以護理人員角度，評價護理長決策能力

林秋芬[1]/張元玫[2]/楊勤熒[3]/高靖秋[4]/盧美秀[5]

1.臺北醫學大學醫學研究所博士候選人	臺北醫學大學護理學系	講師
2.美國威斯康辛大學護理行政博士	新光醫院護理部	主任
3.臺北醫學大學護理行政碩士	臺北醫學大學附設醫院護理部	主任
4.臺北醫學大學護理行政碩士	臺北醫學大學・市立萬芳醫院護理部	主任
5.美國杜貝克大學護理行政碩士	臺北醫學大學護理學系	教授暨院長

摘　要

本研究旨在探討護理長的決策能力，從護理人員的觀點，了解護理人員對護理長決策能力表現的看法，同時也了解護理人員的基本屬性與對護理長決策能力表現看法的相關。本研究對象為經電話邀請同意的 3 家醫院之 62 個單位的所有護理人員，以自行設計的護理長決策能力量表進行問卷調查，問卷採 Likert 氏五分量表，從非常不同意 1 分到非常同意 5 分計算。問卷共發出 876 份，有效回收率 95.4%（836）。研究結果發現：1.護理人員對護理長決策能力表現的看法，平均得分為 4.12，即介於非常同意和同意。2.護理長的決策參與的能力表現最好，總平均得分為 4.16，其次為決策思考的能力表現，總平均得分為 4.12，決策方案評估的能力表現，總平均得分為 4.09。3.護理人員與護理長的共事時間對護理長決策能力表現的看法有顯著相關。從研究結果中可以看出護理長的決策表現較趨於保守，要有較大膽的決策能力表現須要進行再教育。

關鍵詞：護理長、決策能力、決策參與、決策思考、方案評估

前　言

醫院是一種以人爲主的高密度服務型態的機構，護理人力是醫院服務的主流人力，一般護理人力大約佔醫院總人力的40-45%，這麼多的人力中，最基層的管理者是護理長，所以護理長是醫院的靈魂人物。護理長的角色功能分爲管理角色和專業角色，管理角色的主要工作內容包括：人力資源管理、人際溝通、財物管理、環境與物料管理，以及行銷與策略規劃（張等，2003）。決策大師Simon（1997）提到，決策是管理的心臟，管理是由一系列的決策所組成，所以管理就是決策。決策是組織能否「做對事」的源頭，在管理程序中，舉凡在計劃、組織、人員管理、領導及控制，無一不涉及決策的運用（盧，2005），決策能力是管理者必須具備的基本能力（許，2001），所以決策能力當然就是護理長應具備的基本能力（Tourangeau, 2003；張等，2003），決策也是護理長的基本職責。

最早探討決策的是數學家，他們以發展數學模式來進行決策效益評估爲主要方向，後來心理學家、社會學家和管理學家等也紛紛參與決策行爲的探討，對於護理人員的臨床工作決策行爲也有許多研究，其中主要在探討護理人員的哪些特性（Giles & Moule,

通訊作者：盧美秀
職稱：教授暨院長
服務機關：臺北醫學大學護理學系　電話：（02）2736-1661 轉 6320　傳眞：（02）23772842
地址：臺北市吳興街 250 號　護理學系　電子郵件：lindalu@tmu.edu.tw

2004; Hoffman, Donoghue & Duffield, 2004）或環境中的哪些因素（Hedberg & Larsson, 2004）會影響臨床決策，以及在照護過程中護理人員的決策過程（Aitken, 2003; Bohinc & Gradisar, 2003; Bucknall, 2003; Hedberg & Larsson, 2003）。由於過去傳統的護理長都以專業角色爲主，因此過去較少人探討護理長的行政決策，近年來的護理長角色已經慢慢從專業角色的重心轉向管理角色（Kalo & Jutte, 1996），而決策又是管理的核心，因此對於護理長的決策能力值得探討。本研究的目的在於透過護理人員了解護理長目前的決策能力表現，並進一步分析護理人員的個人屬性與護理人員對護理長決策能力表現看法的相關。

文獻查證

一、決策定義

決策大師Simon（1997）提到：「決策是在兩種或兩種以上可能採取的行動或不行動的方案中作一種選擇的行爲」，其中選擇行動或選擇不行動都是一種決策。韋氏字典對決策的解釋：「決策是指藉著對事情的判斷，來解決或終結一項爭議，也是經過思考而得的一個結論」，其中點出決策是經過判斷和思考的過程，最後得到一個結論。要進行決策的事情，可以是個人日常生活的相關事務，例如：穿著、購物、人際互動、社交活動、醫院或醫療方式等各方面的選擇（Finucane, Slovic & Hibbard, 2002; Parker & Fischhoff, 2005），也可以是團體或組織相關的行政事務，這類的決策被稱爲行政決策。那到底什麼是行政決策呢？我國管理學大師，張（2005）對行政決策所做的定義，認爲「行政決策是指一個組織爲達成任務或解決問題時，就若干可能的行動與方法作最佳的抉擇的過程」，護理長的決策通常屬於行政決策，是一種爲解決單位的問題（預期性或現存性）或達成醫院所交付的任務，進行行動方案選擇的過程。

