

台灣教學醫院兩年期職能治療師訓練計畫評量工具之 調查研究：臨床教師與學員觀點

劉怡佳^{1,2} 李翊臻³ 黃百川^{1,2} 許瑋云¹ 蘇玟禎¹
黃玉芬¹ 李怡慧¹ 林克忠^{3,4}

目的：一、調查台灣職能治療臨床教學評量工具現況、二、調查教學評量選用之時機點、三、調查教師及學員、領域對教學評量滿意度之影響。**方法：**本研究用問卷調查法，以教學醫院職能治療教師及學員為對象。問卷包括受訪者基本資料、使用狀況、使用時機點、及滿意度，前三部分為單選題，滿意度採五點量尺。問卷經由電子郵件和信件寄發受訪者。以有效問卷數及百分比呈現資料，並以卡方檢定及 *t* 檢定檢定組間差。**結果：**回收 85 份教師及 41 份學員問卷。臨床最常用教學評量為學習護照、Mini-CEX，及筆試。訓練前最常用筆試、口試，及學習護照；訓練階段最常用學習護照、Mini-CEX、及病歷紀錄審核；完訓階段最常用筆試、學習護照、及 Mini-CEX。生理／兒童領域最常用 Mini-CEX、學習護照及筆試。心理領域最常用學習護照、筆試及 Mini-CEX、病歷紀錄審核；相較於生理／兒童領域，有較高比例之心理領域學員及教師使用口試、病歷紀錄審核、及非標準化直接觀察，較少用 DOPS。教師與學員、不同領域參與者對教學評量工具滿意度高，滿意度皆在 65% 以上，學員的滿意度顯著高於教師。**結論：**職能治療臨床使用多元教學評量方式，最常用學習護照、Mini-CEX 及筆試，且因應不同學習階段選用評量工具；教師與學員、不同領域參與者對於臨床教學評量滿意度高。

關鍵詞：醫事教育，職能治療，教學評量，臨床培訓計畫

研究亮點

1. 本研究系統性的以問卷調查十一項職能治療臨床教學評量工具之使用概況，以供臨床教學發展參考。
2. 本研究發現最常使用的教學評量為學習護照、Mini-CEX 及筆試，未來需以更大樣本進行複驗並探討文化因素之影響。

前 言

職能治療服務人員必須經由持續之教育暨訓練活動，才能提供最佳之照護品質及促進專

業與個人職涯發展 (American Occupational Therapy Association, 2017)；職能治療教師須規劃以核心能力及成果為基礎 (competency- and outcome-based) 之教學方案。美國職能治療學會所提出之專業能力準則包含：專業知識 (knowledge)、臨床表現 (performance skills)、專業推理能力 (professional reasoning)、專業溝通技巧 (interpersonal skills)、及專業倫理 (ethical practice) (American Occupational Therapy Association, 2021)，而台灣職能治療亦訂有職能治療師之核心能力，包含：職能治療相關的價值、知識與技能 (values, knowledge and skills)、治療關係與

國立成功大學醫學院精神學科暨附設醫院精神部¹ 國立成功大學醫學院職能治療學系² 國立臺灣大學醫學院職能治療學系³
臺大醫院復健部職能治療技術科⁴
通訊作者地址：林克忠，臺北市徐州路 17 號 4 樓，電話：02-33668180；電子信箱：kehchunglin@ntu.edu.tw
接受刊載：111 年 1 月 17 日
doi: 10.6534/jtotrp.202206_18(1).0003

專業關係 (therapeutic and professional relationships)、專業推理 (professional reasoning)、專業態度 (professional attitude)、持續終身學習及專業發展 (continuing professional development) 等 (社團法人臺灣職能治療學會, 2019)。

衛生福利部規劃醫事人員畢業後臨床訓練制度, 銜接學校教育與畢業後之臨床工作, 稱為「臨床醫事人員培訓計畫」(postgraduate year training, 簡稱 PGY 訓練), 透過有系統地接受二年期訓練, 以確保相關醫事人員教育養成品質, 透過學習成效評估, 確保學員核心學習能力, 並制定各職類之學習多元化評估機制, 並將原計畫多元化客觀評量教學成效落實於教學醫院評鑑中 (陳祖裕, 2015; 衛生福利部, 2019)。職能治療 PGY 的訓練目的為: (一) 養成新進職能治療師之「基本職能治療專業知識」、「實證科學導向臨床技能」及「各類疾患之功能評估與治療處置知能」等, 以提升整體職能治療之照護品質; (二) 建立新進職能治療師以「病人為中心」和「全人照護」的臨床工作態度及技能; (三) 促進新進職能治療師能遵循法規, 並具備執業所需的專業倫理與溝通協調能力; 並 (四) 培養新進職能治療師參與跨領域團隊相互合作、共同照護的能力 (衛生福利部, 2020)。

臨床核心能力評量是 PGY 訓練重要的一部分, 藉由客觀及有系統的評量, 教師及受訓者可以清楚訓練目標與監控培訓進展 (Norcini et al., 2018)。醫學教育學者 Miller 提出臨床核心能力的米勒三角架構 (Miller's Pyramid of clinical competence) (Miller, 1990), 將核心能力分為階層性的四個階段: 知識 (knows)、知識的應用 (knows how)、演示 (shows how)、以及實作 (does), 知識及知識的應用階段的教學評量方式包括筆試 (written examination)、標準化口試 (standardized oral examination)、病歷導向個案討論 (case-based discussion, CbD)、病歷回顧口頭測驗 (Chart Stimulated Recall Oral Examination, CSR); 操作評量包括在模擬與真實情境

中的操作表現評量, 如 360 度評量 (360-Degree Evaluation)、查核表評量 (Checklist Evaluation of Live or Recorded Performance)、現場或錄影的表現之整體評分 (Global Rating of Live or Recorded Performance)、客觀結構式臨床測驗 (Objective Structured Clinical Examination, OSCE)、過程、操作或個案記錄 (Procedure, Operative, or Case Logs)、病患調查 (patient surveys)、學習歷程或學習護照 (portfolios)、模擬及模型 (simulations and models)、標準化病人測驗 (standardized patient examination) (Al-Wardy, 2010; Holmboe & Iobst, 2020)。

現今台灣醫事教育的教學評量的方式很多, 且各具特色及優缺點, 基本知識最常以筆試方式評量, 因筆試測驗較容易執行; 口試除了可評量專業知識外, 亦可評量學習者邏輯思考、專業推理及問題解決的能力, 但較費時且無法評量臨床技能; 檢核表 (checklist)、評量表 (rating form) 或綜合評估表可評核學習者醫療知識與操作技能、病歷撰寫能力、學習或工作態度、人際關係及整體印象, 此屬較整體的考核 (global rating), 但易因主觀印象而產生「暈輪效應 (halo effect)」, 故較常用於完成階段訓練後的考核; 而病歷審核可評量高階和整體的臨床技能, 但較不客觀, 而且病歷之正確性及完整性不易查證; 學習護照或學習歷程檔案記錄學習經過及改變, 在實境教、學及評量中, 可發現及促成學習者成長之有效方法, 具有實境教、學與評量的效果, 可引導學習者進行主動學習, 但有時未能實際觀察學員之臨床表現 (王維典, 2001; 陳偉德等, 2005)。評量工具選用需考慮評量時機, 搭配使用形成性 (formative) 與總結性 (summative) 評量方法, 並宜選用多元評量以增加調查的涵蓋面 (葉炳強、林其和, 2012; Epstein, 2007)。過去針對西醫 PGY 訓練的研究曾探討有效教學評量工具, 發現不宜選用單一評量, 交叉選用多元評量工具, 亦可以在模擬臨床情境或是實際執行個案服務之真實情境中執行評量, 如: 迷你臨床演練評量

(Mini Clinical Evaluation Exercise, Mini-CEX)、臨床技能實作與評量 (direct observation of procedural skills, DOPS)、OSCE, 及 360 度評量, 以做特定疾患或領域訓練成果的評量, 更能有效檢視學習者表現 (李郁慧等, 2020; 陳偉德, 2007; 陳正榮等, 2009; ACGME, 2000; Holmboe & Iobst, 2020; Miller, 1990; Norcini et al., 1995; Swing, 2007; Yang et al., 2011)。

臨床技能及各類疾患之功能評估與治療處置知能最主要的評量方式是直接觀察, 各項教學評量雖能評估專業領域之臨床技能, 但學習者的臨床核心能力之教學評量仍待研究。在臨床單位有限資源下, 本研究盡可能地選用現今常用的教學評量方式進行調查。現今台灣尚缺針對職能治療臨床培訓計畫整合性教學評量現況調查研究, 僅少數研究探討特定評量工具對職能治療學系學生或臨床實習學生的學習成效評量的效益, 如 OSCE (洪佳慧、林陳涌, 2013; Pan & Liu, 2017)、Mini-CEX (劉怡佳、黃百川、朱慶琳、許瑋云等, 2018)、以及 DOPS (劉怡佳、黃百川、朱慶琳、楊延光等, 2018), 但現台灣職能治療 PGY 所進行的評量, 是否能有效測出能力? 或依不同訓練目的選用不同評量。有鑑於此, 本研究盡可能地選用現今醫事職類常用的教學評量方式進行調查, 希冀藉由問卷:

- (1) 調查台灣職能治療 PGY 訓練教學評量工具使用現況;
- (2) 調查台灣職能治療 PGY 訓練之臨床教師及學員、不同臨床領域進行臨床教學評量選用之時機點; 並
- (3) 分析職能治療 PGY 訓練之教師及學員、不同臨床領域對於臨床教學評量工具看法之差異。本研究結果可望反映職能治療臨床教學評量之現況, 做為未來職能治療 PGY 訓練臨床教學評量之參考。

