

測量或評估是臨床治療、掌握病情的第一步，也是臨床決策的根基。就如「對症下藥」之臨床原理，欲「對症」就須完整、良好的評估，以掌握全面、零誤差的評估結果。然而舉凡測量皆有誤差，臨床評估亦然。嚴重的測量誤差，將深切影響臨床評估所得資料的解釋，也干擾醫療人員對於病情的掌握與臨床決策。

以下就「個別評估工具」及「以全人為觀點--全面/個別化評估」之評估誤差，分別闡述其如何影響資料解釋。

個別評估工具皆有系統誤差與隨機誤差

就個別評估工具而言，誤差的來源有二：系統誤差與隨機誤差。使用者必須掌握所使用評估工具的誤差大小，否則難以解釋評估所得分數，究竟誤差多少。

系統誤差源自特定的因素，有系統地影響測量結果。這些因素主要包含評估工具之設計問題、執行問題等。以 ADL/IADL 概念及評估為例，一般 OT 於臨床上，鮮少使用標準化評估工具，而使用機構自行設計之評估工具。然而自行設計之評估工具的理论基礎以及心理計量特性(如信度、效度等)往往付諸闕如，造成評估結果因評估工具之設計問題，產生系統性偏誤，且偏誤程度亦因缺乏驗證或不易驗證，而難以估計。也就是評估結果究竟為何，難以確認，亦無法校正。因此使用非標準化或未經嚴謹驗證之評估工具，其測量誤差難以掌握，遑論資料解釋。

在 ADL/IADL 的概念上，至少有二種：「實際執行 ADL 能力(capability)」與「日常 ADL 表現(performance)」，需要明確區隔。定義上，「實際執行 ADL 能力」代表個案親身從事 ADL 各項目之能力高低。治療師通常請個案於治療室實際從事每項 ADL 活動，治療師再從旁觀察個案執行每項 ADL 活動之過程，藉以評估個案各項 ADL 之能力。「日常 ADL 表現」代表個案平常在家或病房實際從事 ADL 之情形或依賴程度。治療師因無法實地觀察，通常以訪談方式得知個案 ADL 之平常表現。以上二種概念，理論上，不難區辨。但實務上，必須各別評估、分別紀錄，以免混淆不清。尤其二種概念所代表之意義(資料解釋)不同，評估「實際執行 ADL 能力」以掌握個案執行 ADL 之困難，有助於設計治療活動或給予輔具。但「日常 ADL 表現」代表個案之依賴程度，也是常用之療效指標。許多 OT 皆遇過一些個案能力足以於治療室從事某項 ADL，但在病房或家中，卻依賴看護或家屬。這樣的現象，也代表二種概念不一。如果未能區隔 ADL

概念之差異，必然導致系統誤差，嚴重影響評估結果以及資料解釋。

執行 ADL 評估過程亦可能造成的系統誤差，包含如訓練不足，有些施測者評分標準較嚴苛，導致分數一致地偏低。或是評估工具的重複使用，造成學習/練習效應，導致再測分數變高。一般的認知評估工具，皆易受到學習效應影響，除了造成系統誤差，也嚴重干擾評估結果之解釋，使用者難以區辨個案之變化，是因為學習效應，還是真實的認知功能變化。

隨機誤差則是由隨機、偶然的原因所造成。例如評估情境的吵雜或改變、評估人員評估個案時的心情好壞、照護人員的干擾施測等，這些不可避免的偶然因素造成評估結果的波動，引起隨機誤差，有時大，有時小，有時正，有時負。因此隨機誤差的大小，影響資料解釋甚鉅。

隨機誤差雖不易掌控，但可估計。相關指標如測量標準誤 (standard error of measurement)、最小可偵測之變化值 (minimal detectable change) 等。臨床各種評估工具之隨機誤差估計，也是近期國內外研究潮流之一，讀者可參閱相關研究及其應用。

以全人為觀點的評估，執行關鍵為評估範疇之個別化及完整性

以全人為觀點的評估，符合以個案為中心、個別化醫療的當今醫學主流。評估誤差的來源為：評估範疇之個別化程度及評估範疇之完整性。施測者必須掌握個案之特性（包含病情、個人特質/經驗、期待等）並與個案/家屬充分溝通後，共同設定治療目標，也同時決定療效指標之評估範疇。

