

新北市政府 112 年度自行研究報告

研究報告名稱：

年輕型失智者重返職場之友善工作模
式的建置-以新北市立聯合醫院三重院
區為例

研究機關：新北市立聯合醫院

研究人員：王祖琪

研究期程：112.01.01-112.12.31

新北市政府 112 年度自行研究成果摘要表

計畫名稱	年輕型失智者重返職場之友善工作模式的建置-以新北市立聯合醫院三重院區為例
期程	自 112 年 1 月 1 日至 112 年 12 月 31 日
經費	909,392 元
緣起與目的	建構年輕型失智者友善工作職場的模式，以協助年輕失智者留在原來的職場或重返職場的介入措施。藉由協助數名年輕型失智者重新返回職場工作，以建構適合年輕型失智者的友善工作環境與工作模式，並發展年輕型失智者職場就業工作手冊。
方法與過程	<p>研究方法分成三階段：</p> <p>階段一：是以文獻回顧方式建置年輕型失智者的友善工作模式、設計年輕型失智者的職前訓練課程及失智友善職場之繼續教育課程；</p> <p>階段二：以前驅性研究來檢視失智友善工作模式雛形的適用性；</p> <p>階段三：以單組前後測設計並以職業輔導評量相關工具來驗證失智友善工作模式的有效性。</p> <p>收案對象為：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 確診為年輕型失智症（即確診當下年齡小於 65 歲）； 2. CDR 為 0.5 或 1 分，但排除輕度認知障礙者 (MCI)； 3. 尋求本計畫之工作媒合時，年齡小於 65 歲。
研究發現及建議	<p>以團隊合作模式開啟失智友善職場有助於年輕型失智者的職場勝任與持續性。透過在職教育向同仁介紹年輕型失智症及宣導如何協助年輕型失智者的職場勝任有助於同仁可以知曉指派哪種類型的行政庶務可能是年輕型失智者可能可以勝</p>

任的任務以及當年輕型失智者無法勝任時又該如何提供適度協助以增加個案的勝任程度。本研究結果雖無法顯示友善職場工作模式可以改善年輕型失智者的認知能力、自我效能、社會功能及生活滿意度或家屬的照顧者負擔，但是可以增加年輕型失智者的就業持續度。

此研究結果共有四點建議：其一為年輕型失智者重返職場方案應以團隊模式來開展，而團隊成員除專業人員外應再納入工作單位主管/工作單位同仁、家屬及個案本人，且此團隊成員應定期開會討論個案狀況及工作表現，並針對個案問題提出合適的解決方法。其二為針對工作同仁應提供繼續教育以使同仁可以認知年輕型失智者並知曉如何提供適度協助。其三為專業人員應與單位主管/同仁共同盤點單位內有那些任務可能適合年輕型失智者執行，並且針對這些工作類型進行難易度分類，並依照個案的能力狀況來指派任務。其四為個案可能會因職場友善而引發過度自信的負面議題(如想重回競爭性職場)，因此，針對過度自信的個案亦需要適時提供現實感。

備	註
---	---

壹、研究內容

一、研究主旨

- (1). 提供並協助數名年輕型失智個案進入醫院職場工作
- (2). 建置符合失智者能力之友善職業重建計劃
- (3). 編寫年輕失智者重返友善職場的操作手冊

二、背景分析

(一)、年輕型失智者之工作表現

台灣已邁入高齡社會，失智人口逐年增加，依據衛生福利部統計推估 2022 年我國失智者人口超過 30 萬人^[1]，其中 65 歲以上長者占 9 成 6。而失智症非老年人的專利，罹病者有年輕化的現象^[1]。年輕型失智症(Young Onset Dementia)，是指 65 歲以下被診斷為失智症之個案，過去稱之為早發性失智症(Early Onset Dementia)，因會與早期發現的失智症混淆而更名為年輕型失智症。台灣失智症協會根據內政部人口資料推估，台灣於民國 110 年 12 月底 65 歲以上失智人口有 300,842 人。45-64 歲失智症盛行率依據挪威於 2019 年研究為千分之 1.6，估算台灣 45-64 歲失智症人口有 11,324 人

