

第 34 章

# 比較全責護理與 成組護理的護理品質

**The Comparison of the Quality of Nursing  
Care under Primary and Team Nursing**

作者：徐南麗

## 本章大綱

研究目的	研究方法
假設	結果與討論
名詞解釋	結論
理論架構	建議
文獻探討	



## 摘要

本研究是以修改的美國護理品質量表——Rush Medicus 量表(Rush Medicus Tool-Monitoring the Quality of Nursing Care; RMT-MQNC)為工具，試用於台灣某一級教學醫院以評值護理品質，並比較護理模式——全責護理與成組護理之模式不同在護理品質分數上的差異。研究時間自 1988 年 10 月 1 日起至 1988 年 12 月 31 日共計 3 個月。研究對象為四個內、外科病房。研究前一個月，先以四個禮拜時間訓練觀察員，並使用四份不同問卷測試信度。修改過的護理品質量表主要有四大目標：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執行護理目標之評值。研究結果顯示在目標一、二、三及四等方面，全責護理的護理品質分數顯著地高於成組護理品質分數。在科別方面，內、外科的護理品質分數沒有因科別不同而有顯著差異。

## 前言

護理品質最早始於護理人員鼻祖——英國的南丁格爾(Florence Nightingale)，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，是舉世皆知的品管成果(Aydellotte, 1973; Nightingale, 1958)。

美國自第二次世界大戰後，由於醫療成本逐年上漲，消費者對醫療健康服務有了較多的怨言及較高的期望，加上專業組織團體，如美國醫院學會(American Hospital Association; AHA)、美國護理學會(American Nurses' Association; ANA)，以及非專業團體，如民間志願團體——健康機構聯合評鑑委員會(Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization; JCAHO)均對醫院各專業提出服務品質要求，使品管受到普遍地重視。例如：JCAHO（原為 Joint Commission on Accreditation of Hospital; JCAH，於 1988 年改名為 JCAHO）於 1976 年在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。」

專業團體本身的要求、消費者的期許、輿論的批評等力量均為促使醫院成立專業標準評鑑組織(Professional Standards Review Organization; PSRO)的力量。PSRO 主要是研究如何建立標準、確保服務品質的組織。醫療品質範圍很廣，有許多理論架構，其中最普遍被使用的是 Donabedian 的「結構、過程和結果」模式。

護理品質的評鑑最初也模擬或直接採用 Donabedian 的模式。MacDonald 分析護理品管的評鑑趨勢已由初期注重結構轉變到評值結果，她提到早期品管較重視改善人員的缺乏（含質與量之不足）、醫療儀器物品之改善、工作人員考照與換照的考核以及行政組織結構（含集權與分權）的改革(MacDonald, 1975)。Jelinek 則認為加強護理過程，並與結構及護理結果聯合在一起最為實際(Jelinek et al., 1974)。然而，Aydellotte 和 Zimmer 則強調護理品質應重視護理結果(Aydellotte, 1973; Zimmer, 1974)。

台灣於 1978 年起即有專業團體組成的「醫院暨教學醫院評鑑委員會」負責醫院評鑑工作。在護理品質評鑑方面，早期也較著重護理部的組織結構、護理的獨立功能、人力配置、人員素質、執照、護理教育及醫療設施等方面，近年來亦逐漸加重於考評護理過程及重視護理結果，以求整合結構、過程及結果，期使護理品質考評能軟硬體並重，更趨完善。本研究是根據台灣國情需要及護理趨勢，修改 RMT-MQNC「過程」量表，以作為評鑑台灣醫院護理品質之參考。

## 研究目的

本研究第一個目的是修改美國護理品質量表——Rush Medicus 量表(Rush Medicus Tool-Monitoring the Quality of Nursing Care; RMT-MQNC)，建立其信度與效度，以測試台灣醫院的護理品質；第二個目的是比較護理模式——全責護理與成組護理之模式不同在護理品質分數上的差異；第三個目的是比較不同科別——內科與外科之科別不同在護理品質分數上差異。

## 假設

本研究的假設如下：

1. 用 RMT-MQNC 護理品質量表測量護理品質分數，不因護理模式不同，而在全責與成組護理的護理品質分數上有差異。
  - (1) 護理品質分數不因護理模式不同而在「擬訂護理計畫」的護理品質分數上有差異。
  - (2) 護理品質分數不因護理模式不同而在「確保病人生理需要」的護理品質分數上有差異。
  - (3) 護理品質分數不因護理模式不同而在「確保病人心理及社會需要」的護理品質分數上有差異。
  - (4) 護理品質分數不因護理模式不同而在「執行護理目標之評值」的護理品質分數上有差異。
2. 用 RMT-MQNC 護理品質量表測量護理品質分數，不因護理科別不同，而在內科與外科的護理品質分數上有差異。
  - (1) 護理品質分數不因科別不同而在「擬訂護理計畫」的護理品質分數上有差異。
  - (2) 護理品質分數不因科別不同而在「確保病人生理需要」的護理品質分數上有差異。
  - (3) 護理品質分數不因科別不同而在「確保病人心理及社會需要」的護理品質分數上有差異。
  - (4) 護理品質分數不因科別不同而在「執行護理目標之評值」的護理品質分數上有差異。

