

運用多元教學策略於精神科護理實習生之溝通成效初探

陳靜紋¹、李安瑜^{1*}、方茂守¹

¹ 中華醫事科技大學護理系

*通訊作者

摘 要

本研究目的在探索精神科護理實習生以多元教學策略對溝通之成效。本研究採單組、前後測設計，立意取樣，自 2016 年 2 月至 2016 年 7 月共計收案 88 位南部某科大五專四年級精神科實習護生，實習中介入多元教學策略，包含講授法、角色扮演、書面作業討論等，並藉由自陳式問卷進行資料收集，問卷包括：基本溝通能力檢核表、溝通能力量表、溝通自信及多元教學法之評價。所得資料以 SPSS 20.0 統計套裝軟體進行統計分析。結果顯示介入後，護理實習生在溝通能力量表、基本溝通檢核表及溝通自信（1-10 分量表）得分上皆有提升且達顯著差異。而在三種教學法評價上，學生表示對溝通成效之影響依序為角色扮演、書面討論及講授法。此結果呈現精神科實習為護理系學生溝通學習之重要歷程，過程中運用量化工具可協助學生檢視自我溝通能力及缺失，於教學歷程中運用多元教學策略有助於提升其溝通技巧及自信。

關鍵字：多元教學策略、溝通能力、溝通自信、精神護理實習

The Exploratory Research on Multiple Training Strategy on the Enhancement of Communication Effectiveness among Psychiatric Nursing Students in Clinical Practice.

¹Jing-Wen Chen, ^{1*}AN-Yu Lee, ¹MAO-So Fang

¹Department of Nursing, Chung Hwa University of Medical Technology

ABSTRACT

This study was aimed to explore the Communication Effectiveness *for the* psychiatric nursing students in clinical practice with Multiple Training Strategy. A single group with pre-test and post-test research design with purposive sampling. The investigation was conducted from February 2016 to July 2016 total 88 fourth grade college students in clinical practicum for Psychiatric Nursing in Southern Taiwan. Participants received Multiple Training strategies. These strategies include: Didactic teaching、Role-play and Discussion of Communication Record. Data were collected by using self-reported questionnaires, including Kalamazoo Essential Element Communication Checklist, Communication ability, Self-confidence in communication and evaluation and feedback on teaching. The data was analyzed by SPSS 20.0 statistical software package. A t-test showed significant increases in Communication ability scale, Kalamazoo Essential Elements Communication Checklist (KEECC) and self-confidence in communication (1-10 point scales) after a Multiple Training Strategy. The methods that influenced the Communication Effectiveness in students are in the order of Role-play, Discussion of Communication Record and Didactic teaching. This study shows Psychiatric internship is an important course for nursing students to develop communication skills. Using quantitative tools can help students to examine their own communication ability and deficiency. Using Multiple Training Strategy process can enhance their communication skills and self-confidence.

Keywords: Multiple Training Strategy; Communication ability; Self-confidence in communication ; Psychiatric internship.

壹、前言

民國九十四年三月三十一日，教育部訂定「護理學系（科）評鑑規劃小組」以規劃我國護理學系（科）評鑑工作之推展，並訂大學部護理學系與專科部護理科教育八項核心素養，包含 1.批判性思考能力、2.一般臨床護理技能、3.基礎生物醫學科學、4.溝通與合作、5.關愛、6.倫理素養、7.克盡職責性與 8.終身學習，正式將溝通能力之養成納入各護理教育之課程中（台灣護理教育評鑑委員會，2016）。雖然溝通能力對於護理人員是非常重要且為核心之技能，但依據 Hsiao, Wu, Cheng and Liu（2012）調查台灣 38 所護理學校，發現九成以上溝通相關課程是併入基本護理學中，其時數平均僅 2.7 小時。李延慧（2013）統整多篇文獻發現多數學校雖有設計「觀察與溝通」的課程單元，但僅安排於「基本護理學」之科目中，然而此時學生護理專業知識尚在啟蒙階段，若期望學生在「基本護理學」中所學的溝通能力延伸至臨床實務，勢必學習能力會受限。承以上研究調查可知現行國內護理教育雖已知溝通能力之重要性，但在教學實務層面所安排的教學時數過少且時間性過早，確實無法將溝通能力展延至臨床層面。顯示台灣未來需在學校課程以及臨床上，有必要增加具有結構性的護病溝通訓練內容，以增進護理人員溝通學習的機會。

陳玉枝（2010）表示護理勝任核心能力中，溝通即是其中的一項核心能力，護理人員需具備溝通協調能力，以建立個案、家屬及醫療團隊間之人際關係。曾勤媛、于素珍、顏敏玲、羅月英、賴美信（2015）研究顯示護生在實習過程中最感到焦慮的情境有八項，其中兩項則與溝通有相關。蕭雅竹、吳麗瑜、鄭幸宜、劉碧霞（2012）研究發現、影響護理學生溝通能力之因素則相當多元，包括 1.個人特質 2.缺乏自信 3.學習歷程因素，如：自我準備度不足、溝通學理基礎不足、對溝通時機的判斷不足等，4 家庭因素 5.實習環境因素，如：對病房的熟悉度、陌生環境的焦慮等，且學校教授課程，其教材內容多以知識傳授為主、少數以 Q&A 引發學生思考，較缺乏互動性教材提供學生觀摩或練習機會。且目前課室傳統式教學通常以老師為主軸，學生著重在上課的教學內容，有組織、系統地傳授專業知識與技術，但並未考量將來進入工作職場的複雜性與現實情境做好準備，當進入實際的臨床環境中，常因與課室教學內容落差太大而面臨調適不佳的困境（陳夏蓮、李美麗、廖怡珍、梁天麗，2013）。林宜蓉、杜玉卿、謝旭玲（2009）表示學生在實習期間常感受到自己溝通能力不足或畏懼主動溝通，影響治療性關係之建立，進而影響病人之照顧品質。尤其精神病患因病情的關係可能會伴隨有妄想、幻覺、情緒低落或行為困擾問題（American Psychiatric Association, 2014）。會使的溝通過程的進行更為困難。McCab 等人（2013）表示良好的醫病溝通會影響精

