

國立臺灣大學醫學院職能治療學系



碩士論文

Department of Occupational Therapy

College of Medicine

National Taiwan University

Master Thesis

動機再促進團體方案應用於

慢性思覺失調症患者之成效

The Efficacy of Remotivation Protocol for People
with Chronic Schizophrenia

彭婉晴

Wan-Ching Peng

指導教授：潘瓊琬 博士

Advisor: Ay-Woan Pan, Ph.D.

中華民國 110 年 1 月

Jan 2021



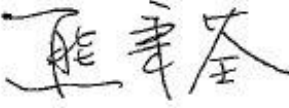

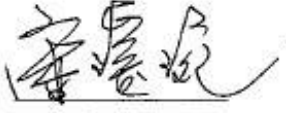
國立臺灣大學碩士學位論文

口試委員會審定書

動機再促進團體方案應用於慢性思覺失調症患者之成效

The Efficacy of Remotivation Protocol for People with Chronic Schizophrenia

本論文係彭婉晴（R07429009）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 110 年 1 月 22 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
 熊秉荃	國立臺灣大學社會科學院 社會工作學系	教授
 鍾麗英	國立臺北大學商學院 統計學系	副教授
 潘瓊琬	國立臺灣大學醫學院 職能治療學系	副教授

指導教授：潘瓊琬教授
職能治療學系系主任：薛濟平主任

中華民國 110 年 1 月

致謝

歲月荏苒，時光默默推移到提筆寫致謝之時，過去碩班生涯非常期待這一刻的來臨，認為一定會興奮萬分，如今已完成論文口試，我邊寫著致謝邊回首兩年半的碩班生活，心中滿是喜悅與感謝。

首先感謝我的指導教授潘瓊琬老師，起初進到碩班這大門中，面對茫茫的學術大海，不知如何掌握研究方向，僅知道想研究與臨床個案(思覺失調症)相關議題，經過老師循循善誘下，促進我閱讀文獻、思考臨床議題，最後我發現自己喜歡的研究領域且能與臨床實務結合，進而激發我投身於研究的動機。於研究路途上難免徬徨，感謝老師一路上的協助與指導，讓我始終朝著目標前進，透過每次的討論，促使我更深入思考研究的細節及如何與自身的經驗結合。真的很感謝老師帶著一開始對研究一無所知的我，開始設計研究到執行最後完成論文，過程中給予許多教導與支持。

再來感謝於相同研究室學習勝輝學長與德昌。勝輝學長給予我許多研究設計上的想法及先前研究的經驗分享，讓我在執行研究過程更順利。非常感謝德昌於整個碩班生涯的幫忙，協助我處理許多行政事務、一同討論研究、分享生活及互相鼓勵，每次需要幫忙總是義不容辭，如今我們也要一起畢業，很開心在碩班過程中有名好戰友。

接著感謝許多報告與我同組的同學妹婷與庭嘉，你們總是耐心與積極的一起討論課業、完成作業，謝謝你們的包容與協助，才能順利完成每堂課。

對於臺北市立聯合醫院松德院區的職能治療科同事們有著萬分感謝，謝謝你們協助我分擔工作業務、包容我時常請假及經常給我許多支持與鼓勵，溫暖的你們成為我的後盾，讓我無後顧之憂的學習。謝謝協助收案的同事，讓我的研究順利進行，感謝臺北市聯合醫院院內研究計畫的經費補助，使研究完整呈現。也謝謝參與研究的所有個案，感謝你們願意相信我，希望參與此研究對在復原路上的你們有些改變。

感謝我的最親愛的家人，給予我最大的支持，經常提醒我研究與論文的進度，同時也關心我的健康與心理，讓我保有獨立性能完成學業。

最後感謝我的男友彥傑，碩班生涯充滿挑戰與壓力，每當我處於低潮、否定自己、面對許多難熬的時刻，你總是溫柔地接住我，在我身後給予最大的支持。

真的是受到非常多人的協助才能完成這本論文，由衷感謝在我碩班生涯中相遇的所有人。經過碩班的洗禮，我對於職能治療有更深一層的瞭解，以及對於臨床工作有更多的想法，期許能將碩班所學所經歷的事物，實際運用於臨床個案。

中文摘要



背景及目的：

動機缺損為思覺失調症患者常見的臨床問題，多篇文獻證實其為影響患者生活功能、目標導向行為與失能之關鍵，因此動機問題為思覺失調症患者復健之路上重要議題。動機再促進過程(remotivation process)源自人類職能模式的概念，專為動機低落之個案設計動機促進的介入策略。已有文獻使用此策略於一系列共八次動機再促進團體介入並運用於急性思覺失調症患者。而慢性思覺失調症患者經常出現參與日常活動動機低落之情形。因此本研究目的為驗證動機再促進團體介入運用於慢性思覺失調症患者之成效。

研究方法：


本研究收錄 30 名慢性思覺失調症或情感型思覺失調症患者，男女各 15 位、平均年齡為 50.33 歲，皆為台灣北部某精神專科醫院慢性病房住院病人，研究使用準實驗(quasi-experimental)單盲設計，16 位參與者分配至實驗組另外 14 位為控制組，執行前測後實驗組進行四週共八次動機再促進團體方案，控制組則為四週常規治療，介入後兩週內進行後測。

研究主要成效指標為意志量表(volitional questionnaire)與次要成效指標包含生活品質、症狀與情緒變化，以及收集參與者對動機再促進團體方案之滿意度及質性回饋。

資料分析以卡方檢定及獨立 T 檢定比較兩組人口學變項及前測分數之差異。再使用線性混合模式(linear mixed-effects model)分析兩組前後測各變項之差異，以驗證動機再促進團體介入之成效。

結果：

經線性混合模式分析結果指出，兩組參與者意志變化程度無組別及時間顯著交互作用，但時間主效果顯著影響，進一步使用獨立 T 檢定與配對 T 檢定分析，發現兩組後測時意志量表分數皆顯著高於前測分數，然而組間變化量無顯著差



異，表示兩組參與者後測時意志層級皆提升。台大症狀量表、簡式症狀量表、生活品質量表與個案自陳成效測量資訊系統-情緒相關量表-簡短版分數不論兩組間、前後測及組別與時間交互作用皆無顯著差異，然而進一步分析發現控制組後測時焦慮與憂鬱程度顯著高於前測，但實驗組之焦慮及憂鬱症狀無明顯改變。另經獨立 T 檢定分析發現，兩組間各變項前後測變化量僅憂鬱程度有差異其餘則無，實驗組後測時憂鬱程度下降，而控制組則上升。

動機再促進方案參與者完成率為 100%、平均出席率 92.19%、對活動滿意度平均 4.38 分(滿分 5 分)，質性觀察發現方案參與者之活動參與主動性及人際互動提升。

結論：

動機再促進方案用於慢性思覺失調症患者有高度適用性，且對意志層級之提升、憂鬱與焦慮情緒之穩定有一定成效，然而對生活品質、症狀之影響不顯著。

關鍵字：慢性思覺失調症、動機再促進、意志、憂鬱、焦慮、人類職能模式

Abstract



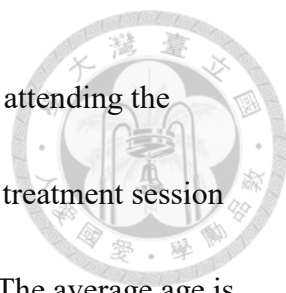
Background:

Motivational deficits are common problems for persons with schizophrenia. Recent research identified that the lack of motivation would affect global and social function, decrease goal-directed behaviors and participation of occupations of patients with schizophrenia. Therefore, it is an important issue to enhance the motivational status of persons with schizophrenia.

We adapted strategies and principles suggested by remotivation process which was developed based on the model of human occupation. The researcher has examined the effect of an 8-session treatment program on a group of persons with acute schizophrenia. We modified from the previous program and developed our own one focusing on activities and case management. Therefore, the purposes of the study is to investigate the efficacy of the newly developed remotivation program on a group of persons with chronic schizophrenia.

Method:

The subjects were recruited from a large psychiatric institute. Upon meeting the subjects' criteria, the subjects were invited to participate in the study and signed the informed consent form of the study (approved by institutional IRB board). Since the study is quasi-experimental design, the subjects were assigned to experimental and



control groups based on convenience. There were 16 and 14 subjects attending the experimental and control groups. The experimental group received 2 treatment session per week for 4 weeks. The control group received routine treatment. The average age is 50.33 years old. There are 15 males and 15 females in them. All participants completed pre-test before intervention and post testing after experiment ends within a week. The therapists who scored the volitional questionnaire were blind to the group assignment. The primary outcome of the study was assessed by volition questionnaire. The secondary outcomes included the quality of life, symptoms severity and emotion related status. We also collected subjects' feedback using questionnaire.

Chi-square and independent t-test were used to analyze demographic and baseline scores. The linear mixed-effects model was applied to examine the efficacy of the proposed program.

Results:

The results of the study showed that the improvement of the volitional status of the subjects in both groups were significant. The degree of anxiety and depression in the control group significantly increased after treatment, but they remained stable for the experimental group. There was significant improvement in the depression of the subjects in the experiment group than those in the control group. The results of the feedback questionnaire showed that subjects attending experimental group felt positive

about the program and engaged in the interactive group activities increasingly.



Conclusions:

Our newly developed remotivation program does produce positive effect on reducing level of depression and enhancing volitional status of the participants. The subjects in the control group also demonstrated significant improvement of volitional status after the treatment which provides evidence of the general OT program. The program is feasible and welcomed by the participants. The limitations of the study include small sample size, non-experimental design and single blind design. We suggested that the program can be modified to include more case management component to fit the individualized needs. We also suggested that a larger sample size can be implemented in the future study.

Keywords: Chronic schizophrenia, remotivation, volition, depression, anxiety, model of human occupation

目錄

口試委員審定書	i
致謝	ii
中文摘要	iv
英文摘要	vi
第一章 緒論	1
第二章 文獻回顧	2
第一節 思覺失調症簡介	2
第二節 思覺失調症患者動機缺損之成因	5
第三節 動機相關理論	6
第四節 思覺失調症動機促進介入方式	12
第五節 研究動機	14
第六節 動機再促進過程介紹	14
第七節 思覺失調症與動機再促進過程	15
第三章 研究問題與假設	17
第四章 研究過程與方法	18
第一節 研究對象	18
第二節 研究工具	18
第三節 研究過程	21
第四節 介入方式	21
第五節 資料分析	22
第六節 倫理審查	23
第五章 結果	24
第一節 人口學資料分析	24
第二節 動機再促進團體方案之成效	25
第三節 動機再促進方案適用性	26
第六章 討論	28
第一節 結果討論	28



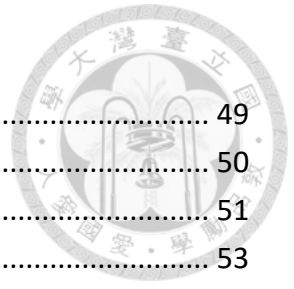
第二節 研究限制	32
第三節 未來建議	33
第七章 結論	34
參考文獻	55
附錄一：動機再促進團體活動表	65
附錄二：動機再促進團體活動學習單-我生活的一天	69
附錄三：動機再促進團體活動學習單-我的一天圓餅圖	71
附錄四：動機再促進團體活動學習單-重要職能分析表	72
附錄五：動機再促進團體活動學習單-戰力分析表	73
附錄六：動機再促進團體活動學習單-生命調色盤	74
附錄七：動機再促進團體活動學習單-我的秘密基地	75
附錄八：種植排班表	76
附錄九：動機再促進團體活動學習單-綠手指角色分析表	77
附錄十：人生獎狀	78
附錄十一：動機再促進團體活動學習單-職能自我評估表	80
附錄十二：自我規劃表	82
附錄十三：動機再促進團體活動照片	83
附錄十四：人體研究倫理審查委員會計畫執行許可書	84
附錄十五：簡短智能測驗(Mini Mental State Examination, MMSE)	85
附錄十六：意志量表(Volitional questionnaire, VQ)	87
附錄十七：台灣版簡明版世界衛生組織生活品質問卷(WHOQOL-BREF)	88
附錄十八：台大症狀量表	90
附錄十九：簡式症狀量表(Brief Symptom Rating Scale, BSRS-5)	92
附錄二十：個案自陳成效測量資訊系統-情緒相關量表-簡短版	93
附錄二十一：活動回饋範例	95
附錄二十二：線性混合模式 SPSS 語法指令	96
附錄二十三：作者簡介	100

圖目錄

圖一：研究流程圖	35
圖二：實驗組與控制組意志量表轉換分數平均值之變化	36
圖三：實驗組與控制組台大症狀量表原始分數平均值之變化	37
圖四：實驗組與控制組簡氏症狀量表原始分數平均值之變化	38
圖五：實驗組與控制組生活品質量表總分轉換分數平均值之變化	39
圖六：實驗組與控制組生活品質量表生理轉換分數平均值之變化	40
圖七：實驗組與控制組生活品質量表心理轉換分數平均值之變化	41
圖八：實驗組與控制組生活品質量表社會關係轉換分數平均值之變化	42
圖九：實驗組與控制組生活品質量表環境轉換分數平均值之變化	43
圖十：實驗組與控制組個案自陳成效測量資訊系統-憂鬱-簡短版轉換分數平均值 之變化	44
圖十一：實驗組與控制組個案自陳成效測量資訊系統-焦慮-簡短版轉換分數平均 值之變化	45
圖十二：實驗組與控制組個案自陳成效測量資訊系統-睡眠相關障礙-簡短版	46
圖十三：實驗組與控制組個案自陳成效測量資訊系統-生氣-簡短版轉換分數平均 值之變化	47
圖十四：實驗組與控制組個案自陳成效測量資訊系統-睡眠困擾-簡短版轉換分數 平均值之變化	48

表目錄

表一：人口學資料.....	49
表二：介入前兩組各變項分數表.....	50
表三：線性混合模式分析結果.....	51
表四：組內配對 T 檢定及組間獨立 T 檢定結果表.....	53
表五：動機再促進團體方案介入參與者回饋.....	54



第一章 緒論

精神疾病(mental illness)隨時代改變與醫療知識普及逐漸被重視，民眾也更瞭解精神疾病，進而精神疾病患者與其家屬愈來愈願意接受醫療後，其治療、照顧、復健與復原等議題一一浮現。思覺失調症(schizophrenia)為常見精神疾病之一，思覺失調症使其患者的思考、感覺與行為異常或受損，過去大量文獻證實思覺失調患者因疾病之進展導致總體功能下降或失能導致預後不佳(Fervaha, Foussias, Agid, & Remington, 2015)。進一步看思覺失調症患者常伴隨其他共病、慢行疾病與生理狀況不佳，如糖尿病、肥胖、憂鬱...等(Annamalai, Kosir, & Tek, 2017; Pokos & Castle, 2006)，導致生活品質與平均壽命下降，也使照顧者高度負擔與耗費大量社會成本(Chong et al., 2016; Millier et al., 2014)。世界衛生組織(World Health Organic)於 2018 年發表全球已超過 2300 萬人受思覺失調症所苦，佔全球人口約百分之一，此外根據全民健保署 2011 年統計資料，台灣思覺失調症盛行率為百分之零點四，約 113,183 人罹病，思覺失調症人口不論於台灣或全世界皆耗費大量醫療支出、社會成本及導致許多患者失能，因此如何改善思覺失調症患者之預後、預防患者功能下降與失能為當前急迫議題。

職能治療師重視個人的角色勝任與職能參與，核心宗旨為以個案為中心、促進個人發揮所長，使其盡可能地參與有意義的職能。人類職能模式(Model of Human Occupation)為職能治療經常使用的參考架構，提及個人選擇、參與活動皆受其本身意志(volition)、習慣(habituation)及表現能力(performance capacity)與身處的環境影響(Taylor, 2017)，臨床上職能治療師經常依據人類職能模式分析個案與設計介入。另思覺失調症為職能治療於精神科領域常見的個案族群，改善患者功能、降低失能可能性、提升患者生活品質並促進其職能參與為職能治療師所重視的。因此本研究欲使用人類職能模式觀點，思考思覺失症患者改善預後與職能參與、勝任之議題。

第二章 文獻回顧

第一節 思覺失調症簡介

思覺失調症(schizophrenia)為一種常見的精神疾病，患者之感覺、思考及動作皆因疾病而受損，甚至影響日常生活、就業及社交等功能。思覺失調症患者病程發展與症狀表現歧異性大，受其所處之環境、社會文化、個人經驗、醫療處置與病程有關，即使症狀表現差異性大，依據精神疾病診斷準則手冊第五版，患者需有妄想、幻覺、胡言亂語、整體上混亂或僵直行為及負性症狀中兩項以上的症狀，才符合思覺失調症之診斷。另外，思覺失調症之症狀通常分為正性症狀(positive symptoms)與負性症狀(negative symptoms)兩大類(Cara & MacRae, 2012)。

正性症狀為患者某些腦部功能過度活化而產生，最主要表現為幻覺(hallucination)與妄想(delusion)。幻覺為感覺異常之症狀，如幻聽、身體基模與界線不佳、觸覺敏感及空間與時間感錯亂(Olson, 2010; Tanaka et al., 2007)。幻聽又為幻覺中最常見的症狀，指患者聽到聲響或他人聲音，但皆非真實出現的聲音，造成患者壓力、干擾其生活，且幻覺愈多導致患者和現實脫節的狀況愈嚴重，最後影響患者功能下降(Irmak, 2014; MacRae, 1993)。另一種主要症狀「妄想」為患者有怪異、不尋常且不合邏輯之想法，此想法與現實、情境不符，如被害妄想(paranoid delusion)使患者對周遭事物多疑、認為有人對其不利，而正性症狀表現形式還有思想廣播(thought broadcasting)、思想插入(thought insert)、思想退縮(thought withdrawal)、思想控制(thought control)(Cara & MacRae, 2012)。

負性症狀為思覺失調症患者主要症狀之一，於疾病慢性期尤其明顯，症狀表現為缺乏情感、社交與表達行為減少及缺乏目標導向之行為(Aleman et al., 2017; Lutgens, Garipey, & Malla, 2017)。負性症狀的行為表現能分類為(1)情感平淡(affective flattening)：情緒與感情表達能力下降(2)語言貧乏(alogia)：言談的內

容與形式貧乏(3)無動機(avolition)：對於事物無興趣，但並非因憂鬱症狀造成(4) 乏樂(anhedonia)：無法感覺愉悅或對特定事物維持興趣(5)注意力不集中 (inattention)：無法維持專注(Andreasen, 1989)。導致上述負性症狀主要有兩個病因：情緒表達缺失(poor emotion express)及無動機(anhedonia/amotivation)，已有研究證實負性症狀造成思覺失調症患者生活品質下降、社交功能缺損、職能參與度不佳(Velligan et al., 2015)。然而，目前負性症狀使用藥物或非藥物治療改善有限(Buchanan et al., 2007)。

思覺失調症患者除了正性症狀與負性症狀外，常伴隨憂鬱、焦慮、認知功能退化以及藥物副作用，導致患者的日常生活功能退化、社交能力降低與適應技巧下降，進而影響職能角色的勝任、降低職能活動參與、就業及就學功能下降，最後導致生活品質不佳(Andreasen & Olsen, 1982; Bozikas et al., 2006; Fervaha, Foussias, Agid, & Remington, 2014)。

雖影響思覺失調症患者預後的因素眾多，過去研究證實負性症狀中無動機比起其他疾病症狀與臨床表現更能預測患者的功能性預後(Fervaha et al., 2014; Galderisi et al., 2014)，且與患者的社交互動、角色功能及日常活動執行有關。

此外，動機缺損為思覺失調症患者常見的問題，為影響患者生活功能、目標導向行為與失能的關鍵(DeRosse, Barber, Fales, & Malhotra, 2019; Kring & Barch, 2014; Velligan et al., 2015)。如早期或慢性期思覺失調症患者，動機相較其他臨床症狀或認知功能，更能預測疾病的長期預後(Chang et al., 2017)，動機為神經認知(neurocognition)與預後之間的中介變數(mediator)，表示神經認知功能無法直接預測預後，受到動機影響(Bryce et al., 2018)。

思覺失調症造成患者之思考、感覺與動作異常，進而導致怪異言行、自我照顧能力下降、認知缺損、社交互動能力不佳與無法勝任日常生活職能，最後產生不佳的疾病預後(Fervaha et al., 2015)。目前思覺失調症有兩大類治療方式：藥物治療與非藥物治療(Chien & Yip, 2013)，以利疾病症狀的控制，並降低患者

整體生活功能退化，促進疾病復原。

藥物治療以抗精神病藥物(antipsychotics)為主，目的為減少幻覺、妄想、混亂言行...等精神症狀，協助患者控制症狀，降低因症狀產生的不適切行為。抗精神病藥物分為第一代與第二代，每種藥物的效能不同，又因患者的生理狀況不同，適用的藥物與劑量也不相同。除了抗精神病藥物外，依患者症狀可合併情緒穩定劑(mood stabilizers)、抗憂鬱劑(antidepressants)...等藥物使用。藥物治療能有效控制疾病症狀，尤其是正性症狀、降低患者不適應行為。然而精神科藥物具多種副作用，如靜坐不能、疲倦、便秘、易肥胖，甚至藥物中毒，因此藥物治療須注意患者之反應性，且藥物副作用對其功能影響也該受重視。另一方面雖藥物治療對降低正性症狀效果佳，但對負性症狀(如無動機、情緒缺乏)效果有限，對改善患者之認知缺損、生活功能降低、社區適應、人際互動技巧也是成效不彰，因此需合併其他治療(Chien & Yip, 2013)。

非藥物治療有各種形式，欲改變的功能也不同，但最終目的皆為改善思覺失調症患者因疾病而造成的失能，並促進社會適應、勝任職能角色。目前最常見的非藥物治療為認知相關介入，如認知矯治介入直接提升與改善患者之神經認知能力，認知行為治療改變患者之負面或扭曲認知，以促進其行為改變以及提升病識感、自我覺察的後設認知訓練，皆有大量文獻探討認知相關介入之成效，並證實對患者之神經認知功能與生活品質提升有效果(Bryce et al., 2018; Iwata et al., 2017; Morrison et al., 2014; Ochoa et al., 2017; Pot-Kolder et al., 2018)。此外，社交功能相關的社交訓練與社交認知功能促進，希望改善患者之人際互動社交技巧與社會適應(Chien, Leung, Yeung, & Wong, 2013; Palumbo et al., 2017)。還有針對增進自我覺察、情緒調適與自我效能之正念治療(Shawyer et al., 2017; Wang, Chien, Yip, & Karatzias, 2016)。加強醫療順從度、病識感與動機之動機式晤談(Fiszdon, Kurtz, Choi, Bell, & Martino, 2016)。其他治療種類包括認知代償訓練、心理教育介入、家族治療、運動訓練、藝術治療、功能導向之

介入...等介入方式(Chien et al., 2013; Cho & Lee, 2018)，期望提升思覺失調症患者之整體生活功能與品質生活、增加社會參與及促進獨立生活之能力，最終期望導向成功復原。已有文獻證實非藥物治療模式能促進思覺失調症患者之整體功能、降低復發率及降低精神症狀嚴重度(Chien et al., 2013)。

非藥物治療為目前職能治療針對思覺失調症患者最常使用的介入方式，臨床上常使用認知行為、運動訓練、藝術治療與社交互動訓練...等治療，透過參與團體或個人活動的方式，促進患者之人際社交互動技巧、問題解決能力、情緒調節與增加正向經驗及主動性。希望藉由提升患者整體能力、改變情境與環境及運用適當代償，使患者勝任對其重要及有意義的職能並達到職能適應與疾病復原。

第二節 思覺失調症患者動機缺損之成因

思覺失調症患者動機缺損之成因過去大多使用回饋系統(reward system)異常解釋，回饋系統指個人受刺激後，腦中進行複雜的知覺、思考、判斷...等處理，之後產生行為的過程，其中包含：立即性情緒反應(in-the-moment emotional experience)、預期性快樂(anticipatory pleasure)、計算付出(computing effort)...等要素，而思覺失調症患者腦中回饋系統異常出現於預期性快樂，無法正確預期完成事務後的回饋，可能為造成思覺失調症患者缺乏動機起始、持續與完成活動之原因(DeRosse et al., 2019; Kring & Barch, 2014)。

過去文獻證實腦中基底核(basal ganglia)、視丘(thalamus)、背側前側扣帶迴皮質(dorsal anterior cingulate cortex, dACC)與前額葉皮質(prefrontal cortex)掌管個人的回饋系統與動機行為(Kim, Shin, Kyeong, Lee, & Kim, 2018)，基底核中腹側紋狀體(ventral striatal reward system)網絡控制回饋系統的預期性快樂此功能，思覺失調症患者的腹側紋狀體網絡功能與正常人相比活化度較低(Kring & Barch, 2014)，驗證患者的預期性快樂功能與正常人不同。

此外，也有文獻推測因思覺失調症患者的腹側紋狀體回饋系統混亂，於疾

病早期患者心裡抗拒執行超越其能力之事物，即開始出現負性症狀，無動機導致患者起始行動困難。若之後患者遇到新的計畫或任務，則推測有失敗可能性進而不願起始或持續參與某事物(Velligan et al., 2015)。

再來，動機缺損使患者減少對周圍事務的興趣、降低預期性快樂、職能參與持續度下降、社交互動功能降低，難從環境中回饋學習，進而減少目標導向行為(Schlosser et al., 2018; Velligan et al., 2015)，再來影響患者參與治療或復原的持續度(Brett, McGovern, Choi, & Fiszdon, 2018)。總而言之，思覺失調症患者的動機缺損可能直接或間接影響其功能表現及預後。因此預防及治療動機缺損，為當前重要議題。

第三節 動機相關理論

(一) 自我決定論(Self-Determination Theory ,SDT)

心理學著名的自我決定論(Self-Determination Theory ,SDT)，由 Deci 與 Ryan 兩位學者發展，詳盡定義個人動機、影響動機之因素與影響層面，現今常用於解釋個人動機及動機行為(Deci & Ryan, 1985; Ryan & Deci, 2000)。

