

腫瘤護理品質之評值

THE EVALUATION OF THE QUALITY ON ONCOLOGICAL NURSING CARE

徐南麗、馮容莊、薛瑜

摘要

本研究是以修訂美國Rush Medicus Tool---Monitoring the Quality of Nursing Care 量表為基礎，建立本土化的腫瘤護理品質標準，並發展護理品質過程評值量表。進而依此量表進行臨床腫瘤病房之護理品質評值性研究。研究時間自民國82年8月1日起至民國83年7月31日為止。研究對象是以本院38個內外科病房所有腫瘤住院病人，以隨機取樣10為調查對象，實訪210人，先作病人分類後再取問卷(含四大類，十九份問卷)施以評值。問卷之信度採觀察員間信度(inter-rater reliability)，觀察員的一致性為90%，觀察員內在信度(intra-rater reliability)達100%一致性，效度採專家效度法。

研究結果顯示一般腫瘤住院病人的護理品質分數在目標一「擬定護理計畫」平均得分為87.11分，目標二「確保病人生理需要」得分為95.68分，目標三「確保病人心理社會文化靈性需要」得分為96.14分，目標四「執行護理目標之評值」得分為90.89分。比較不同分類腫瘤住院病人在同一目標的護理品質得分以變異數分析及Scheffe' test結果顯示：四類病人在同一目標，如目標一、二、四的護理品質得分均無顯著差異，但在目標三上有顯著差異。另比較同一類腫瘤住院病人在不同四大目標，如目標一、二、三、四的護理品質得分則有顯著差異。本研究結果可提供護理行政者、護理教師及護理人員做為改善腫瘤科護理服務品質之參考。

關鍵詞：腫瘤護理、護理品質。

前言

腫瘤護理所牽涉之層面極為廣泛，腫瘤病人所面對之問題亦是錯縱複雜。腫瘤可能侵犯任何一個器官、任何一個系統，波及個體的生理、心理、社會、文化及靈性等層面。因腫瘤護理是如此的複雜及具挑戰性，如何維持理想的腫瘤護理品質，即成為護理行政主管之極大考驗。為使各級護理人員、護生以及臨床護理品管稽核人員能有標準依循，在執行護理活動時有一定水準，以保障病人之權益，建立腫瘤護理標準及評值工具確有必要。

本研究為三年研究計畫，在第一年研究計畫中，研究者已完成腫瘤護理標準及護理「過程」品質評值工具之建立，將原RMT (Rush Medicu Tool)六大目標，28項子目標，257項準則修訂為四大目標，25項子目標，106項標準及252項準則(徐南麗，民82)，以備評值腫瘤病房護理品質；第二年的研究計畫為將已發展之護理品質評值量表修正，並進行評估與評值；第三年則為比較專科與非專科腫瘤病房之護理品質的指標，因限於篇幅，本篇研究報告僅就第二年(本年度)之研究成果提出說明。

研究目的

本研究目的有:(一)評值一般腫瘤住院病人之護理品質;(二)比較四類腫瘤住院病人在同一目標品質得分之差異性;(三)比較同類腫瘤住院病人在不同四大目標護理品質得分之差異性。

文獻查證

一、護理品質之評值

根據JCAH標準，品質保證是有目標的，有系統的評值所提供個案之護理照顧。品質保證是有組織的活動與程序為使產品達到卓越完美無缺的境界(徐南麗，民79)。品質保證是經由建立一有關護理執業的冀求標準，並計畫與提供滿足這些標準的照顧，以確保病人高品質之護理。因此，品質保證不只是一個工具，而且是一個過程。品質保證的最終產物不是在問題的確認或其解決，而是在達成適切的改變(Schmadl，1979)。

護理品質評鑑在初期多重視結構的評值，如改善人員的缺乏、醫療儀器物品之改善、工作人員考照、換照的考核以及行政組織結構的改革等;70年代轉向加強過程的評值及逐漸加重結果的評值，三方面的評值各有其目的與意義。Zimmer(1974)和Aydellotte(1973)強調護理品質應重視護理結果，但以結果為主的評值無法明顯的評值護理在心理社會方面的結果，且護理品質太過複雜，無法單獨以結果評量之。Jelinek等人(1974)認為加強護理過程，並將結構及護理結果聯合在一起的評值方法最為實際。多數學者亦同意聯合過程與結果的品質管制研究是未來發展的趨勢(Block,1975;Brook et al，1976)。JCAH已於1985年發展出評值過程的架構，並預期到1990年發展臨床及組織之結果評值工具(O'leary，1986)。

