

臺灣專科護理師在臨床實務上面臨的困境與挑戰

洪翠蓮¹ 齊偉先^{2*}

¹戴德森醫療財團法人嘉義基督教醫院專科護理師

²中央研究院社會學研究所副研究員

摘要

- 背景：** 專科護理師在人力短缺的環境下擔負部分住院醫師的工作，面臨諸多角色定位、多元心理壓力及專業認同的問題。
- 目的：** 探討台灣專科護理師在臨床實務上遭遇的困境以及現行專師培訓制度的缺失，藉以說明專師專科化的重要性。
- 方法：** 本研究採質性研究法，透過滾雪球方式與十一位專科護理師進行深度訪談，分析訪談逐字稿，透過分類找出主題。
- 結果：** 本研究的分析歸納有三個主題：第一個主題為臨床業務權責不清，其中包括三個次主題：(1)工作業務內容模糊；(2)專業界線不明確造成專師心理壓力；(3)工作分配未依專業性。第二個主題是專業能力培訓與成長發展不完整，此主題包括三個次主題：(1)培訓制度的缺失；(2)缺少專師實務訓練之專屬模式；(3)專業角色發展受限因而引發挫折感。第三個主題則是主責部門歸屬與權責混淆。
- 結論：** 專科護理師目前面臨的問題，應朝專師專業化及專科化的方向尋求解決之道，不僅應提升專科護理師的職能及功能，且應改變現行醫護共管的專師管理模式。

關鍵詞： 專科護理師、質性研究、專師訓練、專業認同。

前言

自1960年代開始，美國為因應偏遠地區醫師人力不足而增設專科護理師(nurse practitioner; 簡稱專師或NP)，經過幾十年的發展，專師具有綜合醫療與護理的專業學識及技能(Burman et al., 2009)。美國專師的培育在1985年改為歸屬於正規教育的碩士層級，在提高專師資格要求的同時也賦予了專師更大的職權。近十年來美國對急性照護專師的需求大量增加，因此一年制的專科訓練課程需求快速增長(Harris, 2014)，並且對專業性的要求持續提高，在2015年已提升至博士學歷才可參加專師鑑定考試。這些改變的目的在於因應實務需求，提升專師成為綜合指導者、諮詢者、研究者、協調者、和倫理決策者等多重角色(胡、侯、馬、唐、陳, 2008)。

台灣自1995年全民健康保險制度實施以來，給付標準有一定的規範，加上近年來大型醫療院所增

加，民眾就醫有充分的選擇自由，醫療服務因而處於市場激烈競爭的環境。為了維持一定的照護水準及兼顧醫療成本，醫院往往必須改變其經營型態及理念，其中包括延攬資深護理人員從事部分醫療工作，以因應住院醫師人力短缺的困境(吳, 2002; 林, 2006)。台灣一開始成立專師之目的，主要就是為了解決醫師人力不足的問題，因此專師擔負著住院醫師的部分職責，扮演降低醫療成本及人事費用的功能(許、曾、鄭、王, 2016)。歷經十多年的發展，專師雖已越來越制度化，但在臨床實務的運作上仍發現有許多問題。本研究的目的在於探討台灣專科護理師在臨床實務上所遭遇的困境，並說明如何可能改善目前專師所面臨的問題。

接受刊載：107年11月5日

*通訊作者地址：齊偉先 11529台北市南港區研究院路二段128號 電話：(02)26525151

E-mail：whchi@gate.sinica.edu.tw

文獻查證

一、專科護理師的相關法規及其影響

依台灣護理人員法第二十四條的內容，專科護理師除了負責：(1)健康問題之護理評估、(2)預防保健之護理措施、(3)護理指導及諮詢等一般護理人員也執行的業務內容外，還必須(4)執行醫療輔助行為。但臨床實務上，醫師及護理師對於專師的工作範疇定義並不明確，易造成醫、護雙方皆對專師有過多的要求，包括執行非法律規定可執行的醫療業務、或者是在醫師的監督下執行非法令允許的侵入性治療，這些超越職權的要求，讓專師的輔助性醫療行為與現行法令的規範內容有落差(王等，2014)。衛福部於2016年修正並施行「專科護理師於醫師監督下執行醫療業務辦法」(衛生福利部，2016a, 2016b)，內容雖讓專師的業務細項說明比過去更加明確，但辦法中第2條明列「前項監督，不以醫師親自在場為必要」，這等於在規定上開放醫師對專師的監督模式可以有更多可能性。是否在新法令公告實施後，專師臨床業務就不再模糊的空間？相關問題尚缺乏近期的研究探討。

