【附件三】成果報告

封面 Cover Page

教育部教學實踐研究計畫成果報告

Project Report for MOE Teaching Practice Research Program

計畫編號/Project Number：PMN1110149

學門專案分類/Division：醫護

計畫年度：√ 111 年度一年期 □110 年度多年期

執行期間/Funding Period：2022.08.01 – 2023.07.31

探討情境溝通與同理心地圖混成學習於提升護理初學者溝通信心與同理心之成效

(配合課程名稱/基本護理學暨實驗二)

計畫主持人(Principal Investigator)：黃湘萍

協同主持人(Co-Principal Investigator)：

執行機構及系所(Institution/Department/Program)：長庚科技大學／護理系

成果報告公開日期：□立即公開 ■延後公開（統一於 2025 年 7 月 31 日公開）

繳交報告日期(Report Submission Date)：2023 年 9 月 16 日

本文與附件 Content & Appendix

(計畫名稱/Title of the Project)

一. 本文 Content

1. 研究動機與目的 Research Motive and Purpose

人際溝通能力與同理心是醫護人員不可缺的能力，同理心是整體臨床能力非常重要的成分，也是影響醫護品質的關鍵能力（Kataoka 等，2019），醫護人員的同理心與病人的生理與心理問題的恢復有高度的關聯（Cairns 等，2021）。溝通也是醫療專業能力之一，護理人員執行業務時，除運用專業知識提供病人照護，過程要能察覺病人的感受，傾聽病人的需求，提供合宜措施，讓病人可以獲得良好的照護品質，溝通技巧往往是關鍵，有效的溝通是建立護病關係的基礎（謝茉莉，2017）。因此，同理心與溝通能力在護理學生的培養非常重要。擬真情境教學是近年醫護教育非常重視的教學策略，讓學生能在臨床實習或工作前，即體驗接近真實的醫護工作情境，進行護病溝通、與工作人員互動並嘗試處理以提升問題解決的能力。因此，本系在各科護理課程中都將情境擬真教學融入課程，其中「基本護理學暨實驗(二)」由於課程時數有限，所以安排一次二堂課的情境教學。該次情境擬真教學是學生首次的情境體驗。

申請人多年來參與基護課程的情境擬真教學，雖然多數學生覺得新奇，也在課前依照老師提供的資料作準備，但是相較於高年級各科護理的情境教學，基護在執行情境教學的過程，學生總是難以充分表現，往往一個情境只能進行 10 分鐘，體驗的學生無法太多互動，訊息流於表淺，有時可能無法觀察標準病人、家屬之語言或非語言訊息的涵義，或有時是學生觀察到了卻沒有回應或處理。反思回饋的過程中，學生表示「太緊張」、「覺得自己好糟糕」、「腦子一片空白」、「不知道怎麼應對，只好忽略病人的反應」。在大班座位區觀察的同學們，則因為體驗的同學沒有具體完整的表現，使反思回饋也侷限在表淺的分享，例如：「有確認病人身分，所以很好!」、「忘了自我介紹...」。結束情境教學之後，學生反應是：「好難…好緊張…」、「好怕去醫院實習」、「去醫院遇到病人，如果我都不敢說話怎麼辦...」似乎學生的溝通自信心不增反減，更遑論同理心的培養成效了。

國內醫學教育專家認為，醫病溝通應加強同理心溝通能力的課程及訓練（高明見，2015），申請人從事護理教育多年也深有同感。在經歷多年基護情境教學的過程中，深切感受學生無法被激發同理心，也無法充分進行溝通練習，反思回饋也侷限，情境教學的進行方式亟待改變，我們應該在護理初學者的寶貴學習經驗中，善用教學時數，適時增加更多的學習機會，啟發學生的同理心，並經由示範、不困難的準備與完整的練習，降低學生的焦慮、提升溝通自信心。

曾經在創新專題課程中，使用「同理心地圖」引導學生以換位思考，嘗試理解目標族群的立場、感受與想法。「同理心地圖」雖然是由商學界的學者首先發展，申請人發現學生透過「同理心地圖」確實能具體地進行換位思考，明確表達個案經歷的情況與可能的感受，學生也認為這是一個引發他們建立同理心的好工具。後來，申請人確實也發現，國內外醫學教育文獻發現，運用「同理心地圖」於醫學生或護生能有效提升溝通的能力（Cairns 等，2021；呂雀芬等，2018）。因此，申請人計劃能發展培育同理溝通能力的情境教材，與運用「同理心地圖」討論思考的混成學習，調整目前基本護理學的情境擬真教學方式，將一次性的情境教學(2 小時)改為多次短時間進行(30 分鐘*4)，規劃與發展多項溝通與同理心教案，拍攝為數位教材，讓學生學習、討論、思考，並以 4~5 人為一組的小組教學取代大班，改善人數眾多可能讓體驗者陷於窘境，透過小組討論交

換意見完成學習單，產生同理心並練習表達語言溝通訊息呈現的方式。

基於上述在教學現場的觀察以及過去的經驗，本研究的目的是希望發展一套(四件)情境互動教案，拍攝為溝通同理心數位教材。並且探討以下研究目的:

(1) 探討情境溝通與同理心地圖混成學習的可行性
(2) 探討學生對於情境溝通與同理心地圖混成學習的接受程度。
(3) 探討情境溝通與同理心地圖混成學習對於提升學生同理心的成效
(4) 探討情境溝通與同理心地圖混成學習對於提升學生溝通自信心的成效
(5) 探討情境溝通與同理心地圖混成學習對於實習壓力及實習後溝通自信心之影響

2. 研究問題 Research Question

(1) 情境溝通與同理心地圖混成學習在基本護理學暨實驗課程是否可行?
(2) 學生對於情境溝通與同理心地圖混成學習的接受程度是否良好?
(3) 情境溝通與同理心地圖混成學習能否提升學生的同理心?
(4) 情境溝通與同理心地圖混成學習能否提升學生的溝通自信心?

