

編號：CCMP93-RD-027

台灣中醫護理技術標準之建構與評估

莊淑婷

台灣護理學會

摘要

為建構中醫護理人員護理技術標準及提升中醫護理照護品質，本研究目的為（一）、了解目前台灣中醫護理人員臨床上最常執行之 10 項中醫護理技術；（二）、建構台灣之中醫護理技術標準流程。

本研究設計為質性研究，選取北、中、南之中醫護理人員為研究對象，進行焦點團體座談，以發展出日常最常執行之前十項中醫護理技術。本研究參與焦點團體會談之對象共 26 名中醫護理人員，經會談資料分析後，十項中醫護理技術依序為口服中藥法、拔火罐護理、進針前準備護理、起針法、電針護理、針上灸護理、灸法護理、紅外線灸儀技術、外用藥敷法及中藥薰蒸法。

於十項中醫護理技術完成後，始進行 Delphi 專家問卷調查，由臨床與學術界之 7 位專家針對內容進行評估。經兩回合之 Delphi 專家問卷調查檢定、修改，最後確定 10 項中醫護理技術標準，並編製成冊。本研究所完成之『台灣中醫護理技術標準手冊』，不但可使中醫護理人員針對各項技術能有所依循，並可以此手冊作為未來學校中醫護理養成教育之教材，提升護理人員對臨床中醫護理技術之認識與中醫照護品質。

關鍵詞：中醫、護理、護理技術標準

Number : CCMP93-RD-027

Developing and Evaluating Nursing Skill Standards of Chinese Medicine in Taiwan

Chuang Shu-Ting

Taiwan Nurses Association

ABSTRACT

In order to establish nursing skill standards for Chinese medicine nurses and to improve the quality of nursing care of Chinese medicine ; the purposes of this study were 1) to understand the 10 most frequently used nursing skill standards of Chinese medicine in Taiwan, and 2) to establish the nursing skill standard procedures of Chinese medicine.

The design was qualitative. All nurses who work in the Chinese medicine units of northern, middle, and southern hospitals in Taiwan were invited to participate in the focus groups. A total of 26 nurses participated in this study. After completing three focus group interviews and content analysis of data, 10 most frequently used nursing skills of Chinese medicine were developed. These 10 nursing skill standards of Chinese medicine were: Oral Administration of Chinese Medication, Nursing Care of Cupping Therapeutic, Nursing Preparation pre to Acupuncture, Nursing Care of Removing Needle, Nursing Care of Electracupuncture, Moxibustion with Warming Needle, Moxibustion Therapeutic Methods, Infra Red Therapeutic Methods, Topical Applied Medicine Methods, and Humigating and Bathing Medicine Methods.

After finishing 10 nursing skill standard procedures, Delphi method by 7 experts was used to evaluate and to revise these 10 nursing skill standards of Chinese medicine. After two runs of Delphi survey, 10 nursing skill standards of Chinese medicine were finally set and named as "Taiwan Nursing Skill Standards of Chinese

Medicine Manual". The manual not only can assist Chinese medicine nurses to be more understanding about Chinese medicine skills, but also can be used as the contents of nursing education in the future and as tool to improve the quality of Chinese medicine in nursing.

Keywords: Chinese medicine, Nursing, Nursing standard procedures

壹、前言

自古以來，傳統中醫代表我國數千年文化的精粹，中醫學自古以來的整體觀將人視為一完整有機體，內部各組織、器官和系統應是彼此影響、相互協調，「整體人」並與外在自然環境達成統一性，終致內外趨於平衡一致，達到健康的狀態。中醫既以整體觀來看待人，在「整體人」的觀點下予以辯證論治，進行疾病確認及治療。中醫護理亦是如此，以中醫理論學為基礎，整體人為概念，進行四診、八綱辯證以及氣、血、津液辯證，進而對病患施行整體性的護理。

