護理能力量表之建立與評值

徐南麗

摘要

本研究之研究目的在:(1)建立護理人員護理能力評估量表，(2)了解進階制度實施前後護理人員的六大能力，(3)比較並評值進階制度實施前、後護理人員六大能力之優缺點，(4)比較護理人員Nl,N2,N3,N4進階分級之護理六大能力分數。以作為改進教學及服務品質之參考。研究對象為某醫院中心基層護理人員，採分層隨機抽樣方式，調查進階制度實施前及一年半後護理人員的護理能力。參與前測之護理人員共321位;參與後測之護理人員計222位。前後問卷測．信度Crohbach α分別為0.96與0.97，效度採內容及專家效度。用Likert五分法測護理能力。研究結果顯示實施進階制度前護理六大能力，以照護能力平均分數最高(4.04);其次依序為溝通能力(3.95);教學能力(3.83);管理能力(3.69);成長能力(3.60);而研究能力最低(2.85)。進階制度推行前、後的六大能力以t-test比較並無顯著差異，然Nl,N2,N3,N4護理人員在六大能力均有顯著差異。六大護理能力中的「照護能力」，以執行醫囑分數最高；確認社會問題分數最低。「研究能力」以查詢護理所需資料分數表高，發表護理研究報告分數最低。未來研究建議將批判性思考能力列入第七項護理能力，再針對護理能力缺失之處加強訓練，以期改善課程設計，進而提昇護理品質及專業能力。

關鍵詞：臨床進階制度、護理能力、評值

一、前言：

隨醫療科技日新月異，護理內容也隨之愈加複雜與繁重，對經一般護理教育所培訓出來畢業生而言，由於無法完全配合醫療的進步，因而在臨床多元化工作環境，出現不適應而離職或調適不良的現象，故各醫療機構紛紛加強職前訓練、在職教育訓練或建立護理專業能力分級制度來協助生手熟練技巧，給予教育訓練培育人才、留住人才，以維持護理服務品質(Western,l994)。

經由臨床能力分級制度的建立，可提供各級護理人員有系統的護理知識及技術訓練，滿足護理人員專業之求知需要;可以促進護理人員之成長，更能增廣其服務之領域；重規專業能力，及留住專業人才，建立穩定優良之基層人力基礎(徐，2001);提高病人的滿意度，保障病人的權益，提升護理服務品質;可以激勵護理人員的工作士氣;留任資深而優秀的護理人員，突破人事升遷上的瓶頸，建立一公平合理之護理人員升遷制度;肯定護理人員的專業能力，建立個別之生涯規劃，臨床進階制度可確認護理人員的護理能力(Guerrero, & Hansen, 1993；pettnoy, l998；StrzeIecki, 1989；Zimmer, 1972)。

「能力」對於專業的權威而言非常重要，因為專業化的判定乃決定於成員的能力或專業效能(Deane & Campbell, 1985)，護理人員所具備的專業護理能力，對於護理專業權威性非常重要，護理人員所擁有的護理能力，也會影智其職業生涯(于、馬，1993；Buckenham, 1987；Cruickshank, Mackay, MatSuno, & Wiliams, 1994)。而提供

病患護理照顧之護理人員其能力及所執行護理標準，對於護理照顧品質影響甚鉅(Westerm, 1994)，因此護理人員之護理能力程度實為專業主管所關心，故研究者希望能建立一護理能力評估量表，提供臨床護理主管實行護理能力進階時評值，以了解護理人員能力特質，不足處提供相關改善措施 (如:在職訓練課程安排，獎勵制度等)，進而提高護理人員能力，提昇護理照護品質。

二、研究目的：

本篇研究之研究目的為:

(一) 建立護理人員護理能力評估量表。

(二) 了解進階制度實施前護理人員的六大能力。

(三) 了解進階制度實施後護理人員的六大能力。

(四) 比較並評值進階制度實施前、後護理人員六大能力。

(五) 比較Nl,N2,N3,N4進階分級不同之護理能力找出優缺點，以作為改進護理臨床教學及服務品質之參考。

三 、研究假設：

(一)實施進階制度前與後護理能力在六大能力上有顯著差異。此六大能力為照護能力、溝通能力、教學能力、管理能力、研究能力、自我及專業成長能力。

(二)Nl，N2，N3，N4護理人員因進階分級不同，在護理六大能力上有顯著差異。

四、名詞定義：

(一)、照顧能力：係指評估、計畫、執行、評值病人健康問題及需要，經由護理過程獲得改善及成效之能力。

(二)、溝通能力：係指能夠運用溝通技巧或新訊息，有效與病人、家屬、醫師及同事溝通協調的技能。

(三)、教學能力：係指能提供病人及家屬護理指導及諮詢，並負責實習學生指導、護理人員在職教育之能力。

(四)、管理能力：能應用技巧與其他人員共同推展護理業務，含規劃、組織、人事管理、領導和控制等能力。

(五)、研究能力：係指能發現研究問題、資料查詢、計畫執行、寫作及運用研究成果之能力。

(六)、自我與專業成長能力：係指認清自己在醫療系統角色，及參與專業組織，遵守專業倫理、充實自己，能終身學習成長的能力。

(七)、批判性思考能力：運用以目標為導向定義的獨立思考與內省過程，審慎計劃評斷資訊等資料的重要性，並在關鍵時刻提供合宜的護理活動。

五 、文獻查證

(一) 護理能力的定義

DeBack及Mentkowski兩位學者於1986年對護理能力之定義如下為:「護理能力(Nursing competence)是指個人在廣泛範圍才能表親出的一種能力之一，而此能力是由護理專業訓練課程所發展出來，可以視為是護理教育課程的結果」。護理能力意指護理學生在成為正式護理人員時所應具備的能力 (于、馬，1993)。

(二) 護理能力的分類

學生要培養十大能力，針對技職教育中，「護理與保育群」類各級學制需培養的一般能力含：理性思辯、溝通、解決問題、團隊合作、科技應用、管理學習等七大能力。職校、五專、技大在教學目標及培養能力，除配合其在護理方面將培育保健員，護士、護理師等人力外，也分別在認識、理解、應用有層次上差異(林、徐，陽，廖，郭，蘇，黃等2001)。

經文獻探討歸納護理能力分為照顧、溝通、教學、管理、研究、自我與專業成長；近年來，以問題為導向的教學策略 (Problem Based Learning；PBL)及批判性思考能力倍受重視(于、馬，1993; 白、徐，1999; 徐、鍾、白、郭、林、陳，1994; 譚，2000)。雖然六大護理能力都必須運用批判性思考能力，然有人建議護理能力評估量表也應加入批判性思考能力，教育部也提出相同看法，因此研究者計劃在未來研究中會考量此能力。

(三) 護理能力相關研究：

Selvley, Bontrager, Hirsh, 及 Daley(1991)指出大學畢業之護理人員比較能夠提供病人整體護理，且善於溝通及具教學技能。Ahrens 及 Padwojski(1990)所做的調查發現高職畢業的護理人員自評結果，認為在技術與行政技能均比大學及專科畢業的護理人員強，但在教學及研究方面則比大學畢業護理人員能力差。另有研究卻指出大學畢業之護理人員自覺溝通能力優於專科及高職畢業之護理人員(Cooney, 1992 ; Emblem & Gray, 1990)。Ashworth 及 Morrison(l991)之研究則指出由督導評值護理人員，發現大學畢業者在溝通、行政以及護理照顧技能均高於專科及高職之護理人員。林(1988)研究報告亦指出大學畢業護理技能、溝通技巧與行政能力得分最高，其次為高職畢業護士，專科畢業的護士列第三：年齡及職稱與能力有關:大部份的高職與專科畢業之護理人員，執行護理技術能力較強，但行政能力較差。林(1988)所做的研究也指出護理能力與職稱、年齡有關，過半數的護理人員認為學校較重視護理技能。Kreider及Barry(1993) 研究結果發現服務年資與護理能力有關，服務年資越高，護理能力越強。于(1991)所做研究發現，影響護生領導能力的重要因素有:臨床壓力適應情形、對護理的興趣、工作重要性之看法、家庭社經狀況。護生之家庭社經狀況愈好，對臨床壓力適應情形愈好，整體護理能力愈高。曾、尹、陳(1997)研究顯示護理人員能力與工作場所、培訓階層及輪調原因均有顯著差異。白及徐(1999)研究顯示護理人員自評最佳能力依序是照顧能力、溝通能力、教學能力及管理能力;自我與專業能力及研究能力較差。個人特質如年齡、教育程度、參加進階意願等因素在護理能力上均有顯著差異。譚(2000)認為批判性思考能力與原護理六大

