

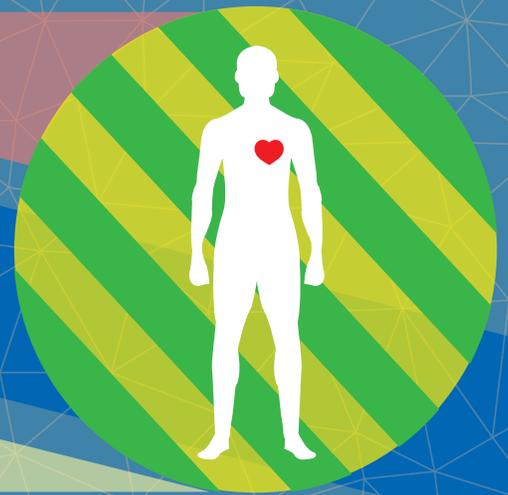
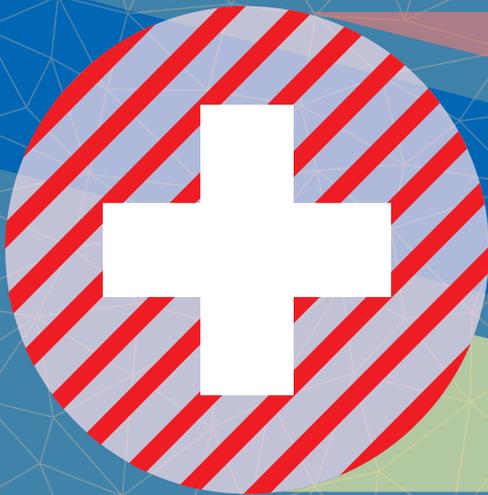
Health Promotion Research and Practice

July 2020 Vol.3. No.2

健康促進研究與實務

ISSN (print): 2616-812X | ISSN (online): 2616-8138

DOI: 10.29442 / HPRP



EXERCISE ▲ WEIGHT CONTROL
▶ SMOKING CESSATION
HEALTH LITERACY ▲
GREEN HOSPITAL ▶
▶ HOLISTIC CARE IMMIGRATION HEALTH
MINDFULNESS ACTIVE AGING ▶
HAPPINESS ▲ HEALTH EATING



出版宗旨

社團法人臺灣健康醫院學會為推展醫院與健康照護機構在健康促進領域學術研究，建構健康促進研究與實務資訊交流平台，特別規劃「健康促進研究與實務」雜誌出版。本雜誌旨在刊登健康促進相關之綜論、專論、原著論文、簡報、短評、個案報告及讀者來函等論文，以未曾投稿於其他雜誌者為限。期望藉由本雜誌之發行，提供多元的學術研究與實務資訊交流，共同推動健康促進領域的永續發展。

發行機構 社團法人臺灣健康醫院學會

發行人 黃暉庭（臺灣健康醫院學會）

編輯顧問 Jürgen M. Pelikan（奧地利維也納大學）
朱明若（澳洲格利菲斯大學）

主編 林金定（馬偕醫學院）

副主編 黃麗卿（臺北馬偕紀念醫院）

執行編輯 李佳綺（中國醫藥大學）

編輯委員

（依筆劃順序） 李孟智（衛生福利部臺中醫院）
卓瑩祥（臺安醫院）
周雨青（國防醫學院）
林名男（大林慈濟醫院）
林藍萍（經國管理暨健康學院）
祝年豐（三軍總醫院）
翁林仲（臺北市立聯合醫院）
郝宏恕（中國醫藥大學）
高東煒（三軍總醫院）
許玖琪（義守大學）
陳石池（臺灣大學醫學院附設醫院）
陳建宗（林口長庚紀念醫院）
黃曉令（元培醫事科技大學）
楊宜青（成功大學醫學院附設醫院）
董貞吟（臺灣師範大學）
蔡宗宏（慈濟科技大學）
薛光傑（高雄榮民總醫院）
鍾國屏（中山醫學大學附設醫院）
魏志濤（長榮大學）

編輯助理 林嘉甄（臺灣健康醫院學會）
謝予婕（臺灣健康醫院學會）

Publication Office

Taiwan Society of Health Promoting Hospitals

Publisher

Hui-Ting Huang (Taiwan Society of Health Promoting Hospitals)

Editing Consultants

Jürgen M. Pelikan (University of Vienna, Austria)

Cordia Chu (Griffith University, Australia)

Editor in Chief

Jin-Ding Lin (Mackay Medical College, Taiwan)

Associate Editor in Chief

Lee-Ching Hwang (Mackay Memorial Hospital)

Executive Editor

Chiachi Bonnie Lee (China Medical University, Taiwan)

Editorial Board Members

Meng-Chih Lee (Taichung Hospital, Ministry of Health and Welfare)

Ying-Hsiang Chuo (Taiwan Adventist Hospital)

Yu-Ching Chou (National Defense Medical Center, Taiwan)

Ming-Nan Lin (Dalin Tzuchi Hospital)

Lan-Ping Lin (Ching Kuo Institute of Management and Health)

Nain-Feng Chu (Tri-Service General Hospital)

Lin-Chung Woung (Taipei City Hospital)

Steven Hornq-Shuh Hao (China Medical University, Taiwan)

Tung-Wei Kao (Tri-Service General Hospital)

Mei-Chi Hsu (I-Shou University)

Shyr-Chyr Chen (National Taiwan University Hospital)

Chien-Tzung Chen (Chang Gung Memorial Hospital, Linkou)

Hsiao-Ling Huang (Yuanpei University of Medical Technology)

Yi-Ching Yang (National Cheng Kung University Hospital)

Chen-Yin Tung (National Taiwan Normal University)

Chung-Hung Tsai (Tzu Chi University of Science and Technology)

Kuang-Chieh Hsueh (Kaohsiung Veterans General Hospital)

Gwo-Ping Jong (Chung Shan Medical University Hospital)

Tze-Taur Wei (Chang Jung Christian University)

Editorial Assistant

Chia-Chen Lin (Taiwan Society of Health Promoting Hospitals)

Yu-Chieh Hsieh (Taiwan Society of Health Promoting Hospitals)

創刊日期：民國一〇七年七月
出版月份：每年一、七月
期刊編輯聯絡地址：
10556臺北市松山區八德路二段346巷5號2樓
電話：(02)2752-8394 傳真：(02)2752-1334
E-mail: hphtvmail@gmail.com

Start-Publication Date : July, 2018

Publication Month : January, July Yearly

Editorial Board Address :

2F, No.5, Ln. 346, Sec. 2, Bade Rd., Songshan Dist., Taipei City 10556, Taiwan, R.O.C.

TEL: +886-2-2752-8394

FAX: +886-2-2752-1334

| 郵政劃撥帳號：50044027（請註明訂購健康促進研究與實務）

| 戶名：社團法人臺灣健康醫院學會

| 訂費：每年800元

| 封面設計：黃士齊

| 排版印刷：安苒彩色印刷有限公司

目錄

CONTENTS

原著論文 Original Article

- 提升 24 小時親子同室率和改善純母乳哺餵之研究—以母嬰親善醫院為例
王瓊琦、鄭雅如、許玫琪 01
Improvement of Rates of 24 Hours Rooming-in and Exclusive Breast Feeding: a Study of Baby-Friendly Hospital.
Chiung-Chi Wang, Ya-Ju Cheng, Mei-Chi Hsu
- Regular Physical Activity and Related Correlates among Institutionalized Adults with Intellectual Disabilities.
Lan-Ping Lin, Chung-Hui Yao, Wei-Ju Lai, Shang-Wei Hsu, Hui-Ting Huang, Jin-Ding Li 11
機構照護之智能障礙者規律身體活動與相關因素研究
林藍萍、賴韋如、姚仲徽、徐尚為、黃暉庭、林金定
- 民眾對於新型冠狀病毒肺炎防疫措施之重要性認知與滿意程度
陳佳音、柯妍嬪、薛淑青、林宗憲、陳美杏 21
Explore the public awareness on the importance and satisfaction of the pandemic-prevention policies for COVID-19 by Importance Performance Analysis.
Chia-Yin Chen, Yan-Pin Ke, Shu-Ching Hsueh, Tsung-Hsien Lin, Mei-Hsing Chen
- 職業復健方案中運用工作行為評估工具之心理計量驗證
李靜媛、張盛堂、張育彰、葉啟信、周佳燁 30
Psychometric Validations of the "Work Behavior Inventory and the Preliminary Testing" used in Vocational Rehabilitation.
Ching-Yuan Lee, Shang-Tang Chang, Yu-Chang Chang, Kai-Shun Yip, Chia-Yeh Chou

簡報 Brief communication

- 手術室護理師術前訪視改善專案之成效

李旻燕、蘇郁庭、侯雅萍 39

The effectiveness of the preoperative visit of nurse in the operating room to improve the Project.

Min-Yen Lee, Yu-Ting Su, Ya-Pin Hou

投稿規則..... 49

[原著]

提升 24 小時親子同室率和改善純母乳哺餵 之研究—以母嬰親善醫院為例

王瓊琦¹、鄭雅如²、許玫琪^{3*}¹義大醫療財團法人附設義大產後護理之家²義大醫療財團法人義大醫院家醫暨體檢科³義守大學護理學系

摘要

目的：親子同室增進產婦照護嬰兒之能力和親子關係，也是成功母乳哺餵關鍵。本研究24小時親子同室率明顯下降，由71.74%下降到45.16%，母乳哺育嬰兒的意願逐年下降，期藉本研究提升24小時親子同室率和純母乳哺餵，提供產後專業且以家庭為中心的護理，進而增加家庭的育兒技巧，讓產婦、新生兒在出院返家前做好完善的準備。**方法：**依研究的方法進行臨床照護問題的改善，明訂清楚目標，討論對策與檢討，以面對面訪談法、問卷調查、實地觀察、標準化稽核、常模比較以及規範、程序的審核等方法進行原因調查。運用特性要因圖和決策矩陣分析找出主要原因，擬訂對策。**結果：**確認問題為護理人員缺乏親子同室教育訓練及對親子同室認知不足；無專屬之母嬰親善個案師實際參與業務執行；產婦缺乏參與新生兒照顧，育兒技術不熟練；親子同室病室缺乏安全管控；缺乏完整統合的親子同室稽核制度。藉由明確策略，修訂照護標準、實施在職教育訓練、建置並執行稽核等，落實方案執行。評值策略之成效，親子同室執行率由45.16%提升至75%，遠高於全國和世界衛生組織的目標值，純母乳哺育率由2015年的平均47.97%上升至55.88%，同時、護理人員對親子同室認知及行為評核達100%。

結論：本研究有效提升24小時親子同室率和純母乳哺育率，也建立親子同室照護標準程序，而提升病房安全及專業照護品質。

【關鍵詞】 24小時親子同室率、純母乳哺餵、母嬰親善醫院、健康促進

前言

衛生福利部透過母嬰親善認證的作法，推動母嬰親善十大措施，藉此提升產婦執行24小時親子同室的動機及意願，並協助解決產婦的困難。親子同

室對產婦建立親子依附關係是非常重要的方式與過程，親子同室可增進產婦照護嬰兒之能力，在嬰兒與父母的互動過程，可以帶來彼此的滿足及情感相連，進而激發父母照顧嬰兒的動機。國民健康署也

受理日期：108年9月26日
修改日期：108年12月19日
接受日期：108年12月24日

*通訊作者：許玫琪
地址：高雄市燕巢區角宿里義大路8號
E-mail：hsu88@isu.edu.tw

doi : 10.29442/HPRP.2020.07_(2)001

為配合全球母乳哺餵之推廣，積極提倡以親子同室護理為架構之母嬰親善醫院，創造以哺餵母乳為常規的醫療環境。

新生兒出生後與母親的分離不利於成功的母乳哺育，產後住院期間若有執行親子同室可以學習更多母乳哺育技巧^[1]，間接減少對母乳哺育的困擾及焦慮的效果，對於之後持續母乳哺育皆有正面影響^[2]，也為產婦出院返家後母職角色信心建立基礎，親子同室對於育兒技巧、親職角色發展、哺餵母乳以及促進嬰兒健康和心理社會具有相當大的助益^[3]。然而，若產婦在產後出現疲憊、疼痛等不適，如果再加上缺乏醫護人員的指導協助、家人的關心與支持，容易拒絕24小時親子同室、失去哺育母乳的自信心，因而放棄母乳哺育^[4]，同時、面對符合母嬰親善醫院24小時親子同室的要求，會讓很多婦女產生壓力^[5]，因此，提供符合產婦生理、心理、社會需求需求的護理支援將是關鍵的因素。本研究之目的為提升產婦24小時親子同室執行率以及純母乳哺育率，同時、提升護理人員對親子同室認知的正確率，讓產婦在醫院中接受母嬰親善措施，且支持母乳哺育的教育和經驗，促使產婦有正面之純母乳哺育意向，增進親子關係的建立。

現況分析及問題確認

為了響應世界衛生組織（World Health Organization, WHO）及聯合國兒童基金會（The United Nations Children's Fund, UNICEF）的母乳哺育策略，衛生福利部國民健康署大力進行國內母嬰親善醫院的推動，可鼓勵產後純母乳哺育並實施親子同室，提供更舒適母嬰照護的醫療環境^[6-7]。

臨床發現24小時親子同室率出現逐漸下降的趨勢，2015年5月由71.74%下降到12月的45.16%，突顯出親子同室率偏低的問題。故進行此改善之研究，期望能提升產婦24小時親子同室率和純母乳哺餵，提供產後專業且以家庭為中心的護理，進而增加產婦的育兒技巧，讓產婦、新生兒乃至整個家庭在出院返家前做好完善的準備。以下為現況之分析結果：

一、護理人員認知因素

護理師執行親子同室的認知不足：實際支持親子同室的行為與認知不一致（平均數 mean = 4.6、92%），缺乏親子同室在職教育（mean = 4.3、86%），產後病房與嬰兒室交班缺乏共識（mean = 4.1、83%）。分析原因如下：

- （一）護理人員在執行親子同室過程中角色定位模糊，實際支持親子同室之認知不一致：產後病房護理師認為相關育兒技巧應由嬰兒室護理師負責，反之、嬰兒室護理師亦覺得有關母乳知識及技巧應由產後病房護理師負責，雙方人員皆未以產婦需求進行協助及指導，造成產婦不知如何尋求協助。
- （二）缺乏親子同室教育訓練：親子同室在職教育辦理場次及時數不足，也常因輪班而無法接受教育訓練。
- （三）產後病房及嬰兒室交班缺乏共識：護理人員臨床照顧產婦步驟流程不一致，缺乏標準化和一致性的作法以提昇照護品質。

二、護理人員行為因素

結果分析發現護理師沒有實際執行親子同室，分析原因如下：

- （一）探視頻率與新生兒作息不一致，未給予產婦立即性的育兒諮詢及協助（mean = 4.4、89%）。
- （二）未針對產婦需求再評值及衛教（mean = 4.0、81%）：產後病房及嬰兒室護理師各自完成衛教指導後，未請產婦回覆示教及說明，未落實衛教指導之評值。
- （三）無一致性的護理指導單（mean = 4.1、83%）：嬰兒室和產後病房缺乏統合且一致的衛教手冊和單張。
- （四）門診護理師缺乏介紹親子同室的相關手冊，導致難以詳細說明執行親子同室的跨團隊合作機制（mean = 4.0、81%）。
- （五）護理師忙碌穿梭病房，常因各式產婦和新生

兒的問題處理而產生時效性上的延長，工作負擔之增加，且延遲其他產婦正常治療時間（mean = 4.2、85%）。

三、產婦因素

於2015年7月查核符合親子同室之產婦196人，發現未執行親子同室92人（46.93%），分析原因如下：

- （一）缺乏參與新生兒照顧，育兒技術不熟練（23人、25%），缺乏協助與指導執行（20人、21.7%）：門診護理師在孕婦產前檢查時會依其孕期執行產前衛教指導，皆透過口語敘述，產婦很難想像自己親自執行的情境，導致產婦實際在執行親子同室時，面對自己育兒技術不熟練進而產生挫折感，同時因夜間照顧新生兒及哺乳太累，最後選擇放棄親子同室。
- （二）家屬意見不同，不支持（19人、20.6%）：家屬表示產婦生產後婦女要休息，擔心產婦剛生產完太累也不會照顧，在社會價值觀中仍覺得嬰兒室的照護比親子同室好，因而無法配合執行親子同室。
- （三）擔心新生兒健康受影響（17人、18.4%）：新生兒哭鬧時護理人員無法給予立即協助，因此擔心新生兒吃不飽進而影響健康及體重。
- （四）產婦擔心睡著，新生兒不安全（13人、14.1%）。
- （五）缺乏被協助與指導：產婦不知如何評估新生兒需求及安撫，因此感到不知所措及挫折。

四、政策因素

- （一）缺乏親子同室稽核制度：未針對「親子同室護理標準」設置親子同室護理稽核制度，無法藉由定期稽核及監測護理人員執行正確性；亦因無稽核員定期監督指正，導致執行此業務標準的落實性偏低。
- （二）衛教內容宣導不足：產後病房及嬰兒室護理

人員皆不了解彼此衛教指導內容，造成遺漏或重複進行指導。

- （三）未進行衛教檢核控管：未將衛教指導列入工作計劃中，未進行定期查核，未針對親子同室執行率及正確率進行監測及管控。
- （四）無專責母嬰親善的個管師實際參與規劃，母嬰親善業務推展困難。

五、問題的特性與重要因素的影響

針對24小時親子同室率和純母乳哺餵偏低，在執行親子同室，護理支援不足以及產婦意願較低的臨床實務問題進行分析，針對以上資料進行全面性的彙整。

材料與方法

1、研究方法

本研究是描述比較性研究，以結構式問卷測量某醫院的臨床護理人員，以面對面訪談法、採Likert 5分法的「親子同室護理業務規範評核表」問卷調查（非常同意5分、非常不同意1分）、實地觀察、標準化稽核、常模比較以及審核規範、程序等方法進行原因調查。

本研究之目標值設定：依據母嬰親善醫院評鑑及衡量單位特性：

- （一）提升產婦24小時親子同室執行率達60%。
- （二）純母乳哺育率上升至50%。
- （三）護理人員對親子同室認知正確率及行為評核成績達100%。
- （四）編制專任母嬰親善個管師。

二、調查對象

調查場域為母嬰親善合格醫院，致力於推動以家庭為中心的親子同室，本研究對象為婦產科門診、產房、嬰兒室及產後病房的臨床護理人員。為探討親子同室率低的原因，針對護理師進行認知及行為兩部份問卷，發放對象為產房6位、嬰兒室10位及產後病房17位，共33位護理人員於2015年



5月20日~6月10日進行問卷調查，問卷採Likert 5分法；非常同意5分、同意4分、沒意見3分、不同意2分、非常不同意1分。發出33份問卷調查，回收率達100%。認知問卷內容包含：教育訓練適當性、各單位對親子同室認知及行為一致性、嬰兒室與產後病房交班內容之共識。行為問卷內容包含：護理人員探視親子同室時間安排之適當性、未準時探視親子同室原因、衛教內容之一致性等。

三、執行期程

本研究針對策實施及執行過程，自2015年8月1日~2016年7月30日分計劃期、執行期與評值期、效果確認四階段進行。

四、介入模式與對策研擬

經由上述現況分析及特性要因圖歸納出24小時親子同室率低，導因為：（一）護理人員缺乏親子同室教育訓練及對親子同室認知不足；（二）無專屬之母嬰親善個管師實際參與業務執行；（三）產婦缺乏參與新生兒照顧，育兒技術不熟練；（四）親子同室病室缺乏安全管控；（五）缺乏完整統合的親子同室稽核制度。

依現況資料分析、文獻搜尋、專家意見、醫護照護團隊討論及特性要因圖進行決策，依決策矩陣圖所擬定策略之可行性、重要性、經濟性、迫切性，選出最適合之解決對策。評分標準5分為可行性高且預期效果佳、3分為中等效果、1分為可行性及預期效益低，以得分81分以上者列為採行方案對策。

