



全責護理在北醫

徐德慧
許慧貞

一、前言

自南丁格爾女士創立護士制度起，護理人員一向本著愛心與耐心，憑藉著一股服務的熱忱來從事護理工作。雖然服務的本質是相同的，但是依循著不同的專業理論產生了不同的護理模式。目前在護理專業上已發展為人文主義時代，因此以“病人為中心”的護理，漸漸為大家所重視，所以目前發展出“全責護理”，本文就全責護理的理論概念及在北醫施行的情形做個介紹。

二、護理模式的發展

(1)功能性護理(functional nursing)

即在一個病房裡，只需要少數的護理人員來完成全部的護理工作，這是一種節省人力的方法。例如，一位護士負責量病房全部病人的生命象徵（體溫、脈搏、血壓等），一位護士完全負責打針、發藥，另一位護士則負責病歷的記錄等等……。推行這種護理模式，可以達到很高的工作效率，但對於病人而言，缺乏了個別性的護理。同時病人也無法獲得連續且整體性的護理，因為每個與病人接觸的護士都知道病人的某些情況，但卻很少有人可以將這些片斷的資料收集起來，擬定護理計畫。也沒有一位護士對病人負起全部的責任，因此，病人所獲得的護理是片斷的，所以這種護理模式是以完成例行工作為重心，而不是以病人為工作的重心。

(2)個案護理(case nursing)

即收集每一個病人的過去生病史，尋找日常生活導致疾病的一些潛在因素，並考慮病人與家人的互動關係，以及是否有社會上的適應障礙。這種顧及病人心身社會兩方面的護理模式應可說是良好的護理方法，但是與功能性護理模式比較起來，工作效率卻較低。此種模式多在護生實習時採用之，或是醫院的特殊單位例如 ICU（加護病房）、CCU（心臟加護房）。

(3)成組護理(team nursing)

即將病房中的護理人員分為若干組，每組由具有領導能力的護士來擔任組長，領導全組工作人員負責組內病人所需的護理服務，而由護士去執行所訂定的護理計畫。這種成組護理模式的優點在於護士的教育背景不同及個別差異的情況下，可以相輔相成，取長補短。同時讓病人有公平的機會，得到相同的服務品質。但這個優點也正是這種模式的缺點，因為每天由不同的護士來照顧，病人也就必須適應不同的護士，因此病人就比較無法獲得連續性及整體性的護理。

三、全責護理 (primary nursing)

在一九六九年，美國明尼蘇達大學醫院首創 primary nursing 全責護理的方式，以改善上述各種護理模式的缺點，模式的內容：一個病人從他入院到出院，都是由同一位 primary nurse 來負責，評估病人之需要而去收集有關資料，以深入了解病人的狀況，甚至在需要的時候還必須做家庭訪視、出院追蹤等工作。全責護士的目標是提供連續性、週全性、協調性、個別化、以及以病人為中心的照顧。所謂連續性照顧是在病人住院期間，由同一位護士擔任完整的護理計畫，以及對各種護理活動做評價。週全性的護理乃指照顧的整體性，視病人為一個完整的個體，而不是以生病的身體器官，或是生病所處的階段為主。同時護士還要考慮到病人的生理、心理、社會文化因素及周遭環境及病人的相互影響。協調性的護理則需要管理的技巧，為謀求病人或其家屬之福利及權利，護士擔負解釋、輔導及調和之責，與醫院各部門取得密切的聯繫，她也是病人的代言人。個別化的護理乃指例行性或是標準化的工作程序依病人的情況修改護理活動，以適應病人獨特的需要。並考慮病人對所提供護理活動之行爲反應，做為護理計畫再修改的標準。以病人為中心的護理乃指在個別化的照顧中，視病人為一真正完整的個體，護士尊重病人的權利應給予他參與計畫的機會，共同實行對他的照



顧。由此看來全責護士必須具備專業的知識、豐富的臨床經驗來做護理工作的基礎，並具有敏銳的觀察力及有效的溝通技巧來探討病人身心各方面的問題，幫助他們早日康復以回歸社會。在目前醫學知識不斷進步中，我們所強調的是不斷進修及再學習，運用智慧及理性來從事護理工作。總括而言，全責護士即是病人入院後，護理人員不斷收集病人資料、訂定護理計畫、評估護理活動、解決病人身心方面的問題，以至病人出院時給予完整的出院衛教以過正常人的生活。

