

# 東海大學社會工作學系碩士論文

指導教授：王篤強 副教授

臺中地區失智症家庭主要照顧者  
使用日間照顧服務與生活品質之研究  
Primary caregivers of dementia of day care services  
using and quality of life research in Taichung

研究生：唐佩霜

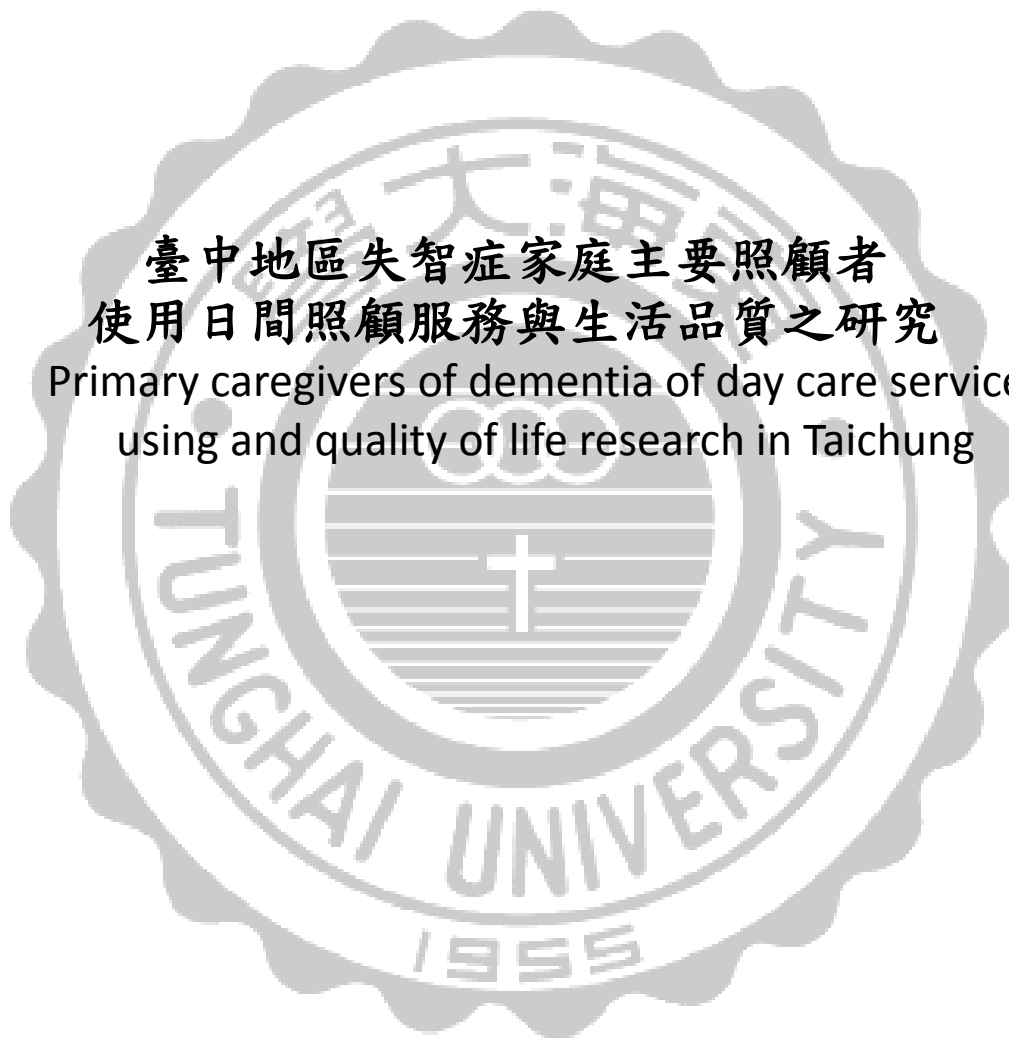
中華民國一〇二年七月

# 東海大學社會工作學系碩士論文

指導教授：王篤強 副教授

臺中地區失智症家庭主要照顧者  
使用日間照顧服務與生活品質之研究

Primary caregivers of dementia of day care services  
using and quality of life research in Taichung



研究生：唐佩霜

中華民國一〇二年七月

## 謝誌

這日子遠比我預設的足足晚了兩年，從一開始的雄心壯志、信心滿滿，到似乎永無止盡的撞牆期，最後終於完成，這個過程每每回想起來總是百感交集。總之，一本論文的完成，要感謝的人多得謝不完，只能於下簡短表達謝意。

這段時間特別要感謝我的指導教授王篤強老師。篤強老師給我很大的耐心與包容心，雖然急著想把我從牛角尖裡拔出來，但卻都忍了下來，讓我按照自己的步調去走，讓我自己想通。也感謝兩位口試委員高迪理老師與孫彰良老師，給予我的所有建議與指導。

感謝貞誼、江江、高麗菜、嚕嚕、子婷、小羅、練練、黃北鼻、小C等319戰友，我終於走到這一步，過程中無數次想要放棄，多虧有你們才能挺過來。想起那兩年半我們瘋狂的一切，總是只能揚起嘴角，除了笑竟也找不到其他情緒。也感謝小紅學姐，每回一起走路都能在你身上獲得許多寶貴的意見，給我許多的幫助。此外，特別給我的同門梅芬，你也辦得到，我們心與你同在！

感謝系辦的助教們這四年當中給予的各種協助，尤其是大霞助教，總是不厭其煩的提醒我們各項事情的時程以及流程。感謝這一年多來一起工作的屯辦同事們，與你們一起工作很開心，也謝謝你們這段時間對我的照顧，不斷鞭策我記得繼續寫論文，未來也要一起開心工作喔。

感謝老爸老媽對我讀碩班期間的一切支援，也不逼問我什麼時候才能拿到畢業證書，相信我知道自己在做什麼，給予我最大的支持。謝謝在最緊要關頭自己冒出來掃颱風尾的小王，幸好你沒被我給嚇跑，未來還請繼續多多指教了。

當然一定要感謝協助這篇論文完成的所有家庭主要照顧者、社會工作者，沒有你們這篇論文絕對不可能有完成的一天。

最後，不能免俗的要說一句，要感謝的人太多了，不如就謝天吧。感謝上天給我這個機會，完成這件事，也感謝自己沒有真的放棄。

唐佩霜 103.8.10 于彰化家中

# 摘要

本研究目的主要為瞭解目前正接受日間照顧服務之失智症患者家庭主要照顧者服務使用狀況及生活品質。本研究採用量化與質化研究方法，針對家庭主要照顧者採以問卷調查方式進行資料蒐集，再以問卷分析結果擬定訪談大綱，針對日間照顧服務中心之社會工作者個別訪談。此二部份研究結果如下：

- 一、現行服務資訊管道缺乏，家庭照顧者於使用服務前經常不知道如何尋找相關服務資訊。目前針對照顧者相關支持服務仍有不足，服務提供者需留意照顧者的異質性，使服務可近性提高。
- 二、家庭主要照顧者對於日間照顧服務之各項服務皆有需要，透過開案時的會談了解日間照顧服務所提供的服務內容與項目。社會工作者認為，日間照顧服務最大的功能是減輕家庭主要照顧者的照顧負擔，而能保有部份原有生活。
- 三、家庭主要照顧者在實際使用服務之前，必須克服個人動機、認知、地理、心理等障礙，最後才可實際使用服務。而在進入日間照顧服務中心後，仍會面臨地理、心理及資源有效性三方面之障礙，服務提供者必須更有彈性的提供服務，使服務使用與需求間的落差得以降低。
- 四、日間照顧服務雖然減輕家庭主要照顧的照顧負擔，能使生活品質有所改善。但家庭主要照顧者自覺睡眠與休息時間仍然不足，外出參與社會活動等仍受到限制，並且家人於分擔照顧工作得部份也較為不足。
- 五、家庭主要照顧者服務使用狀況與生活品質之間有一定程度的影響力。尤其針對照顧工作是否具有意義、照顧時心情是否愉悅及所感受到的正式與非正式支持程度，在不同服務面向中所呈現的數據具有較大的落差。

針對研究發現，研究者提出以下建議：

- 一、應加強資訊傳遞管道，減少資訊不對稱，提昇家庭主要照顧者對服務的認知。社會福利資訊需與醫療體系及社區連結，主動提供

相關資訊，使家庭主要照顧者能掌握較多資訊。

- 二、重視家庭主要照顧者的支持服務，不僅完全將家庭主要照顧者視作資源，而是視作另一個服務對象。增加支持服務提供的多元性與彈性，考慮家庭主要照顧者的異質性，減少服務使用之障礙。



# Abstract

The study is mainly aimed at investigating those dementia sufferers who are currently receiving day care services, finding out their corresponding chief family caregivers' living standard, and how well they make use of the services.

Both quantitative and qualitative research approaches are adopted in the study. Those chief family caregivers are targeted, standard questionnaires were given out for data collection. Next, the analyzed findings became the basis for the draft of interview outline. Last but not least, individual interviews with social workers working in day care service centers were carried out. The findings regarding the aforementioned two parts are as follows.

1. The existing channels of service information are inadequate. The family caregivers usually do not know how to look for relevant service information before using care services. Currently, the corresponding supportive services catering for caregivers are still insufficient. The service providers should pay attention to caregivers' "heterogeneity", in an attempt to enhance service accessibility.
2. The chief family caregivers are in need for any service items under day care services. They learn the content and items of day care services through the prior talks before check-in. From social workers' perspective, the most effective function of day care service is alleviating burden endured by family caregivers in terms of looking after the patients. With the aid of day care, caregivers can partially maintain the original life.
3. Before practically using the service, the chief family caregivers must overcome obstacles associated with personal

motives, cognition, geographical and psychological matters, and so forth. Besides, after entering day care service centers, they still would face three aspects of obstacles, namely geographical, psychological and resource effectiveness. The service providers must deliver services in a rather flexible way so as to minimize disparity between service use and its supply.

4. Though day care service mitigates family caregivers' burden, contributing to better living quality, they consciously think they still suffer sleep deprivation and lack leisure, being confined to take part in outside societal activities. In addition, it is also quite inadequate that other family members share balanced caring work.
5. Use of day care service and caregivers' living standard are correlated to a significant extent, especially referring to whether the caring work is meaningful, whether there is cheerful mood during giving care and the received formal and informal support variation. There are prominently different figures with reference to different services.

In regard to research findings, the researcher points out the following suggestions.

1. Channels of circulating information should be reinforced, getting rid of information imbalance, enhancing caregivers' understanding towards services. It is advised that social welfare information, medical systems and communities should be linked, corresponding information is actively provided. Then, the family caregivers are able to obtain more information.
2. Family caregivers' supportive services should be valued. It is to not only entirely regard the caregivers as resources,

but also regard them as another service receiver. Diversity and flexibility of supportive services should be enhanced, the caregivers' "heterogeneity" should be considered, so as to reduce the obstacles of using service.





