

台灣護理專業對教考用失衡議題 之省思

考試委員 李選

嶺東科技大學財經法律研究所助理教授 張婷

* 本文民國 101 年 10 月發表於《護理雜誌》，第 59 卷第 5 期。

壹、前言

21 世紀全球各先進國家均朝向全球化、自由化、企業化與科技化發展趨勢邁進。台灣於 2002 年加入世界貿易組織（World Trade Organization），政府為提升國家競爭力，鼓勵專業強化教、考、用整合，以達培育人才、接軌國際與提升產值之目標。然而由職場端觀之，在國際金融風暴、健保政策連年赤字、人口高齡化與社會環境快速變遷中，導致護理職場改變甚大，人力編制裁減與勞動條件惡化，衍生護理人員工作負荷度與壓力增加、專業功能難以發揮、高流失率、延聘困難與士氣低落，「血汗醫院」「護士荒」「醫護人員過勞」等問題、影響照護品質、專業發展與吸引高素質學生投入。護理教育近年雖為因應社會變遷、少子化、醫療與教育環境的嚴苛挑戰，滿足國人對提升照護品質需求推動教育改革，護理職校改制為專校，推動學生畢業前「最後一哩計畫」全面執行教育評鑑與護，理師國家考試增列最低標準實習時數，以規範實習課程。但在技職教育中招生機制多元與學生數增加下，使資源稀釋，學生素質分歧，且因欠缺嚴謹的淘汰機制，導致教育品質下滑、國考及格率偏低，就業後引發高流失或轉業率，形成資源嚴重浪費，不容忽視。

據中華民國護理師護士公會全聯會資料顯示：2012 年 6 月全台領照數 231,654 人，登記執業者 137,347 人，執業比例 59.28%，顯示護理人力在供給面應屬充裕，然因職場就業條件欠佳，以致執業率偏低。考選部資料顯示：近三年護理師國考及格率近四成。國家考試制度之建立目的為因應法規要求，篩選合格的專業人力，捍衛國人就醫安全。然試題能否檢測出應考人進入職場之門檻能力？及格率偏低與浮動率偏高是否反映出試題難易度、信效度或鑑別度不穩？及格率低是否顯示「教考」或「考用」間失衡？是否導致人力供應不足或職場用人之困難？若能深入研討，對改善失衡問題將有助益。本文目的係經現況分析，以提供政策、專業與教育面之建言。

貳、現況分析

一、職場用人面

台灣醫療產業自 1995 年在全民健保制度推展下，全民皆有就醫權利，此制度雖被英國學人雜誌評比為全球排名第二的優質醫療產業，但在健保給付限制下，專業發展備受壓抑，當醫療職場致力追尋財務、品質平衡時，常以壓縮人力成本以求因應，在編制刪減與專業功能受限下，導致工作壓力增高、勞動條件差、人力欠穩、士氣低落與招募困難之窘境，甚至出現職場暴力（李、白、顏，2010）。1991 年護理人員法通過，引領專業走出傳統邁向法制與自主，該法第 24 條明定：護理人員業務有：(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；及(4)醫療輔助行為。護理專業為發揮法定功能與改善照護品質，全面配合教改政策提升學歷。行政院衛生署 2009 年醫院護理人力資源資料統計顯示，職場中護理人員學歷分佈 50.58% 者為專科，約 47% 為大學，此數值將因高等教育普及持續提升。然學歷提升與離職率間之關係為何？資料顯示：工作未滿一年的新進護理人員離職率高達三至七成，新人離職與工作適應困難、角色期望與現實落差、專業成就感低落及工作壓力有關（黃，2004；Yeh, & Yu, 2009）。以上結果顯示傳統職場環境、醫護間之互動或工作設計若未與時調整，將難以吸引高學歷與追求專業自主者的留任。亦有研究顯示：畢業後一至兩年間之職業挫折感達最高峰，以專科畢業生為甚（呂、張、邱，2001），再以公立醫療機構為例，配合公務人員人事精簡與職缺縮編，出現高資低聘（護理師證照者以護士職稱聘用）與約聘者同工不同酬之情形，因不符公平正義原則而導致高流失率與衍生士氣低落。中華民國護理師護士公會全國聯合會（2012）指出，據衛生署醫療機構服務量專案調查結果顯示：2008 及 2009 年醫院護理人員總空缺率 5.61% 及 4.30%。2007、2008 及 2009 年全台離職率 18.84%、17.82% 及 16.98%。截至 2009 年 12 月底，513 家訪查醫院中 64.92% 表示有招募困難，全台醫療機構需聘僱護理人員 89,936 人，待聘缺額達 3,867 人，各醫院空缺率平均為 6.33%。2009 年空缺率達 5% 醫院計 214 家（佔 41%），離職率高於 20% 者有 162 家（佔 31.6%）；476 所醫療機構，公立醫院計 75 所，其中六成

