

奇美醫療財團法人奇美醫院 OSCE 教案

初次修訂：2021 年 12 月 23 日

最新修訂：2022 年 04 月 27 日

教學對象	■三個月 NPGY 人員	教學主題	預防跌倒評估與照護
科 別	內外科病房	製 作 人	鄭安君(HC)、吳玉琳(8A)、 曾雅玲(8A)、楊惠婷(8A)、 王秀玲(9A)、黃琬琚(9A)、 陳淑娟(12A)、邱旅揚(ND)
教學目標	1.正確進行跌倒高危險因子評估。 2.提供個別性預防跌倒護理指導。		
測驗項目	■病史詢問 ■理學檢查與檢驗（查）判讀 ■溝通技巧 □醫學法律與倫理 ■臨床技能 □實證醫學		
六大核心能力	■病患照護 ■醫學知識 ■專業素養 ■人際與醫病溝通技巧 ■執業中學習與改進 ■系統為基礎之醫療		
教學內容	跌倒事件歷年一直位居醫院異常通報事件前三名，此不僅為臨床常見病安議題，亦可能對病人造成身體傷害、失能、住院，甚至死亡，期學員可藉由本教案學會與標準病人的互動下，運用跌倒評估量表，正確評估病人跌倒高危險因子，並利用「住院防跌 12 式」衛教單張，進行個別性護理指導與照護，以有效預防病人跌倒，避免因跌倒而導致危害生命之合併症產生。 大綱： 1.能正確評估病人跌倒高危險因子。 2.能提供個別性預防跌倒護理指導。		
教學道具	附件一。		

教學活動

	教學內容	時間	教學法及教材
課前	學員：透過線上教材（KM）熟悉「預防病人跌倒及跌倒處置指引」、「意識狀態及肌肉張力評估技術」。	不限	➤自學法。 ➤作業標準-預防病人跌倒及跌倒處置指引。 ➤作業標準-意識狀態及肌肉張力評估技術。
課中	一、課前說明 1.教學目標。 2.教學內容。 3.OSCE 擬真考前說明。	5 分	➤講述教學法。
	二、OSCE 擬真考試測驗 1.依學員名單進行考試梯次安排。 2.學員依考場告示牌與考生指引進行測驗： (1) 使用「肌肉張力評估量表」評估病人肌力，並說出雙下肢肌力。 (2) 使用「人、時、地」正確評估病人意識形態。 (3) 正確進行跌倒高危險因子評估與記錄。 (4) 使用「住院防跌 12 式」衛教單張進行個別性護理衛教。 (5) 能正確書寫「護理指導紀錄作業」中「跌倒預防」之護理紀錄。 3.考官觀察並記錄學員測驗過程。	8 分	➤觀察法。 ➤OSCE 教學法。
	三、考官回饋 1.針對學員表現優良部分進行回饋。 2.依據教學評量表【預防跌倒評估與照護】未通過的部分進行說明。	5 分	➤標準病人回饋。 ➤考官回饋。 ➤講述教學法。 ➤教學評量表回饋。
課後	學員教學評量表【預防跌倒評估與照護】成績須達 3 級分以上始達及格分數。		

標準化病人指引

項 目	內 容
地 點	病房
時 間	測驗 8 分鐘，回饋 5 分鐘
身 份	楊陶之先生、66 歲、男性、離婚、獨居、高中畢、工地工頭。
家庭背景	獨居、無家屬陪伴、一子一女在外地工作。
個人習慣	不愛麻煩他人、自認生活可自理、堅持下床如廁。
病 史	過去病史：高血壓、糖尿病、白內障、攝護腺肥大。 家族史：高血壓、糖尿病。 過敏史：無。 藥物史：降血壓藥、安眠藥、利尿劑。 其他病因：無。
目前狀況	因右下肢紅腫入院，診斷蜂窩性組織炎，目前護理師進行住院評估系統之跌倒評估。
病人穿著	1. 著病人服、穿夾腳拖，並且病人右腳褲管捲起，右足背套上人工皮模組，模擬出 5x7 公分的紅腫 2. 坐在病房輪椅上。
劇本大綱	66 歲楊陶之先生，因下肢水腫服用利尿劑，夜間需起床解尿至少兩次。此次因一週前在家中跌倒導致右下肢紅腫經 119 送入急診，診斷蜂窩性組織炎。過去有高血壓、糖尿病、攝護腺肥大、雙眼白內障術後，病人自訴不影響日常生活。 病人輪椅入病房後，無家屬陪伴，可自行站起並使用左腳施力、右腳點地(右腳彎曲、無法著地施力)，能一拐一拐方式移動到病床上，目前護理師前來進行入院護理評估並住院評估，透過病歷彙總系統，已知病人過去病史（高血壓、糖尿病、白內障、攝護腺肥大），病人目前有自備用藥（降血壓藥、安眠藥、利尿劑）。 護理師藉由「住院評估」系統之「跌倒評估」，確認病人跌倒高危險因子，並使用「住院防跌 12 式」衛教單張提供個別性護理指導。 一、跌倒高危險因子包括： 1. 步態不穩： (1) 使用左腳施力、右腳點地（右腳彎曲、無法著地施力），一拐一拐方式移動。