材料與方法

研究對象

本研究採問卷調查法, 經人體試驗委員會審核通過後, 針對 2017 至 2018 年度台灣獲有

臨床培訓計畫教學醫院職能治療教師及學員, 發放調查問卷, 若訓練單位僅申請計畫而無受訓學員, 則僅由教師填答。

問卷工具

問卷研發過程如下: 第一階段為問卷設計, 由一位資深臨床教師及一位大學教師先參考相關文獻設計一份初步問卷 (朱宗信等, 2006; 陳聲平等, 2009; Hayashi et al., 2011; Swanwick & Chana, 2005)。之後, 將此初步問卷給予 5 位有臨床教學經驗之教師 (含生理、心理及兒童等領域) 填寫, 再召集此 5 位教師進行專家焦點團體會談, 討論此問卷之適切性, 以及個人使用教學評量工具之實際經驗與回饋, 以所得之資料修改初步問卷版本。第二階段: 依專家意見進行問卷修正, 擬定初步問卷版本後, 將此初步問卷發放台灣 5 位具豐富臨床教學經驗之教師專家填寫, 再針對問卷進行第一次預試, 並召開專家焦點團體會談, 討論此問卷內容之可讀性、合宜性, 以及個人使用教學評量工具之實際經驗與回饋。參考初步問卷之結果, 再整合焦點團體會談所得質性資料, 修訂為最後版本, 供本問卷研究使用。

本研究的問卷共包括四個部分:

1. 受訪者基本資料 (12 題)
2. 職能治療教學單位使用教學評量狀況 (24 題)
3. 職能治療教學評量工具使用時機點 (12 題)
4. 教師與學員對於教學醫院職能治療訓練評估工具看法 (8 題)

問卷第一至第二部分為單選題, 第二部分回答是否使用特定教學評量工具,

第三部分為複選, 詢問 12 種評量方法訓練前使用、階段性 (各訓練階段) 使用、受訓結束時使用、或從未使用, 第四部份為對工具之看法, 採五點量尺, 由填答者勾選對此項目之認同度 (非常同意、同意、尚可、不同意、以及非常不同意)。問卷第二部分: 職能治療教學單位使用教學評量狀況的內部一致性信度達

克隆巴赫係數 (Cronbach's alpha) 僅 .44，問卷第三部分：職能治療教學評量工具使用時機點的內部一致性信度克隆巴赫係數則達 .85，問卷第四部分：教師與學員對於教學醫院職能治療訓練評估工具看法的內部一致性信度克隆巴赫係數高達 .94，以問卷第二至四部分進行總體分析，內部一致性信度達到 .80；本研究問卷第二部分內部一致性信度不佳，但第三、四部份內部一致性信度良好。

資料收集

調查問卷經由電子郵件和書面郵件寄發給符合調查資格的受訪者，所有受訪者的回覆均採匿名處理。為提高回覆率，除二次電子郵件通知及一次書面郵寄問卷，也以電話提醒受訪者填答問卷。

統計分析

問卷回收後，研究資料經編碼輸入 Excel 軟體中，並以 SPSS-PC (+)18.0 (SPSS Inc., Chicago, IL) 統計套裝軟體進行資料建檔及統計分析。以人數及百分比呈現教師及學員人口學資料、參與 PGY 訓練是否使用教學評量工具、PGY 訓練各時間點是否使用各種教學評量工具、以及對於臨床教學評量工具之認同程度；由於兒童領域只有 3 位教師，而且同時在生理及兒童領域有 24 位教師及 13 位學員，因此在領域對於教學評量使用以及認同程度分析，將生理及兒童領域合併，探討生理／兒童領域與心理領域之差異，以卡方檢定類別資料（即受試者人口學資料、是否使用教學評量工具、對於臨床教學評量工具之認同程度）教師與學員、以及生理／兒童與心理領域之組間差異，以平均值與標準差呈現教師與學員、以及生理／兒童與心理領域對於臨床教學評量工具之認同程度，並以 *t* 檢定比較教師與學員之認同程度，統計學顯著水平設定在 0.05。

結 果

收到邀請函和調查問卷的 95 家醫院（個人）中，85 家醫院（個人）通過電子郵件和紙本信件的方式寄回問卷，回收率為 89.5%。問卷回收共含教師 85 份，學員 41 份，其中男性 41 人（教師 34 人，學員 7 人），女性 85 人（教師 51 人，學員 34 人），教師年紀以 31-45 歲佔大宗為 62.4%，而學員年紀大都為 20-30 歲 (97.6%)；教師教學年資分布從 5 年以內到 20 年以上，以 6-10 年較多，約占 30.6%；教師與學員工作領域方面，生理領域分別佔 29.4% 及 22%、兒童領域教師佔 3.5%、生理及兒童領域教師與學員分別為 28.2% 及 31.7%、心理領域分別為 38.8% 及 46.3%；醫院屬性以區域教學醫院較多，其次依序為醫學中心、地區教學醫院，以及精神專科教學醫院（表 1）。

教學評量使用狀況

臨床教學評量使用現況方面，以教師或學員使用特定教學評量方式人數之百分比來看，教師與學員最常使用教學評量工具前三項為：學習護照 (98.8% 及 92.7%)、Mini-CEX (95.3% 及 95.1%) 及筆試 (95.3% 及 90.2%)，其他依序為病歷紀錄審核 (80.0% 及 80.5%)、DOPS (75.3% 及 82.9%)、非標準化直接觀察 (72.9% 及 80.5%)、口試 (72.9% 及 53.7%)、臨床一般綜合評估 (70.6% 及 73.2%)、臨床 360 度綜合評估 (28.2% 及 24.4%)、CbD (25.9% 及 34.1%)、OSCE (16.5% 及 17.1%)、及其他 (含團體活動設計與帶領評量表、課程回饋單、雙向表單等，佔 4.7% 及 2.4%) (表 2)。卡方檢定結果顯示相較於學員組，有較高比例之教師在 PGY 訓練中使用口試，其他教學評量工具或方式，教師與學員使用之比例無顯著差異。

以臨床領域使用教學評量的百分比來看，生理／兒童領域最常使用教學評量工具前三項為：Mini-CEX (97.3%)、學習護照 (95.9%) 及筆試 (93.2%)，其他依序為 DOPS (90.5%)、病歷

表 1
受訪者人口學資料

變項	教師 (N = 85)		學員 (N = 41)		χ^2 (df)	p	
	人數	百分比	人數	百分比			
性別	男性	34	40.0%	7	17.1%	6.62 (1)	.01
	女性	51	60.0%	34	82.9%		
年紀	20-30 歲	13	15.3%	40	97.6%	76.83 (2) ^a	< .001
	31-45 歲	53	62.4%	1	2.4%		
	46 歲以上	19	22.4%	0	0%		
教育程度	專科或大學	52	61.2%	36	87.8%	9.31 (2)	.002
	碩士或以上	33	38.8%	5	12.2%		
教學年資 (年)	5 年 (含) 以內	16	18.8%				
	6-10 年	26	30.6%				
	11-15 年	16	18.8%				
	16-20 年	16	18.8%				
	20 年 (含) 以上	11	12.9%				
專業領域	生理領域	25	29.4%	9	22.0%	2.51 (3) ^a	.47
	兒童領域	3	3.5%	0	0%		
	生理和兒童領域	24	28.2%	13	31.7%		
	心理領域	33	38.8%	19	46.3%		
教學醫院屬性及分級	醫學中心	22	25.9%	13	31.7%	.88 (3)	.83
	區域教學醫院	37	43.5%	15	36.6%		
	地區教學醫院	14	16.5%	8	19.5%		
	精神專科教學醫院	12	14.1%	5	12.2%		

^a 當方格內樣本數 n 小於五時採用費雪精確檢定法 (Fisher's exact test)。

表 2
職能治療教師與學員教學單位使用教學評量狀況

教學評量	教師 (N = 85)		學員 (N = 41)		χ^2 (df)	p
	使用	未使用	使用	未使用		
筆試	81 (95.3%)	4 (4.7%)	37 (90.2%)	4 (9.8%)	1.19 (1) ^a	.28
口試	62 (72.9%)	23 (27.1%)	22 (53.7%)	19 (46.3%)	4.63 (1)	.03
學習護照	84 (98.8%)	1 (1.2%)	38 (92.7%)	3 (7.3%)	3.93 (1) ^a	.07
臨床一般綜合評估	60 (70.6%)	25 (29.4%)	30 (73.2%)	11 (26.8%)	.09 (1)	.77
臨床 360 度綜合評估	24 (28.2%)	61 (71.8%)	10 (24.4%)	31 (75.6%)	.21 (1)	.65
病歷紀錄審核	68 (80.0%)	17 (20.0%)	33 (80.5%)	8 (19.5%)	.004 (1)	.95
非標準化直接觀察	62 (72.9%)	23 (27.1%)	33 (80.5%)	8 (19.5%)	.85 (1)	.36
Mini-CEX	81 (95.3%)	4 (4.7%)	39 (95.1%)	2 (4.9%)	.002 (1) ^a	.97
DOPS	64 (75.3%)	21 (24.7%)	34 (82.9%)	7 (17.1%)	.93 (1)	.33
OSCE	14 (16.5%)	71 (83.5%)	7 (17.1%)	34 (82.9%)	.007 (1)	.93
CbD	22 (25.9%)	63 (74.1%)	14 (34.1%)	27 (65.9%)	.93 (1)	.34
其他	4 (4.7%)	81 (95.3%)	1 (2.4%)	40 (97.6%)	.37 (1)	.54

Mini-CEX: Mini-Clinical Evaluation Exercise; DOPS: Direct Observation of Procedural Skills; OSCE: Objective Structured Clinical Examination; CbD: Case-based Discussion

