

社團法人台灣職業重建專業協會

復健諮商，民 99，4 期，頁 23-42

以國際健康功能與障礙分類系統(ICF)架構為基礎的身心障礙者職業重建成果評估

杜維鏞 白嘉惠 王敏行譯

摘要

本文旨在介紹世界衛生組織（World Health Organization [WHO]）之 ICF 模式（以下簡稱 **ICF 模式**），以及嘗試以 ICF 模式發展身心障礙者職業重建服務成果（outcome）的評量。以 ICF 模式作為評估職業重建服務結果的架構，可不再侷限於州政府職業重建機構僅以服務使用者就業與否做為服務是否成功的評量觀點。更具體而言，本文將提議藉由 ICF 模式的架構發展一系列各分領域之成果評量工具，以瞭解職業重建過程為了改善身心障礙者在功能、活動和參與程度等，所提供之醫療、心理、教育以及職業之各項服務的成效（effectiveness）。透過使用這些分類領域的評量工具，可以使我們更容易瞭解復健諮商師提供的直接或間接服務，對服務使用者直接的影響以及在就業結果、健康狀態和生活品質（quality of life）的整體影響情況。

工作帶給一般人與身心障礙者身上的好處，在職業重建和職業心理學相關文獻皆有明確記載（Bishop, Chapin, & Miller, 2008）。相較於就業者，未就業者常有較高的憂鬱、焦慮與經常使用酒精的傾向，在自尊（self-esteem）與生活品質量表之得分也較低（Dutta, Gervey, Chan, Chou, & Ditchman, 2008）。鑑於工作對於人的重要性，復健專業人員一致地皆積極倡導工作為身心障礙者的基本人權（Dutta et al., 2008）。

以美國為例，聯邦政府與州政府每年在職業重建服務方案的預算支出超過 25 億美元，在協助身心障礙者就業上有相當積極的作為，扮演著相當重要的角色，（U. S. Government Accountability Office [GAO], 2005）。儘管職業重建服務方案被認為在協助身心障礙者找尋工作及維持就業穩定相當成功，然而，這個服務方案近年來面對了一連串的挑戰聲浪。例如，美國復健服務管理局（Rehabilitation Services Administration）之資料顯示主要的議題包括：1. 就業中之復健消費者其平均時薪只有一般勞動族群的 52%；2. 弱勢族群得到的服務較少，僅白人消費者獲得之服務的 80%；以及 3. 成功就業率在過去幾十年來沒有顯著改變，皆維持在 60% 上下（Rehabilitation Services Administration [RSA], 2005）。美國審計總署（GAO）將聯邦政府與州政府合作成立的職業重建服務體系與其他聯邦之身心障礙服務方案同列為高風險方案（high-risk programs），因為這些方案並未跟上實證科學的進展以及社會經濟環境的變化。同樣地，美國管理及預算辦公室（the U.S. Office of Management

and Budget and Federal agencies）（2006）給予職業重建服務方案表現「尚可」（adequate）的評價，意味著聯邦政府相關當局期待職業重建方案能設定更具挑戰性的服務目標、追求更卓越的服務結果、提升責任性（accountability）並加強管理。

在這個重視障礙者賦權、消費者選擇權益、實證證據以及預算有限的年代，職業重建服務有必要改變服務方式，才得以提供具成本效益的有效服務（Chan, Tarvydas, Blalock, Strauser, & Atkins, 2009; Rubin, Chan, & Thomas, 2003）。職業重建服務必須要能達到預期甚或超越服務的目標，唯有如此才能證明服務有效性，方案持續得到經費挹注才有其正當性（Rubin et al., 2003）。

然而，職業重建服務成效的評估過去一直都著重於短期間就業的結果，較未能充分且全面性地考量服務帶給消費者的所有益處（例如，生活品質）。Gilbride、Thomas 與 Stensrud（1998）主張，除了使用就業結果作為復健成功的指標外，擴大和改進所謂「成功復健」的定義是必要的。然而由於職業重建服務在服務輸送和服務對象特質方面的複雜性，Johnston、Stineman 與 Veloze（1997）認為服務過程與服務結果的實證研究極具有挑戰性；更具體而言，復健範圍包括了醫療至職業復健的整個服務過程，從消費者接受醫療服務開始到社區為基礎（community based）的服務為止，可能影響服務過程與服務結果的因素相當多，除了消費者本身的背景及損傷與限制的差異性外，還包括服務提供者的多元專業背景（例如：健康照護、社會工作與復健諮商）。由

此可知，職業重建過程中包含了個體、環境以及兩者間交互作用的種種服務歷程，要進一步確定哪個服務造成何種結果實在相當困難。要從如此複雜的服務過程中，有效地評估提供的服務是否達到預期效益，提供一系列評量工具用來全面性的評估服務結果是有必要的（Chan, Rubin, Lee, Miller, & Cheng, 2003; Schalock, Keith, Hoffman, & Karan, 1989）。

Chan 等人（2009）近來提倡使用世界衛生組織（WHO）之國際健康功能與障礙分類系統（International Classification of Functioning, Disability, and Health [ICF]）模式，作為在醫療、職業復健評估以及其它各項服務需求的評估架構，以能提供真實證據支持的服務給患有慢性疾病者和身心障礙者。Chan 等學者（2009）亦建議藉由 ICF 模式可以用來有系統有步驟的進行一系列研究，讓職業重建的服務具備實證證據的支持，有效性可以受到確認。依此想法進一步延伸的作法可以將 ICF 模式做為基礎架構，依據此架構下全面的將各種成果評量工具分類，並據此全面評估所有被提供的服務之成效。藉由這些評量工具的評量結果，可以有助於瞭解認在復健服務過程中，這些服務對消費者在社區參與、健康與幸福感、就業以及生活品質上的個別與整體的貢獻程度。

本文主要有三個目的：1.總覽說明 ICF 模式；2.說明如何以 ICF 模式為基礎的架構，瞭解復健服務歷程中不同階段所提供的各項服務之意義與目的；以及 3.探討如何使用 ICF 模式和依據 ICF 模式分類的成果測量

工具，評估職業重建服務的短、中、長期結果。

世界衛生組織 ICF 模式（The World Health Organization ICF Model）

ICF 模式自 2001 年發表以來，受到復健與衛生領域之專業人士與研究人員相當大的重視，重視程度可以從幾個著名期刊，例如 2003 年之障礙與復健學刊（Disability and Rehabilitation）（2003）、2005 年之復健心理學學刊（Rehabilitation Psychology）與 2005 年之復健教育學刊（Rehabilitation Education），都分別發行以 ICF 模式為主題的特刊（special issue）看出端倪來。ICF 具體的目標有以下幾項：(a) 提供健康狀態結果（consequences of health conditions）的科學為基礎、(b) 建立不同專業間共通語言以改善專業間的溝通、(c) 可以進行不同的國家、健康照護專業、服務與時間之間的資料比較，以及 (d) 提供健康資訊系統系統性的編碼方式。ICF 的前身為國際損傷失能殘障分類系統（International Classification of Impairments, Disability and Handicap [ICIDH]）（ICIDH: WHO, 1980）。ICIDH 模式概念上將失能狀態（disablement）對應到三個表現層級（performance level）：(a) 器官層級—損傷（impairment）、(b) 個人層級—失能（disability），以及 (c) 社會層級—殘障（handicap）。損傷（impairment）被定義為任何心理、生理或結構於構造上、功能上的失去或異常。失能（disability）被定義為因能力限制或缺乏（因損傷所引起），而無法以一般人視為正常執行的方式執行一項活動；殘障（handicap）則是不利因素限制

或阻礙了個體履行其應有的角色。損傷與器官功能有關，失能與個體功能之運作有關，而殘障則與社會不利因素有關。ICF 藉由以人為優先 (person first) 的用語，改善 ICIDH / ICF 中標籤化的用語，以「功能 (functioning)」、「活動 (activity)」、「參與 (participation)」取代 ICIDH 的「損傷」、「失能」、「殘障」。ICF 並且增加環境和個人因素 (environmental and personal factors) 為第四領域，特別強調環境在健康照護與復健結果上的影響 (Heinemann, 2005)。在 ICF 模式裡，「參與」(身心障礙者回歸社區中，並過著積極有生產力的生活) 被視為復健的最終目標。功能性與失能情形則被視為「個人健康狀態」與「個人特徵和環境所形成的情境因素」之間複雜的互動情形 (WHO, 2001)。關於對 ICF 模式圖示可見 (圖 1)，以下將會針對 ICF 模式中的主要要素做更詳細的說明。