自我決定論闡述動機為個人驅力，具有方向性與持續性，影響個人的行動與意圖。個人動機可能因外在刺激或自身認為有價值的事物引起，依照個人動機的來源，分為內在動機(intrinsic motivation)和外在動機(extrinsic motivation)。內在動機的來源為內在動力，如自身的興趣、有價值的事物、勝任感與向外探索的驅力。通常與個人的勝任(competence)、自主(autonomy)與關係(relatedness)三種需求有很大的關聯性。外在動機則是因外在誘因激起的動機，如回饋、獎勵制度或懲罰、剝奪獎勵...等。(Bryce et al., 2018; Deci & Ryan, 1985; Ryan & Deci, 2000)。此外，無連結(Disconnected-disengaged)形容個人與環境無連結或參與，可能出現於無內在動機或無外在回饋促進的動機時，個人處於此狀態感到自身行為無法與

行為結果連結，缺乏選擇、目標方向與動力源，與思覺失調症患者之無動機(avolition)狀態相似(Gard et al., 2014; Ryan & Deci, 2000)。

自我決定論核心概念為個人有三大需求，分別為勝任、自主、關係，若三種需求皆有滿足即有自主性動機(autonomous motivation)，但無法滿足時則產生受限動機(controlled motivation) (Ryan & Deci, 2000)。

自我決定論中動機來源及三大需求之追求的概念經常用於分析個人行為，包含思覺失調症患者。研究指出思覺失調症患者與健康族群相比，為滿足自主與勝任需求而產生的動機較少，以及外在回饋引發的動機程度也較低，而避免處罰所產生的外在動機則與健康族群相同，此外思覺失調症患者無動機程度與其負性症狀嚴重度呈顯著相關(Gard et al., 2014)。另外，發現若思覺失調症患者族群之勝任(perceived competence)程度較高，治療參與度也較好，但治療參與度與外在動機呈負相關(Jochems, Duivenvoorden, van Dam, van der Feltz-Cornelis, & Mulder, 2017)。近年首次發作精神病(first-episode psychosis, FEP)族群之動機問題逐漸受重視，使用自我決定論探討 FEP 患者的內在動機，發現患者的關係需求滿足度與其社交互動功能及生活品質呈正相關，而勝任需求滿足度愈高，生活品質同樣感到愈佳(Breitborde, Kleinlein, & Srihari, 2012)。

(二) 人類職能模式(model of human occupation ,MOHO)

人類職能模式為職能治療中著名的參考架構，由 Kielhofner 學者發展，此理論非常重視個人意志，且詳盡闡述意志對個人職能勝任(occupational competence)、職能表現(occupational identity)、職能適應(occupational adaption)的影響，以及個人意志如何影響其職能選擇與改變的歷程(Cole, 2005)。

人類職能模式中將意志定義為個人有動機和選擇參與活動的過程，其影響個人如何解讀經驗、定義自我，所以當個人因疾病影響意志層級，可

能降低自我效能感、缺乏內在驅力、無法找到有價值的事物、對外界事物興趣減少，最後導致失去參與活動的興趣與動機以及降低職能參與，因此意志與個人動機息息相關，若是個人意志功能的程度較高，也具備較強的動機(S. W. Lee, Taylor, Kielhofner, & Fisher, 2008)。

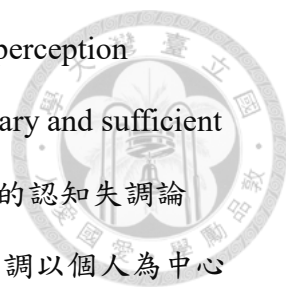
文獻探討個人意志對其影響，發現居住於機構中的精神疾病(mental disorder)患者，意志程度愈高者，其獨立職能表現愈佳，職能活動參與度也會提升(Garachana Carpintero & Santamaría-Vázquez, 2017)。另外，中度憂鬱症患者的意志程度會對其適應性行為造成顯著影響(Neville, Kreisberg, & Kielhofner, 1985)。最後於老年族群中發現，其意志程度與生活滿意度有顯著正相關(Smith, Kielhofner, & Watts, 1986)。

綜合上述所言，人類職能模式強調個人動機重要性，且動機影響個人職能參與、獨立職能表現與生活滿意度。

過去將人類職能模式運用於思覺失調症患者的文獻較少，曾有學者探討思覺失調症患者時序失能(temporal dysfunction)，於意志、習慣與表現能力系統之影響和患者表現。因時序失能患者對時間定向(temporal orientation)的覺察不佳，無法正確判斷過去、現在與未來事物的價值和無法預期、控制未來，進而影響患者的價值與個人因果論，最後使意志系統改變(Neville et al., 1985)。

(三) 動機式晤談(Motivational Interviewing, MI)

動機式晤談為一種諮商方式，藉由諮商過程讓被諮商者探索與處理自我矛盾來促進改變動機(Hettema, Steele, & Miller, 2005)。由 Miller 學者於 1983 年提出初步治療原則運用於酒癮患者(W. R. Miller & Rose, 2009)，而後逐漸發展完整的治療原則、策略與諮商的過程，至今已有大量文獻投入探討動機式晤談的成效、理論與治療機轉，且依照不同需求延伸許多種版本的動機式晤談介入。



動機式晤談結合貝姆學者的自我知覺理論(Bem's Self-perception Theory)、羅傑學者提出的個人中心治療的必要條件(necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change)與費斯丁格學者的認知失調論(cognitive dissonance theory)(W. R. Miller & Rose, 2009)。強調以個人為中心諮商，帶領者以同理與支持的態度面對個案，使用開放式問句(open-ended questions)、肯定(affirmations)、反映傾聽(reflective listening)與總結(summaries)四種核心策略，促進個案改變想法與需求，帶領者需適時回應、引導個案自我覺察(Hettema et al., 2005; William R Miller & Rollnick, 2012)。

動機式晤談大多是短期與個人化介入，最早使用於藥酒癮患者，已有許多研究證實其療效(Burke, Arkowitz, & Menchola, 2003; Rubak, Sandbaek, Lauritzen, & Christensen, 2005)。現今除了最初動機式晤談介入外，依照不同族群與需求發展各式介入模式，如雙診斷動機式晤談(Dual Diagnosis Motivational Interviewing)主要對象為有精神症狀的物質濫用者，且適用於有負性症狀與混亂症狀的患者，使用提出問題、簡潔明瞭的回應、重複資訊與總結會談內容...等技巧，過去研究將雙診斷動機式晤談運用於思覺失調症患者發現患者的內在動機程度提升，且加強患者對認知復健的參與動機與持續性(Fiszdon et al., 2016)。

此外，動機式晤談用於思覺失調症患者族群之目的大多為促進醫療順從度(medication adherence)、提升病識感或改善慢性生理疾病，然而多數文獻指出動機式晤談促進患者之醫療順從度與改善慢性生理疾病有限，另一方面，部分文獻支持動機式晤談能改善思覺失調症患者之症狀嚴重度與再住院率，且建議合併其他種治療(Vanderwaal, 2015; Westman et al., 2019)。

(四) 跨理論模式(The Transtheoretical Model, TTM)

跨理論模式又稱改變階段模式(stage of change)解釋行為與動機改變的

過程，由 Prochaska 與 DiClemente 兩位學者結合許多行為改變及心理治療理論於 1983 年提出，最早使用於戒菸領域(Prochaska & DiClemente, 1983)。

跨理論模式指出行為的改變為階層性動態的過程，而非全有或全無的二元論。此模式的核心概念為改變過程分為五個階層：懵懂期(precontemplation)、意圖期(contemplation)、準備期(preparation)、行動期(action)與維持期(maintenance)，前三期為屬於動機階層，後兩期為行動階層(Bridle et al., 2005; Glanz, Rimer, & Viswanath, 2015; Prochaska & DiClemente, 1983)。懵懂期為個人無意識到自身的行為問題，未來六個月內不會發生改變。個人處於此層級可能嘗試改變但失敗，且抗拒與無動機改變。個人於意圖期開始意識自身問題，知道行為的壞處與改變的好處，但可能因猶豫而陷入長期沉思期，未來六個月內可能改變。準備期時個人開始計畫改變、尋求資源並開始斷續行動，於一個月內開始改變。行動期為過去六個月內已有明顯的行為或生活習慣改變，且行為改變是可觀察到。個人於維持期已建立新的行為或生活習慣，且維持 6 個月以上，有自信避免復發(Bridle et al., 2005; Prochaska & Velicer, 1997)。

此外理論中提到十種促進改變行為或動機的過程：意識覺醒(consciousness raising)、自我承諾(self-liberation)、社會解放(social liberation)、自我再評估(self-reevaluation)、環境再評估(environmental reevaluation)、替代行為(counterconditioning)、刺激控制(stimulus control)、增強管理(reinforcement management)、情緒抒壓(dramatic relief)、助人關係(helping relationships) (Prochaska & DiClemente, 1983)。當個人處於不同階段，選擇合適策略或調整各種策略使用頻率，並協助個人衡量改變的利弊得失，提升個人改變的意念與自我效能且往下個階層推進。

跨理論模式發展至今，已有根據理論延伸出各式治療介入及相關評估

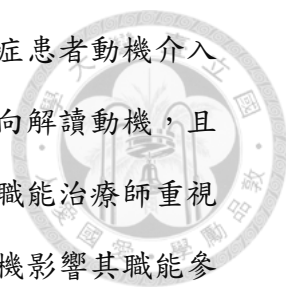
工具。運用於廣泛族群與健康議題中，如戒菸、運動活動、飲食改變、生活習慣改變、醫療順從度、酒精與非法藥物成癮問題、焦慮...等(Bridle et al., 2005)。

針對思覺失調症族群，早期跨理論模式用於改善患者藥酒癮問題，分析其目前戒癮階段與造成無法戒癮之因素，並運用跨理論模式之技巧創造促進戒癮之介入，這些介入經常融合其他理論或療法，如動機式晤談、自我決定論...等(Bellack & DiClemente, 1999; Carey, Purnine, Maisto, & Carey, 2001)。而近期的文獻大多使用跨理論模式於思覺失調症患者之戒菸、健康習慣、慢性疾病之議題，用來分析患者保持運動習慣之動機、影響生活習慣改變促進生活品質的個人與環境因子(Archie et al., 2007; Bassilios, Judd, Pattison, Nicholas, & Moeller-Saxone, 2015; Esterberg & Compton, 2005; Romain & Abdel-Baki, 2017)。這些文獻指出思覺失調症患者難以戒癮與改變不良生活習慣，與其缺乏動機改變或執行計畫、問題解決能力與應變能力不佳、社交互動技巧差及憂鬱、焦慮症狀干擾有關聯。

(五) 總結

上述所提與動機、行為及改變相關的四種理論模式，各自有發展的脈絡、核心理念與臨床運用方式，皆有不同特色與理論重點。

動機式晤談及跨理論模式，強調利用許多技巧激發個案改變的動機，讓個案直接覺察自身問題並自願改變，不一定需長時間介入才能促進動機，可能幾次介入後即能啟發個案發現問題與增加改變的動機，然而動機式晤談與跨理論模式之介入成效與個案的自我覺察、病識感及認知功能有關，因此可能不適用於認知功能受限的個案族群。自我決定論依激發動機的來源分類動機，因有明確的動機定義使我們更清楚解釋動機行為，過去文獻亦探討個人基本需求與動機間相關性，也進一步探索思覺失調症患者與健康族群間動機與需求間的差異。雖臨床人員能參考此架構運用不同策



略促進各類型動機，然而目前自我決定論使用於思覺失調症患者動機介入之相關實證不多，尚未有明確實證。人類職能模式用多面向解讀動機，且進一步闡述動機如何影響個人的職能勝任與職能認同，且職能治療師重視個案之職能參與及勝任，臨床上常見思覺失調症患者因動機影響其職能參與及角色勝任，而人類職能模式以職能角度切入，解釋患者動機低落問題對其職能勝任之影響，且已有初步發展介入方案。綜合上述所言，作者認為人類職能模式之觀點與職能治療核心概念相似，最合適用於職能治療對思覺失調症患者動機問題介入之參考依據。

第四節 思覺失調症動機促進介入方式

回顧過去文獻已有學者重視思覺失調症患者之動機缺損深遠影響復原成效，為改善患者的動機低落，更進一步提出介入技巧、建議與方案。

使用認知行為治療延伸出的動機及參與訓練方案(motivation and engagement training, MOVE)與正向情緒訓練(positive emotions programme for schizophrenia)目的為協助患者轉化負面認知，提升正向經驗與解釋。動機與參與訓練方案歷經九個月治療後，結果呈現參與者的社交功能和動機皆有顯著進步(Velligan et al., 2015)。

促進思覺失調症患者動機的策略有認知適應訓練(cognitive adaptive training)，透過改變環境支持代償認知與動機問題，教導患者代償技巧而非直接改變動機或認知功能，像是設定環境中提醒物及簡化環境的複雜度(Velligan et al., 2000)。此外，思覺失調症患者參與認知促進活動時，給予資訊性的回饋(informationally administered reward)，如回饋患者活動表現，能提升參與者的內在動機、自我勝任感(self-perceived)，因此治療中治療者提供回饋，對促進思覺失調症患者的動機行為非常重要(Lee et al., 2017)。

近年來與諮商相關的治療逐漸開始運用於思覺失調症患者的動機促進議題，例如動機式晤談、接納與承諾療法(Acceptance and Commitment Therapy,



ACT)。動機式晤談為以個案為中心的會談方式介入，治療者給予個案同理與支持形成同盟關係，且利用特定技巧引導個案思考自身議題並創造改變的動機與行為。有學者利用動機式晤談促進思覺失調症患者參與認知治療的動機，證實除了提升認知治療的參與動機同時提升患者的內在動機(Fiszdon et al., 2016)。其他文獻發現動機式晤談結合藝術治療可提升思覺失調症患者負性症狀中的動機(Cho & Lee, 2018)。接納與承諾療法主軸為接納與面對自己的想法與經驗，進而改善混亂思考、痛苦回憶及不愉快情緒(Yıldız & Aylaz, 2020)，文獻證實此療法能改善精神疾患者的動機、症狀控制與心理彈性(Yıldız, 2020)。有文獻結合動機式晤談與接納與承諾療法設計一系列八次介入，結果發現此介入提升思覺失調症患者接受藥物治療的動機(Yıldız & Aylaz, 2020)。

除了過去常見的團體介入、個別治療、家訪、諮詢...等介入模式外，因科技普及遠端介入逐漸發展，科技產品開始被使用為傳遞治療的媒介。有學者為改善思覺失調症患者動機缺損與促進適應性行為，設計手機軟體提供虛擬社群平台，利用社交互動鼓勵年輕的思覺失調症患者表現目標導向行為，獲得成功經驗後進而促進動機，研究結果指出此介入方案提升思覺失調症患者內在動機中的預期性快樂(anticipated pleasure)和付出努力動力(effort expended)，更進一步改善其憂鬱症狀、提升自我效能(self-efficacy)以及降低失敗信念(defeatist beliefs)(Schlosser et al., 2018)。另外也有文獻透過手機簡訊進行介入，此研究參與者開始介入前須上一堂與生活目標訂定有關的課程，訂出自己認為有價值的目標並於介入過程完成，實驗組參與者每日皆會收到三封簡訊持續八週，簡訊內容主要為提醒參與者執行目標、提升完成目標的價值感及給予完成目標的策略，結果發現此介入方式能提升思覺失調症患者執行娛樂及社交活動之動機及提升內在動機中預期性快樂(anticipated pleasure)(Luther et al., 2020)。

第五節 研究動機



(一) 過去研究不足

綜合以上促進動機介入方案文獻回顧，發現目前研究思覺失調症患者之動機提升介入文獻較少，尚無主要理論且欠缺完整、明確且有效動機促進方案。主要不足統整為以下三點：(1) 部分文獻所使用的評估工具僅能間接量測患者動機提升成效，故其文獻成果較無直接參考性。(2) 某些促進方案主要目的為提升患者對特定治療之參與度，與動機再促進無直接關連。(3) 多篇文章介入模式個人化程度高，難確認參與者接受的治療劑量與內容接收度，更難驗證成效指標與介入方案之關聯性。除了上述不足外，現有的動機促進方案介入期程長，考慮臨床精神障礙者的特性與流失率，臨床可行性較低。且介入形式以個人治療或居家治療為主，然而台灣目前精神障礙者接受復健的場域大多位於醫療機構或社區型復健機構，因此居家治療形式較不適用。

(二) 研究動機

根據上述所言，目前需探究更完整及明確，且符合台灣目前臨床需求的動機介入方案，並驗證其運用於思覺失調症患者之療效，以利改善思覺失調症患者的動機程度，更進一步改善其預後。

第六節 動機再促進過程介紹

(一) 理論背景

動機再促進過程使用者手冊(a user's manual for remotivation process)於2003年由De las Heras發表(De las Heras, Kielhofner, & Llerena, 2003)，且由國內學者翻譯成中文版(陳薇安、王勝輝、潘瓊琬，2012)。動機再促進過程依據人類職能模式中對意志或職能動機之定義發展而來。主張意志影響個人的內在需求，且引導個人思考、職能選擇與行為，因此個人意志對其整體職能適應影響很深。依人類職能模式意志分為三個層級：探索、勝任

與成就，動機再促進過程評估個案目前的意志層級，依據不同意志層級表現，給予不同介入策略，以提升個案意志層級（陳薇安等，2012）。

(二) 動機再促進過程內容

動機再促進過程專為動機低落之個案設計有效的介入策略，慢性思覺失調症患者、重度智能障礙者、失智患者皆為動機再促進過程發展時所探討易有動機低落之個案族群。以下依意志層級說明不同介入策略。

意志層級落於探索之個案，動機低對外界刺激反應少、探索外界的內在驅力低，此時提供個案機會使其探索自身興趣、能力與價值，提供安全、要求不高且充滿機會的環境。

於探索階段個案學習新能力，且努力調整自己與改善環境以達實際需求，整合自身過往的舊能力與新能力，達成一致且合適的表現。此時需協助個案在新環境或挑戰中學習、設立可行目標、練習技巧，建立個案的自我效能。

最後在成就階段，個案有足夠能力及自我效能，能克服環境中不同挑戰，並參與自身的職能角色與生活，而此時個人會用更高標準檢視自身能力。此階段介入目標為協助個案設定個人目標、監測自身行為表現（陳薇安等，2012）。

第七節 思覺失調症與動機再促進過程

思覺失調症患者之動機缺損問題對預後有很大影響，如先前所言目前需明確、完整且適用於台灣醫療環境之改善動機缺損的治療，動機再促進過程主要介入對象為動機低落之個案，同時也適用於思覺失調症患者，因此過去有文獻根據動機再促進過程的內容與策略，發展出動機再促進團體介入方案，包含六次團體形式與兩次個別形式的介入，每次介入皆針對特定意志層級及促進策略設計團體內容。先前已有將動機再促進團體介入方案運用於急性期思覺失調症患者的先驅性研究(pilot study)，收錄十名急性期具有動機問題的思覺失調症患者

者，參與共八次為期一個月的動機再促進團體介入，結果指出介入後參與者的負性症狀顯著下降與動機層級顯著改善（王勝輝、潘瓊琬、李明濱、鍾麗英，2019）。由此前驅研究可知動機再促進介入方案改善思覺失調症患者之動機與症狀為可行且已有初步成效，但先前研究的樣本數少、無控制組，因此應再繼續延伸探討動機再促進介入方案之應用。因此本文預計依動機再促進過程的促進策略，將先前動機再促進團體介入方案的內容補充與整合，且針對負性症狀與動機問題更加明顯的慢性思覺失調症患者，設計一套八次團體活動形式的動機再促進介入方案。

第三章 研究問題與假設



一、研究問題

動機再促進團體方案運用於慢性思覺失調症患者之成效。

二、研究假設

- (一) 動機再促進團體方案能改善慢性思覺失調症患者之動機低落問題。
- (二) 動機再促進團體方案能改善慢性思覺失調症患者之症狀。
- (三) 動機再促進團體方案能促進慢性思覺失調症患者之生活品質。

第四章 研究過程與方法

第一節 研究對象

本研究於台灣北部某精神專科醫院執行，以慢性病房(共 4 間)之個案為主要招募對象。收案與排除條件如下。

(一) 收案條件

1. 經精神專科醫師依精神疾病診斷手冊第五版(DSM-V)診斷為思覺失調症(schizophrenia)與情感型思覺失調症(schizoaffective disorder)兩年以上之個案(Cho & Lee, 2018)。
2. 研究招募前三個月未調整精神科藥物者。
3. 具備基礎中文聽、說、讀、寫能力者。
4. 同意參與本研究並簽署受試者同意書者。

(二) 排除條件

1. 過去六個月內曾有物質相關及成癮障礙症(substance-related and addictive disorders)之診斷(Schlosser et al., 2018)。
2. 曾患有神經性疾病(neurological)或嚴重腦傷者(Schlosser et al., 2018)。
3. 認知功能障礙者(簡短智能測驗(Mini Mental State Examination, MMSE)總分小於 24 分)(Heun, Papassotiropoulos, & Jennssen, 1998)。

第二節 研究工具

(一) 人口學基本資料：姓名、年齡、性別、診斷、教育程度、發病年齡、發病時間長度、住院長度、住院次數

(二) 簡短智能測驗(Mini Mental State Examination, MMSE)：測量參與者之認知功能表現，篩選參與研究之個案。中文版由郭乃文等人修訂，訪問式施測，總分 0 至 30 分，分數愈高表示認知功能愈佳，題目包含注意力與計算、定向力、訊息登錄、短期記憶及語言能力等認知範疇。切截分數為二十四分，得分低於二十四分者為認知功能缺損(Moore, Palmer, & Jeste, 2004;

郭乃文等，1988)。

- (三) 意志量表(Volitional questionnaire, VQ)：測量參與者之動機層級，施測者藉由觀察受測者參與兩種不同活動的表現與反應，評估其動機等級。評分項目共十四題，分為探索、勝任與成就三種意志層級之項目，每項目評分方式為四等級量尺：被動(passive)、猶豫(hesitate)、參與(involved)及自發(spontaneous)，自發表示受測者無須他人鼓勵或協助即主動參與活動；參與則為受測者需些許協助或調整，即能參與活動；猶豫為治療師提供最大協助與鼓勵，才能參與活動；被動指治療師提供最大協助與鼓勵後，受測者依然不願參與活動。參與和自發指受測者有主動及較好的動機表現，被動及猶豫表示受測者主動動機低。目前中文版意志量表證實有良好的信度與效度(楊明山、曾美智、李明濱、鍾麗英、潘瓊琬，2007)。
- (四) 台灣版簡明版世界衛生組織生活品質問卷(WHOQOL-BREF)：評估參與者之生活品質，由世界衛生組織生活品質問卷簡明版翻譯而來，自填式量表，共二十八題，其中二十六題測量生理健康、心理、社會關係、環境四大範疇之生活品質，另外兩題為跨範疇之題目，每題五點量尺，分數愈高表示生活品質愈佳(姚開屏等，2017；張千惠、鄭永福、金慧珍、李昕寧，2013)。此問卷中文版已被驗證具有良好建構效度，且內部一致性Cronbach α 達 0.7，心理計量特性良好(Yao, Chung, Yu, & Wang, 2002)。
- (五) 台大症狀量表：測量參與者心理症狀之嚴重度，包含九種症狀範疇：身體化症狀、強迫性症狀、人際間敏感、憂鬱、焦慮、敵意、恐懼、其他-身體健康與其他-心理健康，量表共有 37 題，自評式量表，圈選答案沒有、輕度、中度、強度與極度，三點式計分，作答沒有為 1 分；輕度為 2 分；中度、強度或極度為 3 分，分數愈高代表症狀愈嚴重。已證實台大症狀量表有良好的內部一致性與單一向度及有高度信度(Chen et al., 2015)。

(六) 簡式症狀量表(Brief Symptom Rating Scale, BSRS-5)：由李明濱等人根據五十題簡式症狀量表(Brief Symptom Rating Scale)修改成五題版本，目的為瞭解參與者之情緒困擾程度，包含憂鬱、焦慮、敵意、自卑與失眠。目前台灣大多用於困擾情緒的初步篩檢。測驗包含五題，外加一題附加題，每題五點式量表(0-5分)，分數愈高代表情緒困擾程度愈高，若前五題總分為0-5分為情緒症狀良好；6-9分輕度情緒困擾；10-14分中度情緒困擾；15分以上重度情緒困擾（邱震寰等，2006）。簡式症狀量表有好的內部一致性與效標效度且再測信度係數為0.82，整體而言具良好心理計量特性(Lee et al., 2003)。

(七) 個案自陳成效測量資訊系統-情緒相關量表-簡短版(Patient-Reported Outcomes Measurement Information Systems, PROMIS-short form)：評估參與者之情緒症狀，包含憂鬱、焦慮、憤怒、睡眠相關障礙及睡眠困擾五種評估量表。憂鬱、焦慮、睡眠困擾量表各有四題題目，受測者回答過去七天內憂鬱、焦慮或睡眠困擾的感受程度，分為從不、很少、有時、經常與總是。計分方式依頻率低至高計分為1至5分，原始分數總分最低4分，最高20分，分數愈高表示症狀愈嚴重。憤怒量表含五題題目、睡眠相關障礙則為八題題目，計分方式與前述量表相同。所有量表原始分數經查表後再轉換成標準分數(T-score)。文獻指出此簡短版量表具一定信度，以及與原版量表相關性高且顯示有建構效度(Cella et al., 2019)。此外，焦慮及憂鬱簡短版量表皆顯示有中度反應性(Lee et al., 2017; Schalet et al., 2016)。

(八) 滿意度調查與回饋：使用自填式問卷蒐集參與者對介入方案之主觀想法與滿意度，以利調整介入活動。每次介入活動後，請成員填寫活動滿意度問卷，題目包含對今日活動整體滿意度、活動對其幫助程度、投入活動的程度及其他質性回饋。

第三節 研究過程

研究使用準實驗(quasi-experimental)單盲設計，參與者分為實驗組與控制組，各組於治療介入前後施測評估工具，比較兩組間各變項於不同時間點的變化，以驗證介入之成效。

招募受試者時研究者向醫院主責慢性病房之職能治療師說明研究內容、目的與流程，再請職能治療師推薦該病房符合收案標準且有動機介入需求之個案，再由研究人員向個案說明研究內容確認參與意願並請個案簽署受試者同意書。招募完成後將參與者分為實驗組與控制組並完成前測，接著實驗組接受連續四週之動機再促進團體介入與常規治療，控制組僅接受常規治療，介入後兩週內完成後測。最後將兩組前後測資料進行分析。

前後測評估者為三位職能治療師，其中兩位為活動帶領者進行自評式量表評估，施測時僅說明施測規則，題目由個案自行填答，另一位評估者施測意志量表但不知道受測者的實驗分組。

第四節 介入方式

(一) 動機再促進團體方案(實驗組)

