

目錄

第一章、 前言	1
第二章、 研究目的	1
第三章、 文獻探討	2
第四章、 研究方法與結果	7
第一節 研究方法	7
第二節 結果	9
第五章、 結論	16
第六章、 參考文獻	17

第一章、前言

精神障礙者(簡稱精障者)的recovery在近三十年來在歐美國家被廣泛的討論與應用，台灣將此由精障者主導所發展而來的專有名詞翻譯為復元(宋麗玉, 2005)或康復(康復之友協會所採用)，取其著重元氣的概念，本計畫採用宋教授使用之「復元」翻譯。美國在1960年代推行去機構化運動後，因有限的社區服務與資源，使許多精障者無法順利回歸社區，一些精障者便開始組成自助團體並分享或撰寫個人的復元經驗，復元的概念因而逐漸的形成，不似傳統醫學定義的「復原」注重治癒及症狀消除，精障者所發展的「復元」概念強調的是個人潛能及追求個人生活目標。美國政府受到精障者復元運動的影響，其出版的兩份報告：Mental Health: A report of the surgeon general (US Public Health Service office of the Surgeon General, 1999) 和 Achieving the Promise: Transforming Mental Health Care in America (The President's New Freedom Commission on Mental Health, 2003) 亦正式建議未來的心理衛生服務必須以復元為導向，政策的支持使的復元相關研究及復元導向服務(recovery-oriented services)蓬勃發展，復元概念已然成為美國心理衛生服務的主要指導原則，並進一步影響世界各國。

雖然許多歐美國家已將復元正式納入其心理衛生政策多年，台灣直到近幾年才逐漸有相關的計畫與規定提到此概念，如「102 年至 105 年國民心理健康促進計畫」(衛生福利部，2014)與「106 年至 110 年國民心理健康第二期計畫」(衛生福利部，2016)強調將「落實以人為中心、社區為導向、康復為目標之服務概念」，並提到「將康復(Recovery)納入社區復健哲學，並配合推動 3R 運動(Rename, Rehabilitation, Recovery)進行社會資源之盤點，釐清各類精神照護機構的設置、功能、角色與收案對象」；今年的精神復健機構評鑑基準(含日間型機構及住宿型機構)亦在數個評鑑項目提及復元(衛生福利部，2017)，雖尚無具體定義及明確規範，但已是一大進展。

不過，一些相關的概念，如賦權、社區精神復健等，其實已在台灣被實際執行與應用。如精神衛生法第一條便明訂立法之目的為「促進國民心理健康，預防及治療精神疾病，保障病人權益，支持並協助病人於社區生活」，法案內容也規定中央/地方主管機關應邀集精神衛生專業人員、法律專家、病情穩定之病人、病人家屬或病人權益促進團體代表共同討論精神疾病及心理衛生相關事宜。然而，以復元為導向的服務在台灣仍尚未成為主流，相關之研究、訓練及介入需要更多的人力投入，以讓台灣的精障者可以獲得更好的服務及享有更豐富精采的人生。

第二章、研究目的

本研究目的為發展復元能力評量並進行心理計量驗證。

第三章、文獻探討

精障者的復元經驗

復元是許多精障者個人經驗累積而成的一個觀點。常被引用的定義是由Anthony (1993) 所提出：「復元是一個很個人且獨特的過程，它改變了人的態度、價值觀、感受、目標、技巧以及角色。它讓人擁有一個滿足、有希望且有貢獻的生活，即便疾病的限制仍存在。」由於精障者一生中可能會有數次症狀復發的經歷，復元倡導者認為復元是一個非線性的過程，而不是一個結果 (Anthony, 1993; Bellack, 2006)，精障者可以隨時開始復元的旅程，按照自己的狀況調整自己的腳步，朝向復元的目標前進。此外，倡導者也提出即便症狀復發/存在，精障者仍可以追求復元(Anthony, 1993; Davidson, O'Connell, Tondora, Lawless, & Evans, 2005)，就像肢障者不會被要求需重獲行動能力以順利的在社區生活，精障者亦不應該被期待沒有症狀才可以開始復元的旅程。一個著名的長期追蹤研究發現思覺失調症個案並不必然有不良的預後，部份研究參與者即便症狀存在仍有不錯的功能表現 (Harding, Brooks, Ashikaga, Strauss, & Breier, 1987)。精障者可以學習如何管理症狀並與疾病共存，而不是讓疾病侷限自己的發展及影響個人的生活品質。

雖然每個精障者經歷的復元過程不盡相同，許多質性研究發現一些共同的元素，包括抱持希望、賦權(empowerment)、承擔責任、自我再定義(self-redefinition)以及參與有意義的活動等(Davidson et al., 2005; Ridgway, 2001)。此外，亦有一些研究探討復元的過程 (Andresen, Oades, & Caputi, 2003; Spaniol, Wewiorski, Gagne, & Anthony, 2002; S. L. Young & Ensing, 1999)，以S. L. Young 與 Ensing (1999) 之研究為例，他們藉由訪談及焦點團體的方式瞭解十八位精障者的復元經驗，將復元的過程區分為三個階段。第一階段為克服內心的困境，精障者需接受自己的疾病，產生想改變的慾望與動機，以及找到希望的來源，對於曾經是獨立自主的個人而言，要願意踏上復元的旅程是非常困難的一個步驟，他們必須要承認自己的缺失並尋求協助與支持，然而當精障者消除內心的障礙，開始相信自己的潛能並對未來抱持希望，他們的生活就逐漸改變了。

精障者在第二階段會不斷累積能量及提昇自己的能力，包括發展及促進賦權的能力、學習自我再定義以及回復基本功能。由於精障者常被剝奪選擇的權利，鮮少有機會自己做決定，因而在復元的過程中，賦權是一個很重要的課題，精障者慢慢練習掌控自己的生活及做出適切的決定與選擇，他們亦願意承擔自己應負的責任，由於精神疾病的屬性，症狀管理對於精障者而言十分重要，藉由專業人員或親友的協助，精障者可找出適合的調適方法或藥物，學習自己控制症狀，之後他們更能進一步負起照顧自己及達成個人目標的責任；許多精障者的內心被疾病的痛苦及失敗的經驗所困擾，忘卻自身的優勢與潛能，隨著復元過程的進展，他們將漸漸發現疾病不是生活的全部，跳脫精神病患的角色後，他們開始接受自己並以正向的觀點重新看待自己；同時，精障者也逐漸願意參與一些有意義的活動，諸如工作、社交活動、休閒娛樂等，藉由這些活動，他們可以與更多人接觸互動並與外界有所連結，不再只是待在家裡自怨自艾，把自己關在自己的封閉世界裡。

