

國立臺灣大學醫學院職能治療學研究所



碩士論文

School of Occupational Therapy

College of Medicine

National Taiwan University

Master Thesis

應用動機再促進方案於精神分裂症患者之成效研究

The Effectiveness of Remotivation Protocol for Persons  
with Schizophrenia

王勝輝

Sheng-Hui Wang

指導教授：潘瓊琬 博士

Advisor: Ay-Woan Pan, Ph.D.

中華民國 103 年 6 月



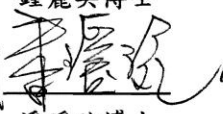
June 2014



## 學位考試審查表

應用動機再促進方案於精神分裂症患者之成效研究  
The Effectiveness of Remotivation Protocol for Persons with Schizophrenia

本論文王勝輝在國立台灣大學醫學院職能治療學研究所碩士學位論文，經考試委員審查合格，並口試通過。

考試委員	服務機構	職稱
 李明濱博士	國立台灣大學醫學院 精神科及社會醫學科	教授
 鍾麗英博士	國立台北大學 統計學系	副教授
 潘瓊琬博士	國立台灣大學醫學院 職能治療學系所	副教授

指導教授：潘瓊琬 副教授  
職能治療學研究所所長：曾美惠主任

中華民國一百零三年六月

## 誌謝



終於寫到誌謝這個部分，心中真是充滿感動與感謝！離開學校十多年後重拾書本，的確需要一些堅持與決心。回首這段不算短的碩班生活，在同時兼顧工作與學業的壓力下，雖然辛苦，但絕對值得，很高興自己能夠堅持到最後！

感謝恩師潘瓊琬老師這段日子以來的細心指導，循循善誘，也包容我這個研究進度緩慢的研究生。不管是研究主題的選定，研究過程中的指導與解惑，研究方向與論文內容的建議，都讓我獲益良多。在進入研究所之前，就對人類職能模式有高度的興趣，也一直希望有機會好好鑽研這個理論模式，多年前，亦曾有過出國進修的念頭，期盼自己能到人類職能模式的發源地好好研究這個重要的理論。後來因為諸多因素放棄出國的打算，但進一步進修的念頭卻一直放在心中。多年之後，終於有幸進入台大職能治療學研究所，在潘瓊琬老師的指導下，從事基於人類職能模式的治療介入研究，這對身為臨床工作者的我來說，是一個重要而有意義的研究方向。

從準備入學甄試到實際進入研究生活，要感謝的人太多了，感謝從小培養我的父母親，以及幫我寫推薦函的八里療養院呂淑貞前主任與張自強主任，也感謝八里療養院鄭若瑟前院長，同意我留職停薪一年，全心在學校修習必要的課程。感謝擔任我研究論文計畫書及學位考試委員的李明濱教授及鍾麗英老師，在研究進行方式、統計方法及研究結果解釋上給予我許多寶貴的意見。感謝同研究室的呂淑貞主任、麗婷、韻玲、佩璠、瀚儀、曉琳、昭儀等人在研究上的協助與砥勵。當然，要特別感謝八里療養院職能治療科的同事們，尤其是張自強主任及負責急性病房職能治療業務的工作伙伴，一路上給予我許多的支持與關懷。

能夠完成這份論文，最想感謝的是我的女友宇涵，無數個風和日麗適合出遊但卻得埋首書堆、撰寫報告與論文的日子裡，感謝她的包容與諒解，給我最大的精神支持，做為我最堅強的後盾。每在勞累煩惱時，她的笑容總帶給我無比的力量，化解我身心的疲憊。

論文終於完成了，心中除了開心，更有著滿滿的感謝！！

勝輝 謹誌

## 中文摘要



### 背景及目的：

精神分裂症患者常存在著動機問題，而使其降低職能參與動機，導致較差的功能結果，但職能治療臨床實務上卻缺乏有效且系統性的動機再促進方案。本研究的目的是，根據職能治療學者 De las Heras 與 Gary Kielhofner 等人發展之動機再促進策略，編寫動機再促進團體介入手冊，以應用於精神分裂症患者執行治療性介入，並驗證此動機再促進方案之成效。

### 方法：

研究者們首先將英文版動機再促進過程手冊翻譯成中文版，並由具精神科職能治療臨床經驗及量表中文文化經驗的資深職能治療師協助校稿，以確保中文版之手冊與原版內容相符。作者們依此中文版手冊內之原則，參考臨床精神分裂症患者之活動參與及活動種類，編寫動機再促進團體介入手冊，之後邀請診斷為精神分裂症之個案接受此治療性介入。治療介入前後，受試者填寫自填量表，包括：職能自我評估量表、貝克憂鬱量表第二版中文版、簡式症狀量表，精神科專科醫師評估正性與負性症狀量表，職能治療師評估意志量表、職能治療綜合評量表之工作行為次量表。研究者比較前後測分數，並執行無母數統計法之符號檢定與威克森符號等級檢定及母數統計法之成對樣本 t 檢定。

### 結果：

動機再促進團體治療介入手冊在臨床預試及修正後完成，並應用於本研究中，以手冊式方式介入(manualized approach)。共有 10 位精神分裂症患者參與研究，年齡介於 23 到 56 歲。受試者共接受分別有 2 次個別操作式活動及 6 次團體活動的治療性介入，每次 50 分鐘。受試者的前後測表現，除簡式症狀量表外，在各量表的分數皆有進步。在符號檢定方面，意志量表的進步達統計上之顯著差異。在威克森符號等級檢定方面，意志量表、正性與負性症狀量表之負性量尺及量表總分之進步皆達統計上之顯著差異。在成對樣本 t 檢定方面，意志量表、正性與負性症狀量表之負性量尺及量表總分、職能自我評估量表之自我能力感部分之進步皆達

統計上之顯著差異。

**結論：**

精神分裂症患者普遍存在有動機問題，但卻缺少以職能治療理論發展的治療介入策略。研究者透過設計具有理論基礎的動機再促進方案，並以手冊式方式進行介入，可促進職能治療介入的標準化，提昇精神職能治療的實證基礎。而研究結果顯示，此方案確實可增加個案的意志表現，增加個案參與職能表現的動機，並改善個案的負性症狀，值得後續進一步研究驗證其在不同族群的適用性。

**關鍵字：**動機再促進，精神分裂症，人類職能模式，手冊式方式介入

## Abstract



### Background and Purpose

Persons with schizophrenia often have difficulty with motivation. This reduction in motivation can result in poor functional outcomes due to a lack of occupational participation. Despite this knowledge, within occupational therapy clinical practice there remains a lack of effective and systematic intervention programs to better serve these individuals. The purpose of this study is to develop a remotivation group intervention manual and to verify the effectiveness of remotivation protocol for persons with schizophrenia based on remotivation strategies developed by occupational therapy scholars De las Heras and Gary Kielhofner.

### Methods

The researchers translated the English edition of the remotivation process manual into Mandarin. In order to ensure the Mandarin version of the manual was consistent with the English version, the manuscript was corrected by a senior psychiatric occupational therapist experienced in scale translation. The researchers wrote a remotivation group manual based on the principle of the Chinese version of the manual, and referred to activities and types of activities that clients of schizophrenia participated in prior to the clinical trials. The researchers then invited persons with schizophrenia to engage in this therapeutic intervention. Pre-assessment protocol had subjects filling out self-report scales, including the Occupational Self-Assessment (OSA), Beck Depression Inventory Chinese Version of the second edition (BDI- II ), the Brief Symptom Rating Scale (BSRS-50). Psychiatrists then assessed patients using the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS), followed by an occupational therapist who further assessed patients through the Volitional Questionnaire (VQ) and the work behavior subscale of Comprehensive Occupational Therapy Evaluation Scale (COTES). The researchers compared pre- and post-test scores using both nonparametric and parametric statistical methods, including Sign Test and Wilcoxon Signed-Rank Test (nonparametric) and a Paired-Sample t Test (parametric).

## Results

The remotivation group intervention manual was written and revised after completion of a clinical pretest trial. The revised manual was applied to the current study and used to engage individuals with schizophrenia in manualized intervention. A total of 10 schizophrenic patients participated in the study, ranging from 23-56 years old. Subjects received two individual operating activities and six group therapeutic interventions. Each session was 50 minutes. The pretest and posttest scores of subjects in each scaled score all progressed except BSRS-50. The scores of Volitional Questionnaire were statistically significant in the Sign Test, Wilcoxon Signed-Rank Test and the Paired-Sample t Test. The negative scale, total scores of the Positive and Negative Syndrome Scale were statistically significant in the Wilcoxon Signed-Rank Test and the Paired-Sample t Test. The scores of the own competence of the Occupational Self-Assessment were statistically significant in the Paired-Sample t Test.

## Conclusion

In general, patients with schizophrenia display motivation problems, however, a lack of theory driven occupational therapy intervention strategies hinders them from receiving the treatment they need. Through the design of theoretical basis remotivation protocol and a manualized approach the standardization of occupational therapy intervention to enhance evidence-based mental occupational therapy can be promoted. The results from this study show that utilization of a remotivation protocol helps to increase the patient's volitional performance, increase motivation to participate in occupational performance, and improves negative symptoms. Therefore, it is worth further study to verify its applicability in different diagnosis groups.

**Keywords:** Remotivation, Schizophrenia, Model of Human Occupation, Manualized Approach

## 目錄



學位審查表 .....	I
誌謝 .....	II
中文摘要 .....	III
英文摘要 .....	V
目錄 .....	VII
第一章 緒論 .....	1
第二章 文獻回顧 .....	2
第一節 動機與行為的關係 .....	2
第二節 精神分裂症患者的動機問題 .....	6
第三節 動機問題的治療 .....	9
第四節 職能治療與動機 .....	11
第三章 研究問題與假設 .....	14
第四章 研究過程與方法 .....	15
第一節 研究對象 .....	15
第二節 研究過程 .....	15
第三節 研究工具 .....	16
第四節 資料分析 .....	20
第五章 結果 .....	22
第一節 個案的人口學分析 .....	22
第二節 中文版動機再促進過程手冊之建立 .....	23
第三節 動機再促進方案：動機再促進團體介入手冊之建立、特性與內涵 .....	23
第四節 個案在動機再促進方案的表現 .....	27
第五節 動機再促進方案對個案的影響 .....	29
第六章 討論 .....	33
第七章 結論與建議 .....	36
第一節 結論 .....	36
第二節 動機再促進方案於臨床實務上之意義 .....	36



第三節 研究限制與建議 .....	37
參考文獻 .....	38
圖目錄 .....	48
圖一 研究流程圖 .....	48
圖二 個案在「意志量表(VQ)」之表現 .....	49
圖三 個案在「簡式症狀量表(BSRS-50)」之表現 .....	50
圖四 個案在「正性與負性症狀量表(PANSS)」之表現 .....	51
圖五 個案在「職能自我評估量表(OSA)」之表現 .....	52
圖六 個案在「貝克憂鬱量表第二版(BDI-II)中文版」之表現 .....	53
圖七 個案在「職能治療綜合評量表(COTES)之工作行為(Task Behavior)」 之表現 .....	54
表目錄 .....	55
表一 動機再促進團體內容 .....	55
表二 個案的人口學資料 .....	56
表三 個案在介入前與介入後之分數統計結果 .....	57
表四 個案的符號檢定(Sign Test)結果 .....	58
表五 個案的威克森符號等級檢定(Wilcoxon Signed-Rank Test)結果 .....	59
表六 個案的成對樣本 t 檢定(Paired-Sample t Test)結果 .....	60
附錄 .....	61
附錄一：簡短智能量表(MMSE) .....	61
附錄二：意志量表(VQ) .....	62
附錄三：簡式症狀量表(BSRS-50) .....	64
附錄四：正性與負性症狀量表(PANSS) .....	67
附錄五：職能自我評估量表(OSA) .....	68
附錄六：貝克憂鬱量表第二版(BDI-II)中文版 .....	70
附錄七：職能治療綜合評量表(COTES) .....	72

## 第一章 緒論

### 研究動機與目的

動機對人的影響是多方面的，它能使人有意願去從事活動，與外界互動，並對自己、他人及環境產生影響。職能治療重視個案有意義的參與職能活動，個案藉此能發展自我認同，產生勝任感進而達到職能適應(Gary Kielhofner, 2008)。然而參與職能活動的動機會受生理、心理疾病與生活經驗所影響，造成低的活動參與動機而使其與外界互動意願的明顯降低(De las Heras, Llerena, & Kielhofner, 2003)。

精神分裂症患者常常存在著動機問題，使其降低職能參與動機，導致較差的功能結果。DSM-IV-TR指出，精神分裂症的終身盛行率為0.5%到1.5%(American Psychiatric Association, 2000)，胡海國則指出，精神分裂症在台灣的終身盛行率為0.3%到1%(胡海國, 2002)。病患的預後研究指出，雖有三分之一恢復不錯，但有三分之一雖能維持社會功能，但預後較差，而另外三分之一則預後不佳，多少持續有中等程度以上的症狀及功能障礙，可能須要重複住院治療或需長期依賴養護的環境與設備(白雅美)。這樣高的盛行率及差的預後，意謂著專業人員應積極介入病患的動機問題，使其增加參與職能的動機，以維持或增進其日常生活或工具性日常生活功能與人際及工作表現。

近來的研究亦強調動機與功能性結果(functional outcome)在精神分裂症患者的關係(Choi, Mogami, & Medalia, 2010)。Yamada 等人的研究指出，內在動機對功能性結果的影響，更甚於臨床狀態，且症狀對功能性結果的影響，是透過與內在動機的關係來影響(Yamada, Lee, Dinh, Barrio, & Brekke, 2010)。精神分裂症患者的負性症狀，亦造成個案動機的損害，產生無動機的表現(Kirkpatrick, Fenton, Carpenter, & Marder, 2006)。

De las Heras 指出，雖然有些動機問題不需介入就可自行解決，但適當的介入能促進此復原過程，因此她提出動機再促進過程(Remotivation Process)的介入模式(De las Heras et al., 2003)。本研究的目的是，建立中文版動機再促進過程使用手冊，並依此建構動機再促進方案，即動機再促進團體介入手冊，並據以執行應用動機再促進方案於精神分裂症患者之成效研究。

## 第二章 文獻回顧

### 第一節 動機與行為的關係

在了解動機與行為的關係前，首先應先了解動機的定義與本質。事實上，不同的學者對動機有不同的定義，Kleinginna 曾整理 102 個有關動機的定義和評論，並建議將動機定義為「是一種能啟始個人活動或個人行為的內在狀態表現，且能給予執行事件(活動)一個行動方向，而通常這些內在狀態被描述為個人的需要和慾望」(Kleinginna & Kleinginna, 1981; 黃珮瑄, 2009)。

學者指出，動機的本質具有數種特性，包括：(1)方向性(direction)：指得是有動機的行為是具方向性、有目標的，所以方向性常被認為是動機狀態的指標。(2)啟動性(activation/trigger)：指得是動機要達到至少某個程度的量才能啟動一個行動。(3)明顯性(intensity/vigor)：指得是雖然具有動機的行為會有著明顯的強度，卻也有研究指出強烈的行為不一定表示有高張的動機。(4)持續性(persistency)：指得是多數情形之下，人的行為會經常維持同一種方式進行(Kleinginna & Kleinginna, 1981; 劉麗婷, 2004)。

至於動機的研究，雖然存在著許多不同觀點，但在分析個別動機理論時，大致可在四個向度排列這些觀點，且每個向度包含著二種對立的觀點，這些向度包含：(1)一般規律研究法(nomothetic approach)與特殊規律研究法(idiographic approach)。(2)先天傾向(innate tendencies)與習得傾向(learned tendencies)。(3)內在動機(internal motives)與外在動機(external motives)。(4)機械傾向(mechanistic approach)與認知取向(cognitive approach)(Petri & Govern, 2004)。

學者對於動機與行為間關係的研究，隨著時代的演進而有不同的主流看法。早期的學者從生物取向來思考，提出**本能理論(Instinct Theory)**，認為人之所以產生行為，其動機是基於生物性的本能。但人類的行為表現是多方面的，本能理論並不足以解釋各種行為，因此後續其他動機理論亦接連被提出，並試著從行為取向、學習取向及認知取向等各方面做解釋(Petri & Govern, 2004)。

**動機階層論 (Maslow's hierarchy of needs)**：在眾多動機理論中，最為人熟知的就是馬斯洛提出的動機階層論，它提出人類從最基本的生理需求至最高層次的自我實現需求，共分成六個階層(Maslow, 1943)。最基本的生理需求包含飢餓、渴

及性等需求，當此一需求得到滿足後，才會進到下一個需求。第二個需求是安全的需求，即希望被保護及免於危險。當安全需求得到滿足後，會進入歸屬的需求，即希望覺得和人有連結、有朋友、有支持他的家庭及歸屬於某個團體。下一個階層則為自尊的需求，即希望被了解及得到他人的肯定。最後一個，也是最高的階層，則是自我實現的需求。

**暢流理論(Flow theory):**契克森米哈賴(Csíkszentmihályi)於 1975 年提出暢流理論，證實了專注於內在動機而活動的人，在個體身上及活動中可以觀察到暢流的樂趣，讓個體可以完全投入於工作中(劉麗婷, 2004)。他更進一步指出暢流的特性有：(1)熱情及專心於活動。(2)行動與體認的融合，即他不必思考要做什麼，而是專心於所做之事。(3)自我意義的喪失，使其不必在意他人的觀點。(4)高度的控制感。(5)時間的扭曲，個體失去對時間的注意，例如一小時感覺似乎只有一分鐘。(6)沒有焦慮。(7)活動被自身所驅動等(陳秀娟 & Mihaly, 1998)。暢流隱含的意義，即是許多人形容自己表現最傑出時，那種水到渠成，不費吹灰之力的感覺，那種運動家所謂的”處於巔峰”，藝術家所謂的”文思泉湧”的狀態(陳秀娟 & Mihaly, 1998)。雖然不同的人處於暢流狀態時所從事的活動不同，但對此暢流體驗的感受卻大同小異(Csíkszentmihályi, 1997)。黃曼聰則指出，要讓個案達到心(暢)流，即無我狀態，個體必須參與難度適中的挑戰(黃曼聰, 2008)。

**自我效能論(Self-efficacy theory):**班杜拉(Bandura)於 1977 年提出自我效能論，並確認自我效能是人類的主要驅力。他認為自我效能是人們對自己能力的信念，它驅動人們去行動(Bandura, 1977)。他提出關於自我效能的四個概念，包含：健康知識(knowledge)、自覺的自我效能(perceived self-efficacy)、結果預期(outcome expectations)、自覺的促進因素與社會及結構上的障礙因素(the perceived facilitators and social and structural impediments)(Bandura, 2004)。他提出自我效能的訊息來源有四個，包含：實現的成就(performance accomplishments)、替代經驗(vicarious experience)、口語說服(verbal persuasion)、生理激勵(physiological arousal)。個人對自我效能的評估有三方面，即大小(magnitude)、強度(strength)及一般性(generalizability)。他並確認自我效能的四個來源，即勝任(mastery)、模仿(modeling)、社會說服(social persuasion)、身體/情緒狀態(somatic/emotional states)。勝任是最強及最有持續力的自我效能來源。模仿是另一個自我效能來源，但並不是每個角色

模範都有同樣的影響力。社會說服通常被認為是較弱的自我效能來源，但負面的批評卻可能破壞個人的自信。至於身體/情緒狀態則可能鼓勵或阻礙個體的活動參與。當個體不願嘗試新任務或當遇到挑戰很容易放棄時，他們可能缺乏自我效能。Arshadi 的研究指出，自我效能是動機特徵(motivational traits)與工作動機間的調節角色(Arshadi, 2009)。

**跨越理論模式(Transtheoretical Model)：**Prochaska 提出跨越理論模式(James O Prochaska & DiClemente, 1982; J.O. Prochaska, DiClemente, & Norcross, 1992)，此模式理論包含：改變的階段(stages of change)、改變步驟(process)、衡量利弊(decisional balance)與自我效能(self-efficacy)等概念。Miller 等人亦以此模式為理論基礎，發展出廣被採用的動機式晤談法(motivational interviewing)的介入策略(W.R. Miller & Rollnick, 2002)。此模式對於改變的看法，不同於以往的線性模式，認為改變是循環的，可能復發，亦可能再次進入改變過程。改變的階段分成六期，分別是：

- (一) 沉思前期(precontemplation)：於此時期，改變尚不在考慮之中，即未來六個月中沒有改變行動的意圖。
- (二) 沉思期(contemplation)：進入沉思期，意謂個案開始思考問題，權衡改變的正反面因素，有意圖在未來六個月間採取行動。個案會在「應該改變」與「維持現狀」間猶疑躊躇，這是改變過程中非常正常也是極為重要的階段。
- (三) 準備期(preparation)：於此時期，個案認知到就改變而言，正面因素比反面因素來得重要，個案有意圖在未來一個月內行動，並已有一些行為朝向這個方向。此時，個案正在一個關鍵點，如果抓住機會就會進入下一階段的「行動期」，改變歷程就得以繼續，否則就會回到「沉思期」。此時期亦包含為改變做計畫，對大多數個案而言，改變可能使用多重方式，因此個案亦會衡量各種可能方式。
- (四) 行動期(action)：此時期意謂改變行為已經開始，但未滿六個月，此時改變仍不穩定，改變不見得能夠持續，仍有復發的可能。
- (五) 維持期(maintenance)：此時期意謂改變行為已超過六個月，新的行為模式已較固定及較容易管理。雖然此時仍有復發的可能，但相較於行動期，復發的機會已降低。

(六) 復發期(relapse)：此時期意謂為改變而做的努力已經遭放棄，在跨越理論模式中，復發不代表失敗，而是改變過程中很正常的部分。此週期可能一再重覆，直至新行為模式穩定為止。

**自我決定論(Self-determination theory)：** Ryan及Deci於1985年提出自我決定論，主要討論內容為人類的內在與外在動機。內在動機指得是人天生尋求新奇、與挑戰對抗及勝任的本能傾向，而外在動機指得是活動的表現以獲得不同於內在動機的結果，認為個體的行為會受到伴隨外在事件發生的種種情況的影響(Ryan & Deci, 2000)。Yamada等人的研究指出，相較於臨床狀況，內在動機對功能性結果有更強大的影響，且被視為是影響心理社會介入的核心特質(core feature)(Yamada et al., 2010)。