3. 文獻探討 Literature Review

一、護理學生同理心的培養

同理心是指能夠設身處地站在對方角度，去體會對方感受的一種心理學概念（Rogers，1975）。首先提出這個概念的Rogers（1975）是一位心理學家，將同理心定義為：確實了解並覺察當事人自身經驗，進而感受當事人的個人世界，就好像自己經歷的一樣，但又不失去這種“彷彿"(as if) 的特質。護理人員對病人所展現出的同理心是照護工作中重要的一環，對良好的護病關係及照護品質有關鍵性的影響。Rogers認為，與其說同理心是形容一個狀態，不如說是一個過程。同理的過程，是指可以從容的進入另一個人所感知到的世界，可以敏感的覺察對方所經歷的、時時刻刻變化的感覺，包括：恐懼、憤怒、溫柔、困惑等等。他也指出從過去研究可知，**同理心是可以經由訓練、學習而發展出來的**。

國內學者認為同理心的成分有情緒、認知的成分，也有道德與行為的層面，因此同理心**有與生俱來的部分，也有學習而來**的，因此教育對同理心的培養非常重要（潘怡如、李明濱，2004）。同理心發生的步驟包括：**(一)自我換位**，就是嘗試去理解對方；**(二)仿同**，就是深化情感而與被同理者融合；**(三)退後**，將自己抽離或拉回。Rogers（1975）描述同理心有三個成分(components)，包括:情感的(敏感度)、認知的(觀察和思考過程)及溝通的(治療者的反應)。後來他更進一步提出，同理心需具有敏感度的**從當事人立場切入，並且進而了解他的想法、感覺與困境**。尤其是必須不對當事人做任何評斷，以及將感受到的回饋妥善傳達給當事人知曉。同理心，理解和分享他人感受的能力，是患者護理的一個基本方面。醫護專業人員應該對患者表現出的同理心，或甚至稱作「治療同理心」，包括：**理解患者、傳達這種理解、以一種有益的（治療性）方式根據這種共同理解採取行動**（Cairns等，2021）。 Barrett-Lennard（1981）認為在心理諮商過程中，同理心的實際應用上有所謂「同理心循環」(empathy cycle)，包括5 期: (1)個案表達自己的感覺， (2)治療者確認這種感覺， (3)治療者傳達這種感覺的認知給個案， (4)個案接收到治療者的認知，和(5)個案提供回饋給治療者，表達對於治療者的認知其已接收到。當醫護人員具備同理心之後，能減輕病患疼痛和焦慮，能提高病患的依從性，透過對病患的支持並降低其焦慮和痛苦，也能減少醫療糾紛（Cairns等，2021）。國內陳玉敏等（2002）對同理心的概念分析中，將同理心的定義特徵歸納為: (1)能將心

比心感受他人的情緒及感受；(2)能正確了解他人的情緒及感受；(3)能不加任何評論地將這種了解傳達給對方。

因此，由上述學理可知，同理心是可以學習的，教師在進行的同理心教學時，應該帶領學生練習關鍵步驟，包括：**理解患者、傳達這種理解、以一種有益的（治療性）方式根據這種共同理解採取行動，而在理解的過程應該感受自我換位、仿同、退後的階段。**引導學生能將心比心感覺他人的情緒及感受，正確了解他人的情緒及感受，以及能不加任何評論地將這種了解傳達給對方。經由學習及行為的表現，使同理心內化成為一種人際溝通的技巧。

二、同理心地圖在醫護教育之運用

同理心地圖(Empathy Map)是一種幫助理解他人觀點的工具，尚未很少在醫學教育環境中使用。過去 Cairns 等（2021）曾以同理心地圖做為醫學生溝通技巧培訓的一部分的態度、適用性和有用性。Howick 等（2017）在系統性的回顧了 64 項獨立研究中匯總使用量表測量衛生專業人員同理心的患者評估研究，發現與其他醫療保健專業人員相比，醫學生和醫生的平均同理心得分最低。Smith 等（2016）發現醫學生從第一年學習到最後一年並成為初級醫生時，他們的同理心會下降，原因是大量的學習、時間壓力，較關注健康和疾病。此外，當面對以疾病、人類痛苦和死亡為特徵的臨床現實時，醫學生可能會將注意力從人轉向技術和客觀而失去感性。

同理心地圖內共有六大基本區塊來分析患者的感受、行為，包括：想法和感覺 (Think & Feel)、聽到了什麼 (Hear)、看到了什麼 (See)、說了什麼和表現出什麼樣的行為 (Say & Do)，最後經由歸納使用者的各種感受後所得出的痛苦點 (Pain)、目標和期望 (Gain) 兩個部分，會發現每個區塊都有些合理的邏輯關係，透過對個人所說、所做、所見和所聽等可以被觀察的行為來綜合有關個人的已知訊息（Cairns等，2021）。其他部分將注意力集中在個人的擔憂、恐懼和挫折、需求和需求以及使他們快樂的原因上。那些希望了解他人想法的人，可以從個人的角度完成同理心地圖。**在過去使用同理心地圖的文獻中發現，患者夥伴和學生都喜歡這種體驗。其次，在接受同理心地圖培訓後的訪談中，學生們描述了他們如何認識到更多的同理心及以患者為中心的溝通，可以帶來更信任的互動以及更準確、個性化的診斷，還能針對患者個別規畫的醫療照護計劃。**國內（呂雀芬等，2018）等曾經運用同理心地圖及遊戲式學習於提升護生同理心，結果發現學生能體驗不同層次之被同理感受並深化同理心意義。

三、護理學生溝通能力的培養

國內學者李皎正、方月燕（2000）曾經提出關懷照護模式，認為關懷照護是一種人與人之間人際互動過程，這個過程是動態的，這也是一種溝通的過程。影響關懷溝通過程之因素，包括:關懷的動機、關懷照護行為、提供關懷照護行為者的反應，以及接受關懷照護行為者的反應。在照護動機方面，如果提供者能體認到接受者的需求，將可以正向提升其照顧的動機。而影響提供者進行關懷照護行為的因素，包括提供者本身的情境、接受者的需求、增強或抑制因素。如果接受關懷照護者因為被照顧、被關心、感受溫暖，而能給予正向的回饋，例如：表達感謝，將可以正向增強提供者的動機。在此過程中，充分的表達與溝通，是傳達關懷行為最重要的因素。護理學生的關懷照護行為是可以被培養的，除了讓學生處於一個被關懷的環境能有助學習之外，運用角色模範、反思、關懷團體、對話、日記，執行關懷照護可以提升護理人員的自我價值感。

