起訖 與標記	<p>P：現在問題就是這樣子的時候，我怎麼爬起床？</p> <p>T：唉喲，好，那你。</p> <p>P：很麻煩，就是說我怎麼爬床。</p> <p>T：哦，好。</p> <p>P：我要尿尿，要大便怎麼辦？</p> <p>T：<u>嗯，都是很重要的問題，對不對？每天都會遇到。</u></p> <p>P：對。</p>	<p>P：現在問題就是這樣子的時候，我怎麼爬起床？</p> <p>T：唉喲，好，那你。</p> <p>P：很麻煩，就是說我怎麼爬床。</p> <p>T：<u>哦，好。</u></p> <p>P：我要尿尿，要大便怎麼辦？</p> <p>T：嗯，都是很重要的問題，對不對？每天都會遇到。</p> <p>P：對。</p>

EO= Empathic Opportunity; RL= Response Level



表十四、評估者間辨別 EO 之起訖不同，影響 RL 之判定 (例二)

Rater 1	Rater 2
EO 挑戰 (近期跌倒變得更頻繁)	挑戰 (因容易跌倒而經常摔壞手機)
RL 4 (釐清、追問)	2 (回應聚焦在專業觀點，而非病人提出的困擾或困難「經常跌倒導致手機摔壞」)
<p>P: 也包括手機, 我手機換第5支了, 都是跌倒摔壞了, 你看我的手機殼, 就是鐵金剛, 整個都是鐵的。</p> <p>T: 你是為了讓它不要掉下去, 掉下去不要摔壞。</p> <p>P: 就掉下去不會摔壞啊, 所以我兒子特別去幫我買這個啊, 對啦, 很重啊, 沒辦法。</p> <p>T: 所以這大概是可能一兩年前就這樣了還是說?</p> <p>P: 很早就這樣了, 因為我那個小腦萎縮, 大概十幾年前開始會陸續陸續會跌倒, 以前沒有那麼頻繁, 現在很頻繁。</p> <p>T: 那所以因為之前很常跌倒。</p> <p>P: 對。</p> <p>T: 那你通常都是在什麼情況下跌倒啊?</p> <p>P: 走路, 拿拐杖的時候, 那我這樣會跌倒, 跌到那個腳骨折, 然後呢, 後來拐杖不敢拿, 拿助行器, 助行器跌倒, 跌到那個脊椎摔斷。</p> <p>T: 那你當下跌倒的時候, 旁邊有人嗎?</p> <p>P: 那時候沒有人, 那時候沒有外傭, 我這外傭才來兩個月。</p> <p>T: 才來兩個月。</p>	<p>P: 也包括手機, 我手機換第5支了, 都是跌倒摔壞, 你現在看我的手機殼, 就是鐵金剛, 整個都是鐵的。</p> <p>T: 你是為了讓它不要掉下去, 掉下去不要摔壞。</p> <p>P: 就掉下去不會摔壞啊, 所以我兒子特別去幫我買這個啊, 對啦, 很重啊, 沒辦法。</p> <p>T: 所以這大概是可能一兩年前就這樣了還是說?</p> <p>P: 很早就這樣了, 因為我那個小腦萎縮, 大概十幾年前開始會陸續陸續會跌倒, 以前沒有那麼頻繁, 現在很頻繁。</p> <p>T: 那所以因為之前很常跌倒。</p> <p>P: 對。</p> <p>T: 那你通常都是在什麼情況下跌倒啊?</p> <p>P: 走路, 拿拐杖的時候, 那我這樣會跌倒, 跌到那個腳骨折, 然後呢, 後來拐杖不敢拿, 拿助行器, 助行器跌倒, 跌到那個脊椎摔斷。</p> <p>T: 那你當下跌倒的時候, 旁邊有人嗎?</p> <p>P: 那時候沒有人, 那時候沒有外傭, 我這外傭才來兩個月。</p> <p>T: 才來兩個月。</p>

