

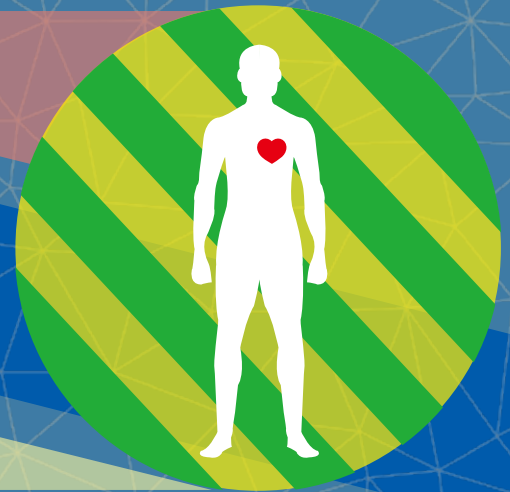
Health Promotion Research and Practice

January 2022 Vol.5. No.1

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）
徐薇晴（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 Horn-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)

Wei-Ching Hsu (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: hphtwmail@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：安荳彩色印刷有限公司

目錄

CONTENTS

專論

- 以活躍老化政策架構為基礎發展高齡者團體介入方案
盧洵懿、謝弘裕、曾均涵 01
Active Aging—an Intervention Plan Designed for Group Gatherings of Senior Citizens
Hsun-I Lu, Hung-Yu Hsieh, Chun-Han Tseng
- 心衰竭居家照護效能—智能照護模式介入
賴雯珍、黃金隆 13
Home Care In Patient With Heart Failure: Intervention For Smartphone Care Model
Wen-Chen Lai, Jin-Long Huang
- 推動出院準備服務與長期照顧服務之整體化—以雲林縣某區域教學醫院為例
周佳霓、李小鳳、蔡瓊儀、余玉如 21
Integration of Medical and Community Long-Term Care Services-
A Case Study of Yunlin County Regional Teaching Hospital
Chia-Ni Chou, Shiao-Haung Lee, Chiung-Yi Tsai, Yu-Ju Yu

原著

- 注意力不足過動症整合治療 (醫 + 3) 模式：模式的發展以及療效初探
許維堅、蔡岳融、沈郁敏、許倬瑜、葉人豪 28
The Integrated Intervention Model for Children with Attention-deficit/hyperactive Disorder:
The Development and the Preliminary Effectiveness Analysis of the Model
Wei-Jian Hsu, Yue-Zong Tsai, Yumin Shen, Hsing-Yu Hsu, Jen-Hao Yeh

• 以資源保存理論探討醫院員工勝任感需求滿足、正念與適應性績效之關聯 鍾珮珊、陳庭羽	36
The Relationship between Competence Need Satisfaction, Mindfulness and Adaptive Performance of Employees in Hospital: Conservation of Resources Theory Pei-Shan Chung, Ting-Yu Chen	
• 投稿規則	43

[專論]

以活躍老化政策架構為基礎發展 高齡者團體介入方案

盧洵懿*、謝弘裕、曾均涵

天主教耕莘醫療財團法人耕莘醫院健康促進管理中心

摘要

目的：根據統計2019年9月臺灣65歲以上長者已超過總人口15%，長者的生理、心理及社會等需求備受重視。2002年世界衛生組織（WHO）提出活躍老化：健康、安全、參與，作為各國老年健康政策之架構。我國人口快速老化，為延長國人健康餘命，中央、地方共同推動延緩老化、健康促進相關工作將刻不容緩。耕莘醫院位在新店區，大多數病患來自當地，再加上慢性病患者逐年攀升。醫院乃為社區一份子，除提供醫療服務外，更亟需提供健康促進方案，增進民眾健康認知及行為。

方法：針對已實施於新店區永平里、大鵬忠孝社區發展協會社區之65歲以上長者，規劃共12週，每週1次，每次2小時之團體方案。班級經營方式：團體課程、回家作業、樹立模範、獎勵制度。本研究參與人員共55人，有效回收問卷共50份，平均年齡約 71.72 ± 7.15 歲。課程前後進行問卷調查，其中「健康層面」分生理、心理健康，「參與層面」分生產力、社會、學習、休閒及家庭活動，「安全層面」分經濟、生命、環境安全，以五分制計算，利用成對樣本檢定進行統計分析，結果顯示各層面之子項目皆達統計上顯著差異（ $p < 0.05$ ）。

結果：依結果顯示，透過長者健康促進團體方案介入，確實有助於提升長者健康認知及活躍老化行為。運用團體課程讓長者自我實現、社會參與，持續將健康行為落實在生活中，以達活躍老化之目標。

結論：本研究以「活躍老化」為核心，積極推廣長者生理、心理及社會健康促進活動，進而發展持續性、多元性、可近性之高齡長者友善服務，逐步建構活躍老化模式。

【**關鍵詞**】活躍老化、高齡者、社會參與、高齡社會、健康促進

受理日期：110年7月20日
修改日期：110年12月22日
接受日期：110年12月30日

*通訊作者：盧洵懿
地址：新北市新店區中正路362號
E-mail：rubylu526@gmail.com

10.29442/HPRP.202201_5(1).0001

前言

2018年3月底台灣已正式邁入高齡社會，老年人口已占總人口比率達14%，至今老年人口比率仍持續攀升，老年期的生理、心理及社會相關議題備受關注。根據內政部戶政司統計資料顯示，臺灣65歲以上人口截至2020年5月底已達368萬5,306人，占所有人口15.62%^[1]。國家發展委員會推估台灣老年人口比例，恐怕將在2026年超過20%成為「超高齡社會」^[2]。隨著老年人口快速成長，慢性病與功能障礙的盛行率將急遽上升，相對失能、失智人口將大幅增加，其所導致的長照需求與社會負擔也隨之劇增。

新北市2018年底人口數為399萬5,717人。2010年底新北市65歲以上老年人口占總人口比率為8.27%，至2018年底增為13.51%，9年間增加5.24 個百分點^[3]。其中，本院地處新北市新店區，根據新北市政府民政局統計2018年底人口數約30萬2,231人，占新北市總人口數7.6%，以近5年的人口統計中也看到，新店區老年人口占總該區人口比率為17%，高於整個新北市老年人口3.49百分點。新店區的扶老比自2015年32.07%，到2018年36.43%，短短3年間上升4.36%，而老化指數由2008年之71.07%增加至2018年之175.52%^[4-5]。

耕莘醫院地處新店區，因地緣之故超過6成以上的醫院病患來自當地，由上述得知本區人口老化程度嚴重，再加慢性病、失能患者逐年攀升，醫院乃為社區一份子，除提供醫療服務外，更亟需提供健康促進方案，以增進社區民眾健康認知及行為。為了解該區長者健康問題及需求，每年定期與社區關鍵人物，包括里長、協會理事長等進行訪談，進而擬定有效服務介入措施。經訪談統整分析，各地區服務對象的共同點，多是65歲以上受服務人口數逐年攀升，所衍生出長者相關生、心理及社會問題及需求。生理層面，多數長者活動量不足、害怕跌倒及營養不均等未對生活型態進行改善，反而導致快速衰弱。心理層面，隨著社會角色轉換所帶來自尊及孤寂感，讓發生老人憂鬱情事層出不窮。社

會層面，多數社區長者缺乏人際網絡的支持，外加年齡隔閡因素感到被社會排除。為解決上述人口老化所帶來問題，應推展整體性向前延伸預防衰弱服務計畫，提早介入相關措施，有助於降低長者衰弱及失能風險，減少社會長期照護之負擔。

鑑此，本院健康促進委員會與相關社區團體攜手合作，由社區暨運動健康組擔任醫院各部門與社區間的統籌窗口，以活躍老化政策為服務架構，發展1套符合社區推廣活躍老化之教案模組實施於新店各社區，透過團體課程帶領及課程設計，讓長者檢視在生理、心理、社會三個層面的健康需求，預先規劃自己的老後生活。

希冀藉由提供系統、永續、可近性服務作為方針，將提升個人健康知能及活躍老化行為改變，營造永續健康支持性環境，逐步建構「在地老化、健康老化、活躍老化」之高齡友善健康圈。

文獻探討

Pender：「若就個人的健康定義為，個人處在文化環境中身、心、社會與精神層面呈現穩定的狀態，因此必須以整體的觀點去定義人們的健康，包含生物心理、社會經濟以及文化的觀點^[6]。」強調健康不僅是預防疾病與死亡，更是使人們進行積極正向身心靈健康之過程。

大多老人受苦於慢性病、知覺障礙以及身體功能的限制，而健康促進生活型態，可減少健康問題及增進效能，如降低慢性、急性疾病引起過早死亡、維護功能上的獨立、延長平均餘命、提高生活品質^[7]。因此，健康促進不僅可延緩老化所帶來疾病及失能風險，並可增加老年人身體活動量，維持獨立自主功能，使其老年生活感到滿足及愉快。

世界衛生組織則於2002年在《活躍老化：政策架構》（Active Ageing: A Policy Framework）報告書中提出「參與、健康、安全」三大支柱，建議老年人應多參與活動融入社會，以促進老年生活品質，並作為高齡社會的具體回應策略^[8]。Golding認為高齡學習是社會活動參與的主要活動之一，亦可幫

助高齡者保持大腦活化、維繫人際關係，並促進身心健康，以提高生活品質，並對健康的生活態度及壽命的延長有著相當的關係，達到成功老化的目標^[9-10]。活躍老化是優化健康、參與及安全機會的過程，以增進生活品質，重塑對長者健康、社會角色的觀點，在老化過程長者更需要社會參與、社會學習，進行個人生命經驗統整，促使其朝向積極正面的老化歷程。

樂齡學習是指年滿55歲以上，透過經驗使其行為產生較持久性改變的過程。目的在於增進知能，改變情意與態度，以達成自我的實現。參與學習對樂齡者不同層面的意義，例如能增進對健康老化的認識、提升晚年生活的品質、使個人對知識與經驗獲得更高層次的理解、適應退休生涯轉換的過程^[11-14]。

由上述得知，透過「學習」有助於高齡者提升老年生活品質，以活躍老化之目的，故提倡「老化」概念，課程涵蓋活躍老化三大架構為基礎，透過認識老化過程，除傳遞必修的健康認知，透課程設計強化成員間互動學習，另結合課程回家作業於

日常生活中反覆練習，進而於衰弱前養成、改善其健康行為，藉由反覆思考練習、規劃、實踐，促使社區長者積極迎向活躍老化生活。

材料與方法

一、研究對象

邀請新北市新店區有意願社區團體合作辦理，經社區關鍵人物於社區內張貼宣傳單，由65歲以上社區長者自願參與，並可完整參與前、後測。

二、介入計畫及實施

本研究實施共計12週，每週1次，每次共2小時，包括1小時運動課程及1小時高齡老化課程。

三、課程設計

透過建立長者健康促進團體為介入措施，「健康」層面包含生理、心理健康，「參與」層面包含生產力、社會、學習、休閒及家庭活動，「安全」層面包含經濟、生命及環境安全，進而提升參與者10個面向之活躍老化行為及整體健康，參照架構如圖1所示：

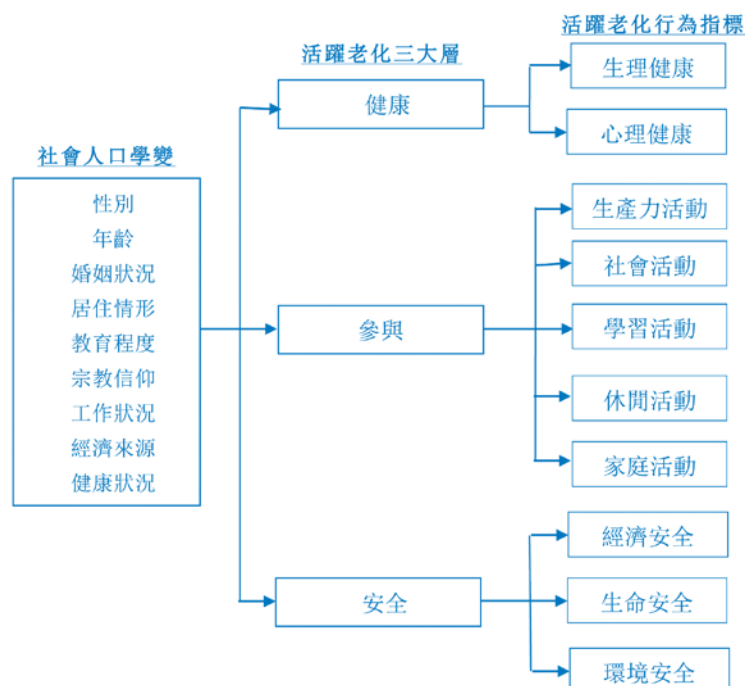


圖1：活躍老化指標建構及其對老人教育政策之啟示

（一）健康

1. 生理健康—運動

針對目前社區長者普遍體能不足，為提升長者體能設計12週運動課程。首先，帶領長者逐一破除運動的障礙，如：天氣不佳，可改成室內運動，亦要請長者分享運動好處及當下感受經驗分享，提升長者運動自我效能。再者，個人部分設計高齡專屬運動海報，鼓勵張貼在家中，提升運動可近性；班級管理部分，為提升團體運動效能及風氣，運用群眾力量建立高齡運動牆，讓原先沒有運動習慣成員加入運動行列。另，為破除過往一般人對長者衰弱的刻板印象，讓長者嘗試新興的運動，如打籃球。

2. 生理健康—健康飲食

邀請營養師講述長者營養指南，除自製獨家飲食教具，外加安排飲食回家作業及相關獎勵制度，確實改善長者飲食行為，如：預防肌少症，檢視一週長者蛋白質攝取量。另，強調長者飲食當下正向心情感受，透過設計飲食情況題，如：子女不在身邊時，如何減少獨自吃飯所產生的孤單、憂鬱感，以小組討論進行學員間經驗分享，找出合宜的解決方式。

3. 生理健康—慢性病管理

教導長者練習如何觀察自己，鼓勵於課後量測血壓及心跳，透過長期身體變化趨勢，有助於與醫師討論調整藥物。

4. 生理健康—用藥安全

除講述用藥認知外，另帶領長者進行用藥安全自我檢視，經統計依各社區長者大部分用藥問題提供建議及改善方式。課程設計長者用藥常見狀況劇，強化成員間經驗心得分享及問題解決。

5. 心理健康—情緒管理

老化所帶來壓力未曾被積極重視，長期

導致抑鬱、煩躁。講師從帶領長者認識情緒，進而讓長者思考讓自己快樂方法，並鼓勵寫下來與成員分享。此外，教導長者情緒管理技巧，如：轉念思考、感恩練習等，大多長者反應實用且好理解。

（二）參與

1. 生產力活動、社會活動、學習活動、休閒活動—退休生活及休閒規劃

著墨長者社會參與，妥善規劃退休生活。在生產力層面，鼓勵學員再就業、投入志願服務行列；社會及學習活動，給予長者多元學習，挖掘自己興趣及潛能，倡導活躍老化不斷學習精神；休閒活動，強調休閒的好處，並鼓勵長者從喜愛事情著手。

2. 家庭活動—人際關係

家是每個人意涵皆不同，課程帶領探討親密關係中夫妻、子女、手足，教導關係維繫原則及技巧，進而聚焦在練習自己相處，透過撰寫人生心願清單、分享家庭活動或聚會經驗分享，使其統整長者生命歷程。

（三）安全

1. 經濟安全—財務管理

退休已無穩定收入來源，未有聰明消費觀念，再加上現今詐騙猖獗，畢生積蓄將會一去不返。為確保長者經濟安全，課程安排最新詐騙案例、防詐騙守則，分享自身及他人詐騙經驗，並檢視生活開銷進行重新財務規劃。