	(2)測量肌肉力量時：雙手及左下肢可與護師全力對抗，右下肢在護師用力時，就立即放鬆力氣。 2.排泄方式改變：晚上要起床解尿至少兩次。 3.曾發生跌倒：一週前在家中跌倒導致右下肢紅腫。 4.使用易造成跌倒藥物：降血壓藥、安眠藥、利尿劑。 5.照顧者因素：無家屬陪伴。
--	---

主要問題與回答（劇本）

標準病人問(動作)	護理師理想標準回答
	先生您好，我是照顧你的護理師 OOO。(評 1)
護理師可以幫我移動到床上嗎？	(SP 在護理師攙扶下移動到病床)
我的右腳很痛，慢一點。 (SP 使用左腳施力、右腳彎曲、點地、無法著地 施力，一拐一拐方式移動)	
(SP 右手摸著右小腿) 我最近在家都拿雨傘當拐杖來移動，但因紅腫痛 越來越嚴重，所以才來掛急診的。右腳好痛，沒 什麼力，真不好走路。	(護理師察看右腳發紅部位、腫脹情形) 這樣喔！好，我先評估你的雙下肢肌 力，請你等會雙下肢要跟我的手對抗。 (評 2)
(SP 左下肢要與護理師全力對抗。右下肢在護師 用力時，就立即放鬆力氣)	楊陶之先生，您的雙上肢、左下肢肌力 5 分、右下肢肌力 4 分。(評 2)
喔好！	請問您叫名字？(評 3)
我叫楊陶之。	
	請問現在時間是？(評 3)
(SP 看手錶或牆上鬧鐘或看窗外，回答目前時段 [上午/下午])	
	你現在人在哪？(評 3)
在奇美醫院。	
	楊陶之先生，我看您過去有攝護腺肥大 病史，那您在家會不會一直要起床解尿 或晚上一直要起來上廁所？(評 4)
我晚上要起床解尿至少兩次。	那您在家解便有沒有問題？(評 4)
沒有，我每天大便一次。	
我的右腳就是因為晚上起來尿尿時，因燈光太 暗，踢到桌腳跌倒，就變這樣了。	所以您這次入院主要是跌倒，導致右足 背紅腫進來的？(評 5)
對！	
	您的視力會影響日常生活嗎？(評 6)
我雙眼有白內障已經開過刀了，不影響日常生活	
	那您平時有服用什麼藥物嗎？(評 7)
有，都這些。 (SP 將自備藥物遞給護師)	(檢視病人的自備藥物) 我看您這些藥物分別是利尿劑、鎮靜安

標準病人問(動作)	護理師理想標準回答
	眠藥和降血壓藥(評 7)
	那您在住院期間會有人來照顧您嗎?(評 8)
沒有，就算有也只是同事來幫我送餐點而已。	好的。
那我要注意什麼？	楊陶之先生，因為您步態不穩、有夜尿情形、一年內跌倒過、又使用容易造成跌倒的藥物、而且沒有人陪伴照顧，我評估您是屬於容易跌倒的人喔！(評 9)
	(取出「住院防跌 12 式」衛教單張) 需注意「頭暈或無力時勿下床」、「搖高坐 5 分鐘→坐床沿 5 分鐘→站 5 分鐘後走，全程需有人陪伴」、「穿止滑鞋勿穿襪子行走」、「呼叫鈴隨伺在旁，照顧者離開須交班」、「物品放於櫃內，保持走道寬暢」、「地面有水時，通知工作人員處理」、「晚上少喝水，睡前先排尿」、「夜間要打開床頭燈，保持亮度」(評 10、11)
太多了，我記不住哩！	
	(給予衛教單張) 沒關係！這張單張是要給你看的。
	(進行預防跌倒衛教紀錄)(評 12)

