

科技部補助

大專學生研究計畫研究成果報告

* *****
* 計 畫
* : 「職能治療活動愉悅性量表」發展之探索性研究
* 名 稱
* *****

執行計畫學生： 陳璿
學生計畫編號： MOST 105-2815-C-040-028-B
研究期間： 105年07月01日至106年02月28日止，計8個月
指導教授： 呂文賢

處理方式： 本計畫可公開查詢

執行單位： 中山醫學大學職能治療學系

中華民國 106年05月25日

(一) 摘要

背景與目的：在臨床上，職能治療師透過特殊設計的治療性活動來治療病人，以降低病人的失能程度，進而提升病人的獨立性與自我照顧能力。病人要能夠主動參與治療活動，才能期待有良好的治療成效。心流理論相關研究顯示，當活動帶給個體充分的愉悅感時，能夠讓個體更積極投入活動。但因心流理論之研究脈絡與職能治療場域相異，且目前並沒有針對職能治療活動愉悅性的相關研究，亦無相關評量職能治療活動愉悅性的評估工具。因此，在臨床或研究上，對於活動愉悅性無法有效評估，影響職能治療師或研究人員對於治療活動愉悅性的掌握，亦影響治療師或研究者在設計活動時，因無法精確評估活動愉悅性而不易增加活動的愉悅性以提升病人的活動參與度，進而提升治療成效。因此，本研究將探索職能治療活動愉悅性之內涵，並進一步設計初步的「職能治療活動愉悅性評量表」。

方法：透過質性研究方法，訪談職能治療師與病人，發掘職能治療活動愉悅性之內涵與重要構念，並據此進一步編製職能治療活動愉悅性量表。研究步驟如下：步驟 1：盤點目前生理疾病職能治療室中常用的治療活動；步驟 2：舉辦職能治療師參與之焦點團體；步驟 3：邀請職能治療病人參與個別深入訪談；步驟 4：建構職能治療活動愉悅性之評量問卷的初步向度、題目與量尺；步驟 5：專家審核；步驟 6：認知訪談；步驟 7：「職能治療活動愉悅性量表」編製完成。

結果：共 16 位資深職能治療師參與焦點團體。共 11 中風病人參與個別深度訪談。資料分析結果顯示，大部份的臨床職能治療師與參與的病人不認為治療活動之趣味性很重要，而認為為了功能的進步，儘管治療活動之趣味性低，仍要努力參與。究其原因，臨床治療師有其習慣之治療模式及設備，尤其在醫療父權的環境中，認為病人因生病或意外導致功能缺損，來到職能治療室本就應就其功能缺損的部分重複練習，儘管活動趣味性低，病人也應努力參與治療活動。而病人可能因缺乏參與高趣味性治療活動（如娛樂治療）的經驗，因此無法深入描述參與趣味性活動的感受。後續研究可以導入或設計高趣味性治療活動（如娛樂治療），再請病人就高趣味性治療活動與傳統治療活動進行比較，可以進一步釐清治療活動中的趣味性對於病人參與治療活動的影響。

(二) 研究動機與研究問題

研究動機

在臨床上，職能治療師主要透過具有目的性 (purposeful) 或意義性 (meaningful) 的活動作為治療媒介，以改善病人的肢體功能、認知功能或社會功能等失能情況，進而達到生活獨立，並擁有高品質生活的目標。¹⁻³ 然而，職能治療的成效有賴病人與家屬對於治療活動的配合及主動參與方能達成。換句話說，再有效的治療活動如果病人或家屬因為某些因素無法配合或積極參與，則仍難以期待達到良好的治療成效。

積極參與治療活動，對病人而言可以視為是內在動機的外顯行為，亦是一種選擇。根據人類職能模型，⁴ 興趣 (interest) 影響個人的行動意志 (volition)，亦即我們通常會選擇能夠引起興趣的活動來參與。研究亦顯示，使用 wii 等虛擬實境數位遊戲媒體等的治療活動，對於提高病人參與活動時的愉悅性 (enjoyment) 有所提昇，對於中風病人上肢功能的改善程度亦優於控制組。⁵ 可見如果活動的特性能夠提升病人參與活動時的愉悅性或趣味性，將有助於提升病人的治療參與程度，進而提昇治療成效。

