

南華大學
自然醫學研究所
碩士論文

個案管理對心臟衰竭患者生活型態及再住院率之成效

The Effects of Case Management on Lifestyle and
Readmission Rate in Patients with Heart Failure



指導教授：陳嘉民 博士

研究生：蕭伊祐

中華民國一百零一年六月

南 華 大 學

自然醫學研究所

碩 士 學 位 論 文

個案管理對心臟衰竭患者生活型態及在住院率之成效

The effects of case management on lifestyle and readmission rate in
patients with heart failure

研究生：蕭伊祐

經考試合格特此證明

口試委員：江志峰
陳秋媛
陳嘉民

指導教授：陳嘉民

系主任(所長)：陳秋媛

口試日期：中華民國 101 年 6 月 6 日

致謝

隨著論文的修訂完成，兩年的研究所生涯即將告一段落，跟過往的求學歷程完全不同，一路上真的是眼淚汗水和血吞，但心底卻是幸福的。著手論文之初，最想寫的部份就是〔致謝〕，因就學期間遇到諸多貴人協助，要感謝的人實在太多，礙於篇幅限制只能濃縮紀錄，因為沿途有您們，才能讓本論文如期完成，讓我嚐到錮中甜美的滋味。

首先，感謝我的家人們爸媽、竣鴻、怡嫻、雅方、竣中、鄧鄧幸好您們都沒事。感恩擔任我生活中救火隊的姊姊淑菁與姊夫玉煌，謝謝您們一直以來的承擔。感謝神經科許明欽醫師與急診醫療團隊在家人出現狀況時總是竭盡心力的協助。

感謝護理部與心臟科主任們同意讓我在週間去念書；還有單位同仁與心臟科醫療團隊夥伴適時的幫忙。感謝婉蓉、鈞博、寧惠、健榮大哥、怡靜、慶昉、李清池醫師、暉振、郁涵、子南哥、小白、胖瑋、大林慈濟醫院 IRB 研究倫理委員會及參與研究的患者在本研究中的協助。謝謝長庚大學醫務管理學系盧瑞芬教授、慈濟葉湘芬老師與長庚邵榮華老師除了授權相關量表使用權之外並給我鼓勵。謝謝慈濟張麗蓉老師適時的關心。謝謝昌明與秋蘭給予的心理指引。感恩胸腔科

范國聖主任在兩年學程中的不吝指導與李彥憲主任適時給予不同見解。感恩荳爸阿志總是隨時處理我常出狀況的筆電。謝謝內科部主任林庭光醫師與心臟科李易達醫師在專業上的建議。

感謝自醫所全體老師在 seminar 精闢的提點與兩年來一起奮鬥的同學們。謝謝研究所學程中幫忙諸多瑣事的美智學姐與一起運動的曹欣學姊。謝謝看到您總是能給我正向能量的慧馨、給我許多建議的玉琪、陪我撐過這些年酸甜苦辣日子的淑婷與陪我渡過煩躁與情傷的欣欣。

謝謝心臟科陳志暉主任在工作上給予的空間及信任，還有對本論文珍貴的建議與看法，並願意在百忙中抽空前來當我的口委。感恩當我還是孤兒時秋媛所長的在研究中與論文排版上的悉心指導，辛苦了也謝謝您！除此之外還派來了一位天使，就是那一位溫暖細心、有著不一樣的優秀讓我心悅誠服的指導教授陳嘉民老師，When we first met, I had no idea that you would be so important to me！謝謝您這一年來所做的，沒有您逐字斧正這本論文無法完成！

一直以來都是用一期一會的心情與大家相處，由衷感謝每一位，讓我在這兩年當中心底留下美麗的印記。獻上我最誠摯的祝福您們平安順心。

摘要

背景：個案管理是落實整合性照護的策略之一，除了成功拓展護理的角色之外，協助患者運用現有的資源，藉由整合與協調各種醫療照護服務，除了讓醫療品質提高，並兼顧照護品質與成本效益，創造醫療、患者、護理三贏的局面。

目的：探討個案管理對心臟衰竭患者生活型態及再住院率成效。

方法：採前、後測問卷調查法，以立意取樣於 2011 年 6 月 1 日至 2012 年 3 月 31 日在嘉義縣某區域教學醫院心臟科門診進行收案，共收集 100 名年滿 30 歲經診斷為心臟衰竭患者為研究對象。所使用的研究工具包括基本屬性表、醫療相關紀錄、生活品質量表及自我照顧行為量表。個案管理師介入滿六個月後施予後測，評估個案 6 個月內之非計畫再住院率；所得資料以 SPSS18.0 進行統計分析。

結果：個案管理介入後在生活品質的八大層面中照護成效最好的是因生理功能角色受限制，其次是生理功能，成效最少的是活力狀況；在自我照顧行為方面，以主動聯絡醫療行為最佳，其次是居家生活照顧行為，主動就醫行為進步最少；再住院的照護成效為平均住院天數減少 10 天，平均住院次數減少為 0.17 次，平均住院費用減少約 13 萬；在醫療相關資料相關情形，在生活型態中抽菸史、飲酒史、運動習慣

這三方面有顯著差異，在 NYHA 功能分級、住院次數、住院天數、住院費用、心室射出率與生化血液檢查上都有明顯進步。

結論：可提供醫療相關單位設計適合患者的照護模式，不僅可增加患者的疾病相關知識，並改善生活品質與自我照護行為。

關鍵詞：個案管理、心臟衰竭、生活品質、自我照顧、再住院率

Abstract

Background: Case management is an integrated care strategy for patients with heart failure. The case management also implies a diversified care model. The benefits of case management include the improvements of medical quality and health care, and cost-effectiveness by integrating and coordinating the health care services. In other words, the patients with heart failure can utilize the limited resources to obtain higher benefits.

Objective: The objective is to investigate the effects of case management on lifestyle and re-hospitalization rate of patients with heart failure.

Methods: This study used a pretest and posttest questionnaire design. By the purposive sampling, one hundred patients aged 30 to 90 and diagnosed of heart failure were recruited from June 2011 to March 2012 at a regional teaching hospital in Chiayi County. The medical records, quality of life scale (QOLS) and the European heart failure self-care behavior scale (EHFScBS) were used to evaluate before and the differences between what six months after case management. The collected data were analysed with SPSS 18.0.

Results: In comparison with pre-case management, the QOLS and EHFScBS were shown to have a significant improvement after case management. In QOLS, the changes of role-physical (RP) is the best, the next is physical component summary (PCS) and the last is vitality (VT).

In EHFScBS, the changes of the best was to visit the heart failure clinic as scheduled arrangement, the next was life care behavior and the last one was the capability of seeking for medical assistance. In re-hospitalization, the length of hospitalization is reduced from 11.06 to 1.02 days, the rehospitalization rate is reduced from 1.48 to 0.17 and the cost of hospitalizations is reduced from NT 141912 to NT 8364. In medical records, the smoking, drinking, and exercise habits, NYHA functional classification, left ventricular ejection fraction (LVEF) and biochemical blood tests were shown to have a significant improvement.

Conclusion: The benefits of the case management have been confirmed in improving the disease knowledge, quality of life and self-care behavior. The results can help the medical institutions to design a complete case management model.

Keywords: case management, heart failure, quality of life, self-care, re-hospitalization rate

目次

摘要.....	I
ABSTRACT.....	III
目次.....	V
表目次.....	IX
圖目次.....	X
第一章 緒論.....	1
1.1 研究背景與動機.....	1
1.2 研究目的.....	3
第二章 文獻回顧.....	4
2.1 心臟衰竭.....	4
2.1.1 心臟衰竭病因與症狀.....	4
2.1.2 心臟衰竭診斷.....	6
2.1.3 心臟衰竭治療.....	7
2.2 個案管理.....	9
2.3 個案管理在慢性疾病上的應用.....	12
2.4 個案管理對心臟衰竭患者生活品質之影響.....	14

2.5 個案管理對心臟衰竭患者自我照顧行為之影響	14
2.6 個案管理對心臟衰竭患者再住院率之影響	16
第三章 研究設計與方法	18
3.1 研究對象與研究場所	18
3.2 名詞介定.....	19
3.3 研究工具.....	20
3.3.1 基本屬性表與醫療相關紀錄表（附錄二）	20
3.3.2 生活品質量表（附錄三）	20
3.3.3 自我照顧行為量表（附錄四）	21
3.4 研究期限.....	22
3.5 資料收集.....	23
3.6 研究架構.....	23
3.7 研究假設.....	27
3.8 資料處理與統計分析	27
3.8.1 描述性統計.....	27
3.8.2 推論性統計.....	28
第四章 研究結果.....	30
4.1 個人基本屬性	30

4.2 醫療相關與生理指標	32
4.3 生活品質	40
4.4 自我照顧	43
4.5 生活品質與自我照顧 GEE 分析	45
第五章 討論	56
5.1 影響心臟衰竭患者生活品質及自我照顧行為的因素	56
5.2 個案管理介入對醫療相關資料的影響	58
5.3 個案管理對生活品質與自我照顧行為的影響	59
5.4 影響生活品質與自我照顧行為的相關因素	60
第六章 結論、研究限制及建議	63
6.1 結論	63
6.2 研究限制	64
6.3 建議	64
參考文獻	66
附錄	75
附錄一 佛教大林慈濟綜合醫院問卷受訪同意書	75
附錄二 個人基本屬性表	78
附錄三 心臟衰竭生活品質量表	79

附錄四 心臟衰竭自我照顧行為量表	84
附錄五 人體試驗委員同意書	85
附錄六 心臟衰竭生活品質量表使用授權同意書	86
附錄七 心臟衰竭自我照顧行為量表使用授權同意書	87

表目次

表 4.1 個人基本屬性(N=100)	31
表 4.2.1 醫療相關資料 (N=100)	35
表 4.2.2 醫療相關資料-McNEMAR 檢定(N=100)	36
表 4.2.3 NYHA 疾病分級前、後測比較(N=100).....	37
表 4.2.4 臨床生理指標 PARIED-T TEST 檢定分析(N=100)	38
表 4.2.5 住院相關資料 PARIED-T TEST 檢定分析(N=100)	39
表 4.3 生活品質 PARIED-T TEST 檢定分析(N=100)	42
表 4.4 自我照顧 PARIED-T TEST 檢定分析(N=100)	44
表 4.5.1 自我照顧得分 GEE 分析摘要表(N=100).....	47
表 4.5.2 生理功能得分 GEE 分析摘要表(N=100)	48
表 4.5.3 因生理功能角色受限制得分 GEE 分析摘要表(N=100)	49
表 4.5.4 因情緒問題角色受限得分 GEE 分析摘要表(N=100)	50
表 4.5.5 活力狀況得分 GEE 分析摘要表(N=100)	51
表 4.5.6 心理健康得分 GEE 分析摘要表(N=100)	52
表 4.5.7 社會功能得分 GEE 分析摘要表(N=100)	53
表 4.5.8 身體疼痛得分 GEE 分析摘要表(N=100)	54
表 4.5.9 一般健康得分 GEE 分析摘要表(N=100)	55

圖目次

圖 1 研究架構.....	24
圖 2 心臟衰竭個案管理流程	25
圖 3 心臟衰竭個案管理追蹤流程	26

第一章 緒論

1.1 研究背景與動機

現今社會人口年齡結構老化，台灣地區慢性疾病佔了國人十大死因的一半，根據行政院衛生署（行政院衛生署，2007）的統計資料顯示，心臟疾病高居國人十大死因的第二位，其中以心臟衰竭最為普遍，每年因心臟衰竭住院的患者約有十三萬人，所耗費的醫療費用約新台幣 77 億元。心臟衰竭是屬於隨著罹病時間越長而預後越差的慢性疾病，且會持續終生且無法完全治癒（葉湘芬、邵榮華，2010），除了造成病患本身的壓力之外，更是家屬與國家醫療財政的一大負擔（高佳霓、丁紀台、葉明珍、張彩秀，2008；劉慧玲、李淑琴、許淑娟，2010）。

心臟衰竭的治療在過去 10 年中，大致上可分為藥物與非藥物兩種治療模式。在藥物治療模式中，有些藥物雖然可短期改善心臟血行動力學，但並不能延長壽命。反之，有些藥物雖然對短期心臟血行動力學改善不多，但卻有助於延長壽命。在非藥物藥物治療模式中，則包含機械輔助與手術治療兩方面，雖然成效不錯，但由於費用昂貴，醫學界仍盼望更有效而實際的治療方式。

近年來，隨著醫療保健系統轉型與消費者意識抬頭，個案管理在

各大醫院積極擴展，並實際應用於各種慢性疾病的照護中。因此，個案管理漸漸成為各醫療院所的經營策略之一(郭鳳霞、徐南麗，2002)。

個案管理是一種以病患為中心的照護系統，主要是強調醫療品質的維護與成本控制。以心臟衰竭為例，藉由個案管理的應用，心臟衰竭的治療方式已由以往的症狀控制演進為合併症之預防與症狀處理的醫療模式。臨床上的研究亦指出，接受個案管理的心臟衰竭患者，其住院天數、醫療支出、自我照顧、生活品質、疾病認知度、住院服務滿意度與血壓、心跳等生理指標與心理指標的表現上，皆較無接受個案管理的心臟衰竭患者為佳(高佳霓等，2008)。

然而，臨床上並無探討影響個案管理照護成效相關因素的研究。因此，本研究擬針對同意接受個案管理的心臟衰竭患者進行調查，評估其在個案管理介入前與介入後生理指標與心理指標的改變情形，作為個案管理照護成效的評估指標，藉此可以了解影響個案管理照護成效的相關因素。希望藉由本研究，可以幫助相關醫護人員更重視患者的自我照顧，協助患者將所學得的疾病相關知識與自我照顧技巧落實於生活中，以達到與疾病共存的自我照顧，營造健康的生活態度、行為與環境為目的，進而降低再住院率。

1.2 研究目的

- 〈1〉 探討個案管理介入對心臟衰竭患者生活品質的照護成效。
- 〈2〉 探討個案管理介入對心臟衰竭患者自我照顧行為的照護成效。
- 〈3〉 探討個案管理介入對心臟衰竭患者再住院的照護成效。
- 〈4〉 探討個案管理介入與心臟衰竭患者個人基本屬性相關性。
- 〈5〉 探討個案管理介入與心臟衰竭患者醫療相關資料相關性。