能力有直接影響，其亦會影響護理品質優劣，並建議培育護理人員具備批判性思考的能力，協助克服未來日趨複雜的醫療環境挑戰。

六、研究方法：

(一) 研究對象

為某醫學中心剛分級的Nl,N2,N3,N4基層護理人員，該醫學中心於民國88年11月完成40年來護理人員進階考試。實施進階制度前調查時間為88年11月，樣本數為321人，實施進階制度後調查時間為90年7月，實施分級後1年半，樣本數為222人，採分層隨機抽樣方式收案。

(二) 研究工具

參考徐曼瑩等人發展的「各層級畢業生專業能力」、白玉珠發展出的「醫學中心護理人員能力及相關因素量表且及專家諮詢意見，加以修改為問卷工具，問卷內容第一部份為基本資料；第二部分基本能力，包括六大護理能力，照顧、溝通、教學、管理、研究及自我與專業成長能力(簡稱成長能力)。依護理過程、行政管理過程、研究過程及認知、情意、技能層級加以設計。

(三) 評分方式

護理能力以Likert Scale五分法表示，1分表示無法做到，2分表示大部分做不到，3分表示尚可做到，4分表示大部分能做到，5分表示完全能做到。因此1-5分程度之分界點定為1.5分以下，1.6-2.5分，2-6-3.5分， 3.6-4.5分，4.6分以上，即1.5分以下表示無法做到，1.6-2.5分表示大部分做不到，2.6-3.5分表示尚可做到，3.6-4.5分表示大部分能做到，4.6分以上表示完全能做到。

(四) 信效度

本研究問卷是由某醫學中心的教委會同仁及二十位護理專家，依護理人員應具備之六大能力為架構，經多次會議討論內容，共同修改問卷，因此有其內容及專家效度。

關於信度:實施前樣本共321份問卷，68項護理六大能力採Cronbach’s alpha值為0.96。實施後樣本共222份問卷，68項護理六大能力採Cronbach’s alpha值為0.97。二次均有良好的信度。

(六) 資料整理

填寫回來的問卷經主持人、統計專家與研究助理等人進行資料整理分析與審閱，剔除無效問卷後，以SPSS套裝軟體進行統計分析。以平均數、標準差、t-test、ANOVA、Correlation、Schcffe’s test、Stepwise Regression等方法分析。

七、結果與討論：

(一) 研究對象的基本資料:

進階制度實施前，年齡以26-30歲最多，佔50.8%；96.3%均為專科以上程度，

服務年資3年以上者佔86%。.82.8%的人都願意分級，自認為N2級人員最多，佔59.2%，自認N3者次之佔28.3%，而實際分級N2，佔 89.1%，N3佔6.9%，N4佔0.6%。進階制度實施後26-30歲人數仍最多，但只佔32.9%，31-35歲次之佔29.3%。89.2%的人願意分級，44.1%的人自認為N2，27.5%自認N3；實際分級結果54.1%為N2，16.2%為N3，90%為N4，在主客觀分級上是有差異的。

(二)實施進階制度前後六大護理能力得分情況:

1．進階制度實施前

(1) 照護能力(17項，見表一)得分最高前三項依序為執行醫囑(4.59分)、觀察生命徵象 (4.55)、協助檢查與治療(4.41);得分最低前三項依序為確認社會問題(3.44)、評估社會健康問題(3.45)、確認心理問題(3.59);表示在臨床工作忙碌的環境下，護理人員能提供一般例行性工作，含非獨立護理功能及協助醫師執行醫囑，然而在運用護理過程評估，及深入了解每位病人個別性心理社會問題上，仍有待改進。

(2) 溝通能力(10項)得分最高前兩項依序為提出病情報告(4.26分)、能接受與關心病人(4.23);得分最低兩項依序為主持會議 (3.61)、提供聯繫與轉介的服務 (3.79);表示護理人員在照護病患時，處理個案間溝通能力良好，但對於醫療團隊間溝通，及協調聯繫的能力較差，可能與平日這些工作多仰賴護理行政主管或資深護理人員執行有關。