台灣地區因為時代環境的變遷，從日據時代開始便以西醫為主導，但是民眾對中醫醫療的需求並未改變，病患雖然接受西醫的治療，但是曾經或同時接受中醫診治或服用中藥的情形相當普遍，根據 Jonas 調查發現，超過 40% 的民眾係用中醫另類治療，且有愈來愈多的人使用之趨勢[1]。同時又根據眾多學者的研究指出，台灣地區民眾醫療行為傾向多元化，有三種主要的醫療被普遍使用，包括中醫、西醫以及民俗療法，因此，中醫醫療在我國的使用率亦有增加的趨勢[2,3]。自 1995 年起全民健保開辦以來，中醫門診即納入給付之範圍，從 1995 年 7 月到 1996 年 6 月僅僅一年時間，申報件數竟高達 2691 萬件，費用達 95 億之多，可見民眾對中醫醫療資源的利用率非常高[4]。而根據 Patterson 研究指出，平均每人每年花費在另類療法之費用高達美金 70 元，範圍從美金 4 元至最高美金 15,000 元[5]。且在 1998 年，衛生署相繼開辦中醫住院試辦計畫，各醫學中心也紛紛成立中醫部門，因此未來中醫業務的需求將會蓬勃發展。根據行政院衛生署於 2003 年公佈的中醫醫療資源評估中指出，現今台灣地區中醫醫院包括醫學中心、區域醫院、地區醫院共約 36 所，中醫診所有 2729 所，目前中醫護理人力佔所有護理人力 30%[6]，因應醫療體系的多元性，病患採用中醫或中西醫合併治療的情況不計其數，而護理人員只侷限於西醫醫療模式是不足的，故培養中醫專業臨床護理人員是非常迫切需要。因護理人員如具備中西醫護理概念，且應用於護理臨床實務，則護理服務品質及滿足民眾的需求就達成。

西元 2000 年，行政院衛生署中醫藥委員會依照國內護理人員法第二十四條研訂中醫護理業務範圍，包括健康問題之中醫護理評估、預防保健之中醫護理措施、中醫護理指導與諮詢以及中醫醫療輔助行為等四大類。其中，中醫護理的醫療輔助行為，包括針灸療法之護理、取針、灸法、耳穴埋豆、中藥超聲霧吸入法、中藥保留灌腸護理、坐藥護理以及其他經中央衛生主管機關認定之

中醫醫療輔助行為等。

然而，醫療環境的變化，護理教育也應須改變。中醫護理養成教育早在 10 年前起即進行，但中醫臨床護理人員的中醫知識是缺乏的。曾等針對護理人員對中醫藥知識、態度、行為進行比較性研究，發現護理人員對中醫藥的知識是不足的，且需要加強的。在態度方面，則發現護理人員對傳統中醫抱著較正向的態度，但是態度雖正向，並不一定皆能夠積極的選擇中醫的醫療，這可能與其服務於西醫單位因而較採取西醫的處理方式有關[3]。

杜等的研究指出，護理人員對中醫藥的知識、態度、行為的意向中，以中醫藥的知識得分較低，在態度方面，雖對中醫藥的專業認可分數居高，但是對求診中醫藥的行為意向仍偏低。另外發現其實護理人員的在職教育及養成教育若加入中醫課程，可以提高護理人員對中醫藥的知識[2]。

再者，曾等針對護理人員對中醫藥知識、態度、行為進行比較性研究指出，護理人員從事的護理執業工作並未明定護理人員需具備中醫藥的概念，迄今，並未訂定出明確具有實證為基礎的中醫護理的技術標準[3]。同時，Phil 亦指出，發展另類療法的照護指引是目前是缺乏的，因此鼓勵未來護理專業應提昇護理人員對另類護理的認知及技術[7]。由此可知，臨床上發展中醫護理技術標準手冊對護理人員及中醫護理是必要的。故本研究目的為(一)、了解目前台灣中醫護理人員臨床上最常執行之 10 項中醫護理技術，(二)、建構台灣之中醫護理技術標準流程。

貳、材料與方法

一、研究設計及對象：

本研究設計為質性研究，先以北、中、南部 18 家之醫學中心、區域醫院、地區醫院之中醫護理人員為研究對象，再進行北、中、南部三場焦點團體會談（focus group），以了解目前在臨床上最常執行之中醫護理技術項目。資料收集後，經分析與排序後，針對所篩選出之十項中醫護理技術進行中醫護理技術標準流程之製作。最後，進行德爾菲（Delphi）專家問卷調查，使這十項中醫護理技術標準流程達專家一致性。

二、研究工具：

研究工具包括兩部分，一為參考文獻與研究群自擬之半結構式訪談指引，於焦點團體會談中收集目前中醫臨床護理人員最常執行之中醫針灸護理技術項目，並收集護理人員之基本屬性（見附錄一）。半結構式訪談指引如下：

