

第 18 章

# 護理模式

## Nursing Model

作者：白玉珠、徐南麗、汪蘋  
陳梅麗、蔡富婷

### 本章大綱

各種護理模式定義

成組護理

名詞解釋

個案管理

全責護理

結論



## 十、全責護理之優缺點

### ◎優點

1. 全責護理師就是病人的個案管理師，直接被授權，具有權威、自主權。
2. 整個生病住院期間，病人能認同全責護理師，並有安全感，護病關係良好。
3. 護理人員責任感之加強：對每日的護理工作負有更多的責任，諸如是否按時送患者去做X光照相，心導管檢查前是否做了檢查前身心方面的準備，每位工作者都要盡責地把本分的工作完成。
4. 溝通方式之簡化：實施全責護理後一切資料的傳達，不需經由小組長，而由全責護理人員詢問患者的問題。護理長只需了解溝通結果，因此，例行資料傳達的工作量減少，而一區內護理人員之間有較好的聯絡溝通。
5. 養成主動學習的精神：為協助患者了解與他們疾病有關的各種問題，護理人員必須更充實臨床知識，因此養成主動學習及解決問題的精神（何素瑩，1984）。
6. 全責護理不僅提供病人最需要且合宜的護理，同時也是病人的代言人。總之，全責護理不過是眾多護理方式之其一，護理技巧(Nursing Skill)與其他護理並無差異，可喜的是主動參與協調的精神提升了。在提升護理品質是無庸置疑的，諸如於起步時，不易把握護理診斷與護理問題等種種困難可能源於成員的教育背景及工作經驗的不一，尚需假以時間的鍛鍊以臻成熟圓滿，我們有信心與毅力擔當先鋒者，繼續努力勇往邁進（汪蕪，1984）。

### ◎缺點

1. 全責護理師不一定具有碩士或學士學位，且一定學有專精，並非每一全責護理師均可勝任個案管理師的重任。
2. 要使個案管理成功，需要與許多部門溝通協調，需要花費許多時間，而全責護理師需同時提供好幾位病人的直接照護，他們沒有足夠時間同時將病人的照護和個案管理工作做好。

## 成組護理 (Team Nursing)

成組護理是將護理人員及病人分組，每組護理人員由資深與資淺護理人員、護理助理員共同組成。由組內對臨床護理學識與經驗較豐富，並有領導能力的護理人員擔任組長，領導全組工作人員，計畫組內病人所需之護理，再依各個組員的學識能力分配工作。成組護理所需之護理人員因包括護理人員及助理員，在人力成本上較為節省，但照護病人的責任將在組長身上，會因病人數太多，不易提供每位病人個別性的護理。再者，有護生實習時，護生或護生義工也可加入組內。

### ◎ 成組護理之優缺點

在護理長領導下，將所有工作人員分成若干組，每組由具有領導能力的護理人員擔任組長，領導全組工作人員共同完成組內病人所需的護理計畫，由於患者人數多且工作人員分三班制，較無法達到個別性及連續性的護理（蔣立琦，1984）。優點則是省錢，分工、分組清楚。

## 個案管理 (Case Management)

近年來醫療保健系統轉型、健康照護模式的改變，導致照護者角色的轉型，個案管理師也是其一，而何謂個案管理師呢？個案管理師多半是由全責護士擔任，從病人入院至出院期間，負責每日病人照護計畫之執行、追蹤與評值等工作（李麗傳，1999）。個案管理是臨床醫療管理系統之一，為一種包括多種學科參與的照護方法，包括標準化的應用資源，提供一個持續性的醫療照護計畫，持續不斷地監控，以朝向事先設定的結果目標，此乃護理人員、醫師與其他健康小組成員共同協調合作的執行醫療照護業務，他們在一起工作、溝通、共同解決問題、作決策及共同負起執行醫療照護計畫的責任（盧美秀等，1997）。