(3) 教學能力(11項)得分最高前三項依序為適時給予護理指導(4.57分)、教導護理照顧方法(4.09)、提供出院指導 (4.01)；得分最低前三項依序為評值在職教育(3.10)、主講在職教育活動(3.41)、執行團體護理指導(3.66)。表示護理人員在提供個別病患的衛教教學能力良好，但是在主持團體衛教及在職教育教學能力較缺，同時在評值教學活動較高層次之能力亦尚待加強。

(4) 管理能力(10項)得分最高前兩項依序為安排護理措施優先順序 (4.17分)、有效控制工作時間(4.05);得分最低前兩項依序為應用領導統御技巧(3.25)、提昇滿意度(3.30);呈現護理人員在控制個人時間以及安排護理工作優先順序上分配得當，但對於如何帶領同仁、提昇工作滿意度等行政管理能力較缺乏。

(5) 研究能力(10項)得分最高前兩項為查詢護理所需資料(3.33分)、了解護理研究發展(3.25);得分最低前兩項依序為發表護理研究報告(2.33)、正確評論護理報告(2.37);表示護理人員在研究方面，懂得如何收集資料進行文獻查證，並從中了解護理研究發展的現況與趨勢，然而對於如何發表研究論文以及正確評論護理研究報告能力，尚待加強，與陳、徐、葉(2001)依護理進階制度理念調查加護病房在職教育育有相同需求。

(6) 自我與專業成長能力(10項)得分最高前兩項依序為遵行專業倫理規範(4.05分)、了解優缺點(4.08);得分最低前兩項依序為書寫護理行政專案(2.22)、書寫N3個案報告(2.71)。表示大多數護理人員均能堅守工作崗位，了解自我優缺點、潔身自愛、努力工作。N3層級書寫個案報告、N4行政專案書寫得分較低，原因可能與基層護理人員大多缺乏論文寫作、組織、及統整的能力有關。

(7) 護理能力總平均分數為3.77分，表示護理人員對個人護理能力大部分是滿意，但仍有很大空間尚待努力突破，以求持續品質提昇。

(8) 六大護理能力此較：以照護能力最高(4.04分)，研究能力最低(2.85分);分數高低

依序為照護能力>溝通能力>教學能力>管理能力>自我及專業成長能力>研究能力。

2．進階制度實施後護理能力得分狀況，與實施前在六大能力排行榜有一致的情況，除管理能力略有差別外，其餘能力分數在進階前後比較，均無差異。得分最高及最低之前兩名排序也是相同的。在管理能力方面，得分最低前兩項依序為應用領導統御技巧(3.24)、監控護理品質(3.37)。雖與進階前比較在提昇滿意度上略有進步(3.46；3.30)，且在監控護理品質上，也由3.34提昇至3.37，但仍表示在行政管理，如指導、控制方面，需要帶領別人提昇品質的能力上，尚需加強。

(三) 六大護理能力得分與進階分級護理能力的評值:

由進階前六大護理能力得分人數及百分比可見，護理人員認為「大部份能做到」者，在照顧能力方面佔96.5%，溝通能力 92.8%，教學能力87.5%，管理能力84.1%，研究能力39.9%，自我成長能力80.7%，以總護理能力而言，90%的人認為「大部份都能做至到」。此外，進階制度前(表二)、後以變異數分析及薛費法檢定結果，都顯示六大護理能力分數有顯著差異。例如照護能力N4能力總是優於N3層級(4.48>4.22)，N3能力優於N2層級(4.22>4.00)，N2層級優於Nl層級(4.00>3.69)，且各組均有顯著差異，表示某醫學中心護理人員在實施護理進階制度前後，即具有良好的護理分級能力，但在實施進階制度後卻顯示護理能力在「整體」提昇上，並無顯著差異，分析可能原因如下:

1．該醫學中心本已有良好的教育訓練制度，並定期舉辦各種在職教育活動，如:CPR、ACLS、專題演講、護理諮詢、行政訓練班、研究訓練班等，因此，進階制度所規定20小時在職訓練，大部份都能達到，進階制度後所提供的在職教育訓練課程其實在進階制度推行前已實施多年，因此護理人員的六大能力在進階制度實施前後無顯著差異。

