

獨立與依賴意涵的重新檢視

張玲慧¹ 王劼² 施陳美津¹ 毛慧芬³

個案獨立或依賴程度為目前老人健康照護服務的重要考量，也是醫療、社會資源分配的重要指標，然而少有研究有系統的探討獨立或依賴的意涵，中文文獻更是付之闕如，本文回顧相關英文文獻，以歷史觀與醫學、社會、心理、文化與職能治療等觀點，有系統的探討獨立／依賴的意涵，凸顯職能治療專業人員面臨的臨床實務與理論的差異。

以歷史觀而言，職能治療的治療重心從以有目的的活動為治療重心到重視個人自我照顧能力，反映出專業因應社會文化演變與專業發展的需要。近年社會、心理、與文化學學者提出醫療環境所強調的功能性獨立／依賴為一充滿價值觀、多層次、有主觀與客觀面向的概念、是個人與社會文化情境與環境互動的產物。職能治療理論整合近年來的相關理論，對獨立／依賴的新闡釋與所提倡的職能參與為職能治療主要範疇的理念也有同樣特質。然而此理解與目前生物醫學意識型態主導、視獨立／依賴為可客觀測量量化的個人單面屬性的論述互相衝突，職能治療專業人員因此需要在理論與實務的差異中調適。

隨著社會醫療資源分配與失能者的人權議題日益受到關注，身為一重要指標的獨立／依賴相關課題也日益重要。然而如何在實務層次融入獨立／依賴的多面向概念這重要課題仍缺乏明確的實證架構，發展職能參與的評估工具，進而驗證奠基於職能參與理念的治療療效可以幫助縮小理論與實務的差異。

關鍵詞：獨立，依賴，復健

前 言

老化常伴隨生理功能低下，日常生活功能降低，進而影響生活品質與對醫療與社會資源的需求，因此老人獨立與依賴是老人照護所關注的重要議題，獨立／依賴程度是衛生相關政策以及醫療資源分配與治療的重要指標。本文藉由檢視醫學領域裡（特別著重職能治療專業文獻）與獨立／依賴相關討論，探討獨立成為職能治療治療重心的歷史脈絡與獨立／依賴的意涵。

文獻對獨立／依賴的定義尚無定論，醫學相關文獻裡的獨立，多侷限於強調個人執行活動的能力之「功能性獨立」(functional independence)¹

的單一範疇；職能治療身為醫療專業一員、對功能性獨立也有很多的討論，本文章首先檢視功能性獨立如何成為近代職能治療的重心？醫學、心理、社會、文化等領域相關文獻對獨立／依賴的論述為何？本文將一一檢視定義的釐清、對醫學領域過度注重功能性獨立的批判、獨立的面向與建構，與職能治療文獻對獨立的解讀等議題。文章的目的在指出目前獨立／依賴研究的現況與困境、臨床實務與理論的落差。

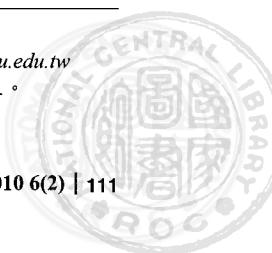
功能性獨立成為職能治療重心的歷史脈絡

要對功能性獨立與職能治療的關係有進一步的認識，有必要檢視功能性獨立成為職能治療重

¹ 國立成功大學醫學院職能治療系暨研究所¹ 長榮大學醫務管理系² 國立台灣大學職能治療學系暨研究所³

通訊作者地址：毛慧芬，100 台北市徐州路 17 號台灣大學公衛大樓 4 樓。電話：02-33668178；電子郵件：hufen@ntu.edu.tw

² 本文以「功能性獨立」形容目前醫學領域裡所強調的日常生活活動能力的執行層面的獨立，「獨立」為較廣義的獨立。



心的歷史脈絡。因為道德治療(Moral Treatment)的啓蒙，職能治療早期多在福利機構，以有目的性的活動(purposeful activities)為治療媒介，例如閱讀書籍、音樂欣賞、運動、木工、康樂活動等，治療目標在幫助個案藉由專注於活動來運動與進一步的掌控個人心靈與身體狀況(Penoquin, 1989)。

兩次世界大戰後，因戰爭而生理傷殘的軍人人數急速增加，使得復健的需求也隨之增加，職能治療藉由提供失能軍人復健，成為復健醫學的專業之一，復健醫學對職能治療影響日重。第一次大戰後社會正值工業化發展階段，復健目標強調幫助失能個案成為社會中獨立的成員(independent contributing members of society)，此時獨立意指可以獨立的生活，成為社會中有生產力的一員，減少社會支出(Baker, 2005)，配合復健的需要，職能治療當時的重點在增進個案的就業能力(Gritzer & Arluke, 1985)。