考官指引

項 目	內 容
地 點	病房
時 間	測試 8 分鐘，回饋 5 分鐘
測驗主題	預防跌倒評估與照護
題 目	楊陶之，66 歲男性，有高血壓、糖尿病、攝護腺肥大及雙眼白內障術後病史，其視力不影響日常生活。本次於家中跌倒導致右下肢紅腫，診斷蜂窩性組織炎住院。護理師需利用「住院評估」系統之「跌倒評估」，確認病人跌倒高危險因子，並使用「住院防跌 12 式」衛教單張提供相關護理指導。 一、其跌倒高危險因子包括： 1.步態不穩：雙上肢及左下肢肌力 5 分、右下肢 4 分。 2.排泄方式改變：晚上要起床解尿至少兩次。 3.曾發生跌倒：此次因在家中跌倒導致右下肢紅腫。 4.使用易造成跌倒藥物（降血壓藥、安眠藥、利尿劑）。 5.照顧者因素：無家屬陪伴。
對象或道具	附件一。
考生任務	考生能利用住院評估系統之「跌倒評估量表」，正確執行跌倒高危險因子評估，並進行個別性護理指導與紀錄。
通過條件	1. 使用「肌肉張力評估量表」評估病人肌力，並說出雙下肢肌力。 2. 使用「人、時、地」正確評估病人意識形態。 3. 正確進行跌倒高危險因子評估與記錄。 4. 使用「住院防跌 12 式」衛教單張進行個別性護理衛教。 5. 能正確書寫「護理指導紀錄作業」中「跌倒預防」之護理紀錄。
考官任務	1.觀察考生正確評估跌倒高危險因子(註 1)。 2.觀察考生能進行病人個別性預防跌倒措施(註 2)。 3.觀察考生能完成「護理指導紀錄作業」中「跌倒預防」之護理紀錄(註 3)。

註 1：本教案跌倒高危險因子評估結果：

ipo81090 住院評估(V1.1.109) [系統維護：馮淑瑩(52056)] [登錄者：10-1111] 總院

選擇病人 生命徵象 管路/皮膚評估 計畫評估 護理計畫 衛教計畫 出院評估 選項維護 評估表 離開

ipo81090-住院評估 科別 A03.內外科 紀錄日期 12/07/2021 紀錄時間 1450

病歷號: 姓名: 生日: 性別: 女

床號: 科別: 住院日期: 12/07/2021 住院時間: 0845

清空 曾雅玲 存檔

歷史資料查詢

排尿情形
排便途徑
排便型態及性質
糞便性狀量表
排便顏色
會陰部分泌物量
會陰部分泌物顏色
會陰部分泌物性
會陰部水腫
步態
助行器使用
跌倒評估
睡眠情形
尋求疾病知識行
情緒表現
主要照顧者情緒
胰島素注射
血糖機使用
足部照護
低血糖處理

跌倒評估

☒ 步態不穩(2分)

☐ 意識不清或躁動不安(1分)

☒ 排泄方式改變(1分)

☒ 曾發生跌倒(1分)

☐ 視覺不良影響生活功能(1分)

☒ 使用易造成跌倒藥物(1分)

☒ 照顧者因素(1分)

☐ -----

☒ 評估結果：跌倒高危險群(6分)

☐ 評估結果：非跌倒高危險群(分)