### 一、個案管理之基本原則及方法

管理性醫療照護是一個有計畫的過程，此過程主要目的在提供個案之需要及連續性之護理。醫療照護透過管理，除了為因應當前之潮流及環境，尚可節

制醫療成本、改善醫療品質外，且能提升病患之整體服務品質（楊克平，1997）。

個案管理模式是一種由各類醫療人員參與照護過程的方法，達到預期的照護品質及控制醫療費用的目標。個案管理之基本原則及方法有（陳玉枝等，1995）：

1. 確定病人群體，以病人數多或高危險群或高成本之個案列為個案管理。
2. 多元性的組織小組，邀集各有關之醫療人員定期討論、計畫、推動及評值。
3. 教育臨床護理人員、醫師及相關人員。
4. 發展照護重要路徑或臨床路徑，照護重要路徑是用來追蹤病人由住院到出院每天的治療過程。
5. 確定個案管理的角色與職責。
6. 評值照護過程的變異。
7. 選擇先驅單位試行，並評值照護成效。

## 二、個案管理師的角色和全責護士角色相類似

個案管理可說是全責護理的延伸，只是個案管理師更融合了心理衛生護理、公共衛生護理和社會工作技巧，對慢性病人來說，個案管理師較易被接受，因病患的各種需求由一人統合處理，不須與不同的人討論，所以個案管理師對自我結構瓦解的病患而言，可幫助其自我的統合，在復健治療上是深具意義。某些醫師將個案管理師定位在 N4。

## 三、個案管理的功能

由於醫療保健體系的轉變，個案管理及臨床路徑如雨後春筍般地成長，其重要性也隨著國內健保系統的轉型日益增加，個案管理制度的實施不只可提升護理人員的角色與功能，更有助於醫院的經營（李麗傳，1999）。而個案管理師的扮演如同一個經紀人或代理人，以病人個別需要找尋適當的資源，同時幫助病患獲得這些資源，茲將個案管理的功能分述如下（陳美碧，1990）：

1. 評估：與病患接觸初期評估其病史，確定問題所在，再依個別需求擬定計畫。
2. 資源的協調：個案管理的第二個功能為協調適當的資源
3. 尋求照顧中的辯護者(Advocacy in Seeking Service)：例如協助調停病人與其他人之衝突、家屬之再教育等，使其能配合參與治療，幫助病患之疾病盡早復原。
4. 轉介到機構。

5. 健康指導。
6. 家庭訪視。
7. 危機處置。
8. 藥物監視。

## 四、一位優秀的個案管理師應具備的條件

個案管理的服務模式起源於美國專業社會工作領域，其服務對象正是針對需要長期性治療及照顧的個案，為介於案主、服務提供者以及機構行政人員之間一種有系統的協調過程，透過計畫性、責任制的方式來推動服務，目的在促使案主能發揮其正常功能，並杜絕資源運作上不必要浪費（柯乃熒等，1997）。一個好的個案管理則需仰賴一位優秀的個案管理師，而一位優秀的個案管理師應具備哪些條件呢？包含：①統合能力；②管理能力；③溝通能力；④決策能力；⑤問題解決技巧；⑥批判性的思考能力（李麗傳，1999）。

## 五、個案管理的優點

不同的護理模式即有不同的人力配置，各有其利與弊，經由各專家學者的共同研究證實，實施個案管理可以產生以下效益：①縮短住院天數；②提升臨床照護品質；③降低醫療成本；④提升醫療人員工作滿意度（盧美秀等，1997）。

## 結論

近年來由於醫療環境巨大變化，為因應醫療健保給付制度之改變，護理模式也隨醫療保健之趨勢及主流而轉變，以解決護理人力不足的危機。從護理模式之不同，其對護理人力層級的配置、角色與職責均有不同，而護理模式之所以能推廣，必定是適合現況與組織的需要，精簡人力成本，而且又能兼顧護理服務的品質。因此，護理人力之有效運用與護理模式之選擇，均會影響病人照護的品質（陳月枝等，2000）。護理模式是為了便於護理的實施所提出的一種專業，能夠有效地分配護理人員的工作及適當地應用護理人力，以逐漸改進護理人力之運用提高醫療效率及效益，加強行政管理及降低護理成本，使得護理理念與臨床實務結合，因而達到提升臨床護理服務品質及護理專業之目的。

## 本章習題



### 問題討論

- 一、請列舉個案護理有何優缺點？
- 二、請說明功能性護理與個案護理有何差異？
- 三、請說出成組護理在臨床護理上有何優缺點？
- 四、全責護理在護理人力配置上有何效益？要如何落實？
- 五、何謂個案管理？並分析其優缺點？
- 六、請以個人意見，您認為五種護理模式哪一種模式適合急性病房？
- 七、您目前工作（或實習單位）是實施哪一種護理模式？您覺得此種模式適合您的單位嗎？為什麼？
- 八、請寫出五種護理工作模式之護理主管的角色？並比較其差異？