健康照護者和病患之間的良好溝通，對於提升護理品質非常重要。語言和語言技能用於表達溝通，即發送和接收消息（McCabe，2004）。健康照顧者與病人互動的能力，不只是語言的溝通表達，包括對病人情緒的敏感度、同理心和溝通能力都成了醫學教育的要素（謝茉莉，2017）。在護理工作的溝通中，不僅是傳遞訊息，護理人員需要能夠

表現出適當的行為或方式，來表明他們的想法或感受（McCabe，2004）。Stein-Parbury（2021）認為護理人員表現出他們的真的有興趣認識和理解他們的病人，將身體語言表現為準備好傾聽、保持良好的姿勢、開放的肢體語言、眼神接觸和臉部表情，這些都是外在身體表現的訊息，都能有助於溝通。

健康照護者想訊息表達上，很重要的是表達出"願意傾聽和解釋"患者的擔憂。謝茉莉（2017）曾經提出善意溝通的原則，提到如何在醫學教育中提醒學生將同理心融入溝通，**她強調把同理心、感受和需要串連在一起，就成為善意溝通的步驟和原則，這些原則可以靈活的運用，有效率的與病人在短暫的互動中，建立關係並執行醫療工作。**包括思考以下重點：(1)同理病人的情緒(病人的感受是什麼？)；(2)同理病人的需要(病人的需要是什麼？)；(3)同理自己的情緒和需要(我的感受和需要是什麼？)；(4)合理的請求（需要的醫療行動是什麼？)。因此，**在溝通教育中，適合融入同理心的提醒，「同理溝通」將可提升學生良好善意溝通的能力。**由此可知，**有效的溝通並非只是正確傳遞溝通的訊息，缺乏同理心的溝通，無法成為順利良性的護病溝通**；良好的護病溝通應該融入同理心，才能夠在設身處地感受病患所經歷的處境後，表達關懷溝通的訊息。

四、情境教學的發展、成效與缺點

情境教學的目的與傳統的教學模式不同，是其教學的中心乃以學習者為主體，強調學習者與學習情境互動的歷程（陳夏蓮等，2014)。擬真教學可能會導致學生表現不佳，並且沒有完全參與培訓，從而產生不準確的結果（Gray，2002)。**情境擬真教學執行多年之後，近年來學者也提出情境教學的缺點。以下列舉三項**擬真教學的缺點，並在第四項提出近年來學者提出自我反思回饋的作法：

(一)可能讓學生有不舒服的感受

並非每個人都對角色扮演場景感到滿意，這會影響學習效果。 一些學習者會被他們認為是戲劇性的想法嚇倒，如果他們知道培訓課程包含角色扮演練習，他們可能會對培訓課程感到焦慮。 這可能會阻礙個人對此學習的信心和成效。

(二)學生可能不會認真對待

雖然有些學習者會很投入、自在地扮演角色，但他們不太擅長進入實際複製情況所需的情緒。個人可能會覺得整個經歷很有趣，或者無法假裝生氣，例如在與他們喜歡的同事交談時。也可能對於某些學生來說，角色扮演的戲劇性變得勢不可擋，忘記了學習的機會，而將課程變成純粹的娛樂。

(三)團體反思回饋的效果有限

角色扮演的教學成效只有在角色扮演者收到專家反饋時才能發揮作用。與角色扮演者處於同一能力程度的小組成員的反思回饋通常幫助是有限用的，並且這些成員進一步學習的成效也有限。然而培訓課程中的大多數角色扮演都是在小組中完成的，並且大多數反饋是由其他能力不足的小組成員提供的。雖然培訓師可能喜歡角色扮演，但許多參加培訓的人實際上並不喜歡他們，並且在角色扮演情況下感到非常不舒服。這並不一定意味著不能從中受益，但培訓師需要考慮角色扮演的使用與他們造成的不適和焦慮之間的權衡。

每次演練只有極少數學員能與模擬人互動、部分學員可能因焦慮與無法顧及模擬人全貌而失去學習焦點等（Nehring、Lashley，2009)，

(四)自我反思回饋(*Self-debriefing*)

近年來，由於擬真教學受到重視，學者在討論反思回饋的成效時，也提出新的反思回饋方式~自我反思回饋。模擬後自我反思回饋已經成為一種反思回饋形式，隨著新形式的模擬技術（包括虛擬實境擬真和虛擬擬真）的出現，引起了越來越多的關注。自我反思回饋為學生提供了在模擬後進行反思回饋的必要機會，因為自我反思可以在沒有老師指導的情況下進行。Boet 等人（2011）的研究表明，在麻醉科住院醫師中建立技術技

能方面，**自我反思回饋與老師指導的團體反思回饋一樣有效。**另一項關於護生的研究還發現，進行自我反思回饋的學生和接受老師帶領的小組反思回饋的學生在自我效能和教育滿意度方面得分相似，但在以老師帶領的小組反思回饋的學生中臨床能力明顯更高（Ha、Song，2015）。在另一項研究中，Verkuyl 的研究結果顯示，面對面、網路線上和自我反思回饋的參與者在知識測驗分數上均取得了同等的成績。在這方面的研究中，也有將自我反思回饋和小組反思回饋相結合。**在 Verkuyl 等人（2020）進行的另一項研究中，研究結果表明自我反思回饋可以提高自信心和自省感。**

4. 教學設計與規劃 Teaching Planning

過去在基本護理學的實作課程中，多針對技能部分進行教學與練習，缺乏在溝通與同理心的練習。同理心與溝通的概念，只有在大學一年級的基護(一)溝通單元介紹過，不過當時並沒有任何技能操作的學習，之後隨著進度逐漸堆疊，各項基本護理技術的教與學逐漸加深加廣，但是溝通與同理心的概念卻很少融入這些技能單元裡。

