

中國醫藥大學護理學系碩士班

碩士論文

探討技術混合照護模式實施後

護理人員角色功能與活動改變及影響

The changes and influence of nurse role function and
activities in the skill-mixed model

研 究 生：梅婷婷

指導教授：黃立琪 博士

中華民國 97 年 06 月 20 日

致謝

回首唸研究所的七百多的日子以來，真的是收穫良多。每當我靜下心、沉澱自己的那一剎那，總有個聲音告訴我，”你當初的決定是對的”。從護理臨床在回到校園中重拾書本的感覺，真的很不一樣，知道自己要學什麼、目的為何，認識我的同學都說，「你怎麼比唸大學的時候還認真阿？」果然是錯過了才知道要珍惜。從理論知識的學習、批判性思考的鍛鍊，以及做研究嚴謹的過程等等，一路上都有許多人在幫助著我、鼓勵著我，而親愛的立琪老師更是不厭其煩地帶領著我這隻懵懂得小雞，在學術領域中不斷的成長、茁壯，此外綽娟老師、玉敏老師、劉主任、蔣老師、維芬老師更是教導我不少；而親愛的同學與學姊們，愛苓、慧珏、逸卉、家馨、玉禪、婉伶、歐寶、Amy，每當我唸書唸到鬱悶的時候，即使相隔千里遠，透過 MSN 或手機都可以感受到你們的溫情與關心，使我的壓力紓解了不少，心情也好很多。最後，最最要感謝的是我的家人，感謝爸媽讓我無憂無慮的專心唸書、朝我的理想目標邁進，感謝弟弟時常說笑話給我聽，感謝宇詵總是在我最需要的時候陪伴著我、和我分享他的學習經驗。在此衷心地希望大家都能努力地朝自己的理想邁進，享受學習的樂趣與滿足，使人生更加美好。

婷婷 謹誌 民國 97 年

論文摘要

碩士班名稱：中國醫藥大學護理學系碩士班

研究生姓名：梅婷婷

畢業時間：96 學年度第二學期

指導教授：中國醫藥大學護理學系黃立琪助理教授

本研究為探討技術混合照護模式實施後，護理人員自覺角色功能與護理活動改變情形，與其工作壓力相關變項和病人照護品質之相關性。本研究對象為三間全責照護模式試辦醫院內科病房護理人員共 39 位，以結構式問卷進行橫斷式研究，於全責照護模式實施後 6 個月進行調查，以了解護理人員自覺角色功能與護理活動改變情形。病人照護品質改變情形採單組前後測、類實驗性研究設計，探討技術混合照護模式實施前後各 6 個月中，每個月之病人照護品質指標的差異情形。結果顯示技術混合照護模式實施後，護理人員自覺其擔任教育者、督導管理者、領導者、委派者等角色功能增加；執行病人照護基本需求，例如協助病人翻身、維持身體清潔等直接護理活動減少；指導與確認輔助人員照護工作正確性與完整性、交班時間等間接護理活動增加；參與在職教育、會議等相關護理活動增加；工作壓力、憋尿情形增加。病人照護品質部份，護理人員自覺病人被重複確認及整體照護品質增加；病人照護品質指標中，唯有中部醫院試辦單位之病人跌倒率呈顯著減少。此研究結果中護理人員角色功能、護理活動、工作壓力，及病人照護品質於技術混合照護模式實施後的改變情形，可作為台灣醫療院所護理實務模式之參考。

關鍵字：技術混合照護模式、護理人員、護理人員角色功能、護理活動、護理輔助人員

Abstract

Title of Thesis: The changes and influence of nurse role function and activities in the skill-mixed model

**Institution: Graduate Institute of Nursing
China Medical University**

Author: Ting-Ting Mei

Thesis directed by: Li-Chi Huang Assi. Professor

The purpose of this study is to investigate the relationships among nurses' perception of change in their role function, activities, nurse work stress, and patient care quality in a skill- mixed model. Participants were 39 registered nurses whose nursing work had been performed skill-mixed model for 6 months in 3 medical wards of hospitals. A self-report questionnaire was designed for this cross-section study. The changes of patient quality were focused on patient care index data which were gathered 6 months before and after the skill- mixed model, which is a pre-post test, quasi-experimental, study design. The results of this study revealed that nurses' perception of nurse role function increased, such as educator, supervisor, manager, delegator, and leader. The nursing direct activities decreased, especially in helping patient change position, taking a bath, and changing diaper. On the other hands, the nursing indirect, relative, and personal activities increased, including conducting nursing assistant about skills of health care, confirming their work, certifying their document, time of duty shift, participating meeting and continuous education. Moreover, nurses' perception of work stress, checking patient multiply, and patient care quality increased. The change of patient care quality was found in one index of the patient fall rate which was decreased significantly in one hospital. This study presented the nature of changes of nurses' role function, activities, nursing work stress, and patient

care quality in the skill-mixed model in Taiwan. The results of this study will serve as a reference model for nursing practice in the hospital in Taiwan.

Key Words: Skill-mixed model, Nurses, Nurses' role function, nursing activities, nursing assistant



目錄

致謝	I
中文摘要	II
英文摘要	III
目錄	V
圖表目次	VIII
第一章 緒論	
第一節 研究背景與動機	1
第二節 研究之重要性	4
第三節 研究目的	4
第四節 研究問題	5
第五節 研究假設	6
第六節 名詞界定	7
第二章 文獻查證	
第一節 護理照護模式的發展	13
第二節 技術混合照護模式	14
第三節 護理人員之角色功能	19
第四節 護理人員之護理活動	26
第五節 研究概念	34
第三章 研究方法	
第一節 研究設計	35
第二節 發展研究工具	37
第三節 研究工具檢測	40
第四節 正式施測	45
第五節 資料處理與統計分析	46

第六節 倫理考量	50
第四章 分析與結果	
第一節 問卷回收資料檢驗與處理	51
第二節 護理人員基本資料描述性統計	52
第三節 護理人員之角色功能描述性統計與差異性分析	54
第四節 護理人員之護理活動描述性統計與差異性分析	59
第五節 護理人員自覺工作壓力與病人照護品質相關變 項之改變情形描述性統計與差異性分析	67
第六節 影響護理人員自覺工作壓力相關變項改變情形 之原因	75
第七節 護理人員自覺角色功能、護理活動、工作壓力 及照護品質相關變項改變情形之相關性分析	80
第八節 病人照護品質指標差異性分析	84
第五章 討論	
第一節 護理人員之角色功能	86
第二節 護理人員之護理活動	89
第三節 護理人員自覺工作壓力與照護品質相關變項	94
第四節 護理人員自覺角色功能、護理活動、工作壓力 以及照護品質相關變項改變情形之相關性	99
第五節 病人照護品質指標差異性分析	104
第六章 結論與建議	
第一節 研究結論	105
第二節 研究限制	107
第三節 研究建議	108

參考資料	
中文部份	112
英文部分	116
附錄	
附錄一 研究問卷同意書	122
附錄二 研究問卷	123
附錄三 問卷專家效度名單（依姓氏筆劃順序排列）	129
附錄四 專家內容效度評鑑結果	130



圖表目次

圖一：本研究之概念架構圖	34
圖二：研究設計第一部分	35
圖三：研究設計第二部分	36
圖四：研究步驟	37
表 1：本研究之各類護理活動內容	12
表 2：護理活動分類	30
表 3-1：正式施測各次量表 Cronbach's Alpha 值	41
表 3-2：題項與次量表總分相關沒有大於 0.4 之題項	42
表 3-3：各次量表題項數目之修改	43
表 3-4：研究變項與統計分析方法	49
表 4-1：護理人員人口學基本資料	53
表 4-2-1：護理人員自覺角色功能改變情形-獨立性角色功能	56
表 4-2-2：護理人員自覺角色功能改變情形- 相互依賴性角色功能、非獨立性角色功能	57
表 4-3：護理人員基本資料與其角色功能之變異數分析結果	58
表 4-4-1：護理人員自覺護理活動改變情形-直接護理活動	62
表 4-4-2：護理人員自覺護理活動改變情形-間接護理活動	63
表 4-4-3：護理人員自覺護理活動改變情形-相關護理活動、 個人活動	64
表 4-5-1：護理人員基本資料與護理活動變異數分析結果	65
表 4-5-2：護理人員基本資料與護理活動變異數分析結果	66
表 4-6：護理人員與照護品質之相關變項改變情形	71

表 4-7-1：護理人員基本資料與其工作壓力相關變項 變異數分析結果	72
表 4-7-2：護理人員基本資料與其工作壓力相關變項 變異數分析結果	73
表 4-8：護理人員基本資料與照護品質相關變項變異數分析結果	74
表 4-9：護理人員自覺角色功能、護理活動、工作壓力相關變項 及照護品質相關變項等之皮爾森積差相關矩陣	83
表 4-10：病人照護品質指標 Mann-Whitney U 差異性分析	85



第一章 緒論

護理人員不足是世界性的問題，如何在確保病人照護品質及病人安全的狀況下亦能兼具成本效益，是所有醫療管理者所關心的。因此在現今的醫療體系中，如何找到提升病人照護品質的照護模式，是各醫療層級者所積極努力的目標。學者指出，技術混合照護模式可以在臨床護理照護中，降低醫療成本及增加病人照護品質(Lee, Yeh, Chen, & Lien, 2005)。研究發現，此種照護模式的改變，會使護理人員有較高的自主性，在資源方面有較多的控制權，與醫師間也有較好的關係，進而使得病人獲得較佳的照護結果(Aiken, Sochalski, & Lake, 1997)。

第一節 研究背景與動機

台灣陪病文化經常可見的是”一人住院，全家住院”(林，2003)。然而，健保制度與政策的影響，使得醫療生態環境產生極大的改變。醫療院所於企業化經營及成本效益考量下，紛紛縮減醫事人員之人力配置，此人力上的刪減，尤以護理人員為大宗(李，2003)。再者，家屬自行聘請一般民間看護公司，或其他國籍之看護人員到院照顧住院的家人，在台灣醫療院所已是司空見慣之事，更有醫院將聘請看護人員列為住院須知中(李，2005)。此醫療照護體系結構的改變，為台灣醫療照護品質與病人安全帶來了相當大的隱憂。

歐美等先進國家，為了因應醫療環境激烈競爭及護理人員短缺問題，在照護品質的考量下，將護理人員工作職責之分級制度做規劃與分配，運用人力重新配置及非專業之輔助人力，協助照顧病人(李，2005；盧，2005；Jung, Pearcey, & Phillips, 1994)。此照護模式在國外稱之為「skill-mixed」，台灣則稱為「全責照護」(黃、邱，2007；盧，2005)；

但是，「全責照護」語意上易與主護護士模式(primary nursing)混淆，故亦有人將「nursing skill-mixed model」稱為複合式護理照護模式（黃美智，2005）或技術混合照護模式（引自盧，2005）。

台灣因 SARs 風波，突顯院內感染控制及陪病文化問題，台北市政府於 92 年 11 月開始執行「台北市立醫院全責照顧試辦計畫」，意指病人住院期間由護理人員及病人助理員執行所有照護工作，家屬只要擔任陪伴的角色，並不提供病人照護；此計畫目的是為了要讓病人享有照護品質，並減輕家屬身心與經濟上的負擔，更重要的是，減少非專業人員進出醫院以降低病人感染之風險（北市衛生局醫管處，2005；游、陳、鄭、吳，2003）。

民國 94 年，衛生署於促進民眾健康照顧品質計畫中，針對護理技術混合模式執行一系列計畫，以作為護理人力配置與品質評量。民國 95 年，衛生署委託台北榮民總醫院與成功大學附設醫院執行「全責護理模式試辦計畫」，衛生署台中醫院執行「複合式護理照護試辦計畫」，並由中國醫藥大學執行 95 年度全責護理模式試辦計畫之評價研究；計畫目的指在建構合理的護理人員與護理輔助合作模式，以減輕護理人員工作負擔，及緩解護理人力的不足。民國 96 年試辦計畫續辦，由北中南三間得標醫院辦理「96 年度全責照護制度專案計畫」，並且持續由中國醫藥大學研究團隊作計畫之評價。全責照護制度之評估護理品質指標共有 10 項，包括護理人員對病房照服員工作態度之滿意度、護理人員對病房照服員輔助業務之滿意度、護理人員滿意度，以及護理指導完整率等等。

綜觀上述評估指標內容，及衛生署健康照顧品質計畫成果，大部份針對在技術混合照護模式下之各項滿意度（北市衛生局醫管處，2005；尹，2005；李，2005；黃美智，2005；黃慈心，2005）、各項照護品質指標（尹，2005；黃美智，2005；黃慈心，2005），以及技術混合照護模式

對護理人員工作負擔、心理壓力、留任意願、超時工作等情形進行探討。

學者指出，輔助性人員的加入，可協助護理人員執行病人日常與常規照護，克服護理人員流失的窘境，讓護理人員有更多時間執行護理活動及照顧重症患者，以提供良好的照護品質 (Capuano & Kinneman, 1989; Powers, Dickey, & Ford, 1990)。然而，無照輔助人員 (unlicensed assistive personnel) 的增加，註冊護理師則需具備更有效的領導與管理能力，使得護理助理員 (nursing assistant) 生產力增加 (Jung, et al., 1994)。由上述可知，護理人員在督導與支持健康照護輔助人員 (health care assistant) 提供病人照護上，扮演著相當重要的角色 (Ahmed & Kitson, 1993; Edwards, 1997; Reeve, 1994)。

研究顯示，註冊護士之角色功能與護理活動，會因輔助人員的加入而改變 (Barter, McLaughlin, & Thomas, 1997; Chang, Lam, & Lam, 1998; Gould, Thompson, Rakel, Jensen, Hasselman, & Young, 1996; Harrison & Nixon, 2002; McLaughlin, Barter, Thomas, Rix, Coulter, & Chadderton, 2000)。倘若，註冊護士所執行之常規工作被移除，病人病情狀況與嚴重程度的改變，將有很高的可能性被遺漏，除非有更進一步的研究調查護理人員角色轉變對照護結果的影響 (Institute of Medicine, 2004)，同樣地，Ayre, Gerdtz, Parker 和 Nelson (2007) 也提及，雖然護理人員的角色隨著健康照護模式轉變而轉換，但是角色轉換後的結果並沒有檢測。綜合上述，國內目前並無針對技術混合照護模式實施後，護理人員角色功能與護理活動改變之相關研究；國內外亦無針對於技術混合照護模式實施後，護理人員角色功能、護理活動、工作壓力與病人照護品質改變情形之相關性做研究。故本研究欲探討，技術混合照護模式實施後，護理人員自覺角色功能、護理活動、工作壓力、工作負荷、超時工作、角色滿意度、工作滿意度和照護品質的改變情形，以及上述改變情形彼此間的相關性。

第二節 研究之重要性

護理人員於照護模式中位居要職，且對於病人安全及有效的照護具有相當重要的責任，故透過此研究可以了解護理人員在技術混合照護模式實施後，其角色功能、護理活動、工作壓力相關變項（如工作壓力、工作負荷、超時工作、角色滿意度、工作滿意度）和照護品質之改變情形，以及是上述改變情形彼此間的相關性。此研究結果可明確地呈現護理人員專業角色功能與活動情形、建立護理專業形象、促使病人獲得高品質的醫療照護，此外更可作為政策制定及醫療照護環境改善之參考。

第三節 研究目的

- 1、探討技術混合照護模式實施後，護理人員自覺角色功能的改變情形。
- 2、探討技術混合照護模式實施後，護理人員自覺護理活動的改變情形。
- 3、探討技術混合照護模式實施後，護理人員自覺工作壓力與照護品質相關變項的改變情形。
- 4、探討技術混合照護模式實施後，護理人員自覺角色功能、護理活動、工作壓力（如：工作壓力、工作負荷、超時工作、角色滿意度、工作滿意度）相關變項，及病人照護品質（病人被重複確認病況及病人照護品質）相關變項改變情形之相關性。
- 5、探討技術混合照護模式實施前 6 個月與實施後 6 個月，全責照護試辦單位病人照護品質指標（如：病人院內感染率、呼吸道感染率、泌尿道感染率、跌倒率、壓瘡盛行率、壓瘡發生率、約束率、給藥錯誤率）之差異。

第四節 研究問題

- 1、技術混合照護模式實施後，護理人員自覺角色功能是否有所改變？
- 2、護理人員基本資料的不同，其自覺角色功能改變情形是否有所不同？
- 3、技術混合照護模式實施後，護理人員自覺護理活動是否有所改變？
- 4、護理人員基本資料的不同，其自覺護理活動改變情形是否有所不同？
- 5、技術混合照護模式實施後，護理人員自覺工作壓力與照護品質相關變項是否有所改變？
- 6、護理人員基本資料的不同，其自覺工作壓力與照護品質相關變項改變情形是否有所不同？
- 7、技術混合照護模式實施後，護理人員自覺角色功能、護理活動、工作壓力相關變項（如：工作壓力、工作負荷、超時工作、角色滿意度、工作滿意度），及病人照護品質相關變項（病人被重複確認病況及病人照護品質）改變情形之相關性為何？
- 8、技術混合照護模式實施前後各 6 個月相比，全責照護模式試辦單位病人照護品質指標（如：病人院內感染率、呼吸道感染率、泌尿道感染率、跌倒率、壓瘡盛行率、壓瘡發生率、約束率、給藥錯誤率）是否有顯著差異？

第五節 研究假設

- 1、技術混合照護模式實施後，護理人員自覺角色功能有改變。
- 2、護理人員因基本資料的不同，其自覺角色功能改變情形有差異。
- 3、技術混合照護模式實施後，護理人員自覺護理活動有改變。
- 4、護理人員因基本資料的不同，其自覺護理活動改變情形有差異。
- 5、技術混合照護模式實施後，護理人員自覺工作壓力與照護品質相關變項有改變。
- 6、護理人員因基本資料的不同，其自覺工作壓力與照護品質相關變項改變情形有差異。
- 7、技術混合照護模式實施後，護理人員自覺角色功能、護理活動、工作壓力相關變項（如：工作壓力、工作負荷、超時工作、角色滿意度、工作滿意度），及病人照護品質相關變項（病人被重複確認病況及病人照護品質）改變情形有相關性。
- 8、全責照護模式試辦單位病人照護品質指標（如：病人院內感染率、呼吸道感染率、泌尿道感染率、跌倒率、壓瘡盛行率、壓瘡發生率、約束率、給藥錯誤率），於技術混合照護模式實施前後各6個月有差異。

第六節 名詞界定

本研究中重要名詞的概念性及操作性定義如下：

一、技術混合照護模式 (skill-mixed model)

本研究之技術混合照護模式，即為「全責照護制度專案計畫」中的全責照護模式。技術混合照護模式之操作性定義引自盧美秀(2005)，意指在醫療機構中，以輔助人員與註冊護士技術混合照護之模式，執行病人照護工作。

二、護理人員

本研究中的護理人員，意指台灣北中南地區三間參與「全責照護制度專案計畫」醫院之護理單位、且於試辦護理單位待滿6個月以上之護理人員們，以及試辦醫院之護理行政主管，包括護理部主任、督導、試辦護理單位之護理長、副護理長。

三、護理人員角色功能 (nurse role function)

護理人員角色功能是指護理人員所提供之自主性照護，包括健康問題評估、護理指導、護理諮詢、健康資訊、環境安全的維護等，以及與其他醫療人員的相互合作。本研究以Irvine, Sidani 和 Hall (1998)及沈(2005)的分類法，將護理人員角色功能依執行業務時的自主性程度，分為獨立性功能、非獨立性功能及相互依賴性功能三類。

(一) 獨立性角色功能 (nursing independent role function)

是指護理人員可自行判斷、做決定，並依法獨立執行的活動，不需要醫囑來決定。

(二) 非獨立性角色 (nursing dependent role function)

是指護理人員需依據醫師醫囑執行活動，但是，護理人員仍需在執行活動前，運用專業知識判斷病人病情是否需要。

(三) 相互依賴性角色功能 (nursing interdependent role function)

護理人員相互依賴性角色，指的是護理人員與醫療團隊之間的溝通、協調、及陳述自身意見，也就是護理人員部分或完全地伴隨著其他專業照護提供者之功能所提供的護理活動，例如：監測與回報病人健康狀況的改變、協調健康相關服務與個案管理。當護理人員執行此項角色功能時，除了與醫療團隊間共同合作外，仍然需要運用專業知識來判斷，以確保病人之照護品質與安全。

三、護理活動 (nursing activities)

是指護理人員在病房工作中，運用專業知識、技術與能力，執行與病人相關之治療性或非治療性活動，以滿足或解決病人問題之具體行動。參考學者依病人照護需求、單位性質及病人種類，將護理活動分為直接護理活動、間接護理活動、相關護理活動及個人時間(伍、劉，2000；李、劉，2001；胡、林，1992；徐、王、馮、尹，1993；徐、馮、林、蘇，1992；潘、金、黃、柯，1993；蘇、劉、楊、周，1998；Harrison & Nixon, 2002; Hendrickson, Doddate, & Kovner, 1990;)。本研究對各類護理活動定義如下，各類活動內容見表 1：

- (一) 直接護理活動：為直接接觸病人之護理活動。
- (二) 間接護理活動：為未直接接觸病人，但與病人相關之護理活動。
- (三) 相關護理活動：與病人照護無關，但與病房事務有關之護理活動。
- (四) 個人活動：不與病人照護及護理單位有關之私人活動。護理人員於照護病人時，個人活動能使護理人員本身的生理與心理需要獲得充分的滿足，使其能以充足的精神、體力與專注力，提供病人舒適且安全性照護，故此項是護理人員活動中所不可或缺的。

四、護理人員工作壓力相關變項

本研究所探討之護理人員工作壓力相關變項，包括護理人員自覺其工作壓力、工作負荷、超時工作情形、角色滿意度及工作滿意度的改變情形。

五、病人照護品質相關變項

本研究所探討之病人照護品質相關變項，包括護理人員自覺病人被重複確認病況的情形，以及病人照護品質的改變情形。

六、病人照護品質指標

本研究以病人院內感染率、呼吸道感染率、泌尿道感染率、跌倒率、壓瘡率（盛行率及發生率）、約束率，以及給藥錯誤率當作病人照護品質指標。各照護品質指標相關定義，則以 96 年度全責照護制度專案計畫（李，2007）相關內容為主。

（一）院內感染率：

意指病人在住院期間得到的感染，但不包括入院時即有或潛伏的感染。本研究中，院內感染率為院內感染總人次/該院總住院人日數×100%。

（二）呼吸道感染率：

上呼吸道感染可歸類為眼、鼻、喉等五官感染，此部位(不含)以下之部位如氣管、支氣管及肺部本身之發炎，則屬於下呼吸道感染。下呼吸道感染中，以肺炎最具代表性。在院內感染定義裡，目前仍將『肺炎』及『其他下呼吸道感染』二者一併歸類於『呼吸道感染』。本研究中，呼吸道感染率為該月感染發生人次/該院總住院人日數×100%。

（三）泌尿道感染：

泌尿道感染為最常見的院內感染（Edward & Wong, 2005），參考實驗室診斷標準，泌尿道感染定義為：尿液培養 $\geq 10^5$ CFU/mL，菌種不超過三種；或以導尿、恥骨上方抽取之尿液培養 $\geq 10^2$ CFU/mL；或經醫師診

斷已逕予抗生素治療者 (Maki & Tambyah, 2001)，均列為泌尿道感染。於本研究中，泌尿道感染率為該月發生泌尿道感染人次／該院總住院人日數×100%。

(四) 跌倒率：

跌倒意指病人於住院期間，因意外跌落至地面或其他平面，並排除未紀錄的跌倒、新生兒及非門急診的病人。研究中的此跌倒率，指的是急性床位患者於住院期間發生跌倒件數／該院住院患者總人日數×100%。

(五) 壓瘡率：

此壓瘡率指在進行測量的班別中，有一處或多處所有級數壓瘡皆屬之。壓瘡率由各試辦醫院自行決定每月監測的日期，之後每月固定某一天的相同班別進行量測。於監測當天，所有急性照護病人都應包括在內。

1、壓瘡盛行率：

壓瘡盛行率在此的計算公式為，所有級數壓瘡盛行人次／該院住院總人次×100%。壓瘡盛行人次，即為於住院前已經出現壓瘡及新發生壓瘡之急性照護病人人次。

2、壓瘡發生率：

壓瘡發生率在此的計算公式為，所有級數壓瘡發生人次／住院總人日數×100%。壓瘡發生人次，即為於住院後出現新發生壓瘡之急性照護病人人次。

(六) 約束率：

在此研究中，病人約束率為病人身體約束事件數／該院住院病人總人日數×100%，且病人身體約束事件數為三班約束事件之總合。

(七) 給藥錯誤率：

藥物錯誤意指在藥物治療的過程中，與專業醫療行為、健康照護產

品、程序及系統相關，發生可預防的藥物使用不當或病人傷害事件，例如處方開立、醫囑轉錄、藥品標示、包裝與命名、藥品調劑、分送、給藥、病人教育、監管，以及使用過程等（醫策會，2005）。本研究中的護理人員給藥錯誤率，指的是護理人員給藥的流程，包括核對醫囑、抄錄醫囑（包括給藥記錄卡與藥牌）、給藥時的五對（藥物、病人、時間、途徑、劑量），及協助病人完成服藥等，其中任何一項步驟錯誤，均稱為給藥錯誤。護理人員給藥錯誤率的計算方式，依照台灣醫療品質指標，為每月護理人員給藥錯誤的總件數/每月總住院人日數 $\times 100\%$ （謝，2006）。



表 1：本研究之各類護理活動內容

直接護理活動：
翻身、擺位、拍背、協助肢體活動、觀察並評估病人身心狀況、提供符合病人心理需求之照護（傾聽、鼓勵、支持等）、評值病人照護結果、執行病人安全的活動（如：病人辨識、預防跌倒、感染防治等）、給藥、傷口護理、管路護理、身體清潔、協助更換排泄、協助進食、護病溝通（主要為與病人溝通）、特殊治療或檢查、收集檢體、出院衛教，提供病人疾病相關之健康資訊、社會福利資源
間接護理活動：
交班、參與醫護巡房、制定護理計畫、病歷及護理紀錄書寫、藥物準備、治療與檢查前的準備、檢體送檢之處理與追蹤、飲食與衣物分送、與醫療團隊者的溝通與合作、反應叫人鈴、與家屬溝通、緊急問題處理、教導並督導照服員的照護工作與照護技巧、確認照服員相關紀錄、洗手、護理人員往返護理站、聯繫照護相關事宜
相關護理活動：
護理站清潔整理、單位物品供應、執行除護理與病歷紀錄外的文書工作、執行病房行政業務、參加會議、參加在職教育、行政業務之相關溝通、品管管理稽核、提供護理同仁有關病房事務之諮詢
個人活動：
休息、用餐、如廁等

第二章文獻查證

本章依據研究目的與概念，共分為四節進行文獻探討，第一節探討護理照護模式的發展，第二節探討技術混合照護模式，第三節為探討護理人員之角色功能，第四節為探討護理人員之護理活動，第五節為本研究之研究概念。

第一節 護理照護模式的發展

護理照護模式從最古老的個案護理 (case method)，因二次大戰需求而產生的功能性護理 (functional nursing)，以及因護理人力短缺，而訓練輔助人員協助執行病人照護工作的成組護理 (team nursing)，當時註冊護士與輔助人員比為 70%：30%。1970 和 1980 年代，為了改善護理品質、使照顧計畫具有連續性、強調以病人為中心，以提高護理生產力及護理專業化，照護模式則改為全責護理 (primary nursing)，此時註冊護士比例提高至 79% (沈，2002；盧，2005)。然而，由於美國推動管理式醫療，醫院為了求生存，在成本效益考量下縮編人力，甚至使用技術混合照護模式 (盧，2005)。Huber, Blegen 和 McCloskey(1994)指出，已有 97% 加入美國醫院協會 (AHN) 的醫院，使用無照輔助人員 (unlicensed assistive personnel; UAP) 協助執行病人照護工作。

國內醫療照護體系跟隨著國外的腳步，因健保制度的建立與興起，各大醫院紛紛採取管理式醫療以控制成本，造成醫事人力的調整與重新配置 (張、余、陳、田，2005)。余 (2005) 曾提出，護理人員是台灣醫療團隊人員中佔最大比例者，在快速變遷的社會與醫療體系中，如何重新界定護理專業執業範圍，已是刻不容緩之事，又因國人因教育水準提升，對於醫療照護品質與成效的要求提高，醫療體系除了需發展多元化的護理專業執業模式及重新調配人力，更應強調護理人員與其他醫事人

員、行政人員等的合作關係，此外余氏仍強調將「不同能力功能混合執業」(skill-mixed practice)的概念，落實於台灣護理實務體系是護理政策規劃的精神所在。目前，台灣臨床照護中的護理專業人員包括專科護理師、護理師與護士，但是因為其專業能力參差不齊，對照護品質具有莫大的衝擊，余(2005)建議，若能參照國外照護模式，建立護理人員不同能力層級的混合(skill-mixed)，例如專科護理師、臨床護理專家、護理師、照顧服務員等，依其專業能力及執業特性，透過團隊合作的模式共同照護病人，便能提升護理照護品質。

第二節 技術混合照護模式

一、何謂技術混合照護模式

「skill-mixed」意指雇員的混合，在某一特定時間點技術的混合，或是每一種角色中活動的結合，但不是指工作職稱的結合(Buchan & O'May, 2000)。技術混合照護是指在醫療照護模式中，透過具體地成本評估醫療照護之各項活動，了解某一項技術或醫療處置與照護工作由哪一位專業或非專業人員執行所花費的成本較低、較恰當，以組合不同型態之醫事人員及非醫事人員來執行病人照護活動，使醫療機構達到成本效益及有效地運用人力資源，而此模式實施效果的好壞則以病人照護結果作為評估依據，以維持醫療照護品質及提升病人對醫療照護之滿意度(盧，2005；Richardson, 1999)。盧(2005)提到，技術混合照護模式的種類可包括醫師、執業護理師、註冊護士技術混合照護，醫師、註冊護士與其他醫事人員的技術混合照護，註冊護士、助產士的技術混合照護，以及註冊護士與護理助理員的技術混合照護。台灣目前所執行的全責照護模式，則是屬於註冊護士與護理助理員的技術混合照護模式。

護理技術混合(nursing skill-mixed)是一個多層面的概念，它被定義

為不同護理層級、不同領域、專長以及經驗的組合(Buchan & Dal Poz 2002; Spilsbury & Meyer 2001)，也是適當地運用合適比例的輔助人力，協助護理人員執行臨床照護工作 (Lee, et al., 2005)。故護理技術混合照護 (nursing skill-mixed model) 是指在醫療機構、復健機構及護理機構，運用無照輔助人員協助註冊護士執行病人照護之工作，以提供結合不同護理技能的護理服務 (盧，2005；Spilsbury & Meyer, 2001)。護理技術混合照護的整體目標，是欲達到更有效、更具有彈性、更具成本效益的使用護理資源(Ayre, et al., 2007)。