功能

在 ICF 模式裡，「功能」被劃分為身體功能 (body function) 與身體構造 (body structure) 兩個類別。身體功能包括了身體系統的生理與心理功能，一共包含八個部份：(1) 心智功能、(2) 感官功能與疼痛、(3) 發聲與語言功能、(4) 心血管、血液、免疫與呼吸系統功能、(5) 消化、代謝與內分泌系統功能、(6) 泌尿生殖與生殖功能、(7) 神經肌肉骨骼與動作有關的功能，以及 (8) 皮膚與有關構造功能。身體構造與身體功能相對應，為身體結構上的層面，像是器官、肢體和它們的構件 (components)。例如：心智功能 (身體功能) 對應神經系統

的構造 (身體構造)。身體構造包括：(1) 神經系統構造、(2) 眼、耳與有關構造、(3) 涉及發聲與言語的構造、(4) 心血管、免疫與呼吸系統構造、(5) 消化、代謝與內分泌系統有關構造、(6) 泌尿生殖與生殖系統有關構造、(7) 動作有關構造，與 (8) 皮膚與有關構造。ICF 使用「能力分級值 (capacity qualifier)」量化個體在特定的時機下執行任務或是動作的能力；並以表現分級值 (performance qualifier) 來描述個體在他 (她) 目前所處環境下的實際表現 (亦即個體參與實際生活環境的情形)。身體功能與構造若相較於一般人的標準，有永久或是暫時的顯著改變，在 ICF 模式中即被定義為損傷 (WHO, 2001)。

活動和參與

「活動」和「參與」可以說明個體因身體功能與結構上的差異，改變了個體於個人與社會層面的功能。ICF 模式將「活動」視為個體執行的基本任務 (basic task)，「參與」則為個體從事社區 (或社會) 生活中的各項活動 (WHO, 2001)。然而，「活動」和「參與」並非永遠都能清楚區別，因為即使是基本的功能性任務 (活動)，都有可能是在環境或社會情境 (參與) 中發生或被執行 (Fougeyrollas et al., 1998)。「活動」和「參與」兩者之間的清楚界定，在 ICF 發展期間無法達成明確共識，「活動」和「參與」最後被歸為同一類別 (Fougeyrollas et al., 1998; Nordenfelt, 2003; Perenboom, & Chorus, 2003)。ICF 將「活動」和「參與」分為以下九個次領域：(1) 學習與應用知識—例如：看、聽與解決問題、(2) 一般任務與需求—

例如：從事單項和多項任務、(3) 溝通—例如：口語訊息的溝通（接受）以及說話、(4) 行動—例如：舉起與攜帶物品、步行和使用運輸工具、(5) 自我照護—例如：清洗個人、進食和穿著、(6) 居家生活—例如：準備餐點和做家事、(7) 人際互動與關係—例如：與同事的關係以及親密關係、(8) 主要生活領域—例如：非正式的教育、學校教育以及就業，以及 (9) 社區、社交與公民生活—例如：娛樂與休閒、宗教與信仰以及人權。「活動」和「參與」亦由能力分級值與表現分級值進行量化。能力分級值用來描述個體執行任務或行動的能力（例如：步伐速度）；表現分級值則用來描述個體在其目前所處的環境中的表現（例如：在學校裡步行的困難程度），或描述個體的特殊健康狀態、損傷或能力限制與特定環境因素互動下，個體的實際表現。個體的「活動」表現乃評量個體於標準環境下的表現（亦即個人能夠做到的能力），而「參與」則是評量個體在非標準環境中的實際表現（亦即個人實際能夠做到的程度）。

由於「活動」和「參與」的混淆，Scherer 與 Glueckauf (2005) 闡明「參與」為個體於生活情境與社會角色涉入的情況，諸如對子女的養育、人際關係、學位的追求、就業、娛樂、敬拜神明、政治表現以及志願工作等。此兩位學者將生活情境與角色描述為個體在生活脈絡中 (life context) 的行動和行為，應與基本功能的能力（即「活動」）有所區別。Fougeyrollas 等人 (1998) 指出是人與環境的交互作用最後決定了個體參與各項生活情境的能力。這幾位學者將「活動」

定義為個體在沒有環境或社會因素影響下的功能性表現，而「參與」代表更廣泛的社會情境影響下的結果。當現在普遍認同患有慢性病者與身心障礙者最理想的復健成果是充分的社區參與 (full participation)，毫無疑問地「參與」是 ICF 裡最重要的構念

個人與環境因素。

根據 Scherer 與 Glueckauf (2005) 的文章所示，ICF 裡的「環境與個人因素」是「活動」和「參與」運作的情境 (p.132)。「個人因素」乃指個體能影響 ICF 所示各領域表現的個別或個人的特徵。「環境因素」被定義為物理的、社會的以及態度的外在特徵，這些外在特徵能影響個體在每個 ICF 所示領域裡的表現。個人與環境因素兩者在對於瞭解障礙的形成上十分重要是 ICF 情境因子的要素。ICF 情境因素的「個人因素」包括：(a) 性別、(b) 年齡、(c) 其他健康狀態、(d) 因應風格 (coping style)、(e) 社會背景、(f) 教育、(g) 專業、(h) 過去經驗，以及 (i) 性格特徵 (character style)。「環境因素」是人們居住與生活社區裡的物理、社會和態度環境等外在的因素。這些環境因素可能是患有慢性疾病者或身心障礙者充分融入社區的阻礙或促進因子。例如：有行走困難的人可能只有在當建築物不是無障礙時的情況下，才會出現個體在移動表現上的問題；但當建築物是無障礙時，這個移動表現的問題就不會發生。具體的環境因素包括：(a) 產品與科技、(b) 自然環境與人為改造的環境、(c) 支持與關係、(d) 態度、以及 (e) 服務、制度與政策。

以世界衛生組織 ICF 模式作為職業重建成效之評估架構

ICF 與職業重建的運作 (ICF and the VR Process)

以美國為例，州-聯邦的職業服務方案最重要的方案之一，此方案投入相當多的心力在服務廣泛障礙類別的身心障礙者 (Saunders, 2005)。服務過程中，職業重建諮商師密切地與具顯著障礙程度 (significant disability) 之障礙者共同合作，從接案晤談 (intake interview) 開始，經由醫學和心理上的評量與介入、生涯探索以及職業訓練等過程，最後達到就業並維持就業穩定的目標 (Saunders, 2005)。為能增進復健過程中服務的協調性以及步驟順序，復健服務管理局建立了編碼系統 (coding system) 供州職業重建機構使用。表 1 為職業重建過程編碼狀態的使用說明 (表 1)。

美國復健服務管理局的服務狀態編碼系統與職業重建服務過程之評量 (assessment)、規劃 (planning)、執行 (implementing)、管控 (monitoring) 和評估 (evaluation) 之內容是對應一致的 (Saunders, 2005)。復健諮商師經常會因不同的評量與服務需要，而將個案轉介至其他專業接受服務 (像是心理評量、醫學評量與工作安置服務)。例如：損傷診斷與治療的服務 (Diagnosis and Treatment of Impairments Services) 規定就包括心智和情緒異常的診斷和治療，以及可能包含手術、義肢與關節矯正、護理服務、牙科服務、職能治療、物理治療、語言治療以及藥物提供。另外，還有一系列廣泛的服務，可能是由復健諮商