神病患後續之藥物遵從性及復原。而精神科臨床實習過程中，所照顧病患有其特殊性，溝通能力更被視為重要的治療照護工具之一，為此不可不重視。

由以上文獻可知目前課室教學，教師仍以傳統式單向的授課方式居多，然而多年臨床教學經驗中雖常於學習後分享聽到學生表達經實習後溝通能力有所進步，但現行教學評值卻難以量化其進步程度，故本研究希望能採有效性工具量化學生溝通能力之成效並探討有效之溝通教學模式。期待能探討精神科護理實習學生溝通學習之現況，並能進一步了解精神科護理實習期間運用多元教學策略於溝通成效之情形。

貳、文獻查證

一、溝通與護理

溝通（Communications）是人與人之間、人與群體之間思想與感情的傳遞和反饋的過程，以求思想達成一致和感情的通暢。溝通是護理的基礎，是護理措施執行重要管道，本身也扮演治療性角色，但因其涉及層面因素眾多，提升護病溝通品質有其困難度及複雜性。賴思穎（2013）在探討臨床主管對於護理能力的重要性，發現溝通與合作能力為核心首要要項。周心如、鄭宜昌、張宏文、蘇麗智（2010）表示護理業務糾紛發生的原因中，溝通不良即是其中一項，並建議學校教育中可開設增進人際關係、溝通技巧之相關課程，增進合適的護病互動方式，以減少糾紛發生的原因及預防。李惠玲、葉麗娟、鍾明惠（2007）在探討專科護生在護理實習期間各階段護理能力的改變及其相關影響因素的研究顯示：各實習階段中，護生在能力的重視上最高前三名的護理能力依序為溝通能力、照顧能力及教學能力，由此推敲因護理教學中須強調與個案、家屬及其他醫療團隊成員要能有效溝通，而有效溝通與照顧能力常是相輔相成的，故護生會在溝通能力上較為重視。眾多的臨床研究也指出溝通與病人照顧品質、病患滿意度、醫護工作人員工作滿意度都有所相關，但目前課室溝通單元之教學策略仍以傳統講述法最多，教師們表示雖然多樣性的教學模式或臨床情境模擬之角色扮演最能引發學生學習興趣，但礙於授課時數，較無法靈活運用，難將此能力延展至臨床（蕭雅竹、吳麗瑜、鄭幸宜、劉碧霞，2012）。由此可知溝通在護理教育是非常重要的培育課程，但須如何將能力延展至臨床學習為目前教學上的一大困境。

二、多元教學於溝通教學上之運用

傳統教學法，學生主要是靠「聽」和「看」獲得知識，而不是靠「想」和「做」，造成學生在過程中成為被動的學習者（林玉娟，2015）。因目前學生難以有效地將課堂上傳授的知識應用或連結在臨床實務上，且目前臨床教育的方式已不再如傳

統般只侷限於「練習課堂所學」，而是培育學生學習臨床實務與學理的結合，發展專業知識、態度、技能、問題解決、批判性思考、臨床決策及資訊整合的能力，並且具終身學習的能力以配合社會健康照顧需求隨時做調整或改革，這過程需適當並有效的使用一些教學策略（李校正、鍾聿琳，2012）。謝茉莉、洪利穎（2014）的研究呈現若教師提供支持性學習的鷹架，讓學生將過去的經驗和新的訊息連結，讓內化過程中產生的質疑和衝突，透過與同儕分享和討論來解決。這些多元教學策略包括示範（modeling）、回饋（feedback）、指導（instructing）、問問題（questioning）和認知建構（cognitive structuring），利用多元架構的課程可提升自我覺察能力、觀察跟同理他人的情緒、增加人際溝通和口頭報告能力。由學生經驗出發，設計實際切身的活動，協助學生自省和與同儕互動，發展出他們的認知架構和溝通策略。黃玉賢、林梅鳳、何雪珍、張露娜、陳雪（2015）在每梯次八位學生的實習課程中，進行多元教學活動，以促進同學達成團體及個別學習任務，結果呈現多元的教學策略，更能激發師生的互動及同儕學習，學生能在互助環境中，增加瞭解臨床情境並應用技能，得以擺脫制式化照護模式。