二、專科護理師的角色功能與專業發展

過去已有不少研究探討專科護理師的角色功能，研究指出專科護理師對於自我角色功能的認同，著重在醫療輔助者、衛教諮詢者、溝通協調者、以及教學指導者(胡等，2008)。蔡(2014)研究指出，早期護理界對專師採排斥的態度，認為專師與醫師的工作重疊，與傳統護理角色不同，因而不認同專師的角色。甚至在2014年的中華民國護士護理師公會全國聯合會的護理專業願景的SWOT分析指出，資深護理師轉任專科護理師將威脅專業的發展，認為專師角色的延伸將破壞傳統的護理角色。專師在實務上的角色定位不明及缺乏主管支持，導致醫界與護理界對於專師的角色功能與期待有落差，強化了一般對專師角色定位不明確的印象(胡等，2008；張、林，2014)。以上研究，分別從不同面向上呈現了專師角色認同的各種問題，但卻缺乏對造成這類問題的結構性因素進行分析。

專師角色功能的改善，與專師的專業培訓設計息息相關。鍾、高(2012)研究結果雖顯示國內專師對於培訓課程有正面評價，認為這些課程增進了其角色能力，但近期研究則更進一步揭示，這些正面成效僅表現在特定面向上(趙、翁、唐，2017)。另外有研究指

出台灣專師培訓制度的問題，黃、林、周(2016)指出台灣以實務為導向的短期培訓課程，無法確保每位專師在面對病情複雜的病人時，足以做出符合優先順序的決策。考量專師因學習背景與醫師不同，基礎醫學訓練不如醫師深入，因此即使有豐富的護理經驗及事前的教育訓練，一旦轉任到專師仍面臨極大的挑戰(韓、許，2014；Hart & Bowen, 2016)。趙等人(2017)也指出，自身角色能力的提升並不代表在臨床實務照護上已具備該有的專業能力。因此，許多學者建議專師的培訓應回歸護理研究所的教育體系(陳，2013；張、林，2014；魏、童、林、孫、史，2011；醫療安全暨品質討論會，2010)。

這些探討台灣專師培訓的研究，有些評量培訓成效，有些則指出其設計方式並不足以訓練出足夠的專業性，但卻沒有深入探究這些培訓問題如何牽動其他相關問題，如專師角色定位上所面臨的困境等。諸多相關問題之間的因果關係實值得進一步探索，方有助於提出有效方案來改善現行實務上所產生的問題。

方 法

一、研究設計及研究工具

本研究採質性研究，以半結構式的深度訪談法進行資料收集，著重受訪當事人的主體經驗及認知，由微觀的角度探討醫療市場化環境下，專科護理師的臨床處境，試圖藉此從實務的角度凸顯現行制度設計的問題。由身為醫院的專師，協同研究機構研究員，根據研究主題進行規畫，透過專師間的關係網絡，以滾雪球的方式，請受訪者引薦符合條件的其他專師受訪。特別是當受訪者提到他人特定的經歷及感受時，若經判斷為具代表性之類型，便請受訪專師引薦對象進行訪談。接洽方式乃先由電話邀請專師，說明本研究之目的、進行過程、訪談方式及個案權益。若同意受訪則另行約定訪談時間進行深度訪談，訪談全程錄音，每次訪談進行約1小時，若判斷有必要，將對同一對象進行第二次訪談。

二、研究對象與研究倫理

本研究通過倫理暨人體試驗委員會人體試驗計畫審查(編號：105043)。收案過程中為確保不會損及受訪者權益，經受訪者同意且填妥受訪同意書後，方開始進行訪談。所有資料皆採匿名原則進行編碼，且訪談內容及逐字稿僅供研究使用。

本研究採立意取樣 (purposive sampling)，收案條件為：(1)曾從事專師工作一年以上且接受過專師培訓完成者；(2)目前仍從事專師工作之專師。收案數是以訪談資料分析後達到資料飽和為原則，進行訪談的期間是從2016年9月1日至2017年6月30日，個案來自中南部5家區域醫院等級以上的醫院，本研究在收案內、外、婦產科及重症等共11位專師後達資料飽和。11位均為女性，年齡自33至43歲，平均為40歲，教育程度皆為大學畢業，平均從事專師之工作年資9.1年，皆持有專科護理師執照。任職科別為內科6位，外科1位、婦產科1位，重症3位。受訪者的個人資料列表如表一。

三、研究程序與資料分析

本研究將所有訪談錄音謄寫成文字稿，以匿名方式編碼後進行資料分析。首先從訪談內容中發展出主題並進行概念化，並在概念化的基礎上將各個主題進行分類及整合，發展出多個主題及每個主題下的次主題，重複檢視各主題間的隸屬關係，完成主題結構。同時在進行主題分類及陳述各主題的過程中，逐步建立出論述架構。整個分析聚焦於新法規公告後，現存環境下專科護理師仍持續面對的困境，以及探索造成這些困境的結構性因素。

四、研究嚴謹度

為保持質性研究的客觀性，本研究採用 Lincoln 及 Guba (1985) 所提出的評估準則：(1)可信賴性 (credibility)：研究者在分析訪談資料的過程，邀請與研究無涉的同儕一起參與討論與檢視，以降低研究者因主觀判斷及自身立場而忽略或失真地解讀資料的可能性。(2)可轉移性 (transferability)：本研究以訪談大綱及開放式的訪談技巧，引導受訪者儘可能主動進行