Ryan 及 Deci 指出，雖然內在動機是人類與生俱來的特質，但維持及提昇內在動機則需要支持性的環境，這些包括勝任(competence)、自主(autonomy)及關連性(relatedness)。雖然勝任、自主及關連性能創造支持性的環境，但活動本身必須存在對內在動機的趣味性才行。

儘管內在動機有其作用，但我們做的許多事卻是由外在因子所驅動。自我決定論提出自我調節(self-regulation)的概念，並指出自我調節的四個層次，從最低至最高的自主性分別為：外在調節(external regulation)、內射調節(introjected regulation)、認同調節(identified regulation)與整合調節(integrated regulation)。自我調節即外在動機內化的方式，缺少自我調節會產生拖延的情形，而拖延即不相信長期報酬的價值而專注在較短期可見的報酬。許多研究指出，外在動機會破壞內在動機，因其有被控制的感覺，但內化的外在動機則能降低其影響(Deci & Ryan, 2008)。

Ryan 及 Deci 在 2008 年的文獻中進一步指出，自我決定論區分自主性動機(autonomous motivation)與受控制的動機(controlled motivation)。自主性動機包含內在動機及充分內化的外在動機(well-internalized extrinsic motivation)，受控制的動機則包含外在調節、內射調節。自主性動機在效能表現(effective performance)方面有其優勢，特別是啟發性的任務、心理安適及健康的發展方面(Deci & Ryan, 2008)。

研究指出，在學習情境中，精神分裂症患者的動機系統在本質上與非精神障礙者相近，只是量較少，在從非精神障礙者發展的動機理論與研究結果亦適用於

精神分裂症患者，且適合用來發展處理低內在動機的策略(Medalia & Saperstein, 2011)。依據 Choi 及 Medalia 的研究顯示，精神分裂症患者的內在動機是一個動態過程、具有可塑性，對環境的操弄是敏感的(Choi & Medalia, 2010)。Nakagami 等人則指出，內在動機是會隨著時間動態改變的，且內在動機的改變，與心理社會功能的改變有強大的關連，而不是神經認知的改變。功能的改變能增加對成功的期望，進而增加動機(Nakagami, Hoe, & Brekke, 2010)。此外，亦有學者試圖探討是否能用內在動機指導法來處理個案的動機問題(Choi & Medalia, 2010)。

**驅避模式(Approach/avoidance models)：**Gary於1991年提出驅避模式理論，指出人的行為有二種傾向，當其認為參與活動可得到獎勵、正向經驗或愉快情緒時，他們會被驅動去參與活動。反之當人們預期參與活動會導致負面經驗或不愉快情緒時，他們抗拒參與這些目標導向的行為。Gary進一步指出，人格中有二個具生物導向且由二個獨立系統調節的面向，行為活化系統(behavioral activation system, BAS)為驅向(approach)面向，而行為抑制系統(behavioral inhibition system, BIS)則為迴避(avoid)面向。Carver及White則發展出此二系統的評估表(Carver & White, 1994)。Engel等人的研究指出，愉快的預期與BAS有關，亦證實負性症狀與預期快樂及接近動機(approach motivation)有關(Engel, Fritzsche, & Lincoln, 2013)。

依此模式，個體對 BAS 或 BIS 可能較敏感或較不敏感。對 BAS 較敏感的個體，有較高的傾向於目標導向活動及正向情緒，而對 BIS 較敏感的個體，較容易焦慮及猶豫。

依據 Brown 的觀點，驅避模式理論的價值在於能幫助職能治療師更了解個案及提供個案介入方法。例如，在容易擔心的個案從事目標導向行為前，需先提供介入以降低其焦慮(Brown, 2011)。

## 第二節 精神分裂症患者的動機問題

Gard 等人的研究指出，動機在神經認知、社會認知及功能性結果間扮演著重要及調節的角色(Gard, Fisher, Garrett, Genevsky, & Vinogradov, 2009)。精神分裂症患者存在正性及負性症狀，相關的病程研究指出，精神分裂症患者的正性症狀對治療的反應特別好，它們一般都會消失，但許多個案在幾次正性症狀發作之間，其負性症狀已持續存在(American Psychiatric Association, 2000)。學者們在 1999 年

發表的研究指出，當時精神科藥物中，並沒有治療負性症狀的藥物被發展出來，且第二代抗精神病藥物似乎也還未看到有效治療負性症狀的可能性(Leucht, Pitschel-Walz, Abraham, & Kissling, 1999)。而其他學者則有不同看法，認為第二代抗精神病藥物的發展使負性症狀的治療有了樂觀的期待(Swartz et al., 2007)。

負性症狀雖然很早就受到關注，但對於其病理機轉與治療仍不一致與清楚，The NIMH-MATRICES 於 2006 年曾於研究會中提出關於負性症狀的 11 的共識聲明(Consensus Statement)，提供後續的藥物治療及其他相關研究參考(Kirkpatrick et al., 2006)。雖然對於負性症狀的分類範疇學界有不同的看法，但 Messinger 等人指出，在經過無數次因素分析後，負性症狀主要表現在二個範疇，即表達性缺失(expressive deficits)及對日常生活與社交活動的無意志(avolition)。無意志或無動機包括主觀的減少興趣、渴望與目標，與行為上的減少自我起始行為及目的性的行動(Messinger et al., 2011)。Foussias 及 Remington 回顧精神分裂症患者負性症狀的相關文獻後指出，精神分裂症患者的負性症狀可重新整理成以下五個結論：(1)負性症狀為獨立的症狀領域，有別於正性症狀、神經認知與社會認知。(2)在負性症狀的建構中，包含二個次領域：表達的減少及無動機。(3)傳統認為和負性症狀相關的注意力缺損、不適切情感及言談內容貧乏與神經認知或混亂症狀有較緊密的關連。(4)喜樂不能(anhedonia)並不是負性症狀的核心症狀。(5)無動機是負性症狀的核心症狀，且直接衝擊精神分裂症患者的功能性結果(George Foussias & Remington, 2010)。最新版的精神疾病診斷標準也指出，精神分裂症患者的負性症狀在二方面特別明顯，即情緒表達的減少(diminished emotional expression)及無意志(avolition)(American Psychiatric Association, 2013)。

負性症狀向來被認為與精神分裂症患者差的功能性結果有關，Pratt 等人的研究指出，負性症狀是功能的最強預測因子，扮演著自我效能與功能表現間的調節角色(Pratt, Mueser, Smith, & Lu, 2005)。Fervaha 等人針對早期發病的精神分裂症患者的研究也指出，無動機是精神分裂症患者功能的主要預測因子(Fervaha, Foussias, Agid, & Remington, 2013)。Foussias 等人的前驅性研究進一步分析負性症狀的不同面向，指出精神分裂症患者的動機缺失是目前功能唯一也是強烈預測因子，且建議在尋找改善精神分裂症患者功能性結果的策略時，應將焦點放在病患的動機缺失上(G. Foussias, Mann, Zakzanis, van Reekum, & Remington, 2009)。研究指出，精



精神分裂症患者有明顯的動機缺失，其中負性症狀對動機的影響尤其明顯(George Foussias & Remington, 2010)。Foussias 後續的研究指出，在負性症狀的多個面向中，無動機是預測精神分裂症患者功能損傷的指標性角色(G. Foussias et al., 2011)。Medalia 與 Brekke 則指出，無動機與正向功能性結果的妨礙有關(Medalia & Brekke, 2010)。多位學者的研究更指出，負性症狀對功能的影響更甚於認知缺失(G. Foussias et al., 2011)及正性症狀(Rabinowitz et al., 2012)。而精神症狀對功能的影響，則是藉由症狀與內在動機的關係而產生(Yamada et al., 2010)。Fervaha 等人針對早期發病的精神分裂症患者的研究則指出，無動機是整個病程中對功能影響的核心因素(Fervaha et al., 2013)。

雖然動機缺失向來被視為精神分裂症的核心症狀，但對於動機評估的最適切方法仍有爭論(Barch, Yodkovik, Sypher-Locke, & Hanewinkel, 2008)。動機評估方式有意志量表(The Volitional Questionnaire)(Chern, Kielhofner, de las Heras, & Magalhaes, 1996)、Motivational Trait Questionnaire(Heggestad & Kanfer, 2000)、University of Rhode Island Change Assessment-Maryland (URICA-M)。內在動機測量方法有：內在動機量表(Intrinsic Motivation Inventory)與The Perceived Competency Scale (PCS)。

負性症狀的評估方法，包括傳統上有 Brief Psychiatric Rating Scale(BPRS)的 retardation factor、Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS)的 negative symptom subscale: negative factor、Scale for Assessment of Negative Symptoms(SANS)、NSA-16 Negative Symptom Assessment、Schedule for the Deficit Syndrome(SDS)(George Foussias & Remington, 2010; Stahl & Buckley, 2007)。新的方法則有在 The Collaboration to Advance Negative Symptom Assessment of Schizophrenia (CANSAS) 倡導下發展的，以會談為基礎的評估工具，The Clinical Assessment Interview for Negative Symptoms (CAINS)(Blanchard, Kring, Horan, & Gur, 2011; Forbes et al., 2010; Horan, Kring, Gur, Reise, & Blanchard, 2011)。

缺乏職能參與動機的精神分裂症患者，首先影響的是其日常生活功能及工具性日常生活功能的表現，他們在參與及執行日常生活慣常上常有問題(Chugg & Craik, 2002) 且會進一步影響其社交功能及職業功能。無意志所導致的減少自我起始及維持的行為，可在四個類別中觀察：自發性的動作活動、打扮／個人衛生、

工作／娛樂／休閒及社交參與(Messinger et al., 2011)。



### 第三節 動機問題的治療

#### 一、認知行為治療(Cognitive-Behavioral Therapy)

早期認為動機問題是因技巧缺失造成，所以給予社交技巧訓練(Dobson, McDougall, Busheikin, & Aldous, 1995)。較新的概念則強調負性症狀的情感病理(affective etiology)，認為負性症狀是因面對巨大壓力後的退縮。早期 CBT 的介入焦點在負性症狀中的喜樂不能與無動機(Perivoliotis & Cather, 2009)。

#### 二、動機增強治療(Motivational Enhancement Therapy)

動機增強治療的目的在誘發個案自己改變的動機並以個人的決定及計畫來改變。其模式雖然具計畫性與引導性，但仍是一種以個案為中心的介入策略(Boren, Onken, & Carroll, 2000)。其介入重點不在逐步指導與訓練個案，而是誘發個案改變的動機(William R Miller, 1994)。此模式以 Prochaska 等人所提出的改變的階段(J.O. Prochaska et al., 1992) 為基礎，發展較為簡短，四個階段的介入，包含：沉思前期、沉思期、決定或準備期與行動期。Cisler 等人的研究則指出，動機增強治療雖然為較短期的四次治療，療效並不比認知行為治療與 12 步驟促進治療差(Cisler, Holder, Longabaugh, Stout, & Zweben, 1998)。Sampl 與 Kadden 則發展合併動機增強與認知行為治療的介入方式，規畫五次介入，包含二次個別治療及三次團體治療(Sampl & Kadden, 2001)。

學者指出，動機增強治療以多種方式融合入較正式的治療計畫或介入，包含：修正動機式晤談的介入方式為較簡短的形式，以應用於如急診等設施、應用於較密集的介入之前、發展為四階段的介入方式(Marc Galanter & Kleber, 2011)。Witkiewitz 等人的研究則指出，針對低動機的個案來說，相較於認知行為治療，動機增強治療有更好的效果(Witkiewitz, Hartzler, & Donovan, 2010)。

#### 三、動機式晤談法(Motivational Interviewing)

動機式晤談法是 Miller 等人所發展，其以 Prochaska 等人所提出的改變的階段(J.O. Prochaska et al., 1992) 為基礎，提出各時期的晤談方式與策略。此晤談法原先是針對物質濫用個案所發展，但隨著後續研究的進行，目前已擴展應用到其他族群，包含精神疾病患者。學者指出，使用動機式晤談法可以增加精神分裂症患者

的病識感及治療順從性(Rüsch & Corrigan, 2002)。

Miller 及 Rollnick 定義動機式晤談法為“一個以個案為中心的引導式方法，藉由探索和解決矛盾來強化改變的內在動機”(W.R. Miller & Rollnick, 2002)，它根基於羅傑士的個案為中心治療法，強調了解個案內在參考架構及目前關心的事項，及行為與價值觀之間的衝突。

Miller 及 Rollnick 指出動機式晤談法的四個基本原則為(W.R. Miller & Rollnick, 2002; 楊筱華(譯), 1995)：

- (一) 表達同理心(express empathy)：這個原則背後所秉持的態度是接納，治療者主動聆聽個案的心聲，傳達對個案觀點的了解，不帶任何判斷、批評或責難。所需的技巧則包含回映式的傾聽及對個案傳達尊重與接納的能力。
- (二) 創造不一致(develop discrepancy)：即協助個案了解個人目標及價值觀與目前行為不一致的地方以誘發改變的內在動機。行為的好與壞，並不是由治療者判定，而是由個案依其對相關主題的觀點闡述而來。使用動機式晤談法時，治療者特別著重個案對改變的論點。
- (三) 與抗拒纏鬥(roll with resistance)：此為改變過程中正常且可預期會發生的部分，當它出現時，可視為一個關於個案經驗的有價值的資訊，給予治療師需要加以引導的線索。此時治療師應避免與個案爭論且不應反對個案的抗拒，取而代之的，治療師可藉此引導個案了解其矛盾。矛盾顯示出個案的希望、渴望與害怕。治療師處理抗拒或矛盾時，可將問題以問句的方式回饋給個案。
- (四) 支持自我效能(support self-efficacy)：個案的自我效能，即認為自己能夠執行必要的行動及能成功改變。當個案決定改變時，其通常都有知識及資源做期待的改變。治療師支持個案自我效能的方法，即是表達相信個案能成功且向個案解釋他必須自己做改變。治療師亦可協助個案確認過去的成功及個人的優勢。

使用動機式晤談法的基本技巧則有：問“開放式”問題、回映式傾聽、給予肯定、做摘要及誘發改變的表達(W.R. Miller & Rollnick, 2002)。

研究指出，以動機式晤談法為基礎的順從性治療，支持在精神疾病發作後的

功能改善及持續於社區的效果(Kemp, Kirov, Everitt, Hayward, & David, 1998)。精神分裂症患者療效不佳的原因，與差的醫療順從性有關，而動機式晤談法可增進精神分裂症患者的醫療與服藥順從性(Arkowitz, Westra, & Miller, 2008)。



#### 第四節 職能治療與動機

職能治療師很早就注意到動機的重要性，並試圖藉由促進個案動機，使其參與有意義的職能來幫助個案(Fidler & Fidler, 1978; Florey, 1969)，相關的動機探討，亦出現在職能治療文獻中及動機評估工具的發展(Chern et al., 1996)。Kielhofner 在建構人類職能模式(the Model of Human Occupation)時，即強調動機的重要性(G. Kielhofner & Burke, 1980)並將動機的概念融入其發展的治療模式中。學者指出，職能治療師使用目的性活動(purposeful activity)來治療病患，而由目的性活動的定義可看出，動機，尤其是內在動機，是職能治療臨床實務中的重要議題及促進因子(Arnsten, 1990; Kircher, 1984; Thibodeaux & Ludwig, 1988)。

職能治療強調個體藉由參與有意義的職能，來維持其職能認同與社會參與，並藉由此來累積正向經驗，提昇安適感，而個案的主動參與治療計畫被視為達成治療目標的關鍵(Arnsten, 1990)。在眾多職能治療理論中，以 Kielhofner 於 1980 年所提出的人類職能模式最能完整描述個體的職能參與及動機的相關概念，此模式被提出後，歷經 30 年的研究驗證，已是一個具有實證基礎及臨床應用性的理論架構。

此模式認為，個體的行動選擇深受其意志次系統所影響。而人是由三個獨立運作並互相影響的三個次系統所組成，分別是：意志次系統(volitional subsystem)、習慣次系統(habituation subsystem)及表現能力次系統(performance capacity subsystem)。此三個次系統間彼此牽制與控制並影響個體的動機、價值、習性與表現。此外，此模式亦強調在個體的職能表現時，環境對個體的影響。

在意志次系統中，有個重要的概念是意志過程(volitional process)，個體經由預期(anticipate)、經歷(experience)、解釋(interpret)及選擇(choice)，來做出其活動選擇或職能選擇。在意志次系統的架構中，有三個重要的概念，分別是個人歸因(personal causation)、價值觀(value)及興趣(interest)。潘瓊琬指出，意志次系統關係著個體對事務的判斷與參與動機。其中個人因果又牽涉到個人對自己的認知，內外控取向

以及個人對自我可影響結果的程度之認知(潘瓊琬, 2011)。

環境對個體職能表現的影響是雙向的，它一方面提供個體機會及資源，同時要求及限制個體做出特定的行為或職能表現。環境系統包含物理性層面、社會性層面及職能型式層面。環境的改變能促使個體產生不同的行為來適應，因此環境的操控及安排在治療介入上亦扮演著重要的角色。動機再促進過程模式則指出，對職能治療而言，了解個體如何與環境互動是重要的，使用動機再促進過程的職能治療師，必須特別精通外在環境的管理，以幫助低動機個案促進意志過程(De las Heras et al., 2003)。

意志發展的連續性則是另一個重要的概念，強調意志是多或少的連續性是依探索(exploration)、勝任(competence)及成就(achievement)三階段來表現。藉由意志量表的施測，可以了解個案處於意志發展的那個階段，以提供適當的治療介入(楊明山 & 潘瓊琬, 2003)。


雖然職能治療強調動機的重要性，但在臨床實務上卻少有完整的動機介入方案，吳錦喻基於自我決定論及習得無助論發展出確認及矯正動機缺失的參考架構，認為支持個案自主、對於個案勝任給予正向回饋及提供個案與他的重要他人合作對促進個案內在動機行為是重要的(Wu, Chen, & Grossman, 2000)。

針對動機問題的介入處理，De las Heras 指出，雖然有些動機問題不需介入就可自行解決，但適當的介入能促進此復原過程，因此她於 2003 年提出動機再促進過程(remotivation process)的介入模式，並出版動機再促進過程使用手冊(De las Heras et al., 2003)。中文版手冊則於 2012 年由陳薇安等人翻譯完成(陳薇安, 王勝輝, & 潘瓊琬, 2012)。

De las Heras 認為人的動機發展可分解為三個廣泛而整體的時期—探索、勝任及成就時期。動機再促進策略具體將介入分成探索、勝任及成就三個模式，每個模式再細分為不同的階段，每個階段有治療師適用的策略及伴隨策略可採取的行動，使用手冊中並以個案實例來清楚說明這些內容。說明如下：

**探索模式：**目標在促進能力感、個人意義感及在環境中的安全感，共有四個策略，說明如下：

- (1) **確認階段**，治療師的策略包含：有意義的招呼、介紹有意義的要素到個人空間、參與個案覺得有興趣並且就在身邊的活動、產生互動等。

- 
- (2) **環境探索的傾向**階段，治療師的策略包含：從熟悉的日常生活例行事務到新奇的場所、促進個案觀察其他人從事有興趣的活動、藉由在個案面前做活動來邀請個案參與等。
  - (3) **做選擇**階段，治療師的策略除類似第二階段的策略外，還包含：增加新奇的經驗（新的環境、人物等）、增加邀請個案參與等。
  - (4) **行動中的愉悅與效能**階段，治療師的策略包含：促進參與合作的方案、合併回饋、促進生命故事的感覺等。

**勝任模式**，目標在發展效能感、重申能力感及在做選擇與職能表現時覺得有控制感，共有二個策略，說明如下：

- (1) **達到新的表現期待(內化的效能感)**階段，治療師的策略包含：在新的及具挑戰性的情況下，提供生理上或情感上的“陪伴”、適時促進技巧的學習、介紹諮詢過程和使用回饋等。
- (2) **增加角色的責任及挑戰(經歷和述說某人的故事)**階段，治療師的策略包含：在改變過程中允許“反思時間”或失序、經由更深入的分析與詢問，持續促進更多洞察力的諮詢過程等。

**成就模式**，目標在將職能參與的新領域整合至整个人生中，共有二個策略，說明如下：

- (1) **自我監控及確認必要的技巧**階段
- (2) **自我擁護**階段

在整個動機再促進的介入過程中，需要重覆使用意志量表以決定個案目前所處的層級以及其意志需要的特質。在每個介入期結束時，使用意志量表的指標及分數以決定個案是否已適合進入到下一期。在介入過程中，意志量表是核心的評估工具，但其他評估工具亦可併用於動機再促進過程。

### 第三章 研究問題與假設



本研究的研究問題與假設如下：

- 假設一：應用動機再促進方案能增進精神分裂症患者的意志表現。
- 假設二：應用動機再促進方案能改善精神分裂症患者的負性症狀。
- 假設三：應用動機再促進方案能增進精神分裂症患者的自我效能。
- 假設四：應用動機再促進方案能改善精神分裂症患者的憂鬱情形。
- 假設五：應用動機再促進方案能增進精神分裂症患者的整體功能表現(包含：活動參與動機、持續時間、責任感、忍受挫折與自我期許等工作行為(task behavior))。

## 第四章 研究過程與方法

### 第一節 研究對象

本研究的個案，採用方便取樣，個案來自北部某精神科專科教學醫院急性病房，已轉介職能治療之個案。急性病房個案平均住院期間約 1-3 個月，個案至少住院七天後才會開始轉介職能治療。急性病房個案以大台北地區為主，來源主要有(1)本院或他院門診轉介。(2)由急診轉入。(3)本院慢性病房轉入。個案至本院急性病房就醫的目的，除了急性症狀治療外，亦包含轉介本院慢性病房、附設日間型精神復健機構(社區復健中心)、附設夜間型精神復健機構(康復之家)、附設護理之家等後續安置、復健及職業訓練等之準備。

