

南 華 大 學

非營利事業管理學系

碩士論文

長期照顧機構失智症照顧服務員

專業職能建構之初探

Preliminary Establishment of Professional Competency for
the Staff of Dementia Care in Long-term Care Agencies



研 究 生：陳蔡美惠

指 導 教 授：鄭 文 輝 博 士

中 華 民 國 一 〇 二 年 六 月 二 十 四 日

誌 謝

「有夢最美 築夢成真」，十年前南華大學的NPO管理學分班指引我把實務經營的從小型的養護機構提升為「財團法人」的老人社會福利長期照護機構，讓我踏入非營利組織經營管理的殿堂。十年後的我，在同業文正兄及學分班同學的鼓勵下，如願進入南華大學非營利事業管理研究所，並且在所長與教授們的指導下，走過了我的碩士學程，取得了碩士學位。這段路雖然走得艱辛，但是成就的喜悅讓我慶幸當初選擇南華非營所是對的。

在這轉眼即逝的兩年裡，要感謝呂朝賢老師、黃德舜老師、鄭讚源老師、傅篤成老師、林吉郎老師、王振軒老師、卜正球老師等，所有教導過我的教授們，毫不保留的傾囊相授、敦敦教誨，給我鼓勵與協助，讓我從NPO組織的門外漢，到現在完成非營所的碩士學位。更感謝口試委員鄭文輝老師、李光廷老師與涂瑞德老師，感謝你們在論文上的修正與指導。尤其是我的指導教授鄭文輝老師，感謝你的體恤，讓我能在有限的時間內趕上進度、完成論文，我會感恩終身，把所學運用在工作上、社會上，以感謝各位老師的付出。

讀書是會讓人蛻變的，這是我從同班同學的相處中感受到的一股動力。像充滿服務精神的班代宥桂、經常與我討論分享的惠慈、同是照顧機構過來人的銘洋、海芳的交流，還有雅珉、淑純、庭雅、巧芳你們令人敬佩的求學精神，在兩年同窗的切磋裡，同學們知無不言、言無不盡，皆是改變我的最佳夥伴。謝謝你們這份同窗情誼，我將永遠銘記在心。

受訪者是這篇論文的中心，感謝我的同事們：玉真、麗雲、淑姿、麗金、美玉、麗首、秋惠、淑鈴等的配合參與，不斷的給我在工作上的經驗分享。另外還有參與本研究的家屬，謝謝你們默默的付出，給我們分享最好的失智症照顧經驗。

家人永遠是我最好的支柱。母親五十多歲才從國中畢業是我重拾書本的榜樣，兩位弟弟瑞國、瑞安在工作上的分憂解勞，兒子信翰、韋菁在功課上給我的好建議，都是我能完成學業背後的推手。當然，我的另一半俊男的支持與讚許，更讓我無後顧之憂。謝謝你們！

美惠 謹誌於瑞泰長照中心

摘 要

人口老化早已是世界密切注意的議題。臺灣隨著高齡人口急遽上升，失智人口亦隨著快速增加。當前失智症患者的照顧之主要場域在機構混合式照顧及機構內的失智症照顧專區，而照顧服務員是機構第一線的服務人員，為提供長期照顧直接服務的主要人力之一，其素質的好壞直接影響照顧品質的優劣。本研究之目的旨在探討失智症照顧服務員應具備的專業職能。採質性研究方法，以嘉義縣、市三個長期照護機構的主管、照顧服務員及住民家屬共9位個案為研究對象，使用深度訪談、半結構式訪談指引進行資料收集，並輔以工作觀察分析檢視失智症照顧服務員之專業職能。經由資料收集、形成文本、主題分析歸納出失智症照顧服務員之專業職能有六項，分別為「動機」、「特質」、「自我概念」、「知識與技能」、「工作倫理」、「問題解決能力」等。研究歸納後，研究者認為失智症與一般失能者症狀不同，且症狀非常多樣。照顧服務員除了照顧失能者須具備的專業之外，必須增加失智症相關專業知能，否則無法妥善照顧失智症患者。本研究所探討的失智症照顧職能內涵若能加以落實，不失為提昇長期照護機構中失智症照顧品質之方法。

關鍵字：長期照顧機構、照顧服務員、專業職能、失智症

Abstract

The aging of the population has long been one of the world's issues people have been paying close attention to. With the Taiwan's elderly population rapid increase, the number of cases of dementia also increases. Current dementia care source lies mainly in mixed institution and specialized areas within these institutions, and the care attendants are the first line service personnel in these institution, they are the main source of long term service, and the quality of these personnel directly reflects on the quality of the service. The purpose of this study is to investigate whether dementia care staff possesses appropriate professional functions. Taking a qualitative research approach to Chiayi county and city's four long-term care institution's administrator, care taking personnel, and patient's family member, a total of nine subjects, using in-depth interviews, semi-structured interviews for data collection, supplemented with observation and analysis of professional functions. Through data collection formed text copies, thematic analysis summarized the professional functions of dementia care includes "motivation"、"character"、"self-concept"、"knowledge and skills"、"work ethic" and "problem solving abilities" and so on. Study concludes, the researchers believe that the symptoms of dementia and general disability is different and the symptoms are very diverse. Personnel working with dementia patients must acquire in-depth professional knowledge regarding dementia, or cannot properly take care of patients with dementia otherwise. If the connotation and exploration of this study is to be implemented, quality of dementia care provided by long-term care institutions is bound to increase.

Keyword : Long-term Care Agencies , care attendants , Professional Competency , Dementia

目錄

謝 誌	II
中文摘要	IV
英文摘要	V
目 錄	VI
圖 目 次	VIII
表 目 次	IX
第一章 緒論	- 1 -
第一節 研究背景與動機	- 1 -
第二節 研究目的與問題	- 5 -
第三節 名詞釋義.....	- 6 -
第二章 文獻探討.....	- 8 -
第一節 失智症之內涵.....	- 8 -
第二節 失智症與長期照顧機構之現況.....	-16 -
第三節 照顧服務員之法令規範與工作內容.....	-20 -
第四節 失智症照顧服務員之專業職能.....	-25 -
第三章 研究方法.....	- 32 -
第一節 研究設計.....	- 32 -
第二節 資料蒐集.....	- 39 -
第三節 資料處理與分析.....	- 41 -
第四節 研究倫理之考量.....	- 42 -

第四章 研究結果分析與討論	- 44 -
第一節 失智症照顧服務員職能之分析.....	- 44 -
第二節 一般照顧服務員與失智症照顧服務員之不同.....	- 55 -
第三節 失智症照顧服務員職能指標之建構.....	- 58 -
第五章 結論與建議	- 61 -
第一節 結 論.....	- 61 -
第二節 建 議.....	- 62 -
第三節 研究限制與未來研究方向.....	- 68 -
參考文獻	- 69 -
附錄一 照顧服務員訓練課程表.....	- 73 -
附錄二 失智症照顧服務員訪談指引(照顧服務員版).....	- 80 -
附錄三 失智症照顧服務員訪談指引(主管版).....	- 81 -
附錄四 失智症照顧服務員訪談指引(住民家屬版).....	- 82 -
附錄五 研究對象基本資料調查表.....	- 83 -
附錄六 訪談同意書.....	- 84 -

圖目次

圖 1-1 臺灣人口老化地圖.....	3 -
圖 2-1 職能的冰山模型.....	26 -
圖 2-2 態度與績效的關係.....	28 -
圖 3-1 研究架構.....	32 -
圖 5-1 屏東署立醫院—意難忘家園.....	65 -

表目次

表 2-1 失智症與譫妄狀態的區別.....	- 12 -
表 2-2 退化性失智症與血管性失智症的差別.....	- 13 -
表 2-3 臨床失智評估量表 (CDR) 之分期.....	- 14 -
表 2-4 失智症社區推估人口數.....	- 16 -
表 2-5 臺灣社區失智症五歲盛行率.....	- 17 -
表 2-6 機構失智症推估人口數.....	- 18 -
表 2-7 臺灣機構失智症盛行率.....	- 18 -
表 3-1 參與研究機構基本資料分析.....	- 34 -
表 3-2 研究對象基本資料分析.....	- 36 -
表 4-1 訪談資料之主題 (theme)、次主題 (sub-theme)	- 59 -

第一章 緒 論

人口老化早已是世界密切注意的議題。臺灣隨著醫療水準的提升、衛生條件及衛教知識的普及，平均餘命逐年的延長，因此高齡人口急遽上升。自 1993 年 65 歲老年人口占總人口比例達到 7% 開始，臺灣正式進入人口高齡化的社會。雖然與歐美等先進國家相比較，臺灣人口老化的程度不及他們嚴重，但是老化速度卻是有過之而無不及。這樣的情形讓政府因應人口老化的準備期短於其他國家，因此當前的人口老化問題不但對政府而言是一項重要施政決策的挑戰，對實際從事照顧服務產業經營管理者更是一項嚴峻的考驗。

本章內容包括第一節說明研究背景與動機；第二節敘述研究目的與問題；第三節名詞釋義，茲就各節論述如後。

第一節 研究背景與動機

壹、研究背景

衛生署國民健康局 2011 年 7 月 11 日公布臺灣人口老化地圖（如圖 1-1），全國二十二縣市中，以嘉義縣、雲林縣和澎湖縣老年人口比率最高，為全臺最高齡的三個縣市，老人比率最低的全台「最年輕」縣市則是桃園縣；以鄉鎮來看，則以新北市平溪區最老，平均每四人就有一名老人。國健局推估，2025 年臺灣將成「超高齡社會」，老化海嘯將侵襲臺灣。在這股來勢洶洶的老化海嘯中，有一股浪潮正暗潮湧湧的攀上浪頭，其對臺灣社會衝擊遠超過吾人的想像，那就是老人失智症的問題。

2013 年 12 月底，臺灣 65 歲以上老人人口為 2,457,648 人，占總人口的

10.63%，依失智症社區盛行率計算，社區中約有約近 14 萬失智老人，加上長照機構 3 萬多人及 65 歲以下推估失智人口 2 萬多人，臺灣總失智人口超過 17 萬人，且每年以 7,500 位新增個案成長，推估至 2031 年失智人口將攀升至 27 萬人，而當前失智症患者的照顧之主要場域在機構混合式照顧及機構內的失智症照顧專區。而本研究則主要探討對象為機構中混合式照顧之照顧服務員。

照顧服務員是機構第一線的服務人員，為提供長期照顧直接服務的主要人力之一（陳惠姿，2008）。據內政部統計，我國至 2012 年底老人長期照顧及安養機構(不含榮民之家)工作人員職類別中以照顧服務員 12,711 人為最多，占 59.10%(內政部統計處，2013)，居家服務照顧服務員則有 5,591 人、護理機構的照顧服務員有 3,043 人(41.27%)，共計 19,675 人，以女性(14,874 人)為主，Brain & Roberts (2008)指出照顧服務員對於照顧服務體系的重要性日漸增加，未來 10 年長期照顧所需的人力，以照顧服務員之供需最為顯著。目前雖然規定照顧服務員須通過培訓課程才能取得就業資格，且在職後可通過照顧服務員丙級證照以提升其品質，然而其職能的模型卻尚未建立。美國哈佛大學心理學家 David McClelland 於 1973 年針對高等教育普遍使用智力測驗來篩選學生的現象提出不一樣的想法，他強調「不應僅以智商作為甄選人員之依據，而應該更注重實際影響學習績效的能力(Competency)。」那時是 McClelland 首次提出職能(Competency)的想法，到近年來也逐漸被各界所使用。之後凡是在企業中位居上層的領導者或是基層員工，想要了解表現優秀與普通的工作者之間的差異，找出並確認哪些是導致工作上卓越績效所需具備的知識、能力及行為表現(Spencer & Spencer 1993)，或是在後續的培育接班人上，都是參照 McClelland 所提出的概念來進行，於此提供了許多明確的方向和觀念供企業做參考。此外，職能模式落實到人力資源發展工作時，具有提升資源運用與配置的效果，所以維持機構內部優秀的人力資源，以職能的概念落實在人力資源管理之中，是吸引並激勵員工的重要系統模式。

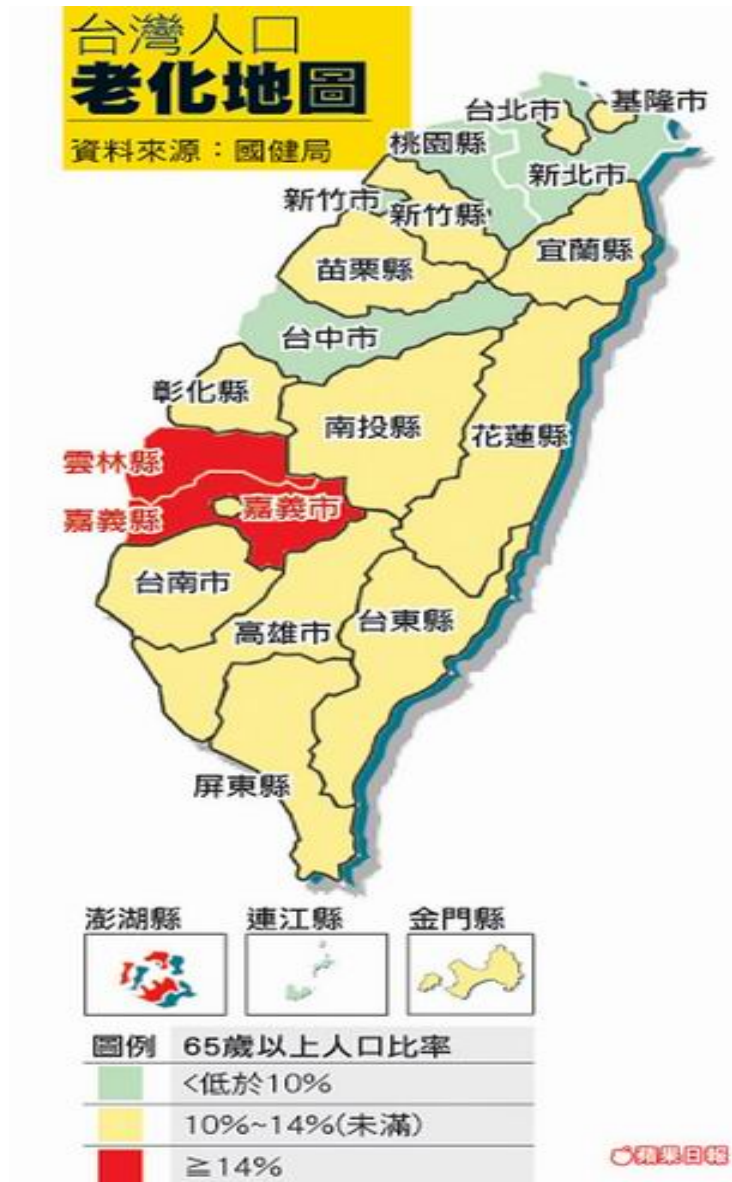


圖 1-1 臺灣人口老化地圖

資料來源：國家研究院電子報（2011.08.01）

貳、研究動機

首先，鑒於我國失智症照顧的需求日益增多，而其照顧與一般失能照顧卻有不同，因此研究者欲將主題設定於失智症患者的照顧研究。

再者，國內外文獻對於失智症相關探討主要探討於失智症患者的病情變化，較少在失智症照顧者職能方面之研究。研究者從事長期照護機構服務已達十五年之久，從實務中體悟到照顧服務員在照顧失智症患者職能上的缺乏，以至於不敢進入此照顧產業的職場。例如照顧服務員的職前訓練課程中未規範失智症患者的照顧規範，以至於照顧服務員遇到失智症的患者不知如何應對而有退縮，再加上失智症照顧缺乏一套完整的職能模式，不易找到適合的照顧者以因應老化的社會趨勢。此外，更有研究指出照顧服務員對於失智症患者需花費更多耐心與關心(吳雅琴，2012)，更促使研究者加深對於失智症照顧服務員專業職能的研究興趣。

第二節 研究目的與問題

基於上述研究動機，本研究目的主要探討失智症照顧服務員的專業職能，希望提升未來失智症患者的照顧品質與提供未來聘任照顧服務員之參考，以下為本研究之目的與問題。

壹、本研究以建構失智症照顧服務員的專業職能為目的，分述如下。

- 一、 建構失智症照顧服務員須具備的「動機」指標。
- 二、 建構失智症照顧服務員須具備的「特質」指標。
- 三、 建構失智症照顧服務員須具備的「自我概念」指標。
- 四、 建構失智症照顧服務員須具備的「知識與技能」指標。
- 五、 建構失智症照顧服務員須具備的「工作倫理」指標。
- 六、 建構失智症照顧服務員須具備的「問題解決能力」指標。

貳、根據研究目的，本研究將探討之問題如下：

- 一、 長期照顧機構失智症照顧服務員所需具備的動機為何？
- 二、 長期照顧機構失智症照顧服務員所需具備的特質為何？
- 三、 長期照顧機構失智症照顧服務員所需具備的自我概念為何？
- 四、 長期照顧機構失智症照顧服務員所需具備的專業知識與技能為何？
- 五、 長期照顧機構失智症照顧服務員所需具備的工作倫理為何？
- 六、 長期照顧機構失智症照顧服務員所需具備的解決問題能力為何？