以下為計劃期、執行期與評值期、效果確認四階段之介入模式與對策研擬。

（一）計畫期（2015年8月1日~2015年11月30日）

- 1.設計「親子同室護理問卷調查表」及查核護理記錄進行現況收集，評估照護需求及護理人員對親子同室護理認知情形。
- 2.制定親子同室業務查核表：協助護理人員正確落實親子同室護理標準的步驟，並依親子

同室業務查核表進行評核。

- 3.統整護理衛教指導內容及表單：製作『親子同室介紹圖片本』，且經過8對產婦及家屬同意，將照片彙編成冊，提供給門診衛教師作為輔助工具。
 - 4.製訂『媽咪與寶寶手冊』。
 - 5.策畫親子同室在職教育。
 - 6.策畫親子同室認知及行為評核：以親子同室床邊示範教學及衛教影片讓護理人員對親子同室執行認知及行為達一致性，並於課後進行測驗。
 - 7.策畫育嬰技術衛教影片：將親子同室相關育兒技術進行衛教影片實境拍攝。
 - 8.策劃培訓專責母嬰親善個管師。
 - 9.制定定期稽核制度：擬定「親子同室護理稽核表」，母嬰親善個管師於每月30日以前完成護理人員稽核，並列入病房每月品質目標管理監測的項目。
 - 10.策畫門禁管制計畫和策略。
- （二）執行期（2015年12月1日~2016年5月30日）
- 1.加強宣導親子同室護理標準作業、評核表及執行正確之重要性。
 - 2.由培訓之母嬰親善個管師查核每位護理人員執行親子同室標準化步驟及流程，每月至少1次，針對錯誤予即時指正，隔月追蹤改善成果。
 - 3.舉辦親子同室在職教育、進行床邊示範教學及應用護理衛教影片學習，授課後回覆示範及課後評值。
 - 4.每月第一週的星期一於門診安排產前『爸爸、媽媽教室』，讓產婦在生產前透過模擬操作學會照顧新生兒的能力，以降低產後住院期間因為必需學習多項育兒技能而產生疲累的現象。更針對參加的74位產婦及家屬進行課後滿意度調查，平均滿意度4.8分，顯示非常滿意。
 - 5.修訂『媽咪與寶寶手冊』。

6. 進行育嬰技術衛教影片完成錄製，由護理人員對產婦及家屬衛教時播放。
7. 一位產後病房護理組長轉任專責個管師，並接受相關培訓。
8. 執行裝置門禁設備和制定管理辦法。

(三) 評值期 (2016年6月1日~7月28日)

1. 評值親子同室執行率；依據母嬰親善醫院認證作業，評值24小時親子同室執行率，並比較研究執行前後的成效。
2. 評值純母乳哺育率。
3. 針對單位護理人員進行親子同室護理認知評量後測評值，比較研究執行前後認知的正確性，依結果評值研究之成效並做檢討與改善。

五、資料分析方法

問卷資料經蒐集、譯碼及登錄建檔後，以SPSS 22.0軟體進行統計分析，以平均值描述介入前後之變化，以及探討數值之差異。

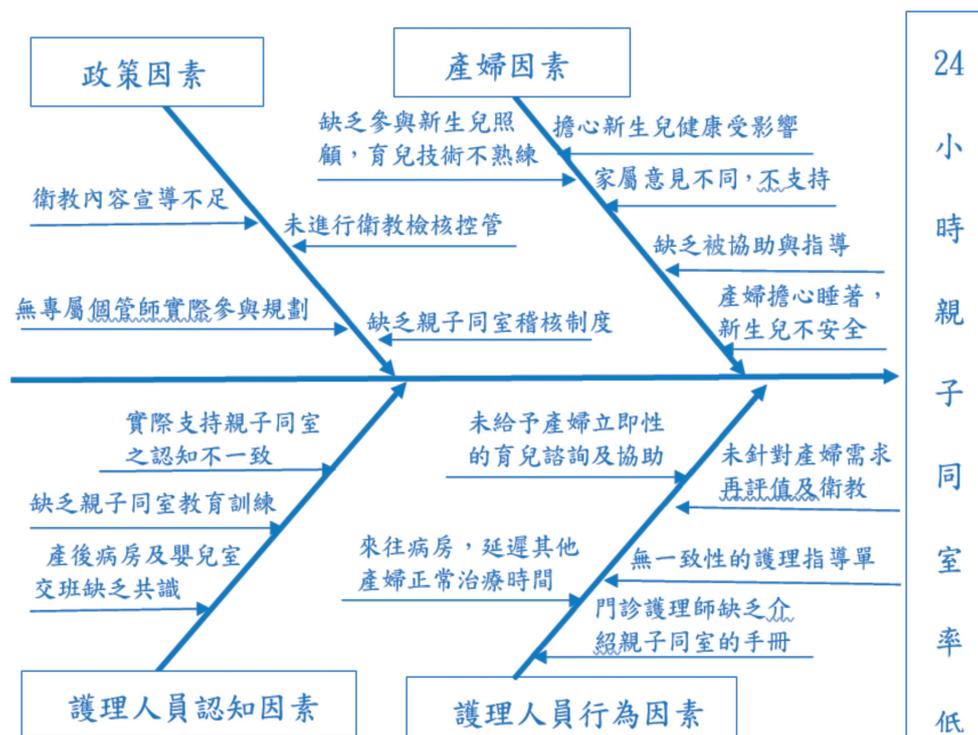
結果

一、調查問卷與介入模式與對策實施的結果

護理人員對親子同室的認知及行為、產婦、政策四大面向的原因加以整理，確定相互之間的因果關係，歸納成特性要因圖 (圖1)。決策方案與相關因素之間相互關係的矩陣表式請見表1。

同時，也分析調查問卷與本研究的介入模式與對策實施的結果，清楚呈現如下：

- (一) 針對護理人員對親子同室認知及行為進行評核，結果達100%。
- (二) 由培訓之母嬰親善個管師查核每位護理人員執行親子同室標準化步驟及流程，每月至少1次，針對錯誤予即時指正，正確率及達成率：100%。
- (三) 舉辦親子同室在職教育、進行床邊示範教學及應用護理衛教影片學習，授課後回覆示範及課後評值達100分。
- (四) 每月第一週的星期一於門診安排產前『爸爸、媽媽教室』，針對參加的74位產婦及家



圖一：親子同室率低之特性要因圖

屬進行課後滿意度調查，平均滿意度4.8分，顯示非常滿意。

- (五) 修訂『媽咪與寶寶手冊』。
- (六) 完成育嬰技術衛教影片錄製，由護理人員對產婦及家屬衛教時播放。
- (七) 在醫院和母嬰親善委員會的幫忙下，得以完成任用一名專任母嬰親善個管師，使臨床業務及稽核得以落實，大大提升照護品質及產

婦滿意度，使產婦及家屬接受執行24小時親子同室，藉由改善產婦端參與新生兒照護，使育兒技術成熟，得到產婦和家屬認同及共識。

二、親子同室執行率（2016年7月1日～7月28日）

執行親子同室的新生兒共44人，親子同室執行

表 1：24 小時親子同室率之決策矩陣圖分析

導因	解決方案	可行性	經濟性	效益性	總分	決議
行為因素		27	9	45	81	*
護理人員探視時間與新生兒作息不一致，未立即給予協助	產後即刻肌膚接觸協助及教導產婦母乳哺餵技術	37	9	45	81	*
來往病房，延遲其他產婦正常治療時間	訂定衛教指導分階段執行	35	9	45	89	
未針對產婦需求再評值及衛教	執行定期稽核	25	15	45	85	
門診護理師缺乏介紹親子同室工具	製作親子同室介紹圖片本	25	30	30	85	
認知因素		35	30	25	90	*
缺乏親子同室教育訓練	舉辦親子同室在職教育	35	30	25	90	*
親子同室認知及行為不一致	執行定期稽核	9	45	45	99	*
病房及嬰兒室交班缺乏共識	辦理在職教育	33	27	35	95	*
產婦因素		29	23	29	81	*
缺乏參與新生兒照護，技術不熟	規劃產前教育課程內容	29	23	29	81	*
擔心新生兒健康受影響，擔心新生兒健康受影響	辦理親子同室在職教育	29	27	27	83	*
家屬意見不同，不支持	鼓勵家屬參加親子教室	35	27	29	91	*
缺乏一致性衛教工具	製作衛教影片及指導手冊	35	15	35	85	*
門禁管理不善，擔心新生兒安全	申請產後病房門禁設備	40	30	25	95	*
政策因素		40	30	25	95	*
缺乏親子同室稽核制度	制定評核表及定期稽核	29	35	27	91	*
衛教內容宣導不足	辦理在職教育	35	23	35	93	*
未進行衛教檢核控管	定期監測執行率及正確率		45	27	99	*
無專屬個管師參與規劃	培訓專責母嬰親善個管師	27	9	45	81	*

（註：三段評價，5分表示必要性高、可行性高、預期效果佳；1分表示必要性低、可行性低、預期效果差，組員人數：7人，7人×5分（滿分）×3項×60% = 81分，故總分81分以上判定採行方案）

率為75%，遠高於全國和世界衛生組織的目標值以及本研究目標設定值60%。執行親子同室的目標達成率為201.07%，實施後成長率為66.07%（圖2）。

$$\text{目標達成率} = \left[\frac{|\text{改善前} - \text{改善後}|}{|\text{目標值} - \text{改善前}|} \times 100\% \right] = \frac{|45.16 - 75|}{|60 - 45.16|} \times 100\% = 201.07\%$$

$$\text{成長率} = \left[\frac{|\text{改善前} - \text{改善後}|}{|\text{改善前}|} \times 100\% \right] = \frac{|45.16 - 75|}{45.16} \times 100\% = 66.07\%$$

三、純母乳哺育率（2016年7月1日～7月28日）

由2015年的平均47.97%上升至55.88%；研究實施前後成長率 16.48%。

討論與結論

母嬰親善認證制度美意為促進成功母乳哺育，鼓勵婦女在產後即實施親子同室，以哺餵母乳並提高母乳哺餵率，在台灣、雖然有越來越多的母親在母嬰親善醫院生產，但是、24小時親子同室執行率和母乳哺育的比率並沒有大幅提升^[8]，台灣親子同室率與純母乳哺育率相較於國外仍有落差，孕產婦和環境因素無法全面且完整的解釋24小時親子同室和純母乳哺餵的比例下降^[8]。

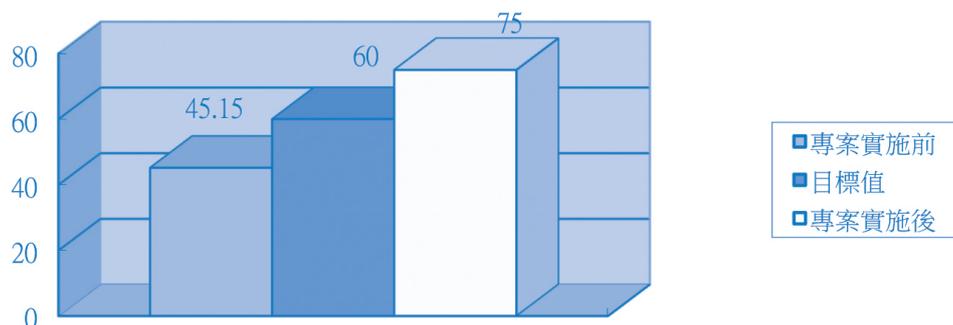
研究過程中找出非24小時親子同室率低的可能因素，經由各項對策的推行，採取相關的介入措施，提升親子同室執行率和純母乳哺育率的臨床專業照護，也因為臨床照護流程標準化，使得護理師

在工作上有清楚的角色與定位。

再者、考量婦女產前、產中、產後可能面臨很多問題，協助產婦解決母乳哺餵的困難，提昇產婦持續母乳哺餵的意願，更促進了母嬰健康^[9-10]，尤其在執行親子同室的過程中，更應顧及產婦個別不同的身心狀況，生理因素、例如母乳哺餵的、產後經歷，心理社會因素、例如母乳哺餵意願、母親的母乳哺餵自我效能和社會支持都產生相當明顯的影響力。若能鼓勵家庭成員共同提供協助，共同陪伴產後婦女哺餵階段，給予實質的援助及心理支持，當親子同室遇到挫折時能給予安慰或建議，更多的支持給打算純母乳哺餵的母親。緩解其身心壓力，將能促進母乳哺餵各項措施的落實和執行比例。

產婦於親子同室期間除了獲得護理措施協助與指導外，醫護人員若能多給予情感支持，有助於即早執行親子同室，增加產婦純母乳哺育的意願，可達到哺餵母乳的成效，24 小時親子同室與哺餵母乳可發現有其相關性與正面且重要的意義。母嬰親善醫院生產環境可推動助產專業，更促進母嬰健康^[6,11]。

本研究經親子同室的方式獲得正向認同與回饋，藉由臨床照護對策灌輸以強化親子同室的優點，親子同室執行的理念得到產婦和家屬的認同與執行。本研究結果及介入模式與對策研擬，可以提供各醫療院所在推展24小時親子同室率和純母乳哺育政策時之參考。



圖二：親子同室執行率



參考文獻

1. Hughes Driscoll CA, Pereira N, Lichenstein R. In-hospital Neonatal Falls : An unintended consequence of efforts to improve breastfeeding. *Pediatrics*. 2019; **143** : e20182488.
2. Ng CA, Ho JJ, Lee ZH. The effect of rooming-in on duration of breastfeeding : A systematic review of randomised and non-randomised prospective controlled studies. *PLoS ONE* 2019; **14** : e0215869.
3. Howard MB, Wachman E, Levesque EM, Schiff DM, Kistin CJ, Parker MG. The joys and frustrations of breastfeeding and rooming-in among mothers with opioid use disorder : a qualitative study. *Hosp Pediatr* 2018; **8** : 761-8.
4. Lai YL, Hung CH, Stocker J, Chan TF, Liu Y. Postpartum fatigue, baby-care activities, and maternal-infant attachment of vaginal and births following rooming-in. *Appl Nurs Res* 2015; **28** : 116-20.
5. 蔡碩心、楊美賞、王秀紅：親子同室之施行與婦女身心健康。護理雜誌 2016；**63**：119-25。
6. Perez-Escamilla R, Martinez JL, Segura-Perez S. Impact of the baby-friendly hospital initiative on breastfeeding and child health outcomes : A systematic review. *Matern Child Nutr* 2016; **12** : 402-17.
7. World Health Organization : Ten steps to successful breastfeeding (2018) . Available at : [http : //www.who.int/nutrition/bfhi/ten-steps/en/](http://www.who.int/nutrition/bfhi/ten-steps/en/). Accessed Aug 19, 2018.
8. Waits A, Guo C-Y, Chien L-Y. Evaluation of factors contributing to the decline in exclusive breastfeeding at 6 months postpartum : The 2011-2016 National Surveys in Taiwan. *Birth* 2018; **45**, 184-92.
9. O'Connor M, Allen J, Kelly J, Gao Y4, Kildea S. Predictors of breastfeeding exclusivity and duration in a hospital without Baby Friendly Hospital Initiative accreditation : A prospective cohort study. *Women Birth* 2018; **31** : 319-24.
10. Meedy S, Fahy K, Kable A. Factors that positively influence breastfeeding duration to 6 months : a literature review. *Women Birth* 2010; **23** : 135-45.
11. Spaeth A, Zemp E, Merten S, Dratva J. Baby-Friendly Hospital designation has a sustained impact on continued breastfeeding. *Matern Child Nutr* 2018; **14** : 1-12.

[Original Article]

Improvement of Rates of 24 Hours Rooming-in and Exclusive Breast Feeding: a Study of Baby-Friendly Hospital

Chiung-Chi Wang¹, Ya-Ju Cheng², Mei-Chi Hsu^{3*}¹ E-DA Postpartum and Babycare Center, E-DA Hospital, Kaohsiung, Taiwan² E-DA Hospital, Kaohsiung, Taiwan³ Department of Nursing, I-Shou University, Kaohsiung, Taiwan

Abstract

Purpose : Rooming-in has been associated with a mother's ability to care for newborn and enhanced a maternal–infant relationship. Rooming-in is also a key to successful breastfeeding. The percentage of our hospital that reported 24 hours rooming-in rate decreased significantly from 71.74% to 45.16%. Breastfeeding rates have decreased over the past several years. Thus, the aims of this study were to increase rates of both rooming-in and exclusive breastfeeding for improving maternal or even parental competence and provide confirmation of their readiness to provide independent care at home. **Methods :** We applied the method of project management to derive clear purposes and effective strategies for the problems above. Face-to-face interview, survey, observation, standardized audit, norm comparison and reviews of clinical practice guidelines were used to analyze and find the possible causes. Cause and effect analysis diagram and decision-making matrix were also used. **Results :** The significantly influencing factors were found and included the lack of in-service training programs focused upon rooming-in for nurses, lack of adequate knowledge of rooming-in, lack of case manager for ideal rooming-in practices, mother's inability to care for newborns, insufficient safety and security management of rooming-in ward environment, and lack of integrated audit plan for nursing care based on implementation of the rooming-in standardized procedures. The schemes for problem-solving were developed and included strategies of establishment of protocols and standards related to rooming-in, implementation of in-service training and capacity building of rooming-in, and construction and implementation of nursing audit etc. After implementing the project, the rooming-in rate increased from 45.16% to 75% which is far above the average target values of World Health Organization. The rate of exclusive breastfeeding increased from 47.97% to 55.88% in 2015. All nurses (100%) attained the required knowledge and skills of rooming-in. **Conclusions :** This study effectively improve the rates of rooming-in and exclusive breastfeeding, and established clinical guidelines of rooming-in practice. The

Received: September 26, 2019

Revised: December 19, 2019

Accepted: December 24, 2019

*Corresponding author: Mei-Chi Hsu

E-mail: hsu88@isu.edu.tw



rooming-in environment safety and professional quality of care are increased.

Key words: 24 hours rooming-in, exclusive breastfeeding, baby-friendly hospital, health promotion

[Original Article]

Regular Physical Activity and Related Correlates among Institutionalized Adults with Intellectual Disabilities

Lan-Ping Lin¹, Chung-Hui Yao², Wei-Ju Lai², Shang-Wei Hsu³,
Hui-Ting Huang⁴, Jin-Ding Lin^{2,5*}

¹ Department of Senior Citizen Care and Welfare, Ching Kuo Institute of Management and Health, Keelung, Taiwan

² School of Public Health, National Defense Medical Center, Taipei, Taiwan

³ Department of Healthcare Administration, Asia University, Taichung, Taiwan

⁴ Taiwan Adventist Hospital, Taipei, Taiwan

⁵ Institute of Long-Term Care, Mackay Medical College, New Taipei City, Taiwan

Abstract

Physical inactivity has major effects on the prevalence of noncommunicable diseases and the general health of the population worldwide. The present paper aims to describe the profile and to analyze factors associated with regular physical activity among adults with intellectual disabilities cared for in welfare institutions in Taiwan. A total of 945 questionnaires were distributed to the seven welfare institutions in Taiwan; 804 valid questionnaires were returned (response rate = 85%). Those 804 participants (59.7% were men and 40.3% were women) who provided complete data regarding regular physical activity were included in the analyses. The results revealed that 24.6% of individuals with ID performed regular physical activity throughout the week, and the main types of physical activity included walking, stretching, house cleaning, health exercise, hiking, sports, Nordic walking, and gym exercise. The multiple logistic regression analysis revealed that those individuals with ID were less likely to implement regular physical activity if they were older, underweight, had multiple disabilities, and had a severe disability level. Finally, the present study suggests that the personal limitations of adults with intellectual disabilities cared for in welfare institutions should be considered when recommending physical activity strategies.