1950 至 1960 年代後，受西方個人主義(Individualism)、身體機械論(mechanistic view of body)與身心二分論(body-mind dichotomy or Dualism)的影響，強調「修補個人能力」以達到獨立目標的修補性獨立模式('fix-it' model of independence)成為生物醫學(biomedicine)定義功能性獨立的主流；重視個人技巧訓練，失能者藉由復健人員提供輔具、教導適應策略以及功能性的技巧讓功能性限制降到最低，達到最大功能性獨立(Turnbull & Turnbull Iii, 1985; 張玲慧，2006)，此時獨立的定義強調在沒有任何他人協助之下執行日常生活活動的能力。也就是說，二次大戰後，復健的目標除以生產力為重心外，也開始重視個人可以將生理功能以及功能性能力達到最佳狀態(Russel, Fitzgerald, Williams, Manor, & Whybrow, 2002; Tamaru, McColl, & Yamasaki, 2007)。同時，受實證論典範(Positivism paradigm)的影響，強調以科學化、客觀化的方式來驗證治療結果(Tamaru et al., 2007)，測量個案功能性表現能力的量表因應而生(Shah & Cooper, 1993)，如 1958 年發表的巴氏量表

(Barthel Index)。

此階段職能治療對功能性獨立的治療有三種理論基礎，強調藉由改善生理身體、心理功能等職能要素(occupational components)，達到功能性獨立的目標：(1)神經學理論重視提供適當的感覺刺激，來促進不同感覺刺激的整合進而促成功能獨立；(2)心理分析理論強調情感衝突的消解是功能獨立的基礎，因此強調藉由物品操作促進情感的表達；(3)運動學理論視功能性獨立為肌肉骨骼系統的整合，藉由強化肌肉、增加關節活動度與協調度來促進獨立(Rogers, 1982)。可見當時職能治療已反映生物醫學意識型態之影響。

1960 至 1970 年代民權運動(Civil Rights Movement)興起，人權議題受到重視，而後獨立生活運動(Independent Living Movement)以及失能權利運動(Disability Rights Movements)引起大眾對於身心障礙者人權的注意，許多專業開始探討獨立／依賴議題，論述逐漸多元化，例如開始將討論重心從個人能力轉移至自主權、環境對獨立的影響與生活品質等，主張失能者可以有選擇自己生活模式的權利、去除環境中不利的障礙（例如建構無障礙設施）、保障身障者可以擁有良好的生活品質等。獨立生活運動的支持者反駁修補性獨立模式(Taylor, 2001)，認為獨立不應單指個人功能性技巧的進步，應強調個人在生活中是否有自我決策權(self-determination)、自治權(autonomy)、選擇(choice)與權力(power)。獨立生活運動的擁護者 Heumann 說：「對我們而言，獨立不單指身體能夠自行操作事務，它意指可以執行單獨的決策，是一種心理過程，而非由正常的生理功能來決定」(Tamaru et al., 2007)。

女權主義(feminism)與失能研究學者也對醫學主流強調「功能性獨立」為個人能夠獨立完成任務的觀點提出批判，認為個人想依賴他人的需求是人的自然本質，互相依賴(inter-dependence)的過程可以使生活更為便利，因此在自由意志之下尋求他人協助來完成任務也可以被視為是獨立的行為，例如請他人備餐或協助個人盥洗。失能

的社會模式(social model of disability)進一步提出失能者是積極主動的消費者，而非消極的被迫接受治療(Taylor, 2001)。Nosek & Fuhrer (1992)提出從心理學 Maslovian 理論發展出的啓發式獨立模式(heuristic model of independence)，提出「獨立」的四大要素：可控制自己生活的主觀感受、生理的功能、心理層面的自立以及環境的資源的運用，四個要素會相互影響並產生互動(Bottari, Dutil, Dassa, & Rainville, 2006; Nosek & Fuhrer, 1992)。

