

國立臺灣大學醫學院職能治療學系

博士論文

School of Occupational Therapy

College of Medicine

National Taiwan University

Doctoral Dissertation



中風相關職能治療知識適性教學與測驗系統之發展

Development of a Tailored Education and Testing System of

Stroke Related Occupational Therapy Knowledge

吳姿誼

Tzu-Yi Wu

指導教授：謝清麟 博士

Advisor: Ching-Lin Hsieh, Ph.D.

中華民國 105 年 1 月

January, 2016



國立臺灣大學博士學位論文

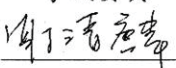
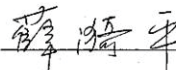
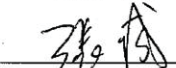

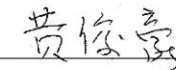
口試委員會審定書

中風相關職能治療知識適性教學與測驗系統之發展

Development of a Tailored Education and Testing System of Stroke

Related Occupational Therapy Knowledge

本論文係吳姿誼 (F98429010) 在國立臺灣大學職能治療學系學系、所完成之博士學位論文，於民國 105 年 1 月 12 日承下列考試委員審查通過及口試及格，特此證明

考試委員	服務機構	職稱
 謝清麟	國立臺灣大學醫學院 職能治療學系	教授
 薛漪平	國立臺灣大學醫學院 職能治療學系	教授
 張彧	國立臺灣大學醫學院 職能治療學系	副教授
 陳美香	中山醫學大學 職能治療學系	副教授
 黃俊豪	臺灣大學公共衛生學院 健康行為與社區科學研究所	副教授

指導教授：謝清麟教授

職能治療學系系主任：曾美惠主任

中華民國一〇五年一月

誌謝



首先我要感謝的人是我的恩師謝清麟教授。他在我對研究茫然無知的時候，循序漸進地培養我的研究能力。從資料庫搜尋、Endnote 使用、文獻閱讀與評析、學術論文撰寫訓練，讓我逐漸深入學術的殿堂。老師也如父親一般叮囑我為人處事的道理，希望我能看到自己的盲點，與高手切磋，提升學習效能，成為一個更好、更能夠獨立的人。最令我印象深刻的是當我幾次遭遇重大挫折，老師都很有耐心地聆聽我的困難，有條理地分析情況並極有效率地協助我解決問題，讓我可以安心於學業。一路走來，我愈來愈覺得能夠加入老師的研究團隊是非常幸運的事。而老師對學生的關心、嚴謹的治學態度與孜孜不倦的工作熱忱，實為我學習之榜樣。

其次，我要感謝老師建立了良好的學習環境與互助共學的研究團隊，使我有許多同行善知識。良好的學習環境最明顯的例子就是老師為我們延請統計專家與英文家教以提升研究能力。從其他研究生驚訝與羨慕的眼神當中，讓我更加感謝老師的慷慨與深遠眼光。互助共學的研究團隊在我就學期間也扮演了相當重要的角色。研究團隊中的大家互相討論心理計量特性、統計的概念，提供論文寫作的修改建議，分享各種在研究旅途中的經驗以及生活心得。愈靠近離別的時刻，愈覺得這幾年的筆硯相親、晨昏歡笑實屬難得。

除了研究團隊的大家，臺大醫院的職能治療師、學系的行政人員、系上的學弟妹們也為我帶來許多正向能量。臺大醫院的職能治療師們積極地幫我轉介與篩選合適的個案名單，一發現可能合適的個案就主動告訴我，讓我得以在有限的時間完成收案。學系的行政人員在我有各種與助教或論文相關的疑難雜症時大力提供協助，使我可以順利完成助教事務以及論文相關種種事項。此外，在系上遇到學弟妹們時，他們總是笑臉相迎，讓我不經意就上嘴角上揚 15 度。

與他們相遇的剎那，時常讓我感受到交會時互放的光亮。感謝眾人強大的正向能量支持著我，使我順利走到這一步。

最後，我要感謝我的家人、信仰以及身邊所有關心我的朋友們，大家以各種形式守護著我，讓我得以在頭出頭沒的研究大海中看到希望。同時，我要感謝所有同意參與研究的中風病人與家屬，因為你們的無私讓我得以完成學業，也感謝你們讓我走進中風病人、家屬的生活與情緒，使我更加瞭解這個研究的價值與重要性。我也要感謝拒絕參與研究的病人與家屬，因為你們的拒絕使我瞭解同意參與研究的人們有多麼難得，因為你們的拒絕讓我懂得珍惜、懂得感謝，不把一切的成就當成理所當然而心生驕傲。

感謝所有與我相遇的人事物，成就了我的一切。僅以此論文獻給所有關心我的家人、師長、朋友以及需要職能治療的人們。

吳姿誼 謹誌


中文摘要



背景：職能治療知識 (occupational therapy knowledge, OTK)為對病人與家屬重要的職能治療 (occupational therapy, OT)相關知識。OTK 不足可能導致病人與家屬不易與 OT 人員達成治療共識，不利病人於 OT 之參與度與治療成效。然而目前尚無適用於中風病人與家屬之完整 OTK 架構與衛教主題作為教材發展之依據，亦無相對應之 OTK 教材與 OTK 測驗，OT 人員難以全面瞭解中風病人與家屬之 OTK 程度，亦難依其程度提供 OTK 適性衛教以提升其 OTK 程度。

目的：本研究目的有三：一、針對中風病人與家屬建立完整的 OTK 架構與 OTK 衛教主題。二、依據 OTK 衛教主題發展 OTK 教材與測驗。三、驗證 OTK 適性衛教之成效。

方法：本研究包含 3 個子研究。子研究一、建立 OTK 架構與衛教主題：以德菲法 (Delphi method)收集 OT 專家意見以發展 OTK 架構與衛教主題。子研究二、發展 OTK 教材與測驗：OTK 教材部分：作者依據子研究一發展的 OTK 衛教主題撰寫 OTK 教材，而後請 OT 專家確認教材之完整性、重要性與是否符合現況，再請中風病人與家屬確認教材貼近其日常生活情境。最後由中風病人、家屬、國一學生、文本可讀性指標自動化分析系統分析教材可讀性 (readability)。OTK 測驗部分：作者撰寫與 OTK 教材相對應之測驗後，請 OT 專家確認 OTK 測驗與教材之關聯程度 (內容效度)，再由國一學生閱讀 OTK 教材並接受測驗 (可讀性)。子研究三、驗證 OTK 適性衛教成效：以單盲隨機控制試驗 (single blinded randomized controlled trial)比較二組中風病人與家屬分別於 1 週內接受約 3 次 OTK 適性衛教或中風知識衛教 (對照組) 之成效。於衛教前後，參與者皆接受 OTK 測驗。中風病人與參與者所照顧的中風病人於衛教後 1 週接受 OT 參與度後測，衛教後 8 週接受日常生活活動 (activity of daily living, ADL)後測。衛教成效以共變數分析 (analysis of covariance)控制前測分數進行分析。主要成效指標為 OTK 測驗分數與 OT 參與度。次要成效指標為 ADL 表現。

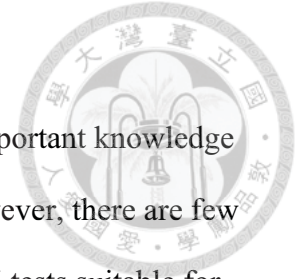


結果：子研究一：共 8 位專長與中風後復健相關的職能治療師參與。本研究發展之 OTK 架構與衛教主題皆有 $\geq 80\%$ 的 OT 專家認為對中風病人與家屬重要。OTK 架構包含三個面向：核心價值、服務場所與相關法規。OTK 衛教主題共 38 個。子研究二：作者共撰寫 46 份 OTK 教材（不同服務場所有相同衛教主題）。所有專家 (n=3) 確認教材具內容效度，所有病人與家屬 (n=40) 認為教材內容符合中風者之日常生活情境，而病人、家屬與所有國一學生 (n=18) 認為教材可讀性佳，文本可讀性自動化分析系統分析發現 OTK 教材適讀年齡為國小一至六年級。OTK 測驗共包含 26 題選擇題與 26 題簡答題。專家確認測驗內容與教材內容具高度關聯，國一學生確認測驗內容容易閱讀。此外，國一學生 OTK 測驗分數於閱讀教材之後明顯提升（作答正確率由 0% 提升至約 50%）。子研究三中，49 位中風病人/家屬參與研究。結果發現 OTK 適性衛教組之 OTK 測驗分數顯著提升，與對照組相比具有大效應（效應值 $\text{partial } \eta^2 > 0.48$ ）。追蹤 1 週後，28 人 (57.1%) 流失。若以意向治療分析方式（intention to treat analysis），衛教後 1 週的 OT 參與度，二組內之分數皆無顯著提升，二組間比較具小效應 ($\text{partial } \eta^2 = 0.02-0.04$)。若僅以完成追蹤的病人分析，OTK 適性衛教組之 OT 參與度與對照組相比具有大效應 ($\text{partial } \eta^2 = 0.11-0.34$)。於衛教後 8 週之 ADL 表現結果，不論以意向治療分析或以全程參與者之資料分析，當參與者為病人時，OTK 組相較於對照組之分數提升具有大效應 ($\text{partial } \eta^2 = 0.14-0.41$)。

結論：本研究建立一個完整的 OTK 架構與 OTK 衛教主題，並依據此架構與主題發展內容完整、符合中風情境與 OT 現況，並具有良好可讀性之 OTK 教材。OTK 測驗為依據 OTK 教材撰寫，具備良好之內容效度與可讀性。中風病人與家屬接受 OTK 適性衛教後，OTK 程度大幅提升，但 OT 參與度與 ADL 僅有少至中等程度的提升。由於本研究參與者流失率高，影響對衛教成效之推論。建議未來研究驗證 OTK 衛教成效時，需留意降低流失率以確認 OTK 衛教成效。

關鍵字：職能治療知識、中風、測驗、衛教

Abstract



Background: Occupational therapy knowledge (OTK) refers to important knowledge about occupational therapy (OT) for clients and their families. However, there are few comprehensive OTK educational materials and corresponding OTK tests suitable for patients with stroke and their families. A lack of OTK educational materials and corresponding tests may lead to difficulties in providing OTK education tailored to patients and families' OTK level and discrepancies in treatment goals among patients with stroke and their families and occupational therapists, which may hamper patients' participation in OT and patients' functional recovery.

Purposes: There were three purposes of this study: (1) to develop an OTK framework and educational topics for patients with stroke and their families, (2) to develop OTK educational materials and corresponding OTK tests according to the OTK educational topics, (3) to investigate the effects of tailored OTK education.

Methods: This study involved 3 sub-studies. Sub-study 1. Development of a comprehensive OTK framework and educational topics: Delphi methods were applied to collect OT experts' opinions to develop the OTK framework and educational topics. Sub-study 2. Development of OTK educational materials and tests: the comprehensive OTK educational materials were developed in response to the topics in Sub-study 1. The appropriateness, the content related to life after stroke, and the readability were respectively confirmed by OT experts, patients with stroke and their families, and grade 7 students and analyzed with the Chinese Readability Index Explorer (CRIE). The OTK tests were developed corresponding to the materials. The relevance between materials and tests was confirmed by OT experts and grade 7 students. Sub-study 3. Investigation of effects of tailored OTK education: Patients with stroke and their families were enrolled and randomized into two health education

groups: tailored OTK education and stroke knowledge (SK). Primary outcomes were the participants' OTK test score and patients' engagement in OT programs. Secondary outcome was the patients' performance in activity of daily living (ADL).

Results: Sub-study 1: The OTK framework contained three domains (core value of OT, places of OT service, and laws related to OT service), and a total of 38 OTK educational topics were developed. Sub-study 2: forty-six OTK educational materials were developed. The appropriateness of the content was determined by 3 OT experts, and relevance to life after stroke were determined by 40 patients with stroke or their families. The readability was determined by 18 grade 7 students and the CRIE (readable for students in grades 1 to 6). The OTK tests were developed to contain 56 items and were highly related to the OTK educational materials. The 18 grade 7 students determined the OTK tests to have good readability and had significant improvement in the accuracy rates of the OTK tests (from 0% to 50-70%). Sub-study 3: Forty-nine patients with stroke or their families participated and 31 of them (53.4%) were lost to follow up after 1 week. The OTK group showed a significantly greater improvement in OTK level than the SK group (large effect size, partial $\eta^2 \geq 0.48$), but small effect on OT engagement (partial $\eta^2 = 0.02-0.04$). Furthermore, the OTK group showed greater improvement in ADL performance than the SK group (large effect, partial $\eta^2 \geq 0.14$) when participants were patients.

Conclusion: A comprehensive OTK framework, educational topics, educational materials and tests were established. After receiving tailored OTK education, the participants had large improvements in the scores of OTK test. However, the effects of tailored OTK education on patients' OT engagement and ADL performance were limited. Further research investigating the effects of OTK education are suggested to decrease the number of patient's lost-to-follow-up to yield more convincing results.

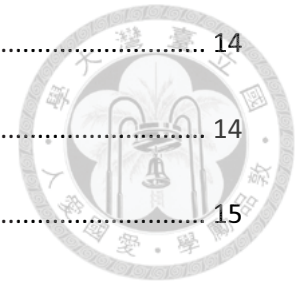
Key words: occupational therapy knowledge, stroke, test, health education

內容目錄



第一章	職能治療知識 (occupational therapy knowledge, OTK)簡介	1
第一節	OTK 之定義	1
	OT 定義多元造成之困擾	1
	OTK 之概念介紹及其重要性	2
第二節	目前與 OTK 相關的研究現況	2
	未接觸 OT 之一般大眾對 OT 之瞭解	2
	曾接觸 OT 之病人與家屬對 OT 之瞭解	3
	目前 OTK 研究之不足與影響	3
	本章總結	4
第二章	中風病人之特性與所需 OT 簡介	5
第一節	中風病人之特性說明	5
	中風之流行病學介紹	5
	中風的定義	5
	中風後的神經學損傷與功能損傷	6
	中風對於病人與家屬之影響	6
第二節	OT 可提供中風病人及家屬之服務 (以服務場所分類)	7
第三節	目前關於中風後職能治療衛教的研究現況	10
第三章	適性衛教與衛教測驗之形式簡介	12
第一節	衛教之概念與實施方式簡介	12
	一般 OT 衛教之實施方式與其缺失	12
	適性衛教之實施方式與優點	13

第二節	衛教測驗之概念與適用情境介紹	14
	衛教測驗之概念簡介	14
第三節	合併使用適性衛教與測驗之探討	15
第四章	研究目的與假設	16
	研究目的與假設	16
	研究一	16
	研究二	17
	研究三	17
第五章	研究一：對中風病人與家屬重要的職能治療知識架構與衛教主題	18
	研究目的	18
	研究假設	18
	方法	18
	研究設計	18
	參與者	19
	第一次德菲法：建立 OTK 架構	19
	第二次德菲法：發展 OTK 衛教主題	21
	結果	22
	討論	26
	總結	29
第六章	研究二：OTK 教材內容與測驗之發展與驗證	31
	研究目的	31
	研究假設	31



方法.....	31
參與者.....	31
程序.....	32
評估工具.....	35
資料分析.....	35
結果.....	36
討論.....	39
總結.....	44
第七章 研究三：適性教學應用於 OTK 衛教之成效探討.....	46
研究目的.....	46
研究假設.....	46
方法.....	46
參與者.....	46
研究設計與流程.....	47
介入方法.....	50
評估工具.....	52
資料分析.....	53
結果.....	54
討論.....	55
總結.....	62
參考文獻.....	64
表.....	76

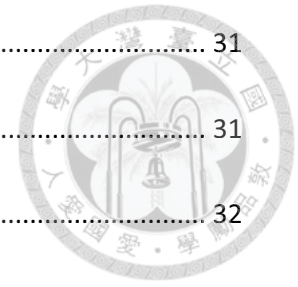


圖101
附錄111



表目錄

表一、研究一 OT 專家小組的專長與工作環境之人數對照表	76
表二、重要的 OTK 概念清單（第一次德菲法第一回合）	77
表三、OTK 衛教主題彙整清單（第二次德菲法第一回合）與重要程度評分（第二次德菲法第二回合）	78
表四、驗證 OTK 教材可讀性之認知訪談題目	81
表五、中風病人與家屬小組之人口學資料.....	82
表六、中風病人與家屬小組對於 OTK 教材之修改建議	83
表七、以「文本可讀性指標自動化分析系統」分析 OTK 教材可讀性指標平均值與適讀年級（國小）	85
表八、作者與專家討論後刪除之 OTK 測驗題目與刪除原因	86
表九、國中生 OTK 衛教前後測平均分數對照	87
表十、研究三參與者之編號、組別與亂數對照表.....	88
表十一、實驗組與對照組每次衛教之主題安排.....	90
表十二、二組參與者之衛教實施情形比較.....	91
表十三、參與者於衛教前之基本資料.....	92
表十四、衛教成效之描述與推論統計.....	93
表十五、OTES 全程參與流失之參與者之基本資料比較.....	99
表十六、ADL CAT 全程參與流失之參與者之基本資料比較	100

圖目錄

圖一、搭配適性衛教與衛教測驗的實施方式.....	101
圖三、以第一次德菲法建立 OTK 面向與次面向、面向與次面向間之結構的實施 流程.....	102
圖四、以第二次德菲法建立 OTK 衛教主題之實施流程.....	103
圖五、OTK 架構-草稿 1.....	104
圖六、OTK 架構-草稿 2.....	105
圖七、OTK 架構之次面向所包含之衛教主題數目.....	106
圖八、OTK 衛教發展流程.....	107
圖九、中風病人、家屬參與研究之流程圖.....	108
圖十、OTK 教材之範例.....	109
圖十一、SK 教材之範例.....	110

附錄目錄



附錄一、二次德菲法之問卷.....	111
附錄二、研究二認知訪談之書面資料（OTK 教材-草稿 2、與教材相對 應的單選題）.....	115
附錄三、職能治療知識測驗題目.....	117
附錄四、職能治療參與度量表（Occupational Therapy Engagement Scale).....	137
附錄五、OTK 教材投影片	141
附錄六、SK 教材投影片	204

縮寫目錄



ADL.....	2
BI.....	27
EFA.....	34
FAI.....	38
IA.....	14
IADL.....	44
ICF.....	6
OTES.....	37
OTK.....	1
SK.....	46

第一章 職能治療知識 (occupational therapy knowledge, OTK)

簡介



第一節 OTK 之定義

OT 定義多元造成之困擾

職能治療 (occupational therapy, OT)是指提供對人們重要且有意義的活動，使人們在參與這些活動中提升其各方面的健康與安適感的專業 (American Occupational Therapy Association, 2010, 2014)。對人們重要且有意義的活動即為「職能」(occupation)。「職能」之字義源自於這個字較早期的用法，表示人們如何運用、填滿 (occupy)他們的時間 (Willard, Crepeau, Cohn, & Schell, 2009)。由於每個人運用時間的方式不同、所認為重要且有意義之活動也不盡相同，職能治療師提供病人職能訓練時，需考量個別化之 OT 服務，以提供符合病人需求之服務。

「職能」之早期字義雖然簡單，但目前「職能」的定義尚無定論。職能的定義主要有三個：一、包含病人所從事對個人與其文化有意義的活動，而且該活動已被其文化所命名。二、與病人日常生活相關、有目的的行為。三、病人於自然情境中，所參與與其生活角色相符的任務或活動。職能定義之分歧造成 OT 人員不易向病人與家屬清楚說明職能治療之明確意涵 (American Occupational Therapy Association, 2010, 2014)。此外，職能治療師運用職能的目的可分為二種：以職能為方法 (occupation as means)與以職能為目標 (occupation as ends) (Gray, 1998; Trombly, 1995)。以職能為方法是指以病人之職能作為治療媒介，使病人在執行職能的過程中，提升病人欲加強之能力或表現。此目的較接近矯治模式 (remedial approach)，職能治療人員將預期病人可透過各種職能（例如：美勞創作、遊戲、運動項目、規律運動等），以加強病人之能力。以職能為目標是指將病人之治療目標設定為病人可完成某項職能活動，強調病人可以各種方式完成其所需之職能。然而，上述定義與目的之分歧，造成職能治療師對於損傷程度與人口學變項相近之病人之治療目標與方式不同。此差異也使病人與家屬不易理解 OT 專業之服務內容 (Greber, 2011; Wilding & Whiteford, 2007)。



OTK 之概念介紹及其重要性

OTK 的概念首見於吳姿誼等於 2011 年發表之論文（吳姿誼等，2012）。文中將 OTK 之定義為與 OT 相關，且對病人及家屬重要的 OTK 資訊。例如：OT 的服務內容、治療媒介、服務對象、取得 OT 的管道、與其它醫療專業的區別。

OTK 對病人與家屬的重要性在於 OTK 可能有助於提升 OT 參與度與功能恢復。研究顯示當病人與家屬對於其所接受之醫療服務的瞭解程度越高，對治療之配合度與參與動機越高 (Collins et al., 2006; Lequerica, Donnell, & Tate, 2009)。於 OT 領域，OT 強調病人需主動參與治療活動 (Bawm & Law, 1997)。治療參與度 (participation) 的概念包含病人對治療活動的完成度、努力程度與對治療活動有興趣的程度 (Lenze et al., 2004; Lequerica et al., 2009)。過去研究顯示積極參與復健治療的病人，其功能恢復（以日常生活活動 [activity of daly living, ADL] 為成效指標）優於類似損傷與年齡之病人 (Lenze et al., 2012; Talkowski, Lenze, Munin, Harrison, & Brach, 2009)。當病人之 ADL 功能恢復愈佳，OT 之效能亦隨之提高。然而目前尚無提升病人之 OTK 程度即可提升病人之 OT 參與度與 ADL 之證據，故需進一步研究方可確定。

第二節 目前與 OTK 相關的研究現況

未接觸 OT 之一般大眾對 OT 之瞭解

謝清麟與毛慧芬於 1994 年與 2000 年分別針對約 600 位台北市民眾進行電話訪問，以瞭解他們對 OT 理解情形之調查（毛慧芬、謝清麟，2000；謝清麟、毛慧芬，1994）。結果發現 2000 年時，有較多民眾曾聽過 OT (27% vs. 8%)，但受訪者對 OT 之瞭解仍極為有限。此外，二篇研究之中聽過 OT 之人數比例有差別。於 1994 年時，約有 20% 的受訪者曾聽過「職能治療」這個詞彙，但完全不瞭解其意涵；於 2000 年，約有 70% 曾聽過 OT 的人只聽過「職能治療」這個詞彙，但完全不瞭解其意涵。

多數受訪者不甚瞭解 OT 定義、服務對象、治療媒介與 PT 有何區別，以及如何取得 OT 服務，例如：以為 OT 之定義為減緩工作疲憊之運動、職業污染之治療等。約有 30% 之受訪者完全不知道 OT 服務對象為何，甚至於 2000 年時，僅有 9 位病人表示接受 OT 前需至復健科掛號，其他受訪者則表示不知道。由此二篇研究可知一般民眾對 OT 瞭解極為有限。

曾接觸 OT 之病人與家屬對 OT 之瞭解

中風病人、家屬與脊髓損傷 (spinal cord injuries, SCI) 病人為一般被認為是較常接觸生理疾病 OT 的對象。然而吳姿誼等於 2012 年之二篇研究發現中風病人與家屬之 OTK 程度偏低 (測驗滿分 13 分，受訪者平均得分為 6.8 分，標準差為 1.2 分)，SCI 者之 OTK 程度更低 (測驗滿分 13 分，受訪者平均得分為 4.7 分，標準差 1.1 分) (吳姿誼等，2012；吳姿誼、薛漪平、陳美香、謝清麟，2012)。然而參與此二篇研究之受訪者中，超過 90% 的中風病人與家屬已接觸 OT 超過 3 個月，約 70% 的 SCI 曾持續接受 OT 平均約 2 年。此結果顯示即使曾接觸過 OT 之中風病人與家屬、SCI 者對 OT 之瞭解仍相當有限。

當 OT 的服務對象 (病人與家屬) 對 OT 瞭解不足，則難以預想自己可以從 OT 獲得那些幫助，或是提出超乎 OT 專長領域之需求。當職能治療服務內容或病人復原情形不如預期時，病人治療參與度將隨之降低，不利於 OT 效能。

目前 OTK 研究之不足與影響

目前之 OTK 研究有三項不足：一、目前尚無完整之 OTK 測驗：由於缺乏完整的 OTK 測驗，職能治療人員無法得知病人與家屬之 OTK 程度，則無法針對需要加強 OTK 的病人或家屬提供衛教，亦無法針對病人與家屬 OTK 概念缺乏的部份加強衛教。二、無完整之 OTK 教材：當 OT 領域缺乏完整的 OTK 教材，則難以提供病人與家屬有系統的衛教，不利於 OTK 衛教成效。衛教成效不佳則無法有效提升病人之 OTK 程度。三、對於 OT 服務對象 (病人與家屬) 重要的 OTK 之研究不足：若職能治

療人員無法掌握服務對象之需求，則不易提供對病人和家屬重要的 OTK，進而無法達成以病人為中心的服務，也降低病人與家屬對 OTK 衛教之接受度。



本章總結

職能之定義與目的之分歧，造成病人與家屬不易理解 OT。因此，瞭解 OT 服務對象所需之 OTK、發展完整之 OTK 教材與測驗為提升 OT 服務對象之 OTK、提升其參與度與預後之重要關鍵。

第二章 中風病人之特性與所需 OT 簡介



第一節 中風病人之特性說明

中風之流行病學介紹

中風為多數已開發與開發中國家之前五大死因之一 (Hoyert & Xu, 2012; World Health Organization, 2011)。研究顯示，台灣地區 36 歲以上人口的中風年發生率約為 3.29-6.64 ‰，若以台灣地區 36 歲以上人口數接近一千萬計算，每年的中風新發生數約為 3-6 萬人。在盛行率研究方面，台灣在 36 歲以上的的中風年盛行率約 12-24 ‰。若以台灣地區 36 歲以上人口數接近一千萬計算，目前台灣約有 12-24 萬多人中風 (Jeng & Su, 2007)。

中風的定義

依據世界衛生組織 (The World Health Organization) 的定義，中風意指因腦部血管破裂或堵塞，導致局部或全腦功能失調所產生之臨床症狀，而此症狀持續超過 24 小時或導致死亡 (Aho et al., 1980)。此定義包含腦梗塞 (cerebral infarction)、腦出血 (intracranial hemorrhage) 及蜘蛛網膜下腔出血 (subarachnoid hemorrhage) 之中風類型。若病人的臨床症狀於 24 小時內緩解，則稱為「暫行性腦缺血發作 (transient ischemic attack)」，則不在此定義中。

中風之病因可分為三類：腦梗塞、腦出血及蜘蛛網膜下腔出血。腦梗塞為血栓或栓子造成腦部血流受阻，致使該血管所支配的腦部區域缺乏氧氣與營養而壞死，進而使該腦區支配之神經功能受損。腦梗塞之致病機轉可分為血栓形成或栓子阻斷血流。一般腦梗塞之人數佔所有腦中風類型之 80% (Goldszmidt & Caplan, 2010)。腦出血為腦血管破裂造成。腦出血可能截斷血流路徑，由破裂的血管所釋出的血液會形成血塊進而擠壓附近的腦組織，導致該腦區功能受損。蜘蛛膜下腔出血特指血流至大腦蜘蛛膜與軟腦膜之間的蜘蛛膜。蜘蛛膜下腔出血為中風致死率最高的中風型態 (Goldszmidt & Caplan, 2010)。



中風後的神經學損傷與功能損傷

中風後常見之損傷可分為神經學損傷與功能損傷 (Radomski & Latham, 2008)。神經學損傷意指中風之腦區與嚴重程度 (例如出血量) 對腦部造成的損傷。中風後常見之神經學損傷包括半側癱瘓 (hemiplegia)、半側忽略 (hemianopsia)、失語症 (aphasia)、構音異常 (dysarthria)、本體感覺缺損 (somatosensory deficits)、失禁 (incontinence)、吞嚥困難 (dysphagia)、失用症 (apraxia)、認知缺損 (cognitive deficits) 與憂鬱情緒 (depression) (Langhorne, Coupar, & Pollock, 2009; Radomski & Latham, 2008)。所有中風後神經學損傷當中，最明顯的是半側癱瘓。大約有 88% 的中風病人於急性期有半側癱瘓的症狀 (Foulkes, Wolf, Price, Mohr, & Hier, 1988)。當中風病人病情較穩定，開始接受復健治療時，仍約有 70% 之病人有半側癱瘓的症狀。其中，僅有 15% 的中風病人可完全恢復病前之上肢動作功能，有 30% 的病人可恢復部分病前之上肢動作功能 (Nakayama, Jorgensen, Raaschou, & Olsen, 1994)。

功能損傷意指病人之神經學損傷而造成生活中之功能受限。例如：自我照顧、居家環境維持、休閒、工作、社交活動之參與等 (Palmcrantz, Holmqvist, & Sommerfeld, 2012; Rouillard, De Weerd, De Wit, & Jelsma, 2012)。研究顯示中風病人接受完整之復健治療後，約有 30% 之中風病人執行自我照顧之功能仍有中度到高度的障礙，約 30% 之中風病人有輕度障礙 (Jorgensen et al., 1995)。由此可知中風可能會造成病人永久之功能性損傷與功能損傷。

中風對於病人與家屬之影響

中風之後遺症對病人與家屬的生活造成極大影響。依據國際健康功能與身心障礙分類 (International Classification of Functioning, Disability, and Health, ICF) 之模式 (World Health Organization, 2002)，中風對病人造成的影響可分為三個部份 (Sumathipala, Radcliffe, Sadler, Wolfe, & McKevitt, 2012)：一、身體功能與身體結構：中風病人多有感覺、知覺、認知與動作等身心功能受限的問題，影響其生活獨立程度

(Radomski & Latham, 2008) 。二、活動：中風病人由於身心功能受限，執行病前熟悉之職能活動時易遭遇困難。例如：無法完成家事、照護家人、參與社區聚會與旅行等 (Miller et al., 2010) 。三、參與：中風案由於身心功能受限，導致病人無法繼續參與原本之職能活動或降低參與活動之動機 (Daniel, Wolfe, Busch, & McKeivitt, 2009; Hackett, Glozier, Jan, & Lindley, 2012; Pellerin, Rochette, & Racine, 2011) 。例如：病人由於行動不便而無法參與社區聚會與旅行，或擔心自己出門需要他人協助、擔心外表與一般人不同會遭人歧視而降低參與社交活動之意願。中風對上述三個部份的影響皆造成病人的健康相關生活品質下降，亦影響家屬之生活 (Jaracz, Grabowska-Fudala, & Kozubski, 2012; Tang, Lau, Mok, Ungvari, & Wong, 2011; Zorowitz, Gillard, & Brainin, 2013) 。

依據 ICF 之模式，中風對病人家屬之影響可分為二部份。一、活動：由於家屬需照顧身心功能受限之病人，可能需調整其時間規畫以分攤病人原本之任務與照顧病人。例如：將工作或休閒時間用於協助病人完成生活自理、陪同接受復健治療、代替病人完成照顧家人或完成家事的任務，使家屬原本之活動參與則受限。二、參與：家屬常因陪伴或照顧身心功能受限之中風病人，其參與之活動常改為病人方便參與的活動，而其原本參與之活動可能依據病人之需求而減少或改變。例如：必須請假在家照顧病人、將休閒時間改為陪同病人接受復健、減少參與休閒活動與朋友聚會以便與家人輪班照顧病人。若家屬在照顧中風病人時未找到合適的調適方法，易承受過大的身心壓力，不利於家屬之健康 (Jaracz et al., 2012; Tang et al., 2011; Zorowitz et al., 2013) 。

第二節 OT 可提供中風病人及家屬之服務（以服務場所分類）

為提供中風病人與家屬具有延續性的職能治療服務，OT 依據病人之病程可提供四種不同類型之 OT 服務 (Radomski & Latham, 2008) 。於中風之急性與亞急性期（復健期），病人與家屬常接受之 OT 服務以醫院生理 OT 及輔具中心為主，以促進病人之感覺、運動、認知與自我照顧功能恢復，並強化病人家屬照顧病人之能力。於中風之慢

性期，OT 服務則增加長期照護與職業重建，以促進中風病人回歸社區生活。以下將詳述此四種 OT 服務對中風病人與家屬之幫助。

於醫院中，生理疾病職能治療師可提供之常見服務包括五類：一、感覺、動作、知覺與認知能力訓練：中風病人通常伴隨有感覺、動作、知覺或認知能力之缺損，職能治療師可設計適合病人職能角色之活動，提升病人之上述能力。二、輔具之製作、設計與評估：職能治療師可協助中風病人與家屬在購買輔具前，評估輔具使用者的功能、需求、及使用的環境，再設計輔具或提供輔具購買建議，以免病人與家屬購買不適用的輔具，或使用輔具後產生二度傷害。三、副木製作：職能治療師可依據病人之需求製作副木以固定病人之關節。例如：以前穿式足踝副木 (anterior ankle foot orthosis) 固定病人之腳踝，避免病人因為腳板下垂而於行走時跌倒。四、自我照顧技巧訓練：職能治療師可教導病人完成自我照顧之技巧，並提供病人與家屬調整生活中的環境設計建議，或是協助改造現有的工具，以便病人在生活環境中可以完成自我照顧。五、病人與家屬之衛教：職能治療師可提供病人與家屬適當之居家治療計畫 (home programs)、教導家屬與照顧者照顧病人之技巧。例如：每一回練習需要做幾次、一天需要練習幾回、練習居家治療計畫時有那些注意事項、家屬或照顧者協助病人轉位時應採何種姿勢以免自己受傷等 (Radomski & Latham, 2008)。由上述服務內容可知：醫院生理 OT 之服務對象包含病人與家屬，以同時加強病人之功能與家屬照顧病人之能力。

於輔具中心，職能治療師可提供中風病人及家屬的常見服務有五類：一、評估輔具使用者的身心功能：透過評估輔具使用者之感覺、動作、平衡能力和認知功能，職能治療師可提供較符合中風病人與家屬需求之輔具建議。二、提供輔具之購買建議：當中風病人與家屬欲購買無法於醫院生理 OT 取得之複雜輔具時，職能治療師可於評估輔具使用者的功能、需求、及使用的環境，再設計輔具或提供輔具購買建議。三、製作輔具：職能治療師可依據評估的結果，選擇或製作符合使用者需求的輔具讓使用者試用。四、提供操作輔具之知識：例如：輔具的功能為何、如何使用與保養輔具。五、售後服務：職能治療師可提供輔具之維修與回收。由於輔具之使用者不一定是病

人本人，可能是照顧者使用之轉位輔具（例如：轉位板）或移行輔具（例如：輪椅），因此輔具中心之職能治療師於提供服務時，需考量輔具使用者（病人或家屬）之需求，方能提供適當之服務。

於職業重建，職能治療師可提供中風病人之服務包含下列三項：一、評估病人目前的身心狀況：職能治療師可評估病人之感覺、動作、知覺或認知能力，確認病人具備工作潛能與基礎的自我照顧能力（具備移行與如廁之功能）。二、協助病人尋找合適的工作環境，或協助病人調整原本工作的內容與環境，以符合病人的身心狀況。三、提供病人工作所需的能力訓練：職能治療師可依據病人欲進入之職場，加強病人該職場中所需之技巧。例如：練習端 3 公斤的餐盤往返 20 公尺 20 回。透過 OT 之職業重建，具有工作潛能之中風病人可增加回歸職場之機會與能力（行政院勞工委員會，2009；張彧，2012）。


於長期照護中，職能治療師可提供之服務類型以居家 OT 與長期照護機構中的服務為主（行政院衛生署，2007），其內容包含四大類：第一大類：評估。職能治療師可評估病人完成日常活動的能力與障礙、居住環境的擺設與障礙與輔具需求，以訂定治療計畫，促進病人於家住環境中之獨立程度。第二大類：治療。職能治療師依據評估的結果，提供病人日常生活活動能力、基本動作能力與外出訓練，以增進病人於家中及社區中獨立生活的基礎 (Hartman-Maeir et al., 2007; Stolee, Hillier, Webster, & O'Callaghan, 2006)。第三大類：製作副木。職能治療師可製作副木，幫助病人預防或矯正關節的變形。例如：垂足板。第四大類：衛教。職能治療師可指導家屬及照顧者正確的復健概念與技巧。例如：勿將治療目標訂在完全恢復動作功能，因為多數病人的症狀無法完全消除；避免提供病人過多協助，因為讓病人自己去做日常活動，就是最好、最自然的復健活動。透過 OT 之長期照護服務，中風病人可獲得更多適用於實際生活之自我照顧技巧，家屬亦可學習如何適當地照顧病人（中華民國長期照護專業協會，2002）。

第三節 目前關於中風後職能治療衛教的研究現況

一般衛教研究常驗證之內容為衛教教材形式與內容、衛教方式、衛教成效（衛教測驗結果或其它衛教成果）（U.S. Department of Health & Human Services, 2004）。目前之中風後 OT 衛教教材形式以衛教單張、衛教海報與衛教光碟片為主，教材內容則多為中風病人於生活環境中應如何完成生活自理、預防跌倒、職能治療師提供之訓練內容。OT 衛教教學方式以口頭簡述、海報及單張為主，且臨床職能治療師常混合使用不同的衛教方式（Forster et al., 2012; Legg et al., 2011; Maasland, Brouwer-Goossensen, den Hertog, Koudstaal, & Dippel, 2011）。此外，目前尚無 OTK 衛教成效之研究。簡言之，中風後 OT 衛教之相關研究相當有限。

關於目前之中風後 OT 衛教教材形式（衛教單張、衛教海報與衛教光碟片），過去研究顯示上述三種教材形式並非病人與家屬最偏好之衛教形式（吳姿誼等，2012）。衛教單張與海報之內容過於簡化與片段，因此病人與家屬難以獲得更深入、完整的訊息，易造成病人與家屬僅對 OT 有片面理解或誤解，亦不易於日常生活中運用衛教單張與海報所傳達之概念（Brealey et al., 2010; Munksgaard et al., 2011）。衛教光碟則易受限於病人與家屬之家庭環境是否有播放光碟之器材，例如：電腦、VCD 播放器或 DVD 播放器。一般而言，中風病人之初次中風之平均年齡約 65 歲（Arnold et al., 2005），而 65 歲的年長者與 65 歲以下的成人相比，較少使用電腦或不具備操作電腦、VCD 播放器或 DVD 播放器之技巧，因此獲得衛教光碟對病人之意義有限。

關於中風後 OT 之衛教教材內容，目前尚無相關研究探討。臨床上，目前常用之 OT 衛教形式為衛教單張與海報，因此內容難以清楚介紹 OT 之概念、服務內容、服務對象等。而衛教光碟中雖然涵蓋中風病人於生活環境中應如何完成生活自理、預防跌倒、職能治療師提供之訓練內容，但中風病人與家屬於觀賞光碟片之後可能仍無法區分 OT 與物理治療之差異、OT 常用之治療媒介、服務場所、治療原則等。易言之，現有的中風後 OT 衛教教材內容無法使中風病人與家屬對其所需要之 OTK 有全面瞭解。



關於中風後 OT 衛教之教學方式，以口頭簡述、海報及單張為主。有研究顯示病人與家屬偏好以一對一口頭說明的方式獲得衛教資訊，因為可立即與治療師澄清自己不清楚的概念或討論有興趣瞭解之知識（吳姿誼等，2012）。然而臨床治療師業務繁忙，不易有充足的時間以一對一口頭說明的方式提供病人與家屬中風後 OT 衛教。

關於中風後 OT 衛教成效之驗證（衛教測驗結果或其它衛教成果）則尚無研究探討。若無內容完整的中風後 OT 衛教測驗，職能治療師不易掌握中風病人與家屬缺乏之 OTK 為何、所需之 OTK 為何，並提供相關衛教以提升其 OTK、解決他們在接受治療或回歸社區之疑問。目前唯一可用於評估中風病人與家屬之 OTK 程度之評估工具為 2012 年吳姿誼等發展之「OTK 問卷」（吳姿誼等，2012）。「OTK 問卷」內容包含 OT 之服務項目、治療媒介、服務對象、掛號科別（服務之取得方式）、服務場所、專業區別等，但該問卷並非針對衛教前後差異以瞭解衛教成效驗證而設計，若問卷內容未與衛教內容相符，則「OTK 問卷」之評估結果並不適合作為中風後 OT 衛教成效之評估工具。若無與 OTK 教材相對應之測驗，則不易確認衛教之成效，致使病人與家屬之 OTK 程度難以提升。

綜合以上 OT 中風後 OT 衛教的研究現況，若欲提升中風病人之 OTK 程度並驗證衛教成效，發展合適的 OTK 教材以及與教材內容相符之測驗為重要之研究方向。

第三章 適性衛教與衛教測驗之形式簡介



第一節 衛教之概念與實施方式簡介

一般 OT 衛教之實施方式與其缺失

衛生教育 (health education, 簡稱衛教) 之定義為提升個人或社會大眾對於特定健康議題的知識, 或是改變個人與社會大眾對此健康議題之態度的教育過程 (World Health Organization, 2013)。透過衛教, 個人與社會可以提升對此健康議題的知識, 自主採行並維持促進健康的行為。於 OT 領域, 職能治療師常提供病人與家屬衛教, 以協助病人與家屬瞭解 OT 之服務內容、提升家屬照顧病人之技巧、使病人於家中可正確執行居家訓練活動 (home programs) 等 (Byl & McKenzie, 2000; Cohen, H. S. & Kimball, 2003; Wang, Ho, & Su, 2013)。

