

臺灣

職能治療 期刊

第四十三卷第一期
中華民國一一四年

目 錄

特刊編輯的話

社區職能治療

1-2

張玲慧

溝通與互動技巧評估在社區日照機構失智者之心理 計量特性：前導研究

3-24

侯昱任 廖麗君 謝彥緯 陳淑玲 陳惠媚

大學生「健康生活勝任度量表」之編製

25-47

葉心淳 林君昱 張玲慧

「因為本事不好，所以你才會去長照」： 淺談老年歧視對長期照護工作者之影響

49-61

邱澄年 陳怡蓉 黃鈺婷 黃柏菁 吳珮菁 林宗瑩

臺灣職能治療所設立與經營商業模式探析

63-77

許庭榕

TAIWAN JOURNAL OF OCCUPATIONAL THERAPY

Volume 43, Number 1, 2025

table of contents

Guest Editorial Community-Based Occupational Therapy	1-2
---	------------

Ling-Hui Chang

Psychometric Properties of the Assessment of Communication and Interaction Skills (ACIS) for Individuals with Dementia in Community-Based Day Care Facilities: A Pilot Study	3-24
---	-------------

Yu-Jen Hou, Lih-Jiun Liaw, Yen-Wei Hsieh, Shu-Ling Chen, Hui-Mei Chen

Development and Validation of Healthy Occupation & Lifestyle Competence Scale (HoLCS) Among College Students	25-47
---	--------------

Hsin-Chun Yeh, Chun-Yu Lin, Ling-Hui Chang

“You aren’t good enough, that’s why you work in the nursing home”: A Brief Report on the Impact of Ageism on Long-Term Care Providers	49-61
--	--------------

Ying-Nien Chiu, Yi-Jung Chen, Yu-Ting Huang, Po-Ching Huang, Pei-Ching Wu, Chung-Ying Lin

Analysis of Establishment and Business Model of Occupational Therapy Clinic in Taiwan	63-77
--	--------------

Ting-Jung Hsu

社區職能治療

Community-Based Occupational Therapy

特刊編輯的話

根據台灣職能治療學會 2024 年人力報告，以社區為主要服務場域的職能治療師人數穩定成長，至 2024 年已近全體人力四分之一，顯示「社區職能治療」已成為職能治療專業的重要實務範疇。

在台灣長期照顧體系發展的社區職能治療，介入目標從健康促進、失能預防，到功能維持與延緩退化。服務對象涵蓋健康者、亞健康者、衰弱長者與失能或失智個體。服務場域則從居家延伸至社區（如社區據點、日間照顧中心）及住宿型長照機構等。

介入策略依據以上異質性高的服務對象與場域特性得以多元發展、發揮職能治療專業的專長，內容涵蓋針對內在能力 (intrinsic capacity)，如認知功能與身體活動力的維持與強化，以職能參與為導向的生活型態介入、日常活動訓練與社區參與促進，以及強調使能與支持性環境 (enabling and supportive environments) 的建構，例如居家安全調整、輔具建議與教導等。社區職能治療實務的拓展與實踐，體現人、職能與環境交互作用的核心理念，亦呼應世界衛生組織提出的健康老化架構 (WHO, 2020)，期能促進老年者於熟悉社區中實現在地老化。

本期「社區職能治療特刊」包括四篇文章，從制度建構、社會文化脈絡、失智領域的臨床實務到校園的健康促進等面向切入，藉此初探台灣社區職能治療的實務與研究發展現況。

第一篇「溝通與互動技巧評估在社區日照機構失智者之心理計量特性：前驅研究」，探討評估失智者社交互動能力評估量表之信效度，對於設計促進社區參與的介入與追蹤成效具有實務參考價值。第二篇「大學生『健康生活勝任度量表』之編製」發展可評估「健康生活意願」與「生活型態調整技巧」的工具，回應生活型態介入作為社區職能治療主要實務之一，並突顯青年族群心理健康

議題的重要性。

第三篇「「因為本事不好，所以你才會去長照」以質性研究方式，探討長期照護工作者面對的老年歧視與專業認同困境，揭示制度與社會文化對從業者之影響。第四篇「臺灣職能治療所設立與經營商業模式探析」則以個案研究方式分析職能治療所之設立與經營策略，對於欲投入社區創業之治療師極具實務價值。

感謝所有作者的投入與貢獻，也感謝臺灣職能治療期刊提供此平台，讓實務與研究得以交會。

特刊客座編輯

國立成功大學職能治療學系

張玲慧

參考文獻

World Health Organization (2020). *Decade of healthy ageing: Baseline report*. World Health Organization.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240017900>

溝通與互動技巧評估在社區日照機構失智者之心理計量特性：前導研究

侯昱任^{1,2} 廖麗君^{3,4,5,6} 謝彥緯⁷ 陳淑玲⁸ 陳惠媚^{1,*}

摘要

背景：台灣社區日照機構多以團體活動促進失智者社交互動行為。本研究初步檢視中文版溝通與互動技巧評估表 (Assessment of Communication and Interaction Skills, ACIS) 於社區日照機構失智者之心理計量特性。

方法：共 45 位南台灣日照機構之失智者，於間隔兩週內完成兩次 ACIS 評估。透過滿分與零分比例檢視天花板與地板效應，以探討其偵測變化的可行性；並以組內相關係數 (intraclass correlation coefficient, ICC) 與最小可偵測變化值百分比 (Minimal Detectable Change percentage, MDC%) 檢視再測信度。另以職能治療綜合評量表驗證同時效度，以認知功能篩檢與神經精神行為量表檢驗聚合效度。

結果：ACIS 總分與各子向度（身體、資訊交換、關係）均呈現天花板效應，部分具地板效應；具高度內部一致性高 (Cronbach's $\alpha = 0.98-0.99$)，再測信度良好 (ICC = 0.81-0.90)，Kappa 值為 0.616-0.803，除資訊交換子向度 MDC% 較大外，其餘的隨機測量誤差均可接受，且具可接受的同時與聚合效度。

結論：初步結果顯示，中文版 ACIS 具良好信效度，適合評估日照機構失智者的社交互動表現。然而，在互動性較低的平行團體中，對細微變化的辨識可能受限。建議未來擴充樣本和納入多樣互動情境，並調整評分準則與行為定義，以提升工具對日照機構失智者的適用性與敏感度。

關鍵詞：社交互動技巧評估、社區日照機構、失智者、信度、效度

高雄醫學大學健康科學院職能治療學系¹
高雄市政府社會局無障礙之家附設燕巢家園²
高雄醫學大學健康科學院物理治療學系³
高雄醫學大學附設中和紀念醫院復健部⁴
高雄醫學大學附設中和紀念醫院臨床醫學研究部⁵
高雄醫學大學神經科學研究中心⁶
社團法人高雄市樂齡照顧關懷協會⁷
台灣機能促進協會⁸

* 通訊作者：陳惠媚
高雄市十全一路 100 號
電話：886-7-3121101 分機 2658
電子信箱：humech@kmu.edu.tw

受文日期：114 年 2 月 5 日
接受刊載：114 年 4 月 21 日

Psychometric Properties of the Assessment of Communication and Interaction Skills (ACIS) for Individuals with Dementia in Community-Based Day Care Facilities: A Pilot Study

Yu-Jen Hou^{a,b}, Lih-Jiun Liaw^{c,d,e,f}, Yen-Wei Hsieh^g, Shu-Ling Chen^h, Hui-Mei Chen^{a,*}

Abstract

Background: Group-based activities are commonly used in Taiwan's community-based adult day care centers to promote social interaction in people with dementia. This preliminary study aimed to examine the psychometric properties of the Chinese version of the Assessment of Communication and Interaction Skills (ACIS) in these settings.

Methods: A total of 45 participants from southern Taiwan completed the ACIS twice, two weeks apart. Ceiling and floor effects were assessed based on the proportion of maximum and minimum scores, while test-retest reliability was examined using intraclass correlation coefficients (ICCs) and the Minimal Detectable Change percentage (MDC%). Concurrent validity was assessed using the Comprehensive Occupational Therapy Evaluation Scale (COTES), while convergent validity was examined using the Cognitive Abilities Screening Instrument (CASI) and the Neuropsychiatric Inventory (NPI).

Results: Ceiling effects were observed across ACIS total and subscale scores (physical, information exchange, and relations), with some items showing floor effects. Internal consistency was high (Cronbach's $\alpha = 0.98$ – 0.99), and test-retest reliability was good (ICC = 0.81 – 0.90), and Kappa values ranged from 0.616 to 0.803 . Except for a higher MDC% in the information exchange subdomain, measurement errors were within acceptable ranges. ACIS also demonstrated moderate levels of concurrent and convergent validity.

Conclusion: Preliminary findings support that the Chinese version of the ACIS has good reliability and validity and may serve as a useful tool for assessing social interaction skills for dementia in day care settings. However, its sensitivity to detect subtle changes may be limited in low-interaction contexts, such as parallel group activities. Future research should involve a larger and more diverse sample, include activities with varying levels of interaction contexts, and consider revising scoring criteria and behavioral definitions to better reflect the characteristics of individuals with dementia and improve the clinical applicability.

Keywords: Assessment of social interaction skills, Community-based day care facilities, Dementia, Reliability, Validity

^a Department of Occupational Therapy, College of Health Science, Kaohsiung Medical University

^b Yanchao Residential Home, Accessible Living Center, Kaohsiung City Government

^c Department of Physical Therapy, College of Health Science, Kaohsiung Medical University

^d Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Kaohsiung Medical University Hospital

^e Department of Medical Research, Kaohsiung Medical University Hospital

^f Neuroscience Research Center, Kaohsiung Medical University

^g Kaohsiung Elder Care Association

^h Taiwan Association for Functional Promotion

*Correspondence: Hui-Mei Chen

No. 100, Shih-Chuan 1st Road, Kaohsiung 807, Taiwan

TEL: +886-73121101 ext. 2658

E-mail: humech@kmu.edu.tw

前言

面對台灣人口高齡化及家庭照顧人力的缺口，「長期照顧十年計畫 2.0」以在地老化為原則，透過社區基礎的照顧設施，如：巷弄長照站、失智症照護中心與延緩失能專區等，強化社區照顧功能，以達到促進老年人積極生活、減少孤獨與社會孤立的政策目標 (Tsai et al., 2024)。截至 2020 年，全台設有 87 處失智症共照中心及 434 處失智社區服務機構，提升地方政府對失智的社區照護支持 (衛生福利部，2020)。台灣社區日照機構多以團體活動為主，注重互動與溝通技巧，旨在增進失智者社交能力及提升生活品質。因此，日照機構為有效提升失智者的社交能力，應建立與社交技巧相關的行為評估作為常態性追蹤機制，以利社區服務機構監測服務成效並適時調整介入策略。

失智症是一種進行性認知障礙症 (neurocognitive syndrome)，是全球老年人失能與依賴家庭的主要原因 (Sumioka et al., 2021)。除廣泛影響認知功能外，失智症還顯著削弱個體在社會情境中的社交技能，例如對話能力下降導致溝通互動減少，或對社交規則的理解力降低等。這些變化常引發失智者的情感困擾，包括孤獨、焦慮與沮喪，進一步影響其生活品質與幸福感。同時，照顧者可能因難以理解患者的情緒與需求而出現誤解與衝突，增加情感壓力與照顧負擔 (Momand et al., 2022)。

多數職能活動需透過有效的人際溝通與互動來完成 (潘瓊琬, 1998)，而溝通與互動技巧可分為身體、訊息交換和關係三個向度 (Fan et al., 2020)。在身體向度方面，涉及非語言溝通，如肢體語言與面部表情。研究顯示，中晚期失智症者在辨別情緒 (如憤怒、厭惡、驚訝) 時，顴骨活動顯著減少，相較健康者表現較弱 (Jiang et al., 2022)。此外，額顳葉型失智症患者常出現動眼功能障礙，難以維持長時間的眼神注視 (Russell et al., 2021)。在訊息交換向度方面，涵蓋訊息的傳遞與接受，例如表達、參與及分享 (Fan et al.)。失智症早期患者可能出現失語症及理解複雜語言的困難；中期則逐漸喪失有意義的口語能力，並以不適當詞彙代替正確用詞，導致文字與書面訊息難以理解，且無法遵循多步驟指

令或概念化任務。至後期，患者可能完全失語或陷入沉默，難以表達需求，如無法表達疼痛，使照顧者難以理解其意圖 (Alsawy et al., 2017)。在關係向度方面，失智症患者的能力包括合作、尊重和情感連結 (Fan et al.)。中期患者常因暴力或攻擊性行為增加，導致照顧者承受巨大壓力，進而影響雙方關係 (Huis in het Veld et al., 2016)。此外，若患者缺乏同理心，無法辨別他人情緒（如悲傷或失望），將進一步阻礙其與他人的溝通互動與關係維繫 (Kipps et al., 2009)。因此失智症在不同向度的溝通與互動功能障礙，不僅影響患者的社交能力，也對照顧者的情感負擔與關係維繫帶來挑戰。

社交互動能力是許多發展障礙與精神疾病族群功能評估中的關鍵面向，常見工具如 Assessment of Communication and Interaction Skills (Forsyth et al., 1999)、Social Functioning Index (Schindler, 1999) 與 Social Responsiveness Scale (Prigge et al., 2018) 等，透過觀察、自評或他評方式，衡量個體在溝通、互動與人際關係上的能力。其中，ACIS 強調於自然互動情境中觀察個體的溝通與互動技巧，特別適用於團體職能活動之評估（潘瓊琬，1998）。現行應用於失智者的互動觀察評估，如 Lille 溝通測驗 (Lille Communication Test; Rousseaux et al., 2010)、職能與社會參與評估工具 (Assessment Tool for Occupational and Social Engagement; Morgan-Brown, 2013) 等，主要關注失智於長照機構的照護情境下（如人員、空間環境）之互動，僅針對是否參與活動、是否發生社交互動及互動對象比例，或以時間比例或行為分類進行紀錄；然而，在台灣社區型日照機構，失智症者多處於早期或中度階段，參與的活動型態與互動需求，具有多樣性與可塑性，而這些測驗僅能評估互動行為是否發生，故未能進一步分析其互動品質與技巧特徵，因而實務上社區型日照機構難以作為介入或追蹤的依據，亦無法反映活動設計對互動成效的影響。ACIS 能具備良好的觀察架構與評分準則，然而目前尚未針對失智症族群進行心理計量驗證，亦缺乏在日照場域中的應用。故本研究旨在建立 ACIS 於社區機構失智症者活動情境中的應用可行性與信效度，藉以評估其社交互動狀況，並進一步檢視活動安排對其參與成效的影響。

方法

研究對象

本研究通過高雄某教學醫院人體試驗委員會申請 (KMUHIRB-SV(I)-20220016)，在符合政府相關法規規範之社區失智據點與日間照顧中心執行，以機構人員口頭宣傳方式招募失智者，經充分說明後徵求同意參與。具體的納入標準為，(1) 年齡五十五歲（含）以上，(2) 為臨床醫師診斷失智者，(3) 簡短智能狀態檢查量表 (Mini-Mental State Examination, MMSE; Tombaugh & McIntyre, 1992) 分數小於 24 分者，(4) 近三個月能夠全程參加機構內任一項團體活動，(5) 能聽從指令及具口語表達能力。排除條件有 (1) 近三個月曾因急性症狀（跌倒、開刀）住院，(2) 無法完成所有評估者。

研究工具

本研究採用的評估工具主要是溝通與互動技巧、職能治療綜合評量、認知功能以及神經精神行為之評估。職能治療領域中，常用職能治療綜合評量表為觀察型量表，可全面評估個案在一般活動中的互動行為表現，故作為同時效度檢驗工具；此外，失智症造成的腦部病變會導致認知障礙與神經精神症狀，進而影響溝通能力與社交互動表現。認知功能評估可反映個體整體認知狀況，與互動能力密切相關；神經精神行為評估則可評估如冷漠、攻擊等行為症狀，這些症狀常干擾社交參與，故作為聚合效度檢驗工具。

· 中文版溝通與互動技巧評估 (*Assessment of Communication and Interaction Skills, ACIS*)

ACIS 為觀察性評量表，用於收集個體在執行職能活動時的溝通與互動能力，分為身體（6 項）、資訊交換（9 項）和關係（5 項）三個子向度，共 20 個題項之行為技巧（潘瓊琬，1998）。每題項評分範圍 1 到 4 分，分數越高代

表能力越佳。信度研究顯示符合羅序模式單一建構效度 (Forsyth et al., 1999)，中文版在社區精神科成人之再測信度良好（許瑋玲, 2007）；瑞典版 ACIS 針對職能治療師進行研究，透過羅序分析結果顯示，治療師普遍認為平行團體對受試者構成的挑戰相對較低，而合作團體則具有較高的挑戰性 (Kjellberg et al., 2003)。

· 中文版職能治療綜合評量表 (*Comprehensive Occupational Therapy Evaluation Scale, COTES*)

中文版 COTES 包含 25 題，分為一般行為、人際互動及工作態度三部分，本研究使用「人際互動」子量表進行同時效度檢驗，涵蓋 6 項評估，包括獨立性、合作、治療關係、社交能力等，以 0 至 4 分進行觀察評分，分數愈高代表觀察到的行為能力越好。研究顯示 COTES 具有良好再測信度 ($ICC = 0.67\sim 0.81$)，且與工作能力分數具同時效度 ($\rho = -.203, p = .039$)（謝美惠 & 王敏行, 2013）。

· 中文版認知功能障礙篩檢量表 (*cognitive abilities screening instrument, CASI*)

CASI 用於評估失智者整體認知功能，分為 10 個認知功能細項：如長期記憶、定向感、抽象思考、判斷力等，共 25 題總分範圍 0 – 100，分數愈高顯示認知功能愈佳。CASI 對失智症患者具有良好的生態效度、收斂效度和區辨效度 (Jian et al., 2021)。

· 中文版神經精神評估量表 (*Neuropsychiatric Inventory, NPI*)

NPI 用於檢測及追蹤失智症者的精神病理學變化 (Cummings, 1997)，包含 12 種神經精神症狀（如妄想、幻覺、憂鬱、焦慮等），以結構化訪談形式詢問主要照顧者過去一個月或發病以來的行為變化。評分基於頻率（1 – 4 分）及嚴重程度（1 – 3 分），兩者乘積為單項分數，總分範圍 0 – 144；總分 20 分以下為輕度，20 – 49 分為中度，50 分以上為重度行為問題 (Hongisto et al., 2018)。在失智患者中建立了良好的內容效度、同時效度、評分者間信度和 3 周的再測

信度 (Connor et al., 2008)。

研究流程

本研究中職能治療師擔任評估人員，社區失智據點與日間照顧中心的專業人員則負責活動帶領及部分問卷代評。在正式收案前，研究團隊中兩位職能治療師，先取得中文版 ACIS 正式手冊，共同閱讀與熟悉手冊後，並於一所日間照顧中心進行預評，觀察 5 位失智症者於實際活動中的參與表現，使用 ACIS 與 COTES 進行施測者間信度檢測，分析預評的施測者間 ICC (0.80~0.95) 均達優良信度，來建立標準施測程序與評分標準；同時也經由教學醫院精神科專業人員訓練 CASI 及 NPI 工具的評估後正式收案。而研究者與據點及日間照顧中心人員聯繫，由該人員徵詢家屬同意後簽署知情同意書，並進行基本資料訪談；資料搜集完成後，由研究人員執行以下評估工作：(1) 在獨立空間進行中文版 CASI 評估；(2) 透過活動參與觀察 ACIS 評分，並在兩次評估間隔兩週進行再評估；(3) COTES 評估同步於中文版 ACIS 的前測評估時執行。此外，由機構人員在研究期間協助填寫 NPI 評估表，以補充相關資料。