提出有延攬困難，須以關閉病房因應。此非人力供給面問題，此與職場勞動條件與專業功能受壓抑有關。以上問題衍生護理人員轉往公職或其他健康、幼保、保險、醫美、醫療產品行銷等產業發展，形成護理專業人力資源浪費。總之，導致護理人員流失與離職原因有：(1)健保衝擊下，人力編制精簡及疾病嚴重度增加，工作及責任負荷量大不堪勝任；(2)單位缺乏支持性人際關係及缺乏溝通的工作氣氛；(3)學校實習時數少或課程不專精，使畢業生專業能力及經驗準備度不足；(4)個人健康狀況不佳；(5)缺乏家庭支持力量；(6)個人生涯規劃（如：升學、進修、結婚、轉行）；(7)遷移因素（轉職、遷居、出國）；(8)工作自我滿足度低（敘薪、福利、自主權、學用配合）；(9)與主管互動關係不良或對主管領導方式不滿；(10)缺乏自我成長機會（缺乏在職教育與晉升機會、工作單調無成就感）；(11)生活作息混亂，無法適應夜班工作；(12)擔心工作環境威脅或傷害等，如傳染病、物理傷害威脅（李，2012；蔡、尹、李，2008；陳、陳、黃、盧，2003）。

二、考試面

護士全國會考源自 1915 年，由「中華護士會」舉辦，每年中國各地經向該會註冊之護校學生畢業後皆須通過會考（包含紙筆與技能檢測），及格者可獲執業文憑與各校畢業證書，會考制度對護理專業團體致力於推動統一教育品質貢獻極大。考選部自 1950 年承接國家考試，取代以往由專業團體舉辦之會考制度。專技人員高普考醫事人員考試，採紙筆測驗方式，及格者至衛生署取得專業證書，以符法制規範。2007 年因應助產師法通過，舉辦助產師高考。2011 年、2013 年考選部停辦助產士與護士普考。屆時僅有護理師與助產師兩類。

考選部為維持國家考試品質與考題信效度，延攬產官學界專家命題與設置題庫，考試科目計五科：基礎醫學、內外科、產兒科、精神社區與基本護理及護理行政，以職能分析與情境方式命題，檢測應考人記憶、分析、批判與知識整合能力。以醫師類科為例，考選部自 2013 年起因應醫學教育改革要求，應屆畢業生於全台經衛生署通過認證之 20 所臨床技能檢測中心完成「臨床技能測驗（objective structured clinical examination, OSCE）納入國家考試應考資格，以統一全國醫學教育教學成果之標準，「考用合一」亦將影響教學內涵。以護理師考試觀之，由考選部歷年考試成績顯示：每年護理師第一次考試及格率不及兩成，且浮動率高；第二次考試以應

屆畢業生為主，總及格率介於三、四成。其中學士生及格率高於專科生；普通學制高於技職學制。歷年應考科目中，「基礎醫學」平均分數較護理專業類科低（李、張、顏、王，2010）。作者將考選部 2008—2012 年護理師考試及格率、應試科目平均成績與 2010、2011 年應屆畢業生考照情形列於表一、表二與表三，顯示其與教學品質之關係（李、顏、邱、張，2010）。

表一：2008—2012 年護理師專技高考之教育背景與錄取率一覽表

年 度	總錄 取率(%)	學士以上			副學士			高中(職)以下同等學力		
		到考 人數	錄取 人數	錄取率 (%)	到考 人數	錄取 人數	錄取率 (%)	到考 人數	錄取 人數	錄取率 (%)
2008年										
第一次	15.43	871	248	28.5	8243	1149	13.9	61	19	31.1
第二次	36.08	2688	1659	61.7	12026	3663	30.5	66	10	15.2
2009年										
第一次	2.76	1197	84	7.0	8280	172	2.1	55	7	12.7
第二次	44.59	3111	1961	63.0	13338	5374	40.3	98	43	43.9
2010年										
第一次	21.46	1029	319	31.0	6423	1720	19.8	56	22	39.3
第二次	39.01	2934	1521	51.8	13830	5039	36.4	130	31	23.5
2011年										
第一次	7.75	1489	157	10.5	7218	514	7.1	76	10	13.2
第二次	39.65	3386	1760	52.0	12740	4643	36.4	75	21	28.0
2012年										
第一次	7.80	1710	188	11.0	7249	502	6.9	52	13	25.0