常見之衛教方式可分為三種：一、人際互動的衛教方式 (interpersonal channel)：實施方式為職能治療師向病人或家屬介紹 OT 相關訊息, 例如：於治療時段中向病人或家屬口頭說明病人在家中可以執行那些治療活動、針對特定族群的病人舉行衛教課程。二、書面資訊衛教方式：實施方式為提供病人與家屬書面的衛教資料以供閱讀, 例如：衛教單張、衛教海報、衛教手冊。三、多媒體 (mass media) 資訊衛教：實施方式為以多媒體作為衛教媒介, 提供病人與家屬 OT 相關資訊, 例如：衛教光碟、網頁。透過上述三種衛教方式, 病人與家屬可以得到詳略不等的 OT 相關資訊。

上述三種衛教方式雖然常用於 OT 領域, 但實施時各有其缺點。人際互動的衛教方式的缺點為能接受衛教的人數有限, 同一時間能獲得衛教的人數僅有當時接受治療的病人、家屬或參與衛教課程者。書面資料衛教方式的缺點有三：一、衛教主題必須立即吸引病人與家屬, 否則其閱讀和索取衛教資料的動機不高 (U.S. Department of Health & Human Services, 2004)。二、不易依據病人或家屬之個別需求而設計：衛教資訊之詳略差異過大, 衛教單張與海報所提供的資訊太少且太過片段 (Brealey et al., 2010)、衛教手冊內容太多, 病人與家屬不一定有興趣閱讀。三、僅適用於方便閱讀的族群 (U.S. Department of Health & Human Services, 2004)。多媒體資訊進行衛教的缺

點有三：一、網頁建構、更新與維護的價格昂貴。二、欲加強衛教的族群不一定會使用網路或電腦，例如：中風病人通常較為年長，不一定會使用網路或電腦。三、病人與家屬必須主動索取衛教光碟或上網搜尋才能獲得 (U.S. Department of Health & Human Services, 2004)。上述這些衛教方式的缺點將限制衛教實施之成效。

適性衛教之實施方式與優點

適性衛教 (tailored education 或 tailored communication)之定義為依據個人的特質所發展的健康資訊 (health message) 以便有效率地提升特定族群對某些特定健康知識的瞭解程度 (Kreuter, 2000)。個人的特質包括年齡、種族、興趣，或某項測驗結果的分數等 (Eyles & Mhurchu, 2009; Kreuter, 2000; Kroeze, Werkman, & Brug, 2006; Noar, Benac, & Harris, 2007; Skinner, Campbell, Rimer, Curry, & Prochaska, 1999; Wanyonyi, Themessl-Huber, Humphris, & Freeman, 2011)。而適性衛教可針對一種或多種特質設計不同的教材與衛教方式。為瞭解接受適性衛教的對象之特質，提供適性衛教的人員在衛教之前，通常會先評估病人特性或讓病人勾選自己有興趣瞭解的衛教資訊，再提供符合接受衛教對象特質的衛教，以提升衛教成效 (Brug, Campbell, & van Assema, 1999)。

適性衛教之實施方式分為四種：一、書面或影音資料：例如：依據病人的需求或是衛教知識不足的部分提供不同主題單元的衛教手冊給病人、依據病人的學習偏好提供紙本手冊、影音檔案形式的衛教資料。二、真人面對面教學：醫療人員先請接受衛教者填寫個人資料或完成與特定衛教主題相關的測驗之後，再依據接受衛教者之個人資料所提及之個人特質或特定衛教主題相關測驗之結果，提供面對面的口述教學 (U.S. Department of Health & Human Services, 2004)。三、電腦適性衛教 (computerized tailored education)：由電腦依據病人填寫特定衛教主題之測驗結果提供回饋與行為修正建議。四、結合上述三種方式之任二種方式之衛教。例如：適性衛教與訓練計畫 (tailored education and coaching program, TEC program) 為合併電腦適性衛教與真人面對面教學之衛教方式 (Kravitz et al., 2009)。目前適性衛教之應用領域涵蓋癌症疼痛處理、乳房攝影推廣、疫苗注射推廣、心臟病、糖尿病、預防肥胖、肌肉力量與平衡訓

練等領域 (Enwald & Huotari, 2010; Gallagher et al., 2012; Gowda, Schaffer, Kopec, Markel, & Dempsey, 2013; Han et al., 2009; Nam, Janson, Stotts, Chesla, & Kroon, 2012; Nyman & Yardley, 2009) 。其中，糖尿病、乳房攝影與肌肉力量與平衡訓練之後設分析結果皆有中到大效應 (Han et al., 2009; Nam et al., 2012; Nyman & Yardley, 2009) 。

適性衛教之優點主要有二個：一、可提升接受衛教者之動機：適性衛教與一般衛教的差別在於一般衛教的內容是為大眾設計，並非針對特定個人而製作，因此衛教內容當中可能有部分內容是病人不需要的資訊。提供病人不需要的衛教資訊可能造成病人接受度降低，也不利於病人之健康行為改變 (Noar et al., 2007) 。二、適性衛教比一般衛教有效率：適性衛教之特點為針對接受衛教者之個別特質設計。對提供衛教者而言，若接受衛教者不需要或已經瞭解特定衛教主題之部分內容，於適性衛教中則無須重複相關內容，故可節省教學時間。對於接受衛教者而言，由於他們不需花時間瞭解所有的衛教資訊，僅需留意與自身相關的衛教資訊，因此學習成效較佳 (Eyles & Mhurchu, 2009; Han et al., 2009; Wanyonyi et al., 2011) 。因此，適性衛教為提升民眾特定衛教知識之可行方法。

第二節 衛教測驗之概念與適用情境介紹

衛教測驗之概念簡介

衛教之目標群眾 (intended audience, IA) 接受特定主題的衛教之後，IA 具備之衛教知識程度為衛教成效指標之一 (U.S. Department of Health & Human Services, 2004) 。為瞭解 IA 對於特定議題之衛教知識程度，提供衛教者通常會依據特定健康議題設計相關之衛教測驗 (Gallagher et al., 2012) 。衛教測驗之使用時機有二：一、衛教介入之前：衛教介入前之衛教測驗可協助衛教提供者瞭解 IA 於衛教介入前之特定衛教知識程度。此測驗結果可作為衛教後知識程度之比較基準(baseline)，或是協助研究人員瞭解 IA 對此特定健康議題之普遍瞭解情形為何，以發展更完整之衛教教材與計畫，以便針對 IA 衛教知識不足之處加以提升。二、衛教介入後：衛教介入後之衛教測驗可協助提供衛

教者確認接受衛教之 IA 已確實瞭解衛教內容。一般而言，醫療知識之測驗之形式以標準參照 (criteria referenced test) 的成就測驗 (achievement test) 為佳，當接受衛教之 IA 的衛教測驗分數達研究者或衛教者之標準（例如：答對率 $\geq 60\%$ ），此 IA 即被認為具備足夠之特定衛教知識 (Muijtjens, Hoogenboom, Verwijnen, & Van Der Vleuten, 1998; Turnbull, 1989)。

第三節 合併使用適性衛教與測驗之探討

研究顯示適性衛教之衛教成效優於一般衛教，若搭配使用適性衛教與依據教材內容設計之衛教測驗，應可更進一步提升衛教成效。作者認為搭配適性衛教與衛教測驗的實施方式如下（圖二）：衛教人員先詢問病人之衛教知識需求，病人再接受衛教測驗。衛教人員可依據病人之特定衛教測驗結果提供符合病人特性（衛教知識程度）之適性衛教。衛教之後，衛教人員再次提供衛教測驗。若病人於再次衛教測驗結果未達衛教人員設定之標準（例如：測驗分數達總分之 60%），可於一週後，再次提供病人適性衛教測驗與衛教測驗。此測驗與適性衛教之交替將持續執行至病人之衛教知識程度達衛教人員設定之標準為止，以確保病人具備充分之特定衛教知識。

搭配使用適性衛教與衛教測驗之潛在優點為可有效率地補足病人知識不足之處並確認之。在衛教前後的測驗可協助臨床人員瞭解病人在第一次衛教測驗答錯的題目，在衛教之後是否已理解題目所欲測量之概念。而適性衛教可提供更符合病人之治療需求與知識程度的衛教資訊，避免病人重複接收已知的訊息或是閱讀不實用的資訊，以提升病人的衛教知識接受程度與臨床人員提供衛教知識之效率。

然而，目前尚無研究驗證搭配使用適性衛教與衛教測驗之成效。故建議未來進行衛教之研究，需驗證搭配使用適性衛教與衛教測驗並重複實施之方式是否可提升衛教成效。

第四章 研究目的與假設

彙整前三章之文獻回顧，提升中風病人與家屬對 OT 之理解為促進醫病間達成治療目標與內容之共識、提升病人功能恢復之可行方法。若可依據中風病人與家屬之需求及 OT 專家之意見，提供中風病人與家屬重要的 OTK 衛教，可能有助於提升中風病人與家屬之 OTK 程度。

目前實施 OTK 衛教之瓶頸有三：一、尚無適用於中風病人與家屬之完整 OTK 教材。二、亦無與 OTK 教材相對應之測驗內容以確認衛教成效。三、OT 臨床人員時間有限，不易針對病人之特性提供個別衛教並檢驗衛教成效。故本研究欲整合 OT 專家的意見，建立適用於中風病人與家屬之 OTK 架構，並依此架構發展 OTK 教材與測驗。此外，為使衛教內容符合中風病人與家屬之需求，本研究擬發展適性衛教，以便 OT 臨床人員針對病人與家屬 OTK 不足之處提供衛教，以全面提升中風病人與家屬之 OTK 程度。

研究目的與假設

本論文共分為 3 個部分，其主要研究目的與假設分述如下。

研究一

研究目的：

- (1) 發展 OTK 架構。
- (2) 依據 OTK 架構，發展 OTK 衛教主題。

研究假設：

- (1) OTK 架構完整涵蓋對中風病人與家屬重要的 OTK 面向。
- (2) OT 人員認為 OTK 衛教主題對中風病人與家屬重要。

研究二

本研究包含三個目的：一、依據研究一發展之 OTK 架構與衛教主題，發展一套完整的 OTK 衛教教材，並驗證教材之可讀性。二、依據 OTK 衛教教材發展 OTK 測驗，並驗證測驗之內容效度、表面效度與可讀性。三、驗證 OTK 衛教內容與 OTK 測驗之關聯性。

研究假設

OTK 教材具有完整的架構與內容與可讀性 (readability)、OTK 測驗具有良好之內容效度、表面效度與可讀性。

研究三

研究目的：

- (1) 主要目的為比較 OT 適性衛教與中風知識衛教何者之成效為佳。
- (2) 次要目的為探討影響衛教成效之可能因子。

研究假設：

- (1) OTK 適性衛教組之追蹤成效 (OTK 測驗分數、OT 參與度、ADL 之進步量) 顯著高於實驗組 (中風知識衛教組)。
- (2) OT 參與度與 OTK 程度有關、病人之 ADL 功能恢復與 OT 參與度有關。

第五章 研究一：對中風病人與家屬重要的職能治療知識架構

與衛教主題



研究目的

- (1) 發展對中風病人與家屬重要的 OTK 架構。
- (2) 依據 OTK 架構，發展 OTK 衛教主題。

研究假設

- (1) OTK 架構完整涵蓋對中風病人與家屬重要的 OTK 面向。
- (2) OT 人員認為 OTK 衛教主題對中風病人與家屬重要。

方法

研究設計

本研究進行二次德菲法 (Delphi Method) 以收集各類與中風治療相關的 OT 專業人員 (OT 專家小組) 對於 OTK 的概念，並確保 OT 專業人員之意見達成共識。德菲法為透過一系列的結構性問卷彙整專家的意見，使專家能匿名針對特定議題進行多回合的討論，研究者即可將尚無定論的議題整合出共識 (Broomfield & Humphris, 2001; Hasson, Keeney, & McKenna, 2000; Jones & Hunter, 1995)。第一次德菲法為建立 OTK 面向與次面向，以及面向與次面向間之階層性結構 (圖三)。第二次德菲法為建立 OTK 次面向中所應包含的衛教主題 (圖四)。每一次德菲法皆包含三回合。作者負責設計每回合德菲法所使用的問卷、整合參與者之問卷作答內容。作者邀請一位資深的 OT 研究人員確認是否採納參與者的意見以作為下一回合德菲法之討論議題，並於德菲法的第三回合結束後決定專家小組未達成共識的議題 (例如：OTK 架構之特定內容是否恰當、某 OTK 教材主題是否應保留)。各回合之問卷內容詳見附錄一。

德菲法

此研究方法為 1950 年代初期美國藍德公司(Rand Corporation)發展的國防研究方法，原用於整合專家意見建立戰略計畫。而歷經修改後，此種整合專家意見的方式今已普遍用於工、商、醫療界。此種研究方法可彙整專家的意見，將尚無定論的議題整合出共識。主要實施方法為以問卷、網路平台使專家能匿名針對特定議題進行討論 (Broomfield & Humphris, 2001)。於本研究中，作者進行二次德菲法以收集各類與中風治療相關的 OT 專業人員 (OT 專家小組) 對於 OTK 的概念，再依據 OT 專家之意見建立 OTK 初步架構。

參與者

本研究之參與者為專長與中風相關 (生理疾病職能治療、輔具、職業重建及長期照護) 的職能治療師及大學教師。參與者之收錄方式為作者邀請自己熟識之職能治療師與大學教師，或由其他職能治療與大學教師推薦。作者將參與者組成 OT 專家小組以進行二次的德菲法研究。

OT 專家小組的任務為提出中風病人所需瞭解的 OTK 概念，協助作者建立 OTK 架構，再依據 OTK 架構提出適合的衛教主題。由於各領域的職能治療師在就業環境與年資仍有差異，因此又可分為資深臨床人員、資淺臨床人員和學校教師 3 類。臨床治療師在臨床連續工作達 7 年以上則屬資深臨床人員，7 年以下則屬資淺臨床人員。

第一次德菲法：建立 OTK 架構

程序

本次德菲法之最終目的為建立 OTK 架構，共分成三回合意見調查以達成目的。此三回合的目的依序為收集初步 OTK 架構修改建議與對中風病人與家屬重要的 OTK 面向、收集 OTK 架構-草稿 1 的修改建議、確認 OTK 架構-草稿 2 是否合適。以下詳述各回合之目的與實施方法。

第一回合意見調查之目的為收集 OT 專家對於初步 OTK 架構之修改建議，並提出想讓中風病人與家屬知道、且對他們重要的 OTK 面向。本回合的程序包括四個步驟。步驟一、作者依據 OT 教科書（例如：Willard & Spackman's occupational therapy）、回顧調查病人與家屬自覺最需要之 OTK 之相關文獻（吳姿誼, 黃怡靜, et al., 2012; 吳姿誼, 薛漪平, 陳美香, & 謝清麟, 2012），發展初步 OTK 架構（詳見附錄一）。步驟二、設計「可能之 OT 知識面向調查問卷」以收集 OT 專家對於初步 OTK 架構之修改建議，以及他們認為中風病人與家屬還需要瞭解那些 OTK（亦即對中風病人與家屬而言重要的 OTK）。步驟三、將「可能之 OT 知識面向調查問卷」以電子郵件寄給 OT 專家。OT 專家必須於 2 週內完成問卷填寫並寄回給作者。作者於寄出問卷之後 7 天與截止日期前一天再次提醒未回信的 OT 專家回信。以下各回合之問卷皆列於附錄一當中。步驟四、作者收集專家的意見之後，將初步 OTK 架構修改為 OTK 架構-草稿 1。

第二回合意見調查之目的為收集 OT 專家的意見以修改 OTK 架構-草稿 1。本回合分為二階段進行。第一階段中，作者先建立一個專家小組共用的網路平台，並在專家小組共用的網路平台上張貼本回合之調查問卷（OTK 架構修改建議調查問卷），公開徵求 OT 專家小組於二週內以匿名的方式張貼自己對於現有之 OTK 面向與次面向、面向與次面向間之階層性結構的看法。第二階段中，作者邀請所有 OT 專家於二週內在網路平台針對彼此第一階段提出的看法進行匿名討論（例如：贊同某編號的專家之意見，並說明原因）。最後，作者參考第二階段討論之情形修改 OTK 面向與次面向間之階層性結構，將 OTK 架構-草稿 1 修改為 OTK 架構-草稿 2。

第三回合意見調查之目的為確認專家認為此 OTK 架構-草稿 2 之面向與次面向之階層性結構是否合適。作者先設計「對 OTK 架構之共識調查問卷」，並將問卷內容張貼於網路平台，再邀請 OT 專家於 2 週內完成 OTK 架構-草稿 2 之合適度判斷。最後，作者依據 OT 專家的意見建立最終版 OTK 架構。

資料分析

若 $\geq 80\%$ 的 OT 專家認為此 OTK 面向與次面向、面向與次面向間之階層性結構合適 (Hasson et al., 2000; Jones & Hunter, 1995)，則表示專家意見達成共識，作者則保留此部分之面向與次面向、面向與次面向間之階層性結構。



第二次德菲法：發展 OTK 衛教主題

程序

本次德菲法之最終目的為發展 OTK 衛教主題，共分成三回合意見調查以達成目的。此三回合的目的依序為收集 OT 專家想讓中風病人與家屬瞭解的衛教主題、調查 OT 專家對衛教主題之認同程度、確認專家對於認同程度較低的衛教主題之後續處理方式。以下詳述各回合之目的與實施方法。

第一回合意見調查中之目的為收集 OT 專家想讓中風病人與家屬瞭解的衛教主題。作者先建立「職能治療知識衛教主題調查問卷」，以電子郵件的方式寄予 OT 專家。待專家回覆問卷後，作者再將專家提出的 OTK 衛教主題彙整為衛教主題清單。

第二回合意見調查之目的為瞭解 OT 專家對於第一回合提出之衛教主題之認同程度。作者先建立「職能治療知識衛教主題評分問卷」，以電子郵件方式寄予 OT 專家，請專家以「二分法」判斷衛教主題清單中之內容是否適合，並提供這些衛教主題之修改建議。若該衛教主題有 80% 以上的專家認為適合保留，則保留此衛教主題。適合程度未達 80% 的衛教主題，則由作者參考專家意見進行刪改。

第三回合意見調查之目的為確認專家對於上一回合未定案之衛教主題之後續處理方式（亦即修改、合併或刪除）。作者先建立「確認未定案之職能治療知識衛教主題之調查問卷」，以電子郵件方式寄給 OT 專家。待 OT 專家回覆信件後，作者參考回覆內容與一位資深 OT 研究人員之經驗修改、合併刪除未定案之衛教主題。若專家的意見在第三回合重複二次仍未達成共識，則由作者與一位資深 OT 研究人員決定衛教主題最終之刪改內容。最後，完成 OTK 衛教主題之發展。

資料分析

第二回合意見調查之資料分析方式與第一次德菲法相似（80%以上的專家同意即表示達成共識）。第三回合之意見調查之資料分析中，作者採納專家同意程度平均達5分以上（同意程度之量尺為1 非常不同意-2 很不同意-3 不同意-4 同意-5 很同意-6 非常同意）之衛教主題之刪改方式。

結果

參與者之人口學資料

共8位專長與中風後復健相關的職能治療師參與本研究（二次德菲法）。參與者之平均年齡約36.9歲（標準差9.0歲）。平均工作年資為14.9年（標準差9.0年）。表一為OT專家小組的專長與工作環境的人數對照。

第一次德菲法

第一回合：收集OT專家對於初步OTK架構之增加或修改意見

針對問題1.（請問您認為現有的職能治療知識架構是否恰當？為什麼？），所有專家皆認為OTK架構需要修改。以下彙整OT專家對於初步OTK架構之修改建議：1. 將「共通項目」（係指所有中風病人與家屬需要瞭解的OTK，包含服務內容、服務場所、服務對象三部分）移至「個別項目」的下一層結構（係指特定中風病人與家屬需要瞭解的OTK，包含生理疾病OT與其它二部分）。2. 以病人與家屬的特質（例如：年齡、疾病嚴重程度）取代「共同項目」與「個別項目」結構。例如：以病人的年齡作為分類依據，將「服務項目」的下一層結構分為青少年、中壯年、老年三部分。3. 於OTK架構中增加醫院以外的OT服務場所，例如：輔具中心、長期照護。作者與資深OT研究人員討論後，決定採納修改建議1和3，拒絕修改建議2。拒絕的原因為不同年齡層的中風病人與家屬所需要的OT服務可能重疊，恐造成OTK架構過於複雜。

針對問題2.（請問還有那些職能治療知識的概念或面向對中風病人或家屬而言是重要的？請至少列出兩項，並說明原因），作者將專家意見彙整為清單（表二）。作者與資深OT研究人員討論之後，清單中的五個概念（治療原則、OT與物理治療之差

異、製作副本、OT 的介入內容、取得 OT 服務的方法) 被保留至第二回合德菲法進行討論，因為內容較特定且具體。又，作者刪除清單中的三個概念 (職能治療之發展歷史、職能治療人員之教育背景、社區中的 OT)，因為前二個概念對中風病人與家屬並非必須瞭解的知識，第三個概念與其它概念重複 (例如：OT 的服務場所、不同 OT 領域的主要服務對象)。最後，作者將清單中所列之概念與初步 OTK 架構合併，建立 OTK 架構-草稿 1 (圖五)。

OTK 架構-草稿 1 共包含四層結構，最上層為 OTK，第二層包含核心價值、服務項目與相關法規。核心價值以下 (第三層) 包含 OT 之定義、OT 原則與治療目標；服務項目以下 (第三層) 包含生理疾病 OT (醫院)、長期照護機構與社區復健；相關法規以下 (第三層) 包含醫療相關、勞政相關與社會福利相關。僅服務項目當中的社區復健具有第四層結構，包含居家、輔具中心、職業重建與日間照護機構。

第二回合：收集 OT 專家對於 OTK 架構-草稿 1 之修改意見

關於問題 1. (請問您認為現有架構是否合適？請說明您認為合適或不合適的理由)，50.0%的參與者認為 OTK 架構-草稿 1 的內容合適。OT 專家對 OTK 架構-草稿 1 之修改建議彙整如下。一、建議依據服務場所重整「服務項目」面向以下之內容，例如：將重整為醫院生理 OT、長期照護、輔具中心等。二、建議將各個服務場所區隔得更清楚，以免不同服務場所之服務內容重疊而使病人與家屬混淆。例如：其它 OT 服務場所與醫院有何不同。三、建議使用從上而下 (top-down) 的原則重整 OTK 架構-草稿 1。例如：「OTK」應為最高層級的結構，「核心價值」為下一層，「治療原則」與「治療目標」為第三層，「服務項目」(包含服務內容、服務對象與相關法規) 為第四層。作者與資深 OT 研究人員討論之後，決定採納前二個建議，拒絕第三個建議。拒絕的原因為從上而下的原則可能使 OTK 架構過於複雜 (例如：分為太多層次)，不利於中風病人與家屬理解 OTK。關於問題 2. (請問現有架構是否遺漏重要的概念)，參與者皆未提出被遺漏的重要概念。最後，作者參考 OT 專家建議修改 OTK 架構-草稿 1，建立 OTK 架構-草稿 2 (圖六)。

OTK 架構-草稿 2 共包含三層結構，最上層為 OTK，第二層包含核心價值、服務場所、相關法規三個面向。核心價值面向以下（第三層）包含 OT 之定義、治療原則與治療目標 3 個次面向。服務場所面向以下（第三層）包含醫院生理疾病 OT、輔具中心、長期照護與職業重建 4 個次面向。相關法規面向以下（第三層）包含醫療相關、勞政相關與社會福利相關 3 個次面向。

第三回合：確認 OT 專家對於 OTK 架構-草稿 2 之內容與架構達成共識

87.5%的參與者認為 OTK 架構-草稿 2 適合。此外，參與者未提出修改建議。因此，參與者對於 OTK 架構達成共識。最終版 OTK 架構包含三個面向：核心價值、服務場所與相關法規（圖六）。

第二次德菲法

第一回合：依據 OTK 架構，收集可能的 OTK 衛教主題

作者合併相似的 OTK 衛教主題，並將 OTK 衛教主題對照 OTK 架構整理為 OTK 衛教主題彙整清單（表三）。OT 定義次面向包含 5 個衛教主題、治療原則次面向包含 11 個衛教主題、治療目標次面向包含 11 個衛教主題、醫院生理 OT/輔具中心/長期照護/職業重建次面向皆包含 10 個衛教主題（每個次面向包含相同的 10 個衛教主題），醫療相關/勞政相關/社會福利相關次面向皆包含 4 個衛教主題（每個次面向包含相同的 4 個衛教主題）。若不計算同樣的衛教主題，共有 41 個衛教主題。

第二回合：調查 OT 專家對於 OTK 衛教主題之重要程度判斷、新增可能的 OTK 衛教主題

衛教主題的重要性之評分見表三。所有的衛教主題當中，35 個衛教主題被 87.5% 的專家認為重要（達成共識），其中有 8 個衛教主題被所有專家認為重要（OT 定義-職能治療關心的表現領域、治療原則-OT 強調病人主動參與治療活動、治療目標-提升健康相關生活品質、治療目標-促進安適感、治療目標-提升生活參與度、治療目標-盡

可能日常生活獨立、醫院生理疾病 OT/輔具中心/長期照護/職業重建-服務方式[直接/間接]、醫院生理疾病 OT/輔具中心/長期照護/職業重建-於服務場所的主要功能與角色)。

有 6 個衛教主題未達標準 (>80% 的 OT 專家認為重要)。其中，3 個衛教主題 (OT 與其它復健專業的異同、OT 提供難度略高於病人能力的治療活動以提升病人的能力、服務流程[包含轉介、評估、治療、再評估、結案等]) 之重要程度接近標準 (75%)，3 個衛教主題 (OT 屬於醫療過程的那個階段、OT 同時著重從上而下 (top-down) 和從下而上 (bottom-up) 的觀點、OT 常以自己為模範，建立治療性關係) 之重要程度遠低於標準 ($\leq 70\%$)。

經作者與資深 OT 研究人員討論後，決定保留 3 個重要程度接近標準的衛教主題，因為這些主題是中風病人與家屬常有疑問的概念。針對重要程度遠低於標準的 3 個衛教主題，經作者與資深 OT 研究人員討論後決定與其它衛教主題合併或刪除。此 3 個衛教主題之合併或刪除方式與原因如下所示。1. 「OT 屬於醫療過程的那個階段」：合併至「服務流程(包含轉介、評估、治療、再評估、結案等)」。因為醫療過程與服務流程皆從就診、轉介開始介紹，內容有部分重疊，故合併之。2. 「OT 同時著重從上而下 (top-down) 和從下而上 (bottom-up) 的觀點」：刪除之。因為此衛教主題內容對於中風病人與家屬過於抽象，而且難以應用至其日常生活，故刪除之。3. 「OT 常以自己為模範，建立治療性關係 [therapeutic using themselves]」：刪除之。因為此衛教主題之內容屬於治療師建立治療關係的考量，病人與家屬無須瞭解，故刪除之。

第三回合：確認 OT 專家對於未達成共識之 OTK 衛教主題之後續處理 (合併或刪除該衛教主題) 達成共識

專家對於衛教主題「OT 屬於醫療過程的那個階段」之處理方式的同意程度為 87.5%，對於其餘 2 個衛教主題處理方式之專家同意程度皆為 62.5%。OT 專家對二個衛教主題之處理方式未達成共識，作者與資深 OT 研究人員討論之後仍決定採納此三個處理方式，因為中風病人與家屬無須瞭解過於技術性的 OT 知識。整體而言，OTK

架構共包含 38 個衛教主題（不含各個次面向相同的衛教主題），其中 5 個衛教主題屬於 OT 定義次面向、9 個衛教主題屬於治療原則次面向、11 個衛教主題屬於治療目標次面向、10 個衛教主題屬於醫院生理疾病 OT/輔具中心/長期照護/職業重建次面向（此 4 個次面向包含 10 個相同的衛教主題）、4 個衛教主題屬於醫療相關/勞政相關/社會福利相關次面向（此 3 個次面向包含 4 個相同的衛教主題）。OTK 架構之次面向所包含之衛教主題數目見圖七。

討論

本研究為第一個發展適用於中風病人與家屬使用的 OTK 架構與衛教主題。OTK 架構共包含三層結構，最上層為 OTK，第二層為三個面向：核心價值、服務場所、相關法規。第三層為次面向：核心價值面向包含 3 個次面，服務場所面向包含 4 個次面向，相關法規面向包含 3 個次面向。而 OTK 衛教主題為依據各次面向內容而建立，共有 38 個衛教主題。

本研究發展的 OTK 衛教主題當中，有 8 個衛教主題具有高專家同意度（達 100%）。其中，五個衛教主題屬於核心價值面向，二個衛教主題屬於服務場所面向。這五個屬於核心價值面向的衛教主題分別是職能治療師所關心的表現領域、促進病人主動參與治療活動、（透過接受 OT）得到更好的生活品質與安適感、（透過接受 OT）更能夠參與日常生活、盡可能獨立生活。作者認為這五個衛教主題具有高專家一致性的原因是職能治療師相當重視「主動參與」，並且致力於鼓勵人們主動參與治療與生活以提升人們的安適感（American Occupational Therapy Association, 2008, 2010; Chang & Hasselkus, 1998; Moll, Gewurtz, Krupa, & Law, 2013）。二個屬於服務場所面向的衛教主題是二種 OT 服務的形式（直接治療與諮詢）、職能治療師在不同服務場所的角色。作者認為此二個衛教主題具有高專家一致性的原因是參與本研究的專家們想提供病人與家屬具體的 OT 形象，並且試著打破一般民眾對職能治療的誤解。例如：OT 是職業災害的治療（Corless, 2013）。事實上，多數一般民眾不易從「職能治療」的名稱瞭解 OT 的意義，即使是接受過 OT 服務的病人與家屬，對 OT 的瞭解皆十分有限

(Mao & Hsieh, 2000; Wu, Hsueh, et al., 2012; Wu, Huang, et al., 2012)。建議未來提供 OTK 的職能治療師多強調此七個衛教主題，以期病人與家屬更清楚瞭解 OT 並更主動參與治療與生活。

另一方面，有三個衛教主題未達保留的標準，作者仍決定保留此三個衛教主題。原因有二：此三個衛教主題的一致性接近保留標準 (75%)，而且此三個衛教主題為臨床常見的討論議題。首先是「職能治療與其他復健專業的差異」。此議題常見於生理 OT。病人與家屬常難以區分 OT 與物理治療，因為職能治療師與物理治療師皆常於治療中加強病人的動作控制與平衡能力。其次是「提供難度略高於病人能力的治療活動以提升病人的能力」。提供適當難度的治療活動是職能治療師相當重視的治療原則 (Christe, 1999)。部分病人認為活動越困難越有助於康復，因此要求執行更困難的治療活動。然而，如果病人勉強執行超過其能力太多的治療活動，可能不利於其復原。例如：中風病人過度訓練肌肉力量而誘發不正常的肌肉張力。再其次是「接受職能治療服務的流程（包含評估、介入、再評估與結案）」。此流程呈現病人接受 OT 的程序。有時候病人或家屬會拒絕接受評估或認為評估不應該耗費太多時間，因為他們認為評估不屬於治療的一部份。上述三個衛教主題未達保留標準的原因可能是因為本研究的專家來自不同領域，而這三個衛教主題所探討的議題並不常見於所有 OT 領域，例如：職業重建領域。儘管如此，作者仍決定保留這三個衛教主題，以提供中風病人與家屬較完整的 OTK。

OTK 架構包含三個面向：OT 核心價值、服務場所與相關法規。每一面向皆具特定實用價值。OT 核心價值由三個次面向組成，分別是：OT 定義、OT 治療原則與 OT 治療目標。「OT 定義次面向」有助於病人與家屬正確瞭解 OT，並破除對 OT 的誤解。例如：OT 是針對職業病的人做治療、接受 OT 的時候要盡可能做得越累越好、OT 和物理治療主要的區別在於 OT 負責上肢，物理治療負責下肢 (Corless, 2013)。「治療原則次面向」有助於病人與家屬建議對 OT 的正確態度，例如：治療的內容應融入生活，而讓病人在日常生活中盡可能獨立完成日常生活活動就是最好的訓練。「治療目標次面向」有助於病人與家屬瞭解接受 OT 後的可能成效，避免對 OT 產生不合理的期

待。例如：中風病人接受治療後應可完全恢復到病前狀態。簡言之，「OT 核心價值面向」的內容有助於病人與家屬正確瞭解 OT 並建立適當的期待。

「服務場所面向」包含 4 個次面向，每一個次面向分別介紹一個 OT 服務場所。OTK 架構中介紹不同服務場所的原因為每個人通常有多個職能角色 (occupational role)。當人們遭逢疾病時，常需要不只一個領域的 OT 提供服務以重建其職能角色 (Dickerson & Oakley, 1995)。就中風病人而言，若病人已退休，多數時間待在家中，他們所需的 OT 服務可能是從輔具中心獲得居家環境調整與輔具購買建議。若病人是中年人，並且具備重返職場的潛能，則病人需要的 OT 服務可能是在工作強化中心取得職業重建相關訓練。由於每個人所需的 OT 服務不同，我們建議未來向病人與家屬介紹「服務場所面向」時，由病人與家屬自行選擇與他們職能角色或偏好接近的次面向 (OT 服務場所)，以便提供以病人為中心的 OTK 衛教。

「OT 相關法規面向」包含三個次面向：醫療相關、勞政相關與社政相關。此三個次面向涵蓋多數對病人與家屬重要的 OT 相關法規之適用情境。透過瞭解 OT 相關法規，病人與家屬有更多機會瞭解政府提供保險、補助津貼與社會福利措施，以獲得更全面的服務內容。就中風病人而言，若病人在醫院接受生理 OT 服務，則可使用全民健保給付範圍之相關福利 (醫療相關情境)。若病人經醫療人員評估後可領取身心障礙手冊，可獲得購買輔具的優惠，也可視病人與家屬需求申請到宅無障礙環境評估、居家 OT 等服務 (社政相關情境)。若中風病人尚有回歸職場的需求與能力，當中風病人領有身心障礙證明，亦可申請職業重建之 OT 服務 (勞政相關情境)。因此，透過瞭解「OT 相關法規面向」的資訊，病人與家屬將可獲得實用的資訊以取得適用的資源。

本研究以德菲法建立 OTK 架構與衛教主題，採用此研究法主要有三個優點。一、便於廣納多位專家的意見：作者邀請於不同領域 (生理、輔具中心、長期照護、職業重建) 服務的職能治療師參與本研究，先請參與者盡可能提出他們認為對中風病人與家屬重要的 OTK 內容，再請參與者判斷這些 OTK 內容的重要性，以凝聚參與者對於重要的 OTK 的共識。此方法可使 OTK 架構不偏重於單一 OT 領域，而能全面呈現職能治療師認為病人與家屬應該瞭解的 OTK。二、以匿名方式進行意見調查與討論，使

所有參與者的意見可被同等重視：德菲法以匿名的方式收集參與者的意見，待作者統整意見之後，再以匿名的方式呈現結果。因此，不論參與者工作年資之深淺、服務單位屬於臨床或學術機構，只要參與者提出意見，皆可呈現於 OTK 重要性的意見調查問卷中。此研究法可避免專家面對面討論時，與會者易受權威影響而未能提出新意見的情形。三、多次的意見調查(iterations)有助於參與者再次思考討論議題：本研究以三回合的問卷調查收集參與者的意見，參與者可於第二、三回合中再次釐清自己對於每個意見的判斷。此研究法可避免漏失重要概念或思慮不周的情況。故本 OTK 架構與衛教主題是以多位職能治療師多次意見調查的共識為基礎而建立，具備相當程度的參考價值。

儘管本研究以德菲法建立 OTK 架構與衛教主題有上述優點，然而研究成果仍可能因為參與者與研究設計而有部分偏誤 (bias)。造成偏誤的原因有四。一、參與者為方便樣本：參與本研究的職能治療師主要為作者認識的人，或者參與者推薦的人，因此參與者的同質性可能偏高，造成參與者的意見容易達成共識或使 OTK 架構與衛教主題所包含的內容不夠廣泛。二、部分領域的參與者人數較少：本研究中，參與者以生理疾病職能治療師為多數，其它領域的治療師多為兼任輔具中心、職業重建或長期照護的業務。參與者於各領域分布不均的問題可能限制 OTK 衛教主題的內容深度與廣度。三、三回合意見調查可能強制參與者形成共識：本研究之設計為逐漸縮小討論範圍的意見調查方式，因此參與者最終的共識可能源自於參與者因應範圍縮小而做出符合討論範圍的判斷，並非全面考量的結果。四、未邀請中風病人與家屬參與 OTK 架構與衛教主題之發展：本研究僅邀請熟悉中風復健之 OT 專業人員參與 OTK 架構與衛教主題之發展，未徵求中風病人與家屬之意見，瞭解他們最想瞭解那些 OTK。然而因為 OT 包含的內容多元，中風病人與家屬可能難以提出他們想瞭解那些 OTK 概念。上述偏誤皆可能影響 OTK 架構與衛教主題的概化程度。

建議未來的研究可依據此 OTK 架構與衛教主題發展 OTK 測驗與衛教教材，以有效掌握中風病人與家屬之 OTK 程度並提供切合其程度之衛教。

總結

本研究以職能治療師的觀點建立對中風病人與家屬重要的 OTK 架構與衛教主題。OTK 架構將有助於 OT 人員提供中風病人與家屬衛教的綱要，衛教主題則協助 OT 人

員將衛教的內容聚焦於特定重要議題。作者建議未來研究可依據此 OTK 架構與衛教主題發展 OTK 測驗與衛教教材，以有效掌握中風病人與家屬之 OTK 程度並提供切合其程度之衛教。作者建議未來研究可依據此 OTK 架構與衛教主題發展 OTK 測驗與衛教教材，以有效掌握中風病人與家屬之 OTK 程度並提供切合其程度之衛教。



第六章 研究二：OTK 教材內容與測驗之發展與驗證



研究目的

本研究包含三個目的：一、依據研究一建立之 OTK 架構與衛教主題發展一套 OTK 衛教教材，並確認教材內容適當（包含完整呈現衛教主題所應涵蓋的內容、適合中風病人與家屬閱讀、符合 OT 服務現況）、驗證教材之可讀性。二、依據 OTK 衛教教材發展 OTK 測驗，並驗證測驗之內容效度、表面效度與可讀性。三、驗證 OTK 衛教內容與 OTK 測驗之關聯性。

研究假設

OTK 教材之內容完整呈現衛教主題所應涵蓋的內容、適合中風病人與家屬閱讀、符合 OT 服務現況、符合 OT 服務現況，並具備良好的可讀性 (readability)；OTK 測驗具有良好之內容效度與可讀性。

方法

參與者

共有三組參與者，分別是由職能治療師組成的職能治療 (occupational therapy, OT) 專家小組、國中生小組，以及病人與家屬小組。本研究之 OT 專家小組任務為確認依據研究一所發展之 OTK 教材之說明文字是否完整且正確，並且確認 OTK 測驗之題目與答案恰當。國中生小組以及病人與家屬小組皆接受認知訪談，以確認 OTK 教材與測驗之可讀性以及測驗之表面效度。

OT 專家小組成員是專長與中風相關（生理疾病職能治療、輔具、職業重建及長期照護）的職能治療大學教師。

國中生小組的的收案條件有二：(1)就讀國中一年級（收案期間為國一上學期開學後 3 個月）。(2)可以閱讀中文、聽懂國語，並且可以用國語或台語清楚表達自己的想

法。排除條件為有身心障礙診斷者。由於國中生尚未成年，故研究者提供紙本資料與受訪者招募文宣予家長及學校以說明本研究進行方式與研究目的。所有參與本研究之國中生之家長皆瞭解本研究之進行方式與研究目的，並填寫同意書表示同意其子女參與本研究。

病人與家屬小組的收案條件如下。病人的收案條件有三：(1)經醫師診斷為中風之病人。(2)可以閱讀中文、聽懂國語，並且可以用國語或台語清楚表達自己的想法。(3)至少接受過6次職能治療。排除條件為定向感（包括人物、空間、時間定向感）與數字減法（100-7 連減3次）的認知篩選測驗，無法完全答對者。家屬之收案條件有三：(1)家人經醫師診斷為中風之病人，並且該名病人獨立參與訪談。(2)可以閱讀中文、聽懂國語，並且可以用國語或台語清楚表達自己的想法。(3)至少陪同參與至少6次職能治療。排除條件為訪員請該名家屬朗讀一段問卷內容，並詢問該名家屬這段問卷內容之意義後，確認該名家屬無法清楚表達自己的想法或理解問卷內容。

唯同一家庭僅邀請一位成員參與，意即若中風病人已參與本研究，則不邀請其家屬參與，以免二人對教材或測驗之反應相近，影響研究結果之後續推論。

程序

本研究的程序主要分為三部分：發展 OTK 教材並驗證其內容完整性與可讀性、發展 OTK 測驗並驗證其內容效度、表面效度與可讀性、驗證 OTK 測驗與 OTK 教材之關聯性。