師直接提供或是進行資源連結，包含損傷的評量、診斷與治療；職業重建諮商與輔導；學院或大學裡的訓練；職能（職業）訓練、在職訓練、基本學業能力改善或讀寫能力訓練、其他各種訓練、就業準備度訓練、障礙相關之技能增強訓練、尋找工作機會協助；工作安置協助；工作場域支持服務：包括交通運輸服務、穩定就業服務、復健科技服務、閱讀服務、口譯服務、個人看護員服務 (personal attendant services)、輔助科技服務、資訊與轉介服務等。因此，整合性的服務就是擬定與執行一項結合了多種服務的復健計畫，以協助個案達到復健目標。提供多元服務的原則必須是服務間彼此可以互相增強或支持的 (Saunders, 2005)。最重要的是所提供的一系列服務內容，必須能顯著地增進消費者在 ICF 模式各領域之功能與表現，促進其充分參與並且融入社會。

由於許多健康照護與復健專業人員 (例如：外科醫師、物理治療師以及職能治療師) 都可能參與協助慢性病患與身心障礙者就業與充分參與目標的達成，因此復健成果的評估，須要從醫療服務就開始直到職業復健服務完成為止。在這整個連續的服務的過程中，某個時間點所獲得之復健結果 (依變項)，將會是後續其他時間點的復健結果之預測因子 (自變項)。職業相關的服務成效可以由以下三個觀點來進行服務結果評估：

1. 消費者的特定目標之服務成果 (Consumer-specific outcomes)：在功能與活動層面，針對消費者面臨的特定問題或臨床狀況，透過康復與治療的服務以達到消費者之目標。

2. 復健成果 (Outcome levels)：復健成果特別指的是在活動和參與的層面，於復健歷程中消費者面臨的問題與狀況的類別或群集之服務結果（例如：達到穩定的生理狀態(achievement of physiological stability)、建構良好的家庭環境 (establishment in the home environment)，及重返具生產性的活動(return to productive activity)）。
3. 總體復健成果(Global outcome)：總體復健成果是指所有臨床議題與治療（處遇）的最後結果，也是消費者特定目標之服務結果、現階段在功能、活動和參與的服務綜合服務結果。總體復健成果可以是客觀的復健結果，或是消費者在生活品質上的主觀體驗之呈現。

復健研究人員與學者一致認為，要發展出具效率與效果的復健諮商服務應考量情境與環境因素(參考 Wright, 1983)。由於 ICF 模式對情境因素相當重視，相當適合復健諮商師作為理解障礙狀態與發展復健服務之架構，ICF 模式的架構也同樣可以用來評估復健諮商師、其他健康照護與支持服務的提供者所提供的服務，是否能有效促進身心障礙者充分參與社會。然而，因為復健包括範圍廣泛的服務，從醫療持續至職業復健，亦即從急性照護到以社區為基礎的服務，同時服務對象的損傷與障礙特質也相當複雜，當再考慮服務提供者來自多元的專業背景(例如：護理、社會工作、復健心理與復健諮商)，服務輸送方式也各有不同。在這麼多變因中，要探討復健流程與成果研究的議題極具挑戰性。

評估職業重建成果之評量工具的綜合分類

ICF 模式的架構具有引導的作用，可被用來發展定義明確的分類方式，作為復健成果的評量工具之分類使用 (Mermis, 2005)。Chan 等人 (2009) 建議可藉由 ICF 模式的架構，來瞭解職業重建服務的消費者所需的評量與處遇服務之意義與目的。例如：評估身心障礙申請者之功能狀況，可以有助於復健諮商師審查其是否合於服務資格 (eligibility)，也同時可知道改善功能狀況可能需要的健康照護服務。經完善心理計量學驗證過的功能性評量工具，可以用於評量健康照護專業人員服務，在改善消費者的健康狀態以及功能的成效。同樣地，用來評估科技輔具使用結果的評量工具，也能用於評估用來協助消費者降低環境阻礙服務的成效。因此，可以依循 ICF 的架構將成效評量工具組織與分類。在以下的段落內容，將會列舉介紹一些可被運用於評估功能、活動、個人和環境因素以及參與成果的評量工具。

功能與功能性評量

以美國職業重建服務為例，功能性評估是決定服務資格與服務優先順序過程不可或缺。例如，威斯康辛州的職業重建部門 (1994) 將「顯著障礙者」(individual with a significant disability) 這個辭彙定義為：一個個體 (a) 有嚴重的生理或心智方面的損傷，而這些損傷於就業成果方面嚴重地限制了一個或多個功能性的能力—例如移動、溝通、自我照顧、自我導向、人際技巧、工作耐力或工作技能；(b) 預期職業重建需要多重的服務且需持續一段不短的時間，以及

(c) 因為(列表上)的障礙或其他的障礙而造成一個或多個生理或心智方面的障礙,以至於造成明顯實質上的功能限制。Pransky 與 Himmelstein (1996) 強調,當評量健康照護復健成果時,考慮評量的「範圍」的是很重要的。依據他們的看法,評估的範圍越小,結果越不可信。兩位作者認為聚焦在較多的生活和社會領域層面的總體取向(global approach) 對於問題與症狀的解決十分重要。日常活動目前的功能為何(相較於生病前或受傷前的差異程度如何)等都必須評估與監控。這些活動可以包括(但不限於)家庭事務、交通/駕駛、性活動、睡眠型態、社交娛樂活動、健康知覺和持續的醫療照護需求。因此,「改善功能」是職業重建的主要目標,用以改善功能的服務被歸為「編碼 16—生理與心智復原」的狀態。在復健服務管理局的個案服務報告(RSA-911) 資料庫裡,這些服務被稱為「*損傷的診斷與治療服務 (Diagnosis and Treatment of Impairment Services)*」,參與之專業人員為外科醫師、精神科醫師、護理人員、物理治療師、職能治療師、聽力治療師、語言病理學家以及心理學家。

傳統上來說,研究人員一般透過死亡率與發病率來評估醫療照護結果(例如,實驗報告或病理學家的評估結果用來顯示疾病之影響範圍與嚴重程度)。現今的研究人員改變此種觀點,不再僅依賴生物醫學方面有關疾病的看法,而是更注重評量功能性、日常活動的表現以及病人對自己整體健康的主觀評估(Stewart & Ware, 1992)。在職業重建過程,復健諮商師可能為了回復、改善

與維持消費者日常生活功能的目標,而透過購買方式提供各項健康處遇服務。因此,運用功能性評量工具將會是評估這些服務對於功能改善結果的好方法。

1971 年 Lawton 初次定義功能性評量為「任何系統性嘗試客觀地評量個體在不同領域功能上的表現情形」(摘自 Granger, 1998, 第 235 頁)。功能性評量(functional assessment)、復健方案(rehabilitation programs) 以及復健結果(outcomes) 這些名詞都很密切相關。「功能性評量」是指身心障礙者在日常生活中必要活動的表現。「復健方案」是指協助個體行為改變的方案,以增進其在生理、情緒、社會、職業以及非職業的其他事項上有更好的獨立性。復健的價值在於「復健成果」,而「復健成果」則是指恢復與穩定維持合適的個人功能之表現與行為。從復健方案所產生的變化、成效和益處,即代表「復健成果」;單獨從功能性評量結果不容易看出復健的益處,但較長時間的功能性評量結果則會讓復健獲益可以更明確且量化(Granger, 1997)。復健健康專業人員若擅長病理狀況和損傷狀態的診斷的同時,也能精熟使用功能性評量工具,將更能將個體的健康狀況與其執行功能性活動與履行社會角色的能力合在一起考慮。在醫療復健領域,功能性獨立量表與功能性評估表(Functional Independence Measure and Functional Assessment Measure)(FIM+FAM) 是很常用於住院復健場域的成果評估工具(Seel, Wright, Wallace, Newman, & Dennis, 2007)。研究指出一般的實務人員中有 82%~92%認為, FIM+FAM 的分數對於

急性復健出院報告的準備是有用的 (Pentland, Hellawell, & Benjamin, 1999)。另一個醫療與職業重建實務工作者常用的成果評量工具為**功能性評估量表 (Functional Assessment Inventory, FAI)**。FAI 可用於評量個體執行各種任務的能力，並是評量個體外表、態度和其他可能影響就業性 (employability) 之特質的好方法。上述提到之功能性評量工具，可作為復健諮商師評估醫療復健專業人員所提供專業服務的成果之用。這些功能性評量工具將進一步說明如下。