深入且完整的經驗描述，透過描述資料的厚實度，讓資料呈現得以被援用對照於其他類似研究對象的基礎。(3)可靠性 (dependability)：研究及分析過程邀請精通質性研究的研究員參與討論，進程序上的檢核。(4)可確認性 (confirmability)：所有研究過程中收集及記錄的原始資料，均妥善保存以建立完整可供審查的資料，作為本研究信度與效度考核的依據。

研究結果

本研究共整理出三個主題，第一個主題為臨床業務權責不清，其中包括三個次主題：(1)工作業務內容模糊；(2)專業界線不明確造成專師心理壓力；(3)工作分配未依專業性。第二個主題是專業能力培訓與成長發展不完整，其中包括三個次主題：(1)培訓制度的缺失；(2)缺少專師實務訓練之專屬模式；(3)專業角色發展受限因而引發挫折感。至於第三個主題則是主責部門歸屬與權責混淆。分述如下：

一、臨床實務權責不清

(一)工作業務內容模糊

2016年修訂的法規雖較明確地規範出專師進行醫療輔助行為的範圍，但也同時在規定上開放了醫師對專師監督方式的多種可能，正當化了專師臨床上許多不以醫師在場為前提的業務。對專師來說，這等於開放了必須承擔更多可能超出能力外的業務。C專師描述長期以來的臨床實務狀況：「病房有事應該要第一時間同時call醫師跟NP，NP當然是去做基本的身體評估，可是VS(主治醫師)也應該要知道，因為他是下order的主要人員，可是這些評估卻落在我們身上…開立洗腎病人的重大傷病卡不是單一診斷，而是一整份複雜的專業評估，

表一 受訪者資料表列

編號	年齡	性別	專師年資	教育程度	專師執照	科別
A	36-40	女	13	大學	有	外科
B	36-40	女	11	大學	有	內科
C	41-45	女	6	大學	有	內科
D	36-40	女	7	大學	有	內科
E	41-45	女	7	大學	有	內科
F	36-40	女	10	大學	有	產科
G	41-45	女	12	大學	有	內科
H	36-40	女	13	大學	有	內科
I	36-40	女	7	大學	有	重症
J	36-40	女	7	大學	有	重症
K	31-35	女	7	大學	有	重症

像病人腎萎縮的時間，以及其他影響腎功能的因子等等，這都是需要專科性的專業判斷，如今卻落入專師的工作。」在新法令公告後，狀況雖有些改變，但根本問題並沒有解決，一位受訪的K專師描述新法令實施後所屬醫院的狀況：「過去僅有加護病房的專師需行使侵入性治療，法令修改後加護病房的專師便不再需要做侵入性治療，然而對於普通病房的專師來說，此法令的修改對於專師工作並無太大影響。因為普通病房要執行的侵入性治療少，但是專師無處方權卻每天都在開立醫囑或是要獨立處理病人問題，這是專師所面臨的最大困境。法令的修改僅僅提供專師執行侵入性治療的正當性，但還有一大部分的工作讓專師在執業過程中處於模糊地帶。」

不同於醫師，專師的專業性展現在密集觀察病人所獲得的病情資訊及判斷，並在整合這些訊息的基礎上，持續進行病情追蹤。但若讓專師承擔起下處方這類工作，實混淆兩者專業的界線，長久下來，專師的工作習性也因此受影響，如I專師表示：「當你NP被abuse習慣了、被要求習慣之後，你NP就會習慣自己處理病人問題，一直等到真的沒辦法的時候再去問VS，然後問的時候又怕被念，我覺得台灣NP是變相地被當住院醫師。」專師不得不自我調適接受這混淆的份際。

(二) 專業界線不明確造成專師心理壓力

臨床實務中專師常替代住院醫師行使醫師之工作業務，這是專師承擔不安全感及心理壓力的重要原因。這不安全感及心理壓力分別來自於專業落差、責任歸屬及面對醫師的過度期許等面向。專師並未如同醫師接受完善的醫療訓練，僅靠護理背景及專師訓練實難達到如同醫師多面向的處方判斷，I專師表示：「有時候我們看的層面會不一樣，光你要下這個order的時候你就不曉得可行不可行，有時在住院醫師或VS來看就覺得不需要下這個order，所以還是有差別。因為住院醫師會寫paper，會看一些文獻…他們對病人的疾病或是手術之後的發展他們可以想到很多，但是我們看的只是病人的外觀和生命徵象而已，只是關注care vital signs的穩定。」這表示專師在臨床上明確意識到，他們實際擔負的工作，已超出自身專業能力之外，因此面臨相當大的心理壓力。

另一種壓力則源自於責任歸屬的顧慮，擔心未來若有醫療糾紛而需究責時，專師必須承擔原非屬於他們的責任。G專師曾表達這方面的憂慮：「臨床上NP常常是被要求獨立處理問題，但當有醫療糾紛時，若醫師否認責任的歸屬，目前的法令是否可以真的保護專師？」C專師也表示：「雖然final是蓋醫師的章，但我就是很討厭