寫入護理記錄 選項清空

註 2：考生須能利用「住院防跌 12 式」衛教單張，提供本教案病人個別性預防跌倒內容：



註 3：本教案考生須能完成「護理指導紀錄作業」中「跌倒預防」之護理紀錄

nis00600 護理指導紀錄作業(V1.0.0.51) [系統維護：馮淑萱(52056)] [登錄者：10-曾雅玲] 總院

選擇病人 歷史記錄 衛教資訊網 離開

病歷 12341234 楊陶之 男 床 8099 生 045/01/01 65歲11 登入 曾雅 切

住院 12/07/2021 時 1212 科 7380 感染科

衛教科 A14 感染科 記錄時 12/07/202 1418 新增

【衛教項目】 住院生活照護

名稱

入院護理
出院護理
疾病衛教
住院生活照護
藥物使用注意事項

【項目內容】：12 【指導資料】：5

藥師用藥指導

☐ 身體清潔

☒ 跌倒預防

☐ 隔離措施

☐ 跌倒預防

☐ 接觸隔離措施：戴手套、穿隔離衣、接觸病人前後洗手、垃圾處理

☐ 輸入輸出量紀錄

☐ 藥物衛教 0

☐ 其它 0

衛教對象 ☐ 病人 ☐ 家屬 ☐ 朋友 ☐ 照顧服務員 ☐ 外籍看護工 ☐ 其他

指導方式 ☐ 口頭說明 ☐ 單張 ☐ 影片 ☐ 示範教學 ☐ 其他

評值結果 ☒ 完全了解 ☐ 部分了解 ☐ 全不了解

備 註

後續計畫 ☐ 持續追蹤 ☐ 加強衛教 ☐ 改變指導對象 ☐ 其他

護囑系統已進行防呆管控，必須同時填妥「衛教對象」、「指導方式」、「評值結果」與「後續計畫」，系統才會存檔。

第 站

站 名：預防跌倒評估與照護

楊陶之，66 歲男性，有高血壓、糖尿病、攝護腺肥大及雙眼白內障術後病史，常規本院門診藥物使用。

此次因一週前於家中跌倒，導致右下肢紅腫到急診，診斷蜂窩性組織炎住院治療。病人剛入院，主護預計使用「住院評估」系統之「跌倒評估」進行跌倒評估。

■ 您的任務：

- 1.使用「肌肉張力評估量表」評估病人肌力，並說出雙下肢肌力。
- 2.使用「人、時、地」正確評估病人意識形態。
- 3.正確進行跌倒高危險因子評估與記錄。
- 4.使用「住院防跌 12 式」衛教單張進行個別性護理衛教
- 5.能正確書寫「護理指導紀錄作業」中「跌倒預防」之護理紀錄。

測驗時間：8 分鐘

回饋 5 分鐘

站 名：預防跌倒評估與照護

測驗項目：預防跌倒評估及照護

楊陶之，66 歲男性，有高血壓、糖尿病、攝護腺肥大及雙眼白內障術後病史，常規本院門診藥物使用。

此次因一週前於家中跌倒，導致右下肢紅腫到急診，診斷蜂窩性組織炎住院治療。病人剛入院，主護預計使用「住院評估」系統之「跌倒評估」進行跌倒評估。

■ 您的任務：

1. 使用「肌肉張力評估量表」評估病人肌力，並說出雙下肢肌力。
2. 使用「人、時、地」正確評估病人意識形態。
3. 正確進行跌倒高危險因子評估與記錄。
4. 使用「住院防跌 12 式」衛教單張進行個別性護理衛教。
5. 能正確書寫「護理指導紀錄作業」中「跌倒預防」之護理紀錄。