EO= Empathic Opportunity; RL= Response Level



同理編碼系統 Empathic Communication Coding System

同理時機之編碼規則

概覽

在醫病會談中尋找同理時機，是為了將病人與醫師之對話限縮到可以將同理行為編碼的範疇。同理時機有以下特性：

- 同理時機始自病人對「情緒、進展或難題」清楚而直接的陳述。不需對病人的陳述做額外的解釋或想像，該情緒、進展或挑戰是明確而明顯的。
*特別提醒：判斷時，應符合此定義，不做過多額外的解釋或想像。當評估者受自身期待影響，做過多解釋，恐怕偏離了原先的評估範疇。
- 「情緒」意指病人說出當下的情緒。
此處我們將情緒定義為「意識經歷喜悅、悲傷、害怕、厭惡或類似的情感狀態」。*參照 *Webster's Unabridged Dictionary, 1998* 之定義。(此註解來自 ECCS 原作者 Bylund)
- 「進展」為病人明確陳述：
 1. 生理狀況改善而提升生活品質
 2. 社會心理層面的正向發展
 3. 或近期非常正向、改變生活的事件
- 「挑戰」為病人明確陳述：
 1. 生理問題導致生活品質上的負面影響
 2. 社會或心理問題所導致生活品質上的負面影響
 3. 或近期有破壞性的、改變生活的事件
- 注意：
若醫師提問，而病人答是，不算在同理時機中。
Ex. 醫師：「這對你的生活品質造成影響了嗎？」病人：「是的。」
若醫師提問，而病人答以同理時機之陳述，則算在同理時機中。
Ex. 醫師：「你很擔心這次生病的狀況嗎？」病人：「是的，我對生病感到很憂慮。」
*此類問法可能出於醫療人員覺察到需被同理的情形，向病人詢問／確認其主觀感受或想法，與治療師客觀收集病人病況資訊之例子不同。



評估／紀錄要點

- 評估時，評估者應看過整場會談。
- 應將每段同理時機起始與結束的時間點寫在紀錄表中。
- 病人起始同理時機之語句，以及病人或醫師結束同理時機之語句，應寫在紀錄表中。

情緒

此處的情緒，是病人本身之陳述，且強調為當下的情緒。在判斷時，可以試著用「我覺得 (feel)_____」抽換病人的陳述，以協助判斷是否屬於情緒類的同理時機。

*特例：覺得「難 hard/difficult」恐不甚適用。不會說 I feel hard. 或 I feel difficult. 而是 I feel difficult doing something. 是「事件難」，不是「我難」。

以下是**可**被判別為同理時機的例句，情緒的部分以粗體表示：

情緒之陳述可能與生理問題有關：

- 「我的膝蓋實在好痛，我**擔心**可能是骨癌。」
- 「你看出我的改變了嗎，醫師？我的記憶力大不如前了，我實在很討厭這樣。」
- 「我正在**煩惱**停藥之後的情況。」

情緒之陳述可能與心理社會問題有關：

- 「父親過世讓我很**難過**。」
- 「我很**害怕**會被解僱。」

情緒之陳述可為負面（如上面例子）也可為正面：

- 「我為自己能夠戒菸感到**驕傲**。」
- 「我很**高興**我活到了現在。」
- 「我真的**喜歡**運動後的感覺。」

下列例句**不會**被判定為同理時機：

陳述中可能含有情緒，但未明確說出：

- 「我每天都會細數收到了多少祝福。」

陳述只關乎生理狀況，或為描述症狀：

- 「我覺得累了。」
- 「我覺得不舒服。」
- 「我覺得很瘦。」



陳述中出現的字詞同時有情緒和生理之意涵，但未闡明所指的是哪一種：

- 「我覺得很緊繃。」
- 「我感覺很好。」(在談論生理健康議題時這麼回答)
- 「我覺得很焦慮。」*可能為精神患者的症狀
- 「我覺得壓力很大。」*可能為精神患者的症狀