活動愉悅性或趣味性代表個體參與活動時感受到愉悅或趣味的程度。心流理論 (flow theory) 描述人們參與活動時所達到的心理愉悅狀態，廣泛被用於探討休閒活動，^{6,7} 或數位休閒遊戲的設計。⁸ 透過對於活動愉悅性的理解，可以進一步探討有助提昇活動愉悅性的元素，以提昇人們參與活動之意願。如深度休閒活動理論，認為人們在從事某些活動時，會帶來高程度的愉悅性，而更加投入。⁹

職能治療為達成治療性目標強調活動的設計，設計的原則多偏向達成復健的功能性目標。例如針對訓練中風病人姿態控制的活動包括站立桌或撿拾投擲豆袋的活動設計，都以達到訓練病人的姿態控制的元素（如站立、蹲下或坐下）為主要內容，較少考量活動愉悅性的元素。而心流理論的相關研究之脈絡與職能治療場域不同，例如心流理論所探討的活動多偏向人們主動選擇的活動，如休閒活動；

而在職能治療場域，治療活動的提供多由職能治療師決定。因此，其理論是否適用於職能治療場域仍有待驗證。且就研究者所知，目前尚未有探討職能治療活動的愉悅性的相關研究，更遑論有關職能治療活動愉悅性之評估。如此將使職能治療師在設計治療活動時，缺乏可以客觀評量活動愉悅性的工具，也影響治療師對於治療活動愉悅性元素的理解，此現象也影響治療師透過提高活動愉悅性以增進病人活動參與度的策略的執行。換句話說，有評量活動愉悅性的量表，治療師可以據此選擇活動目的相同但愉悅性較高的活動，或設計活動時，可以加入有助愉悅性的元素，進而提升病人之治療活動參與度，以增進治療成效。因此，本研究之目的即在探討職能治療活動的愉悅性的內涵，並初步建構職能治療活動愉悅性之評量表。

研究問題與研究目的

本研究之研究問題為：職能治療活動愉悅性之內涵為何？職能治療活動愉悅性如何衡量？

本研究之研究目的為：探討職能治療活動愉悅性之內涵，並初步建構職能治療活動愉悅性之評量表。

(三) 文獻回顧與探討

本段落進行與本研究相關之文獻回顧與探討，包括職能治療活動、治療參與度及活動愉悅性。

職能治療活動

職能治療是復健團隊中重要的一員。以生理疾病職能治療而言，目前臨床上以中風病人為最大的服務族群。以中風病人之治療為例，中風後病人常需要接受長時間的復健，而復健的重點在於重建病人受損動作的功能與認知功能。^{10, 11} 職能治療師使用對於病人有意義或有目的性的活動，協助中風病人改善其功能缺失，促進生活獨立，並提升其生活品質。^{2, 3} 職能治療人員常透過符合中風病人程度的治療活動，提升中風病人的功能。服務項目包括五項：一、感覺、動作、知覺與認知能力訓練。二、輔具之製作、設計與評估。三、副木 (splint) 製作。四、自我照顧技巧訓練。五、病人與家屬之衛教。¹²

因為是透過「活動」來促進病人功能的恢復及生活品質的提升，因此病人要能夠在中風後每天「參與」職能復健活動，才能夠期待在一定時間內達到功能的改善。病人功能恢復的結果，有賴主動參與職能復健活動的程度。¹¹ 若病人不主動參與職能治療活動，將導致更嚴重的慢性失能。^{12, 13}

而在臨床職能治療的治療方案中，多數治療時間是針對中風病人的動作訓練。目前常用的治療方式，除一般傳統的活動治療外，亦包括一些新的治療方法，如任務導向訓練 (task-oriented training)、¹³ 侷限誘發療法 (constraint-induced therapy)、¹⁴ 虛擬實境療法 (virtual reality therapy)，¹⁵ 以及鏡像療法 (mirror therapy)。¹⁶ 而這些方法的實施，也都要病人能夠充分積極配合參與，才能有較明顯的成效。

由此可見，職能治療儘管依據不同理論，在介入方式上有所不同，但要達到良好的治療成效，病人的主動參與是重要關鍵。

治療參與度

病人之治療參與度是其參與治療活動之內在動機的外顯表現，研究顯示，病人參與治療活動的程度越高復健成功的機會就越高。^{17,18} 例如，中風病人在治療的急性初期，醫療人員扮演相對主動及主要的角色，提供病患各種治療方案以確保病患生命徵象的穩定，病患則被動接受治療。但是在復健階段，包括職能治療、物理治療以及相關復健治療，醫療人員為提升病人的功能恢復，都必須依賴病人主動積極參與各種治療活動。¹⁷ 研究也顯示，不具動機的病人治療成效進展較慢，且有較大可能中途終止復健治療。¹⁷ 另外的研究也顯示，參與治療活動的程度與功能進步的程度具有顯著的相關性，低度參與治療活動的病人之功能恢復較少，而且住院日數 (length of stay) 會較長。¹⁸ 這些研究均顯示：病人參與治療的程度影響復健成效。

