# 腫瘤科護理標準與護理品質評值工具之建立
# THE DEVELOPMENT OF ONCOLOGY NURSING CARE STANDARDS AND THE QUALITY OF NURSING CARE EVALUATION TOOLS

徐南麗/台北榮總護理部副主任
陽明醫學院兼任副教授
馮容莊/台北榮總護理督導
陽明醫學院兼任講師
林惠蘭/台北榮總副護理長
楊素娥/國家衛生研究院研究助理

摘要

本研究目的為(1)建立腫瘤病房護理概念架構，(2)依工作目標、子目標及病人分類建立腫瘤護理標準，(3)依病人分類設計適合一、二、三、四類病人的品質評值工具，以做為腫瘤病房評值品質量表。研究期間由民國81年8月起至82年7月止。護理標準的建立是以修訂美國Rush Medicus Tool−Monitoring the Quality of Nursing Care量表為基礎，並依據本院醫療的目標與專業哲學硯，護理部的工作精神及方針，以及配合社會對專業的期望而擬訂的。所有標準及準則均建立在針對病人的需要與護理近程活動中，含四大目標: (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。其中涵蓋25項子日標，106項標準，252項準則。建立標準後，再根據其準則及評估要點，走立腫瘤科住院病人護理品質評值問卷題庫共250題，再依病人分類分配題數，共建立19份問卷，每份問卷有60題。依目標、子目標、標準不同，每份問卷都包含了查看病歷、觀察病人、訪問病人、觀察護理人員、訪問護理人員、視察病人環境、觀察者判斷、觀察單位管理，及訪問家屬等不同評值方式。研究結果除可幫助護理部建立腫瘤護理工作標準，使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，提供將來定期評值腫瘤護理品質之具體資料外，亦可做為其他醫院發展腫瘤護理標準及品質量表之參考。

## 前言

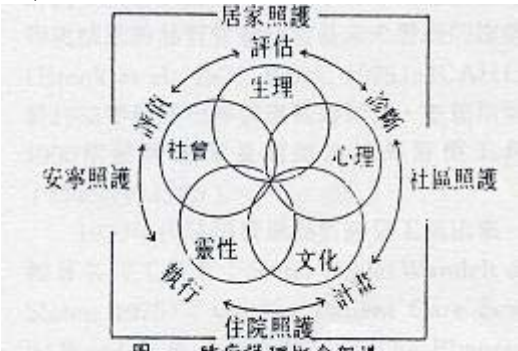
腫瘤護理所牽涉之層面極為廣泛，腫瘤病人所面對之問題亦是錯縱複雜。腫瘤可能侵犯任何一個器官、任何一個系統，波及個體的生理、心理、社會、精神等層面。因腫瘤護理是如此的具挑戰性，相對於護理人力的高流動性，如何維持相當的腫瘤護理品質，即成為行政者之一大考驗。腫瘤護理標準之建立，為使各級護理人員、護生以及品管稽核人員藉此明確之指引，執行一定標準、有組織、有系統之護理活動，以保障病人之權益。

本研究為五年研究計畫，第一、二年的研究計畫為建立腫瘤護理標準及護理「過程」品質評值工具，以評值腫瘤病房護理品質;第三、四、五年則為建立護理「結果」標準與評值工具，並探討「組織結構」、「護理過程」、「成本」與護理病人「結果」的相關性，宗旨在建立評鑑護理品質模式，以做為醫院評鑑及消費者鑑定護理

品質的指標。本年度之研究目的為: 1.建立腫瘤病房護理概念架構。 2.依工作目標、子目標及病人分類建立腫瘤護理標準。3.設計一、二、三、四類病人的品質評值工具(含題庫、問卷、評值方式及病人分類)，以做為腫瘤病房評值品質量表。

二、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、後期的多變性和致命性，因而帶給患者生理上極大的痛苦、心理上巨大的腿力，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，照護癌患本人，也要照護其家屬;不但護理疾病和肉體，亦要照顧其心理、社會、文化、靈性。由於癌症對人類會遺有不同程度的身心殘障以及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(Acute care)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、安寧照護的延續照護 (Extended care)(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概念架構(圖一)。



圖一 腫瘤護理概念架構

三、文獻查證

(一) 護理標準之建立:

護理標準的建立為護理品質保證的第一步，標準不但提供了評鑑的準則，標準也能決定提供病人服務的型態及範圍(Rosen，1982)。標準為一指標，或評量執行的度量;做為指標，它是一計畫的工具;做為度量標準，則為一控制的策略 (Gillies, 1989)。標準是將品質所應達到的程度予以量化，標準包含所有可評估的準則(Criterion)，準則為可觀察、可測量的，可達到標準的方法。建立護理標準宗旨在給與有效果的護理品質，它包含了可以評值有效護理照顧的準則(Mason,1984)。護理標準是對執行可鑑別的結構過程或結果之品質程度的敘述。準則則是提供照顧品質之重要的且是必須的護理(Person,1987)。標準建立之目的在確立護理人員基本責任，提供病人合適的護理，在確保護理照顧品質上能提供評值的客觀指標，進而降低護理照顧的成本費用(Gillies,1989;SmeItzer, Feltman, 及 Rajki, 1983)。

護理標準之型態依不同型式分類為 (Gillies,1989;Mason,1984):(1)依期望分類可分為規範式或經驗式;(2)依架構分類則可分為結構、過程、結果、內容四類;(3)依使

用的範圍有一般性標準、專科化標準;(3)依使用之護理理論、理論架構不同，標準導向亦不同。多數的標準建立在護理過程的架構上，如ANA之全國性標準，及RMT-QMNC等。其他亦有以護理理論為架構所建立之標準，如台中榮總所製定之標準則是依據Orem的自我照顧理論建立(沈樨，民79)。在美佛州大學Shands醫院品質保證 Patient Care Quatily Monitoring(PCQM)為回溯式的評值系統，其標準則採Maslow需要理論建立的(Coons et al，1988)。Kitson(1986)的標準是建立在結構(組織)一過程一結果的架構上，成一金字塔型的模式，以結構為基，透過過程，而止於結果。

New England Siani Hospital(NESH)標準則是以護理診斷為導向建立之護理診斯標準(McCourt，1987)。另有Saint Alexis Hospital MedicaI Center以護理過程為基礎，建立各主要DRG診斷護理標準及評值工具 (Harringlon，& Kaniecki，1988)。

(二) 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全無缺的境界，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，並計劃與提供滿足這些標準的照顧，以確保病人得到高品質之護理。因此，品質保證不只是一個工具，而且是一個過程 (Smeltzer et aI，1983)。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。Aydellotte(1973)和 Zimmer(1974)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(Pearson，1987)。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躁為實際。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 (Brook et a, 1976;Block,1975)。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年代陸續發展品質評量工具出來。較著名的工具有:Slater Scale( WandeIt及Slater,1975); Quality Patient Care Scale ( Wandelt & Ager, 1974);The Phaneuf Nursing Audit (Phaneuf, 1976);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」之評偵工具。RMT-MQNC採現況評值，評值方式含病歷查閱，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駐表進行護理照顧品質評值(Hauss mann & Hegyvary, 1974)。此工具已廣泛被應用，美國的Rush Hines Teaching Nursing Home Program中護理品質的測量為其目的之一，此計畫選用修正之RMT-MQNC及家屬問卷調查來測量護理之家老人之護理品質(Neubauer, Lesage, & Roberts,1989)。徐南麗

(民78)亦由RMT-MQNC加以修正在台灣使用，比較成組護理與全責護理的護理品質。

我國在民國67年起即由專業團體組成「醫院暨教學醫院評鑑委員會」負責醫院評鑑工作。在護理方面，早期的評值也較著重結構的評值，近年來則逐漸加重於考評護理過程及結果(陳玉枝，民79;徐南麗，民78)。

四、研究方法

本研究是由一組服務於腫瘤病房的專家組成「腫瘤護理研究小組」，自民國81年9月起至82年1月止的五個月之間，共同討論腫瘤病患所需提供護理品質的架構，並建立標準;於82年2月至4月之間則建立一、二、三、四類病人問卷題庫及問卷設計，以做為將來定期評直護理品質之參考。

(一) 腫瘤科護理品質標準之建立:

本研究經過十次以上的會議討論結果，共同確定醫院的目標與專業哲學觀、本院護理部的工作精神及方針後，以「大家的健康至上，病患第一，任何病患一律平等，有權獲得高品質的護理服務」的理念，並配合社會對專業的期望(如護理法的通過)而擬訂的。本研究小組認為結構不是短期間內由基層護理人員所能解決的，只要護理人員在執業過程所執行的過程恰當，能配合病人需要，即使結果不好，或病人死亡，護理人員的工作執行仍應有其一定的品質，因此，在選擇優先次序時本委員會同意由護理過程開始建立一個以「過程」為經，「病人需要」為緯的護理標準。護理標準的建立主要是以 Rush Medicus Tool–Monitoring the Quality of Nursing Care為架構，所有評值標準及準則均建立在針對病人的需要與護理過程活動中，含六大目標、28項子目標、257項準則，可適合於內外科、急診、產科及精神科病人的量表。本研究取RMT-MQNC架構中之大目標及子目標，並配合腫瘤護理之概念架構，發展分項內容及評估要點，並依據評估要點訂立各項準則(Criterion)，再依準則發展出可測量的問卷題目。

(二) 腫瘤科護理過程品質量表之建立:

本組專家根據準則及評估要點，建立了腫瘤住院病人護理品質評值問卷題庫，除參考RMT量表中適用於第一、二、三、四類腫瘤病人之題庫110題，另外再增訂腫瘤科護理評值題庫140題，即目標一增加40題，目標二增加44題，目標三增加38題，目標四增加18題，合計250題。

題庫中每一題的格式(如表一)，其中"01"是代表觀察員收集資料的方式為查看病歷;"1234"代表本題適用於第一、二、三、四類病人;"1.1011"代表本題在題庫中的編碼，其中第一個數字"1"代表本題庫的目標項目(第一大目標)，第二個數字"1"代表本題在大目標下的子目標項目(第一子目標)，第三、四個數字"01"代表本題的標準項目(第一個標準)，最後一個數字是代表此題在標準下的題號，如1.1011即為第一題。"1"代表其在題庫中的題號(第1題)。

答案及記錄方式有「否，是」、「否，是，不適用」及「否，是一不完整，是一完整，不適用」，等三種方式。答案「否」與「是」，二者基本上是互斥的，亦即希望護理人員能百分之百達成，若有一項不完美就算沒有達成目標，就採二分

法。例如1.1011題「病人在入院時是否記錄其TPR及 BP」，即病人住院8小時內由護理病歷上看到護理人員有為病人測量TPR、RP，並完整記錄之．則這題的品質分數即為100分;反之，有一項不完整，如只量TPR，未量血壓，這題的品質分數以0分計。答案為「否，是，不適用」，乃是希望此標準能100%的達成，但容許有不適用的情形發生。最後一項則為本委員會對某些準則認為以目前護理的臨床狀況，在標準建立之初可能有不完整的情形發生，可給予部份的分數，用意在減少專科護理師及護士之挫折感，以免因分數太低影響工作士氣，例 1.4044題「護理記錄中是否記錄目前正使用之各類導管(如導尿管、氣管內管、各種植入式輸液器等，不包括靜脈注射導管)的有效使用情形、護理時間及方式?」就是個明顯例子。

表一　腫瘤科住院病人護理品質評值問卷題庫及說明

| 資料收集方式 | 適用病人類別 | 編碼 | 題號 | 問卷題庫 | 選答 |
|---|---|---|---|---|---|
| 01 * | 1234 | 1.1051 | 1. | 病人入院八小時內是否檢查頸、腋下、鼠蹊之淋巴結，如爲異常須有描述<br>(1)否　(2)記錄不完整　(3)記錄完整　(4)不適用<br>・觀察員看護理記錄 | 1. 2. 3. 4.<br>□ □ □ □ |
| 02 | 34 | 2.1012 | 2. | 使用保護或支托性醫療用品時（如約束帶、氣圈、氣墊床、護踵、垂足板、沙袋、枕頭等）是否足以提供支托或預防受傷？<br>(1)否　(2)是　(3)不適用<br>・檢查上述物品是否置於身體之相關部位 | 1. 2. 3.<br>□ □ □ |
| 03 * | 1234 | 3.5052 | 3. | 病人或主要照顧者是否知道如何置備居家自我照顧所需的藥物或醫療用品？（如止痛藥、腸造口袋……等）<br>(1)否　(2)不完整　(3)完整　(4)不適用 | 1. 2. 3. 4.<br>□ □ □ □ |
| 09 * | 1234 | 4.3042 | 4. | 主要照顧者是否能簡要的說出與病人疾病相關的衛教內容？如預防跌倒、感染、肢端麻木、出血、身體心像改變（如脫髮）及定時服藥的重要性……等<br>(1)否　(2)不完整　(3)完整　(4)不適用 | 1. 2. 3. 4.<br>□ □ □ □ |