二、決策

所謂能力（competence）是指一組範圍廣泛才能（ability）的總稱，可視爲一個人的特徵（DeBack & Mentkowski, 1986）；Boss（1985）及Fearon（1998）認爲能力除包括知識及技能外，更重要是受到認知的影響，因其會因情境而有所變化，故具可變性（transferability）（Archibald & Bainbridge, 1994）。能力係指從事工作時，個人所具備之知識、技能、態度、經驗、重要價値觀、理解力等行爲特質而言，亦指成功地執行某一任務，並且達到所要求的水準所需的知識、技能或態度。能力是一種證實有效運用知識、技術和判斷的表現程度（ICN，2005）。能力是經由學習過程而獲得知識與技能，一般所指的能力都屬於已經發展出來或表現出來的實際能力。能力是指個人在從事某項工作時所呈現在知識、技能及態度等方面之行爲特質。護理文獻中，一致認爲「能力」是由許多要素合成，也就是所謂「整體要大於局部的總合」。

「決策技能」是作決策最重要的一環，決策者本身的價値觀、理念、經驗及認知上的差異、個人目標的不同、能力和環境因素，均會影響到決策的效率，另外「資訊」也是決策過程的主要必備要件。Gillies（1994）提到決策者應具備的能力：1.統觀的能力：指鳥瞰整體，綜觀全局，瞭解關鍵把握主題之思考分析能力。主要取決於智慧，機警及領悟力—與先天的資賦有關。2.洞察的能力：指對問題之形成背景，事實背後眞相，作深入分析的能力。取決於學識、知識及敏感性—可由教育獲得。3.變通的能力：具靈活與彈性之思考能力。取決於個人的經驗、人格特質—與天賦有關，不過可以磨練和學習。影響決策的因素很多，決策會受到知覺、能力、決策風格等影響，榮（2002）提到影響決策的因素有：個人能力的限制、走捷徑、圖方便、決策偏差、問題架構、承諾加溫、功能固定、思考僵固和組織決策障礙等。Andrew（2002）提到有效決策技巧應包括：1.從全球吸取有關的資訊；2.評估人的信念和價値；3.統整片段成爲連貫性的決策規則。

綜合以上，決策能力的相關因素包括：智力、自信心、行爲謹愼度、注意力、觀察力、思維能力、判斷能力、記憶力、認知型態、危機處理、社會/家庭影響等等。決策能力不單單是人的某一方面能力的表現，從某種程度上說，它是人的各種能力的綜合體現。它是建立在人們觀察、注意、分析的基礎上，運用判

斷思考、邏輯推理做出的決斷。本研究所探討的護理長決策能力，正是根據其決策思考、決策參與和決策方案的選擇三個面向進行了解。

三、決策過程

決策過程是一種問題解決的認知過程，包含理性思考和深思熟慮，對一連串的事物有所認識、理解、分析的審慎嚴謹之處理過程（Parker & Fischhoff, 2005），是一個選擇過程，包括了意識和無意識的參與（Simon, 1997），是一種明確的、循序漸進的程序，從眾多解決辦法中採納其中之一，以便解決問題或達到目標。

決策過程的研究重點在於描述決策者產生最終決策前之一連串思考活動，過去有許多學者專家將這個理性的思考過程，依據不同的思考點，及其先後順序做了描述：1. Nutt（1984）發展的決策過程，包括：決定需要、構思、提出解答、評值和執行等。2.Gillies（1994）提出決策的基本步驟，包括：意識問題的存在、界定問題、訂出替代方案、評估結果和挑出優先順序、下決定、計劃行動步驟、執行和追蹤等。3.DeBord（1997）認為決策過程應包括：確認問題、收集與問題和方案的相關資訊、列出方案、寫出做決策的重要考量點、列出每一方案的優缺點、比較每一方案的優缺點，並作最佳方案的選擇，最後決定方案並執行之。4.林（1997）從問題開始，提出問題解決的決策過程：尋求問題、認清問題、樹立目標、提出解決方案、查核決策、執行、評值，最後再回到尋求問題。5.Drucker（2001）的決策過程包含的步驟之順序：確定問題的類型、定義問題、針對問題的解決方案進行詳細的界定、決定正確的決策，而非可接受的決策、將行動納入決策中，以便執行決策、針對事件的實際進展，不斷檢視決策的正確性和有效性。6.榮（2002）提出理性決策的步驟應包括：界定問題、確認標準、決定標準的權數、發展可行方案、分析可行方案、做選擇，並執行與評估決策。

從以上的學者專家所提的決策過程，可以得知決策步驟是環環相扣、步步相連，他們對於決策過程分析雖有不同，但大致上均離不開Simon（1997）的三步驟：診斷、分析和選擇，只是從不同角度和不同問題為出發點來看決策過程，因而產生略有不同的決策過程。用最簡單的方式來說，決策過程就是找出問題、選擇解決方案、採取有效行動。

四、決策相關理論

理性決策模式是從規範的角度去考察問題，深受早期經濟理論的影響，但目前正受「有限理性決策」模式和「漸進決策」模式的挑戰，近期更有人進行「直覺決策」模式的建構與分析。管理者，既要作決策，又要執行決策，所採用的決策方法不僅決定著決策品質的高低，而且影響決策執行的效果和效率。決策當然愈理性愈好，但實際情況中，有許多原因會影響決策的理性程度。