^a 當方格內樣本數 n 小於五時採用費雪精確檢定法 (Fisher's exact test)。

紀錄審核(71.6%)、臨床一般綜合評估(68.9%)、非標準化直接觀察(66.2%)、口試(58.1%)、CbD(27.0%)、臨床360度綜合評估(24.3%)、OSCE(20.3%)、及其他(含團體活動設計與帶領評量表、課程回饋單、雙向表單等,佔1.4%) (表3);心理領域最常使用教學評量工具前三項為:學習護照(97.8%)、筆試(93.5%)及Mini-CEX、病歷紀錄審核(91.3%),其他依序為非標準化直接觀察(89.1%)、口試(78.3%)、臨床一般綜合評估(73.9%)、DOPS(58.7%)、臨床360度綜合評估與CbD(28.3%)、OSCE(10.9%)、及其他(含團體活動設計與帶領評量表、課程回饋單、雙向表單等,佔4.3%) (表3)。卡方檢定結果顯示相較於生理/兒童領域,有較高比例之心理領域學員及教師在PGY訓練中使用口試、病歷紀錄審核、及非標準化直接觀察,較少使用DOPS,其他教學評量工具或方式,教師與學員使用之比例無顯著差異。

教學評量工具使用時機點

教師與學員在不同階段使用教學評量的方面,訓練前最常使用的教學評量工具為

筆試(81.5%及82.6%)、口試(55.0%及43.9%),以及學習護照(52.4%及54.1%),卡方檢定結果顯示相較於教師組,有較高比例的學員在訓練前使用臨床360度綜合評估、Mini-CEX以及CbD,其他教學評量工具或方式,教師與學員在訓練前使用之比例無顯著差異。教師與學員各訓練階段最常用的教學評量工具為學習護照(89.0%及91.9%)、Mini-CEX(81.8%及73.7%),以及病歷紀錄審核(73.2%及75.0%),卡方檢定結果顯示所有教學評量工具或方式,教師與學員在訓練階段使用之比例皆無顯著差異。完訓階段最常用之教學評量工具為筆試(66.7%及60.0%)、學習護照(63.4%及56.8%),以及Mini-CEX(45.5%及60.5%),卡方檢定結果顯示相較於教師組,有較高比例的學員在完訓時使用DOPS,其他教學評量工具或方式,教師與學員在完訓時使用之比例無顯著差異(表4)。

生理/兒童領域在不同階段使用教學評量的方面,訓練前最常使用的教學評量工具為筆試(84.5%)、學習護照(49.3%),以及口試(45.1%),各訓練階段最常用的教學評量工

表3
職能治療生理/兒童與心理領域使用教學評量狀況之比較

教學評量	生理/兒童領域 (N=74)		心理領域 (N=46)		χ^2 (df)	p
	使用	未使用	使用	未使用		
筆試	69 (93.2%)	5 (6.8%)	43 (93.5%)	3 (6.5%)	.003 (1) ^a	.96
口試	43 (58.1%)	31 (41.9%)	36 (78.3%)	10 (21.7%)	5.12 (1)	.02
學習護照	71 (95.9%)	3 (4.1%)	45 (97.8%)	1 (2.2%)	.31 (1) ^a	.58
臨床一般綜合評估	51 (68.9%)	23 (31.1%)	34 (73.9%)	12 (26.1%)	.34 (1)	.56
臨床360度綜合評估	18 (24.3%)	56 (75.7%)	13 (28.3%)	33 (71.7%)	.23 (1)	.63
病歷紀錄審核	53 (71.6%)	21 (28.4%)	42 (91.3%)	4 (8.7%)	6.66 (1) ^a	.01
非標準化直接觀察	49 (66.2%)	25 (33.8%)	41 (89.1%)	5 (10.9%)	7.94 (1)	.005
Mini-CEX	72 (97.3%)	2 (2.7%)	42 (91.3%)	4 (8.7%)	2.15 (1) ^a	.14
DOPS	67 (90.5%)	7 (9.5%)	27 (58.7%)	19 (41.3%)	16.95 (1)	<.001
OSCE	15 (20.3%)	59 (79.7%)	5 (10.9%)	41 (89.1%)	1.81 (1)	.18
CbD	20 (27.0%)	54 (73.0%)	13 (28.3%)	33 (71.7%)	.02 (1)	.88
其他	1 (1.4%)	73 (98.6%)	2 (4.3%)	44 (95.7%)	1.05 (1) ^a	.31

Mini-CEX: Mini-Clinical Evaluation Exercise; DOPS: Direct Observation of Procedural Skills; OSCE: Objective Structured Clinical Examination; CbD: Case-based Discussion

^a當方格內樣本數n小於五時採用費雪精確檢定法(Fisher's exact test)。

表 4
職能治療教師與學員教學評量工具使用時機點

教學評量		教師			學員		
		訓練前	各訓練階段	完訓	訓練前	各訓練階段	完訓
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
筆試	有	66 (81.5%)	36 (44.4%)	54 (66.7%)	34 (82.6%)	16 (40.0%)	24 (60.0%)
	無	15 (18.5%)	45 (55.6%)	27 (33.3%)	6 (15.0%)	24 (60.0%)	16 (40.0%)
口試	有	44 (55.0%)	35 (43.8%)	23 (28.7%)	18 (43.9%)	17 (41.5%)	11 (26.8%)
	無	36 (45.0%)	45 (56.3%)	57 (71.3%)	23 (56.1%)	24 (58.5%)	30 (73.2%)
學習護照	有	43 (52.4%)	73 (89.0%)	52 (63.4%)	20 (54.1%)	34 (91.9%)	21 (56.8%)
	無	39 (47.6%)	9 (11.0%)	30 (36.6%)	17 (45.9%)	3 (8.1%)	16 (43.2%)
臨床一般綜合評估	有	25 (31.6%)	49 (62.0%)	32 (40.5%)	12 (32.4%)	24 (64.9%)	14 (37.8%)
	無	54 (68.4%)	30 (38.0%)	47 (59.5%)	25 (67.6%)	13 (35.1%)	23 (62.2%)
臨床 360 度綜合評估	有	2 (2.4%)	12 (14.6%)	13 (15.9%)	5 (12.2%)	10 (24.4%)	6 (14.6%)
	無	80 (97.6%)	69 (84.1%)	69 (84.1%)	36 (87.8%)	31 (75.6%)	35 (85.4%)
病歷紀錄審核	有	11 (13.4%)	60 (73.2%)	27 (32.9%)	9 (22.5%)	30 (75.0%)	14 (35.0%)
	無	71 (86.6%)	22 (26.8%)	55 (67.1%)	31 (77.5%)	10 (25.0%)	26 (65.0%)
非標準化直接觀察	有	26 (32.1%)	57 (70.4%)	25 (30.9%)	13 (34.2%)	27 (71.1%)	13 (34.2%)
	無	55 (67.9%)	24 (29.6%)	56 (69.1%)	25 (65.8%)	11 (28.9%)	25 (65.8%)
Mini-CEX	有	21 (27.3%)	63 (81.8%)	35 (45.5%)	18 (47.4%)	28 (73.7%)	23 (60.5%)
	無	56 (72.7%)	14 (18.2%)	42 (54.5%)	20 (52.6%)	10 (26.3%)	15 (39.5%)
DOPS	有	19 (24.1%)	51 (64.6%)	24 (30.4%)	16 (42.1%)	25 (65.8%)	19 (50.0%)
	無	60 (75.9%)	28 (35.4%)	55 (69.6%)	22 (57.9%)	13 (34.2%)	19 (50.0%)
OSCE	有	3 (3.7%)	8 (9.8%)	6 (7.3%)	0 (0%)	3 (7.7%)	3 (7.7%)
	無	79 (96.3%)	74 (90.2%)	76 (92.7%)	39(100%)	36 (92.3%)	36 (92.3%)
CbD	有	1 (1.2%)	19 (22.9%)	5 (6.0%)	5 (12.5%)	11 (27.5%)	6 (15.0%)
	無	82 (98.8%)	64 (77.1%)	78 (94.0%)	35 (87.5%)	29 (72.5%)	34 (85.0%)

Mini-CEX: Mini-Clinical Evaluation Exercise; DOPS: Direct Observation of Procedural Skills; OSCE: Objective Structured Clinical Examination; CbD: Case-based Discussion

註：因為臨床教師會在學員培訓前、訓練期間、以及培訓結束時評量學員之學習成效，因此各評量工具在不同學習階段使用可複選。

具為學習護照 (90.1%)、Mini-CEX (80.3%)，以及 DOPS (73.9%)，完訓階段最常用之教學評量工具為筆試 (66.2%)、學習護照 (57.7%)，以及 Mini-CEX (53.5%) (表 5)；心理領域在不同階段使用教學評量的方面，訓練前最常使用的教學評量工具為筆試 (84.1%)、口試 (63.6%)，以及學習護照 (61.9%)，各訓練階段最常用的教學評量工具為學習護照 (88.1%)、病歷紀錄審核 (86.4%)，以及非標準化直接觀察 (85.7%)，完訓階段最常用之教學評量工具為學習護照

(69.0%)、筆試 (63.6%)，以及臨床一般綜和評估 (53.8%) (表 5)；卡方檢定結果顯示相較於生理／兒童領域，有較高比例的心理領域教師與學員在訓練前使用非標準化直接觀察，在訓練階段使用口試與非標準化直接觀察，在完訓階段使用口試、臨床一般綜合評估與非標準化直接觀察，有較低比例的心理領域教師與學員在訓練階段使用 DOPS，其他教學評量工具或方式，不同領域的教師與學員在訓練各階段使用之比例無顯著差異 (表 5)。

