

操作技能直接觀察評量一致性之醫事放射教學經驗分享

溫舒瑜 黃安潔 成佳憲 *黃國明

國立臺灣大學醫學院附設醫院 腫瘤醫學部 放射腫瘤科

摘要

本研究目的使用操作技能直接觀察評量表訂定標準化評分規範，建立評量表單信效度及評分者一致性訓練，以提升教學成效及學習效果。比較兩者評核題目(面膜製作、鉛合金擋塊製作)之表單信效度，並收集 15 名臨床教師分別觀看教案標準帶、25 名醫事實習學生及 4 名 PGY 學員側拍影帶之評分者一致性訓練成果。研究結果顯示：(1)兩者評核題目於紀錄審查表之同意度百分比皆達 80%，內容符合正確性及適合性，顯示表單具專家效度；其 Cronbach's α 係數，分別為 0.848 及 0.787，達評量表具信度可接受之標準。(2)教案標準帶之前後測成績，其 Pearson 相關係數分別為：0.83($P < 0.005$)、0.87($P < 0.001$)，顯示 15 名評分者間有顯著正相關，具良好一致性。(3)醫事實習學生側拍影帶之信度分析：Kappa(K)同意度係數：0.83 及 0.87、Kendall's W 值：0.328($P < 0.01$)及 0.032($P < 0.01$)、ICC(α)組內相關係數：0.83 及 0.87。(4)PGY 學員側拍影帶之信度分析：Kappa(K)同意度係數：0.92 及 0.86、Kendall's W 值：0.45($P = 0.00$)及 0.39($P = 0.00$)、ICC(α)組內相關係數：0.92 及 0.86，皆顯示評分者間具有良好評分者一致性。

關鍵字: 信度，效度，一致性

前言

近年來，醫學教育透過適當之教學課程設計、教學技巧策略及評量工具，來促進學習成效及改善；2001 年美國畢業後醫學教育評鑑委員會 (Accreditation Council for Graduate Medical Education, ACGME)，提出成效專案訂定六大核心能力[1]，期許醫療從業人員能從有效的系統中學習，並成為稱職的醫事人員，落實病人照護品質。1967 年 Follman 與 Anderson 提出施測前應先擬定評分程序，因評分者之間信度低主要因為彼此間的教育、經驗及背景不同，進而造成評分態度不一致，若有標準共識之評分程序，即可於評分時具共同認知及方向[2]。1996 年 French 提及，經密集一致性訓練及定期監控，一位評分者之信度可達 0.7，但未經訓練自行判斷評分，其信度僅達 0.31[3]。1977 年 Cooper 認為透過一致性共同訓練之背景，可凝聚評分共識，解決評分者間主觀意識造成意見分歧問題[4]。本研究目的使用操作技能直接觀察評量表訂定標準化評分規範，建

立評量表單信效度及評分者一致性訓練，以提升教學成效及學習效果。

材料與方法

評量表建立

依教學核心能力考核重點選定兩種評核項目：面膜及鉛合金擋塊製作，召集具臨床經驗及教學熱忱之教師，於開放性會議中檢視直接觀察操作技能技術評量表 (Direct Observation of Procedural Skills, DOPS)，其內容依臨床相關工作指引、規範及標準作業流程 (Standard Operation Procedure, SOP) 擬定，標準清單依評量架構區分為量性與質性兩種表單(表 1)。

評量表單信效度檢測

評量表設計完成後，需審試功能性，因此進行專家效度 (Expert Validity) 測試，故專家效度又稱內容效度 (Content Validity)。首先尋找 6 名該領域經驗豐富教師擔任專家並填寫審查紀錄表，其針對操作型定義內容項