[2]。

依據台灣失智症協會的資料顯示，期服務的年輕型失智症患者之年齡平均落在 58-59 歲^[3]，這些年輕型失智症的患者因為未滿 65 歲的退休年齡，因此幾乎都還在工作職場、尚未退休或是準備提早退休、甚至被迫退休或被資遣。許多個案在工作職場上會出現許多人所謂認為的不負責任、偷懶、情緒低落、暴躁等相關標籤，往往被誤認為躁鬱症、情緒改變、工作壓力大等，開始到醫院精神科就診，容易得到所謂退休壓力症候群、焦慮症、憂鬱症等診斷。持續看診一段時間，等症狀越趨嚴重與明顯，才可能懷疑是失智症，進而做進一步地檢查後確診。因此年輕型失智症一開始的表現，不像常見的老年型失智症患者，出現重複問問題、忘東忘西，反而比較多的是個性、行為、情緒的改變為主，而後合併認知功能異常，通常會延遲 2-3 年左右的時間才會被確診^[4]。

45-64 歲的階段正值職場表現的高峰期，也多為家庭的主要經濟支柱。而他們因為失智症的診斷，影響到工作的權利，依勞動部 108 年身心障礙者勞動狀況調查報告，失智者在職場上遭遇的主要困難為「工作技能無法勝任」，其次為「體力無法勝任」，而年輕型失智者工作上的障礙包含^[5]：

- (1) 記憶力衰退，交辦的事情、會議、報告容易忘記。
- (2) 不想更換新的工作，調適較困難。
- (3) 容易累，較需要休息。
- (4) 方向感變差，找不到要去的地點。

(5) 找不到物品放置的位置

(6) 創造力、應變能力、問題解決能力、判斷力下降，影響工作表現，甚至出現障礙或決策錯誤。

(7) 變通性變差，事情容易遺漏或混淆，只能做一樣的事情，或是一次做一件事。

(8) 無法勝任原本熟悉的工作內容，如忘記操作電腦或其他設備。

(9) 由於在工作上遇到困難，上班前或上班時容易有躁動的情緒或行為。

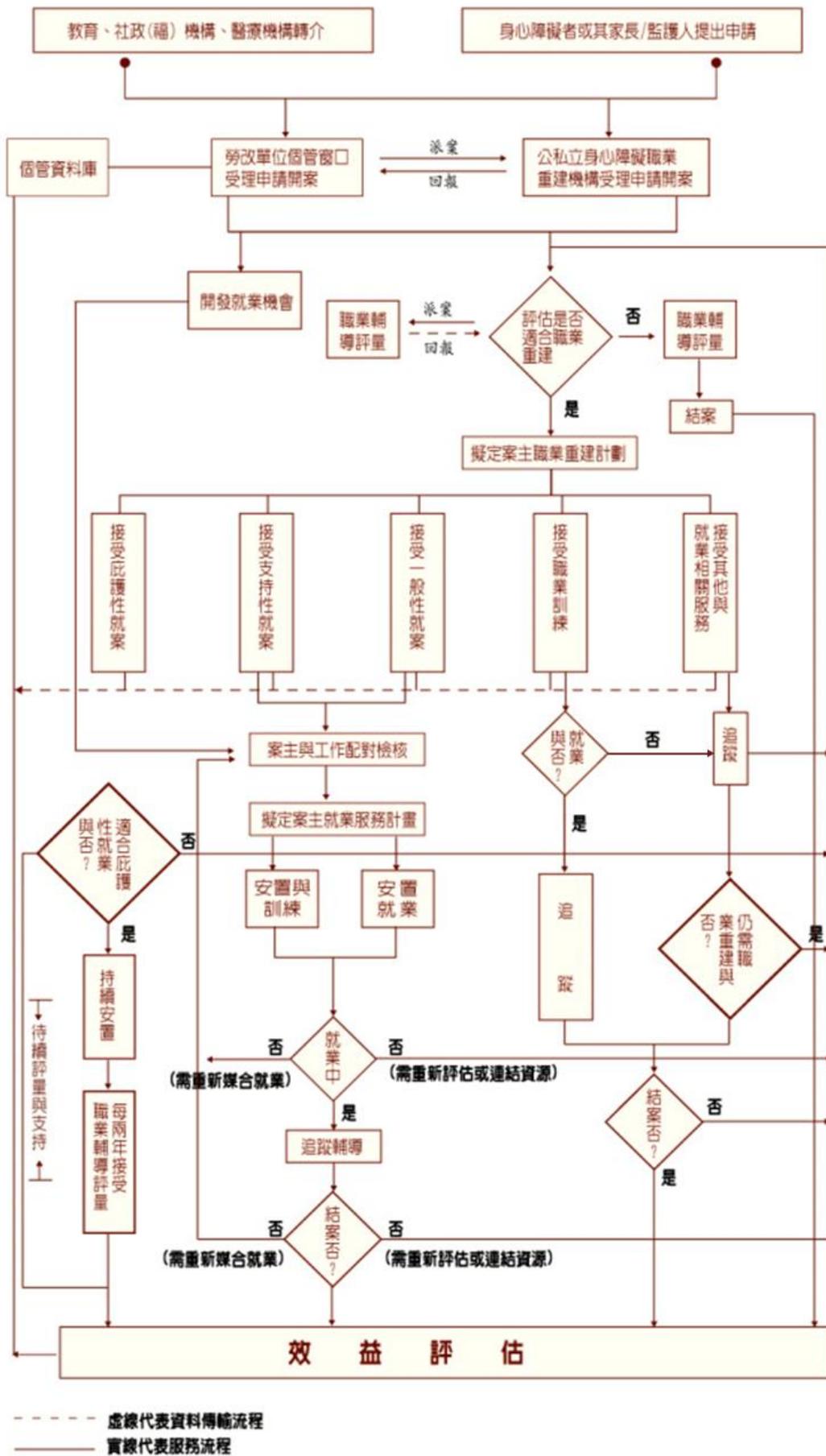
(10) 初期會抱怨工作同儕或主管不友善、工作壓力大、想退休、想離職，後來才發現是因工作表現不良而遭同儕排擠，甚至職場霸凌。