在技術混合照護模式中，歐美國家之輔助人員有不同的稱謂，例如護理照護輔助人員 (nursing care assistants, NCA)、無照輔助人員 (unlicensed assistive personnel, UAP)、輔助人員 (support workers, SW)、護理助理員 (nursing assistants/aides)、健康照護輔助人員 (health care assistants, HCAs) 等，普遍地來說，輔助人員在名稱上可用健康照護輔助人員稱之 (Thornley, 2000)。雖然各國對於輔助人員在名稱上的稱呼有所不同，但其所執行之工作內容大都是相似的，而且輔助人員需在護理人員的監督與指導下，協助執行病人照護之工作，其工作內容包括 (1) 維護病人衛生，如沐浴、擦澡、漱洗、如廁等；(2) 協助病人進食；(3) 協助病人活動，如散步、運動等；(4)，協助維護病人安全，如上下床、上下輪椅等移位活動 (游、陳、鄭、吳，2003；Keeney, Hasson, McKenna, & Gillen, 2005; Wilson, 1997)。

二、學者對技術混合照護模式之不同看法

學者指出，因人口老化所造成照護需求的增加，以及臨床護理人員工作過於忙碌的情況下，雇用輔助人員能彌補人力資源(Edwards,1997; McKenna, 1995)。Francis和Humphreys (1998)更指出，輔助人員與護理人員在薪資的差異，造成醫療成本花費的不同，使得輔助人員數量在美國

以每年1%的速度增加。雖然輔助人員的加入能緩解護理人力與醫療機構成本效益的問題，但是此照護模式在護理界仍然引起許多爭議(Anderson, 1997; Chang, & Lam, 1998; Workman, 1996)。

對技術混合照護模式持正向看法者認為，運用無照輔助人力及工作重新分配，可以降低成本 (Bostrom & Zimmerman, 1993; Lee, et al., 2005) 及減輕註冊護士工作負荷 (Chang, et al., 1998; Jung, et al., 1994)，此外非護理專業工作由輔助人員協助執行，可以讓註冊護士有更多的時間執行直接護理 (Badovinac, Wilson, & Woodhouse, 1999)。另有研究顯示，護理人員喜歡組織雇用輔助人員一同協助病人照護工作 (McKenna, 1995; Francomb, 1997; Rolfe, Jackson, Gardner, Jasper, & Gale, 1999; McKenna & Hasson, 2002)，且註冊護士也滿意將照護工作分派給輔助人員 (Badovinac, et al., 1999)。

相反地，有學者認為，輔助人員的加入會取代護理人員 (McKenna, 1995; Savage, 1997)。在Neidlinger, Bostrom, Stricker, Hild,和Zhang(1993)的研究中，護理人員表示與輔助人員一起工作不太安全，而且註冊護士是此項照護工作的主體及領導者，所以不希望看到註冊護士人數因此減少。況且，輔助人員的加入使得護理人員只做醫療技術性活動，進而使得連續性照護變成分段式照護，最終會造成照護品質降低 (Castledine, 1995; Denner, 1995; Scoullar, 1991)。另有學者指出，輔助人員的加入雖然可以節省成本，但是，卻會增加註冊護士督導輔助人員照護工作的責任與工作負擔，以及降低照護品質 (盧，2005；Dowie & Langman, 1999; Garretson, 2005; Lang, Hodge, Olson, Romano, & Kravitz, 2004; Sovie & Jawad, 2001)。

綜觀上述論點，雖然國內外學者對於技術混合照護模式在護理照護服務中的成效，及對病人照護的好壞仍是議論紛紛，但國際上對於探討

護理技術混合照護的照護模式，以及此模式施行對於病人、護理人員及組織結果有相當大的興趣，且有增加的趨勢(Needleman, Buerhaus, Mattke, Stewart, & Zelevinsky, 2002)，截至目前為止，國內學者對於技術混合照護模式對照護品質等大都抱持著正向的看法。

三、技術混合照護模式之相關研究

(一) 技術混合照護模式對護理人員工作情形之影響

學者 Aiken 等人(1997)認為，組織的模式會使護理人員有較高的自主性，在資源方面有較多的控制權，與醫師間也有較好的關係，進而使得病人有較佳的照護結果。然而，輔助人員加入對於護理人員工作情形的影響，在下述研究中呈現不同的面貌。

Chang, L. Lam和L. W. Lam(1998)調查某一香港教學醫院，於輔助人員加入後，護理人員工作內容的改變情形，研究結果顯示，輔助人員加入可減輕護理人員工作負荷，克服因護理人力不足所產生的問題。Lengacher等人(1994)針對護理技術員 (nursing care technicians) 於照護模式中，護理人員的工作滿意度、自主性、以及留任意願與離職情形，結果顯示護理人員對於其角色的滿意度增加。然而，Cone, McGovern, Barnard和Riegel (1995)於研究中提到，輔助人員的加入會增加護理人員的責任與工作負荷，因為護理人員需要去看輔助人員執行照護工作的情形，以及整合病人照護，所以會增加護理人員的工作壓力。但是，整體來說，輔助人員加入照護模式中，會增加護理人員的工作滿意度 (黃慈心, 2005; Cone, et al, 1995)。Gould等人(1996)調查外科單位護理人員因輔助人員加入之工作改變情形，研究結果顯示，護理人員超時情形降低且滿意度增加。由上述可知，技術混合照護模式實施後，護理人員工作情形有實質地改變。此外，技術混合照護模式能使註冊護士更顯現出其專業性，此觀點可從台北市立聯合醫院試行全責照護之結果中看出，於

計畫中，大部分護理人員認為，病房助理員協助執行非專業性之工作，能夠提升護理專業照護品質（北市衛生局醫管處，2005）。在黃美智（2005）”複合式護理照護模式促進民眾健康照護品質”研究計畫成果中，護理人員對於此照護模式也表示滿意。

（二）技術混合照護模式對病人照護影響之相關研究：

組織所提供的健康照護會影響到病人照護的結果。在 Gould 等人(1996)研究中，輔助人員的加入使病人照護品質獲得改善，且病人滿意度增加。台北市立醫院全責照顧試辦計畫結果顯示，家屬在院及看護工在醫院陪伴率下降（游等，2003），家屬及護理人員對病房助理/病患服務員所提供的護理活動及照護能力覺得滿意（北市衛生局醫管處，2005；尹，2005；李，2005）。在照護品質方面，病人的壓瘡、跌倒、泌尿道感染發生率及給藥錯誤率降低（黃慈心，2005；Malloch, Milton, & Jobes, 1990）。然而，有研究顯示，輔助人員的加入對於護理照護品質沒有影響，例如跌倒率、住院天數、院內感染密度、壓瘡發生率及給藥錯誤率（黃美智，2005；Badovinac, et al., 1999; Lee, et al., 2005）。

Ayre 等人(2007)提到，不適當的技術混合（skill-mixed）會影響病人照護品質。護理人員留任率與技術混合照護模式中合格護士數目有相關，當合格護士人數愈多，護理人員留任率則愈高，並且能夠降低病人住院率、降低死亡率、降低醫療花費、降低合併症、增加病人滿意度、增加病人恢復率、增加生活品質，以及增加病人知識與配合度（Mckenna, 1995）。不僅如此，家屬認為全責照護可以減輕其經濟壓力，以及讓他們能有較多的時間照顧其他家人（北市衛生局醫管處，2005；李，2005）。

根據上述研究結果顯示，技術混合照護模式使得護理人員更有時間執行專業護理活動與降低醫療成本，但是，對於護理人員工作壓力、工作負荷，以及病人照護品質卻有正向或負向地影響。

第三節 護理人員之角色功能

一、護理人員角色功能的演進與定義

從護理的歷史來看，護理的鼻祖—南丁格爾女士，將最好的母親及家庭主婦的特質融入理想的護士形象中，然而，這樣的形象較少有建立護士領導能力與獨立真實的專業內涵品質（引自Cockerham, 2001/2002）。學者Bowling提到，在與個人自主權的交戰中，護理人員傾向拒絕從事原本屬於醫師工作職責部分，以強調其護理本身獨一無二的「照護」功能（引自Cockerham, 2001/2002）。

傳統上，護理人員所扮演的角色，大多以醫院的臨床照護工作為主，然而，隨著全球人口的快速老化，疾病型態由急性疾病轉變成以慢性疾病、長期照護為主的醫療需求，護理人員的角色與功能也從臨床護理工作—注重的疾病照護與恢復，擴展到全民保健計劃中的預防保健與長期照護工作，以符合民眾的健康照護需求（沈，2005）。在護理政策方面，1988年，行政院在第十次科技顧問會議中，以提升護理人員在醫療保健系統的角色與功能進行討論（行政院衛生署，2005）。由此可看出，護理人員角色功能隨著照護需求及健康照護模式的改變而有所調整，而護理人員角色功能在醫療照護體系中的重要性則是有增無減。

Harrison & Nixon (2002)認為，在臨床上作決定的過程是護理角色的整合。護理人員在護理專業中的角色，可從照護、協調、保護及教導等四個方面來看（沈，2005）。

（一）照護方面：當病人一入院時，護理人員需扮演著專家（specialist）及研究者（researcher）的角色，針對病人的問題作深入的研究或探討，然後擔任計劃者（planner）制定照護計劃，以提供照護者（care giver）與提供舒適者（comforter）的角色執行護理措施，運用護理專業技能促進病人舒適，減少因疾病、檢查或治療所帶來的痛苦，最後作為一位評

值者 (evaluator)，評值所執行的照護措施是否達到預期的目標；因此，護理人員在過程中需扮演著護理照護品質的經營者 (manager) 之角色，隨時注意所提供的照護是否滿足病人的需求，深入了解病人的感受；另外，護理人員也應扮演諮詢者 (consultant) 的角色，於執行照護的同時，提供符合照護對象個別性的健康相關資訊。

(二) 協調方面：醫療工作是一種團隊工作，護理人員是最了解且最貼近病人的醫療人員，當病人需執行檢查或治療時，護理人員應先了解病人的意願，之後再連絡相關部門做进一步的準備，故護理人員此團隊中扮演著極為重要的協調者 (coordinator) 角色。

(三) 保護方面：護理人員需讓病人在安全的環境中接受治療，所以當護理人員發現有不利於病人的醫療處置或措施時，應該要馬上提出使病人免於受傷害，以確保病人接受安全的治療，故護理人員需扮演代言者 (advocate) 角色替病人說話。

(四) 教導方面：護理人員的角色已從疾病的照護，擴展至疾病的預防、健康體能的促進等，故不論是在日常生活中或臨床照護上，護理人員皆有機會扮演教育者 (educator) 的角色。

沈 (2005) 提到，護理人員的功能，是指只有護理人員才能執行的活動，與其他醫療人員是不相同的，而且，護理功能可從法律規定、專業團體以及當代地區性護理實務作業情形等三方面來界定。①在法律規定方面，護理人員法中清楚地規定關於護理人員功能之法律，例如護理人員可執行健康問題評估、預防保健之護理措施、護理指導、護理諮詢，以及醫療輔助行為等；②專業團體部份，在台灣護理學會所頒布之「中華民國護理倫理規範」中，要求護理人員應有共同的體認與努力，以發揮護理角色功能；③地區性護理實務作業部份，各地方醫療院所已詳盡地規劃護理進階制度，並規範護理實務內容及工作項次。

2003年，國際護理學會對護理所下的定義中提到，護理的角色是對於處在各種場所、各種年齡層的所有家庭、團體，以及社區中生病或健康的人，提供自主性和合作性照護，包括健康促進、疾病預防，對生病、殘障、瀕臨死亡者的照護，擔任病人代言者、促進安全環境，參與研究、健康政策制定、病人照護與健康系統管理，以及教育等（行政院衛生署，2005）。衛生署（沈，2005）則將臨床護理人員角色與功能分為下述七項：①執行護理評估與活動，②依醫囑協助及執行各項醫療活動，③協助醫師維護病人生命安全，④預防及控制感染，⑤協助無法自我照顧之病人的日常生活，⑥協助病人疾病過程的適應，⑦提供病人與家屬有關健康的諮詢。

張等人（2005）運用焦點團體座談會，以了解20位資深臨床護理人員與社區護理人員，對於臨床護理與社區護理角色功能之看法。結果顯示，臨床護理人員角色與功能主要包括：判斷病人最需要護理人員協助的情況與時機，判斷疾病或合併症對急性期病人身心反應的影響，如：焦慮、害怕、悲傷與身體組織之傷害等，以及執行急重症病人身體功能的健康照護服務；社區護理人員角色功能則包括：評估社區或家庭護理需要與服務，規劃社區或家庭健康促進的照護服務，以及推展社區或家庭健康促進活動。

二、護理人員角色功能之分類

Irvine 等人(1998)提到，護理人員角色功能可分為正式的角色功能（formal role function）（例如病人教育），及非正式角色功能（informal role function）（例如轉送病人）。而在 Nursing Role Effectiveness Model 概念模式中(Irvine, et al., 1998)，護理人員正式性角色則包括獨立性、依賴性，以及相互依賴性角色。

沈（2005）將護理範圍依專業程度、功能及工作場所等三部份來看，

並且依照護理人員執行業務時所擁有的自主性程度，將護理功能分為獨立性功能、非獨立性功能及相互依賴性功能。

以下綜合 Irvine 等人(1998)以及沈 (2005) 對護理人員之三種角色功能說明如下：

(一) 獨立性角色功能 (nursing independent role function)

Irvine 等人(1998)指出，護理的獨立性角色是護理人員獨有的角色功能與責任。此獨立性功能，是指護理人員可以依法獨立執行的活動，不需醫囑來決定，護理人員可以自行判斷並且做決定 (沈，2005)。護理的獨立性角色包括：評估(the activities of assessment)、作決策(decision making)、執行(intervention)、及評值(follow-up)，也就護理專業中最強調的護理過程 (Irvine, et al., 1998)。

(二) 非獨立性角色 (nursing dependent role function)

護理非獨立性角色指的是，護理人員需根據醫師的醫囑執行活動，不能自行做判斷以及做決定，例如藥物醫囑的執行、醫療處置等，護理人員法中規定的醫療輔助行為皆屬之 (沈，2005；Irvine, et al., 1998)。當護理人員執行醫師醫囑的醫療處置時，護理人員需承擔安全執行醫療處置，及執行後結果之責任，並且在執行前需運用專業知識判斷病人病情是否需要 (沈，2005；Irvine, et al., 1998)。

(三) 相互依賴性角色功能 (nursing interdependent role function)

護理人員相互依賴性角色，指的是護理人員與醫療團隊之間的溝通、協調、及陳述自身意見，也就是護理人員部分或完全地伴隨著其他專業照護提供者之功能所提供的護理活動，例如：監測與回報病人健康狀況的改變、協調健康相關服務與個案管理 (Irvine, et al., 1998)。當護理人員執行此項角色功能時，除了與醫療團隊間共同合作外，仍然需要運用專業知識來判斷，以確保病人之照護品質與安全 (沈，2005)。

綜觀上述，政府機關與學者們對護理人員角色功能定義的描述，可了解護理人員在醫療保健系統中，具有舉足輕重的地位與角色，其專業角色功能的執行，對於病人的疾病恢復、身心靈健康照護需求的滿足，以及健康促進與維持等，有相當大的影響與幫助。而且，護理人員是醫療團隊間的溝通橋樑，病人照護品質的監督者與管理者，亦是病人權利及安全的保護者，所以，病人照護品質與護理人員角色功能息息相關，故清楚界定及呈現護理人員角色功能是相當重要的。

三、護理人員角色功能相關研究

(一) 護理人員個人屬性與其角色功能之關係

Doran, Sidani, Keatings 和 Doidge(2002)提到，護理人員的教育程度、護理經驗、工作自主性、提供照護時間的適當性，以及角色緊張 (role tension)，會顯著地影響其相互依賴性角色功能的執行，例如溝通與照護整合之角色功能。護理人員工作自主性及教育準備度，會正向地影響護理人員溝通之角色功能；相反地，護理人員於醫院之經驗長短及角色緊張程度，則會負向地影響護理人員的溝通功能。護理人員教育程度與醫院經驗之長短，對照護整合之角色功能有正向地影響，而護理人員工作自主性與角色緊張，則會負向地影響照護整合之角色功能(Doran, et al., 2002)。

(二) 技術混合照護模式與護理人員角色功能之關係

研究顯示，無照輔助人員 (unlicensed assistive personnel, UAP) 加入急性醫院的護理照顧服務中，使得註冊護士在病人照護責任委派(68%)、團隊領導(66%)、人員(60%)分配、病人照護管理(57%)、單位工作與職務(57%)，以及資源(37%)分配等角色上，有中度到完全程度地改變 (McLaughlin, Thomas, & Barter, 1995)。之後，Barter 等人(1997)針對三間非營利急性照護社區醫院之註冊護士進行調查，結果顯示，註冊護士認

為其角色在下述六個部分有中度到完全程度的改變，如委派病人照護的責任(68%)、人員的分派(64%)、分配單位工作或職務(58%)、擔任團隊領導者的角色(56%)、具有管理病人照護的責任(53%)，以及團隊執行情形的評估(51%)。在開放性的問答部分，大部分註冊護士回應，其團隊領導者的角色有所改變，尤其在工作委派、確認與監測無照輔助人員執行工作的部分是增加的，但在病人直接照護的時間上卻是減少的。

McLaughlin 等人(2000)比較美國與英國，在使用護理照護助理員(nursing care assistants, NCA)及無照輔助人員於急性照護醫院中，註冊護士對於其角色之看法與改變，大部分英國註冊護士認為，當她/他與輔助人員或一般護理人員一起工作時，其角色有最小程度的改變，但需要額外的時間來委派任務及督導輔助人員。美國註冊護士認為，其角色在病人照護委派的責任、資源的分配、單位職務與工作的分配、團隊的領導、病人照護之管理以及團隊工作執行之評估等六部分有中度到完全程度的改變。在工作委派方面，美國(50%)與英國(58%)的註冊護士表示，會詢問同事關於如何決定委派的工作；當與輔助人員一起工作遇到問題時，美國(56%)及英國(83%)的註冊護士會詢問護理主管。

由上述由研究可知，註冊護士角色功能會因輔助人員的加入，在工作委派、團隊領導、病人照護管理及擔任同事間諮詢者等角色上，有明顯的改變。護理主管也因護理團隊成員增加，更彰顯其協調者與管理者角色的重要性。

(三) 護理人員角色功能與病人照護之關係

在 Nursing Role Effectiveness Model 中，護理獨立性角色功能與病人症狀控制(symptom control)、功能性健康狀況(functional health status)及自我照顧方式之知識(knowledge of self-care strategies)有關 (Irvine, et al., 1998)。也就是說，護理人員獨立性功能所提供的照護，會直接影響到病

人身心健康狀況。Doran 等人(2002)指出，護理人員的溝通會正向地影響護理人員獨立性功能的執行及照護的整合，而護理人員的獨立性角色功能與護理人員的溝通，對於病人的治療性自我照顧活動則有正向的影響。再者，護理人員獨立性功能執行的品質，對於病人在出院時的功能狀態亦有正向的影響；但是，對於病人情緒紊亂部分卻有負向地影響。護理人員的依賴性角色，若未小心執行，便有可能造成藥物錯誤 (medication errors) 或其他不良事件(adverse events)，進而影響病人的照護結果，其中包括病人生理、情緒、功能或認知上的失能，甚或延長住院時間 (Irvine, et al., 1998)。故護理人員需要運用其專業知識來加以判斷醫療處置的執行。護理人員相互依賴性角色在醫療團隊間，以及醫療照護體系與病人間，不論是擔任病人的代言者或是溝通協調者，皆扮演著一座相當重要的溝通橋樑，當護理人員及時反應病人病情的改變，並與醫療團隊溝通，可以儘早預防及有效的控制病人潛在性合併症的發生 (Irvine, et al., 1998)。此相互依賴性角色扮演的好壞與否，會直接或間接的影響專業間溝通與協調的品質，並影響醫病間的關係，更會影響到病人的權益以及生命安全。Doran 等人(2002)認為，護理人員三種角色的執行彼此間有相關性，每一種角色的執行會被相似情境與個人特質所影響。

Irvine 等人(1998)將出院計劃的協調，視為護理人員相互依賴性角色中重要的一部份。完整的出院計劃可以降低病人的住院天數約 1.9 天，並節省住院花費。而且，護理人員所執行出院計劃的時間點及執行程度，與病人住院天數 (length of hospital stay, LOS) 有相關性。

綜合上述研究結果得知，技術混合照護模式與護理人員個人屬性，會影響其角色功能，而角色功能會影響病人身心健康狀態。由此可見，護理人員在醫療團隊與照護體系中，是不可或缺的靈魂人物。

第四節 護理人員之護理活動

一、何謂護理活動

戴（1978）認為，護理活動是護理人員運用心智，以及身體的勞動力來完成與執行病人護理的具體行動。盧、夏和林（1998）指出，護理活動是應用護理過程，來滿足或解決病人問題的一種具體行動，會因受到人、時、地的影響，而具有不同的意義。護理活動即代表護理的執業範圍，包括專業知識、技術，以及能力的運用（盧等，1998）。李和劉（2001）對護理活動所下的定義，護理活動即為病房工作中與照顧病人相關的治療或非治療活動。由上述可知，護理活動是一種具體的行動，為護理人員運用其專業知識與技能，提供給病人之具有個別性的照護活動。

一個有效的護理行為，可由具體執行護理活動中所表現出來，故護理活動可以被視為護理行為的分子。護理活動表現得當與否可以決定行為的效能，並且區分不同的專業角色。然而，護理工作應需滿足專業的特性，才能夠成為一種專業（盧等，1998）。

護理活動在執行時，依所需要的知識、技術以及思考的深淺程度不同，可區分為專業、次專業及非專業性護理三種（沈，2005）。（1）專業性護理，為護理人員需要運用獨特的知識、判斷及思考分析才能完成。所以，護理人員須具備廣泛的相關知識，了解病人的背景、病情變化、自我照顧能力等問題，以採取符合病人個別性的處理方式。此活動是他人難以取代的專業，如提供病人自我照顧的護理指導與出入院護理等。（2）次專業護理，為護理人員需要具備相關的基礎醫學知識才能執行的活動。並且為了確保病人安全，護理人員應接受一段時間的訓練才能夠執行，例如肌肉注射、給藥、導尿等。（3）非專業性護理，為一般日常生活中每個人都會做的活動，不需經過特殊訓練及深思熟慮，只要接受些許的指導就能夠操作，例如餵食、更換床單、協助病人沐浴、翻身等。

二、護理活動之分類

學者們因研究目的、研究單位特性及病人照護需求的不同，對護理活動分類意有所差異，茲將下述護理活動各分類作系統性整理(見表 2)。

Hovenga (引自 Chang, et al., 1998)、徐等人 (1993) 及李和劉 (2001) 將護理活動分為三類，但分類方法不同。Hovenga 依病人分類系統，將護理活動分為直接病人照護、間接活動以及非生產性活動。徐等人 (1993) 及李和劉 (2001) 則將護理活動分直接護理、間接護理及相關護理。

Hendrickson 等人(1990)、徐等人 (1992)、潘等人 (1993)、伍和劉 (2000) 以及蘇等人(1998)，將護理活動分為四類。Hendrickson 等人(1990) 將護理活動以直接與病人接觸之活動 (with patient)、臨床之間接活動 (indirect-clinical)、非臨床之間接活動 (indirect-non-clinical)，及其他非臨床活動 (miscellaneous, non-clinical) 來區分。徐等人 (1992)、潘等人 (1993)、伍和劉 (2000) 以及蘇等人 (1998)，則將以直接護理、間接護理、相關護理/與單位有關之活動，及個人活動/私人活動來分類。雖然學者們在使用各類護理活動分類的名稱上有所不同，但是各類護理活動內容的分類是相似的。

胡和林 (1992) 針對內外科、產兒科、病房工作的專職與兼職護理人員，將護理工作項目分為五大項，分別為直接個別性護理、直接功能性護理、間接護理、單位事務性工作、私人時間。

Harrison 及 Nixon (2002) 研究一般加護病房護理人員之護理活動，並將護理活動分六項為直接護理照護 (direct nursing care)、文書護理工作 (clerical nursing duties)、病人評估 (patient assessment)、工作暫停時間 (time out) 且以病人為焦點之活動 (patient-focused activity)、非護理職務之活動 (non-nursing duties)、休息時間之個人活動 (personal

activity)。

綜觀學者們對於護理活動所做的分類，依其研究目的、研究單位科別、病人種類之照護需求而有所不同，但是，有些研究對護理活動分類界定不明確。大部分學者，因其研究目的為了解病房護理人員工作時間分配情形，大都將護理活動分四類為直接護理、間接護理、相關護理，以及個人時間或非生產力活動。在本研究中，因研究對象為一般病房之護理人員，故採用大部分學者所用之分類，將護理活動分為直接護理、間接護理、相關護理，以及個人活動。

三、技術混合照護模式對護理活動影響之相關研究

多項研究結果顯示，輔助人員加入，可使護理人員免於執行非護理工作，例如整床(*bed-making*)，清潔、搬運(*portaging*)和事務業務性工作(*clerical duties*)，而讓護理人員有更多的時間去執行直接護理及需要專業知識的活動，例如病人教育及照護計畫 (Anderson, 1997; Badovinac, et al., 1999; Gould, et al., 1996; Jung, et al., 1994)。

Neidlinger 等人(1993)比較有無輔助人員加入醫學中心護理照護模式中的研究結果顯示，輔助人員加入可使護理人員有更多時間執行治療程序與評估，受測註冊護士指出和輔助人員一起工作，可讓其有更多時間處理緊急情況，並與病人有更多的互動。學者 Chang 等人(1998)探討在輔助人員協助下的護理人員活動，研究結果顯示，於研究執行的初期，護理人員在輔助人員協助下的間接護理活動及整體活動顯著減少。輔助人員加入三個月後，護理人員執行基本照護活動方面顯著減少，而在非生產性活動（包括護理人員個人活動，如飲水、用餐、休息等）方面顯著增加。護理人員於輔助人員加入後 6 個月，其護理技術性照護活動及間接護理活動方面較輔助人員加入後 3 個月顯著減少。另外，護理人員執行與醫療團隊溝通，以及收集關於病人身心靈社會需要之資料這兩項護

理活動，於輔助人員加入後3個月較6個月顯著增加。然而，輔助人員加入後3個月，護理人員出現在病人面前次數卻呈顯著下降。

Harrison和Nixon (2002)針對，有輔助人員之一般加護病房護理人員護理活動進行研究，比較在不同層級、不同班別下之護理活動分配。研究發現，病人評估在不同班別或不同層級中，皆佔所有護理活動的最高比例，直接護理次之。長庚紀念醫院桃園分院於2005年，執行衛生署護理及健康照護處之研究計畫，探討以病人為中心之慢性病護理人員、病房助理員整合性照護模式與其成效。結果顯示，護理人員常見的活動，依平均每日執行次數最高者排序，依次為口服給藥、巡視病患、護理紀錄、交班、再次核對醫囑。最耗時的護理活動依次為護理紀錄、口服給藥、巡視病患、交班、再次核對醫囑。

總結上述文獻，技術混合照護模式可以減低註冊護士工作負荷、超時工作情形，增加其角色滿意度與工作滿意度，並改變註冊護士之角色功能與活動。而護理人員角色功能，則會受其個人屬性影響。在病人照護品質方面，技術混合照護模式與護理人員角色功能，會影響病人生理與心理健康狀態（例如：情緒紊亂、壓瘡率、跌倒率、泌尿道感染率等）。國內目前並無探討護理人員角色功能與活動，於輔助人員加入後的改變情形，亦無探討在技術混合照護模式實施後，護理人員角色功能改變與活動對病人照護品質之相關性。故希望藉由此研究調查，能呈現護理人員在技術混合照護模式下的角色功能與活動改變情形，及其與病人照護品質之相關性。

表 2：護理活動分類

活動 出處	直接病人照護 Direct patient care	間接活動 Indirect activities	非生產性活動 Non-productive activities
Hovenga (1990).引自 Chang, et al., 1998	執行出現在病人面前的活動，可分為：基礎性(basic)與技術性(technical)護理處置 (nursing procedures)、病人教育(Patient teaching)、健康評估(Health assessment)	對病人照護有貢獻，但是不出現在病人面前，包括：研究(Research)、品質確認(Quality assurance)、人員教育(Staff teaching)、督導(Supervision)	包含個人活動：用餐、喝茶/水、休息，以及非與工作有直接或間接關聯的活動
活動 出處	直接護理	間接護理	相關護理
徐、王、馮、尹 (1993)	定義：直接提供予病患護理活動所花的時間，函每項護理活動的準備期、操作期、整理期與紀錄期	定義：指除直接提供予病患之護理外，仍與病患有關之活動，如交班時之護理紀錄、醫護查房、處理醫囑等	指與「護理單位」維持運作有關之活動，如派班、器材之請領、清潔及在職教育
李、劉(2001)	指的是病患直接得到的護理照顧服務，除依院所定的「內外科病房護理活動執行標準」外，尚有動態、身體評估、傷口護理、病人的清潔舒適、營養、協助排泄、協助活動、維持呼吸、病患衛生指導、檢查、藥物、治療、醫護查房巡房、交班等	除直接護理以外與並患切身相關的護理照顧服務，包括病歷整理及紀錄、飲食與衣物的分送、醫務溝通、問題處理、與病患有關的電腦醫囑簽收、資料查詢、及電話聯繫、對家屬的支持會談等	非與直接照顧病患有關之必要活動，包括醫療用物之清潔整理消毒、用品供應、文書處理、行政公務聯繫、品管稽核、病房會議、在職教育、資料查詢、外勤（借物、發送資料等）、病房工作人員會談輔導、回答訪客問路等

