

## 109 年計畫結案報告

機構成年智能障礙者長期適應情形影響因子探討：一年期縱貫型追蹤研究

Influencing factors of inappropriate adjustment among adults with intellectual disability in the institution: a follow-up study

### 中文摘要

#### 背景

智能障礙者需要較多的照護資源與社會支持，機構的發展也是為了減輕家庭的負擔。機構照護上也由過往的照護方式轉以讓智能障礙者有能力於社區中適應甚至是能獨立生活為目標。而機構內的成年智能障礙者其於機構中的適應狀況，影響著其日後之生活獨立、技能培養、社會適應及回歸社區生活自理的結果。

#### 目的

- 一、長期追蹤並記錄成年智能障礙者於機構中之適應情形
- 二、瞭解影響成年智能障礙者於機構環境中適應狀況之變化及影響因子

#### 方法

研究對象為使用機構服務之成年智能障礙者，包含 24 小時全日型照護、夜間照護、日間照護、以及小作所等。研究期間委請孰悉該智能障者之機構內照護者以觀察的方式填寫問卷，每 3 個月記錄一次共調查 2 個波次。在共 2 波調查中，有任 1 波次於機構適應不良視為本研究之依變項，自變項皆使用第 1 波次資料。使用羅吉斯回歸分析機構智能障礙者基本特質、生活品質以及友伴關係等對於機構內適應不良之影響。

#### 結果

研究對象共 83 人。機構適應不良第一波 25 人(30.1%)，第二波 26 人(31.3%)；在 2 波調查裡面，有任 1 波機構適應不良為 37 人(44.6%)。有精神徵狀比例為 13.3%。影響機構成年障礙者機構內適應不良之因素為照護型態以及友伴關係。照護型態為 24 小時全日型相較於使用日間照護為危險因子，風險比為 3.77(95% CI=1.09-13.00)。友伴關係則為機構內不良適應之保護因子，風險比為 0.41(95% CI=0.20-0.83)。

#### 結論與建議

本研究之 PIMRA 量表機構適應不良之點盛行率分別為 30.1%跟 31.3%，與國外研究調查全部智能障礙者包含機構與非機構之適應不良數據相近(27.5%)。本研究結果顯示影響機構智能障礙者機構適應的變項為照護型態以及友伴關係。建議機構照護者可以增進智能障礙者的社會參與、練習自我照護技能、加強友伴關係以增進其於機構內適應。

#### 關鍵字

智能障礙、適應不良、友伴關係、長期追蹤

## **Abstract**

### **Background**

People with intellectual disabilities need more care resources and social support, and the development of institutions is also to reduce the burden on families. Institutional care has also shifted from the past care methods to enable people with intellectual disabilities to be able to adapt to the community and even live independently. The adaptation status of adults with intellectual disabilities in institutions affects their future independence, skills development, social adaptation, and return to community life.

### **Purpose**

The aim of this study were 1. to record the inappropriate adjustment in people with ID in institution, and 2. to explore the influencing factors of inappropriate adjustment among people with ID in the institution.

### **Method**

The research objects are adults with ID who use institutional services, including 24-hour full-day care, night care, day care, and small workshops. The questionnaires for an individual with ID were completed by that individual's main caregivers from the institution. The questionnaire was recorded every 3 months for 2 waves of investigation. Logistic regression was used to analyze the influence of basic characteristics, quality of life, and companionship of people with ID on inappropriate adjustment in the institution.

### **Results**

It included 83 samples in this study. There were 25 people (30.1%) in the first wave of inappropriate adjustment, 26 people (31.3%) in the second wave, and 37 people (44.6%) who ever had inappropriate adjustment in the entire study period. The prevalence of having at least one psychiatric symptom was 13.3%. Caregiving and friendship were associated with inappropriate adjustment among adults with ID in the institution.

### **Conclusions and recommendations**

The point prevalence rates of inappropriate adjustment were similar to other research (27.5%), which included people with ID in institutions and non-institution. The results of this study show that the variables that affect inappropriate adjustment for persons with ID are caregiving style and companionship. It is suggested that caregivers can enhance social participation of persons with ID, practice self-care skills, and strengthen peer relationships to improve their adjustment in institutions.

### **Keyword**

Intellectual disability, inappropriate adjustment, friendships, longitudinal follow-up

## 目錄

中文摘要.....	I
Abstract.....	II
壹、前言.....	1
貳、研究目的 .....	2
參、文獻探討 .....	3
一、智能障礙者之介紹.....	3
二、機構內智能障礙者之現況.....	3
三、適應行為之影響因子.....	5
肆、研究方法 .....	9
一、研究對象.....	9
二、研究工具.....	9
三、研究架構.....	10
四、研究步驟.....	10
五、統計分析方法.....	11
伍、結果.....	12
一、研究對象之基本特性.....	12
二、研究對象個人特質、生活品質、同儕相處情形、機構參與情形、同儕間 負向相處情形與機構內適應不良之相關.....	13
三、影響研究對象機構適應不良之因素.....	14
陸、討論（含結論與建議、執行計畫過程遇到之困難或阻礙） .....	15
參考文獻.....	17
英文部分.....	17
中文部分.....	24

## 表目錄

表 一、智能障礙者人口學特質(n=83) .....	27
表 二、PIMRA 量表精神徵狀與機構適應之各波調查百分比.....	34
表 三、機構內適應不良之 2 波資料統整 .....	34
表 四、研究對象個人特質與同儕相處情形與機構適應的相關 .....	35
表 五、機構內適應影響因素之羅吉斯分析 .....	39

附件一 同儕霸凌:前期計畫資料(w1-4)與本次 1-2 波資料

## 壹、前言

全球智能障礙盛行率估計為1%~3%，佔世界人口約兩億人(Joseph & Kennedy, 2019)，而國際上對於智能障礙者的照護與相關發展亦由來已久。美國在六、七零年代便開始實行智能障礙者照顧的去機構化(蔡艷清等，民 93)(Eaton & Menolascino, 1982; Schalock & König, 1987)，此時期的「適應成功」被定義為智能障礙者能透過社區支持與服務來自由從事他們想做的事而沒有任何僵化制度的拘束((Harrisingh & Balasubramaniam, 1989)；延伸至今努力的方向則為使其能夠全面參與社區生活等(林金定，民 97; Giannini, 2008)，並在需要時獲得適當的醫療轉介(Bouras et al., 2003; Tsakanikos et al., 2007)。雖當前國際趨勢對於智能障礙者政策為去機構化與社區化，但於我國現況並非廢除機構而是從過往隔離教養的封閉型態轉型為智能障礙者成功適應於社區之輔助推手。然在此之前，智能障礙者於機構中之學習、適應情形便顯十分重要，如若在具保護性之環境中尚且無法適應，那貿然回歸社會之結果反而有可能造成更多的不適應 (Rowitz, 1987)。

智能障礙者之適應障礙盛行率:以英國為例，其智能障礙者適應障礙盛行率約為 6%(Bouras et al., 2003)；瑞典針對機構內部之盛行數據則為 11~14.1%(C. Gustafsson & Sonnander, 2004)；德國近年研究則發現適應障礙患者中，超過3%是智能障礙者(Greiner et al., 2019)。智能障礙者相較於其他身心障礙者而言為更為弱勢族群，在我國目前健康照護體系中受到的關注有限(林金定等，民 92)。智能障礙者的照護是多元且長期，智能障礙家庭對其照護上的需求殷切，機構的發展也是為了分擔家庭照護上的負擔(周月清，民 94)。而對於智能障礙者家屬來說，親人能否適應機構是他們最關心的事(中華民國智障者家長總會，民 105)(Weeks et al., 2009)。在機構適應良好，家屬們可以放心地去工作進而減輕照顧負擔、經濟壓力、及增進生活品質。智能障礙者在機構中除了能夠接受到較為良好、嚴密的健康監控外，也能在老師與教保員的輔助下有更多的發展空間，如生活技能養成、潛能開發(如美術、體育等活動)，或至日間小型作業所訓練技能，甚至在經過良好訓練並評估後媒合至庇護場域工作，獲得如同一般人應有之尊嚴並重拾回歸社區、社會正常生活之可能性。顯示智能障礙者於機構適應良好不但是家屬的希望，同時也是其之後有機會至庇護工場工作甚至是回歸社區生活的重要指標。

國內文獻較為智能障礙者工作適應方面之研究，探討其於機構適應之研究較少(高馨玲、任麗華，民 94；孫瑜華等，民 90；徐文豪，民 106)。過往文獻及本研究前期結果均顯示智能障礙者於機構中長期之適應情形可能會因心理或其他因素如照護狀況等而有所波動(Carina Gustafsson & Sonnander, 2005; McKenzie et al., 2017)，而國內過往研究亦建議爾後研究應朝縱貫式方法前進，以探討機構住民在不同時間節點上之適應變化情形(邱美汝等，民 96)。故本研究延續上階段計畫並繼續進行擴大收案分析，以探討成年智能障礙者於機構中長期適應情形變化之可能影響因子。希望研究結果能讓機構內第一線照護者有所參考而能適時地評估智能障礙者於機構中之適應變化，早期尋求相關醫療諮詢及協助，以期促進智能障礙者機構適應及減低照顧者負擔(Reed & Morgan, 1999)。

## 貳、研究目的

在機構內的成年智能障礙者其於機構中的適應狀況影響著其日後之生活獨立、技能培養、社會適應及回歸社區生活自理的結果。因此若能夠深入探討並瞭解其於機構中適應情形之影響因素，讓機構內的照護者能夠在一定的期間內紀錄及評估智能障礙者於機構的適應情形，早期尋求相關的醫療諮詢或協助，並針對影響機構內適應的相關因子進行改善措施，並評估其成效，依據結果協助照護者促進智能障礙者於機構的適應。本計畫延續 107 年計畫持續進行問卷收案，以追蹤方式觀察記錄方式探討成年智能障礙者於機構中適應情形之可能影響因子，目的可歸納如下：

- 一、長期追蹤並記錄成年智能障礙者於機構中之適應情形
- 二、瞭解影響成年智能障礙者於機構環境中適應狀況之變化及影響因子

## 參、文獻探討

### 一、智能障礙者之介紹

智能障礙者較普遍使用的認定為美國智能與障礙發展協會(the American Association on Intellectual and Developmental Disabilities, AAIDD)第 11 版公布之定義：「智能障礙是同時在智力功能及適應行為有顯著限制，表現在社會和應用的技能上，而此障礙發生在 18 歲之前」。上述所提智力功能(intellectual functioning)代表心智能力，像是學習能力、推理、解決問題等，而智力功能的測量方式則是使用智力測驗，智力測驗介於 70 至 75 分代表智力功能有所受限。另外，也需評估其適應行為(adaptive behavior)，適應行為代表一個人在日常生活中經由學習與表現出來的概念、社會、應用等技能，概念技能包括語言、閱讀、金錢、時間和數字概念及自我方向；社會技能包括人際關係技能、社會責任、自尊、勇氣、解決社會問題、遵守規則與法律及避免受害；應用技能包括日常生活行動(個人照護)、職業技能、健康照護、旅遊/交通、時程表/例行工作、安全、使用金錢及電話，而以上的條件是在 18 歲之前進行評估(Tasse et al., 2016)。