## 名詞解釋

### 一、全責護理

全責護理(Primary Nursing)是護理模式的一種，是由全責護理人員負責病人由入院到出院之間的整體護理及計畫。病人與護理人員的關係是一對一，全責

護理人員是負 24 小時責任，並執行綜合責任性、連續性、協調性、自主性及個別化的護理。本研究的全責護理病房是指經由本院「全責護理推行委員會」認可之病房。

## 二、成組護理

成組護理(Team Nursing)是護理模式的一種，是將病房分為若干小組，每一組由一組人依照能力責任及職責的不同，分工合作，各由一位小組長帶領，提供病人整體服務的護理方式。病人與護理人員的關係是一對一組人，小組長負起每班（8 小時）之護理計畫責任。本研究的成組護理病房是指某教學醫院 20 年來一直使用的護理模式，在排班表、工作分配及交班上均採成組工作方式。

## 三、護理品質分數

本研究之護理品質分數是以修改過的 Rush Medicus 量表(Rush Medicus Tool-Monitoring the Quality of Nursing Care; RMT- MQNC)為量表，計算護理人員在執行四大護理目標上所得之分數。這四大目標包括：「擬訂護理計畫」、「確保病人生理需要」、「確保病人心理及社會需要」及「執行護理目標之評估」。

## 理論架構

評定醫療及護理服務品質的理論架構是較複雜的，因為有許多因素可能影響醫療及護理服務品質。1966 年 Donabedian 即提出以結構(Structure)、過程(Process)及結果(Outcome)三個範疇以評定醫學品管模式(Donabedian, 1966)。

Suchman 提出的護理品管架構包括價值觀的形成，根據專家知識擬訂專業服務標準及各項目標(Suchman, 1967)。1976 年 Phaneuf 提出以回溯性的方式評值護理品質，內容包含 7 大項 50 小項。這七大項內容為：①執行醫師處方；②觀察病人症狀及反應；③觀察病人；④督導護理；⑤報告及記錄；⑥運用及執行護理技術和程序；⑦經由指導改善病人身體及心理健康等(Phaneuf, 1976)。1973 年威斯康辛州(Wisconsin)當地醫事護理委員會提出改善護理品管的方法為：①評值護理內容；②過程；③結果；④使用資源；⑤效率。這些評鑑內容與 1966 年 Donabedian 及 DeGeyndet 提出的架構內容有類似之處(Donabedian, 1966; DeGeyndt,

1970)。

1974年 Haussmann 和 Hegyvary 發展出以過程為主，評值護理品管的理論架構，這個方法是以病人需要為中心的評鑑法，品管建立在以「病人需要」為經，及以「護理過程」為緯交織而成的理論架構。每一項標準的建立是基於護理人員針對病人需要提出評估、計畫、執行及評值應有之服務標準而擬訂的。原量表有六大護理目標：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執行護理目標之評值；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 et al., 1974)。本研究即採用此理論架構審視病人需要，並以護理過程方式評鑑護理品質。

## 文獻探討

早期護理品質著重在護理標準的建立與評值工作，因此在文獻探討時，有關各種標準之擬訂、理論架構及模式之建立、評估護理工作、評鑑護理組織結構、護理過程、護理結果、探討結構過程及結果二者或三者間之關係、比較不同模式或領導方式、成本分析、滿意度及專業標準組織等都包含在品質保證的研究範圍內。本研究乃針對用「過程」量表來比較全責與成組護理之護理品質。

Wandelt 和 Phaneuf 曾提及在評值護理品質過程方面，最經常被引用的量表有三：①Slater 護理能力評量表(The Slater Nursing Competencies Rating Scale; Slater Scale)；②護理品質量表(The Quality Patient Care Scale; QualPacs)；③Phaneuf 護理考核(The Phaneuf Nursing Audit; PNA)(Wandelt et al., 1972)。1973年以後，RMT-MQNC 量表發展出來，不但電腦公司買下版權並加以發揮應用，各大醫院也普遍使用此一量表以評值護理品質。

Daeffler 研究全責護理與成組護理的滿意度時，發現全責護理在下列六項護理工作如：休息與鬆弛、營養需要、排泄、個人衛生與支持護理、對疾病反應及與護理人員接觸方面，較無疏漏之處(Daeffler, 1975)。Felton 用 QualPacs、Slater Scale 以及 PNA 等量表測量護理品質，結果顯示全責護理在照顧病人身體、心理方面得分比成組護理得分為高(Felton, 1975)。Haussman 和 Hegyvary 用 PNA 量表發現全責護理比成組護理之護理品質分數為高，但使用 QualPacs 量表則無顯著差異(Haussman et al., 1977)。Corpuz 用 RMT-MQNC 量表比較護理品質，結果顯示