活動出處	直接護理	間接護理	相關護理	個人時間
徐、馮、林、蘇 (1992)	病患直接得到的護理照顧，如給藥、評估、傷口護理等	與直接照顧病人相關之準備處理活動，如備藥、準備檢查等	非與直接照顧病人有關之工作必要活動，如文書、用品供應、在職教育等	非與病人有關之私人活動
潘、金、黃、柯 (1993)	以病患為中心，在病床邊發生的所有護理活動，包括護理技術的操作等：如飲食、排泄物之處理、清潔、變換體位、監測生命徵象、給藥、呼吸系統的處理、協助檢查及治療、衛教，心理支持	包括直接護理的準備及善後工作、與工作人員溝通有關病人之種種、查閱與病人相關之資料	點班、會議、申請材料、接聽電話、接受訪客詢問等	吃飯、上洗手間、喝水、閒聊、接聽私人電話及處理私事等
伍、劉 (2000)	藥物、評估、醫護巡房及交班、協助活動、營養、清潔舒適、動態（出入院、轉床護理）、傷口護理、衛教、治療、維持呼吸、檢查、協助排泄	病歷記錄書寫、醫務溝通、準備工作、電話聯繫、問題處理、電腦操作、善後處理、對家屬的支持及會談、飲食衣物分送	在職教育、會議、清潔整理及用物包消、用品供應、走路、品管稽核、文書處理、病房工作人員之輔導、參考資料、電話聯繫、訪客、問路、計畫執行或推展、外勤	用餐、使用洗手間、私人交談、吃東西喝水、休息、私人電話、離開病房等
活動出處	直接護理	間接護理	與單位有關之活動	個人活動
蘇、劉、楊、周 (1998)	指以病人為中心的護理活動，且係在病人或家屬面前做的，包括與病人或家屬溝通、藥物治療、飲食與排泄、清潔、舒適、移動患者、變換姿勢與運動，協助醫師或其他部門人員作檢查或治療、常規檢查、評估、檢體之收集。	指不在床旁從事的活動，是直接護理工作的準備或完成，它包括紀錄病人情況於護理紀錄或護理計劃本上、為病人的事情與其他人員溝通、備藥及核對醫囑、寫藥卡等。	指護理單位之管理、協調有關之活動（關係著全體病人之權益，而非針對某一特殊病人），包括清潔、整理工作、與其他有關單位的溝通、離開單位尋找物品、開會、在職教育、病房報告及檢查、補充單位用設備、用品等。	指不與病人護理、單位活動有關的個人活動。

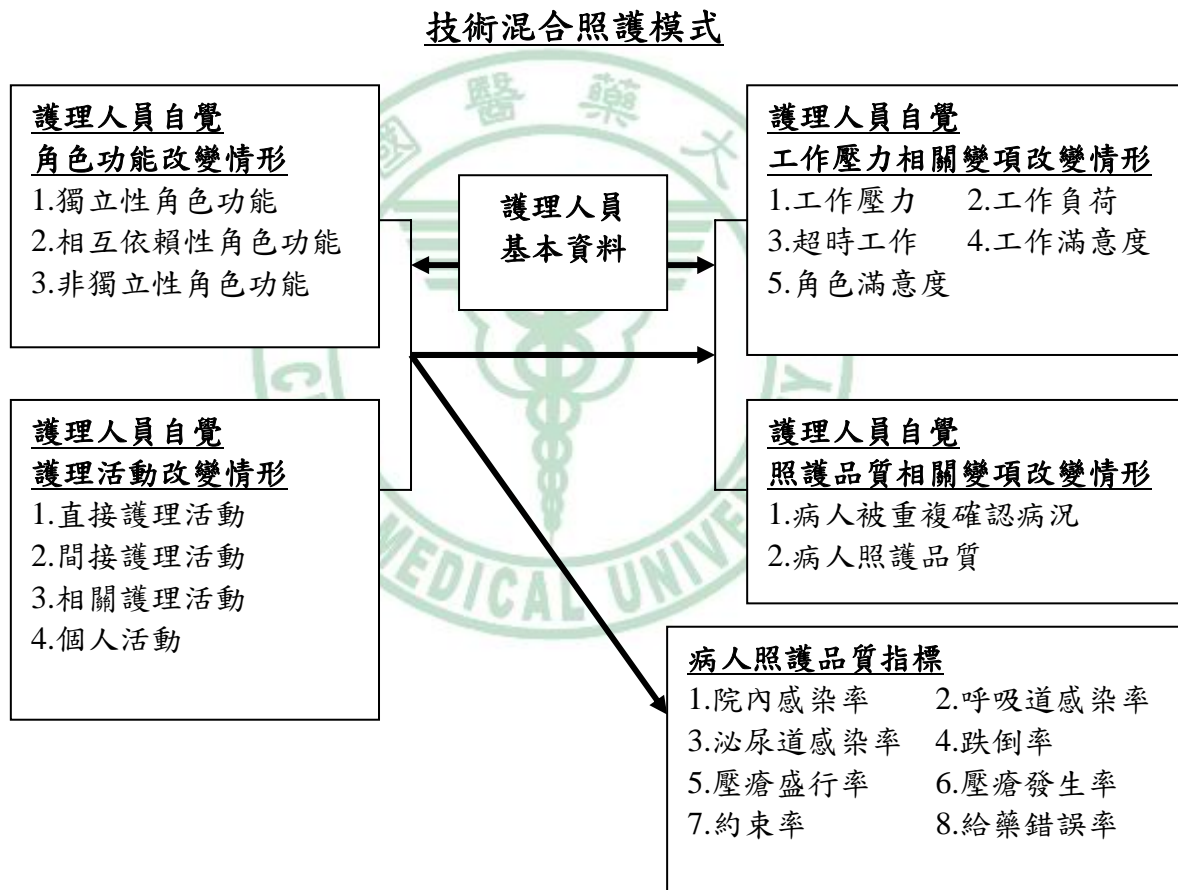
活動 出處	直接與病人接觸 之活動 with patient	臨床之間接活動 indirect-clinical	非臨床之間接活動 indirect non-clinical	其他非臨床活動 miscellaneous, non-clinical
Hendricks -on, Doddato, & Kovner , 1990	轉送病人、協助 移位等，所有護 病時間且與病人 接觸之活動。	1.護理紀錄、護理 計畫 2.治療或藥物準備 3.交班、查房、巡 房 4.專業的互動: 除 與病人外之溝通 (例如: 與醫師等 其他醫療團隊者的 溝通) 5.核對醫囑 6.在職教育	1.文書工作(例 如: 意外事件報告 等) 2.電話溝通 3.病人單位外衛材 的補充	用餐、休息等

活動 出處	直接個別性 護理	直接功能性 護理	間接護理	單位事務工作	私人時間
胡、林 (1992)	直接與病人有 接觸, 根據病人 的個別需要而 給予護理。例 如: 出院衛教、 依病人需要執 行護理措施 等。	需遵照醫囑執 行之病人治療 與護理常規。例 如: 發口服藥、 準備注射用 物、施行靜脈注 射等。	處理與病人 有關, 但未直 接接觸病人 的工作。例 如: 交班、寫 護理紀錄、核 對醫囑等。	與病房事務有 關的護理和非 護理性工作。例 如: 指導護生以 及新進人員。	個人之活動 與病人護理 及病房事務 無關者。例 如: 用餐、如 廁等。

活動 出處	直接護理照顧 Direct nursing care	事務性護理活動 Clerical nursing duties	病人評估 Patient assessment	以病人為焦點活動 Time out, patient-focused activity	非護理活動 Non-nursing duties	個人活動 Time out, personal activity
Harrison & Nixon (2002)	1.與病人溝通、交談(非任務導向的) 2.抽痰(氣管內管/口腔) 3.藥物準備及給予 4.衛生(如:沐浴, 口腔/眼睛護理, 翻身/皮膚受壓處照顧) 5.傷口/管理處理 6.洗腎的準備與管理 7.靜脈注射管路, 呼吸器管路, 過濾器更換 8.餵食的準備與給予 9.物理治療 10.轉送病人至其他醫院, 單位, 或送檢查與治療 11.檢查與處置的協助, 如放置管路, 照CXR, 更換呼吸器, 拔管等 12.協助病人移位	1. 紀錄.觀察.計算體液循環平衡,紀錄呼吸器計量 2.獲得及紀錄檢體檢驗結果 3.完成病人紀錄,如護理計畫,轉送紀錄 4.處理/管理單位有效組織性的任務 5.紀錄研究資料	1.觀察/評估病人生心理狀態 2.提供關於病人訊息給其他醫療團隊人員(例如:交班) 3.與臨床護理專家或領導者討論關於病人照護問題/尋求意見 4.準備床褥 5.參與巡房/查房 6.確認及處理儀器問題 7.閱讀病人資料與紀錄 8.擔任其他護理同仁的諮詢者/給予建議	1.與家屬交談(電話或面對面) 2.手術前探視 3.出院後追蹤與訪視 4.提供單位同仁建議及引導 5.擔任督導者/教導者/評估者 6.安排轉送人員 7.督導/觀察較有經驗護理人員的技術	1.清潔及準備床褥 2.物品排序與放置 3.非護理事務性職務 4.電話聯繫不與病人相關之事宜 5.確認單位工作車/儀器	1.參加會議 2.休息 3.唸書時間 4.出席規定的訓練,如消防訓練,演習,課程 5.出席在職教育

第五節 研究概念

依據文獻查證，研擬出本研究之研究概念圖（如圖一）：在技術混合照模式實施後，護理人員自覺其角色功能、護理活動、工作壓力與病人照護品質相關變項有所改變；護理人員基本資料會影響其自覺角色功能、護理活動、工作壓力與病人照護品質相關變項之改變情形；護理人員自覺其角色功能與護理活動的改變情形，會影響其自覺工作壓力與病人照護品質相關變項之改變情形，以及病人照護品質指標。研究概念圖如下：



圖一：本研究之概念架構圖

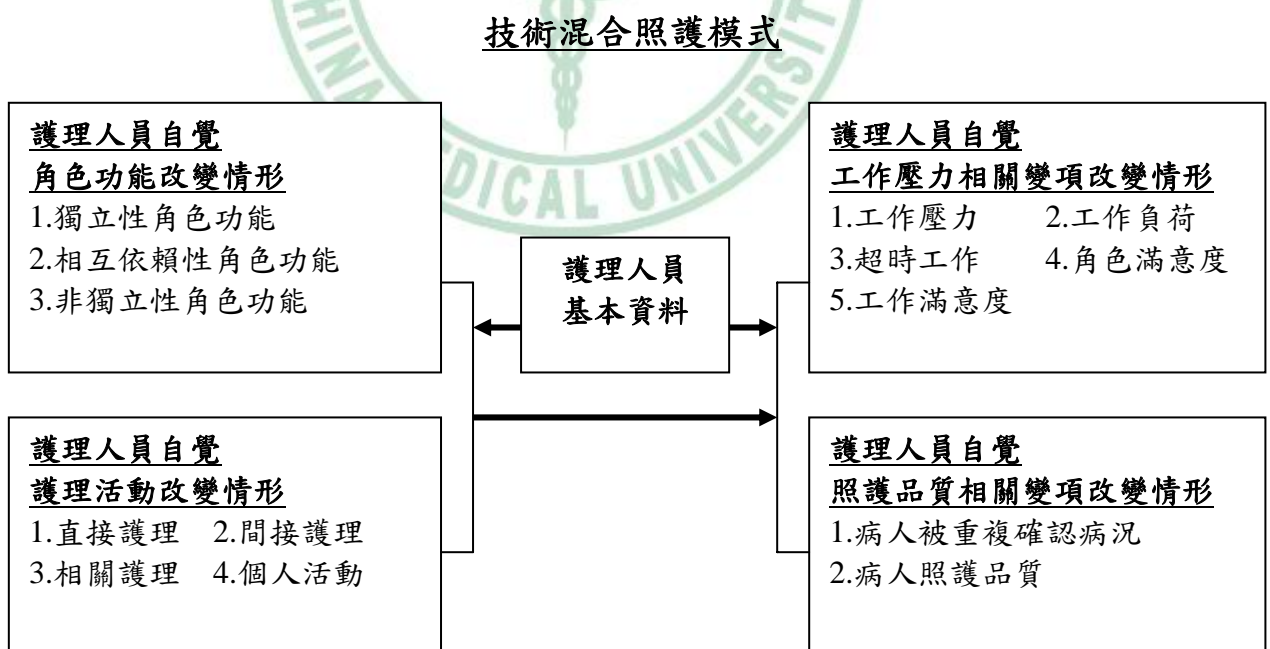
第三章 研究方法

第一節 研究設計

「全責照護制度專案計畫」之全責照護即為技術混合照護模式，為了不使受測者混淆，故於問卷及施測過程中以全責照護模式稱之。

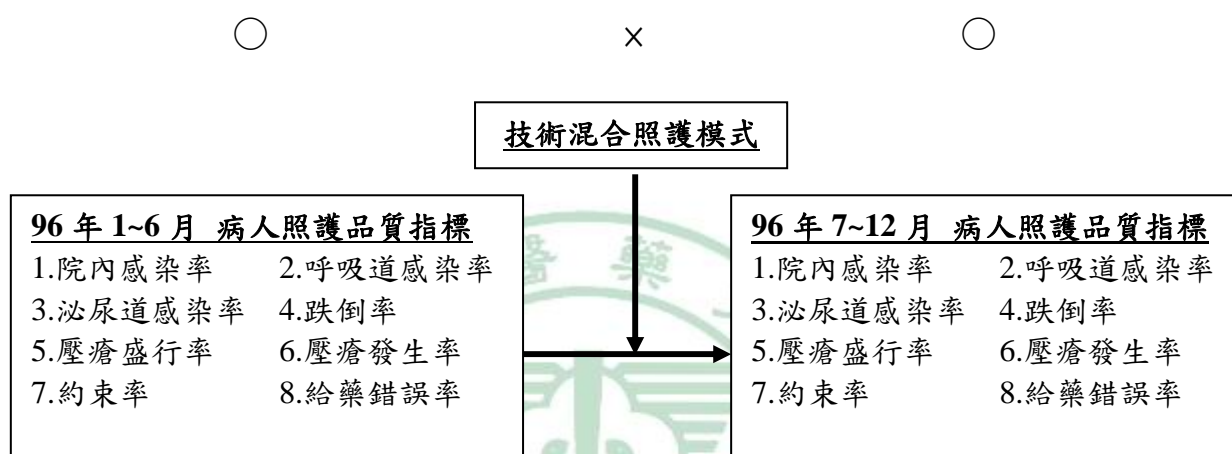
一、研究設計

本研究依研究概念分為兩部分，第一部分採橫斷式研究設計（圖二），以結構式問卷於全責照護模式 96 年 7 月試辦 6 個月後（97 年 1 月）進行調查，探討護理人員自覺其角色功能、護理活動、工作壓力與照護品質相關變項，與全責照護模式實施前（96 年 1 月）相比的改變情形（研究問題 1、3、5）；以及護理人員因基本資料的不同，其自覺角色功能、護理活動、工作壓力與照護品質相關變項改變情形是否有差異（研究問題 2、4、6）。此外，探討護理人員自覺其角色功能、護理活動、工作壓力相關變項，及照護品質相關變項改變情形之間的相關性（研究問題 7）。



圖二：研究設計第一部分

研究設計之第二部分（圖三）採單組前後測、實驗前之研究設計，探討技術混合照護模式前 6 個月與實施後 6 個月，全責照護實施單位病人之照護品質指標（如：病人院內感染率、呼吸道感染率、泌尿道感染率、跌倒率、壓瘡盛行率、壓瘡發生率、約束率、給藥錯誤率）是否有顯著差異（研究問題 8）。

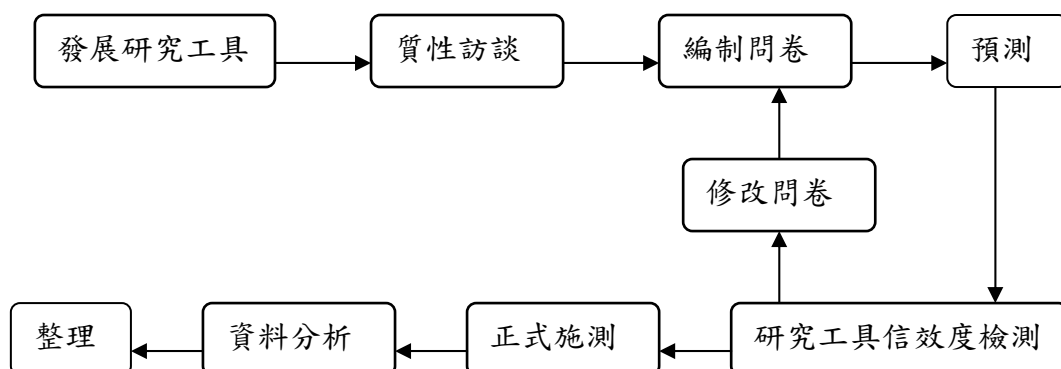


圖三：研究設計第二部分

二、研究對象

本研究對象採立意取樣，為台灣北中南地區三間參與「全責照護制度專案計畫」醫院之試辦護理單位、且於試辦護理單位待滿 6 個月以上的護理人員們，以及試辦醫院之護理行政主管，包括護理部主任、督導，試辦護理單位之護理長、副護理長等。收案時間為全責照護制度專案計畫自 96 年 7 月試辦 6 個月後進行收案，總共收案參與全責照護制度專案計畫、且任職滿 6 個月以上護理人員共 39 人。

三、研究步驟



圖四：研究步驟

第二節 發展研究工具

一、質性訪談

本研究目的欲了解，護理人員在全責照護制度專案計畫實施後，護理人員角色功能與護理活動之改變情形，及改變情形對護理人員和病人照護之影響。為了能深入地了解護理人員角色功能與護理活動，在全責照護制度專案計畫實施後的改變情形，而使研究工具更完整。因此，依照本研究目的及文獻參考，自擬半結構式訪談指引進行質性訪談。訪談內容包括護理人員對於全責照護制度專案計畫對護理人員工作情形，例如工作壓力、工作負荷、超時工作情形，以及護理品質與病人照護品質影響之看法，另外還詢問護理人員對此計劃有無任何建議及優缺點。

訪談對象，為某一實施全責照護制度專案計畫醫院之護理人員，共三位。為了能了解不同層級之護理人員在全責照護模式實施後，其角色功能與活動的改變情形，使資料能更完整的呈現臨床護理人員與管理者的角色功能與護理活動執行情形，故訪談對象包括 1 位臨床護理人員及 2 位護理管理者。初步的資料蒐集，由研究者與每一位受訪者進行面對面的訪談，並且於訪談後，將受訪者所陳述之實際經驗與感受撰寫成逐字

稿。經主題式分析與研究目的結合，將逐字稿轉換成系統性的文字敘述。最後，參考文獻查證及訪談內容，編製成結構式問卷。

二、編製問卷

本研究之問卷內容，經由訪談內容整理與文獻參考所編制而成，內容包括基本資料、護理人員角色功能、護理活動，及護理人員與病人照護之影響等四部份，共 75 題。

(一) 護理人員基本資料

護理人員基本資料共有 10 項，包括性別、年齡、教育程度、婚姻狀況、工作服務科別、於目前單位工作時間有多久、從事護理工作有多久、工作職位（護理長、副護理長、N1~N4）、有無擔任此單位的領導者(leader)、是否曾擔任過領導者(leader)。

(二) 護理人員之護理活動

經由訪談內容與文獻參考，編制護理活動部份。將護理活動分為直接護理、間接護理、相關護理及個人時間四部份；直接護理有 21 題，間接護理有 16 題，相關護理有 8 題，個人活動有 3 題，共 48 題。量表記分方式採李克式量表 (Likert Scale) 七點計分法，詢問護理人員於全責照護模式實施後 6 個月 (97 年 1 月) 與實施前 6 個月 (96 年 1 月) 相比的情況下，其自覺執行護理活動的改變情形為何，以減少、沒有改變、增加等改變程度，勾選適當欄位；0 分表沒有改變，1 分為低度增加，2 分為中度增加，3 分為高度增加；-1 分為低度減少，-2 分為中度減少，-3 分為高度減少。單一題項之正分得分越多，表該項護理活動執行情形增加；負分得分越多，表該項護理活動情形減少。

其中，個人活動部份之第三題「憋尿情形」，採反向計分，0 分表沒有改變，-1 分為低度增加，-2 分為中度增加，-3 分為高度增加；1 分為

低度減少，2 分為中度減少，3 分為高度減少。正分得分越多，表該項個人活動執行情形減少；負分得分越多，表該項個人活動情形增加。

(三) 護理人員角色功能

主要參考 Barter 等人(1997)為調查照護輔助人員角色如何影響護理人員角色與其滿意度所設計之問卷，及其他系統性文獻參考和質性訪談，形成護理人員角色功能共 19 題，並將護理人員角色功能分為獨立性、非獨立性及相互依賴性角色功能；獨立性角色功能有 12 題，非獨立性角色功能有 1 題，相互依賴性角色功能有 6 題。此部分量採李克式量表 (Likert Scale) 七點計分法，詢問護理人員於全責照護模式實施後 6 個月 (97 年 1 月) 與實施前 6 個月 (96 年 1 月) 相比的情況下，其自覺角色功能的改變情形為何，以減少、沒有改變、增加等改變程度，勾選適當欄位；0 分表沒有改變，1 分為低度增加，2 分為中度增加，3 分為高度增加；-1 分為低度減少，-2 分為中度減少，-3 分為高度減少。單一題項之正分得分越多，表該護理人員角色功能增加；負分得分越多，表該護理人員角色功能減少。

(四) 護理人員與病人照護之影響

此部分為參考訪談內容及文獻查證所設計，共有 8 題。第 1~4 題為護理人員工作壓力之相關變項，包括護理人員整體的工作壓力、工作負荷、超時工作情形及護理專業性；第 5~6 題為照護品質之相關變項，包括病人被重複確認以及整體的病人照護品質之改變情形。計分方式採李克式量表 (Likert Scale) 七點計分法，詢問護理人員於全責照護模式實施之後 (97 年 1 月) 與實施之前(96 年 1 月)相比的情況下，其護理工作與病人照護改變情形為何，以及其對於全責照護模式實施的看法為何；0 分表沒有改變，1 分為低度增加，2 分為中度增加，3 分為高度增加很多；-1 分為低度減少，-2 分為中度減少，-3 分為高度減少。正分得分越多之

題項，表全責照護模式實施後，護理人員工作壓力或照護品質相關變項改變情形增加；負分得分越多者，表全責照護模式實施後，護理人員工作壓力或照護品質改變情形減少。

第7題題項為詢問護理人員，全責照護模式有無需要加強之處，分別就政策面、醫療機構面、護理人員及照服員等四部份，以勾選的方式複選出全責照護模式應加強之處。而且，為使資料能更完整地呈現護理人員對於全責照護模式之想法，最後第8題為開放性問題，詢問護理人員對於全責照護模式有無任何建議，以彌補結構式問題不足之處。

三、預測

此階段目的主要在檢測研究工具題目的適用程度，並預估施測所需之時間，以及了解施測時可能遭遇到的問題，以作為研究過程及題目刪減之依據。預測問卷針對醫學中心及區域醫院，在有照服員的護理照護單位之護理人員，共33位進行預測，由受測者自行填寫問卷，於回收問卷時，致贈受測護理人員一份禮物以作為感謝之意。

第三節 研究工具檢測

本研究之結構式問卷，其信度與效度檢定之過程及結果如下：

一、效度

本問卷之效度檢定採專家內容效度，延請公共衛生學院健康政策副教授、醫療政策及管理副教授、護理學系副教授、全責照護制度專案計畫醫院護理部督導、護理主管任醫院品管處處長共5位專家，進行研究工具內容效度的檢定（附錄三）。各專家依研究目的，審核量表內容之合適性、語意清晰程度，逐題予以評分。專家效度分數採Lynn(1986)內容效度指數(content validity index)，評分標準採4分法，4分：「非常適用」，

表該項目不需修改且不可省略；3分：「適用」，表該項目值得保留，但需小部份修改；2分：「修改後適用」，表該項目可保留，但須大幅度修改；1分：「不適用」，表該項目應完全修改或刪除。本問卷 CVI 值為 0.9，具有良好的專家效度（見附錄四）。

專家認為護理活動與角色功能的題目部份有重疊之處，但因護理活動的題項為測量護理人員實際執行活動的情形，而角色功能題項為測量概念性的角色功能，兩者所測量的方向是不同的，故仍保留重複性的題項。另外，專家建議將護理活動與角色功能之分類界定清楚。經修改後，將各分類之定義加註於各分類標題之後。

二、信度

信度部份，將預測（pilot study）之 33 份問卷進行初步的篩選，最後，因預測之施測護理單位與正式施測單位差異性大，故挑選出 13 份問卷，以作為內在一致性的檢測。問卷內在一致性信度採 Cronbach's Alpha 值來檢定，以 Cronbach's Alpha 值 0.7 為標準。13 份預測問卷之 Cronbach's Alpha 值為 0.979，各次量表之 Cronbach's Alpha 值為 0.738~0.964，皆大於標準值，故此問卷題目信度高。正式施測後，此問卷整體信度之 Cronbach's Alpha 值為 0.963，各次量表之 Cronbach's Alpha 值為 0.445~0.964（詳見表 3-1）。

表 3-1：正式施測各次量表 Cronbach's Alpha 值

各次量表	預測	正式施測
護理活動	0.964	0.964
角色功能	0.963	0.939
護理人員與病人照護之影響	0.738	0.445
總分	0.979	0.963

由表 3-1 所示，預測及正式施測後護理人員角色功能與護理活動之 Cronbach's Alpha 值皆大於 0.7，唯有護理人員與病人照護之影響之 Cronbach's Alpha 值由預測時的 0.738，於正式施測時降為 0.445。造成上述 Cronbach's Alpha 值改變的原因，可能是因為預測時受測者的異質性高，所以信度較高；正式施測時受測者的同質性高且樣本數少，所以信度降低。

問卷中各題項，以項目總分相關 (item-total correlation) 來檢測在某一次量表中，其組成項目與次量表總分的相關性。本研究問卷以相關係數 0.4 以上做為挑選項目的標準，低於相關係數 0.4 的項目考慮刪除。本研究預測之 33 份問卷中，各次量表之項目與總分相關係數沒有大於 0.4 者，詳見表 3-2。

表 3-2：題項與次量表總分相關沒有大於 0.4 之題項

題項	項目與次量表總分之相關性
護理活動-間接護理活動	
Ab11.指導照服員照護病人技巧的工作	0.389
Ab15.回應叫人鈴的次數	-0.025
角色功能-獨立性角色功能	
Ba1.深入了解病人問題的評估者	0.332
護理人員與病人照護之影響	
C4.全責照護實施後，您對護理工作的角色滿意度	0.240
C5.全責照護實施後，您對護理工作的滿意度	0.183

雖然上述題項與總分相關係數小於 0.4，但是經過文獻查閱與探索，這些題項為各次量表中所必須存在的，所以仍然保留該題項；而且經統計方法分析後得知，上述題項刪除後，各次量表的 Cronbach's Alpha 值皆大於 0.7。

三、問卷修改

經過上述信度與效度檢測，問卷內容之護理活動部份，間接護理由 16 題改為 19 題，相關護理由 8 題改為 9 題；角色功能部分，獨立性角色功能由 12 題改為 13 題；護理人員與病人照護之影響由 8 題改為 12 題，最後問卷題項由原來的 75 題更改為 84 題（見附錄二）。

表 3-3：各次量表題項數目之修改

各次量表	預測之題項數	正式施測之題項數
一、護理活動（總題項）	48	52
（一）直接護理	21	21
（二）間接護理	16	19
（三）相關護理	8	9
（四）個人活動	3	3
二、角色功能（總題項）	19	20
（一）獨立性角色功能	12	13
（二）相互依賴性角色功能	6	6
（三）非獨立性角色功能	1	1
三、護理人員與病人照護之影響（總題數）	8	12
問卷總題項	75	84

修改的問卷內容如下：

（一）護理活動

1、直接護理活動部份，將「交班時間」與「參與醫護巡房的活動」兩題移至間接護理活動，並增加「執行管路護理」及「提供符合病人生理需求之照護(例如:維持病人呼吸、監測生命徵象)」兩題。

2、間接護理活動部份，「與醫療團隊者的溝通與合作關係」分兩題

為「與醫療團隊者的溝通」及「與醫療團隊者的合作關係」。相關護理部分，將「參與會議及在職教育」分兩題為「參與會議」「參與在職教育」。

(二) 角色功能

獨立性角色功能部分，將「深入了解病人問題的研究者」改為「深入了解病人問題的評值者」，並增加「病人照護的研究者」一題。

(三) 護理人員與病人照護之影響

護理人員與病人照護之影響部份，刪除「全責照護模式對護理專業性（意指護理人員具有自主性、做決策的能力、整合能力、反應能力、有權利、有責任感）是否有影響」之題項，新增兩題為「全責照護模式實施後與實施前相比，您對護理工作的角色滿意度」及「全責照護模式實施後與實施前相比，您對護理工作的滿意度」。故護理人員工作壓力相關變項，更改為整體工作壓力、工作負荷、超時工作情形、角色滿意度及工作滿意度。此外，因為研究者欲了解全責照護模式實施後，護理人員整體工作壓力、工作負荷及超時工作的改變原因為何，故分別在此三題項中各加入一題開放性問答，此三題開放性問答題目分別為「您的工作壓力增加、減少或沒有改變的原因為何」、「您的工作負荷增加、減少或沒有改變的原因為何」及「您的超時工作增加、減少或沒有改變的原因為何」，以作為護理行政管理之參考。

第四節 正式施測

一、結構式問卷：

問卷經過信度與效度檢定，及完成修改定稿後，始進行正式施測。研究者取得人體試驗委員會後，事先以公文向預收案之醫院提出申請，說明研究動機、目的、重要性、研究過程與問卷來源，經醫院護理部主管同意、並由護理部主管協助告知符合收案條件之護理單位，於全責照護模式 96 年 7 月試辦 6 個月後（97 年 1 月）進行調查。此結構式問卷對實施全責照護制度專案計畫醫院之護理單位、且符合收案條件之護理人員，共 39 位進行施測。資料收集前，由研究者親自至各醫院，向符合收案條件之單位護理人員解釋研究主題、目的、重要性、問卷內容及填答方式後，逐一發給護理同仁們填寫，於填妥問卷同意書（見附錄一）後進行填答。每一份問卷填答時間約 20 分鐘，於護理人員填答完畢後立即回收，並於回收問卷時，致贈受測護理人員一份禮物以表感謝。

二、病人照護品質指標

病人照護品質指標將包括院內感染率、呼吸道感染率、泌尿道感染率、跌倒率、壓瘡率盛行率、壓瘡發生率、約束率，以及給藥錯誤率。資料將得自於三間實施全責照護模式單位之醫院的每月月報表。資料收集期間為全責照護模式實施前後各 6 個月，將收集自 96 年 1 月至 96 年 12 月。

第五節 資料處理與統計分析

一、資料處理

回收資料包括護理人員資本資料，自覺角色功能、護理活動、工作壓力與病人照護品質相關變項改變情形等問卷資料，以及病人照護品質指標，以 Excel 進行資料編碼及建檔，之後運用電腦統計軟體 SPSS/PC for Window 15.0，依研究目的及變項性質進行資料處理與統計分析。依據學者 George 和 Mallery(2005)所述，處理連續變數之遺漏值通常採用該變數的平均值充當遺漏值，而在 SPSS 中另有中位數取代、遺漏值附近點的平均數取代等方法來處理遺漏值，但若過度使用、或取代遺漏值數量在單一樣本或變數中超過 15%，則有可能會得到偏差的結果，故應考慮刪除該樣本或變數。在此研究中，因考量問卷的合理性，若回收問卷中重複勾選或未填答之題項少於 15%，則當作遺漏值處理，並以該變項之數列平均數 (series mean) 來取代。