Key words: intellectual disability, welfare institution, physical activity, health promotion

Received: April 20, 2020

Revised: May 4, 2020

Accepted: May 4, 2020

*Corresponding author: Jin-Ding Lin

Address: No.46, Sec. 3, Zhongzheng Rd., Sanzhi Dist., New Taipei City, Taiwan

E-mail: jack.lin4691@mmc.edu.tw

doi : 10.29442/HPRP.2020.07_(2)002



Introduction

Physical inactivity is now identified as the fourth leading risk factor for global mortality, and levels of physical inactivity are rising in many countries, majorly affecting the prevalence of noncommunicable diseases and the general health of the population worldwide^[1]. Compared with the general population, adults with intellectual disabilities (ID) have been shown to have a higher prevalence of obesity (38.3% vs. 28%) and morbid obesity (7.4% vs. 4.2%)^[2]. Children with ID are 40% less physically active and have spent 9% more time in sedentary activities than their normally developed peers^[3]. Adults with ID performed more sedentary time and less light physical activity (PA) than the without ID groups^[4]. It is needed to emphasize the targeted efforts to increase PA in people with ID^[5].

PA interventions have the potential to improve the health and well-being of people with ID^[6], and an integrated, well-designed PA programmes into the ID population workdays can lead to increased PA levels^[4]. A critical review revealed that PA positively affects balance, muscle strength, and the quality of life of individuals with ID^[7].

In general, physical exercise was inversely associated with not good health of adults with ID^[8]. Caton et al.^[9] suggested that adults with ID demonstrated understanding of what it means to be healthy, have a healthy diet, and the benefits of exercise. Personal and environmental factors are key components of behavioral change exercise self-efficacy in adults with ID^[10]. However, adults with ID have few PA environmental resources and opportunities available to them, especially those who do not live in group homes^[11]. The present paper aims to describe the factors associated with physical activity among adults with ID cared for in disability

welfare institutions in Taiwan.

Methods

This study used a purposive sampling method to recruit adult subjects with ID cared for in welfare institutions based on the proportion of disability institutions located in different geographic areas of Taiwan^[12]. The IRB was approved by Tri-Service General Hospital, National Dense Medical Center, Taiwan (no. 100-05-255). Due to the intellectual limitations of people with ID, the institutional caregivers responded to the survey on behalf of those with ID. A total of 945 questionnaires were distributed to the seven welfare institutions in Taiwan; 804 valid questionnaires were returned (response rate = 85%). Those 804 participants who provided complete data regarding PA were included in the analyses.

For the study, the survey materials included an introduction letter, an informed consent form, and a structured questionnaire. The data analyzed in this study included characteristics of the people with ID, including demographic characteristics (gender, age, disability type and level), body mass index (BMI: kg/m²), physical mobility, health status (chronic illnesses and medications) and regular PA. PA were defined as any bodily movement produced by skeletal muscles that requires an expenditure of energy^[13], including many outdoor activities such as walking, jogging, sports, cycling, swimming, and dancing. According to the national PA recommendations in Taiwan that suggest at exercising at least three times per week and 30 min per session. Therefore, our study defines regular PA as occurring at least three times for 30 min at a time at a moderate to vigorous and exercising throughout the week.

Data were analyzed using statistical software SPSS 20.0. The statistical methods include numbers,

percentages, means and standard deviation (SD), and ranges to describe the participant's demographic characteristics, clinical conditions, PA implementation in adults with ID. Multivariate analyses using multiple logistic regression method that yielded odds ratios (OR) and 95% confidence intervals (95% CI) were conducted to examine the factors associated with regular PA among adults with ID.

Results

Table 1 and table 2 present an overview of the demographic and clinical characteristics of institutionalized adults with ID in this study; 59.7% were men and 40.3% were women. The average age of the participants was 38.4 years (range 18–74 years). Of the study participants, 36.2% only had ID while 63.8% had ID accompanied by other disabilities

Table 1 : Demographic and clinical characteristics of people with ID (n=804)

Variable	n	%	Mean ± S.D. (range)
Gender			
Men	480	59.7	
Women	324	40.3	
Age (years)			38.4 ± 10.9 (18.0-74.3)
≤40	478	59.5	
>40	326	40.5	
Disability type			
ID	291	36.2	
ID + other disabilities	513	63.8	
Disability level			
Mild	41	5.1	
Moderate	146	18.2	
Severe	266	33.1	
Profound	351	43.7	
Physical mobility			
Independence	575	71.5	
Partial dependent	229	28.5	
BMI (kg/m²)			23.0 ± 4.9 (11.9-47.9)
Underweight	129	16.0	
Normal weight	390	48.5	
Overweight	140	17.4	
Obese	145	18.0	
Chronic diseases			
No	476	59.2	
Yes	328	40.8	
Long-term medication			
No	315	39.2	
Yes	489	60.8	

Notes:

1. ID, intellectual disability; BMI, body mass index; SD, standard deviation
2. Underweight, BMI<18.5; normal weight, BMI=18.5-23.9, overweight, BMI=24.0-26.9; obese, BMI≥27.0.

(multiple disabilities). Among the study subjects, most of them had profound (43.7%) and severe levels of disability (33.1%); 71.5% of the participants were physically independent, and 28.5% were partially dependent and needed daily physical assistance. In terms of BMI, 16% were underweight, 17.4% were overweight, and 18% were obese. Among adults with

ID, 40.8% were reported to have chronic illnesses that mainly included epilepsy (20.9%), digestive illnesses (8.1%), hypertension (6.0%), liver diseases (4.2%) and diabetes (3.4%), and 60.8% of the adults were currently taking long-term medications.

Table 3 and table 4 shows the PA of adults with ID; 90.3% of the participants performed PA more

Table 2 : Types of chronic diseases in people with ID (n=804)

Types*	n	%
Epilepsy	168	20.9
Digestive illnesses	65	8.1
Hypertension	48	6.0
Liver diseases	34	4.2
Diabetes	27	3.4
Thyroid dysfunction	19	2.4
Renal diseases	11	1.4
Cardiovascular diseases	8	1.0
Chronic respiratory diseases	6	0.7
Osteoarthritis and rheumatoid arthritis	5	0.6
Hypercalciuria	1	0.1

*Multiple choices.

Table 3 : Regular physical activity in people with ID (n=804)

Variable	n	%	Mean ± S.D. (range)
Frequency per week			4.5 ± 2.0 (1.0-15.0)
<3 times	78	9.7	
≥3 times	726	90.3	
Average duration per session			
<30 min	588	73.1	
≥30 min	216	26.9	
Regular physical activity*			
No	606	75.4	
Yes	198	24.6	

*At least three times per week and more than 30 min per physical activity.

Table 4 : Types of physical activity in people with ID (n=804)

Type*	n	%
Walking	686	85.3
Stretching	267	33.2
House cleaning	210	26.1
Health exercise	153	19.0
Hiking	112	13.9
Sports	92	11.4
Nordic (sport) walking	86	10.7
Gym exercise	81	10.1
Jogging	59	7.3
Cycling	56	7.0
Gardening	48	6.0
Aerobic exercise	35	4.4
Sit-up/push up	21	2.6
Yoga	5	0.6
Swimming	4	0.5
Other	41	5.1

*Multiple choices.

than three times per week, and 26.9% did more than 30 min of activity or exercise per session. The caregivers reported that 24.6% of the individuals with ID performed regular PA (more than three times per week and 30 min per session) throughout the week. The main types of PA included walking (85.3%), stretching (33.2%), house cleaning (26.1%), health exercise (19%), hiking (13.9%), sports (11.4%), Nordic walking (10.7%), and gym exercise (10.1%).

In multiple logistic regression analyses assessing the association between factors and regular PA in adults with ID (Table 5), model 1 indicated that those individuals with ID who were younger (aged ≤ 40 vs. >40 , OR=0.614, 95% CI=0.43-0.88), underweight (underweight vs. normal weight, OR=0.57, 95% CI=0.34-0.96), and had a greater disability level (moderate vs. mild, OR=0.456, 95% CI=0.22-0.95; severe vs. mild, OR=0.476, 95% CI=0.23-0.98; profound vs. mild, OR=0.412, 95% CI=0.2-0.86) were less likely to implement regular PA than their counterparts. After adjusting for personal health conditions, model 2 revealed that those individuals with ID who were younger (aged ≤ 40 vs. >40 , OR=0.638, 95% CI=0.44-0.92), underweight (underweight vs. normal weight, OR=0.577, 95% CI=0.34-0.97), had multiple disabilities (ID vs. multiple disabilities, OR=1.524, 95% CI=1.03-2.25) and had a greater disability level (moderate vs. mild, OR=0.428, 95% CI=0.2-0.9; severe vs. mild, OR=0.471, 95% CI=0.23-0.97; profound vs. mild, OR=0.434, 95% CI=0.21-0.91) were less likely to implement regular PA than their counterparts.

Discussion

PA has positive effects on the physical and psychosocial health of youth with ID^[14,15], and many

benefits of exercise on the cardiovascular and muscular fitness of adults with mild/moderate ID^[16]. However, many previous studies have shown that children with ID are significantly less active compared with children without disabilities^[17-20], and older adults with ID perform less physical activity than younger adults with ID and older adults without ID^[3,21]. The present study provides information regarding the association between factors and regular PA among adults with ID cared for in welfare institutions. The results revealed that 17.4% and 18% of adults were overweight and obese, respectively, and 24.6% of individuals with ID conducted regular PA and exercise (more than three times per week and 30 min per session) throughout the week. The main types of PA included walking, stretching, house cleaning, exercise, hiking, sports, Nordic walking, and gym exercise.

Our previous study in Taiwan found that 29.9% of adolescents with ID in special education schools had regular habits of PA, and the main PA included walking, sports, and jogging^[22]. Few individuals with ID met the national PA recommendations in Taiwan that suggest exercising at least three times per week and 30 min per session. Men and women who resided in community settings were similarly inactive, with 47% to 51% of individuals with ID participating in little to no leisure time PA. Forty-two to 47% of them reported participating in moderate to vigorous leisure time PA five or more times per week^[23]. Mikulovic et al.^[24] studied a French population of adults with ID who attended specialized institutions, and they found that participants practiced sports for 5.7 h/week on average and were sedentary for 21.8 h/week. Barnes et al.^[25] stated that only 23.7% of adults with ID met the recommended PA guidelines. The mean amount of moderate-to-vigorous physical activity was less than 2 h/week. The most common activities reported were

Table 5 : Multiple logistic regression analyses of regular physical activity in people with ID (n=804)

Variable (reference group)	Model 1			Model 2		
	β	OR (95% C.I.)	p-value	β	OR (95% C.I.)	p-value
Constant	-1.139	0.320		-1.222	0.295	
Gender (women)	0.096	1.101 (0.79-1.54)	0.575	0.101	1.107 (0.79-1.55)	0.557
Age (≤ 40)	-0.488	0.614 (0.43-0.88)	0.008	-0.450	0.638 (0.44-0.92)	0.017
BMI (underweight vs. normal)	-0.562	0.570 (0.34-0.96)	0.034	-0.549	0.577 (0.34-0.97)	0.039
BMI (overweight vs. normal)	0.005	1.005 (0.64-1.57)	0.984	-0.004	0.996 (0.63-1.57)	0.987
BMI (obese vs. normal)	-0.015	0.986 (0.63-1.54)	0.949	-0.029	0.971 (0.62-1.53)	0.899
Disability type (ID)	0.348	1.417 (0.97-2.07)	0.072	0.421	1.524 (1.03-2.25)	0.034
Disability level (moderate vs. mild)	-0.785	0.456 (0.22-0.95)	0.037	-0.848	0.428 (0.20-0.90)	0.025
Disability level (severe vs. mild)	-0.741	0.476 (0.23-0.98)	0.043	-0.753	0.471 (0.23-0.97)	0.041
Disability level (profound vs. mild)	-0.886	0.412 (0.20-0.86)	0.019	-0.835	0.434 (0.21-0.91)	0.028
Chronic disease (no)				-0.257	0.773 (0.52-1.15)	0.204
Long-term medications (no)				-0.062	0.940 (0.63-1.39)	0.757
Physical mobility (independence)				-0.182	0.834 (0.56-1.25)	0.380

walking (53.7%) and inside chores (42.5%). They found that biking and jogging/running was associated with a lower BMI. Self reports of playing basketball, softball, and outside chores were associated with increased moderate-to-vigorous PA.

A significant deviation from a normal weight and a lack of physical exercise are significant behavioral risks to health among people with ID^[26], even though adolescents with ID receive a balanced diet and practice sports regularly, they demonstrate a high prevalence of overweight and obesity^[27]. Golubovic et al.^[28] indicated that carefully designed and targeted PA programs could significantly influence the development of physical fitness in children with ID. Our previous study suggested that having a healthy exercise program in an institution can have positive effects on people with ID and is the most effective at decreasing body weight in those with a mild disability^[29]. Both exercise and sport-related activities seem to contribute to well-being in persons with ID^[30]. Those people with ID who lived in group homes were more likely to have access to basketball hoops, sports fields, and recreation centers than those who lived alone or with family^[11].

This study also found that age, BMI, multiple disabilities, and disability level were significantly associated with regular PA after adjusting for the personal health conditions of adults with ID. As Bodde et al.^[31] stated that many barriers to PA and exercise for adults with ID included transportation issues, financial limitations and lack of awareness of options, negative supports from caregivers and authority figures and lack of clear policies for engaging in regular activity in residential and day service programs. Peterson et al.^[32] found that participants with mild ID were more active than participants with moderate ID after controlling for age. In a 4-year longitudinal health and ID study, being female, having Down's syndrome, taking medications that cause weight gain, engaging in less moderate PA,

and drinking greater amounts of soda were associated with higher rates of obesity^[2]. Other factors such as fostering practical skills, supporting the social aspects of PA, and keeping the activities inexpensive are important enabling and reinforcing factors for PA among active persons with ID^[33].

Conclusion

Improved physical fitness and elevated skill levels gained during exercise and sport activities appear to serve as factors for increasing the perceptions of self-efficacy and social competence in persons with ID^[30]. Oviedo et al.^[34] suggest a combined aerobic, strength, and balance exercise training program is beneficial for individuals with ID. Older adults with ID may benefit from specific PA programs, adapted to their individual needs and limitations^[35]. The present study suggests that to improve the participation in PA, we should consider the personal limitations of adults with ID who are cared for in disability welfare institutions. To improve the level of PA in adults with ID, future policies can also be adopted as was suggested by Temple^[36] of understanding the barriers, enjoyment, and preference or PA among adults with ID. In this study, the author recommends ensuring that PA are manageable and perceived to be achievable; examining what attracts adults with ID to particular types of PA and exercise and what aspects of institutional participation they find reinforcing.

Acknowledgements

Funding for the research was received from the Ministry of Sciences and Technology, Taiwan, Republic of China (NSC 101-2314-B-016-026-MY3). We would also like to thank the institutional caregivers of people with intellectual disabilities who participated in the study.



Disclosure statement

No potential conflict of interest was reported by the authors.

References

1. WHO. Global recommendations on physical activity for health. Geneva: World Health Organization, 2010.
2. Hsieh K, Rimmer JH, Heller T. Obesity and associated factors in adults with intellectual disability. *J Intellect Disabil Res* 2013; **58**: 851-63.
3. Einarsson IÓ, Ólafsson Á, Hinriksdóttir G, Jóhannsson E, Daly D, Arngrímsson SÁ. Differences in physical activity among youth with and without intellectual disability. *Med Sci Sports Exerc* 2014; **47**: 411-8.
4. Oviedo GR, Tamulevicius N, Guerra-Balic M. Physical activity and sedentary time in active and non-active adults with intellectual disability: A comparative study. *Int J Environ Res Public Health* 2019; **16**: E1761.
5. Stanish HI, Curtin C, Must A, Phillips S, Maslin M, Bandini LG. Does physical activity differ between youth with and without intellectual disabilities? *Disabil Health J* 2019; **12**: 503-8.
6. Brooker K, van Dooren K, McPherson L, Lennox N, Ware R. A systematic review of interventions aiming to improve involvement in physical activity among adults with intellectual disability. *J Phys Act Health* 2015; **12**: 434-44.
7. Bartlo P, Klein PJ (2011). Physical activity benefits and needs in adults with intellectual disabilities: systematic review of the literature. *Am J Intellect Dev Disabil* 2011; **116**: 220-32.
8. Cocks E, Thomson A, Thoresen S, Parsons R, Rosenwax L. Factors that affect the perceived health of adults with intellectual disability: a Western Australian study. *J Intellect Dev Disabil* 2018; **43**: 339-50.
9. Caton S, Chadwick D, Chapman M, Turnbull S, Mitchell D, Stansfield J. Healthy lifestyles for adults with intellectual disability: knowledge, barriers, and facilitators. *J Intellect Dev Disabil* 2012; **37**: 248-59.
10. Bondár RZ, di Fronso S, Bortoli L, Robazza C, Metsios GS, Bertollo M. The effects of physical activity or sport-based interventions on psychological factors in adults with intellectual disabilities: a systematic review. *J Intellect Disabil Res* 2020; **64**: 69-92.
11. Howie EK, Barnes TL, McDermott S, Mann JR, Clarkson J, Meriwether RA. Availability of physical activity resources in the environment for adults with intellectual disabilities. *Disabil Health J* 2012; **5**, 41-8.
12. Ministry of the Interiors. (2013). The conditions of welfare service institutions for the disabled in Taiwan. <http://www.sfaa.gov.tw/u/cms/www/201306/26151219I081.xls>.
13. WHO. Physical activity. http://www.who.int/topics/physical_activity/en/.
14. Johnson CC. The benefits of physical activity for youth with developmental disabilities: a systematic review. *Am J Health Promot* 2009; **23**: 157-67.
15. Kapsal NJ, Dicke T, Morin AJS et al. Effects of physical activity on the physical and psychosocial health of youth with intellectual disabilities: a systematic review and meta-analysis. *J Phys Act Health* 2019; [in press]
16. Bouzas S, Ayán C, Martínez-Lemos, RI. Effects of exercise on the physical fitness level of adults with intellectual disability: a systematic review. *Disabil Rehabil* 2019; **41**: 3118-40.
17. Hinckson EA, Curtis A. Measuring physical activity in children and youth living with intellectual disabilities: a systematic review. *Res*

- Dev Disabil 2013; **34**: 72-86.
18. Kim JY, Yi ES. Analysis of the relationship between physical activity and metabolic syndrome risk factors in adults with intellectual disabilities. *J Exerc Rehabil* 2018; **14**: 592-7.
 19. Diaz K M. Physical inactivity among parents of children with and without Down syndrome: The National Health Interview Survey. *J Intellect Disabil Res* 2020; **64**: 38-44.
 20. Wouters M, Evenhuis HM, Hilgenkamp TIM. Physical fitness of children and adolescents with moderate to severe intellectual disabilities. *Disabil Rehabil* 2019. [in press]
 21. Dixon-Ibarra A, Lee M, Dugala A. Physical activity and sedentary behavior in older adults with intellectual disabilities: a comparative study. *Adapt Phys Activ Q* 2013; **30**: 1-19.
 22. Lin JD, Lin PY, Lin LP, Chang YY, Wu SR, Wu JL. Physical activity and its determinants among adolescents with intellectual disabilities. *Res Dev Disabil* 2010; **31**: 263-9.
 23. Draheim CC, Williams DP, McCubbin JA. Prevalence of physical inactivity and recommended physical activity in community-based adults with mental retardation. *Ment Retard* 2002; **40**: 436-44.
 24. Mikulovic J, Vanhelst J, Salleron J et al. Overweight in intellectually-disabled population: physical, behavioral and psychological characteristics. *Res Dev Disabil* 2014; **35**: 153-61.
 25. Barnes TL, Howie EK, McDermott S, Mann JR. Physical activity in a large sample of adults with intellectual disabilities. *J Phys Act Health* 2013; **10**: 1048-56.
 26. Emerson E. Underweight, obesity and exercise among adults with intellectual disabilities in supported accommodation in Northern England. *J Intellect Disabil Res* 2005; **49**: 134-43.
 27. Mikulovic J, Marcellini A, Compte R et al. Prevalence of overweight in adolescents with intellectual deficiency. Differences in socio-educative context, physical activity and dietary habits. *Appetite* 2011; **56**: 403-7.
 28. Golubovic'S, Maksimovic'J, Golubovic'B, Glumbic'N. Effects of exercise on physical fitness in children with intellectual Disability. *Res Dev Disabil* 2012; **33**: 608-14.
 29. Wu CL, Lin JD, Hu J et al. The effectiveness of healthy physical fitness programs on people with intellectual disabilities living in a disability institution: six-month short-term effect. *Res Dev Disabil* 2010; **31**: 713-7.
 30. Hutzler Y, Korsensky O. Motivational correlates of physical activity in persons with an intellectual disability: a systematic literature review. *J Intellect Disabil Res* 2010; **54**: 767-86.
 31. Bodde AE, Seo DC. A review of social and environmental barriers to physical activity for adults with intellectual disabilities. *Disabil Health J* 2009; **2**: 57-66
 32. Peterson JJ, Janz KF, Lowe JB. Physical activity among adults with intellectual disabilities living in community settings. *Prev Med* 2008; **47**: 101-6.
 33. Temple VA. Factors associated with high levels of physical activity among adults with intellectual disability. *Int J Rehabil Res* 2009; **32**: 89-2.
 34. Oviedo GR, Guerra-Balic M, Baynard T, Javierre C. Effects of aerobic, resistance and balance training in adults with intellectual disabilities. *Res Dev Disabil* 2014; **35**: 2624-34.
 35. van Schijndel-Speet M, Evenhuis HM, van Wijck R, van Empelen P, Echteld MA. Facilitators and barriers to physical activity as perceived by older adults with intellectual disability. *Intellect Develop Disabil* 2014; **52**: 175-86.
 36. Temple VA. Barriers, enjoyment, and preference or physical activity among adults with intellectual disability. *Int J Rehabil Res* 2007; **30**: 281-7.