1970年代陸續發展出來許多品質評量工具。本研究所採用之Rush Medicus Tool---Monitoring the Quality of Nursing Care (RMT-MQNC)則以病人需要為經，以護理過程為緯發展六大目標:含「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」、「執行護理目標之評值」、「遵守病房常規以保護病人」及「行政管理部門對護理業務之支援」之評值工具。RMT-MQNC採現況評值，評值方式合病歷查閱，病人及護理人員的訪談，直接觀察病人或護理人員以收集品質資料，此評量表計含257項準則，再依病人嚴重度作病人分類，訂定適合各分類病人的評值量表進行護理照顧品質評值 (Hauss-mann& Hegyvary,1974)。此工具已廣泛被應用，諸如美國 Rus-Hines Teaching Nursing Home Program中，即選用修正之RMT-MQNC及家屬問卷調查來測量護理之家老人之護理品質;徐南麗(民78)亦修正RMT-MQNC在台灣使用，以比較成組護理與全責護理的護理品質，以及評值老人護理的品質(徐南麗，民80)。

二、腫瘤護理之理念

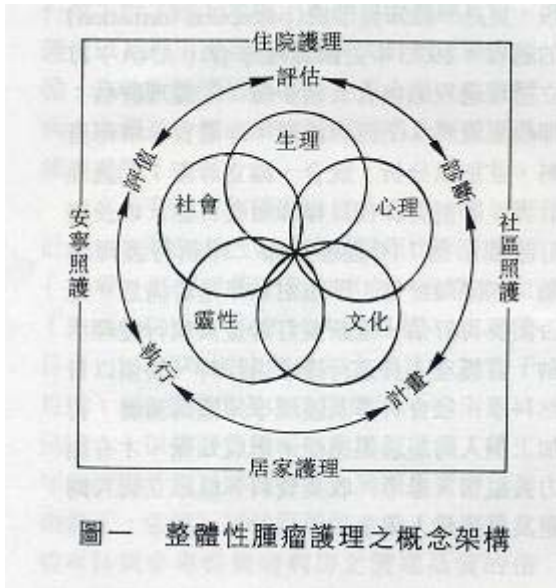
根據衛生署統計資料，自民國七十一年以來，台灣地區的十大死因中，惡性腫瘤一直穩居第一位，且八十一年每十萬人口中因惡性腫瘤死亡者有101.47人，佔所有死亡原因之19.26%，其威脅國民健康的情況已可見一斑。腫瘤是一種慢性、進行性和致命性的疾病，在身體中經過一段時期，會從正常變異常，進而增長、破壞、

轉移，當腫瘤被發現後，急性住院照護固然重要，但當腫瘤的治癒率逐漸提高，癌患生存期不斷延長，腫瘤的整體護理便不能缺少長期的、慢性的居家照護及社區照護層面，以協助病人回復到病前的生理和工作狀態(陳光耀，民76)。然而，當強悍的、侵人性的抗腫瘤治療已無法消滅腫瘤的生長和病人的痛苦時，按病人及家屬的願望，提供生理上、心理上、精神上各種舒暢、平靜、愉悅、尊嚴等服務，使病人在無痛苦中安息，使家屬在獲得充分的支持和幫助下度過沮喪期即是腫瘤護理中的最終目標，給予病人一種安寧照護 (Hospice care)，又稱善終服務 (陳光耀，民77)。