此外，病人之治療參與度亦是實證醫學能否有效於臨床推動的關鍵之一，也可視為醫療品質指標。¹⁹ 雖然研究證實，透過復健治療（包括 OT、物理治療及其它相關復健治療）可以降低中風病患的住院天數以及提升功能的獨立性。²⁰ 但是實證有效之治療模式能否順利應用於臨床並獲致與研究結果一致之成效，關鍵之一在於病人之主動參與程度。也就是如果病人未能接受並積極參與既定之治療活動，則治療效果必將大打折扣。尤其諸多職能治療模式必須病人與家屬長期配合與主動參與，因此病人與家屬之參與程度可視為療效能否順利呈現之先期指標或預測因子。

由此可知，職能治療的病人如果能夠積極參與治療活動，較有機會得到良好的復原成效；反之，治療參與度低的病人，則治療成效有限。

活動愉悅性

愉悅性代表個體在從事活動時，所經驗到的一種心理愉悅的狀態。心流理論是探討愉悅性時常被引用的理論。心流理論由 Csikszentmihalyi 提出，認為當人們在從事某種活動時，若能完全投入在該活動中，注意力集中，並過濾掉所有與

活動無關的知覺，就是一種流暢經驗。個人的流暢經驗因人而異但無所不在，它是一種情境。尤其當人們從事一項活動其挑戰能與他的能力相當一致，並且能夠完成該活動，就能夠產生這種經驗。^{6,7}

流暢經驗在挑戰與技術都到達一定程度的水準時才會發生，Csikszentmihalyi 提出焦慮—淡漠—流暢—乏味四路徑模式。⁷

1. 當個體自覺到自己能力與活動之挑戰都低時，會產生平淡無奇的感受，而使個體興致闌珊而不願意參與。
2. 當個體知覺到本身技能無法因應活動之挑戰性要求時，會產生挫折、焦慮的感受，甚至導致個體手足無措，心神不寧。
3. 當個體知覺到自身能力遠高過活動的挑戰時，個體會產生無精打采的感受，甚至導致厭煩並心生反感。
4. 當個體知覺到自己的能力與活動挑戰都相當高時，個體會高度地投入活動之中，並從中獲得身心順暢與無比的滿足與喜悅感受。

Csikszentmihalyi認為，流暢經驗是個人全神地、不惜代價地全然投入一個活動的一種經驗。個體在這種流暢狀態下的特徵包括：1.挑戰與技術的平衡、2.人行合一、3.清晰的目標、4.清楚的回饋、5.專心於手邊的事物、6.自我掌控感、7.失去自我意識、8.失去時間感等。⁷ Jackson和Csikszentmihalyi (1999) 進一步主張，上述元素結合而成一種深刻的愉悅感，與帶來無比的報酬，而所形成的流暢經驗本身就是目標，也是至善經驗的最大的特色—自成目標。「自成目標」所指的是一種自我內在動機所引發的目標，它不追求未來或外在的報酬，從事一件事物的本身就是最大的回饋。亦指出，自成目標的經驗，就是一種內在動機性的自我酬賞，這個特性使運動員強烈的感受到流暢經驗是如此地令人振奮，以致於會一再地想去經歷這種經驗。²¹

心流理論近年來也被應用於數位遊戲的設計中。Sweetser與Wyeth應用心流理論提出評量遊戲愉悅性的量表，包括八大核心概念，包括：1.專注、2.挑戰、

3. 玩家技巧、4. 控制力、5. 明確目標、6. 回饋、7. 沉浸、8. 社會互動。Fu等則進一步依據Sweetser的架構發展數位遊戲學習愉悅性的量表，其主要構面包括：1. 沉浸、2. 社會互動、3. 挑戰、4. 明確目標、5. 回饋、6. 專注、7. 控制力、8. 知識成長。

²²周文修等也採用Sweetser與Wyeth的遊戲心流的架構加上休閒遊戲的四大特性（可接受性、可及性、簡易性與靈活度）設計出數位休閒遊戲愉悅性之評估量表，主要構面包括簡易性、玩家技巧、遊戲可及性、沉浸、遊戲靈活度、社交互動性、挑戰性等七個構面。⁸

