

南華大學企業管理學系非營利事業管理碩士班碩士論文

**A THESIS FOR THE DEGREE OF MASTER BUSINESSADMINISTRATION**

**MASTER PROGRAM IN MANAGEMENT SCIENCES**

**DEPARTMENT OF BUSINESS ADMINISTRATION**

**NANHUAUNIVERSITY**

影響失智症照顧者使用機構式長期照顧服務之相關因素

**Factors Affecting Caregivers of Person with Dementia to use**

**Institutional Long-Term Care Services**

指導教授：鄭文輝博士

**ADVISOR :CHENG,WEN-HUIPh.D.**

研究生：林惠珍

**GRADUATE STUDENT :LIN , HUEY-JANE**

中 華 民 國 1 0 4 年 6 月

# 南 華 大 學

企業管理學系非營利事業管理碩士班

## 碩 士 學 位 論 文

影響失智症照顧者使用機構式長期照顧服務之相關因素

研究生：林惠珍

經考試合格特此證明

口試委員：劉清慶

洪嘉馨

鄭文輝

指導教授：鄭文輝

系主任：葉國忠

口試日期：中華民國 104 年 06 月 27 日

# 南華大學企業管理學系非營利事業管理碩士班

## 103 學年度第 2 學期碩士論文摘要

論文題目：影響失智症照顧者使用機構式長期照顧服務之相關因素

研究生：林惠珍

指導教授：鄭文輝 博士

### 中文摘要

本研究探討護理之家和安養機構內的失智症老人住民，其主要照顧者持續使用機構式照顧的相關因素，本研究引用Andersen 健康行為模式，探討前驅因素、使能因素、需求因素與使用機構式照顧服務的相關性。

本研究採橫斷性、立意取樣的方式進行研究，研究對象分別來自雲林縣1個安養照機構及台南市的2個護理之家，共113個機構內失智症老人的照顧者，由機構內的資深護理師為訪員進行問卷調查。

研究結果顯示：(1)前驅因素、需求因素是持續使用機構式照顧，較重要的預測因子。(2)進行對數複迴歸分析，控制其他重要變項後，前傾因素包括：失智症老人年齡及教育程度、主要照顧者教育程度及對照顧責任的認知，使能因素包括：照顧者對機構照顧品質的認知，需求因素包括：失智症老人身體功能障礙程度及情緒行為障礙總程度、主要照顧者身體疲憊負荷程度及情緒和經濟負荷程度，為影響照顧者持續使用機構式照顧服務的關鍵因素。(3)而且，家庭照顧者表示他們以前在家中照顧失智長輩時，很少使用到社區的照顧資源。

根據上述研究結論，提出具體建議，政府應該發展更多的社區及居家式的照

顧資源，以減少失能者及照顧者的生活負擔；為了協助及支持照顧者繼續在家中照顧認知障礙者，在社區中提供更多有關失智症教育、指導及社區資源，這樣不僅幫助照顧者可以讓失智老人在家照顧的時間久一些，也可以達在地老化的目的。

**關鍵字：**機構式長期照顧、失智症老人、照顧者



Title of Thesis : Factors Affecting Caregivers of Person with Dementia  
to use Institutional Long-Term Care Services

Department : Master Program in Nonprofit Organization Management,  
Department of Business Administration, Nanhua University

Graduate Date : June 2015                      Degree Conferred : M.B.A.

Name of Student : Lin , Huey-Jane              Advisor : Cheng, Wen-Hui    Ph.D.

### **Abstract**

Based on Andersen's behavior model of health service use, this study aims to investigate factors affecting caregivers of person with dementia who are now staying in nursing homes and long-term care institutions to choose institutional long-term care services, and to explore the relationships among predisposing factors, enabling factors, need factors and the utilization of institutional long-term care services.

This study uses a cross-sectional survey with structured questionnaire. The sample includes 113 residents in one long-term care institution in Yunlin County and two nursing homes in Tainan City.

The major findings of this study are as following: (1) Both predisposing factors and need factors are more important predictors for using institutional long-term care services. (2) The analyses of multiple logistic regressions controlling other variables indicate that predisposing factors such as age and education level of elders with dementia, education level and care responsibility recognition of caregivers; enabling factors such as the perception of quality of institutional care services; need factors such as physical disability and emotion-behavior disturbance of elders with dementia and care and emotion loading and economic burden of caregivers are the most important predictors of institutional care service utilization. (3) However, the caregivers of institutional residents with dementia received few assistance from formal community care services when they cared elders with dementia at home.

Based on these findings, this study suggests that the government should develop various community care resources to support the disabled elders and their caregivers to

mitigate their living burdens. More information, guidance and community resources regarding dementia care should be provided to assist elders with dementia staying at home for a longer time that the purpose of aging in place can be achieved.

**KEY WORDS:** institutional long-term Care, elders with dementia, caregivers



# 目 錄

中文摘要.....	I
英文摘要.....	III
目錄.....	V
表目次.....	VII
圖目次.....	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 .....	6
第三節 名詞解釋.....	7
第二章 文獻探討 .....	9
第一節 失智症患者的特質.....	9
第二節 失智症的照顧問題.....	13
第三節 失智症照顧者對長照服務之需求.....	17
第四節 影響失智症照顧者使用長照服務的因素.....	20
第三章 研究方法.....	26
第一節 研究架構與假設.....	26
第二節 研究變項的操作型定義及測量.....	29
第三節 研究設計 .....	42
第四節 研究工具及信效度.....	46
第五節 研究實施程序.....	61
第六節 資料統計分析.....	64
第四章 研究結果與討論 .....	67
第一節 前傾因素、使能因素及需求因素的描述性分析 .....	67
第二節 照顧者持續使用機構式服務的意願分析.....	83

第三節 前傾因素、使能因素及需求因素與長照機構使用情形的.....	
相關性分析.....	84
第四節 影響照顧者持續使用機構式服務的重要因素預測.....	95
第五章 結論與建議 .....	107
第一節 結論 .....	107
第二節 建議及研究限制.....	109
參考書目.....	112
一、中文部分.....	112
二、西文部分.....	116
附錄一 研究問卷.....	122



## 表目次

表 1-1-1	台灣社區 65 歲以上老人每 5 歲失智症盛行率.....	2
表 2-1-1	五歲分年齡層失智症盛行率 .....	11
表 2-1-2	台灣失智症人口推估 (千人).....	12
表 3-2-1	研究自變項的操作型定義 .....	36
表 3-2-2	研究依變項的操作型定義.....	41
表 3-3-1	問卷調查機構及回收有效資料一覽表 .....	44
表 3-4-1	「主要照顧者負擔量表問卷」向度問卷與參考文獻.....	48
表 3-4-2	「失智症老人行為與情緒量表」向度問卷參考文獻.....	54
表 3-4-3	「主要照顧者負荷量表」因素分析結果.....	56
表 3-4-4	「失智老人行為與情緒量表」因素分析結果.....	58
表 3-4-5	量表及分量表的內在信度檢測.....	59
表 3-5-1	研究進度表.....	61
表 3-6-1	邏輯式迴歸分析變項參考組說明.....	66
表 4-1-1	失智症老人前傾因素描述性統計.....	68
表 4-1-2	主要照顧者前傾因素描述性統計.....	70
表 4-1-3	使能因素描述性統計.....	73
表 4-1-4	失智症老人需求因素描述性統計.....	77
表 4-1-5	「失智症老人行為與情緒量表」各題得分情形.....	79
表 4-1-6	照顧者需求因素描述性統計.....	81
表 4-1-7	「主要照顧者負荷量表」各題得分情形.....	82
表 4-2-1	失智症主要照顧者持續使用長照機構情形.....	83
表 4-3-1	失智症老人前傾因素與長照機構使用情形之相關性.....	86
表 4-3-2	照顧者前傾因素與長照機構使用情形之相關性.....	87
表 4-3-3	使能因素與長照機構使用情形之相關性.....	89

表 4-3-4	失智症老人需求因素與長照機構使用情形之相關性.....	92
表 4-3-5	照顧者需求因素與長照機構使用情形之相關性.....	94
表 4-4-1	持續使用機構式照顧服務的邏輯式迴歸分析勝算比.....	104



## 圖目次

圖 3-1-1 研究架構圖 .....	27
---------------------	----



# 第一章 緒論

## 第一節 研究背景與動機

### 一、研究背景

對二十一世紀的人類社會來說，人口老化被認為是比全球暖化、石油衰竭、國際恐怖主義等議題更難處理的未來挑戰。因為後者多少還可以找到應付的方法，而前者帶來的問題雖可計量，卻幾無轉圜空間。世界各國人口老化的速度加快，聯合國統計顯示1991年全球老人（65歲以上）有3億3千2百萬人，到了2000年增加到4億2千6百萬人，十年間增加了將近一億人(林萬億，2005)。

根據聯合國的定義：65歲以上老年人口比率達7%，即進入老化社會，65歲以上老年人口比率達14%，則進入老年社會；而在台灣依據內政部（2015）統計資料顯示，65歲老年人口比率至2015年3月，占總人口數之比例達12.14%，其中，80歲以上高高齡人口占老年人口之比率為24.8%，預估在民國107年老年人口比率達14%，正式進入「高齡社會」（aged society）；接著在2025年即可能達到20%，邁入「超高齡社會」（superaged society），在2051年屆時達37%，進入2060年65歲以上人口所占比率將高達42%。

台灣人口老化相當的快速，估計老年人口比例由7%倍增到14%所經歷的時間僅需25年，可能會超過日本的26年而成為世界之冠，也預估於2060年將成為全球老人比例最高的國家(簡郁芬，2012)。台灣人口除了快速老化之外，平均餘命也逐年在延長，根據103年內政部統計處的統計，台灣人民的平均餘命，女性由民國92年的80.33歲，增加到102年的83.36歲；男性由民國92年的74.77歲，增加到102年的76.91歲；在這10年間，女性壽命平均增加2.92歲，男性壽命則增加1.66歲；在平均

餘命逐年延長的趨勢之下，勢必又會再助長老年人口的增加。

隨著老年人口數增加，盛行於老人的失智症人口數往往也會快速增加，根據台灣內政部的資料，在 2014 年全台有 23 萬失智症患者，到 2031 年台灣失智人口將達 33 萬人，行政院經建會也指出：到 2060 年達 73.3 萬人，增加速度將超過全球平均。失智症主要好發於老年人身上，85 歲以上的老人更是高達 16-30% 的盛行率(邱奕綺，2012)；根據陳達夫等(2008)研究統計顯示，65 歲以上的台灣人，平均年齡每增加 5 歲，失智症盛行率會倍增，臺灣失智症盛行率與年齡之關係可見表 1-1-1；在高齡化社會的人口發展趨勢下，台灣每年大約有 5800 位新增的失智症個案(李明濱，2008)。

表1-1-1 台灣社區65歲以上老人每5歲失智症盛行率

年齡	65-69歲	70-74歲	75-79歲	80-84歲	85-89歲	90歲以上
百分比	1.2%	2.2%	4.3%	8.4%	16.3%	30.9%

資料來源：陳達夫等(2008)台灣長期照護機構失智症患者的盛行率。載於李明濱等(主編)，失智症完全手冊(頁53-56)。台北市：健康文化。

失智症是全世界老人最擔心的共同問題之一，社團法人台灣失智症協會於民國 87 年提出的報告中指出：每年有 460 萬失智症新病例，全世界每 7 秒就有一人得失智症，推估 2050 年全球將有一億失智症患者；而在世界衛生組織於 2012 年 4 月發佈的全球失智症報告中，則指出失智症人口以每年增加 770 萬人的速度成長，在 2010 年全球估計會有 3560 萬的失智症患者，以約每 4 秒鐘就有一名新罹病者；可見失智症的發生率也有逐年加快的情形。

隨著人口快速老化，我國身心功能障礙或衰老的人口也同步急劇增加之中，將導致長期照護需求的暴漲。為了因應老化人口問題，我國也推展「長期照護十年計畫」，發展多元化的社區照顧；綜觀世界各主要國家的長期照護發展，雖然早期也是著重機構式設施的發展，但在 1960 年代以後，卻反向限制機構床位的設置，

致力於居家支持服務的發展，希能支持身心功能障礙者在家中生活更長的時間。綜合其主要轉變原因有三：(一)老人在教育和經濟水準的提升下，追求「在地老化」(aging in place)獨立自主的生活目標；(二)科技的發展，強化居家安全照護的能力，使功能障礙者也可具有獨居的能力；(三)老年人口更加老化，使長期照顧需求無限增長，因而決策者希望利用回歸社區與家庭的策略，減少機構式服務的使用，節約長期照護成本（吳淑瓊等，1998）。

雖然國內長期照顧政策，隨者全球「在地老化」(aging in place)理念興起，在1994年訂頒之社會福利政策綱領明訂以「居家式服務和社區式服務作為照顧老人及身心障礙者的主要方式，再輔以機構式服務」，所以，長期照顧服務之場所是走向以家庭與社區為基礎之服務（Home and Community Based Services）。

但是，研究者在長照機構15年的實務工作中發現，失智症照顧者通常對照顧失智症者的混亂行為感到束手無策，進而會有嚴重的照顧壓力，因此會尋求機構的協助，將失智症者委託機構來照顧；可見失智者隨著病程進展，問題行為加劇出現，自我照顧的能力逐漸喪失，導致24小時生活必須完全依賴他人協助時，讓失智症者接受機構照顧是家屬可能的選擇；所以，機構式的照顧服務除了提供病人適當的照顧服務模式外，對失智症家屬來說，也未嘗不是一種可以有效減輕家屬或照顧者負擔的方法，因此，研究者將對已經使用機構照顧的照顧者進一步作探討。

## 二、研究動機

根據以上的背景因素，因而產生了三項的研究動機，分述如下：

研究動機之一：近十年來有關長期照顧的研究，不論是從成本考量或是以高齡者的生活品質為出發點，均認為失能高齡者的照顧應該以「在地老化」為主，讓高齡者能留在原來生活的地區接受照顧將是較佳的選擇，而且居家式照顧的確是比較符合老人的意願的，依據內政部於98年度進行55歲以上老人生活狀況調

查顯示，65 歲以上老人認為「與子女同住」是最理想的居住方式，67.24%（2797 位）表示，未來若失能希望以「在家接受服務」的方式安養，願意住到機構接受服務者僅占 12.16%；而目前已失能之 65 歲以上老人，對於未來進住長期照顧機構或護理之家意願，隨著失能嚴重度表示不願意者比例漸增（輕度：中度：重度為 51%：66%：67%）（謝沛錡等，2014）；另外在台灣高齡者居住安排的調查中，民國 85 年住安療養機構老人有 0.9%，到民國 98 年住安療養機構的老人則占 2.8%，另一個研究則發現有 3.5%-5.9%的失智症者是在機構中接受照顧（黃惠玲等，2006），可見老人離開自己屬意且熟悉的家庭環境而到機構居住的情況有增高的趨勢。衛生福利部 2004 年的統計資料顯示，台灣失智症盛行率於安養機構為 26.8%、養護機構為 61.8%、護理之家為 64.5%，可見失智症老人送往機構照顧的比率並不低；也有研究指出有 36%的家屬（49.3%身分為子女）會因為個案的問題行為，想將個案安置在照護機構（陳昱銘，2013）。因此，究竟是什麼特徵的失智者及其家庭照顧者會選擇機構照顧呢？這是本研究的研究動機之一。

研究動機之二：研究者在長照機構的臨床實務工作上也發現，選擇機構式照顧的照顧者，有部分家屬還是會希望將失智症者帶回家中照顧，當然也有些照顧者會持續的使用機構照顧，所以，研究者也想去了解，照顧者持續使用機構式照顧的意願為何？以及到底會是什麼因素在影響機構內照顧者持續使用機構照顧的意願呢？這是本研究的研究動機之二。

研究動機之三：目前國內對於失智者長期照護安排的研究還是不多，有關的相關研究大致上可分為：(1)對某項服務的滿意度及使用意願，如：對居家護理的滿意度(2)長期照護的需求，如：家庭照顧者的需求及負擔等；但有關失智症者離開自己熟悉的社區或家庭，而選擇機構式服務的相關因素並無太多的探討。因此，既然台灣失智人口正在急速增加，失智症照顧也是全球的重要課題，研究者自然認為有必要去了解機構內的失智症老人及其照顧者使用機構式服務照顧的重要影響因素，這是本研究的研究動機之三。

目前 Andersen(1973)健康行為模式，最常被引用來詮釋個人的醫療服務行為，本研究亦採用模式中的前傾因素、使能因素和需求因素，來預測選擇使用機構式服務的重要因素。



## 第二節 研究目的與問題

### 一、 研究目的

基於對本研究背景及動機的描述，本研究旨在關心的目的為：

- (一)瞭解使用機構式服務的失智症老人及其主要照顧者的特徵。
- (二)瞭解機構內失智症老人的主要照顧者，持續使用機構式服務的重要影響因素。

### 二、 研究問題

基於上面的研究目的，本研究所要探討的問題為下列四項：

- (一)瞭解使用機構式服務的失智症老人及其主要照顧者，其前傾因素、使能因素及需求因素的特徵為何？
- (二)瞭解機構內失智症老人的主要照顧者，持續使用機構式服務的意願的為何？
- (三)瞭解前傾因素、使能因素及需求因素，對失智症老人的主要照顧者持續使用機構式服務的意願，是否有相關性？
- (四)依前傾因素、使能因素及需求因素，預測影響失智症老人的主要照顧者持續使用機構式服務的重要因素為何？

## 第三節 名詞解釋

### 一、失智症

根據美國精神科協會所發表的精神疾病診斷標準則手冊第四版(DSM-IV)中，所訂的失智症診斷標準除記憶力喪失或減退以外，至少有下列一項 (1)失語症(Aphasia) (2)失用症(Apraxia) (3)失認症(Agnosia) (4)執行功能異常(impaired executive function)。以上幾種認知功能障礙必須導致職業上或社交功能上的影響，同時要排除有譫妄(Delirium)的情形。美國精神醫學會於2013年所出版的精神疾病診斷與統計手冊第五版(DSM-V)，將失智症(dementia)更名為神經認知症(neurocognitive disorders, NCDs)，且記憶力變差不再是診斷失智症的必要條件，只要有一項以上的認知功能障礙，包括整體注意力、執行功能(executive ability)、學習能力、記憶力、語言功能、知覺動作功能或社會人際認知等，即可診斷為失智症。所以，「失智症」(dementia)一詞也正式走入歷史，並沒有出現在DSM-5診斷；本研究所指的失智是指DSM-IV中的失智症診斷標準。

### 二、失智症老人

65歲以上，經神經內科專科醫師診斷為失智症老人，其腦部功能持續退化，導致認知功能缺損，日常生活功能下降，需要他人照顧者。

### 三、主要照顧者

指平常生活中，因失智症老人日常生活功能失能，其家人或親友中提供最多照顧者稱為主要照顧者。在此研究中所指的是失智老人的配偶、子女、媳婦或其他親屬，包含老人在居家照顧時與老人同住和不同住的家屬，但不包含專業看護、

本國傭人和外籍看護。

#### 四、機構式服務

指一個提供失智症老人居住及24小照顧的機構體系場所，在一段長時間內針對身心功能不良（損傷障礙不全、失能或殘障）者，或身心健康功能受限制而須依賴他人之幫助以行常態生活者，提供一套包含醫療、保健、護理、生活、個人與社會支持之照顧服務，其目的在維持或增進身心功能，減少其依賴程度，或減輕他人或社會之負擔；其內容在服務需求面通常包含個人照顧、活動照顧、生活照顧等機構式服務。目前國內失智症照顧機構包括三種類型，分別為：專責型機構（該機構照顧對象僅針對確診為失智症者）、專區型機構（在綜合型照顧機構中，設立專區提供失智症者機構照顧服務）、混合型機構（於一般養護、長期照顧機構以及護理之家，失智症住民和失能住民混合一起接受照護），本研究中所指的是混合型機構之護理之家及安養長照機構。

#### 五、長期照顧

長期照顧是對失能長輩及身心功能障礙（不全、失能或殘障）者，提供一系列持續性的服務，包含長期性醫療、保健、護理、生活、個人與社會支持之照顧，以恢復、維護或改善他們日常生活功能為目的，並依據不同病程提供連續性、多元性選擇的照顧服務資源，包括：居家式（如：居家護理、居家服務、送餐服務）及社區式（如：日間照顧、喘息服務）的「社區照顧服務模式」，以及機構式（如：護理之家、養護機構）的「機構照顧模式」。

## 第二章 文獻探討

### 第一節 失智症患者的特質

#### 一、失智症的種類

失智症依病因可分為退化性、血管性及可逆性失智症，退化性失智症則以阿茲海默症(Alzheimer's disease)最常見，約占半數，血管性失智症是造成失智症的第二大原因，因為腦中風造成腦部血液循環不良，導致腦細胞死亡造成智力減退，約佔 20-25%，失智症可能是由某些疾病所造成，經過治療之後可能有機會可以恢復，這類型失智症屬於可逆性失智症。有時失智症病患會同時有兩種或以上的病因，最常見是阿茲海默症與血管性失智症並存，又稱為混合型失智症，約佔 5-10% (梁家欣，2014)。

#### 二、失智症症狀

失智症 (Dementia) 不是單一項疾病，而是一群症狀的組合(症候群)，它的症狀不單純只有記憶力的減退，還會影響到其他認知功能，包括有語言能力、空間感、計算力、判斷力、抽象思考能力、注意力等各方面的功能退化，同時可能出現干擾行為、個性改變、妄想或幻覺等症狀(梁家欣，2014)，這些症狀的嚴重程度足以影響其人際關係與工作能力。

一般而言，失智症是種不可恢復且會逐步惡化的慢性疾病，病患於發病後的平均餘年是 6-8 年，更甚者延長到 15 年左右，病人會慢慢失去記憶力及生活能力，有人稱為是一場「延長的葬禮」(白明奇，2000)；在臨床上它主要是症候群的表徵，乃後天性的記憶及其他大腦功能退化，程度嚴重到足以影響其日常生活或社會功

能，當患者被診斷為罹患失智症時，表示其可能已經出現明顯的記憶力衰退、智力喪失、社交、情緒功能障礙，甚至包括異常行為的出現，進而衍生如「社交死亡」般之社會人際網絡封閉的困境（Barry & Yuil, 2009）。

當失智症病患出現多重認知缺損，包括：記憶損傷、失語症、運用不能、認識不能、執行功能障礙等，並造成社會或職業功能顯著損害；若合併有行為障礙者，在照顧上更為困擾，常見的行為障礙包括重複現象、攻擊行為、漫遊、不適當行為、貪食行為、病態收集行為等，這些的精神行為病徵（behavioral and psychological symptoms of dementia, BPSD），在臨床上不但常見（佔 12-70%），也是主要照顧者照顧病患最大的壓力來源（陳昱名，2013）。

國內、外近年來的實證研究結果顯示，失智症病患的行為精神症狀是家庭照顧者照顧負荷的主要壓力源，亦是家人考慮讓病患入住護理機構的主因（邱麗蓉等，2007；Gaugler et al., 2000；Tanhi et al., 2005）。

### 三、失智症的盛行率

全球失智症人口正在快速增加，在台灣失智症流行病的研究，可回溯到 1980 年代林信男等以機構內的長者為研究對象，罹患器質性腦症候群(包括失智症)的盛行率為 6.8-7.4%之間，而在吳淑瓊 1996 年的研究中則指出，65 歲以上老人認知障礙的盛行率為 8.1%，與已開發的國家的老人失智盛行率約 5-6%相似；但在死亡率部分，65 歲以上非失智症老人的死亡率低於 10%，而失智症老人的死亡率為 50%，偏高的死亡率可能與失智症之治療與照護服務未充分有關（陳秀玫，2009）。多起社區流行病學調查發現台灣失智症盛行率於 65 歲以上的人口分別為 3.7%到 4.4%不等（社團法人台灣失智症協會，2014；傅中玲，2008），而依據衛生福利部委託台灣失智症協會進行 2011 至 2012 年底的全國失智症盛行率調查結果顯示，台灣老年輕度以上失智症盛行率約 5%，所有這些研究都發現失智症

的盛行率隨著年齡的增加而遞增。

在歐洲一個由 1980-1990 年的長期追蹤研究，取自歐洲、北美、澳洲及日本的樣本，研究顯示：65-69 歲盛行率約為 1.4%，70-74 歲盛行率為 2.8%，75-79 歲盛行率為 5.6%，80-84 歲盛行率為 11.1%，85 歲以上高達 23.6% 的盛行率，可見年齡越高盛行率有越高的情形(Hofman A, Rocca W.A. & Brayne C., 1991)；在台灣有關年齡與失智症盛行率的調查，也顯示兩者之間有極高的相關性存在，依衛生福利部(前衛生署，民國 100 年)委託台灣失智症協會進行之失智症流行病學調查結果，以及內政部 103 年底人口統計資料估算：台灣 65 歲以上老人共 2,808,690 人(佔總人口 12%)，其中輕微認知障礙(MCI)有 524,500 人，佔 18.67%；失智症人口有 227,137 人，佔 8.09% (包括極輕度失智症 91,673 人，佔 3.26%，輕度以上失智症有 135,464 人，佔 4.82%)。依此流行病學調查之結果，每五歲之失智症盛行率分別為：65~69 歲 3.40%、70~74 歲 3.46%、75~79 歲 7.19%、80~84 歲 13.03%、85~89 歲 21.92%、90 歲以上 36.88%，年紀愈大盛行率愈高，且有每五歲盛行率倍增之趨勢(表 2-1-1)。所以，依上述文獻推估，台灣失智症盛行率比歐洲由 1980-1990 年的長期追蹤研究還要高一些。

表 2-1-1 五歲分年齡層失智症盛行率(%)

年齡(歲)	65~69	70~74	75~79	80~84	85~89	≥90
台灣	3.40	3.46	7.19	13.03	21.92	36.88
歐洲	1.4	2.28	5.6	11.1	23.6	

資料來源：本研究整理

以民國 103 年底內政部人口統計資料，以及上述五歲分年齡層失智症盛行率計算，台灣於民國 103 年底 65 歲以上失智人口有 227,137 人。30-64 歲失智症盛行率依據國際失智症協會之資料為千分之一，估算台灣 30-64 歲失智症人口有

12,623 人，加上 65 歲以上失智人口，推估民國 103 年底台灣失智人口共 239,760 人，佔全國總人口 1.02%，亦即目前在台灣約每 100 人中即有 1 人是失智者；民國 120 年失智人口逾 47 萬人，屆時每 100 位台灣人有超過 2 位失智者；民國 150 年失智人口逾 93 萬人，每 100 位台灣人有超過 5 位失智者，在未來的 47 年中台灣失智人口數以平均每天增加 40 人的速度在成長。(詳見表 2-1-2)