第二章 文獻回顧

探討個案管理對心臟衰竭患者生活型態及再住院率成效之相關性，本章文獻回顧共分六節來討論，第一節介紹心臟衰竭，第二節將介紹個案管理，第三節為個案管理在疾病上的應用，第四節為個案管理在心臟衰竭患者生活品質之影響，第五節為個案管理在心臟衰竭患者自我照顧行為之影響，第六節為個案管理對心臟衰竭患者再住院率之影響，相關文獻整理分述如下：

2.1 心臟衰竭

2.1.1 心臟衰竭病因與症狀

心臟衰竭是因為心臟功能發生問題，心肌受損或過度負荷，導致無法維持足夠的心輸出量來供應全身各組織器官，以達到身體代謝所需，屬於在心血管末期所產生的一組症狀（葉湘芬、邵榮華，2010）。可分為收縮或舒張功能的障礙，而老年人常見的是心臟無法有效收縮而打出足夠血液到全身的收縮功能障礙（于博芮，2008）。造成心臟衰竭的原因有高血壓、冠狀動脈性疾病、心律不整、心臟瓣膜疾病、先天性心臟病、病毒感染、心包膜疾病、心肌病變、肺栓塞、甲狀腺疾病等（李和惠，2009）。其中 65 歲以上因為年齡的老化造成心血管

彈性的改變而導致心臟衰竭的發生率是一般人的三倍，有高血壓而未控制者形成心臟衰竭的發生率為 75%，罹患心肌梗塞後六年內發生心臟衰竭的男性約有 22%及女性約有 46%（王芳婷，2005）。

心臟衰竭的臨床症狀包括：心輸出量減少（De Keulenaer & Brutsaert, 2007）引起腦部血流不足、咳嗽、端坐呼吸、陣發性夜間呼吸困難、運動性呼吸困難（Subramanian et al., 2005）、陳氏呼吸、頸靜脈怒張、肺水腫、心臟方面的症狀、肝腫大、尿少、下肢水腫等（劉慧玲等，2010）。

根據美國紐約心臟協會（New York Heart association classification of heart failure, NYHA）的功能分級方法是依病人臨床表現，需要多少活動量會誘發症狀，將心臟衰竭的嚴重度分為四級，也可用來預測疾病預後。

第一級：身體活動不受限制，沒有出現任何心臟衰竭的症狀。

第二級：身體活動輕度受限制，但仍可進行日常活動，如上下樓梯、打掃；若做劇烈運動，會感覺呼吸困難、疲倦、心悸或心絞痛。

第三級：身體活動明顯受限制，但休息時會緩解，進行日常活動，如上下樓梯、打掃時也會感到疲倦、心悸、呼吸困難或心絞痛。

第四級：進行任何活動都感到身體不適，甚至躺臥在床或站力不

動時，也會感覺呼吸困難、疲倦或出現心絞痛。

2.1.2 心臟衰竭診斷

心臟衰竭的評估工具有生化血液檢查、動脈血液氣體分析、血液動力學檢查、血清 B 型利鈉肽 (B-type natriuretic peptide, BNP)、胸部 X 光檢查、心電圖檢查、心臟超音波檢查、心導管及心血管攝影、核子醫學檢查 (于博芮, 2008)。

臨床上醫師診斷心臟衰竭，除了疾病史、病因、實驗室檢查、理學檢查等之外，還需評估是否有心臟衰竭症狀。在心臟衰竭症狀的評估上，需要兩個主要標準或一個主要標準再加上兩個次要標準才能成立。其中主要標準包括陣發性夜間呼吸困難、頸靜脈怒張、心臟肥大 (Kapoor & Perazella, 2007)、出現第三心音 (奔馬音)、中央靜脈壓上升與肝頸靜脈反射等。次要標準包括咳嗽與水腫等變化 (李和惠, 2009)。

此外，一般可利用心臟超音波與心臟核子閃爍圖之噴射分率 (ejection fraction, EF) 來輔助診斷確立，EF 是用來顯示心室功能的指標，正常 EF 為 50-70%，若 $EF < 40\%$ 表示心臟可能有收縮性功能不良的問題存在，數值越低症狀越嚴重 (王芳婷, 2005; 劉敏慧, 2008)。

2.1.3 心臟衰竭治療

心臟衰竭疾病的預後不佳，罹病後 5 年的存活率約有 50%，80 歲以上者為 20%，治療心臟衰竭除了避免疾病惡化之外，更重要的是要改善患者的生活品質，降低患者的再入院率，而心臟衰竭的治療可分為藥物與非藥物兩部分（劉慧玲等，2010）。

在藥物治療方面，以避免心臟肥大與延緩病程進展為主。可分為增加心肌收縮之強心劑與降低心肌負荷之藥物兩類，簡述如下：

〈1〉增加心肌收縮之強心劑：能增加心肌收縮力、心輸出量與腎臟

血液灌流，如：毛地黃類、Dopamine、Dobutamine 藥物。

〈2〉降低心肌負荷之藥物可進一步在區分為

（1）利尿劑：可讓症狀緩解，幫助腎臟將過多的鈉與水排出，

使血液容積降低，減少前負荷。

（2） β 接受體阻斷劑（beta blocker）：適用於穩定的心臟衰竭患

者，降低心跳速率與心收縮力，減少心室容積與心肌耗氧

量，能改善受損的心肌細胞，並擴張血管改善心臟功能與

血行動力學。

（3）血管緊縮素轉換酶抑制劑（Angiotensin Converting Enzyme

Inhibitors, ACEI）：抑制心臟衰竭首選用藥，藉由抑制患者

體內血管緊縮素轉換酶 (Angiotensin Converting Enzyme) 可保護心臟血管內皮細胞，減少左右心室填充與肺血管壓力，使血管擴張血流增加，降低血管阻力與平均動脈壓，可使死亡率降低。

(4) 動脈血管與靜脈血管擴張劑：活化腎上腺促效(adrenergic)、腎素 (rennin)、血管張力素 (vasopressin)、醛固酮系統 (aldosterone system)，使動靜脈血管擴張降低前、後負荷 (Gheorghiade et al., 2000 ; Rahimtoola, 2004)。

在非藥物治療方面，則可細分為飲食治療、良好生活型態的養成、機械輔助與手術治療三方面，簡述如下：

〈1〉飲食治療：採低鹽飲食，因為鹽分控制對心臟衰竭是非常重要的，一般建議每天鈉的攝取量在 2~3 公克之間 (鹽 5-7.5 公克/天)，低鈉飲食可控制水腫的症狀。如使用 Thiazides 類或腎小管利尿劑 (如 Diuril 及 Lasix) 需注意鉀離子的流失並監測血鉀濃度。患者應每日測體重，可協助評估尿液排出量、飲食及水分攝取是否適當。避免高油、高糖與高膽固醇飲食攝取，膽固醇過高需先飲食控制，若 3-6 個月後高血脂仍未改善則需考慮藥物治療。

〈2〉良好生活型態的養成：心臟衰竭患者生活型態的改變與藥物治療一樣重要，如：飲食、戒菸、戒酒、運動，患者在自我照顧方面能夠確切的落實在生活中，才能與疾病共存讓生活品質提升 (D'Alto, Pacileo, & Calabro, 2003)。

〈3〉機械輔助與手術治療：心衰竭患者若藥物治療無改善，必要時可選擇心臟機械輔助循環與心臟移植的外科治療。心臟機械輔助循環包括有心臟再同步治療 (CRT)、主動脈內氣球幫浦 (IABP)、葉克膜體外維生系統 (ECMO) 與心室輔助器 (VAD) (于博芮, 2008; 王芳婷, 2005; 李和惠, 2009; 劉敏慧, 2008; 劉慧玲等, 2010)。

整體而言，雖然機械輔助與手術治療的成效不錯，但由於費用昂貴，醫學界仍盼望更有效而實際的治療方式。近年來，隨著醫療保健系統轉型與消費者意識抬頭，個案管理在各大醫院積極擴展，其在心臟衰竭患者的照護上，亦有相當不錯的成效 (高佳霓等, 2008)。因此，下一節將針對個案管理作一詳細介紹。

2.2 個案管理

個案管理緣起於早期美國的社會福利體系 (郭鳳霞、徐南麗, 2002)，隨著醫療科技的日新月異與人們生活型態的改變，近年來在

台灣的醫療體系裡，個案管理模式的概念於被廣泛運用於慢性與社區性的整合照護服務中。我國全民健保體制逐步朝向多元化發展，現階段照護領域進入一個強調初級預防與連續性照護的整體有規劃的完整照護服務（尹祚芊、林小玲、馮容莊、蔡欣玲，2002）。相關文獻指出，個案管理模式的運用可以提升病患滿意度、生活品質與健康狀況，進而降低住院天數與醫療成本，並提高醫療品質，同時兼顧照護品質與成本效益（邱怡玟，2009）。

個案管理是針對患者的健康狀況並依照其個別化需求，在選擇個案後，整合各個相關單位與彼此間互相合作，去提供健康評估與相關照護、協調、監測、評值等服務（White & Hall, 2006）。影響個案健康醫療問題包括有生理、心理、社會等多種因素，而個案管理的目的主要是要連結各個專科、相關部門與機構，讓健康照護預算與社會資源的運用達到極致（葉莉莉，2007）。此外，個案管理的職責也包含提供患者與照顧者照護上持續性的協助，可以說是銜接急性醫療與長期照護中的橋樑，對目標導向與結果導向同樣重視（邱怡玟，2009）。

在個案管理模式的運用上，需要有一位固定的全權負責人員來負責執行，目前國內大多由護理人員擔任，稱之為個案管理師，這位個案管理師需備相關工作經驗、專業知識、領導與溝通協調的技巧，在實務執行時才可與團隊醫師、其他專業人員、患者及家屬們有良好的

合作與互動（劉玟宜、Edwards、Courtney，2008）。個案管理師主要的工作為評估患者是否符合收案標準，並與資訊人員合作建立個管資料庫。針對患者的個別性提供適切的照護計畫，適時發現問題協助處理。在追蹤評值的過程中，更可密切監測各項指標，做為臨床照護的參考依據，並進行醫療成本分析與研究相關探討（王秋雯，2009）。

個案管理師的角色多樣，因醫療體系與管理的疾病不同，所以業務在各科別有所差異（吳易霖、葉莉莉、張嘉蘋、柯乃瑩，2010），但相同的是在醫療團隊中扮演的角色包含臨床護理專家、患者的管理者、專家意見諮詢者、教育指導者、協調者、研究者、改變者（Cohen & Cesta, 1997；Cesta, Tahan, & Fink, 1998），讓護理人員在護理職場上有另一種工作角色的拓展（李麗傳，1999）。個案管理師可視為是患者的代言人，除了與患者、家屬、工作團隊成員建立誠信關係之外，在各種資源的取得與擬定各部門的責任之間必須維持適當的彈性，另外在照護計畫訂定的過程中需有個案與家屬共同參與，才能讓患者在有限的條件之下提高生活品質（楊克平，2001）。

在醫療院所中，個案管理師因為工作需求，需加強健康照護管理、社會福利與資源運用、資訊管理、成本與品質監控、危機處理等相關訓練，另一方面也需具備獨立判斷與做決策的能力，還有熱心助人不怕挫折能與團隊合作的特質，才能在個案管理的這份工作中游刃有餘

(邱怡玟，2009)。

Peeples, Tomky, Mulcahy, Peyrot, & Siminerio (2007) 指出，個案管理與生活型態和健康狀況的改變不但是有連續性且彼此間息息相關，也因為衛教是循序漸進的，因此希望患者回家之後，將所獲得的知識概念，內化成行為上的改變而落實在生活中。

如上所述，個案管理對於慢性疾病的照護上有諸多優點。藉由個案管理的應用，對於慢性疾病患者的照護將是持續且完整，更能滿足個人化的需求。由此可知，個案管理可有效促進患者行為的改變，對於患者返家後的自我照顧、生活品質的改善與病程進展的穩定度皆有實質的幫助(張媚，2009)。接下來，將針對個案管理在慢性疾病上的應用與照護成效依序作介紹。

2.3 個案管理在慢性疾病上的應用

應用個案管理在糖尿病患者的成效探討結果顯示，服藥規律性、運動頻率、與空腹血糖值改善的情況有顯著提高(陳鈺如、呂宗學、黃建寧、袁素娟，2010)；在體重、糖化血色素、總膽固醇檢查部分(Chang et al., 2007)、急診次數、住院次數及醫療費用方面皆降低(徐慧君等，2004；郝立智等，2007；郭淑娟等，2005)；在糖尿病個案管理資訊系統整合成效方面，可以延續社區健康照護與持續有效的醫

療照護、提升回診率與滿意度及整合各專科醫療活動（柳素燕、蕭如玲、沈家琳、李鳳瓊，2006）。

陳晶晶等（2009），針對腫瘤個案管理的成效做探討，結果發現患者與醫療團隊滿意度提高，腫瘤個案失聯率降低，留院治療率與癌症診療品質相關指標提高。CC, HF, SL, HI, & TT（2007）於慢性阻塞性肺部疾病患者之初探研究中發現，運用個案管理可以提升疾病照護認知與護理照護滿意程度，但是在縮短住院天數及醫療費用上無顯著差異。徐永南、洪雅琳、郭憲文、陳穎潔（2009）以腦中風患者，個案管理模式之住院成本估計與效果之評價研究結果顯示，可以降低住院成本並提高返診率。將個案管理運用於燒燙傷與消化性潰瘍患者的相關研究顯示，在知識、居家自我照顧行為與對醫護人員滿意度明顯提高，平均住院天數與住院醫療費用明顯降低（高淑雯、謝碧晴、蔡秀鸞、蘇慧芳，2007；盧美秀、魏玲玲、廖美南、徐美玲，1999）。

根據個案管理相關研究指出，個案管理運用在心臟血管疾病患者上，除了可以有效降低住院天數與健保支出之外，在血壓與血糖方面亦能獲得良好的控制（徐則彬、莊寶玉、何奕倫，2011）。對於疾病認知度與住院服務滿意度增加，平均住院天數、平均住院醫療費用與再住院率減少（許玲女、江明珠、陳維玲、葉淑惠、黃維民，2003）。在自我照顧與生活品質上有顯著提升（魏嘉儀、章淑娟，2010）。