在 1960、1970 年代，職能治療實務雖受生物醫學意識型態影響，視獨立為個人特質，著重改善身體心理功能來達到獨立的功能性目標，但當時已有學者警告此趨勢與全人化、以參與有意義活動為治療媒介與目標的職能治療理念和社會心理等領域所提出的獨立理論有落差，職能治療師應嘗試將個人主觀感受（需求、自治權以及勝任感）與環境要素（包含可以促進獨立的生理、社會、時間的要素）融入獨立概念(Rogers, 1982)。三十年後，2008 年職能治療實務架構(Occupational Therapy Practice Framework)所提出的獨立為「不論所希望或需要協助的量或性質，當個案可以執行或指揮他人執行參與活動／社會所需之行動，就是獨立」，此定義反映職能治療納入其他專業對獨立的新解讀，嘗試回到職能治療以個人為中心的基本哲學概念(AOTA, 2008)，獨立意涵的轉變反映職能治療因應社會文化與理論的演變，考量獨立的多面向和對個人自主權的重視。

回顧職能治療發展歷史可見獨立並非一開始就為職能治療或復健的最終目標，從十八世紀末以在精神疾病機構提供有目的的活動來「佔據」(occupy)個案的身心為職能治療重心，到二十世紀中自我照護活動的獨立成為職能治療的主軸，到近年來職能治療的目標由個人缺陷的治療轉移至強調個人與環境的互動，個人可以做決定並且指引治療，促使個案的自我決策能力成為主要的職能治療介入目標(Russel et al., 2002)。此轉變反映為因應社會需要與復健醫學的發展、發展生

理疾病職能治療的專業，成為醫療專業一員的策略等的職能治療專業演變趨勢。

「獨立／依賴」的定義

雖然獨立／依賴會隨時代或不同領域背景的觀點，而給予不同的定義，老人復健相關文獻引述獨立／依賴時，常假設讀者可以理解其定義而未加明確清楚的說明，即使有少數文章對定義做深入討論時，論點也多所分歧。例如 Plath (2008)從社會學的角度指出老年人對獨立的定義包含五大主題：可以單獨做事情、執行自己的決策、生理與心理能力、擁有及運用資源、社會地位以及自尊；Beeber 指出獨立是「不會對他人產生負擔」(Beeber, 2008)；Hammarström 與 Torres 指出雖然大家對獨立的定義沒有共識，但可以從形容獨立特質的詞彙來找出共同性，例如自立、自治權、自我控制、自我依賴、勝任感、或是自我時間與空間控制的能力與機會(Hammarström & Torres, 2010)。以上論述也凸顯獨立的定義或特質以個人為中心，注重個人能力的展現，是一般社會價值觀所允許、所期許的狀態，反映視個人為一個與他人分開的實體，注重自主、個人主義的北美價值觀(Tamaru et al., 2007)。

「依賴」常與獨立相提並論，也有很沈重的價值觀包袱，依賴通常被賦與一種是人所不欲、負面、與年老或身體功能損傷相關的狀態(Beeber, 2008; Ellefsen, 2002)。依賴可依所需協助及造成依賴的原因分為發展性、生理、心理、社會、行為、情緒、經濟等依賴(Wilkin, 1987)，如生理依賴為個人生理狀況造成的依賴，例如因頸椎第二、三節完全損傷，需他人協助進食或盥洗。行為依賴強調社會文化情境因素造成的依賴行為，當照顧者過度保護、或養護機構因為時效與營養的考量，照顧服務員與老人於用餐時間的互動模式加深老人進食的依賴程度等等都屬於行為依賴(Baltes, 1996; Stabell, Eide, Solheim, Solberg, & Rustoen, 2004)。

雖然依賴通常被認為是一種負面的狀態，

Baltes (1996)強調依賴也具有其正面、適應性的功能，例如「自我調節的依賴」(self-regulatory dependence)。個人（特別是老年人）在面對逐漸喪失的能力與資源時，為適應生活與環境的要求主動選擇最適合個人目標或可以達到最佳功能的策略，例如選擇放棄較不重要的活動、或在此活動「依賴」他人協助或使用代償方式完成（如家事或洗澡盥洗請人幫忙、以輪椅代步來避免跌倒與保持體力），以便節省時間與維持精力參與其它更重視的活動（如工作、休閒等）。此種「行使自主權，運用資源來滿足個人需求與參與有意義活動」的適應策略，雖有依賴事實，但同時符合前述獨立的「自主權」特質。相對於傳統視獨立／依賴為一個互相對立的價值觀、需分開定義測量的思維下，老人的自我調節性依賴行為究竟是獨立、還是依賴？或兩者皆是？這矛盾弔詭的情形尚待釐清。欲深入探討獨立／依賴意涵可從以下四個方向探討：