全責護理比成組護理的護理品質分數為高(Corpuz, 1977)。

Eichhorn 和 Frevert 用 QualPacs 量表比較推行全責護理前後之護理品質，結果發現除了「身體需要」這一項外，其他各項全責護理的品質分數均高於成組護理品質分數(Eichhorn et al., 1979)。Betz 等人比較全責和成組護理之護理品質，結果顯示全責護理的品質高於成組護理品質，但在成本費用上，全責護理成本高於成組護理(Betz et al., 1980)。Williams 和 Stewart 研究比較推行全責護理前及推行後三年之護理品質，結果顯示全責護理品質較好(Williams et al., 1980)。Giovannetti 乃以 Collin 考核量表(Collin's Audit Tool)測量護理品質，使用的六個變數是：①直接護理時間；②間接護理時間；③護理人員工作滿意度；④病人滿意度；⑤護理品質以及⑥護理費用。結果在品質分數上沒有顯著差異；在成本分析上，成組護理每病人每天花費美金 316 元，全責護理則花費美金 320 元(Giovannetti, 1980)。

Chavigny 和 Lewis，Hamera 和 O'Connell 兩項的研究結果均顯示成組與全責護理品質上有顯著差異(Chavigny et al., 1984; Hamera et al., 1981)。Shukla 和 Turner，Culpepper 等人之研究顯示全責護理品質分數高於成組護理分數(Culpepper et al., 1986; Shukla et al., 1984)。

由以上文獻查考可見影響品質分數的因素極多，護理模式不同是影響護理品質因素之一，但醫院的人力分配、人員素質、護理人員之知識態度行為、主管的領導方式以及醫療儀器設備等不同，都可能影響護理品質分數。

## 研究方法

### 一、研究對象

本研究是取某一級教學醫院四個內、外科病房為單位。病房的選擇是依據病房之護理模式、本身設計（包含空間大小及護理站設施）、床位數、占床率、護理人員數、護理素質、病人診斷、平均住院天數、護理記錄方式、病人溝通系統、電腦系統及物品存放空間特性而選配。該院於 1972 年推出二個以全責護理為模式之內科及外科病房，而當年在選病房時也是根據上述條件。

本研究目的在比較推行全責護理 6 年後的內、外科病房和傳統的成組護理病房在護理品質分數上是否有差異，因此在選配一個內科、一個外科病房時也

是根據上述條件，利用決策矩陣(Decision Making Matrix)找出條件最類似的病房配對（見表 34-1），以盡量減少因客觀因素不同可能造成的誤差。研究對象的條件必須符合下列六個條件：①年齡在 14 歲以上；②病人主要問題屬內科或外科；③會談當天病人未行手術；④非病危患者；⑤能自己以語言和護理人員溝通；⑥同意接受訪談者。

表 34-1 四個病房的特色

護理模式	床位數	護理人員人數	占床率(%)	科別	次主要科別	護理記錄
成組護理	44	15	82	內科	腸胃	同
成組護理	42	15	81	外科	腸胃	同
全責護理	44	16	79	外科	心臟血管	同
全責護理	44	15	83	內科	心臟血管	同

## 二、抽樣方法

研究對象的人數是以一個單位每個月病人的人數取 20 % 為訪問對象，為使評價品質客觀公平，取樣時間包含周一至周日、白班及小夜，且能平均使用四份不同問卷，由五位觀察員（含主持人）觀察護理品質，因此採隨機方式安排排班表，以求其公平性。例如：依據過去一年經驗，某單位每個月平均住院人次為 160 次，取 20 % 即為 32 位病人，這 32 位病人使用問卷號碼、訪談時間（含月份、周別、周日及上班班別）、觀察員號碼均隨機分配排成時間表，以減少人為因素造成的誤差。也就是說每個月每單位取 32 位病人，每份問卷每單位平均使用八次。研究時間自 1988 年 10 月 1 日起至 1988 年 12 月 31 日止，計三個月，共訪問四個病房 384 位病人。病人是依 Daniel 之隨機亂數表取樣(Daniel, 1983)。

## 三、研究工具

原始之 RMT-MQNC 有 368 項標準，可適用於內外科、婦產科、小兒科、精神科及急診室等單位，而只適合內外科標準的有 202 項。原量表含有六大目標，因第五目標為「遵守病房常規以保護病人」及第六目標為「行政管理部門



對護理業務之支援」，不是直接以護理過程及病人需要為中心而設計的，因此經專家商議後同意刪除，只保留一至四目標。修改後的問卷含四大目標十九項子目標。每份問卷有 53 項標準，每一項標準均附詳細說明品管要求的標準及如何圈選 1, 2, 3, 4 的理由及條件。（例如：1 代表無；2 代表有，但不完整；3 代表有，且完整；4 代表不合用）。除四份問卷外，並設有題庫，可隨時查考。

資料收集是採下列七種方法：①觀察病人病歷；②觀察病人；③與病人面談；④與護理人員面談；⑤觀察護理人員；⑥觀察病人環境；⑦觀察者的看法。有些項目是單憑一項觀察或記錄即可確定，有些標準卻是需多方收集資料配合驗證才能得到真正答案。

## 四、信度與效度

信度是採評分信度(Inter-Rater Reliability)，即指觀察員之間同意的一致性。本研究要求觀察員與主持人、觀察員與觀察員之間對量表之觀察、記錄及訪談結果須達到 95 % 以上之一致性，才算完成訓練。三個月來，每個月至少取研究樣本之 10 % 測觀察員與觀察員之間的信度，結果顯示 98 % 一致性。不能同意的項目經主持人詳加解釋後，均已列入題庫說明，以期能達到一致性，減少觀察員下次再犯同樣錯誤。