陳律蓉（2010）在其研究中統合 Gardner 提出之觀點，建議教學者應提供學生多元化教學方式進而達到學習的主要目的，教師須展現自己所擁有的專長及教學技巧並依學生個別差異，在課程中設計多樣化的教學型態並能引導學生學習，以啟發學生本身的潛在能力，展現多元智能的學習成就，並取代傳統的單向學習模式，使每個學生潛力能充分發揮。目前醫護溝通的教學策略已非常多元化，如：角色扮演、模擬病人、專業的錄影教學及整合式課程等，且這些教學方式所呈現的成效及耗費的人力及財力比起一般的學習方式更能提升溝通能力（Schlegel, Woermann, Shaha, Rethans, & van der Vleuten, 2012；黃莉聆，2011；蔡詩力、陳聖欣、鄭敏潔、何明蓉，2011）。

Nestel and Tierney（2007）針對 284 位醫學院學生在溝通課程運用多元教學模式，其中一項為運用角色扮演做介入，有高達 96.5% 的學生表示角色扮演對其溝通是有幫助的，他們認為角色扮演可增進他們觀察的機會，且透過排練及討論增強其檢視自我缺失之機會能力並表示在角色扮演過程中適時的給與結構式的回饋對學生溝通能力之增長是有益處的。Lane and Rollnick（2007）亦表示角色扮演亦提供練習的機會能等同與模擬病人練習的方式排練溝通，而且不需花費大量的時間和金錢去訓練及選拔模擬病人，且學員的互相鼓勵及支持可積極反思自己的優缺點，同樣的學習者可藉由評判他人的表現而提昇自己的溝通學習。Suzanne and Les（2011）研究亦建議護生治療性溝通訓練中亦可使用角色扮演、認知/行為技術等多元教學策略是有助於溝通之訓練成效。

吳秀玲等人(2017)運用多元教學策略包含：「講述教學」、「即時回饋及互動(IRS)」及「情境模擬」，進行教育訓練及課程，創造真實有互動的學習環境，不僅加深學員的學習經驗，更能由活動中雙向回饋與反思凝聚共識，除了瞭解參與護理人員的學習成效及課程前後測比較認知差異，經由教育介入後發現認知提升，影響臨床照護行為的改變，使照護品質之成效提升。李延慧(2013)針對護理系學生運用「行動病房溝通訓練」之教學策略介入，其結果呈現溝通能力量表之分數於介入後有顯著之提升。多元教學策略之過程亦可運用同儕互相學習，採互為病人或家屬做學習對象，其過程需在教師的指導下完成。運用角色扮演中，學生可轉換成不同的角色(如病人、護理人員、家屬)，學習體會當下的感受以及演練溝通技巧，當學習者歷經模擬情境後，更能了解自己如何影響他人，獲得立即性的回饋，學習過程中學生以小組為單位進行心得分享、討論、互相協助、合作完成任務等探究性學習，並能提高學生自主學習、學習動機和人際互動能力(白晶、王麗麗, 2010; 徐綺穗, 2012; 林嘉玲、林君萍、蘇美禎、張媚, 2014)。

謝素玫、張碧如、曾櫻花(2014)的研究更發現若臨床實習教師能善用多種教學策略以建立臨床護理的相關概念，是影響實習成效的重要因素。由以上的相關文獻可得知溝通對於護理教育歷程是重要之核心概念且溝通教育的多樣性在國內外醫護教學的推廣及成效已逐漸受到重視，故本研究將探討臨床實習過程中，教師採多元溝通教學策略介入於學生溝通學習之成效。

參、研究方法

一、研究設計

(一) 研究對象：本研究採單組、前後測研究設計，以立意取樣於 2016 年 2 至 7 月於南部某科技大學護理系五專部四年級之精神科實習生進行。

(二) 多元教學策略方案設計：本文核心課程設計參考布魯姆 1956 年將教育目標的認知領域分成基本知識記憶及較高層次的智能與技巧兩大部分：1.基本知識記憶：屬於記憶力的表現，為知識(Knowledge)層次。2.智能與技巧：屬於批判性、反省式或問題解決的思考能力(曹博盛, 2012)。故提議教師在建立高層次資訊前，應先建立低層次的資訊中心。故在訓練方案的設計上先對溝通的基礎講授為學生增強學生相關知能，而後再延展至實務行為的教學及討論，在課程帶領過程亦併用吳秀玲等人(2017)發展的「講述教學」、「即時回饋及互動(IRS)」及「情境模擬」三種教學策略融入課程方案進行。因研究前有口頭訪談多位精神科實習生及實習心得學生也寫下對臨床溝通的不少擔心如：「對於同理心回應，不太能抓到個案的內心，不知道要如何說出同理的話」、「開放性問答不知如何運用」、「引導

個案說出自我感受，因為詞窮，技巧不厲害，因為在溝通上須要有技巧比較能夠深入了解病人，而我在溝通技巧方面不太厲害」、「在書寫溝通實錄時，對分析部分，不是很清楚該如何分析」、「最困難的是溝通實錄作業討論，因為要去分析每一句話，看會談者使用甚麼溝通技巧」。從學生的實習反饋中，我們了解到學生溝通層面的擔心及須修正處，故依據以上的回饋內容做為以下課程內容設計之參考。