失智症的危險因子包括年紀較大、失智症家族史、心血管疾病、高血壓、糖尿病、腦損傷病史、酗酒、教育程度較低、憂鬱或其他腦部退化性疾病(例如帕金森病)等(梁家欣等, 2014)。另外也有研究指出年齡、性別、教育程度、地理位置及職業類別是影響罹患失智症的重要因素，年齡越大、女性、低教育程度、居住鄉下、低社經地位者罹患失智症的機會較高(Lin et al., 1998；Liu et al., 1996)，有中風及高血壓的人罹患血管性失智症的機會也較高(Liu et al., 1996)。

表 2-1-2 台灣失智症人口推估 (仟人)

民國年	103 年	105 年	110 年	115 年	120 年	125 年	130 年	135 年	140 年	145 年	150 年	105 年
全國總人口	23,433	23,478	23,504	23,313	22,907	22,269	21,412	20,376	19,201	17,939	16,628	23,478
65 歲以上失智人口數	227.13	251.09	308.92	376.17	463.22	563.93	679.07	785.05	852.61	896.53	924.99	251.09
65 歲以上失智盛行率	8.09%	8.06%	7.74%	7.66%	8.03%	8.80%	9.88%	10.67%	11.35%	12.04%	12.58%	8.06%
失智總人口	239.76	263.74	321.47	388.47	475.04	575.03	689.33	794.35	861.04	904.15	931.70	263.74
失智總人口佔全國總人口比	1.02%	1.12%	1.37%	1.67%	2.07%	2.58%	3.22%	3.90%	4.48%	5.04%	5.60%	1.12%

資料來源：失智症協會(2015)

## 第二節 失智症的照顧問題

### 一、家庭照顧提供者

隨著人口快速老化，失智人口也相對快速增加，台灣失智症協會統計(2014)，目前台灣社區中失智症患者已超過22萬人，佔老年人口數8.09%；內政部2005年進行的「老人的調查摘要分析」指出，85%失智症患者居住在社區，並由家人擔任照顧者，因此可發現失智症照護以家庭照顧為主(邱逸榛，2010)。

內政部民國98年老人狀況調查結果摘要分析：65歲以上老人起居活動有困難時最主要幫忙料理者為其兒子，其次為媳婦及配偶或同居人；男性老人以配偶或同居人為主，女性老人則以兒子為主(內政部統計處，2014)。

除政府的官方調查外，民間學者如胡幼慧(1996)等所做的「家庭照護失能老人的困境」一文中亦指出，老年病患照顧者主要是女性，當病人為男性時，配偶照顧者有63%，由媳婦照顧者19%，當病患為女性時，44%由媳婦照顧，其次才是兒子的15%；另外，邱啟潤(2002)所做的「高雄市居家照護個案的主要照顧者綜合性需求」，在主要照顧者的特性上也出現類似的狀況：在120個有效樣本中，家庭照顧者平均年齡是51.1歲，65歲以上的有20.8%，教育程度在國小及以下者有46.7%，主要是病患的配偶31.7%與媳婦30.8%，女性占75%。這樣的照顧者特性也同樣出現在失智症照顧者上，包括：(1)配偶較容易成為照顧者；(2)有4成照顧者年齡達60歲以上；(3)多數照顧者身體健康狀況比較差(邱麗蓉等，2007)。

不論是國內或國外關於失智症老人照護者的研究中，都可以明顯的發現主要照顧者以女性居多，其他較為重要的人口學特質有：主要照顧者的年齡多以中年居多；而與老人的關係大多為配偶或媳婦，子女所佔的比例也不少；職業方面，大多數的照顧者於照顧期間皆無職業；照顧者的教育程度普遍不高、大多數已婚且與老人同住(湯麗玉，1991；Hoffmann et al., 1991)。

「在地老化」是目前世界各國正積極提倡的老人長期照顧理念，為了因應這個理念及國情需要，社區式照顧及居家式照顧是較為理想的作法。在台灣地區約有3.5%-5.9%的失智症者是在機構中接受照顧，95%的失智症患者是由家人提供照顧責任的(黃惠玲等，2006)，可見家庭成員在功能障礙者日常生活中所提供的支持與照顧是不可忽視的。但隨著家庭結構的改變，多數家庭呈現少子化現象，導致家庭照顧功能減弱，家庭可能已面臨無法承擔所有照護老人的責任。

家庭不僅是失能者照顧的提供者，也是功能障礙者利用其它服務的決定者；McCullough et al.(1993)&Brubaker(1987)的研究中也都同時指出：家庭不僅是功能障礙者照顧的主要來源，也是功能障礙者利用其他服務的媒介，功能障礙者對長期照護安排的選擇，不僅是本人的決定，其家人往往也是重要的決策參與者(陳正芬，2006)；在台灣相關的研究，呂寶靜(1999)在老人使用日間照護服務的決定過程：「誰的需求?誰的決定?」中的研究結果提到，服務使用的決定是由誰做的，可分為三類：老人自己決定、老人自己做決定但須獲得兒子同意、老人順從家人所做的決策；可見家人在老人使用長照服務的安排上，佔了很重要的角色，特別是兒子(呂寶靜，1999)。

由上述研究均顯示，長期照顧的安排與使用明顯受到個人或家庭成員使用意願的影響，表示家庭照顧者對於功能障礙者決定及選擇長期照顧服務模式的議題中，是不可缺乏的重要因子。

## 二、失智症照顧問題及照顧者負荷

### (一)失智症照護問題

失智症人口的增加，將對社會醫療資源產生排擠效應，且對家庭照顧者形成巨大的壓力，但家庭照顧者的壓力往往被忽略；許多研究都指出照顧失智症患者要比照顧完全失能的老人承受更大的壓力和負荷(邱逸榛，2010)。失智症是一個不可逆性的慢性疾病，在漫長的病程及照顧的過程中，家庭照顧者，可能會因病情

的變化、治療及生活上面臨改變而承受許多的生理、心理及社會等各方面的壓力(邱逸榛, 2010)。在失智症進展過程中, 個案常見的照顧困擾的行為問題包括: 無故半夜醒來、大小便失禁、重複問問題與動作、獨自外出迷路、遺失東西或放錯地方等, 大致上可以得出: 最困擾主要照顧者的是病患的行為異常與精神障礙, 加上逐步退化的認知功能, 也使得照顧工作變成一項沒有希望與進步希冀的消極性任務, 長期下來的結果, 主要照顧者也逐漸成為病患背後的「隱形病人」(邱麗蓉等, 2007)。

因為臺灣的人口結構變遷呈現「先快速少子化, 再快速高齡化」的特色, 我國人口未來老化速度遠高於歐美先進國家, 加上臺灣的家庭結構以小家庭為主, 並多為雙薪家庭, 家庭所能提供的照顧功能愈趨式微(蔡佳蓉, 2012)。家庭中的成員都有可能共同參與照顧, 但通常只會有一位是主要負責擔任照顧責任(Rankin et al., 2001), 而照顧者常因患者的行為問題感到困擾(Brodaty, H., &Low, L.F., 2003), 甚至影響到照顧者的憂鬱程度(Covinsky et al., 2003); 為了能夠處理失智症患者的行為問題, 照顧者可能需要更多的知識及技巧, 然而要具備這些能力, 對家庭照顧者而言並非容易(Skovdahl, 2003), 在照顧過程中, 家庭照顧者能力的評估非常重要, 但卻也常被疏忽(張慈君等, 2012)。

近年來, 政府在健康照顧與長期照顧的政策上均傾向社區照顧模式, 強調在地老化與去機構化概念, 推動家庭與社區為基礎的照顧形式; 然而, 然而, 在社區照顧理念推動未盡落實之際, 這反而更強化了家庭成員與親友成為照顧角色時的壓力, 亦未曾思考可能帶來的負面效應(邱啟潤等, 2002; Keefe et al., 2008)。

## (二)照顧者負荷

照顧負荷經常被定義為家庭照顧者, 因為照顧角色、責任與照顧任務所感受到苦痛與壓力的程度(邱啟潤等, 2002)。照顧負荷可分為客觀負荷及主觀負荷, 客觀負荷指家庭照顧者因失能老人或身心障礙者身體功能及行為改變, 對家庭生活所造成的負向影響, 該負荷是可以觀察的; 而主觀負荷的定義包含家庭照顧者

對於照顧工作所引發的情緒反應，如焦慮、憂鬱、擔心、覺得自己被照顧角色綁住、照顧士氣低落等負面的情緒等，這種情緒帶給家庭照顧者極大的壓力，甚至會產生更重的照顧負荷(黃志忠，2013)。

面對繁重的照顧工作，許多家庭照顧者在身體、心理及人際關係上出現不適應狀況，壓力也因此產生，進而影響家庭照顧者的日常生活。而這些負荷可能跟被照顧者的認知、行為障礙有著高度相關性，研究指出如果被照顧者的日常生活與認知功能越差、依賴程度越高，則照顧工作越困難，家庭照顧者需花費更多時間提供照顧，且易感受到負荷、憂鬱、疲憊及壓力，因而負向照顧經驗也會較多(黃志忠，2013； Andren, S., & Elmstahl, S., 2007； Quinn et al., 2009)。值得注意的是，相關研究中均指出老人的干擾行為是增加家庭照顧者壓力最為明確且重要的指標，當老人的干擾行為愈多，障礙程度愈高，則照顧負荷及壓力也會較大(黃志忠，2013；蘇嫻敏，2009；Van Den Wijngaart et al., 2007)。

檢視現有以家屬擔任失能老人照顧者角色的相關文獻，許多研究都發現承擔照顧角色對大多數的照顧者而言，都是一項陌生的經驗，他們在尚未準備充分或僅接受極少的角色準備即進入照顧生涯。然而，長期照顧失能者的工作內容繁瑣複雜，從執行一般的日常生活照顧外到執行許多專業的技巧，如給藥、注射和更換敷料等，沒有哪一位照顧者是天生會執行這些照顧技巧的(吳瓊滿，2010)；當角色轉移過程經歷的挫折越多，引發角色壓力的情況隨之增加(陳正芬，2013)。

## 第三節 失智症照顧者對長照服務之需求

在地終老 (Aging in place) 之老人社區式照顧模式已是世界各先進國家所倡導之老人長期照顧理念，居家式與社區式照顧服務可被視為最適當的照顧模式，因為它既可滿足多數老人想要在自己熟識的社區中繼續享受較具人性化、有尊嚴與追求較高品質的生活，同時也更能有效結合社區資源，達到費用控制與節省成本的效益(鄧世雄，2004)。

### 一、使用機構式服務之原因

但文獻探討中仍指出：有82%的失智症患者都曾經使用過一種或一種以上的正式服務，有55%的失智症患者使用機構式照顧(Boersma et al.,1997)；儘管利用各項居家式及社區式的照顧服務，以達到預防或延緩家庭將失智長者送進機構固然是大家所追求的目標，但是失智長者的家庭主要照顧者所能承受照顧壓力的限度，以及無法在家裡妥善處理失智長者之異常精神行為的困難，卻是決定是否該考慮讓長者進住專業性養護機構之兩個主要參考因素(鄧世雄，2004)；國內、外近年來的實證研究結果顯示，失智症病患的行為精神症狀是家庭照顧者照顧負荷的主要壓力源，亦是家人考慮讓病患入住護理機構的主因 (邱麗蓉等，2007；Gaugler et al.,2003；Tanhi et al.,2005)。

### 二、使用機構式服務的機率

在美國，約有90%的失智長者在死亡前會入住至機構 (Smith et al.,2000)，另一針對美國八個地區的失智長者入住護理之家的情況研究指出，其第一、第二及第三年的入住率分別為22%、40%及52% (Yaffe et al.,2002)。Campbell et al.(1983)比較失智症和非失智症者在各項服務的使用率：護理之家(51.8% vs 9.6%)、居家護

理(68% vs 24%)、居家服務(20% vs 12%)、日間照護(32% vs 4%)，Philp et al.(1995) 年的研究與Campbell也有相似的結果，研究中都證實失智症患者使用長期照護服務的比例明顯高於其他族群。而針對失智症與非失智症患者住進護理之家的差異性比較，也發現阿茲海默氏症的患者住進護理之家的機率為非失智症患者的5.44倍；罹患其他病因的失智症患者為非失智症患者的5.08倍，由國外研究明顯看出：研究對象中的失智症患者使用護理之家的情形明顯多於非失智症者(Eaker et al., 2002)。

在國內的調查中也發現失智症患者使用機構式服務的機會頗大，根據衛生福利部2004年的統計資料顯示，台灣失智症盛行率於安養機構為26.8%、養護機構為61.8%、護理之家為64.5%；國內邱奕綺等(2012)以榮民為對象的研究中指出：榮民安養機構失智症的盛行率，由早期不足千人，擴增至2012年7月底已達7,900餘人，且需求持續在成長中，目前榮民失智養護的佔床率更是高達8成左右。

### 三、家庭照顧者對長照服務的需求

一般假設認為，接受正式支持性服務對家庭照顧者的負荷有著正面的效應 (Aneshenselet al., 1995； Bass et al., 1996)，例如：家庭照顧者可以因為居家服務提供來分擔照顧任務或減少照顧時間，藉以降低所面對的壓力源，由國內學者研究中可發現處於老人干擾行為較多的情形下，使用較多居家服務時間的家庭照顧者之照顧負荷顯著低於使用較少居家服務時間的家庭照顧者，意即居家服務使用具有調節老人干擾行為，減緩老人干擾行為對於照顧負荷的強化作用(黃志忠，2014)。

事實上，自「就地老化」之政策目標被提出後，各國開始重視社區與居家服務的發展，透過各項服務方案的提供，讓老人儘可能留在社區內生活。不過還是有學者強調機構式服務存在的必要性，認為就長期照顧之整體性來看，機構照顧擴展至最大，即接近社區之型態，而社區照護規模濃縮，即接近機構之型態。在

積極強調落實「在地老化」之社區式照顧目標的同時，機構式照顧比例雖可能較少些，然不可或缺，部份長期照顧需求之滿足仍須藉著機構式照顧來完成，且機構式照顧亦為社區式照顧之延伸或外展基礎，以及社區式照顧之喘息服務平台，仍有賴機構式照顧來協助促成，有其存在與發展絕對之必然性(許佩蓉等，2006)。

但國內有關家庭照顧者接受正式支持性服務的研究，被探討最多的則居家護理服務對家庭照顧者照顧的影響，而對失智症老人的照顧者選擇使用機構式服務的探討卻很少，所以，此研究議題確實有值得深入探討的空間。



## 第四節 影響失智症照顧者使用長照服務的因素

目前社會服務和健康服務使用的預測因素研究中，以 Andersen(1973)的健康行為模式(Health Behavior Model)是最常被引用的研究架構，係從綜合性多角度面相來詮釋個人的醫療服務行為(陳正芬，2006)；為了解影響失智症老人主要照顧者使用機構式照顧的重要預測因素，本研究將依 Andersen(1973)所提出的健康行為模式，將使用機構式照顧的影響因素分為前傾因素(Predisposing factors)、促使因素(Enabling factors)、需要因素(Needs factors)等三個層面來探討。

### 一、 前傾因素(Predisposing factors)

指健康問題發生前即已存在或不易改變的特性，包括人口學特徵變項，如：性別、年齡、婚姻、教育程度、職業、種族、宗教信仰以及健康信念等，健康信念是指對疾病或健康的價值觀、對醫療服務的態度、對疾病的認識等。本研究要探討的前傾因素包括：(1)失智症者的人口學特性、(2)照顧者之人口學特性、與失智者的關係、對照顧責任的看法。

#### (一)失智症者的人口學特性

許多國內外研究都顯示被照顧者的人口學特性，是影響患者使用長期照顧的重要因素。國外的學者 VWQ Lou et al.(2011)，研究有關影響長照服務使用的影響因素，比較使用機構式服務及社區式服務的勝算比，發現年紀年齡越大採社區式照顧的機會越小，每增加一歲採社區式照顧的勝算比為 0.959(OR=0.959)、男性採社區式照顧的機會也較小，勝算比為 0.720(OR=0.720)、沒有配偶的社區式照顧的機會也較小，勝算比為 0.456(OR=0.456)，也就是年齡大的、男性、無配偶的失能者，採用機構式照顧的比率較高；國外較早的研究同樣也顯示出，人口學特性是使用長期照顧的重要因素，文獻中顯示男性患者使用護理之家的機會較高為 1.26

倍、年齡 90 歲以上者住進護理之家的機會較高為 1.46 倍、獨居者也較傾向住進護理之家，勝算比為 1.55 倍(Gaugler et al. , 2003)；Seversonet al.(1994)探討社區中的失智者使用護理之家的預測因素，結果也顯示未婚者住進護理之家的機率是已婚者的 2.7 倍。不過，國外也有研究指出女性有較高的機構使用機會(Miller & Weissert, 2000)，顯然失智者性別對服務使用的影響有待進一步查證。

台灣的相關研究，陳正芬(2006)對家庭照顧者對長期照顧服務方案使用意願的探討中，發現女性使用機構式照顧的勝算比較小，為 0.701 倍(OR=0.701)；失能者年齡越大，照顧者使用機構式照顧意願的機率越大，與 40-64 歲組做比較，65-74 歲及 75 歲以上的失能者，照顧者願意使用機構式照顧意願的勝算比分別為 2.101(OR=2.101)及 3.136(OR=3.136)，且具有統計學上的明顯差異；但功能障礙者教育程度、婚姻狀況、居住安排及地區，都未達統計學上的相關性(陳正芬，2006)。

## (二)照顧者的人口學特性、與失智者的關係及對照顧責任的看法

照顧者與失智症患者的關係也是影響長期照顧使用的影響因子之一，Hebertet al.(2001)探討影響失智症者使用機構式服務的相關因素，研究中指出，若照顧者不是失智症患者的配偶或子女時，傾向將失智症者送到護理之家照顧的機會，是配偶或子女的 1.55 倍，若以配偶為參考組時，結果指出照顧者若為患者的子女時，其使用護理之家的機會是配偶的 4.8 倍(Odds Ration=4.8)，若照顧者與失智患者沒有親屬關係時，其使用護理之家來照顧失智者的機率將會是失智症配偶的 9.3 倍(Odds Ration=9.3)；國內陳正芬(2006)對家庭照顧者對長期照護服務方案使用意願的探討中，也得到類似的結果：以失智者的配偶為對照組，照顧者若為失能者的兒子、媳婦、女兒及其他人，使用機構式照顧意願的勝算比較大，分別為 2.27 倍(OR=2.27)、3.301 倍(OR=3.301)、1.795 倍(OR=1.795)及 3.079 倍(OR=3.079)，顯然照顧者若是配偶時，傾向比較不會考慮機構式照顧；陳秀玫(2009)研究中也發現：以失智者的配偶為對照組時，兒子和媳婦會使用社區式服務的勝算比為 1.23(OR=1.23)和 1.14(OR=1.14)，而女兒為 0.64(OR=0.64)，顯然兒子和媳婦為家庭

照顧者時，比較容易向外尋求支持系統的協助；當照顧者的角色為失智症患者的配偶時，較傾向將患者留置家中照顧；但在 VWQ Lou et al.(2011)研究中，比較使用機構式服務及社區式服務的勝算比，照顧者與失智症患者的關係為配偶、子女或其他人時，勝算比並無顯著差異。

其他有關照顧者人口學特性的研究，國內外研究都指出：照顧者婚姻狀況、教育程度對長期照顧服務方案的使用並沒有統計上的顯著差異(陳正芬，2006；VWQ Lou et al., 2011)。

此外，對照顧責任的認知，也可能影響照顧者對長照服務方案的選用意願；若照顧者認為「應由家庭負責照護責任」，其對各項服務方案之使用意願不高，但是，照顧者若認為「照顧不應僅是家庭責任，政府也應承擔照顧責任」，則較可能對各項長期照護服務方案持正向使用態度(吳淑瓊，1995)。陳正芬(2006)研究中指出：照顧者對照顧責任的認知，以「照顧責任要由家庭完全負責」為對照組，相比之下，若照顧者認為「照顧不只是家庭責任，政府也應該要負擔照顧責任」時，相對使用機構式照顧的比率較大，勝算比為 1.387(OR=1.387)，且有統計學上的顯著差異。

## 二、 使能因素(Enabling factors)

過去研究指出，使能因素並不是服務使用與否的有效預測因素(陳秀玫，2009)，而是指能夠獲得服務的能力與資源，如：家庭的資源、家庭的收入和存款、健康保險之有無、社區的資源、醫療設施、醫療服務的價格等。本研究要探討的使能因素包括：(1)家庭支持系統、(2)社區式照顧資源、(3)照顧者對照顧品質的認知。

### (一)家庭支持系統

在家庭支持系統方面，有些研究發現收入與安置有正相關，有些則認為負相關，照顧者目前有工作、照顧者經濟收入越高(Gaugler et al., 2003)，容易將失能者送至機構中，一方面是有工作的照顧者較無法提供照顧時間，另一方面是在經濟能

力許可的情況下，失智症的家庭才有能力支付正式服務的照顧費用。但國內研究者陳正芬(2006)及國外研究者 VWQ Lou et al.(2011)研究中發現：家庭月收入在對長期照顧服務方案使用意願的影響並未達統計上的差異。而其他家庭成員是否能協助照顧者照顧失能者，也是一個影響因素，當主要照顧者無法獲得他人協助時，將失能者送進護理之家的機會是有獲得他人協助者的 3.6 倍(Chiu et al., 2001)，所以，家庭成員對照顧者的支持，尤其在照顧者承受生理與心理負荷時，能減緩照顧者負擔且降低失智者被送進機構的機率(Barnch & Jette, 1982)。

## (二)社區式照顧資源

有關社區的照顧資源部分，許多研究亦運用居住地點來預測服務的使用，相對於城市，鄉村地區所提供的服務較為有限，意謂服務可近性是服務使用障礙主要因素之一(Spitze & Logan, 1989)。另一個研究也指出，長期照顧床位的可近性(Barnch & Jette, 1982)是失智症患者使用機構式服務的重要預測因素，且達統計學上顯著差異。國外學者 Collins et al.(1994)以住進機構之失智症者的家庭照顧者為研究對象，探討個案送入機構的影響因子中發現：家庭照顧者在使用機構的決策過程中，主要會考慮的因素包括可近性、照顧品質、成本上是否可以負擔等，並且有 40% 的研究樣本表示，若能再獲得其他社區式照顧服務，就可以延緩個案住進機構的時間。

## (三)照顧者對照顧品質的認知

另外，VWQ Lou et al.(2011)研究中則發現，對社區式照顧服務有正向看法者，選擇社區式照顧的機會大於機構式照顧，達統計上的顯著差異，由此可見對長期照顧方式的認知，對選擇照顧方法有明顯的影響。

## 三、需求因素(Needs factors)

指因疾病產生醫療服務的需要，包括對健康問題的感覺、疾病診斷、臨床評估結果。本研究要探討的需求因素包括：(1)失智者特性：特殊護理照護的需求、

身體功能障礙程度、認知與情緒行為障礙程度、(2)照顧者特性：自覺負荷情形自覺身體健康狀況。

#### (一) 失智者特性

文獻指出社區中的失智症老人，日常生活活動及工具性日常，活動出現失能情形時，其失能越嚴重者住進護理之家的機率越高(Hebert et al., 2001)，若出現大小便失禁的情形時，也較傾向到護理之家接受照顧(Tsuji, 1995)；但國內研究則指出身體功能障礙的項目數，在使用機構式服務意願的研究中並無顯著性差異(陳正芬，2006)。

另外，有關失能者的認知與情緒行為障礙與選擇長照服務的相關研究，國外學者 Gaugler et al.(2003)則指出：當患者出現嚴重的問題行為時，住進護理之家的機率為 1.62 倍；而 Chiu et al.(2001)研究中也指出，病患的心理健康是影響照顧者將失能者送進護理之家的預測因子，利用 MMSE-T1(Mini-Mental State Examination-Taiwan Version 1)評估失能者的心理認知功能，當患者有嚴重認知障礙時，其被送到護理之家的機會是輕度障礙者的 3.77 倍；VWQ Lou et al.(2011)研究中則發現，失能者認知障礙者使用機構式照顧的機會大於社區式服務。

然而，但國內在失能者存在的慢性疾病與選擇長照服務的相關研究中發現：失能者的慢性疾病存在與否，與長照服務的使用意願並無明顯差異(陳正芬，2006)。

#### (二) 照顧者特性

國外研究指出，照顧者的健康狀況，是失智症患者使用長期照顧服務使用的重要因素，假如照顧者自覺健康狀況較差者，以及失能者至少有一項工具性日常活動受限制時，會增加失能者到護理之家接受照顧的機率(Hebert et al., 2001)。其他的研究也發現：照顧者如有活動受限、健康情形惡化以及壓力等因素，都是其使用正式居家服務的關鍵因素；事實上，照顧者健康狀況已被許多研究當成是服務使用的重要影響因素(陳正芬，2006)。

另外，國外 Penning (1995)&Houde(1998)研究也發現，當照顧者的心理壓力增加、個人時間受限，或功能障礙者的問題行為出現時，其使用護理之家的比率會增高；同樣的，照顧者主觀負荷程度也會顯著影響服務的使用意願，當照顧者主觀感受負荷程度越高時，功能障礙者使用護理之家的機會越大(Miller & McFall,1991)；無獨有偶的，在國內有關照顧負荷與長照服務使用的相關研究中也有一致性的結果，在陳正芬(2006)的研究結果也發現，照顧負荷是長期照顧服務方案使用意願的影響因子之一，以負荷低的為比較組，照顧者身體負荷高的，使用機構式服務的勝算比是 2.054(OR=2.054)；情緒負荷高的，使用機構式服務的勝算比是 2.009(OR=2.009)；個人時間負荷高的，使用機構式服務的勝算比是 1.614(OR=1.614)；可見照顧者負荷情形是影響其選擇照顧方式的重要影響因素。

## 第三章研究方法

本章就研究架構與假設、研究變項的操作型定義及測量、研究設計、研究工具及信效度、實施程序、資料與分析，分節敘述如下：

### 第一節 研究架構與假設

依據研究目的與相關文獻探討之分析與整理，擬定本研究架構。

#### 一、研究架構

本研究主要是探討長照機構內失智症主要者，持續使用機構式服務的重要影響因素。根據文獻探討中可以發現，影響失智症家屬選擇服務方案的因素，會受到各種因素的影響，包括失智者的身心功能障礙程度及特殊護理照顧的需求、照顧者自覺負擔及身體健康狀況、照顧者對照顧責任的看法等，另外家庭所能提供的照顧資源、照顧經費的來源以及社區所能提供的照顧服務資源等，都是影響到照顧者選擇照顧模式的重要因素。目前社會服務和健康服務使用之預測因素研究中，Andersen( Andersen & Newman, 1973)的健康行為模式(Health Behavioral Model)是最常被引用的研究架構(Wolinsky and Johnson, 1991; Keysor et al., 1999; 陳正芬, 2006)，於 1980 年之後，用於解釋高齡人口醫療利用的相關研究逐漸增多，而後應用範圍從醫療服務擴及長期照護服務(陳正芬，2006)；本研究架構亦是利用 Andersen & Newman(1973)年所提出的健康行為模式，來探討主要照顧者持續使用機構式服務之影響因素，依模式中所提的行為預測因素分為前傾因素(predisposing factor)、使能因素(enabling factor)、需求因素(need factor)為基本架構，並參考國內外長期照顧服務模式，配合本研究目的，擬定本研究架構，如圖 3-1-1 所示。