2．進階前護理能力最優者，為 「照護能力」，護理人員大都能做好時間管理、安排優先順序，以臨床服務為先、教學次之、研究第三，顯示護理人員在有限的人力及時間下，以優先做好臨床工作為要。而研究結果也呈現護理人員在個人內在(intraperson)能自我控制及做好本份範圍內的事，其能力表現均佳，而涉及人際間(jnterperson)合作層面的事宜，如:團體衛教、主持會議等，及較高層次護理能力，如:領導、品管、研究，表現較差，可能與未受行政管理訓練有關；再者，不同層級的護理人員，其六大護理能力表現上，應有不同層次的區別，亦即照顧能力方面，N4表現能力應強於N3、N2及Nl。未來若能依六大能力設計進階課程，依Nl-N4不同階層設計不同層級的教學目標與課程內容，並設計符合該層級能力的評量試題，可能更能測出護理能力。

3．教學目標有認知、情意、技能三大領域，各領域有不同層級的目標，例如:認知領域由下而上分別為知識、理解、應用、分析、綜合、評鑑組成六個層級，此六個目標如同階梯，需循序漸進，因此不同能力者，在認知領域中，應有不同的目標層級;課程設計雖有依六大能力護理過程為架構，但未依不同進階層級設計深淺不同的教學目標與內容，也可能是護理能力在實施進階制度前後無顯著差異原因之一。

表一、護理六大能力之平均數、標準差與t考驗

護理六大能力	實施前		實施後		t-test	
	平均數	標準差	平均數	標準差	t 值	p 值
一、照顧能力	4.04	0.32	4.03	0.47	0.38	0.69
1.觀察生命徵象	4.55	0.56	4.51	0.58	0.91	0.36
2.評估身體健康問題	4.18	0.56	4.17	0.60	0.21	0.83
3.評估心理健康問題	3.79	2.29	3.71	0.70	0.54	0.58
4.評估社會健康問題	3.45	0.71	3.49	0.78	-0.05	0.57
5.確認生理問題	4.07	0.60	4.06	0.67	0.23	0.81
6.確認心理問題	3.59	0.71	3.63	0.75	-0.51	0.61
7.確認社會問題	3.44	0.76	3.50	0.78	-0.92	0.35
8.擬定護理計劃	4.05	0.62	4.06	0.71	-0.09	0.92
9.建立長短期治療目標	3.82	0.74	3.78	0.80	0.64	0.51
10.協助檢查和治療	4.41	0.64	4.32	0.67	1.62	0.10
11.執行個別化護理	4.06	1.81	3.97	0.70	-0.11	0.90
12.執行醫囑	4.59	0.56	4.53	0.58	1.35	0.17
13.使用醫療儀器	4.40	0.58	4.32	0.63	1.46	0.14
14.綜合價值觀於護理實務	4.28	2.87	4.32	0.77	-1.17	0.23
15.執行緊急醫療照顧措施	4.20	0.66	4.18	0.66	0.36	0.71
16.提供健康指導	4.18	0.64	4.05	0.66	2.32	*0.02
17.評值護理成效	4.08	2.38	3.93	0.74	0.44	0.66
二、溝通能力	3.96	0.55	3.95	0.54	0.13	0.89
18.護理專業諮詢	4.11	0.68	4.13	0.71	-0.18	0.85
19.提出病情報告	4.26	0.63	4.22	0.65	0.84	0.40
20.能接受病人與關心病人	4.23	0.60	4.20	0.63	0.57	0.56
21.給予家屬心理支持	4.01	0.70	3.95	0.69	1.06	0.28
22.促進病人參與治療計劃	3.94	0.69	3.91	0.69	0.43	0.66
23.主持會議	3.61	2.42	3.45	0.93	0.45	0.65
24.建立良好人際關係	4.00	0.71	4.04	0.64	-0.57	0.56
25.與同事分享工作經驗	3.82	0.76	3.88	0.73	-0.92	0.35
26.醫療小組成員溝通	3.89	0.72	3.95	0.73	-0.76	0.44
27.提供聯繫與轉介之服務	3.79	0.82	3.78	0.85	-0.18	0.85
三、教學能力	3.83	0.60	3.78	0.62	1.09	0.27
28.教導護理照顧方法	4.19	0.66	4.21	0.63	-0.13	0.89
29.適時給予護理指導	4.57	4.05	4.25	0.59	0.22	0.82
30.病人的護理指導	3.96	0.75	3.96	0.67	0.10	0.92
31.教導病人資源運用	3.92	0.77	3.96	0.75	-0.58	0.56
32.提供出院指導	4.01	0.73	3.97	0.74	0.73	0.46
33.執行團體護理指導	3.66	0.84	3.50	0.96	2.10	*0.03
34.鼓勵病人參與照顧計劃	4.00	0.71	3.91	0.78	1.39	0.16
35.教導預防性健康措施	3.95	0.71	3.86	0.79	1.54	0.12
36.提供實習護生臨床指導	3.72	0.84	3.66	0.85	0.92	0.35
37.主講在職教育活動	3.41	0.98	3.26	1.13	1.63	0.10
38.評值在職教育	3.10	1.03	3.05	1.04	0.57	0.56
四、管理能力	3.69	0.63	3.71	0.61	-0.40	0.68
39.安排護理措施優先順序	4.17	0.47	4.17	0.71	0.00	0.99
40.有效控制工作時間	4.05	0.74	4.02	0.69	0.55	0.58
41.執行成本控制	3.58	0.89	3.55	0.86	0.51	0.61
42.應用領導統御技巧	3.25	0.94	3.24	0.90	0.18	0.85
43.監控護理品質	3.34	0.90	3.37	0.96	-0.33	0.74
44.工作指導或協助	3.77	0.83	3.72	0.84	0.85	0.39
45.協助別人完成工作	3.97	0.76	4.02	0.75	-0.69	0.48
46.運用資源	3.77	0.77	3.91	0.76	-2.05	*0.04
47.處理偶發或衝突事件	3.66	0.76	3.68	0.76	-0.18	0.85