處於復元第三階段的精障者擁有良好的生活品質，在心靈及物質層面皆獲得一定程度的滿足，他們有自信且內心享有平靜，對自己的形象及表現感到滿意，勇於接受挑戰並追求更高的人生目標。他們可能成為其他精障者的榜樣並願意主動提供協助，可以勝任工作的要求並獲得正向的回饋，他們甚至開始有能力負擔買車及高消費的餐廳。此外，由於有效的症狀

控制，位於這階段的精障者少有症狀復發或嚴重症狀干擾的情況發生。

在台灣，亦有學者探討精障者復元，宋麗玉與施教裕訪談了15位精障者及11位照顧者，並參考國外文獻，建構了統合模式(the unity model)，包含復元結果、過程要素及環境因素。在此模式中，復元結果分為兩類，主觀的復元結果為「自我效能、生活品質與生活滿意度提升」，客觀的復元結果為「與家人及他人建立互惠關係、獲得人際與職能技巧、參與社交活動、獲得社會角色」；過程要素則包括自己感(sense of self)、障礙處理度及「希望、意願和負責的行動」；精障者亦須具備三大基石：症狀緩解/控制、心理優勢(包含自我信賴、堅毅及復原力)及家庭支持來協助復元。在此模式中，結果與過程要素會互相回饋，外在的環境因素(正式與非正式社會支持)及三大基石也會影響此回饋關係 (Song & Shih, 2009)。此研究結果顯示復元受到多重因子的影響，此外，不同於歐美國家之文化，在台灣社會中家庭因子亦是一個不容忽視的關鍵。

復元導向服務之挑戰

美國藥物濫用與心理衛生服務署(Substance Abuse and Mental Health Services Administration, SAMHSA)制定出十個復元引導原則，包含希望、個人導向、多途徑、全人、同儕支持、人際關係、文化、創傷處理、優勢/責任以及尊重(SAMHSA, 2012)，原則上，復元導向服務的主要精神為以個案為中心的方式，協助個案獨立生活並達成個人目標(Anthony, 2000; Noordsy et al., 2002)，心理衛生專業人員可以依循這些原則提供適切的復元導向服務。然而，雖然復元導向服務已是當前心理衛生界之主流，在發展的過程中仍出現不少的質疑聲浪，Peyser (2001) 提到強調賦權與合作的復元論點並不適合受到症狀干擾的個案，強制住院與藥物治療才是讓他們回歸正軌的方式。Davidson 與同事亦收集專業人員的意見，了解他們在推動復元導向服務的疑慮，包含復元只發生於少數的精障者、復元導向服務貶低專業人員的角色並增加專業人員的負擔與風險等。專業人員的擔心常源自於對於精障者復元定義的不了解，誤以傳統醫療使用的復原定義套用在此新興的精障者復元概念；此外，許多專業人員並不清楚該如何提供以復元為導向的服務，對於復元強調「交由精障者作決定」感到疑惑，認為這樣的作法會對專業人員不利，增加專業人員的工作風險 (Davidson, Rowe, Tondora, O'Connell, & Lawless, 2008)。

對於復元模式適用對象的考量，Frese, Stanley, Kress, and Vogel-Scibilia (2001)認為受到症狀干擾嚴重導致影響其判斷能力的個案可能較不適合復元模式，但當他們症狀改善，就要逐漸提供選擇及自主權。Davidson et al. (2008)有類似的看法，他們提到復元導向服務只是讓精神科更接近一般醫療處置的方式，專業人員評估、提供選項但由個案決定要哪一種治療，而當個案處於急性發病期而可能自傷或傷人時，就如同在急診室的處置，對治療的選擇權會被暫時中止，急性治療是復元旅程的一部分，在此階段的精障者還是需要醫療介入以朝向未來的復元目標前進。此外，在做決定的過程中，精障者可能需要冒一些風險來得到成長與學習，此時，專業人員的角色便是要協助他們擬定完整的風險評估與管理，讓他們的決定得以付諸實行並有機會犯錯，同時，不讓自己、他人或社區受到傷害。

一個系統的轉變需要漫長的時間與持續的努力，在未看到具體成效前對於改變既有的服務態度與方式有所抗拒是很正常的現象，台灣學者訪談十位參與優點個案管理模式訓練的專任管理員，發現幾個進行復元導向服務所面臨的困難，包含著重個案的優勢(而不是問題)、個案缺乏動機、機構與家人支持度不足等(Song & Shih, 2014)。相較於歐美國家，台灣人民不擅長

亦不習慣爭取自己的權益，家人的連結也較強，在推動復元導向服務所遇到的問題與困難有文化上的差異，但目前對此議題的了解仍十分有限，該如何調整服務的形式以提供適合台灣的復元導向服務，是未來極需探討的方向。

復元能力 (recovery competencies)

隨著復元概念的推廣，許多學者也開始探討心理衛生專業人員該具備那些能力來服務精障者。在美國，隸屬於 SAMHSA 的心理衛生服務中心(the center for mental health services, CMHS)提供資金進行一個多年期的計畫，藉由完整的文獻回顧及專家會議(含精障者與家人代表)，訂出 12 個心理衛生服務人員應具備的能力，包含(1)視精障者為有自尊有能力的個體並與其合作；(2)將家人及照顧者納入服務提供的過程；(3)呈現目前精神疾病相關議題之知識；(4)呈現目前在嚴重精神疾病生理層面的知識；(5)知道並使用最好的介入與支持策略；(6)提供個別化的服務與支持；(7)有效的使用社區資源；(8)呈現法令與公民權利的知識；(9)與內部及外部服務系統合作；(10)以專業且有倫理的方式提供服務；(11)以文化合適的方式提供服務；(12)運用適切的評估方法(Coursey et al., 2000)。

另一個研究團隊亦藉由回顧文獻、10 個焦點團體、39 個訪談以及一個全國性的專家會議(含精障者與家人代表)訂出社區心理衛生人員應具備的七個能力面向，包含治療性關係 (clinician-client relationship)、個別與持續的評估、復建與賦權、治療、家庭與支持系統、社會與文化因子、資源與照護協調。在專家會議裡並針對七面向內所包含的 37 個能力項目評定其對嚴重精障者治療成效的重要性及現有服務人員擁有此能力項目的狀況，結果確認所列之能力項目對於臨床成效皆非常重要，但現有的服務人員卻不常擁有這些能力(A. S. Young, Forquer, Tran, Starzynski, & Shatkin, 2000)。