功能性獨立量表 (FIM)，FIM 是由「醫療復健資料統一團體」(Uniform Data Set for Medical Rehabilitation group, 1996) 所發展的，提供了患者接受服務後進展的明確操作性定義，可以方便使用於評估復健成果。FIM 是由 2 個領域與 18 個題項所構成：(a) 有 13 項是屬於「動作 (Motor) 領域」，亦即自我照顧、排泄控制、移動與行動；(b) 有 5 項是屬於「認知領域」，亦即溝通、心理社會適應以及認知功能。填答者需針對題項以李克特 7 點量表 (7-point Likert scale) 進行評分，1 表示完全依賴，7 表示完全獨立。Stineman 等人 (1996) 指出，FIM 有良好的內部一致性，在 Cronbach's alpha 係數當中，FIM 全部 18 個項目達到 0.88-0.97；其中動作-FIM (motor-FIM) 為 0.86-0.97；認知-FIM (cognitive-FIM) 則為 0.86-0.95。

功能性獨立量表與功能性評估量表 (FIM+FAM)

若單獨使用 FIM 量表，FIM 評估結果是會受到天花板效應 (ceiling effects) 的限

制，功能性評估量表 (FAM) 的發展可以輔助 FIM 應用上的不足，且由於 FAM 主要評量的功能性領域在 FIM 中是較不被強調，因此使用 FAM 可以擴大原本 FIM 的應用範圍。FAM 由 12 個特別為腦創傷和中風患者所設計的新題項組成，用以評估認知、社區融入、情緒狀態、定向能力、專注力、閱讀和書寫技巧以及可就業性等功能性的領域 (Hall, 1992)。增加這些項目是有意設計的，可以加上 FIM 的 18 個項目，成為 FIM+FAM 量表 (Hall, Hamilton, Gordon, & Zasler, 1993; Hall, Mann, High, Wright, Kreutzer, & Wood, 1996)。FIM+FAM 的題項通常可區分為兩個子量表，即有 16 個題項的動作量表與 14 個題項的認知量表 (Hall, 1992)。雖然量表最初設計主要是應用在腦傷病人，但實際上對所有的復健場域皆有用。復健健康專業領域之研究者已證實 FIM+FAM 的有效性，如 Hawley、Taylor、Hellawell 與 Pentland 等人 (1999) 的研究已確認 FIM+FAM 的因素效度 (factorial validity) 為兩個因素，且與「生活獨立」、「就業」以及「障礙限制的適應」等因子相關。Hawley 等人 (1999) 也指出，FIM+FAM 的內部一致性十分良好，生理/動作子量表的 Cronbach's 係數高達 0.99，認知子量表部份高達 0.98。FIM+FAM 動作與認知的子量表和每個題項都亦呈現良好的評分者間信度 (inter-rater reliability)，30 個項目裡有 24 項其評分者間信度落在優異的 (excellent) 範圍裡 (Donaghy & Wass, 1998)。

功能性評估表 (FAI)，FAI 是由 Crewe、Athelstan 與 Meadows (1975) 所發展，將職

業評量概念明確給予操作性定義，評估結果可提供復健服務計畫擬定時必要的資訊。FAI 是由 42 個項目所組成，包括 30 個用以評量個案職業有關的能力與限制的題項，每個題項為方便評分都依分數等級提供具體行為為描述供參考；另有 10 個題項用以發現獨特的優點，以及 2 個總體評量題項用以評估障礙嚴重程度以及成功就業可能性。FAI 共有 7 個分量表 (Crewe & Dijkers, 1995)，分別是：(a) 調適行為 (adaptive behaviors) 一共 7 個項目，例如「對本身能力與限制的精確知覺」、「判斷力」、「主動性」；(b) 認知一共 5 個項目，例如「學習能力」、「閱讀與書寫能力」以及「記憶力」；(c) 生理能力一共 4 個項目，例如「體力」、「耐久力」與「工時損失」；(d) 動作功能 (motor functioning) 一共 4 個項目，例如「上肢功能」、「手功能」和「動作速度」；(e) 溝通能力一共 3 個項目，例如「聽」、「說」和「語言功能 (language functioning)」；(f) 就業條件符合度一共 7 個項目，例如「工作史」、「雇主可接受度」和「經濟不利因素」；以及 (g) 視覺一共 1 個項目。填答者需以 4 點量表 (4-point scale) 進行評分，0 代表無損傷，3 代表嚴重損傷。復健健康研究人員已證實 FAI 的有效性，Crewe 與 Dijkers 亦確認了 FAI 的 7 個因素。Heinemann、Crown 與 McMahon (2000) 指出，FAI 可以成功區分出腦中風類型，顯示出它的同時效度 (concurrent validity)。FAI 可以區辨未來的職業復健結果也具備預測效度。FAI 的構念效度也受到支持，研究發現評量結果與「中風類型」與「中風前職業」二個特定預測因

子相關，但「教育」、「接受特殊教育」、「年齡」、「中風迄今之時間」、「性別」與「種族」則發現與 FAI 評量結果不相關 (Heinemann et al. 2000)。Neath、Bellini 與 Bolton (1997) 以 5741 位個案進行 FAI 的向度 (dimensionality) 調查，樣本包含了五種障礙類別：(1) 肢體／截肢 (orthopedic/amputation)、(2) 慢性／生理疾病 (chronic/physical condition)、(3) 精神疾病 (mental illness)、(4) 智能障礙 (mental retardation)，以及 (5) 學習障礙 (learning disability)。此調查發現就全部的樣本進行分析獲得 6 種因素 (調適行為、認知、生理能力、運動功能、溝通、職業資格)，與 FAI 先前的因素分析所發現的因素接近一致 (Crewe & Athelstan, 1981)，但在使用主成份因素分析 (principal factor analyses) 結果，卻發現五個不同障礙各自得到不同的因素架構。因此，這個研究發現讓我們知道，在職業重建服務資格審查過程中，對不同的障別團體使用共通的 FAI 因素分數作為決定的依據，對於某些障礙類別群體而言可能效度較不足，資格審查結果也可能造成不公平。為確定跨團體的公平性，應要利用特定障礙類別群體的因素分數剖面圖 (factor score profiles)。要有效地以 FAI 為工具，關鍵在於諮商師臨床使用 FAI 時評量的品質，諮商師可能會希望能有更多關鍵資料與額外資訊來補強 FAI 剖面資料 (Neath et al., 1997)。

個人因素

ICF 所確認的個人因素 (例如：性別、年齡、種族及次級健康狀態 (secondary health

conditions)) 對於復健方面也很重要，這些個人因素可能會與「功能」、「活動」及「環境」等交互作用而影響參與之結果。在相關復健文獻中，個人的「因應技能」、「社會問題解決能力」、「社交技能」、「自尊感」、「障礙接受度」、「復原力」、及「正向心理特質」等已被認為是和正向的心理社會適應及職場成功有關(Chan, Cardoso, & Chronister, 2009)。以下介紹幾個可用來評估個人因素的測量工具，可用來瞭解諮商及介入措施對於個體心理社會適應的效果：

羅斯伯自尊量表 (Rosenberg Self-Esteem Scale; 簡稱 RSES)。RSES 是由 Rosenberg (1965) 發展用來測量自尊感的量表。本量表共 10 題，評量個體對自身的態度 (例如：“我用正向的態度對待自己”、“我能做到與大部分的人一樣好”，以及“我覺得我有許多優點”)，評分方式採用 Likert 式四點量表，每一題分數介於 1 分至 4 分 (“非常同意” 到 “非常不同意”) 之間。總分數介於 10 分至 40 分之間，分數愈高代表自尊感愈高。分數低於 25 分在臨床診斷上確認為具顯著低自尊感。有研究指出 RSES 重測信度介於 .72 到 .90 之間 (Robins, Hendin, & Trzesniewski, 2001)。