基於上述原因，本研究將設計一套適合基本護理學課程的教材，包括四項同理溝通的擬真情境教案，**教案發展的過程將邀請臨床經驗豐富的護理專家、具輔導和教學經驗的心理與醫護學者、具實習經驗的高年級學生，針對教案內容進行討論，以建立適合護理初學者建立同理心與護病溝通能力的教案。**之後邀請「標準化病人協會」的專業標準化病人將教案腳本內容擬真演出，拍攝成為數位教材。申請人過去已針對「給藥」與「營養」單元，發展出適合基護(二)的情境教案，也在過去三年提供全年級使用，本此將以此兩份教案做為發展的基點，進行修改成為適合本研究的教材，並增加發展「排泄」與「體液供給」單元，以完整形成本研究的教案。

教案在暑假期間完成，**具實習經驗的高年級學生完成表面效度，請他們觀看教材影片並提供意見，若有針對需要。配合小組討論、溝通應答練習以及同理心地圖(同理與溝通的情境學習單)進行混成學習，融入課程的四個實作單元。**將這項多次、漸進的同理溝通教學法運用於課程中，提供學生完成各單元的同理與溝通的情境學習，並以同理心量表及溝通自信心量表評估課程對於同理心及溝通自信心提升的成效。

本研究以類實驗研究法，為了能客觀針對研究目的進行實驗組與控制組之分析，因此除了情境教學外，兩組教學皆保留基本護理學暨實驗(二)課程原先的教學方式。課程原有的學習評量方式不變，其中情境反思學習單兩組占分皆為 5%，惟在實驗組改以四次同理與溝通的混成學習取代。混成學習依照本研究發展同理溝通的教學方案來進行，發展教案的主題先初擬如表一，主要步驟、教材的設計與課程進行的過程如下。

發展情境溝通教案的步驟：

1、**教案文獻探討**：藉著文獻查證，瞭解國內外醫病溝通課程進行方式、內涵、實施狀況和成效，並且整合同理、溝通和醫學教育的相關知識，做為教案的理論基礎。

2、**專家經驗整合**：藉由專家討論，結合醫學教育、心理和臨床護理專家的經驗，檢核本情境溝通教案的適切性和實用性。

3、**預試**：將完成的方案先找高年級有實習經驗護生討論，修改並定稿。拍攝情境數位教材後，也會請高年級護生檢視與確認，將較能引發學生討論的關鍵時刻進行註記。

教材的設計與課程進行的過程如下：

1.**方案試教**：申請人透過文獻探討和實務經驗，試擬一套以情境溝通為主軸的護病溝通教學方案，並將邀請醫學中心護理專家和護理教學給予回饋和修正。

2.觀察和學習心得：由學生分組(每組4~5人)的心得分享，完成同理心地圖，並找出適切的溝通方式，和需修正之處。

3.申請人和隨班助教討論回饋：每次上課完，申請人將與隨班助教共同討論實施過程的結果和困難，以作為修正課程的參考。

4.**期末回饋~情境溝通與同理心地圖混成學習意見調查表：**由課程結束時，請學生以紙筆方式寫課程回饋，包括四個題目：

- 有關於「同理溝通混成學習」，你記得學過什麼？
- 你學過的「同理溝通混成學習」，有什麼對你是有用的？請舉例說明。
- 你學過的「同理溝通混成學習」，有什麼你覺得是多餘的，對你的用處不大的？請舉例說明。
- 對於「同理溝通混成學習」課程，你有什麼建議，可以讓你的學習更有效果？任何建議，包括課程內容、進行方式、上課時間和地點、學生人數.....等。

表一　同理溝通情境單元主題規劃表

單元	同理溝通情境教材主題	對象	教材工具	進行方式
給藥	我不想吃藥	病患	同理心地圖、溝通學習單	小組討論個人反思
體液供應	怎麼有時候不滴，而且還有空氣	家屬	同理心地圖、溝通學習單	小組討論個人反思
排泄	我好想尿，好急	病患	同理心地圖、溝通學習單	小組討論個人反思
營養	這個管子是什麼?我要怎麼餵飽她?	家屬	同理心地圖、溝通學習單	小組討論個人反思

表一　同理溝通情境主題教材之設計理念

單元	同理溝通情境教材主題	對象	理念
給藥	我不想吃藥	病患	護生給藥時，病患對於藥物服用效果的有線，表示拒絕服藥，此時應如何因應。學生透過傾聽病患的意見，同理病患的感受，給予適當的建議與處理。
體液供應	怎麼有時候不滴，而且還有空氣	家屬	家屬發現病人靜脈滴液管內有回血及空氣，呈現非常焦慮的狀態。如何及時處理管路使點滴恢復通暢，並且安定家屬的情緒，讓家屬理解與注意點滴注射中的病患平常下床的安全。過程中必須先同理家屬的感受，才不至於認為對方大驚小怪；同理並且安撫其情緒才能使其在情緒穩定下接受衛教。
排泄	我好想尿，好急	病患	手術後暫時使用留置導尿的病人常會感覺尿意感，這是因為尿管留置的異物感導致。如何適當的說明讓病人理解，並且了解病人的感受，必須善用同理心與溝通技巧。
營養	這個管子是什麼?我要怎麼餵飽她?	家屬	中風後首次放置鼻胃管的病人，其家屬對於鼻胃管的原理以及如何灌食完全不了解。正在發藥工作中的護理師，在忙碌中接受家屬的要求，調配當下的工作給予適當衛教並執行鼻胃管灌食。本項教材希望提供學生如何同理家屬無助，以及在工作中如何處理家屬臨時的請求。