# 目錄

第一章 緒論 .....	1
第一節 研究背景.....	1
第二節 研究動機與目的.....	6
第三節 名詞解釋.....	7
第二章 相關文獻探討 .....	8
第一節 失智症之定義與家庭主要照顧者的困境.....	8
第二節 台灣日間照顧服務現況.....	14
第三節 服務使用相關理論模式討論.....	18
第四節 生活品質之意義與測量.....	22
第五節 服務使用與生活品質相關研究討論.....	26
第六節 失智症家庭主要照顧者生活品質之分析架構.....	36
第三章 研究方法 .....	38
第一節 研究架構與問題.....	38
第二節 研究設計.....	39
第四章 研究發現 .....	46
第一節 家庭主要照顧者個人特質.....	46
第二節 家庭主要照顧者日間照顧服務使用認知與需求.....	49
第三節 日間照顧服務使用情形、使用與未使用原因.....	53
第四節 家庭主要照顧者生活品質狀況.....	58
第五節 家庭主要照顧者服務使用狀況與生活品質.....	61
第五章 討論與建議 .....	73
第一節 研究結論與討論.....	73
第二節 研究建議.....	79
參考書目 .....	82
附件 .....	86

## 表目錄

表 2-1	失智可能行為症狀表.....	10
表 2-2	我國照顧者支持服務待加強一覽表.....	13
表 2-3	社會工作角色與功能.....	16
表 2-4	WHOQOL 六大面向表.....	24
表 2-5	照顧者照顧困境與生活品質相關研究整理表.....	28
表 2-6	影響服務使用因素相關研究整理表.....	33
表 4-1	家庭主要照顧者個人特質 (N=38).....	47
表 4-2	家庭主要照顧者服務使用認知情形 (n=38).....	49
表 4-3	家庭主要照顧者服務使用需求 (n=38).....	50
表 4-4	日間照顧服務使用情形 (n=38).....	53
表 4-5	日間照顧服務使用情形.....	54
表 4-6	未使用日間照顧服務原因.....	55
表 4-7	家庭主要照顧者生活品質狀況 (n=38).....	60
表 4-8	使用諮詢服務、交通服務與生活品質交叉分析表.....	62
表 4-9	家屬座談會服務、照顧經驗分享服務、分享照顧困擾交叉分析表...	66
表 4-10	情緒支持服務、詢問照顧建議服務、告知失智者狀況及討論照顧計畫交叉分析表.....	70

## 圖目錄

圖 2-1 實際使用與需要使用人口 .....	21
圖 2-2 失智症家庭主要照顧者使用日間照顧服務與生活品質相關性架構簡圖 .....	36
圖 3-1 失智症家庭主要照顧者使用日間照顧服務與生活品質相關性研究概念架構 ...	38



## 第一章 緒論

### 第一節 研究背景

隨著高齡化社會來臨，需照顧老人的照顧問題受到社會重視。家庭扶養老人並提供其照顧乃是一件理所當然的事。我國受傳統孝道觀念影響，根據內政部（2006）統計，我國近七成老人與子女或配偶同住，高達八成的老人認為最佳的養老方式是與子女同住。在美國亦有六成的老人在需協助時，只依靠家人與朋友的非正式支持體系（Teresa, Andrew, Jill&Patrick，2007）。

家庭一直以來都是我國社會與政府照顧政策的核心單位，但隨著時代變遷，婦女勞動參與率提高，原本承擔家中照顧工作的女性同樣外出工作，使得家庭照顧人力減少，家庭型態也由大家庭逐漸轉變為核心家庭，家庭原本彼此互助的照顧支持系統受到影響，家庭不得不求助外部資源（曾嫻瑾，2005、陳燕禎，2006）。然而，將需照護老人送入機構的照顧費用高昂。一般安養護機構每月平均費用為兩萬五千元，若加上醫療與其他支出，其照顧費用可能高達三至四萬元（杜敏世，2006），而我國2011年家庭每月可支配所得約為六萬五千元（主計處，2013），由此可見其照顧費用對一般受薪家庭而言是一筆不小的負擔。因此，大多數家庭仍選擇自行照顧，除了能降低照顧費用以外，也能滿足老人留在家中的希望，符合社會期待，於是由家庭提供照顧工作成為老人照顧的優先選擇。

相較於一般需照護老人，罹患失智的老人更是老年族群中的弱勢（鄧世雄，2004）。失智症照顧難度較一般需照護者高，家屬尋覓照顧機構更加不易，送入機構照顧費用高昂亦非每個家庭皆能負擔，加上許多失智患者外觀與常人無異，照顧者顧忌鄰居親友眼光而選擇自行照顧，故失智症患者大多留在家中由家庭提供照顧。失智症（dementia）是一種心智逐漸退化的疾病，可分為血管性與退化性兩大類，通常伴隨著記憶力減退、判斷力、定向力與抽象思考能力等認知能力退化，甚至出現妄想、幻聽、幻覺等精神症狀，病程長達八到十年。隨著病程演進，最終患者會失去基本生活能力，幾乎完全仰賴

他人，除了少數血管性失智有治癒機會以外，目前醫療技術無法治癒只能延緩其退化速度(邱浩彰，1995)。由於國人對失智症認知不足，經常將失智症狀視為正常老化現象而延遲就醫。然而患者逐漸喪失認知能力會出現許多特殊行為症狀，諸如獨自外出無法返家而走失、反覆詢問同樣問題、忽然情緒失控大吼大叫、無端謾罵，更甚者出現攻擊行為。照顧者常因此而疲於照顧，甚至認為患者故意找麻煩，對患者產生負面情緒，照顧者長期負面心理感受、沈重的照顧負擔，不僅會影響照顧關係與品質，同時也導致生活品質降低(范聖育，2002、陳昱名，2002)。

目前失智人口難以準確掌握只能依盛行比率進行推估。由表 1-1 可以得知 65-69 歲盛行率為 1.20%、70-74 歲盛行率為 2.20%、75-79 歲盛行率為 4.30%、80-84 歲盛行率為 8.40%、85-89 歲盛行率為 16.30%、90 歲以上盛行率為 30.90%，可以明顯看出其盛行率隨著年齡提高而逐漸增加。截至 2010 年 10 月台灣六十五歲以上老人人口為 2,480,640 人，依失智症社區盛行比率推算，社區中罹患失智症人口可能高達 123,104 人，但領有身心障礙手冊者僅有 31,127 人(內政部統計處，2010)，隱藏於社區中的失智症患者遠比實際領有身心障礙手冊之人數多，顯示失智症在初期不易被發現的特質。

表 1-1 失智症社區盛行比例推估

年齡	盛行率	推估數
65-69	1.20%	8,890
70-74	2.20%	14,183
75-79	4.30%	21,350
80-84	8.40%	30,364
85-89	16.30%	27,838
90-	30.90%	20,479

資料來源：衛生署 2004 年台灣失智症機構照顧需求之調查-長期照護機構失智症患者之盛行率調查

照顧需照護老人是一項長期且負擔沈重的工作。家庭面臨有家人需要人照顧時，首先決定由誰來照顧，家人之間也必須協調相關醫療、照顧支出的分配問題，一旦真正開始照顧才會發現照顧上的難題。從這一連串的生活經驗與衝突中尋找新的生活方式。決定成為一名照顧者是一個連續過程，包括以下四個步驟：(1) 家庭中某一個成員決定成為照顧者、(2) 該照顧者決定增加能力以應付照顧需求、(3) 決定是否接受無論是正式或非正式的外來專業協助 (4) 決定妥善照顧自己並且讓自己保有原有或部份的社交關係 (萬育維，2004)。

現有照顧體系將焦點放在老人身上，缺乏提供給予照顧者或家庭完整的服務，無論照顧者決定如何照顧家中長輩，都必須經過一段時間的決策以及嘗試，這個過程可快可慢，但無論如何對家庭而言，都會產生一定程度的影響。范聖育(2002)與溫婉伶(2005)的研究中分別指出，家庭準備度與解決問題能力，對主要照顧者生活品質皆有其影響力。家庭照顧者經常會面對個人生理、心理的多重壓力，也因為必須長時間照顧失智症患者而失去原有的社交活動，難以維持原本的人際關係。再者失智患者會隨著病程逐漸喪失認知功能，甚至認不出照顧者，對照顧者而言心理上的失落與失望不言而喻。家庭同時不得不改變原先的生活模式，對於家中成員來說是一大衝擊，若成員間無法順利適應與協調，可能使得家庭產生不穩定的狀況，進而影響照顧者與被照顧者的生活品質 (莊秀美，2008)。目前家庭照顧者相關研究皆指出，家庭照顧者過重的照顧負荷與照顧壓力，對生理與心理皆造成負擔，同時經常因為照顧工作難以分身而逐漸與原本的人際關係脫勾家庭主要照顧者生活品質較非照顧者來得低，讓他們持續照顧的原動力來自於家人的支持與對患者的情感，對於照顧者而言，有人分擔他們的照顧工作是他們最主要的訴求 (呂寶靜，2001；陳昱名，2002；溫婉伶，2005；Teresa, Andrew, Jill&Patrick，2007)。

近年來我國長期照顧政策與服務方式逐漸多元化，民眾可使用的照顧服務增加。然而目前社區照顧資源與服務輸送體系尚待拓展與部建，除了行之有年的居家服務外，其他服務仍存有縣市差異。以日間照顧為例，全台僅有七十一所日間照顧中心，約服務 1,553 人，而其

中專門照顧失智症患者之日間照顧中心僅有十四所，約服務 183 人，相較於臺北市共有十二所日間照顧中心來看，東部的臺東、宜蘭、花蓮、西部的新竹縣市等縣市，則尚未設立日間照顧服務中心(內政部，2013)，於此可以發現目前縣市之間資源分佈差異仍大。此外目前提供服務的衛生署與內政部兩方跨專業團隊仍未有效整合，服務的效率與公平性仍需改進，且許多照顧者不知道如何申請、運用相關社會資源，對民眾而言社會福利可近性低，但若能提高照顧者使用正式服務的使用度，其生活品質也會提高(范聖育，2002；林和蕙，2003)。

由上述可知，由於失智症的特殊性，使得照顧者在照顧過程中必須面對心理層面的失落與失望，同時失智症的特殊行為症狀也使得照顧者疲於奔命，造成生理上的負擔，對家庭也形成衝擊，進而造成生活品質降低。許多相關研究同時發現，正式服務的使用程度與家庭支持程度，對家庭主要照顧者的生活品質有所影響。目前我國長期照顧政策以社區照顧為政策方向，提供許多服務方案，希望藉此分擔家庭的照顧責任。日間照顧服務屬於社區照顧的一環，相較於將失智者送入全天型機構完全由專業人員進行照顧與使用居家服務仍由家人提供大部分照顧工作，日間照顧處於兩者之間，白天失智者在機構中接受照顧與服務，晚上由家人接回家中，既可減輕照顧者照顧負擔又可滿足老人與家人同住的希望(呂寶靜，2001)。

日間照顧服務中心不僅提供老人照顧，也讓家庭照顧者能有喘息機會。其服務項目包含維護失智症老人身體、心理功能，提供社會支持與人際互動的機會，同時提供給予家庭照顧者照顧上的支持與喘息的機會(張媚，2003；Gaugler, Jarrott, Zarit, Stephens, Townsend&Green，2003)。然而，家庭照顧者使用日間照顧服務時可能面臨許多障礙，包括缺乏對服務使用的知識、資訊與意願、服務可近性不足等，使得服務的供給與服務的使用產生落差(陳燕禎，2009)。目前有許多研究指出家庭主要照顧者的照顧負荷、照顧關係、家庭支持程度與家庭解決問題的能力及正式資源的使用程度皆可能會對其生活品質造成影響(呂寶靜，2001；陳昱名，2002；范聖育，2002；林和蕙，2003；萬育維，2004；溫婉伶，2005；Teresa, Andrew, Jill&Patrick，2007)。因此，如何使正式服務與非正式服務彼此搭配，讓家庭照顧者能夠感受到來自正式服務的支持，並能夠使用服務解決、滿足其需求，是一項重要的課題。

綜觀上述，我們可以知道家庭主要照顧者的生活品質受到照顧負荷、家庭支持與正式資源的使用程度影響。日間照顧服務介於全日型照顧與居家服務之間，除了希望能減緩老人入住機構的時間，也希望協助家庭主要照顧者能夠持續照顧角色，保有部份原有的生活。也就是說日間照顧服務的目的除了提供老人生理、心理與社會上的照顧，同時也需支持與提昇家庭照顧之能力。因此，現有服務的適切性，家庭主要照顧者使用服務的過程中可能遭遇的障礙，皆可能影響他們服務使用的程度，進而影響其生活品質。