第三節 名詞釋義

本研究之名詞釋義包含失智症、長期照顧機構之失智症照顧，以及照顧服務員，分述如下。

一、失智症

失智症 (Dementia) 是一群症狀的組合，不僅只有單一疾病或單一症狀，並且為一種隨著年齡增長而增加發病率的一種老年常見精神疾病。它的症狀不單純只有記憶力衰退，還會影響到其他的認知功能，包括語言能力、空間感、計算力、判斷力、抽象思考能力、注意力等各方面功能退化，同時可能出現干擾行為、個性改變、妄想或幻覺等症狀。症狀的嚴重程度足以影響其人際關係與工作能力，其主要類型有三種：(1) 阿茲海默型 (2) 血管型 (3) 其他類型。本研究所指的失智老人包含以上三種類型且不同程度與症狀的失智老人皆屬之。

二、長期照顧機構之失智症照顧

長期照顧是對身心功能障礙 (不全、失能或殘障) 者，提供一套包含長期性醫療、保健、護理、生活、個人與社會支持之照護，以改善、維持或恢復他們的正常生活。根據老人福利法第 19 條機構應提供下列 10 種服務：一、住宿服務、二、醫護服務、三、復健服務、四、生活照顧服務、五、膳食服務、六、緊急送醫服務、七、社交活動服務、八、家屬教育服務、九、日間照顧服務、十、其他相關之機構式服務。長期照顧機構包含老人福利機構以及護理之家，其中的照顧方式又可分為 (1) 長期照護型 (2) 養護型 (3) 失智照護型。本研究所稱失智症照顧，是針對長期照護型照顧機構內的失智住民的照顧需求。

三、照顧服務員

本研究所稱照顧服務員指須在護理人員指導下執行病患照顧之輔助服務，每日的照護工作以身體照顧及日常生活照顧服務為主之服務人員。依現行法令，照顧服務員須有照顧服務員丙級證照或受照顧服務訓練結業才能夠於長期照顧機構、醫院進行照顧服務工作。本研究所指之照顧服務員為有受過照顧服務專業訓練，並有結業或通過照顧服務員丙級證照考試通過的照顧服務員。

第二章 文獻探討

本研究的文獻探討分為四節，分別為失智症之內涵、失智症與長期照顧機構之現況、照顧服務員之法令規範與工作內容，以及失智症照顧服務員之專業職能。

第一節 失智症之內涵

隨著臺灣本島經濟蓬勃發展及醫藥衛生的進步，男女的壽命皆延長。根據衛生署的統計報告，目前臺灣地區男性平均壽命約為 76 歲，女性則為 82 歲。壽命的延長同時意味著更多慢性疾病的盛行，導致身體的殘障與功能的喪失，其中知能退化—失智症，更是目前老人醫療之主要課題，失智症已成為二十一世紀的「流行病」。

失智老人病程延宕數年，隨著病情逐漸惡化，需要投注大量的醫療資源、人力及收容機構處理；曾有美國研究報告指出一位失智病患的全程照料約需花費 17,4000 美元，乘上老年人口約為 5% 的失智症盛行率，平均每年要支出一千億美元。這對於一個社會及國家都是一個龐大的財政負擔，所以失智症儼然成為二十一世紀的夢魘。

本節針對失智症之內涵，說明失智症的意義、失智症的病因進行討論，並討論其診斷、差異及比例等相關概念。

壹、失智症的意義

失智症依照拉丁文 *dement-*，*edmens*（瘋狂）加上 *ia*（病態）之意。西方有醫師解釋為：「失智症係一種症狀，源自於大腦的疾病，時常是進行性的，呈現智能及人格的頹退，反映出記憶力、定向力、思考能力，以及情感的障礙。」然而它

是於人類的抽象思考成熟約滿 15 歲以後發生，而意識狀態必須是清楚的。

此外，失智症是一種症候群：指人的智能在發展成為正常之後，因為罹患後天性疾病而使其認知功能持續且廣泛的降低，雖然其意識狀態仍是清醒的。

認知功能的定義是一個人的心智狀態表現在知覺感受的功能，記憶力的狀況，以及解決問題與表達事物的能力等。認知功能的改變受到個人腦神經功能，身心健康狀態，以及對於外界環境的變化或社會心理壓力的刺激之適應力所影響 (Birren and birren, 1990)。

失智症主要的臨床症狀可分成早、中、晚期來觀察(卓良珍，2010)：

1. 早期的症狀

- (1) 記憶力減退，尤其是最近發生的事情特別容易忘，而早年記憶猶新。
- (2) 空間結構異常，常導致無法清楚的辨識方向而迷路。
- (3) 抽象思考能力退化，不能理解事物間的異同。
- (4) 計算能力衰退，如買賣東西時特別容易混淆。

2. 中期常出現障礙

- (1) 語言理解能力下降，表達不清、弄不清別人的意思。
- (2) 社會判斷力減弱，如禮節的忽略、行為怪異等。
- (3) 規劃動作能力的下降，如工具無法使用、不知如何舉筷等。

3. 後期的病人的認知功能更嚴重退化至「忘了我是誰」

- (1) 認不出鏡子中反映出的自己，也無法辨識親人、親友「相見不相識」。
- (2) 語言表達的能力明顯退步。
- (3) 喪失生活自理能力，甚至行動困難，大小便失禁、長期臥床。
- (4) 約有半數的病人於其病程中伴隨著精神病症，包括妄想症、幻覺、暴

力、憂鬱、焦慮、睡眠顛倒等等。

貳、失智症的病因

失智症的致病原因有很多種，或說有很多種疾病可造成這種症候。失智症之類型大致可分為：

- 1、50%為退化性失智症，例如阿茲海默症、額顳葉型失智症、路易氏體失智症。
- 2、25%為腦中風（血管阻塞、出血），造成的血管性失智症。
- 3、10%微可逆性失智症，可經過診斷治療改善，如水腦症、腦瘤、甲狀腺功能過低、維他命 B12 缺乏症候群、神經性梅毒等。

（台灣失智症協會，2008）

一、失智症診斷

1. 病歷（病史）：需附加探尋下列問題：
 - (1) 何時改變其行為？
 - (2) 逐漸改變的或突然改變？
 - (3) 情緒的變化如何？
 - (4) 社會行為的改變如何？（例如 picks 病的額葉萎縮症，早期即產生社會行為的改變，而 Alzheimers 病則發生於晚期）
 - (5) 智力功能的變化如何？
 - (6) 是否患者難以處理他自己的日常生活工作嗎？
 - (7) 意識狀態是否起伏不定？
 - (8) 是否合併有身體疾病、胃切除(缺內因子)、頭外傷、甲狀腺切除而產生甲狀腺功能過低症、性病史、濫用藥物、酒癮等。

(9) 吃素嗎 (缺維他命 B12) ?

2. 實驗室檢查

- (1) 血液：含血色素、血球容積、血球沈降率、白血球數、梅毒血清反應、肝功能、血鈣、甲狀腺功能、膽固醇、血脂肪、維他命 B12、Folic acid 腎功能、電解質、血糖等。
- (2) X 光：含胸部、頭部攝影。
- (3) 腦電波圖：電腦斷層、核子掃描、磁核共振攝影檢查：藉以尋找腦部器質性疾病及腦室腔、腦皮層迴溝的大小深淺。
- (4) 腦脊髓液檢查：晚期梅毒、慢性腦膜炎 (如癩球菌、結核菌、類肉瘤病菌、癩菌等感染)。

3、心理測驗

由於其精細、技巧的動作能力 (速度及精確度) 較早退步，故非語言智商 (Performance Scale IQ) 低於語言智商 (Verbal IQ)。整個智力測驗智商降低。

二、鑑別診斷

1. 有些慢性憂鬱症患者後來也出現了失智症。而約有 25~30% 的失智症患者也續發了憂鬱症。然而單純的憂鬱症也很類似失智症。例如憂鬱症患者有注意力不能集中，而導致記憶力不好的困擾，失眠、易激動，或冷漠無情。對周遭環境缺乏興趣與無動於衷，被動、遲鈍及缺乏生活的動機等，憂鬱症所引起的假性失智症 (Pseudodementia)，與失智症的分別如下：

- (1) 憂鬱症患者的早年生活較多愁善感，或有情緒起伏循變無常的個性及情緒變化，或是家屬也有憂鬱症症狀等，個性較為認真、負責、刻苦、細心、挑剔、求完美等。

- (2) 急性或是反應性的憂鬱症通常是有誘發因素的。
- (3) 憂鬱症患者情緒的淡漠表情早先於知覺、記憶力的改變數個月，而失智症則相反，記憶力及智能的減低在先，情緒變化在後。
- (4) 憂鬱症患者呈現失眠、哭嚎、自貶、深嘆息等，而失智症大多僅呈現冷漠無情或稍為想愁之樣子。
- (5) 精神檢查憂鬱症患者表現良好的構圖描繪能力、無失語症、加以鼓勵則可以顯示出充分的學習能力，以及發揮出解釋格言諺語的能力。
- (6) 心理測驗憂鬱症患者表現出正常的非語言技巧，可以有記憶、推論、工作速度及注意力的持續等能力的突然減退。幾乎沒有慢性進行性的智能頹退現象，且可以復原的。
- (7) MMSE 測驗，僅 attention 較差。

2. 癡呆症與譫妄狀態的鑑別診斷。(如表 2-1)

表 2-1 、失智症與譫妄狀態的區別

癡呆症 (失智症) Dementia	譫妄狀態 Delirium
(1) 緩慢發作	(1) 急性發作
(2) 發作日期含糊不清	(2) 發作日期清晰明瞭
(3) 病情呈進行性的	(3) 非進行性的
(4) 顯著的病理變化	(4) 無明顯的病理變化
(5) 意識改變較少、不明顯	(5) 意識改變較多，且明顯
(6) 大多無法復原	(6) 幾乎可以完全復原

3. 退化性老人癡呆症與多發性大腦栓塞癡呆症的鑑別診斷。(如表 2-2)

表 2-2、退化性失智症與血管性失智症的差別

退化性失智症 Alzheimer' s disease	血管性失智症 Vascular dementia
(1) 緩慢發作	(1) 急性發作
(2) 女性 > 男性	(2) 男性 < 女性
(3) 年齡較高	(3) 年齡較輕
(4) 呈下坡線狀進行性的	(4) 斷續性、下梯階狀頹退
(5) 無局部性神經缺陷症狀	(5) 局部或偏側神經缺陷
(6) 無合併特殊疾病	(6) 有糖尿病或高血壓心臟病
(7) 無假性延髓麻痺症狀	(7) 時常有
(8) 表情冷漠平淡	(8) 情緒起伏不定

此外，血管型失智症是腦血管意外(CVA)，俗稱中風引起的，情形甚為常見，患者在中風後漸漸語言能力變差，其認知遲鈍，慢慢對於任何事情失去興趣，並且無意識地退化。

三、失智評估量表

失智症並非一開始就都一樣，而是有漸進式的病情，逐漸由無、可疑、輕度、中度、嚴重逐漸發展。此外，下表由記憶力、定向感、解決問題能力、社區活動能力、家居嗜好、自我照料此六個面向來說明各個分期中所會發生的內容，為華盛頓大學所研發(卓良珍，2010)。

表 2-3 臨床失智評估量表 (CDR) 之分期

	記憶力	定向感	解決問題能力	社區活動能力	家居嗜好	自我照料
無 (0)	沒有記憶力減退、或稍微減退，沒有經常性健忘。	完全能定向。	日常問題（包括財務及商業性的事務）都能處理得很好；和以前的表現比較，判斷力良好。	和平常一樣能獨立處理相關工作、購物、業務、財務、參加義工及社團的事務。	家居生活、嗜好、知性興趣都維持良好。	完全能自我照料。
可疑 (0.5)	經常性的輕度遺忘，事情只能部分想起；”良性”健忘症	完全能定向，但涉及時間關聯性時，稍有困難。	處理問題時，在分析類似性及差異性時，稍有困難。	這些活動稍有障礙。	家居生活、嗜好、知性興趣，稍有障礙。	完全能自我照料。
輕度 (1)	中度記憶力減退；對最近的事尤其不容易記得；會影響日常生活。	涉及有時間關聯性時，有中度困難。檢查時，對地點仍有定向力；但在某些場合可能仍有地理定向力的障礙。	處理問題時，在分析類似性及差異性時，有中度困難；社會價值之判斷力通常還能維持。	雖然還能從事某些活動，但無法單獨參與，對一般偶而的檢查，外觀上還似正常。	居家生活確已出現輕度之障礙，較困難之家事已經不做；比較複雜之嗜好及興趣都已放棄。	須旁人督促或提醒。
中度 (2)	嚴重記憶力減退只有高度重複學過的事物才會記得；新學的東西都很快會忘記。	涉及有時間關聯性時，有嚴重困難；時間及地點都會有定向力的障礙。	處理問題時，在分析類似性及差異性時，有嚴重障礙；社會價值之判斷力已受影響。	不會掩飾自己無力獨自處理工作、購物等活動的窘境。被帶出來外面活動時，外觀還似正常。	只有簡單家事還能做，興趣很少，也很難維持。	穿衣、個人衛生、及個人事務之料理，都需要幫忙。
嚴重 (3)	記憶力嚴重減退只能記得片段。	只能維持對人的定向力。	不能作判斷或解決問題。	不會掩飾自己無力獨自處理工作、購物等活動的窘境。外觀上明顯可知病情嚴重，無法在外活動。	無法做家事。	個人照料需仰賴別人給予很大的幫忙。經常大小便失禁。

臨床失智評估量表第 3 級以上之失智症認定標準雖然還沒有訂出來，面對嚴重的失智障礙程度時，可以參考以下的規則。

深度 (4)	說話通常令人費解或毫無關聯，不能遵照簡單指示或不能了解指令；偶而只能認出其配偶或照顧他的人。吃飯只會用手指頭不太會用餐具，也需要旁人協助。即使有人協助或加以訓練，還是經常大小便失禁。有旁人協助下雖然勉強能走幾步，通常都必須座輪椅；極少到戶外去，且經常會有無目的的動作。
末期 (5)	沒有反應或毫無理解力。認不出人。需旁人餵食，可能需用鼻胃管。吞食困難。大小便完全失禁。長期躺在床上，不能座也不能站，全身關節攣縮。

第二節 失智症與長期照顧機構之現況

本節探討我國失智症人口以及盛行率的推估，以了解目前失智症的現況，並探討失智症與長期照護機構照顧失智症患者之情形。

壹、失智症人口推估

2009年12月底，臺灣65歲以上老人人口為2,457,648人，佔總人口的10.63%，依失智症社區盛行率計算，社區中約有近14萬失智老人(139,267人)(如表2-4)，佔老人人口的4.8%。加上長照機構之3萬多名失智老人，並加上65歲以下推估失智人口2萬多人，臺灣總失智人口超過17萬人，且每年以7,500位新增個案成長，推估至2031年失智人口將攀升至27萬人，至2051年全臺將有45萬失智患者，面對如此龐大的照護需求，建置完整的失智症照護體系已是刻不容緩之事。

表 2-4 失智症社區推估人口數

年齡別	人口數	失智症 社區盛行率	失智症 社區推估人口數
0-64 歲	20,662,124	0.10%	20,662
65-69 歲	764,075	1.20%	9,169
70-74 歲	627,518	2.20%	13,805
75-79 歲	496,030	4.30%	21,329
80-84 歲	349,408	8.40%	29,350
85-89 歲	159,031	16.30%	25,922
90 歲以上	61,586	30.90%	19,030
總計	23,119,772	--	139,267

資料來源：內政部統計資訊服務網，截至2009年8月底

以下依衛生署 2004 年委託相關團體調查研究，有關社區失智症盛行率與機構失智症盛行率之報告。

貳、失智症盛行率推估

一、社區失智症盛行率

依據失智症流行病學研究學者 Jorm 所發展以曲線估計所做的成長評估模式，再利用臺灣四個不同地區調查所得的盛行率平均值，經迴歸分析計算得出臺灣社區失智症盛行率：65~69 歲為 1.2%、70~74 歲為 2.2%、75~79 歲為 4.3%、80~84 歲為 8.4%、85~89 歲為 16.3%、90 歲以上為 30.9%（如表 2-5）。

表 2-5 臺灣社區失智症五歲盛行率

年齡	65~69	70~74	75~79	80~84	85~89	> 90
五歲盛行率	1.2%	2.2%	4.3%	8.4%	16.3%	30.9%

資料來源：行政院衛生署 93 年度委託臺灣失智症協會「臺灣失智症機構照顧需求之調查-長期照護機構失智症患者之盛行率調查」研究報告

二、機構失智症盛行率

依內政部推估 98 年機構入住人口數為 57,884，其中罹患失智症者有 30,855 人，佔 53.36%（如表 2-6）。另衛生署 93 年度委託臺灣失智症協會「臺灣失智症機構照顧需求之調查-長期照護機構失智症患者之盛行率調查」研究中，共隨機抽樣 60 家安養護機構及護理之家，隨機抽樣 1525 位 65 歲以上老人，其中 1308 位

完成二階段評估，共有 631 位老人診斷為失智症。結果：安養機構失智症盛行率為 26.8%、安養護機構為 61.8%、護理之家為 64.5%，平均約 50.5%。(如表 2-7)

表 2-6 機構失智症推估人口數

機構別	入住人口數	65 歲以上比率	失智症機構盛行率	推估人口數
安養機構	6,388	97%	26.8%	1,661
養護機構	30,288	88%	61.8%	16,472
護理之家	21,208	93%	64.5%	12,722
總計	57,884	--	--	30,855

資料來源：內政部統計資訊服務網、行政院衛生署，截至 2009 年 6 月
 * 依據內政部 98 年 6 月底身心障礙人口統計，身心障礙手冊申請人口中只有 28,639 人為失智症患者，顯示可能仍有許多失智患者尚未就醫。