■ 測驗時間：8 分鐘

回饋時間：5 分鐘

奇美醫療財團法人奇美醫院 OSCE 學員表現評量表

單位: _____ 人事號: _____ 姓名: _____ 評核日期: _____

核對表 (Checklist)		沒有做到	部份做到	完全做到	註解
01	自我介紹與稱呼病人： ☐ 說出護理師自己的名字、 ☐ 稱呼病人 完全做到：2 項都有做到 部分做到：只作出其中 1 項 沒有做到：2 項都沒有做到				
02	※能正確執行跌倒評估量表之[步態不穩]： ☐ 查看右下肢紅腫、 ☐ 測量雙下肢肌力、 ☐ 說出左下肢肌力 5 分，右下肢肌力 4 分 完全做到：3 項都做到 部分做到：只作出 1-2 項 沒有做到：3 項都沒有做到				
03	※能正確執行跌倒評估量表之[意識不清或躁動不安]： 詢問意識形態，包含 ☐ 人、 ☐ 時間、 ☐ 地點 完全做到：3 項都做到 沒有做到：只做出 2 項以下				
04	※能正確執行跌倒評估量表之[排泄方式改變]： 詢問 ☐ 排尿型態、 ☐ 排便狀況 完全做到：2 項都做到 部分做到：只作出 1 項 沒有做到：2 項都沒有做到				
05	※能正確執行跌倒評估量表之[曾發生跌倒]： 詢問一年內曾經發生跌倒或此次住院期間曾跌倒 完全做到：有詢問 沒有做到：未詢問				
06	※能正確執行跌倒評估量表之[視覺不良影響生活功能]： 詢問病人目前視力狀況 完全做到：有詢問 沒有做到：未詢問				
07	※能正確執行跌倒評估量表之[使用易造成跌倒藥物]： 詢問病人目前用藥狀況 完全做到：有詢問 沒有做到：未詢問				
08	※能正確執行跌倒評估量表之[照顧者因素]： 詢問住院期間有無照顧者陪伴 完全做到：有詢問 沒有做到：未詢問				
09	※能正確勾選跌倒評估量表之紀錄： ☐ 步態不穩 ☐ 排泄方式改變 ☐ 曾發生跌倒				

核對表 (Checklist)		沒有做到	部份做到	完全做到	註解
	☐ 使用易造成跌倒藥物 ☐ 照顧者因素 ☐ 評估結果：跌倒高危險群 6 分 完全做到：6 項紀錄正確 沒有做到：非此 6 項紀錄				
10	能說出「住院防跌 12 式」衛教單張中之以下衛教內容： ☐ 1.頭暈或無力時勿下床 ☐ 2.搖高坐 5 分鐘→坐床沿 5 分鐘→站 5 分鐘後走，全程需有人陪伴 ☐ 3.穿止滑鞋勿穿襪子行走 ☐ 4.呼叫鈴隨伺在旁，照顧者離開須交班 ☐ 5.物品放於櫃內，保持走道寬暢 ☐ 6.地面有水時，通知工作人員處理 ☐ 7.晚上少喝水，睡前先排尿 ☐ 8.夜間要打開床頭燈，保持亮度 完全做到：說出 7-8 項 部分做到：說出 4-6 項 沒有做到：說出衛教內容 0-3 項				
11	運用「住院防跌 12 式」之衛教單張進行衛教 完全做到：有執行 沒有做到：未執行				
12	運用「護理指導紀錄作業」系統完成衛教指導紀錄： ☐ 1.衛教項目 ☐ 2.衛教對象 ☐ 3.指導方式：口頭及單張 ☐ 4.評值結果 完全做到：4項都有執行（含指導方式2項：口頭及單張） 部分做到：4項都有執行（指導方式僅勾1項：口頭或單張） 沒有做到：未執行				
13	評估過程態度和善，語氣平穩。				

備註：

- 1.「必要項目」僅做到 0~6 項，無論其他項次，達不及格 1 級。
- 2.「必要項目」僅做到 7 項，無論其他項次，達及格邊緣 2 級。
- 3.「必要項目」8 項完全做到，達及格 3 級。
- 4.「必要項目」8 項完全做到，且其他項次做到 1-2 項，達良好 4 級。
- 5.「必要項目」8 項完全做到，且其他項次做到 3-4 項，達優秀 5 級。

※為必要項目

您認為考生整體表現如何：

整體表現	說明	不及格 1 級	及格邊緣 2 級	及格 3 級	良好 4 級	優秀 5 級
	評分					

評 語：

評核考官簽名：

奇美醫療財團法人奇美醫院 OSCE 標準化病人表現評量表
標準化病人姓名：

核對表 (Checklist)	沒有做到	部份做到	完全做到
能準時出席			
能按照規定穿著及打扮			
能正確的說出本次測驗的主訴			
能正確無誤的表演『劇本』內容 (不會洩漏線索，也不會臨時增加內容)			
合宜地展現劇中病人的情緒、態度及反應			
測驗完畢，可給予考生適當的回饋及評分			

整體評估及回饋	差 1 分	待加強 2 分	普通 3 分	良好 4 分	優秀 5 分
整體與考生互動情形					
整體按照劇本表演情況					
整體評分(包括態度、情緒及反應…等)					