二、統計分析

研究資料採用將描述性統計、單一樣本與獨立樣本 T 檢定、單因子變異數分析與多重比較，以及皮爾森積差相關係數 (Pearson's product moment correlation coefficient) 等統計分析方法進行資料分析。所呈現的統計資料，將包括百分比、平均值、標準差及相關係數等 (見表 3-3)。

1、描述性統計

以描述性統計中之平均數、標準差、百分比等，描述受測護理人員之基本資料，以及自覺角色功能、護理活動、工作壓力與病人照護品質相關變項之改變情形。

2、單一樣本 T 檢定

於研究中，以單一樣本 T 檢定來檢定護理人員自覺角色功

能、護理活動、工作壓力與病人照護品質相關變項是否有顯著的改變，也就是檢定所有受測護理人員於每一題項得分之平均數，是否顯著不等於零。

3、獨立樣本 T 檢定

在此研究中，以獨立樣本 T 檢定來檢定護理人員因基本資料的不同（例如有無擔任全責照護單位之領導者、是否曾經擔任過領導者等），其自覺角色功能、護理活動、工作壓力與病人照護品質相關變項改變情形是否有顯著差異。

4、單因子變異數分析與多重比較

單因子變異數分析用來檢定護理人員因基本資料的不同（例如年齡、教育程度、於全責照護單位工作時間、從事護理工作時間、工作職位等），其自覺角色功能、護理活動、工作壓力與病人照護品質相關變項改變情形是否有顯著差異。多重比較中的雪費事後比較（Scheffe's method），可用來作為護理人員三種以上類別、且各組人數不同之基本資料（例如年齡、教育程度、於全責照護單位工作時間、從事護理工作時間、工作職位等），比較兩兩分組之間於其自覺角色功能、護理活動、工作壓力與病人照護品質相關變項改變情形之差異。此種多重比較方法，對於分配常態性與變異一致性假設的違反比較不敏感、所犯的第一型錯誤較小，而且當比較各組人數不同時，亦可採用此方法（邱，2006）。

5、皮爾森積差相關係數

（Pearson's product moment correlation coefficient）：

相關係數為一標準化係數，其數值不受變項單位與集中性的影響，係數介於 ± 1 之間。相關係數可以反應兩個連續變數關

聯性的強度，並以統計考驗檢定此相關係數是否具有統計上的意義（邱，2006）。

6、Mann-Whitney U 差異性考驗

於本研究中，因病人照護品質指標樣本數小，且不符合常態分佈之假設（王，2006），故以 Mann-Whitney U 考驗比較病人照護品質指標，於全責照護模式實施前後之差異情形。



表 3-4：研究變項與統計分析方法

研究問題	統計分析方法
1、技術混合照護模式實施後，護理人員自覺角色功能是否有所改變？	平均數、標準差、百分比、單一樣本 t 檢定
2、護理人員基本資料的不同，其自覺角色功能、改變情形是否有所不同？	獨立樣本 t 檢定、單因子變異數分析與多重比較
3、技術混合照護模式實施後，護理人員自覺護理活動是否有所改變？	平均數、標準差、百分比、單一樣本 t 檢定
4、護理人員基本資料的不同，其自覺護理活動改變情形是否有所不同？	獨立樣本 t 檢定、單因子變異數分析與多重比較
5、技術混合照護模式實施後，護理人員自覺工作壓力與照護品質相關變項是否有所改變？	平均數、標準差、百分比、單一樣本 t 檢定
6、護理人員基本資料的不同，其自覺工作壓力及照護品質相關變項改變情形是否有所不同？	獨立樣本 t 檢定、單因子變異數分析與多重比較
7、技術混合照護模式實施後，護理人員自覺角色功能、護理活動、工作壓力與照護品質相關變項改變情形之相關性為何？	皮爾森積差相關係數
8、技術混合照護模式實施前後各 6 個月相比，全責照護模式試辦單位病人照護品質指標（如：院內感染率、呼吸道感染率、泌尿道感染率、跌倒率、壓瘡盛行率、壓瘡發生率、約束率、給藥錯誤率）是否有顯著差異？	Mann-Whitney U 差異性分析

第六節 倫理考量

(一) 質性訪談

為確保研究對象之權益，研究者於訪談前詳盡地向受訪者說明研究目的和方法，並且為了確保訪談資料的正確性，在經過受訪者同意下將訪談過程以錄音方式作紀錄，若受訪者覺得有任何不妥當或不適之處，可隨時要求終止訪談及錄音。為了保障受訪者的隱私權，此訪談採不記名之方式，錄音檔及訪談逐字稿以號碼標示，除研究者與指導教授外之人士均不得聽取或翻閱，此訪談內容及資料分析結果僅供學術研究之參考，不對外公開。

(二) 結構式問卷

為確保研究對象之權益，研究者於施測前詳盡地向受測者說明研究目的和方法，並告知受測者，問卷中的題目沒有標準答案，請依照真實情況回答，且填答內容不影響受測者之工作考績。為保障個人隱私，此問卷採匿名填寫，並均以號碼標示，除研究者與指導教授外之人士均不得翻閱，所獲得的研究資料及分析結果僅供學術研究及之醫護政策制定之參考，不對外公開。

第四章 分析與結果

本研究結果，依照研究資料檢驗及研究目的逐項說明，第一節為問卷回收資料檢驗與處理；第二節為護理人員資本資料之描述性統計；第三節至第五節為護理人員自覺角色功能、護理活動、工作壓力相關變項，以及病人照護品質相關變項改變情形之描述性統計與差異性分析；第六節為影響護理人員工作壓力相關變項改變情形之原因；第七節為護理人員自覺角色功能、護理活動、工作壓力及照護品質相關變項改變情形之相關性分析；第八節為病人照護品質指標之差異性分析。

第一節 問卷回收資料檢驗與處理

問卷共回收 39 份，回收率達 100%，北部 10 份、中部 16 份、南部 13 份，其中一份有整頁未填答，故列為廢卷，最後有效問卷為 38 份 (97.44%)。在 38 份問卷中，有 7 份問卷各有一題未填答的題項，1 份問卷有兩題未填答，另 1 份問卷中有兩題項為重複填答，所以本研究中單一樣本及變數之遺漏值數量各為 2.6% 或 5.3% (N=38)，並無超過 15%。依據學者 George 和 Mallery(2005)所述，處理連續變數之遺漏值通常採用該變數的平均值充當遺漏值。本研究因考量問卷的合理性，故將回收問卷中重複勾選或未填答之題項當作遺漏值處理，並以該變項之數列平均數 (series mean) 來取代。回收問卷中未填答之題項，因問卷設計中沒有設計無法填答或拒絕填答之選項，故無法分辨受測者是否拒絕填答，而重複填答者也因重複勾選，致使研究者無法得之受測者真正的感受。

第二節 護理人員基本資料描述性統計

三間參與全責照護制度醫院之護理單位，皆為內科單位，有效問卷之護理人員基本屬性如表 4-1 所示。北部醫院參與全責照護制度之護理單位的護理人員、且問卷有效者有 10 位，中部有 15 位，南部有 13 位。性別方面，所有受測之護理人員皆為女性，且年齡分佈在 23 至 57 歲之間，平均值為 35.26 歲 ($SD=8.49$ 歲)，其中以 31 至 40 歲為最多，佔 47.37%。教育程度方面，以專科者為最多，佔 68.42%。婚姻狀況方面，已婚者佔 57.89%，未婚者佔 42.11%。在工作職級方面，以 N2 者為最多，佔 42.11%，其次為 N1 佔 28.95%。於受測之護理人員當中，無擔任所在單位之領導者佔 92.11%，有擔任過所在單位之領導者佔 7.89%；曾經擔任過領導者佔 28.95%，不曾擔任領導者佔 71.05%。於目前護理單位工作時間方面，以 6 至 10 年者為最多共有 15 位，佔 39.47%，1 至 5 年者次之佔 31.58%。受測之護理人員從事護理工作 11 至 15 年（未滿 16 年）者為最多佔 26.32%。

表 4-1 護理人員人口學基本資料

變項	分類	個數(%)	變項	分類	個數(%)	
醫院	北部	10(26.32)	工作職級	護理部主任	1(2.63)	
	中部	15(39.47)		護理長	3(7.89)	
	南部	13(34.21)		副護理長	0(0.00)	
科別	內科病房	35(92.11)		N4	3(7.89)	
	護理部	3(7.89)		N3	4(10.53)	
				N2	16(42.11)	
性別	男	0(0.00)		有無擔任單位領導者	有	3(7.89)
	女	38(100.00)			沒有	35(92.11)
年齡	35.26±8.49†			是否曾擔任過領導者	有	11(28.95)
	21~30	12(31.58)			沒有	27(71.05)
	31~40	18(47.37)				
	41~50	5(13.16)				
	51~60	3(7.89)				
教育程度			於目前護理單位時間	6.68±6.15†		
	職業學校	2(5.26)		<1 年	6(15.79)	
	專科	26(68.42)		1~5 年	12(31.58)	
	大學	9(23.68)		6~10 年	15(39.47)	
	研究所以上	1(2.63)		11~15 年	1(2.63)	
				16~20 年	2(5.26)	
婚姻狀況			從事護理工作時間	12.73±7.96†		
	未婚	16(42.11)		<1 年	1(2.63)	
	已婚	22(57.89)		1~5 年	7(18.42)	
				6~10 年	9(23.68)	
				11~15 年	10(26.32)	
				16~20 年	7(18.42)	
				21~25 年	1(2.63)	
				26~30 年	2(5.26)	
				31~35 年	1(2.63)	

†平均數±標準差

第三節 護理人員之角色功能描述性統計與差異性分析

本節將護理人員自覺角色功能改變情形，以描述性統計呈現；護理人員基本資料與其自覺角色功能改變情形之差異性分析，則使用獨立樣本 T 檢定或單因子變異數分析進行檢定。

一、護理人員自覺角色功能之改變情形

研究問卷中，將護理人員角色功能分為獨立性角色功能、相互依賴性角色功能及非獨立性角色功能共三大類。於全責照護制度實施後，護理人員角色功能改變情形詳見表 4-2-1 及表 4-2-2。獨立性角色功能改變情形之總分平均數為 6.58 (SD=8.94)，且具有統計上顯著意義 ($p < .001$)；相互依賴性角色功能改變情形之總分平均數為 2.45 (SD=3.97)，且具有統計上顯著意義 ($p < .001$)；而非獨立性角色功能改變情形之總分平均數為 0.34 (SD=0.71)，且具有統計上顯著意義 ($p = .005$)。在獨立性角色功能部分，護理人員認為其獨立性角色功能增加且具統計上有顯著意義者，依序為：「照服員的教育者 (mean±SD=0.84±1.10)」($p < .001$)、「病人或家屬的諮詢者 (mean±SD=0.68±0.99)」($p < .001$)、「病人或家屬的教育者 (mean±SD=0.66±1.02)」($p < .001$)、「護理團隊工作執行的評值者 (mean±SD=0.63±0.88)」($p < .001$)、「病人照護的督導管理者 (mean±SD=0.62±0.75)」($p < .001$)、「病人照護結果的評值者 (mean±SD=0.55±0.95)」($p < .001$)、「護理計劃的計劃者 (mean±SD=0.50±0.80)」($p < .001$)、「團隊的領導者 (mean±SD=0.45±0.69)」($p < .001$)、「病人照護工作的委派 (mean±SD=0.41±0.82)」($p = .004$)、「了解病人問題的評估者 (mean±SD=0.37±0.79)」($p = .006$)。在相互依賴性角色功能部分，護理人員認為其相互性角色功能增加且具統計上有顯著意義者，依序為：「醫療團隊工作中的協調者 (mean±SD=0.47±0.80)」($p < .001$)、「執行護理分級工作後內容整合的角色 (mean±SD=0.47±0.69)」($p < .001$)、「擔

任醫護團隊間的諮詢者 (mean±SD=0.42±0.76) (p= .002)、「分派單位工作的職責 (mean±SD=0.39±0.68) (p<.001)、「作為病人代言者的角色 (mean±SD=0.37±0.94) (p= .02)、「監測與回報病人病情狀況的角色 (mean±SD=0.32±0.81) (p= .02)。在非獨立性角色功能部分，護理人員認為其非獨立性角色功能「依醫囑執行工作的角色 (mean±SD=0.34±0.71)」是增加的，且具有統計上有顯著意義 (p= .005)。

二、護理人員基本資料與其自覺角色功能改變情形之差異性分析

在護理人員基本資料中，只有有無擔任全責照護制度之護理單位的領導者 (p= .005)，以及於全責照護制度之護理單位的時間 (p= .023)，與護理人員自覺非獨立性角色功能改變情形具有統計上顯著差異，詳見表 4-3 所示。統計結果顯示，沒有擔任全責照護制度護理單位領導者的護理人員 (mean±SD=0.37±0.73)，其非獨立性角色功能改變情形大於有擔任全責照護制度護理單位領導者的護理人員 (mean±SD=0±0)。於全責照護制度之護理單位的時間方面，經過 Scheffe's 事後比較結果顯示，於全責照護制度之護理單位的時間為 0~5 年 (mean±SD=0.67±0.91) 的護理人員，其非獨立性角色功能改變情形大於 6~15 年 (mean±SD=0.06±0.25) 的護理人員。

表 4-2-1 護理人員自覺角色功能改變情形-獨立性角色功能(N=38)

題項	減少 (%)			沒有 改變	增加 (%)			平均數±標準差	排序	P 值
	高度 減少	中度 減少	低度 減少		低度 增加	中度 增加	高度 增加			
獨立性角色功能								6.58±8.94		<0.001***
1.了解病人問題的評估者	0	0	5.26	63.16	23.68	5.26	2.63	0.37±0.79	10	0.006**
2.照服員的教育者	2.63	0	0	34.21	42.11	13.16	7.89	0.84±1.10	1	<0.001***
3.護理計劃的計劃者	0	0	0	65.79	21.05	10.53	2.63	0.5±0.80	7	<0.001***
4.提供舒適者	0	0	28.95	39.47	15.79	13.16	2.63	0.21±1.09	11	0.24
5.病人照護結果的評值者	0	0	13.16	36.84	31.58	18.42	0	0.55±0.95	6	<0.001***
6.護理團隊工作執行的評值者	0	0	7.89	39.47	34.21	18.42	0	0.63±0.88	4	<0.001***
7.病人或家屬的諮詢者	0	0	10.53	34.21	34.21	18.42	2.63	0.68±0.99	2	<0.001***
8.病人或家屬的教育者	0	0	10.53	39.47	26.32	21.05	2.63	0.66±1.02	3	<0.001***
9.病人照護的研究者	0	0	5.26	55.26	23.68	10.53	5.26	0.55±0.95	6	<0.001***
10.護理團隊人力的分配	0	2.63	10.53	68.42	10.53	7.89	0	0.11±0.80	12	0.42
11.病人照護工作的委派	0	0	10.53	50	28.95	10.53	0	0.41±0.82	9	0.004**
12.病人照護的督導管理者	0	0	2.63	42.11	47.37	5.26	2.63	0.62±0.75	5	<0.001***
13.團隊的領導者	0	0	2.63	57.89	31.58	7.89	0	0.45±0.69	8	<0.001***

單一樣本 T 檢定

Ho: $\mu=0$, * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$

表 4-2-2 護理人員自覺角色功能改變情形-相互依賴性角色功能、非獨立性角色功能(N=38)

題項	減少 (%)			沒有 改變	增加 (%)			平均數±標準差	排序	P 值
	高度 減少	中度 減少	低度 減少		低度 增加	中度 增加	高度 增加			
相互依賴性角色功能								2.45±3.97		<0.001***
1.監測與回報病人病情狀況的角色	0	0	15.79	42.11	36.84	5.26	0	0.32±0.81	5	0.02*
2.作為病人代言者的角色	0	0	15.79	44.74	28.95	7.89	2.63	0.37±0.94	4	0.02*
3.醫療團隊工作中的協調者	0	0	5.26	55.26	26.32	13.16	0	0.47±0.80	1	<0.001***
4.擔任醫護團隊間的諮詢者	0	0	5.26	57.89	26.32	10.53	0	0.42±0.76	2	0.002**
5.分派單位工作的職責	0	0	5.26	55.26	34.21	5.26	0	0.39±0.68	3	<0.001***
6.執行護理分級工作後內容整合的角色	0	0	2.63	55.26	34.21	7.89	0	0.47±0.69	1	<0.001***
非獨立性角色功能								0.34±0.71		0.005**
1.依醫囑執行工作的角色	0	0	0	78.95	7.89	13.16	0	0.34±0.71	1	0.005**

單一樣本 T 檢定

Ho: $\mu=0$, * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$

表 4-3 護理人員基本資料與其角色功能之變異數分析結果(N=38)

角色 功能 項目	獨立性			相互依賴			非獨立			Scheffe
	平均數	標準差	P 值	平均數	標準差	P 值	平均數	標準差	P 值	
基本資料										
醫院[◎]										
北部(n=10)	7.20	11.31	0.24	2.30	2.75	0.12	0.50	0.85	0.72	
中部(n=15)	3.69	7.37		1.07	4.18		0.27	0.70		
南部(n=13)	9.43	8.20		4.15	4.12		0.31	0.63		
年齡[◎]										
21~30(n=12)	5.87	11.42	0.46	1.67	4.10	0.30	0.50	0.80	0.29	
31~40(n=18)	5.48	8.00		2.11	3.97		0.39	0.78		
41~60(n=8)	10.13	6.60		4.38	3.62		0.00	0.00		
教育程度[◎]										
職業學校(n=2)	10.5	9.19	0.63	8.00	2.83	0.16	0.00	0.00	0.51	
專科(n=26)	6.50	9.85		1.77	3.77		0.46	0.81		
大學(n=9)	4.89	6.09		2.89	4.17		0.11	0.33		
研究所(n=1)	16.00			5.00			0.00			
婚姻狀況[▲]										
未婚(n=16)	5.44	10.51	0.51	2.69	3.89	0.76	0.31	0.60	0.83	
已婚(n=22)	7.41	7.75		2.27	4.11		0.36	0.79		
工作職級[◎]										
N1(n=11)	7.95	8.82	0.85	2.73	4.52	0.94	0.82	0.87	0.16	
N2(n=16)	4.98	9.33		1.75	3.11		0.25	0.68		
N3(n=4)	8.25	6.99		3.75	4.35		0.00	0.00		
N4(n=3)	4.67	15.82		2.33	7.77		0.00	0.00		
護理長(n=3)	6.67	5.13		2.67	4.16		0.00	0.00		
主任(n=1)	16.00			5.00			0.00			
有無擔任單位領導者[▲]										
有(n=3)	14.33	7.09	0.12	5.67	4.73	0.15	0	0	0.005**	
沒有(n=35)	5.92	8.84		2.17	3.85		0.37	0.73		
是否曾擔任過領導者[▲]										
是(n=11)	8.45	7.58	0.42	3.73	3.69	0.21	0.45	0.82	0.54	
否(n=27)	5.82	9.46		1.93	4.03		0.30	0.67		
於目前護理單位時間[◎]										
(1)0~5 年(n=18)	8.41	9.05	0.41	2.50	4.22	0.94	0.67	0.91	0.023*	(1) >
(2)6~15 年(n=16)	4.29	8.99		2.56	4.18		0.06	0.25		(2)
(3) > 16 年(n=4)	7.50	8.19		1.75	2.36		0.00	0.00		
從事護理工作時間[◎]										
(1)0~10 年(n=17)	3.79	10.27	0.21	1.47	3.89	0.28	0.47	0.80	0.47	
(2)11~20 年(n=17)	8.51	7.19		2.88	3.95		0.29	0.69		
(3) > 21 年(n=4)	10.25	7.93		4.75	4.11		0.00	0.00		

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$; ▲ 獨立樣本 T 檢定; ◎ 單因子變異數分析

第四節 護理人員之護理活動描述性統計與差異性分析

本節將護理人員自覺護理活動改變情形，以描述性統計呈現；護理人員基本資料與其自覺護理活動改變情形之差異性分析，則使用獨立樣本 T 檢定或單因子變異數分析進行檢定。

一、護理人員自覺護理活動之改變情形

護理人員護理活動分為直接護理、間接護理、相關護理及個人活動共四大類。全責照護制度實施後，護理人員護理活動改變情形詳見表 4-4-1 至表 4-4-3 所示。直接護理活動改變情形之總分平均數為-3.16 (SD=22.70)，不具統計上顯著意義；間接護理活動改變情形之總分平均數為 5.16 (SD=13.68)，且具有統計上顯著意義 ($p=.03$)；相關護理活動改變情形之總分平均數為 4.26 (SD=6.48)，且具有統計上顯著意義

($p=.0002$)；而個人活動改變情形之總分平均數為 0.16 (SD=1.88)，不具有統計上顯著意義。在直接護理活動部份，護理人員認為其直接護理活動增加，且具有統計上顯著意義者為「提供符合病人生理需求之照護(例如:維持病人呼吸、監測生命徵象) (mean±SD=0.50±1.22)」($p=.02$)；護理人員認為其直接護理活動減少且具有統計上顯著意義者，依序為：「協助病人更換排泄物 (mean±SD=(-1.32)±2.08)」($p<.001$)、「協助病人執行全關節運動 (mean±SD=(-0.97)±1.40)」($p<.001$)、「協助病人翻身、擺位及拍背 (mean±SD=(-1.16)±1.78)」($p<.001$)、「協助維持病人身體清潔 (mean±SD=(-1.37)±1.98)」($p<.001$)、「協助病人進食 (mean±SD=(-1.37)±1.81)」($p<.001$)。在間接護理活動部分，護理人員認為其間接護理活動增加且具有統計上顯著意義者，依序為：「確認照服員照護工作正確性的工作 (mean±SD=0.97±1.28)」($p<.001$)、「確認照服員記錄完整性的工作 (mean±SD=0.79±1.17)」($p<.001$)、「指導照服員照護病人技巧的工作 (mean±SD=0.74±1.39)」($p=.002$)、「交班時間 (mean±SD=0.53±0.98)」

($p = .002$) 及「準備藥物的正確性 ($\text{mean} \pm \text{SD} = 0.32 \pm 0.74$)」($p = .01$)。在相關護理活動部分，護理人員認為其相關護理活動增加且具有統計上顯著意義者，依序為：「執行品質管理稽核 ($\text{mean} \pm \text{SD} = 0.66 \pm 0.94$)」($p < .001$)、「參與會議 ($\text{mean} \pm \text{SD} = 0.58 \pm 0.92$)」($p < .001$)、「執行單位物品供應 ($\text{mean} \pm \text{SD} = 0.55 \pm 0.92$)」($p < .001$)、「執行行政業務相關的溝通 ($\text{mean} \pm \text{SD} = 0.55 \pm 0.92$)」($p < .001$)、「提供護理同仁有關病房事務之諮詢 ($\text{mean} \pm \text{SD} = 0.55 \pm 0.92$)」($p < .001$)、「執行除護理與病歷紀錄外的文書工作 ($\text{mean} \pm \text{SD} = 0.47 \pm 0.89$)」($p = .002$)、「執行病房行政業務 ($\text{mean} \pm \text{SD} = 0.37 \pm 0.88$)」($p = .01$) 及「參與在職教育 ($\text{mean} \pm \text{SD} = 0.37 \pm 0.97$)」($p = .02$)。在個人活動部份，護理人員認為於全責照護制度實施後，其個人活動增加且具有統計上顯著意義者為「憋尿情形 ($\text{mean} \pm \text{SD} = (-0.34) \pm 0.94$)」($p = .03$)。

二、護理人員基本資料與其護理活動改變情形之差異性分析

護理人員基本資料與其護理活動改變情形之差異性分析，詳見表 4-5-1 及表 4-5-2 所示。統計結果顯示，醫院地點的不同在直接護理活動 ($p = .025$) 與間接護理活動 ($p = .029$) 上皆具有統計上顯著的差異，經過 Scheffe 事後比較結果顯示，南部醫院與中部醫院在直接護理活動改變情形上有顯著差異，且南部醫院護理人員的直接護理活動增加 ($\text{mean} \pm \text{SD} = 8.69 \pm 26.68$)，中部醫院直接護理活動 ($\text{mean} \pm \text{SD} = (-14.07) \pm 20.13$) 則減少。護理人員因年齡的不同，於直接護理活動 ($p = .031$) 和個人活動 ($p = .026$) 的改變情形有統計上顯著的差異；在直接護理活動方面，經過 Scheffe 事後比較結果顯示，41~60 歲的護理人員與 31~40 歲者於直接護理活動改變情形上有顯著差異，且 41~60 歲護理人員的直接護理活動 ($\text{mean} \pm \text{SD} = 12.66 \pm 23.38$) 增加，31~40 歲護理人員的直接護理活動 ($\text{mean} \pm \text{SD} = (-11.87) \pm 19.27$) 則減少；於個人活動方面，經過 Scheffe's 事後比較結果顯示，31~40 歲的護理人員與 21~30 歲者於個人活動改變情形上有顯

著差異，且 31~40 歲護理人員的個人活動 ($\text{mean}\pm\text{SD}=0.22\pm 0.81$) 增加，21~30 歲護理人員的個人活動 ($\text{mean}\pm\text{SD}=-1.42\pm 2.27$) 則減少。有無擔任全責照護制度之護理單位的領導者，與護理人員相關護理活動的改變情形有統計上顯著的差異 ($p=.017$)。其餘的護理人員基本資料，與護理人員護理活動改變情形皆無顯著差異。



表 4-4-1 護理人員自覺護理活動改變情形-直接護理活動(N=38)

題項	減少 (%)			沒有 改變	增加 (%)			平均數±標準差	排序	P 值
	高度 減少	中度 減少	低度 減少		低度 增加	中度 增加	高度 增加			
直接護理活動								(-3.16)±22.70		0.40
1.協助病人翻身、擺位及拍背	28.95	26.32	13.16	7.89	10.53	13.16	0	(-1.16)±1.78	17	<0.001***
2.協助維持病人身體清潔	44.74	18.42	7.89	2.63	15.79	5.26	5.26	(-1.37)±1.98	18	<0.001***
3.協助病人更換排泄物	47.37	13.16	10.53	5.26	5.26	13.16	5.26	(-1.32)±2.08	1	<0.001***
4.協助病人執行全關節運動	15.79	23.68	23.68	18.42	15.79	2.63	0	(-0.97)±1.40	16	<0.001***
5.協助病人進食	34.21	31.58	5.26	7.89	10.53	7.89	2.63	(-1.37)±1.81	18	<0.001***
6.執行病人傷口護理	2.63	7.89	15.79	47.37	10.53	10.53	5.26	0.08±1.32	13	0.72
7.執行管路護理	10.53	7.89	18.42	39.47	10.53	7.89	5.26	(-0.24)±1.53	15	0.35
8.與病人溝通的時間	2.63	13.16	5.26	50	18.42	10.53	0	0.00±1.21	14	1.00
9.協助病人執行特殊治療或檢查	2.63	2.63	13.16	50	15.79	10.53	5.26	0.26±1.22	7	0.19
10.執行護理技術的完整性	2.63	0	7.89	57.89	21.05	7.89	2.63	0.29±1.01	5	0.09
11.給予病人藥物的正確性	2.63	2.63	7.89	63.16	7.89	15.79	0	0.18±1.06	9	0.29
12.執行收集檢體	2.63	15.79	15.79	31.58	15.79	5.26	13.16	0.11±1.62	10	0.69
13.觀察與評估病人身心狀況	2.63	2.63	18.42	47.37	21.05	5.26	2.63	0.08±1.10	11	0.65
14.提供符合病人生理需求之照護	2.63	2.63	2.63	52.63	21.05	10.53	7.89	0.5±1.22	1	0.02*
15.提供符合病人心理需求之照護	2.63	7.89	23.68	34.21	15.79	13.16	2.63	0.03±1.33	12	0.90
16.評值病人照護結果	0	5.26	15.79	42.11	23.68	10.53	2.63	0.28±1.11	6	0.13
17.執行病人安全的活動	0	2.63	34.21	26.32	13.16	15.79	7.89	0.31±1.37	4	0.18
18.提供病人疾病相關之健康資訊	0	2.63	13.16	52.63	21.05	10.53	0	0.24±0.91	8	0.12
19.給予病人出院衛教的完整性	0	5.26	13.16	47.37	18.42	10.53	5.26	0.32±1.16	3	0.09
20.提供病人社會福利資源	0	2.63	15.79	47.37	15.79	15.79	2.63	0.35±1.10	2	0.06
21.與病人接觸的時間	0	7.89	13.16	44.74	21.05	7.89	5.26	0.24±1.20	8	0.23

單一樣本 T 檢定, Ho: $\mu=0$

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$

表 4-4-2 護理人員自覺護理活動改變情形-間接護理活動(N=38)

題項	減少 (%)			沒有 改變	增加 (%)			平均數±標準差	排序	P 值
	高度 減少	中度 減少	低度 減少		低度 增加	中度 增加	高度 增加			
間接護理活動								5.16±13.68		0.03*
1.交班時間	0	0	2.63	65.79	15.79	7.89	7.89	0.53±0.98	4	0.002**
2.參與醫護巡房	0	0	2.63	81.58	13.16	2.63	0	0.16±0.49	11	0.06
3.病歷與護理記錄書寫的完整性	2.63	2.63	5.26	68.42	13.16	7.89	0	0.11±0.92	12	0.49
4.制定護理計畫的完整性	5.26	0	7.89	60.53	18.42	7.89	0	0.11±1.03	12	0.53
5.準備藥物的正確性	0	0	5.26	68.42	15.79	10.53	0	0.32±0.74	6	0.01*
6.協助病人治療與檢查前的準備	0	5.26	21.05	36.84	23.68	13.16	0	0.18±1.09	10	0.30
7.檢體送檢的處理與追蹤	0	5.26	13.16	50	18.42	5.26	7.89	0.29±1.18	7	0.14
8.執行飲食與衣物的分送	2.63	7.89	28.95	31.58	21.05	5.26	2.63	(-0.13)±1.23	15	0.52
9.與醫療團隊者的溝通	0	7.89	2.63	52.63	26.32	10.53	0	0.29±0.98	7	0.08
10.與醫療團隊者的合作關係	0	2.63	10.53	44.74	28.95	13.16	0	0.39±0.95	5	0.01*
11.指導照服員照護病人技巧的工作	0	7.89	13.16	15.79	31.58	23.68	7.89	0.74±1.39	3	0.002**
12.確認照服員照護工作正確性的工作	0	5.26	7.89	18.42	28.95	31.58	7.89	0.97±1.28	1	<0.001***
13.確認照服員記錄完整性的工作	0	2.63	13.16	18.42	39.47	21.05	5.26	0.79±1.17	2	<0.001***
14.往返護理站與病人單位的次數	0	7.89	31.58	28.95	21.05	5.26	5.26	0.00±1.25	14	1.00
15.回應叫人鈴的次數	0	7.89	39.47	34.21	7.89	5.26	5.26	(-0.21)±1.21	16	0.29
16.緊急事件的處理	2.63	0	23.68	50	15.79	5.26	2.63	0.03±1.05	13	0.88
17.聯繫照護相關事宜的工作	0	2.63	28.95	34.21	26.32	5.26	2.63	0.11±1.06	12	0.54
18.與家屬的溝通	2.63	7.89	10.53	39.47	26.32	7.89	5.26	0.24±1.30	9	0.27
19.洗手次數	0	2.63	13.16	57.89	10.53	13.16	2.63	0.26±1.03	8	0.12