## 引用文獻

- 何素瑩(1984)·榮總在全責護理上邁出了一大步·榮總護理，1(1)，40-43。
- 李麗傳(1999)·個案管理師角色與功能·護理雜誌，46(5)，55-60。
- 李麗傳等(2000)·護理管理·台北：匯華。
- 汪蕓(1984)·我們是全責護理的開路先鋒·榮總護理，1(1)，44-46。
- 柯乃熒、黃志中、徐淑婷(1997)·愛滋病患家庭之關注議題及其護理·護理雜誌，44(2)，20-30。
- 陳月枝等(2000)·護理專業問題研討·台北：華杏。
- 陳玉枝等(1995)·個案管理模式之建立與評價·榮總護理，12(4)，338-350。
- 陳美碧(1990)·精神科居家護理——個案管理模式·榮總護理，7(1)，20-24。
- 楊克平(1997)·管理性醫療照護之概念·護理雜誌，44(4)，63-68。
- 蔣立琦(1984)·護理工作邁入專業化：談全責護理實施心得·榮總護理，1(1)，48-49。
- 盧美秀、林秋芬、魏玲玲(1997)·個案管理與臨床路徑·護理雜誌，44(5)，23-28。
- Lewin, K.(1951). Field theory in social science. N. Y.: Harper & Bros.
- Mintzberg, H.(1994). Managing as blended care. Journal of Nursing Administration, 24(29), 29-36.

## 參考書目

- 何貞慧(1975)·「成組護理」在本省公立醫院之實施與檢討·臺灣科學，29(3)，66-75。
- 林幼、沈楚文、蔡欣玲(1993)·以醫院為基礎的精神科居家治療服務——臺北榮總模式·榮總護理，10(4)，422-429。
- 林玉梅等(2000)·應用個案管理模式於髖關節置換術病人的照護成效·國防醫學，30(2)，178-184。
- 徐南麗(1989)·比較全責護理與成組護理的護理品質·榮總護理，6(4)，318-329。
- 徐南麗等(1998)·護理行政管理學·台北：華杏。
- 徐慧娟(1998)·從長期照護之適當性談個案管理·護理雜誌，45(1)，45-50。
- 高紀惠(1987)·全責護理實施成效之探討·護理雜誌，34(1)，9-27。
- 高紀惠(1988)·實施全責護理模式的追蹤研究·護理雜誌，35(1)，45-57。
- 黃秀梨、邱怡玟(1999)·護理人員對發展遲緩兒童早期療育應有的認識·護理雜誌，46(3)，

67-72。

廖美南、盧美秀(1999)·應用個案管理於控制腦中風病患照護品質之成效探討·長庚護理，10(1)，12-20。

廖肇安(1985)·全責護理之哲學理念在精神科病房之應用·榮總護理，2(3)，296-299。

蔡幸惠(1995)·簡介照護藍圖、照護路徑及其在心臟專科之運用·長庚護理，6(2)，40-46。

蔡欣玲、邱淑芬、林惠蘭(1997)·護理照顧方式之探討·榮總護理，14(1)，74-83。

蔡欣玲、邱淑芬、林惠蘭(1997)·護理照顧方式及其影響因素之預測·公共衛生，23(4)，199-211。

蔡淑芳(1998)·肺癌手術病患臨床路徑之建立·榮總護理，15(4)，419-427。

謝淑芳、王如華(1997)·人性化護理模式於臨床實務之應用·國防醫學，24(4)，255-256。

Dahen, A.(1978). With primary nursing we have it all together. AJN, 78(3), 426-428.

Demers, P.(1981). Developing a primary nurse. Nursing Management, 12(12), 28-30.

Gander, K.(1985). Second generation primary nursing: A new agenda. Journal of Nursing Administration, 15(3), 18-24.

Fansloyv, C., & Masset, E.(1979). Building staff report between institution. AJN, 79(8), 1441.

Magaret, D. S.(1983). The primary Nursing system. Journal of Burn Care and Rehabilitation, 4(1), 43-48.

Manthey, M.(1988). The practice of primary Nursing. Blackwell, U.S.A.: Halliday Lithograph.

Marram, G. et al.(1974). Primary nursing: A model for individual (2nd ed., pp.84-108). St. Louis: C. V. Mosby.