## 第二節 研究動機與目的

現有長期照顧服務提供給予照顧者的福利服務通常較為間接，透過提供被照顧者喘息服務使家庭主要照顧者能夠有休息、進行休閒活動的機會。喘息服務對於照顧者負荷及心理健康影響不大，但對生活滿意度高低產生影響，能夠間接提昇生活品質（呂寶靜，2001）。社會工作者在長期照顧領域裡扮演協助家庭主要照顧者連結所需要的照顧資源或申請補助，並提供簡易的照顧方式或社會福利服務諮詢，直接提供給予家庭主要照顧者的服務集中在家屬支持團體與照顧技巧訓練兩方面，相較於家庭主要照顧者能間接獲得的服務來得較少，若社會工作者能以家庭為中心介入服務，協助家庭主要照顧者妥善運用正式與非正式資源，提昇主要照顧者生活品質，或許能使其得以繼續照顧工作（吳珮珊，2009）。

照顧失智長輩對家庭產生的巨大影響，非身處其中難以了解，照顧工作不僅影響個人也同時影響家庭關係。研究者經過兩階段實習後發現，許多求助的家庭主要照顧者困擾於家庭成員之間的溝通、相處、照顧工作分擔與經濟負擔等問題，在不知道可以如何解決之下，經常選擇忍耐或是認命的處理方式，也常常聽到諸如「他們如果不照顧也沒辦法，我也是要把他照顧好啊，再怎麼說他也是我的媽媽（爸爸），總不能不管吧」或是「我們也是有把他送去老人院，但是每次去看他都覺得很捨不得，最後還是把他接回來自己照顧，雖然我老公和小孩也會幫忙，但大部分還是在照顧，真的很累」的話，引發研究者對現階段社會工作服務在長期照顧領域所提供的服務現況感到好奇。目前所提供的服務使否能符合家庭主要照顧者的需求，進而提昇他們的生活品質？

社會工作乃是一種運用專業知識與技巧協助個人、團體、家庭或社區發揮潛能，運用自身能力解決問題或困境的一種專業。社會工作是否能夠藉由本身專業幫助照顧者與其家庭在最短的時間內，重新找到新的平衡點。研究者整理台灣現有論文發現，針對照顧者生活品質進行討論的比例較少，且大多以醫學、護理、長期照護等角度出發，

這些研究發現照顧者的生活品質與照顧負荷、壓力、患者病況、家庭支持、準備度等有關。其餘相關論文則多為討論照顧負荷、照顧角色、社會支持與其需求的關係，較少討論家庭照顧者使用服務程度與生活品質之間的關係。

基於上述理由，本研究希望能夠瞭解目前日間照顧中心所提供的服務對於家庭主要照顧者的生活品質有否相關？目前所提供的服務是否能給予主要照顧者適切的服務？

本研究目的如下：

- (一) 瞭解失智症家庭主要照顧者使用日間照顧服務情形與生活品質狀況。
- (二) 瞭解失智症家庭主要照顧者使用現有日間照顧服務的障礙與服務的適切性。
- (三) 針對服務使用狀況提出服務適切性之建議，以增加家庭主要照顧者之生活品質。

### 第三節 名詞解釋

#### (一) 日間照顧服務 (Adult day care)

提供十二小時以下的集體照顧服務，改善或維持老人的身心功能、提供團體支持和互動的機會，並給予家庭照顧者支持與喘息的機會。

#### (二) 家庭主要照顧者 (Family caregiver)

負擔大多數照顧工作、提供日常生活協助的家屬，包含配偶、子女、媳婦、女婿、兄弟姊妹等親屬，但不包含專業看護或外籍雇傭。

#### (三) 老人失智症患者 (Dementia patients)

六十五歲以上經醫師確診患有輕度以上失智症或簡易智能量表 (MMSE) 得分在 25 分以下者。

#### (四) 生活品質 (Quality of life)

一個人覺得自己幸福的程度，包含了主觀跟客觀的認知，包括了生理、心理、獨立程度、社會關係、環境與宗教六大面向。

## 第二章 相關文獻探討

本研究目的在瞭解社會工作服務對於家庭主要照顧者生活品質高低與服務適用度之相關性。失智症是近年來受到廣泛討論的老年疾病，由於失智症的特殊性讓照顧難度跟著加高，家庭與主要照顧者面臨生活的劇烈轉變，現有對於照顧者提供的服務似乎尚顯不足。因此本章將針對失智症與日間照顧服務的定義、健康服務利用模型、生活品質意義與測量做逐一討論，最後整理上述相關資料與現有研究，希望藉此建立本研究之研究架構。

### 第一節 失智症之定義與家庭主要照顧者的困境

#### 一、失智症之定義

失智症 (dementia) 是一種腦部病變疾病，使人在意識清醒的狀態下，逐漸喪失認知功能，主要症狀包括記憶力、判斷力、推理能力、抽象思考能力與現實感的衰退，可能會伴隨著個性改變與行為違常等行為症狀，最終失去生活自理能力，因而影響日常生活與工作，病程平均為八到十年，最長甚至可達二十年 (邱浩彰，1995)。

造成失智症的原因很多，大致上可以分為退化性、血管性與其他三大類型。其中約有 50%-60% 為退化性失智、10-15% 為血管性失智，只有 10%-25% 的失智症可以找到可能的治療原因，但大部分仍然無法得知發病原因且沒有治癒的方法，同時也難以預防。佔退化性失智最大比率的即是阿茲海默症，血管性失智經常是多次腦中風的結果。就西方而言，罹患阿茲海默型失智的患者最多，在台灣血管性失智症患者卻不在少數，根據推斷，可能肇因於飲食習慣。以下將針對四種常見的失智症類型做簡單說明 (葉炳強、徐亞瑛、劉珣英，2004)：

1. 阿茲海默氏症(Alzheimer's disease, 簡稱AD): 為最常見的失智症, 佔失智人口約 35%, 又被稱為「世紀之症」, 1907 年由德國的阿茲海默醫生發現, 其致病原因仍無法確知, 也難以預防。流行率目前尚無法正確估計, 但年齡越高, 罹患人數則越多, 女性由於平均壽命較高, 因此罹病人數上較男性高。會在不知不覺間慢慢惡化, 除非從事較複雜的工作, 否則在初期通常難以察覺。起初患者會因為自己失常的狀態感到憂鬱與焦慮, 但隨著病程演進, 患者會失去基本的認知能力與生活自理能力, 最終必須完全仰賴他人照顧。
2. 血管性失智: 由於腦血管栓塞而引起, 俗稱「腦中風」, 因為腦血管長期受到高壓破壞而導致, 男性比率高於女性。可能由於多次腦中風而引起, 是急性或漸進式的惡化, 人數隨著年齡增加而遽增, 能夠透過良好生活習慣預防, 不過一旦發生幾乎無法醫治。
3. 假性失智: 通常由於憂鬱的症狀引起, 只要消除憂鬱狀態或原因即可恢復, 雖然不易與真正的失智做區別, 但假性失智的患者會意識到自己的記憶力不佳且在記憶力測試上結果較佳。
4. 酒精中毒: 因為酗酒產生的失智現象, 且長期缺乏某些營養素, 如維生素 B12, 一旦發生失智症狀則難以好轉。

失智症依其病程可分為輕度知能障礙、輕度、中度與重度四個時期, 由表 2-1 可以知道每個階段在認知能力、自理能力與情緒行為上, 會有不同的症狀表現, 其嚴重程度也會因個人因素有所不同。以下分別就不同時期, 可能表現的不同特徵與違常行為逐一點討論 (衛生署長者健康服務, 2007; 吳佩蓉, 2008):

1. 輕度: 初期的症狀輕微, 不容易被察覺, 例如忘記剛才說過什麼或重要約會、重複動作或是判斷能力下降等, 經常被忽略作為老化的正常現象而延誤就診。
2. 中度: 症狀更為明顯, 難以處理日常生活的瑣事, 不僅失去基本的語言溝通能力, 甚至會伴隨著情緒失控、妄想或是攻擊行為, 現實感也慢慢喪失, 認不出親人與所在的時空環境等。
3. 重度: 幾乎完全失去生活自理能力, 必須仰賴他人照顧與協助,

可能會出現吞嚥困難、失去說話或表達能力也無法理解他人所說的話語、大小便失禁的狀況。

表 2-1 失智可能行為症狀表

	輕度	中度	重度/極重度
認知能力	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 近期記憶衰退。</li> <li>2. 判斷力減弱。</li> <li>3. 簡單運算出現困難。</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 語言表達困難。</li> <li>2. 失去現實感。</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 無法認出家人。</li> <li>2. 無法表達與溝通或只能做簡單的應答。</li> <li>3. 將鏡中人當作真人。</li> </ol>
自理能力	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 家中物件亂放。</li> <li>2. 在熟悉環境中迷路。</li> <li>3. 無法處理複雜日常生活瑣事。</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 不會使用家中電器或自行煮食。</li> <li>2. 衛生盥洗、選擇衣物等需他人協助。</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 大小便失禁。</li> <li>2. 由他人協助餵食。</li> <li>3. 無法分辨冷熱或飽餓。</li> <li>4. 完全喪失自我照顧能力。</li> </ol>
情緒行為	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 情緒易低落或緊張焦慮。</li> <li>2. 減少與親友交往。</li> <li>3. 與陌生人仍可保持正常禮儀。</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 情緒不穩，易因小事大吵大鬧。</li> <li>2. 日夜顛倒、四處遊走。</li> <li>3. 多疑。</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 長時間臥床。</li> <li>2. 對他人冷漠。</li> <li>3. 無法與人溝通。</li> <li>4. 忽略衛生。</li> </ol>

資料來源：老年癡呆症常見疑問，衛生署長者健康服務編著，2007，頁 27-28

由於失智症的特殊性，其照顧難度較高，照顧需求也與一般需照顧老人有所不同。就被照顧者而言，他們除了安全與無障礙的環境以外，照顧者還必須注意在居家陳設、戶外活動與個人營養飲食方面的特別需求，不僅如此，照顧者必須盡量保持患者的規律作息，減少患者日夜顛倒或拒絕照顧者的照顧動作（楊培珊，2003）。

## 二、家庭主要照顧者之困境

我國長期照顧政策以家庭為中心，期待家庭能負起大多的照顧責任。但大多的服務對象與服務項目仍集中在需照護者上，對於家庭照顧者直接提供的服務幾乎難以看見。然而家庭主要照顧者是推行社區照顧的關鍵，若沒有他們社區照顧、在地老化的理念就不可能實現。家庭主要照顧者肩負照顧重任，其需求應該被聽見，獨立於被照護者之外，使他們能被整體了解，協助他們準備好履行照顧者的角色，而非只強調他們的義務。成為一個照顧者是一個連續的過程，在每個轉折點即是正式服務介入的關鍵點，家庭主要照顧者與家庭成員對正式服務的態度、信念對於是否使用社會福利亦有重大影響（萬育維，2004）。正式與非正式服務所提供的服務有部份重疊亦有部份不同，彼此之間互相補充，但正式服務並不會取代家庭照顧，家庭主要照顧者仍負擔著照顧責任，因此必須加強對於照顧者的專業服務（呂寶靜，2001）。