障礙接受量表 (Acceptance of Disability Scale; 簡稱 ADS)。ADS 是 Linkowski (1971) 和 Wright (1983) 的四個與障礙接受有關的價值改變 (即擴大價值觀的範圍、控制障礙的影響、降低對身體外表價值的重視，以及從比較性價值轉為絕對性價值) 進行明確操作性定義發展而來。此量表共 50 題 (例如：“有許多事是身為身心障礙

者的我能做的”)，評分方式採用 Likert 式六點量表，每一題分數介於 1 分至 6 分 (“我非常不同意” 到 “我非常同意”) 之間。總分數介於 50 至 300 分，分數愈高代表障礙接受度愈大。Linkowski (1971) 指出整個量表的 Spearman-Brown 信度為 .93。此研究 Cronbach α 之內部一致性係數為 .94。Groomes 和 Linkowski (2007) 最近提出修正的版本-ADS-R。此版本乃使用主成份分析將原版本題項分成四個分向度以反映 Wright 的價值改變觀點的四個向度，再依據分析結果刪去題項成為 32 題的修正版 (ADS-R)，每一個分量表的 alpha 係數值介於 .71 到 .88 之間，且整個量表的 alpha 係數為 .93。修正版採用四點 Likert 評分方式取代原先的六點量表，而且修正題的項措詞以反映目前可接受與障礙有關的語詞用法。研究者發現 ADS-R 具備實證上的多元向度特性，增加障礙與復健領域之研究及臨床場域的可應用性。

Connor-Davidson 復原力量表 (The Connor-Davidson Resilience Scale; 簡稱 CD-RISC)。CD-RISC 是依據 Connor 與 Davidson (2003) 復原力構念 (resilience construct) 進行操作性定義發展而來，共有 25 題 5 個分量表：(a) 個人的勝任能力、高標準，以及韌性 (8 題；例如：“不因失敗而輕易喪志”)；(b) 信任個人直覺、容忍負面情緒，以及強化因應壓力的影響 (7 題；例如：“聚焦及仔細思考”)；(c) 正向接受改變及牢固人際關係 (5 題；例如：“能夠適應改變”)；(d) 控制 (3 題；例如：“我掌控我的人生”)；以及 (e) 宗教影響 (2 題；例如：

“有時命運或神會幫忙”)。題項均採用五點 Likert 量表評分，完全不符合 (0)、大部分不符合 (1)、有時符合有時不符合 (2)、大部分符合 (3)，以及完全符合 (4)。Connor 與 Davidson (2003) 使用一般人口樣本和精神病患樣本利用探索式因素證實此量表為五因素的架構。Catalano、Lee、Hunter、Fujikawa 和 Chan (2008) 最近使用脊髓損傷者樣本進行驗證性因素分析亦驗證 CD-RISEC 為五因素的架構。

因應量表 (COPE Inventory; 簡稱 COPE)。COPE 原由 Carver、Scheier 與 Weintraub (1989) 進行對「因應 (coping)」構念之操作性定義發展而來。COPE 有兩個版本 (Carver, 1997; Carver et al., 1989): (a) COPE 及 (b) COPE 簡短版。COPE 共有 53 題 14 個分量表，每一個分量表代表一個因應策略: (a) 主動因應 (例如: “為能擺脫問題我加倍付出行動”); (b) 擬定計畫 (例如: “對於要怎麼做我想出一個策略”); (c) 減少其他活動 (例如: “我把其他活動放在一邊以便在這方面全力以赴”); (d) 保留因應 (例如: “我強迫自己等待適當的時機因應”); (e) 尋求工具性的社會支持 (例如: “我會向有類似經歷的人詢問他們怎麼做”); (f) 尋求情緒性的社會支持 (例如: “我會跟某人說我的感受”); (g) 情緒的聚焦與發洩 (例如: “我感覺憂鬱並把情緒表現出來”); (h) 行為逃避 (例如: “我放棄去嘗試獲得我所想要”); (i) 心理逃避 (例如: “專心工作或找其他替代性活動不再去想這些事”); (j) 正向重新詮釋及成長 (例如: “我從發生的事情裡看到好的一面”); (k) 否認

(例如: “我拒絕相信已發生的事情”); (l) 接受 (例如: “我學習和它共處”); (m) 求助於宗教 (例如: “我尋求神的幫助”); (n) 利用酒精或藥物逃避 (例如: “我喝酒或用藥是為了可以不去想它”)。受測者被要求使用 Likert 式四點等級評分方式 (1 分=絕非如此 4 =常常如此), 指出當他們經歷壓力事件時感覺為何以及會怎麼做 (Livneh & Wilson, 2003)。研究發現 COPE 因素與憂鬱、焦慮及心理社會適應有關。Carver 等人 (1989) 研究指出 15 個 COPE 因素的內部一致性 (Cronbach α) 介於.45 到.92 之間且重測信度介於.42 到.89 之間。

COPE 簡短版是修訂 COPE 而來, 14 個分量表每個分量表有 2 題。評分方式維持採用 Likert 式四點等級。COPE 簡短版分為兩部份, 即可能造成失能的 (dysfunctional) 回應及可能達到調適的 (adaptive) 回應, 包括主動因應、研擬計畫、正向重塑觀點、接受、幽默、宗教、情緒性支持、工具性支持、分散注意、否認、吐露發洩 (venting)、物質濫用、行為逃避、自責等因素 (Carver, 1997)。簡明 COPE 以 Andrew 颶風後的社區作為樣本進行研究, 已證明為有效的量表 (Carver, 1997)。內部一致性 (Cronbach α) 介於.50 到.90 之間, 只有 3 個因素低於.60。簡明 COPE 之因素分析結果顯示與原來 COPE 架構大致一致; 雖然因素結構沒有與 14 個分量表的結構完全一致, 但若結合理論的構念及因素的結構一起審視時, 這樣的結果是合適的 (Carver, 1997; Carver et al., 1989)。

社會問題解決量表－修正版 (Social Problem-Solving Inventory-Revised; 簡稱 SPSP-R)。SPSP-R 最早是 D'Zurilla、Nezu 與 Maydeu-Olivares (2002) 將具備五個面向的社會問題解決能力構念進行操作性定義而發展出來的。SPSP-R 有 2 個版本 (Dreer et al., 2009): (a) SPSP-R 長版及 (b) SPSP-R 短版。SPSP-R 長版有 5 個分量表, 共 52 個題項, 可分為 2 個具建設性或調適性的問題解決面向 (正向問題取向、理性問題解決風格及三個失能面向 (負向問題取向、衝動/粗心風格、逃避風格): (a) 正向問題取向 (5 題; 例如: “當我遇到問題時, 我會試著從正面的角度視此為挑戰、機會或是有益的”); (b) 理性問題解決風格 (20 題; 例如: “當我有問題要解決時, 我會檢視周圍環境中有哪些因素或情況可能是造成這個問題的原因”); (c) 負向問題取向 (10 題; 例如: “當我有重要的問題要解決時, 我變得憂鬱及無力行動”); (d) 衝動/粗心風格 (10 題; 例如: “當我嘗試解決問題時, 我會依第一個想到的好主意去行動”); 以及 (e) 逃避風格 (7 題; 例如: “我的生活中遇到問題時, 我會拖延不去解決, 能拖多久就拖多久”)。受測者被要求回答 SPSP-R 題項所描述的行爲符合程度, 評分方式採用 Likert 式五點等級 (評分: 0=完全不符合 4=完全符合)。正向問題取向量表評量一般認知模式, 包括傾向於從正面角度看問題、將問題視為挑戰而非威脅, 以及對自身察覺問題及解決問題持樂觀看法。理性問題解決風格量表可用來評量系統性及深思熟慮地應用問題解決技術的傾向, 包括定義問題、產