（一）. 完全理性決策理論

此決策模式研究的理論基礎，最早乃源自古典經濟學對經濟人的假設，認為人具有純理性的決策行為，而將人的決策行為以公式表示，其應用的基本假定為：決策者有完備的資訊，能知道各備選方案及其所有的可能結果；決策能理性的將所有備選方案可能的狀態，依其偏好予以排列；決策者可利用決策規則，從事最適之選擇（Kickert, 1980）。

從啓蒙時代開始，西方的知識份子即認為人類的行為是以理性作為基礎的。這種想法和看法一直到佛洛伊德（Sigmancl Freud）心理分析出現時，此以理性作為影響人類行為的看法才被否定，因為儘管我們可能有非常好的意圖，但個人要秉持理性仍有重重的障礙，這些障礙存在於對理性的不理性假設（Robbins，2003/2004），這也意味著，人類本身的行為，既有理性的成分也有非理性的成分，但理性的概念還是存在於一般人的信念之中，因此普遍認為人類的行為用理性作為基礎應是可被接受的，因為理性過程概念能夠對管理的原則提供不間斷的貢獻，其最好的理由在於，理性過程能達到預期的效果（Kepner & Tregoe，1997/2004），但是很難達到完全的理性。

（二）. 部分理性決策理論

Simon（1997）在方法論上都從實證的角度對理性模式作了分析和批評，並提出「有限理性」模式。

認爲：1.決策者事實並不具有有關決策狀況的所有信息；2.決策者處理信息的能力有限；3.決策者在有了有關決策狀況的簡單印象後就行動；4.決策者的選擇行爲受所得信息的實質和先後次序的影響；5.決策者的能力在複雜的決策狀況中受到限制；6.決策行動受到決策者過去經歷的影響；7.決策行動受決策者個性的影響。人本身是非全然理性的，「制定決策的陷阱」就是這種現象，因爲潛意識中希望自己原有的看法受到肯定，因此無論在蒐集數據或聽取意見時，都不知不覺地有所選擇，亦即所謂的「選擇性認知」。此外過去的經驗、背景等，也會對資訊的解讀與情勢的預測造成某種程度的扭曲。

有限理性的應用，是在一個問題被確定後，尋找標準和替代方案就開始了，不過決策的標準清單可能是完全不完整的，但決策者會確認出一個由較明顯意義所組成的有限選項，而這些可選擇方案的可見度高，而且人們容易找出它。在大部份的情形下，該選擇是代表爲人所熟悉的標準以及驗證過的解決方案。在一套有限的替代方案被認定後，決策者將開始檢查它們。決策者會繼續進行檢視替代方案的行動，一直到他確定一個選擇方案是「夠好的」可以符合可接受層次的表現。最終的解決方法代表一個滿意的選擇，而不是一個最理想的選擇。

（三）. 直覺決策理論

在緊急情況下，人類的決策過程無法進行理性的分析，研究發現消防人員進入火場搶救的過程，士兵在戰場打戰的過程，其決策都在一瞬間，同時決策過程在當下並沒有理性思考的內涵，只有依據個人的直覺做決定（Klein, 2005）。直覺決策能力是一種經驗和專業知識的累積（今村，2000/2001），直覺來自於我們辨識模式、判斷典型、注意異常、感受週遭情況的能力。直覺資料庫就是一個似曾相識的模式，它讓人們提高警覺，協助人們辨識出該怎麼辦。能敲響腦袋裡的警鐘，因爲你經歷了一再重複的經驗，便下意識地把他們連結在一起，構成一個模式。

不論在哪個領域，人總會累積經驗，歸納成可辨識的模式，並存在自己資料庫中。儲存的模式愈多，就愈容易從資料庫中找出和新情況相關的模式，因此會覺得似曾相識。善用直覺進行決策，客觀冷靜的分析無法產生創意，而許多眞正突破性的構想是來自於直覺。不靠直覺難有突破性的創意與決策方案，而單憑直覺，風險也相當可觀，因此在由直覺產生構想之後，還要回歸到理性決策的模式，持續地進行檢討與驗證。理性與非理性，邏輯與直覺要相輔相成，彼此增益（Klein，2002/2003）。

人們常把察覺經驗的模式，視爲理所當然，其實這種經驗很難學習。Simon（1997）提到，能辨識出和情況相關的模式，就是人們之所以不需要詳細分析，就能作出有效決策的原因。辨識出模式就有臨場感，若把某種情況當作典型狀況，自然會知道該如何回應，而這就是直覺的來由。直覺是經驗轉譯爲判斷和決定的方法，運用辨識出的模式，了解究竟發生什麼狀況，從而找出典型的行動腳本，知道如何反應。經驗豐富的直覺決策者一旦辨識出模式，通常接下來要採取什麼行動就顯而易見了。擁有的模式和行動腳本越多，專業技巧就越多，也更容易作決策。人們多少都有種感覺，知道哪些資料可用、哪些沒用。

Klein（2005）的研究團隊進行人類決策探討，建議在生死的緊要關頭，放棄分析相信自己，透過直覺來引導自己做決定，因爲研究結果發現，一旦擁有直覺決策技巧，就可以在分秒間立即下決定。直覺不是超能力，直覺是經驗的自然延伸，直覺是由後天培養、訓練而得到的觀點。分析雖有其功能，直覺也並非完美，但若想以分析取代直覺，是不可能辦到的。擁有正確的直覺，就能成爲組織內的重要人物，成爲其他人碰到困難時討教的對象。在組織裡職階愈高，就愈需要直覺。