2.4 個案管理對心臟衰竭患者生活品質之影響

臨床上，生活品質的評估常被作為測量照護成效的指標，藉由評估的結果來修正照護盲點。以心臟衰竭患者為例，其生活品質較一般人差，因此必須藉由自我照顧行為的加強，來改善疾病產生的不適症狀，進而降低疾病的影響，讓患者的生活品質提高(高佳霓等,2008)。

文獻指出生活品質的歷史發展可分為一般性與健康相關性生活品質兩部分(王芳婷,2005)。個人所感覺的滿意狀況稱之為一般性生活品質(Zhan,1992)。而健康相關性生活品質則與疾病有關，較為重視疾病或治療對個人在生理、心理、社會與生活品質上所造成的影響(王芳婷,2005)。

生活品質的定義包含個人對生活的滿意感與個人對健康狀態的接受程度，前者可以使用本身的心智能力來評估，後者則包括生理、心理、社會三方面(雷玉華、丘周萍,2000)。

王芳婷(2005)以80位心臟衰竭患者為對象，研究結果發現心臟衰竭患者生活品質與自我照顧行為之間呈正相關。

2.5 個案管理對心臟衰竭患者自我照顧行為之影響

大多數病人對於導致心臟衰竭的原因與症狀不甚了解，其中隱含許多錯誤的觀念。因此，出院返家後往往無法適當的將自我照顧落實

在生活上，進而導致疾病惡化，造成反覆入院情況發生（高佳霓等，2008；劉慧玲等，2010）。

高佳霓等（2008）整理國內心臟衰竭自我照顧研究相關文獻後發現，針對心臟衰竭患者，除了衛教輔助工具之外，若再針對患者特性給予一對一的個別性衛教，對於患者的態度與自我照顧行為會有明顯的改善。

自我照顧行為包含自我照顧的管理與維持，是指除了監測與處理自己的症狀之外，還有個人採取的健康行為（Dickson, Deatrck, & Riegel, 2008）。文獻指出，自我照顧行為的動機越強，在健康行為的執行上較容易做出正確的決策，使疾病復發率降低（Burckhardt, 2005）。因此，自我照顧行為的提升，能增加患者對健康上的控制感，進而能讓患者維持對於自己疾病持續性的照護（黃美娟、林麗娟、洪志秀，2008）。

然而，對於慢性患者而言，個案對於自我控制後的成效難以有強烈的感受，若是再加上合併症出現，患者對平日的自我管理則會缺乏信心，導致在生活中維持正確的自我照顧行為是相當困難的事（Riegel, Vaughan Dickson, Goldberg, & Deatrck, 2007）。因此，若能在生活中落實心臟衰竭患者的自我照顧行為，對於疾病的合併症、死亡率與再住院率將能有顯著的改善（Kapoor & Perazella, 2007）。所以，心臟衰

竭患者學習自我管理是必要的。

Jaarsma et al. (2000) 針對 128 位心臟衰竭患者，以量性研究調查自我照顧行為與影響自我照顧的相關因素，研究結果發現患者對於飲食與水分控制的重要性的相關知識較缺乏，大多數患者表示報章媒體廣泛推崇多喝水對人體健康有幫助，而且認為服用的藥物中包含有利尿劑，所以每天需要喝約 3000 cc 的水分，有些患者表示沒有人告知需要注意每天的排尿量與不知道適度的活動與休息對疾病的控制有所幫助。

王芳婷 (2005) 以 80 位心臟衰竭患者為對象，以個人基本屬性表、醫療相關資料表、生活品質量表、自我照顧行為量表、社會支持量表進行調查，研究結果發現心臟衰竭患者在自我照顧行為方面，以藥物行為表現為最佳，其次是返診就醫，最差為睡眠狀況；而患者會因為教育程度的不同，自我照顧行為出現顯著的差異。

2.6 個案管理對心臟衰竭患者再住院率之影響

根據相關研究發現，患者返家後除了按時服用藥物之外，遵循護理指導加強自我照顧行為，可以提升患者的生活品質，降低再入院率 (劉慧玲等, 2010)。

心臟衰竭患者在出院後三個月內再入院率約為 47%，出院後六

個月內再入院率約為 50%，平均住院天數約為 5.57-7 天（Warner & Hutchinson, 1999），而心臟衰竭患者住院所花費的醫療費用平均每年約 8000 美元/位（Xuan, Duong, Russo, Lacey, & Wong, 2000）。

高佳霓等（2008）整理國外心臟衰竭再住院之相關文獻，發現患者出院 3-6 個月後再住院率高達 25-50%，而罹病後五年內的存活率僅 50%。而在國人十大死因當中，心臟疾病則高居第二位，其中約有十三萬人住院，住院費用超出新台幣七十七億元。因此，心臟衰竭患者的高住院率對於個人、家庭與國家都是一大負擔，所以可以有效降低再住院率是非常重要的（行政院衛生署，2007）。

第三章 研究設計與方法

本章共分為八節，分別為研究對象與研究場所、名詞介定、研究工具、研究期限、資料收集、研究架構、研究假設、資料處理與統計分析，內容依序說明如下：

3.1 研究對象與研究場所

本研究採立意取樣方法，以嘉義縣某區域教學醫院心臟科門診為收案場所進行收案，凡符合下列收案條件並取得患者同意者為研究對象：

- 〈1〉 診斷為心臟衰竭之心臟科門診患者。
- 〈2〉 性別無限制，年齡為 30 歲以上。
- 〈3〉 意識清楚且能以國台語溝通者。
- 〈4〉 說明本研究目的後同意參與研究計畫者。

參與研究計畫對象權益保護：研究者向個案說明研究目的與方法，經口頭與書面同意後才正式收為研究對象。研究過程中不涉及任何侵入性治療，所有資料以匿名方式及編號處理，只供學術研究使用，不對外公布，研究中個案不需任何理由隨時可撤銷同意退出研究。

本研究採前、後測問卷調查法，共收案 100 名患者，探討心臟衰

竭患者經由個案管理介入後對生活品質、自我照顧行為、醫療相關資料與再住院之間的影響。符合條件經會談後願意參與研究者予以收案。收案時研究者與患者以面訪方式依問卷內容逐一做訪談進行前測資料收集，包含基本屬性表、醫療相關紀錄、生活品質量表、自我照顧行為量表。個案管理師介入滿六個月後施予後測，包含醫療相關紀錄、生活品質量表、自我照顧行為量表，並評估個案 6 個月內之非計畫再住院率。

3.2 名詞介定

〈1〉個案管理：以個案為中心，由各專科醫療照護團隊參與，達到照護品質與成本效益兼顧的管理性照護模式。

〈2〉心臟衰竭患者：由心臟專科醫師診斷為心臟衰竭病患，並於心臟科門診追蹤者。

〈3〉生活品質：指心臟衰竭患者罹病後，主觀的感受因疾病進程在生活上所引發的變化。

〈4〉自我照顧行為：指心臟衰竭患者為維持、促進健康與延緩病程進展，所採取的飲食、運動、藥物、就醫、症狀監測等特定行為。

〈5〉再住院率：經由個案管理師介入後六個月內之非計畫再住院（住院天數、住院次數、住院費用）。

3.3 研究工具

所使用的研究工具包括：基本屬性表、醫療相關紀錄、生活品質量表、自我照顧行為量表。

3.3.1 基本屬性表與醫療相關紀錄表（附錄二）

基本屬性與醫療相關紀錄表內容包含有：心臟衰竭患者的年齡、性別、教育程度、婚姻狀況、職業、居住狀況、抽菸史、飲酒史、運動習慣、疾病史、家族病史、NYHA 功能分級、罹病時間、住院次數、住院天數、住院費用、心室射出率、身高、體重、BMI、血壓、心跳、腰腹圍、疾病相關藥物、生化血液檢查。

3.3.2 生活品質量表（附錄三）

1990 年 Dr. John Ware, Jr. 的 SF-36 在患者生活品質的評估上已廣泛作為評估的工具。而 SF-36 臺灣版則是由著作人 Dr. John Ware, Jr. 委由長庚大學醫務管理學系盧瑞芬教授與國內多位學者共同翻譯而成，包括長庚盧瑞芬教授、陽明藍忠孚教授、臺大吳淑瓊教授、中國醫藥大學李卓倫副教授、美國 Oregon State University 紀駿輝副教授、輔大劉文良副教授等，並由盧教授負責臺灣地區的使用授權。SF-36 臺灣版自 1996 年定稿迄今，已授權國內 700 項以上研究計畫使用，

從事各項研究 (<http://sf36.cgu.edu.tw/main.htm>)。

本研究使用 SF-36 臺灣版，為一般性的心理測量工具，共有 36 題，分為八個健康次量表再分為兩個構面為生理健康 (physical component summary, PCS) 與心理健康 (mental component summary, MCS)。主要測量受訪者的身體生理功能 (physical functioning, PF)、因生理功能角色受限(role-physical, RP)、身體疼痛(bodily pain, BP)、一般健康 (general health, GH)、活力狀況 (vitality, VT)、社會功能(social functioning, SF)、因情緒問題角色受限(role-emotional, RE) 及心理健康 (mental health, MH) 8 個面向，共有 33 題，自評健康變化共 3 題 (<http://sf36.cgu.edu.tw/main.htm>)。

本量表在心臟衰竭患者相關研究中，內在一致性的信度檢定 α 值為 0.92，使用兩點量尺 (是/否) 到六點量尺 (無/非常少/少/中等/嚴重/非常嚴重)，原始構面計算分數最低 35 分，最高 145 分；原始分數進行各構面分數轉換，轉換後最低 0 分，最高 100 分，總得分與生活品質成正相關 (潘奎靜，2007)。

3.3.3 自我照顧行為量表 (附錄四)

歐洲心臟衰竭自我照顧行為量表 (The European heart failure

self-care behavior scale) 建立於 2003 年，主要在測量心臟衰竭患者日常生活情形的自我評估工具，共 12 題，以李克特 (Likert) 五點量表來評估，分為「1.完全同意」、「2. 同意」、「3.普通」、「4. 不同意」、「5. 完全不同意」5 個選項，量表總分為 12-60 分 (1 分：完全執行；2 分：執行；3 分：不知道要執行；4 分：沒有執行；5 分：完全沒有執行)，分數越低者代表自我管理行為越好。該量表在荷蘭、瑞典、義大利三個歐洲國家對 442 位個案進行問卷信、效度施測，效度以內容效度與同時效度進行檢測，測出結果能區分個案現存狀況；信度檢測採內在一致性與再測信度，測出 Cronbach's alpha 值為 0.81，Pearson's 相關係數 $\gamma = 0.40 \sim 0.74$ ，結果顯示出該量表易被患者接受 (Jaarsma, Stromberg, Martensson, & Dracup, 2003)。

葉湘芬、邵榮華 (2010) 針對 153 位醫學中心門診心臟衰竭老人自我管理相關研究中，該量表在經由 Brislin's 翻譯模式翻譯為中文版，可測出是否受教育之不同處，顯示效度可信賴；為求最佳信度去除相關性較差的兩題 ($\gamma = 0.40$ 及 0.41) 後，中文版量表剩餘題目共 10 題，其 Cronbach's alpha 值為 0.81，量表總分為 10-50 分。

3.4 研究期限

本研究收案時間為 2011 年 6 月 1 日~2012 年 3 月 31 日。

3.5 資料收集

執行本研究前，先經由人體試驗委員會審查通過後，並徵得收案醫院院方與相關單位同意，由研究者向患者說明研究目的與方法，患者口頭與書面同意後正式收為研究對象，以前、後測方式面訪收集問卷資料，收案時先填前測問卷，經個案管理介入後滿六個月填後測問卷。研究過程中不涉及任何侵入性治療，所有資料以匿名方式及編號處理，只供學術研究使用，不對外公布，研究中患者不需任何理由隨時可撤銷同意退出研究。

3.6 研究架構

根據文獻探討，本研究主要探討個案管理介入對心臟衰竭患者生活品質、自我照顧行為及再住院率之相關性，包括基本屬性、醫療相關紀錄、生活品質與自我照顧行為等，其研究架構如下：