註：副學士為專科畢業生

資料來源：作者自行整理

表二：2008—2012 年護理師考試應試科目平均成績

年 度	基礎 醫學	基本護理學與 護理行政	內外科 護理學	產兒科 護理學	精神科與 社區衛生護理學
2008年					
第一次	37.54	66.46	48.20	61.01	63.34
第二次	44.15	69.01	48.45	61.98	66.84
2009年					
第一次	37.45	63.41	45.35	47.70	57.44
第二次	47.59	69.08	59.11	56.61	66.60
2010年					
第一次	38.13	71.50	50.33	62.06	59.47
第二次	43.59	73.90	52.78	56.41	67.71
2011年					
第一次	41.94	66.94	45.46	54.53	55.07
第二次	43.49	63.47	55.91	66.78	64.45
2012年					
第一次	37.73	62.84	49.10	53.78	62.18

資料來源：作者自行整理

表三：2010、2011年專技護理師考試各校應屆畢業生應考與錄取統計

及格率(%)	學校數	應考人數	到考人數	及格人數	總通過率(%)
90以上					
2010年(90.48－100)	11	627	618	585	94.66
2011年(90.91－97.22)	9	715	697	656	94.12
80－89					
2010年(80.21－89.36)	6	1044	1017	874	85.94
2011年(81.07－87.13)	5	678	665	558	83.91
70－79					
2010年(70.70－79.14)	5	2361	2277	1719	75.49
2011年(70.66－78.13)	7	2702	2622	1977	75.40
60－69					
2010年(60.00－67.53)	3	1262	1231	823	66.86
2011年(66.96)	1	353	345	231	66.96
50－59					
2010年(50.74－59.23)	6	1689	1615	904	55.98
2011年(52.38－58.49)	5	2345	2245	1257	55.99
40－49					
2010年(40.54－49.67)	5	1500	1448	655	42.43
2011年(43.23－49.30)	6	1520	1452	690	47.52
30－39					
2010年(36.32－36.70)	2	522	503	183	36.83
2011年(32.38－39.22)	4	1226	1173	406	34.61
20－29					
2010年(0)	0	0	0	0	0.00
2011年(25.64)	1	44	39	10	25.64
20以下					
2010年(12.50)	1	56	56	7	12.50
2011年(7.61)	1	193	184	14	7.61
年度合計					
2010年(12.50－100)	39	9061	8765	5750	65.60
2011年(7.61－97.22)	39	9776	9422	5799	61.55

資料來源：作者自行整理

三、教學面

高職自 2005 年改制專校後，台灣護理養成教育僅有專科與大學層級，計大學、二技、四技、五專與二專等學制，招收高中、護理職校、綜合高中或初中畢業生，經多元或免試方式入學。然因技職教育急速擴展，學生人數驟增與素質不一，不同學制之課程設計與教學方法差異大，如：大學學制招收高中畢業生，師資與教學設備資源豐富，各校多擁有教學醫院提供實習場所，課程設計完整，教材以原文書籍與專業期刊為主，教學方式採情境或問題導向學習法（problem based learning, PBL），教學內容隨專業發展與實證資料更新；實驗課程採客觀性臨床實驗，以掌控技能水準；此學制教學成效佳，基礎科學與人文素養根基穩固，能與國際接軌。

技職教育雖要求畢業生擁有普通教育相同之專業核心能力，然因多元學制銜接複雜，學生素質不一，影響教學成果，以五專為例，學生來自國中，基礎科學與通識教育欠完整，影響其對基礎醫學與人文知識的吸收與整合，加上學生數多，師資與教學資源稀釋，多採中文版書籍，教材更新較緩，師生互動頻率低，易影響教學品質。加上淘汰率低，學習成效反應於考照及格率、畢業後臨床專業效能與工作穩定性。

參、教考用失衡衍生之問題

經以上現況分析，作者將教考用失衡所衍生之問題分述於下，期能有助於產官學界的檢討改善。

一、產學脫節，導致人才培育未能配合產業需求

教改政策下，技職教育迅速擴張，因多元或免試入學導致入學從寬，學生學習動機與素質分歧，加上資源有限，專業類科學分數遭刪減，實習場所環境不一與實習時數僅維持低標 1,016 小時（約 30—34 學分），均影響學習成效，各校因淘汰率低與畢業前欠缺會考機制，使畢業生進入職場時的專業效能不一。部分學校雖推展「最後一哩教學計畫」，然因未普及，就業時一旦臨床工作複雜、超時、重視業績與職場勞動條件欠佳者，易出現適應力不足衍生醫療糾紛，因高離職率與轉業率引發社會對高等教育之信心危機（何、劉、胡、黃、陳，2011；劉、張、于、何、曾、吳，2010）。

