



## 研究論文

### 職能治療在日常生活功能成效之研究—以臺南市居家之職能治療為例

龔玉齡<sup>1</sup> \*林麗華<sup>2</sup> 蔡政言<sup>3</sup>

<sup>1</sup> 嘉南藥理大學 老人服務事業管理系

<sup>2</sup> 嘉南藥理大學 運動管理系

<sup>3</sup> 嘉南藥理大學 醫務管理系

## 摘要

本研究主題為探討職能治療在居家的日常生活功能之成效，研究目的在於探討其成效是否和性別、年齡、身份別、失能狀況、介入時間有相關性。為此，本研究共有 41 個受試者，經由臺南市某復健機構職能治療師進行訪視和評估。收集的資料包括基本資料、基本日常生活功能和工具性日常生活功能資料，而將所得的資料以 SPSS 12.0 版的套裝軟體統計分析。經本研究獲結果顯示，不論是在基本或工具性日常生活活動功能，部份評估分數都有增加和變化。由此可知，職能治療師在長期照顧領域及老化社會裡，職能治療介入居家職能治療是有正面效果的，建議應該增加居家職能治療的服務量。

關鍵詞：情緒量表、日常生活評估表、老人憂鬱量表

## 1. 緒論

在快速老化的社會裡，存在著許多相關照顧者與被照顧者的問題。職能治療的哲理著重人的生活品質及主觀安適感，職能治療師不僅可以治療老年人因疾病造成的功能缺損，還能預防功能退化。因此，職能治療師能妥善且有效的照顧服務老年人，對於長期照顧與老年醫學有絕對的貢獻。目前台灣的職能治療實態如何不甚清楚，而成為極為必要探討的課題。

長期照護是指對失能者或失智者，配合其功能或自我照顧能力，所提供之不同程度的照顧措施，使其保有自尊、自主及獨立性或享有良好品質之生活。長期照護應包含有診斷、預防、治療、復健、支持性及維護性的服務（陳晶瑩，2003）。由此可見職能治療師在長期照顧領域及老化社會裡，已經佔有一席之地，然而在過去的文獻中，並未有職能治療師在居家個案日常生活功能成效的深入探討，故引發探究本研究的動機。

本研究以臺南市為例探討居家服務個案接受職能治療服務後其身體功能的進展狀況，並分析個案的身體功能變化程度，是否因性別、年齡、身份別、失能狀況、介入時間等而有所差異。

## 2. 文獻探討與研究回顧

### 2.1 職能治療在長期照護服務的成效之研究

有學者收集 156 位中風個案，以巴氏量表來評估個案在日常生活中對各種活動的依賴情形，發現其中有 101 位有重度或中輕度的依賴情形（張志仲，1993）。針對 20 位個案，探討非密集性居家物理治療，對於改善發病一年以上，屬於慢性期中風個案日常生活活動和動作功能的療效中發現，對於下肢動作功能的進步有特定的進展療效（林昭宏等人，2004）。研究發現日常生活功能包含基本以及工具性日常生活功能，日常生活功能降低將會讓身體活動能力也降低（葉婷婷等人，2010）。

藉由巴氏量表評估，有助於了解個案接受持續性復健治療，對於身體功能恢復狀況，是具有臨床上重要意義的（陳佳鳳等人，2007）。一個針對 22 位中風患者的研究指出，視覺及活動的失能會影響個案的生活品質，而復健治療的練習將可以引導他們恢復較好的生活品質，並且可以藉由復健治療得到更多資訊(Dale Stone, 2005)。對於中風患者而言，身體活動功能的恢復將非常有助於提升生活品質(Hyndman, 2004)。

學者們的研究認為人口結構老化，使得長期照護領域中需要大量職能治療專業人力投入，其中有近九成比例需提供社區式的職能治療服務，且未來受服務的年齡層以高齡或超高齡長者為多。目前長期照護職能治療人力雖有不足，但至 2020 年加入此方面的人力應較無匱乏，故應及早進行職能治療專業人力規劃與培訓，並加強社區式服務及高齡族群的相關知能訓練，以使長期照護體系中具有質與量均備的職能治療人力，提升國內長期照護之服務品質（毛慧芬等人，2007）。

胡愈寧等學者研究發現，台灣 65 歲以上老年人基本日常生活活動項目功能有障礙的盛行率介於 7%到 9.3%，工具性日常生活活動項目功能有障礙的盛行率介於 16.8%到 24.7%。針對老年人健康狀態顯著相關的日常生活活動項目，應該積極醫療介入防止功能喪失，或藉由復健治療使功能恢復，以提升老年人的自評健康滿意度（胡愈寧等人，2009）。