第二週介入教學活動包含：

- 1.講授法教學（知識之建立）：課堂以 ppt 講授方式進行，其 ppt 課程內容分別由三位實習老師共同討論及製作，使其教學方式及策略均達到一致性，減少差異性，每組分別於實習第二週之週一及週三講述「溝通及其相關概念」及「治療性溝通技巧及實務」等兩堂課各 50 分鐘，藉此建立學生有關於溝通之相關知能概念，課程內容設計除了針對學生之前的回饋及不足處補強，也考量避免教學重複及單調，故運用與課程相關的影片（如：同理心之運用）提升學生學習之動機及興趣，課堂進行過程以發問和討論的方式引導學生參與學習，並適時的給予即時回饋，而教學者利用課程的互動模式準確的掌握學生的學習狀態。
- 2.角色扮演（智能與技巧之建立）：情境模擬部分讓實習學生以角色扮演方式進行會談實演（每梯次實習生隨機抽取兩位學生進行會談，讓學生先由熟悉的同儕間會談以降低其對會談的恐懼及擔心，設定會談主題為「實習壓力」以貼近實習學生實際經驗，會談時間限定須達 30 分鐘以上，其他實習生及老師擔任觀察者，會談結束後，先由觀察者回饋會談者其會談表現、對整體之評價及建議，後由會談者分享其會談中之想法及感受，再由被會談者分享被會談時之感受及會談者是否能引導他說出自己的實習壓力？）。此過程可強化學生邏輯思考與臨床溝通技能的訓練，提高解決問題之能力，並可藉由此訓練方式減少學生面對病患溝通時之會談壓力，並於課程中鼓勵學生以不同的角度來探討其中的問題。
- 3.書面作業討論：藉由書面作業的呈現及討論來強化溝通學習，第三週讓學生自由選擇臨床個案進行溝通會談實作，並要求實習學生在當週多次會談中挑選一次會談並完成一份溝通實錄作業，老師須至少批閱及與學生討論各一次之技巧分析，藉由討論過程了解學生在溝通技巧上的運用成效。

二、研究工具

Zoppi 與 Epstein (2002) 指出溝通能力在臨床上的評估方式是較為複雜的，如要利用傳統紙筆測試的方法呈現較為困難，而有效的溝通能力，包含在對話及傾聽過程中有適當的反應及自我覺察。故量性的評估就顯得極為重要，因考量溝通有不同的層面及廣度，本研究使用兩種量表來檢視學生之溝通歷程，1.基本溝通能力檢核表（Kalamazoo Essential Element Communication Checklist, KEECC）

為國外量表中文化，主要是探討溝通元素在其溝通歷程之使用情形；2.溝通能力量表是國內學者按臨床溝通能力需求自擬的，主要是檢核其溝通行為為主，其內容的呈現各有所長，也希望藉由使用兩分量表能兩相檢視增加其嚴謹度，以下為兩種量表之簡介：

(一) **基本溝通能力檢核表 (Kalamazoo Essential Element Communication Checklist, KEECC)**：本量表翻譯自哈佛大學醫學溝通教育研究團隊 (Kalamazoo Consensus Statement Group, KCSG)，其量表主要是根據醫-病溝通的模式形成七種基本的溝通元素，成為量表的七個分項，其溝通元素包含：建立關係、開啟討論、收集資訊、了解病人的觀點、分享訊息、達成協議及準備結束等，分數由 1-5 分，總分為 5-35 分，分數愈高代表溝通能力愈好，研究顯示此量表的內在一致性 Cronbach's $\alpha=0.87$ ，利用此量表評估受測者平均只需花費 7 分鐘內，其相關研究對象多為臨床醫護人員及醫學院相關之學生，且可使用多項評估者，顯示此量表在評量護病溝通過程是精確及簡便的 (Makoul, 2001; Calhoun, Rider, Meyer, Lamiani, & Truog, 2009; Joyce, Steenberge, & Scher, 2010)。

(二) **溝通能力量表**：「溝通能力量表」為李延慧 (2013) 設計發展，並有運用此問卷探討護理系學生護病溝通能力，採 Likert 五分量表計分，分數越高代表溝通能力越佳，其研究 Cronbach's α 值為 0.92，Spearman-Brown 係數為 0.88，Guttman Split-Half 係數 0.88，代表此量表在評量溝通行為上具有良好之信效度。

(三) **溝通自信 (1-10 分量表)**：分數介於一到十分之間，研究對象評量分數越高表示對自我溝通能力的自信越高。

三、資料收集

因每梯次實習生實習時間為期四週，介入前事先充分告知研究目的、方法與流程並分別於實習第一週進行研究同意書、基本資料問卷、溝通能力（溝通能力量表、基本溝通能力檢核表）及溝通自信（十分量表）前測之填寫，再於第四週進行溝通能力（溝通能力量表、基本溝通能力檢核表）、溝通自信後測及對不同教學法（講授法、角色扮演、書面作業討論）之評價，與完成後施測及回收，共發放 88 份研究同意書及問卷，全數同意參與，有效回收率達 100%。在資料分析與描述時，以匿名方式，保障研究對象個人隱私。

四、資料分析

本研究資料整理及建檔後以 SPSS 20.0 套裝軟體進行資料分析。以描述性統計，如次數分配、百分比、平均數及標準差，呈現研究對象背景資料及溝通學習經驗等之分佈情形；推論統計方面以成對樣本 t-檢定分析比較實習生多元教學策略介入前後溝通能力的差異。

肆、研究結果

本研究收案共 88 位精神科護理實習生，以描述性統計分析呈現人口學特性及主要變項分布情形分述如表一所示，研究參與者以女生居多佔 97.7%，年齡介於 18-21 歲之間，平均年齡為 18.7 ± 0.64 歲。檢視實習前除校內精神科課程中兩小時「治療性人際關係及溝通技巧」單元除外，有閱覽溝通相關文章者僅 22 人（25%），且 100% 未參與過其他溝通相關課程。在實習站次分布上，第一站次 7 人（8%）、第二站次 22 人（25%）、第三站次 7 人（8%）、第四站次 22 人（25%）、第五站次 14 人（15.9%）、第六站次 16 人（18.1%）。