陳述為認知上的說法：

- 「我想 (think) 我很幸運。」

陳述為病人內在行為之描述：

- 「我不相信我自已。」
- 「我對自己沒什麼耐心。」

陳述為「未感受到」某種情緒：

- 「我不覺得難過。」
- 「我憂鬱的情況改善了。」

*除非該負向描述是形容某種情緒，如：「我不喜歡這個。」

使用「想 (like)」、「想要 (want)」來表達偏好，而非直接陳述情緒：

- 「我想要做那個。」
- 「我想要試試那種治療。」
- 「我想隨時和您更新我的近況。」

進展

「進展」為病人明確陳述：1.生理狀況改善而提升生活品質*、2.社會心理層面的正向發展，或3.近期非常正向、改變生活的事件

*生活品質：一般指個體對生活中自認對其重要部分的滿意程度。面向可包含生理、心理、社會、活動、物質及空間結構等需求 (Hörnquist, 1982)。

以下是可被判別為同理時機的例句：

進展之陳述可能與「病人為積極改善其身體健康，而正從事的具體行為」有關。此類型的陳述應指出生活中的正向改變／某種健康改善之證據，如：

「我和鄰居開始了一項步行計畫，我們每週要步行五天。」(亦可見下方例句)：



- 「我最近正在努力（戒菸）。我已經戒了大半。」
- 「自從採用那個飲食法後，我的體重減輕了不少。」

進展之陳述可能與「病人因身體的病痛改善，而生活品質有所提升」有關：

- 「而且我又重新開始打排球了，又可以開始做我以前能做到的事。」

進展之陳述可能與「患者生活中心理社會層面的進展」有關：

- 「我正在慢慢適應（離婚這件事）。我發現事情必然會發生。」

進展之陳述也可能與「近期發生，或即將發生之非常正向、改變生活的事件」有關

- 「我上週剛剛結婚。」
- 「我太太幾週前剛懷了我們的第一個寶寶。」
- 「我下週就要成為美國公民了。」
- 「我剛退休。」

下列例句 **不會** 被判定為同理時機：

陳述為病人所做的一次性健康行為：

- 「昨天我去散步運動了。」

陳述為持續進行的健康行為或狀況：

- 「我固定每週會運動三次。」
- 「我不抽菸。」
- 「我的腸胃狀況良好。」

陳述為身體／生理狀況之改善：

- 「我的鼻竇感染治好了。」
- 「我的腳已經好了。」

挑戰

「挑戰」為病人明確陳述：1.生理、社會或心理問題所導致生活品質上的負面影響*，或 2.近期有破壞性的、改變生活的事件。

*生活品質：一般指個體對生活中自認對其重要部分的滿意程度。面向可包含生理、心理、社會、活動、物質及空間結構等需求 (Hörnquist, 1982)。



以下是**可**被判別為同理時機的例句：

挑戰之陳述可能與「具體影響／干擾病人生活品質的身體／生理問題」有關：

- 「肩膀痛讓我有許多事都不能做。」
- 「晚上睡覺時，我有時必須把它擺在某個角度，才會感到舒服。」
- 「我的手臂實在太痛了，讓我很難好好工作。」
- 「我的肌肉太酸了，讓我難以當我兒子球隊的教練。」
- 「戒菸真的很難。」
- 「每天只吃3盎司的肉真的很難。」

挑戰之陳述可能與「干擾病人生活品質的心理社會問題」有關：

- 「自從離婚之後，我的體重掉了一大截。我覺得很不好而且我看起來糟透了。」
- 「我太忙了，我甚至不再有自己的時間。」
- 「要把你的時間和精力全都放在小孩身上真的很難。」

挑戰之陳述可能與「近期有破壞性的、改變生活的事件」有關：

- 「自我上次見你的這段時間，我兒子過世了。」
- 「我先生和我上週決定好我們要離婚了。」

下列例句**不會**被判定為同理時機：

只關乎生理／身體症狀或健康問題之陳述：

- 「我的肌肉和關節真的很痛。」
- 「我的鼻子真的塞住了。」
- 「當我迅速地把頭向右轉時，我會感覺到痛。」

解釋某生理／身體症狀何時發生之陳述：

- 「在工作的時候我注意到我的手臂真的很痛。」
- 「在指導完樂樂棒球隊的練習後，我會痠痛。」

可由該陳述推論出對生活品質造成影響的生理／身體問題，但未明確指出：

- 「我選擇這件襯衫是因為脫下它的時候不會痛。」



同理時機之結束

同理時機的結束點為醫師或病人轉換話題時。

- 同理時機可能突然地結束：

病人：「我父親半年前過世了，我到現在還是為他的死感到很難過。」

醫師：「那你們家有任何心臟病的病史嗎？」

- 同理時機可能在醫師和病人針對病人所表達的情緒做了一番討論後結束：

病人：「我父親半年前過世了，我到現在還是為他的死感到很難過。」

醫師：「你可以再跟我多說說嗎？」

（對話繼續）

醫師：「我想我可以理解你為什麼這麼難過，我母親過世的時候我也有類似的感受。所以聽起來你們家有癌症的病史，那心臟病呢？」

- 若醫師或病人將話題導往醫療或其他層面，則同理時機結束，因其並非直接處理病人陳述的情緒、正面臨進展／挑戰之事實。如：

病人：「有時我會擔心我的腳突然不聽話，然後我就會跌倒。」

醫師：「我想它應該不會突然不聽話啦，雖然可能感覺像會這樣。」

病人：「好。」

醫師：「我下的診斷是……」

或

病人：「我在煩惱停藥之後會怎樣，我擔心我會感到焦躁不安（戒斷症狀）。」

醫師：「會產生焦躁不安的感覺可能是因為（醫學解釋）。」

- 同理時機也可能因為醫師的行動而結束，比如：量血壓、轉向電腦開始打字等。雖然通常直到醫師或病人又開始說話前，你無法確定同理時機結束了沒有，但遇到此類情況時，同理時機的結束點應紀在醫師開始該動作的時候。