統計分析

本研究使用 IBM SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 版本 27 進行資料分析。基本人口統計資料及相關參數以平均值與標準差呈現，前測與再測的 ACIS 分數則使用相依樣本 t 檢驗 (paired t test) 檢查是否存在系統偏差 (systematic bias)。此外，以卡方檢驗檢測前測與再測團體活動類型分布是否具有顯著差異，也以獨立樣本 t 檢定分析平行與合作團體之間的 ACIS 各向度，在前測或再測的組間差異。本研究觀察情境皆屬團體活動，故參考 Kjellberg et al. (2003) 所提出之觀察情境分類架構，作為區分活動結構與互動深度的依據，將團體互動型態區分為平行與合作團體。在前者平行團體如樂齡健康操，參與者多為各自操作，其結構缺乏任務互賴與社交需求，互動大多為偶發性，互動深

度相對較低；相對地，後者合作團體如賓果遊戲，則仰賴參與者間的溝通、協調與共同目標導向，其活動結構本身即促進社交互動的發生，有助於誘發更主動且多元的互動行為 (Kjellberg et al.)。

心理計量分析包括天花板與地板效應、內部一致性、以及再測信度評估。天花板與地板效應以描述性統計呈現各子向度最高或最低分數佔比，若比例達到或超過 20%，即視為顯著效應 (McHorney et al., 1994)。內部一致性以 Cronbach's α 檢測， $\alpha > 0.7$ 表示可接受 (Tavakol & Dennick, 2011)。再測信度在項目層級上使用加權卡帕值 (weighted kappa) 進行檢驗，加權卡帕值 > 0.80 為幾乎完全一致， $0.61 - 0.80$ 為高度一致， $0.41 - 0.61$ 為中等一致， $0.21 - 0.40$ 為一般一致， < 0.20 為低一致性 (Sim & Wright, 2005)。向度及總分層級的再測信度以組內相關係數 (ICC) 檢測， $ICC > 0.90$ 為極優， $0.75 - 0.90$ 為良好， $0.50 - 0.75$ 為中等， < 0.50 為不佳 (Koo & Li, 2016)。

測量穩定性進一步透過最小可偵測變化值 (minimal detectable change, MDC) 進行估算，先以 ICC 計算測量標準誤 (standard error of measurement, SEM; Flansbjerg et al., 2005)，再根據 SEM 估算 MDC (Hopkins, 2000)。

$$SEM = SD_{\text{兩次測量所有測量值}} \times \sqrt{1 - ICC}$$

$$MDC = Z \times SEM \times \sqrt{2}$$

本研究使用 95% 的信心水準 (confidence level, CI)，Z 值為 1.96。當個案前測與再測之變化值大於 MDC 值時，研究者可在 95% 的信心水準下宣稱該變化為真實改變，而非隨機測量誤差所致 (Haley et al., 2006)。此外，計算 MDC% (MDC 除以測量值總分)，MDC% 越小，隨機誤差越低；當 $MDC\% \leq 30\%$ 時，測量誤差被視為可接受 (Huang et al., 2011)。

同時與聚合效度分析採用斯皮爾曼相關係數 (Spearman's ρ) 驗證與 ACIS 前測分數的相關， ρ 值 $0.7 - 0.9$ 表示高度相關， $0.41 - 0.69$ 表示中度相關， ≤ 0.40 則為低度相關 (Salter et al., 2005)。研究者以中度相關作為效度的可接受標準，高度相關則視為良好效度 (Joyce et al., 2010)。

結果

本研究於 2023 年 1 月至 2024 年 3 月於高雄市三間社區日間照護機構進行，共口頭招募符合條件的失智症患者 49 人。最終因無法完成 CASI 測驗而排除 4 人，實際納入分析樣本為 45 人（表 1）。觀察活動涵蓋 10 項團體活動，其中多數為平行團體（如電流急急棒、投籃、芳療），少數為合作團體（如彈力繩、賓果）。在兩次測驗中，平行團體的比例分別為 77% 與 79%。經卡方檢定 (χ^2)，兩次測驗的活動類型分布差異無統計顯著性 ($p = 0.091$)。

表 1 受試者基本個人與臨床資料 ($N = 45$)

資料 / 工具 (總分範圍)	平均值 $\pm$ 標準差 / 人數 (%)	最小值	最大值
年齡	77.1 $\pm$ 8.6	58	93
性別 (男 / 女)	17 (38%) / 28 (62%)		
教育年數	5.4 $\pm$ 5.2	0	16
MMSE	13.7 $\pm$ 8.5	0	23
輕度	15 (33%)	21	23
中度	17 (37%)	11	20
重度	13 (29%)	6	0
COTES (0-24)	13.1 $\pm$ 9.3	0	24
CASI (0-100)	42.4 $\pm$ 27.4	0	85
NPI (0-144)	7.2 $\pm$ 9.6	0	37

CASI: Cognitive Abilities Screening Instrument (認知功能障礙篩檢量表); COTES: Comprehensive Occupational Therapy Evaluation Scale (綜合職能治療評估量表); NPI: Neuropsychiatric Inventory (神經精神行為量表)

在 ACIS 測驗結果中（表 2），所有兩次測驗結果的分數差異均未達顯著水準（ $p = 0.095 - 0.582$ ）；且不論是平行或合作團體活動，兩次測驗得分也皆未呈現顯著改變（ $p = 0.075 - 0.611$ ）。進一步分析不同活動類型的組間差異，在前測或再測中，平行團體在總分、身體、資訊交換及關係等各向度得分，均顯著低於合作團體（ $p < .05$ ）。

表 2 ACIS 前測和再測分數比較表 ($N = 45$)

向度 (範圍)	前測			再測			<i>t</i> 值	<i>P</i> 值
	平均值±標準差	最小值	最大值	平均值±標準差	最小值	最大值		
總分 (3-80)	58.1±21.2	20	80	55.6±20.6	20	80	1.51	0.138
身體 (1-24)	17.6±6.4	6	24	16.7±6.2	6	24	1.71	0.095
資訊交換 (1-36)	26.2±9.8	9	36	25.0±9.4	9	36	1.51	0.138
關係 (1-20)	14.2±5.5	5	20	13.9±5.4	5	20	0.56	0.582
平行團體 ($n=34$)								
總分 (3-80)	49.9±20.1	20	80	46.2±17.6	20	80	1.49	0.148
身體 (1-24)	15.0±6.1	6	24	13.6±5.0	6	24	1.85	0.075
資訊交換 (1-36)	22.7±9.6	9	36	20.8±8.2	9	36	1.41	0.169
關係 (1-20)	12.1±5.3	5	20	11.8±4.9	5	20	0.51	0.611
合作團體 ($n=11$)								
總分 (3-80)	72.0±9.8	59	80	69.0±10.3	58	80	1.56	0.194
身體 (1-24)	21.6±2.9	18	24	21.2±3.4	17	24	0.78	0.477
資訊交換 (1-36)	32.4±4.6	26	36	30.6±4.8	25	36	2.09	0.105
關係 (1-20)	18.0±2.3	15	20	17.2±2.6	15	20	1.00	0.374

平行團體和合作團體組間達顯著差異 ($p < .05$)

ACIS: Assessment of Communication and Interaction Skill (溝通與互動技巧評估)

表 3 顯示，ACIS 各向度在前測與再測均出現顯著的天花板效應 (>20%)。前測中，滿分人數比介於 33% 至 49% 之間，後測則介於 31% 至 42% 之間。此外，在前測的資訊交換與關係子向度的 6 個項目中，最低分人數比為 20%，顯示有地板效應。

表 3 ACIS 各題項之天花板及地板效應

	子項目	最高分		最低分	
		前測人數 (%)	再測人數 (%)	前測人數 (%)	再測人數 (%)
身體	碰觸	18 (40%)	14 (31%)	7 (16%)	6 (13%)
	凝視	18 (40%)	16 (36%)	6 (13%)	5 (11%)
	手勢	21 (47%)	16 (36%)	7 (16%)	5 (11%)
	調整距離	19 (42%)	15 (33%)	7 (16%)	5 (11%)
	方向	21 (47%)	16 (36%)	6 (13%)	5 (11%)
	姿勢	19 (42 %)	16 (36%)	6 (13%)	5 (11%)
資訊交換	發音	22 (49%)	19 (42%)	5 (11%)	6 (13%)
	態度肯定	22 (49%)	16 (36%)	9 (20%)	7 (16%)
	詢問	17 (38%)	15 (33%)	9 (20%)	7 (16%)
	參與	21 (47%)	18 (40%)	8 (18%)	8 (18%)
	表達	20 (44%)	16 (36%)	6 (13%)	7 (16%)
	調整音調	21 (47%)	16 (36%)	7 (16%)	7 (16%)
	詢問	17 (38%)	14 (31%)	9 (20%)	7 (16%)
	參與	22 (49%)	15 (33%)	6 (13%)	6 (13%)
	表達	18 (40%)	13(29%)	6 (13%)	6 (13%)
關係	合作	16 (36%)	15 (33%)	9 (20%)	8 (18%)
	遵從	18 (40%)	17 (38%)	8 (18%)	7 (16%)
	專注	16 (36%)	15 (33%)	8 (18%)	7 (16%)
	建立關係	15 (33%)	14 (31%)	9 (20%)	7 (16%)
	尊重	17 (38%)	15 (33%)	9 (20%)	7 (16%)

ACIS: Assessment of Communication and Interaction Skills (溝通與互動技巧評估)

表 4 顯示，前測與再測所有題項層級的再測信度均達高度一致性，Kappa 值在身體（題項 1-6）介於 0.68 至 0.76，資訊交換（題項 7-15）介於 0.62 至 0.68，關係（題項 16-20）介於 0.74 至 0.80。其中，關係的「合作」與「專注」項目 (Kappa = 0.80) 一致性最高，而資訊交換的「表達」項目 (Kappa = 0.62) 一致性最低。表 5 顯示，ACIS 的總分及各子向度具有良好的內部一致性與再測信度。

表 4 ACIS 題項層級之再測信度

題項	Kappa	題項	Kappa	題項	Kappa
身體		資訊交換		關係	
碰觸	0.76	發音	0.68	合作	0.80
凝視	0.69	態度肯定	0.68	遵從	0.78
手勢	0.69	詢問	0.66	專注	0.80
調整距離	0.68	參與	0.67	建立關係	0.74
方向	0.74	表達	0.62	尊重	0.74
姿勢	0.74	調整音調	0.67		
		分享	0.68		
		說話	0.65		
		持續	0.64		

ACIS: Assessment of Communication and Interaction Skills (溝通與互動技巧評估)

表 5 ACIS 再測的內部一致性與總分、子向度的再測信度

向度	再測 Cronbach's α	ICC(CI 95%)	SEM	MDC	MDC%
總分	0.99	0.82(0.76-0.88)	7.80	21.63	27%
身體	0.99	0.84(0.78-0.90)	2.52	6.99	29%
資訊交換	0.99	0.81(0.74-0.88)	4.02	11.14	31%
關係	0.99	0.90(0.85-0.93)	1.89	5.25	26%

ACIS: Assessment of Communication and Interaction Skills (溝通與互動技巧評估)；ICC: intra-class correlation coefficients (組內相關係數)；MDC: minimal detectable change (最小可偵測變化量)；MDC %: minimal detectable change% (最小可偵測變化百分比)；SEM: standard error of measurement (測量標準誤)。

同時效度部分（表 6），ACIS 總分及子向度與 COTES 人際互動分測驗的相關性介於 0.55 至 0.57，達中度相關，顯示 ACIS 與 COTES 具可接受的同時效度。在聚合效度方面，ACIS 總分及三子向度與 CASI 的相關性達中度顯著 ($p = 0.41 - 0.53$)。此外，ACIS 總分及子向度與 NPI 的相關性呈顯著中度負相關 ($p = -0.43 - -0.45$)。以上結果顯示，ACIS 與 CASI、NPI 和 NPI 情感面向均達可接受的聚合效度。

表 6 ACIS 的同時與聚合效度

測量	ACIS			
	總分	身體	資訊交換	關係
COTES	0.57**	0.55**	0.57**	0.57**
CASI	0.48**	0.45*	0.41*	0.53**
NPI	-0.44*	-0.45*	-0.45*	-0.43*

ACIS: Assessment of Communication and Interaction Skills (溝通與互動技巧評估); CASI: Cognitive Abilities Screening Instrument (認知功能障礙篩檢量表); COTES: Comprehensive Occupational Therapy Evaluation Scale (綜合職能治療評估量表); NPI: Neuropsychiatric Inventory (神經精神行為量表)

* $p < .05$, ** $p < .001$

討論

先前尚無中文版 ACIS 應用於失智者的相關研究。本研究為初步可行性與信效度研究，主要觀察失智者在團體活動中的人際互動行為，研究場域為台灣長照 2.0 政策推動下的日照機構。結果顯示，ACIS 在信效度方面表現良好：再測分數具有高度內部一致性，前測與再測在題項層級、子向度及總分層級均達良好再測信度，且測量誤差在可接受範圍內。此外，研究驗證 ACIS 具有可接受的同時效度及聚合效度。這些結果為台灣社區日照機構及研究者提供重要參考，用於評估失智者在團體活動中的社交能力。

本研究對象為高雄市社區日照機構之失智者，根據 CDR 2 分對應之 CASI

約為 45 分（徐榮隆等, 2000），可推測多數受試者為中度失智。MMSE 結果顯示，輕、中與重度認知障礙者各約占三分之一，認知障礙程度分布平均；此外，本研究僅少數失智者 (<20%)，其 NPI 總分達一項嚴重程度 (≥ 12 分)，顯示大多數受試者的精神行為症狀屬極輕度狀態。而本研究的主要結果顯示，ACIS 總分及各子向度的 ICC 值介於 0.81 至 0.90，呈現良好的再測信度，與許瑋玲等人在成人心理疾患族群中的結果 (ICC = 0.93) 相似。此外，在個別題項層級的再測信度上，本研究的加權 Kappa 值範圍為 0.62 至 0.80，相較許瑋玲研究中的 0.37 至 1，顯示具良好但較穩定的再測信度。其中，資訊交換子向度的一致性為三大子向度中最低，可能因該向度涉及的行為較易受外在環境干擾，使受試者的表現短期內波動較大。故本研究首次建立 ACIS 在社區日照機構失智者的再測信度，並提供後續研究與臨床應用的重要參考。

本研究呈現 ACIS 的最小可偵測變化值，結果顯示身體子向度為 6.99，資訊交換子向度為 11.14，關係子向度為 5.25，總分為 21.63。顯示當評估失智者的 ACIS 改變量小於 MDC 時，可能由隨機測量誤差造成；相反，當改變量超過 MDC，則可視為失智者在社交互動技巧上的真實改變。因此，MDC 可供社區日照機構判斷失智者社交互動行為改變是否超過隨機誤差的重要指標。進一步分析 MDC% 結果顯示，ACIS 總分約為 27%，身體向度和關係子向度均低於 30%，表明隨機測量誤差在可接受範圍內；然而，資訊交換子向度的 MDC% 略高於 30%，顯示該向度的測量結果更易受隨機誤差影響。原因可能與資訊交換行為涉及口語與非口語行為相關，例如環境噪音干擾觀察口語表達行為，或受試者當天的身體狀況（如疲倦、焦慮或睡眠不足），可能影響非口語行為測量穩定性。這些因素導致資訊交換向度的短期測量變化較大，需考慮減少干擾以提升測量的準確性。為改善資訊交換向度的測量穩定性，建議降低環境噪音以減少注意力分散，或通過增加測量次數更準確地捕捉行為表現。整體而言，ACIS 的 MDC 結果顯示不同向度的隨機測量誤差大致可接受，但需更精確地控制對資訊交換向度行為的潛在干擾，以提升測量穩定性。

此外，本研究亦顯示 ACIS 量表在評估失智者綜合溝通與互動能力方面具

有極高的內部一致性。相較於許瑋玲等人研究中的中文版 ACIS 量表，其羅序分析所得項目分離信度（等同於 Cronbach's α ）為 0.96（許瑋玲, 2007），本研究數值略高，進一步確認 ACIS 在社區日照機構中應用於失智者時的測量可靠性。然而過高的內部一致性，可能反映題項內容同質性過高，導致項目重複與內容資訊多樣性侷限。為提升量表的內容效度與建構區辨性，未來可進一步檢視項目間的異質性，做為簡化或修訂之依據。

在 ACIS 量表的所有向度中，前測與再測均顯示顯著的天花板效應，受試者得分普遍接近最高分，這意味著即使介入後有所進步，量表可能無法充分反映這些變化。同時，前測在某些向度中出現地板效應，特別是在資訊交換向度的「態度肯定」、「詢問」及「分享」子項目，以及關係向度的「合作」、「建立關係」與「尊重」子項目，約 20% 的受試者得分接近或達到最低分。此一結果可能與本研究採用的觀察情境有關，不同情境對個體社交技能表現具有不同挑戰性（Kjellberg et al., 2003）。本研究中超過 70% 的活動屬於平行團體，其互動結構單一、情境刺激程度較低，參與者主要與帶領者互動，缺乏同儕間的角色協作與社交需求。可能和情境簡化使高互動能力者無法充分展現變異性有關，導致天花板效應，影響 ACIS 結果之區辨力；此外，因資訊交換與關係向度中的多項行為（如主動表達、提問、分享與建立信任）可能需仰賴高互動情境方能誘發，若低互動能力受試者，而活動又缺乏足夠引導與刺激，亦可壓縮其行為變異性，造成地板效應，進而影響 ACIS 之信效度。值得注意的是，身體向度的各項目表現，相較於 ACIS 的其他向度相對穩定，皆未出現地板效應，顯示即使在互動程度較低的情境中，仍可觀察到受試者的行為表現。此發現可建議，若以平行團體為常態活動安排之日照中心而言，ACIS 的身體向度可作為可行的觀察指標，例如用於評估失智者是否具備基本社交能力或初步參與動機。

效度結果顯示，ACIS 總分與 COTES 人際互動分測驗呈中度同時效度，顯示 ACIS 能有效評估失智者的社交互動能力，特別是透過身體、資訊交換與關係等三個向度評估其溝通與互動表現。惟相較於許瑋玲 (2007) 於一對一互動情境中所發現之 COTES 與 ACIS 高度相關性 ($r = 0.737$)，而本研究的平行團體於

前測與再測的 ACIS 表現皆低於合作團體，顯示本研究在多數以平行團體為主的觀察情境中，較難誘發多樣或深度的互動行為現象有關，可能導致相關性僅達中度。

此外，ACIS 總分與三個互動技巧向度皆與 CASI 與 NPI 呈中度相關，支持其聚合效度，顯示其觀察到的互動行為，反映多重心理與認知歷程的作用結果。此結果可能因 ACIS 三個互動技巧向度反映的行為表現，與社交互動對應於語言理解與產出、非語言訊息詮釋與表達、以及人際互動中的行為調節歷程有關 (Kelly & McDonald, 2020)。其中，資訊交換技巧仰賴語詞檢索、語意組織與理解，反映語言表達與理解的需求，與認知歷程的語言與注意能力密切相關；當語言溝通受損時，無法有效傳遞需求，進一步引發誤解與情緒困擾，如憂鬱或焦慮症狀 (Khan et al., 2021)。身體技巧則涉及視線、語調、肢體距離與面部表情等非語言訊息的使用，隨著認知的語言功能退化，失智者傾向以非語言溝通替代語言表達，但非語言訊息更難以理解，可能成為照顧衝突與負向情緒反應之來源 (Williams et al., 2017)。關係技巧則與社會認知 (social cognition) 有關，仰賴個體認知與心理對互動脈絡的理解與調節能力，涵蓋察覺社會線索、詮釋訊息與調整行為等歷程，而失智者難以推論他人情緒與意圖，導致社交冷漠 (Roelofs et al., 2017)。