Marram, G.(1976). The comparative cost operating team and primary nurse. Journal of Nursing Administration, 6(5), 21-24.

Mintzberg, et al.(1996). The strategy process — Concepts, contexts, cases. N. Y.: Prentice Hall.

Sandra, I. M.(1982). POR. How to make for you (Revised ed.). C. S.: Pediatric Nursing, Service Mott Children's Hospital.



## 前言

社會型態迅速地改變，在健康服務照顧方面亦隨著時代的進步，而必須有所轉換，護理模式由以疾病為中心的個人護理，進而轉為講求以工作為中心的功能性護理，近30~40年來因應服務對象及成本的需要，再轉為成組護理，為求高水準人性化又再發展為以尊重個人為獨特個體之整體性照顧，即以病人為中心的全責護理等。每個護理模式皆有其時代的背景。在20世紀初期病人延請私人護士至家中照護是採行所謂的個案護理方式，即以照顧疾病為主。繼而戰爭又遭逢經濟蕭條時期，只有極少數的家庭才負擔得起僱用私人護理人員，醫院逐成為他們就醫療養的處所，護理人員再到醫院接受醫生給予護理人員正規訓練遵行醫囑工作，護理工作亦採取機械化、工作化的固定分工方式，功能性護理因應而生，此時正逢科學管理理論盛行時代。

二次世界大戰爆發後，一夕之間，戰場上對護理人員的需求量大增，各種不同層次的護理訓練急速養成，且紛紛加入護理行列。戰後景氣復甦，醫療院所大量擴充，加上行為管理理論風行，以工作為中心的功能性護理模式因應而生。但模式中護理人員無法獲得整體性的概念，重複性的工作不易獲得工作滿足感。病人也因需重複地向不同護理人員敘述病史等資料，而感到不滿，加上一般民眾對健康方面的需求更擴展到對日常保健、心理平衡、社會適應等各方面，成組護理因應而生，乃區分成小組長與組員，由小組長為病人做護理計畫並指導成員，由組員們自護理過程中發現問題、收集資料、執行護理活動並評估成果。由於護理人員的分組照顧，並無固定的個案，病人的歸屬無從著落，小組長的領導統御及溝通技巧亦直接影響到計畫的擬訂與實施，使病人獲得的僅是片斷性的照顧，病人的問題無法找到一位全權直接負責的護理人員。

1960年之後，護理教育蓬勃發展，學術研究風氣鼎盛，具學士學位的護理人員數激增，高學歷者與小組長的職缺不成比例，所謂全責護理(Primary Nursing)模式繼而興起，它既符合社會的需要，又充分發揮了護理的專業功能，提供高品質護理服務。本章先將各種護理模式做個簡介

後，再特別詳細介紹全責護理，以期使同仁了解護理的照護模式後，各單位可依自己人力資源供需情況做適當的調配。

## 各種護理模式定義

### 一、個案護理(Case Method)

個案護理是一位護理人員照護數位病人，只在其上班期間內，為病人計畫及執行護理工作，並沒有完整身、心、社會的護理計畫，而無法做到連續性護理。簡言之個案護理即是一個病患所需的護理完全是由一位護理人員完成的護理模式（李麗傳等，2000；陳月枝等，2000）。

### 二、功能性護理(Functional Nursing)

功能性護理是指定每一工作人員負責某項工作，是以工作為中心的護理方式，如：給藥、鋪床、量 T.P.R.等，功能性護理是較節省人力的方法。也許一個病房只需 5 位護士就可以分工將事情做完，但對病人而言，他接受不同護理人員片斷的護理，即缺乏了個別性、協調性、連續性、完整性、全程、全人的護理，更遑論整體性護理，故其缺點為護理人員僅在執行護理工作時接觸病人，無法對病人做整體性的護理照護，病患即無法得到高品質的照護服務（李麗傳等，2000；陳月枝等，2000；蔣立琦，1984）。