綜合以上，決策理論可以分爲完全理性決策理論、部分理性決策理論和直覺決策理論，在行政決策過程中較難採用完全理性決策理論，但是完全理性決策理論的精神應該被接受。一般行政決策較常採用部分理性決策理論，即在有限的資訊下，當可接受的方案出現後，決策者就會做出選擇並執行。在緊急情況下，個人的決策經常會採取直覺決策方式，因爲時間緊迫無法透過理性分析的過程。環境的急速變遷，使人們須在不確定的狀態下作各種決策，增加了決策的

困擾與風險，且容易導致錯誤，僅憑個人的直覺而遽下判斷的方法不易應付現代日益複雜的重要決策問題，我們需要應用理性的決策方法，來處理重要的決策問題（林，2001）。

研究方法

本研究採橫斷式描述性的研究設計，以焦點團體座談法、電話訪問調查法和書面問卷調查法，對護理人員進行問卷調查，研究工具採用自行設計的「決策能力量表」，回收的資料選擇SPSS 13.0版統計軟體，進行統計分析。

一、研究對象

本研究樣本採方便取樣，以本校學生實習護理行政的5家醫院，經電話聯繫後同意參與的醫院，逕送研究計劃書和問卷表後，經三家醫院的學術委員會同意後確認。其中2家醫學中心1家區域醫院，調查當時有正式的護理長在任的單位，全部共62個單位，所有單位中與現任護理長共事時間超過6個月的護理人員為本研究問卷調查的對象。

二、研究工具

本研究的量表的建構，首先進行決策能力評量相關文獻的探究，再透過2小時的焦點團體座談（3位護理部主任和4位護理部督導）及護理主管對護理長決策能力期待的電話訪問調查（4位護理部主任和6位護理部督導）後，草擬護理長決策能力量表初稿，並設立5分等級的測量標準。邀請10位專家（6位醫學中心的護理部主任、1位護理學院的院長、1位護理行政實務專家和2位管理顧問公司負責決策訓練的資深講師）進行問卷初稿的內容效度檢定，確定合適的題目並製成問卷初稿進行預試。

問卷預試共邀請9家醫院241位護理長和有負責行政決策的組長，發出241份問卷，有效樣本227份，有效回收率94.2%。原始設計題目55題，經10位專家進行專家效度檢定後，刪除專家認為雷同之題目及Content Validity Index（CVI）值＜.80者（依Norwood, 2000的做法，將問卷中專家圈選給予4分和3分的人數，除以專家總人數，所得之內容效度評估指數），刪除了11題，保留44題；經內在一致性檢定，得Cronbach's Alpha值.93，將相關係數＜.30或負值者予以刪除，刪除了8題，保留36題，再做一次Cronbach's Alpha統計，得Alpha值.95；再從其中挑選1家醫院共50位，於3週後進行再測，二次測驗分數的相關穩定性係數，刪除7題，保留29題；建構效度，因Kaiser-Meyer-Olkin measure of sampling adequacy（KMO）值.95，適合採用因素分析之統計方法（王，2004），經陡坡考驗，坡線的彎角發生在第三個因素，因此保留三個因素，經主軸法和斜交轉軸法進行統計，最後將因素負荷量＜.40和共同性＜.50的題目刪除，故刪除7題，保留22題（見表一）。最後將題目分為三大類，並依文獻查證所得之專家決策過程意見命名為：決策思考、決策參與和決策方案評估。本量表三個因素共可解釋61.93%的結構變異量，信度係數為.95（見表二）。本問卷採用Liker's 5分量表，從非常不同意（1）到非常同意（5）。

三、資料收集與分析

列出所有符合問卷調查資格的人員名單和服務單位，即3家參與醫院的所有與現任護理長共事滿6個月的護理人員，由研究人員根據名單一一發給問卷調查表，並於一週內回收完畢。回收資料輸入電腦後，檢視資料填答情形，超過1/2未填答之問卷予以刪除，不列入統計。基本資料中的類別變項的描述性統計以個數、百分比等說明資料分佈情形，護理長決策能力問卷資料以平均數、標準差等說明資料的集中趨勢和變異性，護理人員個人基本資料和對護理長決策能力表現看法之相關，以ANOVA進行統計分析，並以Scheffe做事後檢定。