單一樣本 T 檢定, $H_0: \mu=0$

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$

表 4-4-3 護理人員自覺護理活動改變情形-相關護理活動、個人活動(N=38)

題項	減少 (%)				增加 (%)			平均數±標準差	排序	P 值
	高度減少	中度減少	低度減少	沒有改變	低度增加	中度增加	高度增加			
相關護理活動								4.26±6.48		<0.001***
1.執行單位物品供應	0	0	2.63	60.53	21.05	10.53	5.26	0.55±0.92	3	<0.001***
2.執行護理站清潔整理	0	0	7.89	78.95	5.26	5.26	2.63	0.16±0.75	6	0.20
3.執行除護理與病歷紀錄外的文書工作	0	0	5.26	60.53	18.42	13.16	2.63	0.47±0.89	4	0.002**
4.執行病房行政業務	0	0	5.26	68.42	15.79	5.26	5.26	0.37±0.88	5	0.01*
5.執行行政業務相關的溝通	0	0	2.63	60.53	21.05	10.53	5.26	0.55±0.92	3	<0.001***
6.執行品質管理稽核	0	0	0	57.89	26.32	7.89	7.89	0.66±0.94	1	<0.001***
7.參與會議	0	0	2.63	57.89	23.68	10.53	5.26	0.58±0.92	2	<0.001***
8.參與在職教育	0	5.26	0	63.16	18.42	10.53	2.63	0.37±0.97	5	0.02*
9.提供護理同仁有關病房事務之諮詢	0	0	5.26	52.63	28.95	7.89	5.26	0.55±0.92	3	<0.001***
個人活動								0.16±1.88		0.07
1.休息時間	2.63	0	21.05	60.53	13.16	2.63	0	(-0.11)±0.83	2	0.44
2.用餐時間	2.63	0	13.16	73.68	7.89	2.63	0	(-0.08)±0.75	1	0.52
3.憋尿情形(反向題)	2.63	13.16	10.53	63.16	10.53	0	0	(-0.34)±0.94	3	0.03*

單一樣本 T 檢定, Ho: $\mu=0$

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$

表 4-5-1 護理人員基本資料與護理活動變異數分析結果(N=38)

護理 項目	直接				間接				相關			個人活動			
	平均數	標準差	P 值	Scheffe	平均數	標準差	P 值	Scheffe	平均數	標準差	P 值	平均數	標準差	P 值	Scheffe
基本資料															
醫院 [◎]															
北部(n=10)	-2.2	11.74	0.025*	南>中	11.00	11.85	0.029*	兩兩	6.50	9.14	0.08	-0.80	2.57	0.74	
中部(n=15)	-14.07	20.13			-1.93	11.69		無顯著	1.40	4.39		-0.27	1.33		
南部(n=13)	8.69	26.68			8.85	14.35		差異	5.85	5.19		-0.62	1.39		
年齡 [◎]															
(1)21~30(n=12)	-0.64	22.35	0.031*	(3)>(2)	8.33	13.32	0.29		4.75	8.61	0.57	-1.42	2.27	0.026*	(2)>(1)
(2)31~40(n=18)	-11.87	19.27			1.44	14.04			3.17	4.46		0.22	0.81		
(3)41~60(n=8)	12.66	23.38			8.75	12.79			6.00	7.05		-0.88	1.73		
教育程度 [◎]															
職業學校(n=2)	17.5	43.13	0.62		20.5	16.26	0.41		4.00	1.41	0.43	-2.00	2.83	0.41	
專科(n=26)	-3.55	23.61			4.73	14.76			4.00	7.40		-0.65	1.90		
大學(n=9)	-6.56	17.02			2.56	9.10			3.89	2.80		0.11	0.60		
研究所以上(n=1)	-3.72				9.00				15.00			0.00			
婚姻狀況 [▲]															
未婚(n=16)	3.08	18.30	0.15		7.31	12.21	0.42		4.38	7.62	0.93	-0.88	2.00	0.32	
已婚(n=22)	-7.70	24.85			3.59	14.73			4.18	5.69		-0.27	1.49		

* $p < 0.05$

▲ 獨立樣本 T 檢定

◎ 單因子變異數分析

表 4-5-2 護理人員基本資料與護理活動變異數分析結果(N=38)

項目	護理活動			間接			相關			個人活動		
	直接	平均數	標準差	平均數	標準差	P 值	平均數	標準差	P 值	平均數	標準差	P 值
基本資料												
工作職級 [◎]												
N1(n=11)	1.75	26.07	0.49	9.82	14.05	0.09	5.36	7.86	0.62	-1.00	1.90	0.70
N2(n=16)	-2.33	23.03		6.88	12.59		3.31	6.15		-0.69	1.96	
N3(n=4)	2.83	22.18		6.25	9.54		2.5	2.08		0.00	0.00	
N4(n=3)	-27.90	8.57		-14.33	15.04		4.33	9.29		0.67	1.53	
護理長(n=3)	-8.67	13.28		-4.33	8.02		4.00	3.46		0.00	1.00	
主任(n=1)	-3.72			9.00			15.00			0.00		
有無擔任單位領導者 [▲]												
有(n=3)	3.44	38.54	0.61	-1.67	24.17	0.38	12.67	5.86	0.017*	-0.67	2.52	0.93
沒有(n=35)	-3.72	21.67		5.74	12.83		3.54	6.07		-0.51	1.69	
是否曾擔任過領導者 [▲]												
是(n=11)	6.75	22.13	0.09	8.18	12.78	0.39	5.55	6.41	0.44	-0.455	0.93	0.83
否(n=27)	-7.20	22.06		3.93	14.07		3.74	6.55		-0.556	1.97	
於目前護理單位時間 [◎]												
(1)0~5 年(n=18)	-0.48	23.39	0.35	7.67	14.09	0.37	4.28	6.82	0.65	-0.78	1.83	0.60
(2)6~15 年(n=16)	-8.83	21.20		1.44	13.64		3.56	5.09		-0.19	1.68	
(3)>16 年(n=4)	7.49	25.40		8.75	11.12		7.00	10.55		-0.75	1.50	
從事護理工作時間 [◎]												
(1)0~10 年(n=17)	-6.57	21.38	0.36	5.35	13.62	0.85	3.18	7.58	0.66	-1.00	2.03	0.11
(2)11~20 年(n=17)	-3.25	23.57		4.18	13.80		5.18	5.05		0.12	1.11	
(3)>21 年(n=4)	11.74	24.37		8.50	16.78		5.00	7.87		-1.25	1.89	

* $p < 0.05$

▲ 獨立樣本 T 檢定

◎ 單因子變異數分析

第五節 護理人員自覺工作壓力與病人照護品質相關變項

之改變情形描述性統計與差異性分析

本節將護理人員自覺工作壓力與病人照護品質相關變項之改變情形，以描述性統計呈現；護理人員基本資料與其自覺工作壓力與病人照護品質相關變項改變情形之差異性分析，則使用獨立樣本 T 檢定或單因子變異數分析進行檢定。

一、護理人員自覺工作壓力相關變項之改變情形

探討全責照護制度，對護理人員工作壓力影響之相關變項，包括護理人員自覺之工作負荷、超時工作情形、對護理工作的角色滿意度及工作滿意度等，詳見表 4-6。

(一) 護理人員自覺工作壓力之改變情形

於全責照護制度實施後，護理人員整體工作壓力改變情形之平均數為 0.55 (SD=1.29)，詳見表 4-6。在受測者中，有 55.26% 的護理人員認為其工作壓力於全責照護制度實施後增加，且具有統計上顯著意義 ($p = .01$)，其中有 34.21% 的護理人員認為其工作壓力為低度增加，13.16% 的護理人員認為其工作壓力為中度增加，另外 7.89% 的護理人員認為其工作壓力為高度增加；於工作壓力減少部分，認為工作壓力於全責照護制度實施後為低度減少的護理人員佔 23.68%，認其工作壓力為中度減少的護理人員佔 2.63%，認為工作壓力沒有改變的護理人員佔 18.42%。

(二) 護理人員自覺工作負荷之改變情形

於全責照護制度實施後，護理人員工作負荷改變情形之平均數為 0.39 (SD=1.24)，但不具統計上顯著差異，詳見表 4-6。

(三) 護理人員自覺超時工作之改變情形

於全責照護制度實施後，護理人員超時工作改變情形之平均數為 0.32 (SD=1.07)，但不具統計上顯著差異，詳見表 4-6。

(四) 護理人員自覺角色滿意度之改變情形

於全責照護制度實施後，護理人員對其角色滿意度改變情形之平均數為 0.26 (SD=1.06)，但不具統計上顯著差異，詳見表 4-6。

(五) 護理人員自覺工作滿意度之改變情形

於全責照護制度實施後，護理人員對其工作滿意度改變情形之平均數為 0.32 (SD=1.19)，但不具統計上顯著差異，詳見表 4-6。

二、護理人員基本資料與其工作壓力相關變項改變情形之差異性分析

護理人員基本資料，與其工作壓力相關變項之改變情形差異性分析，詳見表 4-7-1 及表 4-7-2 所示。因為醫院地點的不同，於護理人員工作壓力 ($p=.039$)、角色滿意度 ($p=.023$) 及工作滿意度 ($p=.028$) 的改變情形上，皆具有統計上顯著的差異。在工作壓力部分，經過 Scheffe's 事後比較結果顯示，護理人員工作壓力於兩兩醫院間並無顯著差異。於角色滿意度方面，經過 Scheffe's 事後比較結果顯示，南部醫院的護理人員其角色滿意度改變情形 ($\text{mean}\pm\text{SD}=0.62\pm 0.96$) 大於北部醫院之護理人員 ($\text{mean}\pm\text{SD}=-0.50\pm 1.18$)，且南部醫院護理人員角色滿意度增加，北部醫院護理人員角色滿意度降低。於工作滿意度部份，南部醫院之護理人員其工作滿意度改變情形 ($\text{mean}\pm\text{SD}=0.77\pm 0.93$) 大於北部醫院 ($\text{mean}\pm\text{SD}=-0.50\pm 1.27$)，且南部醫院護理人員工作滿意度增加，北部醫院護理人員工作滿意度降低。又因年齡的不同，護理人員對其工作滿意度改變情形具有統計上顯著的差異 ($p=.025$)，經過 Scheffe's 事後比較結果顯示，41~60 歲護理人員其工作滿意度改變情形 ($\text{mean}\pm\text{SD}=1.25\pm 1.04$) 大於 21~30 歲 ($\text{mean}\pm\text{SD}=-0.17\pm 1.34$)，且 41~60 歲護理人員其工作滿意度增加，21~30 歲護理人員工作滿意度降低。護理人員因婚姻狀況的不同，對其工作滿意度的改變情形在統計上有顯著的差異 ($p=.0496$)，已婚者工作滿意度增加 ($\text{mean}\pm\text{SD}=0.64\pm 1.14$)，未婚者工作滿意度降低

($\text{mean}\pm\text{SD}=(-0.13)\pm 1.15$)。護理人員是否曾經擔任過領導者，與其角色滿意度 ($p=.014$) 與工作滿意度 ($p=.021$) 的改變情形有統計上顯著的差異。

三、護理人員自覺病人照護品質相關變項之改變情形

全責照護制度對病人照護品質影響之相關變項，包括病人被重複確認病況之改變情形，及護理人員認為病人照護品質之改變情形，詳見表 4-6。

(一) 護理人員自覺病人被重複確認病況之改變情形

於病人被重複確認病況的情形部分，護理人員自覺病人被重複確認病況之改變情形的總分平均數為 0.5 ($\text{SD}=0.89$)，詳見表 4-6。52.63%的護理人員認為病人被重複確認病況的情形，於全責照護制度實施後是增加的，且具有統計上顯著意義 ($p=.001$)，其中 44.74%的護理人員認為病人被重複確認病況的情形為低度增加，5.26%的護理人員認為病人被重複確認病況的情形為中度增加，2.63%的護理人員認為病人被重複確認病況的情形為高度增加；13.16%的護理人員認為病人被重複確認病況的情形為低度減少，另外，34.21%的護理人員認為病人被重複確認病況的情形沒有改變。

(二) 護理人員自覺病人照護品質之改變情形

全責照護制度實施後，護理人員自覺病人照護品質改變情形之總分平均數為 0.79 ($\text{SD}=1.12$)，詳見表 4-6。65.79%的護理人員認為病人照護品質於全責照護制度實施後是增加的，且具有統計上顯著意義 ($p<.001$)，其中 36.84%的護理人員認為病人照護品質為低度增加，28.95%的護理人員認為病人照護品質為中度增加；認為病人照護品質於全責照護制度實施後減少的護理人員佔 10.52%，其中認為病人照護品質為低度減少者佔 7.89%，認為病人照護品質為高度減少者佔 2.63%，另外 23.68%

的護理人員認為病人照護品質於全責照護制度實施後沒有改變。

四、護理人員基本資料與病人照護品質相關變項改變情形之差異性分析

護理人員基本資料，與病人照護品質相關變項改變情形之差異性分析，詳見表 4-8 所示。護理人員因年齡的不同，與自覺病人照護品質改變情形上具有統計上顯著的差異 ($p=.023$)，經過 Scheffe's 事後比較結果顯示，護理人員年齡分組兩兩之間彼此無顯著差異。護理人員婚姻狀況的不同，與護理人員自覺病人照護品質改變情形具有統計上顯著的差異 ($p=.009$)。有無擔任全責照護制度之護理單位的領導者，與護理人員自覺病人被重複確認的改變情形具有統計上顯著的差異 ($p=.001$)。



表 4-6 護理人員與照護品質之相關變項改變情形(N=38)

題項	減少 (%)			沒有 改變	增加 (%)			總分	平均數±標準差	P 值
	高度 減少	中度 減少	低度 減少		低度 增加	中度 增加	高度 增加			
護理人員工作壓力之相關變項										
1.全責照護模式實施後與實施前相比您的工作壓力	0	2.63	23.68	18.42	34.21	13.16	7.89	21	0.55±1.29	0.01*
2.全責照護模式實施後與實施前相比您的工作負荷	0	5.26	18.42	28.95	34.21	5.26	7.89	15	0.39±1.24	0.06
3.全責照護模式實施後與實施前相比您的超時工作	0	0	15.79	57.89	13.16	5.26	7.89	12.32	0.32±1.07	0.07
4.全責照護模式實施後與實施前相比您對護理工作的角色滿意度	2.63	2.63	7.89	52.63	21.05	13.16	0	10	0.26±1.06	0.13
5.全責照護模式實施後與實施前相比您對護理工作的滿意度	2.63	5.26	10.53	34.21	36.84	7.89	2.63	12	0.32±1.19	0.11
照護品質之相關變項										
6.全責照護模式實施後與實施前相比病人被重複確認病況的情形	0	0	13.16	34.21	44.74	5.26	2.63	19	0.5±0.89	0.001**
7.全責照護模式實施後與實施前相比您認為病人照護品質	2.63	0	7.89	23.68	36.84	28.95	0	30	0.79±1.12	<0.001***

單一樣本 T 檢定, Ho: $\mu=0$

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$

表 4-7-1 護理人員基本資料與其工作壓力相關變項變異數分析結果(N=38)

項目	工作壓力				工作負荷			超時工作			角色滿意度				工作滿意度			
	平均數	標準差	P 值	Scheffe	平均數	標準差	P 值	平均數	標準差	P 值	平均數	標準差	P 值	Scheffe	平均數	標準差	P 值	Scheffe
醫院[◎]																		
北部(n=10)	1.10	1.29	0.039*	兩兩	0.9	1.45	0.17	0.90	1.37	0.12	-0.50	1.18	0.023*	南>北	-0.50	1.27	0.028*	南>北
中部(n=15)	0.80	1.26		無顯著	0.47	1.30		0.22	1.15		0.47	0.83			0.47	1.13		
南部(n=13)	-0.15	1.07		差異	-0.08	0.86		0.00	0.41		0.62	0.96			0.77	0.93		
年齡[◎]																		
(1)21~30(n=12)	0.67	1.30	0.76		0.42	1.51	0.62	0.42	1.38	0.94	-0.17	1.34	0.09		-0.17	1.34	0.025*	(3)>(1)
(2)31~40(n=18)	0.39	1.46			0.22	1.22		0.30	1.07		0.28	0.75			0.22	0.94		
(3)41~60(n=8)	0.75	0.89			0.75	0.89		0.25	0.46		0.88	0.99			1.25	1.04		
教育程度[◎]																		
職業學校(n=2)	0.00	1.41	0.84		0.50	0.71	0.94	0.00	0.00	0.91	0.00	0.00	0.41		1.00	0.00	0.29	
專科(n=26)	0.65	1.44			0.42	1.42		0.32	1.19		0.19	1.13			0.12	1.21		
大學(n=9)	0.33	0.87			0.22	0.83		0.33	0.87		0.33	0.87			0.56	1.13		
研究所以上(n=1)	1.00				1.00			1.00			2.00				2.00			
婚姻狀況[▲]																		
未婚(n=16)	0.38	1.41	0.48		0.25	1.44	0.55	0.31	1.14	0.95	-0.06	1.18	0.11		-0.13	1.15	0.0496*	
已婚(n=22)	0.68	1.21			0.50	1.10		0.33	1.04		0.50	0.91			0.64	1.14		

* $p < 0.05$

▲獨立樣本 T 檢定; ◎單因子變異數分析

表 4-7-2 護理人員基本資料與其工作壓力相關變項變異數分析結果(N=38)

工作壓力 相關變項 項目	工作壓力			工作負荷			超時工作			角色滿意度			工作滿意度		
	平均數	標準差	P 值	平均數	標準差	P 值	平均數	標準差	P 值	平均數	標準差	P 值	平均數	標準差	P 值
基本資料															
工作職級 [◎]															
N1(n=11)	0.27	1.19	0.82	0.09	1.30	0.89	0.09	1.14	0.89	0.09	1.04	0.25	0.27	1.01	0.13
N2(n=16)	0.50	1.41		0.44	1.36		0.46	1.09		0.13	1.15		0.06	1.24	
N3(n=4)	1.00	1.41		0.25	0.96		0.00	0.00		1.00	0.00		1.00	0.00	
N4(n=3)	1.33	1.53		1.00	1.73		0.67	2.08		-0.33	0.58		-0.67	1.15	
護理長(n=3)	0.33	1.15		0.67	0.58		0.33	0.58		0.67	1.15		1.33	1.53	
主任(n=1)	1.00			1.00			1.00			2.00			2.00		
有無擔任單位領導者 [▲]															
有(n=3)	1.67	1.15	0.12	1.67	1.15	0.06	1.33	1.53	0.09	1.00	1.73	0.21	1.00	2.65	0.68
沒有(n=35)	0.46	1.27		0.29	1.20		0.24	1.00		0.20	0.99		0.26	1.04	
是否曾擔任過領導者 [▲]															
是(n=11)	0.55	1.21	0.98	0.36	1.03	0.92	0.18	0.40	0.46	0.91	0.83	0.014*	1.00	1.00	0.021*
否(n=27)	0.56	1.34		0.41	1.34		0.38	1.24		0.00	1.04		0.04	1.16	
於目前護理單位時間 [◎]															
(1)0~5 年(n=18)	0.33	1.14	0.57	0.17	1.25	0.45	0.06	1.00	0.28	0.22	0.94	0.33	0.44	1.04	0.27
(2)6~15 年(n=16)	0.69	1.54		0.50	1.32		0.65	1.20		0.13	1.15		0.00	1.32	
(3)>16 年(n=4)	1.00	0.82		1.00	0.82		0.25	0.50		1.00	1.15		1.00	1.15	
從事護理工作時間 [◎]															
(1)0~10 年(n=17)	0.53	1.28	0.51	0.24	1.35	0.34	0.20	1.24	0.80	-0.06	1.14	0.15	-0.06	1.14	0.05
(2)11~20 年(n=17)	0.41	1.42		0.35	1.22		0.41	1.00		0.41	0.87		0.41	1.06	
(3)>21 年(n=4)	1.25	0.50		1.25	0.50		0.50	0.58		1.00	1.15		1.50	1.29	

* $p < 0.05$

▲獨立樣本 T 檢定; ◎單因子變異數分析

表 4-8 護理人員基本資料與照護品質相關變項變異數分析結果(N=38)

項目	病人被重複確認			病人照護品質			Scheffe
	平均數	標準差	P 值	平均數	標準差	P 值	
基本資料							
醫院 [◎]							
北部(n=10)	0.4	0.84	0.92	0.30	1.57	0.24	
中部(n=15)	0.53	0.99		1.07	0.80		
南部(n=13)	0.54	0.88		0.85	0.99		
年齡 [◎]							
21~30(n=12)	0.25	0.75	0.52	0.08	1.44	0.023*	兩兩 無顯著 差異
31~40(n=18)	0.61	0.70		1.06	0.73		
41~60(n=8)	0.63	1.41		1.25	0.89		
教育程度 [◎]							
職業學校(n=2)	0.00	1.41	0.09	1.00	0.00	0.47	
專科(n=26)	0.31	0.84		0.62	1.24		
大學(n=9)	1.11	0.78		1.11	0.78		
研究所以上(n=1)	1.00			2.00			
婚姻狀況 [▲]							
未婚(n=16)	0.25	0.77	0.14	0.25	1.29	0.009**	
已婚(n=22)	0.68	0.95		1.18	0.80		
工作職級 [◎]							
N1(n=11)	0.36	0.81	0.20	0.55	1.04	0.19	
N2(n=16)	0.38	0.89		0.44	1.26		
N3(n=4)	0.75	0.50		1.50	0.58		
N4(n=3)	0.00	1.00		1.33	0.58		
護理長(n=3)	1.67	1.15		1.67	0.58		
主任(n=1)	1.00			2.00			
有無擔任單位領導者 [▲]							
有(n=3)	2.00	1.00	0.001**	1.67	0.58	0.16	
沒有(n=35)	0.37	0.77		0.71	1.13		
是否曾擔任過領導者 [▲]							
是(n=11)	0.91	1.04	0.07	1.27	0.65	0.09	
否(n=27)	0.33	0.78		0.59	1.22		
於目前護理單位時間 [◎]							
(1)0~5 年(n=18)	0.56	1.04	0.93	0.78	1.00	0.93	
(2)6~15 年(n=16)	0.44	0.63		0.75	1.29		
(3)> 16 年(n=4)	0.50	1.29		1.00	1.15		
從事護理工作時間 [◎]							
(1)0~10 年(n=17)	0.18	0.73	0.11	0.35	1.32	0.09	
(2)11~20 年(n=17)	0.82	0.64		1.12	0.78		
(3)> 21 年(n=4)	0.50	1.91		1.25	0.96		

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; ▲獨立樣本 T 檢定; ◎單因子變異數分析

第六節 影響護理人員自覺工作壓力相關變項改變情形之原因

本研究共回收 39 份問卷，在「護理人員及病人照護之影響」次量表的開放性問答中，「您的工作壓力增加、減少或沒有改變的原因為何？」、「您的工作負荷增加、減少或沒有改變的原因為何？」及「您的超時工作增加、減少或沒有改變的原因為何？」等三題問答題，共有 25 人填答，填答率達 64.1%。下列敘述，為整理護理人員自覺工作壓力及其相關變項改變情形之原因的填答結果。

一、護理人員工作壓力

於全責照護制度實施後，護理人員自覺其工作壓力增加、減少，或沒有改變之原因的敘寫內容，分述如下：

(一) 工作壓力增加

護理人員填答其自覺工作壓力增加的原因敘述，敘寫內容可分為病人照護、照服員以及護理管理等三方面來看。

病人照護方面：護理人員敘寫表示，(1) 因為護理人員照顧的病人數一樣多，且參與全責照護制度的病人都集中於同一區，病人依賴度高，治療時也花費較多時間 (5 位)；(2) 家屬認為，參與全責照護制度後，病人所有的問題應該要全權負責，而且家屬對全責服務的項目、品質常有疑問 (1 位)；(3) 需要更常電話聯絡家屬 (例如病人要做檢查、缺換洗衣物或衛生用品等) (2 位)；(4) 因大部分病人家屬較少在旁照護，若有病情變化時，少部分家屬並不能完全接受病人之病情變化，須再多加解釋才能獲得了解，而平日遇家屬前來探視時，亦須多加解釋病情 (1 位)；(5) 無家屬在旁，若病人有緊急事情發生，無法立即做決定 (1 位)。

照服員方面：護理人員認為造成工作壓力增加的原因有：(1) 照服員會一直跑來問問題 (1 位)；(2) 照服員的專業能力、緊急事件處理能力不夠 (1 位)；(3) 照服員的素質參雜不齊，警覺性低 (1 位)；(4) 照

服員照護技術不純熟（1位）；（5）每位照服員的工作經歷都不同，有些甚至無這方面的工作經驗，所以護理人員與他們當班會有心理壓力（1位）；（6）護理人員害怕照服員專業知識不足，沒有告知就做錯誤的執行（1位）；（7）護理人員需看照服員是否有將病人照護好（1位）。

護理管理方面：護理管理者表示，因為他們需要安排照護人力、指導照服員工作技巧、監測照護品質，以及與其他工作團隊或委辦單位溝通協調，另外還需要考量成本效益、實施成效（2位），所以工作壓力會增加。臨床護理人員表示，因全責照護制度相關表單太多（1位）、照服員人力不夠（1位），所以工作壓力會增加。

（二）工作壓力減少

護理人員填答其自覺工作壓力減少的原因敘述，包括：（1）照服員有一定的知識技能水準，可協助監測反應、注意病人狀況，並且於發現病人異常時立即處理（3位）；（2）當病人病情變化時，照服員會隨時告知（1位）；（3）因為有人可以幫忙（1位）；（4）有全責照護模式，照服員於旁照護，對病人的照護壓力，相對就降低（1位）。

（三）工作壓力沒有改變

護理人員自覺其工作壓力沒有改變是因為，雖然照服員的協助可減少患者的負擔，但是仍會覺得放心不下（1位）。所以，護理人員認為其工作壓力於技術混合照護模式實施後，並沒有改變。

二、護理人員工作負荷

於全責照護制度實施後，護理人員填答其自覺工作負荷增加、減少，或沒有改變之原因的敘寫內容，分述如下：

（一）工作負荷增加

護理人員填答造成其工作負荷增加的原因，敘寫內容可分為病人照護、照服員方面，以及護理管理三方面來看。

病人照護方面：護理人員認為(1)參與全責照護制度之病人都在同一組，且依賴度高、病情較嚴重、病情多變化、治療費時(4位)；(2)照護人數太多且不集中(1位)；(3)需向家屬說明與解釋全責照護制度(1位)；(4)巡病房次數增加(1位)；(5)需更常電話聯絡家屬(1位)；(6)病人要做檢查時無家屬幫忙(1位)；(7)解釋工作程序增加(1位)。

照服員方面：護理人員表示(1)照服員會一直跑來問問題(1位)；(2)照服員專業能力、緊急事件處理能力不夠(1位)；(3)照服員照護技術不純熟(1位)；(4)護理人員需確認照服員是否有確實執行的照護工作，有無遺漏或錯誤之處(1位)；(5)照服員的素質與工作經驗不一致(1位)。

護理管理方面：護理管理者(1位)表示，於技術混合照護模式實施後，造成其工作負荷增加的原因包括(1)需安排照護人力；(2)指導照服員工作技巧；(3)監測照護品質；(4)與其他工作團隊或委辦單位溝通協調。對臨床護理人員來說，其認為造成工作負荷增加的原因有(1)照服員人力不足(1位)；(2)全責照護制度相關表單太多(1位)。

(二) 工作負荷減少的

護理人員填答造成其工作負荷減少的的原因有：(1)因為照服員可以幫忙病人的一些生理需求(1位)；(2)專業的照服員比家屬照顧的好，所以工作負擔減低(1位)；(3)照服員可配合執行照護病患各項之護理活動(1位)；(4)部分工作(病況)可由照服員協助監督(1位)；(5)省去翻身、拍背、灌食等技術(1位)；(6)做治療時照服員可以協助幫忙(1位)。

(三) 工作負荷沒有改變

護理人員填答其工作負荷沒有改變的原因有：(1)因內科病人病情多變化，隨時都有變化，所以負荷不一定會減少(1位)；(2)照服員負

責的部分是原先家屬的負擔的項目，對護理人員工作項目沒有改變（1位）；（3）照服員敏感度較差（1位）；（4）雖有人幫忙，但有些事來是要自己來（1位）。

三、護理人員超時工作情形

於全責照護制度實施後，護理人員自覺其超時工作情形增加、減少，或沒有改變之原因的敘寫內容，分述如下：

（一）超時工作增加

護理人員填答其超時工作情形增加的原因，敘寫內容可分為病人照護、照服員、護理管理等三方面來看。

病人照護方面：護理人員認為於全責照護制度實施後，其超時工作情形增加的原因有，（1）加入全責照護的病人病情嚴重度高、多變化、依賴度高、多臥床（4位）；（2）全責照護的病人多在同一組，由同一個或多個小姐照護（3位）；（3）集中全責個案於一區域，又需費時轉床工作，流程程序眾多（1位）；（4）加入全責照護的病人，治療及問題相對較多（1位）；（5）照護的病人數多（1位）；（6）事情太多無法負荷（1位）；（7）工作分配不均、醫囑多、檢查多、送檢較有困難，常有臨時檢查，但是家屬不一定能前來陪伴（1位）；（8）需常連絡家屬（1位）。

照服員方面：護理人員認為其超時工作情形，於全責照護制度實施後增加的原因有：（1）照服員會一直跑來問問題（1位）；（2）照服員的照護技術不純熟（1位）；（3）照服員的人力不夠。

護理管理方面：護理管理者表示，於全責照護制度實施後，”為了要將工作做的更好，尤其需要團隊護理人員、醫療科、社服室、長官、各科室的配合，必須多加解釋及推廣，也為了沒有客源、病患及工作人員，所以必須勞心勞力的規劃”，以及”文件及工作報告的書寫、整理與呈報”等，會造成其超時工作情形增加。