由於「工作」對年輕型失智者而言，不僅可以維持收入來源，亦可建立自信與成就感，亦能延緩退化及促進健康，並能增進社交互動機會，因此，維持工作或重返職場對年輕型失智者有其重要性!但依據台灣失智症協會的資料顯示，其歷年服務的年輕型失智者中約有 30.94%在確診時仍在工作，而確診三年後則僅有 11.56%還在工作^[3]。為了因應年輕型失智者的就業需求，發展相關就業支持資源有其必要性!

(二)、現有的就業服務資源

依據勞動力發展署的網站資料顯示，政府提供給失智症患者的就業服務資源有就業服務站以及身心障礙職業重建窗口^[6]。就業服務站可提供就業資訊及就業諮詢等服務，但此服務資源主要針對一般大眾，而沒有身心障礙手

冊的身心障礙雖然亦可接受相關服務，但可獲得的實質協助量會較有限。身心障礙職業重建窗口則可針對身心障礙者訂定職業重建服務計畫(內容會包含就業前準備、就業媒合、就業支持及穩定就業後的支持服務等)，以使身心障礙者獲得適性就業。此外，身心障礙職業重建窗口亦可提供職涯輔導諮詢、職業輔導評量、職業訓練、職場見習、職場學習及再適應、支持性就業服務、庇護性就業服務、居家就業、創業輔導、職務再設計及其他有助於促進身心障礙者就業相關方案(如圖一)^[7]。



圖一 身心障礙者職業重建流程图

身心障礙者就業模式可分為三類：庇護性、支持性及一般性。庇護性就業的工作場域較封閉且多數員工皆為身心障礙者、工作能力較差、工作內容片段且單一、競爭程度較低、協助程度較高、結案時程較長，且薪資較低。支持性就業的工作場域較開放(多數為一般員工但有少量身心障礙者)、具備基本工作能力、工作內容完整、競爭程度中等、協助程度中等、結案時程約 3-6 個月，且薪資依據勞基法規定的基本工資。一般性就業的工作環境為絕大多數員工皆為一般工作者，且工作者需具備競爭性工作能力可獨立完成多元的工作內容，以及薪水符合一般工作者全職薪水(表一)。

表一、身心障礙者就業模式

	庇護性就業	支持性就業	一般性就業
工作媒合	身心障礙職業重建窗口	身心障礙職業重建窗口	-就業服務站媒合 -身心障礙服務重建窗口
工作場域	封閉式 -身心障礙者占員工總數 50%以上	開放式 -身心障礙者占員工總數 25%以上	開放式 -未必有身心障礙者就業名額
工作能力	工作能力不足	具基本工作能力但尚無法勝任競爭性工作	具備競爭性工作能力但無法獨立找到工作
工作內容	片段且單一	完整且可能逐漸變化	多元且變化性高
競爭程度	競爭性較低	競爭性中等	競爭性較高
協助程度	工作全程有專人可提供協助	工作前期有就業服務員可全程陪同就業，後期就業服務員逐漸退場	工作全程獨立作業 (僅求職過程需協助)
工作模式	團體作業	個別服務模式與群組服務模式	單獨作業