本研究仍存在數項限制。首先，受試者年齡分布雖涵蓋 58 至 93 歲，平均約為 77 歲，惟各年齡層樣本數有限，未能進行進一步的分層分析，限制了對年齡變項影響的探討。其次，樣本主要來自南部特定日照機構，未涵蓋其他地區與族群背景，可能影響研究結果之代表性與外部效度。第三，觀察活動多以平行團體為主，互動性相對有限，可能導致結果不一定適用於所有日照機構的活動情境。第四，不同收案單位可能存在有不一致的照護策略或人力資源，或者機構環境佈置、活動的差異，導致交流與互動測量在不同環境下效果各異，可能影響研究結果的解釋與應用。

整體而言，ACIS 具備應用於團體活動觀察的潛力，但在互動性較少的情境（如平行團體）中，較難充分呈現個案社交能力的差異與變化，可能影響其

評估準確性；未來為強化 ACIS 在日照機構失智症者社交互動評估中的適用性，可從以下三個面向進行擴展與調整，其一，為提升研究結果的代表性與外部效度，未來建議擴大樣本量，並納入來自不同年齡層、地區之日照機構個案，進行探討年齡與其他背景變項對結果的影響。此外，亦應納入更多元的活動情境（如合作性團體），進行跨情境比較，以驗證不同活動形式對 ACIS 評估結果之敏感度、區辨力與實務適用性的影響。其二，可進一步探討減少天花板效應的策略，例如調整評分標準，或搭配補充性測量工具（如影片紀錄、語音分析），以更全面地捕捉語言與非語言互動細節，提升測量準確度與廣泛性。其三，應考量非情境性因素對互動表現的潛在影響，特別是失智症者常見的互動特徵（如反應遲緩、語言簡化、仰賴非語言表達），此類特徵能顯著影響其社交行為的表現。未來建議針對這些特徵進行行為層次定義的彈性調整，並視需要納入替代性互動行為，提升 ACIS 在失智症者社交能力評估中的敏感性與適用性。

結論

本研究首次將中文版溝通與互動技巧評估表應用於社區日照機構的失智者，並進行初步的心理計量分析。結果顯示，ACIS 在日照機構的失智者中具有優良的內部一致性與再測信度，並建立最小可偵測變化值，以及可接受的同時效度與聚合效度，本研究初步支持 ACIS 可作為評估失智者社交技巧之潛力，可作為服務失智患者的相關單位、臨床人員及研究單位，觀察社交行為改變的重要參考，並協助判斷其變化是否超過隨機誤差。然而，所有題項均呈現天花板效應，顯示在互動強度較低的活動情境中，該量表對細微變化的偵測力可能有限。未來研究應重視觀察情境互動程度對量表適用性的探討，並適度調整評分準則與觀察策略，以提升其在多元情境中的適用性與測量敏感性。整體而言，本研究為中文版 ACIS 在失智者族群應用提供前導性實證，後續尚需透過更大樣本與不同區域的實徵研究，進一步驗證其信效度與實務應用可行性。

參考文獻

- 許瑋玲 (2007)。溝通與互動技巧評估工具—中文版信效度探討 [碩士論文]。國立臺灣大學職能治療學系。
- 衛生福利部。(2020)。衛生福利部 109 年度「失智照護服務計畫」申請作業須知。https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwi_xs2Z8c_7AhWCxGEKHRcHkQFnoECBEQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.mohw.gov.tw%2Fdl-77730-2e0dc93b-efbc-45dd-81ce-267a71deb97a.html&usg=AO_vVaw0-DGUq_Onu_cciNnpuanwL
- 潘瓊琬。(1998)。溝通與互動技巧量表 (Assessment of communication and interaction scale, ACIS) (第四版)。
- 徐榮隆, 陳威宏, 邱浩彰, & 沈幸梅。(2000)。不同時期失智症之認知功能 [Cognitive Function in Different Stages of Dementia]。台灣醫學, 4(4), 371-378. [https://doi.org/10.6320/tjm.2000.4\(4\).01](https://doi.org/10.6320/tjm.2000.4(4).01)
- 謝美惠 & 王敏行。(2013)。中文「慢性精神病患者工作行為量表」信效度研究 [Study in Reliability and Validity of the Chinese Work Behavior Inventory for Individuals with Mental Illness]。復健諮商, 6, 53-75。
- Alsawy, S., Mansell, W., McEvoy, P., & Tai, S. (2017). What is good communication for people living with dementia? A mixed-methods systematic review. *International Psychogeriatrics*, 29(11), 1785-1800. <https://doi.org/10.1017/s1041610217001429>
- Birchwood, M., Smith, J., Cochrane, R., Wetton, S., & Copestake, S. (1990). The Social Functioning Scale: The development and validation of a new scale of social adjustment for use in family intervention programmes with schizophrenic patients. *The British Journal of Psychiatry*, 157(6), 853-859. <https://doi.org/10.1192/bjp.157.6.853>
- Connor, D. J., Sabbagh, M. N., & Cummings, J. L. (2008). Comment on administration and scoring of the Neuropsychiatric Inventory in clinical trials. *Alzheimers Dement*, 4(6), 390-394. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2008.09.002>
- Cummings, J. L. (1997). The Neuropsychiatric Inventory: assessing psychopathology in dementia patients. *Neurology*, 48(5 Suppl 6), S10-16. https://doi.org/10.1212/wnl.48.5_suppl_6.10s

- Fan, C. W., Keponen, R., Piikki, S., Tsang, H. W. H., Popova, E. S., & Taylor, R. (2020). Psychometric evaluation of the Finnish translation of the assessment of communication and interaction skills (ACIS-FI). Psychometric evaluation of the Finnish translation of the Assessment of Communication and Interaction Skills (ACIS-FI). *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 27(2), 112-121. <https://doi.org/10.1080/11038128.2018.1483425>
- Flansbjer, U. B., Holmbäck, A. M., Downham, D., Patten, C., & Lexell, J. (2005). Reliability of gait performance tests in men and women with hemiparesis after stroke. *Journal of rehabilitation medicine*, 37(2), 75-82. <https://doi.org/10.1080/16501970410017215>
- Forsyth, K., Lai, J. S., & Kielhofner, G. (1999). The assessment of communication and interaction skills (ACIS): Measurement properties. *British Journal of Occupational Therapy*, 62(2), 69-74. <https://doi.org/10.1177/030802269906200208>
- Haley, S. M., & Fragala-Pinkham, M. A. (2006). Interpreting change scores of tests and measures used in physical therapy. *Physical Therapy*, 86(5), 735-743. <https://doi.org/10.1093/ptj/86.5.735>
- Hongisto, K., Hallikainen, I., Selander, T., Törmälehto, S., Väättäin, S., Martikainen, J., Välimäki, T., Hartikainen, S., Suhonen, J., & Koivisto, A. M. (2018). Quality of life in relation to neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease: 5-year prospective ALSOVA cohort study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 33(1), 47-57. <https://doi.org/10.1002/gps.4666>
- Hopkins, W. G. (2000). Measures of reliability in sports medicine and science. *Sports Medicine*, 30(1), 1-15. <https://doi.org/10.2165/00007256-200030010-00001>
- Huang, S. L., Hsieh, C. L., Wu, R. M., Tai, C. H., Lin, C. H., & Lu, W. S. (2011). Minimal detectable change of the timed "Up & Go" test and the dynamic gait index in people with Parkinson's disease. *Physical Therapy*, 91(1), 114-121. <https://doi.org/10.2522/ptj.20090126>
- Huis in het Veld, J., Verkaik, R., van Meijel, B., Verkade, P. J., Werkman, W., Hertogh, C., & Francke, A. (2016). Self-management by family caregivers to manage changes in the behavior and mood of their relative with dementia: An online focus group study. *BMC Geriatrics*, 16, 95. <https://doi.org/10.1186/s12877-016-0268-4>
- Jian, Z. H., Li, C. P., & Chiu, E. C. (2021). Ecological, convergent, and discriminative validities of the

- cognitive abilities screening instrument in people with dementia. *Medicine (Baltimore)*, 100(11), e25225. <https://doi.org/10.1097/md.0000000000002525>
- Jiang, Z., Seyedi, S., Haque, R. U., Pongos, A. L., Vickers, K. L., Manzanares, C. M., Lah, J. J., Levey, A. I., & Clifford, G. D. (2022). Automated analysis of facial emotions in subjects with cognitive impairment. *PLoS One*, 17(1), e0262527. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0262527>
- Joyce, K., Pabayo, R., Critchley, J. A., & Bambra, C. (2010). Flexible working conditions and their effects on employee health and wellbeing. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010(2), Cd008009. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008009.pub2>
- Kelly, M., & McDonald, S. (2020). Assessing social cognition in people with a diagnosis of dementia: Development of a novel screening test, the Brief Assessment of Social Skills (BASS-D). *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 42(2), 185–198. <https://doi.org/10.1080/13803395.2019.1700925>
- Khan, Z., Vasconcelos Da Silva, M., Nunez, K.-M., Kalafatis, C., Nowicki, S., Walker, Z., Testad, I., Francis, P., & Ballard, C. (2021). Investigating the effects of impairment in non-verbal communication on neuropsychiatric symptoms and quality of life of people living with dementia. *Alzheimer's & Dementia: Translational Research & Clinical Interventions*, 7(1), e12172. <https://doi.org/10.1002/trc2.12172>
- Kipps, C. M., Mioshi, E., & Hodges, J. R. (2009). Emotion, social functioning and activities of daily living in frontotemporal dementia. *Neurocase*, 15(3), 182–189. <https://doi.org/10.1080/13554790802632892>
- Kjellberg, A., Haglund, L., Forsyth, K., & Kielhofner, G. (2003). The measurement properties of the Swedish version of the Assessment of Communication and Interaction Skills. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17(3), 271–277. <https://doi.org/10.1046/j.1471-6712.2003.00225.x>
- Koo, T. K., & Li, M. Y. (2016). A guideline of selecting and reporting intraclass correlation coefficients for reliability research. *Journal of Chiropractic Medicine*, 15(2), 155–163. <https://doi.org/10.1016/j.jcm.2016.02.012>
- Mabire JB, Gay MC, Vrignaud P, et al. (2016). Social interactions between people with dementia: pilot

- evaluation of an observational instrument in a nursing home. *International Psychogeriatrics*, 28(6), 1005–1015. doi: 10.1017/S1041610215002483
- McHorney, C. A., Ware, J. E., Lu, J. F. R., & Sherbourne, C. D. (1994). The MOS 36-item Short-Form Health Survey (SF-36): III. Tests of data quality, scaling assumptions, and reliability across diverse patient groups. *Medical Care*, 32(1), 40–66. <https://doi.org/10.1097/00005650-199401000-00004>
- Momand, B., Sacuevo, O., Hamidi, M., Sun, W., & Dubrowski, A. (2022). Using Communication Accommodation Theory to improve communication between healthcare providers and persons with dementia. *Cureus*, 14(10), e30618. <https://doi.org/10.7759/cureus.30618>
- Morgan-Brown, M. (2013). Changes in interactive occupation and social engagement for people with dementia: Comparing household to traditional nursing home environments in Ireland [Doctoral dissertation, University of Salford]. University of Salford Institutional Repository. <http://usir.salford.ac.uk/id/eprint/30253>
- Prigge, M. B. D., Bigler, E. D., Travers, B. G., Froehlich, A., Abildskov, T., Anderson, J. S., Alexander, A. L., Lange, N., Lainhart, J. E., & Zielinski, B. A. (2018). Social Responsiveness Scale (SRS) in relation to longitudinal cortical thickness changes in autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 48(10), 3319–3329. <https://doi.org/10.1007/s10803-018-3566-1>
- Roelofs, R. L., Wingbermühle, E., Egger, J. I. M., & Kessels, R. P. C. (2017). Social cognitive interventions in neuropsychiatric patients: A meta-analysis. *Brain Impairment*, 18(1), 138–173. <https://doi.org/10.1017/BrImp.2016.31>
- Russell, L. L., Greaves, C. V., Convery, R. S., Nicholas, J., Warren, J. D., Kaski, D., & Rohrer, J. D. (2021). Novel instructionless eye tracking tasks identify emotion recognition deficits in frontotemporal dementia. *Alzheimer's Research & Therapy*, 13(1), 39. <https://doi.org/10.1186/s13195-021-00775-x>
- Rousseaux, M., Sève, A., Vallet, M., Pasquier, F., & Mackowiak-Cordoliani, M. A. (2010). An analysis of communication in conversation in patients with dementia. *Neuropsychologia*, 48(13), 3884–3890. <https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2010.09.001>
- Salter, K., Jutai, J. W., Teasell, R., Foley, N. C., Bitensky, J., & Bayley, M. (2005). Issues for selection of outcome measures in stroke rehabilitation: ICF activity. *Disability and Rehabilitation*, 27(6),

- 315–340. <https://doi.org/10.1080/09638280400008545>
- Schindler, V. P. (1999). Group effectiveness in improving social interaction skills. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22(4), 349.
- Sim, J., & Wright, C. C. (2005). The kappa statistic in reliability studies: Use, interpretation, and sample size requirements. *Physical Therapy*, 85(3), 257–268. <https://doi.org/10.1093/ptj/85.3.257>
- Sumioka, H., Shiomi, M., Honda, M., & Nakazawa, A. (2021). Technical challenges for smooth interaction with seniors with dementia: Lessons from Humanitude™. *Frontiers in Robotics and AI*, 8, 650906. <https://doi.org/10.3389/frobt.2021.650906>
- Tavakol, M., & Dennick, R. (2011). Making sense of Cronbach's alpha. *International Journal of Medical Education*, 2, 53–55. <https://doi.org/10.5116/ijme.4dfb.8dfd>
- Tombaugh, T. N., & McIntyre, N. J. (1992). The Mini-Mental State Examination: A comprehensive review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 40(9), 922–935. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1992.tb01992.x>
- Tsai, L.-M., Kung, L.-H., Tsai, Y.-C., Kung, C.-M., & Yan, Y.-H. (2024). A cross-sectional study on the assessment of service quality and user satisfaction of a community support program in a region of Taiwan. *Healthcare (Basel)*, 12(13), 1342. <https://doi.org/10.3390/healthcare12131342>
- Williams, C. L., Newman, D., & Marmstål Hammar, L. (2017). Preliminary psychometric properties of the Verbal and Nonverbal Interaction Scale: An observational measure for communication in persons with dementia. *Issues in Mental Health Nursing*, 38(5), 381–390. <https://doi.org/10.1080/01612840.2017.1279248>
- Zhong, S., Lee, C., Foster, M. J., & Bian, J. (2020). Intergenerational communities: A systematic literature review of intergenerational interactions and older adults' health-related outcomes. *Social Science & Medicine*, 264, 113374. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113374>

大學生「健康生活勝任度量表」之編製

葉心淳¹ 林君昱² 張玲慧^{1,3,*}

摘要

目的：編製健康生活勝任度量表 (HoLCS) 並檢驗其信效度。

方法：使用兩輪德菲法以建立內容效度與表面效度。招募大學生填寫問卷，資料收集包含 HoLCS、職能平衡、自覺健康及安適感。信度分析包含項目總分相關係數、項目分析和 Cronbach's α ，效度分析包含驗證性因素分析和聚斂效度。**結果：**HoLCS 初版 11 題，內容效度 (CVI = .988) 與表面效度 (CVI = .934) 達標。樣本共 145 位大學生 (20.40 ± 1.76 歲，女性 51.7%)。最終 HoLCS 共 9 題。「健康生活的意願」($\alpha = .857$) 及「生活型態調整技巧」($\alpha = .867$) 兩個次向度的內部一致性佳，且驗證性因素分析支持量表的兩向度結構 ($\chi^2/df = 1.61$; CFI = .982, TLI = .971, SRMR = .036; RMSEA = .065, 90% CI = [.018, .103])。HoLCS 所有題目皆無天花板或地板效應。「健康生活的意願」($r = .636^*$) 和「生活型態調整技巧」($r = .518^*$) 分別與職能平衡有良好相關，「健康生活的意願」亦與自覺健康 ($r = .620^*$) 有良好相關，支持 HoLCS 之聚斂效度。

結論：HoLCS 具良好信效度，可量測大學生的「健康生活意願」與「生活型態調整技巧」。HoLCS 的兩向度應分開計分，評估結果可作為臨床介入計畫的參考。未來研究可探討 HoLCS 對於健康行為的預測效度，與在不同族群和情境的適用性。

關鍵詞：大學生、量表、勝任、生活型態、健康促進

國立成功大學醫學院健康照護科學研究所¹

國立成功大學社會科學院心理學系²

國立成功大學醫學院職能治療學系³

* 通訊作者：張玲慧

台南市東區大學路 1 號

電話：06-235-3535 分機 5907

電子信箱：lhchang@mail.ncku.edu.tw

受文日期：113 年 7 月 13 日

接受刊載：114 年 4 月 10 日

Development and Validation of Healthy Occupation & Lifestyle Competence Scale (HoLCS) Among College Students

Hsin-Chun Yeh^a, Chun-Yu Lin^b, Ling-Hui Chang^{a,c,*}

Abstract

Objective: This study aimed to develop the Healthy Occupation & Lifestyle Competence Scale (HoLCS) and examine its reliability and validity.

Methods: A two-round Delphi method was conducted to establish content validity and face validity. College students were recruited to complete the questionnaires, and data collection included HoLCS, occupational balance, self-rated health, and well-being. Reliability was assessed using item-total correlations, item analysis, and Cronbach's α . Construct validity was evaluated through confirmatory factor analysis (CFA) and convergent validity.

Results: The initial version of the HoLCS consisted of 11 items and demonstrated satisfactory content validity (CVI = .988) and face validity (CVI = .934). A total of 145 undergraduate students participated in the study (mean age = 20.40 ± 1.76 years; 51.7% female). The final HoLCS included 9 items. The two subscales demonstrated good internal consistency: *Willingness for a Healthy Lifestyle* ($\alpha = .857$) and *Lifestyle Adjustment Skills* ($\alpha = .867$). Confirmatory factor analysis supported the proposed two-factor structure of the HoLCS ($\chi^2/df = 1.61$; CFI = .982; TLI = .971; SRMR = .036; RMSEA = .065, 90% CI = [.018, .103]). No ceiling or floor effects were found for any item. Convergent validity was supported by significant correlations between occupational balance and the subscales (*Willingness for a Healthy Lifestyle* [$r = .636^*$] and *Lifestyle Adjustment Skills* [$r = .518^*$]), as well as a significant correlation between self-rated health and the *Willingness for a Healthy Lifestyle* subscale [$r = .620^*$]).

Conclusion: The HoLCS demonstrates acceptable reliability and validity in measuring college students' willingness for a healthy lifestyle and lifestyle adjustment skills. The two subscales should be scored separately, and the scores may serve as a reference for clinical intervention planning. Future research can explore the HoLCS's predictive validity for health behaviors and its applicability across different populations and contexts.