48.提昇滿意度	3.30	0.93	3.46	0.84	-1.96	*0.05
五、研究能力	2.85	0.79	2.98	0.77	-1.85	0.06
49.了解護理研究發展	3.25	0.90	3.41	0.92	-1.97	*0.04
50.發現護理問題	2.99	0.88	3.11	0.87	-1.53	0.12
51.參與研究資料的收集	2.88	0.89	3.09	0.89	-2.64	*0.00
52.查詢護理所需資料	3.33	0.87	3.50	0.93	-2.10	*0.03
53.研讀相關文獻	2.99	0.86	3.22	0.95	-2.93	*0.00
54.執行正確研究步驟	2.90	1.00	3.07	0.95	-2.00	*0.04
55.正確研究分析資料	2.62	0.93	2.80	0.92	-2.06	*0.03
56.發表護理研究報告	2.33	1.97	2.35	1.03	-0.05	0.96
57.正確評論護理報告	2.37	0.96	2.49	0.98	-1.34	0.17
58.選擇研究報告運用	2.87	1.95	2.80	0.97	0.49	0.62
六、自我及專業成長能力	3.60	0.61	3.68	0.64	-1.58	0.11
59.了解優缺點	4.08	0.72	4.09	0.68	-0.09	0.92
60.認清保健系統之角色	4.04	0.72	4.07	0.69	-0.33	0.73
61.尋求增進個人成長	3.97	0.77	3.99	0.73	0.17	0.86
62.利用資源改善業務	3.62	0.86	3.70	0.81	-1.03	0.29
63.書寫N3個案報告	2.71	1.17	3.09	1.35	-3.43	*0.00
64.書寫護理行政專案	2.22	0.96	2.43	1.16	-2.19	*0.02
65.願意從事護理工作	3.90	0.90	4.00	0.85	-1.23	0.21
66.積極協助護理發展	3.74	0.85	3.81	0.80	-0.95	0.33
67.加入護理專業組織	3.52	1.45	3.57	0.93	-0.41	0.68
68.遵行專業倫理規範	4.15	0.80	4.12	0.86	0.47	0.63
總能力平均分數	3.77	0.50	3.78	0.52	-0.43	0.66

*p<0.05

表二、主觀認知分級程度不同在護理能力分數上以變異數分析及薛費法檢定結果(N=321)

六大護理能力		組別	平均數	F值	p值	Scheffe's test	
1.照護能力	(1)	N1	3.69	14.35	*0.000	1>2	2>4
	(2)	N2	4.00			1>3	
	(3)	N3	4.22			1>4	
	(4)	N4	4.48			2>3	
2.溝通能力	(1)	N1	3.63	12.87	*0.000	1>3	
	(2)	N2	3.89			1>4	
	(3)	N3	4.16			2>3	
	(4)	N4	4.46			2>4	
3.教學能力	(1)	N1	3.45	21.66	*0.000	1>3	
	(2)	N2	3.72			1>4	
	(3)	N3	4.13			2>3	
	(4)	N4	4.59			2>4	
4.管理能力	(1)	N1	3.30	14.45	*0.000	1>3	
	(2)	N2	3.60			1>4	
	(3)	N3	3.93			2>3	
	(4)	N4	4.40			2>4	

