

1. 臨床技能評量之方法與回饋 2. OSCE教案設計與準備、 信效度分析與驗證

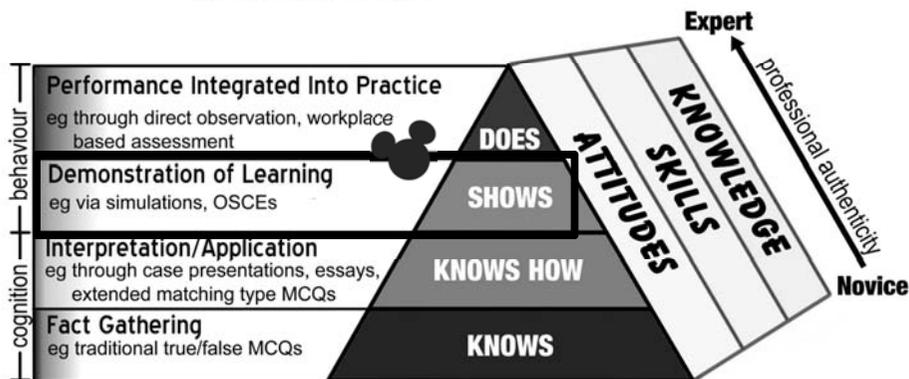
教學部 何婧璇專科護理師

OSCE教案設計與準備 信效度分析與驗證

77

MILLER'S PRISM OF CLINICAL COMPETENCE (aka Miller's Pyramid)

it is only in the "does" triangle that the doctor truly performs



Based on work by Miller GE, The Assessment of Clinical Skills/Competence/Performance; Acad. Med. 1990; 65(9): 63-67
Adapted by Drs. R. Mehay & R. Burns, UK (Jan 2009)

顧名思義為能夠展現出來...

醫學教育評量



- 傳統的紙筆測驗
 - inherent unreliability and poor validity
- 演進到臨床能力與行為表現的評估 (performance based assessment) - OSCE
 - has been shown to be feasible with good reliability and validity (Hodges et al, 1998)

79

除了教、考，還有同理和關懷

- 標準化病人/模擬病人
- 模擬模貝：Human Patient Simulator、教學用具
- 模擬工具：教案、考題
- 評分考官(評分員、觀察員)
- 評分場地、試務人員
- 院、系主管推展/經費支持

OSCE測驗包含的元素



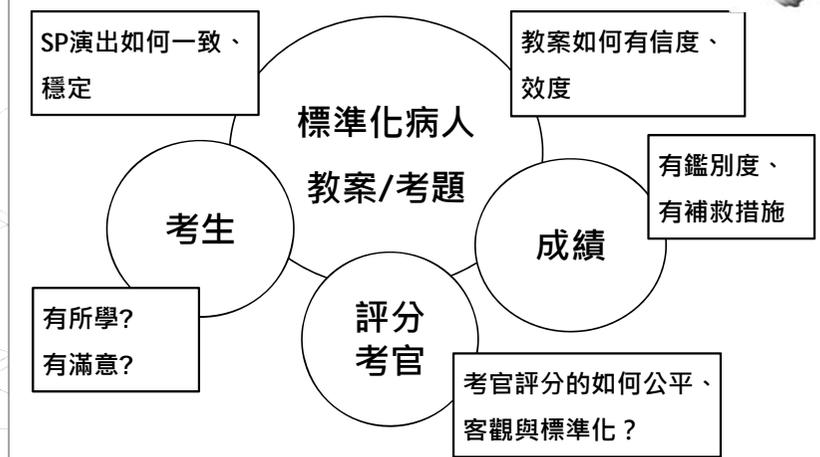
多元化評量
混成式評量



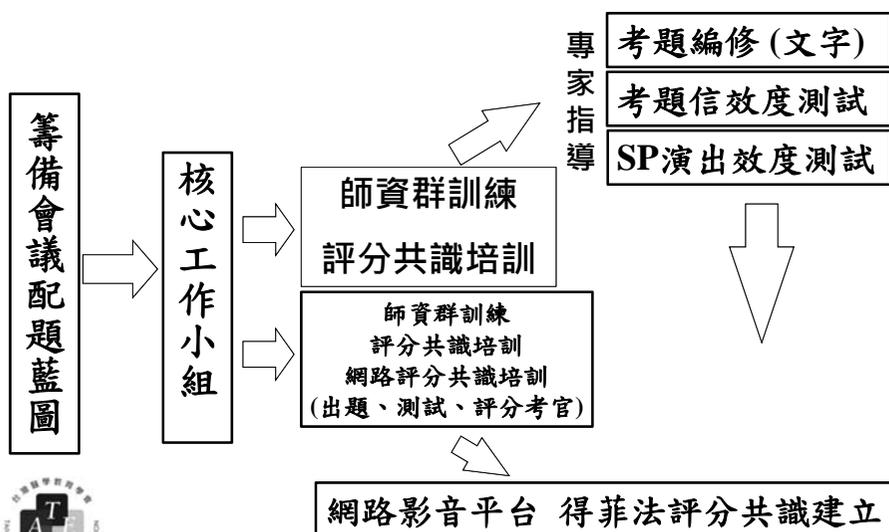
OSCE只是眾多評量學習成效的其中一種方法，不該是用來取代目前所有的評量~

OSCE：

一個考生、一題題目、一個成績



提升客觀性



主要分期

任務內容

| 主要分期 | 任務內容 |
|------|--|
| 測驗前 | 依試題內容與評分委員達成共識(利用錄影帶試評) 試題疑義決策 熟讀評分表及評分標準定義 |
| 測驗中 | 請勿背對考生評分、務必全神貫注、全程觀察 回饋型測驗、 <u>不回饋型測驗</u> 對標準化病人之演出若有意見，請於所有考生考試結束後，再給予書面建議。 |
| 測驗後 | 檢討機制(整理回饋問卷) 測驗後檢討會議、異常成績提報 |

性別+年齡+主要症狀的陳述

定範圍-反思需要的資料

測驗任務-
告訴考生你要看什麼
你給他多久時間做這件事

讓考生瞭解應考範圍

-讀題後靜心思考可能的問題是什麼

-讀題時間：1~2分鐘

二、考生指引

■背景資料：

陳明先生，45歲(生日 61年 06月 01日)，最近一個星期開始發燒合併皮膚黃，至急診求診後收入病房，由主護護理師呼叫您前往接這位新病人...

生命徵象如下，考生不必再測量：

BP：115/76mmHg、PR：109次/min

RR：22次/min

BT：38.1℃、SpO2：98%

■測驗任務：

- 請針對病人就診主訴及症狀做焦點式問診及焦點式身體評估。
- 依上述評估結果，做出三個鑑別診斷，並對主考官說出其理由。
- 請提出下一步醫療處置計畫。

■測驗時間：15分鐘



評分表設定的目的與考量

- 評依據要評估的面向設定題目，不要一題評估太多面向 
- 評分等級可用二評等、三評等或五評等，各有優缺，目前以三評等為主流
- 題數太少則信度會下降，太多則考官評分會有誤差
- 評分的內容要簡單清楚
- 給分的定義要明確
- 避免對無法被觀察的行為進行評分
- 每個評分項目依其重要性調整給分比重 
- 最後依據整體表現做整體評量

目前OSCE常用的評分系統

- 每一題評分項目

10-15項

- 採用評分尺標

0, 1, 2。

- 最後有整體評分

1~5分。

| 評分項目： | 評量考生 | | | |
|-------------------|------|------|------|----|
| | 沒有做到 | 部分做到 | 完全做到 | 註解 |
| 病史詢問 | | | | |
| 1. 發作…… | | | | |
| 2. 疼痛…… | | | | |
| 3. 誘發…… | | | | |
| 4. 壓力…… | | | | |
| 5. 過去史…… | | | | |
| 6. 胸痛…… | | | | |
| 7. 轉移痛…… | | | | |
| 醫病溝通 | | | | |
| 8. 措詞、用字未使用專有名詞…… | | | | |
| 9. 視線接觸…… | | | | |
| 10. 沒有打斷病人談話…… | | | | |
| 11. 對病人焦慮回應…… | | | | |
| 12. 醫師專業素養…… | | | | |