Keywords: College students, Competence, Health promotion, Lifestyle, Scale

^aInstitute of Allied Health Sciences, College of Medicine, National Cheng Kung University

^bDepartment of Psychology, College of Social Sciences, National Cheng Kung University

^cDepartment of Occupational Therapy, College of Medicine, National Cheng Kung University

*Correspondence: Ling-Hui Chang
No. 1, University Rd., East District, Tainan City
70101, Taiwan
TEL: +886-6-2353535 ext. 5907
E-mail: lhchang@mail.ncku.edu.tw

前言

大學生的健康生活型態仍待改善。調查顯示，大學生普遍在運動、營養行為、壓力管理不足，且常有睡眠相關困擾，如嗜睡、作息不規律及易疲勞（侯堂盛等，2021；湯豐誠等，2015；丁秋瑤，2019）。受過大學教育的成年人較常出現缺乏身體活動、久坐、屏幕使用時間過長及睡眠不足的生活型態，同時擁有以上生活型態特徵者，有較高比例出現憂鬱或焦慮症狀 (Tang et al., 2024)。因此，提升大學生的健康生活型態是重要議題。

目前已有研究嘗試開發生活型態介入以提升大學生的健康生活型態 (e.g., Ali et al., 2021; Plotnikoff et al., 2015)，其中，生活型態介入的完整性 (integrity) 仍值得進一步探討。生活型態介入是一種在生活中建立健康行為、習慣與規律的介入 (Clark et al., 2015)，因此生活型態介入可以說是一種行為改變介入。而美國國家衛生院行為改變聯合會 (National Institutes of Health Behavior Change Consortium, NIH BCC) 提出，行為改變介入的完整性的檢驗範圍包含介入者培訓 (training)、介入傳遞 (delivery)、介入接收 (receipt)，及行為實踐 (enactment)，以及四個面向之間的內容是否一致 (Bellg et al., 2004)。

目前研究已發展出檢驗介入者培訓、介入傳遞和行為實踐的評估工具。例如，介入者培訓可使用 Kerkstra et al. (2023) 所提出的健康專業人員培訓 (Train4Health) 架構來檢驗；介入傳遞可透過保真度檢核表 (fidelity checklist) 來量測 (Sprange et al., 2021)；行為實踐則可使用健康促進生活型態量表 (Health-Promoting Lifestyle Profile II, HPLP-II; Walker & Hill-Polerecky, 1996) 等行為頻率自填問卷。

然而，目前健康生活型態研究缺乏可量化評估參與者對介入之接收程度的工具。「介入接收」包含知識、思考策略、行為技巧和情感的改變 (Bellg et al., 2004)。參與者若在介入過程中未有知識、思考策略和行為技巧的學習，或是經歷情感與態度上的轉變，將會限制他們在介入時間以外，於生活中的進一步實踐。因此，發展有效的評估工具，以衡量參與者的介入接收度，對於提升生活

型態介入的成效具有重要意義。

生活型態介入引導參與者學習將健康行為融入生活日常，「介入接收」可被定義為「參與者在生活型態改變相關的知識與技能的學習程度，以及是否能夠具備有足夠的自我效能可以在生活中實踐」，也就是參與者在介入後對於健康生活「勝任」的提升程度。「勝任」此概念乃參考教育與學習的相關文獻，勝任 (competence) 指在「能力」與「意願」間的協調，是實現特定行為的必要條件 (Pikkarainen, 2014)。「能力」指具備執行技巧，「意願」則涵蓋理解、想要、感到需要去做等行為意圖。此外，健康行為改變研究指出「自我效能」影響行為意圖 (Schwarzer & Luszczynska, 2008)，因此我們將「自我效能」納入「意願」範疇。

最後，我們將此概念稱為「健康生活勝任度 (Healthy Occupation & Lifestyle Competence)」，即個體能將健康職能融入日常，逐步建立健康生活型態 (Clark et al., 2015) 的「意願」和「能力」。意願指理解、重視、並有自我效能去做，能力則指技巧。本研究目的欲發展「健康生活勝任度量表」，包含「健康生活的意願 (Willingness for a Healthy Lifestyle)」和「生活型態調整技巧 (Lifestyle Adjustment Skills)」兩個子向度。根據健康行為改變文獻 (e.g., Schwarzer & Luszczynska, 2008)，推測意願與技巧為相對獨立的兩向度，並希望在研究或臨床應用上可分別使用次量表 (subscales) 以針對不同面向計分、解釋與介入。

綜合以上，本研究目的為發展「健康生活勝任度量表」(Healthy Occupation & Lifestyle Competence Scale，簡稱 HoLCS) 作為量測大學生生活型態介入的「介入接收」評估工具，並檢驗其信度與效度。根據 Wagman et al. (2012)，若個體能依照其所期望的方式安排日常職能活動，則能達到較高的職能平衡 (occupational balance)，且職能平衡可能帶來健康和安適感的提升。因此本研究將檢測 HoLCS 兩向度與職能平衡、自覺健康，及安適感的相關性，以了解其聚斂效度。

方法

量表題項編寫

首先透過文獻回顧編寫量表題項 (Kishore et al., 2021)。HoLCS 包含「健康生活的意願」和「生活型態調整技巧」。「健康生活的意願」方面，參考生活型態再設計®的過程 (Pyatak et al., 2022)，定義為了解職能如何促進或減損健康、重視將健康職能安排進生活、擁有在忙碌中將健康職能安排進生活的自我效能，以及活出「健康」大學生活的自我效能。此外，考量多數中文使用者對於「職能」的理解限縮於與職業相關，為使 HoLCS 填寫更直覺，本量表中將生活型態再設計所使用的名詞「職能 (occupations)、習慣 (habits) 與日常規律 (routine)」，轉述為「日常生活中所做的事情、習慣與例行事務」。

「生活型態調整技巧」則定義為能訂定計畫、追蹤進展、並分析與調整計畫直到生活型態產生改變。所參考的文獻包含健康自我管理 (self-management; Lorig & Holman, 2003)、生活型態再設計® (Pyatak et al., 2022) 和健康行動過程模式 (Health Action Process Approach, HAPA; Schwarzer & Luszczynska, 2008)。

接著，根據以上定義，透過研究室會議及邀請熟悉生活型態介入的職能治療師共同討論，編寫共 11 題。「健康生活的意願」包含 6 題：「了解」職能如何促進或減損健康、「重視」透過職能提升健康、「重視」將有益健康的職能安排進生活、即便忙碌仍有信心將健康職能安排進生活作息的「自我效能」、即便遭遇困難仍有信心活出滿意大學生活的「自我效能」，與即便遭遇困難仍有信心活出健康大學生活的「自我效能」。「生活型態調整技巧」包含 5 題：「熟練」觀察日常職能、進一步「熟練」觀察職能對於健康的影響、「熟練」用具體可行的計劃改變生活安排、「熟練」分析影響行動的因素，與「熟練」因應行動的困難。

HoLCS 採用 1 到 10 分的數字評定量尺，分數越高代表健康生活勝任度越高。「健康生活的意願」和「生活型態調整技巧」兩個次量表採分別計分。

德菲法審查

透過兩輪問卷德菲法提升和檢驗 HoLCS 的內容效度與表面效度。邀請 8 位熟悉生活型態介入或與大學生時常互動的專家進行德菲法審查。專家背景包含職能治療（5 位）、心理學（1 位）、建築學（1 位）及社會工作（1 位）。德菲法審查透過書面進行。每一輪審查會請專家針對量表的每一題逐項評分「適當性」與「可閱讀性」，「適當性」指構面的合適性及題項是否合宜地反映量表構面；「可閱讀性」則指語意易於理解、閱讀與回答。計分為 1 到 4 分，分數越高代表題目內容的適當性或可閱讀性越佳。同時請專家針對評分未達 4 分的題目提供逐題的修改建議。

在收到審查回覆後彙整專家意見的方式，包含指標分數計算和彙整題項修改建議。首先，以內容效度指標 (index of content validity, CVI) 檢驗內容效度，將專家對於各題項「適當性」的評分進行平均，若平均分數 > 0.83 則代表專家對題項的內容效度有足夠一致的認可 (Lynn, 1986)。各題項「可閱讀性」的指標亦定義為平均分數 > 0.83 代表專家對題項的表面效度有足夠一致的認可。並且，針對內容效度或表面效度平均分數未達 0.83 的題目，彙整專家的修改建議後，進行題目的修改。接著，以同樣的執行方式進行第二輪的德菲法審查。

資料收集與問卷

此研究採方便取樣，納入條件為大學在學學生，排除無法使用中文填寫量表者。於課堂及網路社群邀請大學生填寫網路問卷，收集資料包含：背景變項（性別、年齡、學系、年級、住宿狀態、家庭經濟狀況）、健康生活勝任度、職能平衡、自覺健康與安適感。招募過程依循成功大學人類研究倫理治理架構對於教學成效研究之倫理原則，透過口頭與文字提供充分的研究說明並尊重學生自主參與意願。

• 中文版職能平衡問卷 (*Occupational Balance Questionnaire 11-Chinese version, OBQ11-C*)

職能平衡指主觀感受生活中職能有合適的數量及變化。共 11 題，題項例如：「能帶給我活力和耗損我精力的活動之間是平衡的」。使用李克特 4 點量表回答非常不同意 (0 分) 到非常同意 (3 分)。瑞典版 OBQ11 有良好的信度和建構效度 (Håkansson et al., 2020)。中文版職能平衡問卷具備內部一致性 ($\alpha = .898$)、再測信度 ($ICC = .818$)，並根據 Rasch 分析顯示題目難度適中、樣本分數分佈均勻且接近常態分佈、及有憂鬱症狀者分數略低於中間分數 (Chen et al., 2024)。

• 自覺健康

以三個問題量測參與者對於自身健康狀況的感受及滿意度。此三題參考過去相關研究之題項，第一題詢問整體自覺健康，第二題詢問自覺與他人比較之健康狀況，第三題詢問整體健康滿意度 (Yao et al., 2002)。採用 1 到 10 分的數字評定量尺，分數越高代表自覺越健康。

• 台灣版世界衛生組織五題幸福指標量表 (*Taiwanese version of the World Health Organization-Five Well-being Index, WHO-5-TW*)

量表共五題，詢問過去兩週感到心理安適的頻率，回答有六選項：從來沒有 (0 分)、有時候 (1 分)、少於一半的時間 (2 分)、一半以上的時間 (3 分)、大部分的時間 (4 分)、全部的時間 (5 分)。WHO-5 是全世界最常被使用於評估主觀心理安適的量表之一，具有良好的臨床效度，且適用於成效評估 (Topp et al., 2015)。WHO-5-TW 內部一致性佳 ($\alpha = .94$)。為單一面向量表 (Loevinger coefficient = .80; Lin et al., 2013)。

資料分析

使用描述性統計與夏皮羅 - 威爾克 (Shapiro-Wilk) 常態分佈檢定。天花板效應和地板效應的判定是基於超過 15% 的分數集中在量尺的高、低分兩端 (Portney & Gross, 2020)，因此，以若有題目第 15 個百分位數 (P_{15}) 為 1 分則判定有地板效應，第 85 個百分位數 (P_{85}) 為 10 分則判定有天花板效應。

在信度方面，若次向度內有題目修正後項目－總分相關係數 (corrected item-to-total correlation) $< .3$ 則考慮予以刪除。項目分析使用皮爾森相關係數 (r) 檢驗 HoLCS 次向度內各題目之間的相關性 (inter-item correlations)，若 $r > .8$ 則判定為兩題內容重覆，則考慮刪除其中一題。內部一致性使用 Cronbach's α 檢驗，若量表內各因素的 α 值分別皆 $> .80$ 表示內部一致性佳。檢驗刪除題項後的 α 值 (Cronbach's α if item deleted)，若刪除該題後整體量表 α 值提升，則代表該題需考慮刪除。

為了檢驗量表的構面效度 (construct validity) 與理論模型的適配性，本研究採用驗證性因素分析 (confirmatory factor analysis, CFA)，以評估測量模型是否符合理論假設的結構。根據健康生活勝任度的定義，設定「健康生活的意願」和「生活型態調整技巧」兩個因素。數據分析使用 JASP 0.19 (JASP Team, 2024)，並採用最大概似估計法 (maximum likelihood estimation, MLE) 進行模型擬合。參考多項模型適配度指標 (model fit indices)，以判斷模型的適配性，包括以下標準：卡方值除以自由度 (χ^2/df) ≤ 3 (Kline, 2016)、比較適配指數 (comparative fit index, CFI) > 0.90 、增值適配指數 (Tucker-Lewis index, TLI / non-normed fit index, NNFI) > 0.90 、近似均方根誤差 (root mean square error of approximation, RMSEA) < 0.08 、標準化均方根殘差 (standardized root mean square residual, SRMR) < 0.08 。若初始模型的適配度指標未達以上標準，本研究將遵循理論支持、模型簡潔性 (parsimony) 與統計合理性之原則，確保最終模型的適配度在統計與理論上均達到理想標準。

在聚斂效度 (convergent validity) 方面，以皮爾森相關係數 (r) 檢驗「健康生活的意願」和「生活型態調整技巧」兩個向度，分別與「OBQ11-C 總分」、「自覺健康總分」及「WHO-5-TW 總分」的相關性。根據 Portney & Watkins (2015) 的標準， $r > .75$ 表示高度相關； $r = .5 \sim .75$ 為良好相關； $r = .25 \sim .5$ 為中度相關、 $r < .25$ 則為低度相關。本研究設定 $r \geq .50$ 為此新發展量表具備聚斂效度的標準。

結果

內容效度與表面效度

第一輪 8 位專家回覆德菲法審查，各題項「適當性」CVI 平均 .958 [.875 ~ 1.000]、「可讀性」CVI 平均 .875 [.750 ~ 1.000]。第二輪 5 位專家回覆德菲法審查，「適當性」CVI 平均 .988 [.937 ~ 1.000]、「可讀性」CVI 平均 .934 [.875 ~ 1.000]。

研究參與者

共 145 位大學生參與研究。共進行三波的招募，第一波在 2022 年 ($n = 82$)，第二波 ($n = 17$) 和第三波 ($n = 46$) 在 2023 年，其中由於前兩波女性人數較男性多，所以第三波招募較多男性以平衡性別比例。研究參與者背景變項詳見表 1。

分數分佈

HoLCS 之「健康生活的意願」次向度總分符合常態分佈 ($W = .985$, $df = 145$, $p = .119$)，「生活型態調整技巧」總分則不符合常態分佈 ($W = .977$, $df = 145$, $p = .014$)。HoLCS 各單題不符合常態分佈 ($W = .931 \sim .971$, $df = 145$, $p < .001 \sim p = .004$)。另一方面，未有任何一題目 P_{15} 為 1 分，或是 P_{85} 為 10 分，因此判定沒有天花板或地板效應（表 2）。

表 1 受試者背景變項 ($n=145$)

變項	n	%	$M(SD)$
性別			
男	70	48.3	
女	75	51.7	
年齡			20.42 (1.763)
學院			
文學院	11	7.6	
理學院	13	9	
管理學院	12	8.3	
工學院	28	19.3	
電機資訊學院	7	4.8	
社會科學院	34	23.4	
規劃與設計學院	8	5.5	
生物科學與科技學院	3	2.1	
醫學院	26	17.9	
不分系	3	2.1	
年級			
大一	82	56.6	
大二	25	17.2	
大三	14	9.7	
大四	22	15.2	
大五	2	1.4	
住宿狀態			
校外租屋	58	40	
住宿舍	74	51	
與家人同住	12	8.3	
其他	1	7	
家庭經濟狀態			
比起平均差許多	3	2.1	
比起平均差一點	16	11	
和平均差不多	72	49.7	
比起平均好一點	52	35.9	
比起平均好出許多	2	1.4	

表 2 大學生健康生活勝任度量表十一題版之描述性統計與信度分析結果

題目敘述	M (SD)	P_{15}	P_{50}	P_{85}	r^a	α^b
「健康生活的意願」次向度	6.34 (3.84)	28	39	47		
1. 我對「透過日常生活中所做的事情、習慣與例行事務，來提升健康」的重視程度：	6.86 (1.82)	5	7	9	.651	.857
2. 對於「日常生活中所做的事情、習慣與例行事務如何促進或減損健康」，我認為自己的了解程度為：	6.70 (1.72)	5	7	8	.578	.868
8. 我對於「將有益健康的事，安排入日常生活作息」的重視程度：	6.70 (2.15)	4	7	9	.696	.849
9. 生活中可能忙碌。而我對「能夠成功地將有益健康的事安排入日常生活作息中」，感到：	5.79 (2.08)	4	6	8	.780	.834
10. 生活中可能遭遇問題與煩惱，而我對於設法活出「滿意」的大學生活，感到：	5.99 (2.11)	4	6	8	.619	.863
11. 生活中可能遭遇問題與煩惱，而我對於設法活出「健康」的大學生活，感到：	6.01 (2.11)	3	6	8	.744	.840
「生活型態調整技巧」次向度	6.38 (3.65)	23	33	40		
3. 對於「觀察自己生活中做了哪些事情、習慣與例行事務」，我認為自己的熟練度：	6.92 (1.90)	5	7	9	.629	.867
4. 對於「觀察自己生活中所做的事情、習慣與例行事務對健康的影響」，我認為自己的熟練度：	6.39 (1.91)	5	7	8	.780	.833
5. 對於「用具體可行的行動計劃來改變生活安排」，我認為自己的熟練度：	5.90 (2.13)	4	6	8	.668	.860
6. 對於「分析有助於／有礙於達成行動計劃的因素」(例如：身心狀況、做事方法、同儕與家庭影響、氣候因素、硬體空間…等)，我認為自己的熟練度：	6.33 (2.03)	4	7	8	.705	.850
7. 對於「在行動計畫難以達成時，能設法解決問題或調整計畫，使其順利達成」，我認為自己的熟練度：	6.37 (2.03)	4	7	8	.754	.838

P_{15} : 第 15 百分位數； P_{50} : 第 50 百分位數（中位數）； P_{85} : 第 85 百分位數。

^a 該次量表中的矯正後項目－總分相關係數 (corrected item-total correlation)；^b 刪除題項後的 Cronbach's α 。

量表信度

「健康生活的意願」與「生活型態調整技巧」兩個次向度內各題修正後項目－總分相關係數皆 $> .3$ ，各題目之間的相關性皆 $< .8$ ($r = .435 \sim .683, p < .001$)，也沒有題目刪除後使次面向的 α 值提升 ($\alpha = .908 \sim .918$)，因此，未考慮刪除任何一題。「健康生活的意願」($\alpha = .874$) 和「生活型態調整技巧」($\alpha = .876$) 兩個次面向都有良好的內部一致性 (表 2)。

驗證性因素分析

本研究透過驗證性因素分析評估健康生活勝任度量表的因素結構，探討其適配度與測量品質。本量表預期包含兩個因素：「健康生活的意願」(第 1、2、8、9、10、11 題) 和「生活型態調整技巧」(第 3、4、5、6、7 題)。

初始模型的適配度指標在卡方值除以自由度和 CFI 達到理想標準，但是 TLI、SRMR 和 RMSEA 未完全符合標準 ($\chi^2/df = 125/43 = 2.91$, CFI = .913, TLI = .889, SRMR = .057; RMSEA = .114, 90% CI = [.091, .138])。

我們根據理論支持，輔以模型精簡度與統計合理性之原則，針對量表和模型進行調整，以提升模型適配度。首先，刪除量表中題意類似但因素負荷量較低的題目，以提升模型的精簡度。第 1 與第 8 題均測量對健康生活的重視態度，第 3 與第 4 題均測量對觀察生活的熟練度。我們保留因子負荷量 (factor loading, λ) 較高的第 8 題 ($\lambda = .752$) 與第 4 題 ($\lambda = .850$)，並刪除了第 1 題 ($\lambda = .673$) 與第 3 題 ($\lambda = .661$)，使量表從 11 題縮減至 9 題。在調整模型後，卡方值和 CFI 更為理想，TLI 和 SRMR 達標，但是 RMSEA 仍高於 0.08 ($\chi^2/df = 64.8/26 = 2.49$, CFI = .948, TLI = .929, SRMR = .046; RMSEA = .102, 90% CI = [.071, .133])。

為進一步改善模型適配度，本研究依據生活型態介入相關知識，允許理論合理的測量誤差殘差共變 (residual covariances)。推測第 2 題 (對健康生活的了解程度) 與第 4 題 (對於健康生活的觀察) 之間相關，第 10 題 (活出滿意生活的自我效能) 與第 11 題 (活出健康生活的自我效能) 之間相關，第 10 題與第 5 題 (設定行動計畫的熟練度) 之間相關，以及第 10 題與第 7 題 (遇到計畫執行困難時，解決問題或調整計畫的熟練度) 之間相關。因此，允許以上題目之間的殘差共變。