註：限於篇幅僅呈現部分資料

(三) 腫瘤住院病人標準及護理品質問卷超致分配原則:

每一類腫瘤住院病人的護理品質標準內容，不是每個分項內容都是適用於四類病人。如護理記錄範圍的要點中要求護理記錄應「記載護理處置執行狀況及病人反應」及「記載期望病人做的活動或護理人員應該協助病人執行的活動」之內容，此項並不適合可自行活動的病人及第四類完全需要協助的病人，因此每一類病人所訂的標準數、準則數及題目數百分比略有不同。

據本研究所擬訂之量表題庫中。目標一的題目有65題，佔26%;目標二有89題，佔35.6%;目標三有70題，佔28%;目標四有26題，佔10.4%。究竟應如何分配在四類問卷中呢?根據專家多方面討論問卷題數分配，擬訂原則為:1.參考大目標、子目標、標準數、準則數初步訂立每一類病人四大目標的百分比;2.再訂定每類病人在每一大目標下之子目標的百分比，同一類病人的不同份問卷其題目比例相同;3.評估及修正上述比例;4.每份問卷60題(依過去經驗及觀察員定期訪問經驗以不超過半小時為原則)。此外，題目的選擇分配原則必須遵守:(1)每一個題目原則上至少需出現一次;(2)

同一標準(分項內容)中的不同題目平均分配在不同份問卷中;(3)所有標準盡量分散在不同的問卷。

五、研究結果

(一) 建立腫瘤科護理品質標準:(表二)

本研究所有護理標準及準則均建立在針對病人的需要與護理過程中，含四大目標: 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。這四大目標中，共有25項子目標，106項標準，252項準則。原RMT有六大目標，因目標五、六與直接護理品質較無關侯，因此本研究予以刪除之。在子目標及準則方面，本研究增加了若干屬於腫瘤護理應有的特質及標準，例如:在目標一「擬訂護理計畫」方面有五大子目標，其中的"1.1"「入院病人情況評估」，本研究除了訂立其需完成之時間外，並增列其分項內容。例如入院8小時，病人情況需評估的內容包括(1)生命徵象與意識狀態，(2)泌尿系統功能概況，(3)腸胃功能概況，(4)呼吸狀態，(5)淋巴結概況，(6)小血管狀態，(7)營養，(8)過去健康狀況，(9)疼痛之評估及處理等。在"(1)生命徵象與意識狀態"中，特別說明評估要點包括腫瘤病人是否在入院8小時內都給予測量"T.P.R."?是否有「描述病人意識狀態」?如精神狀態為正常清醒、混亂、木僵、或昏迷;對人、時、地的定向感及記憶如何等。腫瘤護理標準研究小組依此評估要點訂立評值準則，如"1.1011"就是為評值入院8小時內是否有量生命徵象而訂的題目，顯然此題是適出於所有病人，但這個準則是依病人病情及需要不同而有個別差異。如第一類的病人仕在入院8小時內也許只量二次，但對第四類的病人而言可能每半小時需量一次，因此觀察員查核醫囑及護理記錄，來判斷護理人員在此準則上是否達到正確記錄體溫、血壓、脈搏、呼吸之標準。在目標三，「確保病人心理及社會需要」方面，特別考慮到腫瘤病人在文化、靈性方面的需要，故在原有的六大子目標之外，加上第七子目標「提供文化及相關因素照顧」，含「尊重病人文化信仰」、「提供信仰資訊」、「提供安寧照護」等。

表二　腫瘤護理標準

| 目　標 | 子　　目　　標 | 標　　準 |
|---|---|---|
| 3.0 確保病人心理社會需要 | 3.1 入院時病人之環境介紹 | 1. 接應病人<br>2. 聯絡方法<br>3. 醫院設備及規定 |
| | 3.2 對待病人之禮節 | 1. 護理人員禮節合宜<br>2. 建立參與感<br>3. 介紹相關人員 |
| | 3.3 尊重病人隱私及權利 | 1. 保護病人隱私<br>2. 病人對其疾病及護理的參與與了解<br>3. 建立適當的治療性關係 |
| | 3.4 確保心理情緒需要 | 1. 提供有關資訊<br>2. 運用溝通技巧<br>3. 了解病人需要，給與協助 |
| | 3.5 對維護病人之健康及預防疾病之衛教 | 1. 對特殊檢查、計畫及異常症狀<br>2. 潛在性護理問題<br>3. 病情瞭解與處理<br>4. 藥物執行的配合<br>5. 居家護理方面 |
| | 3.6 護理計畫過程應包含家屬 | 1. 給予主要照顧者支持<br>2. 主要照顧者參與病人照顧<br>3. 轉介社會工作單位提供社區資源 |
| | 3.7 提供文化及相關因素照顧 | 1. 尊重病人文化信仰<br>2. 提供信仰資訊<br>3. 提供安寧照護 |