您認為考生整體表現如何：

| 整體表現 | 說明 | 差 1分 | 待加強 2分 | 普通 3分 | 良好 4分 | 優秀 5分 |
|------|----|---------|-----------|----------|----------|----------|
| | 評分 | | | | | |

評分考官簽名：_____

STATION：@@@評分表

請給考生書面說明，並查核考生姓名及學號
請在下列表格評分

| | 完全做到 | 部分做到 | 未做到或不具能力 |
|------------|------|------|----------|
| 起初的行動 | 2 | 1 | 0 |
| 任務整體達成狀況 | 4 | 3 | 2 |
| 總分(最高___分) | 1 | 0 | |

| | | | |
|--------|-----|------|----|
| 本站整體評核 | 不合格 | 合格邊緣 | 合格 |
|--------|-----|------|----|

試題開發檢核_評分考官觀點 _評分考官與SP間的溝通

- 利用劇本了解演出的情境與內容
- 與教案撰寫者或SP訓練師討論該如何傳達劇本訊息
(演出/角色扮演)
- 考前試演與試題再修正(簽署保密協定)
- 測驗進行演出(錄音影同意書)

教案撰寫者與 評分考官間的溝通

OSCE評分考官

OSCE出題考官

- 評分表措辭清楚、適當
- 每項評分說明0、1、2評分定義清楚
- 加權或扣分項目設定明確、恰當
- 情境恰當符合臨床，測驗能順利進行

目前應用在醫學OSCE測驗的標準化病人



- 泛指由健康的人或曾生過病但已經康復的人，
- 依照撰寫好的教案劇本(劇本內容包含：病人病史、身體病徵、檢驗報告、情緒、個性、肢體語言...等)，藉由標準化病人訓練員/師的訓練，融入教案病人的角色中，並且真實地、可靠地、精確地、重覆地運用於教學與測驗的活動之中，藉由教學或測驗之後的標準化病人及評分考官的回饋，考生可以充分了解自己的優點及缺點，在日後的學習中，不斷地改進，避免在日後面對真實病人時，對病人或自己造成不必要的傷害。

89

標準化病人核心訓練課程

由醫學校(院)、台灣醫學教育學會、台灣標準化病人協會協助進行訓練，主要為以下五節課程：

| 主題 | 時數(分) | 內容 |
|--------------|--------|---|
| (一) 通識課程 | 60~120 | 1. 全國聯合醫學OSCE考試介紹 2. 標準化病人的權利與義務 3. 考試相關注意事項 4. 簽立保密協定 5. 教案分組 |
| (二) 教案指導課程 I | 60~120 | 1. 教案病史導讀 2. 教案內容討論 3. 教案角色形塑 4. 教案認知考核 |
| (三) 教案指導課程II | 60~120 | 情緒、性格、病徵指導 與訓練者模擬演練(訓練者扮演不同之考生角色) |
| (四) 訓練單位模擬考試 | 120 | <ul style="list-style-type: none"> ■ 各訓練單位訓練者擔任考生 ■ 依實際考試方式進行模擬考試 ■ 全程錄影，做為標準化病人訓練合格評審(Quality Assurance)之依據 |



HOW WE DO IT

訓練課程端

教學策略、教學架構

學生端

學習與翻轉應用

臨床教師端

輔導師資建置、臨床輔導員計畫



91

介入疾病腳本教學提升專科護理師臨床推理能力之效益 -前驅研究(2017)

何婧璇專科護理師



研究動機

- 全台目前共6414位領有職業證照的專科護理師在醫療院所提供醫療和護理的服務。(蔡秀鸞, 2017)
- 其中65.6%的執業地點在區域醫院及地區醫院, 做為直接醫療照護病人的輔助人力, 以彌補住院醫師人力上的負荷(蔡秀鸞, 2017)
- 有別於以往護理過程、護理問題為導向的護理教育模式, 護理師較缺乏以疾病推理思緒過程及對於面對疾病臨床的實務經驗與訓練背景, 使得許多新手專科護理師在支持工作上感到困難、焦慮與壓力。

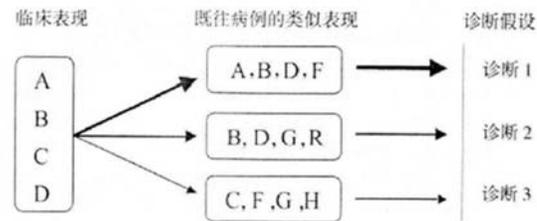


图3 临床推理的非分析模型

資料來源：胡婧 中南大學湘雅三醫院
42008269@qq.com

(如果遇到的一个病人临床表现有A、B、C、D, 以往类似的病例表现为A、B、D、F, 也有表现为B、D、G、R或表现为C、F、G、H, 那么根据临床表现的相似性大小得出诊断。)

臨床診斷思維問卷中文版
DTI-CV修訂及應用研究

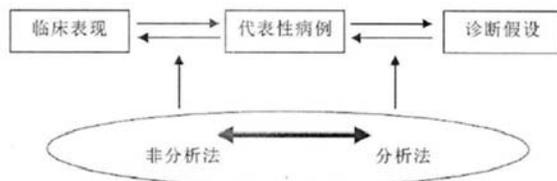


图4 临床推理的两种分析模型



問題

- 醫師是一個一輩子都在推理與歸納的職業, 那專師呢?
- 實習醫學生訓練六年得以臨床執業, 那專師呢?
- 代表專師臨床推理能力的架構(面項)為何?
- 能不能設計化繁為簡的系統化思維?
- 能不能將學會的標準課程與臨床實務整合、好好利用?



想研究的一個問題

比較整合教學方案對專師臨床推理能力是否有差異?

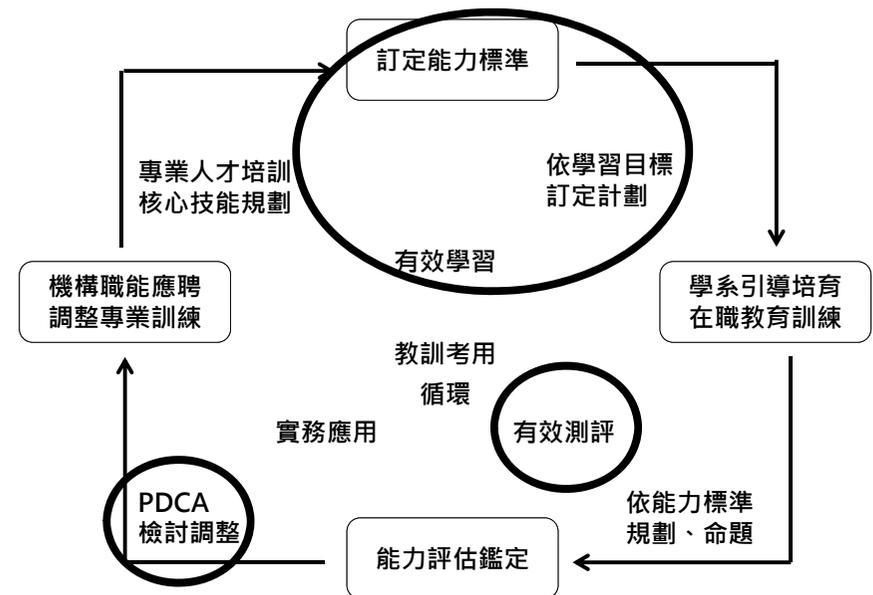
研究問題

- 1.代表專師臨床推理能力的架構(面項)為何?
- 2.實施試行方案是否可以增進專師臨床推理能力?訓練中的「病史內容的詢問和病史結構的完整性」、「疾病焦點式的綜合評估、視診、聽診、扣診及觸診技巧與身體解剖位置的正確性」、「針對篩檢疾病安排的檢驗及檢查的適用合宜性」、「疾病鑑別診斷及推論理由的合理性」, 哪些面項會受到提升(增進)?
- 3.專師在「病史內容的詢問和病史結構的完整性」、「疾病焦點式的綜合評估、視診、聽診、扣診及觸診技巧與身體解剖位置的正確性」、「針對篩檢疾病安排的檢驗及檢查的適用合宜性」、「疾病鑑別診斷及推論理由的合理性」, 的能力表現上, 是否會因為訓練方式不同而有所差異? 也就是實施試行方案後, 訓練前後抑或相較於控制組是否有顯著差異?