發展 OTK 教材並驗證其內容適當性與可讀性

發展教材之流程主要分為六步驟：撰寫教材、確認教材內容適當、確認教材內容符合中風情境、確認教材適合國小畢業程度閱讀、驗證教材可讀性、完成 OTK 教材發展（圖八）。

步驟一、撰寫教材：作者先依據研究一建立之 OTK 衛教主題撰寫 OTK 教材，每一個主題的教材皆為一篇短文搭配相關圖片。撰寫教材內容之參考資料來源包括 OT

教科書（例如：Willard & Spackman's occupational therapy、Occupational therapy for physical dysfunction）、OT 相關書籍、OT 衛教宣導單張、網頁與手冊與衛教主題之相關論文。此步驟完成之教材為 OTK 教材-草稿 1。

步驟二、確認教材內容適合：作者先請 OT 專家依據其專長確認 OTK 教材-草稿 1 內容是否符合下列三個條件：完整呈現衛教主題所應涵蓋的內容、適合中風病人與家屬閱讀（內容易懂、對中風病人與家屬重要）、符合 OT 服務現況。而後，作者依據 OT 專家的意見修改 OTK 教材-草稿 1。若 OT 專家認為教材內容不符合上述所提之任一條件，作者則重新刪改教材內容，再交給 OT 專家確認修改後之內容是否適當。此修改與確認的過程直至 OT 專家認為所有教材內容皆符合上述三個條件為止。此步驟完成之教材為 OTK 教材-草稿 2。

步驟三、認知訪談（確認教材內容符合中風情境）：作者請中風病人與家屬小組之成員填寫與某教材相關的選擇題（每份教材後皆附上 2 至 5 題與教材內容相關的單選題，詳見附錄二），再請小組成員閱讀紙本的 OTK 教材-草稿 2。同時，作者請小組成員以藍筆標示讀起來不通順或不易理解的字句，並再次填寫閱讀教材之前填寫的選擇題，以確認小組成員瞭解教材內容。而後，作者以下列問題訪談之：(1)請您簡單說明這份教材的大意。(2)請問您認為那一部分的內容較難理解或不通順（意即藍筆標示處）。(3)請問您認為怎麼修改可以幫助您瞭解這份教材。(4)請問您認為這份教材對中風病人或家屬的重要程度為何？為什麼您覺得它重要或不重要。(6)這份教材有沒有漏掉與這個主題相關，但是您認為重要的內容。待每份教材被 6 位中風病人或家屬讀過，作者即參考此 6 位病人或家屬回答上述 6 題的狀況修改教材。修改之後再重複一回合的認知訪談（包含填選選擇題、閱讀教材、訪談與修改）。第二回合認知訪談之後，作者將教材內容改以投影片形式呈現並進行第三回合認知訪談，而教材的修改直至病人與家屬沒有進一步修改意見為止。此步驟完成之教材為 OTK 教材-草稿 3。教材以投影片形式呈現之原因為過去文獻回顧發現中風病人與家屬偏好之衛教方式為一對一口頭說明、衛教手冊（吳姿誼, 黃怡靜, et al., 2012），而網頁資訊亦為目前重要之資

訊傳遞管道。故作者選用投影片形式呈現 OTK 教材，以便未來之 OTK 衛教者將本研究發展之 OTK 教材應用於上述三種衛教方式。

步驟四、確認教材適合國小畢業程度閱讀：作者請國一學生自行閱讀 OTK 教材-草稿 3 之紙本，並請學生以藍筆標示較難理解或不通順的字句。而後，作者口頭說明 OTK 教材內容，並且針對學生認為較難理解或不通順的字句作完整說明，再與學生討論如何修改教材內容有助於其理解教材內容。最後，作者參考討論內容修改教材內容，此步驟完成之教材為 OTK 教材-草稿 4。

步驟五、驗證教材可讀性：作者將 OTK 教材-草稿 4 之每一份教材的文字內容上傳至線上文本可讀性指標自動化分析系統，分析教材可讀性之各項指標。

步驟六、完成 OTK 教材發展：若前一步驟之可讀性指標之分析結果為可接受，即完成 OTK 教材之發展；若分析結果不佳，則作者參考指標數據修改教材內容再重新分析教材之可讀性，直至分析結果為可接受為止。最終完成之 OTK 教材為 OTK 教材最終版（以下通稱 OTK 教材）。

發展 OTK 測驗並驗證其內容效度與可讀性

作者依據 OTK 教材內容撰寫相對應之 OTK 測驗題目，並將測驗題目交由 OT 專家確認題目可反映病人對 OTK 教材之理解（專家效度），再參考專家意見修改題目。而後，作者邀請國一學生填寫 OTK 測驗，並於測驗之後以認知訪談之形式訪談國一學生，以瞭解測驗內容之可讀性（訪談題目詳見表四）。最後，作者參考國一學生的意見修改題目以提升題目之可讀性，即完成 OTK 測驗之發展。

驗證 OTK 測驗之表面效度以及與 OTK 教材之關聯性

國一學生於認知訪談之後進行第二次 OTK 測驗。第二次測驗時間距離第一次測驗三日。此三日中，學生接受完整之 OTK 衛教（學生自行閱讀 OTK 教材之後，作者再以口頭說明教材內容）。第二次測驗之目的為再次確認國一學生確實瞭解題目之意涵，並且在具備 OTK 程度之後可以作答 OTK 測驗。



參與者之人口學資料，例如：性別、年齡、教育程度、病人中風後時間長度與獨立程度等將於訪談前查詢病歷記錄，若無法得知相關資訊，再詢問受訪者。

評估工具

OTK 測驗：OTK 測驗為用於評估中風病人與家屬之 OTK 程度的題目。OTK 測驗題目包含核心價值、生理 OT、輔具中心、長期照護、職業重建五個面向，共 25 題簡答題、25 題選擇題（含單選與多選題）。簡答題與選擇題的題目相同，差別在於簡答題未提供作答線索，選擇題則提供選項供受測者參考作答。每題皆為 0-1-2 計分。0 分表完全未答出或選出適當答案。1 分表示有部分答案正確、部分答案錯誤，或是只答出/選出部分正確答案。2 分表示完全正確。每個面向的總分皆以選擇題與簡答題的分數相加表示。分數愈高表示受測者對於該面向的 OTK 愈瞭解。OTK 測驗題目與評分標準詳見附錄三。

文本可讀性指標自動化分析系統 2.3：此系統為臺灣師範大學研究團隊發展之電腦化系統，能夠自動分析文本多項可讀性指標（例如：字數、難詞數、中筆劃字元數、二字詞數、人稱代名詞數），並提供分析結果之解讀。使用者僅需上傳欲分析之文本，即可於 5 分鐘內獲得分析結果（含 Excel 報表與圖片），為一實用的中文文本分析工具（臺灣師範大學可讀性研究團隊, 2015）。

資料分析

本研究之資料分析分為人口學變項的描述統計與 OTK 測驗之心理計量特性驗證。人口學變項的描述統計包含中風病人與家屬之性別、年齡、收案來源、教育程度與中風後時間。內容效度之判斷標準為 80% 以上的 OT 專家認為 OTK 該題之適合程度為「很適合」以上（含「很適合」與「非常適合」），表示該題目具備內容效度 (Hasson et al., 2000; Jones & Hunter, 1995)。表面效度之判斷標準為測驗之每個題目於認知訪談

中至少被 9 個人閱讀過，並且沒有進一步修改意見，即為具有表面效度 (Calloway, Bharmal, Hill-Zabala, & Allen, 2011; Huang et al., 2012)。

OTK 教材可讀性以國立台灣師範大學可讀性研究團隊發展之「文本可讀性指標自動化分析系統」分析。本研究參考文獻常用之可讀性指標，採用難詞數（常用詞表以外的總詞數）、單句數比率（單句之定義為僅有一個主詞、一個謂語組成的句子。屬於較簡單的句型。單句數比率愈高表示文本可讀性愈高）、人稱代名詞數（文本中出現你、我、他/她的總詞數）、二字詞數（全文中出現由二個字組成的詞彙之數量）、字數（文本的總字數）與中筆畫字元數（筆畫數介於 11-20 的總字數）作為可讀性判斷指標（宋曜廷 et al., 2013）。

結果

參與者之人口學資料

共 3 位專長與中風後復健相關的職能治療大學教師參與本研究。OT 專家之平均年齡約 51.7 歲（標準差 3.4 歲）。平均工作年資為 19.7 年（標準差 3.4 年）。3 位 OT 專家小組之專長分別為醫院生理疾病職能治療、輔具中心與長期照護、職業重建。

共 8 位中風病人 32 位家屬參與本研究。中風病人與家屬的平均年齡約 48.6 歲（標準差 15.8 歲）。病人多為初次中風，中風後時間分布約 1 個月到 3 年。其它受訪者之人口學資料列於表五。

共 18 位國一學生參與研究，平均年齡 12 歲，其中 4 位為男性。參與本研究的國一學生當中，無人曾接觸過職能治療，亦無家人中風。

OTK 教材

確認教材內容適當

經 OTK 專家確認後，OTK 教材-草稿 1 之內容未全數符合條件（完整呈現衛教主題所應涵蓋的內容、適合中風病人與家屬閱讀、符合 OT 服務現況）。OT 專家建議之內容彙整如下：1.各縣市輔具中心之實施狀況略有不同，建議不要將流程寫得過於詳

細，以免造成設籍於不同縣市的病人與家屬混淆。2.關於輔具中心與職業重建的介紹，不適合以「治療器材」、「治療方式」歸納，建議刪除。3.目前各縣市長期照護的制度略有不同，但主要服務內容大致相同。建議參考長期照護專業書籍（例如：《長期照護》、《長期照護概論》）、衛生福利部社會及家庭署網頁，增添長期照護服務項目之內容。4.職業重建的服務對象包含職災與身心障礙者二個來源，而二者之處理系統並不相同。建議著重於身心障礙者（因為具有身心障礙證明之中風病人屬於身心障礙者）的系統作說明即可。5.職業重建之項目繁多，若一一詳細介紹，對病人或家屬而言可能過於瑣碎而不容易記憶。建議挑較常見的或主要的服務項目介紹即可。

作者採納上述專家建議並修改 OTK 教材，再次將教材內容交給 OT 專家確認，所有專家認為教材內容符合條件，故無進一步修改建議。

確認教材內容符合中風情境

中風病人與家屬於每份教材約需 7.5 分鐘完成內容閱讀與訪談。所有病人與家屬皆認為教材內容與中風相關，但對於教材之排版、用詞與內容皆有修改建議。版面的修改建議（例如：增加行距、重點以粗體標示）有助於提升讀者閱讀教材之舒適度，使讀者更容易掌握重點並記憶教材之內容。然而增加行距可能使得教材內容看起來更多而增加讀者之閱讀壓力、降低閱讀意願，因此作者於增加行距之同時，亦精簡教材文字，以期教材版面清爽又能使讀者易於掌握教材之重點。關於用字的修改建議，中風病人與家屬提出三項用字的問題：用字易使人混淆、過於文言、過多專有名詞。易令人混淆的用字常見於讀者與作者對同一個詞彙之理解不同。例如：「運動」一詞對中風病人與家屬而言可能是指慢跑、打太極拳之類，對 OT 人員而言可能是指治療活動（而且是為了方便中風病人與家屬理解而使用的一般詞彙）。針對內容的修改，超過 5 位中風病人/家屬建議增加與中風相關的例子說明。中風病人與家屬之修改建議詳見表六。

確認教材適合國小畢業程度閱讀

國一學生表示教材內容無深難字詞，教材之語意容易理解，不易理解的專有名詞皆有名詞解釋。然而由於國一學生無接觸 OT 或中風病人之親身經驗（僅看過路人疑似中風或電視劇中角色之表現），故提問多為針對疾病本身和復健情境而問。例如：中風是什麼意思、中風的症狀有那些、中風會痊癒嗎、中風之後要怎麼治療。

以「文本可讀性指標自動化分析系統」驗證教材可讀性

教材可讀性指標顯示本教材多數內容之適讀年級介於國小一至三年級。僅治療原則與輔具中心的內容適讀年級較高（分別為國小四至六年級、三至四年級）。各次面向之 OTK 教材的分析結果詳見表七。

本研究最終版本之 OTK 教材為包含 46 個衛教主題之投影片。每個主題包含 3-4 張投影片。OTK 教材之完整內容詳見附錄五。

OTK 測驗

驗證測驗之內容效度

所有 OT 專家 (100%)皆認為 OTK 測驗題目與教材內容所欲傳遞之概念關聯性高，然而有 1 題內容對中風病人與家屬似非必要（OT 的服務形式可分為直接治療與諮商），1 題不屬於 OTK 的範疇（如何自費接受各類型的 OT 服務，例如：生理 OT、長期照護），4 題內容之概念過於相近，受測者可能無法區辨其中差異而認為同樣的題目一再出現（各服務場所常見的治療方法、服務內容與 OT 的功能與角色以及 OT 定義次面向當中的「OT 關心的日常生活表現」）。此外，OT 專家認為相關法規之測驗內容與各領域之 OT 題目主題較接近，建議將相關法規之測驗內容移至各領域 OT 之測驗題目之後。作者與 OT 專家討論之後決定刪除上述前 2 題，合併概念過於相近的 4 題為 1 題，最終保留 26 題（佔原本題數之 83.9%）。作者與專家討論後刪除之 OTK 測驗題目與刪除原因如表八所列。

驗證測驗之可讀性與表面效度

18 位國一學生第一次接受 OTK 測驗時對 OT 一無所知，即使全數學生 (100%) 表示測驗中雖無深難字詞，也瞭解題目想問的概念，但因為對於特定名詞（例如：職能治療、輔具）不瞭解，仍難以作答。

最終版本之 OTK 測驗共有 26 題簡答題、26 題選擇題（簡答題與選擇題之題幹相同），每題皆為 0-1-2 計分。0 分表示全錯，1 分表示部分正確，2 分表示全對。本研究發展之 OTK 測驗與評分標準詳見附錄。

驗證 OTK 教材與測驗之表面效度與關聯性

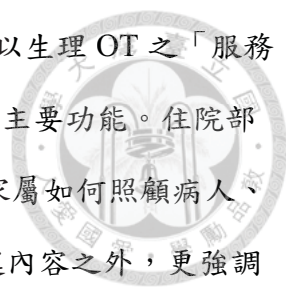
國一學生於第一次 OTK 測驗中，簡答題平均接近 0 分，選擇題的得分皆未超過總分的 50%（表九）。接受 OTK 衛教（閱讀教材與口頭講解）之後再次作答，簡答題得分明顯高於第一次測驗，核心價值、輔具中心、長期照護面向的得分超過總分的 50%。選擇題則是所有面向的得分超過總分的 70%。完成一次 OTK 測驗之平均時間（後測）約為 35 分鐘。

討論

本研究為第一個依據 OTK 架構與衛教主題發展對中風病人與家屬重要的 OTK 教材與測驗的研究。OTK 教材共有 46 份，皆以投影片呈現。OTK 教材具備完整之內容、良好之可讀性，並且與中風情境相符，適於提供中風病人與家屬 OTK 衛教。OTK 測驗共 52 題（26 題簡答題、26 題選擇題），內容與 OTK 教材關聯性高，具備良好之內容效度、表面效度與可讀性，適用於評估中風病人與家屬之 OTK 程度。結合 OTK 教材與 OTK 測驗，將有助於瞭解中風病人與家屬之 OTK 程度並提供相對應之 OTK 衛教，以期有效提升其 OTK 程度。

OTK 教材

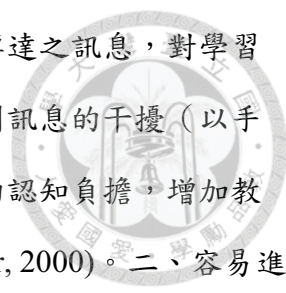
全數 OT 專家認為 OTK 教材-草稿修改後，皆符合條件（一、完整呈現衛教主題所應涵蓋的內容。二、適合中風病人與家屬閱讀。三、符合 OT 服務現況）。符合條件



一表示 OTK 教材內容不僅與衛教主題相符，更包含完整之內容。以生理 OT 之「服務內容」教材為例，教材分成住院與門診二部分分別介紹 OT 人員之主要功能。住院部分強調 ADL 與輔具使用訓練、基本能力 (component) 訓練、教導家屬如何照顧病人、製作副本、提供居家環境改造建議與出院準備。門診部分除了上述內容之外，更強調病人應如何回歸生活（例如：回到職場）。透過完整的衛教內容可以使中風病人與家屬對於目前以及未來可能接受的服務有初步認識。符合條件二表示 OTK 教材內容與中風相關，並且對病人與家屬重要。由於 OTK 教材之內容為針對中風病人與家屬設計，因此以中風病人與家屬常有疑問或需要之 OT 資訊為主，例如：職能治療是什麼意思、出院後如何調整居家環境。透過閱讀與自身狀況相近的教材內容，中風病人與家屬較容易理解、接受並應用教材之內容。符合條件三表示 OTK 教材內容正確無謬。由於 OT 概念與服務內容多元，病人與家屬不易自行收集、整合 OT 相關資訊，很可能發生病友或看護間以訛傳訛的問題。透過向中風病人與家屬傳遞正確的 OTK，將有助於病人與家屬正確理解 OT，進而對 OT 抱有正確期待。總而言之，OTK 教材經專家確認符合此三項條件將有助於中風病人與家屬正確瞭解 OT 並應用 OTK。

OTK 教材之可讀性經國一學生主觀認定為容易閱讀 (100%)；OTK 教材經「文本可讀性指標自動化分析系統」客觀分析結果顯示教材之適讀年級為國小一至六年級。此二結果表示 OTK 測驗可用於衛教國小畢業以上程度者。此結果對於本教材之應用對象（中風病人與家屬）尤為重要。主要原因為中風為較好發於中老年人之疾病，而提供中老年人知識需特別留意其教育程度是否足以理解教材內容。臺灣地區自 1945 年二次世界大戰結束之後即全面推動國小六年的國民義務教育，因此 1945 年以後國小入學之國民之最低教育程度為國小畢業。而教材之適讀年級為國小六年級以下，表示多數成人之讀寫能力 (literacy) 足以閱讀並理解本教材。此外，良好的教材可讀性有助於讀者充分理解文字內容，提高對學習內容之記憶與應用 (宋曜廷 et al., 2013)。若中風病人與家屬可充分瞭解 OTK 教材之內容，將有助於提升其對 OT 之理解。


除了具備適當的內容與可讀性，以投影片方式呈現亦為 OTK 教材之重要特色。以投影片作為教學媒介有三項優勢。一、一張投影片只介紹一個主題，可凸顯教材之主



要學習目標：當教材內容之主題明確，又以條列短句方式呈現欲傳達之訊息，對學習者較容易記憶教材內容。此外，一次呈現一個主題可減少其它無關訊息的干擾（以手冊方式呈現可能會一頁中出現多個段落、多個主題），減少讀者的認知負擔，增加教材之可讀性 (Pearson, Barr, & Kamil, 2000; Van Den Broek & Kremer, 2000)。二、容易進行內容編修：若未來的衛教者欲增刪衛教內容，或是以文字以外的形式呈現衛教內容（例如：短片、圖示），較容易以現有之 OTK 教材為基礎進行編修，使教材內容符合使用者需求或根據時事更新內容。三、可提供彈性化之衛教方式：OT 人員可視情況自行決定衛教方式，例如：依據投影片內容向病人與家屬口頭講解、於治療室或診間外之電視播放教材投影片、於治療室放置平版電腦讓病人與家屬自行瀏覽 OTK 教材，或印製 OTK 教材紙本供病人與家屬索取。上述三項優勢將有助於 OT 人員更新教材內容並視情況選擇最適合之 OT 衛教方式。

OTK 教材之內容包含三個面向：OT 核心價值、服務場所與 OT 相關法規。每一個面向皆包含數個次面向，而次面向以下則包含數個衛教主題及其教材內容。「OT 核心價值」面向之教材著重於向中風病人與家屬介紹 OT 是什麼、OT 和其他復健專業人員有何不同、OT 人員在意那些事情以及接受 OT 可以達成那些目標。透過 OT 核心價值之教材內容，中風病人與家屬對 OT 可有較為清楚地理解。「服務場所」面向著重於不同領域的 OT 可提供中風病人與家屬的協助，包括醫院生理 OT、輔具中心、長期照護與職業重建。OTK 教材中介紹此四個 OT 領域之用意有二：一、強調 OT 可針對病人年齡層或生活需求，提供全人之服務。二、OT 服務並不僅限於醫院當中。為使中風病人與家屬瞭解此四個 OT 領域，教材內容著重於說明該領域的 OT 是什麼、可以提供那些服務、適合那些人使用、要如何取得。「OT 相關法規」面向之教材意為提出各 OT 領域與中風相關之法規，以便中風病人與家屬瞭解現前法律規範當中，他們是否符合申請特定 OT 服務之條件以及如何申請。上述三個面向之教材皆針對中風病人與家屬病後可能遭遇的問題與所需之資源所設計。透過學習教材內容，中風病人與家屬將更瞭解 OT 以及取得所需之 OT 服務。

OTK 測驗



刪除 2 題、合併 4 題之後，OT 專家認為最後保留之 OTK 測驗題目與 OTK 教材概念具備高度關聯性。此結果表示 OTK 測驗具備良好的內容效度，亦即 OTK 測驗內容的廣度含括欲評估之特質（OTK 程度），有助於 OT 人員以 OTK 測驗評量中風病人與家屬之 OTK 程度。雖然 OTK 測驗之內容為依據 OTK 教材而建立，但因為下列二個原因，作者將部分教材的內容整合再對應至一個或少數題目。一、部分教材性質相似：此類教材之內容不適合逐一詢問受測者是否完全熟記，故作者寫題時合併為一個題目。例如：OT 常見的治療原則共包含 9 份教材，然而要求受測者答出所有 OT 治療原則似不必要，因此作者將 9 份教材的內容對應至 1 個測驗題目：「請問職能治療師提供中風病人訓練時，會強調那些原則（請說出三項）」。二、部分教材內容重疊：OT 相關法規的題目（含適用對象、服務內容與相關法規條文、取得服務的方式、自費治療之相關法規）因為與 OT 服務場所的題目相近，故全數合併至服務場所。4 個 OT 服務場所（醫院生理 OT、輔具中心、長期照護與職業重建）包含的常見治療方法、服務內容與 OT 的功能與角色和核心價值面向當中的「OT 關心的日常生活表現」之概念亦有所重疊，故合併為一題。故作者參考專家意見並基於上述原因，建立與 OTK 教材相對應之 OTK 測驗。

國一學生參與認知訪談後，全數學生認為測驗內容容易閱讀。此結果表示 OTK 測驗具備良好可讀性。測驗之可讀性有助於施測者排除影響測驗分數的混淆因子（例如：受測者是否正確瞭解題意）。若題目內容之用詞容易使受測者誤解或難以理解，則受測者之作答結果可能無法如實反映受測者之程度，導致受測者程度被低估。考量接受 OTK 測驗之潛在受測者為識字的成年人，應具備國小畢業程度，故本研究邀請入學三個月的國一學生參與本研究以確認 OTK 測驗之可讀性。

OTK 測驗之設計有二大特點。一、相同的題目以簡答題與選擇題各出現一次：OTK 測驗之簡答題與選擇題之題幹相同，差別僅在於選擇題包含選項。受測者在作答簡答題時，無法獲得題幹之外的作答線索，必須依據自己對 OT 印象最深刻的部分立即作答，無法在短時間內統整各種細節。若受測者從未接觸 OT（例如國一學生），通


常無法作答；若受測者曾接觸過 OT 但未接受過完整的 OTK 衛教，可能僅能答出部分答案。故作者將簡答題的得分視為受測者能力的低估值。然而選擇題的部分因為於題目中呈現選項，受測者可能透過排除較不可能的答案或猜測正確答案而獲得較高分數，故作者將選擇題之分數視為受測者能力之高估值。為盡量如實反映受訪者之 OTK 程度，作者將簡答題與選擇題分數相加以代表受訪者之 OTK 程度。二、採 0-1-2 計分方式：由於 OTK 測驗題目可能包含不只一個答案（例如：請舉出三個常見的 OT 治療目標），受測者之作答情形可分為全對、全錯與部分正確三種。為區隔三種作答情形之能力表現，作者以得 2 分表示全對，得 0 分表示全錯，得 1 分表示部分正確。然而作者未進一步區分部分正確的差異，以免增加評分者之負擔。上述二大特點有助於 OT 人員掌握更接近中風病人與家屬真實能力的 OTK 程度。

OTK 測驗之表面效度以及與教材之關聯性

國一學生閱讀 OTK 教材前後之 OTK 測驗答對率由 0% 提升至 50-85%。此結果顯示 OTK 教材與測驗具備高度關聯性與表面效度。此結果可應用於結合 OTK 測驗與 OTK 衛教，發展適性 OTK 衛教與測驗系統，例如依據衛教對象之 OTK 程度、年齡與需求調整衛教內容，以期更有效地提升衛教對象之 OTK 程度。

本研究之特點、限制與對未來研究之建議

本研究有三項特點：一、以認知訪談確認 OTK 教材內容符合中風情境、具備良好可讀性：中風病人與家屬建議應增加與中風相關的例子，並提出三個主要問題（用字易使人混淆、過於文言、過多專有名詞）。病人與家屬提出的建議或問題有時無法由 OT 專業人員（意即作者與 OT 專家）自行發覺。因為 OT 專業人員對 OTK 較為熟悉，容易將教材與過去經驗連結而不易發現對一般民眾而言難以理解的部分。此外，教材是書面文字，用字不似口語文字簡單；部分專有名詞使用頻率很高而且並非深難字詞（例如：參與生活），OT 專業人員可能不易察覺。參考中風病人與家屬提出的修改建議有助於提升教材之可讀性，降低讀者閱讀教材的困難、有助於掌握教材重點。




二、使用「文本可讀性指標自動化分析系統」分析教材可讀性：中文文本之可讀性研究甚少，過去之可讀性判斷多仰賴文本之適用對象（例如：國小學童、中風病人）主觀判斷。而「文本可讀性指標自動化分析系統」統整常用之可讀性指標並以電腦化方式分析之，使用者僅需上傳文本即可快速獲得各項可讀性指標之客觀數值與判讀結果。判讀結果有助於作者確認教材可讀性，並獲得明確且客觀的修改依據（例如：減少字數）。三、OTK 教材內容不同於臨床常見之 ADL 衛教或居家活動衛教，著重於釐清 OT 相關概念，說明 OT 於不同中風時期可提供的各種服務內容、適用對象與取得方式，有助於中風病人與家屬瞭解 OT、有那些資源可以使用與規畫出院後之安排。

本研究之限制有四：一、OT 專家為方便樣本，提出之教材與測驗修改建議可能有偏差 (bias)。二、中風病人與家屬小組未涵蓋各種嚴重程度的中風病人，可能影響教材之適用性。三、未限制國一學生之班級特質（例如：語言資優班），可能高估教材與測驗之可讀性。四、OTK 教材當中之圖片可讀性無法以「文本可讀性指標自動化分析系統」進行驗證，無法獲得圖片之客觀可讀性結果。上述研究限制皆可能不利於研究結果之類化。

建議未來之研究可結合 OTK 測驗與 OTK 教材，針對中風病人與家屬於 OTK 測驗答錯之處或是需求提供適性 OTK 衛教，並進一步驗證此衛教成效。作者建議之適性 OTK 衛教與測驗系統之使用方式如下。首先，提供需接受 OT 服務的中風病人或家屬 OTK 測驗，OT 人員再依據 OTK 測驗結果（答錯的題目）、病人/家屬欲深入瞭解之衛教主題，對照 OTK 教材多加說明。衛教之後，請病人/家屬再次填寫與衛教內容相對應之 OTK 測驗，以確認病人/家屬充分理解並記憶衛教內容。若衛教後之測驗結果仍不理想，OT 人員可與病人/家屬釐清無法正確作答之癥結所在，以確保衛教成效。

總結

本研究發展一套完整的 OTK 衛教教材與相對應之 OTK 測驗。教材內容經 OT 專家確認具備完整呈現衛教主題所應涵蓋的內容、適合中風病人與家屬閱讀、符合 OT



服務現況。教材亦經中風病人與家屬確認與中風情境相符，中風病人、家屬與國一學生確認具備良好可讀性，故 OTK 教材適於 OT 人員提供中風病人與家屬 OTK 衛教。OTK 測驗內容經 OT 專家確認與 OTK 教材關聯性高（良好之內容效度），國一學生閱讀教材後之 OTK 測驗分數亦有顯著提升（良好之表面效度以及與教材之關聯性），國一學生亦確認 OTK 測驗具備良好可讀性，適用於評估中風病人與家屬之 OTK 程度。結合 OTK 教材與 OTK 測驗，將有助於瞭解中風病人與家屬之 OTK 程度並提供相對應之 OTK 衛教，以期有效提升其 OTK 程度。

第七章 研究三：適性教學應用於 OTK 衛教之成效探討



研究目的

目的為比較 OTK 適性衛教與中風知識 (stroke knowledge, SK) 衛教之衛教成效何者為佳。

研究假設

OTK 適性衛教組之參與者之衛教後隔天之 OTK 測驗分數、衛教後 1 週之 OT 參與度、衛教後 8 週之 ADL 分數顯著高於 SK 衛教組。

方法

參與者

參與者從北部一家教學醫院之中風病人或家屬篩選。病人的收案條件有四：(1)經醫師診斷為中風之病人。(2)可以閱讀中文、聽懂國語，並且可以用國語或台語清楚表達自己的想法。(3)至少接受過 6 次職能治療。(4)最近一次中風為半年以內。(5)預計將再接受 OT 至少 2 個月。排除條件有三：(1)定向感（包括人物、空間、時間定向感）與數字減法（100-7 連減 3 次）的認知篩選測驗，無法完全答對者。(2)初次評估時，OTK 測驗、日常生活活動電腦適性測驗 (computerized adaptive testing of activities of daily living, ADL CAT) 或 OT 參與度量表 (Occupational Therapy Engagement Scale, OTES) 滿分者。(3)罹患其它重大疾病診斷者（例如：脊髓損傷、腦傷、思覺失調症）。

家屬的收案條件有三：(1)中風病人之家屬（中風病人不可有其它重大疾病之診斷）。(2)可以閱讀中文、聽懂國語，並且可以用國語或台語清楚表達自己的想法。(3)陪同病人參與 OT 至少 6 次。排除條件有二：(1)無法理解測驗內容者。判斷方式為訪員請參與者朗讀一段測驗內容，並詢問他/她該段測驗內容之意義後，研究者再判斷

之。(2)初次評估時，OTK 測驗滿分者。此外，一個家庭只邀請一位家屬參與本研究，以免二人之作答結果相近，影響研究結果之後續推論。



研究設計與流程

本研究為單盲隨機控制試驗 (single blinded randomized controlled trial)，OTK 測驗與 OT 參與度之評分者不知道受測者的身份與組別。本研究之試驗流程依序為初次評估、隨機分派、衛教、後測、衛教後追蹤 (圖九)。測驗與衛教的地點為醫院復健部之治療室、會議室、病房或病房交誼廳，且測驗與衛教時無其他潛在參與者在場。本研究由作者、2 位訪員、1 位研究助理與中風病人之負責職能治療師執行，而上述人員皆接受過所負責的任務內容訓練。作者之任務為將參與者隨機分派至二組 (OTK 適性衛教組與 SK 衛教組)、提供 OTK 適性衛教、收集參與者之基本人口學資料，並評估中風病人之 ADL 表現 (以日常生活活動電腦適性測驗評估)、提供 OTK 測驗 (前後測)、評分 OTK 測驗。2 位訪員之任務皆為提供 SK 衛教、收集參與者之基本人口學資料，並評估中風病人之 ADL 表現 (以日常生活活動電腦適性測驗評估)、提供 OTK 測驗 (前後測)。2 位訪員的工作內容相同，差別只在一位參與研究的前半，另一位參與研究的後半。研究助理的任務為執行 OTK 測驗之簡答題評分。中風病人的職能治療師之任務為評估中風病人之 OT 參與度 (以職能治療參與度量表評估)。

初次評估

(1) 人口學資料、ADL、OT 參與度評估

參與本研究之中風病人或家屬 (以下統稱參與者) 於同意參與本研究後，作者或訪員即請參與者填寫本研究之受試者同意書，並訪談參與者以瞭解中風病人目前的工作或病前工作、接受 OT 之時間長度、頻率、是否接受其他復健治療。其他人口學資料 (含性別、年齡、中風次數、中風日期、中風類型、患側教育程度) 則由查詢病人之病歷得知。接著，作者或訪員評估中風病人之 ADL 獨立程度。若參與者為家屬，則由家屬代為回答病人之 ADL 獨立程度。OT 參與度由中風病人之負責職能治療師以

OTES 評估中風病人之 OT 參與度（回想以初次評估日為準的過去一週內之 OT 參與度）。



(2) OTK 測驗填寫

參與者接受訪談與評估後，即接受 OTK 測驗。做答測驗時，作者或訪員會提醒參與者用鉛筆或原子筆將自己不確定答案的題目題號圈起來。若參與者中途需要休息或接受復健治療，皆可告訴作者或訪員。參與者完成作答後，可向作者或訪員詢問正確答案，並且帶走自己填過的測驗卷（含題目與答案），但不能將測驗卷（含題目與答案）拿給其他病友或參與本研究之家屬閱讀，以免影響其他參與者之測驗結果。

隨機分派、後續衛教、OTK 測驗後測

隨機分派方式為作者以 Excel 產生 31*4 的亂數表，數字範圍介於 1 至 100。作者將 ≤ 50 的數字標示為 1（參與 OTK 適性衛教）， > 50 的數字標示為 2（參與 SK 衛教）。而後，作者將參與者以參與研究的順序編號。作者與訪員再對照參與者的編號與亂數表，將參與者分至 2 組（OTK 適性衛教組與對照組）。表十為亂數對照表與病人編號配對之示意表。為確保二組參與者之住院與門診、病人與家屬之人數比例相近，本研究採隨機區集設計 (randomized block design)，將參與者依照其身份分類（住院病人、住院家屬、門診病人、門診家屬）再進行編號，而後對照 31*4 的亂數表當中相同身份編號的欄位再進行隨機分派，例如：住院病人-3 對照亂數表之結果被分派至 SK 衛教組。

隨機分派後，OTK 適性衛教組之參與者接受作者提供之 OTK 測驗，對照組之參與者接受訪員提供之 OTK 測驗，而測驗結果全對者可不需接受衛教。本研究之設計為單盲 (single-blinded) 設計，評分者不知道評分對象的身份與組別，以避免評分者對衛教成效有所期待而對 OTK 適性衛教組之參與者評分較寬鬆、對於 SK 衛教組之參與者評分較嚴格，影響評分結果。為確認本研究確實達成單盲設計，研究者將於研究結束後詢問負責評分之研究助理與中風病人之負責職能治療師是否知道參與者的組別。然

而二組之衛教內容不同，提供參與者也許可以猜出分組的意義與差別，故本研究之設計僅能達成單盲 (single-blind)設計。

有關衛教之執行時間，若需要接受衛教的參與者於測驗後可繼續接受衛教，讓參與者於測驗後休息 5-10 分鐘再開始衛教。若需要接受衛教的參與者無法於測驗後立刻接受衛教，訪員需將測驗卷（含題目與答案）收回以免參與者忘記攜帶，並與參與者另約時間完成衛教。測驗日期與衛教日期之間隔需為 3 日內，以免參與者忘記作答之情形。

完成衛教後隔天，OTK 適性衛教組之參與者需再次作答 OTK 測驗（OTK 組僅需填寫有接受衛教的面向），對照組之參與者則作答 SK 測驗，並確認是否需要修改自己 OTK 測驗前測之作答。

為確保 OTK 測驗簡答題評分結果不受評分者之影響（例如：記得參與者之筆跡、分組），作者依據下列三步驟完成簡答題之評分。

步驟一、匿名、將病人以亂數編號之後排序：作者將所有作答結果輸入 excel，請另一位未參與研究也不知道分組的人將編號隱藏並且以亂數排列。再將檔案寄給作者與一位不知道研究設計的研究助理評分。因此，評分者（作者與研究助理）不知道某一分數屬於那一組，也不知道是前測或後測的結果。

步驟二、同一題目一起評分：評分的時候，評分者統一改每個人的第某題，再改每個人的下一題。如此，可避免對同一位參與者的前後作答內容有印象分數。

步驟三、計算二人各題評分之一致性（Kappa 值）。若 Kappa 低於 0.8（未達優良之一致性）（Sim & Wright, 2005），則由二位評分者一起討論給分標準，再共同評分。

衛教後追蹤

參與者於完成衛教後一週接受 OT 參與度評估，並於衛教完成後 8 週接受訪員以電話詢問病人之日常生活活動電腦適性測驗 (computerized adaptive testing of activities of daily living, ADL CAT)分數、OT 治療時數與次數、有無更換治療師、病情是否穩定等。



介入方法

所有參與者於 OTK 測驗後即隨機分派至 OTK 適性衛教組或 SK 衛教組。若參與者於接受 OTK 測驗（前測）後可立即接受衛教，則即時進行衛教。若參與者有困難，則與參與者約定 3 日內進行衛教。以下為二組參與者所接受之衛教內容（表十一）。

(1) OTK 適性衛教組

實施方式

本研究採用之「適性」為針對參與者之 OTK 測驗前測分數（OTK 程度）與需求做調整。適性衛教的進行方式為作者以平版電腦作為媒介，口頭說明 OTK 教材內容。衛教的過程中，參與者可針對不瞭解或 OTK 測驗中不確定的部分提出問題與作者討論，以便參與者釐清原本不清楚的概念。OTK 衛教內容可分為二部分：必要的 OTK 衛教內容（OT 的核心價值、生理 OT）與選擇性的 OTK 衛教內容（長期照護、輔具中心或職業重建）。訪員先進行必要的內容教學，再由參與者自行選擇欲接受那些面向之選擇性的內容教學（可以不選擇，也可以選擇一個或多個）。

OTK 適性衛教完成後，訪員提供參與者一份 OTK 教材投影片紙本，並告訴參與者於研究結束前，不可將此教材紙本拿給其他病友或病友的家屬閱讀，以免影響其他參與者之測驗結果，並鼓勵參與者有空時可閱讀教材之內容，以加強他們對衛教內容之記憶。實際衛教時間與次數視參與者方便的時間、有無提問、選擇要瞭解的衛教主題多寡而訂。例如：參與者有空的天數少，但單一日有較長的空閒時間，可與作者約一個半小時的時間聽完所有衛教；若參與者有空的天數多，但單一日有空的時間較少，可與作者約每次半小時的衛教，分三天完成衛教。然而，當參與者提問次數較多或是決定接受較多選擇性衛教主題，衛教次數或時間較多。

此外，作者與參與者約定 OTK 後測時間，並告知參與者訪員將於 8 週後以電話關心其 ADL 恢復狀況。

OTK 教材內容

OTK 教材為研究二發展之投影片內容。投影片內容分為 OT 核心價值、醫院生理疾病 OT、輔具中心、長期照護、職業重建五大部分（相關法規之教材已合併至醫院生理疾病 OT、輔具中心、長期照護、職業重建當中），共有 131 張投影片，皆以文字或圖片呈現（範例見圖十）。其中 OT 核心價值與醫院生理疾病 OT 部分為必選之教材內容（因為參與者目前皆接受醫院生理疾病 OT 之服務），其餘內容則由參與者依其需求選擇欲瞭解的部分。每一部分包括若干衛教主題，每一個衛教主題皆有 1-4 張投影片教材。衛教者可使用電腦播放教材內容或列印投影片紙本以提供 OTK 衛教。OTK 教材之詳細內容見附錄五。

(2) SK 衛教組

實施方式

SK 衛教組為本研究之對照組。衛教的進行方式為訪員以平版電腦作為媒介，口頭說明 SK 教材內容。衛教的過程中，訪員不會主動向參與者說明 OTK 測驗作答結果，也不會於 OTK 後測之前提供 OTK 教材給參與者。若參與者欲進一步瞭解自己 OTK 之作答時不確定的題目，訪員再予以口頭說明。實際衛教次數視參與者方便的時間、有無提問而定。

衛教完成後，訪員提供參與者一份 SK 教材投影片紙本，並告訴參與者於研究結束前，不可將此教材紙本拿給其他病友或病友的家屬閱讀，以免影響其他參與者之測驗結果，並鼓勵參與者有空時可閱讀教材之內容，以加強對教材之記憶。此外，訪員與參與者約定 OTK 後測與 SK 測驗時間，並告知參與者訪員將於 8 週後以電話關心其 ADL 恢復狀況。

SK 衛教教材內容

此份教材是依據《遠離「腦中風」的威脅》一書之內容製作成的投影片（帶津良一, 林泰史, & 金丸和富, 2010）。內容包含中風是什麼、那些因素會導致中風、中風剛發生時有那些徵兆、發現中風徵兆時應如何緊急應變、中風後會出現那些症狀等。有助於社會大眾瞭解中風相關知識，且與 OTK 少有重疊。每一個衛教主題皆有 3-5 張投影片教材（含圖片與文字，範例如圖十一所示）。整份 SK