綜合上述文獻可以發現，職能治療利用特殊設計的活動來治療病人，活動的特性可能影響病人的參與動機或參與程度，進而影響病人之治療成效。活動的愉悅性可以增進個體參與活動的程度。因此，如果可以深入了解職能治療活動的內涵，並進一步發展職能治療活動愉悅性評估量表，將有助於職能治療師選擇愉悅性高的活動，或愉悅性元素導入活動設計當中，以提高病人之參與度，進而提升治療成效。

(四) 研究方法及步驟

1. 研究設計：本研究因為是初步探討職能治療活動的愉悅性的內涵，屬於探索性研究，因此採用質性研究設計。

2. 研究對象：以職能治療室的治療師及病人為訪談對象。

可納入研究的治療師的條件主要為從事生理疾病職能治療達 2 年以上的治療師。預邀請 15 位職能治療師參與焦點團體訪談。

可納入研究的病人的條件包括：(1)罹患相關疾病且目前正接受職能治療達 1 個月以上；(2)意識程度可達清楚溝通的狀態；(3)體力上能夠負荷訪談達 1 小時以上。預邀請 20 位接受職能治療的病人個別參與深度訪談。

3. 研究步驟

步驟 1：盤點目前生理疾病職能治療室中常用的治療活動：邀請中山醫學大學附設醫院復健科職能治療室參與本研究，並請治療室提供常用的治療活動 10-15 項，並詳細說明每個活動的內容、實施方式以及可調整的部分，以作為訪談討論時的標的活動。

步驟 2：舉辦職能治療師參與之焦點團體：邀請生理疾病職能治療師參與焦點團體，以了解職能治療師對於愉悅性內涵之看法以及應用情形。每次團體以不超過 8 人為原則，每次時間以 1-1.5 小時為原則。預計舉辦 2-3 場焦點團體，並徵得參與者的同意全程錄音。焦點團體訪談大綱如附錄 1。

步驟 3：邀請職能治療病人參與個別深入訪談：邀請病人進行個別訪談，以了解病人參與治療活動的過程中的經驗感受，以及此經驗感受如何影響其治療參與度。每次訪談時間以 1 小時為原則，並徵得參與者的同意全程錄音。個別深入訪談大綱如附錄 2。

步驟 4：建構職能治療活動愉悅性之評量問卷的初步向度、題目與量尺：研究者參考相關文獻並彙整步驟 2 與 3 有關活動愉悅性的內涵或構念，建構職能治

療活動愉悅性之評量問卷的初步向度、題目與量尺。預編製題目約 40 題。

步驟 5：專家審核：請專家確認步驟 4 所設計之初步問卷向度與題目是否符合問卷主題，同時給予題目刪除、修改與新增之建議，以使問卷內容更符合臨床情境。預刪除 10 道題目，量表題目剩餘約 30 題。

步驟 6：認知訪談：邀請未參與步驟 3 之病人協助確認經由步驟 4 與 5 所發展的職能治療活動愉悅性量表之題目或文字內容是否可被病人理解或作答。並根據受訪者意見進行題目文字內容之修改或增刪題目。

步驟 7：初步「職能治療活動愉悅性量表」編製完成。

4. 資料收集方式：

焦點團體、個別深入訪談以及認知訪談均以訪談方式進行，訪談進行時，均徵得受訪者同意進行錄音，訪談結束後，將錄音檔案轉譯為逐字稿，作為後續分析之文本。

5. 資料分析方式

採用質性研究譯碼分析程序，²³ 擷取文本中重要的概念以作為量表發展之基礎。

(五) 執行成果

1. 舉辦專家焦點團體

於 105 年 9 月 2 日至 7 日，邀請中部某醫學大學附設醫院生理疾病職能治療室共 16 位資深職能治療師，分三次參與焦點團體。參與的治療師包括 10 位男性與 6 位女性；平均年齡 43.8 歲（標準差 3.6 歲），平均職業年齡 19.3 年（標準差 3.5 年），並以 T1-T16 編碼。

根據焦點團體的文本，共彙整出下列主題：

第一類：活動愉悅性之臨床意涵

(1) 活動愉悅性之相對不重要性

多位職能治療師認為生理職能治療重視功能導向的活動，活動之趣味性相對不重要。例如 T7 提及：「因為我們個案本身是生理的問題，雖然說有一些認知沒很好，可是基本上都還有一定的認知能力和現實感，他們會知道這些東西可能就是有需要，所以才會給他們。...所以這塊確實我們在做這個活動設計的時候，我們會比較以目的性為主，趣味性其實真的考量的點是比較少一點。」

