

國立臺灣大學醫學院職能治療學系



碩士論文

School of Occupational Therapy

College of Medicine

National Taiwan University

Master Thesis

改良「職能復健評估綜合評量表」應用於社區思覺失調症個案

Modifying the Comprehensive Occupational Rehabilitation  
Evaluation Scale for Clients with Schizophrenia Living in the  
Community

古芳瑜

Fang-Yu Gu

指導教授：謝清麟 博士

Advisor: Ching-Lin Hsieh, Ph.D.

中華民國 106 年 6 月

June 2017

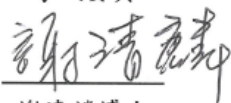

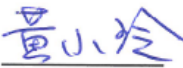


國立臺灣大學碩士學位論文  
口試委員會審定書

改良「職能復健評估綜合評量表」應用於社區思覺失調症個案

Modifying the Comprehensive Occupational Rehabilitation Evaluation Scale for  
Clients with Schizophrenia Living in the Community

本論文係古芳瑜 (R04429005) 於國立臺灣大學職能治療學系所完成之碩士學位論文，於民國 106 年 6 月 15 日經下列考試委員審查通過及口試及格，特此證明。

考試委員	服務機構	職稱
 謝清麟博士	國立臺灣大學醫學院 職能治療學系所	教授
 薛漪平碩士	國立臺灣大學醫學院 職能治療學系所	教授
 黃小玲碩士	國立臺灣大學醫學院 職能治療學系所	助理教授

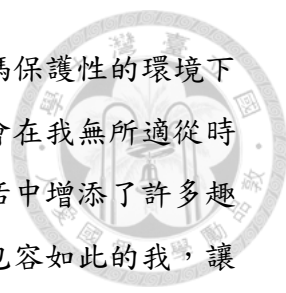
指導教授：謝清麟 教授  
職能治療學系系主任：曾美惠主任

## 致謝

想到通過學位考試的此時此刻，除了興奮外，更重要的是感謝我的指導教授謝清麟老師。也許一開始在選擇研究方向上有些困難，但謝謝老師的包容及因材施教，使我得以在工作之餘，進行基礎且扎實的研究所學習，並更進一步朝著自己期待的學習目標前進。過程中，最擔心的每週獨立研究時間在慢慢練習後，也發現自己逐漸可以有條理且有邏輯地表達想法，深入思考臨床及研究議題。在論文口試期間，感謝薛漪平老師和黃小玲老師抽空擔任我的口試委員，對於研究方面給予不少寶貴的建議，使論文在修改上更趨於完善。

研究所期間還有給我很大協助是謝老師的研究團隊和研究所同學。千瑀學姐的計畫案讓我有具體的目標，佳苓學姐不時的需要協助解決電子評量表的問題，恭宏學長和怡靜學姐則提示我許多關於資料處理及論文寫作方面要注意的細節，士捷學長則在我課業及最後研究統計資料處理上給我很大的幫忙，和揚揚的相處則讓我有同舟共濟的感覺；另外，開心的是求學期間認識的這一群同學：文豐、家妤、廷祐、凱傑、霆鈞、亭薇、韋婷、宜蓁和宜佳，和大家一起學習是很棒的一件事。

而從考上研究所的那一刻到通過口試的期間，更要感謝的是臺北市立聯合醫院松德院區給我的資源，感謝職能治療科大家庭的支持。淑君主任，就像學姐般從旁積極協助我於開學前找到研究主題，並在執行計劃時提點我；博文副主任，瞭解我的業務內容及學業課程後更包容我在工作及學業時間上分配的彈性；科室的前輩們：龍哥、恭賢哥、美雲姐、雪美姐和瓊華姐同理我邊工作邊進修的忙碌，偶不時的給予溫暖地關心及問候；旭章哥、冠宇哥及俊倚哥治療業務之餘的有趣對話內容，更排解我工作及課業忙碌的壓力；馨琇學姐則在我還是 PGY 的當時即解答我許多臨床實務上的疑惑；親愛的學姐們：郁媛、文馨、宜靜、乃瑜和碩芬的活力帶给了我許多希望，使我對未來方向還是抱有憧憬；與我同期的詩涵、艾倫、李劼、炫文，臨床業務及實習生教學因為有你們，我才能無後顧之憂地學習；後來加入的婉晴、清菁和芸帆帶來的歡笑给了我向目標前進的能量；榕青則因為我的工作時間變動常需要協助修改班表。當然不可忘記工作坊的夥伴：文靜學姐、明翰學長、世睿學長、俊瑞學長、宜靜學姐、文馨學姐和個案管理員們適時地協助，陪伴著我從頭到尾地完成一個研究案。



感謝生命中最重要的人，爸爸、媽媽、妹妹和弟弟。爸媽保護性的環境下生活讓我可以無畏地離開舒適圈繼續探索學問，妹妹和弟弟則會在我無所適從時給予建議，一家人吵吵鬧鬧的氣氛，給醫院與研究所的苦悶生活中增添許多趣味性，尤其當我因為研究呈現情緒低落時，仍然只有家人才能包容如此的我，讓我繼續振作，繼續完成自己應盡的本分。

最後，感謝高中益友：姿伶、欣如和蕙盈，當再度翻開交換日記之時，那青澀時光的回憶，我們共同築的夢想，一直持續到現在，仍是支持我努力向前的動力；特別感謝大學摯友：詩涵和杏芄，從大學出社會後的許多歡笑和淚水，甚至決定考研究所的那一刻，謝謝你們讓我可以好好地做自己，不去過度在意他人的眼光，讓我重拾些許自信，認真並且一步一步完成這看似不可能的任務。

## 中文摘要



**研究背景：**思覺失調症個案常伴隨多種功能的缺損。職能復健評估綜合評量表 (Comprehensive Occupational Rehabilitation Evaluation Scale, CORES) 為臺北市一些社區精神復健機構常用的例行評估工具之一，以評量個案在復健期間的整體功能表現。然而，CORES 於不同機構間的評量項目與計分標準不同，且其心理計量特性大多未知，嚴重影響評估結果的解釋以及專業間的溝通。

**研究目的：**本研究目的為增加及修改 CORES 評量項目，使其更符合社區精神復健機構之思覺失調症個案，並驗證 CORES 修改後之心理計量特性，包含：內在一致性、施測者間信度與建構效度。

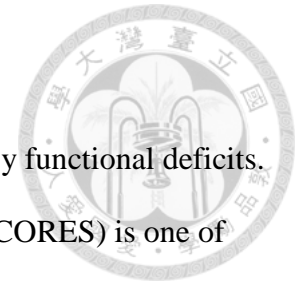
**研究方法：**本研究分為三階段：（一）新增及修改 CORES 評量項目：研究者透過專家會議討論臨床治療師使用 CORES 之經驗，以新增及修改 CORES 的評量項目，並確保其內容具備內容與表面效度。（二）實地測試：研究者邀請 2 位治療師實際使用上一階段修訂的改良版 CORES (Modified CORES, M-CORES) 於 50 名思覺失調症個案，並修正施測過程所發現之問題，以完成最終版的 M-CORES。（三）驗證 M-CORES 之心理計量特性：研究者將 M-CORES 應用於 3 家社區精復機構之第一季 (2017/01-03) 例行評估中，其中 1 家精復機構加入另 1 位治療師同時評量機構內的 30 位個案，以驗證施測者間信度。最後，研究者綜合第三階段的評估資料驗證 M-CORES 之內在一致性及建構效度。

**結果：**第一階段經過 5 次專家會議完成新增及修改 CORES 評量項目。第二階段實地測試後，進一步增加評量項目內容之說明、評量方式（觀察或訪談）及調整填寫格式。第三階段於 3 家社區精復機構招募思覺失調症個案 190 位，3 位職能治療師實際完成共 181 份 M-CORES 評量紀錄；心理計量特性驗證結果顯示有良好的施測者間信度 (ICC=0.71-0.94)，多數主要面向（獨立生活功能、休閒功能、職業功能和社會功能）有可接受的內在一致性 ( $\alpha=0.76-0.87$ )；驗證型因素分析結果顯示卡方與自由度比值 ( $\chi^2/df=2.16$ ) 符合良好的適配度，其它指標（使用合併/刪除後的 22 個項目，漸進誤差均方根為 0.09、比較適配度指標為 0.87 及標準化殘差均方根為 0.10）則指出 M-CORES 之適配度不足。

**結論：**結果顯示 M-CORES 具有可接受的內在一致性及良好的施測者間信度，但建構效度不理想。研究者建議刪除或修改「身心健康狀況」及「社會支持系統」面向下之評量項目，以促進該量表於社區思覺失調症個案之評估效果。

**關鍵字：**思覺失調症、職能復健評估綜合評量表、社區精神復健機構、心理計量特性

## Abstract



**Background:** Clients with schizophrenia are usually accompanied by functional deficits. The Comprehensive Occupational Rehabilitation Evaluation Scale (CORES) is one of the routine assessments at some institutions of community psychiatric rehabilitation in Taipei, and is used to evaluate clients' general function. However, the scoring and items of the CORES varies from institution to institution. Also, its psychometric properties are unknown. These factors affect the interpretation of results and communication between occupational therapists.

**Objective:** First, we aim to increase and revise the items of the CORES in order to fit the characteristics of clients with schizophrenia in 3 Taipei City Hospital Songde Branch affiliated institutions of community psychiatric rehabilitation in Taipei. Next is to assess the internal consistency, inter-rater reliability, and construct validity of the modified CORES (M-CORES).

**Methods:** There are three stages in the process of modifying the CORES. In the 1<sup>st</sup> stage, the items of the CORES are increased and revised by researchers. We initially identified the differences among clinical practitioners in administering the CORES, then increased and revised the items of the CORES, and furthermore to ensure its content validity. In the 2<sup>nd</sup> stage, the M-CORES was used in clinical practice. Two therapists were invited to evaluate 50 clients with schizophrenia independently at 2 institutions of community psychiatric rehabilitation. Simultaneously, we solved the problems found in the process of assessment in order to finish the final version of the M-CORES. In the 3<sup>rd</sup> stage the psychometric properties of the M-CORES are examined. We applied the M-CORES in routine assessments in the first phase (2017/01-2017/03) at 3 institutions of community psychiatric rehabilitation. In this period, one additional therapist was invited to help assess 30 clients using the M-CORES to evaluate the inter-rater

reliability. Finally, the data from the 3<sup>rd</sup> stage was analyzed to examine the internal consistency, and construct validity of the M-CORES.

**Results:** The items of the CORES were increased and revised through 5 expert consensus meetings in the 1<sup>st</sup> stage. In the 2<sup>nd</sup> stage, we added a new manual, and modified the format of the M-CORES. Then, we recruited 190 clients with schizophrenia at 3 institutions of community psychiatric rehabilitation in the 3<sup>rd</sup> stage. One hundred and eighty-one records of the M-CORES assessment were completed by 3 occupational therapists. According to analyzing the data from the 3<sup>rd</sup> stage, the M-CORES exhibited good inter-rater reliability (ICC=0.71-0.94), acceptable internal consistency ( $\alpha=0.76-0.87$ ) in many of the major domains (IADL, leisure, work, and social function). Nevertheless, confirmatory factor analysis (CFA) showed that the M-CORES had insufficient goodness of fit ( $\chi^2/df=2.16$ , RMSEA=0.09, CFI=0.87 and SRMR=0.1 by analyzing 22 items).

**Conclusion:** In summary, the M-CORES had good interrater reliability and acceptable internal consistency. Nevertheless, the M-CORES was insufficient in goodness of fit. Therefore, the items in the “physical and mental health” and “social support system” domains needed to be removed or revised. Then, it would become more useful in routine assessments at the institutions of community psychiatric rehabilitation in order to assess the general functional performance of clients with schizophrenia.

**Keywords:** schizophrenia, Comprehensive Occupational Rehabilitation Evaluation Scale (CORES), institution of community psychiatric rehabilitation, psychometric properties



# 目 錄



口試委員審定書.....	i
致謝.....	ii
中文摘要.....	iv
Abstract.....	vi
圖目錄.....	x
表目錄.....	xi
<b>第一章 文獻探討.....</b>	<b>1</b>
第一節 思覺失調症臨床表徵及其相關失能.....	1
第二節 思覺失調症於社區之職能治療.....	5
第三節 評估工具之心理計量特性.....	8
第四節 職能復健評估綜合評量表 (Comprehensive Occupational Rehabilitation Evaluation Scale, CORES)簡介.....	9
<b>第二章 研究目的.....</b>	<b>12</b>
第一節 研究目的.....	12
第二節 研究假設及預期結果.....	12
<b>第三章 研究方法.....</b>	<b>13</b>
第一節 第一階段：新增及修改 CORES.....	13
第二節 第二階段：改良版 CORES (Modified CORES, M-CORES)實 地測試.....	16
第三節 第三階段：驗證 M-CORES 之心理計量特性.....	17
<b>第四章 研究結果.....</b>	<b>20</b>
第一節 第一階段：新增及修改 CORES 結果.....	20
第二節 第二階段：實地測試 M-CORES 結果.....	21
第三節 第三階段：M-CORES 之心理計量特性.....	21

第五章 討論.....	25
第一節 內在一致性.....	25
第二節 施測者間信度.....	26
第三節 建構效度.....	27
第四節 研究限制.....	27
第五節 未來研究建議及臨床應用.....	28
第六章 結論.....	30
參考文獻.....	31
附錄.....	57



## 圖目錄

圖一、精神疾病的分類方式.....	40
圖二、CORES 改良流程.....	41
圖三、M-CORES 心理計量特性驗證流程.....	42



## 表目錄

表一、職能復健評估綜合評量表內容.....	43
表二、CORES 初步信度及效度分析結果.....	44
表三、修改及新增的評估項目.....	45
表四、CORES 新增及修改題數前後對照.....	46
表五、項目新增及修改情形.....	47
表六、樣本資料描述.....	48
表七、106 年第一季（1-3 月）M-CORES 填答描述.....	49
表八、內在一致性改良前後比較.....	50
表九、福中職能工作坊之施測者間信度.....	51
表十、驗證型因素分析結果.....	52
表十一、合併成 47 個項目之因素負荷量.....	53
表十二、合併成 28 個項目之因素負荷量.....	55
表十三、22 題評量項目之因素負荷量.....	56



# 第一章 文獻探討



## 第一節 思覺失調症臨床表徵及其相關失能

### 1 思覺失調症 (schizophrenia) 簡介

思覺失調症是種慢性且嚴重的疾病，影響個人如何思考、感覺及動作 (U. S. Department of Health and Human Services, 2015)。在不同精神疾患的病理特徵分析中，可歸納出 5 種類別 (圖一)：(1) 正性症狀 (positive symptoms)、(2) 負性症狀 (negative symptoms)、(3) 認知缺損及情感性失調引發的 (4) 憂鬱 (depressive)、(5) 躁狂 (manic) 症狀 (van Os & Kapur, 2009)。根據 DSM-5 精神疾病診斷準則手冊，臨床特徵上為求有效鑑別思覺失調症，則強烈要求有精神病 (psychosis) 症狀 (Ouyang, 2013)，即準則 A 描述到臨床表現的 2 項症狀中至少有一項是妄想 (delusion)、幻覺 (hallucination) 或胡言亂語；功能表現方面，準則 B 提及伴隨發病以來的大部分時間，此困擾 (disturbance) 導致一項或多項主要領域功能顯著比未發病前降低，例如：工作、人際關係或自我照顧等面向；病程中，準則 C 更加强說明此困擾的徵兆 (sign) 至少持續出現 6 個月，其中至少 1 個月符合診斷準則 A (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*, 2013)。

### 2 盛行率

思覺失調症是常見的精神疾病，每 100 人有近 1 人受到影響 (MacRae & Andonian, 2013)。在臺灣衛生福利部 2013 年門診、住院 (含急診) 患者統計總人數中，有 116,724 位精神分裂症 (2014 年 5 月已更名為思覺失調症) 個案就診，約佔臺灣人口比例的 0.5% (衛生福利部統計處，2013)；而 2016 年度全國約 115 萬的身心障礙者中，慢性精神病患者即有 124,084 人 (衛生福利部統計處，2016)，約佔 10%；另中央健康保險署在 2017 年 1 月的全民健康保險重大傷病證明有效領證統計表中，亦紀錄全國領有重大傷病卡的 95.6 萬人中，慢性精神病患者占 21%



(約 20.1 萬人)(中央健康保險署, 2017); 而思覺失調症個案則占精神疾病患者之大部分, 以此估計則約每十位領有重大傷病證明之個案即有一位思覺失調症患者。


### 3 思覺失調症個案於社區面臨之功能缺損

思覺失調症患者回到社區後, 多數仍有功能的缺損。曾有研究指出, 追蹤二年首次住院的思覺失調症患者中, 病情恢復正常占 20.9%, 大部分恢復者 40.3%, 有些恢復者 25.4%, 沒有恢復者 13.4% (胡海國, 2002)。而在其表現出不同的症狀同時, 亦持續導致功能較差的後果, 包括職業功能、獨立生活功能和社會功能 (Green, Kern, & Heaton, 2004; Joseph et al., 2017) 等。整體而言, 大部份思覺失調症個案在出院後實有許多功能層面待介入, 包含: 日常生活功能、休閒功能、職業功能、社會功能、社會支持系統及身心健康狀況之維持。

#### 3.1 日常生活功能

在職能治療八大領域中, 日常生活功能泛指從事日常生活活動 (Activities of Daily Living, ADLs) 和工具性日常生活活動 (Instrument Activities of Daily Living, IADLs) 的能力。ADLs 也被稱做基本日常生活活動 (basic activities of daily living, BADLs) 和個人日常生活活動 (personal activities of daily living, PADLs), 這些活動都是生活中的基礎; IADLs 則是從事在家庭和社區中支持生活的活動, 此類活動比起一般 ADLs, 與環境互動方式更為複雜 ("Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process (3rd Edition)," 2014); 其中 IADLs 依據職能治療實務架構, 包含照顧他人、照顧寵物、養育小孩、溝通工具之使用、社區移動、財務管理、健康維持、家事處理、餐點準備/清理、宗教活動、安全及購物等面向 ("Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process (3rd Edition)," 2014)。

這些活動相對的需要更多認知技巧, 然思覺失調症個案伴隨著認知功能障礙 (胡海國, 2002; 黃宗正等人, 2011; van Os & Kapur, 2009), 即使在社



區的思覺失調症個案和住院的個案相比有較佳的 IADLs 功能且相對所需的照顧較少 (Nakanishi et al., 2007)，但負性症狀或認知功能卻會影響其社區生活功能的表現 (Aubin, Stip, Gélinas, Rainville, & Chapparo, 2009; Green et al., 2004; Lipskaya, Jarus, & Kotler, 2011)，因此，思覺失調症個案在出院後，於 IADLs 的表現應視為其在社區的重要評估指標之一。

### 3.2 休閒功能

休閒 (leisure) 被定義為非強制性的活動，是內在動機驅使在自由控制的時間中從事，並非在固定時間去強制執行的職能活動（如：工作、自我照顧或睡覺） (Parham & Fazio, 1997, p. 250)。職能治療實務架構中對其可分類成休閒的探索及休閒的參與 ("Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process (3rd Edition)," 2014)。

當休閒佔據的時間過多或過少時皆會導致職能失衡，健康可能因此受影響 (Backman, 2004)。選擇休閒活動除受個性影響，休閒活動的安排也會影響到個人滿意度及幸福感 (Lu & Argyle, 1994)，有意義的休閒活動則可有助於精神疾病的復元 (Iwasaki et al., 2014; Iwasaki, Coyle, & Shank, 2010)。但英國、日本之研究顯示，多數社區生活的思覺失調症個案時間利用上不同於常人，沒有慣性從事的工作外，多數時間並非從事對其有意義的職能，例如：睡覺、個人照顧或被動的休閒等。進而建議需要職能治療於休閒功能面向著手 (Minato & Zemke, 2004; Shimitras, Fossey, & Harvey, 2003)。