### 三、全責護理(Primary Nursing)

全責護理之發展於美國，主要在促使護理人員接近病人、與病人建立良好的關係，由病人床邊之直接護理至日常生活的身心照顧及提供健康指導以預防疾病。此一整體性、連續性、協調性及個別性的照顧，使每一位病人均有一位固定之全責護理人員負責。此全責護理人員與病人（家屬）共同評估計畫、執行其所需要的護理活動，達成以病人為中心的醫療目標。其工作範圍包括住院期間、出院後居家照顧的諮詢、返診及再入院的繼續服務。全責護理是負責性的制度，像醫師有主治醫師一樣，護理有主治護理師，是護理人員發展獨立功能中重要的一種趨勢，強調之觀念主要是在促使醫護人員接近病人，與病人建立良好的關係，並提供整體性、連續性、協調性、個別性及負責性的照護。

## 名詞解釋

1. 整體性護理(Total Care)：護理評估與護理計畫包括病人的生理、心理、社會、文化、靈性及經濟等問題。
2. 連續性護理(Continuous Care)：病人自入院至出院皆由一位全責護理人員負責其護理活動的評估、策劃、執行與評值。
3. 協調性護理(Coordinate Care)：全責護理人員相當於病人的代言人，負責協調病人與其他醫療人員的溝通與聯繫。
4. 個別性護理(Self Care)：病人參與護理計畫，而護理活動視其個別的需要來訂定，以病患為中心，而不是以醫療任務為中心。如病人習慣晚起（早上 10 點），檢查活動也安排在 10 點以後，以免影響其睡眠時間。

## 全責護理

### 一、全責護理之理念

全責護理可使各階層之護理人員共同在責任、權力與職責上分層負責。清楚地承擔由入院到出院 24 小時的責任是全責護理的精神。分層負責以行決策是全責護理的基本組織理論。簡言之，由於醫院的業務對象是「人」，故須先釐清工作界線、訂定「工作說明」，賦予每個人職責內的權限，行使在責任區內之職權，即採用所謂分層負責的行政決策方式。

因此全責護理處理病人事務的決定權在全責護理人員身上，而非一貫的自上而下的責任制，也就是責任不在護理長或小組長。「權力範圍」包含可行使的權力，此時責任與權力須相配合才不致產生行政系統上的困擾。全責護理人員採分層負責方式來決定其護理的行政管理方式，負責病人每周 7 天，每天 24 小時不停地運轉的護理。其獨特的權責之一便是其他護理人員代理其職務時，須遵照全責護士既定的計畫執行，經由全責與代責護理師之溝通，可增進同儕人際關係中之尊重與信任，同仁間組成的評審會定期討論個案分析，將更可促進專業品質的提升，負責任、協調、連續、完整性、關懷性這都是全責護理的理念。

## 二、全責護理人員的職責

全責護理是透過有效的管理制度，以減少護理人力浪費在不必要的非護理工作上，節省時間及護理人力，協助病人照護早日恢復健康，建立與病人間的良好互動關係，進而提高護理品質，其職責細分為下列幾項：

1. 完成或檢核護理病歷，向病人及家屬自我介紹並說明有關全責護理人員之職責與事項。
2. 自病人入院起即積極參與負起醫療有關的聯絡工作。
3. 依病人的需要給予各項有關診斷、手術及藥物等之衛教。照顧病人隨時依病情改變重整護理計畫與目標。
4. 參加醫師每日迴診，準備有關病人之個案報告。
5. 負責召集病人家屬或其他醫療人員討論有關病人問題之解決方法，負責執行病人衛教計畫並檢討成效。
6. 當病人出院、轉院或轉出其他病房時負責聯繫轉接工作。

## 三、代責護理人員的職責

重點在「代理」的角色，大部分的醫院由新進人員擔任此職。但在目前人力分配中往往兩種角色並存，全責護理人員面對自己的病人時是全責的身分，但面對休假的全責護理人員之病人而言，是代責角色，其間最大的不同點即在計畫的修訂，全責護理人員有權修訂代責護理人員所做之護理計畫。

## 四、全責護理人員的角色功能

全責護理人員是經由護理長依護理人員的學識、技術、經驗、行政能力等各方面甄選出的護理專業人員，護理長依其能力及病人的護理需要而分配病人，其角色功能如下：

1. 加強責任感：對每日的護理工作負更多的責任，協助病人按時前往檢查，檢查前之準備是否妥當，需把前兩班的工作再重新核查，以完成本分之工作。
2. 簡化溝通方式：所有病人的訊息及資料的傳達均不需護理長或小組長，可直接與有關人員聯繫溝通，醫生亦可自全責護理人員處獲得資料，使責任區內的護理人員間因範圍縮小而接觸頻繁，增進了人際關係。