(2) 副作用的產生

過度專注遊戲目標，可能忽略動作訓練的正確性或引發不正常肌肉張力。T7 提到：「比如說這個趣味性像有一些個案他看到娃娃很高興，他就一直狂丟，可是越是這樣我越不會給他那個東西，因為我們是以有目的性的活動去達到我們要的治療目標，他拿到那一隻，看到那一隻娃娃狂丟的時候，他整個重心就偏掉了，反而就達不到我要的控制這個目的，所以反而這樣的個案我反而不會給他太過於引起他的樂趣。」

(3) 可應用於認知功能差的個案以提高注意力及參與度

職能治療師認為，針對認知功能差的個案，可以使用其感興趣的物品，以提高他對復健的注意力以及增加參與度。如 T6 表示：「因為有些病人他是那種比

較屬於那種注意力不佳的，他有時候會分心掉，例如單側忽略的個案，那我為了要這樣做，我就會給他一個目標說你現在丟哪一個，就是有一個很清楚的目標。」

(4) 病人參與態度的正向轉變，可以提高治療師的成就感。T8 表示：「我可能會跟他解釋說，因為你進步或者什麼之類的，那我們就是多練另外一個動作啊，那他一邊做就會一邊嗯...，對，看到他的變化，所以我覺得是我工作的一種成就感。就是我覺得我對他是有意義的。」

第二類：活動愉悅性的來源

(1) 活動本身的元素

包括挑戰性、變化性、有具體目標（如目標物、執行次數活時間等）、新鮮感、獎賞、文化認同等。如 T10 提到關於變化性的部分：「希望增加愉悅性，你可能一開始看起來，這個個案覺得他真的比較高興在參與，我們臨床上比較常做的應該是說，同樣是站立桌，我要怎麼樣讓他做一些變化，同樣是他是站著推，還是單腳推，還是我們讓他把桌面給放低，讓他用靜態的姿勢去推，或者是說我讓他在站立桌上，可能不是推，我讓他去做其它的器材，那種不一樣的變化。」以及 T9 表示個案對於有挑戰之活動的反應：「他（個案）也是會覺得說，他今天又挑戰成功了，對，就是可能因為 program 一定是看他，他今天能夠，譬如說我們以次數來講好了，譬如說他今天這個活動，他原本只能做到幾次，但是他現在已經慢慢可以進步到一百次，一百一十次之類的，他就覺得，哎，我今天又進步了，他就很開心，雖然很累，但是很開心這樣子。」其中有同樣提到，當活動次數增加時，個案的愉悅感也會增加。

(2) 活動意義的改變

轉念復健為上健身房，或結合個案某些專長或興趣。例如 T13 表示：「像有一些病人，中風前就是在熬夜，在幹嘛？打麻將。所以我們就直接拿麻將當木塊，

就說興趣很好，我摸到什麼，然後怎麼去拿，慢慢去把那個麻將變成是小木塊，去訓練他精細動作。」

(3) 人際互動因素

如病友間的小團體、友善的醫病關係，如 T6 提到病友間對團體的認同：「大家能夠分享，我覺得這個也能夠帶來心理上對這個團體的認同，因為他們覺得來到這邊，大家都是一致。而且來的感覺彼此都很熟悉的，然後做什麼都互相的，就是相互鼓勵啊或者是有人覺得今天怎樣，就會幫忙就會去鼓勵他，或者是去 push 他這樣子。有些他都不做，可能旁邊的人就會說我們來比賽什麼之類的...。」以及 T8 表示：「我覺得是治療師跟他的一些互動，就是或者是說病人跟病人之間的一些互動，他們可能會激起一些同伴之間的凝聚力，然後造成他們還比較願意來這邊。」

(4) 環境因素：如播放音樂。

T9 表示：「拉筋的活動，如果放一下輕音樂啊，讓病人在那個情況之下，也許他也比較容易放鬆，他也可以達到我們要的目的這樣，因為有一些病人是可能他的狀況就是真的很差，那種動機差，然後又痛，就根本就不想做，對啊。也許這樣的音樂結合，然後再結合器材，就是一些拉筋，讓他就比較放鬆下來。」