圖 3-1-1 研究架構圖

資料來源：本研究整理

## 二、研究假說

依本研究架構，提出此架構預驗證的假說為：

H<sub>1</sub>：主要照顧者對照顧責任的看法，認為政府也要負擔的，持續使用機構式照顧的意願較高。

H<sub>2</sub>：社區式照護資源較少，持續使用機構式照顧的意願較高。

H<sub>3</sub>：家庭支持系統能提供的照顧資源較少，持續使用機構式照顧的意願較高。

H<sub>4</sub>：照顧者對機構式照顧品質的看法較正向，持續使用機構式照顧的意願較高。

H<sub>5</sub>：失智症者特殊護理照護的需求較高，持續使用機構式照顧的意願較高。

H<sub>6</sub>：失智症者生活功能障礙較高，持續使用機構式照顧的意願較高。

H<sub>7</sub>：失智者情緒和行為問題較嚴重，持續使用機構式照顧的意願較高。

H<sub>8</sub>：主要照顧者自覺照顧負荷較大，持續使用機構式照顧的意願較高。

H<sub>9</sub>：主要照顧者自覺身體健康較差，持續使用機構式照顧的意願較高。

## 第二節 研究變項的操作型定義及測量

本研究是欲探討機構內失智症照顧者，持續使用機構式服務的影響因素，依研究架構做個別變項的操作型定義及測量的介紹，其中依變項為「照顧者使用機構式服務情形」，自變項分別以「前傾因素」、「使能因素」及「需求因素」等來討論。上述變項之詳細描述如下，有關各自變項的操作型定義與測量詳見表 3-2-1，依變項的操作型定義與測量詳見表 3-2-2。

### 一、前傾因素

影響失智症主要照顧者使用機構式服務的前傾因素，包括：(1)失智症人口學特徵(性別、年齡、個案的來源、教育程度、婚姻狀況)、(2)照顧者人口學特徵(性別、年齡、教育程度、婚姻狀況、與失智者關係)、(3)照顧者對照顧個案責任的認知，詳見表 3-2-1。

#### (一)失智症人口學特徵

本研究中的失智症者的「年齡」為接受調查時的足歲年齡，並分為：79 歲及以下、80-89 歲、90 歲以上等三組；「個案的來源」，是指在入住機構之前，原本所居住的地方，分為：「由醫院出院後直接入住機構」、「由其他長照安養機構轉入」、「由家中轉入」等三組；「婚姻狀況」則包括「無配偶」和「有配偶」，「無配偶」包括喪偶、離婚或未曾結婚，「有配偶」包括已結婚的配偶或未結婚但有同居者；「教育程度」指患者的最高教育程度，分為：「國小及以下」、「國中及以上」等兩組。

#### (二)照顧者人口學特徵

本研究中的照顧者的「年齡」為接受調查時的足歲年齡，並分為：「49 歲及以下」、「50-64 歲」、「65 歲以上」等三組；「婚姻狀況」則包括「無配偶」和「有配偶」，「無配偶」包括喪偶、離婚或未曾結婚，「有配偶」包括已結婚的配偶或未結

婚但有同居者；「教育程度」指照顧者的最高教育程度，分為：「國小及以下」、「國中」、「高中職」、「專科及大學以上」等四組；「與失智者的關係」是指主要照顧者與失智者的關係，分為：「配偶」、「兒子」、「女兒」、「媳婦」、「其他」等五組。

### (三)對照顧責任的認知

「對照顧責任的認知」是指主要照顧者認為照顧失智者的工作，應該是誰的責任，分為：「主要由家庭負責」、「家庭和政府共同負責」、「主要由政府負責」等三組。

## 二、使能因素

使能因素方面主要測量(1)社區照顧資源，包括：目前居住機構所在的區域、看護使用經驗、長照機構使用經驗、住家附近的長照服務資源、已入住目前長照機構時間；(2)家庭支持系統，包括：照顧者就業狀況、照顧者照顧失智者的時間、可以協助照顧失智者的人數、照顧者與失智者居住情形、使用機構的費用來源、家中經濟狀況；(3)照顧者對機構照顧品質的認知等三部分；上述變項之詳細描述如下，有關於各變項的操作型定義與測量詳見表 3-2-1。

### (一)社區照顧資源

社區內的照顧資源部分：「目前居住機構所在的區域」，是指目前失智症者所居住的長照機構所在的縣市區域別，分別為「台南市仁德區」、「台南市麻豆區」、「雲林縣北港鎮」，雙變項分析中分為「雲林縣」、「台南市」等兩組；「看護使用經驗」，是指失智症者採居家式照顧時，照顧者是否曾使用過本籍或外籍看護來照顧失智者，分為「沒有」、「有」兩組；「長照機構使用經驗」，是指在使用目前的長照機構之前，是否曾經使用過其他的機構式服務，包括護理之家、養護機構或安養機構等，分為「沒有」、「有」兩組；「住家附近的長照服務資源」，指失智症患者或主要照顧者，居家附近 30 分鐘的車程內，有無其他可以利用的長照服務資源，服務資源包括：日間照顧、居家服務、居家護理或免費機構喘息服務等，分

為「沒有，但願意使用」、「沒有，也不願意使用」、「有，但沒使用」、「有，且有使用過」等四組；「已入住目前長照機構時間」，是指失智者從入住機構算起到調查時為止，在機構總共居住的月數，雙變項分析時分為「6個月及以下」、「7-30個月」、「30個月以上」等三組。

## (二)家庭支持系統

在家庭支持系統方面：「照顧者就業狀況」，指失智者在家中照顧的這段期間，照顧者的工作情形，分為：「無職或退休」、「照常上班」、「幫忙家中事業」、「照顧個案而改變工作時間或離職」等四組；「照顧者照顧失智者的時間」，指失智者在出現行為問題後，到入住長照機構前，照顧者在家中照顧個案的期間共幾個月，分為：「3個月及以下」、「4-12個月」、「13-24個月」、「24個月以上」等四組；「可協助照顧者照顧失智者人數」，是指除了照顧者之外，其他可以協助照顧失智者的人數，分為：「沒有」、「1人」、「2人」、「3人及3人以上」等四組；「照顧者與失智者居住情形」，是指失智者採居家照顧期間，照顧者與是否與失智者一起居住的情形，分為：「沒有同住，老人獨居」、「沒有同住，老人與他人同住」、「有同住，固定居住」、「有同住，輪流居住」等四組；「入住機構的費用來源」，指使用機構的費用來源，分為：「失智者自己的積蓄、退休金或保險金負擔」、「政府補助」、「家人幫忙負擔」等三組，雙變項分析時分為「有政府補助」、「沒有政府補助」兩組，「沒有政府補助」指由失智者自己的積蓄、退休金或保險金負擔或家人幫忙負擔；「家中經濟狀況」，指照顧者自覺家中經濟狀況，分為：「很好」、「還好」、「差」、「很差」等四組，雙變項分析時分為：「很好或還好」、「差或很差」兩組。

## (三)照顧者對機構照顧品質的認知

「照顧者對機構照顧品質的認知」，是指照顧者是否覺得機構式照顧，能提供失智者比在家中更好的照顧品質，分為「不會」、「會」兩組。

### 三、需求因素

需求因素方面主要測量失智者部分包括：特殊護理照護、身體功能障礙程度(日常生活功能障礙程度、過去跌倒經驗、失智者能單獨留在家中的時間)、認知與情緒行為障礙程度(認知功能障礙程度、失智老人行為與情緒障礙)；主要照顧者部分包括：自覺健康狀況、協助照顧失智者人數、照顧者負荷程度等。上述變項之詳細描述如下，有關於各變項的操作型定義與測量詳見表 3-2-1。

#### (一)失智症者

##### 1. 「特殊護理照護」

是指失智者是否需要其他有關於身體疾病的照顧，包括鼻胃管護理、尿管護理、氣切管護理、抽痰、氧氣治療、定時協助翻身、壓瘡或傷口護理、造瘻口護理、注射胰島素、透析等照護事項所需的項目數量，總數目分為 10 項，做雙變項相關性分析時共分為：「一項」、「二項」、「三項及以上」等三組。

##### 2. 「日常生活功能障礙程度」

是指失智者入住機構時，由主責護理人員依照巴氏量表(Barthel Index)評估失智者身體的依賴程度，包括十項日常生活活動(進食、洗澡、個人盥洗、穿衣、大便控制、小便控制、如廁、移位、行走能力、爬樓梯能力)，依失智者需要他人協助的情形來計分，總分 0-100 分，分為：91-100 分為「輕度依賴」，61-90 分為「中度依賴」，21-60 分為「嚴重依賴」，20 分及以下為「完全依賴」，做雙變項相關性分析時共分為：「輕度或中度依賴」、「嚴重或完全依賴」等二組。

##### 3. 「過去跌倒經驗」

是指失智者在家中照顧時，是否有發生過跌倒，分為：「無」、「有」二組。

##### 4. 「能單獨留在家中的時間」

指照顧者自己覺得，當他必須短暫離開失智者時，他覺得可以讓失智者獨自留在家中多久的時間，而不會感到擔心，雙變數相關性分析時分為：「不能留他單獨在家中」、「1~3 個小時」、「半日以上」等三組。

## 5. 「認知功能障礙程度」

是指失智者入住機構時，由主責護理人員依照簡易心智檢查表 Mini Mental State Examination (MMSE) 評估失智者的認知功能障礙程度，內容包括七大項：定向感、注意力、記憶、語言、口語理解、行動能力、建構力，總分 0-30 分，得分越高，表示認知能力越；分為：21-26 分為「輕度缺損」，15-20 為「中度缺損」，10-14 分為「中重度缺損」，10 分以下為「嚴重缺損」，做雙變數相關性分析時共分為：「輕度及中度缺損」、「中重度及嚴重缺損」等兩組。

## 6. 「行為情緒障礙」

是指失智者入住機構時，由主責護理人員依照失智老人行為與情緒量表評估失智者的行為與情緒障礙程度，問題的等級分為：「沒發生過(0分)」、「偶爾如此(1分，每周 1-2 次)」、「經常如此(2分，每周出現 3~5 次)」、「總是如此(3分，每周出現 6-7 次)」，失智老人行為與情緒分為四個層面，內容如下：

### (1)失序行為

「干擾別人的行(如：亂翻別人物品、偷竊、製造聲音、性騷擾、亂丟東西)」、「妄想或幻覺(如：堅持有人要害他或偷他東西、堅持非事實的信念)」、「作息混亂(如：半夜無故醒來，或起來走動或做事情)」、「重複性的行為(如：重複問同樣的話、重複同樣的動作)」、「有失禁情形(如：會來不及上廁所、在不當的地方解便)」、「健忘(如：遺失東西、把東西放錯地方而找不到)」、「飲食不正常(如：會吃太多、吃太少、忘記吃過飯重複要求吃東西)」、「不當的行為(如：穿著不恰當、暴露私密處、藏物品、玩排泄物)」等共 8 題。總分為 0-24 分，0-8 分歸為偏低障礙，9-24 分歸為偏高障礙

### (2)對人攻擊行為

「言語攻擊行為(如：大叫、罵人)」、「身體攻擊行為(如：打人、咬人、抓人、踢人、吐口水等)」、「拒絕跟照顧者合作或不讓別人幫忙(如：對照顧他的人發脾氣、拒絕別人協助個人衛生)」等共 3 題。總分為 0-9 分，0-3 分

歸為偏低障礙，4-9 分歸為偏高障礙

(3)憂鬱焦慮情緒

「情緒恐懼或焦慮(如：情緒緊繃、哭泣、擔心或沒原因的感到害怕)」、

「憂鬱或自殺傾向(如：心情低落、不講話、認為自己是家人負擔、想自殺)」

等共 2 題。總分為 0-6 分，0-2 分歸為偏低障礙，3-6 分歸為偏高障礙。

(4)無特定目的行為

「對物品攻擊及破壞(如：摔門、破壞家具)」、「遊走 (如：無目的地走

動，可能有未注意安全、有走失風險)」等共 2 題。總分為 0-6 分，0-2 分歸

為偏低障礙，3-6 分歸為偏高障礙。

(二)照顧者

1. 「自覺健康狀況」，是指照顧者自己覺得個人的健康狀況，分為「好」、「尚可」、「不好」。

2. 「照顧負荷程度」，是指由訪員詢問主要照顧者是否會因為照顧失智者，而出現下列主觀性的感受，問題的等級分為：「否(0分)」、「是(1分)」，照顧負荷量表分為四個範疇，內容如下：

(1)身體疲憊負擔：

「睡眠受到影響(如：需夜間照顧頻繁起床的老人、得不到足夠睡眠)」、

「體力負擔很重 (如：常需要專心留意老人、花費體力協助老人移動)」、「感

到身體疲倦，精疲力竭(如：感覺身體健康變差)」、「造成生活上的不方便(如：

需要花許多時間送老人就醫、幫老人完成許多日常的事情)」等共 4 題。總

分為 0-4 分，0-2 分為偏低負擔，3-4 分為偏高負擔。

(2)時間限制負擔：

「社交活動受到限制 (如：沒有時間外出參加活動、朋友往來減少)」、

「影響個人計畫、(如：沒時間做自己想做的事、須調整目前工作來照顧老

人)」、「家庭需要調整(如：平常的家庭工作受到干擾、放棄家中原有計畫)」

等共 3 題。總分為 0-3 分，0-1 分為偏低負擔，2-3 分為偏高負擔。

(3)親友關係負擔：

「親友關係變差(如：對有能力幫忙卻沒有幫忙的親戚感到生氣、有親戚嫌你對老人照顧得不夠好)」、「家人關係變差(如：為了老人的照顧問題起爭執、無法照顧好其他的家人)」、「對老人的行為感到不好意思或生氣(如：失禁、健忘、責怪別人、重複行為、無法與老人溝通)」等共 3 題。總分為 0-3 分，0-1 分為偏低負擔，2-3 分為偏高負擔。

(4)照顧壓力負擔：

「承受著照顧壓力(如：擔心無法好好照顧老人、覺得照顧得不夠好而感到難過)」、「煩惱老人的改變(如：老人與以前不同、擔心老人健康情形變差)」、「為了照顧他需省吃節用」、「照顧他的金錢花費很大，造成負擔」等共 4 題。總分為 0-4 分，0-2 分為偏低負擔，3-4 分為偏高負擔。

#### 四、機構式服務使用情形

本研究的依變項為失智症主要照顧者「機構式服務使用情形」，指機構內的失智症主要照顧者，是否會持續使用機構式服務來照顧失智者，若主要照顧者回答「不會考慮用其他方法」照顧失智者，則代表「會願意持續使用機構式照顧」；若回答「會考慮其他方法」來照顧失智者，則代表「不會願意持續使用機構式照顧」；分為：「會願意持續使用機構式服務」、「不會願意持續使用機構式服務」等兩組，詳見表 3-2-2。

表 3-2-1 研究自變項的操作型定義

自變數變項	操作型定義與多變項分析的譯碼
<b>前傾因素</b>	
失智者人口學特徵	
性別	失智者的性別。 (分為：0=女性、1=男性)
年齡	調查時的足歲年齡，雙變項分析時分三組 (分為：1=65-79 歲、2=80-89 歲、3=90 歲以上)
失智個案的來源	在入住機構之前，所居住的地方。 (分為：1=由醫院出院後直接入住機構、2=由其他長照安養機構轉入、3=由家中轉入)
婚姻狀況	無配偶包括喪偶、離婚或未曾結婚，有配偶包括已結婚的配偶或未結婚但有同居者。 (分為：0=無配偶、1=有配偶)
教育程度	最高的教育程度。 (分為：1=國小及以下、2=國中及以上)
照顧者人口學特徵	
性別	照顧者的性別。 (分為：0=女性、1=男性)
教育程度	最高的教育程度。 (分為：1=國小及以下、2=國中、3=高中職、4=專科及大學以上)
與失智者的關係	主要照顧者與失智者的關係。 (分為：1=配偶、2=兒子、3=女兒、4=媳婦、5=其他)
對照顧責任的認知	是指主要照顧者認為照顧失智者的工作，應該是誰的責任。 (分為：1=主要由家庭負責、2=家庭和政府共同負責、3=主要由政府負責)
<b>使能因素</b>	
社區照顧資源	
目前居住機構所在的區域	指目前失智症者所居住的長照機構所在的縣市區域別，分別為台南市仁德區、台南市麻豆區、雲林縣北港鎮，雙變項分析中分 2 組。 (分為：1=雲林縣、2=台南市)

資料來源：本研究整理

(續下頁)

(續上頁)

自變數變項	操作型定義與多變項分析的譯碼
看護使用經驗	是指失智症者採居家式照顧時，照顧者是否曾使用過本籍或外籍看護來照顧失智者。 (分為：0=沒有、1=有)
長照機構使用經驗	入住目前的長照機構之前，是否曾經使用過其他的長照機構，包括護理之家、養護機構或安養機構等。 (分為：0=沒有、1=有)
住家附近的長照服務資源	指失智症患者或主要照顧者，居家附近 30 分鐘的車程內，有無其他可以利用的長照服務資源及照顧者使用意願，服務資源包括：日間照顧、居家服務、居家護理或免費機構喘息服務。 (分為：1=沒有，但願意使用、2=沒有，也不願意使用、3=有，但沒使用、4=有，且有使用過)
已入住長照機構時間	從入住機構算起到調查時為止，在機構總共居住的月數，雙變項分析時分三組。 (分為：1=6 個月及以下、2=7-30 個月、3=30 個月以上)
家庭支持系統	
照顧者就業狀況	指失智者在家中接受照顧的期間，照顧者的工作情形。 (分為：1=無職或退休、2=照常上班、3=幫忙家中事業、4=為照顧個案而改變工作時間或離職)
照顧者照顧失智者的時間	指失智者在出現行為問題後，到入住目前長照機構之前，照顧者曾在家中照顧失智者的期間共幾個月。 (分為：1=3 個月及以下、2=4-12 個月、3=13-24 個月、4=24 個月以上)
可協助照顧失智者的人數	是指除了照顧者之外，其他可以協助照顧失智者的人數。 (分為：0=沒有、1=1 人、2=2 人、3=3 人及 3 人以上)
照顧者與失智者居住情形	是指失智者採居家照顧期間，照顧者與是否與失智者一起居住的情形。 (分為：0=沒有同住，老人獨居、2=沒有同住，老人與他人同住、3=有同住，固定居住、4=有同住，輪流居住)
使用機構的費用來源	指失智者使用機構的費用來源，分為：失智者自己的積蓄、退休金或保險金負擔、政府補助、家人幫忙負擔等三組，雙變項分析時分 2 組。

資料來源：本研究整理

(續下頁)

(續上頁)

自變數變項	操作型定義與多變項分析的譯碼
家中經濟狀況	(分為：0=沒有政府補助，指由失智者自己的積蓄、退休金或保險金負擔或家人幫忙負擔、1=有政府補助) 指照顧者自覺家中經濟狀況，雙變項分析時分 2 組。 (分為：1=很好或還好、2=差或很差)
對目前長照機構的認知	是指照顧者是否覺得機構式照顧，能提供失智症者比在家中更好的照顧品質。 (分為：0=不會、1=會)
<b>需求因素</b>	
失智者特殊護理照顧的需求	指失智者是否需要其他有關於身體疾病的照顧，包括鼻胃管護理、尿管護理、氣切管護理、抽痰、氧氣治療、定時協助翻身、壓瘡或傷口護理、造瘻口護理、注射胰島素、透析等照護事項所需的項目數量，總數目為 10 項。 (分為：1=一項、2=二項、3=三項及以上)
失智者日常生活功能障礙程度	是指失智者入住機構時，由主責護理人員依照巴氏量表 (Barthel Index) 評估失智者身體的依賴程度，包括十項日常生活活動(進食、洗澡、個人盥洗、穿衣、大便控制、小便控制、如廁、移位、行走能力、爬樓梯能力)，依需要他人協助的情形來計分，總分 0-100 分，分為：「91-100 分為輕度依賴」、「61-90 分為中度依賴」、「21-60 分為嚴重依賴」、「20 分及以下為完全依賴」等 4 組，做雙變項分析時共分為 2 組。 (分為：1=輕度或中度依賴、2=嚴重或完全依賴)
失智者過去跌倒經驗	指失智者採居家照顧時，是否有發生跌倒的經驗。 (分為：0=無、1=有)
失智者能單獨留在家中的時間	指照顧者自己覺得，當他必須短暫離開失智者時，他可以讓失智者獨自留在家中多久的時間，而不會感到擔心，雙變數分析時分為 3 組。 (分為：0=不能留他單獨在家中、2=1~3 個小時、3=半日以上)
失智者認知功能障礙程度	是指失智者入住機構時，由主責護理人員依照簡易心智檢查表 Mini-Mental State Examination(MMSE) 評估失智者的認知功能障礙程度，包括內容包括七大項：定向感、注意力、記憶、語言、口語理解、行動能力、建構力，總分

資料來源：本研究整理

(續下頁)

(續上頁)

0-30 分，得分越高，表示認知能力越好。分為：「21-26 分為輕度缺損」、「15-20 為中度缺損」、「10-14 分為中重度缺損」、「10 分以下為嚴重缺損」等 4 組，做雙變數分析時共分為 2 組。

(分為：1=輕度及中度缺損、2=中重度及嚴重缺損)

#### 失智者行為與情緒 障礙

是失智者入住機構時，由主責護理人員依照失智老人行為與情緒量表評估其行為與情緒障礙程度，問題的等級分為：「沒發生過(0分)」、「偶爾如此(1分，每周 1-2 次)」、「經常如此(2分，每周出現 3~5 次)」、「總是如此(3分，每周出現 6-7 次)」，失智老人行為與情緒分為四個層面，內容如下：

##### (1) 失序行為：

「干擾別人的行(如：亂翻別人物品、偷竊、製造聲音、性騷擾、亂丟東西)」、「妄想或幻覺(如：堅持有人要害他或偷他東西、堅持非事實的信念)」、「作息混亂(如：半夜無故醒來，或起來走動或做事情)」、「重複性的行為(如：重複問同樣的話、重複同樣的動作)」、「有失禁情形(如：會來不及上廁所、在不當的地方解便)」、「健忘(如：遺失東西、把東西放錯地方而找不到)」、「飲食不正常(如：會吃太多、吃太少、忘記吃過飯重複要求吃東西)」、「不當的行為(如：穿著不恰當、暴露私密處、藏物品、玩排泄物)」等共 8 題；總分為 0-24 分，0-8 分歸為偏低障礙，9-24 分歸為偏高障礙。

##### (2) 對人攻擊行為：

「言語攻擊行為(如：大叫、罵人)」、「身體攻擊行為(如：打人、咬人、抓人、踢人、吐口水等)」、「拒絕跟照顧者合作或不讓別人幫忙(如：對照顧他的人發脾氣、拒絕別人協助個人衛生)」等共 3 題；總分為 0-9 分，0-3 分歸為偏低障礙，4-9 分歸為偏高障礙。

##### (3) 憂鬱焦慮情緒：

「情緒恐懼或焦慮(如：情緒緊繃、哭泣、擔心或沒原因的感到害怕)」、「憂鬱或自殺傾向(如：心情低落、

不講話、認為自己是家人負擔、想自殺)」等共 2 題；總分為 0-6 分，0-2 分歸為偏低障礙，3-6 分歸為偏高障礙。

(4) 無特定目的行為：

「對物品攻擊及破壞(如：摔門、破壞家具)」、「遊走(如：無目的地走動，可能有未注意安全、有走失風險)」等共 2 題；總分為 0-6 分，0-2 分歸為偏低障礙，3-6 分歸為偏高障礙。

照顧負荷程度

是由主責護士詢問主要照顧者，回答是否會因為照顧失智者，而出現下列主觀性的感受，問題的等級分為：否(0分)、是(1分)，照顧負荷量表分為四個範疇，內容如下：

(1) 身體疲憊負擔：

「睡眠受到影響(如：需夜間照顧頻繁起床的老人、得不到足夠睡眠)」、「體力負擔很重(如：常需要專心留意老人、花費體力協助老人移動)」、「感到身體疲倦，精疲力竭(如：感覺身體健康變差)」、「造成生活上的不方便(如：需要花許多時間送老人就醫、幫老人完成許多日常的事情)」等共 4 題；總分為 0-4 分，0-2 分為偏低負擔，3-4 分為偏高負擔。

(2) 時間限制負擔：

「社交活動受到限制(如：沒有時間外出參加活動、朋友往來減少)」、「影響個人計畫、(如：沒時間做自己想做的事、須調整目前工作來照顧老人)」、「家庭需要調整(如：平常的家庭工作受到干擾、放棄家中原有計畫)」等共 3 題；總分為 0-3 分，0-1 分為偏低負擔，2-3 分為偏高負擔。

(3) 親友關係負擔：

「親友關係變差(如：對有能力幫忙卻沒有幫忙的親戚感到生氣、有親戚嫌你對老人照顧得不夠好)」、「家人關係變差(如：為了老人的照顧問題起爭執、無法照顧好其他的家人)」、「對老人的行為感到不好意思或生氣(如：失禁、健忘、責怪別人、重複行為、無法與老

自變數變項	操作型定義與多變項分析的譯碼
	人溝通)」等共 3 題；總分為 0-3 分，0-1 分為偏低負擔，2-3 分為偏高負擔。
	(4) 照顧壓力負擔： 「承受著照顧壓力(如：擔心無法好好照顧老人、覺得照顧得不夠好而感到難過)」、「煩惱老人的改變(如：老人與以前不同、擔心老人健康情形變差)」、「為了照顧他需要省吃節用」、「照顧他的金錢花費很大，造成負擔」等共 4 題；總分為 0-4 分，0-2 分為偏低負擔，3-4 分為偏高負擔。
照顧者自覺健康狀況	是指照顧者自己覺得個人的健康狀況。 (分為:1=好、2=尚可、3=不好)

資料來源：本研究整理

表 3-2-2 研究依變項的操作型定義

依變項	操作型定義與依變項分析的譯碼
照顧者使用機構式服務的情形	指機構內的失智症主要照顧者，是否會願意持續使用機構式服務來照顧失智者，若主要照顧者回答不會考慮用其他方法照顧失智者，則代表會願意持續使用機構式照顧；若回答會考慮其他方法來照顧失智者，則代表不會願意持續使用機構式照顧。 (分為：0=會願意持續使用機構式服務(「不會」考慮使用其他照顧方式)、1=不會願意持續使用機構式服務(「會」考慮使用其他照顧方式))