2. 生命安全—保健資訊

多數長者在社群軟體會流傳不明保健資訊，造成自身及他人誤信，而延誤就醫之可能性。透過課程辨別保健資料以及相關求證管道，提升長者查證資訊敏感度。

3. 環境安全—預防跌倒

「跌倒」乃是提高老人衰弱的風險，故安排預防跌倒課程，由長者跌倒經驗分享、跌後處理演練，並於回家進行居家安全檢視，將安全落實在生活中。

四、研究工具。

世界衛生組織提出活躍老化的整體推動策略—健康、參與和安全，依循此策略在「活躍老化指標建構及其對老人教育政策之啟示」中再將三大策略，歸納出10項本土化活躍老化行為指標^[15]，延伸出活躍老化行為問題44題，結合課程設計、社區長者特性，選定8題（健康4題、參與3題、安全1題），依題號對應面向進行前後測評值，其中後測問卷另增加2題課程滿意度。本研究採結構式問卷，採用李克特（Likert）五點尺度量表（1=非常不同意，5=非常同意）。

五、資料分析

問卷分析以SPSS 12.0版。基本資料部分以描述性統計（descriptive statistic）分析，並使用成對樣本t檢定（paired t-test）分析課程介入之前後測差異，統計顯著水準（ α ）訂為0.05。

結果

針對已實施於新店區兩個社區—永平里、大鵬忠孝社區發展協會，參與高齡團體成員進行活躍老

化行為問卷前後測分析。前測共有55人，後測有效問卷共50人，流失成員因素皆為未參與1/2課程故剔除，回收率約90.1%，茲就性別、居住狀況、年齡分布、教育程度、前後平均變化量進行比較，結果如下：

由下表1所示，參與成員女性44人（88%），男性6人（12%），71.72±7.15歲，女性為大宗，分別訪談男、女性成員看法統整如下，由於傳統社會賦予固有性別印象、期待及想法，諸如女性善於社交、細心內控強烈，而男性則不該如此，因而導致男性不願社交、自我成長之活動。

成員居住狀況情形，其中與親友同住43人（86%），獨居7人（14%），訪談獨居成員參與表示，平常在家中未有安排，深怕體能快速退化會成為子女負擔，透過參與課程後不但培養運動習慣，還能認識新朋友，課後來能相約至社區公園運動。

成員年齡統計分布以65-69歲成員人數最多，佔整體54%。現今65歲是法定退休年齡，65歲前後5年將會是準備老後生活的黃金時期，提早健康認知及健康行為介入，做好老化生活準備，有助於日後活躍老化行為之養成，故本研究超過5成以上

表 1：高齡者團體方案樣本特徵 (N=50)

變項名稱		人數	百分比
性別	男	6	12%
	女	44	88%
居住狀況	親友同住	43	86%
	獨居	7	14%
年齡	65-69歲	27	54%
	70-74歲	10	20%
	75-79歲	5	10%
	80-84歲	5	10%
	85-89歲	1	4%
	90-94歲	2	2%
教育程度	國小	10	20%
	國中	6	12%
	高中職	21	42%
	專科大學	13	26%

表 2：活躍老化三大面向—對應原版問卷題目

活躍老化三大面向	原版問卷對應題號	活躍老化行為問卷對應題目
健康	Q1	我能作定期健康檢查
	Q3	我能落實促進健康的作法，例如均衡飲食和適度運動
	Q5	我能保持身體功能，進而維持自我照顧能力
	Q8	我在日常生活中，能保持正向思考
參與	Q14	我參與志願服務工作
	Q19	我樂於參與一些社團活動與社區活動
	Q26	我能瞭解從事休閒運動的重要性
安全	Q38	我在進行活動時能適當應用安全資訊，例如：用藥資訊、保健資訊

成員確實符合服務目標群。另外一提，成員平均 71.72 ± 7.15 歲，其原因是社區中高齡年齡層成員，年齡極端值分布影響將平均年齡提升。

成員教育程度經統計結果以「高中高職」佔 42% 為最多，最低教育程度為「國小」，普遍成員有基本閱讀及書寫能力，為提升高齡友善在課程設計中，無論是課程簡報、小組討論及回家作業，多以圖示取代文字，並接受成員以多元方式繳交回家作業，如：照片、錄音檔，提升成員學習動機及自我效能。

活躍老化行為問卷結果如表 2、3 得知，經 12 週活躍老化長者健康課程介入措施，無論是整體或分項之平均數皆有提升，其中「參與」前後測平均數差異最多。以成對樣本 t 檢定，結果三大面向 p 值皆小於 0.05 達顯著差異，確實經高齡團體課程介入，有助於提升長者的活躍老化行為。此外，在課程滿意度 5 分為滿分，「參與這活動課程對我目前的狀況確實有幫助」達平均 4.56 分，「整體而言，這裡提供的活動課程與服務讓我感到滿意」達 4.58 分，參與成員對整體課程皆達滿意以上。

透過課程強調老化過程相關議題，啟發長者對老化生活品質的重視。藉由課程實作、討論及反覆練習，促使長者全面性健康行為改變，生理部分，帶領長者進行自我健康管理練習，如運動帶領、均衡飲食、血壓量測、辨識保健資訊；心理部分，重視長者自我感受察覺，鼓勵在生活中進行，如進行運動、飲食、休閒心情日記。社會部分，透過小組討論、成員上台分享等方式，加強長者自信，並鼓勵拓展人脈。再加上創造高齡友善支持性環境及社區在地培力，不但預先帶領長者面對老化所帶來的

問題，並能以正向積極態度準備老後新生活。

討論

一、促進長者社會參與影響因素甚多

經上述前後問卷分析，在長者社會參與行為面向雖顯著差異，然在執行過程中部分長者因教育程度、社經地位、家庭支持等因素，存在諸多社會參與之阻力，因而影響長者參與課程之成效。例如：低教育程度長者在口語表達、閱讀理解、書寫等表現有顯著困難，影響學習落後、參與率較低。其次，低社經背景者獲得社會教育資源相對不足，相對缺乏有效知識及參與機會。再者，受家庭支持較低之長者，較容易產生不安全感、認為自己是別人的負擔，較不願持續跨出家門。

計畫除進行團體評估之外，建議針對社會參與度低之長者進行進一步的評估與觀察，擬定個別教學策略，強化長者學習及參與動機，如：讓不識字長者以「錄音或繪畫」方式繳交作業、安排社區志工協助參與度不佳之長者、課程設計中加入家屬參與的規劃、連結其他社區資源協助長者等，參與者高奶奶表示：「自己沒有讀過書、不識字，老師上課用講的我聽得懂，但是在回家寫作業的部分，我很擔心自己因為不會寫字，跟不上別人最後就會不想來參加。後來，老師有教我使用手機錄音取代手寫功課的方式，現在我也可以跟同學一樣準時繳交作業！」；參與者胡爺爺表示：「過去我都待在家看報紙、泡茶，已經很久沒有認識新朋友，前一兩堂課總覺得自己無法順利融入人群，甚至想婉拒參與後續課程。經與老師反映問題討論後，老師鼓勵我邀請太太一同來參與，在太太陪同下漸漸與同學熟

表 3：活躍老化三大面向行為 - 參與成員前後測變化

測驗	N	前測			後測			t 檢定
		平均數	中位數	標準差	平均數	中位數	標準差	
健康	50	3.79	3.65	0.19	4.35	4.54	0.11	.000**
參與		3.7	3.16	0.15	4.67	4.42	0.15	.000**
安全		3.91	3.2	0.03	4.52	4.48	0.06	.000**

註：** $P < 0.05$ ，表示達顯著差異

識，我居然可以順利上完每一堂課，最後拿到全勤獎。我覺得這麼好的課程應該多分享給其他人，因此這段期間我有加入社區志工隊，邀請更多鄰居來參加課程！」上述得知以個別化服務計畫，確實有助於協助長者促進社會參與。

二、教案模組架構下，依服務對象背景調整課程方向

以活躍老化為主軸的教案模組執行於社區長者照顧關懷據點發現，對於課程內容的質性回饋及行為改變，受長者的社會背景影響頗深，包括年齡、性別、居住地區等，如全盤複製教學內容執行於不同地區的長者，可能產生不同的成效結果。

本院多年深耕社區，定期派員進行醫療諮詢服務。儘管長年與社區經營關係，課前仍至社區實地拜訪，確保掌握長者的背景及特性。建議針對不同服務對象在同一教案模組架構下，彈性調整各面向課程介入比重、教學工具及方法。例如：都會型參與成員普遍年輕、健康，增加相關3C設備的健康促進資訊，參與者劉奶奶表示：「我覺得現在通訊軟體（LINE）雖然便利，但是有很多實用功能我不太會使用。這課程特別用淺顯易懂的教學方式，現在我學會特效自拍照，可以傳給遠在國外的女兒報平安。」；鄉村型社區參與者增加健康行為促進及資產管理的規畫課程比例，女性成員比例高之長者團體，增加心理健康、學習活動之課程比例。參與者晁奶奶表示：「我在社區志工隊服務多年，對每位參與成員的家庭狀況瞭若指掌，若有無故缺席的同學，我會主動電話問安或到宅訪視，並鼓勵他們回來上課。」針對學習過程中落後、參與度低者，利用社區志工關懷機制，以強化其參與動機等，以提供更貼近、符合之服務。

三、向前延伸推廣全面性高齡教育

依據衛生機關之相關規定，開辦相關長者預防及延緩失能課程，補助對象設定為年滿65歲以上健康、亞健康及衰弱長者為主，課程介入以疾病預防

為導向，內容為增進健康促進認知及實際操作健康行為，例如：運動課程、健康飲食衛教課程。

參考過去國內、外相關研究，老化過程有其連續的發展脈絡，相關的高齡教育具預防性功能應向前延伸推廣。本研究經篩選機制以健康、亞健康長者參與為主，其課程內容除有健康行為操作，還包括長者間生活情境演練及互動討論，進而投入自身健康行為規劃，如：未來運動計劃、翻轉長者衰老形象、結合自身感受及經驗分享等，積極關注長者心理、社會層面之健康，有益於課後延續促進長者身心靈平衡與健康。本研究尚未向前延伸介入55-64歲，經大多參與學員反饋本課程內容應提早退休前參與，有助於自身老化生活適應，建議未來相關長者預防及延緩失能政策，應將年齡層向前延伸推廣，有助於提升長者活躍之行為。

誌謝

本研究得以完成，感謝院內高層支持投入資源及相關單位合作及協助。面對高齡社會艱鉅的挑戰，本院將不遺餘力走入社區，提供長者持續性、多元性、可近性之高齡友善服務，透過高齡教育建立健康知能與習慣，朝向健康老化生活共同邁進。

參考文獻

1. 行政院：高齡社會白皮書核定本，2015。
https://www.hpa.gov.tw/File/Attach/10767/File_12355.pdf。
引用:2020-07-21。
2. 國家發展委員會:人口推估查詢系統。
<https://pop-proj.ndc.gov.tw/dataSearch.aspx?r=1&uid=2104&pid=59>。
引用:2020-07-21。
3. 內政部戶政司：縣市人口年齡結構指標。
<https://www.ris.gov.tw/app/portal/346>。引用:2020-07-21。
4. 新北市政府民政局：107年度新北市民政局統計年報。新北市民政局統計年報。
<http://www.ca.ntpc.gov.tw>。引用:2020-07-21。



5. 新北市政府民政局：新北市新店區人口結構。新北市民政局統計年報。
<http://www.ca.ntpc.gov.tw>。引用:2020-07-21。
6. Pender, N. J., Murdaugh, C. L. & Parsons, M. A. : Health promotion in nursing practice. Upper Saddle River: Prentice-Hall 2002.
7. 陳翠芳：健康促進～以老人族群為例。領導護理 2015；16，2-12。
8. WHO：Active Ageing: A Policy Framework. Madrid, Spain: Ageing and Life Course Program, Second United Nations World Assembly on Ageing Press 2002.
9. Golding, B. : Social, local, and situated: Recent findings about the effectiveness of older men' s informal learning in community contexts. Adult Education Quarterly, 2011；61，103-120.
10. 劉宏鈺、吳明儒、吳曉君：社區高齡者學習與健康關係之評析：以嘉義縣長青活力站為例。台灣社區工作與社區研究學刊2012；2，123-162。
11. 黃富順：高齡學習。台北：五南圖書出版公司，2004b。
12. 黃富順：高齡社會與高齡教育。台北：師大書苑，2004a。
13. 劉文端、葉俊廷：高齡學習者學習動機及學習意義之初探：以電影賞析課程為例。社會發展研究學刊2016；17，1-22。
14. 黃富順：高齡教育學。台北：五南，2008。
15. 林麗惠：活躍老化指標建構及其對老人教育政策之啟示。成人及終身教育學刊2012；19，7-111。

附錄圖



邀請學員上台分享運動心情日記，
樹立高齡模範生典範。



打籃球不是年輕人專利，在安全防護前提下，
帶領長者嘗試新的運動選項。



結合長者體適能元素設計運動單張，
鼓勵長者張貼在家中隨時運動。



為提升團體運動效能，運用群眾力量建立
高齡運動牆，讓原先沒有運動習慣成員
加入運動行列。



經營長者line群組，
作為繳交作業及加強成員間互動之用。



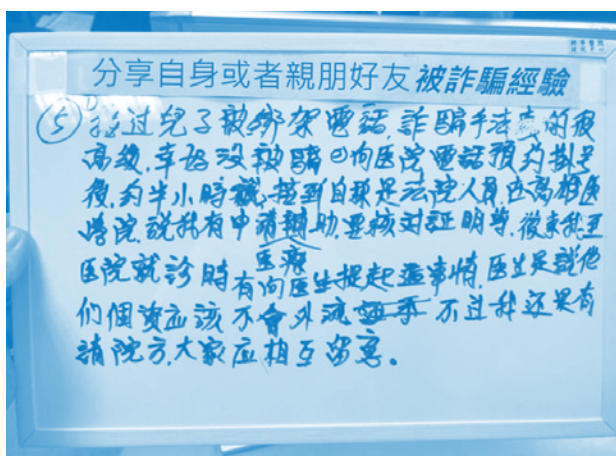
參與長者生長背景未必每人皆能完成學業，
透過課程結業典禮完成人生夢想，
鼓勵其活到老、學到老。



新興桌遊是大多長者過往生活未有休閒經驗，從玩的過程中不僅可以大腦活化外，也能拓展人際網絡。



為強化退休生活規劃行動，鼓勵長者課後繳交近從事休閒活動照片，落實知行而一的概念。



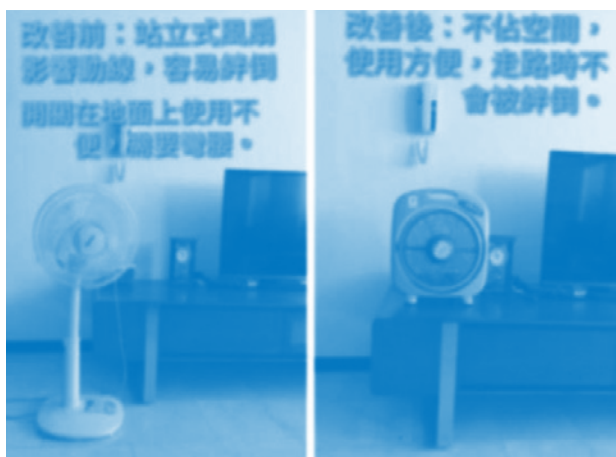
分享自身或親友被詐騙經驗，警惕他人避免發生憾事。

上次回家作業

你覺得目前生活開銷哪部分太多？為什麼？
你覺得目前生活開銷哪部分太少？為什麼？

伙食費	醫療保健費	社交費
房租、水電瓦斯費	運動健身費	學習進修費
交通、維修保養費	休閒旅遊費	家庭日常雜支
治裝費	興趣嗜好費	其他費
		定期投資費

課後重新讓長者檢視日常生活開銷，重新確認必要、不必要開支。



經專業講師指導，學員重新進行居家安全檢視、改善。



邀請學員上台進行跌倒後處理演練。

[Monograph]

Active Aging—an Intervention Plan Designed for Group Gatherings of Senior Citizens

Hsun-I Lu*, Hung-Yu Hsieh, Chun-Han Tseng

Health Promotion Administrative Center, Cardinal Tien Hospital, New Taipei City, Taiwan

Abstract

Purpose

By statistical data, in September 2019, the people over 65 year old (i.e. senior citizen) in Taiwan exceeded 15% of the total population. The physical, psychological and social responsibility for the senior citizens have become more and more important. In 2002, the World Health Organization (WHO) proposed a framework of national health policies for active aging: health, safety, and participation. Taiwan is facing an increased number of aging people. In order to make senior citizens live healthily, the government in Taiwan are relentlessly promoting plans for healthy aging and delay aging. HsinDian Cardinal Tien Hospital is located in HsinDian. Due to the increase of Chronic diseases. The hospital provides many service for local senior citizens.