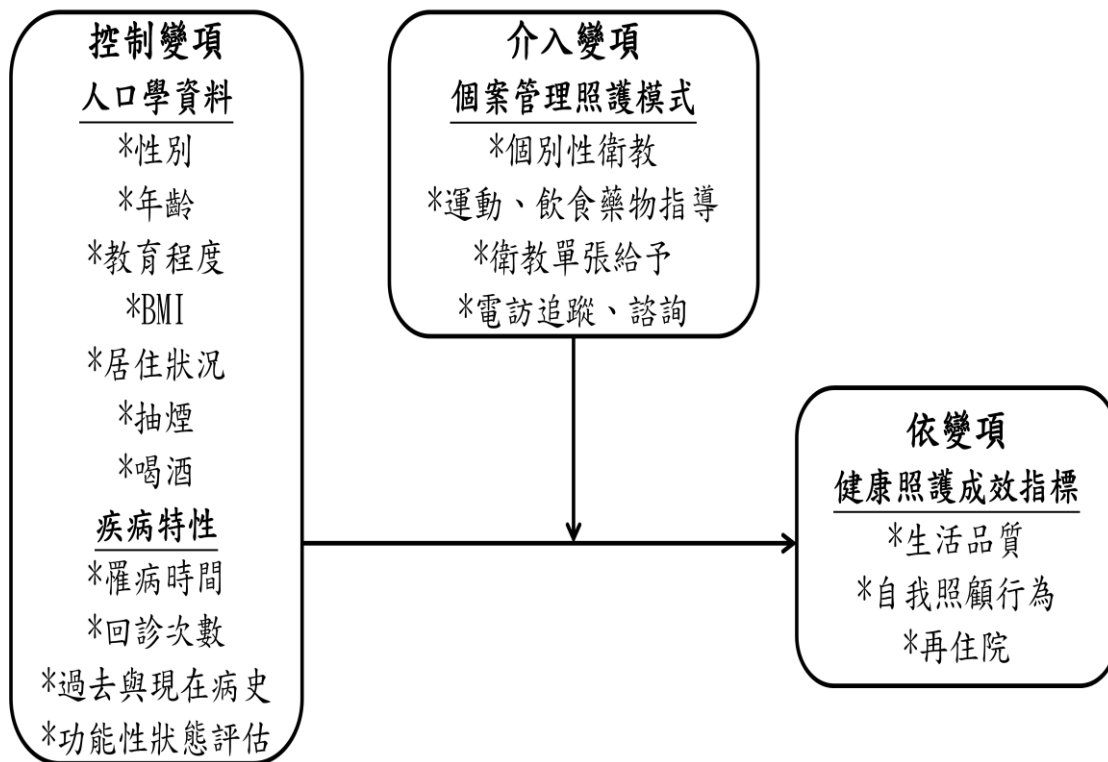


圖 1 研究架構

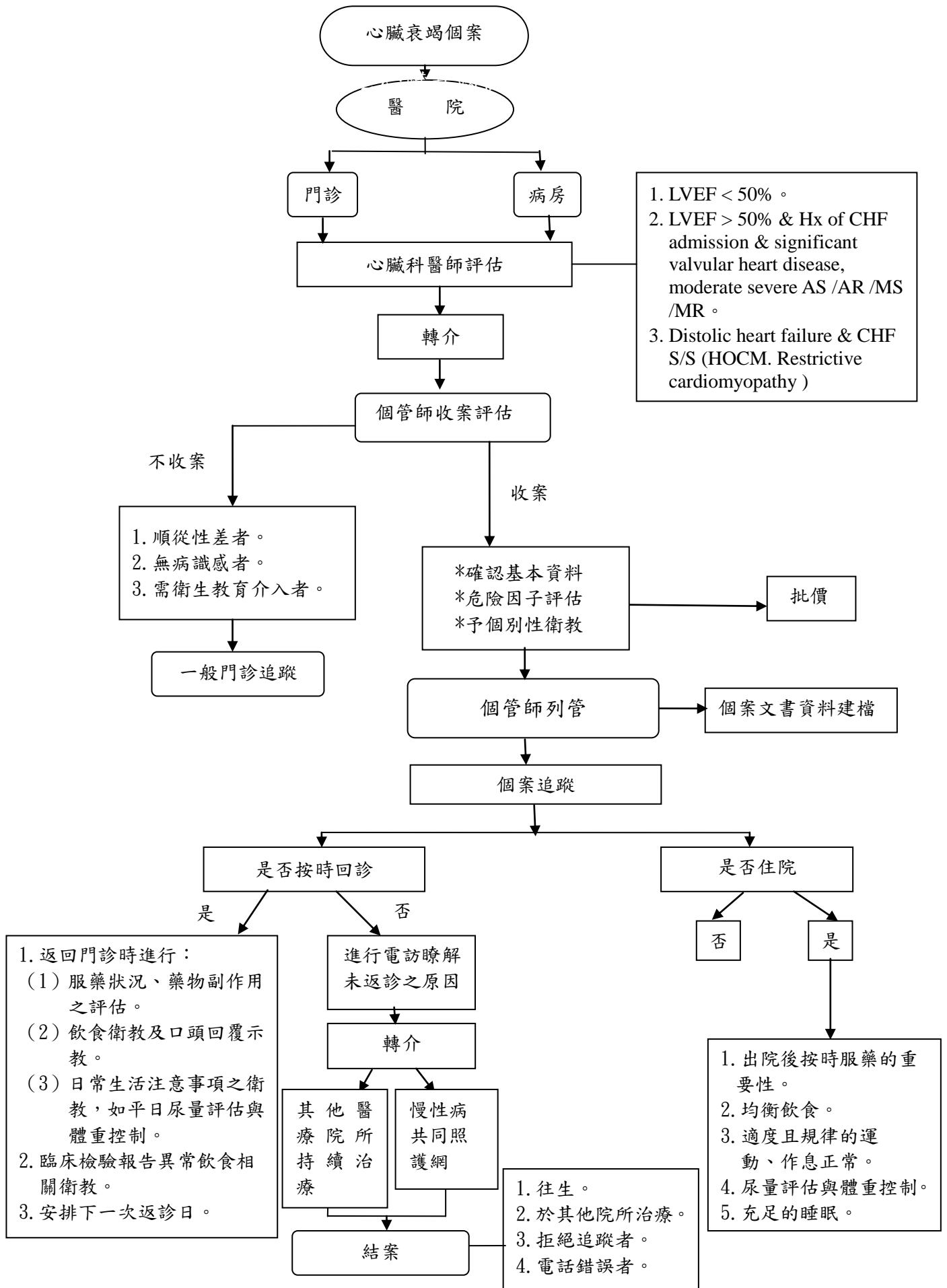


圖 2 心臟衰竭個案管理流程

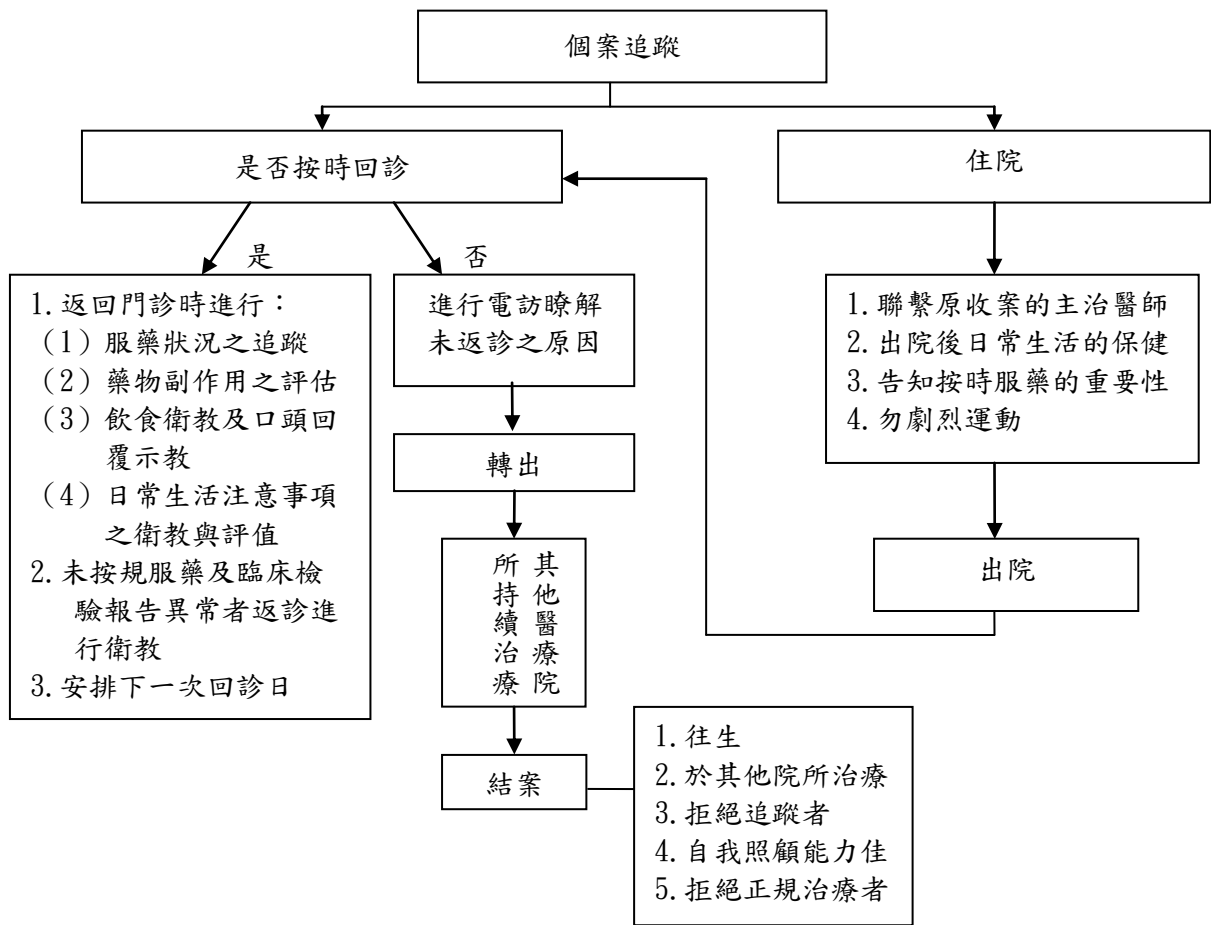


圖 3 心臟衰竭個案管理追蹤流程

3.7 研究假設

根據本研究的目的，其假設為：

- 〈1〉個案管理介入對心臟衰竭患者生活品質的照護成效沒有差異。
- 〈2〉個案管理介入對心臟衰竭患者自我照顧行為的照護成效沒有差異。
- 〈3〉個案管理介入對心臟衰竭患者再住院的照護成效沒有差異。
- 〈4〉個案管理介入與心臟衰竭患者個人基本屬性相關情形沒有差異。
- 〈5〉個案管理介入與心臟衰竭患者醫療相關資料相關情形沒有差異。

3.8 資料處理與統計分析

本研究資料是由研究者資料收集後先編碼及建檔，以描述性統計、配對 t 檢定 (Paired-t test)、McNemar 檢定、廣義估計方程式 (Generalized Estimating Equation, GEE) 等統計方法以 SPSS 18.0 進行資料分析。顯著水準 α 設定為 0.05，若 P 值小於 α 表示具有統計上顯著差異，資料分析敘述如下：

3.8.1 描述性統計

包括基本屬性（患者的年齡、性別、教育程度、婚姻狀況、職業、居住狀況、抽菸史、飲酒史、運動習慣），醫療相關紀錄（疾病史、家族病史、NYHA 功能分級、罹病時間、住院次數、住院天數、住院費用、心室射出率、身高、體重、BMI、血壓、心跳、腰腹圍、疾病相關藥物、生化血液檢查），生活品質（生理功能、因生理功能角色受限、身體疼痛、一般健康、活力、社會功能、因情緒角色受限、心理健康共 8 個面向）及自我照顧行為等，使用次數分配、平均值、標準差、百分比等分析方法。

3.8.2 推論性統計

3.8.2.1 配對 t 檢定 (Paired-t test)

患者醫療相關連續變項與生活品質、自我照顧行為、住院天數、住院次數、住院費用以 Paired-t test，判定個案管理介入前、後測之間有無顯著差異。

3.8.2.2 McNemar 檢定

檢驗患者的個人基本屬性（抽菸史、飲酒史、運動習慣）類別變項於個案管理介入前、後測之間有無顯著差異。

3.8.2.3 廣義估計方程式 (Generalized Estimating Equation, GEE)

探討個人基本屬性與醫療相關資料對心臟衰竭患者的生活品質與自我照顧行為的影響。

第四章 研究結果

本研究目的為探討個案管理介入對心臟衰竭患者生活型態及再住院率相關成效，研究結果依照研究目的及變項特質，針對本研究收集的 100 位心臟衰竭門診患者資料，以描述性統計、配對 t 檢定 (Paired-t test)、McNemar 檢定、廣義估計方程式 (Generalized Estimating Equation, GEE) 等統計方法以 SPSS 18.0 進行資料分析，研究結果如下：

4.1 個人基本屬性

本研究對象的人口學特性包括，性別、年齡、教育程度、婚姻狀況、職業、居住狀況，以次數分配、百分比、平均值、標準差等資料分析方法來描述。

研究對象共計 100 人，由表 4.1 可以看出，性別以男性居多，有 74 人 (74%)；年齡分佈在 36 歲至 90 歲之間，平均年齡為 66.81 ± 12.856 歲，其中以 61-70 歲之年齡組別最多，有 26 人 (26%)，其次為 71-80 歲有 25 人 (25%)，最少為 40 歲以下有 2 人 (2%)。在教育程度方面，以國小居多，佔 36 人 (36%)，其次為高中有 24 人 (24%)，最少為大學以上有 3 人 (3%)；婚姻狀況已婚者佔 70 人 (70%)；職業方面無工作佔 65 人 (65%)；與配偶同住者有 66 人 (66%)。

表 4.1 個人基本屬性 (N=100)

變項	人數(百分比)
性別	
男性	74 (74)
女性	26 (26)
年齡	
<40	2 (2)
41-50	10 (10)
51-60	20 (20)
61-70	26 (26)
71-80	25 (25)
>80	17 (17)
教育程度	
不識字	19 (19)
國小	36 (36)
國中	13 (13)
高中	24 (24)
專科	5 (5)
大學以上	3 (3)
婚姻狀況	
未婚、離婚、喪偶	30 (30)
已婚	70 (70)
職業	
無	65 (65)
有	35 (35)
居住狀況	
獨居	20 (20)
與配偶同住	66 (66)
與子女同住	11 (11)
與朋友同住	3 (3)
罹病時間	
一年以下	22 (22)
一年-三年	56 (56)
三年以上	22 (22)

4.2 醫療相關與生理指標

在醫療相關資料方面，由表 4.1 亦可以看出，100 位研究對象中，罹病時間以一至三年者最多，佔 56 人（56%）。針對研究對象之慢性疾病史進行統計，發現有高血壓疾病史佔 32 人次（23.9%），糖尿病佔 35 人次（26.1%），腎臟病佔 21 人次（15.7%），有呼吸系統疾病佔 1 人次（0.7%），消化系統疾病佔 45 人次（33.6%）。

表 4.2.1 和表 4.2.2 呈現個案管理介入前後，三種生活習慣（抽菸、飲酒與運動習慣）的人數改變情形。在個案管理介入後，64 位原本有抽菸習慣的心臟衰竭患者有 58 人戒菸；有 43 人戒酒，人數由 49 人減少為 6 人；增加 32 人養成運動習慣，人數由 51 人增加為 83 人。此外，McNemar 檢定可以看出，在個案管理介入前後，三種生活習慣之改變均呈現非常顯著之差異，P 值皆小於 0.001。由此可知，在個案管理介入後對於心臟衰竭患者良好生活習慣的養成有明顯的幫助。

表 4.2.1 及 4.2.3 亦顯示在個案管理介入後，心臟衰竭患者 NYHA 功能分級也有明顯改善。舉例來說，個案管理介入前 100 位心臟衰竭患者之 NYHA 功能分級人數最多的是 Class II，有 64 位。但是在個案管理介入後，NYHA 功能分級變成以 Class I 人數最多，有 87 位。

整體而言，在個案管理介入後，有 30 位心臟衰竭患者之 NYHA 功能分級維持不變，有 64 位心臟衰竭患者之 NYHA 功能分級減輕一級，剩餘 6 位心臟衰竭患者之 NYHA 功能分級甚至減輕二級。由此可知，在個案管理介入後對於心臟衰竭患者之 NYHA 功能分級的維持或減輕有明顯的幫助。