效度是採專家效度法。問卷經由研究者英翻中後，商請在美國就讀或已擁有護理碩士及博士學位、並且精通中英文者初校；二校則寄回台灣，請五位護理專家共同審核這 202 項內外科標準：①在內容上是否適用於台灣教學醫院目前情況？②在翻譯上是否適當？如果不適當，應如何修改？這份工作由 1987 年 3 月起至 1988 年 5 月完成，專家同意 187 項適用於台灣教學醫院，有 15 項因文化背景、科技及設備不同，經專家決定以「不適用」淘汰之。

## 五、計分方式

每一項標準護理人員是否完全達到，有三種不同計分方式，即問題的答案及記錄方式可能有二選一「無，有」(1, 2)，三選一「無，有，不合用」，(1, 2, 3)，及四選一「無，有但不完整，有且完整，不合用」(1, 2, 3, 4)等三種方式表達，記分方式也略有不同。原則上是以前一個單位一個月調查人次來計算，且只記錄答對的人數。例如第一大目標第一子目標第五項 15 項的問題是：「

病人入院是否記錄其皮膚狀況？皮膚狀況含：描述皮膚乾燥、有無破損、皮膚顏色、溫度、腫脹及彈性等。」這一題記分方式（1 為無，2 為有）採二選一（1，2）方式，適用於所有病人，要求的標準是 100 % 達到，否則則列入「無」，即指記錄不完整或無記錄。問題之下有附說明如下：

說明：①入院 24 小時內護理人員未記錄皮膚情況、或已記錄但卻不完整，應列入未記錄，則選 1；②如入院 24 小時內護理人員之記錄完整無缺，則記錄 2。

例如：三個月中有 8 個人記錄不完整，40 個人記錄完整，那麼這一項品質的得分其記分方式為：40 除以(40 + 8)得分為 83 分。

這些記分方式及公式，已列入電腦統計並可用人工方式重複查核，只要不是人為輸入資料錯誤，應可達 100 % 之正確性。

## 結果與討論

### 一、研究對象的一般資料

取樣病人的年齡以 60 歲以上者居多，占 33 %，男性占 58 %，87 % 已婚，43 % 為高中程度，38 % 由夫或妻陪伴，依病人分類 45.8 % 為第一類(Class I)，37.5 % 為第二類(Class II)。訪問病人當天的住院天數以 5~9 天居多，占 31 %，其次為 2~4 天，占 24 %。

取樣四個病房護理人員（不含護理長）的教育背景如下：①成組內科病房有 3 位大學、3 位三專、6 位二專或五專、2 位職校畢業者，共計 14 名；②成組外科病房護理人員教育背景及人數與成組內科同；③全責外科病房有 3 位大學、2 位三專、7 位二專或五專、3 位職校畢業者，計 15 名；④全責內科病房有 3 位大學、6 位三專、4 位二專或五專、1 位職校畢業者，計 14 名。護理長只有全責外科為大學畢業，其他 3 位則非大學畢業程度。

四個病房在目標一（擬訂護理計畫）平均分數為 63 分（見表 34-2）；目標二（確保病人生理需要）的平均分數為 86 分；目標三（確保病人心理及社會需要）的平均分數為 67 分；目標四（執行護理目標之評價）平均分數為 60 分。比較四個目標可以看出護理人員在目標二「確保病人生理需要」上有較高的護理品質，在目標四「執行護理目標之評價」上護理品質分數最低。

表 34-2 全責護理與成組護理之護理品質分數

護理品質目標及子目標	成組護理		全責護理		平均 分數
	內科	外科	內科	外科	
1.0 擬訂護理計畫	54	53	72	73	63
1.1 入院病人情況評估	70	62	80	79	73
1.2 入院時一般醫療護理資料	74	71	79	81	76
1.3 病人現狀評估	6	14	49	44	28*
1.4 護理記錄內容	22	27	60	58	42*
1.5 護理計畫與醫療計畫之協調	53	52	73	81	65
2.0 確保病人生理需要	83	79	89	91	86*
2.1 預防病人意外受傷	85	78	88	92	86*
2.2 確保病人身體休息和舒適需要	87	88	90	92	89*
2.3 確保病人身體清潔需要	86	91	91	91	90*
2.5 確保病人活動需要	54	45	87	85	68
2.6 確保病人營養和身體平衡需要	86	81	91	90	87*
2.7 確保病人排泄需要	80	59	86	86	78
3.0 確保病人心理及社會需要	60	59	71	75	67
3.1 入院時病人之環境介紹	84	86	86	90	87*
3.2 護理人員對待病人之禮節	79	78	89	90	84*
3.3 尊重病人隱私及權利	71	73	84	88	79
3.4 確保心理情緒需要	51	44	62	69	57
3.5 對維護病人健康及預防疾病之衛教	36	34	62	66	50*
3.6 護理計畫過程應包含家屬	23	22	30	40	29*
4.0 執行護理目標之評值	49	51	74	67	60
4.1 病人的護理記錄	75	70	86	79	76
4.2 評值病人對治療的反應	11	22	55	50	35*

