



# 專案尋寶歷險記

## Doing Project Execution and Report as Treasure Hunting

在臨床上護理人員常以問題為導向，有問題發生時就去找解決策略；但當臨床情境扣上「專案」之名，大家就被卡住了，由臺灣護理學會每年N4專案報告不到四成的通過率來看，就不難想像了。

護理同仁在撰寫專案的過程要小心求證，要單位全體總動員，所以要把專案營造成有趣又有意義的活動。但對於負責同仁就很辛苦，因為除了要主管支持，鼓勵單位同仁合作，甚至改變原來的作業習慣，還要花很多時間閱讀文獻，分析資料，最後編寫出一篇論文送審。從急診處理抽血檢體退件率、神經內外科病房針對非計畫性鼻胃管移除的改善，到一般醫學內科病房的給藥不再中斷；專案完成的關鍵與困難點各有不同，有新手媽媽在家庭工作難兩全的時間壓力下最終以「圖」破困境；有護理長自嘲是「自我感覺良好」而從未想要放棄；更有護理長帶領同仁體會跨領域合作共同改善病人問題的美好，但煞費苦心才將成果化為論文。

執行、撰寫專案報告的過程，就像拿著地圖在追求專案寶藏的鑰匙，經歷險境，而終能尋獲至寶。專案通過，定有能力昇華的感受，也回頭看到初衷，專案改善了工作困擾，也提升了服務品質。從這些專案書寫者的心路歷程，我看見勇敢、我看見成功者背後共同點——不放棄！

編輯—葉秀真 花蓮慈濟醫院護理部督導

# 圖破困境

## Break Through by Mapping

■ 文 | 游雅婷 花蓮慈濟醫院急診部專科護理師

我們單位從 2011 年開始就陸續針對檢體的高退件率做了一些改善措施，不過退件率卻沒有明顯的降低。大家開始感覺事態嚴重，是因為會浪費護理人員很多時間在重新抽血上，有時候會抱怨「我已經做了呀，怎麼還是……」、「到底要怎麼抽呀」、「叫檢驗科自己來抽啦」，但事情仍無改善。於是我們組了一個團隊，重新再檢視究竟是哪個環節出了問題。

### 專案解決了單位困擾

事實上第一線護理人員在面對檢體退件時，是存在多方壓力的。首先，我們不忍心讓病人再挨一針，其次是會延誤患者檢驗報告出爐的時間，尤其是在急重症單位，很容易導致醫師無法在第一時間給予病患適當的治療；檢體遭退件須重檢時，我們需要再花時間去向病患解釋、花時間再抽一次血，如此一來工作時數會受到擠壓，護理品質及病患滿意度也會跟著受到影響；最後則是醫院成本的考量。當我們開始深入了解這個議題之後才發現，原來退件率造成的影響居然這麼大，所以更增強了我們想做專案的決心，一方面是真的很想解決單位同仁的困擾，另一方面也想完成一篇專案，希望將來能夠進階與加薪。

在臨床實務上我們發現同仁對抽血檢體步驟不夠熟悉，而檢驗科的複雜表單也會影響送檢時間，所以我們在單位內舉辦檢體送檢的教育



游雅婷與同仁一起執行專案，成功改善急診的檢體退件率。



終於完成專案書寫並獲得學會通過，游雅婷說其中的甘苦與成就要親身體驗才能了解。

訓練，張貼海報提醒大家，在治療車上也貼提示，也找資訊室修改系統讓不同檢體的表單可以單獨列印等等，一系列的作法果然讓退件率有效降低了。想不到，接下來把成果化為一篇專案報告的過程，竟會如此艱辛……

### 找到家庭平衡點 善用時間抓重點

寫專案的過程，護理部為全院參加專案的人安排時間與指導老師討論，並且追蹤各組的執行進度，但不得不說，我們這組成員真的是有被榨乾的感覺，因為我們這組成員，包括蔡雅雯、張惠英，都是新手媽媽，下班後要到護理部報告進度及討論，回到家後，必須先安頓好小孩，才有時間把被批得殘破不堪的專案拿出來修，通常都已經是深夜了，尤其是越到投稿的前一個月內，在鍵盤上驚醒以及欣賞日出的情形越頻繁，所以也引來先生以及公婆的「關心」，先生一度不太能諒解。