評 語：

評核考官：_____

附件一：場景布置與考試前模擬教具設置

一、場景布置

- 標準化病人：病人右足背套上人工皮模組，模擬 5x7 公分紅腫(圖一)。
- 教學評量表。
- 其他：
 - 1.儀器：病床、護理工作車。
 - 2.道具：夾腳拖、輪椅、病人服、床頭卡、計時器、乾洗手液、「蜂窩性組織炎」人工皮模組(圖二)[製作步驟見 P.16]、楊陶之基本資料板(圖三)及病人手圈。
 - 3.護理工作車開啟之畫面(護囑系統的測試介面)：
 - (1)住院評估之跌倒評估量表(圖四)
 - (2)護理指導之住院生活照護護理衛教(圖五)。
 - 4.衛教單張：「住院防跌 12 式」(圖六)。
 - 5.自備藥袋：Rasitol (Lasix) 40mg 1 顆 QD、Norvasc® 5 mg1 顆 QD、Zolpidem 10mg1 顆 HS(圖七)。

場景所
需用物



(圖一)



(圖二)



(圖三)

ipo81090 住院評估(V1.1.109) [系統維護：馮淑瑩(S2056)] [登錄者：10-曾雅玲] 總院			
選擇病人 生命徵象 管路/皮膚評估 計畫評估 護理計劃 衛教計劃 出院評估 選項維護 評估表 離開			
ipo81090-住院評估		科別 A03.內外科	紀錄日期 12/07/2021 紀錄時間 1450
病歷號 12341234	姓名 楊陶之	生日 045/01/01	性別 男
床號 8099	科別 感染科	住院日期 12/07/2021	住院時間 0845
清空 曾雅玲 存檔			
歷史資料查詢			
排尿情形 排便途徑 排便型態及性質 糞便性狀量表 排便顏色 會陰部分泌物量 會陰部分泌物顏色 會陰部分泌物性 會陰部水腫 步態 助行器使用 跌倒評估 睡眠情形 尋求疾病知識行 情緒表現 主要照顧者情緒 胰島素注射 血糖機使用 足部照護 低血糖處理			
跌倒評估			
☐ 步態不穩(2分) ☐ 意識不清或躁動不安(1分) ☐ 排泄方式改變(1分) ☐ 曾發生跌倒(1分) ☐ 視覺不良影響生活功能(1分) ☐ 使用易造成跌倒藥物(1分) ☐ 照顧者因素(1分) ☐ ----- ☐ 評估結果：跌倒高危險群(分) ☐ 評估結果：非跌倒高危險群(分)			
寫入護理記錄 選項清空			

(圖四)

nis00600 護理指導記錄作業(V1.0.0.51) [系統維護：馮淑萱(52056)] [登錄者：10-曾雅玲] 總院

選擇病人 歷史記錄 衛教資訊網 離開

病歷 12341234 楊陶之 男 床 8099 生 045/01/01 65歲11 登入 曾雅 切

住院 12/07/2021 時 1212 科 7380 感染科

衛教科 A14 感染科 記錄時 12/07/202 1418 新增

【衛教項目】 住院生活照護

【項目內容】：12 【指導資料】：5

藥師用藥指導

名稱
☐ 身體清潔
☒ 跌倒預防
☐ 隔離措施
☐ 跌倒預防
☐ 接觸隔離措施：戴手套、穿隔離衣、接觸病人前後洗手、垃圾處理
☐ 輸入輸出量紀錄
☐ 藥物衛教
☐ 其它

衛教對象 ☐ 病人 ☐ 家屬 ☐ 朋友 ☐ 照顧服務員 ☐ 外籍看護工 ☐ 其他

指導方式 ☐ 口頭說明 ☐ 單張 ☐ 影片 ☐ 示範教學 ☐ 其他

評值結果 ☐ 完全了解 ☐ 部分了解 ☐ 全不了解

備註

後續計畫 ☐ 持續追蹤 ☐ 加強衛教 ☐ 改變指導對象 ☐ 其他

(圖五)