研究的收案標準，需符合以下條件：(1)年齡 20 歲以上至 65 歲以下成人。(2)急性病房由精神科醫師依據 DSM-IV(American Psychiatric Association, 1994)診斷符合精神分裂症，診斷碼為 295.1x、295.2x、295.3x、295.6x、295.8x、295.9x 之個案。(3)轉介職能治療者。(4)由治療師推薦，具明顯動機問題者。(5)簡短式智能測驗(Mini-Mental Status Examination, MMSE)分數大於或等於 24 分者。排除條件為：(1)認知損傷個案(如：器質性腦病變等個案)。(2)合併物質濫用個案(如：藥物濫用或酒精濫用等)。收案數為 10 人。

### 第二節 研究過程

研究流程圖如圖一，研究者將不適合之個案排除後，針對適合之個案進行研究參與者的知情同意工作，當面向個案說明受試者同意書內容，並邀請個案簽署研究知情同意書。同意接受研究之個案，研究者於一週內安排前測，前測內容有：(1)個案填寫職能自我評估量表(Occupational Self-Assessment, OSA)、貝克憂鬱量表第二版(Beck Depression Inventory-Second Edition, BDI-II)中文版、簡式症狀量表(Brief Symptom Rating Scale, BSRS-50)等三份自陳量表。(2)精神科醫師評估正性與負性症狀量表(Positive and Negative Symptom Scale, PANSS)。(3)職能治療師評估意志量表(Volitional Questionnaire, VQ)、職能治療綜合評量表(Comprehensive Occupational Therapy Evaluation Scale, COTES)。前測完成後，安排個案參與八次動機再促進團體介入，內容包含六次 50 分鐘的團體治療及二次 50 分鐘的個別治療，



治療安排每週二次，為期一個月。八次治療介入完成後於一週內安排後測，後測內容有：(1)個案填寫職能自我評估量表、貝克憂鬱量表第二版中文版、簡式症狀量表等三份自陳量表。(2)精神科醫師評估正性與負性症狀量表。(3)職能治療師評估意志量表、職能治療綜合評量表。

### 第三節 研究工具

本研究使用的評估工具，主要有以下幾種，分別說明如下：

#### (一)簡短智能量表 (Mini-Mental Status Examination, MMSE)

簡短智能量表由 Folstein 等人於 1975 年所發展，用來評估認知心理狀態，可作為認知功能之篩檢工具，廣泛為各研究所採用，用來篩選適合的研究個案。量表總分由 0-30 分，得分高者表示認知功能較佳(Folstein, Folstein, & McHugh, 1975; Moore, Palmer, & Jeste, 2004)。Harvey 等人的研究指出，此量表可用於篩檢精神分裂症患者的認知功能(Harvey et al., 1995)。

中文版量表由郭乃文等人於 1988 年修訂，中文版仍保留五大項認知功能之評量，包括：定向力(orientation)、訊息登錄(registration)、注意力及計算(attention & calculation)、短期記憶(recall)以及語言能力(language)。且量總分由原先之 30 分增至 33 分(郭乃文 et al., 1988)。本研究參考國內外之研究結果，以 24 分為截斷分數，低於 24 分者視為有認知缺損而予以排除(Moore et al., 2004; 郭乃文 et al., 1988)。此工具用來了解個案的智能狀態是否符合本研究之收案標準。

#### (二)簡式症狀量表(Brief Symptom Rating Scale, BSRS-50)

簡式症狀量表為 1990 年由李明濱等人修訂 SCL-90-R(Derogatis, Rickels, & Rock, 1976)而成，為一自陳式量表，採用五點量尺，每項得分介於 0-4 分，代表完全沒有問題到非常厲害，總分介於 0-200 分，得分愈高表示症狀愈嚴重。此量表包含 10 個症狀向度，分別是：身體化症狀(Somatization)、強迫症狀(Obsession)、人際間敏感(Interpersonal Sensitivity)、憂鬱(Depression)、焦慮(Anxiety)、敵意(Hostility)、畏懼(Phobia)、疑心(Paranoid)、精神症狀(Psychoticism)及附加症狀(Addition)(M.-B. Lee, Y. Lee, L. Yen, M. Lin, & B. Lue, 1990)。

評分結果可得到二種指數，一般症狀指數(General Severity Index)：由 50 題之總分除以總題數而得；正性症狀嚴重度(Positive Symptom Distress Index)：由總分

除以得分介於 1-4 分的題數而得(M. B. Lee, Y. J. Lee, L. L. Yen, M. H. Lin, & B. H. Lue, 1990)。本研究以一般症狀指數作為參與研究個案症狀嚴重度及前後測比較之標準，並依李明濱等人的研究結果，以 1 分為切截點，小於等於 1 分為症狀輕微，大於 1 分為症狀嚴重(M.-B. Lee et al., 1990)。此工具用來了解個案之症狀嚴重度。

### (三) 意志量表(Volitional Questionnaire, VQ)

意志量表為一份觀察評估工具，經由有系統的觀察個案從事職能活動，如工作、休閒及日常生活活動等，與環境的反應及行動，以瞭解個案之內在動機及環境如何提昇及減弱意志的訊息。中文版意志量表有 14 個項目，提供充分的動機指標，這些指標由較低的動機到較高的動機分別為：「顯現好奇心」、「開始行動」、「嘗試新事物」、「顯現偏好性」、「顯現此活動是特別的或有意義的」、「顯示目標」、「保持參與」、「顯現自豪或滿意」、「嘗試解決問題」、「嘗試修正錯誤」、「持續活動直到完成」、「投入更多的能量/情緒/注意力」、「尋求更多責任」、「尋求挑戰」等(楊明山 & 潘瓊琬, 2003)，經由評估可獲得明確動機層次之資料，因此可確認個體的意志功能，結果可做為訂定治療目標及治療介入的參考依據(楊明山, 2007)。

意志量表可提供一個人的意志情形，與其他評估進行結合形成對個人的全面性瞭解。也可提供有關於個人個別化及具體訊息之特定動機特徵(例如，個人歸因、價值及興趣)，此評估確認意志對每個個體是獨特的及瞭解每個個體是如何被促動的，而這對以個案為中心的服務是必要的。

除此之外，意志量表亦可確認支持或阻礙個人動機的環境因子。此評估也認為每個人對不同環境的反應是不同，並且瞭解環境中的因素如何影響個人的動機是重要的。量表提供有關活動的訊息及最大化個人意志的狀況(例如，參與職能的最正向動機)。這些訊息決定哪些環境支持可用來增強個人表現和經驗。

意志量表可提供適當治療計劃及介入訊息，協助治療師及其他專業，有效地促進個案的意志表現。對主動參與之個案，提供各種介入策略的效能監控。持續使用此量表，亦可記錄個案動機的改變情形。此工具用來驗證研究假設一：應用動機再促進方案能增進精神分裂症患者的意志表現。

### (四) 正性與負性症狀量表(Positive and Negative Symptom Scale, PANSS)

此量表於 1987 年由 Kay 等人所發展，其改良 BPRS(Brief Psychiatric Rating

Scale)及加上 Singh 及 Kay 所發展的 PRS(Psychopathology Rating Schedule)而成(Kay, Fiszbein, & Opler, 1987)。PANSS 原為 30 題之量表，分為正性量尺(positive scales) 7 題，負性量尺(negative scales) 7 題，及一般精神病理 16 題。

正性量尺包括：P1.妄想(delusions)、P2.思考欠組織(conceptual disorganization)、P3.幻覺行為(hallucinatory behavior)、P4.亢奮(excitement)、P5.誇大(grandiosity)、P6.多疑/被害(suspiciousness/persecution)、P7.敵意(hostility)，負性量尺包括：N1.情感遲滯(blunted affect)、N2.情感不投入(emotional withdrawal)、N3.會談關係不佳(poor rapport)、N4.冷漠/社交退縮(passive/apathetic social withdrawal)、N5.抽象思考困難(difficulty in abstract thinking)、N6.言談缺乏自發與流暢性(lack of spontaneity and flow of conversation)、N7.刻板思考(stereotyped thinking)，一般精神病理包括：G1.擔心身體健康(somatic concern)、G2.焦慮(anxiety)、G3.愧疚感(guilt feelings)、G4.身體緊張(tension)、G5.怪異動作(mannerisms and posturing)、G6.憂鬱(depression)、G7.動作遲滯(motor retardation)、G8.不合作(uncooperativeness)、G9.不尋常思考內容(unusual thought content)、G10.定向感障礙(disorientation)、G11.注意力障礙(poor attention)、G12.判斷力及病識感障礙(lack of judgment and insight)、G13.意志力障礙(disturbance of volition)、G14.衝動控制障礙(poor impulse control)、G15.沉浸狀態(preoccupation)、G16.刻意迴避社交(active social avoidance)。中文版則增加三題攻擊危險度之補充題目，即 S1.憤怒(anger)、S2.不耐要求被延緩滿足(difficult of delay gratification)、及 S3 情感波動(affective lability)等，成為 33 題的版本。

評分方面則以無(absent)、極微(minimal)、輕度(mild)、中度(moderate)、中重度(moderate severe)、重度(severe)、極重度(extreme) 等七個等級評分，且施測者間的信度已達可接受水準(鄭若瑟, 何海, 張景瑞, 藍先元, & 胡海國, 1996)。而症狀嚴重度的分數切點, Leucht 等人與 Clinical Global Impressions (CGI)比較後則建議，58 分為輕微，75 分為中度，95 分為明顯，116 分為嚴重(Lançon, Auquier, Nayt, & Reine, 2000; Leucht et al., 2005; Levine, Rabinowitz, Engel, Etschel, & Leucht, 2008; White, 2005)。此工具用來驗證研究假設二：應用動機再促進方案能改善精神分裂症患者的負性症狀。

#### **(五)職能自我評估量表(Occupational Self-Assessment, OSA)**

職能自我評估量表是 Kielhofner 依據人類職能模式及修改主要適用於兒童及

成人的「職能功能的自我評估」所發展的自評量表與成效指標，其理論基礎包含了人類職能模式的三個次系統與環境因子，可用來測知個案對職能勝任及環境對其職能適應之衝擊的觀點。透過此量表，治療者可與個案共同建立治療目標，使個案參與訂定治療計畫，而達到最好的治療效果。

量表包含二部分的自填式表格，第一部分包含一系列關於個人職能功能情形之描述，個案針對每一個項目，自行賦予不同程度的評價，評價以做得非常好、做得好、有一些困難、有許多困難等四級評分來表示。第二部分包含一系列環境相關的項目，以類似的方式來填答。在個案評量完自己的職能行為及環境影響後，最後再回顧其填答結果來選擇欲改變的優先順序(潘瓊琬 & 王淑敏, 2007)。

王淑敏於 2004 年針對中文版職能自我評估的心理計量特性研究指出，中文版職能自我評估具有良好的建構效度、良好的內在一致性、適當的敏感度、中度以上的同時效度及中度穩定的再測信度(王淑敏, 2004)。此工具用來驗證研究假設三：應用動機再促進方案能增進之精神分裂症患者的自我效能。

#### (六) 貝克憂鬱量表第二版(Beck Depression Inventory-Second Edition, BDI-II)

##### 中文版

此量表發展的主要目的是為了評估病人是否有和 DSM-IV 診斷準則一致的憂鬱症狀及其嚴重程度。適用於十三歲以上的個案，施測時間約 5-10 分鐘。可用於測量青少年及成人之憂鬱嚴重程度、區辨有憂鬱症狀和沒有憂鬱症狀之精神病患及作為臨床研究的工具(中國行為科學社)。

量表內容共包含 21 組題目，分別是：「悲傷」、「悲觀」、「失敗經驗」、「失去樂趣」、「罪惡感／內咎」、「受懲罰感」、「討厭自己」、「自我批評／自責」、「自殺念頭」、「哭泣」、「心煩意亂」、「失去興趣」、「優柔寡斷／猶豫不決」、「無價值感」、「失去精力」、「睡眠習慣的改變」、「煩躁易怒」、「食慾改變」、「難以專注」、「疲倦或疲累」、「失去對性方面的興趣」等，每組題目均有四個依嚴重程度排列之選項，根據選項程度之輕重給予 0 到 3 分不等之分數，分數愈高代表憂鬱問題愈嚴重，得分範圍在 0-63 分。量表指導手冊指出，量表總分的切截分數為：0-13 分屬於正常範圍，14-19 分屬於輕度憂鬱，20-28 分屬於中度憂鬱，29-63 分屬於重度憂鬱(陳心怡, 2000)。此工具用來驗證研究假設四：應用動機再促進方案能改善精神分裂症患者的憂鬱情形。

### (七)職能治療綜合評量表(Comprehensive Occupational Therapy Evaluation Scale, COTES)

職能治療綜合評量表於 1976 年由 Brayman 等人發展，內容包含三個次量表，即一般行為次量表、社會行為次量表及工作行為次量表(Brayman, Kirby, Misenheimer, & Short, 1976)。中文版量表則於 1981 年由高麗芷等人修訂成 20 題版本。此量表為臨床上普遍使用之量表(吳希文, 王勝輝, 李秉家, 謝清麟, & 李柏森, 2010; 蕭小菁, 潘瓊琬, 鐘麗英, & 呂淑貞, 2000)。

王怡婷等人於 2012 年針對職能治療綜合評量表進行心理計量特性，結果顯示，職能治療綜合評量表具有良好的信度、一般行為及工作行為次量表具有準確的測量範圍，社會行為次量表因題目較少影響了估計的準確性，未來可增加精神疾病患者相關之社會行為題目(王怡婷 et al., 2012)。

本研究主要使用職能治療綜合評量表之工作行為次量表，評分項目包含：動機、持續時間、責任感、忍受挫折、自我期許、理解力、技巧、細動作協調等八個項目。此工具用來驗證研究假設五：應用動機再促進方案能精神分裂症患者的整體功能表現(包含：活動參與動機、持續時間、責任感、忍受挫折與自我期許等工作行為(task behavior))。

## 第四節 資料分析

本研究使用 Microsoft Excel 2010 年版做個案的敘述統計，分析內容包含二大類資料，分別是(1)個人基本資料，包含：姓名、性別、年齡、教育程度、簡短智能量表分數等。(2)疾病史，包含：發病年齡、發病年數、疾病嚴重度(以簡式症狀量表(BSRS-50)之一般症狀指數表示)。

檢定統計則使用 SPSS 20 版(SPSS, 2011)做無母數統計學(nonparametric statistics)之符號檢定(Sign Test)、威克森符號等級檢定(Wilcoxon Signed-Rank Test)及母數統計(parametric statistics)之成對樣本 t 檢定(Paired-Sample t test)，比較個案在前後測中的表現，是否達統計上之顯著差異。

**符號檢定(Sign Test)：**沈明來指出，符號檢定法為無母數統計法中最古老的測驗法，於 1970 年被學者提出，其之所以稱為符號檢定，是因為其資料中只有二個觀察值，若以“+”或“-”號來區分，則統計分析時即依“+”或“-”號之個數來決定，故

稱為符號檢定法(沈明來, 2007)。符號檢定並不分開各別檢定兩個單獨的群體，相反的，它將重點放在每一對資料的差距，且符號檢定是用來檢定虛無假說為配對差距母群體的差距中位數是否等於 0(林為森 et al., 2002)。此統計法是以正負號的個數，來當作統計量以做為檢定的基礎。

**威克森符號等級檢定(Wilcoxon Signed-Rank Test)：**由於符號檢定法只考慮正負號，沒有考慮差數的大小，所以威克森提出了符號等級檢定來改善符號檢定法的缺點(沈明來, 2007)。其作法除考慮正負號外，亦將差距加以排列，然後計算二邊的排序總和並加以比較。如同符號檢定一樣，威克森符號等級檢定並不是分別檢定兩組樣本的數值，而是把重點放在每對觀測值的差距，同時考慮差距的數值與符號(林為森 et al., 2002)。檢定的步驟，首先計算每一對觀察值的差距，並且忽略這些差距值的正負號，然後以差距的絕對值從小到大排序，差距為 0 者則不排序，並從分析中刪除不計。接著計算正號等級的總和與負號等級的總和，並以此等級總和的數值作比較，進行檢定統計。

**成對樣本T檢定(Paired-Sample t Test)：**成對樣本指的是同一個體在兩個不同的時間點所測量出來的資料，當資料成對出現，此法可用來探討兩者的平均值是否有差異，適用於樣本數夠大或母群體分布接近常態分布之情形。

## 第五章 結果



### 第一節 個案的人口學分析

在收案過程中，符合收案條件者有 23 位，但同意參與本研究個案只有 13 位，並簽署受試者知情同意書，但在研究開始前有三位個案退出研究，故實際參與研究的個案共 10 位急性病房精神分裂症患者，其中包含 7 位男性，3 位女性。個案的人口學及疾病史資料如表二，在教育程度方面，有 2 位國小畢業，3 位國中畢業，4 位高中/職畢業，1 位大學/大專畢業，年齡分佈從 23 歲到 56 歲，平均年齡為 42.00 歲(標準差為 11.52)，簡短智能量表(MMSE)分數分佈從 24 到 28 分，平均分數為 26.30 分(標準差為 1.62)。

發病年齡分佈從 15 歲到 30 歲，平均發病年齡為 20.70 歲(標準差為 4.57)，發病年數分佈從 5 年到 41 年，平均發病年數為 21.30 年(標準差為 11.61)。在簡式症狀量表的一般症狀指數，分佈從 0 到 2.5，平均為 0.86(標準差為 0.73)，依李明濱等人的研究顯示，1 分為症狀嚴重度的切截點，所以本研究所收錄之受試者屬於症狀輕微之範圍。

個案在八次治療介入活動的出席情形，分別是：

次數	第 1 次 介入	第 2 次 介入	第 3 次 介入	第 4 次 介入	第 5 次 介入	第 6 次 介入	第 7 次 介入	第 8 次 介入
應出席 人數	10	10	10	10	10	10	10	10
實際出 席人數	9*	10	10	8**	10	10	10	8***
出席 百分比	90%	100%	100%	80%	100%	100%	100%	80%

\*個案因外出未出席

\*\*一位個案因睡覺無法起床未出席，另一位個案因家屬會客未出席，此次為第 4 次介入，因屬個別治療活動，二位個案皆利用空檔時間補完成個別治療活動。

\*\*\*一位個案因出院未出席，另一位因症狀干擾未出席，此次為第 8 次介入，因屬個別治療活動，個案利用空檔時間補完成個別治療活動。

## 第二節 中文版動機再促進過程手冊之建立

研究者們首先將取得授權翻譯之原英文版動機再促進過程手冊翻譯成中文版動機再促進過程手冊(陳薇安 et al., 2012)，並由具精神科職能治療臨床經驗及量表中文文化經驗的資深職能治療師協助校稿，以確保中文版之動機再促進過程手冊與原英文版內容相符。

### 第三節 動機再促進方案：動機再促進團體介入手冊之建立、特性與內涵

動機再促進方案的重點，並不在實際指導個案生活能力或技巧，而是藉由個案對自己的探索、生活化的題材以及與自己切身關心內容，增加個案自我了解、自我效能與職能參與動機。

動機再促進團體介入手冊為本次研究所建構的治療介入指導手冊，內容包含：理論基礎、團體架構、動機再促進團體總表、動機再促進團體各單元內容摘要與附錄等。

動機再促進團體介入手冊的**理論基礎**，主要為基於內在動機理論、人類職能模式及依人類職能模式所發展的動機再促進策略(陳薇安 et al., 2012)，其他理論則包含教與學原理等。

**團體架構**則是說明八次介入的性質、階段屬性、團體分配次數與每次治療時間規畫等資訊。

**動機再促進團體總表**則整理了八次介入的詳細內容，包括：主要模式、主要階段、使用策略、單元主題、單元內容、單元表單等。

動機再促進團體各單元的**內容摘要**則包括以下內容：(1)本單元所處之模式與階段。(2)帶領本單元建議應用之策略。(3)單元主題。(4)單元時間。(5)單元目標。(6)單元內容。(7)單元所需材料。(8)各單元所使用的表單。

**附錄**則是附上動機再促進過程各階段內容，含治療師策略、伴隨策略的行動及個案目標，以供使用者參考。

動機再促進團體介入手冊為根據動機再促進策略建構的治療介入方案，共安排六次團體治療及二次個別治療。團體內容依據此策略所定義的三個動機發展階段，探索、勝任及成就階段，分別規畫不同次數及不同策略使用重點的內容。說明如下：



所有安排的八次動機再促進團體介入，團體內容依據不同動機發展階段所強調的策略和重點，分別規畫不同的介入內容，如表一。在團體活動中，主要加入協助個案探索及得到勝任感與成就感的動機促進元素，以促進團體成員的分享與互動。說明如下：

前三次的治療團體，是以**探索模式**為基礎，應用此模式的策略：**確認階段**、**環境探索的傾向階段**、**做選擇階段**、**行動中的愉悅與效能階段**，架構出三個團體主題，期待個案藉由探索及分享這些議題，完成探索模式的任務。這三次的治療團體，介入內容分別為：

- (一) 第一次團體：單元主題為”確認自己”，單元內容則是探討：我是誰？、我的生命曲線。
- (二) 第二次團體：單元主題為”我所處的環境”，單元內容則是探討：介紹我的家、我所處的社會環境。
- (三) 第三次團體：單元主題為”我人生中的選擇—我的金錢管理”，單元內容則是探討：我的金錢管理現況、我的用錢方向、聰明購物。

在第四次及第八次治療介入，則是在團體形式下安排**個別治療**，第四次治療介入中，主要應用探索模式的策略，在第八次治療介入中，則是應用成就模式的策略。

這二次治療團體，分別提供個案三種不同難度的操作式活動，分別是低難度的著色畫、中難度的摺紙與高難度的紙雕，而每種活動並提供二種不同的難度，例如圖案簡單的著色畫及圖案複雜的著色畫、步驟簡單的摺紙及步驟複雜的摺紙、字體較小的紙雕及字體較大的紙雕。個案可依照其喜好與自覺能力程度決定欲參與及有把握做好之活動，並在第二次個別治療時，鼓勵個案嘗試同活動中較難的內容，或選擇與上次比較起來較難的活動，介入內容分別為：