5.研究能力	(1)	N1	2.58	6.34	*0.000	1>3	
	(2)	N2	2.77			1>4	
	(3)	N3	3.05			2>4	
	(4)	N4	3.58				
6.成長能力	(1)	N1	3.20	19.70	*0.000	1>3	
	(2)	N2	3.49			1>4	
	(3)	N3	3.92			2>3	
	(4)	N4	4.16			2>4	
總護理能力	(1)	N1	3.41	20.66	*0.000	1>2	2>4
	(2)	N2	3.69			1>3	
	(3)	N3	4.00			1>4	
	(4)	N4	4.37			2>3	

*p<0.05

八 、結論

由研究顯示：

(一) 進階制度實施前六大護理能力以照顧能力最佳，平均4.04分，其次為溝通能力3.95分，最差為研究能力，平均為2.85分。進階制度實施後以照顧能力最佳，平均 4.03分，其次為溝通能力3.95分，最差為研究能力，平均2.98分，兩者間並無顯著差異。

(二) 就照護能力而言：在臨床工作忙碌環境，護理人員多提供非獨立護理功能及重點護理，未能充分運用護理過程評估及獨特功能，去深入了解每個病人個別性生理社會及靈性問題。

(三) 就溝通能力而言：護理人員多著重於個案間溝通，對於醫療團隊間溝通，多仰賴護理主管。

(四) 就教學能力而言：護理人員較重視給予病人衛教，對於同事間相互間經驗交換、主持在職教育教學能力較欠缺。

(五) 就管理能力而言：護理人員較偏重個人時間分配，對於團體方面，領導技巧及提昇滿意度上較缺行政管理訓練。

(六) 就研究能力而言：護理人員在研究方面，多只是在收集資料評估階段，對於寫作出版及經驗累積，以文字整理記錄以作為經驗傳承上，未能加以靈活運用。

(七) 就自我與專業成長能力而言：護理人員大多能堅守自我工作岡位，了解自己優缺點，但在護理能力進階制度理念及分級所需達到的目標，尚有賴大家努力。

(八) 就護理能力總平均分數而言，表示護理人員們對個人護理能力是大部分滿意，但還有提昇改善空間。

(九) Nl,N2,N3,N4護理人員的六大能力在得分上均有顯著差異，以Scheffe's test測二組之間均有顯著差異，顯示分級適當。

九、研究貢獻

完成建立護理能力評估量表，測試進階制度實施前後護理能力測試，了解Nl,N2,N3,N4護理人員六大能力，並針對護理能力缺失之處加強訓練，改善課程設計，對提昇護理品質及專業能力有極大貢獻。

十、研究限制

本研究因限於人力、財力、時間，只能在某醫學中心進行測試，已完成進階制度實施初及一年半測試，然取樣人數在N3,N4人數稍嫌不足，未來若能針對N3,N4同仁進行訪談，了解實際護理能力，可能有助研究之信效度，未來研究也可加入批判性思考能力評值分析。

十一、建議

(一) 研究結果發現研究能力有待加強，N4人員於在職教育課程中應加強研究訓練，N3,N4並加強個案報告及行政專案撰寫，並以發表文章等具體做法，展現研究能力。

(二) 針對溝通能力、教學能力、管理能力方面，可由護理主管給予適度授權，任務分配，加強護理人員對團體的凝聚力，發揮其個人專長，可提高對自我成就感，此外，也依不同層級安排相關在職訓練課程。

(三) 建議探討護理能力相關性研究，可將第七項批判性思考護理能力列入評值項目，另配合教育部七大能力分組、學生十大能力與不同學制護理畢業生護理能力加以評值。

(四) 落實護理能力進階制度推行，有助於提昇護理人員照護品質，建議各醫院間應相互交流實行經驗，及相關改善措施。

十三、致謝

本研究承台北榮民總醫院經費補助，研究計劃編號為448-2，台北榮民總醫院護理部尹祚芊主任支持，教委會小組同仁的通力合作，胡慧林、汪蘋、白玉珠、辜淑琳等人的專家諮詢，林碧珠護理長的統計協助，莊淑華、陳盈帆、賴正芬、李芸茹研究助理的打字整理，才得以順利完成，特此致謝。