(二) 超時工作減少

護理人員表示，於全責照護制度實施後，”因為做治療時有照服員的協助”(1位)，所以可以減少超時工作情形。

(三) 超時工作沒有改變

護理人員填答其超時工作情形沒有改變的原因有，(1) 護理人員工作內容沒有改變(1位)；(2) 有狀況還是會由醫師處理(1位)；(3) 無超時，除病人特殊狀況(1位)；(4) 照服員照顧病人，我們要負監督職責，自己也有自己的工作量，所以全責並無減少工作時數(1位)；(5) 依當月病人病情穩定性而定(1位)；(6) 所有班內的護理工作及行政工作獨自完成(1位)；(7) 護理工作的書面資料愈來愈多(1位)；(8) 工作時間並未增加，但交班所需的時間都增加，因要等病服員交班(1位)。



第七節 護理人員自覺角色功能、護理活動、工作壓力

及照護品質相關變項改變情形之相關性分析

全責照護制度實施後，護理人員自覺其角色功能與護理活動的改變，和其工作壓力、照護品質等相關變項，以皮爾森積差相關係數進行相關性分析，統計結果詳見表 4-9。

一、護理人員角色功能與其他相關變項改變情形之相關性

在獨立性角色功能方面，護理人員獨立性角色功能與相互依賴性角色功能 ($r=0.541, p<.01$)、相關護理活動 ($r=0.425, p<.01$)，以及病人照護品質 ($r=0.422, p<.01$) 皆呈顯著中度正相關，其中以獨立性角色功能與相互依賴性角色功能相關性較高，表示護理人員獨立性角色功能愈增加，其相互依賴性角色功能則愈增加。在相互依賴性角色功能方面，護理人員相互依賴性角色功能與直接護理活動 ($r=0.467, p<.01$)、間接護理活動 ($r=0.457, p<.01$)，以及相關護理活動 ($r=0.518, p<.01$)，皆呈顯著中度正相關，其中以護理人員相互依賴性角色功能與相關護理活動相關性較高，表示護理人員相互依賴性角色功能愈增加，其相關護理活動則愈增加。在非獨立性角色功能方面，護理人員非獨立性角色功能與間接護理活動 ($r=0.326, p<.05$) 呈顯著中度正相關，表示護理人員非獨立性角色功能愈增加，其間接護理活動則愈增加。

二、護理人員護理活動與其他相關變項改變情形之相關性

在直接護理活動方面，護理人員直接護理活動與間接護理活動 ($r=0.773, p<.01$) 及相關護理活動 ($r=0.379, p<.05$) 呈顯著中度至高度正相關，表示護理人員直接護理活動愈增加，其間接護理活動與相關護理活動則愈增加；護理人員直接護理活動與個人活動 ($r=-0.534, p<.01$) 呈顯著中度負相關，表示護理人員直接護理活動愈增加，其個人活動則愈減少。又護理人員間接護理活動與相關護理活動呈顯著中度正相關

($r=0.493, p<.01$)，表示護理人員間接護理活動愈增加，其相關護理活動則愈增加；護理人員間接護理活動與個人活動 ($r=-0.556, p<.01$) 呈顯著中度負相關，表示護理人員間接護理活動愈增加，其個人活動則愈減少。在相關護理活動方面，護理人員相關護理活動與個人活動 ($r=-0.417, p<.01$) 呈顯著中度負相關，與護理人員工作壓力 ($r=0.374, p<.05$)、工作負荷 ($r=0.410, p<.05$) 及超時工作情形 ($r=0.561, p<.01$) 皆呈顯著中度正相關，表示護理人員相關護理活動愈增加，則個人活動愈減少，工作壓力、工作負荷及超時工作情形愈增加。

三、護理人員工作壓力與其他相關變項改變情形之相關性

在護理人員工作壓力相關變項方面，護理人員工作壓力與其工作負荷 ($r=0.907, p<.01$) 有顯著高度正相關，和超時工作情形 ($r=0.686, p<.01$) 有顯著中度正相關，表示護理人員工作壓力愈增加，其工作負荷及超時工作情形則愈增加；護理人員工作壓力與其角色滿意度 ($r=-0.427, p<.01$) 及工作滿意度 ($r=-0.435, p<.01$) 有顯著中度負相關，表示當護理人員工作壓力愈增加，其角色滿意度及工作滿意度則愈降低。在護理人員工作負荷方面，護理人員工作負荷與其超時工作情形有顯著高度正相關 ($r=0.792, p<.01$)，表示護理人員工作負荷愈增加，其超時工作情形則愈增加；護理人員工作負荷與其角色滿意度 ($r=-0.513, p<.01$) 及工作滿意度 ($r=-0.471, p<.01$) 有顯著中度負相關，表示護理人員工作負荷愈增加，其角色滿意度及工作滿意度則愈減少。在護理人員超時工作方面，護理人員超時工作情形與角色滿意度 ($r=-0.501, p<.01$) 及工作滿意度 ($r=-0.545, p<.01$) 呈顯著中度負相關，表示護理人員愈增加，其角色滿意度及工作滿意度則愈減少。

在角色滿意度方面，護理人員對其角色滿意度與其工作滿意度 ($r=0.900, p<.01$) 有顯著高度正相關，與病人被重複確認情形 ($r=0.515,$

$p < .01$) 及病人照護品質 ($r=0.642, p < .01$) 有顯著中度正相關，表示護理人員對其角色滿意度愈增加，則對其工作滿意度、病人被重複確認情形及病人照護品質也愈增加。在工作滿意度方面，護理人員工作滿意度與病人被重複確認情形 ($r=0.510, p < .01$)，及病人照護品質 ($r=0.621, p < .01$) 有顯著中度正相關，表示護理人員對其工作滿意度愈增加，病人被重複確認情形與病人照護品質則愈增加。

四、照護品質相關變項與其他相關變項改變情形之相關性

在病人照護品質相關變項中，病人被重複確認之情形與病人照護品質呈顯著中度正相關 ($r=0.379, p < .05$)，表示病人被重複確認之情形愈增加，病人照護品質則愈增加。



表 4-9 護理人員自覺角色功能、護理活動、工作壓力相關變項及照護品質相關變項等之皮爾森積差相關矩陣

變項	獨立性	相互依賴	非獨立	直接護理	間接護理	相關護理	個人	工作壓力	工作負荷	超時工作	角色滿意度	工作滿意度	重複確認	照護品質
角色功能														
獨立性	1													
相互依賴	0.541**	1												
非獨立	0.163	0.088	1											
護理活動														
直接護理	0.259	0.467**	0.173	1										
間接護理	0.309	0.457**	0.326*	0.773**	1									
相關護理	0.425**	0.518**	0.151	0.379*	0.493**	1								
個人活動	0.014	0.008	0.019	(-0.534)**	(-0.556)**	(-0.417)**	1							
工作壓力相關變項														
工作壓力	0.056	0.098	-0.035	0.080	0.147	0.374*	-0.268	1						
工作負荷	0.073	0.056	-0.219	-0.023	0.058	0.410*	-0.305	0.907**	1					
超時工作	0.106	0.165	-0.115	-0.092	-0.003	0.561**	-0.258	0.686**	0.792**	1				
角色滿意度	0.227	0.055	0.129	0.166	-0.046	-0.156	0.271	(-0.427)**	(-0.513)**	(-0.501)**	1			
工作滿意度	0.251	0.107	0.093	0.174	0.035	-0.159	0.189	(-0.435)**	(-0.471)**	(-0.545)**	0.900**	1		
照護品質相關變項														
病人被重複確認	0.110	0.164	0.150	0.040	-0.009	0.224	0.246	-0.106	-0.134	0.005	0.515**	0.510**	1	
病人照護品質	0.422**	0.192	0.230	-0.071	-0.008	0.168	0.222	-0.123	-0.191	-0.190	0.642**	0.621**	0.379*	1

* $p < 0.05$ (2-tailed)

** $p < 0.01$ (2-tailed).

第八節 病人照護品質指標差異性分析

病人照護品質指標包括病人院內感染率、呼吸道感染率、泌尿道感染率、跌倒率、壓瘡率、約束率，以及給藥錯誤率。三間試辦醫院於此模式實施前，並無定期蒐集所有上述病人照護品質之指標，故造成資料蒐集上困難及不完全，此為本研究之限制。病人照護品質指標資料將呈現北部醫院的跌倒率、壓瘡發生率與約束率，中部醫院的感染率、泌尿道感染率與跌倒率，以及南部醫院的跌倒率、壓瘡盛行率與給藥錯誤率。因此部分研究樣本數小，且指標資料並非來自常態分佈，故以無母數 Mann-Whitney U 考驗，進行全責照護模式實施前 6 個月與實施後 6 個月，病人照護品質指標的差異性分析。差異性分析結果顯示（詳見表 4-10），中部醫院試辦單位之病人跌倒率於全責照護模式實施前後有統計上顯著減少 ($p=.026$)，但是北部醫院試辦單位之病人跌倒率、壓瘡發生率及約束率，中部醫院的感染率與泌尿道感染率，以及南部醫院的跌倒率、壓瘡盛行率與給藥錯誤率，以及三間醫院之跌倒率於全責照護模式實施前後均無顯著差異。

表 4-10 病人照護品質指標 Mann-Whitney U 差異性分析

	前測(%)		後測(%)	Z 值/P 值
	平均數±標準差			
感染率 b	0.14±0.06		0.19±0.18	(-0.32)/0.82
泌尿道感染率 b	0.12±0.04		0.06±0.06	(-1.94)/0.07
跌倒率 d	0.09±0.09		0.04±0.07	(-1.92)/0.09
a	0.11±0.11		0.07±0.11	(-0.671)/0.55
b	0.12±0.05		0.04±0.05	(-2.22)/ 0.026*
c	0.04±0.10		0±0	(-1)/0.70
壓瘡盛行率 c	0.63±0.47		0.44±0.20	0.52/0.59
壓瘡發生率 a	0.23±0.28		0.15±0.14	(-0.37)/0.79
約束率 a	1.31±0.52		0.90±0.37	(-1.47)/0.19
給藥錯誤率 c	0±0		0.02±0.05	0.32/0.70

* $p < 0.05$

a: 北部醫院

b: 中部醫院

c: 南部醫院

d: 北中南三間醫院

第五章 討論

第一節 護理人員之角色功能

一、護理人員自覺角色功能改變情形

於本研究中，技術混合模式實施後 6 個月，護理人員自覺其角色功能改變在獨立性、相互依賴性及非獨立性角色功能皆有統計上顯著改變。

護理人員認為其獨立性角色功能增加且具有統計上顯著意義的有：「照服員的教育者」、「病人或家屬的諮詢者」、「病人或家屬的教育者」、「護理團隊工作執行的評值者」、「病人照護的督導管理者」、「病人照護結果的評值者」、「護理計劃的計劃者」、「團隊的領導者」、「病人照護工作的委派」、「了解病人問題的評估者」（詳見表 4-2-1）。上述研究結果，與 McLaughlin 等人(1995, 1997)針對無照輔助人員加入急性醫院的護理照顧服務中，註冊護士角色功能在病人照護責任委派、團隊領導、人員分配及病人照護管理等角色有中度到完全程度地改變的研究結果有相似之處，且大部分的註冊護士認為其角色功能在工作委派、確認與監測無照輔助人員執行工作的部分是增加的。McLaughlin 等人(2000)比較美國使用無照輔助人員(UAP)與英國使用護理照護助理員(nursing care assistants, NCA)於急性照護醫院中，大部分英國註冊護士認為，當她/他與輔助人員一起工作時，則需要額外的時間來委派任務及督導輔助人員，此研究結果亦與本研究結果相似。Gould 等人(1996)的研究結果顯示，因有輔助人員的協助，護理人員有更多的時間去執行需要較多專業知識與技能的工作，例如病人教育與評估(Neidlinger, et al., 1993)、照護計畫、給予家屬支持，以及整體性病人照護(劉、張，2007)、護理指導(劉、張，2007；Lee, et al., 2005)，此與本研究結果相符合。輔助人員加入照護團隊後，病人安全與照護品質是被大家所關注的(Hugh, McKenna, & Keeney, 2004)，因此，身為專業醫療照護的註冊護士，其角色功能是被要求與期

待。NMC(2002)提到，護理人員被期待要委派照護工作給非專業護理人員的輔助人員，而所委派的工作必須要符合病人的照護需求，且護理人員有責任要確保適當的委派、督導輔助人員，並且提供輔助人員支持與協助，此與本研究中，護理人員角色功能改變情形結果相呼應。不同國家對於護理人角色功能的研究結果中可以了解，即使不同國家有不同的醫療照護體系與文化習慣，但輔助人員加入後，護理人員於人員與工作的分派、病人照顧責任的委派、擔任團隊領導者及擔任教育者等角色功能皆增加。

護理人員認為其相互性角色功能增加且具有統計上顯著意義的有：「醫療團隊工作中的協調者」、「執行護理分級工作後內容整合的角色」、「擔任醫護團隊間的諮詢者」、「分派單位工作的職責」、「作為病人代言者的角色」、「監測與回報病人病情狀況的角色」(詳見表 4-2-2)。在 McLaughlin 等人(2000)的研究中，約半數的美國與英國註冊護士表示，會詢問同事關於如何決定委派工作，以及當與輔助人員一起工作遇到問題時，美國(56%)及英國(83%)的註冊護士會詢問護理主管，此與本研究結果中，護理人員擔任醫療團隊工作中的協調者和諮詢者的角色功能增加相符合。Barter 等人(1997)於研究中發現，護理人員在與醫師、其他醫療機構單位及與其他部門溝通的角色沒有改變，但有部分護理人員表示，當需要收集病人相關資料以做臨床決策，或是與醫師及醫療相關部門溝通時發現，輔助人員所蒐集的病人相關資料是不正確或不完整。由此可知，輔助人員加入後，護理人員不僅僅要擔任分配工作與職務給輔助人員的角色，更因護理照護團隊成員增加而需擔負起作為團隊工作中的協調者、諮詢者，以及護理分級工作後內容整合的角色，才使護理團隊能在專業分工下充分地協調與合作；此外，護理人員還需要更確實地扮演監測與回報病人病情狀況的角色、擔任病人的代言人，使病人的照護需

求能夠獲得滿足，以及確實依醫囑執行護理照護工作的角色，以維護病人安全與照護品質。

二、護理人員基本資料與自覺角色功能改變情形之差異性分析

在本研究中，護理人員基本資料包括年齡、教育程度、婚姻狀況、工作職級、有無擔任單位領導者、是否曾經擔任過領導者、於目前護理單位工作時間長短，以及從事護理工作時間長短，與護理人員角色功能改變情形中，只有非獨立性角色功能於有無擔任單位領導者，以及於目前護理單位時間此兩項基本資料有統計上顯著差異（詳見表 4-3）。Doran 等人(2002)依據 Nursing Role Effectiveness Model 所提出的假設前提，探討護理人員與病人結構變項，對護理人員角色功能與病人照護結果之影響，研究發現護理人員教育程度會正向影響相互依賴性角色功能（包括溝通與整合），護理人員所在醫院經驗長短會正向影響照護整合、負向影響護理人員溝通。上述研究結果與本研究結果不同，可能原因是已擔任單位領導者的護理人員，其獨立自主性高，反之沒有擔任單位領導者的護理人員獨立性低，也就是在非獨立性角色功能中，依醫囑執行工作的角色功能較多所致；而且，有於護理單位時間待 0~5 年的護理人員於非獨立性角色功能的得分高於 6~15 年者，原因可能是於目前護理單位時間較短者的經驗比較不足，所以非獨立性角色功能增加，而經驗較多的護理人員，其非獨立性角色功能相對減少。而此研究中，護理人員其他基本資料與角色功能皆無差異的可能原因，分為下列二項，(1) 可能因為三間全責照護制度試辦醫院皆為同性質之照護機構，且受測之護理人員的同質性高，包括所在的試辦護理單位皆為一般內科病房、大都為專科學歷等；(2) 樣本數太小，所以看不出差異性。

第二節 護理人員之護理活動

一、護理人員自覺護理活動改變情形

於本研究中，護理人員認為其直接護理活動減少且具有統計上顯著意義的有「協助病人執行全關節運動」、「協助病人翻身、擺位及拍背」、「協助病人更換排泄物」、「協助維持病人身體清潔」、「協助病人進食」，而這些活動都是提供病人基本照護需求之護理活動（詳見表 4-4-1）。

Chang 等人(1998)針對有輔助人員協助與沒有輔助人員協助的護理單位做探討，結果顯示有輔助人員協助下，研究執行三個月後，護理人員執行基本照護活動與護理技術性照護活動顯著減少，六個月後，護理人員執行護理技術性照護活動顯著減少，但護理人員認為有較多時間蒐集病人身心社會需求相關資料。經由上述研究可知，因為輔助人員的工作內容主要為執行病人基本照護，相對地，護理人員執行病人照護基本需求等護理活動減少，例如執行整床、清潔與搬運等活動（Badovinac, et al., 1999; Gould, et al., 1996），而護理人員執行護理專業服務則增加。

本研究中，護理人員認為提供符合病人生理需求之照護(例如:維持病人呼吸、監測生命徵象)之直接護理活動增加且具有統計上顯著意義（詳見表 4-4-1）。Neidlinger 等人(1993)比較有無輔助人員加入醫學中心護理專業照護模式，研究結果顯示護理人員有更多的時間執行治療程序，而且受測之註冊護士指出，和輔助人員一起工作，可讓其有更多的時間處理緊急情況，並與病人有更多的互動。上述研究結果與本研究結果相似，於本研究中雖然護理人員於提供符合病人生理需求之照護(例如:維持病人呼吸、監測生命徵象)之直接護理活動增加，但是其執行護理處置（例如執行管路護理、執行護理技術的完整性等）、緊急事件的處理，以及與病人接觸的時間皆無顯著改變，可能的原因是護理人員將多的時間用於監測與處理病人狀況，也因此與病人接觸時間沒有改變。雖然有些研

究發現，輔助人員的加入會使護理人員出現在病人面前次數下降（Chang, et al., 1998），但護理人員因有輔助人員的協助，而有更多時間執行病人評估等具有專業性與高技術性的護理活動（Gould, et al., 1996; Zimmermann, 2000）。

在間接護理活動部分，護理人員認為其間接護理活動增加且具有統計上顯著意義的有「確認照服員照護工作正確性的工作」、「確認照服員記錄完整性的工作」、「指導照服員照護病人技巧的工作」、「交班時間」及「準備藥物的正確性」（詳見表 4-4-2）。在劉和張（2007）研究中，52.5%的護理人員認為，其工作責任因為輔助人員加入而增加，其增加的責任包括與照服員溝通，監督、指導與委派照服員執行照護工作，此結果與本研究結果相呼應。護理人員因具有較多的專業知識與判斷能力，所以需要去督導照服員執行病人照護工作，當輔助人員於執行病人照護工作遇到問題，或不會辨認複雜的臨床問題時，護理人員需要馬上提供協助（McLaughlin, et al., 2000）。Chang 等人(1998)也提到輔助人員加入後，護理人員所執行的直接護理活動減少，可能運用較多的時間去督導與指派輔助人員照護工作，以維持照護品質。於本研究中，護理人員自覺「交班時間」有顯著增加，此結果與開放性問答中，護理人員表示”工作時間並未增加，但交班所需的時間都增加，因要等病服員交班”的結果相呼應。造成護理人員交班時間增加的可能原因有：(1) 在此技術混合模式中，護理人員需與輔助人員一起交班，而且必須確認輔助人員交班內容的完整性，護理人員才能算交班完整；(2) 輔助人員沒有受過交班訓練，無法確實、完全地掌握交班重點；(3) 輔助人員專業照護知識不足或對醫學名詞不熟悉。

在相關護理活動部分，護理人員認為其相關護理活動增加且具有統計上顯著意義的有「執行品質管理稽核」、「參與會議」、「執行單位物品

供應」、「執行行政業務相關的溝通」、「提供護理同仁有關病房事務之諮詢」、「執行除護理與病歷紀錄外的文書工作」、「執行病房行政業務」及「參與在職教育」(詳見表 4-4-3)。在 Chang 等人(1998)的研究結果顯示，有輔助人員的協助下，研究執行的初期與六個月後，護理人員間接護理活動(包括研究、品質確認、人員教育、督導等)顯著減少，且護理人員認為有較多時間與其他醫療團隊溝通。Neidlinger 等人(1993)研究結果顯示，有輔助人員參與之單位護理人員，其參與開會與報告時間降低。以上的研究結果與本研究結果不相同，在本研究中，造成上述相關護理活動增加的可能原因是，全責照護制度是一個試辦計畫，為了要讓參與制度的護理人員對此模式有清楚的了解，因而舉辦多次的相關說明會與在職教育，每個月也有定期的工作檢討會和諮詢討論；因為委派管理輔助人員，所以需要定期增填相關評核單張及參與行政業務；因為行政業務與成員的增加，所以需增加彼此間業務相關的溝通，以及提供單位同仁工作業務上的諮詢；又因為輔助人員的加入，衛材等單位物品的使用增多，所以護理人員執行單位物品供應的活動也會增加。

在個人活動部份，護理人員「憋尿情形」增加且具有統計上顯著意義，「休息時間」與「用餐時間」則沒有改變(詳見表 4-4-3)。Chang 等人(1998)的研究中，輔助人員加入後三個月，護理人員的非生產性活動(此項活動強調在護理人員的個人活動，包括飲水、用餐、休息等)顯著增加。上述研究結果與本研究結果不同，可能是因為護理人員擔心輔助人員執行病人照護工作的能力與處理方式，所以需要隨時跟著輔助人員至病人單位執行照護工作，當病人有管路滑脫或有緊急情況發生，護理人員也需要親自去探視與處理，並且向家屬說明。所以，護理人員要與輔助人員一起工作外，還要處理家屬與輔助人員間相處的問題，以及協助輔助人員執行照護工作，因此，雖然護理人員休息與用餐時間沒有改變，

但其憋尿情形相對增加。

透過上述與護理活動相關研究探討，可以了解到護理人員活動於輔助人員加入後有明顯的改變，包括直接護理活動中病人身體基本照護活動減少、提供病人專業性護理活動增加，間接護理活動中指導與確認輔助人員執行照護工作的活動增加，相關護理活動中參與會議及執行病房行政業務等活動增加，以及個人活動中憋尿情形增加。護理人員與輔助人員所受的專業訓練不同，所擔任的責任與工作內容完全不同，因此在此專業照護模式中，護理人員角色的重要性是不容忽視的。

二、護理人員基本資料與自覺護理活動改變情形之差異性分析

護理人員基本資料中，因醫院別或年齡的不同，於直接護理活動、間接護理活動，以及個人活動改變情形具有統計上顯著差異（詳見表 4-5-1）。直接護理活動方面，南部醫院護理人員直接護理活動改變情形大於中部醫院護理活動，且南部醫院護理人員認為其直接護理活動增加，而中部醫院護理人員認為其直接護理活動降低；間接護理活動方面，北部與南部醫院護理人員認為其間接護理活動增加，而中部醫院護理人員認為其間接護理活動減少。造成上述研究結果的可能原因是，不同醫院的常規不同，因而使得護理人員工作內容不相同。於護理人員年齡中，以 41~60 歲的護理人員其直接護理活動改變情形大於 31~40 歲的護理人員，且 41~60 歲的護理人員認為其直接護理活動增加，而 31~40 歲的護理人員則認為其直接護理活動減少。造成此研究結果的可能原因是，41~60 歲的護理人員可能為較資深護理人員，其護理專業性與角色滿意度都較高，雖然輔助人員能協助執行病人翻身、清潔、更換排泄物、進食，以及執行全關節運動，但年長且可能較資深的護理人員會在一旁指導輔助人員、維護病人安全，並隨時觀察病人狀況；此外此類護理人員還運用更多的時間去執行專業的護理活動，例如執行病人傷口護理、管路護

理、提供符合病人生心理需求的照護、評值照護結果、提供病人社會福利資源，以及與病人溝通等，以維持照護品質。因此，年長且可能較資深的護理人員其直接護理活動是增加的。個人活動方面，以 31~40 歲的護理人員其個人活動改變情形大於 21~30 歲的護理人員，且 31~40 歲的護理人員認為其個人活動增加，而 21~30 歲的護理人員則認為其個人活動減少。造成上述研究結果的原因可能是，31~40 歲的護理人員可能多為資深護理人員，其對於工作內容較為熟悉，也較知道如何與輔助人員溝通、協調、合作，以及教導與確認輔助人員工作內容，所以能妥善的運用及分配工作時間，使其有時間執行個人活動；反之，21~30 歲的護理人員可能多為年資較淺的護理人員，其對於病人病情變化的不同及照護工作內容需多花時間熟悉，並學習於有限地時間內適當的分配工作，於技術混合照護模式實施後，護理人員需於工作中督導輔助人員執行照護工作，所以可能導致 21~30 歲的護理人員其執行個人活動時間減少。

本研究中，護理人員有無擔任全責照護單位領導者，於其相關護理活動改變情形有統計上顯著差異（詳見表 4-5-2）。有擔任全責照護單位領導者的護理人員，其相關護理活動增加較多，其可能原因是有擔任領導者的護理人員大都為資深護理人員，所以需要協助執行較多單位行政業務、文書工作、品管稽核、與行政業務相關的溝通、提供護理同仁有關病房事務的諮詢等等。

第三節 護理人員自覺工作壓力與照護品質相關變項

一、護理人員自覺工作壓力相關變項之改變情形

(一) 護理人員自覺工作壓力改變情形

於全責照護制度實施後，認為工作壓力增加的護理人員有 21 位 (55.26%)，且具有統計上顯著差異 (見表 4-6)，本研究結果與 Cone 等人(1995)於研究中提到，輔助人員加入會增加護理人員工作壓力的研究結果相同。造成本研究結果於其他研究結果相同的原因，可能是因為本研究中的受測護理人員，不曾擔任過領導者的佔 71.05%，因此在全責照護制度實施後，較沒有領導、委任及教育等相關訓練與實務經驗的護理人員，需擔任教育與督導輔助人員執行照護工作的角色功能，所以使得護理人員覺得工作壓力增加。再者，於本研究的開放性問答中，護理人員認為工作壓力增加的原因有：(1) 參與全責照護制度的病人特性屬慢性病為多，且依賴度高、治療較費時；(2) 因有輔助人員的協助，所以家屬不在病房，所以護理人員要常常電話聯絡家屬 (例如病人要做檢查同意書的簽署或陪伴、缺換洗衣物或衛生用品等)；(3) 更常需要向家屬解釋病人的日常狀況和病情；(4) 無家屬在旁，若病人有緊急事情發生，無法立即做決定；(5) 照服員素質參雜不齊、警覺性低，專業能力、緊急事件處理能力不夠、技術不純熟；(6) 照服員人力不夠。因此，輔助人員的參與照護團隊後，護理人員的工作壓力呈顯著增加。

(二) 護理人員自覺工作負荷改變情形

於本研究中，全責照護制度實施後，47.37%的護理人員認為其工作負荷增加，雖然不具有統計上顯著差異，但是 p 值為臨界值 (見表4-6)。造成上述研究結果不具有統計上顯著意義的可能原因是樣本數太少，所以無法達到顯著意義。本研究中47.37%的護理人員認為工作負荷增加的結果與Jung等人(1994)探討輔助人員加入照護團隊中，護理人員認為其工

作負荷降低；Chang等人(1998)的研究結果顯示，輔助人員加入後可減輕護理人員工作負荷；Keeney等人(2005)探討護理人員對於輔助人員看法（N=23），其中11位（47.8%）護理人員表示督導輔助人員不會增加其工作負荷等研究結果不同；但與Cone等人(1995)於研究中提到，輔助人員的加入會增加護理人員工作負荷的研究結果相似。造成此結果的可能原因有，（1）於全責照護制度實施之後，參與全責照護制度病人之家屬，在醫院陪伴或協助照顧病人的時間或次數減少；（2）71.05%的受測護理人員未曾擔任過領導者；（3）於本研究之開放性問答中，護理人員表示：輔助人員的”專業能力、緊急事件處理不夠”、”照護技巧不純熟”、”素質及經驗不齊”。因此由上述可能原因得知，雖然於技術混合照護模式實施後，護理人員擔負照護病人的責任與工作負擔增加，於照護病人的同時，護理人員還需指導輔助人員照護病人的知識與技術，或是確認輔助人員執行照護工作的完整性與正確性，因此使得護理人員工作負荷增加。

（三）護理人員自覺超時工作改變情形

於全責照護制度實施後，57.89%的護理人員認為其超時工作情形沒有改變，雖然不具有統計上顯著意義，但是 p 值為臨界值（見表 4-6），造成上述研究結果不具有統計上顯著意義的可能原因是，本研究中的樣本數太小。Gould 等人(1996)針對輔助人員加入外科護理單位，護理人員與輔助人員角色進行探討，其研究結果顯示護理人員超時工作情形降低，此研究結果與本研究結果不同。於本研究之開放性問答中，部分護理人員表示其超時工作情形需視病人病情狀況而定，且護理人員認為超時工作情形沒有改變的原因有：（1）護理人員具有負責監督照服員照顧病人的職責；（2）護理人員工作內容沒有改變；（3）護理工作的書面資料愈來愈多。由此可知，技術混合照護模式的實施後，雖有照服員協助護理人員執行病人基本照護工作，但也增加護理人員教導與監督輔助人

員照護工作的職責，以及護理人員填寫書面資料的時間，所以超時工作情形沒有改變。

（四）護理人員自覺角色滿意度改變情形

於全責照護制度實施後，52.63%的護理人員對其角色滿意度沒有改變（見表 4-6）。Lengacher 等人(1994)針對輔助人員加入照護模式中，探討護理人員的留任意願與離職等情形，結果顯示護理人員對於其角色滿意度增加。上述研究結果與本研究結果不同，其可能原因是雖然輔助人員的加入使得護理人員於獨立性、相互依賴性及非獨立性角色功能皆有顯著增加，但其工作壓力與工作負荷也增加，所以使得護理人員對其角色滿意度沒有改變。

（五）護理人員自覺工作滿意度改變情形

於全責照護制度實施後，18 位（47.37%）的護理人員工作滿意度增加（見表 4-6），但無統計上顯著差異。本研究結果與 Cone 等人(1995)及黃慈心（2005）的研究中，因輔助人員的加入，護理人員工作滿意度增加的研究結果相同。探究造成本研究受測之護理人員工作滿意度增加的可能原因是，輔助人員可以協助監測與注意病人狀況，並且協助護理人員執行照護病患之各項護理活動。但是因為護理人員工作壓力增加，所以使其工作滿意度增加未達顯著統計上顯著。