楊桂芬等學者研究發現老年人日常生活活動、生活品質與幸福感顯著相關，建議提高社區老人幸福的生活品質，應促進其行動與自我照顧能力並改善疾病狀況，以在高齡社會來臨之際，增加老人幸福感向成功老化邁進（楊桂芬等人，2012）。

在居家接受照顧的中風個案接受職能治療師的介入服務後，可以明顯減少日常生活活動能力表現的退化(Catherine, 2006)。在社區的中風個案接受職能治療師介入服務後，可以明顯改善日常生活活動和工具性日常生活活動功能，以及較佳的癒後結果(Walker et al., 2004)。在社區生活的長輩接受職能治療師介入服務後，會有正面的癒後結果(Esther, 2004)。

## 2.2 日常生活活動評估之應用研究

日常生活活動功能為個人自我照顧及生活獨立程度之重要指標。日常生活活動功能的評量結果可用以區辨不同的失能程度(Wade et al., 1983)、作為日常生活活動功能訓練與治療的依據(Kwon et al., 2004)、評估照護品質(Skruppy, 1993)以及預測照護需求(Coster et al., 2004; Kennedy, 2001)等，所以日常生活活動功能之評量一直是臨床與研究的重點。然而日常生活活動功能的評量牽涉幾個重要的議題，如所依據的理論基礎、評量層面、項目內容及日常生活活動功能量表發展或驗證所依據的測驗理論等。

日常生活活動功能的層面可概分為三種：

- (1) 日常生活活動功能能力(ADL capability)，是指在標準化或一致環境下個案執行各項日常生活活動功能活動之能力。評量日常生活活動功能能力雖較能直接反應個案之實際功能狀況，以及掌握其執行日常生活活動功能的問題所在(Smith, 1995)，但常有評估程序或環境難以標準化(Kuriansky, 1976)。部分日常生活活動功能活動如洗澡或如廁等施測不便、及施測時間耗時較長等問題。
- (2) 日常生活活動功能實際表現(ADL performance)，是指個案在平常生活中實際從事日常生活活動功能的獨立（或依賴）程度(Young, 1996)。評量日常生活活動功能的實際表現可瞭解個案在「真實」生活中獨立或依賴的狀況，且有不受環境限制，以及施測簡便等優點，但此種評量較大的問題為個案常以本身是否有能力執行日常生活活動功能之觀點來回答，而非以實際上有無從事來回答。
- (3) 日常生活活動功能自覺困難程度(ADL perceived difficulty)，是指個案主觀認為從事各項日常生活活動功能之困難程度(Bootsma, 2001)。經過評量後，可瞭解個案的感受，符合現代以個案為中心(client-centered)之醫療趨勢(Andren & Grimby, 2000)，但每一個案對日常生活活動功能自覺困難程度的感受不一，故個案間較難做比較(Grimby et al., 1998)。

日常生活活動功能相關議題之發展，參考日常生活活動功能量表之回顧型文獻與「復健或日常生活活動功能測量」相關教科書，以彙整日常生活活動功能量表；再查證每個日常生活活動功能量表被期刊論文引用的次數，最後約以每 10 年為一時間單位，在每一單位時間中選出日常生活活動功能量表被期刊論文引用次數最多的前 5 個量表。結果共彙整出 78 個日常生活活動功能量表(1957-2004 年)，分成 4 個時間單位（1957-1970、1971-1980、1981-1990、1991-2004 年），故共有 20 個日常生活活動功能量表作為代表性量表。

這 20 個日常生活活動功能量表之特性如下：

- (1) 大多無特定理論作為量表發展基礎，僅 1963 年 Katz ADL 量表及 1999 年中風影響量表(stroke impact scale)具明確的理論架構作為發展量表之基礎；
- (2) 日常生活活動功能評量層面來說，在每個時期大多以評量日常生活活動功能實際表現者居多；

- (3) 日常生活活動功能所包含的項目內容，早期為評量基本日常生活活動 Basic ADL (BADL) 項目居多，之後評量工具性日常生活活動 Instrumental ADL (IADL) 項目較多，近期則以合併基本日常生活活動和工具性日常生活活動項目之量表為主；
- (4) 20 個日常生活活動功能量表皆以古典測驗理論發展或驗證之，但 1993 年後有 7 個量表使用現代測驗理論驗證或簡化日常生活活動功能量表。故可視評量日常生活活動功能目的之不同，而使用不同的項目內容評估（張席熒，2006）。