- Q1.您在每天臨床工作中最常做之中醫護理技術有那些？
- Q2.您是從何處學習與獲得有關中醫護理技術？
- Q3.您在執行每項中醫護理技術時，是否有任何標準依據？
- Q4.您在執行中醫護理技術時，曾遇到哪些問題及如何解決？
- Q5.您認為未來中醫技術標準流程之一致性有需要嗎？
- Q6.您認為中醫技術標準流程一致性的優缺點有哪些？
- Q7.建議

本研究之第二工具為研究群自擬之專家問卷調查評值量表，此量表應用於德爾菲（Delphi）專家問卷調查。評值量表評值方式採 4 分法計分方式，逐項評值中醫護理技術標準流程之重要性及可行性；重要性之評定分數由 1-4 分，4 分表示非常重要、不應刪除；3 分表示重要，不應刪除，但須小幅修改；2 分表示不重要，可保留但須大幅修改；1 分則非常不重要，則不保留應刪除。可行性之評定分數由 1-4 分，4 分表示完全保留、不須修改；3 分表示保留，但須小幅修改；2 分表示保留，但須大幅修改；1 分則不保留，應刪除。

三、研究進行步驟：

(一) 在焦點團體會談方面：

首先本計劃由台灣護理學會提供中醫護理人員名單，含年資、職級等，予徵求北、中、南部願意參加之醫院，並由名單中挑選參加醫院之中醫護理人員參與，經同意後進行焦點團體會談，選定的場所以安靜與獨立空間不受干擾為主，並備有咖啡、茶及點心以創造一舒適、輕鬆的環境。焦點團體會談以錄音方式進行，過程為 1 小時至 1 小時 30 分鐘，於完成後，將錄音的資料轉錄成文字，並由本研究小組成員 3 人進行質性分析，經討論達成共識後，以了解中醫護理人員在臨床上最常執行的護理技術項目及對會談指引中相關問題之看法。而有關護理人員基本屬性部分則於訪談後直接交由護理人員填寫，並在填答完畢後直接交給本研究小組成員進行統計。

(二) 在德爾菲 (Delphi) 專家問卷調查方面：

在專家選定方面，首先先由行政院衛生署中醫藥委員會、中華民國中醫師公會全國聯合理事長及台灣護理學會中醫護理委員會獲得來自台灣各地之中醫專家名單及通訊地址後，先經本研究小組討論後，再一一以電話徵求參與之意願，於同意後再以正式書面邀約參加德爾菲 (Delphi) 專家問卷調查。最後，選定之專家群包括中醫醫師、中醫護理人員及中醫護理教師等，共 7 人。德爾菲 (Delphi) 專家問卷調查之進行則以郵寄問卷方式彙整專家們的意見以取得共同之看法。於問卷資料收集後，如未達 80% 共識的則再進行第二回合之專家問卷調查，直到達到共識為止。回收之問卷結合文獻與實證之經驗將專家之意見進行彙整後，再次寄發第二回。然針對中醫護理技術標準流程之專家意見，則以分數決定該流程項目是否保留、修改或刪除，重要性之評定分數由 1-4 分，4 分表示非常重要、不應刪除；3 分表示重要，不應刪除，但須小幅修改；2 分表示不重要，可保留但須大幅修改；1 分則非常不重要，則不保留應刪除。可行性之評定分數由 1-4 分，4 分表示完全保留、不須修改；3 分表示保留，但須小幅修改；2 分表示保留，但須大幅修改；1 分則不保留，應刪除。第一回合 Delphi 專家問卷見附錄二，第二回合 Delphi 專家問卷見附錄三。

四、資料分析方法：

資料分析分為兩部分，一為量性資料內容分析，另一為質性資料之分析。量性資料內容分析將以 SPSS 10.0 的中文版進行資料建檔，然以描述性分析，包括個位數、平均值、標準差、百分比分析與排序中醫護理技術項目與其基本資料；包括年齡、工作年資、職級、教育程度與是否接受過中醫藥相關訓練等。