生替代方案、評估替代方案, 以及執行解決方案和評估結果; 負向問題取向量表評量阻礙有效問題解決的認知情緒模式; 衝動/粗心風格量表測量衝動、不徹底及無計畫的問題解決傾向; 逃避風格量表評量延後問題及等待問題自己解決等失能問題解決模式。SPSP-R 的因素被發現與自尊感、生活滿意度、外向性、社會適應、社交技巧、焦慮、無助感、憂鬱、自殺、適應不良的因應以及冒險行爲有關 (Dreer et al., 2009; Elliott & Shewchuk, 2003; Johnson, Elliott, Neilands, Morin, & Chesney, 2006)。D'Zurilla 等學者以大學學生為樣本, SPSP-R 五個因素的內部一致性 (Cronbach α) 介於 .76 (正向問題取向量表) 到 .92 (理性問題解決風格量表) 之間。而且, 重測信度 (3 週) 介於 .72 (正向問題取向量表) 到 .88 (負向問題取向量表) 之間 (D'Zurilla, Chang, & Sanna, 2003)。

SPSP-R 短版有 25 題 (SPSP-R; D'Zurilla et al., 2002), 是社會問題解決能力的簡明測量版本。如同 SPSP-R 長版一樣, SPSP-R 短版也有計量學上充分證據的支持 (D'Zurilla et al., 2002), 如 D'Zurilla 等人 (2002) 證實 SPSP-R 短版為五因素架構, Dreer et al. (2009) 以復健個案為樣本 (低視覺樣本及糖尿病樣本) 的研究發現也進一步支持這樣的發現。羅序分析 (Rasch analysis) 結果顯示低視覺樣本與糖尿病樣本的題項分離信度 (item separation reliabilities) 分別為 .98 及 .95, 對應的皮爾森信度為 .85 及 .87。兩個樣本的題項合適度統計量介於 .66 到 1.48 之間 (Dreer et al.)。

環境因素 (Environmental Factors)

環境因素與個人因素皆是造成個體成為「殘障」相當重要的因素。對於環境因素的分類與評估反映人們生活中所處環境的物理、社會及態度等方面的狀況，包括環境中可以影響個人功能的立即因素（例如：行動產品與科技）和周邊較疏遠的環境因素（例如：社會的態度、系統及政策），因此這些環境因素所需的介入措施可以是以個體為對象（例如：提供可個人無障礙環境）或是以社會為對象（例如：擬定與執行融合政策）（Schneidert, Hurst, Miller, & Ustun, 2003）。用來測量一般人對障礙的態度之評量工具相當多（Chan, et al., 2009），這些評量工具可能可以用來測量職業介入措施在改變社會（例如：雇主）對身心障礙者態度的效果。其他重要環境測量工具和復健有關的包括輔助科技使用及社會支持等。例如：Chronister、Johnson 與 Berven（2006）的研究發現環境因素中，社會支持與疾病的預防、感染等方面有相當重要的影響。

社會支持問卷（Social Support Questionnaire；簡稱 SSQ）。SSQ 是 Sarason、Levine、Basham 與 Sarason（1983）依據「社會支持」的兩個基本要素發展而來，即結構上的（structural）及知覺上的（perceptual）社會支持。SSQ 基本上是以 602 位未畢業的學生為施測對象發展而來。本問卷包含 27 個題項，每個項目需要回答 2 個部分：列出在特定情境下的支持者名單，以及對此支持情形的滿意度評價（從 1=「非常不滿意」到 6=「非常滿意」）。評量結果可以獲得 N 分數（支持的人數）及 S 分數（支持的滿意度）。

N 分數的題項間相關係數介於 0.35 到 0.71 之間，平均數為 0.54，個別題項對總分數的相關係數介於 0.51 到 0.79 之間，信度的內部一致性評價 Chronbach α 值為 0.97；S 分數的題項間相關係數介於 0.21 到 0.74 之間，平均數為 0.37，個別題項對總分數的相關係數介於 0.48 到 0.72 之間，內部一致性 α 值為 0.94。N 分數進行因素分析萃取出一個因素，可代表 82% 的變異量。S 分數的因素分析可得到可解釋 72% 變異量的單一因素，兩個分數之間的相關係數為 0.34（後續研究結果為 0.21 及 0.31）。N 分數和 S 分數超過 4 週的重測信度分別為 0.90 及 0.83。

多面向社會支持覺知量表（Multidimensional Scale of Perceived Social Support；簡稱 MSPSS）。MSPSS 是 Zimet、Dahlem、Zimet 與 Farley（1988）為了測量社會支持的適足度覺知（perceived adequacy）所發展的工具。這個工具的多面向特性不是指測量工具之測量向度數目，而是特指對家人、朋友以及重要他人等三個資源提供者所提供的支持之適足程度覺知而來。MSPSS 共有 12 個題項（例如：“我的家人真的試著幫助我”）。每個題項的評分方式採用 Likert 七點等級評分方式，分數從 1 到 7 分（“非常不同意”到“非常同意”）。內部一致性信度 Chronbach α 係數介於 0.85（朋友分數）到 0.91（重要他人）。總分數的 α 係數為 0.88。重測信度介於 0.72（重要他人）到 0.85（家人），對總分的預估值為 0.85。MSPSS 分數與焦慮及憂鬱呈負相關。

障礙問卷（Disability Questionnaire）。「障礙問卷」由 Popovich、Scherbaum、

Scherbaum 與 Polinko (2003) 等人所發展，目的在測量雇主對身心障礙工作者之態度。本問卷共有 88 個題項組成三個分量表，分別為評估雇主之障礙相關信念 (ADA 常識)、與身心障礙者一起工作時的情緒反應 (affective reactions) 及對一般工作場所合理職務調整的想法。ADA 常識量表包括由 42 個心理、生理及感覺神經損傷清單組成，受試者被要求從此清單勾選出 ADA 法案裡被視為是障礙的損傷。情緒反應量表有 21 個題項，受試者對與身心障礙者一起工作的情緒反應評價，採用七點 Likert 式量表，分數從 1 (完全同意) 到 7 (完全不同意)。這個部分的例子包括“在工作場所裡身心障礙者能有貢獻”和“我不願意在由身心障礙工作者操作機器的工作場所裡工作”。情緒反應量表的內部一致性適當，介於.69 到.85 之間。職場合理職務調整信念量表 (reasonableness of workplace accommodations) 包括 25 個描述調整內容的題項，像是增加成員、購買特殊軟體，以及增加電梯。這個量表的評分方式使用七點 Likert 式量表，分數從 1 分 (非常合理) 到 7 分 (非常不合理)。這個量表的內部一致性非常高，介於.92 到.93 之間。

活動 (Activity)

前文曾提到活動和參與不容易區分，因為事實上就算是執行基本的功能性任務，都會是發生在環境或社會的情境 (即「參與」) 下。為了能達到評量職業復健服務成果之目的，作者建議使用功能性評量工具來評量「功能」、生活技能測量工具來評量「活動」，以及整體結果評量工具來評量「參與」。

Chan 和 Rubin 根據復健諮商師及消費者所提供的大量資料發展出一套活動測量工具，以評估職業復健的成效。與過去功能性評估工具主要測量細微技能 (microskills) 不同，兩位學者致力於發展更高階生活技能的測量工具。透過大量的文獻回顧，以及對數群復健服務諮商人員及消費者進行焦點團體及 Delphi 研究，發展出生活技能調查表 (Life Skills Inventory, 簡稱 LSI)。LSI 整理出一組可能的生活技能因素，其與 1998 年美國復健法案修正案 (Amendments to the Rehabilitation Act) 明定的七個功能類別一致。這些類別分別為溝通、人際技能、移行能力、自我照顧、自我導向 (Self-Direction)、工作技能以及工作耐受度。探索式因素分析萃取出五個重要成功復健結果的生活技能因素 (一般性就業技能、溝通技能、自我教導技能、自我照護技能，以及工作耐受能力)。

生活技能調查表 (Life Skills Inventory, 簡稱 LSI)。LSI 是 Chan 等人 (2003) 將積極社區生活及工作生活所必須的技能進行操作性定義而發展而來。LSI 是由五個分量表 51 個題項所組成：(a) 一般就業能力技能 (例如：能和工作同仁相處得來)，(b) 工作相關的溝通技能 (例如：能進行有效的工作面談)，(c) 自我導向技能 (例如：規劃休閒活動)，(d) 自我照護 (例如：合適的穿著) 以及 (e) 工作耐受力 (例如：一天工作 8 小時)。LSI 分為諮商人員與消費者填的兩個格式，復健諮商人員被要求使用五點 Likert 式評量對其個案的能力進行評價 (評分：1 分代表能力很低，2 分代表能力