註：限於篇幅僅呈現部分資料

二、建立依病人分類設計之腫瘤科護理過程品質量表:(表一)

本研究之病人分類，是採修訂後之MeRae病人分類表，將病人依自我照顧能力分為四類。第一類是指完全可以自助的病人，第二類是指小部份需要協助的病人，第三類為大部份需要協助的病人，第四顆則是指完全需要協助的病人。考慮到不同類別的病人有不同的護理需求，於250題護理品質評值題庫中，均標示各題目適用之病人類別。完成題庫之修訂後，隨即進行拆題，共完成十九份問卷，每份問卷60題。

根據問卷題數分配原則，將問卷擬出第一類4份，第二類5份，第三類5份，第四類5份。依百分比例換算成題目數，由標準中抽出準則，再選出題目。原則每份問卷需涵蓋四大目標，二十五項子目標。以第一類病人為例，其四大目標的比例依次為27、25、34、14，以此例乘上60題，故第一類病人的四份問卷在四大目標的題目數為17、15、20、8，其中第一大目標的題目數乘各子目標所佔之百分比，分別得到的題目故為3、3、6、3、2。再依選題原則本委員會發展出一套選題的方式，以第一類病人1.1的選題為例;第一類病人問卷預計分成四份，總計需有24個題目，而其中每份中子目標1.3應有六題，而在1.3中適合第一類病人的題目僅有18題，故有6題必須

重覆，可先從18題中抽取6題(在不同分項內容中)為必須重覆者，以此編碼1-24號，開始抽題。抽題時同一份問卷的6題同時抽出，如有重覆或同一分項內容中不同題目同時抽到，則將重覆者放下重抽，完成後抽第二份問卷，以此類推則完成所有的選題。

基本上四大目標是獨立計分的，而四大目標所佔的比例理論上會隨病人分類需要不同而有差別，而不是平均分配的，故經專業討論後訂出比例。在第一類可自行活動的病人中，可看出專家們認為擬訂護理計畫，給予衛生指導，預防疾病及確保病人心理及社會需要是很重要的;而第二類小部份需要協助的病人，是較偏重評估計畫及確保其生理上的需要;對於第三類大部份需要協助病人，較偏重生理需求及評估計畫方面;至於第四類完全需要協助的病人，則偏重於生理需要之滿足，而心理社會需要就依比例減低。

六、討論與建議

(一) 討論:

因考慮腫瘤護理應有之特質，本研究增加之腫瘤護理標準有:

1.在目標一「擬訂護理計畫」之1.1子目標「入院病人情況評估」方面，除原有之生命徵象評估外，因腫瘤可能侵犯全身各系統，故新增以系統功能為導向之評估，含泌尿系統、腸胃功能、呼吸、淋巴結、心血管等狀態之評估;在1.2子目標「入院時一般醫療護理資料評估」方面，亦增加了粘膜狀況，侵入性插管之評估及處置等標準;在 1.3子目標「病人現況評估」方面，新增血液概況、性生殖功能狀況之評估標準;在 1.5「護理計畫與醫療小組之協調」方面，則特別強調護理計畫應涵蓋安寧計畫 (Hospice program)。

2.在目標二「確保病人生理需要」之 2.2子目標「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，故增加「確保病人疼痛獲得有效控制」之標準，也提醒大家共同重規並協助控制疼痛。

3.在目標三「確保病人心理及社會需要」之3.5子目標「對維護病人之健康及預防疾病之衛教」方面，新增潛在性護理問題處置、病情瞭解與處理、藥物執行的配合、居家護理方面注意事項等四項標準，期望藉由加強衛教的獨特護理功能，協助病人維護健康及預防潛在性問題及合併症。因腫瘤病人及主要照顧者在文化、靈性方面有特別需要關懷之處，本研究特新增3.7子目標「提供文化及相關因素照顧」，希望藉由提供合乎病人文化信仰之環境與措施，提供信仰資訊，以及提供安寧照護，以求達到更整體性、人性化的全方位關照。