相較於上述文章討論專業人員所需的一般性能力(generic competencies)，愛爾蘭學者 Richard Lakeman 邀集 31 位有復元經驗的專家(其中 23 位自陳有精神疾病診斷)使用線上德爾菲問卷(Delphi survey)針對復元能力(recovery competencies)評定重要性，前五個重要的復元能力包含：了解並支持精障者個人資源與優勢、相信復元是可能的、傾聽且尊重精障者的看法、尊重精障者因經歷心理衛生問題而擁有的獨特知識、協助精障者發展自信以提升幫助自我的能力(Lakeman, 2010)。另一篇加拿大的研究則是整合文獻回顧及 15 份訪談結果(含精障者與家人代表)，發展出針對提供住院個案服務的心理衛生人員所需之八個核心復元能力，包含減低環境層級的阻力、減低個人層級的阻力、減低服務提供者層級的阻力、與個案共同制定目標與計劃並提供量身訂做的服務、鼓勵個案做決定並滿足其需求、建立一個正向的復元循環、促進與倡導復元、提供轉銜服務(Chen, Krupa, Lysaght, McCay, & Piat, 2013)。從這些研究的結果可知復元能力強調促進精障者的個人優勢、能力與自主性。

復元能力指的是提供精障者復元導向服務所需的態度、知識、技巧及行為(Chen et al., 2013)，與傳統的專業能力著重臨床知識與技巧不同，復元能力特別強調專業人員的價值與態度(Schinkel & Dorre, 2006)。許多學者皆認為轉變專業人員的態度是復元導向服務的重要關鍵(Jacobson & Greenley, 2001; 宋麗玉, 2005)，除了症狀處理，精障者個人的成長及提供其選擇的機會成為專業人員應著重的層面。精障者的復元旅程並不容易，需要花費很多的時間與努力，專業人員應改變傳統威權專制的服務態度，提供持續的支持與鼓勵，給予適切的建議與資源並尊重精障者的意見與決定，才能對精障者的復元有所助益。

在台灣，仍少有學者探討心理衛生專業人員對於復元之態度及所需之復元能力，故需要

更多研究資源的投入以深入了解台灣之現況。

復元能力評量

為了協助精障者順利的經歷復元的過程，建立專業人員之復元能力以了解如何執行復元原則與價值顯然是刻不容緩，目前已有許多復元能力訓練方案的研究(Chen, Krupa, Lysaght, McCay, & Piat, 2014; Crowe, Deane, Oades, Caputi, & Morland, 2006)。在建構訓練方案之前，選擇或建立復元能力之評量是不可忽略之前置步驟，可能因為復元能力多強調態度的轉變(Schinkel & Dorre, 2006)，許多方案成效評量皆採用知識或態度量表，其中，復元知識量表(Recovery Knowledge Inventory, RKI)及復元態度問卷(Recovery Attitudes Questionnaire, RAQ)是最常被使用之評估工具，研究亦皆顯示在方案進行過後，專業人員的知識與態度皆得以改善(Chen et al., 2014; Crowe et al., 2006; Meehan & Glover, 2009)。Kymalainen et al. (2010)則是採用復元自我評量(Recovery Self Assessment, RSA)以了解五個退伍軍人體系之社區復健機構在新進人員教育方案持續進行四年後，專業人員與精障者對於組織依循復元原則的程度之看法，其結果得知各機構的確比方案開始前提供更為復元導向的服務，顯示方案除了教育新進人員，也可帶動改善整體組織之氛圍。目前，台灣並沒有相關的中文版復元能力評量。

以下列出上述提及之復元能力評量工具：

(1) 復元自我評量 (Recovery Self-Assessment-Revised, RSA-R)

此量表由耶魯大學的學者提出，他們依據文獻中常見的復元導向服務原則發展出原始量表，旨在了解心理衛生服務單位遵循復元原則之程度(O'Connell, Tondora, Croog, Evans, & Davidson, 2005)。復元自我評量於 2008 年做了進一步的修訂，修訂過後的 RSA-R 包括六個次量表：吸引人的空間、生活目標、參與、治療多樣性、選擇及個人化服務。RSA-R 使用五分量表，一分為非常不同意，五分為非常同意，並提供不適用(Not Applicable, N/A)與不知道(Don't Know)的選項，分數愈高表示此單位愈能遵循復元原則，並有四種版本供不同族群使用：復元參與者(person in recovery)、家人、服務提供者及管理者。

(2) 復元知識量表(Recovery Knowledge Inventory, RKI)

此量表亦是由耶魯大學的團隊所發展(Bedregal, O'Connell, & Davidson, 2006)，針對專業人員對復元導向服務相關的知識與態度進行評量，亦可作為專業人員復元訓練的需求評估(needs assessment)。復元知識量表有 20 題，包含四個面向：復元中的角色和責任、非線性的復元過程、自我定義和同儕在復元中的角色、對復元的期望，除了第四面向外(Cronbach's alpha 0.47)，其他面向有不錯的內在一致性(Cronbach's alpha 0.63~0.81)。RKI 使用五分量表，一分為非常不同意，五分為非常同意，為減少社會期待的影響，量表設計包含正向及反向題，將反向題分數翻轉後，分數愈高表示復元知識與態度愈佳。

(3) 復元態度問卷(Recovery Attitudes Questionnaire, RAQ)

此量表由辛辛那提大學的學者、精障者及專業人員所組成的團隊根據文獻回顧及臨床觀察所發展，用以評量對復元的感受與態度，填寫對象包含精障者、專業人員及家屬等(Borkin et al., 2000)。RAQ 有 7 題及 16 題的版本(Ralph, Kidder, & Phillips, 2000)，數篇文獻已提出 7 題版本有較低的內在一致性(Cronbach's alpha 0.57~0.74)(Hungerford, Dowling, & Doyle, 2015; Jaeger, Konrad, Rueegg, & Rabenschlag, 2013;

Wilrycx, Croon, Van den Broek, & Nieuwenhuizen, 2012)，16 題版本(RAQ-16)因未正式發表，較少文獻探討，但內容較為完整。此問卷使用五分量表，一分為非常不同意，五分為非常同意，分數愈高表示復元態度愈佳。