在理想的情況下，每個全責護士應照顧 3 ~ 4 個主護病人。

(一)護理角色的改變

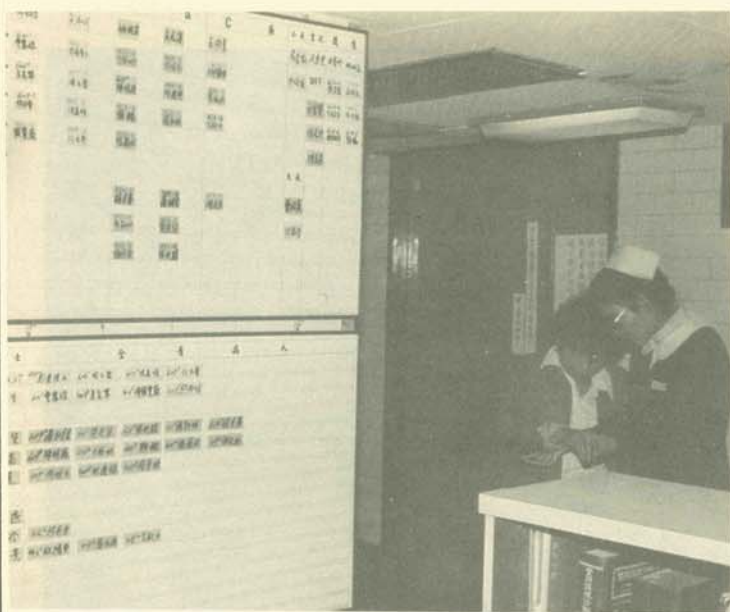
1. 護理人員責任感之加強：

舉凡病人每日的例行工作及檢查前的身心準備，全責護士負有全部的責任，同時會撥出較多的時間來關心病人的情況，對於檢查的結果報告，會主動來探尋，做為自己護理的依據。

2. 溝通方式的簡化：

全責護士是最了解自己所護理的病人，因此一切訊息的傳送無需經過每個 R.N 小組長，而可以給予病人直接快速而有效的服務。如果醫師要知道病人的問題與情況，亦可直接由全

自民國七十二年八月
一日起，北醫首先選
定五樓外科病房為全
責護理的試行單位



全責護士的分配給予

病人直接的、個人化 責護士那兒獲得完整而詳細的資料。同時可節省交班的時間，不致使重覆的資料一再傳遞。

3. 養成主動學習的精神

因為全責護士負責病人全部的護理計畫及活動，因此對於病人疾病的原因、疾病的發展過程都必須有基本的護理概念，無形中養成護士主動追求新知以增進其臨床經驗之不足，提供完善的服務。

4. 出院計畫成為護理計畫的一部分

因全責護士對病人的情況最為了解，因此能針對原因給予個別化的衛教，有效地預防疾病再發，並使病人回到其工作崗位，並且當病人返家後有健康上的問題發生時，亦能提供一個直接而有效的諮詢對象。

(二)護理長角色的改變

護理長由原來的病房行政管理者轉變為臨床護理的推動者。因為她必須了解每個護士的學識能力、經驗、特長。當病人入院時，依病人疾病的情況來做分配，同時資深的護理長，也是護士在此照顧上的一個顧問。對於護理計畫是否適合病人的需要，設計者執行的困難等都可與護理長共同討論，且在病房中護理長能給予每個護士精神上的支持與鼓勵。她在具備豐富之臨床經驗與學識的前提下，仍必須不斷

地吸收新知，才能在病房中成為全責護理的推動者。

(三)患者與護士間的相處更為融洽

如前所述全責護士在病人住院期間負責病人問題的評估、護理計畫的擬定，及護理活動的實施，在與此密切的接觸中，病人從中得到護士的幫助，無形中增進護士及病人的專業關係，同時並建立病人對護士的信任感。另一方面護士從病人方面也獲得工作上的成就感。在這種主動下護理病人會更加和諧、融洽。

(四)全責護士在北醫執行之情形

1. 北醫全責護士工作的準則：

- (1) 負責完成護理病歷。
- (2) 負責完成護理計畫表之資料填寫並保持資料之完整，隨時依病情修改重整護理計畫，務求簡明、深入、切實。
- (3) 向病人及家屬作自我介紹，並說明有關全責護士之職責與事項。
- (4) 自病人入院開始即積極參與負起醫療有關的連絡工作，依病人需要給予有關衛教。
- (5) 對所分配的病人給予直接的、個人化的整體護理。
- (6) 計畫一個與其他醫療人員間的持續性的溝通方式。
- (7) 利用個人小組會或錄音方式，將病人的護理計畫詳細說明，做為不當班時，由代責護士照顧病人的指引。
- (8) 當遇到護理上或協調上的問題時，向護理長、同事等尋求建議。
- (9) 病人要求出院時，需評估且需要幫助病人找尋適當的社會資源轉診以達最高醫療服務的目的。
- (10) 當轉病房時或出院前轉診時負責作病人病情及醫療摘錄。