### 3.3 職業功能

職業功能抑或工作表現，即勞動或勞力，就是藉創造、建造、製作、形成、組織、計畫或評估方式的生產性活動，不一定有金錢酬勞的職能 (Christiansen & Townsend, 2010)。工作可分為六個過程，包含：職業的興趣與追求、工作的尋找和獲得、工作表現、退休的準備和適應、志工活動探索以及志工活動參與 ("Occupational Therapy Practice Framework: Domain and



Process (3rd Edition)," 2014)。

工作對於人而言已不僅只是滿足經濟層面的需求，對於不同的工作族群也有著不一樣心理層面的意涵，但皆視為日常生活重要活動之一 (Morse & Weiss, 1955)，它提供人們對環境的掌握感以及進而提高生活品質的成就感 (Siporin, 1999)；對於失能的個案而言工作也可作為復健的媒介，協助其轉移對症狀的注意力，並且引導個案再次找回生活重心 (Harvey-Krefting, 1985)。事實上，思覺失調症的發病除了透過職業功能的降低作判斷 (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*, 2013)外，個案回到社區後的職業功能也受到疾病影響，使得就業率普遍偏低 (Joseph et al., 2017)。歐美研究發現約 10~20% (Marwaha & Johnson, 2004; Perkins & Rinaldi, 2002)。所以，個案於社區從事復健時，職業功能應是評估面向之一。

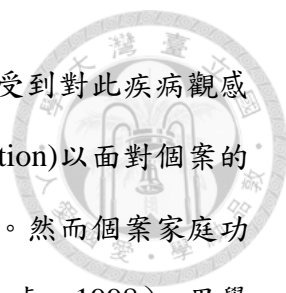
### 3.4 社會功能

社會功能 (social function)是一種與家人或朋友建立並維持關係的能力，對於從事的工作、休閒活動和日常生活也可適當處理 (Elgie & Morselli, 2007)。社會功能是多面向，主要由三種要素組成：行為、認知與表現 (Shepperd, 1986, p. 14)。思覺失調症個案社會功能受到許多因素的影響，例如：本身個人特質 (Lysaker & Davis, 2004)、社會認知技巧 (Bae, Lee, Park, Hyun, & Yoon, 2010)或家屬情緒表現等 (Tarrier & Barrowclough, 1990)。長期以來，個案之社會功能，從住院、社區復健到職前準備，常會應用到社交技巧訓練 (social skills training) (Lin & Hsiung, 2005; Shepperd, 1986)，故有效的社會功能評估有助於介入治療。

### 3.5 社會支持

社會支持 (social support)是人與人之間連結的程度，連結之程度更可視為影響健康的根本方式 (Giles, 2003)。社會支持有許多面向，包含情緒支持、物資的協助和訊息提供等 (Giles, 2003; Heller, Swindle, & Dusenbury, 1986; Prins






et al., 2007)。思覺失調症個案的家屬在個案生病住院後，常受到對此疾病觀感的影響，進一步有不同情緒表達程度 (level of expressed emotion) 以面對個案的症狀 (Lenior, Dingemans, Linszen, De Haan, & Schene, 2001)。然而個案家庭功能所給予的支持與個案維持功能有顯著相關 (邱淑貞、蕭淑貞, 1998)，思覺失調症患者主要的社會支持來源亦主要為家屬和醫療人員 (黃瑞琦, 2001)。個案回到社區後如要更有效的介入，應有效評估個案之社會支持系統 (Beels, 1981; Kelly et al., 2010)。

### 3.6 身心健康狀況

根據世界衛生組織 (World Health Organization, WHO) 將健康定義為身體、心理以及社會的一種安適 (well-being) 狀態，並非單指沒有生病的狀態；而安適感是人類生活品質面向總稱，涵蓋生理、心理及社會面向 (WHO, 2006)。其中維持健康則包含為了提升健康與安適感所發展、處理及維持的例行活動，例如：體適能、營養攝取、減少危險行為及定時服藥 ("Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process (3rd Edition)," 2014)。思覺失調症個案服藥穩定後回到社區，除了症狀需門診追蹤，亦需要面對藥物帶來的不同副作用，例如：第二代抗精神藥物引起的代謝症候群 (黃宗正等人, 2011)。健康維持對個案而言一直是重要的議題，但有時受限衛教知識的獲取、情緒影響或休閒安排之不足，常有超量飲食、過量飲酒或吸菸的習慣 (Roick et al., 2007)，進一步帶來的心血管疾病、糖尿病或高血壓等生理疾病，影響其整體的生活品質 (Hauswölff- Juhlin, Bjartveit, Lindström, & Jones, 2009)，亦有研究顯示個案生病後整體運動量相對常人比較不足 (Vancampfort et al., 2011)，因此接受社區復健的思覺失調症個案在生理及心理健康需要被例行評估。

## 第二節 思覺失調症於社區之職能治療

### 1. 職能治療於社區精神復健



社區精神衛生工作在英國是精神職能治療最大的領域 (Finlay, 2004)，而臺灣社區精神復健之興起，主要隨著 1980 年代政府政策及計畫的推廣而開始 (謝佳容、蕭淑貞，2006) 並發展出自己的模式 (高麗芷、周美華，2004)，在社區團隊服務中，職能治療師亦是不可或缺的角色 (Parker, 2001; Peck & Norman, 1999)。

職能治療在社區的介入是多方面 (Craik, Chacksfield, & Richards, 1998) 且是團隊合作進行。治療師透過以個案為中心瞭解個案想法及需求 (Cole, 2012; Whalley Hammell, 2013)；依據其職能科學背景中，職能之本質療效即是社區治療師有的最大優勢之一 (Yerxa, 1994)；加上對復元模式充權 (empowerment) 的概念，使個案擁有希望 (Daniel B. Fisher, 1994)；給予一對一個別化計畫，陪伴其度過復健的歷程 (Jon, 2008)。

實際對照臺北市特定的幾家精神復健機構為例 (高麗芷、周美華，2004)，職能治療師的業務內容則需要對新個案進行評估與輔導，接案過程中需為個案及家屬介紹復健的環境，並與之會談，評估是否達到收案標準；收案瞭解個案的復健潛能後，一起訂定可執行的復健計畫；介入期間亦需定期評估個案的功能表現 (包含：獨立生活功能、社會功能、職業功能、休閒功能與身心健康狀況) 以及個案之社會支持系統 (衛生福利部，2015)，固定時間進行督導會議討論個案的介入方向調整 (高麗芷、周美華，2004)。

## 2. 評估工具對介入之重要性及目的

從上述可發現評估和結果測量是職能治療過程不可或缺的一部分 (Creek & Bullock, 2008)，Parker (2001) 在其文章也分享自身經驗於社區從事職能治療時，為突顯出專業角色，花了多數時間詳細評估個案在職能領域的功能。

評估於職能治療實務上有二個主要目的：一是治療過程的一部分，以協助確認個案的職能表現問題，另一則是提供專業實證基礎的支持 (Polgar, 2003)。就評估工具用在個案方面，可歸類出四種主要使用目的：描述性、預測性、區辨性及評估性 (Law, 1993)。描述性評估工具提供瞭解個案過去病史、角色、習慣、興趣

等相關紀錄；區辨性的評估工具則可協助瞭解個人與團體間的差異，可使用常模作為對照；預測性的評估工具則根據評估結果提供個案未來功能或行為等預測的參考；評估性的評估工具則衡量個案在接受介入或病程的改變，有助於擬訂、監控或調整治療計畫 (Laver-Fawcett, 2013; Law, 1987)。為了達成上述目的，治療師需綜合考量評估目的，以選擇合適的評估工具。

### 3. 使用評估工具之期程及其意義

大致上，職能治療相關的評估過程可分為初期評估、持續評估及結案評估 (黃曼聰、陳威勝、陳芝萍, 2009; 謝清麟、陳官琳, 2011; Creek & Bullock, 2008; Laver-Fawcett, 2013)。初期的評估用以篩選轉介個案進行復健流程的合適性，並藉此評估建立關係，建立個案相關的基本資料，瞭解需求，共同設定目標及治療計畫；期間持續的評估監控介入過程，評量計畫的有效性，調整或維持後續治療目標與計畫；結案評估則意味著個案準備離開精神復健機構，此時的評估報告除了瞭解介入有無成效外，亦須將個案長久存在的問題加以呈現，並給予其未來離開機構後生活上的建議 (Creek & Bullock, 2008)。

### 4. 思覺失調症之評估工具使用現況及限制

國內近 20 年來有二篇大規模國內精神職能治療評估工具使用之調查 (蕭小菁、潘瓊琬、鐘麗英、呂淑貞, 2000; 吳希文、王勝輝、李秉家、謝清麟、李柏森, 2010)，二研究結果類似。這些研究發現：使用頻率最高的工具中，職能表現要素部分以「褚氏日常生活功能量表 II」為多數，職能表現要素方面以「職能治療綜合評量表」為主，認知整合與認知要素部分最常使用的是「褚氏注意力測驗」，心理社會技巧及心理要素方面則以「完成句子測驗」及「職能治療綜合評量表」使用最多 (蕭小菁等人, 2000); 另一篇加上心理計量特性 (psychometric properties) 描述後，結果呈現 75% 以上職能治療單位使用的評估工具有九項：「褚氏日常生活評量表 II」、「職能治療綜合評量表」、「褚氏手部靈巧度測驗」、「完成句子測驗」、「興趣量表」、「褚氏注意力測驗」、「人-樹-房子測驗」、「三個我」和「艾倫認知篩檢測

驗」。但其中有四項缺少心理計量特性中的信度 (reliability)或效度 (validity)證據，在使用時機調查結果則指出很少在結案時使用評估工具 (吳希文等人，2010)。

上述二篇文獻討論皆指出臨床上常用的評估工具不一定具信效度。實則臨床工作者卻是需要具有心理計量特性良好且須共通的評估工具版本，以利後續介入及個案在不同機構中復健療效的比較。然而，目前精神復健機構使用的評估工具資料及相關心理計量特性資訊很少，所以除了造成評量結果不明確外，進一步亦影響治療介入計畫之擬定與成效。

### 第三節 評估工具之心理計量特性

一般評估工具若要適用於社區復健的思覺失調症個案，則須具備良好的心理計量特性。如此，職能治療師才可根據評估結果，瞭解個案目前復健的變化及進展情形，做出合適的判斷 (姚開屏，1996)。良好的心理計量特性包含：信度及效度 (謝清麟、陳官琳，2011；Hobart, Lamping, & Thompson, 1996)。另，評估工具的信度是優良工具的必備條件 (姚開屏，1988)。本研究針對相關的信度及效度說明如下：

#### 1 信度

信度之定義為當評估工具重複施測於特定族群個體或團體時所呈現的一致性程度 (Polgar, 2003)。信度是效度的必要但非充分條件 (姚開屏，1996)，也是評估工具基本的心理計量特性。評估工具如果缺乏信度時，則臨床上蒐集到的數據資料並不可靠，且難以掌握個案的情況，或甚至無法從數據推論其預後表現 (謝清麟、陳官琳，2011)。

施測者間信度 (inter-rater reliability)是 2 個或 2 個以上的評估者對同一特定對象進行施測或評量結果的一致性 (姚開屏，1996)。施測者間信度通常適用於評估過程中用觀察的方式，需要施測者判斷與評分 (Creek & Bullock, 2008)。良好的評估工具原則上不會因為評估者不同而改變評估結果 (謝清麟、陳官琳，2011)。

內在一致性 (internal consistency)是評估工具中各單項題目得分間的相關性及單項題目與項目總分得分的相關性，即評估工具所有項目的同質性，當同質性越高，則評估結果越穩定 (謝清麟、陳官琳，2011)。



## 2 效度

效度代表評估工具正確測到欲測量之特質的程度 (Hobart et al., 1996)。其與信度相比更為重要，若工具無法測量到欲評估的特質，則信度再好，這樣的評估工具也無效 (謝清麟、陳官琳，2011；姚開屏，1996)。例如：欲瞭解個案是否會使用瓦斯爐，但我們使用電磁爐進行評估，則個案用電磁爐烹煮的表現就沒有意義 (Creek & Bullock, 2008)。

以表面效度 (face validity)而言，是指評估工具之項目語意是否明確易懂，不會造成受試者或個案困擾；內容效度 (content validity)則是指評估工具內容是否涵蓋其欲評估的特質及理論建構。評估工具之表面效度與內容效度良窳，皆由使用者或專家主觀判斷之。

建構效度 (construct validity)為評估工具是否可測量到理論的概念或結構的程度。因建構是抽象且是假設的概念，所以並無法直接評估，或單一研究即可完成。研究人員通常使用相關法、實驗法、因素分析或羅序 (Rasch)分析等方法以驗證評估工具之建構效度 (謝清麟、陳官琳，2011；姚開屏，1996)。

## 第四節 職能復健評估綜合評量表 (Comprehensive Occupational Rehabilitation Evaluation Scale, CORES)簡介

### 1 CORES 目的和發展

CORES (附錄一) 為臺北部份社區精神復健機構常用的例行性工具之一。職能治療師透過此量表的使用，量化觀察結果，評量個案在復健期間的整體功能變化。CORES 包含六大面向：獨立生活功能、職業功能、社會功能、休閒功能、社會支持系統及身心健康狀況等；並藉此量表與其他專業溝通個案實際表現，協助

治療師掌握個案在精復機構之復健情形，進行後續介入目標擬定及呈現復健成效。

CORES 發展源自「職能治療綜合評量表」(高麗芷等人, 1981), 是國內職能治療師臨床上常用以評估精神疾病個案表現技巧之量表(吳希文等人, 2010), 其依據職能治療綜合評量表 (Comprehensive Occupational Therapy Evaluation scale, COTE scale) (Brayman, Kirby, Misenheimer, & Short, 1976) 的分類及量化方式設計而來, 但對象以急性期住院之個案為主。因此, CORES 整合「職能治療綜合評量表」觀察之行為面向(一般行為、社會行為和工作行為)與社區個案接受復健時的評估之適用性作修改, 並使其符合日間型精神復健機構設置標準及評鑑基準(衛生福利部, 2015)。

## 2 職能復健評估綜合評量表內容(表一)

**2.1 獨立生活功能**, 泛指從事基本日常生活活動與工具性日常生活活動之獨立性。此面向細分為(1)個人衛生儀容、(2)環境整潔、(3)生活規律、(4)財務管理、(5)飲食、(6)社區相關設施及資源之使用與運用等6個子面向, 每個子面向有3到4個評量項目, 每個子面相最後評量項目皆為評估「提醒」的程度, 即治療師評量個案所需之協助程度可分為: 提醒後無改善、提醒後略有改善、提醒後完全改善及不需提醒四種程度。

**2.2 休閒功能**, CORES 主要透過觀察個案對於生活周遭環境及精復機構休閒設施的使用進行評量, 評量其在休閒設施的瞭解程度、時間的安排及實際執行, 瞭解個案於此方面的表現, 並評量需給予協助的程度。

**2.3 職業功能**, 同工作表現, 評量個案在精復機構的工作訓練表現情形(主動程度及工作訓練參與頻率), 參與項目則為治療師和個案討論過後評估可嘗試的工作訓練內容, 並依整體表現評量需要提醒的程度。

**2.4 社會功能**, 以社交互動技巧 (social interaction skills) ("Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process (3rd Edition)," 2014) 表現為主, 人際溝通子面向觀察個案在精復機構與他人互動之情形, 評估主動程度、



互動的適切性，另就整體表現評量個案需要協助的程度。

**2.5 社會支持系統**，列在社會功能中的子面向，評估個案對外之關係，總括與家人抑或是與朋友的關係。

**2.6 身心健康狀況**，CORES 的子面向為體適能和精神狀態，體適能包含動作協調及持續度；精神狀態則評估個案的症狀、門診情形，綜合以上資料瞭解個案的健康維持情形。

### 3 CORES 臨床應用之限制與問題

目前 CORES 之內容，松德職能治療師已有初步共識的版本，但 CORES 使用時，子面向下的評量項目尚無確實定義及觀察的要點；再者量表名稱及量表內容之定義仍因單位不同而有差異，例如：「職業功能」面向中的子項目「工作動機」，有的治療師認為是「工作意願」；在名稱上有的精復機構稱之為「綜合評量表」，然有的則稱之「復健評量表」，於是會造成專業人員在溝通上會產生解讀的落差，此部分同「職能治療綜合評量表」使用的情形會因醫院不同而有不同的評量項目或計分方式，亦因此即使同專業，然不同機構治療師若需溝通比較個案，即有誤差產生。

另，此量表用於評量在社區復健的精神疾病患者上在信度及效度方面仍缺乏實證，而不確定評量結果的可靠性則影響治療師進行下一步的治療計畫。缺乏信度及效度驗證的 CORES 固定於每季（3 個月）評量個案的復健情形，但無法肯定不同治療師們在評估同一個案時可得到大致相同的結果，抑或呈現個案在復健期間的功能改變，而後有利於治療師對個案在設定介入目標時做出較佳的臨床決策（吳希文等人，2010）。因此，驗證此量表之心理計量特性才能解決臨床人員對於評估個案上的疑慮或不確定性。



## 第二章 研究目的

### 第一節 研究目的

本次研究第一階段目的為新增並修改 CORES 題目，建立內容效度與表面效度。作者希望修改後之量表內容更適用於社區精神復健機構，以利治療師全面掌握思覺失調症個案之復健狀況，包含：獨立日常生活功能、休閒功能、職業功能、社會功能、社會支持系統及身心健康狀態等。

第二階段的研究目的為驗證 CORES 在新增及修改後之心理計量特性。信度部分，研究者比較 CORES 改良前後的內在一致性，並確認此量表在新增及修改後的施測者間信度；效度部分，除了第一階段建立的表面效度外，將驗證此量表的建構效度。作者希望藉此建立 CORES 改良後之信度與效度，以提供後續使用者之實證證據。

### 第二節 研究假設及預期結果

研究者假設此次研究結果可證實 CORES 改良後應用於社區思覺失調症個案的內在一致性比改良前高，施測者間信度表現良好，並有可接受的效度。這些研究結果有利於提升社區精復機構治療師評估個案的有效性，並增加評估結果之臨床實用價值，亦為後續量表在實務應用上的實證依據。





## 第三章 研究方法

改良 CORES 包含三個階段：(一) 新增及修改 CORES、(二) 實地測試 (圖二)，以及 (三) 驗證 CORES 改良後之心理計量特性 (圖三)。

### 第一節 第一階段：新增及修改 CORES

#### 1 目的

新增及修改 CORES 的評量項目，並在每月例行性的社區精復機構督導會議後繼續召開改良 CORES 的專家會議，使評量題目內容達到會議中全體專家共識，建立表面效度。

#### 2 新增及修改內容依據來源


研究人員新增及修改 CORES 評量項目的來源有六，一、精神復健機構評鑑基準 (日間型精神復健機構)，二、CORES 內容，三、職能治療綜合評量表，四、職能治療實務架構 (Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process, OTPF) 第三版，五、完整版思覺失調症國際健康功能與身心障礙分類系統核心模組 (Comprehensive International Classification of Functioning, Disability and Health Core Set for Schizophrenia)，六、臨床專家及心理計量領域學者。

##### 2.1 精神復健機構評鑑基準 (日間型精神復健機構)

研究人員選擇衛生福利部曾於 2015 年公布精神復健機構評鑑基準 (日間型精神復健機構)，藉其明文規定復健業務之提供中，復健評估應執行的評估並備有紀錄的面向做為 CORES 主要面向分類依據。主要面向包含：(1) 獨立生活功能、(2) 社會功能、(3) 職業功能、(4) 休閒功能、(5) 身心健康狀況及 (6) 社會支持系統之評估面向。