利用動機再促進過程中促進動機的原則，設計一套共八次的團體介入療程，一週兩次，一次一小時。

前兩次介入活動，分別以探索職能認同與確認職能勝任為主要目標。活動中引導個案思考有意義且重要職能，並分析自己對此職能的勝任程度，最後設定個人於此一系列團體活動的目標。團體領導者於過程中為引導與輔助者之角色，提供選擇、適度協助與諮詢。接下來六次的介入活動依動機層級，規劃三次探索層級、兩次勝任層級與一次成就層級之介入(王勝輝等人, 2019)。探索層級運用與個案互動、產生意義、探索與觀察環境、提供選擇、增加經驗...等策略，讓參與者分享生命故事、探索治療環境、種植盆栽、嘗試與他人合作分工，促進參與者與環境互動及探索之

動機。再來，勝任層級使用陪伴、諮詢、回饋與反思...等方式，促使參與者反思自身於團體任務的角色、思考目前生活概況及制訂生活目標與分析自身及環境優劣勢，增進參與者達成角色期待與完成職能之動機。最後使用建議、給予回饋及提供資訊與資源...等手法用於成就階段，增加參與者自我監控與管理之動機。(介入內容詳見附件一)

(二) 常態治療(控制組)

一般性精神科醫療介入，包含精神科藥物、定期醫療追蹤諮詢、護理照護、依照需求轉介心理師與社工師介入，職能治療介入一天六小時，一週共五天。

第五節 資料分析

使用卡方檢定(Chi-square test)與獨立 t-test(Independent t-test)檢視介入前兩組間人口學基本資料、簡短智能測驗、意志量表、生活品質問卷、台大症狀量表、簡式症狀量表、焦慮量表與憂鬱量表...等資料是否有顯著差異。若兩組間變項有顯著差異，則在混合線性模型(linear mixed-effects model)分析中設為共變項(Chen et al., 2015)。

使用混合線性模式檢驗動機再促進團體方案之動機、症狀、生活品質與情緒之改善成效。此模式經常用於分析重複測量之變項，探討同樣本於不同時間點之測量資料的關聯性，且適用於樣本數小或有遺漏值之資料分析(Chen et al., 2015; Gueorguieva & Krystal, 2004)。

意志量表、台大症狀量表、簡式症狀量表、生活品質量表與個案自陳成效測量資訊系統-情緒相關量表-簡短版之分數皆分別以混合線性模型分析。介入組別、重複測量時間及介入與時間交互作用設為固定效果(main effects)，各樣本為隨機效果(random effects)(Tanaka et al., 2007)。根據最小值的模型選取準則 Akaike Information Criterion(AIC)與 Schwarz Bayesian Criterion(BIC)選出最合適模型(Fayers & Machin, 2013)。

最後統計實驗組中參與者對介入活動的滿意度、喜好度及實用度，及蒐集質性回饋，做為調整介入活動之參考。

本文使用 SPSS 22 版本分析上述資料。顯著效果設為雙尾檢定下， α 小於 0.05 表具有顯著差異(Chen et al., 2015)。

第六節 倫理審查

本研究計畫通過臺北市立聯合醫院人體研究倫理委員審查會(IRB)審查(編號：TCHIRB-10812016)。研究期間遵守倫理規範，所有招募之個案皆充分被告知研究內容並簽署受試者同意書。

第五章 結果

第一節 人口學資料分析

本研究於 2020 年 5 月至 6 月期間進行。共招募 32 名受試者，經篩選後 31 名符合收案標準之個案(排除 1 名診斷不符)，並簽署受試者知情同意書。介入方案開始前一名受試者因出院而退出，剩餘 30 名受試者參與研究；其中 16 位為實驗組，另外 14 位為控制組。實驗組中 16 位個案皆完成動機再促進方案訓練，但其中一位個案於後測時退出研究(僅未完成意志量表施測)，控制組 14 位皆參與完成研究(圖一)。

人口學基本資料詳見表一，實驗組包含男女各六名，平均年齡為 51.25 歲(標準差 8.67)，其中五名國中畢業(31.30%)、十名高中畢業(62.5%)與一名大學(專)畢業(6.30)，簡短智能測驗(MMSE)平均分數為 28.38(標準差 1.41)。控制組收錄男女各七名，平均年齡為 49.29 歲(標準差 9.30)，其中一名國小未畢(7.10%)、五名國中畢業(35.70%)、七名高中畢業(50.00%)與一名大學(專)畢業(7.10%)，簡短智能測驗平均分數為 27.57(標準差 2.03)。兩組間性別比、學歷與簡短智能測驗分數皆無統計上顯著差異。

實驗組八位為思覺失調症(schizophrenia)(50.00%)、五位為非特定型思覺失調症(unspecified schizophrenia)(31.30%)、兩位情感思覺失症(schizoaffective disorder)患者(12.50%)及一位另一身體病況引起的精神病症 (other specified mental disorders due to known physiological condition)(6.30%)。發病長度(durance of onset)為 29.31 年(標準差 7.48)、住院次數 5.56 次(標準差 3.20)及共住院 2172.44 天(標準差 1816.75)。控制組中十一位為思覺失調症(78.60%)、一位為非特定型思覺失調症(7.10%)、一位情感思覺失症患者(7.10%)與一位急性思覺失調症(acute schizophrenia episode, chronic)(7.10%)。發病長度(durance of onset)為 20.43 年(標準差 9.03)、住院次數 5.14 次(標準差 4.09)及共住院 2070.36 天(標準差 2808.245)。診斷分布、住院次數與住院天數兩組間皆無顯著差異，僅發病長



度實驗組高於控制組且達顯著差異，因此發病長度將列入分析的共變項。

第二節 動機再促進團體方案之成效

動機再促進團體方案之主要成效指標為意志量表測量參與者的活動參與動機，另使用台灣版簡明版世界衛生組織生活品質問卷、台大症狀量表、簡式症狀量表、個案自陳成效測量資訊系統-情緒相關量表-簡短版呈現參與者生活品質、疾病症狀、情緒症狀的改變。

兩組介入前後測之各測驗轉換分數詳見表二，經獨立 T 檢定分析發現，前測時除個案自陳成效測量資訊系統-情緒相關量表-簡短版焦慮量表的分數實驗組大於控制組外，其他量表分數皆無顯著差異。因此個案自陳成效測量資訊系統-情緒相關量表-簡短版焦慮量表分數將會列為成效分析的共變項。

主要成效指標的意志量表，其原始分數先經 Facets 軟體計算成為轉換分數，研究者再以轉換分數進行線性混合模式分析。線性混合模式分析結果指出兩組間意志量表前後測分數並無顯著交互作用(組別與時間)($t=0.63, p=0.53$)，但時間主效果有顯著差異($t=-5.194, p=0.00$)，組別間分數則無顯著差異($t=1.00, p=0.324$)(表三)。因有時間主效果，研究者再進一步使用配對 T 檢定比較兩組組內前後測分數，驗證兩組後測時意志量表分數皆高於前測分數且有顯著差異(表四)，代表兩組在後測時意志層級表現都較前測好(圖二)，兩組個案的意志層級皆有提升。

其他成效指標：症狀相關的台大症狀量表與簡氏症狀量表，經線性混合模式分析後發現介入組別及時間無交互作用，時間與組別對兩個量表分數變化皆無顯著影響。進一步參照圖三發現兩組台大症狀量表的分數在後測時皆比前測時低，但統計量僅接近顯著差異($t=2.003, p=0.055$)。然而參考圖四實驗組與控制組簡式症狀量表的分數變化趨勢不同，實驗組後測時分數變低，但控制組後測時分數變高。此外於台大症狀量表與簡式症狀量表分析模型中證實共變項個案自陳成效測量資訊系統-簡短版-焦慮量表分數皆會影響此兩量表之得分，表示

參與者的焦慮程度對症狀嚴重度有一定影響(表三)。

生活品質量表分為總分與四種測量範疇(生理、心理、社會關係、環境)共五種混合模型進行成效驗證。結果指出組別與時間對生活品質的改變皆無顯著交互作用，且無時間與組別的主效果影響。依照圖五至九實驗組與控制組實驗前後的生活品質變化幅度小。然而參與者的焦慮程度依然顯著影響生活品質的高低(表三)。

情緒症狀依照個案自陳成效測量資訊系統-情緒相關量表-簡短版中五個子量表：憂鬱、焦慮、睡眠相關障礙、生氣與睡眠困擾分析，結果顯示五種模式皆無時間與組別顯著交互作用，也無時間或組別的主效果且皆會受焦慮程度影響(表三)，再根據兩組前後測分數製作圖十至十四，發現實驗組五個子量表後測分數皆低於前測分數，情緒症狀有改善的傾向，而控制組每個子量表後測分數皆較高。研究者進行配對 T 檢定分析兩組組內情緒量表前後差異，結果證實實驗組五個情緒子量表分數無顯著變化，但控制組在焦慮與憂鬱量表顯示顯著差異且後測分數較高(表四)，另比較兩組各變項前後測變化量，指出實驗組後測憂鬱程度些許下降，但控制組憂鬱程度上升，且組間變化量達顯著差異。上述結果顯示控制組於後測焦慮與憂鬱程度提升，而實驗組的情緒無明顯變化。

第三節 動機再促進方案適用性

動機再促進方案共有八次介入，每次 60 分鐘，一週兩次。參與者八次介入出席率為 81.25%-100%；兩次介入出席率 100%、三次 93.75%、兩次 87.50%、一次 81.25%。未出席原因為參與工作訓練，僅有一位因症狀不穩缺席 2 次介入。每位參與者皆出席超過 4 次介入，皆完成動機再促進方案訓練。(表五)


每次介入活動後請參與者填寫回饋問卷，評估參與者對活動之滿意度及自我效能感。對活動滿意度八次介入活動平均分數為 4.38(滿分五分愈高分愈滿意)。認為活動對參與者本身有幫助的程度為 4.23 分。參與者自評活動表現為 3.86 分，以及自評與他人互動為 3.83 分。表格五呈現每次活動的回饋，發現活

動滿意度、活動幫助度、自評活動表現及自評與他人互動皆於第七次活動為最高分。

除了以上參與者問卷回饋外，帶領者於介入期間觀察到參與者的變化：(1)對參與活動期待：八次介入活動前半段時間，部分成員需提醒活動時間，到介入後半段成員大多能記得活動時間，成員間彼此互相提醒，且主動詢問下次活動內容，活動時間外若碰到帶領的治療師，也會複習上次活動內容。對參與介入活動有很深的印象。(2)活動參與主動性提升：活動進行時大多數參與者皆能參與、主動發言並完成任務，少數成員口語表達較少與被動，但經過多次活動後，被動成員逐漸有較多的口語表達，跟隨團體活動的時間增加。(3)社交互動性升高：隨著參與活動次數增加，參與者關心彼此近況，且留意其他成員在活動中的表現、是否有其他參與者未到。

第六章 討論

第一節 結果討論



本研究目的為使用動機再促進團體方案改善慢性思覺失調症患者之動機缺損、症狀與情緒問題，再進而提升患者之生活品質。由線性混合模式分析結果顯示，兩組意志量表後測分數皆顯著高於前測，代表動機再促進團體方案能提升思覺失調症患者的意志層級。然而在台大症狀量表、簡式症狀量表與生活品質量表的分析結果顯示動機再促進團體方案對症狀、生活品質的改善有限。關於情緒症狀由個案自陳成效測量資訊系統-情緒相關量表-簡短版前後測分析發現睡眠相關障礙、生氣與睡眠困擾兩組皆無顯著變化，但在控制組參與者發現後測時憂鬱與焦慮分數顯著高於前測，實驗組則無此結果，且兩組前後測憂鬱變化量達顯著差異，控制組憂鬱程度上升，而實驗組則下降。因此推測動機再促進團體能穩定思覺失調症患者之憂慮情緒。

動機再促進團體方案提升思覺失調症患者之意志功能層級此結果與過去研究結果相符（王勝輝等，2019）。推測動機再促進團體方案能改變意志層級之原因為提供參與者自由地探索自我與周遭環境、覺察生活的機會，活動所運用的技巧包含每次活動開始前治療師皆與個案打招呼且瞭解近況、增加活動中新奇有趣的元素、用引導式問題鼓勵個案更投入活動，使用這些技巧協助個案更願意參與活動。介入中期加入與他人合作元素，創造個案與他人互動經驗，促進社會歸屬感及自我評量的經歷。介入後期包含較多需個案自我省思、規劃與執行的設計。參與者需要思考團體合作角色與承擔此角色之責任，及思考自己生活中重要職能並評估勝任度，過程中治療師給予個案陪伴、促進學習與反思盡到督導之職責，提升個案自我效能與勝任感（陳薇安等，2012）。人類職能模式提及個人意志形成的過程為預期、選擇、經歷及解釋的循環，個人重複此循環過程中建立個人歸因、價值與興趣，最後進而影響個人意志，因此個案參與動機再促進團體方案就是在經歷此循環，透過參與活動的正向經歷、自我勝任感

的增加以促進個人歸因的正向發展，以及安排有趣、多樣與可勝任的活動提升個案興趣，推測此為動機再促進團體方案提升思覺失調症患者意志層級的機轉(Taylor, 2017)。除上述所言，第一、二次介入活動主要目的為職能認同探討與確認職能勝任度，讓參與者分析生活中重要職能並訂定未來目標，過去文獻於介入初期設立個人目標並於介入過程中完成，最後證實能提升參與者的動機與預期快樂(Luther et al., 2020; Schlosser et al., 2018)，因此推測本研究於介入活動中設定個人可達成的具體目標，能提升思覺失調症患者之動機。

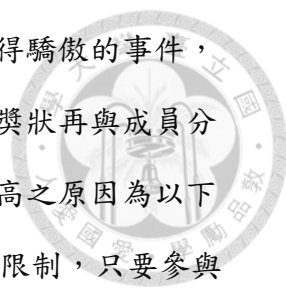
研究結果得知不論是實驗組或控制組參與者之生活品質分數無顯著變化，此結果類似於過去動機介入的研究，雖然研究結果指出動機提升，但對生活品質改善無顯著效果(Schlosser et al., 2018)，推測無成效的原因可能為促進生活品質的影響因子眾多且需較長期、全方面的介入，因此較短期的介入對改善生活品質可能有限。雖資料分析的結果無呈現生活品質顯著變化，但將兩組生活品質前後測分數以折線圖呈現(圖五至圖九)，發現生活品質量表中生理、社會關係與環境的子量表分數，實驗組有上升而控制組有下降趨勢，推測個案參與動機再促進團體方案因參與度及勝任感提升、增加人際互動與獲得較多環境支持，因此生理、社會關係與環境面向的生活品質有提升的趨勢。

過去許多與動機相關的介入文獻皆評量精神症狀，尤其是和動機最相關的負性症狀，許多研究也證實其設計的介入可改善精神症狀，而本研究以台大症狀量表與簡氏症狀量表做為評量指標，兩組介入前後症狀變化皆無顯著差異，此結果與先前研究有些不同。推測本研究與先前研究評估症狀之施測工具著重面向不同而造成研究結果差異。過去文獻症狀評估工具大多使用活性與負性症狀量表(Positive and Negative Syndrome Scale)、簡短負性症狀量表(Brief Negative Symptom Scale)及負性症狀臨床訪談評估(Clinical Assessment Interview for Negative Symptoms)，主要評估正性與負性精神症狀(Cho & Lee, 2018; Schlosser et al., 2018; Shimada et al., 2018; Velligan et al., 2015)。然而本研究所使用兩種量

表內容主要評估影響職能與行為表現及情緒的症狀，如睡眠問題、焦慮、身體症狀等，所以評估的面向不同結果也有所差異。且台大症狀量表與簡氏症狀量表皆為自評式評估工具，與先前研究的工具皆為評估者評分的方式不同，也可能造成測量的偏差。

本研究除了測量動機、生活品質與症狀外，也測量個案參與介入前後的情緒變化，先前文獻較少測量此向度。本研究使用個案自陳成效測量資訊系統-情緒相關量表-簡短版測量五種負性情緒：憂鬱、焦慮、睡眠相關、生氣與睡眠困擾，結果指出實驗組介入前後將無顯著差異，但控制組於後測時憂鬱與焦慮程度顯著上升，而先前王勝輝學者於 2019 年發表的文獻結果指出動機再促進介入的參與者憂鬱症狀於介入後無顯著差異與本研究結果相似。過去文獻指出發展正向情緒與想法能降低思覺失調症患者憂鬱程度(Steel et al., 2020)，也有學者提出認知偏差、參與活動愉悅經驗與健康人不同都可能為造成思覺失調症患者憂鬱(Fond et al., 2018; Krynicki, Uptegrove, Deakin, & Barnes, 2018)，因此正向經驗及感受與思覺失調症患者憂鬱程度有很大的關聯。作者進一步推測本研究動機再促進團體方案參與者於介入過程中經常感受到正向經驗與情緒，如勝任感提升、主觀愉悅感上升、感受到支持與賦權，因此穩定活動參與者的憂鬱情緒。思覺失調症患者經常伴隨焦慮症狀，與症狀及對環境刺激的解讀與知覺有關(Freeman et al., 2015; Grillo, 2018)，而動機再促進團體介入提供安全與支持性的環境，使參與者自由探索及參與活動，推測此為穩定實驗組個案焦慮程度的原因。

動機再促進介入團體包含八次介入活動，本研究 16 位實驗組參與者皆完成活動，平均出席率達 92.19%。動機再促進介入團體參與者對活動內容與收穫皆給予高度評價(表格五)。再看到活動滿意度、活動幫助度、自評活動表現及自評與他人互動皆於第七次活動為最高分。進而分析第七次活動主題為我的生活獎狀，主要目的希望透過反思自身生活的職能與事件，分析事件與自身能力，



增進對自身能力與形象的瞭解。活動中請參與者回想生活中覺得驕傲的事件，如規律運動，再請參與者將此事件寫於獎狀上完成製作專屬的獎狀再與成員分享。研究者認為這次活動受參與者喜愛及對自身表現滿意度較高之原因為以下三點：(1)賦權於參與者、個案為中心，對驕傲事件無特定條件限制，只要參與者本身覺得驕傲即可分享。(2)創造反思機會，過程中領導者給予許多引導問題，讓個案思考生活事件及自身表現，進而增進個案的自我認同與正向經驗。(3)同儕互動，活動過程中參與者除了思考本身驕傲事件外，也回饋他人做得好的事，進而形成同儕支持。

此外本研究執行八次活動介入，活動形式多以談話性團體為主(六次)，加上一個園藝及一次烹飪活動。而活動形式雖談話形式居多，但領導者依思覺失調症患者之功能特性，在活動過程中放入具體化物件，例如：製作生命獎狀、填寫職能活動表、畫出生命色彩光譜...等，透過這些物件引導個案思考主題、分享背後意涵。活動中也強調同儕互動與協助，例如園藝與烹飪的分組、分享時互相給予回饋。另外每位團體活動參與者皆有一本學習手冊與集點卡，學習手冊放入每次活動中完成的作品與單張，讓參與者活動後依舊可以回顧活動及提醒自己設定的目標，集點卡則是希望提升參與者持續參與的動機。整體四週活動介入，根據參與者特性加入不同的治療元素與物件，也在介入進行過程中隨參與者的反應隨時修正活動細節與呈現方式。

經過完整動機再促進團體方案介入後，在實際帶領層面研究者歸納出以下幾點注意事項，第一介入為 60 分鐘團體活動包含 16 名參與者、一名領導者與一名協同領導者，活動內容有許多需分享與引導的橋段，本研究的時間與人力配置稍嫌緊繃，建議若要執行相同介入內容，降低團體人數或增加協同領導者，更能提升活動品質。再來因本研究受試者皆於慢性病房住院，生活環境較侷限，活動中包含探索環境、生活作息...等內容應思考如何符合參與者之現況。此外活動皆以團體模式進行，對活動參與度低的個案雖有給予較多的指

導、任務簡化，但所提供的用具與環境改變不多且受限於團體時間，建議未來使用此方案針對動機低或無法參與的個案更多環境與器具調整，以及適當提供個別介入，更能依個案需求給予合適的動機促進方法。最後接續上一點因介入以團體形式且固定時間進行，團體活動外的時間領導者不會接觸參與者，不過動機再促進模式強調個人化、生活化，且此次收案對象為住院病人，若能在團體活動外時間，將促進技巧運用於個案於日常生活職能參與，或許能提升介入成效。

第二節 研究限制

本研究的限制如下

- 一、取樣偏差：本研究使用方便取樣僅於一間精神專科醫院慢性病房收案，參與者特質相近且皆於相同醫院長期住院，因此結果難以推估至全台灣思覺失調症患者。此外，未使用隨機分組，而是依受試者參與活動意願與表現分配組別，願意配合參與八次活動之個案較容易分至實驗組，此作法可能造成實驗組個案本身參與活動動機高、配合度佳，而控制組則是本身動機稍低且較難介入的個案族群，容易影響活動適用性評估及高估動機再促進團體介入之成效。
- 二、樣本數過小：依本研究設計樣本數大小以統計效力(statistical power)為80%、顯著差異設為 $\alpha=0.05$ 及達到中度效果量($f=0.25$)計算，共需98個樣本數(Chen et al., 2015；王勝輝等，2019)。但研究實際招募共30名受試者遠低於預期樣本數，因此結果推論有限，同時影響實際成效的分析結果。
- 三、組間受試者相互影響與單盲設計：本研究採單盲設計，受試者知道自己被分配的組別，且能與控制組受試者接觸，因此有可能與其他組別受試者交流介入內容。另外本研究使用多種自填式評估工具，受試者知道自己組別可能影響其作答效力。

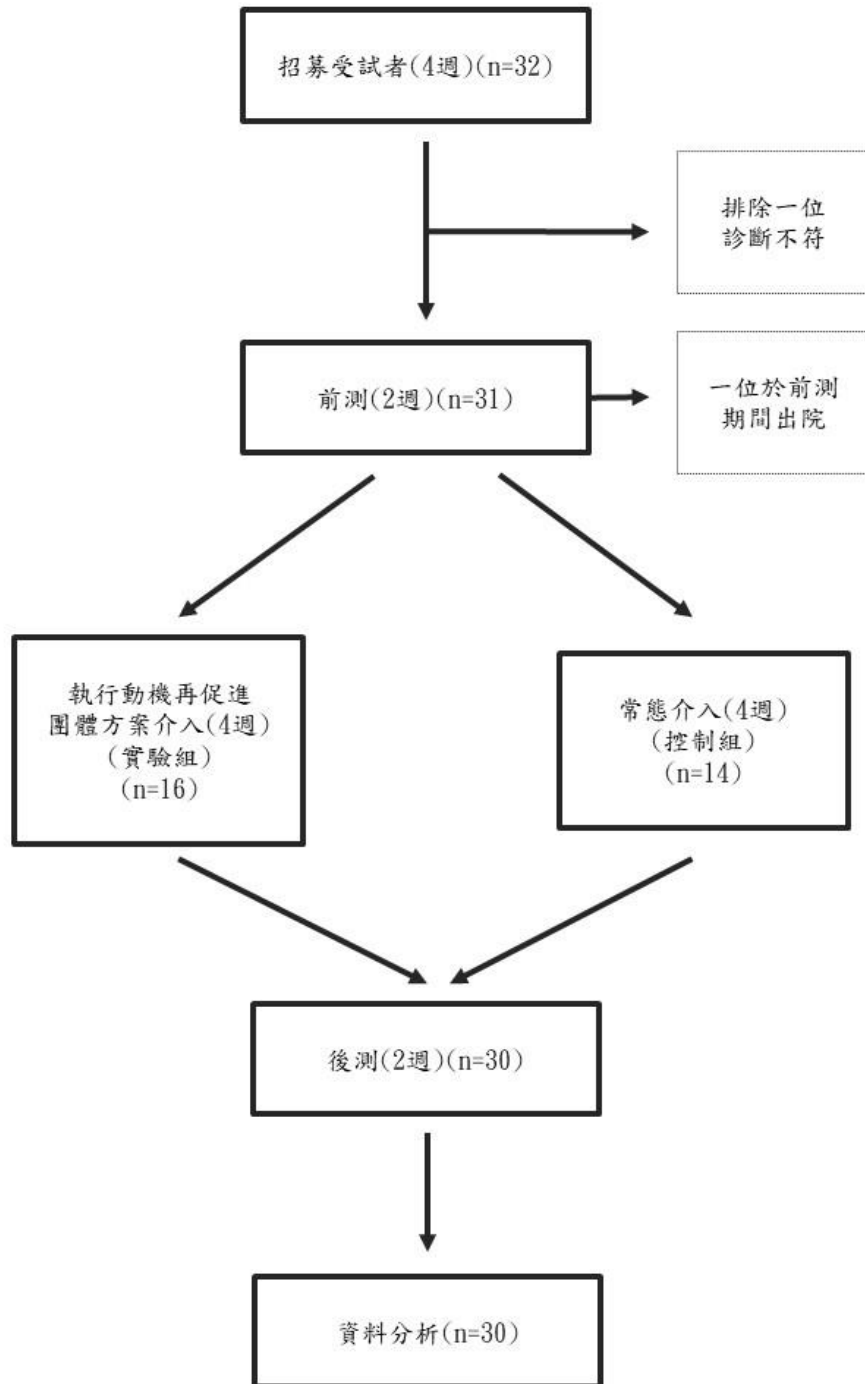
四、無追蹤後續成效：本研究僅於介入前後做成效評估，卻沒有追蹤受試者後續的動機變化是否維持，或其他症狀、生活品質及情緒的變化。

第三節 未來建議

依據本次研究經驗與結果，給予未來研究幾點建議。第一期望能擴大收案樣本數及樣本來源，讓研究結果類化到更多思覺失調症患者。再者若介入後進行三個月以上追蹤，能驗證研究成效是否持續。本篇研究及過去文獻皆使用八次共四週的動機再促進團體活動介入，未來研究建議改變介入頻率、課程時間或總介入長度，更深入探討不同介入劑量對於意志層級提升的成效，或許較長期介入能影響生活品質及症狀。最後一點本次研究之介入形式為團體活動，回歸文獻許多與動機相關的介入為個別治療或加入許多個人化元素，因此建議未來研究能探討動機再促進團體方案增加個別介入課程之成效。