從前述的文獻探討與研究回顧，可知尚無有關臺南市之職能治療在長期照護服務的日常生活活動功能的成效之研究專論，加上臺南市正邁入「高齡人口社會」。根據臺南市政府民政局人口統計資料分析顯示，本市 65 歲以上人口數於 2010 年底為 217,384 人，佔總人口比例為 11.60%。至 2017 年 6 月底達 265,121 人，較 2016 年底增加 5,420 人，佔總人口比例為 14.05%（臺南市政府民政局，2017）。資料顯示本市老年人口逐年增加，且 65 歲以上人口佔總人口結構比率逐年增加，有關臺南市職能治療在居家之日常生活功能的成效此一課題有必要探討。

### 3. 研究對象資料與方法

#### 3.1 研究對象資料

本研究以依據長期照顧十年計劃，居家職能治療服務項目為主要介入活動項目，接受臺南市政府照顧服務管理中心發文及派案至服務單位，執行居家復健職能治療服務，並依照醫囑、轉介單、照會單內容提供服務者為對象。具體而言，本研究之資料係收集 2012 年 01 月至 2015 年 12 月間，設籍居住在臺南市的市民，並符合研究設計所定資格個案。個案人口群包含下列三類：(1) 65 歲以上老人；(2) 50 歲以上身心障礙者；(3) 55 歲以上山地原住民。日常生活需他人部分協助或是完全協助者為主，個案有明確的復健服務需要服務者，身體功能只能維持有限之自我照顧能力，罹患慢性病需長期復健之個案或出院後需要繼續復健之個案，符合上列條件且個案或家屬同意接受居家復健服務並支付部份費用者共計 49 位，除排除 8 位個案因評估資料收集不齊全為無效樣本外，其餘共計 41 位的資料為有效研究樣本資料。

本研究依據臺南市政府照顧服務管理中心訂定之臺南市十年長照計劃居家復健服務職能治療評估表暨治療計畫書為資料。評估表暨治療計畫書項目包括服務個案的基本資料、個案或家屬最重視的職能表現問題、每日每週常規職能活動、自我照顧日常生活功能、社區性日常生活功能、認知功能需協助程度、昏迷指數、環境改造需求、輔具需求、照顧者知識技巧與習慣、生活品質、社交能力、治療頻率與時間。利用此評估表暨治療計畫書，擷取其中之性別、年齡、身份別、失能程度、介入時間做為基本資料。基本資料包括性別、年齡、身份別、失能程度、介入時間等資料。基本資料、身體功能評估表總分（依生活實際表現之自我照顧日常生活功能評估的總分數）、工具性日常生活活動評估表總分（依生活實際表現之社區性日常生活功能評估的總分數）為本研究對象分析資料之內容。

### 3.2 研究方法

本研究以性別、年齡、身份別、失能程度、介入時間 5 項為自變項。性別自變項分別為女性、男性等 2 項；年齡自變項分別為 64 歲以下、65 歲至 74 歲、75 歲至 79 歲、80 歲以上等 4 項；身份別自變項分別為低收入戶、中低收入戶、一般戶等 3 項；失能程度自變項分別為極重度、中重度、輕度、可獨立等 4 項；介入時間自變項分別為 1 個月~2 個月、2 個月~3 個月等 2 項。

以身體功能評估表總分、工具性日常生活活動評估表總分 2 項為依變項。身體功能評估表即為巴氏量表，分別為 10 項，包括：(1)進食、(2)移位、(3)如廁、(4)洗澡、(5)平地行走、(6)穿脫衣褲鞋襪、(7)個人衛生、(8)上下樓梯、(9)大便控制、(10)小便控制。總分可以由 0 分至 100 分，評量結果分為 5 等級，0 分~20 分為完全依賴、21 分~60 分為嚴重依賴、61 分~90 分為中度依賴、91 分~99 分為輕度依賴、100 分為完全獨立。總分愈高表示日常生活活動功能愈獨立。

工具性日常生活活動評估表即為 Lawton 及 Brody 於 1969 年發展的量表，本研究引用由我國長期照顧服務個案評估量表(96.11.15)定義，分別為 8 項，包括：(1)上街購物、(2)外出活動、(3)食物烹調、(4)家務維持、(5)洗衣服、(6)使用電話的能力、(7)服用藥物、(8)處理財務能力。定義第 3、5、8 項勾選 0 者，列為失能項目；其餘 5 項，勾選 0、1 者，列為失能項目。總分為 8 分，總分愈高表示工具性日常生活活動功能愈獨立，失能程度愈低。