表一 參與研究者人口學分布及基本資料（N=88）

人口學變項及基本資料		人數	百分比
性別	男	2	2.3%
	女	86	97.7%
年齡	18	36	40.9%
	19	46	52.3%
	20	5	5.7%
	21	1	1.1%
溝通學習經驗	有	0	0%
	無	88	100%
閱覽溝通相關文章	有	22	25.0%
	無	66	75.0%
實習站次	第一站次	7	8.0%
	第二站次	22	25.0%
	第三站次	7	8.0%
	第四站次	22	25.0%
	第五站次	14	15.9%
	第六站次	16	18.1%

在溝通能力量表及基本溝通能力檢核表分別如表二及表三所示；實習前，參與者溝通能力量表得分總和介於 16~39 分，平均值 28.6 ± 3.8 分，得分項目最高為

能聆聽病人/家屬主訴而不打斷談話過程 (4.1 ± 0.6)，最低項目為能針對病人/家屬的問題提供健康指導 (3.3 ± 0.7)。實習後，參與者溝通能力量表得分 24~40 分，平均值 34.5 ± 3.2 分，檢視量表內容顯示，實習後平均得分皆高於 4 分，表示在介入多元溝通教學後參與者在評價自我溝通能力上都有同意自己溝通能力表現，且在能聆聽病人/家屬主訴而不打斷談話過程得分最高。臨床實習過程中，教師採多元溝通教學策略方法，學生溝通能力量表得分均較實習前高且均達顯著差異。且進步最多的前三項為：1.能針對病人/家屬的問題提供健康指導、2.能有條理的表達溝通內容及 3.能與病人/家屬建立關係（詳見表二）；在實習前，參與者基本溝通能力檢核表（KEECC）得分總和為 12~34 分、平均值 24.2 ± 3.4 分，檢視量表內容部分，在建立關係及開啟討論此兩項度上得分最高 (3.7 ± 0.69)，在收集資料此項度最低 (3.2 ± 0.6)。實習後，參與者在基本溝通能力檢核表（KEECC）總分總和 22~35 分、平均值 29.3 ± 3.0 分。檢視量表內容部分，發現參與者在各題項表現上平均皆達 4 分以上，表示參與者對於基本溝通能力都給自己”好”以上的自我評價。且在建立關係得分最高，臨床實習過程中，教師採多元溝通教學策略方法，學生基本溝通能力檢核表（KEECC）得分均較實習前高且達顯著差異。且進步最多前三表現為 1.收集資料、2.了解病人的觀點及 3.準備結束（詳見表三）。

在溝通自信部分，實習前，參與者溝通自信為 2~8 分，平均值 6.2 ± 1.1 分。實習後，參與者溝通自信為 5~10 分，平均值 7.8 ± 0.8 分。經成對 t 檢定顯示臨床實習過程中，教師採多元溝通教學策略方法，學生溝通自信得分均較實習前高且達顯著差異（ $M\pm SD$ 為 1.59 ± 0.84 ； $t=17.78$ ， $p=0.000$ ）（詳見表四）。

在 88 位參與者中，在三種不同教學策略中，評價最能幫助其溝通能力進步的教學法為角色扮演法的有 59 人（占 67%），其次是書面作業討論 15 人（17%）、講授法的有 14 人（15.9%）。高達 79 位（89.8%）學生覺得目前所提供的多元溝通教學已足夠無須再增加其他教學方式，另有 11 位學生表示希望增加會談實演次數，4 位學生希望增加影片欣賞，4 位學生希望老師親身示範，1 位希望增加問答引導方式協助其溝通學習，1 位希望增加會談時延伸話題。

表二 實習前後溝通能力量表情形 (N=88)

溝通能力量表題號及題目	實習前		實習後		成對t檢定		顯著性 (雙尾)
	range	M±SD	range	M±SD	M±SD	t值	
1能引導病人/家屬溝通	2-5	3.4±0.7	3-5	4.1±0.6	0.65±0.79	7.71	0.000
2能與病人/家屬建立良好護病關係	2-5	3.8±0.7	3-5	4.6±0.5	0.78±0.70	10.48	0.000
3能用語言或非語言方式與病人/家屬做有效的溝通	2-5	3.5±0.7	3-5	4.2±0.6	0.74±0.75	9.23	0.000
4能確定病人/家屬能瞭解溝通內容的重點	2-5	3.5±0.7	3-5	4.2±0.6	0.68±0.77	8.35	0.000
5能聆聽病人/家屬主訴而不打斷談話過程	2-5	4.1±0.7	3-5	4.6±0.6	0.55±0.76	6.76	0.000
6能說出病人/家屬的情緒狀況	2-5	3.7±0.6	3-5	4.4±0.6	0.75±0.67	10.58	0.000
7能針對病人/家屬的問題提供健康指導	2-5	3.3±0.7	3-5	4.2±0.6	0.86±0.79	10.25	0.000
8能有條理的表達溝通內容	2-5	3.4±0.6	3-5	4.2±0.6	0.82±0.62	12.45	0.000
溝通能力量表總和	16-39	28.6±3.8	24-40	34.5±3.2	5.83±3.72	14.69	0.000