資料來源：本研究整理

## 第三節 研究設計

本節針對研究之研究設計、研究對象與選樣、收集資料方法及研究實施程序等，逐一說明。

### 一、研究設計

本研究採橫斷式相關性研究設計，以機構內失智症老人及其主要照顧者為研究對象，採立意取樣方式，利用結構式問卷進行調查。並依Andersen(1973)所提的健康行為模式，以模式中的前驅因素、使能因素、需求因素，當成影響長照服務使用的預測因子，來探討機構內失智症照顧者持續選擇長照機構服務的影響因素。

### 二、研究對象與選樣

本研究以南部 3 所長照機構的失智症老人及主要照顧者為對象，並於民國 104 年 1 月至 3 月期間，在台南市的 2 家護理之家及雲林縣 1 家長照機構進行收案，台南市的 2 家護理之家分別位於仁德區及麻豆區，雲林縣的長照機構則位於北港鎮，三家機構的總立案床數分別為 79 床、67 床、95 床，參與研究的樣本數分別為 41 人、25 人、47 人，說明如表 3-3-1。此三家機構之經營者皆為相同一位，所以其管理方法、模式及理念也會相同，如此，可以避免經營者的不同，所造成的管理差異而影響其實證結果；而台南市護理之家與雲林縣長照機構在立案申請條件上不論是硬體環境的配備，以及人員照顧的比例都是相同的，如此也可以減少硬體與軟體的差異性，而造成研究結果的誤差。

本研究樣本的來源，是先由各機構護理長篩選出符合收案條件的失智症老人個案，並告知其照顧者本研究的目的、過程及倫理學的考量事項後，再詢問其照顧者接受訪談的意願，經過失智症者的主要照顧者同意接受訪談後，即成為本研

究之對象，以問卷調查的方式進行訪談收集資料。研究對象的篩選主要根據下列條件為主：

(一)失智症老人

患者經神經科或精神科專科醫師診斷為失智症，並年齡達65歲或以上之個案。

(二)主要居家照顧者

- 1.為失智症老人在居家照顧期間，主要提供照顧的家庭照顧者，無論同住與否，但不包括僱用的外籍看護或本籍照服員。
- 2.主要照顧者年滿18歲以上，能以國語或台語溝通者。
- 3.願意且能夠配合本研究問卷訪問者。

本研究填寫問卷的場所是在各機構內的會談室進行，每次訪問及填寫問卷時間約30分鐘，問卷中的第一部分主要照顧者負荷量表、第二部分主要照顧者照顧個案情形、第三部分主要照顧者基本資料等三部分的填寫方式，主要由訪員逐題訪問並做解釋後，由主要照顧者自行填寫答案，若有些照顧者因年紀比較大、未受過教育或不識字，表示無法自行填寫，則由訪員以訪問的方式進行後，代為填寫；訪問完後當場檢查問卷資料的完整性，不足處立刻補齊資料以求資料的可用性。而問卷中的第四部份住民基本資料、第五部分住民認知與情緒行為問題、身體功能障礙及特殊護理照護需求，這兩部分內容除了包括住民的基本資料外，還包含評估失智症老人生活功能依賴的程度的巴氏量表(Barthel Index)、評估失智症老人認知功能障礙程度的簡易心智量表(Mini Mental State Examination MMSE)和住民所需的特殊護理照顧項目等，則由具有護理背景的訪員，依住民入住機構時的情形作評估，並參考病歷的記載完成資料收集；本研究對象總計共有113個樣本數，回收問卷113份，有效問卷為113份，可用率100%。

表 3-3-1 問卷調查機構及回收有效資料一覽表

機構	立案總床數	參與研究樣本數	回收有效資料樣本數
台南市仁德區護理之家	79	41	41
台南市麻豆區護理之家	67	25	25
雲林縣北港鎮長照機構	95	47	47

資料來源：本研究整理

### 三、研究倫理的考量

在研究的過程中，有研究者須遵守的規範，即是研究倫理，有三項倫理議題，是本研究要特別注意的地方，分述如下：

#### (一) 尊重個人的意願

本研究以失智症照顧為研究，對於研究對象的可能會造成某種程度的干擾，基於保障個人的基本人權，任何被選為研究對象的個人，都有拒絕接受的權利。換言之，本研究不勉強失智症照顧者接受研究，即使徵得同意，當事人亦可隨時終止參與；研究過程中，也不能用過量的金錢或其他不當誘因，爭取或勉強研究對象參與研究。

在尊重個人意願的準則之下，本研究時應注意做到下列三項：第一是避免蒐集非必要性的意見或非必要的個人資料；第二是儘可能不要個別記錄研究對象的行為反應或意見；第三是必須尊重研究對象的意願，如當事人缺乏參與意願，則不可勉強。

#### (二) 確保個人隱私

為保障研究對象的個人特質，進行研究時要遵守匿名及私密性原則。匿名原則是指研究者無法從所蒐集到的資料判斷出提供此資料的個人身分，所以，透過集體整理與分析資料的方式，以及以代碼替每一筆資料的身分，以達到匿名

原則；私密性原則是指外界無法探悉某一特定對象所提供的資料，在研究完成之後，研究者儘速毀去原始資料。

### (三)不危害研究對象的身心

本研究研究者有責任及義務確保每一研究對象在研究進行過程中，不會受到生理或心理上的傷害，包括造成身體受傷、長期心理上的不愉快或恐懼等。在訪談過程中，若研究對象有心理壓力導致情緒受影響而不願作答時，訪員應基於不傷害研究對象，為了減低可能造成暫時、輕微的身心上的影響，所以，不可勉強其繼續作答。

本研究在讓研究對象充分瞭解研究的目的及過程之後，再徵求研究對象的同意，獲得同意之後才始開始進行研究。



## 第四節 研究工具及信效度

本研究所使用的工具，其內容針對研究目的、文獻探討、研究架構等，並依探討之變項，斟酌他人的研究，所編製而成的結構式問卷，本節將針對問卷之設計、信度及效度，逐一進行說明。

### 一、問卷設計

本問卷內容包括五個部分：第一部分是主要照顧者負荷量表、第二部分是主要照顧者照顧個案情形、第三部分是主要照顧者基本資料、第四部份是住民基本資料表、第五部分是住民特殊護理照護需求、生活功能障礙程度、認知和情緒行為問題；以下內容將針對各部分做說明。

#### (一)主要照顧者負荷量表

「主要照顧者負荷量表」的問卷編制係參考蕭金菊(1995)、李淑霞(1998)、高敬程(2000)、陳秀玟(2001)、陳玉葉(2006)、郭穎樺(2014)、周永昌(2014)、長期照護保險多元評估量表等，分別以ABCDEFGHIJ代表，並做部分修改，本研究工具編製參考之問卷如表3-4-1所示，打※者代表有參考該研究的問卷題目，問卷內容將主要照顧者在失智老人居家期間，照顧個案時所主觀感受之負荷分為五個層面：身體疲憊層面(共4題)、時間限制層面(共3題)、親友關係層面(共3題)、焦慮情緒層面(共2題)、經濟壓力層面(共2題)，共擬定14題(見附錄之第一部分)，題目分別為「睡眠受到影響(如：需夜間照顧頻繁起床的老人、得不到足夠睡眠)」、「體力負擔很重(如：常需要專心留意老人、花費體力協助老人移動)」、「感到身體疲倦，精力竭(如：感覺身體健康變差)」、「造成生活上的不方便(如：需要花許多時間送老人就醫、幫老人完成許多日常的事情)」、「社交活動受到限制(如：沒有時間外出參加活動、朋友往來減少)」、「影響個人計畫、(如：沒時間做自己想做的事、須調整目前工作來照顧老人)」、「家庭需要調整(如：平常的家庭工作受到干擾、放棄家

中原有計畫)」、「親友關係變差(如：對有能力幫忙卻沒有幫忙的親戚感到生氣、有親戚嫌你對老人照顧得不夠好)」、「家人關係變差(如：為了老人的照顧問題起爭執、無法照顧好其他的家人)」、「對老人的行為感到不好意思或生氣(如：失禁、健忘、責怪別人、重複行為、無法與老人溝通)」、「承受著照顧壓力(如：擔心無法好好照顧老人、覺得照顧得不夠好而感到難過)」、「煩惱老人的改變(如：老人與以前不同、擔心老人健康情形變差)」、「為了照顧他需要省吃節用」、「照顧他的金錢花費很大，造成負擔」等。

此部分問卷資料的取得，主要由訪員詢問主要照顧者，是否因為需要照顧失智症患者，而出現如量表中所描述的主觀感受而獲得，但因考慮主要照顧者多為中老年人，教育程度可能不高且思考專注力較無法持久，故回答的方式採「否」、「是」方式回答，計分方式為若回答「否」為0分計算，若回答「是」為1分計算，照顧者在此量表上的得分愈高，表示感覺照顧負荷愈重；反之，得分愈低，表示感覺照顧負荷愈輕。本研究量表探討對象為失智症老人的照顧者，量表內在一致性信度，前驅研究中45個樣本之資料測試Cronbach's  $\alpha = .912$ ，全部113個樣本中，Cronbach's  $\alpha = .878$ 。

表3-4-1 「主要照顧者負擔量表問卷」向度問卷與參考文獻

向度/參考文獻	A	B	C	D	E	F	G	H
<b>身體疲憊負荷</b>								
1.睡眠受到影響(如:需夜間照顧頻繁起床的老人、得不到足夠睡眠)	※	※	※			※		※
2.體力負擔很重(如:常需要專心留意老人、花費體力協助老人移動)	※	※			※			※
3.感到身體疲倦,精疲力竭(如:感覺身體健康變差)				※	※	※	※	
4.造成生活上的不方便(如:需要花許多時間送老人就醫、幫忙完成許多日常事情)						※		※
<b>時間限制負荷</b>								
5.社交活動受到限制(如:沒有時間外出參加活動、朋友往來減少)	※	※	※	※	※		※	※
6.影響個人計畫、(如:沒時間做自己想做的事、須調整目前工作來照顧老人)				※				※
7.家庭需要調整(如:平常的家庭工作受到干擾、放棄家中原有計畫)	※	※		※	※			※
<b>親友關係負荷</b>								
8.親友關係變差(如:對有能力幫忙卻沒有幫忙的親戚感到生氣、有親戚嫌你對老人照顧得不夠好)			※	※	※	※	※	
9.家人關係變差(如:為了老人的照顧問題起爭執、無法照顧好其他的家人)	※	※	※	※	※	※	※	
10.對老人的行為感到不好意思或生氣(如:失禁、健忘、責怪別人、重複行為、無法與老人溝通)				※		※	※	※
<b>焦慮情緒負荷</b>								
11.承受著照顧壓力(如:擔心無法好好照顧老人、覺得照顧得不夠好而感到難過)				※	※			※
12.煩惱老人的改變(如:老人與以前不同、擔心老人健康情形變差)				※	※		※	※
<b>經濟壓力負荷</b>								
13.為了照顧他需要省吃節用				※	※			
14.照顧他的金錢花費很大,造成負擔	※	※	※		※			

資料來源：本研究整理

## (二)主要照顧者照顧個案情形

主要照顧者照顧個案情形部分，問卷內容包括：主要照顧者在家中照顧過個案的時間、與病患關係、與失智者同住情形、他人輪替照顧情形、自覺照顧失智者期間自己的健康狀況、可以讓失智者單獨留在家中的時間、居家附近有無其它可以利用的社區照顧資源，如：日間照顧、居家服務、居家護理或喘息照顧機構，以及照顧者是否有意願使用或曾經使用過社區照顧資源以及不曾使用的原因，另外還包括失智老人是否曾經使用過看護照顧及長照機構照顧的經驗、照顧者對長照機構的認知，以及是否願意繼續使用長照機構來照顧失智老人、居住長照機構費用的來源等；其中「在家中照顧個案的時間」是指主要照顧者主觀認為在失智症老人開始有行為問題後，在居家期間照顧者總共照顧失智症老人的時間；「與失智者同住情形」是指居家照顧者是否有與失智者同住，若有同住時，是固定住在一起或輪流住，若沒有同住時，是失智者獨居或與其他人同住；在「他人輪替照顧」方面，則調查是否有其它家屬參與照顧工作及是否聘請外勞或看護來協助照顧；在「照顧者對長照機構的認知」方面，是指詢問主要照顧者，對目前失智者所入住的長照機構照顧品質和在家中照顧品質，兩者做比較後的主觀看法。

而在「長照機構的使用情形」方面，是本問卷設計的依變項。主要是詢問照顧者將來是否會考慮用其他方法來照顧失智老人，若回答「不會」則代表「會願意持續使用長照機構服務」，若回答「會」則代表「不會願意繼續使用長照機構服務」。

此部分問卷資料的取得，主要由訪員依題目內容，詢問主要照顧者而獲得。

## (三)主要照顧者基本資料

主要照顧者基本資料部分，問卷內容包括：主要照顧者性別、年齡、婚姻狀況、教育程度、就業狀況、自覺家中經濟狀況、對照顧責任的認知。其中「婚姻狀況」包括「無配偶」及「有配偶」，「無配偶」則包含喪偶、離婚或未婚，「有配偶」則包含有已婚且存活的配偶或未結婚但有同居的伴侶；而「工作狀況」，

是調查在擔任照顧者期間的工作狀況，以及是否因照顧個案而改變原來工作的情形；「對照顧責任的認知」，係指主要照顧者對有長期照護需求的失智症患者，期照護責任歸屬的看法，若回答「主要應由家庭負擔照顧」者，表示其認為政府在此照護責任尚不用負責，若回答「家庭和政府共同負擔照顧」與「主要應由政府負擔照顧」者，表示受訪者認為政府在照顧上需要介入，並協助家庭承擔照顧責任(陳正芬，2003)。

此部分問卷資料的取得，主要由訪員依題目內容，詢問主要照顧者而獲得。

#### (四) 住民基本資料

住民基本資料部分，問卷內容包括：失智者性別、年齡、已入住機構時間、轉入機構的來源、婚姻狀況、教育程度等。其中「婚姻狀況」包括「無配偶」及「有配偶」，「無配偶」則涵蓋包含喪偶、離婚或未婚，「有配偶」則包含有已婚且存活的配偶或未結婚但有同居的伴侶；而「教育程度」部分，是指失智症老人的最高學歷，因考慮失智者老人年齡偏高齡，而早期台灣人民教育程度普遍較低，故僅分兩組為「分國小及以下」、「國中及以上」。

此部分問卷資料的取得，主要由訪員依題目內容作評估，並回溯性查閱病歷資料而獲得。

#### (五) 住民特殊護理照護需求、身體功能障礙程度及認知行為問題

此部分內容，主要包括：失智症老人的特殊護理照護需求、身體功能障礙程度、認知和情緒行為問題等，分述如下：

##### 1. 特殊護理照護需求

特殊護理照護需求部分，是指個案入住機構時，所需的特殊護理照護項目，內容包括：留置鼻胃管護理、留置尿管護理、氣切管護理、抽痰、氧氣治療、定時協助翻身、壓瘡或傷口護理、膀胱或肛門造瘻護理、注射胰島素、血液或腹膜透析等10項照護內容。

此部分問卷資料的取得，主要由訪員回溯性查閱病歷資料而獲得，將失智症

老人所需的照護項目累計分為：0項、1項、2項、3項及以上等四組。

## 2. 身體功能障礙程度

身體功能障礙程度部分，內容包括：失智老人的生活功能依賴程度、在家中跌倒經驗，以及照顧者主觀認為失智者能單獨一人留在家中的時間。有關失智症老人生活功能依賴程度，本研究採用Barthel(1955)所發展之巴氏量表(Barthel Index)來評估失智者的生活依賴情形，評估項目包括：進食、個人衛生與修飾、如廁、洗澡、穿脫衣服、大小便控制、椅子與床之間的移位、平地上行走、上下樓梯等共十項，依失智症老人需要他人協助的情形來記分，總分0-100分，依賴程度區分為100分屬完全無依賴、91-99分屬輕度依賴、61~90分者屬中度依賴、21-60分屬於嚴重依賴，20分以下屬完全依賴。

此部分問卷資料的取得，主要由訪員依題目內容，詢問主要照顧者而獲得；並回溯病歷所記載，或依照失智症老人入住機構當時的身體功能狀況，加以評分。

## 3. 認知和情緒行為問題

認知和情緒行為問題部分，內容包含：認知功能評估及失智老人行為與情緒量表評估。

### (1) 認知功能評估

有關失智症老人認知功能障礙的程度，本研究採用 Folstein & Mc Hige(1975)所發展的簡易心智量表 (Mini-Mental State Examination; MMSE) 來評估，評估項目包括：定向感、注意力、記憶力、語言、口語理解及行為能力、建構力等共有 11 個題目，30 個答案，答對一題得一分，答錯則不計分，滿分為 30 分，分數位於 24 -30 分為認知功能完整；21-23 分為輕度認知功能缺損，15-20 分為中度認知功能缺損，10-14 分為重度認知功能障礙，10 分以下為嚴重認知功能障礙，分數越高表示認知功能越好。

此部分問卷資料的取得，主要由訪員回溯病歷所記載，或依照失智症老人入住機構當時的認知功能狀況，加以評分。

## (2)失智老人行為與情緒量表評估

「失智老人行為與情緒量表」的問卷編制係參考湯麗玉(1991)翻譯 Baumgarten et al.(1990)所設計的痴呆行為障礙量表(The Dementia Behavior Disturbance Scale;DBD)、邱麗蓉(2007)翻譯 Zarit 和 Zarit (1990)針對失智症患者所設計的病患記憶和行為問題量表(Memory and Behavior Problems Checklist, MBPC)、賴錦玉(2010)翻譯英文版的柯恩-曼斯菲爾德激越情緒行為量表(Cohen-Mansfield Agitation Inventory, CMAI)、長期照護保險多元評估量表等,分別以 ABCD 代表,並做部分修改,本研究工具編製參考之問卷如表 3-4-2 所示,打※者代表有參考該研究的問卷題目,問卷內容共擬定 15 題(見附錄一之第五部分),題目分別為:「言語攻擊行為(如:大叫、罵人)」、「身體攻擊行為(如:打人、咬人、抓人、踢人、吐口水等)」、「對物品攻擊及破壞(如:摔門、破壞家具)」、「干擾別人的行(如:亂翻別人物品、偷竊、製造聲音、性騷擾、亂丟東西)」、「拒絕跟照顧者合作或不讓別人幫忙(如:對照顧他的人發脾氣、拒絕別人協助個人衛生)」、「妄想或幻覺(如:堅持有人要害他或偷他東西、堅持非事實的信念)」、「遊走(如:無目的地走動,可能有未注意安全、有走失風險)」、「作息混亂(如:半夜無故醒來,或起來走動或做事情)」、「重複性的行為(如:重複問同樣的話、重複同樣的動作)」、「有失禁情形(如:會來不及上廁所、在不當的地方解便)」、「健忘(如:遺失東西、把東西放錯地方而找不到)」、「飲食不正常(如:會吃太多、吃太少、忘記吃過飯重複要求吃東西)」、「不當的行為(如:穿著不恰當、暴露私密處、藏物品、玩排泄物)」、「情緒恐懼或焦慮(如:情緒緊繃、哭泣、擔心或沒原因的感到害怕)」、「憂鬱或自殺傾向(如:心情低落、不講話、認為自己是家人負擔、想自殺)」等。

此部分問卷資料的取得,主要由訪員翻閱病歷記載,或依照個案入住機構時的狀態,評估失智者的行為與情緒障礙程度;問題的等級分為沒發生過(0分)、偶爾如此(1分,每周 1-2 次)、經常如此(2分,每周出現 3-5 次)、總是如此(3分,每周出現 6-7 次),失智症老人在此量表上的得分愈高,表示行為與情緒障礙程度愈

嚴重；反之，得分愈低，表示行為與情緒障礙程度愈輕。本研究量表探討對象為失智症老人，量表內在一致性信度，前驅研究中 45 個樣本之資料測試 Cronbach's  $\alpha = .908$ ，全部 113 個樣本中，Cronbach's  $\alpha = .881$ 。



表 3-4-2 「失智症老人行為與情緒量表」向度問卷參考文獻

向度/參考文獻	A	B	C	D
01.言語攻擊行為(如：大叫、罵人)	※	※	※	※
02.身體攻擊行為(如：打人、咬人、抓人、踢人、吐口水等)	※	※	※	※
03.對物品攻擊及破壞(如：摔門、破壞家具)	※		※	※
04.「干擾別人的行(如：亂翻別人物品、偷竊、製造聲音、性騷擾、亂丟東西)			※	※
05.拒絕跟照顧者合作或不讓別人幫忙 (如：對照顧他的人發脾氣、拒絕別人協助個人衛生)	※			※
06.妄想或幻覺(如：堅持有人要害他或偷他東西、堅持非事實的信念)	※	※		
07.遊走 (如：無目的地走動，可能有未注意安全、有走失風險)		※	※	※
08.作息混亂 (如：半夜無故醒來，或起來走動或做事情)	※	※	※	※
09.重複性的行為(如：重複問同樣的話、重複同樣的動作)	※	※	※	※
10.有失禁情形(如：會來不及上廁所、在不當的地方解便)	※	※		※
11.健忘(如：遺失東西、把東西放錯地方而找不到)		※		※
12.飲食不正常(如：會吃太多、吃太少、忘記吃過飯重複要求吃東西)	※	※	※	※
13.不當的行為(如：穿著不恰當、暴露私密處、藏物品、玩排泄物)	※			※
14.情緒恐懼或焦慮(如：情緒緊繃、哭泣、擔心或沒原因的感到害怕)	※	※		※
15.憂鬱或自殺傾向(如：心情低落、不講話、認為自己是家人負擔、想自殺)			※	※

資料來源：本研究整理

## 二、問卷效度檢定

本問卷以專家效度及建構效度，檢定研究工具的效度。

### (一)專家效度檢定

本研究問卷經由研究者擬定後，分別請相關領域之一位相關學術領域之專家及三位資深臨床實務工作專家，進行專家內容效度的審查。審查內容包含對問卷答題形式、文字敘述及內容之涵蓋性、妥切性、普遍性、適切性提供相關意見，研究者綜合各學者及專家的意見後，對問卷答題形式、文字敘述及內容進行修正，以完成問卷的專家效度。

### (二)建構效度檢定

#### 1.照顧者負荷量表

本研究將照顧負荷量表，以113 個樣本資料進行因素分析，進一步建立量表的建構效度，KMO 與Bartlett的球型檢定，KMO 達 .804，Bartlett 球型檢定的顯著值為 .000，適合做因素分析，有四個因素的特徵值大於1.0，累積總變異量百分比71.28%，依據因素負荷大於 .35的排序，分為以下四個因素：因素一身體疲憊負荷共4題（1、2、3、4、），因素二時間限制負荷共3題（5、6、7），因素三照顧壓力負荷共4題（11、12、13、14），因素四親友關係負荷共3題（8、9、10）。原本建構量表時有兩個因素分別為焦慮情緒負荷(11、12題)、經濟壓力負荷(13、14題)，經過因素分析後將此兩個因素合併為因素三情緒及經濟負荷；主要照顧負荷量表的因素分析結果見表3-4-3。

表3-4-3 「主要照顧者負荷量表」因素分析結果(N=113)

題號/項目	因素 負荷	可解釋 變異量
<b>因素一：身體疲憊負荷</b>		19.13%
1.睡眠受到影響(如：需夜間照顧頻繁起床的老人、得不到足夠睡眠)	.863	
2.體力負擔很重(如：常需要專心留意老人、花費體力協助老人移動)	.830	
3.感到身體疲倦，精疲力竭(如：感覺身體健康變差)	.796	
4.造成生活上的不方便(如：需要花許多時間送老人就醫、幫老人完成許多日常的事情)	.584	
<b>因素二：時間限制負荷</b>		18.11%
6.影響個人計畫、(如：沒時間做自己想做的事、須調整目前工作來照顧老人)	.850	
5.社交活動受到限制(如：沒有時間外出參加活動、朋友往來減少)	.844	
7.家庭需要調整(如：平常的家庭工作受到干擾、放棄家中原有計畫)	.711	
<b>因素三：情緒及經濟負荷</b>		17.53%
14.照顧他的金錢花費很大，造成負擔	.825	
13.為了照顧他需省吃節用	.702	
11.承受著照顧壓力(如：擔心無法好好照顧老人、覺得照顧得不夠好而感到難過)	.650	
12.煩惱老人的改變(如：老人與以前不同、擔心老人健康情形變差)	.659	
<b>因素四：親友關係負荷</b>		16.52%
9.家人關係變差(如：為了老人的照顧問題起爭執、無法照顧好其他的家人)	.879	
8.親友關係變差(如：對有能力幫忙卻沒有幫忙的親戚感到生氣、有親戚嫌你對老人照顧得不夠好)	.820	
10.對老人的行為感到不好意思或生氣(如：失禁、健忘、責怪別人、重複行為、無法與老人溝通)	.679	
<b>總量表</b>		71.28%

資料來源：本研究整理

## (二)失智者情緒行為量表

本研究將失智者情緒行為量表，以113 個樣本資料進行因素分析，進一步建立量表的建構效度，KMO 與Bartlett的球型檢定，KMO 達 .803，Bartlett 球型檢定的顯著值為 .000，適合做因素分析，有四個因素的特徵值大於1.0，累積總變異量百分比67.17%，依據因素負荷大於 .35 的排序，分為以下四個因素：因素一失序行為共8 題（4、6、8、9、10、11、12、13），因素二對人攻擊行為負荷共3 題（1、2、5），因素三憂鬱及焦慮情緒共2 題（14、15），因素四無特定目的行為共2 題（3、7），失智者情緒行為量表的因素分析結果見表3-4-4。



表3-4-4 「失智老人行為與情緒量表」因素分析結果(N=113)

題號/項目	因素負荷	可解釋變異量
<b>因素一：失序行為</b>		26.53%
12.飲食不正常(如：會吃太多、吃太少、忘記吃過飯重複要求吃東西)	.796	
11.健忘(如：遺失東西、把東西放錯地方而找不到)	.764	
9.重複性的行為(如：重複問同樣的話、重複同樣的動作)	.750	
8.作息混亂(如：半夜無故醒來，或起來走動或做事情)	.722	
10.有失禁情形(如：會來不及上廁所、在不當的地方解便)	.663	
4.「干擾別人的行(如：亂翻別人物品、偷竊、製造聲音、性騷擾、亂丟東西)	.537	
6.妄想或幻覺(如：堅持有人要害他或偷他東西、堅持非事實的信念)	.552	
13.不當的行為(如：穿著不恰當、暴露私密處、藏物品、玩排泄物)	.453	
<b>因素二：對人攻擊行為</b>		17.83%
2.身體攻擊行為(如：打人、咬人、抓人、踢人、吐口水等)	.855	
1.言語攻擊行為(如：大叫、罵人)	.852	
5.拒絕跟照顧者合作或不讓別人幫忙(如：對照顧他的人發脾氣、拒絕別人協助個人衛生)	.605	
<b>因素三：憂鬱焦慮情緒</b>		11.64%
14.情緒恐懼或焦慮(如：情緒緊繃、哭泣、擔心或沒原因的感到害怕)	.892	
15.憂鬱或自殺傾向(如：心情低落、不講話、認為自己是家人負擔、想自殺)	.888	
<b>因素四：無特定目的行為</b>		11.18%
3.對物品攻擊及破壞(如：摔門、破壞家具)」	.786	
7.遊走(如：無目的地走動，可能有未注意安全、有走失風險)	.754	
<b>總量表</b>		67.17%