[原著]

機構照護之智能障礙者規律身體活動與 相關因素研究

林藍萍¹、賴韋如²、姚仲徽²、徐尚為³、黃暉庭⁴、林金定^{2,5*}

¹經國管理暨健康學院高齡照顧福祉系

²國防醫學院公共衛生學系暨研究所

³亞洲大學健康產業管理學系

⁴基督復臨安息日會醫療財團法人臺安醫院

⁵馬偕醫學院長期照護研究所

摘 要

身體活動不足容易造成慢性疾病與對健康有不利之影響，本研究主要目的乃探討在身心障礙機構內，接受照顧之智能障礙者實施規律身體活動與相關因素研究。本研究以立意取樣選七家身心障礙福利機構參與本研究，主要母群為接受機構照顧之945位智能障礙者，透過其機構主要照顧者代為填答調查問卷，共有804份有效問卷（回覆率為85%），提供完整的規律身體活動相關資料以進行統計分析。研究結果顯示有24.6%的研究對象有規律身體活動習慣（每週至少三次，每次至少30分鐘以上），主要的身體活動類型包括散步、一般伸展運動、家事清潔、健康操、登山健行、打球、北歐式健走以及健身房運動。在從事規律身體活動之多變項邏輯式迴歸統計分析，發現年齡、BMI、多重障礙、身障等級為其主要影響因素。本研究建議身心障礙福利機構在推動健康促進策略時，應考量智能障礙者的個別差異因素，以利有效增加他們的身體活動。

【**關鍵詞**】智能障礙、身障福利機構、身體活動、健康促進

受理日期：109年4月20日

修改日期：109年5月4日

接受日期：109年5月4日

*通訊作者：林金定

E-mail：jack.lin4691@mmc.edu.tw

doi : 10.29442/HPRP.2020.07_(2)002

[原著]

民眾對於新型冠狀病毒肺炎防疫措施之 重要性認知與滿意程度

陳佳音¹、柯妍嬪¹、薛淑青¹、林宗憲^{1,2,3}、陳美杏^{1,2}

高雄醫學大學附設中和紀念醫院
醫品病安管理中心¹、院長室²、心臟血管內科³

摘要

目的：以重要績效分析（Importance-Performance Analysis, IPA）探討民眾對於「新型冠狀病毒肺炎，Coronavirus disease 2019, COVID-19」防疫措施之重要性認知與滿意程度。

方法：2020年3月發放問卷，回收347份，回收率達90.6%，信度：Cronbach's α 值為0.946。透過問卷所得到的各項服務品質重要度與滿意度總平均值分別為4.76與4.71作為X軸及Y軸，以建立重要績效分析的二維度矩陣的臨界值，再利用各題平均的數據，繪製出顧客服務品質需求之重要度績效矩陣圖。

結果：入口分流、量體溫、酒精乾洗手、戴外科口罩、詢問民眾「TOCC」、整體防疫措施落在第一象限「繼續保持」中，為特別重視及滿意的項目應要繼續保持；醫院門禁管制時間、住院訪客探訪時間、陪伴人數限制、慢性處方籤領藥（得來速）、停車場管制、網路與APP掛號落在第三象限「次要改善」，表示滿意度與重視度得分低於總平均，不用太過於集中資源於這些項目的改善；無任何項目落在第二象限「過度努力」及第四象限「優先改善」。

結論：本研究結果發現無任何項目落在第二象限「過度努力」及第四象限「優先改善」，可能原因為民眾對於問卷項目皆認為高重要性及高滿意度。政府和各級醫療院所很用心在宣導防疫政策，報章雜誌、新聞皆可看到有關防疫措施的宣導，所以本院實施許多防疫措施雖然對於民眾造成許多不便，但是大多數民眾皆能體諒並且配合。

【關鍵詞】 新型冠狀病毒肺炎、重要績效分析、滿意度分析、防疫措施

前言

2019年12月起，陸續在各國出現境外移入病毒性肺炎病例，該病毒屬於冠狀病毒這個大類別之下的其中一種，因此國際病毒分類委員會

（International Committee on Taxonomy of Viruses）

此前將這種病毒定名為「SARS-CoV-2」。

世界衛生組織（WHO）將造成武漢肺炎疫情的新型冠狀病毒命名為「新型冠狀病毒肺炎」，

受理日期：109年7月15日
修改日期：109年7月31日
接受日期：109年8月7日

*通訊作者：柯妍嬪
地址：高雄市三民區自由一路100號6樓醫品病安管理中心
E-mail：1080559@ms.kmuh.org.tw

doi : 10.29442/HPRP.2020.07_(2)003

Coronavirus disease 2019, COVID-19」。我國於2020年1月15日起公告「新型冠狀病毒肺炎，Coronavirus disease 2019, COVID-19」為第五類法定傳染病，並於2020年1月21日確診第1例境外移入個案，另於1月28日確診第1例本土個案，為境外移入造成之家庭群聚感染^[1]。

為因應中國大陸武漢地區肺炎疫情，我國疾病管制署於2020年1月2日發布，該疾病傳播特性仍未明，因此，控制該疫情傳染力有賴適當的感染管制措施（醫界通函第392號）^[2]。高雄醫學大學附設中和紀念醫院（以下簡稱高醫附院）為保障於院內工作的同仁及病人家屬的安全與健康，高醫附院亦做了相當多的防疫措施（表1）。

透過重要—績效分析（Importance-Performance Analysis, IPA）分析受訪者對防疫措施之滿意度與重要程度之二維策略矩陣圖；其矩陣中之象限皆可代表不同之管理意涵，使醫院可了解各項防疫措施所代表的管理意涵並對於不同的防疫措施進行適當之資源分配策略。

本研究之目的：為了解門診病患及其陪同親友對於防疫措施項目的認知，以重要績效分析（Importance-Performance Analysis, IPA）探討民眾對於「新型冠狀病毒肺炎，Coronavirus

disease 2019, COVID-19」防疫措施之重要程度與滿意程度。

材料與方法

一、研究對象及研究方法

本研究對象為門診病患及其家屬，近期因「新型冠狀病毒肺炎，Coronavirus disease 2019, COVID-19」疫情影響，門診人次降低；依據2020年2月門診人次約122,759人。以信賴區間95%進行計算，需回收約383份問卷。題目為高醫附院所實施的防疫措施，包括：入口分流、量體溫、酒精乾洗手、戴外科口罩、詢問民眾「TOCC，旅遊史（Travel history）、職業別（Occupation）、接觸史（Contact history）及是否群聚（Cluster）」、醫院門禁管制時間、住院訪客探訪時間、陪伴人數限制、慢性處方籤領藥（得來速）、停車場管制、網路與APP掛號、整體防疫等12個題目，尺度則採用李克特（Likert）五點尺度予以衡量。在重要程度方面，1到5分別代表「非常不重要」、「不重要」、「沒意見」、「重要」及「非常重要」；在滿意度方面則是「非常不滿意」、「不滿意」、「沒意見」、「滿意」及「非常滿意」、「不適用」。使用SPSS19.0進行敘述性統

表 1：高醫附院實施之防疫措施

實施日期	防疫措施項目
109年1月22日起	防疫演練
109年1月26日起	關閉院內停車場、禁止12歲以下兒童進入探視
109年1月29日起	實施入口分流、量體溫、酒精乾洗手、戴口罩
109年1月30日起	病友填寫TOCC問卷、出入院區須出示健保卡、謝絕訪客、門禁管制
109年2月3日起	慢性處方籤預約領藥「得來速」車道
109年2月17日起	視訊問診、訪客及照護者填寫TOCC問卷
109年3月2日起	防疫陪病規範新增訪客陪病時間管制
109年3月3日起	非接觸式監控設備
109年3月4日起	設置返國關懷戶外門診
109年3月5日起	口罩規範升級，禁止布置及活性碳口罩
109年3月17日起	多元掛號方式，如網路/APP掛號
109年3月25日起	防疫陪病規範升級，訪客及照顧者採實名制

計、皮爾森積差相關分析、重要績效分析矩陣散佈圖。

二、重要績效分析 (Importance Performance Analysis, IPA)

(一) 重要—績效分析 (Importance-Performance Analysis, IPA)

為 Martilla and James 於 1977 年透過郵寄問卷蒐集有關消費者對汽車產業品質績效之研究中提出，其為透過消費者對品質意識之滿意度與重要程度之二元衡量，先個別計算所有題項的「重要」與「滿意」的平均數，接著以「重要」的平均分數為 X 軸與「滿意」的平均分數為 Y 軸，繪製到二維的平面座標上，建構重要績效策略矩陣，最後以該題項的相對位置，去描述此題項的表現情形，以提供研究者（如業者、服務單位）在改善服務品質上，一個優先順序的重要資訊^[3]。

該分析方法被證實是為一項能協助管理者探索企業/組織內部待改善服務因子之有效分析工具^[4]，並被廣泛應用於多方產業績效研究之中，其中醫療產業相關如：以重要績效分析法探討醫院門診顧客關係利益之內涵，可作為醫院發展顧客關係利益時的參考^[5]；以重要績效分析法探討台灣醫師與病患對醫病關係看法之差異作為醫病溝通時的參考^[6]。

(二) 重要績效策略矩陣

重要績效策略矩陣可分成四個象限^[7、8]（圖 1），第一象限：表示受訪者對此項目的滿意度與中適度的得分高於總平均，屬於「**繼續保持 (keep UP the Good Work)**」的項目，為醫院主要市場的競爭優勢。第二象限：表示受訪者對此項目的滿意度得分高於總平均，但重視程度得分低於總平均，屬於「**過度努力 (Possible Overkill)**」，亦即醫院可能將太多資源放置在此項目上，可減少投入在此項目的資源。第三象限：表示受訪者對此項目的滿意度與重視度得分皆低於總平均，屬於「**次要改善 (Low Priority)**」，為不需立即改善的項目。第四象限：表示受訪者對此項目的滿意度得分低於總

平均，但重視度得分高於總平均，屬於「**優先改善 (Concentrate Here)**」，為醫院發展主要的劣勢，應先將資源投入至改善此項目之中。

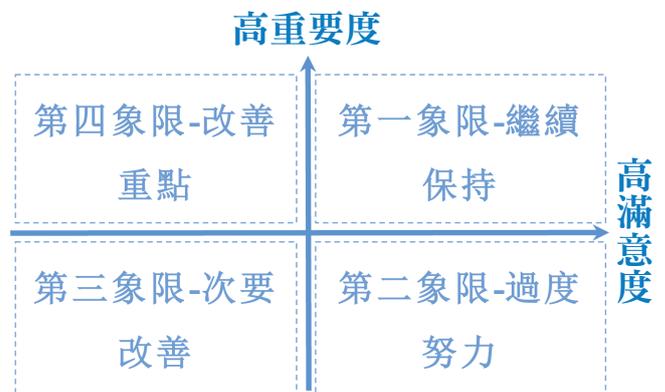


圖1：重要績效分析矩陣

三、皮爾森積差相關 (Pearson Correlation)

Matzler et al. (2004) 於研究中指出，IPA 之建立乃係根據兩項基本假設：（1）服務屬性之滿意程度與重要程度互為獨立變數；（2）單一服務屬性滿意度與整體顧客滿意度間呈現線性且對稱之影響關係^[9]，為符合此兩項基本假設，本研究在進行重要績效分析前先將各題目的滿意度與重要程度進行皮爾森積差相關 (Pearson Correlation)，確定是否呈現高度相關。

結果

本研究於2020年3月起進行發放，回收347份問卷，回收率達90.6%。信度：crombach's α 值為0.946。

一、研究對象基本屬性

研究對象以門診病患及其陪同親友為主，其中填表人為病患本人居多，佔55.81%，陪同親友佔43.31%，其他則佔0.87%。性別以女性居多，佔61.92%，男性佔38.08%。年齡已45-54歲居多，佔28.45%，其次為35-44歲，佔26.98%，最少為14歲以下歲佔0.29%。教育程度以大專以上居多，佔

64.26%，最少為不識字或未受正規教育，佔0.29%（表2）。

二、民眾對防疫措施的重要度與滿意度分析

以下有12項防疫措施針對民眾調查其重要程度與滿意程度，結果如表3、表4。

Q1「入口分流」措施：重要程度的平均值為4.865，其中有88.3%的民眾認為非常重要；滿意程度的平均值為4.822，其中有84.2%的民眾認為非常滿意。

Q2「量體溫」措施：重要程度的平均值為4.874，其中有88.2%的民眾認為非常重要；滿意程度的平均值為4.860，其中有86.8%的民眾認為非常滿意。

Q3「酒精乾洗手」措施：重要程度的平均值為4.851，其中有86.0%的民眾認為非常重要；滿意程度的平均值為4.831，其中有85.4%的民眾認為非常滿意。

Q4「戴外科口罩」措施：重要程度的平均值為4.869，其中有89.2%的民眾認為非常重要；滿意程度的平均值為4.843，其中有86.3%的民眾認為非常滿意。

Q5「詢問TOCC問題」措施：重要程度的平均值為4.813，其中有84.5%的民眾認為非常重要；滿意程度的平均值為4.769，其中有81.2%的民眾認為非常滿意。

Q6「醫院門禁管制時間」：重要程度的平均值為4.714，其中有78.4%的民眾認為非常重要；滿意程度的平均值為4.656，其中有75.9%的民眾認為非常滿意。

Q7「住院訪客探訪時間」：重要程度的平均值為4.639，其中有74.2%的民眾認為非常重要；滿意程度的平均值為4.642，其中有69.0%的民眾認為非常滿意。

Q8「陪伴者人數限制」措施：重要程度的平均值為4.672，其中有75.4%的民眾認為非常重要；滿

表 2：研究對象基本屬性

描述性統計		N	%
填表人	病患本人	195	55.81%
	陪同親友	149	43.31%
	其他	3	0.87%
性別	男	131	38.08%
	女	213	61.92%
年齡	14歲以下	1	0.29%
	15~24歲	21	6.16%
	25~34歲	54	15.84%
	35~44歲	92	26.98%
	45~54歲	97	28.45%
	55~64歲	55	16.13%
	65歲以上	21	6.16%
教育程度	不識字或未受正規教育	1	0.29%
	小學	15	4.50%
	國中	11	3.30%
	高中（職）	92	27.63%
	大專以上	214	64.26%

表 3：民眾對於防疫措施重要程度之認知

防疫措施	重要程度										平均值
	非常重要		重要		無意見		不重要		非常不重要		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Q1「入口分流」措施	302	88.3	34	9.9	6	1.8	0	0	0	0	4.865
Q2「量體溫」措施	300	88.2	37	10.9	3	0.9	0	0	0	0	4.874
Q3「酒精乾洗手」措施	294	86.0	45	13.2	3	0.9	0	0	0	0	4.851
Q4「戴外科口罩」措施	305	89.2	29	8.5	8	2.3	0	0	0	0	4.869
Q5「詢問TOCC問題」措施	288	84.5	44	12.9	9	2.6	0	0	0	0	4.813
Q6「醫院門禁管制時間」	268	78.4	56	16.4	18	5.3	0	0	0	0	4.714
Q7「住院訪客探訪時間」	253	74.2	53	15.5	35	10.3	0	0	0	0	4.639
Q8「陪伴者人數限制」措施	257	75.4	60	17.6	24	7.0	0	0	0	0	4.672
Q9「慢性處方籤領藥(得來速)」措施	259	77.1	50	14.9	27	8.0	0	0	0	0	4.685
Q10「停車場管制」措施	228	68.5	69	20.7	36	10.8	0	0	0	0	4.571
Q11「網路/APP掛號」措施	259	76.6	57	16.9	22	6.5	0	0	0	0	4.695
Q12「整體防疫措施」	300	88.0	40	11.7	1	0.3	0	0	0	0	4.877

表 4：民眾對於防疫措施滿意程度之認知

防疫措施	滿意程度										平均值		
	非常滿意		滿意		無意見		不滿意		非常不滿意			不適用	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		N	%
Q1「入口分流」措施	288	84.2	48	14.0	6	1.8	0	0	0	0	0	0	4.822
Q2「量體溫」措施	297	86.8	43	12.6	2	0.6	0	0	0	0	0	0	4.860
Q3「酒精乾洗手」措施	292	85.4	48	14.0	2	0.6	0	0	0	0	0	0	4.831
Q4「戴外科口罩」措施	295	86.3	40	11.7	7	2.0	0	0	0	0	0	0	4.843
Q5「詢問TOCC問題」措施	277	81.2	53	15.5	10	2.9	0	0	0	0	0	0	4.769
Q6「醫院門禁管制時間」	258	75.9	51	15.0	25	7.4	0	0	0	0	6	1.8	4.656
Q7「住院訪客探訪時間」	236	69.0	49	14.3	30	8.8	0	0	0	0	27	7.9	4.642
Q8「陪伴者人數限制」措施	236	69.0	51	14.9	27	7.9	0	0	2	0.6	26	7.6	4.631
Q9「慢性處方籤領藥(得來速)」措施	245	73.1	35	10.4	29	8.7	0	0	1	0.3	25	7.5	4.535
Q10「停車場管制」措施	213	63.2	53	15.7	37	11.0	0	0	2	0.6	32	9.5	4.447
Q11「網路/APP掛號」措施	246	72.8	53	15.7	25	7.4	0	0	0	0	14	4.1	4.622
Q12「整體防疫措施」	287	84.4	47	13.8	6	1.8	0	0	0	0	0	0	4.824

意程度的平均值為4.631，其中有69.0%的民眾認為非常滿意。

Q9「慢性處方籤領藥（得來速）」措施：重要程度的平均值為4.685，其中有77.1%的民眾認為非常重要；滿意程度的平均值為4.535，其中有73.1%的民眾認為非常滿意。

Q10「停車場管制」措施：重要程度的平均值為4.571，其中有68.5%的民眾認為非常重要；滿意程度的平均值為4.447，其中有63.2%的民眾認為非常滿意。

Q11「網路/APP掛號」措施：重要程度的平均值為4.695，其中有76.6%的民眾認為非常重要；滿意程度的平均值為4.622，其中有72.8%的民眾認為非常滿意。