幾乎所有的家庭主要照顧者都會面臨生理、心理與社會上的轉變。在生理上，照顧者經常因為照顧工作而無法有穩定的睡眠，若家中替代照顧人力不足，照顧者更難以獲得休息的機會，被照顧者的依賴程度越高，照顧者的照顧負擔也越大；在心理層面上，家庭主要照顧者除了擔心被照顧者是否會發生什麼特殊狀況外，面對家人對其照顧工作的期待、自被照顧者轉換為照顧者的角色轉換，甚至看著父母變得虛弱而日漸老去的心理調適，還有許多家庭主要照顧者為了照顧家人而辭去工作，對重返職場困難的焦慮及收入減少的負擔，都對家庭主要照顧者造成壓力（邱起潤等，2002；李逸等，2011；張慈君等，2012）。在社會關係方面，照顧者普遍認為擔任照顧工作後，生活影響最大的部份為社交關係，因照顧工作瑣碎且繁忙，還可能必須應付層出不窮的狀況，加上其他家人必須負擔經濟外出工作，或為正在就學也無力分擔，分身乏術的情況下，照顧者想像以往那般保有原有生活、參與朋友間的聚會，已是一樁難以實現的事；其次照顧工作不僅衝擊主要照顧者，對其家庭關係也產生莫大影響，不僅主要照顧者必須調適，全家也需要跟著一起改變原有的生活習慣與型態，配合照顧

工作的執行，給予照顧者情感上、實際上的支持（楊培珊，2003；莊秀美，2008）。若家庭調適狀況不佳，給予家庭主要照顧者的支持程度不足，也可能對照顧工作產生影響（張慈君等，2013）。

家庭主要照顧者不僅要承受照顧工作所帶來的生理負擔與經濟負擔，還需面對因為長時間照顧工作而失去原有的生活與角色的轉變。除此之外，失智症家庭主要照顧者更須面臨被照顧者逐漸失去認知能力，最終完全無法認出自己的失落感。根據蔡佳容等 2012 年的研究指出，大約有三分之一的照顧者會感到憂鬱，而照顧失智病患的照顧者，會比其他照顧者更容易覺得憂鬱。因此，主要照顧者最希望能有人分擔照顧工作、學習照顧技巧，並希望政府能夠提供經濟上的補助（陳昱名，2002；呂寶靜，2005）。而許多研究也發現，家庭功能與支持程度的愈高，對照顧者的照顧工作愈有幫助；照顧者與家庭間的情感支持是照顧工作的原動力之一，照顧者希望自己能被傾聽期待自己可以受到理解與重視，同時也希望能夠滿足自己與家人的需要，若照顧者與家庭關係不合諧，可能會使照顧者更加的無助與無力（陳昱名，2002；呂寶靜，2005；孫嘉玲，2005）。

綜觀上述家庭主要照顧者可能會面臨的生理、心理與社會上的困境，許多研究也指出正式服務的介入有助於減少負擔、降低壓力。家庭主要照顧者對正式服務的需求主要有分擔照顧工作、相關資訊的獲得及福利諮詢為主。由於資訊的不對稱性，而使得社會福利可近性不足，家庭主要照顧者經常不知道相關資訊也不到可以去哪裡詢問，甚至因地域性的不同而有資源的差異（陳昱名，2002；林和蕙，2003；呂寶靜，2005）。

既然家庭主要照顧者為落實我國社區照顧的重要一環，則應該將家庭視作服務對象之一，提供照顧者適當地服務，使他們能夠獲得支持與成長，並能夠從中獲得休息的機會，提昇生活品質，降低身心的耗損，也有助於照顧品質的提昇。目前我國社會福利針對家庭主要照顧者所提供的支持服務大致可分為諮詢、專題講座（座談會）、支持性服務、單次活動、個案服務及喘息服務六大面項。然而此六項服務

提供之程度仍不足以滿足家庭主要照顧者，其原因來自服務之深度不足，難以配合不同家庭及照顧者狀況提供多元、個別化之服務。甚至部份照顧者認為，與其提供服務不如提供直接的金錢補助來得有用（鄧世雄，2004；黃秀雲，2009；李琪，2011；陳正芬，2013）。

表 2-2 我國照顧者支持服務待加強一覽表

服務項目	服務內容之缺失與待加強處
諮詢服務	點到為止，缺乏深入的追蹤機制。
專題講座	每年講座性質與內容重複性高。 交通不便、替代照顧人力不足等因素，影響出席率。 部份照顧者教育程度不足或年齡較高，影響其吸收課程內容之效益。
支持性團體	經費不足，辦理次數少。 內容缺乏延伸性，難以持續吸引照顧者。
單次性活動	地理、交通因素、替代照顧人力等問題難以克服。
個案服務	資源有限，照顧者與其家庭認知不足，而使得使用率偏低。
喘息服務	

資料來源：陳正芬（2013）我國長期照顧體系欠缺的一角：照顧者支持服務。社區發展季刊，141，p208-209。

整理本節文獻後，我們可以得知，失智症因為其病程演進與特殊性，導致照顧難度較其他照顧工作來得高。由於失智症患者會逐漸遺忘的特殊性，照顧者除了生心理與社會上的照顧負荷外，還要面對遠比其他照顧者更深，被遺忘的失落感。而目前我國針對家庭主要照顧者所提供的六大面項服務卻難以配合照顧者的多元需求，而導致服務使用率普遍不高。



## 第二節 台灣日間照顧服務現況

我國長期照護政策強調家庭照顧責任，以社區照顧的方法期待達成政策目標。所謂的社區照顧指的是結合社區中的正式與非正式資源，針對社區中的不同對象提供各項服務，執行服務輸送，協助需照顧的人能夠在熟悉的社區中得到適切的照顧(陳燕禎，2005；黃惠玲、劉錦螢、徐亞瑛，2006；萬育維，2007；戴章洲、吳正華，2009)。

日間照顧服務屬於社區照顧的一環，可大致分為社會型與護理型，主要提供身心功能退化但生活尚能自理的老人十二個小時以下的集體照顧服務。其設置的目的乃是為了補充家庭的功能，使照顧者能獲得喘息或繼續工作的機會，促進其生活品質，加強或延長照顧意願，並維持與促進老人的生活自立、延緩功能退化與增加其社會互動(陳燕禎，2009)。根據101年七月，內政部統計週報顯示目前全臺灣使用日間照顧人數約有一千三百人，主要照顧者對於此項服務普遍覺得滿意。根據黃敏鳳等人2004年的研究指出，日間照顧不只提供家庭喘息的服務，同時也提供長者與家庭照顧者一個機會，讓他們能夠持續的享受與付出屬於家庭的關愛，使長者能得到來自家庭的支持，也讓家庭照顧者得以滿足傳統孝道的需求，並維持家庭的完整性。

日間照顧服務作業流程手冊(2010)中指出，社會型日間照顧服務中心至少必須配置社會工作人員一名。而由內政部所編寫之日間照護服務營運手冊(2003)中我們可以得知，其服務流程包括服務申請、接案、開案、提供服務、轉介、結案等六步驟，以下針對此六步驟進行說明：

1. 服務申請：民眾可以透過電話、親自到中心等方式諮詢申請，或經由其他單位轉介。
2. 接案：第一次應邀請民眾至中心實地參觀，經過現場說明，能更具體瞭解服務內容。社會工作人員針對家庭整體進行評估，除了瞭解失智患者身心狀況及家庭狀況、社會福利資源使用狀況外，必要時應該協助家屬面臨生活、照護方式改變的心理調適，並提

供適當轉介及後續追蹤。

3. 開案：依照接案時所蒐集的資料，與家屬、個案與照顧團隊共同擬定初步照護目標、計畫與活動安排。並簽訂服務契約書，詳細說明提供的服務內容、終止服務的情形、需就醫的狀況、服務時間、收費與繳費等。
4. 提供服務：分為兩個部份，第一針對照顧者方面，協助家屬申請各項福利資源並說明政府相關單位補助額度與審核依據、依個案不同時期的狀況，與家屬保持聯繫，以共同擬定不同階段的照顧計畫，辦理家屬支持性團體或給予其情緒支持。第二部份則指對於被照顧者所提供的照顧服務。
5. 轉介：當家屬與個案因為種種因素需終止服務或改使用其他照顧服務時，為能夠延續照護計畫，社會工作者應提供相關資訊並與轉介單位聯繫、溝通，以供後續追蹤。
6. 結案追蹤：辦理終止服務的手續，例如繳費、退費、整理物品並歸還相關文件證明；若為轉介至其他單位之個案，應進行追蹤，確認已轉至適當照顧單位。

相關研究指出，社會工作者於日間照顧中心中的主要工作可分為服務管理工作與行政業務兩大面向。服務管理工作又可分為個案管理、家屬服務、社區工作與活動規劃三個子項目（黃秀雲，2009；李琪，2011；呂寶靜，2013）：

1. 個案管理：了解個案基本狀況，包含生命史、疾病史、喜好與特殊習慣等，以利照顧服務員提供服務時可較為順利。視個案狀況，帶領團體工作。
2. 家屬服務：經由家屬了解個案之狀況，並了解家庭狀況、照顧情形、福利運用狀況。並且提供諮詢服務，協助申請相關福利、舉辦家屬座談會/聯誼會、開設支持團體/諮商師講座、辦理照顧技巧訓練等課程，協助家庭主要照顧者得以提昇自身照顧能力、獲得情緒支持。
3. 社區工作與活動規劃：至社區中宣導服務並辦理相關活動使中心能參與社區活動，與社區保持互動。

整理上述可以發現，社會工作者日間照顧中心的工作可略分為兩大面向、三大子項，並將所提供服務分為六個不同階段，而在此六種階段中，社會工作人員扮演的角色與功能各有不同，可整理如下表格所示：

表 2-3 社會工作角色與功能

服務項目	社工角色	功能
服務申請	仲介者	使欲使用的民眾了解日間照顧中心的服務項目、服務範圍等，並提供相關諮詢。
接案	管理者	使民眾具體了解服務內容，並從中初步蒐集個案相關資訊。
開案	管理者、計劃者	藉由接案時所蒐集的資訊，更進一步深入擬定初步的照顧計畫等資訊，使家屬、照顧服務員彼此有所共識，並簽訂相關的服務契約。
提供服務	管理者、支持者、協調者	在服務階段中視情況調整服務的內容，給予照顧者支持，協調家庭照顧者與機構間的問題。
轉介	仲介者	依照服務對象需求轉介適合的單位或資源。
結案追蹤	協調者	與轉介單位溝通協調，使服務對象能持續獲得所需且符合需求的服務。

資料來源：曾華源(2006)社會工作直接服務：理論與技巧-第六版。洪葉出版社。

研究者以服務使用者的角度將此六階段分為初次接觸、使用服務與後續服務三個部份。初次接觸包含得知訊息、實地參觀與簽訂契約。得知訊息的管道可能來自於電視、報紙、廣播與網路，實地參觀則是從第一次到日間照顧中心參觀環境、了解大致服務內容、費用與收費方式，進而訂定服務契約；使用服務則指決定使用服務後到終止使用服務的一連串過程，包括：各項福利資源的申請與諮詢、共同擬定照顧計畫、家屬支持團體、照顧技巧訓練與情緒支持；後續服務即

是轉介、結案追蹤。本研究欲瞭解服務使用者在使用服務的過程中，可能遭遇哪些障礙。主要研究對象為正在使用服務的使用者，因此以初步接觸與使用服務兩個部份為依據，做為服務使用分析的架構，後續服務的部份，在此研究中不做討論。