3. 養成主動學習的精神：為了解病人各項問題以為一稱職的代言人，必須充實臨床知識，主動學習。
4. 自病人入院起即著手訂定出院計畫，實際進行各項衛教活動。

## 五、護理長的角色功能

全責護理是一種提供病患安全、支持之治療環境的模式，其兼顧身心社會之整體性護理並提供護理諮詢服務，對於病患之全程照護包含與家屬會談，了解與疾病相關的社會因素，協助擬定住院、出院計畫，提供社會資源等，是一個相當完整且符合時代潮流，值得推行的護理模式，以使護理走在時代尖端，更上一層樓，使品質工作更具效益，進而提升護理品質，提升社會人民之福祉。

1. 護理長由往常的病房行政管理進而轉為臨床護理的推動者。
2. 由工作的主宰者、決策者及照顧病人的協調者改變為諮詢及全責護理人員的品質管制者。
3. 為全責護理人員定位、排班、執行護理稽核等。
4. 可指揮及控制所有護理人員的行為。
5. 是位主要的諮詢者，協助解決護理人員們在護理臨床上所遭遇困難，對經驗淺、學識差的同仁因護理模式的改變所引發的壓力、挫折，給予鼓勵與支持。原則上，全責護理單位的護理長應是臨床護理專家兼護理長。
6. 融合的功能有助於最好的病人分配，以民主的方式權衡輕重，排定工作目標，尊重多數人的意見，容納少數人的相反意見，而使每一位成員長才展露，解決溝通上的僵局。
7. 鼓勵單位的成員發展潛力，出席定期的會議、聽取個案報告、分享護理心得等。

## 六、督導長的角色功能

督導長的角色功能在 Mintzberg 的角色分析中，其偏向於資源應用與決策分析的角色，有調配及監督之功能(Mintzberg, 1994)。

## 七、全責護士訓練

新進護理人員經過試用兩個月合格後，可擔任代責護士，視個人工作能力，一般於 6~12 個月完成全責護士訓練升任全責護士，如由其他病房轉入護士則可提前至 3 個月。全責護士除了必須具備基本的護理技能及評估解決問題的能力，最重要的是需培養「我的個案」的全責理念，負起病患整體的服務照顧計畫，此外，並負有指導代責護士及維持病歷完整性之責任。可藉由提供書面資料閱讀或討論方式使護士了解全責護士之職責、角色功能及工作細則，再通過病房主管之面談（或考試）後升任全責護士，新升任全責護士會於晨報或病房會議中宣告全體護理人員，賦予決定單位全責護士名額，單位應有多少全責護士人數，每位全責護士應負責多少病人數，可依據單位床位數及護士人數由護理長決定。

一般而言，如護理人員白班平均需負責 8 位病患時，一位全責護士以負責 4~6 位病患為宜，例如：一個外科病房有 42 張床，17 位護理人員，可規劃為 10 位全責護士，7 位代責護士。副護理長一般擔任代責護士，長期上夜班者因與病患溝通及醫務協調上缺乏充足的時間也不適宜擔任全責護士。當單位全責護士人數不足時，可由副護理長彈性暫代。如全責護士人數過多時，為培訓病房全責護士，資深全責護士可彈性擔任代責護士，以維持一定全責護士人數，如全責護士所負責病人數太少，在每日工作分配上將較為困難，易造成負責病人分散無法連續，增加路途奔波時間。如全責護士連續休長假超過一周以上則需有人代理。

需分配全責區以配合訓練計畫，由於全責護士資歷不同，資深者與資淺者穿插分配對資淺者全責區病患有補強的功效，又懷孕的護理人員其病人可多安排在靠近護理站的區域，如此可減輕她體力的負荷。臨床一般採用定期（半年或一年）更換全責區，不但更具公平性且可減少長期不變引起的倦怠感，更能促進護理能力成長及增加與不同主治醫師合作的能力。至於更換全責區的方法可視單位情況及喜好採用不同的方式，如按規則輪序、分區輪序、抽籤或彈性分派等方法。

## 八、全責護理實施的步驟

首先要做環境評估，病房的型態如科別、性質等是否具實施成功的先決條件，如專科病房較有利推行全責護理，次為執行者的意願及護理人員們是否有足夠的專業知識作基礎來執行全責護理？若無，則需提供特別訓練，使他們對全責護理有徹底的認識，並了解護理人員們是否願意接受這項變化？病房的設備與人員數是否達到全責護理的要求等種種因素均須列為考慮。