表 2-7 臺灣機構失智症盛行率

機構別	安養機構	養護機構	護理之家
失智症盛行率	26.8%	61.8%	64.5%

資料來源：陳達夫、邱銘章、湯麗玉、林忠蔚、史宛玉、陳榮基(2006)。臺灣長期照護機構失智症患者之盛行率調查之摘要。

三、失智症與長期照顧之討論

臺灣相關失智症相關流行病學之探討，可溯自 1980 年代初期以居住在機構之長者為研究對象，罹患氣質性腦症候群（包括失智症）之盛行率為 6.8%-7.4%之間（林信男、林憲、陳永成，1981；林信男、陳珠璋、李明

濱、林憲，1984），Boersma 等人研究發現，82%的失智患者都有使用一種或一種以上的正式服務，其中 55%的失智患者使用機構式照護，而日本的研究也顯示出，失智老人佔所有老人之家入住者人數的 42.8%（Boersma et al., 1997；陳明珠，1991）。失智的病程漫長，往往會帶給照顧者身體、情緒、社會功能或財務等多方面的負擔，而這些衝擊與負擔會隨著疾病的進展而加重，因此與失智有關的長期照護應有實質性的增加。

徐亞瑛（1992）對國內安養中心的研究發現 55%的個案具有問題行為，其中包括 42%有躁動、41%有語言攻擊、39%不理人等。這些情緒、行為、精神病狀，是個案產生不適感及照顧者的壓力來源，失智問題行為容易增加照顧者的照顧負擔，且影響照顧者及其家庭成員的經濟負荷、照顧負荷、心理負荷、工作衝突及生活品質等（Luscombe et al., 1998；Zarit, Todd, &Zarit, 1986；張媚，2006；劉秀枝、劉嘉逸，2000）。家庭照顧者長期照顧失智症患者，受到多重的照顧壓力，容易成為隱形的病人，許多家庭因在家中無法照顧失智患者，故將失智症患者送至長期照顧機構中接受照顧。由此可見，失智症患者在我國長期照顧機構照顧體系中，已形成重大照護議題。此外，我國目前長期照顧機構的人力比可分為（1）長期照護型 1:5，（2）養護型 1:8，（3）失智照護型 1:3。

綜上所述，本研究針對長期照顧機構，將焦點放在主要在照顧失智症患者的「照顧服務員」，探討其專業職能。

第三節 照顧服務員之法令規範與工作內容

壹、我國照顧服務員之法令規範

一、照顧服務員法令規範沿革

隨著醫學的進步與社會的變遷，國人壽命延長人口老化快速，醫療科技的進步使得失能的人口增多。家庭結構改變，造成家庭照顧功能降低，許多家庭有照顧的需求，但卻無法得到滿足，故引進外籍看護工滿足照顧的需求，但卻造成國人的失業率增加。我國政府有鑑於上述情形，於民國 92 年由經建會訂定了「照顧服務福利及產業發展方案發展策略」，並在當中提及需健全照顧服務人力培訓與建立認證制度，促進照顧服務專業化。其中包含了研議建立照顧服務員技術士技能檢定制度與將醫院、護佐中心及家庭看護工等納入管理。整合了「居家服務員」與「病患服務人員」統稱「照顧服務員」，並需經一定訓練並取得證照後方能從事看護工作。使照顧服務員成為一專業的照顧人員，並在技術技能檢定中增加此項技能，致使照顧服務員丙級證照成為照顧服務員的專業證照。但現行的長期照顧機構與居家服務機構與醫療院所的照顧服務員，僅需取得照顧服務員結業證書即可從事照顧服務工作，但養成的時間與訓練內容還是不夠讓領取結業證書的照顧服務員可以迅速融入職場狀況，造成照顧服務員在面對失智老人時，會有因知識不足而造成的恐慌及壓力，進而影響與失智老人之互動。

二、照顧服務員之養成

對於照顧服務員之養成，根據內政部與行政院衛生署 2003 年公告之「照顧服務員訓練課程標準」，目前照顧服務員訓練為 90 小時的訓練時數，其中核心課程 50 小時、實習課程 40 小時（含回覆示教 10 小時、臨床實習 30 小時）。再者，受訓對象條件為具本國國籍或領有工作證之外籍人士，且年滿 16 歲以上、國民小學

以上畢業者、身體健康狀況良好，無不良嗜好及傳染病者、具擔任照護服務工作熱忱者，始具有受訓資格，訓練期滿後經考評及格者，由訓練單位核發結業證明書。

其核心課程內容包含：緒論、照顧服務相關法律基本認識、照顧服務資源簡介、家務處理、人際關係與溝通技巧、身體結構與功能、基本生命徵象、基本生理需求、營養與膳食、疾病徵兆之認識與處理、家庭照顧需求與協助、意外災害的緊急處理、急症處理、臨終關懷及認識安寧照顧、清潔與舒適、活動與運動、急救概念、綜合討論與課程評量等共計五十小時的核心課程，加上實習課程即可拿到結業證書（課程表如附錄一）。

在訓練課程中可知，訓練課程多偏重於照顧技巧的訓練，雖有部分的人際關係與溝通技巧課程，但並未將失智症的照顧放入其中，雖然近期的照顧訓練課程有將失智照顧放入，但在多種課程及技術時間的擠壓下，失智症照顧也僅是整個訓練課程裡的冰山一角。照顧服務員在未受完整及有系統的訓練課程之下，就投入了長期照顧工作，使照顧工作面臨了許多的挑戰。從此可知，照顧服務員工作上須具備的知識與技能有較清楚的輪廓，不過在日本，照顧服務員需接受正規整合的教育訓練並取得證照才可勝任，而我國照顧服務員只接受 90 個小時訓練，即擔負大部分照顧責任(劉淑娟等，2007)。相較之下，日本的訓練課程內容及訓練時數是否能滿足照顧服務員及住民的需要，可進一步評估。

三、照顧服務員證照制度

我國政府自 2004 年起由職訓局辦理推動照顧服務員丙級證照，考照資格需年滿 18 歲，(含取得長期居留證或依親居留證之大陸地區配偶及取得外僑居留證之外籍人士)，並取得以下任一資格：

- (1) 2003 年 2 月 13 日以前之居家服務員、病患服務員或照顧服務員訓練結業證明文件。該訓練應經政府機關同意備查。
- (2) 2003 年 2 月 13 日後之照顧服務員結業證明書(內容需記載地方主管機關同意備查之日期、文號、訓練課程及時數)。
- (3) 高中(職)以上照顧服務員職類相關科系所(含高中相關學程)畢業。
- (4) 大專校院相關科系所學生，取得照顧服務理論與實務相關課程各 2 學分及照顧服務員 40 小時實習時數證明，並以就讀學校所開具之學分證明(成績單)，及符合照顧服務員訓練計畫所規定之實習單位所開具之實習時數證明為認定依據。

但自 2003 年至 2010 年 11 月止有考取照顧服務員丙級證照的人僅有 17,811 人，其中領取證照的男性 18.61%、女性佔 81.39% (勞委會職訓局，2011；104 證照中心，2011)，根據許曉芸(2008)照顧服務員人格特質與工作滿意度關係之研究中，以苗栗及新竹 20 間長期照顧機構為樣本取樣，其中女性的有效樣本(93%)比男性(7%)多，也顯示出照顧服務員多為女性擔任。

此外，目前法令並未規定領有丙級證照才能執行照顧工作，但一般機構為提昇照顧品質，並為未來法令修改預做準備，大多會鼓勵照顧服務員參與考照。可見主管單位對於照顧服務員照顧品質已經有初步的規範，機構負責人也大多能配合政府政策，要求照顧服務員盡可能達到要求標準，但「訓練課程標準」及「照顧服務員證照」測試內容是否能符合照顧需求，是值得進一步探討的問題。

四、照顧服務員之角色及工作內容

照顧服務員須在護理人員指導下來進行照顧病患之輔助服務，每日的照護工作以身體照顧及日常生活照顧服務為主（衛生署，2003），此外，每天有 8-12 小時陪伴在個案旁邊協助日常照顧，根據吳雅琴（2012）的研究，照顧服務員的工作內容如下。

1. 協助晨間及寢前各項簡易護理，並為需要的病人床上擦澡、刷牙、洗臉、梳頭、洗頭、口腔（鼻腔）清潔、更衣、更換床單。
2. 協助病人如廁，遞送便盆、尿壺及事後清洗，更換紙尿褲、看護墊，收集大、小便和痰的檢體。
3. 協助病人餵食、飲水、胃灌食、服藥，記錄輸出入量、使用冰敷及熱敷、會陰護理及導尿管護理。
4. 維持病人呼吸道、點滴通暢，如協助使用氧氣。
5. 提供病人舒適的姿勢，協助翻身、拍背、背部按摩，預防壓瘡形成。
6. 協助病人安全維持及病房環境整潔，適切使用床欄。
7. 協助病人移動及上下床，熟悉輪椅、拐杖、助行器、病床的使用，協助病人復健、運動及關節活動。
8. 陪伴、關心病人，陪同病人各項檢查，注意病人隱私之維護，給予住民心理支持。
9. 其他事項（視病人、家屬及護理人員依住民需要而定）。

除此之外，吳雅琴（2012）指出照顧服務員在照顧失智症老人的工作中，面臨以下的問題與狀況：(1) 混合式照顧造成服務者雙重負荷；(2) 機構中照顧者的壓力並未受到重視；(3) 失智行為造成照顧壓力及痛苦；(4) 照顧關係中的互動形成依附與牽絆。

綜上而論，照顧服務員的名稱演變由過去的陪伴員、看護、護工、護佐、病房助理到今日統稱的「照顧服務員」，在訓練上也不斷的再提升，其所擔任的角色功能除了替代陪病家屬外，尚具有輔助護理人員執行病人生活照顧與環境管理、協助病人與家屬的訊息傳遞、提供心理支持等（楊麗珠、趙淑貞，2000）。綜上所列，照顧服務員每天最主要的工作就是照顧老人最基本的生活所需，協助他們因生理退化所失功能的部份，並在醫護及社工人員的指導下進行例行性照護工作及生活照顧。

五、照顧服務員的工作能力

陳麗津與林昱宏（2011）探討照顧服務員應具備的工作能力，採橫斷式量性研究，使用結構式問卷，以嘉義縣、市長期照護機構的主管、照顧服務員、個案及其家屬為研究對象，有效樣本為 250 位。其研究藉由照顧服務員訓練計畫及照顧服務員技術士技能檢定規範的內容深入檢視，以研究者的實務經驗歸納出照顧服務員的工作能力應包含 7 個層面，一共 36 個細項。研究結果顯示出照顧服務員最需要的能力為依序排列如下：

1. 工作倫理
2. 健康促進與安全維護
3. 人際溝通
4. 自我及專業成長
5. 問題解決
6. 管理能力
7. 活動設計

其中就受訪對象而言，主管比照顧服務員、個案與家屬更重視人際溝通與工作倫理。最後並建議機構應提昇照顧服務員的心理暨社會層面的工作能力。

第四節 失智症照顧服務員之專業職能

我國較少針對失智症照顧服務員應具備之職能的研究，因此本節引用國外學者提出職能的意涵及其重要性，再由理論基礎應用到失智症照顧服務員的專業素養，以訂定一套失智症照顧服務員專業職能指標。

壹、職能意涵與重要性

Lawler & McDermott (2003) 認為，要增加組織績效管理系統的效能，必預針對每一個組織量身定製合適的人力資源管理系統；而每個組織的這些特定的技術、知識將在價值鏈的某個節點為組織產生特殊的競爭優勢 (Lawler, 2005; Ulrich & Smallwood, 2003; Long & Vickers Koch, 1995)，因此職能不僅影響個人的工作績效，還能夠為組織帶來競爭優勢。

個人工作績效可以分為任務績效 (Task Performance) 與脈絡績效 (Contextual Performance)，任務績效包含所有為組織生產所從事的行為及活動，不論是從原料轉換成商品或是從中提供服務。因此，任務績效與組織的核心技術有直接關係，無論是執行技術流程、維修技術設備或提供相關服務。脈絡績效的貢獻則並不直接透過組織的核心技術流程，但卻更寬廣地存在於執行核心技術所在的組織、社會及心理環境中，包含提升組織及社會網絡生存力和心理氣氛的種種活動，例如：幫助他人、與其他人合作，即使在個人不便的情況下仍遵守組織規範及工作程序，認同、支持、擁護組織目標，當必預成功完成任務時，展現額外的熱情，以及自願完成非正式指派於職務工作內的任務。

Spencer 和 Spencer(1993)依據佛洛伊德(Sigmund Freud)提出的冰山原理發展出「冰山模型」(The Iceberg Model)說明職能(潛在特質)內涵項目與項目間的內隱外顯程度，如圖 2-3-1。在該模型中，知識和技能是看得見的表面性職能，而自我

概念、特質與動機是看不見的潛在性職能。職能(Competency)內涵五個潛在基本特質，分別為動機(Motives)、特質(Traits)、自我概念(Self-concept)、知識(Knowledge)與技巧(Skill)。其中，「動機」指個人對某件事物持續渴望，進行付諸行動的念頭。特質指身體的特性以及對情境或訊息的持續反應。「自我概念」指關於個人的態度、價值與自我印象。「知識」指個人在特定領域的專業知識。技巧指執行有形或無形任務的能力。也就是說，動機可以驅使並引導我們去做抉擇。好比對失智老人照護有強烈動機的失智症照顧服務員，就會一直不斷的為自己設定有挑戰性的目標，而且持之以恆的去達成目標，同時也會透過失智老人、家屬、護士...等人的回饋，不斷的尋求改善加以自我提昇。失智症照顧服務員還需必備基本「特質」，諸如：具外向性、自律性...等（許曉芸，2008），有這些特質在面對事情時候能夠游刃有餘，並具有較高的工作滿意度。

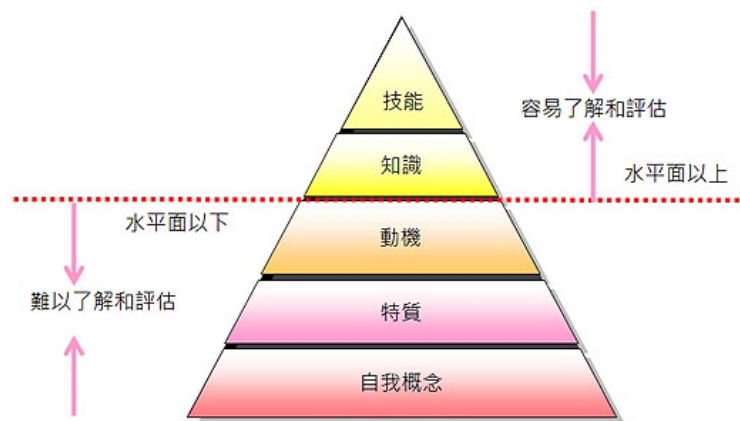


圖2-1 職能的冰山模型

資料來源：Spencer & Spencer (1993)

「自我概念」在認定上是很重要的，自己將自己定位為怎樣的人，就會成為怎樣的人。失智症照顧服務員想要將老人照顧好，在他的行為本質上，就會展現出來。知識就是失智症照顧服務員在老人照護上的專業知識，諸如：身體照顧、緊急集意外事件處理...等。知識只能探知一個人現在的能力所及的範圍。有知識

還要能夠去執行與運用。失智症照顧服務員具備應具有的專業職能，才能夠扮演好自身的角色。

「自我決定理論」(SDT, Self-Determination Theory)於1985年由Deci & Ryan提出，主張動機乃依採取行動的不同原因與目標而區分成不同型態。他們將動機分成內在動機與外在動機兩類。內在動機指的是因為本身的興趣或樂趣而從事某个工作，可以是個人因為自己本身，或者是個人對工作內容本身，存在著某種驅使他願意付出行動的因素。例如：對工作產生的好奇與興趣，或從工作中得到的樂趣、滿足、挑戰、成長等。外在動機則是指個人因為想要獲得某種工作以外的報償，而願意付出行動。例如：薪資、地位、安定的工作條件等。

Vroom 於1964年提出「期望理論」(Expectancy Theory, EIV Theory)認為個人行為反應是一種意識選擇，個人行為的選擇是經過有意識的衡量後的產物。此一過程即為動機，其中包含期望(Expectancy)、工具性(Instrumentality)、評價(Valence)三個階段。亦即員工在投入某一任務前，先衡量在這個工作上可否達到特定目標(工具性)，若可以達到特定目標，再衡量可能獲致什麼報酬(評價)，然後再衡量此一報酬是否對自己有意義，究竟值不值得他付出努力(期望)。Vroom 認為一個人是否採取行為，將視獲得的結果是否符合自己的期望而定，此結果即能滿足自己想要的內在或外在報酬。1968年Porter & Lawler 認為一個人對報酬的態度會影響其投入努力，進而影響其工作績效。

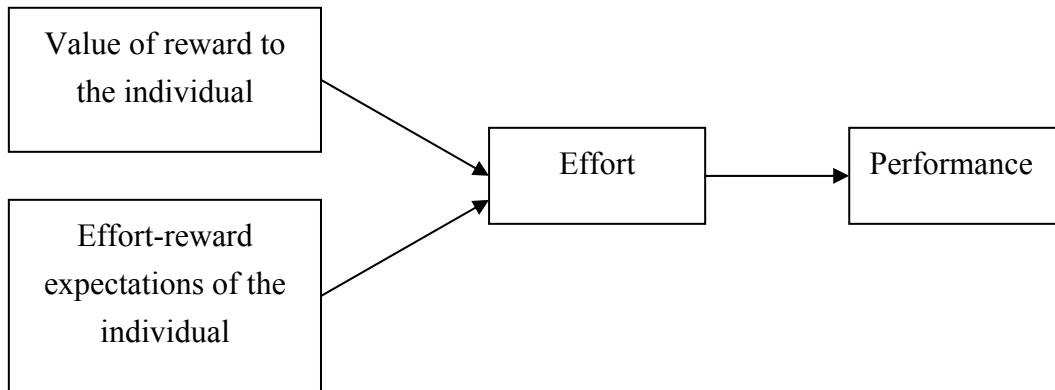


圖2-2 態度與績效的關係

資料來源：Porter, L., & Lawler, E. (1968). What job attitudes tell about motivation. *Harvard Business Review*, 46(1), 118 - 126.