5. 研究設計與執行方法 Research Methodology

採行前瞻性類實驗性研究方法，針對四技二年級上學期學生的基本護理學暨實驗課程進行本項研究，以隨機集群抽樣的方式，選取一個班級為實驗組，接受本研究規劃的情境溝通與同理心地圖的混成學習方法；另一組為控制組，接受原先現有的教學方式，兩組個案皆接受本研究的前測與後測以及課程的相同評量方法。本研究將使用以下工具針對研究目的進行檢測，包括學生的基本資料表、傑佛遜同理心量表、溝通自信心自評表，量表的項目內容以及信效度良好。本研究以不改變各單元學理與實作的教學進度與時數，將同理溝通情境教學融入課程的多個單元，以簡短的小案例情境融入有技術實作課的單元，利用外加的半小時融入同理溝通混成學習，利用情境溝通數位教材進行示範、分享、討論，並以同理心地圖學習單紀錄所見所想，然後進行溝通擬答。兩組教學的進度與時間規劃差異比較，如圖一。實驗組的同理溝通混成學習的教學進行方式如下：數位教材的設計是以與該單元為主體，以一位該單元健康問題的個案為主角，在學生學習了該單元的技術與學理之後，以一位出現該單元有關健康問題的個案或其家屬之教材，觀看數位教材的影片只需約 5~8 分鐘，然後讓學生進行小組的分享與討論(每組 4~5 人)。以同理心地圖為架構，分享自己感受到故事主角的所見、所感與承受的身、心理感受，與為何會有故事裡的情緒或語言表達，並且思考影片中護理人員的立場，有哪些不適合的溝通行為? 以及什麼影片中護理人員理想的溝通行為。同理心地圖為架構的學習單，讓同學記錄自己的想法或參考同學分享的想法，然後以個人反思方式，用 50 字以內表達如果自己是影片中的護理人員，面對病人或家屬，自己想表達的的語言或非語言訊息是什麼(溝通擬答)。影片中護理人員的表現，如同文獻中「鷹架理論」的概念，我們在教材及討論中示範、回饋、指導、問問題，讓學生亦步亦趨的學習。同時，減少過去大班學生眾目睽睽造成的焦慮感，透過小組模式，討論、回饋以正向增強學生的學習動機與成效。這是認知學習理論產生的價值，同時，小組中同學的良好表現與回饋，可以產生見賢思齊的效果，這也達到社會學習理論的學習成效。

4. 教學暨研究成果 Teaching and Research Outcomes

(1) 教學過程與成果

本項計畫將運用於 111 學年度第一學期，為了使本研究措施於課程如期進行，教案的發展在計畫進行前已開始構思，在 111 年 4 月即向本系課程組提出排課申請，預計 112 年 8 月計畫開始時即著手製作，收案自課程安排、隨機集群收案、前測、教學方案進行、後測之整體流程規劃。共有 98 位學生參與兩種不同的教學策略，接受傳統教學策略的學生有 46 位，接受**同理心地圖溝通情境教學**之創新教學有 52 位學生，平均年齡為 19.19±0.53 歲，以女性較多(佔 82.7%)，入學前就讀公私立高中者略多(佔 52.0%)。

表三

同理心地圖溝通情境教學之學生基本屬性

	創新教學組(n=52) n (%)	傳統教學組 (n=48) n (%)	全部(n=98) n (%)	χ^2 / t	P
性別				0.321	0.571
男	7 (13.5)	10 (21.7)	17 (17.3)		
女	45 (86.5)	36 (78.3)	81 (82.7)		
年齡	19.08±0.39	19.33±0.63	19.19±0.53	-0.872	0.385
背景				0.399	0.527

高中	26(50.0)	25(54.4)	51(52.0)
高職	26(44.8)	21(45.6)	47(48.0)

於課程第一週，針對兩種教學策略學生之同理心以及溝通自信心進行基準點的評估(前測)，發現傳統教學組(控制組)學生的平均同理心程度(111.91±10.08)顯著高於創新教學組(實驗組) (107.37±9.56) (P=0.024)；傳統教學組(控制組)學生的溝通自信心程度(39.96±7.75)與創新教學組(實驗組) (39.71±7.25)並沒有顯著差異(表四)。經由一個學期課程之進行，兩組課程總時數以及情境教學時數一致，創新教學組(實驗組) 學生接受四次各 0.5 小時的同理心地圖溝通情境教學，傳統教學組(控制組)學生接受一次 2 小時的傳統情境教學，在學期末進行兩組學生同理心以及溝通自信心的評估(後測)。結果發現學期末傳統教學組(控制組)學生的平均同理心程度(111.10±11.71)與創新教學組(實驗組)學生的平均同理心程度(111.10±11.71) 並沒有顯著差異(P=0.737)；傳統教學組(控制組)學生的溝通自信心程度(40.20±6.54)則顯著低於創新教學組(實驗組) (43.88±6.35) 的溝通自信心程度(P=0.006) (表四)。

表四

同理心地圖溝通情境教學之成效

變項	傳統教學組 mean ± SD	創新教學組 mean ± SD	ALL mean ± SD	t	P
同理心_前測	111.91±10.08	107.37±9.56	109.50±10.02	2.291	0.024*
同理心_後測	111.10±11.71	111.10±11.71	111.57±12.73	-0.337	0.737
同理心_提升程度	-0.80±10.57	4.62±12.08	2.07±11.66	-2.349	0.021*
溝通自信心_前測	39.96±7.75	39.71±7.25	39.83±7.45	0.162	0.872
溝通自信心_後測	40.20±6.54	43.88±6.35	42.15±6.67	-2.830	0.006**
溝通自信心_提升程度	0.24±8.29	4.13±7.20	2.31±7.94	-2.489	0.015*

*P<0.05; **P<0.01

比較兩種教學策略對於學生之同理心及溝通自信心的提升成效上，以配對樣本 T 檢定(paired t test)分析教學方法是否提升各組學生同理心及溝通自信心，結果在同理心方面，創新教學組學生在學期末的同理心程度顯著高於學期初，表示課程提升了學生的同理心(P=0.008)，而傳統教學組在學期末的同理心程度與學期初並沒有顯著差異(P=0.846)。在溝通自信心方面，創新教學組學生在學期末的同理心程度顯著高於學期初，表示課程提升了學生的同理心(P<0.001)，而傳統教學組在學期末的同理心程度與學期初並沒有顯著差異(P=0.608)。學期末整體學生的同理心並沒有顯著提升(P=0.082)，而溝通自信心有顯著提升(P=0.005)(表五)