納入這些殘差共變後，卡方值、CFI、TLI、SRMR 和 RMSEA 均符合模型適配度指標的建議範圍，顯示該模型能夠合理解釋觀察數據 ($\chi^2/df = 35.43/22 = 1.61$; CFI = .982, TLI = .971, SRMR = .036; RMSEA = .065, 90% CI = [.018, .103])。

驗證性因素分析模式圖 (model plot) 與標準化估計值 (standardized estimates) 如圖 1。標準化估計值顯示，「健康生活的意願」和「生活型態調節技巧」兩個因素之間的關聯係數 (factor covariance) 為 0.86，「健康生活的意願」因素由五個測量項目（第 2、8、9、10、11 題）構成，其標準化因子負荷量介於 0.58 至 0.89 之間；「生活型態調整技巧」因素則由四個測量項目（第 4、5、6、7 題）組成，因子負荷量介於 0.73 至 0.83。所有測量變數均顯著負荷於其對應的因素 ($p < .001$)，顯示測量變數 (observed variables) 能夠有效聚合在一起，反映該潛變數 (latent variable) 的共同特徵。

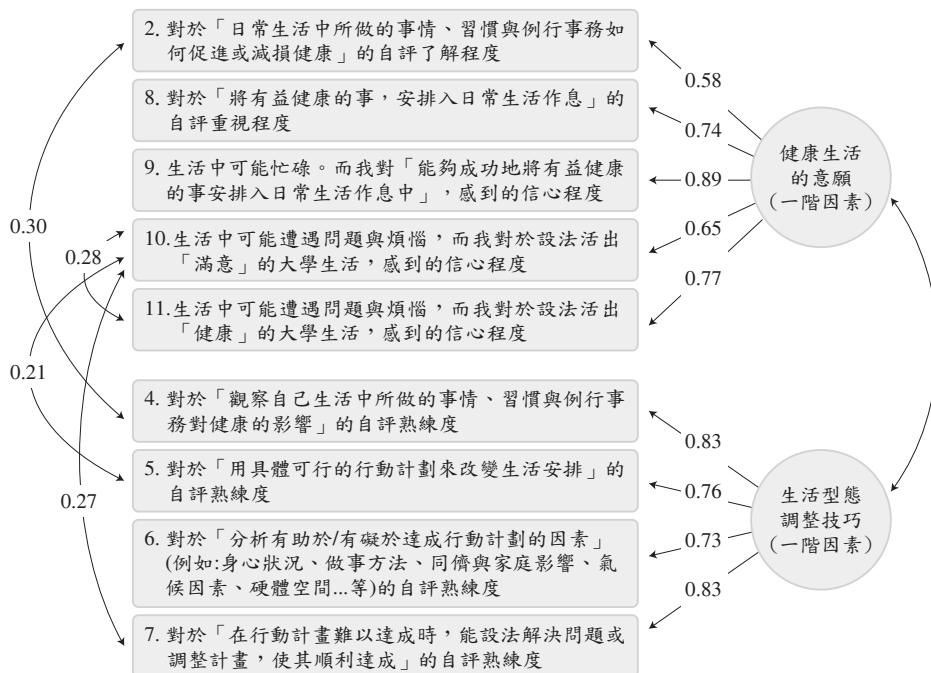


圖 1 大學生健康生活勝任度量表驗證性因素分析模式圖。圖中數字為標準化估計值。

綜合而言，本研究結果支持 HoLCS 包含「健康生活的意願」與「生活型態調整技巧」兩個因素的結構。最終模型的適配度指標均達可接受標準，顯示該量表具有良好的構面效度，可作為衡量「健康生活勝任度」的有效工具，並且，「健康生活的意願」與「生活型態調整技巧」兩個次量表可獨立使用。

HoLCS 9 題版的量表信度與分數分布

HoLCS 9 題版的兩個次向度皆內部一致性佳（健康生活的意願 $\alpha = .857$ ，生活型態調整技巧 $\alpha = .867$ ）。「健康生活的意願」向度總分符合常態分佈 ($W = .985, df = 145, p = .124$)，「生活型態調整技巧」總分則不符合常態分佈 ($W = .978, df = 145, p = .022$)。「健康生活的意願」向度平均分數 6.24 ± 3.63 分，「生活型態調整技巧」向度平均分數 6.25 ± 3.43 。各單題與兩個向度的總分皆沒有天花板或地板效應（表 3）。

表 3 大學生健康生活勝任度量表 (HoLCS) 九題版之描述性統計與信度分析結果

題目敘述	M (SD)	P_{15}	P_{50}	P_{85}	r^a	α^b
「健康生活的意願」次向度	6.24 (3.63)	22	32	39		
2. 對於「日常生活中所做的事情、習慣與例行事務如何促進或減損健康」，我認為自己的了解程度為：	6.70 (1.72)	5	7	8	.550	.856
8. 我對於「將有益健康的事，安排入日常生活作息」的重視程度：	6.70 (2.15)	4	7	9	.641	.836
9. 生活中可能忙碌。而我對「能夠成功地將有益健康的事安排入日常生活作息中」，感到：	5.79 (2.08)	4	6	8	.781	.798
10. 生活中可能遭遇問題與煩惱，而我對於設法活出「滿意」的大學生活，感到：	5.99 (2.11)	4	6	8	.652	.833
11. 生活中可能遭遇問題與煩惱，而我對於設法活出「健康」的大學生活，感到：	6.01 (2.11)	3	6	8	.746	.807

「生活型態調整技巧」次向度	6.25 (3.43)	18	26	32		
4. 對於「觀察自己生活中所做的事情、習慣與例行事務對健康的影響」，我認為自己的熟練度：	6.39 (1.91)	5	7	8	.749	.819
5. 對於「用具體可行的行動計劃來改變生活安排」，我認為自己的熟練度：	5.90 (2.13)	4	6	8	.662	.855
6. 對於「分析有助於 / 有礙於達成行動計劃的因素」(例如：身心狀況、做事方法、同儕與家庭影響、氣候因素、硬體空間…等)，我認為自己的熟練度：	6.33 (2.03)	4	7	8	.696	.839
7. 對於「在行動計畫難以達成時，能設法解決問題或調整計畫，使其順利達成」，我認為自己的熟練度：	6.37 (2.03)	4	7	8	.771	.808

P₁₅: 第 15 百分位數；P₅₀: 第 50 百分位數（中位數）；P₈₅: 第 85 百分位數。

^a 該次量表中的矯正後項目－總分相關係數 (corrected item-total correlation)；^b 刪除題項後的 Cronbach's α 。

聚斂效度

使用皮爾森相關係數檢驗 HoLCS 9 題版的聚斂效度。「健康生活的意願」向度，與 OBQ11-C 總分有良好的相關性 ($r = .636$)，與自覺健康有良好的相關性 ($r = .620$)，與 WHO-5-TW 僅有中度相關 ($r = .460$)。「生活型態調整技巧」向度，則與 OBQ11-C 總分有良好的相關性 ($r = .518$)，與自覺健康 ($r = .404$) 和 WHO-5-TW ($r = .315$) 僅有中度相關。顯示 HoLCS 的兩個次量表皆與 OBQ11-C 有聚斂效度，並與 WHO-5-TW 僅有中度相關；「健康生活的意願」則較「生活型態調整技巧」與自覺健康有更高的相關性（表 4）。

表 4 大學生健康生活勝任度量表 (HoLCS) 次向度與職能平衡問卷總分、自覺健康總分及安適感量表總分之相關矩陣 ($n = 145$)

	HoLCS 意願 ^a	HoLCS 技巧 ^b	OBQ11-C ^c	PH ^d	WHO-5-TW ^e
HoLCS 意願 ^a	-				
HoLCS 技巧 ^b	.769***	-			
OBQ11-C ^c	.636***	.518***	-		
PH ^d	.620***	.404***	.519***	-	
WHO-5-TW ^e	.460***	.315***	.480***	.538***	-

*** $p < .001$

^a 「健康生活的意願」次向度；^b 「生活型態調整技巧」次向度；^c 中文版職能平衡問卷 (Occupational Balance Questionnaire 11-Chinese version, OBQ11-C)；^d 自覺健康 (perceived-health, PH)；^e 台灣版世界衛生組織五題幸福指標量表 (Taiwanese version of the World Health Organization-five well-being index, WHO-5-TW)。

討論

本研究發展大學生健康生活勝任度量表 (HoLCS)，研究結果支持使用 HoLCS 量測大學生的「健康生活的意願」及「生活型態調整技巧」具有信度和效度。初始版 HoLCS 共 11 題，表面效度與內容效度經由兩輪德菲法審查與建立。最終版 HoLCS 共 9 題，分為「健康生活的意願」與「生活型態調整技巧」兩個次向度。兩向度內部一致性佳，並且驗證性因素分析支持 HoLCS 的兩向度結構。「健康生活的意願」和「生活型態調整技巧」皆與 OBQ11-C 有聚斂效度。「健康生活的意願」另與自覺健康有聚斂效度。

本研究所提出的「健康生活勝任度」著重於個體如何能將健康職能融入到日常生活的勝任。過去雖然有「體能活動勝任 (Carl et al., 2024)」與「健康飲食勝任 (de Queiroz et al., 2022)」的問卷，然而，問卷題目聚焦於運動或飲食等健康職能的知識、態度與技能；對於個體如何能將健康職能融入到日常生活作息的勝任，僅有一到兩題的綜合描述，例如：「能自律地」執行自訂計畫 (Carl et

al.)，或在生活情境中「能定時且適量地」攝取健康飲食 (de Queiroz et al.)。題目數量過少，限制了對個案在實踐健康職能的過程中，所面臨勝任度不足之處的深入了解。本研究發展 HoLCS 的研究貢獻之一，是指出個體如何能將健康職能融入到日常生活的勝任可包含「健康生活的意願」與「生活型態調整技巧」兩個向度，並通過驗證性因素分析的檢驗。HoLCS 的兩個向度可提供臨床與研究上的更細緻地了解個體在將健康職能融入到日常生活於意願上和技巧上的自評勝任度。

HoLCS 中的「生活型態調整技巧」涵蓋四項核心能力：觀察生活型態對健康的影響、用具體可行的行動計劃來改變生活安排、分析影響行動計畫的因素，以及因應計畫執行的困難。過去生活型態介入相關文獻亦支持此面向的合適性與重要性。例如，Lorig & Holman (2003) 指出，健康自我管理介入需考量個案所感知到的日常生活問題，並協助其發展「問題解決的技巧」，包含定義問題、提出可能的解決方案、實行解決方案、及評估結果。Clark et al. (2012) 則描述生活型態再設計®的關鍵要素包含「發展計畫來克服日常的各種障礙」，從而實現行為上的轉變。綜合過去文獻與本研究結果，顯示「生活型態調整技巧」為「健康生活勝任度」的重要面向。

本量表的適用對象為大學生，適用於健康促進相關的臨床情境或研究收案，用以評估受試者的「健康生活的意願」與「生活型態調整技巧」。本量表包含兩個次向度，建議應分別計分，不宜合併為總分；此外，各題亦可視研究或臨床需求單獨使用。計分方式上，可將次向度總分除以題數，計算出「次向度平均分數」，並於 1 至 10 分間進行詮釋。分數解讀方面，建議將其視為序位尺度 (ordinal scale)。根據本研究樣本在第 15、50、85 百分位數的分數分布，建議可將 1 - 4 分解釋為受試者自評的健康生活勝任度較低，5 - 7 分為中等勝任，8 - 10 分則代表較高的勝任度。本量表內部一致性佳，表示量表可穩定地測量個案的健康生活勝任度，適合用於臨床上了解個案的「健康生活的意願」與「生活型態調整技巧」，以作為介入計畫的參考。

進一步，本研究建議將 HoLCS 作為健康生活型態介入過程中評估參與者

「介入接收」之工具。HoLCS 與 OBQ11-C 具有良好的聚斂效度，顯示其所測得之健康生活勝任度具備反映實際行為層面的潛力。未來研究可進一步探討 HoLCS 兩個次向度對健康行為頻率的預測效度 (predictive validity)，以釐清「介入接收」與「行為實踐」之間的潛在因果關係。然值得注意的是，「介入接收」亦包含知識層面的了解，但 HoLCS 並未針對特定健康生活主題（如飲食、運動）設計知識層面題項，而是以一題概括性自評項目衡量參與者對「職能如何促進或減損健康」的理解程度。因此，建議臨床應用量測健康生活型態介入的「介入接收」時，可搭配特定生活型態主題的知識測驗（如透過選擇題、填充題或開放式問答），以同時了解參與者在「健康生活型態知識」、「健康生活的意願」及「生活型態調整技巧」的掌握情形。

本研究的限制如下：（一）受試者以非隨機抽樣的方式選取的，約半數為大一學生，家庭經濟狀況多為平均或高於平均。（二）本研究尚未檢驗 HoLCS 的再測信度。（三）每個人對於健康的定義不同，可能導致對題目的理解也不同。雖然在量表中有定義「健康」、每題的回答也有文字定義量尺兩端含意，以期讓受試者在同樣的理解基礎上來填答。但是，未探討受試者對題目的理解仍會限制了跨個體分數比較詮釋，所以未來建議進行認知訪談以了解受試者對題目的解讀 (Shafer & Lohse, 2005)。

未來研究建議探討 HoLCS 的再測信度、臨床有意義的改變量、在不同族群的試用情境，與在不同介入情境的適用性。HoLCS 發展以大學生為樣本，未來需進一步研究應用在其他族群的可行性，因大學生較其他族群如青少年或高齡者可能有具有較佳的語言理解能力，並且在健康狀況與生活模式有所不同，因此推測量表需根據不同族群做調整。此外，未來研究亦可進一步探討重大生理或心理疾病與健康生活勝任度之間的關係。最後，由於 HoLCS 之發展主要奠基於生活型態再設計 (Clark et al., 2015) 與自我管理 (Lorig & Holman, 2003) 之文獻，因此未來可探討 HoLCS 應用於其他介入模式之可行性，如動機晤談 (Berger & Villaume, 2020) 之介入模式。

結論

本研究編製了大學生健康生活勝任度量表 (HoLCS)，其中，「健康生活的意願」與「生活型態調整技巧」兩個次量表可獨立運用，具有信度與效度。本研究推薦使用 HoLCS 作為量測健康生活型態介入「介入接收」的評估工具。研究限制包含樣本選取的非隨機性，受試者對題目中「健康」的理解可能存在個體差異。未來研究建議探討 HoLCS 的再測信度、對於健康行為頻率的預測效度，與探討 HoLCS 在不同族群、不同類型生活型態介入的適用性。

誌謝

感謝在問卷發展過程中毛慧芬教授、林君昱副教授、黃百川助理教授、蘇珮綺助理教授、陳俊佑主任、江婕瑋職能治療師、蔡明吟職能治療師與林奕仁經理所給予的寶貴建議。感謝李婷湘協助收集與分析資料。本研究由國立成功大學高教深耕人文社會科學跨領域整合型計畫（打造幸福校園：大學生心理健康促進方案）與教育部教學實踐研究計畫（#PMN1110332、#PMN1123586）資助。

參考文獻

- 丁秋瑤（2019）。大學生身心適應調查分析－以慈濟大學為例。《慈濟通識教育學刊》，(12)，18-47。 [http://doi.org/10.6755/TCJGE.201906_\(12\).0002](http://doi.org/10.6755/TCJGE.201906_(12).0002)
- 侯堂盛、侯均穎、劉彥碩（2021）。大學生健康促進生活型態、心理資本、情緒幸福感及憂鬱之相關研究。《休閒運動健康評論》，10(1)，43-57。 <http://doi.org/10.29503/RLSH>
- 湯豐誠、蘇文鈴、黃淑玲（2015）。大學生健康促進生活型態執行情形及其相關因子探討。《人因工程學刊》，17(1)，27-38。 [http://doi.org/10.6273/JES.2015.17\(01\).03](http://doi.org/10.6273/JES.2015.17(01).03)
- Ali, H. I., Attlee, A., Alhebshi, S., Elmi, F., Al Dhaheri, A.S., Stojanovska, L., El Mesmoudi, N., Platat, C. (2021). Feasibility study of a newly developed technology-mediated lifestyle intervention for

- overweight and obese young adults. *Nutrients*, 13, 2547. <https://doi.org/10.3390/nu13082547>
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review*, 84(2), 191. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0033-295X.84.2.191>
- Bellg, A. J., Borrelli, B., Resnick, B., Hecht, J., Minicucci, D. S., Ory, M., Ogedegbe, G., Orwig, D., Ernst, D., Czajkowski, S., & Treatment Fidelity Workgroup of the NIH Behavior Change Consortium. (2004). Enhancing treatment fidelity in health behavior change studies: Best practices and recommendations from the NIH Behavior Change Consortium. *Health Psychology*, 23(5), 443–451. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.23.5.443>
- Berger, B. A. & Villaume, W. A. (2019). *Motivational interviewing for health professionals: A sensible approach* (2nd Ed.). American Pharmacists Association.
- Carl, J., Sudeck, G., & Pfeifer, K. (2020). Competencies for a healthy physically active lifestyle: Second-order analysis and multidimensional scaling. *Frontiers in Psychology*, 11, 558850. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.558850>
- Carl, J., Domanska, O.M., Buchmann, M. Jordan, S., Pfeifer, K., & Sudeck, G. (2024). Toward a representative assessment of competencies for a healthy, physically active lifestyle in the German population: Development and validation of a short version of the physical activity-related health competence questionnaire (PAHCO_12). *German Journal of Exercise and Sport Research*, 54, 179–191. <https://doi.org/10.1007/s12662-024-00943-9>
- Chen, Y. L., Ko, W. T., Su, P. C., Hsieh, M. H., Liao, Y. T., Ju, P. C., Chan, Y. T., Wagman, P., Håkansson, C. (2024). Psychometric properties of the Occupational Balance Questionnaire 11–Chinese Version (OBQ11–C): Classical test theory & Rasch analysis. *American Journal of Occupational Therapy*, 78(Supplement_2), 7811500002p1. <https://doi.org/10.5014/ajot.2024.78S2-PO2>
- Clark, F., Jackson, J., Carlson, M., Chou, C. P., Cherry, B. J., Jordan-Marsh, M., Knight, B. G., Mandel, D., Blanchard, J., Granger, D. A., Wilcox, R. R., Lai, M. Y., White, B., Hay, J., Lam, C. Marterella, A., & Azen, S. P. (2012). Effectiveness of a lifestyle intervention in promoting the well-being of independently living older people: Results of the Well Elderly 2 Randomised Controlled Trial. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 66(9), 782-790. <https://doi.org/10.1136/jech.2009.099754>