由圖2-2，Porter & Lawler 認為「個人期望因努力可獲得的報酬」以及「報酬對於個人的價值」這兩個因素會影響個人付出努力，個人藉由付出努力的多少而影響其績效表現。從Vroom 及Porter & Lawler 的觀點，個人因為希望得到自己期望的內、外在報酬，而願意投入努力，藉由投入更多的時間與努力而換取更多的工作產出，並因為這些工作產出獲得期望的報酬。此外，因為工作本身的挑戰性而樂於克服挑戰的人亦較能承擔責任 (Dysvik & Kuvaas, 2008)，為了想要解決工作上所面臨的困難及負擔工作責任，願意更正確地接受訓練機會，習得所需的知識與技術，並且亦較其他人願意投入工作以獲得更好的工作產出 (Dysvik & Kuvaas, 2008)。

由以上理論得知，個人會因為對於工作本身所得到樂趣，或是因為想要解決工作上所面臨的困難，產生願意接受挑戰的企圖心，而投入較多的時間與精力 (Locke, 1978)，或者因為想要獲得較優渥的薪資報酬或得到較好的外界評價而投入工作，因為這些原因而付出更多的努力，使得工作產出提升。

貳、專業職能理論

McClelland (1973) 首先提出職能(Competence)一詞，藉由績效卓越者進行之相關研究，發現智力(Intelligence)的高低並不能代表績效的好壞，更須重視實際影響學習績效的能力，因為好的績效行為背後有許多因素的存在，諸如：態度、認知與人格特質等，將這些因素稱之為職能。由此可見，職能指績效優越者的工作能力或潛質。然而，就失智症照顧服務員而言，職能就是指優良失智症照顧服務員的工作能力或潛質。

McClelland 進一步發展「工作職能評量方法」(Job Competency Assessment Method, 簡稱 JCAM)，此方法主要藉由在高績效工作者身上找出達成高績效的能力因素，並進一步將這些高績效工作者共同擁有的能力因素加以歸納整理，找出此項工作的職能模式。此模式用來描述執行某項特定工作時所需具備的關鍵能力(McClelland, 1973)。然而，此方法就失智症照顧服務員而言，主要是藉由在優良失智症照顧服務員的身上找出達成高績效的能力因素，並進一步將這些人共同擁有的能力因素加以歸納整理，找出其職能模式。此模式可用來描述作為失智症照顧服務員所需具備之關鍵能力。

再者，整合許多學者對職能所作的定義指出，學者們認為職能是指某種工作所需的專門能力，能夠符合現今社會的需求，個人所需具備的潛在基本特質，潛在特質含動機(Motives)、特質(Traits)、自我概念(Self-concept)、知識(Knowledge)及技巧(Skill)等內涵。這些特質不僅與其工作及所擔任的職務有關，也是知識、態度以及相關技能的集群體之概念，而且還能瞭解預期或實際反應，及影響其行為與績效的表現，可以衡量和預測職務上高績效的重要特性，足夠完成主要工作的一連串技能、知識與才能，一切與工作成敗表現有關的行為、動機與知識。還具有被驗證性的特質，包含產生工作績效而應具備的知識、技巧及行為...等能力，

使人能勝任工作所需具備的能力。然而，在知識、技能與態度方面，是需要透過專業訓練發展而提升與獲得，進而可以在工作上提升績效，還有解決問題、分析事務與領導他人的能力...等，是可以觀察的績效構面，如：團隊和組織能力等，而這些構面和高績效產生關聯，且能提供組織競爭優勢（黃美珍、鄭瀛川，2008；Arther & Orth, 1999；Byham & Moyer, 1996；Ciuzas、Navickaite & Useckiene, 2009；Homrich, 2009；Ledford, 1995；Mirabile, 1997；McLagan, 1980；Nath & Raheja, 2001；Parry, 1998；Spencer & Spencer, 1993）。

某個人所具有的某些基本特質，此特質會導致與影響個人在工作上表現出具有提昇工作績效與成果的基本關鍵特性，也就是使員工能夠成功完成工作或達到期望的產出水準所需具備的潛在能力，諸如：為求成功執行各項任務而具備的相關動機、特質、技能、行為、認知、自我形象、態度、社會角色與知識(吳欣蓓、陸洛、巫姍如，2010；黃培文、王志蓮、林佳蓁、張維真、李永信，2008；鄭天明，2005；Boyatzis, 1982；Reynold, 1993)。當個體運用這些能力來執行工作任務時，也就形成一切和工作成敗有關的專業職能(Burgoyne, 1993; Fletcher, 1992; Ryham & Moyer, 1996)。而且這些所需具備的能力可以藉由培養與訓練發展來增進與成長(蕭雅美、蕭靜雅、邱誌偉、陳美琇，2009)。而這些行為、動機與知識是可以被分類為：行為職能、知識與技能行為職能、動機職能(Ryham & Moyer, 1996)。

此外，蕭雅美等人更針對專業職能提出一項公式：「智力+教育程度+經驗+道德規範+/-興趣=專業職能」。因此，依據許多學者的定義，本研究「照顧服務員專業職能」指優良照顧服務員的工作能力與潛在基本特質，包含知識、技能、自我概念、特質、動機、態度、價值觀...等，使得個體能夠勝任其工作。McClelland(1973)提出職能可成為工作績效有效的預測因數，預測工作績效的最佳指標。然而，Spencer 和 Spencer(1993)更指出職能是個人有效完成組織任務的潛在與外顯特質。另外，Greengard (1999)認為職能是從員工效能角度、目標、技能與

知識所形成的網絡，而達成員工與企業的目標，因此，具備該工作所需的職能對於企業直接有所貢獻，能夠為企業創造價值，提升競爭力（夏侯欣鵬、楊百川、鄧茗芳，2010）。專業職能量表在實務界運用很廣泛，諸如：招募、甄選、教育訓練、薪酬獎勵、績效評估、晉升考核...等(黃培文等人，2008；游玉梅，2005)。

McLagan (1980)認為專業職能量表是一種解決決策的一種工具，也認為專業職能評估與分析具備八項功能為：徵選人員、評估工作、規劃個人發展、設計課程、計畫個人職涯發展、作為教導、諮商與贊助之用、計畫職位的接替與認定具有高潛能者及擬定生涯途徑...等。

第三章 研究方法

Dawson (2002) 提出質化研究主要在探討態度、行為和經驗，而本研究除探討照顧失智症患者應具備的專業技能外，更需了解照顧服務員的態度、行為和經驗，因此將採用「質性研究設計」，而本研究之資料收集為深度訪談，運用半結構式訪談指引(見附錄二、附錄三)及基本資料表(見附錄四)進行資料收集；基本資料表包含個人基本資料、機構特性基本資料，基本資料表主要目的在了解研究對象及機構之特性，佐以訪談指引進行深度訪談，收集研究對象對照顧服務員的職能之意見。本章共分成下列四節進行說明：第一節研究設計，第二節資料蒐集，第三節資料處理與分析，第四節研究倫理之考量。

第一節 研究設計

本研究設計包含研究架構、研究步驟、研究對象，以及研究之嚴謹度共四小節，分述如下：

壹、研究架構

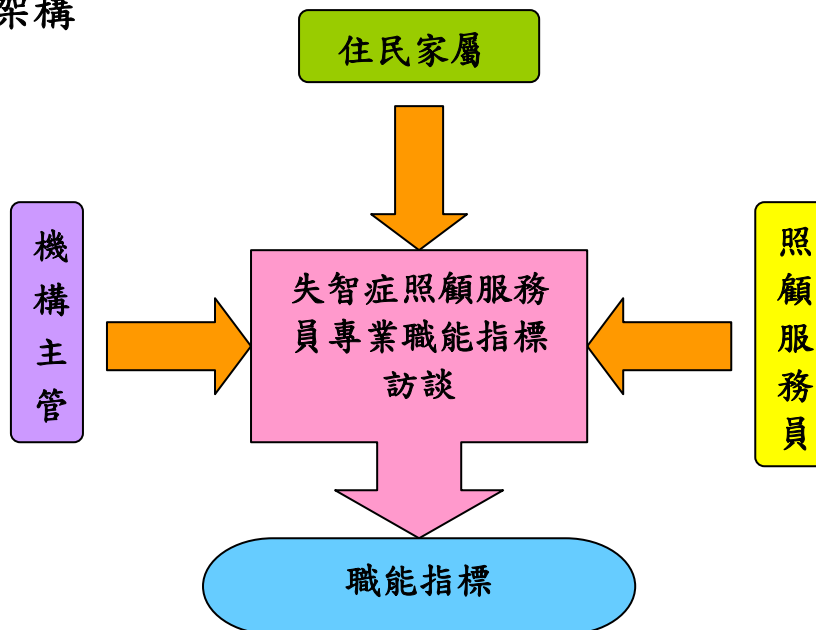


圖 3-1 研究架構

貳、研究步驟

本研究依據研究目的及方法，共包含下列研究步驟：

- 一、確定研究主題並擬定研究計畫及進度。
- 二、收集文獻作為研究之參考依據。
- 三、依據研究目的及文獻探討結果，設計訪談大綱，與指導教授進行討論，以確認訪談大綱的內容。
- 四、依設定條件選取符合研究目的之研究對象。
- 五、進行試探性訪談並檢討缺失，修正訪談大綱。
- 六、正式訪談。
- 七、將訪談內容謄寫為逐字稿、進行資料分析及個案檢視。
- 八、歸納研究結果、提出結論與建議。
- 九、完成研究報告。

參、研究對象

本研究針對在長期照護機構中直接照顧失智住民的照顧服務員進行研究。長期照護機構分為社政體系之長期照顧機構及衛政體系之一般護理之家。研究對象為機構中的管理者、照顧服務員、家屬。其中照顧服務員指符合老人福利服務專業人員資格及訓練辦法第五條之資格者。

針對嘉義地區已立案機構，以方便取樣方式，共選取二家獨立型護理之家，以及一家社會福利型老人長期照護中心進行。選取這三所的主要理由是其中兩家護理之家近期獲得當地縣市政府督導評鑑考核結果優等及甲等，另外一家長期照護中心則是內政部評鑑甲等以上；三家機構所任用人員大多為本國籍勞工，且流動性低，員工大多有多年的工作年資，對住民照顧工作能有較清楚描述，且在徵

求研究對象過程，機構主管也表現較高的配合意願。本節針對研究對象基本資料分成機構及個人資料兩方面進行描述。

一、機構基本資料

本研究選擇之研究機構隸屬於某安養照護體系，該體系創立於 1997 年，以「提供老人服務與福利為宗旨」，以「最佳的服務品質，提供高齡者更優質、便利、貼心的全人照顧服務」為使命，其主要服務範圍如下：

- (一)照顧服務：提供住宿、日常生活照顧、醫護、復健、膳食、緊急送醫、社交活動、家屬教育等服務。
- (二)提供日間照顧、臨時托顧、短期保護安置等綜合性服務。
- (三)居家服務：培訓居家服務員，提供社區居民居家照顧服務。
- (四)教育訓練：配合政令，辦理長期照護專業人員之職前及在職訓練。
- (五)其他服務：提供老人休閒、康樂、文藝、技藝、進修及聯誼活動，並提供餐飲服務、退休準備服務、法律諮詢服務等綜合性服務。
- (六)贊助推行社會福利相關活動經費。
- (七)參與其他有關社會福利事業等慈善活動

參與本研究之長期照護機構以政府督導考核合格之立案機構為標準，包含嘉義縣 A 及嘉義市 B、C 共 3 所，床數分別為 82、95 及 90 床；護理主管工作時數均為 8 小時/天，照顧服務員工作時數為 12 小時/天；照顧服務員每天照顧住民之人數約 5-9 人，機構基本資料見表 3-1。

表3-1 參與研究機構基本資料分析

機構代號	床位數	照顧服務員工作時數 (小時/天)	照顧個案數 (人/天)	所在地
A	82	12	5~8	嘉義縣
B	95	12	5~9	嘉義市
C	90	12	5~9	嘉義市

二、研究對象個人基本資料

研究對象的選取則採立意取樣，共訪談九位個案，全部為女性，其中三位照顧服務員，三位主管(主任或副主任)，三位家屬；年齡介於31~58歲，平均年齡為50歲；主管之教育程度一人為大學畢業，兩人為專科畢業；照顧服務員之教育程度高中職二人，國中有一人；婚姻狀況均為已婚；主管B1為社工背景，B2有護士證照為護理背景，B3領有長期照護主管證照為行政背景；照顧服務員則均有照顧服務員訓練課程結業證書，其中兩人領有照顧服務員丙級技術士證照；於目前工作機構服務年資由3年至13年，平均為6年；家屬其中一人為主要照顧者，有照顧服務員訓練課程結業證書。本研究對象基本資料如表3-2。

本研究之研究對象包含機構管理者、照顧服務員及住民家屬，其選取標準如下：

(一)機構管理者選取標準：

機構管理者符合下列條件者，為本研究之研究對象：1.於目前服務機構工作年資10年以上 2.實際參與照顧服務員之管理工作(包含主任及副主任) 3.經解釋研究過程及目的後同意接受訪談者，本研究共收案3人。

(二)照顧服務員選取標準：

照顧服務員符合下列條件者，為本研究之研究對象：1.長期照護經驗至少3年；2.於目前服務機構工作年資3年以上；3.接受過內政部及衛生署所公佈之培訓內容90小時訓練課程，並領有結業證書；4.經解釋研究過程及目的後同意接受訪談者。樣本數之大小以資料內容分析達飽和(即沒有新主題發現)為原則，本研究共收案3人。

(三)住民家屬：

家屬符合下列條件者，為本研究之研究對象：1.長輩入住機構1年以上；2.曾親自照顧失智症患者1年以上，本研究共收案3人。

表3-2 研究對象基本資料分析

編號	年齡	婚姻 狀況	教育 程度	職業 身分	相關 證照	目前機構 服務年資(年)
A1	39	已婚	高中職	照顧服務員	結業證書	3
A2	54	已婚	專科	照顧服務員 丙級證照	結業證書	12
A3	56	已婚	國中	照顧服務員 丙級證照	結業證書	13
B1	48	已婚	大學	副主任	失智照顧 教育講師	12
B2	48	已婚	專科	主任	護士	12
B3	31	已婚	專科	副主任	主管結訓	12
C1	63	已婚	國中	家管	照顧服務員 結業證書	
C2	50	已婚	高中職	志工		
C3	58	已婚	大學	建築師		
平均	50 歲					10.7年

說明：編號中的A代表照顧服務員；B代表機構主管；、C代表住民家屬

肆、研究之嚴謹度

質性研究與量性研究對研究品質的訴求是不一樣的(Leininger,1994)，量性研究以信、效度檢核研究品質(陳桂敏等譯，2002)，質性研究則以研究者在研究過程及研究結果分析是否夠嚴謹(rigor)或夠可信(trustworthiness)來評斷其研究品質(Leininger；Lincoln & Guba, 1985)。本研究在資料收集及分析過程採用 Lincoln and Guba 所提出質性研究四項準則來評量其嚴謹度，包括確實性(credibility)、可轉移性(transferability)、可信賴性(dependability)、可確認性(confirmability)等。(陳月枝、劉淑娟、穆佩芬、趙可式、盧孳艷、徐亞瑛，2000)

一、確實性(credibility)：

質性研究中的確實性與量性研究的「內在效度」意義相近，指研究者真正觀察到希望觀察的，即研究內容與研究發現是真實的。本研究由研究者親自進行一對一深度訪談，為加強資料收集能力，研究前，研究者除修習質性研究課程外，並研讀質性研究相關文獻，且在正式收案前先選取兩位個案(包含照顧服務員及主管各一位)進行試探性訪談並檢討缺失，修正訪談大綱及改進訪談技巧，並於資料收集過程選擇一家參與研究機構以觀察者參與方式進行觀察；並將訪談內容反覆核對並與指導教授進行討論，以求正確無誤；訪談結束前就訪談重點及有疑問處向受訪者確認其本意。

二、可轉移性(transferability)：

質性研究中的可轉移性與量性研究的「外在效度」意義相近，本研究採立意取樣，訪談對象包含照顧服務員、基層主管、家屬，均具實務及切身經驗，使研究者能收集到充分的資料，研究者於資料收集後轉譯為文字並仔細整理、分析，因此本研究結果可作為臨床運用及相關研究之參考。

三、可信賴性(dependability)：

質性研究中的可信賴性與量性研究的「信度」意義相近，指研究結果的穩定性及一致性，在質性研究中，研究者本身是影響研究結果可信賴性的重要因素。研究者以半結構式訪談指引進行資料收集，以避免疏漏或言談偏離主題，訪談時間、地點配合受訪者方便並以安靜不受打擾為原則，訪談過程只要不偏離主題，盡可能配合受訪者言談流向進行；訪談內容採開放性，為確保資料完整性，整個研究進行包括訪談、臨床工作觀察、逐字稿、資料分析等，均由研究者親自進行，且於正式訪談前先進行試探性訪談，以訓練訪談技巧；資料分析過程，研究者也反覆檢視訪談內容，並與指導教授討論，以避免疏漏或錯誤解讀，增加研究結果的可信賴性。