Q12「整體防疫措施」：重要程度的平均值為4.877，其中有88.0%的民眾認為非常重要；滿意程度的平均值為4.824，其中有84.4%的民眾認為非常滿意。

三、皮爾積差相關

由圖2的落點分析圖可以看出各題目間的滿意度及重要度平均呈現線性，進一步使用皮爾森積差相關分析各題目的滿意度即重要程度的相關性，結果如表5，各題目間的滿意度及重要程度均呈現高度正相關，符合Matzler et al. (2004) 於研究中指出，IPA 之建立乃係根據兩項基本假設：(1) 服務屬性之滿意程度與重要程度互為獨立變數；(2) 單一服務屬性滿意度與整體顧客滿意度間呈現線性且對稱之影響關係。

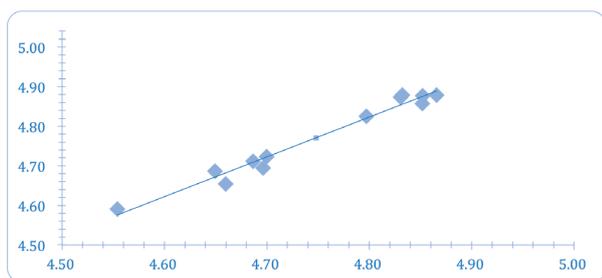


圖2：落點分析圖

四、重要績效分析結果

透過問卷所得到的各項服務品質重要度與滿意度總平均值，分別為4.76與4.71。得到各問題之平均值後，建立起「重要度績效矩陣」。利用各題平均的數據，繪製出民眾服務品質需求之重要度績效矩陣圖如圖3，入口分流、量體溫、酒精乾洗手、戴外科口罩、詢問民眾「TOCC」、整體防疫措施落在第一象限「繼續保持」中，為特別重視及滿意的項目應要繼續保持；醫院門禁管制時間、住院訪客探訪時間、陪伴人數限制、慢性處方籤領藥（得來速）、停車場管制、網路與APP掛號落在第三象限「次要改善」，表示滿意度與重視度得分低於總平均，不用太過於集中資源於這些項目的改善；無任何項目落在第二象限「過度努力」及第四象限「優先改善」。

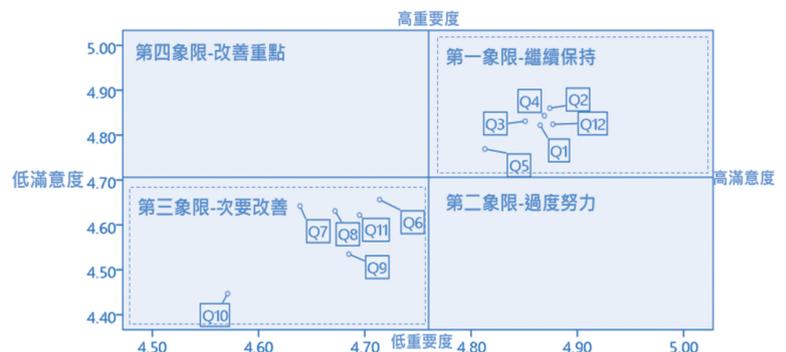


圖3：本研究重要績效矩陣圖

討論

在「新型冠狀病毒肺炎，Coronavirus disease 2019，COVID-19」爆發流行之前，台灣的醫療院所皆無強制民眾進去醫院需要做甚麼防疫措施，一切以宣導為主，故本研究之前尚未有研究針對民眾對於防疫措施的滿意程度和重要程度做調查。臺灣於2003年歷經了SARS疫情，對國內醫療及公共衛生體系亦造成極大的衝擊，更引起社會大眾動盪與不安，所以政府和醫院在防疫方面的反應非常迅速，但醫院在設置防疫篩檢站時需要投入許多人力和物力，所以必須做好合理的資源分配以避免浪費以及人力的過勞，本研究結果發現在入口分

表 5：皮爾森相關係數分析表

Pearson 相關	重要程度												
	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Q11	Q12	
滿意程度	Q1	.583**	.433**	.455**	.414**	.448**	.387**	.307**	.347**	.340**	.264**	.311**	.504**
	Q2	.514**	.569**	.618**	.541**	.514**	.389**	.357**	.368**	.455**	.365**	.447**	.630**
	Q3	.501**	.556**	.641**	.508**	.531**	.383**	.381**	.373**	.418**	.373**	.451**	.662**
	Q4	.446**	.436**	.497**	.645**	.472**	.389**	.389**	.328**	.438**	.358**	.495**	.569**
	Q5	.396**	.425**	.453**	.478**	.528**	.439**	.425**	.400**	.520**	.371**	.426**	.508**
	Q6	.355**	.291**	.358**	.300**	.387**	.580**	.608**	.554**	.625**	.479**	.446**	.341**
	Q7	.334**	.258**	.319**	.225**	.328**	.496**	.559**	.533**	.511**	.409**	.411**	.301**
	Q8	.381**	.206**	.265**	.179**	.261**	.455**	.427**	.490**	.399**	.314**	.281**	.256**
	Q9	.284**	.259**	.294**	.206**	.264**	.375**	.389**	.409**	.506**	.373**	.409**	.278**
	Q10	.209**	.186**	.256**	.161**	.229**	.361**	.352**	.308**	.407**	.522**	.381**	.212**
	Q11	.289**	.312**	.333**	.261**	.319**	.311**	.347**	.292**	.464**	.388**	.599**	.314**
	Q12	.464**	.418**	.466**	.384**	.468**	.430**	.375**	.386**	.374**	.315**	.332**	.538**

$p^* < 0.05$, $p^{**} < 0.01$

流、量體溫、酒精乾洗手、戴外科口罩、詢問民眾「TOCC」、整體防疫措施落在第一象限「繼續保持」中，可見受訪者對於此五項防疫措施的滿意程度和重要程度最高，當重大傳染病開始流行時醫院可以將人力以及資源先投入在這六項防疫措施。醫院門禁管制時間、住院訪客探訪時間、陪伴人數限制、慢性處方籤領藥（得來速）、停車場管制、網路與APP掛號落在第三象限「次要改善」，醫院不用太過於集中資源於這些項目的改善，只要維持現況即可。

結論

本研究結果發現無任何項目落在第二象限「過度努力」及第四象限「優先改善」，可能原因為民眾對於問卷項目皆認為高重要性及高滿意度。政府和各級醫療院所很用心在宣導防疫政策，報章雜誌、新聞皆可看到有關防疫措施的宣導，所以本院實施許多防疫措施雖然對於民眾造成許多不便，但是大多數民眾皆能體諒並且配合。

致謝

首先感謝第一線防疫人員，此次的「新型冠狀病毒肺炎，Coronavirus disease 2019，COVID-19」疫情嚴峻，醫療院所配合衛福部疾病管制署實施許多防疫措施，台灣可以維持一定的生活品質並且防疫效果顯著第一線的防疫人員功不可沒。本研究可以順利的進行，非常感謝中心同仁協助發放問卷，以及熱心填寫問卷的門診病患與其家屬。

參考文獻

1. 衛生福利部疾病管制署：「疾病介紹」。 <https://www.cdc.gov.tw/Category/Page/vleOMKqwuEbIMgqaTeXG8A>。引用2020/03/26
2. 衛生福利部疾病管制署：疾病管制署致醫界通函第392號。 https://www.cdc.gov.tw/Category/ListContent/wUSsVJVXn111VVTOv7_3bA?uaid=151EEqTs1J7fRBW4XF8a2Q。引用2020/03/26
3. Martilla JA, James RS. Important performance analysis. *J Mark* 1977; **41**:77-9.
4. Deng, WJ, Chen WC, & Pei W. Back-propagation neural network based importance-



performance analysis for determining critical service attributes. *Expert Syst. Appl*, 2008; **34** (2):1115-25.

5. 翁瑞宏、黃靖媛、羅萱等：以重要績效分析法探討醫院門診顧客關係利益之內涵。醫務管理期刊 2010; **11**(1): 45-61。
6. 劉彩娥、應立志、王萬琳：台灣醫師與病患對醫病關係看法之差異。醫學與健康期刊2015; **4**(2): 53-64。
7. Matzler K, Sauerwein E. The factor structure of customer satisfaction : an empirical test of the importance grid and the penalty-reward-contrast analysis. *J Serv Manag* 2002; **13**: 314-32.
8. Matzler K, Sauerwein E, & Heischmidt K A. Importance-performance analysis revisited : The role of the factor structure of customer satisfaction. *Serv Indus J*, 2003; **23**: 112-29.
9. Matzler K, Bailom F, Hinterhuber H H , et al . The asymmetric relationship between attribute-level performance and overall customer satisfaction: A reconsideration of the importance–performance analysis. *Ind Mark Manag*, 2004; **33**: 271-7.

[Original Article]

Explore the public awareness on the importance and satisfaction of the pandemic-prevention policies for COVID-19 by Importance Performance Analysis

Chia-Yin Chen¹, Yan-Pin Ke¹, Shu-Ching Hsueh¹,
Tsung-Hsien Lin^{1,2,3,4}, Mei-Hsing Chen^{1,2}

¹Quality and Patient Safety Center, Kaohsiung Medical University Hospital, Kaohsiung Medical University, Kaohsiung, Taiwan · ²Superintendent Office, Kaohsiung Medical University Hospital, Kaohsiung Medical University, Kaohsiung, Taiwan · ³Division of Cardiology, Kaohsiung Medical University Hospital, Kaohsiung Medical University, Kaohsiung, Taiwan · ⁴Department of Internal Medicine, Faculty of Medicine, College of Medicine, Kaohsiung Medical University, Kaohsiung, Taiwan

Abstract

Purpose: The study explored the public awareness on the importance and satisfaction of the pandemic-prevention policies for COVID-19 by Importance Performance Analysis (IPA).

Method: We collected 347 patients' questionnaires and overall response rate is 90.6%. Cronbach's α is 0.946. The two scores for importance and satisfaction of service quality average score were 4.771 and 4.832, respectively. Use the average data of each question to draw the importance performance matrix of service quality.

Results: Six items in the first quadrant (Keep Up the Good Work) included inlet diversion, body temperature measurement, alcohol disinfection, wearing surgical masks, asking about TOCC, overall anti-epidemic measures. Six items in the third quadrant (Low Priority) included entry time control, inpatient visiting time control, accompanying-person numbers limit, Drive-thru strategy for chronic illnesses medicine, parking lot control, internet/APP registration. No item falls in the second quadrant (Possible Overkill) and the fourth quadrant (Concentrate Here).

Conclusion: No item falls in the second quadrant (Possible Overkill) and the fourth quadrant (Concentrate Here). The possible explanation is that the questions in the questionnaires are of high importance and high satisfaction. The government and medical institutions at all levels are very concerned with the promotion of anti-epidemic policies, newspapers, magazines, and news, so although many of the measures have been put into effect, most of the public can understand and cooperate.

Key words: COVID-19, Importance Performance Analysis , IPA, Satisfaction analysis , Anti-epidemic measures

Received: July 15, 2020
Revised: July 31, 2020
Accepted: August 7, 2020

*Corresponding author: Yan-Pin Ke
E-mail: 1080559@ms.kmuh.org.tw

doi : 10.29442/HPRP.2020.07_(2)003



[原著]

職業復健方案中運用工作行為評估工具之 心理計量驗證

李靜媛^{1、2}、張盛堂²、張育彰¹、葉啟信³、周佳燁^{4、*}

¹基督復臨安息日會醫療財團法人臺安醫院身心科

²耕莘醫療財團法人耕莘醫院精神科

³耕莘醫療財團法人耕莘醫院復健科

⁴天主教輔仁大學醫學院職能治療學系

摘 要

目的：本研究針對「工作行為衡量表（Work Behavior Inventory, WBI）」用於精神病患參與產業治療工作表現評估工具之心理計量特性進行驗證。

方法：以新北市一家綜合醫院精神科日間病房學員為對象，主要使用WBI，並佐以手功能評估工具、工具性日常生活評估工具及工作適應評估工具，來驗證其相關性。並納入認知評估工具來檢視基礎性及高功能認知功能之執行能力。再使用精神與情緒狀態之評估工具，了解精神及情緒狀態對工作表現之影響。

結果：WBI無顯著天花板及地板效應，內在一致性及再測信度皆達到.70之標準。在效度方面，WBI可由其與手功能測驗之顯著相關性及與工具性日常生活功能評量、尤其在活動參與頻率方面呈現顯著相關。

結論：本研究顯示WBI為一具有可接受範圍信效度之工作行為能力評量工具，可做為研究與臨床評估工具之選擇。

【關鍵詞】精神疾病，職業復健，工作行為，評估工具，心理計量特性

前言

根據內政部一百零八年身心障礙者統計，全國領有身心障礙手冊之人數達1,186,740人，其中慢性精神病患者為129,885人，佔所有障礙類型中第四名、總人數之10.9%，並持續攀升中^[1]。再則，因精神疾病之污名化，使精神病患常有就業上的困難，

即使本身仍具備謀生能力，亦難被就業市場所接受。由此可知身心障礙者人數之龐大與弱勢，極需就業輔導或職業復健相關之協助與服務。

在我國勞動部「108年身心障礙者促進就業業務概況表」統計中發現，接受支持性就業之身心障礙人數為4,805人、庇護性就業2,111人、職業訓練

受理日期：109年7月16日

修改日期：109年8月10日

接受日期：109年8月10日

*通訊作者：周佳燁

地址：242304新北市新莊區中正路510號

E-mail：choucygloria2007@gmail.com

doi : 10.29442/HPRP.2020.07_(2)004

1,818人，其中在職業訓練結訓後就業者為922人^[2]。此數據顯示，雖然過去有許多學者研究認為精神病患若獲得合適之工作，可促進其經濟獨立、提高自尊及整體功能，且職業復健亦可提升精神病患者的執行功能，有效改善其負性症狀及生活品質，但身心障礙者仍有極大比例重返職場有困難。而此困難除了疾病症狀影響外，尚可能因藥物副作用、個人信念、功能退化及環境支持等因素導致其難以進入或重返工作^[3-7]。因此，精神病患雖有就業服務之需求，但常因多重因素影響，導致無法順利回歸就業職場。然而，即使精神病患在接受就業服務前先提供職業訓練，其成功就業之比例仍顯不佳，顯示精神病患所接受之職業訓練方案是否真能有效改善其就業困難因素，端看職業訓練方案是否符合精神病患需求。

在國內，除了政府機關有針對身心障礙者提供工作訓練計畫之外，許多精神復健單位亦會依據精神病患的職業性向提供不同之職業復健方案，包括：生產性、文書類、技術性及服務性工作等，以培養精神病患正確的工作態度及工作習慣，並習得適當之工作技能與社交互動能力。且在精神復健單位內提供職業復健方案除了可提升精神病患之工作表現外，尚可提供其他專業支持，提升精神病患之認知與社會功能^{[4][8]}。而不同類型之職業復健方案除了可符合精神病患不同之職業性向外，亦可針對其有興趣之職業，改善或加強其工作表現。換言之，設計合適的職業復健方案可強化精神病患之工作技能，提升其就業機會^[6]。

鄭南鵬與褚增輝學者發現，從事職業復健方案可有效提升思覺失調症患者之整體工作行為表現^[9]。其中產業治療即對於無法在社區中就業之精神疾病患者提供了可從事工作的機會。產業治療也可能在職前準備及就業支持方面扮演重要的角色，因為產業治療提供個案在有專業人員支持的環境之下維持規律、有秩序的團體生活，避免社會孤立，並藉由個案之生產力提升其自尊，以及對於從事勞務工作以獲取工作慰勞金，建立個案之金錢管理能力

^[10]。除了可訓練精神病患一般的工作行為外，產業治療亦可提升其手部功能、認知功能、心理社會功能及改善負性症狀^{[4][9]}。然而，精神復健單位所提供之產業治療是否確實能有效提升精神病患的工作行為，其成效有賴具有信效度的評估工具來驗證。

過去有許多研究針對精神病患的工作行為使用評估工具進行整體性評估；其中，「工作行為衡量表（Work Behavior Inventory, WBI）」即可用以評估諸多可能造成精神病患無法從事工作之困難，包括：症狀影響、人際關係、情緒調適與認知缺損等^{[3-4][7][11-13]}。此量表在吳明宜與汪翠澄學者的研究中顯示，具備了良好的施測者間信度和內部一致性。由此初步資料顯示，WBI具有潛在價值可作為了解精神病患工作行為之評量工具。然而，此評量工具信效度之心理計量特性，是否足以提供研究與臨床醫療人員選擇與使用尚待更進一步地驗證^[14]。

本篇研究目的即欲針對WBI之基本特性、信度與效度進行驗證，包括天花板及地板效應、再測信度、內在一致性、及收斂效度。用以了解WBI是否可用於評量精神病患從事產業治療時工作行為之適用評估工具。

材料與方法

一、接受試驗者標準及數目

本研究以新北市一家綜合醫院精神科日間病房50名學員為對象。因本篇研究所指產業治療活動係指從事零件組裝以及包裝為主之生產性工作，在職能治療人員將任務拆解後至少需可理解產業工作指令並執行拿取一組（包）裝一傳送此三個手部操作步驟，才能從事產業治療活動，故研究對象須符合下列收案條件：(1)診斷符合ICD-9診斷碼為295、296，診斷名稱為思覺失調症及情感性思覺失調症等；(2)發病時間達半年以上，有規則服藥且病情穩定；(3)可完成三個步驟之任務者；(4)可從事產業治療活動者。

且為避免在執行任務時操作表現受非心理疾病之因素影響或因無法理解操作指令難以執行任

務，亦排除以下條件：(1)有物質濫用情形；(2)有嚴重生理疾病者；(3)無法理解、配合施測者。在50位學員中共有30位同意參與此研究，其中1位診斷不符合收案標準、另有2位因疾病因素辦理出院而退出本研究計畫，因此收案人數共計27位。

二、試驗設計及進行方法

本研究主要之評估工具為WBI，並使用普渡插板測驗 (Purdue Pegboard Test, PPT)、溝槽插板測驗 (Grooved Pegboard Test, GPT)、奧康納鏢子使用靈巧度測驗 (O'Connor Tweezer Dexterity Test, OTDT)、芙蘭切活動量表 (Frenchay Activity Index, FAI) 及華人工作適應量表 (Chinese Work Adjustment Inventory, CWAI)，來驗證與WBI在手部功能、工具性日常生活功能及心理社會功能之相關性。同時，以下評估工具亦皆納入施測工具：

認知功能的表現是職業復健成功與否的指標^[13]；而簡短智能測驗 (Mini-Mental State Examination, MMSE) 與威斯康新卡片分類測驗 (Wisconsin Card Sorting Test, WCST) 即常被用來檢視精神病患之基礎性認知能力及高功能認知功能之執行能力，故將以此兩項評估工具驗證其認知功能之相關性。另外，精神病患的精神及情緒狀態亦可能會影響其工作表現，貝氏憂鬱量表 (Beck Depression Inventory, BDI) 即在檢視精神病患之情緒狀態；而臨床整體評估表 (Clinical Global Impression, CGI) 則可加以評估精神病患之精神狀態，故用以驗證其情緒狀態及症狀影響之相關性。

WBI內容包含四個面向，即：一般行為 (包括：儀容衛生、基本禮儀、出席率、準時性與異常行為)、人際互動 (包括：合作性、請求協助、遵從指示與接受指導)、工作態度 (包括：工作動機、主動性、情緒穩定、專注力、注意細節、持續度、挫折忍受度、負責任與工作回報) 及工作技能 (包括：理解力、學習適應、工作速度、工作彈性、時間管理、職場安全、工具維護與工作品質)，共26個與工作相關之重要行為項目^[14]。

PPT為評估工作者在組裝零件時的手部粗 / 細動作靈巧度及協調性之工具，測驗項目分為右手、左手、雙手與組合四項，過去研究指出其用於思覺失調症患者之再測信度達中度至良好^[15]；GPT的測驗項目分為慣用手與非慣用手，可用於了解個案之掌內操作能力；而OTDT則是使用工具執行操作性任務，以了解個案手部精細動作與動作控制等工作能力。