資料來源：本研究整理

### 三、問卷信度檢定

本問卷以內在一致性 Cronbach's  $\alpha$ ，檢定研究工具的信度。

#### (一)量表內在信度

研究者於問卷經由專家效度檢定並加以修正後，於三所分別位於雲林縣、台南市的長照機構中的 15 名失智症老人的主要照顧者進行問卷之預測，並將 45 份問卷的測驗結果以內在一致性檢定其信度。

結果發現 Cronbach's  $\alpha$  值皆於可接受範圍內，見表 3-4-5，因此決定不刪除問卷題目，進行正式施測，並將原本 45 份預測的樣本納入正式施測的樣本中。以下為預測樣本(N=45)及正式收案樣本(N=113)，各量表及分量表之內在一致性 Cronbach's  $\alpha$  值。

表 3-4-5 量表及分量表的內在信度檢測

量表名稱	內在一致性 Cronbach's $\alpha$ 值	
	預測 (N=45)	正式施測 (N=113)
主要照顧負荷量表(總量表)	.912	.878
身體疲憊負荷分量表	.879	.820
時間限制分量表	.944	.878
親友關係負荷分量表	.819	.828
焦慮情緒負荷分量表	.722	.723
經濟壓力負荷分量表	.815	.846
失智者情緒行為量表(總量表)	.908	.881
失序行為分量表	.914	.899
對人攻擊行為	.843	.857
憂鬱焦慮情緒	.793	.820
無特定目的行為	.689	.739

資料來源：本研究整理

#### (二)訪員間一致性

訪員間的信度 (inter-rater reliability) 檢測，本研究於 3 個研究機構中，各找 2

位資深的護理師(主責護理人員)擔任本研究的訪員，共有 6 個訪員協助收集資料，且於正式參與資料收集前進行訪員訓練，包括瞭解本研究選樣標準、問卷內容研究變項的定義及解釋名詞的指導語，在正式調查之前先隨意抽取 2 個樣本做訪談，然後針對訪談的內容有問題處做修正及討論，先後重複練習及討論二次；之後，由研究者與 2 個訪員一起與隨意抽取的個樣本進行訪談，並由研究者與訪員分別勾選問卷，共收集 3-4 個樣本，直到訪員一致性達九成以上，才開始進行資料收集，本研究訪員一致性為 96.5%，相關係數介於 0.92~0.98。



## 第五節 研究實施程序

本研究進行的程序以甘特圖說明如表 3-5-1，茲說明如下：

表 3-5-1 研究進度表

階段	時間	103	103	103	103	103	103	103	103	103	104	104	104	104	104	104	
	項目	年	年	年	年	年	年	年	年	年	年	年	年	年	年	年	
		4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	
		月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	
準備階段	文獻探討、蒐集相關資料																
	撰寫研究計畫																
	發表研究計畫																
實施階段	問卷專家效度																
	訪員訓練																
	選取受試者																
	問卷前測及信度檢定																
	正式問卷施測、回收及建構效度檢定																
結果報告	資料處理																
	資料分析																
	撰寫論文																
	論文發表																

資料來源：本研究整理

- 一、文獻探討、蒐集相關資料：本研究自 103 年 4 月上旬初步訂定研究主題後，即開始廣泛蒐集並閱讀、整理、分析相關文獻。
- 二、撰寫研究計畫：在廣與閱讀相關文獻資料後，於 103 年 4 月下旬確定研究主題，界定研究問題的範圍與構面，擬定研究計畫與進度，並著手撰寫研究計畫。
- 三、發表研究計畫：本研究計畫於 103 年 6 月發表，由校內口試委員鄭文輝博士、涂瑞德博士、陳慧如博士進行評析。
- 四、問卷專家效度：本研究於問卷由研究者自行擬定後，於 103 年 10 月及 11 月，由相關學術專家鄭文輝博士、臨床資深實務工作者楊俊士醫師、臨床資深實務工作者涂敏蓉護理長及蘇秋鳳護理長進行專家內容效度之檢定，並根據專家意見予以修正後，即進行研究的預測。
- 五、訪員訓練：為使資料收集流程順利，並盡量減少施測者間的誤差，研究者於每個機構中各找 2 位資深的護理師擔任本研究的訪員以協助收集資料，且於正式參與資料收集前進行訪員訓練，達成施測者間的一致性後，才開始做問卷前趨性研究，以了解問卷進行時可能面臨的問題，而加以因應之。
- 六、問卷前測及信度檢定：研究者在訪員訓練完成後先進行前趨性研究，在 104 年 1-2 月期間，於每家機構訪談 15 位失智症老人主要照顧者，進行問卷資料的收集及前測，每份問卷訪談時間約花 30 分鐘，總共回收 45 份有效問卷，由問卷的內在一致性檢定其信度，皆達可接受之信度範圍，因此決定不刪除問卷內容，並將 45 份前測問卷納入正式收案中。
- 七、正式問卷施測：本研究經由前測後，開始實施問卷調查，由 104 年 2 月初到 4 月底止，進行資料收集，共收集到 113 份有效問卷，並於 104 年 3 月下旬完成問卷回收工作。
- 八、問卷建構效度及內在信度檢定：以 113 份有效問卷，執行照顧者負荷量表、失智老人情緒和行為量表的因素分析，檢定問卷的建構效度，兩份問卷均未

刪除題目，分別可解釋 71.28%和 67.17%的變異量；全量表信度檢定分別為 0.878、0.881。

九、資料整理與分析：將回收的問卷進行處理，收集的資料以 SPSS For Windows 22.0 中文版統計套裝軟體加以處理並分析與討論。

十、撰寫研究論文：根據問卷調查之分析結果，歸納研究發現做成結論與建議，於 104 年 6 月下旬提出研究論文。



## 第六節 資料統計分析

本研究透過問卷調查所得之資料，經過整理，總計有效問卷 113 份，接著進行有效問卷之編碼與計分，並用 SPSS For Windows 22.0 中文版統計套裝軟體加以處理，設定  $p < .05$  作為統計分析之顯著判斷標準。所採用的統計方法如下：

### 一、描述性統計 (descriptive statistics)

以頻率、百分比等統計值，描述個案的前傾因素、使能因素、需求因素及持續使用長照機構服務的意願。

### 二、雙變項分析

以卡方檢定(chi-square test)方法檢測研究架構中，各自變項與依變項間的關係。

### 三、多變項分析

本研究的依變項為二分類的類別變項，分別為「會」持續使用長照機構來照顧失智老人(表示「不會」選擇其他方式照顧失智症老人)、「不會」持續使用長照機構來照顧失智老人(表示「會」選擇其他方式照顧失)，因此採用邏輯式迴歸(logistic regression)分析，以便於在控制其他相關因素之下，檢驗影響主要照顧者持續使用長照機構服務的重要因子，以及其對參考組的勝算比。

並且依照 Andersen 模式中所提之三項因素(前傾因素、使能因素、需求因素)，因其對服務使用的影響力具有時間先後的觀念，有必要將此三個因素依序的放入迴歸分析中，並以層級邏輯式迴歸進行分析，步驟分為：模式一只放入雙變項檢定中有顯著差異的前傾因子；模式二中再加入雙變項分析中有顯著差異的使能因子；模式三中再加入雙變項分析中有顯著差異的需求因子，來預測會持續使用長

照機構的影響因子。

本研究邏輯式迴歸的參考組如下：依變項為不會想持續使用長照機構服務(會考慮用其他的社區照顧服務)；自變項中各類類別變項中的參考組，前傾因素為失智者為年齡 65-79 歲、有配偶、教育程度國小及國小以下，照顧者為教育程度國小及國小以下、認為主要由家庭負擔照顧；使能因素的參考組為長照機構區域組別為台南市、入住機構 6 個月及以下、在居家照顧時曾使用過看護照顧失智老人、入住機構的費用沒有政府補助、認為機構照顧品質不會比在家中照顧好；需求因素的參考組為失智老人日常生活依賴程到輕到中重度、能單獨留在家半天以上的時間、認知功能輕到中度缺損、對人攻擊行為偏低、總情緒與行為問題偏低、主要照顧者身體疲憊負擔偏低、情緒及經濟負擔偏低，見表 3-6-1。



表 3-6-1 邏輯式迴歸分析變項參考組說明

變項名稱	參考組
<b>依變項</b>	
「會」想要持續使用長照機構	「不會」想要持續使用長照機構
<b>自變項</b>	
<b>前傾因素</b>	
失智老人	
年齡	年齡 65-79 歲
婚姻狀況	有配偶
教育程度	國小及國小以下
主要照顧者	
教育程度	國小及國小以下
對照顧責任的看法	主要由家庭負責
<b>使能因素</b>	
失智老人	
居住機構的區域	台南市
已入住機構時間	6 個月及以下
居家照顧時看護使用情形	有
入住機構的費用來源	沒有政府補助
主要照顧者	
對機構照顧品質的認知	不會比在家中照顧好
<b>需求因素</b>	
失智老人	
日常生活功能依賴程度	輕到中重度依賴
能單獨留在家的時間	半天以上
認知功能障礙	輕到中度缺損
對人攻擊行為	偏低
總情緒與行為問題	偏低
主要照顧者	
身體疲憊負擔	偏低
情緒及經濟負擔	偏低

資料來源：本研究整理

## 第四章 研究結果

本研究之目的為探討影響失智症照顧者使用機構式長期照顧服務之相關因素，於本章內容中呈現資料統計分析結果，共分為四個章節加以說明，第一節為前傾因素、使能因素及需求因素的描述性分析，第二節為照顧者選擇使用機構式服務的意願分析，第三節為前傾因素、使能因素及需求因素與長照機構使用情形之相關性分析，第四節為影響主要照顧者持續使用機構式服務的重要因素分析。

### 第一節 前傾因素、使能因素及需求因素的 描述性分析

#### 一、前傾因素

表 4-1-1 是呈現失智症老人及其主要照顧者在前傾因素中的分布情形，包括失智症老人的性別、年齡、個案來源、婚姻狀況、教育程度，以及其主要照顧者的性別、年齡、婚姻狀況、教育程度、與失智老人的關係及對照顧個案責任的認知。

##### (一)失智症老人部分(詳見表 4-1-1)

在 113 位失智症老人中，女性(N=66，58.4%)比率多於男性(N=47，41.6%)，平均年齡為  $82.88 \pm 7.74$  歲，各年齡層分布為：65-79 歲佔 29.2%，80-89 歲佔 50.4%，90 歲以上佔 20.4%，由此可以看出機構照顧的失智症老人是偏高齡的老老人，80 歲以上人數佔 70.8%。失智症老人個案來源 57.5%由家中轉入機構，31.9%由醫院出院後直接轉入機構，10.6%由其他長照機構轉入目前機構，由此也可看出失智症老人有超過一半的人(57.5%)是在家中接受照顧的；婚姻狀況方面 57.5%沒有配偶、教育程度有 85.8%的人是國小或國小以下。

討論：本研究的結果失智症人口比例與內政部統計資料相似，根據內政部101

年統計資料顯示，我國罹患失智症患者女性比例為59.94%，多於男性；而李怡娟(2004)的研究結果亦指出護理之家的住民以女性及未婚老人為最多，這可能是女性的平均餘命高於男性，同時女性傳統角色為家庭照顧者，一旦生病便缺乏人照顧，故機構內高齡女性較多。另外，本研究中失智症者的教育程度偏低，也國內研究結果相似，指出這可能是老年住民早期務農者居多，缺乏高等教育的機會（湯麗玉，1991），另一位國內學者也指出：沒受教育者得阿茲海默失智症的比例為教育者的三倍(劉秀枝，1999)，這也可說明機構內失智症老人教育程度偏低的現象。

表 4-1-1 失智症老人前傾因素描述性統計 (N=113)

變項名稱	人數	百分比
性別		
男性	47	41.6
女性	66	58.4
年齡		
65-79 歲	33	29.2
80-89 歲	57	50.4
90 歲以上	23	20.4
個案來源		
醫院出院後直接轉入	36	31.9
由其他長照機構轉入	12	10.6
由家中轉入	65	57.5
婚姻狀況		
無配偶	65	57.5
有配偶或其他	48	42.5
教育程度		
國小及以下	97	85.8
國中及以上	16	14.2

資料來源：本研究整理

## (二)主要照顧者部分(詳見表 4-1-2)

在 113 位的主要照顧者中，男性佔 61.9%，且年齡主要在 50-64 歲的中年人佔 59.3%，值得注意的是 17.7%的照顧者為 65 歲以上的老人，顯示照顧者高齡化的趨勢。主要照顧者的婚姻狀況 85.8%有配偶，教育程度的分布差異不大，國小及以下、國中、高中職、專科大學以上分別為 28.3%、17.7%、25.7%、28.3%，且多數有受教育。由兒子擔任主要照顧者的比例超過六成(61.1%)，其次是女兒(16.8%)及媳婦(13.3%)；而在對照顧失智症老人的責任認知部分，有 20.4%的照顧者認為主要是由家庭，但有近八成(79.6%)的照顧者認為政府也必須承擔。

討論：由此本研究結果可以看出，使用機構照顧的主要照顧者大部分不是配偶，這與國內外研究結果也有一致性，顯示配偶會比較傾向採居家方式照顧，選擇機構照顧的機會比較少(Miller et al ,1991；陳正芬,2006)，在內政部民國98年老人狀況調查結果摘要分析也指出：65歲以上老人起居活動有困難時最主要幫忙料理者為其兒子，其次為媳婦及配偶或同居人；而本研究中失智症照顧者的年齡主要在50-64歲，與國內郭穎樺(2014)研究顯示：失智症照顧者平均年齡為54.7 歲，50 歲以上者佔81.5%，有類似的結果。

表 4-1-2 主要照顧者前傾因素描述性統計 (N=113)

變項名稱	人數	百分比
性別		
男性	70	61.9
女性	43	38.1
年齡		
49 歲以下	26	23.0
50-64 歲	67	59.3
65 歲及以上	20	17.7
婚姻狀況		
有配偶	97	85.8
無配偶	16	14.2
教育程度		
國小及以下	32	28.3
國中	20	17.7
高中職	29	25.7
專科大學以上	32	28.3
與失智老人關係		
配偶	6	5.3
兒子	69	61.1
女兒	19	16.8
媳婦	15	13.3
其他	4	3.5
對照顧個案責任的認知		
主要由家庭負擔	23	20.4
家庭和政府共同負擔	80	70.8
主要由政府負擔	10	8.8

資料來源：本研究整理

## 二、使能因素

主要是呈現失智症老人及其主要照顧者在使能因素中的分布情形，包括：社區照顧資源、家庭支持系統、照顧者對機構式照顧品質的認知等三部分。社區照顧資源部分，內容包括：目前居住的長照機構區域及已入住時間、居家照顧時看

護使用情形、長照機構的使用經驗、住家附近其它能使用的長照服務資源(日間照顧、居家照顧、居家護理、喘息服務機構等)。而在失智症老人的家庭支持系統部分，內容包括：主要照顧者的就業狀況、居家照顧失智老人的時間、能協助照顧失智症老人的人數、與失智者居住情形，還包括失智者入住機構經費來源、自覺家中經濟狀況等。描述性統計分析中發現：

#### (一)社區照顧資源 (詳見表 4-1-3)

本研究樣本來自雲林縣北港鎮、台南市仁德區、台南市麻豆區的照護機構，分別各佔 41.6%、36.3%及 22.1%，而且個案在機構居住的時間大多數在 6-30 個月，佔 64.6%，6 個月以下及 30 個月以上的各佔 21.2%及 14.2%；失智症老人在居家照顧期間有 23%的個案曾經有使用過看護照顧的經驗，有 16.8%的個案曾經住過其他的長照機構。

比較值得注意的是有將近六成(69.3%)的主要照顧者表示其住家附近沒有或不知道是否有其它能使用的長照服務資源(如：日間照顧、居家服務、居家護理、喘息服務機構)，若知道有的話有八成(80.6%)照顧者是會願意使用的，可見社區式照顧服務資源，在社區中的宣導還是不足的。不過也有 26%的主要照顧者表示知道其住家其住家附近有其它能使用的長照服務資源，但不曾去使用過這些社區式及居家式的長照服務，理由是還不需要所以沒有去使用，有三成的人則是認為不清楚服務內容(15.4%)及不方便使用(15.4%)，反之，知道其住家其住家附近有其它能使用的長照服務資源，且曾經去使用它來協助照顧失智症老人的只佔 17.7%，使用過日間照顧、居家服務、居家護理、機構喘息照顧各佔 3.5%、10.6%、4.4%、0.9%。

所以，由此可看出社區式及居家式長照服務在社區中的普及性及利用性仍不高。

#### (二)家庭支持系統(詳見表 4-1-3)

有 55.8%的照顧者仍有正常上班，12.4%的照顧者是幫忙家中事業，表示住在機構的失智症老人，之前在家時的居家照顧方式，其主要照顧者是在有工作的狀

態下來提供照顧的，但也有 11.5%的照顧者因為要照顧個案而改變工作狀態，甚至離職來照顧失智症老人。

在家中照顧失智症老人的期間不到一年的最多佔 66.4%，超過兩年的佔 17.7%；其中照顧者與失智老人的居住方式，還是以固定住在一起的方式居多，佔 51.3%，但值得注意的是，機構中的失智症老人有 20.4%在家中是獨居的；而能輪流提供失智症老人照顧的人數，沒有人能協助只能由照顧者自己提供照顧的佔 37.2%，其他能提供協助的人數為 1 人、2 人、3 人及 3 人以上的，分別各佔 20.4%、22.1%及 20.4%。

有關失智症老人居住長照機構的經費來源，有 52.7%是由家人協助負擔，有 33.3%是失智者個人的退休金或積蓄，但也有 12.7%有接受政府補助，而主要照顧者自認為家中經濟狀況很好及還好的各佔 2.7%、77.9%，自覺家中經濟狀況差及很差的人數偏少，佔 16.8%和 2.7%，由此可以看出使用機構式照顧的主要照顧者，不認為自己家中經濟狀況不好，有近八成的照顧者認為自己家中經濟狀況還好。

### (三)照顧者對機構式照顧品質的認知(詳見表 4-1-3)

有接近九成(87.6%)的主要照顧者，認為機構能提供比家中更好的照顧，但也有 12.4%的照顧者不如此認為。

討論：由本研究中可以發現，使用機構照顧服務的失智症者，通常其照顧者多數有工作、認為機構能提供比較好的照顧，且認為家中經濟不會差，半數機構費用是由家人協助負擔，這也與李怡娟(2004)年的研究機構費用支出來源主要為兒子，其次才是自己的積蓄相似。而在社區資源的使用情形很不普遍，有 82.3%的照顧者從未使用過社區照顧資源，這與邱啟潤(2010)的研究中指出：82.5%的主要照顧者沒有使用過「免費居家服務」，94%沒有使用過「免費機構喘息」，都一致性地顯示出社區照顧資源被利用的情形是偏低的。

表 4-1-3 使能因素描述性統計

變項名稱	人數	百分比
<b>社區照顧資源的可近性</b>		
長照機構所在區域		
雲林縣北港區	47	41.6
台南市仁德區	41	36.3
台南市麻豆區	25	22.1
已入住目前長照的機構時間		
6個月及以下	24	21.2
6-30個月	73	64.6
30個月以上	16	14.2
居家照護時看護使用經驗		
沒有	87	77
有	26	23
長照機構的使用經驗		
沒有	94	83.2
有	19	16.8
住家附近能使用的長照服務資源		
沒有或不知道，但願意使用	54	47.8
沒有或不知道，但不願意使用	13	11.5
有，但沒有用過，原因：	26	23.0
不需要	17	65.4
不清楚服務內容	4	15.4
不相信照顧品質	1	3.8
不方便使用或其他	4	15.4
有，且有使用過，種類	20	17.70
日間照顧	4	20.0
居家服務	12	60.0
居家護理	5	25.0
機構喘息照顧	1	5.0

資料來源：本研究整理

(續下頁)

(續上頁)

變項名稱	人數	百分比
<b>家庭支持系統</b>		
照顧者就業狀況		
無職或退休	23	20.4
照常上班	63	55.8
幫忙家中事業	14	12.4
為照顧個案而改變工作或離職	13	11.5
照顧者照顧老人時間		
3個月及以下	34	30.1
4-12個月	41	36.3
13-24個月	18	15.9
24個月以上	20	17.7
照顧者與老人居住情形		
沒有同住，老人獨居	23	20.4
沒有同住，老人與他人同住	21	18.6
有同住，固定居住	58	51.3
有同住，輪流居住	11	9.7
輪流照顧失智者人數		
沒有	42	37.2
有1人	23	20.4
有2人	25	22.1
有3人及3人以上	23	20.4
失智老人入住機構經費來源		
失智者自己的積蓄或退休金	50	33.3
保險金	2	1.3
政府補助	19	12.7
家人幫忙負擔	79	52.7
主要照顧者自覺家中經濟狀況		
很好	3	2.7
還好	88	77.9
差	19	16.8
很差	3	2.7
<b>照顧者對機構式服務品質的認知</b>		
覺得機構能提供比家中更好的照顧		
不會	14	12.4
會	99	87.6

資料來源：本研究整理

### 三、需求因素

在需求因素部分，分為失智症老人及照顧者兩部分。失智症老人部分，又包括三部分：特殊護理照護項目、身體功能障礙程度(巴氏量表的評估、能單獨留在家中時間、跌倒意外發生的經驗)，以及認知與情緒行為障礙程度(MMSE 認知功能評估，情緒與行為量表評估)等；而在主要照顧者部分，包括二部分：照顧者負擔情形、自覺健康狀態情形等。

#### (一)失智症老人部分

##### 1.特殊護理照護項目：(詳見表 4-1-4)

有 56.6%失智症老人是沒有特殊護理照護項目的，可見有一半的失智症老人入住機構的需求並非在於身體疾病的照顧，而有特殊護理照護項目的部分則是以鼻胃管護理、定時協助翻身及尿管護理人數較多，分別佔 23.9%、19.5%、15.0%，累計護理特殊照護的總項目為：20.4%有一項、10.6%有二項、12.4%有三項及三項以上。這與李怡娟(2004)的研究相似，三管的照護需求以鼻胃管最多。

##### 2.身體功能障礙程度：(詳見表 4-1-4)

日常生活功能依賴情形，以巴氏量表評估結果有九成是屬於嚴重的功能障礙，其中日常生活功能嚴重依賴佔 23.9%，完全依賴佔 58.4%，這與國內研究有類似的結果，李怡娟(2004)研究指出機構內失智老人完全依賴者占 52.9%，顯示入住機構的失智症老人在日常生活活動方面，是極需要照顧者積極介入協助執行的。另外，有 40.7%的照顧者認為可以單獨留失智症老人在家的時間超過半日以上，反之，有 59.3%不認為失智症老人可以獨自一人留在家中過久的時間，甚至有 34.5%的主要照顧者，認為完全不能單獨留失智症老人一個人獨自在家中。失智症老人在家中發生跌倒的經驗，有經驗和無經驗相差不大，各佔 46%和 54%，也表示失智症老人在家中發生跌倒的機率接近一半。

##### 3.認知和情緒行為障礙程度：(詳見表4-1-4及表4-1-5)

認知功能以MMSE量表評估認知狀態，結果指出認知功能障礙情形，以中重

度缺損及嚴重缺損居多，各佔23.9%及55.8%，顯示有八成的失智症老人認知功能  
是明顯且較嚴重缺損的。(詳見表4-1-4)

情緒與行為障礙部分，以本研究自行發展的情緒與行為量表評估，題目共有  
15題，分為四個因素，各因素的得分情形：因素一失序行為(8題)偏高的佔45.1%、  
因素二攻擊人的行為(3題)偏高的佔26.5%、因素三憂鬱情緒(2題)偏高的佔6.2%、  
無目的行為(2題)偏高的佔12.4%、總情緒行為障礙(15題)偏高的佔29.2%，由此得  
知失智症老人的情緒與行為障礙較以失序行為比較明顯，其次是攻擊人的行為。(詳  
見表4-1-4)

15題的題目當中，每題以0-3分計算，總分45分，整體情緒與行為障礙得分為  
 $12.70 \pm 9.27$  (範圍介於0~37分)，而每題的情緒與行為障礙平均得分介於0.24~1.41  
之間。其中以下列五項情緒行為問題得分最高，分別為：「健忘(如：遺失東西、  
把東西放錯地方而找不到)」、「作息混亂(如：半夜無故醒來，或起來走動或做事  
情)」、「重複性的行為(如：重複問同樣的話、重複同樣的動作)」、「有失禁情形(如：  
會來不及上廁所、在不當的地方解便)」、「拒絕跟照顧者合作或不讓別人幫忙(如：  
對照顧他的人發脾氣、拒絕別人協助個人衛生)」等，為失智症老人較常出現的情  
緒與行為問題，平均得分介於1.10~1.41分「偶爾如此(每周1-2次)」至「經常如此  
(每周出現3~5次)」之間。(詳見表4-1-5)

討論：由本研究結果可以發現，機構內失智者的主要需求並非在於身體疾病  
的照顧，但八成有嚴重的生活功能依賴、重度認知功能障礙等，另外也有較常會  
出現的失序和攻擊人的問題行為。所以，失智症者在日常生活上，是需要照顧者  
積極介入協助的完成的。

表 4-1-4 失智症老人需求因素描述性統計(N=113)

變項名稱	人數	百分比
<b>特殊護理照護</b>		
無	64	56.6
鼻胃管護理	27	23.9
尿管護理	17	15.0
氣切管護理	1	0.9
抽痰	3	2.7
氧氣治療	2	1.8
定時協助翻身	22	19.5
壓瘡或傷口護理	6	5.3
造瘻口護理	1	0.9
注射胰島素	9	8.0
透析	5	4.4
<b>累計特殊護理照顧項目</b>		
無	64	56.6
一項	23	20.4
二項	12	10.6
三項及以上	14	12.4
<b>身體功能障礙程度</b>		
<b>生活功能依賴程度</b>		
輕度依賴	3	2.7
中度依賴	17	15.0
嚴重依賴	27	23.9
完全依賴	66	58.4
<b>單獨留在家中的時間</b>		
不能留他單獨在家中	39	34.5
1 個小時	12	10.6
2~3 個小時	16	14.2
半日以上	46	40.7
<b>過去曾經有跌倒經驗</b>		
無	61	54
有	52	46