二、考用脫節

除 2013 年醫師國家考試將臨床技能考試納入應考資格外，目前其他醫事類僅採用紙筆測驗；部分類科如：牙醫師、營養師、物理治療師或職能治療師等要求重要專業科目訂定低標成績，其他類採平均 60 分及格計，目前護理師國考基礎醫學與內外科護理學成績偏低，就業時易影響專業判讀與發揮專業效能，新進者就業後雖安排在職訓練，然因基礎知能欠穩、敬業態度與熱誠欠缺，易導致專業自主與效能難

以展現，臨床工作中呈現低士氣、超時工作、高失誤率或高離職率。

三、教考脫節

護理師國考目前雖以職能分析為命題方向，試題多以情境試題為主，以檢測應考人之分析、判斷、應用與整合知識能力，符合業界用人需求。但紙筆測驗無法檢測態度與技能。普通學制因資源豐富，教學方式多以問題導向教學法為主，強化臨床實習與技能檢測，師生互動佳，學生多能在國考時展現實力；而技術體制畢業生常因多採傳統講述型教學方式影響考試成績與工作成效。

四、教育質量欠缺一致性

目前隸屬於教育部高教司與國防部的大學護理學系 14 所；隸屬於技職司之專校 14 所，同時設置專科與護理系的技職校院（含科技大學）所，共計 4012 所。每年各學制培育學生總數近 1.3 萬，在校園自主化下，許多技專院校未依其擁有之資源、考照及格率與就業流失率等數值，調整招生人數與課程設計。教育部雖委託機構辦理評鑑，然未依實證數據發揮監督與控管品質之功能，或嚴格要求提高淘汰率或辦學不佳者限制招生人數。且各校未舉辦畢業前統一會考，使辦學品質與成效上難以維持一致標準，形成國考之分歧。

肆、建議

一、強化用人端人力資源保護與開發職能

職場環境與勞動條件，高度影響人才留任與吸引優秀學子加入專業之動機，進而改變專業體質；國內針對護理執業環境之研究顯示：負向職場已嚴重影響護理執業者士氣、阻礙專業功能發揮、打擊專業形象與就業市場穩定（李、白、顏，2008）。故創造正向執業環境、穩定人力、提振士氣、工作設計與開發職能為解決教考用失衡之基礎。一旦建立用人導向之人才培育制度，可由整合產學、考用兩端，提升職能。建議醫療機構依護理人員法規定，將護理師職能依其學歷提升後，

做明確功能分析與訂定標準，作為國家考試與教學之依據。且業界應將人力流失率偏高之相關資料回饋學校，作為學校改善教學參考。

二、以職能標準修正國家考試方式與內容，解決考用不一之問題

目前各國專業資格鑑定考試不侷限於紙筆測驗，依專業特質加入技能測驗或口試。建議護理師國考不應仍侷限於紙筆考試，應仿照國內外醫師考試將臨床技能測驗納入應考資格。依職場需具備之核心能力列入命題範圍，以臨床情境與問題導向為主，檢測應考人批判思維與知識整合能力，非以記憶與背誦性題目為主。建議仿照美國註冊護士考試，不以學科而以職能面向命題：安全與有效的照護環境（safe, effective care environment）、健康促進與維護（health promotion and maintenance）、心理社會整合（psychosocial integrity）與生理整合（physiological integrity）等，以達知識整合目標。題目以「理解」、「應用」、「分析」、「整合」等層次檢測認知能力。多延聘業界專家參與命題、建立命題者資格檢定、建立優質題庫與考生預考制度。考後分析試題疑義與考題鑑別度，提升考試信效度，做為持續改進命題之依據。且建議考選部將考試結果之相關資料回饋學校與教育部，以達監督改善教學之目的。

三、以職能標準設計課程，畢業前統一推動專業能力會考制度，解決教學成果標準不一之問題

養成教育雖以培養全方位人才為主，普通教育體系畢業生就業方向雖廣，但基礎專業能力須擁有。技職教育體系以培養臨床人才為目標，執照及格率與職場穩定度為評量指標，故強化學生對基礎醫學或專業護理學之重視，使「教考用」接軌。各校應分析學生素質與畢業生就業狀況增加實習時數，以防就業時出現現實休克。專技人員證照考試牽涉人民生命安全，故考題方向以臨床職能需求為導向，養成教育應配合職場情境，以問題導向為教學方式，尤其是技職學校，學生人數多，更應重視教學品質，以提升執照及格率與執業穩定力。各校因資源差異大，建議各校除強化淘汰機制，依各校辦學目標調整教學方式，且應在畢業前舉辦全國專業核心能力鑑定會考，確保各校教育成果標準一致及顯示對民眾就醫安全的負責。一旦擁有