- Clark, F., Blanchard, J., Sleight, A., Cogan, A., Floríndez, L., Gleason, S., Heymann, R., Hill, V., Holden, A., Murphy, M., Proffitt, R., Niemiec, S. S., & Vigen, C. (2015). *Lifestyle Redesign®: The Intervention Tested in the USC Well Elderly Studies* (2nd Ed.). AOTA Press.
- de Queiroz, F. L. N., Raposo, A., Han, H., Nader, M., Ariza-Montes, A., & Zandonadi, R. P. (2022). Eating competence, food consumption and health outcomes: An overview. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(8), 4484. <https://doi.org/10.3390/ijerph19084484>
- Håkansson, C., Wagman, P., & Hagell, P. (2020). Construct validity of a revised version of the Occupational Balance Questionnaire. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 27(6), 441–449. <https://doi.org/10.1080/11038128.2019.1660801>
- JASP Team. (2024). JASP (Version 0.19) [Computer software]. <https://jasp-stats.org/download/>
- Kerkstra, A., Baixinho, C. L., Félix, I. B., Strawbridge, J., & Guerreiro, M. P. (2023). Interprofessional learning outcomes-based curriculum to support behaviour change in persons self-managing chronic disease. In Guerreiro, M. P., Félix, I. B., & Marques, M. M. (Eds.), *A practical guide on behaviour change support for self-managing chronic disease* (pp. 1-10). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-031-20010-6>
- Kishore, K., Jaswal, V., Kulkarni, V., & De, D. (2021). Practical guidelines to develop and evaluate a questionnaire. *Indian Dermatology Online Journal*, 12(2), 266-275. https://doi.org/10.4103/idoj.IDOJ_674_20
- Kline, R. B. (2016). *Principles and practice of structural equation modeling* (4th ed.). Guilford Press.
- Lin, C., Lee, S., Wu, B., Huang, L., Sun, H., & Tsen, H. (2013). Psychometric properties of the Taiwanese version of the World Health Organization-five well-being index. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 127(4), 331. <https://doi.org/10.1111/acps.12040>
- Lorig, K. R., & Holman, H. R. (2003). Self-management education: History, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 26(1), 1-7. https://doi.org/10.1207/S15324796ABM2601_01
- Lynn, M. R. (1986). Determination and quantification of content validity. *Nursing Research*, 35(6), 382-386. <https://doi.org/10.1097/00006199-198611000-00017>

- Niemiec, S. L. S., Vigen, C. L., Martínez, J., Blanchard, J., & Carlson, M. (2021). Long-term follow-up of a lifestyle intervention for late-midlife, rural-dwelling Latinos in primary care. *American Journal of Occupational Therapy*, 75(2), 1-11. <https://doi.org/10.5014/ajot.2021.042861>
- Parkinson, M. D., Stout, R., & Dysinger, W. (2023). Lifestyle medicine: Prevention, treatment, and reversal of disease. *Medical Clinics*, 107(6), 1109-1120. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2023.06.007>
- Pikkarainen, E. (2014). Competence as a key concept of educational theory: A semiotic point of view. *Journal of Philosophy of Education*, 48(4), 621-636. <https://doi.org/10.1111/1467-9752.12080>
- Plotnikoff, R. C., Costigan, S. A., Williams, R. L., Hutchesson, M. J., Kennedy, S. G., Robards, S. L., Allen, J., Collins, C. E., Callister, R., & Germov, J. (2015). Effectiveness of interventions targeting physical activity, nutrition and healthy weight for university and college students: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 12, 45. <https://doi.org/10.1186/s12966-015-0203-7>
- Portney, L. G., & Watkins, M. P. (2015). Correlation. In *Foundations of clinical research: Applications to practice* (pp.523-538). FA Davis.
- Portney, L. G., & Gross, K. D. (2020). Concepts of measurement validity. In Portney, L. G. (Eds.), *Foundations of clinical research: applications to evidence-based practice* (pp.127-140). FA Davis.
- Pyatak, E. A., Carandang, K., Rice Collins, C., & Carlson, M. (2022). Optimizing occupations, habits, and routines for health and well-being with Lifestyle Redesign®: A synthesis and scoping review. *American Journal of Occupational Therapy*, 76(5), 7605205050. <https://doi.org/10.5014/ajot.2022.049269>
- Shafer, K., & Lohse, B. (2005). *How to conduct a cognitive interview: A nutrition education example*. US Department of Agriculture, National Institute of Food and Agriculture.
- Simon, U, A., & Collins, C. (2017). Lifestyle Redesign® for chronic pain management: A retrospective clinical efficacy study. *American Journal of Occupational Therapy*, 71(4), 7104190040p1–7104190040p7. <https://doi.org/10.5014/ajot.2017.025502>
- Schwarzer, R., & Luszczynska, A. (2008). How to overcome health-compromising behaviors: The health action process approach. *European Psychologist*, 13(2), 141–151. <https://doi.org/10.1027/1016->

9040.13.2.141

- Sprange, K., Mountain, G., & Craig, C. (2021). Evaluation of intervention fidelity of a complex psychosocial intervention Lifestyle Matters: A randomised controlled trial. *BMJ Open*, 11(4), e043478. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-043478>
- Tang, Z., Yang, X., Tan, W., Ke, Y., Kou, C., Zhang, M., Liu, L., Zhang, Y., Li, X., Li, W., & Wang, S. B. (2024). Patterns of unhealthy lifestyle and their associations with depressive and anxiety symptoms among Chinese young adults: A latent class analysis. *Journal of Affective Disorders*, 352, 267–277. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.02.055>
- Topp, C. W., Østergaard, S. D., Søndergaard, S., & Bech, P. (2015). The WHO-5 Well-Being Index: A systematic review of the literature. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84(3), 167–176. <https://doi.org/10.1159/000376585>
- Wagman, P., Håkansson, C., & Björklund, A. (2012). Occupational balance as used in occupational therapy: A concept analysis. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 19(4), 322–327. <https://doi.org/10.3109/11038128.2011.596219>
- Walker, S.N. & Hill-Polerecky, D. M. (1996). *Psychometric evaluation of the health-promoting lifestyle profile II* [Unpublished Manuscript]. University of Nebraska Medical Center.
- Yao, G., Chung, C. W., Yu, C. F., & Wang, J. D. (2002). Development and verification of validity and reliability of the WHOQOL-BREF Taiwan version. *Journal of the Formosan Medical Association*, 101(5), 342–351.

「因為本事不好，所以你才會去長照」：淺談老年歧視對長期照護工作者之影響

邱滢年¹ 陳怡蓉¹ 黃鈺婷² 黃柏菁² 吳珮菁³ 林宗瑩^{1,4,*}

摘要

目的：隨著臺灣長期照護需求增加，老年歧視 (ageism) 不僅影響服務對象的福祉，也對照護提供者造成影響，本研究聚焦於長期照護環境中老年歧視如何影響長期照護工作者。

方法：本研究透過半結構訪談收集資料，研究對象為南部某一護理之家工作人員，訪談主題為關於工作經驗中感受老年歧視的看法。訪談內容經過錄音和文字轉錄後，使用主題分析法 (thematic analysis) 進行資料編碼和分析，以識別與老年歧視相關的核心主題。

結果：研究結果呈現三個主題：(1) 專業與角色定位被誤解，(2) 專業實踐的挑戰，及 (3) 政策與資源限制。研究發現受到來自社會的老年歧視，將長照工作視為專業技術要求低的領域，這種連帶污名化不僅來自社會，更來自醫療系統中其他人員，研究受訪者表達了在專業價值上的掙扎，以及在現行制度和社會資源下，造成工作者對於服務對象的照護態度及方式的影響。

結論：研究突顯長期照護領域存在的困境，即老年歧視也影響照護提供者，這不僅降低工作滿意度，也影響照護品質。建議改善策略應包括提高加強對長期照護專業重要性的認識，提供更多支持和資源給予從事長照領域的工作者，並在培訓中納入有關歧視識別和應對的內容，以提高照護品質並促進工作場所的公平與尊重。

關鍵詞：長期照護、年齡歧視、污名、專業價值

國立成功大學醫學院健康照護科學研究所¹
香港都會大學護理與健康學院物理治療學系²
國立成功大學工學院生物醫學工程研究所³
國立成功大學醫學院職能治療學系⁴

* 通訊作者：林宗瑩
台南市東區大學路 1 號
電話：886-6-2353535 分機 5106
電子信箱：cylin36933@gs.ncku.edu.tw

受文日期：113 年 5 月 8 日
接受刊載：114 年 3 月 3 日

“You aren’t good enough, that’s why you work in the nursing home”: A Brief Report on the Impact of Ageism on Long-Term Care Providers

Ying-Nien Chiu^a, Yi-Jung Chen^a, Yu-Ting Huang^a, Po-Ching Huang^b, Pei-Ching Wu^c, Chung-Ying Lin^{a,d,*}

Abstract

Purpose: As the demand for long-term care services increases in Taiwan, ageism not only impacts the well-being of those being served but also the care providers. This study examined how ageism affects long-term care workers.

Methods: The present authors collected data through semi-structured interviews with staff from a nursing home located in Southern Taiwan. The topic of the interviews was mainly about the perceptions of ageism during their work. The interviews were recorded and transcribed verbatim, and thematic analysis was used for data coding and analysis to identify core themes related to ageism.

Results: The findings of this study revealed three themes: (1) Misunderstanding of long-term care providers’ professional identity and position at work; (2) Challenges in professional practice; and (3) Policy and resource limitations. It was found that long-term care workers perceive ageism from the society and other members of the medical system, which views long-term care work as a field only requiring low professional skills. This stigma not only came from the society but also came from others. Interviewees expressed struggles with their professional value and how the current system and societal resources affect their attitudes and approaches to caring for clients.

Conclusion: This study highlights the dilemmas existing in the field of long-term care, where ageism also affects the care providers, reducing job satisfaction and impacting the quality of care. The study suggests that improvement strategies should include enhancing recognition of the importance of professionalism in long-term care and providing more support and resources to workers in this field to improve overall care quality and job satisfaction. Furthermore, worker training should incorporate content on identifying and responding to discrimination to promote fairness and respect in the workplace, thereby improving care quality.

Keywords: Long-term care, Ageism, Stigma, Professional value

^aInstitute of Allied Health Sciences, College of Medicine, National Cheng Kung University

^bDepartment of Physiotherapy, School of Nursing and Health Studies, Hong Kong Metropolitan University

^cDepartment of Biomedical Engineering, National Cheng Kung University

^dDepartment of Occupational Therapy, College of Medicine, National Cheng Kung University

*Correspondence: Chung-Ying Lin

No. 1, University Rd., East District, Tainan 70101, Taiwan

TEL: +886-6-2353535 ext. 5106

E-mail: cylin36933@gs.ncku.edu.tw

前言

年齡歧視 (ageism) 來自人們對於某一特定年齡群體成員的特徵，包含身體外貌、精神能力、宗教信仰等，持有特定的想法與信念（刻板印象），進一步對此年齡群體產生態度（偏見）與行為（歧視）(World Health Organization, 2021)。老年族群常見的偏見，除了負面態度，如敵視和冷漠等，亦有正面態度，如同情和憐憫等，兩種偏見態度都可能帶來歧視，例如，認為老年人是脆弱和依賴的刻板印象，因此給予過度同情或不當憐憫，反而限制了老年人的自主性和尊嚴，造成年齡歧視 (Chang et al., 2020; Cary et al., 2017)。在醫療照護領域，當專業人員對老年人持有偏見或歧視時，可能導致他們對老年人的需求不夠重視，從而影響服務的品質，例如，他們可能認為老年人對於健康問題陳述是自然老化的結果，較少給予充分的醫療或心理支持 (Araújo et al., 2023; São José & Amado, 2017)。減少年齡歧視不僅減少老年人醫療支出，對社會有經濟效益，也對老年人的健康有好處 (Levy et al., 2020)。

另一方面，專業人員亦可能受到社會對於老年族群歧視引發連帶污名 (courtesy stigma) 與關聯污名 (affiliate stigma) (Chen et al., 2023; Hu et al., 2023; Ostaszkievicz et al., 2016)，即為「基於照顧提供者與老年族群的關係，連帶照顧提供者遭受污名化」。在 COVID-19 期間，年齡大小成為如何分配醫療資源的決定因素之一，使得年齡歧視問題變得更加明顯 (Farrell et al., 2020; Fraser et al., 2020)，也由於老年族群照護需求複雜，加上醫療資源有限，長照工作者處在孤立、染病高風險以及服務對象高死亡率的工作環境中，甚至相較醫院工作者照護 COVID-19 患者的英勇形象，長照工作者卻被譴責未能妥善照護老年族群導致高死亡率，甚至媒體因而將長照工作者視為 COVID-19 的問題源 (White et al., 2021)。

在不斷變化且具有高度複雜性的長期照護領域，照護品質面臨諸多挑戰。現行長期照護設置標準，如人員配置和設施要求等結構性因素，在提升照護品質方面具有一定作用，但是長照工作者實際照顧過程提供專業與以人為本的照

護精神是影響品質的關鍵 (Kalideen et al, 2022)。因此，理解長期照護領域可能存在的歧視問題，對於提高整體照護品質至關重要。本研究為發展年齡歧視量表以探究台灣醫護族群在老年歧視現況之前導研究，請長照領域護理人員針對量表題目給予意見並分享老年歧視的看法。有趣的是，多數受訪者透露從事長期照護工作時，社會對老年族群與長照專業的偏見，導致長照工作者連帶受到歧視的例子。本文整理並分析研究訪談資料，欲呈現臺灣長期照護領域中潛在的歧視，希望幫助讀者認識長照工作者困境與挑戰。

研究方法

本研究為發展年齡歧視量表之前導研究，請長照領域護理人員閱讀量表題目並給予意見，同時邀請受訪者分享對於老年歧視的看法，以及自身從事長期照護工作時接觸過哪些歧視例子。招募訪談對象採用方便取樣，本研究第二作者在某一長期照護研討會結識臺灣南部某醫療附設護理之家工作人員，經由工作人員引薦，以研究生身份向受訪機構說明研究目的後，獲得同意後，以滾雪球方式進行招募，研究招募與訪談期間從 2023 年 6 月至 8 月。所有受訪者瞭解研究目的並且同意錄音後，由同一位負責招募研究成員進行一對一量表題目審閱與半結構式訪談，訪談時間約 60 分鐘，訪談地點在該機構的會客室，為半開放空間，訪談時間依受訪者方便而決定。所有受訪者以數字代稱，例如 N1 表示 1 號受訪者。本研究通過國立成功大學醫學院附設醫院人體試驗委員會審核，計畫編號 B-ER-111-210。

資料分析

研究訪談資料使用主題分析法 (thematic analysis; Vaismoradi et al., 2013)。所有訪談錄音檔製作成逐字稿後，由研究團隊三位成員（為本研究之前三作者）進行校對，藉由反覆閱讀逐字稿，以深入瞭解整體脈絡和受訪者的感受與經驗，並萃取有意義的內容如：對老年人刻板印象、偏見、歧視等進行討論，以建立

初步編碼。接著由具有質性研究經驗研究成員比較各個編碼概念的相關性，建立類別與主題，如造成歧視的因素、影響專業價值的因素、長照政策等。最後研究團隊檢視概念主題，確認研究結果是否貼近受訪者真實經驗。

研究結果

研究結果呈現 6 位護理之家女性護理師，從事長期照護工作時受到社會對老年族群偏見連帶歧視經驗，其中針對歧視經驗的分享內容平均 20 分鐘，受訪者資料如表 1。研究分析結果呈現三個主題：(1) 老年歧視影響長照專業與角色定位被誤解、(2) 老年歧視帶來專業實踐的挑戰、(3) 老年歧視影響政策與資源限制對長照工作者支持。

表 1 受訪者基本資料表

受訪者代號	職稱	長照服務年資	過往醫療工作經歷
N1	護理師	15 年	畢業後就在長照服務至今
N2	護理長	13 年	產科兒科、內科病房
N3	護理師	15 年	肺結核病房
N4	護理師	23 年	畢業後就在長照服務至今
N5	護理師	10 年	安寧病房
N6	護理師	14 年	急診

老年歧視影響長照專業與角色定位被誤解

多數受訪者強調長期照護以照護老年人為主，老年人需求和照護方式有別於其他族群，但是社會採取一般疾病照護觀點看待老年人照護需求，造成長照專業的不理解。此外社會對老年長照族群的刻板印象，誤解這類族群本身照護需求不高，認為長期照護工作不如醫院業務繁忙，事實上是照護對象屬性與照

護重點不同的緣故。

「他們覺得機構的照護的需求沒有那麼高，他們就覺得說他們等於就是等死，可是不是這樣，你到長照，其實長照很繁瑣的。…。急性病房它是在治療…、藥物的處理、order 的處理、給藥的部分，可是長照比較不是這一些部分…，很多的是日常生活中溝通、照護部分，所以它的照顧重點是不一樣。」(N2)

由於長期照護單位與急性醫療單位看待服務對象的角度不同，其工作性質和專業性不同，然而當專業性不被認同時，也造成專業單位之間的歧視。

「我朋友因為他們也都走體系的，那時候就有說，蛤，你幹嘛去老人的地方？其實就會帶一點點歧視……所以當別人有出現那種的時候，我就會也不太主動跟他說我在哪一個單位，這樣子，他就會覺得說，你就是因為本事不好，所以你會去長照。」(N6)

老年歧視帶來長照專業實踐的挑戰

長期照護單位的人員配置是以護理師與照服員為主軸，醫師等其他醫療人員並非長時間進駐，當服務對象身體健康出現狀況，護理師無法及時獲得醫療指示，需要發揮專業與更高獨立性處理醫療照護問題，並非外界想像老年照護需求不高，長照工作不需要專業。

「因為長照它沒有醫師…。其實平常時都是護理師跟照服員在這裡，所以護理師獨立性要更高。所以我覺得這個反而是急性病房的一個，你說歧視嗎？一個觀念，我覺得是你沒有踏入長照，你不知道長照的難處在哪裡，你可能就是只能，就是刻板印象覺得他們也沒有幹嘛，可是不是這麼回事。」(N2)

由於沒有醫師駐診，無法執行醫療行為，主要的處理方式通常是送往急診，如 N1 提到「因為我們這邊沒有所謂的醫生，我們沒有什麼所謂的 order，所以變成說我們還是要送急診啦！因為我們不可能把他放在這邊。」使得多數醫院急診端認為長照工作者過於擔心或是判斷不準確，造成專業間誤解，進一步 N6 談到長照工作人員的困境，受限長照工作環境只能做有限的處理，除了承擔照護責任，還需面對專業間的質疑。

「我就在病房...「你不舒服喔？那我叫一下醫生」這樣不就解決了嗎？我就負責給藥就好了，可是我們不是，我們一定要先處理完不行才能送，因為我們送去急診，急診都說我們有做了什麼處理。」
(N6)

老年歧視影響政策與資源限制對長照工作者支持

多數受訪者認同政府推動在地老化政策方向，然而當老年人身體功能受限無法自理且家庭無法提供支持時，就需依賴機構提供的照護。但是現行政策是以能夠在地老化的老年人為主，並沒有支持需要住在機構的老年人，連帶對於長照機構的支持也是缺乏的。

「現在長照政策就是以在地老化為主，當然這方向是正確的...，可是他的身體功能都沒有辦法自理它在地老化，所以他一定要到機構來。可是我們的政策，我們國家的政策又沒有補助這一塊。他的偏向就是在地老化這一塊，所以住在機構的老人的家庭就負擔很大，...目前，走到現在的話，他對機構是沒有...支持的部分。」(N2)

多數長照機構考量營運成本，追求經濟效益通常是採用評鑑最低標準來設計以提供照護服務，這不僅限制了長照機構的照護品質，評鑑標準也反映了現行長照政策對於機構老年人照護需求的觀點。

「因為你要有好的照護品質你一定要有人力，可是長照本來就是一個人力密集的地方，對，可是你為了你機構要賺錢的話，他一定是以最低的設計標準。可是以最低的設計標準的話，你的照護品質一定沒有想像中的好，這個就是政策部分啦，…就是只能說因為我們目前的長照政策是還沒有那麼的妥善啦。」(N2)

討論

本研究結果呈現三個主題：(1) 老年歧視影響長照專業與角色定位被誤解；(2) 老年歧視帶來長照專業實踐的挑戰；(3) 老年歧視影響政策與資源限制對長照工作者支持。這種連帶污名化不僅來自社會，更來自醫療系統中其他人員，受訪者表達了專業價值被誤解，以及在現行制度和社會資源下，造成工作者對於服務對象的照護態度及方式的影響。長照工作者的專業價值面臨諸多挑戰，其中之一是老年歧視影響社會看待長照工作者 (Stewart et al., 2023)，長期照護時常被視為低技能和低地位的工作。在美國社會同樣也有在護理之家就業的護理師是次等的 (second-class nursing) 觀點，認為不夠聰明的人無法進醫院，所以才在護理之家工作 (Abbasi, 2021)。