然而，護理的理念是用科學的方法幫助病人滿足生理、心理需求，以期達到預防及治療的效果，護理的對象是「人」，護理係在協助滿足人類的基本需要。當一個人的健康需要無法滿足時，護理人員須協助病人解決所面對的問題，而處理病人的健康問題是一連續不斷的過程，須運用問題解決法的步驟來進行，而護理過程即是解決問題的過程，亦是一種思想的過程 (thinking process)，也是一個有秩序的連續步驟或階段，更是一種知覺形成(perception formation)的過程。1973年美國護理學會(ANA)訂立護理過程應包含五個步驟:(1)護理評估:即收集資料;(2)護理診斷:即證實、解釋資料，並加以分析、統合、確立診斷;(3)護理計畫:即擬訂長程目標和短程目標，以及擬訂護理活動;(4)護理措施:即執行護理活動;(5)護理評值:即檢討結果是否滿意，是否需要再評估，重新擬訂計畫及執行護理活動。當護理人員進行護理過程時，必須以自然科學、社會科學及護理學知識為基礎，再加上個人的經驗與感受，形成知覺，才有能力去觀察、思考、收集資料，以確立病人問題及滿足病人需要。

概念架構

腫瘤的發生從正常細胞的癌化到癌病末期，含有初期的隱藏性和後期的多變性和致命性，因而帶給患者生理上極大的痛苦、心理上巨大的壓力，並影響生活和工作能力，傷及個人及家庭之經濟及社會關係。所以，患者和家屬對腫瘤護理的需求，反映在生理、心理、社會、文化、靈性各方面的需要上。一個理想的腫瘤護理應是整體性的護理(Total Care)，以靈活運用護理過程之評估、診斷、計畫、執行、評值等步驟，照護癌患也照護其家屬;不但護理疾病和肉體，亦要照顧其心理、社會、文化、靈性等層面。由於癌症對人類會遺有不同程度的身心殘障以及須面對癌病復發的潛在威脅，故而癌患之照護除住院期間之急性護理外，亦應該接受一套完整的慢性醫護照顧，即涵蓋居家照護、社區照護、安寧照護的延續性照護(陳光耀，民76，民77)。基於以上理念，遂發展出本研究之腫瘤護理之概念架構(圖一)。而本研究之評值架構乃依腫瘤護理之概念架構，以住院照護為重點，進行護理過程一即評估、診斷、計畫、執行與評值等步驟之評值。



一、研究對象

本研究是以台北某一級教學醫學中心所有收有腫瘤病人住院的病房為母群體，除產科、小兒科、精神科病房外，計有38個病房，包含有各內外科、眼耳鼻喉科等單位，凡確定診斷為腫瘤病人，且入院48小時以上之病人，均為符合研究之對象，因採單次隨機抽樣方式，若在訪查當日，研究對象為 (1)病情病危不適合訪問者;(2)要出院的患者;(3)手術患者;(4)因送檢而不在病房者;(5)長期住院(90天以上)患者;(6)不能以語言溝通患者;(7)不願意接受訪視患者，則列為不適合調查者。

二、資料收集方法

首先，觀察員將全院65個內外科病房以隨機方式排列，逐一至單位訪查符合研究之對象;結果顯示僅38個病房收有腫瘤病人。研究工具乃是採用第一年研究結果所建立之腫瘤住院病人護理品質問卷，將四類問卷編訂為19份問卷，包括第一類4份，第二類5份，第三類5份，第四類5份，依第一類第一份為1號，第一類第二份為2號，第四類第五份為19號的順序編號。

調查時間自民國83年1月18日至4月30日止，共計四個月。取樣當日，觀察員依38個病房的隨機排列順序表至病房中，選取合乎條件之腫瘤病人，先以改良型的原型病人分類量表為工具，將腫瘤住院病人依活動、排泄、營養、沐浴、穿衣及生命徵象等五項計分分類，第一類為完全可以自助，第二類為小部份需要協助，第三類為大部份需要協助，第四類為完全需要協助的病人，再依10%比率隨機取樣列為調查對象，再隨機抽取屬於其分類類別之評值量表進行評值。

評值方式是依目標、子目標、標準不同而有不同評值方法，包含了查看病歷，觀察病人，訪問病人，觀察護理人員，訪問護理人員，觀察病人環境，觀察者判斷，觀察單位管理及訪問家屬等方法。

三、研究工具

研究工具乃是採用第一年研究結果所建立之腫瘤住院病人護理品質評值量表，包括四大目標、2.5項子目標、106項標準及252項準則，問卷內容的設計是建立在理論架構，並依目標、子目標、標準及準則具體擬訂之。研究工具之信度採評分員間信度 (inter-rater reliability)及評分員本身之信度(intera-rater reliability)兩種。評分員之間信度的一致性達到90%以上;評分員「內在信度」即觀察員「本身的內在信度」必須達100%。效度則採專家效度法由院內腫瘤護理小組專家組成，並聘請院外腫瘤專家共同討論而成。