4.在目標四「執行護理目標之評值」之 4.2子目標「評值病人對治療及護理反應」方面，特別強調衛教指導效果的評值，並新增4.3子目標「評值主要照顧者對治療及護理的反應」，因腫瘤照護有其長期性、慢性之特質，故對主要照顧者之指導、衛教及評值效果，即愈發突顯其重要性。

(二)建議:

1.針對所建立之「腫瘤護理品質評值量表」進行信、效度測試。

2.本研究已建立之「量表」可用來對本院各病房進行評值，解本院目前之腫瘤護理品質現況。

3.將腫瘤護理標準提供給所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。

4.根據全院普查之腫瘤護理品質現況，邀請專家學者共同訂定腫瘤護理品質分數之開值，做為將來定期評值之參考，以期能達到持續性腫瘤護理品質之提升。

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及癌病治療中心陳光耀主任的支持，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)的羣力合作，副護理長林惠衡協助策劃及研究助理楊素娥的資料整理打字，使本研究得以順利完成，特此致謝。

參考資料

沈榷(民國79)．制定臨床護理的標準．榮總護理，7(3),299-309.

徐南麗(民國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(民國79)．護理品質保護系統的理念及理論架構．護理雜誌，37(1),31-37.

唐秀治等編譯 (民國79)．癌症症狀護理．台北:華杏出版公司

陳玉枝(民國79)．七十七年度醫院評鑑中護理作業評鑑之採討．榮總護理，7(2),181-192.

陳光耀(民國76)．癌病治療的新趨勢．航空醫學會會刊，1(l),7-10.

陳光耀(民國77)．癌全盤照顧的經營．中華癌醫會誌，4(2),89-93.

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, A.N.A.

Block, D. (1975). Evaluation of nursing care in terms of process and outcome. Nursing Research. 24,256-263.

Brook, R., et al. (1976). Quality of medical care assessment using outcome measures. Santa Monica, Ca : Rand Corporation.

Coons, M., Dovovan, G., Kasprow, M., Neiswender, J., Powell, M., Shenkman, B-, & Wacksman, C. (1988). Unit on service standards. Nursing Clinics of North America, 23 (3),639-655.

Gillies, D. A. (1989). Nursing management: A system approach. (2nd, ed.) Philadelphia : W.B. Saunders Company.

Harrington, R., & Kaniecki, N. (1988). Standards and QA-a common sense approach. Nursing Management.,19(1), 24-27.

Haussmann, R., Hegyvary, S., & Newman, J.(1974). Monitoring quality of nursing care.Health Services Research, 9, 135-148.

Jelinek, J.C., Haussmann 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, Bestheda, Maryland. 74-25.

Kitson, A. L. and Kendall H. (1986). Quality assurance. Nursing Times, 82 (35), 29-31.

Mason, (1984). How to write meaningful nursing standards (2nd, ed.). New York : John Wiley& sons.

McCourt, A. Z.(1987). Implementation of nursing diagnosis through intergration with quality assurance. Nursing Clinics of North American, 22 (4), 899-904.

Neubauer, J. A., LeSage, J.M., & Roberts, K. L.(1989). Making the family a partner in quality assurance. Geriatric Nursing, Jan/Feb, 35-37.

O'leary, D. (1986). Joint Commission sets Agenda for Change. JCAH Perspectives, Nov/Dec, 6-8.

Pearson, A. (1987). Nursing and quality. In nursing quality measurement: Quality assurance methods for peer review. (Ed.). John Wilew, Chichester.

Phaneuf, M.(1976). The nursing audit, profile in excellence. New York, Appleton Century-Crofts

Rosen, H. (1982). Quality assurance, technology assessment, and heath management: Proteus Rebern, Journal of Health Human Resources Administration. Summer, 60.

SchmadI J. C. (1979). Quality assurance: Examination of the concept. Nursing Outlook,27(7), 462-465.

Wandelt, M. & Ager, J. (1974). Quality Patient Care Scale. New York : Appleton - Century-Crofts.

Wandelt, M. & Slater, D. (1975). Slater nursing competencies rating scale. New York : Appleton-Century-Crofts.

Zimmer, M.J. (1974). Quality assurance for out-comes of patient care. Nursing Clinics of America, 74 (9), 305-331.