區辨同理時機

- 若病人再次提起同樣內容同理時機，應區辨為不同的同理時機。
- 若醫師在後續互動中才直接回應病人提出的同理時機（原本同理時機已結束），則應將醫師之回應視為原同理時機的第二部分（且起始和結束的時間記在原同理時機的右側）。

病人：「我在煩惱停藥之後會怎樣，我擔心我會感到焦躁不安（戒斷症狀）。」

醫師：「會產生焦躁不安的感覺可能是因為（醫學解釋）。」

（稍晚在同一會談中）

醫師：「目前我覺得不必太擔心停藥之後的情況。」（因醫師提及病人稍早陳述的情緒，故同理時機延續。）

- 若在同理時機中，病人提及另一情緒、進展或挑戰之不同議題，應視為一同理時機之結束且另一同理時機開始。

（同理時機1）病人：我的身體對藥物的反應真的讓我覺得很沮喪。

醫師：這個嘛，可能還需要一點時間吧。

（同理時機2）病人：而且我因為背痛，覺也睡不好。



同理編碼系統 Empathic Communication Coding System

同理回應等級之編碼規則

醫師在同理時機中說的任何話都應該被考慮。若醫師的回應符合超過一種等級，則取其最高的等級做編碼。

如果病人沒給醫師回應的時間，編碼為「遺漏」(9)，比如病人很快地轉換話題或馬上提出疑問。如果醫師有做簡短地回應，但病人不到 10 秒便轉換話題，則編碼為 (9)。例如：

病人：「我實在好害怕這個手術，而且我最近好忙啊。我的孫子最近來找我了，你知道那會有多忙。你也有孫子，對吧？」

病人：「我為自己開始進行這個運動計畫感到驕傲。一天運動 20 分鐘是足夠的嗎？」

如果你無法看到病人說話時醫師在做什麼（超出螢幕之外了），且醫師沒有說話，同樣把回應記為 (9)。

編碼分類（同理等級）

以下提供四個例子，隨後為各種（同理等級）分類的描述，以及針對同樣的四個例子，不同等級的回應方式舉例。

「我很高興我終於戒菸了！」

「我最近在嘗試透過減脂來變健康。」

「我好擔心接下來的檢查。」

「這個頭痛讓我很難工作。」

明確地掌握病人觀點（等級 3~6）

等級 6—分享情緒／經驗

醫師明確地說出他有過類似的經驗或情緒。

若醫師說出「就我個人的經驗而言……」歸於此等級。

*若只是陳述能夠體會／感受病人的情緒，不算在此類別：



「我可以理解你的感受。」(不算)

「我懂這種感覺。」(不算)

「我可以理解這種高興。我戒菸 10 年了，這種感覺真的很棒！」

「我最近也在減脂，我也有發現身體好像比較好了。」

「我可以理解那有多令人害怕。我先生最近也做了一樣的檢查，我們當時也很害怕。」

「我有時候也會頭痛，頭痛的時候確實是很難專心。」

等級 5—傳達病人情緒／經驗之合理性

醫師向病人傳達其表述的情緒感受、進展或挑戰是合理的。

根據不同的同理時機，可以有許多不同的做法。例如可為：針對進展表達祝賀、針對挑戰的困難性表達認同、針對情緒表達其合理性等。說明其他人也經歷了同樣的情緒／進展／挑戰亦屬於此類。

