



發展 EPA

作為臨床教學評量工具之歷程

——以兒童發展評估為例

林怡儒 ◆ 職能治療師

兒童發展評估是兒童職能治療師臨床上一項常見且不可或缺的業務，面對形形色色的家長和不同年齡、診斷或情緒狀況的孩童，臨床教師要如何循序漸進地教導並放手讓實習學生 / 受訓學員面對各式各樣的評估情況呢？臨床教師可以信任學生 / 學員兒童發展評估執行何種程度呢？

近年來，以勝任能力為導向的醫學教育是改革的趨勢，美國畢業後醫學教育評鑑委員會提出的六大核心能力及加拿大皇家醫學院所提出的七個主要的專業角色皆能透過核心能力架構的建立，促進核心能力為依歸的課程設計與評估方法，進一步加速了能力為導向的臨床醫學教育之推廣與應用。為實踐能力為導向的醫學教育，可信賴專業活動（entrustable professional activities, EPA）是個成功的關鍵。EPA 的觀念由荷蘭的醫學教育專家 Olle ten Cate 博士所提出，原本 EPA 的概念是應用在畢業後專科醫師的訓練上，後來慢慢推廣到畢業前的醫學教育及其他職類的教育訓練中。故我們嘗試以職能治療臨床業

務中的兒童發展評估為例，去發展 EPA 作為臨床教學評量工具。

兒童發展評估業務中，職能治療師必須在評估前與病患及家屬預約評估時間，處理評估單的相關行政流程；評估時須確實地操作評估工具，善用觀察和晤談獲得患者資訊；評估完成後對個案家長解釋評估的結果並提出相關衛教活動。職能治療師在執行兒童發展評估時面臨的個案分為已在治療中之個案，和預約或現場評估之個案，以個案熟悉度而言，評估前者的難度是較後兩者低的，因此我們將兒童發展評估分為兩個階段，第一階段是舊個案評估，第二階段是新個案評估（預約或現場個案），評量方式為迷你臨床演練評量（Mini-Cex），也透過每次的評量結果與學員討論學習。

在學員時進行以上兩個階段前，學員只能觀察教師執行兒童發展評估，學員不能執行，此階段監督水平是一（只能觀察不能做），為一個示範教學過程；教師除了展現評估所需技巧外也說明相關行政流



程，過程中教師會確認學員對於評估項目計分和結果計算之信效度，在以上信效度與教師達成百分之百一致時即可進行第一階段舊個案評估。

在第一階段中，監督水平為二（教師直接監督下執行）：學員每次執行舊個案評估時，教師皆會進行 Mini-Cex 評量以測驗學員在七大面向的表現，待學員於七大面向皆達 4 分後，即完成第一階段學習，而後可進入第二階段。

在第二階段中，監督水平為三（教師間接監督下執行），學員每次執行新個案評估（預約或現場個案）時，教師仍皆會進行 Mini-Cex 評量，同樣地，待學員於七大面向皆達 4 分後，即完成第二階段學習。

在第二階段通過後，學員執行兒發評估任務時的監督水平為四（教師在遠處監督，教師作事後確認即可），學員可以針對特殊個案狀況與教師做個案討論。

在以上嘗試利用 EPA 做為兒童發展評估的評量工具歷程中，我們遇到以下幾個困難：

1. 部分 EPA 的架構原則尚未明確訂定：根據 Olle ten Cate 博士所提出的 EPA 的架構原則，包括 7 個面向：EPA 的名稱；特色與限制；相關的能力領域；被信任所需的知識、技能、態度和行為；評估資訊來源用以評估進度及作出總結性信任決定；在哪個訓練階段要達成在何種

水平的監督下得到信任；效期。若將七大面向對照此次的 EPA 嘗試使用歷程，可以發現仍有缺漏之處，EPA 運用於醫師以外的職類教育經驗仍十分缺乏，因此可借鏡的職能治療領域實例寥寥無幾，故此問題仍須與其他職能治療專業同仁一同討論，或透過職能治療全國聯合會與學會的共同努力以解決之。

2. 僅以 Mini-Cex 評量做為兩階段評核工具的合適性：操作技能是兒童發展評估技能中最基本要求的能力，在學員第二階段的 Mini-Cex 評量中，在操作技能部份仍可能會出錯；醫療面談和諮商衛教則是學員表示最困難之項目；在行政相關的溝通與協調能力之評核較為缺漏。

因此，我們須調整 EPA 的規劃內容，思考將操作技能直接觀察評估表 (DOPS) 納入第一階段的評核之必要性；醫療面談和諮商衛教部分須更多個案演練教學，以上兩者和行政相關的溝通與協調能力可利用客觀結構式臨床技能測驗 (OSCE) 做延伸性的評核。

結語

可信賴專業活動 (EPA) 是以勝任能力為導向醫學教育的具體呈現，我們會持續改善並發展 EPA 於職能治療的臨床教學，透過 EPA 概念，以利於讓學員在有規劃且受信賴層級認證下去分階段地達到專業的養成。🌀