本研究對象受試者為 41 位，且重複施測身體功能評估表、工具性日常生活活動評估表。將所得資料以 SPSS 12.0 版套裝軟體統計分析，描述性統計分析資料，包括：次數分配表、百分比等；推論性統計分析為比較平均數法之成對樣本 T 檢定(paired t-test)、單因子變異數分析，分析身體功能評估表總分、工具性日常生活活動評估表總分，於職能治療師介入居家個案前後，日常生活功能改善成效的差異變化。

## 4. 受試者資料內容之分析

### 4.1 資料內容

本研究對象有 41 位，年齡範圍為 55 至 92 歲，可分別依照性別、年齡、身份別來分析。在性別方面，區分為女性、男性兩組，其中女性有 28 位佔 68.3%，女性平均年齡為 75.68 歲(8.72)；其中男性有 13 位佔 31.7%，男性平均年齡為 68.54 歲(9.82)。總計有 41 位佔 100.0%，女性和男性平均年齡為 73.41 歲(9.57)。

本研究在年齡方面，區分為 64 歲以下、65 歲至 74 歲、75 歲至 79 歲、80 歲以上四組，其中 64 歲以下有 7 位佔 17.1%，平均年齡為 56.86 歲(1.07)；其中 65 歲至 74 歲有 13 位佔 31.7%，所佔比例為最高，平均年齡為 70.77 歲(3.49)；其中 75 歲至 79 歲有 9 位佔 21.9%，平均年齡為 76.78 歲

(1.92)；其中 80 歲以上有 12 位佔 29.3%，平均年齡為 83.42 歲(3.90)。總計有 41 位佔 100.0%，平均年齡為 73.41 歲(9.57)。

本研究在身份別方面，區分為低收入戶、中低收入戶、一般戶三組，其中低收入戶有 1 位佔 2.4%，平均年齡為 82.00 歲(0.00)；其中中低收入戶有 24 位佔 58.6%，所佔比例為最高，平均年齡為 69.92 歲(9.16)；其中一般戶有 16 位佔 39.0%，平均年齡為 78.13 歲(8.21)。總計有 41 位佔 100.0%，平均年齡為 73.41 歲(9.57)。

本研究在失能程度方面，區分為極重度、中重度、輕度、可獨立四組，其中極重度有 21 位佔 51.2%，所佔比例為最高，平均年齡為 76.05 歲(7.58)；其中中重度有 11 位佔 26.8%，平均年齡為 67.91 歲(10.59)；其中輕度有 6 位佔 14.6%，平均年齡為 73.33 歲(12.72)；其中可獨立有 3 位佔 7.3%，平均年齡為 75.33 歲(6.81)。總計有 41 位佔 100.0%，平均年齡為 73.41 歲(9.57)。

本研究在介入時間方面，區分為 1 個月~2 個月、2 個月~3 個月 2 組，其中 1 個月~2 個月有 28 位佔 68.3%，平均年齡為 74.54 歲(9.34)，所佔比例為最高；其中 2 個月~3 個月有 13 位佔 31.7%，平均年齡為 71.00 歲(9.98)。總計有 41 位佔 100.0%，平均年齡為 73.41 歲(9.57)。茲將上述資料列如表 1。

表 1. 樣本基本資料表

項目	人數 (百分比)
總計	41 (100.0)
性別	
女	28 (68.3)
男	13 (31.7)
年齡	
64 歲以下	7 (17.1)
65 歲~74 歲	13 (31.7)
75 歲~79 歲	9 (21.9)
80 歲以上	12 (29.3)
身份別	
低收入戶	1 (2.4)
中低收入戶	24 (58.6)
一般戶	16 (39.0)
失能程度	
極重度	21 (51.2)
中重度	11 (26.8)
輕度	6 (14.6)
可獨立	3 (7.3)
介入時間	
1 個月~2 個月	28 (68.3)
2 個月~3 個月	13 (31.7)

## 4.2 職能治療介入前後變化與差異性之分析

本研究依照職能治療師介入服務前後、評估項目分數變化，可分別依照身體功能評估、工具性日常生活活動評估來分析。

### 身體功能評估變化差異性之分析

本研究依照職能治療師介入服務前後，身體功能評估變化差異性做分析。先就職能治療師介入前後的身體功能變化分佈情況做分析。統計分析時，分別依照性別、年齡、身份別、失能程度和介入時間等事項來分析（表 2）。

表 2. 職能治療師介入前後的身體功能變化分佈(n=41)