- 運用於病人臨床醫學上:
 - 與病人互動的臨床表現 (症狀, 徵候)、當時與病人的互動、當時的病況、前後關連的情境脈絡、病人症狀/徵候臨床表現, 在時間與時序上的相關性
 - 收集臨床資料、分析評估、訊息整理、對疾病提出初步診斷、確立及修正診斷、治療計畫的過程

簡單來說

- 就是利用敘事(說故事)的方法, 把疾病的原型(標準案例)儲存在大腦裡面
- 將來遇到類似的案例時, 把握住異同點, 進一步演繹與推理



名詞界定

-臨床推理能力學習成效(The learning outcomes of clinical reasoning)

主要是運用臨床推理，展現對急性期病人疾病問題的鑑別性診斷能力、問題解決(Problem Solving)的能力，包括：

1. 病史採集的能力、
2. 身體檢查的能力、
3. 臨床處置(檢驗檢查安排)、
4. 形成鑑別診斷的能力。

本研究以自擬之四個面向的評量表，以OSCE方式進行。

○ 如何增進臨床推理模式的思考慣性 ○ How are Clinical Reasoning useful?

- 疾病腳本(illness script)、PBL(problem-based learning)、案例式推理教學、案例導向教學討論(Chart Stimulated Recall Oral Examination)、臨床推理問題(clinical reasoning process; CRP)、CbD(Case-based Discussion)、Modified Essay Questions (MEQ)、mini-CEX、DOPS、Formative OSCE、360度評量、small class lecture、案例/病例(歷)報告

Structured interview designed to professional judgement in clinical cases~

101

- 我們可以透過隨身手冊的工具書幫助構思，用架構好的路徑找尋答案，但更重要的是背後的思考方法
- 思考方法 + 真實經驗 = 思考模型



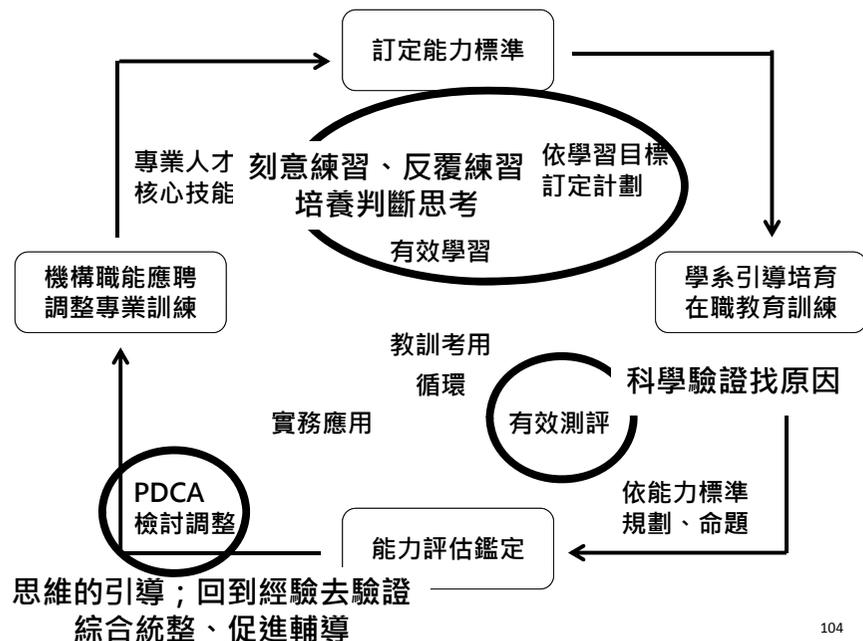
原文網址: <https://www.managertoday.com.tw/books/view/55776>
出自《經理人》

能協助我們解決問題時更快通過關卡
知道怎麼去處理能更有效率

建立習慣模式 = 臨床推理模式



103



| 時間 | 主題 | 主講人 |
|-------------|---|---|
| 08:00-08:30 | 報到(請依時間報到、勿遲到) | 何婧璇專師/方信元副院長 |
| 08:30-10:00 | 如何指導專師學員及新轉任專師病歷寫作 (Narrative & POMR Format & SOAP Format) 重點在於這些臨床教師如何指導學弟妹，所以 Format 要清楚囉~ | 李嘉翔醫師 |
| 10:00-11:30 | 臨床決策與疾病鑑別診斷的概念 1.臨床推理訓練模式(Clinical Reasoning) 2.臨床推理教案格式簡介 重點在於什麼東西應該要寫進病歷，所以思路過程要點要清楚 | 陳添耀醫師 |
| 11:30-12:30 | 108-109 年病歷審查常見問題與疏失、如何改進 | 黃英瑛 專科護理師 |
| 12:30-13:30 | Lunch | |
| 13:30-15:30 | 分組進行對策擬定-我該如何指導學員寫作病歷 | 黃英瑛 專科護理師 (桌長 1) 陳秀桂專科護理師 (桌長 2) 王玲菱專科護理師 (桌長 3) 粘慧冠專科護理師 (桌長 4) 江宜靜專科護理師 |
| 15:30-16:00 | 綜合討論/Closing Remarks | 何婧璇專師/方信元副院長 |

本工作坊認列院內「病歷寫作課程」時數 6 小時、專科護理師繼續教育積分 7.2 分

專科護理師訓練期間的受訓中學員

一、課堂教學

- 1.時數:184 小時，共 25 週。
- (1)基礎核心課程(56 小時)
- (2)進階課程 I(64 小時)
- (3)進階課程 II(64 小時)

專師學程設計與教學策略、訓練背景、制度、法律、病歷、教案、作業規範...
系統案例式學習，搭配個案
系統案例式學習，搭配實證



二、臨床實務

- 1.時數:504 小時
- (1)第一階段 I (共 7 週)
- (2)第二階段 I (共 8 週)-內
- (3)第三階段 I (共 6 週)-內
- 2.地點：中國醫

學員會模仿學姐的行為和態度

把學員該學的

1.具體框架起來

2.重覆學習、練習

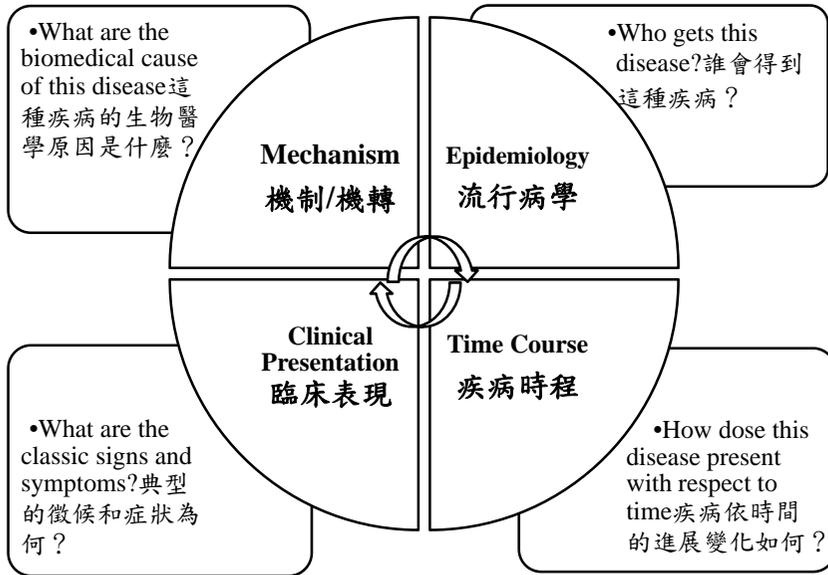
訓練 與 臨床實務 精進整合

有前後條理順序、使用常規性的模式的案例。主要是運用臨床推理的程序，找出病人的臨床問題，做疾病治療上的判斷與決定。運用臨床情境中的推理推論，展現對急性期病人健康問題的鑑別判定與解決問題的能力。

