比較全責護理與成組護理的護理品質

徐南麗/台北榮總護理部副主任

摘要

本研究是以修改的美國護理品質量表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價護理品質，並比較護理模式-全責護理與成組護理模式不同在護理品質分數上的差異。研究時間自民國77年10月1日起至77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及效度。計訪問384位病人。觀察員之間的信度為98%的一致性，效度採專家效度。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)確保病人及社會需要，(4)執行護理目標之評價。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的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士鼻祖----英國的 Fiorence Nightingale (Aydellott,1973; Nightingale,1858)，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，是舉世皆知的品管成果。

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-健康機構評鑑聯合委員會(Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization-JCAHO)均對醫院各專業提出服務品質要求，品管受到普遍的重視。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。MarDonald(1975)分析護理品管的評鑑趨勢已由初期注重結構轉變到評價結果。她提到早期品管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。Jelinek(1974)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。然而Aydellotte(1973)和Zimmer(1974)則強調護理品質應重視護理結果。

我國於民國67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。本研究是根據本國國情需要及護理趨勢，修改RMT-MQNC「過程」量表，以做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 Tool-Monitoring the Quality of Nursing Care(RMT-MQNC)建立其信度與效度，以測試我國醫院的護理品質。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-內科與外科科別不同在護理品質分數上的差異。

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「執行護理目標之評價」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「執行護理目標之評價」的護理品質分數上有差異。

名詞解釋

1.全責護理(Primary Nursing)---

全責護理是護理模式的一種，是由全責護士負責病人由入院到出院之間的整體護理及計畫。病人與護理人員關係是一對一，全責護士是負24小時責任，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。

2.成組護理(Team Nursing)---

成組護理是護理模式的一種，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二十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。

3. 護理品質分數：本研究之護理品質分數是以修改過的Rush Medicus Too1 -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「執行護理目標之評價」。

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)三個範疇以評定醫療服務品質，護理品質早期也沿用醫學品管模式。

Suchman(1967)提出的護理品管架構包括價值觀的形成，根據專家知識擬定專業服務標準及各項目標。1976年Phaheuf提出以回溯性的方式評價護理品質，內容包含7大項50小項。這七大內容為(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。1973年Wisconsin當地醫事護理委員會提出改善護理品管的方法為評價護理內容、過程、結果、使用資源及效率。這些評鑑內容與l966年Donabedian及DeGeyndet(l970)提出的架構內容有類似之處。

1974年Haussmann及Hegyvary發展出以過程為主評價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、執行及評價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)執行護理目標之評價，(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。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

早期的護理品質著重在護理標準的建立與評價工作，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証的研究範圍內。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(1972)曾提及在評價護理品質過程方面，最經常被引用的量表有三: (1)The Slater Nursing Competencies Rating Scale(簡稱Slater Scale) (2)The Quality Patient Care Scale(簡稱QualPacs)，(3)The Phaneuf Nursing Audlt(簡稱PNA)。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價護理品質。

Daeffer(1975)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。 Felton(1975)用QualPacs，Slater Scale以及PNA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較高。Hageman(1977)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。Corpuz(1977)用RMT-MQNC量表比較護理品質，結果顯示全責比成組護理的護理品質分數較高。

Eichhorn和Frevert(1979)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」這一項例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。Betz，Dickerson，Wyatt (1980)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。William和Stewart(1980)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。Giovannetti(1980)以Collin's Audlt Too1測量護理品質，使用的六個變數是:直接護理時間、間接護理的時間、護理人員工作滿意度、病人之滿意度、護理品質以及護理費用，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31.86元，全責護理則花美金32.90元。

Hamera和O' connel(1981)，Chavigny和Lewis(1984)的研究結果均顯示成組與全責護理品質上顯著差異。Shukla和Turner(1984)，Culpepper ; Richie，Sinclair, Stephens，和Betz(1986)之研究顯示全責護理品管數高於成組護理分數。