第七章 結論

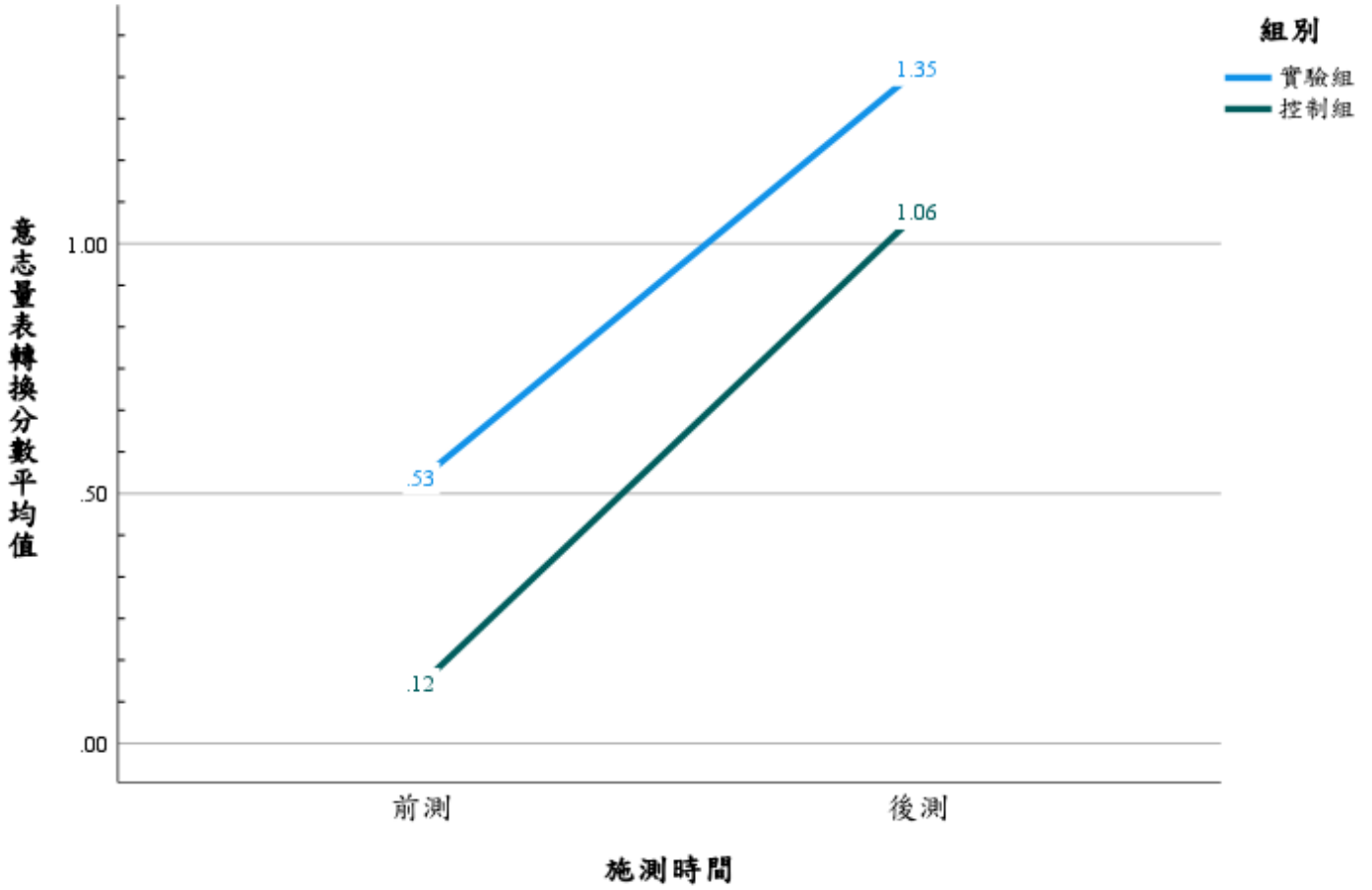
本研究探討動機再促進團體方案運用於慢性思覺失調症患者之成效，期望此介入能提升思覺失調症患者的意志層級、增加活動參與度、生活品質、症狀與負向情緒。依據研究結果指出動機再促進方案用於慢性思覺失調症患者有高度適用性，促進患者的意志層級、活動參與意願，且能穩定憂鬱與焦慮情緒，然而對思覺失調症患者生活品質、症狀無顯著影響。因此建議動機再促進團體方案適用於慢性思覺失調症患者的臨床介入，適時調整與運用多樣的動機再促進技巧，能促進思覺失調症患者之活動參與及情緒穩定。