我國《身心障礙者鑑定作業辦法》使用新制 ICF 鑑定系統，將身心障礙者分為八大身心功能障礙類別，分別是(1)神經系統構造及精神、心智功能；(2)眼、耳及相關構造與感官功能及疼痛；(3)涉及聲音與言語構造及其功能；(4)循環、造血、免疫與呼吸系統構造及其功能；(5)消化、新陳代謝與內分泌系統相關構造及其功能；(6)泌尿與生殖系統相關構造及其功能；(7)神經、肌肉、骨骼之移動相關構造及其功能；(8)皮膚與相關構造及其功能。上述人員須經醫事、社會工作、特殊教育與職業輔導評量等相關專業人員組成之專業團隊鑑定及評估，並領有身心障礙證明(衛生福利部，民 107)，而智能障礙者為身心障礙者之一類，主要被歸到新制 8 大類別的第一類(神經系統構造及精神、心智功能)，障礙程度區分為輕度、中度、重度和極重度等四類(衛生福利部，民 104)。

依據我國衛生福利部統計，至民國 107 年底領有身心障礙手冊的智能障礙者為 101,872 人，佔全國人口 4.32%，佔身心障礙者總人口數 8.68%；其中輕度智能障礙者為 41,969 人，佔智能障礙者 41.20%，中度為 38,291 人，佔智能障礙者 37.59%，重度為 14,281 人，佔智能障礙者 14.02%，極重度為 7,331 人，佔智能障礙者 7.20%(內政部統計處，民 108；衛生福利部統計處，民 108a)。

### 二、機構內智能障礙者之現況

國內身心障礙者照護方向從過往封閉的隔離收容形式，逐步轉型為希望智能障礙者能夠透過各種輔助服務、教育等，爭取到企業進用的工作機會，達成支持性就業並能有自己的生活品質，與一般社會大眾正常融入的自立生活(吳瓊瑜，民 104)。近年來，隨著政府長照政策的推進，智能障礙機構亦試圖與之同步整合，惟就機構立場而言，長照與身心障礙服務本質不同，如何能讓身障機構、團體已努力多年之支持性服務繼續輔助智能障礙者能夠於機構良好適應並有朝一日能在社區參與中如同一般人一樣生活(王宜慧，民 108；黃珮玲等，民 107)。台灣

智能障礙者人數自 1999 年為 68,044 人，約占全國總人口數 3.05%，迄至 2018 年止增加至 101,872 人，占全國人數提升至 4.32%，智能障礙者在總人數及全國人口比例均有上升的趨勢(內政部統計處，民 108；衛生福利部統計處，民 108a)，而身心障礙福利服務機構家數於 2001 年的 193 家，至 2019 年第三季止擴增為 269 家，預定可安置人數由 14,739 人上升至 22,387 人，269 個機構中依據辦理方式區分私立機構為 182 家所占比例最高(67.7%)，其次為公設民營 74 家次之(27.5%)，最後為公立機構 13 家(4.8%)，依據機構性質區分全日型機構為 170 家所占比例最高(63.2%)，其次為日間服務機構 74 家(27.5%)，再其次為福利服務中心 19 家(7.1%)，最後為夜間型住宿 6 家(2.2%)(衛生福利部統計處，民 108b)。所有機構中，約有 87% 為智能障礙者提供服務，其中約 56% 的機構提供智障者住宿服務(衛生福利部社會及家庭署，民 108)。

我國對於身心障礙者權益越來越加重視，除了希望與國際接軌外，更重要的是提供身障者更全面性的福利與協助，以提升生活品質(衛生福利部統計處，民 107)，為有效管理及維護身心障礙福利機構服務品質，內政部於 1999 年修正發布《殘障福利機構設施標準》，2008 年 1 月 30 日再修正公布名稱為《身心障礙福利服務機構設施及人員配置標準》，對於不同類型機構均特別訂定設施標準及人員配置比例，依法將身心障礙福利機構區分為三大類型，分別為住宿機構、日間服務機構及福利服務中心，以下將針對這三類機構進行說明(衛生福利部，民 105)：

1. 住宿機構：提供經需求評估需二十四小時生活照顧、訓練或夜間照顧服務之身心障礙者住宿服務之場所，依服務提供時間可分為二類，一種為全日型住宿機構，提供身障者二十四小時服務的機構，以及夜間型住宿機構，提供身障者夜間住宿的機構。
2. 日間服務機構：提供經需求評估需參與日間作業活動、技藝陶冶或生活照顧、訓練之身心障礙者日間服務之場所。
3. 福利服務中心：提供身心障礙者及其家庭支持性服務之場所。其服務項目應多元化，以滿足身心障礙者及其家庭之需求；服務方式可分為外展性服務及機構內服務二種。

國內提供智能障礙者住宿的機構中，智障者大約占全數住民的六成，其他為自閉症、多重障礙、唐氏症、精神障礙者，大約八成的住民障礙程度為重度與極重度；住民平均居住時間為 6.2 年，最長者達 41 年；18 歲以下的兒童與青少年占兩成，60 歲以上者占約 3%(周月清，民 94; Wang et al., 2007)。另有國外研究指出機構內的智能障礙者，中、重度者占 59.43%，極重度為 24.53%(Bjelošević et al., 2016)。面對因認知能力、表達能力不足而生活適應不良之智能障礙者，除了傳統藉由個別諮商、團體諮商配合行為改變策略的輔導方式外，近年來亦有以「個人中心取向遊戲治療(Person-Centered Play Therapy)」作為主要方法的非傳統介入(許仲輝、林妙容，民 95)。研究顯示，機構中處於甫成年階段(18 歲)之智能障礙者在此方式之諮商歷程中，除了逐漸提升自信心與自我正面信念外，亦同時提高

自主性、減少依賴性，意識到能以自身能力正向解決所面對之困難；且與他人互動情形也有所改善，甚至能主動關懷別人並在現實生活中拓展生活圈，提升個人問題處理能力及與外界環境互動之社會適應能力(許仲輝、林妙容，民 95)。有研究指出機構內的智能障礙者有四成以上合併其他障礙，六成以上智能障礙者合併其他功能損傷，四成智障者患有疾病，以神經性疾病最高，其次為精神疾病(李志偉等，民 94)(J-D Lin et al., 2003)，另外國內針對 121 家身心障礙機構調查研究中發現，居住於機構的智能障礙者最常合併的障礙為癲癇(93.4%)，其次為腦性麻痺(86%)與自閉症(81.8%)(嚴嘉楓等人，民 95)。此外，國內針對居家及機構的 1128 名智能障礙者進行健康調查，發現機構的智障者更容易罹患傳染性疾病、皮膚病、肝炎與精神疾病(Wang et al., 2007)，其他方面，各國研究顯示，智能障礙者除了精神科疾病外，相較常人也容易有其他健康問題，諸如心血管疾病、齙齒、牙周病、消化道疾病、皮膚病、氣喘、營養失調、內分泌異常、癲癇、肥胖、脊椎側彎等，又因其老化速度至少比正常人快 20~25 年，因此老年醫學方面的疾病也會提早找上智能障礙者(Bouras et al., 2003; S. Deb et al., 2001; Di Nuovo & Buono, 2007; Emerson, 2003; Hurley et al., 2003; Janicki et al., 2002; Webber et al., 2010)。經由以上研究可以看出機構內的智障者障礙程度較為嚴重，而且其健康問題是錯綜複雜的，較一般族群容易罹患各種疾病，因此需要較多的醫療照護與協助。

### 三、適應行為之影響因子

適應行為指個體因應外界所表現之有效行為(Hershenson, 1981)。智能障礙者在甫進入成年階段時適應是最困難的，因為此時期相較於幼年及青少年時期，多了許多需要適應調整的事件，諸如生活、工作、人際社交方面的事情(唐紀絜等，民 97)。受限於自身的障礙，導致智能障礙者較不善於應對周遭環境的不愉快經驗，因此其適應障礙的盛行率就高於普通人(Casey & Doherty, 2012; Gustafsson & Sonnander, 2004)，而此狀況下可能會使其產生焦慮、退縮、反抗、對人充滿敵意、注意力短暫、動作協調性不佳等不適應情形，或是攻擊、自傷及反覆無意義的刻板動作等異常行為(喬安，民 88)。

影響智能障礙者適應行為的因素眾多，除了自身因素先天病理原因如健康程度(Schumacher & Meleis, 1994)、精神疾病及服用相關藥物所造成的影響(Matson et al., 2012; Webber et al., 2010)之外，也包括了人格特質及對外界事物的認知。其中在人格特質部分，因為其發展的限制，所以智能障礙者普遍有自我中心傾向，再加上依賴傾向及固執性較高，在離開原本熟悉的環境及依賴的人之後，若遇到問題又無法解決，很可能就會適應不良；認知部分，因智能障礙者相較常人，較缺乏統整能力、臨機應變能力，又因其腦神經發展的限制導致短期記憶差、注意力易分散，而造成平行處理(同一時段內處理多件事情)的困難及後設認知(做完一件事後回憶、檢討、改進的能力)與抽象思考的障礙(喬安，民 88)，故很多時候面對日常生活的挑戰時，智能障礙者礙於自身能力因素會無法克服，因此造成適應困難，且其無助感(Helplessness)程度會較正常人來的更高(Floor & Rosen, 1975)，

這些挫折、失敗的經驗也會導致其自信心不足(不相信自己能成功處理問題)而更依賴他人(許仲輝、林妙容, 民 95), 從而在適應過程中產生惡性循環。而不同於常人的行為模式, 諸如直接行為(舉例: 欲往前走不會繞路, 而是直接推開任何阻止其前進的事物)、非統整行為(只注意事物的某部分而找不到其核心), 也會間接對其適應造成不利影響(喬安, 民 88)。

外在因素方面最大的原因則來自環境, 國內外研究均顯示, 無論在校園或是職場中, 智能障礙者均遭受更多歧視與霸凌(包含言語上的、精神上的)(林煜翔, 民 102; 蘇麗華, 民 106)(Estell et al., 2009), 尤其伴隨語言障礙者, 遭受霸凌的比率是常人的三倍(Savage, 2005), 患有情緒障礙者亦容易遭受霸凌(尤其是言語霸凌)(游沐蓉、葉靖雲, 民 105); 美國研究則發現, 在學童成長過程中, 自閉症患者是遭受霸凌最多的(Blake et al., 2012), 更有調查指出其 90%曾遭受霸凌, 比率为常人的二十倍(Humphrey & Symes, 2010), 且相同事件會一而再、再而三的發生, 除非能及時徹底根除受害者遭霸凌的原因(Blake et al., 2012), 其他針對校園的研究則發現, 相較於普通生 25%曾遭霸凌, 身障學生竟高達 67%(Beaty & Alexeyev, 2008), 顯示特教生確實比起普通生更易遭霸凌(Estell et al., 2009), 為此, 美國教育部(United States Department of Education, ED)特別於 2013~2014 年間二度發佈公文指出(U.S. Department of Education, 2013, 2014):「霸凌不僅違背、侵害人權, 更是教育的殺手, 且就算是最輕微的霸凌都會影響這些弱勢身心障礙者自身能力的發揮和表現(Cornell & Limber, 2015)。凡霸凌身心障礙者, 一律視為侵犯基本人權, 不得寬容!」; 在職場上, 我國身心障礙者 76.8%認為缺乏選擇的機會, 58.9%社交與人際關係被冷漠對待, 更有 65.3%的人在職場曾經遭受霸凌, 其中近八成(77%)因此不得不向現實低頭選擇退出職場(蘇麗華, 民 106)。而霸凌的定義指的是由一群人或一個人發起的長時間的、刻意的、反覆的肢體、言語、心理攻擊行為, 這些行為是重複出現, 並非零星單一, 而持續的時間可能為幾星期、幾個月甚至於幾年之久, 且加害及被害雙方的力量並不均等, 受害者通常因為體型、力量或由於心理上的懼怕而無法反抗(Olweus, 1993), 前述霸凌行為中, 言語霸凌是最常見的, 網路霸凌與性霸凌則相對較少(游沐蓉、葉靖雲, 民 105); 但無論如何, 以上狀況都會對受霸凌的智能礙者日常生活及能力發揮上產生不利影響(Cornell & Limber, 2015), 更有可能造成他們封閉內心而拒絕與外界接觸進而在環境適應上發生問題, 使其在重返社會自立生活的路途上受到重重阻礙(蘇麗華, 民 106), 更甚者, 曾經遭受霸凌者有可能反過來在日後變成霸凌的加害者(游沐蓉、葉靖雲, 民 105), 這種惡性循環皆是我們不樂見的, 故拒絕霸凌應當是機構、職場、政府、社福部門、相關領域研究人員及社會大眾齊心重視之問題(教育部, 民 106; 蘇麗華, 民 106)(National Bullying Prevention Center, 2016; Rose & Monda-Amaya, 2012)。另外, 因智能障礙者很多行為皆由模仿而來, 對象之廣除了父母、機構師長外還包括同儕及媒體等等, 若他們在適應過程中遭受不適當的教養方式, 易導致其不適應行為產生負增強, 而如果智能障礙者周遭環境缺乏對其適當之瞭解與接納, 長期的挫敗感也容易讓其產生情緒及行為上的問題,