注：1.\*是代表分數 $\geq 80$ 分及 $\leq 50$ 分之護理品質分數。

2.原 RMT-MQNC 護理品質量表中的目標 2 不適用於本研究，故予刪除。

目標一有五個子目標，其中以 1.2「入院時一般醫療護理資料」之分數最高(76)，其次是 1.1「入院病人情況評估」(73)，以 1.3「病人現況評估」分數最低

(28)。目標二有六個子目標，以 2.3「確保病人身體清潔需要」分數最高(90)，其次為 2.2「確保病人身體休息和舒適需要」(89)，以 2.5「確保病人活動需要」分數最低(68)。

目標三有六個子目標，以 3.1「入院時病人之環境介紹」分數最高(87)，其次為 3.2「護理人員對待病人之禮節」(84)，以 3.6「護理計畫過程應包含家屬」分數最低(29)。目標四有二個子目標，4.1「病人的護理記錄」分數較高(76)，4.2「評價病人對治療的反應」分數較低(35)。

比較四個目標之品質分數（見表 32-2），可以看出全責外科的病房在目標一（73 分）、目標二（91 分）及目標三（75 分）的分數均高於其他三個病房；全責內科病房在目標四（74 分）的分數高於其他三個病房；成組外科護理在目標一（53 分）、目標二（79 分）及目標三（59 分）上的分數最低，成組內科在目標四的分數最低（49 分）。

## 二、驗證假設

假設一：用 RMT-MQNC 護理品質量表測量護理品質分數，不因護理模式不同，而在全責或成組護理的護理品質分數有差異。

因計分分數是以百分數計算，需經反正函數轉換(Arcsine Transformation)後再做變異數分析。研究結果驗證，護理品質分數因全責或成組護理模式不同而有差異（見表 34-3， $F = 1538$ ， $p = 0.0001$ ）。以 Student Newmankeuls 及 Least Squares Means Contrasts 統計法（表 34-4）檢定，結果顯示全責護理的護理品質在目標一、二、三及四上均有意義地高於成組護理品質分數。由表 34-5 可看出，目標一全責護理品質分數為 72.80 分，成組為 53.22 分( $p = 0.0001$ )；目標二全責分數為 90.03 分，成組為 81.09 分( $p = 0.0078$ )；目標三全責分數為 73.02 分，而成組為 60.02 分( $p = 0.0005$ )；目標四全責分數為 70.38 分，成組分數為 50.10 分( $p = 0.001$ )，二組之間均有顯著差異。

假設二：用 RMT-MQNC 護理品質量表測量護理品質分數，不因科別不同而在內科與外科護理的護理品質分數上有差異。

研究結果驗證，護理品質分數不因科別——內科外科不同而在護理品質分數上有差異（ $F = 0$ ， $p = 9676$ ，見表 34-3）。由表 34-6 可以看出目標一內科護理品質分數為 63.64 分，外科 62.37 分；目標二內科為 86.96 分，外科 84.15 分；

表 34-3 反正函數轉換(Arcsine Transformation)之變異數分析

變異來源	SS	MS	DF	F	P
內科：成組對全責	0.156	0.156	1	76.60	0.0001*
外科：成組對全責	0.157	0.157	1	76.98	0.0001*
成組對全責	0.313	0.313	1	153.58	0.0001*
外科對內科	0.000	0.000	1	0	0.9676
主要效果：病房	0.313	0.104	3	51.19	0.0001*
誤差	0.037	0.002	18	—	—

注：\*是代表  $P < 0.05$ 。

表 34-4 成組與全責護理模式在目標上以 Least Squares Contrasts 檢定之結果

	成組 目標一	全責 目標一	成組 目標二	全責 目標二	成組 目標三	全責 目標三	成組 目標四
全責目標一	0.0001*						
成組目標二	0.0001*	0.0015*					
全責目標二	0.0001*	0.0001*	0.0078*				
成組目標三	0.0679	0.009*	0.0001*	0.0081*			
全責目標三	0.0001*	0.8718	0.0024*	0.0001*	0.0005*		
成組目標四	0.4536	0.0001*	0.0009*	0.0001*	0.0124*	0.0001*	
全責目標四	0.0001*	0.4813	0.0002*	0.0001*	0.0062*	0.3878	0.0001*

注：\*是代表  $P < 0.05$ 。

目標三內科為 67.97 分，外科 65.08 分；目標四內科為 58.27 分，外科 62.21 分；均無統計學上之差異。

### 三、討論

Hausmann 等人研究發現護理品質較高的單位通常在小單位、有良好協調關係、有較多的護理人員、護理工作時數高以及推行全責護理之單位(Hausmann et al., 1976)。而 Culpepper 等人的研究也顯示推行全責護理後，在目標一、二及三上，護理品質分數顯著高於推行前之護理品質分數(Culpepper et al., 1986)。本研究用 RMT- MQNC 量表來評量護理品質，在目標一、二、三及四上全責護理的