研究結果

符合本研究問卷調查對象之護理人員有876位，因此共發出問卷876份，有效回收問卷836份，有效回收率 95.4%。從836份有效回收問卷資料之統計結果發現：

表一
護理長決策能力量表之因素分析

Factor	Items	Factor loading 1	2	3	Communalities
F1	面對各種策略時能依決策準則選出最好的方案	.781	.378	-.577	.645
	能適當的設置監督機制，並利用它們來檢測進展的情況	.743	.292	-.552	.574
	能將決策解釋清楚，並努力使他人理解。	.712	.256	-.509	.519
	當評估不確定性問題時能注意問題的變化。	.835	.198	-.574	.716
	制定決策時能注意耗用的成本。	.709	.195	-.461	.507
	能做出詳細的決策執行計畫。	.780	.204	-.578	.635
	能指定一個合適的人選對某個具體的行動負責。	.738	.367	-.397	.574
	作決策時，能打破個人維持現狀的偏好，作出有效的決策。	.815	.334	-.497	.672
	作決策時，不會爲保護先前選擇，而固守過去的決策。	.745	.289	-.399	.563
	作決策時能在安全可控制的範圍內做調整。	.817	.269	-.460	.669
	能從檢討失敗的教訓中找出有利於決策成功的關鍵。	.819	.271	-.453	.673
	能判斷決策的結果及品質。	.837	.272	-.533	.703
	能及時地作出決策，並及時地實施。	.783	.163	-.383	.625
	會考慮當時是否爲作決策的最好時機。	.792	.185	-.491	.634
	能用具挑戰性、創新性的方法來剔除陳舊的觀點。	.779	.185	-.417	.610
	有足夠的知識針對問題制定決策並說服別人去遵行。	.814	.165	-.441	.671
F2	制定決策時會鼓勵同仁參與討論	.237	.724	-.294	.525
	在決策的過程中，能向合適的人選諮詢以獲得他們的幫助	.283	.832	-.335	.694
F3	作決策過程中會考慮所有可能方案	.440	.630	-.641	.588
	能試著去發現所有方案的可能缺失	.478	.367	-.784	.621
	能根據最終的目標，客觀地分析和評估所有可能的方案	.498	.250	-.788	.626
	在分析結果時，能客觀的判斷每種方案成功的可能性	.552	.390	-.740	.580

表二
護理長決策能力量表的信度分析

構面名稱	構面信度係數	量表信度係數
決策思考(decision thinking)	.96	
決策參與(decision participation)	.75	.95
方案評估(scheme assessment)	.83	

一、個人屬性

由表三可知，護理人員的年齡以26-30歲（45.1%）最多，其次爲21-25歲（33.7%），普遍都很年輕；工作年資以4-6年（32.4%）最多，其次爲1-3年（30.7%）；教育程度以專科（68.5%）爲最多，其次爲大學（29.7%）；與護理長的共事時間以1-3年（48.4%）最多，其次爲1年以下（24.9%）。由表四可知，護理長的年齡以31-35歲（35.5%）最多，其次爲36-40歲（33.9%）；護理長的工作年資以4-6年（29.0%）爲最多，其次爲7-9年（19.4%）；教育程度以專科最多（38.7%），其次爲大學（37.1%），碩士的有24.2%。

二、護理人員對護理長決策能力表現的看法

護理人員認爲護理長的決策能力表現，問卷調查結果：22題的總得分爲90.64，平均得分爲4.12，標準差爲.70，即介於非常同意和同意之間。其中護理長的

決策參與的能力表現最好，2題的總得分爲8.32分，總平均得分爲4.16，標準差爲.74，其次爲決策思考的能力表現，16題的總得分爲65.92分，總平均得分爲4.12，標準差爲.69，決策方案評估的能力表現，4題的總得分爲16.36分，總平均得分爲4.09，標準差爲.74。

表三
護理人員基本資料 （N=836）

	個數	百分比
年齡		
21-25 歲	282	33.7
26-30 歲	377	45.1
31-35 歲	109	13.0
36-40 歲	39	4.7
41-45 歲	20	2.4
46-50 歲	6	0.7
51-55 歲	1	0.1
missing	2	0.2
工作年資		
1 年以下	65	7.8
1-3 年	257	30.7
4-6 年	271	32.4
7-9 年	137	16.4
10-12 年	63	7.5
13-15 年	16	1.9
16-18 年	8	1.0
19-21 年	8	1.0
22-24 年	6	0.7
25 以上	5	0.6
missing	0	0.0
教育程度		
專科	573	68.5
大學	248	29.7
碩士	4	0.5
博士	1	0.1
missing	10	1.2
與護理長共事年資		
1 年以下	208	24.9
1-3 年	405	48.4
4-6 年	135	16.1
7-9 年	59	7.1
10-12 年	26	3.1
13-15 年	2	0.2
missing	1	0.1

在決策思考的能力表現上，護理人員認爲護理長表現最佳的爲：作決策時能在安全可控制的範圍內做調整，其次爲制定決策時能注意耗用的成本（詳見表五）。在決策參與的能力表現上，護理人員認爲護理長表現最佳的爲：制定決策時會鼓勵同仁參與討論（詳見表六）。在決策方案評估的能力表現上，護理人員認爲護理長表現最佳的爲：作決策過程中會考慮所有可能方案（詳見表七）。

表四
護理長基本資料 （N=62）

	個數	百分比
年齡		
26-30 歲	2	3.2
31-35 歲	22	35.5
36-40 歲	21	33.9
41-45 歲	8	12.9
46-50 歲	4	6.5
51-55 歲	3	4.8
56-60 歲	1	1.6
61 歲以上	1	1.6
工作年資		
1 年以下	8	12.9
1-3 年	6	9.7
4-6 年	18	29.0
7-9 年	12	19.4
10-12 年	5	8.1
13-15 年	5	8.1
16-18 年	1	1.6
19-21 年	2	3.2
22-24 年	3	4.8
≧25 年	2	3.2
教育程度		
專科	24	38.7
大學	23	37.1
碩士	15	24.2

三、護理人員的基本資料與護理人員對護理長決策能力表現看法之相關

護理人員的年齡、教育程度和工作年資與對護理長決策能力表現的看法之相關性，都未呈現統計學上的顯著差異。惟與護理長的共事時間和對護理長決策能力表現的看法有明顯相關，並出現<.05的統計學上之顯著差異，其中共事時間<1年和>10年的護理人員，對護理長決策能力表現的看法，有明顯偏低的情形。