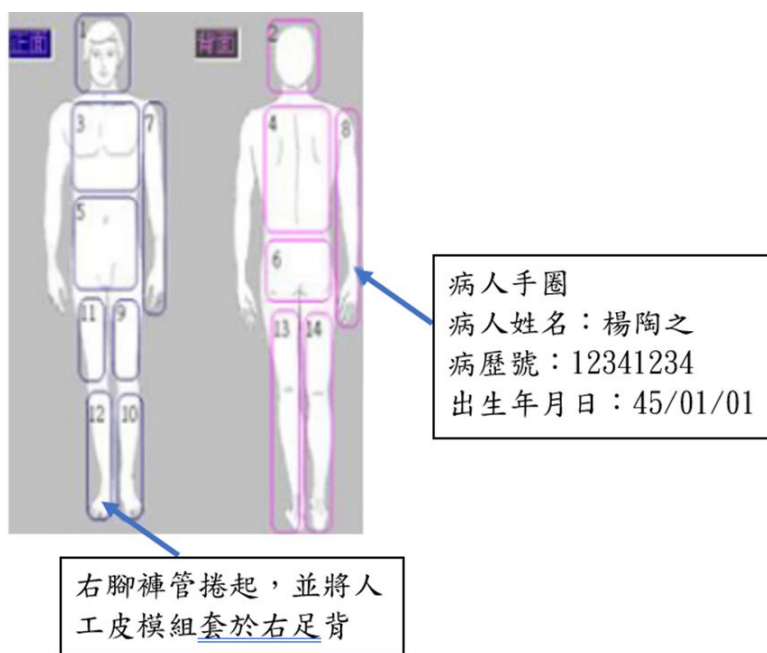
(圖六)



(圖七)

標準病人

1. 穿著病人服、夾腳拖鞋，手拿自備藥袋。靠近護師端的手腕戴上病人手圈，右腳套上人工皮模具，坐於輪椅上，示意圖如下(圖八)。



(圖八)

場景布置

病床與輪椅擺放示意圖如下(圖九、十)：

1. 輪椅與病床間距離至少三步(約 1 公尺距離)，以便標準病人表現出步態不穩及護理師協助移動到病床。



(圖九、十)

護理工作車：

1. 請考官先打開「護囑系統/住院評估/跌倒評估畫面」及「住院系統/護

理指導紀錄作業」畫面，以楊陶之基本資料板覆蓋螢幕基本資料，並將護理指導科別選為「感染科」。

二、考試前模擬教具設置

考試前 30 分鐘進行模擬教具設置：

1. 將乾洗手液、「住院防跌 12 式」衛教單張擺置護理工作車檯面上
2. 打開護囑系統「跌倒評估」與「護理指導」畫面（請考官先打開「護囑系統/住院評估/跌倒評估畫面」及「住院系統/護理指導紀錄作業」畫面，以楊陶之基本資料板覆蓋螢幕基本資料，並將護理指導科別選為「感染科」）。
3. 「考生指引」張貼於工作車後面牆壁上(重點放在讓考生好辨識處)。
4. 抬高床頭，床頭牆面貼上床頭卡。
5. 標準病人的共識與環境安排。
6. 將其他物品放置於試場：計時器。
7. 試場門口張貼「告示牌」。
8. 標準病人著裝完畢，坐於輪椅上。

三、「蜂窩性組織炎」人工皮模具製作步驟



步驟 1：準備
10cm*10cm 人工皮
(康威多愛膚超薄
型敷料)



步驟 2：剪出模具
的形狀



步驟 3：準備
PEP!BALM 的唇頰
水彩，食指沾取 1
滴



步驟 4：由內往外
塗抹畫開



步驟 5：畫出約
7cm*7cm 的蜂窩性
組織炎範圍



步驟 6：使用黑色
奇異筆點出輪廓



步驟 7：準備大於
人工皮的防水透明
敷料(OP-Site)



步驟 8：將 OP-Site
覆蓋上敷料



步驟 9：完成人工
皮模具



步驟 10：貼上束
帶，可套在標準化
病人右腳上

附件二：評值內容與回饋

評值內容與回饋(Debriefing)