衛教教材共有 40 頁投影片，完整之 SK 教材投影片見附錄六。

表十二為二組參與者所接受之衛教與測驗之差異比較。



評估工具

主要結果 (OTK 程度、OT 參與度)

- (1) OTK 測驗：此測驗為研究二發展之 OTK 測驗，測驗題目依據 OTK 所教材設計，可用於評量受測者之 OTK 程度。OTK 測驗分成 5 個面向：OT 核心價值、醫院生理疾病 OT、輔具中心、長期照護與職業重建，每個面向各自計分。OTK 測驗共有 26 題選擇題，26 題簡答題，而簡答題與選擇題的題幹相同，差別僅在於有無提供選項。除少數單選題為 0-2 計分，其餘題目皆為 0-1-2 計分，0 分表示全部錯誤，1 分表示部分正確，2 分表示完全正確。分數越高表示 OTK 程度越好。本研究以受測者得分超過各面向總分之 60% 表示具備可接受之 OTK 程度。
- (2) OTES：OTES 改編自吳姿誼等於 2014 年所發展 (吳姿誼 & 謝清麟, 2014) 之單面向量表。OTES 用於評估成人病人於生理疾病 OT 之治療參與度，量表由病人之治療師觀察病人於治療室之表現後填寫。治療師於使用 OTES 之前，需接受使用訓練約 1.5 小時 (閱讀 OTES 施測手冊、練習評估一位病人並與作者討論於評估時遭遇的困難)，以達成標準化之評分。每次觀察皆須記錄，觀察 5 次之後，填寫各題的整體分數。OTES 共包含 10 題：不須催促即可主動投入治療活動、於治療活動中可保持專注、容易受治療師的鼓勵而更加投入活動、仔細聆聽治療師的指示或看動作示範、正確地執行治療師設計之治療活動，而不會自行調整活動內容、可接受對生理或心理有挑戰性的活動、願意接受治療師的建議以修正自己的動作或其它表現、配合並遵從治療師的指示、盡力參與治療活動、嘗試新穎或不熟悉治療活動之意願。每題皆為 4 點量尺 (0-1-2-3)。總分的得分範圍為 0-30 分。分數越高表示治療參與度越好。OTES 具備可接受之信度 (reliability = 0.87) 與建構效度 (construct validity, 近合適度 [infit mean square] 與遠合適度 [outfit mean square] 皆介於 0.68-1.21) (本資料來自於作者未發表之稿件)。OTES 內容見附錄四。

次要結果（日常生活活動功能）

- (1) 日常生活活動電腦適性測驗 (computerized adaptive testing of activities of daily living, ADL CAT)：ADL CAT 為薛漪平等於 2013 年發展之電腦適性測驗，可用於評估中風病人之 ADL 與工具性 ADL (instrumental ADL) 表現 (Hsueh, Chen, Wang, Hou, & Hsieh, 2013)。ADL CAT 題庫含 34 個 ADL 與工具性 ADL 項目，施測終止條件有二：信度 (reliability) >0.9 或施測題數達 7 題。病人於 ADL CAT 得分以 T 分數呈現 (mean = 50, SD = 10)，範圍介於 22.0-77.2 之間。分數愈高表示 ADL 表現愈佳。ADL CAT 具有良好的信度(平均信度=0.93)、收斂效度(與 Barthel Index 和 Frenchay Activities Index 二個 ADL 量表之相關為 0.82)。

資料分析

作者以描述性統計分析參與者之基本資料，並以卡方檢定 (χ^2 test) 與獨立樣本 t 檢定 (t test) 分別比較二組參與者之類別變項與連續變項資料是否有顯著差異。研究者以共變數分析 (analysis of covariance, ANCOVA) 控制前測分數，再比較實驗組與對照組的病人於衛教前後之分數 (OTK 測驗、OTES 與 ADL CAT) 有無顯著差異 (Portney & Watkins, 2009)。統計顯著標準為 $\alpha=0.05$ 。

此外，本研究以 ANCOVA 所得的組間平方和 (sum of square between group) 與誤差平方和 (sum of square for error) 計算二組間之差異的效應值 (effect size) partial η^2 (Cohen, J., 2013; Klauer & Musch, 2001; Portney & Watkins, 2009)。研究者分別計算實驗組與對照組的 OTK 測驗、OTES 與 ADL CAT 前後測組間差異之效應值。研究者除了分析 OTK 衛教對於所有參與者 (病人與家屬) 之成效，亦分析衛教對於病人與家屬之各別成效。partial $\eta^2 \geq 0.010$ 為小效應，介於 0.059-0.137 為中效應， ≥ 0.138 為大效應 (Portney & Watkins, 2009)。

本研究之遺漏值處理方式採意向治療分析 (intention-to-treat analysis)。意即當參與者於研究過程中流失或是衛教之後病情有變化 (例如：跌倒、再次中風、過世)，仍

將該名參與者之資料列入分析，並將該名參與者最後一次參與研究之分數作為後測分數進行分析 (Hollis & Campbell, 1999)。



結果

共 123 位中風病人與家屬符合收案條件，53 人 (43.0%) 拒絕，22 人 OTES 或 ADL 滿分，最終共 49 位中風病人或家屬參與本研究，其中 18 位中風病人，31 位家屬；29 位被隨機分派至 OTK 衛教組，20 位被隨機分派至 SK 衛教組 (圖九)。接受衛教者之平均年齡約 50-57 歲。病人多為初次中風，平均中風後時間 2.0-2.8 個月。二組參與者於初次評估之基本人口學資料無顯著差異 ($p=0.06-0.75$)，其他參與者之基本資料列於表十三。

OTK 之衛教由作者 1 人提供，SK 衛教由 2 位訪員分別提供 (1 人負責前 10 人，另 1 人負責後 10 人)。OTK 衛教組之參與者於選擇性教材的部分，共 4 人選擇輔具中心、10 人選擇長期照護、1 人選擇職業重建。由於接受輔具中心與職業重建衛教的人數過少，僅以描述性統計分析資料 (平均數與標準差)，未進行效應值之計算。衛教後一週之 OTES 後測 OTK 組剩下 12 人 (流失 17 人，流失率為 58.6%)，SK 組剩下 9 人 (流失 11 人，流失率為 55.0%)，整體流失率為 57.1%。衛教後 8 週之 ADL CAT，OTK 組剩下 17 人 (流失 12 人，流失率為 41.4%)，SK 組剩下 11 人 (流失 9 人，流失率為 45.0%)，整體流失率為 42.9%。OTES 全程參與者與流失者之基本人口學資料無顯著差異 ($p \geq 0.05$) (表十五)。ADL CAT 全程參與者與流失者之基本人口學資料亦皆無顯著差異 ($p \geq 0.05$) (表十六)。

主要介入成效

由表十四之 A、B、C 三個部分可知：所有參與者、參與者為病人、參與者為家屬之分析結果皆顯示僅實驗組的 OTK 測驗分數有明顯的組內提升 (各面向平均分數約進步 6 分， $p < 0.05$)。除職業重建面向以外，實驗組參與者於其它各面向之平均分數皆超

過總分之 60%，OTK 程度達可接受之程度。組間比較結果顯示二組之 OTK 分數（核心價值、醫院生理 OT、長期照護）皆有顯著差異而且有大效應（ $p < 0.001$ ， $\text{parital } \eta^2 = 0.370-0.885$ ）。所有 OTK 衛教測驗中，醫院生理部分之後測平均最接近滿分（滿分 20 分，後測平均約 19 分），長期照護部分最遠離滿分（滿分 20 分，後測平均約 14 分）。

二組的 OTES 分數以意向治療分析的方式填補流失者後測分數，結果發現二組之平均無顯著差異。然而不論參與者身分為何，組間分析結果顯示實驗組之 OTES 後測分數相較於對照組達小效應（ $\text{parital } \eta^2 = 0.02-0.04$ ）。若以全程參與者之分數比較，二組之平均分數無顯著差異。當參與者為家屬時，組間分析結果顯示實驗組之 OTES 後測分數相較於對照組達大效應（ $\text{parital } \eta^2 = 0.11-0.34$ ）。

次要介入成效

二組的 ADL CAT 分數以意向治療分析的方式填補流失者後測分數，結果發現二組皆有顯著組內提升。當參與者只有病人時，組間分析結果顯示實驗組相較於對照組之分數提升雖統計上不顯著但有大效應（ $p = 0.14$ ， $\text{parital } \eta^2 = 0.14$ ），參與者為家屬時則無效應。

若以全程參與者之分數比較，二組間之平均無顯著差異。當參與者為病人時，組間分析結果顯示 OTK 組之 ADL CAT 分數提升相較於 SK 組雖不具統計顯著，但有大效應之差異（ $p = 0.17$ ， $\text{parital } \eta^2 = 0.41$ ）。參與者為家屬時則無效應。

討論

本研究為全球首創之中風病人與家屬之系統性 OTK 衛教，並且達成單盲的臨床試驗。主要結果發現 OTK 組的 OTK 測驗分數於接受 OTK 衛教後顯著提升，而且與對照組相比具有大效應。然而，二組之 OT 參與度於治療前後無顯著組內提升，但 OTK 組之分數提升具有不顯著的小效應。次要結果發現二組之 ADL 表現皆有提升，但二組間

無顯著差異，而且當參與者為病人時有大效應。簡言之，OTK 衛教有助於提升中風病人與家屬之 OTK 程度與 ADL 表現。


本研究之主要結果發現提供 OTK 適性衛教之後，中風病人與家屬之 OTK 測驗分數（OT 核心價值、生理 OT 與長期照護面向）顯著提升。此結果表示 OTK 適性衛教可以有效地提升病人與家屬之 OTK 程度。造成此結果的原因可能有四：一、適性衛教可針對參與者對於 OTK 測驗不解之處多作說明：本研究採取之適性衛教為針對參與者之 OTK 程度作適性調整，亦即直接就參與者在作答有困難或疑惑的部分說明，加深參與者對此概念之印象。二、口頭說明可當面釐清參與者對 OT 的疑問/需求：本研究採取之衛教方式為口頭說明，搭配投影片呈現教材內容。若參與者於衛教過程中對於教材內容或復健相關議題有任何疑問（例如：OT 和物理治療為什麼不是用治療上肢和治療下肢區分），皆可立即提出來與衛教者討論以澄清不解之處，進而協助參與者理解並接受衛教內容。三、教材內容貼近參與者之需求與情境：OTK 衛教內容經 OT 專家、中風病人與家屬確認與中風情境相關，並且對中風病人與家屬重要。因此參與者於 OTK 適性衛教過程中可能因為認為內容與自己切身相關，故對 OTK 衛教內容印象深刻。四、OTK 教材可讀性高：良好的教材可讀性有助於學習者理解與記憶教材（宋曜廷 et al., 2013）。而 OTK 教材經中風病人、家屬與國一學生主觀判斷為容易閱讀，又經「文本可讀性指標自動分析系統」確認適合為適合國小六年級以下程度閱讀，故對參與者而言應為容易理解與記憶。上述原因皆有助於參與者理解、接受並熟記 OTK 衛教內容，故參與者接受 OTK 適性衛教之後，其 OTK 程度顯著提升。

本研究結果亦發現生理 OT 之後測分數最接近滿分。造成此結果之主要原因可能為生理 OT 之教材內容對病人與家屬較為熟悉。對學習者而言，學習全新的知識比學習與過去經驗相關的知識困難，不僅更難記憶，也更難理解（Mathai & Ramadas, 2009）。對多數中風病人與家屬而言，醫院生理 OT 為唯一接受過之 OT 服務，又需頻繁接觸，因此較能連結教材內容與接受 OT 的經驗。相較於生理 OT，中風病人與家屬對於輔具中心、長期照護、職業重建三個選擇性衛教面向較陌生。建議未來提供 OTK

衛教時，須留意教材內容與接受衛教者之過去/現在經驗之連結，並加強說明教材內容對其重要性，以提升衛教成效。

關於 OTK 選擇性教材的部分，最多人選擇長期照護（約 1/3 的參與者），僅少數人選擇輔具中心與職業重建。然而作者預期多數中風病人需使用輔具（例如：輪椅、拐杖、便盆椅），多數病人與家屬可能對輔具相關資訊之需求較高。然而可能是輪椅、拐杖等輔具取得容易，操作方式不複雜，因此病人與家屬認為自己已具備足夠的輔具相關資訊，不需額外學習輔具中心之 OTK 衛教。關於長期照護的部分，一般初次中風之平均年齡約六十五歲 (The Internet Stroke Center, 2015)，中風後常伴有身心障礙。而長期照護之定義為提供日常生活無法獨立的年長或身心障礙者持續性的照護服務，內容包含醫療、護理、生活、社會支持等照護，目的為改善、維持或恢復他們的日常生活功能 (屈蓮 & 熊德筠, 2015)。因此中風病人使用長期照護的資源可能性頗高。但選擇接受長期照護衛教的中風病人與家屬人數不如預期的原因可能是他們對長期照護抱持「認為除非病人之病情嚴重或家人無法照顧，否則不需要接受長期照護」的心態，因此最好不要用到長期照護的服務。綜合以上，中風病人與家屬可能因為他們依據過去的經驗與理解，認為他們不需要更多輔具、長期照護之 OTK。建議未來提供 OTK 教材供病人與家屬選擇時，可先列出中風病人最常使用之服務內容，以提升其學習 OTK 之意願。

本研究採用之 OTK 適性衛教主要有三個特點。一、衛教內容不同於一般臨床 OT 衛教：一般臨床 OT 衛教之內容常是生理 OT 人員依據病人目前的能力，提供中風病人病房/居家活動、說明日常活動之練習方式 (Byl & McKenzie, 2000; Cohen, H. S. & Kimball, 2003; Wang et al., 2013)。OTK 衛教的內容則著重於釐清 OT 相關概念（例如：OT 是什麼意思、OT 和物理治療有何差別）、說明不同 OT 領域可提供中風病人與家屬的服務內容，並介紹服務內容之取得方式，以期病人可獲得所需之完整 OT 服務。二、適性的方式：本研究採取之適性方式為依據參與者的 OTK 測驗前測表現（代表參與者之 OTK 程度）與自覺需求提供衛教。因此衛教者不需詳述參與者已經瞭解的衛教內容，也不提供參與者認為不需要的衛教內容（例如：年長者不需要職業重建相

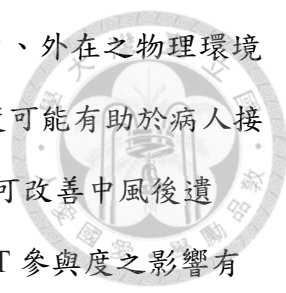


關知識)，以提升參與者接受衛教之意願以及衛教效率。三、以平板電腦播放衛教投影片，輔以口頭說明方式提供衛教：以投影片形式呈現教材內容，除了可以條列文字、圖像化衛教者所欲傳達之 OTK，亦可清楚呈現彩色照片（例如：輔具、治療器材），以便參與者理解衛教內容。若病人與家屬需要教材紙本以便做筆記或與家人分享 OTK 內容，衛教者亦可提供教材紙本予病人與家屬。上述三項特點有助於 OT 人員提供對中風病人與家屬完整且重要、符合其需求與程度、容易理解與傳遞之 OTK 衛教。

然而 OTK 適性衛教有其限制。一、衛教前需先作答 OTK 測驗：為提供符合參與者程度之 OTK 衛教，參與者需先接受 OTK 測驗才能開始接受衛教。然而 OTK 測驗所需作答時間約 20-50 分鐘（視參與者作答速度以及先備知識多寡而訂）。對參與者與施測者皆為不小的負擔。二、不易找尋提供衛教之人選：OTK 適性衛教內容多（包含 OT 核心價值、4 個與中風相關的 OT 服務領域與 OT 相關法規），衛教時間較長，臨床治療師鮮有充分的時間釐清病人/家屬對 OT 的種種疑惑，或是提供各種 OT 服務的說明。因此獨立於治療師以外的衛教人員較可能配合病人與家屬時間提供完整之衛教，但一般 OT 臨床編制少有專門執行衛教的人員。此二限制可能不利於未來於臨床實施 OTK 衛教或影響衛教成效。建議未來實施 OTK 適性衛教之方式與人力可依實際狀況調整（例如：將口頭說明改為病人與家屬直接閱讀投影片，有問題再詢問治療師），以增加 OTK 衛教之可行性。

此外，OTK 衛教無法取代一般臨床 OT 衛教。一般臨床 OT 衛教內容因為需要針對病人特定的能力或表現提供練習建議，由病人原本之治療師進行最為恰當，因為他們最瞭解病人之能力與狀況。整體而言，此二種衛教對病人與家屬都很重要，但是衛教人員無法提供最符合病人狀況的居家活動相關建議，治療師也沒有充分的時間釐清病人/家屬對 OT 的種種疑惑，或是提供各種 OT 服務的說明，故二者難以互相取代。

本研究發現以意向治療分析方式二組中風病人之 OT 參與度，OTK 適性衛教組之分數提升達小效應，雖然二組間無顯著差異。此結果表示提供 OTK 衛教可微幅提升中風病人之 OT 參與度。作者推測造成本研究結果之可能原因有三：一、影響參與度之



因素眾多：影響復健治療參與度之可能因素包含病人之意願與能力、外在之物理環境與社會環境 (Lequerica & Kortte, 2010)。提高中風病人之 OTK 程度可能有助於病人接受 OT 之意願（因為瞭解 OT 可提供那些協助、認為自己接受 OT 可改善中風後遺症），但難以改變其它因素，因此提升病人之 OTK 程度對提升 OT 參與度之影響有限。二、衛教對象約半數為家屬：過去研究顯示當病人與家屬對於治療內容愈瞭解，接受治療之意願與配合度較高 (Collins et al., 2006; Lequerica et al., 2009)。然而於本研究中，邀請家屬參與的主要原因為病人因認知功能受限而無法接受衛教。若病人之認知功能不佳，其參與度可能不易提升。而且透過衛教家屬、家屬瞭解 OTK 並鼓勵病人積極參與 OT 活動等一連串的流程中，衛教家屬並非直接影響病人之 OT 參與度，因此效應較微小。三、流失率過高：本研究以流失者之前測分數作為後測分數進行分析。然而流失率超過五成，即使完成追蹤的病人的 OT 參與度有所提升，同一組參與者之分數一起平均後，分數差異便不明顯。

若以全程參與者之資料分析，OTK 組之 OT 參與度提升之統計不顯著但效應值大。此結果表示 OTK 衛教造成部分中風病人更積極參與 OT。過去研究之結果亦認為當中風病人愈瞭解中風復健之相關資訊，愈有動機參與復健治療 (MacDonald, Kayes, & Bright, 2013)，恢復愈佳 (Lequerica et al., 2009; Lequerica & Kortte, 2010)。而 OTK 衛教僅需 1 人提供約 1.5 小時之口頭說明，即可有效提升病人之 OT 參與度，成本效益可觀。然而本研究流失率過高（約半數），僅以全程參與者之分數計算效應值可能高估 OTK 衛教之成效。再加之後測之樣本數少（二組皆少於 15 人），可能導致統計檢定不顯著。建議未來驗證 OTK 衛教對於 OT 參與度之影響時，研究人員須盡可能降低流失率（例如縮短從邀請個案到完成追蹤的時間），同時收集可能影響參與度的因素（例如：病人參與治療的意願、認知功能）並加以控制，以得到較肯定的衛教成效分析結果。

本研究之次要結果發現 OTK 組之 ADL CAT 分數提升相較於 SK 組不具顯著差異，但以所有參與者之資料分析皆具小效應，以參與者為病人之資料分析皆具大效應。此結果表示提供中風病人與家屬 OTK 適性衛教，可能有助於提升中風病人之

ADL 表現，尤以衛教病人之效果為佳。與其它驗證提升 ADL 功能之介入研究相比，其他研究介入研究後設分析的結果顯示提供病人機器人、限制健側之成效介於小效應至中效應 (Mehrholz, Hadrich, Platz, Kugler, & Pohl, 2012; Thrane, Friborg, Anke, & Indredavik, 2014)。比較上述介入方式與 OTK 適性衛教所需之時間與人力成本，OTK 衛教僅需 1 人提供約 1.5 小時之口頭說明，即可有效提升病人之 ADL，足以媲美以每日介入、每次介入半小時並持續一週以上之介入成效。故研究者建議 OT 臨床人員依據病人之 OTK 程度與需求提供中風病人與家屬 OTK 衛教以促進病人之 ADL 表現。

然而本研究總人數少 (<50 人)、流失率過高 (約半數)，實驗組與對照組之後測人數皆未達 15 人，可能導致統計結果不顯著。此外，僅以全程參與者之分數計算效應值可能高估 OTK 衛教之成效。建議未來驗證 OTK 衛教對於 ADL 表現之影響時，研究人員須增加樣本數，並且盡可能降低流失率 (例如縮短從邀請個案到完成後測之時間)，以獲得較肯定之結果。

造成衛教家屬對病人 ADL 表現影響有限 (無效應) 之可能原因有三：一、ADL 表現受家屬態度影響：家屬常為中風病人之主要照顧者，亦為協助中風病人進行治療決策之重要角色。若家屬過度保護病人，即使病人有能力完成部分 ADL (例如：穿脫衣物)，家屬仍代為完成或請看護代為完成，則病人無充分的練習機會，導致病人 ADL 獨立需求下降 (謝清麟, 陳官琳, 邱恩琦, 古佳苓, & 陳怡妙, 2011)，其 ADL 表現之進步量有限。二、接受衛教的家屬並非主要照顧者或主要決策者：參與衛教的家屬通常是白天有空陪伴病人的人，不一定是主要照顧者或可以主導病人之治療/照顧方式的人，對於病人是否參與 ADL 之影響力有限。因此接受衛教的家屬可能知道鼓勵病人盡可能獨立執行 ADL 活動有助於病人之 ADL 功能恢復，但無法協助或強制病人於病房中進行 ADL 訓練。三、由家屬代表參與衛教之病人，其中風後損傷可能較嚴重：本研究之介入方式為提供衛教，因此參與研究之病人無認知缺損，由家屬代表參與研究則可能表示病人認知功能受限。過去研究顯示認知功能為執行 ADL 之重要影響因素 (Claesson, Linden, Skoog, & Blomstrand, 2005; Stephens et al., 2005)，若病人之認知功能恢復不佳則不利於病人執行 ADL。上述三個原因皆可能影響衛教家屬之後續 ADL 成

效。建議未來探討提供中風病人之家屬 OTK 衛教成效時，更完整地收集並控制可能影響病人 ADL 表現之因素，例如：病人之認知功能、家屬是否為主要照顧者等，以獲得更肯定之衛教成效驗證結果。

本研究之拒絕率與流失率皆高（分別為 44%與 43-53%）。拒絕率高可能代表多數中風病人與家屬不願意接受衛教，而原因可能是他們認為 OTK 不重要、時間無法配合、衛教時間長。然而中風病人與家屬若對 OT 一知半解或有所誤解，可能有損病人與家屬於 OT 之參與程度與居家活動的執行狀況，不利於中風病人之功能恢復。建議未來之 OTK 衛教可改以循環播放投影片的形式於治療室或治療室的走廊播放，以增加 OTK 教材之曝光率。若中風病人與家屬對投影片內容有興趣，再向 OT 人員詢問或索取紙本內容。流失率高之可能原因有二：一、參與者多為住院病人，住院時間長度受健保給付之住院天數限制（限制為 4-6 週），而完整參與本研究至少須 4 週（已接受 OT 服務 1 週、OTES 評估 1 週、OTK 測驗/衛教 1 週、間隔 1 週之後進行 OTES 後測 1 週），病人可能尚未完成追蹤即出院或轉院。二、能力足以接受 OTK 衛教與測驗之病人通常症狀較輕微，可能較快結束療程。上述二個原因可能導致病人完成衛教後即出院、轉院或結束治療，無法繼續請原治療師評估病人之參與度。

本研究之限制有八：一、本研究之參與者為來自同一個醫院的方便樣本，樣本特性可能與其他地區的醫院不同。二、本研究僅邀請中風後半年內的病人與其家屬參與研究，故研究結果可能難以應用至慢性中風病人。三、不同參與者之介入量難以一致：若參與者對衛教內容較有興趣，可能多詢問衛教者一些問題而獲得更多衛教資訊而對衛教內容更加瞭解。四、本研究未限制參與衛教的家屬必須是主要照顧者：若接受衛教的家屬不是主要照顧者，該家屬之 OTK 提升不易影響病人之 OT 參與度與 ADL 練習。五、後續追蹤之流失率超過 50%，導致難以準確估計流失者之衛教成效。六、本研究未記錄參與衛教的家屬陪同治療的確切次數或時間：家屬陪同治療的時間長短可能影響他們本身對 OTK 之理解與吸收，進而影響衛教成效。七、SK 衛教組由 2 位訪員分別提供衛教，可能導致 SK 衛教組的參與者對衛教內容之理解與應用有差異。八、SK 衛教組之參與者於 OTK 前測之後，未立即獲得 OTK 測驗之解答（除非他/她

有詢問)。因此難以判斷 OTK 組之 OTK 測驗分數提升是來自適性衛教、訪員之口頭說明或是 OTK 教材具備良好的可讀性。上述八個研究限制皆可能影響研究結果之後續推論與應用。

對於未來適性 OTK 衛教內容與形式之後續應用與研究，作者建議如下：於應用方面，由於 OTK 教材以投影片形式呈現，衛教者可依自己或病人需求編輯/更新投影片內容，也可選擇特定的衛教主題提供衛教。而投影片的形式將有助於衛教者視情況選擇以電腦螢幕搭配口頭說明、於公共空間循環播放、或提供投影片紙本予病人與家屬閱讀等方式提供 OTK 衛教，而後輔以 OTK 測驗以確認中風病人與家屬對於 OTK 教材之理解。衛教者甚至可以使用資訊科技將 OTK 測驗之選擇題施測介面電腦化，再依據作答結果直接連結至相對應之 OTK 教材，使病人與家屬可以自行閱讀教材內容，以減少衛教之人力並提升衛教之效率。於研究方面，未來之研究可以探討那些指標最適合作為 OTK 衛教之成效指標、不同形式的 OTK 衛教成效之差異、影響 OTK 適性衛教成效之因素，以利衛教人員掌握最佳之 OTK 衛教方式以提升 OTK 衛教成效。

總結

本研究為全球首創之中風病人與家屬之 OTK 適性衛教，並且達成單盲的臨床試驗測試。主要結果發現 OTK 適性組的 OTK 測驗分數於接受 OTK 衛教後顯著提升，而且與對照組相比具有大效應。關於衛教前後之 OT 參與度變化，若以意向治療方式分析，不論參與者為病人或家屬，OTK 適性衛教組之提升與對照組相比皆有小效應。若以全程參與者之資料進行分析，當參與者為家屬時則有大效應。次要結果發現二組之 ADL 表現皆有提升，而且不論以意向治療分析或以全程參與者之資料分析，當參與者為病人時，OTK 組相較於對照組之分數提升具有大效應，參與者為家屬時則無效應。此結果顯示 OTK 適性衛教可有效提升中風病人與家屬之知識程度，也可能有助於提升病人之 OT 參與度與 ADL 表現，而且衛教病人之效果優於衛教家屬。然而本研究參與者流失率高，影響對衛教成效之推論。建議未來研究人員驗證 OTK 衛教成效時，同時

收集可能影響衛教成效之資料（例如病人之認知功能、疾病嚴重度）並留意降低流失率，以確認 OTK 衛教之成效。



參考文獻



- 中華民國長期照護專業協會 (2002)。老人安養護機構、長期照護機構營運指南：中華民國長期照護專業協會。
- 毛慧芬、謝清麟 (2000)。台北市民眾對職能治療專業認識程度之再調查。**職能治療學會雜誌**，**18**，81-86。
- 行政院勞工委員會 (2009)。身心障礙者職業重建服務專業人員遴用及培訓準則。
- 行政院衛生署 (2007)。我國十年長期照護計畫-大溫暖社會福利套案之旗艦計畫。取自 <http://sowf.moi.gov.tw/newpage/tenyearsplan.htm>。
- 吳姿誼、黃怡靜、陳怡妙、陳美香、侯孟真、謝清麟 (2012)。中風病人與家屬對職能治療之認識程度初探。**職能治療學會雜誌**，**30**，34-52。
- 吳姿誼、謝清麟(2014)。職能治療參與度量表之發展：應用於中風個案之先驅研究。**第十四屆職能治療學術研討會發表之論文**，臺北。
- 宋曜廷、陳茹玲、李宜憲、查日蘇、曾厚強、林維駿、...、張國恩 (2013)。中文文本可讀性探討：指標選取、模型建立與效度驗證。**中華心理學刊**，**55**，75-106。doi：10.6129/cjp.20120621。
- 屈蓮、熊德筠 (2015)。**長期照護實務學**。臺北：新文京開發出版股份有限公司。
- 張彧 (2012)。**職能治療與職業重建**。台北：禾楓書局。
- 帶津良一、林泰史、金丸和富(2010)。**做好預防與治療遠離「腦中風」的威脅**。臺灣：臺灣東販。
- 黃怡靜、吳姿誼、陳怡妙、陳嘉瑜、薛漪平、謝清麟 (2012)。中風病人主觀疾病經驗篩檢量表之發展與初步驗證。**臺灣職能治療學會第三十一次學術研討會發表之論文**，84-85。
- 薛漪平、謝清麟 (1997)。中風患者芙蘭切活動量表效度之再驗證：大台北地區研究。**臺灣醫學**，**1**，696-702。
- 臺灣師範大學可讀性研究團隊。(2015)。文本可讀性指標自動分析系統 2。取自 <http://www.chinesereadability.net/crie/?LANG=CHT>。
- 謝清麟、陳官琳、邱恩琦、古佳苓、陳怡妙 (2011)。本土必要之中風病人職能治療研究議題。**職能治療學會雜誌**，**29**，7-20。

謝清麟、毛慧芬 (1994)。台北市民眾對職能治療的認識程度。《職能治療學會雜誌》，
12，21-28。

謝清麟 (1997)。芙蘭切活動量表之信度及效度驗證。《慈濟醫學雜誌》，9，123-130。

Aho, K., Harmsen, P., Hatano, S., Marquardsen, J., Smirnov, V. E., & Strasser, T. (1980).

Cerebrovascular disease in the community: results of a WHO collaborative study.

Bulletin of the World Health Organization, 58, 113-130.

American Occupational Therapy Association. (2010). Occupational Therapy's role of health
promotion. Retrieved from <http://www.aota.org/->

[/media/Corporate/Files/AboutOT/Professionals/WhatIsOT/MH/Facts/FactSheet_HealthPromotion.pdf](http://www.aota.org/-/media/Corporate/Files/AboutOT/Professionals/WhatIsOT/MH/Facts/FactSheet_HealthPromotion.pdf)

American Occupational Therapy Association. (2014). Occupational Therapy Practice

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

Arnold, A. M., Psaty, B. M., Kuller, L. H., Burke, G. L., Manolio, T. A., Fried, L. P., . . .

Kronmal, R. A. (2005). Incidence of cardiovascular disease in older Americans: the
cardiovascular health study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53, 211-218.
doi:10.1111/j.1532-5415.2005.53105.x.

Bawm, C. M., & Law, M. (1997). Occupational Therapy Practice: Focusing on Occupational
Performance. *American Journal of Occupational Therapy*, 51, 277-288.

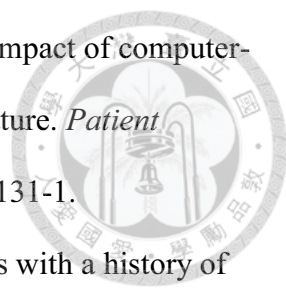
doi:10.5014/ajot.51.4.277.

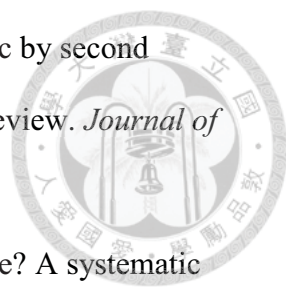
Brealey, S., Andronis, L., Dennis, L., Atwell, C., Bryan, S., Coulton, S., . . . Wilkinson, C.

(2010). Participants' preference for type of leaflet used to feed back the results of a
randomised trial: a survey. *Trials*, 11, 116-122. doi:10.1186/1745-6215-11-116.

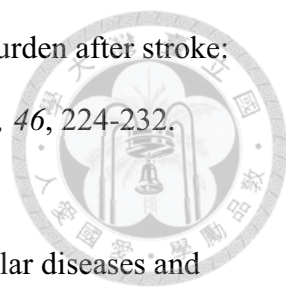
Broomfield, D., & Humphris, G. M. (2001). Using the Delphi technique to identify the cancer
education requirements of general practitioners. *Medical Education*, 35, 928-937.

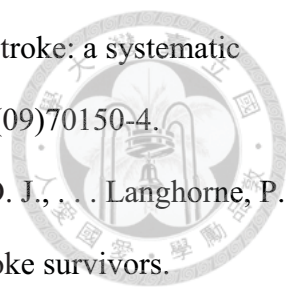
doi:10.1111/j.1365-2923.2001.01022.x.

- 
- Brug, J., Campbell, M., & van Assema, P. (1999). The application and impact of computer-generated personalized nutrition education: a review of the literature. *Patient Education and Counseling*, *36*, 145-156. doi:S0738-3991(98)00131-1.
- Byl, N. N., & McKenzie, A. (2000). Treatment effectiveness for patients with a history of repetitive hand use and focal hand dystonia: a planned, prospective follow-up study. *Journal of Hand Therapy*, *13*, 289-301. doi:10.1016/S0894-1130(00)80021-6.
- Calloway, M., Bharmal, M., Hill-Zabala, C., & Allen, R. (2011). Development and validation of a subjective post sleep diary (SPSD) to assess sleep status in subjects with restless legs syndrome. *Sleep Medicine*, *12*, 704-710. doi:10.1016/j.sleep.2010.09.020.
- Claesson, L., Linden, T., Skoog, I., & Blomstrand, C. (2005). Cognitive impairment after stroke - impact on activities of daily living and costs of care for elderly people. The Goteborg 70+ Stroke Study. *Cerebrovascular Diseases*, *19*, 102-109. doi:10.1159/000082787.
- Cohen, H. S., & Kimball, K. T. (2003). Increased independence and decreased vertigo after vestibular rehabilitation. *Otolaryngology and Head and Neck Surgery*, *128*, 60-70. doi:10.1067/mhn.2003.23.
- Cohen, J. (2013). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. New York: Academic press.
- Collins, T. C., Kroll, T. L., Krueger, P. N., Willson, P., Ashton, C. M., & Sharf, B. F. (2006). A qualitative approach to developing a patient-derived intervention to increase exercise in peripheral arterial disease. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*, *26*, 92-100. doi:10.1097/00008483-200603000-00009.
- Daniel, K., Wolfe, C. D., Busch, M. A., & McKeivitt, C. (2009). What are the social consequences of stroke for working-aged adults? A systematic review. *Stroke*, *40*, e431-440. doi:10.1161/strokeaha.108.534487.

- 
- Enwald, H. P., & Huotari, M. L. (2010). Preventing the obesity epidemic by second generation tailored health communication: an interdisciplinary review. *Journal of Medical Internet Research, 12*, e24. doi:10.2196/jmir.1409.
- Eyles, H. C., & Mhurchu, C. N. (2009). Does tailoring make a difference? A systematic review of the long-term effectiveness of tailored nutrition education for adults. *Nutrition Reviews, 67*, 464-480. doi:10.1111/j.1753-4887.2009.00219.x.
- Forster, A., Brown, L., Smith, J., House, A., Knapp, P., Wright, J. J., & Young, J. (2012). Information provision for stroke patients and their caregivers. *Cochrane Database Syst Rev, 11*, CD001919. doi:10.1002/14651858.CD001919.pub3.
- Foulkes, M. A., Wolf, P. A., Price, T. R., Mohr, J. P., & Hier, D. B. (1988). The Stroke Data Bank: design, methods, and baseline characteristics. *Stroke, 19*, 547-554. doi:10.1161/01.STR.19.5.547.
- Gallagher, R., Roach, K., Belshaw, J., Kirkness, A., Sadler, L., & Warrington, D. (2012). A pre-test post-test study of a brief educational intervention demonstrates improved knowledge of potential acute myocardial infarction symptoms and appropriate responses in cardiac rehabilitation patients. *Australian Critical Care, 27*(1), 1-7. doi:10.1016/j.aucc.2012.01.002.
- Goldszmidt, A. J., & Caplan, L. R. (2010). *Stroke Essentials 2010*. Sudbury, MA: Jones & Bartlett Publishers.
- Gowda, C., Schaffer, S. E., Kopec, K., Markel, A., & Dempsey, A. F. (2013). A pilot study on the effects of individually tailored education for MMR vaccine-hesitant parents on MMR vaccination intention. *Human Vaccines & Immunotherapeutics, 9*(1), 1-7. doi:10.4161/hv.22821.
- Gray, J. M. (1998). Putting occupation into practice: occupation as ends, occupation as means. *American Journal of Occupational Therapy, 52*, 354-364. doi:10.5014/ajot.52.5.354.

- Greber, C. (2011). Pluralism: Signposting a split in occupational therapy? *Australian Occupational Therapy Journal*, 58, 455-457. doi:10.1111/j.1440-1630.2011.00959.x.
- Hackett, M. L., Glozier, N., Jan, S., & Lindley, R. (2012). Returning to paid employment after stroke: the Psychosocial Outcomes In Stroke (POISE) cohort study. *PLoS ONE [Electronic Resource]*, 7, e41795. doi:http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0041795.
- Han, H. R., Lee, J. E., Kim, J., Hedlin, H. K., Song, H., & Kim, M. T. (2009). A meta-analysis of interventions to promote mammography among ethnic minority women. *Nursing Research*, 58, 246-254. doi:10.1097/NNR.0b013e3181ac0f7f.
- Hartman-Maeir, A., Eliad, Y., Kizoni, R., Nahaloni, I., Kelberman, H., & Katz, N. (2007). Evaluation of a long-term community based rehabilitation program for adult stroke survivors. *NeuroRehabilitation*, 22, 295-301.
- Hasson, F., Keeney, S., & McKenna, H. (2000). Research guidelines for the Delphi survey technique. *Journal of Advanced Nursing*, 32, 1008-1015. doi:10.1046/j.1365-2648.2000.t01-1-01567.x.
- Hollis, Sally, & Campbell, Fiona. (1999). What is meant by intention to treat analysis? Survey of published randomised controlled trials. *British Medical Journal*, 319, 670-674. doi:10.1136/bmj.319.7211.670.
- Hoyert, D. L., & Xu, J. (2012). Deaths: Preliminary Data for 2011. *National Vital Statistics Reports*, 61, 1-7.
- Hsueh, I. P., Chen, J. H., Wang, C. H., Hou, W. H., & Hsieh, C. L. (2013). Development of a computerized adaptive test for assessing activities of daily living in outpatients with stroke. *Physical Therapy*, 93, 681-693. doi:10.2522/ptj.20120173.
- Huang, K. T., Owino, C., Vreeman, R. C., Hagembe, M., Njuguna, F., Strother, R. M., & Gramelspacher, G. P. (2012). Assessment of the face validity of two pain scales in Kenya: a validation study using cognitive interviewing. *BMC Palliative Care*, 11, 5. doi:10.1186/1472-684x-11-5.

- 
- Jaracz, K., Grabowska-Fudala, B., & Kozubski, W. (2012). Caregiver burden after stroke: towards a structural model. *Neurologia i Neurochirurgia Polska*, *46*, 224-232. doi:10.5114/ninp.2012.29130.
- Jeng, J. S., & Su, T. C. (2007). Epidemiological studies of cerebrovascular diseases and carotid atherosclerosis in Taiwan. *Acta Neurologica Taiwanica*, *16*, 190-202.
- Jones, J., & Hunter, D. (1995). Consensus methods for medical and health services research. *British Medical Journal*, *311*, 376-380. doi:10.1136/bmj.311.7001.376.
- Jorgensen, H. S., Nakayama, H., Raaschou, H. O., Vive-Larsen, J., Stoier, M., & Olsen, T. S. (1995). Outcome and time course of recovery in stroke. Part I: Outcome. The Copenhagen Stroke Study. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, *76*, 399-405.
- Klauer, Karl Christoph, & Musch, Jochen. (2001). Does sunshine prime loyal? Affective priming in the naming task. *The Quarterly Journal of Experimental Psychology A*, *54*, 727-751. doi:10.1080/713755986.
- Kravitz, R. L., Tancredi, D. J., Street, R. L., Jr., Kalauokalani, D., Grennan, T., Wun, T., . . . Franks, P. (2009). Cancer Health Empowerment for Living without Pain (Ca-HELP): study design and rationale for a tailored education and coaching intervention to enhance care of cancer-related pain. *BMC Cancer*, *9*, 319. doi:10.1186/1471-2407-9-319.
- Kreuter, Matthew. (2000). *Tailoring health messages: Customizing communication with computer technology*. Mahwah, NJ: Routledge.
- Kroeze, W., Werkman, A., & Brug, J. (2006). A systematic review of randomized trials on the effectiveness of computer-tailored education on physical activity and dietary behaviors. *Annals of Behavioral Medicine*, *31*, 205-223. doi:10.1207/s15324796abm3103_2.