綜合以上，以復元為導向的服務(recovery-oriented services)是目前心理衛生領域的主流，在歐美國家已被廣泛應用與推廣，相關的研究、訓練、方案與評量皆不斷的發展中且實際應用在精障者的服務(張雁晴，2015 年 6 月)，從文獻得知在推動復元的過程勢必面臨來自各界的挑戰，建構專業人員的復元能力及相關評估工具亦是重要的準備工作。然而，台灣的心理衛生界在復元導向服務的推動上尚在起步的階段，著力於此議題的研究並不多，亦尚未有合適的復元能力評量，故本計畫將發展復元能力評量。

第四章、研究方法與結果

本計畫為發展復元態度量表(Recovery Attitudes Measure, RAM)及翻譯復元自我評量(Recovery Self Assessment-Revised, RSA-R)之復元參與者與服務提供者版本。

第一節 研究方法

一、研究對象

本研究計畫個案納入條件如下：

- (1) 心理衛生專業人員：任職於精神科日間病房、社區復健中心、康復之家之工作人員(包含醫師、護理師、職能治療師、臨床心理師、社會工作師、專任管理員、就業輔導員、負責人等)，並有意願參與研究者。
- (2) 社區精障者：
 - a. 經精神科專科醫師依精神疾病診斷與統計手冊 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition, DSM-5) 診斷有精神疾病已有 1 年以上
 - b. 目前居住在社區環境
 - c. 年齡在 20 歲以上
 - d. 可遵循研究流程，並簽署受試者同意書
 - e. 可溝通並能獨立填寫問卷

二、量表發展與翻譯

- (1) 復元態度量表發展：由於 RKI 及 RAQ16 皆是較早期發展之量表，當時並無依據一個完整的復元模式發展量表內容，故本研究參考 RKI、RAQ-16、文獻及訪談資料產生題庫，以香港學者提出之 11 個復元元素(包括個人化、自主自決與選擇、康復者參與、責任、重視個人優勢、朋輩支援、尊重與反污名、整全性、起伏中成長、希望)為基礎(Yau, Law, Wong, & Ling, 2013)，元素經整併後縮減為六個面向(即個人參與、優勢與抗汙名、社會支持、整全性、起伏中成長、希望)，題目依此六個面向加以歸類以確認包含面向之完整性。經由一個由 7 位專家組成的專家會議(包含醫師、社工師、護理師、職能治療師、康復者、家屬)審視原始的 79 道題目，並縮減為 37 題的初始版本。此版本經過 26 位專業人員與精障個案之預試與認知訪談，針對預試階段所獲得之回應，研究團隊與專家再次進行文字修正與確認，最後發展為 38 題之復元態度量表，其中有 10 題反向題，此量表採用四點計分，一分為非常不同意，四分為非常同意，反向題之分數須反向計分，分數愈高，表示對復元之態度愈正向。
- (2) 復元自我評量之翻譯過程：第一階段，復元能力評量經作者授權同意翻譯成繁體中文後進行翻譯。有鑑於採用反向翻譯法(back translation)之翻譯問卷為了配合原始問卷之語法，翻譯之題目常無法符合當地語言之使用習慣，本研究參考 Colina, Marrone, Ingram, and Sanchez (2016)提出之機能性翻譯方式(functionalist translation)，除了原文與譯文之一致性，亦考量使用對象之特性及翻譯問卷使用方式與目的，以確保翻譯問卷之品質。本

研究之翻譯步驟如下：研究者將復元自我評量翻譯為中文，並參考二份香港學者翻譯之版本(Bola, Chan, Chen, & Ng, 2016; Chao et al., 2019)，藉由專家會議(包含語言專家、心理衛生專家、復健專家、臨床服務人員共計 4 人)，針對填答者的特性與語言能力，進行英文原版及中文版之適切性評估，產生復元能力評量翻譯初版。經過 26 位專業人員與精障個案之預試與認知訪談後，研究團隊針對部分題目之文字再做進一步修訂並增訂兩道題目(#25 工作人員會鼓勵精神復元者參加本單位的委員會(例如：復健基金管理委員會等會議)；#34 工作人員會支持精神復元者開發或連結自己的社區資源)，形成 34 題之復元自我評量台灣版，此外，依據 Barbic, Kidd, Davidson, McKenzie, and O'Connell (2015)之建議，此版本不使用原量表之五點計分，改採用四點計分，一分為非常不符合，四分為非常符合，並有不適用及不知道之選項，分數愈高，表示該單位愈遵循復元導向服務原則。

三、資料收集

本研究經成大醫院人體研究倫理審查委員會審查通過。研究者與全台之精神復健機構聯繫，總計有 17 間機構參與本研究。機構工作人員協助篩選適合參與研究之社區精障者及專業人員並安排收案時間，符合資格之人員會集合至一會議室，由研究者說明研究目的與內容，本研究參與屬自願性質，與會者可以自行決定是否願意參加。研究參與者簽署受試者同意書後，研究者將發放量表予以填寫，專業人員填答復元自我評量(服務提供者版)及復元態度量表，社區精障者填答復元自我評量(復元參與者版)及復元態度量表；此外，由於單一社區復健機構之工作人員人數不多，本研究亦透過社區精神復健機構人員訓練課程之時段、臺灣精神康復者社區服務行動聯盟會員大會收集專業人員的資料，填答者將給予 200 元以示感謝。研究者亦徵求有意願填寫再測問卷之參與者，研究者於 3~5 周後邀請參與者寄回再測問卷，或至所屬單位再次進行施測。

四、資料分析

本研究使用統計軟體 SPSS 17.0 for Windows 進行資料描述性分析及因素分析，並以組內相關係數(intraclass correlation coefficient, ICC)分析再測結果之一致性(Koo & Li, 2016; Qin, Nelson, McLeod, Eremenco, & Coons, 2019)。除了傳統的因素分析，研究者亦將使用電腦軟體 Winsteps 4.6.1 版本進行羅序分析(Rasch Analysis)以檢視量表之心理計量特質。

羅序分析為現代測驗理論之一，由丹麥數學家 Georg Rasch 所提出，其提供許多傳統測驗理論(Classical Test Theory)所缺乏的資訊，因而已逐漸被廣泛使用。羅序分析可將常於問卷中獲得的序列資料(ordinal data)轉為等距資料(interval data)，使資料在進行分析時可確實符合統計假設(Smith, Conrad, Chang, & Piazza, 2002; Wright & Linacre, 1989)；此外，羅序分析之結果不受試題難度及受試者本能力所影響，意即受試者能力估計不會因題目難度不同而有改變，試題難度估計不會因填寫者能力不同而有改變(Green, 1991; Smith et al., 2002)；羅序分析另一項特色為使用相同單位(logit)估計題目難度與個案能力，並將其共置於同一個圖表中(item-person map)，研究者可從中瞭解試題難度表現、試題難度涵蓋範圍及試題分佈是否符合理論等(Bond & Fox, 2007; Green, 1996)。