研發情境腳本教案，其內容涵蓋病人年齡、性別、流行病學(Epidemiology)、疾病的特徵(Clinical presentation)、疾病的機轉(Mechanisms)、病程進展(Time course)的教學內涵與歷程。做臨床推理教學的教學模式。

以自擬之四個面向的結構式評量表，進行學員展現實務能力的情境式評估與觀察員對學員的即時性回饋，分析臨床推理能力。

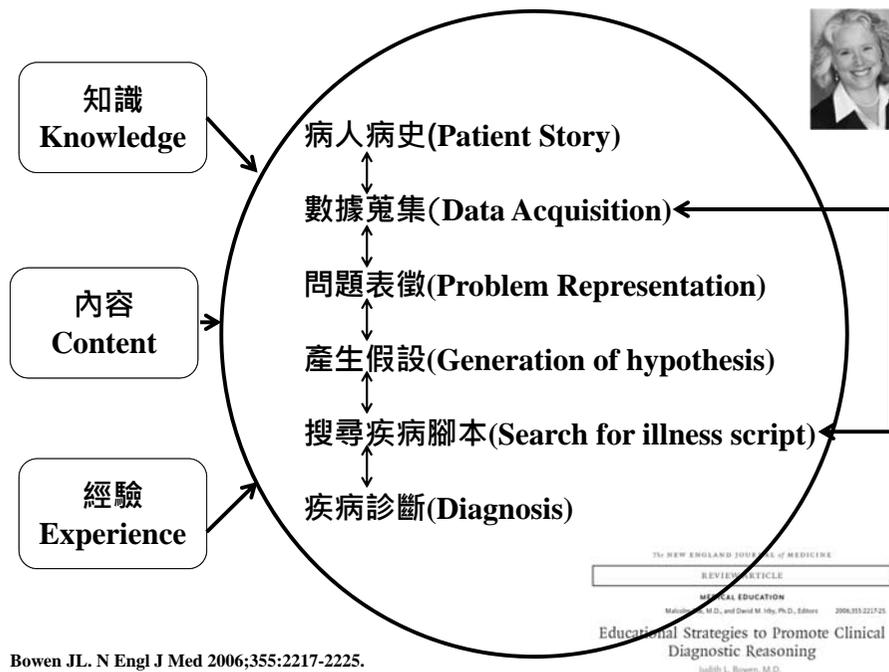
疾病的發生是有時序的，必須針對這個疾病事件產生序列的行動，如採集病史、身體檢查、鑑別健康問題、進行各式檢驗檢查或藥物使用…等。



在典型病例的演示裡，若是盡量能夠記憶大量的案例足以讓學員自記憶中取樣。典型的病例在腦中儲存固化後，更多的臨床照護接觸到了類似的醫療問題，就可以與記憶中的病例情況提出相對比，最主要就是利用先前的經驗來解決問題，進而提供了一個學習者的知識基礎(Custers, 2015)。

簡單來說

- 就是利用說故事(敘事)和病情討論的方法，把疾病的原型(標準案例)儲存在大腦裡面將來遇到類似的案例時，把握住相同點、異同點，讓新手進一步演繹與推理



Bowen JL. N Engl J Med 2006;355:2217-2225.

表 3-3 以疾病腳本做臨床推理教學的教學模式內容

| 時間 | 小單元分項 | 教學方法及教學內容 |
|--|---|--|
| 10分鐘 | 課程簡介 | 以講述教學介紹： 臨床推理與疾病腳本的概念 |
| 10分鐘 | 病人病史 (Patient Story) 病人主訴 (情境) | 以討論教學與問題解決教學引導： 1. 溝通技巧介紹 2. 思考病人年齡、性別及流行病學 (Epidemiology) 列出自己產生的疾病假設。對是否會罹患某疾病的可能性作出評估。 |
| 20分鐘 | 數據蒐集 (Data Acquisition) 問題表徵 (Problem Representation) 病史詢問 (病史採集) | 以討論教學與問題解決教學引導：疾病的機轉 (Mechanism)、進展 (Time course)；疾病的臨床表現？有哪些可以辨認的特徵？ (Clinical presentation) |
| 20分鐘 | 數據蒐集 (Data Acquisition) 問題表徵 (Problem Representation) 身體檢查 (身體評估) | 以討論教學與問題解決教學引導：利用臨床檢查及實驗室檢驗的方法，對病人所做的疾病篩檢，來達到輔助確認診斷或醫療處置的目的。 |
| 20分鐘 | 產生假設 (Generation of hypothesis) | 以討論教學與問題解決教學引導：利用臨床檢查及實驗室檢驗的方法，對病人所做的疾病篩檢，來達到輔助確認診斷或醫療處置的目的。 |
| 20分鐘 | 搜尋疾病腳本 (Search for illness script) 疾病診斷 (Diagnosis) 診斷討論 | 以討論教學與問題解決教學引導： 1. 以整理過的資料來呈現關鍵性的表現 2. 將鑑別診斷依據可能性的高低順序排列 |
| 20分鐘 | 總結 | 以講述教學做總結： 如何以疾病腳本來比較及對照病人的問題描寫 |
| 約 120 分鐘=2 小時；每週進行 2 個腳本教學；共 3 週進行 6 個腳本 | | |

控制組介入 12 小時課堂講述教學課程。

57% 10:24



22歲王小姐，平常健康，三天前開始咳嗽有黃痰，兩天前開始發燒，最高38.8C，她沒有胸痛或喘，身體檢查，除了體溫38.6C外，其他都正常。抽血，白血球正常，胸部X光如圖，最有可能的診斷是

▲ 流感

◆ 肺栓塞

● 一般感冒

■ 肺結核

16



互動式小組討論



疾病的發生是有時序的，必須對這個疾病事件產生序列的行動，如採集病史、身體檢查、鑑別健康問題、進行各式檢驗檢查或藥物使用...

•What are the biomedical cause of this disease? 這種疾病的生物醫學原因是什麼?

Mechanism 機制/機轉

•Who gets this disease? 誰會得到這種疾病?

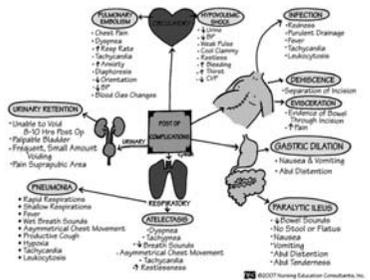
Epidemiology 流行病學

•What are the classic signs and symptoms? 典型的徵候和症狀為何?

Clinical Presentation 臨床表現

•How does this disease present with respect to time or how the time of the disease change how?

Time Course 疾病時程



Case: A 55 year old woman...

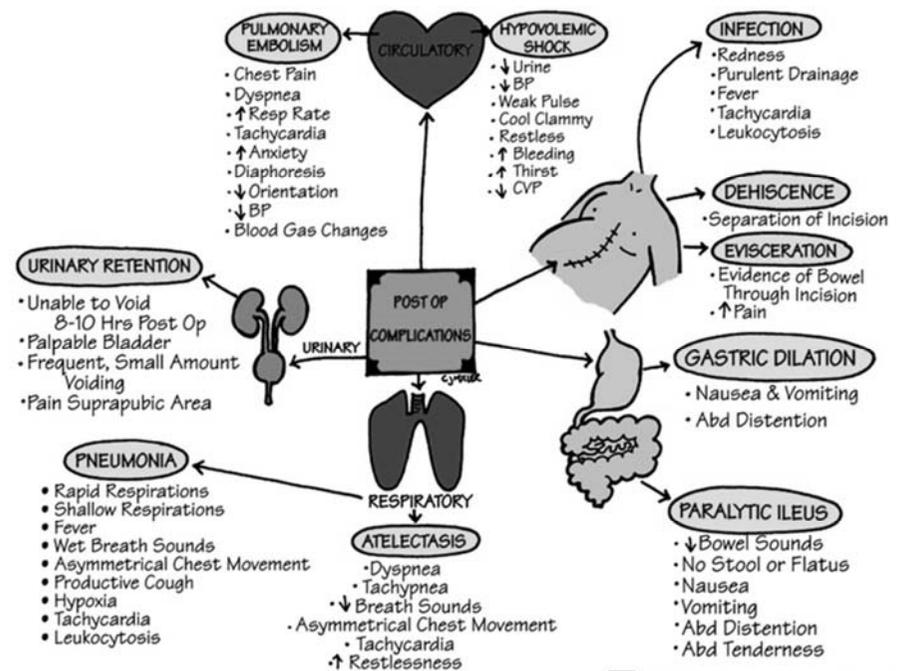
Initial Problem Representation:
Provide a short summary of the case, using semantic qualifiers (eg. Young/old, acute/chronic, diffuse/focalized, mild/severe, etc.)