表三 實習前後基本溝通能力檢核表情形 (N=88)

基本溝通能力檢核表 (KEECC) 題號及項度	實習前		實習後		成對t檢定		顯著性 (雙尾)
	range	M±SD	range	M±SD	M±SD	t值	
1建立關係	2-5	3.7±0.7	3-5	4.6±0.6	0.74±0.67	10.35	0.000
2開啟討論	2-5	3.7±0.7	3-5	4.4±0.6	0.66±0.69	8.92	0.000
3收集資料	1-5	3.2±0.6	3-5	4.0±0.6	0.83±0.65	12.02	0.000
4了解病人的觀點	1-5	3.3±0.7	3-5	4.1±0.6	0.78±0.75	9.81	0.000
5分享訊息	2-5	3.3±0.6	3-5	4.1±0.5	0.74±0.69	10.10	0.000
6達成協議 (如果有新計畫或計畫改變時)	2-4	3.5±0.6	3-5	4.1±0.6	0.60±0.69	8.22	0.000
7準備結束	2-5	3.5±0.6	3-5	4.2±0.7	0.73±0.78	8.70	0.000
總和	12-34	24.2±3.4	22-35	29.3±3.0	5.08±3.16	15.10	0.000

表四 實習前後溝通自信表情形 (N=88)

溝通自信 (1-10分量表) (總和)	實習前		實習後		成對t檢定		顯著性 (雙尾)
	range	M±SD	range	M±SD	M±SD	t值	
(總和)	2-8	6.2±1.1	5-10	7.8±0.8	1.59±0.84	17.78	0.000

伍、結論與討論

一、結論

本研究結果顯示教師運用多元教學策略可顯著提升學生溝通能力及自信，且本研究三種策略中以角色扮演法為多數學生認同對其提升溝通能力最有幫助。

在溝通能力及自信部分，結果呈現在介入多元溝通教學後，參與者溝通能力、基本溝通能力檢核及溝通自信在實習後皆有提升且達顯著差異，由此可知精神科實習介入多元溝通課程對學生之溝通能力及自信有相當大的助益。這與 Schlegel 等學者（2012）針對大學護理系學生，介入多元教學模式（角色扮演及標準化病人）對其溝通成效之探討結果相似，亦發現學生在溝通自我效能評價或病患評價其溝通能力方面均有改善。另 Doyle, Copeland, Bush, Stein and Thompson（2011）探討溝通訓練課程對護理人員能力及溝通自我效能之成效，介入約 7 小時溝通訓練課程，在一個月後測量自我效能問卷及 OSCE，成效均有提升。另 Ammentorp, Sabroe, Kofoed, and Mainz（2007）介入 5 天的溝通課程，研究指出介入後再測溝通自我效能，發現在立即介入後及分別在 3 個月及 6 個月後，其溝通之自我效能，仍有顯著性差異，此研究顯示新技巧需要時間融入臨床情境中演練，方能提升。亦建議往後的研究若能持續追蹤學生的溝通效能也許可以再了解介入多元溝通教學後學習成效其後續效應為何？但另一研究顯示學生的溝通自我評價很難代表實際的溝通能力狀況（Doyle et al., 2011）。故本研究建議後續的研究可再增加第三方觀察評量，以增進對溝通效能評分之有效性及客觀性。

在多元教學方法助益討論中，其中有 67% 的學生表示角色扮演對溝通學習最有幫助，書面討論居次（17%），講授法最末（16%），此研究結果顯示學生對於生動活潑且貼近臨床之教學較能接受。與謝正源、徐建鵬、王先震、張德明（2004）探討醫學生接受「醫學倫理—角色扮演課程」研究相似。汪翠滢、吳明宜（2004）研究某職治系在大三接觸臨床實習之前，規劃個人際溝通的教學單元，以錄影方式進行小組教學與操作的課程設計，結果發現 80.6%~93.5% 的同學認為此課程有助於觀察與會談的學習，而在教材與教法的學習助益上，依序為他人回饋（96.8%）、錄影教學（90.3%）與教師說明（90.3%）、角色扮演（80.7%）但講義內容的助益最少（58.1%）。且半數以上肯定自己在溝通技巧上較前有進步，也較具自信（54.8%~67.7%）。故本研究三種教學策略對學生來說，角色扮演是較為活潑且實用的另類教學方式，並且藉由角色模擬可讓學生以安全的狀況下體驗溝通情境，並藉此教學模式刺激學生的創新思考，對於溝通能力之臨床運用及促進有一定之助益，且因加上同儕之回饋及學習上相互之交流，也會讓當事人對其溝通產生自省及自我修正之能力。

二、討論與建議

本研究最後對溝通教學評值討論中可以發現，參與者對多元教學法多數皆為正向評價，認同對其溝通學習能力有所幫助，但不同學生的確對不同教學法評價有所不同，雖然較多數學生表示角色扮演法對其溝通助益最大，但也有部分學生表示書面討論及講授法對其學習為最重要的助益。此結果建議臨床教學者應能重視學習者的學習偏好，尊重每位學習者獨特的思考模式，引導學習者可於學習期間接觸與自己特性相近的學習臨床活動，至學習成效穩定後再接觸其它的學習方式，過程中教師應多加思索需因應不同學生之學習需求，調整教學歷程及介入方式，可改善學生學習品質及成效。其研究過程運用溝通能力量表及基本溝通能力檢核表協助學生檢視其溝通能力及行為有助於學生了解其溝通學習上之障礙及現況，此與蕭雅竹等（2012）研究建議發展護病溝通學習成效評價指標與評價方法看法有其一致。往後臨床實習教師可在溝通教學中多運用有效工具協助教學成效評估，在實習期間可帶領學生對溝通及人際互動做自我檢視以察覺自我溝通之狀態，並在實習期間適時的修正其溝通模式及技巧，以促進其護病關係及學習成效。