此時若其為了獲得支持與隸屬感而接觸到不良團體，就容易使其情形更加惡化而更難符合社會規範(喬安，民 88)。

其他方面除了年齡(年輕者適應較佳)、家庭背景(家庭支持、家庭社經地位佳者適應較佳)、學習經歷(接受適當教育時間長者適應較佳)(Kolstoe, 1961)、智能障礙程度(高馨玲、任麗華，民 94)、進入機構前有無先來參觀(邱美汝等，民 96)、照護方式(盧盈秀，民 105)之外，研究顯示，若長期於居家中的智能障礙者老化後，在無法自我照顧的狀況下進入照護機構，面臨生活與環境的突然改變，則可能造成生活品質下降進而引發適應壓力等問題(邱美汝等，民 96；廖小雅等，民 105；盧盈秀，民 105)(Hodgson et al., 2004)，由此可知生活品質某種程度上應與適應情形有相當關聯。而生活品質的管理則包含了使個案有充分的自主權(賦權、獨立)及能透過社交團體活動肯定自我價值(社會歸屬、社會融合)等等(盧盈秀，民 105)，前者亦為影響機構適應的重要因子(Armer, 1993)，在過往研究中解釋力佔了機構適應模型中的 36.1%(邱美汝等，民 96)，除此之外，想法能否被傾聽及個案與家屬間親情的連繫也是重要關鍵，換句話說，智能障礙者於機構之適應廣義而言家屬亦參與其中(盧盈秀，民 105)。另外，因個案本身之失能程度對日常生活造成的影響也會一定程度的影響生活品質(Franklin et al., 2006; Gill et al., 2006)，從而使其生活滿意度得分呈現顯著差異(邱美汝等，民 96)，故本研究亦納入了衡量智能障礙者 ADL(Activities of daily living)—即日常生活活動功能的巴氏量表(Barthel Index)用以評估每位住民的生活基本適能，因該量表信效度良好並且自 1965 年起即被國際間普遍運用(McDowell, 2006)，目前亦已做為我國有貼身照護需求者申請看護之法定依據(做此用途者須由醫師開立始具效力)，失能程度依等級則分為：完全依賴 0~20 分、嚴重依賴 21~60 分、中度依賴 61~90 分、輕度依賴 91~99 分、完全獨立 100 分(國立台灣大學醫學院附設醫院，民 104)；在過往研究中，ADL 與機構適應呈正相關，並且解釋力約佔機構適應模型中的 5.4%(邱美汝等，民 96)。

而在例如與異性約會等社交行為方面，無論是機構中或社區中的智能障礙者，均有自我削弱(不覺得自己能如常人一般進行前述活動)之現象，這種心理上的自我負面暗示也可能對其社區、機構適應上產生不良影響(Gibbons, 1985)；近年歐洲一項研究顯示，智能障礙者相較於一般人而言，在面對新的事物或新的挑戰時，較容易會有害怕、不敢嘗試等膽怯心理，若此時周遭親人或照顧者能夠給予「正向冒險嘗試(positive risk-taking)」的積極鼓勵，對於其適應行為亦能有正面影響(Malik et al., 2017)，換言之，周遭他人(父母、機構老師、教保員、就服員、雇主等)對智能障礙者的態度及介入方式會大大影響其適應結果(Lifshitz et al., 2010; McKenzie et al., 2017; Pope & Tarlov, 1991)，應與其有明確、具體的溝通，並且要帶著耐心與堅持；與此同時，培養其自我肯定的技巧、解決問題的能力對他們也是重要的(喬安，民 88)。同儕間的友伴關係，可被定義為同儕間的相互取悅、分享互動、關心信賴、親密聯結與無衝突(Hanne, 2017; Leigh, et al., 2013)，良好的同儕相處與友伴關係對於智能障礙者的社交技巧發展、環境適應、問題行為與心

理健康，有重要的影響(Chiu, et al 2017; Claire et al., 2018; Elaine et al., 2019)。智能障礙者，較難參與正常的社交活動，在發展同儕友誼關係方面也較為困難(Darran, et al., 2018; Nathan, et al., 2017)，尤其在照護機構中，智能障礙者較無機會與一般民眾共享社交生活，智能障礙機構中的智能障礙者，由於生活圈較小，同儕人數少及互動機會不多，較難建親密的友伴關係及穩定的友誼(林純真、盧台華，2001)。因此其同儕之間的相處，便顯得益形重要，有關國內失能老人的研究指出，照護機構中的住民，常感到孤單感，而影響其生活品質(沈秀卿，1986)；智能障礙者若能與同儕有較好的互動，則有助於其社會技巧發展及較少的問題行為(Leigh, et al., 2013)。在以色列的一篇長期觀察研究中發現，智能障礙老者其人際的互動的關係，主要是來自共同居住的朋友與其支持，為其重要的社會活絡的因素(Darren et al., 2018)；相關研究亦指出，智能障礙者，不論居住於社區或機構中，同儕友輩的相處與休閒活動為重要且顯著的生活品質適應指標(Ilana & Efrat, 2004)。由以上文獻可以得知，智能障礙者在發展社會適應與心理健康上，同儕之間的相處關係，佔了重要的支持與影響的角色。

最後，研究顯示智能障礙者回歸社會進入職場後，所遭遇之適應問題往往有很大程度源於個人與外界生態互動之失衡，其中不乏因此而退出職場者(高馨玲、任麗華，民 94)；但只要經過良好訓練及適當的安排，智能障礙者比起常人而言，更能適應經常性、反覆性高的工作且遲到、告假、離職率低(Chaffin et al., 1971; Goldstein, 1971; Kelly & Simon, 1969; Pope & Tarlov, 1991)，顯示他們其實是有相當程度回歸社會並如同一般人正常工作的潛力的，也因此在此之前明瞭他們個人需要什麼、能夠適應什麼，並能因其個別差異提供適當學習模式的適配性機構教養便顯得相當重要，也是關乎他們未來能否成功回歸社會的關鍵(高馨玲、任麗華，民 94；喬安，民 88)。

## 肆、研究方法

為瞭解機構中成年智能障礙者適應情形之相關影響因子及釐清其因果關係，並且探討機構適應情形是否會因相關因子而隨著時間產生波動，故本研究乃採縱貫性追蹤型研究設計。研究方法詳述如下：

### 一、研究對象

本研究對象為前期合作機構中成年智能障礙者，包括機構中的照護機構住民、日間作業所(簡稱小作所)及庇護工場之智能障礙照顧單位之領有身心障礙證明手冊者，排除條件為重度失能以致其主要照護者無法客觀觀察問卷中相關變項者。研究期間請機構內照護者每三個月紀錄及填寫一次問卷，用以紀錄於其機構內適應狀況。

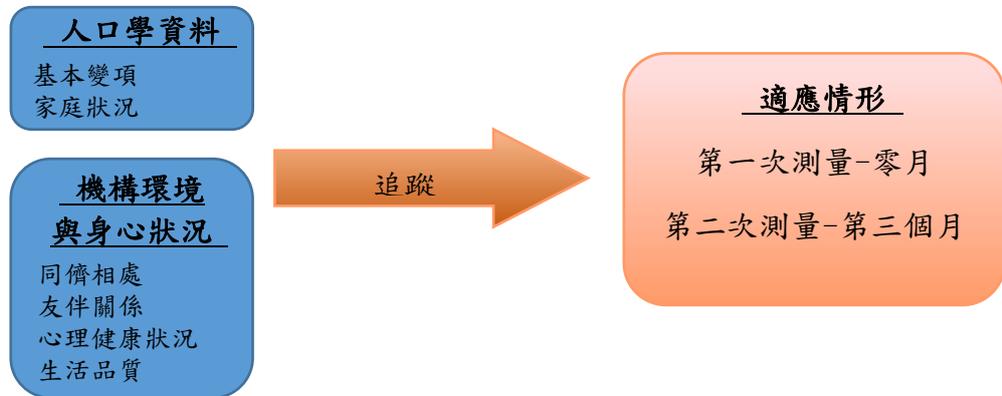
收案機構共 6 間，由北自南為宜蘭縣 1 間、基隆市 2 間、北市 1 間、新竹市 1 間、以及高雄市 1 間。

### 二、研究工具

在研究中蒐集機構成年智能障礙者資料之結構式問卷，內容包括以下六部份：基本資料含年齡、性別、入住機構時間、障礙程度、睡眠情況、疾病史、用藥史等；個案家庭狀況含了父母社經狀況、父母婚姻狀況等；個案於機構狀況包括機構內訓練課程、有無霸凌經驗、友伴關係、與其他住民相處情形等；智能障礙成人心理健康量表(PIMRA, Psychopathology Instrument for Mentally Retarded Adults)(含七個精神徵狀構面:思覺失調症、情緒障礙、性心理障礙、適應障礙、焦慮症、身心症以及人格障礙，與第八構面:機構適應不良)；生活品質量表。

本研究在衡量受訪者適應情形之指標為 PIMRA 第八構面，機構內適應不良情形：為紀錄個案在機構適應情形，包含七個正向問題，分別為「應對進退合宜(對笑話會微笑或大笑以及當別人提到不幸時會表現出適切的關心)」、「對於新環境能輕鬆適應」、「能夠符合規則及社會現況」、「大家與他相處是愉快的」、「除非必要，會規避談論身體的病痛」、「外向且與別人互動頻繁」、「沒有明顯的性困擾」，皆為是非題，填是者為 1 分，否為 0 分。總分以 4 分為切點，4 分(含)以上視為機構內適應良好，反之則欠佳，若個案在機構適應情形不佳，則照護人員應多加以注意，並改善其照護方式。