表 4.2.4 顯示，在個案管理介入前，心臟衰竭患者之血壓平均 126/75 mmHg、心跳平均 80 次、腰圍平均 89 公分、腹圍平均 93 公分、BMI 平均值約為 25.69 kg/m²，略高於正常標準。生化血液檢查方面，在總膽固醇 (TCH) 平均 188 mg/dL、三酸甘油酯 (TG) 平均 175 mg/dL、血糖 (Glu) 平均 136 mg/dL、高密度脂蛋白 (HDL) 平均 38 mg/dL、低密度脂蛋白 (LDL) 平均 115 mg/dL，心室射出率 (LVEF) 35.35%。整體而言，本研究對象除了心室射出率較一般人低之外，生化血液檢查略高於正常範圍。進一步以 Paired-t 分析個案管理介入後，心臟衰竭患者之臨床生理指標是否有顯著改變。結果顯示，個案管理介入後臨床生理指標均顯著降低，P 值皆小於 0.001。由此可知，在個案管理介入後對於心臟衰竭患者之臨床生理指標的養成有明顯的幫助。

表 4.2.5 前測部分為收集個案管理師介入前半年住院相關資料，在個案管理介入後滿半年，可以看出半年期住院相關資料方面，心臟

衰竭患者每人平均住院次數由 1.48 次降為 0.17 次；平均住院天數由 11.06 天降為 1.02 天；平均住院費用由 14.2 萬元減少為 0.8 萬。以 Paired-t 檢定分析，個案管理介入前後之改變有顯著差異。

表 4.2.1 醫療相關資料 (N=100)

變項	前測人數(百分比)	後測人數(百分比)
抽菸史		
無	36 (36)	94 (94)
有	64 (64)	6 (6)
飲酒史		
無	51 (51)	94 (94)
有	49 (49)	6 (6)
運動習慣		
無	49 (49)	17 (17)
有	51 (51)	83 (83)
NYHA 功能分級		
Class I	24 (24)	87 (87)
Class II	64 (64)	13 (13)
Class III、IV	12 (12)	0 (0)

表 4.2.2 醫療相關資料-McNemar 檢定 (N=100)

變項	後測無	後測有	P 值
抽菸史			0.000***
前測無	36	0	
前測有	58	6	
飲酒史			0.000***
前測無	51	0	
前測有	43	6	
運動習慣			0.000***
前測無	17	32	
前測有	0	51	

註：***表示P值<0.001

表 4.2.3 NYHA 功能分級前、後測比較 (N=100)

疾病分級	後測 NYHA I	後測 NYHA II	總和
前測 NYHA I	24	0	24
前測 NYHA II	58	6	64
前測 NYHA III	5	6	11
前測 NYHA IV	0	1	1
總和	87	13	100

表 4.2.4 臨床生理指標 Paired-t 檢定分析 (N=100)

變項	前測	後測	P值
收縮壓	126.67 ± 20.65	124.54 ± 16.96	0.000***
舒張壓	75.50 ± 16.13	73.83 ± 13.14	0.000***
心跳	80.92 ± 15.64	79.33 ± 13.48	0.000***
體重	66.16 ± 15.27	65.03 ± 14.68	0.000***
腰圍	89.19 ± 11.06	87.93 ± 10.90	0.000***
身體質量指數	25.69 ± 4.77	25.22 ± 4.60	0.000***
總膽固醇	187.57 ± 66.79	134.19 ± 65.10	0.000***
三酸甘油脂	174.99 ± 186.65	108.58 ± 98.41	0.000***
空腹血糖	135.98 ± 71.51	102.21 ± 68.98	0.000***
高密度脂蛋白	38.23 ± 16.24	36.12 ± 19.53	0.000***
低密度脂蛋白	114.89 ± 49.87	79.90 ± 42.96	0.000***
LVEF	35.35 ± 10.353	45.93 ± 12.003	0.000***

註：***表示P值<0.001

表 4.2.5 住院相關資料 Paired-t 檢定分析 (N=100)

變項	前測	後測	P值
住院天數	11.06 ± 14.001	1.02 ± 3.360	0.000***
住院次數	1.48 ± 1.845	0.17 ± 0.428	0.000***
住院費用	141912 ± 181564.37	8364 ± 37980.20	0.000***

註：***表示P值<0.001

4.3 生活品質

SF-36 臺灣版生活品質健康量表，分為八大面向 33 題與自評健康變化 3 題，共有 36 題。計算個案管理介入前生活品質各層面得分，結果依序為：「身體生理功能」主要是在評估執行生理活動受到的限制程度，平均得分為 32.50 ± 28.387 ；「因生理功能角色受限」主要是在評估日常生活及工作中是否因生理健康而產生問題，平均得分為 30.00 ± 45.087 ；「身體疼痛」主要是在評估身體是否有嚴重且長期的疼痛，且已對日常生活造成妨礙，平均得分為 93.66 ± 15.341 ；「一般健康」主要是在評估目前的健康狀況，平均得分為 46.80 ± 23.056 ；「活力狀況」主要是在評估身心活力充沛程度，平均得分為 48.20 ± 17.531 ；「社會功能」主要是在評估因自身生理及情緒問題對社交生活所造成的影響，平均得分為 58.82 ± 22.515 ；「因情緒問題角色受限」主要是在評估是否因情緒問題在日常生活或工作中造成影響，平均得分為 39.00 ± 49.021 ；「心理健康」主要是在評估心理層面的穩定狀況，平均得分為 51.08 ± 8.805 。

以 Paired-t 分析個案管理介入後，心臟衰竭患者之生活品質健康量表八大面向是否有顯著改變。表 4.3 顯示，個案管理介入後生活品質健康量表八大面向均顯著改善，P 值皆小於 0.001。由此可知，在

個案管理介入後對於心臟衰竭患者之生活品質有明顯的幫助。其中以「因生理功能角色受限」表現最佳，進步 58.25 分；其次為「生理功能」，進步 57.65 分；第三為「因情緒問題角色受限」，進步 57.00 分。

表 4.3 生活品質 Paired-t 檢定分析 (N=100)

變項	前測	後測	P值
SF-36			
生理功能	32.50 ± 28.387	90.15 ± 13.734	0.000***
因生理功能角色受限制	30.00 ± 45.087	88.25 ± 23.692	0.000***
身體疼痛	93.66 ± 15.341	99.00 ± 4.192	0.000***
一般健康	46.80 ± 23.056	73.15 ± 16.677	0.000***
活力狀況	48.20 ± 17.531	38.20 ± 11.360	0.000***
社會功能	58.82 ± 22.515	61.17 ± 9.767	0.000***
因情緒問題角色受限	39.00 ± 49.021	96.00 ± 18.526	0.000***
心理健康	51.08 ± 8.805	56.24 ± 4.612	0.000***

註：***表示P值<0.001

4.4 自我照顧

針對心臟衰竭患者在日常生活自我照顧行為方面的表現，以自我照顧行為量表進行評估，該量表共計 10 題，總分為 10-50 分，分數越低者代表自我照顧行為表現越好。本問卷結構可分為三部分，分別為主動聯絡醫療行為（題 3, 4, 5, 8）、居家生活照顧行為（題 1, 2, 6, 7, 9）、主動就醫行為（題 10）。

表 4.4 顯示，在個案管理介入前，整體自我照顧行為最低為 38 分，最高為 50 分，平均得分為 45.25 ± 2.83 。在「主動聯絡醫療行為」，平均得分為 20.00 ± 0.00 分；「居家生活照顧行為」平均得分為 21.95 ± 1.91 分；「主動就醫行為」平均得分為 3.30 ± 1.77 分。

以 Paired-t 分析心臟衰竭患者之自我照顧得分在個案管理介入前後之表現有無差異，結果顯示個案管理介入後心臟衰竭患者之自我照顧三部分之得分，均明顯降低，P 值皆小於 0.001。由此可知，個案管理對於心臟衰竭患者之自我照顧有明顯的幫助。

表 4.4 自我照顧 Paired-t 檢定分析 (N=100)

變項	前測	後測	P值
自我照顧	45.25 ± 2.830	17.62 ± 5.224	0.000***
主動聯絡醫療行為	20.00 ± 0.000	7.62 ± 2.700	0.000***
居家生活照顧行為	21.95 ± 1.909	8.75 ± 2.641	0.000***
主動就醫行為	3.30 ± 1.772	1.25 ± 0.458	0.000***

註：***表示P值 < 0.001

4.5 生活品質與自我照顧 GEE 分析

表 4.5.1 顯示在個案管理介入後，自我照顧得分進步 26.489 分，有達顯著差異，P 值 <0.001 ；在教育程度方面，學歷為國中和高中者表現明顯較學歷為大學以上者差，P 值分別為 0.042 與 0.044；有與配偶同住者的自我照顧表現明顯優於沒有與配偶同住者，P 值為 0.010；有運動習慣者自我照顧得分明顯較無運動習慣者好，P 值為 0.040。

表 4.5.2~表 4.5.9 分別探討影響心臟衰竭患者生活品質八大面向的因素。依序說明如下：「生理功能」得分會受個案管理介入與運動習慣影響，個案管理介入後「生理功能」得分平均進步 49.29 分，P 值 <0.001 ；有運動習慣者「生理功能」得分比無運動習慣者進步 8.30 分，P 值為 0.043。「因生理功能角色受限」得分會受個案管理介入與教育程度高低影響，個案管理介入後「因生理功能角色受限」得分平均進步 45.43 分，P 值 <0.001 。「因情緒問題角色受限」得分會受個案管理介入與年齡影響，個案管理介入後「因情緒問題角色受限」得分平均進步 47.473 分，P 值 <0.001 ；年齡每增加一歲，「因情緒問題角色受限」得分平均退步 0.519 分，P 值為 0.016；針對「活力狀況」而言，個案管理介入後得分反而較介入前退步，推究其原因應該是活力狀況會隨著罹病時間變長而變差，個案管理的介入僅能延緩；「心

理健康」得分會受疾病嚴重度影響，NYHA 功能分級嚴重度越高得分越差；「社會功能」得分會受是否與配偶同住影響，與配偶同住者「社會功能」得分比未與配偶同住者退步 5.59 分，P 值為 0.039。「身體疼痛」得分會受個案管理介入與性別影響，個案管理介入後「身體疼痛」得分平均進步 3.94 分，P 值為 0.037；男性「身體疼痛」得分比女性進步 6.56 分，P 值為 0.019。「一般健康」得分會受個案管理介入與運動習慣影響，個案管理介入後「一般健康」得分平均進步 21.97 分，P 值 <0.001 ；有運動習慣者「一般健康」得分比無運動習慣者進步 9.22 分，P 值為 0.008。

表 4.5.1 自我照顧得分 GEE 分析摘要表 (N=100)

變項	B	Wald 卡方	P 值
截距	15.252	38.359	0.000
評估時間			
前測	26.489	811.296	0.000***
後測	—	—	—
性別			
男性	0.147	0.033	0.856
女性	—	—	—
教育程度			
不識字	2.359	1.474	0.225
國小	3.450	3.707	0.054
國中	3.688	4.149	0.042*
高中	3.780	4.072	0.044*
專科	3.059	2.772	0.096
大學以上	—	—	—
是否與配偶同住			
是	-1.608	6.703	0.010*
否	—	—	—
職業			
無	-1.073	2.829	0.093
有	—	—	—
運動習慣			
無	1.438	4.201	0.040*
有	—	—	—
NYHA			
NYHA=1	-0.689	0.636	0.425
NYHA=2	0.484	0.333	0.564
NYHA=3, 4	—	—	—
年齡	0.016	0.356	0.551

註：*表示 P 值<0.05，**表示 P 值<0.01，***表示 P 值< 0.001

表 4.5.2 生理功能得分 GEE 分析摘要表 (N=100)

變項	B	Wald 卡方	P 值
截距	81.363	47.128	0.000
評估時間			
前測	-49.289	89.475	0.000***
後測	-	-	-
性別			
男性	2.790	0.274	0.601
女性	-	-	-
教育程度			
不識字	2.605	0.117	0.732
國小	12.249	3.445	0.063
國中	3.768	0.242	0.623
高中	1.902	0.072	0.789
專科	-0.165	0.000	0.984
大學以上	-	-	-
是否與配偶同住			
是	-4.590	2.365	0.124
否	-	-	-
職業			
無	-1.681	0.189	0.664
有	-	-	-
運動習慣			
無	-8.299	4.080	0.043*
有	-	-	-
NYHA			
NYHA=1	8.875	1.157	0.282
NYHA=2	-0.225	0.001	0.972
NYHA=3, 4	-	-	-
年齡	-0.019	0.020	0.889

註：*表示 P 值<0.05，**表示 P 值<0.01，***表示 P 值< 0.001

表 4.5.3 因生理功能角色受限得分 GEE 分析摘要表 (N=100)

變項	B	Wald 卡方	P 值
截距	69.239	20.253	0.000
評估時間			
前測	-45.434	34.835	0.000***
後測	-	-	-
性別			
男性	-0.173	0.001	0.981
女性	-	-	-
教育程度			
不識字	32.695	5.496	0.019*
國小	38.718	10.209	0.001**
國中	28.665	4.197	0.040*
高中	37.844	9.426	0.002**
專科	31.101	4.096	0.043*
大學以上	-	-	-
是否與配偶同住			
是	-1.262	0.064	0.800
否	-	-	-
職業			
無	-7.149	1.379	0.240
有	-	-	-
運動習慣			
無	-11.324	2.746	0.097
有	-	-	-
NYHA			
NYHA=1	10.158	0.580	0.446
NYHA=2	-5.476	0.227	0.634
NYHA=3, 4	-	-	-
年齡	-0.241	1.239	0.266

註：*表示 P 值<0.05，**表示 P 值<0.01，***表示 P 值< 0.001

表 4.5.4 因情緒問題角色受限得分 GEE 分析摘要表 (N=100)

變項	B	Wald 卡方	P 值
截距	117.633	32.297	0.000
評估時間			
前測	-47.473	33.272	0.000***
後測	-	-	-
性別			
男性	-5.991	0.695	0.404
女性	-	-	-
教育程度			
不識字	1.929	0.022	0.883
國小	13.875	1.283	0.257
國中	13.517	1.078	0.299
高中	8.428	0.425	0.514
專科	3.871	0.064	0.800
大學以上	-	-	-
是否與配偶同住			
是	-6.479	1.601	0.206
否	-	-	-
職業			
無	-2.290	0.152	0.697
有	-	-	-
運動習慣			
無	-4.810	0.454	0.501
有	-	-	-
NYHA			
NYHA=1	16.238	1.070	0.301
NYHA=2	4.397	0.095	0.758
NYHA=3, 4	-	-	-
年齡	-0.519	5.772	0.016*