##### 2.2 CORES 初始內容

透過 1 位研究人員協助精復機構進行「建置無紙化職能治療評估平台」



計畫期間，已先針對 CORES 作內容架構（表一）整理，並分析初步的信度及效度（表二）（黃千瑀，2016），及總結未來改良的方向。首先各面向應新增題目至約 10 題，再者調整各題目應屬之面向，而後提供量性的評估結果及解釋。因此，我們可知需要新增及修改的主要面向有 (1)社會功能、(2)職業功能、(3)休閒功能、(4)身心健康狀況、及 (5)社會支持系統。

### 2.3 職能治療綜合評量表

研究人員一方面參考職能治療綜合評量表的評估項目及評分手冊的計分說明，並將其量化且有質性描述的計分方式嘗試運用於目前社區精復機構使用的 CORES 中；另一方面將職能治療綜合評量表中的工作行為次面向下的評估項目加入 CORES 的職業功能主要面向下的工作訓練次面向評量項目（包含：主動程度、頻率、參與項目及提醒），進一步分為工作訓練內容及工作表現次面向，瞭解治療師與個案討論的計畫訓練內容及實際執行差異。

### 2.4 OTPF 第三版

研究者選取 OTPF 第三版進行增加及修改 CORES 的原因在於其完整定義職能治療領域中的日常生活功能、職業功能及休閒功能，並在個案因子描述不同身體及心理功能的定義，在職能表現技巧更多社交技巧的描述及清楚定義。因此，可進行 CORES 主要面向的定義，並且利於新增及修改休閒功能、職業功能、社會功能及身心健康狀況等主要面向下的評估項目。

### 2.5 完整版思覺失調症 ICF 核心模組

研究人員討論後選擇思覺失調症完整版 ICF 核心模組中的環境因子面向下的支持與關係部分（編碼為 e3 開頭），增加 OTPF 尚無法補充 CORES 量表中的社會支持系統面向選擇可增加的評估項目。支持與關係包含：原生家庭 (e310)、延伸家庭 (e315)、朋友 (e320)、更大範圍的同儕/同事或鄰居等 (e325)、有權力地位者 (e330)、照顧者 (e340)、健康專業 (e355)及其他專業 (e360)。



## 2.6 臨床專家及心理計量領域之學者

於 CORES 在進行新增及修改時，臨床專家可給予其在執行量表上遇到的問題提供建議；心理計量領域專家則可針對 CORES 評量表的內容的評分方式、題目描述的精確性及評分選項的可行性給予建議。綜合二者意見則可有利於研究人員進行 CORES 新增及修改評估項目之精確性。

## 3 參與者

研究者邀請 10 位專家組成共識小組。專家背景包含臨床人員 6 位（曾服務於中央衛生主管機關評鑑合格之精神醫療機構，從事職能治療經驗 5 年以上，在精神復健機構從事職能治療業務 1 年以上），精神社區復健機構督導 1 位（曾服務於中央衛生主管機關評鑑合格之精神醫療機構、精神復健機構，從事精神醫療相關工作滿 4 年以上之專業人員），研究人員 2 位及心理計量領域具多年經驗之學者 1 位。

## 4 新增及修改的程序

### 4.1 確認新增及修改的主要面向評量項目

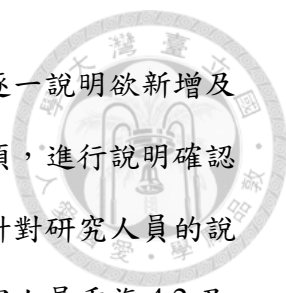
研究人員在召開專家會議開始前，先與精復機構督導確認需作新增及修改 CORES 的主要面向（休閒功能、職業功能、社會功能、社會支持系統及身心健康狀況）的評量項目及其內容。

### 4.2 進行新增及修改

接著研究者在討論下選擇已有具體分類及清楚定義之參考資料包含：職能治療綜合評量表、職能治療實務架構第三版及完整思覺失調症 ICF 核心模組的分類資訊內容。依據參考資料，研究者先進行主要面向定義的確認，並將須修改及新增的主要面向增加評估項目（表三）。

### 4.3 例行性專家會議

完成新增及修改的評估項目後，研究者先與精復機構督導討論評估項目內容及在精復機構執行的可能性，而後從 2016 年 6 月開始每月的例行性精復



機構督導會議後召開專家會議。每次會議由研究人員開始逐一說明欲新增及修改的次面向及評量項目，並且闡述評量項目中的評分選項，進行說明確認的同時，無疑義則增加或修改評量項目內容；有疑義時則針對研究人員的說明進行討論，直到取得參與會議的全體專家達成共識。研究人員重複 4.2 及 4.3 的步驟到 2016 年 10 月底，共計 5 次，確保改良版 CORES (Modified CORES, M-CORES) 的表面效度。最後一次修改結束後於 2016 年最後一季進行試用。

## **第二節 第二階段：改良版 CORES (Modified CORES, M-CORES) 實地測試**

### **1 目的**

進行 M-CORES 之實地測試，修改完成最終版本的 M-CORES。

### **2 評量者**

研究者邀請在社區精復機構有一年以上服務經驗的職能治療師 2 位，做為本研究執行實地測試的評量者，並在進行評量前皆已瞭解評量的方式。

### **3 參與者：**


研究者於臺北市立聯合醫院松德院區社區精復機構（福中職能工作坊及心湖職能工作坊）進行收案，各工作坊 25 人，共 50 人。納入實地測試的收案標準為經 DSM-IV、DSM-IV-TR 或經 DSM-5 診斷的精神疾病個案，轉介至社區精復機構 4 星期以上；排除小於 20 歲未成年之個案，且無重大傷病卡或身心障礙證明之個案，測試期間個案並不會被影響到參與任何機構內日常生活活動或工作訓練等機會。

### **4 評估工具**

第一階段新增及修改後已有表面效度的 M-CORES。

### **5 研究程序**

研究者於社區精復機構 2016 年的第四季（10-12 月）進行收案，由 2 位職能治



療師個別評估 25 位在社區精神復健機構接受復健之個案。期間皆由此 2 位職能治療師進行 M-CORES 內容的評分，並將過程中遇到的問題記錄下來，個案則同平常參與機構內的活動，無須配合任何評估步驟。而後，評量者將記錄的問題交給研究人員進行修改，並於下次專家會議中列入討論修正，完成本研究最終版本的 M-CORES。

### 第三節 第三階段：驗證 M-CORES 之心理計量特性

#### 1. 目的

驗證 M-CORES 之內在一致性、施測者間信度及建構效度。

#### 2. 評量者

研究者設定評量者為合格的職能治療師，且已在社區精復機構有一年以上服務經驗者為佳；若非職能治療師或於社區經驗小於一年之職能治療師擔任施測者，則需接受正確的施測方法說明，並依施測說明的施測方法及評分標準進行臨床觀察輔以訪談評估。此階段研究邀請 3 位社區精復機構的專任職能治療師按照機構內例行評估執行 M-CORES 的臨床評量。另邀請 1 位職能治療師於 2017 年第一季（1-3 月）執行施測者間信度評量的部分。

#### 3. 研究對象

研究人員將於臺北市立聯合醫院松德院區之社區精復機構（文山工職能作坊、心湖職能工作坊及福中職能工作坊）進行個案招募。收案標準為經 DSM-IV、DSM-IV-TR 或 DSM-5 診斷為思覺失調症之個案，且轉介至工作坊接受復健時間達 4 週以上；並且排除小於 20 歲未成年之個案，無重大傷病卡或身心障礙相關證明文件之個案。另施測者間信度則以福中職能工作坊個案為對象。

#### 4. 研究倫理

本研究因隸屬於「建置無紙化職能治療評估平台」計劃下，因此使用該計劃資料通過臺北市立聯合醫院人體研究倫理審查委員會之審查，並以之通過的受試者同意書於文山職能工作坊、心湖職能工作坊及福中職能工作坊進行收案。每位



受試者皆在說明研究內容後取得其同意下簽署同意書，願意將其在精復機構之復健評量等相關紀錄用於協助建置無紙化職能治療平台使用。

## 5. 評估工具

經本研究第一階段及第二階段改良後的 M-CORES。

## 6. 研究程序

此階段的研究為前瞻性的 (prospective)、探索性 (exploratory) 的研究設計。評量者按照 M-CORES 使用說明對招募到的個案列入例行性評量，並於 2017 年的第一季 (2017/01-03) 執行，期間個案繼續從事社區復健、參與社區精復機構內的工作訓練及其它機構內的相關治療團體活動，並且不需特別針對評量配合的步驟參與。

另，於施測者間信度部分，則在福中職能工作坊專任職能治療師評量學員的同時，研究人員邀請該坊內的另一名職能治療師同時進行評量。這期間因涉及詢問個案評估項目之內容，因此，由研究人員協助安排評量同一個案的時間點，間隔為 2 天，以避免個案對 M-CORES 問題的短期記憶所導致的一致性偏高之偏誤。

## 7. 統計分析

描述性統計部份，以平均數、標準差及百分比等統計值描述收案樣本之人口學特性、M-CORES 題目的分數分布情形。

推論統計部份，信度分析比較 CORES 改良前後的內在一致性分數使用 Cronbach's  $\alpha$ ，並以 0.7 為可接受，0.9 為良好作為標準 (Tavakol & Dennick, 2011)。施測者間信度以福中職能工作坊收案的資料為代表，採用組內相關係數 (Intra-class Correlation Coefficient, ICC) 驗證，本研究使用之模型為隨機效應之二因子變異數分析，其公式為 ICC (1,2)，2 位施測者所得的平均值進行相關性之計算，ICC 值大於 0.8 為優良，介於 0.6 到 0.79 為良好 (Doros & Lew, 2010)。

本研究 M-CORES 其建構效度分析採用驗證型因素分析 (confirmatory factor analysis, CFA) 進行，用 4 個適配度 (goodness-of-fit) 指標確認是否 M-CORES 是否符合模式，包括：(1) 卡方值與自由度的比值 ( $X^2/df$ )， $X^2/df < 3.0$  表示適配度良

好。(2)比較適配指標 (comparative fit index, CFI),  $CFI > 0.95$  表示適配度良好。  
(3)Tucker-Lewis 適配度指數 (Tucker-Lewis Index),  $TLI > 0.95$  表示適配度良好。(4)  
漸進的誤差均方根 (root mean square error of approximation, RMSEA),  $RMSEA <$   
 $0.08$  表示適配度良好 (Schreiber, Nora, Stage, Barlow, & King, 2006)。

## 第四章 研究結果




### 第一節 第一階段：新增及修改 CORES 結果

專家會議分別於 2017 年 6 月 28 日、7 月 26 日、8 月 24 日、9 月 29 日，以及 10 月 27 日（附錄二）於三家社區精復機構輪流召開進行。CORES 附加之名稱從「臺北市立日間型精神復健機構市療職能復健評估綜合評量」正名為「臺北市立日間型精神復健機構□□職能工作坊職能復健評估綜合評量」（附錄三），總評量項目數自 35 題增加為 57 題（表四），各主要面向獨立計分。內容新增及修改說明分為六面向，如下：

1. **獨立生活功能**，研究者將「社區相關設施及資源之使用與運用」次面向之「使用項數」評量項目移除。
2. **休閒功能**，增加題數，並逐一修正評量項目使其具體化，並調整計分方式（「休閒環境瞭解程度」及「時間安排」），2 點計分增加為 3 點計分；「使用項數」因應實際觀察個案從事情形，更改為「執行項目」，選項中「遊車河」改為「兜風」，另增加選項「繪畫」、「寫作」和「其他」（治療師填寫）。
3. **職業功能**，分為二次面向「工作訓練內容」及「工作表現」進行增加及修改評量項目。「工作訓練內容」下增加評量項目，另加上「備註」（治療師自行補充），選項中增加「無」或「不適用」的選項；「工作表現」則針對個案臨床實際表現情形增加至 8 題評量項目，除了「實際參與」（5 點計分）及「提醒」（4 點計分），大部分項目之計分方式採用 3 點計分。
4. **社會功能**，評量項目原涵蓋「人際溝通」及「社會支持系統」二次面向，修改後將「社會支持系統」獨立成一主要面向。原內容中的「主動程度」及「適切性」具體化為治療師可觀察到的具體表現；「提醒」修正為「綜合表現」。計分多為 2 點計分；「口語表達內容」、「訊息理解能力」及「互動性」為 3 點計分；「綜合表現」則維持原 4 點計分方式。



- 
5. **社會支持系統**，獨立為一主要面向，依情感性、物質性的支持增加 6 題評量項目，除了「社區資源使用項數」及「家庭經濟狀況」，其他項目皆為 2 點計分。
6. **身心健康狀況**，分為二面向「生理狀態」及「精神狀態」，原「體適能」次面向修改為「生理狀態」。「生理狀態」部分，「協調」改為「動作協調」，「持續度」改為「體耐力」，並增加「身體質量指數」，5 點計分；「精神狀態」面向下增加「情緒管理」（3 點計分）、「病識感」（3 點計分）及「藥物服用訓練」（5 點計分）。

以上敘述整理細節詳見表五。

## 第二節 第二階段：實地測試 M-CORES 結果

研究人員根據 2 位治療師在施測期間遇到的問題進行 M-CORES 填答方式調整，並特別對於治療師評估期間使用**觀察**或**訪談**方式進行修改，之後做成 M-CORES 說明，包含：測驗設備、施測人員條件、評量方式及評量準則參考（附錄四）。M-CORES 格式則因應版面調整主要面向的順序，並依據獨立日常生活功能、休閒功能、身心健康狀況、職業功能、社會功能至社會支持系統的順序排列，刪除標準化評估結果之填寫頁面、將評估摘要框線縮小，增加學員、專管人員及專業人員簽章之空間，形成本次研究改良最終版的 M-CORES（附錄五）。

## 第三節 第三階段：M-CORES 之心理計量特性

### 1. 描述性統計分析結果

研究者招募 251 位個案，排除非思覺失調症診斷 60 位及未成年個案 1 位，篩選後共 190 位個案符合本研究收案標準。收案至評估期間，9 位個案因再入院、就業或其他因素結案退出本研究，最後治療師實際執行評量之個案為 181 位。其中男性 80 人 (44%)，三家精復機構個案人數分別為 63 人 (文山坊 35%)、63 人 (心湖坊 35%)、55 人 (福中坊 30%)，教育程度以高中職 83 人 (46%) 占的比例為高，多數未婚 (154, 85%)。年齡範圍介於 21 至 67 歲之間，平均年齡 42.2 歲 (標準差

=10.6)，發病年齡 21.8 歲（標準差=7.3），平均病程 20.4 年（標準差=9.5），在精復機構接受復健平均 3.8 年（標準差=3.4）。樣本描述詳表六。

三家社區精復機構職能治療師於 2017 年第一季（1-3 月）評量項目填答情形如表七所示。57 題評量項目中，多數評量項目之分數範圍為 3 點計分（0-4 分 4 題，0-3 分 10 題，0-2 分 23 題，0-1 分 16 題），評量項目休閒功能之「執行項數」、工作訓練內容之「參與項目」及社會支持系統之「社區資源使用項數」未限定計分，治療師根據學員在過去 30 天內從事的情形勾選參與項目及填寫數量。

大多數項目無漏答情形（39 題，總題數 57 題），但休閒功能主要面向下之評量項目「提醒」之漏答明顯，達 20%，其它項目之漏答率皆在 2% 以下。

## 2. 所有受試者之內在一致性結果

表七顯示 M-CORES 各主要面向之內在一致性結果，內在一致性可接受的面向有四：獨立生活功能 ( $\alpha=0.82$ )、休閒功能 ( $\alpha=0.76$ )、職業功能 ( $\alpha=0.87$ ) 以及社會功能 ( $\alpha=0.77$ )。其中獨立生活功能面向下的「環境整潔」次面向 ( $\alpha=0.91$ ) 有良好的內在一致性，低於可接受的面向二：身心健康狀況 ( $\alpha=0.36$ ) 與社會支持系統 ( $\alpha=0.14$ )。

與之前初步分析（表二）相比的結果整理成表八做為對照，獨立生活功能之社區使用次面向在移除「使用項數」評量項目後則內在一致性明顯增加（改良前  $\alpha=0.19$ ，改良後  $\alpha=0.69$ ），休閒功能（改良前  $\alpha=0.59$ ，改良後  $\alpha=0.76$ ）及社會功能（改良前  $\alpha=0.69$ ，改良後  $\alpha=0.77$ ）主要面向在增加評量項目後則內在一致性改善為可接受之程度，身心健康狀況則在增加評量項目後明顯降低（改良前  $\alpha=0.65$ ，改良後  $\alpha=0.36$ ），社會支持系統主要面向在增加評量題數至 6 題後仍低於可接受之範圍 ( $\alpha=0.14$ )。

## 3. 於福中職能工作坊執行之施測者間信度結果

原收案 30 人，診斷為思覺失調症，其中 1 人於收案後評量前因發病再入院，故採用之樣本數最後為 29 人。結果如表九，獨立日常生活功能、職業功能及身心

健康狀況為之 ICC 值分別為 0.92、0.94 和 0.86，達到優良；休閒功能、社會功能及社會支持系統之 ICC 值分別為 0.79、0.71 及 0.77，達到良好。唯獨立日常生活功能面向下之「生活規律」及「飲食」次面向之 ICC 值為差，分別為 0.53 及 0.51。

#### 4. 驗證型因素分析結果

本研究採用卡方值與自由度的比值、漸進誤差均方根、比較適配度指標及標準化殘差均方根進行第一階之驗證型因素分析。研究者考量分析的樣本數(181 人)較少，因此，將二分類之相似概念的評分項目合併，縮減變項，包含：(1)獨立生活功能面向下之財務的「管理」與「保管」、(2)飲食的「購買」與「烹飪」、(3)身心健康狀況面向下的精神狀態之「症狀」和「門診」、(4)社會功能中的「互動距離」、「表情」、「肢體動作」和「互動頻率」以及(5)社會支持系統面向下的「家庭支持度」、「朋友支持度」、「治療性關係」和「參與支持性團體」。而「社區資源使用的瞭解程度」因無可合併之項目，因此刪除此選項，後合併成 47 個項目進行分析，結果如表十所示， $\chi^2/df=2.83$ ，符合良好之適配度，其他整體適配度指標 SRMR (0.14)與 RMSEA (0.09)以及比較適配度指標 (CFI=0.53)未符合良好之適配度。進一步分析評量項目之因素負荷量(表十一)介於 0.5 至 0.95 的評量項目有獨立生活功能面向下的「環境整潔」子面向、「社區使用」項目、休閒功能主要面向、職業功能面向下的工作訓練及工作表現之「目標工作頻率」、「考核獎勵」、「主度程度」、「持續度」、「參與頻率」、「工作出席率」及「提醒」、社會功能面向、社會支持系統面向下之「社區資源使用」，共計 22 個項目。

再採用另一種合併相似概念的題目方法，研究者將主要面向下有分類的子面向分數自行合併進行再次分析，合併則包含：獨立日常生活功能的 6 個子面向、身心健康狀況的 2 個子面向和職業功能的 2 個子面向，刪除計分無特定計分之社區支持系統面向下的「社區資源使用」，則比較適配度指標 CFI 數值增加為 0.75，結果仍同第一次分析，多數適配度指標數值無符合。因素負荷量結果見表十二，因素負荷量較多的有獨立生活功能面向下之環境整潔、財務管理、飲食和社區使

用子面向，另休閒功能、職業功能及多數社會功能多數評量項目符合理想值。

依 47 個項目分析結果，研究者篩選因素負荷量大於 0.5 之項目 22 題再進行驗證，結果卡方與自由度比值為 2.16 符合良好適配度，漸進誤差均方根 0.09 未符合良好之適配度，比較適配度指標增加 (CFI=0.87)，但未符合良好適配度，標準化殘差均方根 (SRMR=0.10) 適配度不佳。