(5) 目標達成：個案感受到功能進步。

T15 提到：「經由住院的期間的一個月的一個治療，他手從完全沒有動作的 stage2，進步到 stage3，那他的手甚至於說不是 early 3 而已，就是已經進入到三的中期這邊，所以他非常的滿意，非常的高興這樣子。」

第三類：制度面或軟硬體造成的限制

(1) 健保制度

健保制度讓治療師無暇準備或設計具有愉悅性的活動或團體。例如 T1 表示：

「講健保的制度，不是講說花多少錢，這個制度逼著我們一個小時要接這麼多的個案，要在最快速時間達到每個人的要求，其實不容易，我們壓縮一天之間必須做很多個案。...」

(2) 設備調整及維護不易。

如 T8 表示：「一個阿嬤只要十一點到了，就說那你先去玩，玩到就是你再來要去坐復康巴士的時間，他就覺得很好玩，結果後來那個不見了以後，就是壞了以後，他說這壞了，他說沒辦法了。就沒得修理啊，因為第一個院方也不會幫我們維修，...。」

(3) 治療場地的限制。

T5 提到：「所以其實他們對於這樣有點像運動又有點像休閒的東西，其實他們接受度是蠻高的。但是這一個他要有一個場地，場地要固定，然後時段要固定，其實我們如果要收其實還蠻多個案還蠻符合可以參加團體。但是我們現在是受限於場地，我們現在是在我們那個樓梯間那裡的一個平台，那邊比較小，所以頂多大概四到五個個案，所以說沒有很多個案這樣子。」

(4) 某些團體不易找到適當的個案一起參加。

如 T2 表示：「我覺得個案能力有時候也是很大一個問題，比如說個案對麻將很有興趣，那大家也很願意幫他忙，就是開了幾次麻將團體，那個案也願意下來，可是就會變成說三缺一，不是那麼容易都可以找到跟這個個案能力差不多，而且他在麻將團體裡面動作也可以獲得獲得訓練的機會，所以像後來有時候一兩個咖都是我們我們其他那個家屬了，或者是說就有那個個案他就很棒，就願意下去幫忙湊人頭，實際上他不需要訓練那個，...。」

2. 進行職能治療病人之個別深度訪談

自 106 年 3 月至 4 月共有 11 位受訪者參與本研究，受訪者為中部某醫學大

學附設醫院生理疾病職能治療之個案，每位受訪者皆訪談 1-2 次，使用 A-K 編碼，陪同受訪之照顧者則以附屬代號編碼，例如 A-1 為受訪者 A 之陪同家屬。受訪者之基本人口學資料如表 1。

表 1
個別訪談之受訪者人口學資料

受訪者	性別	年齡	發病時間	巴氏量表分數	Hemi side	type
A	女	53.3	98/7	100	右	出血
B	女	73.3	103/12	55	右	阻塞
C	女	37.2	104/9	100	左	出血
D	男	49.3	100/5	100	左	阻塞
E	男	69.2	104/1	80	左	出血
F	男	61.4	103/5	100	左	出血
G	男	52.7	100/5	100	左	阻塞
H	男	65.4	101/9	30	左	阻塞
I	男	65.0	87/1	100	左	出血
J	男	68.6	101/10	75	左	出血
K	男	58.0	101/11	100	右	阻塞

根據個別深入訪談之文本，共得以下幾個主題：

- (1) 個案認為復健活動枯燥，卻仍舊為了肢體功能恢復或預防退步而持續參與復健。

參與復健活動之個案認為日復一日的復健相當乏味，卻規律的出席且認真的參與，目的為防止肢體功能因為長期缺乏活動而退化。如受訪者 B 表示：「不有趣也是得拼。活動不太有趣，但我們為了身體好也得做，我不會偷懶，不會覺得痛苦就不做，我不會偷懶。」以及受訪者 F 提到：「不太有趣，我的覺得是要讓我的手趕快恢復它的正常功能，所以我會拼命的做這些，像這些各種樣式的那一種復健的那些器具，還是覺得說我要讓我的手會更正常一點，所以我會拼命做。」

(2) 治療活動的愉悅感受為完成活動之成就感及看見自己功能上的進步。

受訪者對活動愉悅性的看法為，當自己完成活動時所產生之成就感，以及在參與過程中看見自己的肢體功能比過去進步。例如受訪者 A 表示：「球也不錯，運球也很好玩，自己會覺得自己很棒，我可以讓一顆球慢慢的往前，我人也跟著往前，就會覺得還不錯，我會做這個動作了。…我是覺得說，至少說讓我覺得我在這邊做，我有在持續的進步。那個趣味是反應在讓我感覺到我會進步那樣子。」以及受訪者 D 表示：「你至少要讓患者知道我有在進步。對不對？如果它假設我當初拿 10 個杯子要花 3 分鐘，那後來我到這個階段，我拿 10 個杯子只要花 2 分鐘，那讓病患就知道說，我本身有進步。」