表五
護理人員對護理長決策思考能力表現的看法　（N=836）

項　目	M(SD)
作決策時能在安全可控制的範圍內做調整	4.20 (.77)
制定決策時能注意耗用的成本	4.19 (.80)
能判斷決策的結果及品質	4.17 (.78)
能及時地作出決策，並及時地實施	4.17 (.80)
能將決策解釋清楚，並努力使他人理解	4.17 (.83)
能指定一個合適的人選對某個具體的行動負責	4.16 (.81)
能從檢討失敗的教訓中找出有利於決策成功的關鍵	4.15 (.78)
面對各種策略時能依決策準則選出最好的方案	4.14 (.79)
有足夠的知識針對問題制定決策並說服別人去遵行	4.12 (.85)
會考慮當時是否爲作決策的最好時機	4.11 (.83)
當評估不確定性問題時能注意問題的變化	4.10 (.80)
能做出詳細的決策執行計劃	4.09 (.81)
能適當的設置監督機制，並利用它們來檢測進展的情況	4.03 (.85)
能用具挑戰性、創新性的方法來剔除陳舊的觀點	4.03 (.86)
作決策時，不會爲保護先前選擇，而固守過去的決策	4.02 (.85)
作決策時，能打破個人維持現狀的偏好，作出有效的決策	3.98 (.86)
小　計	4.12 (.69)

表六
護理人員對護理長決策參與能力表現的看法

項　目	M(SD)
制定決策時會鼓勵同仁參與討論	4.18 (.81)
在決策的過程中，能向合適的人選諮詢以獲得他們的幫助	4.15 (.80)
小　計	4.16 (.74)

表七
護理人員對護理長進行決策方案評估表現的看法

項　目	M(SD)
作決策過程中會考慮所有可能方案	4.12 (.81)
在分析結果時，能客觀的判斷每種方案成功的可能性	4.11 (.79)
能試著去發現所有方案的可能缺失	4.09 (.80)
能根據最終的目標，客觀地分析和評估所有可能的方案	4.05 (.85)
小　計	4.09 (.74)

討　論

決策過程強調理性思考（Parker＆Fischhoff, 2005）和解決方案的選擇（Simon, 1997），由於行政決策所選擇的方案必須付諸實行，爲使能順利執行，才強調需要有相關人員的參與。護理人員認爲護理長的決策能力表現中以決策參與的表現最好，而決策方案的評估表現最差。依張（2005）的看法，認爲這兩種能力的表現會有互補作用，護理長可能因爲決策方案評估的能力較差，所以擔心做出錯誤的決策，因此會多鼓勵護理人員共同參與決策，以避免因個人的錯誤決策，造成執行上的困難。

護理長在作決策時，能在安全可控制的範圍內做調整，這是一項非常重要的決策能力，就如同林（2001）所談，我們身處的環境急速變遷，使人們須在不確定的狀態下作各種決策，增加了決策的困擾與風險，且容易導致錯誤。因爲做決策過程要預測種種困難，是非常不容易的，何（2004）甚至提到預測所有困難是

絕對不可能的，因此當發生困難時，需要勇敢的面對現實，並適當調整行動方案。尤其護理長是最基層的管理者，其行政權限仍然是非常有限，因此在一些行政決策上，會對不確定情境的決策，採較保守的做法，旨在安全可控制的範圍內做調整，而不會做出較極端的決策。

全民健保實施後，醫院的經營越來越困難，因此醫院對於各項支出的成本控制也越來越重視，各單位在進行行政決策時，都被要求需注意耗用的成本問題，當然同時也會考慮成效。過去護理長的行政決策，要能被醫院或護理部所接受，通常都會考慮成本，在效果差不多的狀況下，主管當然會接受和採納成本較低的方案，因此會迫使每位護理長再選擇方案時，不得不考慮成本的因素。

護理長在制定決策時會鼓勵同仁參與討論，此與Simon（1997）和張（2005）的「行政決策」觀點相符，因爲他們都認爲行政是一個團體的活動，因此行政決策需要大家一起參與。另外，有許多學者都談到決策過程中有一個重要的步驟就是執行（林，1997; 榮，2002; Gillies, 1994;Debord, 1997；Nutt, 1984; Simon, 1997），因爲所做的決策必須執行，尤其是護理長所作的決策，通常是屬於行政決策，需要大家一起執行，所以鼓勵同仁的參與討論就更爲重要。由於行政決策過程大家都有參與，執行階段需要大家配合時，通常參與的同仁越多越深入，配合度會越高，執行上也會越容易。

護理人員認爲護理長在作決策過程中會考慮所有可能方案，依管理大師Finucane, Slovic & Hibbard（2002），Parker & Fischhoff（2005），Simon（1997）的意見，護理長在作決策時應該不可能考慮到所有的方案，因爲決策者事實並不具有有關決策狀況的所有信息，因此決策者處理信息的能力有限，且會在有了相關決策狀況的簡單印象後就行動。同時決策者的選擇行爲會受所得信息的實質和先後次序的影響，以及行動受到決策者過去經歷、個性和價值的影響，因此護理長會考慮所有可能的方案，但都仍然是在有限的最大可能之下的所有可能方案而已，而不是真正的所有可能方案。