FAI是種以自填或訪談形式進行，為評估個案執行工具性日常生活活動參與頻率以及執行困難度之主觀性問卷。

CWAI也是以自填方式進行之問卷，從工作能力與態度、工作滿意及人格特質三個向度，以評量已具工作經驗之工作者的工作適應程度。並且此測驗工具係在獲得心理出版社同意下使用於本研究中。

MMSE主要用於評估定向能力、注意力與算術能力、立即與短期記憶、語言能力、視覺空間能力等認知功能；WCST主要是評估認知功能之抽象分類的的能力以及概念形成與轉換的能力，測驗的結果與計劃能力的彈性以及計劃組織能力有關^[16]。

BDI被設計用來評估個體之憂鬱程度；CGI則適用於評估心理疾病患者臨床狀況隨治療時間推移，其症狀嚴重度與改善程度之改變。

三、研究流程

本研究在取得人體試驗委員會許可以及受試者同意後，由研究者透過病歷紀錄蒐集個案基本資料後，由受過專業訓練之職能治療人員在進行WBI、PPT、GPT、OTDT、FAI、CWAI、MMSE、WCST、BDI、以及CGI之評估。並在初次評估後兩週再次對WBI、CWAI、MMSE、以及CGI進行第二次評估。

四、統計分析

本研究使用SPSS17.0版統計軟體進行統計分析。為避免評估工具計分量尺範圍不夠廣泛，造成

得分過於高估或低估受試者能力，將WBI計算各分項得分最高與最低分人數占總人數之比例以20%作為判斷其天花板及地板效應之標準^[17]。信度方面，以Cronbach's α 及組間相關（Intraclass Correlation Coefficients, ICC），驗證內在一致性與再測信度，並將判斷標準設於.70。而收斂效度方面，因樣本數較小，故本研究之相關性分析方法採無母數之Spearman correlation coefficients 進行分析，判斷標準為0.35-0.75。

結果

本研究收案對象包含12位男性（44.4%）及15位女性（55.6%）；教育程度為高中職畢業者居多（33.3%），大學畢業者次之（22.2%），專科畢業者再次之（14.8%）；診斷以思覺失調症為主（77.7%），其次為情感性思覺失調症（14.8%）及情感性精神病（7.4%）。

本研究結果顯示，WBI在一般行為、人際互動、工作態度及工作技能各向度及總分最高及最

低分之人數比例皆未達總人數之20%，無顯著之天花板及地板效應。且各向度之內在一致性（internal consistency）分別為0.745、0.878、0.913及0.940，均達到可接受的.70之標準；而再測信度（test-retest reliability）部分則分別為0.901、0.914、0.920及0.923，亦皆達到可接受的.70之標準而符合要求（表一）。

WBI第一次施測總分平均值與CGI之疾病嚴重程度及進步程度之相關性未達顯著相關（ $p>.05$ ）；WBI第一次施測時各向度及總分平均值與BDI之相關性亦未達顯著相關（ $p>.05$ ）；而與MMSE相關性除一般行為（ $r=0.486, p<.05$ ）外，其他各項度均未達統計顯著水準（ $p>.05$ ）（表二）。

WBI中除一般行為向度外，其餘向度分數都與WCST之部分計算的分數有達顯著相關，尤其在人際互動、工作態度及工作技能向度與WCST答對題數（ $r=0.642, r=0.490, p<.01$ ； $r=0.452, p<.05$ ）、連對3題以上總和（ $r=0.604, r=0.505, p<.01$ ； $r=0.457, p<.05$ ）及連對3題以上總和百分比（ $r=0.572, p<.01$ ； $r=0.462, r=0.446, p<.05$ ）等項目

表 1：WBI^a 於第一次施測各向度之天花板效應、地板效應與信度（N=27）

	地板效應		天花板效應		內在一致性	再測信度 組內相關
	人數	人數比例(%)	人數	人數比例(%)		
一般行為	0	0	3	11.111	0.745	0.901
人際互動	0	0	2	7.407	0.878	0.914
工作態度	0	0	1	3.704	0.913	0.920
工作技能	1	3.704	1	3.704	0.940	0.923

^aWBI=工作行為衡量表（Work Behavior Inventory, WBI）

表 2：WBI^a 各向度與 CGI^b、BDI^c 及 MMSE^d 於第一次施測之相關係數（N=27）

	WBI各向度分數					總分平均值
	一般行為	人際互動	工作態度	工作技能	總分	
CGI疾病嚴重程度						-0.27
CGI疾病進步程度						-0.077
BDI	-0.028	-0.085	-0.059	0.032	-0.01	0.046
MMSE總分	0.486*	0.104	0.213	0.213	0.322	0.358

* $P<.05$ ** $P<.01$

^aWBI=工作行為衡量表（Work Behavior Inventory, WBI）

^bBDI=貝氏憂鬱量表（Beck Depression Inventory II, BDI）

^cCGI=臨床整體評估表（Clinical Global Impression, CGI）

^dMMSE=簡短智能測驗（Mini-Mental State Examination, MMSE）

均達顯著相關（表三）。

WBI與手部功能評估的GPT各項次分數之相關性均未達統計顯著水準；與OTDT除了人際互動向度 ($r = -0.395, p < .05$) 外，其他向度亦未達統計顯

著水準；但與PPT多種次分數之相關性達統計顯著水準，尤其與"右手+左手+雙手"總合之分數皆達統計上顯著相關 ($r = 0.392, p < .05$)（表四）。

WBI與FAI困難程度之計分亦皆無達統計上顯

表 3：WBI^a 各向度與 WCST^e 於第一次施測之相關係數 (N=27)

WCST各項目	WBI各向度總分平均值				
	一般行為	人際互動	工作態度	工作技能	總分
教育程度	0.039	-0.059	-0.171	0.027	-0.027
測驗使用張數	0.081	-0.385*	0.046	-0.257	-0.083
答對總題數	0.336	0.642**	0.490**	0.452*	0.499**
答錯總題數	-0.188	-0.641**	-0.257	-0.421*	-0.374
答錯百分比	-0.158	-0.592**	-0.217	-0.365	-0.322
題目記P數量	-0.167	-0.583**	-0.255	-0.38	-0.322
題目記P百分比	-0.154	-0.586**	-0.27	-0.394*	-0.325
答錯記P數量	-0.161	-0.583**	-0.263	-0.382*	-0.331
答錯記P百分比	-0.155	-0.581**	-0.274	-0.389*	-0.332
答錯沒記P數量	0.009	-0.35	0.093	-0.233	-0.141
答錯沒記P百分比	0.001	-0.328	0.078	-0.227	-0.145
連對3題以上總合	0.24	0.604**	0.505**	0.457*	0.488**
連對3題以上總合百分比	0.209	0.572**	0.462*	0.446*	0.454*
完成分類數	0.125	0.434*	0.168	0.204	0.241
完成第一分類所使用卡數	-0.151	-0.313	-0.304	-0.118	-0.216
連對5題後錯誤次數	0.151	0.5443*	0.277	0.262	0.283

* $P < .05$ ** $P < .01$

^aWBI=工作行為衡量表 (Work Behavior Inventory, WBI)

^eWCST=威斯康新卡片分類測驗 (Wisconsin Card Sorting Test, WCST)

表 4：WBI^a 各向度與 PPT^f、GPT^g 及 OTDT^h 於第一次施測之相關係數 (N=27)

PPT各分項平均值	WBI各向度總分平均值					總分平均值
	一般行為	人際互動	工作態度	工作技能	總分	
右手	0.296	0.496**	0.333	0.478*	0.398*	
左手	0.311	0.413*	0.372	0.348	0.332	
雙手	0.24	0.348	0.367	0.424*	0.321	
右手+左手+雙手	0.33	0.483*	0.393*	0.453*	0.392*	
組合	0.323	0.412*	0.314	0.37	0.332	
GPT						
右手總分	-0.237	-0.37	-0.131	-0.3	-0.217	-0.252
左手總分	-0.138	-0.288	-0.039	-0.26	-0.149	-0.15
OTDT						
完成時間(秒)	-0.172	-0.395*	-0.242	-0.336	-0.293	-0.282

* $P < .05$ ** $P < .01$

^aWBI=工作行為衡量表 (Work Behavior Inventory, WBI)

^fPPT=普渡插板測驗 (Purdue Pegboard Test, PPT)

^gGPT=溝槽插板測驗 (Grooved Pegboard Test, GPT)

^hOTDT=奧康納錐子使用靈巧度測驗 (O'connor Tweezer Dexterity Test, OTDT)

著水準的相關，但與頻率之計分皆達統計上顯著水準的相關 ($r=0.658, p<.01$) (表五)。而WBI與CWAI之相關性則均未達統計顯著水準 ($p>.05$)。

討論

本研究是在職業復健方案中主要運用WBI，並佐以其他相關評估工具進行工作行為評估工具之心理計量驗證。除了無顯著地板及天花板效應以外，WBI之內在一致性及再測信度皆達到可接受的.70之標準，顯示WBI為可重複測量、具有可接受信度之評量工具。

整體來說，WBI之效度分析雖無直接與CWAI顯示預期應有之顯著性相關，但可由WBI各面向及總分，分別和手功能測驗及需具較高功能之工具性日常生活功能活動之評量尤其在其參與頻率方面呈現統計顯著水準之相關性，顯示WBI亦具有可接受之收斂效度。

尤其，本研究之結果顯示，WBI與WCST中有多項次分數達高度相關性，其代表在執行產業治療時，執行功能對於個案之工作行為極具影響力。包括個案在執行工作任務時需要有彈性的認知，以思考、計畫如何操作物件，並適時的轉換注意力、控制自己的行為反應，以及記得所要執行之工作等，才能表現出適應性行為。

在手部功能方面，WBI與GPT及OTDT各項次分數之相關性均未達統計顯著水準，但與PPT多種次分數之相關性達統計顯著水準，尤其與“右手+左手+雙手”項目之分數皆達統計上顯著相關，此結果與本研究中受試者所從事之坐姿下靜態工作任務多需具有高度手部協調能力之工作內容特性

有關。且“左手”相較於“右手”較少達統計顯著相關性，顯示本研究之資料符合一般實際左手多為非慣用手，相較於右手較非關鍵性影響工作能力之情形。過去類似的研究發表亦顯示，精神病患的手部靈巧度會直接影響其工作效能，包括手部精細動作、協調性、操作速度與工具使用的能力等^[18]。而PPT、GPT及OTDT即是常被用於測驗精神病患手部功能的評估工具。其中，PPT主要用於測量單側及雙側之手部精細動作及協調能力；GPT可評估精神病患之掌內操作能力，而OTDT則可測量手部精細動作與動作控制能力。

與工具性日常生活功能表現之相關性驗證方面顯示，工具性日常生活活動之能力也與職業功能有關，FAI即適用於了解個案工具性日常生活活動之參與頻率以及執行之困難度。因本研究中之受試者持續參與產業治療活動已達一定程度之工作能力，藉由WBI與FAI相關之統計分析結果可顯示出對受試者而言，其關鍵的差異取決於在真實生活中需與外在環境或人際互動要求較高之工具性日常生活活動中是否有較高的參與頻率、而非取決於所需的相關能力。

然而，WBI與BDI之相關性均未達統計顯著水準，此結果與過去研究顯示產業治療可改善精神病患者之負性症狀並不一致，可能是因受試者已在自主意識下規律參與職業復健訓練，且有工作慰勞金做為回饋，故其工作性行為可能普遍較不受憂鬱與否或其程度影響。受試者之工作行為亦不受臨床症狀與基礎性認知功能影響，可能是因本研究之受試者皆已處於較穩定狀態或彼此之症狀及認知功能表現程度相近之故。而WBI與CWAI未達統計相關，

表 5：WBI^a 各向度與 FAIⁱ 頻率及難度於第一次施測之相關係數 (N=27)

FAI	WBI各向度總分平均值				
	一般行為	人際互動	工作態度	工作技能	總分
頻率	0.467*	0.568**	0.465*	0.732**	0.658**
難度	0.097	0.1	-0.029	0.113	0.06

* $P<.05$ ** $P<.01$

^bWBI=工作行為衡量表(Work Behavior Inventory,WBI)

ⁱFAI=芙蘭切活動量表(Frenchay Activity Index,FAI)



則可能是因兩種評估工具施測方式不同，一為治療師評估而另一為自評量表，亦或是因樣本數過小所造成。除收案樣本數過小造成研究偏誤外，本研究亦可能因收案對象之故，難以將研究結果推論至其他族群。

結論

整體而言，本研究顯示WBI可為一具有可接受範圍之信度與效度之工作行為能力之評量工具，可做為研究與臨床評估工具之選擇。尤其可用於了解精神病患者執行產業治療活動之手部精細功能及協調性，以及高階認知功能中執行功能之表現，以追蹤其參與產業治療活動之成效。且本研究結果亦顯示當精神病患者參與越多工具性日常生活活動，其職業功能亦可提升。

然而本研究仍有樣本數過小以及限定收案對象之限制，因此，建議未來可增加研究樣本數，或對於實際已在社區中從事工作之精神病患進行進一步之研究。

致謝

感謝吳明宜及汪翠滢老師同意使用工作行為衡量表，以及耕莘醫院人體試驗委員會通過研究許可(CTH-103-2-5-024)並提供專題研究(CTH-104-1-2A23)經費之補助，使本研究得以順利完成。

參考文獻

1. 內政部統計處：身心障礙者人數按季。
<https://dep.mohw.gov.tw/DOS/lp-2976-113.html>。引用2020/06/01。
2. 勞動部：全國辦理身心障礙者促進就業業務概況表。
<https://www.mol.gov.tw/statistics/2462/19476/19049/>。引用2020/06/01。
3. Anthony F Lehman, Richard Goldberg, Lisa B Dixon, et al. Improving Employment Outcomes for Persons With Severe Mental Illnesses. Arch Gen Psychiatry 2002; **59**: 165-72.
4. Danielle Soares Bio, Wagner Farid Gattaz. Vocational Rehabilitation Improves Cognition and Negative Symptoms in Schizophrenia. Schizophr Res 2011; **126**: 265-9.
5. Wu HC, Wu CK, Hsh CY. Predicting Satisfaction with Vocational Rehabilitation Programs for Psychiatric Patients. Journal of Taiwan Occupational Therapy Research and Practice 2008; **4**: 83-92.
6. 張自強、施彥卿、陳昭文等：綜合醫院實施精神障礙者職業復建方案之成效探討。慈濟醫學雜誌 2004；**16**：51-57。
7. 林幸台、邱滿艷、張千惠、柯天路、張自強：台北縣精神障礙者就業需求調查。臺灣職能治療研究與實務雜誌 2007；**3**：82-93。
8. Hector W H Tsang, Ashley Chan, Alvin Wong, Robert Paul Liberman. Vocational Outcomes of an Integrated Supported Employment Program for Individuals With Persistent and Severe Mental Illness. J Behav Ther Exp Psychiatry 2009; **40**: 292-305.
9. 鄭南鵬、褚增輝：勞務性工作訓練對慢性精神分裂症病患治療成效之探討。中華民國職能治療學會雜誌 1994; **12**: 59-68。
10. J S G Wells. Hospital-based Industrial Therapy Units and the People Who Work Within Them - An Irish Case Analysis Using a Soft-Systems Approach. J Psychiatr Ment Health Nurs 2006; **13**: 139-47.
11. 范珈維、張彧、潘瓊琬：精神障礙者重返工作之因素探討：文獻回顧。臺灣職能治療 研究與實務雜誌 2007；**3**：61-71。
12. 林淑鈴、吳廷芳、潘瓊琬、林幸台、林本堂、呂明憲：影響庇護工作坊之精神分裂症患者工作行為的因素。中華心理衛生學刊 2013；**26**：189-214。
13. Morris D Bell, Gary Bryson. Work Rehabilitation in Schizophrenia : Does Cognitive Impairment Limit Improvement ? Schizophr Bull 2001; **27**:

269-79.

14. 吳明宜、江翠滢：工作行為衡量表的研發與心理計量初探。職能治療學會雜誌 2005；**23**：74-86。
15. Lee P, Liu CH, Fan CW, Lu CP, Lu WS, Hsieh CL. The test-retest reliability and the minimal detectable change of the Purdue pegboard test in schizophrenia. J Formos Med Assoc 2013; **112**: 332-37.
16. David L. Braff, Robert Heaton, Julie Kuck, et al. The Generalized Pattern of Neuropsychological Deficits in Outpatients With Chronic Schizophrenia With Heterogeneous Wisconsin Card Sorting Test Results. Arch Gen Psychiatry 1991; **48**: 891-98.
17. Uttl B. Measurement of Individual Differences : Lessons from Memory Assessment in Research and Clinical Practice. Psychological Science 2005; **16**: 460-7.
18. 李淑君、賴冠宇、李柏森：社區復健中心精神病人手部靈巧度與工作表現關係之探討。臺灣職能治療研究與實務雜誌 2011；**7**：97-105。



[Original Article]

Psychometric Validations of the “Work Behavior Inventory and the Preliminary Testing” used in Vocational Rehabilitation.

Ching-Yuan Lee^{1,2}, Shang-Tang Chang², Yu-Chang Chang¹,
Kai-Shun Yip³, Chia-Yeh Chou^{4,*}

¹Department of Psychiatry, Taiwan Adventist Hospital, Taipei, Taiwan

²Department of Psychiatry, Cardinal Tien Hospital, New Taipei City, Taiwan

³Department of Rehabilitation, Cardinal Tien Hospital, New Taipei City, Taiwan

⁴Department of Occupational Therapy, College of Medicine, Fu-Jen Catholic University,
New Taipei City, Taiwan

Abstract

Objective: This study validates the psychometric characteristics of the Work Behavior Inventory (WBI) used to evaluate the performance of mental patients participating in industrial therapy.

Methods: The patients in the psychiatric day wards of a general hospital in New Taipei City were used as the target, mainly using WBI, with hand function assessment tools, instrumental daily life assessment tools and work adaptation assessment tools to verify their relevance. It also incorporates cognitive assessment tools to examine basic and high-functional cognitive functioning. Then use mental and emotional state assessment tools to understand the impact of mental and emotional states on work performance.

Results: WBI had no significant ceiling and floor effects, and the internal consistency and retest reliability reached the standard of .70. In terms of validity, WBI can be significantly correlated with its hand function test and instrumental daily life function evaluation, especially in terms of activity participation frequency.

Conclusion: This study shows that WBI is a work performance assessment tool with acceptable range of reliability and validity, and can be used as a choice for research and clinical assessment tools.