Methods

For senior citizens, a group classis is planned— once a week and total for 3 months. The plan was implemented in Yong-Ping-li, Xindian District and Da-Peng-Zhong-Xiao Community, these two Development Association Communities. Class management methods includes group courses, homework, model establishment, and reward program. There were 55 people participated in this project and 50 questionnaires were effectively returned, with an average age of 71.72 ± 7.15 years old. Questionnaire surveys are conducted before and after the class. The "health" is divided into physical and mental health. "Participation" is divided into productivity, society, learning, leisure and family activities. "Safety" is divided into economic, life, and environmental safety, calculated on a five-point scale, Using the paired sample test for statistical analysis, the results showed all aspects had significant differences ($p < 0.05$).

Results

According to the evaluation results, the health promotion program for senior citizens really helps enhance their health awareness and active behavior. Group classes are used to enable senior citizens to realize themselves, participate in society, and continue to implement healthy behaviors in their lives to achieve the goal of active aging.

Received: July 20, 2021

Revised: December 22, 2021

Accepted: December 30, 2021

*Corresponding author: Hsun-I Lu

E-mail: rubylu526@gmail.com



Conclusion

This study centers on "Active Aging" and promote physical and psychological health for the senior citizens: provide sustainability, accessibility, diversity, individuality for various senior citizens with friendly services and ultimately an active aging lifestyle.

Key words: Active Aging 、 Senior Citizens 、 Social Participation 、 Aging Society 、 Health Promotion

[專論]

心衰竭居家照護效能—智能照護模式介入

賴雯珍¹、黃金隆^{2,3*}

¹臺中市私立百合居家式服務類長期照顧服務機構

²臺中榮民總醫院教學部

³中興大學後醫學系

摘要

目的：心臟衰竭出院後再住院率約14~50%，5年死亡率高達50%。若能建置屬於病人健康照護記錄，掌握病人居家狀況，給予即時反應，預知病患心衰竭惡化，降低病患再入院及死亡率。

方法：本院於2013年成立「心臟衰竭照護小組」，強調跨領域團隊的全人照護及個案追蹤。2018年1月完成建置心臟衰竭健康管理APP應用程式系統平臺，使用智慧型手機掌握病人居家狀況包括藥物、飲食、運動等日常生活注意事項。

結論：本次專案與資訊室合作建置便利及創新服務之雲端管理模式，更重要的是機構提供的後端專業跨團隊醫療服務，營造心衰竭的健康管理系統醫療服務，並更進一步優化醫療團隊的支持系統，建置後端管理及緊急聯絡網，讓心衰竭個案回家後無後顧之憂，更省時、省力及省醫療費用。

【**關鍵詞**】心衰竭、居家照護、智能照護

前言

根據衛生福利部十大死因中，心臟疾病位居第二^[1]。全國心臟衰竭每20分鐘即有1人住院，確診後5年死亡率>50%，未經妥善治療3個月再入院率高達30%^[2]。心臟衰竭出院後再住院率約14~50%^[3]。如果可提供病人自我管理照護計劃如：自我管理技巧的建立，遵從服藥、自我監測心跳、血壓、體重、水份控制及安排適度運動，可以有效降低心衰竭惡化^[4-6]。

2017年衛生福利部中央健康保險署推展心臟衰

竭急性後期整合性照護（Post-Acute Care, PAC）計畫^[7]，積極的介入心臟衰竭治療與照護，延長病人生命，身為醫療人員更需努力改善幫助病人之職。

材料與方法

一、實施方法與過程摘述

本院於2013年成立「心臟衰竭照護小組」，強調跨領域團隊的全人照護，其中成員包括：醫師、個案管理師、專科護理師、藥師、物理治療師、營養師、社工師等，針對心臟衰竭病人給予全方位的

受理日期：110年7月23日

修改日期：111年3月30日

接受日期：111年4月8日

*通訊作者：黃金隆

地址：臺中市西屯區臺灣大道四段1650號

E-mail：golden@vghtc.gov.tw

10.29442/HPRP.202201_5(1).0002

跨領域照護及個案追蹤。建立數位化管理及雲端遠距照護模式，屬於病人健康照護記錄，優化後端健康醫療管理團隊，心衰竭病人從入院到出院居家照護的重要核心人物群。團隊有著共同的目標：從客製化的出院規劃及定期電話訪視計畫、社區醫療資源的轉介及聯繫、給予無縫接軌的追蹤與關心。

二、檢核計畫執行成效方法

2018 年1月完成建置心臟衰竭健康管理 APP 應用程式系統，僅需要智慧型手機掌握病人居家狀況，給予即時反應，可減少再住院、死亡率，提升心臟衰竭生活品質、增進病人自我照顧能力，進而促進病人醫囑遵從度與家屬支持；降低家屬照護壓力與經濟困境。

三、資訊科技導入理由之適當性

對患有慢性疾病（如糖尿病、心血管疾病、高血壓）的高齡者來說，在居家環境下進行生理訊號長期監測是十分重要的^[4]。遠距照護使用頻率最高項目是血糖檢測、其次是血壓檢測、視訊諮詢及衛教網頁^[8]，而慢性病患者需要有效的照顧方式培養慢性病自我照顧減少依賴，若達成提早預防及良好的自我照顧，就能減少慢性病在個人及健保局的醫療費用支出。由團隊初擬想法會同資訊室，建置輸入平臺，團隊提供心衰竭之相關資料，包括藥物、飲食、運動等日常生活注意事項，完成心臟衰竭知

識家平臺建立。相關功能說明如下：

- （一）心臟衰竭健康管理系統：建置於本院 APP 系統之健康管理介面與數據評估提醒警語（如圖1）。
- （二）隨著醫療科技進步，中榮心臟衰竭團隊與資訊室，針對心臟衰竭患者建置健康管理APP，可以下載本院應用程式後，需先完成認證碼綁定，除基本資料（如身分證件號及生日等）以加密方式儲存於手機中，其他輸入之資料則直接透過 HTTPS加密通道傳送使用者資料。
- （三）透過自我生命徵象監測及輸入，進行生活管理，系統會自動針對輸入之數據進行運算評估及警示，並提供初步之提醒及警語，請病人多注意。同時也提供運動時之輸入法，由系統自動運算是否達到有效運動量，提供病人日常生活保養之道（如圖1）。



圖1：健康管理介面與數據評估提醒警語

(四) 知識家平臺：將日常生活之用藥注意事項及飲食、水分之控制注意事項，分章節建置於知識家平臺，也提供病人控制體重之技巧，及管理每日運動量，透過復健運動影片觀看，居家有效運動，持續復健，以強健心臟。

四、實務應用性

個管師將符合收案之心衰竭病人於系統內建檔，系統會自行計算往後6個月之追蹤時機，同時預設電訪日期，整理個管師之每日工作清單，個管師不遺漏每次回診的心衰竭個案。同時也提供收案之個案回診時間、急診之註記，方便個管師聯絡與管理。

個案管理師可在共管系統上進行個案管理，系統有如下功能：

(一) 系統自動抓取回診評估之電訪時間

(二) 系統自動抓取回診時間包括診號及診間

心臟衰竭急性後期追蹤計畫為配合國家政策執行，心臟衰竭急性後期照護計畫為出院後6個月的追蹤（如圖2），為提供病人完整的追蹤及電訪和跨團隊衛教，將個案管理系統擴增6次電訪，並依據計畫內應評估之要項建置於系統內，方便個管師進行衛教及追蹤（如圖3）。



圖2：心臟急性後期照護計畫追蹤

五、有考量安全議題及建置失效預防措施（如：patient safety、security）

(一) 心臟衰竭健康照護管理系統

出院後的病人在改變自我生活和心臟疾病照顧關係中，時而因為感冒引發心臟衰竭症狀的發生，或是藥物的劑量調整，而出現血壓或心跳的浮動，當下的不安全感的確有諮詢支持的需求，此時可透過心臟衰竭個案管理專線獲得支援與幫助，個案管理師會針對病人當下的疾病需求，使得病人能順利藥物的劑量調整，及病情諮詢、情緒調適，在其症狀惡化時安排所需要的疾病醫療照顧，幫助病人面對與處理疾病所造成的身體症狀，病人在心臟能力衰弱的情境下，依舊能從中學習與發展出有助自己生存的行為模式。

本院開發之心衰竭健康自我管理系統與院內個案管理系統連線，本院首創經由雲端後臺管理系統，以目視化的管理幫助個管師進行心衰竭個案之後端監控，必要時提醒病人提早回診，早期發現臨床之變化並即時處理，並完成建立健康管理系統APP之後臺處理，同時也與院內之24小時call center鍵接，除了上班時間，夜間及假日也提供不間斷的接軌服務。

系統自動紅綠燈警示，提示個管師即早通知病人回診。2016年~2018年顯示心臟科病人共5位病人因為晚夜間使用諮詢專線，諮詢內容原因包括：血

圖3展示了系統中的結構化表單界面，用於記錄病人的評估數據。表單包含多個欄位，如評估項目、評估結果、評估時間等。界面設計清晰，方便個管師進行數據錄入和監控。

圖3：結構式表單呈現

壓高、藥物不遵從、心導管穿刺部位痛，截至目前為止無意外事件發生。如病人夜間及假日有問題可連絡 Call Center 並由心臟衰竭科醫師作後援支持。

(二) 跨部門之團隊運作

跨院際整合團隊之組成與運作方式，包含如何跨院提供整合式服務，與居家醫療照護整合計畫、家庭醫師整合性照護計畫之社區醫療群、跨層級醫院合作計畫等團隊協同提供整合照護，確保急性後期病人轉銜順暢。急性後期照護團隊之組成要素包含各專業照護人力專業別、人數、專任或兼任、各類人員醫病比，及專業人員支援計畫等。衛生福利部中央健保署為減少心臟病患者的負擔，推動心臟衰竭照護（HF-PAC）計畫，此計畫目的是透過整合跨科系、跨醫院、跨地區的團隊合作，垂直整合急性期、急性後期及居家醫療照護，提供病人全人全程的醫療服務。並對具積極復健潛能之個案，在治療黃金期間提供高強度且密集復健，恢復功能或降低失能的程度，減少再住院，促使回家後能獨立生活。本科之心衰竭照護小組配合國家政策，組成跨團隊小組（如圖4）。

根據政策，建置心衰竭病人出院後之追蹤照護流程，整合評估事項並本院首創照護追蹤護照【心臟衰竭急性後期照護手冊】，團隊照護小組會議，定期召開會議檢討出院收案病人之照護指標及團隊執行之業務成效。藉由團隊合作提供雙向醫病溝通管道（如圖5），有效減少團隊聯繫上的誤差，縮短各項評估之時間，提高工作效率。



圖4：心衰竭跨團隊照護小組

成果

本次專案由院方自行開發健康管理 APP 系統，藉由簡單、容易操作之介面，方便收案個案使用，獲得2019年心臟年會之心臟衰竭照護競賽全國第二名。

將本院研創健康管理 APP與配合政府執行心臟急性後期照護各項評估，與院內之個案管理系統連接，一次照護的期間為 6個月。統計照護成效2018年1月1日至2020年4月30日共217位心臟衰竭病患統計預後縱的數據成果：男162位（74.3%）、女55位（25.3%）、年齡 66.3 ± 15.3 ，一年內死亡數14人（6.5%），30日再住院率9人（4.1%）、6個月再住院率10人（4.6%），平均住院天數 3.1 ± 3.5 ，心臟射出量LVEF（%）介入前 30.1 ± 9.0 、介入後 34.4 ± 10.5 ，明尼蘇達生活品質及健康性生品質分數越高困擾越高：明尼蘇達生活品質（分）介入前 21.4 ± 18.7 、介入後 7.6 ± 10.9 ；EQ-5D健康性生品質（分）介入前 6.7 ± 2.1 、介入後 6.0 ± 1.8 ；營養評估及工具性生生活分數越高代表身體狀況越好：IADL工具性生生活（分）介入前 4.4 ± 2.2 、介入後 5.0 ± 1.7 ；MNA營養評估（分）介入前 12.6 ± 1.8 、介入後 13.3 ± 1.4 ；6分鐘行走測試（尺）介入前 154.3 ± 148.4 、介入後 164.9 ± 22.5 ；心臟衰竭治療指引用藥使用率：ACEI/ARB/ARNI（%）介入前91.7%、介入後98.2%；Beta-blocker（%）介入前82.5%、介入後91.7%；MRA（%）介入前64.1%、介入後70%，皆有 $P < .001$ 顯著意義（表1,2）。藉由雲端健康管理系統之後台監控急性後期追蹤照護電子手冊之建置，可減少個管師



圖5：雙向醫病溝通管道

表 1：心臟衰竭個案管理資料一覽表

心臟衰竭個案管理資料	人數 (%)	平均標準差 (Mean ± SD)
1. 性別		
男	162 (74.3)	
女	55 (25.3)	
2. 年齡		66.3 ± 15.3
3. 婚姻		
未婚	8 (3.7)	
已婚	199 (91.7)	
離婚	3 (1.4)	
喪偶	7 (3.2)	
4. 醫療共病處理成效		
一年內死亡數	14 (6.5)	
30日急診人數 (含院外)	9 (4.1)	
平均住院天數	10 (4.6)	3.1 ± 3.5
5. 健康管理APP使用	110 (50.7)	
6. PAC照護滿六個月病人	181 (83.4)	

表 2：各項評估量表改善前後一覽表

心臟衰竭照護成效	介入前 (N=217)	介入後 (N=217)	P value
1. LVEF(%)	30.1 ± 9.0	34.4 ± 10.5	P<.001
2. 生活品質			
6MN(m)(Mean ± SD)	154.3 ± 148.4	222.5 ± 164.9	P<.001
明尼蘇達生活品質	21.4 ± 18.7	7.6 ± 10.9	P<.001
IADL工具性生活	4.4 ± 2.2	5.0 ± 1.7	P<.001
EQ-5D健康性生活品質	6.7 ± 2.1	6.0 ± 1.8	P<.001
MNA營養評估	12.6 ± 1.8	13.3 ± 1.4	P<.001
3. 心臟衰竭治療指引用藥			
ACEI/ARB/ARNI(%)	91.7%	98.2%	P<.001
Beta-Blocker(%)	82.5%	91.7%	P<.001
MRA(%)	64.1%	70%	P<.001