本研究將使用數個羅序分析之功能以分析上述之量表。

(1) 項目合適度(item fit statistics)：項目合適度有兩種，近合適度 (infit mean square,

MnSq；對於靠近個案能力之題目的不預期反應較敏感）以及遠合適度（outfit MnSq；對於遠離個案能力之題目的不預期反應較敏感），當項目合適度(MnSq)大於1.4，表示此題目不符合羅序分析的期待(Bond & Fox, 2007; Wright & Linacre, 1994)，研究者需針對此題目作文字修改或删除。

(2) 題目難度與個案能力圖(item-person map)：此圖同時呈現測驗題目難度及個案能力，題目難度平均值被預設為0，難題及能力好之個案顯示在圖上方，簡單題目及能力差之個案放置在圖下方，由此圖可看出試題分佈是否涵蓋個案能力，確認是否有天花板或地板效應；此外，題目之難易分佈可用來檢視測驗的內容是否符合理論的期待及作為題目刪減之依據。

(3) 信度(person and item reliability)：相當於Cronbach's alpha。

(4) 評分量表功能(rating scale functioning)：本研究使用之量表皆使用四分量表，羅序分析可以用來診斷評分量表的表現是否符合期待。有數項指標作為診斷依據(Bond & Fox, 2007)：每一個選項的勾選頻率至少10次以上；選項的平均分數(average measure)需遞增；選項的閾值(threshold/step calibration)需遞增，且閾值的間距需大於1.4 logits；每一個選項在選項機率曲線圖(category probability curve)中需顯示一個單一的高點；選項的遠合適度(outfit mean squares)需小於2.0。

第二節 結果

本計畫第二年資料尚在分析中，以下呈現截至目前為止之分析結果。

一、基本資料

本研究總計收到 251 份專業人員問卷及 56 份專業人員再測問卷，266 份精障個案問卷及 51 份精障個案再測問卷。扣除資料不完整及填寫狀況不佳之問卷，復元態度量表共計有 249 份專業人員有效問卷及 54 份專業人員有效再測問卷，252 份精障個案有效問卷及 49 份精障個案有效再測問卷；復元自我評量共計有 249 份專業人員有效問卷及 53 份專業人員有效再測問卷，258 份精障個案有效問卷及 49 份精障個案有效再測問卷。

以下提供填寫復元自我評量之專業人員與精障個案之基本資料(表一)。專業人員平均年齡為 40.35 歲，女性占了 66.5%，教育程度多為大學以上，約五成已婚，專任管理員佔了 45%，在精神科的平均年資為 9.64 年。精障個案平均年齡為 45.41 歲，女性占了 51.2%，教育程度多為高中以下，近八成單身，多數從事庇護性就業或未就業，主要居住康復之家或與親友同住，約六成為思覺失調症。

表一 復元自我評量填寫者基本資料

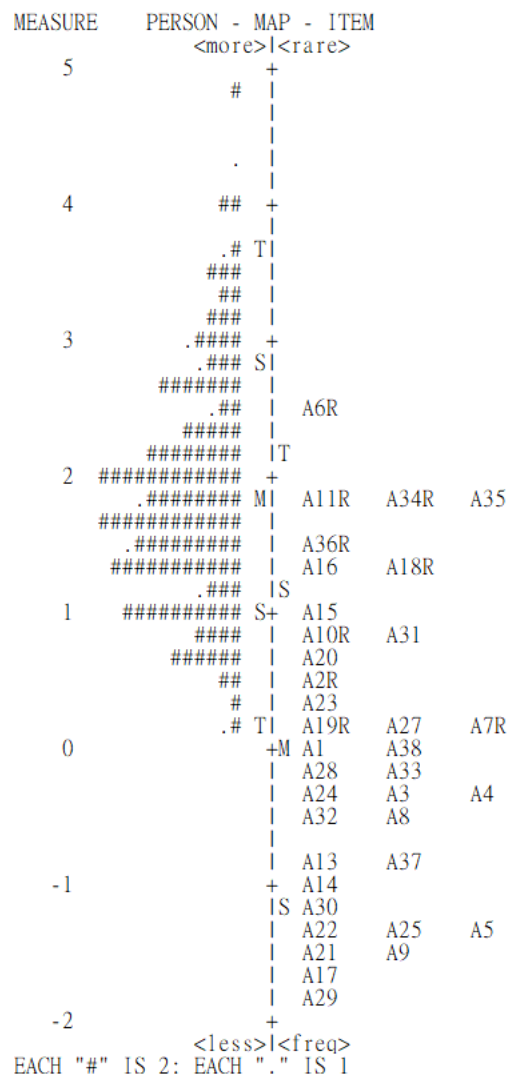
	Professionals (n=249)	People with mental illness (n=258)
Age (years), mean $\pm$ SD	40.35 $\pm$ 10.27	45.41 $\pm$ 11.12
Gender, n(%)		
Female	165(66.5%)	132(51.2%)
Education, n(%)		
High school or below	24(9.6%)	172(67.5%)
College	188(75.5%)	80(31.4%)
Master	37(14.9%)	3(1.2%)
Marriage, n(%)		
Single	108(43.7%)	199(77.1%)
Married	125(50.6%)	20(7.8%)
Divorced	7(2.8%)	29(11.2%)
Live together	1(0.4%)	1(0.4%)
Widowed	3(1.2%)	9(3.5%)
Other	3(1.2%)	0(0.0%)
Religion, n(%)		
None	101(40.9%)	49(19.1%)
Buddhism	61(24.7%)	119(46.5%)
Christian	29(11.7%)	53(20.7%)
Catholic	4(1.6%)	8(3.1%)
Taoism	49(19.8%)	22(8.6%)
Other	3(1.2%)	5(2.0%)
County, n(%)		
Northern Taiwan	53(21.3%)	56(21.7%)
Central Taiwan	44(17.7%)	68(26.4%)
Southern Taiwan	105(42.2%)	74(28.7%)
Eastern Taiwan	47(18.9%)	60(23.3%)
Types of Organization, n(%)		
Community Psychiatric Rehabilitation Center	109(43.8%)	112(43.4%)
Halfway house	119(47.8%)	134(51.9%)
Club House	10(4.0%)	12(4.7%)
Other	11(4.4%)	0(0.0%)
Professions, n(%)		
Nurse	32(12.9%)	
Occupational Therapist	32(12.9%)	
Social worker	45(18.1%)	
Clinical psychologist	6(2.4%)	