圖一： 研究流程圖



介入前後意志量表變化

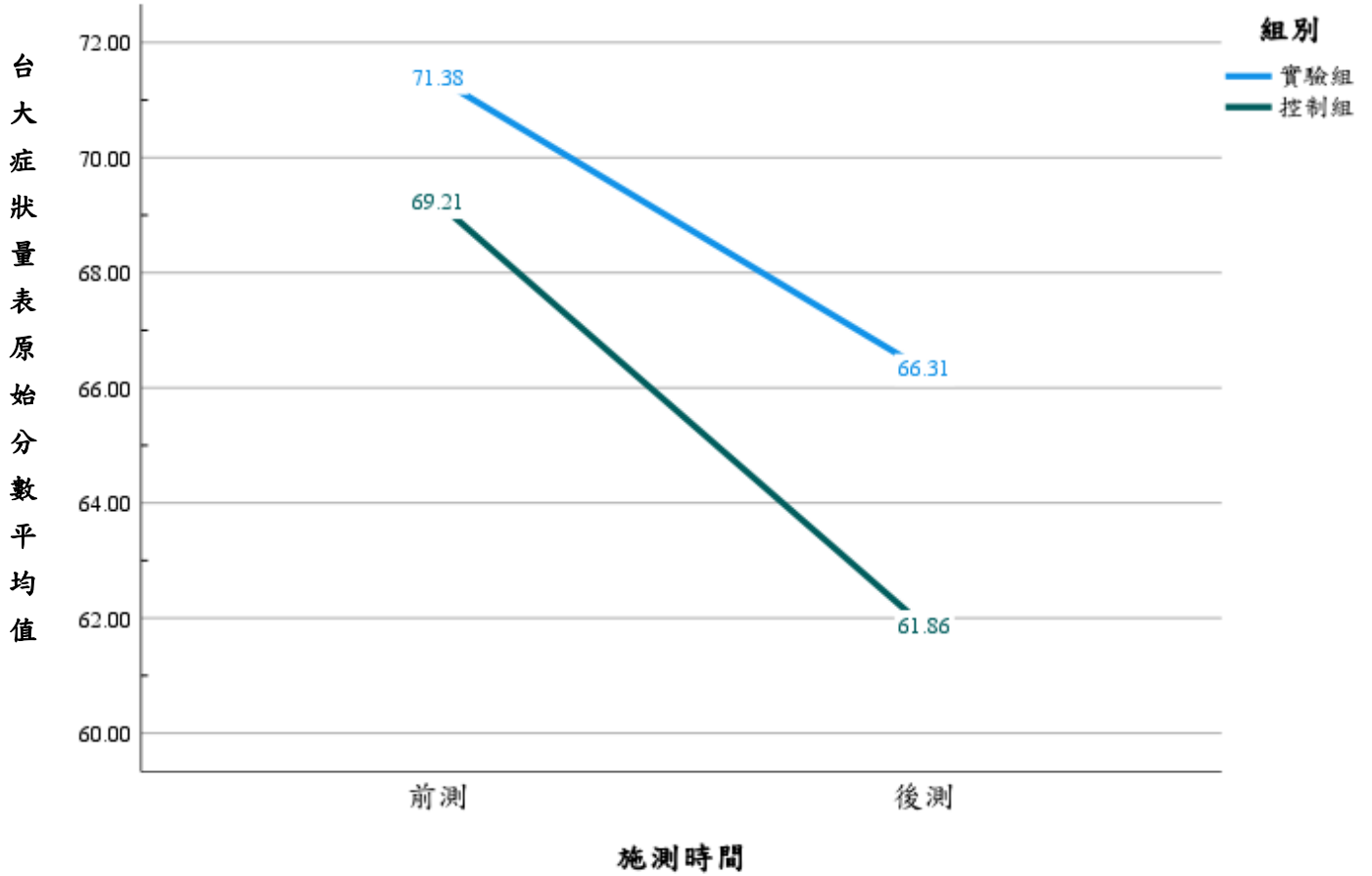


圖二：實驗組與控制組意志量表轉換分數平均值之變化

註：兩組間前後測變化量無顯著差異

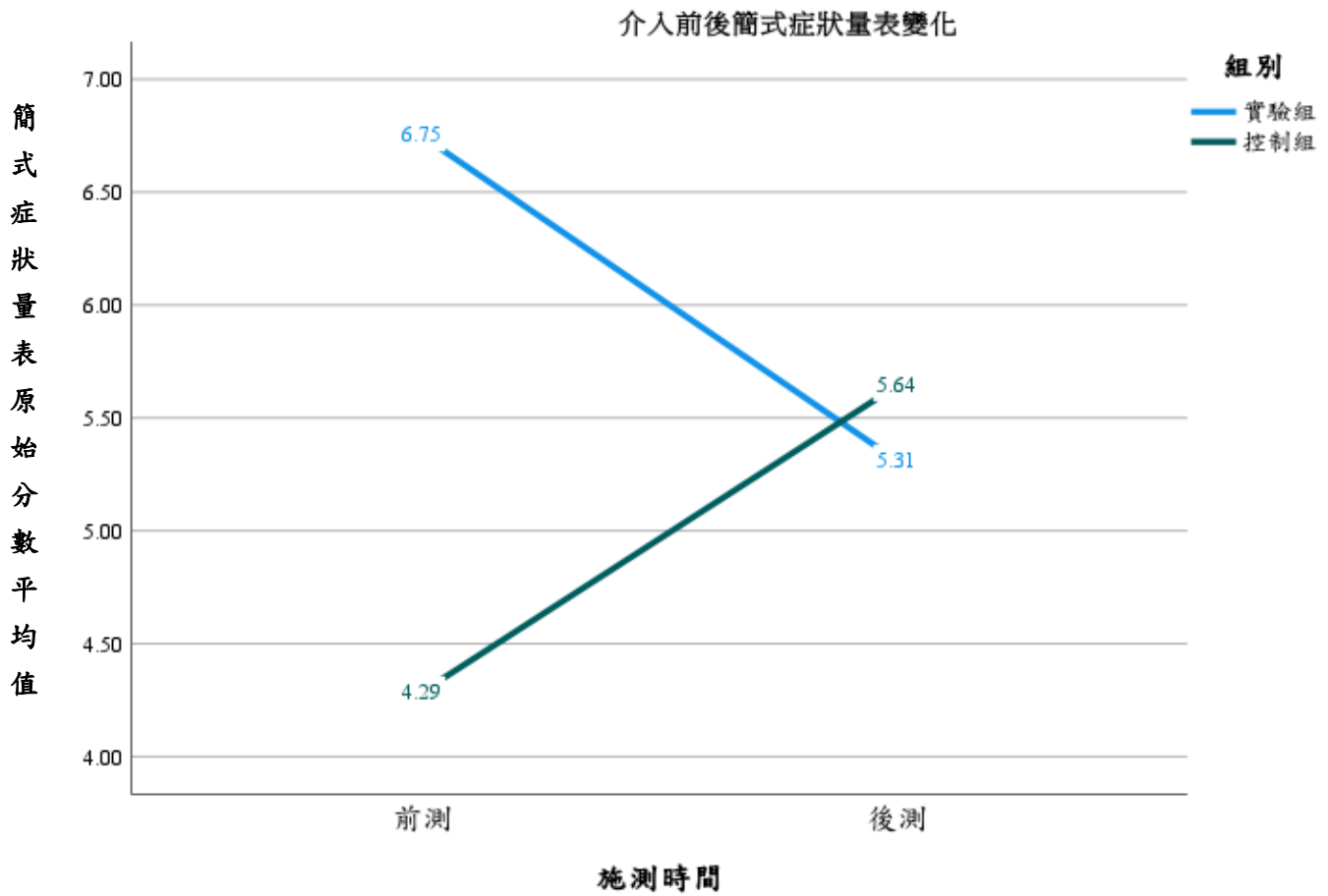


介入前後台大症狀量表變化



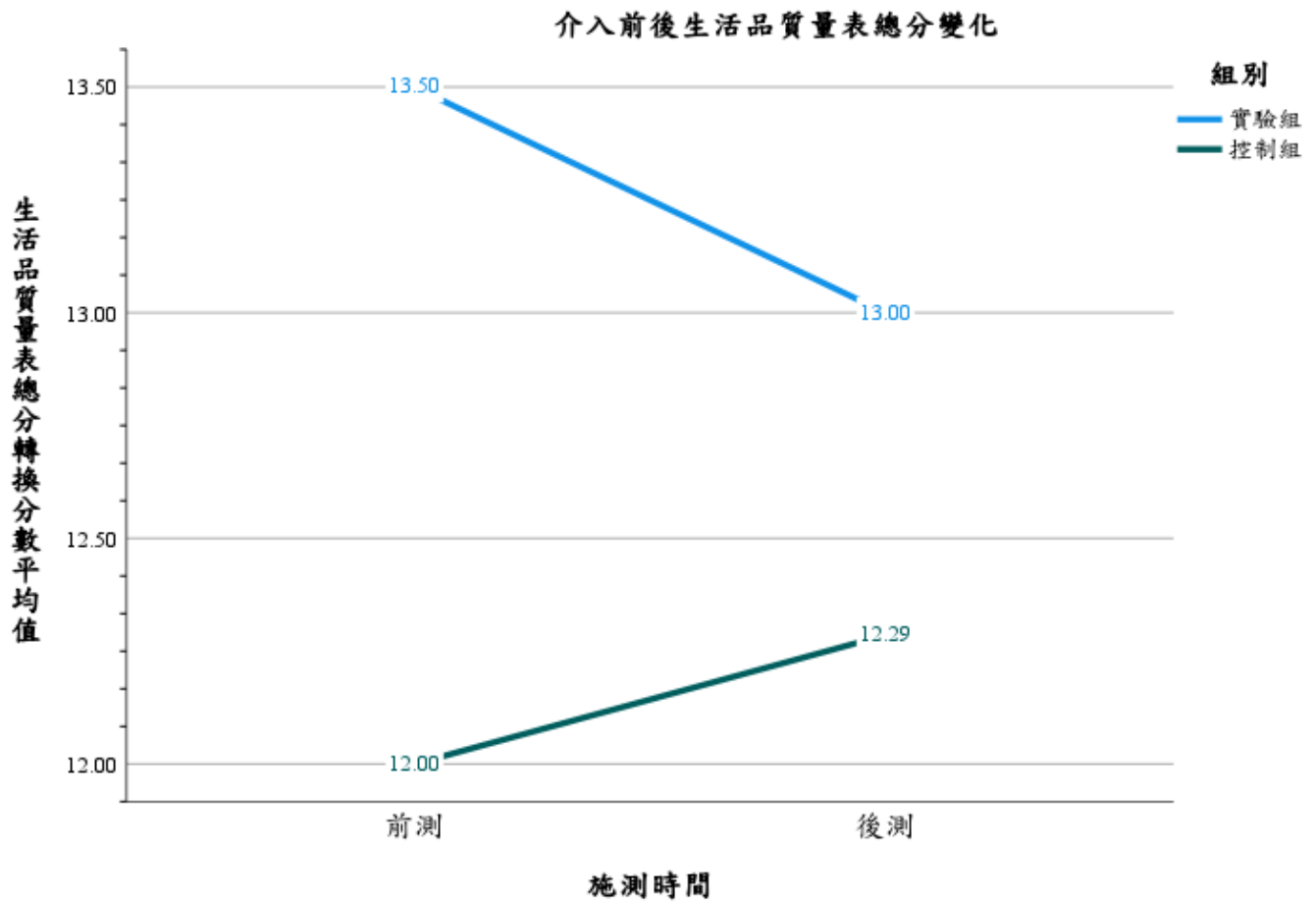
圖三：實驗組與控制組台大症狀量表原始分數平均值之變化

註：兩組間前後測變化量無顯著差異



圖四：實驗組與控制組簡氏症狀量表原始分數平均值之變化

註：兩組間前後測變化量無顯著差異

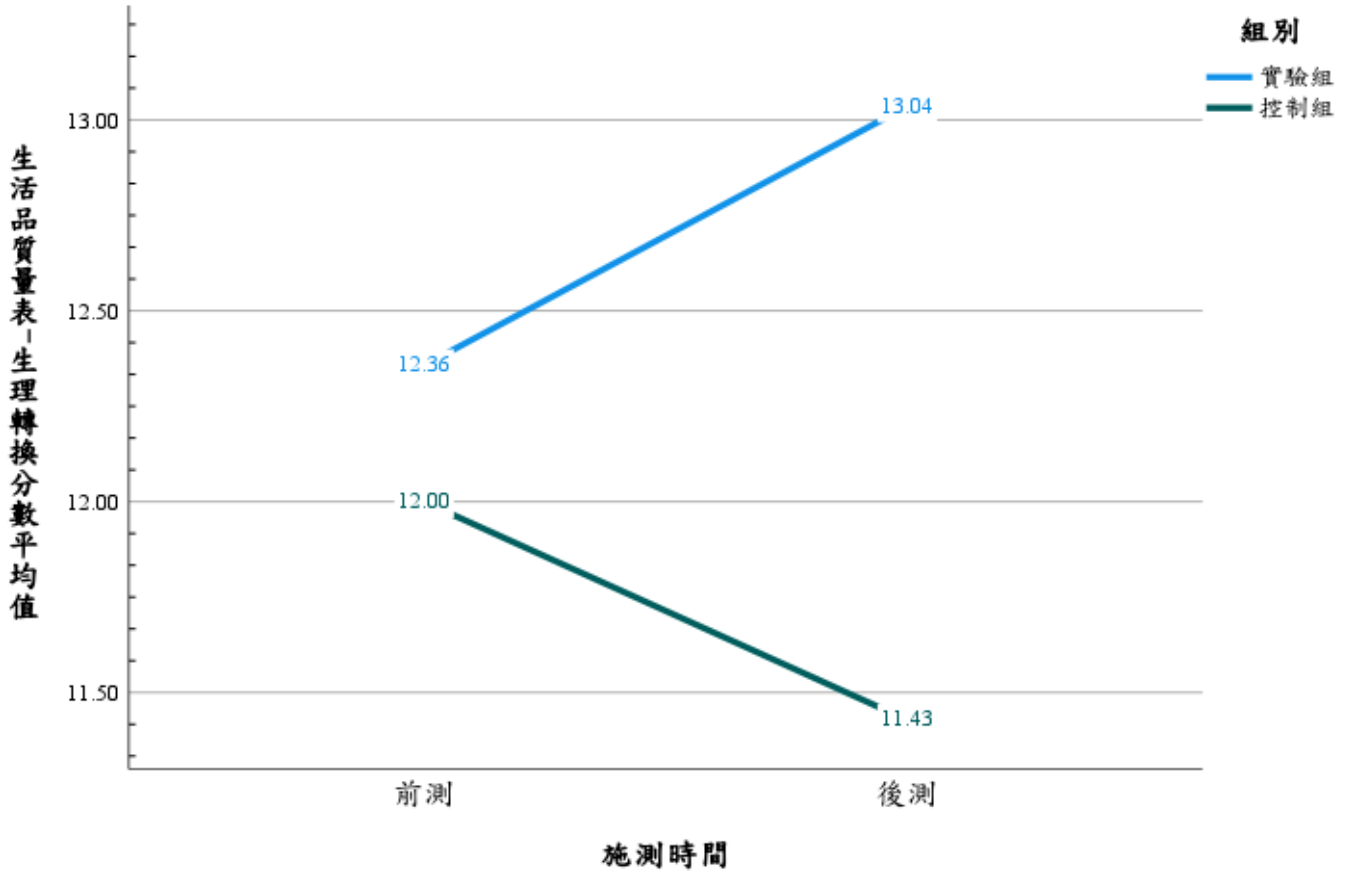


圖五：實驗組與控制組生活品質量表總分轉換分數平均值之變化

註：兩組間前後測變化量無顯著差異



介入前後生活品質表-生理變化

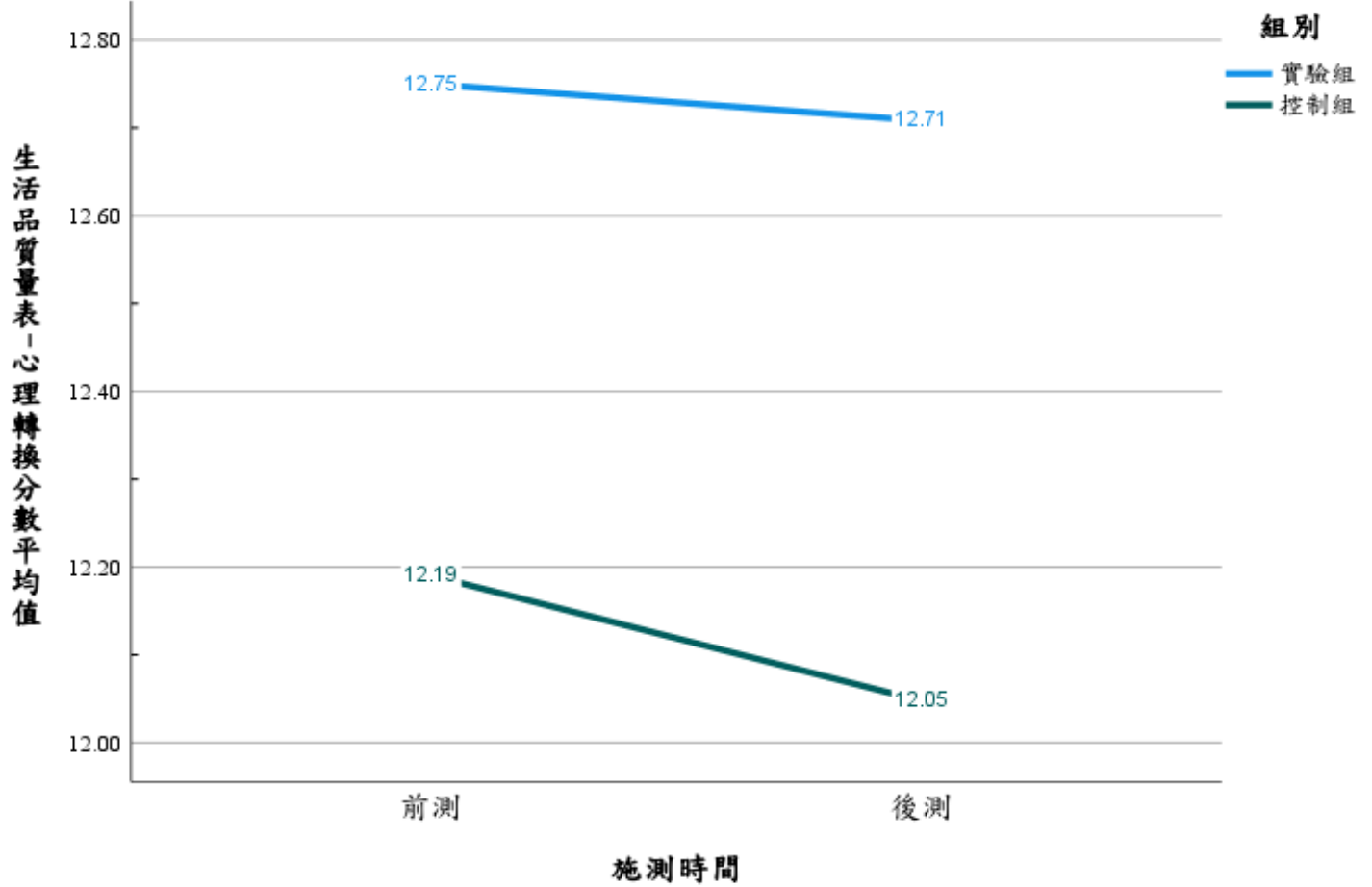


圖六：實驗組與控制組生活品質表生理轉換分數平均值之變化

註：兩組間前後測變化量無顯著差異



介入前後生活品質量表-心理變化

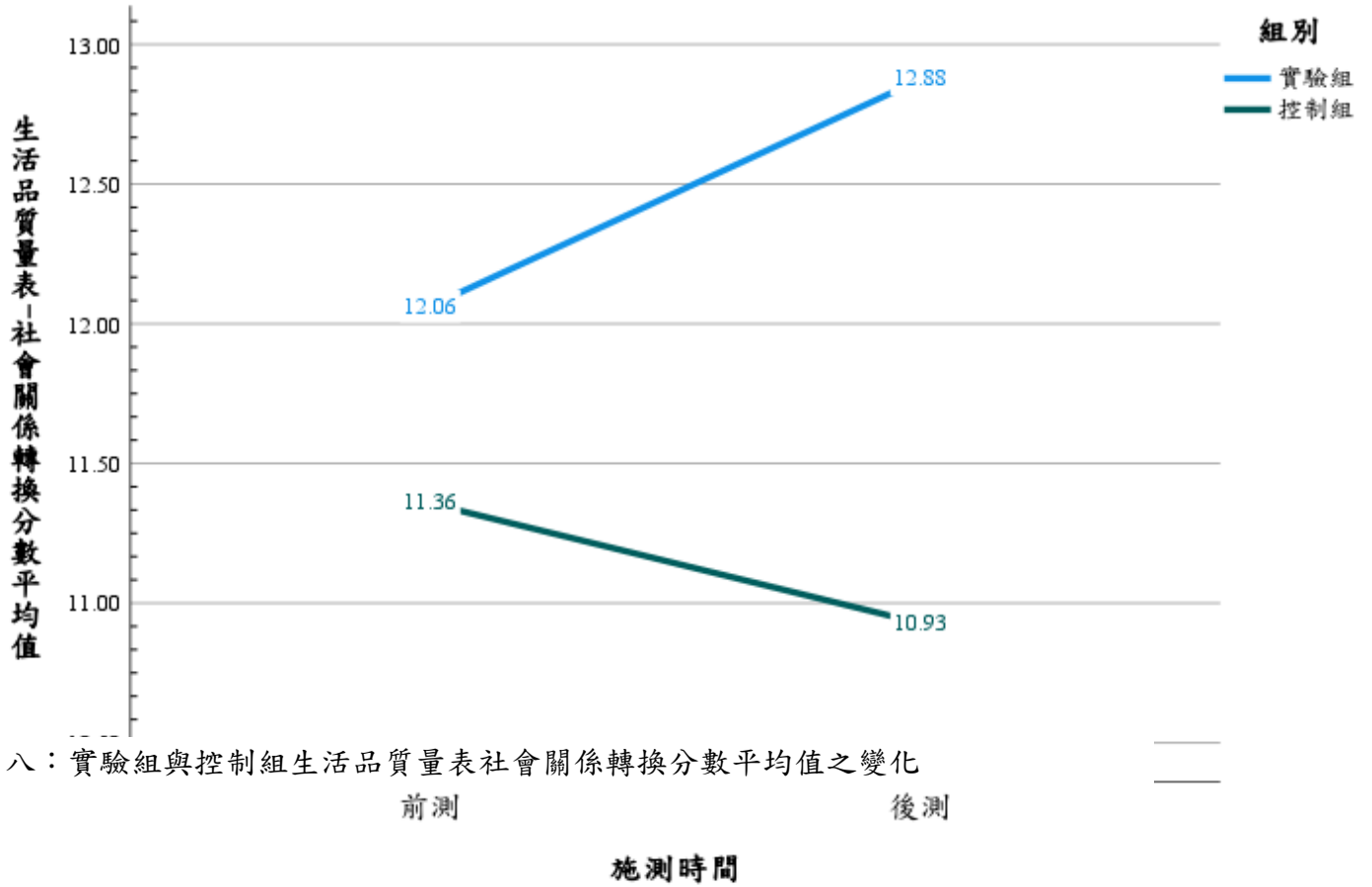


圖七：實驗組與控制組生活品質量表心理轉換分數平均值之變化

註：兩組間前後測變化量無顯著差異



介入前後生活品質量表-社會關係變化

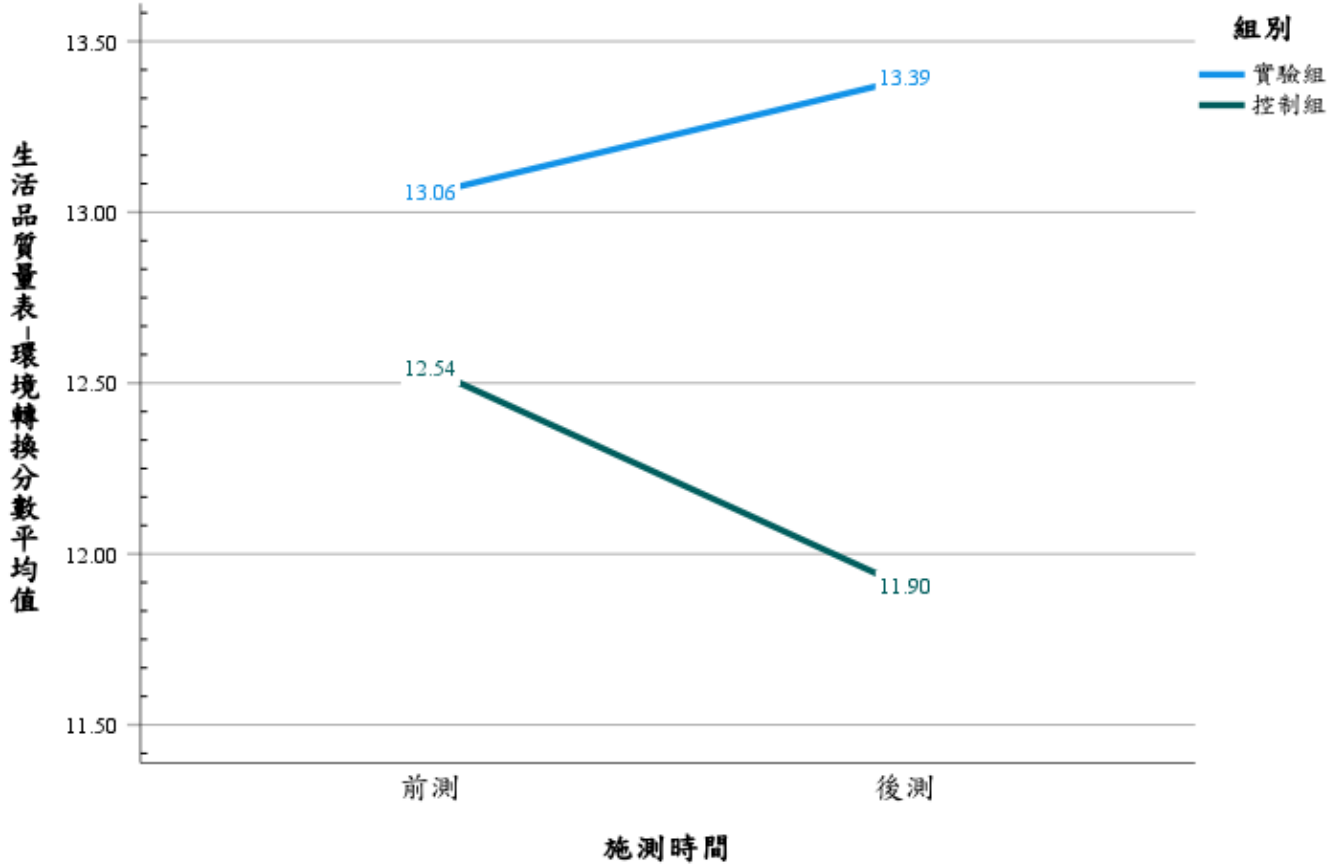


圖八：實驗組與控制組生活品質量表社會關係轉換分數平均值之變化

註：兩組間前後測變化量無顯著差異



介入前後生活品質量表-環境變化

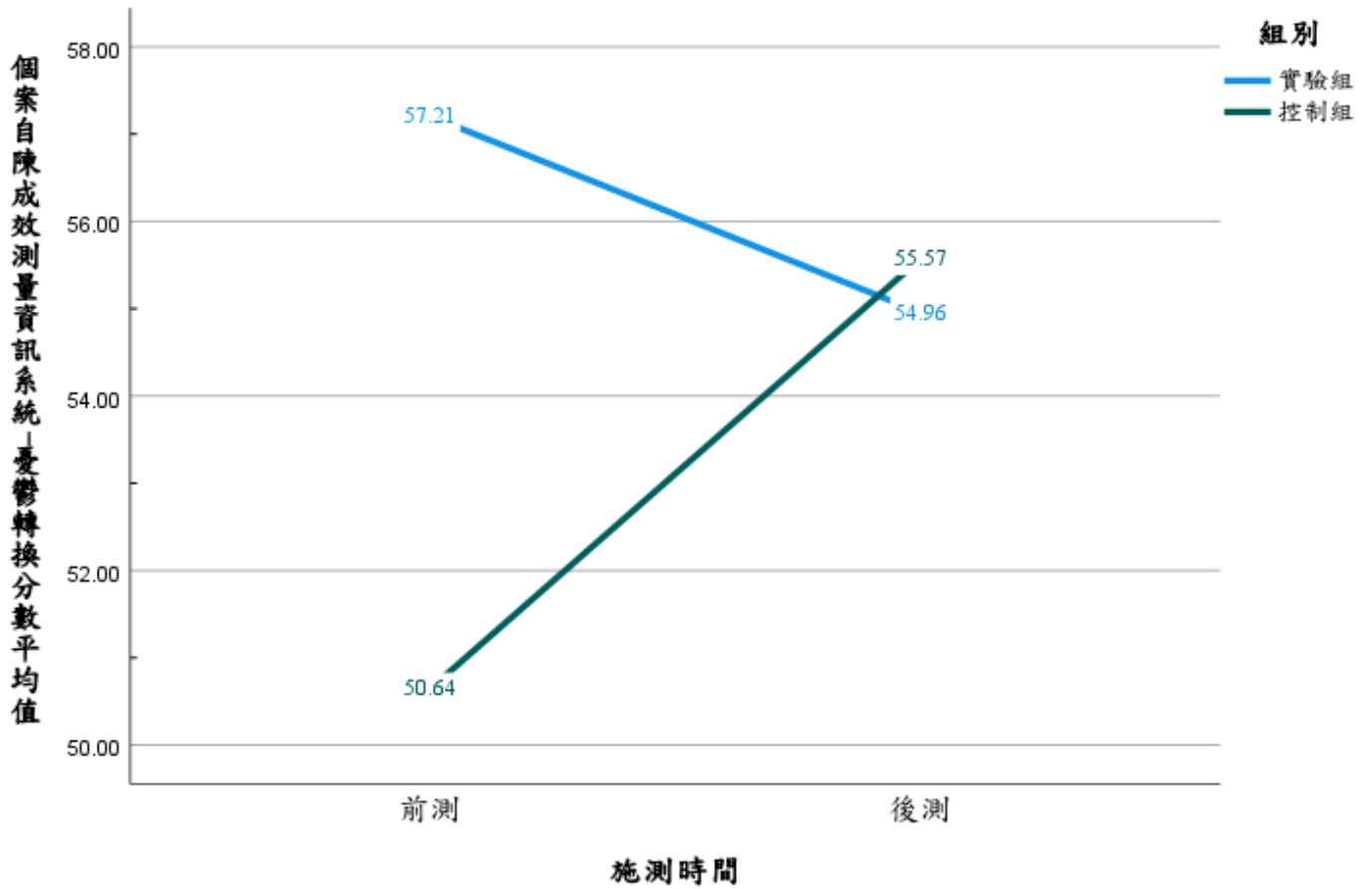


圖九：實驗組與控制組生活品質量表環境轉換分數平均值之變化

註：兩組間前後測變化量無顯著差異



介入前後個案自陳成效測量資訊系統-憂鬱-簡短版轉換分數平均值變化

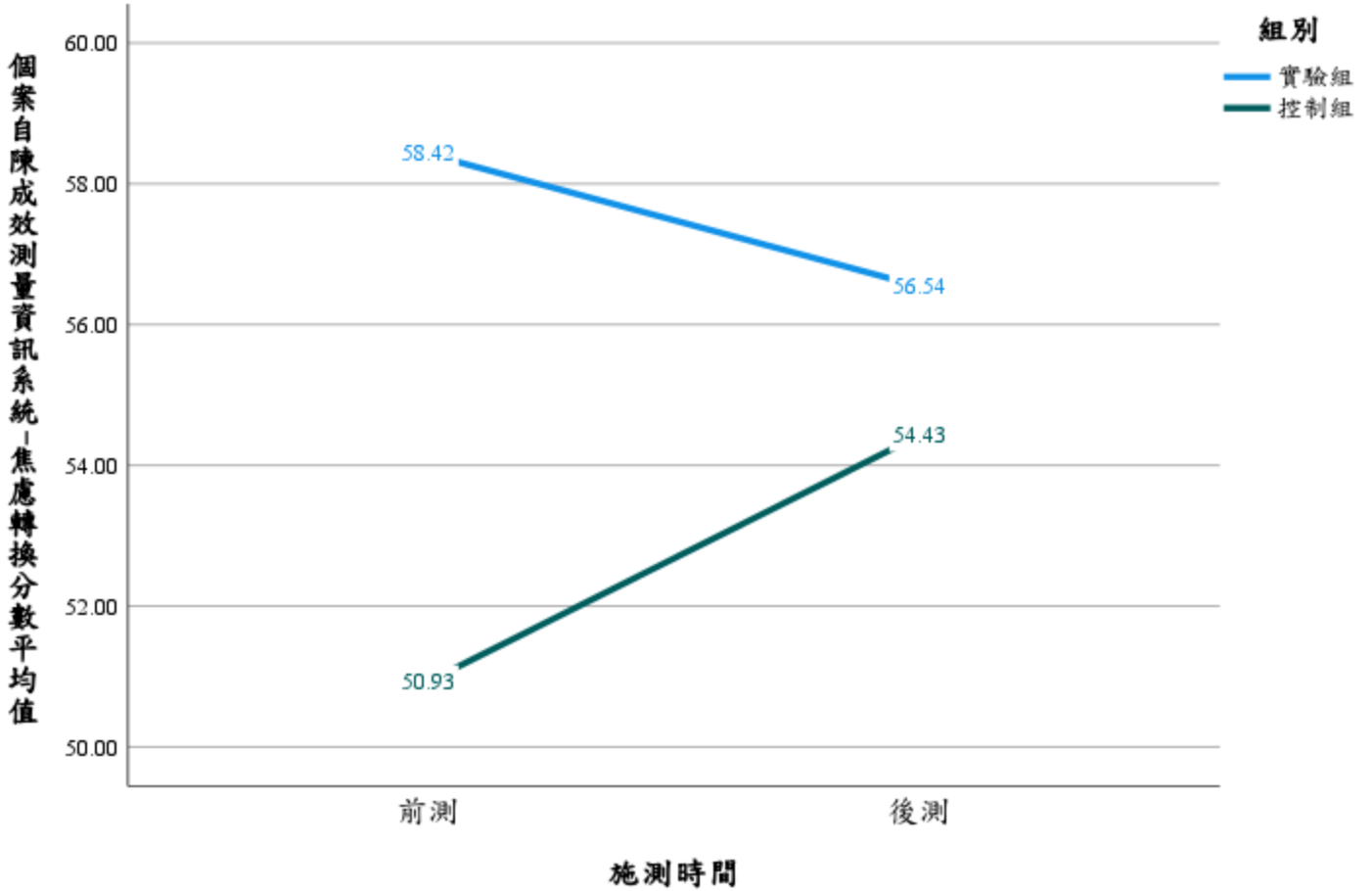


圖十：實驗組與控制組個案自陳成效測量資訊系統-憂鬱-簡短版轉換分數平均值之變化

註：兩組間前後測變化量有顯著差異



介入前後個案自陳成效測量資訊系統-焦慮-簡短版轉換分數平均值變化

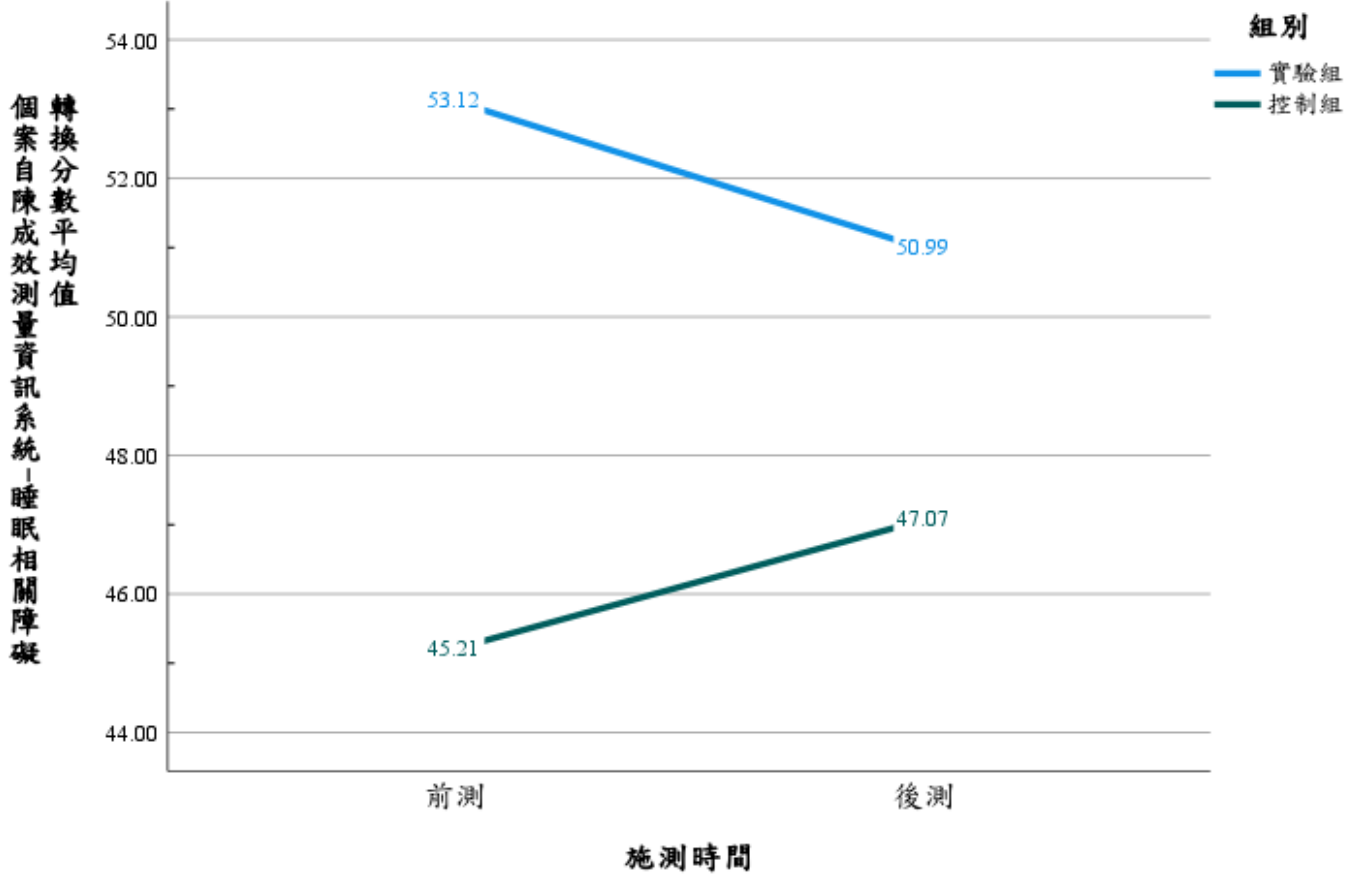


圖十一：實驗組與控制組個案自陳成效測量資訊系統-焦慮-簡短版轉換分數平均值之變化

註：兩組間前後測變化量無顯著差異



介入前後個案自陳成效測量資訊系統-睡眠相關障礙-簡短版轉換分數平均值變化

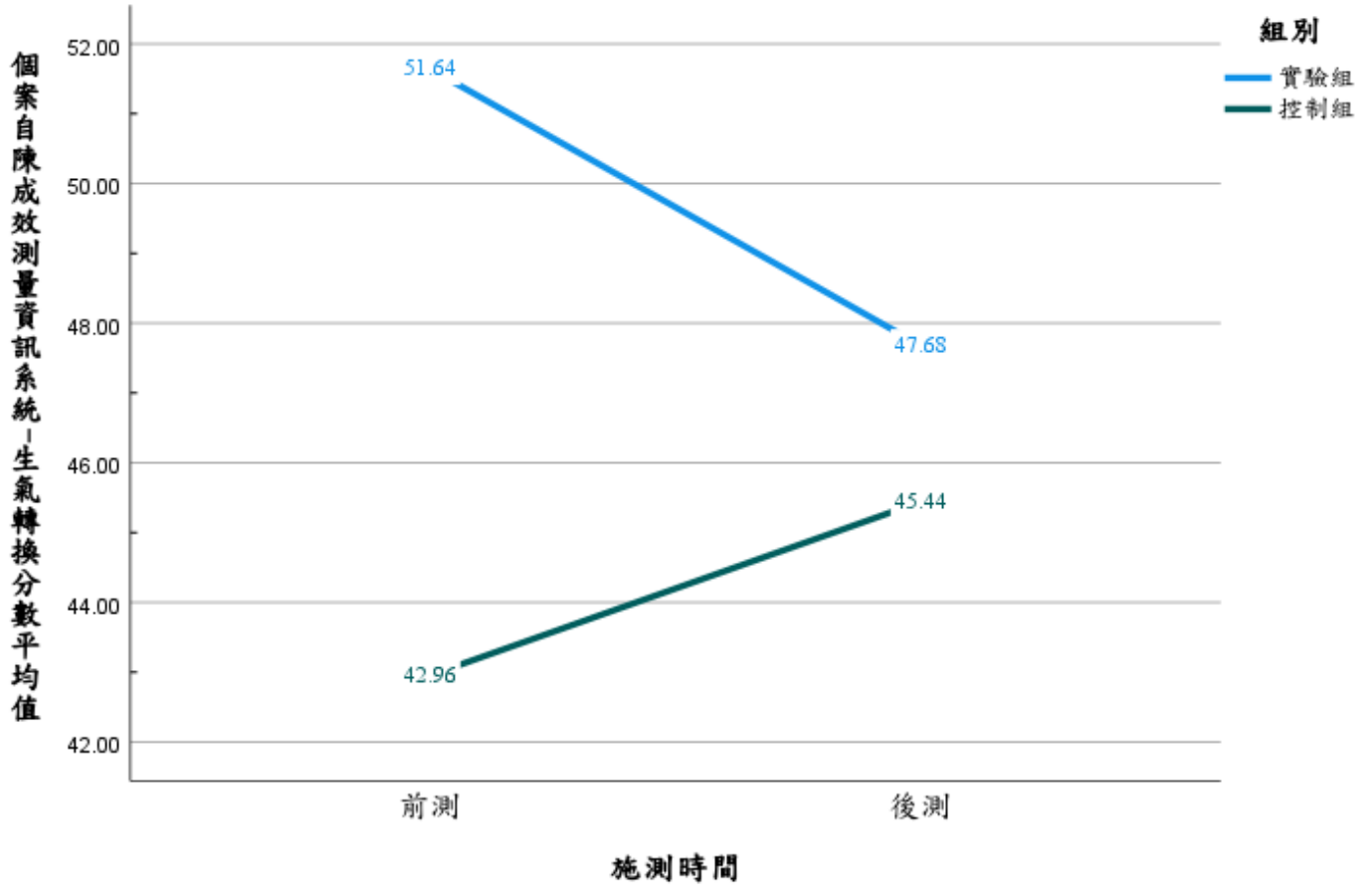


圖十二：實驗組與控制組個案自陳成效測量資訊系統-睡眠相關障礙-簡短版

註：兩組間前後測變化量無顯著差異



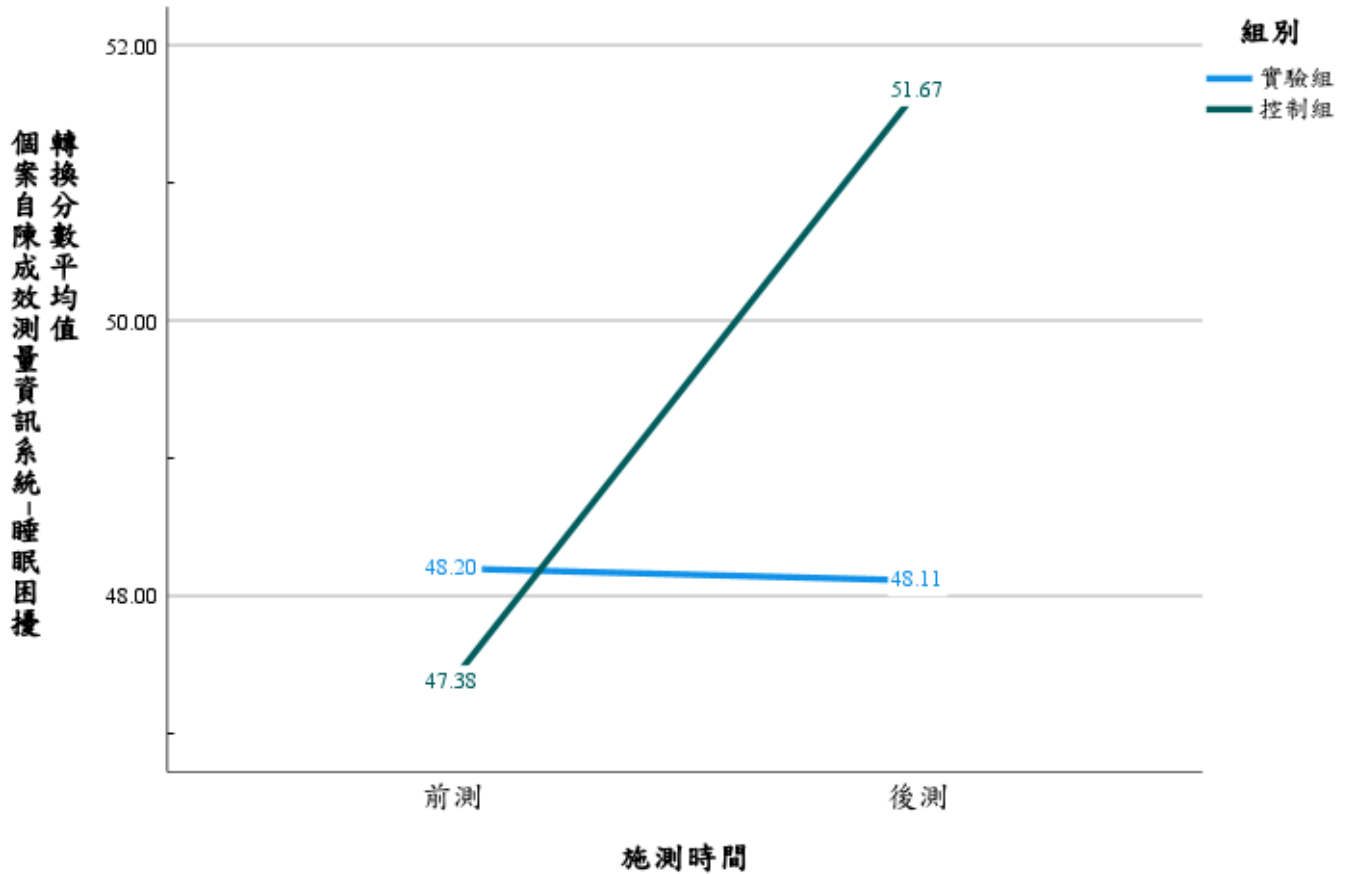
介入前後個案自陳成效測量資訊系統-生氣-簡短版轉換分數平均值變化



圖十三：實驗組與控制組個案自陳成效測量資訊系統-生氣-簡短版轉換分數平均值之變化
註：兩組間前後測變化量無顯著差異



介入前後個案自陳成效測量資訊系統-睡眠困擾-簡短版轉換分數平均值變化



圖十四：實驗組與控制組個案自陳成效測量資訊系統-睡眠困擾-簡短版轉換分數平均值之變化

註：兩組間前後測變化量無顯著差異

表一：人口學資料

		實驗組(n=16)		控制組(n=14)		T	p-value
		Mean(SD)		Mean(SD)			
年齡(年)		51.25(8.67)		49.29(9.30)		0.599	0.554
發病長度(年)*		29.31(7.48)		20.43(9.03)		2.948	0.006*
住院次數		5.56(3.20)		5.14(4.09)		0.315	0.755
住院天數		2172.44(1816.75)		2070.36(2808.25)		0.12	0.906
		N	%	N	%	χ^2	p-value
性別	男	8	50.00	7	50.00	0.000	1.000
	女	8	50.00	7	50.00		
診斷	Schizophrenia	8	50.00	11	78.60	5.364	0.252
	Unspecified schizophrenia	5	31.30	1	7.10		
	Schizoaffective disorder	2	12.50	1	7.10		
	Acute schizophrenic episode, chronic	0	0.00	1	7.10		
	Other specified mental disorders due to known physiological condition	1	6.30	0	0.00		
學歷	國小未畢	0	0.00	1	7.10	1.402	0.705
	國中畢	5	31.30	5	35.70		
	高中畢	10	62.50	7	50.00		
	大學(專)畢	1	6.30	1	7.10		