表 5
職能治療生理／兒童與心理領域教學評量工具使用時機點之比較

教學評量		生理／兒童			心理		
		訓練前	各訓練階段	完訓	訓練前	各訓練階段	完訓
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
筆試	有	60 (84.5%)	27 (38.0%)	47 (66.2%)	37 (84.1%)	21 (47.7%)	28 (63.6%)
	無	11 (15.5%)	44 (62.0%)	24 (33.8%)	7 (15.9%)	23 (52.3%)	16 (36.4%)
口試	有	32 (45.1%)	21 (29.6%) ^a	11 (15.5%) ^b	28 (63.6%)	27 (61.4%) ^a	21 (47.7%) ^b
	無	39 (54.9%)	50 (70.4%)	60 (84.5%)	16 (36.4%)	17 (38.6%)	23 (52.3%)
學習護照	有	35 (49.3%)	64 (90.1%)	41 (57.7%)	26 (61.9%)	37 (88.1%)	29 (69.0%)
	無	36 (50.7%)	7 (9.9%)	30 (42.3%)	16 (38.1%)	5 (11.9%)	13 (31.0%)
臨床一般綜合評估	有	21 (29.6%)	42 (59.2%)	24 (33.8%) ^c	14 (35.9%)	26 (66.7%)	21 (53.8%) ^c
	無	50 (70.4%)	29 (40.8%)	47 (66.2%)	25 (64.1%)	13 (33.3%)	18 (46.2%)
臨床 360 度綜合評估	有	3 (4.1%)	10 (13.7%)	12 (16.4%)	3 (6.8%)	9 (20.5%)	5 (11.4%)
	無	70 (95.9%)	63 (86.3%)	61 (83.6%)	41 (93.2%)	35 (79.5%)	39 (88.6%)
病歷紀錄審核	有	9 (12.3%)	47 (64.4%) ^c	23 (31.5%)	10 (22.7%)	38 (86.4%) ^c	18 (40.9%)
	無	64 (87.7%)	26 (35.6%)	50 (68.5%)	34 (77.3%)	6 (13.6%)	26 (59.1%)
非標準化直接觀察	有	18 (25.4%) ^c	43 (60.6%) ^a	18 (25.4%) ^c	20 (47.6%) ^c	36 (85.7%) ^a	19 (45.2%) ^c
	無	53 (74.6%)	28 (39.4%)	53 (74.6%)	22 (52.4%)	6 (14.3%)	23 (54.8%)
Mini-CEX	有	22 (31.0%)	57 (80.3%)	38 (53.5%)	16 (41.0%)	29 (74.4%)	20 (51.3%)
	無	49 (69.0%)	14 (19.7%)	33 (46.5%)	23 (59.0%)	10 (25.6%)	19 (48.7%)
DOPS	有	22 (31.9%)	51 (73.9%) ^c	31 (44.9%)	13 (31.0%)	21 (50.0%) ^c	12 (28.6%)
	無	47 (68.1%)	18 (26.1%)	38 (55.1%)	29 (69.0%)	21 (50.0%)	30 (71.4%)
OSCE	有	1 (1.4%)	8 (11.4%)	6 (8.6%)	2 (4.4%)	2 (4.4%)	3 (6.7%)
	無	69 (98.6%)	62 (88.6%)	64 (91.4%)	43 (95.6%)	43 (95.6%)	42 (93.3%)
CbD	有	3 (4.1%)	17 (23.3%)	5 (6.8%)	3 (6.8%)	10 (22.7%)	6 (13.6%)
	無	70 (95.9%)	56 (76.7%)	68 (93.2%)	41 (93.2%)	34 (77.3%)	38 (86.4%)

Mini-CEX: Mini-Clinical Evaluation Exercise; DOPS: Direct Observation of Procedural Skills; OSCE: Objective Structured Clinical Examination; CdD: Case-based Discussion

^a $p < .01$. ^b $p < .001$. ^c $p < .05$.

註：因為臨床教師會在學員培訓前、訓練期間、以及培訓結束時評量學員之學習成效，因此各評量工具在不同學習階段使用可複選。

教學評量工具的看法

分析教師與學員對職能治療臨床培訓計畫所使用之教學評量工具的看法，有 6 成 5 以上 (65.8%~81.2%) 的教師對各題項均填答同意或非常同意，尤其在「教學評量工具在使用上清楚」及「教學評量工具可確切回饋給學習者其學習表現」上，更達八成以上認同 (分別為 81.1% 及 81.2%)。學員方面，各項目均有 85% 以上 (85%~92.5%) 填答同意或非常同意，顯示教師及學員對訓練評量的認同度居高，然

而亦有相當比例之教師 (17.6~29.8%) 及學員 (7.5~15.0%) 對訓練評量的認同度評量為尚可，教師及學員不同意及非常不同意之比例皆在 5% 以下 (教師 0~4.7%、學員 0%)，且學員對於 PGY 訓練之教學評量工具的認同度顯著高於教師 (表 6)。

分析生理／兒童與心理領域教師與學員對職能治療臨床培訓計畫所使用之教學評量工具的看法，高於六成 (67.4%~90.4%) 對各題項均填答同意或非常同意，然而在「教學評量工

表 6
教師與學員對於教學醫院職能治療訓練評估工具看法之比較

題項	對象	非常不同意	不同意	尚可	同意	非常同意	Mean (SD)	χ^2 (df)	t (df)
1. 您覺得教學評量工具足夠	教師 (N = 84)	0 (0%)	3 (3.6%)	25 (29.8%)	48 (57.1%)	8 (9.5%)	3.73 (.68)	20.84(3) ^{***}	4.71 (122) ^{***}
	學員 (N = 40)	0 (0%)	0 (0%)	3 (7.5%)	21 (52.5%)	16 (40.0%)	4.33 (.62)		
2. 單位現有的教學評量工具已足夠	教師 (N = 85)	0 (0%)	4 (4.7%)	25 (29.4%)	49 (57.6%)	7 (8.2%)	3.69 (.69)	20.98(3) ^{***}	4.75 (123) ^{***}
	學員 (N = 40)	0 (0%)	0 (0%)	3 (7.5%)	22 (55.0%)	15 (37.5%)	4.30 (.61)		
3. 教學評量工具在使用上清楚	教師 (N = 85)	0 (0%)	0 (0%)	16 (18.8%)	58 (68.2%)	11 (12.9%)	3.94 (.56)	16.51(2) ^{***}	3.39 (64) ^{**}
	學員 (N = 39)	0 (0%)	0 (0%)	4 (10.3%)	17 (43.6%)	18 (46.2%)	4.36 (.67)		
4. 教學評量工具在給分上清楚	教師 (N = 85)	0 (0%)	4 (4.7%)	22 (25.9%)	53 (62.4%)	6 (7.1%)	3.72 (.69)	27.02(3) ^{***}	4.96 (123) ^{***}
	學員 (N = 40)	0 (0%)	0 (0%)	4 (10.0%)	18 (45.0%)	18 (45.0%)	4.35 (.66)		
5. 評量結果的解釋方法上清楚	教師 (N = 85)	0 (0%)	2 (2.4%)	23 (27.1%)	53 (62.4%)	7 (8.2%)	3.76 (.63)	13.10(3) ^{**}	3.32 (123) ^{**}
	學員 (N = 40)	0 (0%)	0 (0%)	6 (15.0%)	21 (52.5%)	13 (32.5%)	4.18 (.68)		
6. 教學評量工具有助於改善學習者之臨床表現	教師 (N = 85)	0 (0%)	3 (3.5%)	18 (21.2%)	53 (62.4%)	11 (12.9%)	3.85 (.68)	9.59(3) [*]	2.92 (123) ^{**}
	學員 (N = 40)	0 (0%)	0 (0%)	5 (12.5%)	21 (52.5%)	14 (35.0)	4.23 (.66)		
7. 教學評量工具可確切回饋給學習者其學習表現	教師 (N = 85)	0 (0%)	1 (1.2%)	15 (17.6%)	60 (70.6%)	9 (10.6%)	3.91 (.57)	13.15(3) ^{**}	3.11 (69) ^{**}
	學員 (N = 40)	0 (0%)	0 (0%)	4 (10.0%)	21 (52.5%)	15 (37.5%)	4.28 (.64)		
8. 您對目前之教學評量工具使用情況滿意	教師 (N = 84)	0 (0%)	0 (0%)	23 (27.4%)	53 (63.1%)	8 (9.5%)	3.82 (.58)	13.60(2) ^{**}	3.81 (122) ^{***}
	學員 (N = 40)	0 (0%)	0 (0%)	3 (7.5%)	24 (60.0%)	13 (32.5%)	4.25 (.59)		

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

表 7
生理／兒童與心理領域對於教學醫院職能治療訓練評估工具看法之比較

題項	領域	非常不同意	不同意	尚可	同意	非常同意	Mean (SD)	χ^2 (df)	t (df)
1. 您覺得教學評量工具足夠	生理 / 兒童 (N = 72)	0 (0%)	3 (4.2%)	13 (18.1%)	41 (56.9%)	15 (20.8%)	3.94(.75)	4.07(3)	.38 (116)
	心理 (N = 46)	0 (0%)	0 (0%)	14 (30.4%)	23 (50.0%)	9 (19.6%)	3.89(.71)		
2. 單位現有的教學評量工具已足夠	生理 / 兒童 (N = 73)	0 (0%)	2 (2.7%)	18 (24.7%)	41 (56.2%)	12 (16.4%)	3.86(.71)	.30(3)	-.54 (117)
	心理 (N = 46)	0 (0%)	1 (2.2%)	10 (21.7%)	26 (56.5%)	9 (19.6%)	3.93(.71)		
3. 教學評量工具在使用上清楚	生理 / 兒童 (N = 73)	0 (0%)	0 (0%)	7 (9.6%)	50 (68.5%)	16 (21.9%)	4.12(.55)	6.05(2) [*]	.86 (116)
	心理 (N = 45)	0 (0%)	0 (0%)	11 (24.4%)	22 (48.9%)	12 (26.7%)	4.02(.72)		
4. 教學評量工具在給分上清楚	生理 / 兒童 (N = 73)	0 (0%)	4 (5.5%)	13 (17.8%)	43 (58.9%)	13 (17.8%)	3.89(.76)	3.37(3)	-.64 (117)
	心理 (N = 46)	0 (0%)	0 (0%)	11 (23.9%)	25 (54.3%)	10 (21.7%)	3.98(.68)		
5. 評量結果的解釋方法上清楚	生理 / 兒童 (N = 73)	0 (0%)	2 (2.7%)	12 (16.4%)	50 (68.5%)	9 (12.3%)	3.90(.63)	8.55(3) [*]	.10 (84)
	心理 (N = 46)	0 (0%)	0 (0%)	15 (32.6%)	21 (45.7%)	10 (21.7%)	3.89(.74)		
6. 教學評量工具有助於改善學習者之臨床表現	生理 / 兒童 (N = 73)	0 (0%)	2 (2.7%)	8 (11.0%)	51 (69.9%)	12 (16.4%)	4.00(.62)	9.93(3) [*]	.79 (79)
	心理 (N = 46)	0 (0%)	1 (2.2%)	14 (30.4%)	20 (43.5%)	11 (23.9%)	3.89(.80)		
7. 教學評量工具可確切回饋給學習者其學習表現	生理 / 兒童 (N = 73)	0 (0%)	1 (1.4%)	8 (11.0%)	51 (69.9%)	13 (17.8%)	4.04(.59)	2.86(3)	.17 (117)
	心理 (N = 46)	0 (0%)	0 (0%)	9 (19.6%)	27 (58.7%)	10 (21.7%)	4.02(.65)		
8. 您對目前之教學評量工具使用情況滿意	生理 / 兒童 (N = 73)	0 (0%)	0 (0%)	10 (13.7%)	52 (71.2%)	11 (15.1%)	4.01(.54)	7.67(2) [*]	.81 (73)
	心理 (N = 45)	0 (0%)	0 (0%)	14 (31.1%)	21 (46.7%)	10 (22.2%)	3.91(.73)		

* $p < .05$.