Case manager	112(45%)
Employment Counselor	3(1.2%)
Principal	15(6.0%)
Other	4(1.6%)
Seniority(years), mean $\pm$ SD	
Seniority in Psychiatry	9.64 $\pm$ 7.80
Seniority in Current Service Units	5.80 $\pm$ 5.77
Employment, n(%)	
full time job	4(1.6%)
Part time job	12(4.7%)
Supported employment	45(17.5%)
Sheltered employment/workshop	96(37.4%)
Unemployed	95(37.0%)
Retired/Volunteer/Housekeeper	
/Student	5(1.9%)
Living Pattern, n(%)	
Living alone	18(7.0%)
Living with family or friends	95(37.0%)
Halfway house	140(54.5%)
Group Home	4(1.6%)
Diagnosis, n(%)	
Schizophrenia	156(60.7%)
Depression	20(7.8%)
Bipolar disorder	35(13.6%)
Affective schizophrenia	39(15.2%)
Other	7(2.7%)
Stay length in the organization	
(years), mean $\pm$ SD	5.40 $\pm$ 4.64

二、復元態度量表心理計量

本研究發展之復元態度量表共計有 249 位專業人員及 252 位精障個案之資料。經羅序分析初步顯示，精障個案填寫表現不如預期，故僅用專業人員資料進行分析。進行項目合適度分析，結果顯示此量表有四題不適配之題目(3, 12, 16, 26R)，經與專家討論後，刪除兩題(#12 在復元過程中的人需要其他人的支持; #26R 每位精神疾患者的復元都是經歷一樣的過程)，但保留兩題包含重要復元概念之題目(#3 精神疾患者對自己疾病的負面觀感會增加其復元的阻力; #16 隨著精神疾患者逐步朝向復元的目標，症狀處理將不再是其生活重心)。刪除兩題後，第 3 及 16 題仍有不適配之狀況(MnSq 大於 1.4)，但無其他不適配之題目出現。

此 36 題之復元態度量表之題目難度與個案能力圖(見圖一)顯示個案能力平均較項目難度平均高出許多，此量表需要更多困難的題目以適切呈現填答者之能力。



圖一 復元態度量表之題目難度與個案能力圖

此外，此量表有高信度(person reliability=0.85; item reliability= 0.99)，再測信度亦高($r=0.91$)。在評分量表功能之表現尚可，除了閾值的間距需大於 1.4 logits 沒有完全符合，其餘皆合乎要求。

三、復元自我評量心理計量

復元自我評量共計有 249 位專業人員及 258 位精障個案之資料。經初步探索性因素分析結果顯示，第 15 題之因素負荷量在三個因素皆有相似數值，故加以刪除，此量表包含五個因素(見表二)，其內在一致性高(Cronbach's $\alpha=0.94$)，再測信度高($r=0.92$)。

表二 復元自我評量題目與因素負荷量

Item number	item	factor	loading	Factor in US version
Factor 1				
17	Staff routinely assist program participants with getting jobs.	1	.685	Factor 1: Life Goals
18	Staff actively help program participants to get involved in non-mental health/addiction related activities, such as church groups, adult education, sports, or hobbies.	1	.623	Factor 1: Life Goals
19	Staff work hard to help program participants to include people who are important to them in their recovery/treatment planning (such as family, friends, clergy, or an employer).	1	.650	Factor 5: individual services
20	Staff actively introduce program participants to persons in recovery who can serve as role models or mentors.	1	.735	Factor 3: Diversity of Treatment Options
21	Staff actively connect program participants with self-help, peer support, or consumer advocacy groups and programs.	1	.735	Factor 3: Diversity of Treatment Options
22	Staff actively help people find ways to give back to their community (i.e.,volunteering, community services, neighborhood watch/cleanup).	1	.809	Factor 2: Involvement
23	People in recovery are encouraged to help staff with the development of new groups, programs, or services.	1	.663	Factor 2: Involvement
24	People in recovery are encouraged to be involved in the evaluation of this agency's programs, services, and service providers.	1	.592	Factor 2: Involvement
30	Staff at this program regularly attend trainings on cultural competency.	1	.608	Factor 5: individual services

31	Staff are knowledgeable about special interest groups and activities in the community.	1	.696	Factor 1: Life Goals
33	People in recovery are encouraged to attend the committee of the agency (e.g., Rehabilitation Fund Management Committee).	1	.569	
Factor 2				
1	Staff make a concerted effort to welcome people in recovery and help them to feel comfortable in this program.	2	.765	New Factor: Invite
2	This program/agency offers an inviting and dignified physical environment (e.g., the lobby, waiting rooms, etc.).	2	.797	New Factor: Invite
3	Staff encourage program participants to have hope and high expectations for their recovery.	2	.738	Factor 1: Life Goals
6	Staff do not use threats, bribes, or other forms of pressure to influence the behavior of program participants.	2	.596	Factor 4: Choice
Factor 3				
7	Staff believe in the ability of program participants to recover.	3	.661	Factor 1: Life Goals
8	Staff believe that program participants have the ability to manage their own symptoms.	3	.870	Factor 1: Life Goals
9	Staff believe that program participants can make their own life choices regarding things such as where to live, when to work, whom to be friends with, etc.	3	.760	Factor 1: Life Goals
Factor 4				
10	Staff listen to and respect the decisions that program participants make about their treatment and care.	4	.656	Factor 4: Choice
11	Staff regularly ask program participants about their interests and the things they would like to do in the community.	4	.795	Factor 5: individual services
12	Staff encourage program participants to take risks and try new things.	4	.785	Factor 1: Life Goals
13	This program offers specific services that fit each participant's unique culture and life experiences.	4	.719	Factor 5: individual services
14	Staff offer participants opportunities to discuss their spiritual needs and interests when they wish.	4	.667	Factor 3: Diversity of Treatment Options
16	Staff help program participants to develop and plan for life goals beyond managing symptoms or staying stable (e.g., employment, education, physical fitness, connecting with	4	.724	Factor 1: Life Goals

	family and friends, hobbies).			
27	Progress made towards an individual's own personal goals is tracked regularly.	4	.644	Factor 4: Choice
28	The primary role of agency staff is to assist a person with fulfilling his/her own goals and aspirations.	4	.615	Factor 1: Life Goals
32	Agency staff are diverse in terms of culture, ethnicity, lifestyle, and interests.	4	.596	Factor 1: Life Goals
34	Staff support program participants to develop or link their own community resources.	4	.591	
Factor 5				
4	Program participants can change their clinician or case manager if they wish.	5	.421	Factor 4: Choice
5	Program participants can easily access their treatment records if they wish.	5	.530	Factor 4: Choice
25	People in recovery are encouraged to attend agency advisory boards and management meetings.	5	.624	Factor 2: Involvement
26	Staff talk with program participants about what it takes to complete or exit the program.	5	.586	Factor 3: Diversity of Treatment Options
29	Persons in recovery are involved with facilitating staff trainings and education at this program.	5	.585	Factor 2: Involvement