寫，因為那關係到病人可不可以申請過，這責任不該落在NP身上。」同樣的，專科性的藥物開立並未明列於法令規範的工作細項，然而，僅靠資深專師的經驗相傳，專師便被要求開立專科性的藥物，對此E專師表示：「像化療沒training就叫我們開，我們只知道什麼癌症要開什麼套餐，對於套餐裡的藥物為何要這樣開，滴數或劑量開錯會對病人有什麼影響，我們都不瞭解。」這充分顯示，專師有明確的權責不對等的壓力感知。

此外，臨床實務上，醫師對專師負責的範圍有錯誤的認知及不當的期待，也是造成專師在工作中承受壓力的另一個重要成因。例如當病人病情危急時，有醫師要求專師應自行處置病人到一定的程度，對此E專師受訪時表示：「血壓掉可以拉得回來；K⁺低你要check K⁺低的一切檢驗，然後讓他看到他要的，不然他就會說：『你不會用嗎？你不會問人嗎？你不會查嗎？沒有人教你嗎？』」當主治醫師過度預設專師應該有處理某些問題的能力時，常會讓專師擔心因詢問醫師會被責怪，導致習慣自己處理病人問題，並將這些過度的期待內化成自身工作倫理的一部分，無形中讓專師扛下了許多原本毋須自我究責的工作壓力。

(三) 工作分配未依專業性

現行以人力支援的邏輯來定位專師協力角色的制度設計，是造成醫師與專師在實務上專業責任界線不清的重要原因。針對支援醫師人力不足的現象，B專師表示：「到底要把專師擺在什麼樣的角色，你是要他有某個專長，還是要他只是做routine的工作，可是若你要他到會辨識某個病程度，可能不是只有rotate幾個月，我覺得那只是來貼補人力的。」D專師表示：「覺得心灰意冷的就是，常被調單位這種事，像我之前被派到××科，他們的科跟檢查都很複雜，被調去run回來之後，你根本什麼都忘了，因為你也不會學到很深入的東西，我覺得那只是來貼補人力的。」專師跨科值班，同樣是人力及成本考量，許多醫院讓固定專科的專師去值其他科別的班，但跨科值班的專師因為對病人不熟悉，而造成評估及判斷上的不適切，或是不了解值班醫師所說的處置重點，這不僅讓專師對於自己所下的處置沒有信心，對這份工作的保障產生質疑，同時也降低了病人得到適當醫療處置的機會。

此外，前述醫師與專師在實務上專業權責界線不清的現象，很容易進一步強化勞動分配不均與專業分工不明的現象。住院醫師因具完善的醫學教育，在過去工作分配上，往往是授予較急重症的照護，然而近年來住院醫師勞動權益倍受重視，以致醫院對其照

顧的病人比例有限制，造成其他多餘的病人只能轉嫁給專師的怪象。H專師表示：「對住院醫師或PGY的上限有要求，一個醫師只能跟兩位主治醫師，其他多出來醫院就覺得專師應該take over，以前較重症的病人規定是給住院醫師照顧，現在已經不分了。」F專師也表示：「跟住院醫師的工作重複性太高會有一些人argue工作分配不均，像我們會上刀就會有人計較住院醫師都不用上刀，他們只是上他們想要上的刀。我覺得重疊性太高了，要跟刀、顧病房、跟門診，做的事都快一樣了。」各家醫院對專師的工作量及照護病人數無統一規定，以致實務上專師往往負擔了過多的照護工作，更值得憂心的是，這連帶影響了照護品質，E專師提及：「我到××醫院才知道他們(care病人)上限是18個，這是你帳面上看到的，出入就不只18了，20幾個，我有一班就接12個了。」

二、專業能力培訓與成長發展不完整

(一) 培訓制度的缺失

專師的訓練分為兩個階段，第一階段是培養成為專師的基礎訓練，這類培訓課程內容雖然豐富，卻不是很契合臨床的實際狀況，彷彿只是形式上的演練。每個科別兩周一期的訓練時程，對於學習者來說所學有限，而對教學者來說也同樣有困難。培訓課程內容的安排與臨床實務的落差，造成學習的效益大打折扣，對此D專師表示：「因為培訓時間短，課程上的跟你實習上的還是不足啦，每一科每一個疾病都是很廣的東西，但是你的課程只有幾個小時，再加上你的臨床遇到的也不見得都會剛好是跟你上課有相關性的，講難聽一點就是為了考那license而去接受這樣的培訓，不然我覺得對實際沒有多大的幫助，到臨床完全不一樣。」

第二階段的專科化訓練原應是奠定專科化知識與技能的階段，然而各家醫院對於專師的專科化訓練規定不同，有些醫院要求專師到各科輪訓，有些則是培訓後就固定科別。無論是哪種規定，以實務工作現場忙碌的現況來說，指導者在教導時，往往只能依著臨床的情況提供有限、片斷的教學，造成學習者無法有系統地從中得到紮實的知識技能。F專師表示：「線上的人已經夠緊了，我能帶你多少，你可以從我身上挖多少就挖多少，完全沒有標準可言。」有限的輪訓時程學到的是科別的常規工作，而對於較精進的專科知識，則所學有限，這都是因醫療環境的變化，讓科別輪訓的良善設計變成只是充當人力的管道。