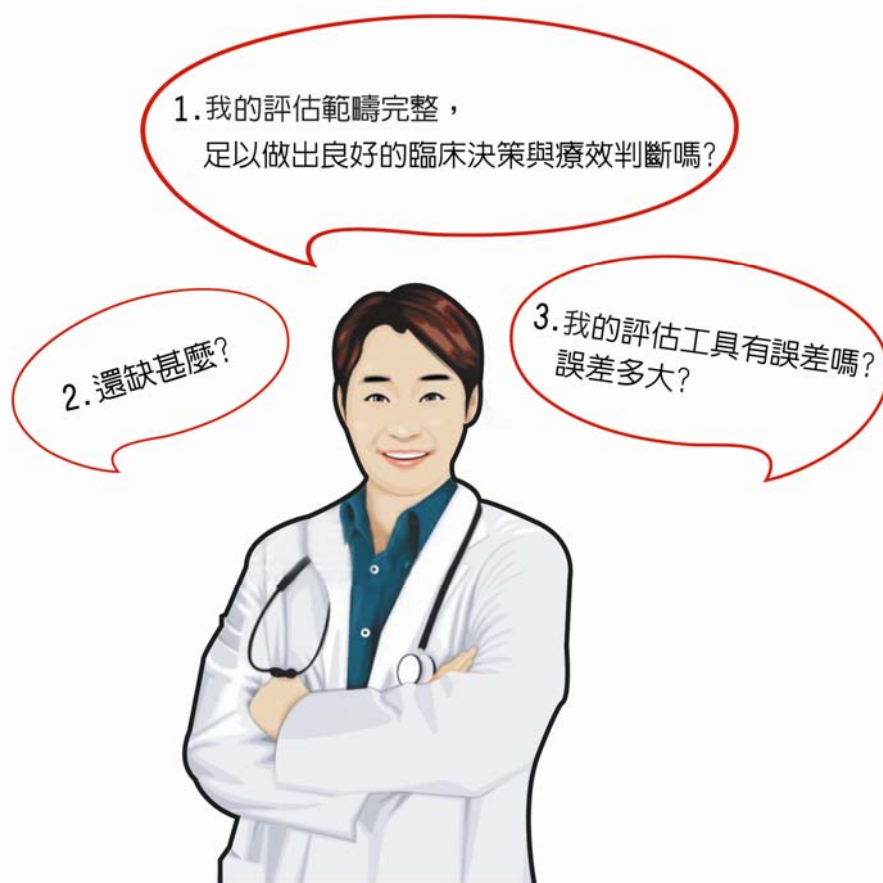
由於全人觀點的評估，牽連廣大，過程較為繁複，也可說是理想化的評估與治療模式。必須結合相關專業人員，以個案為中心、群力合作，醫病間充分溝通且務實考量個案病情及期待，始能達成以個案為中心、個別化之最佳醫療。反言之，我們若無法做到以個案為中心，顧及個案之個別特性與需求，醫病間同床異夢，醫療人員所做的評估，很可能不是病人所需。除了浪費醫療資源外，個案也難以理解/認同評估內容與結果，造成個案認為評估非必要，進而影響醫病關係與臨床效能。

綜合以上，臨床評估之誤差實屬必然，無法避免。臨床人員唯有掌握評估誤差之大小，始能做出精確的資料解釋與臨床決策。以個別評估工具而言，唯有評估分數的改變超過評估誤差時，始能代表所評估的特質產生真正的改變，也才能宣稱患者進步或退步，而後續的臨床決策與治療計畫才得以進行。以全人為觀點而言，個別化且全面的評估，符合個案之需求，亦能提升醫療效率、醫病關係以及醫療滿意度。

目前國內多數臨床人員仍以「臨床經驗」為掌握病情、臨床推理及判斷療

效之主要依據，並未有系統/全面地使用標準化評估工具，因此更難掌握評估之誤差。作者個人認為造成此現象的主因，除了臨床過於忙碌、時間有限、評估工具不夠全面完整、費時評估、且誤差過大，甚至超過臨床人員之經驗判斷。可能因為上述因素，造成一些臨床人員全面或部分棄用標準化評估工具。作者認為目前國內 OT 各領域的評估工具，難以克服上述問題。也就是棄用標準化評估工具之現象仍將繼續存在。然而「臨床經驗」過於主觀，難以估計誤差、也造成專業人員間之溝通困難，這些現象勢將影響治療師之能力養成，亦影響治療成效之提升。

最後如前所言，如果我們無法發展適合臨床所需之評估工具，藉以掌握、甚至降低評估誤差，將侵蝕掌握病情與臨床決策之根基，也難以推動實證醫學。所以個人認為國內 OT 各領域的評估工具問題是目前 OT 發展的關鍵瓶頸之一，即使國內外之實證證據再多，我們未能掌握個案之病情、對症治療，OT 焉能有效。因此我們必須掌握或發展最適合臨床使用與低誤差之各種評估工具，以突破瓶頸、造福個案。



圖：OT於使用評估工具與資料解釋時之考量要點