*表達顯著差異(p<0.05)

表二：介入前兩組各變項分數表

評估工具	實驗組(n=16) 平均數(標準差)	控制組(n=14) 平均數(標準差)	T	p-value
意志量表 [#]	0.53(0.90)	0.12(0.99)	1.185	0.246
台大症狀量表	71.38(19.83)	69.21(21.56)	0.29	0.78
簡式症狀量表	6.75(6.40)	4.29(3.65)	1.27	0.22
生活品質				
總分 [#]	13.50(3.14)	12.00(3.14)	1.31	0.20
生理 [#]	12.36(2.14)	12.00(1.55)	0.52	0.61
心理 [#]	12.75(3.05)	12.1905(2.46)	0.55	0.59
社會關係 [#]	12.06(3.71)	11.36(2.56)	0.6	0.56
環境 [#]	13.06(2.47)	12.54(2.21)	0.6	0.55
個案自陳成效測量資訊系統-情緒相關量表-簡短版				
憂鬱 [#]	57.21(10.99)	50.64(8.28)	1.825	0.08
焦慮 ^{#*}	58.43(10.41)	50.93(9.20)	2.076	0.05*
睡眠相關障礙 [#]	53.12(6.88)	45.21(14.70)	1.928	0.064
生氣 [#]	51.64(9.24)	42.96(14.99)	1.94	0.063
睡眠困擾 [#]	48.20(6.48)	47.38(14.61)	0.204	0.84

*表達顯著差異(p<0.05)

[#]表分數為轉換分數

表三：線性混合模式分析結果

模式	截距估計值 (標準誤)	發病長度(年) (標準誤)	焦慮分數 (標準誤)	介入組別估計值 (標準誤)	時間估計值 (標準誤)	介入組別 X 時間估計值 (標準誤)	配適度指標 (Fit Statistic)		共變異數 矩陣類型 (Covariance Structure)
							AIC	BIC	
				實驗組比控制組	前測比後測				
意志量表	0.62(0.73)	0.02(0.02)	-0.00(0.01)	0.36(0.36)	-0.84(0.16)**	0.21(0.33)	167.106	173.073	非結構化
台大症狀量表	-13.06(11.41)	-0.14(0.25)	1.45(0.20)**	0.18(4.53)	7.05(3.52)	-10.33(7.03)	481.706	487.728	非結構化
簡式症狀量表	-16.32(2.79)**	-0.09(0.06)	0.43(0.48)**	-0.15(1.08)	0.41(0.95)	0.47(1.95)	330.133	336.155	非結構化
生活品質									
總分	21.58(2.36)**	-0.01(0.06)	-0.17(0.04)**	2.02(1.01)	0.02(0.52)	1.80(1.04)	292.722	298.744	非結構化
生理	17.87(1.60)**	-0.02(0.04)	-0.11(0.03)**	1.38(0.69)	-0.16(0.40)	-0.71(0.81)	256.11	262.132	非結構化
心理	19.35(1.96)**	-0.01(0.05)	-0.13(0.03)**	1.33(0.85)	0.01(0.43)	0.65(0.88)	269.979	273.994	複合對稱
社會關係	20.03(2.40)**	0.08(0.05)	-0.20(0.04)**	1.57(0.99)	-0.36(0.61)	-0.20(1.25)	298.16	302.175	複合對稱
環境	18.84(1.95)**	0.03(0.04)	-0.14(0.03)**	1.33(0.81)	0.03(0.48)	-0.23(0.99)	276.191	282.213	非結構化

*表 p<0.05，**表 p<0.01

註：發病長度、個案自陳成效測量資訊系統-焦慮-簡短版分數為共變項

模式	截距估計值 (標準誤)	發病長度(年) (標準誤)	焦慮分數 (標準誤)	介入組別估計值	時間估計值	介入組別 X 時間估計值 (標準誤)	配適度指標 (Fit Statistic)		共變異數 矩陣類型 (Covariance Structure)
				實驗組比控制組 (標準誤)	前測比後測 (標準誤)	AIC	BIC		
個案自陳成效測量資訊系統-情緒相關量表-簡短版									
憂鬱	9.33(3.62)*	0.02(0.07)	0.83(0.06)**	-1.45(1.40)	-0.58(1.22)	7.18(4.90)	356.851	360.866	對角線
焦慮	49.39(5.02)**	0.18(0.21)	N/A	3.24(3.85)	-0.63(1.50)	5.38(2.89)	421.284	425.335	複合對稱
睡眠相關障礙	24.18(8.90)**	-0.10(0.26)	0.45(0.13)**	4.61(4.76)	0.55(1.27)	4.00(2.91)	423.732	427.746	複合對稱
生氣	4.26(5.20)	0.05(0.11)	0.73(0.09)**	0.95(2.00)	1.41(1.94)	2.56(3.94)	402.289	406.304	對角線
睡眠困擾	28.07(6.12)**	0.08(0.13)	0.40(0.11)**	-4.35(2.36)	-1.71(2.19)	4.38(4.87)	417.917	421.932	對角線

*表 $p < 0.05$, **表 $p < 0.01$

註：發病長度、個案自陳成效測量資訊系統-焦慮-簡短版分數為共變項

表四：組內配對 T 檢定及組間獨立 T 檢定結果表

評估工具	實驗組(n=16)				控制組(n=14)				兩組前後測變化量 獨立 T 檢定結果	
	前測平均分數 (標準差)	後測平均分數 (標準差)	T	p-value	前測平均分數 (標準差)	後測平均分數 (標準差)	T	p-value	T	p-value
意志量表*	0.57(0.92)	1.35(1.54)	-3.78	0.002**	0.12(0.996)	1.06(1.66)	-3.63	0.003**	-0.51	0.61
台大症狀量表	71.38(19.83)	66.31(22.29)	1.49	0.16	69.21(21.56)	61.86(4.69)	1.21	0.25	0.34	0.74
簡式症狀量表	6.75(6.40)	5.31(6.30)	0.778	0.449	4.29(3.65)	5.64(5.36)	-1.44	0.17	-1.29	0.21
生活品質										
總分	13.50(3.14)	13.00(2.92)	0.59	0.56	12.00(3.14)	12.29(4.14)	-0.46	0.66	-0.73	0.47
生理	12.36(2.14)	13.04(3.18)	-1.08	0.30	12.00(1.55)	11.43(2.04)	1.08	0.30	1.49	0.15
心理	12.75(3.05)	12.71(2.96)	0.06	0.95	12.19(2.46)	12.05(2.58)	0.39	0.71	0.12	0.91
社會關係	12.06(3.71)	12.88(3.61)	-0.71	0.49	11.36(2.56)	10.93(3.43)	0.59	0.57	0.88	0.39
環境	13.06(2.47)	13.39(3.49)	-0.41	0.69	12.54(2.21)	11.90(2.59)	1.07	0.30	0.94	0.35
個案自陳成效測量資訊系統										
-情緒相關量表-簡短版										
憂鬱*	57.21(10.99)	54.96(9.89)	1.006	0.331	50.64(8.28)	55.571(8.05)	-3.08	<0.01**	-2.542	0.02*
焦慮*	58.43(10.41)	56.54(10.83)	0.765	0.456	50.93(9.20)	54.43(9.08)	-2.77	0.02*	-1.945	0.07
睡眠相關障礙	53.12(6.88)	50.99(8.03)	0.941	0.362	45.21(14.70)	47.07(16.25)	-1.09	0.30	-1.375	0.18
生氣	51.64(9.24)	47.68(7.40)	1.576	0.136	42.96(14.99)	45.44(10.15)	-0.77	0.46	1.593	0.12
睡眠困擾	48.20(6.48)	48.11(7.29)	0.05	0.961	47.38(14.60)	51.67(6.64)	-1.26	0.30	-1.188	0.25

*表 p<0.05，**表 p<0.01

表五：動機再促進團體方案介入參與者回饋

	第一次	第二次	第三次	第四次	第五次	第六次	第七次	第八次	平均
人數(位)	16	14	15	13	15	14	15	16	15
出席率(百分比)	100.00%	87.50%	93.75%	81.25%	93.75%	87.50%	93.75%	100.00%	92.19%
活動滿意度(分)*	4.44	4.29	4.20	4.31	4.47	4.29	4.53	4.50	4.38
活動幫助度(分)*	4.25	4.14	4.27	4.08	4.33	4.07	4.47	4.25	4.23
自評自身表現 滿意度(分)*	3.94	3.71	3.73	3.62	4.07	3.79	4.07	4.00	3.86
自評與他人互動表現滿 意度(分)*	3.75	3.50	3.67	3.62	4.13	3.93	4.27	3.75	3.83

*活動滿意度、活動幫助度、自評自身表現、自評與他人互動表現滿意度滿分為 5 分。

參考文獻

- Aleman, A., Lincoln, T. M., Bruggeman, R., Melle, I., Arends, J., Arango, C., & Knegteling, H. (2017). Treatment of negative symptoms: Where do we stand, and where do we go? *Schizophrenia Research*, 186, 55-62. doi:10.1016/j.schres.2016.05.015
- Andreasen, N. C., & Olsen, S. (1982). Negative v positive schizophrenia. Definition and validation. *Arch Gen Psychiatry*, 39(7), 789-794. doi:10.1001/archpsyc.1982.04290070025006
- Annamalai, A., Kosir, U., & Tek, C. (2017). Prevalence of obesity and diabetes in patients with schizophrenia. *World Journal of Diabetes*, 8(8), 390-396. doi:10.4239/wjd.v8.i8.390
- Archie, S. M., Goldberg, J. O., Akhtar-Danesh, N., Landeen, J., McColl, L., & McNiven, J. (2007). Psychotic disorders, eating habits, and physical activity: who is ready for lifestyle changes? *Psychiatric Services*, 58(2), 233-239. doi:10.1176/ps.2007.58.2.233
- Bassilios, B., Judd, F., Pattison, P., Nicholas, A., & Moeller-Saxone, K. (2015). Predictors of exercise in individuals with schizophrenia: A test of the transtheoretical model of behavior change. *Clinical Schizophrenia & Related Psychoses*, 8(4), 173-182, 182a. doi:10.3371/csrp.Baju.030113
- Bellack, A. S., & DiClemente, C. C. (1999). Treating substance abuse among patients with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 50(1), 75-80. doi:10.1176/ps.50.1.75
- Bozikas, V. P., Kosmidis, M. H., Kafantari, A., Gamvrula, K., Vasiliadou, E., Petrikis, P., . . . Karavatos, A. (2006). Community dysfunction in schizophrenia: rate-limiting factors. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 30(3), 463-470. doi:10.1016/j.pnpbp.2005.11.017
- Breitborde, N. J., Kleinlein, P., & Srihari, V. H. (2012). Self-determination and first-episode psychosis: associations with symptomatology, social and vocational functioning, and quality of life. *Schizophrenia Research*, 137(1-3), 132-136. doi:10.1016/j.schres.2012.02.026
- Brett, B. L., McGovern, J. E., Choi, J., & Fiszdon, J. M. (2018). Improving treatment motivation in individuals with psychosis: Predictors of response to motivational enhancement. *Psychiatry Research*, 266, 36-39. doi:10.1016/j.psychres.2018.05.038
- Bridle, C., Riemsma, R. P., Pattenden, J., Sowden, A. J., Mather, L., Watt, I. S., & Walker, A. (2005). Systematic review of the effectiveness of health behavior interventions based on the transtheoretical model. *Psychology and Health*, 20(3), 283-301. doi:10.1080/08870440512331333997
- Bryce, S. D., Lee, S. J., Ponsford, J. L., Lawrence, R. J., Tan, E. J., & Rossell, S. L.

- (2018). The impact of intrinsic motivation on session attendance and reliable cognitive improvement in cognitive remediation in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 202, 354-360. doi:10.1016/j.schres.2018.06.028
- Buchanan, R. W., Javitt, D. C., Marder, S. R., Schooler, N. R., Gold, J. M., McMahon, R. P., . . . Carpenter, W. T. (2007). The Cognitive and Negative Symptoms in Schizophrenia Trial (CONSIST): the efficacy of glutamatergic agents for negative symptoms and cognitive impairments. *The American Journal of Psychiatry*, 164(10), 1593-1602. doi:10.1176/appi.ajp.2007.06081358
- Burke, B. L., Arkowitz, H., & Menchola, M. (2003). The efficacy of motivational interviewing: a meta-analysis of controlled clinical trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(5), 843-861. doi:10.1037/0022-006x.71.5.843
- Cara, E., & MacRae, A. (2012). Psychosocial occupational therapy: An evolving practice. In: Delmar Cengage Learning.
- Carey, K. B., Purnine, D. M., Maisto, S. A., & Carey, M. P. (2001). Enhancing readiness-to-change substance abuse in persons with schizophrenia. A four-session motivation-based intervention. *Behavior Modification*, 25(3), 331-384. doi:10.1177/0145445501253001
- Cella, D., Choi, S. W., Condon, D. M., Schalet, B., Hays, R. D., Rothrock, N. E., . . . Reeve, B. B. (2019). PROMIS(®) Adult Health Profiles: Efficient Short-Form Measures of Seven Health Domains. *Value in Health*, 22(5), 537-544. doi:10.1016/j.jval.2019.02.004
- Chang, W. C., Kwong, V. W., Chan, G. H., Jim, O. T., Lau, E. S., Hui, C. L., . . . Chen, E. Y. (2017). Prediction of motivational impairment: 12-month follow-up of the randomized-controlled trial on extended early intervention for first-episode psychosis. *European Psychiatry*, 41, 37-41. doi:10.1016/j.eurpsy.2016.09.007
- Chen, Y. L., Pan, A. W., Hsiung, P. C., Chung, L., Lai, J. S., Shur-Fen Gau, S., & Chen, T. J. (2015). Life Adaptation Skills Training (LAST) for persons with depression: A randomized controlled study. *Journal of Affective Disorders* 185, 108-114. doi:10.1016/j.jad.2015.06.022
- Chien, W. T., Leung, S. F., Yeung, F. K., & Wong, W. K. (2013). Current approaches to treatments for schizophrenia spectrum disorders, part II: psychosocial interventions and patient-focused perspectives in psychiatric care. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 9, 1463-1481. doi:10.2147/ndt.S49263
- Chien, W. T., & Yip, A. L. (2013). Current approaches to treatments for schizophrenia spectrum disorders, part I: an overview and medical treatments. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 9, 1311-1332.

doi:10.2147/ndt.S37485

- Cho, J. M., & Lee, K. (2018). Effects of motivation interviewing using a group art therapy program on negative symptoms of schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32(6), 878-884. doi:10.1016/j.apnu.2018.07.002
- Chong, H. Y., Teoh, S. L., Wu, D. B., Kotirum, S., Chiou, C. F., & Chaiyakunapruk, N. (2016). Global economic burden of schizophrenia: a systematic review. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, 357-373. doi:10.2147/ndt.S96649
- Cohen, J. (2013). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. NY:Academic press.
- Cole, M. B. (2005). *Group dynamics in occupational therapy*. NJ: Slack.
- De las Heras, C. G., Kielhofner, G., & Llerena, V. (2003). A user's manual for remotivation process: Progressive intervention for individuals with severe volitional challenges (Version 1.0). In: Department of Occupational Therapy, University of Illinois at Chicago.
- Deci, E., & Ryan, R. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*: Springer Science & Business Media.
- DeRosse, P., Barber, A. D., Fales, C. L., & Malhotra, A. K. (2019). Deconstructing Avolition: Initiation vs persistence of reward-directed effort. *Psychiatry Research*, 273, 647-652. doi:10.1016/j.psychres.2019.01.073
- Esterberg, M. L., & Compton, M. T. (2005). Smoking behavior in persons with a schizophrenia-spectrum disorder: a qualitative investigation of the transtheoretical model. *Social Science & Medicine*, 61(2), 293-303. doi:10.1016/j.socscimed.2004.11.057
- Fayers, P. M., & Machin, D. (2013). *Quality of life: the assessment, analysis and interpretation of patient-reported outcomes*. : John Wiley & Sons.
- Fervaha, G., Foussias, G., Agid, O., & Remington, G. (2014). Impact of primary negative symptoms on functional outcomes in schizophrenia. *European Psychiatry*, 29(7), 449-455. doi:10.1016/j.eurpsy.2014.01.007
- Fervaha, G., Foussias, G., Agid, O., & Remington, G. (2015). Motivational deficits in early schizophrenia: prevalent, persistent, and key determinants of functional outcome. *Schizophrenia Research*, 166(1-3), 9-16. doi:10.1016/j.schres.2015.04.040
- Fiszdon, J. M., Kurtz, M. M., Choi, J., Bell, M. D., & Martino, S. (2016). Motivational Interviewing to Increase Cognitive Rehabilitation Adherence in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 42(2), 327-334. doi:10.1093/schbul/sbv143
- Fond, G., Boyer, L., Berna, F., Godin, O., Bulzacka, E., Andrianarisoa, M., . . . Llorca,

- P. M. (2018). Remission of depression in patients with schizophrenia and comorbid major depressive disorder: results from the FACE-SZ cohort. *The British Journal of Psychiatry* 213(2), 464-470. doi:10.1192/bjp.2018.87
- Freeman, D., Dunn, G., Startup, H., Pugh, K., Cordwell, J., Mander, H., . . . Kingdon, D. (2015). Effects of cognitive behaviour therapy for worry on persecutory delusions in patients with psychosis (WIT): a parallel, single-blind, randomised controlled trial with a mediation analysis. *The Lancet Psychiatry*, 2(4), 305-313. doi:10.1016/s2215-0366(15)00039-5
- Galderisi, S., Rossi, A., Rocca, P., Bertolino, A., Mucci, A., Bucci, P., . . . Amore, M. (2014). The influence of illness-related variables, personal resources and context-related factors on real-life functioning of people with schizophrenia. *World Psychiatry*, 13(3), 275-287. doi:10.1002/wps.20167
- Garachana Carpintero, M. L., & Santamaría-Vázquez, M. (2017). The relationship between volition and independent occupational performance in people with mental disorders. *Occupational Therapy in Mental Health*, 33(4), 394-406. doi:10.1080/0164212X.2017.1305319
- 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. doi:10.1016/j.schres.2009.08.015
- Gard, D. E., Sanchez, A. H., Starr, J., Cooper, S., Fisher, M., Rowlands, A., & Vinogradov, S. (2014). Using self-determination theory to understand motivation deficits in schizophrenia: the 'why' of motivated behavior. *Schizophrenia Research*, 156(2-3), 217-222. doi:10.1016/j.schres.2014.04.027
- Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (2015). *Health behavior: Theory, research, and practice*: John Wiley & Sons.
- Grillo, L. (2018). A Possible Link between Anxiety and Schizophrenia and a Possible Role of Anhedonia. *Schizophrenia Research and Treatment*, 2018, 5917475. doi:10.1155/2018/5917475
- Gueorguieva, R., & Krystal, J. H. (2004). Move over ANOVA: progress in analyzing repeated-measures data and its reflection in papers published in the Archives of General Psychiatry. *Arch Gen Psychiatry*, 61(3), 310-317. doi:10.1001/archpsyc.61.3.310
- Hettema, J., Steele, J., & Miller, W. R. (2005). Motivational interviewing. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 91-111. doi:10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.143833
- Heun, R., Papassotiropoulos, A., & Jennssen, F. (1998). The validity of psychometric instruments for detection of dementia in the elderly general population.

- International Journal of Geriatric Psychiatry*, 13(6), 368-380.
doi:10.1002/(sici)1099-1166(199806)13:6<368::aid-gps775>3.0.co;2-9
- Irmak, M. K. (2014). Schizophrenia or possession? *Journal of Religion and Health*, 53(3), 773-777. doi:10.1007/s10943-012-9673-y
- Iwata, K., Matsuda, Y., Sato, S., Furukawa, S., Watanabe, Y., Hatsuse, N., & Ikebuchi, E. (2017). Efficacy of cognitive rehabilitation using computer software with individuals living with schizophrenia: A randomized controlled trial in Japan. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 40(1), 4-11. doi:10.1037/prj0000232
- Jochems, E. C., Duivenvoorden, H. J., van Dam, A., van der Feltz-Cornelis, C. M., & Mulder, C. L. (2017). Motivation, treatment engagement and psychosocial outcomes in outpatients with severe mental illness: a test of Self-Determination Theory. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 26(3). doi:10.1002/mpr.1537
- Taylor, R. R. (2017) *Kielhofner's model of human occupation: theory and application* [Kindle Edition version]. Retrieved from <https://www.amazon.com/Kielhofners-Model-Human-Occupation-Application-ebook/dp/B01N3CA11C>
- Kim, B. H., Shin, Y. B., Kyeong, S., Lee, S. K., & Kim, J. J. (2018). Disrupted salience processing involved in motivational deficits for real-life activities in patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 197, 407-413. doi:10.1016/j.schres.2018.01.019
- Kring, A. M., & Barch, D. M. (2014). The motivation and pleasure dimension of negative symptoms: neural substrates and behavioral outputs. *European Neuropsychopharmacology*, 24(5), 725-736. doi:10.1016/j.euroneuro.2013.06.007
- Krynicky, C. R., Uptegrove, R., Deakin, J. F. W., & Barnes, T. R. E. (2018). The relationship between negative symptoms and depression in schizophrenia: a systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 137(5), 380-390. doi:10.1111/acps.12873
- Lee, Driban, J. B., Price, L. L., Harvey, W. F., Rodday, A. M., & Wang, C. (2017). Responsiveness and Minimally Important Differences for 4 Patient-Reported Outcomes Measurement Information System Short Forms: Physical Function, Pain Interference, Depression, and Anxiety in Knee Osteoarthritis. *The Journal of Pain*, 18(9), 1096-1110. doi:10.1016/j.jpain.2017.05.001
- Lee, Liao, S. C., Lee, Y. J., Wu, C. H., Tseng, M. C., Gau, S. F., & Rau, C. L. (2003). Development and verification of validity and reliability of a short screening instrument to identify psychiatric morbidity. *Journal of the Formosan Medical Association*, 102(10), 687-694.

- Lee, S. W., Taylor, R., Kielhofner, G., & Fisher, G. (2008). Theory use in practice: a national survey of therapists who use the Model of Human Occupation. *The American Journal of Occupational Therapy*, 62(1), 106-117. doi:10.5014/ajot.62.1.106
- Lutgens, D., Garipey, G., & Malla, A. (2017). Psychological and psychosocial interventions for negative symptoms in psychosis: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 210(5), 324-332. doi:10.1192/bjp.bp.116.197103
- Luther, L., Fischer, M. W., Johnson-Kwochka, A. V., Minor, K. S., Holden, R., Lapish, C. L., . . . Salyers, M. P. (2020). Mobile enhancement of motivation in schizophrenia: A pilot randomized controlled trial of a personalized text message intervention for motivation deficits. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 88(10), 923-936. doi:10.1037/ccp0000599
- MacRae, A. M. (1993). Coping with hallucinations: A phenomenological study of the everyday lived experience of people with hallucinatory psychosis.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2012). *Motivational interviewing: Helping people change*. NY: Guilford press.
- Miller, W. R., & Rose, G. S. (2009). Toward a theory of motivational interviewing. *American Psychologist*, 64(6), 527-537. doi:10.1037/a0016830
- Millier, A., Schmidt, U., Angermeyer, M., Chauhan, D., Murthy, V., Toumi, M., & Cadi-Soussi, N. (2014). Humanistic burden in schizophrenia: a literature review. *Journal of Psychiatric Research*, 54, 85-93. doi:10.1016/j.jpsychires.2014.03.021
- 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. *The American Journal of Geriatric Psychiatry* 12(4), 412-419. doi:10.1176/appi.ajgp.12.4.412
- Morrison, A. P., Turkington, D., Pyle, M., Spencer, H., Brabban, A., Dunn, G., . . . Hutton, P. (2014). Cognitive therapy for people with schizophrenia spectrum disorders not taking antipsychotic drugs: a single-blind randomised controlled trial. *The Lancet*, 383(9926), 1395-1403. doi:10.1016/s0140-6736(13)62246-1
- Neville, A., Kreisberg, A., & Kielhofner, G. (1985). Temporal dysfunction in schizophrenia. *Occupational Therapy in Mental Health*, 5(1), 1-19. doi:10.1300/J004v05n01_01
- Ochoa, S., López-Carrilero, R., Barrigón, M., Pousa, E., Barajas, A., Lorente-Rovira, E., . . . Cid, J. (2017). Randomized control trial to assess the efficacy of metacognitive training compared with a psycho-educational group in people with a recent-onset psychosis. *Psychological Medicine*, 47(9), 1573-1584.

doi:10.1017/S0033291716003421

- Olson, L. (2010). Examining schizophrenia and sensory modulation disorder: A review of the literature. *American Occupational Therapy Association: Sensory Integration Special Interest Section Quarterly*, 33(1), 1-3.
- Palumbo, D., Mucci, A., Piegari, G., D'Alise, V., Mazza, A., & Galderisi, S. (2017). SoCIAL - training cognition in schizophrenia: a pilot study. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 13, 1947-1956. doi:10.2147/ndt.S136732
- Pokos, V., & Castle, D. (2006). Prevalence of comorbid anxiety disorders in schizophrenia spectrum disorders: a literature review. *Current Psychiatry Reviews*, 2(3), 285-307. doi:10.2174/157340006778018193
- Pot-Kolder, R., Geraets, C. N. W., Veling, W., van Beilen, M., Staring, A. B. P., Gijssman, H. J., . . . van der Gaag, M. (2018). Virtual-reality-based cognitive behavioural therapy versus waiting list control for paranoid ideation and social avoidance in patients with psychotic disorders: a single-blind randomised controlled trial. *Lancet Psychiatry*, 5(3), 217-226. doi:10.1016/s2215-0366(18)30053-1
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 390-395. doi:10.1037//0022-006x.51.3.390
- Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion*, 12(1), 38-48. doi:10.4278/0890-1171-12.1.38
- Romain, A. J., & Abdel-Baki, A. (2017). Using the transtheoretical model to predict physical activity level of overweight adults with serious mental illness. *Psychiatry Research*, 258, 476-480. doi:10.1016/j.psychres.2017.08.093
- Rubak, S., Sandbaek, A., Lauritzen, T., & Christensen, B. (2005). Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *The British Journal of General Practice*, 55(513), 305-312.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Intrinsic and Extrinsic Motivations: Classic Definitions and New Directions. *Contemporary Educational Psychology*, 25(1), 54-67. doi:10.1006/ceps.1999.1020
- Schalet, B. D., Pilkonis, P. A., Yu, L., Dodds, N., Johnston, K. L., Yount, S., . . . Cella, D. (2016). Clinical validity of PROMIS Depression, Anxiety, and Anger across diverse clinical samples. *Journal of Clinical Epidemiology*, 73, 119-127. doi:10.1016/j.jclinepi.2015.08.036
- Schlosser, D. A., Campellone, T. R., Truong, B., Etter, K., Vergani, S., Komaiko, K., & Vinogradov, S. (2018). Efficacy of PRIME, a Mobile App Intervention Designed to Improve Motivation in Young People With Schizophrenia.