本研究所選樣本爲，至少與護理長共事6個月以上，但發現<1年的護理人員與共事時間>10年以上的護理人員，對護理長決策能力表現的看法，有明顯偏低的情形。此情形特殊，過去的研究未有人針對此情形做過分析和討論，依臨床的實際了解，與護理長共事較短的這群護理人員，認爲護理長對他們的要求過於嚴格，常在行政決策上做出不公平的決定，而他們參與決策的機會也相對減少。共事較久的護理人員覺得護理長的決策能力，没有隨著擔任護理長時間的增長而能力相對提昇，所以對護理長決策能力表現較不滿意。

結論與建議

護理人員對護理長決策能力表現看法的平均得分爲4.12，標準差爲.07，介於總是和經常之間。其中護理長的決策參與的能力表現最好，2題的總得分爲8.32分，總平均得分爲4.16，標準差爲.74，其次爲決策思考的能力表現，16題的總得分爲65.92分，總平均得分爲4.12，標準差爲.69，決策方案評估的能力表現，4題的總得分爲16.36分，總平均得分爲4.09，標準差爲.74。

在決策思考方面，以「作決策時能在安全可控制的範圍內做調整」爲最佳，其次爲「制定決策時能注意耗用的成本」；在決策參與方面，以「制定決策時會鼓勵同仁參與討論」爲最佳；在決策方案評估方面，以「作決策過程中會考慮所有可能方案」爲最佳。只有在「作決策時，能打破個人維持現狀的偏好，作出有效的決策」表現較差，平均分數低於4分，建議應該給予護理長在職教育，以提昇護理長能就事論事，做出較有效的決策。

決策能力是一個整合性的能力，Gillies（1994）提到的決策能力包括統觀、洞察和變通的能力。榮（2002）也提到影響決策的因素有很多，其中個人能力也是一個重要影響因素。本研究只顯示護理人員對護理長決策能力的看法，如果要眞正確定護理長的決策能力，也許可以進一步針對護理長的決策知識、行爲和態度進行更廣泛和深入的了解。

限　制

限於人力、時間和經費，本研究只以方便取樣，針對同意參與的3家醫院護理人員進行調查，因此可能無法推論到所有護理人員對護理長決策能力表現的看法，未來可以採隨機抽樣方式抽出適當的醫院數，再從醫院中隨機抽樣抽出單位，再以單位為中心，進行單位內的護理人員對護理長決策能力表現看法的調查，如此所得的結果之可推論性會更佳。

致　謝

感謝本研究的經費補助單位「新光醫學中心」，以及參與焦點團體座談、接受電話諮詢訪問和信效度檢定的學者專家，以及參與問卷調查的836位護理人員。

參考文獻

今村榮三郎（2001）•**成功的決策：一學就會的決策技術**（張秋明譯）•台北：小知堂。（原著出版於 2000）

王保進（2004）•**多變量分析：套裝程式與資料分析**•台北：高等教育。

何道全（2004）•**決策—企業管理的心臟**•台北：大拓。

林笑（1997）•決策，**護理行政總複習**（27-33 頁）•台北：華杏。

林基源（2001）•**決策與人生－現代化決策的應用**•台北：遠流。

許朱勝（2001）•培養決策能力•**澳洲生產暨技術轉移中心：生產力論壇，130**，1-3。

張潤書（2005）•**行政學**（三版）•台北：三民。

張議文、戴宏達、孫秀卿、莊雯如、邱美琪、尹祚芊（2003）•某醫學中心護理長角色功能之調查研究•**榮總護理，20**（4），401-410。

榮康生（2002）•決策高手避免決策陷阱•**管理雜誌，336**，46-49。

盧美秀（2005）•**護理行政與管理**（91-127 頁）•台北：五南。

Aitken, L. (2003). Critical care nurses' use of decision-making strategies. *Journal of Clinical Nursing, 12*, 476-483.

Andrew, M. P. (2002). Decision-making competence. *Advances in consumer research,29*,434-437.

Archibald, P. J., & Bainbridge, D. D. (1994). Capacity and competence: Nurse credentialing and privileging. *Nursing Management, 25*(4), 49-51, 54-56.

Bohinc, M., & Gradisar, M. (2003). Decision-making model for nursing. *Journal of Nursing Administration, 33*(12), 627-629.

Boss, L. A. S. (1985). Teaching for clinical competence. *Nurse Educator, 10*, 8-12.

Bucknall, T. (2003). The clinical landscape of critical care: Nurses' decision-making. *Journal of Advanced Nursing, 43*(3), 310-319.

DeBack, V., & Mentkowski, M. (1986). Dose the baccalaureate make a difference? Differentiating performance by education and experience. *Journal of Nursing Education, 25*(7), 275-285.

DeBord, K. (1997). A series for people making the transition form welfare to work: Decision making, it's a skill. North Carolina cooperative extension service.

Drucker, P.F. (2001). The effectiveness of decision-making. In Harvard business review on decision making. Boston, M. A.: Commonwealth publishing Co., Ltd.

Fearon, M. (1998). Assessment and measurement of competence in practice. *Nursing Standard, 12*(22), 43-47.