結案時程	穩定就業 2 年後重新評估是否留任	穩定就業 3-6 個月後結案	獲得工作後結案
收入標主	依照產能核薪	依勞基法規定最低薪資	符合一般勞工全職薪資

(三)、年輕型失智者重返職場之困境

雖然勞動部於 109 年 3 月已公告「推動職務再設計服務計畫」^[8]，此計畫可讓經醫療院所診斷為失智症但尚未取得身心障礙證明者透過專業團隊到工作現場了解內容，並提供改善工作設備、條件、環境及就業輔具與調整工作等方法來協助排除工作障礙，以利其穩定就業^[9]。然而，依據部分家屬的回饋顯示此計畫並不能滿足部分年輕型失智者的工作需求，且在服務過程中年輕型失智者曾出現內心受挫的狀況，因而家屬對此計畫完全沒信心且擔心再度遭遇因而選擇拒絕接受此服務。

依據台灣失智症協會的資料顯示，有些年輕型失智者也曾經嘗試過尋求勞工局的職業重建服務，但可能因為第一線人員對失智症的了解不足，因而無法提供年輕型失智者適切的安排與協助，如無法提供失智友善的訪談、直接勸退年輕型失智者或媒合的工作不符合期待(如大樓管理員、學校保全或清潔人員等)^[5]。此外，年輕型失智者不同於一般身心障礙者，此診斷屬於退化性疾病且能力可能會隨著病程而退化^[10]，因而如果職業重建的轉介時程較長的話，年輕型失智者可能會因為能力退化而無法勝任原本建議的支持性就業模式或工作任務。而庇護性就業模式的工作能力需求雖然較低，但工作內容過度單一且無法適時調整工作難度或強度，因而無法及時回應年輕型失智者對工作難度或強

度的需求，使得年輕失智者會因為覺得工作過於簡單而不願從事此類工作。

此外，依據台灣失智症協會的資料顯示，工作環境的友善程度會影響年輕型失智者在職場的停留時間，如職場主管對失智症有刻板印象因而年輕型失智者會選擇隱瞞其病情而無法獲得有效支持，因而提前離開職場^[5]。因此，為了使年輕型失智者可以順利留在原有職場或重返職場，營造失智友善工作環境有其必要性，如營造一個接納失智者、減少失智症汙名化，使失智者可以獲得尊重、理解、包容與鼓勵的工作環境。另外應可從提升公司管理階層對於失智症的認知，進而增進員工對失智症議題的友善態度，使員工在面對因失智者認知功能障礙引發的問題時可以勇敢表達與溝通、尊重並理解失智者個別的感官經驗及體驗世界的方式；當職場能普遍提升對失智症的認知、了解如何協助失智員工時，方能營造失智友善的工作環境，亦能延緩失智者離開職場的時間，也能減低因為罹患失智症而引起的家庭社會問題及成本。

綜合上述，現有的身心障礙職業重建方案對年輕型失智者而言可能無法完全滿足其需求，如：一般性就業其工作能力需要太高而年輕型失智者無法完全勝任，而支持性就業則可能會因為開案時程過久而無法及時適配年輕型失智者的能力變化，庇護性就業則可能會因為工作單調且無變化而不能滿足年輕型失智者對從事適度挑戰性工作的需求。此外，現有工作環境仍不夠友善導致多數年輕型失智者無法持續就業或重返職場。因此，本計畫擬建立一個開案快速、工作內容可依能力狀況具變化性且具備友善職場等特色之友善

職場工作模式且針對醫院員工提供失智友善職場之教育訓練，並率先在新北市聯合醫院三重院區執行試辦，期藉此推廣至新北市其他醫院或全台有興趣的醫院，使個案在醫院確診後，可讓年輕型失智者有機會直接在確診醫院接受友善工作模式之服務，因確診醫院較可適切掌握個案認知功能的缺失及優勢，並安排合適的工作職缺，以藉此達到促進年輕型失智者重返友善職場的目標。

三、研究方法

(一)、研究程序

本研究程序可分為三階段來達成所有研究目的，如階段一為準備期用以建置友善工作模式之雛形，階段二為執行期用以完成個案職場就業，階段三為維持期用以完善友善工作模式及完成年輕型失智者職場就業工作手冊。