第五章、結論

本計畫第一年訪談 14 位來自復元導向標竿機構之專業人員，了解他們實際執行復元導向服務之方式，面臨之困難與相對應之方法，結果可供其他社區精神復健機構參考，促進復元導向服務之發展，並讓政府相關單位了解臨床面臨之困難以提供實際之支持與協助，以提升精神復健服務之品質。第二年收集了 251 位專業人員及 266 位精障個案之問卷資料，目前的資料顯示，復元態度量表可適用於專業人員並具有不錯的信效度；復元自我評量加入兩道題目以呈現台灣之服務模式，目前初步的因素分析顯示有五個面向，其內容一致性與再測信度佳。上述兩量表未來皆可在臨床使用並作為介入之成效評量。

第六章、參考文獻

- Andresen, R., Oades, L., & Caputi, P. (2003). The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37(5), 586-594.
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23.
- Anthony, W. A. (2000). A recovery-oriented service system: Setting some system level standards. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24(2), 159-168.
- Barbic, S. P., Kidd, S. A., Davidson, L., McKenzie, K., & O'Connell, M. J. (2015). Validation of the brief version of the Recovery Self-Assessment (RSA-B) using Rasch measurement theory. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 38(4), 349-358. doi:10.1037/prj0000139
- Bedregal, L. E., O'Connell, M., & Davidson, L. (2006). The Recovery Knowledge Inventory: assessment of mental health staff knowledge and attitudes about recovery. *Psychiatr Rehabil J*, 30(2), 96-103.
- Bellack, A. S. (2006). Scientific and Consumer Models of Recovery in Schizophrenia: concordance, Contrasts, and Implications. *Schizophrenia Bulletin*, 32(3), 432-442.
- Bola, J., Chan, T. H. C., Chen, E. H. Y., & Ng, R. (2016). Cross-validating Chinese language mental health recovery measures in Hong Kong. *Research on Social Work Practice*, 26(6), 630-640. doi:10.1177/1049731515625326
- Bond, T. G., & Fox, C. M. (2007). *Applying the Rasch Model: Fundamental measurement in the human sciences* (2nd ed.). Mahwah, NJ: Erlbaum Associates.
- Borkin, J. R., Steffen, J. J., Ensfield, L. B., Krzton, K., Wishnick, H., Wilder, K., & Yangarber, N. (2000). Recovery attitudes questionnaire: Development and evaluation. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24(2), 95-102.
- Chao, J., Siu, A. M. H., Leung, O., Lo, A., Chu, M., Lee, W. K., . . . Chien, C. W. (2019). Chinese version of the Recovery Self-Assessment scale: psychometric evidence from Rasch analysis and reliability estimates. *J Ment Health*, 28(2), 206-212. doi:10.1080/09638237.2018.1521931
- Chen, S. P., Krupa, T., Lysaght, R., McCay, E., & Piat, M. (2013). The development of recovery competencies for in-patient mental health providers working with people with serious mental illness. *Administration and Policy in Mental Health*, 40(2), 96-116. doi:10.1007/s10488-011-0380-x
- Chen, S. P., Krupa, T., Lysaght, R., McCay, E., & Piat, M. (2014). Development of a recovery education program for inpatient mental health providers. *Psychiatr Rehabil J*, 37(4), 329-332. doi:10.1037/prj0000082
- Colina, S., Marrone, N., Ingram, M., & Sanchez, D. (2016). Translation Quality Assessment in Health Research: A Functionalist Alternative to Back-Translation. *Evaluation and the Health Professions*. doi:10.1177/0163278716648191
- Coursey, R. D., Curtis, L., Marsh, D. T., Campbell, J., Harding, C., Spaniol, L., . . . Zahniser, J. (2000). Competencies for direct service staff members who work with adults with severe mental

- illnesses: Specific knowledge, attitudes, skills, and bibliography. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 23(4), 378-392. doi:10.1037/h0095140
- Crowe, T. P., Deane, F. P., Oades, L. G., Caputi, P., & Morland, K. G. (2006). Effectiveness of a collaborative recovery training program in Australia in promoting positive views about recovery. *Psychiatric Services*, 57(10), 1497-1500. doi:10.1176/ps.2006.57.10.1497
- Davidson, L., O'Connell, M. J., Tondora, J., Lawless, M., & Evans, A. C. (2005). Recovery in serious mental illness: A new wine or just a new bottle? *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(5), 480-487.
- Davidson, L., Rowe, M., Tondora, J., O'Connell, M. J., & Lawless, M. (2008). *A Practical Guide to Recovery-Oriented Practice: Tools for Transforming Mental Health Care*: Oxford University Press.
- Frese, F. J., Stanley, J., Kress, K., & Vogel-Scibilia, S. (2001). Integrating evidence-based practices and the recovery model. *Psychiatric Services*, 52(11), 1462-1468. Retrieved from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=11684741
- Green, K. E. (1991). Measurement theory. In K. E. Green (Ed.), *Educational testing: issues and applications* (pp. 3-25). New York: Garland publishing.
- Green, K. E. (1996). Applications of the Rasch Model to evaluation of survey data quality. *New Directions for Evaluation*, 70, 81-92.
- Harding, C. M., Brooks, G. W., Ashikaga, T., Strauss, J. S., & Breier, A. (1987). The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness: II. Long-term outcome of subjects who retrospectively met DSM-III criteria for schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 144(6), 727-735.
- Hungerford, C., Dowling, M., & Doyle, K. (2015). Recovery Outcome Measures: Is There a Place for Culture, Attitudes, and Faith? *Perspectives in Psychiatric Care*, 51(3), 171-179. doi:10.1111/ppc.12078
- Jacobson, N., & Greenley, D. (2001). What is recovery? A conceptual model and explication. *Psychiatric Services*, 52(4), 482-485.
- Jaeger, M., Konrad, A., Rueegg, S., & Rabenschlag, F. (2013). Measuring recovery: validity of the "Recovery Process Inventory" and the "Recovery Attitudes Questionnaire". *Psychiatry Research*, 210(1), 363-367. doi:10.1016/j.psychres.2013.06.002
- 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. doi:10.1016/j.jcm.2016.02.012
- Kymalainen, J. A., Henze, K. T., Deluca, M., Mitton, T. A., Walton, H. M., Duffy, P., . . . Pinsky, J. (2010). Are we there yet? The four-year impact of a VA fellowship program on the recovery orientation of rehabilitation programs. *Psychiatr Rehabil J*, 33(4), 320-327. doi:10.2975/33.4.2010.320.327
- Lakeman, R. (2010). Mental health recovery competencies for mental health workers: a Delphi study. *J Ment Health*, 19(1), 62-74. doi:10.3109/09638230903469194