- (一) 第四次團體：個別治療活動，活動內容有：低難度的著色畫、中難度的摺紙、高難度的紙雕。
- (二) 第八次團體：個別治療活動，活動內容有：低難度的著色畫、中難度的摺紙、高難度的紙雕。

接續的第五次及第六次治療團體，是以**勝任模式**為基礎的團體，應用此模式的策略：**達到新的表現期待階段**、**增加角色的責任及挑戰階段**，架構出二個團體

主題，期待個案藉由探索及分享這些議題，完成勝任模式的任務。這二次的治療團體，介入內容分別為：

- (一) 第五次團體：單元主題為”我所扮演的角色”，單元內容則是探討：我過去及目前扮演的角色與責任、我未來想要扮演的角色與責任、我要扮演這些角色所具備及欠缺的部分。
- (二) 第六次團體：單元主題為”我的未來計畫”，單元內容則是探討：我過去的生活型態、我出院後的生活計畫。

第七次治療體，是以**成就模式**為基礎的團體，應用此模式的策略：*自我監控及確認必要的技巧階段與自我擁護階段*，架構出團體主題，期待個案藉由探索及分享這些議題，完成成就模式的任務。這次的治療團體，介入內容為：

- (一) 第七次團體：單元主題為”我所擁有的優缺點及給自己鼓勵”，單元內容則是探討：我的優點/長處、我的缺點/短處、我的能力與技能

動機再促進團體介入手冊初稿完成後，研究者參酌精神分裂症患者參與治療活動時可能有的問題領域，如活動參與度、專注度、持續度、理解度與操作能力等問題，透過預試過程，測試其臨床應用之可行性，並發掘介入方案在臨床應用上可能遇到的問題，適度修訂團體治療內容與進行方式，使此介入方式成為以手冊式方式進行介入(manualized approach)的模式。Chambless 與 Hollon 指出，治療手冊針對介入時治療師應遵循的手法，提供清楚、詳盡的描述，或由於治療型態的不同，手冊提供的資訊可能是每次治療介入的大綱，或是治療時需採用的原則(Chambless & Hollon, 1998)。本動機再促進團體主要採用前者的方式，於手冊中清楚提供每次介入的主題、治療內容，並提供團體進行時使用的表單。

除此之外，考慮介入方案期待個案能在團體過程中得到勝任感、成就感、環境操控感、建立良好的意志過程運作以引導適應性的職能選擇，研究者亦修正團體的表單內容與進行方式，諸如減少表單文字難易度、使用貼近個案日常生活的相關主題、提供不同難易度的活動選擇、加入工具操作的個別活動等，以更符合精神分裂症患者的團體參與特性。

**動機再促進團體介入手冊之特性與內涵**，主要有以下幾點：

- 一、 為以人類職能模式(MOHO)為基礎的介入方案：

人類職能模式重視個案的動機，認為個案的主動參與能增進其功能與表現，而個案的能力感、勝任感、成就感、意志過程、環境操控感等亦會影響個案的活動選擇與參與。本研究所完成的動機再促進團體介入手冊即是依循此理論基礎及關注重點，並參考人類動機發展層次理論，循序建構團體主題與內容，且配合精神科職能治療臨床實務多以團體介入的特性，編寫以團體為基礎的介入方案，有利於精神科職能治療實務之進行。在實際介入過程中，強調考量個案的意志過程、能力感、勝任感、價值觀、個人因果觀、角色扮演、日常慣常與習慣之建立及個案表現能力等概念，協助個案於介入中得到成就感與自我價值感。

## 二、基於動機理論及動機再促進理論的介入方案：

針對低動機的精神分裂症患者，治療介入時可應用自我決定論中所探討的內在動機理論。學者的研究指出，內在動機具有可塑性、隨時間動態改變且對環境操弄敏感的特性(Choi & Medalia, 2010; Medalia & Saperstein, 2011)，職能治療學者亦指出，內在動機是職能治療臨床實務中的重要議題及促進因子(Arnsten, 1990; Kircher, 1984; Thibodeaux & Ludwig, 1988)，而動機再促進團體即利用動機的這些特性，從團體介入內容及團體技巧上的安排及應用，誘發及促進個案的內在動機。

動機再促進團體的內容，從探索階段開始，接著進入勝任階段，最後到達成就階段，符合動機再促進理論的精神(陳薇安 et al., 2012)，亦符合動機發展的階段，且團體安排的比重，探索階段最高，依序為勝任階段及勝任階段，分別安排三次，二次及一次團體，以符合大部分需要動機再促進方案介入的個案之實際情況與需求。

## 三、為以個案為中心的介入方案：

此團體介入方案，重視個案的獨特性、個人價值且重視個案的主觀思考與想法，此與人類職能模式的核心概念一致(Gary Kielhofner, 2008)。在團體過程中，強調及促使個案探索自己及表達自我，並讓個案有選擇分享程度的權利，在相同的主題下，個案可確保自己的想法與隱私得到適度的尊重與保護。整個團體內容與關注焦點，亦是個案個別化的訊息，有利於個案的自我了解及自我維持與修正。

## 四、為個別化的介入方案：

此介入方案雖然以團體型式進行，但在團體架構設計上保有個別化的精神與型式，在團體參與過程中，提供個案持續探索自我，以對自我有更進一步的了解

與安排調整的機會，而個案在個別操作性活動中，個案參與的活動，並不是治療師指定，而是個案針對自己的能力、興趣與期待，從三類活動中選擇自己有把握或期待完成的活動項目與難度，以順利完成活動及驗證對自己的了解。這樣的安排，讓個案更了解自己的能力和表現，且藉由後續的意志過程的引導，協助個案對自己有更正確的看法，進而有機會產生正向循環，對自己產生更正面的評價與看法(Burke, 1977)，進而提高其動機與自我效能。

#### 五、為短期的治療介入方案：

治療次數的多寡，常是治療者考量的問題，如何考量治療效果與治療次數多寡間的平衡，是許多治療者須仔細思量的。治療次數太少，治療效果可能尚未產生，治療次數太多，個案可能無法參與全部的治療介入，尤其是急性精神分裂症患者，其治療期間常介於 1-3 個月，扣除症狀嚴重時期，適合參與職能治療的時間可能有限。在臨床實務上，治療次數較少的設計，常介於 4-12 次之間，較短的介入設計有 4 次(Beebe & Smith, 2010; Beebe et al., 2010)、5 次(Pitkänen et al., 2012; Sampl & Kadden, 2001)、8 次(張碧鳳, 戎瑾如, 林寬佳, & 郭千哲, 2011; 羅惠敏, 李麗花, & 葉靜宜, 2011)、9 次(吳柱龍, 侯禎塘, 楊茜如, & 黃涵維, 2010)、10 次(MORTAN, SÜ TCÜ, & KÖ SE, 2011)、12 次(Mairs & Bradshaw, 2004)等，較長的介入設計則多達 18 次(Katz & Keren, 2011)、36 次(Granholm, Holden, Link, McQuaid, & Jeste, 2012)、甚至數個月或數年，而每週的治療次數設計則多為每週 1-2 次。

本動機再促進團體介入考量治療次數與治療期間長短後，選擇建構為每週二次，為期一個月的介入時程，以期達到基本治療次數及維持較短的治療期間。

### 第四節 個案在動機再促進方案的表現

綜觀八次治療介入中，研究者觀察到個案在測驗分數之外的改變，例如：

#### 一、對動機再促進團體的參與有所期待：

在動機再促進團體進行的期間，個案會主動詢問團體進行的日期，或關心團體是否進行。部分個案在團體進行前，即會主動在病房區等待治療者至病房帶其至治療場所參與團體。在團體過程中，成員會彼此關心其他人是否已進入團體中，並相約下次要再準時參與，此現象隨著團體進行愈來愈明顯，致使整個八週的治療過程中，成員出席情形佳，出席率為 80%-100%，且有五次介入個案出席率達

100%。造成此現象的原因，是因為動機促進團體的內容設計，使個案的參與動機由外在動機改變為內在動機，亦即個案能從活動本身得到成就感與滿足，促使個案持續參與活動，而不是靠外在的壓力促使其參與活動。此與 Yamada 等人提出，由內在動機驅動的活動參與，是心理介入的核心特質，且對功能有較大的影響的看法一致(Yamada et al., 2010)，且符合學者們提出的，內在動機是一個動態、可塑、隨時間動態改變且對環境操控敏感的觀點(Choi & Medalia, 2010; Nakagami et al., 2010)。

## 二、活動專注度提高：

活動專注度常是精神分裂症患者在參與活動上的問題，而影響個案活動專注度的因素，除了個案的症狀干擾外，活動的參與動機亦是影響因素之一。在動機再促進團體進行過程中，成員的專注度明顯提高，會關注正在討論的議題，亦會專注於自我的探索，努力填寫活動中使用的表單，即使有些人對於表單中的內容有些疑問或不知如何填寫，亦能尋求協助或改以口頭表達的方式持續參與活動，分心情形亦較少，且隨著活動次數增加，活動專注度愈來愈高。

## 三、活動持續度增加：

在動機再促進團體進行過程中，成員雖偶有離開團體喝水或上廁所的情形，但次數明顯比其他職能治療小型團體少，且不會有離開團體即沒有再回來的情形，每次短暫的離開，皆能自發且不需提醒的自行回到團體中，此與其他治療團體明顯不同。

## 四、活動參與主動性增加：

在團體進行過程中，大多數成員會主動表達對議題的看法與分享自己的意見，部分較被動的成員在治療師較少的鼓勵下即會回應治療師之引導與提問。對於活動中使用的表單，大多數個案會主動填寫，雖然個案對表單內容的理解度不一，部分個案無法完全理解或完成表單內容，或因填寫表單動作較慢，無法即時完成表單所有內容，但在分享時仍願意主動表達與分享。當討論到與自己有共同經驗的內容時，個案樂於表達相同的看法或不同的意見。此現象在團體初期較不明顯，但隨著團體進行次數增加，主動性隨著提高。

## 第五節 動機再促進方案對個案的影響



### 一、動機再促進方案能增進精神分裂症患者的意志表現

研究結果顯示，動機再促進方案確實可增進精神分裂症患者的意志表現，說明如下：

從意志量表的分數來看，分數結果如表三及圖二，平均分數由 26.45 進步到 29.28，且進步個案數達 8 人，1 人未完成後測，進步個案比率達 89%。從符號檢定結果來看，如表四， $p$  值為 0.020，個案進步達統計上之顯著差異，進步人數達 8 人，進步個案比率達 89%。再從威克森符號等級檢定結果來看，如表五， $p$  值為 0.012，個案進步達統計上之顯著差異，正等級的等級平均數 5.19 與等級總和 41.50 皆較負等級多，顯示個案有進步。由成對樣本  $t$  檢定結果來看，如表六， $t$  值為 3.079， $p$  值為 0.008，個案進步達統計上之顯著差異。

### 二、動機再促進方案能改善精神分裂症患者的負性症狀

研究結果顯示，動機再促進方案確實可增進精神分裂症患者的負性症狀，說明如下：

在關於個案的症狀表現部分，從簡式症狀量表的分數來看，分數結果如表三及圖三，在一般症狀指數方面，平均分數雖然由 0.86 進步到 0.83，但退步個案數為 5 人，比進步個案 4 人多，退步個案比率為 50%。從符號檢定結果來看，如表四， $p$  值為 0.500，個案退步未達統計上之顯著差異，退步人數有 5 人，退步個案比率為 50%。再從威克森符號等級檢定結果來看，如表五，雖然  $p$  值為 0.339，個案退步未達統計上之顯著差異，但負等級的等級平均數 6.50 與等級總和 26.00 皆較正等級多，顯示個案有症狀表現略顯進步。由成對樣本  $t$  檢定結果來看，如表六， $t$  值為 -0.409， $p$  值為 0.346，個案退步未達統計上之顯著差異。

了解個案症狀表現的另一個評估工具，是正性與負性症狀量表，分數結果如表三及圖四，在正性量尺分數方面，平均分數由 21.00 進步到 19.20，且進步個案數達 5 人，進步個案比率達 50%。從符號檢定結果來看，如表四，雖然  $p$  值為 0.364，個案進步未達統計上之顯著差異，但進步人數達 5 人，進步個案比率達 50%。再從威克森符號等級檢定結果來看，如表五，雖然  $p$  值為 0.080，個案進步未達統計上之顯著差異，但負等級的等級平均數 5.60 與等級總和 28.00 皆較正等級多，依

量表特性，顯示個案有進步。由成對樣本 t 檢定結果來看，如表六，t 值為-1.477，p 值為 0.087，個案進步未達統計上之顯著差異。

在負性量尺分數方面，平均分數由 25.50 進步到 22.40，且進步個案數達 6 人，進步個案比率達 60%。從符號檢定結果來看，如表四，雖然 p 值為 0.254，個案進步未達統計上之顯著差異，但進步人數達 6 人，進步個案比率達 60%。再從威克森符號等級檢定結果來看，如表五，p 值為 0.048，個案進步達統計上之顯著差異，負等級的等級平均數 6.08 與等級總和 36.50 皆較正等級多，依量表特性，顯示個案有進步。由成對樣本 t 檢定結果來看，如表六，t 值為-2.035，p 值為 0.036，個案進步達統計上之顯著差異。

在一般精神症狀分數方面，平均分數由 44.10 進步到 40.90，且進步個案數達 7 人，進步個案比率達 70%。從符號檢定結果來看，如表四，雖然 p 值為 0.172，個案進步未達統計上之顯著差異，但進步人數達 7 人，進步個案比率達 70%。再從威克森符號等級檢定結果來看，如表五，雖然 p 值為 0.075，個案進步未達統計上之顯著差異，但負等級的等級平均數 5.93 與等級總和 41.50 皆較正等級多，依量表特性，顯示個案有進步。由成對樣本 t 檢定結果來看，如表六，t 值為-1.614，p 值為 0.071，個案進步未達統計上之顯著差異。

在量表總分方面，平均分數由 90.50 進步到 82.50，且進步個案數達 8 人，進步個案比率達 80%。從符號檢定結果來看，如表四，雖然 p 值為 0.055，個案進步未達統計上之顯著差異，但進步人數達 8 人，進步個案比率達 80%。再從威克森符號等級檢定結果來看，如表五，p 值為 0.033，個案進步達統計上之顯著差異，負等級的等級平均數 5.69 與等級總和 45.50 皆較正等級多，依量表特性，顯示個案有進步。由成對樣本 t 檢定結果來看，如表六，t 值為-2.108，p 值為 0.032，個案進步達統計上之顯著差異。

### 三、動機再促進方案能增進精神分裂症患者的自我效能

研究結果顯示，動機再促進方案確實可增進精神分裂症患者的自我效能，說明如下：

在關於我自己的”能力”部分，從職能自我評估量表的分數來看，分數結果如表三及圖五，平均分數由 53.40 進步到 57.90，且進步個案數達 7 人，進步個案比率

達 70%。從符號檢定結果來看，如表四，雖然  $p$  值為 0.172，個案進步未達統計上之顯著差異，但進步人數達 7 人，進步個案比率達 70%。再從威克森符號等級檢定結果來看，如表五，雖然  $p$  值為 0.063，個案進步未達統計上之顯著差異，但正等級的等級平均數 6.07 與等級總和 42.50 皆較負等級多，顯示個案有進步。由成對樣本  $t$  檢定結果來看，如表六， $t$  值為 1.983， $p$  值為 0.040，個案進步達統計上之顯著差異。

在關於環境的”能力”部分，從職能自我評估量表的分數來看，分數結果如表三及圖五，平均分數由 29.20 略退步到 29.00，但進步個案數有 4 人，進步個案比率達 40%。從符號檢定結果來看，如表四，雖然  $p$  值為 0.500，個案退步未達統計上之顯著差異，但進步人數有 4 人，進步個案比率達 40%。再從威克森符號等級檢定結果來看，如表五， $p$  值為 0.500，個案退步未達統計上之顯著差異，但正等級的等級平均數 3.50 比負等級少，且正負值之等級總和相同，皆為 14.00，顯示雖有退步，但差異不大。由成對樣本  $t$  檢定結果來看，如表六， $t$  值為 -0.59， $p$  值為 0.477，個案退步未達統計上之顯著差異。

#### 四、動機再促進方案對改善精神分裂症患者的憂鬱情形，影響不大

研究結果顯示，動機再促進方案對改善精神分裂症患者的憂鬱情形，影響不大，說明如下：

從貝克憂鬱量表第二版中文版的分數來看，分數結果如表三及圖六，平均分數由 14.90 進步到 12.00，進步個案數有 4 人，與退步人數相同，進步個案比率為 40%。從符號檢定結果來看，如表四， $p$  值為 0.500，個案進步未達統計上之顯著差異，進步人數有 4 人，與退步人數相同，進步個案比率為 40%。再從威克森符號等級檢定結果來看，如表五，雖然  $p$  值為 0.336，個案進步未達統計上之顯著差異，但負等級的等級平均數 5.25 與等級總和 21.00 皆較正等級多，依量表特性，顯示有個案進步。由成對樣本  $t$  檢定結果來看，如表六， $t$  值為 -0.904， $p$  值為 0.195，個案進步未達統計上之顯著差異。

#### 五、動機再促進方案可增進精神分裂症患者的整體功能表現(包含：活動參與動機、持續時間、責任感、忍受挫折與自我期許等工作行為(task behavior))，但影響





不大

研究結果顯示，動機再促進方案可增進精神分裂症患者的整體功能表現(包含：活動參與動機、持續時間、責任感、忍受挫折與自我期許等工作行為(task behavior))，但影響不大，說明如下：

在關於個案的整體功能表現部分，從職能治療綜合評量表的工作次量表的分數來看，分數結果如表三及圖七，平均分數由 22.90 進步到 23.00，進步個案數為 5 人，進步個案比率為 50%。從符號檢定結果來看，如表四，雖然 p 值為 0.364，個案進步未達統計上之顯著差異，但進步人數有 5 人，進步個案比率為 50%。再從威克森符號等級檢定結果來看，如表五，雖然 p 值為 0.416，個案進步未達統計上之顯著差異，但負等級的等級平均數 3.90 與等級總和 19.50 皆較正等級多，顯示個案退步。由成對樣本 t 檢定結果來看，如表六，t 值為 0.142，p 值為 0.446，個案進步未達統計上之顯著差異。

雖然在統計檢定方面，動機再促進團體介入後之進步無統計上之顯著意義，但細看職能治療綜合評量表工作行為次量表的細項，仍可看出在治療介入上的部分進步，但影響不大。在工作行為次量表的八個項目中，與動機再促進較有關的是“動機”、“持續時間”、“責任感”、“忍受挫折”、“自我期許”等五個項目，因此以下就這五個項目的結果做討論。

在(1)動機項目，平均分數由 3.23 分進步到 3.50 分，4 位個案進步，6 位個案維持不變，進步比率為 40%。在(2)持續時間項目，平均分數由 2.60 分進步到 2.70 分，2 位個案進步，7 位個案維持不變，1 位個案退步，進步比率為 20%。在(3)責任感項目，平均分數由 3.00 分進步到 3.10 分，2 位個案進步，7 位個案維持不變，1 位個案退步，進步比率為 20%。在(4)忍受挫折項目，平均分數由 3.00 分退步到 2.90 分，1 位個案進步，7 位個案維持不變，2 位個案退步，進步比率為 10%。在(5)自我期許項目，平均分數前後測皆為 2.78 分，10 位個案皆維持不變。從進步與維持不變項目的人數來看，動機再促進方案可部分增進個案的工作行為表現，而進步最多即是動機的增進。

## 第六章 討論

在統計檢定方式的選擇上，本研究因為樣本數少而先選擇無母數統計法之符號檢定及威克森符號等級檢定，但考量近來在小樣本研究中亦開始有人使用母數統計之成對樣本 t 檢定，因此在本研究中再加上此統計檢定方式。

此次的研究結果，在符號檢定部分，個案進步在意志量表達統計上之顯著差異。在威克森符號等級檢定部分，個案進步在意志量表、正性與負性症狀量表之負性量尺與量表總分達統計上之顯著差異。在成對樣本 t 檢定部分，個案進步在意志量表、正性與負性症狀量表之負性量尺與量表總分及職能自我評估量表之自我能力達到統計上之顯著差異。其他項目雖然沒有達到統計上之顯著差異，但就細項分數及個案在八次介入過程中的表現，仍可看出個案的進步。

從意志量表前後測分數顯示，動機再促進方案能促進個案的意志表現，提高其職能參與動機。在經過動機再促進方案介入後，進步個案數達 8 位，進步幅度從 1.61%-28.28% 不等，前測分數愈低者進步幅度愈大，且個案的進步在符號檢定、威克森符號等級檢定與成對樣本 t 檢定皆達統計上之顯著差異，顯示此介入方案能有效促進個案意志表現，且對動機較低的個案效果較明顯。此項進步在整個研究中顯得特別有意義及價值，因為個案的意志表現，正是本研究介入的關注焦點，推測進步可能原因在於，動機再促進方案之所以能促進個案的意志表現，與此介入方案的主題與焦點有關，不管是個人探索，對所處的物理與社會環境的認識、思索人生中的選擇與角色，思考自己的生活安排與擁有的能力技能，這些議題都與個案習習相關，切身與實用，因此能誘發個案的興趣，促進其參與動機。且藉由活動過程中的意志過程運用，內在動機的轉化，都能加強及改善個案的意志表現，進而促進其意志的發展。

從簡式症狀量表前後測分數顯示，動機再促進方案對個案整體症狀影響不大，介入前後之一般症狀指數分數比較，1 個個案與前測相同，5 個個案退步，4 個個案進步，進步數與退步個案數相當，再從平均值來看，平均分數前後測分別是 0.86 與 0.83，雖有小幅改善，但相距亦不遠。

雖然從簡式症狀量表的結果看不出動機再促進方案對個案的改善效果，但從正性與負性症狀量表來看，則可看出動機再促進方案對症狀改善的影響。不管是正性量尺、負性量尺、一般精神症狀與量表總分，進步個案數皆超過半數，各達