Key words: Mental Disorders, Vocational Rehabilitation, Working Performance, Assessments, Psychometric Properties

Received: July 16, 2020
Revised: August 10, 2020
Accepted: August 10, 2020

*Corresponding author: Chia-Yeh, Chou
E-mail: choucygloria2007@gmail.com

doi : 10.29442/HPRP.2020.07_(2)004

[簡報]

手術室護理師術前訪視改善專案之成效

李旻燕¹、蘇郁庭¹、侯雅萍^{1,*}高雄市立小港醫院（委託財團法人私立高雄醫學大學經營）護理部¹

摘要

目的：術前訪視是醫院照護品質重要指標，當病人不瞭解手術訊息，產生阻抗影響手術進行，本專案目的在提升手術室護理師術前訪視執行率，讓病人充分瞭解手術情形進而順利完成手術治療。2016年6-8月間手術室護理師術前訪視執行率僅55%，分析原因為白班護理師加班工作繁忙無法如期完成術前訪視、擔心專業知識不足無法回答病人問題、缺乏術前訪視護理衛教作業規範之教育訓練、手術前訪視會談紀錄單規範不完整、無稽核制度、術前訪視的時段影響病人休息及缺乏衛教指導之輔助工具。**方法：**運用改善策略強化專業知識與溝通技巧舉辦教育訓練課程、術前訪視案例經驗分享、透過修訂手術前後訪視會談紀錄單、修訂術前訪視時段及修訂術前訪視職責改由小夜班護理師執行、設計術前訪視護理衛教彩色流程圖、臨床指導影片及制定術前訪視持續監測作業。**結果：**介入改善措施後，手術室護理師術前訪視執行率提升至96%、手術病人對手術室護理師提供術前訪視平均滿意度改善率達23.1%。**結論：**術前訪視是護病間雙向互動的關係，亦是落實手術全期護理照護，提升醫院服務的品質，透過多元化之衛教教材提供即時無障礙溝通管道，完整的術前訪視能讓病人正確瞭解手術相關訊息，安心接受手術，使手術如期完成，顯現護理專業的價值。

【**關鍵詞**】手術室護理師、術前訪視、提升醫院服務品質、個別性的護理

【**英文關鍵詞**】Operating Room Nurses、Preoperative visit、Improving the quality of hospital services、Individual care

前言

術前訪視是護病間雙向互動的關係，亦是落實手術全期護理照護，提升醫院服務品質及新制醫院評鑑重要監控指標項目^[1]。手術無論大小及複雜性，都是一種沉重壓力，生理方面會使血壓升高、心悸等；心理層面會產生擔心及不知所措的情緒反應，影響對手術全期因應能力，延長術後住院天數

及合併症的發生^[2]，在全民健保政策下縮短病人平均住院天數，對病人整個手術過程的調適，在有限時間內要提供個別性、系統性術前訪視，引導病人瞭解手術前、中、後期的相關訊息，給予完整術前衛教實為重要^[3-5]。

臨床實務觀察發現病人在等候區，除了感覺情緒緊張外，常常會詢問有關於手術過程、手術時

受理日期：109年7月13日
修改日期：109年8月11日
接受日期：109年8月11日

*通訊作者：侯雅萍
地址：高雄市小港區山明路482號
E-mail：930033@knhk.org.tw

doi : 10.29442/HPRP.2020.07_(2)005

間、手術後傷口、引流管的置放及手術後是否回病房等問題，使得手術室護理師需向病人解釋而延遲時間進入手術房，根據2016年6-8月間手術室護理師執行術前訪視率僅為55%，故引發本專案之改善動機，期望藉由改善措施，提供完整、具個別性及連續性的照護，落實術前訪視護理的理念，促進有效團隊合作，協助病人在完善準備下安心的接受手術，以提升護理照護品質。

現況分析

一、單位簡介

本院為某區域教學醫院，手術房共計6間，由5科別共同使用，分別為外科、骨科、泌尿科、婦產科、耳鼻喉科，每月平均手術人數約650人次，單位人力編制為護理長1人，護理師32人；工作年資一年至三年6人（18.2%），三年至五年7人（21.2%），五年至十年6人（18.2%），十年以上14人（42.4%）。手術室護理師均有執行術前訪視護理指導經驗，並參與各科手術全期護理作業。

二、手術室護理師執行術前訪視作業概況

術前訪視之對象除緊急手術病人無法執行術前訪視外，本院根據區域醫院評鑑基準，依據病人的特性採用美國麻醉醫學會（American Society of Anesthesiologists, ASA）風險評估分級生理狀態分類為Ⅲ級以上、65歲以上老年人及15歲以下幼童皆屬高危險性術前訪視對象。

術前訪視之流程：由手術醫師開立手術排程，每日護理站組長於16:00前，查詢手術前一日之手術排程並列出術前訪視名單，由手術當天的流動護理師執行，若當天流動護理師休假無法執行時，護理站組長會安排其他白班護理師，到病房單位進行訪視，訪視時間於手術前一日下午16:00-17:00，每次訪視時間以不超過15分鐘為限；由於手術醫師於當日會臨時增加常規的手術排程或需執行緊急手術的原故，使得當日手術刀數增加，平均每日增加5-8人次，然而手術的時間有長至約6-8小時、有短至約1

小時，各科及各個手術之時程不一，導致白班手術室護理師因為加班無法執行術前訪視。

手術室護理師執行術前訪視作業是依據「手術訪視管理程序書」之A4紙張大小黑白列印單張的手術前後訪視會談紀錄單其內容包含：（一）衛教內容：家屬等候區、病人動態顯示之介紹、病人安全辨識、術前準備之注意事項、麻醉方式及過程監測、手術臥位、手術傷口大小位置及敷料使用、手術中安全維護、術後管路的留置、恢復室的照顧時間、目的及離開恢復室的條件（二）以開放式問句詢問病人是否對衛教任何問題，針對病人問題給予與適度衛教與回應。（三）病人手術前的護理問題。術前訪視後手術室護理師於「手術前後訪視會談紀錄單」完成術前訪視衛教紀錄，然而單張內容幾乎都要手寫，導致訪視後需約20-30分鐘來書寫紀錄。

手術室護理師依據「手術訪視管理程序書」，參考手術前後訪視會談紀錄單，依個人自我的習慣，給予病人進行口頭護理指導；新加入訪視的護理師，則由資深護理師以經驗傳承及口語相傳的方式，導致手術室護理師衛教內容不一致，「手術前後訪視會談紀錄單」未明確規範手術前、中、後期護理衛教內容、沒有規定未完成訪視原因的記錄和處理及沒有稽核機制。

三、術前訪視執行率之調查

專案小組於2016年6-8月運用資訊系統彙整發現，應執行術前訪視個案總數為216位，實際執行術前訪視118位，其術前訪視執行率為55%，由專案小組訪談執行術前訪視之手術室護理師32位，歸納出術前未訪視之原因為：「擔心專業知識不足無法回答病人問題」27位（28%），「缺乏衛教指導之輔助工具」25位（26%），「無稽核制度」20位（20%），「白班護理師加班工作繁忙無法如期完成術前訪視」15位（15%），「病人在休息」5位（5%），「病人病情變化」3位（3%），「語言無法溝通」3位（3%）（表一）。

四、手術病人術前訪視滿意度調查

為瞭解手術病人對術前訪視滿意程度，專案小組人員訪談資深護理師瞭解其想法及建議，依護理師臨床照護經驗，設計「手術病人對術前訪視滿意度調查表」共10題，問卷採Likert Scale 5分法計分，「非常滿意」給5分，至「非常不滿意」給1分，總分越高表示對護理滿意度越高，於2016年9月1~30日至依術前訪視收案對象，進行術前訪視滿意度調查，由手術室護理師執行術前訪視後協助發放，請病人或家屬填寫完成後，隔日由專案小組進行回收彙總，發出有效問卷為88份，回收問卷88份。結果顯示，手術病人對手術室護理師提供術前訪視平均滿意度為3.9分，其中低於平均滿意度「詳細說明手

術流程內容」為3.6分、「詳細說明手術全期相關護理及注意事項」為3.6分、「對手術前訪視口頭衛教清楚」為3.4分、「對手術前訪視衛教單張內容能清楚說明」為3.4分、「術前訪視的時段合宜」為3.6分（如表二）。

綜合以上現況歸納出手術室護理師術前訪視執行率低之特性要因圖（如圖一）。

問題確立

經現況調查與特性要因圖畫分析發現：手術室護理師術前訪視執行率低其原因為：一、人員方面：白班護理師加班無法如期完成術前訪視、擔心專業知識不足無法回答病人問題，二、制度方面：

表一：未執行術前訪視原因調查（N=98）

未執行術前訪視原因	未訪視人數	百分率（%）
1. 擔心專業知識不足無法回答病人問題	27	28%
2. 缺乏衛教指導之輔助工具	25	26%
3. 無稽核制度	20	20%
4. 白班護理師加班無法如期做術前訪視	15	15%
5. 病人在休息	5	5%
6. 病人病情變化	3	3%
7. 語言無法溝通	3	3%
總計	98	100%

表二：手術病人對手術室護理師提供術前訪視滿意度（N=88）

項目	分數
1. 護理師的應對態度良好	4.3
2. 護理師能主動關懷	4.3
3. 能介紹手術團隊人員	4.3
4. 詳細說明手術流程內容	3.6
5. 詳細介紹手術室環境	4.3
6. 詳細說明手術全期相關護理及注意事項	3.6
7. 對手術前訪視口頭衛教清楚	3.4
8. 對手術前訪視衛教單張內容能清楚說明	3.4
9. 術前訪視的時段合宜	3.6
10. 手術前訪視整體之滿意度	4.0
平均	3.9

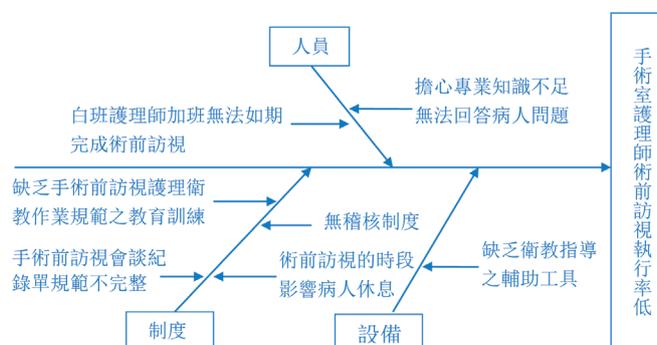


圖1：手術室護理師執行術前訪視執行率低之特性要因圖

缺乏術前訪視護理衛教作業規範之教育訓練、手術前訪視會談紀錄單規範不完整、無稽核制度、術前訪視的時段影響病人休息，三、設備方面：缺乏衛教指導之輔助工具，導致手術護理師執行術前訪視執行率低。

專案目的

提升手術室護理師術前訪視執行率達95%，目標設定值=改善前完整率+（改善前完整率×改善重點80%×組員能力）= 55%+（55%×80%×90%）= 95%，說明：依改善重點80%，組員能力90%，計算以95%為挑戰目標。故本專案目的為手術室護理師術前訪視執行率由55%提升至95%。

文獻查證

一、術前訪視之需求與重要性

術前訪視由受過專業教育訓練人員擬訂護理計畫，提供手術衛教相關資訊，為整體及連續性的護理指導，於手術前、中、後期給予完整照護，可降低術前焦慮程度，有效提升病人對手術的信心，進而促進護理品質及病人滿意度的提升^[6-7]，依據2017年醫院評鑑監控指標項目術前訪視對象應包括：高危險性、較嚴重、老年人、小孩皆為術前訪視對象^[8]，有系統的術前衛教，使病人對自己的疾病、手術及術後注意事項，有基本認識而減輕焦慮，術前訪視內容應包含手術過程、感覺資訊、心理調適技巧等，以個別性的護理，評估病人身、心反應，提供手術相關訊息及流程，能提升與醫療團隊的合作程度，讓病人感到放心^[9]。

二、術前訪視衛教工具一致性

無完善的術前訪視衛教素材，常無法達預期之成效，而傳統的紙本與口述型態衛教，常受時間與空間上的限制，使衛教內容較制式化欠缺個別性與彈性，因此，結合科技應用多媒體教材來輔助術前訪視衛教，使內容簡潔易懂，在有限時間內，讓病人了解術前準備流程、手術過程及術後的注意

事項。護理指導內容執行的一致性，提供護理師衛教內容的依據，而非依賴個人經驗及知識而產生指引，可提高衛教及護理成效^{[1]、[10]}。

三、術前護理指導與臨床品質監測

病人對醫護人員服務滿意度與整體醫療品質為正相關，病人滿意度會因護理指導能力、態度、知識所影響^[11]，故由病人的不滿意事項可做為護理師在術前護理衛教指導上之持續改善的依據^[12]，而術前訪視執行率為術前護理指導品質監測之重要指標^{[1]、[13]}。

材料與方法

依據現況分析與文獻查證，經由專案小組人員3位、品管組組長1位及護理長1位共5位成員，擬定解決方案，進行決策矩陣分析，針對方案之可行性、重要性、效益性進行評析；5分為適合、3分為普通、1分為不適合，總分為 $3 \times 5 \times 5 = 75$ 分，經由專案小組討論後，超過60分以上者列為本專案可執行之對策（表三）。

執行過程

本專案於執行過程自2016年10月3日至2017年5月31日，過程包括計畫期、執行期及評值期進行，工作計畫進度如（表四）。

一、計畫期（2016年10月3日至2016年10月31日）

（一）修訂手術前後訪視會談紀錄單

專案小組分析流程並與護理長及品管組組長討論，依據文獻建議給予整體及連續性的護理指導，修訂「手術訪視管理程序書」之手術前後訪視會談紀錄單，將原來的衛教內容修訂為手術全期的衛教內容：(1)衛教內容：手術室環境之介紹：手術室護理站、麻醉照會室、等候區、手術房、恢復室、家屬等候區及病人動態系統介紹，術前護理準備如：病人安全辨識、手術部位標記確認、禁食目

表三：提升手術室護理師術前訪視執行率之決策矩陣分析

問題原因	對策擬訂	可行性	重要性	效益性	合計	採行
1. 缺乏手術前訪視護理衛教作業規範之教育訓練	舉辦在職教育課程	25	25	23	73	○
2. 擔心專業知識不足無法回答病人問題	舉辦術前訪視案例經驗分享	25	25	19	69	○
3. 缺乏專者手術室訪視之護理師	建立手術個案管理師	17	15	17	49	
4. 無稽核制度	制定術前訪視持續監測作業	25	25	23	73	○
5. 手術前訪視會談紀錄單規範不完整	修訂手術前後訪視會談紀錄單	25	25	23	73	○
6. 缺乏衛教指導之輔助工具	設計術前訪視護理衛教彩色流程圖及臨床指導影片	25	25	25	75	○
7. 術前訪視的時段影響病人休息	修訂術前訪視時段	25	25	23	73	○
8. 白班護理師加班無法如期完成術前訪視	修訂術前訪視職責改由小夜班護理師執行	25	25	25	75	○

表四：執行計畫進度表

工作內容	年	2016			2017				
	月	10	11	12	1	2	3	4	5
計畫期									
1. 修訂手術前後訪視會談紀錄單		★							
2. 修訂術前訪視時段		★							
3. 修訂術前訪視職責改由小夜班護理師執行		★							
4. 規劃在職教育課程		★							
5. 規劃術前訪視案例經驗分享		★							
6. 設計術前訪視護理衛教彩色流程圖及臨床指導影片		★							
7. 制定術前訪視持續監測作業		★							
執行期									
1. 宣導改善專案，並公告修訂手術前後訪視會談紀錄單標準作業流程			★	★	★	★	★		
2. 執行修訂後術前訪視之作業時段			★	★	★	★	★		
3. 小夜班護理師執行術前訪視			★	★	★	★	★		
4. 舉辦在職教育課程			★	★	★	★	★		
5. 舉辦術前訪視案例經驗分享			★	★	★	★	★		
6. 推展術前訪視護理衛教彩色流程圖及臨床指導影片			★	★	★	★	★		
7. 執行術前訪視持續監測作業			★	★	★	★	★		
評值期									
1. 統計手術室護理師術前訪視執行率								★	★



的與時間、移除身上物品、穿手術衣的注意事項，麻醉方式及過程監測、手術臥位、手術傷口大小位置及敷料使用，術中的安全維護措施，術後的護理衛教如：術後管路的留置與特殊物品的使用、恢復室的照顧時間、目的及離開恢復室的條件，(2)手術流程之介紹：病人入手術室後於病人等候區等待入手術房間，此時給於保暖並教導病人於等待過程中有任何不適可以使用手持叫人鈴、入手術房間後與手術團隊再次核對病人安全辨識、手術部位標記確認、使用的耗材物品及相關事宜等，手術中安全維護，手術後入恢復室的時間與目的或轉入加護病房相關流程(3)擬定護理問題：訂定護理目標與護理相關措施的衛教，並於術前訪視後由手術護理師需填寫「手術前後訪視會談紀錄單」，並將特殊事項與照護病人的病房護理師交班，運用資訊系統輸入訪視紀錄，修訂後的「手術前後訪視會談紀錄單」書寫內容皆修改成勾選的方式紀錄。

(二) 修訂術前訪視時段

專案小組與護理長及病房醫療團隊共同協調討論，修訂訪視時間改由18:00-20:30；若病人辦理住院時若需辦理請假手續，先與手術室聯絡現況作業，若當下情況許可，則安排手術室護理師前往執行術前訪視。

(三) 修訂術前訪視職責改由小夜班護理師執行

專案小組與護理長及護理站組長討論，白班護理師常因加班無法如期完成術前訪視，於手術室科會提出討論並手術室護理師決議改由小夜班護理師執行術前訪視作業，若未完成術前訪視需註記原因，每日由小夜班組長統計當日術前訪視作業並登入電腦資訊系統。

(四) 規劃在職教育課程

專案小組、護理長、在職教育組長、各科組長、麻醉科醫師及麻醉科護理長共同討論對不同手術或特殊需求的病人提供個別性並取得一致性的護理衛教，並規劃依修訂後的手術前後訪視會談紀錄單，將執行術前訪視作業流程的重點及護病的溝通技巧，設計在職教育訓練內容並列入單位每年必修

基礎教育課程，由專案小組成員與在職教育組長擔任講師授課，以情境模擬及角色扮演方式，說明術前訪視衛教的流程及各專科術前訪視注意事項等。

(五) 規劃術前訪視案例經驗分享

增強術前訪視衛教的實作經驗，專案小組、護理長、在職教育組長及各科組長共同討論規劃，每月由不同的資深手術室護理師分享實際術前訪視案例經驗，以實境情境彼此分享累積個人的術前訪視經驗，以增強學習動機。

(六) 設計術前訪視護理衛教彩色流程圖及臨床指導影片

落實術前訪視護理衛教對病人的重要性與一致性，專案小組、護理長及在職教育組長規劃及討論，依據修訂後的手術前後訪視會談紀錄單，將作業流程與手術衛教相關注意事項設計成術前訪視護理衛教彩色流程圖，及彙整各科手術護理衛教及相關文獻，製作衛教教材，將手術室環境之介紹、手術相關流程及手術全期相關處置以擬真實務情境製作以國語配音片長約15分鐘臨床指導影片。

(七) 制定術前訪視持續監測作業

專案小組與護理長及品管組長討論，依據修訂後的手術前後訪視、會談紀錄單依單位特性設計「手術室護理師執行術前訪視檢核表」，內容包含術前訪視的手術前、中、後期的相關護理衛教及手術流程介紹，由品管組每月監測術前訪視的執行率。

二、執行期(2016年11月1日至2017年3月31日)

(一) 宣導改善專案，並公告修訂手術前後訪視會談紀錄單標準作業流程：

自2016年11月1日起由護理長於晨會向同仁宣導專案內容，說明作業標準與查核機制，藉由雙向溝通取得共識，共同協助專案進行，修訂後的「手術前後訪視會談紀錄單」在衛教的同時也以勾選的方式紀錄，完成一份「手術前後訪視會談紀錄單」約3-5分鐘。

(二) 執行修訂後術前訪視之作業時段

自2016年11月1日起術前訪視時間由16:00-17:00

更改為18:00-20:30，又因為有當天住院當天手術的病人無法執行術前訪視，經與護理長及護理站組長討論，新增訪視時段為手術當天08:00-09:00，由白班護理站組長執行術前訪視。

(三) 小夜班護理師執行術前訪視

自2016年11月1日起由小夜班護理師執行術前訪視作業，執行過程中偶遇病人在交誼廳看電視，小夜班護理師會先術前訪視其他病人，待病人電視看到一過段落再進行術前訪視。

(四) 舉辦在職教育課程

每年會舉辦一次的教育訓練課程於2016年11月1日舉辦第一場教育訓練，由專案小組成員擔任講師，講授術前訪視的標準作業流程及各專科術前訪視注意事項，以情境模擬及角色扮演的教學方式，上課時間為30分鐘，課後問題討論30分鐘，出席率85%，未參與上課者，於課後一週內至單位在職教學上課資料本補閱上課資料並完成簽到表，於2016年11月8日止補閱上課完成率達100%。