## 第五章 討論

本研究為臺北市立聯合醫院松德院區社區精復機構首次針對例行性評量工具進行改良及驗證。CORES 經過第一與第二階段改良後建立 M-CORES 的表面效度與內容效度。三家社區精復機構（文山職能工作坊、心湖職能工作坊及福中職能工作坊）即有共同的評估工具及統一的評量標準。此將促進 M-CORES 於病歷紀錄的一致性，建立共通的個案資料，作為專業間溝通之依據（黃千瑀等人，2015），機構間比較社區個案評估結果時將可減少誤差，確保介入品質（蕭小菁等人，2000）。

第三階段驗證 M-CORES 心理計量特性後，在信度方面，多數面向（獨立生活功能、休閒功能、職業功能、社會功能）在增加及修改評量項目後同質性增加，Cronbach'  $\alpha$  達 0.7 以上。施測者間信度表現良好；然建構效度方面，其適配度仍不足，此代表 M-CORES 之效度不佳，建議被刪除或修改評量項目。探討分析結果的影響因素，其內容中尤以「身心健康狀態」及「社會支持系統」面向值得提出討論，因為在新增及修改量表後，此二面向表現的同質性皆偏低，將項目合併進行因素分析結果，其因素負荷量亦極低，根據上述則可分為內在一致性、施測者間信度及建構效度進行討論。

### 第一節 內在一致性

多數主要面向（獨立生活功能、休閒功能、職業功能及社會功能）內在一致性可接受，唯「社會支持系統」和「身心健康狀態」在增加題目後變差。

「社會支持系統」方面，推測因題目設計不佳，導致  $\alpha$  值差。資料顯示接近 90% 的思覺失調症個案「家庭支持度」良好、工作坊專業人員的支持中「治療性關係」評為良好，90% 以上的學員「家庭經濟狀況」屬小康。細分析原因，個案轉介到社區精復機構之初，專業人員（職能治療師、社工師、護理師及專任管理員）即須

掌握個案在各功能面向，且須請其簽署該精復機構之服務同意書後才進行收案，此亦代表該機構之思覺失調症個案應有一定程度的家庭支持系統及復健配合度。另一原因則為二分類選項及多數評量項目皆外在層面支持（物質、人際、訊息）的題目方向，因而忽略個案感受到的情緒支持層面之差異。

「身心健康狀態」面向則推測應與個案穩定度相關，導致樣本變異性低， $\alpha$ 值差。仔細檢視個案於量表評量資料，推測與個案在坊平均復健時間（平均 3.8 年 $\pm$ 3.4 年）相關，大多數個案評量在此面向功能整體表現穩定。其中，生理狀態方面「動作協調」及「體耐力」表現平均分數均接近尚可，「身體質量指數」多為輕度肥胖至過重/過輕；精神狀態表現多數個案無明顯症狀影響，全數皆定期回「門診」，「情緒管理」平均而言偏向穩定。「病識感」部分則多數落在部分到有之間，藥物服用訓練則多數個案在第五階（自行服藥及回診）。過去研究曾追蹤思覺失調症個案出院後接受社區復健中心時間及醫療資源使用的相關性發現，接受約 1 年的社區復健則與僅接受 3 個月社區復健或僅在門診追蹤的個案相比，在結束治療後 2 年內之精神醫療使用費用相對為低（吳希文、楊銘欽，2011；吳希文、楊銘欽，2012），因此個案於社區精復機構穩定接受復健時，生理狀態及心理狀態評量項目之計分相似。

## 第二節 施測者間信度

M-CORES 之施測者間信度顯示為良好，各面向之 ICC 值皆大於 0.70，顯示不同施測者對於同一個案的評量表現一致性高。研究者推測施測治療師對機構內的個案皆有一定程度之瞭解，另本研究在初始個案的篩選上必須在精復機構內已接受 4 週以上之復健，且施測者皆在同一精復機構內工作，所以評量個案過去 30 天內的情形的結果一致性相對為高。

### 第三節 建構效度




本研究採用驗證型因素分析結果顯示適配度不足，由於建構效度不理想，臨床實務尚不適用。研究人員在刪除因素負荷量低的主要面向「社會支持系統」及「身心健康狀態」後，適配度仍不佳。因素負荷量低的主要面向進行討論如下：

「社會支持系統」部分，由於機構內之個案 90% 以上經濟為小康，且家庭支持度 90% 以上為良好，因此無法有效評量個案的社會支持系統。我們或許應從心理情緒支持層面的評量項目著手，當以治療師的觀點評量其與個案的關係良好時，研究者卻忽略此計分是否與個案的看法一致。過去針對有效職能治療師特質探討（劉麗婷，2005）發現治療師與個案觀點有差異，當治療師認為治療關係與專業能力是重要的同時，個案與家屬反而重視治療師的耐心、愛心和敏銳發現問題的能力，因此，治療師須再額外考量個案的情緒支持上的感受。

「身心健康狀況」方面則發現本研究對象之平均年齡（42.2 歲±10.6 年）已相對 10 年前收案的社區精復機構思覺失調症個案（平均 34.6 歲±9.9 年）（吳希文、楊銘欽，2012）明顯增加，所以個案的生理、心理健康隨著年齡增長評估關注的焦點須被調整。以藥物治療方面為例，醫師開立處方後須考量到個案的生理狀態，例如：心血管疾病、糖尿病監控或副作用影響，有更多理學的監測（Jalenques, Ortega, Legrand, & Auclair, 2016）。因此，年長的思覺失調症個案介入有所不同（Berry & Barrowclough, 2009），M-CORES 此面向之相關評量項目上應須被調整。

### 第四節 研究限制

本研究限制有三：首先是改良過程受限於時間，對照一般量表的編製步驟（姚開屏、陳坤虎，1998）而言明顯較少。研究人員確定 CORES 需要改良後，從擬定量表架構、新增及修改量表的題目、預試、題目分析、修正、信度、效度、交叉驗證、常模建立到評量手冊的編寫的過程中。為使研究得以順利進行，因此僅大



致執行了幾項步驟，包含：擬定 M-CORES 內容架構、新增及修改題目、預試、修正、編寫評量說明手冊及信效度驗證。實際缺少細節的調整，量表雖是各面向獨立計分卻少了範圍分數的評量等級說明；各面向評量题目的比重不一致，使得 M-CORES 難以在每個面向皆能詳實呈現個案功能表現；再者經過預試但尚未再深入瞭解題目之優劣，僅能做到改良後初始的信效度驗證，目前尚未有後續修改及交叉驗證階段。

二是樣本代表性不足。本研究僅在臺北市特定三家社區精復機構蒐集量表改良後的評量紀錄，所以信效度分析結果難以類化至臺北市以外的其他縣市。


三是 M-CORES 缺少以個案為中心的觀點進行評量。本研究在改良過程中，研究者偏重多數臨床專家的實務經驗及臨床使用之便利性，因此，欠缺以個案觀點衡量評量項目用於社區思覺失調症個案的合適性，可能因此致使 M-CORES 在「身心健康狀況」及「社會支持系統」面向之建構效度不佳。

## 第五節 未來研究建議及臨床應用

本研究目的為新增及修改 CORES 評量項目，並驗證改良後該量表應用於社區思覺失調症個案例行評估之信效度表現。結果顯示 M-CORES 之建構效度尚不足。建議未來繼續其信效度之研究時，信度方面可增加再測信度之驗證。效度部分則可刪除「身心健康狀況」及「社會支持系統」面向之評量項目後，蒐集資料再驗證，或繼續該面向評量項目之修改使其適用於社區精復機構之思覺失調症個案，符合個案於此面向真正需要被評估之功能表現。

M-CORES 建構效度之驗證，後續研究者可考慮個別驗證每一向度之單向度組成。因為 M-CORES 之向度組成，來源多元複雜，除了參考 COTE，另依據醫療人員經驗與精神復健機構設置標準及評鑑基準。據此 M-CORES 之向度組成，偏向於個別向度單獨組成，而非有整體潛在特質影響所有向度。若每一向度之單向度組成良好，亦可形成適用於精復機構之整體/綜合功能量表。





再者，本研究隸屬於「建置無紙化職能治療評估平台」計畫，因此使用建置於平板電腦或桌上型電腦之應用程式，則有助於職能治療師於社區精復機構中使用的便利性並且提升評估之效能，亦有利於評量資料的蒐集與統整。後續應用上，可更進一步透過應用程式分析個案在 M-CORES 評量紀錄中各個面向功能於每一季例行評估的表現變化，以利臨床人員快速、精準掌握個案之功能變化。未來宜接軌電子病歷系統，以建構醫療大數據，將可協助治療師容易掌握社區精復機構內所有思覺失調症個案復建情形，更快擬定下一步介入計畫，提升職能治療效能與品質。

## 第六章 結論

M-CORES 應用於社區思覺失調症個案有良好的施測者間信度與可接受的量表內在一致性。然而建構效度不佳，研究者建議將「身心健康狀況」和「社會支持系統」面向刪除，亦或修改評量項目內容，再驗證之，使之應用於社區思覺失調症個案復健期間可有效評量其整體功能表現。



## 參考文獻



中央健康保險署(2017)。全民健康保險重大傷病證明有效領證統計表。臺北市：衛生福利部。

吳希文、王勝輝、李秉家、謝清麟、李柏森(2010)。國內公立療養院職能治療部門對精神分裂病患評估量表的使用狀況及心理計量特性探討。臺灣職能治療研究與實務雜誌，6，25-36。doi:10.6534/jtotrp.2010.6(1).25

吳希文、楊銘欽(2011)。社區復健中心服務對精神分裂症病患後續醫療利用之影響。台灣公共衛生雜誌，30，422-435。doi:10.6288/TJPH2011-30-05-02

吳希文、楊銘欽(2012)。精神分裂症病患三種社區精神復健模式之醫療利用分析。臺灣職能治療研究與實務雜誌，8，1-14。  
doi:10.6534/jtotrp.2012.8(1).01

邱淑貞、蕭淑貞(2008)。社區精神分裂病患家庭功能與自我照顧之相關性。中華公共衛生雜誌，17，206-213。

林靜蘭、熊秉荃(2005)。社區中精神分裂症病患的社會技能訓練。臺灣精神醫學，19，192-203。

胡海國(2002)。精神分裂症之社區流行病學。當代醫學，717-727。

姚開屏(1988)。淺談信度與效度。職能治療學會雜誌，6，51-54。  
doi:10.6594/jtota.1988.06.08

姚開屏(1996)。從心理計量的觀點看測量工具的發展。職能治療學會雜誌，14，v-xxi。doi:10.6594/JTOTA.1996.14(1).09

姚開屏、陳坤虎(1998)。如何編製一份問卷以：以“健康相關生活品質”問卷



- 為例。職能治療學會雜誌，16，1-24。doi:10.6594/JTOTA.1998.16.01
- 高麗芷、周美華（2004）。臺北市社區精神復健中心。北市醫學雜誌，1，503-511。doi:10.6200/TCMJ.2004.1.4.17
- 高麗芷、葉英堃、林民裕、褚增輝、周美華、梨曉鶯（1981）。職能治療綜合評量表之設計。中華心理學刊，23，1-7。
- 黃千瑀（2016）。工作坊職能治療病歷紀錄之改良。105年臺北市立聯合醫院松德院區職能治療科學術研討會提升思覺失調症個案職能治療評估之效能：理論與實務之報告，台北。
- 黃千瑀、賴冠宇、唐世芬、陳安如、陳明輝、李淑君、謝清麟（2015）。職能治療病歷功能之重要性與達成度調查。職能治療學會雜誌，33，206-221。doi:10.6594/JTOTA.2015.33(2).05
- 黃宗正、劉智民、劉震鐘、謝明憲、簡意玲、胡海國（2011）。精神分裂症的臨床與精神病理。台灣醫學，15，365-374。doi:10.6320/FJM.2011.15(4).04
- 黃曼聰、陳威勝、陳芝萍（2009）。精神健康職能治療：理論與實務。臺北市：五南圖書出版股份有限公司。
- 黃瑞琦（2001）。社區精神分裂症病患之病識感、社會支持與生活適應。高雄醫學大學護理研究所學位論文，未出版，高雄市。
- 精神復健機構評鑑基準—日間型精神復健機構（2015）。  
[http://www.mohw.gov.tw/CHT/DOMHAOH/DM1\\_P.aspx?f\\_list\\_no=182&fod\\_list\\_no=5104&doc\\_no=48867](http://www.mohw.gov.tw/CHT/DOMHAOH/DM1_P.aspx?f_list_no=182&fod_list_no=5104&doc_no=48867).
- 劉麗婷、池昭芬、顏維貞、鍾麗英、陳詞章、江愛華、潘瓊琬（2005）。有效能職能治療師特質之探討。職能治療學會雜誌，23，114-127。

doi:10.6594/JTOTA.2005.23.09

衛生福利部統計處 (2013)。民國 102 年門、住診合計 (包括急診) 患者總人數。

台北市：衛生福利部。

衛生福利部統計處 (2016)。身心障礙者人數報表。台北市：衛生福利部。

蕭小菁、潘瓊琬、鐘麗英、呂淑貞 (2000)。台灣精神科職能治療評估工具的現況調查。《職能治療學會雜誌》，18，19-32。doi:10.6594/JTOTA.2000.18.03

謝佳容、蕭淑貞 (2006)。台灣社區精神復健機構的服務現況與展望。《精神衛生護理雜誌》，1，45-54。

謝清麟、陳官琳 (2011)。評估的基本概念。在薛漪平 (主編)，*生理疾病職能治療學 I 評估理論與技巧*。臺北市：禾楓書局。

Aubin, G., Stip, E., Gélinas, I., Rainville, C., & Chapparo, C. (2009). Daily activities, cognition and community functioning in persons with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 107, 313-318.

Backman, C. L. (2004). Occupational balance: Exploring the relationships among daily occupations and their influence on well-being. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 71, 202-209.

Bae, S.-M., Lee, S.-H., Park, Y.-M., Hyun, M.-H., & Yoon, H. (2010). Predictive factors of social functioning in patients with schizophrenia: exploration for the best combination of variables using data mining. *Psychiatry Investigation*, 7, 93-101.

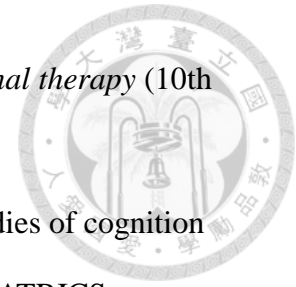
Beels, C. C. (1981). Social Support and Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 7, 58-72.  
doi:10.1093/schbul/7.1.58

Berry, K., & Barrowclough, C. (2009). The needs of older adults with schizophrenia: Implications for psychological interventions. *Clinical Psychology Review*, 29,

68-76. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2008.09.010>



- Brayman, S. J., Kirby, T. F., Misenheimer, A. M., & Short, M. (1976). Comprehensive occupational therapy evaluation scale. *American Journal of Occupational Therapy*, 30, 94-100.
- Christiansen, C., & Townsend, E. (2010). *Introduction to Occupation: The Art of Science and Living, 2nd Edition* (2nd ed.). Cranbury, NJ: Pearson Education.
- Cole, M. B. (2012). *Group dynamics in occupational therapy: The theoretical basis and practice application of group intervention* (4th ed.): Slack Thorofare, NJ.
- Craik, C., Chacksfield, J. D., & Richards, G. (1998). A survey of occupational therapy practitioners in mental health. *British Journal of Occupational Therapy*, 61, 227-234.
- Creek, J., & Bullock, A. (2008). Assessment and outcome measurement. In J. Creek & L. Lougher (Eds.), *Occupational therapy and mental health* (4th ed., pp. 81-108): Elsevier Health Sciences.
- Daniel B. Fisher. (1994). Health Care Reform Based on an Empowerment Model of Recovery by People With Psychiatric Disabilities. *Psychiatric Services*, 45, 913-915. doi:10.1176/ps.45.9.913
- Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. (2013). American Psychiatric Pub.
- Doros, G., & Lew, R. (2010). Design based on intra-class correlation coefficients. *American Journal of Biostatistics*, 1, 1-8.
- Elgie, R., & Morselli, P. L. (2007). Social functioning in bipolar patients: the perception and perspective of patients, relatives and advocacy organizations – a review. *Bipolar Disorders*, 9, 144-157. doi:10.1111/j.1399-5618.2007.00339.x
- Finlay, L. (2004). *The practice of psychosocial occupational therapy*: Nelson Thornes.
- Giles, G. M. (2003). Section VIII: Stress and Management. In E. B. Crepeau, E. S. Cohn,



- & B. A. B. Schell (Eds.), *Willard and Spackman's occupational therapy* (10th ed.): Lippincott Williams & Wilkins.
- Green, M. F., Kern, R. S., & Heaton, R. K. (2004). Longitudinal studies of cognition and functional outcome in schizophrenia: implications for MATRICS. *Schizophrenia Research*, *72*, 41-51.
- Harvey-Krefting, L. (1985). The Concept of Work in Occupational Therapy: A Historical Review. *American Journal of Occupational Therapy*, *39*, 301-307.  
doi:10.5014/ajot.39.5.301
- Hausswolf- Juhlin, V., Bjartveit, M., Lindström, E., & Jones, P. (2009). Schizophrenia and physical health problems. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *119*, 15-21.
- Heller, K., Swindle, R. W., & Dusenbury, L. (1986). Component social support processes: Comments and integration. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *54*, 466.
- Hobart, J. C., Lamping, D. L., & Thompson, A. J. (1996). Evaluating neurological outcome measures: the bare essentials. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, *60*, 127-130.
- Iwasaki, Y., Coyle, C., Shank, J., Messina, E., Porter, H., Salzer, M., . . . Koons, G. (2014). Role of Leisure in Recovery From Mental Illness. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, *17*, 147-165. doi:10.1080/15487768.2014.909683
- Iwasaki, Y., Coyle, C. P., & Shank, J. W. (2010). Leisure as a context for active living, recovery, health and life quality for persons with mental illness in a global context. *Health Promotion International*, *25*, 483-494.  
doi:10.1093/heapro/daq037
- Jalenques, I., Ortega, V., Legrand, G., & Auclair, C. (2016). Psychiatrists' decision making and monitoring of antipsychotic prescription for elderly schizophrenia patients. *L'Encephale*, *42*, 124-129.



- Jon, F. (2008). Community mental health. In J. Creek & L. Lougher (Eds.), *Occupational therapy and mental health* (4th ed., pp. 489-512): Elsevier Health Sciences.
- Joseph, J., Kremen, W. S., Franz, C. E., Glatt, S. J., van de Leemput, J., Chandler, S. D., ... Twamley, E. W. (2017). Predictors of current functioning and functional decline in schizophrenia. *Schizophrenia Research*.  
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.01.038>
- Kelly, S. M., O'Grady, K. E., Schwartz, R. P., Peterson, J. A., Wilson, M. E., & Brown, B. S. (2010). The relationship of social support to treatment entry and engagement: The Community Assessment Inventory. *Substance Abuse, 31*, 43-52.
- Laver-Fawcett, A. (2013). Assessment, evaluation, and outcome measure. In E. Cara & A. MacRae (Eds.), *Psychosocial occupational therapy: an evolving practice* (3rd ed., pp. 600-636): Delmar Cengage Learning.
- Law, M. (1987). Measurement in Occupational Therapy: Scientific Criteria for Evaluation. *Canadian Journal of Occupational Therapy, 54*, 133-138.  
doi:doi:10.1177/000841748705400308
- Law, M. (1993). Evaluating Activities of Daily Living: Directions for the Future. *American Journal of Occupational Therapy, 47*, 233-237.  
doi:10.5014/ajot.47.3.233
- Lenior, M. E., Dingemans, P. M. A. J., Linszen, D. H., De Haan, L., & Schene, A. H. (2001). Social functioning and the course of early-onset schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry, 179*, 53-58. doi:10.1192/bjp.179.1.53
- Lipskaya, L., Jarus, T., & Kotler, M. (2011). Influence of cognition and symptoms of schizophrenia on IADL performance. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy, 18*, 180-187.