5-8 人，尤其以量表總分進步 8 人最多，且負性量尺、量表總分的進步在威克森符號等級檢定與成對樣本 t 檢定皆達統計上之顯著差異，顯見在經過動機再促進團體介入後，可改善精神分裂症患者的症狀表現。而症狀改善個案數依序為量表總分、一般症狀、負性症狀及正性症狀。其中負性症狀的改善，尤其值得關注，且在整個研究中顯得特別有意義及價值，因為正性症狀較易因藥物而改善，但負性症狀則對藥物的反應較不明顯且症狀容易持續(American Psychiatric Association, 2000)。而負性症狀的無意志，即減少從事目的性活動的動機，正是本動機再促進方案的主要介入與關注焦點。推測改善的可能原因在於，動機再促進方案關注的焦點，從個案的自我、週遭環境、日常生活慣常、角色與能力，涵蓋個案的自我認識到環境與生活，協助個案重新審視其自我價值與能力，增進其生活安排與環境操控能力，進而提升其職能表現與面對物理與社會環境的信心，促進增強其內在動機，進而改善負性症狀所帶來的負面職能衝擊，增進其自我效能與表現。

在職能自我評估中關於我自己的能力感部分，在成對樣本 t 檢定部分達統計上之顯著差異，分項目整體進步最多的是”向別人表達我的想法”，共有 6 個個案在這個項目自覺能力感增加，顯示經過動機再促進的介入後，個案對表達自己的行動較有信心，而從實際活動表現來看，亦可看到相同的結果，其可能原因在於，動機再促進介入的過程中，個案有機會表達自己的想法，且容易得到肯定及成就感，讓個案對於表達自己，肯定自己的存在得到正向經驗，使其相信自己可以做到。

自我能力感進步個案數次多的項目有”自我照顧”、“有一個滿意的規律生活習慣”、“擔任學生/工作者/志工/或家庭成員角色”、“做我喜歡的事”等四個項目，分別都有 5 個個案自覺能力感增加。其中”有一個滿意的規律生活習慣”、“擔任學生/工作者/志工/或家庭成員角色”等二個項目，因與動機再促進團體的主題相符，有助於個案提昇其自我效能與環境掌控感。而整個八次介入過程中，給予個案很多選擇的機會，亦可促進其活動選擇與職能選擇，促進其自覺”做我喜歡的事”的能力感。而在探索生命歷程及探討金錢管理的介入中，則有助於個案增加對”自我照顧”的能力感。

在職能自我評估中關於環境的能力感部分，分項目整體進步個案最多的是”有一個可以居住並照顧自己的地方”、“有一個從事工作、讀書、或志工服務的地方”、“有個人生活的基本必需品”等三項，各有 3 個個案自覺能力感增加。但整體來說，

動機再促進團體介入對此部分的影響有限。

從貝克憂鬱量表第二版中文版的前後測結果顯示，動機再促進方案對個案憂鬱狀況的影響較小，個案僅在貝克憂鬱量表中文版第二版之後測分數較前測分數進步，但在符號檢定及威克森符號等級檢定結果，個案在介入前後變化皆不明顯。推測可能原因為，所有個案的前測平均分數顯示為輕度憂鬱，因介入前即屬於輕度憂鬱個案，進步空間有限，導致動機再促進介入的療效不明顯。

從職能治療綜合評量表工作次量表的分數與細項顯示，個案整體進步為 0-40%，多數個案(60-100%)維持不變，顯示動機再促進方案對工作行為療效有限，但值得注意的是，雖然個案整體進步不多，但細項的”動機”是進步最多的項目，進步個案比率為 40%。

## 第七章 結論與建議

### 第一節 結論

精神分裂症患者普遍存在有動機問題，但卻缺少以職能治療理論發展的治療介入策略。研究者透過設計具有理論基礎的動機再促進方案，並以手冊式方式進行介入，可促進職能治療介入的標準化，提昇精神職能治療的實證基礎。研究結果顯示，此方案確實可增加個案的意志表現，增加個案參與職能表現的動機，值得後續進一步研究驗證其在不同族群的適用性。

### 第二節 動機再促進方案於臨床實務上之意義

一、手冊式方式介入有助於治療師提供個案一致且系統性的介入：

職能治療雖然關注個案的動機問題，但在職能治療臨床實務上卻缺乏有效且系統性的動機再促進方案，本動機再促進方案，建構以手冊式方式介入的方式，提供清楚的治療目標、治療策略與治療內容，將可使治療師提供一致且系統性的介入。McMurran 與 Duggan 指出，手冊的建立，對於給予經驗較少的治療師支持及結構方面，扮演著特別重要的角色(McMurran & Duggan, 2005)，而 Crits-Christoph 等人的後設分析研究則指出，治療手冊可減少治療師間對治療結果產生的差異性(Crits-Christoph et al., 1991)。

本動機再促進方案的介入內容，係依據精神分裂症患者常見的動機問題為基礎所建構，並參考相關動機理論，提供循序漸進及與個案生活習習相關的主題，而為提供個案探索自我，練習做選擇，釐清角色與環境操控的機會，促進其動機的發展，增強其內在動機而建構一致的治療介入內容的方式，亦與 LeMay 等人指出，手冊式方式介入可提供共同的議題介入，達到相同的治療效果的觀點相同(LeMay & Wilson, 2008)。

二、短期程的介入設計，有利於個案完整接受治療介入：

急性精神分裂症患者的治療期程通常不長，多介於 1-3 個月間，扣除剛住院時精神症狀或干擾明顯的階段，真正能參與治療團體的時間所剩有限，本動機再促進方案建構為期一個月，每週二次，共計八次的治療介入，有利於個案在急性住院期間完整接受完八次的治療介入，避免個案因出院而中斷治療介入方案。

三、短期程的介入設計，可達到較高的成本效益(cost-effectiveness)：

從 Cisler 等人針對動機增強治療、認知行為治療與 12 步驟促進療法的療效研究指出，動機促進治療的短期四次治療，療效並不比另外二個介入方式治療效果差的結論(Cisler et al., 1998)，及 Raistrick 等人指出，短期介入的模式較符合成本效益(Raistrick, Heather, & Godfrey, 2006)的觀點來看，建構期程短，介入目標與內容清楚的介入方案，似乎是一個值得努力的方向。本動機再促進介入方案，具有短期程，介入內容具體、清楚的特性，能達到較高的成本效益，適合在治療期程較短的綜合醫院精神科與治療期程較長的精神科專科醫院推廣使用。

### 第三節 研究限制與建議

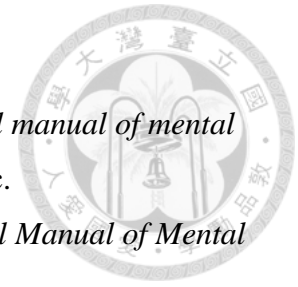
本研究的限制如下：

- 一、樣本代表性不足：本研究之個案採方便取樣，個案來源為某公立精神科專科教學醫院急性病房並轉介職能治療者，且收案對象只限於精神分裂症患者，排除情感性精神分裂症及其他診斷的個案，可能影響本研究結果的推論。
- 二、個案數太少：本研究排除不符合收案條件及中途退出的個案後，真正參與者只有 10 位，個案數太少，代表性較不足，恐影響本研究結果的推論。除此之外，樣本數較少，個案的變化不易由統計結果看出，所以雖然從質性資料可看出個案的進步，但卻無法由統計檢定方式得到驗證。
- 三、研究未安排對照組：本研究之實驗設計採用比較前後測分數的方式，未隨機分配及安排對照組，恐影響研究的客觀性及對研究結果的推論。
- 四、研究參與者同時接受職能治療，恐難排除職能治療療效對本研究介入產生之影響。
- 五、意志量表與職能治療綜合評量表之前後測評估者與治療介入執行者為同一人，較容易產生評估誤差。而為了降低此研究設計可能造成的誤差，評估者在執行評估時，詳細記錄個案的表現，以做為評估給分的依據。


未來研究的建議：

- 一、將研究受試者擴大到其他診斷族群，以增加其適用性驗證。
- 二、改用隨機抽樣及包含實驗組與對照組的隨機臨床試驗研究設計。

## 參考文獻

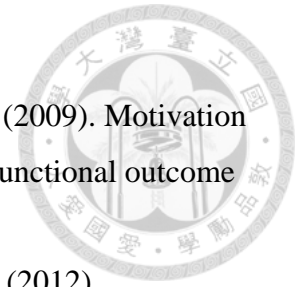


- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR*: American Psychiatric Publishing, Inc.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM 5*: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Arkowitz, H., Westra, H. A., & Miller, W. R. (2008). *Motivational interviewing in the treatment of psychological problems*: The Guilford Press.
- Arnsten, S. M. (1990). The issue is—intrinsic motivation. *American Journal of Occupational Therapy*, 44(5), 462-463. doi: 10.5014/ajot.44.5.460
- Arshadi, N. (2009). Motivational Traits and Work Motivation: Mediating Role of Self-Efficacy. *Journal of Education & Psychology*, 3(2), 67-80.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191.
- Bandura, A. (2004). Health promotion by social cognitive means. *Health Education & Behavior*, 31(2), 143-164.
- Barch, D. M., Yodkovik, N., Sypher-Locke, H., & Hanewinkel, M. (2008). Intrinsic motivation in schizophrenia: relationships to cognitive function, depression, anxiety, and personality. *Journal of Abnormal Psychology*, 117(4), 776-787.
- Beebe, L. H., & Smith, K. (2010). Feasibility of the walk, address, learn and cue (WALC) intervention for schizophrenia spectrum disorders. *Archives of psychiatric nursing*, 24(1), 54-62.
- Beebe, L. H., Smith, K., Burk, R., Dessieux, O., Velligan, D., Tavakoli, A., & Tennison, C. (2010). Effect of a motivational group intervention on exercise self-efficacy and outcome expectations for exercise in schizophrenia spectrum disorders. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 16(2), 105-113.
- Blanchard, J. J., Kring, A. M., Horan, W. P., & Gur, R. (2011). Toward the next generation of negative symptom assessments: the collaboration to advance negative symptom assessment in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 37(2), 291.
- Boren, J. J., Onken, L. S., & Carroll, K. M. (2000). Approaches to Drug Abuse Counseling.
- Brayman, S. J., Kirby, T. F., Misenheimer, A. M., & Short, M. (1976). Comprehensive

- 
- occupational therapy evaluation scale. *American Journal of Occupational Therapy*.
- Brown, C. (2011). *Motivation Occupational Therapy in Mental Health: A Vision for Participation*. Philadelphia, PA: F A Davis Co.
- Burke, J. P. (1977). A clinical perspective on motivation: pawn versus origin. *American Journal of Occupational Therapy*, 31, 254-258.
- Carver, C. S., & White, T. L. (1994). Behavioral inhibition, behavioral activation, and affective responses to impending reward and punishment: The BIS/BAS Scales. *Journal of personality and social psychology*, 67(2), 319.
- Chambless, D. L., & Hollon, S. D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of consulting and clinical psychology*, 66(1), 7.
- Chern, J.-S., Kielhofner, G., de las Heras, C. G., & Magalhaes, L. C. (1996). The volitional questionnaire: psychometric development and practical use. *The American Journal of Occupational Therapy*, 50(7), 516-525.
- Choi, J., & Medalia, A. (2010). Intrinsic motivation and learning in a schizophrenia spectrum sample. *Schizophrenia Research*, 118(1-3), 12-19.
- Choi, J., Mogami, T., & Medalia, A. (2010). Intrinsic motivation inventory: an adapted measure for schizophrenia research. *Schizophrenia Bulletin*, 36(5), 966-976.
- Chugg, A., & Craik, C. (2002). Some Factors influencing Occupational Engagement for People with Schizophrenia Living in the Community. *The British Journal of Occupational Therapy*, 65, 67-74.
- Cisler, R., Holder, H. D., Longabaugh, R., Stout, R. L., & Zweben, A. (1998). Actual and estimated replication costs for alcohol treatment modalities: case study from Project MATCH. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 59(5), 503.
- Crits-Christoph, P., Baranackie, K., Kurcias, J., Beck, A., Carroll, K., Perry, K., . . . Zitrin, C. (1991). Meta-Analysis of Therapist Effects in Psychotherapy Outcome Studies. *Psychotherapy Research*, 1(2), 81-91. doi: 10.1080/10503309112331335511
- Csikszentmihályi, M. (1997). *Finding flow: the psychology of engagement with everyday life*: Basic Books.
- De las Heras, C. G., Llerena, V., & Kielhofner, G. (2003). *A User's Manual for Remotivation Process: Progressive Intervention for Individuals with Severe*



- Volitional Challenges:(version 1.0):* University of Illinois.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2008). Facilitating Optimal Motivation and Psychological Well-Being Across Life's Domains. *Canadian Psychology*, 49(1), 14-23. doi: 10.1037/0708-5591.49.1.14
- Derogatis, L. R., Rickels, K., & Rock, A. F. (1976). The SCL-90 and the MMPI: a step in the validation of a new self-report scale. *Br J Psychiatry*, 128, 280-289.
- Engel, M., Fritzsche, A., & Lincoln, T. M. (2013). Anticipatory pleasure and approach motivation in schizophrenia-like negative symptoms. *Psychiatry Research*, 210(2), 422-426. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2013.07.025>
- Fervaha, G., Foussias, G., Agid, O., & Remington, G. (2013). Amotivation and functional outcomes in early schizophrenia. *Psychiatry Research*, 210(2), 665-668. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2013.07.024>
- Fidler, G. S., & Fidler, J. W. (1978). Doing and becoming: purposeful action and self-actualization. *Am J Occup Ther*, 32(5), 305-310.
- Florey, L. L. (1969). Intrinsic motivation: the dynamics of occupational therapy theory. *American Journal of Occupational Therapy*, 23(4), 319-322.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state": A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189-198. doi: 10.1016/0022-3956(75)90026-6
- Forbes, C., Blanchard, J. J., Bennett, M., Horan, W. P., Kring, A., & Gur, R. (2010). Initial development and preliminary validation of a new negative symptom measure: the Clinical Assessment Interview for Negative Symptoms (CAINS). *Schizophrenia Research*, 124(1-3), 36-42. doi: 10.1016/j.schres.2010.08.039
- Foussias, G., Mann, S., Zakzanis, K., van Reekum, R., Agid, O., & Remington, G. (2011). Prediction of longitudinal functional outcomes in schizophrenia: The impact of baseline motivational deficits. *Schizophrenia Research*, 132(1), 24-27.
- Foussias, G., Mann, S., Zakzanis, K. K., van Reekum, R., & Remington, G. (2009). Motivational deficits as the central link to functioning in schizophrenia: a pilot study. *Schizophrenia Research*, 115(2-3), 333-337.
- Foussias, G., & Remington, G. (2010). Negative Symptoms in Schizophrenia: Avolition and Occam's Razor. *Schizophrenia Bulletin*, 36(2), 359-369. doi:




- Gard, D. E., Fisher, M., Garrett, C., Genevsky, A., & Vinogradov, S. (2009). Motivation and its relationship to neurocognition, social cognition, and functional outcome in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 115(1), 74-81.
- Granholm, E., Holden, J., Link, P. C., McQuaid, J. R., & Jeste, D. V. (2012). Randomized Controlled Trial of Cognitive Behavioral Social Skills Training for Older Consumers With Schizophrenia: Defeatist Performance Attitudes and Functional Outcome. *American Journal of Geriatric Psych*.
- Harvey, P. D., White, L., Parrella, M., Putnam, K. M., Kincaid, M. M., Powchik, P., . . . Davidson, M. (1995). The longitudinal stability of cognitive impairment in schizophrenia. Mini-mental state scores at one-and two-year follow-ups in geriatric in-patients. *The British Journal of Psychiatry*, 166(5), 630-633.
- Heggestad, E. D., & Kanfer, R. (2000). Individual differences in trait motivation: development of the Motivational Trait Questionnaire. *International Journal of Educational Research*, 33(7-8), 751-776. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0883-0355\(00\)00049-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0883-0355(00)00049-5)
- Horan, W. P., Kring, A. M., Gur, R. E., Reise, S. P., & Blanchard, J. J. (2011). Development and psychometric validation of the Clinical Assessment Interview for Negative Symptoms (CAINS). *Schizophrenia Research*.
- Katz, N., & Keren, N. (2011). Effectiveness of occupational goal intervention for clients with schizophrenia. *The American Journal of Occupational Therapy*, 65(3), 287-296.
- Kay, S. R., Fiszbein, A., & Opler, L. A. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13(2), 261-276.
- Kemp, R., Kirov, G., Everitt, B., Hayward, P., & David, A. (1998). Randomised controlled trial of compliance therapy. 18-month follow-up. *The British Journal of Psychiatry*, 172(5), 413-419.
- Kielhofner, G. (2008). *Model of Human Occupation: Theory and Application* (Fourth edition ed.): Lippincott Williams & Wilkins.
- Kielhofner, G., & Burke, J. P. (1980). A model of human occupation, part 1. Conceptual framework and content. *Am J Occup Ther*, 34(9), 572-581.
- Kircher, M. A. (1984). Motivation as a factor of perceived exertion in purposeful versus

- nonpurposeful activity. *The American journal of occupational therapy.: official publication of the American Occupational Therapy Association*, 38(3), 165.
- Kirkpatrick, B., Fenton, W. S., Carpenter, W. T., Jr., & Marder, S. R. (2006). The NIMH-MATRICES consensus statement on negative symptoms. *Schizophrenia Bulletin*, 32(2), 214-219. doi: 10.1093/schbul/sbj053
- Kleinginna, P. R., & Kleinginna, A. M. (1981). A categorized list of emotion definitions, with suggestions for a consensual definition. *Motivation and Emotion*, 5(4), 345-379.
- Lançon, C., Auquier, P., Nayt, G., & Reine, G. (2000). Stability of the five-factor structure of the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS). *Schizophrenia Research*, 42(3), 231-239. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0920-9964\(99\)00129-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0920-9964(99)00129-2)
- Lee, M.-B., Lee, Y., Yen, L., Lin, M., & Lue, B. (1990). Reliability and validity of using a Brief Psychiatric Symptom Rating Scale in clinical practice. *Journal of the Formosan Medical Association= Taiwan yi zhi*, 89(12), 1081-1087.
- Lee, M. B., Lee, Y. J., Yen, L. L., Lin, M. H., & Lue, B. H. (1990). Reliability and validity of using a Brief Psychiatric Symptom Rating Scale in clinical practice. *J Formos Med Assoc*, 89(12), 1081-1087.
- LeMay, K., & Wilson, K. G. (2008). Treatment of existential distress in life threatening illness: A review of manualized interventions. *Clinical Psychology Review*, 28(3), 472-493. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2007.07.013>
- Leucht, S., Kane, J. M., Kissling, W., Hamann, J., Etschel, E., & Engel, R. R. (2005). What does the PANSS mean? *Schizophrenia Research*, 79(2-3), 231-238. doi: 10.1016/j.schres.2005.04.008
- Leucht, S., Pitschel-Walz, G., Abraham, D., & Kissling, W. (1999). Efficacy and extrapyramidal side-effects of the new antipsychotics olanzapine, quetiapine, risperidone, and sertindole compared to conventional antipsychotics and placebo. A meta-analysis of randomized controlled trials. *Schizophrenia Research*, 35(1), 51-68.
- Levine, S. Z., Rabinowitz, J., Engel, R., Etschel, E., & Leucht, S. (2008). Extrapolation between measures of symptom severity and change: an examination of the PANSS and CGI. *Schizophrenia Research*, 98(1-3), 318-322. doi:

10.1016/j.schres.2007.09.006

- Mairs, H., & Bradshaw, T. (2004). Life skills training in schizophrenia. *The British Journal of Occupational Therapy*, 67(5), 217-224.
- Marc Galanter, M. D., & Kleber, H. D. (2011). *Psychotherapy for the Treatment of Substance Abuse*: American Psychiatric Pub.
- Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50(4), 370-396. doi: 10.1037/h0054346
- McMurrin, M., & Duggan, C. (2005). The manualization of a treatment programme for personality disorder. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 15(1), 17-27. doi: 10.1002/cbm.34
- Medalia, A., & Brekke, J. (2010). In Search of a Theoretical Structure for Understanding Motivation in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 36(5), 912-918. doi: 10.1093/schbul/sbq073
- Medalia, A., & Saperstein, A. (2011). The Role of Motivation for Treatment Success. *Schizophrenia Bulletin*, 37(suppl 2), S122-S128. doi: 10.1093/schbul/sbr063
- Messinger, J. W., Trémeau, F., Antonius, D., Mendelsohn, E., Prudent, V., Stanford, A. D., & Malaspina, D. (2011). Avolition and expressive deficits capture negative symptom phenomenology: Implications for DSM-5 and schizophrenia research. *Clinical Psychology Review*, 31(1), 161-168. doi: 10.1016/j.cpr.2010.09.002
- Miller, W. R. (1994). *Motivational enhancement therapy manual: A clinical research guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence* (Vol. 2): DIANE Publishing Company.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: preparing people for change*: The Guilford Press.
- Moore, D. J., Palmer, B. W., & Jeste, D. V. (2004). Use of the Mini-Mental State Exam in middle-aged and older outpatients with schizophrenia: cognitive impairment and its associations. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 12(4), 412-419.
- MORTAN, O., SÜ TCÜ, P. S. T., & KÖ SE, G. G. (2011). A Pilot Study on the Effectiveness of a Group-Based Cognitive-Behavioral Therapy Program for Coping with Auditory Hallucinations. *Turkish Journal of Psychiatry*, 22(1).
- Nakagami, E., Hoe, M., & Brekke, J. S. (2010). The prospective relationships among intrinsic motivation, neurocognition, and psychosocial functioning in