具在使用上清楚」、「評量結果的解釋方法上清楚教學」、「評量工具有助於改善學習者之臨床表現」、「您對目前之教學評量工具使用情況滿意」題項上，有八成以上生理／兒童領域教師與學員認同度（同意及非常同意為 80.8~90.4%），顯著較心理領域的教師與學員高（同意及非常同意為 67.4~75.6%）（表 7）。

討 論

教學評量使用狀況及時機點

本研究以參與職能治療臨培計畫之教師與學員為研究對象，調查發現台灣職能治療臨培計畫選用多元教學評量以檢視學習成效，所用工具包含學習護照、Mini-CEX、筆試、病歷紀錄審查、DOPS、非標準化直接觀察、口試、以及臨床一般綜合評估等，此外，教學機構能因應不同培訓階段之需要，採用不同學習評量工具，培訓前較常用筆試、學習護照、口試、以及 Mini-CEX 評量 PGY 培訓前的準備度，各訓練階段最常用學習護照、Mini-CEX、以及病歷紀錄審核，完訓時最常使用筆試、學習護照、以及 Mini-CEX 來評量訓練成效；生理／兒童領域最常使用 Mini-CEX、學習護照及筆試，心理領域最常使用學習護照、筆試及 Mini-CEX、病歷紀錄審核；相較於生理／兒童領域，有較高比例之心理領域學員及教師在 PGY 訓練中使用口試、病歷紀錄審核、及非標準化直接觀察，較少使用 DOPS。教師與學員、不同領域參與者對於教學評量工具滿意度居高，學員滿意度又顯著高於教師。

以下，依各教學評量工具分別加以探討。

學習護照

PGY 訓練歷程長達二年，在此期間「學習歷程或學習護照」可累積學習者的學習歷程與成果，檢視自身需求並規劃學習目標，並讓教師與學員共同討論及訂定評量標準與評量方式。以醫學生為對象的研究發現，教師普遍認

為使用學習護照或學習歷程檔案有助於學習效果，特別是提高學習者的自主學習與反思（蔡淳娟等，2008）。而學習護照或學習歷程檔案著重學習者尋求教師指導或回饋的動機，對於學習成效影響大，其中亦有文化差異，過去有東方研究發現台灣人因「面子」議題而有影響，因此教師的回饋需要較正向或注意負向評價的措辭，同時需要給予學員適當的心理建設，避免影響受訓學員尋求教學回饋的動機 (Fu et al., 2019)。

筆試及口試

此外，訓練亦明訂需授以職能治療專業知識，故大部分訓練單位均採用筆試以檢核受訓者職能治療專業知識與知識應用的學習成效，筆試除了可以考核事實性知識 (factual knowledge) 外，亦可以透過臨床案例評量受訓者問題解決能力、專業知識的應用與專業推理能力 (Al-Wardy, 2010; Thampy et al., 2019)。口試可以在臨床情境中檢視學員面對病患的臨床推理能力 (Chapman et al., 1993)，而本研究發現職能治療 PGY 培訓教師 (72.9%) 與學員 (53.7%) 高比例使用口試，教師口試的比例顯著高於學員，可能除了正式的口試測驗外，在部分的臨床教學過程中，教師在臨床案例或情境進行非正式口試，由問學員問題評量學員應用臨床知識的能力，以及是否能精準掌握臨床問題 (Pernar et al., 2020)，並由教師適當的提示與引導，協助學員達成特定臨床教學預期學員的學習目標 (Pearce & Chiavaroli, 2020)，對於學員而言，是一個臨床教學的過程，因而有了教師與學員在口試使用比例上的差距。同時，心理領域顯著較生理／兒童領域較常使用口試評量，特別在訓練階段與完訓期，可能是心理領域著重於職能治療參考架構之應用，著重學員面對病患的臨床推理能力 (Chapman et al., 1993)，更重視應用臨床知識與精準掌握臨床問題 (Pernar et al., 2020)，未來研究應進一步討論不同領域 PGY 培訓內容特性與教學評量之需求。

Mini-CEX

為提供專業實務訓練並確保訓練品質，須依訓練內容特性選擇合適的評核工具，如 Mini-CEX 可評估受訓者的臨床能力，包含專業知識、臨床表現、獨立思辨能力，以及專業溝通技巧等，是具備信、效度的臨床技巧評量工具 (Hill et al., 2009; Kogan et al., 2009)，適用於實習治療師 (劉怡佳、黃百川、朱慶琳、許瑋云等，2018；Hejri et al., 2020) 與 PGY 訓練的治療師 (Hejri et al., 2020; Liu et al., 2021) 之臨床教學，用以評量受訓職能治療師評估與提供個案的職能障礙與治療介入之恰當性 (劉怡佳、黃百川、朱慶琳、許瑋云等，2018)，且參與訓練之教師與學員對於 Mini-CEX 作為 PGY 培訓之教學評量工具之滿意度高 (劉怡佳等 2021；Liu et al., 2021)；賴明美等人的研究 (2008) 發現，教師與實習醫學生認為 Mini-CEX 對臨床表現有幫助 (比例分別為 76% 與 56%)，對於學習回饋之確實性，教師與實習醫學生分別為 54% 及 45%，與本研究結果雖一致，但本研究滿意度較過去文獻高。過去護理師學員，發現對教學評量工具滿意度約 70% (張煦婕等，2017)，另有針對護理人員的研究指出，教師與 PGY 學員在「有適切的學習評估、回饋與計畫修正機制」的意見有所落差，此研究之醫事人員以護理人員為主，且來自單一機構，代表性受限下，不宜類推至其他醫事職類 (陳聲平等，2009)。

DOPS

DOPS 屬直接觀察學習者特性的評量，可評量學習者操作技能表現，也可見學習者參與及自我調整的學習特質，亦可營造有利於學習的環境 (Touchie et al., 2013)，且 DOPS 經信、效度驗證，支持其心理計量特性良好 (Barton et al., 2012; Fromme et al., 2009)。職能治療強調臨床實務，可以 DOPS 檢視學習者在執行職能治療評量 (或操作技術) 之能力 (劉怡佳、黃百川、朱慶琳、楊延光等，2018)，適宜用於職

能治療 PGY 訓練 (林克忠等，2021)；而生理／兒童領域 PGY 培訓顯著較心理領域常使用 DOPS 評量，可能顯示生理／兒童領域 PGY 訓練較心理領域更重視特定的職能治療評量 (或操作技術) 之能力。而病歷紀錄審核、非標準化直接觀察，以及臨床一般綜合評估雖較屬非客觀性評量，但符合職能治療重視質性特質的專業特性，適合用在施行職能治療方案、病歷書寫、社區職能治療與心理疾病職能治療領域等訓練課程。

其他

臨床 360 度綜合評估、CbD 及 OSCE 較少使用，有幾個可能的原因：臨床 360 度綜合評估採回溯性、綜合性且為態度的評量，包括外在行為上的溝通技巧與專業性，以及個人內在修養與協調性，評估者跳脫單一教師評核且需跨職類整合時，由於臨床實務作業忙碌，有限時間內不易完成；職能治療 PGY 培訓未來若採用臨床 360 度綜合評估須建立適當的標準化執行流程，評估者須是可靠且熟悉受訓學員者，除了培訓教師外，還包括醫療團隊中其他專業人員、職能治療同儕及病患與家屬，評估者由自評與他評間的異同了解自己的優弱勢，同時有即時且適當的回饋機制，協助受訓者回應與理解負向評價以及與個人認知有差距的回饋，可能的原因與改善因應方式，協助學員釐清個人努力的方向而成長 (李郁慧等，2020；Ferguson et al., 2014)。

而 CbD 評量需由學員自己挑選個案後與教師約定時間，事先將個案資料送交教師，過程中需仰賴評量者的判斷，使用這個教學評量依建議須受過培訓，臨床教師在有限的時間內採行這項評量的難度較高，教師未接受過此工具訓練時尤其不易廣泛採行 (劉榮森等，2009)；OSCE 是以模擬臨床實際情況的案例，需準備標準病人之招募與訓練，教學師資之培育、測驗站之錄音錄影設備，以及教案設計等，耗損可觀的人力、物力與時間，可能因此職能

治療臨床教師較少使用 OSCE 評量 PGY 學員，研究發現 OSCE 可用於 PGY 培訓之前以及培訓階段的教學評量，特別是技術相關的技能，如半側偏癱個案轉位、站立與穿衣訓練等 (Motoya et al., 2020; Sakurai et al., 2014)。