有好幾次我們好想放棄，感覺自己與家庭的衝突好像一觸即發，會去思考到底要怎麼去取得家庭與工作之間的平衡點，後來經過與先生的理性溝通，了解其實家人是捨不得看到我們平時上班已經很累了，下班卻還是不能好好休息，所以會希望我們不要給自己太大壓力。最後我們和家人達成協議，就是我們給自己一段「痛苦期」，也就是從投稿前一個月到投稿前，我們會用盡全力在寫專案這件事上，其他時間會把寫專案的時間調整得少一些。我們也因為此變得更善用時間，開會只討論重點，且我會請組員準備進度，避免時間過長。

### 文獻佐證的難度

開始寫專案後才發現不如我們想像那麼簡單，要思考的面向很多，卻又須要有文獻佐證彼此呼應，真的非常有挑戰性。事實上我們一直沒有

把握住老師提醒的重點，所以經常在兜圈子，甚至一度迷失方向與目標，變得有些不知所云了，這是寫報告最害怕的事，會令人想放棄。

但我們都有一樣的想法：已經花了心血做了，就是要把它完成，否則前面的努力就白費了；加上單位同仁的配合，我們確實已經有成效了，我們想讓大家知道急診團隊是有在努力改善問題的。另外還有一個很大的驅動力，就是一直在過程中陪伴我們的督導，當我們在討論時，她也是用下班時間陪我們與老師一起討論，積極幫我們一起搜尋文獻，更重要的是她一直鼓勵我們，相信我們一定可以。基於不想讓一個默默陪伴我們卻從來不提及自己功勞的人失望，當下我們就下定決心，再怎麼累也要拼了。

### 靜下心放大眼界 畫圖突破困境

雖然寫了大半的文章，但面對難以突破的困境，即使有心要拚下去，到底該如何做，一直非常苦惱，當時覺得若再這樣下去可能會不了了之，所以決定拋開之前寫的，一切重新開始。讓自己靜下來，用大的眼界來看檢體送檢的整個流程，於是一邊想就一邊畫著流程圖，想不到這張圖竟然成為我們通過專案的一把鑰匙。

因為從流程圖，我們找到了問題所在，這才讓自己確定了整個專案的走向，因為知道自己要呈現哪些東西，也知道哪些東西還需要補足，最後趕在投稿截止日前把這篇專案送出去。當下三個掛著黑眼圈的人，內心百感交集，大家都鬆了一口氣，心裡非常雀躍，感覺像是完成了一件不可能的任務，這種成就無法用言語來表達，這樣的過程沒有親身經歷過的人，是無法感同身受的，所以我們真的非常感謝所有一起合作的夥伴，包括急診團隊、檢驗科團隊、資訊室團隊、護理部、指導老師以及所有一起為專案奮鬥的同伴們，還有一直很關心我們的家人。

最後，若要我回答如何能完成一篇專案，我想應該是要清楚自己的目的，通常是要發自內心的想做，才有辦法在困難中堅持下去。接著是為自己設定期限，讓自己可以有效的利用時間，在有限的時間內投注最大的心力，然後是運用溝通技巧來解決接踵而至的潛在衝突，避免衝突的產生而影響自己的情緒與進度，最重要的是「做就對了」，套一句廣告詞「不做，不會怎樣；做了，很不一樣」，這之中的心境差別也許只有自己知道，但是這樣就夠了。