### 三、研究架構



### 四、研究步驟

為瞭解機構內智能障礙機構居民整體情形，受訪前有機構說明會詳述計畫與問卷內容並請機構內照護員協助詢問本人及其家屬是否同意參與本研究，在完成受訪者(包含當事人、家屬、老師或教保員)同意書簽署後，接續由熟悉該智能障礙者六個月以上之主要照顧者填寫問卷。

本研究延續上一年之進度已收案 183 為智能障礙者，並繼續納入智能障礙者以持續擴大樣本數之連續性計畫。依 Gustafsson 等學者的研究提出，個案的心理狀況應評估近三個月內的情形(Carina Gustafsson & Sonnander, 2005)，本次研究規劃以三個月為一期，進行一年共計 2 次的追蹤研究，觀察追蹤並記錄個案在不同時期之適應狀況，作為智能障礙者之心理健康照護、機構適應狀況及尋求醫療協助之參考資料，以發掘影響智能障礙者機構適應的相關因素。在觀察及評量個案精神症狀期間，若有個案符合量表疑似病症之標準，依照 PIMRA 的評估標準，每個分量表(7 題)中有 4 題以上回答「是」，可能患有該項精神疾病，即建議機構尋求專業醫療協助。

## 五、統計分析方法

一. 描述性統計：連續型變項將以平均數、標準差等來表示，而類別變項則以次數及百分比等進行表示。

二. 推論性統計：

(一) 使用獨立樣本 T 檢定、單因子變異數分析、卡方檢定等法進行單變項分析，探討適應情形與各種可能影響因子間之關聯。

(二) 變項的共線性問題，如同儕相處等四變項「她有幾個常常在一起的朋友」、「一個星期和同儕交談或接觸幾次呢」、「同儕對待個案如何」、以及「對參加的團體活動滿意嗎」之間具共線性，使用因素分析方式跑出新的權重命名為變項「友伴關係 z score」。

(二) 最後使用羅吉斯回歸分析機構智能障礙者於研究期間內其機構適應結果之預測因子

統計軟體使用 SPSS 22 版本，所有統計方法顯著水準皆定為 0.05。

## 伍、結果

### 一、研究對象之基本特性

本研究最後收案機構共計 5 間，收案人數為 83 位。研究期間共有 2 波次的收案，收案間隔 3 個月。研究對象基本特性包含人口學變項、生活品質、同儕相處情形、機構參與情形、同儕間負向相處情形 (表一)、以及精神徵狀(表二)。

研究對象來自的 5 家機構以高雄為最多共 40 位佔 48.2%、第二多為基隆服務共 19 位佔 22.9%、第三多為新竹共 14 位佔 16.9%、最後是基隆職建與萬芳分別是 7 位佔 8.45 與 3 位 3.6%。在性別的分布上男女比例接近，男性共 43 人佔 51.8%。年齡的平均數為 33.86 歲，標準差為 13.59。教育程度以高中職為多數共 47 位佔 56.6%，國中以下共計 29 位，以及遺漏值有 7 位佔 8.4%。有精神疾病共 11 位佔 13.3%，70 位無精神疾病佔 84.3%。有服用精神藥物共 20 位佔 24.1%，62 位無服用精神藥物佔 74.7%。障礙程度可以看到以重度跟極重度佔多數，人數分別為 37 位佔 44.6%跟 28 位佔 33.7%，輕度與中度較少，人數分別為 15 人跟 3 人。有 32 位研究對象合併有其他障礙佔 38.6%，43 人無合併其他障礙佔 51.8%。在父母婚姻可以看到離婚以及喪偶分別為 9 位佔 10.8%跟 12 位 14.5%，已婚則是 55 位佔 66.3%。其家庭經濟狀況從貧窮、普通、小康至富有分別為 6 位佔 7.2%、51 位佔 61.4%、25 位 30.1%以及 1 位 1.2%。研究對象的照護方式以日間照護為多數共 46 人佔 55.4%、24 小時全日型照護共 30 人佔 36.1%以及其他小作所共 7 位佔 8.4%。生活品質 EQ5D 總分為  $7.49 \pm 2.35$  分。生活品質 EQ5D\_VAS 為  $81.87 \pm 10.78$ (表一)。

以下為研究對象同儕相處情形:整體而言與同儕相處不太愉快跟很不愉快共 3 位佔 3.6%。在機構中很少以及沒有主動幫助同儕佔過半數分別為 25 人佔 30.1%跟 26 人佔 31.3%。有幾個常在一起的朋友，沒有的共 28 位佔 33.7%，1 位的共 17 位佔 20.5%。機構中同儕會不理他嗎，常常不理共 2 位佔 2.4%，有時候不理共 24 位佔 28.9%。一個星期與同儕交談或接觸幾次呢，從來沒有共 7 位佔 8.4%、一周一次共 11 位 13.3%、一周二到三次共 19 位佔 22.9%、以及一周四次以上共 46 位佔 55.4%。同儕對個案如何，非常不好共 3 位佔 3.6%、還好共 41 位佔 49.4%、很好以及非常好共 39 位佔 47%。

研究對象的機構參與情形如下:研究對象接受的訓練多為基本能力佔 35 位 42.2%，1 個技能 26 位佔 31.3%，2 個技能以上共 21 位佔 25.3%。研究對象參與課程興趣，少部分感興趣以及都不感興趣佔半數，分別為 36 位佔 43.4%跟 7 位佔 8.4%。他參與幾個團體活動，都沒有的共 13 位佔 15.7%，只有一個活動共 29 位佔 34.9%，參加 2-3 個活動共 40 位佔 48.2%。對參加的團體活動滿意嗎，1 位非常不滿意佔 1.2%、52 位還好佔 62.7%、非常滿意有 29 位佔 34.9%。他多久參加一次社區的休閒活動，7 位一個月不到一次佔 8.4%、64 位一個月 1-2 次佔 77.1%、10 位一個月 3-4 次佔 12%。他積極地參加休閒活動嗎，13 位很少或從不佔 15.7%、43 位還好佔 51.8%、26 位常常參加休閒活動佔 31.3%。

同儕的負向相處情形，為詢問其過去 6 個月內情形:有被毆打經驗的共 22 位

佔 26.5%、有被勒索經驗共 4 位佔 4.8%。有被排擠經驗共 7 位佔 8.4%、有被威脅經驗共 6 位佔 7.2%、有被言語重傷經驗共 8 位佔 9.36%、以及有被性騷擾經驗共 10 位佔 12.0%。將上述六種霸凌經驗相加，若經歷含毆打、勒索、排擠、威脅、言語重傷、性騷擾之任一種合併為曾有被霸凌經驗，共有 23 位佔 27.7%。研究對象有毆打他人經驗共 26 位佔 31.3%。有勒索他人經驗共 3 位佔 3.6%。有排擠他人經驗共 4 人佔 4.8%。有威脅他人經驗共 4 位佔 4.8%。有言語重傷他人經驗共 7 位佔 8.4%。有性騷擾他人經驗共 12 人佔 14.4%。將上述霸凌同儕之經驗相加，含毆打、勒索、排擠、威脅、言語重傷、性騷擾之任一種，合併為曾有霸凌他人經驗，30 位有霸凌他人經驗佔 36.1%、52 位無霸凌同儕經驗佔 62.7%(表一)。

研究對象之精神徵狀與機構內適應不良呈現於表二以及表三。在精神徵狀第一波資料中，思覺失調症為 2 人佔 2.4%、適應障礙 6 人佔 7.2%、焦慮症 7 人佔 8.4%、身體化症 2 人佔 2.4%、以及人格障礙 3 人佔 3.6%；有上述任一精神症狀者，合併共計 11 人佔 13.3%。而在精神徵狀第二波資料中，思覺失調症為 1 人佔 1.2%、適應障礙 0 人、焦慮症 1 人佔 1.2%、身體化症 0 人、以及人格障礙 0 人；有上述任一精神症狀者，合併共計 2 人佔 2.4%(表二)。

機構內適應不良在第一波共 25 人佔 30.1%，第二波共 26 人佔 31.3%。將兩波的機構內適應不良合併來看，在研究調查期間共 37 人有一波含以上的機構適應不良佔 44.6%，兩波結適應良好佔 46 人佔 55.4%(表三)。

## 二、研究對象個人特質、生活品質、同儕相處情形、機構參與情形、同儕間負向相處情形與機構內適應不良之相關

計畫取研究期間有任一波機構適應不良為本研究之依變項，共有 37 人佔 44.6%。探討研究相關變項與機構內適應不良之相關，發現教育程度、照護方式、同儕相觸情形、機構參與情形、生活品質 EQ5D 與機構內適應不良相關，描述具統計顯著差異之變項如下(表四)。

在教育程度方面，可以看到機構適應不良組其教育程度為國中以下佔多數共 19 人佔 51.4%，機構適應良好組則是高中以上佔多數共 33 人佔 71.7%，達統計顯著差異( $p < .01$ )。在照護方式方面，機構適應不良組使用 24 小時全日型照護的人數較多共 21 人佔 56.8%，日間照護佔 43.2%；而機構適應良好組則是相反，使用 24 小時全日型照護為少數佔 19.6%，使用日間照護較多佔 80.4%，達統計顯著差異( $p < .001$ )。在生活品質 EQ5D 總分上，分數越高表示狀態越差，機構適應不良分數為  $8.23 \pm 0.44$ ，其分數顯著高於機構適應良好之分數  $6.89 \pm 0.28$ ，並達統計上顯著差異( $p < .01$ )。

在同儕相處情形方面：有幾個常在一起的朋友，在機構適應不良組較為沒有朋友跟有一位朋友佔多數分別為 17 人 45.9%跟 10 人 27.0%，在機構適應良好組則是以朋友 2-3 人跟 4 位以上佔多數分別為 20 人 43.5%跟 8 人 17.4%，達統計顯著差異( $p < .05$ )。他一星期和同儕交談或接觸幾次呢，在機構適應不良組中

從來沒有與一周一次分別為 5 人 13.5%跟 8 人 21.6%，在機構適應良好組從來沒有跟一周一次分別為 2 人 4.3%跟 3 人 6.5%，達統計上顯著差異( $p < .05$ )。同儕對待特案如何，在機構適應不良組中多為還好共 25 人 67.6%，在機構適應良好組則為非常好跟很好佔半數以上，達統計上顯著差異( $p < .05$ )。另在機構參與情形方面，他對參加的團體活動滿意嗎，在機構適應不良組中非常滿意僅 3 人 8.1%，在機構適應良好組非常滿意 26 人佔 56.5%，達統計上顯著差異( $p < .001$ )。最後因同儕相處情形與機構參與情形存在共線性，後續分析將上述同儕相處等四變項「她有幾個常常在一起的朋友」、「一個星期和同儕交談或接觸幾次呢」、「同儕對待個案如何」、以及「對參加的團體活動滿意嗎」，用因素分析方式跑出新的權重命名為變項「友伴關係 z score」。友伴關係分數越高表示有伴關係越佳，可以看到在單變項分析中於機構適應不良者之友伴關係分數為 $-0.46 \pm 0.14$  顯著較機構適應良好  $0.36 \pm 0.14$  的分數來的低，並達統計顯著差異( $p < .001$ )。

### 三、影響研究對象機構適應不良之因素

表四為研究對象於機構適應不良之羅吉斯分析。我們將單變項分析時顯著的變項以及一些重要的影響變項做共線性的檢定，做後模型納入性別、合併障礙、照護機構、精神用藥、同儕霸凌經驗、生活品質(EQ5D)、以及友伴關係(表五)。