項目	後測	前測	t 值
性別			
女	59.11	39.46	-5.966***
男	45.77	30.38	-5.866***
年齡			
64 歲以下	62.14	45.00	-4.768**
65 歲~74 歲	58.08	39.62	-3.207**
75 歲~79 歲	41.67	22.22	-4.161**
80 歲以上	57.08	39.17	-4.468***
身份別			
低收入戶	95.00	70.00	NA
中低收入戶	58.75	41.88	-4.811***
一般戶	46.56	26.56	-6.197***
失能程度			
極重度	33.10	12.38	-5.544***
中重度	67.73	47.27	-4.602**
輕度	87.50	73.33	-4.715**
可獨立	95.00	93.33	-1.000
介入時間			
1 個月~2 個月	53.75	35.54	-5.981***
2 個月~3 個月	57.31	38.85	-4.688**

注：\*p<.05，\*\*p<.01，\*\*\*p<.001

- 在性別方面，區分為女性、男性兩組。經分析結果可見職能治療師介入服務對於女性、男性都是有效的。
- 在年齡方面，區分為 64 歲以下、65 歲至 74 歲、75 歲至 79 歲、80 歲以上四組。經分析結果可知職能治療師介入服務對於 64 歲以下、65 歲至 74 歲、75 歲至 79 歲、80 歲以上都是有效的。
- 在身份別方面，區分為低收入戶、中低收入戶、一般戶三組，其中低收入戶人數僅有 1 人，因此無法比較職能治療師的介入服務是否有效，但經分析結果得知職能治療師介入服務對於中低收入戶、一般戶都是有效的。

- 在失能程度方面，區分為極重度、中重度、輕度、可獨立四組，經統計分析結果顯示職能治療師的介入服務對於極重度、中重度、輕度都是有效的。
- 在職能治療師的介入時間方面，區分為1個月~2個月、2個月~3個月兩組，經統計分析結果顯示職能治療師的介入服務對於1個月~2個月、2個月~3個月都是有效的。

依樣本基本資料與身體功能在職能治療師介入前後的差異做比較分析，分析時分別依照性別、年齡、身份別、失能程度和介入時間等事項來分析。

- 在性別方面，區分為女性、男性兩組。經分析結果可見職能治療師的介入服務的有效性，不會因為性別不同而有所差異。
- 在年齡方面，區分為64歲以下、65歲至74歲、75歲至79歲、80歲以上四組，經分析結果可知職能治療師介入服務的有效性，會因為年齡不同而有所差異。
- 在身份別方面，區分為低收入戶、中低收入戶、一般戶三組，其中低收入戶人數僅有1人，因此無法比較職能治療師的介入服務是否有效，但經分析結果得知職能治療師介入服務對於中低收入戶、一般戶都是有效的。
- 在失能程度方面，區分為極重度、中重度、輕度、可獨立四組，經統計分析結果顯示職能治療師的介入有效性，不會因為失能程度不同而有所差異。
- 在職能治療師的介入時間方面，區分為1個月~2個月、2個月~3個月兩組，經統計分析結果顯示職能治療師的介入有效性，會因為介入時間不同而有所差異。

上述統計分析結果，詳參表3。

表3. 樣本基本資料與身體功能於職能治療師介入前後的差異比較(n=41)

項目	前後測差異平均數 (標準差)	F 值
性別		
女	19.64 (17.42)	0.677
男	15.38 (9.46)	
年齡		
64歲以下	17.14 (9.51)	0.030
65歲~74歲	18.46 (20.76)	
75歲~79歲	19.44 (14.02)	
80歲以上	17.92 (13.89)	
身份別		
低收入戶	25.00 (0.00)	0.286
中低收入戶	16.88 (17.18)	
一般戶	20.00 (12.91)	
失能程度		
極重度	20.71 (17.12)	1.639
中重度	20.45 (14.74)	
輕度	14.17 (7.36)	
可獨立	1.67 (2.89)	
介入時間		
1個月~2個月	18.21 (16.11)	0.002
2個月~3個月	18.46 (14.20)	