四、可確認性(confirmability)：

質性研究中的可確認性與量性研究的「客觀性」意義相近，研究結果的可確認性與研究對象的文化背景及研究者價值觀息息相關，因此，理想的質性研究，研究者要提供足夠的資料使讀者能確認此研究是忠於質性研究原有本質。研究者親自執行資料收集與分析，在訪談過程以開放性態度接受每位個案的生活經驗，忠實描述資料，且研究過程持續與指導教授討論並進行修正；每次訪談後針對逐字稿進行分析，分析過程遇有任何疑慮時，則以電話向訪談個案確認，澄清疑慮，確定所做分析為個案本意，並請受訪者協助檢視並提供建議，以確保資料的客觀與中立；而研究過程中所收集的逐字稿、相關文獻等原始文件，均妥善保存，以供日後學術上審查的依據。

第二節 資料蒐集

本研究採質性研究設計，除研究者本人親自進行資料蒐集外，並依據文獻探討結果擬定訪談指引及基本資料表，進行研究資料蒐集。以下分為研究工具、資料收集過程並加以說明。

壹、研究工具

Patton(1990)認為在質性研究過程，研究者本身就是工具，質性研究的效度，主要關鍵在於實地工作者之技巧、能力與執行工作嚴謹度。在本研究中，研究者在指導教授指導下從主題選定、研究目的及研究問題之擬定、資料收集與分析到研究報告的撰寫，均親自執行。因此，研究者本人之學經歷及對研究主題的了解程度，對研究品質將有重大影響。研究者具有「照顧服務員丙級技術士技能檢定」證書並且有近 15 年的長期照顧機構經營管理實務經驗，因此對於照顧服務員工作內容有相當程度了解。而在進行研究前，筆者曾學過質性研究法，且在正式訪談前先與照顧服務員及主管各一位進行試探性訪談，以增進訪談技巧及資料收集與分析的準確度。為增進訪談內容之可信度，於資料收集過程，同時針對三間機構各選擇一個樣本進行研究，在機構及研究對象同意下進行照顧活動觀察，並進行交叉比對。因此訪談結果具有一定準確性。

一、訪談指引

本研究為深入了解長期照顧機構照顧服務員的專業職能，確保有效掌握訪談方向並避免資料疏漏，因此擬定半結構式訪談指引，針對照顧服務員及機構行政主管進行深度訪談。訪談指引是根據研究目的與問題、參考相關文獻，並與指導教授討論後所擬定，由於研究者希望透過對照顧服務員所提供照顧服務內容的了解，進而探討照顧服務員的專業職能，訪談指引內容包括照顧服務員版、基層主

管版以及家屬版（見附錄二、附錄三、附錄四）。

二、研究對象基本資料表

研究過程為有效收集個案對主題有所影響之基本資料，以探討其相關性。本研究特別擬定研究對象基本資料表(見附錄五)，收集機構及研究對象之基本資料，內容如下：

1.個人屬性基本資料：包括性別、年齡、婚姻狀況、教育程度、身分、相關證照、從事長期照護工作年限、從事失智症長期照護工作年限、共 8 項。

2.機構特性基本資料：包括床數、照顧服務員工作型態、每天照顧住民人數、機構所在地等，共 4 項。

貳、資料收集過程

本研究資料收集藉由深度訪談方式，自 2013 年 1 月至 2013 年 4 月止，歷時 4 個月時間，共收案 9 位受訪者。每位受訪者之訪談時間約為 30-60 分鐘。研究者於收集個案基本資料後，以半結構式訪談指引進行一對一深度訪談(in-depth interview)，訪談時間及地點的選擇以尊重受訪者決定、並確保其隱私與安靜不受打擾為原則；本研究訪談之 9 位個案均選擇在機構內獨立空間進行訪談。

第三節 資料處理與分析

資料分析之目的在萃取概念、形成主題，本研究於訪談後，將訪談內容反覆閱讀整理成逐字稿、進行不同研究對象交叉比對，且與觀察結果比較，以形成整體概念，並進行資料分析，萃取中心主題。本研究資料分析過程是依循 Colaizzi(1978) 七大步驟進行資料分析：

- (一) 仔細重複閱讀訪談內容，獲得研究對象生活經驗及想法，以求對整個經驗有整體性瞭解。
- (二) 由原始資料萃取與現象有關內容，形成有意義句子(significant statements)
- (三) 從有意義的句子萃取出意義(meanings)
- (四) 保持客觀描述態度，將所形成意義中共同特性的概念歸納成主題(themes)。
- (五) 統合調查結果，並做一完整詳盡的描述(exhaustive description)。
- (六) 經由此完整詳盡的描述形成基本架構。
- (七) 將所得結果請研究對象檢視，以確認研究結果是否反應出個案的經驗。

第四節 研究倫理之考量

就質性研究而言，倫理的考量是一個重要的考量，根據專家學者的看法，在質性研究過程中須重視下列倫理考量(鍾玉娟、李智鋒、張莉琴合譯，2003)：

一、已告知的同意(informed consent)：

Pilot and Hungler(1997)為已告知同意所下定義為參與者對此研究有適當的資訊；有能力理解這些資訊；且有自由選擇權利，使其能自願同意或拒絕參與此研究；已告知的同意要求所預定的主角必須被告知真實且充分的資訊，以協助他們決定是否願意參與研究，參與者一開始就應知道，他們有權於任何時間點退出此研究。

二、保密和匿名：

Pilot and Hungler(1997)認為對參與者保密的承諾是保證參與者所提供任何資訊不會被公開，或讓參與此研究以外人員取得，且研究者不能將參與者連結於資料上。保密的承諾指的是研究主角的資料，將會於研究者外無人知其來源情況下使用。

三、不批判：

為避免主觀涉入降低資料真實性及造成對個案的傷害，研究過程中，對研究对象提供的資料應秉持尊重、接納、不批判的態度。本研究在倫理考量方面，於選取樣本機構後，研究者徵得機構負責人同意後，前往機構進行訪談及資料收集；訪談前先向受訪者說明研究過程及目的，取得受訪者同意並簽署告知同意書(informed consent)(見附錄六)，再進行資料收集。資料收集過程，除以結構式問卷收集個案之基本資料外，並進行個人深度訪談；基於對受訪者的尊重，於簽屬同

意書前，事先告知受訪者可於訪談過程中拒絕回答任何問題、暫停對談或退出本研究。而基於保密原則，受訪者基本資料、參與研究同意書、訪談逐字稿等相關資料均由研究者妥善保存；對外發表文章，有關受訪者基本資料則以代號呈現；訪談過程中，除提問外盡量採取聽而不論，完全尊重受訪者的言論，對於訪談內容，研究者盡可能秉持客觀態度，擷取其中意義，直到完全了解，沒有疑義為止。

第四章 研究結果分析與討論

本研究資料收集方法包括深度訪談及臨床工作觀察，研究者以半結構式訪談指引進行一對一深度訪談來收集資料，共9位受訪個案參與本研究，另外針對其中一家參與研究機構進行臨床工作觀察。訪談及觀察內容經分析歸納，以獲得研究結果，為確保訪談結果之可信度，研究者同時進行臨床工作觀察以進行三角驗證。

研究者歷經約四個月時間進行個案訪談，共訪談9位個案，包含三位照顧服務員、三位主管及三位住民家屬。經由資料收集、形成文本、主題分析且與指導教授討論、研究對象資料檢視，歸納出六個主題，依序為1.「動機」、2.「特質」、3.「自我概念」、4.「知識與技能」、5.「工作倫理」、6.「問題解決能力」等，以下分為三節進行說明，包含失智症照顧服務員職能指標之分析、一般照顧服務員與失智症照顧服務員之不同，以及失智症照顧服務員職能指標之建構。

第一節 失智症照顧服務員職能之分析

本節針對六個主題進行職能指標分析，包含1.「動機」、2.「特質」、3.「自我概念」、4.「知識與技能」、5.「工作倫理」、6.「問題解決能力」。藉由訪談對象提供之意見與想法歸納出指標之內容，分述如下。

壹、主題一：動機

動機，意指個人能夠對某件事物持續渴望，進而進行付諸行動的念頭（Spencer 和 Spencer，1993）。人與人相處，用愛心和善念對待別人，不僅別人會快樂，自

己也會得到快樂的福報。在長期照護的職場中，作為照護機構第一線的照顧者，照顧服務員承受的工作壓力與人際關係壓力是最大的。如果沒有助人的熱心、勇於面對挑戰的勇氣，真的是很難克服照顧職場上的考驗。但是，當照顧者從照顧失能長輩的過程中得到肯定，激起自我成長的動機，過程中持續檢討、終身學習以提升自我能力，從而獲得照顧失智症患者的動力。研究者由訪談資料中歸納出三個指標：個案陳述如下：

一、助人的熱心

A1、A2 兩位照服員認為「熱心」回應出分享的快樂，主管 B1 也提到有熱心的參予才會快樂，家屬 C1 也有相同的見解。個案的敘述如下：

A1：長輩給予信任感、以自家人般的關心來回應時，且會與分享秘密時。

A2：成就感是得到的情感和自信被信賴的感覺讓我真的相信“信賴是愛”。

B1：最有快樂、有成就感的事情助人面對挑戰自我提升能力

C1：最重要的就是要有愛心，例如能夠把我的家人當做他的家人，真心的付出。

二、勇於面對挑戰

A2 照服員認為照顧失智症患者是一個艱難的挑戰，一開始就要有心理準備。而主管 B2 也有相同的看法，不經過自我挑戰是無法勝任照顧失智症患者的工作的。個案的敘述如下：

A2：失智症患者其實很單純，而且比孩子還要天真無邪、可愛，他們的情感很專一，只要他們認定你是對她好的人。

B2：曾經接受過失智症照護課程的在職教育；自我挑戰；興趣。

三、具備自我成長的意念

受訪的主管均認為終身學習自我成長相當重要，個案的敘述如下：

B3：我覺得真的需有**耐心及專業知識**……。

B1：……最有快樂、有成就感的事情**助人面對挑戰自我提升能力**。

貳、主題二：特質

特質，意指身體的特性以及對情境或訊息的持續反應（Spencer 和 Spencer，1993）。在研究者的實務觀察中，從事照顧服務人員的背景，通常其個人生活也曾經歷困頓與挫折，也因此磨練出從事這個職務應具備的職能特質。雖然在訪談中並未談起這些使他們成長、改變的往事，但是其特質的養成，除了本身的天賦之外，其堅強的個性與環境給予的洗鍊，使他們具備耐心、具備觀察力與同理心，使他們善解人意、具備外向性與親和力。更重要的是讓他們善於自我調適，不斷精益求精與自我反省，不被困難打擊而氣餒，這就是一位優秀照顧服務員的重要特質。個案的陳述如下：

一、具備耐心

在訪談中照服員與主管均認為**耐心**是從事失智症照顧者必備的特質，個案的敘述如下：

A1：我認為需要有很大的**耐心**、例如長輩常常在床上把尿布撕開，尿到整個床都濕了……。

A3：要有**耐心、愛心、同理心**，把長輩當自己，當成以後的我或家人，因為以後我有可能也有同樣的情形產生

B3：……需要**有耐心且樂觀的心態**和失智症的專業知識。

二、具備觀察力與同理心

在實務的工作環境中，洞察先機是可以預防許多意外事件發生的！因此從事失智症照顧者應具備較敏銳的觀察力。另外，同理心也是加強觀察力的重要心理特質，因為有同理心才會對受照顧者的舉止行動有所感受，會因同理心的感受而對受照顧者有正確的觀察。個案的敘述如下：

A2：適時的日常照顧、**關心和耐心**、情緒準備和管理、**同理心**、應對得體的態度、不責備失智症患者。

A3：要有**耐心、愛心、同理心**，把長輩當自己，當成以後的我或家人，因為以後我有可能也有同樣的情形產生

B2：.....**觀察**患者日常生活作息，給予陪伴、傾聽、**關心**，知道問題點。

三、具備外向與親和力

特質是與生俱來的，但是透過教育訓練更能提升特質的外顯程度。因此 A1、B1 都建議平時多與長輩及家屬互動，自然而然就會提升外向與親和力的特質。個案的敘述如下：

A1：有些長輩吃飽了卻忘了，以為自己還沒有吃，我們**不要與他爭辯**.....

B1：.....**親和力、助人熱誠、耐煩、善用肢體語言、自我調適、多微笑**。

C1：要有**觀察力**，例如口乾表示要喝水、常常拉腰帶表示想上廁所；

忍耐性，例如長輩中午不睡覺在吵鬧時，照顧服務員要能有**耐心的陪伴**。

四、具備自我調適的能力

B1：.....**親和力、助人熱誠、耐煩、善用肢體語言、自我調適、多微笑**。

A1：照顧失智症患者是件**辛苦又甜蜜**的差事，只要瞭解每個人的個性及其症狀、便可知道如何照顧他們、只要我們調整心態往好的方面去想，不要計較、**欣賞**他們的每一個行為表現。

參、主題三：自我概念

自我概念 (Self-Concept) 指個人的態度、價值與自我印象，即一個人對自身存在的體驗 (Spencer 和 Spencer, 1993)。它包括一個人通過經驗、反省和他人的反饋，逐步加深對自身的瞭解。自我概念是由態度、情感、信仰和價值觀等組成，這個認知貫穿整個經驗和行動，並把個體表現出來的各種特定習慣、能力、思想、觀點等組織起來。一旦自己將自己定位成為怎麼樣的人，就會成為怎麼樣的人。在受訪者中，因照顧年資的不同，對自我價值與信心亦有不同程度的自我概念。因此，具備正面的自我概念會使人具有自信心，相信自己可以做得好，這也是照顧服務員應具備的專業職能之一。個案的陳述如下：

一、自信心

C1：我印象當中有照顧服務員能成功解決失智症患者的問題過，我覺得照顧員的自信很重要，例如他能夠很有信心的編故事來說服我的家人，當我家人在鬧脾氣想回家的時候。例如會說：車子還沒有來，或者這裡就是你的家。

二、自我定位

A1：可以勝任長輩失智症患者。我們可以從長輩談以前的生活從中讓長輩回憶以往話題，讓長輩有取得信任。雖然有時會聊到雞同鴨講得，但是能讓長輩回憶過去也是很開心的事

A2：我覺得自己只算及格的照顧分數，.....還需要更多的學習。

肆、主題四：知識與技能

知識指個人在特定領域的專業知識，而技能指執行工作需具備之有形與無形的能力 (Spencer 和 Spencer, 1993)。在研究者訪談的護理之家及老人長期照護機構的照顧服務員提供的照顧活動或住民在照顧上的需求非常多樣，包括基本日常生活照顧、安全維護、預防性照護、侵入性照護、心理健康、協助復健等等，其中尤其住民最終的安寧照顧更是辛苦。在對失智症患者方面，專業知識的要求更高，目前中心的服務員都具足夠的照顧的熱誠，但尚未接受過失智症專業訓練課程，對失智症長者的症狀認知不足，所以容易遭受挫折。經研究者歸納整理，對失智症照顧服務員知識技能方面的職能要求以如下三點中較重要：

一、對失智症具備專業認知，並能有效運用於實務工作上。陳述內容如下：

A1：須有失智方面專業知識課程訓練、.....；自我方面：須不斷再加強在職教育有關失智課程及理念更新。

B1：了解造成失智症的原因及病程變化，以及每個病程時造成失智症長者本身的困擾。如何安撫失智症長者的情緒、以及如何與其進行有效的溝通、.....。目前中心的服務員都具足照顧的熱誠，但尚未接受過失智症專業訓練課程，對失智症長者的認知不足，所以容易遭受挫折。

B2：.....失智症區分輕、中、重度，失智症患者照顧方法技巧不同，安排活動也不同，要透過在職教育加強專業知識及實習演練才足夠。

C1：我自己本身也有上過在家照顧的專業知識與技能的課程，因為要照顧我先生，所以我覺得能夠有專業的知識與技能非常重要。

二、具備健康促進與安全維護的認知，並有效運用於實務上。陳述內容如下：

容如下：

A3：應該依照食衣住行育樂標準作業所學，極盡可能照顧。...像輕度的失智者案主就要盡量重複說，鼓勵案主自己處理.....。對中度失智的部分，就更加要協助照顧**注意安全，以防跌倒與走失**。對重度失智就要全程協助照顧更加**注意長輩的生命徵象**。.....

三、具備溝通技巧與團隊合作能力。陳述內容如下：

A2：除了藥物控制，照顧者應具備**耐心傾聽照顧和陪伴**，不責備失智症患者的心態，例如：輕度失智症患者照顧到處找東西、慌張，照顧者只要隨時注意她常找的東西在哪裡，幫她找出來他就不會慌。中度失智症患者會藏東西，怕別人偷他東西、懷疑，要**適時安撫溝通**，但不能把它藏的東西在她面前翻出來(因為它很可能把別人的東西藏起來)他會很沒有面子，而且會相當生氣。只要乘他不在時歸還別人的東西就好了，不能責備她。對重度長輩時，這時期的長輩意識混亂狀態，時而清醒時而模糊，意識和情緒都不穩，需要**更多耐心和情緒準備和收拾殘局的準備**。例如：你很可能離開視線半分鐘，他已經把衣服床單被單全撕破，甚至全身脫光解大小便，玩的很高興！當你發現時他還會笑得很開心的對你笑，你說怎麼辦。.....