「恭喜！你做得真好！」

「這絕對是一件有益健康的好事，做得好！」

「你會害怕是正常的，面對罹癌的可能性，大家都會害怕。」

「確實，頭痛的時候要工作真的很難。」

等級 4—延續病人情緒／經驗之討論

醫師明確辨別同理時機的核心議題，且透過釐清／追問、提供建議／支持、或詳細／充分說明該議題等方式，延續病人提出的議題。

*釐清：相比「確認」，試圖詢問更多相關的資訊。

*2005 的例子，解釋 4 與 5 的區別：

醫師建議病人吃阿司匹靈，病人答：「喔！我想到要開始吃那個就討厭！」

醫師詢問、釐清為什麼病人會這麼說。【此行為便已屬等級 4 的追問】。

病人說明是因為自己的父親服藥後手臂出現斑點。

→等級 4：醫師向病人說明大部分的人都不會有該狀況，並進一步補充：「我不太擔心這會發生在你身上。」

→等級 5：先認同、認證 (validate) 病人的感受，如：「我懂妳為什麼這麼排斥吃阿司匹靈了。」再解釋他的擔心不太會發生。



等級 3—確認病人之情緒／經驗

醫師明確地確認／認知同理時機中的核心議題，但未延續該議題。
確認方式包含：複述病人的話、說出議題、回應「嗯」、「是」或點頭。但未延續該議題。

在病人陳述同理時機時，醫師的身體轉向病人，以「嗯哼」、「是」、點頭等方式 (backchanneling) 提供反饋，也應編碼為「確認」。醫師應清楚地做到主動傾聽病人，至少十秒以上。此種反饋方式本身就屬於一種回應。

等級 2—未明確地掌握病人觀點

醫師並未明確地掌握同理時機中的核心議題，而聚焦在周圍較不相關之議題且改變議題。

此類回應通常比較內容導向 (content-based)，未直接處理進展、挑戰或情緒。此類回應也可能包含問題或建議。

「你是什麼時候開始抽菸的啊？」

「不要那麼常吃外食可能會有幫助。」*像給建議，但未回應病人陳述的進展

「檢查排在什麼時候？」

「你做的是什麼工作？」

等級 1—敷衍應付病人 *錄音檔看不到治療師的動作，可能不太能評到此等級

醫師一邊做其他事情 (通常身體未轉向病人)，一邊自動化地、劇本式地回應病人陳述。

此類劇本式地回應可以是口語或非口語的。(若單純以「嗯哼」、「是」、點頭等方式回應，可以參照等級 3 的十秒原則。)

例如：

病人：「我今天早上實在太痛了，痛到我都無法彎下腰去綁鞋帶。」

醫師：「嗯哼。」(同時在電腦上打字，身體朝電腦而非病人)

病人：「我覺得很受挫。」

醫師：「嗯哼。」(繼續打字，身體朝電腦而非病人)

等級 0—忽略或否定病人的觀點

醫師忽略病人的同理時機，或說出否定的言論。例子可能包含：

- 醫師很快轉移話題

病人：「我很擔心停用這個藥物。」

醫師：「你現在可以進去換袍子了。」



病人：「我快可以成為美國公民了！」

醫師：「你現在有哪些保險呢？」

- 醫師未予以回應，而開始或繼續其他任務（測驗病人、寫病歷、打字等）。

- 醫師針對病人的陳述說出否定的言論。

病人：「我試過戒菸了，但我一直還辦不到。」

醫師：「如果你還沒成功，代表你不夠努力。你可能不是個意志堅的人。」



OT 情境之同理時機共識補充

一、情緒：

1. 情緒之定義中，並未要求因果（是什麼導致該情緒）之完整性。
2. 覺得難、覺得麻煩：
 - (1) 偏向指該事難／麻煩，而非指病人本身。也較接近排除條件中「認知上的說法」，ex.「我想我很幸運。」
 - (2) 視情況可能歸於挑戰，尤其「麻煩」可能牽涉滿意程度的下降。如：

P：覺得有點麻煩啊，要穿脫一大堆，手腳又不方便，現在穿脫是很麻煩的一件事情。
3. 注意是當下的情緒。以下情況比較不屬於當下的情緒，視為挑戰（涉及生活品質的滿意度下降）：

P：沒出門了，就是自己信心也沒有了，走路飄飄然的，就有點沒有信心啦

P：因為會怕，每次翻身的時候，會怕摔下去，所以...

P：現在是自己沒有信心，我現在走路都扶好啊，問題就是說怎麼走，走遠怕摔倒

二、進展：

考量前後脈絡，看得出病人生理／社會心理的變化，搭配「與生活品質提升（滿意度）相關」的自述，方視為進展。

Ex1.

（「可以去廁所」主要是朋友幫忙造成的改變，病人的生理進展不明確）

P：今天開始可以去廁所如廁了！在加護病房的時候沒辦法下床，是在便盆椅上，今天的話，便盆椅拿來拿去很麻煩，朋友來就把我推到廁所...

三、挑戰

1. 問：病人的描述涉及日常表現、但很像單純描述問題，如何判斷是否涉及生活品質？

答：參考生活品質的一般性定義。

*生活品質：一般指個體對生活中自認對其重要部分的滿意程度。面向可包含生理、心理、社會、活動、物質及空間結構等需求 (Hörnquist, 1982)。

2. 承上題，需病人有描述重要性才算嗎？

答：若加上此條件，恐有更改規則之疑慮。評估者可將「病人是否陳述重要性」納入考量範疇，參考病人前後文的陳述內容、陳述方式、語氣等，自行判斷該事件是否重要、是否影響生活品質。

Ex1.