- 
- Langhorne, P., Coupar, F., & Pollock, A. (2009). Motor recovery after stroke: a systematic review. *Lancet Neurology*, *8*, 741-754. doi:10.1016/s1474-4422(09)70150-4.
- Legg, L. A., Quinn, T. J., Mahmood, F., Weir, C. J., Tierney, J., Stott, D. J., . . . Langhorne, P. (2011). Non-pharmacological interventions for caregivers of stroke survivors. *Cochrane Database of Systematic Reviews*CD008179. doi:10.1002/14651858.CD008179.pub2.
- Lenze, E. J., Host, H. H., Hildebrand, M. W., Morrow-Howell, N., Carpenter, B., Freedland, K. E., . . . Binder, E. F. (2012). Enhanced Medical Rehabilitation Increases Therapy Intensity and Engagement and Improves Functional Outcomes in Postacute Rehabilitation of Older Adults: A Randomized-Controlled Trial. *Journal of the American Medical Directors Association*, *13*, 708-712. doi:10.1016/j.jamda.2012.06.014.
- Lenze, E. J., Munin, M. C., Quear, T., Dew, M. A., Rogers, J. C., Begley, A. E., & Reynolds, C. F., 3rd. (2004). The Pittsburgh Rehabilitation Participation Scale: reliability and validity of a clinician-rated measure of participation in acute rehabilitation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, *85*, 380-384. doi:10.1016/j.apmr.2003.06.001.
- Lequerica, A. H., Donnell, C. S., & Tate, D. G. (2009). Patient engagement in rehabilitation therapy: physical and occupational therapist impressions. *Disability and Rehabilitation*, *31*, 753-760. doi:doi:10.1080/09638280802309095.
- Lequerica, A. H., & Kortte, K. (2010). Therapeutic engagement: a proposed model of engagement in medical rehabilitation. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, *89*, 415-422. doi:10.1097/PHM.0b013e3181d8ceb2.
- Maasland, L., Brouwer-Goossensen, D., den Hertog, H. M., Koudstaal, P. J., & Dippel, D. W. (2011). Health education in patients with a recent stroke or transient ischaemic attack:

a comprehensive review. *International Journal of Stroke*, 6, 67-74.

doi:10.1111/j.1747-4949.2010.00541.x.

MacDonald, Grace A, Kayes, Nicola M, & Bright, Felicity. (2013). Barriers and facilitators to engagement in rehabilitation for people with stroke: a review of the literature. *New Zealand Journal of Physiotherapy*, 41, 112-121.

Mathai, S. & Ramadas, J. (2009). Visuals and visualisation of human body systems.

International Journal of Science Education, 31, 439-458.

doi:10.1080/09500690802595821.

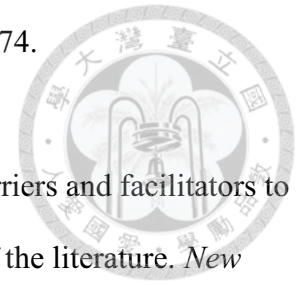
Mehrholz, J., Hadrich, A., Platz, T., Kugler, J., & Pohl, M. (2012). Electromechanical and robot-assisted arm training for improving generic activities of daily living, arm function, and arm muscle strength after stroke. *Cochrane Database Syst Rev*, 6, Cd006876. doi:10.1002/14651858.CD006876.pub3.

Miller, E. L., Murray, L., Richards, L., Zorowitz, R. D., Bakas, T., Clark, P., & Billinger, S. A. (2010). Comprehensive overview of nursing and interdisciplinary rehabilitation care of the stroke patient: a scientific statement from the American Heart Association. *Stroke*, 41, 2402-2448. doi:10.1161/STR.0b013e3181e7512b.

Muijtjens, A. M., Hoogenboom, R. J., Verwijnen, G. M., & Van Der Vleuten, C. P. (1998). Relative or Absolute Standards in Assessing Medical Knowledge Using Progress Tests. *Adv Health Sci Educ Theory Pract*, 3, 81-87. doi:10.1023/a:1009728423412.

Munksgaard, S. B., Allena, M., Tassorelli, C., Rossi, P., Katsarava, Z., Bendtsen, L., . . . Comoestas, Consortium. (2011). What do the patients with medication overuse headache expect from treatment and what are the preferred sources of information? *Journal of Headache and Pain*, 12, 91-96. doi:10.1007/s10194-011-0298-4.

Nakayama, H., Jorgensen, H. S., Raaschou, H. O., & Olsen, T. S. (1994). Compensation in recovery of upper extremity function after stroke: the Copenhagen Stroke Study.



Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 75, 852-857. doi:10.1016/0003-9993(94)90108-2.

Nam, S., Janson, S. L., Stotts, N. A., Chesla, C., & Kroon, L. (2012). Effect of culturally tailored diabetes education in ethnic minorities with type 2 diabetes: a meta-analysis.

Journal of Cardiovascular Nursing, 27, 505-518.

doi:10.1097/JCN.0b013e31822375a5.

Noar, S. M., Benac, C. N., & Harris, M. S. (2007). Does tailoring matter? Meta-analytic review of tailored print health behavior change interventions. *Psychological Bulletin*, 133, 673-693. doi:10.1037/0033-2909.133.4.673.

Nyman, S. R., & Yardley, L. (2009). Web-site-based tailored advice to promote strength and balance training: an experimental evaluation. *J Aging Phys Act*, 17, 210-222.


Palmcrantz, S., Holmqvist, L. W., & Sommerfeld, D. K. (2012). Long-term health states relevant to young persons with stroke living in the community in southern Stockholm - a study of self-rated disability and predicting factors. *Disability and Rehabilitation*, 34, 817-823. doi:10.3109/09638288.2011.621507.

Pearson, P. David, Barr, Rebecca, & Kamil, Michael L. (2000). *Handbook of reading research*. Mahwah, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates.

Pellerin, C., Rochette, A., & Racine, E. (2011). Social participation of relatives post-stroke: the role of rehabilitation and related ethical issues. *Disability and Rehabilitation*, 33, 1055-1064. doi:10.3109/09638288.2010.524272.

Portney, Leslie Gross, & Watkins, Mary P. (2009). *Foundations of clinical research : applications to practice*. Upper Saddle River, N.J.: Pearson/Prentice Hall.

Radomski, M. V., & Latham, C. A. T. (2008). *Occupational therapy for physical dysfunction*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

- 
- Rouillard, S., De Weerd, W., De Wit, L., & Jelsma, J. (2012). Functioning at 6 months post stroke following discharge from inpatient rehabilitation. *South African Medical Journal*, *102*, 545-548.
- Sim, J. & Wright, C. C. (2005). The kappa statistic in reliability studies: use, interpretation, and sample size requirements. *Physical Therapy*, *85*, 257-268.
- Skinner, C. S., Campbell, M. K., Rimer, B. K., Curry, S., & Prochaska, J. O. (1999). How effective is tailored print communication? *Annals of Behavioral Medicine*, *21*, 290-298. doi:10.1007/BF02895960.
- Stephens, S., Kenny, R. A., Rowan, E., Kalaria, R. N., Bradbury, M., Pearce, R., Wesnes K., Ballard C. G. (2005). Association between mild vascular cognitive impairment and impaired activities of daily living in older stroke survivors without dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, *53*, 103-107.
- Stolee, P., Hillier, L. M., Webster, F., & O'Callaghan, C. (2006). Stroke care in long-term care facilities in southwestern Ontario. *Topics in Stroke Rehabilitation*, *13*, 97-108. doi:10.1310/tsr1304-97.
- Sumathipala, K., Radcliffe, E., Sadler, E., Wolfe, C. D., & McKeivitt, C. (2012). Identifying the long-term needs of stroke survivors using the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Chronic Illness*, *8*, 31-44. doi:10.1177/1742395311423848.
- Talkowski, J. B., Lenze, E. J., Munin, M. C., Harrison, C., & Brach, J. S. (2009). Patient participation and physical activity during rehabilitation and future functional outcomes in patients after hip fracture. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, *90*, 618-622. doi:10.1016/j.apmr.2008.10.024.
- Tang, W. K., Lau, C. G., Mok, V., Ungvari, G. S., & Wong, K. S. (2011). Burden of Chinese stroke family caregivers: the Hong Kong experience. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, *92*, 1462-1467. doi:10.1016/j.apmr.2011.03.027.

The Internet Stroke Center. (2015). Stroke Statistics. Retrieved from

<http://www.strokecenter.org/patients/about-stroke/stroke-statistics/>

Thrane, G., Friberg, O., Anke, A., & Indredavik, B. (2014). A meta-analysis of constraint-induced movement therapy after stroke. *Journal of Rehabilitation Medicine*, *46*, 833-842. doi:10.2340/16501977-1859.

Trombly, C. A. (1995). Occupation: Purposefulness and Meaningfulness as Therapeutic Mechanisms. *American Journal of Occupational Therapy*, *49*, 960-972. doi:10.5014/ajot.49.10.960.

Turnbull, J. M. (1989). What is ... normative versus criterion-referenced assessment. *Medical Teacher*, *11*, 145-150. doi:10.3109/01421598909146317.

U.S. Department of Health & Human Services, National Institutes of Health, National Cancer Institute. (2004). *Making health communication programs work*. Springfield, Va.: Available through the National Technical Information Service.

Van Den Broek, P., & Kremer, K. E. (2000). *Reading for meaning: Fostering comprehension in the middle grades*. New York: Teachers College Press.

Wanyonyi, K. L., Themessl-Huber, M., Humphris, G., & Freeman, R. (2011). A systematic review and meta-analysis of face-to-face communication of tailored health messages: implications for practice. *Patient Education and Counseling*, *85*, 348-355. doi:10.1016/j.pec.2011.02.006.

Wilding, C., & Whiteford, G. (2007). Occupation and occupational therapy: Knowledge paradigms and everyday practice. *Australian Occupational Therapy Journal*, *54*, 185-193. doi:10.1111/j.1440-1630.2006.00621.x.

Willard, H. S., Crepeau, E. B., Cohn, E. S., & Schell, B. A. B. (2009). *Willard & Spackman's occupational therapy*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.



World Health Organization. (2011). The top 10 causes of death. Retrieved from
<http://who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/index4.html>

World Health Organization. (2013). Health Education. Retrieved from
http://www.who.int/topics/health_education/en/

World Health Organization. (2002). *Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health: ICF*. Geneva.


Wuang, Y. P., Ho, G. S., & Su, C. Y. (2013). Occupational therapy home program for children with intellectual disabilities: a randomized, controlled trial. *Research in Developmental Disabilities, 34*, 528-537. doi:10.1016/j.ridd.2012.09.008.

Zorowitz, R. D., Gillard, P. J., & Brainin, M. (2013). Poststroke spasticity: sequelae and burden on stroke survivors and caregivers. *Neurology, 80*, S45-52.
doi:10.1212/WNL.0b013e3182764c86.



表

表一、研究一 OT 專家小組的專長與工作環境之人數對照表



OT 專家之專長	資深臨床人員	資淺臨床人員	研究人員	大學教師
醫院生理 OT	1+(3)*	2	1	2
輔具	(1)*	(1)*	0	0
職業重建	1	0	0	0
長期照護	1	0	0	0

*括號中之數字表示該欄位之 OT 專家人數已併計於其它欄位（表同時具備其它專長），故本研究之 OT 專家小組成員共 8 人。

表二、重要的 OTK 概念清單（第一次德菲法第一回合）



面向	概念
核心價值	
OT 定義	OT 的治療原則（例如：盡力幫助病人 ADL 獨立、鼓勵病人參與日常活動） [†] OT 與其它復健專業的異同 [†]
服務項目	製作副木 [‡] OT 常見的治療方法 [†] 取得 OT 服務的方式 [†] 長期照護 [‡] 輔具中心 [‡] 居家服務 [‡] 社會福利機構 [‡] 職業重建 [‡] 社區復健中心 [‡]
相關法規	勞政相關法規 [‡]

[†] 表示此概念保留至第二次德菲法作為衛教主題進行討論。

[‡] 表示此概念已納入 OTK 架構-草稿 1 中。

表三、OTK 衛教主題彙整清單（第二次德菲法第一回合）與重要程度評分（第二次德菲法第二回合）

面向與次面向	項目	重要程度(%)	
核心價值			
OT 定義	OT 是什麼意思	88	
	OT 在人生各個階段可提供的服務為何	88	
	OT 與其它復健專業的異同	75 [†]	
	OT 關心的表現領域	100	
	OT 在醫療過程的哪個階段？	63 [‡]	
治療原則	職能治療師會視病人需求，提供以病人為中心或以家庭為中心的服務	88	
	OT 鼓勵病人盡可能地自己完成生活中的大小事	88	
	OT 強調治療活動應該融入生活	88	
	OT 會全面考量病人的特性來提供服務	88	
	OT 強調病人主動參與治療活動	100	
	OT 提供難度略高於病人能力的治療活動以提升病人的能力	75 [†]	
	OT 與病人間為合作關係	88	
	OT 強調生活作息的安排應該平衡	88	
	OT 重視病人與其他人、環境以及病人所參與的活動之間的關係	88	
	OT 同時著重 top-down 和 bottom-up 的觀點	63 [‡]	
	OT 人員常以自己為模範，建立治療性關係	50 [‡]	
	治療目標	協助病人建構規律的日常作息	88
		提升健康相關生活品質	100

OT 的治療途徑(approach)包含改善問題、以其他方式代替、維持現況與預防疾病	
減緩症狀	
促進安適感	
提升生活參與度	100
發揮病人最大的潛能	88
提供照護者照顧病人、陪同練習的方法	88
減輕照護者負擔及維持其生活品質	88
盡可能日常生活獨立	100
幫助病人盡可能恢復病前或重建社會角色	88
服務場所	
服務對象	88
常見之治療器材	88
常見的治療方法、理論基礎與目的（釐清同樣活動，不同目的的情形）	88
服務方式（直接/間接）	100
服務內容	88
-什麼樣的問題可以尋求 OT 協助	
-接受職能治療服務的內涵和時數會隨著病程或能力而有調整	
-使用該項服務的時機	
-接受職能治療服務的限制	
於服務場所的主要功能與角色	100
預期之治療成效	88
取得服務的方式	88
不同服務可否同時兼有、病人可如何安排	88



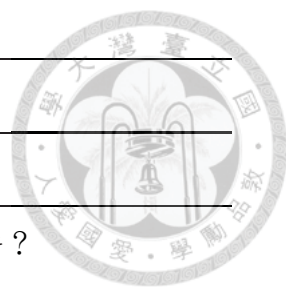
	服務流程(包含轉介、評估、治療、再評估、結案等)	
相關法規	適用對象	
	服務內容與相關法規條文	
	取得服務的方式	88
	自費治療之相關法規	88



† 表示此衛教主題之重要程度雖然低於標準 (<80%)但作者仍保留之，因為這些衛教主題為中風病人與家屬常提問的內容。

‡ 表示此衛教主題之重要程度遠低於標準，故於第三回合當中決定後續處理方式。

表四、驗證 OTK 教材可讀性之認知訪談題目



教材結構	題目
教材說明	1.請問您會怎麼修改教材的說明，讓說明更清楚易懂？
各個衛教主題的標題與內容	1.用您自己的話來說，您覺得這段文字/影片想表達什麼？ 2.當您在閱讀這段文字或看這段影片的時候在想什麼？ 3.這段文字或影片容易理解嗎？有沒有那幾個字詞特別難以理解？（如果有，您會怎麼改變用詞？）
整份教材	1.有沒有那些事情是我們忘了在教材中說明，但您覺得很重要的？ 2.就整份教材而言，您有沒有建議要修改那些地方？例如：版面、字體大小等。

表五、中風病人與家屬小組之人口學資料

	中風病人 (N=8)	家屬 (N=32)
性別		
男	7	4
女	1	28
年齡 (年)	44.5±13.7	50.6±16.7
中風後時間 (月)	15.9 (0.9-35.7)	4.9 (0.6-11.8)
來源		
門診	7	22
住院	1	10
受教育之年數 (年)	16.3±1.9	15.3±2.3



表六、中風病人與家屬小組對於 OTK 教材之修改建議

問題	作者與中風病人/家屬討論之後的修改
整體版面	
2. 排版過於擁擠。	1.增加行距，以免排版過於擁擠。
3. 段落太長，重點不清。	2.將重點加粗或是以編號、清單的方式條列重點，可使讀者容易掌握重點
用字	
1.易令人混淆的用字	
「運動」	復健治療活動
「治癒」	提升病人病後的功能
「直接治療」與「間接治療」	「提供病人治療活動」與「提供病人與家屬諮詢」
2.過於文言的用詞	
提升病人「參與活動的意願」	使病人更願意參加治療活動
病人的「社會支持」不足	病人的家人、朋友無法提供足夠的協助（包含金錢上的支持、精神上的支持等）
符合「其參與的角色任務」	使病人有能力進行的生活中的大小事
職業重建者要如何取得 OT 服務	需要接受職業重建服務的人，應該如何取得 OT 的服務
3.過於專業的用語	
病人的預後	病人未來的恢復狀況
認知功能	認知功能（例如：注意力、記憶立、解決問題的能力等）
使病人可以參與生活	使病人有能力從事的日常生活中的大小事，例如：做家事、家庭聚會。

重建病人原本的生活角色	使病人在原本的生活中，重新找到自己可以做/想做的事
部分負擔	除了全民健保幫我們付的醫療費用之外，自己也要負擔一小部分的費用
就業轉銜	幫助病人找到新的工作
概念（情境）確認	
部分教材只有抽象的理論說明，和中風的關聯性不強	多舉生活化的例子以幫助理解。例如：常見的工具性日常生活活動包括打電話、使用電視遙控器等。



表七、以「文本可讀性指標自動化分析系統」分析 OTK 教材可讀性指標平均值與適讀年級（國小）

次面向	字數	難詞數	中筆劃 字元數	二字 詞數	單句數 比率	人稱 代名詞數
OT 定義	231.3	43.0	86.0	92.5	0.8	1.0
適讀年級	一～二	二～三	二～三	二～三	一	一
治療目標	153.4	30.0	42.4	59.1	0.5	1.9
適讀年級	一～二	一～二	一～二	一～二	三	一
治療原則	121.4	21.3	40.9	44.2	0.3	1.0
適讀年級	一～二	一	一～二	一～二	四～六	一
醫院生理 OT	266.8	56.0	95.4	100.1	0.6	0.2
適讀年級	二～三	二～三	二～三	二～三	一～二	一
輔具中心	274.7	55.5	93.3	101.8	0.6	1.8
適讀年級	二～三	二～三	二～三	三～四	二	一
長期照護	248.8	40.5	85.2	90.8	0.6	1.0
適讀年級	二	一～二	二～三	二～三	二	一
職業重建	134.0	19.0	46.0	54.6	0.7	1.0
適讀年級	一	一	一～二	一～二	一～二	一

表八、作者與專家討論後刪除之 OTK 測驗題目與刪除原因

有問題的題目/該題之答案	有問題的原因
<ul style="list-style-type: none"> OT 的服務形式包含那些/直接治療與諮商 	<p>此題並非必要。因為病人與家屬即使不知道此題的答案也知道治療師會提供病人治療活動，對 OT 有疑問的時候會詢問治療師。</p>
<ul style="list-style-type: none"> 在 OT 常見的治療方法/ 壞邊承重、視覺代償的方法等 	<p>此題容易與「OT 常見的服務內容有那些」混淆，而且病人和家屬不一定需要瞭解治療手法的意義。</p>
<ul style="list-style-type: none"> 職能治療師在於各服務場所（例如：醫院生理 OT）的主要功能與角色是什麼/ 例如：提升病人獨立生活的功能、提升病人的感覺、動作或認知功能 	<p>此題語意較抽象，而且答案與「OT 常見的服務內容有那些」、「OT 和物理治療有什麼不同」二題部分重疊</p>
<ul style="list-style-type: none"> 接受各服務場所（例如：社會福利給付之長期照護）之 OT 服務之流程有那些/ 具備身心障礙證明、至戶籍所在地之區鄉鎮市公所申請 	<p>此題與「如何取得各服務場所（例如：長期照護）的 OT 服務」之概念重疊</p>
<ul style="list-style-type: none"> 如何自費接受各類型的 OT 服務（例如：生理 OT、長期照護）？ 	<p>此題似乎不是 OTK 涵蓋的範圍。因為自費服務的取得方式皆是找到服務地點並與治療人員接洽即可。病人與家屬想知道的應該是那些地方可提供自費服務。然而整理服務場所的名單給病人與家屬與 OTK 似無關聯。</p>

表九、國中生 OTK 衛教前後測平均分數對照

	核心價值 (滿分 10)	生理 OT (滿分 10)	輔具中心 (滿分 10)	長期照護 (滿分 10)	職業重建 (滿分 8)
第一次測驗	0.4/4.2	0.0/4.8	1.1/4.5	0.5/5.3	0.0/2.9
第二次測驗	5.0/7.6	5.2/9.0	5.4/7.7	7.7/9.3	3.1/7.7

註一、斜線(/)左側為簡答題之平均得分，右側為選擇題之平均得分。

註二、生理 OT 為 B 班（共 8 人）之測驗結果，其餘欄位之數值為 A 班（10 人）結果。

表十、研究三參與者之編號、組別與亂數對照表

編號	身份			
	住院病人	住院家屬	門診病人	門診家屬
1	1	2	1	2
2	2	1	2	1
3	2	2	1	2
4	1	1	2	1
5	2	2	2	1
6	1	1	1	2
7	2	2	2	1
8	1	1	1	2
9	1	1	1	1
10	2	2	2	2
11	1	1	1	1
12	2	2	2	2
13	2	1	2	2
14	1	2	1	1
15	2	1	2	2
16	1	2	1	1
17	1	1	2	2
18	2	2	1	1
19	2	2	2	1
20	1	1	1	2
21	1	2	2	1
22	1	1	2	1



23	1	1	2	2
24	1	1	2	1
25	2	2	1	1
26	2	2	2	1
27	2	2	1	1
28	1	1	1	2
29	1	2	2	2
30	1	1	1	1
31	1	1	1	1



註、組別之分派為作者將 1 至 100 的亂數重新編號， ≤ 50 的數字標示為 1（參與 OTK 適性衛教）， > 50 的數字標示為 2（參與 SK 衛教）。

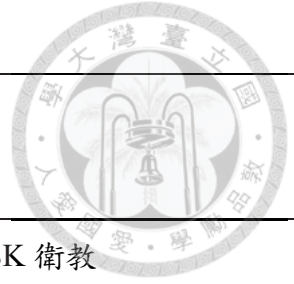
表十一、實驗組與對照組每次衛教之主題安排

	OTK 適性衛教組 (實驗組)	SK 衛教組 (對照組)
第一次衛教	OT 之核心價值 (必選) <ul style="list-style-type: none"> • OT 之定義 • 治療原則 • 治療目標 	<ul style="list-style-type: none"> • 中風的定義 • 中風的徵兆 • 中風的危險因子
第二次衛教	適用於中風病人與家屬服務的 OT 服務-1 <ul style="list-style-type: none"> • 醫院-生理疾病職能治療 (必選) • 輔具中心與其服務 	<ul style="list-style-type: none"> • 中風時的緊急處理 • 中風後的緊急醫療處置 • 中風相關醫療團隊 (未介紹詳細的服務內容)
第三次衛教	適用於中風病人與家屬服務的 OT 服務-2 <ul style="list-style-type: none"> • 長期照護計畫與機構 • 職業重建計畫 OT 相關法規	如何維持中風後的健康 <ul style="list-style-type: none"> • 飲食部分 • 作息部分 • 運動部分

註、實驗組與對照組之實際衛教次數視參與者方便的時間、有無提問、實驗組選擇要瞭解的衛教主題多寡而訂。例如：參與者可能約長一點的時間完成二次衛教、提問較多的參與者衛教所需次數或時間亦較多、選擇要瞭解的衛教主題較少的實驗組衛教次數較少。

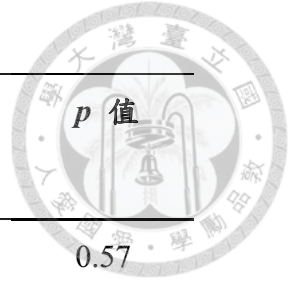
表十二、二組參與者之衛教實施情形比較

比較項目	OTK 適性衛教組	對照組
接受衛教次數	至少 1 次 OTK 衛教	至少 1 次 SK 衛教
衛教教材	OTK 教材投影片（以平版電腦呈現）與投影片紙本	SK 教材投影片（以平版電腦呈現）與投影片紙本
衛教方式	2. 訪員以 OTK 教材教材為依據，口頭講解教材內容並詢問參與者對教材內容是否有疑問。 3. 參與者若對於 OTK 測驗結果有疑問，可詢作者。	1. 訪員以 SK 教材為依據，口頭講解教材內容並詢問參與者對教材內容是否有疑問。 2. 參與者若對於 SK 教材內容或 OTK 測驗結果有疑問，可詢問訪員。
衛教時間	每次 30 分鐘，共 3 次	每次 30 分鐘，共 3 次



表十三、參與者於衛教前之基本資料

	OTK 衛教組 (N=29)	SK 衛教組 (N=20)	p 值
被衛教者性別 (男/女)	11/18	6/14	0.57
被衛教者之年齡 (歲)	50.3±12.3	57.0±13.0	0.08
身份 (病人/家屬)	11/18	7/13	0.83
中風後時間 (月)	2.1±2.4	2.8±2.6	0.41
病人之患側肢 (左/右/雙側)	19/9/1	6/14/0	0.02
中風類型 (出血/栓塞/梗塞/其它)	12/9/3/5	7/11/0/3	0.32
中風次數 (1/≥2 次)	24/5	18/2	0.48
教育程度 (國中以下/高中職/專科大學/研究所)	1/9/15/4	3/6/9/1	0.40
OTK 測驗			
核心價值 (0-20)	12.2±2.8	11.4±3.4	0.37
醫院生理 (0-20)	13.8±3.2	14.0±4.0	0.87
輔具中心 (0-20)	8.7±3.1	9.2±4.0	0.69
長期照護 (0-20)	8.1±3.1	7.9±2.8	0.84
職業重建 (0-16)	4.8±2.9	5.5±2.3	0.41
OTES (0-30)	21.8±5.8	19.3±8.6	0.26
ADL CAT (22.0-77.2)	42.7±8.0	43.6±9.6	0.71
住院/門診	24/5	15/5	0.51



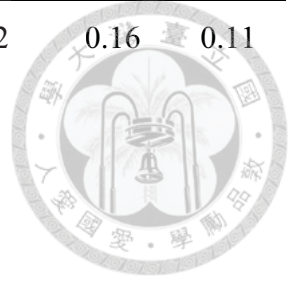
表十四、衛教成效之描述與推論統計

(A) 所有參與者 (N=49)



成效指標 (可能之 分數範 圍)	OTK 衛教組 (N=29)		SK 衛教組 (N=20)		F 值	P 值	Partial η^2
	前測	後測	前測	後測			
OTK 測驗							
核心價值 (0-20)	12.2±2.8	17.6±2.9	11.4±3.4	11.4±3.4	67.7	<0.001	0.60
醫院生理 (0-20)	13.8±3.2	19.3±3.0	14.0±4.0	14.0±4.0	41.6	<0.001	0.48
輔具中心 (0-20)	8.7±4.2	16.0±2.4	9.2±4.0	9.2±4.0	-	-	-
長期照護 (0-20)	8.1±3.1	13.8±4.1	7.9±2.8	7.9±2.8	30.3	<0.001	0.53
職業重建 (0-16)	4.8±2.9	(僅 1 人)	5.7±1.9	5.7±1.9	-	-	-
OTES (0-30)							
意向治療 分析	21.8±5.8	22.4±6.0	19.3±8.6	19.5±8.5	1.1	0.29	0.02

以全程參與者資料分析 (n=21)	23.8±4.9	25.4±4.6	17.8±8.9	18.2±8.9	2.2	0.16	0.11
ADL CAT (22.0-77.2)							
意向治療分析	42.7±8.0	46.6±10.4	43.6±9.6	46.0±7.6	0.7	0.39	0.02
以全程參與者資料分析 (n=28)	41.9±9.4	48.6±12.5	42.0±10.0	46.2±6.3	0.9	0.36	0.03



註一、OTES 後測中，OTK 組流失 17 人 (58.6%)，SK 組流失 11 人 (55.0%)，故

OTES 後測分數與效應值相關數據以二種方式呈現：1. 流失者之後測分數以前測分數取代之。2. 僅計算全程參與者之分數與效應值。

註二、ADL CAT 後測中，OTK 組流失 12 人 (41.4%)，SK 組流失 9 人 (45.0%)，故

ADL CAT 後測分數與效應值相關數據以二種方式呈現。呈現方式同註一。

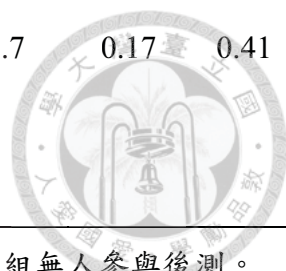
註三、選擇接受輔具中心與職業重建衛教之參與者少於 10 人（輔具中心 5 人，職業重建 1 人），不適合進行衛教成效之分析。

(B)參與者為病人 (n=28)



成效指標 (可能之分 數範圍)	OTK 衛教組 (N=11)		SK 衛教組 (N=7)		ANCOVA		
	前測	後測	前測	後測	F 值	P 值	Partial η^2
OTK 測驗							
分數							
核心價值	12.9±3.4	17.4±3.0	10.7±3.5	10.7±3.5	14.5	< 0.01	0.49
醫院生理	15.9±1.6	19.7±3.0	13.0±3.5	13.0±3.5	9.0	<0.01	0.37
輔具中心	9.2±4.5	14.0±1.4	6.6±2.1	6.6±2.1	-	-	-
長期照護	8.5±2.7	13.0±3.7	6.9±1.7	6.9±1.7	-	-	-
職業重建	-	-	5.1±1.7	5.1±1.7	-	-	-
OTES							
(0-30)							
意向治療	25.5±3.6	26.3±3.9	20.1±9.6	20.1±9.6	0.7	0.43	0.042
分析							
以全程參與者資料分析 (n=8)	26.3±3.9	27.3±4.0	-	-	-	-	-
ADL CAT							
(22.0-77.2)							
意向治療	47.9±5.7	50.8±8.0	47.5±6.2	47.4±6.1	2.5	0.14	0.14
分析							

以全程參與者資料分析 (n=7)	50.4±5.2	56.7±6.4	46.4±2.9	46.2±0.0	2.7	0.17	0.41
------------------	----------	----------	----------	----------	-----	------	------



註一、OTK 測驗職業重建面向之效應值無法分析，因為 OTK 衛教組無人參與後測。

註二 OT 參與度全程參與者之效應值無法分析，因為 SK 衛教組之無病人參與後測。

註三、OTK 測驗輔具中心之參與者人數過少 (< 5)，故未進行效應值之分析。

(C)參與者為家屬 (n=31)



成效指標 (可能之分 數範圍)	OTK 衛教組 (N=18)		SK 衛教組 (N=13)		ANCOVA		
	前測	後測	前測	後測	F 值	p 值	Partial η^2
OTK 測驗							
分數							
核心價值	11.8±2.5	16.7±2.8	11.8±3.4	11.8±3.4	75.4	< 0.01	0.73
醫院生理	12.6±3.3	19.1±3.1	14.5±4.3	14.5±4.3	26.5	< 0.01	0.49
輔具中心	8.4±4.1	17.3±2.1	10.6±4.1	10.6±4.1	-	-	-
長期照護	7.8±3.3	14.3±4.5	8.5±3.2	8.5±3.2	49.6	< 0.01	0.76
職業重建	5.1±3.4	(僅 1 人)	5.6±2.6	5.6±2.6	-	-	-
OTES							
(0-30)							
意向治療	19.4±5.7	20.1±6.0	18.38±8.3	19.1±8.2	0.4	0.51	0.02
分析							
以全程參 與者資料分 析 (n=21)	18.8±2.1	21.8±3.6	17.8±8.9	18.2±8.9	5.1	0.04	0.34
ADL CAT							
(22.0-77.2)							
意向治療	39.4±7.6	44.0±11.0	41.6±10.7	45.2±8.4	0.07	0.80	< 0.01
分析							

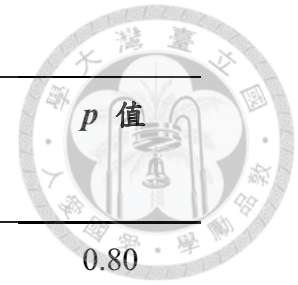
以全程參與者資料分析 (n=13)	38.3±8.5	45.2±13.0	41.0±10.8	46.2±7.0	0.14	0.71	臺 <0.01
-------------------	----------	-----------	-----------	----------	------	------	---------



註一、OTK 測驗之輔具中心與職業重建面向之參與者過少 (n<5)，未進行效應值之分析。

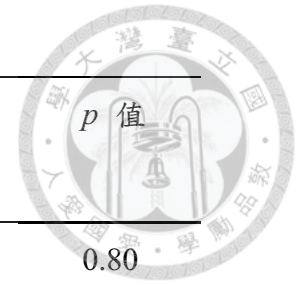
表十五、OTES 全程參與流失之參與者之基本資料比較

	全程參與者 (N=21)	流失者 (N=28)	p 值
組別 (OTK/SK)	12/9	17/11	0.80
被衛教者性別 (男/女)	5/16	12/16	0.17
被衛教者之年齡 (歲)	51.5±11.1	54.1±14.2	0.47
身份 (病人/家屬)	8/13	10/18	0.86
住院/門診	14/7	25/3	0.05
中風後時間 (月)	2.7±2.7	2.1±2.3	0.43
病人之患側肢 (左/右/雙側)	13/8/0	12/15/1	0.33
中風類型 (出血/栓塞/梗塞/其它)	11/7/1/2	8/13/2/8	0.50
中風次數 (1/≥2 次)	19/2	23/5	0.41
教育程度 (國中以下/高中職/專科大學/研究所)	3/3/12/2	1/12/12/3	0.14
OTK 測驗分數			
核心價值	11.5±2.9	12.2±3.2	0.41
醫院生理	14.4±3.9	13.5±3.2	0.38
輔具中心	9.4±4.2	8.5±4.0	0.46
長期照護	8.0±3.0	8.0±3.0	0.99
職業重建	5.0±1.9	5.1±3.2	0.85
OTES 分數	21.2±7.4	20.4±7.0	0.70
ADL CAT 分數	44.7±9.6	41.8±7.8	0.27



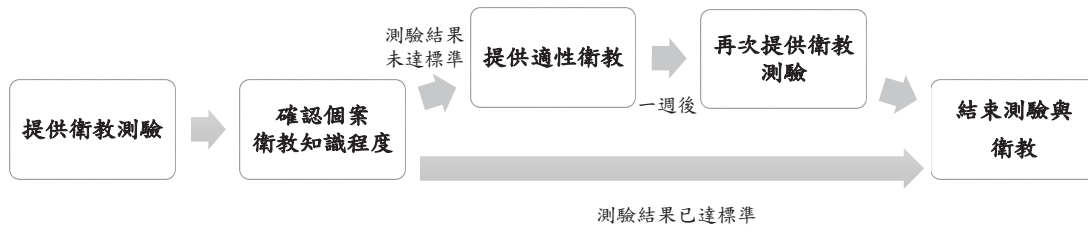
表十六、ADL CAT 全程參與流失之參與者之基本資料比較

	全程參與者 (N=28)	流失者 (N=21)	p 值
組別 (OTK/SK)	17/11	12/9	0.80
被衛教者性別 (男/女)	9/19	8/13	0.67
被衛教者之年齡 (歲)	51.9±12.1	54.4±14.0	0.51
身份 (病人/家屬)	7/21	11/10	0.05
住院/門診	23/5	16/5	0.61
中風後時間 (月)	2.9±3.0	1.7±1.4	0.09
病人之患側肢 (左/右/雙側)	14/13/1	11/10/0	0.68
中風類型 (出血/栓塞/梗塞/其它)	8/13/3/5	11/7/0/3	0.19
中風次數 (1/≥2 次)	25/3	17/4	0.41
教育程度 (國中以下/高中職/專科大學/研究所)	3/8/13/3	1/7/11/2	0.88
OTK 測驗前測分數			
核心價值	12.1±3.3	11.6±2.9	0.52
醫院生理	13.7±3.9	14.1±3.0	0.67
輔具中心	9.9±4.0	7.6±3.9	0.05
長期照護	8.6±3.2	7.1±2.4	0.07
職業重建	5.6±2.5	4.4±2.9	0.15
OTES 前測分數	20.8±6.4	20.7±8.1	0.96
ADL CAT 前測分數	41.9±9.5	44.6±7.3	0.27