B3 意：照顧服務員須具備失智症照護的**專業知識和擅長溝通的技能**。.....

伍、主題五：工作倫理

工作倫理就是在職場的人際關係中我們應該共同遵守的規範。廣義而言，

工作倫理應包括「主從關係」及「職業倫理」兩部分。前者是討論工作環境中的人際關係，特別是主管與部屬之間的互動關係。後者則探討職業觀、職業道德、工作態度等問題。在長期照護產業的職場中，人際關係複雜，道德問題也非常棘手，需要適當的規範，以免造成理想與實際、外行領導內行、老鳥與菜鳥等現象。

在本研究中歸納出下列五項長期照護場域中最重要的工作倫理，條列如下：

一、能尊重長輩隱私與尊嚴

B2：人生而平等但互異，每一個人都是獨特的、自主的、有價值的個體，有人性尊嚴……。不論年齡、種族、宗教、文化、態度、各種背景都應尊重。不論對疾病之反應或死亡信念，縱或您不贊同，亦應給予尊重。

B2：對病人資料**守密**，只在適當場所和適當的人討論病人資料。

B3：需注重住民**隱私**，不任意洩漏與病人有關資料。

二、能接受個案獨特性以及尊重其意願

A1：接受並尊重個案的獨特性、自主性及個別性；對個案資料**守密**。盡力**正確完成工作**。**提供個案需要尊重**：生命、人性尊嚴、價值觀、宗教信仰及風習慣……

B3：給於照護，**視病如親**；依護理人員的指示行事，**不要超越權限**。

三、能遵守基本工作規範與要求

A2：必須對雇主和上司**忠心**遵守機構單位的規章和上級的命令**準時上班**讓人覺得可信賴，不要去督導其他照顧者，尊重其他同仁的工作方式。

A3：謹遵守**標準作業操作**，不可和案主和家屬產生**金錢糾紛**，不可將**隱私**告

訴他人，不可虐待長輩，不可欺騙和不可和個案私自外出。視長輩為親人，不違背道德規範。

A2：護士的幫手遵循護理人員的指是作該做的事，不要超越權責。

四、能具有責任心

B2：要有責任。.....。

B1：盡最大能力**正確且小心完成**所交付之工作，病人的需要優於工作人員個人的需要。基於病人的需要給於**照護**，隨時都是有責任感的公民。

五、不惡意欺騙家屬

C1：**不要欺騙**家屬，例如長輩沒吃飯、沒睡覺，就不要告訴家屬有吃、有睡。

B1：**要尊重**家屬的照顧經驗及決策，**尊重**其他專業人士的建議，**不要做**與案家或機構主管**相對抗**的情事。.....。**不讓**案主或案家有**非我不行**的誤解。.....**協助**瀕死病人安祥死亡，**尊重**死亡是自然過程。

陸、主題六：問題解決能力

問題解決能力，意指能夠透過發現、探討、處理、尋找資源等方式來解決實務上的問題。大前研一在2007年出版的《即戰力》中，將「問題解決能力」列為新世代菁英的必備能力之一。該書認為「問題解決力」的重點在於，解決問題的方法乃不斷地假設與驗證，不是靠直覺，更非沿襲老舊的理論，而是看透知識的核心，應用於現實面。《麥肯錫的專業思維》作者保羅·費加(Paul N. Friga)博士認為：問題解決是一項團隊工作。無論是對個別部門或全球性大集團進行重大的改造，想排除生產過程中潛藏的阻礙，或恢復疲弱不振的銷售業績，唯有優

秀的團隊才能帶來優秀的解決方案！個案陳述如下：

一、團隊合作

A1：訴求柔軟婉轉態度、告之專業服務理念，再者請求主管介入給予家屬關懷及輔導。

B3：尊重家屬的意見，並報告直屬主管有此情事，尋求調解。

二、危機處理

A2：不能急於爭辯對錯那會使家屬更反感，先緩和家屬情緒適時引導專業知識，若照顧者沒有應對得體的能力與專業知識應請醫護人員溝通和協調。通常照顧者的應對得體和專業知識才是家屬信賴的主因。

B1：……誠懇的態度、和善的笑容及口吻、溫柔的肢體語言，取得長者的信任，要能找到正確的資源與方法來解決，……。

B3：長輩忘記自己已用餐；照顧服務員告知個案幾點已用餐，並且跟他說明了什麼後，開始轉移話題，分散他的注意力。

三、彈性變通

A3：當家屬有質疑時，先說對不起然後說出事情原因，要說明關心長輩安全問題才會有此動作，讓家屬了解有共同的心態。例如有插鼻胃管的長輩，為了怕他不小心拉鼻胃管，有時候也要適時的約束。

B2：因應家屬的訴求，可變通處理更換照顧者，……來解決衝突。

C1：當我與照顧有意見不合時，我還是認為好的照顧服務員仍能依據家屬的意見來照顧長輩，畢竟我在家裡面照顧這麼久了，先試試看再說。

C1：有，像是長輩常常想要打電話回家，甚至發脾氣拒絕吃飯，照顧服務員就會假裝打給其他的人來安撫他，不會讓他擔心而影響自己的健康。所以照

顧服務員能夠變通是非常重要的。

四、 理性、同理心溝通

A3：要有**耐心、愛心、同理心**，把長輩當自己當以後的我或家人，因為以後我有可能也有同樣的情形產生

B1：**耐心與家屬溝通**，讓家屬明瞭服務員的照顧措施是友善的。善用**醫療專業人士**的資源，以專業知識說服家屬取得信任。

C1：當我與照顧有意見不合時，我還是認為好的照顧服務員仍能**依據家屬的意見來照顧長輩**，畢竟我在家裡面照顧這麼久了，先試試看再說。

五、 仍需專業知識與技能的基礎，才能解決問題

B1：**耐心與家屬溝通**，讓家屬明瞭服務員的照顧措施是友善的。善用**醫療專業人士**的資源，以專業知識說服家屬取得信任。

B2：.....要增進自己的專業知識，必要時求診神內科或身心科請醫師指導。多**觀察**患者日常生活作息，給予陪伴、傾聽、關心，知道問題點。

第二節 一般照顧服務員與失智症照顧服務員之不同

由本文第二章對失智症的文獻探討可知，失智症與一般病患症狀不同，且症狀非常多樣。照顧服務員除了必須具備一般照顧失能者之能力外，更應該增加失智症相關專業知識技能，否則無法妥善照顧失智症患者。由本研究的訪談中，可歸納出下列的不同點：

1. 動機: 更需具備助人的動機與熱忱
2. 特質: 更需具備同理心、觀察力、耐心(挫折忍耐力)
3. 自我概念: 自覺自己有能力處理失智症老人的狀況
4. 知識與技能: 對失智症具備足夠的認知，具有心理準備
5. 問題解決: 需要加強與家屬溝通失智症患者的退化狀況
6. 工作倫理

個案們有關兩者不同點之陳述如下：

A1：1.思維失序 2.行為改變 3.認知方面能力：專業的知識、具備充分的耐力、熱心、**同理心**、傾聽、對着隨之而來各種變化如何去安撫及照料。

A2：**更多的溝通關心** **耐心和同理心** 不同能力該是照顧這自身的情緒管理照顧失智症患者有多種你無法想像的是會發生情緒準備也許下一秒你要面對非常難收拾的場面但前面在你認識這位長輩時就要有的**心理準備**。

A3：一般長輩照顧用**愛心**引導的方式輔助長輩，失智症患者用**耐心、關心、同理心**協助長輩生活及所有照顧服務。

B1：照顧失智症患者除了須具備照顧一般長者的日常生活照顧能力外，對失智症長者的病症要有**足夠的認知**，並加強溝通技巧及自我調適能力，才能愈挫愈勇，不被失智症長者的特殊行為嚇退。

B2：一般長輩與失智症患者，照顧模式不同，因認知、情緒、思緒、行為皆不同。

能力：1.關懷；2.體諒與同情心；3.誠實與盡責；4.可信任的，不任意洩漏與病人有關資料；5.謙恭有禮、尊重別人；6.合作；7.熱心；8.歡愉；9.自知、自覺。

B3：1.失智者由於認知功能的退化，自我照顧能力將逐步退化，身為照顧者需要依失智者在行為與身體功能上的變化，**適度調整照顧方式與溝通方式**；2.一般長輩依長者知能狀態提供不同疾病疾、症狀資訊及不同照護資源與衛教之建議。

C1：照顧失能長輩除了給**舒適**的感覺以外，要注意他的**安全與健康**。照顧失智長輩更需要有友善的態度，還要能**溝通、傾聽**，才能安撫他的情緒。

由以上個案所敘述的內容可以知道，失智症照顧服務員應該針對下列各項給予教育訓練，以加強對失智症患者的照顧能力。

一、增進失智症特殊行為之認知，以增進對失智症者的照顧能力，並提升判斷甚麼樣的情境是受照顧者最適合的照顧環境。

在照護體系中，雖然老人長期照顧機構與護理之家是隸屬不同的主管單位，但是照顧型態是一樣的。把護理之家難照顧的個案轉介到老人長期照顧機構，或許磁場近了就能解決問題。例如：有一位失智症患者住大樓型的護理之家，晚上不睡覺起來大聲哭，而照顧服務員用盡方法還是無法安撫，以致於鄰居報案叫警察來警告，不得妨礙安寧。於是把他轉到有空曠場地的老人長期照顧機構，如此則易於照顧，也解決了問題。所以不同環境型態的機構結盟轉介，可發揮各自的優點，較能處理各種狀況。

二、於在職教育安排失智症患者病症及照護技巧實習。

例如：有一位長者已失去時間認知能力，常常白天、晚上日夜顛倒不分時間的要打電話給太太。經過個案研討想出一套人物模擬由其他工作人員打電話與他

對談、安撫的方式，如此解決了失智住民與工作人員的困擾。還有一位失智症阿嬤當她年輕時較依賴醫師打針，護理人員於是拿原子筆頭在屁股扎一下，表示已經打了她要的針劑等...，這些都要透過交流才會找出好方法，就如現在機構創新也是對這方面的需求。

三、肯定照顧服務員的熱誠，激發其學習的信心及使命感。

照顧服務員情緒管理與壓力調適在長期照護機構的人力資源管理上也很重要。如果能從社會宣導上能多肯定照顧服務員的辛勞，把照護天使的功能多散播到每一個照顧者(家屬主要照護者)身上。讓社區的守護天使、機構的微笑天使慢慢形成一種習慣，一種潮流，讓每位受照顧者得到生活的關心、心靈的安慰。如此，照顧者得到肯定之餘，也會更加付出，形成正面的思考、正增強的效果。就如有一位 80 多歲失智的阿嬤，看到我就叫我仙女，我問他，你怎麼會這麼叫?她說「我女兒告訴我，在這裡照顧我的人都是仙女」其實這就是照顧服務員最好的壓力調適，也是最好的回饋。在要求照顧服務員在職教育、派外受訓，同理心、耐心、愛心時，多給予掌聲，就能達到職能建構最高的境界。

四、以實際案例做個案研討，並利用失智症資料做分享

在本研究過程中，受訪者希望多安排參訪失智症照顧機構。然而光靠政府舉辦往往會有困難，若能同業聯盟互相觀摩、學習，有成功的案例分享，就可以達到職能增長的效果。例如：失能者腳不良於行、年歲長了、合併失智、坐在輪椅上會撕尿布的個案，照顧服務員如何處置?我們訪談了照顧服務員，請她分享最苦惱的問題是什麼、最快樂的問題是什麼?照顧服務員說她想到了一個方法，即褲子反穿、皮帶頭轉到在後面，讓手抓不到尿布，於是解決了撕尿布的習慣。另外可給予長輩玩具娃娃，以分散其注意力，讓長輩因玩弄玩具娃娃而得到快樂的感覺。所以在實務照顧上除了專業知識之外，技巧的構思就要靠同事互相腦力激盪，從而解決問題。

第三節 失智症照顧服務員職能指標之建構

根據訪談資料的內容分析，經研究者整理條列後之主題、次主題歸納整理如表4-1。

由訪談資料分析結果發現，現階段失智症照顧服務中，除了應具備失能者之照顧能力之外，還需要具備以下六個職能指標才能勝任照顧患有失智症者的工作，分別敘述如下：

一、動機：意指個人能夠對某件事物持續渴望，進行付諸行動的念頭。

(一) 助人的熱心

(二) 勇於面對挑戰

(三) 具備自我成長的動機：從照顧失能長輩得到肯定後，進而獲得照顧失智症患者的動力，過程中持續檢討，終身學習以進行自我提升。

二、自我概念：指個人的態度、價值與自我印象。

(一) 具有自信心，相信自己可以做得到。

(二) 一旦自己將自己定位成為怎麼的人，就會成為怎麼樣的人。

三、問題解決能力：指能夠透過發現、探討、處理、尋找資源等方式來解

決實務上的問題。

(一) 團隊合作

(二) 危機處理

(三) 彈性變通

(四) 理性、同理心溝通

(五) 仍需專業知識與技能的基礎，才能解決問題。

表4-1 訪談資料分析之主題 (theme)、次主題 (sub-theme)

主題	次主題
1、動機	助人的熱心 勇於面對挑戰 具備自我成長的意念
2、特質	具備耐心 具備觀察力與同理心，善解人意 具備外向性與親和力 具備自我調適的能力
3、自我概念	自信心 自我定位
4、知識與技能	基本生活照顧 健康促進 安全維護 心理照顧 協助復健 安寧療護 溝通技巧
5、工作倫理	尊重長輩隱私與尊嚴 接受個案獨特性以及尊重其意願 遵守基本工作規範與要求 能具有責任心 不惡意欺騙家屬
6、問題解決能力	危機處理 彈性變通 理性、同理心溝通 專業知識與技能的基礎

四、知識與技能：知識指個人在特定領域的專業知識，而技能指執行有形與無形的能力。

- (一) 對失智症具備專業認知，並能有效運用於實務工作上。
- (二) 具備健康促進與安全維護的認知，並有效運用於實務上。
- (三) 具備溝通技巧與團隊合作能力。

五、特質：指身體的特性以及對情境或訊息的持續反應。

- (一) 具備耐心
- (二) 具備觀察力與同理心，善解人意
- (三) 具備外向性與親和力
- (四) 具備自我調適的能力，不斷精益求精與自我反省，不被困難打擊而氣餒。

六、工作倫理：在職場的人際關係中我們應該共同遵守的無形規範。

- (一) 能尊重長輩隱私與尊嚴
- (二) 能接受個案獨特性以及尊重其意願
- (三) 能遵守基本工作規範與要求
- (四) 能具有責任心
- (五) 不惡意欺騙家屬

第五章 結論與建議

第一節 結 論

本研究主要目的在探討長期照顧機構中失智症照顧服務員執行失智症患者照顧工作應具備之專業職能。由文獻探討可知，長期照顧服務產業已漸漸朝向社會福利政策發展，NPO 組織有其使命與願景作為社會福利先驅，針對失智症長者解決其照顧上的困境。現今 N P O 組織社會企業化是其趨勢，以臺灣長期照顧機構現況來說，機構中的照顧服務員普遍缺乏，流動率又高，其原因當然不只是人力資源管理機制的問題，但是在人力資源管理上若能採用社會企業化的職能模式，對照顧服務員的選、訓、育、用、留必能有所助益。

另外，在建構照顧服務員專業職能指標之餘，研究者認為若能給予失智者相關社會資源連結的資訊，家屬就能減輕經濟壓力，就較能放心將長輩送出來照顧，也較能相信機構的用心，說話的語氣自然和緩，照顧服務員較無受挫、受指責的壓力，有話就會慢慢地說，把如何照顧的情形詳細溝通，則人際關係就能迎刃而解。就如最近李光廷老師引進日本的守護天使專案，這就是我們 N P O 的願景，希望達到健康的城市，高齡者樂園的和協社會，更希望此篇文章能提供未來從事照顧服務者相關經驗的分享，讓照顧服務員能在工作上得心應手，樂在工作。

第二節 建議

根據本研究發現，研究者分別對政府主管機關、照護機構及失智症照顧服務員本身三方面提出建議。

一、對政府主管機關方面

研究者針對主管機關方面有以下三項建議與省思：

(一) 新進照顧服務員培訓課程內容應加以修正調整

研究對象認為除了現有內政部與行政院衛生署 2003 年公告之「照顧服務員訓練課程標準」的培訓課程內容之外，某些職前培訓課程需加以修正，同時另外加強部分課程，以符合臨床現況，提昇照顧品質，研究者提出以下建議：

1.建議培訓過程除了教導擦澡外，也要加強洗澡床使用練習，不過一般教學單位都沒有洗澡床設備，這方面可安排在實習過程加強指導，建議課室教學時先教導洗澡方法及原則，並要求實習單位提供洗澡床實際操作的指導與練習機會。

2.授課時，除了教授水銀血壓計測量以外，也同時教導電子血壓計及耳溫槍的使用方法。

3.建議培訓過程能加強人際關係與溝通技巧及工作倫理守則的教學。

4.抽痰、甘油灌腸及糞便挖除等技術是屬於專業護理技術，但依現況而言，建議培訓過程還是要教導這些技術正確執行方法，並明確規範可執行的範圍與條件。

5.建議在培訓課程中加入失智症照顧及成人尿布更換等兩方面授課內容。

6.建議主管單位加強對培訓單位的規範與控管，促進教學效能，提昇照顧服務員的照顧能力及照顧品質。

7.照顧服務員之養成的訓練實務規範並未有自我概念、自我成長、自我肯定與工作神聖的核心價值觀。訪談裡有 A1、A2、A3 均提到助人的熱心與動力。如果能增加這類課程，學員受完訓練之後照顧服務員會更加有自信的以助人為樂為主要的動機，以增加職能的潛在特質部分。