表 3：健康管理 APP 與健康群組之評比一覽表

類型	優點	缺點	安全
心臟衰竭 健康管理App 	1. 即時反應與回饋 2. 生命徵象及體重警示 3. 雲端數據資料管理 4. 本院首創個管共管系統後端監測	數據需自動傳輸	1. 本院App 於2018/03 通過行動應用資安聯盟-高級App 資安檢測 2. 使用本院 App 健康管理功能需先經過認證碼綁定，除基本資料(如身分證件號及生日等)以加密方式儲存於手機中，其他輸入之資料直接透過 HTTPS 加密通道傳送，可保護使用者資料。
Line	1. 即時聊天軟體 2. 共享病友心得 3. 企業行銷	1. 重要資訊易遺漏。 2. 需專人即時管理。	1. 隱私維護受到質疑。 2. 群組資料是否受到把關與驗證

查詢個案資料及衛教之時間，平均每位病人可由原本 25分鐘降至10分鐘，讓個管師可以充分衛教每一位回診個案。

討論

本院首創健康管理APP與健康群組評比（如表3），健康管理APP優點：即時反應與回饋、生命徵象及體重警示、雲端數據資料管理、本院首創個管共管系統後端監測。缺點：數據需自動傳輸。安全性：本院App於2018/03通過行動應用資安聯盟-高級App資安檢測、使用本院 App 健康管理功能需先經過認證碼綁定，除基本資料（如身分證件號及生日等）以加密方式儲存於手機中，其他輸入之資料直接透過 HTTPS 加密通道傳送，可保護使用者資料。

健康line優點：即時聊天軟體、共享病友心得、企業行銷。缺點：重要資訊易遺漏、需專人即時管理。安全：隱私維護受到質疑、群組資料是否受到把關與驗證。

結論

隨著醫護人力緊縮、人口急速老化、疾病慢性化、醫療照護成本居高不下，如何利用雲端科技來發展居家保健、在宅醫療、遠距照護、個人健康管理，以降低就醫與照護成本，甚至結合智慧型手機、平板電腦等行動裝置，推出一朵朵不同的雲，像是健康雲、照護雲、病房雲，儼然成為目前國內外醫療保健產業最火紅的議題之一。邁向【智慧醫院 4.0】，業界廠商以不斷創新研發新的行動穿戴式裝置，本院秉持「以人為本，以關懷為核心」的醫療專業。

本次專案與資訊室合作建置便利及創新服務之雲端管理模式，更重要的是機構提供的後端專業跨團隊醫療服務，臺中榮總營造心衰竭的健康管理系統醫療服務，並更進一步優化醫療團隊的支持系統，建置後端管理及緊急聯絡網，最重要的目的就是讓心衰竭個案回家後無後顧之憂，放心且安心

的日常生活，快樂自在生活在每一天。

貢獻及影響程度，智能照護模式介入，個管師可以了解病人居家活動時之心率變化，同時系統會每日記錄運動量及時間，回診時提供給醫師及復健師治療參考。

（一）透過了解正確的醫療資訊，增進病友之醫療適應能力：促進病人及家屬居家自我照顧及健康促進的能力，減低病人醫療適應之困難。

（二）促進醫病互動溝通與病友之相互支持：透過團體運作過程，增進醫病溝通與互動；並由參與病人和家屬的經驗分享，提供相互支持與情緒抒解的管道，提高醫療與社會心理照顧之品質。本科並持續藉由媒體及文宣強調，健康是自己的責任、學會照顧自己是一件重要的事。具學習/推廣價值本次專案計畫推動迄今，獲得內外部競賽之肯定，2019年獲得國家醫療品質獎主題類菁英組【銀獎】及【創意獎】、日本國際ICQCC【金獎】，同時公立醫院第一個通過【心臟衰竭疾病認證】。期盼全國醫療機構一同為病人健康持續努力與精進。

臺中榮民總醫院之特色致力於「心臟照護小組」提供心衰竭病人完整的心衰竭出院準備及強化居家自我照護，透過個案管理師的聯繫服務，從病人入院時即開始介入，儘早與病人、家屬互動及提供適切照護，並提供相關資訊及照會相關部門，讓病人及家屬獲得疾病相關資訊及自我健康管理重點，在面對心臟衰竭不再徬徨無助。透過我們的努力，讓病人可以提高生活品質，並降低再住院率，醫療費用以及死亡率。

參考文獻

1. 衛生福利部：108年度死因統計。<https://dep.mohw.gov.tw/dos/lp-4927-113.html>。引用 2021/03/01。

2. Young, L., Hertzog, M., & Barnason, S. Effects of a home-based activation intervention on self-management adherence and readmission in rural heart failure patients: the PATCH randomized controlled trial. *BMC cardiovascular disorders* 2016; 16: 176.
3. Orlowski, S., Bane, S., Hirschey, J., Kakarmath, S., Felsted, J., Brown, J., . . . Jethwani, K. Value and Acceptability of a Novel Machine Learning Technology for Heart Failure Readmission Reduction: Qualitative Analysis of Clinical Roles and Workflows (Preprint) : JMIR Publications Inc 2018; 4: 11895.
4. 許竹君、潘雪幸：心臟衰竭病人之自我管理；源遠護理 2015；9: 65-71。
5. Celler, B., Argha, A., Varnfield, M., & Jayasena, R. Patient Adherence to Scheduled Vital Sign Measurements During Home Telemonitoring: Analysis of the Intervention Arm in a Before and After Trial. *JMIR Med Inform* 2018; 6: 15.
6. Chen, Y. W., Wang, C. Y., Lai, Y. H., Liao, Y. C., Wen, Y. K., Chang, S. T., . . . Wu, T. J. Home-based cardiac rehabilitation improves quality of life, aerobic capacity, and readmission rates in patients with chronic heart failure. *Medicine (Baltimore)* 2018; 97: 9629.
7. 衛生福利部中央健康保險署：急性後期整合照護計畫。 https://www.nhi.gov.tw/Content_List.aspx?n=5A0BB383D955741C&topn=D39E2B72B0BDFA15。引用 2018/10/01
8. 蔡宗宏、莊碧焜、藍毓莉：遠距照護的發展與效能評估之探討—技術、人性、管理的整合觀點。 *護理雜誌* 2010；57：83-88。



[Monograph]

Home Care In Patient With Heart Failure: Intervention For Smartphone Care Model

Wen-Chen Lai¹, Jin-Long Huang^{2,3*}

¹Taichung City Private Lily Home-Based Long-Term Care Service Institution

²Department of Medical Education, TCVGH

³Department of Post-Baccalaureate Medicine, College of Medicine, NCHU

Abstract

Objective: Heart Failure is the 3- month rehospitalization rate was 14-50%, the 5-year mortality rate is as high as 50%. If can create a personal health record. Predict the worsening of Heart failure, reduce patient readmission and mortality.

Method: We Emphasizes the whole-person care and case tracking of cross-disciplinary teams. In January 2018 the establishment of a Heart Failure health management APP application system platform was completed. Use smart phones to grasp the patient's home conditions.

Conclusion: Establish background management and emergency contact network. Let the Heart Failure patients have no worries after returning home, and save time, effort and medical expenses.

Key words: Heart Failure, Home Care, Smartphone Care

Received: July 23, 2021

Revised: March 30, 2022

Accepted: April 8, 2022

*Corresponding author: Jin-Long Huang

E-mail: golden@vghtc.gov.tw

10.29442/HPRP.202201_5(1).0002

[專論]

推動出院準備服務與長期照顧服務之 整體化 - 以雲林縣某區域教學醫院為例

周佳霓¹、李小鳳^{2*}、蔡瓊儀³、余玉如²

¹中國醫藥大學北港附設醫院社區健康長照中心

²中國醫藥大學北港附設醫院護理部

³中國醫藥大學北港附設醫院企劃室

摘 要

目的：出院準備服務在長期照顧服務資源轉介扮演非常重要角色。2019年本院住院族群65歲以上佔多數，佔58.9%，而符合長照服務資格者出院後申請長照服務比率低於5成，而且在出院準備服務收案率及轉銜長照服務比率均偏低。在高齡化趨勢下，急性期除提供醫療服務外，更需社區長照服務的介入，促使有長照服務需求的老人，出院後能持續獲得服務。因此，希望藉由本專案的執行能提升老人出院準備服務收案率並改善初篩重複評估與服務轉銜率低的困境，以達到社區健康促進醫院使命及專業價值。

方法：於2020年1月至6月透過「出院準備服務管理系統」及「衛生福利部照顧服務管理資訊平臺」查詢本院2018年1月至2019年12月出院準備服務轉銜長期照顧服務之執行情形，以特性要因圖分析、檢討，針對出院準備服務收案率低、個案初篩重複評估比率高及轉銜長期照顧服務人數低等原因進行策略執行，如修訂出院準備服務銜接社區長期照顧服務流程、科室宣導及安排出院準備銜接社區長期照顧服務教育訓練、病房設置出院準備服務種子人員、成立「社區健康長照中心」、訂定績效獎勵制度等。

結果：出院準備服務收案率由36.7%升至66.7%、出院準備服務個案初篩重複評估率從4.27%降為0%；出院準備服務轉銜長照服務人數從284人提升為306人。

結論：以「友善醫院、樂活社區」之理念，藉由出院準備服務銜接社區長照服務，讓家-醫院-社區串連，並透過社區據點、健康管理等個管模式介入，讓民眾得以在地老化，達到醫院永續服務之目標。

【**關鍵詞**】社區長照服務、長期照顧服務、出院準備服務

受理日期：110年8月2日
修改日期：110年9月28日
接受日期：110年12月28日

*通訊作者：李小鳳
地址：雲林縣北港鎮新德路123號
E-mail：n2063@mail.bh.cmu.edu.tw

10.29442/HPRP.202201_5(1).0003

背景分析

台灣於2018年正式邁入高齡社會，截至2020年12月底，全台灣老年人口數為3,787,315人，佔總人口比率16.07%。而雲林縣老年人口比率19.10%，僅次於嘉義縣，其中北港鎮65歲以上老人口數89,669人，佔雲林縣老年人口的21.7%（內政部，2021）。分析本院就醫病人，以胸腔內科、心臟內科、腎臟內科併多重慢性病人人居多，2019年門診就醫病人65歲以上者佔32.08%、住院病人65歲以上58.92%，從人口組成及就醫資料顯示北港鎮老化為雲林縣最嚴重，且普遍有社區長期照顧服務（以下簡稱長照）需求。

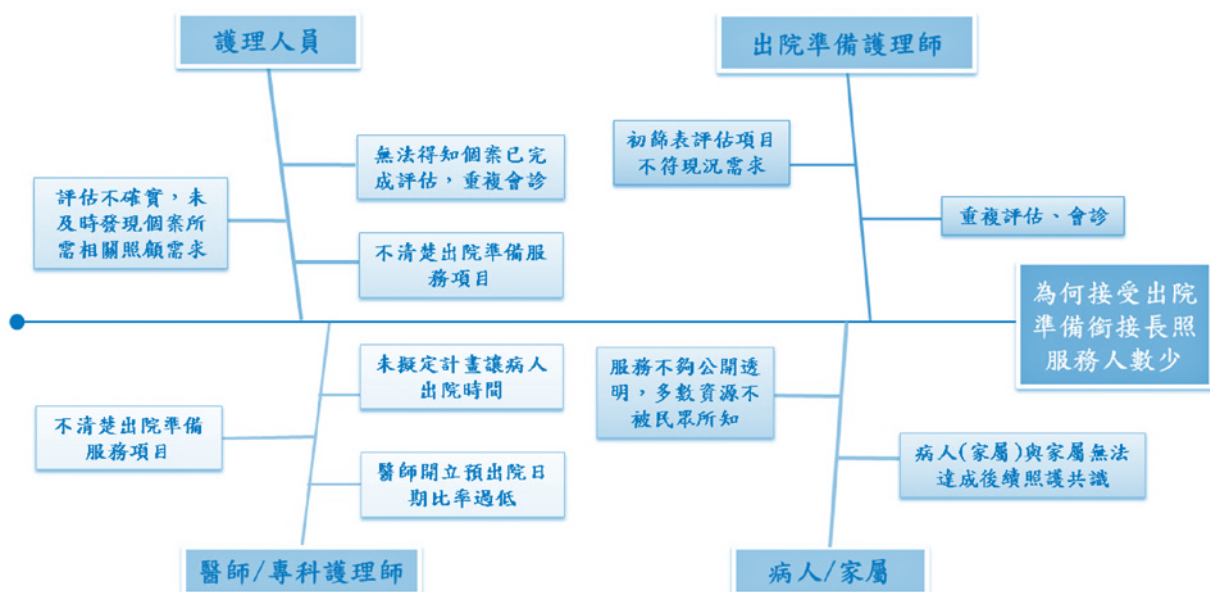
另外，出院病人因意外或疾病導致日常生活能力短暫或永久受損，對於出院時立即銜接長照資源的需求高，因此出院準備服務在長照體系的轉介工作中扮演相當重要的角色，出院準備服務人員需全盤考量病人及家屬需求、經濟條件與照顧能力，才能轉介適切且滿足照顧需求的長照服務（詹弘廷、黃源協，2014；陳亮汝、蔡麗珍，2012）。

政府早在2007就推出長照1.0的政策，但長照1.0的預算少、限制多，民眾的使用率低，導致有需求的民眾申請跟使用狀況不佳，為此，長照2.0的政策在2017年正式開辦，除增加服務項目及服務範

圍，更期待透過出院準備銜接長照服務解決出院病人使用服務之空窗期，然2017-2019年間，本院申請長照服務之病患等候長照服務之介入多為7天至14天，2019年出院病人符合使用長照服務資格且出院後接受長照服務比率低於5成，有鑑於此及未來高齡人口持續增加，民眾除了高品質、高效能的醫療服務需求外，更需要適切的社區長照服務，因此推動本計畫，期以健康促進醫院專業價值，回應民眾需求。

計畫目的、具體目標與測量方法

- 一、計畫目的：透過改善出院準備服務流程，串聯社區長照服務資源並推動，達到社區健康促進醫院使命及專業價值。
- 二、計畫目標：提升出院準備服務收案率達50%、降低出院準備服務個案初篩重複評估比率（< 0 %）、出院準備服務轉銜長照服務人數（>300人次）。
- 三、測量方法：每月透過本院「出院準備服務管理系統」及「衛生福利部照顧服務管理資訊平臺」記錄及查詢出院準備服務及轉銜長照服務之執行情形。



圖一：特性要因圖

策略規劃與執行狀況

針對出院準備服務服務流程以特性要因圖做要因分析（圖一），找出10項要因進行檢討，訂定三項目標及規劃三項策略群組，執行狀況分別如下：

（一）目標一「提升出院準備服務比率」策略規劃與執行：

1.修訂出院準備服務銜接社區長照服務流程：為延續病人醫院出院後銜接社區長照服務的連續性，醫院進行資源整合，增強團隊合作及社區醫療服務，協助解決病人或家屬片段式的照顧服務，及增加民眾對醫院信賴感，強化社區醫療服務概念，增加病房出院準備服務種子人員，協助評估、確認病人照護需求後，及時轉介出院準備服務護理師收案服務，並修訂出院準備服務銜接社區長照服務整合流程（如圖二）。

2.各科室宣導：透過長照政策宣導、確實開立預出院日期，讓病人能在出院前三天接受評估，並透過持續監測開立預出院日期比率，於每季「病房暨出院準備服務委員會」中檢討，滾動式執行改善策略，對於病情變化複雜性較高之病人，則鼓勵家屬提早申請相關作業（即早申請長照服務，即早連絡後端照顧單位，確認可出院日期後由出院準備人