在在校正了研究相關變項後，照護機構中使用 24 小時全日型照護相較使用日間照護為機構適應不良之危險因子，風險比為  $3.77(95\%CI=1.09-13.00)$ ，達統計顯著差異( $p < .05$ )。以及智能障礙者之友伴關係為其機構適應不良之保護因子，風險比為  $0.41(95\%CI=0.20-0.83)$ ，達統計顯著差異( $p < .05$ )。而在本研究中性別、合併障礙、精神用藥、生活品質以及同儕霸凌經驗之變項與機構適應不良皆無統計顯著相關。

## 陸、討論（含結論與建議、執行計畫過程遇到之困難或阻礙）

本節將討論 1 跟 2 波資料的處理，機構適應之盛行率、機構適應影響因素之探討、結論與建議、執行計畫過程遇到之困難或阻礙。

本研究共收案 2 個波次，對比前期(107 計畫) 的 4 次收案資料，我們發現第 2 波收案的數據明顯低了許多。在「PIMRA 精神徵狀」跟「同儕霸凌經驗(附件一)」皆有第 2 波資料明顯低很多的情況，以「PIMRA 精神徵狀」為例：第 1 波的收案資料有精神徵狀的盛行率為 13.3%，但第 2 波的精神徵狀盛行率為 2.4%，對照於前期(107 年計畫)的 4 次收案結果盛行率皆介於 11.4%-19.3%之間。可以看到第二波的數據明顯低了許多。

上述為 PIMRA 精神徵狀構面，而在 PIMRA 的機構內適應構面則看到，前期(107 年計畫)的 4 次盛行率為 26.7-38.1%之間，本次第一波機構內適應差為 30.1%，第二波為 31.3%，兩波的數值接近也與前期數據相符。考量本研究計畫皆為觀察性研究未實施任何介入，且為瞭解影響機構研究對項於機構長期適應之影響，因此第二波的收案資料採納「機構內適應」此變項，並將 1 跟 2 波收案之「機構內適應」變項合併為：「研究期間有任 1 波機構內適應不良」，做為本研究的依變項，而自變項皆為採用第一波測量數據。

前期研究(107 年計畫)中提到，PIMRA 量表在「精神徵狀構面」中，情緒疾患症以及性心理疾病這兩個構面盛行率極低，最後精神徵狀刪除此二構面保留其餘五個構面作為爾後評量所需。本研究發現第 1 波收案中，精神徵狀最多為焦慮症 8.4%第二為適應障礙 7.2%，與前期研究相似；而有任一精神徵狀的盛行率為 13.3%，與前期研究盛行率(14%)以及國內研究相符(12%)(Lin et al., 2005)。另外，PIMRA 量表第八構面「機構內適應不良」，同時也是本次研究之重點，於機構內適應不良之第一波為 30.1%以及第二波為 31.3%，與國外研究調查全部智能障礙者包含機構與非機構之適應不良數據相近為 27.5%(Gustafsson & Sonnander, 2004)。顯示 PIMRA 量表作為機構心理健康量測上，包含「精神徵狀構面」以及「機構內適應不良構面」為實用性工具。

本研究中智能障礙者的照護型態以及友伴關係會影響其於機構內適應。使用 24 小時全日型照護的智能障礙者其於機構內適應差的風險為使用日間照護的 3.77 倍(95%CI=1.09-13.00)。研究結果與其他研究相符，智能障礙者使用日間照護機構相較於使用 24 小時全日型的照護，使用日間照護適應顯著來的較佳(Woodman et al.,2014)。這也有可能是因為日常生活技巧較好的智能障礙者會傾向選擇進入較獨立的機構如日間照護機構(Woodman et al.,2014)。日間照護機構相較於 24 小時全日型照護機構能提供較多的社會參與(Ager et al., 2001; Stancliffe & Keane, 2000)。研究顯示若住宿機構之智能障礙者能有夠多的機會練習自我照護技能將有助於其發展或維持適應技能(Mansell et al., 2002)。建議機構照護者與相關單位可以增進智能障礙者的社會參與以及練習自我照護技能以增進其於機構內適應。

智能障礙者之友伴關係會影響其機構內適應。在單變項檢定中可以看到友伴

關係在機構適應佳的分數  $0.36 \pm 0.14$  高於機構適應差的分數為  $-0.46 \pm 0.14$ ，達統計上顯著差異 ( $p < .001$ )。之後在回歸模型也可以看到在校正了其他變項後，友伴關係為機構適應的保護因子 (odds ratio = 0.41)。本研究結果與其他研究相符，在以色列的一篇長期觀察研究中發現，智能障礙老者其人際的互動的關係主要是來自共同居住的朋友與其支持，為其重要的社會活絡的因素 (Darren et al., 2018)。相關研究亦指出，智能障礙者不論居住於社區或機構中，同儕朋友的相處與休閒活動為重要且顯著的生活品質適應指標 (Ilana & Efrat, 2004)。顯示了智能障礙者在發展社會適應與心理健康上，友伴關係佔了重要的支持與影響的角色。建議機構照護者能多加關注智能障礙者的友伴關係，可從以下四個變項「她有幾個常常在一起的朋友」、「一個星期和同儕交談或接觸幾次呢」、「同儕對待個案如何」、以及「對參加的團體活動滿意嗎」開始著手加強。

本研究在執行計畫過程遇到之困難或阻礙：本研究原計畫於機構收案四次，因計畫期間碰上合作機構內部有異動以及受新冠疫情影響，計畫隔了一年方開始收案，加上考慮計畫期限以及機構老師額外負荷，最後將問卷收案調整為收案兩次。另在，收案期間我們也遭遇到一些問題，因收案期間恰逢疫情爆發，原定機構最後無法協助收案，收案人數也受到影響。最後收案機構數為 5 間，收案人數共 83 人。在疫情衝擊，各行各業皆受影響的情況之下，合作機構在百忙之中不但要處理防疫問題還盡力協助我們的問卷收案，最終一同完成共 2 波的問卷調查，我們深感珍惜與感謝，雖資料數量不如預期但也彰顯團隊合作的能力與韌性以及能在疫情影響下可收到資料的珍貴。

本研究之結論與建議如下。研究收案共計 2 波次，研究對象共 83 位。本研究之智能障礙者心理健康量表 PIMRA 有任一精神徵狀的盛行率為 13.3%，與前期研究盛行率 (14%) 以及國內的相關研究相符 (12%)，顯示 PIMRA 量表作為機構心理健康量測的實用性工具。影響機構智能障礙者機構適應的變項為照護型態以及友伴關係，使用 24 小時照護機構為其機構適應差之危險因子，而加強智能障礙者之友伴關係能降低機構適應差的風險。建議機構照護者與相關單位可以增進智能障礙者的社會參與、練習自我照護技能、加強友伴關係以增進其於機構內適應。

## 參考文獻

### 英文部分

- Armer, J. M. (1993). Elderly relocation to a congregate setting: Factors influencing adjustment. *Issues in Mental Health Nursing, 14*(2), 157-172.
- Beaty, L. A., & Alexeyev, E. B. (2008). The problem of school bullies: What the research tells us. *ADOLESCENCE-SAN DIEGO-*, *43*(169), 1.
- Bjelošević, E., Karahmet, A., Hadžikapetanović, H., & Bjelošević, S. (2016). Incidence of mental retardation as compared with other psychiatric disorders and necessary support to persons placed at the Public Institution for Placement of Persons with Mental Disabilities Drin" Fojnica, Bosnia and Herzegovina. *Medicinski Glasnik, 13*(2).
- Blake, J. J., Lund, E. M., Zhou, Q., Kwok, O.-m., & Benz, M. R. (2012). National prevalence rates of bully victimization among students with disabilities in the United States. *School Psychology Quarterly, 27*(4), 210.
- Bouras, N., Cowley, A., Holt, G., Newton, J., & Sturmey, P. (2003). Referral trends of people with intellectual disabilities and psychiatric disorders. *J Intellect Disabil Res, 47*, 8.
- Casey, P., & Doherty, A. (2012). Adjustment disorder: implications for ICD-11 and DSM-5. *Br J Psychiatry, 201*, 90-92. doi:10.1192/bjp.bp.112.110494
- Chaffin, J. D., Spellman, C. R., Regan, C. E., & Davison, R. (1971). Two followup studies of former educable mentally retarded students from the Kansas work-study project. *Exceptional Children, 37*(10), 733-738.
- Claire Hurd, Cara Evans, Rebecca Renwick "Having friends is like having marshmallows": Perspectives of transition-aged youths with intellectual and developmental disabilities on friendship, *J Appl Res Intellect Disabil*, 2018 Nov;31(6):1186-1196.
- Cooper, S.-A., Smiley, E., Morrison, J., Williamson, A., & Allan, L. (2007). Mental ill-health in adults with intellectual disabilities: prevalence and associated factors. *The British Journal of Psychiatry, 190*(1), 27-35.
- Cornell, D., & Limber, S. P. (2015). Law and policy on the concept of bullying at school. *American Psychologist, 70*(4), 333.
- Darren McCausland , Philip McCallion , Damien Brennan , Mary McCarron , Interpersonal relationships of older adults with an intellectual disability in Ireland, *J Appl Res Intellect Disabil*. 2018 Jan;31(1):e140-e153.
- Deb, S., Thomas, M., & Bright, C. (2001). Mental disorder in adults with intellectual disability. 1: Prevalence of functional psychiatric illness among a community-based population aged between 16 and 64 years. *Journal of Intellectual Disability Research, 45*(6), 495-505.

- Deb, S., Thomas, M., & Bright, C. (2001). Mental disorder in adults with intellectual disability. 2 The rate of behaviour disorders among a community-based population aged between 16 and 64 years. *Journal of Intellectual Disability Research, 45*, 9.
- Di Nuovo, S. F., & Buono, S. (2007). Psychiatric syndromes comorbid with mental retardation: differences in cognitive and adaptive skills. *J Psychiatr Res, 41*(9), 795-800. doi:10.1016/j.jpsychires.2006.02.011
- Eaton, L. F., & Menolascino, F. J. (1982). Psychiatric disorders in the mentally retarded: Types, problems, and challenges. *The American journal of psychiatry.*
- Elaine Custódio Rodrigues Gusmão, Genival Silva Matos, João Carlos Alchieri, Tânia Couto Machado Chianca, Social and conceptual adaptive skills of individuals with Intellectual Disability, *Rev Esc Enferm USP*, 2019 Jul 29;53
- Ellis, J. B., & Hirsch, J. K. (2000). Reasons for living in parents of developmentally delayed children. *Research in developmental disabilities, 21*(4), 323-327.
- Emerson, E. (2003). Prevalence of psychiatric disorders in children and adolescents with and without intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research, 47*, 8.
- Estell, D. B., Farmer, T. W., Irvin, M. J., Crowther, A., Akos, P., & Boudah, D. J. (2009). Students with exceptionalities and the peer group context of bullying and victimization in late elementary school. *Journal of Child and Family Studies, 18*(2), 136-150.
- Floor, L., & Rosen, M. (1975). Investigating the phenomenon of helplessness in mentally retarded adults. *American Journal of Mental Deficiency.*
- Franklin, L.-L., Ternstedt, B.-M., & Nordenfelt, L. (2006). Views on dignity of elderly nursing home residents. *Nursing ethics, 13*(2), 130-146.
- Giannini, M. (2008). Office on disability, U.S. Department of Health and Human Services. *Disabil Health J, 1*(1), 5-6. doi:10.1016/j.dhjo.2007.10.001
- Gibbons, F. X. (1985). Stigma perception: Social comparison among mentally retarded persons. *American Journal of Mental Deficiency.*
- Gill, T. M., Allore, H. G., & Han, L. (2006). Bathing disability and the risk of long-term admission to a nursing home. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences, 61*(8), 821-825.
- Goldstein, H. (1971). How you can help a retarded patient get a job. *Medical times, 99*(8), 123-125 passim.
- Greiner, T., Haack, B., Toto, S., Bleich, S., Grohmann, R., Faltraco, F., . . . Schneider, M. (2019). Pharmacotherapy of psychiatric inpatients with adjustment disorder: current status and changes between 2000 and 2016. *Eur Arch Psychiatry Clin*