質性資料之分析方面，於焦點團體會談後之 72 小時內，將錄音資料進行轉錄，並將所觀察之非語言部份紀錄於轉錄後之文字中。完成後由三位本研究小組成員共同閱讀轉錄內容，以找出有意義之敘述文字，並歸納成主題 (themes)。為評價本研究結果，三位研究者經討論達到內容與類屬一致性，並於分析資料後之兩星期，再進行資料第二次分析，以達資料分析之穩定性。此外，再聘請一位具有質性行為分析經驗之專家確認資料分析的結果，以提高結果之信賴度。最後，研究結果再與參加此焦點團體會談之護理人員分享，以正確反應出護理人員所表達之看法與建議。

參、結果

本研究共舉辦三場北、中、南部焦點團體座談會，參加醫院類別分別為醫學中心 6 家 (佔 33.3%)，區域醫院或地區醫院 6 家 (佔 33.3%)，中醫醫院 6 家 (佔 33.3%)，共有 26 位女性中醫護理人員參與；年齡以 20 到 40 歲為最多，佔 50.0%；從事護理工作年資多為 10 年以上，佔 61.5% (16 名)，其中在中醫領域的工作年資上，1 到 5 年為最多，佔 61.5% (16 名)，其次為 6 到 10 年佔 19.2% (5 名)，16 到 20 年佔 15.4% (4 名)，26 到 30 年佔 3.8% (1 名)；教育程度方面，高中高職畢業佔 7.7% (2 名)，專科畢業佔 42.3% (11 名)，大學畢業佔 46.2% (12 名)，碩士以上佔 3.8% (1 名)；所訪談之護理人員皆受過西醫護理教育背景，其中有 84.6% (22 名) 受過中醫藥的相關訓練課程 (表一)。

從中醫針灸護理技術焦點團體會談中可以了解，護理人員每天執行中醫護理技術之項目不同，主要是受來診病人、科別特性所影響，但依大多數護理人員於會談中之表達可歸納出最常執行之十項中醫護理技術，分別為進針前準備護理 (36.4%)、起針護理 (36.4%)、拔火罐護理 (27.3%)、電針護理 (27.3%)、外用藥敷法 (27.3%)、灸法護理 (18.2%)、中藥薰蒸法 (18.2%)、紅外線灸儀技術 (18.2%)、中藥口服法 (9.1%)、針上灸護理 (9.1%)。

在中醫護理知識來源的取得上，為台灣中醫護理學會所辦理之七科九學分課程訓練、各醫院所施行的在職教育、大學開辦的學分班及參加中醫研習會…等。其中七科九學分為多數護理人員所受過最完整之中醫訓練，而全數護理人員皆認為醫院的在職教育多以西醫為主，在中醫領域上之教育是略顯不足的，而護理人員認為身為中醫護理人員一定要有西醫背景，才能夠處理臨床上所發生之緊急狀況，而對於其他西醫單位之臨床護理人員，也應具基本中醫護理知