品質分數均比成組護理品質分數為高，可能目標一、二、三及四都是以病人需要為中心，而該院全責護理是以病人為中心的護理模式，推行已有六年，因此在品質分數上全責護理分數較高。將來研究可將目標五及六加入，以便探討「病房常規」或「行政管理對護理業務之支援」是否影響護理品質分數。

假設二驗證護理品質不因科別不同而在護理品質分數上有差異，這結果與美國 Medicus 公司 1983 ~ 1987 年（表 34-7）之研究結果相同。Medicus 系統公司(Medicus Systems Corporatian)是美國一家醫學電腦公司，設置於芝加哥。當初與 Rush 大學(Rush University)一同設計病人分類及護理品管系統，後來延聘專家改良 RMT-MQNC 取得品管軟體專利。Medicus 公司近五年統計 147 家醫院資料顯示：內科病房在目標一的平均護理品質分數為 64.2 分，本研究為 63.64 分；目標二的平均分數為 86.2 分，本研究為 86.96 分；目標三為 71.5 分，本研究則為 67.97 分；目標四為 63.8 分，本研究為 58.27 分。由此可見，二者之間有頗多相似之處（見表 34-6 與表 34-7）。

Medicus 公司近五年統計 180 家醫院外科病房護理品質在目標一的分數為 65 分，本研究為 62.37 分；目標二的分數為 87.4 分，本研究為 84.15 分；目標三的分數為 72.8 分，本研究為 65.08 分；目標四的分數為 64.2 分，本研究為 62.21 分，有頗多雷同之處（見表 34-6 與表 34-7）。在護理品質目標「確保病人生理需要」上護理人員較易達到標準，然而在「執行護理目標之評值」上品質較差，中美相同，均有待加強與改進。

Haussman 和 Hegyvary 的研究顯示護理品質分數低於 50 分的是子目標 1.3、3.5、3.6 及 4.2(Haussmann et al., 1976)。本研究分數低於 50 分的為 1.3、1.4、3.5、3.6 及 4.2，Haussman 和 Hegyvary 之研究有相同結果，可見中美護理缺點有相當多雷同之處。因此如何加強「病人現況評估」、「護理記錄內容」、「對維護病人健康及預防疾病之衛教」、「護理計畫過程應包含家屬」以及「評值病人對治療的反應」是改善護理品管之當務之急。再者由子目標以及每一項標準評分中均可具體地看出護理工作之優缺點，有助行政者及教育家認清護理工作之所長及所短。優點應給予激勵，可促進護理人員工作滿意度，缺點則有助教學者改善課程設計及教學目標，輔助護理人員運用護理過程達到目標。

表 34-5 全責護理與成組護理之護理品質分數

護理品質目標及子目標	成組護理	全責護理
1.0 擬訂護理計畫	53.22	72.80
1.1 入院病人情況評估	65.85	79.60
1.2 入院時一般醫療護理資料	72.78	79.83
1.3 病人現狀評估	9.93	46.36
1.4 護理記錄內容	24.70	58.62
1.5 護理計畫與醫療計畫之協調	52.15	76.89
2.0 確保病人生理需要	81.09	90.03
2.1 預防病人意外受傷	80.20	90.21
2.2 確保病人身體休息和舒適需要	87.72	91.29
2.3 確保病人身體清潔需要	88.52	91.49
2.5 確保病人活動需要	49.65	85.66
2.6 確保病人營養和身體平衡需要	83.38	90.85
2.7 確保病人排泄需要	69.66	85.91
3.0 確保病人心理及社會需要	60.02	73.02
3.1 入院時病人之環境介紹	85.30	87.86
3.2 護理人員對待病人之禮節	78.43	89.49
3.3 尊重病人隱私及權利	72.16	86.08
3.4 確保心理情緒需要	47.80	65.35
3.5 對維護病人健康及預防疾病之衛教	34.82	63.93
3.6 護理計畫過程應包含家屬	22.68	35.38
4.0 執行護理目標之評值	50.10	70.38
4.1 病人的護理記錄	72.42	82.34
4.2 評值病人對治療的反應	16.62	52.44

注：原 RMT-MQNC 護理品質量表中的目標 2.4 不適用於本研究，故予刪除。

## 結論

本研究綜合以上資料得到的結論為：

1. 全責護理在目標一、二、三及四的護理品質分數有意義地高於成組護理品質分數。
2. 外科護理與內科護理品質分數在目標一、二、三及四上均無顯著差異。

表 34-6 全責護理與成組護理之品質分數

護理品質目標及子目標	內科病房	外科病房
1.0 擬訂護理計畫	63.64	62.37
1.1 入院病人情況評估	74.15	71.30
1.2 入院時一般醫療護理資料	77.80	74.80
1.3 病人現狀評估	25.04	31.25
1.4 護理記錄內容	39.86	43.46
1.5 護理計畫與醫療計畫之協調	66.72	62.32
2.0 確保病人生理需要	86.96	84.15
2.1 預防病人意外受傷	88.46	82.96
2.2 確保病人身體休息和舒適需要	89.75	89.26
2.3 確保病人身體清潔需要	88.79	91.22
2.5 確保病人活動需要	69.50	65.81
2.6 確保病人營養和身體平衡需要	87.86	86.37
2.7 確保病人排泄需要	82.95	72.61
3.0 確保病人心理及社會需要	67.97	65.08
3.1 入院時病人之環境介紹	87.12	86.04
3.2 護理人員對待病人之禮節	84.55	83.36
3.3 尊重病人隱私及權利	79.91	78.34
3.4 確保心理情緒需要	59.91	53.24
3.5 對維護病人健康及預防疾病之衛教	50.71	48.04
3.6 護理計畫過程應包含家屬	31.59	24.47
4.0 執行護理目標之評值	58.27	62.21
4.1 病人的護理記錄	76.89	77.87
4.2 評值病人對治療的反應	30.33	38.73