四、資料整理與統計

本研究資料以d-BASE方式貯存，統計上使用平均數、標準差、t-test、變異數分析，鄧肯式試驗(Decan test)及Scheffe' test等方法做資料整理與分析。

研究結果

一、腫瘤住院病人基本特質

經研究初期調查某教學醫院，診斷為腫瘤疾病之比率為41.09%，腫瘤病患人數約為512人，取樣腫瘤住院病人共計210位，其中以男性病人居多，有146位佔69.5%;年齡平均61.25歲，以65歲以上老人居多，計有98位佔46.7%;87.6%已婚;44.3%教育程度在初級教育;訪談時的住院天數平均 18.48天，以1-5天多佔25.7%;主要陪伴者以配偶最多佔33.8%。分類結果顯示:第一類腫瘤住院病人有166人佔32.40%，第二類腫瘤住院病人有186人佔36.30%，第三類腫瘤住院病人有111人佔21.70%，第四類腫瘤住院病人有49位佔9.60%。

二、腫瘤住院病人護理品質分數

由(表一)顯示一般住院腫瘤病人的護理品質分數在目標一「擬訂護理計畫」的平均得分為87.11分，其中以第四類的腫瘤住院病人分數最高，為89.04分，其次為第一類88.46分，第二類為86.71分，第三類分數 86.43分。在子目標平均得分方面，以1.2「住院時一般醫療護理資料」方面得分較高，為94.50分，其次為1.4「護理計畫及護理記錄內容」得分91.45分，分數較低的是 1.1「入院病人情況評估」得分為89.38分。

在目標二「確保病人生理需要」方面，一般平均得分為95.68分，其中以第二類病人分數最高，平均為96.89分，分數最低的是第三類病人為95.58分。在子目標得分方面，一般腫瘤平均分以2.4「確保病人呼吸需要」分數最高，為100分，其次為2.3「確保病人身體清潔需要」平均得分為99.52分。分數最低的是2.8「確保病人皮膚照護需要」，平均得分為88.40分。

在目標三「確保病人心理社會文化靈性需要」方面，一般腫瘤平均得分為96.14分，其中以第四類病人得分最高為97.03分，其次為第二類病人平均得分為96.28分，分數最低的是第三類病人平均得分為 94.48分。在子目標得分方面，一般腫瘤平均得分以「尊重病人隱私及權利」，得分最高為98.79分，其次為3.1「入院時病人環境介紹」平均得分為98.77分，分數最低的是3.6「護理計劃過程應包含家屬」平均為

91.25分。

在目標四「執行護理目標之評值」方面，平均得分為90.89分，其中以第三類病人得分最高平均得分為92.27分，其次為第二類病人平均得分為90.86分，分數最低者為第四類平均得分88.86分。在子目標的得分方面，以4.1「病人的護理記錄」得分最高為96.58分，其次為4.3「評值主要照顧者對治療及護理的反應」平均得分為94.71分。