### 第三節 服務使用相關理論模式討論

現有關於服務使用的文獻中，以討論 Andersen 所提出的健康服務使用模式 (The Behavioral Model of Health Service Use) 者為多，該模式假設每個人都能夠自主決定，著重於個人特質的影響。Andersen 首先在 1968 年提出行為模式，此後三十年間，Andersen 本人與其他學者不斷修正與延伸，加入政策體系與外在環境因素，將此模式發展得更加完整。以下對 Andersen 發展服務使用行為模式的四個階段做一簡略描述 (Andersen, 1995, 王美晴, 2006; 林玉琴, 2006; 廖珈琪, 2008):

一、行為模式 (Behavioral Model)，以家庭為單位分析個人使用服務的影響因素，包含了傾向、能力與需求三個因素，此三個因素具有連續性和順序性，其中又以受到前兩個因素所影響，而與服務使用有直接關係的需求因素最為重要：

(一) 傾向因素 (predisposing component)：指個人具有某種特性，較容易使用服務，且該特性不易有改變，包括社會人口學特徵 (性別、年齡、婚姻)、社會結構特徵 (教育程度、工作狀況、宗教信仰) 與健康信念 (對健康服務抱持的態度與價值、知識等)。

(二) 能力因素 (enabling component)：指個人獲得服務的能力與資源，包括家庭資源 (收入、健康保險) 與社區資源 (照護資源的可近性、多寡與進入服務所需花費的時間)。

(三) 需求因素 (need component)：指個人主觀對於自身健康、疾病的認知與客觀臨床上的診斷結果。

二、第二階段行為模式 (Behavioral Model phase2)，在此階段 Andersen 發現政策與各種組織與資源因素同樣會對服務使用產生影響，因此將原本的行為模式加入服務提供體系、政

策與個人滿意度三個部份。個人之外加入易變性 (mutability) 的概念，將服務使用決定因素分為易受政策影響與不易受政策影響兩大類，包含了結構、過程與結果三個面向。

- (一) 結構面：考量資源的數量與分佈、服務體系的特性、政策與組織等。
- (二) 過程面：包括行為模式中傾向、能力及需求三個因素。
- (三) 結果面：也就是個人使用後的滿意度。

三、第三階段行為模式 (Behavioral Model phase3)，此階段將外在環境影響因素也納入行為模式之中。認為政治、經濟與物理因素同樣會影響服務使用，除滿意度以外，同時強調個人主觀認知與專家評估的健康狀況，認為健康服務的使用有助於維持或提昇健康狀況。

四、新興健康行為模式 (Emerging model)，這個階段 Andersen 提出整合觀點，強調服務使用是一個動態、回饋的過程。各個因素之間彼此互相影響，這些影響可能是間接影響也可能是直接影響。傾向特性可能會影響健康結果，而健康結果也可能反對傾向特性、獲取資源的能力造成影響。

雖然 Andersen 模式的完整性與涵蓋性高，但隱含個人具備自由行使選擇的權力。忽略是否使用服務也可能來自於其他家庭成員的決定，決策過程中家庭成員、需求的多樣性與對服務認知程度對服務使用的影響，也就是並未考慮家庭主要照顧者特質對服務使用的影響力，同時也未討論時間與過程上可能存在的使用障礙 (呂寶靜，2001；陳正芬、吳淑瓊，2006)。因此 Gates 於 1980 年以 Andersen 模式為基礎提出服務使用過程模式。

就使用過程模式來看，Gates(1980)認為在真正使用服務前可能會遭遇各種不同的障礙，這些克服障礙的過程根據個人狀況不同而有不同的差異。服務使用過程所指的障礙可以分為五大面向，從使用者對問題產生認知開始，所產生的一連串過程，這些過程的順序性並不絕對，而是因人而異。以下就五大面向做逐一說明 (Gates，1980)：

- 一、 知識、認知與動機 (knowledge, perception and motivation):  
指個人對問題與需求的認知、求助的動機，並且能夠知道往何處求助的知識，也包括他人在情緒或資訊上的支持。
- 二、 克服地理障礙的能力(geographic barriers):  
因為距離而導致使用服務的阻礙，包括交通時間與交通費用的增加，若與服務機構距離過遠，可能會使得潛在服務者難以使用。
- 三、 克服心理障礙的能力(psychological barriers):  
意指向他人表達自己問題的不安、害怕被烙印，亦可能使潛在使用者打消尋求協助的念頭。
- 四、 符合選擇性標準的能力 (selectivity criteria):  
由於資格條件的限制，若潛在使用者不符合所規定的條件資格，也可能因為無法支付服務費用，而產生使用服務的障礙。
- 五、 資源的有效性(resource availability):  
也就是資源的可獲性，當民眾有需要使用服務時，服務資源是可以獲得的，如果資源不足以滿足需求或需要長時間等待，即會造成使用的障礙。

服務使用過程模式強調對需求的認知，關切個人服務使用的影響因素及如何運用方法使有需要的人獲得服務。也就是說，Gates 認為個人在使用服務時，會面臨不同障礙，而這些障礙將導致服務需求人口不見得能確實使用到服務，他將服務需求人口分為四個次群體：

1. 包含實際已經使用服務與有需要的群體，是最佳的狀態。
2. 不符合使用資格但確實有其需要的群體。
3. 符合使用資格但無需要的群體。
4. 無需求也未使用服務的群體。

由圖 2-1 中可以看出使用服務的人口群中，有服務需求的人口與實際使用服務的人口間有落差存在，表示實際所提供的服務不見得能被需要的人所使用。Gates 認為造成服務提供與需求間落差的原因可能有二個，第一，服務的利用不足或是有需求者不具備足夠使用服務的能力，這會導致未滿足需求的產生；第二，則可能是需求者的需求程度不高，但卻過度使用服務。因此，Gates 認為服務提供者應該修正服務提供上的誤差，使服務能夠更充分的利用。

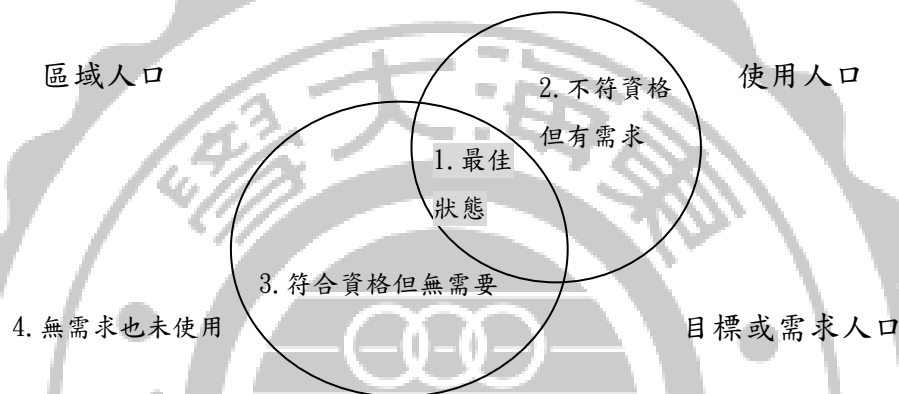


圖 2-1 實際使用與需要使用人口

資料來源：Gates, Bruce L., 1980, Social Program Administration: The Implementation of Social Policy. p144

整理 Andersen 和 Gates 所提出的兩個模式，可以發現他們的相異之處在於，Andersen 行為模式的需求發生在傾向與能力因素之後。而 Gates 的服務使用過程模式則是服務使用者認知自己有需求以後，才會面臨服務使用過程中的各種障礙，包括關於個人知識、認知、能力或地理、心理等。而是否能克服這些障礙也與服務使用者能否真正使用服務、滿足需求有所相關，而這些障礙形成的原因不僅因為使用這本身，也與服務提供者有所相關。

本研究欲探討家庭主要照顧者使用日間照顧服務與其生活品質之間的關係。所探討的對象為已使用服務之主要照顧者，故採用 Gates 的服務使用過程模式，藉此模式瞭解家庭主要照顧者對於使用服務的需求及認知與實際使用服務之過程中所面臨的障礙是否得以克服滿足需求，並對其生活品質是否有所影響，進而從中探討現有日間照顧服務對服務使用者的適切性。



#### 第四節 生活品質之意義與測量

生活品質 (quality of life) 為一種包含主觀與客觀的多面向概念，是一種連續性狀態，非固定不變，受文化脈絡影響極深，會隨著環境而改變。第一個提出生活品質概念的人為希臘哲學家亞里斯多德，他認為感覺幸福快樂，靈魂能夠獲得滿足，凡事順利且生活狀態良好，即擁有相對良好的生活品質；若以東方儒家與道家文化角度來看，若人能順其自然、人心安寧並且生活滿足，便能夠獲得良好的生活品質 (黃松林，2009；畢威寧，2007)。不同領域的學者對生活品質各有其不同的定義與說法。從研究的角度來看，心理或社會學者早期常使用幸福感 (well-being)、生活滿意度 (life satisfaction) 來表示生活品質，這些詞彙隱含著以個人正負向情緒、主觀認知層面、身心健康來評估一個整體的生活情形 (姚開屏，2002a)。Cohen(2006)將生活品質定義為：「主觀幸福感與客觀條件的總和，而非單純的擁有或缺乏」；Meeberg(1993)提到，生活品質的兩個先決條件，必須是具有生命力與意識清醒的人類，才有資格談論生活品質(黃素微，2005)；Bullinger, Schmidt 和 Pertersen(2002)認為生活品質是以個人為主體進行的一種評估，是個人處在一種生理、心理、認知情感、社會及身體功能皆是健康安適的狀態；世界衛生組織 (WHO) 將其定義為：「個人感知他們生活的文化與價值體系，與他們生活有關的目標、期望、標準和所關切的，是一個廣泛的概念，受到身體健康、心理狀態、獨立程度、社會關係、個人信仰與所處環境的影響。」由此定義可知，生活品質是生理、心理、社會福利的完整狀態，並不僅僅指沒有疾病 (WHO, 1997)。綜合以上學者對生活品質之定義，本研究將生活品質定義為個人在所處的文化價值體系之下，主觀對於自己的生理、心理、社會關係與環境的感受。

從八十年代開始，西方開始發展與生活品質相關的測量工具，包括了與健康相關的生活品質量表、一般性的生活品質量表與特殊用途的生活品質量表。目前國內較常使用的生活品質量表有兩種，第一種是美國學者 Jhon Ware, Jr 在八零年代末期所發展的 SF-36 生活品質量表，第二種則是世界衛生組織在 1991 年結合十五個不同國家與地

區所一同發展的健康相關生活品質量表(World Health Organization quality of life)。以下簡介上述兩種不同量表與其所包含的概念面向和在台灣的應用狀況。

SF-36 生活品質量表在 1996 年由國內學者盧瑞芬等人結合不同專業翻譯為台灣版。以八個概念測量受訪者的身體生理功能(physical functioning)、因生理問題而導致的角色受限(role limitation due to physical problems)、身體疼痛(bodily pain)、一般健康狀況(general health)、活力(vitality)、社會功能(social functioning)、因情緒問題角色受限(role limitation due to emotional problems)、心理健康(mental health)共三十六題(盧瑞芬等, 2002; 曾旭民等, 2003)。根據 SF-36 台灣版資料庫統計, 截至 2009 年 4 月為止, 高達 700 筆研究計畫使用此量表。

WHOQOL 量表則針對不同國家、人口進行比較, 經過長時間與嚴格審查, 評估其有效性和可靠性, 跨文化發展而成, 可用於不同文化背景。由表 2-2 可以看出, WHOQOL 量表中的六個面向與其子概念分別為: 身體健康(physical health), 指身體的生理狀況, 包含疲勞感、休息與睡眠等; 心理狀態(psychological state)則指正負面情緒、自尊、學習思考等能力; 獨立程度(level of independence)指的是日常生活的自主性、依賴藥物程度、工作能力等; 社會關係(social relationships)包括人際關係、社會支持與兩性活動; 個人信仰(personal beliefs)為宗教、靈性與信仰三個部份; 環境(environment), 所包含的子概念最多, 舉凡經濟自主、衛生保健、社會關懷、居住環境等皆包含在內, 以此進行測量生活品質(WHO, 1997; 王榮德等, 2000)。

表 2-4 WHOQOL 六大面向表

面向	子概念
身體健康	精力、疲勞、疼痛不適、休息睡眠。
心理狀態	身體形象與外觀、正負向情緒、自尊、思考、學習、記憶力與專注力。
獨立程度	日常活動自主性、藥物依賴程度、工作能力。
社會關係	人際關係、社會支持、兩性活動。
個人信仰	宗教、靈性與信仰。
環境	經濟自由、人身安全、衛生保健、社會關懷、居住環境、獲得新技能與訊息的機會、參與休閒娛樂的機會與交通。

資料來源：WHO, 1997. WHOQOL-Measuring Quality of life.