獨立／依賴是否為個人屬性(individual attribute)？

近年醫學研究常使用功能性量表，如巴式量表與功能獨立自主量表(Functional Independence Measure)，來客觀評估個人的獨立／依賴程度，做為療效的客觀指標，這裡的獨立／依賴通指「個人能力足以自行執行日常生活活動(activities of daily living, ADL)」的功能性能力，如同個人的關節活動度與肌力，是可以客觀觀察、可以量化的個人屬性，(Hammarström & Torres, 2010; Shah & Cooper, 1993)，並且侷限於「功能性獨立」的面向。近年此過度強調獨立／依賴的功能性面向的論點受到很多批判。第一：強調「個人」是否可以單獨的完成ADL、工具性ADL相關活動的功能性獨立時，不可避免的將重心放在個人失能或身體功能損傷，與因生理疾病造成的生理依賴，忽略其他層面的獨立／依賴。第二：目前文獻一般皆同意環境對獨立有很大的影響，例如 Bottari 等人(2006)提出以表現為主(performance-based)的ADL評估，會因評估環境

不同而有不同的結果，這項結果支持許多復健臨床工作者的臨床推理思維：執行ADL的能力並不能超脫個人主觀感受與環境的影響，功能性獨立的考量應同時包括個人能力與環境因素(Bottari et al., 2006)。換句話說，過度強調個人能力在獨立概念中的重要性與獨立／依賴為個人與環境互動產物的論點相違。第三：獨立包括主觀與客觀的面向。例如老人對環境要求、活動的重要性、安全性（如發生跌倒的可能性）的主觀評估，直接影響其社區移動能力之獨立性，所以客觀觀察的評估結果並不一定能真實反映老人社區移動能力的實際獨立程度(Finlayson & Kaufert, 2002)。Ueda & Okawa (2003)也提出在國際衛生組織所提出的功能分類系統(International Classification of Functioning)，影響功能的因素除需考慮個人與情境等客觀因素外，應加入個人對其功能程度的主觀經驗。主流生物醫學過度強調獨立為個人屬性與可以測量的客觀事實，忽略獨立／依賴具有多層次的意義、是行為與環境互動的結果與包括社會、個人的價值觀和期待等主觀層面，是目前醫學領域獨立／依賴評估工具最大的問題(Wilkin, 1987)。

「依賴－獨立」是否是相同面向上的一個連續體(continuum)，或為兩種截然不同的面向？

有些失能研究的學者認為獨立／依賴是一二分法(dichotomy)的概念：例如當個人自主權為討論重點時，獨立依賴為兩種對立的概念，個人若不處於獨立的狀態下便是依賴。從目前常用的獨立／依賴的評估工具（如 Functional Independence Measures 與 Barthel Index）來檢視其中隱含對獨立／依賴的假設，功能性獨立／依賴是從完全獨立到完全依賴一個面向上的連續變項，但這解釋容易認定罹患慢性病與有身體依賴的個人長期處在一個依賴的狀態下，忽略每個人都需因應環境或個人身體功能的變化，可能在不同的活動有不同的需求或接受協助的程度，不斷的游移於獨立／依賴之間的連續體上(Gignac & Cott, 1998; Hammarström & Torres, 2010)。不管

是將獨立依賴的定義放置於同一面向當中的連續體或是二分法的概念⁴，目前為止都沒有明確的說法來確定兩者之間的關係，此獨立依賴架構所引申的評估工具與結果（例如前所述的日常生活活動評估）容易忽略其他獨立依賴面向的探討，以此結果所做出的醫療社會資源分配與照護模式容易與現實狀況有偏差(Gignac & Cott, 1998; Kaufman, 1994)。

目前文獻對獨立依賴的討論偏向定義其為兩種不同的建構，各自有多種範疇與受多重因素影響(Gignac & Cott, 1998; Secker, Hill, Villeneau, & Parkman, 2003; Wilkin, 1987)。如同前述的老人自我調節的依賴與因慢性疾病造成生理依賴的人，可能在某些活動需要他人協助，也就是依賴的情形下，仍在其他活動獨立、有自主權、自我獨立以及自我實現等的主觀獨立感受與經驗(Secker et al., 2003)，所以獨立與依賴是可同時並存的兩個不同建構。雖然此解讀不盡完善，例如就單一活動而言，仍可以一連續體概念來看來獨立／依賴，但若欲了解個人整體的獨立／依賴，獨立／依賴為不同建構可能比以二分法的對立概念或同一面向的連續體來概括解釋較能幫助全面性的了解獨立／依賴。