# 柳暗花明又一村

Ward Project Brought My Profession Further

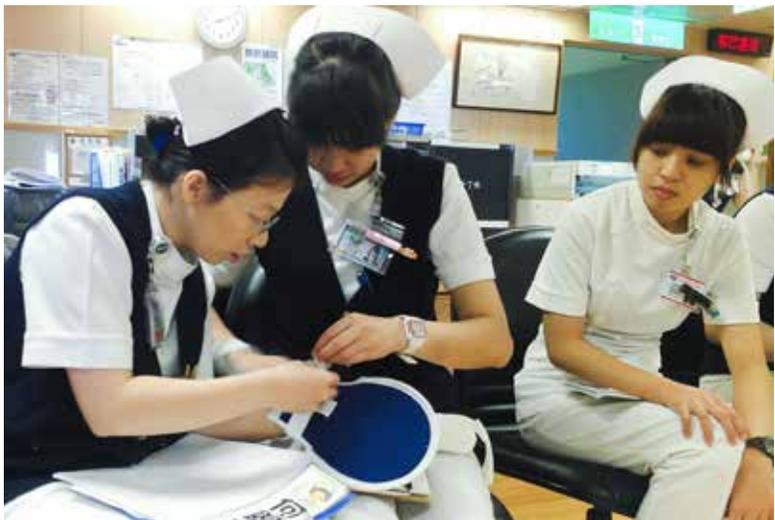
■ 文、圖 | 余佳倫 花蓮慈濟醫院神經內外科病房護理長

接到臺灣護理學會的專案審查通過時，心中激動難以言喻，這份專案報告歷經許多波折，從未想過要放棄，可能自我感覺良好吧，明明就執行的很好，但是就是寫不出來，生氣，氣自己……

## 從事實到書面距離遙遠 愧對全單位

4、5年前曾經參與過部內舉辦相關行政訓練班，對於專案一知半解，工作中看到想改善的臨床問題，就很快的想出改善措施，執行後便認為這就是改善專案報告。但是寫作過程才發現專案現況分析不明確、導因及問題無法做連結，更別說後續與措施的相對應。

經由護理部聘任的鄒慧韞顧問指導，有抓到一些方法，重新逐項檢視造成病人非計畫性鼻胃管移除的發生原因及改善方案。執行一年的時間，在2012年預計送學會審查時，發現整體報告內容還是無法將問題導因及



執行專案從主題設定到改善方法、論文送審，可謂關卡重重，但通過之後，個人與單位的表現都有顯著提升。

後續改善措施說明清楚，以至當時部內主管不推薦送審，那時真的覺得很懊惱與挫折，已經努力一年了，單位同仁也全力配合改善，而自己卻無法將所做的事情完整呈現在專案報告中，覺得很對不起大家。

### **重新再出發 問題排序聚焦導因**

後來遇到評鑑，就將此份專案書寫暫時放下。但臨床相關措施仍然繼續執行，多了許多資料供分析。重新參與專案工作坊，發現也有其他單位進行非計畫性鼻胃管移除的議題專案，藉由資源分享吸收了同儕的經驗，加上護理部另安排品質改善課程，讓自己再重新學習品管手法，持續請鄒顧問指導專案，捲土再來。

檢視過程中較大的障礙在分析問題的階段，專案步驟都學過，也做完改善措施，但前後因果不甚清楚，老師指導「擬定綱要」很重要，但剛開始不會運用，加上工作坊是採用團體報告討論模式，指導者眾，有時會產生很大的挫折感甚至有點生氣，經常被指導當下以為懂了，離開後又不知該如何著手，一直處於渾沌狀態，很多因素都想加進來說明清楚，卻變得更複雜。

專案的主題不斷的改變，從最開始的非計畫性鼻胃管拔除，改成病人吞嚥訓練，經老師到單位訪談同仁鼻胃管照護的方法，臨床訪視、訪談病人對於鼻胃管放置的感受、家屬的想法等，釐清病人非計畫移除鼻胃管的導因，接著，我們重新將問題排序，決定先聚焦於其中一個導因，即護理人員約束的方法，把它升級成問題，再從這個問題去分析相關原因。藉由工作坊的團體討論，一次次分析、一次次與問題對應，接著執行改善措施，每一步驟環環相扣，終於如願地完成專案送審。

### **感恩師長相助 成長再精進**

能順利通過專案審查，要感恩琬瑋督導不離不棄的帶領、部內鍾副主任及王副主任用心規劃課程，還有鄒顧問的引導，讓我能於「專案前頓悟」、學會「綱要等同摘要」運用來檢視前因後果是否有連貫性。還有藉由病人安全通報系統，單位間討論案例，加上同儕的學習，我們學會了以病人問題為中心，去尋找病人在留置鼻胃管中可能遇到的問題，分階段性去改善病人持續性的問題。專案報告通過，不是結束，而是下一階段改善的開始。最後跟大家分享的是「不要為了寫專案而寫專案」！相信自己，您一定也做得到！