將兩組學生學期末(後測)之同理心及溝通自信心程度分別與基準點(前測)之同理心及溝通自信心程度相減，形成同理心提升程度與溝通自信心提升程度，以獨立樣本 T 檢定(independent t test)分析輛組提升程度的差異，發現創新教學組同理心提升程度顯著高於傳統教學組(P=0.021)；創新教學組之溝通自信心提升程度也顯著高於傳統教學組(P=0.015)(表五)。

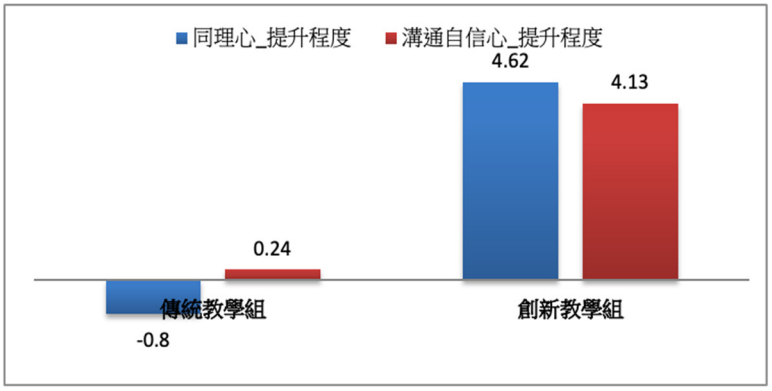
表五

同理心於不同教學策略前後之比較

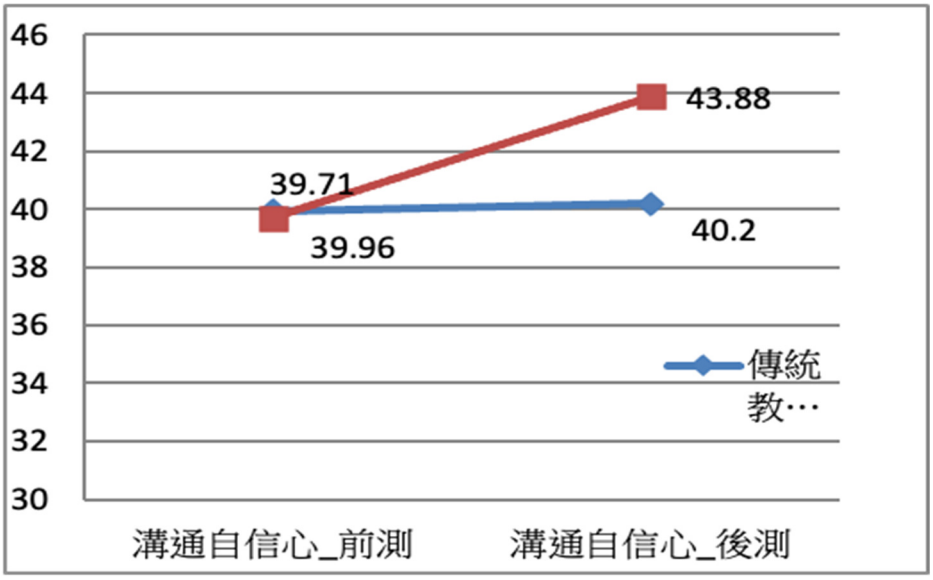
組別	前測	後測	t	P
同理心				

全部 (n=98)	109.50±10.02	111.57±12.73	-1.759	0.082
創新教學組(n=52)	107.37±9.56	111.98±13.68	-2.755	0.008**
傳統教學組(n=46)	111.91±10.08	111.10±11.71	0.516	0.846
溝通自信心				
全部 (n=98)	39.83±7.45	42.15±6.67	-2.901	0.005**
創新教學組(n=52)	39.71±7.25	43.88±6.35	-4.180	<0.001***
傳統教學組(n=46)	39.96±7.75	40.20±6.54	-0.196	0.608

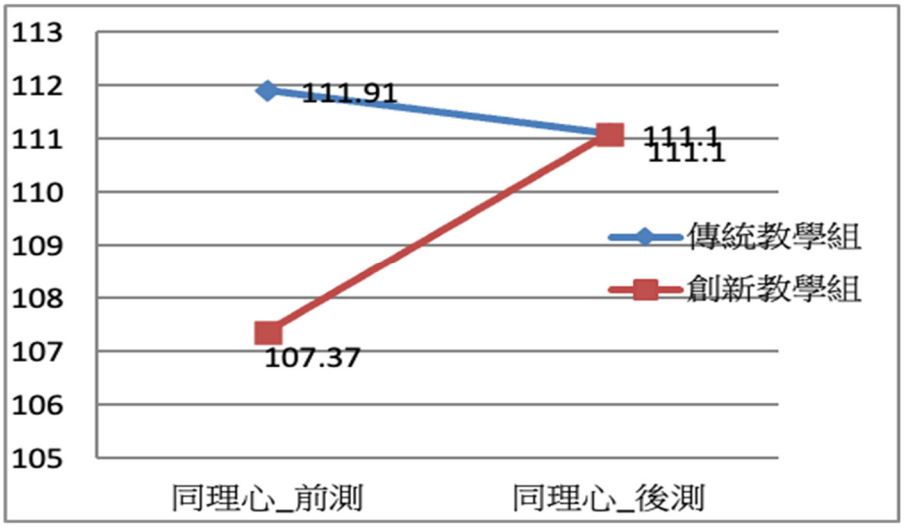
**P<0.01; ***P<0.001



圖六 兩組學生同理心與溝通自信心前後差異之比較



圖七 兩組學生溝通自信心提升程度



圖八 兩組學生同理心提升程度

學生對於本項教學方式呈現正向的回饋，期中評值的質性意見及表達「老師上課非常生動」、「老師不會只照著書本講課、畫重點」，上課時學生透過四項在課前發展的數位教材，同步觀看並立即討論，透過同理心地圖學習單，紀錄自己的同理心訊息發現與感受。除了能夠表達自己所想、所見，也能透過小組分享觀察並得到別人的意見。如此小組是的情境教學，讓學生比較能勇於分享自己的意見，也有較直接練習溝通的機會，課程中的進行如下圖。