工具性日常生活活動評估變化差異性之分析

於此先就職能治療師介入服務前後，工具性日常生活活動變化分布情形做分析。茲分別依照性別、年齡、身份別、失能程度和介入時間等事項來分析。

- 在性別方面，區分為女性、男性兩組。經分析結果可見職能治療師的介入服務有效性，對於女性、男性都是有效的。
- 在年齡方面，區分為 64 歲以下、65 歲至 74 歲、75 歲至 79 歲、80 歲以上四組，經分析結果可知職能治療師介入服務對於 64 歲以下是無效的但 65 歲至 74 歲、75 歲至 79 歲、80 歲以上都是有效的。
- 在身份別方面，區分為低收入戶、中低收入戶、一般戶三組，其中低收入戶人數僅有 1 人，因此無法比較職能治療師的介入服務是否有效，但經分析結果得知職能治療師介入服務對於中低收入戶、一般戶都是有效的。
- 在失能程度方面，區分為極重度、中重度、輕度、可獨立四組，其中可獨立人數僅有 3 人，因此無法比較職能治療師的介入服務是否有效外，其他經分析結果得知，職能治療師的介入服務對於極重度、中重度、輕度失能者都是有效的。
- 在介入時間方面，區分為 1 個月~2 個月、2 個月~3 個月兩組，經分析結果可見職能治療師的介入服務對於 1 個月~2 個月、2 個月~3 個月都是有效的。

上述統計分析結果，詳參表 4。

**表 4. 職能治療師介入服務前後的工具性日常生活活動變化分佈(n=41)**

項目	後測	前測	t 值
性別			
女	3.96	2.36	-5.673***
男	2.62	1.31	-3.584**
年齡			
64 歲以下	3.71	2.29	-2.335
65 歲~74 歲	4.31	2.31	-3.606**
75 歲~79 歲	2.78	1.56	-3.773**
80 歲以上	3.17	1.92	-5.745***
身份別			
低收入戶	5.00	3.00	NA
中低收入戶	3.75	2.25	-4.550***
一般戶	3.13	1.63	-4.954***
失能程度			
極重度	1.86	0.62	-4.126**
中重度	4.55	2.64	-3.724**
輕度	5.33	3.33	-3.464*
可獨立	8.00	7.00	NA
介入時間			
1 個月~2 個月	3.61	2.18	-5.209***
2 個月~3 個月	3.38	1.69	-4.247**

注：\*p<.05，\*\*p<.01，\*\*\*p<.001

本研究就樣本基本資料與工具性日常生活活動職能治療師介入前後的差異做比較分析。茲分別依照性別、年齡、身份別、失能程度和介入時間等事項進行分析。

- 在性別方面，區分為女性、男性兩組，經分析結果可見職能治療師的介入服務有效性，對於女性、男性都是有效的。
- 在年齡方面，區分為 64 歲以下、65 歲至 74 歲、75 歲至 79 歲、80 歲以上四組，經統計分析結果得知職能治療師的介入之有效性，不會因為年齡不同而有所差異（64 歲以下除外）。
- 在身份別方面，區分為低收入戶、中低收入戶、一般戶三組，其中低收入戶人數僅有 1 人，因此無法比較職能治療師的介入服務是否有效，但經分析結果得知職能治療師介入服務對於中低收入戶、一般戶都是有效的。
- 在失能程度方面，區分為極重度、中重度、輕度、可獨立四組，其中可獨立人數僅有 3 人，因此無法比較職能治療師的介入服務是否有效，其他經分析結果得知，職能治療師的介入服務對於極重度、中重度、輕度失能者都是有效的。
- 在介入時間方面，區分為 1 個月~2 個月、2 個月~3 個月兩組，經分析結果可見職能治療師的介入服務對於 1 個月~2 個月、2 個月~3 個月都是有效的。

上述統計分析結果，詳參表 5。

表 5. 樣本基本資料與工具性日常生活活動職能治療師介入服務前後的差異比較(n=41)

項目	前後測差異平均數 (標準差)	F 值
性別		
女	1.61 (1.50)	0.381
男	1.31 (1.32)	
年齡		
64 歲以下	1.43 (1.62)	0.752
65 歲~74 歲	2.00 (2.00)	
75 歲~79 歲	1.22 (0.97)	
80 歲以上	1.25 (0.75)	
身份別		
低收入戶	2.00 (0.00)	0.057
中低收入戶	1.50 (1.62)	
一般戶	1.50 (1.21)	
失能程度		
極重度	1.24 (1.38)	0.888
中重度	1.91 (1.70)	
輕度	2.00 (1.41)	
可獨立	1.00 (0.00)	
介入時間		
1 個月~2 個月	1.43 (1.45)	0.295
2 個月~3 個月	1.69 (1.44)	

注：\*p<.05, \*\*p<.01, \*\*\*p<.001

## 5. 結論與討論

### 5.1 結論

由本研究結果得知，職能治療師介入居家個案服務前後，在日常生活活動功能評估表前後測總分、工具性日常生活活動評估表前後測總分，分數皆增加且達顯著性，可顯示職能治療師的介入服務是有效的。