(二) 在職教育應有明確課程內容

在職教育是維持工作品質增進員工職能的重要因素，研究對象也都認為有其必要性。內政部社會司雖於 2007 年有訂定「老人福利服務專業人員資格及訓練辦法」，規定照顧服務員每年應接受至少 20 小時在職訓練(內政部社會司，2007)，但課程內容僅訂出範圍，並未有明確課程內容，建議主管單位可針對照顧服務員需求，設計相關課程包含人際互動技巧、失智症患者照顧知識、安全維護、老化相關知識、感染控制、安寧照顧、老人身心評估、個人防護、職業倫理及個人能力提昇等，並要求醫院每年為照顧服務員安排固定時數的研習課程，或是由長期照護協會或相關單位主辦研習課程，讓照顧服務員參加，否則空有規定，卻因辦理課程太少人數太多，而達不到政府規定之時數要求。研究者建議在職教育課程可參考「老盟」、台灣失智症協會及聖若瑟失智症所辦理之失智症教育訓練課程。

(三) 對政府推動失智症照護的省思

我國「老人福利法」於 96 年修正通過時附帶決議實施「失智老人團體家屋試辦計畫」，希望藉由此計畫能達到如下目標：

1. 提供失智老人一種小規模、生活環境家庭化及照顧服務個別化的服務模，滿足失智老人之多元照顧服務需求，並提高其自主能力與生活品質。
2. 延伸失智日間照顧的功能，建構機構與居家以外之照顧模式，並發展適合我國本土化失智老人團體家屋模式與經驗。
3. 評估全面推廣失智老人團體家屋模式之成效與可行性，並提出具體政策規劃或修正老人福利等相關法規之建議。

因此，內政部自民國97年起即委託「中華民國老人福利推動聯盟」(簡稱老盟)執行試辦計畫。老盟亦自97年起辦理「日間照顧擴點輔導計畫」希望能透過持續性的輔導，協助有意願投入的服務提供單位成立日間照顧服務中心。至99年底為止，全台共成立72個日間照顧服務中心，其中僅有4個為失智症照顧中心，可見有意願做失智症照顧者的比例不高。歸納其可能原因如下：

1. 老人福利機構設立標準對失智型照顧機構所訂之設立標準太高(人力配置、空間要求較高)，以致於民間無設立意願，現有已設立者皆表示賠本生意難。

2. 96年7月30日通過施行之老人福利機構設立標準訂有五年之落日條款，已於101年7月到期，屆時舊有非失智型老人照顧機構是否能收容失智症老人？如果不能，這些失智老人要何去何從？其對現有非失智型長期照顧機構影響如何？政府若執意嚴格實施，患失智症之老人及非失智型長期照護機構有何衝擊？

3. 衛生署與社會司合併成立『衛生福利部』提高衛政與社政層級，是否能資源整合？還是造成混亂？

4. 「長期照顧服務法」與「長期照顧保險法」至今仍未立法通過，即使『衛生福利部』如期開始運作，若上述法令仍未通過施行，且相關配套子法亦需要時間訂定，長則5年，短則3年，期間勢必仍是雙頭馬車，衛政系統與社政系統仍將各行其是。

二、對照護機構方面

入居於一般大型機構裡的失智症老人多半和身體失能者一同接受劃一性的集團式照顧，由於環境複雜、制約多、壓力大，對失智症患者症狀反而不佳。近幾年來政府積極推動老人「在地老化」的觀念，老人照顧去機構化、社區化、小型化等逐漸成為未來推動老人照顧的主流。相同的，失智老人的照顧也在這種觀念帶動下傾向於小型化、居家化。以現有一般機構式失智老人照顧模式傳統上大致分為兩種方式：

(一)「混合照護」：將失智症老人與一般失能老人同處在相同生活空間的照顧方式。其優點是能讓失智症老人和一般失能老人交流互動，過正常的生活，並可得到其他失能老人的幫助，及減緩失智症退化的速度；缺點為：因為失智症老人常有問題行為發生，會替臥床老人或其他失能老人帶來困擾，也容易被其他老人輕視和捉弄，以及發生物品混淆或誤食、誤用等麻煩，當然也就需要更多的照顧人力配置。

(二)「隔離照護」：在機構中另闢一專屬生活空間的照顧方式。其優點是能讓同樣都是罹患失智症的老人和平共存，不會受到其他失能老人的干擾，有專屬的照顧人員，能進行專門化、有效率的治療。相對的也有可能加速失智症惡化的程度、失智症老人間容易產生糾紛的問題，另考慮經濟及投資成本，減少生活空間面積及活動空間性質與種類之問題，其中最典型的型態以「unit care」失智老人照顧模式為代表。

研究者建議國內的大型機構應參考日本在 2000 年實施照護保險的同時，積極於大型照顧機構中導入「unit care」（小規模生活單元）的照護模式，將團體式的照顧空間朝個人化寢室空間、塑造居家化生活環境、個別化照護服務為其主要特色，每個小規模生活單元由 8~12 個單人房和大家一起活動的起居室、餐廳、廚房、職員空間等公共空間構成，如署立屏東醫院—「憶難忘家園」（如圖 5-1）。

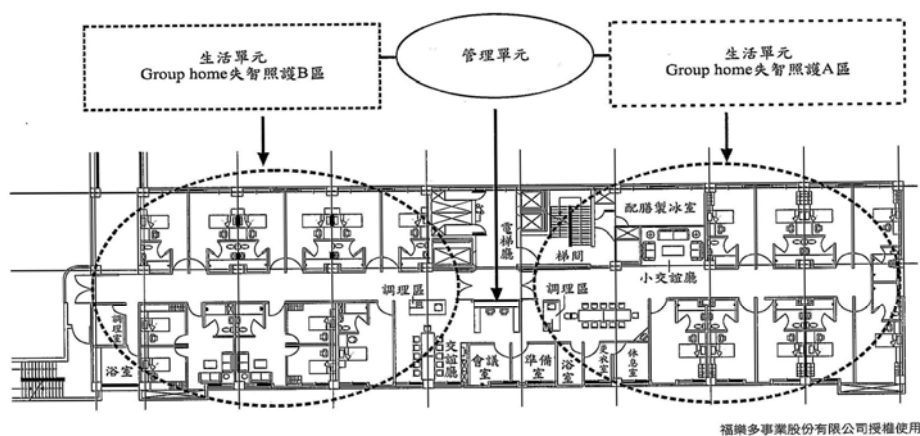


圖 5-1 署立屏東醫院—「憶難忘家園」平面配置圖

(三)建議增加內部失智症照顧的培訓：一般照顧服務員之培訓以普遍性、技術性的知識為主，如對於病理的認識、如何協助沐浴、翻身、拍背、灌奶等，並未有針對特定對象的照顧進行訓練，使得照顧服務員普遍對失智症的認知不足，而導致照顧服務員在接觸失智患者時不知如何應對？（吳雅琴，2012）因此，建議機構應規劃中長期策略性人力資源管理機制，加強護理、社工與照顧服務員之間的合作能力。

三、對失智症照護服務員本身

(一) 新工作倫理

現在的職場非常注重三個「新工作倫理」，分別為「組織認同」、「個資法」及「性騷擾」的工作倫理觀念。研究者認為這幾點在長期照護職場中更是必備的工作倫理。

1. 首先在「組織認同」上，現在的職場工作者效忠的不再是老板，而是自己的專業，畢竟終生雇用已經不是企業經營對待員工的觀念了。工作表現不再只是為了公司，而是要打造一張漂亮的黃金履歷表才是終生就業的目標。更何況現在的長期照顧服務產業已朝向社會福利服務的方向演變，提供長期照顧服務的組織及機構也朝向「NPO」組織發展。因此，從事長期照顧工作者對於組織的「願景」、「宗旨」、「使命」等的認同變得更加重要。

2. 「個資法」方面，雖然在照顧服務員的工作較無此方面的問題，但是在服務對象的個人資料、家庭背景、財務狀況、人際關係等相關的肖像、標誌、名稱等也要避免違反「個資法」。

3. 在「性騷擾」部分，由於照顧服務員的工作內容必須與受照護者經常有身體上的接觸，照顧者與被照顧者之間更是必須自我保護。尤其現在長期照顧的觀念漸漸普及，男性的照顧服務員也逐漸增多，在傳統的觀念上比較不能接受男性的照顧服務員為女性住民服務，因此在實務上應該避免。

(二) 多舉辦失智症個案研討與分享

由訪談資料中有關失智症照顧服務員在照顧失智症患者的實務工作上最容易遇到的挫折有下列幾點：

1. 無力感，不知該如何面對及預防受照顧者退化快速到來，感覺對無解的退化現象，無可奈何。
2. 經常擔心長輩走失。
3. 家屬無病識感，不了解失智症的變化，怪罪我們沒照顧好。
4. 對失智症長者沒有足夠的認知及應對的技巧。

研究者建議多辦理個案研討會，藉由對個失智症案照顧的心得分享中，不但可以增進照顧者對失智症的認知及應對技巧，更可以透過邀請家屬一起參加，使家屬對失智症長輩各階段的變化有所了解，如此更能夠與照顧者配合，以提供失智症長輩更優質的照顧。

(三) 多鼓勵男性照服員加入失智症照服員行列

研究者多年的投入機構服務發現，男性的照顧服務員較不願投入長期照顧的職場(怕沒面子)。然而失智症者又不同於失能者，照顧失智症患者，無法以理性勸導往外跑的時候，如果能有男性照顧服務員協助，對類似的個案比較能有效處理，對失智症患者的照顧會更好。因此，吾人應多鼓勵男性照服員加入失智症照服員行列。

第三節 研究限制與未來研究方向

壹、研究限制

本研究收案對象僅限於嘉義縣市2家獨立型護理之家及嘉義市1家社會福利型老人長期照護機構的照顧服務員及機構主管。因此，收案對象若能涵蓋其他地區的護理之家或長期照護機構，研究結果將更能推論到全臺灣地區所有獨立型護理之家及社會福利型老人長期照護機構。

貳、未來研究方向

本研究結果可作為未來進行與培訓課程相關研究之參考。針對未來研究，研究者提出建議如下：

(一)往後研究可將獨立型態護理之家與社會福利型長期照護機構工作人員，進行交叉比對，探討其差異性。

(二)進一步以問卷進行量化研究，收集更多研究對象的意見，擴大研究對象範圍，以增加研究的應用度。

(三)針對與照顧服務員培訓課程相關專家進行德菲法(Delphi)研究，探討專家對培訓課程的看法(專家意見法)。

參考文獻

壹、中文部分

- 內政部統計處(2013)。老人安養養護機構工作人員數。2013年05月27日取自 <http://sowf.moi.gov.tw/stat/year/list.htm>。
- 行政院內政部(2003)。照顧服務員訓練實施計畫。台北市：作者。
- 行政院衛生署(2003)。護理機構設置標準。台北市：作者。
- 吳欣蓓、陸洛、巫姍如(2010)。績效優異員工之背景與職能條件:在臺上市電腦系統公司為例。人力資源管理學報, 10(2), 1-26。
- 吳雅琴(2012)。失智過招千百回：機構照顧服務員與失智老人照顧的糾葛與牽絆。國立東華大學族群關係與文化學系碩士論文, 未出版, 花蓮縣。
- 卓良珍(2010)。失智症的臨床診斷流程。2013年5月1日取自 <http://www.ohayoo.com.tw/失智症的臨床診斷流程.htm>
- 台灣失智症協會(2008)。失智症完全手冊。台北縣：作者。
- 邱淑玲(2009)。從護理之家實務工作者觀點探討照顧服務員培訓課程之適用性。中臺科技大學醫護管理研究所碩士論文, 未出版, 臺中。
- 夏侯欣鵬、楊百川、鄧茗芳(2010)。影響企業選擇核心職能與核心組織能耐因素之探討。中原企管評鑑, 8(1), 89-122。
- 徐亞瑛(1992)。癡呆病人問題行為種類、盛行率及發生可能原因。健康世界, 197, 17-22。
- 國教教育研究院電子報(2011.08.01)人口老化與教育發展。2013年3月30日取自 http://epaper.naer.edu.tw/index.php?edm_no=21&content_no=511
- 許曉芸(2008)。照顧服務員人格特質與工作滿意度關係之研究。亞洲大學健康暨醫務管理學系碩士論文, 台中市。
- 陳月枝、劉淑娟、穆佩芬、趙可式、盧孳艷、徐亞瑛(2000)。護理研究方法。台北：護望。

- 陳桂敏、鄭靜瑜、曾月霞、顧雅利、謝惠玲、王靜枝、顏妙芬、林惠賢、郭素珍(譯)(2002)。實用護理研究：指引、評論及運用。台中市：滄海。(Burns,N.,& Grove,S.K.,2001)
- 陳惠姿(2008)。老人及長期照護人力培育。護理雜誌，55(4)，11-16。
- 陳達夫、邱銘章、湯麗玉、林忠蔚、史宛玉、陳榮基(2006)。臺灣長期照護機構失智症患者之盛行率調查之摘要。臺灣失智症協會會訊，9，6-7
- 陳麗津與林昱宏(2011)。照顧服務員之工作能力初探。崇仁學報，5，1-23。
- 游玉梅(2005)。人力績效模式及職能模式與職場學習的整合與應用—從職場學習新趨勢談起。人事月刊，40(6)，20-45。
- 黃美珍、鄭瀛川(2008)。校外機構線上諮商工作者之核心職能初探研究—以張老師基金會某分事務所為例。輔導與諮商學報，30(1)，61-87。
- 黃培文、王志蓮、林佳蓁、張維真、李永信(2008)。籌備期的職能分析與訓練規劃之個案研究—以某流通服務業為例。商管科技季刊，9(4)，503-524。
- 楊麗珠與趙淑員(2000)。台灣各級醫療機構病患服務員人口特徵與工作背景探討”護理雜誌(研究稿)，47(4)，22-30。
- 劉淑娟、葉淑娟、蔡淑鳳、徐慧娟、廖彥琦、周世珍、蕭仔伶、謝佳容、謝媽娉、毛慧芬、胡月娟(2007)。長期照護。台北：華杏出版社。
- 衛生署國民健康局(2011)。老人福利與政策。2013年4月1日取自 <http://sowf.moi.gov.tw/04/01.htm>
- 鄭天明(2005)。休閒飯店活動人員職能之研究。餐旅暨家政學刊，2(1)，1-18。
- 鍾玉娟、李智鋒、張莉琴(譯)(2003)。護理質性研究-促進人道主義的權威。台北市：五南。(Streubert H.J & Carpenter D.R.,1999)

貳、英文部分

- Arther, T. R., & Orth, M. S. (1999) . Emerging competency methods for the future. *Human Resources Management*, 38, 215-225.
- Boyatzis, R. E. (1982). *The Competence Manager: A Model For Effective Performance*. New York: John Wiley & Sons.
- Brain,L., & Roberts,M. (2008) How to assess competence levels of healthcare assistants.*Primary Health Care*. 18 (4) ,36-41.
- Burgoyne, J. G. (1993) . The competence movement:Issue, stakeholders and prospects.*Personnel Review*, 22 (6) , 6-13.
- Byham, W. C., & Moyer, R. P. (1996). *Using Competencies to Build A Successful Organization*, Development Dimensions International, Inc.
- Ciuzas, R., Navickaite, J., & Useckiene, L. (2009) . Development of the teachers' professional competence and the need for its change. *Teacher Education*, 13 (2) ,110-119.
- Colaizzi, P. F. (1978). Psychological research as the phenomenological views. In R. S. Valle & M.King(Eds.), *Existential phenomenological alternatives for psychology*. New York: Oxford University Press.
- Dawson, C (2002). Practical research methods: a user-friendly guide to mastering research techniques and projects. UK: How to Books Ltd.
- Fletcher, S. (1992). NVOs, standards and competence: A practice guide for employers, management and trainers. London: Kogan.
- Greengard, S. (1999). *Portals help HR navigate the vast corporate labyrinth*. *Workforce*, 78, 79-100.
- Homrich, A. M. (2009) . Gatekeeping for personal and professional competence in graduate counseling programs. *Counseling & Human Development*, 41 (7) ,1-23.
- Lawler III, E. E. (2005). From human resource management to organizational effectiveness. *Human Resource Management*, 44(2), 165.
- Ledford, G. E. (1995) . Paying for the skill, knowledge, and competencies of knowledge workers. *Compensation and Benefits Review*, 27 (4) , 55-62.
- Leininger, M. M. (1994). Evaluation criteria and critique of qualitative research studies. In J. M. Morse(ed.). *Critical issues in qualitative research methods*. (pp.95-115). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Newbury Park, CA: Sage.
- Long, C., & Vickers-Koch, M. (1995). Using core capabilities to create competitive advantage. *Organizational Dynamics*, 24(1), 6-22.