表一 全院腫瘤護理目標及子目標之護理品質得分

目標與子目標	第一類	第二類	第三類	第四類	平均
1.0擬訂護理計畫	88.46	86.71	86.43	89.04	87.11
1.1入院病人情況評估(8小時內完成並記錄)	87.55	83.97	76.51	88.67	82.38
1.2入院時一般醫療護理資料(24小時內完成並記錄)	93.32	81.90	94.69	96.51	94.50
1.3病人現況評估	84.03	81.90	81.96	88.13	84.22
1.4護理計畫及護理記錄內容	90.23	92.85	93.15	90.16	91.45
1.5護理計畫與醫療小組之協調	94.34	81.36	89.69	78.24	83.15
2.0確保病人生理需要	96.62	96.89	95.58	96.02	95.68
2.1預防病人意外	98.67	98.07	99.57	95.81	98.27
2.2確保病人身體休息和舒適需要	97.89	98.30	98.61	98.66	98.17
2.3確保病人身體清潔需要	100.00	99.63	100.00	99.05	99.52
2.4確保病人呼吸需要	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
2.5確保病人活動需要	100.00	98.89	90.26	91.75	95.91
2.6確保病人營養和體液平衡需要	98.67	96.44	95.07	98.41	95.61
2.7確保病人排泄需要	90.00	93.44	90.67	91.67	91.59
2.8確保病人皮膚照護需要	88.89	88.11	93.11	90.31	88.40
2.9確保病人預防感染	91.30	97.67	93.24	95.26	93.09
3.0確保病人心理社會文化靈性需要	94.48	96.28	97.03	95.47	96.14
3.1入院時病人環境介紹	98.07	98.15	100.00	100.00	98.77
3.2對待病人之禮節	96.87	98.07	98.55	94.44	97.36
3.3尊重病人隱私及權利	97.83	99.06	99.43	99.62	98.79
3.4確保心理情緒需要	88.99	95.31	95.65	86.43	92.29
3.5對維護病人之健康及預防疾病	94.56	96.86	94.32	96.29	96.00
3.6護理計畫過程應包含家屬	91.15	85.99	95.09	89.39	91.25
3.7提供文化及相關因素照顧	94.03	97.92	98.41	100.00	98.58
4.0執行護理目標之評值	90.75	90.86	92.27	88.86	90.89
4.1病人的護理記錄	94.74	95.31	98.15	97.17	96.58
4.2評值病人對治療及護理的反應	85.77	86.98	88.94	82.14	85.71
4.3評值主要照顧者對治療及護理的反應	96.89	94.24	92.63	93.73	94.71

三、腫瘤住院病人在同一目標護理品質得分之差異性

四類腫瘤住院病人在同一目標護理品質得分是否會因病人分類不同而有顯著差異，研究結果以變異數分析顯示(表二)四類病人的護理品質在目標一、二及四的得分上無顯著差異;四類病人的護理品質在目標三的得分上有顯著差異。在目標三中，以第三類病人的得分最高平均分數為97.03分。以 Duncan test及Scheffe' test比較，第三類與第四類病患，在目標三的護理品質得分上有顯著差異。

表二 四類腫瘤住院病人護理品質得分在同一目標的變異數分析及 Scheffe' test

變異名稱	病人類別	Mean	SS	df	MS	F	p	Scheffe' test
目標一	1	88.46	2574.0681	3	858.0227	1.66	0.1739	
	2	86.71						
	3	86.43						
	4	89.04						
目標二	1	96.62	124.08973	3	41.36324	0.19	0.9023	
	2	96.89						
	3	95.58						
	4	96.02						
目標三	1	94.48	2246.0505	3	748.6835	3.76	0.0105	(3)>(4)
	2	96.28						
	3	97.03						
	4	95.47						
目標四	1	90.75	3004.6158	3	1001.5386	2.19	0.0870	
	2	90.86						
	3	92.27						
	4	88.86						

四、比較四類腫瘤住院病人在不同四大目標護理品質得分之差異

四類腫瘤住院病人在不同四大目標護理品質得分之差異性以變異數分析(表三)結果顯示:第一、二、三、四類腫瘤住院病人的護理品質在不同四大目標的得分上有顯著差異。第一類、第二類腫瘤住院病人護理品質在四大目標中均以目標二得分最高,以Duncan test及Scheffe' test 比較,目標二與目標一,目標二與目標四,目標三與目標一,目標三與目標四上均有顯著差異。第三類腫瘤住院病人護理品質在四大目標中以目標三得分最高,在目標二與目標一,目標二與目標四,目標三與目標一,目標三與目標四上,目標四與目標一,均有顯著差異。第四類腫瘤住院病人護理品質在四大目標中以目標二得分最高,在目標二與目標一,目標二與目標四有顯著差異。