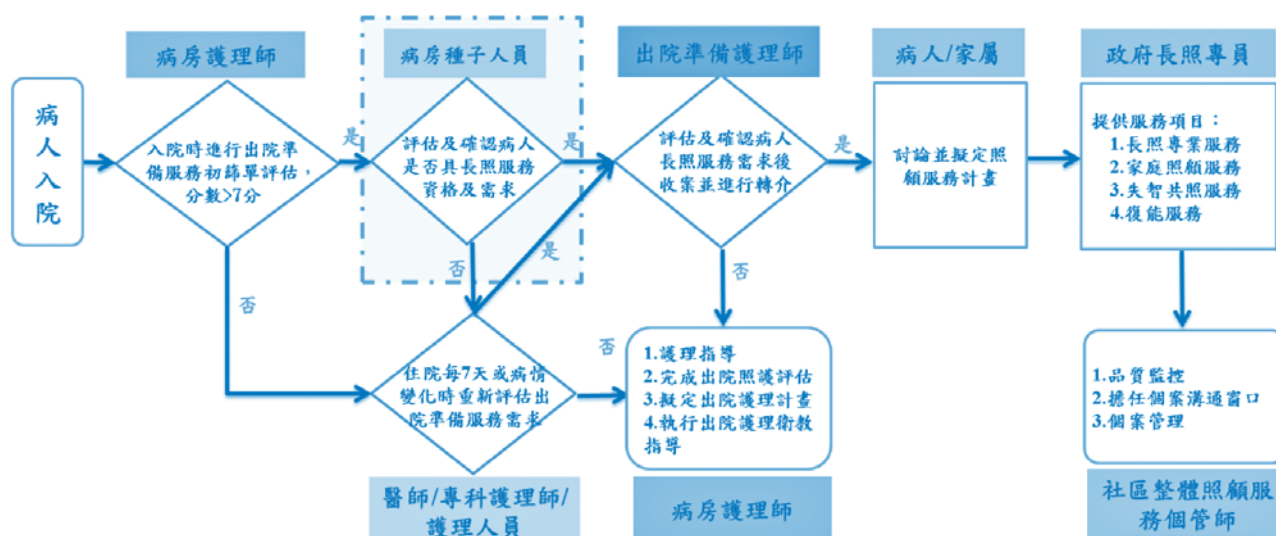
員接洽長照提供單位，即可使病患使用服務無障礙）。

（二）目標二降低「出院準備服務個案初篩重複評估比率」策略規劃與執行

- 1.安排出院準備銜接社區長照服務教育訓練：於各病房進行出院準備服務及篩檢表評估內容教育訓練，說明出院準備服務需求篩檢表內容及容易評估錯誤項目，並由稽核人員評估病房人員篩檢正確性，減少重複評估率。
- 2.設置病房出院準備服務種子人員：培訓病房資深護理人員共6位擔任種子人員，當個案入院時會由病房護理師進行初篩評估，若初篩分數>7分者，由病房出院準備服務種子人員進行複評，有符合長照服務資格及需求者，即時轉介出院準備護理師收案管理。

（三）目標三「增加出院準備服務轉介長照服務人次」策略規劃與執行

- 1.整合醫院、社區及長照資源，成立「社區健康長照中心」：為提供病人獲得完整出院準備服務，於2019年整合院內長照、出院準備服務、衛教室、居家護理、復健、社工、失智共同照顧等單位，組成包含醫院、社區及長照資源的社區團隊，共同服務病人及社區



圖二：出院準備服務銜接社區長照服務流程圖

個案。

- 2.衛教單張圖示化：修訂並提供長照服務及社會相關資源衛教單張，供醫護人員說明及提供給民眾參考。
- 3.延伸出院準備服務到社區：由照護團隊與病人（家屬）共同討論出院後照護計畫，並於病人出院後由社區團隊到宅評估與訪視。
- 4.訂定績效獎勵制度：訂定內部績效獎勵制度，鼓勵同仁提供貼心且有溫度之服務。

規劃與執行過程之領導與動員

- 一、**高層高度的承諾與支持**：為持續提升長照服務品質、減少工作人員工作負擔，醫院高層訂定績效獎勵機制、增加出院準備服務專任人力，另派訓有興趣投入長照服務行列者外派參與相關課程，並於院內推廣長照訊息。
- 二、**投入適當資源**：1.為能讓院內提供長照服務的單位能即時訊息交換及合作，醫院整合各長照服務團隊，包含出院準備服務、社區A單位、沐浴車、居家護理及樂活小站成立「社區健康長照中心」。2.「舉辦社區長照服務教育訓練」邀請院外社區長照服務專家授課，提升工作人員專業知識。3.提升出院準備服務護理師之評估時效，醫院購置平板電腦供同仁使用，讓同仁於評估時即完成電腦資料建檔。
- 三、**跨部門合作**：串聯跨部門專業團隊，包括醫療、護理、藥劑、營養、復健及社工、安寧共照及居家護理等，於病人有長照服務需求時，出院準備服務護理師即可會診跨專業團隊，共

同合作，依病人照護需求，提供所需之資源轉介。

- 四、**員工高度之參與**：員工高度配合醫院之長照服務政策及規劃，全員動員協助推動出院準備服務及長照服務，門診病人經發現有符合長照服務資格者，主動提供長照服務資訊，並由醫師或門診跟診人員協助轉介社區健康長照中心；住院病人由病房護理師透過標準化之出院準備服務需求篩檢表進行評估，符合長照服務資格者立即轉介，出院準備護理師則於轉介後3日內前往評估，並提供所需之資源資訊。

計畫成效（標的族群之接受度與參與率、計畫目標達成情形）

透過策略規劃與執行，本院推動醫療與社區照護服務之整合有卓越之效果，計畫成效如下：

- 一、**目標成效一**：各項指標皆達到所擬之目標值，達成率100%（詳見表一）
 - 1.提升出院準備服務收案比率> 50%：2019年為36.7%，於2020年上升至66.7%。
 - 2.降低出院準備服務初篩重複評估率<0%：2019年為4.27%，於2020年下降為0%。
 - 3.出院準備服務轉介長照服務人數達300人次：2018年為86人次、2019年為284人次，於2020年306人次。
- 二、**目標成效二**：增加長照服務與社區服務使用，減少病人家屬照顧負荷。
 - 1.提升返家自行照顧率>50%：病人出院後返家自行照顧並使用社區長照服務資源比率

表一：出院準備服務收案狀況

年份	評估人數	收案人數	收案比率	出院轉長照服務人數	初篩重複評估率
2018年	1249	414	33.1%	86	8.52%
2019年	1772	651	36.7%	284	4.27%
2020年	990	666	66.7%	306	0 %

備註：原每位住院病人出院準備服務初篩分數>7分，由出院準備服務護理師前往評估收案，2020年更改收案流程，初篩分數>7分改由出院準備種子人員先評估後，有符合長照服務資格者再轉介出院準備護理師評估後收案。

從2018年42.27%上升至2020年53.60%（表二）。

- 2.提升居家及社區長照服務使用率>35%：出院準備服務介入後，病人出院後使用居家及社區長照服務之比例由20.8%上升到45.9%（表三）。

本計畫之整體價值

一、創新性—落實出院準備服務銜接社區服務，樂活小站在地串接醫院及長照服務鏈

本院以「友善社區、精進樂活」為主軸，整合並開發潛在需受服務的社區民眾，落實社區整體照顧服務之概念，達成「出院準備服務」連結「社區長照服務（本院社區服務有：長照2.0、失智共照、沐浴車、居家護理、居家整合醫療、復能服務、樂活小站、巷弄服務站，以下將簡稱社區長照服務）」連結「門診就醫」，透過多元且延續性服務之概念，增強民眾選擇使用社區長照服務之意願。

在出院準備銜接長照服務的部分，透過出院準備病房護理人員評估需求後，依個案需求分別將服務轉介給社區長照服務個管師，透過院內流程簡化（轉介單一致性、系統通用、每月開會、個管師可即時至病房說明服務內容），讓出備護理師與個管師之間，溝通無障礙，亦可讓服務從醫院延續至案家。除了藉出院前提供衛教、出院準備服務評估適合病人的長照服務項目，出院後深入病人家中進行關懷服務，提供友善醫療服務，更分析社區疾病史，透過樂活小站、巷弄服務站提供社區長輩預防保健知識，並評估醫療或照顧需求，進行服務轉

介，讓病人不管選擇長照2.0服務、返家自行照顧，或社區健康長輩，皆可透過樂活小站、巷弄服務站連結醫院及長照資源。

二、重要性—本計畫對政府、醫院、社區、員工與病人之串聯重要性分述如下：

- 1.對政府而言：從實務服務中提出具體可行的建議，對民眾健康有幫助又能節省社會成本的作法能獲得有力的支持，鼓舞醫界持續努力。
- 2.對醫院而言：透過醫院組織在文化、組織、環境與流程上的整體改變，讓員工、病人及社區健康結果獲得改善。
- 3.對員工而言：透過醫院組織從上至下之服務品質改善，降低醫療照顧問題；同時增強員工對醫院之信賴感。
- 4.對病人而言：加強病人信賴感與認同感，透過多元服務介入與關懷，讓病人找得到、問得到、用得到；降低出院後、返家後照顧問題，以個別化、貼心與多元化服務方式，增強民眾信賴，減少病人因無法使用長照服務，而額外增加之經濟負擔（如改聘外籍看護工、自費入住機構等）。

特色

本創新計劃以出院準備服務轉銜長照2.0服務為主軸，增加多元化服務計畫與醫院創新之服務，期待病人返家後，除家人自行照顧、外傭照顧、長照服務…外，還可使用其他政府提供之長照服務。

表二：出院準備服務介入後，民眾返家自行照顧之比例

年份	2018年 (n=414)		2019年 (n=651)		2020年 (n=666)	
返家自行照顧	175	42.27%	337	51.77%	357	53.60%
居家護理	132	31.88%	134	20.58%	115	17.27%
養護機構	46	11.11%	72	11.16%	95	14.26%
護理之家	29	7.00%	70	10.75%	83	12.46%
死亡	26	6.28%	35	5.38%	11	1.65%
轉院	6	1.45%	3	0.46%	5	0.75%

表三：使用居家及社區長照服務之比例

項目 / 年度	收案人次	使用居家或社區長照服務人次	轉介率
2018年	414	86	20.80%
2019年	651	284	43.60%
2020年	666	306	45.90%

而多元創新服務與策略之運用，得以讓員工、病人與家屬，增強對長照服務的認知與使用能力，藉此促進以及維持良好的健康，降低醫療成本與社會支出。

本院參考國外近年研究不同國家公共長期護理保險（LTCI）制度與出院計劃的實施，若與社區資源之連結確實得降低病患在入院之風險（Gholizadeh M, EJHS, 2018；Rodakowski J, JAGS, 2017；Rhee JC, JH, 2015），然因各國推動長照制度與長照保險狀況不一，而台灣在推動長照2.0服務雖可助於降低病人再入院的風險與經濟負擔的問題，但如何提升長照服務資源利用率，係醫院透過流程改善可增進之部分。因此，本院在推動醫療與社區長照服務之整合概念，採用滾動式品質改善行動，持續監測與落實，以期相關服務流程能符合病人及其家屬需求，更可大幅降低病人再入院之狀況與經濟困境。

結論

本院以「友善醫院，樂活社區」之理念，讓家-社區-醫院相互串連，藉由出院準備服務銜接社區長照服務，期待讓病人在住院期間，即接受友善醫療服務，返家之後能持續利用長照服務，維持身體機能與良好生活品質，並透過社區據點、健康管理等個管模式介入，讓醫療服務不再遙不可及，達到在地老化，樂活社區，友善醫院之目標。

文獻探討

1. 內政部戶政司：「縣市人口年齡結構指標（109年12月底人口結構分析）」。<https://www.ris.gov.tw/app/portal/346>。引用2021/03/15。
2. 陳亮汝、蔡麗珍：影響出院準備服務個案使用不同長期照護服務之因素。醫務管理期刊 2012；13：190-206。
3. 詹弘廷、黃源協：從出院準備服務談衛生與社會福利的整合。社區發展季刊 2014；145：143-9。
4. Gholizadeh M, Janati A, Delgoshaei B, Gorji

HA, Tourani S. Implementation Requirements for Patient Discharge Planning in Health System: A qualitative study in Iran. Ethiop J Health Sci. 2018 Mar;28(2):157-168.

5. Rodakowski J, Rocco PB, Ortiz M, Folb B, Schulz R, Morton SC, Leathers SC, Hu L, James AE. Caregiver Integration During Discharge Planning for Older Adults to Reduce Resource Use: A Metaanalysis. J Am Geriatr Soc. 2017 Aug;65(8):1748-1755.
6. Rhee JC, Done N, Anderson GF. Considering long-term care insurance for middle-income countries: comparing South Korea with Japan and Germany. Health Policy. 2015;119(10):1319-1329. doi: 10.1016/j.healthpol.2015.06.001.

[Monograph]

Integration of Medical and Community Long-Term Care Services- A Case Study of Yunlin County Regional Teaching Hospital

Chia-Ni Chou¹, Shiao-Haung Lee^{2*}, Chiung-Yi Tsai³, Yu-Ju Yu²

¹China Medical University Beigang Hospital, Community Health Long-Term Care Center

²China Medical University Beigang Hospital, Nursing Department

³China Medical University Beigang Hospital, Planning Department

Abstract

Discharge planning services are an important element of long-term care services. In 2019, our hospital found that the proportion of inpatients aged over 65 years was 58.9%, and the rate of long-term care service application after discharge from the hospital was less than 50%. Furthermore, acceptance and transfer rates were low. In the acute phase of a disease, providing medical services is necessary. Furthermore, providing long-term care services to community-dwelling older adults is essential. Such services affect older adults' quality of life and health care costs. Therefore, this project aimed to improve discharge planning application, initial screening assessment, and service transfer rates.

From January to June 2020, we used the Discharge Planning Management System and the Ministry of Health and Welfare Care Service Management Information Platform to collect data. We analyzed (for the period January 2018 to December 2019) major barriers to long-term care implementation and established strategies for its implementation, such as revising discharge planning services to connect them with community-based long-term care services. Departments can publicize and arrange discharge preparations to link them with community-based long-term care service education and training, establish discharge preparation service seed personnel in wards, set up a community long-term care center, and formulate a performance reward system.

The discharge planning application rate was increased from 36.7% to 66.7%, and the repeated assessment rate dropped from 4.27% to 0%; furthermore, the long-term care service transfer rate was increased from 284 to 306.