註：*表示 P 值<0.05，**表示 P 值<0.01，***表示 P 值< 0.001

表 4.5.5 活力狀況得分 GEE 分析摘要表 (N=100)

變項	B	Wald 卡方	P 值
截距	52.518	57.656	0.000
評估時間			
前測	7.149	6.933	0.008**
後測	—	—	—
性別			
男性	1.333	0.189	0.664
女性	—	—	—
教育程度			
不識字	-5.252	0.724	0.395
國小	-9.917	3.693	0.055
國中	-11.603	4.041	0.044*
高中	-12.978	4.953	0.026*
專科	-3.678	0.188	0.665
大學以上	—	—	—
是否與配偶同住			
是	1.268	0.356	0.551
否	—	—	—
職業			
無	4.900	3.181	0.075
有	—	—	—
運動習慣			
無	2.139	0.644	0.422
有	—	—	—
NYHA			
NYHA=1	-2.992	0.321	0.571
NYHA=2	0.553	0.014	0.905
NYHA=3, 4	—	—	—
年齡	-0.116	1.385	0.239

註：*表示 P 值<0.05，**表示 P 值<0.01，***表示 P 值< 0.001

表 4.5.6 心理健康得分 GEE 分析摘要表 (N=100)

變項	B	Wald 卡方	P 值
截距	48.011	181.365	0.000
評估時間			
前測	-2.435	3.215	0.073
後測	-	-	-
性別			
男性	-0.338	0.080	0.777
女性	-	-	-
教育程度			
不識字	-1.979	0.729	0.393
國小	0.536	0.072	0.788
國中	-1.127	0.256	0.613
高中	1.901	0.777	0.378
專科	-2.768	1.215	0.270
大學以上	-	-	-
是否與配偶同住			
是	-0.190	0.040	0.841
否	-	-	-
職業			
無	-2.014	3.703	0.054
有	-	-	-
運動習慣			
無	-1.108	1.069	0.301
有	-	-	-
NYHA			
NYHA=1	7.486	7.091	0.008**
NYHA=2	4.600	2.890	0.089
NYHA=3, 4	-	-	-
年齡	0.045	1.414	0.234

註：*表示 P 值<0.05，**表示 P 值<0.01，***表示 P 值< 0.001

表 4.5.7 社會功能得分 GEE 分析摘要表 (N=100)

變項	B	Wald 卡方	P 值
截距	66.531	19.991	0.000
評估時間			
前測	-2.072	0.413	0.521
後測	-	-	-
性別			
男性	-2.632	0.895	0.344
女性	-	-	-
教育程度			
不識字	-1.245	0.016	0.900
國小	-0.315	0.001	0.975
國中	5.934	0.349	0.555
高中	-0.994	0.010	0.921
專科	3.704	0.124	0.724
大學以上	-	-	-
是否與配偶同住			
是	-5.590	4.279	0.039*
否	-	-	-
職業			
無	-1.028	0.161	0.688
有	-	-	-
運動習慣			
無	4.209	1.894	0.169
有	-	-	-
NYHA			
NYHA=1	0.775	0.009	0.926
NYHA=2	-2.228	0.082	0.774
NYHA=3, 4	-	-	-
年齡	-0.008	0.007	0.932

註：*表示 P 值<0.05，**表示 P 值<0.01，***表示 P 值< 0.001

表 4.5.8 身體疼痛得分 GEE 分析摘要表 (N=100)

變項	B	Wald 卡方	P 值
截距	88.747	216.519	0.000
評估時間			
前測	-3.943	4.362	0.037*
後測	-	-	-
性別			
男性	6.558	5.497	0.019*
女性	-	-	-
教育程度			
不識字	2.046	0.417	0.518
國小	-2.249	0.529	0.467
國中	-4.797	1.515	0.218
高中	-1.564	0.310	0.578
專科	1.162	0.156	0.693
大學以上	-	-	-
是否與配偶同住			
是	0.228	0.013	0.910
否	-	-	-
職業			
無	-1.460	0.927	0.336
有	-	-	-
運動習慣			
無	-0.839	0.247	0.619
有	-	-	-
NYHA			
NYHA=1	6.262	1.058	0.304
NYHA=2	5.523	0.793	0.373
NYHA=3, 4	-	-	-
年齡	0.023	0.164	0.685

註：*表示 P 值<0.05，**表示 P 值<0.01，***表示 P 值< 0.001

表 4.5.9 一般健康得分 GEE 分析摘要表 (N=100)

變項	B	Wald 卡方	P 值
截距	69.492	37.877	0.000
評估時間			
前測	-21.974	30.438	0.000***
後測	-	-	-
性別			
男性	2.576	0.345	0.557
女性	0	.	.
教育程度			
不識字	4.092	0.121	0.727
國小	0.466	0.002	0.963
國中	1.739	0.030	0.864
高中	5.013	0.266	0.606
專科	-1.467	0.016	0.899
大學以上	-	-	-
是否與配偶同住			
是	4.295	1.846	0.174
否	-	-	-
職業			
無	0.037	0.000	0.991
有	-	-	-
運動習慣			
無	-9.218	7.086	0.008**
有	-	-	-
NYHA			
NYHA=1	-0.770	0.013	0.911
NYHA=2	-3.748	0.341	0.559
NYHA=3, 4	-	-	-
年齡	-0.010	0.007	0.934

註：*表示 P 值<0.05，**表示 P 值<0.01，***表示 P 值< 0.001

第五章 討論

本研究目的為探討個案管理對心臟衰竭患者生活型態及醫療相關資料相關成效，本章依據研究目的及研究結果，分為四節加以討論：第一節討論影響心臟衰竭患者生活品質與自我照顧行為的因素；第二節討論個案管理介入對醫療相關資料的影響；第三節討論個案管理對生活品質與自我照顧行為的影響；第四節討論影響生活品質與自我照顧行為的相關因素。

5.1 影響心臟衰竭患者生活品質及自我照顧行為的因素

根據高佳霓等（2008）的研究顯示，心臟衰竭患者的生活品質普遍較一般人差，而本研究前測的資料亦顯示出心臟衰竭患者的生活品質得分普遍不甚理想，因此高佳霓等（2008）認為必須藉由加強對於患者的健康照護，讓患者的生活品質提高。Steptoe, Mohabir, Mahon & McKenna（2000）以 Short-Form 36 量表針對 99 位心臟衰竭患者進行調查，結果顯示生活品質高低會與疾病變化及情緒問題有關，其中疾病嚴重度會對身體功能造成很大的影響，導致生活品質中的「生理功能角色受限制」受到影響，與本研究結果相似。

本研究結果亦發現，心臟衰竭患者會因為 NYHA 功能分級越嚴重會導致「生理功能角色受限制」與「社會功能」的得分越低。前者與王芳婷（2005）針對 80 位心臟衰竭患者所做的研究結果相符；後者則與劉敏慧（2008）認為患者會因自身生理及情緒問題而對社交生活所造成負面影響的結論相似。

本研究所採用之自我照顧行為量表可以分為三大部分。在個案管理介入前，心臟衰竭患者之「整體自我照顧行為」平均得分介於沒有執行與完全沒有執行之間。研究分析在「主動聯絡醫療行為」方面得分最差，平均每題得分為 5 分，表示完全沒有執行；「居家生活照顧行為」方面平均每題得分為 4.39 分，表示介於沒有執行與完全沒有執行之間；「主動就醫行為」方面之自我照顧行為執行最佳，平均每題得分為 3.3 分，表示介於不知道要執行與沒有執行之間。推究其原因，可能是因為患者與醫師之間信賴度高，相信規則服用醫師所開立的處方能控制症狀，因此服藥遵從性高。因此當心臟衰竭患者出現呼吸困難、下肢水腫、疲倦或一週內體重增加 2 公斤等症狀時，雖然「主動就醫行為」最佳，卻不會有「主動聯絡醫療行為」，其結果與王芳婷（2005）和劉敏慧（2008）的研究相符，分析可能是因為患者無主動聯絡醫療之管道。

研究中發現心臟衰竭患者沒有每天測量體重的習慣，對於水份與

飲食中鹽分的攝取也沒有特別自我限制，相似於劉敏慧（2008）與 Jaarsma et al.（2000）的研究結果。探討其原因是因為患者錯誤的觀念所導致，不知道體重增加、攝取過多水分與不當的飲食習慣會加速疾病惡化反覆入院，加上慢性患者對於自我控制後的成效難以有強烈的感受，還有合併症出現會讓患者對自我管理缺乏信心，造成在生活中維持正確的自我照顧行為是相當困難的事（Riegel, Vaughan Dickson, Goldberg, & Deatrck, 2007）。因此，加強患者在居家生活照顧行為，讓心臟衰竭患者將自我管理讓自我照顧落實於生活之中，對於疾病的合併症、死亡率與再住院率將能有顯著的改善（Kapoor & Perazella, 2007）。

5.2 個案管理介入對醫療相關資料的影響

本節主要探討個案管理介入在心臟衰竭患者醫療相關資料方面的影響。依據研究結果，在個案管理介入前後，心臟衰竭患者之體重、BMI、血壓、心跳及腰腹圍，均有顯著改變，此結果與（陳鈺如、呂宗學、黃建寧、袁素娟，2010）應用個案管理在糖尿病患者的成效探討結果顯示相同。此外，抽菸、飲酒、運動習慣，NYHA 功能分級、住院次數、住院天數、住院費用、心室射出率與生化血液檢查，在個案管理介入後都有明顯進步與（徐慧君等，2004；郝立智等，2007；郭淑娟等，2005；柳素燕、蕭如玲、沈家琳、李鳳瓊，2006；徐永南、

洪雅琳、郭憲文、陳穎潔，2009；高淑霽、謝碧晴、蔡秀鸞、蘇慧芳，2007；盧美秀、魏玲玲、廖美南、徐美玲，1999；徐則彬、莊寶玉、何奕倫，2011）的研究結果相符。但是與 Chang et al.（2007）於慢性阻塞性肺部疾病患者之初探研究中發現，在縮短住院天數及醫療費用上無顯著差異，可能是因為疾病屬性不同而導致結果有異。

5.3 個案管理對生活品質與自我照顧行為的影響

本節主要分析個案管理對心臟衰竭患者生活品質與自我照顧行為的影響。

一、 個案管理介入對生活品質的影響

本研究結果顯示，心臟衰竭患者在個案管理介入前之生活品質得分會比一般人差，與王芳婷（2005）之結論相符。研究結果亦顯示，在個案管理介入後，心臟衰竭患者之生活品質均有顯著改變，此結果與高佳霓等（2008）的研究結果相同，探討其原因可能是由於個案管理介入後，患者正視自我照顧行為，藉此改善疾病影響的不適症狀，使患者的生活品質提高。綜合以上所述，患者在個案管理介入之前，以「身體生理功能」表現最差，其次為「因生理功能角色受限」，表示研究對象因為疾病的因素，而對生理健康與活動產生問題。本研究結果顯示，在個案管理介入之後，在心臟衰竭生活品質八大面向皆達顯著差異。

二、 個案管理介入對自我照顧行為的影響

研究結果顯示，整體自我照顧行為較個案管理介入前佳，對於疾病的合併症、死亡率與再住院率亦有顯著的改善 (Kapoor & Perazella, 2007)。因為個案管理介入前，心臟衰竭患者錯誤的觀念，不知道體重增加、攝取過多水分與不當的飲食習慣會加速疾病惡化反覆入院，加上慢性患者對於自我控制後的成效難以有強烈的感受，還有合併症出現會讓患者對自我管理缺乏信心，導致在生活中維持正確的自我照顧行為是相當困難的事 (Riegel, Vaughan Dickson, Goldberg, & Deatrck, 2007)。所以，在個案管理介入後，心臟衰竭患者逐漸養成每天測量體重的習慣，也瞭解對於控制水份與飲食中鹽分攝取的重要性，並加強患者在居家生活照顧行為，讓心臟衰竭患者將自我管理讓自我照顧落實於生活之中。

5.4 影響生活品質與自我照顧行為的相關因素

本節主要探討影響心臟衰竭患者生活品質與自我照顧行為得分高低的相關因素。

一、 對生活品質得分的影響因素

本研究結果顯示，研究期間經個案管理介入後，除了「活力狀況」之外的七大面向皆有進步，進步最多為「因生理功能角色受限」，其次是「生理功能」，再者是「因情緒問題角色受限」，其原因可能是個

案管理介入後，患者生活型態改變使得生理活動受限制降低，進而日常生活與工作中因生理健康而產生的問題亦隨之改善。而在上述兩項生理問題改善之後，因情緒問題在日常生活或工作中造成的影響相對之下也會改善。劉敏慧（2008）與魏嘉儀、章淑娟（2010）的研究中指出，運用介入措施可以維持心臟衰竭患者的生理活動功能，使得生活品質也能有顯著得提升，其結果與本研究相符。

此外，本論文研究結果亦發現，在「生理功能」得分方面，有運動習慣者生理功能得分較無運動習慣者高，表示運動習慣的養成有助於提升生理功能；在「因生理功能角色受限」得分方面，教育程度不同得分亦有顯著的差異；隨著年齡的增加「因情緒問題角色受限」得分越低，表示年紀大者在日常生活或工作中易受到情緒問題干擾；在「心理健康」得分方面，疾病嚴重度分級越低者表示心理層面的狀況越穩定，可能是因為研究對象為門診收案，因此疾病嚴重度較低的關係；在「社會功能」得分方面會受到是否與配偶同住所影響，可能是因為自身生理及情緒問題在有配偶支持的情況下會有正向的影響；在「身體疼痛」方面，男性得分比女性高，表示女性對於嚴重而長期的疼痛耐受度較低；在「一般健康」得分方面，有運動者得分會比無運動者高。

二、 對自我照顧行為得分的影響因素

本研究結果發現個案管理介入前，研究對象的自我照顧行為執行不佳與劉敏慧（2008）相同。但在個案管理介入之後，自我照顧行為明顯獲得改善。此外，有運動者表現會比無運動者佳；教育程度大學以上自我照顧行為表現較好與王芳婷（2005）的研究發現教育程度越高自我照顧行為越好結論一致，但在本研究中年齡對於自我照顧行為得分高低並無明顯的影響，此與王芳婷（2005）之研究略為不同，推究其原因可能是因為收案醫院較為偏僻，收案對象年齡偏高、教育程度較低所致；與配偶同住者，可能是因為有人可提醒與間接照顧，所以自我照顧行為普遍較未與配偶同住者佳。