## 建議

### 一、對未來研究之建議

限於人力、時間、經費等因素，本研究只選內外科病房測試護理品質，將來研究：

1. 可將原量表適用於婦產科、小兒科、急診室及精神科等方面之各項標準修訂，建立其信度及效度，試用於其他單位。
2. 可進一步研究影響護理品質因素，如組織結構；單位護理人員之知識、態度



表 34-7 美國 Medicus 公司統計 1983~1987 年內科及外科病房護理品質分數資料

年 份	護 理 目 標	內 科 病 房		外 科 病 房	
		平均數	標準差	平均數	標準差
1983	1. 擬訂護理計畫	64	7.5	64	7.5
	2. 確保生理需要	84	4.4	86	5.5
	3. 確保心理社會需要	69	7.0	69	5.0
	4. 執行護理目標之評值	61	8.0	63	6.5
1984	1. 擬訂護理計畫	66	6.5	67	8.5
	2. 確保生理需要	86	4.0	89	3.5
	3. 確保心理社會需要	71	6.5	73	11.0
	4. 執行護理目標之評值	64	8.5	65	9.0
1985	1. 擬訂護理計畫	66	7.5	67	8.0
	2. 確保生理需要	87	4.5	88	4.0
	3. 確保心理社會需要	74	6.0	75	7.0
	4. 執行護理目標之評值	66	8.5	66	8.5
1986	1. 擬訂護理計畫	61	13.0	59	10.0
	2. 確保生理需要	87	4.5	86	5.0
	3. 確保心理社會需要	72	6.0	72	6.5
	4. 執行護理目標之評值	60	8.5	63	9.0
1987	1. 擬訂護理計畫	63	9.5	68	11.0
	2. 確保生理需要	87	6.0	88	3.5
	3. 確保心理社會需要	72	5.0	75	5.5
	4. 執行護理目標之評值	64	11.0	64	12.5
五年平均分數	1. 擬訂護理計畫	64.2	8.8	65.0	9.0
	2. 確保生理需要	86.2	4.7	87.4	4.6
	3. 確保心理社會需要	71.5	6.1	72.8	7.0
	4. 執行護理目標之評值	63.8	8.9	64.2	9.1

、行為；督導長的知識、態度、行為及期望；護理人員結構與過程、過程與結果、結構與結果或結構—過程—結果三者之間的關係。

3. 可比較全責護理與成組護理的成本花費及護理效益。

## 二、對護理品質評鑑工作之建議

1. 觀察員一定要嚴格訓練，以確實建立評分者信度。

2. 建議將品質評估結果讓每一位護理人員了解，目的在使護理人員了解工作要求之標準，以期建立工作標準化。
3. 建議讓護理人員了解觀察員是如何觀察記錄、如何評分的，以確實建立單位品管觀念，做為將來由護理部推及各單位自行負責推行品管之參考。
4. 品質管制及評鑑工作不論記分或統計方式皆須電腦化才能節省時間，在最短時間內得到最新及最快的結果，使品管的工作更具效益。

## 致謝

本研究承美國伊利諾大學芝加哥分校教授 Dr. Diana Biordi 的剴切指導，Dr. Wilton Barham, Dr. Shu-pi Chen, Dr. Diana Barhyte, Dr. Alice Dan 及 Dr. Patel 等教授在研究及統計學上的指點；護理專家高紀惠博士、護理顧問王瑋、護理顧問 Virginia Lan、蘇惠明教授及李萍女士等在效度處理上的細心評審，四位觀察員——蘇慧芳、謝碧晴、蘇逸玲、陳瓊香的審慎觀察及記錄、電腦中心彭國榮先生資料分析與統計處理，才使本研究能順利完成，特此致謝。最後，筆者要向參與本研究及提供改善護理品質的所有朋友及病友致最誠摯的謝意。

本章轉載自：徐南麗、蘇慧芳、黃宜穎(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。徵求原刊載單位及原作者同意後，在本書編輯過程中，文字、圖片經作者與編者重新編輯整理。

## 本章習題



### 問題討論

- 一、請說明全責護理及成組護理在定義及實施方式上有何不同？
- 二、看完本章節您對於全責護理有何見解呢？請至少列出五項說明其優缺點？
- 三、您對成組護理的看法如何？請舉出三大優缺點並加以分析。
- 四、請比較全責護理與成組護理在品質上有何差異？
- 五、請比較全責護理與成組護理在擬訂護理計畫上有何差異？
- 六、請比較全責護理與成組護理在確保病人生理需要上有何差異？
- 七、請比較全責護理與成組護理在確保病人心理及社會需要上有何差異？
- 八、請比較全責護理與成組護理在執行護理目標之評值上有何差異？
- 九、您心目中理想的護理模式為何？請舉例說明之。
- 十、您心目中理想的護理品管內容包含什麼？請舉例說明之。

## 引用文獻

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.