Discharge planning services are used to connect community long-term care services and hospital services, and through the use of individual management models such as community bases and health management, allowing people to age locally and achieve the goal of sustainable hospital services

Key words: Community Long-Term Care Service, Long-term Care, Discharge Planning

Received: August 2, 2021

Revised: September 28, 2021

Accepted: December 28, 2021

*Corresponding author: Shiao-Haung Lee

E-mail: n2063@mail.bh.cmu.edu.tw

[原著]

注意力不足過動症整合治療（醫+3）模式： 模式的發展以及療效初探

許維堅^{1*}、蔡岳融²、沈郁敏³、許倬瑜⁴、葉人豪⁵

¹衛生福利部草屯療養院兒童青少年精神科

²衛生福利部草屯療養院臨床心理科

³衛生福利部草屯療養院職能治療科

⁴衛生福利部草屯療養院社會工作科

⁵衛生福利部草屯療養院護理科

摘要

目的：注意力不足過動症盛行率高，如處理不當影響深遠。認知行為團體治療、社交技巧訓練團體治療、及家長教養效能團體等，均曾被報告為藥物治療之外之有效治療，為提供注意力不足過動症患童及家長全面性的醫療照顧，改善家長及個案為接受完整治療而疲於奔命之苦，故整合藥物以及團體治療等有效治療方式，發展以實證醫學為基礎之本土注意力不足過動症整合治療模式，以達到提升醫療品質之目標。

方法：以本院兒童門診診斷為注意力不足過動症之6~12歲國小兒童，經由兒童精神專科醫師門診確診，轉介心理師、職能治療師帶領之過動症兒童認知行為治療團體，主要照顧者同時接受由社工師帶領之家長教養效能團體。以(1)團體治療總人次，(2)團體治療完成率，及(3)症狀改善率等指標，評估此過動症整合治療模式之效益。

結果：105年至108年間接受本治療模式之平均團體治療總人次達1,555/年，平均團體治療完成率87.4%，平均症狀改善率78.5%。初步顯示本過動症整合治療模式之療效。

結論：本研究初步建立一以實證實務為基礎，應用於中臺灣鄉村地區之過動症兒童整合治療模式，並初步顯示本模式之療效，後續值得進一步研究及發展。

【**關鍵詞**】注意力不足過動症、整合治療模式

前言

注意力不足過動症（Attention deficit hyperactivity disorder, ADHD）盛行率高，是常見的

兒童神經發展疾患，其症狀有過動/衝動、注意力無法集中、人際互動障礙等。未接受有效療育的患童會有學校適應不良、影響課業表現、人際關係不

受理日期：110年7月22日

修改日期：110年11月10日

接受日期：110年12月21日

*通訊作者：許維堅

地址：南投縣草屯鎮玉屏路161號

E-mail: wjhsu@ttpc.mohw.gov.tw

10.29442/HPRP.202201_5(1).0004

佳及低自尊，甚至成人後會有反社會人格等，家庭與社會都將因此付出不少代價。ADHD在台灣盛行率約7.5%^[1]，然接受適當治療的比例並不高，在台灣僅有不到一半ADHD兒童曾接受治療；父母對疾病認識不足，誤以為長大自然會好（“大雞晚啼”的迷思），不認為注意力不足過動症是一種以及需要治療的疾病，或因父母忙於工作沒有餘力帶孩子就醫等，可能是就醫比率偏低的原因。藥物治療可以改善注意力不足、及過動／衝動等症狀，行為治療等可以輔助藥物治療改善行為問題等^[2]，而家長教養效能的提升也有助於過動症的治療。

目前國內外對於上述患童的治療資源普遍不足，治療常僅以藥物治療為主，非藥物治療多無依據發展階段有系統的進階設計，亦多未重視家長效能提升及壓力調適，各專業間常缺乏有效整合以致家長及個案疲於奔命而成效不彰。為解決個案及家長上述困境，避免個案及家長分別奔波接受門診診療、兒童社會心理治療等，既耗時又費力，因此發展此整合治療模式，整合醫師、護理師、職能治療師、心理師、及社工師於同一個時段，為注意力不足過動症患童設計出適合其發展需求，並兼顧家長效能提升及壓力調適，及有系統的進階療育團體，將有限的醫療資源充分運用，達到促進兒童心理健康，與減輕家庭負擔的目標。

材料與方法

本創新治療模式乃是由醫師、護理師、職能治療師、臨床心理師及社會工作師共同組成之治療團隊（醫+3），於同一時段，由醫（醫師與護理師提供特別門診），加上3（臨床心理師、職能治療師及社會工作師提供門診團體治療），讓家長及患童一進到門診，即可同時獲得各專業成員所提供之整合性治療服務；實務運作上患童於醫師特別門診評估確診，經醫病共享決策討論後，轉介接受由心理師、職能治療師、及社工師共同帶領的三合一治療團體，當患童接受心理師或職能治療師帶領的治療團體時，家長同時接受社工師帶領的教養技巧及效

能提升團體以提升時間利用效率。各專業成員所提供之服務說明如下：

1. 醫師—透過診斷性會談、現場觀察、蒐集病史與發展史、家族史、身體病史、人際互動史、過去的治療史，搭配神經心理測驗，後續追蹤，排除其他生理、環境、教養、發展等因素後，確立診斷。整合各專業人員，向孩子和家長說明及討論，共同擬定治療計畫，提供藥物治療，或轉介三合一「注意力與人際訓練暨提升家長效能團體」等治療。
2. 護理師—藉由護理評估、會談、觀察等方式發現個案問題，經與個案建立人際關係後，教導個案及家長運用行為修正等方式改善其情緒控制及不適當行為的表現。
3. 職能治療師—透過動、靜態活動設計，訓練孩童的各項注意力、執行功能、感覺統合以及動作協調能力，以減少注意力不足及過動造成的學習阻礙與生活困擾^[3]。
4. 臨床心理師—透過團體遊戲方式，主要針對規範配合、衝動控制、視覺及聽覺注意力強化及人際情緒養成訓練。並教導家長於生活中運用，增加訓練強度並類化到生活中。
5. 社會工作師—協助家長瞭解注意力不足過動症，促進對孩童專注力及活動量表現的了解。運用行為改變技術，教導家長建立有效教養和行為管理技巧，改善孩童行為表現^[4]^[5]。

本院基於公醫使命，為促進注意力不足過動症兒童身心健康，減輕家庭負擔，在團隊成員的合作下，搜尋以實證醫學（Evidence-Based Medicine，EBM）為基礎的實務介入相關文獻進行整理及分析，並同時進行治療人員專長與個案/家長特質的探索、在磨合與嘗試後，建立「醫+3」跨專業整合治療方案，應用於整合式的ADHD門診及療育團體服務中，在105年1月至108年12月更應用 Ottawa 憲章之五大策略，展開一系列策略，針對前一年執行狀況檢討，並提出改善措施，做為擬定下一年度計

畫參考，將注意力不足過動症整合治療方案落實及施行於社區民眾中，策略說明如下。

一、建立健康的公共政策

本院設有健康促進醫院暨衛生教育委員會，在院長的承諾及帶領下，針對健康議題，制訂健康政策，其中為解決ADHD療育資源不足，以及家長及個案為了獲得完整評估與治療常需頻繁奔波於醫院門診及接受各專業治療，耗費大量時間與人力等諸多臨床困境，擬定了與其讓個案及家長受奔波之苦，何不把各專業人員集中在同一時段，並運用團體治療的模式以有效率運用寶貴、有限醫療人力的政策方針下，規劃於週三下午，除了安排醫師特別門診之外，同時安排由心理師、職能治療師、及社工師共同帶領的跨專業合作之三合一「注意力與人際訓練暨提升家長效能團體」，讓有需求的個案及家長，能同時得到正確診斷、藥物治療、認知行為治療、及家長教養效能提升等完整、多元、及有效的醫療服務，大大提升醫療品質並減輕了家庭的沉重負擔。

二、創造支持性環境

為提供兒童及家屬一個溫馨友善的支持性環境，本院於交通較便利的市區承租一棟大樓，設有舒適友善的候診區、門診區、心理衡鑑室、兒童青少年門診團體治療室等。考量學生及家長白天上課、上班之因素，開辦兒童青少年黃昏門診。另外為解決偏鄉醫療資源之不足及走入社區，於埔里衛生所開辦兒童青少年特別門診。為培養具治療注意力不足過動症之各專業人員，於院內舉辦兒童青少年精神科相關教育訓練，並鼓勵各專業人員參與院外學

會、研討會或研習以求持續精進個人專業知識。

三、強化社區行動力

（一）推展校園心理健康營造計畫

針對校園老師進行教育訓練，增進其對於學生特質的了解，提升對於過動症以及學生情緒、行為衝動的處理能力；舉辦心理衛生講座，針對學生進行宣導，建立自我覺察、情緒因應、問題處理之能力，促進心理健康。

（二）辦理注意力不足過動症宣導及篩檢：

經由跨專業團隊對社區民眾、照顧者之教育宣導，增加對兒童注意力不足過動症的認知，提供就醫資訊，達早期診斷早期治療之目的。

（三）連結媒體擴大執行效益：

與在地省都、中興等電台合作，宣導注意力不足過動症，以期增加民眾認知之效益，接受平面媒體、電子媒體專訪，提升大眾對注意力不足過動症的認識。

（四）連結網路資源，建置社群網站：

於本院網站衛教專區，建立醫療人員與兒童及家屬間之專業互動平台，提供網路線上諮詢，並定期更新專區之相關訊息。經營兒童青少年精神科臉書，提供醫療諮詢、照護經驗及技巧分享、感情聯誼、醫療相關新知及活動分享等。（參見圖1）

（五）與全國性基金會連結，辦理相關講座

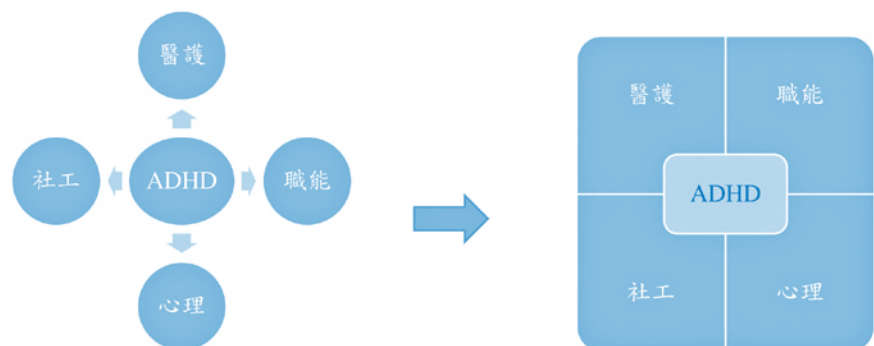


圖1：傳統的過動症治療與「醫+3治療模式」之比較。左圖呈現過動症傳統治療方式，家長及個案為了獲得完整評估與治療常需頻繁奔波於門診及接受各專業治療；右圖呈現能在同一時段得到正確診斷、藥物治療、認知行為治療、及家長教養效能提升的「醫+3整合治療模式」。

本院與精神健康基金會連結，期望透過與基金會之合作辦理兒童青少年相關心理衛生講座，並讓一般民眾獲得相關知識。

四、發展個人技巧

本院兒童青少年精神科從100年開始，發展以實證實務為基礎之門診團體治療模式，整合實證研究證據、地區性個案及其家庭特質與本院治療師專長，設計半結構式的治療活動，逐年地拓展注意力不足過動症兒童門診團體治療服務，根據注意力不足過動症個案特質、不同年齡層、親子溝通及教養效能等需求，開設國小低、中高年級的療育團體，提升孩子專注力、社交溝通技巧、及情緒管理能力，而家長在教養注意力不足過動症小孩的漫長過程中要調適自己的壓力、正向面對孩子注意力不集中、及過動／衝動行為帶來的學業及社交情緒表現的問題，因此療育團體除了提供孩子社交溝通情緒訓練與管理^[6]，也同時加強家長訓練課程，以幫助其更有效的處理壓力及提升教養效能。

五、調整健康服務的方向

在實施過動症整合治療（醫+3）模式過程中，團隊常因個案症狀及行為改善而獲得家屬認同和鼓勵，也收到來自家屬和團隊內部希望改善的意見，如家屬對團體流程不清楚、提高團體出席率、及開辦新團體以符合個案及家屬的需要，透過制定跨專業標準化門診團體就醫流程、建立個管制度提升出席率、每週定期召開團隊督導會議、因應個案及家屬需要，開辦國中暑期轉銜新團體等調整健康服務的方式讓團體運作更加順暢。本研究之衡量指標分過程指標和結果指標，分述如下：

（一）過程指標：

1. 社區衛教及校園宣導及諮商輔導場次與人數。
2. 電台廣播場次、正向媒體曝光次數。
3. 設立網路平台（醫院外部網頁兒童青少年衛教專區及社群網站）。（參見圖2）

（二）結果指標：

1. 注意力不足過動症團體治療總人次



圖2：於本院外網中設立網路平台，提供網路線上諮詢與衛教資訊

- (1)衡量指標：接受團體治療總人次
- (2)操作定義：105年1月至108年12月注意力不足過動症團體治療之治療總人次
- (3)目標值：105年之目標值係以104年本院注意力不足過動症團體治療總人次實際值加5%訂定，之後106年至108年以每年團體總人次實際值成長5%為目標值。
(參見表1)

2. 注意力不足過動症門診團體完成率

- (1)衡量指標：團體完成率
- (2)操作定義：每期7次團體中，至少參加5次者為完成。此衡量指標是反映患童參與團體治療的參與情況，就臨床實務經驗，兒童常因考試、生病、或家長本身之緣故而無法出席，故訂定每期7次團體中，至少參加5次者為完成。

- (3)目標值：80%。

3. 注意力不足過動症症狀改善率（達有意義治療效果之人次/接受治療之人次）

- (1)衡量指標：症狀改善率
- (2)操作定義：CGI-I $\leq$ 3者為有改善。臨床整體印象—改善量表（Clinical Global Impression-Improvement scale; CGI-I）是一個 7 分量表，臨床上常用於評估患者治療前後的改善或惡化情況，1表示非常顯著改善，2表示顯著改善，3表示些微改善，4表示無變化，5表示些微惡化，6表示顯著惡化，7表示非常顯著惡化。故以CGI-I $\leq$ 3者定義為有改善。
- (3)目標值：70%。利他能是常用的過動症治療藥物，其療效約在70~80%，故設定70%為本方案之目標值。

結果

本研究設計多面向衡量指標，以過程指標呈現執行過程；結果指標中以團體治療總人次呈現標的族群之接受度，以團體完成率呈現標的族群之參與

率，以症狀改善率呈現個案及家庭參與治療後個案症狀改善的情況，各項指標之結果如下：

一、過程指標

- (一)社區、衛生所衛教及校園宣導場次與人數：105-108年共計101場，2876人次。
- (二)電台廣播場次：105-108年共計23場次。
- (三)正向媒體曝光次數：105-108年在平面報、電子報、電子媒體（61篇）；刊登報次31次；電子報293次。
- (四)校園諮商輔導場次：105-108年共390場，計1,278人參加。
- (五)設立網路平台（外網衛教專區及社群網站）

截至108年12月本組社群網站已獲1,385人按讚，108年1-12月社群網站瀏覽次數計114,891次。

二、結果指標

- (一)注意力不足過動症團體治療總人次：

我們以105年至108年每年團體人次逐年成長5%為目標值，105-108年注意力不足過動症團體治療總人次目標值依序為644、932、1,801、1,809；實際值依序為888、1,715、1,723、1,894，平均1,555人次/年，目標達成率依序為137.9%、184%、95.7%、104.7%，除107年外均達預期目標。（參見表1 團體治療總人次）。

- (二)注意力不足過動症門診團體完成率：

我們定義每期7次（2個月）團體中，至少參加5次者始視為個案完成療程。105-108年注意力不足過動症團體完成率目標值設定為80%；實際值依序為87.4%、86%、87.8%、88.2%，平均團體治療完成率87.4%，目標達成率依序為109.3%、107.5%、109.8%、110.3%，均達預期目標。（參見表2團體完成率）。

- (三)注意力不足過動症個案治療症狀改善率：

我們以臨床整體評估表Clinical Global Impression（CGI）來監測個案及家庭參與治療後個案症狀改善的情況。（定義 CGI-I≤3者為有改善，改善個案數/團體治療總人數=症狀改善率）。105-108年治療後症狀改善率目標值設定為70%；實際值依序為78.8%、76.1%、78.1%、81%，平均症狀改善率78.5%，目標達成率依序為112.6%、108.7%、111.6%、115.7%，均達預期目標。（參見表3症狀改善率）

討論

為協助注意力不足過動症學童接受完整的評估與治療，減少學童與家長就醫的負擔與時間，本研究規劃於同一時段，除了有醫師及護理師於兒童特別門診提供診斷、討論治療計畫、藥物治療、療效評估、及衛教諮商等醫療服務之外，自100年開始，漸次發展出由心理師、職能治療師、及社工師共同帶領的跨專業合作之三合一「注意力與人際訓練暨提升家長效能團體」治療，整合為本土的跨專