（病人只是在治療師引導動作的過程中，順帶說明自己綁鞋帶有困難，看不出病人對綁鞋帶的重視）

T：好，我們把鞋子先穿好，你自己來喔，我先放這裡，你先把它勾起來。

P：綁鞋帶沒辦法。

Ex2.

（從病人的語氣與陳述方式，判斷簽名對其而言具一定的重要性）

P：欸？用這個就可以握筆了！YA，太好了！我想先簽我的名，我生病後都沒辦法簽名……哇太好了！我還以為不可能再簽名了。



OT 情境之同理回應等級範例補充

撰寫者：蔡函恩、蔡劭彤、陳柔潔

等級說明

- **明確地掌握病人觀點 (等級 3~6)**
 - **等級 6—分享情緒／經驗**

醫師明確地說出他有過類似的經驗或情緒。
若醫師說出「就我個人的經驗而言……」歸於此等級。
 - **等級 5—傳達病人情緒／經驗之合理性**

醫師向病人傳達其表述的情緒感受、進展或挑戰是合理的。
根據不同的同理時機，可以有許多不同的做法。例如可為：針對進展表達祝賀、針對挑戰的困難性表達認同、針對情緒表達其合理性等。說明其他人也經歷了同樣的情緒／進展／挑戰亦屬於此類。
 - **等級 4—延續病人情緒／經驗之討論**

醫師明確辨別同理時機的核心議題，且透過釐清／追問、提供建議／支持、或詳細／充分說明該議題等方式，延續病人提出的議題。
 - **等級 3—確認病人之情緒／經驗**

醫師明確地確認／認知同理時機中的核心議題，但未延續該議題。
確認方式包含：複述病人的話、說出議題、回應「嗯」、「是」或點頭。
但未延續該議題。
- **等級 2—未明確地掌握病人觀點**

醫師並未明確地掌握同理時機中的核心議題，而聚焦在周圍較不相關之議題且改變議題。
此類回應通常比較內容導向 (content-based)，未直接處理進展、挑戰或情緒。此類回應也可能包含問題或建議。
- **等級 1—敷衍應付病人** *錄音檔看不到治療師的動作，可能無法評估此等級
醫師一邊做其他事情 (通常身體未轉向病人)，一邊自動化地、劇本式地回應病人陳述。
此類劇本式地回應可以是口語或非口語的。〔若單純做「嗯哼」、「是」、點頭等回饋方式 (backchanneling)，可以參照等級 3 的十秒原則〕



● **等級 0—忽略或否定病人的觀點**

醫師忽略病人的同理時機，或說出否定的言論。

例子可能包含：

- 醫師很快轉移話題。
- 醫師未予以回應，而開始或繼續其他任務（測驗病人、寫病歷、打字等）。
- 醫師針對病人的陳述說出否定的言論。

例子

同理時機		同理回應等級	
種類	例子	等級	例子
情緒 (正向)	昨天我成功握筆寫了字，我覺得很高興。	6	<ul style="list-style-type: none"> • 我可以想像這種開心，我之前出車禍，一度也以為慣用手不能再動，後來重新又可以握筆寫字的時候，也是好高興。
		5	<ul style="list-style-type: none"> • 這的確很令人開心！ • 太好了，你做到了，真的很值得高興！ • 恭喜你做到了！
		4	<ul style="list-style-type: none"> • 太好了！那我們再繼續練習，讓你可以握得更穩，好嗎？ • 嗯，你很努力耶。 • 就像辛苦練習終究值得了對不對？
		3	<ul style="list-style-type: none"> • 你很開心，好。 • 高興，好。 • 很高興，瞭解。
		2	<ul style="list-style-type: none"> • 那你昨天回家有自己練習嗎？ • 你平時在工作上會需要握筆寫字嗎？ • 你是怎麼寫的啊？
		1	<ul style="list-style-type: none"> • NA
		0	<ul style="list-style-type: none"> • 這樣就高興，你也太容易滿足了吧。 • 你可以先移動到床上。 • 那我們要做下一個練習了哦。
情緒 (負向)	累倒是還好，就是覺得很挫	6	<ul style="list-style-type: none"> • 我之前出車禍復健的時候也有過這種心情，總覺得比起身體上的累，心理上更累。 • 我自己在學習新的事物也常常感到挫折，確實不容易。