第六章 結論、研究限制及建議

本研究是採前、後測問卷調查法，主要目的是探討心臟衰竭患者經由個案管理介入後在基本屬性、生活品質、自我照顧行為、醫療相關資料之間的關係，研究結果分歸納如下：

6.1 結論

- 〈1〉心臟衰竭患者生活品質的八大層面中，個案管理介入後照護成效最好的是因生理功能角色受限制，其次是生理功能，成效最少的是活力狀況。
- 〈2〉心臟衰竭患者自我照顧行為的照護成效，在個案管理介入後以主動聯絡醫療行為最佳，其次是居家生活照顧行為，主動就醫行為進步最少。
- 〈3〉個案管理介入後心臟衰竭患者再住院的照護成效為平均住院天數減少 10 天，平均住院次數減少為 0.17 次，平均住院費用減少約 13 萬。
- 〈4〉個案管理介入後與心臟衰竭患者醫療相關資料相關情形，在生活型態中抽菸史、飲酒史、運動習慣這三方面有顯著差異，在 NYHA 功能分級、住院次數、住院天數、住院費用、心室射出率與生化血液檢查上都有明顯進步。

整體而言，根據本研究結果可以證實，個案管理的介入可以有效協助心臟衰竭患者在日常生活中養成正確的健康行為，增加患者的自我照顧能力，進而提升生活品質。此外，個案管理的照護模式亦可套用至其它慢性疾病的長期照護上，減少不必要的醫療資源耗費，讓生活品質更好。

6.2 研究限制

以下就研究過程中發現的限制逐一說明，以做為未來研究方向的參考：

- 〈1〉 個案管理介入後，可以嘗試將觀察時間延長並觀察不同階段的變化或改善情形，以獲得更完整的資訊。
- 〈2〉 個案管理需耗費的時間較多，因此在人力上的考量需顧慮到值或量。
- 〈3〉 可以增加住院或跨院區的同屬性患者做為對照組。

6.3 建議

根據研究過程與研究結果所獲得的經驗，在醫療照護方面提出幾項建議：

〈1〉 實務方面

研究結果發現，心臟衰竭患者的族群較年長，需設計符合老年族群的學習方式，除了溝通技巧的培養之外，更要在知識指導傳遞的部

分設計更淺顯易懂的教材。造成心臟衰竭患者疾病惡化的不良生活習慣，可以利用患者在門診收案及回診時，經個案管理師介入，針對患者的個別性予以有系統的護理指導，改變患者不正確的生活習慣；提供諮詢管道，協助患者有疑問時能接收到正確的知識；建立良好的護病關係，適時給予關心及心理支持，藉以降低患者的不遵從性；定期舉辦團體衛教或是病友會，可以增加患者的醫療相關知識與增加病友間的互動。

〈2〉 研究方面

前後測研究的成果，可以提供不同手法的介入措施做相關研究的延伸，但是在追蹤時間可依照不同屬性來訂定，才能詳細或持續性的觀察其中的變化。亦可以增加對照組來探討更多的差異性或在不同族群上做介入措施的相關研究。

參考文獻

中文部分

- 于博苒 (2008)。心臟疾病之護理。台北市：華杏。
- 尹祚芊、林小玲、馮容莊、蔡欣玲 (2002)。個案管理師與醫師臨床實務合作之分析。榮總護理，19 (2)，113-124。
- 王芳婷 (2005)。心臟衰竭病患生活品質、自我照顧行為及社會支持之探討。未發表的碩士論文，台北市：國立陽明大學臨床護理研究所。
- 王秋雯 (2009)。個案管理資料庫發展與應用。護理雜誌，56 (2)，28-32。
- 行政院衛生署 (2007)。民國 99 年重要死因統計：死亡統計結果分析。2011 年 10 月 22 日取自 http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2_2.aspx?now_fod_list_no=11962&class_no=40&level_no=4。
- 吳易霖、葉莉莉、張嘉蘋、柯乃熒 (2010)。以個人知識發展過程探索個案管理師之角色衝突與成長。腫瘤護理雜誌，10，47-55。
- 李和惠 (2009)。心臟血管系統疾病病人之護理。台北市：華杏。
- 李麗傳 (1999)。個案管理師角色與功能。護理雜誌，46 (5)，55-60。

- 邱怡玟 (2009)。長期照護個案管理。護理雜誌，56 (2)，17-21。
- 柳素燕、蕭如玲、沈家琳、李鳳瓊 (2006)。個案管理資訊整合與成效評估---以糖尿病為例。健康管理學刊，4 (2)，169-179。
- 徐永南、洪雅琳、郭憲文、陳穎潔 (2009)。腦中風患者個案管理模式之住院成本估計與效果之評價。台灣醫學，13 (4)，331-340。
- 徐則彬、莊寶玉、何奕倫 (2011)。遠距照護於心血管疾病應用之初探。台灣醫學，15 (2)，157-163。
- 徐慧君、翁慧卿、林育慈、陳淑銘、李佩儒、李集美等 (2004)。糖尿病患介入疾病管理在經濟面、臨床面及滿意度成效評估之初探---以南部某區域醫院糖尿病病患為例。醫務管理期刊，5 (2)，222-242。
- 郝立智、馬瀾嘉、趙海倫、簡崇仁、楊純宜、林興中等 (2007)。某地區教學醫院糖尿病門診病患個案管理照護之成效探討。中華民國內分泌暨糖尿病學會會刊，20 (4)，11-33。
- 高佳霓、丁紀台、葉明珍、張彩秀 (2008)。全面性照護計畫改善心臟衰竭患者自我照顧、生活品質及再住院之成效探討。實證護理，4 (3)，233-241。
- 高淑霽、謝碧晴、蔡秀鸞、蘇慧芳 (2007)。個案管理模式於某醫學中心燒燙傷病患的照護成效。醫護科技學刊，9 (1)，24-32。

- 張媚 (2009)。糖尿病個案管理。 *護理雜誌*，56 (2)，22-27。
- 許玲女、江明珠、陳維玲、葉淑惠、黃維民 (2003)。個案管理應用於經皮冠狀動脈血管擴張術病患健康照護品質之成效。 *長庚護理*，15 (1)，45-57。
- 郭淑娟、陳重榮、梁深維、楊素伴、許美月、祝春紅 (2005)。門診糖尿病病患個案管理照護之成效。 *北市醫學雜誌*，2 (2)，157-166。
- 郭鳳霞、徐南麗 (2002)。個案管理師的角色與必備能力。 *慈濟護理雜誌*，1 (3)，22-27。
- 陳晶晶、吳易霖、陳玉葉、洪彩慈、林貞伶、黃美智 (2009)。護理角色的創新與拓展--成大醫院腫瘤個案管理模式介紹。 *護理雜誌*，56 (2)，11-16。
- 陳鈺如、呂宗學、黃建寧、袁素娟 (2010)。糖尿病志工電話提醒對糖尿病患者實施健康行為及血糖控制的成效探討。 *中山醫學雜誌*，21 (2)，179-187。
- 曾旭民、盧瑞芬、蔡益堅 (2003)。國人生活品質評量(II):SF-36 台灣版的常模與效度檢測。 *台灣衛誌*，22 (6)，512-518。
- 黃美娟、林麗娟、洪志秀 (2008)。第二型糖尿病患自我照顧行為及其相關因素之探討。 *長期照護雜誌*，12 (2)，191-201。

- 楊克平 (2001)。個案管理制度下的倫理考量。《護理雜誌》，48 (3)，38-43。
- 葉莉莉 (2007)。長期照護中的個案管理服務。《長期照護雜誌》，11(3)，219-226。
- 葉湘芬、邵榮華 (2010)。心臟衰竭老人飲食自我效能與自我管理行為之探討。《志為護理》，9 (4)，96-107。
- 雷玉華、丘周萍 (2000)。生活品質概念分析。《國防醫學》，31 (2)，163-169。
- 劉玟宜、Edwards, H., Courtney, M. (2008)。護理之個案管理教育。《護理雜誌》，55 (3)，81-86。
- 劉敏慧 (2008)。心臟衰竭病患疾病知識、自我照顧行為與生活品質相關性之探討。未發表的碩士論文，台北市：國立陽明大學臨床護理研究所。
- 劉慧玲、李淑琴、許淑娟 (2010)。心衰竭病人自我照顧的影響因素。《護理雜誌》，57 (2)，99-104。
- 潘奎靜 (2007)。肥胖患者施行減重手術前後生活品質之探討。未發表的碩士論文，屏東縣：私立美和技術學院健康照護研究所。
- 盧美秀、魏玲玲、廖美南、徐美玲 (1999)。應用個案管理於控制消化性潰瘍合併出血病患照護品質及成本效益之成效探討。《新台北

護理期刊，1 (1)，81-89。

魏嘉儀、章淑娟 (2010)。運用個案管理模式於充血性心臟衰竭住院

病患照護之成效。志為護理，9 (4)，71-83。

蘇億玲、蔡晏平、劉錦蓉 (2010)。提升冠狀動脈心臟病住院病人之

戒菸率。護理雜誌，58 (6)，73-81。



英文部分

Burckhardt, C. S. (2005). Educating patients: self-management approaches.

Disability and Rehabilitation, 27(12), 703-709.

CC, L., HF, S., SL, T., HI, L., & TT, L. (2007). A pilot study of a case

management program for patients with chronic obstructive

pulmonary disease (COPD). *The Journal of Nursing Research*,

15(2), 89-98.

Cesta, T. G., Tahan, H. A., & Fink, L. F. (1998). *The case manager's*

survival guide: Winning strategies for clinical practice.

Chang, H. C., Chang, Y. C., Lee, S. M., Chen, M. F., Huang, M. C., Peng, C.

L., et al. (2007). The effectiveness of hospital-based diabetes case

management: an example from a northern Taiwan regional hospital.

The Journal of Nursing Research, 15(4), 296-309.

Cohen, E. L., & Cesta, T. G. (1997). *Nursing case management: From*

concept to evaluation(2nd ed.).

D'Alto, M., Pacileo, G., & Calabro, R. (2003). Nonpharmacologic care of

heart failure: patient, family, and hospital organization. *The*

American Journal of Cardiology, 91(9A), 51F-54F.

De Keulenaer, G. W., & Brutsaert, D. L. (2007). Systolic and diastolic

heart failure: different phenotypes of the same disease? *European*

Journal of Heart Failure, 9(2), 136-143.

- Dickson, V. V., Deatrck, J. A., & Riegel, B. (2008). A typology of heart failure self-care management in non-elders. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 7(3), 171-181.
- Dolgin, M. (1994). *Nomenclature and Criteria for Diagnosis of Diseases of the Heart and Great Vessels*. Boston: Little, Brown & Co.
- Gheorghide, M., Cody, R. J., Francis, G. S., McKenna, W. J., Young, J. B., & Bonow, R. O. (2000). Current medical therapy for advanced heart failure. *Heart & Lung*, 29(1), 16-32.
- Jaarsma, T., Halfens, R., Tan, F., Abu-Saad, H. H., Dracup, K., & Diederiks, J. (2000). Self-care and quality of life in patients with advanced heart failure: the effect of a supportive educational intervention. *Heart & Lung*, 29(5), 319-330.
- Jaarsma, T., Stromberg, A., Martensson, J., & Dracup, K. (2003). Development and testing of the European Heart Failure Self-Care Behaviour Scale. *The European Journal of Heart Failure*, 5(3), 363-370.
- Kapoor, J. R., & Perazella, M. A. (2007). Diagnostic and therapeutic approach to acute decompensated heart failure. *The American Journal of Medicine*, 120(2), 121-127.
- Peebles, M., Tomky, D., Mulcahy, K., Peyrot, M., & Siminerio, L. (2007). Evolution of the American Association of Diabetes Educators' diabetes education outcomes project. *The Diabetes Educator*, 33(5),

794-817.

- Rahimtoola, S. H. (2004). Digitalis therapy for patients in clinical heart failure. *Circulation, 109*(24), 2942-2946.
- Riegel, B., Vaughan Dickson, V., Goldberg, L. R., & Deatricks, J. A. (2007). Factors associated with the development of expertise in heart failure self-care. *Nursing Research, 56*(4), 235-243.
- Steptoe, A., Mohabir, A., Mahon, N. G., & McKenna, W. J. (2000). Health related quality of life and psychological wellbeing in patients with dilated cardiomyopathy. *Heart, 83*(6), 645-650.
- Subramanian, U., Weiner, M., Gradus-Pizlo, I., Wu, J., Tu, W., & Murray, M. D. (2005). Patient perception and provider assessment of severity of heart failure as predictors of hospitalization. *Heart & Lung, 34*(2), 89-98.
- van der Wal, M. H., Jaarsma, T., Moser, D. K., van Gilst, W. H., & van Veldhuisen, D. J. (2007). Unraveling the mechanisms for heart failure patients' beliefs about compliance. *Heart & Lung, 36*(4), 253-261.
- Warner, P. M., & Hutchinson, C. (1999). Heart failure management. *The Journal of Nursing Administration, 29*(7-8), 28-37.
- White, P., & Hall, M. E. (2006). Mapping the literature of case management nursing. *Journal of the Medical Library Association, 94*(2 Suppl), E99-106.

Xuan, J., Duong, P. T., Russo, P. A., Lacey, M. J., & Wong, B. (2000). The economic burden of congestive heart failure in a managed care population. *The American Journal of Managed Care*, 6(6), 693-700.

Zhan, L. (1992). Quality of life: conceptual and measurement issues. *Journal of Advanced Nursing*, 17(7), 795-800.