低，3 分代表能力中等，4 分代表能力高，5 分代表能力很高），消費者也被要求使用五點 Likert 式量表對他們自己擁有的能力進行評價。LSI 以探索式因素分析建立此量表的因素效度（Factorial validity），且證明此量表之生活技能和生活品質有相關（Cardoso, Blalock, Allen, Chan, & Rubin, 2004）。Chan、Rubin、Lee 與 Pruett（2003）指出五個分量表的內部一致性係數介於.85 到.96 之間。

參與（Participation）

對職業復健來說，「參與」階段最重要的結果是就業上的參與。Pransky 和 Himmelstein（1996）建議對中途致殘者進行就業成果的測量應使用多面向的方法，包括測量其在就業上的就業狀況（全時或部份工時、相同或不同工作、雇主）、工時損失、受傷後與受傷前工作功能的比較、入院前後工作任務（生理或心理的）、短期工作與長期工作穩定情形、以及工作上的生產力、品質以及彈性。這些客觀的就業成果指標可以補強其他主觀的參與指標。然而，自從 ICF 的公布，健康和復健研究人員要不企圖透過研究證實以評量「健康狀態」或「生活品質」的工具當作「參與」的評量工具是有效的，不然就是想發展出全新的評量工具（Heinemann, 2005）。另一個可能的方法是使用較舊的 ICIDH 依據殘障（handicap）構念發展的工具作為評量「參與」的代替工具。Craig 殘障評估與報告技術（*Craig Handicap Assessment and Reporting Techniques*，簡稱 CHART）是一個廣泛用來測量參與的方法（CHART；Whiteneck, Charlifue,

Gerhart, Overholser, & Richardson, 1992）。CHART 的設計是要提供一個簡單、客觀評量工具，以瞭解開始復健以來損傷和失能造成個體殘障（參與之受限）程度的變化。

1. 身體獨立自主（Physical independence）：維持個體有效獨立存活的基本能力。
2. 移動能力（Mobility）：能在他或她所處環境有效移動的能力。
3. 從事活動（Occupation）：能於生活的時間中從事符合個人之性別、年齡及文化所預期的慣常活動。
4. 社會參與（Social integration）：參與及維持慣常的社交關係的能力。
5. 經濟自主（Economic self-sufficiency）：維持慣常社會經濟活動及獨立的能力。
6. 認知獨立（Cognitive independence）：定位本身與所處環境的能力。

CHART 的每一個分領域或分量表最高分數為 100 分，被視為一般非身心障礙者表現的平均。CHART 的重測信度為 .93（Whiteneck et al., 1992）。CHART 已在許多研究中被使用作為評量「參與」的工具且獲得肯定（Cusick, Gerhart, Mellick, Breese, Towle, & Whiteneck, 2003；Whiteneck et al., 2004）。

參與和自主衝擊問卷（Impact on Participation and Autonomy Questionnaire，簡稱 IPA）。特別設計用來測量 ICF 的「參與」構念的新評量工具中，「參與和自主衝擊問卷」是具體努力成果的好例子。IPA 最早由荷蘭 Cardol、de Haan、van den Bos、de Jong 和 de Groot（1999）等人所發展，其目的為了評估個體所覺知的長期障礙對其參與和

自主方面的影響或衝擊。使用探索式因素分析 IPA 可萃取出四個因素：1. 社交關係；2. 自我照護；3. 行動/休閒，以及 4. 家庭角色／財務獨立 (Cardol et al., 1999)。後續的研究以室內自主性 (autonomy indoors) 及戶外自主性 (autonomy outdoors) 兩個向度取代自我照護及行動／休閒 (Cardol, de Haan, de Jong, van den Bos, & de Groot, 2001)。目前的 IPA 版本有 32 個題項分成五個分量表：

(a) 室內自主性、(b) 家庭角色、(c) 戶外自主性、(d) 社交生活與人際關係，以及 (e) 就業與教育。評分方式採用 Likert 式五點等級，從非常好到非常差。分量表的內部一致性係數介於 .81 到 .91 之間，且重測信度係數介於 .56 到 .90 之間。Sibley、Kersten、Ward、George、White 和 Mehta (2006) 使用驗證性因素分析驗證 IPA 英文版本的因素架構的效度。研究結果發現，雖然 1.0 的近似值誤差平方根 (RMSEA) 高於 .08 的最小接受值，然而基準適配指標 (NFI) 為 .98 且比較適配指標 (CFI) 為 .99，均大於 .95 的最小接受值，意指五因素架構很適合這個模式。分量表的 Cronbach α 值介於 .86 至 .94 之間，每一個題項的重測信度也都獲得確認 (加權 kappa 統計皆大於 .60，介於 .64 到 .92 之間)。IPA 之分量表與簡明健康調查表 SF-36 (Short Form-36 Health Survey; 縮寫為 SF-36)、倫敦障礙量表 (London Handicap Scale)，以及功能限制側面圖 (Functional Limitations Profile) 之各分量表亦合乎理論預期方向的相關性。Sibley 等學者 (2006) 推斷 IPA 適合用來作為評量具適當認知及語言能力之長期肢體損傷成人的服務成果。

總體復健成果 (Global Outcome)

以整體層次的評估結果作為評估整個臨床及職業介入的效果應是適當的，特別是此評估結果也代表個體之功能、活動及參與各層面間交互作用之表現。整體的職業重建成果乃是客觀的身心復原情形及主觀的感受經驗，最後形成對個人自身健康狀態、生活品質以及幸福感主觀感受等方面的覺知。以下為一些成果測量工具的例子，這些工具已經過信效度驗證，可以應用在評估總體層次的職業重建成果。

簡明健康狀況調查表 SF-12 (Short Form 12, 簡稱 SF-12)。SF-12 是由 Ware、Kosinski 與 Keller 等人 (1996) 將健康相關方面之生活品質的概念進行操作性定義發展而來。本量表共由 12 個題項及 8 個分量表組成：(a) 肢體功能 (2 個題項；例如：“中度活動；像是移動桌子、推進吸塵器、洗碗，或打高爾夫球”)；(b) 由於生理問題造成之角色限制 (2 個題項；例如：“比心中想要完成的少”)；(c) 身體的疼痛 (1 個題項：“在過去四週，疼痛干擾你正常工作程度 [包括外面的工作及家事?]”)；(d) 一般健康 (1 個題項：“通常你覺得會說你的健康是超優的／非常好／好／尚可／體弱的?”)；(e) 生命力 (1 個題項：“你很有活力嗎?”)；(f) 社會功能 (1 個題項：“在過去四週的時間，受身體健康或情緒問題干擾你的社交活動的時間如何？[社交活動如拜訪朋友、休閒等。]?”)；(g) 由於情緒問題造成社會角色受限 (2 個題項；例如：“在過去四週的時間，你受情緒問題 [像是感到憂鬱或焦慮] 影響工作或其他日

常活動上的時間為何？”) 以及 (h) 心理健康 (2 個題項; 例如: “你是否感到平靜和安寧?”)。第 1、4、5、6、7、8、9、10、11 和 12 題的評分方式採用 5 點 Likert 式量表, 分數為 1 分 (優)、2 分 (很好)、3 分 (好)、4 (尚可), 以及 5 分 (差), 第 2 題及第 3 題採用三點 Likert 式量表, 1 分 (是, 限制很多)、2 分 (是, 限制很少)、3 分 (否, 完全沒有限制)。12 個題項的得分可以歸成生理層面摘要量表 (physical component summary scale; 縮寫為 PCS) 的分數, 心理層面摘要量表 (mental component summary scale; 縮寫為 MCS) 的分數, 以及總分數。得分也以依據一般人所建立之常模進行標準化 ($M=50, SD=10$)。前四個分量表在 PCS 的負荷量最大, 且最後四個分量表在 MCS 的負荷最大。SF-12 PCS 超過兩週的重測信度為 .89, SF-12 MCS 則為 .76。