- 
- schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 36(5), 935-948.
- Perivoliotis, D., & Cather, C. (2009). Cognitive behavioral therapy of negative symptoms. *J Clin Psychol*, 65(8), 815-830. doi: 10.1002/jclp.20614
- Petri, H. L., & Govern, J. M. (2004). *Motivation: Theory, research, and applications*: Belmont, USA: Thompson Wadsworth.
- Pitkänen, A., Välimäki, M., Kuosmanen, L., Katajisto, J., Koivunen, M., Hätönen, H., . . . Knapp, M. (2012). Patient education methods to support quality of life and functional ability among patients with schizophrenia: a randomised clinical trial. *Quality of Life Research*, 21(2), 247-256. doi: 10.1007/s11136-011-9944-1
- Pratt, S. I., Mueser, K. T., Smith, T. E., & Lu, W. (2005). Self-efficacy and psychosocial functioning in schizophrenia: A mediational analysis. *Schizophrenia Research*, 78(2-3), 187-197.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 19(3), 276.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47(9), 1102.
- Rüsch, N., & Corrigan, P. W. (2002). Motivational interviewing to improve insight and treatment adherence in schizophrenia. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 26(1), 23-32.
- Rabinowitz, J., Levine, S. Z., Garibaldi, G., Bugarski-Kirola, D., Berardo, C. G., & Kapur, S. (2012). Negative symptoms have greater impact on functioning than positive symptoms in schizophrenia: analysis of CATIE data. *Schizophrenia Research*, 137(1-3), 147-150. doi: 10.1016/j.schres.2012.01.015
- Raistrick, D., Heather, N., & Godfrey, C. (2006). *Review of the effectiveness of treatment for alcohol problems*: National Treatment Agency for Substance Misuse.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55(1), 68-78.
- Sampl, S., & Kadden, R. (2001). Motivational enhancement therapy and cognitive

- behavioral therapy (MET-CBT-5) for adolescent cannabis users. *Rockville MD: Center for Substance Abuse Treatment, DHHS.*
- SPSS, I. (2011). IBM SPSS Statistics Base 20. *Chicago, IL.*
- Stahl, S. M., & Buckley, P. F. (2007). Negative symptoms of schizophrenia: a problem that will not go away. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 115(1), 4-11.
- Swartz, M. S., Perkins, D. O., Stroup, T. S., Davis, S. M., Capuano, G., Rosenheck, R. A., . . . for the CATIE Investigators. (2007). Effects of Antipsychotic Medications on Psychosocial Functioning in Patients With Chronic Schizophrenia: Findings From the NIMH CATIE Study. *Am J Psychiatry*, 164(3), 428-436. doi: 10.1176/appi.ajp.164.3.428
- Thibodeaux, C. S., & Ludwig, F. M. (1988). Intrinsic motivation in product-oriented and non-product-oriented activities. *American Journal of Occupational Therapy*.
- White, L. (2005). Interpreting the PANSS: measures, factors and models. *Schizophrenia Research*, 79(2-3), 349-351. doi: 10.1016/j.schres.2005.03.018
- Witkiewitz, K., Hartzler, B., & Donovan, D. (2010). Matching motivation enhancement treatment to client motivation: re-examining the Project MATCH motivation matching hypothesis. *Addiction*, 105(8), 1403-1413.
- Wu, C.-Y., Chen, S.-P., & Grossman, J. (2000). Facilitating Intrinsic Motivation in Clients with Mental Illness. *Occupational Therapy in Mental Health*, 16(1), 1 - 14.
- Yamada, A.-M., Lee, K. K., Dinh, T. Q., Barrio, C., & Brekke, J. S. (2010). Intrinsic motivation as a mediator of relationships between symptoms and functioning among individuals with schizophrenia spectrum disorders in a diverse urban community. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 198(1), 28-34.
- 中國行為科學社. 貝克憂鬱量表第二版 (BDI-II) 中文版. Retrieved 5.26, 2013, from [http://www.mytest.com.tw/All\\_page.aspx?title=P\\_BDIII](http://www.mytest.com.tw/All_page.aspx?title=P_BDIII)
- 王怡婷, 潘瓊琬, 鍾麗英, 陳詞章, 劉麗婷, & 陳韻玲. (2012). 精神障礙者之功能評量工具之心理計量特性. *臺灣醫學*, 16(2), 121-128.
- 王淑敏. (2004). 中文版「職能自我評估」之心理計量品質研究. (未出版的碩士論文), 國立臺灣大學職能治療學研究所, 台北.
- 白雅美. 精神分裂症. Retrieved 7.3, 2011, from

<http://www.psychpark.org/bai/%E7%B2%BE%E7%A5%9E%E5%88%86%E8%A3%82%E7%97%87.htm>

- 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(1), 25-36.
- 吳柱龍, 侯禎塘, 楊茜如, & 黃涵維. (2010). 多媒體團體治療運用在改善精神分裂症患者注意力之成效探討. 1, 1-15.
- 沈明來. (2007). *實用無母數統計學* (第二版 ed.): 九州圖書文物有限公司.
- 林為森, 陳怡君, 陳青浩, 陳俞成, 魏美珠, & 謝秀幸. (2002). *生物統計原理* 第二版: 學銘圖書有限公司.
- 胡海國. (2002). 精神分裂症之社區流行病學. *當代醫學*(347), 717-727.
- 張碧鳳, 戎瑾如, 林寬佳, & 郭千哲. (2011). 自然體驗活動介入對慢性精神分裂症病患精神病症狀之成效探討. *護理暨健康照護研究*, 7(4), 305-316.
- 郭乃文, 劉秀枝, 王珮芳, 廖光淦, 甄瑞興, 林恭平, ... 徐道昌. (1988). 「簡短式智能評估」之中文施測與常模建立. *中華民國復健醫學會雜誌*(16), 52-59.
- 陳心怡. (2000). 貝克憂鬱量表第二版 (BDI-II) 中文版. 台北: 中國行為科學社.
- 陳秀娟, & Mihaly, C. (1998). *生命的心流*. 台北: 天下遠見.
- 陳薇安, 王勝輝, & 潘瓊琬. (2012). *動機再促進過程：針對嚴重動機問題個案的持續性介入*. 台北, 台灣: 台灣大學職能治療學系.
- 黃珮瑄. (2009). *意志量表應用於精神分裂症個案的信效度*. (未出版的碩士論文), 國立成功大學職能治療研究所, 台南.
- 黃曼聰. (2008). *精神健康職能治療*: 台北: 五南出版社.
- 楊明山. (2007). *中文版意志量表之信度與效度研究*. (未出版的碩士論文), 國立臺灣大學職能治療學研究所, 台北.
- 楊明山, & 潘瓊琬. (2003). *意志量表(VQ)使用手冊*. 台北, 台灣: 台灣大學職能治療學系.
- 楊筱華(譯). (1995). *動機式晤談法：如何克服成癮行為戒除前的心理衝突*: 心理出版社(Rotgers, Frederick, 1993).
- 劉麗婷. (2004). *中文版兒童意志量表信效度的探討*. (未出版的碩士論文), 國立臺

灣大學職能治療學研究所，台北。

潘瓊琬. (2011). 精神科復健. In 李明濱主編 (Ed.), *實用精神醫學* (第三版 ed., pp.

第三十九章，頁 451-458). 台北：國立台灣大學醫學院。

潘瓊琬, & 王淑敏. (2007). *職能自我評估*. 台灣大學職能治療學系：台北，台灣。

鄭若瑟，何海，張景瑞，藍先元, & 胡海國. (1996). 活性與負性症狀量表 (PANSS):  
中文版本建立及信度研究.

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.

羅惠敏，李麗花, & 葉靜宜. (2011). 社交技巧訓練對住院精神分裂症病患表達與溝  
通成效之探討. *護理暨健康照護研究*, 7(1), 65-72.

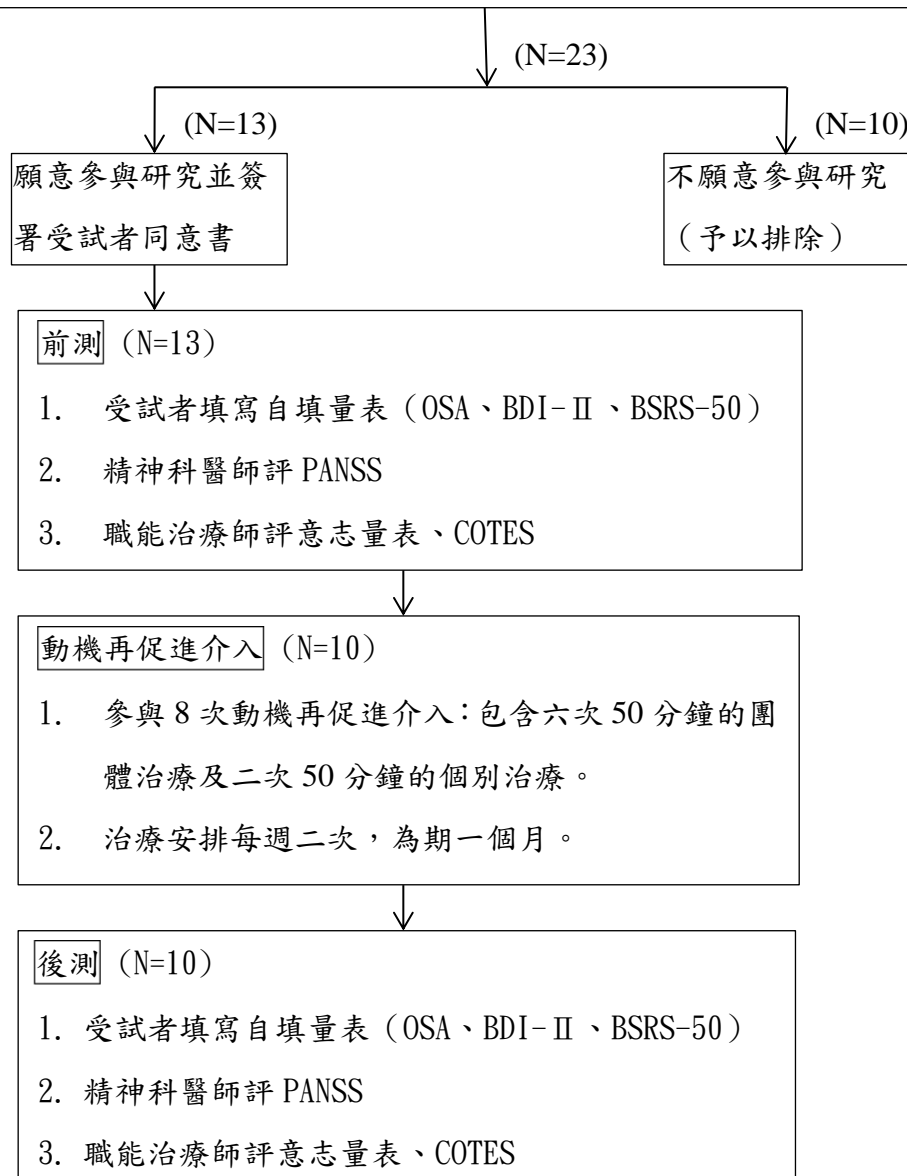




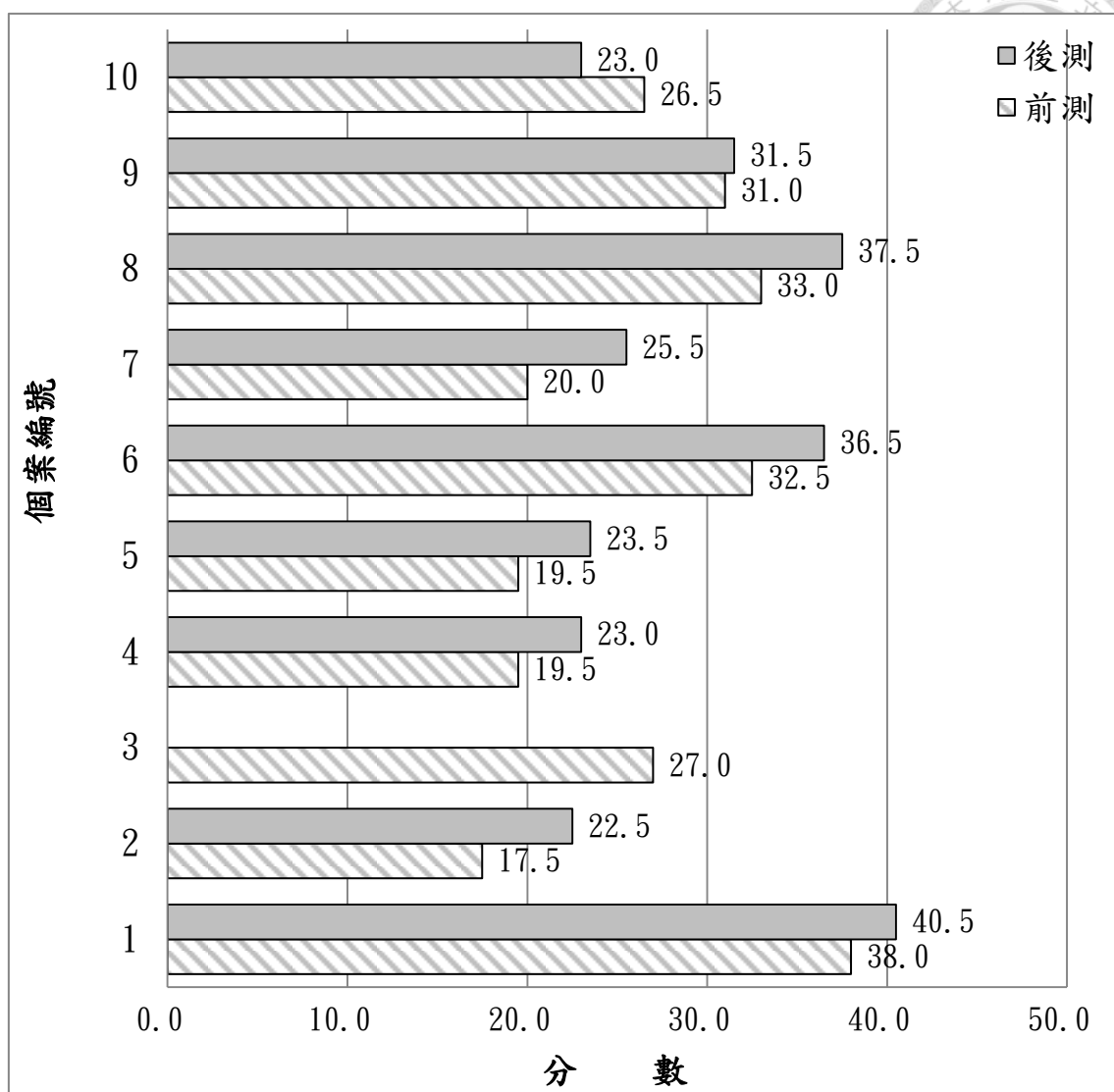
## 圖目錄

治療師邀請急性病房病患參與研究：

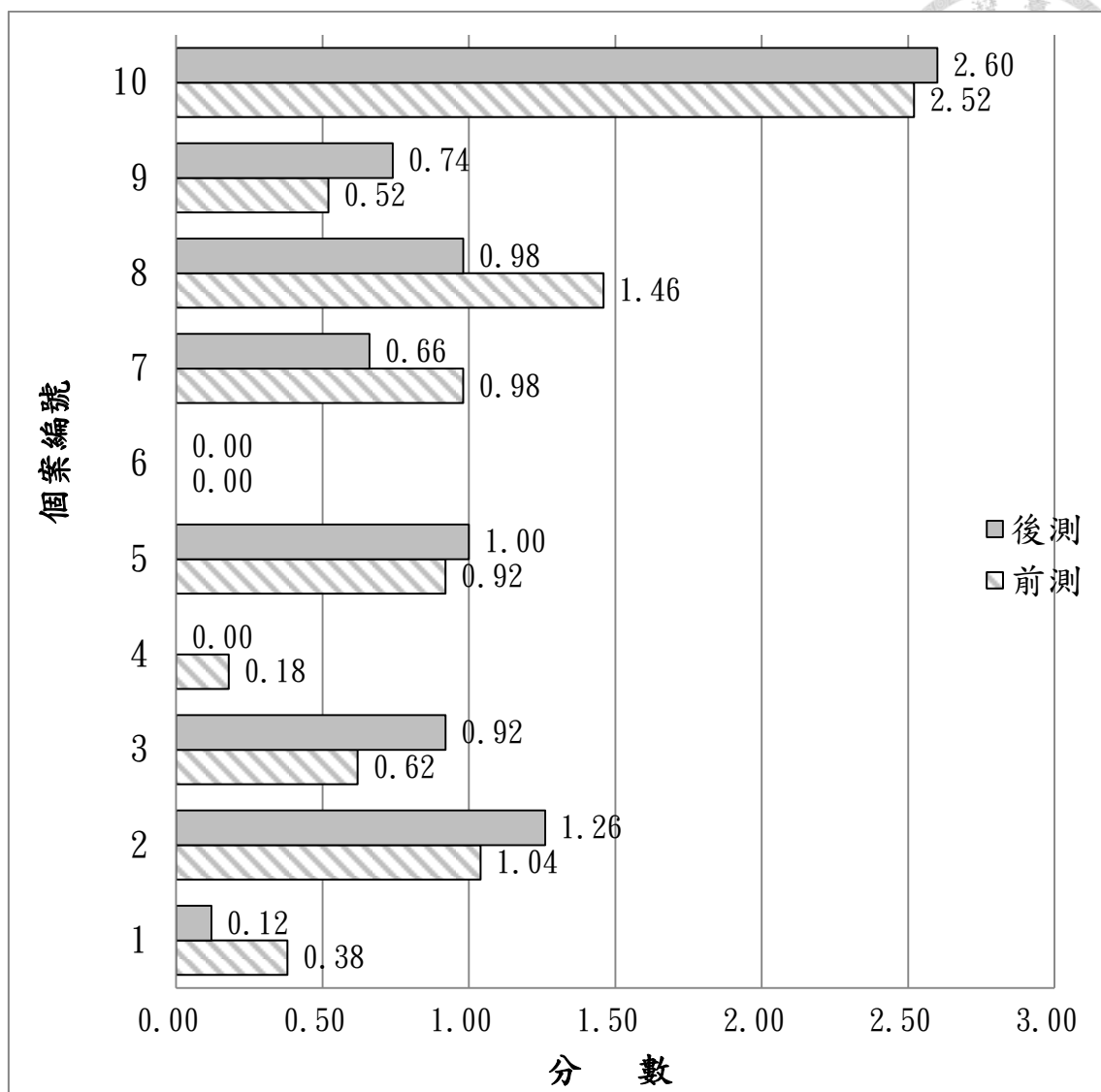
- 納入條件：年齡 20 歲以上至 65 歲以下成人、診斷符合 DSM-IV 之精神分裂症、轉介職能治療者、由治療師推薦，具明顯動機問題者、簡短式智能測驗(MMSE)分數 $\geq 24$  分者
- 排除條件：認知損傷個案(如：器質性腦病變等個案)及合併物質濫用(如：藥物濫用或酒精濫用等)