1、階段一_準備期

準備期為以文獻回顧方式來達成三個目標：其一為建置友善工作模式之雛形，其二為設計並安排年輕型失智者參與職前訓練，其三為設計並針對職場相關工作人員提供失智友善職場之繼續教育活動。在建置友善工作模式之雛形方面，此雛形包含以團隊模式共同協助年輕型失智者重返職場，並再輔以鷹架理論^[11]來增加工作任務的勝任程度，並以人-環境-職能模式來區分團隊成員的職責^[12]。此團隊成員包含醫院的高階管理者、專業人員(如職能治療師)以及年輕型失智者。高階管理者主要負責調度職缺及

指派基層管理者協助年輕型失智者相關工作事宜；專業人員則負責提供年輕型失智者職前訓練、提供員工失智友善工作環境之教育訓練、協助團隊內部溝通、提供年輕型失智者工作能力評估以及協助調整其工作內容；年輕型失智者則有義務接受職前訓練及從事相關職務工作活動（圖二）。

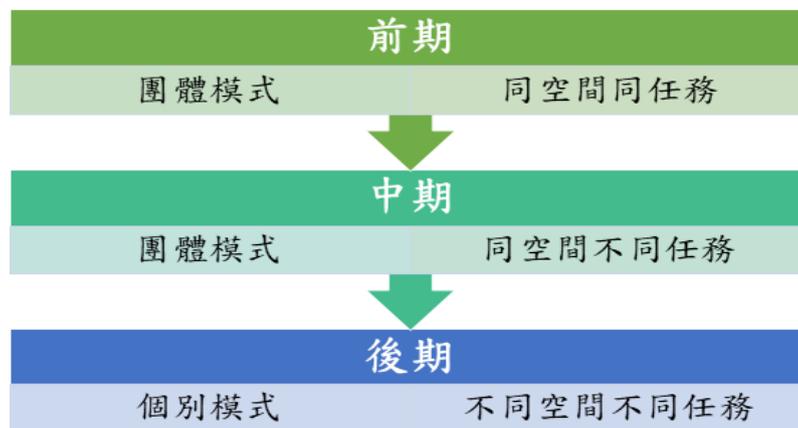


圖二 失智友善工作模式之團隊成員的職責

2、階段二_執行期

此階段以前驅性研究(preliminary study)來檢視失智友善工作模式雛形的適用性，且此工作執行進展可再細分成三期。前期為以團體方式在同一空間從事相同任務持續約 2-3 週，藉此讓個案熟悉工作環境並適度建立同儕支持網絡。中期依然以團體模式工作，但可在相同空間從事不同任務。後期的最終目標是希望個案可以個別模式在不同科室勝任不同任務。

此外，執行期間希望個案可以逐漸增加對任務變化的容忍程度以及任務彈性。此階段將定期評估個案的能力並以年輕型失智者的工作回饋以及是否可持續維持就業狀態達三個月以上為適用性指標(圖三)。