獨立／依賴是否為一社會建構(social construction)的產物？

社會學家 Wilkin (1987) 定義依賴為「個人依賴他人的協助來滿足個人所認知的需要的狀態」，此定義指出依賴是「個人、照顧者、或社會」的認知產物；個人是否在「覺得」需要協助的活動得到協助，取決於這活動在個人、照顧者、社會的價值觀體系的地位。例如在現有醫療與社會福利架構之下，獨立或依賴的概念僅限制於個人衛生、家務等活動，很少用來討論「工作」、「休閒」、「教育」等活動。評估獨立的評估標準為被評估個案與正常人以「正常」的方式與速度執行活動的能力的差別，視依賴為悖離社會常模的現象(deviation from normal)，隱含獨立／依賴為社會建構產物的意涵(Wilkin,

1987)。換句話說，在某種活動上的獨立／依賴與此活動性質、文化、社會價值觀和政經政策相關，是一種個人和他人與環境的關係與互動，且這互動為社會文化環境的建構產物。

基於社會建構理論與批判理論發展出的結構性依賴概念更進一步強調社會結構與政策對獨立／依賴的影響，認為依賴常被用來污名化弱勢團體，被用來做提供或減少社會資源的合法理由。社會價值觀、機構與系統（例如福利政策、醫療政策）受到政治、社會架構及經濟因素影響，進而迫使老人處於一個不利的條件，導致個人的結構性依賴(Plath, 2008; Townsend, 2006)。例如福利機制或照護機構以安全為名，限制老人的行為，進而影響其人權與獨立程度或造成老年人的合法化依賴行為；或 65 歲強迫退休的政策造成許多老人在 65 歲後失去經濟能力，需要依賴社會福利或家人提供經濟支持；因年齡、身體功能能力不同而有區別其所接受權利與可參與之職能的制度造成老年人的依賴行為與社會邊緣化，這種結構性依賴造成的老年經驗不應被視為正常的老化過程，也非自然的社會結構狀態(Plath, 2008)。

獨立依賴是否有其文化面向？

有學者提出不同文化對於獨立會有不同的解讀，獨立的觀念並非全球通用，而是具有文化特定性。筆者的文獻蒐集並沒有找到有系統性的探討台灣醫療、社會文化裡的獨立依賴意涵的文章，在此藉由日本文獻來討論東方文化對獨立依賴意義的文化層面。Kondo (2004) 與 Tamaru 等人(2007) 探討日本與西方文化對獨立闡釋的異同；指出日本文化著重在個人與團體相互依賴的價值，與西方著重個人行為、權力(right-based)等的個人主義的論點大相逕庭。傳統日本社會受到溫和的父權主義與集體主義影響，以責任為基礎的觀點並且以社區為導向的生活使個人在生活中受到不同團體（如家庭、學校、工作）的牽制，看重人與人之間彼此依賴與權利義務的關係。若個人產生失能狀況時，就應該接受他人協



助，依賴他人來完成事務。獨立是日本社會的一個新興概念，管理自我的生活以及自我決策等相關理念都尚在萌芽階段。Kondo 的論述也凸顯在單一社會裡，因為全球化的趨勢，個人主義與集體主義通常處於並存的狀態，相對的重要性會隨文化與社會背景的演變而有所不同，因此獨立／依賴的意涵也會隨之持續的演進。

職能治療專業人員看獨立：理論與臨床實務的落差

雖然從職能治療專業文獻來看，獨立為多面向，強調個人與環境的互動與自主權的特質反映職能治療的基本理念與整合各領域的獨立理論的結果；然而在目前生物醫學意識型態主導、強調功能性獨立的醫療環境的現實環境與限制下，將此概念應用在臨床實務挑戰職能治療專業人員在理論與實務中調適的能力。

例如 Taylor (2001) 探討職能治療學生對獨立的定義，大一、二學生對於獨立的解釋著重於病患在功能性技巧的達成，開始在臨床領域接觸個案後，獨立逐漸轉換為個案具有選擇、提出需求以及控制的能力，進而呈現賦權的狀態，反映職能治療學生對獨立的想法由最初的生物醫學角度轉移到以個案為中心的社會心理模式。臨床職能治療專業人員了解現前醫療環境與評估工具對獨立的侷限解釋，發展出個人對獨立的解讀，獨立意指「生活在自己所選擇的環境當中」，例如：若個人可以在家中執行許多事務，滿足自己的需求，有「掌控(in charge)環境」或是「控制(in control)自我生活」的感受就是獨立，強調個人主觀意識與環境在獨立概念中的重要性(Russel et al., 2002)。不同工作地點的職能治療專業人員對獨立也會有不同的定義；在保險公司工作的治療師認為獨立是回歸到意外或生病之前的生活狀態，並且可以執行之前的工作；在醫院以及機構中工作的治療師則認為獨立是指有能力可以回歸家中，主動掌管自己的生活並且對個人執行 ADL 的能力有一定的滿意度(Haak, Fänge, Iwarsson, & Ivanoff, 2007)。