十四、參考資料

于瀨(1991)．台灣北部地區不同學制之應屆畢業生的心理需求，對護理的看法與護理能力之比較研究．國防醫學院護理究所碩士論文。

于漱、馬鳳歧(1993)．不同學制應屆畢業護生護理能力之比較與相關因素分析研究．護理研究，1(1)，35-49。

白玉珠、徐南麗(1999)．醫學中心護理人員護理能力及其相關因素之研究．護研究，7(2)，209-220。

林麗英(1988)．護理人員的護理技能、溝通技巧與行政能力之探討．榮總護理，5(3)，283-288。

林壽惠，徐曼瑩，陽琪，廖華芳，郭素珍，蘇慧芬，黃俊清(2001)．醫護類技職教育一貫課程規劃說明會:護理與保育類手冊．教育部技術及職業教育司。

徐南麗(2001)．護理行政與管理．台北二章杏。徐南麗、林碧珠、徐曼瑩、楊克平(2001)．比較臨床能力進階制度實施前後護理能力及影響因素分析．慈濟護理雜誌，1(1)，75-86。

徐曼瑩、鍾聿琳、白淑碧、郭素珍、林綺雲、陳美滿(1994)．台灣護理業界對

護理技職教育各層級畢業生專業能力意見之調查．教育部技術與職業教育司委託國立臺北護理學院研究報告。

陳苑琪、徐畢卿、葉卿華(2001)．依護理進階制度理念探討加護病房之在職教育需求．醫護科技學制，3(3)，267-277。

曾珍麗、尹裕君、陳郁美(1997)．護理人員能力進階制度實施成效之探討．榮總護理，14(1)，52-61。

潭蓉瑩(2000)．批判性思考-我國護理人員的第七項護理能力．護理雜誌，47(3)，52-58。

Ahrens, T. S., & Padwojski, A. (1990). Economic effectiveness of an advanced nurse clinician model. Nursing Management, 21(11),72.

Ashworth, P., & Morrison, P.(1991). Problems of competence-based nurse education. Nurse Education Today,11(4),256-260.

Buckenham, M.A. (1987). Student nurse perception of the staff nurse role. Journal of Advanced Nursing,13(5),662-670.

Cooney, A. T.(1992). An orientation program for new graduate nurses: The basis of staff development and retention. The Journal of Continuing Education in Nursing,23(5),216-219.

Cruickshank,J.F., Mackay,R. C., Matsuno, K., & William, A.M.(1994). AppraisaI of the clinical completence of registered nurses in relation to their designated levels in the Western Australian nursing carrer structure. Internatinal Journal of Nursing Studies,31(3),217-230.

Deane, D., & Campbell, J.(1985). Developing Professional Effectiveness in Nursing . Renton: A Prentice-Hall Company.

DeBack,V.,& Mentkowski,M.(1986). Does the baccalaureate make a diffence? Diffence training nurse performance by education and experience. Journal of Nursing Education, 25(7),275-285.

Emblem, J. D., & Gray.G. T. (1990). Comparison of nurses self-directed learning activities. The Journal of Continuing Education in Nursing, 21 (2) ,56-61.

Guerrero, J. H. & Hansen. M. L. (1993). Carrer ladder program. The Journal of Continuing Education in Nursing ,24(1), 32-36.

Kreider, M. C., & Barry, M., (1993). Clinical ladder development: implementing contract learning. The Journal of Continuing Education in Nursing, 24(4), 166-169.

Pettno, P. (1998). A four-level clinical ladder. Nursing Management, 29(7), 52-53.

Selvey, C., Bontrager, J., Hirsh, L., & Daley, M. (1991). Clinical evaluation day: Measuring competency. Nursing Management, 22(1), 50-51.

Strzelecki, S. A. (1989). The development of an instrument to measure the perceived effectiveness of clinical ladder programs in nursing, Temple University, (158 p).

Western, P. (1994). QA/QI and nursing competence: A combined model. Nursing rnanagement, 25(3), 44-46.

Zimmer, M. (1972). Rational for a ladder for advancement; in nursing practice. Journal of Nursing Administration, 72(6), 18-24.