圖三 失智友善工作模式之進展三階段

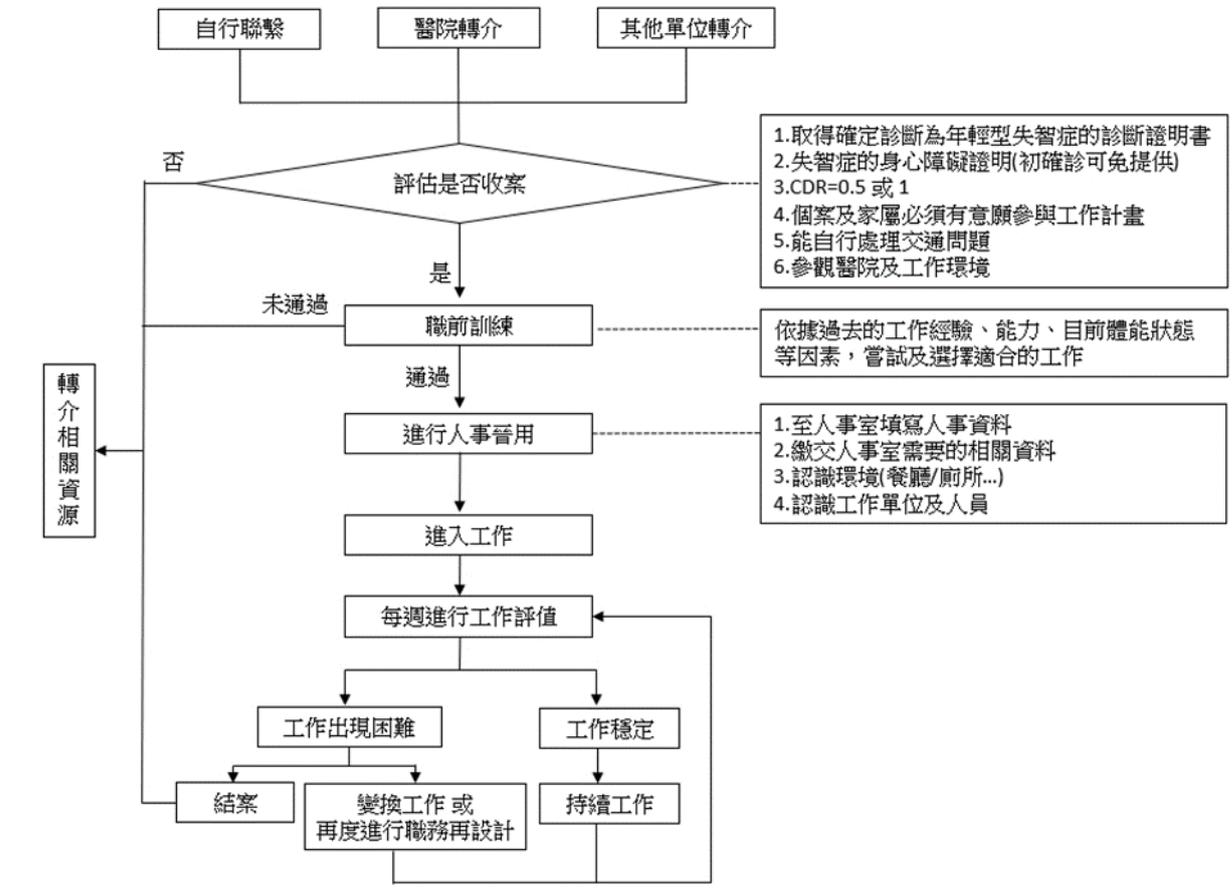
3、階段三_維持期

此階段以單組前後測設計(one-group pretest-posttest design)來驗證失智友善工作模式的有效性，並使用現有職業輔導評量相關工具來檢視個案能力的變化，且藉此完善友善工作模式，並開始著手編制年輕型失智者職場就業工作手冊。

(二)、研究對象

由於本計畫目標為年輕型失智者重返職場之友善工作模式的建置，因此將目標對象設定為輕度之年輕型失智症患者，且收案條件為：1. 確診為年輕型失智症（即確診當下年齡小於65歲）；2. 臨床失智評估量表(Clinical Dementia Rating, CDR)為0.5或1分，但排除輕度認知障礙者(Mild Cognitive Impairment, MCI)（圖四）；3. 且尋求本計畫之工作媒合時年齡

小於65歲。



圖四 失智友善工作模式之收案流程

(三)、評估工具

本研究將蒐集年輕型失智者的認知功能、自信心與自我效能、社會功能及生活滿意度等相關資訊，而針對家屬則將蒐集照顧者負擔等資訊。

1、認知功能

本研究將以蒙特利爾認知評估 (Montreal Cognitive Assessment, MoCA) 來確認個案的整體認知功能。MoCA 包含 7 種認知向度：注意力、記憶力、語言、定向感、視覺建構技巧、執行功能/抽象思考與計算

等，施測時間約 10-15 分鐘。總分為 30 分，一般以 26 分或以上代表認知功能正常^[13]。

2、自信心與自我效能

本研究將以一般自我效能量表(General Self-Efficacy Scale, GSES)來確認個案的自信心與自我效能狀態。GSES 由 Schwarzer (1993) 所提出^[14]，初始版本共有 20 個題目，後來陸續修訂成 10-17 題，而本研究選用 17 題的版本(6 題正向題，11 題反向題)，可用以反應個體自覺對於完成目標、解決問題及處理環境改變等能力。GSES 以六點式李克特量尺來評分，非常不同意為 1 分至非常同意為 6 分，量表總分由 17 分至 102 分，分數愈高代表個體自覺的一般性自我效能愈強^[15]。

3、社會功能

本研究將以社會功能量表(Social Functioning Scale, SFS) 台灣短版」(SFS-Taiwan short version, SFST)來確認個案的社會功能^[16]。SFST 分成自填與照顧者填寫之二種版本，本研究將同時使用兩種版本。SFST 可分為七個面向，共 36 題，如社交(2 題)、人際溝通(3 題)、獨立—能力(5 題)、獨立—表現(5 題)、娛樂(9 題)、社會性(6 題)及職業/就業(6 題)。量表總分由 1 分至 100 分，分數越高表示社會功能狀況越佳。