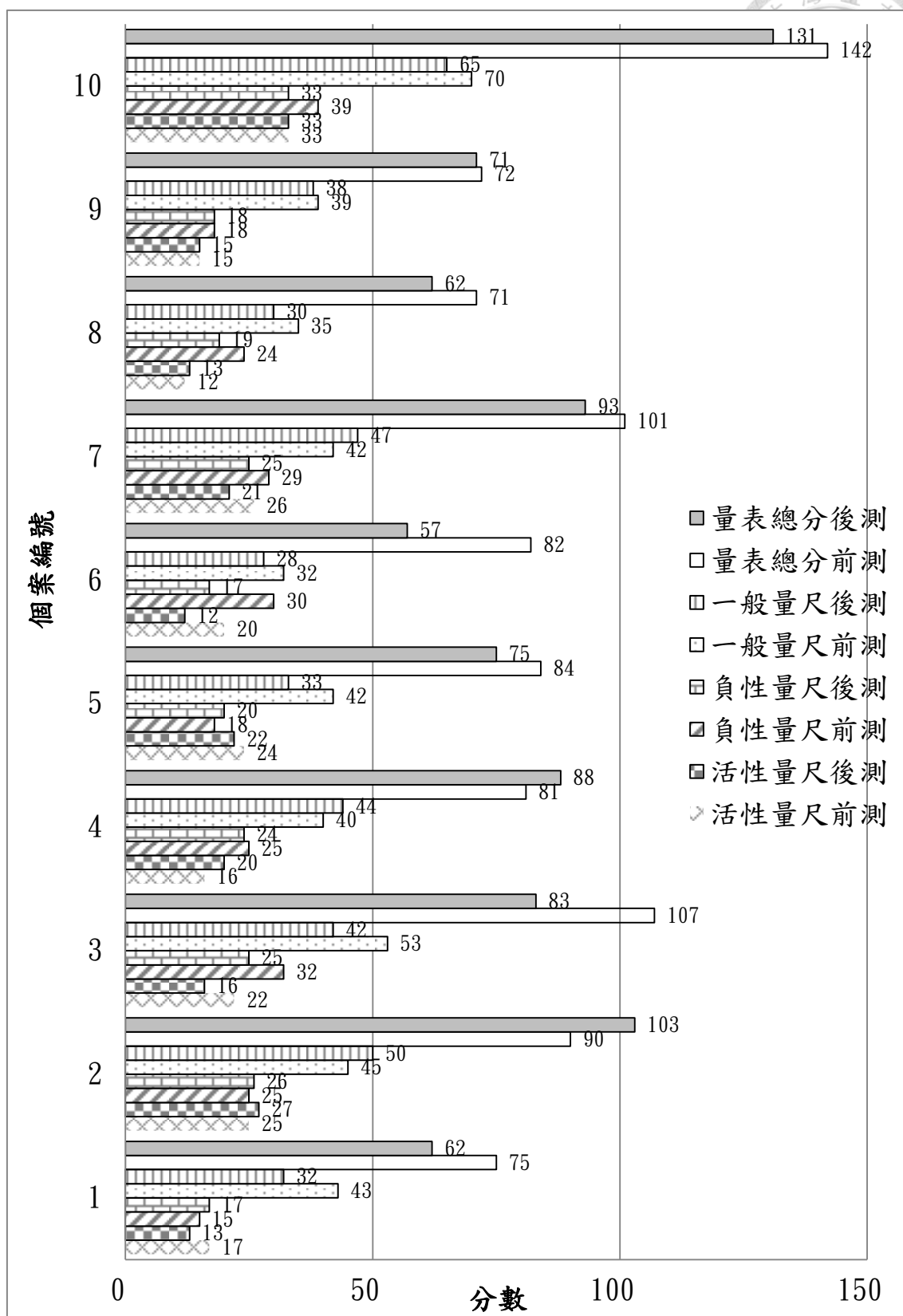
圖一 研究流程圖



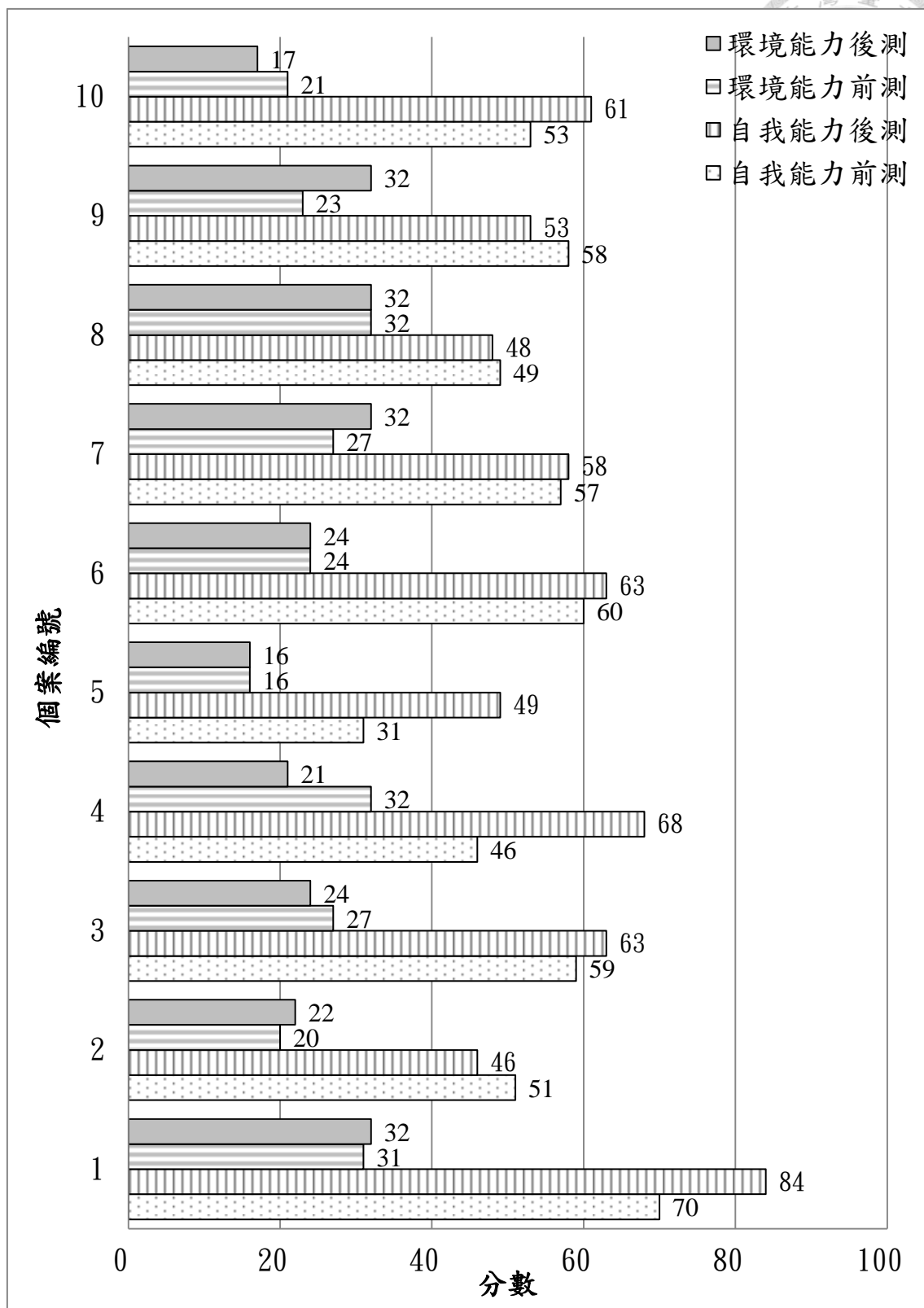
圖二 個案在「意志量表(VQ)」之表現



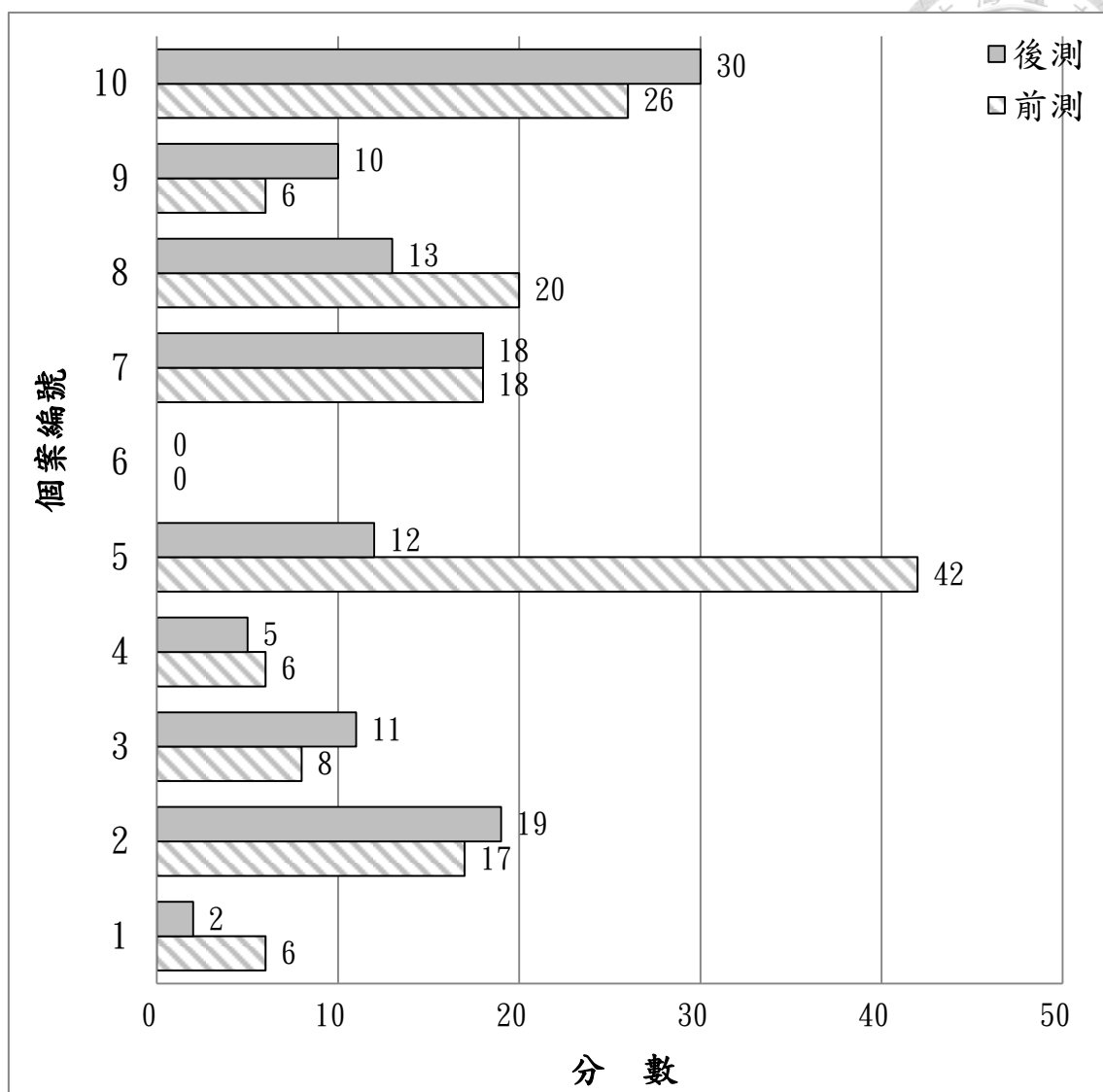
圖三 個案在「簡式症狀量表(BSRS-50)」之表現



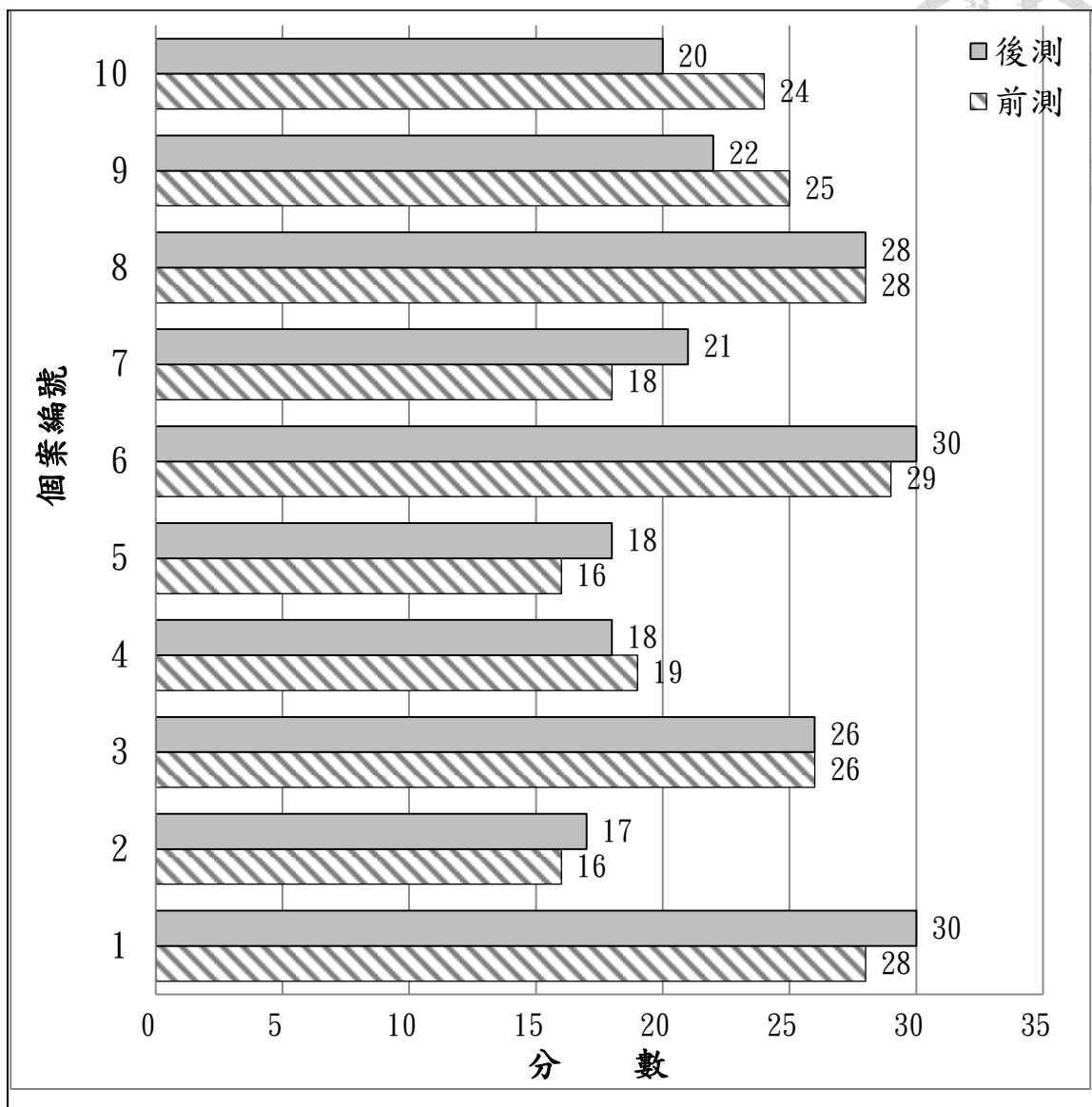
圖四 個案在「正性與負性症狀量表(PANSS)」之表現



圖五 個案在「職能自我評估量表(OSA)」之表現



圖六 個案在「貝克憂鬱量表第二版(BDI-II)中文版」之表現



圖七 個案在「職能治療綜合評量表(COTES)之工作行為(Task Behavior)」之表現

# 表目錄

表一 動機再促進團體內容

介入次數	主要模式	單元主題	單元內容
第一次	探索	確認自己	(1) 我是誰？ (2) 我的生命曲線
第二次		我所處的環境	(1) 介紹我的家 (2) 我所處的社會環境
第三次		我人生中的選擇——我的金錢管理	(1) 我的金錢管理現況 (2) 我的用錢方向 (3) 聰明購物
第四次	個別	個別活動	(1) 著色畫(低難度) (2) 摺紙(中難度) (3) 紙雕(高難度)
第五次	勝任	我所扮演的角色	(1) 我過去及目前扮演的角色與責任 (2) 我未來想要扮演的角色與責任 (3) 我要扮演這些角色所具備及欠缺的部分
第六次		我的未來計畫	(1) 我出院後的生活計畫
第七次	成就	我所擁有的優缺點及給自己鼓勵	(1) 我的優點/長處 (2) 我的缺點/短處 (3) 我的能力與技能
第八次	個別	個別活動	(1) 著色畫(低難度) (2) 摺紙(中難度) (3) 紙雕(高難度)





表二 個案的人口學資料

項目	樣本數=10 人
<b>性別</b>	
男性	7(70%)
女性	3(30%)
<b>教育程度</b>	
不識字	0(0%)
國小	2(20%)
國中	3(30%)
高中/職	4(40%)
大學/大專	1(10%)
研究所以上	0(0%)
年齡(Mean±SD)	42.00±11.52
MMSE(Mean±SD)	26.30±1.62
發病年齡(Mean±SD)	20.70±4.57
發病年數(Mean±SD)	21.30±11.61
一般症狀指數(Mean±SD)	0.86±0.73

表三 個案在介入前與介入後之分數統計結果

n=10	介入前				介入後			
項目	最小值	最大值	平均值	標準差	最小值	最大值	平均值	標準差
意志量表	17.5	38.0	26.45	7.09	22.5	40.5	29.28	7.27
簡式症狀量表之一般症狀指數	0.00	2.52	0.86	0.73	0.00	2.60	0.83	0.77
正性與負性症狀量表								
正性量表	12	33	21.00	6.27	12	33	19.20	2.88
負性量表	15	39	25.50	7.32	17	33	22.40	5.13
一般症狀量表	32	70	44.10	10.71	28	65	40.90	11.29
量表總分	71	142	90.50	21.61	57	131	82.50	22.59
職能自我評估								
自我-能力	31	70	53.40	10.36	46	84	57.90	8.52
自我-價值	21	72	44.80	15.05	21	84	55.40	19.21
環境-能力	16	32	29.20	15.21	16	32	29.00	15.58
環境-價值	8	32	25.40	17.52	8	32	27.00	16.93
貝克憂鬱量表	0	42	14.90	12.49	0	30	12.00	8.87
職能治療綜合評量表之工作行為次量表	16	29	22.90	5.15	17	30	23.00	5.08

表四 個案的符號檢定(Sign Test)結果

項目	個數(n=10)				p 值
	負差異	正差異	等值	總和	
意志量表	1	8	0	9	<b>0.020*</b>
簡式症狀量表之一般症狀指數	4	5	1	10	0.500
正性與負性症狀量表					
正性量表	5	3	2	10	0.364
負性量表	6	3	1	10	0.254
一般症狀量表	7	3	0	10	0.172
量表總分	8	2	0	10	0.055
職能自我評估					
自我能力後測-前測	3	7	0	10	0.172
環境能力後測-前測	3	4	3	10	0.500
貝克憂鬱量表	4	4	2	10	0.500
職能治療綜合評量表之工作行為次量表	3	5	2	10	0.364

\*p<0.05

表五 個案的威克森符號等級檢定(Wilcoxon Signed-Rank Test)結果

分項	p 值	等級	個數 (n=10)	等級 平均數	等級 總和
意志量表	0.012*	負等級	1	3.50	3.50
		正等級	8	5.19	41.50
		等值	0		
簡式症狀量表之一般 症狀指數	0.339	負等級	4	6.50	26.00
		正等級	5	3.80	19.00
		等值	1		
正性與負性症狀量表	0.080	負等級	5	5.60	28.00
		正等級	3	2.67	8.00
		等值	2		
	0.048*	負等級	6	6.08	36.50
		正等級	3	2.83	8.50
		等值	1		
	0.075	負等級	7	5.93	41.50
		正等級	3	4.50	13.50
		等值	0		
	0.033*	負等級	8	5.69	45.50
		正等級	2	4.75	9.50
		等值	0		
職能自我評估	0.063	負等級	3	4.17	12.50
		正等級	7	6.07	42.50
		等值	0		
	0.500	負等級	3	4.67	14.00
		正等級	4	3.50	14.00
		等值	3		
貝克憂鬱量表	0.336	負等級	4	5.25	21.00
		正等級	4	3.75	15.00
		等值	2		
職能治療綜合評量表 之工作行為	0.416	負等級	3	5.50	16.50
		正等級	5	3.90	19.50
		等值	2		

\*p<0.05

表六 個案的成對樣本 t 檢定(Paired-Sample t Test)結果

n=10 項目	介入前		介入後		t 值	p 值
	平均值	標準差	平均值	標準差		
意志量表	26.45	7.09	29.28	7.27	3.079	<b>0.008*</b>
簡式症狀量表之 一般症狀指數	0.86	0.73	0.83	0.77	-0.409	0.346
正性與負性症狀 量表						
正性量表	21.00	6.27	19.20	2.88	-1.477	0.087
負性量表	25.50	7.32	22.40	5.13	-2.035	<b>0.036*</b>
一般症狀量表	44.10	10.71	40.90	11.29	-1.614	0.071
量表總分	90.50	21.61	82.50	22.59	-2.108	<b>0.032*</b>
職能自我評估						
自我-能力	53.40	10.36	57.90	8.52	1.983	<b>0.040*</b>
自我-價值	44.80	15.05	55.40	19.21	2.819	0.100
環境-能力	29.20	15.21	29.00	15.58	-0.59	0.477
環境-價值	25.40	17.52	27.00	16.93	0.294	0.388
貝克憂鬱量表	14.90	12.49	12.00	8.87	-0.904	0.195
職能治療綜合評 量表之工作行為 次量表	22.90	5.15	23.00	5.08	0.142	0.446

\*p<0.05

## 附錄

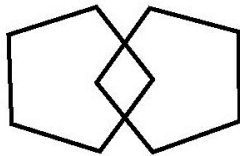
### 附錄一：簡短智能量表(MMSE)



Name: \_\_\_\_\_ Chart No.: \_\_\_\_\_ Handness: \_\_\_\_\_  
Date: 西元\_\_\_\_\_年\_\_月\_\_日 Examiner: \_\_\_\_\_

錯 正 不  
誤 確 明

- 0 1 9 1) 今年是那一年？  
0 1 9 2) 現在是什麼季節？  
0 1 9 3) 今天是幾號？  
0 1 9 4) 今天是禮拜幾？  
0 1 9 5) 現在是那一個月份？  
0 1 9 6) 我們現在是在那一個省？  
0 1 9 7) 我們現在是在那一個縣、市？  
0 1 9 8) 這間醫院（診所）的名稱？  
0 1 9 9) 現在我們是在幾樓？  
0 1 9 10) 這裡是哪一科？  
0 1 9 11) 藍色 請重複這三個名稱，按第一次複述結果計分，  
0 1 9 悲傷 最多只能重複練習三次；練習次數：\_\_\_\_\_  
0 1 9 火車  
☐ 12) 請從 100 開始連續減 7，一直減 7 直到我說停為止。（每減對一次得一分）  
93\_\_\_\_\_；86\_\_\_\_\_；79\_\_\_\_\_；72\_\_\_\_\_；65\_\_\_\_\_；  
0 1 9 13) 藍色（約五分鐘以後，請說出剛才請你記住的三樣東西，每對一項得一分，不論  
順序）  
0 1 9 14) 悲傷  
0 1 9 15) 火車  
0 1 9 16) （拿出手錶）這是什麼？\_\_\_\_\_  
0 1 9 17) （拿出鉛筆）這是什麼？\_\_\_\_\_  
0 1 9 18) 請跟我唸一句話 『白紙真正寫黑字』  
0 1 9 19) 請唸一遍並做做看 『請閉上眼睛』  
0 1 9 20) 請用左/右手（非利手）拿這張紙（三步驟指令，每對一步驟得一分）  
0 1 9 把它折成對半  
0 1 9 然後置於大腿上面  
0 1 9 21) 請在紙上寫一句語意完整的句子。（含主詞動詞且語意完整的句子）  
0 1 9 22) 這裡有一個圖形，請在旁邊畫出一個相同的圖形。（兩五邊形，交一四邊形，  
有兩交點，則給分）



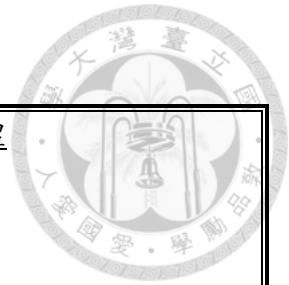
總分  
☐ ☐

（圖選 9 的部分不予計入，並說明無法施測之原因）

附錄二：意志量表(VQ)

個案：	設備：															
年齡：	治療師：															
性別：	診斷：															
	日期：				日期：				日期：				日期：			
	環境：				環境：				環境：				環境：			
顯現好奇心	P	H	I	S	P	H	I	S	P	H	I	S	P	H	I	S
開始行動	P	H	I	S	P	H	I	S	P	H	I	S	P	H	I	S
嘗試新事物	P	H	I	S	P	H	I	S	P	H	I	S	P	H	I	S
顯現自豪與滿意	P	H	I	S	P	H	I	S	P	H	I	S	P	H	I	S
尋求挑戰	P	H	I	S	P	H	I	S	P	H	I	S	P	H	I	S
尋求更多責任	P	H	I	S	P	H	I	S	P	H	I	S	P	H	I	S
嘗試修正錯誤	P	H	I	S	P	H	I	S	P	H	I	S	P	H	I	S
嘗試解決問題	P	H	I	S	P	H	I	S	P	H	I	S	P	H	I	S
顯現偏好	P	H	I	S	P	H	I	S	P	H	I	S	P	H	I	S
持續活動直到完成	P	H	I	S	P	H	I	S	P	H	I	S	P	H	I	S
保持參與	P	H	I	S	P	H	I	S	P	H	I	S	P	H	I	S
投入更多的能量/ 情緒/注意力	P	H	I	S	P	H	I	S	P	H	I	S	P	H	I	S
顯示目標	P	H	I	S	P	H	I	S	P	H	I	S	P	H	I	S
顯現活動是特別的 或有意義的	P	H	I	S	P	H	I	S	P	H	I	S	P	H	I	S
提示： P：被動 H：猶豫 I：參與 S：自發																
意見																