附錄

附錄一 佛教大林慈濟綜合醫院問卷受訪同意書

佛教大林慈濟綜合醫院 問卷受訪同意書

佛教大林慈濟綜合醫院
研究倫理委員會

我們邀請您參加本問卷研究，此份同意書提供您本研究相關資訊，研究主持人或研究人員將為您詳細說明並回答任何問題。

計畫名稱：個案管理對心衰竭患者生活型態及再住院率成效之探討

執行單位：健康管理中心、心臟內科 **電話：**05-2648000 轉 5760(蕭)、5593(陳)

計畫主持人：蕭伊祐 **職稱：**心衰竭個案管理師

計畫共同主持人：陳志暉 **職稱：**心臟內科主治醫師

一、計畫簡述

1. 根據 2010 年行政院衛生署公告 98 年度十大死因，心血管疾病位居第二位，佔總死亡數的 10.6%，其中心衰竭死亡數約佔 2%。心臟衰竭是一種不可逆的疾病，如果病患缺乏照顧易導致反覆住院，在身體、心靈與經濟上對病患本身與家屬都是一大負擔，相對的也會耗費不少社會成本與醫療資源。根據統計，心臟衰竭每年住院人數高達 13 萬人次，所耗費的醫療費用約為 77 億元，除嚴重影響病患的生活品質外，反覆住院所耗費的醫療費用更是家屬與社會經濟上龐大的負擔，因此降低心臟衰竭病患再住院率以增進生活品質是評估臨床治療成效重要的項目。許多相關文獻都指出透過個案管理介入加強病患的自我照顧，對改善病患的生活品質與減少再住院率等醫療成效都有正面影響。因此個案管理模式建立與應用於臨床上有其重要意義，生活品質與疾病控制有密切關聯，值得長期投入研究及推廣。
2. 本研究實施期間：100/06/01-101/05/31。
3. 本研究收案人數：預計收 100 位符合條件之受試者參與本研究計畫。
4. 本研究經費來源為計畫主持人自行吸收，參與本研究之單位有心臟內科。

二、研究目的

評估個案管理對於心臟衰竭病患生活品質、自我管理行為、再住院的影響及個案管理對於心臟衰竭病患個人基本屬性與醫療相關資料的相關情形。

三、受訪對象之條件

- (一) 診斷為充血性心臟衰竭之心臟科門診病患。
- (二) 性別無限制，年齡為 18 歲以上。
- (三) 意識清楚且能以國台語溝通者。
- (四) 說明本研究目的後同意參與研究計畫者。

四、受訪程序說明及可能之不便

- 本研究預計收 100 位符合條件之受試者參與本研究計畫。
- 前測為個案管理師收案後填基本屬性紀錄表、醫療相關紀錄表、生活品質量表、自我管理行為量表。
- 個案管理師介入後滿六個月填後測生活品質量表、自我管理行為量表。
- 您的臨床檢查與治療，完全不會因為本計畫的執行而有任何的影響及延誤。

五、研究預期效益

- 一. 個案管理介入對心臟衰竭病患生活品質的照護成效有差異。
- 二. 個案管理介入對心臟衰竭病患自我管理行為的照護成效有差異。
- 三. 個案管理介入對心臟衰竭病患再住院的照護成效有差異。
- 四. 個案管理介入與心臟衰竭病患個人基本屬性相關情形有差異。
- 五. 個案管理介入與心臟衰竭病患醫療相關資料相關情形有差異。

六、受訪者權益

(一)參加研究之補助

參加本研究計畫之受試者，在完成前、後測兩次問卷後，將給予精美小禮物一份。

(二)保護隱私

研究所得資料可能發表於學術雜誌，但不會公佈您的姓名，同時計畫主持人將謹慎維護您的隱私權。衛生署主管機關、研究委託者與本院研究倫理委員會在不危害您的隱私情況下，依法有權檢視您的資料。

- (三) 研究過程中如有新資訊可能影響您繼續參與研究意願的任何重大發現，都將即時提供給您。

- (四) 若您對研究有疑問時，您可以和計畫主持人聯絡，計畫主持人蕭伊祐，電話：05-2648000 轉 5760 手機：0955073280；對個人權益有疑慮，可和本院研究倫理委員會聯絡，電話：05-2648000 分機 5908、傳真：05-2648000 分機 5916、E-mail：irb_DL@tzuchi.com.tw 或郵寄地址：622 嘉義縣大林鎮民生路 2 號 佛教大林慈濟綜合醫院 研究倫理委員會收。

(五) 試驗之退出與中止

您可自由決定是否參加本試驗。試驗過程中，您不須任何理由，可隨時撤銷同意，退出試驗，且不會引起任何不愉快或影響日後的醫療照顧。此外，您已充份了解必要時，試驗主持人或臨床試驗委託者亦可能中止該試驗之進行。

七、簽章

(一) 取得同意書人 (本計畫中擔任之職稱: _____)

本人已詳細解釋本計畫中上述研究方法的性質與目的, 及可能產生的不便與利益, 並已回答受訪者之疑問。

取得同意書人簽章: _____ 年 月 日

(二) 受訪者

經由說明後本人已詳細瞭解上述研究方法及可能產生的不便與利益, 有關本試驗計畫的疑問, 亦獲得詳細解釋。本人同意並自願參與本研究, 且將持有同意書副本。

受訪者簽章: _____ 年 月 日

身分證號: _____ 聯絡電話: _____

通訊地址: _____

(三) 計畫主持人簽章: _____ 年 月 日

附錄二 個人基本屬性表

個人基本屬性及醫療相關資料紀錄表

請在符合您的答案項目內打✓，感恩您的合作。

填表日期：

姓名：

編號：

一、個人基本屬性

1. 年齡：_____歲，民國_____年_____月
2. 性別：1. 男 2. 女
3. 教育程度：1. 不識字2. 國小3. 國中4. 高中5. 專科6. 大學以上
4. 婚姻狀況：1. 未婚2. 已婚3. 離婚4. 喪偶5. 分居6. 同居
5. 職業：1. 無 2. 有
6. 居住狀況：1. 獨居2. 與配偶住3. 與子女住4. 與朋友住

二、醫療相關資料

1. NYHA 疾病分級：1. Class I 2. Class II 3. Class III 4. Class IV
2. 心臟衰竭罹病時間：1. 1 年以下 2. 1-3 年 3. 4-6 年
4. 7-10 年 5. 11 年以上
3. 因心臟病住院次數：1. 0-1 次 2. 2-4 次 3. 5-7 次
4. 8-10 次 5. 11 次以上
4. 抽煙史：1. 無 2. 有
5. 飲酒史：1. 無 2. 有
6. 罹患其它慢性病：1. 無
2. 有(1. 高血壓 2. 糖尿病 3. 腎臟疾病
4. 呼吸系統 5. 消化系統 6. 其他)
7. 左心室射出量： %
8. 身體質量指數： %
9. 使用藥物：1. Digoxin2. Diuretic3. ACEI4. ARB5. Beta block

附錄三 心臟衰竭生活品質量表

June 24, 1996

1

SF-36

本調查目的在探討您對自己健康的看法。這些資訊將能幫助您記錄您的感受，以及您在執行日常生活的能力。

敬請回答下列各問題並圈選一適當答案。如您對某一問題的回答不能確定，還是請您盡可能選一個最適合的答案。在本部份所指過去一個月內，係指從今天往前算三十天內。

1. 一般來說，您認為您目前的健康狀況是

(請僅圈選一項答案)

- | | |
|----------|---|
| 極好的..... | 1 |
| 很好..... | 2 |
| 好..... | 3 |
| 普通..... | 4 |
| 不好..... | 5 |

2. 和一年前比較，您認為您目前的健康狀況是？

(請僅圈選一項答案)

- | | |
|--------------|---|
| 比一年前好很多..... | 1 |
| 比一年前好一些..... | 2 |
| 和一年前差不多..... | 3 |
| 比一年前差一些..... | 4 |
| 比一年前差很多..... | 5 |

3. 下面是一些您日常可能從事的活動，請問您目前健康狀況會不會限制您從事這些活動？如果會，到底限制有多少？

(每行請僅圈選一項答案)

活 動	會， 受到很多限制	會， 受到一些限制	不會， 完全不受限制
a. 費力活動，例如跑步、提重物、參與劇烈運動	1	2	3
b. 中等程度活動，例如搬桌子、拖地板、打保齡球、或打太極拳	1	2	3
c. 提起或攜帶食品雜貨	1	2	3
d. 爬數層樓樓梯	1	2	3
e. 爬一層樓樓梯	1	2	3
f. 彎腰、跪下或蹲下	1	2	3
g. 走路超過 1 公里	1	2	3
h. 走過數個街口	1	2	3
i. 走過一個街口	1	2	3
j. 自己洗澡或穿衣	1	2	3

4. 在過去一個月內，您是否會因為身體健康問題，而在工作上或其他日常活動方面有下列任何的問題？

(每行請僅圈選一項答案)

	是	否
a. 做工作或其它活動的時間減少	1	2
b. 完成的工作量比您想要完成的較少	1	2
c. 可以做的工作或其他活動的種類受到限制	1	2
d. 做工作或其他活動有困難 (例如，須更吃力)	1	2

5. 在過去一個月內，您是否會因為情緒問題(例如，感覺沮喪或焦慮)，而在工作上或其他日常活動方面有下列的問題？

(每行請僅圈選一項答案)

	是	否
a. 做工作或其它活動的時間減少	1	2
b. 完成的工作量比您想要完成的較少	1	2
c. 做工作或其它活動時不如以往小心	1	2

6. 在過去一個月內，您的身體健康或情緒問題，對您與家人或朋友、鄰居、社團間的平常活動的妨礙程度如何？

(請僅圈選一項答案)

完全沒有妨礙.....	1
有一點妨礙.....	2
中度妨礙.....	3
相當多妨礙.....	4
妨礙到極點.....	5

7. 在過去一個月內，您身體疼痛程度有多嚴重？

(請僅圈選一項答案)

完全不痛.....	1
非常輕微的痛.....	2
輕微的痛.....	3
中度的痛.....	4
嚴重的痛.....	5
非常嚴重的痛.....	6

8. 在過去一個月內，身體疼痛對您的日常工作(包括上班及家務)妨礙程度如何？

(請僅圈選一項答案)

- 完全沒有妨礙.....1
 有一點妨礙.....2
 中度妨礙.....3
 相當多妨礙.....4
 妨礙到極點.....5

9. 下列各項問題是關於過去一個月內您的感覺及您對周遭生活的感受，請針對每一問題選一最接近您感覺的答案。在過去一個月中有多少時候.....

(每行請僅圈選一項答案)

	一直都是	大部分時間	經常	有時	很少	從不
a.您覺得充滿活力？	1	2	3	4	5	6
b.您是一個非常緊張的人？	1	2	3	4	5	6
c.您覺得非常沮喪，沒有任何事情可以讓您高興起來？	1	2	3	4	5	6
d.您覺得心情平靜？	1	2	3	4	5	6
e.您精力充沛？	1	2	3	4	5	6
f.您覺得悶悶不樂和憂鬱？	1	2	3	4	5	6
g.您覺得筋疲力竭？	1	2	3	4	5	6
h.您是一個快樂的人？	1	2	3	4	5	6
i.您覺得累？	1	2	3	4	5	6

10. 在過去一個月內，您的身體健康或情緒問題有多少時候會妨礙您的社交活動（如拜訪親友等）？

(請僅圈選一項答案)

- 一直都會.....1
 大部分時間會.....2
 有時候會.....3
 很少會.....4
 從不會.....5

11. 下列各個陳述對您來說有多正確？

(每行請僅圈選一項答案)

	完全正確	大部分正確	不知道	大部分不正確	完全不正確
a.我好像比別人較容易生病	1	2	3	4	5
b.和任何一個我認識的人來比, 我和他們一樣健康。	1	2	3	4	5
c.我想我的健康會越來越壞	1	2	3	4	5
d.我的健康狀況好得很	1	2	3	4	5

附錄四 心臟衰竭自我照顧行為量表

心臟衰竭的自我管理行為量表

這個量表 是針對心臟衰竭的自我照顧，請您依據自己目前的情

況回答，在所附每一個選項中勾選最能表達您意見的分數。

1=我完全同意；2=我同意；3= 我既非同意亦非不同意；4=我不同意；5=我完全不同意即使您在回答時並不是很確定，您仍要勾選較合宜您的分數。

	我完全同意	我同意	我既非同意亦非不同意	我不同意	我完全不同意
1. 我每天測量我自己的體重	1	2	3	4	5
2. 如果我有呼吸短促的現象，我可以從容面對	1	2	3	4	5
3. 如果我呼吸短促的現象增加，我會聯絡我的醫師或護理人員	1	2	3	4	5
4. 如果我的手或腳比平常變的較腫脹，我會聯絡我的醫師或護理人員	1	2	3	4	5
5. 如果我的體重在 24 小時內增加 1.5 公斤，我會聯絡我的醫師或護理人員	1	2	3	4	5
6. 我限制我的喝水量，每天不超過 1500c. c.	1	2	3	4	5
7. 我在白天時會找時間休息一下	1	2	3	4	5
8. 如果我的疲倦感增加，我會聯絡我的醫師或護理人員	1	2	3	4	5
9. 我吃低鹽飲食	1	2	3	4	5
10. 我照醫師處方服用我的藥物	1	2	3	4	5

附錄五 人體試驗委員同意書

BUDDHIST DALIN TZU CHI GENERAL HOSPITAL

BUDDHIST DALIN TZU CHI GENERAL HOSPITAL
2, Min-Sheng Road, Dalin Town, Chia-Yi
TAIWAN R.O.C. (622)
TEL:05-2648000
FAX:05-2648999



財團法人佛教慈濟綜合醫院
大林分院 (622)
嘉義縣大林鎮民生路2號
電話：(05)2648000
傳真：(05)2648999

同意臨床試驗證明書

檢送由 蕭伊祐 所主持之「個案管理對心衰竭患者生活型態及再住院率成效之探討」計畫，經本院研究倫理委員會審查通過。本會組織與執行皆遵守行政院衛生署於中華民國九十二年十一月十二日訂頒「醫療機構人體試驗委員會組織及作業基準」規範，特此證明。

大林慈濟醫院研究倫理委員會

主任委員

中華民國一百年五月三十一日

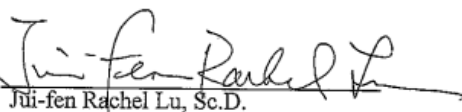
附錄六 心臟衰竭生活品質量表使用授權同意書

同 意 書

IQOLA 台灣研究主持人同意申請人 蕭伊祐 使用 SF-36 台灣版問卷於下列研究計劃中，作為學術研究工具。

計劃名稱：個案管理對心臟衰竭患者生活型態及再住院率成效之探討

台灣版授權者（簽名）：



Jui-fen Rachel Lu, Sc.D.

National Principal Investigator

日期：2011 / 4 / 21

附錄七 心臟衰竭自我照顧行為量表使用授權同意書