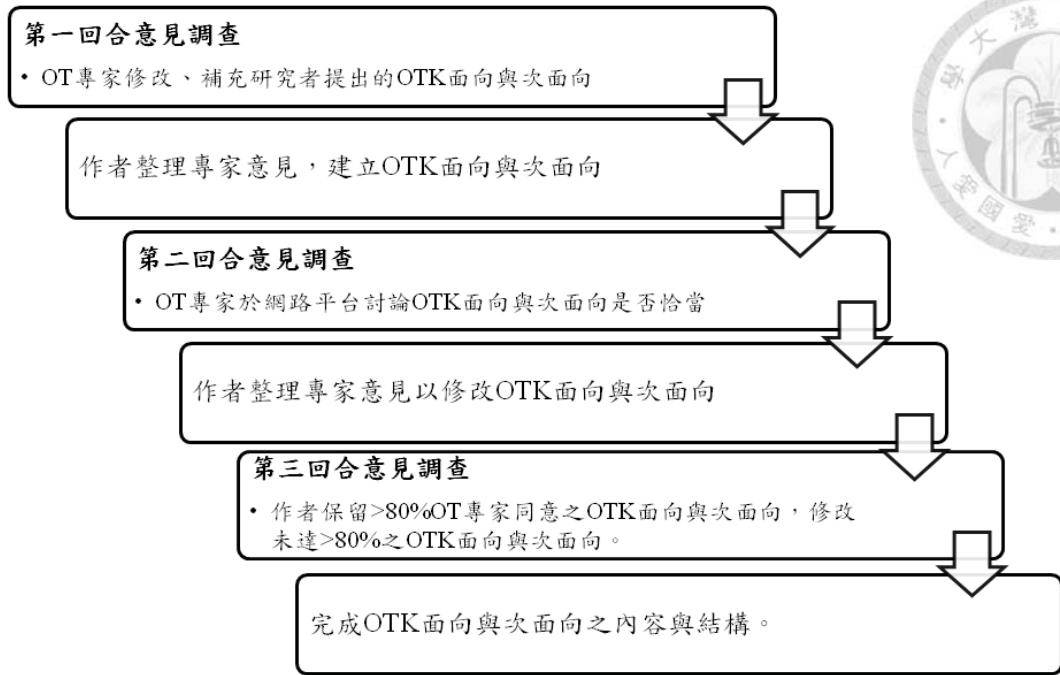




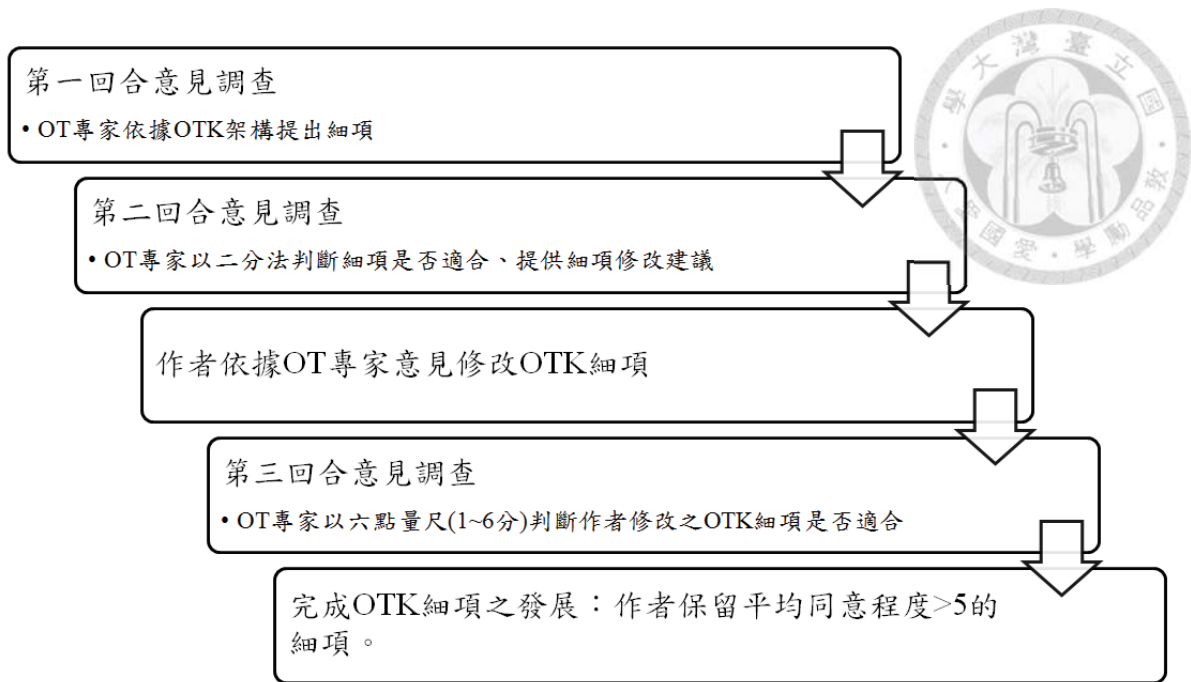
圖



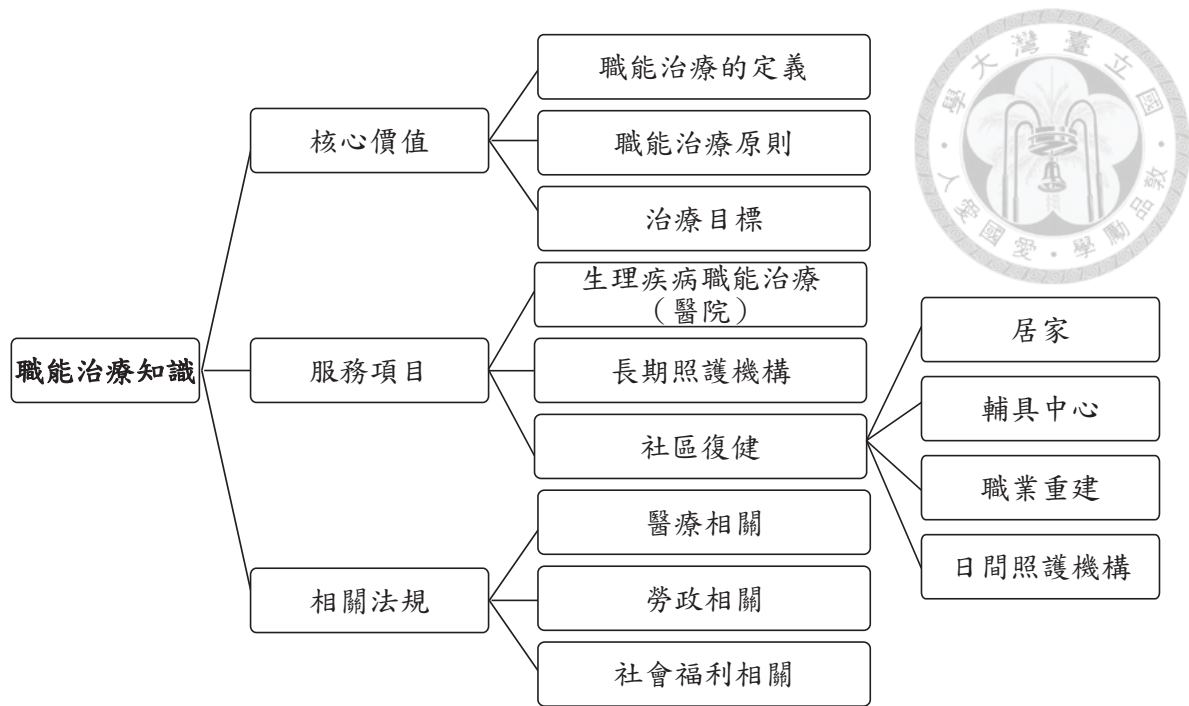
圖一、搭配適性衛教與衛教測驗的實施方式



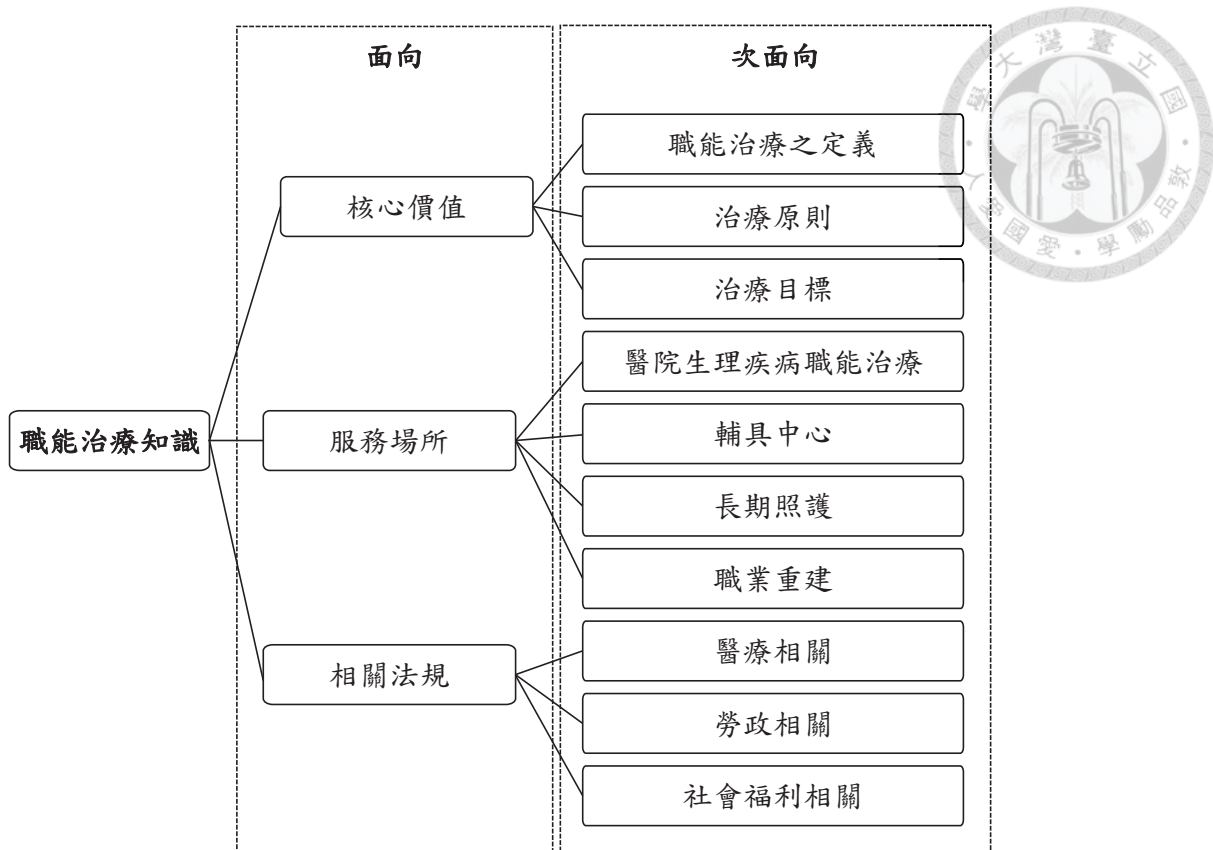
圖二、以第一次德菲法建立 OTK 面向與次面向、面向與次面向間之結構的實施流程



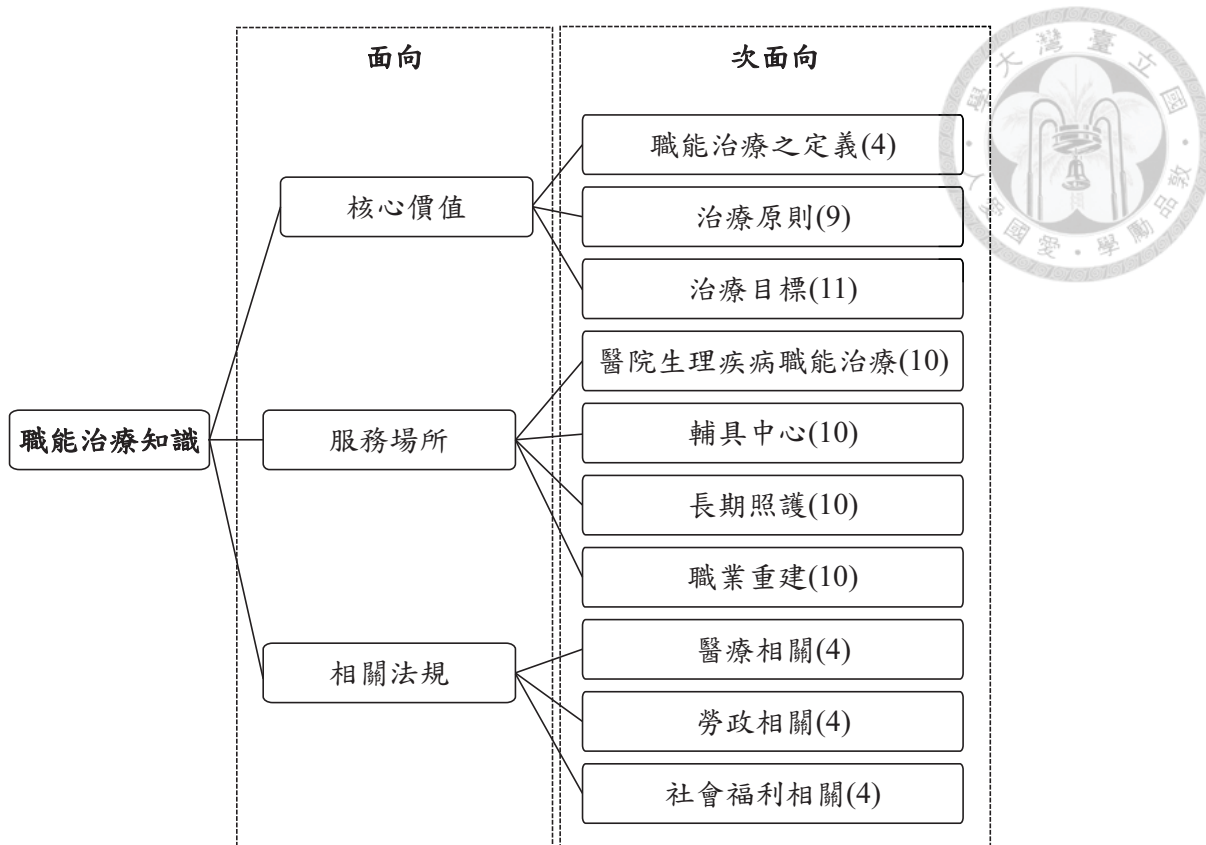
圖三、以第二次德菲法建立 OTK 衛教主題之實施流程



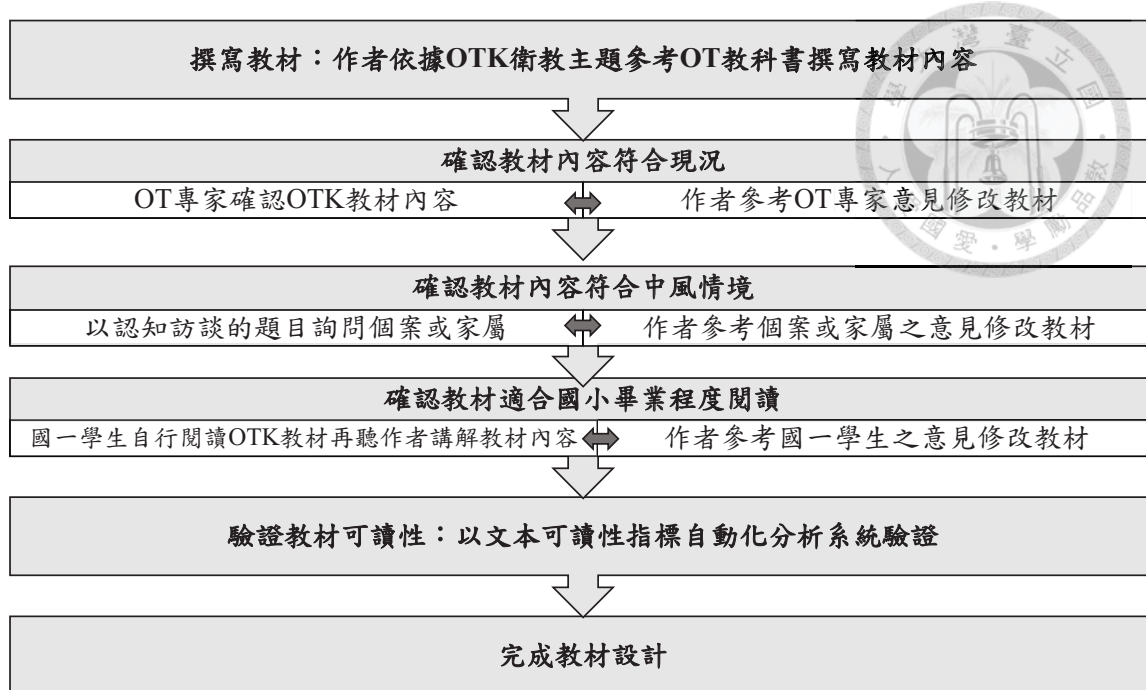
圖四、OTK 架構-草稿 1



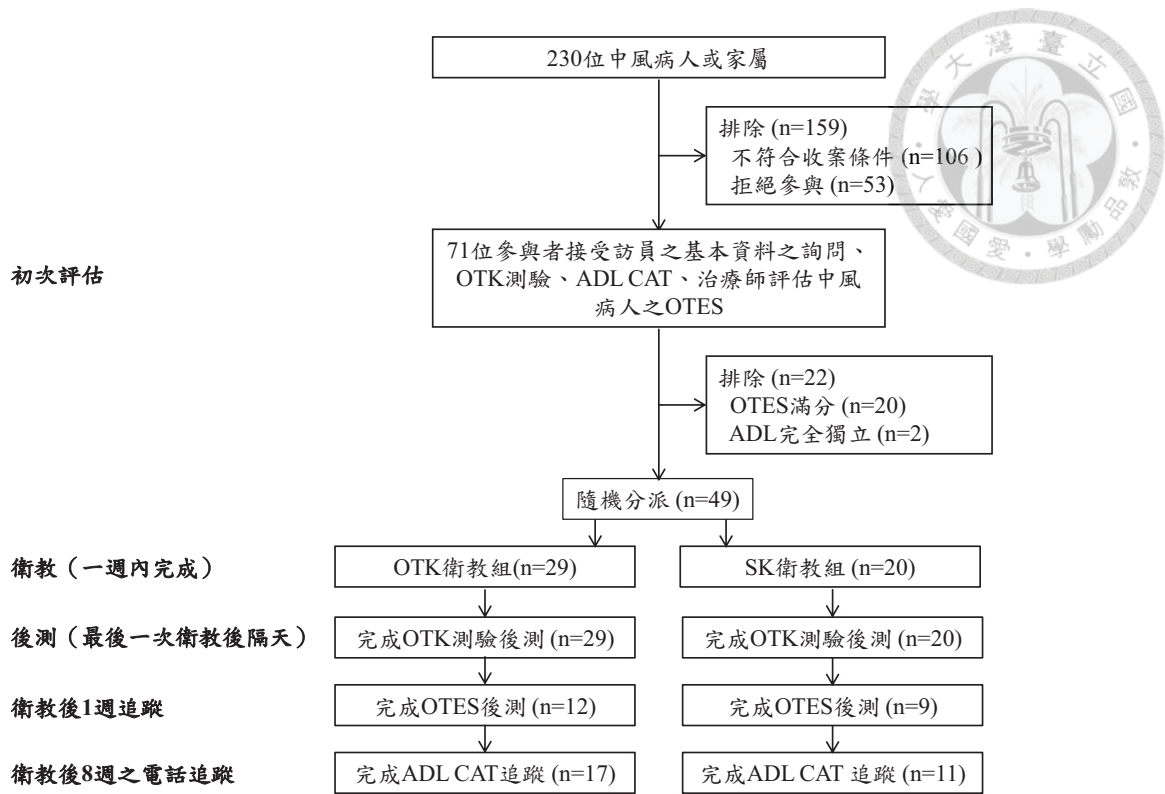
圖五、OTK 架構-草稿 2



圖六、OTK 架構之次面向所包含之衛教主題數目



圖七、OTK 衛教發展流程



圖八、中風病人、家屬參與研究之流程圖

ADL: activity of daily living; ADL CAT: ADL computerized adaptive test; OTK: occupational therapy knowledge; OTES: Occupational Therapy Engagement Scale; SK: stroke knowledge.

職能治療是什麼意思 1/2



- 職能：有意義的日常活動。
* 每個人的身份與需求不同，「職能」就會不同。



家庭主婦的職能



退休年長者的職能

生理疾病職能治療

2

職能治療是什麼意思 2/2

- 「職能治療」有二個意思：
 - 利用對病人有意義的日常活動進行訓練，以提升病人的功能。
 - 例如：教導病人自己穿衣服，提升病人自我照顧的功能。
 - 利用治療活動，提升病人完成日常活動的功能。
 - 例如：教導病人套圈圈，加強病人的平衡能力，使病人可以自己坐在椅子上吃飯。

生理疾病職能治療

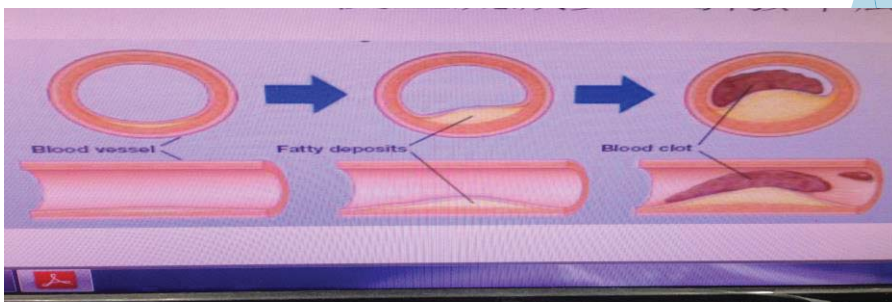
3

圖九、OTK 教材之範例

2-3-1. 血栓性腦梗塞

造成血栓性腦梗塞的原因:

- 腦部細小動脈病變**逐漸狹窄**(腦血管病變)
- 大動脈粥狀硬化 (膽固醇在動脈內壁形成濃稠粥狀斑塊)。
- 血液無法暢通而凝結成血塊，血塊將腦血管堵塞而阻止了氧氣與養分的運輸



2-3-1. 血栓性腦梗塞 (續)

症狀

- 為**漸進式發生**
- 例如：早晨起床時感到暈眩麻木，持續到中午才發現手腳不能靈活活動。

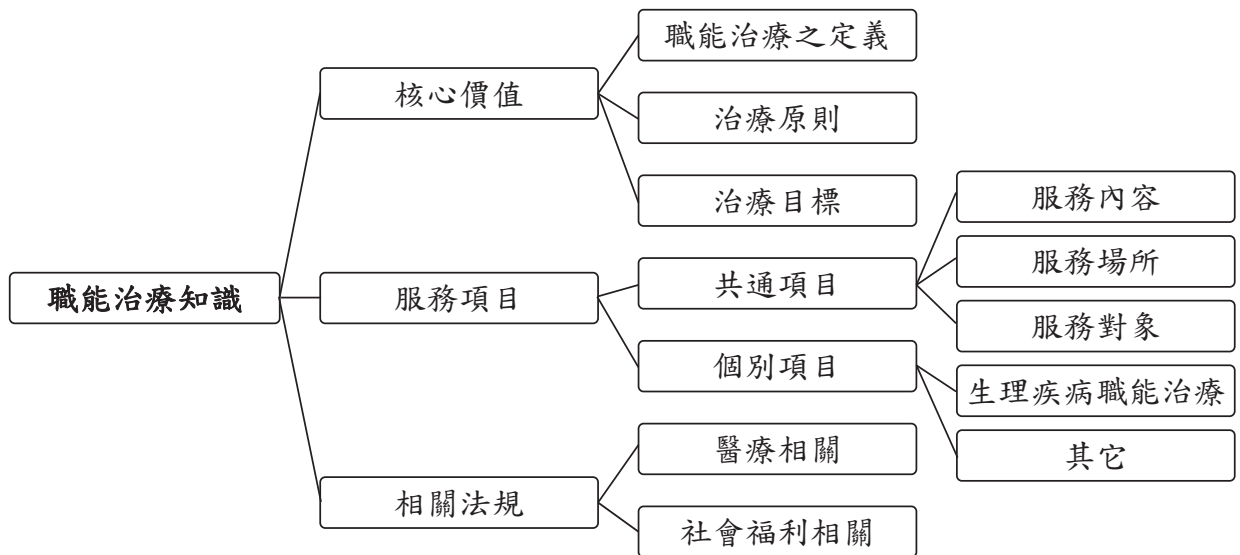
附錄



附錄一、二次德菲法之問卷

第一次德菲法之問卷

第一回合：可能之 OT 知識面向調查問卷



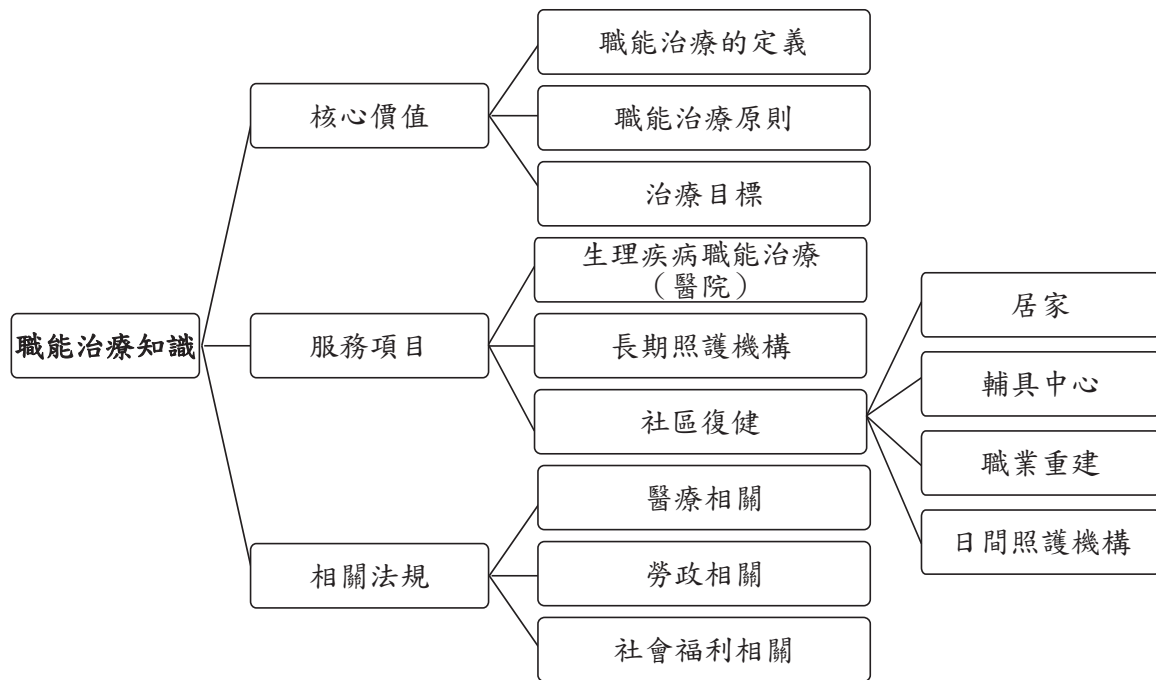
上圖為前置作業中，所發展出的初步職能治療知識架構。請依據您的專業知識，回答下列問題。

1. 請問您認為現有的職能治療知識架構是否恰當？為什麼？
2. 請問還有那些職能治療知識的概念或面向對中風病人或家屬而言是重要的？請至少列出兩項，並說明原因。

第二回合：OTK 架構修改建議調查問卷



本問卷調查之目的為修改職能治療知識架構之草稿-1。請參考下圖之職能治療知識架構草稿-1 回答下列問題。

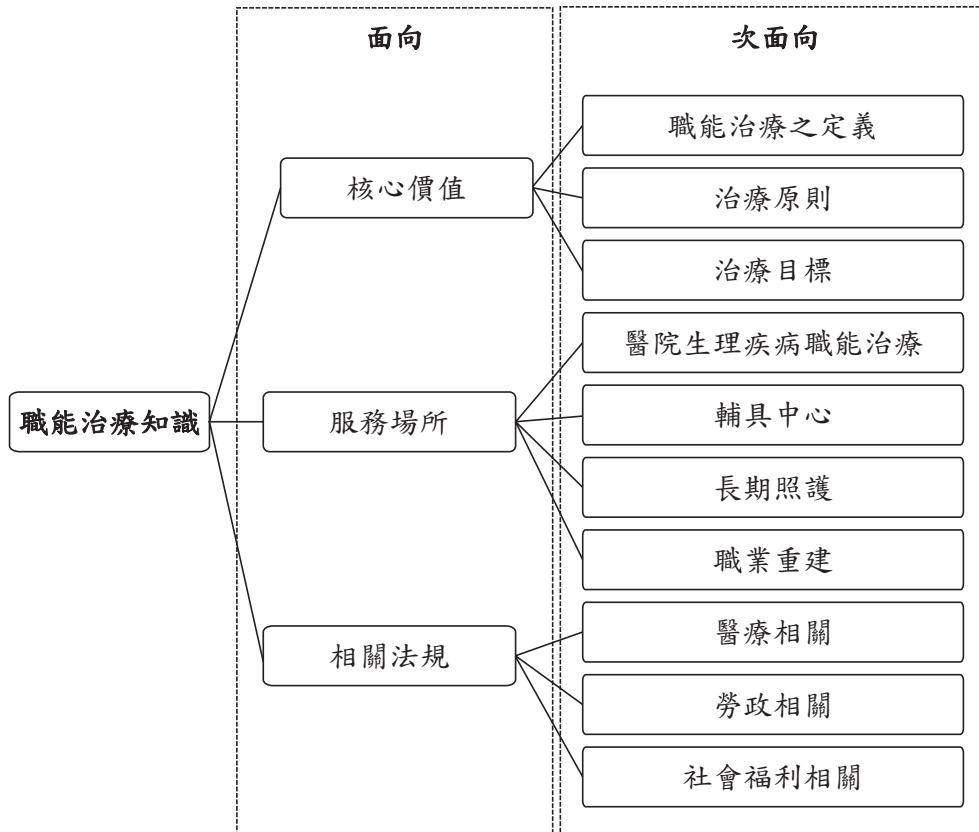


1. 請問您認為現有架構是否合適？請說明您認為合適或不合適的理由。
2. 若您認為現有架構不合適，您認為應該如何修改，可以使整個架構更完整、易懂？
3. 請問現有架構是否遺漏重要的概念？如果有，煩請列出。

第三回合：對 OTK 架構之共識調查問卷



本問卷調查的目的為瞭解各位職能治療專家認為下圖的職能治療知識架構-草稿2 是否恰當。請參考下圖之職能治療知識架構草稿-2 回答下列問題。



1. 請問您認為職能治療知識架構草稿-2 的內容與架構是否恰當？
2. 如果您回答「否」，煩請解釋原因並簡述修改建議。

第二次德菲法之問卷



第一回合：職能治療知識衛教主題調查問卷

本問卷調查之目的為收集職能治療專業人員認為對中風病人與家屬重要的衛教主題。下表所列之面向與次面向為第一次德菲法所建立之職能治療知識架構。請於衛教主題的欄位中，填入您想讓病人與家屬瞭解的職能治療衛教主題。例如：職能治療是什麼意思。每個內容的欄位請至少列出 2 項可以添加的內容。此外，關於您補充的內容，若您手邊有合適的參考資料，敬請協助提供書目或網頁資訊。

第二回合：職能治療知識衛教主題評分問卷

本問卷調查之目的為瞭解職能治療專業人員對於清單所列之衛教主題之認同程度。清單中的衛教主題內容為上一回合衛教調查結果之統整。請依據您下列 2 項說明完成此份問卷。

- 1.請依據您的專業知識，判斷該衛教主題對中風病人與家屬而言是否重要。若您認為重要，請在該衛教主題旁勾選重要。如果您認為不重要，請勾選不重要。
- 2.若有任何您覺得重要的職能治療衛教主題未列於清單中，煩請補充於清單中，謝謝。

第三回合：確認未定案之職能治療知識衛教主題之調查問卷

本問卷調查之目的為瞭解職能治療專業人員對於下列未定案之職能治療知識衛教主題之看法。下列衛教主題皆為上一階段中大家認為需要修改、合併或刪除的內容。請依據您對這些衛教主題之後續處置（修改、合併或刪除）之同意程度填寫下表。各衛教主題之同意程度皆為六點量尺（非常不同意-很不同意-不同意-同意-很同意-非常同意）。

附錄二、研究二認知訪談之書面資料（OTK 教材-草稿 2、與教材相對應的單選題）

以下的短文是與剛才的問題相關的教材，請您仔細閱讀。如果在閱讀的過程中，您有看不懂或是覺得不恰當的地方，請用藍筆在那一段文字下方畫底線。謝謝。

主題：職能治療是什麼意思？

「職能」是指有意義的日常活動。由於每個人的身份與需求不同，對於「有意義」的看法也不同，每個人的「職能」就會不同。例如：對家庭主婦而言，職能包括打掃、洗衣、煮菜等。對學生而言，職能則是讀書、跟朋友一起打球等。

職能治療就是利用人們的日常活動進行訓練，以幫助因為受傷或生病導致功能受損的人恢復功能。例如：提供給手受傷的廚師的治療可能是練習切黏土，以加強他抓握的能力和手腕的力量。如果病人的能力無法恢復到以原本的方式執行對他們有意義的日常活動，職能治療師會建議他們以其它替代方式繼續完成這些事。例如：建議手指抓握能力不好的人以加粗握把的湯匙吃飯。

由於對每個人有意義的日常活動不一定相同，因此職能治療師提供給不同人的治療內容也略有不同。例如：提供給手受傷的廚師的治療可能是練習切黏土，以加強他/她抓握的能力和手腕的力量。提供給手受傷的工廠作業員的治療可能是練習鎖螺絲，以加強他/她的手指靈活度。

以下是和職能治療有關的選擇題，請您選出一個最適合的答案。

1. () 請問「職能治療」當中的「職能」是什麼意思？
 - (1) 職業能力
 - (2) 復健
 - (3) 手的動作
 - (4) 有意義的日常活動

2. () 請問您覺得「職能治療」是什麼意思？
 - (1) 加強職業能力的治療



- (2) 上肢動作的復健
 - (3) 加強病人日常生活各方面能力的治療
 - (4) 精細動作的復健
3. () 請問當您在做職能治療的時候，職能治療師主要是用什麼方式幫助您改善功能呢？
- (1) 藥物治療
 - (2) 日常生活活動的訓練
 - (3) 熱敷
 - (4) 針灸
4. () 當您看到其他跟您（或您的家人）生一樣疾病的人在練習您沒有做過的活動，請問您是不是也需要做同樣的練習呢？
- (1) 是的。因為我們都生一樣的病，恢復的狀況應該差不多。
 - (2) 是的。因為同樣疾病的人都是按照相同的治療進度表做治療。
 - (3) 不一定。因為每個人需要加強的日常活動能力不一樣。
 - (4) 不是。因為治療師沒有說要做，就不需要做。
5. () 請問當您或您的家人中風一年之後，右手幾乎沒有動作，無法像以前用筷子吃飯。您覺得職能治療師可能會提供您什麼建議？
- (1) 改用左手拿湯匙吃飯
 - (2) 讓別人餵您或您的家人吃飯
 - (3) 務必要練習到可以用右手拿筷子吃飯
 - (4) 建議用鼻胃管灌食

附錄三、職能治療知識測驗題目

您好。這份測驗是用來了解您對於職能治療的瞭解情形，請您依據您目前對職能治療的瞭解填寫這份測驗。填寫過程中如果有看不懂的地方，請隨時提出來，謝謝。



第一部分：簡答題

請您依據下列各題詢問的內容，將答案寫在題目下方的橫線上。

一、 瞭解核心價值

1. 請問職能治療是什麼意思？

2. 請問職能治療和物理治療有什麼不同（至少舉出二種）？

3. 請問職能治療常見的服務對象是那些人（至少舉出三種）？

4. 請問職能治療師提供中風病人訓練時，會強調那些原則（請說出三項）？

5. 請說出三項職能治療師可以幫助中風病人達成的目標。

二、 職能治療服務場所

1. 請問您知道除了醫院之外，職能治療師還會在那些地方提供服務？

2. 以下是關於生理疾病職能治療的題目。

(1)請問您聽過生理疾病職能治療（或是成人職能治療）嗎？那是在做什麼

的？



(2)生理疾病職能治療的治療師主要的服務對象有那些人呢？

(3)生理疾病職能治療的治療師主要的服務內容有那些呢？

(4)生理疾病職能治療的治療師通常使用什麼器材幫病人治療呢？

(5)(a)如果要接受醫院的生理疾病職能治療服務，可以到什麼科掛號？(b)掛號一次可以做幾次職能治療呢？

3. 以下是關於**輔具中心**的題目。

(1)請問您聽過**輔具中心**嗎？那是在做什麼的？

(2)輔具中心的職能治療師主要的服務對象有那些人呢？

(3)輔具中心的職能治療師主要的服務內容有那些呢？

(4)請問要如何取得輔具中心的職能治療服務呢？

(5)請問符合什麼條件的人，可以申請政府補助的職能治療輔具服務呢(例如：輔具評估、請治療師到家中做環境評估)？

4. 以下是關於**長期照護**的題目。

(1)請問您聽過**長期照護**嗎？那是在做什麼的？



(2)長期照護的職能治療師主要的服務對象有那些人呢？

(3)長期照護的職能治療師主要的服務內容有那些呢？

(4)長期照護的職能治療師通常使用什麼器材幫病人治療呢？

(5)請問要如何取得長期照護的職能治療服務呢？

5. 以下是關於**職業重建**的題目。

(1)請問您聽過職業重建嗎？那是在做什麼的？

(2)如果要申請政府補助的職能治療職業重建服務，必須符合什麼條件呢？

(3)職業重建的職能治療師主要的服務內容有那些呢？

(4)請問要如何取得職業重建的職能治療服務呢？

◎請由下列職能治療服務場所中，選擇您較有興趣瞭解的部分。

輔具中心 長期照護 職業重建 無須選擇

第二部分：多選題

請您依據下列各題詢問的內容，在方格中勾選最適合的答案。



一、 瞭解核心價值

1. 請問職能治療是什麼意思？(單選)
 - A.職業訓練
 - B.手的復健
 - C.職業病治療
 - D.一種物理治療
 - E.以治療活動提升病人日常活動能力的治療

2. 請問您認為職能治療和物理治療有什麼不同？(多選)
 - A.職能治療負責上肢，物理治療負責下肢
 - B.職能治療的內容比較輕鬆，物理治療的內容比較費力
 - C.職能治療較多精細動作的訓練，物理治療較多粗大動作的訓練
 - D.職能治療有生活自理和認知功能訓練，物理治療沒有
 - E.職能治療有心肺功能訓練和運動傷害治療，物理治療沒有
 - F.職能治療強調病人主動參與治療活動，物理治療常用儀器進行治療

3. 請問下列那些人可能是職能治療的服務對象？(多選)
 - A.健康老人
 - B.過動症的小孩
 - C.身心障礙者
 - D.病人家屬
 - E.精神病人
 - F.日常生活活動能力受限的人



4. 下列何者為職能治療的原則？(多選)

- A.治療活動越困難，治療效果越好
- B.鼓勵病人盡可能獨力完成日常生活活動
- C.治療活動的內容通常會融入病人的日常生活
- D.以家屬的意見為主要的治療依據
- E.建議病人減少休閒娛樂，把時間盡量用在接受職能治療

5. 下列何者為職能治療師可以幫助中風病人達成的目標？(多選)

- A.提升自我照顧能力
- B.改善吞嚥能力
- C.提升平衡能力
- D.提升參與休閒活動的能力
- E.消除所有症狀
- F.重建病人在生活中的角色
- G.預防疾病後遺症或避免疾病惡化
- H.協助病人以替代的方式完成生活自理

二、 職能治療服務場所



1. 請問您知道除了醫院之外，職能治療師還會在下列那些地方提供服務？(多選)

- A.復健診所
- B.衛生局
- C.長期照護機構
- D.精神科療養院
- E.學校
- F.身心障礙者福利機構(例如：陽光、伊甸)

2. 以下是關於生理疾病職能治療的題目。

(1) 請問生理疾病職能治療 (或是成人職能治療) 是在做什麼的？(單選)

- A.協助病人改善疾病造成的生理與心理問題的復健單位
- B.提供物理治療
- C.提供職業病治療
- D.一種高科技儀器治療

(2) 下列那些人是生理疾病職能治療的服務對象？(多選)

- A.胃潰瘍
- B.中風
- C.近視
- D.糖尿病
- E.腳踝骨折
- F.肺炎
- G.手部外傷
- H.躁鬱症
- I.腦部外傷
- J.帕金森氏症
- K.病人家屬

(3) 生理疾病職能治療的治療師主要的服務內容有那些呢？(多選)

- A.教導病人如何維持血壓與血糖
- B.輔具評估
- C.提供居家環境改造的建議
- D.教導病人如何完成自我照顧
- E.教導病人家屬如何照顧病人
- F.加強病人口語表達能力

(4) 下列何者為生理疾病職能治療常見的器材？(多選)

A.沙包

B.電療機

C.積木

D.黏土

E.血壓計

F.平衡板

G.生活自理所需物品

H.拼圖/七巧板



I.推拉箱

J.鞦韆

(5) (a)如果要接受醫院的生理疾病職能治療服務，可以到什麼科掛號？(多選)

A.精神科 B.復健科 C.骨科 D.神經科 E.內科

(b)掛號一次可以做幾次職能治療呢？(單選)

A.1次 B.3次 C.5次 D.6次

3. 以下是關於**輔具中心**的題目。



(1) 請問**輔具中心**是在做什麼的？(單選)

- A.販賣治療器材的地方
- B.提供輔具(例如：輪椅)諮詢、租借、購買、維修的機構
- C.復健部合作的醫療器材廠商
- D.輔具工廠

(2) 輔具中心的職能治療師主要的服務對象有那些人呢？(單選)

- A.精神病人
- B.申請外籍看護有困難的人
- C.想要申請社會救濟的人
- D.需要輔具以提升生活獨立與安全性的人

(3) 下列何者為輔具中心的職能治療師主要的服務內容？(多選)

- A.評估病人的身心功能，確認病人需要的輔具種類
- B.到病人家中評估居家環境的安全性
- C.幫病人製作、採購、維修與調整輔具
- D.訓練病人或家屬使用輔具
- E.收購二手輔具

(4) 請問要如何取得輔具中心的職能治療服務呢？(多選)

- A.請醫師或治療師轉介到輔具中心
- B.打電話向國民健康局申請
- C.打電話到輔具中心諮詢或預約
- D.直接到輔具中心詢問

(5) 請問符合什麼條件的人，可以申請政府補助的職能治療輔具服務呢(例如：輔具評估、請治療師到家中做環境評估)?(單選)

- A.戶籍設立於偏鄉的人
- B.曾在輔具中心購買過輔具的人
- C.領有身心障礙證明的人與其家屬
- D.接受過三個月以上職能治療的人



4. 以下是關於長期照護的題目。



(1) 請問長期照護是在做什麼的？(單選)

- A.照顧放棄治療的人的機構
- B.照顧老人的機構
- C.24 小時有護士照顧的醫療機構
- D.提供日常生活功能需他人協助的身心障礙者或年長者的服務

(2) 下列何者為長期照護的職能治療師主要的服務對象？(多選)

- A.50 歲以上有身心功能障礙的人
- B.65 歲以上無法獨立完成自我照顧的年長者
- C.偏鄉的一般老人
- D.經長期照護的專業人員評估後，確認需要接受復健的人

(3) 長期照護的職能治療師主要的服務內容有那些呢？(多選)

- A.評估病人目前的身心狀況
- B.評估病人的經濟狀況
- C.指導家屬及看護正確的復健概念與技巧
- D.協助病人在實際的生活環境中操作日常生活活動，例如：進食

(4) 長期照護的職能治療師通常使用什麼器材幫病人治療呢？(多選)

- A.電療機
- B.比醫院更高級的醫療器材
- C.治療室常見的輕便治療器材
- D.病人生活環境的現有器材或環境

(5) 請問要如何取得政府補助的長期照護的職能治療服務呢？(多選)

- A.向國民健康局申請
- B.向各縣市長期照護管理中心或是鄉鎮市公所申請
- C.向各縣市政府的衛生局、社會局申請
- D.向保險公司申請





5. 以下是關於**職業重建**的題目。

(1) 請問職業重建是在做什麼的？(單選)

- A.協助身心障礙者或職業災害的勞工進入職場或重返職場的服務
- B.協助中年失業的人尋找工作的系統
- C.提供職業介紹服務的單位
- D.協助退休人員再度就業的機構

(2) 如果要申請政府補助的職能治療職業重建服務，必須符合什麼條件呢？

(多選)

- A.領有身心障礙手冊或職業災害證明
- B.有工作能力與意願
- C.有中度以上肢體或智能障礙
- D.可完成基本自我照顧（例如：上廁所、進食）
- E.可以自己行走或用柺杖、助行器、輪椅等輔具協助移動

(3) 職業重建的職能治療師主要的服務內容有那些呢？(多選)

- A.評估病人的工作能力
- B.強化病人的工作能力
- C.治療病人因為工作產生的痠痛
- D.到工作現場觀察病人實際工作的困難
- E.提供病人與雇主調整工作內容的建議
- F.了解病人的職業的能力、興趣，提供就業建議

(4) 請問要如何取得職業重建的職能治療服務呢？(單選)