在執行步驟上：根據 Lewin 的理論，認為任何的「改變」必然經歷三個階段後再完成，即所謂解凍期(Stage of Unfreezing)、改變期(Stage of Changing)、再凍結期(Stage of Refreezing)(Lewin, 1951)。

1. 病房中如現有成員們均有一年或一年以上成組護理模式的工作經驗，一般人均普遍存有安於現狀的心態。此時如要求作任何工作方式之「改變」，將造成他們心理上的負擔。至少，要花費時間與心力去認識這個新狀況。因而，在解凍初期進行較遲緩而困難，他們處於新創的環境，毫無前例可循，須自行摸索，只能藉由時間來培養信心以克服心理上的畏懼。後繼者雖有同樣的過程出現，但費時將較短，因而已經可由既行的經驗中獲取新知，輕易過「解凍期」而進入「改變期」了。
2. 「解凍期」時可利用討論會的方式，各個成員作個案報告，由經驗的分享中增進彼此相互學習的機會，督促護理人員主動對病人深入去了解，記錄之內容自然充實，工作中可獲得成就感，「變遷意念」(Desire to Change)油然而生，這是解凍期。學習自我的肯定可使得成員神采飛揚、精神振奮，每周定期的學術討論，每位成員均需出席並提出報告，輪番上陣，同仁無從規避，只有積極地去克服，與其做一個埋首沙堆的駝鳥，還不如昂首闊步地向前疾行。
3. 知識的擴充是當務之急，可利用圖書館內現有的資源作大量的採集，或藉由原文刊載來認識全責護理的原貌及其發展過程；文中與現實的印證均須系統地報告，要加強護理診斷的認知與身體評估的操作，使得每一位成員均能由共同的參與來激發責任心與榮譽感，此番改變前的教育訓練將加速「改變期」的進度，經由執行者的現身說法而配得實務經驗的累積。
4. 安排全責護理單位同仁的相互觀摩、心得交換、討論實施過程中的困難及解

決方式，是「改變期」中最大的收穫，再製訂問卷，不具名寫下他們的感受，或以 KJ 法讓護理同仁寫小紙條再綜合整理分析，內容包括：

- (1)目前之護理目標訂得是否太遠？或已達標準？
- (2)各項表格的應用是否便利？若否應如何修改？
- (3)其他部門對新護理模式實行之觀感如何？應如何加強說明並取得配合？
- (4)對讀書報告之型式、內容，應當如何更改以合乎需要？
- (5)對晨間交班如何設計將更有效率？
- (6)每周排班是否滿足大家的需求？

將問卷回收整理分析後，可參考意見修正行為讓大家共同遵行，結凍期來到，留存的問卷也是成長足跡的回顧。

5. 延請督導長或專家了解遭受的困難與需要予以合適的紓解、鼓勵與支援。

## 九、如何落實全責護理

要落實全責護理，就需將「全責護理」的稱呼自然地運用在工作中，全責護士（或護理師）要能很自然地告訴病人「我是您的全責護士，我負責您的……，您有任何需要可以找我，我將協助您解決」。在與病人的會談間「全責護士」也應是護理人員的代名詞，例如：遇病患非急迫問題，如屬計畫性問題，而全責護士正巧不在，護理同仁可以告訴他「您的全責護士去……，她回來後我會把您的問題馬上轉告她」。在實施初期有些護理人員較為羞澀，需要加以引導，久而久之自然成為習慣。在護理記錄上列出「全責護士」簽名欄，或在病人單位、門外掛上全責護士名牌等也是落實全責護理的方法之一，而護理長亦可由不定期的評值中，了解病患對全責護士的了解程度，例如：「您知道您的全責護士是誰嗎？」全責護理對護理長直接負責，護理長更應認同與肯定全責護士，有時全責護士缺乏信心，有時判斷及處理問題時考慮不夠周全，護理長應以尊重的態度與之討論，引發全責護士自行作出判斷及選擇合宜的處理方法，對於病人好的回饋應給予激勵。肯定全責護士的付出，不好的加以輔導使之改進，如此才能培養出一位獨立自主、有責任及使命感的全責護士。要落實全責護理，單位主管的態度、排班、每日工作床位分配均是重要的關鍵。