教學評量工具的看法

本研究發現職能治療教師與受訓學員對現有職能治療教學評量工具的滿意度居高，可評量受訓學員學習表現並予以回饋，目前國內外醫學（事）教育也普遍採納適合且客觀之工具，如：筆試、Mini-CEX，及 DOPS 等（楊盈盈等，2010；葉鳳英等，2015；陳祖裕，2015；顧雅利等，2014；劉金蓉等，2010）。然而也有相當比例（18.8~34.1%）的教師對於現行 PGY 培訓教學評量滿意度評量為不同意或尚可，特別是「您覺得教學評量工具足夠」、「單位現有的教學評量工具已足夠」、「教學評量工具在給分上清楚」高達 30% 以上為不同意或尚可，同時，心理領域 PGY 訓練教學評量認同度較生理／兒童領域低。目前大部分臨床教學評量工具都直接引用自醫學教育領域，未來研究應進一步討論現有職能治療 PGY 培訓教學評量工具不足之處，以及是否需要依照職能治療專業的核心能力或訓練目的進行專業個別化的調整，特別是因應不同職能治療領域之特性需求；同時，教師在使用教學評量工具前，需要有教學評量工具之訓練課程，除了協助培訓教師熟悉評量工具與評量項目外，亦需要透過不同情境與案例之討論建立清楚一致的評分標準。

專業臨床訓練因應醫學（事）教育的快速變遷、社會要求（醫病關係、醫療品質，與醫病安全），以及醫療科技與健康照顧系統的進步，需與時並進，發展並驗證不同教學評量方法（葉炳強、林其和，2012）。教學評量的發展與推動除須考慮信度、效度、可行性、公平性、可接受度、成本效益外，也須依專業核心能力之需，建構適合職能治療專業的評量工具，

並應考慮文化適性，發展適合台灣醫事教育環境的教學理念與評量模式。

結 論

以台灣職能治療 PGY 培訓計畫之教師及學員為對象之問卷調查，發現職能治療 PGY 訓練使用多元教學評量工具，最常使用學習護照、Mini-CEX，以及筆試。且因應不同學習階段選用評量工具，訓練前最常使用的教學評量工具為筆試、口試，以及學習護照；訓練階段最常使用教學評量工具為學習護照、Mini-CEX、及病歷紀錄審核；完訓階段最常使用教學評量工具為筆試、學習護照、及 Mini-CEX。且不同領域之教師與學員對現有臨床教學評量工具之滿意度居高，支持這些評量工具的適用性。

研究限制

這項問卷調查研究存有若干限制。首先，本案在有限時間內發放問卷給獲有培訓計畫經費之教學醫院，每家醫院僅有一名代表教師及一名學員參與研究，需考慮參與者選樣偏差 (selection bias) 的可能限制，初步發現的代表性容需保留，研究發現支持受訪者對教學評量工具的滿意度，但此發現未可類推至其他職能治療 PGY 訓練的教師或學員。

問卷調查方法的橫截面設計提供了量化資訊，如特定評量方式或工具的使用情形，及臨床教師與學員對教學評量的滿意程度，然而，問卷第二部分職能治療教學單位使用教學評量狀況的內部一致性受限，且問卷仍待較大樣本的效度驗證，為本研究之限制，未來的研究可兼採質性研究方法，例如焦點團體，以提供更完整的教師及學員意見，作為評量工具修正的參考。此外，本研究之施行範圍限於台灣的臨床教學醫院，所得結果未必可概化至其他國家與地區的醫事教育。未來宜考慮文化因素，進行跨文化對照。

誌 謝

感謝成大醫院（計畫編號：NCKUH-10607022）與科技部（計畫編號：MOST108-2314-B-002-165-MY3）資助部分研究經費，也感謝提供意見的專家及填答問卷的職能治療師。

參考文獻

- 王維典 (2001)。學習歷程檔案於醫學生基本臨床技能之教、學與評量之應用。《醫學教育》，5(2)，107-123。https://doi.org/10.6145/jme.200106_5(2).0003
- 朱宗信、張家勳、謝博生 (2006)。美國內科住院醫師訓練。《醫學教育》，10(4)，267-275。https://doi.org/10.6145/jme.200612_10(4).0002
- 李郁慧、施宇隆、鄭乘意、蕭鵬卿、方紹安、孫于珊、陳金順 (2020)。畢業後一般醫學訓練 360 度評量之執行。《台灣醫學》，24(2)，215-222。https://doi.org/10.6320/FJM.202003_24(2).0012
- 林克忠、劉怡佳、李翊臻、黃百川 (2021 年 10 月)。職能治療師畢業後訓練計畫學員與教師對於臨床技能實作評量之觀點。2021 職能治療師全國聯合年會暨學術研討會，新北市，台灣。
- 社團法人臺灣職能治療學會 (2019 年 9 月 21 日)。職能治療核心能力。職能治療專業核心能力。http://www.ot.org.tw/core_competence
- 洪佳慧、林陳涌 (2013)。應用客觀結構式臨床測驗診斷職能治療臨床實務能力之研究。《職能治療學會雜誌》，31(2)，145-173。https://doi.org/10.6594/JTOTA.2013.31(2).02
- 陳正榮、朱紀洪、于大雄、孫光煥、汪志雄 (2009)。臨床技能評估工具介紹與應用—臨床技能實作與評量 (DOPS)。《醫療品質雜誌》，3(1)，73-79。https://doi.org/10.30160/JHQ.200901.0017
- 陳祖裕 (2015)。教學醫院教學費用補助計畫成效指標—回顧與經驗分享。《醫療品質雜誌》，9(1)，17-23。
- 陳偉德、蔡長海、黃崑巖 (2005)。臨床醫學教育與 Mini-CEX。《醫學教育》，9(4)，370-377。https://doi.org/10.6145/jme.200512_9(4).0009
- 陳偉德 (2007)。迷你臨床演練評量 (Mini-CEX) 簡介。《醫療品質雜誌》，1(4)，77-81。
- 陳聲平、余振興、程文祺、蘇忠仁 (2009)。「教學醫院教學費用補助計畫」實施成效初探—以一公立區域教學醫院為例。《醫療品質雜誌》，3(3)，52-58。https://doi.org/10.30160/JHQ.200905.0013
- 張煦婕、洪佳鈴、高玉玲、林佳慧 (2017)。從新進護理學員觀點探討「教學醫院教學費用補助計畫」之成效。《源遠護理》，11(2)，30-40。https://doi.org/10.6530/YYN/2017.1.4
- 葉炳強、林其和 (2012)。新制醫學系的臨床教學課程與評量。《醫療品質雜誌》，6(4)，34-37。https://doi.org/10.30160/JHQ.201207.0008
- 葉鳳英、戴淑華、張慧真 (2015)。運用 Mini-CEX 評量教學成效並推動藥事服務。《臺灣臨床藥學雜誌》，23(4)，288-295。https://doi.org/10.6168/FJCP.2015.2304.06
- 楊盈盈、李發耀、徐會祺、高延壽、戴政宏、鄭浩民、李文興、莊喬琳、張景智、陳震寰 (2010)。以迷你臨床演練評量評估牙醫系實習醫師之一般醫學臨床能力。《醫學教育》，14(4)，32-42。https://doi.org/10.6145/jme.201012_14(4).0004
- 劉金蓉、朱家成、程味兒、廖世傑、陳柏君、施純明、陳偉德 (2010)。迷你臨床演練評量 (Mini-CEX) 在呼吸治療臨床教育之可能。《呼吸治療》，9(1)，13-20。https://doi.org/10.6269/JRT.2010.9.1.02
- 劉榮森、高雅怡、連恆輝、洪焜隆 (2009)。臨床技能評估工具介紹與應用—病例個案討論評量表 (CbD)。《醫療品質雜誌》，3(2)，68-72。https://doi.org/10.30160/

JHQ.200903.0017

劉怡佳、黃百川、朱慶琳、許瑋云、陳柏熹、林克忠 (2018a)。應用迷你臨床演練評量於職能治療實習學生之教學評量—以心理領域為例。《台灣職能治療研究與實務》，14(2)，61-74。https://doi.org/10.6534/jttrp.201812_14(2).0001

劉怡佳、黃百川、朱慶琳、楊延光、陳柏熹、林克忠 (2018b)。臨床技能實作與評量於心理職能治療實習學生之應用。《台灣職能治療研究與實務》，14(1)，1-11。https://doi.org/10.6543/jttrp.201806_14(1).001

劉怡佳、黃百川、林克忠、李翊臻、許瑋云、蘇玟禎、黃玉芬、陳柏熹 (2021年10月)。臨床教師與學員對應用迷你臨床演練評量 (Mini-CEX) 執行看法之調查。2021 職能治療師全國聯合年會暨學術研討會，新北市，台灣。

衛生福利部 (2019年5月20日)。108 年度教學醫院評鑑基準 (區域醫院、地區醫院適用)。衛生福利部醫事司醫院評鑑及教學醫院評鑑相關業務。https://dep.mohw.gov.tw/doma/cp-948-47562-106.html

衛生福利部 (2020年11月9日)。二年期職能治療師訓練課程指引。衛生福利部醫事司重點項目醫事人員管理。https://dep.mohw.gov.tw/DOMA/cp-2713-41722-106.html

蔡佩珊、吳律萱 (2015)。醫院藥學教育採用標準化病人對臨床技能評量成效的影響。《臺灣臨床藥學雜誌》，23(2)，131-134。https://doi.org/10.6168/FJCP.2015.2302.08

蔡淳娟、邱文達、王先震、連吉時、粟發滿、郭雲鼎、徐明義 (2008)。學習歷程檔案於醫學生臨床教育之初期使用經驗。《醫學教育》，12(1)，8-19。https://doi.org/10.6145/jme/200803-12(1).0002

賴明美、陳偉德、陳信水、白培英、陳安琪、蔡宗章、劉秋松 (2008)。執行迷你臨床演練評量 (Mini-CEX) 師生滿意度與回饋調查。《醫學教育》，12(3)，28-34。https://doi.org/

10.6145/jme.200809_12(3).0004

顧雅利、郭倩琳、李碧玉、程紋貞、郭世明 (2014)。迷你臨床演練評量 (Mini-CEX) 於護理領域之運用。《長庚護理》，25(3)，283-290。https://doi.org/10.3966/102673012014092503004

Accreditation Council for Graduate Medical Education and American Board of Medical Specialties (2000)。Toolbox of assessment methods. ACGME/ABMS joint initiative attachment, Ver. 1.1.