由以上文獻查考可見影響品管的分數因素極多，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 (含空間大小及護理站設施)、床位數、佔床率、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、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，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六年後的內、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Decision Making Matrix找出條件最類似的病房配對(見表一)以儘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)病人主要問題為內科或外科，(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 1　四個病房的特色

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

二、抽樣方法

研究對象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，取樣時間包含週一至週日，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、週別、週日及上班班別)、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77年10月1日起至77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DanieI(1983)之隨機亂數表取樣。

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，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」，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代表有一不完整，3代表有完整，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的答案的。

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之信度，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。這份工作由民國76年3月起至77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「無，有」[1,2]「無，有，不合用」，[1,2,3];及「無，有---不完整，有----完整，不合用」[1,2,3,4]，三種方式表達，記分方式也略有不同。原則上是以一個單位一個月調查人次來計算，只記錄答對的人數。例如第一大目標第一子目標第五項1.105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83.33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覆查核，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

取樣病人年齡以60歲以上居多，佔33. 6%，男性佔58%，87.8%已婚，43%為高中程度，38.5%由夫或妻陪伴，依病人分類 45.8%為第一類(Class I)病人，37.5%為Ciass II。訪問病人當天的住院天數以5-9天居多佔31%，其次為2-4天，佔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，計14名。(2)成組外科病房護理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位非大學畢業程度。

四個病房在目標一(擬訂護理計畫)的平均分數為63分 (見表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66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 2　全責護理與成組護理之護理品質分數　　N:384

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

※是代表分數高於 80 分及低於 50 分之護理品質分數

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」此項分數最高(78)，其次是1.1「入院病人情況評估」(73)，以「病人現況評估」分數最低 (28)。目標二有六個次目標，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2.7「確保病人生理排泄需要」分數最低(78)。

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「病房的護理記錄」分數較高冊，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，而在全責或成組護理的護理品質分數上有差異。因計分分數是以百分數計算，需經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3，F=153.58，p:0.0001)。以Student Newman-keuls及Least Squares Means Contrasts統計法(表5)。顯示全責護理的護理品質在目標一、二、三及四上均有意義的高於成組護理品質分數 (見表5)由表四可看出，目標一全責護理品質分數為72.80分，成組53.22分(p=0.0001);目標二全責分數為90.03分，成組81.09分(p= 0.0078);目標三全責分數為73.02分，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2: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=O,p=0.9676，見表3)。由表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86.96分，外科84.15分;目標三內科為67.97分，外科65.08分;目標四內科為58.27，外科62. 21分;均無統計學上之差異 (見表6)。

表 3　經 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		

* $p < 0.05$

表 4　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	預防的人意外受傷	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	執行護理目標之評價	50.10	70.38
4.1	病人的護理記錄	72.42	82.34
4.2	評價病人對治療的反應	16.62	52.44

三、討論

Haussmann等(1976)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，及推行全責護理之單位。Culpepper等人(1986)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。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，這與美國Medicus由1983-1987年 (見表7)之研究有相同結果。Medicus Cooperatian是美國一家醫學電腦公司，位於芝加哥。當初與 Rush University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Medicus的平均分數為86.2分，本研究為86.96分;目標三Medicus為71.5分，本研究為67.97分;目標四Medicus為63.8分，本研究為58.27分，有頗多相似之處 (見表6與表7)。

Medicus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Medicus的分數為87.4分，本研究為84.15分 ;目標三Medicus之分數為72.8分，本研究為65.08分;目標四Medicus之分數為64.2分，本研究為62.21分，有頗多雷同之處 (見表6與表7)。在護理品質目標 「確保生理需要」上護理人員較易達到標準，然在「執行護理品質目標之評價」上品質較差，中美相同，均有待加強與改進。

Haussmann及Hegyvary(1976)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。本研究分數低於50分的為1.3，1.4，3.5，3.6及4.2，與Haussmann及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」、「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」、及「評價病人對治療的反應」是改善護理品管之當務之急。再者由子目標及每一項標準評分中均可具體的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 5　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 *