- McClelland, D. C. (1973) . Testing for competence rather than for intelligence .*American Psychologist*, 28 (1) , 1-24.
- McLagan, P. A. (1980) . Competency models. *Training and Development Journal*,34 (12) , 22-34.
- McLagan, P. A. (1980) . Competency models. *Training and Development Journal*,34 (12) , 22-34.
- Nath, R., & Raheja, R. (2001) . Competencies in hospitality industry. *Journal of Services Research*, 1 (1) , 25-33.
- Parry, S. B. (1998) . Just what is a competency? *Training*, 35 (6), 58-62.
- Patton, M. Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods*. London:Sage Publications.
- Pilot, D.F. d Hungler, B.P.(1997). *Nursing Research Principles and Methods* (5th Ed). Philadelphia, J.B. Lippincott Co.
- Porter, L., & Lawler, E. (1968). What job attitudes tell about motivation. *Harvard Business Review*, 46(1), 118-126
- Reynold, A. (1993) . The trainer's dictionary: HRD terms, abbreviations,acronyms, HRD Press.
- Ryham, W. C., & Moyer, R. P. (1996) . *Using competencies to build a successful organization*. NY: Development Dimensions International, Inc.
- Spencer & Spencer (1993), *Competence at work: models for superior performance*, p.11. Retrived from http://www.168dna.com.tw/images/images_02.jpg
- Spencer, L. M., & Spencer, S. M. (1993) . *Competence at work: Models for superior performance*. New York: John Wiley&Sons.

附錄一 照顧服務員訓練課程表

壹、核心課程--五十小時

課程單元	時數	課程內容	參考學習目標
緒論	二	一、照顧服務員的角色及功能 二、照顧服務員的工作對象及服務內容 三、工作倫理守則	一、認識照顧服務員的工作場所及工作對象。 二、說出照顧服務員的業務範圍、角色功能與應具備的條件。 三、認識照顧服務員的工作倫理及工作守則。
照顧服務相關法律基本認識	二	一、與案主相關之照顧服務法規 二、涉及照顧服務員工作職責之相關法規	一、認識老人福利法、身心障礙者保護法、護理人員法等。 二、瞭解照顧服務相關民法、刑法等概要。
照顧服務資源簡介	二	一、照顧服務領域相關資源的內容 二、服務對象及資格限制	一、認識社政、衛政、勞政、農政、原住民族行政體系現有照顧服務資源。 二、瞭解如何轉介與供給相關照顧服務資源。
家務處理	二	一、家務處理的功能及目標 二、家務處理的基本原則 三、家務處理工作內容及準則	一、認識協助案主處理家務的工作內容及範圍。 二、瞭解協助案主處理家務的基本原則。
人際關係與溝通技巧	二	一、溝通的重要性 二、如何增進溝通能力 三、慢性病人及其家庭照顧者的心理社會反應 四、與慢性病人及其家庭照顧者的溝通技巧	一、瞭解溝通的重要性、目的、及要素。 二、瞭解阻礙與促進溝通的因素。 三、描述增進溝通能力的方法。 四、說出特殊溝通情境的處理（含接待訪客、回覆病人按鈴、及電話溝通）。 五、瞭解受助者的心裡。 六、認識慢性病人的身心特質。 七、分析慢性病人對慢性病的因應方式。 八、瞭解慢性病對家庭的影響。 九、說明協助慢性病人及其家庭照顧者因應慢性病的方法。 十、學習與慢性病人及其家庭照顧者的溝通

課程單元	時數	課程內容	參考學習目標
			技巧。
身體結構與功能	二	認識身體各器官名稱與功能	一、列舉人體細胞、組織和器官的相關性。 二、認識人體各系統的構造。 三、說明人體各系統的功能。
基本生命徵象	二	一、生命徵象測量的意義及其重要性 二、體溫、脈搏、呼吸、血壓的認識、測量與記錄	一、瞭解體溫、脈搏、呼吸與血壓的意義。 二、瞭解影響體溫之各種因素、 三、認識測量體溫的工具。 四、瞭解影響脈搏的各種因素。 五、說明可測得脈搏的部位及正確測量脈搏。 六、瞭解影響血壓的因素及辨別異常的血壓數值。 七、認識測量血壓的工具。 八、學習正確測量體溫、脈搏、呼吸與血壓。 九、說明預防姿位性低血壓的方法。
基本生理需求	四	一、知覺之需要 二、活動之需要 三、休息與睡眠之需要 四、身體清潔與舒適之需要 五、基本營養之需要與協助餵食 六、泌尿道排泄之需要 七、腸道排泄之需要 八、呼吸之需要	一、瞭解知覺的重要性及意識評估的方法。 二、認識知覺相關的問題及照顧措施。 三、說明休息與睡眠的重要性。 四、瞭解睡眠的週期。 五、瞭解影響睡眠的因素。 六、描述促進睡眠的照顧措施。 七、認識身體清潔的目的對個人健康的重要性。 八、瞭解身體清潔照顧的種類與方法。 九、認識均衡飲食的意義及基本食物。 十、瞭解協助病人用膳的基本原則，並正確協助病人進食。 十一、清楚灌食的定義、種類及注意事項，並能正確執行鼻胃灌食。 十二、認識排便的生理機轉及影響排便的因素。 十三、認識排尿的生理機轉及影響排尿的因素。 十四、瞭解排尿常見的問題。 十五、認識呼吸的生理機轉及影響呼吸的因素。

課程單元	時數	課程內容	參考學習目標
			十六、瞭解呼吸功能障礙的因素、症狀及徵象。 十七、說明維持呼吸道通暢的照顧方法。
營養與膳食	二	一、營養素的功能與食物來源 二、老年期的營養 三、各種特殊飲食的認識 四、疾病飲食禁忌	一、瞭解影響食物攝取和營養狀態的因素。 二、辨別營養不良的臨床表徵。 三、說明滿足基本營養需要的照顧措施。 四、認識國民飲食之指標。 五、熟知營養素的功能及其主要的食物來源。 六、瞭解老年期的生理變化及其營養需求。 七、認識特殊飲食的種類、目的、適用對象及一般原則。 八、瞭解常見疾病飲食的種類、目的及適用對象。 九、說明常見疾病飲食的使用一般原則。
疾病徵兆之認識與處理	四	身體正常與異常徵象的觀察與記錄： (一)一般外表、顏臉 (二)排泄 (三)輸出入量的記錄 (四)發燒 (五)冷熱效應之應用 (六)出血 (七)疼痛 (八)感染之預防 (九)老人生病的徵兆 (十)老人用藥之注意事項	一、辨別一般外表、顏臉、鼻喉、口腔、聲音、皮膚、食慾、睡眠等所呈現的疾病徵兆。 二、透過觀察與病人的主觀陳述可辨別疾病的徵兆。 三、瞭解排便常見的問題及簡易照顧措施。 四、描述噁心與嘔吐之相關簡易照顧措施。 五、認識收集尿液標本需遵循的原則。 六、分辨泌尿道感染的臨床表徵。 七、描述泌尿道感染的簡易照顧措施。 八、描述輸入輸出的途徑及輸出入量記錄的內容。 九、認識記錄輸出入量所需的用具。 十、瞭解輸出入量記錄的注意事項。 十一、說出發燒的可能原因。 十二、列出發燒的處理方法。 十三、說出一般外傷的處理種類及處理原則。 十四、說出疼痛及其簡易護理措施。 十五、指出腹痛的簡易處理方式。 十六、列舉疼痛的觀察與記錄方式。

課程單元	時數	課程內容	參考學習目標
			<p>十七、描述胸痛的簡易處理方法。</p> <p>十八、瞭解牙痛的處置原則。</p> <p>十九、說出肌肉酸痛的處理原則。</p> <p>二十、認識冷熱應用的基本原則，並正確運用於病人。</p> <p>二十一、指出感染源。</p> <p>二十二、瞭解造成感染的相關因素。</p> <p>二十三、描述易造成感染疾病的危險情況。</p> <p>二十四、列舉感染的傳播途徑。</p> <p>二十五、執行正確的洗手步驟</p> <p>二十六、認識無菌原則與常見的無菌技術。</p> <p>二十七、說出協助服藥時的注意事項及正確協助病人服藥。</p>
家庭照顧需求與協助	二	<p>一、家庭主要照顧者的壓力</p> <p>二、案主之家庭主要照顧者常見的調適機轉</p>	<p>一、瞭解家庭主要照顧者的壓力來源。</p> <p>二、說明案主及其家庭主要照顧者常見的調適機轉。</p> <p>三、說明協助家庭主要照顧者減輕壓力的方法。</p> <p>四、學會如何協助案主及其家庭主要照顧者尋求社區資源。</p>
意外災害的緊急處理	二	<p>災難（火災、水災、地震）緊急處理及人員疏散</p>	<p>一、說明意外災害的定義。</p> <p>二、列舉火災的危害與預防方法。</p> <p>三、認識燃燒必備的三個要素、滅火原理與滅火器的使用。</p> <p>四、說明火場緊急逃生要領。</p> <p>五、說明意外災害時個案的情緒反應。</p> <p>六、學習如何預防與處理日常生活中常見的意外事件。</p>
急症處理	二	<p>一、肌肉骨骼系統意外之處理</p> <p>二、出血意外之處理</p>	<p>一、說明肌肉、關節、骨骼損傷的種類。</p> <p>二、舉例說明肌肉、關節損傷的處理。</p> <p>三、說明骨折的急救處理。</p> <p>四、認識出血的徵兆。</p> <p>五、學習各種止血方法。</p>
臨終關懷及認識安寧照顧	二	<p>一、臨終關懷的精神與內容</p> <p>二、照顧瀕死病患</p>	<p>一、明白安寧照護的起源。</p> <p>二、列舉安寧照顧的照顧重點。</p> <p>三、說明臨終關懷的特殊議題。</p>

課程單元	時數	課程內容	參考學習目標
		的壓力與調適 三、安寧照護的發展 四、案主及其家屬面對往生心理調適的過程 五、案主往生警政及衛政之通報	四、瞭解面對死亡時病人及家屬的反應。 五、說明協助病人及家屬面對死亡的技巧。 六、說明屍體護理的注意事項。 七、列舉說明相關的喪葬事宜。 八、說明照顧瀕死病患的壓力。 九、描述照顧瀕死病患的調適方式。 十、案主往生警政及衛政的通報流程。
清潔與舒適	八	個人衛生與照顧： (一)床上洗頭 (二)床上沐浴 (三)口腔清潔 (四)更衣 (五)鋪床與更換床單 (六)剪指甲 (七)會陰沖洗 (八)床上使用便盆 (九)背部清潔與按摩 (十)梳頭修面	一、認識床鋪整潔維護的目的及鋪床原則。 二、學習適當維護病床的整齊清潔。 三、認識毛髮護理的目的、原則及注意事項。 四、學習適當維護病人毛髮的整齊清潔。 五、學習正確協助病人床上洗髮。 六、瞭解口腔清潔的重要性及目的。 七、正確提供病人口腔清潔衛教及協助病人執行口腔清潔措施。 八、認識背部護理的重要性，並正確提供背部護理促進病人的舒適。 九、學會正確協助病人床上沐浴。 十、學會正確協助病人更換衣服。 十一、瞭解指(趾)甲護理原則及注意事項，並正確協助病人修剪指(趾)甲。 十二、學習正確執行會陰護理及協助病人床上使用便盆。
活動與運動	四	一、身體姿勢 二、病人的姿勢與支托身體的移位 三、運動障礙與被動運動 四、輔具之使用 五、按摩法 六、制動合併症的簡易處理原則	一、說明活動及運動的重要性。 二、描述活動及運動的種類。 三、瞭解滯動的原因及滯動對人體的影響。 四、說明維持良好身體姿勢的原則。 五、陳述病人各種姿勢擺位的重點。 六、描述各項支托病人身體移位程序的重點。 七、瞭解引發運動障礙的因素。 八、說明被動運動的項目。 九、瞭解各種輔具的使用方法。 十、學會執行各種按摩方法。

課程單元	時數	課程內容	參考學習目標
			十一、說出預防長期制動合併症的方法。 十二、學會執行褥瘡傷口簡易的照顧方法。
急救概念	四	一、異物哽塞的處理 二、心肺復甦術	一、說明急救的定義、目的和原則。 二、說明急救的優先次序與注意事項。 三、瞭解異物哽塞的原因及危險性。 四、瞭解異物哽塞的處理方法與注意事項。 五、學習正確執行異物哽塞的急救措施。 六、瞭解心肺復甦術的方法與注意事項。 七、學習正確執行心肺復甦術的操作步驟。
綜合討論與課程評量	二	針對上述課程內容 做一整體評值	一、分享照顧服務員訓練課程的心得。 二、提出照顧服務員訓練課程的相關疑慮。 三、通過針對課程內容整體評估的測試。

貳、回覆示教--十小時

項目	一、鋪床及更換床單 二、協助用便盆、尿壺及包尿布 三、翻身及拍背 四、協助輪椅患者上下床 五、基本關節活動 六、生命徵象--測量體溫、脈搏、呼吸、血壓 七、個案運送法--單人搬運法 八、人工呼吸 九、胸外心臟按摩
----	--

參、臨床實習—三十小時

項目	一、鋪床及更換床單 二、協助沐浴床上洗頭洗澡 三、協助洗澡椅洗頭洗澡 四、協助更衣穿衣 五、口腔照顧（包括刷牙、假牙護理） 六、清潔大小便 七、協助用便盆、尿壺 八、會陰沖洗 九、尿管照顧 十、尿套使用 十一、鼻胃管灌食
----	--

	<p>十二、鼻胃管照顧</p> <p>十三、正確的餵食方法</p> <p>十四、翻身及拍背</p> <p>十五、背部按摩法</p> <p>十六、協助輪椅患者上下床</p> <p>十七、基本關節活動</p> <p>十八、約束照顧</p> <p>十九、修指甲、趾甲</p> <p>二十、刮鬍子、洗臉、整理儀容</p> <p>二十一、測量體溫、呼吸、心跳、血壓</p> <p>二十二、熱敷及冰寶使用</p> <p>二十三、垃圾分類廢物處理</p> <p>二十四、感染控制及隔離措施</p> <p>二十五、異物哽塞的處理</p> <p>二十六、協助抽痰及氧氣使用</p>
--	---

附錄二 失智症照顧服務員訪談指引(照顧服務員版)

1. 照顧失智症長輩最快樂、最有成就感的地方在哪裡？請舉例說明。
2. 照顧失智症長輩最挫折、最有失落感的地方有哪些？請舉例說明。
3. 你覺得自己對於失智症長輩的照顧能勝任嗎？請說明之。
4. 當家屬與機構照顧者意見產生衝突時，如何解決？
5. 照顧失智長輩須具備甚麼樣的專業知識與技能？你對於輕度、中度、重度失智的長輩分別做甚麼樣的照顧？你認為專業知識對你本身重要嗎？請說明並評估自己的狀況。
6. 你認為一個好的失智症照顧服務員須具備甚麼條件？
7. 照顧服務員的工作倫理為何？
8. 照顧一般長輩與失智長輩有何不同？照顧服務員須具備何種不同能力？

附錄三 失智症照顧服務員訪談指引(主管版)

1. 你認為照顧服務員須具備何種動機才能勝任失智症照顧工作?
2. 你是否看過照顧服務員成功解決失智症長輩的照顧問題? 他是如何解決的? 你認為關鍵因素在哪裡?
3. 照顧服務員在照顧失智症長輩最容易遇到甚麼挫折? 若仍是無法解決, 你認為原因為何?
4. 你覺得照顧服務員對於失智症長輩的照顧能勝任嗎? 請說明之。
5. 當你的照顧服務員面對家屬產生意見產生衝突時, 一個好的照顧服務員會怎麼解決?
6. 照顧失智長輩須具備甚麼樣的專業知識與技能? 你的照顧服務員能夠對於輕度、中度、重度失智的長輩分別做不同的照顧嗎? 他們的專業知識是否足夠?
7. 你認為一個好的失智症照顧服務員須具備甚麼條件?
8. 當照顧服務員的基本知識不夠時, 你如何教育他?
9. 照顧服務員的工作倫理為何?
10. 照顧一般長輩與失智長輩有何不同? 照顧服務員須具備何種不同能力?

附錄四 失智症照顧服務員訪談指引(住民家屬版)

1. 你認為失智症照顧服務員須具備何種動機與特質?
2. 你是否看過照顧服務員成功解決失智症長輩的照顧問題? 他是如何解決的? 你認為關鍵因素在哪裡?
3. 照顧服務員在照顧失智症長輩最容易遇到甚麼挫折? 若仍是無法解決, 你認為原因為何?
4. 當照顧服務員面對你的產生意見不同時, 一個好的照顧服務員會怎麼解決?
5. 你認為照顧服務員的專業知識與技能是否重要? 請以你的經驗說明之。
6. 照顧服務員的工作倫理為何?
7. 照顧一般長輩與失智長輩有何不同? 照顧服務員須具備何種不同能力?

附錄五 研究對象基本資料調查表

一.個人屬性基本資料：

- 1.性別： (1).男性 (2).女性
- 2.年齡：_____歲
- 3.婚姻狀況： (1).未婚 (2).已婚
- 4.教育程度： (1).國中以下 (2).高中(職) 以上 (3).研究所以上
- 5.身分： (1). 照顧服務員 (2). 主管(職稱_____) (3).家屬
- 6.相關證照： (1). 照顧服務員訓練結業證書 (2) 照顧服務員丙級證照 (3).護士執照 (4).其他(_____)
- 7.您從事長期照護工作時間為_____年。
- 8.您從事失智症長期照護工作時間為_____年

二、機構特性基本資料：

- 1.您所服務機構所在地：_____市(縣)
2. 您目前工作型態為： (1).專職，平均一天上班_____小時
 (2).兼職，平均每週上班_____小時
3. 您每天照顧住民人數平均最多_____人，最少_____人
(針對照顧服務員)
4. 您單位照顧服務員每天照顧住民人數平均最多_____人，最少
_____人(針對主管)