過程發現參與學生在實習前的溝通學習經驗都明顯少且缺乏主動學習性，除目前學校安排 2 小時精神科課室教學「治療性人際關係及溝通技巧」主題以外，參與者皆表示未有其他溝通學習的經驗，反映目前精神科課室教學仍以傳統式單向的講授方式居多，也僅有少數同學（25%）曾有溝通相關文章書籍閱覽行為，建議學校溝通技能可融入於通識課程，可設計加強學生溝通或人際互動學習之項目，並在未來溝通課程中可運用角色扮演、小組討論或溝通技巧分析討論等之教學方式融入於課室教學中，過程中應以更明確的步驟以及更充裕的時間，以幫助學生學習如何在課堂中加強學習的主動性及增進其溝通學習機會。本文臨床課程結合多元教學策略來提升同學的溝通、傾聽、尊重他人不同的意見、給予建設性的回應與建議，例如課程設計的小組討論、問題導向學習、角色扮演等策略都對同學們的學習有相當正面的成效，由上述的研究可得知，以學生本位為課程設計之出發點，利用多元之教學策略可協助學生在溝通課程上達到自省的效果，並藉由同儕互動，發展出他們適合的溝通認知和學習策略，才是此研究之最終目的。

三、對未來研究之建議

本文採單組、前後測設計雖可了解介入後之前後差異，但受限於並未設立控制組，研究結果可能受到內在和外在效度的威脅。未來研究如能採取隨機取樣及分派、實驗組和控制組的實驗設計，將可避免學生受到所經歷之歷史事件、個人能力隨著時間之成熟、測驗學習效應等內在效度的威脅；且若能增加不同類型研究對象、不同策略之優異性比較的研究，也能增加研究的外在效度，此實驗結果將更具解釋力。因研究過程只侷限在南部的一所學校之五專生，成效雖然滿意，

但此研究結果推論仍受到限制，此教學策略成效是否能推廣至類似群體，則需要再一步嚴謹的驗證。

陸、致謝

感謝中華醫事科技大學補助（補助編號：105 研究獎助- IR02）；感謝國立台北護理健康大學鄭夙芬教授及台北榮民總醫院李延慧護理師溝通能力量表無償使用，高雄醫學大學旗津世代研究中心林佩蓁博士後研究員協助研究數據統計討論；並感謝敏惠醫專陳秀枝老師及童綜合醫院精神科專科護理師黃建豪協助寫作潤稿。

參考文獻

- 台灣護理教育評鑑委員會（2016）。評鑑準則。取自
<http://www.heeact.edu.tw/lp.asp?ctNode=352&CtUnit=118&BaseDSD=7&mp=5>
[Taiwan Nursing Accreditation Council（2016）。Assessment criteria. Retrieved from
<http://www.heeact.edu.tw/lp.asp?ctNode=352&CtUnit=118&BaseDSD=7&mp=5>
]
- 白晶、王麗麗（2010）。合作學習在大學英語口語教學中的實證研究。《中美英語教學》，5, 15-20。
- 李延慧（2013）。行動病房溝通訓練對提升護理系學生護病溝通能力成效之探討。未發表碩士論文，台北：國立臺北護理健康大學管理學院。
- 李皎正、鍾聿琳（2012）。談護理臨床教育。《護理雜誌》，59（5），5-9。
doi:10.224/JN.59.5.5
- 李惠玲、葉麗娟、鍾明惠（2007）。專科實習護生各階段護理能力差異及與個人特質相關性探討。《康寧學報》，9，1-19。
- 汪翠滢、吳明宜（2004）。錄影教學應用於人際溝通訓練之效果。《醫學教育》，8（4），424-433。
- 吳秀玲、莊秋萍、林麗華、鄒怡真、熊道芬、桑穎穎，... & 周幸生（2017）。探討壓瘡防治多元教學策略對護理人員認知及病人壓瘡發生率之影響。《榮總護理》，34（2），118-129。doi:10.6142/VGHN.34.2.118
- 周心如、鄭宜昌、張宏文、蘇麗智（2010）。護理業務糾紛發生原因－以法院案例分析。《護理暨健康照護研究》，6（4），271-279。doi:10.6225/JNHR.6.4.271
- 林宜蓉、杜玉卿、謝旭玲（2009）。護理專科學生護理能力之探討－護理人員與臨