意志量表之環境特徵表



<p>第 <input type="checkbox"/> 次 <u>空間</u></p> <p>觀察個案的環境： _____</p> <p>地點： <input type="checkbox"/> 戶內 <input type="checkbox"/> 戶外</p> <p>光線： <input type="checkbox"/> 自然 <input type="checkbox"/> 人工</p> <p>移動空間：<input type="checkbox"/> 安靜 <input type="checkbox"/> 吵雜</p> <p>影響意志的其他因子：</p>	<p><u>物體</u></p> <p><input type="checkbox"/> 熟悉 <input type="checkbox"/> 陌生</p> <p><input type="checkbox"/> 自然 <input type="checkbox"/> 加工</p> <p><input type="checkbox"/> 相似 <input type="checkbox"/> 不同</p> <p><input type="checkbox"/> 簡單 <input type="checkbox"/> 複雜</p> <p><input type="checkbox"/> 很少 <input type="checkbox"/> 很多</p> <p>影響意志的其他因子：</p>
<p><u>社會環境</u></p> <p><input type="checkbox"/> 個別 <input type="checkbox"/> 一對一</p> <p><input type="checkbox"/> 團體(人數)： _____</p> <p><input type="checkbox"/> 由個案選擇 <input type="checkbox"/> 事先決定</p> <p><input type="checkbox"/> 熟悉的人 <input type="checkbox"/> 陌生的人</p> <p><input type="checkbox"/> 同儕 <input type="checkbox"/> 成人</p> <p>影響意志的其他因子：</p>	<p><u>職能型式</u></p> <p>個案從事的活動： _____</p> <p><input type="checkbox"/> 熟悉 <input type="checkbox"/> 陌生</p> <p><input type="checkbox"/> 由個案選擇 <input type="checkbox"/> 事先決定</p> <p><input type="checkbox"/> 結構化 <input type="checkbox"/> 非結構化</p> <p><input type="checkbox"/> 足夠的挑戰 <input type="checkbox"/> 不足夠的挑戰</p> <p>影響意志的其他因子：</p>

版權所有：台灣大學職能治療學系潘瓊琬副教授



附錄三：簡式症狀量表(BSRS-50)

說明：下面所列舉的問題是一般人有時候會有的問題，請您仔細地閱讀每一個問題，同時回想在最近一星期中(包括今天)，這些問題使您感到困擾或苦惱的程度，然後圈選一個您認為最能代表您感覺的答案。

★最近一星期來您被下列問題困擾到什麼程度

病房：\_\_\_\_\_ 姓名：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

	完沒 全有	輕微	中等 程度	厲害	非常 厲害
1. 神經過敏(緊張)或內心不安	0	1	2	3	4
2. 不愉快的念頭或字語反覆出現，無法從心中排除	0	1	2	3	4
3. 擔心不夠整潔或不夠小心	0	1	2	3	4
4. 覺得容易苦惱或動怒	0	1	2	3	4
5. 心臟或胸部疼痛	0	1	2	3	4
6. 在空曠的地方或街上，有害怕的感覺	0	1	2	3	4
7. 有自殺的想法	0	1	2	3	4
8. 覺得大多數人都不能信賴	0	1	2	3	4
9. 胃口不好(食慾不振)	0	1	2	3	4
10. 容易發脾氣而無法控制	0	1	2	3	4
11. 單獨離開家時覺得害怕	0	1	2	3	4
12. 為了一些小事情而責備自己	0	1	2	3	4
13. 在進行事情的過程中，有阻礙的感覺	0	1	2	3	4
14. 覺得寂寞	0	1	2	3	4
15. 感覺憂鬱、心情低落	0	1	2	3	4
16. 對一般的事物失去了興趣	0	1	2	3	4
17. 感到害怕	0	1	2	3	4
18. 覺得別人不瞭解或不同情自己	0	1	2	3	4
19. 覺得比不上別人	0	1	2	3	4
20. 肌肉酸痛(譬如頭、頸、腰、背等部位)	0	1	2	3	4
21. 覺得別人在注視或談論自己	0	1	2	3	4
22. 睡眠困難，譬如難以入睡、易醒或早醒	0	1	2	3	4

	完沒 全有	輕微	中等 程度	厲害	非常 厲害
23. 必須一再地重複檢查所做的事情或必須一再地重複做同樣的動作，如洗手、關門	0	1	2	3	4
24. 猶豫不決，難以下決定	0	1	2	3	4
25. 呼吸困難	0	1	2	3	4
26. 對某些事情、地點或活動懼怕，而不得不避開	0	1	2	3	4
27. 身體某些部位覺得麻木或刺痛	0	1	2	3	4
28. 覺得將來沒有希望	0	1	2	3	4
29. 不能專心或注意力不能集中	0	1	2	3	4
30. 身體某些部位覺得無力	0	1	2	3	4
31. 覺得緊張或受到刺激	0	1	2	3	4
32. 會死或快要死的想法	0	1	2	3	4
33. 當人家注視或談論自己時，有不安的感覺	0	1	2	3	4
34. 有些思想明知不是自己的	0	1	2	3	4
35. 具有想要毆打或傷害某人的衝動	0	1	2	3	4
36. 具有想要打破或打碎東西的衝動	0	1	2	3	4
37. 和別人在一起時，(因自以為被注意)有不自然的感覺	0	1	2	3	4
38. 在人擁擠的地方，例如:在買東西或在電影院，有不安的感覺	0	1	2	3	4
39. 一陣一陣地感到恐怖或恐慌	0	1	2	3	4
40. 單獨一個人的時候覺得不安	0	1	2	3	4
41. 覺得別人不相信自己的成就	0	1	2	3	4
42. 即使身邊有人，也覺得孤獨	0	1	2	3	4
43. 覺得很不安，以致於無法安靜坐下來	0	1	2	3	4
44. 覺得自己沒有價值	0	1	2	3	4
45. 覺得即將有不幸的事情要發生在自己身上	0	1	2	3	4
46. 假如給人家機會的話，自己將會被利用	0	1	2	3	4

	完沒 全有	輕微	中等 程度	厲害	非常 厲害
47. 覺得自己有罪過，應該被處罰	0	1	2	3	4
48. 覺得身體有嚴重的毛病	0	1	2	3	4
49. 具有可怕的念頭或影像	0	1	2	3	4
50. 罪惡感	0	1	2	3	4

版權所有：台大醫學院精神科及社會醫學科李明濱教授

附錄四：正性與負性症狀量表(PANSS)

受試者編號：

評分日期：

1：無(absent)、2：極微(minimal)、3：輕度(mild)、4：中度(moderate)、5：中重度(moderate severe)、6：重度(severe)、7：極重度(extreme)

P1.妄想(delusions)		G4.身體緊張(tension)	
P2.思考欠組織(conceptual disorganization)		G5.怪異動作(mannerisms and posturing)	
P3.幻覺行為(hallucinatory behavior)		G6.憂鬱(depression)	
P4.亢奮(excitement)		G7.動作遲滯(motor retardation)	
P5.誇大(grandiosity)		G8.不合作(uncooperativeness)	
P6.多疑/被害(suspiciousness/persecution)		G9.不尋常思考內容(unusual thought content)	
P7.敵意(hostility)		G10.定向感障礙(disorientation)	
N1.情感遲滯(blunted affect)		G11.注意力障礙(poor attention)	
N2.情感不投入(emotional withdrawal)		G12.判斷力及病識感障礙(lack of judgment and insight)	
N3.會談關係不佳(poor rapport)		G13.意志力障礙(disturbance of volition)	
N4.冷漠/社交退縮(passive/apathetic social withdrawal)		G14.衝動控制障礙(poor impulse control)	
N5.抽象思考困難(difficulty in abstract thinking)		G15.沉浸狀態(preoccupation)	
N6.言談缺乏自發與流暢性(lack of spontaneity and flow of conversation)		G16.刻意迴避社交(active social avoidance)	
N7.刻板思考(stereotyped thinking)		S1.憤怒(anger)	
G1.擔心身體健康(somatic concern)		S2.不耐要求被延緩滿足(difficult of delay gratification)	
G2.焦慮(anxiety)		S3.情感波動(affective lability)	
G3.愧疚感(guilt feelings)			

## 附錄五：職能自我評估量表(OSA)



### 職能自我評估表 我自己

姓名：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

步驟一：以下是有關你從事每日日常活動的敘述。針對每個敘述，圈選出答案以代表你做得如何。如果有不適合你的項目，將它刪除，並接著做下一個項目。					步驟二：接著，針對每一個敘述圈選出對你的重要性。				步驟三：選擇最多 4 件你自己最想改變的事情。
	我做這件事有許多困難	我做這件事有一些困難	我可以做好這件事	這件事我做得非常好	這對我 不那麼重要	這對我 重要	這對我 比較重要	這對我 最為重要	我想要改變...
專注於我的活動或工作上	許多困難	一些困難	可以做好	做得非常好	不那麼重要	重要	比較重要	最為重要	
實際從事我需要做的活動或工作	許多困難	一些困難	可以做好	做得非常好	不那麼重要	重要	比較重要	最為重要	
打理居家環境	許多困難	一些困難	可以做好	做得非常好	不那麼重要	重要	比較重要	最為重要	
自我照顧	許多困難	一些困難	可以做好	做得非常好	不那麼重要	重要	比較重要	最為重要	
照顧我有責任扶養的人	許多困難	一些困難	可以做好	做得非常好	不那麼重要	重要	比較重要	最為重要	
到我需要去的地方	許多困難	一些困難	可以做好	做得非常好	不那麼重要	重要	比較重要	最為重要	
管理我的財務	許多困難	一些困難	可以做好	做得非常好	不那麼重要	重要	比較重要	最為重要	
處理我的基本需求 (飲食、服飾)	許多困難	一些困難	可以做好	做得非常好	不那麼重要	重要	比較重要	最為重要	
向別人表達我的想法	許多困難	一些困難	可以做好	做得非常好	不那麼重要	重要	比較重要	最為重要	
與別人相處	許多困難	一些困難	可以做好	做得非常好	不那麼重要	重要	比較重要	最為重要	
找出問題並解決問題	許多困難	一些困難	可以做好	做得非常好	不那麼重要	重要	比較重要	最為重要	

第二版

OSA 手冊

57

### 職能自我評估表 我自己(續)

姓名：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

步驟一：以下是有關你從事每日日常活動的敘述。針對每個敘述，圈選出答案以代表你做得如何。如果有不適合你的項目，將它刪除，並接著做下一個項目。					步驟二：接著，針對每一個敘述圈選出對你的重要性。				步驟三：選擇最多 4 件你自己最想改變的事情。
	我做這件事有許多困難	我做這件事有一些困難	我可以做好這件事	這件事我做得非常好	這對我 不那麼重要	這對我 重要	這對我 比較重要	這對我 最為重要	我想要改變...
放鬆並享受生活的樂趣	許多困難	一些困難	可以做好	做得非常好	不那麼重要	重要	比較重要	最為重要	
整理記錄下我需要做的事	許多困難	一些困難	可以做好	做得非常好	不那麼重要	重要	比較重要	最為重要	
有一個滿意的規律生活習慣	許多困難	一些困難	可以做好	做得非常好	不那麼重要	重要	比較重要	最為重要	
盡我應盡的責任	許多困難	一些困難	可以做好	做得非常好	不那麼重要	重要	比較重要	最為重要	
擔任學生/工作者/志工/或家庭成員的角色	許多困難	一些困難	可以做好	做得非常好	不那麼重要	重要	比較重要	最為重要	
做我喜歡的活動	許多困難	一些困難	可以做好	做得非常好	不那麼重要	重要	比較重要	最為重要	
朝向我的目標努力	許多困難	一些困難	可以做好	做得非常好	不那麼重要	重要	比較重要	最為重要	
以我的價值觀為標準來作決定	許多困難	一些困難	可以做好	做得非常好	不那麼重要	重要	比較重要	最為重要	
完成我所計畫的事	許多困難	一些困難	可以做好	做得非常好	不那麼重要	重要	比較重要	最為重要	
有效率地運用自己的技能	許多困難	一些困難	可以做好	做得非常好	不那麼重要	重要	比較重要	最為重要	

第二版

OSA 手冊

58

職能自我評估表  
我周遭的環境

姓名：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

步驟一：以下是與你的環境（住所、工作的地方、學校等）有關的敘述。圈選出你在每個敘述的情況。如果有不適用於你的項目，將它刪除，接著做下一個項目。					步驟二：接著，針對每一個敘述圈選出這個環境對你的重要性。				步驟三：選擇最多 2 件你自己最想改變的事情。
	這件事有許多問題	這件事有一些問題	這件事好	這件事非常好	這對我 不那麼重要	這對我 重要	這對我 比較重要	這對我 最為重要	我想要改變...
有一個可以居住並照顧自己的地方。	許多問題	一些問題	好	非常好	不那麼重要	重要	比較重要	最為重要	
有一個從事工作、讀書、或志願服務的地方。	許多問題	一些問題	好	非常好	不那麼重要	重要	比較重要	最為重要	
有個人生活的基本必需品。	許多問題	一些問題	好	非常好	不那麼重要	重要	比較重要	最為重要	
有從事工作、讀書、或志願服務時所需的物品。	許多問題	一些問題	好	非常好	不那麼重要	重要	比較重要	最為重要	
有支持及鼓勵我的人。	許多問題	一些問題	好	非常好	不那麼重要	重要	比較重要	最為重要	
有和我一起做事的人。	許多問題	一些問題	好	非常好	不那麼重要	重要	比較重要	最為重要	
有機會或場合從事我所重視、喜歡的活動	許多問題	一些問題	好	非常好	不那麼重要	重要	比較重要	最為重要	
有我可以享受生活興趣的地方。	許多問題	一些問題	好	非常好	不那麼重要	重要	比較重要	最為重要	



BDI-II

中文版

測驗日期：\_\_\_\_\_

姓名：\_\_\_\_\_ 婚姻狀況：\_\_\_\_\_ 年齡：\_\_\_\_\_ 性別：\_\_\_\_\_

職業：\_\_\_\_\_ 教育程度：\_\_\_\_\_

**作答說明：**

這份問卷共有 21 組的句子，每一組都有幾個選項。請你仔細閱讀每一組的句子後，從中選出一個最能夠表達你最近兩個星期來（包括今天）所感受的句子，並將此選項左邊的數字圈起來。

如果你覺得同一組中有好幾個句子都同樣符合你最近的感受，則請圈選在這一組中，數字最高的那一個句子。請注意任何一組，包括第 16 組（睡眠習慣的改變），或第 18 組（食慾改變），都只能圈選一個句子。

**1. 悲傷**

- 0 我並不覺得悲傷。
- 1 我大部分的時間都覺得悲傷。
- 2 我時時刻刻都覺得悲傷。
- 3 我悲傷或不快樂已到我不能忍受的程度。

**2. 悲觀**

- 0 我對於自己的將來並不氣餒。
- 1 和以往比起來，我現在對於自己的將來覺得較沮喪。
- 2 我並不期望自己將來會有任何作為。
- 3 我覺得自己的將來是沒有希望的，而且只會愈來愈糟。

**3. 失敗經驗**

- 0 我並不覺得自己是一個失敗者。
- 1 我遭受的失敗次數多於應有的次數。
- 2 回顧過去，我所能看到的就是許多的失敗。
- 3 身為一個人，我覺得自己完全失敗。

**4. 失去樂趣**

- 0 對於我喜愛的事物，我和往常一樣獲得樂趣。
- 1 我並不如往常那般享受我喜愛的事物。
- 2 對於以往我喜愛的事物，我幾乎不再獲得樂趣。
- 3 對於以往我喜愛的事物，我已無法獲得任何樂趣。

**5. 罪惡感／內咎**

- 0 我並不特別覺得有罪惡感（內咎）。
- 1 對於許多我所做或該做而沒有做到的事，我覺得有罪惡感（內咎）。
- 2 大部分的時間，我都覺得很有罪惡感（內咎）。
- 3 我時時刻刻都覺得有罪惡感（內咎）。

**6. 受懲罰感**

- 0 我不覺得自己正在受懲罰。
- 1 我覺得自己可能會受懲罰。
- 2 我預期自己定會受懲罰。
- 3 我覺得自己正在受懲罰。

**7. 討厭自己**

- 0 我對自己的感覺仍舊和以往一樣。
- 1 我對自己失去了信心。
- 2 我對自己感到失望。
- 3 我討厭我自己。

**8. 自我批評／自責**

- 0 我並不比平時多於批評或責怪自己。
- 1 我比以前更會批評自己。
- 2 我對自己所有的錯誤都責怪自己。
- 3 我對於所發生的每件壞事都會責怪自己。

**9. 自殺念頭**

- 0 我並無任何自殺念頭。
- 1 我有自殺的念頭，但我不會真的去做。
- 2 我想去自殺。
- 3 如果有機會，我會真的自殺。

本測驗中文版由美國 The Psychological Corporation 授權中國行為科學社在台灣獨家翻譯出版。  
Copyright © 1996 by Aaron T. Beck. All rights reserved.  
中文版 Copyright © 2000 by TPC, USA  
版權所有・翻印必究

第一頁分數小計 \_\_\_\_\_

背面繼續作答



中國行為科學社在台灣發行

THE PSYCHOLOGICAL CORPORATION®  
Harcourt Brace & Company



## 10.哭泣

- 0 我並沒有比平時哭得多。
- 1 我比以前較常哭泣。
- 2 每一件小事都會使我哭泣。
- 3 我很想哭泣，但哭不出來。

## 11.心煩意亂

- 0 和平常相比，我並不感到特別坐立不安或痛苦。
- 1 我覺得比平常更坐立不安或痛苦。
- 2 我是那樣坐立不安或心煩意亂，使我很難安定下來。
- 3 我是那麼坐立不安或心煩意亂，使我必須不斷地走動或做些事。

## 12.失去興趣

- 0 我並沒有對其他人或活動失去興趣。
- 1 我對其他人或事物的興趣比以前少了一點。
- 2 我失去了大部分對其他人或事物的興趣。
- 3 我對任何事情都提不起興趣來。

## 13.優柔寡斷／猶豫不決

- 0 我和往常一樣容易做決定。
- 1 我比平常更難做決定。
- 2 和以往相比，我在做決定時有極大的困難。
- 3 我完全無法做任何決定。

## 14.無價值感

- 0 我並不覺得自己是沒有價值的。
- 1 我如今不再認為自己那麼有價值。
- 2 我覺得自己比別人更沒有價值。
- 3 我覺得自己一點價值也沒有。

## 15.失去精力

- 0 我具有和往常一樣的精力。
- 1 我的精力比以前減少了。
- 2 我沒有足夠的精力去做很多事情。
- 3 我沒有足夠的精力去做任何事情。

## 16.睡眠習慣的改變

- 0 我的睡眠習慣和以前一樣，沒有任何改變。
- 1a 我比平常睡得多一些。
- 1b 我比平常睡得少一些。
- 2a 我比平常睡得更多。
- 2b 我比平常睡得更少。
- 3a 我差不多整天都在睡。
- 3b 我比以前早 1~2 小時醒來，而且一醒來就很難再入睡。

## 17.煩躁易怒

- 0 我不會比平常煩躁易怒。
- 1 我比平常較煩躁易怒。
- 2 我比平常更加煩躁易怒。
- 3 我時時刻刻都煩躁易怒。

## 18.食慾改變

- 0 我的食慾和以前一樣，並沒有任何改變。
- 1a 我的食慾比平常差一點。
- 1b 我的食慾比平常好一點。
- 2a 我的食慾比以前差很多。
- 2b 我的食慾比平常好很多。
- 3a 我完全沒有食慾。
- 3b 我時時刻刻都渴望食物。

## 19.難以專注

- 0 我和往常一樣能夠專注。
- 1 我比平常較無法專注。
- 2 我很難長時間專注在任何事情上。
- 3 我發現我不能夠專注在任何事情上。

## 20.疲倦或疲累

- 0 我和平常一樣，不覺得更疲倦或疲累。
- 1 我比平常容易疲倦或疲累。
- 2 我太疲倦或疲累，以致於許多以前常做的事都無法做。
- 3 我非常疲倦或疲累，以致於大部分以前常做的事都無法再做。

## 21.失去對性方面的興趣

- 0 我對性的興趣在最近並不覺得有任何改變。
- 1 我對性不再那麼感興趣。
- 2 我現在對性的興趣少了很多。
- 3 我已完全喪失對性的興趣。

注意：本題本是以藍色與黑色雙色印刷，若您使用的題本不是雙色印刷，而是翻印的，則已違反著作權法。此份出版品的任一部分，若未取得出版者之書面同意，則均不可藉任何形式或方法（如電子的或機械的）加以重製或傳遞（包括影印、錄音或各種電腦資料儲存及提取系統）。

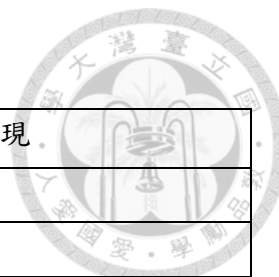
第二頁分數小計

第一頁分數小計

總分



附錄七：職能治療綜合評量表(COTES)



	分項		分數	個案表現
一般行為	1.	出席		
	2.	儀容		
	3.	活動量		
	4.	情緒障礙		
	5.	無意義行為		
	6.	生理需求		
	7.	言語思考障礙		
小 計				
社會行為	8.	社交性		
	9.	予人印象		
	10.	接受性		
	11.	團體中角色		
	12.	自我肯定		
小 計				
工作行為	13.	動機		
	14.	持續時間		
	15.	責任感		
	16.	忍受挫折		
	17.	自我期許		
	18.	理解力		
	19.	技巧		
	20.	細動作協調		
小 計				
總 計				