*Neurosci.* doi:10.1007/s00406-019-01058-1

- Gustafsson, C., & Sonnander, K. (2004). Occurrence of mental health problems in Swedish samples of adults with intellectual disabilities. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, *39*(6), 448-456. doi:10.1007/s00127-004-0774-0
- Gustafsson, C., & Sonnander, K. (2005). A psychometric evaluation of a Swedish version of the psychopathology inventory for mentally retarded adults (PIMRA). *Research in developmental disabilities*, *26*(2), 183-201.
- Harrisingh, T., & Balasubramaniam, s. s. (1989). Hospital to community. *Journal of Mental Deficiency Research*, *33*, 5.
- Hermans, H., & Evenhuis, H. M. (2013). Factors associated with depression and anxiety in older adults with intellectual disabilities: results of the healthy ageing and intellectual disabilities study. *International journal of geriatric psychiatry*, *28*(7), 691-699.
- Hershenson, D. B. (1981). Work Adjustment, Disability, and the Three R's of Vocational Rehabilitation: A Conceptual Model. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, *25*(2), 91-97.
- Hodgson, N., Freedman, V. A., Granger, D. A., & Erno, A. (2004). Biobehavioral correlates of relocation in the frail elderly: salivary cortisol, affect, and cognitive function. *Journal of the American Geriatrics Society*, *52*(11), 1856-1862.
- Humphrey, N., & Symes, W. (2010). Perceptions of social support and experience of bullying among pupils with autistic spectrum disorders in mainstream secondary schools. *European Journal of Special Needs Education*, *25*(1), 77-91.
- Hurley, A., Folstein, M., & Lam, N. (2003). Patients with and without intellectual disability seeking outpatient psychiatric services: diagnoses and prescribing pattern. *J Intellect Disabil Res*, *47*, 11.
- Ilana Duvdevany, Efrat Arar, Leisure activities, friendships, and quality of life of persons with intellectual disability: foster homes vs community residential settings, *Int J Rehabil Res*, . 2004 Dec;27(4):289-96.
- Janicki, M., Davidson, P., Henderson, C., McCallion, P., Taets, J., Force, L., . . . Ladrikan, P. (2002). Health characteristics and health services utilization in older adults with intellectual disability living in community residences. *J Intellect Disabil Res*, *46*, 12.
- Jones, P. S., Lee, J. W., Phillips, L. R., Zhang, X. E., & Jaceldo, K. B. (2001). An adaptation of Brislin's translation model for cross-cultural research. *Nursing research*, *50*(5), 300-304.
- Joseph, P., & Kennedy, J. (2019). INTELLECTUAL DISABILITIES. Retrieved from

<https://www.specialolympics.org/about/intellectual-disabilities/what-is-intellectual-disability>. Available from American Association of Intellectual and Developmental Disabilities; National Center on Birth Defects and Developmental Disabilities; the United Nations Development Program; and the Centers for Disease Control and Prevention., from Special Olympics <https://www.specialolympics.org/about/intellectual-disabilities/what-is-intellectual-disability>

- Kelly, J., & Simon, A. (1969). MENTALLY HANDICAPPED AS WORKERS-A SURVEY OF COMPANY EXPERIENCE. *Personnel*, 46(5), 58-64.
- Kishore, M., Nizamie, A., Nizamie, S., & Jahan, M. (2004). Psychiatric diagnosis in persons with intellectual disability in India. *Journal of Intellectual Disability Research*, 48(1), 19-24.
- Kolstoe, O. P. (1961). An examination of some characteristics which discriminate between employed and not-employed mentally retarded males. *American Journal of Mental Deficiency*.
- Leigh A Tipton, Lisa Christensen, Jan Blacher Friendship quality in adolescents with and without an intellectual disability, *J Appl Res Intellect Disabil*, 2013 Nov;26(6):522-32.
- Lifshitz, H., Klein, P. S., & Cohen, S. F. (2010). Effects of MISC intervention on cognition, autonomy, and behavioral functioning of adult consumers with severe intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities*, 31(4), 881-894.
- Lin, J. D., Wu, J. L., & Lee, P. N. (2003). Healthcare needs of people with intellectual disability in institutions in Taiwan: outpatient care utilization and implications. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47(3), 169-180.
- Lin, J. D., Yen, C. F., Li, C. W., & Wu, J. L. (2005). Health, healthcare utilization and psychiatric disorder in people with intellectual disability in Taiwan. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49, 9.
- Malik, K. J., Unwin, G., Larkin, M., Kroese, B. S., & Rose, J. (2017). The complex role of social care services in supporting the development of sustainable identities: Insights from the experiences of British South Asian women with intellectual disabilities. *Res Dev Disabil*, 63, 74-84. doi:10.1016/j.ridd.2017.02.005
- Mansell, J., Elliott, T., Beadle-Brown, J., Ashman, B., & Macdonald, S. (2002). Engagement in meaningful activity and "active support" of people with intellectual disabilities in residential care. *Research in developmental disabilities*, 23(5), 342-352.
- Masulani-Mwale, C., Mathanga, D., Silungwe, D., Kauye, F., & Gladstone, M. (2016). Parenting children with intellectual disabilities in Malawi: the impact that

- reaches beyond coping? *Child Care Health Dev*, 42(6), 871-880.  
doi:10.1111/cch.12368
- Matson Johnny L, Matson Michael L, Belva, B. C., & Hattier, M. A. (2012). Scaling methods to measure psychopathology in persons with intellectual disabilities. *Research in developmental disabilities*, 33(2), 549-562.
- McDowell, I. (2006). *Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires*: Oxford University Press, USA.
- McKenzie, N., Mirfin-Veitch, B., Conder, J., & Brandford, S. (2017). "I'm still here": Exploring what matters to people with intellectual disability during advance care planning. *J Appl Res Intellect Disabil*, 30(6), 1089-1098.  
doi:10.1111/jar.12355
- Morgan, V. A., Leonard, H., Bourke, J., & Jablensky, A. (2008). Intellectual disability co-occurring with schizophrenia and other psychiatric illness: population-based study. *The British Journal of Psychiatry*, 193(5), 364-372.
- Nathan J Wilson, Hayden Jaques, Amanda Johnson, Michelle L Brotherton, From Social Exclusion to Supported Inclusion: Adults with Intellectual Disability Discuss Their Lived Experiences of a Structured Social Group, *J Appl Res Intellect Disabil*, 2017 Sep;30(5):847-858.
- National Bullying Prevention Center, J. H. (2016). *Preventing bullying through science, policy, and practice*: National Academies Press.
- Olweus, D. (1993). Acoso escolar, "bullying", en las escuelas: hechos e intervenciones. *Centro de investigación para la Promoción de la Salud, Universidad de Bergen, Noruega*, 2.
- Pope, A. M., & Tarlov, A. R. (1991). *Disability in America: Toward a national agenda for prevention*: National Academies Press.
- Reed, J., & Morgan, D. (1999). Discharging older people from hospital to care homes: implications for nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 29(4), 819-825.
- Rose, C. A., & Monda-Amaya, L. E. (2012). Bullying and victimization among students with disabilities: Effective strategies for classroom teachers. *Intervention in School and Clinic*, 48(2), 99-107.
- Rowitz, L. (1987). The American mental retardation service system. *Journal of Intellectual Disability Research*, 31(4), 337-347.
- Savage, R. (2005). Friendship and bullying patterns in children attending a language base in a mainstream school. *Educational Psychology in Practice*, 21(1), 23-36.
- Schalock, & König. (1987). Development of community-based services for the mentally handicapped in the USA. *Rehabilitation (Stuttg)*, 26, 7.
- Schumacher, K. L., & Meleis, A. I. (1994). Transitions: a central concept in nursing. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 26(2), 119-127.

- Steel, Z., Marnane, C., Iranpour, C., Chey, T., Jackson, J. W., Patel, V., & Silove, D. (2014). The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980–2013. *International journal of epidemiology*, *43*(2), 476-493.
- Tasse, M. J., Luckasson, R., & Schalock, R. L. (2016). The Relation Between Intellectual Functioning and Adaptive Behavior in the Diagnosis of Intellectual Disability. *Intellect Dev Disabil*, *54*(6), 381-390. doi:10.1352/1934-9556-54.6.381
- Tsakanikos, E., Sturmey, P., Costello, H., Holt, G., & Bouras, N. (2007). Referral trends in mental health services for adults with intellectual disability and autism spectrum disorders. *Autism*, *11*(1), 9-17. doi:10.1177/1362361307070987
- U.S. Department of Education. (2013). *Dear colleague letter: Bullying of students with disabilities*. U.S.: Office of Special Education and Rehabilitative Services. Retrieved from <http://www2.ed.gov/policy/speced/guid/idea/memosdcltrs/bullyingdcl-8-20-13.pdf>
- U.S. Department of Education. (2014). *Dear colleague letter: Responding to bullying of students with disabilities*. U.S.: Office for Civil Rights. Retrieved from <http://www2.ed.gov/about/offices/list/ocr/letters/colleaguebullying-201410.pdf>
- Van Daele, T., Van Audenhove, C., Vansteenwegen, D., Hermans, D., & Van den Bergh, O. (2013). Effectiveness of a six session stress reduction program for groups. *Mental Health & Prevention*, *1*(1), 19-25.
- Voelker, R. (2002). Putting mental retardation and mental illness on health care professionals' radar screen. *JAMA*, *288*(4), 433-435.
- Wang, K. Y., Hsieh, K., Heller, T., Davidson, P. W., & Janicki, M. P. (2007). Carer reports of health status among adults with intellectual/developmental disabilities in Taiwan living at home and in institutions. *Journal of Intellectual Disability Research*, *51*(3), 173-183.
- Webber, R., Bowers, B., & McKenzie-Green, B. (2010). Staff responses to age-related health changes in people with an intellectual disability in group homes. *Disability & Society*, *25*(6), 657-671.
- Weeks, L. E., Nilsson, T., Bryanton, O., & Kozma, A. (2009). Current and future concerns of older parents of sons and daughters with intellectual disabilities. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, *6*(3), 180-188.
- White, P., Chant, D., Edwards, N., Townsend, C., & Waghorn, G. (2005). Prevalence of intellectual disability and comorbid mental illness in an Australian community sample. *Australian and New Zealand journal of psychiatry*, *39*(5), 395-400.
- Woodman, A. C., Mailick, M. R., Anderson, K. A., & Esbensen, A. J. (2014). Residential

transitions among adults with intellectual disability across 20 years. *American journal on intellectual and developmental disabilities*, 119(6), 496-515.