- 床護理教師之評價。護理暨健康照護研究，5 (3)，220-231。
- 林嘉玲、林君萍、蘇美禎、張 媚 (2014)。情境模擬教學在護理教育。台灣醫學期刊，18 (2)，238-241。
- 林玉娟 (2015)。翻轉創意-談慈大護理的多元教學策略。志為護理-慈濟護理雜誌，14 (3)，14-21。
- 徐綺穗 (2012)。大學教學的創新模式-「行動－反思」教學對大學生學習成就、批判思考、意向及學業情緒影響之研究。課程與教學，15 (1)，119-149。
- 曹博盛 (2012)。Bloom 認知領域教育目標分類的修訂版應用於數學領域之命題實例。中等教育，63 (4)，38-65。
- 陳玉枝 (2010)。護理人員應具備的專業核心能力。護理雜誌，57 (5)，12-17。
doi:10.6224/JN.57.5.12
- 陳律蓉 (2010)。教師運用多元教學技巧於國小學童數學領域之初探研究。未發表碩士論文，台北：輔仁大學。
- 陳夏蓮、李美麗、廖怡珍、梁天麗 (2013)。高擬真病人模擬教學之發展與現況。護理雜誌，60 (2)，87-90。
- 曾勤媛、于素珍、顏敏玲、羅月英、賴美信 (2015)。護理實習學生焦慮狀況之探討-以中部某區域教學醫院為例。弘光學報，(75)，29-44。
doi:10.6615/HAR.201506.75.03
- 黃莉聆 (2011)。促進護生與精神病患有效溝通能力介入措施之成效。未發表碩士論文，高雄：義守大學管理學院。
- 黃玉賢、林梅鳳、何雪珍、張露娜、陳 雪 (2015)。合作學習與創意思考教學策略應用於五專生精神衛生護理實習之經驗。護理雜誌，62 (2)，77-83。
doi:10.6224/JN.62.2.77
- 蔡詩力、陳聖欣、鄭敏潔、何明蓉 (2011)。臨床溝通技能教學、評估與課程整合工作坊紀實。醫學教育，15 (2)，191-196。
- 謝正源、徐建鵬、王先震、張德明 (2004)。醫學生對“醫學倫理-角色扮演”課程之滿意度調查。醫學教育，8 (3)，314-321。
- 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。doi:10.6200/TCMJ.2014.11.3.03
- 謝素玫、張碧如、曾櫻花 (2014)。臨床護理實習與教學策略運用之歷程。護理暨健康照護研究，10 (1)，61-69。doi: 10.6225/JNHR.10.1.61
- 賴思穎 (2013)。臨床護理主管對護理系科畢業生能力之評值分析。慈濟技術學院學報，(21)，1-16。
- 蕭雅竹、吳麗瑜、鄭幸宜、劉碧霞 (2012)。護理學生溝通能力之培育及省思。長

庚護理，23（4），464-475。

- American Psychiatric Association (2014)。DSM-V 精神疾病診斷準則手冊（台灣精神醫學會）。台北：合記。（原著出版於 2013）
- Ammentorp, J., Sabroe, S., Kofoed, P. E., & Mainz, J. (2007). The effect of training in communication skills on medical doctors' and nurses' self-efficacy: a randomized controlled trial. *Patient education and counseling*, 66(3), 270-277.
- Calhoun, A. W., Rider, E. A., Meyer, E. C., Lamiani, G., & Truog, R. D. (2009). Assessment of communication skills and self-appraisal in the simulated environment: Feasibility of multirater feedback with gap analysis. *Simul Healthc*, 4(1), 22-29.
- Doyle, D., Copeland, H. L., Bush, D., Stein, L., & Thompson, S. (2011). A course for nurses to handle difficult communication situations. A randomized controlled trial of impact on self-efficacy and performance. *Patient Education and Counseling*, 82(1), 100-109. doi:10.1016/j.pec.2010.02.013
- Hsiao, Y. C., Wu, L. Y., Cheng, H. Y., & Liu, P. H. (2012). Reflection on Student Nurses' Communication Competence. *Chang Gung Nursing* 23, 464-475.
- Joyce, B. L., Steenbergh, T., & Scher, E. (2010). Use of the Kalamazoo essential elements communication checklist (adapted) in an institutional interpersonal and communication skills curriculum. *Journal of graduate medical education*, 2(2), 165-169.
- Lane, C., & Rollnick, S. (2007). The use of simulated patients and role-play in communication skills training: A review of the literature to August 2005. *Patient Education and Counseling*, 67(1-2), 13-20. doi:10.1016/j.pec.2007.02.011
- McCabe, R., Healey, P. G., Priebe, S., Lavelle, M., Dodwell, D., Laugharne, R., & Bremner, S. (2013). Shared understanding in psychiatrist-patient communication: Association with treatment adherence in schizophrenia. *Patient education and counseling*, 93(1), 73-79.
- Makoul, G. (2001). Essential elements of communication in medical encounters: The Kalamazoo consensus statement. *Academic Medicine*, 76(4), 390-393.
- Nestel, D., & Tierney, T. (2007). Role-play for medical students learning about communication: Guidelines for maximising benefits. *BMC Medical Education*, 7(3), 1-9. doi: 10.1186/1472-6920-7-3
- Schlegel, C., Woermann, U., Shaha, M., Rethans, J. J., & van der Vleuten, C. (2012). Effects of communication training on real practice performance: a role-play

- module versus a standardized patient module. *Journal of Nurseing Education*, 51(1), 16-22. doi: 10.3928/01484834-20111116-02
- Suzanne, R., & Les, G.S. (2011). Therapeutic communication skills and student nurses in the clinical setting. *Teaching and Learning in Nursing*, 6(1), 2-8. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.teln.2010.05.003
- Zoppi, K., & Epstein, R. M. (2002). Is communication a skill? Communication behaviors and being in relation. *Family Medicine Journal*, 35(5), 310-324.