| | Differential #1 | Differential #2 | Differential #3 |
|---|-----------------|-----------------|-----------------|
| Illness Scripts: | | | |
| Epidemiology: | | | |
| Time Course: | | | |
| Clinical Presentation: | | | |
| Pathophysiology: | | | |
| Lab/Imaging: | | | |
| Final Problem Representation/Diagnosis: | | | |

將收集到的資訊
利用心智圖、表格
來歸納

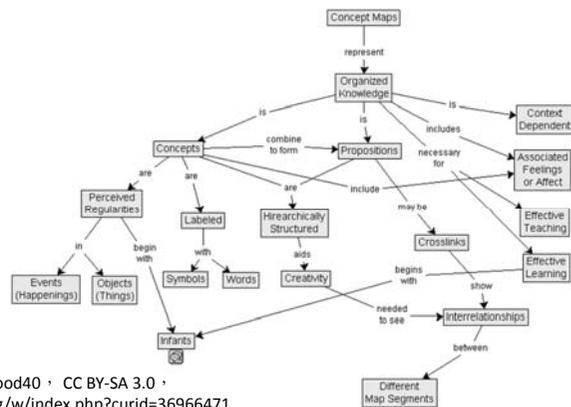
心智圖(Mind Map)

- **思考輔助工具**。英國心理學家托尼·博贊(Tony Buzan), 1970
- 繪製的模式是先訂出一個中央關鍵詞或想法，然後以輻射線加上配圖解，往外各方向連接所有的代表字詞、想法、任務或其它相關的項目。
- 所有相關資訊都是以腦力激盪方式來建立，最後建構一個概念性的組織任務框架。
- 學生在繪製心智圖的過程中，將已知的事物重新組織並將其視覺化，其中亦經過重新審視對錯、補充缺失部分，及更新陳舊資訊，正是一個周延的反思過程，加上教師的回饋，學生將獲益匪淺。心智圖的繪製，已成為常用的學習程序。



概念圖(Concept Map)

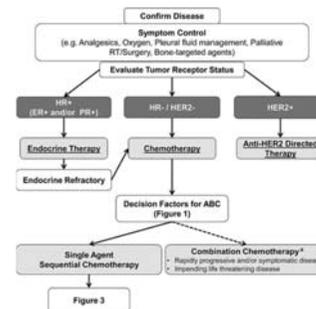
- 圖示技巧。美國教育學家約瑟夫·D·諾瓦克(Joseph D Novak), 1970.康奈爾大學。
- 繪製的概念大多繪在圖的頂部，較少用圖標和視覺隱喻、邏輯多於創意。



By English Wikipedia user Vicwood40, CC BY-SA 3.0, <https://commons.wikimedia.org/w/index.php?curid=36966471>

決策樹(Decision Tree)

- 繪成像樹一樣的圖形的決策支持工具，但其形成不是靠單純的腦力激盪而來，而是經由數據的蒐集與分析，由邏輯推理判斷做與不做的標準，再繪成決策樹。
- 目前多數治療的指引基於實證的臨床指引，就是利用實證的蒐集與分析所訂定而成。在臨床醫療的使用十分普遍。



<http://www.current-oncology.com/index.php/oncology/article/view/2360/1739>

| 病例導向臨床推理 | 專科護理師臨床推理 | 專科護理師臨床推理課程 |
|---|---|--|
| <p>病例 - 描述</p> <p>1主訴 (Chief Complaint, CC)</p> <p>林先生, 35 歲男工程師, 抱怨突發性上腹痛</p> | <p>臨床診斷 - 推理思考與分析</p> <p>1.病人發生了什麼事? 2.進行初步假設: 思考病人年齡、性別及流行病學 (Epidemiology) 列出自己產生的疾病假設, 對是否會罹患某疾病的可能性作出評估。 35 歲男工程師上腹痛, 以這樣的年紀, 常見的原因如下: (A) 消化性潰瘍 (B) 膽囊結石或膽管結石 (C) 逆流性食道炎 (D) 胃炎 (E) 胰臟炎</p> | <p>2-1 藥物 colchicine 0.5mg po tid diclofenac 25mg po tid</p> <p>2-2 檢驗 對藥物與食物不敏感</p> <p>2-3 社會心理史 林先生, 35 歲工程師, 碩士畢業, 已婚, 在華僑辦公用上班, 平常不抽煙, 也不喝酒。</p> <p>2-4 家族史 林先生是長子, 育有兩子, 目前分別為 5 歲與 3 歲, 身體健康, 也有一個弟弟, 目前為 33 歲, 目前健康, 他的弟弟目前 65 歲, 也有痛風的病史, 他的媽媽有糖尿病, 目前服用藥物控制。</p> <p>2-5 風險因素 除了糖尿病和肥胖之外, 他並沒有發病, 黃疸, 噁心, 嘔吐, 腹瀉。</p> <p>3 身體檢查 林先生體重 70 公斤, 身高 175 公分, 皮膚蒼白, 沒有黃疸, 頸部結核, 呼吸音正常, 沒有喘鳴 (wheeze), 正常的肺部, 心臟聽診, 每分鐘 92 下, 沒有心音異常 (heart murmur), 腹股溝聽診, 腸胃腸鳴, 沒有血聲的傳導, 觸診腹部上腹部有輕度 epigastric tenderness, 有肌內彈 (muscle guarding) 和反跳痛 (rebound tenderness), 下腹部不敏感, 且沒有 Murphy's sign, 也沒有腹股溝腫脹, 足趾時, 雙上肢關節沒有疼痛的狀況, 也沒有鼓脹 (tympanic)。</p> <p>4 實驗室數據 WBC 13.8 K / μcl (3.6-11.2 $\times 10^3$ / μcl) Sg 88.9% (43.3-76.5 %) Ulipase 3.4 U/L (8-58 U/L) Amylase 26 U/L (20-100 U/L) hsCRP 4.54 mg/dL (<0.5 mg/dL)</p> <p>5 影像 腹部 X 光: 正常, 在好的上腹與橫膈之間, 沒有看到空氣 (free air) 左側胸線 X 光: 在肺線以上沒有發現的看到空氣 (free air) 腹部電腦斷層: 在肝臟與橫膈之間有空氣 (free air)</p> <p>6 評估檢驗的學說 鑑別為消化性潰瘍導致腸胃穿孔 (hollow organ perforation)</p> <p>7 討論</p> |

專科護理師臨床推理課程

| 病例 - 描述 | 臨床診斷 - 推理思考與分析 |
|---|--|
| <p>1主訴 (Chief Complaint, CC)</p> <p>林先生, 35 歲男工程師, 抱怨突發性上腹痛</p> | <p>1.病人發生了什麼事? 2.進行初步假設: 思考病人年齡、性別及流行病學 (Epidemiology) 列出自己產生的疾病假設, 對是否會罹患某疾病的可能性作出評估。 35 歲男工程師上腹痛, 以這樣的年紀, 常見的原因如下: (A) 消化性潰瘍 (B) 膽囊結石或膽管結石 (C) 逆流性食道炎 (D) 胃炎 (E) 胰臟炎</p> |

2 病程進展(Time course)

(1) 現病史

林先生, 35 歲工程師, 沒有喝酒的習慣, 但過去有痛風的病史, 前一週星期, 才因為左膝痛風去診所打針, 並且拿痛風的藥物, 服用了三天後, 疼痛就緩解, 止痛藥物只在左膝關節有不舒服, 才會服用。看診前幾個小時, 他從睡夢中痛醒, 大約是凌晨四點, 這個疼痛的強度大約有 7 分痛(10 分最痛), 與姿勢無關, 也沒有放射到其他地方, 自行服用制劑則止痛藥, 有緩解一下, 但是很快就又痛起來, 而且走路震動肚子都會覺得不舒服, 所以要用手壓著肚子走路。除了肚子痛之外, 他在凌晨痛醒後, 有去排便, 是深咖啡便, 沒有血絲, 大便後, 肚子痛並沒有比較好, 反而越來越痛, 疼痛分數 9 分, 因此他就來醫院門診求診。

1. 為什麼?