資料來源：本研究整理

(續下頁)

(續上頁)

變項名稱	人數	百分比
<b>認知與行為情緒障礙程度</b>		
認知功能障礙程度		
輕度缺損	3	2.7
中度缺損	20	17.7
中重度缺損	27	23.9
嚴重缺損	63	55.8
<b>情緒與行為障礙</b>		
失序行為		
偏低	62	54.9
偏高	51	45.1
攻擊行為		
偏低	83	73.5
偏高	30	26.5
憂鬱情緒		
偏低	106	93.8
偏高	7	6.2
無目的行為		
偏低	99	87.6
偏高	14	12.4
<b>總情緒行為障礙</b>		
偏低	80	70.8
偏高	33	29.2

資料來源：本研究整理

表 4-1-5 「失智症老人行為與情緒量表」各題得分情形(N=113)

題號	題目	平均值(標準差)	總排序
1	言語攻擊行為(如：大叫、罵人)	0.87(0.098)	8
2	身體攻擊行為(如：打人、咬人、抓人、踢人、吐口水等)	0.63(0.090)	11
3	對物品攻擊及破壞(如：摔門、破壞家具)	0.24(0.051)	15
4	干擾別人的行(如：亂翻別人物品、偷竊、製造聲音、性騷擾、亂丟東西)	0.81(0.100)	10
5	拒絕跟照顧者合作或不讓別人幫忙(如：對照顧他的人發脾氣、拒絕別人協助個人衛生)	1.10(0.105)	5
6	妄想或幻覺(如：堅持有人要害他或偷他東西、堅持非事實的信念)	0.93(0.10)	7
7	遊走(如：無目的地走動，可能有未注意安全、有走失風險)	0.58(0.090)	12
8	作息混亂(如：半夜無故醒來，或起來走動或做事情)	1.19(0.101)	2
9	重複性的行為(如：重複問同樣的話、重複同樣的動作)	1.15(0.100)	3
10	有失禁情形(如：會來不及上廁所、在不當的地方解便)	1.14(0.109)	4
11	健忘(如：遺失東西、把東西放錯地方而找不到)	1.41(0.108)	1
12	飲食不正常(如：會吃太多、吃太少、忘記吃過飯重複要求吃東西)	1.09(0.109)	6
13	不當的行為(如：穿著不恰當、暴露私密處、藏物品、玩排泄物)	0.83(0.109)	9
14	情緒恐懼或焦(如：情緒緊繃、哭泣、擔心或沒原因的感到害怕)	0.43(0.063)	13
15	憂鬱或自殺傾向(如：心情低落、不講話、認為自己是家人負擔、想自殺)	0.31(0.059)	14

資料來源：本研究整理

## (二)主要照顧者部分

### 1.照顧負荷程度：(詳見表 4-1-6 和表 4-1-7)

本研究量表題目共有 14 題，分為四個因素，各因素的得分情形：因素一身體疲憊負擔(4 題)偏高的佔 77.0%、因素二時間限制負荷(3 題)偏高的佔 58.4%、因素三照顧壓力負荷(4 題) 偏高的佔 47.8%、因素四親友關係負擔(3 題)偏高的佔 33.6%、總主要照顧者負荷(14 題)偏高的佔 53.1%，由此得知主要照顧者負荷以身體疲憊負擔偏高的人最多，其次是時間限制負擔。(詳見表 4-1-6)

量表共 14 題題目，每題以 0-1 分計算，總分 14 分，整體照顧者負荷得分為  $8.19 \pm 4.09$  (範圍介於 0~14 分)，而每題的情緒與行為障礙平均得分介於 0.32~0.80 之間，其中以下列五題得分最高，分別為：「睡眠受到影響(如：需夜間照顧頻繁起床的老人、得不到足夠睡眠)」、「體力負擔很重 (如：常需要專心留意老人、花費體力協助老人移動)」、「造成生活上的不方便(如：需要花許多時間送老人就醫、幫老人完成許多日常的事情)」、「煩惱老人的改變(如：老人與以前不同、擔心老人健康情形變差)」、「感到身體疲倦，精疲力竭(如：感覺身體健康變差)」等，為主要照顧者出現較高的負荷，平均得分介於 0.71-0.80 分之間。(詳見表 4-1-7)

### 2.自覺身體健康狀況：(詳見表 4-1-6)

在主要照顧者需求因素的部分，有 17.7%的人表示在照顧個案期間，自覺身體狀況不好，46.9%表示尚可，35.4%表示好。

討論：由本研究中發現，照顧者的負荷情形偏高，特別是身體疲憊及時間受限制這兩部份，雖然照顧者不一定覺得自己身體健康狀況不好，但身體的疲憊的確是明顯存在的。

表 4-1-6 照顧者需求因素描述性統計(N=113)

變項名稱	人數	百分比
<b>照顧負荷程度</b>		
身體疲憊負擔		
較低	26	23.0
偏高	87	77.0
時間限制負擔		
較低	47	41.6
偏高	66	58.4
情緒及經濟負擔		
較低	59	52.2
偏高	54	47.8
親友關係負擔		
較低	75	66.4
偏高	38	33.6
總照顧負擔		
較低	53	46.9
偏高	60	53.1
<b>自覺健康狀況</b>		
好	40	35.4
尚可	53	46.9
不好	20	17.7

資料來源：本研究整理

表 4-1-7 「主要照顧者負荷量表」各題得分情形(N=113)

題號	題目	平均值(標準差)	總排序
1	睡眠受到影響(如：需夜間照顧頻繁起床的老人、得不到足夠睡眠)	0.80(0.404)	1
2	體力負擔很重(如：常需要專心留意老人、花費體力協助老人移動)	0.76(0.428)	2
3	感到身體疲倦，精疲力竭(如：感覺身體健康變差)	0.71(0.457)	5
4	造成生活上的不方便(如：需要花許多時間送老人就醫、幫老人完成許多日常的事情)	0.76(0.428)	2
5	社交活動受到限制(如：沒有時間外出參加活動、朋友往來減少)	0.58(0.497)	9
6	影響個人計畫、(如：沒時間做自己想做的事、須調整目前工作來照顧老人)	0.62(0.488)	7
7	家庭需要調整(如：平常的家庭工作受到干擾、放棄家中原有計畫)	0.61(0.49)	8
8	親友關係變差(如：對有能力幫忙卻沒有幫忙的親戚感到生氣、有親戚嫌你對老人照顧得不夠好)	0.32(0.468)	14
9	家人關係變差(如：為了老人的照顧問題起爭執、無法照顧好其他的家人)	0.36(0.483)	13
10	對老人的行為感到不好意思或生氣(如：失禁、健忘、責怪別人、重複行為、無法與老人溝通)	0.42(0.497)	12
11	承受著照顧壓力(如：擔心無法好好照顧老人、覺得照顧得不夠好而感到難過)	0.64(0.483)	6
12	煩惱老人的改變(如：老人與以前不同、擔心老人健康情形變差)	0.73(0.448)	4
13	為了照顧他需省吃節用	0.43(0.498)	11
14	照顧他的金錢花費很大，造成負擔	0.46(0.501)	10

資料來源：本研究整理

## 第二節 照顧者持續使用機構式服務的意願分析

在本研究中，有關主要照顧者「是否會願意持續使用長照機構來照顧失智老人」，是為本研究主要探討的依變項。由研究分析中可以發現，有65.5%的主要照顧者會想繼續使用機構式服務來照顧失智症老人，傾向不考慮其他的社區式照顧服務方案。但也有39位(34.5%)的照顧者，表示會想考慮使用其他方法來照顧失智老人，其中帶回家中自行照顧的占這些人數的46.1%，使用日間照顧的占23.0%，使用居家護理的占41.0%，免費喘息機構的占30.8%，其他占7.7%，顯示，仍然有照顧者希望用其他方法照顧失智者，機構照顧並不是他們唯一的選擇。(詳見由表4-2-1)

表4-2-1 失智症主要照顧者持續使用長照機構情形(N=113)

變項名稱	人數	百分比
會想持續使用長照機構服務 (不考慮其他社區式照顧服務)	74	65.5%
不會想持續使用長照機構服務 (會考慮其他社區式照顧服務)	39	34.5%
在家中照顧	18	46.1%
日間照顧機構	9	23.0%
居家護理	16	41.0%
免費喘息機構	12	30.8%
其他	3	7.7%

資料來源：本研究整理

## 第三節 前傾因素、使能因素及需求因素 與長照機構使用情形的相關性分析

本章節將探討前傾因素、使能因素及需求因素與選擇使用機構式照顧服務的相關性。

### 一、前傾因素與長照機構使用情形的相關性

利用卡方檢定執行雙變項分析，由表 4-3-1 和表 4-3-2 結果顯示前傾因素中，失智症老人的年齡、婚姻狀況及教育程度，主要照顧者的教育程度、對照顧個案責任的認知，與持續使用機構照顧的意願，有統計學上的顯著相關。

在與不會想持續使用機構式照顧者相較之下，會想持續使用機構式照顧的失智症者年齡 90 歲以上的比例較高(會想的=24.3%，不會想的=12.8%)；無配偶的比例較高(會想的=64.9%，不會想的=43.6%)、教育程度國小及國小以下的比例較高(會想的=91.9%，不會想的=74.4%)。

在照顧者部分也發現，在與不會想持續使用機構式照顧者相較之下，會想持續使用機構式照顧的，其照顧者教育程度國小及以下的比例較高(會想的=35.1%，不會想的=15.4%)、教育程度國中的照顧者的比例也較高(會想的=21.6%，不會想的=10.2%)，教育程度較高的不會想使用機構照顧的比例較高；但主要照顧者若認為照顧責任主要為家庭時，反而比較不會想持續使用機構式照顧的比例較高(會想的=12.2%，不會想的=35.9%)。

討論：有關失智症的年齡及婚姻狀況的研究結果與國內外研究相一致，即高齡、無配偶者有較高比率使用機構照顧(陳正芬、吳淑瓊，2006；陳秀玫 2009；VWQ Lou et al.,2011)，但教育程度則較無一致性的結論，有些研究發現無關(陳正芬、吳淑瓊，2006；VWQ Lou et al.,2011)，有些結果則是較高教育程度者，使用機構式

照顧的比率較高(陳秀玫 2009)，所以，這部分有待進一步的探討；而在照顧者的部分，發現教育程度高的及認為家屬應負擔主要的照顧責任時，則比較不會選擇機構照顧服務，這與國內的研究則較有一致性的結果(陳正芬，2006)，這也可能是教育程度高的照顧者，他有能力去尋找更多的社會照顧資源，因此，對於照顧方式的選擇性更多，所以，可以較有可能去考慮機構以外的照顧方式。



表 4-3-1 失智症老人前傾因素與長照機構使用情形之相關性(N=113)

變項	會持續使用		不會持續使用		卡方值	P 值
	人數	百分比	人數	百分比		
性別					0.98	0.755
男性	30	40.5	17	43.6		
女性	44	59.5	22	56.4		
年齡					6.436	0.040*
65-79 歲	16	21.6	17	43.6		
80-89 歲	40	54.1	17	43.6		
90 歲以上	18	24.3	5	12.8		
失智者來源					0.424	0.809
醫院出院後轉入	25	33.8	11	28.2		
其他長照機構轉入	8	10.8	4	10.3		
家中轉入	41	55.4	24	61.5		
婚姻狀況					4.731	0.030*
無配偶	48	64.9	17	43.6		
有配偶或其他	26	31.9	22	56.4		
教育程度					6.459	0.011*
國小及以下	68	91.9	29	74.4		
國中及以上	6	8.1	10	25.6		

資料來源：本研究整理 \*P<0.05 \*\*P<0.01 \*\*\*P<0.001

表4-3-2 照顧者前傾因素與長照機構使用情形之相關性(N=113)

變項名稱	會持續使用		不會持續使用		卡方值	P 值
	人數	百分比	人數	百分比		
性別					0.563	0.543
男性	44	59.5	26	66.7		
女性	30	40.5	13	33.3		
年齡					1.501	0.472
49 歲以下	15	20.3	11	28.2		
50-64 歲	44	59.5	23	59.0		
65 歲及以上	15	20.3	5	12.8		
婚姻狀況					0.704	0.402
無配偶	9	12.2	7	17.9		
有配偶	65	87.8	32	82.1		
教育程度					9.976	0.019*
國小及以下	26	35.1	6	15.4		
國中	16	21.6	3	10.2		
高中職	15	20.3	14	35.9		
專科大學以上	17	23.0	15	38.5		
照顧個案的責任認知					10.449	0.005**
主要由家庭負擔	9	12.2	14	35.9		
家庭和政府共同負擔	56	75.7	24	61.5		
主要由政府負擔	9	12.2	1	2.6		
與失智者關係					6.640	0.156
配偶	3	4.1	3	7.7		
兒子	42	56.8	27	69.2		
女兒	12	16.2	7	17.9		
媳婦	14	18.9	1	2.6		
其他	3	4.1	1	2.6		

資料來源：本研究整理 \*P<0.05 \*\*P<0.01 \*\*\*P<0.001

## 二、使能因素與長照機構使用情形的相關性

利用卡方檢定作雙變項分析，由表 4-3-3 結果顯示使能因素中，失智症老人使用的長照機構所在區域、已入住機構的時間、與居家照護時看護使用的經驗，以及對機構照顧品質的認知、入住機構費用的來源等，與持續使用機構照顧的意願，有統計學上的顯著相關。

在與不會想持續使用機構式照顧者相較之下，會想持續使用機構照顧的失智症老人，目前所居住的機構位在雲林縣的比例較高(會想的=55.4%，不會想的=15.4%)、已入住機構時間 30 個月以上比例較高(會想的=20.3%，不會想的=2.6%)、居家照護時沒有使用過看護經驗的比例較高(會想的=83.8%，不會想的=64.1%)。

而在照顧者部分，在與不會想持續使用機構式照顧者相較之下，會想使用機構式照顧的照顧者，覺得機構能提供比家中更好的照顧比例較高(會想的=94.6%，不會想的=74.4%)；入住機構費用是政府補助的，會想使用機構照顧的比例也比較高(會想的=15.0%，不會想的=1.8%)。

討論：本研究中個案來自雲林縣的有較高的比例想持續使用機構照顧，這可能與鄉村地區所提供的社區或居家的服務資源有限，導致社區資源的可近性服務使用障礙(Spitze, G. & Logan, J. R. 1989)，相對機構式照顧的床位則較容易取得，因此比較會持續使用機構式照顧；另外，雲林地區屬於農村，人口外流嚴重，很多長輩的子女本來就已經不住在鄉村，而習慣鄉村生活的長輩也不願意到城鎮生活，因此，只能讓長輩留在原生長地區持續接受照顧，所以，也因此比較不會考慮從機構轉出或改用其他照顧方式；不過也有可能是補助金的影響，因為本研究樣本中，有接受政府中低收入戶補助金的失智者，大都是位在雲林縣的機構，也因為如此在經濟的負擔上比較少，所以，有可能較會傾向於持續使用機構照顧。而本研究在對照顧責任的認知部分，與國外研究也有一致性的結果，長照服務使用者對照顧服務的正向認知，的確會明顯影響其到對照

顧方式的選擇(VWQ Lou et al.,2011)。

表 4-3-3 使能因素與長照機構使用情形之相關性(N=113)

變項名稱	會持續使用		不會持續使用		卡方值	P 值
	人數	百分比	人數	百分比		
<b>社區照顧資源</b>						
長照機構區域別					16.839	0.000
雲林縣	41	55.4	6	15.4		***
台南市	33	44.6	33	84.6		
<b>已入住目前長照的機構時間</b>					7.213	0.027
6個月及以下	13	17.6	11	28.2		*
6-30個月	46	62.2	27	69.2		
30個月以上	15	20.3	1	2.6		
<b>居家照護時看護使用的經驗</b>					5.585	0.018
沒有	62	83.8	25	64.1		*
有	12	26.2	14	25.9		
<b>長照機構的使用經驗</b>					0.55	0.815
沒有	62	83.8	32	82.1		
有	12	16.2	7	17.9		
<b>住家附近其它能使用的長照服務資源</b>					1.531	0.675
沒有，但願意使用	7	9.5	6	15.4		
沒有，也不願意使用	36	51.4	16	41.0		
有，但沒使用	16	21.6	10	25.6		
有，且有使用過有	13	17.6	7	17.9		
<b>家庭支持系統</b>						
照顧者就業狀況					0.314	0.957
無職或退休	15	20.3	8	20.5		
照常上班	41	55.4	22	56.4		
幫忙家中事業	10	13.5	4	10.3		
為照顧個案而改變工作或離職	8	10.8	5	12.8		

資料來源：本研究整理 \*P<0.05 \*\*P<0.01 \*\*\*P<0.001 (續下頁)

(續上頁)

變項名稱	會持續使用		不會持續使用		卡方值	P 值
	人數	百分比	人數	百分比		
照顧者照顧老人時間					3.086	0.378
3 個月及以下	19	25.7	15	38.5		
4-12 個月	30	40.5	11	28.2		
13-24 個月	13	17.6	5	12.8		
24 個月以上	12	16.2	8	20.5		
照顧者與老人居住情形					4.669	0.198
沒有同住，老人獨居	19	25.7	4	10.3		
沒有同住，老人與他人住	11	14.9	10	25.6		
有同住，固定居住	37	50.0	21	53.8		
有同住，輪流居住	7	9.5	4	10.3		
協助照顧失智者人數					0.529	0.913
沒有	28	37.8	14	35.9		
1 人	15	20.3	8	20.5		
2 人	15	20.3	10	25.6		
3 人及以上	16	21.6	7	17.9		
失智老人入住機構費用來源					5.815	0.016
失智者自己的積蓄或退休金或保險金	32	28.6	20	17.9		
政府補助	17	15.0	2	1.8		
家人幫忙負擔	56	50.9	23	20.9		
照顧者自覺家中經濟狀況					0.041	0.839
很好或還好	60	81.1	31	79.5		
差或很差	14	18.9	8	20.5		
照顧者對機構式照顧品質的認知					9.635	0.002
覺得機構能提供比家中更好的照顧						
不會	4	5.4	10	25.6		
會	70	94.6	29	74.4		

資料來源：本研究整理 \*P&lt;0.05 \*\*P&lt;0.01 \*\*\*P&lt;0.001

### 三、需求因素與長照機構使用情形的相關性

利用卡方檢定分析雙變項，由表 4-3-4 和表 4-3-5 結果顯示需求因素中，在失智症老人部分，包括：日常生活功能依賴程度(巴氏量表)、失智者能單獨留在家中的時間、認知功能障礙程度(MMSE)、對人攻擊行為及總情緒行為障礙等，與持續使用機構照顧的意願，有統計學上的顯著相關。而在主要照顧者部分，身體疲憊負擔與情緒經濟負擔，與持續使用機構照顧的意願，有統計學上的顯著相關。

在與不會持續使用機構式照顧者相較之下，會想持續使用機構照顧的失智症老人日常生活功能障礙程度(巴氏量表)「嚴重到完全依賴」的比率較高(會想的=89.2%，不會想的=39.8%)；家屬認為他「能單獨留在家中半日以上的」比率較高(會想的=51.4%，不會想的=34.5%)；認知功能障礙程度(MMSE)「重到嚴重度缺損」的比率較高(會想的=85.1%，不會想的=69.2%)；對人攻擊行為偏高(會想的=35.1%，不會想的=10.3%)；總情緒行為障礙偏高(會想的=37.8%，不會想的=12.8%)。(詳見表 4-3-4)

而在家屬的部分，在與不會持續使用機構式照顧服務者相較之下，會想持續使用機構式服務的照顧者「身體疲憊負擔偏高」的比率較大(會想的=83.8%，不會想的=64.1%)；「情緒及經濟負擔偏低」的比率較大(會想的=62.2%，不會想的=33.3%)；這與國內外的文獻探討也有相當一致的結果：照顧者主觀感受到負擔時，使用護理之家的機會越大(Miller, B. A. & McFall S., 1991)。(詳見表 4-3-5)

討論：失智者日常生活活動失能越嚴重、身體功能障礙項目越多的、行為問題越嚴重的、認知障礙越嚴重的使用護理之家的機率較大，這樣的結果與國內外的文獻探討也有相當高的一致(Herber, R. et al.,2001；Tsuji, I. et al.,1995；Gaugler et al.,2003；VWQ Lou et al.,2011；陳正芬，2006)。另外，本研究中發現經濟負擔小的比較有機會使用機構式照顧，與 Gaugler et al.(2003)研究發現：

照顧者經濟越高，越容易將失能者送到機構中有相似的結論，不過國內有關家庭經濟狀況的研究，有關「家庭收入」與機構使用意願的相關性較不一致，有些是有關(陳秀玫，2009)，有些是無關(陳正芬，2006)，這些不一致可能是來自對家庭經濟狀況的解釋不同所導致，因為家庭收入是「客觀的」經濟狀況，而本研究是「主觀的」感覺經濟狀況，所以會導致研究結果不一，而依本研究結果，顯然「主觀的」經濟壓力才可能會影響使用機構的機率，也就是不論家庭實際收入是多少，只要照顧者認為照顧個案的支出還不至於造成經濟上的壓力，那麼還是會考慮機構式照顧的。

表 4-3-4 失智症老人需求因素與長照機構使用情形之相關性(N=113)

變項名稱	會持續使用		不會持續使用		卡方值	P 值
	人數	百分比	人數	百分比		
<b>特殊護理照護項目</b>					1.886	0.596
0 項	42	56.8	22	56.4		
1 項	13	17.6	10	25.6		
2 項	8	10.8	4	10.2		
3 項以上	11	14.9	3	7.7		
<b>身體功能障礙程度</b>					6.984	0.008 **
生活功能依賴程度						
輕度到中度依賴	8	10.8	27	69.2		
嚴重到完全依賴	66	89.2	12	30.8		
<b>患者能單獨留在家中的時間</b>					10.311	0.006 **
不能留他一人在家	20	27.0	19	48.7		
1-3 小時	16	21.6	12	30.8		
半日以上	38	51.4	8	34.5		
<b>過去曾經跌倒經驗</b>					0.597	0.440
無	38	51.4	23	59.0		
有	36	48.6	16	41.0		

資料來源：本研究整理 \*P<0.05 \*\*P<0.01 \*\*\*P<0.001(續下頁)

(續上頁)

變項名稱	會持續使用		不會持續使用		卡方值	P 值
	人數	百分比	人數	百分比		
<b>認知與情緒行為障礙程度</b>					3.985	0.046
<b>認知功能障礙程度</b>						*
輕到中度缺損	11	14.9	12	30.8		
重到嚴重度缺損	63	85.1	27	69.2		
<b>情緒與行為障礙</b>						
<b>失序行為</b>					3.348	0.067
較低	36	48.6	26	66.7		
偏高	38	51.4	13	33.3		
<b>對人攻擊行為</b>					8.106	0.004
較低	48	64.9	35	89.7		**
偏高	26	35.1	4	10.3		
<b>憂鬱情緒</b>					0.117	0.773
較低	69	93.2	37	94.9		
偏高	5	6.8	2	5.1		
<b>無目的行為</b>					1.210	0.271
較低	63	85.1	36	92.3		
偏高	11	14.9	3	7.7		
<b>總情緒行為障礙</b>					7.731	0.005
較低	46	62.2	34	87.2		**
偏高	28	37.8	5	12.8		

資料來源：本研究整理 \* $P < 0.05$  \*\* $P < 0.01$  \*\*\* $P < 0.001$

表 4-3-5 照顧者需求因素與長照機構使用情形之相關性(N=113)

變項名稱	會持續使用		不會持續使用		卡方值	P 值
	人數	百分比	人數	百分比		
自覺健康狀況					0.345	0.841
好	25	33.8	15	38.5		
尚可	35	47.3	18	46.2		
不好	14	18.9	6	15.4		
負荷程度						
身體疲憊負擔					5.585	0.018
較低	12	16.2	14	35.9		*
偏高	62	83.8	25	64.1		
時間限制負擔					1.672	0.196
較低	34	45.9	13	33.3		
偏高	40	54.1	26	66.7		
親友關係負擔					0.137	0.711
較低	50	67.6	25	64.1		
偏高	24	32.4	14	35.9		
情緒及經濟負擔					8.507	0.004
較低	46	62.2	13	33.3		**
偏高	28	27.8	26	66.7		
總負擔					1.704	0.192
較低	38	51.4	15	38.5		
偏高	36	48.6	24	61.5		

資料來源：本研究整理 \*P<0.05 \*\*P<0.01 \*\*\*P<0.001

## 第四節 影響照顧者持續使用機構式服務的 重要因素預測

本章節將利用邏輯式迴歸分析，探討機構內的失智症老人的主要照顧者是否會持續使用機構式長期照顧服務之相關因素。依變項為「會想持續使用」及「不會想持續使用」機構式服務兩組類別變項，自變項包括：前傾因素、使能因素及需求因素，並分為三個邏輯式迴歸模式進行多變項因素分析，放進模式一中的預測因素為雙變項分析卡方檢定中有顯著差異， $P < 0.05$ 的前傾因素；放進去模式二中的預測因素為雙變項分析卡方檢定中有顯著差異， $P < 0.05$ 的前傾因素與使能因素；放進去模式三中的預測因素為雙變項分析卡方檢定中有顯著差異， $P < 0.05$ 的前傾因素、使能因素與需求因素，且研究初步發現，各預測變項間之允差值(tolerance)均在0.1以上，變異波動因素(VIF)均低於10，顯示本研究未出現多元共線性之問題。

表4-4-1為邏輯式迴歸分析之結果，探討失智症老人的主要照顧者是否會持續使用機構式長期照顧服務之相關因素，以下針對模式一、模式二及模式三之迴歸分析結果做進一步解釋。

### 一、模式一：前傾因素之邏輯式迴歸分析結果

於模式一中放入前傾因素：「失智症老人年齡」、「失智症老人婚姻狀態」、「失智症老人教育程度」、「主要照顧者教育程度」及「主要照顧者對照顧個案責任的認知」，作為失智症主要照顧者會持續使用機構式長期照顧之預測因素，並經過共線性診斷後，此五個變項並無共線性關係，邏輯式迴歸分析的結果，模式卡方值(model chi-square)為 28.615，自由度為 9，其 P 值為 0.001，模式配合度檢定(-2 Log likelihood)為 84.747，Cox & Snell R Square 為 0.224，Nagelkerke R Square 為 0.309。

結果指出回歸模式一中，在控制其他重要變項之下，顯著影響的重要因素為：「主要照顧者的教育程度」及「對照顧個案責任的認知」，達統計上顯著意義，是主要照顧者會持續使用機構式長期照顧重要的預測因子，共可以解釋 22.4% 的變異量。(見表 4-4-1)