(五) 舉辦術前訪視案例經驗分享

於2016年11月9日開始，舉辦每月一次每次30分鐘「術前訪視案例經驗分享」討論會，過程中彼此交換意見討論熱烈，以達經驗分享之目的。

(六) 推展術前訪視護理衛教彩色流程圖及臨床指導影片

將術前訪視護理衛教彩色流程圖張貼於手術室公告欄，運用多媒體以國語配音片長約15分鐘臨床指導影片，予掌上型電腦播放說明，由5位病人

及5位家屬試看，10位皆表示影片內容清楚易懂能瞭解。

(七) 執行術前訪視持續監測作業

由專案小組與品管組員於2016年11月16日起，依據修訂後的手術前後訪視會談紀錄單，執行「手術室護理師執行術前訪視檢核表」的監測，每月由品管組每月以電腦資訊系統監測術前訪視的執行率。

三、評值期（2017年4月1日至2017年5月31日）

統計手術室護理師執行術前訪視改善前後之執行率於2017年4月1日至2017年5月31日，由專案小組將資料收集彙整，手術室護理師應執行術前訪視服務為168位，實際參與術前訪視人數為161位，手術室護理師執行術前訪視執行率由改善前55%提升為96%，超越預設的95%目標值顯示本專案具有良好成效。

結果評值

一、改善後未術前訪視分析

於2017年4月1日至2017年5月31日，手術室護理師應執行術前訪視為168位，實際參與術前訪視人數為161位，未術前訪視人數為7位，分析原因為小夜班護理師無法執行術前訪視是因有緊急刀1位（14%）、外籍人士語言無法溝通有越南人2位、印尼人2位共4位（57%）、病人在休息1位（14%）、病人病情變化1位（14%）（如表五）。

表五：手術室護理師執行未術前訪視分析

未執行術前訪視原因	未訪視人數執行率	
	改善前 (N=98)	改善後 (N=7)
1. 擔心專業知識不足無法回答病人問題	27 (28%)	0 (0%)
2. 缺乏衛教指導之輔助工具	25 (26%)	0 (0%)
3. 無稽核制度	20 (20%)	0 (0%)
4. 白班護理師加班工作繁忙無法如期做術前訪視	15 (15%)	NA
5. 小夜班護理師因有緊急刀無法執行術前訪視	NA	1 (14%)
6. 病人在休息	5 (5%)	1 (14%)
7. 病人病情變化	3 (3%)	1 (14%)
8. 語言無法溝通	3 (3%)	4 (57%)

註：NA (Not applicable) 不適用

二、病人對手術室護理師提供術前訪視滿意度

於2017年4月1日至2017年5月31日評值期間，依手術病人術前訪視滿意度問卷，共調查168位病人，病人對手術室護理師提供術前訪視平均滿意度由改善前3.9分，提升至改善後4.8分，改善率達23.1%，其中以「對手術前訪視口頭衛教清楚」及「對手術前訪視衛教單張內容能清楚說明」由改善前3.4分提升為4.8分，改善率高達41.2%（如表六）。

結論與建議

專案小組經臨床實務觀察發現手術室護理師術執行前訪視率僅為55%，原因分析為：白班護理師加班無法如期完成術前訪視、擔心專業知識不足無法回答病人問題、缺乏術前訪視護理衛教作業規範之教育訓練、手術前訪視會談紀錄單規範不完整、無稽核制度、術前訪視的時段影響病人休息、缺乏衛教指導之輔助工具，導致手術護理師執行術前訪視執行率低。

經專案小組文獻查證與照護團隊共同討論達成共識，修訂手術前後訪視會談紀錄單之手術全期流程衛教內容、修訂術前訪視時段由小夜班護理師執行，又因當天住院當天手術的病人無法執行術前

訪視，新增訪視時段為手術當天由白班護理站組長執行術前訪視；為強化專業知識與溝通技巧舉辦教育訓練課程；設計術前訪視護理衛教彩色流程圖及採擬真情境拍攝臨床指導影片，運用多媒體輔助工具執行術前訪視會談，不再因個人經驗與認知程度的落差導致衛教內容的不一致；舉辦術前訪視案例經驗分享討論會，增加實作經驗讓護理師更有信心去做術前訪視；制定查核機制，落實標準作業流程持續監測作業的制定，使手術室護理師術前訪視執行率由55%提升至96%，手術病人對手術室護理師提供術前訪視平均滿意度由改善前3.9分，提升至改善後4.8分，改善率達23.1%。專案改善後，進而提升護理衛教品質，專案執行過程中製作多媒體輔助工具頗受主管支持，此為本專案最大的助力，雖然有多媒體輔助工具可使用，但面對多種外籍語言解說，無多國語言的衛材輔助工具解說為本專案之限制，然而在語言溝通上需面對多種外籍語言的溝通為之阻力。

有鑑於此，透過多元化之衛教教材，提供即時無障礙溝通管道，完整的術前訪視能讓病人正確瞭解手術相關訊息，方能安心接受手術。建議術前衛教多媒體影片、護理衛教指導手冊未來可以發展印尼文、越南文，以圖片簡化繁瑣步驟，透過多元化

表六：手術病人對手術室護理師提供術前訪視滿意度之改善前與改善後比較

項目	改善前 N=88	改善後 N=168	改善率
1. 護理師的應對態度良好	4.3	4.9	13.9%
2. 護理師能主動關懷	4.3	4.9	13.9%
3. 能介紹手術團隊人員	4.3	4.8	11.6%
4. 詳細說明手術流程內容	3.6	4.8	33.3%
5. 詳細介紹手術室環境	4.3	4.8	11.6%
6. 詳細說明手術全期相關護理及注意事項	3.6	4.8	33.3%
7. 對手術前訪視口頭衛教清楚	3.4	4.8	41.2%
8. 對手術前訪視衛教單張內容能清楚說明	3.4	4.8	41.2%
9. 術前訪視的時段合宜	3.6	4.9	36.1%
10. 手術前訪視整體之滿意度	4.0	4.8	20.0%
平均	3.9	4.8	23.1%

之衛教教材提供即時無障礙溝通管道，病人是獨立個體，有著個別性需求，在分秒必爭情況下，唯有營造完善的準備，才能提升服務品質，是本專案提升術前訪視率之最終目標。

誌謝

本專案推動的過程中，感謝醫院長官、單位主管及照護團隊的合作與支持，並感謝高雄市立小港醫院前護理部副主任吳淑蓉之指導與協助，落實手術全期護理照護，提升手術室護理師術前訪視之執行率，顯現護理專業的價值。

參考文獻

- 張惠娟、蔡佩玲、蕭如玲：行動化手術前訪視系統之建置與成效評估。健康管理學刊2013；**11**：45-60。
- Nahm, E. S., Stevens, L., Scott, P., & Gorman, K. Effects of a web-based preoperative education program for patients undergoing ambulatory surgery: a preliminary study. *Journal of Hospital Administration*2012; **1**: 21.
- 彭雅幸、張惠玉、王淑敏、郭俐伶、張德馨：提升手術室護理師術前訪視護理指導完整率～以住院病人為例。馬偕護理雜誌2017；**11**：42-54。
- 劉向援：手術全期護理。於劉雪娥總校閱，成人內外科護理上冊2012；**六版**：231-341。
- McDonald, S., Page, M. J., Beringer, K., Wasiak, J., & Sprowson, A. Preoperative education for hip or knee replacement. *The Cochrane database of systematic reviews*2014；**5** CD003526.doi: 10.1002 /14651858.CD003526.pub3
- Guo, P. Preoperative education interventions to reduce anxiety and improve recovery among cardiac surgery patients: a review of randomized controlled trials. *Journal of Clinical Nursing* 2015; **24**: 34-46.
- Knowles, S. R., Tribbick, D. C., William, R., Castle, D., Salzberg, M. K., & Michael, A. Exploration of Health Status , Illness Perceptions, Coping Strategies, and Psychological Morbidity in Stoma Patients. *Journal of Wound, Ostomy & Continence Nursing*2014; **41**: 573-580.
- 財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會：醫院評鑑及教學醫院評鑑之評量項目（2017，4月25日）。取自<https://www.jct.org.tw/FrontStagePage.aspx?ID=FE5F1FDE-2839-4702-BA2A>.
- 周美鑫：手術前訪視的重要性。品質月刊2010; **46**: 17-20。
- Yang, Y. L., Wang, K. J., Chen, W. H., Chuang, K. C., Tseng, C. C., & Liu, C. G. Improved satisfaction of preoperative patients after group video-teaching during interview at preanesthetic evaluation clinic: The experience of a medical center in Taiwan. *ACTA Anaesthesiologica Taiwanica*2007; **45**: 149-154.
- 吳曉玫、謝春金、藍蕙娟：提升住院手術病人手術前訪視成效。長庚護理2016；**27**：187-196。
- 鐘美月、陳雪芬、王雪娥、李銘家、謝豔薇：以麻醉病人滿意度探討醫療服務品質之影響因素。輔仁醫學期刊2011；**9**：141-150。
- 林麗華、丁珮鈞、劉秋玉、吳幸芬、伍麗珠、李玉珠：提升手術室護理人員術前訪視執行率之專案。領導護理2016；**17**：74-83。



[Brief communication]

The effectiveness of the preoperative visit of nurse in the operating room to improve the project

Min-Yen Lee¹, Yu-Ting Su¹, Ya-Pin Hou^{1,*}

Department of Nursing Kaohsiung Municipal Siaogang Hospital¹

Abstract

Objectives: Preoperative visit is an important indicator of the quality of hospital care. When the patient does not understand the surgical information, the impedance will affect the operation. The purpose of this project is to improve the preoperative visit execution rate of the nurse in the operating room, so that the patient can fully understand the surgical situation and then complete Surgical treatment. In June-August 2016, the implementation rate of preoperative visits of nurses in the operating room was only 55%. The reason for the analysis was that the white-shift nurses were busy with overtime work and could not complete the preoperative visits as scheduled, worried about the lack of professional knowledge and unable to answer patient questions, and lack of preoperative visits. The education and training of the nursing care and health education operation standard, the pre-operation interview record sheet are incomplete, the non-audit system, the period of pre-operative visit affects the rest of the patient and the lack of auxiliary tools for health education guidance. **Method:** Use improvement strategies to strengthen professional knowledge and communication skills to organize education and training courses, share experience of pre-operative visit cases, revise pre- and post-operative interview talk sheets, revise pre-operative visit time slots and revise pre-operative visit duties from minor The night shift nurses perform, design the color flow chart of pre-operative nursing care education and clinical guidance videos, and formulate the pre-operative visit continuous monitoring operation. **Results:** After the intervention of improvement measures before surgery operating room nurse visits implementation rate increased to 96% of surgical patients to the operating room nurse visits provide an average satisfaction rate of 23.1% before surgery to improve. **Conclusion:** The preoperative visit is a two-way interactive relationship between nurses and patients. It is also the implementation of full-period nursing care, improving the quality of hospital services, providing instant barrier-free communication channels through diversified health education teaching materials, and complete preoperative visits It allows the patient to correctly understand the information related to the operation, and accept the operation with peace of mind, so that the operation can be completed as scheduled, and the value of the nursing profession is revealed.

Key words: Operating Room Nurses, Preoperative visit, Improving the quality of hospital services, Individual care

Received: July 13 2020
Revised: August 11, 2020
Accepted: August 11, 2020

*Corresponding author: Ya-Pin Hou
E-mail: 930033@kmhk.org.tw

doi : 10.29442/HPRP.2020.07_(2)005

「健康促進研究與實務」雜誌投稿規則

2017.01.18 第一次修訂

2017.05.10 第二次修訂

2019.04.29 第三次修訂

本雜誌為社團法人臺灣健康醫院學會所出版的之學術性刊物，刊載有關醫院與照護機構推動健康促進之綜論、專論、原著論文、簡報、短評、個案報告及讀者來函等論文，以未曾投稿於其他雜誌之論文者為限；投稿論文經過匿名同儕審查（Anonymous peer reviewed）接受後始得刊登。

一、稿件類別

1. 綜論：特定議題的文獻回顧與評論，此類稿件由編輯委員會邀稿。
2. 專論：針對某一主題之健康促進醫院推動經驗專門論述。
3. 原著：原創且具學術理論貢獻性之學術論文（含系統性文獻回顧）。
4. 簡報：原創但較簡短的研究論文。
5. 短評：選讀對健康促進醫院推動有重大影響的最新實證文獻，針對該文獻之研究方法、結果或結論及其影響加以評論。
6. 個案報告：針對某一特殊案例，作一短文討論。
7. 讀者來函：凡對本誌刊出之論文有意見者。

二、稿件格式

1. 惠稿中文、英文皆可。
2. 原著論文依結構式摘要（目的、方法、結果、結論）、前言、材料與方法、結果、討論、誌謝、參考文獻、附圖、表之順序撰寫，本文字數中文稿件5,000字，英文稿件3,000字為限，圖表合計以5個為限。簡報論文結構同原著論文，但字數限中文稿件3,000字，英文稿件1,500字，圖表數量限2個。個案報告依摘要、前言、病例（個案）報告、討論、參考文獻、附圖、表之順序撰寫，本文字數中、英文稿件3,000字為限。
3. 其他類型之稿件不限格式，但必須列出參考文獻；綜論、專論，本文字數6,000字為限。中文稿件需附360字以內之英文摘要，英文稿件需附600字以內之中文摘要。
4. 稿件應按下列順序分頁書寫並編頁數：
第一頁：只限題目、著者、研究單位、約20個中文字或40個英文字母以內的簡略題目(running title)、通訊作者姓名、地址、電話號碼及電子郵件信箱(E-mail)。英文論文標題除介詞、冠詞和連接詞外之第一個字母以大寫打字。
第二頁：摘要及至多5詞的中、英文關鍵詞(Key words)。
第三頁以後：本文、誌謝、文獻、附圖、表及中文（或英文）摘要。
5. 稿件內容若涉及研究倫理相關議題，需經相關醫學研究倫理委員會（或人體試驗委員會）核准同意。



6. 來稿應用A4大小、本文12字級、行距為二行繕打，上下左右邊界2.5公分，並請編頁碼。圖表分頁編排，圖(figure)說明之第一字母及附表(table)標題除連接詞、介詞和冠詞外之第一個字母，以大寫打字。圖表若引用自參考文獻，請於下方註明：資料來源參考文獻No.，雜誌簡稱、年份、卷期及頁數，如資料來源：參考文獻6，N Engl J Med 2013; 368: 345。
7. 凡數字應用阿拉伯數字書寫。度量衡單位，用國際公認標準符號，即cm, mm, μ , m μ , nm, L, dL, mL, kg, g, μ g, cal, °C等。藥品請用學名表示，不使用商品名。
8. 為符合簡單明確之表達原則，部分通用文字宜以符號表示，例如：percentage應為%；alpha應為 α 。其他符號簡寫請參考IUPAC-IUB Document No.1 (Arch Biochem Biophys 1966; 115: 11-2)。
9. 附表之型式設計及註腳需依照本誌刊出的格式，表格橫線至多三條，並使用標準簡寫，單位記號等。如係照片，解析度至少為300像素(dpi)。圖表內的標註記號6個以內請依序採用*, †, ‡, §, #, ¶, 6個以上請採用a, b, c, d, e,.....。
10. 參考文獻按照引用的先後順序排列，綜論以50篇為限，原著論文以40篇為限，其餘著作以15篇為限。在本文引用時，以阿拉伯數字方括弧標示於句尾標點符號前。例 [1]、[2].....。
11. 英文論文中，引用非英文之參考文獻時，其著者的姓名、書名、雜誌名，如原文有英譯者，照英譯名稱；無英譯者均以原歐文，英譯文或以Index Medicus所規定之簡稱寫出，並附註原文之語言，例如：[In Japanese]，註於頁數之後。
12. 參考文獻的著者在6名以內(含6名)需全部列出，超過6名則只列出最初3名，其他以等(et al)代替。文內引用時，兩名以下，應列出全部姓氏，3名以上時，只列出第一著者，其他以等(et al)代替，如：陳氏等。

三、投稿方式

1. 本誌接受電子檔投稿，請直接將稿件之word檔寄至學會信箱(hphtwmail@gmail.com)。投稿時應檢附文中所有著者簽名之投稿同意書及投稿查核表。
2. 編輯委員會收到稿件後，經檢視投稿格式無誤後受理稿件，並於一週內以電子郵件寄出受理通知。不適合本誌主旨之稿件，予以退回。

四、著作財產權

1. 所有稿件，本學會有權予以修改，刊登後之著作其版權歸本誌所有；非經本誌同意，不得轉載。
2. 本誌論文之著作權自動移轉予本學會，但作者仍保留將論文自行或授權他人為非營利教育利用及自行集結成冊出版之權利。
3. 著作人投稿於本誌，經本誌收錄出版，即視為同意本誌將投稿稿件授權國家圖書館或其他資料庫業者使用，得進行數位化典藏、重製、透過網路公開傳輸、授權用戶下載、列印等行為。為符合系統之需求，並得進行格式之變更。

五、其他

1. 論文排版後的校對，由著者負責，至多2次。校對中不可修改原文。稿件校對應自收件日起三日內送回本學會。

「健康促進研究與實務」雜誌投稿同意書

本人投稿論文，題目：_____

依照 貴雜誌投稿規則，所有著者皆已詳細閱讀內容，簽名於下列表格同意投稿，並保證本文未曾或同時投稿於其他雜誌。

本人同意論文經 貴雜誌接受後，其著作財產權歸 貴雜誌所有。 貴雜誌得以著作財產權人之身份，包括但不限於：將前開論文刊登於社團法人臺灣健康醫院學會所屬相關網站、發行合訂本或單行本或授權國家圖書館遠距圖書服務系統或其他資料庫業者使用。

特此聲明

※ 著者作研究時之服務單位與現服務單位不同時，請特別註明。

著者簽名	服務單位	日期
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____
5. _____	_____	_____
6. _____	_____	_____
7. _____	_____	_____
8. _____	_____	_____
9. _____	_____	_____



原著論文 Original Article

- 提升 24 小時親子同室率和改善純母乳哺餵之研究—以母嬰親善醫院為例
王瓊琦、鄭雅如、許玫琪 01
Improvement of Rates of 24 Hours Rooming-in and Exclusive Breast Feeding: a Study of Baby-Friendly Hospital.
Chiung-Chi Wang, Ya-Ju Cheng, Mei-Chi Hsu
- Regular Physical Activity and Related Correlates among Institutionalized Adults with Intellectual Disabilities.
Lan-Ping Lin, Chung-Hui Yao, Wei-Ju Lai, Shang-Wei Hsu, Hui-Ting Huang, Jin-Ding Li..... 11
機構照護之智能障礙者規律身體活動與相關因素研究
林藍萍、賴韋如、姚仲徽、徐尚為、黃暉庭、林金定
- 民眾對於新型冠狀病毒肺炎防疫措施之重要性認知與滿意程度
陳佳音、柯妍嬪、薛淑青、林宗憲、陳美杏 21
Explore the public awareness on the importance and satisfaction of the pandemic-prevention policies for COVID-19 by Importance Performance Analysis.
Chia-Yin Chen, Yan-Pin Ke, Shu-Ching Hsueh, Tsung-Hsien Lin, Mei-Hsing Chen
- 職業復健方案中運用工作行為評估工具之心理計量驗證
李靜媛、張盛堂、張育彰、葉啟信、周佳燁 30
Psychometric Validations of the “Work Behavior Inventory and the Preliminary Testing” used in Vocational Rehabilitation.
Ching-Yuan Lee, Shang-Tang Chang, Yu-Chang Chang, Kai-Shun Yip, Chia-Yeh Chou

簡報 Brief communication

- 手術室護理師術前訪視改善專案之成效
李旻燕、蘇郁庭、侯雅萍 39
The effectiveness of the preoperative visit of nurse in the operating room to improve the Project.
Min-Yen Lee, Yu-Ting Su, Ya-Pin Hou

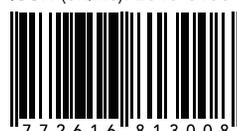
投稿規則 49

ISSN (print): 2616-812X



9 772616 812001

ISSN (online): 2616-8138



9 772616 813008