2. 由假設進行鑑別: 疾病的機轉(Mechanism)、進展(Time course): 疾病的臨床表現? 有那些可以辨認的特徵? (Clinical presentation)

- 消化性潰瘍

因為他有痛風, 最近有服用止痛藥物, 推測可能有 NSAID, 加上服用制劑則可以緩解, 所以消化性潰瘍的可能性極高。

- 膽囊結石或膽管結石

通常膽道或膽囊的結石引起的痛, 會與吃東西有關, 因此這個病人是凌晨四點發作, 就這點來說, 膽道或膽囊引起的痛應該比較不像。

- 逆流性食道炎

逆流性食道炎的疼痛, 不會這麼痛, 也不會因為走路震動, 而引起痛, 所以這個鑑別診斷可以排除或是列在比較後面。

- 胃炎

胃炎的痛不會那麼痛, 而且通常與進食有關, 另外走路也不會使這個痛更加劇, 所以這個鑑別診斷可以排除。

- 胰臟炎

常見胰臟炎的原因是膽道結石卡在受壓部, 或是因為喝酒, 通常胰臟炎的痛, 會與姿勢有關, 前傾會比較緩解, 而這個病人的痛不會因為姿勢緩解, 所以把這個診斷的可能性比較小, 但還是要列入鑑別診斷之一。

- 從病人描述走路震動會讓肚子不舒服, 壓肚子可以緩解, 推測有腹膜炎的可能。

- 若是腹膜炎與消化性潰瘍連在一起, 胃痛或十二指腸潰瘍穿孔引發腹膜炎的可能性也要列入鑑別。

最後利用CbD來評核成效

(107)專師學員案例分析報告

一、目的: 為提升專師學員案例分析報告能力, 落實專師訓練理念, 擬辦理「訓練中學員案例分析報告」, 並鼓勵專師及訓練中學員自由報名參加。

二、報告對象: 107 年開訓的訓練中學員。

三、報告方式:

1. 於 108 年 01 月 02 日(三)24:00 前, 完成繳交報告題目及簡報內容(附件 excel 表), 未完成資料繳交者視同放棄口報機會

2. 經評審團評定摘要檔案, 每人進行現場報告, 10 分鐘報告及 5 分鐘討論; 以 15 分鐘為上限。

四、評分標準: 依專師口頭病例報告評估表

五、主辦單位: 教學部

六、聯絡人: 何靖熾專師(分機 4609/209945; E-mail: N5780@mail.cmuh.org.tw)

| 時程 | 課程主題 | 主講人 | 主持人 |
|-------------|---|--------|-----------------|
| 14:40-14:50 | 內科病歷報告示範 | 王@@專師 | 何靖熾專師 |
| 14:50-15:00 | 說明及討論 | | |
| 15:00-15:15 | 57-year-old man chest tightness for 1 week with hypertension and hyperlipidemia | 楊@@護理師 | 何靖熾專師 /陳汝耀醫師 |
| 15:15-15:30 | Intermittent Palpitation for 2 days in a 53-year-old Man | 楊@@護理師 | |
| 15:30-15:45 | 59-year-old man worsening of right lower chest wall since this morning | 李@@護理師 | |
| 15:45-16:00 | skin lesion over trunk and limbs for 2 weeks in a 67-Year-Old Men | 丁@@護理師 | |



如何知道我的鋪陳能達成目標?

評估就是為瞭解學習的成效

有評量

才知道離目標有多遠

才知道是不是在作白功



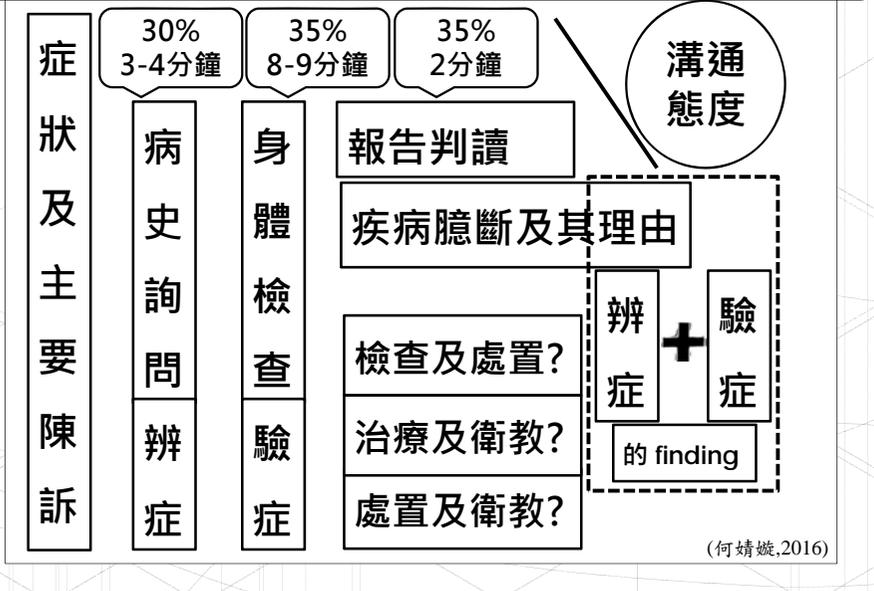
台中榮民總醫院 教學部
臨床訓練科 謝祖怡主任



?

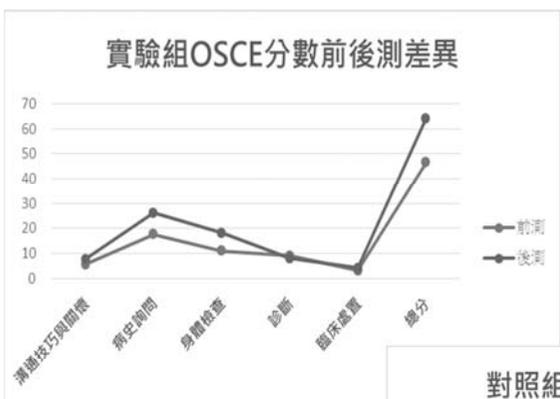
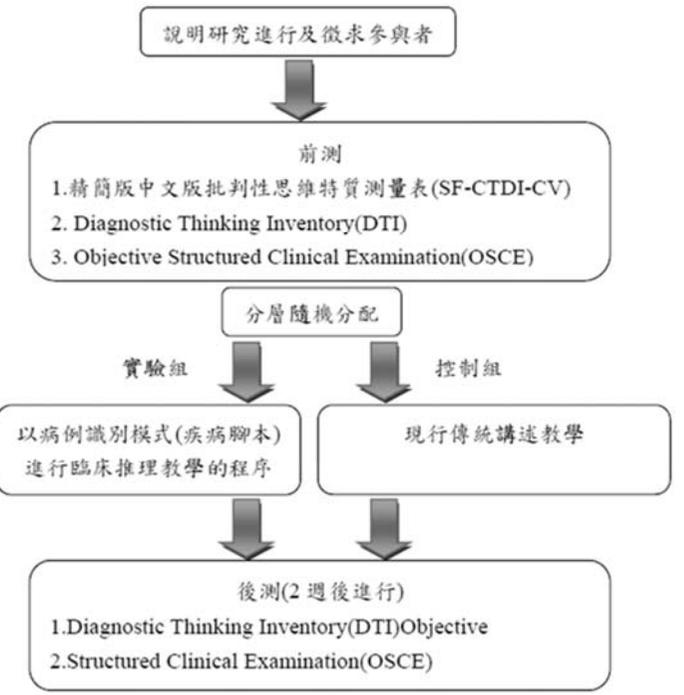