(3) 可以透過活動方式、活動分級及活動回饋來提升活動的愉悅性。

A. 受訪者認為能夠增加活動愉悅性方式包括，提供適當的競賽，例如受訪者 A 表示：「類似跳棋，因為兩個人是有競爭的嘛，有一點輸贏，…，比較好玩，比較會進步。」及受訪者 C 提到：「對啊，就是可以讓他們看一下，你這個禮拜，就都差不多嘛，那這個禮拜今天舉棍子誰第一名啊，那也是可以給他們一個獎勵，」也可透過 3C 科技產品達到愉悅效果，如受訪者 I 表示：「有的有觸控的那種，玩賓果什麼的，手不太想舉的，可能會想舉。我覺得融入一些，一些那個科技的那一種 3C 的東西…。」

B. 藉由不同活動分級之目標，也可提升活動之愉悅性。例如受訪者 G 表示：「動作要做，動作才會出來。像我這個做不來，握也握不住，用也用不上去，我以前拉不到，現在拉的到，拉得到表示有進步，可以再拉，你不叫我去拉繩，我也會去拉，這做不出來沒辦法。每一個都不出來，你就覺得很無聊，我們要是分階級，比如這比較小，不要這麼高，說不定你就做的出來了。做起來有興趣，做久了就轉這樣，跳級，一年級的讀完讀二年級，二年級讀剛換三年級，這樣有個目標，以我來想也一樣，你一直叫我做，要做到什麼時候，會變怎樣不知道，

做久就變這樣，比如說兩年級讀完換三年級，這自然的規則不能跳，我認真做就早點跳級，這樣有理。」

C. 透過實質回饋或口頭鼓勵回饋，可達到活動愉悅性之效果。例如受訪者 G 表示：「夜市都有一些玩的東西，丟了有分數，那有趣在有獎品的樂趣，復健沒有獎品。要是做了有獎品的話，…那當然有趣，不只我覺得有趣，別人也覺得有趣。」以及受訪者 K 提到：「問題是獎金大家覺得比較有吸引力。」

3. 部份研究結果投稿於社團法人中華民國職能治療師公會全國聯合會預計於 106 年 6 月 25 日舉辦之『 2017 職能治療師全國聯合會學術研討會』。

(五) 預期結果與貢獻之達成度

1. 研究者預期透過本研究可設計出初步「職能治療活動愉悅性評量表」：部份達成。研究結果顯示，大部份的臨床職能治療師與參與的病人不認為治療活動之趣味性很重要，而認為為了功能的進步，儘管治療活動之趣味性低，仍要努力參與。究其原因，臨床治療師有其習慣之治療模式及設備，尤其在醫療父權的環境中，認為病人因生病或意外導致功能缺損，來到職能治療室本就應就其功能缺損的部分重複練習，儘管活動趣味性低，病人也應努力參與活動。而病人可能因缺乏參與高趣味性治療活動（如娛樂治療）的經驗，因此無法深入描述參與趣味性活動的感受。後續研究可以導入或設計高趣味性治療活動（如娛樂治療），再請病人就高趣味性治療活動與傳統治療活動進行比較，可以進一步釐清治療活動中的趣味性對於病人參與治療活動的影響。