識，方能照護中醫會診病人，利用西醫先進的概念理論，配合中醫醫學之優勢與特色，將中西醫相結合成為一完整醫學；在學習與獲得中醫護理技術中，除在七科九學分學得外，絕大部分是由專業人員傳授獲得，包括醫師及資深護理人員，護理人員更希望能有更多參加中醫相關研習會的機會及多利用學會取得中醫最新資訊，以增加對於中醫護理的觀念與常識。有關護理人員每次執行護理技術時之依據為何？依會談內容所澄述歸納為七項，(一)、每次執行時，皆照醫師指示方於進行，(二)、依自己想法及經驗執行，(三)、依照老師的教法執行，(四)、參考書本，(五)、臨床上的經驗學習而來，(六)、參考西醫無菌技術及照護概念，(七)、部分技術有簡單之書面操作單張。而護理人員在執行中醫護理技術上，最常遇到的情況就是遺漏帶針的問題，而每家醫院的做法不同，有數針板、記錄針數並採責任制、人形圖的使用，不管採用何種方式，其目的只為了要使危險降到最低，以保障病人的安全。其次為針刺時是否應消毒之無菌問題，多數護理人員認為醫師於針刺時之無菌觀念不足，易造成護理人員執行上之困擾。當遇到有某些觀念或執行上有不同主張時，多數護理人員表示雖有疑問，但還是會聽從資深護理人員或醫師之做法，其中有二位護理人員表示會將意見呈報上級，並照會各醫師之意見，最後再由最高領導人審核通過，發布消息，使主張能夠統一並一致化，避免造成護理人員、醫師及家屬三方面的溝通不良。這點本主持人也提出，目前行政院衛生署於九十三年度所公告之中醫醫療院所安全作業參考指引中有明文規定針刺消毒應採取的相關措施，技術操作建議應依規定執行。護理人員表示如在執行中醫護理技術時，能有全國統一之中醫護理技術標準流程(SOP)為標準依據，則更能提升護理技術品質，在未來中醫技術標準流程之一致性為勢在必行，醫護人員在執行時能有所依據，避免造成技術上的偏差，在工作執行上也較無爭執，溝通上也能有所依據。同時，在推廣及訓練專業人員上也能有所依循，不至作出錯誤技術時產生混淆不安，不僅易讓人信服也可作為品質監測標準，更可提升醫療照護品質保障病患安全及權益。但由於每家醫療院所之設備不同，故在制定中醫護理技術標準流程時，應考慮其因素，避免太過嚴苛繁瑣以致不易達成或太過鬆散而失去制定標準化之意義。於座談中，有二位護理人員認為執行中醫護理技術時做記錄是不可行的，一為目前門診量大、工作量多加上病例容量之不足，另一則認為門診不需長期觀察，因事無記錄之必要，但其他 24 位護理人員皆認為中醫護理記錄有其必要性，不僅對於護理人員執行中醫護理技術時有所保障，更能突顯中醫護理特質。護理人員希望能訂定有關中醫護理人員之認證辦法，像是中醫護士護理師執照，讓未來從事中醫護理之人員能具有一定的知識水平，於臨床上更能夠發揮其專業性與獨特性。

在專家選定方面，以北區(3位)、中區(3位)、南區(1位)為代表，共

7 位專家群 (表二)，包括 2 位是中醫學界之先進、3 位為具多年臨床中醫經驗的佼佼者及 2 位橫跨學術與臨床之專家，年齡以 51-55 歲居多占 42.9% (3 位)，教育程度有二位為碩士 (28.6%)、5 位為博士學位 (71.4%)，其中中醫服務年資有三位為 11-15 年 (42.9%)，其次為 30 年以上二位 (28.6%)、16-20 年一位 (14.3%)、1-5 年一位 (14.3%)。Delphi 專家問卷調查共進行兩個回合，第一回合中主要參考相關文獻研擬十項中醫護理技術標準所需具備的項目，其目標為改善與確保醫療品質、減少醫療照護上的差異、預防醫療糾紛、對於臨床醫療上之執行能更有其實際性，內容包含五大類，(一)、技術標準名稱，(二)、適應範圍。(三)、設備用品，(四)、禁忌症與禁忌部位，(五)、操作說明等，另附上意外事件報告表格以提高病人安全，共 469 項，請專家就個人意見勾選重要程度及可行性給分，並給予修正意見；另為收集專家個人基本資料。第一回合問卷回收結果，共寄發 7 份問卷，回收 7 份問卷，皆為有效問卷，回收率 100%。重要性方面，有六項未達共識 ($\leq 3.71 \pm 0.76$)，分為 (一)、中藥口服法中之目的、適應範圍、設備用品的準備，(二)、認為進針護理之主題不恰當應予修訂，(三)、電針護理之進針方式是由醫師執行，主題不妥應修訂，(四)、針上灸之設備用品中的屏風與隔廉並不是每次皆用到建議改為視需要使用、肌肉聚結處非禁忌與禁忌部位建議刪除，(五)、灸療護理之禁忌與禁忌部位建議增列大血管處，(六)、紅外線灸儀之技術燈具與身體之間的距離建議為 30-50 公分。