實驗組學生在自信心的提升方面，覺得對於處理病人情緒的自信心提升，也覺得對護病關係建立的自信心也有明顯的提升，也表示比較有勇氣面對問題，並請可以比較有信心與不同年紀的人溝通。並且實驗組學生在面對這些情況的自信心提升幅度較控制組高（圖七）。

在同理心方面，我們用反向詢問的方式了解學生對於從病人看事情是否困難，分數越高代表越不困難。我們發現在課程開始的時候，實驗組的學生普遍覺得是困難的，但是課程結束在學期末的這項自評分數都普遍提升了，表示學生經由同理心地圖學習，慢慢懂得換位思考，認為雖然人是不同的，但是對於從病人看事情變得比較不困難了（圖八）。

同樣的，在「病人認為醫護人員了解己身感覺這件事本身就具有療效」、「醫護人員應觀察病人非口語的表現及肢體語言，以了解病人心中想法」這兩項自我評值方面，實驗組學生在課程開始時的程度較控制低，經由一個學期的同理心地圖教學之後，學生大多覺得提升了，相信醫護人員的態度對於病人疾病復原是很重要的，而且醫護人員應該透過觀察，了解病人非語言的表現，來了解病人的想法。這兩項分數在課程結束時甚至平均分數高於控制組的學生（圖九）。

(5) 教師教學反思

現今講求跨域學習、翻轉學習、多元教學策略，學生的學習方式非常多元，然而學生透過多元學習的方式，是否能確實建立並且強化護理教育應該達成的核心素養，這點是申請人多年來從學生能力表現上產生的疑問。同理心的建立對於護理人員是非常重要的素養，過去透過基護情境教學希望來萌芽與紮根學生的同理心，感覺有成效卻不普及。參與基護課程的情境擬真教學，雖然多數學生覺得新奇，也在課前依照老師提供的資料作準備，但是相較於高年級各科護理的情境教學，基護在執行情境教學的過程，完全沒有去過臨床環境的學生很難體會與展現，此次透過本計畫的執行，將情境教學改成小組進行方式，每一位同學都能體會與表達意見，情境展現的方式也由學生直接進入情境調整成「類見習」的方式，觀察護理師與個案互動的過程，透過同理心地圖換位思考與分析情境中人物的立場與感受。這個教學與學習的經驗與過去多年的情境教學歷程不同，從學生的學習成效上也可以發現對於同理心

以及溝通自信心的建立有顯著的成效，表示這項教學方式市值得繼續的。不過，這畢竟是學生在學期末的短期效果，未來學生到實習場域，是否能持續目前的效果，以及在其他課程如何延續如此的成效並繼續增強同理心的培養，這將是未來需要繼續努力的方向。

(6) 學生學習回饋

在學生對於此項教學計畫內容的接受度良好，在情境溝通與同理心地圖混成學習的課程進行之後，請學生描述對課程的意見與回饋，包括四個題目：1.有關於「同理溝通混成學習」，你記得學過什麼？ 2.你學過的「同理溝通混成學習」，有什麼對你是有用的？3.你學過的「同理溝通混成學習」，有什麼你覺得是多餘的，對你的用處不大的？4.對於「同理溝通混成學習」課程，你有什麼建議，可以讓你的學習更有效果？學生主要回饋意見如下:

A. 「*學過怎麼觀察病人的需求，和語言、非語言的溝通，換位思考...如何和病人溝通，又或是去想想病人和護理師這樣溝通是否合理...*」

B. 「*分組討論可以知道其他人看影片的想法，可以互相討論影片中護理師以及病人 or 病人家屬的反應，讓我知道以後可能實習會發生的事，看影片的過程中，會讓我同情護理師以及病人 or 病人家屬的處境...同理別人，在每次上課都會先看一部影片，第一個問題就是同理，還有小組討論，混合大家的想法來統整出一個完美的答案。還有讓我們不要學習影片裡面的護理師，就算之後遇到更煩的家屬，情緒還是要放在心理...*

C. 「*我覺得目前的東西沒一個是多餘的，看完影片後用紙筆的方式確實紀錄看到、聽到、正向、負向的行為，可以更加印象深刻有效了解情境表達的到底是什麼...這些學習可以讓我們提早瞭解臨床的運作...*」

D. 「*我覺得都很棒，人數也都剛好，不會太多或太少，這樣老師也比較顧得到大家...每人上台演示一次，除了增加樂趣外還可以加深印象...*」

3. 建議與省思 Recommendations and Reflections

透過此次教學實踐計畫的執行，能改變以往的情境教學模式，以四次小型的情境教材運用同理心地圖學習單來引導學生以同理心為出發，運用換位思考的方式學習護病溝通過成應該掌握的重點，研究結果確實發現本項教學計畫顯著提升了學生的同理心以及溝通自信心。進行的過程除了構思與教案發展需要用心建置之外，如何在有限的課程時數中運用教案達到良好的成效，並非是一件容易的事，而且在小組互動過程中，集中於某幾位學生發言仍然無法避免的事。雖然小組教學成效已經較能融滲到每一位學生的學習，學生也比較不易分心，不過未來仍應思考如何啟發學生主動提問、主動表達意見的動機，讓學習成效更普及，此外，這項教學方式仍可運用於臨床教學，以同理心地圖融合案例討論的方式來引導學生換位思考，評估病人的需要，如此才能有縱向連結將教學成效繼續延伸。感謝教育部提供經費以及委員們的指導，未來仍將繼續努力發想適合改善教學現場的教學方法。

二. 參考文獻 References

Bandura, A.（1977）. *Social learning theory*. Englewood Cliffs。

Barrett-Lennard, G. T.（1981）. The empathy cycle: Refinement of a nuclear concept. *Journal of Counseling Psychology*, *28*（2）, 91-100。https://doi.org/10.1037/0022-0167.28.2.91