邏輯思考組織、整合 = 臨床推理與決策(Differential Diagnosis)的過程
 展現給主考官看，平常的臨床實務我就是這樣做的~

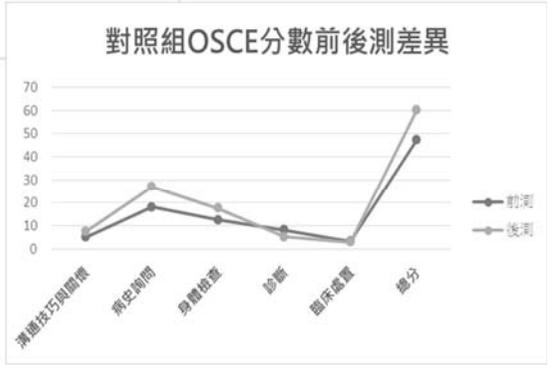


(何婧姘,2016)

•研究步驟

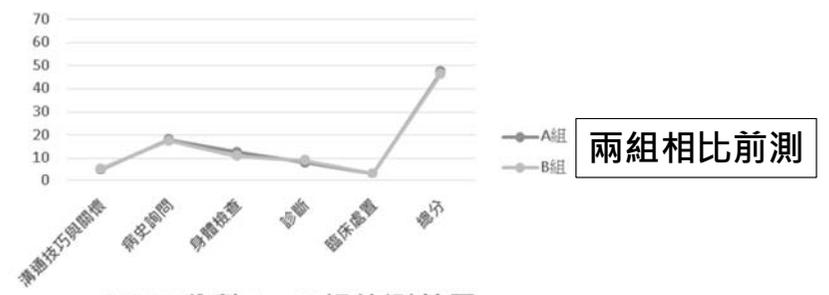


數據初步概況

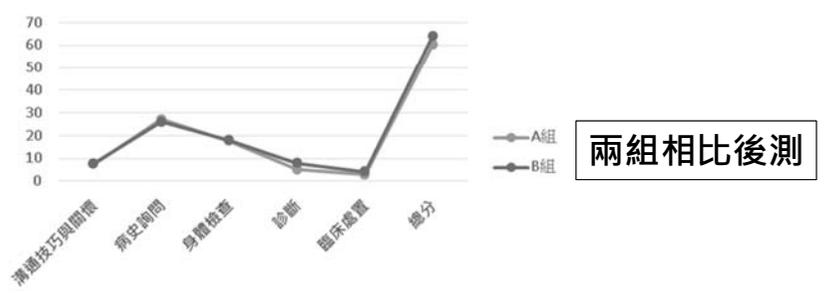


學習時實驗組上升
 但
 對照組也會上升

OSCE分數A、B組前測差異



OSCE分數A、B組後測差異



何婧璇, 陳泓燿, 蔡秀嫻, 陳祖裕, 方信元, 李國慶

介入疾病腳本教學提升專科護理師臨床推理能力之效益-前驅研究

The effectiveness of Illness Scripts on Clinical Reasoning for the Nurse Practitioners-A Pilot Study

研究結果與分析(Results)

AMEE 2018 Abstract Acceptance
今天 下午 6:38

Dear Cheng-Wei Chen,
AMEE 2018 Abstract Acceptance
Thank you for submitting your abstract for AMEE 2018 in Seoul, September 20-29, 2018.
We are very pleased to report that following abstracts in the presentation type selected below. All abstract submissions were peer reviewed by a minimum of 3 reviewers and the reviewer comments are available in the AMEE 2018 Abstract Acceptance portal. Abstracts accepted for presentation at the conference are available from the end of July and at the conference site.
You have submitted from the one abstract and received a conditional acceptance to present. Abstracts which are accepted but not for the reasons of the reviewer comments are available from the end of July and at the conference site.
Abstract Type: Case Report
Abstract Title: Use of illness script theory to teach clinical reasoning skills to nurse practitioners: a pilot study
Abstract Author(s): Cheng-Wei Chen, Hsiang-Yuan Feng, Hsiang-Yi Chen
Presentation Type: poster
Presentation Time: 13:00-14:30

三、教學訓練計畫與執行成果

3.3 專師執業能力之提升_提升專師執業能力之措施

創新教學或訓練模式

由於專師執業時必須共同協助醫師面對醫療決策的病人照護工作, 新手專師面對以疾病推理的臨床實務感到陌生, 故臨床推理應用及疾病識別, 是目前專師在執業照護病人時最具關鍵性的臨床核心能力。本院發展以訓練課程如何結合臨床推理教學的模式, 來提升專師臨床推理能力, 亦做為各訓練醫院應用臨床推理教學的參考。並於專科護理師學會及歐洲醫學教育學會(AMEE)進行海報及口報的發表。

何婧璇, 陳泓燿, 蔡秀嫻, 陳祖裕, 方信元, 李國慶

介入疾病腳本教學提升專科護理師臨床推理能力之效益-前驅研究

The effectiveness of Illness Scripts on Clinical Reasoning for the Nurse Practitioners-A Pilot Study

研究結果與分析(Results)

AMEE 2018 Abstract Acceptance
今天 下午 6:38

MONDAY 27TH AUGUST 2018

Using multiple teaching methods and diverse approaches to promote learning, shifts can be active, cooperative and student. Gamification made clinical teaching more interesting and meaningful.

45C2 (9x2)
Use illness script theory to teach clinical reasoning skills to nurse practitioners: a pilot study

Authors
Cheng-Wei Chen
Hsiang-Yuan Feng
Hsiang-Yi Chen

Presentation Time: 13:00-14:30
China Medical University Hospital, Taichung, Taiwan

Background: The clinical reasoning is an essential ability of caring patients for nurse practitioners (NPs). So we developed a case-based approach for developing NP's clinical skills by using illness script theory and conducted a randomized control trial to determine if this method was effective.

A total of 45 trainees were enrolled in this study in 2017 and divided randomly to experimental, and control groups. In trainees in each group. Five trainees in the experimental group dropped out because of their personal events. For the experimental group, the clinical reasoning skills, and illness script theory were introduced first, and then start to discuss clinical cases, following a sequence of chief complaints, medical history, and physical examination. The trainees formed their own clinical hypothesis first and then asked the information from the tutor. Finally, the trainees wrote down their differential diagnoses and tried to order the relevant laboratory and imaging study to confirm the diagnosis. Simultaneously, the control group underwent traditional class-based training program. The effectiveness of intervention was assessed using the Diagnostic Thinking Inventory (DTI) and Objective Structured Clinical Exams (OSCE).

There was no significant difference on total DTI scores between these two groups, but the total DTI scores of experimental group increased 6 points after training. Trainees in the experimental group had higher flexibility in thinking (84.0 vs 80.0), and similar in the memory structure scores (17.81 vs 17.83). The total OSCE scores of these two groups after training were close (45.5 vs 45.1). But the trainees in the experimental group had better performance in disease diagnosis (8.0 vs 5.0), and clinical management (4.3 vs 4.8).

Although there was no prominent performance in the experimental group, the ability of disease diagnosis and management in this group slightly improved after the case-based training program. This implied that the approach might work but there was inadequate training time (only 14 hours).

The new teaching method is better than traditional class-based training program for developing clinical reasoning skills. Adequate training hours is important.

45C3 (9x2)
Educational or professional competence: The perception of professors of the clinical department of the Faculty of Medical Sciences of the National University of Littoral

Authors
Sergio hernán vico, Faculty of Medical Sciences, National University of Littoral, Argentina
Luis María Arévalo, Faculty of Medical Sciences, National University of Littoral, Argentina
Leticia Cerna, Faculty of Medical Sciences, National University of Littoral, Argentina

Presentation Time: 13:00-14:30
Faculty of Medical Sciences, National University of Littoral, Santa Fe, Argentina

Background: Several educators criticize the professional competence learning approach referring that it implies an utilitarian focus as the students are trained according to the reference skills that they will need to perform in their future workplace. From this view, they could not be able to achieve correctly the process of appropriation of knowledge by thinking and interpreting the doing (educational competences).

The Faculty of Medical Sciences of the National University of Littoral use a problem-based learning curriculum encouraging educational training through the development of educational competences. Considering this, we performed an evaluation of the competences learning implemented by the professors of the clinical department.