表三 四類腫瘤住院病人護理品質得分在不同目標的變異數分析及 Scheffe' test

變異名稱	病人類別	Mean	SS	df	MS	F	p	Scheffe' test
第一類	1.0	88.46	35984.0159	3	11994.6719	32.04	0.0001	(2)>(1)
	2.0	96.62						(2)>(4)
	3.0	94.48						(3)>(1)
	4.0	90.75						(3)>(4)
第二類	1.0	86.71	23817.2130	3	7939.0710	25.71	0.0001	(2)>(1)
	2.0	96.89						(2)>(4)
	3.0	96.28						(3)>(1)
	4.0	90.86						(3)>(4)
第三類	1.0	96.43	33442.2070	3	11147.4023	38.04	0.0001	(2)>(1)
	2.0	95.58						(2)>(4)
	3.0	97.03						(3)>(1)
	4.0	92.27						(3)>(4)
第四類	1.0	89.04	5108.7273	3	1702.9091	5.37	0.0001	(4)>(1)
	2.0	96.02						(2)>(1)
	3.0	95.47						(2)>(4)
	4.0	88.86						

討論

一、腫瘤病人分類結果

本研究將病人以改良之原型病人分類量表，依其活動、排泄、營養、沐浴穿衣、生命徵象等指標給與分類，由38個病房有腫瘤病人所有樣本數分結果顯示第一、二、三、四類病人，分別為32.40%、6.30%、21.70%、9.60%。顯示第一、二類病人偏多佔68%以上，依研究者的分析，腫瘤的疾病過程複雜而多變，且腫瘤之治療方式須配合疾病程度有極大的個別性。在研究過程中，以原型病人分類表進行分類，雖病人疾病程度已進入腫瘤疾病分類上之第三、四級，但在原型病人分類表上卻僅分類為一、二類；另已確定診斷或評估為第四類病人往往即已進入癌症臨終彌留期，在取樣上，尤其第三、四類病人較易發生評值項目不適用情形，故建立腫瘤特有之病人分類量表確有其必要性。

此外，本院為一級教學醫院，且為急性治療醫院，非專收長期療養及慢性病病患，但腫瘤科病患之疾病治療方法屬高科技之發展，又鑑於全民健康保險法的規定癌症可歸屬為重大傷病，不受門診轉診制度之限制，但住院費用須依住院日數之多寡，增加病患之自行負擔比率，故在全民健康保險實施後使得患者負擔增加，將改變醫學中心對國民的需要，促使醫學中心成為貴族醫院。故依本研究結果顯示本院在癌病醫療資源安排及應用上實有檢討及改進之必要。

二、腫瘤住院病人護理品質得分

每一個醫院護理部均應有其理想工作標準及目前暫訂之工作標準，到底腫瘤住院病患的品質分數應達到幾分才算標準呢？研究者認為「高標準」可訂在80分以上，「中標準」可訂在70分以上，60分以上屬「低標準」，60分以下為不及格。依據徐南麗(民80)調查本院老年住院病人護理得分，目標一得分為45.17分，目標二得分為75.45，目標三得分為58.14分，目標四得分為60分，均未達低標準及格分數。國外由M創icus電腦公司統計美國1983-1987年180個醫院內外科病房資料顯示在目標一得分為65分，目標二得分為87分，目標三得分為72分，目標四得分為64分，均達到低標準之及格分數。本院使用老年評估表後的護理品質(徐南麗，民81)，在目標一、二、三、四上分別為84.27、89.69、71.49、66.57達到標準。但本院腫瘤住院病人護理品質平均分數皆在85分以上，比上述資料均高了許多，超過本部訂定各目標期望達到80分的標準，這應與本院各病房已設立該病房之標準有極大關聯。

雖然，腫瘤病人護理品質的分數已達理想，但僅就本研究結果再審視臨床上可再改進的措施。因此，研究者在各項子目標分數上做詳細之討論；目標一「擬訂護理計畫」：子目標1.1「入院病人情況評估」項目中的淋巴結評估平均分數為21.05分、心血管狀態評估平均分數為50.00分；子目標1.5「護理計畫與醫療小組之協調」項目中之安寧計畫(Hospice program II)方面平均分數為20分，得分皆未滿50分。研究者發現護理人員對於病人在這些方面評估甚少，主要訊息以醫生病歷記錄為主，護理人員往往認為涉及病況記錄應由醫生來評估較得宜。

目標二「確保病人生理需要」之子目標2.2「確保病人身體休息和舒適需要」方面，因腫瘤病患極常見疼痛問題，所增加「確保病人疼痛獲得有效控制」之護理品質平均分數91.67分、100.00分、96.00分均達標準以上，顯見大家重視並協助控制