專業訓練不足、臨床實務也沒有給專師太多學習的空間，在這種狀況下，專師常常必須立刻「走馬上

任」，只憑藉著六個月的培訓以及一個月的基本常規操作，就被要求要獨立面對複雜的病人狀況，如同G專師的個人經驗：「我剛去的一個月只有資深學姊帶我基本評估及常規的電腦操作，像醫囑及檢驗單的開立，之後就直接獨立上線照顧病人了!」。專師對病人病情的判斷不足，或因不熟悉而處理速度慢，加上往上通報並等待醫師的指令的時間耽擱，造成處置上的延遲以及主護對專師的不信任，同時也造成病人照護安全上的風險。例如，I專師回憶過去的經驗，表示：「因為自己的專科性不一樣，像是從急診護理師轉ICU專師，對我來講是件很困難的事情，因為我只會處理st(單次性)的問題，所以不會去思考後面還要處理怎樣的問題，然後當主護來跟你講說vacuum ball變色了，肚子突然漲起來了，我們根本就不會想到要怎麼去處理。」

(二) 缺少專師實務訓練之專屬模式

專師的專業培養有屬於亟需臨床醫師輔導的部分，然而在醫師對專師專業範圍不熟悉的狀況下，普遍認為具護理臨床經驗的專師理應知道如何處置病人問題，而忽略了專師與醫師的專業範疇差異，如同J專師所述：「我剛轉任的時候是先在××科，只被帶兩個禮拜就被噏得很厲害，因為他覺得你是資深護理師，所以你應該什麼都會，病人做CT(電腦斷層)，還叫我自己去翻CT的書，他就是一直電你學理，可是實際上他們也都沒有教你。」此外，現行的輪訓制度讓專師無固定科別，造成部分醫師對於輪訓的專師的教學意願不一，專師的流動性降低了醫師的教學意願，B專師表示：「我們最大收穫是在這種有教學功能的個案討論會議中，有教學意願的醫師會花時間在會議中教，但是現在因為現在新人一直在輪訓，讓主治醫師覺得來輪訓的專師只是短暫停留，因此不再花如以往多的時間在教，所以現在的教學會議變得少又隨便。」加上每個醫師的理念及性情不同，若高度倚賴醫師臨床的個別教學，不乏出現一些負面效果，如I專師提及個人過去的經驗：「就邊罵邊教啊，有些事情並不是當下就能記住的，他就會說這個我說過了你怎么會不知道，病人血壓低，心跳快，我不知道aline跟mvp的數值沒多大不同，所以我不知道病人的血壓在70時就表示說他已經在shock了。」

(三) 專業角色發展受限因而引發挫折感

現行專師訓練實務常要求已通過分科甄試的專師應至不熟悉的科別執行業務，H專師提及：「醫院的主事者認為NP可以去支援外科兒科，所以我們被調去新的醫院，什麼科都有，什麼科都要照顧。」這些太快讓專師獨

立操作臨床業務，衝擊的是專師對自己的專業處理沒有信心。A專師談到自己類似的經驗：「心外或胸外術後要follow一張EKG，我到現在也不知道要看什麼，我們沒有問也不知道，只知道要比較之前的EKG，可是為什麼我們其實也都不知道。」在這樣一知半解的狀況下，直接面對醫師、護理師及病患，難免造成專師有挫折感及對自我專業能力的質疑，醫師與護理師給予的負面回饋常讓專師有挫敗感。這對專師的培養與訓練來說，不僅沒有實質效果，反而造成過大的挫折，甚至產生職涯歷程中的陰影。K專師回憶過去的學習歷程：「當你被醫師罵的時候會腦筋一片空白，根本你會想不到很多東西，沒辦法記，所以我那時候下班都已經很晚了，為了不要跟不上別人的腳步，為了早點進入狀況，我那時候都1、2點睡，早上4、5點起來，一天睡不到三小時，所以他對我來說陰影很大啊」。

三、主責部門歸屬與權責混淆

目前多數醫院對專師的管理乃採醫護共管的模式，受訪的K專師曾描述某醫院的狀況：「專師有所謂的專師組組長來管理專師，分內外科各一人，但其上層主管仍是醫療部的醫療長與護理部的副主任。當醫療部有問題，如醫師人力短缺，專師組長就受命做專師人力的調動以解決醫師的問題，因此院護理端對專師就相對地不太插手管理，只會針對專師的服裝儀容之類的給予管理。」但隨醫院規模不同，管理模式也有差異，例如另一家醫院因專師人數少，雖設有專門管理專師的護理長，但因醫院對於其護理長未有明確的工作規範，以致此職位形同虛設。