WHOQOL 量表完整版共有一百題各國通用的題目，各個國家依據其文化特性可再另外加入本土性題目，但由於問卷過長，在實施上並不容易使用。故 WHOQOL 研究小組，蒐集十八個國家、二十個研究中心的一萬多名受訪者資訊，發展出簡明版的健康相關生活品質量表，稱為 WHOQOL-BREF。簡明版量表將題目縮減為二十六題，並將個人信仰併入心理狀態面向之中，再將獨立程度併入身體健康的面向裡，原本的六大面向縮減為四大面向，也就是說，簡明版的健康相關生活品質量表僅留有身體健康、心理狀態、社會關係與環境四個面向 (WHO, 1997)。台灣版的 WHOQOL 量表在 1997 年取得授權，由醫生、護理、藥學、心理、公共衛生等各界專家共同將各層面定義並翻譯而成，加入「飲食」和「面子與關係」兩個本土層面，一共增加十二個本土性題目。台灣簡明版問卷則以 WHOQOL-BREF 的二十六個題目為基礎，從新增的兩個本土層面中挑選出兩題最具代表性之題目，共由二十八個題目組成 (姚開屏, 2002b)。根據世界衛生組織生活品質問卷台灣版問卷發展小組資料庫的統計顯示，截至 2006 年止，全台灣一共有 372 筆研究使用 WHOQOL 台灣簡明版生活品質量表。其中公共衛生領域佔了 19%，包含社區健康營造、獨居老人、接受居家服務與日間照護的老人等，進一步搜尋資料庫中關於家庭照顧者的相關研究，一共有 27 筆研究使用此量表。

比較 SF-36 台灣版與 WHOQOL 量表，SF-36 台灣版問卷的問項偏向個人身體功能狀態，較未考慮周遭環境對人生活品質的影響，且尚未經過如 WHOQOL 量表一般的跨文化發展，忽略文化影響因素，導致與其他國家常模比較略有不同。陳姿怡（2002）的研究中亦指出環境因素是影響生活品質的重要因素，導致 SF-36 台灣版與 WHOQOL 量表雖然在分數計算上趨於一致，但 WHOQOL 量表的區辨能力上來得較佳。由於 WHOQOL 台灣版資料庫統計資料僅至 2006 年，故無法比較兩者在台灣的使用人數多寡。但世界衛生組織所發展的健康相關生活品質量表，具有跨文化發展、涵蓋性廣、完整性高的特色，並且能夠配合不同國家文化背景進行增減，添加其本土化題目，提高其在不同文化下的適用性，並已發展出簡明版問卷。本研究依照簡明版生活品質量表所分類之四大面向，參考題意設計相關問項，並依照問項之不同設計不同的選項，以使題目與選項能夠相互切合。



## 第五節 服務使用與生活品質相關研究討論

本節將整理國內與家庭照顧者生活品質與服務使用相關之研究，希望藉此瞭解影響服務使用相關因素，與影響家庭照顧者生活品質的因素。整理國內相關期刊與論文後發現，和生活品質相關因素的討論大多集中在護理或醫學領域，社會福利或社會工作領域則較為少見；在服務使用上，以社會支持、照顧負荷及政策提供等方面瞭解家庭主要照顧者使用服務的滿意程度。生活品質在定義上牽涉了個人主觀認定的生活滿意度，故藉對於服務滿意程度之研究，瞭解影響服務使用的相關因素。

研究者蒐集相關文獻後發現，影響家庭照顧者生活品質的因素有三個主要面向，包含個人特質、照顧負荷與社會支持，以下逐一列點陳述（見表 2-3）：

- 一、家庭照顧者個人特質方面：包括了性別、年齡、教育程度、工作狀況、家庭經濟狀況、與被照顧者關係等，皆可能會對生活品質造成影響。（范聖育，2002；羅淑芬等，2002；郭麗敏等，2004；呂如分，2005；溫婉伶，2005；孫嘉玲等，2005；蔡盈盈等，2007；廖珈琪，2008；王滢筑，2009；吳佩珊，2009）。
- 二、在照顧負荷方面：照顧負荷包含了照顧時間、可分工的人力、被照顧者的身體狀況等，其照顧負荷愈高則照顧者生活品質愈低。然而，若能透過出院準備服務、適當資源介入，以家庭為中心將正式與非正式資源互相配合，提昇照顧者的照顧準備程度與家庭功能，使角色與情緒得以順利轉換，便能提高其生活品質（范聖育，2002；郭麗敏等，2004；呂寶靜，2005；溫婉伶，2005；吳佩珊，2009）。
- 三、在社會支持方面：社會支持包括了正式的社會福利資源與非正式的家人、鄰里社區所提供資源。其社會支持愈高，其生活品質愈好。但陳昱名（2002）研究顯示，社會支持與生活品質無關。但大多數的研究仍顯示，若照顧者社會支持愈豐富，其生活品質也

較佳。社會資本愈豐富，能夠獲得的訊息來源也愈多，在照顧選擇上的資訊不對稱狀況也會減少，家屬的支持也是改善主要照顧者生活品質的重要因素，家庭問題解決能力愈高，也能提高照顧者生活品質（羅淑芬等，2002；江瓊慧，2003；呂如分，2005；孫嘉玲等，2005；蔡盈盈等，2007；廖珈琪，2008）。

彙整上述實證研究結果可以發現，影響生活品質的個人特質有年齡、教育程度、經濟狀況等。主要照顧者與被照顧者的關係、被照顧者的病況同時也會對生活品質產生影響。最後的社會支持，亦是本研究欲探討的部份，社會支持可分為正式服務與非正式服務，正式服務泛指以政治制度、由公私立社會福利團體所提供，以有組織的方式提供專業性服務，社會工作服務即包含在此範疇之下；非正式服務則指由家庭、鄰里、朋友、親戚等提供的照顧，並且透過各種專業服務與家庭功能，可以減輕照顧負荷，由此可見社會支持與照顧負荷彼此之間存在著某種程度的關係，共同影響了生活品質。

從上述對影響生活品質因素實證之整理，我們可以知道正式服務的使用對家庭照顧者的生活品質有正面影響。然而，又有哪些因素會影響主要照顧者的服務使用，以下研究者整理相關實證研究（見表 2-4、表 2-5），並將其依照第二節 Gates 所提出的使用過程模式，做一分類討論（呂寶靜，2001；黃惠玲、徐亞瑛，2003；黃敏鳳等，2004；謝美娥，2004；紀玫如等，2005；陳正芬、吳淑瓊，2006；陳燕禎，2009；曾煥裕、石泐，2010）：

- 一、需求因素：照顧者對照顧的主觀負荷程度較重與照顧者主觀身體健康狀態較為不好者，較容易使用服務。
- 二、個人知識、動機與認知：照顧者教育程度較高，對訊息接受程度較高、對使用服務有正向看法者，使用服務比率也會較高。同時對於照顧責任的信念，認為由不完全由家庭承擔者，較容易使用服務。
- 三、克服地理障礙的能力：對於使用服務過程中所必須克服的交通問題與所需花費的時間，與是否使用服務有所相關。例如機構無交通車接送或使用服務需花費太多時間移動等。

- 四、克服心理障礙的能力：此部份包含了照顧者對於使用日間照顧或正式服務的態度與價值觀，也會受到鄰居或其他重要家人的影響。若認為使用服務是不孝的行為，或認為使用服務會產生標籤化的負面效果，則使用服務的比率會降低。
- 五、是否符合資格：是否符合政府所設下的補助資格和條件，與是否使用服務有所相關。此部份牽涉到家庭經濟負擔，若使用服務費用超出照顧者原本所預期或照顧者難以負擔照顧費用，即使照顧者有需求也難以使用服務，但若能夠獲得補助，即會降低部份經濟負擔，則可能提高使用服務的可能性。或者欲使用服務，卻因法令規定過於嚴苛，導致其不符合機構或法令所設定的標準，而無法使用服務。
- 六、資源的可近性：照顧者欲使用服務時，愈能快速或方便取得資源，也影響服務使用的程度或比率。此部份可能與克服地理障礙能力的影響因素有所相關，亦可能照顧者具備能力但卻無法尋得適用的服務。

表 2-5 照顧者照顧困境與生活品質相關研究整理表

作者	題目	摘要	出處
邱啟潤、許叔敏、吳瓊滿 (2002)	主要照顧者負荷、壓力與因應支國內研究文獻回顧	照顧者負荷程度為中低程度，且與女性為主 以心理、社會負荷較大 被照顧者依賴程度及行為問題高時，照顧者的照顧負荷較大 照顧者的性別、年齡、與病患關係、自覺健康狀況、工作、照顧知識、態度、期間、是否有人能夠一起分擔、家庭互動與支持程度皆是相關因素。	醫護科技學刊 4(4)
李逸、周汎浩、陳彰惠 (2011)	家庭照顧者議題—從性別、私領域到公共政策的觀點	照顧者以女性為多。 女性照顧者比較不願求助，認為是應該承受的責任。 照顧者解除照顧工作後，重返職場的困難。 家庭照顧者的負荷來自心理、生理。 需求包括增進技能、人力協助、支持系統、社會福利、醫療資訊等。	護理雜誌 58(2)

(接上頁)

作者	題目	摘要	出處
張慈君、徐亞瑛、陳明岐、邱逸臻、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	失智患者的慢性病越少、教育程度越高，問題處理能力越好。 除了提供失智症行為問題的因應技巧外，也因考量教育程度設計不同課程，使服務有所效率及效益。 家庭照顧者常因行為問題感到困擾，甚至感到憂鬱。 家庭照顧者的角色調適狀況、角色模範、知識、技能、家庭支持與被照顧者關係等，接會影響其能力。應隨著病程的演變，設計不同課程，使照顧者得以應付多變的問題，也能真正照顧能力	護理雜誌 59(6)
蔡佳容、蔡榮順、李佩怡 (2012)	失智症家庭照顧者的內疚經驗	有 1/3 的照顧者會感到憂鬱，而照顧失智比其他病患更容易憂鬱。 角色模式轉變、照顧者的哀傷、疾病不可控制性使失智照顧工作更特別、挑戰性高，使照顧者身心俱疲。 家庭照顧者需要被傾聽、期待自己及被照顧者能受到理解與重視，希望能滿足自己跟家人的需要。 在介入了解時，了解照顧者的文化期待與照顧要求，加強處理負向認知與照顧技巧，提供個人化的心理支持與服務，以提昇家屬服務的品質	亞洲高齡健康休閒及教育學刊 1(1)
溫婉伶 (2005)	影響失智症家庭照顧者其自覺準備度與生活品質因素之探討	提昇準備度對生活品質有正相關影響 家庭照顧者生活品質受患者是否有配偶、併發症多寡、患病年數、照顧者本身的性別年齡宗教、教育程度、家庭收入、照顧時數及與患者的關係有關。 提昇準備度可從座談會、自助團體與社會福利使用提昇。	長庚護理研究所