Finucane, M.L., Slovic, P., & Hibbard, J. H. (2002). Aging and decision-making competence: An analysis of comprehension and consistency skills in older versus younger adults considering health-plan options. *Journal of Behavioral Decision Making, 15*, 141-164.

Giles, H. & Moule, P. (2004). Do not attempt resuscitation decision-making: A study exploring the attitudes and experiences of nurses. *Nursing in Critical Care, 9*(3), 115-122.

Gillies, D.A. (1994). Decision making. *Nursing management a systems approach*. (3rd ed., pp. 417-436.). Orlando, FL: W.B. Saunders company.

Hedberg, B., & Larsson, U.S. (2003). Observation, confirmations and strategies – useful tools in decision-making process for nurses in practice? *Journal of Clinical Nursing, 12*, 215-222.

Hedberg, B., & Larsson, U.S. (2004). Environmental elements affecting the decision-making process in nursing practice. *Journal of Clinical Nursing*, *13*, 316-324.

Hoffman, K., Donoghue, J., & Duffield, C. (2004). Decision-making in clinical nursing: Investigating contributing factors. *Journal of Advanced Nursing*, *45*(1), 53-62.

ICN (n.d.). International competencies for the generalist nurse. Retrieved Oct. 20, 2005, from http://www.icn.ch/

Kalo, B., & Jutte, P. (1996). Head nurse to nurse manager: easing the transition. *Journal of nursing staff development, 12*(2), 86-92.

Kepner, C.H., & Tregoe, B. B. (2004）・**新版問題分析與決策：經理人 KT 式理性思考法**(伍學經、顏斯華等譯)・台北：中國生產力中心。(原著出版於 1997)

Kickert, W. J. M. (1980). Organization of decision-making: A systems–theoretical approach(pp. 38). Amsterdam, North-Holland.

Klein, G. (2003) ・**直覺，未決策之本** (莊靖譯) ・台北：商智文化. (原著出版於 2002)

Klein, G. (2000). What's your intuition? Retrieved Oct. 17, 2005, from http://www.fastcompany.com/online/38/klein.html

Norwood, S. L. (2000). *Research strategies for advance practice nursing*. Newbury Park, CA: Sage.

Nutt, P. C. (1984). Types of organizational decision processes. *Administrative Science Quarterly, 29*, 414-450.

Parker, A. M. & Fischhoff, B. (2005). Decision-making competence: External validation though an individual-differences approach. *Journal of Behavioral Decision Making*, 18, 1-27.

Robbins, S. P. (2004) ・**決策 DNA—組織行為大師羅賓斯交你如何做好決策**(林思伶、李炳林譯)・台北：台灣培生。(原著出版於 2003)

Simon, H. A. (1997). *Administrative behavior: A study of decision-making processes.* Administrative organization. (4th ed.). New York: Simon & Schuster.

Tourangeau, A. E. (2003). Building nurse leader capacity. *Journal of Nursing Administration, 33*(12), 624-626.

Evaluating Head Nurses' Decision Making Competence from Nurses' Viewpoints

Chiou-Fen Lin[1]/ Yuan-May Chang[2]/ Chyn-Yng Yang[3]/ Ching-Chiu,Kao[4]/ Meei-Shiow Lu[5]

1.RN, MSN, Doctoral Candidate in Graduate Institute of Medicine Sciences, College of Medicine, Taipei Medical University. Instructor College of Nursing, Taipei Medical University.
2.RN,PhD, Director, and Assistant Professor, Nursing Department, Shin Kong Wu Ho-Su Memorial Hospital, and Taipei Medical University
3.RN, MSN, Director, Department of Nursing, Instructor, College of Nursing, Taipei Medical University.
4.RN, MSN, Director, Department of Nursing, Wan Fang Hospital Taipei Medical University
5.RN, MSN, Professor & Dean, College of Nursing, Taipei Medical University

Abstract

The aim of this study was to examine head nurses' decision making competence. Furthermore, to explore possible associations between staff nurses' demographic characteristics and the decision making competence of their head nurses. A self-developed decision making competence questionnaire was used to understand head nurses decision making competence from nurses' viewpoints. The questionnaire is a 5 point Likert's scale, from strongly disagree (1) to strongly agree (5). Participants of this study included nursing staff of 62 units from 3 hospitals that consented via phone invitation. Of the 876 questionnaires sent out, 836 were replied. The response rate was 95.4%. Results were as follows. 1) Nurses perception of head nurses' decision making competence was between strong agreement and agreement (M= 4.12; SD=.70); 2). Nurses' perception of the best decision making competence trait of head nurses was decision participation (M=4.16; SD=. 74), followed by decision thinking (M=4.12; SD=. 69); and assessing the scheme of decision-making (M=4.09; SD=. 74); 3). The amount of time nurses have worked with head nurses has a significant correlation to their viewpoints about head nurses' decision making competence. Our study revealed that head nurses tend to be more conservative about decision making. Training programs are recommended to help head nurses excluding personal bias and thus make effective decisions.

Keywords: Head nurse, Decision making competence, Decision participation, Decision thinking, Scheme assessment

Correspondence：Meei-Shiow Lu
RN, BSN, Professor, Dean, College of Nursing, Taipei Medical University
No. 250 Wu Hsing St, Taipei, Taiwan, 110
Tel：886-2-2736-1661ext. 6320
Fax：886-2-23772842
E-mail: lindalu@tmu.edu.tw