在可行性方面，有 26 項未達共識 ($\leq 3.71 \pm 0.76$)，包括中藥口服法之適應範圍、服藥禁忌、設備用品的準備及注意事項的藥物的儲存及服藥方法，拔火罐護理之拔罐時間及拔罐後水泡存在的處理，進針護理之主題不恰當應予修訂，起針護理之設備用品之準備及出針後是否以乾棉球加壓，針上灸之設備用品中的屏風與隔廉非每次皆用到，其可行性不高、艾粒置於針柄前之處理，灸法護理之方法中灸療之順序應詳述，紅外線灸儀技術之方法中燈具與身體之間的距離，中藥薰蒸法之目的與禁忌等。回收之第一次問卷結合文獻與實證之經驗將專家之意見進行彙整與統計，再次寄發第二回合 Delphi 專家問卷調查，共 488 項，且將第 1 回合問卷中說明不夠詳盡及差異較大的題目做進一步說明，並提供第 1 回合問卷整體統計結果，以平均數及標準差呈現，方便專家進行第 2 回合問卷填答時有所參考。第二回合專家問卷於一星期後回收，共寄發 7 份，回收 7 份，回收率 100%，皆屬有效問卷。經專家學者以客觀的角度，進行專家效度評估，針對指引內容是否能夠容易瞭解、是否有需要補充說明等，回收結果之重要性與可行性皆達成 80% 以上共識 ($\geq 3.86 \pm 0.38$)，並著手進行編輯成冊，定名為「中醫護理技術手冊」(見附錄四)。

肆、討論

本研究在焦點團體座談中，26 名中醫護理人員皆有完成西醫護理教育。護理人員表示對目前中醫護理之學習環境覺得較被忽視，且中醫養成教育尚未完全建立，此澄述與多位學者之研究報告結果相同[8,9,10]。但於座談會中護理人員表示仍不放棄中醫，表示繼續學習是必要的。中醫課程從最早僅中國醫藥學院護理系，自民國 74 年將中醫藥課程納入護理教育中[11]，至今，國內 40 所護理科系之學校中，已有 17 所開設中醫藥相關選修或必修[12]，再再顯示，中醫護理之傳承正在迅速發展並往下扎根。

衛生署中醫藥委員會為加強中醫護理之推行，特於 2000 年大力推動中醫護理訓練課程-七科九學分，以提升護理人員之專業性[13]，經北中南開辦之第一與第二梯次中，已有 1184 人次接受中醫護理訓練，其中有 20 位完成七科九學分之完整訓練[14]，本研究有 24 名（84.6%）護理人員受過中醫相關護理訓練課程，在中醫領域上已有相當的知識程度。但護理人員希望能夠再增加在職教育訓練課程及進修機會[15]，這也是本次座談中護理人員對於中醫護理未來之期望，可見護理人員對於中醫護理相關資訊獲得與學習上，希望能有更豐富的訊息做更多的交流。尤其中醫門診護理人員對於少數技術欠缺執行的機會與信心，為提供病患安全無率高品質的就醫環境，應將症狀照護的原理與照顧措施予以標準化[16,17]，本研究正朝這個方向努力，目前在建構之十項中醫護理技術中發現，中醫護理人員所執行之技術多以針灸骨傷科為主，乃因行政院衛生署中醫藥委員會依照國內護理人員法第二十四條研訂中醫護理之醫療輔助行為中，包括針灸療法之護理、取針、灸法…等，多以針灸骨傷科為主。而會談中護理人員提到執行技術時過程中，最常發生之遺漏帶針的問題，認為有其記錄的需要才能降低此類問題的再發生，故中醫護理有其記錄之必要性。在 Delphi 專家問卷，有其討論出針後是否以無菌乾棉球加壓穴位，經文獻查證[18]與專家的討論後，認為特殊案例依醫囑對於實證、虛症病人採不捫穴位或捫穴位方式出針。而對於灸察的順序上，先灸陽後灸陰、先灸上後灸下，乃古書所記載，其言雖無誤但語意不清已不符時宜，經文獻與實際參訪臨床醫師與中醫護理人員執行情形，故將其結果詳加敘述為先灸陽（指頭、背、四肢外側）後灸陰（指胸腹部、四肢內側），先灸上（頭頂、胸背）後灸下（腹部、四肢）：防止氣血被灸火引導，而致發生眩暈、頭昏、口乾等之不良反應，使護理人員執行技術時能更加明白。大陸地區中醫護理業務範圍已具有一套完整照護模式，應用中醫基礎理論，以辨証施護為依據，結合中西醫之護理執行技術[19]，就台灣地區而言，也一直朝這方向努力，行政院衛生署於 2004 年所頒布之中醫醫療院所