We interviewed 5 tutors, who coordinate a student group each (50 to 100 students/group). All of them were clinicians, and received mandatory courses about problem-based and competence-based learning. They were asked about their way of teaching, the concept of competence they manage, strategies to encourage education training and the development of competences.

Only 1 teacher refers to plan ahead the contents to develop in the meeting and try to promote the discussion between the students about the case problem, encouraging them to pose an adequate clinical approach. The rest of the professors consider that the students should obtain the necessary knowledge to practice, or they passively pass on information by solving the problem situation pointing the main concepts the students must retain in future professionals. Before their reasons, they refer that they can dedicate a few time to the lessons due to their professional medical practice. Also, most of them, despite the training in problem-based and competence-based learning, ponder that during the career, the student should learn what they consider useful to practice medicine as a clinician.

Despite the policy of the faculty of promoting the development of educational competences, a considerable number of professors are still centered in the traditional concept of professional competence without considering its limitation.

Learning and evaluation approach based on educational competences require to be encouraged through specific training activities directed to professors of our institution.

13:00-14:30

Preconference I:
Integrate the Evidence-Based Nursing in Nursing Curriculum
Part 1
Prof. Ying-Ju Chang (Taiwan)

Preconference II:
Using OSCE in Nursing Education
Part 1
Prfo. Hsiung-Mei Chen (Taiwan)

Preconference III:
Clinical Teaching-Preceptorship
Part 1
Prof. Susan Jan Feter (USA)

Prof. Susan Jan Feter (USA), Yajai Sitthimongkol (Thailand) (TBC)

Fritri Haryanti (Indonesia), Su Feng Cheng (Taiwan)

Lunch & Poster Exhibition, Networking
Lunch at Dean's Garden (12:00-13:30)

Concurrent Sessions / Symposium III (13:30-15:30)

Innovation in Nursing Education
Culture Difference and Diversity in Education
Teaching Strategy
Patient / Clinical Education
Symposium III

AMEE 2018 ABSTRACT BOOK

介入疾病腳本教學提升專科護理師臨床推理能力之效益 (2020)

| 學生姓名 | 溝通技巧與關懷達成率100% | | 病史詢問達成率100% | | 身體檢查達成率100% | | 臨床推理達成率100% | | 篩檢工具達成率100% | | 表現備註 |
|------|----------------|--------|-------------|-------|-------------|-------|-------------|-------|-------------|-------|----------|
| | 小計 | 達成率 | 小計 | 達成率 | 小計 | 達成率 | 小計 | 達成率 | 小計 | 達成率 | |
| 1 | 4 | 80.0% | 22 | 57.9% | 7 | 21.9% | 10 | 50.0% | 2 | 20.0% | |
| 2 | 5 | 100.0% | 25 | 65.8% | 12 | 37.5% | 7 | 35.0% | 3 | 30.0% | |
| 3 | 1 | 20.0% | 24 | 63.2% | 8 | 25.0% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | |
| 4 | 3 | 60.0% | 33 | 86.8% | 21 | 65.6% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | |
| 5 | 5 | 100.0% | 21 | 55.3% | 12 | 37.5% | 5 | 25.0% | 0 | 0.0% | |
| 6 | 5 | 100.0% | 15 | 39.5% | 2 | 6.3% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 理學檢查全部隔衣 |
| 7 | 5 | 100.0% | 15 | 39.5% | 6 | 18.8% | 7 | 35.0% | 5 | 50.0% | |
| 8 | 4 | 80.0% | 26 | 68.4% | 10 | 31.3% | 7 | 35.0% | 4 | 40.0% | |
| 9 | 2 | 40.0% | 14 | 36.8% | 3 | 9.4% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | |
| 10 | 5 | 100.0% | 18 | 47.4% | 24 | 75.0% | 14 | 70.0% | 6 | 60.0% | |

關鍵步驟

- 組織、彙整與分析/激活知識
- 準確的總結性陳述(導致準確選擇疾病腳本)
- 認知依據有限資訊判斷和醫療上的錯誤
- 準確的摘要聲明觸發並指導假設生成
(框架中的下一步)
- 需要刻意練習(養成思辨能力；也需要假以時日)
- 修正教案分析中常見的錯誤-脫離現況、不是整合思維、不合常情、未以重要性和可能性作合宜排序

| 溝通技巧與關懷達成率100% | 病史詢問達成率100% | 身體檢查達成率100% | 臨床推理達成率100% | 篩檢工具達成率100% |
|----------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| 80.0% | 57.9% | 21.9% | 50.0% | 20.0% |
| 20.0% | 63.2% | 25.0% | | |
| 80.0% | 44.7% | 6.3% | | 10.0% |
| 60.0% | 26.3% | 15.6% | | |
| 100.0% | 65.8% | 37.5% | 35.0% | 30.0% |
| 60.0% | 86.8% | 65.6% | | |
| 100.0% | 55.3% | 37.5% | 25.0% | |
| 100.0% | 39.5% | 18.8% | 35.0% | 50.0% |
| 80.0% | 68.4% | 31.3% | 35.0% | 40.0% |

133

總結

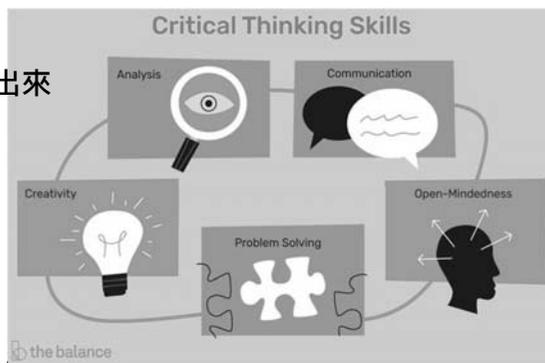
以臨床推理的模式建立思考模式與慣性(習慣建立)，鍛鍊初學者的大腦。提供具體的步驟與方法分享

依照教學策略的步驟，

在不同的領域也能複製出來



行為要能夠改變
是有階段的



經由反思內化過的東西

展現出來的行為(形式)就會行雲流水~

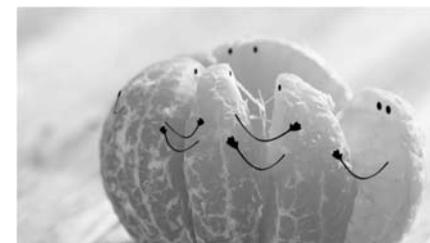
瞎子摸象，每個人摸到的都是一個真實
不在其位難以瞭解任務的眉角

- 勿忘傳統方法
- 搭配創新流程
- 運用實證技巧
- 持續 PDCA

讓學員真的「看」到病人



不是一群一起做事
就叫做團隊
最重要是平順地完成任務

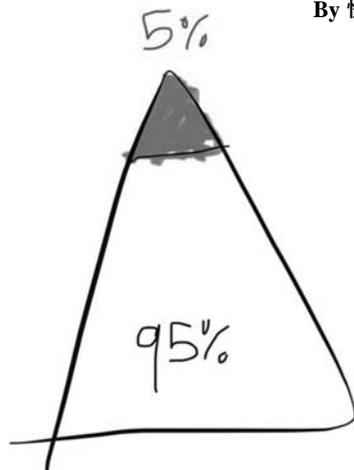


135

你知道要怎麼成為 5% 的人嗎？
不要做 95% 的人都在做的事。



By 快刀俠醫楊智鈞



爬上山頂並不是為了讓全世界看到妳
而是讓妳看到整個世界

-Anonymous

團隊的功能受到定期的評估及修正，
每一個成員都瞭解團隊的共同目標。
成員都能扮演自己的角色及執行其功能，
並瞭解自己與其他成員之間的關係。
成員瞭解團隊中其他成員的角色及職責。
成員之間彼此信任及互相尊重。
成員之間有良好溝通管道。

訓練vs實務

改變教學現場

具證據的評量



Thank you for listening
My years Join and Happiness Challenge



以研究做為教學的憑藉
以教學作為研究的發想



How to Set Up
Your Medical
Education Career
for Success



簡報內圖片下載自網路(google)圖片