4、生活滿意度

本研究將以台灣簡明版世界衛生組織生活品質問卷(WHOQOL-BREF)來確認個案的生活滿意度。WHOQOL-BREF 共 28 題，可用以評量四大範疇的生活品質：1. 生理範疇（含生理與獨立程度），共 7 題；2. 心理範疇（含心理、心靈、宗教、個人信念），共 6 題；3. 社會關係範疇，共 4 題；4. 環境範疇，共 9 題；另外 2 題為整體評量題目^[17]。此問卷採用五點式李克特量尺計分，分數越高代表生活品質越好。

5、照顧者負擔

本研究將以照顧者負荷量表(Chinese version of Zarit Burden Interview (CZBI)-簡短版 12(Short-form CZBI-12, sCZBI-12)來評量年輕型失智者家屬之照顧負擔^[18]。sCZBI-12 的評分採五點式李克特量尺，且總分越高代表照顧者的照顧壓力越大。

(四)、統計方法

收案一開始及蒐集上述相關評估資料，並每三個月定期複評，所有數據將在完成試驗後將進行描述性統計及魏克生符號等級檢定(Wilcoxon Signed Rank Test)確認個案的相關數值是否有發生有意義的改變。

四、研究結果

(一)、個案描述

本研究共收案5人。性別方面為1名女性及4名男性。年齡介於48歲到58歲。失智類型方面為4名血管型及1名退化型(阿茲海默氏症)。其

中有一名個案因能力退化無法再勝任職場工作而退離職場。

表二、個案描述

代碼	編號1	編號2	編號3	編號4	編號5
性別	男	男	女	男	男
年齡	48歲	58歲	58歲	53歲	50歲
診斷	血管型失 智症	血管型失 智症	阿茲海默 氏症亞型	血管型失 智症	血管型失 智症
確診	3年	5年	2年	2年	3年

(二)、評估結果

1、認知功能

本研究以MoCA進行認知功能評估。5名個案初評的MoCA分數介於11-25分，而4名個案複評的分數依然介於11-25分。此外，前後測分數之變化未達統計上的顯著差異。

2、自信心與自我效能

本研究以一般自我效能量表確認個案的自信心與自我效能狀態。5名個案初評的一般自我效能量表分數介於56-91分，而4名個案複評的分數介於61-84分。此外，前後測分數之變化未達統計上的顯著差異。

3、社會功能

本研究以社會功能量表台灣短版來確認個案的社會功能。5名個案初評的分數介於41-78，而3名個案複評的分數介於50-64分。此外，前後測分數之變化未達統計上的顯著差異。

4、生活滿意度

本研究將以台灣簡明版世界衛生組織生活品質問卷來確認個案的生活滿意度。5名個案的生理範疇初評分數介於12.57-16.57，心理範疇的初評分數介於8.67-14，社會關係範疇的初評分數介於10-14，環境範疇的初評分數介於11.56-14.67。而4名個案生理範疇複評分數介於12-17.71，心理範疇的初評分數介於8.67-16，社會關係範疇的初評分數介於11-16，環境範疇的初評分數介於11.56-17.78。此外，前後測分數之變化未達統計上的顯著差異。

5、照顧者負擔

本研究以照顧者負荷量表簡短版12來評量年輕型失智者家屬之照顧負擔。5名家屬初評的分數介於18-31分。

	編號1		編號2		編號3		編號4		編號5	
	前測	後測								
認知功能	18	20	15	15	11	11	25	25	24	--
自我效能	82	72	56	61	68	71	69	84	91	--

社會功能	58	64	41	50	65	60	78	--	52	--	
生活滿意度	生理	14.29	12	12.54	13.14	16.57	17.71	15.43	15.43	16	--
	心理	10	8.67	12	12	14	16	12.67	13.33	8.67	--
	社會關係	10	11	12	11	14	16	14	16	12	--
	環境	11.56	11.56	12.44	11.56	14.67	17.78	13.78	15.55	14.67	--
照顧者負擔	21	--	27	--	27	--	18	--	31	--	