基本專業能力，畢業後於多元就業職場，如社區、長照機構將有極大發揮空間。

四、配合政府發展國際醫療趨勢，儘早培育國際人才以為因應

大專院校位居專業發展的領航，在少子化趨勢下應以培養具競爭力之護理精兵為原則，秉持「立足台灣放眼全球」精神，拓展職場領域與為專業注入活水。教育界因應全球化，應適時調整教育方針，不論精減學生數、改變教育方式與調整課程內涵，應依外在環境變遷與教育資源彈性修正，強化學生於專業理論與臨床技能、外語能力、禮儀、文化敏感度、研發創新力、批判思維與國際前瞻視野之深度。

伍、結論

南丁格爾女士言：「只有經過嚴謹教育訓練之護理人員，才能在專業判斷上有自信，也才會被病人信任。只有護理人員對病人了解，病人對護理人員信任，才是護病關係之基。護理人員受人尊敬的程度，與她在專業所下的功夫與展現實力關係密切」，以上話語顯示學用合一之重要。因應教改與健保政策實施，近年在學制、教學品質、考試制度與就業環境發生極大改變。為提升人才培育，政府與專業應積極合作，建置以用人為導向之教考用合一制度。積極改善因招生機制放寬、學生數增加、素質不一、學校淘汰機制欠嚴謹，教育資源稀釋、教育品質下滑，導致護理師國考及格率偏低及就業時專業效能不彰，引發高流失率，使職場問題更形惡化等問題。本文經現況分析，探討教考用失衡原因與提出改善建議，期能達到為業界培養與篩選符合執業資格者，達到人盡其才、善用資源與提升照護品質之目標。

參考文獻

- 中華民國護理師護士公會全國聯合會（2012）。護理人員統計—臺閩地區護理人員統計表，2012年7月12日擷取自**中華民國護理師護士公會全國聯合會**，網址：<http://www.nurse.org.tw/DataSearch/Manpower.aspx>
- 行政院衛生署（2009）。醫療設施、醫事人力現況及醫療服務，醫院護理人力資源

- 資料統計，2009年11月2日擷取自行政院衛生署，網址：
<http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DisplayStatis-ticFile.aspx?d=70708&s=1>
- 何雪華、劉佩芬、胡曉珍、黃素菲、陳小蓮（2011）。新進護理人員角色轉換與工作適應歷程之質性研究。**護理雜誌**，第57卷第6期，頁31-41。
- 呂桂雲、張永源、邱香蘭（2001）。專科畢業護理人員專業承諾改變之研究。**護理研究**，第9卷第1期，頁28-38。
- 李選（2012）。醫事人員任用問題解決方案－對改善公立醫療機構職場環境之影響。**公務人員月刊**，第190期，頁8-16。
- 李選、白香菊、顏文娟（2008）。台灣地區護理人員執業環境之現況調查。**護理雜誌**，第55卷第4期，頁30-52。
- 李選、白香菊、顏文娟（2010）。台灣護理人員職場暴力經驗及其相關因素研究。**護理雜誌**，第57卷第2期，頁61-69。
- 李選、張婷、顏文娟、王郁琇（2010）。由全球人才競爭思維探討護理師教考用制度之現況、困境與趨勢。**國家菁英**，第6卷第4期，頁29-45。
- 李選、顏文娟、邱文璽、張婷（2010）。護理人員教考用制度之探討。**國家菁英**，第5卷第4期，頁57-72。
- 陳怡如、陳俞琪、黃淑鶴、盧純華（2003）。新進護理人員面對壓力之成長經驗。**慈濟醫學**，第15卷第6期，頁391-398。
- 黃璉華（2004）。從護生到護士－談新進護理人員的適應。**護理雜誌**，第51卷第4期，頁33-36。
- 劉杏元、張家臻、于桂蘭、何英奇、曾銀貞、吳曉明（2010）。最後一哩課程對四技護生學習成效之探究。**教育科學研究期刊**，第55卷第4期，頁131-155。
- 蔡淑芳、尹裕君、李選（2008）。新進護理人員護理能力主客觀評量差異性比較。**榮總護理**，第25卷第4期，頁342-349。
- Yeh, M. C., & S. Yu (2009). Job stress and intention to quit in newly-graduated nurses during the first three months of work in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*, Vol.18 (No.24): 3450-3460.