疼痛。

目標三「確保病人心理社會文化靈性需要」部份，以子目標3.6「護理計畫過程應包含家屬」方面分數91.25分較低。這項主要是記錄家屬對病人的關心與病人、家屬共同討論家屬在護理方面的參與程度，有機會給家屬訴說其恐懼及焦慮、記錄家屬所做的活動、告訴家屬訪客時間限制、告訴家屬可利用的宗教設施或人員、與家屬討論出院後的照顧問題及資源。此項分數較低，與徐南麗(民78)「老年科護理標準之建立與護理品質之評價」研究有相同的結果，原因可能與護理人員較缺乏整體護理應包括病人及家屬之觀念，尤其在中國社會中，回到家中真正照顧病人的是家屬，如果沒有給予家屬適當的衛教，病人出院後會因護理不當而造成呼吸道、傷口感染、惡體質等合併症，增加病人再住院率及醫療成本或降低末期病人及家屬的生活品質，因此，加強病人與家屬的衛教及護理活動實有加強宣導及執行之必要。

目標四「執行護理目標之評值」項目之子目標4.2「評值病人對治療及護理反應」平均得分85.71分亦較低，這項主要是記錄病人病情進展，含可能因醫療或給藥引起的合併症、病人對護理人員解釋護理過程所呈現的反應、評值病人有關情緒問題、評值給予病人衛教的內容及執行效果。分數偏低的原因在於護理人員較少記錄給予腫瘤住院病人衛教的內容及效果，對於特殊病人應給予的特殊衛教亦未做任何記錄，在評值病人情緒反應方面較少記錄，因此不知是做了而沒有記錄，還是沒有做任何指導，須確實檢討及改進。

三、比較四類腫瘤住院病人在不同四大目標護理品質得分之差異

研究假設二為「四類住院腫瘤病人的護理品質在不同四大目標上的得分沒有顯著差異」。第一大目標內容涵蓋評估、觀察、記錄與計畫，理論上有好的評估、觀察、記錄、計畫，在第二大目標「生理需要」與第三目標「心理社會文化靈性的需要」方面及目標四「執行護理目標之評值」上應同樣有好的品質分數，但研究結果顯示在護理品質得分上可看出第一、二、四類病人在目標二的得分較高，第三類在目標二的得分較高，各目標之間得分有顯著差異。原因有三：

- (一)依照Maslow的人類基本需要、生理需要的滿足，才會考慮到心理及社會層面。
- (二)護理人力缺乏無法顧全整體性護理時，只有先按優先次序；以生理的需要先滿足病人，其次再考慮到心理社會文化靈性需求方面。
- (三)腫瘤病人依其病情進展至不同程度，有其個別需求。

建議護理人員在做任何護理計畫或記錄時，請先花較多時間在思考如何有計畫、有組織的做好護理工作比如能在「在職教育」加強護理人員對腫瘤工作標準、腫瘤護理品質的認知與執行，當有助提升腫瘤護理品質。

建議與限制

一、建議

- (一)將腫瘤護理標準(含各項目目標、子目標、各項標準、工作內容要點及準則)提供給所有有腫瘤病人住院之病房，做為建立該病房腫瘤護理工作標準之參考。

(二)將腫瘤護理品質標準(即題庫)，提供給每一病房，做為各病房建立護理品質量表之參考。

(三)建議護理部能定期評值腫瘤護理品質，以做為病房改進護理品質之依據，並可以此基本資料比較不同時間，不同病房，不同醫院之護理品質。

(四)建議病房能定期自我評值，並能隨時訂評值量表，以保持最新評值標準。

(五)由觀察期中發現因人力不足，護理人員的評估及記錄常自限於某些表格，因此在護理計劃之擬訂及評值護理品質成績方面較差，建議集合專家意見修改表格，重新擬訂腫瘤護理評估量表，以改進腫瘤病人護理服務品質。

二、研究貢獻

(一)本研究以護理過程執行及病人需要為架構，依病人需要不同設計適合不同病人需要的護理品質量表，為國內、外第一個依病人分類不同而設計的評值腫瘤護理品質量表，共計有19份問卷，可做為教學醫院及各醫院評鑑腫瘤護理品質之工具。