## 中文部分

- 中華民國智障者家長總會。(民 105)。智能障礙性侵害與相關個案家庭評估與服務案例彙編。中華民國智障者家長總會。
- 內政部統計處。(民 108)。戶籍人口統計。內政部統計年報。
- 王宜慧 (民 109)。從身心障礙機構，談「長照特約據點」。心路雙月刊，160，3。
- 王彥喬。(民 105)。「3 成身心障家庭父母有自殺念頭」 北市家長盼增設日照機構。風傳媒。取自：<https://www.storm.mg/article/184155>。
- 吳瓊瑜 (民 104)。身心障礙者生涯圖像與生涯規劃。心路基金會。
- 李文正。(民 106 年 2 月 8 日)。照護壓力大 母攜智障女燒炭亡。中國時報。取自：<https://www.chinatimes.com/newspapers/20170208000388-260106?chdtv>。
- 李志偉、嚴嘉楓、羅慶徽、李宗楠、林金定。(民 94)。台灣地區智能障礙者的醫療利用特性與影響因素：以 2001 年門診利用分析。身心障礙研究季刊，3(1)，5-17。
- 沈秀卿。(民 85)。臺灣省殘障者生活狀況及對各項社會福利措施的認知與期望。社會福利。127，12 頁 39-44。
- 周月清。(民 94)。台灣智障者居住服務探討—型態、規模、對象與變遷。臺灣社會工作學刊，42。doi:10.29814/TSW.200507.0002。
- 林金定、嚴嘉楓、李志偉、吳佳玲。(民 92)。智能障礙者醫療需求評估與就醫障礙之分析。台灣公共衛生雜誌，22(2)，108-117。  
doi:10.6288/TJPH2003-22-02-06。
- 林金定。(民 97)。身心障礙者健康政策。身心障礙研究，6，12。
- 林純真、盧台華。(2001)。成年智障者友伴關係之研究。特殊教育研究學刊，23，95-119。
- 林煜翔。(民 102)。身心障礙學生身心特質與霸凌之相關探討。雲嘉特教期刊(17)，53-61。doi:10.6473/YCTCCK。
- 邱美汝、陳玉敏、李月萍。(民 96)。長期照護機構老人的生活適應及影響因素。實證護理，3(2)，119-128。
- 唐紀絜、林金定、吳佳玲、詹文宏。(民 97)。優質健康中的獨立生活—由歐盟國家衛生政策經驗發展臺灣成人身心障礙者健康藍圖。身心障礙研究季刊，6(1)，61-76。
- 孫瑜華、張雯惠、陳建中。(民 90)。智能障礙者從事餐飲業之工作適應探討。身心障礙研究季刊，9(3)，165-176。  
doi:10.30072/JDR.201109.0003。
- 徐文豪、吳亭芳。(民 106)。支持性就業服務對智能障礙者工作適應之影響—以新北市為例。社團法人台灣職業重建專業協會復健諮商期刊(8)，19-45。

- 高馨玲、任麗華。(民 94)。智能障礙者維持就業階段工作適應之探討—以三位中度智能障礙女性為例。**特殊教育與復健學報(13)**，179-207。
- 國立台灣大學醫學院附設醫院。(民 104)。外籍看護工申請表-巴氏量表。**北市衛醫字第 0401180014 號**，10412。
- 教育部。(民 106)。身心障礙遭霸凌 備受美民眾矚目。**教育週刊**，753。
- 許仲輝、林妙容。(民 95)。生活適應困擾之智能障礙個案在個人中心遊戲治療中改變歷程之研究。**中華輔導學報(20)**，121-152。  
doi:10.7082/CARGC.200609.0121。
- 陳全信、林金定。(民 93)。加害智能障礙親人之自殺個案初探。**身心障礙研究**，2(3)，185-192。
- 喬安。(民 88)。智能障礙者之不良適應行為與輔導。**春暉(28)**，2-6。  
doi:10.6611/spris220.1999.28.2。
- 游沐蓉、葉靖雲。(民 105)。國中輕度障礙學生校園霸凌之研究。**中華民國特殊教育學會年刊**，2016(11)，143-164。
- 黃珮玲、戴世玫、孫宜華。(民 107)。心智障礙者雙老家庭宜居城市之建構初探—以新竹市的試點社區為例。**台灣社區工作與社區研究學刊**，8(3)，161-199。doi:10.3966/222372402018120803005。
- 廖小雅、吳明珠、蕭惠玲。(民 105)。運用懷舊治療照護一位面臨遷移壓力之透析老人護理經驗。**澄清醫護管理雜誌**，12(4)，45-53。
- 蔡艷清、嚴嘉楓、林金定。(民 93)。精神疾病與智能障礙：流行病學與醫療照護需求分析。**身心障礙研究季刊**，2(2)，95-109。  
doi:10.30072/JDR.200404.0003。
- 衛生福利部。(民 104)。身心障礙者福利與服務需求評估及證明核發辦法。**衛生福利部部授家字第 1040700466 號令修正發布**，4。
- 衛生福利部。(民 105)。身心障礙福利機構設施及人員配置標準。**衛生福利部部授家字第 1050700223 號令修正發布**，6。
- 衛生福利部。(民 107)。身心障礙者權益保障法施行細則。**衛生福利部部授家字第 1050700025 號令修正發布**，9。
- 衛生福利部社會及家庭署。(民 108)。全國身心障礙福利機構名冊。**身心障礙福利機構專區**。
- 衛生福利部統計處。(民 107)。身心障礙者生活狀況及各項需求評估調查。**衛生福利統計專區**。
- 衛生福利部統計處。(民 108a)。身心障礙人數按類別及等級分。**衛生福利統計專區**。
- 衛生福利部統計處。(民 108b)。身心障礙者福利機構概況。**衛生福利統計專區**。
- 盧盈秀。(民 105)。老人福利機構生活之調適。**衛生福利部社區服務老人照顧者研習**，105，1-46。

羅子琦。(民 102)。身心障礙兒童家長調查。台北市政府衛生局。

嚴嘉楓、林金定、羅慶徽、卓妙如、徐尚為、唐紀絜、吳佳玲。(民 95)。機構  
內智能障礙者合併特殊疾病之健康管理制度分析。身心障礙研究季刊，  
4(1)，1-17。

蘇麗華。(民 106)。打破障礙 身障就業。伊甸園月刊，336(8)，1。

表一、智能障礙者人口學特質(n=83)

變項	n	%
機構		
萬芳	3	3.6
新竹	14	16.9
基隆服務	19	22.9
基隆職建	7	8.4
高雄	40	48.2
性別		
男	43	51.8
女	40	48.2
年齡(110-出生)		
平均±標準差	33.86±13.59	
教育程度		
國小以下	24	28.9
國中	5	6
高中職	47	56.6
遺漏值	7	8.4
精神疾病		
無	70	84.3
有	11	13.3
遺漏值	2	2.4
精神用藥		
無	62	74.7
有	20	24.1
遺漏值	1	1.2
障礙程度		
輕度	3	3.6
中度	15	18.1
重度	37	44.6
極重度	28	33.7
合併障礙		
無	43	51.8
有	32	38.6
遺漏值	8	9.6

表一、(續)

變項	n	%
父母婚姻		
已婚	55	66.3
離婚	9	10.8
喪偶	12	14.5
其他	7	8.4
家庭經濟狀況		
貧窮	6	7.2
普通	51	61.4
小康	25	30.1
富有	1	1.2
照護方式		
24 小時全日型	30	36.1
日間照護	46	55.4
其他(小作所)	7	8.4
同儕相處情形		
整體而言，他（她）和同儕相處得愉快嗎		
都很愉快	32	38.6
還算愉快	47	56.6
不太愉快	3	3.6
很不愉快	0	0
遺漏值	1	1.2
他（她）在機構中，會主動幫助同儕嗎		
沒有	26	31.3
很少	25	30.1
經常	19	22.9
總是	12	14.5
遺漏值	1	1.2
他（她）有幾個常常在一起的朋友		
沒有	28	33.7
1 位	17	20.5
2-3 位	29	34.9
4 位以上	9	10.8

(續)

表一、(續)

變項	n	%
他(她)在機構中，同儕會不理他嗎		
不會	27	32.5
很少	29	34.9
有時候	24	28.9
常常	2	2.4
遺漏值	1	1.2
他(她)一個星期和同儕交談或接觸幾次呢		
從來沒有	7	8.4
一星期一次	11	13.3
一星期二到三次	19	22.9
一星期四次以上	46	55.4
同儕對待個案如何		
非常不好(不喜歡、會騷擾)	3	3.6
還好(只是打招呼)	41	49.4
很好(會邀請一起參加活動)	24	28.9
非常好(常常與同伴在一起)	15	18.1
機構參與情形		
訓練		
基本能力	35	42.2
1個技能	26	31.3
2個技能含以上	21	25.3
遺漏值	1	1.2
課程興趣		
都很興趣	14	16.9
大部分	24	28.9
少部分	36	43.4
都不感興趣	7	8.4
遺漏值	2	2.4

(續)

表一、(續)

變項	n	%
他(她)參加幾個團體活動呢?包括教堂,或其他宗教活動		
都沒有	13	15.7
只有1個	29	34.9
2-3個	40	48.2
遺漏值	1	1.2
他(她)對參加的團體活動滿意嗎		
非常不	1	1.2
還好	52	62.7
非常滿意	29	34.9
遺漏值	1	1.2
他(她)多久參加一次社區的休閒活動呢?例如:聚會、音樂會、出去玩		
一個月不到1次	7	8.4
一個月1-2次	64	77.1
一個月3-4次	10	12
遺漏值	2	2.4
他(她)有積極參加休閒活動嗎		
很少或從不	13	15.7
還好	43	51.8
常常	26	31.3
遺漏值	1	1.2
同儕負向相處情形		
被毆打		
完全沒有	61	73.5
曾經有1-2次	21	25.3
每月2-3次	0	0
每周2-3次	0	0
每天1次以上	1	1.2
被勒索		
完全沒有	79	95.2
曾經有1-2次	3	3.6
每月2-3次	0	0
每周2-3次	0	0
每天1次以上	1	1.2

(續)

表一、(續)

變項	n	%
被排擠		
完全沒有	76	91.6
曾經有 1-2 次	6	7.2
每月 2-3 次	0	0
每周 2-3 次	0	0
每天 1 次以上	1	1.2
被威脅		
完全沒有	77	92.8
曾經有 1-2 次	5	6
每月 2-3 次	0	0
每周 2-3 次	0	0
每天 1 次以上	1	1.2
被言語重傷		
完全沒有	74	89.2
曾經有 1-2 次	7	8.4
每月 2-3 次	0	0
每周 2-3 次	0	0
每天 1 次以上	1	1.2
遺漏值	1	1.2
被性騷擾		
完全沒有	72	86.7
曾經有 1-2 次	9	10.8
每月 2-3 次	0	0
每周 2-3 次	1	1.2
每天 1 次以上	1	1.2
曾被霸凌(含毆打、勒索、排擠、威脅、言語重傷、性騷擾之任一種)		
無	59	71.1
有	23	27.7
遺漏值	1	1.2

(續)

表一、(續)