- Schizophrenia Bulletin*, 44(5), 1010-1020. doi:10.1093/schbul/sby078
- Shawyer, F., Farhall, J., Thomas, N., Hayes, S. C., Gallop, R., Copolov, D., & Castle, D. J. (2017). Acceptance and commitment therapy for psychosis: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 210(2), 140-148. doi:10.1192/bjp.bp.116.182865
- Shimada, T., Ohori, M., Inagaki, Y., Shimooka, Y., Sugimura, N., Ishihara, I., . . . Kobayashi, M. (2018). A multicenter, randomized controlled trial of individualized occupational therapy for patients with schizophrenia in Japan. *PLoS One*, 13(4), e0193869. doi:10.1371/journal.pone.0193869
- Smith, N. R., Kielhofner, G., & Watts, J. H. (1986). The relationships between volition, activity pattern, and life satisfaction in the elderly. *The American Journal of Occupational Therapy*, 40(4), 278-283. doi:10.5014/ajot.40.4.278
- Steel, C., Korrelboom, K., Fazil Baksh, M., Kingdon, D., Simon, J., Wykes, T., . . . van der Gaag, M. (2020). Positive memory training for the treatment of depression in schizophrenia: A randomised controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 135, 103734. doi:10.1016/j.brat.2020.103734
- Tanaka, G., Mori, S., Inadomi, H., Hamada, Y., Ohta, Y., & Ozawa, H. (2007). Clear distinction between preattentive and attentive process in schizophrenia by visual search performance. *Psychiatry Research*, 149(1-3), 25-31. doi:10.1016/j.psychres.2006.01.014
- Vanderwaal, F. M. (2015). Impact of Motivational Interviewing on Medication Adherence in Schizophrenia. *Issues in Mental Health Nursing*, 36(11), 900-904. doi:10.3109/01612840.2015.1058445
- Velligan, D. I., Bow-Thomas, C. C., Huntzinger, C., Ritch, J., Ledbetter, N., Prihoda, T. J., & Miller, A. L. (2000). Randomized controlled trial of the use of compensatory strategies to enhance adaptive functioning in outpatients with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 157(8), 1317-1323. doi:10.1176/appi.ajp.157.8.1317
- Velligan, D. I., Roberts, D., Mintz, J., Maples, N., Li, X., Medellin, E., & Brown, M. (2015). A randomized pilot study of MOtiVation and Enhancement (MOVE) Training for negative symptoms in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 165(2-3), 175-180. doi:10.1016/j.schres.2015.04.008
- Wang, L. Q., Chien, W. T., Yip, L. K., & Karatzias, T. (2016). A randomized controlled trial of a mindfulness-based intervention program for people with schizophrenia: 6-month follow-up. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, 3097-3110. doi:10.2147/ndt.S123239
- Westman, J., Eberhard, J., Gaughran, F. P., Lundin, L., Stenmark, R., Edman, G., . . . Ösby, U. (2019). Outcome of a psychosocial health promotion intervention

- aimed at improving physical health and reducing alcohol use in patients with schizophrenia and psychotic disorders (MINT). *Schizophrenia Research*, 208, 138-144. doi:10.1016/j.schres.2019.03.026
- Yao, G., Chung, C. W., Yu, C. F., & Wang, J. D. (2002). Development and verification of validity and reliability of the WHOQOL-BREF Taiwan version. *Journal of the Formosan Medical Association*, 101(5), 342-351.
- Yıldız, E. (2020). The effects of acceptance and commitment therapy in psychosis treatment: A systematic review of randomized controlled trials. *Perspectives in Psychiatric Care*, 56(1), 149-167. doi:10.1111/ppc.12396
- Yıldız, E., & Aylaz, R. (2020). How Counseling Based on Acceptance and Commitment Therapy and Supported With Motivational Interviewing Affects the Perceptions of Treatment Motivation in Patients Diagnosed With Schizophrenia: A Qualitative Study. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 1078390320945380. doi:10.1177/1078390320945380
- 王勝輝。應用動機再促進方案於精神分裂症患者之成效研究。碩士論文，國立臺灣大學職能治療研究所，2014。https://hdl.handle.net/11296/8uc7wd。
- 王勝輝、潘瓊琬、李明濱、鍾麗英 (2019)。應用動機再促進方案於思覺失調症患者之成效初探。職能治療學會雜誌，37，頁 55-79。
- 邱震寰、郭千哲、陳映燁、陳喬琪、李明濱、林俊宏、... 林純綺 (2006)。初次自殺企圖者與重複自殺企圖者流行病學特徵之比較。北市醫學雜誌，3，頁 1000-1007。
- 姚開屏、錢承君、張育誠、林韋伶、王榮德、謝清麟、林茂榮 (2017)。台灣版 WHOQOL-OLD 問卷之發展與驗證。台灣公共衛生雜誌，36，頁 239-258。
- 張千惠、鄭永福、金慧珍、李昕寧 (2013)。台灣簡明版世界衛生組織生活品質問卷 (WHOQOL-BREF) 應用於重度視障成人樣本之信、效度考驗研究。教育心理學報，44，頁 521-536。
- 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，頁 52-59。
- 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】**。未出版之原始資料。
- 楊明山 (2007)。中文版意志量表之信度與效度研究。國立臺灣大學職能治療研究所碩士論文，台北市。取自 https://hdl.handle.net/11296/jbwsdm
- 楊明山、曾美智、李明濱、鍾麗英、潘瓊琬 (2007)。意志量表中文版之發展與應用於憂鬱症患者再測信度之初步探究。臺灣職能治療研究與實務雜誌，3，頁 11-18。
- 楊明山、潘瓊琬 (2007) 意志量表。台灣大學職能治療學系。台北，台灣。

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。



附錄一：動機再促進團體活動表

序號	主要模式	主要階段	使用策略	單元主題	單元內容	相關表單
1	個別	職能認同探討	● 運用探索階層中的策略	美好的一天	(1) 介紹一系列八次活動及說明集點卡與學習手冊。 (2) 暖身：特質猜一猜：請成員書寫自身特質並讓其他成員猜哪位參與者具備那些特質。 (3) 主活動： i. 填寫我生活的一天(一日職能活動) ii. 完成我的一天圓餅圖(分類職能)並寫出認為重要的職能 (4) 成員分享與總結	附錄二： 我生活的一天 附錄三： 我的一天圓餅圖
2	個別	職能勝任確認	● 運用勝任階層中的策略	給未來的自己	(1) 暖身：優缺點疊疊樂-參與者思考想改掉的缺點及想建立的能力。 (2) 主活動： i. 填寫重要職能及戰力分析表檢視自身目前勝任重要職能的情況並與成員分享做得好與不好之處。 ii. 設立個人目標並寫下，送給未來的自己。 (3) 成員分享與總結	附錄四： 重要職能分析表 附錄五： 戰力分析表

序號	主要模式	主要階段	使用策略	單元主題	單元內容	相關表單
3	探索	1.1 確認	<ul style="list-style-type: none"> ● 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 	人生調色盤	<p>(1) 暖身：色彩小學堂-請各位成員選擇一張代表今天自己的顏色並分享。</p> <p>(2) 主活動：</p> <p>i. 請成員於生調色盤講義塗上過往人生的代表色，再寫下影響人生重要的三件事並分享。</p> <p>ii. 完成接下來人生顏色，引導個案思考想過什麼顏色的人生，自己可以選擇與改變人生顏色。</p> <p>(3) 成員分享與總結</p>	附錄六：生命調色盤
4	探索	1.2 環境探索的傾向	<ul style="list-style-type: none"> ● 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 	探索祕密基地	<p>(1) 暖身：空間感應-準備十張不同空間的照片，讓成員分享看到照片的感覺及原因。</p> <p>(2) 主活動：</p> <p>i. 請各成員思考自己於醫院內最喜歡的一空間並分享</p> <p>ii. 請成員完成祕密基地學習單包含最喜歡的地點與活動。</p> <p>iii. 分享與討論每個人祕密基地</p> <p>(3) 成員分享與總結</p>	附錄七：我的祕密基地

序號	主要模式	主要階段	使用策略	單元主題	單元內容	
5	探索	1.3 做選擇 1.4 行動中的 愉悅與效能	<ul style="list-style-type: none"> ● 增加新奇的經驗（新的環境、人物等） ● 增加參與活動的邀請 ● 促進參與合作的方案 ● 合併回饋 ● 促進生命故事的感覺 	綠手指變變變	(1) 暖身：分享過去種植經驗 (2) 主活動： <ol style="list-style-type: none"> i. 種植綠豆芽(清洗、放入培養器) ii. 分工綠豆芽照顧工作(澆水、紀錄) (3) 成員分享與總結	附錄八： 種植排班表
6	勝任	2.1 達到新的 表現期待	<ul style="list-style-type: none"> ● 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 	綠手指經驗談	(1) 暖身：分享栽種成果 (2) 主活動： <ol style="list-style-type: none"> i. 分組分工烹飪綠豆芽 ii. 填寫綠手指角色分析表並分享 (1) 總結	附錄九： 綠手指角色分析表

序號	主要模式	主要階段	使用策略	單元主題	單元內容	
7	勝任	2.2 增加角色的責任及挑戰	<ul style="list-style-type: none"> ● 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 	我的生活獎狀	(1) 暖身：分享自身感到驕傲的事 (2) 主活動： <ol style="list-style-type: none"> i. 製作生活獎狀，鼓勵參與者寫下自己值得讚賞的事件。 ii. 分享獎狀內容及相互回饋。 (3) 總結	附錄十：生活獎狀
8	成就	3.1 自我監控及確認必要的技巧 3.2 自我擁護	<ul style="list-style-type: none"> ● 建議 ● 給予回饋 ● 提供資訊與資源 ● 退居幕後 	我的未來不是夢	(1) 暖身：回顧第二次上課訂定的目標，檢視是否更接近目標。 (2) 主活動： <ol style="list-style-type: none"> i. 填寫職能自我評量表(occupation self-assessment) 圈選每個職能的重要性與勝任程度，學習如何監測自身表現與評分。 ii. 分享職能勝任狀況並訂定目標，從中教導目標訂定與監測方法。並製作目標小卡。 (3) 回顧八次活動內容並頒獎。 (4) 成員分享心得與總結。	附錄十一：職能自我評估表 附錄十二：自我規劃表

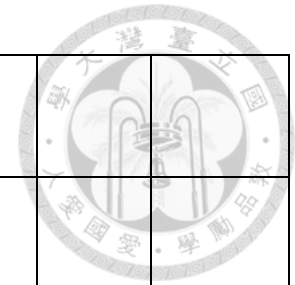
附錄二：動機再促進團體活動學習單-我生活的一天



我生活的一天

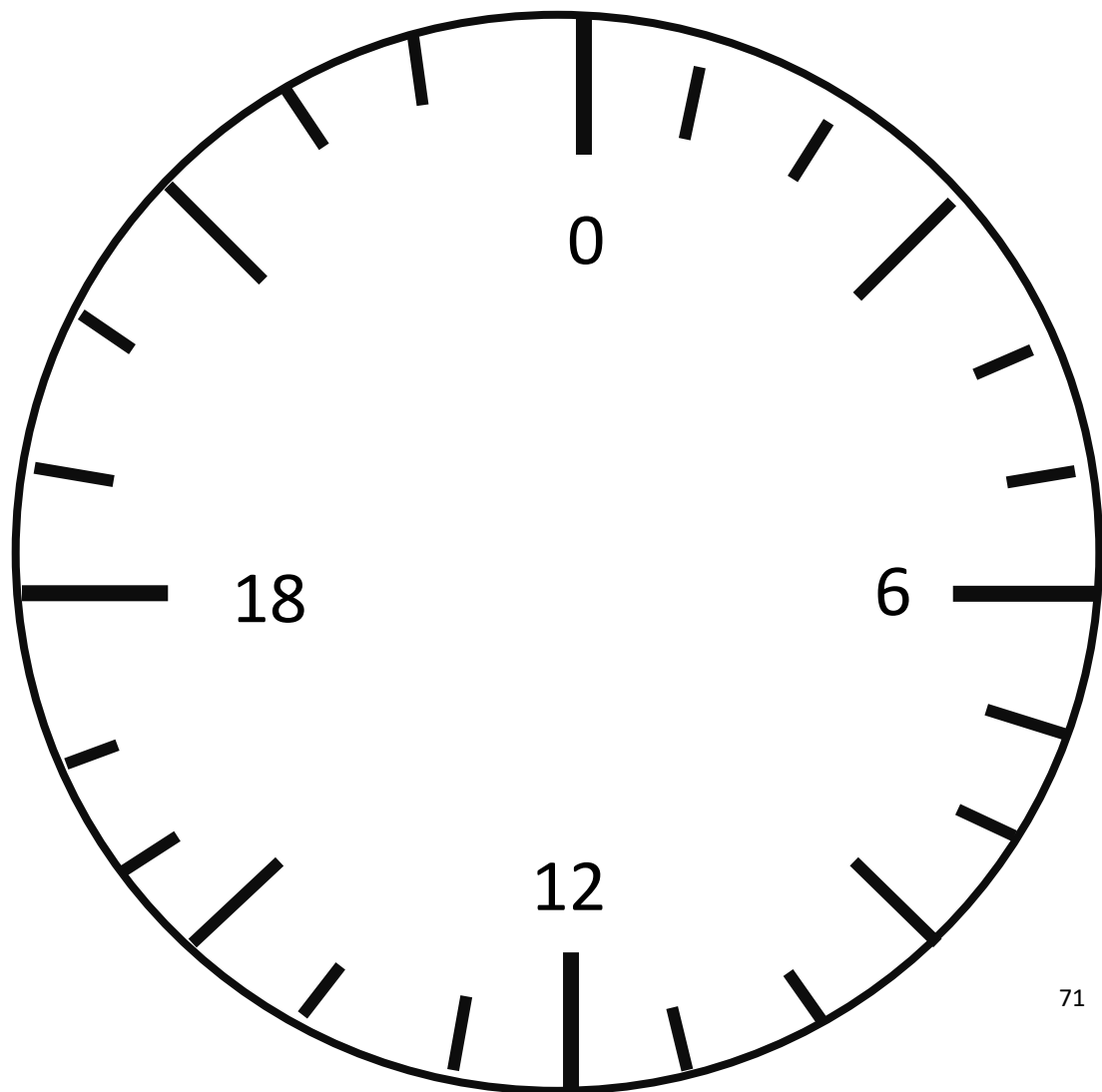
時間	活動內容	活動 種類	是否 獨自做	時間	活動內容	活動 種類	是否 獨自做
00:00-01:00				12:00-13:00			
01:00-02:00				13:00-14:00			
02:00-03:00				14:00-15:00			
03:00-04:00				15:00-16:00			
04:00-05:00				16:00-17:00			

05:00-06:00				17:00-18:00		
07:00-08:00				18:00-19:00		
08:00-09:00				20:00-21:00		
09:00-10:00				21:00-22:00		
10:00-11:00				22:00-23:00		
11:00-12:00				25:00-24:00		





我的一天圓餅圖



依照活動種類，在時鐘上塗相對應顏色

1. 日常生活活動-黃色
2. 睡覺與休息-藍色
3. 工作或讀書-紅色
4. 玩樂與休息-綠色
5. 社交/社區活動-粉紅色

請列出生活上對你而言很重要的活動或現在缺少但重要的活動。

1. _____

2. _____

3. _____



附錄四：動機再促進團體活動學習單-重要職能分析表

對我來說重要的活動(想做、需要做、期待去)

OT 活動 (產業加工、運動團體...等)

1. _____

2. _____

3. _____

生活習慣 (規律作息、抽菸、運動...等)

1. _____

2. _____

3. _____

社交互動 (與家人聯繫、交朋友等)

1. _____

2. _____

3. _____

自我清潔 (洗澡、單位整理、洗衣)

1. _____

2. _____

3. _____

休閒娛樂 (閱讀、聊天...等)

1. _____

2. _____

3. _____

其他 (交通、工作、回家生活)

1. _____

2. _____

3. _____



附錄五：動機再促進團體活動學習單-戰力分析表

戰力分析表

這張表協助我們分析自己能力是否可以完成自己覺得重要的事。先寫下對自己重要的職能活動，再分別回答題目，每題目作答的量尺，1分代表不同意、2分代表普通、三分代表同意，在量尺上畫下自己認同题目的程度。

重要的職能活動	1. _____	2. _____	3. _____
這件事對我的意義是 (如：必須要做、喜歡做)			
我認為我可以完成這件事的程度			
做這件事情讓我覺得很開心的程度			
我有自己一套有效率的方法完成這件事			
我知道該怎麼完成這件事			
碰到問題我知道該怎麼處理			
我的體耐力與身體功能能完成這件事			

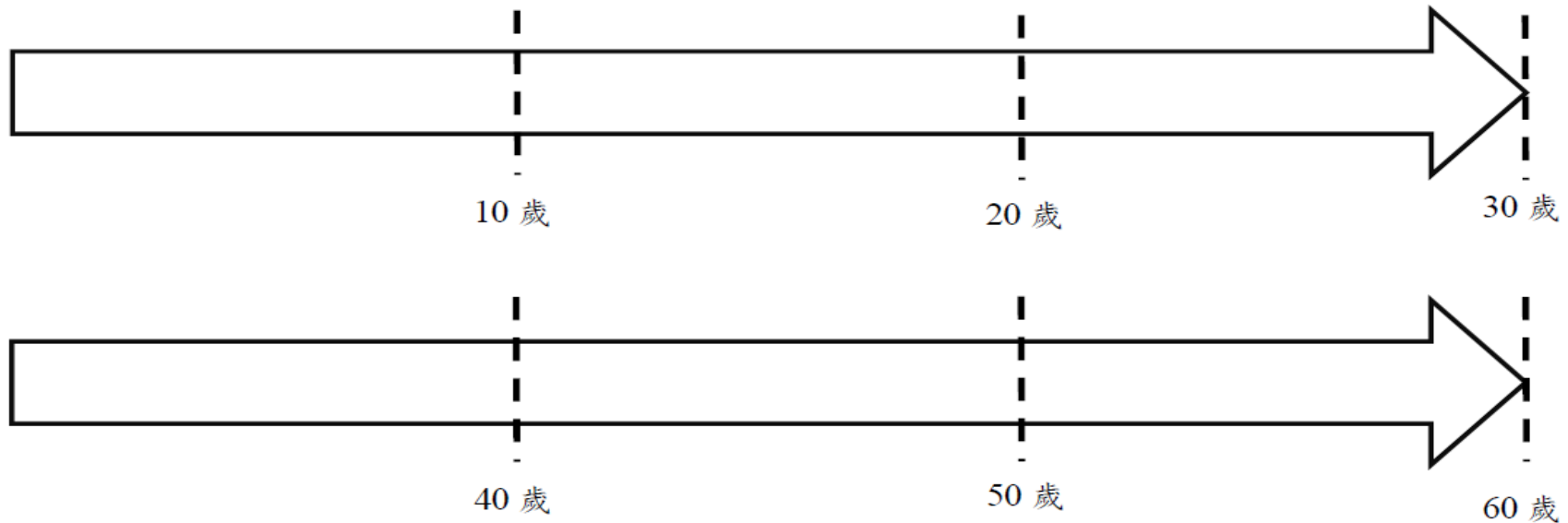
我該改進的目標 1. _____ 2. _____⁷³ 3. _____



生命調色盤

姓名：

第一部分：請依照生命時間點所經歷的事件，畫上代表當時感受的顏色。



第二部分：請寫下影響人生最大的三件事情，即發生的年紀。

1. 事件 _____ 2. 事件 _____ 3. 事件 _____



我的秘密基地

- 姓名：

- 醫院中最喜歡的地方：

- 為什麼最喜歡這個地方？

- 我最喜歡在這個地方做什麼？

- 這個地方帶給我什麼感覺？

- 通常這地方還有誰？

- 想帶誰來這邊？



豆芽澆水表



日期	負責人	早 上	下 午	紀錄 (公分)
				公分
				公分
				公分
				公分

綠手指角色分析表



喜歡栽種與烹飪的活動嗎?

非常不喜歡 不喜歡 普通 喜歡 非常喜歡

最喜歡活動的哪一個部分?

我負責的工作是?

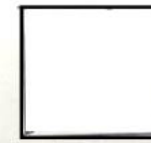
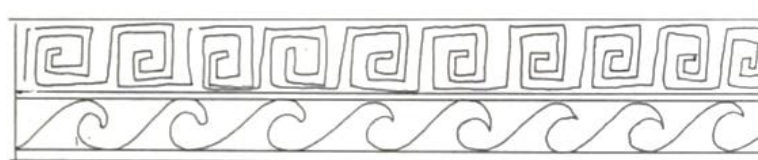
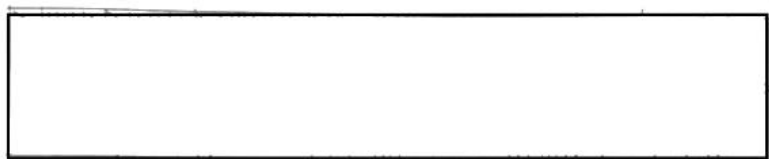
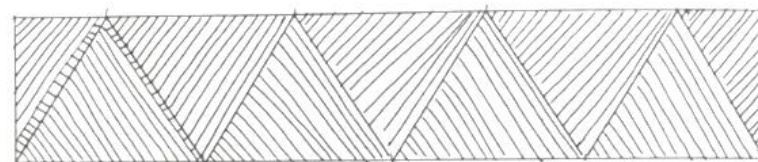
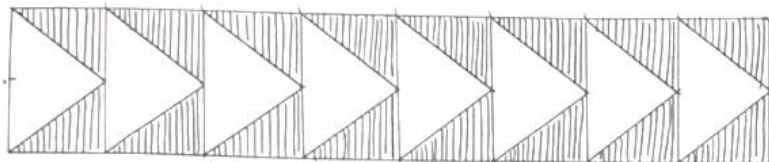
覺得自己做得很好的是?

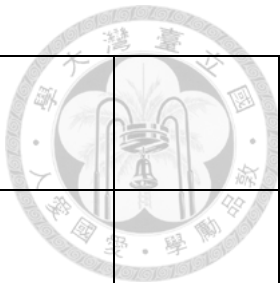
覺得自己要再改善的是?



附錄十：人生獎狀

獎狀邊框





		<p style="text-align: center;">獎 狀</p> <p>恭賀_____先生/小姐， 榮獲_____人生貢獻獎項， 特頒獎狀，以此鼓勵。</p>	



『職能自我評估』追蹤表

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。

	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
專注於我的活動或工作上	許多困難	一些困難	可以做好	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	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	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	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	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	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	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、服藥）	許多困難	一些困難	可以做好	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	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	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	非常好	不那麼重要	重要	比較重要	最為重要
放鬆並享受生活的樂趣	許多困難	一些困難	可以做好	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	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	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	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	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	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	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	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	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	非常好	不那麼重要	重要	比較重要	最為重要



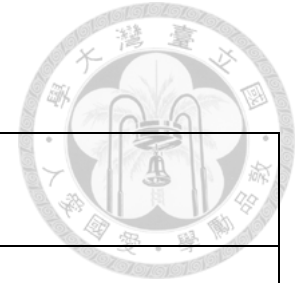
『職能自我評估』追蹤表
我周遭的環境

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。			
	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
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、或志工服務的地方。	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、或志工服務時所需的物品。	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
有和我一起做事情的人。	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
有我可以享受生活樂趣的地方。	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

附錄十二：自我規劃表



姓名：_____ 日期：_____		
半年後想達到的目標：	三個月內的目標：	該怎麼做(計畫)?
半年後想達到的目標：	三個月內的目標：	該怎麼做(計畫)?
半年後想達到的目標：	三個月內的目標：	該怎麼做(計畫)?