本研究發現由於長期照護團隊沒有醫生常駐，無法及時提供相應的醫療處置，顯示長期照護單位在專業人員和醫療資源方面的限制。這種限制對於長期照護單位可提供的專業服務以及緊急情況下的處理能力，造成了顯著影響。當服務對象的健康問題超過長照工作者專業領域時，考量家屬期望、醫療資源的可用性以及潛在的法律後果，往往解決方案是將服務對象送往急診，而非依據服務對象個人意願和實際健康狀況變化來決定 (Arendts et al., 2015; Marincowitz et al., 2022)。這樣的應對機制，也反映了長期照護團隊在專業受限的情況下，對外在醫療服務的依賴。然而缺乏足夠的醫療支持，在面對緊急醫療情況時需要依賴急診服務，除了對服務對象和家庭造成不便，也可能對醫療系統產生壓力，多數被認為送急診是不必要的 (Lemoyne et al., 2019)。

此外，當長照工作者在將服務對象轉至醫院急診，常感受到缺乏同理和支持，特別是亞洲文化醫療決策過程是以家庭主導 (Cheng et al., 2020)，家屬和醫療端之間想法出現落差時，長照工作者常感受到被夾在中間 (陳柏安 & 鄭綺, 2019; Nguyen et al., 2022)。本研究同樣發現醫療資源不連貫性，以及護理人員在專業角色上的限制，是導致這些問題的主要因素 (Tsai et al., 2016)。由於長期照護機構中的護理人員時常面臨身份資源的限制，他們在緊急轉診時經常在缺乏充足支持的情況下作出醫療決策。這不僅增加了他們的工作壓力，也可能對服務對象的健康結果產生不利影響。此外，社會對於長期照護工作的刻板印象進一步加深了這一問題，導致護理人員在轉介過程中感到被邊緣化和不被尊重 (Tsai et al., 2016)。

為了解決這些問題，研究建議採取多方面的策略來提升長照工作者的專業價值和工作條件。這包括提高家屬在照護過程中的參與度、改善與醫院端的溝通和資源共享，以及增強長照專業發展和支持職業規劃 (Fitzpatrick et al., 2023; Stewart et al., 2023; Thompson et al., 2018)。提高照護品質與長照專業價值，並最終提升長照工作者的專業價值。

研究限制

本研究訪談對象僅為南部地區護理之家護理人員，在長照工作的範疇不限於護理專業，包含醫師、社工、復健領域，甚至照服員等都在長照領域中扮演至關重要的角色。他們彼此之中的交互關係與影響，以及對於老年歧視的看法在這次研究中並無法呈現。未來可以考慮針對不同場域工作者，甚至不同的文化背景的高齡者進行深入的訪談。此外，本研究訪談時間過短，政府的健康政策如何影響長照工作者，或者甚至相對資源被剝奪者（例如年輕人）對於老年人的態度和照護，都是可以進一步研究，建議後續可以納入參與式觀察，更能探究老年歧視如何影響長照領域。

結論

本研究呈現老年歧視對長照工作者的影響，由於社會對長期照護專業的刻板印象，不僅影響了長照工作者的專業價值，也造成長照實務上的挑戰。受政策與資源限制的影響，人力配置與醫療支援方面都面臨嚴峻挑戰，進一步影響照護服務品質。未來應從政策層面加強對長照專業的支援，並提升社會對長照工作專業的認識。

致謝

本研究感謝國家衛生研究院 (NHRI-14A1-CG-CO-04-2225-1) 以及中央研究院 (AS-GCS-113-H01) 支持。

參考文獻

- 陳柏安、鄭綺 (2019)。作為中間人的克服和協調：轉送長照機構住民至急診的護理經驗。《新臺北護理期刊》，21(2)，39-51。https://doi.org/10.6540/NTJN.201909_21(2).0004
- Abbasi J. (2021). COVID-19 Crisis Advances Efforts to Reimagine Nursing Homes. *JAMA*, 326(16), 1568–1570. https://doi.org/10.1001/jama.2021.13326
- Araújo, P. O., Soares, I. M. S. C., Vale, P. R. L. F. D., Sousa, A. R., Aparicio, E. C., & Carvalho, E. S. (2023). Ageism directed to older adults in health services: A scoping review. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 31, e4019. https://doi.org/10.1590/1518-8345.6727.4020
- Arendts, G., Popescu, A., Howting, D., Quine, S., & Howard, K. (2015). 'They never talked to me about...': Perspectives on aged care resident transfer to emergency departments. *Australasian Journal on Ageing*, 34(2), 95–102. https://doi.org/10.1111/ajag.12125
- Chang, E. S., Kanno, S., Levy, S., Wang, S. Y., Lee, J. E., & Levy, B. R. (2020). Global reach of ageism on older persons' health: A systematic review. *Plos One*, 15(1), e0220857. https://doi.org/10.1371/

journal.pone.0220857

- Cary, L. A., Chasteen, A. L., & Remedios, J. (2017). The Ambivalent Ageism Scale: Developing and Validating a Scale to Measure Benevolent and Hostile Ageism. *Gerontologist*, 57(2), e27–e36. <https://doi.org/10.1093/geront/gnw118>
- Chen, Y. J., Su, J. A., Chen, J. S., Liu, C. H., Griffiths, M. D., Tsai, H. C., Chang, C. C., & Lin, C. Y. (2023). Examining the association between neuropsychiatric symptoms among people with dementia and caregiver mental health: are caregiver burden and affiliate stigma mediators? *BMC Geriatrics*, 23(1), 27. <https://doi.org/10.1186/s12877-023-03735-2>
- Cheng, S. Y., Lin, C. P., Chan, H. Y., Martina, D., Mori, M., Kim, S. H., & Ng, R. (2020). Advance care planning in Asian culture. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 50(9), 976–989. <https://doi.org/10.1093/jjco/hyaa131>
- Farrell, T. W., Ferrante, L. E., Brown, T., Francis, L., Widera, E., Rhodes, R., Rosen, T., Hwang, U., Witt, L. J., Thothala, N., Liu, S. W., Vitale, C. A., Braun, U. K., Stephens, C., & Saliba, D. (2020). AGS Position Statement: Resource Allocation Strategies and Age-Related Considerations in the COVID-19 Era and Beyond. *Journal of the American Geriatrics Society*, 68(6), 1136–1142. <https://doi.org/10.1111/jgs.16537>
- Fitzpatrick, J. M., Bianchi, L. A., Hayes, N., Da Silva, T., & Harris, R. (2023). Professional development and career planning for nurses working in care homes for older people: A scoping review. *International Journal of Older People Nursing*, 18(1), e12519. <https://doi.org/10.1111/opn.12519>
- Fraser, S., Lagacé, M., Bongué, B., Ndeye, N., Guyot, J., Bechard, L., Garcia, L., Taler, V., CCNA Social Inclusion and Stigma Working Group, Adam, S., Beaulieu, M., Bergeron, C. D., Boudjemadi, V., Desmette, D., Donizzetti, A. R., Éthier, S., Garon, S., Gillis, M., Levasseur, M., Lortie-Lussier, M., ... Tougas, F. (2020). Ageism and COVID-19: what does our society's response say about us? *Age and Ageing*, 49(5), 692–695. <https://doi.org/10.1093/ageing/afaa097>
- Hu, Y. L., Chang, C. C., Lee, C. H., Liu, C. H., Chen, Y. J., Su, J. A., Lin, C. Y., & Griffiths, M. D. (2023). Associations between Affiliate Stigma and Quality of Life among Caregivers of Individuals with Dementia: Mediated Roles of Caregiving Burden and Psychological Distress. *Asian Journal of*

Social Health and Behavior 6(2) https://doi.org/10.4103/shb.shb_67_23

- Kalideen, L., Govender, P., & van Wyk, J. M. (2022). Standards and quality of care for older persons in long term care facilities: a scoping review. *BMC geriatrics*, 22(1), 226. <https://doi.org/10.1186/s12877-022-02892-0>
- Lemoyne, S. E., Herbots, H. H., De Blick, D., Remmen, R., Monsieurs, K. G., & Van Bogaert, P. (2019). Appropriateness of transferring nursing home residents to emergency departments: a systematic review. *BMC Geriatrics*, 19(1), 17. <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1028-z>
- Levy, B. R., Slade, M. D., Chang, E. S., Kanno, S., & Wang, S. Y. (2020). Ageism Amplifies Cost and Prevalence of Health Conditions. *Gerontologist*, 60(1), 174–181. <https://doi.org/10.1093/geront/gny131>
- Marincowitz, C., Preston, L., Cantrell, A., Tonkins, M., Sabir, L., & Mason, S. (2022). What influences decisions to transfer older care-home residents to the emergency department? A synthesis of qualitative reviews. *Age and Ageing*, 51(11), afac257. <https://doi.org/10.1093/ageing/afac257>
- Nguyen, P. T., Liaw, S. Y., Tan, A. J. Q., Rusli, K. D. B., Tan, L. L. C., Goh, H. S., & Chua, W. L. (2022). “Nurses caught in the middle”: A qualitative study of nurses’ perspectives on the decision to transfer deteriorating nursing home residents to emergency departments in Singapore. *Collegian*, 29(4), 430–437. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.colegn.2021.10.013>
- Ostaszkiwicz, J., O’Connell, B., & Dunning, T. (2016). ‘We just do the dirty work’: dealing with incontinence, courtesy stigma and the low occupational status of carework in long-term aged care facilities. *Journal of clinical nursing*, 25(17-18), 2528–2541. <https://doi.org/10.1111/jocn.13292>
- São José, J. M., & Amado, C. A. (2017). On studying ageism in long-term care: a systematic review of the literature. *International Psychogeriatrics*, 29(3), 373–387. <https://doi.org/10.1017/S1041610216001915>
- Stewart, C., Berta, W. B., Laporte, A., Deber, R., & Baumann, A. (2023). Nurses’ work, work psychology, and the evolution & devolution of care provision in nursing homes: A scoping review. *International Journal of Nursing Studies Advances*, 5, 100133. <https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2023.100133>
- Thompson, J., Cook, G., & Duschinsky, R. (2018). “I’m not sure I’m a nurse”: A hermeneutic

- phenomenological study of nursing home nurses' work identity. *Journal of Clinical Nursing*, 27(5-6), 1049–1062. <https://doi.org/10.1111/jocn.14111>
- Tsai, H. H., Tsai, Y. F., & Huang, H. L. (2016). Nursing home nurses' experiences of resident transfers to the emergency department: no empathy for our work environment difficulties. *Journal of Clinical Nursing*, 25(5-6), 610–618. <https://doi.org/10.1111/jocn.13084>
- Vaismoradi, M., Turunen, H., & Bondas, T. (2013). Content analysis and thematic analysis: Implications for conducting a qualitative descriptive study. *Nursing & Health Sciences*, 15(3), 398–405. <https://doi.org/10.1111/nhs.12048>
- White, E. M., Wetle, T. F., Reddy, A., & Baier, R. R. (2021). Front-line Nursing Home Staff Experiences During the COVID-19 Pandemic. *Journal of the American Medical Directors Association*, 22(1), 199–203. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.11.022>
- World Health Organization. (2021 March 18). Global Report on Ageism. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240016866>

臺灣職能治療所設立與經營商業模式探析

許庭榕¹

摘要

自臺灣頒布並修正《職能治療所設置標準》以來，關於職能治療所設立流程的相關研究仍相當有限，在經營管理層面亦缺乏具體可參考的經營模式。本研究旨在回顧職能治療所的設立流程，並運用商業經營模式分析其價值定位與發展潛力。

本研究邀請三位具職能治療所經營管理經驗的專家，透過半結構式訪談蒐集資料。訪談內容依據商業模式九大要素設計訪談指引，並透過主題分析統整各構面，包括：(1) 內部營運（關鍵合作夥伴、關鍵活動、關鍵資源、通路）、(2) 財務分析（成本結構、收益流），以及 (3) 經營策略（價值主張、目標客群、客戶關係）。管理內涵與策略則進一步歸納於各核心主題之下，以提供完整的經營參考架構。

隨著新冠肺炎疫情對營運環境的影響，職能治療所在後疫情時代面臨新的挑戰與變革。本研究認為，設計符合自身需求的商業經營模式，將有助於職能治療所適應內外部環境的變動，提升穩健發展的能力。本研究結果期望能促進職能治療所的經營發展與服務品質提升，並為專業人士與政策規劃者提供實務參考。

關鍵詞：經營模式，商業模式，職能治療，職能治療所

稻香職能治療所 - 委託臺北榮民總醫院經營管理¹

受文日期：112 年 12 月 31 日

接受刊載：114 年 3 月 3 日

* 通訊作者：許庭榕

臺北市北投區稻香路 81 號 6 樓之 1

電話：02-28956001

電子信箱：s1553901@gmail.com

Analysis of Establishment and Business Model of Occupational Therapy Clinic in Taiwan

Ting-Jung Hsu^{a,*}

Abstract

Since the implementation of standards for establishing occupational therapy clinics in Taiwan, there has been a lack of studies examining the establishment process and the specific business models used in the management of occupational therapy clinics. This study aimed to review the process of establishing occupational therapy clinics and to analyze their value propositions and potential for development through the application of a business model.

Three experienced experts in occupational therapy clinics management participated in this study through semi-structured interviews conducted individually. The interviews followed a guideline based on the nine components of the business model framework. Thematic analysis was used to integrate key aspects of each component, categorized into three main domains: (1) Internal Operations (key partners, key activities, key resources, and channels), (2) Financial Analysis (cost structure and revenue streams), (3) Business Strategies (value propositions, customer segments, and customer relationships). Managerial insights and strategies were systematically categorized under each core theme.

Following the impact of the COVID-19 pandemic, the operational landscape of occupational therapy clinics has evolved in the post-pandemic era. To navigate unforeseen changes in both internal and external environments, it is essential for clinics to develop tailored business models that support long-term stability and growth. The findings of this study may contribute to the advancement of occupational therapy clinic operations and service quality, offering valuable insights for professionals and policymakers in optimizing clinic management and future development.

Keywords: Business Model, Business Model Canvas, Occupational Therapy, Occupational Therapy Clinic

^aDaoxiang Occupational Therapy Clinic, Taipei City, Taiwan

Received: 2023/12/31

Accepted: 2025/3/3

*Correspondence: Ting-Jung Hsu

6F.-1, No. 81, Daoxiang Rd., Beitou Dist., Taipei
City 112016, Taiwan

TEL: +886-2-28956001

E-mail: s1553901@gmail.com

前言

臺灣於民國 87 年頒布職能治療所設置標準，隨著社會環境變遷、國人健康意識抬升與人口老化影響，並配合長期照顧十年計畫 2.0（以下簡稱長照 2.0）的推動實施，在民國 106 年修正職能治療所設置標準（衛生福利部，2017）；新增「僅提供居家職能治療之職能治療所相關設施規定」，配合實務簡化居家式職能治療所硬體設施規範，另也開放職能治療所可與物理治療所、語言治療所或其他醫事機構聯合設置，提供民眾一站式多元化服務，予以治療所更多的彈性與執業空間，以因應持續增加之職能治療需求。

職能治療所共區分為三種經營型態：機構式、居家式、聯合式，目前全臺灣共有 149 間職能治療所設立，其中機構式職能治療所共 65 家（占 43.6%）、居家式職能治療所共 74 家（占 49.7%）、聯合設置式職能治療所共 10 家（占 6.9%）（衛生福利部，2024）；隨著治療所法規修訂與長照 2.0 政策推動，居家式職能治療所設立家數成長最多，同時在社團法人臺灣職能治療學會之職能治療人力報告 (2023) 中職能治療所執業登記總人數指出，居家式職能治療所執業登記人數亦為最多（圖 1），可見職能治療所因應政策推動與需求增加發展越趨多元。在職能治療所提供治療項目方面，應能提供職能治療評估，並能提供至少兩項下列項目：(1)

作業治療、(2) 產業治療、(3) 娛樂治療、(4) 感覺統合治療、(5) 人造肢體使用之訓練及指導、(6) 副木及功能性輔具之設計、製作、使用訓練及指導、(7) 其他經中央衛生主管機關認可之職能治療業務（衛生福利部，2017）。

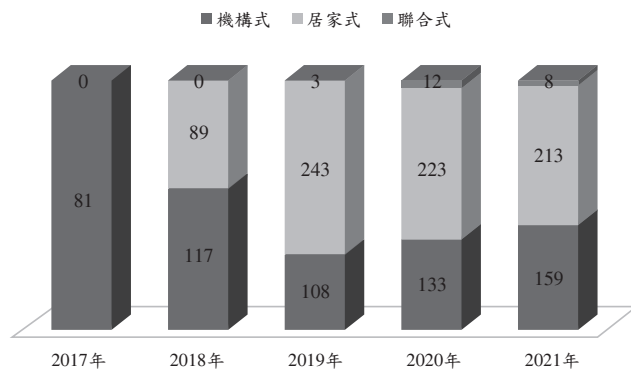


圖 1 2017 年至 2021 年職能治療所執業登記總人數趨勢變化圖

職能治療所創業服務型態十分多元，且多有重疊之處難以區分，Anderson & Nelson (2011) 綜整歸類出以下六類服務型態：(1) 仲介合約委託服務 (agency-contracted direct service)、(2) 個案自費服務 (client-paid direct service)、(3) 多專業治療師商業服務擁有者及管理者 (ownership and management of a multitherapist service business)、(4) 諮詢服務 (consultation)、(5) 產品發展服務 (product development)、(6) 教育性專題研討 (educational seminars)。治療所皆可因應有治療需求者提供自費服務，對應上述職能治療所向當地衛生局申請核可之治療項目提供自費服務，另亦可申請長照 2.0 特約提供專業服務，則為因應長照政策提供仲介合約委託服務，目前共有 96 家職能治療所提供長照 2.0 服務，其中以居家式職能治療所共 74 家（占 77%）為主要申請型態，其次為機構式職能治療所共 18 家（占 18.8%）、聯合式職能治療所共 4 家（占 4.2%）；另一部分職能治療所，則提供兒童早期療育服務，其中以機構式職能治療所共 56 家（占 87.5%）為主要經營型態，其次為聯合式職能治療所共 8 家（占 12.5%），且高達 90.6% 治療所以自費服務型態為主；最後，少部分職能治療所提供全民健康保險服務，其為仲介合約委託服務，向衛生福利部中央健康保險署之治療所所在地業務組申請，須為機構式或聯合式職能治療所於開業執照核發日期 15 個工作日內提出申請，目前共有 7 家職能治療所提供服務（衛生福利部中央健康保險署，2024）。

職能治療師在養成教育過程中，會針對個案複雜需求與其職能環境建立連結，以讓個案之功能與正向調適至最大化，此乃職能治療利於創業之基礎本質 (Anderson & Nelson, 2011)。但創業並非易事，研究指出約有 1/3 新成立單位未營運超過兩年即失敗，其中僅剩 44% 成立單位營運超過四年，其原因包含：(1) 缺乏足夠的準備、(2) 缺乏完善的經驗、(3) 創辦者個人問題、(4) 錯估財務、(5) 未能準確解決顧客問題 (Kuehn, 2020; Anderson & Nelson, 2011)。由此可見，對於欲設立職能治療所之負責人，雖具備創業之基礎本質，但未有完善的具體經營模式規劃因應個案需求，仍可能面臨失敗。

隨著職能治療專業服務漸趨多元，具體有效的經營模式可促進專業領域之發展，而其中 Osterwalder & Pigneur (2010) 所提出之經營商業模式最廣為使用，