本研究從專師自身的經驗切入，發現專師有部門歸屬認同模糊的問題，例如H專師表示：「NP在兩大體制下既不是醫師也不是護理師，當遇到臨床問題的時候，護理師覺得不該他做的就會變成NP要做，醫師覺得他們不該做的也是變成NP做，無限上綱的工作就會上來，以前是護理師做護理工作。現在是當了專師還是要做一般護理師的基本工作，有新的醫院開了，醫療部就可以調派專師去支援內科、外科兒科，也沒考慮你是在哪科的。」當專師與一方有衝突或問題時，兩方主管因立場不同而互推，讓專師對自我角色的定位與歸屬相當無奈及茫然，H專師表示：「當醫療跟護理在一些事務上有一些爭奪的時候，護理長官講了一句話讓我覺得很怪：『你們不要有事的時候就跑去跟“婆家”講一些有的沒的，然後讓“婆家”到“娘家”拍桌子。』」護理主管缺乏對專師的角色認同，因而無法體會專師在臨床上的需求及困難，G

專師表示：「(護理)主管不懂的尊重，不瞭解其實你的角色已經不一樣了，但他一樣把你當作他的下屬，一個名稱不一樣的下屬而已。」

討 論

一、應提升專師專業的自主性

目前的專師研究主要有兩大類，一類是探討專師的角色功能，如探討專師自我角色定位、執業自信、工作滿意度以及轉入專師的角色轉換等研究；另一類研究則探討專師培訓的成效及專師培訓制度。這些研究確實分別從特定的視角指陳出問題，但尚缺乏對這些特定主題彼此之間相互影響的關聯性進行綜合說明及探討，以至於無法凸顯彼此之間的因果關聯及相關的結構性因素。本研究發現，專師缺乏臨床所需的專業性是牽動這些多元主題之間的關鍵因素，而背後所連帶涉及的就是專師的教育與培訓政策。

張、劉、何、陳及張(2017)的量化研究結果顯示，專師對自身工作所關心的議題以「工作內容與執業規範」、「工作負荷」、「班別制度」為主。其中「工作內容與執業規範」所涉及的就是本研究呈現的專師因臨床業務份際不明所造成的困擾。本研究結果指出，因業務份際不明而困擾專師的關鍵，在於專師體認到一些實際執行醫療輔助的業務範圍超出他們的專業能力，因此影響專師的自我角色定位、執業自信及滿意度。張、王、吳、張及林(2017)的量化研究也顯示，教育程度、執業經驗與執業自信高度相關，其中教育程度、執業經驗這些量化的變因，對照於本質性研究的分析結果，可發現其內涵具體呈現的就是醫療輔助的專業能力。

台灣現行專師資格的取得條件相對寬鬆(衛生福利部, 2016c)，專師的專業性並未被嚴肅看待，在現行只被視為是補充人力的思維下，專師的專業性不可能被充分思考。隨著住院醫師人力短缺的狀況加劇，轉嫁於專師的工作量預期只會增加，因此若要解決這些困境，必須先要確立專科護理師其專業性的具體內涵，否則一味地認定專師僅為輔助的角色，專師與醫師的工作權責不可能在制度上獲得釐清，這也是現行法令的修改，無法有效解決專師在實務上遭遇困境的主因之一。

在法令上沒有充分體現專師專業性規範的前提下，原應可寄望於培訓制度來改善專師專業性被忽略的現況。但本研究透過審視專師自身的培訓經驗及專

業養成機制，並未發現有改善的跡象。趙等人(2017)最近的研究，以量化方式細緻地評估了現行醫院培訓課程的效益，結果顯示僅在其他特定面向上展現有正面的效益，反而在「醫療輔助」、「專業諮詢」這兩項涉及專師特殊專業性的面向上，並沒有明顯的訓練成效。顯然，目前的培訓課程對專師，專業自主性的提高並無具體助益。

二、專師的管理制度關鍵地牽動專師角色的功能

目前台灣醫院對專師的管理方式，約有六成二的高比例採醫護共管的模式(陳、蔡、陳、葉，2017)。醫護共管的管理模式在實務上雖能解決醫院的某些困難，但卻造成了另外一些兩難的局面以及專師尷尬的身分認同。許多研究顯示，現行的專師管理制度讓專師對醫、護都缺乏認同與歸屬感(胡、胡，2010；林、林、曾、季、賴，2008；魏等，2011)，這與本研究的發現一致。