	折		<ul style="list-style-type: none"> 我可以理解，我也有努力很久卻始終無法達到期望的經驗，的確很挫折。
		5	<ul style="list-style-type: none"> 的確是很容易令人挫折，尤其我們現在剛生病不久，很多動作都還在慢慢恢復，難免會覺得力不從心。 你會覺得挫折是難免的。 復健過程真的很辛苦，會感到挫折、沮喪是正常的。
		4	<ul style="list-style-type: none"> 嗯嗯，這個需要一點時間慢慢恢復，其實我們每天都有看到進展啊，像你今天手又抬得比昨天高了。 是怎麼樣的挫折呢？是因為覺得自己可能都做不好嗎？ 怎麼說？
		3	<ul style="list-style-type: none"> 嗯嗯，身體還好，心理上比較累就是了。 嗯，會覺得挫折。 瞭解，比較會感到挫折。
		2	<ul style="list-style-type: none"> 所以這個練習強度你覺得還可以負荷嗎？ 還不累啊，體力不錯嘛！ 所以這個動作對你來說還可以，還不會累，是不是？
		1	<ul style="list-style-type: none"> NA
		0	<ul style="list-style-type: none"> 這樣就挫折，有些人比你更嚴重呢。 這個應該還好啦！ 那我們就繼續練囉。
進展	我本來不太能走路，現在已經可以走很遠、可以到處去玩了	6	<ul style="list-style-type: none"> 我之前因為車禍摔斷腿，也是好一陣子都需要坐輪椅，可以再次自己用腳到處走的感覺真的很棒！ 的確，像我前陣子腳受傷，不太能走路，現在能夠自在的行走，真的很慶幸。 真的，我在那種生病、發燒躺在床上的經驗裡，才知道有能力或體力出門很不容易！
		5	<ul style="list-style-type: none"> 很棒耶！能進步這麼多真厲害！ 你真的進步很多。我有一位病人也跟你一樣從不太能走，到現在都能自己到處旅遊了。 很好耶，恭喜你。
		4	<ul style="list-style-type: none"> 你也認真練習了很久對不對？ 那可以走遠、出去玩對你而言是什麼樣改變呢？ 這樣啊，要不要更詳細地說一說最近的改變？
		3	<ul style="list-style-type: none"> 喔，聽起來你進步了很多。 嗯，可以走很遠了。 聽起來有進步，對嗎？

		2	<ul style="list-style-type: none"> 怕走到沒力的話，輪椅也帶著應該會比較好。 那你從什麼時候開始可以走那麼遠的呢？ 從不能走到現在大概多久時間了？
		1	<ul style="list-style-type: none"> NA
		0	<ul style="list-style-type: none"> 但你走起來還是會一拐一拐的吧。 我們等下去練習抬手。 但是我看你有時候走路還是蠻危險的耶，你應該多注意周遭環境。
挑戰	我現在因為平衡不好，走去廁所的時候，常常會往左傾撞到牆	6	<ul style="list-style-type: none"> 我可以理解，就像喝醉酒不能控制一樣對嗎？我有一次打麻醉，麻醉還沒退的時候也是這種狀況。 我有時候走路也會不小心沒有平衡差點跌倒，我可以理解你的困難。
		5	<ul style="list-style-type: none"> 平衡不好的話，確實是蠻容易撞來撞去的，有點危險。 沒關係，中風後難免會有平衡受到影響而讓生活不太方便，我們再慢慢練習。 如果每次都發生，這的確很讓人困擾。
		4	<ul style="list-style-type: none"> 都是傾同一邊嗎？ 你會容易撞到牆，那可能我們可以請家人在你的左側保護一下。 除了走去廁所的時候，還有沒有其他情況下會發生同樣的問題呢？
		3	<ul style="list-style-type: none"> 嗯，聽起來蠻不方便的。 了解。 嗯嗯，會有不平衡導致碰撞、甚至是受傷的情形發生，是嗎？
		2	<ul style="list-style-type: none"> 有人扶會比較好吧。 那你上廁所穿脫褲子需要幫忙嗎？ 你都穿什麼鞋子？
		1	<ul style="list-style-type: none"> NA
		0	<ul style="list-style-type: none"> 都平衡不好了你還硬要用走的去，也難怪會撞牆了。 你平常怎麼吃飯？ 不會吧，這樣說很誇張耶。