二、護理人員基本資料與其工作壓力相關變項改變情形之差異性分析

護理人員的基本資料中，醫院別、年齡、婚姻狀況的不同，以及是否曾擔任過領導者，與護理人員於工作壓力相關變項呈統計上顯著差異（見表4-7-1及表4-7-2）。其中護理人員的醫院別，與其工作壓力、角色滿意度及工作滿意度的改變情形有統計上顯著差異，可能原因是即使有技術混合照護模式的實施，但每間醫院的福利制度、病房常規不同，護理主管們對於護理人員的期待、定位和要求也不盡相同，所以使得不同醫

院的護理人員其所承受的工作壓力、對其角色滿意度與工作滿意度改變情形也有所不同。學者Li和Lambert (2008)提到，工作環境是影響工作滿意度的因子。護理人員年齡與婚姻狀況，與其工作滿意度改變情形具有統計上顯著差異，護理人員年齡高者的工作滿意度比年輕者高，已婚者工作滿意度增加程度比未婚者多。上述結果與本研究結果相似，原因可能是年齡高且已婚者的工作穩定性高，對護理工作的認知與認同度也比較高，因而其工作滿意度高。另外，研究結果顯示曾經擔任過領導者的護理人員，其工作滿意度與角色滿意度皆大於未擔任過領導者的護理人員，其可能原因是擔任領導者的護理人員覺得自己被賦予重任、更具有專業能力，也更能為病人照護盡一份力。

三、護理人員自覺病人照護品質相關變項之改變情形

(一) 護理人員自覺病人被重複確認病況之改變情形

全責照護制度實施後，20位（52.63%）的護理人員認為病人被重複確認病況的情形增加且具有統計上顯著差異（見表4-6），造成上述結果的可能原因是，（1）輔助人員比家屬受過較多的專業訓練，所以可以協助監測病人的狀況，就好比多一雙“專業的眼睛”幫忙確認病人；（2）護理人員擔心輔助人員技術不純熟，或是不知如何處理病人的緊急狀況，所以護理人員需時常探視病人；（3）護理人員因為需要監督輔助人員執行照護工作的情形。

(二) 護理人員自覺病人照護品質之改變情形

全責照護制度實施後，25位（65.79%）的護理人員認為病人照護品質是增加且具有統計上顯著差異（見表4-6），且具有統計上的顯著意義。此研究結果與Jung等人(1994)的研究中，護理人員自覺照護品質有改善；Keeney等人(2005)的研究中，護理人員對於輔助人員會降低其工作品質表示不同意（36%）與非常不同意（48%）；以及台北市立聯合醫院試行全

責照護計畫的結果，大部分護理人員認為此模式能夠提升護理專業照護品質等研究結果相似（北市衛生局醫管處，2005）。由此可知，上述國內外護理人員對此照護模式對於病人照護品質的影響，皆抱持正向的看法。

四、護理人員基本資料與自覺病人照護品質相關變項改變之差異性分析

護理人員基本資料中，護理人員的年齡、婚姻狀況及有無擔任全責照護制度之護理單位領導者，與其自覺病人被重複確認或病人照護品質相關變項改變情形有統計上顯著差異（見表 4-8）。研究中年長者與已婚者自覺病人照護品質增加較年輕者與未婚者多，可能原因是年長者與已婚的護理人員認為輔助人員較家屬具有專業知識，可以協助照護與監測病人狀況，所以有助於照護品質。此外，結果顯示有擔任護理單位領導者的護理人員，認為病人被重複確認的情形較沒有擔任領導者的多，其可能原因是領導者需要負擔較多的責任於病人照護上，所以需要時常探視病人、了解病人整體狀況，以掌握整個病房病人的情況。



第四節 護理人員自覺角色功能、護理活動、工作壓力

以及照護品質相關變項改變情形之相關性

一、護理人員自覺角色功能改變情形與其他構面之相關性

(一) 護理人員獨立性角色功能

研究中，護理人員自覺其獨立性角色功能改變情形與相互依賴性角色功能、相關護理活動及病人照護品質呈顯著中度正相關（詳見表 4-9）。當擁有專業知識與判斷力的護理人員，愈能夠扮演好專業的獨立性角色功能，例如能確實地了解病人的照護問題、制定護理計畫、評值照護結果、提供家屬與病人照護需求的諮詢與教育、督導與委派輔助人員照護工作、教育輔助人員參與照護計畫，以及執行評值、監督與管理照護團隊工作等，便愈能確實地執行相互性依賴角色功能中的監測與回報病人病情狀況（包括疾病併發症與藥物副作用等徵狀與改變）、擔任病人的代言者、與醫療團隊人員溝通與協調，以及整合照護團隊工作等，使得病人獲得整體性照護，而不是片段式的、任務導向的照護（Thornley, 2000）；因此也愈能夠增進間接護理活動中與醫療團隊的合作關係、與家屬的溝通，及時發現病人問題並給予適切的醫療處置與照護，並增加確認輔助人員照護工作的正確性與完整性等。

當護理人員愈具有專業性且獨立性的角色功能時，其所擔負的責任與使命則更顯得重要。所以當護理人員獨立性角色愈增加時，愈需要執行照護單位的行政業務、照護品質的監測與稽核、參與會議及在職教育，以及提供護理同仁病房事務相關諮詢等相關護理活動。

本研究結果中發現，護理人員獨立性角色功能與病人照護品質有相關（詳見表 4-9）。病人照護品質包括症狀控制、病人功能性健康狀態，以及對於自我照護方法的了解（Irvine, et al., 1998）。在 Doran 等人(2002)的研究中，護理人員獨立性角色功能會正向地影響病人治療性的自我照

護能力及出院時的功能狀態。所以，護理人員獨立角色功能與病人照護品質息息相關。

(二) 護理人員相互依賴性角色功能

護理人員相互依賴性角色功能與直接護理活動、間接護理活動及相關護理活動呈顯著中度正相關（詳見表 4-9）。由此可知，當護理人員愈能扮演相互依賴性角色中的與醫療團隊間的溝通、協調、諮詢、整合照護、監測與回報病人病情等，於提供病人直接基本照護、舒適需求的滿足、間接護理活動中的醫療照護相關資訊的提供、與醫療照護團隊的合作關係，則愈能執行相關護理活動中的行政業務相關溝通等活動。

(三) 護理人員非獨立性角色功能

護理人員依醫囑執行工作的角色，與間接護理活動呈顯著中度正相關（詳見表 4-9）。由此可知，若護理人員愈能勝任執行依醫囑執行工作的角色，則愈能確實執行間接護理活動中的準備藥物正確性、協助病人治療與檢查前的準備、檢體送檢的處理與追蹤、緊急事件的處理等活動。反之，若護理人員無法確實執行依醫囑執行工作之非獨立性角色功能，則可能會導致不良事件的發生，例如藥物錯誤（Irvine, et al., 1998）。

二、護理人員自覺護理活動改變情形與其他構面之相關性

(一) 護理人員直接護理活動

研究中，護理人員直接護理活動與間接護理活動呈顯著高度正相關，與相關護理活動呈顯著中度正相關，與個人活動則呈顯著中度負相關（詳見表 4-9）。經由這個研究結果得知，當護理人員愈能確實執行病人基本照護與技術性照護，完整且詳細地觀察與評估病人身心照護需求，以及提供病人與家屬疾病相關之健康資訊與教育等直接護理活動，則愈能制定完整地、且符合病人需要的護理計畫，以提供給病人符合其生理與心理需求的照護與舒適，愈能確認輔助人員工作的正確性與完整

性，以及促進與醫療團隊和家屬之間的溝通等間接護理活動增加。

當護理人員要確實地執行病人的基本照護、護理處置，以及評估病人照護結果等直接護理活動，則護理人員需要不斷地增加自身的專業知識與技能，故參加在職教育與會議的情形會增加，並且透過定期品質管理稽核評估病人照護品質等相關護理活動，不斷地改進護理照護方式以增進護理照護品質。

然而，護理人員直接護理活動與個人活動呈負相關（詳見表 4-9），則表示護理人員待在病人單位、與病人接觸的時間、執行護理措施的時間增加（包括協助病人翻身、擺位、更換尿布等），即使在輔助人員的協助下，此一繁重的工作負荷仍會使得護理人員自覺個人活動時間減少（包括休息與用餐時間減少，憋尿情形增加）。

（二）護理人員間接護理活動

護理人員間接護理活動，與相關護理活動呈顯著中度正相關，與個人活動呈顯著中度負相關（詳見表 4-9）。造成此研究結果的原因，可能是因輔助人員的加入，護理人員需要藉由參加在職教育訓練等相關護理活動，以學習如何執行督導與委派輔助人員照護工作，以及確認輔助人員執行照護工作的完整性與正確性等間接護理活動。當護理人員執行督導與委派輔助人員照護工作等間接活動時，可能因為輔助人員的訓練不足、素質不一，使其需要花更多的時間教育及溝通，甚至需要與輔助人員一同執行病人照護工作，最後使得護理人員個人活動減少。

（三）護理人員相關護理活動

護理人員相關護理活動與個人活動呈中度負相關，與護理人員工作壓力、工作負荷，以及超時工作情形則呈顯著中度正相關（詳見表 4-9）；可能原因是因為護理人員必須利用工作中或是工作以外的時間來執行相關護理活動，包括參加在職教育、病房會議、執行愈多病房行政業務、

品質管理稽核，以及提供護理同仁有關病房事務之諮詢等，所以當相關護理活動愈增加，則護理人員工作壓力、工作負荷及超時工作情形也愈增加，個人活動則因此愈減少。

三、護理人員自覺工作壓力與病人照護品質相關變項改變之相關性

(一) 工作壓力、工作負荷及超時工作情形

護理人員工作壓力，與其工作負荷及超時工作情形呈顯著中度到高度正相關，與角色滿意度及工作滿意度呈中度負相關，(詳見表 4-9)。Cone 等人(1995)於研究中提到，輔助人員加入會增加護理人員的責任與工作負荷，因為護理人員需要觀察輔助人員執行照護工作，並且整合病人照護工作，因此會增加護理人員的工作壓力。上述結果與本研究結果一致，由此可知雖然輔助人員協助護理人員執行病人的基本照護工作，但是對於護理人員來說，因為多了督導與委派輔助人員執行照護工作的角色與職務，並且需擔任病人安全照護的守門員，所以其工作負荷更是增加，工作壓力也會增加。同時，護理人員亦需花時間教育與確認輔助人執行照護工作的正確性與完整性，所以其超時工作情形也可能因此增加。此外當輔助人員加入使得護理人員角色功能因而改變，這隨之而來的工作壓力、工作負荷及超時工作情形，會使得護理人員對其角色滿意度與工作滿意度下降。

(二) 護理人員角色滿意度與工作滿意度

護理人員角色滿意度與工作滿意度呈顯著高度正相關，此外護理人員角色滿意度和工作滿意度，與病人被重複確認情形及病人照護品質有顯著中度正相關(詳見表 4-9)，其可能原因是當護理人員愈滿意其所扮演的護理專業角色，對自己的工作滿意度增加，則會愈能克盡職責地照顧病人，做好其份內的工作，使得病人被重複確認情形及病人照護品質愈增加。

護理人員工作滿意度與病人被重複確認情形，及病人照護品質有顯著中度正相關（詳見表 4-9）。學者 Aiken 等人(2001)提到，護理人員的工作滿意度會潛在地影響病人照護品質，所以當護理人員愈滿意護理工作時，則愈願意花時間探視、觀察病人，若發現病人身心靈方面的問題時，便會運用自身的專業知識以解決病人的不適。所以當護理人員工作滿意度增加時，病人被重複確認及照護品質則會增加。

（三）病人照護品質相關變項

於本研究中，病人被重複確認病況之情形與病人照護品質呈顯著中度正相關（詳見表 4-9），當病人被重複確認其病況的情形愈增加，病人的需求與照護愈能被完整的評估與滿足，使得病人照護品質愈增加。



第五節 病人照護品質指標差異性分析

本研究結果顯示（詳見表 4-10），北部醫院試辦單位之病人跌倒率、壓瘡發生率及約束率，中部醫院的感染率與泌尿道感染率，以及南部醫院的跌倒率、壓瘡盛行率與給藥錯誤率，以及三間醫院整體之跌倒率於全責照護模式實施前後均無統計上顯著差異，唯有中部醫院試辦單位之病人跌倒率於全責照護模式實施前後有統計上顯著減少。本研究結果與 Badovinac 等人(1999)、Lee 等人(2005)，黃美智(2005)的研究中，病人跌倒率、壓瘡率及給藥錯誤率於輔助人員加入前後沒有顯著差異的研究結果相似。然而，在黃慈心（2005）的研究中，輔助人員加入照護團隊後，病人的壓瘡、跌倒、泌尿道感染發生率較實施前降低；在 Malloch 等人(1990)的研究中，輔助人員加入內科病房中則會降低病人跌倒率與給藥錯誤率。透過上述研究結果可以了解，輔助人員的加入對於照護品質的影響，目前尚未有定論。造成本研究結果的原因，可能是（1）資料蒐集不完整，使得模式實施前後比較的指標個數不一；（2）各品質指標皆為實施病房單位整體的品質指標，而實施技術混合照護模式僅為部分病人，所以看不出此照護模式對於照護品質的影響；（3）各醫院的病人種類不同，病情嚴重程度與依賴度不同。

第六章 結論與建議

本研究為探討技術混合照護模式實施後，護理人員角色功能、護理活動、工作壓力與照護品質相關變項之改變情形，以及病人照護品質指標於模式實施前後的差異性，針對北中南三間試辦醫院之病房單位及其護理人員進行收案。以下，分別說明本研究之結論與建議。

第一節 研究結論

本研究主要結果歸納如下：

一、護理人員自覺角色功能改變情形

技術混合照護模式實施後，護理人員自覺獨立性角色功能，如「照服員的教育者」、「病人或家屬的諮詢者」、「病人或家屬的教育者」、「護理團隊工作執行的評值者」、「病人照護的督導管理者」等增加；依賴性角色功能如「醫療團隊工作中的協調者」、「執行護理分及工作後內容整合的角色」、「擔任醫護團隊間的諮詢者」、「分派單位工作的職責」等增加；以及「依醫囑執行工作的角色」之非獨立性角色功能增加。

二、護理人員自覺護理活動改變情形

技術混合照護模式實施後，護理人員自覺直接護理活動中的「提供符合病人生理需求之照護（例如維持病人呼吸、監測生命徵象）」增加；間接護理活動中的「確認照服員照護工作正確性的工作」、「確認照服員紀錄完整性的工作」、「指導照服員照護病人技巧的工作」、「交班時間」、「與醫療團隊者的合作關係」及「準備藥物的正確性」增加；相關護理活動中的「執行品質管理稽核」、「參與會議」、「提供護理同仁有關病房事務之諮詢」、「執行行政業務相關的溝通」、「執行除護理與病例紀錄外的文書工作」、「執行病房行政業務」、「參與在職教育」增加；以及個人

活動中的「憋尿情形」增加。

但是護理人員自覺直接護理活動中的「協助病人進食」、「協助維持病人身體清潔」、「協助病人執行全關節運動」、「協助病人翻身、擺位及拍背」及「協助病人更換排泄物」於技術混合照護模式實施後明顯減少。

三、護理人員自覺工作壓力改變情形

技術混合照護模式實施後，護理人員自覺工作壓力增加。

四、護理人員自覺病人照護品質相關變項改變情形

技術混合照護模式實施後，護理人員自覺病人被重複確認病況的情形及病人照護品質增加。

五、護理人員自覺角色功能、護理活動、工作壓力及照護品質相關變項改變情形之相關性

- (一) 護理人員自覺獨立性角色功能改變情形，與相互依賴性角色功能、相關護理活動，以及病人照護品質改變情形有中度正相關。
- (二) 護理人員自覺相互依賴性角色功能改變情形，與直接護理活動、間接護理活動及相關護理活動改變情形有中度正相關。
- (三) 護理人員自覺非獨立性角色功能改變情形，與間接護理活動改變情形有中度正相關。
- (四) 護理人員自覺直接護理活動改變情形，與間接護理活動改變情形有高度正相關，與相關護理活動改變情形有中度正相關；但與個人活動改變情形有中度負相關。
- (五) 護理人員自覺間接護理活動改變情形，與相關護理活動改變情形呈中度正相關；與個人活動改變情形則呈中度負相關。
- (六) 護理人員自覺相關護理活動改變情形，與個人活動改變情形呈中度負相關；與工作壓力、工作負荷及超時工作改變情形則呈中度正相關。

- (七) 護理人員自覺工作壓力改變情形，與工作負荷改變情形呈高度正相關，與超時工作改變情形呈中度正相關。
- (八) 護理人員自覺工作負荷改變情形，與超時工作改變情形呈中度正相關。
- (九) 護理人員自覺工作壓力、工作負荷及超時工作改變情形，皆與角色滿意度及工作滿意度改變情形則呈中度負相關。
- (十) 護理人員自覺角色滿意度改變情形，與工作滿意度改變情形呈高度正相關；護理人員自覺角色滿意度和工作滿意度改變情形，與病人被重複確認及病人照護品質改變情形呈中度正相關。
- (十一) 護理人員自覺病人被重複確認改變情形，與病人照護品質改變情形呈中度正相關。

六、病人照護品質指標之差異性分析

中部醫院試辦單位之病人跌倒率，於技術混合照護模式實施後顯著減少。其餘病人照護品質指標，包括院內感染率、泌尿道感染率、壓瘡盛行率、壓瘡發生率、約束率及給藥錯誤率，於技術混合照護模式實施前後均無顯著差異。

第二節 研究限制

進行研究的過程中，發現本研究的限制如下：

- 一、本研究因受限於此一照護模式只有三間醫院試辦，且每一間試辦醫院皆由一個病房單位負責辦理，經立意取樣後僅 39 位護理人員參與此研究。又因這三間醫院皆為公立醫院，因此無法推論至所有國內之醫療照護機構。
- 二、本研究採受測者自我回溯、自填問卷性的填答方式，受測者需回想技術混合照護模式實施前 6 個月，其角色功能、護理活動、工作壓力與

照護品質相關變項情形，並與實施後 6 個月比較。回溯性自我感受的填答方式，因受測者個人的自覺感受和認知有所不同，可能會產生回憶偏差，以及缺乏客觀指標，所以不能確實地呈現技術混合照護模式實施前護理人員的真實感受，故正確性易受影響。

三、此三間試辦醫院於模式實施前，並無每月定期蒐集病人照護品質指標資料，故導致所蒐集回來的資料不齊全且數量不足，故無法看出某些醫院的病人照護品質指標，且亦無法確實比較三間醫院於模式實施前後之照護品質有無差異。

第三節 研究建議

根據本研究結果與發現，針對未來護理實務及研究擬出下列幾點建議，如下：

一、對護理實務之建議

(一) 增加護理人員對其角色功能改變的了解

學者提到，護理人員督導輔助人員執行照護工作，是確保病人安全與病人照護標準的關鍵 (McIntosh, Moriarty, Lugton, & Carney, 2000)。本研究結果顯示，技術混合照護模式實施後，護理人員自覺其角色功能在於人員與工作的分派、病人照顧責任的委派、擔任團隊領導者及擔任教育者等皆增加。因此，建議急性醫療機構應透過在職教育，讓護理人員了解其改變的角色功能與在此模式中的改變，並且加強護理人員對於病人照護管理的責任，教導護理人員如何指導、指派以及監督輔助人員所執行的照護工作，此外需提供領導能力的課程，使護理人員能夠有效地帶領其照護團隊執行病人照護工作。

(二) 界定護理人員與輔助人員角色功能與活動

本研究結果顯示，在技術混合照護模式中，輔助人員協助護理人員

執行的工作內容多為執行病人基本照護活動，例如協助病人翻身、擺位、拍背、身體清潔、更換排泄物、進食，以及協助執行全關節運動等。目前國內針對急性照護機構中輔助人員的工作內容與角色功能，尚未有明確的條文規範。建議醫療政策制定者應明定在技術混合照護模式中，急性照護機構護理人員與輔助人員的角色功能與工作內容，使得護理人員工作與輔助人員角色功能在照護中能相輔相成、有所依循。

（三）加強輔助人員教育訓練

本研究之受測護理人員表示，技術混合照護模式實施後，造成其工作壓力增加的可能原因包括輔助人員素質不一、專業能力不足、技術不純熟等。目前輔助人員的訓練內容較偏向居家及長期照護所需具備的基本能力，對於急性單位病人照護常見問題並無明確的訓練，比如管路滑脫的預防與處理，以及不同疾病患者緊急狀況之判別與處理等。然而在急性照護單位中，病人疾病的嚴重度和疾病特性，皆與長期照護單位不盡相同。目前各醫療院所依據單位特性與病人疾病嚴重程度的不同，為輔助人員安排相關照護訓練課程，但此訓練課程並無統一的標準。故應明定屬於急性單位輔助人員所需具備基本能力的訓練計畫，並訂定臨床照護能力評核標準。對於已經進入急性照護單位之輔助人員來說，也應在在職教育中補足所需的訓練課程，以強化輔助人員對急性病患的照護能力。

（四）強調專業分工合作與整合

技術混合照護模式在國內的醫療照護體系中，並非是一個全新的照護模式。所以各醫療機構管理者或是護理行政主管，應於實施此照護模式的初期，向護理人員們宣導此一照護模式的理念，也就是護理人員與輔助人員要充分協調、溝通、相互合作，而護理人員、護理行政者與管理者需扮演諮詢者與協調者的角色，促進彼此之間的溝通與合作。此外

當護理人員能夠將此一照護模式與工作團隊做有效地整合，則可避免輔助人員指執行任務導向的工作 (Thornley, 2000)，而護理人員也能夠免於執行工作導向的護理活動，使病人獲得整體性與舒適性的照護。

(五) 建構適當的護理人力配置

研究中發現，適當的護理人力配置，可以降低病人的住院天數、感染率、不良事件發生率等 (Hall, Doran, & Pink, 2004)，又當護理人員每日所提供的照護時數比例較高，與內科病人住院天數較短、泌尿道感染率與上腸胃道出血率較低有相關性 (Needleman, et. al., 2002)。在技術混合照護模式中，輔助人員雖然能協助護理人員執行病人照護工作，但卻無法取代護理人員。目前國內試辦的照護模式較像是以輔助人員協助家屬執行病人照護，使家屬減輕經濟上與照護上的負擔，但是對護理人員來說工作壓力卻是增加的。故建議醫療政策制定者與醫療機構管理者應建構合理且適當的護理人員、輔助人員及病人照護三者間的人力配置，增加護理人員比例，使護理人員能充分發揮其專業角色功能，以確保病人安全及照護品質。

二、對未來研究之建議

(一) 建議未來的相關研究，可增加試辦醫院、或試辦護理單位個數，以增加樣本數，並且藉由比較不同科別試辦護理單位彼此之間的差異情形，以進一步了解病人疾病種類或依賴程度的不同，對於護理人員角色功能、護理活動、工作壓力與照護品質相關變項改變情形的影響。

(二) 建議後續的研究者可採用實地觀察護理人員工作情形、確認其工作項次與角色功能的研究方法，藉由主客觀資料的蒐集，以完整、確實地呈現技術混合照護模式實施前後，護理人員角色功能與護理活動的改變情形。

(三) 護理人員工作壓力相關變項，建議採實驗性研究法，比較有無實

施技術混合照護模式，以及在模式實施前後針對護理人員工作壓力、工作負荷、角色滿意度、工作滿意度進行施測，以了解確實呈現技術混合照護模式實施對於護理人員的影響。

(四) 病人照護品質指標建議採實驗性研究設計，比較有無實施技術混合照護模式，以及實施前後之間的差異情形；此外，建議比較不同科別或病人種類，技術混合照護模式實施前後的病人照護品質情形，以進一步地了解技術混合照護模式對於病人照護品質的影響。

(五) 研究問卷的內容設計部份，建議可將開放性問答部分以結構式問題呈現，以增加問卷的填答率及內容信效度，並且能確實了解護理人員於技術混合照護模式實施後，造成其工作壓力、工作負荷及超時工作情形改變的原因。



參考資料

中文部分

- 尹祚芊主持 (2005) · 一般病房護理人力需求及人力配置前趨研究 (行政院衛生署護理及健康照護處護理科 94 年度促進民眾健康照護品質計畫成果摘要, DOH94-NH-32) · 台北市: 中華民國護理師護士公會全國聯合會。
- 王保進 (2006) · 英文視窗版 SPSS 與行為科學研究 (第三版) · 台北市: 心理出版社。
- 台北市政府衛生局醫護管理處 (2005年5月23日) · 台北市立聯合醫院全責照顧深受好評, 助理、家屬皆滿意 · 2007年10月9日取自 <http://www.healthcity.net.tw/upload/200552316473612.doc>
- 行政院衛生署 (2005) · 歷年醫療院所醫事人員數 · 2007年10月11日取自 <http://www.doh.gov.tw/statistic/data/醫療服務量現況及服務結果摘要/95摘要表/95現況服務量年報表10.xls>
- 伍麗珠、劉長安 (2000) · 探討白班護理人員之工作內容及時數分配 · 榮總護理, 17 (1), 63-71。
- 余玉眉主持 (2005) · 護理政策白皮書 (行政院衛生署委託) · 國家衛生研究院承辦 · 2007年10月21日取自 <http://www.doh.gov.tw/ufile/doc/護理政策白皮書.pdf>
- 李卓倫 (2007) · 96年度全責照護制度專案計畫 · 台中: 中國醫藥大學。
- 李淑玲 (2005年5月) · 台灣醫院的看護人員之醫療倫理問題 · 應用倫理研究通訊, 第34期, from <http://www.ncu.edu.tw/~phi/NRAE/newsletter/no34/06.pdf>

- 李選 (2003年8月6日)·由護理人力短缺，談為全責護理制正名·財團法人國家政策研究基金會，2007年3月13日取自
<http://www.npf.org.tw/PUBLICATION/SS/092/SS-C-092-109.htm>
- 李葆璋、劉長安 (2001)·探討內、外科病房護理人員每日工作時間分配·*榮總護理*，18 (2)，193-203。
- 沈宴姿 (2002)·護理的工作模式·於陳月枝等合著，*護理學導論* (三版，263-291頁)·台北：華杏。
- 沈宴姿 (2005)·護理人員的角色功能·於沈宴姿等編著，*護理學導論* (二版，6-2-6-32頁)·台北市：永大。
- 邱皓政 (2006)·*量化研究與統計分析：SPSS 中文視窗版資料分析範例解析*·台北市：五南。
- 林婕妤 (2003年7月30日)·台北市九月起將試辦醫院全責照護制度·2007年10月10日取自 <http://www.ehato.com.tw/index.asp?ID=1326>
- 胡月娟、林豐裕 (1992)·病房護理人員工作項目及護理時數分配之調查·*醫院：中華民國醫院協會雜誌*，25 (2)，110-120。
- 財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會 (2005)·*病人安全名詞定義*·2008年4月9日取自 http://www.patientsafety.tw/upfile/www/訊息公告_下載檔案_病人安全名詞定義.pdf
- 徐南麗、馮容莊、林文香、蘇慧芳 (1992)·一般外科病房之護理時數與護理時間分配·*榮總護理*，9 (4)，408-418。
- 徐南麗、王瑋、馮容莊、尹淑莉 (1993)·護理人力生產力的評估與應用·*護理研究*，1(2)，101-111。
- 張媚、余玉眉、陳月枝、田聖芳 (2005)·台灣護理人力規劃研究·*台灣醫學*，9 (2)，149-156。

- 黃美智主持 (2005) · 以複合式護理照護模式促進民眾健康照護品質 (行政院衛生署護理及健康照護處護理科 94 年度促進民眾健康照護品質計畫成果摘要, DOH94-NH-17) · 台南市: 成功大學醫學院附設醫院。
- 黃素珍、邱月季 (2007 年 3 月 10 日) · 中華民國護理師護士公會全國聯合會—第七屆第一次會員代表大會紀錄 · 尹祚芊理事長, 中華民國護理師護士公會全國聯合會第七屆第一次會員代表大會 · 台北: 國際會議廳。
- 黃慈心主持 (2005) · 建構以病人為中心慢性病房護理人員、病房助理員整合性照護模式與成效探討 (行政院衛生署護理及健康照護處護理科 94 年度促進民眾健康照護品質計畫成果摘要, DOH94-NH-26) · 桃園: 長庚紀念醫院桃園分院。
- 游麗惠、陳秋芳、鄭聰美、吳文淑 (2003 年 12 月) · 臺灣住院文化的變革—「台北市立醫院全責照顧試辦計畫」 · 2007 年 10 月 9 日取自 <http://www.stti.org.tw/publications/no18.htm>
- 劉永芳、張秉宜 (2007) · 由護理人員觀點探討技術混合照護模式對臨床照護之影響 · *長庚護理*, 18 (4), 487-498。
- 潘純媚、金繼春、黃秀琴、柯純卿 (1993) · 胸腔內科病房護理活動情形之探討 · *The Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, 9, 252-259。
- 盧美秀 (2005) · 整合照護模式: 技術混合照護模式可行性探討 · 於盧美秀著, *護理專業問題研討* (初版, 355-369 頁) · 台北: 五南。
- 盧純華、夏萍細、林麗禪 (1998) · 護理活動與護理專業人員之職責規範 ·

護理新象，8 (2)，14-17。

戴玉慈 (1978)·病人和護士對於護理活動重要性的看法·護理雜誌，25 (1)，66-79。

謝士明 (2006)·醫療品質與病人安全教學·2008年4月19日取自
http://60.248.196.58/tjcha_data/pgy/952142-8.pdf

蘇喜、劉慧俐、楊麗瑟、周照芳 (1998)·護理人員時間分配·中華衛誌，8 (1)，36-50。

Cockerham, W. C. (2002)·醫療社會學 (朱巧豔、蕭佳華譯)·台北市：五南。(原著出版於2001)

George, D. & Mallery, P. (2005)·SPSS統計軟體的應用 (12.0) (張雲景、賴初仰譯)·台北市：華騰。



英文部分

- Ahmed, L. B. & Kitson, A. (1993). Complementary roles of nurse and health-care assistant. *Journal of Clinical Nursing*, 2(5), 287-297.
- Aiken, L.H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J. A., Busse, R., Clarke, H., & et al. (2001). Nurses' reports on hospital care in five countries. *Health Affairs* 20 (3), 43-52.
- Aiken L. H., Sochalski, J. & Lake, E. T. (1997). Studying outcomes of organizational change in health services. *Medical Care*, 35(11)(Suppl.), NS6-NS18.
- Anderson L. (1997) The introduction of generic workers into the ward team: an exploratory study. *Journal of Nursing Management* 5, 69-75.
- Ayre, T. C., Gerdtz, M. F., Parker, J., & Nelson, S. (2007). Nursing skill mix and outcomes: a Singapore perspective. *International Nursing Review*, 54(1), 56-62.
- Badovinac, C. C., Wilson, S., & Woodhouse, D. (1999). The use of unlicensed assistive personnel and selected outcome indications. *Nursing Economics*, 17(4), 194-200.
- Barter, M., McLaughlin, F. E., & Thomas, S. A. (1997). Registered nurse role changes and satisfaction with unlicensed assistive personnel. *Journal of Nursing Administration*, 27(1), 29-38.
- Bostrom, J. & Zimmerman, J. (1993). Restructuring nursing for competitive on nursing care delivery. *Nursing Economics*, 11(1), 35-41, 54.
- Buchan, J., & Dal Poz, M. R. (2002). Skill mix in the health care workforce: reviewing the evidence. *Bulletin of the World Health Organization*, 80(7), 575.
- Buchan, J. & O'May, F. (2000). Determining skill mix: Practical guidelines for managers and health professionals. *Human Resources for Health*

- Development Journal (HRDJ)*, 4(2), 111-118.
- Capuano, R. & Kinneman, M. T. (1989). Nursing technical assistants, one solution to the nursing shortage. *Nursing*, 19, 172-175.
- Castledine, G.(1995). Will the nurse practitioner be a mini-doctor or a maxi-nurse. *British Journal of Nursing*, 4(16), 938-939.
- Chang, A. M. & Lam, L. (1998). Can healthcare assistants replace student nurses? *Journal of Advanced Nursing*, 27, 399-405.
- Chang, A. M., Lam, L., & Lam, L. W. (1998). Nursing activities following the introduction of health care assistants. *Journal of Nursing Management*, 6, 155-163.
- Cone, M., McGovern, C. C., Barnard, K., & Riegel, B. (1995). Satisfaction with a new model of practice in critical care. *Critical Care Nursing Quarterly*, 18(3), 67-74.
- Denner, S. (1995). Extending professional practice: Benefits and pitfalls. *Nursing Times*, 91(14), 27-29.
- Doran, D. I., Sidani, S., Keatings, M., & Doidge, D. (2002). An empirical test of the Nursing Role Effectiveness Model. *Journal of Advanced Nursing*, 38(1), 29-39.
- Dowie, R. & Langman, M. (1999). The hospital of the future, staffing of hospitals: Future needs, future provision. *British Medical Journal*, 319, 1193-1195.
- Edwards, M. (1997). The nurses' aides: Past and future necessity. *Journal of Advanced Nursing*, 26(2), 237-245.
- Edward, S. & Wong, M.D. (2005, April 1th). *Guideline for prevention of catheter-associated urinary tract infections*. Retrieved April 20th, 2008, from http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/gl_catheter_assoc.html
- Francis, B. & Humphreys, J. (1998). Regulating non-nursing healthcare workers. *Nursing Standard*, 12(47), 35-37.