學員整體表現	期望表現
知識方面： 1.具備評估病人是否為跌倒高危險群的專業知識。 2.依據評估內容提供個別性護理指導。	1-1 學員能了解跌倒高危險因子。 2-1 學員能了解預防跌倒的相關護理指導。
技能方面： 1.能正確使用「跌倒評估量表」評估病人跌倒高危險因子。 2.能依據評估結果，利用適當溝通技巧，進行個別性護理指導。 3.能正確完成護理紀錄。	1-1 學員能正確評估跌倒高危險因子。 1-2 學員能正確執行「意識評估」與「肌肉力量評估」。 2-1 學員能運用適當合宜的溝通技巧及工具，提供病人衛教指導。 3-1 學員能正確執行跌倒評估與護理指導之記錄書寫。
情意方面： 1.培養護理師評估臨床病人問題與溝通能力。 2.培養護理師「說、寫、做」一致的素養。	1-1 學員能彙整評估後結果，提供合適的護理指導。 2-1 學員能正確執行跌倒評估與護理指導之記錄書寫。

參考資料

奇美醫療財團法人奇美醫院護理部（2021）．預防病人跌倒及跌倒處置指引。

奇美醫療財團法人奇美醫院護理部（2021）．意識狀態及肌肉張力評估技術。

一、預防跌倒與照護 OSCE 教案-專家效度

總共邀請 4 位專家進行專家審查，評分標準採 4 分法：1 分表示非常不重要、不適切與不清晰，不須列入；2 分表示不重要、不適切與不清晰，需大幅修正；3 分：表示重要、適切與清晰，需略做修改；4 分：表示非常重要、適切與清晰，必須列入。

綜合專家的意見，本教案在內容重要性 CVI 值平均 0.98、措詞適切性 CVI 值平均 1.0、題意清晰度 CVI 值平均 0.96，總專家效度 CVI 值平均 0.98。各題項專家評核平均值如表一。

表一：各題項專家內容效度平均值

題目	項目	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
預防跌倒與 照護 OSCE 教案	內容重要性	3.25	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3.5
	措詞適切性	4	3.75	3.75	3.5	4	3.25	3.75	4	4	3.75	4	4	3.5
	提議清晰度	4	3.75	3.75	3.75	4	3	3.5	4	4	3.75	4	4	3.75

二、預防跌倒與照護 OSCE 教案-考官一致性

由發展本教案之 6 位考官共同評核學員，並且進行考官一致性統計，其考官一致性達 Kendall's W：0.92 ($p < 0.001$)(表二)。

表二：考官一致性分析

	χ^2	p	Kendall's W
預防跌倒與照 護 OSCE 教案	91.453	< 0.001	0.92*

* $p < 0.05$ is considered statistically significant difference.

三、實際測驗照片花絮



圖 1：考間環境布置

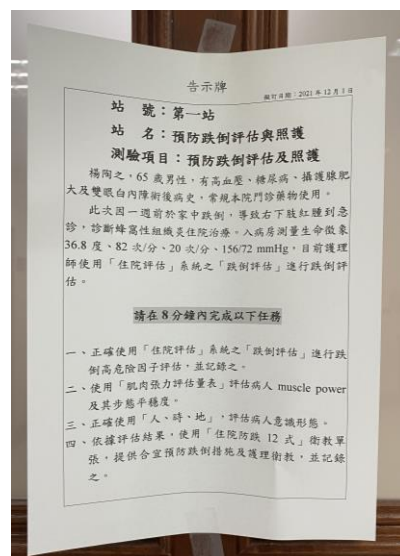


圖 2：考間外告示牌



圖 3：學員讀題中

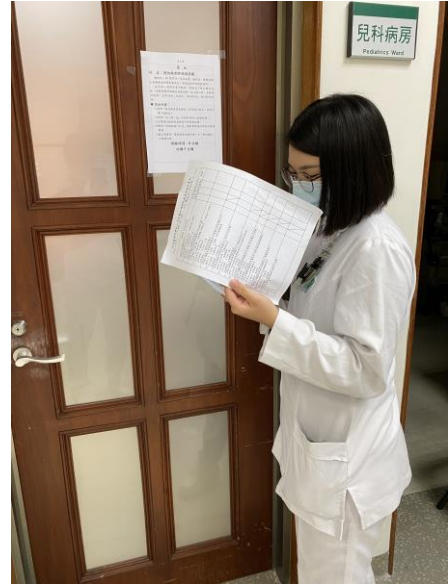


圖 4：學員讀題中



圖 5：學員進行高危險性跌倒評估



圖 6：學員進行高危險性跌倒個別性衛教



圖 7：學員進行紀錄



圖 8：考試結束，考官進行回饋