在職能治療師介入前後的身體功能變化分佈情形分析得知，分數皆增加且 t 值達顯著性，可顯示職能治療師的介入服務對於女性、男性、64 歲以下、65 歲~74 歲、75 歲~79 歲、80 歲以上、中低收入戶、一般戶、極重度、中重度、輕度、1 個月~2 個月、2 個月~3 個月都是有效的；在樣本基本資料與身體功能介入前後差異比較得知，介入前後 F 值皆未達顯著性，正可顯示職能治療師的介入有效性，不會因為性別、身份別、失能程度、介入時間不同而有所差異。

在職能治療師介入前後的工具性日常生活活動變化分佈情形分析得知，分數皆增加且 t 值達顯著性，可顯示職能治療師的介入服務對於女性、男性、65 歲~74 歲、75 歲~79 歲、80 歲以上、中低收入戶、一般戶、極重度、中重度、輕度、1 個月~2 個月、2 個月~3 個月都是有效的；在樣本基本資料與工具性日常生活活動介入前後差異比較得知，介入前後 F 值皆未達顯著性，正可顯示職能治療師的介入有效性，不會因為性別、年齡、身份別、失能程度、介入時間不同而有所差異。

### 5.2 討論

藉由之前學者研究得知，大部份中風個案有中重度或輕度的失能狀況，個案接受持續性復健治療或是介入服務，對於身體功能能夠繼續恢復狀況是很重要的。在居家接受照顧的中風個案接受職能治療師的介入服務後，可以明顯減少日常生活活動能力表現的退化；在社區的中風個案接受職能治療師介入服務後，可以明顯改善日常生活活動和工具性日常生活活動功能，以及較佳的癒後結果；在社區生活的長輩接受職能治療師介入服務後，會有正面的癒後結果。老年人有基本日常生活活動功能和工具性日常生活活動功能的障礙，應該藉由復健治療讓功能恢復，藉由復健治療可以得到更多的資訊，提升工具性日常生活活動能力，以上皆與本研究結果相符合。

腦中風個案年齡越輕進步趨勢越高，男性在接受職能治療服務後進步幅度較女性為大，殘障等級越嚴重會因為身體功能較差使進步成效受限，罹病時間較久也會降低職能治療進步幅度，原本日常生活活動能力較差的個案，在復健成效上不會受影響（曹念佳，2009）。性別、年齡、失能程度等因素與本研究結果不甚相符。在社區失能個案的長期照護服務需求中，居家職能治療服務需求顯著預測因子為年齡、性別、教育程度、認知狀態（江慧琪，2007）。上述皆與本研究結果相符。

本研究在收集服務個案基本資料方面未能齊全完善，例如：了解服務個案疾病診斷別、過去病史、失能持續時間、過去自我照顧能力、增加評估工具及項目、延長研究追蹤時間甚至是失能前後

心理感受變化等因素，均未能納入分析。居家職能治療接案數量，由長期照顧管理中心照顧管理專員派案，目前照顧管理專員以具有社工學歷為主，在照顧管理專員學經歷有所差異下，又因派案範圍為求服務就近性，以接案單位機構服務鄰近個案為主，故有地域區域的限制。而個案樣本數量較少，有選樣上的偏差，案源也僅來自於臺南市部分區域，並非完整涵蓋臺南市各區，無法代表整個臺南地區及全國，因此對本結果的解釋須謹慎之。