復健專業領域也早已認知到此矛盾的存在，美國復健醫學會早在 1994 年年會就提出臨床工作人員所重視的實際復健「成果」（例如個人是否能成功的融入社會）與現實使用評估臨床成效的工具（例如個人執行某些活動的能力）有很大的差別，因此呼籲在復健過程與療效評估時也應同時考慮影響獨立／依賴的社會層面與個人主觀感受以及生活品質的面向(Whiteneck, 1994)。

討論

以上文獻回顧呈現現今生物醫學研究視獨立／依賴為個人的屬性，強調個人的功能性技巧表現能力，取決於個人是否可以在沒有他人協助之下完成 ADL 的任務。但是，跨領域文獻則多傾向定義獨立／依賴為多面向的概念，不單指個案的生理表現能力，而是延伸至個案具有選擇、決定的權利與能力；或更進一步指出獨立不僅限於個人能力的展現，也是個人與環境互動的產物，或是一種社會關係或網絡，藉由與他人建立互惠(reciprocity)或互相依賴(interdependence)的關係，從互動的過程中滿足自我的需求並且提高生活品質(Plath, 2008; Wilkin, 1987)。近年來，強調個人主義的美國社會，修補式功能性獨立模式以及社會模式的獨立典範逐漸整合，認為個人可以與社會產生良好互動，並且有自主活動的能力就是獨立，更進一步期許社會必須提供適當的服務使個人享有獨立的權利(Beeber, 2008)。

這多面向來看獨立的趨勢也反應在職能治療的領域。近二十年來許多的職能治療學者，尤其以美國職能治療界為主，多方提倡「藉由職能參與來提升人、組織、族群的健康與社會參與」為職能治療的主要範疇，功能性獨立只是職能參與的一面向，並且指出「所有的人都應該可以藉由參與有意義的職能來經驗獨立或相互依賴」為職能治療的基本理念之一(AOTA, 2008)，職能治療專業人員提供的服務應該反映對個人的職能參與反映他／她與物理、社會文化情境的相互依賴關係的了解。這理念呈現職能治療整合獨立／依賴



的新興理論，對相互依賴觀念的接受，但如何將此了解應用於目前強調功能性獨立的醫療環境的臨床實務或職能治療的研究工作是職能治療專業人員常遭遇的困難。

然而相關文獻除了呼籲進一步的探討與研究外，在目前以實證醫學、強調療效、以改善個人功能為優先的醫療環境下，這些理論或理念並無提供一個明確具體、奠基於實證研究的準則或架構來多面向（不單偏個人的功能進步）的評估獨立／依賴或相互依賴，引導治療方向與評估療效。因為這理論與實際臨床應用的鴻溝，從職能治療學生到工作多年的治療師都有在理論與實務之間的差距做調整的經驗，治療師因為理想與現實的差異造成的期待破滅(disillusion)為職能治療師對工作不滿意或甚至離開專業的主因之一(Bailey, 1990; Rugg, 1999)，所以為了提高職能治療專業人員的工作滿意度與工作週期，如何降低理想與現實的差異是一值得探討的議題。

Anne Fisher 於 1991 年在美國職能治療年會的特邀演講即呼籲職能治療應該根據職能治療理念與理論來發展評估職能參與的工具(Fisher, 1992)，近二十年後的今天，發展以職能為中心的評估工具與如何縮小理論與現實的差距兩個議題進展緩慢：職能治療師的工作仍呈現理論與現實之間的鴻溝，雖有多人提出職能參與的相關理論，例如人－環境－職能模式(Person-Environment-Occupation Model)、人類職能模式(Model of Human Occupation)、職能適應理論(Theory of Occupational Adaptation)等(Crepeau, Cohn, & Schell, 2009)，然而多數理論的實證辯證仍然有限，在現今醫療環境下，廣為接受的職能參與評估工具仍如鳳毛麟角。

Schwartz 在 2009 年美國職能治療年會的 Eleanor Slage Lecture 又再鼓勵職能治療師：不能因為現實與理論的差距就因此放棄專業理念，更應該努力去推廣以職能為中心的治療模式，發展以職能為中心的評估工具與更多的職能治療療效的臨床研究；並且積極在以生物醫學意識為主流的醫療環境裡捍衛職能治療的專業理念