幸福感量表 (The Sense of Well-Being Inventory, 簡稱 SWBI)。SWBI 最早由 Rubin、Chan、Bishop 與 Miller (2003) 依據職業復健個案的生活品質構念進行操作性定義發展而來。SWBI 的信效度上的支持來自兩篇研究, 分別是 Chapin、Miller、Ferrin、Chan 和 Rubin 等人 (2004) 使用加拿大社區中之脊髓損傷者樣本所進行的研究, 以及 Catalano、Kim、Ditchman、Shin、Lee 和 Chan (2009) 以加拿大另一組脊髓損傷者為樣本的研究。依據 Catalano 等學者 (2009), SWBI 版本有四個分量表共 20 個題項: (a) 心理上之幸福感 (6 題; 例如: “我覺得我不錯”)、(b) 家庭及社會的幸福感 (5

題; 例如: “我從我的家人得到情感上的支持”)、(c) 生理上的幸福感 (4 題; 例如: “我覺得我的體力不錯”), 以及 (d) 財務上的幸福感 (5 題; 例如: “我覺得我的財務狀況未來會不錯”)。復健個案被要求指出 SWBI 題項的描述符合他們的程度, 評分方式採用四點 Likert 式量表 (評分: 1=非常不同意, 2=不同意, 3=同意, 4=非常同意)。Catalano 等學者 (2009) 的研究以及 Keegan、Lin、Zheng、Allen, 和 Chan (出版中) 使用復健個案為研究對象的研究皆驗證了 Chapin 等學者 (2004) 提出的四因素架構, 且 SWBI 因素與「自尊感」、「障礙接受度」以及「生活滿意度」等便項也發現具相關性。Rubin 等學者 (2003) 提出的 SWBI 五因素架構內部一致性係數 (Cronbach α 值) 分別為 .88、.83、.79、.72 以及 .62。在 Chapin 等學者的研究 Cronbach α 係數的範圍介於 .79 到 .88 之間, Catalano 等學者的研究則介於 .81 到 .85 之間。

世界衛生組織生活品質問卷—簡明版 (The World Health Organization Quality of Life—Brief Version, 縮寫為 WHOQOL-BREF)。WHOQOL-BREF 是世界衛生組織發展的有關生活品質的簡短評量工具 (The WHOQOL Group, 1998)。此工具有二個用來評量整體生活品質的題項, 以及 24 個用來評量四個特定生活品質領域之題項: (a) 生理能力領域 (例如: “您有足夠的精力應付每天的生活嗎?”), (b) 心理領域 (例如: “您覺得生命是有意義的嗎?”), (c) 社交人際關係領域 (例如: “朋友給您的支持令您滿意嗎?”), 以及

(d) 環境領域 (例如：“您所處的環境有益健康嗎?”)。評分方式採五點 Likert 式量表，分數從 1 分到 5 分 (完全不到非常)；填答者被要求依據最近兩週的經歷回答 (例如：“您有多熱愛您的生活?”)。WHOQOL-BREF 的因素效度已在許多不同的國家及不同的病患樣本中被驗證其有效性，並且已廣泛被應用在衛生與復健成果的研究上 (Miller, Chan, Ferrin, Lin, & Chan, 2008)。生理能力領域分量表的內部一致性 Cronbach α 係數為 .80，心理領域分量表的內部一致性 Cronbach α 係數為 .76，社交領域分量表的內部一致性 Cronbach α 係數為 .66，環境領域分量表的內部一致性 Cronbach α 係數為 .80 (The WHOQOL Group, 1998)。

生活滿足感量表 (Satisfaction with Life Scale, 縮寫為 SWLS)。SWLS 是 Diener、Emmons、Larsen 與 Griffin (1985) 根據生活滿足感的概念進行操作性定義發展而來。本量表共有 5 個題項 (例如：“生活上的大部狀況都接近我的期待”)。評分方式採用七點 Likert 式量表，1 分 (非常不同意)，2 分 (不同意)，3 分 (有點不同意)，4 分 (沒意見)，5 分 (有點同意)，6 分 (同意)，以及 7 分 (非常同意)。總得分介於 5 到 35 之間。得分較高者代表有較高的生活滿足感。以大學生與一般健康員工為樣本，平均數介於 14.4 到 27.9 之間。以美國伊利諾州 176 個大學生為樣本，2 個月以上的重測信度為 .82， α 係數值為 .87。研究顯示 SWLS 與其他幸福感主觀覺知量表的測量結果呈顯著正相關，與心理病理測驗的評量結果則呈顯著負相關 (Diener et al., 1985)。

結 論

對於只使用短期間的就業結果做為職業重建成果的評量指標，研究人員一直以來都感到憂心，許多復健研究人員乃提倡使用具多重面向成果評量的工具於方案評鑑中。然而，由於復健服務在服務輸送過程及服務對象的複雜特性，使得服務歷程與服務成效的研究面臨挑戰。職業復健包含廣泛的服務領域，從醫院的醫療服務到社區本位的職業復健服務皆是，服務提供者專業背景也相當多元 (例如：健康照護、社會工作以及復健諮商)，服務對象更是損傷異質性且複雜度高之身心障礙者。基於上述複雜特質，復健服務的過程中，因不僅必須考量個體與環境各自的服務歷程，還必須考量與歷程彼此之間的交互作用，使得判斷哪些服務輸送會產生哪些成果顯然相當困難。為了證明職業重建過程的服務使用者能從如此複雜的服務內容中獲得令人信服且期待的結果，可以用來進行整體評量之評量工具是需要的。在這篇文章裡，筆者建議以世界衛生組織 ICF 模式為架構，將職業重建成果評量工具歸類，可以有效評估復健諮商及其他職業復健與相關支持服務的人員所提供之服務的成效。這篇文章裡也提供多項評量工具的回顧與說明，使用者可以應用這些評估工具，瞭解所提供的服務對改善消費者在 ICF 架構各層面及整體成果的貢獻。在這篇文章裡所舉的評量工具絕非完整，其目的只是用來說明現有的各式各樣的心理測驗工具，如何可以整合並分類用來評估復健成果。

表 1 個案狀態編碼系統

接案/開案狀態

00	轉介-服務機構獲得個案轉介，但與此可能服務的個案之資料相當有限
02	正式申請-服務機構正式收到個案申請服務之簽名文件
04	開案，但優先服務不列入等待名單者 - 某些州使用「服務對象選擇與排序 (order of selection)」的方法排定個案服務順序會特別為這個目的使用一個狀態編碼
06	工作試作/延長評量 (深度評量) 服務提供前狀態
10	擬定個別化職業重建計畫 (Individualized Plan for Employment)
12	個別化職業重建計畫完成服務提供狀態
14	僅提供輔導與諮商
16	提供生理與心理復健
18	提供各式訓練
20	已準備好要就業
22	就業中
32	提供就業後的服務 Closure Statuses
08	於轉介 (00)，正式申請 (02)，延長評量 (06) 等狀態階段之結案
26	復健完成結案
28	依據職業重建計畫提供的服務已開始提供，但因各種原因結案 (未完成復健)
30	依據職業重建計畫提供的服務尚未開始提供，但因各種原因結案 (未完成復健，於編碼 10 或 12 的狀態的結案)
34	提供就業後服務的結案

本表由 Saunders (2005) 摘自，並已獲出版者同意刊登

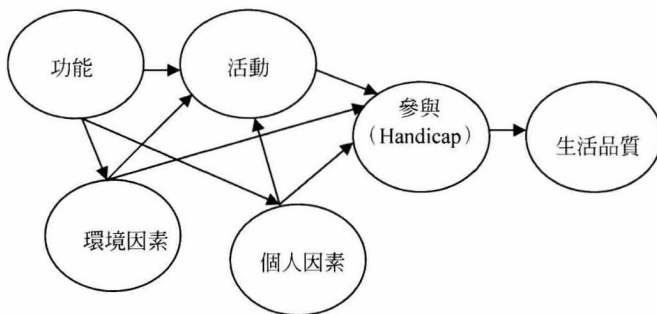


圖 1 世界衛生組織的 ICF 模式