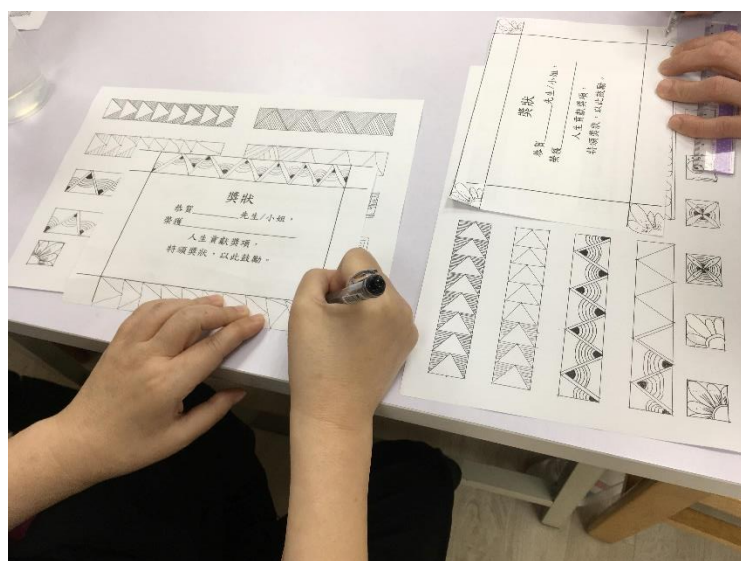
附錄十三：動機再促進團體活動照片



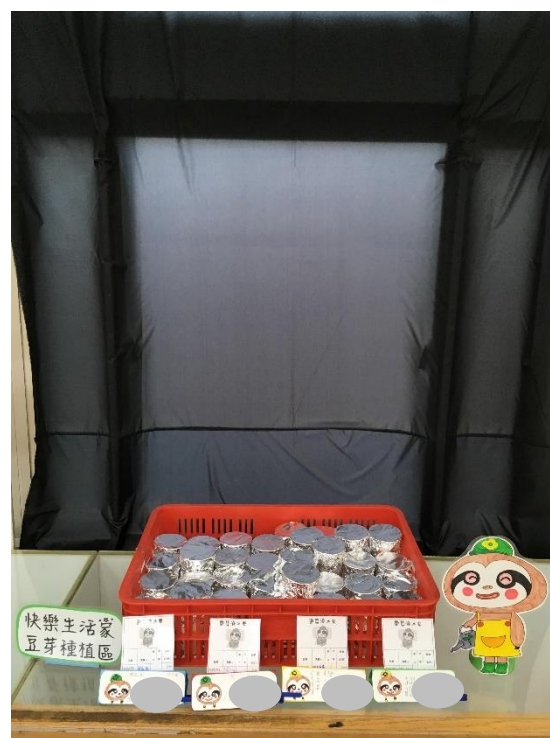
↑ 活動集點卡



↑ 活動進行中



↑ 製作生活獎狀(結合禪繞畫)



↑ 綠豆芽種植



臺北市立聯合醫院人體研究倫理審查委員會
Taipei City Hospital Research Ethics Committee
計畫執行許可書


民國 109 年 03 月 26 日
聯絡人：黃鈺娟
電話：(02)27093600 分機 3802
傳真：(02)27079021

案件編號：TCHIRB-10812016
計畫名稱：動機再促進介入模式應用於慢性思覺失調症患者之成效
計畫主持人：李劭（松德院區）
計畫期間為民國 109 年 01 月 01 日起至民國 109 年 12 月 31 日
上述計畫業經本院 109 年第 3 次人體研究倫理審查委員會會議審查(追認核備)，民國 109 年 03 月 23 日審查通過，特此證明。

本許可書之有效期限為民國 109 年 03 月 23 日起至民國 109 年 12 月 31 日止。

※追認核備之案件，若會議有疑義時，本會有權撤銷此計畫執行許可書。
※未完成期中報告或結案報告者不得申請新案。
※請於計畫執行許可書有效期限到期前一個月內繳交期中報告。
※請於計畫執行許可書到期前繳交結案報告。
※計畫內容若有任何修改或增減，計畫主持人或計畫委託單位需於許可書有效期限到期日 6 週前檢送修正案至本會，經審查通過後方可實施。

本次通過相關文件/版本：
中文計畫書摘要表 版本/日期：Ver2.0_1090318
計畫書 版本/日期：Ver1.0_1081122
受試者同意書 版本/日期：Ver4.0_1090318
個案報告表 版本/日期：Ver1.0_1081128
基本資料表 版本/日期：Ver2.0_1090107
台灣簡明版世界衛生組織生活品質問卷 版本/日期：Ver1.0_1081206
台大症狀量表 版本/日期：Ver2.0_1090107
個案自陳成效測量資訊系統-情緒相關量表(簡短版) 版本/日期：Ver2.0_1090107
簡式症狀量表 版本/日期：Ver2.0_1090107
簡易智能評估 版本/日期：Ver2.0_1090107
意志量表 版本/日期：Ver2.0_1090107
招募海報

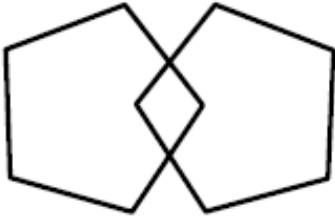
楊文理 
臺北市立聯合醫院人體研究倫理審查委員會主任委員





簡易智能評估(MMSE)

姓名：_____、年齡：_____歲、教育：_____年

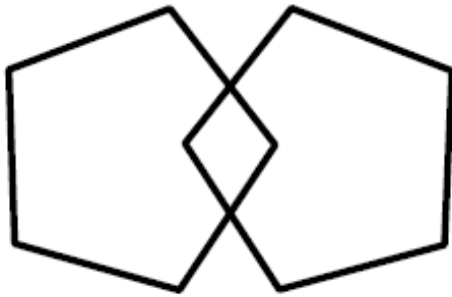
項目(計分)	總分	得分
今天是民國幾年(1)、幾月(1)、幾日(1)、星期幾(1)、什麼季節(1)	5	
在哪裡?台北縣市(1)、區(1)、醫院(1)、幾樓(1)、病房(1)	5	
請跟著我唸，必須記住三項東西，我說完後，您重複一次。 <input type="checkbox"/> 紅色(1) <input type="checkbox"/> 快樂(1) <input type="checkbox"/> 腳踏車(1)	3	
計算題目，100-7 是多少?下一個呢?再下一個呢? <input type="checkbox"/> 93 (1) <input type="checkbox"/> 86 (1) <input type="checkbox"/> 79(1) <input type="checkbox"/> 72(1) <input type="checkbox"/> 65(1)	5	
剛剛我請您記的三項東西是什麼呢? <input type="checkbox"/> 紅色(1) <input type="checkbox"/> 快樂(1) <input type="checkbox"/> 腳踏車(1)	3	
(拿出鉛筆) 請問這是什麼? (1) (拿出手錶) 這是什麼? (1)	2	
請跟著我唸：(國語)：有來無往不自在 擇一進行(1) (台語)：有來無去真趣味	1	
請您依照指示作下面三個步驟(各1分) <input type="checkbox"/> 請您(左/右)手(非慣用手)拿這張紙(1) <input type="checkbox"/> 對折一半 (1) <input type="checkbox"/> 交回給我 (1)	3	
請您讀這行字，然後做出動作。 【請閉上眼睛】 (1)	1	
請寫下一句完整的句子 (含主詞、動詞、受詞)(1)	1	
請畫出相同的圖型(1) 	1	
總分：	30	
評估者：		

施測日期 年 月 日



✓ 請做出下列的動作

【請閉上眼睛】





意志量表 (多重觀察)

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
顯現自豪或滿意	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
表示此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



台灣簡明版世界衛生組織生活品質問卷(WHOQOL-BREF)

1. 整體來說，您如何評價您的生活品質？
極不好 不好 中等程度好 好 極好
2. 整體來說，您滿意自己的健康嗎？
極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意
3. 您覺得身體疼痛會妨礙您處理需要做的事情嗎？
完全沒有妨礙 有一點妨礙 中等程度妨礙 很妨礙 極妨礙
4. 您需要靠醫療的幫助應付日常生活嗎？
完全沒有需要 有一點需要 中等程度需要 很需要 極需要
5. 您享受生活嗎？
完全沒有享受 有一點享受 中等程度享受 很享受 極享受
6. 您覺得自己的生命有意義嗎？
完全沒有 有一點有 中等程度有 很有 極有
7. 您集中精神（含思考、學習、記憶）的能力有多好？
完全不好 有一點好 中等程度好 很好 極好
8. 在日常生活中，您感到安全嗎？
完全不安全 有一點安全 中等程度安全 很安全 極安全
9. 您所處的環境健康嗎？（如污染、噪音、氣候、景觀等）
完全不健康 有一點健康 中等程度健康 很健康 極健康
10. 您每天的生活有足夠的精力嗎？
完全不足夠 少許足夠 中等程度足夠 很足夠 完全足夠
11. 您能接受自己的外表嗎？
完全不能夠 少許能夠 中等程度能夠 很能夠 完全能夠
12. 您有足夠的金錢應付所需嗎？
完全不足夠 少許足夠 中等程度足夠 很足夠 完全足夠
13. 您能方便得到每日生活所需的資訊嗎？
完全不方便 少許方便 中等程度方便 很方便 完全方便



14. 您有機會從事休閒活動嗎？
完全沒有機會 少許機會 中等程度機會 很有機會 完全有機會
15. 您四處行動的能力好嗎？
完全不好 有一點好 中等程度好 很好 極好
16. 您滿意自己的睡眠狀況嗎？
極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意
17. 您對自己從事日常活動的能力滿意嗎？
極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意
18. 您滿意自己的工作能力嗎？
極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意
19. 您對自己滿意嗎？
極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意
20. 您滿意自己的人際關係嗎？
極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意
21. 您滿意自己的性生活嗎？
極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意
22. 您滿意朋友給您的支持嗎？
極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意
23. 您滿意自己住所的狀況嗎？
極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意
24. 您對醫療保健服務的方便程度滿意嗎？
極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意
25. 您滿意所使用的交通運輸方式嗎？
極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意
26. 您常有負面的感受嗎？（如擔心、傷心、緊張、焦慮、憂鬱等）
從來沒有 不常有 一半有一半沒有 很常有 一直都有
27. 您覺得自己有面子或被尊重嗎？
完全沒有 有一點有 中等程度有 很有 極有
28. 您想吃的食物通常都能吃到嗎？
從來沒有 不常有 一半有一半沒有 很常有 一直都有

附錄十八：台大症狀量表



台大症狀量表 (37 題)

下列 37 題是一般人常碰到的問題，請您詳細閱讀，然後請您根據您最近一星期 (包括今天) 之中使您困擾或苦惱的程度，在題目右邊空格之一打勾。

您被下列問題困擾到什麼程度? (根據最近一星期的狀況作答)

	沒有	輕度	中度	強度	極度
1. 睡不著，常作夢					
2. 與別人相處，被注視或被談論時會覺得不自在					
3. 為求完美而做事緩慢					
4. 頭暈，頭重腳輕					
5. 心砰砰跳或呼吸困難					
6. 感情敏銳，容易受傷害					
7. 擔心算錯數目而反覆計算					
8. 覺得身體麻木或刺痛					
9. 精力衰退，動作遲鈍或做事吃力					
10. 自己一個人時會覺得不安					
11. 全身倦怠，容易疲勞					
12. 常與別人起爭論					
13. 緊張惶恐，坐立不安					
14. 憂鬱、煩躁、寂寞或容易啜泣					
15. 注意力不容易集中					
16. 肌肉痠痛或腰酸背痛					
17. 在人擁擠處，如車站或百貨公司會覺得心神不定					
18. 對已經完成的事沒把握，須反覆查看					
19. 噁心反胃或胃口不好					
20. 彷彿大禍臨頭，心中陣陣害怕或恐慌					
21. 大家不了解、不同情或不喜歡你					
22. 覺得悲痛，前途渺茫或自己沒有價值					

23. 頭痛					
24. 不敢與別人，尤其是異性，雙目對視					
25. 對任何事，包括性在內，都提不起興趣					
26. 在大街或郊外空曠地方會覺得害怕					
27. 某念頭或字眼盤據心中揮之不去					
28. 脾氣暴躁，易被激怒而失去控制					
29. 想大吼大叫摔東西					
30. 胸部疼痛或心臟痛					
31. 理解力或記憶力都衰退					
32. 做事情時有壓迫感					
33. 覺得處處不如別人或常後悔自己言行					
34. 因懼怕而不得不逃避某些活動或地方					
35. 做事情時不易下決定					
36. 覺得身體有嚴重毛病					
37. 認為自己的心理有問題					



簡式健康量表(BSRS-5)

受訪者資料

姓名：_____ 性別：____ 出生日期：____年____月____日 年齡：_____

電話：_____ 住址：_____

說明：

簡式健康量表(BSRS-5)是由臺大李明濱教授等人所發展，能夠有效偵測個人的心理照護需求，主要在幫助個人快速瞭解自己的身心健康狀態。

本量表所列舉的問題是為協助您瞭解您的身心適應狀況，請您仔細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。本資料僅提供醫療人員治療參考之用，絕對守密，請安心填寫。

	完沒 全有	輕 微	中程 等度	屬 害	非屬 常害
1. 感覺緊張不安.....	0	1	2	3	4
2. 覺得容易苦惱或動怒.....	0	1	2	3	4
3. 感覺憂鬱、心情低落.....	0	1	2	3	4
4. 覺得比不上別人.....	0	1	2	3	4
5. 睡眠困難，譬如難以入睡、易醒或早醒...	0	1	2	3	4
6. 有自殺的想法.....	0	1	2	3	4

得分：0-5分 身心障礙狀況良好

6-9分 輕度情緒困擾，建議給予情緒支持

10-14分 中度情緒困擾，建議轉介精神科治療或接受專業諮詢

15分以上 重度情緒困擾，建議轉介精神科治療或接受專業諮詢

第6題為附加題，若前5題總分小於6分，但本題評分為2分以上(中等程度)時，宜考慮轉介至精神科別。

本案得分 超過6分 第6題獨立得分，處置情形如下：_____

※ 24小時安心服務專線電話：0800-788995 或生命線服務專線 1995。

附錄二十：個案自陳成效測量資訊系統-情緒相關量表-簡短版
(Patient-Reported Outcomes Measurement Information Systems, PROMIS-short form)

版權：PROMIS center

PROMIS National Center chair: 潘瓊琬

PROMIS 試題庫 1.0 版-情緒困擾-憂鬱-短版-4a

請回答下列每一個問題，並對每一個問題選一個適當的答案在方格內做記號。
在過去七天內...

題號		試題	從不	很少	有時	經常	總是
EDDEP04	1	我覺得自己沒有用。	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
EDDEP06	3	我感到無助。	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
EDDEP29	15	我感到沮喪。	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
EDDEP41	21	我感到絕望。	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

PROMIS 項目庫 1.0 版-情緒困擾-焦慮-短版-4a

請回答下列每一個問題，並對每一個問題選一個適當的答案在方格內做記號。
在過去七天內...

題號		試題	從不	很少	有時	經常	總是
EDANX01	1	我感到害怕。	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
EDANX40	19	除了感到焦慮外，我難將精力集中在其他事情上。	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
EDANX41	20	我的擔憂壓垮我。	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
EDANX53	27	我感到不安。	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

PROMIS 試題庫 1.0 版-睡眠相關障礙-短版 8a

請回答下列每一個問題，並對每一個問題選一個適當的答案在方格內做記號。
在過去七天內...

題號		試題	從不	很少	有時	經常	總是
Sleep10	1	因為我睏了，所以難以完成事情。	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Sleep119	3	當我醒來時，我感到清醒。	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Sleep18	7	我覺得累。	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Sleep25	8	因為睡得差，我整天都出問題。	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Sleep27	9	因為睡得差，我難以專注。	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Sleep30	10	因為睡得差，我感到易怒。	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Sleep6	13	白天時我想睡。	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Sleep7	14	我白天時難以保持清醒。	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

PROMIS 試題庫 1.1 版-生氣-短版 5a

請回答下列每一個問題，並對每一個問題選一個適當的答案在方格內做記號。
在過去七天內...

題號		試題	從不	很少	有時	經常	總是
EDANG03	2	我比別人所知的更易被激怒。	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
EDANG09	5	我感到生氣。	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
EDANG15	8	我覺得脾氣快爆發了。	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
EDANG30	15	我脾氣不好。	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
EDANG35	17	我感到心煩。	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

PROMIS 試題庫 1.0 版-睡眠困擾-短版 4a

請回答下列每一個問題，並對每一個問題選一個適當的答案在方格內做記號。
在過去七天內...

題號		試題	很差	差	普通	好	非常好
Sleep109	27	我的睡眠品質是....	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
			完全不會	稍微	普通	相當多	非常多
Sleep116	6	我的睡眠讓我神清氣爽。	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Sleep20	8	我有睡眠問題。	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Sleep44	9	我很難入睡。	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5



活動心得與回饋

1. 整體而言，你對今天活動的滿意度？
非常滿意 滿意 普通 不滿意 非常不滿意
 2. 你能充分了解本團體的目標與規範嗎？
非常了解 了解 普通 不太了解 非常不了解
 3. 你最喜歡今天活動的哪一部分？
 4. 是否滿意團體的進行方式？(活動安排、時間掌握...等)
非常滿意 滿意 普通 不滿意 非常不滿意
 5. 是否滿意自己在活動中的表現？
非常滿意 滿意 普通 不滿意 非常不滿意
 6. 是否滿意自己與他人的互動？
非常滿意 滿意 普通 不滿意 非常不滿意
 7. 是否覺得此活動對自己有幫助？
非常滿意 滿意 普通 不滿意 非常不滿意
 8. 如果有機會，願意再從事一次這樣的活動嗎？
非常滿意 滿意 普通 不滿意 非常不滿意
 9. 其他心得
-
-



打開資料夾

GET

FILE='C:\Users\A4582\Desktop\LMM\LMM-1216.sav'.
DATASET NAME 資料集1 WINDOW=FRONT.

意志量表線性混合模式-發病長度與焦慮程度為共變項

MIXED 意志量表 BY 組別 施測時間 WITH 發病長度 AnxietyTScore
/CRITERIA=CIN(95) MXITER(100) MXSTEP(10) SCORING(1)
SINGULAR(0.000000000001) HCONVERGE(0, ABSOLUTE) LCONVERGE(0,
ABSOLUTE) PCONVERGE(0.000001, ABSOLUTE)
/FIXED=組別 施測時間 發病長度 AnxietyTScore | SSTYPE(3)
/METHOD=REML
/PRINT=SOLUTION
/REPEATED=施測時間 | SUBJECT(編號) COVTYPE(UN).

台大症狀量表線性混合模式-發病長度與焦慮程度為共變項

MIXED 台大症狀量表 BY 組別 施測時間 WITH 發病長度 AnxietyTScore
/CRITERIA=CIN(95) MXITER(100) MXSTEP(10) SCORING(1)
SINGULAR(0.000000000001) HCONVERGE(0, ABSOLUTE) LCONVERGE(0,
ABSOLUTE) PCONVERGE(0.000001, ABSOLUTE)
/FIXED=組別 施測時間 發病長度 AnxietyTScore | SSTYPE(3)
/METHOD=REML
/PRINT=SOLUTION
/REPEATED=施測時間 | SUBJECT(編號) COVTYPE(UN).

簡式症狀量表線性混合模式-發病長度與焦慮程度為共變項

MIXED BRS5 BY 組別 施測時間 WITH 發病長度 AnxietyTScore
/CRITERIA=CIN(95) MXITER(100) MXSTEP(10) SCORING(1)
SINGULAR(0.000000000001) HCONVERGE(0, ABSOLUTE) LCONVERGE(0,
ABSOLUTE) PCONVERGE(0.000001, ABSOLUTE)
/FIXED=組別 施測時間 發病長度 AnxietyTScore | SSTYPE(3)
/METHOD=REML
/PRINT=SOLUTION
/REPEATED=施測時間 | SUBJECT(編號) COVTYPE(UN).



生活品質量表-總分線性混合模式-發病長度與焦慮程度為共變項

MIXED 生活品質總分 BY 組別 施測時間 WITH 發病長度 AnxietyTScore
/CRITERIA=CIN(95) MXITER(100) MXSTEP(10) SCORING(1)
SINGULAR(0.000000000001) HCONVERGE(0, ABSOLUTE) LCONVERGE(0,
ABSOLUTE) PCONVERGE(0.000001, ABSOLUTE)
/FIXED=組別 施測時間 發病長度 AnxietyTScore | SSTYPE(3)
/METHOD=REML
/PRINT=SOLUTION
/REPEATED=施測時間 | SUBJECT(編號) COVTYPE(UN).

生活品質量表-生理線性混合模式-發病長度與焦慮程度為共變項

MIXED 生活品質生理 BY 組別 施測時間 WITH 發病長度 AnxietyTScore
/CRITERIA=CIN(95) MXITER(100) MXSTEP(10) SCORING(1)
SINGULAR(0.000000000001) HCONVERGE(0, ABSOLUTE) LCONVERGE(0,
ABSOLUTE) PCONVERGE(0.000001, ABSOLUTE)
/FIXED=組別 施測時間 發病長度 AnxietyTScore | SSTYPE(3)
/METHOD=REML
/PRINT=SOLUTION
/REPEATED=施測時間 | SUBJECT(編號) COVTYPE(UN).

生活品質量表-心理線性混合模式-發病長度與焦慮程度為共變項

MIXED 生活品質心理 BY 組別 施測時間 WITH 發病長度 AnxietyTScore
/CRITERIA=CIN(95) MXITER(100) MXSTEP(10) SCORING(1)
SINGULAR(0.000000000001) HCONVERGE(0, ABSOLUTE) LCONVERGE(0,
ABSOLUTE) PCONVERGE(0.000001, ABSOLUTE)
/FIXED=組別 施測時間 發病長度 AnxietyTScore | SSTYPE(3)
/METHOD=REML
/PRINT=SOLUTION
/REPEATED=施測時間 | SUBJECT(編號) COVTYPE(CS).

生活品質量表-社會關係線性混合模式-發病長度與焦慮程度為共變項

MIXED 生活品質社會關係 BY 組別 施測時間 WITH 發病長度
AnxietyTScore
/CRITERIA=CIN(95) MXITER(100) MXSTEP(10) SCORING(1)
SINGULAR(0.000000000001) HCONVERGE(0, ABSOLUTE) LCONVERGE(0,
ABSOLUTE) PCONVERGE(0.000001, ABSOLUTE)
/FIXED=組別 施測時間 發病長度 AnxietyTScore | SSTYPE(3)
/METHOD=REML

/PRINT=SOLUTION
/REPEATED=施測時間 | SUBJECT(編號) COVTYPE(CS).



生活品質量表-環境線性混合模式-發病長度與焦慮程度為共變項

MIXED 生活品質環境 BY 組別 施測時間 WITH 發病長度 AnxietyTScore
/CRITERIA=CIN(95) MXITER(100) MXSTEP(10) SCORING(1)
SINGULAR(0.000000000001) HCONVERGE(0, ABSOLUTE) LCONVERGE(0,
ABSOLUTE) PCONVERGE(0.000001, ABSOLUTE)
/FIXED=組別 施測時間 發病長度 AnxietyTScore | SSTYPE(3)
/METHOD=REML
/PRINT=SOLUTION
/REPEATED=施測時間 | SUBJECT(編號) COVTYPE(UN).

個案自陳成效測量資訊系統情緒相關量表-簡短版-憂鬱線性混合模式-發病長度與焦慮程度為共變項

MIXED DepressionTScore BY 組別 施測時間 WITH 發病長度 AnxietyTScore
/CRITERIA=CIN(95) MXITER(100) MXSTEP(10) SCORING(1)
SINGULAR(0.000000000001) HCONVERGE(0, ABSOLUTE) LCONVERGE(0,
ABSOLUTE) PCONVERGE(0.000001, ABSOLUTE)
/FIXED=組別 施測時間 發病長度 AnxietyTScore | SSTYPE(3)
/METHOD=REML
/PRINT=SOLUTION
/REPEATED=施測時間 | SUBJECT(編號) COVTYPE(DIAG).

個案自陳成效測量資訊系統情緒相關量表-簡短版-焦慮線性混合模式-發病長度與焦慮程度為共變項

MIXED AnxietyTScore BY 組別 施測時間 WITH 發病長度
/CRITERIA=CIN(95) MXITER(100) MXSTEP(10) SCORING(1)
SINGULAR(0.000000000001) HCONVERGE(0, ABSOLUTE) LCONVERGE(0,
ABSOLUTE) PCONVERGE(0.000001, ABSOLUTE)
/FIXED=組別 施測時間 發病長度 | SSTYPE(3)
/METHOD=REML
/PRINT=SOLUTION
/REPEATED=施測時間 | SUBJECT(編號) COVTYPE(CS).

個案自陳成效測量資訊系統情緒相關量表-簡短版-睡眠相關障礙線性混合模式-發病長度與焦慮程度為共變項

MIXED SleeprelatedimpairmentTscore BY 組別 施測時間 WITH 發病長度
AnxietyTscore
/CRITERIA=CIN(95) MXITER(100) MXSTEP(10) SCORING(1)
SINGULAR(0.000000000001) HCONVERGE(0, ABSOLUTE) LCONVERGE(0,
ABSOLUTE) PCONVERGE(0.000001, ABSOLUTE)
/FIXED=組別 施測時間 發病長度 | SSTYPE(3)
/METHOD=REML
/PRINT=SOLUTION
/REPEATED=施測時間 | SUBJECT(編號) COVTYPE(CS).

個案自陳成效測量資訊系統情緒相關量表-簡短版-生氣線性混合模式-發病長度與焦慮程度為共變項

MIXED AngerTscore BY 組別 施測時間 WITH 發病長度 AnxietyTscore
/CRITERIA=CIN(95) MXITER(100) MXSTEP(10) SCORING(1)
SINGULAR(0.000000000001) HCONVERGE(0, ABSOLUTE) LCONVERGE(0,
ABSOLUTE) PCONVERGE(0.000001, ABSOLUTE)
/FIXED=組別 施測時間 發病長度 AnxietyTscore | SSTYPE(3)
/METHOD=REML
/PRINT=SOLUTION
/REPEATED=施測時間 | SUBJECT(編號) COVTYPE(DIAG).

個案自陳成效測量資訊系統情緒相關量表-簡短版-睡眠障礙線性混合模式-發病長度與焦慮程度為共變項

MIXED SleepdisturbanceTscore BY 組別 施測時間 WITH 發病長度
AnxietyTscore
/CRITERIA=CIN(95) MXITER(100) MXSTEP(10) SCORING(1)
SINGULAR(0.000000000001) HCONVERGE(0, ABSOLUTE) LCONVERGE(0,
ABSOLUTE) PCONVERGE(0.000001, ABSOLUTE)
/FIXED=組別 施測時間 發病長度 AnxietyTscore | SSTYPE(3)
/METHOD=REML
/PRINT=SOLUTION
/REPEATED=施測時間 | SUBJECT(編號) COVTYPE(DIAG).

附錄二十三：作者簡介



- 中文姓名：彭婉晴
- 英文姓名：Wan-Ching Peng
- 學歷：

國立成功大學 職能治療學系 學士(2011/9-2015/6)

國立臺灣大學 職能治療所 碩士(2018/09-2021/02)

- 工作資歷：

臺北榮民總醫院桃園分院精神科職能治療師(2015/9-2016/4)

臺北市立聯合醫院松德院區職能治療科職能治療師(2016/4-至今)

- 近五年內曾參與之研究計畫：

計畫名稱	計畫內擔任工作	計畫支援機關	起迄年月
動機再促進介入模式應用於慢性思覺失調症患者之成效	協同主持人	臺北市立聯合醫院	自 2020 / 1 至 2020 / 12

- 近五年內曾發表之著作：

彭婉晴、潘瓊琬 (2019 年 6 月)。改善思覺失調症患者動機缺損之介入成效探討：文獻回顧。社團法人中華民國職能治療師公會全國聯合會研討會，台中。

彭婉晴、潘瓊琬 (2019 年 11 月)。人類職能模式運用於精神障礙者之臨床評估與介入探討：個案報告。社團法人臺灣職能治療學會 2019 年會員大會暨第 38 次學術研討會，台北。