- Francomb, H. (1997). Do we need support workers in the maternity services? *British Journal of Midwifery*, 5(11) 672.
- Garretson, S. (2005). Nurses to patient ratios in American health care. *Nursing Standard*, 19(14-16), 33-38.
- Gould, R., Thompson, R., Rakel, B., Jensen, J., Hasselman, E., & Young, L. (1996). Redesigning the RN and NA Roles. *Nursing Management*, 27(2), 37-41.
- Hall, L.M., Doran, D., & Pink, G. H. (2004). Nurse staffing models, nursing Hours, and patient safety outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 34(1), 41-45.
- Harrison, L., & Nixon, G. (2002). Nursing activity in general intensive care. *Journal of Clinical Nursing*, 11(2), 158-167.
- Hendrickson, G. D., Doddate, T. M., & Kovner, C. T. (1990). How do nurses use their time? *Journal of Nursing Administration*, 20(3), 31-37.
- Huber, D. G., Blegen, M., & McCloskey, J. C. (1994). Use of nursing assistants: Staff nurse opinions. *Nursing Management*, 25, 64-68.
- Hugh, P., McKenna, F. H., & Keeney, S. (2004). Patient safety and quality of care: the role of the health care assistant. *Journal of Nursing Management*, 12(6), 452-459.
- Institute of Medicine (2004). *Keeping Patients Safe: Transforming the Work Environment of Nurses*. Retrieved April 20th, 2008, from http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=10851#toc
- Irvine, D. , Sidani, S., & Hall, L. M. (1998). Linking outcomes to nurses' roles in health care. *Nursing Economic\$,* 16(2), 58-64.
- Jung, F. D., Pearcey, L. G., & Phillips, J. L. (1994). Evaluation of a program to improve nursing assistant use. *Journal of Nursing Administration*, 24(3), 42-47.
- Keeney, S., Hasson, F., McKenna, H. & Gillen, P. (2005). Nurses', midwives'

- and patients' perceptions of trained health care assistants. *Journal of Advanced Nursing*, 50(4), 345-355.
- Lang, T. A., Hodge, M., Olson, V., Romano, P., & Kravitz, R. L. (2004). Nurse-patient ratio: A systematic review on the effects of nurse staffing on patient, nurse employee, and hospital outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 34(7-8), 326-337.
- Lee, T. Y., Yeh, M. L., Chen, H. H., & Lien, G. H. (2005). The skill mix practice model for nursing: Measuring outcome. *Journal of Advanced Nursing*, 51(4), 406-413.
- Lengacher, C. A., Kent, K., Mabe, P. R., Heinemann, D., VanCott, M. L., & Bowling, C. D. (1994). Effects of the Partners in Care Practice model on nursing outcomes. *Nursing Economic\$, 12(6):300-308.*
- Li, J. & Lambert, V. A. (2008). Workplace stressors, coping, demographics and job satisfaction in Chinese intensive care nurses. *British Association of Critical Care Nurses, Nursing in Critical Care*, 13(1), 12-24.
- Lynn, M. R. (1986). Determination and quantification of content validity. *Nursing Research*, 35(6), 382-385.
- Maki, D. G. & Tambyah, P. A. (2001). Engineering out the risk of infection with urinary catheters. *Emerging Infectious Diseases*, 7(2), 1-6.
Retrieved April 20th, 2008, from
<http://www.cdc.gov/ncidod/eid/vol7no2/maki.htm>
- Malloch, K. M., Milton, D. A., & Jobes, M. O. (1990). A model for differentiated nursing practice. *Journal of Nursing Administration*, 20(2), 20-26.
- McIntosh, J., Moriarty, D., Lugton, J., & Carney, O. (2000). Evolutionary changes in the use of skill within the district nursing team: A study in two Health Board areas in Scotland. *Journal of Advanced Nursing*,

32(4), 783-790.

- McKenna, H. P. (1995). Nursing skill mix substitutions and quality of care: An exploration of assumptions from the research literature. *Journal of Advanced Nursing*, 21(3), 452-459.
- McKenna, H. & Hasson, F. (2002). A study of skill mix issues in midwifery: A multimethod approach. *Journal of Advanced Nursing*, 37(1), 52-61.
- McLaughlin, F. E., Barter, M., Thomas, S. A., Rix, G., Coulter, M., & Chadderton, H. (2000). Perceptions of registered nurses working with assistive personnel in the United Kingdom and the United States. *International Journal of Nursing Practice* 6 (1), 46–57.
- McLaughlin, F. E., Thomas, S. A., & Barter, M. (1995). Changes related to care delivery patterns. *The Journal of Nursing Administration*, 25(5), 35-46.
- Needleman, J., Buerhaus, P., Mattke, S., Stewart, M., & Zelevinsky, K. (2002). Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. *The New England Journal of Medicine*, 346(22), 1715-1722.
- Neidlinger, S. H., Bostrom, J., Stricker, A., Hild, J., & Zhang, J. Q. (1993). Incorporating nursing assistive personnel into a nursing professional practice model. *The Journal of Nursing Administration*, 23(3), 29-37.
- Nursing and Midwifery Council (NMC) (2004). *The NMC code of professional conduct: standards for conduct, performance and ethics*. Retrieved April 10th, 2008, from <http://www.nm.stir.ac.uk/documents/nmc-code-of-professional-conduct.pdf>
- Powers, P. H., Dickey, C. A., & Ford, A. (1990). Evaluating an RN/Co-worker model. *Journal of Nursing Administration*, 20, 11-15.
- Reeve, J. (1994). Nurses' attitudes toward health care assistants. *Nursing Times*, 90(26), 43-46.

- Richardson, G. (1999). Identifying, evaluating and implementing cost-effective skill mix. *Journal of Nursing Management*, 7, 265-270.
- Rolfe, G., Jackson, N., Gardner, L., Jasper, M., & Gale, A. (1999). Developing the role of the generic healthcare support worker: Phase 1 of an action research study. *International Journal of Nursing Studies*, 36(4), 323-344.
- Savage, E. (1997). Support workers in nursing: Implications for qualified nurses. *Nursing Review*, 15(3-4), 85-87.
- Scoullar, K. (1991). Healthcare assistants: A constant source of support. *Nursing Times*, 87, 29-30.
- Sovie, M. D. & Jawad, A. F. (2001). Hospital restructuring and its impact on outcomes: Nursing staff regulations are premature. *Journal of Nursing Administration*, 31(12), 588-600.
- Spilsbury, K. & Meyer, J. (2001). Defining the nursing contribution to patient outcome: lessons from a review of the literature examining nursing outcomes, skill mix and changing roles. *Journal of Clinical Nursing*, 10(1), 3-14.
- Thornley, C. (2000). A question of competence? Re-evaluating the roles of the nursing auxiliary and health care assistant in the NHS. *Journal of Clinical Nursing*, 9(3), 451-458.
- Wilson, G. (1997). Health care assistants. *Nursing management*, 4(3), 18-19.
- Workman, B. A. (1996). An investigation into how the healthcare assistants perceive their role as 'support workers' to the qualified staff. *Journal of Advanced Nursing*, 23(3), 612-619.
- Zimmermann, P. G. (2000). The use of unlicensed assistive personnel: An update and skeptical look at a role that may present more problems than solutions. *Journal of Emergency Nursing*, 26(4), 312-317.

附錄一：研究問卷同意書

親愛的護理同仁您好：

這是一份學術問卷，主要目的是在探討在全責照護模式（照顧服務員加入護理照護團隊，協助執行照護活動）實施後護理人員之角色功能與護理活動。您的貢獻將可作為醫護政策制定之參考。

問卷中的題目沒有標準答案，請您依照真實情況回答。此問卷採匿名填寫，資料絕對保密，填答內容亦不影響您的工作考績，除了研究者外之人士不可使用，敬請放心填答。非常感謝您！！

敬祝

順心如意



中國醫藥大學 護理學系

黃立琪 博士

李卓倫 博士

全責照護團隊 敬上

聯絡人：梅婷婷

聯絡電話：04-22053366 轉 7120

0918729083

聯絡地址：40402 台中市北區

學士路 91 號 10 樓

E-MAIL：lichi@mail.cmu.edu.tw

vucirel@yahoo.com.tw

本人同意參與本問卷調查

簽名：

民國 年 月 日

附錄二：研究問卷

一、護理活動 填答說明： 此部分想了解， <u>全責照護模式(照服員協助照顧病人)實施之後(97年1月)與實施之前(96年1月)相比</u> ，您所執行之護理活動的改變情形。請您於詳細閱讀後，逐題依您執行此項活動之改變情形，以減少、沒有改變、增加等改變程度，勾選適當欄位。	減 少			沒有改變	增 加		
	高度減少	中度減少	低度減少		低度增加	中度增加	高度增加
(一) 直接護理 (直接接觸病人之護理活動)							
1.協助病人翻身、擺位及拍背	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.協助維持病人身體清潔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.協助病人更換排泄物	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.協助病人執行全關節運動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.協助病人進食	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.執行病人傷口護理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.執行管路護理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.與病人溝通的時間	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.協助病人執行特殊治療或檢查	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.執行護理技術的完整性	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.給予病人藥物的正確性	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.執行收集檢體	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.觀察與評估病人身心狀況	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.提供符合病人生理需求之照護(例如:維持病人呼吸、監測生命徵象)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.提供符合病人心理需求之照護(例如:傾聽、鼓勵、支持等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.評值病人照護結果	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.執行病人安全的活動(例如:病人辨識、預防跌倒、感染防治等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.提供病人疾病相關之健康資訊	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.給予病人出院衛教的完整性	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.提供病人社會福利資源	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.與病人接觸的時間	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

一、護理活動(續)	減 少			沒有改變	增 加		
	高度減少	中度減少	低度減少		低度增加	中度增加	高度增加
填答說明： 此部分想了解， <u>全責照護模式(照服員協助照顧病人)實施之後(97年1月)與實施之前(96年1月)相比</u> ，您所執行之護理活動的改變情形。請您於詳細閱讀後，逐題依您執行此項活動之改變情形，以減少、沒有改變、增加等改變程度，勾選適當欄位。							
(二) 間接護理 (未直接接觸病人，但與病人相關之護理活動)							
1.交班時間	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.參與醫護巡房	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.病歷與護理記錄書寫的完整性	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.制定護理計畫的完整性	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.準備藥物的正確性	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.協助病人治療與檢查前的準備	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.檢體送檢的處理與追蹤	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.執行飲食與衣物的分送	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.與醫療團隊者的溝通	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.與醫療團隊者的合作關係	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.指導照服員照護病人技巧的工作	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.確認照服員照護工作正確性的工作	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.確認照服員記錄完整性的工作	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.往返護理站與病人單位的次數	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.回應叫人鈴的次數	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.緊急事件的處理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.聯繫照護相關事宜的工作	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.與家屬的溝通	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.洗手次數	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

一、護理活動(續) 填答說明： 此部分想了解， <u>全責照護模式(照服員協助照顧病人)實施之後(97年1月)與實施之前(96年1月)相比</u> ，您所執行之護理活動的改變情形。請您於詳細閱讀後，逐題依您執行此項活動之改變情形，以減少、沒有改變、增加等改變程度，勾選適當欄位。	減 少			增 加			
	高度減少	中度減少	低度減少	沒有改變	低度增加	中度增加	高度增加
(三) 相關護理 (與病人照護無關，但與病房事務有關之護理活動)							
1.執行單位物品供應	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.執行護理站清潔整理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.執行除護理與病歷紀錄外的文書工作	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.執行病房行政業務	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.執行行政業務相關的溝通	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.執行品質管理稽核	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.參與會議	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.參與在職教育	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.提供護理同仁有關病房事務之諮詢	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(四) 個人活動 (意指不與病人照護、單位活動有關之私人活動)							
1.休息時間	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.用餐時間	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.憋尿情形	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

二、角色功能 填答說明： 此部分想了解， <u>全責照護模式（照服員協助照顧病人）實施之後（97年1月）與實施之前（96年1月）</u> 相比，您的角色功能改變情形。請您於詳細閱讀後，逐題依您角色功能以減少、沒有改變、增加等的改變程度，勾選適當欄位。	減 少			增 加			
	高度減少	中度減少	低度減少	沒有改變	低度增加	中度增加	高度增加
（一）獨立性角色功能 (護理人員可自行判斷、做決定，並依法獨立執行的活動，不需要醫囑來決定)							
1.了解病人問題的評估者	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.照服員的教育者	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.護理計劃的計劃者	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.提供舒適者	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.病人照護結果的評值者	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.護理團隊工作執行的評值者	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.病人或家屬的諮詢者	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.病人或家屬的教育者	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.病人照護的研究者	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.護理團隊人力的分配	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.病人照護工作的委派	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.病人照護的督導管理者	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.團隊的領導者	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
（二）相互依賴性角色功能 (護理人員的護理活動需部分或完全地伴隨著其他專業照護者來完成)							
1.監測與回報病人病情狀況的角色	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.作為病人代言者的角色	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.醫療團隊工作中的協調者	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.擔任醫護團隊間的諮詢者	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.分派單位工作的職責	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.執行護理分級工作後內容整合的角色	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
（三）非獨立性角色功能 (護理人員需依據醫師醫囑所執行之活動)							
1.依醫囑執行工作的角色	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

三、護理人員與病人照護之影響	減 少				增 加		
填答說明： 此部分想了解， <u>全責照護模式（照服員協助照顧病人）實施之後（97年1月）與實施之前（96年1月）相比</u> ，您的護理工作與病人照護改變情形為何，以及您對於此模式實施的看法。請您於詳細閱讀後，逐題依您個人狀況勾選適當欄位。	高度減少	中度減少	低度減少	沒有改變	低度增加	中度增加	高度增加
1.全責照護模式實施後與實施前相比您的工作壓力	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q：您的工作壓力增加、減少或沒有改變的原因為何？							
2.全責照護模式實施後與實施前相比您的工作負荷	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q：您的工作負荷增加、減少或沒有改變的原因為何？							
3.全責照護模式實施後與實施前相比您的超時工作	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q：您的超時工作增加、減少或沒有改變的原因為何？							
4.全責照護模式實施後與實施前相比您對護理工作的角色滿意度	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.全責照護模式實施後與實施前相比您對護理工作的滿意度	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.全責照護模式實施後與實施前相比病人被重複確認病況的情形	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.全責照護模式實施後與實施前相比您認為病人照護品質	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8、您認為全責照護模式的實施，有無需要加強之處？（可複選）

(1) 政策面：

- | | |
|-----------------------------------|----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 照服員的人力配置 | <input type="checkbox"/> 護理人員人力配置 |
| <input type="checkbox"/> 政府經費的補助 | <input type="checkbox"/> 照服員工作內容的規範與確認 |
| <input type="checkbox"/> 其他_____ | |

(2) 醫療機構面：

- | | |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 對民眾與家屬的宣導 | <input type="checkbox"/> 舉辦照服員技能的在職教育 |
| <input type="checkbox"/> 舉辦照服員照護知識的在職教育 | <input type="checkbox"/> 舉辦全責照護模式說明的研討會 |
| <input type="checkbox"/> 其他_____ | |

(3) 護理人員部份

- | | |
|-------------------------------------------|----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 對病人或家屬衛生教育的知識與技能 | <input type="checkbox"/> 對照服員的教學知識與技能 |
| <input type="checkbox"/> 對照護團隊的管理知識與技能 | <input type="checkbox"/> 對照護品質的監督知識與技能 |
| <input type="checkbox"/> 與醫療團隊溝通的能力 | <input type="checkbox"/> 與病人或家屬的溝通能力 |
| <input type="checkbox"/> 對全責照護模式的了解程度 | <input type="checkbox"/> 其他_____ |

(4) 照服員部分

- | | |
|--------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 照顧技巧 | <input type="checkbox"/> 照護知識 |
| <input type="checkbox"/> 對其工作內容的了解程度 | <input type="checkbox"/> 對全責照護模式的了解程度 |
| <input type="checkbox"/> 對於緊急事件的判斷能力 | <input type="checkbox"/> 對於緊急事件的處理能力 |
| <input type="checkbox"/> 溝通技巧 | <input type="checkbox"/> 專業態度 |
| <input type="checkbox"/> 其他_____ | |

9.針對全責照護模式的實施，您有無任何建議？

四、基本資料部分

- 1、性別：(1) 男 (2) 女
- 2、年齡：_____ 實歲
- 3、教育程度：(1) 職業學校 (2) 專科 (3) 大學 (4) 研究所以上
- 4、婚姻狀況：(1) 未婚 (2) 已婚 (3) 離婚 (4) 分居 (5) 同居 (6) 鰥寡
- 5、工作服務科別：_____
- 6、您在目前的單位工作時間有多久：_____年_____月
- 7、您從事護理工作有多久：_____年_____月
- 8、工作職位：(1) N1 (2) N2 (3) N3 (4) N4 (5) 護理長 (6) 副護理長
- 9、您有無擔任此單位的 leader？ (1) 有 (2) 沒有
- 10、是否曾擔任過 leader？ (1) 是 (2) 否

附錄三：問卷專家效度名單（依姓氏筆劃順序排列）

專家姓名	服務機關與職稱
李卓倫	中國醫藥大學公共衛生學院健康政策 副教授
梁亞文	中台醫護管理研究所醫療政策與管理 副教授
陳玉敏	中國醫藥大學護理系 副教授
張瑤琪	行政院衛生署立嘉義朴子醫院 護理科督導
趙正芬	壠新醫院品管處 處長

附錄四：專家內容效度評鑑結果

第一部份、護理活動－（一）直接護理	
題目	CVI
1.協助病人翻身、拍背的活動	1.00
2.協助維持病人舒適清潔的活動	1.00
3.協助病人更換排泄物的活動	1.00
4.協助病人肢體活動	1.00
5.協助病人進食的活動	1.00
6.執行病人傷口護理的活動	1.00
7.與病人溝通的時間	1.00
8.協助病人執行特殊治療或檢查的活動	1.00
9.執行護理技術的完整性	0.80
10.給予病人藥物的正確性	1.00
11.交班時間是否有改變	0.80
12.執行收集檢體的活動	0.60
13.參與醫護巡房的活動	0.80
14.觀察與評估病人身心狀況的活動	1.00
15.提供符合病人照護需求完整性的活動	0.60
16.評量病人照護結果的活動	1.00
17.維護病人安全的活動	1.00
18.提供病人疾病相關之健康資訊	1.00
19.給予病人出院衛教的完整性	1.00
20.提供病人社會福利資源	1.00
21.待在病人單位的時間	0.40
<p>針對護理活動-直接護理部分，是否有需增設其他題目或建議：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.專家認為第 15 題”完整性”的語意不清，且和許多題重疊。故將此題修改為「提供符合病人心理需求之照護(例如:傾聽.鼓勵.支持等)」。 2.專家認為，第 21 題和上面許多題向重疊。故將此題修改為「與病人接觸的時間」，並以此題作為測量直接護理活動改變情形的同時效度。 3.專家認為，第 17 題中”病人安全”議題太大，不易填答，故將此題項改為「執行病人安全的活動(例如:病人辨識.預防跌倒.感染防治等)」。 	

第一部份、護理活動－（二）間接護理	
題目	CVI
1.病歷與護理記錄書寫的完整性	1.00
2.制定護理計畫的完整性	1.00
3.準備藥物的正確性	0.80
4.協助病人治療與檢查前的準備	1.00
5.檢體送檢的處理	1.00
6.執行飲食與衣物的分送	1.00
7.與醫療團隊者的溝通與合作關係	0.80
8.指導照服員照護病人技巧的工作	1.00
9.確認照服員照護工作正確性的工作	1.00
10.確認照服員記錄完整性的工作	1.00
11.往返護理站與病人單位的次數	1.00
12.回應叫人鈴的次數	1.00
13.緊急事件的處理	1.00
14.電話聯繫照護相關事宜的工作	1.00
15.與家屬間的溝通	1.00
16.洗手次數	0.80
<p>針對護理活動-間接護理部分，是否有需增設其他題目或建議：</p> <p>1.專家認為第7題中，“溝通”與“合作關係”性質不同，建議將此兩項分開較為恰當。故將此題項拆為「與醫療團隊者的溝通」及「與醫療團隊者的合作關係」兩題。</p> <p>2.專家提出，直接護理與間接護理之分界為何？</p> <p>將過重新界定直接與間接護理活動，並將每項分類定義列於分類名稱之後，將「交班時間」「參與醫護巡房」歸類於間接護理活動中。</p>	

第一部份、護理活動－（三）相關護理	
題目	CVI
1.執行單位物品供應	1.00
2.執行單位清潔整理	0.60
3.執行除護理與病歷紀錄外的文書工作	1.00
4.執行病房相關之計劃	0.60
5.執行品質管理稽核	1.00
6.參與會議及在職教育	0.80
7.行政業務溝通	0.75
8.執行病房工作人員輔導之事宜	0.80
<p>針對護理活動-相關護理部分，是否有需增設其他題目或建議：</p> <p>1.專家提到，第2題的”單位”是指什麼？</p> <p>2.第4題，專家認為語意不清、不明確。故將此題項改為「執行病房行政業務」</p> <p>3.第6題，專家認為應拆為兩題。故將此題項拆為「參與會議」及「參與在職教育」。</p> <p>4.第8題，專家提到”和間接護理中的第8.9.10題有何不同”？</p> <p>為了將此題與間接護理活動作區隔，故將此題項改為「提供護理同仁有關病房事務之諮詢」。</p>	

第一部份、護理活動－（四）個人時間	
題目	CVI
1.休息時間是否有改變	0.80
2.用餐時間有否有改變	0.80
3.如廁次數有否有改變	0.80
<p>針對護理活動-個人時間部分，是否有需增設其他題目或建議：</p> <p>1.專家對於本問卷將上述三題項列為護理活動，覺得有疑問。本研究中，對於護理人員個人活動的解釋為護理人員於照護病人時，個人活動能使護理人員本身的生理與心理需要獲得充分的滿足，使其能以充足的精神、體力與專注力，提供病人舒適且安全性照護，故此項是護理人員活動中所不可或缺的。</p> <p>2.專家認為，第3題應可直接問憋尿情形，且為正向題或反向題？</p> <p>因此將第3題改為「憋尿情形」，且列為反向題。</p>	

第二部分、護理人員角色功能－（一）獨立性角色功能	
題目	CVI
1.深入了解病人問題的研究者	0.60
2.護理計劃的計劃者	0.80
3.提供病人舒適者	0.80
4.病人照護結果的評值者	0.80
5.護理團隊工作執行的評值者	0.80
6.病人或民眾的諮詢者	0.80
7.病人或家屬的教育者	0.80
8.照服員的教育者	0.80
9.護理團隊人力的分派	0.80
10.病人照護工作的委派	0.80
11.病人照護的督導管理者	0.80
12.團隊的領導者	0.80
針對護理人員獨立性角色功能部分，是否有需增設其他題目或建議：	
1.專家認為第 1 題語意不清，故將此題項改為「了解病人問題的評估者」及「病人照護的研究者」。	
2.專家提到，第 6 題的”民眾”是指什麼？故將民眾改為”家屬”。	
3.有數題和前面護理活動頗類似，它們代表不同意義嗎？提供了不同訊息嗎？於本研究中，因護理活動的題項為測量護理人員實際執行活動的情形，而角色功能題項為測量概念性的角色功能，兩者測量的方向是不同的，故仍保留重複性的題項。	

（二）相互依賴性角色功能	
題目	CVI
1.監測與回報病人病情狀況的角色	0.80
2.作為病人代言者的角色	0.80
3.醫療團隊工作中的協調者	0.80
4.擔任醫護團隊間的諮詢者	0.80
5.分派單位工作的職責	0.80
6.執行護理分級工作後內容整合的角色	0.60
針對護理人員相互依賴性角色功能部分，是否有需增設其他題目或建議：	
無	

（三）非獨立性角色功能	
題目	CVI
1.依醫囑執行工作的角色	0.80
針對護理人員非獨立性角色功能部分，是否有需增設其他題目或建議：	
1.專家提到，此題為正向題或負向題？正向題	

第三部分、全責照護模式整體部分	
題目	CVI
1.全責照護模式中，您的工作壓力是否有改變	1.00
2.全責照護制度中，您的工作負荷是否有改變	1.00
3.全責照護模式中，您的超時工作是否有改變	1.00
4.全責照護模式對護理專業性（意指護理人員具有自主性、做決策的能力、整合能力、反應能力、有權利、有責任感）是否有影響	0.80
5.在全責照護模式中，病人能被不同醫療人員重複觀察的情形是否有改變	0.80
6.病人照護品質於全責照護模式中是否有改變	1.00
7、您認為全責照護模式的實施，有無需要加強之處？（可複選）	1.00
(1) 政策面： <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 照服員的人力配置 <input type="checkbox"/> 護理人員人力配置 <input type="checkbox"/> 政府經費的補助 <input type="checkbox"/> 照服員工作內容的規範與確認 <input type="checkbox"/> 其他_____ 	
(2) 醫療機構面： <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 對民眾與家屬的宣導 <input type="checkbox"/> 舉辦照服員技能的在職教育 <input type="checkbox"/> 舉辦照服員照護知識的在職教育 <input type="checkbox"/> 舉辦全責照護模式說明的研討會或醫護在職教育 <input type="checkbox"/> 其他_____ 	1.00
(3) 護理人員部份 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 對病人或家屬衛生教育的知能 <input type="checkbox"/> 對照服員的教學知能 <input type="checkbox"/> 對照護團隊的管理知能 <input type="checkbox"/> 對照護品質的監督知能 <input type="checkbox"/> 與醫療團隊溝通的能力 <input type="checkbox"/> 與病人或家屬的溝通能力 <input type="checkbox"/> 對全責照護模式的了解程度 <input type="checkbox"/> 其他_____ 	0.80
(4) 照服員部分 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 照顧技巧 <input type="checkbox"/> 照護知識 <input type="checkbox"/> 對其工作內容的了解程度 <input type="checkbox"/> 對全責照護模式的了解程度 <input type="checkbox"/> 對於緊急事件的判斷能力 <input type="checkbox"/> 對於緊急事件的處理能力 <input type="checkbox"/> 其他_____ 	1.00
	1.00

8.針對全責照護模式的實施，您有無任何建議？	1.00
<p>針對全責照護模式整體部分，是否有需增設其他題目或建議：</p> <p>1.專家認為第4題的題目太大，故將此題項改為「全責照護模式實施後與實施前相比，您對護理工作的角色滿意度」及「全責照護模式實施後與實施前相比，您對護理工作的滿意度」。</p> <p>2.專家認為第5題語意不明確，「全責照護模式實施後與實施前相比，病人被重複確認病況的情形」。</p> <p>3.專家認為第7-3題護理人員部分中，有些選項和全責照護有否實施，並未有直接關聯。經討論後，仍然將所有選項保留。</p>	

第四部份、基本資料部分

題目	CVI
1、性別：(1) <input type="checkbox"/> 男 (2) <input type="checkbox"/> 女	1.00
2、年齡：_____ 實歲	1.00
3、教育程度： (1) <input type="checkbox"/> 職業學校 (2) <input type="checkbox"/> 專科 (3) <input type="checkbox"/> 大學 (4) <input type="checkbox"/> 研究所 以上	1.00
4、婚姻狀況： (1) <input type="checkbox"/> 未婚 (2) <input type="checkbox"/> 已婚 (3) 離婚 (4) <input type="checkbox"/> 分居 (5) <input type="checkbox"/> 同居 (6) <input type="checkbox"/> 鰥寡	1.00
5、工作服務科別：_____	1.00
6、您在目前的單位工作時間有多久：_____年_____月	1.00
7、您從事護理工作有多久：_____年_____月	1.00
8、工作職位： (1) <input type="checkbox"/> N0 (2) <input type="checkbox"/> N1 (3) <input type="checkbox"/> N2 (4) <input type="checkbox"/> N3 (5) <input type="checkbox"/> N4 (6) <input type="checkbox"/> 護理長	1.00
9、您有無擔任此單位的 leader？ (1) <input type="checkbox"/> 有 (2) <input type="checkbox"/> 沒有	1.00
10、是否曾擔任過 leader？ (1) <input type="checkbox"/> 是 (2) <input type="checkbox"/> 否	1.00
<p>針對基本資料部分，是否有需增設其他題目或建議：</p> <p>1.將第8題選項中加入「副護理長」。</p>	