- A.到職業介紹所詢問
- B.向勞保局申請
- C.到醫院復健科掛號
- D.向縣市政府的職業重建計畫服務窗口申請



本測驗到此結束，感謝您的作答。

敬祝身體健康，萬事如意。

職能治療知識測驗評分標準



第一部分：簡答題

題號	正確解答	評分標準		
		2	1	0
一 1	利用對病人有意義的活動作為治療內容，提升病人日常生活的能力的一種治療	提到日常生活	只提到部分 OT 服務內容，例如：練站、加強動作協調。	只提到手的復健、復健
2	OT：強調日常生活功能的訓練。治療器材通常與生活較為相關。物理治療：強調基本能力（例如：動作、肌肉力量、耐力、平衡）的訓練，有較多大型儀器作為輔具練習。	答出二種差異即可。	答出一種正確差異、或是有部分正確部分錯誤。	以上下肢區分 OT、PT，或是以精細動作、粗大動作區分 OT、PT。
3	任何可以透過職能治療改善病情或生活的病人皆可。例如：中風、SCI、腦傷、手腳骨折、燒燙傷、躁鬱症、發展遲緩等。	講出三種常見的病人即可	講出二種正確的 OT 常見病人，或是有部分答案正確部分錯誤。	未答出正確的 OT 常見病人，或是只說要做復健的人
4	OTK 教材中，OT 原則共有 (1)以病人為中心，(2)盡可能獨立，(3)融入生活，(4)全面考量(全人)，(5)主動參與，	可以講出三種 OT 的治療原則即可。如果	只講出一或二項治療原則，或有部分正確部分錯誤	未提到任何 OTK 教材中所說之 OT 原則



-
- (6)合作夥伴關係，(7)生活平衡，(8)與他人及環境的互動，(9)適當的挑戰
- 5 OTK 教材中，OT 目標共有 (1)使病人養成規律的作息，(2)改善、代償、維持、預防，(3)使病人發揮潛能，參與生活中的大小事，(4)提升病人和照顧者的生活品質，(5)重建病人在生活中扮演的角色
- 二 1 學校、居家、輔具中心、長期照護機構、職業重建、身心障礙者福利機構等。
- 2(1) 利用對病人有意義的活動作為治療內容，幫助有身體功能障礙的病人提升日常生活的能力的一種治療
- 2(2) 任何可以透過生理疾病職能治療改善病情或生活的病人皆可。例如：中風、SCI、腦傷、手腳骨折、燒燙傷等。
- 2(3) 評估、治療(日常生活能力、動作控制、肌肉力量、平衡、
- 文字不同概念
相同也可以。
文字不同概念
部分錯誤
相同也可以。
- 可以講出三種
只講出一或二
未提到任何
項治療目標，
OTK 教材中所
標即可。如果
或有部分正確
說之 OT 目標
- OT 服務場所
OT 服務場所，
OT 服務場所
或是部分答案
正確部分錯誤
- 只提到部分
只提到手的復
健、復健
例如：練站、加
強動作協調。
- 講出三種 OT
講出二種正確
未答出正確的
- 常見的病人即
的 OT 常見病
OT 常見病人，
人，或是有部
或是只說要做
分答案正確部
復健的人
分錯誤。
- 只講出一或二
未提到任何
項 OT 服務內
OT 服務內容
OT 服務內容
-



翻身行走、視知覺、注意力、容即可。如果容，或有部分
記憶力等）、輔具製作、居文字不同概念正確部分錯誤
家環境改造建議、衛教病人相同也可以。

與家屬

2(4) 任何生理 OT 治療室的器材 可以講出三種 只講出一或二 未提到任何
皆可。例如：推拉箱、爬升 OT 的治療器 項 OT 治療器 OT 治療器材，
架、手踏車、滑車、治療床、材即可。如果材，或有部分 或是講成 PT
跳棋、插棒組、彩虹橋、沙文字不同概念 正確部分錯誤 的治療器材
包、球、積木等 相同也可以。 (例如：電療、

熱敷、跑步機)

2(5) 可以轉介生理 OT 的科別即 答出二種可以 答出一個可以 未答出可以轉
a 可。例如：復健科、神經科、轉介 OT 的科 轉介 OT 的科 介 OT 的科別
骨科、整型外科。 別即可。 別、或是有部

分正確部分錯
誤。

2(5) 6 6 不適用 6 次以外的任
b 何答案

3(1) 提供病人或家屬輔具展示、 答出二種輔具 答出一項輔具 未正確答出輔
評估、製作、介紹、居家環 中心的業務即 中心的業務、 具中心的業務
境改造的地方 可。 或是有部分正
確部分錯誤。

3(2) 任何需要輔具或矯具的病人 任何需要輔具 答出一或二個 未正確答出輔
或家屬。(若是寫診斷名稱 或矯具的病人 常需要輔具的 具中心的服務
也可) 或家屬，或是 疾病，或是有 對象
答出三個常需

- | | | | |
|------|--|--|---|
| | 要輔具的疾 | 部分正確部分 | |
| | 病。 | 錯誤。 | |
| 3(3) | 提供病人或家屬輔具展示、
評估、製作、介紹、居家環
境改造 | 答出二種輔具
中心 OT 的業
務即可。 | 答出一項輔具
中心 OT 的業
務、或是有部
業務
未正確答出輔
具中心 OT 的
業務
分正確部分錯
誤。 |
| 3(4) | 直接至輔具中心詢問、請醫
師或治療師轉介 | 答出任一種取
得方式即可 | 問醫師、問治
療師或到醫院
種取得方式
詢問等不夠直
接的答案 |
| 3(5) | 戶籍所在地與該輔具中心之
服務涵蓋範圍相同、具備身
心障礙證明 | 可以答出身心
障礙證明即可 | 不適用
回答正確解答
以外的任何內
容 |
| 4(1) | 縣市政府提供給年長的身心
障礙者的醫療、生活照顧、
交通服務與社會福利。若文
字不同但概念相同或是回答
得更為細節（例如：餵食、
洗澡、復康巴士）也可 | 答出任二種長
期照護的業務
內容即可 | 答出一種長期
照護的業務內
容，或者部分
內容
未正確答出長
期照護的業務
對部分錯 |
| 4(2) | 年滿五十歲的身心障礙者，
或是答出任三種長期照護常
見的診斷 | 年滿五十歲的
身心障礙者，
或是答出任三
種長期照護常
見的診斷 | 答出一、二種
長期照護常見
的服務對象之
診斷
未正確答出任
何長期照護常
見的服務對象
之診斷，或是
回答過於籠 |



- 4(3) 評估病人的居家環境與能力、加強病人在生活環境中的獨立能力、製作輔具與副木、衛教病人與家屬(例如：教家屬如何幫病人轉位)、提供居家環境改造建議
- 答出任二種長期照護 OT 的業務內容即可
- 答出一種長期照護 OT 的業務內容，或者部分對部分錯誤
- 未正確答出長期照護 OT 的業務內容(例如：幫病人洗澡、餵食)
- 4(4) 病人居家環境中現成的器材、空間設施(例如樓梯、椅子)、容易攜帶的治療器材
- 可以答出環境現成的器材與醫院輕便的治療器材，或是
- 只講出一或二項長照 OT 治療器材，或是認為部分正確部分和醫院相同
- 講出三種長照 OT 的治療器材即可。
- 4(5) 1.年滿五十歲、2.具備身心障礙證明、3.至戶籍所在地之區鄉鎮市公所或長期照護管理中心申請(可以網路填表)
- 可正確回答出至前列申請條件
- 至講出一或二項前列申請條件
- 未正確答出任何長期照護申請條件。(重大傷病卡並非申請長期照護之條件)
- 5(1) 協助身心障礙者或職災者進入職場的訓練
- 可以答出「身心障礙者/職災者」與「工作/職
- 可以答出「工作/職災者」、「職場」等詞彙即可
- 未能答出「身心障礙者/職災者」、「工作」等任一關鍵字

業/職場」等關

鍵字即可

5(2) 1.具有身心障礙證明或職災 可正確回答出 至講出一或二 未正確答出任
證明、2.有工作意願、 前列答案者。 項前列申請條 何職業重建申
3.BADL 功能獨立 件 請條件。

5(3) 評估病人工作能力、工作興 可以講出三種 只講出一或二 未提到任何正
趣、工作強化訓練、職業媒 職業重建 OT 項 職業重建 確的職業重建
合、與雇主討論如何協助病 的服務內容 OT 服務內容， 服務項目
人重返職場、職務再設計 (概念相同即 或有部分正確
可) 部分錯誤

5(4) 到縣市政府的「職業重建服 可以正確回答 不適用 未能回答正確
務窗口」申請 前述答案 答案。

第二部分：選擇題

題號	評分方式		
	2 (正確解答)	1	0
一	1 E	N/A	未選到正確答案
	2 CDF	包含一個以上的正確答案，但未全部正確	未選到正確答案
	3 BCDEF	包含一個以上的正確答案，但未全部正確	未選到正確答案
	4 BC	包含一個以上的正確答案，但未全部正確	未選到正確答案
	5 ACDFGH	包含一個以上的正確答案，但未全部正確	未選到正確答案

二	1	ACDEF	包含一個以上的正確答案，但未全部正確	未選到正確答案
	2(1)	A	N/A	未選到正確答案
	2(2)	BEGIJK	包含一個以上的正確答案，但未全部正確	未選到正確答案
	2(3)	BCDE	包含一個以上的正確答案，但未全部正確	未選到正確答案
	2(4)	ACDFGHI	包含一個以上的正確答案，但未全部正確	未選到正確答案
	2(5)a	BCD	包含一個以上的正確答案，但未全部正確	未選到正確答案
	2(5)b	D	N/A	未選到正確答案
	3(1)	B	N/A	未選到正確答案
	3(2)	D	N/A	未選到正確答案
	3(3)	ABCD	包含一個以上的正確答案，但未全部正確	未選到正確答案
	3(4)	ACD	包含一個以上的正確答案，但未全部正確	未選到正確答案
	3(5)	C	N/A	未選到正確答案
	4(1)	D	N/A	未選到正確答案
	4(2)	ABD	包含一個以上的正確答案，但未全部正確	未選到正確答案
	4(3)	ACD	包含一個以上的正確答案，但未全部正確	未選到正確答案
	4(4)	CD	包含一個以上的正確答案，但未全部正確	未選到正確答案
	4(5)	BC	包含一個以上的正確答案，但未全部正確	未選到正確答案
	5(1)	A	N/A	未選到正確答案
	5(2)	ABDE	包含一個以上的正確答案，但未全部正確	未選到正確答案
	5(3)	ABDEF	包含一個以上的正確答案，但未全部正確	未選到正確答案
	5(4)	D	N/A	未選到正確答案

附錄四、職能治療參與度量表 (Occupational Therapy Engagement Scale)



第一部份、基本資料 (請圈選或填寫) *收案標準：確診為中風、至少可以遵從一步驟指令

病人姓名		性別	1.男 2.女
評估者身份	治療師____/實習生 S____	評估期間	民國 年 月 日 - 月 日
其它治療的種類	1. PT 2. ST	病人生日	民國 年 月 日
最近一次中風類型	1.出血 2.栓塞 3.梗塞 4.其它_____	最近一次發病日期	民國 年 月 日
患側肢	1.左 2.右 3.其它	本次中風開始接受 OT 的日期	民國 年 月 日
中風次數	1.1次 2.2次 3.3次 4.4次以上	認知功能	<input type="checkbox"/> 無認知障礙 剛到 OT 的 MMSE 分數 _____分
每週接受 OT 的次數	1 2 3 4 5 次 (圈選)	失語症-表達	1.無 2.輕 3.中 4.重度
掛號類別	1.住院 2.門診	失語症-理解	1.無 2.輕 3.中 4.重度
教育程度	1.未受教育 2.國小 3.國中 3.高中職 4.專科 5.大學 6.研究所		

第二部分、每日記錄

請在「日期與記錄」的下方填上觀察的日期 (例如：4/8 [4月8日])，並依據病人當日參與治療活動的表現 (共觀察5次治療)，在觀察日期下方的欄位填寫填答下列問題。淺灰色的題目無須填寫。



題號	題目	評分標準	日期與記錄				
			/	/	/	/	/
1	不須催促即可主動投入治療活動	O > 50%的時間如此 X ≤ 50%的時間如此					
2	於治療活動中可保持專注	O > 50%的時間如此 X ≤ 50%的時間如此					
3	容易受治療師的鼓勵而更加投入活動	O > 50%的時間如此 /不需鼓勵即可投入 X ≤ 50%的時間如此 /需一再鼓勵才願意投入					
4	仔細聆聽治療師的指示或看動作示範	O 通常或總是如此 X 偶而或從不如此					
5	正確地執行治療師設計之治療活動，而不會自行調整活動內容	O > 50%的時間如此 X ≤ 50%的時間如此					

6	可接受對生理或心理有挑戰性的活動	O 傾向接受 X 傾向不接受					
7	願意接受治療師的建議以修正自己的動作或其它表現	O > 50%的時間如此 X ≤ 50%的時間如此					
8	配合並遵從治療師的指示	O > 50%的時間如此 X ≤ 50%的時間如此					
9	盡力參與治療活動	O > 50%的時間如此 X ≤ 50%的時間如此					
10	嘗試新穎或不熟悉治療活動之意願	O 通常願意 X 通常不願意	-	-	-	-	-

第三部分、問卷題目

請參考第二部分之每日記錄，填寫病人最近五次接受職能治療的表現。

題號	題目	評分標準	計分
1	不須催促即可主動投入治療活動	0 所有活動都需催促才可投入/ 即使催促也未投入 1 $\geq 50\%$ 的活動需催促 2 $< 50\%$ 的活動需催促 3 完全不需催促即可投入治療活動	
2	於治療活動中可保持專注	0 皆無法保持專注 1 $\leq 50\%$ 的治療時間保持專注 2 $> 50\%$ 的治療時間保持專注 3 於所有的治療時間保持專注	
3	容易受治療師的鼓勵而更加投入活動	0 需要大量鼓勵才會投入/ 對鼓勵沒有反應 1 通常需要鼓勵 2-3 次才會更投入 2 通常只要稍微鼓勵即可 3 每次只要稍微鼓勵即可/ 不需鼓勵即可投入	
4	仔細聆聽治療師的指示或看動作示範	0 偶而如此 1 約 50%的時間如此 2 通常如此 3 每次都如此	
5	正確地執行治療師設計之治療活動，而不會自行調整活動內容	0 偶而如此 1 約 50%的時間如此 2 通常如此 3 每次都如此	
6	可接受對生理或心理有挑戰性的活動	0 排斥接受挑戰 1 不太願意接受挑戰 2 願意接受挑戰 3 樂於接受挑戰	
7	願意接受治療師的建議以修正自己的動作或其它表現	0 偶而如此 1 約 50%的時間如此 2 通常如此 3 每次都如此	
8	配合並遵從治療師的指示	0 偶而如此 1 約 50%的時間如此 2 通常如此 3 每次都如此	

9	盡力參與治療活動	0 從未如此 1 $\leq 50\%$ 的治療時間如此 2 $> 50\%$ 的治療時間如此 3 每次都如此	
10	嘗試新穎或不熟悉治療活動之意願	0 排斥新穎或不熟悉的治療活動 1 不太願意嘗試新穎或不熟悉的治療活動 2 願意嘗試新穎或不熟悉的治療活動 3 樂於嘗試新穎或不熟悉的治療活動	



職能治療知識

職能治療核心價值



內容大綱



- 職能治療的定義
 - 職能治療的治療目標
 - 職能治療的原則
- 職能治療是甚麼意思
 - 職能治療在人生各個階段可提供的服務
 - 職能治療與其它復健專業的差別
 - 職能治療關心日常生活當中的那些事？

職能治療的核心價值

2

內容大綱



- 職能治療的定義
 - 職能治療的治療目標
 - 職能治療的原則
- 使病人養成規律的作息
 - 改善、代償、維持、預防
 - 使病人發揮潛能，參與生活
 - 提升病人和照顧者的生活品質
 - 重建病人在生活中扮演的角色

職能治療的核心價值

3

內容大綱



- 職能治療的定義
 - 職能治療的治療目標
 - 職能治療的原則
- 以病人為中心的服務
 - 鼓勵病人盡可能獨立
 - 融入生活的治療內容
 - 提供適當難度的治療
 - 全面考量病人的需求
 - 鼓勵病人主動參與治療
 - 促進病人維持均衡的生活
 - 鼓勵病人與他人和環境互動
 - 醫病之間是合作夥伴關係

職能治療的核心價值

4

「職能治療的定義」包含的項目

- 職能治療是甚麼意思
- 職能治療在人生各個階段可提供的服務
- 職能治療與其它復健專業的差別
- 職能治療關心的日常生活表現有那些

職能治療的核心價值

5

職能治療是什麼意思 1/2



- 職能：有意義的日常活動。
 - * 每個人的身份與需求不同，「職能」就會不同。



生理疾病職能治療

6

職能治療是什麼意思 2/2

- 「職能治療」有二個意思：
 - 利用對病人有意義的日常活動進行訓練，以提升病人的功能。
 - 例如：教導病人自己穿衣服，提升病人自我照顧的功能。
 - 利用治療活動，提升病人完成日常活動的功能。
 - 例如：教導病人套圈圈，加強病人的平衡能力，使病人可以自己坐在椅子上吃飯。

生理疾病職能治療

7

職能治療是什麼意思 2/2



- 「職能治療」有二個意思：
 - 利用對病人有意義的**日常活動**進行訓練，以**提升病人的功能**。
 - 例如：↓教導病人自己**穿衣服**，提升病人**生活自理的功能**。
 - 利用治療活動，提升病人完成日常活動的功能。
 - 例如：教導病人套圈圈，加強病人的平衡能力，使病人可以自己坐在椅子上吃飯。

生理疾病職能治療

8

職能治療是什麼意思 2/2



- 「職能治療」有二個意思：
 - 利用對病人有意義的日常活動進行訓練，以**提升病人的功能**。
 - 例如：教導病人自己穿衣服，提升病人生活自理的功能。
 - 利用**治療活動**，提升病人完成**日常活動的功能**。
 - 例如：教導病人**套圈圈**，加強病人的**平衡能力**，使病人可以自己**坐在椅子上吃飯**。

生理疾病職能治療

9

職能治療的基本概念



- 每個人的職能不同，所接受的職能治療也不同。
 - 例如：訓練手腕沒力的家庭主婦切黏土、訓練手腕沒力的汽車維修員鎖螺絲。
- 如果病人的能力無法完全恢復，職能治療師會**教導病人用替代的方式**完成日常活動事。例如：改用左手拿湯匙用餐。

生理疾病職能治療

10

職能治療在人生各個階段可提供的服務：出生～學齡

早期療育：

- 減緩嬰幼兒發展遲緩的現象
- 預防日後的障礙
- 促進嬰幼兒的發展

醫院職能治療 + 居家職能治療：

- 預防、改善或消除日常生活功能障礙，促進神經肌肉、感覺統合、社交互動、認知功能。
- 提供居家環境改造建議
- 家長教養諮詢



職能治療的核心價值

9

職能治療在人生各個階段 可提供的服務：成人

透過調整環境，幫助人們在友善的社區中生活

社區職能治療

處理人們因為疾病或受傷造成的感覺、動作、心智與日常生活活動障礙

生理疾病職能治療

工作強化訓練

心理疾病職能治療

幫助身心障礙者或遭受職業傷害的人們進入職場

輔具中心

幫助罹患精神疾病的人們與疾病共處、維持日常生活功能、回歸社會

提供輔具說明、器材借用、購買與維修、居家環境改造

12



不論在人生的任何時期，身心功能受損的人們都可以接受職能治療的服務，以提升生活品質。



職能治療的核心價值

13

職能治療與其它專業的差別



14

職能治療關心 日常生活當中的那些事？

- 職能治療師關心的日常生活主要包括8項：
 - 自我照顧：例如洗澡、如廁、穿衣、進食等。
 - 進階的日常生活活動：例如煮菜、購物、使用電話、處理緊急情況。
 - 休息與睡眠：例如放鬆身心的休息、睡眠。
 - 教育：例如學生在課堂上的表現。
 - 工作：例如工作興趣、就業表現、退休準備。
 - 遊戲：例如小朋友玩遊戲的方式和情形。
 - 休閒：例如安排適合的休閒活動。
 - 社交參與：例如參加社區舉辦的活動。

職能治療的核心價值

15

職能治療的治療目標



- 使病人養成規律的作息
- 改善、代償、維持、預防
- 使病人發揮潛能，參與生活中的大小事
- 提升病人和照顧者的生活品質
- 重建病人在生活中扮演的角色



職能治療的核心價值

16

規律作息



- 住院期間：協助病人適應較為健康且規律的生活作息
- 出院之前：與病人討論未來的作息安排，以幫助病人在規律的日常生活中，盡可能發揮自己的能力。例如：自我照顧能力、社交能力等。

職能治療的核心價值

17

改善、代償、維持、預防-1



- **1.改善症狀**是指改善疾病造成的感覺、動作和心智能力不足等問題。
 - 職能治療師雖然不提供病人藥物，但可以透過適合病人的活動，減緩病人的症狀。
 - 例如：建議中風後左手肩膀僵硬的病人舉爬升架，讓他慢慢把手舉高，以減少肩膀僵硬造成的疼痛。
- **2.以其它方式代替喪失的功能**是指當病人的能力無法完全恢復，治療師會建議用其它方式代替原本做這件事的方法。例如：以輪椅步、用長柄刷洗澡。

職能治療的核心價值

18

改善、代償、維持、預防-2

- **3.維持現況**是指維持目前的能力程度當病人的疾病或年紀會使能力退化，治療目標可能就設定在維持現有功能。例如：協助退化性關節炎的人維持關節活動的角度。
- **4.預防疾病**是指避免病人生病或受傷。
 - 例一：提醒中風的人養成規律運動的習慣，以維持身體健康。
 - 例二：提醒病人搬運重物時，膝蓋要彎曲，避免由腰部支撐身體和重物的重量而造成下背疼痛。

職能治療的核心價值

19

參與生活中的大小事



- 病人如果能夠參與生活中的大小事，不但可以維持生存的基本需求，也能提昇自己的自信，並且與其他人良好地互動。
 - 例如：自己進食、出門購物、參與朋友聚餐等。



職能治療的核心價值

20

發揮最大潛能（盡可能獨立）

- 如果病人有能力自己完成，請讓病人自己做。
 - 例如：病人穿衣服的速度較慢，但是仍然可以獨立完成，建議讓病人自行完成，以同時加強病人的手部操作能力。
- 如果病人無法完全自己完成，建議使用輔具，或是由其他人協助一部份，讓病人完成自己能做的那部分。
 - 例如：幫中風的人把餐具準備好，他就能夠自行進食。

職能治療的核心價值

21

減輕照顧者負擔



- 職能治療師會提供家屬照顧病人的技巧，以減少病人家屬照顧病人的負擔。
 - 減輕生理負擔：例如教導照顧者搬動病人的技巧。
 - 減少心理負擔：介紹照顧者支持團體（例如：中風病友協會、脊髓損傷協會）的相關資訊。

提升病人和家屬心中的安定與舒適感

- 透過職能治療，病人可以提昇自己的功能，完成想做的事而產生成就感、肯定自己的價值。
 - 例如：中風的人可以用柺杖協助行走，就能夠出門參與朋友的聚會。
- 當家屬看到病人接受職能治療之後，功能有進步，或是知道要怎麼練習才會進步，家屬會比較放心。

提升生活品質



- 生活品質與一個人是否能夠完成或參與自己認為重要的事有密切的關連。
- 職能治療師會設法協助病人參與病人自己認為重要的事，以提升病人的生活品質。
 - 例如：教導病人使用拐杖或輪椅的技巧，讓病人可以去公園散步。



職能治療的核心價值

24

重建角色 1/2



- 職能治療師通常不會只以讓病人完全恢復為目標。
- 如果病人的功能只是略微受限或是很有可能恢復，職能治療師將協助病人盡量恢復到生病之前的程度。
 - 例如：病人為手指不太靈活的中風患者，職能治療師會加強病人的手指靈活程度，以便病人使用筷子吃飯。



職能治療的核心價值

25

重建角色 2/2



- 如果病人的功能和生病之前差異很大
 - 職能治療師則會建議病人調整生活型態與目標。
例如：中風病人因為手腳不靈活，無法繼續騎車/開車出門，職能治療師可能會建議病人把開車這件事交給其他人，自己改做其他重要的事。
例如：擦車子、維持家中整潔。

「職能治療的原則」包含的項目

- 以個案為中心
- 盡可能獨立
- 融入生活
- 全面考量
- 主動參與
- 合作夥伴關係
- 生活平衡
- 與他人及環境的互動
- 適當的挑戰



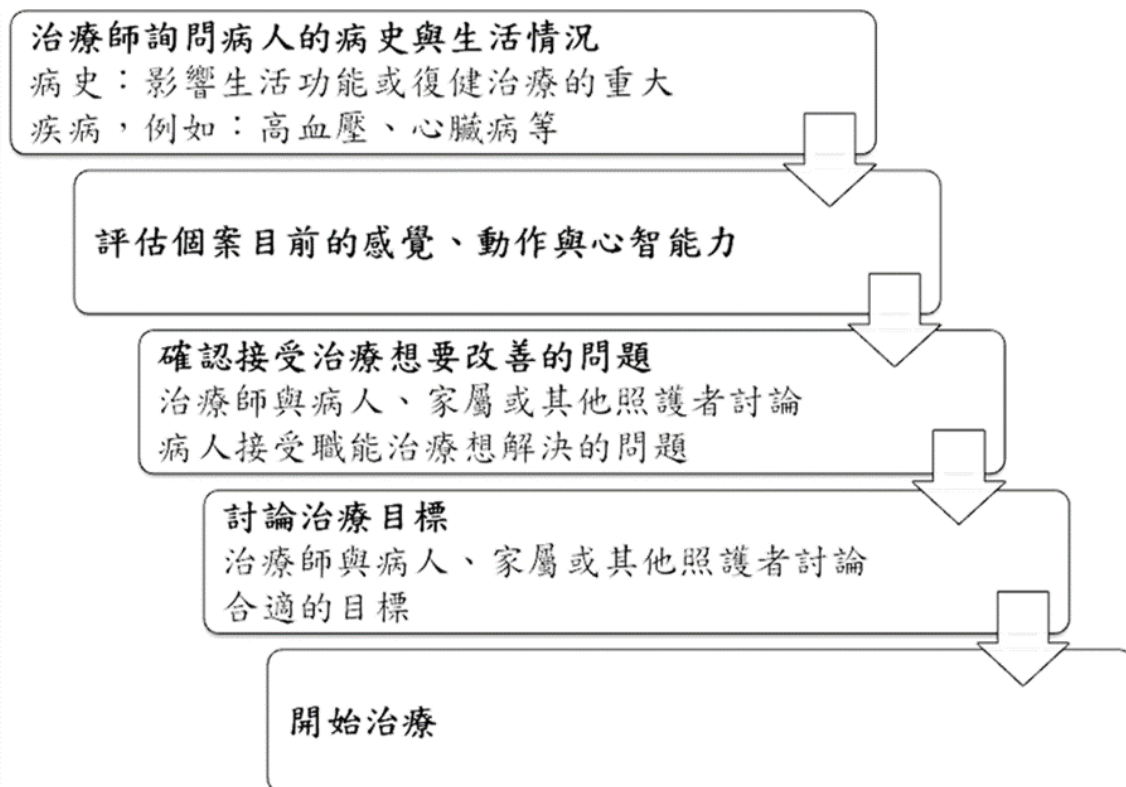
以個案為中心



- 職能治療師會先考慮病人和家屬的需求，提供適合的治療。
- 職能治療師會透過下列流程，確認病人和家屬想要做職能治療的原因和目標，再提供治療。

職能治療的核心價值

28



職能治療的核心價值

29

盡可能獨立



- 職能治療師期待病人可以透過職能治療的活動訓練，提升個案獨立完成日常生活活動的功能。
 - 例如：可以自行吃飯、穿衣服、上廁所等。
- 病人越獨立，對於自己生活越能夠自主安排，並且從中得到成就感。

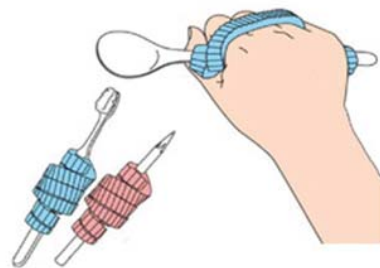
職能治療的核心價值

30

融入生活



- 職能治療師會提供與病人生活環境較為相似的治療活動，以便病人將治療室所學到的能力應用於日常生活中，使治療的成效發揮到最大。
 - 例如：練習用湯匙舀小塊的碎片，訓練用湯匙進食的動作。



職能治療的核心價值

31

全面考量



- 職能治療師會考量病人的興趣、日常生活形態、在不同環境下的動作能力與心智表現，提供適當的治療服務與建議。
 - 例如：
 - 病人背景：家庭主婦，需要料理家人的三餐。她在中風之後身體半側比較沒有力氣。
 - 職能治療的可能內容：
 - 教導簡單省力的煮菜方式
 - 加強病人的手部動作以及平衡能力

職能治療的核心價值

32

主動參與



- 提供病人有興趣的活動
 - 以提升病人參與治療活動的動機和頻率
 - 讓病人在家中也願意練習類似的治療活動
- 例如：病人平時的休閒活動為打麻將，職能治療師可能會設計將麻將排成一排的治療活動，訓練病人的手指靈活度。



職能治療的核心價值

33

合作夥伴關係



- 職能治療師會和病人或家屬一起討論病人目前的情況，並且改善病人的身心功能。
- 例如：病人因為平衡能力不好而無法自行洗澡。職能治療師會與病人討論洗澡的哪個部分做起來最困難，再提供相關的動作訓練或輔具，幫助病人達成「獨立洗澡」的目標。



職能治療的核心價值

生活平衡



- 職能治療師會關心病人生活各方面的平衡，例如：工作、休閒活動的安排、睡眠與日常生活活動的平衡。
- 生活中，做某一些事情的時間太長或太短，對身心健康都不好。



職能治療的核心價值

與他人及環境的互動-1



- 職能治療師重視的事情：
 - 病人本身的情況
 - 病人的生活環境
 - 病人與其他人的互動情形
 - 病人平常都做哪些事
- 了解這些事，職能治療師會更清楚如何設計治療活動或提供建議，以便協助病人繼續參與生病之前常做的事。

職能治療的核心價值

36

與他人及環境的互動-2

- 例如：病人為七十歲的阿嬤，平時喜歡早上到公園跳元極舞。但是因為她最近中風，不方便像之前那樣運動。職能治療師會建議她改做比較輕鬆的運動。例如：散步、打槌球。



職能治療的核心價值

37

適當的挑戰-1



- 難度剛好的活動效果最好：當病人覺得活動「有一點難，又不會太難」時，最容易加強他的能力。
 - 例如：病人只能把手舉到肩膀的高度，如果要求病人把沙包丟到比肩膀高一點的籃子。病人就可以練習把手舉高至肩膀以上。
- 維持病人的治療動機：與病人能力相當的活動可以同時加強病人的程度又不會讓病人覺得太簡單而不想做，或是太困難而想放棄。

職能治療的核心價值

38

適當的挑戰-2



- 避免因為錯誤練習而受傷或養成不好的習慣：如果病人為了勉強達成太困難的活動而用不正確的方式練習，可能造成反效果。
 - 例如：過度的重量訓練可能會造成肌肉張力太高而身體緊繃。

◎治療活動不是越辛苦越好！



職能治療的核心價值

39



職能治療知識

醫院-生理疾病職能治療



職能治療的服務對象



- 生理疾病職能治療的服務對象主要分為三類
 - 動作功能受損的人
 - 腦部損傷：例如中風、腦部外傷、血管瘤後遺症
 - 神經損傷：例如脊髓損傷
 - 退化性疾病：例如帕金森氏症、退化性關節炎
 - 一般外傷：例如骨折、韌帶或肌腱受傷
 - 心智功能受損的人：通常是腦部損傷的人
 - 上述二類對象的家人或照顧者

職能治療的預期治療效果 (全)



- 提升病人的感覺、動作或心智功能
- 提升病人獨立生活的功能
- 適應生病後的生活
- 預防疾病惡化或復發
- 減輕照顧者的負擔
- 提升生活滿意度

生理疾病職能治療

3

職能治療的預期治療效果 1/6

- 提升病人的感覺、動作或心智功能：
職能治療師將透過適合病人能力的治療活動，訓練病人的感覺、動作或心智功能
 - － 例一、加強坐姿的穩定度：在坐姿下做事
 - － 例二、加強左手抓握的能力
 - － 例三、加強空間概念



例三

生理疾病職能治療

4

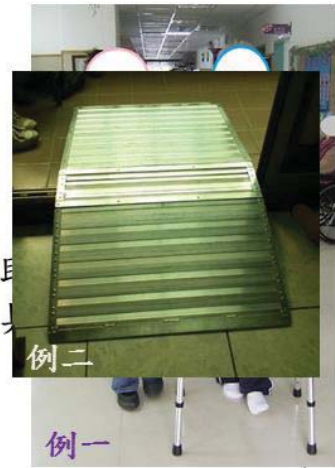
職能治療的預期治療效果 2/6



- 提升病人獨立生活的功能：
職能治療師可教導病人使用**輔具**、提供調整環境的建議，使病人在居住或工作環境可以安全地完成想做的事

- 例一、教導病人用助行器行走
- 例二、建議把有門檻的地方改成斜坡，方便輪椅通過

輔具：全名是輔助器具。輔具可用來「輔助維護身體功能，以便完成想做的事」的器具。如：輪椅、四腳拐、便盆椅等。



生理疾病職能治療

職能治療的預期治療效果 3/6

- 適應生病後的生活：
生病之後，病人雖然動作不像以前一樣靈活，但是可以透過使用輔具、調整環境與生活方式，安全地完成想做的事。
- 例一、用助行器行走
- 例二、用長柄刷刷背



生理疾病職能治療

職能治療的預期治療效果 4/6



- 預防疾病惡化或復發
職能治療師會告訴病人在生病或受傷之後，如何調整環境與維持健康。
例一、告訴病人與照顧者選擇適合的輪椅的方法
例二、提醒病人要常常拉筋，關節才不會硬化
例三、告訴病人與照顧者避免再次中風的方法

生理疾病職能治療

7

職能治療的預期治療效果 5/6

- 減輕照顧者的負擔
 - 當病人能使用輔具或是在無障礙空間中完成（部分）自我照顧，照顧者就不需要隨時陪在病人旁邊而能參與照顧者自己想做的事，例如：上班、出門與朋友聚會。
 - 當照顧者學會使用輔具完成照顧病人的事，自己比較不會受傷。例如：使用**移位板**可避免因為出力搬動病人而拉傷腰部與手部肌肉。



生理疾病職能治療

移位板

8

職能治療的預期治療效果 6/6



- 提升病人與家屬的生活滿意度

職能治療師可訓練病人的獨立能力，當病人的獨立能力提升，病人越能夠完成自己想做的事，照顧者照顧病人也越輕鬆。

例如：當病人想要到附近買東西時，而可以自己走去而不需要家人接送。

職能治療師提供服務的形式

- 直接治療病人：由職能治療師提供治療活動與器材，並且指導病人進行活動，例如：教導病人丟沙包、幫病人製作塑膠支架（副木）以固定受傷的肢體。
- 提供病人及家屬諮詢：職能治療師可回答病人與家屬對於職能治療或是復健的疑問
 - － 例一、家中環境要怎麼調整會比較方便病人使用
 - － 例二、在家可以做哪些的復健活動
 - － 例三、要怎協助病人從輪椅移到床上
 - － 例四、到哪裡購買輪椅和拐杖等輔具

目錄

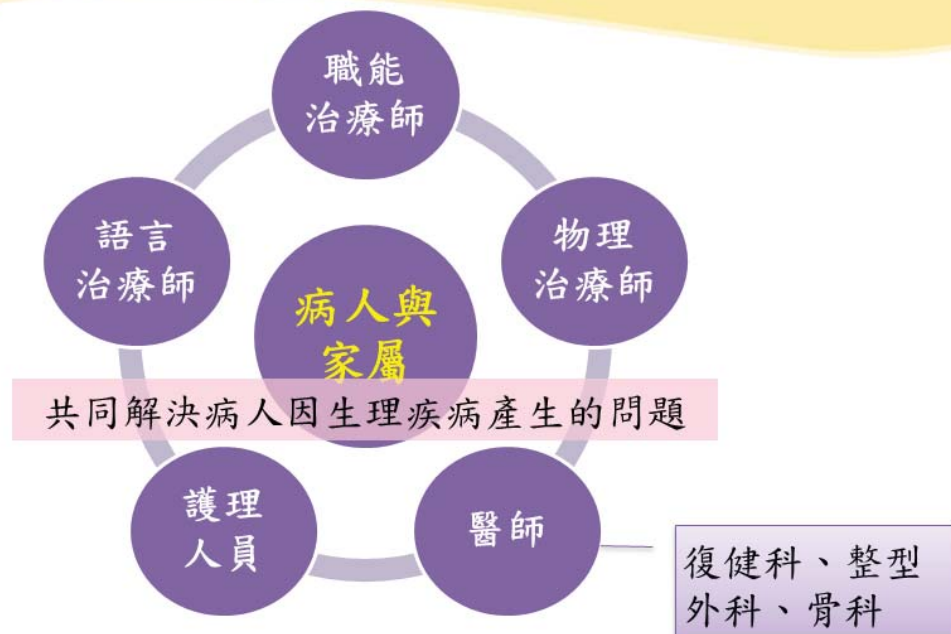


- 誰需要接受職能治療
 - 服務對象
- 接受職能治療的好處
 - 職能治療的預期治療效果
- 職能治療是什麼樣子
 - 治療器材
 - 服務形式
 - 職能治療的功能與角色
- 職能治療師怎麼幫助病人與家屬
 - 治療方法
 - 取得服務的方式
 - 不同復健服務的的安排
 - 服務內容
- 得到職能治療服務的方法
 - 服務流程
 - 中風後各階段的銜接

生理疾病職能治療

11

與生理疾病職能治療 相關的醫療人員



生理疾病職能治療

12

職能治療師對於 住院病人的主要功能



- 教導病人如何完成自我照顧。例如：翻身、穿衣服。
- 教導個案家屬如何照顧病人。
- 和病人與家屬討論如何改造家中環境，對病人比較安全而且方便。
- 建議病人使用適當的輔具以提升生活的獨立性。

*輔具：輔助器具。例如：輪椅、拐杖、扶手等。

生理疾病職能治療

13

職能治療師對於 門診病人的主要功能

- 加強病人的感覺、動作、自我照顧與認知能力（例如：注意力、記憶力）等。
- 依病人之需要提供**副木**與輔具的評估、製作與訓練。
- 提供病人與家屬復健相關資訊。
- 加強病人回歸一般生活的能力。例如：工作訓練。

*副木：固定肢體的塑膠支架。



生理疾病職能治療

14

取得職能治療服務的方式

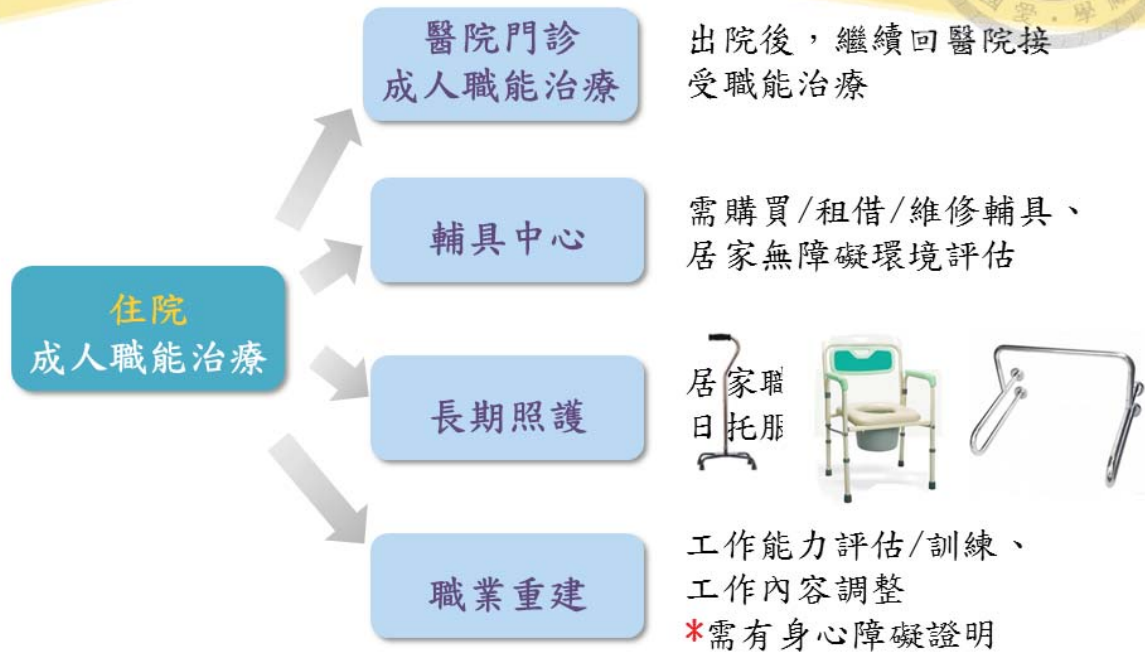


- 想要做職能治療的人，出院後可到醫院或復健診所的復健科、骨科、外科、神經科掛號，請醫師轉介到職能治療接受治療。

不同復健服務的安排

- 問：如果需要做職能和物理治療，治療時間是否可以安排得靠近一點？
- 答：
 - 可以。只要與治療師討論彼此都能配合的時間就可以了！
 - 例如：將職能治療與物理治療的時間安排在同一天上午，就不需要跑醫院兩次。