#### (一)前傾因素

在控制其他重要變項之後，模式中以 65-79 歲的失智症老人為參考組，失智症老人年齡越大，其主要照顧者會持續使用機構式服務的機會較大，失智症老人年齡在 80-89 歲會持續使用機構式服務的機會是 65-79 歲者的 1.770 倍，勝算比為 1.770(OR=1.770、95%CI=0.594-5.273)，失智症老人年齡在 90 歲以上，其主要照顧者會持續使用機構式服務的機會更高，是 65-79 歲者的 3.657 倍，勝算比為 3.657(OR=3.657、95%CI=0.932-14.346)；以有配偶的失智症老人為參考組，則無配偶的個案會持續使用機構式服務的機會較大，勝算比為 1.400(OR=1.400、95%CI=0.552-3.549)；以國小及國小以下的失智症老人為參考組，國小及國小以上的個案會持續使用機構式服務的機會較小，勝算比為 0.354(OR=0.354、95%CI=0.093-1.343)；但失智症老人的年齡、婚姻狀態、教育程度在模式一中並無顯著差異。

而在主要照顧者的前傾因素部分，以國小及國小以下教育程度的主要照顧者為參考組，教育程度高的照顧者會持續使用機構式服務的機會較小，專科及大學以上、高中職教育程度的主要照顧者，會持續使用機構式服務的勝算比分別為 0.379(OR=0.379、95%CI=0.096-1.500)、0.259(OR=0.259、95%CI=0.070-0.958)，但教育程度國中的主要照顧者會持續使用機構式服務的機會反而比較大，是國小及國小以下者的 1.185 倍，勝算比為 1.185(OR=1.185、95%CI=0.2252-5.579)；另外在主要照顧者對照顧責任的認知部分，認為照顧責任主要由家庭負擔為參考組，照顧者若認為政府也應該要負擔照顧責任，則會持續使用機構式服務的機會則是比較大，政府與家庭共同負擔、主要由政府負擔這兩組變項的勝算比分別為

3.841(OR=3.841、95%CI=1.278-11.542)、10.054(OR=10.054、95%CI=0.950- 106.370)，由分析中顯示照顧者若認為政府應該負擔主要的照顧責任，會使用機構式服務的機率明顯高出許多，是照顧責任主要由家庭負擔者的 10.054 倍。

## 二、模式二前傾因素及使能因素之邏輯式迴歸分析結果

於模式二中除了放入模式一的五項前傾因素外，再加入五項使能因素：「失智症老人居住的機構所在區域」、「入住機構的時間」、「看護使用經驗」、「照顧者對機構照顧品質的認知」及「入住機構經費來源」等，作為主要照顧者會持續使用機構式照顧之預測因素，並經過共線性診斷後，這些變項並無共線性關係，邏輯式迴歸分析的結果，模式卡方值(model chi-square)為 48.234，自由度為 15，其 P 值為 0.000，模式配合度檢定(-2 Log likelihood)為 93.238，Cox & Snell R Square 為 0.347，Nagelkerke R Square 為 0.480。結果指出迴歸模式二中，在控制其他重要變項之下，顯著影響的重要因素為：「失智症老人年齡」、「主要照顧者的教育程度」、「目前居住的機構所在區域」，以及「主要照顧者對機構照顧品質的認知」等四個變項，皆達統計上顯著意義，是主要照顧者會持續使用機構式長期照顧重要的預測因子，共可解釋 34.7%的總變異量。(見表 4-4-1)

### (一)前傾因素

在控制其他重要變項之後，「失智症老人年齡」與「照顧者的教育程度」是重要的預測變項，失智症老人年齡大的會持續使用機構式服務的機會越大，模式中以 65-79 歲的失智症老人為參考組，失智症老人年齡在 80-89 歲、90 歲以上者兩組變項，會持續使用機構式服務的勝算比分別為 3.249(OR=3.246、95%CI=0.608-11.411)、6.627(OR=6.627、95%CI= 1.251- 35.139)，且年齡 90 歲以上者，達統計學上的顯著差異。

另外，主要照顧者的教育程度高的，會持續使用機構式服務的機會較小，專科及大學以上、高中職教育程度的主要照顧者，會持續使用機構式服務的勝算比

分別為 0.404(OR=0.404、95%CI=0.080-2.039)、0.206(OR=0.206、95%CI=0.042-1.009)，且教育程度高中的主要照顧者，在統計學上達顯著差異。

## (二)使能因素

在控制其他重要變項之後，在失智症老人所「居住的機構所在區域」與「主要照顧者對機構照顧品質的認知」等，是重要的預測變項。以台南市機構為參考組，居住於雲林縣長照機構內的失智症老人的主要照顧者，會持續使用機構式服務的比率較高，勝算比 5.038(OR=5.038、95%CI= 1.119 -22.687)；而主要照顧者對機構照顧品質的認知也是一個重要的預測變項，以主要照顧者認為機構式照顧品質不會比在家中照顧好為參考組，相對之下，認為機構式照顧品質會比在家中照顧好的，會持續使用機構式服務的機會較大，勝算比分別為 6.165(OR=6.165、95%CI=1.252-30.350)。

## 三、模式三前傾因素、使能因素及需求因素之邏輯式迴歸分析結果

於模式三中，除了放入模式二的五項前傾因素及五項使能因素外，再加入七項需求因素包括：「失智者的生活功能障礙程度」、「照顧者主觀認為失智症老人可以單獨留在家中的時間」、「失智者的認知功能障礙情形」、「失智者的對人攻擊行為的高低」、「失智者的情緒和行為障礙總程度」、「主要照顧者身體疲憊負荷」、「主要照顧者情緒和經濟負荷」等七項變數，作為失智症主要照顧者會持續使用機構式長期照顧之預測因素，並經過共線性診斷後，這些變項並無共線性關係，邏輯式迴歸分析的結果，模式卡方值(model chi-square)為 80.945，自由度為 23，其 P 值為 0.000，模式配合度檢定(-2 Log likelihood)為 63.299，Cox & Snell R Square 為 0.511，Nagelkerke R Square 為 0.706，顯示依變數與整體自變數間有相當高之關聯。結果指出迴歸模式三中，在控制其他重要變項之下，顯著影響主要照顧者會持續使用機構式長期照顧的重要因素，包括：「失智症老人年齡」、「失智症老人教育程度」、「主要照顧者教育程度」、「照顧者對照顧責任的認知」、「照顧者對機構照顧

品質的認知」、「失智症老人身體功能障礙程度」、「失智症老人情緒行為障礙總程度」、「主要照顧者身體疲憊負荷程度」、「主要照顧者情緒和經濟負荷程度」等變項，皆達統計上顯著意義，是主要照顧者會持續使用機構式長期照顧重要的預測因子，共可解釋 51.1% 的總變異量。(見表 4-4-1)

#### (一)前傾因素

此部分包括：「失智症老人年齡」、「失智症老人教育程度」、「主要照顧者教育程度」、「主要照顧者對照顧責任的認知」等變項，達統計上顯著意義。

在控制其他重要變項之後，失智症老人年齡與照顧者的教育程度仍是重要的預測變項，失智症老人年齡越大，其主要照顧者會持續使用機構式服務的機會越大，失智症老人年齡在 80-89 歲會持續使用機構式服務的勝算比為 4.056(OR=4.056、95%CI=0.652-25.206)，失智症老人年齡在 90 歲以上，勝算比為 5.917(OR=5.917、95%CI=5.767-1595.403)，失智症老人的教育程度國小及國小以上的，會持續使用機構式服務的機會越小，勝算比只有 0.017(OR=0.017、95%CI=0.001-0.333)。

主要照顧者的教育程度也是一個重要的預測因子，教育程度高中職的主要照顧者，會持續使用機構式服務的勝算比 0.044(OR=0.044、95%CI=0.004-0.492)。另外，主要照顧者認為照顧個案責任要由政府負責或與家庭共同負責的會持續使用機構式服務的勝算比較大，分別為 31.653(OR=31.653、95%CI=0.845- 1185.22)、15.424(OR=15.424、95%CI=1.217-195.428)，皆達統計學上達顯著差異；由研究中顯示出：照顧者教育程度低的、認為政府也應該負起照顧失智症老人的責任時，比較會持續使用機構式服務來照顧失智老人。

討論一：由研究中發現，年齡大的失智症老人比較會持續使用機構照顧，這可能是年齡大的失智症老人，其生活功能會比較差，故家屬的照顧負擔會比較大，所以，會選擇持續使用機構式照顧；而在本研究中發現失智老人教育程度低的比較會持續使用機構，這與國內研究結果頗為一致，機構內的住民教育程度國小及不識字者近八成(林昭卿等，2007)。

討論二：然而，本研究中發現照顧者教育程度低的也比較傾向持續使用機構照顧的原因，有可能是對其他社區資源認識不足，無法有能力去獲得相關的家庭支持資源的訊息，所以，會選擇持續使用機構式照顧；而照顧者認為政府也要負擔照顧責任時，則傾向會使用機構照顧，這與國內研究結果頗為一致(陳正芬,2006)，這可能是若照顧者認為應由家庭負擔照顧責任時，那在價值觀上會認為應由自己來照顧失智者，而較不願去採取其他資源，尤其是本研究中的照顧者多為子女，加上中國又強調「孝道」，那更有可能會讓照顧者認為不應該持續使用機構式照顧過久，以免被認為是「不夠盡孝道」。

## (二)使能因素

此部分只有「主要照顧者對機構照顧品質的認知」的變項，達統計上顯著意義。

在控制其他重要變項之後，主要照顧者對機構照顧品質的認知等，仍是重要的預測變項，認為機構式照顧比在家照顧品質好的，會持續使用機構式照顧的勝算比為 6.031(OR=6.031, 95%CI=0.516-70.545)。

討論一：由本研究結果發現，只有主要照顧者對照顧品質的認知是重要影響因子，其他的變項如社區資源、家庭支持系統都並非預測服務使用的重要指標，這與國內外研究有一致性結果(Andersen,1978；陳正芬，2006；陳秀玫,2009)。所以，本研究「假說二：社區式照顧資源較少，持續使用機構式照顧的意願較高」及「假說三：家庭支持系統能提供的照顧資源較少，持續使用機構式照顧的意願較高」並未獲得接受。

討論二：本研究假說二未獲得接受，這可能是社區資源的分布是缺乏的，主要照顧者根本很難去使用到這些社區資源，因此，社區照顧資源的多寡自然就不會影響的機構使用意願了，加上機構內失智症者生活依賴功能多是重度依賴，可能需要 24 小時照顧，在這個部分可能是社區資源無法提供的。

討論三：另外，本研究假說三未獲得接受的原因，可能是目前台灣也很習慣

請外籍看護人員在家中照顧失能者，所以，就算家中可以協助照顧的家人不多，但照顧者可能也會請外籍看護到家中 24 小時來照顧失能者，或是採日間照顧方式來照顧失能者，也就是有多種可以取代機構照顧的方案時，那機構照顧就不是唯一的選擇了。

### (三)需求因素

在需求因素部分包括：「失智症老人身體功能障礙程度」、「失智症老人情緒行為障礙總程度」、「主要照顧者身體疲憊負荷程度」、「主要照顧者情緒和經濟負荷程度」等變項，達統計上顯著意義。

在控制其他重要變項之後，失智症老人的需求因素部分，以身體功能障礙程度輕到中重度者為參考組，重度到極重度身體功能障礙程度的失智症老人，其主要照顧者會持續使用機構式服務的機會是輕到中重度者的 81.153 倍，勝算比 81.153(OR= 81.153、95%CI=3.156-2086.686)；情緒和行為障礙情形，以總分較低的為參考組，情緒和行為障礙總分較高的失智症老人失，會持續使用機構式服務的機會是較輕度者的 21.823 倍，勝算比為 21.823(OR=21.823，95% CI=0.662 - 719.804)。

而在主要照顧者部分，以身體疲憊負荷較低的為參考組，身體疲憊負荷較高的照顧者持續使用機構式照顧的機會是較輕度者的 30.048 倍，勝算比為 30.048(OR=30.048，95%CI=2.696-334.884)；另外以情緒及經濟負荷較低的為參考組，情緒及經濟負荷較高則明顯的不會持續使用機構式的照顧服務，會持續使用機構式服務的勝算比只有 0.071(OR=0.071，95%CI=0.010-0.488)。

討論一：國內外許多研究者都指出：「需求因素」是預測服務使用的重要指標 (Andersen,1978；陳正芬，2006；陳秀玫,2009)；本研究中也發現：增加「使能因素」後，能解釋的變異量增加17.1%，而增加「需求因素」後，所能解釋的總變異量增加22.6%；而且「使能因素」只有「主要照顧者對機構照顧品質的認知」的變項，是影響持續使用機構的重要因素；所以，依本研究結果也顯然指出「需求因

素」是預測持續使用機構比較重要的因素。另外，本研究中也發現，失智症老人的身體功能障礙程度是重度到極重度，以及情緒和行為障礙總分較高的，會傾向持續採機構式服務，這與國內林昭卿等(2007)研究指出：機構78.9%住民有重度生活障礙的結論是一致的，都顯示出重度生活障礙者容易使用機構照顧。

討論二：然而在照顧者部分，由研究中也發現，照顧者身體疲憊負荷高的、經濟壓力負荷低的，傾向會持續使用機構式服務，這與國內外研究也一致性指出：照顧者的壓力負荷，會是使用機構照顧的原因(鄧世雄，2004；邱麗蓉等，2007；Tanhi et al.，2005)。

討論三：雖然，經濟狀況對照顧服務使用情形的影響有比較多不一致的看法，但本研究中發現經濟負擔低的，傾向會持續使用機構照顧，這可能是因為機構照顧的費用對多數家屬來說的確是一筆龐大的支出，所以主觀的經濟負荷程度自然會影響到選擇照顧模式的意願。

討論四：然而，根據研究結果驗本研究證假說，在「假說五：失智症者特殊護理照護的需求較高，持續使用機構式照顧的意願較高」並未獲得接受，本研究中有56.6%失智症不需要特殊護理需求，但曾淑芬等(2011)的研究，指出一般護理之家住民只有28.8%是完全不需護理專業，可見失智症在特殊的護理需求是明顯高於一般機構內的住民的，這可能是因為機構內的一般住民，多有診斷出某些的身體疾病，需要有專業性特殊護理照顧技術的照顧需求才入住機構的，例如：需要鼻胃管、尿管或氣切管等管路特殊照顧，因此，特殊護理照顧的需求對機構內一般住民來說可能會是影響機構使用意願的重要影響因素；但是，對智症患者來說，使用機構照顧的原因多是因為生活功能嚴重依賴及嚴重行為情緒障礙等因素，因此，無論他是否有無特殊護理照護需求，只要是生活功能依賴嚴重、行為情緒障礙嚴重，家屬選擇機構式照顧的意願就會偏高，這也是與一般機構住民不同的地方，特殊護理照顧需求並不會影響到失智者使用機構的意願。

討論五：另外，本研究「假說九：主要照顧者自覺身體健康較差，持續使

用機構式照顧的意願較高」只獲得部分接受，因為從本研究中可以發現，照顧者自覺身體疲憊負擔高時，會持續使用機構照顧的意願的確是偏高，可是照顧者自覺在照顧老人期間的健康狀況，對機構使用情形並無影響，這可能也是健康狀況好或壞是一個比較客觀的事實，而自覺身體疲憊情形是一個很主觀的感受，也就是身體健康好壞並非那麼重要，就算健康很好，但照顧者只要覺得身體疲憊負擔大就可能會影響到照顧者使用機構照顧的意願。



表4-4-1持續使用機構式照顧服務的邏輯式迴歸分析勝算比(N=113)

變項名稱	模式一		模式二		模式三	
	勝算比	95%CI	勝算比	95%CI	勝算比	95%CI
<b>前傾因素</b>						
失智症老人年齡						
65-79 歲	1.000	-	1.000	-	1.000	-
80-89 歲	1.770	0.549-5.273	3.246	0.806-13.07	4.056	0.652-25.20
90 歲以上	3.657	0.932-14.346	6.629*	1.251-35.13	95.917***	5.767-1595.4
失智者婚姻狀態						
有配偶	1.000	-	1.000	-	1.000	-
無配偶	1.400	0.552-3.549	1.266	0.437-3.667	0.720	0.161-3.217
失智者教育程度						
國小及國小以下	1.000	-	1.000	-	1.000	-
國小及國小以上	0.354	0.093-1.343	0.664	0.141-3.137	0.017**	0.001-0.333
照顧者教育程度						
國小及國小以下	1.000	-	1.000	-	1.000	-
國中	1.185	0.252-5.579	1.670	0.257-10.83	1.325	0.098-17.84
高中(職)	0.259*	0.070-0.958	0.206*	0.042-1.009	0.044*	0.004-0.492
專科大學及以上	0.379	0.096-1.500	0.404	0.080-2.039	0.183	0.021-1.622
照顧者對照顧責任的認知						
主要由家庭負責	1.000	-	1.000	-	1.000	-
家庭和政府共同	3.841*	1.278-11.542	2.198	0.569-8.495	15.424*	1.217-195.428
主要由政府負責	10.054*	0.950-106.370	3.736	0.244-57.25	31.653*	0.845-1185.22
<b>使能因素</b>						
居住機構的區域						
台南市			1.000	-	1.000	-
雲林縣			5.038*	1.119-22.68	0.175	0.015-2.054
已入住目前長照機構時間						
6 個月及以下			1.000	-	1.000	-
7-30 個月			2.078	0.576-7.499	2.295	0.329-16.025
30 個月以上			8.645	0.614-121.618	2.657	0.102-69.071

資料來源：本研究整理 \*P<0.05 \*\*P<0.01 \*\*\*P<0.001 (續下頁)

(續上頁)

變項名稱	模式一		模式二		模式三	
	勝算比	95%CI	勝算比	95%CI	勝算比	95%CI
看護使用情形						
有經驗			1.000	-	1.000	-
沒有經驗			0.708	0.218-2.303	0.572	0.085-3.829
照顧者對目前機構 照顧品質的認知						
不會比在家好			1.000	-	1.000	-
會比在家好			6.165*	1.252-30.350	6.031*	0.516-70.545
入住機構經費來源						
沒有政府補助			1.000	-	1.000	-
有政府補助			1.941	0.237-15.881	1.614	0.093-28.120
<b>需求因素</b>						
失智老人						
身體功能依賴程度						
輕到中重度					1.000	-
重度到極重度					81.153**	3.156-2086686
能單獨留在家時間						
半日以上					1.000	-
1-3 小時					1.766	0.170-18.399
不能單獨在家					0.167	0.014-2.057
認知障礙						
輕到中度缺損					1.000	-
重度到嚴重缺損					0.836	0.084-8.344
對人攻擊行為						
偏低					1.000	-
偏高					2.483	0.165-37.287
情緒行為障礙總程度						
偏低					1.000	-
偏高					21.823**	0.662-719804
主要照顧者						
身體疲憊負荷						
偏低					1.000	-
偏高					30.048**	2.696-334844

資料來源：本研究整理 \*P&lt;0.05 \*\*P&lt;0.01 \*\*\*P&lt;0.001 (續下頁)

(續上頁)

變項名稱	模式一		模式二		模式三	
	勝算比	95%CI	勝算比	95%CI	勝算比	95%CI
情緒及經濟負荷						
偏低					1.000	-
偏高					0.071**	0.010-0.488
Cox 和 snell R <sup>2</sup>	0.224		0.347		0.511	
Nagelkerke R <sup>2</sup>	0.309		0.480		0.706	
$\Delta R^2$	0.309		0.171		0.226	
-2Log Likelihood	84.747		93.238		63.299	
Chi-square	28.615		48.234		80.945	

資料來源：本研究整理 \*P<0.05 \*\*P<0.01 \*\*\*P<0.001



## 第五章 結論與建議

依前面章節的研究結果及討論，於本章中做結論摘要，並提出本研究限制，以及對未來研究的建議。

### 第一節 結論

本研究之目的為探討影響失智症照顧者使用機構式長期照顧服務之相關因素，利用結構式問卷收集資料及進行資分析，將分析之結果成結論，如下述：

#### 一、會持續使用機構照顧的比例

有六成五的照顧者表示會持續使用機構式服務。

#### 二、機構內失智者的特徵

1. 女性多，平均82.88歲，教育程度偏低，多無配偶，有二成是獨居。
2. 六成不需要特殊護理照護，但有八成日常生活功能嚴重到完全依賴，近五成有跌倒經驗。
3. 八成有嚴重認知障礙，四成五出現失序行為，近三成有攻擊人的行為。
4. 在入住機構之前，居家期間有八成失智者並未使用過看護照顧，也未住過其他的長照機構。

#### 三、主要照顧者的特徵

1. 最多是兒子，年齡50-64歲，五成與失智者同住。
2. 照顧者主觀認為家中經濟狀況不差，有八成表示家中經濟很好或還好，半數的機構費用是由家屬負擔。
3. 多對機構有正向認知，九成認為機構比家中有更好的照顧，八成認為應由

政府共同負擔照顧責任。

4. 居家照顧的整體負荷情形偏高，特別是身體疲憊及時間受限制。
5. 照顧者使用社區資源偏低，有六成表示不知道有社區式服務資源，八成未從未使用過社區資源，特別是喘息機構只有一個人使用過，使用的人數不到百分之一。

#### 四、前傾因素、使能因素及需求因素與機構使用情形的相關性分析

1. 前傾因素中的失智者年齡大、無配偶、教育程度低，以及照顧者教育程度低、認為政府須負擔照顧責任等，會持續使用機構的比例較大。
2. 使能因素中的機構位於雲林縣、已入住機構時間超過30個月、居家照顧時沒有使用過看護照顧經驗、對機構照顧品質有正向認知等，會持續使用機構的比例較大。
3. 需求因素中的失智症者生活功能依賴程度嚴重、能單獨留在家中半日以上、認知障礙程度重度、對人攻擊行為偏高、情緒行為障礙程度偏高，與照顧者身體疲憊負擔偏高、情緒經濟負擔偏低等，會持續使用機構的比例較大。

#### 五、持續使用機構照顧的重要預測因素

1. 失智者：「年齡大」、「教育程度低」、「身體功能障礙程度是重度到極重度」、「情緒和行為障礙程度偏高」，是持續使用機構照顧的重要預測因素。
2. 照顧者：「身體疲憊負荷偏高」、「情緒及經濟壓力負荷偏低」、「對機構照顧品質有正向認知」、「教育程度低」、「認為政府應該負起照顧失智症老人的責任」，是持續使用機構照顧的重要預測因素。

## 第二節 建議及研究限制

### 一、建議

根據本研究發現，提出以下建議：

#### (一)加強對照顧者的支持

專業照顧提供者除了照顧失智症個案外，仍需注意主要照顧者的健康狀況，特別是主要照顧者的所承受的壓力源，並需要能提供主要照顧者情緒性支持，以及教導問題解決的因應策略，減少產生過高的照顧負荷。

#### (二)發展更多社區式服務資源

研究中發現有接近六成的照顧者，表示居家附近並無可以利用的社區式及居家式服務資源，顯然社區式服務資源的不足，而且這些照顧者中，有八成表示若知道有社區資源可以使用，他們是很願意去使用的。所以有必要發展更多的社區失智症照顧方案，讓照顧者有更多的社區支持系統可以使用，方能讓失智症病患在其熟悉的家園接受照顧，而並避免提早使用機構式照顧，落實在地老化的政策。

#### (三)加強社區式及居家式照顧服務資源的宣導

研究中發現，有二成的照顧者知道有可以使用的社區式及居家式照顧服務資源，但卻從來未曾去使用而直接使用機構式照顧，原因是有八成的人認為不需要及不清楚服務內容，可見照顧者對社區式服務的資源這方面的知識及了解是相當缺乏的，導致使用也不普遍，因此在方面的政策宣導上是有待加強的。

#### (四)落實社會福利資源與補助

支付費用等主觀經濟壓力因素，明顯是影響照顧者是否使用機構式照顧的因素，而且研究中發現有接近八成的照顧者認為政府也要負起照顧責任，但本研究對象中，目前有使用社會福利資源與補助僅占一成左右(12.7%)，原因是部份主要照顧者不知如何尋求社會資源，部份主要照顧者則無法達到要求資格或資源尋求

不易等，且有部分家屬申請相關補助或福利時遭到質疑，所以，這部分有待加速長照保險法的通過及落實後，以便提供給家屬有更多實質的支持。

## 二、研究限制

- (一)本研究限於人力及時間上之考量，採立意取樣，於研究者所服務之護理之家及長照機構進行收案，因此，限制了研究結果的推論性。
- (二)另於研究過程中，採橫斷式及回溯性的之研究設計，來探討照顧者的照顧負荷及感受，但隨著時間的經過感受可能會模糊或改變，因此，可能造成研究結果有誤差。
- (三)本研究是以失智症老人入住機構時，當時的認知和情緒行為問題、身體功能障礙去評估，但有些個案入住較久，訪員(資深護理人員)可能需要參考病歷資料，才能獲得個案入院時的身心功能狀態評估，二手資料使用時難免有誤差。
- (四)為了比較城鄉的資源的差異性對依變數的影響，選擇了雲林縣和台南市的機構為研究對象，但雲林縣的機構為長照機構、台南市的機構為護理之家，分別由社政及衛政管理，機構主管機關的不同，這也可能影響研究結果的推論。
- (五)本研究限於人力、時間，只以評量機構內失智老人的照顧者持續使用機構照顧的意願，而並未納入社區中失智老人及其照顧者為研究對象，因此不易瞭解社區中與機構中的差異性，因此本研究結果比較無法外推至其它社區中失智症家屬選擇機構服務的意願。

## 三、未來研究方向

本研究是以機構內失智症家屬為研究對象，探討其是否有意願繼續使用機構式服務以及其影響因素，但「目前的意願」與「未來的實際行為」存在著時間過

程中的許多不確定性及影響變數存在，因此，建議未來研究可以「實際放棄機構式服務的照顧者」作探討，比較「機構內繼續使用機構式服務」及「機構內放棄繼續使用機構式服務」的照顧者，兩者之間的差異性，如此便可以更清楚的了解影響使用機構式服務的重要因素，以作為日後長照政策的參考。