(接上頁)

作者	題目	摘要	出處
吳佩珊 (2009)	影響老年身心障礙者主要照顧者生活品質之探討——以中部地區居家服務老人為例	<p>主要照顧者若未主動敘說，家庭成員經常不知道他產生負面影響，進而引發照顧者生活品質下降。</p> <p>社會支持與照顧負荷對照顧者生活品質有極重大影響。有適當地資源介入，可以提昇照顧者生活品質，讓照顧者得以持久照顧工作。</p> <p>以家庭為服務中心，將正式與非正式資源相輔相成。</p>	暨大社會政策
范聖育 (2002)	家庭功能與安寧療護主要照顧者生活品質的相關性探討	<p>家庭功能的好壞，對生活品質有所影響，也就是若能提昇家庭解決問題的能力，或許能夠因此提昇生活品質。</p>	成大行為醫學
陳昱名 (2002)	社會福利資源與需求的落差：以老年失智症病患家庭照顧者之照顧負荷，需求與困難為例	<p>照顧者多數需要家庭成員的肯定與情感力量支持，需要有人提供資訊、給予提醒與建議。</p> <p>對正式服務的主要需求在可以分擔照顧工作、失智症相關資訊與福利諮詢為主。</p> <p>幾乎造成照顧者生活的完全改變，與親人的情感是支持的原動力之一，若無替代照顧人力，會出現孤立感與無力感。社會福利可近性低，連問都不知道去哪裡問也不知道有什麼可以服務的，其資源分配也有地域性之差異。</p>	北醫醫學
林和蕙 (2003)	嘉義地區失智症患者照顧網絡與服務體系之互動：由社會網絡觀點之分析	<p>失智患者與照顧者社會資本越豐富，照顧選擇上的「資訊不對稱」也會減少。</p> <p>非正式網絡成員主導照顧方式，患者與照顧者的關係也會影響照顧品質。</p> <p>正式服務介入有助於照顧者獲得資訊提昇照顧品質。</p> <p>提高正式服務的使用度與可近性，可提高患者與照顧者的生活品質。</p> <p>可由服務提供者角度出發。</p>	中正社福

(接上頁)

作者	題目	摘要	出處
楊培珊(2000)	機構式失智症照顧中社會工作的執行	<p>社工是機構的守門員，負責代表機構與外界接觸，包含接待參觀、與捐款人保持聯繫…等。</p> <p>對個案進行初步篩選、電話諮詢並提供申請等行政雜務。</p> <p>了解並回應案家需求、團體工作的執行與危機處理。</p> <p>社會工作扮演復健性、協調性與資源提供的角色，但預防性與發展性功能僅能提供給照顧者。在失智者身上使不上力。</p> <p>對於失智照顧不僅是針對患者，而是延展到家庭或照顧者。</p>	社會政策與社護工作學刊4(1)
呂寶靜(2005)	支持家庭照顧的長期照顧政策之構思	<p>家庭對老人而言扮演了工具性、經濟性與支持性的角色。</p> <p>照顧者希望能有替換照顧的人、經濟補助以及增加照顧的知識技巧；在失智領域最常被利用的是喘息服務與日間照顧</p> <p>照顧者認為最受影響的即是社交關係，其次為家庭關係，並且在心理上經常有無力感、無助感、無奈感及委屈感，對於與父母角色的轉換也產生矛盾。</p>	國家政策學刊4(4)
孫嘉玲等(2005)	中風病患主要照顧者的生活品質與社會支持	<p>照顧者與重要他人的關係，為影響生活品質的重要因素。</p> <p>家屬支持是改善主要照顧者生活品質的重要因素。</p> <p>資源越少，照顧負荷越大。</p>	台灣醫學9(3)

(接上頁)

作者	題目	摘要	出處
呂如分(2005)	中風病患主要照顧者生活品質及其相關因素之探討	社會支持越多，生活品質越好。 家庭功能未調整好，生活品質會較低落 壓力越高，生活品質越低 能得到越多正式或非正式支持，生活品質會越好 壓力感受、與病患關係、病患性別與經濟狀況，預測生活品質的重要因素。 以家庭為照顧對象，加強對主要照顧者的服務 加強對正式服務資訊的取得。 鼓勵參與自助或互助團體，以改善生活品質。	長期照護雜誌 9(2)
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	家屬所承擔的巨大照顧壓力，可能會使他們成為另一個隱藏的案主。 服務使用的可近性低，因失智病程特殊，應依特殊狀況為家庭提供個別化服務。 家庭介入服務的好處是，可以減低身心耗損、也有便利性。 提昇照顧者的自我效能、憂鬱情緒及生活品質。	長期照護雜誌 10(4)
林淑錦、白明奇(2006)	失智症病患主要照顧者的壓力—以家庭生態觀點論之	生理壓力：睡眠不足、腸胃不適、體重改變、疲倦及頭痛。 心理壓力：被束縛感、無助、沮喪，患者逐漸不認識自己的憂傷。 社會壓力：娛樂、社交機會減少、社會疏離、經濟壓力等。 其憂鬱情況較其他照顧者來得明顯。 台灣照顧者面臨的問題是，照顧人力不足、失智症照顧的複雜性與困難、家屬間的心理調適、家庭功能低落的照顧者資源與資訊不足。 需要獲得醫療、教育、社會資源、技巧訓練、情緒支持等協助。 若可以接受到完整的資訊與服務，可以降低照顧壓力使家庭能正常運作。	長期照護雜誌 10(4)

表 2-6 影響服務使用因素相關研究整理表

作者	題目	摘要	出處
黃敏鳳;徐亞瑛; 楊培珊;葉炳強 (2004)	失智症患者及家 庭照顧者接受日 間照護服務需求 情形探討	日間照顧可滿足其情緒、情感 之需求 可維持家庭的完整性 獲得社會支持，決定長者是否 能續留於社區之中 防止照顧者崩潰，增進生活品 質家人可安心工作	長期照護雜誌 7(4)P355-370
蔡啟源(2009)	老人喘息服務之 探討	喘息服務為家庭照顧者所設 計，為暫時的替代照顧人力， 提供休息的機會。另外也可使 家庭照顧者有機會可學習、接 受照顧訓練、參加支持團體、 分享經驗等。 減輕照顧壓力，提昇家庭和 諧。	社區發展 128
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	照顧者對家庭責任的看法、對 自身負荷的察覺程度，包括身 體、情緒、個人時間等。 家庭經濟情況也對服務使用 具有影響力。 被照顧者的依賴程度是是否 使用的重要因素。 服務使用意願與行為經常是 不一致的。	人口學刊 32
陳正芬(2013)	我國長期照顧體 系欠缺的一角 - 照顧者支持服務	我國現有家庭支持服務有：諮 詢服務、專題講座、支持性服 務、單次性活動、個案服務及 喘息服務。目前多以專題講座 形式辦理，參與率逐年降低。 照顧者與被照顧者可同時參 與之活動受歡迎，因會顧慮替 代照顧人力不足，而影響參與 意願。 性別、年齡、教育是影響參與 課程的重要因素。年紀輕、教 育程度高者，較易參與及使用 正式資源。 部份照顧者很少使用正式服 務的原因來自於資訊的掌握 程度不足。	社區發展季刊 141
曾煥裕、石泐 (2010)	獨居老人使用社 會福利服務因素 之探討	親友提供了較多的資訊，社會 關係好可提昇服務使用率	長期照護雜誌 14(2)

(接上頁)

作者	題目	摘要	出處
謝美娥(2005)	失智症日間照顧服務使用狀況與評估	可以減輕照顧者對老人走失的負擔、照顧者負擔、替代白天之人力、外傭與全天機構不適合失智長輩 照顧者需休息及放輕鬆，是使用的主要原因 收入低者傾向可以安心工作的經濟因素，而收入高者考慮情緒及生理的負擔	中華心理衛生期刊 18(3)
鄧世雄(2004)	失智症社區照顧服務	有需要但未使用之原因對社區照顧感到陌生、不了解可以選擇什麼服務、提供服務不如提供金錢補助	社區發展季刊 106

表 2-5 日間照顧服務相關

作者	題目	摘要	出處
程少筱(2005)	兩家失智症日間照顧中心服務方式觀察與分析	訊息來源多為醫療院所 家屬負荷為睡眠不夠、情緒無助、減少社交、擔心被照顧者使用服務後白天可放心工作或從事休閒活動、時間安排較彈性，但相關課程參與度低。提供喘息，降低照顧負擔。 支持服務為團體或課程，給予支持或成長	中正社福
黃秀雲(2009)	自工作分析談社會工作者在老人長期照顧機構中的角色	服務對象包括老人及家屬或重要他人，提供綜合性評量、資訊、轉介、保護、諮詢等服務。 協助 MS 了解個案狀況及家庭的需求，必須提供評估、處遇、復健及支持照顧。 三大工作為：危機處理、家屬服務、志工管理及教育訓練	社區發展季刊 128 期

(接上頁)

作者	題目	摘要	出處
李琪(2011)	日間照顧服務社會工作員工作適應初探	<p>四大工作：個案服務（案主工作計畫擬定）</p> <p>活動規劃、家屬支持服務及行政</p> <p>個案：評估狀況、帶領團體</p> <p>家屬：蒐集長輩生命史、疾病史及家庭狀況、諮詢服務、座談會、諮商師講座、團體及聯誼會等。</p> <p>社區工作：宣導並參與社區活動。</p> <p>家庭的仲介者，使家庭能滿足需求，並給予適當地資源轉介</p>	政大社工
呂寶靜(2013)	長期照顧社會工作人力資源發展之展望	<p>日間照顧社工職責：</p> <p>服務管理：個案工作、人力管理、家屬支持及社區宣導</p> <p>行政業務：一切相關報表、核銷等事務</p>	社區發展 141
陳燕禎(2005)	社區老人照顧支持體系及政策之探討	社區照顧必須掌握的有 5A，掌握可近性、可受性、可及性、可賴性與適當性，才能使資源有效運用	社區發展 110

## 第六節失智症家庭主要照顧者生活品質之分析架構

再次回顧本研究的目的有二，第一是瞭解現有日間照顧服務對失智症家庭主要照顧者的協助類型與適切性；第二為瞭解現有社會工作服務對失智症家庭主要照顧者生活品質影響程度。本節目的則是將文獻探討做一總結，並藉此提出分析研究架構。

回顧本章，第一節對何謂失智症進行定義，照顧的特殊之處及制度現況做說明，從中瞭解失智症家庭照顧者的困境與需求，及可使用的服務有哪些與目前實務上實際提供的服務；第二節則整理服務使用模式相關理論並進行討論，Andersen 的健康服務使用模型與 Gates 的使用過程模型皆提出個人特質、對服務的認知與使用動機、資源的可近性、克服障礙的能力對是否使用服務的影響；第三節則對生活品質做定義，包含了生活品質可能涵蓋的身體健康狀態、心理狀況、社會關係與環境四個面向，並對其測量工具之發展進行討論；最後，對相關實證研究做一整理，討論影響生活品質與服務使用相關因素。

由第四節相關實證研究整理中，可以發現服務使用與生活品質兩者之間存在著某種關聯性，有使用服務的照顧者生活品質優於未使用的照顧者，主要原因在於照顧負擔的降低。然而，社會工作所提供的服務在之中是否對照顧者有所協助，所提供的服務對照顧者而言是否適切，是否對其生活品質造成影響，研究者從實證研究中未發現與其有直接關聯之因素。因此，形成以下以「失智症家庭主要照顧者使用社會工作服務與其生活品質相關性之研究」為主的研究架構：