GKCSAF 溝通技巧評估表－專家版

在以下的描述中，您認為這位實習學生的表現如何：

實習學生代號：_____

*題項間並無明確時間順序

	差	普通	好	很好	極好
一、該實習學生在「建立醫病關係」的表現如何？	<input type="checkbox"/>				

- 問候並展現出想要瞭解病人／家屬的意圖。
- 會談全程使用重視、關心的話語。
- 運用音調、談話速度、眼神交會和身體姿態等，表現關心與重視。
- 明確地回應病人／家屬傳達出的想法與感受。

	差	普通	好	很好	極好
二、該實習學生在「開啟議題討論」的表現如何？	<input type="checkbox"/>				

- 讓病人／家屬完整陳述，不任意打斷。
- 使用「還有什麼想說的嗎？」、「還有嗎？」等問句，以引導病人／家屬說出所有關心的事。
- 說明／討論會談的議題與流程。

	差	普通	好	很好	極好
三、該實習學生在「收集資料」的表現如何？	<input type="checkbox"/>				

- 使用開放式問句引導病人／家屬充分表達。
- 必要時，使用更明確的問法或「是／否」問句以釐清細節。

- 統整資訊，並讓病人／家屬確認內容是否正確或補充說明。
- 流暢地轉換到其它問題。

差 普通 好 很好 極好

四、該實習學生在「了解病人／家屬的觀點」的表現如何？

- 詢問病人可能對其健康產生影響的因素，包含：重大事件、他人、或日常習慣／環境等。
- 引導病人／家屬說出對疾病和治療的信念、擔憂與期待。

差 普通 好 很好 極好

五、該實習學生在「確保病人／家屬理解訊息」的表現如何？

- 評量病人／家屬對討論議題的瞭解程度，及對其它資訊的需求。
- 使用病人／家屬能瞭解的話語來說明。
- 詢問病人／家屬是否有任何問題。

差 普通 好 很好 極好

六、該實習學生在「達成共識」的表現如何？

- 依據病人／家屬想要參與討論的程度，使其參與討論選項與決定。
- 核對雙方對於病情／治療計畫的瞭解。
- 詢問病人／家屬對於病情／治療計畫的接受度。
- 依據病人／家屬的需求，提供其它資源（例如：社工、宗教工作者、社會福利資訊等）。



差 普通 好 很好 極好

七、該實習學生在「總結並結束」的表現如何？

- 詢問病人／家屬是否還有問題、擔憂或其它議題。
- 做總結。
- 與病人／家屬確認下次討論治療進展的時間。
- 提供病人／家屬遇到臨時狀況時的聯絡管道。
- 向病人／家屬致意（如感謝他們的參與），並結束會談。

差 普通 好 很好 極好

八、該實習學生在「展現同理」的表現如何？

- 醫療人員的表情及行為適當，符合會談的性質。
- 展現出關心與想幫忙的意願。
- 辨識、說出、或確認病人／家屬的情緒反應。
- 適當地回應病人／家屬隱含的情緒。

差 普通 好 很好 極好

九、該實習學生在「傳遞正確資訊」的表現如何？

- 確實告知病人／家屬病情的嚴重程度。
- 將其他參與照護的醫療人員之意見納入考量。
- 清楚說明疾病的預期病程。
- 清楚列舉並解釋未來治療的選項。
- 提供充足且清楚的資訊，使病人／家屬有能力做決策。



您覺得這位實習學生表現得最好的項目是？（請勾選三項）

- | | | |
|-------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 建立醫病關係 | <input type="checkbox"/> 開啟議題討論 | <input type="checkbox"/> 收集資料 |
| <input type="checkbox"/> 了解病人／家屬的觀點 | <input type="checkbox"/> 確保病人／家屬理解訊息 | <input type="checkbox"/> 達成共識 |
| <input type="checkbox"/> 總結並結束 | <input type="checkbox"/> 展現同理 | <input type="checkbox"/> 傳遞正確資訊 |

您選擇上述項目的原因為何？

您覺得這位實習學生可以加強的項目是？（請勾選三項）

- | | | |
|-------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 建立醫病關係 | <input type="checkbox"/> 開啟議題討論 | <input type="checkbox"/> 收集資料 |
| <input type="checkbox"/> 了解病人／家屬的觀點 | <input type="checkbox"/> 確保病人／家屬理解訊息 | <input type="checkbox"/> 達成共識 |
| <input type="checkbox"/> 總結並結束 | <input type="checkbox"/> 展現同理 | <input type="checkbox"/> 傳遞正確資訊 |

您覺得上述項目怎樣可以做得更好？