2. 本研究結果有助於臨床治療師以及研究者設計、調整治療活動：部份達成。參與本研究後，大部份治療師同意後續導入娛樂治療方案，來觀察病人參與治療活動之情形及成效。

3. 研究過程中可使參與學生及相關人員學習到活動愉悅性的概念：達成。

4. 研究過程中，可以讓參與的學生學習到研究進行的整體流程：達成。

(六) 參考文獻

1. Trombly CA. Occupation: Purposefulness and meaningfulness as therapeutic mechanisms. 1995 Eleanor Clarke Slagle Lecture. *Am J Occup Ther.* 1995;49:960-972.
2. Moyers PA. The guide to occupational therapy practice. American Occupational Therapy Association. *Am J Occup Ther.* 1999;53:247-322.
3. Pierce D. Untangling occupation and activity. *Am J Occup Ther.* 2001;55:138-146.
4. Kielhofner G. *A model of human occupation: Theory and application.* Lippincott Williams & Wilkins; 2002.
5. Chen MH, Huang LL, Lee CF, Hsieh CL, Lin YC, Liu H, et al. A controlled pilot trial of two commercial video games for rehabilitation of arm function after stroke. *Clin Rehabil.* 29:674-682.
6. Csikszentmihalyi M. Reflections on enjoyment. *Perspectives in Biology and Medicine.* 1985;28:489-497.
7. Csikszentmihalyi M, Csikszentmihalyi IS. *Optimal experience: Psychological studies of flow in consciousness.* Cambridge University Press; 1992.
8. 周文修、曾彥能. 數位休閒遊戲愉悅性之評估與分析. *設計學研究.* 2011;14:47-70.
9. Stebbins RA. Identity and cultural tourism. *Annals of Tourism Research.* 1997;24:450-452.
10. Askim T, Indredavik B, Vangberg T, Haberg A. Motor network changes associated with successful motor skill relearning after acute ischemic stroke: A longitudinal functional magnetic resonance imaging study. *Neurorehabil Neural Repair.* 2009;23:295-304.
11. Paul SL, Srikanth VK, Thrift AG. The large and growing burden of stroke. *Curr Drug Targets.* 2007;8:786-793.
12. Radomski MV, Latham CAT. *Occupational therapy for physical dysfunction.* Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
13. Jang SH, Kim YH, Cho SH, Lee JH, Park JW, Kwon YH. Cortical reorganization induced by task-oriented training in chronic hemiplegic stroke patients. *Neuroreport.* 2003;14:137-141.
14. Page SJ, Sisto S, Johnston MV, Levine P. Modified constraint-induced therapy after subacute stroke: A preliminary study. *Neurorehabil Neural Repair.* 2002;16:290-295.
15. Chen MH, Huang LL, Lee CF, Hsieh CL, Lin YC, Liu H, et al. A controlled pilot trial of two commercial video games for rehabilitation of arm function

- after stroke. *Clin Rehabil.* 2014;29:674-682.
16. Rothgangel AS, Braun SM, Beurskens AJ, Seitz RJ, Wade DT. The clinical aspects of mirror therapy in rehabilitation: A systematic review of the literature. *Int J Rehabil Res.* 2011;34:1-13.
 17. Maclean N, Pound P, Wolfe C, Rudd A. The concept of patient motivation: A qualitative analysis of stroke professionals' attitudes. *Stroke.* 2002;33:444-448.
 18. Fiedler RC, Granger CV, Russell CF. Uds(mr)sm: Follow-up data on patients discharged in 1994-1996. Uniform data system for medical rehabilitation. *Arch Phys Med Rehabil.* 2000;79:184-192.
 19. Cifu DX, Stewart DG. Factors affecting functional outcome after stroke: A critical review of rehabilitation interventions. *Arch Phys Med Rehabil.* 1999;80:S35-S39.
 20. Yagura H, Miyai I, Seike Y, Suzuki T, Yanagihara T. Benefit of inpatient multidisciplinary rehabilitation up to 1 year after stroke. *Arch Phys Med Rehabil.* 2003;84:1687-1691.
 21. Jackson SA, Csikszentmihalyi M. *Flow in sports.* Human Kinetics; 1999.
 22. Fu F-L, Su R-C, Yu S-C. Egameflow: A scale to measure learners' enjoyment of e-learning games. *Computers & Education.* 2009;52:101-112.
 23. 徐宗國. 質性研究概論. 台北: 巨流; 1997.

附錄 1 職能治療師焦點團體之訪談大綱

1. 您覺得在臨床上，治療活動的趣味性（愉悅性）扮演何種角色？其重要性為何？
2. 請問哪些治療活動會讓病人覺得很有趣或愉悅性很高？
3. 當病人覺得活動有趣或愉悅性很高時會有哪些行為表現？
4. 您覺得當活動具有哪些元素時，病人會覺得有趣或愉悅性高？
5. 您會如何增加活動的趣味性（愉悅性）？

附錄 2 病人個別深度訪談之訪談大綱

1. 您覺得在職能治療室的活動的趣味性其重要性為何？
2. 請問您目前參與過最有趣的治療活動為何？
3. 這個治療活動最吸引您的部分為何？
4. 您覺得怎麼樣的活動會讓您覺得有趣？
5. 您覺得怎麼樣的活動會讓您覺得欲罷不能？
6. 請描述一下當您在從事很有趣或很好玩的活動時的心理感受。