業「醫+3」團隊合作治療模式，讓有需求的個案及家長，能在同一時段得到正確診斷、藥物治療、認知行為治療、及家長教養效能提升的完整及有效的醫療服務，大大減輕了家庭的沉重負擔。（參見圖1）。本研究之整體價值、限制、及未來發展方向如下：

一、開創全國之先驅、運用有限之醫療資源提供有效率之服務

本研究整合出以藥物治療輔以團體治療為主要治療模式，由團體治療互動情境中提供人際互動學習，並且同時開辦兒童治療團體及家長教養效能團體，利用有限的醫療資源造福廣大的兒童及家庭。

二、開創注意力不足過動症本土完整團體治療模式

目前國內的過動症團體治療模式，多無依據發展階段有系統的進階設計設計，亦未重視家長教養效能提升及長期壓力調適的重要性，導致療育成效

表1：團體治療總人次

年度	目標值	實際值	達成率
105	644	888	137.9%
106	932	1715	184%
107	1801	1723	95.7%
108	1809	1894	104.7%

表2：團體完成率

年度	目標值	實際值	達成率
105	80%	87.4%	109.3%
106	80%	86%	107.5%
107	80%	87.8%	109.8%
108	80%	88.2%	110.3%

表3：症狀改善率

年度	目標值	實際值	達成率
105	70%	78.8%	112.6%
106	70%	76.1%	108.7%
107	70%	78.1%	111.6%
108	70%	81%	115.7%

不彰。本研究經過幾年之發展，建構出依據兒童發展階段規劃，從國小低年級團體、到國小中高年級團體，有系統的進階設計設計，並且重視家長教養效能提升及長期壓力調適。

三、發展明確衡量指標，可供業界參考

目前國內針對注意力不足過動症的治療模式的成效評量，缺乏多面向、可行、及明確的衡量指標。本研究設計有多面向療效衡量指標，以評估成員參與度，及參與治療後症狀改善情況。

四、針對常見的兒青心理健康問題，導正社會大眾錯誤觀念

許多家長對疾病認識不足，誤以為ADHD長大自然會好，或不認為ADHD是一種需要治療的疾病，然而ADHD如果未接受適當治療，會衍伸出許多心理、人際、家庭、教育等問題，例如低自尊、親子衝突、人際關係不良、學習困難、學業中輟、霸凌、甚至反社會人格、吸毒等偏差行為，影響深遠。整個家庭與社會都會此疾病付出不少代價。坊間也流傳許多花費不貲的治療方法，這些療法未獲實證支持，可能延誤治療，本研究積極深入社區及學校，善用媒體及網路，導正社會大眾錯誤觀念。

五、未來將以更客觀之評量指標，如SNAP-IV、適應量表、家人照顧負荷量表等多面相評量，並設計適當之控制組，以評估治療模式之療效，並據以修定此整合治療治療模式之治療目標及內容。

誌謝

感謝衛生福利部草屯療養院卓越草療推動會之支持，健康促進醫院暨衛生教育委員會幹事張益誌、及草屯療養院研究發展會幹事葉卜碩之行政協助。

參考文獻

1. Gau, S. S., Chong, M. Y., Chen, T. H., & Cheng, A. T. A 3-year panel study of mental disorders among adolescents in Taiwan. *Am J Psychiatry* 2005; 162(7): 1344–1350.
2. A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. The MTA Cooperative Group. Multimodal Treatment Study of Children with ADHD. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56(12): 1073–1086.
3. Ziereis, S., & Jansen, P. Effects of physical activity on executive function and motor performance in children with ADHD. *Res Dev Disabil* 2015; 38: 181–191.
4. Jones, K., Daley, D., Hutchings, J., Bywater, T., & Eames, C. Efficacy of the Incredible Years Basic parent training programme as an early intervention for children with conduct problems and ADHD. *Child Care Health Dev* 2007; 33(6): 749–756.
5. Jones, K., Daley, D., Hutchings, J., Bywater, T., & Eames, C. Efficacy of the Incredible Years Programme as an early intervention for children with conduct problems and ADHD: long-term follow-up. *Child Care Health Dev* 2008; 34(3): 380–390.
6. Gol, D., & Jarus, T. Effect of a social skills training group on everyday activities of children with attention-deficit-hyperactivity disorder. *Dev Med Child Neurol* 2005; 47(8): 539–545.

[Monograph]

The Integrated Intervention Model for Children with Attention-deficit/hyperactive Disorder: The Development and the Preliminary Effectiveness Analysis of the Model

Wei-Jian Hsu^{1*}, Yue-Zong Tsai², Yumin Shen³, Hsing-Yu Hsu⁴, Jen-Hao Yeh⁵

¹Department of Child and Adolescence Psychiatry, Ministry of Health and Welfare

²Department of Psychology, Ministry of Health and Welfare

³Department of Occupational Therapy, Ministry of Health and Welfare

⁴Department of Social Worker, Ministry of Health and Welfare

⁵Department of Nursing, Ministry of Health and Welfare

Abstract

Purpose: The prevalence of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is high, and the impact is far-reaching if it is not handled properly. Cognitive behavior group therapy, social skills training group therapy, and parental efficiency enhancement groups have all been reported as effective treatments in addition to drug therapy to provide comprehensive medical care for children with ADHD and their parents. Parents and cases are struggling to receive various treatment needs traditionally. Therefore, we designed a local ADHD treatment model which integrates medications and group therapy to improve the quality of ADHD treatment based on empirical medical evidence. **Method:** Children with ADHD, aged 6-12 years old were treated by a child psychiatric specialist in the children's clinic of our hospital and referred to a cognitive behavioral treatment group led by a psychologist and an occupational therapist. Their care-giver attended the parental efficiency enhancement group led by a social worker simultaneously. The effectiveness of this integrated model was evaluated by outcome measures such as (1) total number of group therapy, (2) group completion rate, and (3) symptom improvement rate. **Results:** From 2016 to 2019 years, the average of total number of children receiving this treatment model was 1555 per year, the average group completion rate was 87.4%, and the average symptom improvement rate was 78.5%. These shows the efficacy of this integrated model preliminarily. **Conclusion:** This study preliminarily established an integrated treatment model for children with ADHD in rural areas of Central Taiwan. It based on empirical evidence, and initially demonstrated the efficacy of this model. It is worthy to perform further research and development of this model

Key words: Attention deficit hyperactivity disorder, Integrated treatment model

Received: July 22, 2021

Revised: November 10, 2021

Accepted: December 21, 2021

*Corresponding author: Wei-Jian Hsu

E-mail: wjhsu@ttpc.mohw.gov.tw

[原著]

以資源保存理論探討醫院員工勝任感 需求滿足、正念與適應性績效之關聯

鍾珮珊^{1*}、陳庭羽²

¹康寧學校財團法人康寧大學企業管理系

²新光醫療財團法人新光吳火獅紀念醫院復健科

摘要

目的：員工適應性績效對個人職涯發展、心理健康，與組織存續具有重要意涵。本研究以資源保存理論為基礎，以勝任感心理需求滿足，和正念作為前因變項，探討對適應性績效的影響。

方法：本研究以兩階段配對問卷，蒐集160位醫院員工資料。以拔靴法進行迴歸分析驗證研究假設。

結果：研究結果顯示勝任感心理需求滿足，和正念對適應性績效，都有正向影響效果。

結論：本研究驗證適應性績效的前因，結論可提供醫院作為提升員工適應性績效之參考。

【**關鍵詞**】資源保存理論、勝任感心理需求滿足、正念、適應性績效

前言

當今全球經營環境動盪，企業面臨不確定性挑戰成為一種常態，2019年新型冠狀病毒（COVID-19）爆發後，更是加速了這樣的趨勢^[1]。員工適應性績效對組織和個人而言甚為重要。對組織來說，面臨變動的經營環境，組織必須快速適應才能生存。員工的適應性績效表現，為企業能否成功回應變動的重要關鍵。對員工個人而言，能否快速調整腳步適應改變，影響個人職涯發展與心理健康^[2]。

適應性績效是一種回應變動工作要求的行為表現。傳統工作績效研究，多聚焦於任務性績效，

為個人專精於工作說明書任務的行為，屬靜態績效；適應性績效則為個人回應預期，或非預期工作要求改變，以達成任務為導向的行為，為動態績效表現。有關員工績效，過去研究多以靜態工作績效為主。近二十年來，因全球經營環境快速變化，員工適應性績效的概念被提出，並開始受到關注^[3]。因為個人工作績效受能力和動機影響^[4]。因此，個人願意持續投入改變任務的動機，顯得非常重要。

廣義而言，動機是一種驅力，受內部和外部因素影響，指引個人在各種情況下的行動方向、投入頻率和持續度^[3]。自我決定理論（Self-determination theory, SDT）是廣泛被應用於心理研究的動機理

受理日期：110年9月29日

修改日期：111年2月18日

接受日期：111年3月16日

*通訊作者：鍾珮珊

地址：台北市內湖區康寧路三段75巷137號

E-mail：peishanchung@gmail.com

10.29442/HPRP.202201_5(1).0005

論。該理論認為基本心理需求滿足，孕育個人動機產生驅力，影響後續個人績效表現^[5]。然過去實證研究多著重於驗證基本心理需求滿足，與靜態工作績效的關係，鮮少探討與動態績效的關聯。為彌補此缺口，本研究探討基本心理需求滿足與適應性績效的關係。其中，因為勝任感心理需求滿足是孕育所有類型動機的必要條件^[6]，為個人知覺可以勝任工作，對想要的結果，有能力發揮正向作用的知覺。因此，本研究聚焦勝任感心理需求滿足，作為適應性績效前因做探討。

此外，資源保存（Conservation of resources, COR）理論為另一個廣泛被應用於心理研究的動機理論。資源泛指對個人而言，是有價值的任何事物、情境。該理論主張個人會想要，保護既有資源避免流失，與取得新資源。在工作職場上，取得有用的資源，對達成工作目標、因應各種工作要求，和個人發展來說非常重要^[7]。因為在變動環境下工作要求改變，個人可能因而喪失既有優勢，需重新學習適應新的要求。以資源保存觀點來看，工作環境變動將導致個人資源流失、產生心理壓力，甚致引發疾病^[2]。近年，職場健康促進在許多已開發國家，列為公共衛生重點。國內外頂尖企業亦紛紛推動相關方案，例如正念（mindfulness）課程，且廣受員工歡迎^[8]。因此，本研究想探討正念對適應性績效的影響，並以實證資料驗證兩者的關係。

2019年起新型冠狀病毒疫情，嚴重影響人們的生活、組織運作與世界經濟。醫院醫治收容病患，使得員工承受較高感染風險，且面對院外非理性壓力。因應防疫需要，醫院採取防疫措施，加強人員管制，並需隨時因疫情需要調整因應作為。醫院員工需調適自我以因應。因此，本研究於新型冠狀病毒疫情流行期間，選擇醫院員工為研究對象。以兩階段問卷蒐集資料，探討勝任感心理需求滿足與正念，對適應性績效的影響。研究結果可作為醫院，提升員工適應性績效之參考。

根據資源保存理論，擁有較多資源的人，不太容易受到資源損失的影響，且更有能力獲得資源

^[9]。當個人知覺自己可以勝任工作任務時，面臨變動工作環境，會比較願意投注心力於工作上，以換取較好的績效表現。因為有付出與努力，以致於可以因應環境變動，展現出適應性績效達成任務。本研究根據以上推論，提出以下假設。

假設1：勝任感心理需求滿足會正向影響適應性績效

此外，過去工作職場研究亦發現，正念能改善工作績效，提升幸福感^[1]。正念有助個人管理壓力和痛苦、憂鬱與焦慮。正念在動態工作環境下，對個人工作績效表現特別有幫助^[10]。根據資源保存理論，工作環境變動造成個人資源流失。個人會保護既有資源避免繼續流失，並透過資源投資獲取新資源^[7]。正念幫助個人專注於當下，接受目前所擁有的資源水準，並提高對其他替代資源的警覺性。因此，正念有助於減緩個人資源流失的負面影響與心理壓力，在既有資源水準下，獲取額外有用資源，提高個人因應工作變動的能力。本研究根據以上推論，提出以下假設。

假設2：正念會正向影響適應性績效

材料與方法

一、研究對象

本研究焦點為員工適應性績效，因此選擇在新型冠狀病毒疫情爆發，工作場域受影響最大的醫院為研究場域。以台灣台北市某綜合教學醫院員工為研究對象，招募20歲以上員工參與研究，最後回收有效問卷160份。

二、研究設計

因樣本資料取得不易，本研究採便利抽樣，以自評問卷蒐集資料。為降低資料來源相同產生的共同方法變異（common method variance, CMV）問題，本研究依循Podsakoff等人^[11]之建議，採取兩階段配對問卷調查法進行資料蒐集。本研究第一階段問卷蒐集受試者勝任感心理需求滿足與個人基本資料，發放期間為2020年5-8月。第二階段發放正念與

適應性績效問卷，發放期間為6-9月。針對每位問卷填答者，兩階段問卷發放間隔1個月，採匿名蒐集。為能完成資料配對，本研究於第一階段問卷發放時，跟受試者預告，此為兩階段問卷，將透過其所留下的手機末5碼完成資料配對，完成兩階段問卷填寫後，即致贈禮金酬謝，並懇請其配合。

三、統計分析方法

本研究採SPSS26.0和JASP 15.0統計套裝軟體進行資料分析。分析方法包含敘述性統計、量表信效度、相關分析與迴歸分析。再者，本研究採用 Harman 單因子法，檢驗共同方法變異問題。此外，為提升樣本代表性，採5,000 個拔靴樣本95%信賴區間（95% confidence intervals），避免因抽樣分配的不對稱、非常態分配與樣本過小，而導致檢定力下降的問題。

四、測量發展

本研究參考國外學者研究，邀請學者專家，發展符合本研究所需之量表。包括勝任感心理需求滿足4題^[12]、正念5題^[13]、適應性績效4題^[14]（如表1），請填答者依照最近四週工作上的感受，圈選

各題項認同程度。量尺為五等尺度（1：非常不同意～5：非常同意）。此外，本研究仿效過去研究^[15]，控制受測者性別（0=女、1=男）、年齡、組織年資（以年為單位）。因為過去發現女性、年輕人與工作較有經驗者，有比較好的適應性績效。

五、倫理審查

本研究通過新光醫療財團法人新光吳火獅紀念醫院人體試驗委員會審查，審查編號為：20200201R。

結果

一、敘述性統計與樣本特徵

問卷填答者為160位台北市某綜合教學醫院員工，平均年齡32.95歲（標準差9.17）。平均組織年資8.31年（標準差7.87）。男性佔25.00%、女性75.00%。教育程度高中職（含）以下1.88%、專科8.13%、大學70.63%、碩士18.13%、博士1.25%。一般員工90.63%、基層主管5.63%、中階主管1.25%、高階主管2.50%。工作部門內科部1.89%、外科部3.15%、牙科部0.63%、其他專科44.03%、重症醫學部11.95%、護理部12.58%、教學研究部6.92%、藥劑

表 1：研究變數問卷題項因素分析

變數	題項	因素負荷量
勝任感 心理需求 滿足	1.我有自信做好我的工作。	.86
	2.我具備做好自己工作的能力。	.91
	3.我有能力達成工作目標。	.88
	4.工作時，我能成功完成困難任務。	.82
正念	1.當我工作分心時，我能自律的回到工作上。	.76
	2.當我專心工作時被打斷，我能靜下心回到任務上。	.80
	3.當我工作時感到心煩意亂，我能察覺並展現意志找回專注力。	.75
	4.工作時我能聚焦於任務，當我被打擾和分散注意力時，也能重新聚焦。	.70
	5.當我工作時分心，我能察覺並刻意回到手邊任務。	.67
適應性 績效	1.我對核心任務的改變適應良好。	.65
	2.我能妥善因應核心任務處理方法的改變。	.76
	3.我會學習新技能以適應核心任務改變。	.68
	4.我能輕鬆適應變動的規則與要求。	.62