- Meehan, T., & Glover, H. (2009). Using the recovery knowledge inventory (RKI) to assess the effectiveness of a consumer-led recovery training program for service providers. *Psychiatr Rehabil J*, 32(3), 223-226. doi:10.2975/32.3.2009.223.226
- Noordsy, D., Torrey, W., Mueser, K., Mead, S., O'Keefe, C., & Fox, L. (2002). Recovery from severe mental illness: An interpersonal and functional outcome definition. *International Review of Psychiatry*, 14(4), 318-326.
- O'Connell, M., Tondora, J., Croog, G., Evans, A., & Davidson, L. (2005). From Rhetoric to Routine: Assessing Perceptions of Recovery-Oriented Practices in a State Mental Health and Addiction System. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 28(4), 378-386.
- Peyser, H. (2001). Commentary: What is recovery? A commentary. *Psychiatric Services*, 52(4), 486-487.
- Qin, S., Nelson, L., McLeod, L., Eremenco, S., & Coons, S. J. (2019). Assessing test-retest reliability of patient-reported outcome measures using intraclass correlation coefficients: recommendations for selecting and documenting the analytical formula. *Quality of Life Research*, 28(4), 1029-1033. doi:10.1007/s11136-018-2076-0
- Ralph, R. O., Kidder, K., & Phillips, D. (Eds.). (2000). *Can We Measure Recovery? A Compendium of Recovery and Recovery-Related Instruments*. Cambridge, MA: The Evaluation Center@HSRI.
- Ridgway, P. (2001). ReStorying psychiatric disability: Learning from first person recovery narratives. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24(4), 335-343.
- Schinkel, M., & Dorre, M. (2006). Toward recovery competencies in Scotland: The views of key stakeholder groups. Retrieved from <http://scottishrecovery.net/wp-content/uploads/2006/12/Towards-recovery-competencies.pdf>
- Smith, E. V., Jr., Conrad, K. M., Chang, K., & Piazza, J. (2002). An introduction to Rasch measurement for scale development and person assessment. *Journal of Nursing Measurement*, 10(3), 189-206.
- Song, L. Y., & Shih, C. Y. (2009). Factors, process and outcomes of recovery from psychiatric disability: the unity model. *International Journal of Social Psychiatry*, 55(4), 348-360. doi:10.1177/0020764008093805
- Song, L. Y., & Shih, C. Y. (2014). Implementing a strengths-based model in facilitating the recovery of people with psychiatric disability. *Asia Pacific Journal of Social Work and Development*, 24(1-2), 29-44. doi:10.1080/02185385.2014.885207
- Spaniol, L., Wewiorski, N. J., Gagne, C., & Anthony, W. A. (2002). The process of recovery from schizophrenia. *International Review of Psychiatry*, 14(4), 327-336.
- The President's New Freedom Commission on Mental Health. (2003). *Achieving the Promise: Transforming Mental Health Care in America* (SMA-03-3832). Retrieved from <http://govinfo.library.unt.edu/mentalhealthcommission/reports/reports.htm>
- US Public Health Service office of the Surgeon General. (1999). *Mental Health: A Report of the Surgeon General*. Retrieved from <https://profiles.nlm.nih.gov/ps/retrieve/ResourceMetadata/NNBBHS>
- Wilrycx, G., Croon, M., Van den Broek, A., & Nieuwenhuizen, C. v. (2012). Psychometric properties

- of three instruments to measure recovery. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(3), 607-614. doi:10.1111/j.1471-6712.2011.00957.x
- Wright, B. D., & Linacre, J. M. (1989). Observations are always ordinal; measurements, however, must be interval. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 70(12), 857-860.
- Wright, B. D., & Linacre, J. M. (1994). Reasonable mean-square fit values. *Rasch Measurement Transactions*, 8(3), 370.
- Yau, S. S. W., Law, K. K. P., Wong, K. K. L., & Ling, C. Y. M. (2013). Alliance for recovery and care – A journey of system transformation. *Hong Kong Journal of Mental Health*, 39(1), 29-36.
- Young, A. S., Forquer, S. L., Tran, A., Starzynski, M., & Shatkin, J. (2000). Identifying clinical competencies that support rehabilitation and empowerment in individuals with severe mental illness. *Journal of Behavioral Health Services and Research*, 27(3), 321-333.
- Young, S. L., & Ensing, D. S. (1999). Exploring recovery from the perspective of people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22(3), 219-231.
- 宋麗玉. (2005). 精神障礙者之復健與復元——一個積極正向的觀點. *中華心理衛生學刊*, 18(4), 1-29.
- 張雁晴 (2015 年 6 月)。以實證為基礎之復元導向服務：文獻回顧。2015 職能治療師全國聯合年會暨學術研討會發表之海報式論文，高雄市。
- 衛生福利部 (2014)。102 年至 105 年國民心理健康促進計畫。取自 <https://dep.mohw.gov.tw/DOMHAOH/cp-329-8726-107.html>
- 衛生福利部 (2016)。106 年至 110 年國民心理健康第二期計畫。取自 <https://dep.mohw.gov.tw/DOMHAOH/cp-329-8724-107.html>
- 衛生福利部 (2017)。106 年度精神復健機構評鑑基準(含日間型機構及住宿型機構)。取自 <https://dep.mohw.gov.tw/DOMHAOH/cp-372-9030-107.html>