出院後的其它職能治療服務



職能治療常見的器材有哪些？

- 現成的治療器材：例如沙包、黏土、推拉箱等。
- 生活中常見的物品：筷子、湯匙、衣服、跳棋、象棋、麻將、桌球、撲克牌等。

依據治療目的，治療器材可分為6種



加強上肢動作

加強下肢動作

加強自我照顧

加強認知功能

加強全身動作的
穩定或協調

其它：視覺、
觸覺訓練

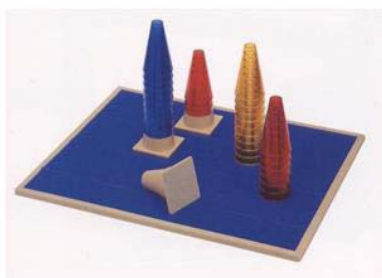
*治療器材的治療目的會隨著治療師的使用方式而不同

生理疾病職能治療

19

加強上肢動作的器材-1

- 例如：沙包、滑車、套杯、黏土



疾病職能治療

20

加強上肢動作的器材-2

- 例如：插棒組、水平塔、垂直塔、爬升架等。



生理疾病職能治療



21

加強下肢動作的器材

- 例如：套圈圈、平衡板等。



生理疾病職能治療

22

加強自我照顧能力的器材



- 以日常生活活動所需物品為主。
 - 例如餐具、家具、衣物等。

加強認知功能的器材

- 通常用於加強注意力、記憶力、空間概念、形狀配對等。
 - 例如：七巧板、拼圖、豆豆板。



加強全身動作的穩定或協調的器材

- 通常用於訓練病人維持姿勢或改變身體的重心。
— 例如：推拉箱、大球（拍球或坐在大球上）



生理疾病職能治療

25

感覺訓練

- 通常加強視覺與觸覺的能力。
— 例如：視覺訓練板、刺刺球。



生理疾病職能治療

26

職能治療常見的治療目標與方法



- **基礎的治療目標**
 - 促進感覺恢復：以觸覺、視覺為主。
 - 提升/維持關節活動度
 - 提升/維持肌肉力量
 - 使肌肉張力接近正常
 - 加強動作控制能力
 - 加強平衡能力
 - 提升認知功能（例如：注意力、記憶力、空間概念等）
- **進階的治療目標**
 - 提升自我照顧能力

生理疾病職能治療

27

促進感覺恢復

- **觸覺部分的治療方法：**
 - 重刷、輕拍過於敏感或麻木的的肢體。
 - 碰觸材質特殊的物體：例如：貼魔鬼氈的球。
- **視覺部分的治療方法：**
 - 練習注意容易忽略的半邊身體和物品。
 - 例如：往容易忽略的方向丟沙包。

生理疾病職能治療

28

提升/維持關節活動度



- 方法：利用重複的動作維持或逐漸增加病人的關節活動度。

— 例如：讓病人練習舉爬升架。病人的手在逐漸舉高的過程中，肩關節的活動度會逐漸增加。

增加肌肉力量

- 作法：提供病人較為費力的治療活動

— 例如：

- 捏黏土以增加手指的肌肉力量
- 推木箱以增加手臂的力量。

*黏土的硬度與木箱的重量會依病人的能力調整。

使肌肉張力正常-1



- 肌肉張力的意思：肌肉為了避免被拉長而產生的力量。正常的肌肉張力可以使人們用適當的力量，自由地做動作。
- 當神經受損時，肌肉張力可能變得太高或太低。
 - 肌肉張力太高會造成肢體僵硬
 - 肌肉張力太低會造成肢體軟趴趴的

使肌肉張力正常-2

- 降低肌肉張力的方法：
 - 熱敷肌肉張力不正常的肢體。
 - 壞邊承重：將身體稍微倒向肌肉張力不正常的那一邊，讓那一邊的手或腳出力撐住身體的重量。
- 增加肌肉張力的方法：
 - 壞邊承重。
 - 輕拍、快速伸展、以冷熱交替的方式增加肌肉張力。

提升動作控制的能力



- **手部精細動作**：訓練病人手指操作能力與協調性。
 - 例如：揉黏土、插棒、拼豆豆板、翻棋子、轉螺絲、夾彈珠等。
- **大關節的粗大動作**：訓練病人大關節的動作與動作協調。
 - 例如：手舉高丟球、踢球、彎腰撿東西等。

提升認知功能

- 常見的訓練項目：加強病人的注意力、記憶力、空間感、操作物品或執行任務的能力。
 - 例如：玩撲克牌遊戲、麻將圖案配對。
- **同樣的活動，治療目的不一定相同**。若有疑問，可以請教治療師。
 - 例如：玩紙牌可以是訓練手指的動作，也可能是訓練坐姿平衡或注意力。



促進平衡能力



- **坐姿平衡**：讓病人在坐姿下進行靜態或動態的活動。
 - － 靜態：例如：堆套杯、玩撲克牌等桌上活動。
 - － 動態：例如：彎腰撿東西、丟沙包、拍球等，訓練身體轉移重心。
- **站姿平衡**：讓病人在站姿進行靜態或動態的練習。
例如：推拉箱、站著套圈圈、行走、爬樓梯等。

提升日常生活活動之獨立程度

- 作法：以實際的物品練習日常生活常會做的事。
 - － 例一、躺在床上翻身、坐起
 - － 例二、練習拿湯匙吃飯、或特製餐具
 - － 例三、練習用穿衣服、褲子



什麼問題可以找職能治療幫忙呢？-1

- 有動作或心智功能受限而需要復健：例如：中風、脊髓損傷、帕金森氏症、椎間盤突出、燒燙傷、退化性關節炎、骨折、韌帶/肌腱受傷或斷裂等。
- 輔具評估與購買：
 - 例如：購買輪椅、助行器等輔具。
 - 購買前先向職能治療師詢問，經過評估後再購買，以免買到不適用的輔具。

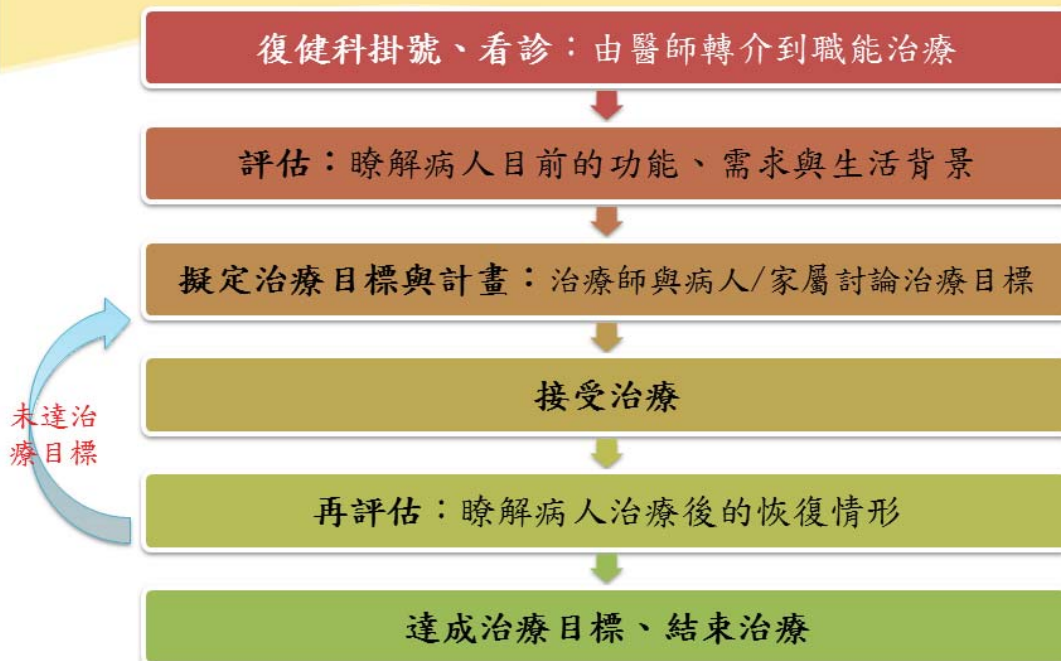
什麼問題可以找職能治療幫忙呢？-2

- 無法獨立完成自我照顧：
 - 職能治療師自我照顧的訓練、提供調整生活中的環境設計的建議，或改造現有的工具，以便病人在生活環境中可以完成自我照顧。
 - 例如：加粗握柄的湯匙、附有吸盤的碗。
- 不知道怎麼照顧病人或陪同練習
 - 職能治療師會教導照顧者照顧病人的方法
 - 例一：把病人從輪椅上轉位到床上時，照顧者可以膝蓋微彎以減少腰部受力
 - 職能治療師會教導照顧者如何陪同病人在家中繼續練習
 - 例如、在家可以準備曬衣夾讓病人練習把夾子夾到衣架子上，加強手部精細動作。

其它接受職能治療的重要概念

- 職能治療服務的內容和時數會隨著病程或能力而有調整。
 - 例如：在中風初期，訓練的次數較為密集。在中風後一年，治療內容可能以維持肌肉力量並且加強替代能力的訓練，治療次數較少。

從掛號到接受職能治療的流程





職能治療知識

輔具中心職能治療



輔具中心是甚麼？

- 提供**輔具與矯具**說明、器材借用、購買與維修的單位。
- 輔具：輔助器具。
 - 用途：用於「改善或維護身體功能，以便完成想做的事」的器具。
 - 例如：四腳拐、便盆椅、氣墊床、浴室扶手等。



輔具中心職能治療

輔具中心可以提供矯具

- 矯具（又稱裝具）
 - 是穿在身上，矯正或幫助功能受損或不完整的肢體恢復功能的器具。
 - 例如：頸圈、背架、小腿支架



輔具中心職能治療

3

找輔具中心的治療師詢問的好處

立即的好處

- 獲得輔具相關知識：
 - 例如：哪一種拐杖適合哪一種人、如何操作與保養輪椅。
- 比較能夠買到適合的輔具



輔具中心職能治療

4

找輔具中心的治療師詢問輔的好處

立即的好處

- 獲得輔具相關知識：
 - 例如：哪一種柺杖適合哪一種人、如何操作與保養輪椅。
- 比較能夠買到適合的輔具

長期的好處

- 病人
 - 更能夠參與或自行完成想做的事
 - 適應生活
 - 預防疾惡化
- 家屬與照顧者
 - 減輕照顧者的負擔

「接受輔具中心的服務」 對病人的好處 -1

- 更能夠參與或自行完成想做的事：
 - 例一：病人能夠拿助行器從家裡走到附近的公園散步。
 - 例二：病人可以使用長柄洗澡刷自行洗澡
 - 例三：使用可彎曲的湯匙自行進食。
 - 例四：手指不靈活上班族可以用聲控電腦打字。
- 適應生活：病人可以透過治療師的建議，改變生活環境，以便較為自由且安全地活動。
 - 例一：病人的一隻腳比較沒力，容易跌倒
 - 家中加裝扶手，方便病人扶著走路

「接受輔具中心的服務」 對病人的好處 -2



- 預防疾惡化：治療師會教導病人與家屬如何選擇適合的輔具並且正確地使用輔具，以免造成傷害。
 - 例一：提供中風病人適當尺寸的矯正鞋，以免病人跌倒。
 - 例二：教導病人或家屬如何將柺杖調到適合的高度，以免病人跌倒或手臂疼痛。

輔具中心職能治療

7

「接受輔具中心的服務」 對照顧者的好處

- 減輕照顧者的負擔：
 - 當病人能夠使用輔具或是在無障礙空間中安全地活動，病人的照顧者（家人或看護）就不需要整天陪在病人旁邊而能夠完成照顧者自己想做的事。
 - 例如：上班、出門與朋友聚會。
 - 當照顧者能夠使用輔具完成照顧病人的事，自己比較不會受傷。
 - 例如：使用移位板、移位腰帶，都可以避免照顧者因為出力搬動病人而拉傷腰部與手部肌肉。

輔具中心職能治療

8

職能治療師如何選擇輔具呢？

- 職能治療師選擇輔具時，主要有2個參考依據：
 - 人類、活動、科技輔具與情境模式
 - 個人與科技配對模式

人類、活動、科技輔具與情境模式

- 定義：選擇輔具時，需同時考量4個條件，讓使用輔具的人生活更方便：
 - 使用者的特性
 - 使用輔具的目的
 - 輔具本身的功能與操作方式
 - 使用輔具的情境
- 例如：一個沒有辦法說話、動作能力受限的中風病人可以使用溝通板（按按鍵之後會發出預先設定好的語詞或聲音的輔具），在家中向家人表達自己的需求。

個人與科技配對模式 -1



- 定義：提供病人使用輔具時，應同時考量**使用者**的**個人特性與環境的條件**。
 - 例如：
 - 年齡
 - 身份：學生、上班族或是已經退休
 - 居住地點：有沒有電梯、門檻、斜坡等

個人與科技配對模式 -2

- 例一：如果是退休的年長者，使用輪椅的目的是方便家人帶他外出散步，治療師可能會推薦一般輕型輪椅。
- 例二：如果是大學生，使用輪椅的目的是自行往返校園與車站，治療師可能會推薦電動輪椅。

輔具中心的服務對象



- 需要使用輔具的人，都可以到輔具中心詢問。
 - 沒有身心障礙手冊但需要使用輔具的人
 - 例一、平衡感不好的年長者
 - 例二、關節退化而無法做出力的動作的人
 - 領有身心障礙證明且需要使用輔具的人
 - 例如：截肢、中風、脊髓損傷、腦性麻痺、肌肉萎縮症等患者。
 - * 憑身心障礙證明購買輔具，可申請政府補助。

生理疾病職能治療

13

輔具中心的職能治療師的服務項目

1/3

- 評估病人的身心功能、確認病人需要什麼輔具
- 到宅輔具評估：職能治療師可以到病人的生活環境（例如：家中、學校或居住的機構）評估病人的需求，提供環境改造與輔具購買建議。例如：加裝扶手與斜坡。



輔具中心職能治療

14

輔具中心的職能治療師的服務項目

2/3

- 製作、採購、維修與調整輔具：
 - 職能治療師會依據病人需求製作輔具、矯具和義肢。
 - 職能治療師會提供購買建議或代為訂購。
 - 提供維修與調整輔具的服務。
- 說明輔具的功能與使用方法：
 - 如果輔具的使用方式較為複雜，職能治療師會教導病人使用輔具的正確方法，並且安排實地操作課程，以確保病人可以妥善地使用輔具。
 - 例如：教病人與家屬如何操作電動輪椅

輔具中心的職能治療師的服務項目

3/3

- 追蹤輔具之使用情形：
 - 病人接受輔具服務之後三個月，治療師會打電話確認病人使用輔具的情形。
 - 例如：
 - 輔具是否合用
 - 輔具有無損壞
 - 是否要將不使用的輔具捐出來

要怎麼取得輔具中心的服務？

- 當您覺得需要輔具中心的服務（例如：購買、租借、修理拐杖、輪椅，或是家中要加裝安全扶手）時，可以這麼做：
 - 請醫師或治療師轉介到輔具中心
 - 打電話或直接到輔具中心，說明您需要的輔具服務內容

臺大醫院的輔具中心在哪裡？

- 復健大樓一樓





職能治療知識

長期照護職能治療



長期照護是什麼意思?

- 長期照護是指**縣市政府提供**日常生活功能需他人協助的身心障礙者或年長者的服務。
- **長期照護的目的**：提供身心功能有障礙的人或年長者長期的醫療、保健、生活、個人照護與社會支持



職業重建職能治療



常見的長期照護的內容

- **家庭式**：長期照護人員到家協助、訓練照顧者
 - 例如：居家職能治療：職能治療師到家中治療
- **居家式**：居家服務
 - 例如：日常生活照顧服務、居家環境整理項目。
- **社區式**：日間照護（病人白天到養護中心）
- **機構住宿式**：全日或夜間照顧
 - 例如：機構喘息服務（將病人短期送到養護中心，減輕家人的負擔）
- 其它：復康巴士的交通服務

長期照護職能治療

5

長期照護職能治療的服務對象

- 符合下列任一項條件的人，都可以申請
 - 50歲以上有身心功能障礙的人
 - 65歲以上無法獨立完成自我照顧的年長者。
 - 經由長期照護的專業人員評估後，確認申請人需要接受半年以上復健。
 - 例一：行動不便而且家人無法陪同就醫的中風病人
 - 例二、65歲以上不良於行的年長者

職業重建職能治療

6

長期照護職能治療的治療器材

- **治療室常見的輕便治療器材**：為了方便消毒與攜帶，治療師通常會攜帶較為輕便的治療器材到病人家中或居住機構。

— 例如：套杯、沙包。



- **就地取材**：依據生活環境的現有器材或環境，訓練病人在實際生活環境中的獨立能力。

— 例如：階梯、餐具、衣物等。

長期照護職能治療的服務內容

- 評估
- 治療與訓練
- 製作輔具
- 指導家屬及照顧者正確的復健概念與技巧



服務內容-評估

- 評估：治療之前，治療師會先瞭解病人目前的狀況和家中情形。
- 評估的內容：
 - 病人執行日常活動的能力與障礙：瞭解病人目前有哪些日常活動做不到以及做不到的原因。
 - 居住環境的擺設與障礙：瞭解病人居住環境的空間是否安全、有沒有妨礙病人在環境中的活動。
 - 輔具需求：依據病人的狀況，幫病人製作或建議購買輔具。

長期照護職能治療

9

服務內容-治療與訓練

- 職能治療師會依據評估的結果，提供病人適合的訓練。
- 常見的訓練內容有下列3項：
 - 日常生活活動能力的訓練：協助病人在實際的生活環境中操作日常生活活動，例如：穿衣、整理儀容、摺衣服
 - 促進病人回歸社會：職能治療師會鼓勵病人參與社交活動（例如：與朋友聚會）、提供外出訓練（例如：外出散步、購物）、工作能力評估與訓練
 - 基本能力訓練：例如上肢動作與功能、平衡能力訓練、注意力、記憶力等

長期照護職能治療

10

服務內容-製作輔具



- 製作副木：職能治療師可以提供副木，幫助病人預防或矯正關節的變形。



長期照護職能治療

11

服務內容-指導家屬及照顧者正確的復健概念與技巧

- **例一**、不要將治療目標訂在完全恢復動作功能，因為多數病人的症狀無法完全消除。
- **例二**、讓病人自己去做日常活動，就是最好、最自然的復健活動。因此家屬和照顧者不應該提供太多協助。
- **例三**、教導家屬如何幫病人翻身、換位子（例如：從床上到輪椅上、上下車）。



長期照護職能治療

12

接受長期照護職能治療的目的 1/2



- 減緩病人日常生活功能的退化速度
- 提升病人的自我照顧能力
 - 居家職能治療師會配合病人家中的環境訓練病人自我照顧的能力
 - 例如：自行盥洗、用餐或出門購物等。
- 提升病人完成自己想做的事情的能力：透過定期的治療、輔具使用與居家環境改造，可以讓病人更安全、自由地在居住環境中活動。
 - 例如：自己上廁所、自己到公園跟朋友聚會。

長期照護職能治療

13

接受長期照護職能治療的目的 2/2

- 減少病人因為疾病產生的後續問題：例如：褥瘡、跌倒。
- 提供情緒支持、照護技能訓練
- 減輕照顧者或家人的負擔：居家職能治療師可以直接到病人家中提供治療，減少照顧者或家人的接送時間和情緒壓力。



長期照護職能治療

14



長期照護服務的申請地點

- 各縣市政府的衛生局、社會局
- 各縣市長期照顧管理中心或是鄉鎮市公所

*各縣市的申請地點可能會略有不同。

例如：在台北市可以向衛生局及長期照護管理中心申請

申請長期照護服務需準備的資料

2/2

- 證件（全部都要準備）：
 - 身份證
 - 身心障礙手冊
 - 戶口名簿
 - 社會福利相關之證明，例如：中低收入戶的證明。
- 申請表（下列任一種方式都可以取得申請表）：
 - 到縣市政府的長期照顧管理中心、衛生局、鄉鎮市公所索取申請單
 - 上網下載
 - 填寫後交到申請地點（縣市政府的長期照顧管理中心、衛生局或鄉鎮市公所）即可。

申請長期照護服務的流程



打電話到戶籍所在地的長期照護相關單位申請/填寫申請表/準備相關資料

專業人員到家中評估

申請通過

申請通過即可獲得最多6個月的長期照護服務



職能治療知識

職業重建職能治療



職業重建是什麼？

- 職業重建是協助身心障礙者或職業災害的勞工進入職場或重返職場的服務。

職業重建的服務對象



- 職業重建的服務對象可分為二大類：
 - 領有身心障礙手冊
 - 有職業災害的人
 - 受傷的時間與原因包含
 - 工作中受傷
 - 上下班途中的意外
 - 工作造成的職業病

申請職業重建服務的基本條件

- 領有身心障礙手冊或職業災害證明
- 有工作能力與意願
- 可完成基本自我照顧（例如：上廁所、進食）
- 可以自己行走或用柺杖、助行器、輪椅等輔具協助移動

職業重建的服務內容 1/3



職能治療師在職業重建計畫的服務內容包含下列4項：

- 工作能力評估及強化：
 - 工作能力評估：評估病人的身體損傷情形和現有功能。
 - 工作能力強化：提供與工作環境相同或相似的內容讓病人練習。
 - 工作現場實際操作：職能治療師到病人的工作地點評估病人的工作情形，並提出調整工作內容、工作方式、加強工作能力的建議。

職業重建的服務內容 2/3

- 職業輔導評量：協助病人在就業前了解自己的功能、興趣、生理狀況及所需輔具等，並且提供具體就業建議，以便病人找到符合他的功能和興趣的工作。

職業重建的服務內容 3/3



- **職業訓練、就業服務**：治療師會依據病人的狀況提供相關的職業能力訓練，並且協助病人尋找合適的工作。
- **職務再設計**：如果病人在工作環境中，發現自己動作能力或體力受限，職能治療師會提供病人與雇主調整工作內容的建議。

接受職業重建的預期成果

- **進入職場**：職業重建的人員可以協助病人加強工作能力，找到符合他的能力、特質的工作，並且能夠穩定就業。
- **參與社會生活**：職業重建的人員可以協助病人進入職場，與一般人一起工作與生活。



取得職業重建服務的方法

- 詢問地點
 - 各大醫院的職業傷病中心
 - 各縣市政府的職業重建服務窗口

申請職業重建的服務流程

符合申請條件

向縣市政府的「職業重建服務窗口」提出申請

申請通過

得到半年的職業重建服務





中風知識衛教系統

國立臺灣大學職能治療學系
謝清麟教授研究團隊

中風知識大綱

- 一. 什麼是中風？
- 二. 容易導致中風的因素？
- 三. 剛中風時可能會出現哪些徵兆？
- 四. 出現中風前兆時應如何緊急應變？
- 五. 中風後會出現哪些症狀？

中風知識衛教系統

2

一、什麼是中風？

中風知識衛教系統

3

什麼是中風？

1. 中風的定義
2. 中風的種類
 - 1) 腦梗塞 (1) 血栓性腦梗塞(2)栓子性腦梗塞
 - 2) 腦內出血
 - 3) 蜘蛛膜下腔出血
 - 4) 暫時性腦缺血

中風知識衛教系統

4

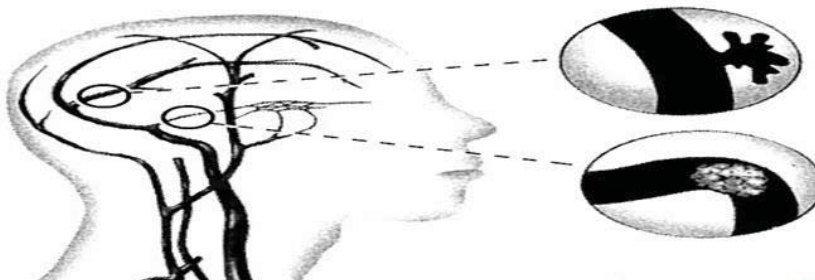
1-1. 中風的定義

健康的人

腦細胞需要氧氣與養分的滋養。

中風的患者

腦部血管出現阻塞或破裂，使腦細胞無法得到氧氣與養分而受損或死亡



1-2. 中風的相關統計數據

引發腦中風的原因

大致可分為二類為腦阻塞中風（腦血管阻塞）與腦出血中風（腦血管破裂）。

統計資料顯示

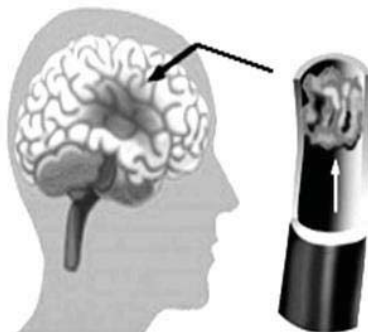
- 腦中風住院人數約12萬人，死亡人數約1萬人，列居國人主要死因之第3位。
- 腦中風病患住院資料，10%在院死亡，25%臥床或坐輪椅，65%出院後仍可有獨立行動能力。

中風知識衛教系統

6

2-1. 腦梗塞的定義

因血液循環不順暢造成梗塞，導致腦細胞缺血受損。



中風知識衛教系統

7

2-2. 腦梗塞的盛行率

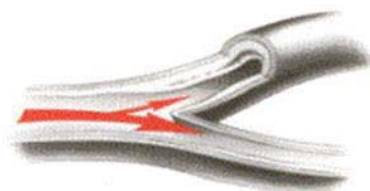
- ▶ 為最常見的中風類型
- ▶ 佔台灣中風人數的70%~80%

中風知識衛教系統

8

2-3. 腦梗塞的成因

- ▶ 腦梗塞可細分為二種：
 1. 血栓性腦梗塞
 2. 栓子性腦梗塞



正常血管與血流



血栓或栓子所致阻塞

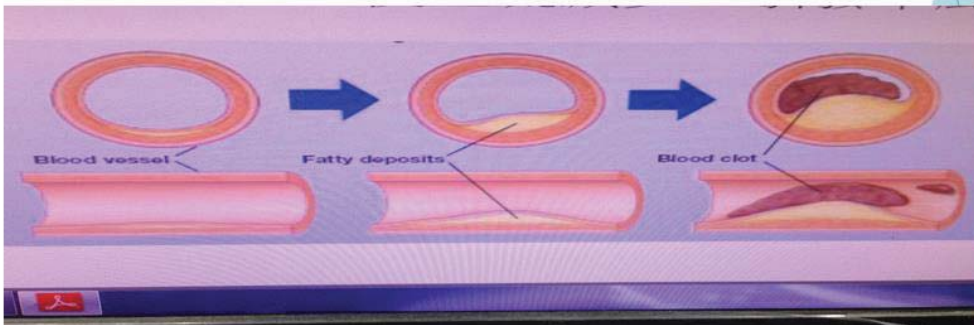
中風知識衛教系統

9

2-3-1. 血栓性腦梗塞

造成血栓性腦梗塞的原因：

- 腦部細小動脈病變逐漸狹窄(腦血管病變)
- 大動脈粥狀硬化（膽固醇在動脈內壁形成濃稠粥狀斑塊）。
- 血液無法暢通而凝結成血塊，血塊將腦血管堵塞而阻止了氧氣與養分的運輸



2-3-1. 血栓性腦梗塞（續）

症狀

- 為漸進式發生
- 例如：早晨起床時感到暈眩麻木，持續到中午才發現手腳不能靈活活動。

2-3-2. 栓子性腦梗塞

栓子腦梗塞

- 腦部以外的血塊、脂肪或氣泡
- 最常見的是從心臟掉落的血栓
- 栓子透過血管輸送至全身，當栓子流到腦部血管卡住造成腦血管阻塞，該血管遠端的腦組織得不到氧氣與養分，使得腦組織壞死，即為栓子性腦梗塞。

中風知識衛教系統

12

2-3-2. 栓子性腦梗塞（續）

症狀:

- 栓子性腦梗塞的症狀與血栓性腦梗塞的症狀大致相同，
- 栓子性腦梗塞通常會在數秒或2~3分鐘間突然發作，一發作症狀就會相當嚴重。

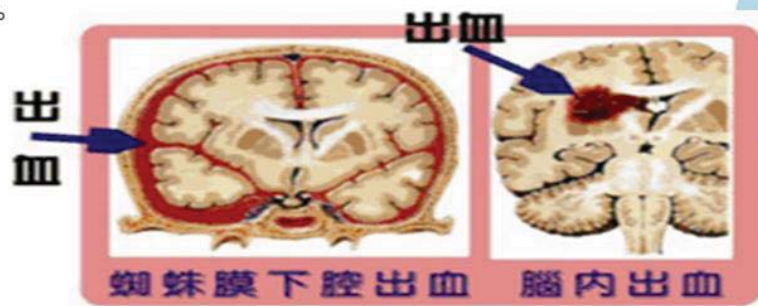
中風知識衛教系統

13

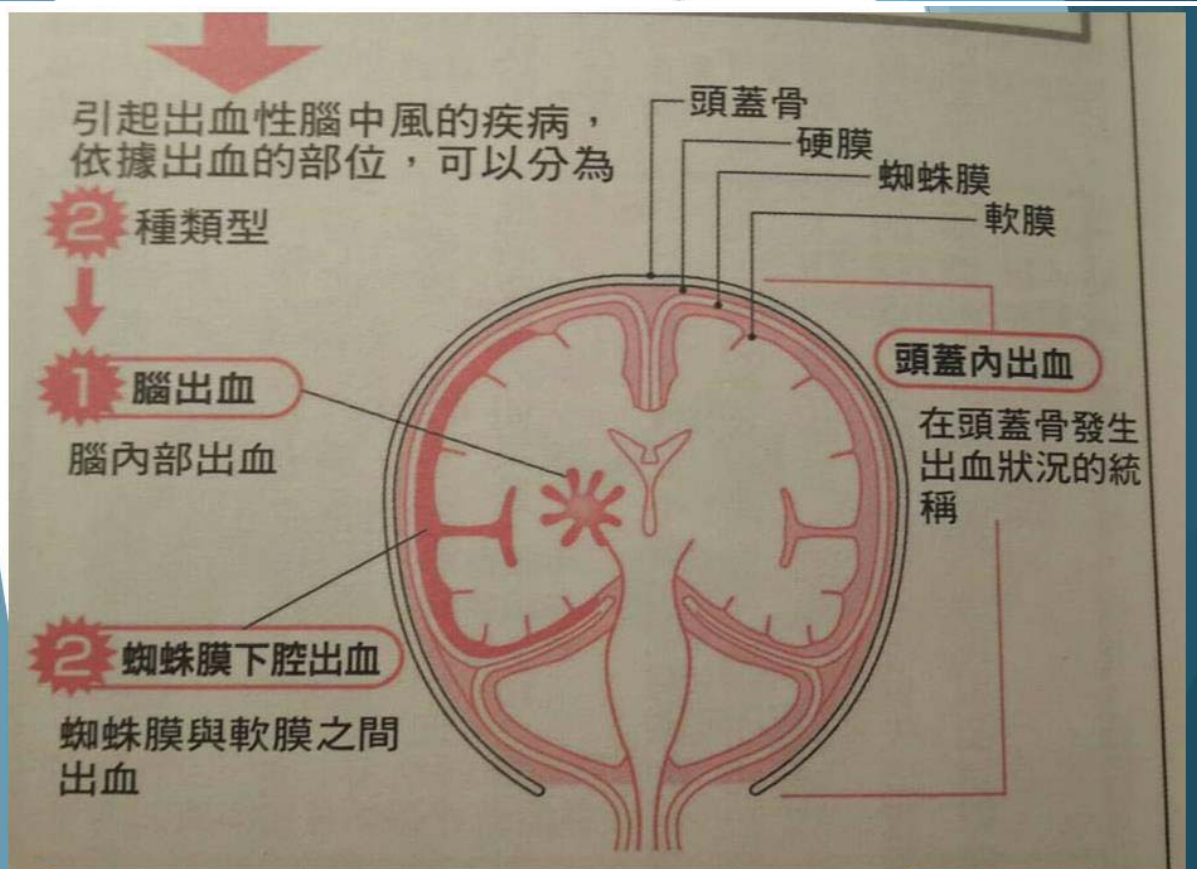
3-1. 腦內出血的定義

腦內出血是由於腦內的動脈血管壁破裂，使得血液滲入周圍的腦部組織，**滲出的血液會直接破壞腦細胞**，而這條動脈所供應的腦組織也會因為得不到血流的供應而壞死。

命名方式：依據出血部位命名，例如蜘蛛網膜下腔出血。



中風知識圖教系統





3-2. 腦內出血的盛行率

- ▶ 在台灣地區腦出血占所有腦中風的25%
- ▶ 腦出血一般發病的年齡為50至60歲，較腦梗塞的平均發病年齡約小10歲
- ▶ 腦出血的死亡率與後遺症比腦梗塞更高

3-3. 腦內出血的原因

主要有3種：

1. 高血壓
2. 腦血管畸形
3. 血液凝固異常

中風知識衛教系統

18

3-3-1. 高血壓

- ▶ 70%的腦出血與高血壓密切相關
 - ▣ 長期高血壓控制不良
 - ▣ 血壓太高時，會直接擠迫血管，造成腦出血的危險。
- ▶ 臨床上也有些個案是因為突發的血壓衝高，而導致腦出血。

中風知識衛教系統

19

3-3-2. 腦血管畸形

- ▶ 因先天的動靜脈畸形或動脈瘤破裂導致腦出血。
- ▶ 多發生於青少年。
- ▶ 出血位置與血管畸形區域有關，以大腦皮質部較多。

中風知識衛教系統

20

3-3-3. 血液凝固異常

先天原因-凝血功能異常，如：血友病、低血小板症。

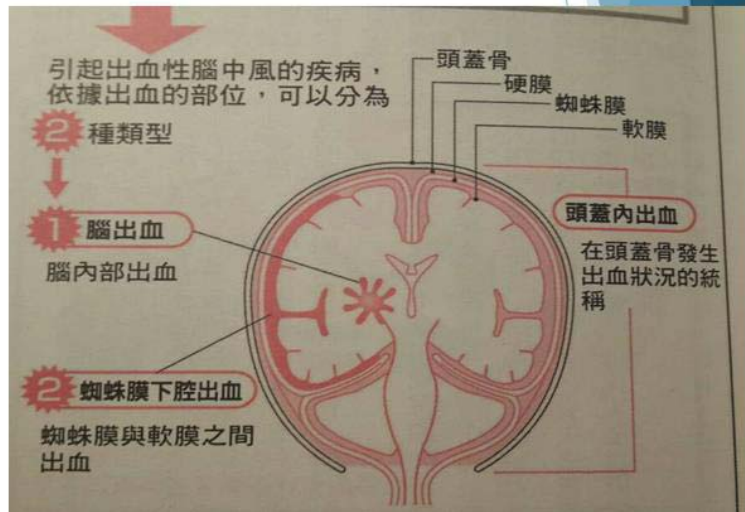
後天原因-如：使用抗血栓藥物使得容易出血、化學治療使得血小板過低、肝功能異常或腎衰竭致易出血等。

中風知識衛教系統

21

4-1. 蜘蛛膜下腔出血的定義

蜘蛛膜出血是因腦表面的血管破裂出血，造成蜘蛛膜與軟膜中間有積血。



中風知識衛教系統

4-2. 蜘蛛膜下腔出血的盛行率

- ▶ 每1萬人約有1人發生，佔所有腦中風5%。
- ▶ 發病年齡較年輕
 - 以45歲至65歲居多(其他的腦中風多發生於65歲以上)。
- ▶ 女性病患較男性多
 - 其他腦中風以男性居多，而且此症狀合併腦中風危險因子比例較低。

中風知識衛教系統

23

4-3. 蜘蛛膜下腔出血的症狀

- ▶ 主要症狀是突然出現激烈的頭痛，
 - 疼痛幾乎可以形容是「突然被重擊」或「頭部快裂開」般的程度。
- ▶ 有時候會同時出現噁心或嘔吐的現象
- ▶ 幾乎不會出現手腳麻痺的症狀。

5-1. 暫時性腦缺血的定義

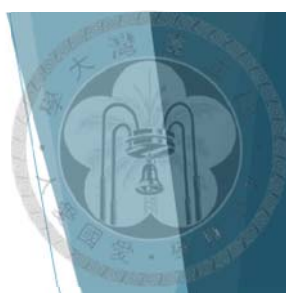
- ▶ 暫時性腦缺血是腦部血流暫時被阻斷
 - 腦部某部分無法取得需要的血液和氧氣。
- ▶ 通常又稱為小中風
 - 症狀與中風類似。
- ▶ 但和中風症狀不同
 - 暫時性腦缺血的症狀在24小時內會緩解，並不會對腦部造成永久性的傷害。

5-2. 暫時性腦缺血盛行率

- ▶ 約4.1%
 - ▣ 大部分因腦梗塞住院的病人都有暫時性腦缺血發作的經驗。
- ▶ 暫時性腦缺血是腦梗塞的前兆
 - ▣ 有的人並不重視且認為上醫院打一針就安心了，但這是錯誤的
 - ▣ 必須要到醫院接受詳細的檢查，以預防腦梗塞。

5-3. 暫時性腦缺血的原因

- ▶ 主要是動脈硬化造成的:而症狀突然出現，又突然消失的原因有兩種：
 1. 腦血管被少數血栓(血塊)阻塞
 - ▣ 血栓會快速被沖散，血液循環恢復後，症狀便會消失。
 2. 血液循環不良
 - ▣ 由於腦部動脈硬化，血管變細，血液流通暫時惡化所引起。



二、容易導致中風的因素

中風知識衛教系統

28

有哪些因素容易導致中風？

1. 年齡
2. 性別
3. 家族史及遺傳因素
4. 中風病史
5. 高血壓
6. 心臟病
7. 糖尿病
8. 高血脂
9. 肥胖
10. 環境溫度變化
11. 飲食不均
12. 作息不規律

中風知識衛教系統

29

1-1. 年齡與中風的關係

- ▶ 年老是腦中風最大的危險因子之一。
- ▶ 隨著年齡增加，腦血管會逐漸硬化失去彈性或變得狹窄，使腦血管更容易阻塞或破裂

中風知識衛教系統

30

1-2. 各年齡層的中風發生率

- ▶ 出血性中風發生的年紀較輕，腦梗塞發生的年紀較長。
- ▶ 55歲以後，每增加10歲，中風的發生率則以倍數增加。
- ▶ 大約有三分之二的腦中風發生在65歲之後

中風知識衛教系統

31

1-2. 各年齡層的中風發生率 (續)

- ▶ 在臺灣，36~44歲的腦中風發生率為0.26‰，而65~74歲則提升至6.89‰。
- ▶ 臺灣腦中風死亡率雖有趨緩的跡象但發生率卻逐年上升
- ▶ 年齡層在慢慢下降中，年輕中風（發生年齡小於45歲）人數約佔所有中風的十分之一。

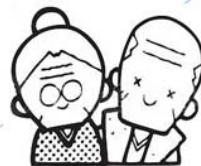
中風知識衛教系統

32

2-1. 性別與中風之關係

- ▶ 男性的中風發生率略高於女性，男女比約為1.2~1.5比1。
- ▶ 男性中風較高主要原因有：
 1. 男性吸菸與飲酒比例較高
 2. 男性從事體力勞動較多，若突然用力較容易可誘發中風
 3. 男性的高血壓盛行率高於女性
 4. 女性可分泌雌激素，雌激素具有抑制動脈硬化的作用

中風知識衛教系統



3-1. 家族史及遺傳因素與中風之關係

1. 直系親屬中有中風病史的個案

- 有高血壓、高膽固醇及高血脂肪等疾病
- 中風的機率比沒有家族史的個案多1.5~3倍。

2. 部分個案帶有異常的遺傳性基因

- 造成腦部血管病變或是血液凝結功能異常，進而導致個案較容易發生中風。

三、剛中風時可能會出現的徵兆

剛中風時可能會出現哪些徵兆？

1. 一側手腳無力、麻木
2. 說話困難、理解障礙
3. 吞嚥困難
4. 暈眩、平衡感喪失
5. 突然視力模糊
6. 突發性劇烈頭痛

中風知識衛教系統

36

四、出現中風前兆時 應如何緊急應變

中風知識衛教系統

37

出現中風前兆時應如何緊急應變？

1. 病人處理

- ① 首先要確定病人在安全的場所側躺
- ② 麻痺那一側肢體朝上
- ③ 脫掉身上束縛
- ④ 確定病患的意識程度；呼吸、血壓、心跳之變化

2. 緊急救護系統

- ① 撥打119
- ② 說明

中風知識衛教系統

38

五、中風後會出現 症狀

中風知識衛教系統

39

中風後會出現哪些症狀？

1. 肢體無力
2. 肢體麻木
3. 語言障礙
4. 吞嚥障礙
5. 視覺障礙
6. 認知缺損
7. 情緒障礙
8. 意識障礙
9. 暈眩
10. 肢體失調