護理品質保證系統的理念及理論架構

Quality Assurance Systems: Concepts and Theoretical Framework

徐南麗

摘要

由護理鼻祖南丁格爾女士起即重視護理品管，近百年來，專家學者對護理品質保證系統有不同的理念，本文僅就常用的醫學及護理品質保證架構提出討論，以期專家學者能整合出完整的品質保證系統，藉以提高護理服務，保證護理品質。

護理是一門科學，也是一門藝術，護理先進Henderson認為「護理」的獨特功能是在幫助生病或健康的人從事有益於健康或恢復健康的活動，使他們儘早獲得獨立;而「品質」是指產品或物品的特質。也就是指護理人員表現在護理工作上的特質。將護理與品質接合在一起，也就是將科學與藝術融合在一起，它的內容包含什麼?應如何測量呢?是個值得探討的問題。

品質的定義

「品」字的中國字是由三個口組成，意指產品的好壞是決定於眾人的議論，而非指某一個人的喜愛。「質」是二個斤及一個貝組成，也就是說要斤斤計較產品的價錢。品質兩個字合起來，顧名思義是指產品的特質，而這個特質的評鑑是基於大多數人的意見及在某特定價格下所訂出的標準。企業界除了評值產品的適用程度(結果)外，也評估提供產品給顧客的服務品質(過程)是否能滿足顧客的需求。

顧客或消費者的需求可能依其生理、心理、社會需求及提供產品的時間效率不同、功能多寡優劣、成本不同、及設計不同而有差別。簡單的說，我們不能拿五佰元的皮包和五仟元的皮包相比，同樣的，我們也不能要求職校畢業的護士能和博士班的護理人員同樣負起教學及研究的職責，或拿同樣的薪水。但每一份製造的成品，在某些相同條件下應有相同的品質，那就是品質管制了。

護理品質保證的定義

護理品質管制最早始於護士鼻祖----英國的Florence Nightingale女士 (1820-1910)，她在克里米亞戰爭中為英軍所做的貢獻，如改善環境，維持病人清潔舒適，降低死亡率等，均是舉世皆知的品管成果。護理專業已經過了一百多年的奮鬥，到底什麼是今日的護理品管呢?

各個學者專家對護理品管有不同的論點。Schmadl(1979)提出七種最常被引用的定義有ANA(American Nurses' Association)，Brow, Davidson, Lang, Mayers,Nichols,及Zimmer等人提出的，雖然百家雜陳，但Schmadl認為只要能確定什麼目標要被管制、被保證，用何種工具來評量，那麼自可澄清百家之疑慮。

Zimmer(1973)提到品質的定義中，談及品質(Quality)是指產品的特質，而這個產品的特質決定於價值觀、等級及優劣的程度。對護理而言，就是指護理人員提供給病人的服務品質以及護理人員本身表現出來的專業形象是否有其特性。保證(Assurance)是指確保產品的特質，使顧客能完全信任產品的行為。護理品質保證系統(Nursing Quailty Assurance Systems)是指經由有組織的活動與程序來連接品質與保證,使產品達到卓越完美無缺的境界。換句話說，品質管制可限制在95%無錯誤，也可要求無缺點，但品質保證卻是擔保品質百分之百完美無缺，及不好(如假)包換的信條與制度。品質保證系統包含正式及非正式的考核及評價計畫。評價的方法很多，例如:建立專業護理標準，建立同儕的評鑑制度，檢查病人出院病歷，查核病人現在住院記錄以及使用物品之記錄考核等都是品質評鑑的方法。

品質保證的目的及重要性

品質保證的目的是為使病人經過護理品管的活動，可以確保病人得到高品質的護理。雖然每家醫院對品質保證有其不同的理念及理論架構，但大體脫離不了評價護理的結構、過程、結果與成本等方面，而品質保證的研究方法在時間上又有回溯性、現代性及未來性之別，只要其量表有其信度及效度，可靠可行，自有其重要意義。

用適當的量表評價護理品質保證系統，得到的結果經過分析解釋後，可提供下列幾點好處並可觀其重要性:

1．能使護理人員明確了解護理部要求的標準及準則，做好病人護理及記錄，以確保服務品質。

2．對行政者而言，研究資料有助分析護理品質之優缺點，可做為是否要改變人事管理、護理模式，或提供改善醫療儀器之參考。

3．對教育者而言，可警覺到護理人員經常疏忽之缺點，而針對此缺點提供在職教育，以改善護理服務品質。

護理品質保證簡史

護理品管專家Lang(1980)在整理有關護理品管的歷史文獻查證時，談到護理許多文獻是由1950年後開始慢慢發展，Aydelotte(1960)首先致力於護理研究----發展護理評量標準。這些評量標準的大目標包括:評估護理人員對病人身體、心理層面的護理及病情進展。1960至1970之間，由於醫療保險公司及民間組織的健康保險及評鑑機構，對醫院收支情形普遍重視，加上消費者的期許，輿論的批評力量，均是促使醫院成立專業標準評價組織PSRO(Professional Standards Review Organization)的力量。PSRO主要是來評價病人接受醫療照顧是否得當?保險公司的給付是否合理?評價是否有:如是否有不該開的刀或做不必要的檢查。1972年社會安全法．92項603條款提出後，促使了專業團體紛紛擬訂各項工作標準及同仁閒的同儕評價標準。

除了專業組織團體對本身的要求，消費者對自我權利要求更多外，第三者如:健康機構評鑑聯合委員會(Joint Commission Accreditation of Health Care Organization---JCAHO)

也呼籲加強醫療品質管制，並強調專業人員的自我要求。Phaneuf (1976)認為:「任何一個專業，如無法自我評量、研究、改進，就不能算是一個專業。」護理在這種氣氛衝擊下，也儘速根據病人需要及期望護理的結果，建立標準及準則。

美國護理學會在1970至1980間已紛紛訂立護理的各項工作標準，及各科護理之工作準則，JCAHO也提出診所醫院要求的標準，例如:健康機構評鑑聯合委員會在 1976年評鑑護理部標準第四大目標中即提出:「護理部必須能負起安全、有效率、有醫療性及有效果的護理，經由有計畫的護理和有效執行，以確保病人健康。」

1980年Lang出版了「護理品質保證----有關文獻」，這本書提供了較寬廣的品質保證系統檢索範圍，例如:有關標準的擬訂、理論架構及模式之建立、訂定護理工作研究方法、資料分析、評鑑護理組織結構、過程與結果、品質保證、成本分析評價、評值工作表現標準、滿意度等專有名詞都包含在其文獻查證中。

1980年以後，由於保險公司給付醫院醫療費用的改變，以及同儕間成立專業評鑑組織等因素，促使品質保證與成本總是連在一起分析利弊。1986----1988年由電腦檢索有關品質保證的文章就有近三百篇，可見品質保證系統之備受重視了。

品質保證的理論架構

醫療品質保證之理論架構

品質保證的理論架構很多，最通常被引用的有醫師Dr.Donabedian(1966)提出的結構(Structure)，過程(Process)及結果(Outcome)之理論架構。這個概念最早來自教育學家Tyler的理論而加以修改。結構是指提供服務機構(如醫院)的組織是否恰當;過程是指服務的方法，結果是指消費者的行為，它包含消費者健康情形的進展，知識技術的增進，滿意度，服從性，死亡率降低等。理想上結構、過程和結果是休戚相關的，但到目前為止，仍然沒有一種令人滿意的工具可以同時測量結構、過程及結果。

1980年，Donabedian提出醫療品質最主要評價重點是要看病人是否實際受惠，他修改其結構、過程、結果模式，發展出另一個公式:

品質=f(醫療技術，醫療藝術，技術與藝術之間的互動)

除了Donabedion外，Sheps(1955)是最早提出醫療品管架構的，他認為評估病人、改善影響醫療工作表現因素、執行臨床評價及醫療的結果，可確保品管。Dror (1968)則提出輸人結構與過程，評估輸出結果的理論。De Geyndt(1970)建議在下列五大項目上評估醫療品質，這五大項目是:評估內容、過程、結構、結果和影響。

護理品質保證之理論架構

Aydellotte(1973)認為評價護理品質是最困難，也是最複雜的，因為影響病人及護理人員的變數很多，而一次研究通常只能注重在研究某些變項的因果關係。例如有些研究是討論結構與過程、過程與結果、結構與結果、或結構、過程及結果三者間的關係，但

Lang(1980)認為至今仍無一項研究能有系統的將所有變項列人研究。茲舉幾項常用護理品質的理論架構說明如下:

一．Suchman Evaluation Model

Suchman(1967)提出評鑑品質模式是建立在價值觀和確立標準(Standards)及準則(Criteria)上，特別著重在建立評價病人得到護理的結構、過程及結果是否優越之標準。評價方式可由主觀、客觀資料收集、查看病歷記錄、護理人員參與的活動表現及由各方面的意見反應中得到護理人員的工作品質成績。

二．Phaneuf Audit Model

Wandelt及Phaneuf(1972)提出的考核方法是一種回溯性的評價法，評價表包含七大項50小項。七大項內容為1．執行醫師處方(6項)，2．觀察病人症狀和反應(6項)，3，觀察病人(7項)，4，指導除醫師以外參與護理的人(4項)，5．報告和記錄 (5項)，6．執行護理程序和技術(16項)，7.經由指導和教學改善病人身體及心理健康 (6項)。

三．The Wisconsin Regional Medical Program Nursing Committee----WRMPNC

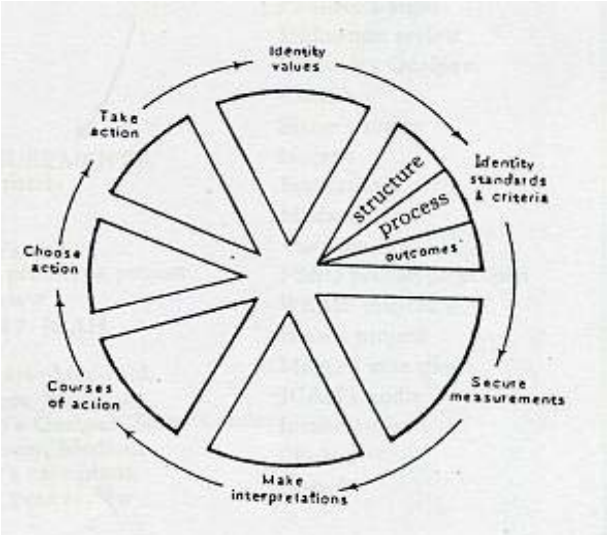
WRMPNC是指威斯康辛當地醫學組護理委員會(1973)提出評價護理品質的方法，包括觀察內容、過程、使用資源、效率與結果等方面，與Donabedian及De Geyndt的架構類似。資源的評估如同評估單位的組織結構，效率是評估使用人力、財力、物品、空間及其他資源、錢財是否運用得當。這個架構對以後美國護理學會訂立的護理品質架構有其影響力。

四．Rush Medicus Model (RMM)

Haussmann及Hegyvary(1974)發展一種以病人為中心的評價方法，這個理論架構是建立在以護理過程為經，病人需要為緯的基礎上。護理過程是指護理人員在執行護理活動時給予病人的護理，包括評估病人的問題及需要，給予病人護理計畫，執行計畫及評價護理結果。經由訪問、觀察與查證病人病歷得到資料，所有評價標準及準則均建立在針對病人的需要與護理過程活動中。這六大目標為1．擬訂護理計畫，2．確保病人生理需要，3．確保病人心理及社會需要， 4．執行護理目標之評價，5．遵守病房常規以保護病人，6．行政管理部門對護理業務之支援。Haussmann及Hegyvary(1974)當初設計Rush Medicus Tool(RMT)時有六大目標，28項子目標含257項準則，目前經過修改增添，已有32項子目標含367項準則。