Lu, L., & Argyle, M. (1994). Leisure satisfaction and happiness as a function of leisure activity. *The Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, 10, 89-96.

Lysaker, P. H., & Davis, L. W. (2004). Social function in schizophrenia and schizoaffective disorder: Associations with personality, symptoms and neurocognition. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2, 15.  
doi:10.1186/1477-7525-2-15

MacRae, A., & Andonian, L. (2013). Schizophrenia. In E. Cara & A. MacRae (Eds.), *Psychosocial Occupational Therapy: An Evolving Practice* (3rd ed., pp. 192-220): Delmar, Cengage Learning.

Marwaha, S., & Johnson, S. (2004). Schizophrenia and employment. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 337-349. doi:10.1007/s00127-004-0762-4

Minato, M., & Zemke, R. (2004). Time use of people with schizophrenia living in the community. *Occupational Therapy International*, 11, 177-191.

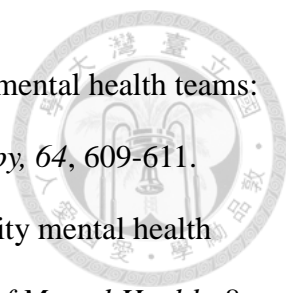
Morse, N. C., & Weiss, R. S. (1955). The Function and Meaning of Work and the Job. *American Sociological Review*, 20, 191-198. doi:10.2307/2088325


Nakanishi, M., Setoya, Y., Kodaka, M., Makino, H., Nishimura, A., Yamauchi, K., . . . Yukumi, H. (2007). Symptom dimensions and needs of care among patients with schizophrenia in hospital and the community. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 61, 495-501.

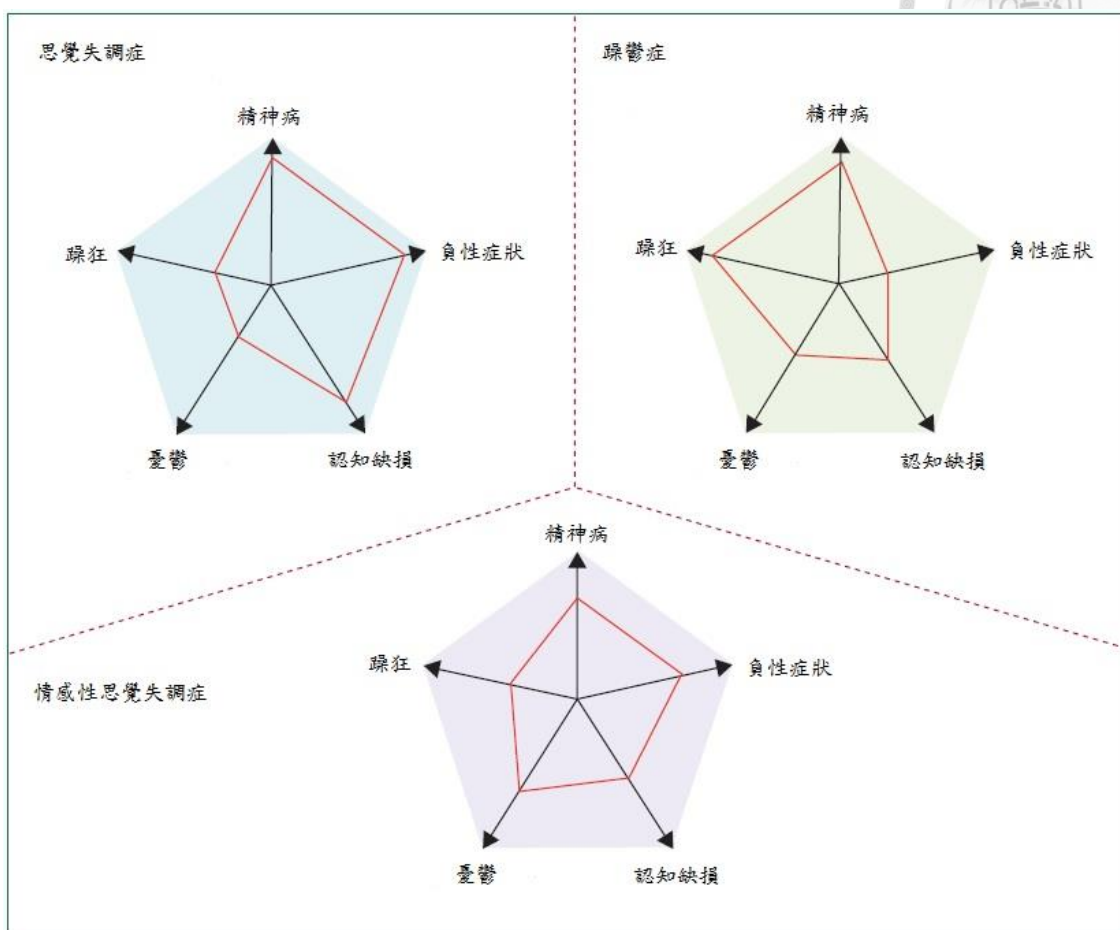
Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process (3rd Edition). (2014). *American Journal of Occupational Therapy*, 68, S1-S48.  
doi:10.5014/ajot.2014.682006

Ouyang, W.-C. (2013). The Changes of Diagnostic Criteria of Schizophrenia in DSM-5. *Taiwanese Newsletter of DSM-5*, 3, 12-18.

Parham, L. D., & Fazio, L. S. (1997). *Play in occupational therapy for children*. St. Louis, MO: Mosby.

- 
- Parker, H. (2001). The role of occupational therapists in community mental health teams: Generic or specialist? *British Journal of Occupational Therapy*, 64, 609-611.
- Peck, E., & Norman, I. J. (1999). Working together in adult community mental health services: exploring inter-professional role relations. *Journal of Mental Health*, 8, 231.
- Perkins, R., & Rinaldi, M. (2002). Unemployment rates among patients with long-term mental health problems. *The Psychiatrist*, 26, 295-298. .  
doi:10.1192/pb.26.8.295
- Polgar, J. M. (2003). Critiquing assessments In E. B. Crepeau, E. S. Cohn, & B. A. B. Schell (Eds.), *Willard and Spackman's occupational therapy* (10th ed., pp. 299-312). Baltimore, MD: Lippincott Williams & Wilkins.
- Prins, J. T., Hoekstra-Weebers, J. E. H. M., Gazendam-Donofrio, S. M., Van De Wiel, H. B. M., Sprangers, F., Jaspers, F. C. A., & van der Heijden, F. M. M. A. (2007). The role of social support in burnout among Dutch medical residents. *Psychology, Health & Medicine*, 12, 1-6. doi:10.1080/13548500600782214
- Roick, C., Fritz-Wieacker, A., Matschinger, H., Heider, D., Schindler, J., Riedel-Heller, S., & Angermeyer, M. C. (2007). Health habits of patients with schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42, 268-276.  
doi:10.1007/s00127-007-0164-5
- Shepperd, G. (1986). Social skills training and schizophrenia. *Handbook of social skills training: clinical applications and new directions*, 9-37.
- Shimitras, L., Fossey, E., & Harvey, C. (2003). Time use of people living with schizophrenia in a North London catchment area. *British Journal of Occupational Therapy*, 66, 46-54.
- Siporin, S. (1999). Help wanted: Supporting workers with developmental disabilities. *OT PRACTICE*, 4, 18-25.

- 
- Tarrier, N., & Barrowclough, C. (1990). Social functioning in schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 25, 130-131.
- Tavakol, M., & Dennick, R. (2011). Making sense of Cronbach's alpha. *International Journal of Medical Education*, 2, 53.
- U. S. Department of Health and Human Services, N. I. o. H., National Institute of Mental Health. (2015). *schizophrenia*. (NIH Publication No. 15-3517). Bethesda, MD: U.S. Government Printing Office.
- van Os, J., & Kapur, S. (2009). Schizophrenia. *Lancet*, 374, 635-645.  
doi:10.1016/S0140-6736(09)60995-8
- Vancampfort, D., Probst, M., Scheewe, T., Maurissen, K., Sweers, K., Knapen, J., & De Hert, M. (2011). Lack of physical activity during leisure time contributes to an impaired health related quality of life in patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 129, 122-127.
- Whalley Hammell, K. R. (2013). Client-centred practice in occupational therapy: Critical reflections. *Scandinavian journal of occupational therapy*, 20, 174-181.  
doi:10.3109/11038128.2012.752032
- WHO. (2006). Constitution of the World Health Organization. 45th Retrieved from [http://www.afro.who.int/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=19&Itemid=2111WHO2006](http://www.afro.who.int/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=19&Itemid=2111WHO2006)
- Yerxa, E. J. (1994). Dreams, dilemmas, and decisions for occupational therapy practice in a new millennium: An American perspective. *American Journal of Occupational Therapy*, 48, 586-589.



圖一、精神疾病的分類方式

註：結合分類及精神病理表現面向診斷出的三種假設典型精神疾病。

翻譯自“Schizophrenia,” by J. van Os, K. Kapur, 2009, *Lancet*, 374, p.637.

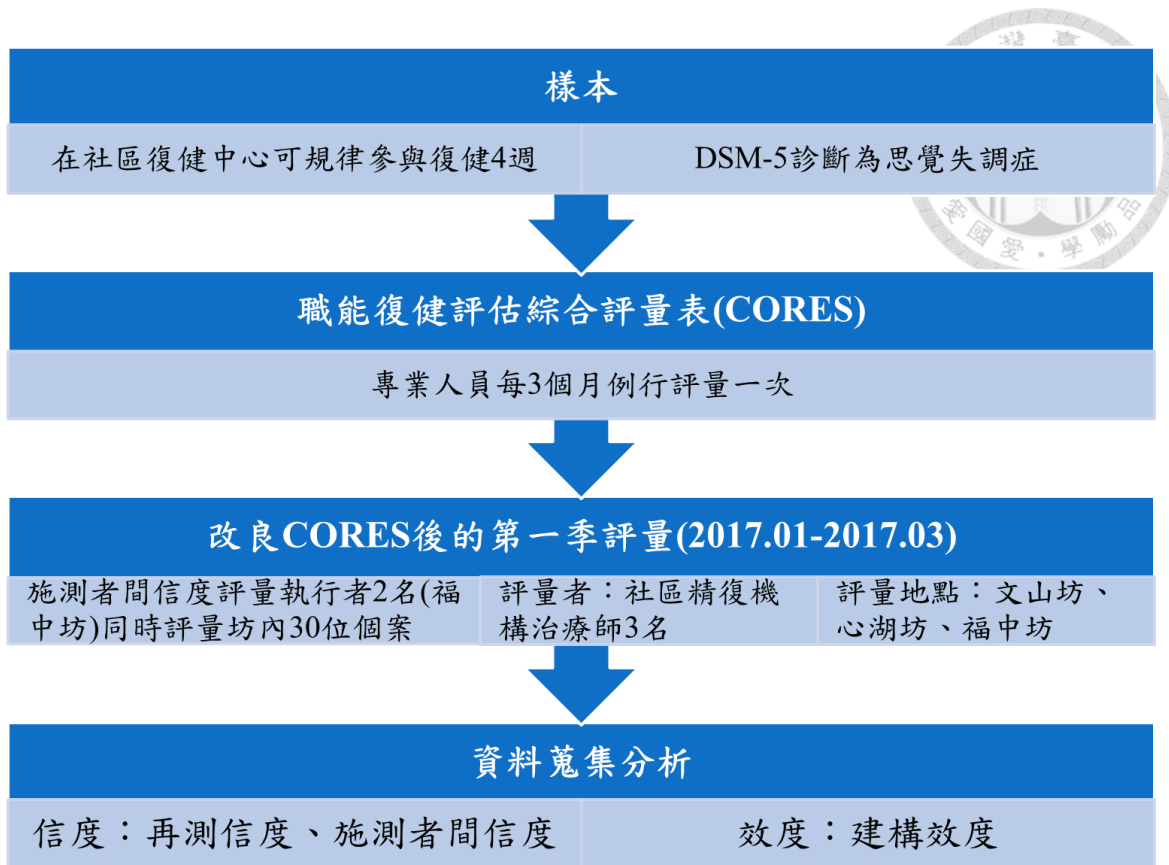
doi:10.1016/S0140-6736(09)60995-8

# CORES改良流程



12

圖二、CORES 改良流程



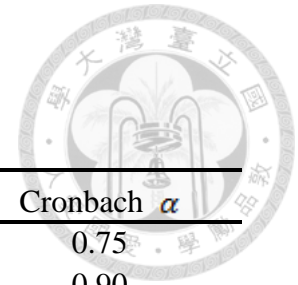
圖三、M-CORES 心理計量特性驗證流程

表一、職能復健評估綜合評量表內容



綜合評量評估架構				
主領域	次領域	項目	內容	
獨立生活功能	個人衛生清潔	3	儀容、異味	提醒
	環境整潔	3	主動程度、整齊度	提醒
	生活規律	2	出席天數	提醒
	財務管理	3	保管、運用	提醒
	飲食	4	購買、烹飪、善後	提醒
	社區使用	2	瞭解程度、使用項數	提醒
休閒功能	休閒安排	3	瞭解程度、安排、執行項數	提醒
職業功能	工作訓練	3	主動程度、頻率、參與項目	提醒
社會功能	人際溝通	2	主動程度、適切性	提醒
社會支持系統	社會支持系統	1	關係	
身心健康狀況	體適能	2	協調、持續度	
	精神狀態	2	症狀、門診	

表二、CORES 初步信度及效度分析結果



主領域	次領域	項目	Cronbach $\alpha$
獨立生活功能 (0.85)	個人衛生清潔	3	0.75
	環境整潔	3	0.90
	生活規律	2	0.79
	財務管理	3	0.70
	飲食	4	0.58
休閒功能(0.59)	社區使用	2	0.19
	休閒安排	3	0.59
職業功能(0.86)	工作訓練	3	0.86
社會功能(0.69)	人際溝通	2	0.76
社會支持系統(X)	社會支持系統	1	X
身心健康狀況 (0.65)	體適能	2	0.85
	精神狀態	2	X

主領域	次領域	項目	內容	
獨立生活功能	個人衛生清潔	3	儀容、異味	提醒
	環境整潔	3	主動程度、整齊度	提醒
	財務管理	3	保管、運用	提醒
	飲食	4	購買、烹煮、善後	提醒
	人際溝通	2	主動性、適切性	提醒
	體適能	2	協調、持續度	
	精神狀態	2	症狀、門診	
休閒功能	休閒安排	3	瞭解程度、安排、執行項數	提醒
	社區使用	2	瞭解程度、使用項數	提醒
職業功能	工作訓練	3	主動程度、頻率、參與項目	提醒
	生活規律	2	出席天數	提醒
社會支持系統	社會支持系統	1	關係	

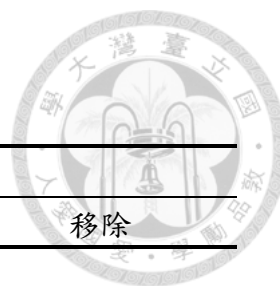


表三、修改及新增的評估項目

修改及新增的評量項目		
領域	原有項目	新增評量項目(評量選項)
<b>休閒功能</b>		
	1. 瞭解程度	1. 主動性(被動、半主動、主動)
	2. 安排	2. 規律性(規律、不規律)
	3. 執行項數	3. 時間安排 (過多或過少、適中)
<b>職業功能</b>		
	1. 主動程度	1. 做事效率(有效率、無效率)
	2. 頻率	2. 工作品質(粗糙、普通、良好)
	3. 參與項目	3. 規律性(常請假、偶爾請假、不會請假)
		4. 責任感(敷衍、馬虎、偶而提醒、認真(多獨立、偶提醒)、獨立)
		5. 協助程度(大量協助、中等協助、少量協助)
		6. 工作複雜性(極簡單(重複、簡單)、普通(重複性多)、普通(可照樣版)、複雜(具體複雜)、複雜(須計畫性))
		7. 挫折忍受度(拒絕、逃避、不斷尋求協助、主動尋求協助、自己解決)
		8. 工作目標(不切實際、誇大、部分達成、可達成)
<b>社會功能</b>		
	1. 主動程度	1. 互動頻率(頻繁、中等、偶爾)
	2. 適切性	2. 情緒管理(穩定、偶爾不穩、易怒)
		3. 是否表達困難 (很少、普通、良好)
		4. 理解困難(很少、普通、良好)
<b>社會支持系統</b>		
	1. 關係	1. 治療性關係(待建立、建立中、關係良好)
		2. 環境友善程度(不友善、普通、良好)
		3. 經濟支持(缺乏、尚可、充足)
		4. 資源取得(缺乏、尚可、充足)
<b>身心健康狀況</b>		
	1. 協調	1. 菸酒習慣(過量、適中)
	2. 持續度	2. 活動量(過多/過少、適中)
	3. 症狀	
	4. 門診	

表四、CORES 新增及修改題數前後對照

主領域	次領域新增及修改		項目新增及修改	
	前	後	前	後
獨立生活功能	個人衛生儀容	個人衛生儀容	3	3
	環境整潔	環境整潔	3	3
	生活規律	生活規律	2	2
	財務管理	財務管理	3	3
	飲食	飲食	4	4
	社區使用	社區使用	4	3
休閒功能	無	無	4	5
職業功能	工作訓練	工作訓練內容	3	4
		工作表現	1	8
社會功能	無	無	3	8
社會支持系統	無	無	1	6
身心健康狀況	體適能	生理狀態	2	3
	精神狀態	精神狀態	2	5
總題數			35	57



表五、項目新增及修改情形

主領域	項目新增及修改			
	次領域	新增	修改	移除
<b>獨立生活功能</b>				
	個人衛生儀容	—	—	—
	環境整潔	—	—	—
	生活規律	—	—	—
	財務管理	—	—	—
	飲食	—	—	—
	社區使用	—	—	使用項數
	<b>休閒功能</b>	時間安排、主動性	瞭解程度(改 <b>休閒環</b> <b>境瞭解程度</b> )	安排
	<b>職業功能</b>			
	工作訓練→ <u>工作訓練內容</u>	整體可勝任項目之複 雜行、工作訓練考核獎 勵、備註	—	主動程度、提醒
	工作表現	工作速度、工作品 質、挫折忍受度、主 動程度、工作持續 度、實際參與、工作 出席率、提醒	—	—
	<b>社會功能</b>	互動距離、表情、肢 體動作、口語表達內 容、訊息理解能力、 互動頻率	主度程度(改 <b>互動</b> <b>性</b> )、提醒(改 <b>綜合表</b> <b>現</b> )	適切性
	<b>社會支持系統</b>	家庭支持度、朋友支 持度、治療性關係、 參與支持團體、家庭 經濟狀況、社區資源 使用項數	—	關係
	<b>身心健康狀況</b>			
	體適能→ <u>生理狀態</u>	身體質量指數	協調性(改 <b>動作協</b> <b>調</b> )、持續度(改 <b>體耐</b> <b>力</b> )	—
	精神狀態	情緒管理、病識感、 藥物服用訓練	—	—

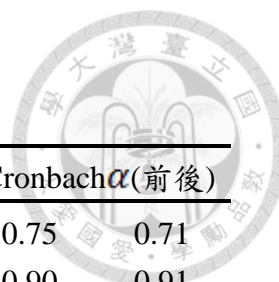
表六、樣本資料描述

變項	分類	人數(n=181)	百分比	平均(標準差)
性別	男性	80	44%	
	女性	101	56%	
個案來源	文山坊	63	35%	
	心湖坊	63	35%	
	福中坊	55	30%	
教育程度	小學	6	3%	
	國中	19	10%	
	高中職	83	46%	
	大專院校	67	37%	
	研究所	5	3%	
	遺漏值	1	1%	
婚姻狀態	未婚	154	85%	
	已婚	12	7%	
	離婚	4	2%	
	鰥寡	11	6%	
年齡				42.2 歲(±10.6)
發病年齡(遺漏值 16 位)				21.8 歲(±7.3)
疾病病程(遺漏值 16 位)				20.4 年(±9.5)
在坊復健時間				3.8 年(±3.4)