之安全作業參考指引中，中醫護理處置包含針刺、起針、灸法、拔罐…等護理，其中刮痧、放血、拔罐…等[20]，從原被歸入民俗療法範圍，改為納入護理工作內容，如今台灣護理學會在行政院衛生署中醫藥委員會指導下，完成十項中醫護理技術之建構，使病人疾病康復上，更具有保障。

伍、結論與建議

本研究對於中醫護理技術標準之建構，以實際臨床操作為中心，配合中醫基礎理論以提高技術之實用價值，在一切追求專業化的時代，將中醫基本理論與操作技術相結合，不僅使護理人員在學校養成教育及臨床應用上，有其方針可遵循，更可提升護理品質發揮中醫護理之專業性與獨特性。目前經多位專家之意見，檢定、修改，但由於編寫時間短，只能以目前最常用之十項護理技術進行編製，未來建議應能擴大。

此研究所完成之十項中醫護理技術標準，不但使台灣中醫護理技術又向前邁進了一大步，使護理人員於執行中醫護理技術時能有所依循，且建議未來應將此中醫護理技術納入護理教育之一環，使中醫醫療照護體系與護理教育能相結合，提升中醫照護品質。

誌謝

本研究計畫承蒙行政院衛生署中醫藥委員會，計畫編號 CCMP93-RD-027 提供經費贊助，使本計畫得以順利完成，特此誌謝。

陸、參考文獻

1. Jonas WB: Alternative Medicine-Learning From the Past, Examining the Present, Advancing to the Future. JAMA 1998 ; 280:1616.
2. 杜素珍、林玉芳、廖美南、林淑瓊、馬素華：護理人員對中醫藥的知識、態度和行為意向。台灣醫學 2002；6:320-30。
3. 曾雅玲：護理人員對中醫藥的知識、態度、行為及其相關因素之探討。護理雜誌 1999；46:57-69。
4. 行政院衛生署：特約醫事服務門診申報狀況。台北：衛生署，2003。取自 <http://www.doh.gov.tw/statistic/data/全民健康保險統計/85/43.XLS>。
5. Patterson RE: Medical Letter on the CDC & FDA Atlanta, 2002:8.
6. 行政院衛生署：民國九十二年中醫醫療資源統計摘要。台北：衛生署，2004。取自 <http://www.doh.gov.tw/statistic/data/醫療服務量現況及服務結果摘要/92摘要表/表 01.xls>。
7. Phil B: Alternative Medicine Meets Science. JAMA 1998； 280:1618.
8. 施欣欣：中醫學對人的詮釋。護理雜誌 1999；46:5-10。
9. 施欣欣、張曼玲：從大陸經驗看台灣地區中醫相關護理教育現況與未來發展。護理雜誌 2000；47:13-9。
10. 朱宗蘭、廖美南、施欣欣：台灣中醫護理實務現況與未來發展。護理雜誌 2000；47:20-31。
11. 張曼玲、劉淑娟：傳統醫學與台灣中醫護理發展。護理雜誌 2000；47:8-12。
12. 施欣欣、曾雅玲、張曼玲：台灣地區中醫護理教育現況與未來發展。中國醫學科學雜誌 2001；2:193-206。
13. 張成國：中醫護理訓練選修課科目名稱及學分最低標準。中醫醫療管理法規章程 (p.223)。台北：衛生署中醫藥委員會，2001。
14. 張曼玲：中醫護理訓練計畫。台北；行政院衛生署委託，2003。
15. 施欣欣：台灣地區中醫醫療機構護理人員暨中醫護理教育需求與發展趨勢之研究。行政院衛生署中醫藥年報 2000；18:801-51。
16. 林宜信、劉淑娟、張曼玲、林綽娟：台灣中醫護理的政策與發展。護理雜誌 2004；51:19-22。

17. 劉淑娟：台灣中醫護理定位與發展之省思。護理雜誌 2000；47:5-7。
18. 潘隆森：實用針灸學。台北：致遠，2003。
19. 陳麗麗、張曼玲、曾雅玲、林君黛、賴東淵、施欣欣：台灣地區中醫醫療機構人員對中醫護理業務的看法。護理雜誌 2002；49:28-35。
20. 行政院衛生署：行政院衛生署中醫醫療院所安全作業參考指引。台北：衛生署，2004。取自 <http://nwjirs.judicial.gov.tw/change/200405/22757.html>。

[\(3-08 圖表\)--CCMP93-RD-027.doc](#)