建議未來相關研究能擴大收案量，並以全國性的研究對象進行分析，以便能進一步確認職能治療師的服務成效。

## 參考資料

1. Andren, E., & Grimby, G. (2000). Dependence and perceived difficulty in activities of daily living in adults with cerebral palsy and spina bifida. *Disability and rehabilitation*, 22(7), 299-307.
2. Coster, W. J., Haley, S. M., Andres, P. L., Ludlow, L. H., Bond, T. L., & Ni, P. S. (2004). Refining the conceptual basis for rehabilitation outcome measurement: personal care and instrumental activities domain. *Medical Care*, 42(1), I62-I72.
3. Grimby, G., Andrén, E., Daving, Y., & Wright, B. (1998). Dependence and perceived difficulty in daily activities in community-living stroke survivors 2 years after stroke: a study of instrumental structures. *Stroke*, 29(9), 1843-1849.
4. Kennedy, J. (2001). Unmet and undermet need for activities of daily living and instrumental activities of daily living assistance among adults with disabilities: estimates from the 1994 and 1995 disability follow-back surveys. *Medical Care*, 39(12), 1305-1312.
5. Kwon, S., Hartzema, A. G., Duncan, P. W., & Min-Lai, S. (2004). Disability measures in stroke: relationship among the Barthel Index, the Functional Independence Measure, and the Modified Rankin Scale. *Stroke*, 35(4), 918-923.
6. Skruppy, M. (1993). Activities of daily living evaluations: is there a difference in what the patient reports and what is observed?. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*, 11(3), 13-25.
7. Wade, D. T., Skilbeck, C. E., & Hower, R. L. (1983). Predicting Barthel ADL score at 6 months after an acute stroke. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 64(1), 24-28.
8. Walker, M. F., Leonardi-Bee, J., Bath, P., Langhorne, P., Dewey, M., Corr, S., ... & Logan, P. (2004). Individual patient data meta-analysis of randomized controlled trials of community occupational therapy for stroke patients. *Stroke*, 35(9), 2226-2232.
9. 毛慧芬、紀彥宙、吳淑瓊(2007)。台灣長期照護之職能治療人力需要推估。 *台灣職能治療學會雜誌*，25(2)，32-52。
10. 江慧琪(2007)。社區失能個案長期照護服務需求及其相關因素之探討-規劃性需求之觀點。國立台北護理學院長期照護研究所碩士論文，台北市。
11. 林昭宏、謝清麟、盧成皆、柴惠敏、廖龍仁(2004)。非密集性居家物理治療對慢性中風病人療效的初步研究。 *高雄醫學科學雜誌*，20(1)，18-23。
12. 胡愈寧、鄺欽菁、李佳、林榮輝、胡國琦(2009)。老年人各項日常生活活動功能與自評健康狀態之調查及相關性探討。 *台灣復健醫學雜誌*，37(2)，107-114。

13. 張志仲(1993)。由巴氏日常生活活動指數來探討中風病人在日常生活各種活動的依賴程度。《職能治療學會雜誌》，(11)，43-50。
14. 曹念佳(2009)。評估職能治療對長期照顧機構腦中風老人之日常生活活動功能成效-以台北市某私立老人養護所為例。臺北市實踐大學家庭研究與兒童發展學系碩士論文。
15. 陳佳鳳、卓妙如、溫千慧、楊仲棋(2007)。運用巴氏量表於出血性腦中風患者復健治療三個月成效追蹤。《台灣家庭醫學雜誌》，17(4)，250-263。
16. 陳晶瑩(2003)。老年人之長期照護。《台灣醫學》，7(3)，404-413。
17. 楊桂芬、許哲瀚、唐憶淨、龔建吉(2012)。社區老人日常生活活動、生活品質與幸福感之相關研究。《台灣老年醫學暨老年學雜誌》，7(4)，217-232。
18. 葉婷婷、王靜怡、林志峰、陳惠雅(2010)。台灣老人身體活動能力與日常生活功能之階層相關探討。《物理治療》，35(1)，1-7。
19. 臺南市政府民政局(2017)。臺南市 105 年人口結構狀況分析與探討。2018 年 4 月 23 日取自 <http://web.tainan.gov.tw/agr/warehouse/%7BA8A59A84-233C-4231-BD7A-CEF8212ADECE%7D/105%E5%B9%B4%E4%BA%BA%E5%8F%A3%E7%B5%90%E6%A7%8B%E7%8B%80%E6%B3%81%E5%88%86%E6%9E%90%E8%88%87%E6%8E%A2%E8%A8%8E.pdf>



## Effects of occupational therapy on daily activities of home-based clients: A case study of a rehabilitation institution in Tainan

Kung, Y.-L.<sup>1</sup>, \*Lin, L.-H.<sup>2</sup>, Cai, J.-Y.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Department of Senior Citizen Service Management, Chia Nan University

<sup>2</sup> Department of Sports Management, Chia Nan University

<sup>3</sup> Department of Medical Management, Chia Nan University

### Abstract

This case study examines the effects of occupational therapy on the daily activities of home-based clients regardless of gender, age, functional status or intervention time. All subjects in the sample of 41 individuals were selected by interview and assessment by occupational therapists from a rehabilitation institution in Tainan. Data on demographic variables and functional status in basic and instrumental daily living activities was collected. The results showed that assessment numbers mostly increased for both basic and instrumental daily living activities, indicating the efficacy of occupational therapy on home-based clients. It is suggested that occupational therapy for home-based clients be increased.

Keywords: emotional scales, daily life assessment, melancholy scale, older adult