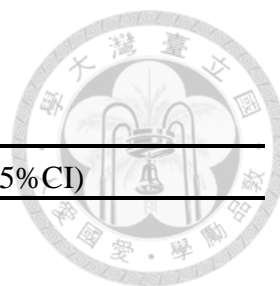
表七、106 年第一季 (1-3 月) M-CORES 填答描述

主領域	次領域	項目	分數範圍	平均值±標準差	漏答率	Cronbach's $\alpha$
獨立生活功能	個人衛生儀容	1	0-2	1.8±0.5	0%	<b>0.71</b>
		2	0-1	0.9±0.3	0%	
		3	0-3	2.4±0.9	0%	
	環境整潔	1	0-2	1.3±0.6	0%	<b>0.91</b>
		2	0-2	1.3±0.6	0%	
		3	0-3	1.9±1.0	0%	
	生活規律	1	0-4	3.5±0.9	0%	<b>0.66</b>
		2	0-3	2.6±0.8	0%	
	財務管理	1	0-1	0.9±0.3	0%	<b>0.77</b>
		2	0-1	0.7±0.5	0%	
		3	0-3	2.4±0.9	0%	
	飲食	1	0-1	1.0±0.1	0%	<b>0.60</b>
		2	0-2	1.1±0.6	0%	
		3	0-1	1.0±0.2	1%	
		4	0-3	2.8±0.6	1%	
社區使用	1	0-1	1.0±0.2	0%	<b>0.69</b>	
	2	0-2	1.3±0.5	0%		
	3	0-3	1.7±0.9	0%		
休閒功能		1	0-2	1.3±0.5	0%	<b>0.76</b>
		2	0-2	1.2±0.6	0%	
		3	0-2	1.2±0.6	2%	
		4		4.3±2.1	0%	
		5	0-3	1.6±0.9	<b>20%</b>	
身心健康狀況	生理狀態	1	0-2	0.9±0.6	0%	<b>0.48</b>
		2	0-2	0.8±0.7	0%	
		3	0-4	2.7±1.2	0%	
	精神狀態	1	0-1	0.7±0.5	0%	<b>0.36</b>
		2	0-1	1.0±0.0	0%	
		3	0-2	1.7±0.5	0%	
		4	0-2	1.6±0.6	0%	
		5	0-4	3.1±1.5	0%	
職業功能	工作訓練內容	1		2.2±1.0	0%	<b>0.70</b>
		2	0-2	0.8±0.7	2%	
		3	0-4	3.0±1.1	2%	
		4	0-3	1.1±1.1	0%	
	工作表現	1	0-2	0.9±0.6	1%	<b>.87</b>
		2	0-2	1.1±0.6	1%	
		3	0-2	1.0±0.4	1%	
		4	0-2	1.5±0.6	1%	
		5	0-2	1.3±0.7	2%	
		6	0-4	2.6±1.3	1%	
社會功能		7	0-2	1.7±0.6	1%	<b>0.77</b>
		8	0-3	1.7±0.9	1%	
		1	0-1	0.8±0.4	0%	
		2	0-1	0.7±0.5	0%	
		3	0-1	0.8±0.4	0%	
		4	0-2	1.5±0.6	0%	
		5	0-2	1.3±0.6	0%	
		6	0-1	0.6±0.9	0%	
社會支持系統		7	0-2	1.4±0.6	0%	<b>0.14</b>
		8	0-3	1.5±0.8	1%	
		1	0-1	0.9±0.3	0%	
		2	0-1	0.7±0.5	1%	
		3	0-1	0.9±0.3	1%	
		4	0-1	0.7±0.5	1%	
	5	0-2	0.9±0.3	0%		
	6		7.6±2.3	0%		



表八、內在一致性改良前後比較

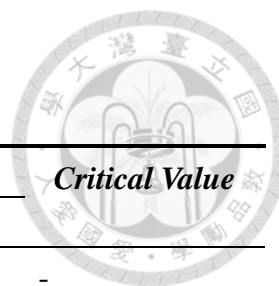
主領域(前/後)	次領域	項目(前/後)		Cronbach $\alpha$ (前後)	
<b>獨立生活功能 (0.85/0.82)</b>	個人衛生儀容	3	3	0.75	<b>0.71</b>
	環境整潔	3	3	0.90	0.91
	生活規律	2	2	0.79	0.66
	財務管理	3	3	0.70	0.77
	飲食	4	4	0.58	0.60
	社區使用	4	3	<b>0.19</b>	<b>0.69</b>
<b>休閒功能 (0.59/0.76)</b>	休閒安排	4	5	0.59	0.76
<b>職業功能 (0.86/0.87)</b>	工作訓練內容	3	4	0.86	0.70
	工作表現	1	8	0	0.82
<b>社會功能 (0.69/0.77)</b>	人際溝通	3	8	0.76	0.77
<b>社會支持系統 (X/0.14)</b>	社會支持系統	1	6	X	0.14
<b>身心健康狀況 (0.65/0.36)</b>	生理狀態	2	3	<b>0.85</b>	<b>0.48</b>
	精神狀態	2	5	X	0.49



表九、福中職能工作坊之施測者間信度

主領域	次領域	ICC(95%CI)	
獨立生活功能	個人衛生儀容	0.83(0.68-0.92)	0.92(0.83-0.96)
	環境整潔	0.89(0.77-0.94)	
	生活規律	0.53(0.21-0.75)	
	財務管理	0.78(0.58-0.89)	
	飲食	0.51(0.19-0.74)	
	社區使用	0.72(0.49-0.86)	
	休閒功能		
職業功能	工作訓練內容	0.97(0.93-0.98)	0.94(0.89-0.97)
	工作表現	0.91(0.83-0.96)	
社會功能		0.71(0.46-0.85)	
社會支持系統		0.77(0.56-0.88)	
身心健康狀況	生理狀態	0.84(0.70-0.92)	0.86(0.73-0.93)
	精神狀態	0.91(0.82-0.96)	

(n=29, 評量者 2 位)



表十、驗證型因素分析結果

<i>Fit index</i>	<i>First-order CFA</i>			<i>Critical Value</i>
	47 items	28 item	22item	
$\chi^2$	2880.80	693.81	476.71	-
<i>df</i>	1019	335	220	-
$\chi^2/df$	2.83*	2.07*	2.16*	<3.00
<b>RMSEA</b>	0.09	0.09	0.09	< 0.08
<b>CFI</b>	0.53	0.75	0.87	> 0.95
<b>SRMR</b>	0.14	0.10	0.10	≤ 0.08



表十一、合併成 47 個項目之因素負荷量

主要面向	原題號	編號	評量項目	因素負荷量	$R^2$	
獨立生活功能	1	1	個人衛生儀容-儀容	0.30	0.09	
	2	2	個人衛生儀容-異味	0.36	0.13	
	3	3	個人衛生儀容-提醒	0.31	0.09	
	4	4	環境整潔-主動程度	<b>0.85*</b>	0.72	
	5	5	環境整潔-整齊度	<b>0.95*</b>	0.90	
	6	6	環境整潔-提醒	<b>0.93*</b>	0.87	
	7	7	生活規律-出席次數	0.07	0.01	
	8	8	生活規律-提醒	0.30	0.09	
	9-10	9	財務管理-保管、運用	0.37	0.14	
	11	10	財務管理-提醒	0.40	0.16	
	12-13	11	飲食-購買、烹飪	0.45	0.20	
	14	12	飲食-善後	0.22	0.05	
	15	13	飲食-提醒	0.28	0.08	
	17	14	社區使用-主動使用資源	0.46	0.21	
	18	15	社區使用-提醒	<b>0.53*</b>	0.28	
	休閒功能	19	16	休閒環境瞭解程度	<b>0.63*</b>	0.39
		20	17	時間安排	<b>0.81*</b>	0.66
		21	18	主動性	<b>0.82*</b>	0.67
22		19	執行項目	<b>0.83*</b>	0.69	
23		20	提醒	<b>0.80*</b>	0.64	
身心健康狀況	24	21	生理狀態-動作協調	0.32	0.11	
	25	22	生理狀態-體耐力	0.20	0.04	
	26	23	生理狀態-身體質量指數	0.21	0.05	
	27-28	24	精神狀態-症狀、門診	0.37	0.14	
	29	25	精神狀態-情緒管理	0.13	0.02	
	30	26	精神狀態-病識感	0.29	0.09	
	31	27	精神狀態-服藥訓練	0.33	0.11	
職業功能	32	28	工作訓練內容-參與項目	0.40	0.16	
	33	29	工作訓練內容-複雜性	0.49	0.24	
	34	30	工作訓練內容-目標工作頻率	<b>0.80*</b>	0.65	
	35	31	工作訓練內容-考核獎勵	<b>0.70*</b>	0.49	
	36	32	工作表現-工作速度	0.40	0.16	
	37	33	工作表現-工作品質	0.21	0.04	
	38	34	工作表現-挫折忍受度	0.35	0.13	

主要面向	原題號	編號	評量項目	因素負荷量	$R^2$
社會功能	39	35	工作表現-主動程度	<b>0.82*</b>	0.68
	40	36	工作表現-工作持續度	<b>0.85*</b>	0.71
	41	37	工作表現-實際參與頻率	<b>0.88*</b>	0.77
	42	38	工作表現-工作出席率	<b>0.79*</b>	0.63
	43	39	工作表現-提醒	<b>0.57*</b>	0.33
	47	40	口語表達內容	<b>0.68*</b>	0.46
	48	41	訊息理解能力	<b>0.65*</b>	0.42
	44-46、 49	42	互動距離、表情、肢體動作、互動頻率	<b>0.60*</b>	0.36
	50	43	互動性	<b>0.58*</b>	0.33
	51	44	綜合表現	<b>0.76*</b>	0.58
社會支持系統	52-55	45	家庭、朋友支持度及治療性關係、支持性團體	0.16	0.02
	56	46	家庭經濟狀況	0.15	0.02
	57	47	社區資源使用	<b>0.50*</b>	0.25

表十二、合併成 28 個項目之因素負荷量

主要面向	題號	編號	評量項目	因素負荷量	$R^2$
<b>獨立生活功能</b>					
	1-3	1	個人衛生儀容	0.36	0.13
	4-6	2	環境整潔	<b>0.72*</b>	0.52
	7-8	3	生活規律	0.13	0.01
	9-11	4	財務管理	<b>0.59*</b>	0.34
	12-15	5	飲食	<b>0.59*</b>	0.35
	16-18	6	社區使用	<b>0.68*</b>	0.46
<b>休閒功能</b>					
	19	7	休閒環境瞭解程度	<b>0.68*</b>	0.46
	20	8	時間安排	<b>0.81*</b>	0.66
	21	9	主動性	<b>0.79*</b>	0.63
	22	10	執行項目	<b>0.82*</b>	0.68
	23	11	提醒	<b>0.81*</b>	0.64
<b>身心健康狀況</b>					
	24-26	12	生理狀態	0.00	0.00
	27-31	13	精神狀態	0.00	0.00
<b>職業功能</b>					
	32-35	14	工作訓練內容	<b>0.73*</b>	0.53
	36-43	15	工作表現	<b>0.96*</b>	0.92
<b>社會功能</b>					
	44	16	互動距離	0.48	0.23
	45	17	表情	<b>0.56*</b>	0.32
	46	18	肢體動作	0.34	0.12
	47	19	口語表達內容	<b>0.70*</b>	0.49
	48	20	訊息理解能力	<b>0.65*</b>	0.43
	49	21	互動頻率	<b>0.68*</b>	0.46
	50	22	互動性	<b>0.65*</b>	0.42
	51	23	綜合表現	<b>0.74*</b>	0.55
<b>社會支持系統</b>					
	52	24	家庭支持度	0.35	0.12
	53	25	朋友支持度	<b>0.65*</b>	0.43
	54	26	治療性關係	0.43	0.19
	55	27	參與治療性團體	0.03	0.00
	56	28	家庭經濟狀況	0.27	0.07

表十三、22 題評量項目之因素負荷量

主要面向	原題號	編號	評量項目	因素負荷量	R <sup>2</sup>
<b>獨立生活功能</b>					
	4	1	環境整潔-主動程度	.85	.72
	5	2	環境整潔-整齊度	.95	.90
	6	3	環境整潔-提醒	.94	.88
	18	4	社區使用-提醒	.50	.25
<b>休閒功能</b>					
	19	5	休閒環境瞭解程度	.63	.39
	20	6	時間安排	.80	.64
	21	7	主動性	.82	.67
	22	8	執行項目	.83	.69
	23	9	提醒	.81	.65
<b>職業功能</b>					
	34	10	工作訓練內容-工作頻率	.80	.64
	35	11	工作訓練內容-考核獎勵	.68	.46
	39	12	工作表現-主動程度	.81	.66
	40	13	工作表現-工作持續度	.83	.69
	41	14	工作表現-實際參與頻率	.89	.80
	42	15	工作表現-工作出席率	.80	.63
	43	16	工作表現-提醒	.57	.32
<b>社會功能</b>					
	47	17	口語表達內容	.67	.45
	48	18	訊息理解能力	.63	.40
	44-46 、49	19	互動距離、表情、肢體動作、互動頻率	.60	.36
	50	20	互動性	.58	.34
	51	21	綜合表現	.78	.61
<b>社會支持系統</b>					
	57	22	社區資源使用	.59	.34



## 附錄

### 附錄一、CORES

臺北市日間型精神復健機構 市療職能復健評估綜合評量			
姓名：		日期：2016-04-13	
獨立生活功能	個人衛生儀容		
	儀容	異味	提醒
	■ 儀容髒亂	■ 有異味	■ 提醒後無改善
	□ 儀容穿著不適當	□ 無異味	□ 提醒後略有改善
	□ 儀容適切		□ 提醒後完全改善
			□ 不需提醒
	環境整潔		
	主動程度	整齊度	提醒
	■ 被動處理	■ 髒亂	■ 提醒後無改善
	□ 偶主動處理	□ 偶髒亂	□ 提醒後略有改善
	□ 主動處理	□ 整齊	□ 提醒後完全改善
			□ 不需提醒
	生活規律		
	出席天數		提醒
	■ 出席1天(含)以上		■ 提醒後無改善
□ 出席2天(含)以上		□ 提醒後略有改善	
□ 出席3天(含)以上		□ 提醒後完全改善	
□ 出席4天(含)以上		□ 不需提醒	
□ 出席5天(含)以上			
財務管理			
保管	運用	提醒	
■ 無法妥善保管	□ 無法適切運用	□ 提醒後無改善	
□ 可自行妥善保管	■ 可適切運用	■ 提醒後略有改善	
		□ 提醒後完全改善	
		□ 不需提醒	
飲食			
購買	烹飪	善後	提醒
□ 無法自行購買	□ 無法自行烹飪	□ 無法自行善後	□ 提醒後無改善
■ 可自行購買	□ 可自行烹飪	■ 可自行善後	□ 提醒後略有改善
	■ 不需自行烹飪		□ 提醒後完全改善
			■ 不需提醒
社區相關設施及資源之使用與運用			
了解程度	主動程度	使用項數·共2項	提醒
■ 不了解	□ 被動處理	□ 公車 □ 捷運 □ U-bike ■ 汽機車行	□ 提醒後無改善
□ 了解	■ 偶主動處理	□ 餐飲店 □ 便利店 □ 超市或市場 □ 大賣場	□ 提醒後略有改善
	□ 主動處理	□ 銀行 □ 郵局 □ 區公所 □ 警察局	■ 提醒後完全改善
		□ 公園 □ 運動中心 □ 圖書館 □ 博物館	□ 不需提醒
		■ 夜市 □ 影音店 □ 旅館 □ 百貨公司	
		□ 手機行 □ 宗教設施 □ 醫院診所 □ 就輔站	
休閒安排			
了解程度	安排	執行項目·共1項	提醒
□ 不了解	□ 無法安排	□ 看電視 □ 聽音樂 □ 跑步	□ 提醒後無改善
■ 了解	□ 偶主動安排	■ 打球 □ 游泳 □ 看展覽	□ 提醒後略有改善
	■ 主動安排	□ 棋藝 □ 打電動 □ 上網	□ 提醒後完全改善
		□ 爬山 □ 唱歌 □ 種花草	■ 不需提醒
		□ 集郵 □ 手工藝 □ 烘培	
		□ 遊車河 □ 逛街 □ 朋友聚會	
		□ 健走 □ 練習樂器	

工作訓練			
職業功能	主動程度	頻率	參與項目·共1項
	<input type="checkbox"/> 被動參與	<input checked="" type="checkbox"/> 1-2半天	<input type="checkbox"/> 產業加工 <input type="checkbox"/> 手工皂
	<input checked="" type="checkbox"/> 偶主動參與	<input type="checkbox"/> 3-4半天	<input type="checkbox"/> 餐飲收銀 <input type="checkbox"/> 包花送花
	<input type="checkbox"/> 主動參與	<input type="checkbox"/> 5-6半天	<input type="checkbox"/> 派報舉牌 <input type="checkbox"/> 公車清潔
		<input type="checkbox"/> 7-8半天	<input type="checkbox"/> 跳蚤內外場 <input type="checkbox"/> 居家清潔
	<input type="checkbox"/> 大於9個半天	<input checked="" type="checkbox"/> 住房服務 <input type="checkbox"/> 工作助理	提醒 <input checked="" type="checkbox"/> 提醒後無改善 <input type="checkbox"/> 提醒後略有改善 <input type="checkbox"/> 提醒後完全改善 <input type="checkbox"/> 不需提醒
人際溝通			
社會功能	主動程度		適切性
	<input type="checkbox"/> 退縮·對他人有敵意及妄想		<input type="checkbox"/> 不適切
	<input checked="" type="checkbox"/> 被動·要求下偶可與人打招呼		<input type="checkbox"/> 偶不適切
	<input type="checkbox"/> 主動·可適切與他人互動及合作		<input checked="" type="checkbox"/> 適切
社會支持系統			
社會功能	關係		
	<input type="checkbox"/> 無親近之家人及朋友		
	<input type="checkbox"/> 有家人或朋友·但關係疏離不連絡		
	<input type="checkbox"/> 有家人或朋友·偶有連絡		
	<input checked="" type="checkbox"/> 有親近之家人或朋友·關係尚可		
<input type="checkbox"/> 有親近之家人或朋友·關係良好			
體適能			
身心健康狀況	協調	持續度	
	<input type="checkbox"/> 協調性差	<input type="checkbox"/> 持續度差	
	<input checked="" type="checkbox"/> 協調性尚可	<input checked="" type="checkbox"/> 持續度尚可	
	<input type="checkbox"/> 協調性佳	<input type="checkbox"/> 持續度佳	
精神狀態			
身心健康狀況	症狀	門診	
	<input type="checkbox"/> 有明顯症狀影響	<input type="checkbox"/> 有固定回診	
	<input checked="" type="checkbox"/> 無明顯症狀影響	<input checked="" type="checkbox"/> 需立即回診或急診	
標準化評	日常生活評量表(第三版)		
	褚氏注意力測驗	0	
	社會功能量表	0	
	體適能	0	
評估摘要			
標準化評	1 獨立生活:功能尚可·偶需介入輔導		
	2 休閒功能:功能佳·無需介入輔導		
	3 職業功能:功能佳·無需介入輔導		
	4 社會功能:功能佳·無需介入輔導		
	5 身心健康狀況:功能差·常需介入輔導及他人監督協助		
	6 障礙程度:功能正常		