五、結論與建議

以團隊合作模式開啟失智友善職場有助於年輕型失智者的職場勝任與持續性。透過在職教育向同仁介紹年輕型失智症及宣導如何協助年輕型失智者的職場勝任有助於同仁可以知曉指派哪些類型的行政庶務可能是年輕型失智者可能可以勝任的任務以及當年輕型失智者無法勝任時又該如何提供適度協助以增加個案的勝任程度。本研究結果雖無法顯示友善職場工作模式可以改善年輕型失智者的認知能力、自我效能、社會功能及生活滿意度或家屬的照顧者負擔，但是可以增加年輕型失智者的就業持續度。

此研究結果共有四點建議：其一為年輕型失智者重返職場方案應以團隊模式來開展，而團隊成員除專業人員外應再納入工作單位主管/工作單位同仁、家屬及個案本人，且此團隊成員應定期開會討論個案狀況及工作表現，

並針對個案問題提出合適的解決方法。其二為針對工作同仁應提供繼續教育以使同仁可以認知年輕型失智者並知曉如何提供適度協助。其三為專業人員應與單位主管/同仁共同盤點單位內有那些任務可能適合年輕型失智者執行，並且針對這些工作類型進行難易度分類，並依照個案的能力狀況來指派任務。其四為個案可能會因職場友善而引發過度自信的負面議題(如想重回競爭性職場)，因此，針對過度自信的個案亦需要適時提供現實感。

貳、參考文獻

- [1] 推估超過 30 萬失智人口 9 成 6 是 65 歲以上長者 失智友善不迷路 希望行動+1. (n. d.). 衛生福利部國民健康署.
<https://www.hpa.gov.tw/Pages/Detail.aspx?nodeid=4576&pid=16016>
- [2] 服務項目-年輕型失智服務. (n. d.). 台灣失智症協會.
<http://www.tada2002.org.tw/About/About/22>
- [3] 李會珍. (2019). 年輕型失智症的樣貌. 台灣失智症協會會訊, 39, 9.
- [4] 徐榮隆. (2019). 年輕型失智症的表現與診療. 台灣失智症協會會訊, 39, 4.
- [5] 陳伊寧. (2019). 一同為失智者工作權努力，讓他們可以貢獻所長！台灣失智症協會會訊, 39, 32.
- [6] 勞動力發展屬全球資訊網. (n. d.). 勞動力發展屬全球資訊網.
<https://www.wda.gov.tw/>
- [7] 如何進行身心障礙者職業評量. (n. d.). 台灣就業通.
<https://www.taiwanjobs.gov.tw/upload/104/a19a35a5-260f-45ec-b39b-14a005b4083e.pdf>
- [8] 推動職務再設計服務計畫. (2022). 勞動部勞動力發展署.
- [9] 失智症就業協助指引手冊. (2022). 勞動部勞動力發展署.
- [10] What Is Young - Onset Dementia? (2016, May 1). Alzheimer' s Society.
https://www.alzheimers.org.uk/site/scripts/download_info.php?fileID=1766
- [11] Beed, P., Hawkins, M., & Roller, C. (1991). Moving learners towards

- independence: the power of scaffolded instruction. *The Reading Teacher*
- [12] Law, M., Cooper, B. A., Strong, S., Stewart, D., Rigby, P., & Letts, L. (1996). The person-environment-occupation model: A transactive approach to occupational performance. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 63, 9-23.
- [13] Tsai, C. F., Lee, W. J., Wang, S. J., Shia, B. C., Nasreddine, Z., & Fuh, J. L. (2012). Psychometrics of the Montreal Cognitive Assessment (MoCA) and its subscales: validation of the Taiwanese version of the MoCA and an item response theory analysis. *International psychogeriatrics*, 24(4), 651-658. doi: 10.1017/S1041610211002298
- [14] Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1993). *Measurement of Perceived Self-Efficacy: Psychometric Scales for Cross-Cultural Research*. Berlin: Freie University.
- [15] 黃毓華、鄭英耀。(1996)。一般性自我效能量表之修訂。中國測驗學會測驗年刊，43，279-286。
- [16] 宋麗玉。(2001)。精神病患社會功能量表之發展與驗證-以實務應用為向。中華心理衛生學刊，14，33-65。
- [17] 姚開屏(2005)。台灣簡明版世界衛生組織生活品質問卷之發展及使用手冊。台北。
- [18] Ko KT, Yip PK, Liu SI, Huang CR. Chinese version of the Zarit caregiver Burden Interview: a validation study. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2008 Jun;16(6):513-8. doi: 10.1097/JGP.0b013e318167ae5b. PMID: 18515696.