張與唐(2015)的研究顯示，專師對於管理及主管的滿意度，介於普通到不滿意之間，顯示專師的管理制度設計與專師對自身工作的滿意度息息相關。陳等人(2017)研究顯示，在醫護共管的制度下，若專師「醫療輔助」與「溝通協調」的角色功能越強，他們獲得護理部管理者的認同度就越弱，兩者之間呈現負相關，並且醫務部權威式的領導風格越強，專師的醫療輔助與溝通協調的角色功能則越弱，兩者也呈現負相關。本研究透過訪談看到醫護共管的兩難局面，發現醫護共管的模式會造成兩個不同部門皆對專師有所要求，而且期待的專業性不一致，致使專師在發展「醫療輔助」這類專業性時，不僅無法相應在護理部門獲得支持，甚至因喪失認同而面臨阻力。其結果往往是專師對於醫、護都缺乏認同與歸屬感，進而影響專師角色功能的發揮。這個問題並無法透過改變兩個部門主管的領導風格就得以解決，因為這是現行管理制度設計所必然產生的結構性問題，亦即是兩種專業期待同時在專師身上拉扯所必然產生的矛盾。當專師的專業性無法被清楚確立，相應的管理制度設計就無法彰顯專師專業領域的自主性，反之亦然，這兩項因素之間的相互影響形成負向循環。是以專師的專業自主性議題，不僅只是教育及培訓的問題，同時也涉及管理制度的設計方式，兩者應同時考量，才能解決現行專師面臨的諸多問題。

結論與建議

本研究立基於專師個人的實務經驗，透過質性分析的方法，發現現行專師的專業正當性並不穩固，專師的專業身分認同在台灣仍處於抗爭形塑的過程。在補貼醫師人力的核心思維下，專師的專業並沒有被認真思考及界定，以致於在培訓制度上無法體現專業性，連帶產生專師沒有專科化的空間。若這個問題沒有解決，醫師與專師之間的權責及專業界定的問題就無法解決，專師不當的壓力、專業挫折及部門歸屬認同等問題的癥結也無法真正被解消。建議應從專師專科化的相關訓練制度、專師管理制度設計兩方面同時進行改革。一方面提高專師的訓練及教育程度門檻，另一方面，應在管理制度上同時創造一種能相應體現專師專業性的制度設計。建議可思考由具碩士學位以上的專師為領導者，居中協調醫療與護理部門，以便讓專師在機構中可制度化。

研究限制

本研究的受訪者侷限於中南部區域或醫學中心的專科護理師，而現今每家醫療機構對於專科護理師的要求及業務各有不同，尤其是地區醫院住院醫師的人力缺口更大，因此造成專科護理師的工作業務範圍不同於區域級以上醫院的專師。本研究由於缺少地區醫院的專科護理師的經驗感受，因此有關地區醫院專師的狀況，尚待更多研究證實。

參考資料

- 王潤清、林靜蘭、柯舜娟、張艾玲、陳月枝、李雅文(2014)·某醫學中心專科護理師對工作範疇的看法·*長庚護理*，25(2)，137-148。doi:10.3966/102673012014062502002
- 吳俊裕(2002)·「專科護理師」證照制度對護理人員影響之研究(碩士論文)·取自http://etd.lib.nsysu.edu.tw/ETD-db/ETD-search-c/view_etd?URN=etd-0827102-113611
- 林純美、林盈秀、曾淑津、季瑋珠、賴文恩(2008)·在衝突中成長，一段無悔的專科護理師生涯－質性研究·*光田醫學雜誌*，3(5)，21-30。
- 林明慧(2006)·台灣醫院市場競爭之比較分析—以1995年與2000年為例·*澄清醫護管理雜誌*，2(4)，37-41。
- 胡易成、侯怡慧、馬素華、唐婉如、陳文哲(2008)·北部