Al-Wardy, N. M. (2010)。Assessment methods in undergraduate medical education. *Sultan Qaboos University Medical Journal*, 10, 203-209.

American Occupational Therapy Association (2017)。Continuing professional development in occupational therapy. *American Journal of Occupational Therapy*, 2017, 71(Supplement_2), 7112410017p1-7112410017p5. https://doi.org/10.5014/ajot.2017.716S13

American Occupational Therapy Association (2021)。AOTA 2021 standards for continuing competence in occupational therapy. https://www.aota.org/-/media/Corporate/Files/EducationCareers/Standards-for-Continuing-Competence-2021.pdf

Barton, J. R., Corbett, S., & van der Vleuten, C. P. (2012)。The validity and reliability of a Direct Observation of Procedural Skills assessment tool: Assessing colonoscopic skills of senior endoscopists. *Gastrointestinal Endoscopy*, 75(3), 591-597. https://doi.org/10.1016/j.gie.2011.09.053

Chapman, J. A., Westmorland, M. G., Norman, G. R., Durrell, K., & Hall, A. (1993) The structured oral self-directed learning evaluation: One method of evaluating the clinical reasoning skills of occupational therapy and physiotherapy students. *Medical Teacher*, 15, 223-236.

- <https://doi.org/10.3109/01421599309006717>
 Epstein, R. M. (2007). Assessment in medical education. *The New England Journal of Medicine*, 356(4), 387-396.
- Ferguson, J., Wakeling, J., & Bowie, P. (2014). Factors influencing the effectiveness of multi-source feedback in improving the professional practice of medical doctors: A systematic review. *BMC Medical Education*, 14, 76. <https://doi.org/10.1186/1472-6920-14-76>
- Fromme, H. B., Karani, R., & Downing, S. M. (2009). Direct observation in medical education: Review of the literature and evidence for validity. *Mount Sinai Journal of Medicine*, 76, 365-371. <https://doi.org/10.1002/msj.20123>
- Fu, R. H., Cho, Y. H., Quattri, F., & Monrouxe, L. V. (2018). 'I did not check if the teacher gave feedback': A qualitative analysis of Taiwanese postgraduate year 1 trainees' talk around e-portfolio feedback-seeking behaviours. *BMJ Open*, 9, e024425. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-024425>
- Hayashi, J., Christmas, C., & Durso, S. C. (2011). Educational outcomes from a novel house call curriculum for internal medicine residents: Report of a 3-year experience. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(7), 1340-1349. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2011.03471.x>
- Hejri, S. M., Jalili, M., Masoomi, R., Shirazi, M., Nedjat, S., & Norcini, J. (2020). The utility of mini-Clinical Evaluation Exercise in undergraduate and postgraduate medical education: A BEME review: BEME Guide No. 59. *Medical Teacher*, 42(2), 125-142. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2019.1652732>
- Hill, F., Kendall, K., Galbraith, K., & Crossley, J. (2009). Implementing the undergraduate mini-CEX: A tailored approach at Southampton University. *Medical Education*, 43, 326-334. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2008.03275.x>
- Holmboe, E. S., & Iobst, W. F. (2020). *Assessment guidebook*. Accreditation Council for Graduate Medical Education, Chicago, IL, USA.
- Kogan, J. R., Holmboe, M. D., & Hauer, K. E. (2009). Tools for direct observation and assessment of clinical skills of medical trainees: A systematic review. *Journal of the American Medical Association*, 302(12), 1316-1326. <https://doi.org/10.1001/jama.2009.1365>
- Liu, Y. C., Huang, P. C., Lee, Y. C., Chu, C. L., Hsu, W. Y., Chen, P. S., & Lin, K. C. (2021). The use of the Mini-CEX in occupational therapy postgraduate year training program in Taiwan. *Journal of Medical Education*, 25, 49-60. [https://doi.org/10.6145/jme.202106_25\(2\).0004](https://doi.org/10.6145/jme.202106_25(2).0004)
- Miller, G. E. (1990). The assessment of clinical skills/competence/performance. *Academic Medicine*, 65, s63-67.
- Motoya, I., Takeda, K., Koyama, S., Kojima, R., Hirakawa, Y., Sakurai, H., Kanada, Y., Kawamura, N., & Tanabe, S. (2020). The characteristics of the clinical competence of novice physical therapists and occupational therapists at the time of hiring in a single institution in Japan. *Health Professions Education*, 6, 538-551. <https://doi.org/10.1016/j.hpe.2020.04.005>
- Norcini, J., Anderson, M., B., Bollela, V. Burch, V., Costa, M. J., Duvivier, R., Hays, R., Mackay, M. F. P., Roberts, T., & Swanson, D. (2018). Consensus framework for good assessment. *Medical Teacher*, 40(11), 1102-1109. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2018.1500016>
- Norcini, J. J., Blank, L. L., Arnold, G. K., & Kimball, H. R. (1995). The Mini-CEX (clinical evaluation exercise): A preliminary investigation. *Annals of Internal Medicine*, 123, 795-799. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-123-10->

199511150-00008

- Pan, A. W., & Liu, L. T. (2017). Construction and development of the Objective Structured Clinical Examination (OSCE) in occupational therapy. *Journal of Medical Education, 21*(1), 9-25. <https://doi.org/10.6145/jme201702>
- Pearce, J., & Chiavaroli, N. (2020). Prompting candidates in oral assessment contexts: A taxonomy and guiding principles. *Journal of Medical Education and Curricular Development, 7*, 1-4. <https://doi.org/10.1177/2382120520948881>.
- Pernar, L. I. M., Askari, R., & Breen, E. M. (2020). Oral examinations in undergraduate medical education - What is the 'value added' to evaluation? *American Journal of Surgery, 220*, 328-333. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2019.12.031>
- Sakurai, H., Kanada, Y., Sugiura, Y., Motoya, I., Wada, Y., Yamada, M., Tomita, M., Tanabe, S., Teranishi, T., Tsujimura, T., Sawa, S., & Okanishi, T. (2014). OSCE-based clinical skill education for physical and occupational therapists. *Journal of Physical Therapy Science, 26*, 1387-1397. <https://doi.org/10.1589/jpts.26.1387>. Epub 2014 Sep 17.
- Swanwick, T., & Chana, N. (2005). Workplace assessment for licensing in general practice. *British Journal of General Practice, 55*(515), 461-467.
- Swing, S. R. (2007). The ACGME outcome project: Retrospective and prospective. *Medical Teacher, 29*, 648-654.
- Thampy, H., Willert, E., & Ramani, S. (2019). Assessing clinical reasoning: Targeting the higher levels of the pyramid. *Journal of General Internal Medicine, 34*(8), 1631-1636. <https://doi.org/10.1007/s11606-019-04953-4>
- Touchie, C., Humphrey-Murto, S., & Varpio, L. (2013). Teaching and assessing procedural skills: A qualitative study. *BMC Medical Education, 13*(69), 1-9. <https://doi.org/10.1186/1472-6920-13-69>
- Yang, Y. Y., Lee, F. Y., Hsu, H. C., Huang, C. C., Chen, J. W., Cheng, H. M., Lee, W. S., Chuang, C. L., Chang, C. C., & Huang, C. C. (2011). Assessment of first-year post-graduate residents: Usefulness of multiple tools. *Journal of the Chinese Medical Association, 74*(12), 531-538. <https://doi.org/10.1016/j.jcma.2011.10.002>

附錄一、職能治療 PGY 訓練臨床教學評量工具問卷〔教師版〕

第一部分、基本資料

身分(可複選)	<input type="radio"/> 教學計畫主持人 <input type="radio"/> 教師 <input type="radio"/> 學員
教學工作年資	<input type="radio"/> 5年以內 <input type="radio"/> 6-10年 <input type="radio"/> 11-15年 <input type="radio"/> 16-20年 <input type="radio"/> 20年以上
性別	<input type="radio"/> 女 <input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 其他
年齡	<input type="radio"/> 20-25歲 <input type="radio"/> 26-30歲 <input type="radio"/> 31-35歲 <input type="radio"/> 36-45歲 <input type="radio"/> 46歲以上
最高學歷	<input type="radio"/> 專科 <input type="radio"/> 大學 <input type="radio"/> 碩士 <input type="radio"/> 博士
工作單位	<input type="radio"/> 醫學中心 <input type="radio"/> 區域(教學)醫院 <input type="radio"/> 地區(教學)醫院 <input type="radio"/> 精神科教學醫院
服務所在地	<input type="radio"/> 基隆市 <input type="radio"/> 台北市 <input type="radio"/> 新北市
	<input type="radio"/> 桃園縣 <input type="radio"/> 新竹市 <input type="radio"/> 新竹縣 <input type="radio"/> 苗栗縣
	<input type="radio"/> 台中市 <input type="radio"/> 彰化縣 <input type="radio"/> 南投縣
	<input type="radio"/> 雲林縣 <input type="radio"/> 嘉義市 <input type="radio"/> 嘉義縣 <input type="radio"/> 台南市
	<input type="radio"/> 高雄市 <input type="radio"/> 屏東縣
	<input type="radio"/> 宜蘭縣 <input type="radio"/> 花蓮縣 <input type="radio"/> 台東縣
	<input type="radio"/> 澎湖縣 <input type="radio"/> 金門縣 <input type="radio"/> 連江縣
服務領域(可複選)	<input type="radio"/> 兒童 <input type="radio"/> 生理 <input type="radio"/> 心理 <input type="radio"/> 其他(請註明)_____