# 參考書目

## 一、中文部分

1. 內政部統計處(2014)。104年5月5日取自內政部統計處，網址：  
<http://www.moi.gov.tw/stat/survey.aspx>。
2. 台灣失智症協會(2015)。認識失智症，104年4月6日取自失智症協會，網址：  
[http://www.tada2002.org.tw/tada\\_know\\_02.html](http://www.tada2002.org.tw/tada_know_02.html)。
3. 白明奇(2000)。延長的再會。應用心理學研究，第8期，頁1-3。
4. 吳淑瓊(1996)。功能評估再估計台灣社區老人長期照護需要之應用。中華衛誌，第15卷第6期，頁533-544。
5. 吳淑瓊(1996)。功能評估在估計台灣社區老人長期照護需要之應用。中華衛誌，第15卷第6期，頁 533-544。
6. 吳淑瓊、朱昭美 (1995)。民眾對老人長期照護安排之態度：1994台灣地區社會意向調查之發現。中華公共衛生雜誌，第14卷第4期，頁369 – 382。
7. 吳淑瓊、呂寶靜、盧瑞芬(1998)。配合我國社會福利制度之長期照護政策研。台北：行政院研究考核發展委員會。
8. 呂寶靜(1999)。家庭成員在正式社會服務體系角色之初探-從個案管理的觀點分析老人成年子女的角色。國科會人文及社會科學研究彙刊，第9卷第2期，頁347-363。
9. 李怡娟(2004)。護理之家住民長期照護服務使用情形及其相關因素之探討。國立陽明大學社區護理研究所碩士論文，未出版，台北市。
10. 李明濱等人(2008)。失智症完全手冊。台北:健康文化。
11. 李淑霞、吳淑瓊 (1998)。家庭照護者負荷與憂鬱之影響因素。護理研究，第6卷第1期，頁57-67。
12. 周永昌(2014)。[強迫症患者照顧負荷量表之發展研究](#)。中國文化大學心理輔導

學系研究所碩士論文，未出版，台北市。

13. 林信男、林憲、陳永成(1981)。養老機構內的精神疾病流行病學調查。台灣醫誌，第80期，頁262-270。
14. 林昭卿、莊照明、趙淑員、李春國(2007)。長期照護機構住民功能性評估之研究。弘光學報，第52期，頁67-80。
15. 林萬億(2012)。高齡社會的來臨：為2025年的臺灣社會規劃。人文與社會科學簡訊，第13卷第2期，頁85-89。
16. 邱奕綺、趙善如、李元彬、葛光(2012)。榮民失智照護模式之初探-以榮總系統為例。臺灣老年醫學暨老年學雜誌，第7卷第4期，頁253-265。
17. 邱啟潤(2002)。高雄市居家照護個案的主要照顧者綜合性需求。長青研究發展通訊，第16期，頁1-5。
18. 邱啟潤、許淑敏、吳瓊滿(2002)。主要照顧者負荷、壓力與因應之國內研究文獻回顧。醫護科技學刊，第4卷第4期，頁273-290。
19. 邱逸榛、李怡濃、徐文俊、陳獻宗(2010)。失智症家庭照顧者睡眠障礙及其相關因素。護理雜誌，第57期第4卷，頁29-39。
20. 邱逸榛、黃舒萱、徐亞瑛(2004)。愛滋海默氏患者照顧者之疲憊、負荷與憂鬱之間的關係。長期照護雜誌，第7卷第4期，頁338-351。
21. 邱銘章、湯麗玉(2006)。失智症照護指南，臺北：原水。
22. 邱麗蓉(1999)。失智症老人家屬照顧者壓力源、評價、因應與健康狀況之探討。長庚大學護理研究所碩士論文，未出版，桃園縣。
23. 邱麗蓉、謝佳容、蔡欣玲(2007)。失智症病患主要照顧者的壓力源、評價和因應行為與健康之相關性探討。精神衛生護理雜誌，第2卷第2期，頁31-44。
24. 胡幼慧(1996)。質性研究：理論、方法及本土女性研究實例。台北：巨流。
25. 徐慧娟、吳淑瓊(1998)。提供社區式家庭支持方案能否減少機構式長期照護服務之使用意願。中華衛誌，第17卷第4期，頁326-336。

26. 高敬鵬(2000)。失智老人家庭照顧者之負荷與支持性服務需求之探討。高雄醫學大學行為科學研究所碩士論文，未出版，高雄市。
27. 張席熒、李世代、陳保中、謝清麟(2006)。長期照護機構住民之工具性日常生活活動需求評估。台灣老年醫學雜誌，第2卷第2期，頁116-129。
28. 張慈君、徐亞瑛、陳明岐、邱逸榛、黃惠玲(2012)。失智症家庭照顧者問題處理能力預測因子之探討。護理雜誌，第59卷第6期，頁25-35。
29. 梁家欣、程蘊菁、陳人豪(2014)。失智症之重點回顧。內科學誌，第25期，頁151-157。
30. 許佩蓉、張俊喜、林靜宜、林壽惠、李世代(2006)。機構式長期照護綜論。台灣老年醫學雜誌，第1卷第2期，頁198-215。
31. 郭卜瑄、黃儀婷、簡鈺珊(2012)。台灣失智照護模式的演進台灣。老年學論壇期刊，第16期，頁1-10。
32. 郭穎樺、劉文良、甄瑞興(2014)。中文修訂版照顧者負擔量表測量失智症主要照顧者負擔之信效度。北市醫學雜誌，第11卷第1期，頁63-76。
33. 陳正芬、吳淑瓊(2006)。家庭照顧者對長期照護服務使用意願之探討。人口學刊，第32期，頁83-121。
34. 陳玉葉(2007)。癌末病患居家照顧者照顧工作量及困難度與照顧力負荷之相關性探討。輔英科技大學護理研究所碩士論文，未出版，高雄市。
35. 陳秀玫(民國88)。失智症患者社區式長期照護服務使用及影響因子。[國立台北護理學院長期照護研究所](#)碩士論文，未出版，台北市。
36. 陳昱銘(2013)。老年失智症病患家庭照顧者之照顧負荷。崇仁學報，第7期，頁1-22。
37. 陳達夫等(2008)。台灣長期照護機構失智症患者的盛行率。載於李明濱等主編，失智症完全手冊。53-56頁，台北市:健康文化。
38. 傅中玲(2008)。台灣失智症現況。台灣老年醫學暨老年學雜誌，第3卷第3期，

頁169-181。

39. 曾淑芬、謝宇忠、陳惠芳、趙海倫、郭佩伶(2011)。機構式長期照護住民特質與照護需要組合之探討。嘉南學報，第37期，頁375-387。
40. 湯麗玉 (1991)。痴呆症老人照顧者的負荷及其相關因素之探討。台灣大學護理學研究所碩士論文，未出版，台北市
41. 湯麗玉 (1991)。癡呆症老人照顧者的負荷及其相關因素探討。臺灣大學護理學研究所碩士論文，未出版，台北市。
42. 黃志忠(2013)。臺灣家庭照顧者多面向評量與工具建構之初探。臺大社工學刊，第28期，頁 137-174。
43. 黃志忠(2014)。居家服務使用對老人家庭照顧者照顧負荷之緩衝性影響研究。社會政策與社會工作學刊，第18卷第1期，頁1-43。
44. 黃惠玲、劉錦瑩、徐亞瑛(2006)。以家庭為基礎之社區失智症照顧模式簡介。長期照護雜誌，第10卷第4期，頁333-342。
45. 劉秀枝 (1999)。老來學作鼓手：老年失智症的病因與預防。應用心理研究，第4期，16-17頁。
46. 蔡佳容、蔡榮順、李佩怡(2012)。失智症家庭照顧者的內疚經驗，亞洲高齡健康休閒及教育學刊。第1卷第1期，頁59-79。
47. 鄧世雄 (2004)。失智症社區照顧服務。社區發展季刊，第106期，頁237-244。
48. 蕭金菊(1995)。家屬長期照顧慢性病老人對支持性服務需求之探討。東海大學社會工作研究所碩士論文，未出版，台中市。
49. 蕭金菊 (2004)。家屬長期照顧慢性病老人對支持性服務需求之探。東海大學社會工作研究所碩士論文，未出版，台中市。
50. 賴錦玉(2010)。中文版柯恩-曼斯菲爾德激越情緒行為量表的研制。中華護理雜誌，第45卷第6期，頁500-504。
51. 謝沛錡、林麗嬋(2014)。失智症的機構照護：由日間照護到護理之家。應用心

理研究，第60期，頁85-113。

52. 蘇嫻敏(2009)。主要照顧者的照顧信念與照顧負荷相關研究-以臺中市居家服務使用者為例。國立暨南國際大學社會政策與社會工作學系碩士論文，未出版，南投縣。

## 二、西文部分

1. Andren, S. & Elmstahl S. (2007). Relationships between Income, Subjective Health and Caregiver Burden in Caregivers of People with Dementia in Group Living Care: A Cross-Sectional Community Based Study. **International Journal of Nursing Studies**, 44(3):435-446.
2. Aneshensel, C., L. Pearlin, J. Mullan, S. H. Zarit, & C. J. Whitlatch(1995). **Profiles in Caregiving: The Unexpected Career**. New York:Academic Press.
3. Barry, M. A., & Yuill, C.(2009).**Understanding the Sociology of Health: An Introduction**. Singapore : Sage.
4. Bass, D. M., L. S. Noelker, & L. R. Reuchlin (1996).The Moderating Insurance of Service Use on Negative Caregiving Consequences. **Journal of Gerontology: Social Science**, 51(3): S121-S131.
5. Boersma, F., Eefsting, J.A., Brink, W. & Tilburg, W. (1997). Care services for dementia patients:predictors for service utilization. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, 12(11):1119-1126.
6. Brodaty, H., & Low, L. F. (2003). Aggression in the elderly. **The Journal of Clinical Psychiatry**, 64 (4): 36—43.
7. Brubaker, T. H.Brubaker,E., & Jay A.M.(1989).**Toward a theory of family caregiving: Dependencies, responsibility, and use of services, in Aging Parents and Adult Children** (pp.245-257). Canada: Lexington Books.

8. Brubaker, T.H., Brubaker E. & Jay A. M.(1989).**Toward a theory of family caregiving: Dependencies, responsibility, and use of services in Aging Parents and Adult Children**, Canada: Lexington Books.
9. Campbell, A.J., McCosh, L.M., Reinken, J., & Allan, B.C.(1983). Dementia in old age and the need for service. **Age & Ageing**, 12(1):11-16.
10. Chiu, L., Shyu, W.C., Liu, Y.H., Wang, S.P., & Chang, T.P.(2001). Factors determining the attitudes of family caregivers of dementia patients toward nursing home placement in Taiwan: comparisons between urban and semiurban areas. **PublicHealth Nursing**, 18(4):281-291.
11. Collins, C.A., King, S., & Kokinakis, C.(1994). Community service issues before nursing home placement of persons with dementia. **Western Journal of Nursing Research**, 16(1):52-56.
12. Covinsky, K. E., Newcomer, R., Fox, P., Wood, J., Sands, L., Dane, K., & Yaffe, K. (2003). Patient and caregiver characteristics associated with depression in caregivers of patients with dementia. **Journal of General Internal Medicine**, 18(2): 1006– 1014.
13. Eaker, E.D., Vierkant, R.A., & Mickel, S.F. (2002). Predictors of nursing home admission and/or death in incident Alzheimer’s disease and other dementia cases compared to controls: a population-based study. **Journal of Clinical Epidemiology**, 55(5):462-468.
14. Gaugler, J. E., Edwards, A. B., Femia, E. E., Zarit, S. H., Stephens, M. A. P. , Townsend, A. , & Greene, R. (2000). Predictors of institutionalization of cognitively impaired elders: Family help and the timing of placement. **Journal of Gerontologist**, 55(4): 247-255.
15. Gaugler, J. E., Kane, R. A. & Robert Newcomer (2003). Caregiving and

- institutionalization of cognitively impaired older people: Utilizing dynamic predictors of change. **The Gerontologist**, 43:219-229.
16. Gaugler, J.E., Kane, R.A., & Robert N. (2003). Caregiving and institutionalization of cognitively impaired older people: Utilizing dynamic predictors of change. **The Gerontologist**, 43:219-229.
  17. Herbert, R., Dubois, M.F., Wolfson, C., Chambers, L. and Cohen, C. (2001). Factors associated with long-term institutionalization of older people with dementia: data from the Canadian Study of Health and Aging. **Journals of Gerontology Series A-Biological Sciences & Medical Sciences**, 56(11):693-699.
  18. Hoffman, A., Rocca, W.A., Brayne, C., Breteler, M.M.B., Clarke, M., Cooper, B., Copeland, J.R.M., Dartigues, J.F., Droux, A.D.S., Hagnell, O., Heeren, T.J., Engedal, K., O'Connor, D.W., Sulkava, R., Kay, D.W.K., & Amaducci, L.(1991). The prevalence of dementia in Europe: a collaborative study of 1980-1990 findings. **International Journal of Epidemiology**, 20:736-748.
  19. Keefe, J., Guberman, N., Fancey, P., Barylak, L., & Nahmiash, D. (2008). Caregivers' aspirations, realities, and expectations: The CARE tool. **Journal of Applied Gerontology**, 27(3): 286-308.
  20. Keysor, J. J., Desai T.& Elizabeth J. M.(1999). Elders' Preferences for Care Setting in Short- and Long-Term Disability Scenarios. **The Gerontologist**, 39:334-344.
  21. Lin, R.T., Lai, C.L., Tai, C.T., Liu, C.K. Yen, Y., & Howng, S.L.(1998). Prevalence and subtypes of dementia in southern Taiwan: impact of age, sex, education, and urbanization. **Journal of the Neurological Sciences**, 160(1):67-75.
  22. Liu, C.K., Lin R.T., Chen, Y.F., Tai, C.T., Yen Y.Y., & Howng, S.L.(1996). Prevalence of dementia in an urban area in Taiwan. **Journal of the Formosan Medical Association**, 95(10):762-768.

23. McCullough, L. B., Nancy L. W., Thomas A. T., Anna L. K. & Jerome R. S. (1993). Mapping personal, familial, and professional values in long-term care decisions. **The Gerontologist**, 33: 324-332.
24. Miller, B. A. & McFall S.(1991). The effect of caregiver's burden on change in frail older persons' use of formal helpers. **Journal of Health and Social Behavior**, 32:165-179.
25. Miller, E. & William G. W.(2000). Predicting elderly people's risk for nursing home placement, hospitalization, functional impairment and morality: A synthesis. **Medical Care Research and Review**, 57: 259-297.
26. Ownsend, A., & Greene, R.(2003).Respite for dementia caregivers: the effects of adult day service use on caregiving hours and care demands. **International Psychogeriatrics**, 20:736-748.
27. Penning, M. J. (1995). Cognitive impairment, caregiver burden, and the utilization of home health services. **Journal of Aging and Health**, 7:233-253.
28. Philp, I., McKee, K.J., Meldrum, P., Ballinger, B.R., Gilhooly, M.L., Gordon, D.S., Muych, W.J., & Whittick, J.E.(1995). Community care for demented and non-demented elderly people: a comparison study of financial burden, service use, and unmet needs in family supporters. **BMJ**, 310(6993):1503-1506.
29. Quinn, C., Clare, L., & Woods, B. (2009).The Impact of the Quality of Relationship on the Experiences and Well-Being of Caregivers of People with Dementia: A Systematic Review. **Aging and Mental Health**, 13(2): 143-154.
30. Rankin, E. D., Haut, M. W., & Keefover, R. W. (2001). Current marital functioning as a mediating factor in depression among spouse caregivers in dementia. **Clinical Gerontologist**, 23(3): 27-44.
31. Severson, M.A., Smith, G.E., Tangalos, E.G., Petersen, R.C., Kokmen, E., Ivnik,

- R.J., Atkinson, E.J., & Kurland, L.T.(1994). Pattern and predictors of institutionalization in community-based dementia patients. **Journal of the American Geriatrics Society**, 42(2):181-185.
32. Skovdahl, K., Kihlgren, A. L., & Kihlgren, M. (2003). Different attitudes when handling aggressive behavior in dementia- Narratives from two caregiver groups.**Aging & Mental Health**, 7(4): 277–286.
33. Smith G.E., Kokmen, E. O., & Brien P.C. (2000). Risk factors for nursing home placement in a population-based dementia cohort. **Journal of the American Geriatrics Society**, 48(5):519-525.
34. Spitze, G. & Logan J. R. (1989).Gender differences in family support: Is there a payoff? **The Gerontologist**, 29:108-113.
35. Tanhi, H., Ootsuki, M., Matsui, T., Maruyama, M., Nemoto, M., Tomita, & Sasaki, H. (2005). Dementia caregivers' burdens and use of public services.**Geriatrics and Gerontology International**, 5:94-98.
36. Tsuji, I., Whalen, S., & Finucane, T.E.(1995). Predictors of nursing home placement in community-based long-term care. **Journal of the American Geriatrics Society**, 43(7):761-766.
37. Van Den Wijnga, M.A., M. J. F. J., Vernooij-dassen & A. J. A., Felling (2007).The Influence of Stressors, Appraisal and Personal Conditions on the Burden of Spousal Caregivers of Persons with Dementia. **Aging and Mental Health**, 11(6): 626-636.
38. VWQ Lou, EWT Chui, AYM Leung, KL Tang, I Chi, EKS Leung Wong, & CW Kwan(2011). Factors affecting long-term care use in Hong Kong.**Hong Kong Med J**, 17(3):8-12.
39. Wolinsky, F. D.,& Robert J. J. (1991). Use of health services by older

adults.**Journal of Gerontology**, 46:345-357.

40. Yaffe K., Fox P., Newcomer R., Sands L., Lindquist K., Dane K., & Covinsky K.E.(2002). Patient and caregiver characteristics and nursing home placement in patients with dementia. **The Journal of the American Medical Association**, 287(16):2090-2097.



## 附錄一 研究問卷

「影響失智症照顧者使用機構式長期照顧服務之相關因素」問卷

親愛的家屬 您好!

這是一份碩士論文的研究問卷，本問卷主要在瞭解您選擇長期照顧機構來協助您照顧長輩的原因。問卷內容僅供研究參考用，故不需填寫您的名字，您的填答也會給予保密，請放心填寫。所以，請您在瞭解問卷題目後，依照您在家中照顧長輩的實際經驗或感覺，逐題填答，請不要有遺漏。非常感謝您的協助與合作。敬祝

平安喜樂

南華大學非營利研究所

指導教授：鄭文輝 教授

研究生：林惠珍 敬上

中華民國 104 年 1 月

問卷編號\_\_\_\_\_

訪問日期\_\_\_\_\_

## 第一部分 主要照顧者負荷量表

### 填答說明

這一份有關您**在家中照顧老人時**的身心負擔問卷，請您依照您的實際經驗和感覺回答問題。問卷題目以是、否等二種選項，請在右邊中勾選。

我們想要了解您在家中照顧老人期間的感覺，請問您會不會因為照他，而感到…

- |  | 0                        | 1                        |
|--|--------------------------|--------------------------|
|  | 否                        | 是                        |
| 1. 睡眠受到影響……<br>(如：需夜間照顧頻繁起床的老人、得不到足夠睡眠)              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. 體力負擔很重……<br>(如：常需要專心留意老人、花費體力協助老人移動)              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. 感到身體疲倦，精疲力竭……<br>(如：感覺身體健康變差)                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. 造成生活上的不方便……<br>(如：需要花許多時間送老人就醫、幫老人完成許多日常的事情)      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. 社交活動受到限制……<br>(如：沒有時間外出參加活動、朋友往來減少)               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. 影響個人計畫……<br>(如：沒時間做自己想做的事、須調整目前工作來照顧老人)           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. 家庭需要調整……<br>(如：平常的家庭工作受到干擾、放棄家中原有計畫)              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. 親友關係變差……<br>(如：對有能力幫忙卻沒有幫忙的親戚感到生氣、有親戚嫌你對老人照顧得不夠好) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. 家人關係變差……<br>(如：為了老人的照顧問題起爭執、無法照顧好其他的家人)           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. 對老人的行為感到不好意思或生氣……<br>(如：失禁、健忘、責怪別人、重複行為、無法與老人溝通) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. 承受著照顧壓力……<br>(如：擔心無法好好照顧老人、覺得照顧得不夠好而感到難過)        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. 煩惱老人的改變……<br>(如：老人與以前不同、擔心老人健康情形變差)              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. 為了照顧他需省吃節用……                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. 照顧他的金錢花費很大，造成負擔……                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## 第二部分 主要照顧者照顧個案情形

### 填答說明

請您依照過去在家庭中照顧老人的實際狀況填答，並請在□中勾選

1. 請問您曾在家中照顧老人多久時間?\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_個月

2. 請問您與老人是什麼關係?

1. 配偶 2. 兒子 3. 女兒 4. 媳婦 5. 其他：\_\_\_\_\_

3. 請問老人住進養護機構以前，有跟您住在一起嗎：

0. 沒有

3.0 那老人跟誰住呢：

1. 獨居

2. 與其他人同住

1. 有

3.1 怎麼住呢：

1. 固定住

2. 輪流住，隔一段時間就會住在一起

4. 老人以前住在家中時，除了你本人之外，還有其他人可以輪替照顧嗎：

0. 沒有

1. 有

4.1 除了你本人之外，還有幾個人可以輪替照顧老人：

1. 一人 2. 二人 3. 三人以上(含三人)

5. 您在照顧老人期間，覺得自己的健康狀況好不好：

1. 好 2. 尚可 3. 不好

6. 如果您有事必須外出，在家中完全沒人的情況下，您可以將老人單獨留在家中幾個小時沒有問題：

0. 不能留他一人在家 1. 一個小時 2. 二~三個小時 3. 半日以上

7. 您的住家附近 30 分鐘內，有無其他照顧老人的服務，如：日間照顧、居家服務、居家護理或免費機構喘息照顧：

0. 沒有或不知道

7.0 如果您的住家附近有這些照顧資源，您是否有意願使用：

0. 是

1. 否

1. 有

7.1 那老人來本機構之前，有沒有利用過這些服務資源呢：

0. 沒有

7.1.0 沒有利用的原因是什麼呢：

1. 不需要，暫時還可以負擔照顧 2. 對服務內容不清楚

3. 不相信照顧品質 4. 不方便使用

5. 其他\_\_\_\_\_

1. 有

7.1.1 曾使用過什麼資源呢：(可複選)

1. 日間照顧 2. 居家服務 3. 居家護理 4. 免費機構  
喘息照顧

8. 老人以前曾經請過本籍或外及看護在家中照顧嗎：

0. 沒有 1. 有

9. 老人以前曾經住過其他的養護機構嗎：

0. 沒有 1. 有

10. 您覺得目前的養護機構，可以讓老人比在家中有更好的照顧嗎：

0. 不會或不知道 1. 會

11. 除了使用養護機構來照顧老人外，將來是否會考慮用其他的方法來照顧老人：

0. 不會

1. 會

11.1 會考慮用什麼方法呢：(可複選)

1. 在家中照顧 2. 日間照顧 3. 居家護理及服務

4. 免費機構喘息照顧 5. 其他\_\_\_\_\_

12. 目前老人入住養護機構費用支付來源：(可複選)

1. 老人自己的積蓄、退休金或保險金 2. 政府補助 3. 家人幫忙負擔

### 第三部分 主要照顧者基本資料

1. 性別：1. 男 2. 女

2 年齡：\_\_\_\_\_歲

3. 婚姻狀況：

0. 無配偶 1. 有配偶

4. 教育程度：

1. 國小及以下 2. 國中 3. 高中(職) 4. 大學/專科以上

5. 就業狀況：

1. 無職或退休 2. 照常上班 3. 幫忙家中事業

4. 為照顧個案而改部分工時工作或離職

6. 自覺得家中經濟狀況：

1. 很好 2. 還好 3. 差 4. 很差

7. 請問您覺得照顧個案應該是誰的責任：

1. 主要應由家庭負擔照顧 2. 家庭和政府共同負擔照顧

3. 主要應由政府負擔照顧

#### 第四部分 住民基本資料

1. 性別：1. 男 2. 女
- 2 年齡：\_\_\_\_\_歲
3. 已入住機構多久？\_\_\_\_\_個月
4. 由何處轉入住目前機構：
1. 由醫院出院後直接轉入
2. 由其他安養機構轉入
3. 由家中轉入
5. 婚姻狀況：0. 無配偶 1. 有配偶
6. 教育程度：1. 國小及以下 2. 國中及以上

#### 第五部分 住民認知行為問題、生活功能障礙程度及特殊護理照護需求

##### 填答說明

請您依照個案剛入住機構時的實際狀況，選擇最合適的答案，並在合適的答案

裡打✓（由機構主要照顧個案的護理人員填寫）

1. 個案入住機構時，是否需要特殊護理照護：（可複選）
0. 無 1. 留置鼻胃管護理 2. 留置尿管護理 3. 氣切管護理
4. 抽痰 5. 氧氣治療 6. 定時協助翻身 7. 壓瘡傷口處理
8. 膀胱或肛門造瘻護理 9. 注射胰島素 10. 透析(洗腎)

2. 個案入住機構時，巴氏日常活動功能量表(ADLs)分數：

	<input type="checkbox"/> 1. 完全依賴	<input type="checkbox"/> 2. 嚴重依賴	<input type="checkbox"/> 3. 中度依賴	<input type="checkbox"/> 4. 輕度依賴
ADLs 量表	0~20 分	21~60 分	61~90 分	91~99 分

3. 個案入住機構時，MMSE 認知功能評估分數：

	<input type="checkbox"/> 1. 輕度缺損	<input type="checkbox"/> 2. 中度缺損	<input type="checkbox"/> 3. 中重度缺損	<input type="checkbox"/> 4. 嚴重缺損
MMSE 量表	21~23 分	15~20 分	10~14 分	<10 分

4. 個案過去在家中有沒有跌倒或摔倒過經驗：0. 無 1. 有

## 5. 失智老人行為與情緒量表

	沒 發 生 過 0 次/ 周	偶 爾 如 此 1-2 次/ 周	經 常 如 此 3-5 次/ 周	總 是 如 此 6-7 次/ 周
1. 言語攻擊行為..... (如：大叫、罵人)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 身體攻擊行為..... (如：打人、咬人、抓人、踢人、吐口水等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 對物品攻擊及破壞..... (如：摔門、破壞家具)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 干擾別人的行為..... (如：亂翻別人物品、偷竊、製造聲音、性騷擾、亂丟東西)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 拒絕跟照顧者合作或不讓別人幫忙..... (如：對照顧他的人發脾氣、拒絕別人協助個人衛生)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 妄想或幻覺..... (如：堅持有人要害他或偷他東西、堅持非事實的信念)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 遊走..... (如：無目的地走動，可能有未注意安全、有走失風險)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 作息混亂..... (如：半夜無故醒來，或起來走動或做事情)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 重複性的行為..... (如：重複問同樣的話、重複同樣的動作)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 有失禁情形..... (如：會來不及上廁所、在不當的地方解便)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. 健忘..... (如：遺失東西、把東西放錯地方而找不到)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. 飲食不正常..... (如：會吃太多、吃太少、忘記吃過飯重複要求吃東西)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. 不當的行為..... (如：穿著不恰當、暴露私密處、藏物品、玩排泄物)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. 情緒恐懼或焦慮..... (如：情緒緊繃、哭泣、擔心或沒原因的感到害怕)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. 憂鬱或自殺傾向..... (如：心情低落、不講話、認為自己是家人負擔、想自殺)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>