## 附錄二、專家會議紀錄

時間：105年6月28日(星期二)15時00分至17時00分

地點：心湖坊電腦教室

督導：李淑君主任 記錄：張文馨

出席人員：吳宜靜、劉文靜、胡世睿、蘇俊瑞、謝明翰、張文馨、古芳瑜

- 1 休閒功能
  - 1.1 主動性(被動、半主動、主動→被動、部分主動、主動)。
  - 1.2 規律性(規律、不規律→每週幾次的頻率，EX：1次/週.....5次以上/週)。
- 2 職業功能
  - 2.1 做事效率改成持續度(30分鐘、1小時、2小時)。
  - 2.2 「責任感」刪除。
  - 2.3 「協助程度」刪除，因為可由個案參與的項目中瞭解，亦或可將參與項目作難易度的分級後給分。
  - 2.4 「工作目標」刪除。
  - 2.5 可增加「薪水獲得」多寡來評量個案的能力。
- 3 社會功能
  - 3.1 互動頻率(頻繁、中等、偶爾→過多/過少、稍多/稍少、適中)。
  - 3.2 「情緒管理」移到「身心健康狀況」。
  - 3.3 「是否表達」改成「表達能力」。
  - 3.4 「理解困難」改成「理解訊息能力」。
- 4 社會支持系統
  - 4.1 與專業的治療性關係(待建立、建立中、關係良好→疏離、適中、良好)。
  - 4.2 「環境友善程度」刪除。
  - 4.3 「經濟支持」改成「經濟狀況」(貧乏、小康、富裕)。
  - 4.4 「資源取得」刪除，改從 IADL 次量表中的「社區相關設施及資源使用與運用」移過來。
- 5 身心健康狀況

- 5.1 「菸酒習慣」改點選個案有哪些生理疾病為主，EX：心臟病、高血壓、糖尿病等。
- 5.2 增加「藥物服用」(個案管理師/家屬給藥、一階藥物服用訓練、二階藥物服用訓練、三階藥物服用訓練、四階藥物服用訓練、可獨立服藥)。

時間：105年7月26日(星期二)14時00分至16時00分

地點：文山職能工作坊花坊教室

督導：李淑君主任 記錄：蘇俊瑞

出席人員：胡世睿、吳宜靜、劉文靜、蘇俊瑞、謝明翰、張文馨、古芳瑜

綜合評量表內容，以量表右上方評量日期為基準，評量個案過去 30 天內的表現為主。

**1 獨立生活功能，已確認完成無須增減。**

1.1 提醒的意義代表治療師在患有精神疾病個案須給予多少口語協助(同提醒)，類似 ICF 評量中給予協助的程度進行分類。

**2 休閒功能，有些題目重新確認定義，並且作增減及修改內容。**

2.1 瞭解程度(變更為周遭環境的瞭解程度)：代表個案對周遭環境的瞭解，進而考量自身的狀況，可否合宜參與在休閒活動中。

2.2 安排：此項目請刪除，因會與其他細項混淆。

2.3 時間安排：過多/過少 有點多/有點少 適中(選項進行數目增加)。

2.4 規律性：此項目請刪除。

2.5 執行項目：多加繪畫、寫作、其他\_\_\_\_\_，「其他」可由治療師自填在空格中。另外「遊車河」改成「兜風」。

**3 職業功能-**

**3.1 工作訓練內容：**

3.1.1 參與項目：增加無、烘焙、收銀、其他\_\_\_\_\_，「其他」可由治療師自填在空格中。「餐飲收銀」改成「收銀」，「跳蚤內外場」改成「跳蚤市場」。

3.1.2 「參與項目難易程度」改成「整體可勝任項目的複雜性」：簡單  中等 複雜 不適用，。此項目由治療師主觀判斷個案參與工作訓



練的整體複雜/難易程度。

3.1.3 「工作頻率」改成「目標工作頻率」(半天/一週)。

3.1.4 「收入」改成「工作訓練考核獎勵」；填答項目改成< 1,000 元/月、1,000~3,000 元/月、3,000~5,000 元/月、≥ 5000 元/月和不適用。

3.1.5 若個案並無參加工作訓練，則希望程式自動設定在後面的細項中直接顯示不適用。

### 3.2 工作表現：

3.2.1 增加「實際參與次數/週」，選項內容 1-2 次 3-4 次 5-6 次 7-8 次 9 次以上。

3.2.2 出席率：希望電腦直接帶出資料，由一週實際次數/目標工作頻率。另將出席率內容改成無故缺席(0-50%)有請假過(51-75%) 全勤(76-100%)。

3.2.3 若個案參加 2 種以上的工作訓練時，則仍以治療師的主觀判斷其整體表現的狀況評分。

## 4 社會功能

4.1 「口語清晰度」項目刪除。

4.2 「語表達內容」的選項作調整→不適切 偶不切題 適切，此由治療師進行主觀判斷。

4.3 「訊息理解能力」的選項改成需具體/簡化說明 需重複解釋良好

4.4 「提醒」改成「綜合表現」。

4.5 「互動動機」改成「互動性」。


## 5 社會支持系統

5.1 「朋友支持度」、「家庭支持度」、「治療性關係」，皆刪除「適中」的選項。

5.2 「物理環境支持多寡」，因太多個案主觀意識，此評量項目討論後決定刪除。

5.3 社區資源使用項數，增加其他\_\_\_\_\_，使治療師在無合適選項下，可自行填寫。

## 6 身心健康狀況

- 
- 6.1 「協調」改成「動作協調」。
  - 6.2 「持續度」改成「體耐力」：差 尚可 佳。由治療師進行整體判斷。
  - 6.3 「生理疾病」選項改成有\_\_\_\_\_ (治療師填寫在空格中)、無。
  - 6.4 「活動量」評量項目改成「BMI」：過肥胖/瘦 有點肥胖/瘦 適中。討論會議中期待，工作助理協助 KEY IN 的 BMI 資料可再顯示個案基本資料時，直接帶入量表答案。
  - 6.5 「門診」中的選項需立即回診或急診，改成需提前回診。
  - 6.6 「情緒管理」選項增加 穩定。
  - 6.7 「病識感」選項中增加 有。
  - 6.8 「藥物服用訓練」選項改成一階二階 三階 四階 五階，這樣就可以了。「藥物順從性」在藥物服用訓練中有清楚定義，因此討論結果是刪除。

時 間：105 年 8 月 24 日(星期三)09 時 00 分至 11 時 00 分

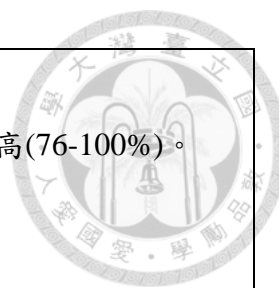
地 點：福中職能工作坊花坊教室

督 導：李淑君主任 記 錄：謝明翰

出席人員：劉文靜、黃旭章、胡世睿、吳宜靜、蘇俊瑞、張文馨、古芳瑜、彭婉晴、謝明翰、古佳苓

7 月福中坊督考，委員建議「提醒」改成「自主性」。此次月會討論結果「自主性」暫不考慮；另謝老師的建議是「提醒」相對「自主性」為具體，社區治療師們亦認為多數個案在協助時亦多為口語提醒，且項目改成自主性則難以客觀判斷。

- 1 獨立生活功能，已確認完成無須增減。
- 2 休閒功能，有些題目重新確認定義，並且作增減及修改內容。
  - 2.1 周遭環境瞭解程度變更為休閒環境的瞭解程度。
  - 2.2 時間安排：過多 過少 有點多 有點少 適中(5 個勾選項目，3 點計分方式)。
- 3 職業功能-
  - 3.1 工作訓練內容：增加備註欄位，可由治療師自行填寫。



### 3.2 工作表現：

3.2.1 出席率：出席率內容改成低(0-50%) 中(51-75%) 高(76-100%)。

3.2.2 增加備註欄位，可由治療師自行填寫。

## 4 社會功能

4.1 互動距離：過近 過遠 合適，三個勾選項目，2 點計分。

4.2 表情：淡漠 誇張 合適，三個勾選項目，2 點計分。

4.3 肢體動作：僵硬 誇張 合適，三個勾選項目，2 點計分。

4.4 互動頻率：過多 過少 合宜，三個勾選項目，2 點計分。

## 5 社會支持系統，已確認完成無須增減。

5.1 「朋友支持度」、「家庭支持度」、「治療性關係」，皆刪除「適中」選項。

5.2 「物理環境支持多寡」，因太多個案主觀意識，此評量項目討論後決定刪除。

5.3 社區資源使用項數，增加其他\_\_\_\_\_，使治療師在無合適選項下，可自行填寫。

## 6 身心健康狀況

6.1 「生理疾病」選項的有、無，因在初評即有資料，所以此項目刪除。

6.2 身體質量指數(BMI)：重度肥胖( $35 \leq \text{BMI}$ ) 中度肥胖( $30 \leq \text{BMI} < 35$ ) 輕度肥胖( $27 \leq \text{BMI} < 30$ ) 體重過輕( $\text{BMI} < 18.5$ ) 體重過重( $25 \leq \text{BMI}$ ) 正常範圍( $18.5 \leq \text{BMI} < 25$ )，5 點計分。

時間：105 年 9 月 29 日(星期四)14 時 00 分至 16 時 00 分

地點：心湖坊評估教室

督導：李淑君主任 記錄：張文馨

出席人員：吳宜靜、劉文靜、蘇俊瑞、謝明翰、張文馨、彭婉晴

電子化職能綜合評量表的修改與討論：

- 針對詳細的修改內容及評估摘要呈現方式，建議於 10 月份月會前一個小

時，各坊職能治療師和芳瑜先行討論改善事項及給予操作建議。

時間：105 年 10 月 27 日(星期四)14 時 00 分至 16 時 00 分

地點：文山職能工作坊花坊教室

督導：李淑君主任 記錄：蘇俊瑞

出席人員：胡世睿、吳宜靜、劉文靜、蘇俊瑞、謝明翰、張文馨、古芳瑜、彭婉晴

#### 臺北市日間型精神復健機構職能工作坊職能復健評估綜合評量相關確認

- 1 適用對象：復健期之精神疾病患者，在精復機構已穩定參與復健一段時間。
- 2 評量目的：量化觀察結果，評量個案在工作坊期間的整體功能變化，包含：日常生活功能、職業功能、社會功能、休閒功能、社會支持系統及身心健康狀況。其他相關目的為進行機構評核的指標項目之一。
- 3 評量區間：觀察個案過去 30 天的表現。
- 4 評量人員：職能治療師或相關專業人員。
- 5 評量設備：設置 PAD 中的 APP，用手指點選即可。
- 6 評量項目的確認：
  - 6.1 日常生活功能→已確認完成。
  - 6.2 休閒功能→休閒環境的瞭解程度，其中休閒環境泛指？
  - 6.3 職業功能→工作出席率=實際參與(次數/週)/ 目標工作頻率(半天/週)。
  - 6.4 社會功能→已確認完成。
  - 6.5 社會支持系統→已確認完成。
  - 6.6 身心健康狀況→應已確認完成。
- 7 提醒之用意類似評估 ICF 中給予多少協助程度。
- 8 其他：量表內容確認/修改後將以 08/28 修改完成的評量表進行使用。結案紀錄內容及個案追蹤內容格式為何？

附錄三、第一階段 CORES 新增及修改結果



臺北市日間型精神復健機構  
 職能工作坊職能復健評估綜合評量

姓名：

日期：2016.08.29

獨立生活功能	<b>個人衛生儀容</b>	
	1. 儀容	<input type="checkbox"/> 儀容髒亂 <input type="checkbox"/> 儀容穿著不適當 <input type="checkbox"/> 儀容適切
	2. 異味	<input type="checkbox"/> 有異味 <input type="checkbox"/> 無異味
	3. 提醒	<input type="checkbox"/> 提醒後無改善 <input type="checkbox"/> 提醒後略有改善 <input type="checkbox"/> 提醒後完全改善 <input type="checkbox"/> 不需提醒
	<b>環境整潔</b>	
	1. 主動程度	<input type="checkbox"/> 被動處理 <input type="checkbox"/> 偶主動處理 <input type="checkbox"/> 主動處理
	2. 整齊度	<input type="checkbox"/> 髒亂 <input type="checkbox"/> 偶髒亂 <input type="checkbox"/> 整齊
	3. 提醒	<input type="checkbox"/> 提醒後無改善 <input type="checkbox"/> 提醒後略有改善 <input type="checkbox"/> 提醒後完全改善 <input type="checkbox"/> 不需提醒
	<b>生活規律</b>	
	1. 出席次數	<input type="checkbox"/> 出席1天(含)以上 <input type="checkbox"/> 出席2天(含)以上 <input type="checkbox"/> 出席3天(含)以上 <input type="checkbox"/> 出席4天(含)以上 <input type="checkbox"/> 出席5天(含)以上
	2. 提醒	<input type="checkbox"/> 提醒後無改善 <input type="checkbox"/> 提醒後略有改善 <input type="checkbox"/> 提醒後完全改善 <input type="checkbox"/> 不需提醒
	<b>財務管理</b>	
	1. 保管	<input type="checkbox"/> 無法妥善保管 <input type="checkbox"/> 可自行妥善保管
	2. 運用	<input type="checkbox"/> 無法適切運用 <input type="checkbox"/> 可適切運用
	3. 提醒	<input type="checkbox"/> 提醒後無改善 <input type="checkbox"/> 提醒後略有改善 <input type="checkbox"/> 提醒後完全改善 <input type="checkbox"/> 不需提醒
<b>飲食</b>		
1. 購買	<input type="checkbox"/> 無法自行購買 <input type="checkbox"/> 可自行購買	
2. 烹飪	<input type="checkbox"/> 無法自行烹飪 <input type="checkbox"/> 可自行烹飪 <input type="checkbox"/> 不需自行烹飪	
3. 善後	<input type="checkbox"/> 無法自行善後 <input type="checkbox"/> 可自行善後	
4. 提醒	<input type="checkbox"/> 提醒後無改善 <input type="checkbox"/> 提醒後略有改善 <input type="checkbox"/> 提醒後完全改善 <input type="checkbox"/> 不需提醒	
<b>社區相關設施及資源之使用與運用</b>		
1. 了解程度	<input type="checkbox"/> 不了解 <input type="checkbox"/> 了解	
2. 主動使用資源	<input type="checkbox"/> 被動使用 <input type="checkbox"/> 偶主動處理 <input type="checkbox"/> 主動處理	
3. 提醒	<input type="checkbox"/> 提醒後無改善 <input type="checkbox"/> 提醒後略有改善 <input type="checkbox"/> 提醒後完全改善 <input type="checkbox"/> 不需提醒	
休閒功能	1. 休閒環境了解程度	<input type="checkbox"/> 不了解 <input type="checkbox"/> 部分了解 <input type="checkbox"/> 完全了解
	2. 時間安排	<input type="checkbox"/> 過多 <input type="checkbox"/> 過少 <input type="checkbox"/> 有點多 <input type="checkbox"/> 有點少 <input type="checkbox"/> 適中
	3. 主動性	<input type="checkbox"/> 被動參與 <input type="checkbox"/> 部分主動參與 <input type="checkbox"/> 主動參與
	4. 執行項目	<input type="checkbox"/> 看電視 <input type="checkbox"/> 聽音樂 <input type="checkbox"/> 跑步 <input type="checkbox"/> 打球 <input type="checkbox"/> 游泳 <input type="checkbox"/> 看展覽 <input type="checkbox"/> 棋藝 <input type="checkbox"/> 打電動
	5. 提醒	<input type="checkbox"/> 提醒後無改善 <input type="checkbox"/> 提醒後略有改善 <input type="checkbox"/> 提醒後完全改善 <input type="checkbox"/> 不需提醒
職業功能	<b>工作訓練內容</b>	
	1. 參與項目	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 烘焙 <input type="checkbox"/> 產業加工 <input type="checkbox"/> 收銀 <input type="checkbox"/> 手工皂 <input type="checkbox"/> 包花送花 <input type="checkbox"/> 派報舉牌 <input type="checkbox"/> 公車清潔
	2. 整體可勝任項目的複雜性	<input type="checkbox"/> 簡單 <input type="checkbox"/> 中等 <input type="checkbox"/> 複雜 <input type="checkbox"/> 不適用
	3. 目標工作頻率(半天/週)	<input type="checkbox"/> 1-2 <input type="checkbox"/> 3-4 <input type="checkbox"/> 5-6 <input type="checkbox"/> 7-8 <input type="checkbox"/> 9以上 <input type="checkbox"/> 不適用
	4. 工作訓練考核獎勵	<input type="checkbox"/> ≤1000元/月 <input type="checkbox"/> 1000-3000元/月 <input type="checkbox"/> 3000-5000元/月 <input type="checkbox"/> >5000元/月 <input type="checkbox"/> 不適用
	5. 備註	治療師自行補充
	<b>工作表現</b>	
	1. 工作速度	<input type="checkbox"/> 慢 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 快
	2. 工作品質	<input type="checkbox"/> 粗糙 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 良好
	3. 挫折忍受度	<input type="checkbox"/> 低(逃避、拒絕) <input type="checkbox"/> 中等(鼓勵下可嘗試,會放棄) <input type="checkbox"/> 高
	4. 主動程度(動機)	<input type="checkbox"/> 被動參與 <input type="checkbox"/> 偶主動參與 <input type="checkbox"/> 主動參與
	5. 工作持續度	<input type="checkbox"/> 30分鐘 <input type="checkbox"/> 30分鐘至2小時 <input type="checkbox"/> 2小時以上



### 臺北市日間型精神復健機構

### 職能工作坊職能復健評估綜合評量

職業功能	6. 實際參與： (次數 / 週)	<input type="checkbox"/> 1-2次	<input type="checkbox"/> 3-4次	<input type="checkbox"/> 5-6次	<input type="checkbox"/> 7-8次
	7. 工作出席率：	<input type="checkbox"/> 低 (小於50%)	<input type="checkbox"/> 中 (50%以上，不超過75%)	<input type="checkbox"/> 高 (75%以上)	
	8. 提醒：	<input type="checkbox"/> 提醒後無改善	<input type="checkbox"/> 提醒後略有改善	<input type="checkbox"/> 提醒後完全改善	<input type="checkbox"/> 不需提醒
	9. 備註：	治療師自行補充			
社會功能	1. 互動距離：	<input type="checkbox"/> 過遠	<input type="checkbox"/> 過近	<input type="checkbox"/> 合適	
	2. 表情：	<input type="checkbox"/> 淡漠	<input type="checkbox"/> 誇張	<input type="checkbox"/> 合適	
	3. 肢體動作：	<input type="checkbox"/> 僵硬	<input type="checkbox"/> 誇張	<input type="checkbox"/> 合適	
	4. 口語表達內容：	<input type="checkbox"/> 不適切	<input type="checkbox"/> 偶不切題	<input type="checkbox"/> 切題、合適	
	5. 訊息理解能力：	<input type="checkbox"/> 需重複，且須簡化說明		<input type="checkbox"/> 須重複解釋	<input type="checkbox"/> 良好
	6. 互動頻率：	<input type="checkbox"/> 過多	<input type="checkbox"/> 過少	<input type="checkbox"/> 中等	
	7. 互動性：	<input type="checkbox"/> 退縮，對他人有敵意或妄想	<input type="checkbox"/> 被動，要求下偶可與人打招呼	<input type="checkbox"/> 主動，可適切與他人互動及合作	
	8. 綜合表現：	<input type="checkbox"/> 提醒後無改善	<input type="checkbox"/> 提醒後略有改善	<input type="checkbox"/> 提醒後完全改善	<input type="checkbox"/> 不需提醒
社會支持系統	1. 家庭支持度：	<input type="checkbox"/> 疏離	<input type="checkbox"/> 良好		
	2. 朋友支持度：	<input type="checkbox"/> 疏離	<input type="checkbox"/> 良好		
	3. 治療性關係：	<input type="checkbox"/> 疏離	<input type="checkbox"/> 良好		
	4. 參與支持性團體：	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有		
	5. 家庭經濟狀況：	<input type="checkbox"/> 貧乏	<input type="checkbox"/> 小康	<input type="checkbox"/> 富裕	
	6. 社區資源使用項	<input type="checkbox"/> 公車	<input type="checkbox"/> 捷運	<input type="checkbox"/> U-bike	<input type="checkbox"/> 汽機車行
身心健康狀況	<b>生理狀態</b>				
	1. 動作協調：	<input type="checkbox"/> 協調性差	<input type="checkbox"/> 協調性尚可	<input type="checkbox"/> 協調性佳	
	2. 體耐力：	<input type="checkbox"/> 差	<input type="checkbox"/> 尚可	<input type="checkbox"/> 佳	
	3. 身體質量指數：	<input type="checkbox"/> 重度肥胖	<input type="checkbox"/> 中度肥胖	<input type="checkbox"/> 輕度肥胖	<input type="checkbox"/> 過重 <input type="checkbox"/> 過輕
		<input type="checkbox"/> 正常範圍			
	<b>精神狀態</b>				
	1. 症狀：	<input type="checkbox"/> 有明顯症狀影響		<input type="checkbox"/> 無明顯症狀影響	
	2. 門診：	<input type="checkbox"/> 固定回診追蹤		<input type="checkbox"/> 須提前回診	
	3. 情緒管理：	<input type="checkbox"/> 容易起伏		<input type="checkbox"/> 偶爾不穩定	<input type="checkbox"/> 穩定
	4. 病識感：	<input type="checkbox"/> 完全沒有		<input type="checkbox"/> 部分	<input type="checkbox"/> 有
5. 藥物服用訓練：	<input type="checkbox"/> 一階	<input type="checkbox"/> 二階	<input type="checkbox"/> 三階	<input type="checkbox"/> 四階	
	<input type="checkbox"/> 五階				
標準化評估	1. 褚氏日常生活功能量表				
	2. 褚氏注意力測驗				
	3. 褚氏手功能測驗				
	4. 普渡手功能測驗				
	5. 社會功能量表(R-SFST)				
評估摘要	1. 獨立生活功能				
	2. 休閒功能				
	3. 職業功能				
	4. 社會功能				
	5. 社會支持系統				
	6. 身心健康狀況				
學員簽名		專管人員		專業人員	