第二部分、職能治療教學使用教學評量狀況

貴單位使用的教學評量工具包含

筆試	<input type="radio"/> 使用 <input type="radio"/> 未使用
口試	<input type="radio"/> 使用 <input type="radio"/> 未使用
學習護照	<input type="radio"/> 使用 <input type="radio"/> 未使用
臨床一般綜合評估	<input type="radio"/> 使用 <input type="radio"/> 未使用
臨床 360 度綜合評估	<input type="radio"/> 使用 <input type="radio"/> 未使用
病歷紀錄審核	<input type="radio"/> 使用 <input type="radio"/> 未使用
非標準化直接觀察	<input type="radio"/> 使用 <input type="radio"/> 未使用
Mini-CEX	<input type="radio"/> 使用 <input type="radio"/> 未使用
DOPS	<input type="radio"/> 使用 <input type="radio"/> 未使用
OSCE	<input type="radio"/> 使用 <input type="radio"/> 未使用
CbD	<input type="radio"/> 使用 <input type="radio"/> 未使用
其他(請註明)	<input type="radio"/> 使用 <input type="radio"/> 未使用

您使用的教學評量工具包含^a

筆試	<input type="radio"/> 使用 <input type="radio"/> 未使用
口試	<input type="radio"/> 使用 <input type="radio"/> 未使用
學習護照	<input type="radio"/> 使用 <input type="radio"/> 未使用
臨床一般綜合評估	<input type="radio"/> 使用 <input type="radio"/> 未使用
臨床 360 度綜合評估	<input type="radio"/> 使用 <input type="radio"/> 未使用
病歷紀錄審核	<input type="radio"/> 使用 <input type="radio"/> 未使用
非標準化直接觀察	<input type="radio"/> 使用 <input type="radio"/> 未使用
Mini-CEX	<input type="radio"/> 使用 <input type="radio"/> 未使用
DOPS	<input type="radio"/> 使用 <input type="radio"/> 未使用
OSCE	<input type="radio"/> 使用 <input type="radio"/> 未使用
CbD	<input type="radio"/> 使用 <input type="radio"/> 未使用
其他(請註明)	<input type="radio"/> 使用 <input type="radio"/> 未使用

第三部分、下列教學評量您(單位)使用的時機點為^b

筆試	<input type="radio"/> 訓練前使用 <input type="radio"/> 階段性(各訓練階段)使用 <input type="radio"/> 受訓結束時使用 <input type="radio"/> 從未使用
口試	<input type="radio"/> 訓練前使用 <input type="radio"/> 階段性(各訓練階段)使用 <input type="radio"/> 受訓結束時使用 <input type="radio"/> 從未使用
學習護照	<input type="radio"/> 訓練前使用 <input type="radio"/> 階段性(各訓練階段)使用 <input type="radio"/> 受訓結束時使用 <input type="radio"/> 從未使用
臨床一般綜合評估	<input type="radio"/> 訓練前使用 <input type="radio"/> 階段性(各訓練階段)使用 <input type="radio"/> 受訓結束時使用 <input type="radio"/> 從未使用
臨床360度綜合評估	<input type="radio"/> 訓練前使用 <input type="radio"/> 階段性(各訓練階段)使用 <input type="radio"/> 受訓結束時使用 <input type="radio"/> 從未使用
病歷紀錄審核	<input type="radio"/> 訓練前使用 <input type="radio"/> 階段性(各訓練階段)使用 <input type="radio"/> 受訓結束時使用 <input type="radio"/> 從未使用
非標準化直接觀察	<input type="radio"/> 訓練前使用 <input type="radio"/> 階段性(各訓練階段)使用 <input type="radio"/> 受訓結束時使用 <input type="radio"/> 從未使用
Mini-CEX	<input type="radio"/> 訓練前使用 <input type="radio"/> 階段性(各訓練階段)使用 <input type="radio"/> 受訓結束時使用 <input type="radio"/> 從未使用
DOPS	<input type="radio"/> 訓練前使用 <input type="radio"/> 階段性(各訓練階段)使用 <input type="radio"/> 受訓結束時使用 <input type="radio"/> 從未使用
OSCE	<input type="radio"/> 訓練前使用 <input type="radio"/> 階段性(各訓練階段)使用 <input type="radio"/> 受訓結束時使用 <input type="radio"/> 從未使用
CbD	<input type="radio"/> 訓練前使用 <input type="radio"/> 階段性(各訓練階段)使用 <input type="radio"/> 受訓結束時使用 <input type="radio"/> 從未使用
其他(請註明)	<input type="radio"/> 訓練前使用 <input type="radio"/> 階段性(各訓練階段)使用 <input type="radio"/> 受訓結束時使用 <input type="radio"/> 從未使用

第四部份、對於職能治療教學評估工具滿意度

整體而言，身為臨床教師你覺得教學評量工具足夠？ ^c	<input type="radio"/> 非常不同意 <input type="radio"/> 不同意 <input type="radio"/> 尚可 <input type="radio"/> 同意 <input type="radio"/> 非常同意
目前單位現有的教學評量工具已足夠？	<input type="radio"/> 非常不同意 <input type="radio"/> 不同意 <input type="radio"/> 尚可 <input type="radio"/> 同意 <input type="radio"/> 非常同意
您對目前所使用之教學評量工具在使用上清楚 ^d	<input type="radio"/> 非常不同意 <input type="radio"/> 不同意 <input type="radio"/> 尚可 <input type="radio"/> 同意 <input type="radio"/> 非常同意
您對目前所使用之教學評量工具在給分上清楚 ^e	<input type="radio"/> 非常不同意 <input type="radio"/> 不同意 <input type="radio"/> 尚可 <input type="radio"/> 同意 <input type="radio"/> 非常同意
您對目前所使用之教學評量工具在評量結果的解釋方法上清楚	<input type="radio"/> 非常不同意 <input type="radio"/> 不同意 <input type="radio"/> 尚可 <input type="radio"/> 同意 <input type="radio"/> 非常同意
目前單位選用的教學評量工具，有助於改善學習者之臨床表現 ^f	<input type="radio"/> 非常不同意 <input type="radio"/> 不同意 <input type="radio"/> 尚可 <input type="radio"/> 同意 <input type="radio"/> 非常同意
目前單位選用的教學評量工具，已可確切回饋給學習者其學習表現？ ^g	<input type="radio"/> 非常不同意 <input type="radio"/> 不同意 <input type="radio"/> 尚可 <input type="radio"/> 同意 <input type="radio"/> 非常同意
整體來說，您對目前之教學評量工具使用情況滿意	<input type="radio"/> 非常不同意 <input type="radio"/> 不同意 <input type="radio"/> 尚可 <input type="radio"/> 同意 <input type="radio"/> 非常同意

學員版與教師版除以下差異外內容皆相同：

^a 您曾被評量的教學評量工具包含

^b 第三部分、下列教學評量您被評量的時機點為

^c 整體而言，您覺得目前被評估之教學評量工具足夠？

^d 整體而言，您覺得您的教師在教學評量工具使用上清楚

^e 整體而言，您覺得您的教師在教學評量工具給分上清楚

^f 目前單位選用的教學評量工具，有助於改善您的臨床表現

^g 目前單位選用的教學評量工具，已可確切回饋給您(學習者)的學習表現？

Competency Assessment Tools for Occupational Therapy Postgraduate Year Training in Taiwan: Perspectives of Faculty and Trainees

*Yi-chia Liu, MS^{1,2} Yi-Chen Lee, PhD³ Pai-Chuan Huang, PhD^{1,2} Wei-Yun Hsu, MS¹,
Wen-Chen Su, MS¹ Yu-Fen Huang, MS¹ I-Hui Lee, MD¹ Keh-chung Lin, ScD, OTR^{3,4}*

Objective: This survey was aimed to (1) investigate the competency assessment tools used for the occupational therapy (OT) postgraduate year (PGY) training in Taiwan, (2) investigate the time of using competency assessment, and (3) study level of satisfaction with the assessment tools in clinical teachers and trainees of the OT PGY training in Taiwan.

Methods: A survey was distributed to clinical teachers and trainees in Taiwan's OT PGY training programs from 2017 to 2018. The survey included sociodemographic information of the participants (12 items), use of competency assessment (24 items), time of using competency assessment (12 items), and satisfaction with the assessment tools (8 items). Use and timing of competency assessment were rated with yes or no, and satisfaction with the assessment tools was rated with a 5-point Likert scale. **Results:** A total of 85 clinical teachers and 41 trainees participated the survey. The most frequently used competency assessment tools were portfolio, written examination, and the Mini-CEX. The most frequently used competency assessment tools before the PGY training were written examination, oral test, and portfolio. The most frequently used competency tools during the training stages were portfolio, Mini-CEX, and chart review. The most frequently used competency assessment tools at the completion stage were written examination, portfolio, and Mini-CEX. Teachers and trainees were highly satisfied with the assessment tools. Rates of dissatisfaction and extreme dissatisfaction were below 5% for both the teachers and trainees. The level of satisfaction with the assessment tools was significantly higher in the trainees than in the teachers. **Conclusion:** Multiple assessment tools have been included in the OT PGY training in Taiwan. Both teachers and trainees report high satisfaction with the competency assessment tools.

Key words: occupational therapy, allied health education, teaching evaluation, postgraduate year training program.

Department of Psychiatry, National Cheng Kung University Hospital, College of Medicine, National Cheng Kung University, Tainan, Taiwan¹ Department of Occupational Therapy, College of Medicine, National Cheng Kung University, Tainan, Taiwan² School of Occupational Therapy, College of Medicine, National Taiwan University³ Division of Occupational Therapy, Department of Physical Medicine and Rehabilitation, National Taiwan University Hospital, Taipei, Taiwan⁴
Address correspondence to: Dr. Keh-chung Lin, No. 17, F4, Xu Zhou Road, Taipei, Taiwan. Tel: (02)-33668180; e-mail: kehchunglin@ntu.edu.tw
Accepted for publication: January 17, 2022