五．American Nurses' Association (ANA) Model

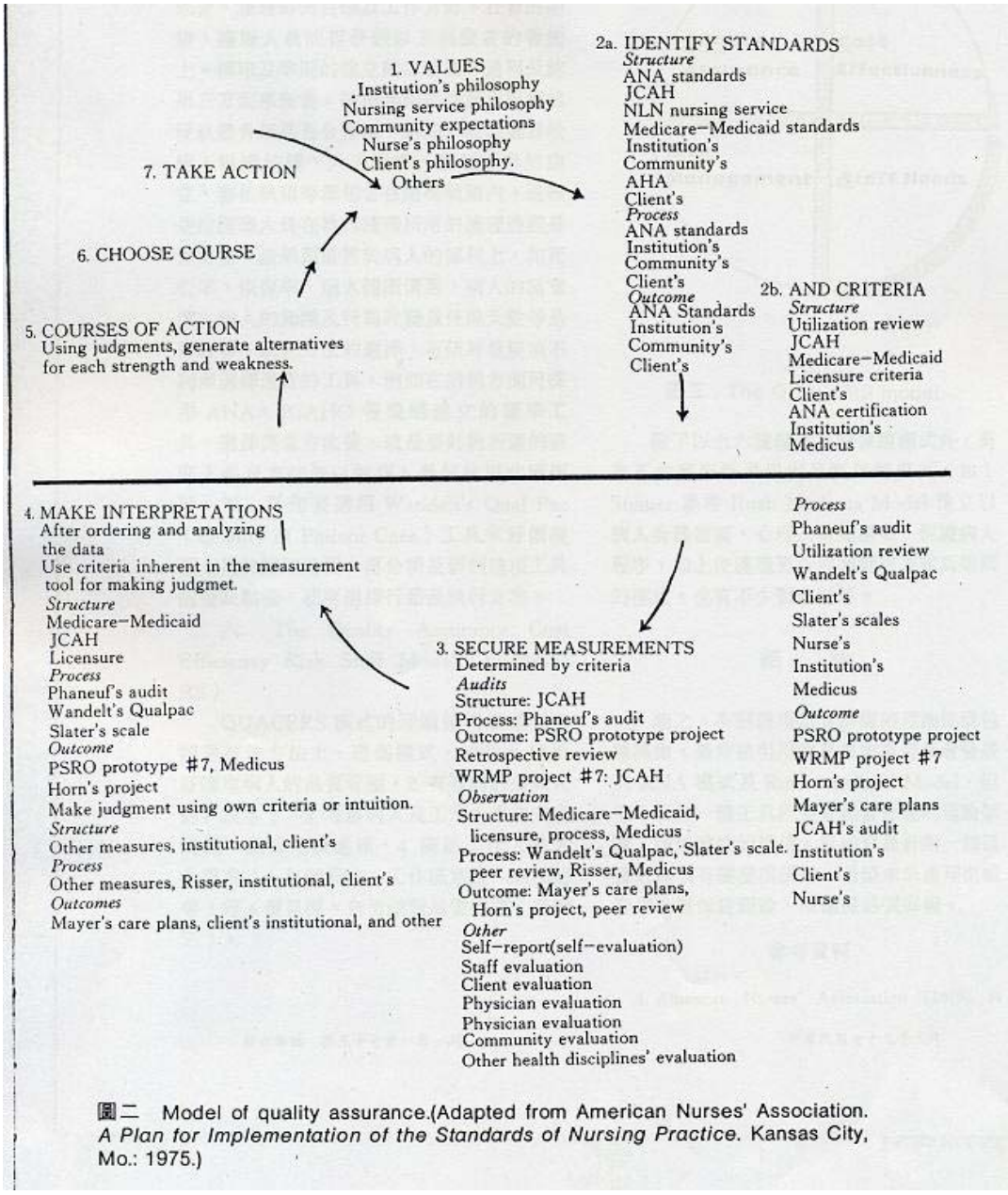
ANA(美國護理學會)在選擇品管模式時曾參考Donabedian(1966)，Such-man(1967)，De Geyndt(1970)等人的模式，最後由Lang將各家意見收集而成為今天ANA的護理品質保證模式。這個模式的主要概念及執行步驟(見圖一，圖二)如下:



圖一　The ANA model for quality assurance in nursing

1．建立價值觀，2．認清標準及準則，3．選擇研究方法，4．解釋選擇此項研究方法的原因，5．分析行動方針及進行過程之優缺點，6．選擇行動方針，7．執行行動方案。

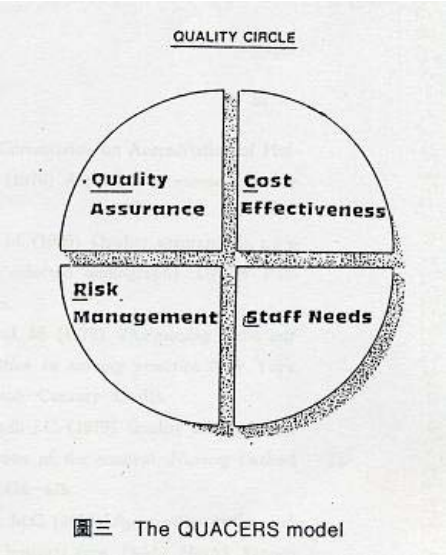
價值觀的建立是決定於醫院組織本身的宗旨、護理部的目標及工作方針、社會的期望、護理人員的哲學觀以及消費者的看法上。標準及準則的建立則以結構、過程及結果三方面來衡量。結構是指提供護理服務的硬軟體骨架是否合標準，例如:醫療儀器設施、組織結構、人力資源、護理標準的建立、審核執照等都包含在結構範圍內。過程是指護理人員在執行護理所用的護理過程是否得當。結果則著重於病人的福利上，如死亡率、恢復率、病人健康情形、病人的滿意度、病人的知識及行為改變及住院天數等是否改善。研究方法的選擇，可依評量變項不同而選擇適當的工具。例如在結構方面可採用ANA、JCAHO等機構建立的標準工具。選擇測量方法後，就是要針對所選的研究工具及方法加以解釋，為何使用此項標準。如:為何要選用Wandelt's Qual Pac (Quality of Patient Care)工具來評價護理人員的護理過程，再分析及研判這項工具的優缺點後，就可選擇行動及執行方案。



圖二 Model of quality assurance.(Adapted from American Nurses' Association. *A Plan for Implementation of the Standards of Nursing Practice*. Kansas City, Mo.: 1975.)

六．The Quality Assurance Cost Efficiency Risk Staff Model (QUACERS)

QUACERS模式的理論架構是建立在問題解決方法上，這個模式，如能1．能做好護理病人的品質管制，2．有效的評價病人的「成本」，3．考慮病人及工作人員之安全措施，做好危機處理，4．滿足工作人員之「需求」(包括薪水、工作滿意度、成就感等)等4個目標，自可做到品質保證(見圖三)。



圖三 The QUACERS model

除了以上六種護理品質保證模式外，尚有不少專家學者提出品質保證模式，如: Steiner參考Rush Medicus Model建立以病人身體需要、心理及情緒需要、保護病人程序，加上使護理更有效率管理方式為架構的模式，也有不少醫院採用。

結論

總之，有關護理品質保證的理論架構包羅萬象，最常被引用的是美國護理學會發展的ANA模式及Rush Medicus Model，但至今仍無一種工具能整合品質保證的理論架構，做整體性的評估，目前只是針對一個目標或幾個有關變項研討。希望未來護理也能發展品質保證理論，來確保品質保證。

參考資料

1. American Nurses'Association. (1975). A plan for implementation of the standards of Nursing Practice. Kanses City, Missouri, Publication Code NP-51, 7M.
2. Aydellotte. M.K, & Teners, M.E.(1960). An investigation of the relation between nursing activity and patient welfare. Final research report GN 4768 and GN 8570, Iowa city, Iowa: The University of Iowa.
3. Aydellotte, M.K.(1973). Identifying critical points in the process of care and nursing activities at these point. In ANA & AHA,Quality Assurance for Nursing Care. American Nurses' Association.
4. De Geyndt, W. (1970). Five approaches for assessing the quality of care. Hospital Administration, 15(1): 21-42.
5. Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. Millbank Memorial FundQuarterly, 64:166-206.

6. Donabedian, A. (1980). The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor: Health Administration Press.
7. Haussmann, R.K.D.& Hegyvary, S.T. (1974). Monitoring quality of nursing care. Health Service Research, 9:135-148.
8. Joint Commission on Accreditation of Hospitals. (1976) *Accreditation manual for hospitals.*
9. Lang, M. (1980). Quality assurance in nursing: a selected bibliography. DHEW Publication.
10. Phaneuf, M. (1976). *The nursing audit: self-regulation in nursing practice.* New York,Appleton-Century-Crofts.
11. Schmadi, J.C. (1979). Quality assurance: examination of the concept. *Nursing Outlook,79* (7):462-465.
12. Sheps, M.C. (1955). Approaches to the quality of hospital care. *Public Health Reports,70* (9), 877-886.
13. Suchman, E.A. (1967). *Evaluation research: principles and practice in public service an social action programs.* New York: Russell Sage Foundation.
14. Wandelt, M.A., & Phaneuf, M.(1972).Three instruments for measuring the quality of nursing care. *Hospital Topics*, 20-23, 29. 15. Zimmer, M.J. (1974). Quality assurance for outcomes of patient care. *Nursing Clinics of Ameri*ca, 74 (9): 305-311.