(Schwartz, 2009)。

結 論

因為社會文化情境變遷與許多專業投入探討獨立／依賴的理論，其意涵有顯著的演變，不能以固定或單面向的理論解釋。文獻也呈現就職能治療領域而言，與獨立有相關的論述會順應專業發展與理念、社會文化變遷、和知識的演進而改變。在目前生物醫學強勢主導的醫療環境裡，臨床醫學相關研究著重測量個人執行活動的依賴程度技術層面，視獨立／依賴為一個面向的連續體，或二分法的架構，以此設計評估工具，決定醫療社會福利資源的分配。此論點與目前跨領域的獨立相關文獻與臨床工作者的對獨立／依賴的思維並不一致，此差異是職能治療工作的困境的原因之一。近年來，學者建議發展職能參與的評估工具，進而驗證奠基於職能參與理念的治療療效，可以縮小這差距。

台灣有其獨特社會文化政經背景，加上獨立／依賴是一個社會福利醫療資源分配的指標，因此此議題將隨著社會大眾對資源分配與人權問題而日益受到關注，未來如何在實務層次融入獨立／依賴的多面向概念將是一重要課題。

誌 謝

本文獻回顧有賴國科會專題研究計畫之補助(NSC 98-2314-B-040 -005 -MY3)，在此致謝。

參考文獻

- 張玲慧 (2006)。生物醫學意識型態於台灣復健病房住院患者的復健經驗之呈現。職能治療學會雜誌, 24, 36-54。
- AOTA. (2008). Occupational therapy practice framework: Domain and process, 2nd Ed. *American Journal of Occupational Therapy*, 62, 625-683.
- Bailey, D. M. (1990). Reasons for attrition from

- occupational therapy. *American Journal of Occupational Therapy*, 44, 23-29.
- Baker, M. W. (2005). Creation of a model of independence for community-dwelling elders in the United States. *Nursing Research*, 54, 288-295.
- Baltes, M. M. (1996). *The many faces of dependency in old age*. Cambridge, New York: Cambridge University Press.
- Beeber, A. S. (2008). Interdependence: Building partnerships to continue older adults' residence in the community. *Journal of Gerontological Nursing*, 34, 19-27.
- Bottari, C., Dutil, É., Dassa, C., & Rainville, C. (2006). Choosing the most appropriate environment to evaluate independence in everyday activities: Home or clinic? *Australian Occupational Therapy Journal*, 53, 98-106.
- Crepeau, E. B. Cohn, E. S., & Schell, B. A. B. (2009). *Willard & Spackman's occupational therapy* (11st ed.). Baltimore, MD: Lippincott Williams & Wilkins.
- Ellefsen, B. (2002). Dependency as disadvantage: Patients' experiences. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 16, 157-164.
- Finlayson, M., & Kaufert, J. (2002). Older women's community mobility: A Qualitative exploration. *Canadian Journal on Aging*, 21, 75-84.
- Fisher, A. G. (1992). Functional measures, part I: What is function, what should we measure, and how should we measure it? *American Journal of Occupational Therapy*, 46, 183-185.
- Gignac, M. A. M., & Cott, C. (1998). A conceptual model of independence and dependence for adults with chronic physical illness and disability. *Social Science and Medicine*, 47, 739.
- Gritzer, G., & Arluke, A. (1985). *The making of rehabilitation: A political economy of medical specialization, 1890-1980*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Haak, M., Fänge, A., Iwarsson, S., & Ivanoff, S. D. (2007). Home as a signification of independence and autonomy: Experiences among very old Swedish people. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 14, 16-24.
- Hammarström, G., & Torres, S. (2010). Being, feeling and acting: A qualitative study of Swedish home-help care recipients' understandings of dependence and independence. *Journal of Aging Studies*, 24, 75-87.
- Kaufman, S. R. (1994). The social construction of frailty: An anthropological perspective. *Journal of Aging Studies*, 8, 45-58.
- Kondo T (2004). Cultural tensions in occupational therapy practice: Considerations from a Japanese vantage point. *American Journal of Occupational Therapy*, 58, 174-184.
- Nosek, M. A., & Fuhrer, M. J. (1992). Independence among people with disabilities: I. A heuristic model. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 36, 6-20.
- Penoquin, S. M. (1989). Moral treatment: Contexts considered. *American Journal of Occupational Therapy*, 43, 537-544.
- Plath, D. (2008). Independence in old age: The route to social exclusion? *British Journal of Social Work*, 38, 1353-1369.
- Rogers, J. C. (1982). The spirit of independence: The evolution of a philosophy. *American Journal of Occupational Therapy*, 36, 709-715.
- Rugg, S. (1999). Junior occupational therapists' continuity of employment: What influences success? *Occupational Therapy International*, 6, 277-297.
- Russel, C., Fitzgerald, M. H., Williams, P., Manor, D., & Whybrow, S. (2002). Independence as a practice issue in occupational therapy: The safety clause. *American Journal of Occupational Therapy*, 56, 369-379.
- Schwartz, K. B. (2009). Reclaiming our heritage:

- Connecting the founding vision to the centennial vision. *American Journal of Occupational Therapy*, 63, 681-690.
- Secker, J., Hill, R., Villeneau, L., & Parkman, S. (2003). Promoting independence: But promoting what and how? *Ageing and Society*, 23, 375.
- Shah, S., & Cooper, B. (1993). Issues in the choice of activities of daily living assessment. *Australian Occupational Therapy Journal*, 40, 77-82.
- Stabell, A., Eide, H., Solheim, G. A., Solberg, K. N., & Rustoen, T. (2004). Nursing home residents' dependence and independence. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 677-686.
- Tamaru, A., McColl, M. A., & Yamasaki, S. (2007). Understanding "independence": Perspectives of occupational therapists. *Disability and Rehabilitation*, 29, 1021-1033.
- Taylor, M. C. (2001). Independence and empowerment: Evidence from the student perspective. *British Journal of Occupational Therapy*, 64, 8.
- Townsend, P. (2006). Policies for the aged in the 21st century: More "structured dependency" or the realisation of human rights? *Ageing and Society*, 26, 161-179.
- Turnbull, A. P., & Turnbull Iii, H. R. (1985). Developing independence. *Journal of Adolescent Health Care*, 6, 108-119.
- Ueda, S., & Okawa, Y. (2003). The subjective dimension of functioning and disability: What is it and what is it for? *Disability and Rehabilitation*, 25, 596.
- Whitenack, G. G. (1994). The 44th annual John Stanley Coulter Lecture. Measuring what matters: Key rehabilitation outcomes. *Archives of Physical and Medical Rehabilitation*, 75, 1073-1076.
- Wilkin, D. (1987). Conceptual problems in dependency research. *Social Science and Medicine*, 24, 867-873.
- World Health Organization. (2001). Introduction: International Classification of Functioning, Disability, and Health. Available from <http://www3.who.int/icf/intros/ICF-Eng-Intro.pdf>.



Independence and Dependence Reconsidered

Ling-Hui Chang, PhD¹ Jye Wang, PhD² Meijin Chen-Sea, PhD¹
Hui-Fen Mao, MS³

Independence and dependence is a significant issue in the provision of health services to older adults. It is also an important indicator for medical and social resource allocation. However, there is limited research systematically exploring its meanings. Our best effort did not identify any relevant systematic study in Chinese. This paper reviews relevant English literature and explores the meanings of independence and dependence from both historical and inter-disciplines perspectives. The results highlight the gap between clinical practice and theories on this issue.

From a historical perspective, the changes in the domains of occupational therapy practice from purposeful activities to self care independence reflect the profession's adjustment to socio-cultural changes and needs for professional development. Dominated by biomedical ideology, current medical literature considers independence and dependence as an observable, measurable, and quantifiable individual attribute. However, this view has been under heavy criticism by scholars from other disciplines. The inter-disciplinary literature conceptualizes independence and dependence as value-laden, multi-dimensional, and inclusive of both objective and subjective perspectives. It is the result of interaction among personal, social-cultural, and environmental factors. Empirical studies that explored meanings of independence and dependence from the perspectives of practicing occupational therapists and occupational therapy students also revealed the adjustment the therapists had to make in their practice to reconcile the differences between relevant theories and practice.

The issue of independence and dependence as an important indicator for social and medical resources allocation will receive increasing attention as the public become more concerned with resource allocation and human right issues for people with disability. Although occupational therapist literature shows a lack of clear and concrete evidence-based framework for putting the multi-facet conceptualization of independence/dependence into practice. Scholars have proposed to narrow the gap by development of occupation-based assessment instruments, clinical studies that supports the effectiveness of occupation-based therapy.

Key words: Independence, Dependence, Rehabilitation

Department of Occupational Therapy, Medical School, National Cheng-Kung University¹ Department of Health Care Administration, Chang Jung Christian University² School of Occupational Therapy, College of Medicine, National Taiwan University³
Address correspondence to: Hui-Fen Mao, F4., No. 17, Syujhou Rd., Jhongjheng District, Taipei City 100, Taiwan (R.O.C.). Tel: 886-2-33668178, Fax: 886-2-23511331; e-mail: huifen@ntu.edu.tw