# 領導角色大不同

As a Project Leader, It's Another Story

■ 文 | 蘇芬蘭 花蓮慈濟醫院一般醫學內科病房護理長

說起寫專案論文並不陌生，多年前曾跟著當時的護理長一起完成一篇「建立單位糖尿病患者衛教的標準與評值」，也通過臺灣護理學會的審查，故有信心地再次挑戰專案書寫。

## 擔任領導者的挑戰 從決定主題開始

開始主題設定針對單位常見的慢性病患用藥問題，想運用多媒體衛教光碟來衛教病患，但是不獲指導老師支持，因為無法提出有效證據顯示問題的重要性，光在第一階段的前言與現況分析就耗時近七個月。才發現自己要獨自帶著同仁執行改善專案，怎麼變得那麼困難，與過去參與者角色截然不同。

專案主題經過多次修改，從護理人員的資訊系統漏給藥登錄系統，稽查護理人員的錯誤，慢慢地轉向為以病人為中心，老師在過程中一再提醒，專案是要由護理人員共同解決單位的問題，而不是在看護理人員那裡做不好。最後經團隊會議，決議以「給藥中斷」為主題。

## 跨科全動員 改良行動車

專案進行期間剛好是單位人力較緊張的時間，還好當時有護理行政實習的學生，協助觀察護理人員的給藥過程，記錄每一項護理人員所遭遇到的困難，及中斷的原因，記錄的內容再經由護理長進行現況分析。

緊接著，病房主任謝明綦醫師告知一般醫學內科醫學生及實習生，單位將執行這一項改善計畫。經過單位現況分析及文獻查證發現，護理人員在給藥的過程最容易被中斷的原因，就是會臨時被叫回護理站或離開病人單位。改善方法很簡單，醫師、護理、書記主動在護理站幫忙接電話，接紅燈，儘量讓當班同仁安心發完藥。



花蓮慈院一般醫學內科病房利用中午用餐時間開會，五位醫師到場參加，聆聽護理同仁的分享與提問，立即提供解決方案。

另外，現況分析發現，早上在主治醫師查房之前，很多實習醫學生會在給藥時間向護理人員詢問病人的狀況，所以經與醫師溝通，協調病人的資料集中於病歷，不打擾發藥。

但還是有護理人員會再跑回治療室拿東西，發現現行護理工作車的擺放及物品種類、數量，都會導致給藥中斷，也增加工作時間，所以開始進行工作車改造；也與護理同仁及醫療科討論病人檢查的適宜時間，避免中斷給藥。

### 參考文獻扎根基 團隊資源為妙法

通過專案決定主題的第一階段挑戰，第二階段的挑戰是文獻查證。

臺灣極少給藥中斷的文獻，國外的文章就得面對英文閱讀的障礙，一頁的文獻需來回看三、四遍才稍清楚內容的描述，這時候身邊出現許多貴人幫忙翻譯、提供相關文獻，才能為專案打下扎實的理論基礎。

推動專案有時會額外增加同仁的負荷，但此專案改善的主題來自於基層的心聲，所以並沒有遇到太多的反抗與拒絕。

專案一開始我們就運用團隊資源合作模式，感恩病房主任謝醫師、一般醫學內科主任林彥光及三位主治醫師吳雅汝、羅文綾、潘郁仁，不僅願意傾聽護理人員照護過程可能面臨的問題，並提供建議一起面對、解決問題，讓我們的對策能快速且順利的推行，最後還達到顯著的成效。

即使有過去的經驗，鄒顧問讓我們重新學習，收穫滿滿，專案也順利通過了臺灣護理學會的審查。總覺得鄒老師身上的法寶還有很多，我們只學到一點點。感恩護理部主管的護持，單位同仁的配合，期望我們能將這些方法延續，為病人、為臨床、為護理盡一分心力。☺