* $p < 0.05$

表 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	77.8	74.80
1.3	病人現況評估	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	確保病人排泌需要	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	護理人員對待病實安禮節	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	執行護理目標之評價	58.27	62.21
4.1	病人的護理記錄	76.89	77.87
4.2	評價病人對治療的反應	30.33	38.73

表 7　美國 Medicus 公司統計 1983 至 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 平均數	內科病房 標準差	外科病房 平均數	外科病房 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.執行護理目標之評價	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.執行護理目標之評價	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.執行護理目標之評價	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.執行護理目標之評價	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.執行護理目標之評價	64	11.0	64	12.5
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.執行護理目標之評價	63.8	8.9	64.2	9.1

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均有意義的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。

建議

一、對未來研究之建議

因限於人力、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，例如:組織結構、單位護理人員之知識、態度、

行為，督導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---結果三者之間之關係。

(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.建議將品質評價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必須電腦化，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

本研究承芝加哥伊利諾大學教授Dr. Diana Biordi的凱切指導，Dr.Wilton Barham，Dr. Shu-pi Chen，Dr. Diana Barhyte，Dr. Alice Dan.及Dr. PateI等教授在研究及統計學上的指點;護理專家高紀惠博士、王瑋主任、Virginia Lan護理顧問、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、謝碧睛、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，我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。

參考資料

1. 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.
2. Betz. M. et al.(1980). Cost and quality: primary and team nursing compared. Nursing and Health Care, 7(10):150-157.
3. Chavigny, K., & Lewis, A.(1984). Team or primary nursing care? Nursing Outlook, 32 (6):322-327.
4. Corpuz, T.(1977). Primary nursing meets needs, expectations of patients and staff. Hospitals, 51 (11):95-100.
5. Culpepper, R.C. et al (1986). The effect of primary nursing and nursing quality assurance. Journal of Nursing Administration, 16(10),24-31.
6. Daeffler, R.J.(1975). Patients' perception of care under team and primary nursing. Journal of Nursing Administration, 5 (3):20-26.
7. DeGeyndt. W.(1970). Five approaches for assessing the quality of care. Hospital Administration,15(1):21-42.
8. Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. Millbank Memorial Fund Quarterly 64:166-206.
9. 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.

10. Felton, G.(1975). Increase the quality of nursing care by introducing the concept of primary nursing. Nursing Research, 24 (1):27-32.
11. Giovannetti, P.(1980). A comparison of team and primary nursing care system. Nursing Dimension,7(4):96-100.
12. Hamera, E., & O'connel, K. A. (1981). Patient-centered variables in primary and team nursing. Research in Nursing Health, 4:183-192.
13. Haussmann, R.K.D., & Hegyvary, S.T.(1974). Monitoring quality of nursing care. Health Service Research, 9:135-148.
14. Haussmann, 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.
15. Nightingale, F.(1958). Notes on matters affecting the health, efficiency and hospital administration at British Army. London: Harrison & Sons.
16. Phaneuf, M. (1976). The nursing audit: self-regulation in nursing practice. New York: Appleton-Century-Crofts.
17. Shukia, R.K.. & Turner, W.E.(1984), Patients' perception of care under primary and team nursing. Research in Nursing and Health, 7:93-99.
18. Suchman, E.A.(1967). Evaluation research: principles and practice in public service an social action programs. New York: Russell Sage Foundation.
19. Wandelt, M.A, & Phaneuf, M (1972). Three instruments for measuring the quality of nursing care. Hospital Topics. 20-23.
20. Williams, F.G, & Stewart, M.T.: Pilot unit shifts to primary nursing. Hospitals. 54(2):112-5.
21. Zimmer, M.J.(1974). Quality assurance for out-comes of patient care. Nursing Clinics of American, 74 (9):305-315.