變項	n	%
毆打他人		
完全沒有	56	67.5
曾經有 1-2 次	24	28.9
每月 2-3 次	1	1.2
每周 2-3 次	0	0
每天 1 次以上	1	1.2
遺漏值	1	1.2
勒索他人		
完全沒有	80	96.4
曾經有 1-2 次	2	2.4
每月 2-3 次	0	0
每周 2-3 次	0	0
每天 1 次以上	1	1.2
排擠他人		
完全沒有	79	95.2
曾經有 1-2 次	3	3.6
每月 2-3 次	0	0
每周 2-3 次	0	0
每天 1 次以上	1	1.2
威脅他人		
完全沒有	79	95.2
曾經有 1-2 次	3	3.6
每月 2-3 次	0	0
每周 2-3 次	0	0
每天 1 次以上	1	1.2
言語重傷他人		
完全沒有	76	91.6
曾經有 1-2 次	5	6
每月 2-3 次	1	1.2
每周 2-3 次	0	0
每天 1 次以上	1	1.2

(續)

表一、(續)

變項	n	%
性騷擾他人		
完全沒有	71	85.5
曾經有 1-2 次	10	12
每月 2-3 次	0	0
每周 2-3 次	1	1.2
每天 1 次以上	1	1.2
曾霸凌他人(含毆打、勒索、排擠、威脅、言語重傷、性騷擾之任一種)		
無	52	62.7
有	30	36.1
遺漏值	1	1.2
EQ5D_總分		
平均±標準差	7.49±2.35	
EQ5D_VAS		
平均±標準差	81.87±10.78	

表二、PIMRA 量表精神徵狀與機構適應之各波調查百分比

PIMRA	前期 1 波 (n=176)	前期 2 波 (n=176)	前期 3 波 (n=176)	前期 4 波 (n=176)	本次 1 波 (n=83)	本次 2 波 (n=83)
1 思覺失調症	6	4	3	1	2.4	1.2
2 情緒疾患症	3	1	2	1	--	--
3 性心理疾病	0	0	1	0	--	--
4 適應障礙	9	5	3	5	7.2	0
5 焦慮症	8	6	5	5	8.4	1.2
6 身體化症	7	5	7	5	2.4	0
7 人格障礙	6	1	3	2	3.6	0
有精神徵狀*	19.3	13.1	13.6	11.4	13.3	2.4
8 機構內適應不良	38.1	26.7	35.6	37.2	30.1	31.3

註:前期 107 年計畫共收案 4 波次，本次 109 年計畫共收案 2 波次，皆為觀察研究並無任何介入。

\*有上述 PIMRA 之 1-7 個精神徵狀中任一個

表三、機構內適應不良之 2 波資料統整

變項	n	%
第 1 波 機構內適應		
機構內適應不良	25	30.1
機構內適應良好	58	69.9
第 2 波 機構內適應		
機構內適應不良	26	31.3
機構內適應良好	57	68.7
1 跟 2 波 機構內適應		
任一/皆適應不良	37	44.6
兩波皆適應良好	46	55.4

表 四、研究對象個人特質與同儕相處情形與機構適應的相關

變項	機構適應良好 (n=46)	機構適應不良 (n=37)	總計 (n=83)
性別			
男	24(52.2)	19(51.4)	43(51.8)
女	22(47.8)	18(48.6)	40(48.2)
教育程度			
國中含以下	10(21.7)	19(51.4)**	29(34.9)
高中含以上	33(71.7)	14(37.8)	47(56.6)
遺漏值	3(6.5)	4(10.8)	7(8.4)
障礙程度			
輕度	2(4.3)	1(2.7)	3(3.6)
中度	12(26.1)	3(8.1)	15(18.1)
重度	20(43.5)	17(45.9)	37(44.6)
極重度	12(26.1)	16(43.2)	28(33.7)
合併障礙			
無	23(50.0)	20(54.1)	43(51.8)
有	20(43.5)	12(32.4)	32(38.6)
遺漏值	3(6.5)	5(13.5)	8(9.6)
使用精神疾病藥物			
無	38(82.6)	24(64.9)	62(74.7)
有	8(17.4)	12(32.4)	20(24.1)
遺漏值	0	1(2.7)	1(1.2)
父母婚姻			
已婚	30(65.2)	25(67.6)	55(66.3)
離婚	4(8.7)	5(13.5)	9(10.8)
喪偶	8(17.4)	4(10.8)	12(14.5)
其他	4(8.7)	3(8.1)	7(8.4)
家庭經濟狀況			
貧窮	4(8.7)	2(5.4)	6(7.2)
普通	29(63.0)	22(59.5)	51(61.4)
小康	12(26.1)	13(35.1)	25(30.1)
富有	1(2.2)	0	1(1.2)
照護方式			
24 小時全日型	9(19.6)	21(56.8)***	30(36.1)
日間照護	37(80.4)	16(43.2)	53(63.9)

(續)

表四、(續)

變項	機構適應良好 (n=46)	機構適應不良 (n=37)	總計 (n=83)
<b>同儕相處情形</b>			
整體而言，他（她）和同儕相處得愉快嗎			
都很愉快	22(47.8)	10(27.0)	32(38.6)
還算愉快	22(47.8)	25(67.6)	47(56.6)
不太愉快	2(4.3)	1(2.7)	3(3.6)
很不愉快	--	--	--
遺漏值	0	1(2.7)	1(1.2)
他（她）在機構中，會主動幫助同儕嗎			
沒有	14(30.4)	12(32.4)	26(31.3)
很少	9(19.6)	16(43.2)	25(30.1)
經常	12(26.1)	7(18.9)	19(22.9)
總是	10(21.7)	2(5.4)	12(14.5)
遺漏值	1(2.2)	0	1(1.2)
他（她）有幾個常常在一起的朋友			
沒有	11(23.9)	17(45.9)*	28(33.7)
1 位	7(15.2)	10(27.0)	17(20.5)
2-3 位	20(43.5)	9(24.3)	29(34.9)
4 位以上	8(17.4)	1(2.7)	9(10.8)
他（她）在機構中，同儕會不理他嗎			
不會	15(32.6)	12(32.4)	27(32.5)
很少	17(37.0)	12(32.4)	29(34.9)
有時候	12(26.1)	12(32.4)	24(28.9)
常常	2(4.3)	0	2(2.4)
遺漏值	0	1(2.7)	1(1.2)
他（她）一個星期和同儕交談或接觸幾次呢			
從來沒有	2(4.3)	5(13.5)*	7(8.4)
一周一次	3(6.5)	8(21.6)	11(13.3)
一周二到三次	10(21.7)	9(24.3)	19(22.9)
一周四次以上	31(67.4)	15(40.5)	46(55.4)
同儕對待個案如何			
非常不好（不喜歡、會騷擾）	3(6.5)	0*	3(3.6)
還好（只是打招呼）	16(34.8)	25(67.6)	41(49.4)
很好（會邀請一起參加活動）	16(34.8)	8(21.6)	24(28.9)
非常好（常常與同伴在一起）	11(23.9)	4(10.8)	15(18.1)

(續)

表四、(續)

變項	機構適應良好 (n=46)	機構適應不良 (n=37)	總計 (n=83)
<b>機構參與情形</b>			
訓練_合併			
基本能力	17(37.0)	18(48.6)	35(42.2)
1 個技能	13(28.3)	13(35.1)	26(31.3)
2 個技能含以上	16(34.8)	5(13.5)	21(25.3)
遺漏值	0	1(2.7)	1(1.2)
課程興趣			
都很興趣	9(19.6)	5(13.5)	14(16.9)
大部分	18(39.1)	6(16.2)	24(28.9)
少部分	16(34.8)	20(54.1)	36(43.4)
都不感興趣	2(4.3)	5(13.5)	7(8.4)
遺漏值	1(2.2)	1(2.7)	2(2.4)
他(她)參加幾個團體活動呢? 包括教堂, 或其他宗教活動			
都沒有	9(19.6)	4(10.8)	13(15.7)
只有 1 個	14(30.4)	15(40.5)	29(34.9)
2-3 個	23(50.0)	17(45.9)	40(48.2)
遺漏值	0	1(2.7)	1(1.2)
他(她)對參加的團體活動滿意嗎			
非常不	1(2.2)	0***	1(1.2)
還好	19(41.3)	33(89.2)	52(62.7)
非常滿意	26(56.5)	3(8.1)	29(34.9)
遺漏值	0	1(2.7)	1(1.2)
他(她)多久參加一次社區的休閒活動呢? 例如: 聚會、音樂會、出去玩			
一個月不到 1 次	4(8.7)	3(8.1)	7(8.4)
一個月 1-2 次	36(78.3)	28(75.7)	64(77.1)
一個月 3-4 次	6(13.0)	4(10.8)	10(12.0)
遺漏值	0	2(5.4)	2(2.4)
他(她)有積極參加休閒活動嗎			
很少或從不	7(15.2)	6(16.2)	13(15.7)
還好	21(45.7)	22(59.5)	43(51.8)
常常	18(39.1)	8(21.6)	26(31.3)
遺漏值	0	1(2.7)	1(1.2)

(續)

表五、(續)

變項	機構適應良好 (n=46)	機構適應不良 (n=37)	總計 (n=83)
被霸凌(含毆打、勒索、排擠、威脅、言語重傷、性騷擾之任一種)			
無	31(67.4)	28(75.7)	59(71.1)
有	15(32.6)	8(21.6)	23(27.7)
遺漏值	0	1(2.7)	1(1.2)
曾霸凌他人(含毆打、勒索、排擠、威脅、言語重傷、性騷擾之任一種)			
無	30(65.2)	22(59.5)	52(62.7)
有	15(32.6)	15(40.5)	30(36.1)
遺漏值	1(2.2)	0	1(1.2)
eq5d_總分	6.89±0.28	8.23±0.44**	7.49±0.26
eq5d-vas_總分	82.06±1.76	81.62±1.54	81.87±1.18
友伴關係 z score	0.36±0.14	-0.46±0.14***	0±0.11

表 五、機構內適應影響因素之羅吉斯分析

變項		OR (95%CI)
性別	女	0.77(0.21-2.88)
	男	ref
合併障礙	有	0.40(0.11-1.44)
	無	ref
照護機構	24 小時全日型	3.77(1.09-13.00)*
	日間照護	ref
精神用藥	有	2.03(0.50-8.22)
	無	ref
同儕霸凌經驗	有	0.63(0.17-2.37)
	無	ref
生活品質總分(EQ5D)		1.26(0.90-1.75)
友伴關係 <sup>a</sup>		0.41(0.20-0.83)*

a 友伴關係為 z score。

附件一

同儕霸凌:前期計畫資料(w1-4)與本次 1-2 波資料

被霸凌	w1 (n=176)	w2 (n=176)	w3 (n=176)	w4 (n=176)	第 1 次 (n=83)	第 2 次 (n=83)
1 曾被毆打	15.9	12.1	12.1	9.3	32.5	16.9
2 曾被勒索	--	--	--	--	4.8	0
3 曾被排擠	10.2	8	6.3	6.4	4.8	0
4 曾被威脅	2.3	2.9	6.3	4.1	4.8	1.2
5 曾被言語霸凌	14.8	9.8	12.1	10.5	7.2	3.6
6 曾被性騷擾	4	4.6	2.9	3.5	14.5	3.6
曾經歷上述任一種霸凌	27.8	23	20.7	19.2	27.7	10.8