Betz, M. et al.(1980). Cost and quality: Primary and team nursing compared. Nursing and Health Care, 7 (10), 150-157.

Chavigny, K., & Lewis, A.(1984). Team or primary nursing care? Nursing Outlook, 32(6), 322-327.

Corpuz, T.(1977). Primary nursing meets needs, expectations of patients and staff. Hospitals, 51(11), 95-100.

Culpepper, R. C. et al.(1986). The effect of primary nursing and nursing quality assurance. Journal of Nursing Administration, 16(11), 24-31.

Daeffler, R. J.(1975). Patients' perception of care under team and primary nursing. Journal of Nursing Administration, 5(3), 20-26.

Daniel, W. W.(1983). Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences(3rd ed.). New York: John Wiley & Sons.

DeGeyndt, W.(1970). Five approaches for assessing the quality of care. Hospital Administration, 15(1), 21-42.

Donabedian, A.(1966). Evaluating the quality of medical care. Millbank Memorial Fund Quarterly, 64, 166-206.

Eichhorn, M. L., & Frevert, E. I.(1979). Evaluation of primary nursing system using the quality patient care scale. Journal of Nursing Administration, 9(9), 11-15.

Felton, G.(1975). Increase the quality of nursing care by introducing the concept of primary nursing. Nursing Research, 24(1), 27-32.

Giovannetti, P.(1980). A comparison of team and primary nursing care system. Nursing Dimension, 7(4), 96-100.

Hamera, E., & O'Connel, K. A.(1981). Patient-centered variables in primary and team nursing. Research in Nursing Health, 4, 183-192.

Hausmann, R. K. D., & Hegyvary, S. T.(1974). Monitoring quality of nursing care. Health Service Research, 9, 135-148.

Hausmann, R. K. D., & Hegyvary, S. T.(1976). Field testing the nursing quality monitoring methodology: Phase II. Nursing Research, 25(5), 324-331.

Hausmann, R. K. D., & Hegyvary, S. T.(1977). Monitoring quality of nursing care, Part III: Professional review for nursing: An empirical investigation. DHEW Publication No. HRA 77-70.

Jelinek, R., Hausmann, R. K. D., & Hegyvary, S. T.(1974). Methodology for monitoring quality of nursing care. Chicago: National Institutes of Health, Rush-Presbyterian-St. Luke's Medical Center, and Medicus Corporation.

MacDonald, M. Z.(1975). Quality assurance — A joint venture. Paper presented at an open forum at the 1975 NLN convention, New Orleans. Quality assurance in an institutional nursing service(# 15-1595). NLN publication, pp.1-6.

Nightingale, F.(1958). Notes on matters affecting the health, efficiency and hospital administration at British Army. London: Harrison & Sons.

Phaneuf, M.(1976). The nursing audit: Self-regulation in nursing practice. New York: Appleton-Century-Crofts.

Shukla, R. K., & Turner, W. E.(1984). Patients' perception of care under primary and team nursing. Research in Nursing and Health, 7, 93-99.

Suchman, E. A.(1967). Evaluation research: Principles and practice in public service an social action programs. New York: Russell Sage Foundation.

Wandelt, M. A., & Phaneuf, M.(1972). Three instruments for measuring the quality of nursing care. Hospital Topics, 20-23.

Williams, F. G., & Stewart, M. T.(1980). Pilot unit shifts to primary nursing. Hospitals, 54(2), 112-115.

Zimmer, M. J.(1974). Quality assurance for outcomes of patient care. Nursing Clinics of America, 74(9), 305-315.

## 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。

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、顧乃平(1999)·護理行政與病室管理·台北：匯華。

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。
- 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。
- 陳月枝等(2000)·護理專業問題研討·台北：華杏。
- 陳楚杰(1993)·護理行政管理學·台北：匯澤。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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。
- Donabedian, A.(1969). Some issues in evaluating the quality of nursing care. American Journal of Public Health, 69(59), 1833-1836.
- Donabedian, A.(1980). The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor: Health Administration press.
- Hegyvary, S. T., & Haussmann, R. K. D.(1975). Monitoring nursing care quality. Journal of Nursing Administration, 5(5), 17-26.
- Joint Commission on Accreditation of Hospitals(1976). Accreditation manual for hospitals.
- Lang, N. M.(1980). Quality assurance in nursing: A selected bibliography. DHEW Publication.
- Phaneuf, M., & Wandelt, M.(1981). Three methods of process-oriented nursing evaluation. Quality Review Bulletin, 1981(8), 8-21.
- Schmadl, J. C.(1979). Quality assurance: Examination of the concept. Nursing Outlook, 79(7), 462-465.
- Zimmer, M. J.(1974). Development of sets of patient health outcome and criteria by panel of nurse experts. Final report on project No. 7, Madison Wisconsin Regional Medical Program, University of Wisconsin-Milwaukee, College of Nursing.