- 醫學中心專科護理師對自身角色的看法·*護理雜誌*，55(3)，31-38。doi:10.6224/JN.55.3.31
- 胡蓮珍、胡月娟(2010)·台灣醫療機構護理主管對專科護理師之認知·*志為護理—慈濟護理雜誌*，9(3)，71-81。
- 許庭綾、曾娛蘭、鄭瑜、王采芷(2016)·專科護理師的角色與人資管理之展望·*領導護理*，17(3)，03-08。
- 陳慈芳、蔡芸芳、陳月枝、葉淑惠(2017)·探討專科護理師管理者之隸屬單位、領導風格與專科護理師角色功能之關係·*台灣專科護理師學刊*，4(1)，26-35。
- 陳月枝(2013)·進階、培育、提升—台灣專科護理師現況與發展趨勢·*志為護理—慈濟護理雜誌*，12(3)，22-26。
- 張兆香、唐婉如(2015)·台灣專科護理師工作滿意度及其相關因素探討·*台灣專科護理師學刊*，1(1)，30-42。
- 張淑真、王潤清、吳金燕、張艾玲、林靜蘭(2017)·台灣專科護理師執業自信及相關因素之探討·*台灣專科護理師學刊*，3(1)，41-52。
- 張瑀玲、林欣欣(2014)·從美國急症執業護理師看台灣專科護理師之發展·*長庚護理*，19(2)，211-217。
- 張煥禎、劉珮瑜、何國章、陳淑怡、張玲華(2017)·台灣專科護理師服務現況調查～2014年結果·*台灣專科護理師學刊*，3(1)，5-14。
- 黃惠滿、林妍君、周傳姜(2016)·運用個案研究探討專科護理師照護疏失之原因·*高雄護理雜誌*，33(2)，13-25。
- 趙淑賢、翁麗雀、唐婉如(2017)·探討醫院培訓課程對專科護理師角色能力的效益·*台灣專科護理師學刊*，3(1)，30-40。
- 蔡秀鸞(2014)·世紀回眸—台灣護理專業的角色拓展·*護理雜誌*，61(4)，69-77。doi:10.6224/JN.61.4S.69
- 衛生福利部(2016a)·專科護理師於醫師監督下執行醫療業務辦法總說明·取自<http://mohwlaw.mohw.gov.tw/NEWS/downloadfiles.ashx?msgid=7656&FileId=1>
- 衛生福利部(2016b)·修正專科護理師於醫師監督下執行醫療業務辦法第8條條文及第3條附表·取自<http://mohwlaw.mohw.gov.tw/NEWS/downloadfiles.ashx?msgid=8449&FileId=1>
- 衛生福利部(2016c)·專科護理師分科及甄審辦法·取自<http://mohwlaw.mohw.gov.tw/NEWS/downloadfiles.ashx?msgid=7669&FileId=1>
- 鍾瑞瑛、高毓秀(2012)·專科護理師訓練課程成效評估之探討·*護理暨健康照護研究*，8(3)，201-211。doi:10.6225/JNHR.08.3.201
- 韓惠君、許麗齡(2014)·專科護理師參與培訓課程之學習經驗·*護理雜誌*，61(1)，54-63。doi:10.6224/JN.61.1.54
- 魏倩雯、童恆新、林秋芬、孫吉珍、史曉寧(2011)·台灣北部地區醫院專科護理師自我角色知覺·*護理雜誌*，58(2)，22-30。
- 醫療安全暨品質討論會《20》(2010)·定義醫療輔助行為：探討專科護理師之角色·*台灣醫界*，53(2)，26-28。
- Burman, M. E., Hart, A. M., Conley, V., Brown, J., Sherard, P., & Clarke, P. N. (2009). Reconceptualizing the core of nurse practitioner education and practice. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 21(1), 11-17. doi:10.1111/j.1745-7599.2008.00365.x
- Harris, C. (2014). Bridging the gap between acute care nurse practitioner education and practice: The need for postgraduate residency programs. *The Journal for Nurse Practitioners*, 10(5), 331-336. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nurpra.2015.06.014>
- Hart, A. M., & Bowen, A. (2016). New nurse practitioners' perceptions of preparedness for and transition into practice. *The Journal for Nurse Practitioners*, 12(8), 544-552. doi: 10.1016/j.nurpra.2016.04.018
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

附錄

訪談大綱

- 1.請說明一下您當初轉專科護理師的想法？
- 2.當了專師後，實際經驗和自己當初期待或想像有何不同？
- 3.以您自身體驗來說，您覺得專師與臨床护理工作有何不同？
- 4.以您身為專師的臨床經驗來說，感受有哪些困境？或有哪些不合理的地方？
- 5.您所認知的專師在臨床業務的角色定位為何？您如何闡述自己的專業工作？
- 6.以您的經驗來說，法律規範專師的工作與實際臨床操作有何落差？
- 7.您對於目前專師資格的入門條件有何看法？是否符合臨床需求？專師的能力是否需要提升？如何提升？

Difficulties and Challenges of Nurse Practitioners in Clinical Practices in Taiwan

Tsui-Lian Hung¹ • Wei-Hsian Chi²

¹MSN, RN, NP, Department of Nursing, Ditmanson Medical Foundation Chia-yi Christian Hospital;

²PhD, Associate Research Fellow, Institute of Sociology, Academia Sinica

ABSTRACT

Background: Nurse practitioners were created to meet the shortfall of residents. However, there are still a lot of issues that exist, such as unclear role orientation, multiple pressures, and the professional identity of nurse practitioners.

Purpose: This paper explored the difficulties and problems nurse practitioners are facing, with emphasis on the importance of professionalism for solving these problems.

Methods: This is a qualitative research based on in-depth interviews with eleven nurse practitioners through snowball sampling. Researchers analyzed the transcripts and categorized the themes.

Results: The analysis resulted in the following findings, which were grouped into three themes. The first one included three subthemes: (1) ambiguous demarcation of nurse practitioners' works, (2) pressure due to the problems with work demarcation, and (3) human resource allocation being unaligned with professional considerations. The second theme was related to the problems with nurse practitioner training program and professional development. This included (1) the flaws of the current training program, (2) lack of specialized training for nurse practitioners, and (3) the feeling of frustration due to the lack of professional ability. The third theme was the crisis of affiliation identity.

Conclusion: The problems nurse practitioners are facing can be tackled through developing their professionalism and specialization. This can improve the professional capability and function of nurse practitioners. The current management model, governed by both the medical and nursing department, should be replaced.

Key Words: nurse practitioner, qualitative research, training of nurse practitioner, professional identity.

Accepted for publication: November 5, 2018

*Address correspondence to: Wei-Hsian Chi, No. 128, Sec. 2, Academia Road, Nangang Dist., Taipei City 11529, Taiwan, ROC.

Tel: +886 (2) 2652-5151; E-mail: whchi@gate.sinica.edu.tw