(二)此量表是根據腫瘤病人護理標準而擬訂的，可幫助護理部建立腫瘤護理工作標準，並提供其他科建立護理標準之參考。

(三)此量表之建立可幫助護理人員瞭解自己在護理過程中護理病人的優缺點，以做為改進護理服務品質之依據。

(四)可幫助護理教育者(含醫院及學校老師)瞭解護理人員在臨床工作之優缺點，做為改善課程設計及提供在職教育參考，使護理工作能迎接時代潮流，永保完美無缺。

(五)可幫助護理行政人員客觀看出護理人員在執行某一目標、子目標及各項標準之優缺點，對改進護理模式及工作方式有具體參考價值。

三、研究限制

因限於人力、財力、物力、時間，本研究只在某一教學醫院有腫瘤病人之內外科病房進行抽樣調查，研究結果不能推論到所有腫瘤病人，只能代表本院一般腫瘤住院病人之護理品質。因限於時間，本研究所採的病人分類法為原型(Prototype)分類法，簡單易行，觀察員較易在信度上取得一致，希望將來有充足研究經費及人力時能採因素分類法，做更精確的分類。

致謝

本研究承國家衛生研究院給予經費補助，研究計畫編號為 (DOH-82-HR CO2)，台北榮民總醫院護理部王瑋主任的支持，腫瘤護理研究小組(全秀華、汪蘋、馮容莊、蕭秀、陳菲菲、梁麗麗、潘金玉、鄭順淑、王秋惠、陶屏、胡麗霞、陳梅麗、林瓊珠、李淑貞)的群力合作，副護理長林惠蘭協助策劃及研究助理薛瑜的資料整理打字，使本研究得以順利完成，特此致謝。

參考文獻

- 徐南麗(民78)·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(民79)·護理品質保證系統的理念及理論架構·護理雜誌，37(1)，31-37。

- 徐南麗等(民80)·老年科護理標準之建立與護理品質之評價·臺北榮民總醫院護理部。
- 徐南麗、林文香、蘇慧芳、黃瓊慧(民80)·老年住院病人護理品質之評價·榮總護理，8(4)，386-396。
- 徐南麗、馮容莊、林惠蘭、楊素娥(民82)·腫瘤科護理標準與護理品質評值工具之建立·榮總護理，10(3)，287-295。
- 陳玉枝(民79)·七十七年度醫院評鑑中護理作業評鑑之探討·榮總護理，7(2)，181-192。
- 陳光耀(民76)·癌病治療的新趨勢·航空醫學會會刊，1(1)，7-10。
- 陳光耀(民77)·癌全盤照顧的經營·中華癌醫會誌，4(2)，89-93。
- American Nurses' Association(1975). A plan for implementation of the standard of nursing practice. Kansas City, Missouri, Publication code NP-51,7M.
- Aydeellotte,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, A.N.A.(1973). Statement on review of health care services. Kansas City, Missouri: American Academy of Nursing, Sep.,25,1993.
- Block,D.(1975). Evaluation of nursing care in terms of process and outcome. Nursing Research,24(4),256-263.
- Brook,R.H.,Davies,D.A.,d Green Field,S.(1976). Quality of medical care assessment using outcome measures. Santa Monica, Ca: Rand Corporation.
- Hausmann,R., Hegyvary,S.,& Newman,J.(1974). Monitoring quality of nursing care. Health Services Research,9,135-148.
- Jelinek,J.C.,Hausmann R.K.D., Hegyvary S.T., & Newman J.F. (1974). A Methodology for Monitoring Quality of Nursing Care, Part I,DHEW Publication No. Washington DC: Department of Health, Education and Welfare, Bethesda, Maryland,74-25.
- O'leary,D.(1986). Joint Commission sets Agenda for Change. Joint Commission on Accreditation of Hospitals Perspectives, Nov/Dec,6-8.
- Schmadl J.C.(1979).Quality assurance: Examination of the concept. Nursing Outlook,27(7),462-465.
- Zimmer,M.J.(1974).Quality assurance for outcomes of patient care. Nursing Clinics of America,74(9),305-331.