部5.03%、健康管理部3.15%、其他部門10.69%。

二、信度、效度

本研究參考國外學者研究，發展符合本研究所需之量表，採探索性因素分析（exploratory factor analysis）分析各量表的建構效度。以主成分分析（principal component analysis）、最大變異法（varimax）進行轉軸，選取特徵值大於1的因素，剔除負荷量低於0.5，與認定因素結構和原本量表不同之題項，以提高模式解釋能力。最終萃取出勝任感心理需求滿足、正念，和適應性績效三個因子，所有因素負荷量介於.62至.91間（如表1）。

另外，勝任感心理需求滿足（ $\alpha=.91$ ）、正念（ $\alpha=.83$ ）、適應性績效（ $\alpha=.70$ ）的Cronbach's α 係數大於或等於.70，內部一致性達理想水準，具有收斂效度。

此外，本研究比較主要量表之測量模式，勝任感心理需求滿足、正念與適應性績效三因子模式（ $\chi^2/df=1.94$, CFI=.94, NNFI=.93, GFI=.90, RMSEA=.08, SRMR=.06），優於正念、適應性績效合併的二因子模式（ $\chi^2/df=2.62$, CFI=.90, NNFI=.87, GFI=.86, RMSEA=.10, SRMR=.08），且優於全部合併的單因子模式（ $\chi^2/df=7.23$, CFI=.59, NNFI=.51, GFI=.58, RMSEA=.20, SRMR=.17）。研究

結果顯示，三變項的模型有最好的配適度（如表2）。

三、共同方法變異分析

本研究採自我填答方式收集單一受試者資訊，有可能產生共同方法變異的問題。本研究採用Harman單因子法檢驗，結果顯示勝任感心理需求滿足、正念，和適應性績效3個特徵值大於1的因素，累積變異量為65.59%，而第一個因素解釋變異量為24.83%，小於50%，顯示CMV對本研究的影響並不嚴重。

四、假設檢定

表3呈現測量變項的平均數、標準差、相關係數。其中勝任感心理需求滿足與適應性績效（ $r=.41$, $p<.001$ ）具顯著正相關。正念與適應性績效亦呈顯著正相關（ $r=.54$, $p<.001$ ），結果與研究假設關係一致。

本研究進一步以迴歸分析檢驗勝任感心理需求滿足（假設1），和正念（假設2）對適應性績效得預測效果（如表4）。同時運用拔靴法（bootstrap method）5,000個樣本，以95%信賴區間（confidence intervals, CI）判斷是否包含0。若有，預測效果視為不顯著，若沒有，則有顯著關係存在。

表2：變項區辨效度—主要研究構面之測量模型比較

	χ^2	df	χ^2/df	CFI	NNFI	GFI	RMSEA	SRMR
1. 三因子模式	120.26	62	1.94	.94	.93	.90	.08	.06
2. 二因子模式	167.87	64	2.62	.90	.87	.86	.10	.08
3. 單因子模式	470.06	65	7.23	.59	.51	.58	.20	.17

註：三因子模型為勝任感心理需求滿足，正念、適應性績效；二因子模型為正念、適應性績效合併，與勝任感心理需求滿足；單因子模型為全部合併。

表3 變項的平均數、標準差、內部一致性、相關係數

	平均數	標準差	1	2	3
1. 心理需求滿足-勝任感	3.91	.55	(.91)		
2. 正念	3.86	.51	.34***	(.83)	
3. 適應性績效	3.73	.46	.41***	.54***	(.70)

註：內部一致性信度（Cronbach's α ）呈現在對角線括號內；N=160；* $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$ 雙尾檢定

首先，本研究於迴歸分析模型中，以適應性績效為應變項。接著，放入控制變項（性別、年齡、年資）、勝任感心理需求滿足、正念作為預測變項。結果顯示在控制性別、年齡、年資的情況下，勝任感心理需求滿足對適應性績效，有顯著預測效果存在，95%信賴區間不包含0（ $B = .25$, $SE = .07$, 95% CI [.09, .37]）。另外，正念對適應性績效間亦有顯著預測效果存在，95%信賴區間亦不包含0（ $B = .41$, $SE = .09$, 95% CI [.27, .61]）。因此，假設1、假設2成立。

討論

新型冠狀病毒爆發加速經營環境變動，員工適應性績效顯得非常重要。因為疫情帶來風險，對醫療機構第一線人員產生莫大衝擊，產生諸多擔心與焦慮，甚至傳出離職潮^[16]。連帶使得醫院擔心人力流失影響醫療能量。因此，本研究由資源基礎觀點，驗證影響員工適應性績效的前因，研究結果希望能做為醫院，提升員工適應性績效之參考。

資源保存理論主張個人累積資源存量有限，會想辦法保護既有資源避免流失，和投入資源去獲取有助未來發展的資源。工作資源泛指與工作有關的身體、心理、社會、組織資源。當個人面對變動工作任務，知覺可以勝任時，會產生動機投資心力於工作，並導致較好的調適表現。因此，防疫期間醫院欲提高員工適應性績效，首先要讓員工對他自己執行變動任務產生信心。例如，盡可能提供變動工作任務具體、清楚、可行的工作指引，與執行任務

所需的設備。主管減少負面工作回饋，避免員工喪失因應變動的動力。多以正面回饋方式指導，以提高員工執行變動任務的自信心。

其次，正念有助於個人避免資源流失，獲取未來有用資源。正念使個人接受當下資源水準，避免過度擔憂過去或未來，產生壓力、情緒耗竭，造成資源繼續流失。個人因為專注於當下，因此可以知覺到不容易察覺的資源與機會，有助於在既有個人資源外，獲取額外有用的工作資源。近年來，國內外頂尖企業紛紛推動正念課程，且廣受員工歡迎。防疫期間，醫院可提倡正念作為，提供線上、線下訓練課程或場域。藉由提高員工正念傾向，以提升個人適應性績效表現。

致謝

本文為新光醫療財團法人新光吳火獅紀念醫院補助專題研究（計畫編號：108-SKH-UKN-04）之部分資料分析與成果。僅此致謝新光醫院對本計畫經費的支持。

參考文獻

1. Johnstone R, Wilson-Prangley A. The relationship between mindfulness and individual adaptability in dynamic work contexts. South African J. Bus. Manag 2021; **52**: 11.
2. Hashemi SE, Asheghi M, Naami A. Relationship of mindfulness and cognitive defusion to burnout, openness to change and

表 4：勝任感心理需求滿足、正念、適應性績效的迴歸分析

預測變數	效標：適應性績效			
	B	SE	95%LLCI	95%ULCI
常數項	1.50	.33	.82	2.11
性別	.01	.07	-.14	.14
年齡	-.01	.01	-.02	-.00
年資	.01	.01	-.01	.02
勝任感心理需求滿足	.25	.07	.09	.37
正念	.41	.09	.27	.61

註：N=160；B=非標準化係數；SE=標準誤；拔靴法樣本數為5,000；LLCI=信賴區間下限；ULCI=信賴區間上限。

- adaptive performance with mediating role of psychological flexibility: A case study of iran south railway company. *NeuroQuantology* 2019; **17**: 22.
3. Jundt DK, Shoss MK, Huang JL. Individual adaptive performance in organizations: A review. *J Organ Behav* 2015; **36**: S53-S71.
 4. Locke EA, Mento AJ, Katcher BL. The interaction of ability and motivation in performance: An exploration of the meaning of moderators. *Pers Psychol* 1978; **31**: 269–280.
 5. Deci EL, Olafsen AH, Ryan RM. Self-determination theory in work organizations: The state of a science. *Annu Rev Organ Psychol Organ Behav* 2017; **4**: 19-43.
 6. Deci EL, Ryan RM. The "what" and "why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychol Inq* 2000; **11**: 227-268.
 7. Halbesleben JR, Neveu JP, Paustian-Underdahl SC, Westman M. Getting to the "COR" understanding the role of resources in conservation of resources theory. *J. Manag* 2014; **40**: 1334-1364.
 8. 蕭歆諺：拯救你的混亂！貝佐斯、比爾蓋茲都在學，這個古老智慧憑什麼暴紅？遠見雜誌2020。
<https://www.gvm.com.tw/article/74194>。引用 2021-8-7。
 9. Hobfoll SE, Halbesleben J, Neveu JP, Westman M. (2018). Conservation of resources in the organizational context: The reality of resources and their consequences. *Annu. Rev. Organ. Psychol. Organ. Behav.*, **5**, 103-128.
 10. Kroon B, Menting C, van Woerkom M. Why mindfulness sustains performance: The role of personal and job resources. *Ind Organ Psychol* 2015; **8**: 638-642.
 11. Podsakoff PM, Organ DW. Self-reports in organizational research: problems and prospects. *J Manage* 1986; **12**: 531-544.
 12. Chen B, Vansteenkiste M, Beyers W et al. Basic psychological need satisfaction, need frustration, and need strength across four cultures. *Motiv Emot* 2015; **39**: 216-236.
 13. Zivnuska S, Kacmar KM, Ferguson M, Carlson DS. Mindfulness at work: Resource accumulation, well-being, and attitudes. *Career Dev. Int.* 2016; **21**: 106-124.
 14. Shoss MK, Witt LA, Vera D. When does adaptive performance lead to higher task performance? *J Organ Behav* 2012; **33**: 910–924.
 15. Ramos-Villagrasa PJ, Fernández-del-Río E, Barrada JR. Does evil prevail? The "bright" and "dark" sides of personality as predictors of adaptive performance. *Sustain* 2020; **12**: 474.
 16. 中華民國護理師護士公會全國聯合會：台閩地區護理人員統計表108年12月至110年7月。
<https://www.nurse.org.tw/publicUI/H/H102.aspx>。引用 2021/07/18。



[Monograph]

The Relationship between Competence Need Satisfaction, Mindfulness and Adaptive Performance of Employees in Hospital: Conservation of Resources Theory

Pei-Shan Chung^{1*}, Ting-Yu Chen²

¹Department of Business Administration, University of Kang Ning

²Department of Rehabilitation, Shin Kong Wu Ho-Su Memorial Hospital

Abstract

Purpose: Employees' adaptive performance is important for individuals' career development, mental health and organizations' sustainability. Based on the conservation of resources theory, the study aims to include psychological need satisfaction of competence and mindfulness as antecedents to exam the effects on adaptive performance.

Methods: The study conducted two-stage questionnaire to collect data from 160 hospital employees. Bootstrapping method for regression analysis was used to verify the hypotheses.

Results: The results show both psychological need satisfaction of competence and mindfulness have positive effects on adaptive performance.

Conclusions: This study verified the antecedents of adaptive performance, and provided conclusions for hospital to improve employee adaptive performance.

Key words : conservation of resources theory, psychological need satisfaction of competence, mindfulness, adaptive performance

Received: September 29, 2021

Revised: February 18, 2022

Accepted: March 16, 2022

*Corresponding author: Pei-Shan Chung

E-mail: peishanchung@gmail.com

10.29442/HPRP.202201_5(1).0005

「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. _____	_____	_____

社團法人臺灣健康醫院學會簡介

本會為依法設立、非以營利為目的之社會團體，以提昇醫療院所健康促進之文化與效能，推廣相關學術研究及教育，加強國際交流，以增進病人、醫療院所人員、家屬與社區之健康為宗旨。

本會之任務如下：

- 一、醫療院所健康促進文化之提倡、推廣與研究
- 二、醫療院所健康促進環境、流程與管理之改善、研發與推廣
- 三、醫療院所健康促進學理、標準、工具與方法等之研發與推廣
- 四、國際健康促進醫療院所網絡之國內推廣、會員招募、資格審查暨國際合作交流等事項
- 五、醫療院所健康促進師資與人力之拓展與培育事項
- 六、增進政府、衛生醫療界與社會對醫療院所健康促進之重視與支持
- 七、其他有關醫療院所健康促進之事項

本會會員分一般團體會員、網絡團體會員、個人會員及贊助會員四種，其入會資格為：

- 一、一般團體會員：贊同本會宗旨之合法醫療院所（含：醫院、診所、長期照護機構與精神衛生機構等）、衛生行政機關或相關專業團體等，均得為本會一般團體會員。
- 二、網絡團體會員：合法醫療院所具本會一般團體會員資格且經本會依國際健康促進醫療院所網絡相關規範審查通過者，為本會網絡團體會員。
於本會成立前已加入國際健康促進醫療院所網絡者，得檢具該網絡證明，直接申請為網絡團體會員。
- 三、個人會員，符合下列三項條件之一者，可申請為本會會員：
 - （一）實際從事醫療院所健康促進之推動，並曾於學術期刊、專業書籍或研討會發表相關論文、著述或受邀演講，且職級相當於助理教授或助理研究員以上之學者專家。
 - （二）現任或曾於醫療院所、衛生機關、學術機構或其他相關團體擔任相當於單位主管或理事以上職務並致力於推動醫療院所健康促進，有具體成效之個人。
 - （三）現任或曾於醫療院所、衛生機關、學術機構或其他相關團體並致力於推動醫療院所健康促進工作三年（含）以上之個人。
- 四、贊助會員：凡贊同本會宗旨，願意贊助本會工作之個人或團體。
- 五、永久會員：為鼓勵學會個人會員中長期從事醫療院所健康促進之推動者，持續參與本學會會務，增設永久會員，一次繳清個人會員常年會費，可享有優惠。

更多詳細資訊請洽學會網站<http://www.hph.org.tw>

專論 Monograph

- 以活躍老化政策架構為基礎發展高齡者團體介入方案
盧洵懿、謝弘裕、曾均涵 01
Active Aging—an Intervention Plan Designed for Group Gatherings of Senior Citizens
Hsun-I Lu, Hung-Yu Hsieh, Chun-Han Tseng
- 心衰竭居家照護效能－智能照護模式介入
賴雯珍、黃金隆 13
Home Care In Patient With Heart Failure: Intervention For Smartphone Care Model
Wen-Chen Lai, Jin-Long Huang
- 推動出院準備服務與長期照顧服務之整體化－以雲林縣某區域教學醫院為例
周佳霓、李小凰、蔡瓊儀、余玉如 21
Integration of Medical and Community Long-Term Care Services- A Case Study of
Yunlin County Regional Teaching Hospital
Chia-Ni Chou, Shiao-Haung Lee, Chiung-Yi Tsai, Yu-Ju Yu

原著 Original Article

- 注意力不足過動症整合治療（醫＋3）模式：模式的發展以及療效初探
許維堅、蔡岳融、沈郁敏、許倬瑜、葉人豪 28
The Integrated Intervention Model for Children with Attention-deficit/hyperactive Disorder:
The Development and the Preliminary Effectiveness Analysis of the Model
Wei-Jian Hsu, Yue-Zong Tsai, Yumin Shen, Hsing-Yu Hsu, Jen-Hao Yeh
- 以資源保存理論探討醫院員工勝任感需求滿足、正念與適應性績效之關聯
鍾珮珊、陳庭羽 36
The Relationship between Competence Need Satisfaction, Mindfulness and Adaptive Performance of
Employees in Hospital: Conservation of Resources Theory
Pei-Shan Chung, Ting-Yu Chen

投稿規則 43

ISSN (print): 2616-812X



9 772616 812001

ISSN (online): 2616-8138



9 772616 813008