## 臺北市日間型精神復健機構文山/心湖/福中職能工作坊

### 職能復健評估綜合評量評分手冊

#### 評量設備

可使用紙本評量表、建置在平板電腦中的應用程式。

#### 施測者條件

本評量表由合格的職能治療師擔任施測者，以在社區精復機構<sup>1</sup>有一年以上服務經驗者為佳；若非職能治療師擔任施測者，則需接受正確的施測方法說明，並依本手冊施測方法及評分標準進行臨床觀察評估。

#### 評量方式

職能治療師以個別觀察，偶以訪談輔助的方式進行評分，根據該個案於精復機構過去 30 天內在獨立生活功能、休閒功能、職業功能、社會功能、社會支持系統及身心健康狀態等面向的表現，勾選符合其近況的描述選項。表現亦即個案平常生活中實際顯現的情形，能力則為個案執行日常生活活動達成目標或完成任務的程度。

#### 評分準則參考

獨立生活功能	
個人衛生儀容	1 臉部、頸部是否清潔？有無口臭？妝粉是否適當？ 2 手、腳、指(趾)甲有無清潔？鞋子是否擦拭乾淨？ 3 頭髮、鬍子是否清潔？有無頭屑臭味？梳理是否整齊？ 4 衣著是否整潔？有無體臭？是否數天不換洗衣服？衣著是否合宜？
環境整潔	維持個人置物櫃及置物空間周遭環境的整齊度能力，亦可參考個案於精復機構清潔打掃表現的主動性。
生活規律	觀察個案在精復機構中出席頻率的表現，一週出席的次數。
財務管理	評估個案可否自行妥善保管自己的錢財，對於錢財使用是否適切運用。
飲食	評量個案於日常生活飲食中，可否獨立購買食材、進行食材的烹煮到食用後對於食物的處理功能表現。 烹煮：個案於工作坊或家中有使用過微波爐、電鍋、烤麵包機或其他烹煮時可能會用到的器具皆代表個案可自行烹煮。
社區相關設施	個案對於住家或工作坊附近的社區設施及資源之使用與運用情

<sup>1</sup> 精復機構：精神復健機構，服務內容可分為日間型(社區復健中心)及住宿型(康復之家)。

及資源之使用與運用	形。
<p><b>提醒：</b>具體代表治療師對患有精神疾病個案須給予多少口語協助(同提醒)，類似ICF評量中給予協助的程度進行分類。</p>	
<p><b>休閒功能</b></p>	
<p>透過觀察或詢問個案對於生活周遭環境休閒設施的使用情形，其在休閒時間的安排，表現的意願及實際執行瞭解個案於此一方面的表現，並評量需給予的協助程度。</p> <p><b>休閒環境瞭解程度：</b>代表個案對周遭環境的瞭解，進而考量自身的狀況，可否合宜參與在休閒活動中。</p>	
<p><b>職業功能</b></p>	
<p><b>工作訓練內容</b></p>	<p>為治療師和個案討論過後評估個案可參與的工作訓練項目及預計參與後可能有的表現及獎金回饋評估。</p> <p><b>目標工作頻率：</b>以(半天/一週)為單位，治療師與個案討論並預估參與工作訓練的頻率。</p> <p><b>整體可勝任項目的複雜性：</b>此項目由治療師主觀判斷個案參與工作訓練的整體複雜/難易程度。</p>
<p><b>工作表現</b></p>	<p>根據個案實際於精復機構中從事工作的表現進行評量，若個案參加2種以上的工作訓練時，則仍以治療師的主觀判斷其整體表現的狀況評分。</p> <p><b>工作出席率：</b>一週實際次數/目標工作頻率。</p>
<p><b>備註：</b>如項目內容尚無符合的觀察項目，則治療師可依據的個案此一部分的功能表現增加描述。</p>	
<p><b>社會功能</b></p>	
<p>以社交互動技巧為主，在個案進行社交互動期間所觀察到的職能表現技巧，包含：與人互動距離的合適性、臉部表情的顯現、肢體動作的表現、口語表達的適切性以及訊息理解能力...等。</p> <p><b>互動性：</b>以個案與他人交往或互動的主動性為觀察要點。</p> <p><b>綜合表現：</b>類似「提醒」，治療師對於個案的口語上的協助程度。</p>	
<p><b>社會支持系統</b></p>	
<p>治療師可從個案的家庭、朋友、治療性關係的情感性支持及實質層面的經濟狀況、社區資源使用情形評估其社會支持系統的概況。</p> <p><b>社區相關設施及資源：</b>公車、捷運、U-bike、汽機車行、餐飲店、便利商店、超市/市場、大賣場、夜市、手機行、影音店、百貨公司、公園、運動中心、圖書館、博物館、旅館、宗教設施、醫院/診所、就輔站...等。</p>	
<p><b>身心健康狀況</b></p>	
<p><b>生理狀態</b></p>	<p>生理狀態包含：動作協調、體耐力和身體質量指數；精神狀態則評量個案的症狀、門診情形、情緒管理、病識感和藥物服用階段，綜合以上資料瞭解個案的健康維持情形。</p> <p><b>藥物服用訓練：</b>一階：每日監督。二階：2-3天抽檢。三階：不定期監督服藥及門診。四階：自行服藥，監督門診。五階：自行服藥及門診。</p>



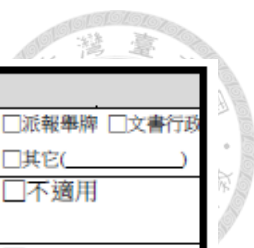


臺北市日間型精神復健機構  
福中職能工作坊職能復健評估綜合評量

姓 名：

評估日期：

獨立生活功能	個人衛生儀容			
	1. 儀 容：	<input type="checkbox"/> 儀容髒亂	<input type="checkbox"/> 儀容穿著不適當	<input type="checkbox"/> 儀容適切
	2. 異 味：	<input type="checkbox"/> 有異味	<input type="checkbox"/> 無異味	
	3. 提 醒：	<input type="checkbox"/> 提醒後無改善	<input type="checkbox"/> 提醒後略有改善	<input type="checkbox"/> 提醒後完全改善 <input type="checkbox"/> 不需提醒
	環境整潔			
	1. 主動程度：	<input type="checkbox"/> 被動處理	<input type="checkbox"/> 偶主動處理	<input type="checkbox"/> 主動處理
	2. 整 齊 度：	<input type="checkbox"/> 髒亂	<input type="checkbox"/> 偶髒亂	<input type="checkbox"/> 整齊
	3. 提 醒：	<input type="checkbox"/> 提醒後無改善	<input type="checkbox"/> 提醒後略有改善	<input type="checkbox"/> 提醒後完全改善 <input type="checkbox"/> 不需提醒
	生活規律			
	1. 出席次數：	<input type="checkbox"/> 出席 1 天以上 <input type="checkbox"/> 出席 5 天以上	<input type="checkbox"/> 出席 2 天以上	<input type="checkbox"/> 出席 3 天以上 <input type="checkbox"/> 出席 4 天以上
	2. 提 醒：	<input type="checkbox"/> 提醒後無改善	<input type="checkbox"/> 提醒後略有改善	<input type="checkbox"/> 提醒後完全改善 <input type="checkbox"/> 不需提醒
	財務管理			
	1. 保 管：	<input type="checkbox"/> 無法妥善保管	<input type="checkbox"/> 可自行妥善保管	
	2. 運 用：	<input type="checkbox"/> 無法適切運用	<input type="checkbox"/> 可適切運用	
	3. 提 醒：	<input type="checkbox"/> 提醒後無改善	<input type="checkbox"/> 提醒後略有改善	<input type="checkbox"/> 提醒後完全改善 <input type="checkbox"/> 不需提醒
	飲食			
	1. 購 買：	<input type="checkbox"/> 無法自行購買	<input type="checkbox"/> 可自行購買	
	2. 烹 飪：	<input type="checkbox"/> 無法自行烹飪	<input type="checkbox"/> 可自行烹飪	<input type="checkbox"/> 不需自行烹飪
3. 善 後：	<input type="checkbox"/> 無法自行善後	<input type="checkbox"/> 可自行善後		
4. 提 醒：	<input type="checkbox"/> 提醒後無改善	<input type="checkbox"/> 提醒後略有改善	<input type="checkbox"/> 提醒後完全改善 <input type="checkbox"/> 不需提醒	
社區相關設施及資源之使用與運用				
1. 了解程度：	<input type="checkbox"/> 不了解	<input type="checkbox"/> 了解		
2. 主動使用資源	<input type="checkbox"/> 被動使用	<input type="checkbox"/> 偶主動處理	<input type="checkbox"/> 主動處理	
3. 提 醒：	<input type="checkbox"/> 提醒後無改善	<input type="checkbox"/> 提醒後略有改善	<input type="checkbox"/> 提醒後完全改善 <input type="checkbox"/> 不需提醒	
休閒功能	1. 休閒環境了解程度	<input type="checkbox"/> 不了解	<input type="checkbox"/> 部分了解	<input type="checkbox"/> 完全了解
	2. 時間安排：	<input type="checkbox"/> 過多 <input type="checkbox"/> 過少	<input type="checkbox"/> 有點多 <input type="checkbox"/> 有點少	<input type="checkbox"/> 適中
	3. 主 動 性：	<input type="checkbox"/> 被動參與	<input type="checkbox"/> 部分主動參與	<input type="checkbox"/> 主動參與
	4. 執行項目： (共____項)	<input type="checkbox"/> 看電視 <input type="checkbox"/> 聽音樂	<input type="checkbox"/> 跑步 <input type="checkbox"/> 打球	<input type="checkbox"/> 游泳 <input type="checkbox"/> 看展覽 <input type="checkbox"/> 棋藝 <input type="checkbox"/> 打電動
		<input type="checkbox"/> 上網 <input type="checkbox"/> 種花草	<input type="checkbox"/> 唱歌 <input type="checkbox"/> 爬山	<input type="checkbox"/> 集郵 <input type="checkbox"/> 手工藝 <input type="checkbox"/> 烘培 <input type="checkbox"/> 朋友聚會
	<input type="checkbox"/> 逛街 <input type="checkbox"/> 兜風	<input type="checkbox"/> 健走 <input type="checkbox"/> 練習樂器	<input type="checkbox"/> 繪畫 <input type="checkbox"/> 寫作 <input type="checkbox"/> 其他	
5. 提 醒：	<input type="checkbox"/> 提醒後無改善	<input type="checkbox"/> 提醒後略有改善	<input type="checkbox"/> 提醒後完全改善 <input type="checkbox"/> 不需提醒	
身心健康狀況	生理狀態			
	1. 動作協調：	<input type="checkbox"/> 協調性差	<input type="checkbox"/> 協調性尚可	<input type="checkbox"/> 協調性佳
	2. 體 耐 力：	<input type="checkbox"/> 差	<input type="checkbox"/> 尚可	<input type="checkbox"/> 佳
	3. 身體質量指數	<input type="checkbox"/> 重度肥胖	<input type="checkbox"/> 中度肥胖	<input type="checkbox"/> 輕度肥胖 <input type="checkbox"/> 過重 <input type="checkbox"/> 過輕
		<input type="checkbox"/> 正常範圍		
	精神狀態			
	1. 症 狀：	<input type="checkbox"/> 有明顯症狀影響	<input type="checkbox"/> 無明顯症狀影響	
	2. 門 診：	<input type="checkbox"/> 固定回診追蹤	<input type="checkbox"/> 須提前回診	
	3. 情緒管理：	<input type="checkbox"/> 容易起伏	<input type="checkbox"/> 偶爾不穩定	<input type="checkbox"/> 穩定
	4. 病 識 感：	<input type="checkbox"/> 完全沒有	<input type="checkbox"/> 部分	<input type="checkbox"/> 有
5. 藥物服用訓練	<input type="checkbox"/> 一階	<input type="checkbox"/> 二階	<input type="checkbox"/> 三階 <input type="checkbox"/> 四階 <input type="checkbox"/> 五階	



		工作訓練內容								
職業功能	1. 參與項目： (共__項)	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 烘焙	<input type="checkbox"/> 產業加工	<input type="checkbox"/> 收銀	<input type="checkbox"/> 餐飲	<input type="checkbox"/> 包花送花	<input type="checkbox"/> 派報舉牌	<input type="checkbox"/> 文書行政	
		<input type="checkbox"/> 工作助理	<input type="checkbox"/> 居家清潔	<input type="checkbox"/> 環境清潔	<input type="checkbox"/> 公車清潔	<input type="checkbox"/> 跳蚤市場	<input type="checkbox"/> 櫃台接待	<input type="checkbox"/> 其它(_____)		
	2. 整體可勝任項目的複雜性	<input type="checkbox"/> 簡單	<input type="checkbox"/> 中等	<input type="checkbox"/> 複雜	<input type="checkbox"/> 不適用					
	3. 目標工作頻率： (半天/週)	<input type="checkbox"/> 1-2	<input type="checkbox"/> 3-4	<input type="checkbox"/> 5-6	<input type="checkbox"/> 7-8					
		<input type="checkbox"/> 9 以上	<input type="checkbox"/> 不適用							
4. 工作訓練考核獎	<input type="checkbox"/> ≤1000 元/月	<input type="checkbox"/> 1000-3000 元/月	<input type="checkbox"/> 3000-5000 元/月	<input type="checkbox"/> >5000 元/月						
5. 備註：										
		工作表現								
職業功能	1. 工作速度：	<input type="checkbox"/> 慢	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 快						
	2. 工作品質：	<input type="checkbox"/> 粗糙	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 良好						
	3. 挫折忍受度：	<input type="checkbox"/> 低 (逃避、拒絕)	<input type="checkbox"/> 中等 (鼓勵下可嘗試，會放棄)				<input type="checkbox"/> 高			
	4. 主動程度(動機)	<input type="checkbox"/> 被動參與	<input type="checkbox"/> 偶主動參與	<input type="checkbox"/> 主動參與						
	5. 工作持續度：	<input type="checkbox"/> 30 分鐘	<input type="checkbox"/> 30 分鐘至 2 小時	<input type="checkbox"/> 2 小時以上						
	6. 實際參與： (次數/週)	<input type="checkbox"/> 1-2 次	<input type="checkbox"/> 3-4 次	<input type="checkbox"/> 5-6 次	<input type="checkbox"/> 7-8 次					
		<input type="checkbox"/> 9 次以上								
	7. 工作出席率：	<input type="checkbox"/> 低 (小於 50%)	<input type="checkbox"/> 中 (50%以上，不超過 75%)				<input type="checkbox"/> 高 (75%以上)			
8. 提醒：	<input type="checkbox"/> 提醒後無改善		<input type="checkbox"/> 提醒後略有改善		<input type="checkbox"/> 提醒後完全改善		<input type="checkbox"/> 不需提醒			
社會功能	1. 互動距離：	<input type="checkbox"/> 過遠	<input type="checkbox"/> 過近	<input type="checkbox"/> 合適						
	2. 表情：	<input type="checkbox"/> 淡漠	<input type="checkbox"/> 誇張	<input type="checkbox"/> 合適						
	3. 肢體動作：	<input type="checkbox"/> 僵硬	<input type="checkbox"/> 誇張	<input type="checkbox"/> 合適						
	4. 口語表達內容	<input type="checkbox"/> 不適切		<input type="checkbox"/> 偶不切題		<input type="checkbox"/> 切題、合適				
	5. 訊息理解能力	<input type="checkbox"/> 需重複，且須簡化說明				<input type="checkbox"/> 須重複解釋		<input type="checkbox"/> 良好		
	6. 互動頻率：	<input type="checkbox"/> 過多	<input type="checkbox"/> 過少	<input type="checkbox"/> 中等						
	7. 互動性：	<input type="checkbox"/> 退縮，對他人有敵意或妄想		<input type="checkbox"/> 被動，要求下偶可與人打招呼		<input type="checkbox"/> 主動，可適切與他人互動及合作				
	8. 綜合表現：	<input type="checkbox"/> 提醒後無改善		<input type="checkbox"/> 提醒後略有改善		<input type="checkbox"/> 提醒後完全改善		<input type="checkbox"/> 不需提醒		
社會支持系統	1. 家庭支持度：	<input type="checkbox"/> 疏離		<input type="checkbox"/> 良好						
	2. 朋友支持度：	<input type="checkbox"/> 疏離		<input type="checkbox"/> 良好						
	3. 治療性關係：	<input type="checkbox"/> 疏離		<input type="checkbox"/> 良好						
	4. 參與支持性團體	<input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 有						
	5. 家庭經濟狀況	<input type="checkbox"/> 貧乏		<input type="checkbox"/> 小康		<input type="checkbox"/> 富裕				
	6. 社區資源使用 項數(共__項)：	<input type="checkbox"/> 公車	<input type="checkbox"/> 捷運	<input type="checkbox"/> U-bike	<input type="checkbox"/> 汽機車行	<input type="checkbox"/> 餐飲店	<input type="checkbox"/> 便利店	<input type="checkbox"/> 超市市場	<input type="checkbox"/> 大賣場	
	<input type="checkbox"/> 夜市	<input type="checkbox"/> 手機行	<input type="checkbox"/> 影音店	<input type="checkbox"/> 百貨公司	<input type="checkbox"/> 公園	<input type="checkbox"/> 運動中心	<input type="checkbox"/> 圖書館	<input type="checkbox"/> 博物館		
	<input type="checkbox"/> 旅館	<input type="checkbox"/> 宗教設施	<input type="checkbox"/> 醫院診所	<input type="checkbox"/> 就輔站	<input type="checkbox"/> 其他 (_____)					
評估摘要										
學員簽名		專管人員			專業人員					