其為一項導入企業策略管理之分析工具，提供創業者一個全面性架構，去闡述與瞭解經營企業之關鍵要素，使治療所發展更具競爭力，目前在各經營模式中此模式分析最為完整與詳盡，適合作為職能治療所全面性分析之經營模式架構（蔡佩君，2020）；此商業模式包含九項要素，以下就治療所觀點進行闡述，分別為：(1) 關鍵合作夥伴：即治療所維持運作所需之重要合作對象（如：政府機關、醫療院所等）；(2) 關鍵活動：為治療所必須完成之重要事項，主要分為生產活動、問題解決、平台或網絡（如：每年度醫事機構督導考核等）；(3) 關鍵資源：即治療所維持運作所需之重要資產，包含實體資產、智慧資產、人力資產與財務資產（如：維持良好醫病關係、認知教具研發等）；(4) 通路：透過各項管道或途徑接觸目標客群（如：於社區活動中宣傳治療所提供之服務等）；(5) 成本結構：即治療所維持運作之所有成本（如：聘用治療師的人事費用等）；(6) 收益流：即治療所收入扣除成本後之獲取利潤；(7) 價值主張：為治療所提供之服務或產品為個案帶來效益（如：客製化 (tailor-made) 自費服務等）；(8) 目標客群：治療所鎖定特定類型客群提供服務與產品（如：鎖定有早期療育需求之兒童進行服務等）；(9) 客戶關係：治療所與特定客群所建立之關係型態（如：服務滿意度調查等）。

綜觀上述，自頒布職能治療所設置標準到修正後至今，目前尚未有相關研究文獻探討職能治療所設立程序流程，且未有具體與有效的經營商業模式分析探討職能治療所經營型態。因此，本篇研究將回顧職能治療所設立程序流程之外，並應用 Osterwalder & Pigneur (2010) 所提出經營商業模式之要素構面進行應用與訪談分析，進而提升職能治療所經營發展與服務品質，並提供職能治療創業者學習與參考之架構。

方法

本研究分為兩部分進行：第一部分為統整近期資料與文獻回顧職能治療所設立程序流程與相關法規規定；第二部分為探討商業經營模式於職能治療所之

應用，以質性研究法之質性調查法 (interviewing) 設計 (穆佩芬，2014)，調查及描述商業經營模式於職能治療所之內涵或特質，運用半結構式訪談 (semi-structured interview) 進行資料蒐集；採單次個別化訪談形式進行，訪談時間約為 30 分鐘，訪談內容依循訪談指引之開放式問題 (open-ended questions) 進行訪談 (Jamshed, 2014)。

訪談對象方面須符合下列條件：(1) 職能治療相關背景者，及 (2) 具有職能治療所經營管理經驗。本研究採立意取樣，邀集三位訪談對象進行資料蒐集討論，分別為一位機構式治療所負責人、一位居家式治療所負責人、一位居家式治療所督導。訪談指引 (interview guide) 內容透過文獻回顧依循商業模式 (business model) 九要素 (關鍵合作夥伴、關鍵活動、關鍵資源、通路、成本結構、收益流、價值主張、目標客群、客戶關係) 進行問題草擬，而後參考蔡佩君 (2020) 將商業模式九要素使用主題分析 (thematic analysis; Braun & Clarke, 2006) 萃取統整為三項核心主題，將草擬問題進行整合並予以潤飾，確立共六題訪談題目 (表 1)，每項核心主題分別有兩題訪談題目；三項核心主題所包含之商業模式要素分別為：(1) 內部營運、(2) 財務分析、(3) 經營策略。

表 1 職能治療所經營商業模式訪談指引

核心主題 (要素)	訪談題目
內部營運 (關鍵合作夥伴、關鍵活動、 關鍵資源、通路)	1. 如何拓展治療所營運資源 / 通路？ 2. 如何找尋治療所合作對象？
財務分析 (成本結構、收益流)	1. 請問治療所最大開銷成本是什麼？為什麼？ 2. 如何在治療所設立初期達成收益平衡狀態？
經營策略 (價值主張、目標客群、客戶關係)	1. 如何確立治療所之經營理念 / 價值主張？ 2. 您認為治療所重要的經營策略 / 方法為何？為什麼？

於訪談工具方面，備有錄音筆與筆記本，在訪談過程中隨時將重點或想法記錄，並用錄音筆紀錄訪談內容。於訪談前說明使用錄音筆之緣由以徵求訪談對象同意，完成訪談後繕打逐字稿並進行文字編碼，與訪談筆記內容共同作為分析之文本，歸類於三項核心主題中。

結果

本研究以籌備期、登錄審核期、營運期之三階段統整職能治療所基本設立程序流程與相關規範（詳見表2）；另訪談內容以商業模式之九要素萃取三項核心主題構面對應統整之，分述如下。

表2 職能治療所設立流程檢核表

程序 階段	預計 時程	流程 事項	事項 說明	單位 / 業者	相關 法條
籌 備 期	1~1.5 個 月	確立 負責人	具中央衛生主管機關指定之醫療機構執行業務資歷兩年以上	衛生局	職能治療師法第19條
		設立 地點 確認	1. 不得設置於地下樓層 2. 確認該建築物使用類組及規模	都發局、工務局 / 代書	職能治療所設置標準第3條、內政部建築物使用類組及變更使用辦法
		空間 大小	1. 總樓地板面積須為四十五平方公尺以上，其中治療空間為三十平方公尺以上。 2. 須有明顯區隔之獨立作業場所，具隱密性。	衛生局	職能治療所設置標準第3條
		設施 設備	1. 主要出入口連結無障礙通路，非使用一樓者，設置升降設備或坡道。 2. 無障礙廁所盥洗室至少一間 3. 地板為防滑材質 4. 備有清潔與消毒設備 5. 消防設施設備符合規定 6. 訂有治療所作業手冊	衛生局、消防局 / 建築師事務所	職能治療所設置標準第3條、第5條

(續上表)

登錄 審核 期	1 個 月	治療所 登錄	1. 確立治療所名字，刻好大小章。 2. 使用執照 / 建物謄本 3. 治療所平面圖與空間規劃 4. 負責人進行執業登記	衛生局 / 建築師事務所
		實地 勘察	登錄後 2~5 日內稽核人員實地勘 查，若不通過則須重新送件 / 補件。	衛生局
		登錄 完成	取得治療所開業執照證書與公文	衛生局
營 運 期	1 個 月	開業 營運	1. 申請國稅局稅籍編號 2. 開立銀行帳戶 3. 申請勞健保投保單位設立	國稅局、勞保局、 健保局

註：居家式與聯合式職能治療所其它設立說明請參考職能治療所設置標準。

職能治療所設立程序流程

於各縣市仍尚有自主規範，且法規可能會有所調整，申請時仍須以各縣市最新規定為主。

籌備期

・確立負責人

以職能治療師一名為申請負責人，且該名職能治療師須在中央衛生主管機關指定之醫療機構執行業務兩年以上（含兩年），其執行業務年資採計，以領有職能治療師證書並依法向直轄市、縣（市）衛生主管機關辦理執業登記者為限（衛生福利部，2017）。

・設立地點確認

職能治療所為醫事機構，按規定醫事機構不得設置於都市計畫土地使用分區中之住宅區，但商業區可進行設置，並不得設置於地下樓層，且須確認該建築物使用類組（項目）及規模；樓地板面積未達一千平方公尺申請為 G3 使用類組、達一千平方公尺以上則申請為 F1 使用類組，若不符合者可經檢討特定項目

進行變更（內政部，2022）。

・治療所空間大小

職能治療所空間可為自有或是租用，其總樓地板面積須為四十五平方公尺以上，其中治療空間為三十平方公尺以上，且有明顯區隔之獨立作業場所，並具隱密性，但居家式職能治療所則不在此限（衛生福利部，2017）。若需進行天花板、牆壁、固定式隔間之室內裝修，且非透天厝自有房屋，依規定須申請室內裝修施工許可証方可施工（內政部，2023）。

・設施設備

治療所主要出入口連結無障礙通路，若非使用一樓者，則需設置升降設備或坡道，另外治療所內須設置無障礙廁所盥洗室至少一間，地板使用為防滑材質（須檢附防滑試驗報告證明），以上所述設施設備於居家式職能治療所不在此限，但消防設施設備須符合規定（衛生福利部，2017），如：裝設具內政部消防署認證合格防焰標示的防焰窗簾與防焰地板／毯（內政部，2019）、避難逃生設備（如緊急出口指示燈、緊急照明燈）與逃生動線規劃、滅火器／消防栓箱／煙霧偵測器／室內排煙設備／自動撒水設備設置等，若建物為集合住宅者，在立案範圍內須設置火警受信總機、警報和廣播系統。另外，治療所內須備有清潔及消毒設備，以及訂有作業手冊，並定期修正之。

登錄審核期

・治療所登錄

依治療所所在地衛生局處規定，準備相關登錄文件申請；首先確立治療所名字，並刻製大章（治療所名字）、小章（負責人姓名），負責人自行開立治療所在職證明並進行執業登記程序，取得當地職能治療師公會開立會員執業證明書，並填具醫療（事）機構登錄及變更申請書、醫事人員業態異動（執業、歇業、變更、報備支援）登記申請表，以及確立營業場所之地址（至所在地戶

政事務所申請門牌證明書），提供設備簡圖（標示動線、設備位置及執行的職能治療項目）、平面圖（須標示場地平方公尺面積大小與總樓地板面積，可協請建築師事務所）、配置醫事與相關人員名冊、都發局建築物使用執照（為審核建築物合法性）／合法房屋證明文件／地政事務所建物謄本、單位簽訂契約書／合約等。

• 實地勘察

完成送審相關登錄文件後，主要由衛生局處稽核人員進行實地勘察，另工務局、消防局處是否進行實地勘察由各縣市規定，若以上勘察不通過則需重新送件／補件。

• 登錄完成

實地勘察通過後，即可取得治療所開業執照證書與衛生局處核准開業公文。

營運期

於治療所正式開幕前，可懸掛符合規定之市招（招牌）（內政部，2023），並至所在地國稅局處申請稅籍編號，且須申請勞健保投保單位設立（若治療所僅只有負責人一人，勞保投保單位不須申請設立）、開立治療所銀行帳戶，以及申請並開通醫事人員卡與醫事機構卡。

職能治療所經營商業模式

• 訪談對象基本資料

本研究訪談對象共三位，皆具有職能治療所經營管理經驗背景者，分別為兩位男性、一位女性。受訪者 A 為男性，具 10 年的職能治療執業年資，開設機構式治療所（管理年資 0.5 年）。受訪者 B 為女性，具 16 年的職能治療執業年資，開設居家式治療所（管理年資 5.4 年）。受訪者 C 為男性，具 24 年的職

能治療執業年資，開設居家式治療所（管理年資 5 年）。訪談結果資料以內部營運、財務分析、經營策略三項核心主題進行歸納說明之，分述如下。

・內部營運

內部營運核心主題包含關鍵合作夥伴、關鍵活動、關鍵資源與通路等商業模式要素。治療所在地鄰里社區資源與長照 2.0 相關單位皆為重要的關鍵合作夥伴與資源，且根據長照政策，治療所可與各縣市簽訂特約和長照 A 單位合作，也可申請成立據點或其他政府局處計畫標案，並可開發自費異業合作模式通路（如：桌遊開發、認知牌卡研發等），增加治療所曝光度（如：經營 Facebook 粉絲專頁、Instagram；製作治療所宣傳單張；設立 Google 地標等），向民眾或其他專業領域人員跨域推廣治療所。

「拜訪治療所附近的鄰里長們，並合作舉辦社區推廣活動，請鄰里長協助發布資訊公告，增加社區曝光度。」（受訪者 C）

「積極參與長照 A 單位聯繫會議，多和其他 B 單位進行交流，相互合作轉介個案與資源。」（受訪者 B）

「合作對象希望是主要要對服務對象有利為出發點，而這有利是能夠達成服務對象的治療需求。」（受訪者 A）

「我們治療所設立是為了走長照為主，而且也會承接政府的計畫標案。」（受訪者 B）

・財務分析

財務分析核心主題包含成本結構與收益流等商業模式要素。在治療所最大開銷成本分別為人事與租屋費用；在治療所營運初期，負責人多為身兼多職，若治療所非為自有房屋，租屋費用為較大的開銷成本，且需要有足夠的設立預備資金，以因應財務之變動，並盡量節省成本開銷。

「為了節省成本開銷，負責人在初期時都是身兼多職，而且本身治療所非居家式，所以房租成本占比比較大。」（受訪者 A）

「透過宣傳與社群媒體增加治療所曝光度，進而增加服務個案案源。」（受訪者 C）

「盡可能減少不必要的支出費用，像是影印費、器材租借費、清潔費等。」（受訪者 B）

「治療所一開始要有基礎的收入，雖然有發展自費服務項目，但更多心力在長照服務這部分，目前治療所人力吃緊，會持續增聘治療師，並將人力資源往社區活動、自費服務傾斜。」（受訪者 A）

「承接政府的計畫標案時常會面臨到計畫的不穩定性，像是計畫經費撥款速度慢，就需要治療所先墊錢支付各項費用。」（受訪者 B）

• 經營策略

經營策略核心主題包含價值主張、目標客群、客戶關係等商業模式要素。個案為中心乃是治療所重要的經營理念，在服務過程中與個案或其照護者共同討論合適治療方案並尊重其選擇，提供有利個案的資源與客製化治療服務，並後續追蹤服務使用滿意度。

「由於本身是自費服務型態的治療所，最重要的經營策略就是尊重個案的選擇，與個案討論合適治療方案，過程中也會拓展合作面向。」（受訪者 A）

「每一年度我們會發滿意度問卷調查給服務對象填寫，追蹤服務使用滿意度結果，對我們未來經營服務品質很重要。」（受訪者 C）

討論

本研究統整職能治療所基本設立程序流程與相關規範，然而在各縣市仍尚有自主規範，且法規可能會有所調整，申請時仍須以各縣市最新規定與法規為

主；另亦應用商業經營模式分析探討職能治療所經營型態，然而本研究訪談對象為機構式與居家式職能治療所管理者，未有聯合式職能治療所管理者進行綜合訪談，於研究結果面，或許適用於機構式與居家式職能治療所經營型態，但本文對於欲經營職能治療所創業者仍具參考價值。

治療所內部營運方面，創業者須敏銳覺察在地社區民眾的治療需求與國家政策發展趨勢，發展治療所自身經營特色，除了盤點在地鄰里社區資源，並可與醫療院所洽談轉介個案合作通道，也可出席參與各領域研討會找尋潛在合作資源等，多元網絡資源連結可強化治療所建立關係與信譽 (Anderson & Nelson, 2011)；但另一層面，關鍵資源中的人力資產之治療師專業度則相形重要，若未有足夠職能治療專業學識達成個案治療需求，治療所建立之資源網絡連結則難以永續經營關係，且治療所專業度信譽也會受影響。在財務分析方面，設立治療所要有足夠的預備資金，以因應初期營運的成本開銷與財務變動，而 Wisenthal (2016) 從職能治療觀點提出治療所負責人應具備會計基礎、認識稅務申報系統等實際財務經營要素，使治療所收益流達最大化，並盡可能在營運初期達到收支平衡點。

治療所經營策略方面，以個案為中心是治療所重要的經營策略理念，針對個案問題提供具效益之客製化治療服務，更重要的是，需與全民健康保險制度下之復健治療做出差異化，讓個案建立日常生活中自立、自律習慣常規，而非仰賴單方面被動式治療服務。另一方面，建議可集結治療所發展公會平台，進行經營策略交流或是建立相互轉介個案 / 資源之綠色通道，讓治療所提供之服務品質更契合個案需求；本文雖使用 Osterwalder & Pigneur (2010) 所提出之經營商業模式分析職能治療所經營型態，在經營發展上亦可調整設計自身經營商業模式，建議同時可搭配 SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats) 危機分析治療所之競爭優勢、弱點、機會與威脅策略進行整合應用，以因應突來的內外環境變動（如：COVID-19 疫情），提升治療所正向穩定之發展。

隨著民國 112 年 12 月 08 日職能治療師法部分條文修正通過，同年 12 月

27 日公布施行；在「非以疾病治療為目的」的情形下，職能治療師不再受限於應依醫師開立之診斷、照會或醫囑進行服務，當在社區、一般機構服務時，可即時提供促進健康之多元專業服務，觸及在地社區中健康、亞健康與衰弱者，此為職能治療所在未來經營發展上之契機；現今修法通過後，不需要診斷、照會或醫囑之民眾可自行尋求職能治療專業服務，從中發展健康促進、傷病預防、運動防護、延緩失能照護或特殊教育之各面向服務，提升職能治療所在地經營專業服務之可近性。

誌謝

感謝社團法人臺灣職能治療學會與社團法人中華民國職能治療師公會全國聯合會提供職能治療人力報告資料，以及參與研究訪談的專家們。

參考文獻

- 內政部 (2019)。防焰性能認證實施要點。取自 <https://glrs.moi.gov.tw>。
- 內政部 (2022)。建築物使用類組及變更使用辦法。取自 <https://law.moj.gov.tw>。
- 內政部 (2023)。招牌廣告及樹立廣告管理辦法。取自 <https://law.moj.gov.tw>。
- 內政部 (2023)。建築物室內裝修管理辦法。取自 <https://law.moj.gov.tw>。
- 社團法人臺灣職能治療學會 (2023)。職能治療人力報告—歷年職能治療所執登數。
- 衛生福利部 (2017)。衛部醫字第 1061669078 號令修正職能治療所設置標準。取自 <http://www.mohw.gov.tw>。
- 衛生福利部 (2024)。衛生福利部醫事查詢系統。取自 <https://ma.mohw.gov.tw/masearch/>。
- 衛生福利部中央健康保險署 (2024)。健保特約醫事機構查詢系統。取自 <https://info.nhi.gov.tw/INAE1000/INAE1000S01>。
- 蔡佩君 (2020)。台灣職能治療產業創新經營模式之比較－以商業模式圖分析。《臺灣職能治療研究與實務雜誌》，16(1)，1-10。doi:10.6534/jtotrp.202006_16(1).0001
- 穆佩芬 (2014)。質性系統性文獻回顧研究法。《源遠護理》，8(3)，5-11。doi:10.6530/YYN/2014.A.02

- Anderson, K. M., & Nelson, D. L. (2011). Wanted: Entrepreneurs in occupational therapy. *American Journal of Occupational Therapy*, 65(2), 221-228. <https://doi.org/10.5014/ajot.2011.001628>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Jamshed, S. (2014). Qualitative research method-interviewing and observation. *Journal of Basic and Clinical Pharmacy*, 5(4), 87. <https://doi.org/10.4103/0976-0105.141942>
- Kuehn, J. (2020). Occupational therapy and entrepreneurship. *American Occupational Therapy Association*. Retrieved from <https://www.aota.org/publications/student-articles/career-advice/entrepreneurship>
- Osterwalder, A., & Pigneur, Y. (2010). *Business model generation: a handbook for visionaries, game changers, and challengers* (Vol. 1). John Wiley & Sons.
- Wisenthal, A. (2016). Juggling different hats in private practice. *Occupational Therapy Now*, 18(3), 16-18. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/1787942559?account id=32708>

TAIWAN JOURNAL OF OCCUPATIONAL THERAPY

臺灣職能治療 期刊



中華民國 114 年 4 月出刊

第四十三卷第一期

ISSN 1013-7661

DOI 10.6594/TJOT

發行人：吳菁宜

主編：馬慧英

執行編輯：范詩辰、陳柏仔

編輯助理：劉妍廷

民國七十二年十一月創刊：職能治療學會雜誌

民國一一二年 四月更名：臺灣職能治療期刊

出版：社團法人臺灣職能治療學會

會址：100 台北市中正區博愛路 9 號 5 樓之 3

網址：<http://www.ot.org.tw/>

信箱：tota@ot.org.tw

電話：02-2382-0103

編排：北澄文化事業社

刊登著作之版權屬於本會，未商得本會書面同意，不得轉載其他雜誌書刊。