2. 北醫實施全責護理概況

自民國七十二年八月一日起，北醫首先選定五樓外科病房為全責護理的試行單位，經過五個月的準備，於七十三年元月實行雙人同行

制 (The Buddy System)，至於選擇五樓病房的原因是因為該病房佔床率高且穩，護理人員素質不錯，有利於新制度的推行及評介。首先將整個病房分為A、B、C三區，護理長為單位的領導人及諮詢者，各區均有一組長帶領區內約四位成員完成各區的護理時，其餘的A₂、A₃、A₄、A₅各護士在A₁不當班的時期，均有可能為病人的代責護士，因此，一個病人入院到出院，為他執行護理計畫的護士就可能有3~5位。上大夜班者則只當代責護士，最好是有護士願意值整個月的大夜班，甚或更長，則可使排班更臻理想。所以該病房最少需要十七位護士才不致使整個排班的秩序弄亂。為解決排班上的問題，護理部副主任曾設計一個週期性的排班表，護士可以知道她整個月的上班時間及休息次數，也可以預知下個月的上班時間。在此情況下，護理長對護士上班時間可以掌握，同時也知道當一個病人進來，應該將他分配給那一位護士。

當五樓在“雙人同行”模式下實施了半年的全責護理後，護理部於民國七十三年六月，對實施的狀況做了一個評價，在護理人員基本資料方面：年齡多在二十一~二十四歲之間，學歷護理系畢業佔50%，工作年資一年以內佔67%，一~二年者佔17%。護士的全責病人大多在3~4位，加上代責病人可達6~7位，而護士的流動率為17%，當區內有同事離職時，精神上及工作上壓力，分別為66.7~66.6%。在醫師、護士、病人及其家屬四方面對護理服務之滿意度上護士佔61%，醫師100%，病人方面97%，病人家屬100%。在問卷調查中除一名護士表不滿意之外，餘者沒有不滿意的情况出現。而護士所從事的護理活動主要為教導病人及家屬，訂定護理計畫記錄與個案討論，並為了病人的利益居間從事協調的工作並提連續性的護理，而在醫師方面，對於全責護理的評介，認為其優點如下：1.病人的護理較深入。2.對自己的全責病人非常清楚。3.病情了解清楚，護理工作較能發揮功效，認真負責、方便。

缺點：1.有護士請假或大小夜班交班較困難。2.對其他組的個案沒有概念，在需要時無法

幫忙。3.小夜人員可能對病況了解不足。

自盧主任上任以來，北醫全面施行全責護理（急診及ICU等特殊單位除外），但因各病房的條件不一，加上離職、生產、生病等事件造成護理人力的不足而影響施行品質。因此，全院施行全責護理數年以來，尚未再做評介，全責護理推行小組預定在七十五年三月間做一定全面性評價。

結語

張副護理主任提出幾項影響北醫全責護理實施的客觀因素：1.全責護理的觀念有待溝通，一般人對全責護理概念較模糊，常會有誤釋的情形。2.工作的流動率過高。3.排班型態（staffing Pattern）不太能配合。部分人員須加強全責護理的觀念，否則在人員配置方面與全責護理精神頗有距離。4.部分單位的人員資歷淺，若擔任全責護士角色，可能尚有困難。5.部分單位佔床率不穩定，無法爭取足夠工作人員數，一旦病人數突然增多時，難免有全責護理之名，而無全責護理之實。6.國內目前較缺乏全責護理專家可供諮詢。

北醫護理部在有限的人力下實施全責護理，雖未臻完善，然而由榮總為先驅，婦幼、台大醫院相繼先後推行此制度，全責護理是值得推動的。

全責護士工作準則

項目	內容	評
護理人員工作準則	1. 基本資料之完整填寫	人
	2. 病人主訴之填寫	人
	3. 個人病史之填寫	人
	4. 家庭病史之填寫	人
	5. 特殊身體狀況之填寫（如特殊狀況可空白）	人
	6. 家庭狀況之填寫	人
	7. 飲食習慣之填寫	人
	8. 精神狀況之填寫	人
	9. 睡眠習慣之填寫	人
	10. 環境介紹之填寫	人
護理紀錄	1. 能依病人實際情況列護理計畫，並填寫於護理計畫單上。	人
	2. 能依病人病情修正護理計畫。	人
	3. 能依資料的完整（包括護理病歷、護理紀錄單、體溫單、給藥紀錄單、I & O紀錄單）	人
	4. 以SOAP方式完成護理紀錄。	人
	5. 各種單張之病人姓名、診斷、床號、病歷號、頁數、時間之完整填寫。	人
	6. 能依護理紀錄單。	人
	7. 能依護理紀錄單。	人
	8. 能依護理紀錄單。	人
	9. 能依護理紀錄單。	人
	10. 能依護理紀錄單。	人
護理紀錄	1. 能依病人及家屬提供資料。	人
	2. 能依病人及家屬說明有關健康方面之問題可與全責護士諮詢，或由醫師之代責護士諮詢。	人
	3. 能依病人及家屬說明主動與健康護理人員聯繫。	人
	4. 能依護理紀錄（ex: 電話諮詢）與其他健康護理人員溝通。	人
	5. 能依病人及家屬說明「我的護士」、「我的病人」的觀念。	人
	6. 能依病人及家屬說明給予有關的資料。	人
	7. 能依病人及家屬說明給予有關的資料。	人
	8. 能依病人及家屬說明給予有關的資料。	人
	9. 能依病人及家屬說明給予有關的資料。	人
	10. 能依病人及家屬說明給予有關的資料。	人