Boet, S.、Bould, M. D.、Bruppacher, H. R.、Desjardins, F.、Chandra, D. B.、Naik, V. N.（2011）. Looking in the mirror: Self-debriefing versus instructor debriefing for simulated

crises．*Crit Care Med*，*39*（6），1377-1381。https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e31820eb8be
Cairns, P.、Pinker, I.、Ward, A.、Watson, E.、Laidlaw, A.（2021）．Empathy maps in communication skills training．*Clin Teach*，*18*（2），142-146。https://doi.org/10.1111/tct.13270
Fallowfield, L.、Saul, J.、Gilligan, B.（2001）．Teaching senior nurses how to teach communication skills in oncology．*Cancer nursing*，*24*（3），185-191。
Gray, W.（2002）．Simulated task environments: The role of high-fidelity simulations, scaled worlds, synthetic environments, and laboratory tasks in basic and applied cognitive research．*Cognitive Science Quarterly*，*2*，205-227。
Ha, E.-H.、Song, H.-S.（2015）．The effects of structured self-debriefing using on the clinical competency, self-efficacy, and educational satisfaction in nursing students after simulation．*The Journal of Korean Academic Society of Nursing Education*，*21*，445-454。https://doi.org/10.5977/JKASNE.2015.21.4.445
Hojat, M.、Gonnella, J. S.、Nasca, T. J.、Mangione, S.、Veloksi, J. J.、Magee, M.（2002）．The jefferson scale of physician empathy: Further psychometric data and differences by gender and specialty at item level．*Acad Med*，*77*（10 Suppl），S58-60。https://doi.org/10.1097/00001888-200210001-00019
Howick, J.、Steinkopf, L.、Ulyte, A.、Roberts, N.、Meissner, K.（2017）．How empathic is your healthcare practitioner? A systematic review and meta-analysis of patient surveys．*BMC Med Educ*，*17*（1），136。https://doi.org/10.1186/s12909-017-0967-3
Kataoka, H.、Iwase, T.、Ogawa, H.、Mahmood, S.、Sato, M.、DeSantis, J.、Hojat, M.、Gonnella, J. S.（2019）．Can communication skills training improve empathy? A six-year longitudinal study of medical students in japan．*Med Teach*，*41*（2），195-200。https://doi.org/10.1080/0142159x.2018.1460657
Kurt, S.（2020）．*Vygotsky’s zone of proximal development and scaffolding*．取自 https://educationaltechnology.net/vygotskys-zone-of-proximal-development-and-scaffolding/
McCabe, C.（2004）．Nurse-patient communication: An exploration of patients' experiences．*J Clin Nurs*，*13*（1），41-49。https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2004.00817.x
Nehring, W. M.、Lashley, F. R.（2009）．Nursing simulation: A review of the past 40 years．*Simulation & Gaming*，*40*（4），528-552。https://doi.org/10.1177/1046878109332282
Rogers, C. R.（1975）．Empathic: An unappreciated way of being.　．*The Counseling Psychologist*，*2*（2），1-16。
Sanders, D.、Welk, D. S.（2005）．Strategies to scaffold student learning: Applying vygotsky's zone of proximal development．*Nurse Educ*，*30*（5），203-207。https://doi.org/10.1097/00006223-200509000-00007
Smith, D. D.、Kellar, J.、Walters, E. L.、Reibling, E. T.、Phan, T.、Green, S. M.（2016）．Does emergency physician empathy reduce thoughts of litigation? A randomised trial．*Emerg Med J*，*33*（8），548-552。https://doi.org/10.1136/emermed-2015-205312
Stein-Parbury, J.（2021）．*Patient & person: Interpersonal skills in nursing*（7th 版）．Elsevier　。
Verkuyl, M.、Atack, L.、Larcina, T.、Mack, K.、Cahuas, D.、Rowland, C.、Richie, S.、Ndondo, M.（2020）．Adding self-debrief to an in-person simulation: A mixed-methods study．*Clinical Simulation in Nursing*，*47*，32-39。https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ecns.2020.07.003
呂雀芬、吳淑美、徐瑩嫩、葉美玉（2018）．遊戲式學習於護理教育應用－同理心桌遊教

學．*護理雜誌*，*65*（1），96-103。https://doi.org/10.6224/jn.201802_65(1).13
李皎正、方月燕（2000）．關懷照護—護理教育的核心．*護理雜誌*，*47*（3），22-27。https://doi.org/10.6224/jn.47.3.22
高明見（2015）．醫病溝通應加強同理心溝通能力的課程及訓練．*臺灣醫界*，*58*（5），45-46。
陳玉敏、王文芳、張正辰（2002）．同理心之概念分析．*志為護理-慈濟護理雜誌*，*1*（4），7-12。https://doi.org/10.6974/tcnj.200212.0007
陳夏蓮、黃采薇、劉千琪、李薇莉（2014）．情境模擬教學與學習理論於護理教育之應用．*榮總護理*，*31*（3），220-225。https://doi.org/10.6142/vghn.31.3.220
黃玉純、許麗齡、謝素英（2011）．情境模擬溝通課程對提升新進護理人員溝通自信心之研究．*護理雜誌*，*58*（5），53-62。https://doi.org/10.6224/jn.58.5.53
潘怡如、李明濱（2004）．同理心的心身醫學觀．*北市醫學雜誌*，*1*（4），385-392。https://doi.org/10.6200/tcmj.2004.1.4.02
鄭榮峰、賴育民、Livneh, H.、蔡宗益（2011）．傑佛遜同理心量表－醫護人員版之中文化及信效度檢定．*護理雜誌*，*58*（2），41-48。https://doi.org/10.6224/jn.58.2.41
謝茉莉（2017）．應用善意溝通於醫病溝通課程之行動研究．*人文社會與醫療學刊*，（4），31-46。https://doi.org/10.6279/jhssm.2017.4(1).02
謝茉莉、洪利穎（2014）．鷹架策略於醫病溝通教學之成效．*北市醫學雜誌*，*11*（3），12-19。https://doi.org/10.6200/tcmj.2014.11.3.03

三. 附件 Appendix

情境教學現場，小組是的情境教學讓學生比較能勇於分享自己的意見，也有較直接練習溝通的機會，課程中的進行如下圖。




What do they SAY?




排泄情境教學