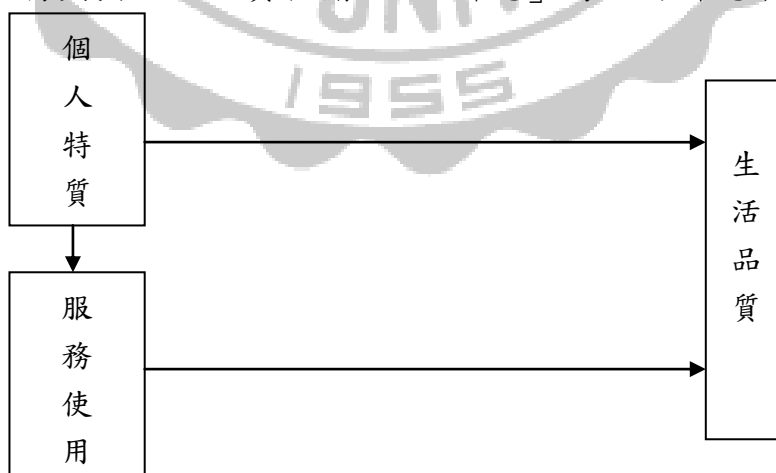


圖 2-2 失智症家庭主要照顧者使用日間照顧服務與生活品質相關性架構簡圖

本研究依據文獻探討第四節所得，以主觀「身體健康狀態」、「心理狀況」、「社會關係」與「環境」四個面向做為架構中生活品質的變項。並透過 Gates 的服務使用過程模式檢視日間照顧服務的提供與照顧者服務使用之間可能存在的障礙，包含了個人知識、認知與動機、克服障礙的能力（包含地理與心理）、是否能夠符合資格與資源的可近性四個面向作為分析。





## 第三章 研究方法

### 第一節 研究架構與問題

根據第二章相關文獻探討提出使用日間照顧服務對家庭主要照顧者生活品質研究的分析架構，形成本研究的研究概念架構如下圖：



圖 3-1 失智症家庭主要照顧者使用日間照顧服務與生活品質相關性研究概念架構

根據以上架構，提出本研究所要探討的問題，如下：

- 一、家庭主要照顧者的基本特質為何？
- 二、家庭主要照顧者日間照顧服務使用認知與需求狀況為何？
- 三、家庭主要照顧者使用服務狀況與未使用原因為何？
- 四、家庭主要照顧者的生活品質現況為何？
- 五、家庭主要照顧者服務使用狀況對生活品質是否有關？

## 第二節 研究設計

本研究主要探討失智症家庭主要照顧者日間照顧服務之使用與生活品質是否有關。在研究性質上主要屬於描述性研究(descriptive research)，是對現象描述、紀錄及報告，能夠提供基本資訊，以了解現況。在前述的資料蒐集過程中，也會試圖進一步了解各個變項間的關係，也因此或多或少帶有部份解釋性研究(explanatory research)。就研究時間來看則屬於橫斷性研究(cross-sectional)（張英陣譯，2001）。同時，針對從事日間照顧服務之社會工作者進行半結構式、個別之訪談，以下將分別討論此二種研究工具。

### 壹、量化部份

#### 一、問卷施測對象

本研究以日間照顧中心服務之失智症家庭主要照顧者做為問卷施測對象。在此所謂的家庭主要照顧者指的是在家中實際負責大多照顧工作者，包含失智長輩之飲食、盥洗等生活起居照顧，並為機構主要聯絡對象。

台中地區 100 年度設有十間失智/失能型日間照顧中心，共可提供 213 個服務量(台中市政府社會處，2011)。研究者先以電話聯繫台中市開辦日間照顧服務之社會福利單位，詢問其合作意願，並準備論文計劃書之摘要與機構面談，最後獲得三家日間照顧中心之合作機會。故以台中市區（即原台中市），三間使用老人日間照顧中心服務之失智症家庭主要照顧者為研究對象，調查研究方式進行。問卷的發放與蒐集方式則是，經機構由家屬聯絡簿方式發放給予家庭主要照顧者，再請機構社工協助回收，並針對未回收之家庭主要照顧者於聯絡簿中再次提醒繳回。

本研究自民國 100 年 4 月 29 日至民國 100 年 5 月 15 日，為期約二周進行資料蒐集。總計發出 70 份問卷，回收 46 份，回收率為 65.7%，其中無效問卷 9 份，有效問卷 38 份。此處無效問卷指受測者有超過五題未填答。

## 二、測量工具之編定

本研究以調查研究方式為主，質性訪談為輔。在調查研究方面，以結構式問卷作為主要之測量工具，研究者根據研究架構、文獻探討並參考 WHOQOL 量表，由研究者自行設計生活品質量表與服務使用之問卷。為使問卷內容與語句能為受測者所了解及能符合研究目的，在問卷初步完成後，研究者除了與指導教授進行討論外，請二位曾為失智症家庭主要照顧者並使用過日間照顧服務的前照顧者針對題目之題意進行討論與建議，同時也請三家機構之社會工作者給予建議協助修改。

「失智症家庭主要照顧者使用日間照顧服務與生活品質之相關」問卷，共分為三個部份，第一部份為測量家庭主要照顧者使用服務之狀況；第二部份主要測量家庭主要照顧者生活品質，第三部份則為家庭主要照顧者個人基本特質，共計 49 題。除第三部份個人基本特質以類別與順序尺度測量外，其他量表包含需求程度、對服務的認知情形與生活品質量表，以五點量表做為不同程度之表現。問卷中所有題目皆以正向方式描述，未有負向描述之題目。

本研究欲得知失智症家庭主要照顧者使用日間照顧服務後生活品質的情形，整體設計架構為失智症家庭主要照顧者的個人特質與使用服務和生活品質相關，而使用服務則與生活品質相關。以下將其依相關文獻與本研究需要，做語意性之定義：

- (一) 主要照顧者個人特質包括二個部份：基本資料與照顧狀況。就基本資料部份而言包含性別、年齡、教育程度、經濟狀況與照顧狀況。照顧狀況則指被照顧者的照顧者的失智程度、照顧信念與被照顧者的關係。研究者將失智程度分為輕度、中度與重度三項；與被照顧者關係則分為配偶、兒子、女兒、媳婦、女婿、兄弟姊妹與孫子女等七項。
- (二) 服務使用目的在於瞭解家庭主要照顧者是否曾經使用日間照顧中心所提供的社會工作服務，在使用過程中遭遇到什麼障礙。

1. 社會資源連結與申請：意指日間照顧中心社會工作者協助

家屬申請或連結公私部門之資源，包含：身心障礙手冊申請、生活津貼、社會保險給付等。

2. 照顧技巧訓練：指的是舉辦照顧技巧訓練課程，讓家庭主要照顧者得以學習較好的照顧方法及與失智長輩相處的方式，包含基礎與進階。
3. 家庭需求評估：此指社會工作者評估其家庭狀況，協助擬定長者在家時的照顧計畫，使家庭成員在生活與照顧之間能重新尋得平衡。
4. 支持團體：即指定期舉辦家庭主要照顧者的支持或互助團體，使其能有彼此交流照顧經驗與方法，並達到彼此支持的功用。

(三) 生活品質目的在於瞭解家庭主要照顧者的生活品質狀況，包括身體健康狀況、心理狀況、社會關係與環境四個部份。

1. 身體健康狀況：睡眠品質優劣或需要依靠藥物入睡的程度、身體是否常感到酸痛或覺得十分勞累。
2. 心理狀況：覺得生活很愉快、感到安全感、能否集中精神、覺得生活有尊嚴或感到有面子等。
3. 社會關係：保有原本的人際關係、家庭與休閒生活的程度、家人、朋友或專業人員能給予足夠的支持等。
4. 環境：經濟負擔、居住環境、能夠獲得想知道的資訊，可以自由行動等。

本研究之操作型定義自語意性定義將構念轉換而來，目的在於形成實際能夠測量的工具。本研究的測量工具採用由受訪者自行填寫的問卷，以測量本研究中的概念，以下逐一說明各變項之操作性定義：

(一) 「主要照顧者個人特質」，包括：

1. 性別：主要照顧者的性別為男性或女性。
2. 年齡：由家庭主要照顧者依其出生年次填寫。
3. 教育程度：指家庭主要照顧者最高之教育程度，分別為小學以下、小學、國中、高中(職)、專科/大學、研究所

以上，七個部份。

4. 與失智症者的關係:指家庭主要照顧者與失智症患者之關係，分為配偶、兒子、媳婦、女兒、女婿、孫子女、兄弟姊妹與其他親戚，共八個選項。
  5. 所照顧的失智症者的失智程度:指家庭主要照顧者所照顧之失智症者之失智程度，分別是疑似但未確診、輕度、中度與重度。
  6. 照顧費用負擔:指使用日間照顧中心服務所需負擔之費用，分作政府全額補助、五千以下、五千到一萬、一萬一千到二萬、二萬以上。
  7. 家庭總收入:指失智症家庭主要照顧者之家庭的總收入，分別為一萬以下、一萬一千到二萬、二萬一千到三萬、三萬一千到四萬、四萬以上，共五個選項。
  8. 日間照顧服務的幫助程度:指家庭主要照顧者使用日間照顧中心服務後主觀認定的幫助程度。以完全沒幫助、沒有幫助、普通、有幫助、非常有幫助，五點量表作為選項。
  9. 對整體服務滿意度:意指家庭主要照顧者是用日間照顧中心服務的整體滿意程度，亦以五點量表作為選項，分別是非常不滿意、不滿意、普通、滿意與非常滿意。
- (二) 「服務使用」分為服務使用狀況與是否使用服務、使用後感想與未使用之原因。
1. 怎麼知道有日間照顧服務中心:意指家庭主要照顧者是如何知道有日間照顧中心之服務。將分為親友告知、廣播、網路、報紙、電視、其他單位介紹、其他，共七個選項。
  2. 曾打消送失智者到中心的想法:本題欲了解家庭主要照顧者曾經因為什麼原因而沒有送失智者到日間照顧中心接受服務。以覺得不安全、費用太高、接送不便、失智者不願意、怕被說閒話、其他親友反對與其他，共八個選項。

3. 是否知道中心還可以提供其他服務:指家庭主要照顧者是否知道日間照顧中心還有提供其他相關服務，以非常清楚、清楚、有聽說、不清楚、非常不清楚，五點量表作為選項。
4. 需要日間照顧中心協助申請相關福利資源:指家庭主要照顧者需日間照顧中心協助申請相關福利資源的程度。以非常需要、需要、普通、不太需要、非常不需要，五點量表作為選項。
5. 需要日間照顧服務中心人員聽我說在照顧上的困難:指家庭主要照顧者對傾聽照顧困難的需要程度。以非常需要、需要、普通、不太需要、非常不需要，五點量表作為選項。
6. 需要日間照顧服務中心舉辦家屬間照顧經驗分享活動:指家庭主要照顧者對日間照顧中心辦理家屬支持團體的需要程度。以非常需要、需要、普通、不太需要、非常不需要，五點量表作為選項。

### 三、問卷資料蒐集方法

本研究以問卷方式進行資料蒐集。經由所合作的日間照顧中心社工協助，將問卷夾於長輩家庭聯絡本攜回家中，由家庭主要照顧者填寫。問卷回收後，研究者進行登錄、統計及分析。

### 四、問卷資料分析方法

本研究使用 SPSS 電腦統計軟體進行資料處理，將回收問卷刪除無效問卷後，以有效問卷進行登錄、統計與分析。採次數分配表、百分比作為統計方法，以呈現各變項之分佈及概況，以做為質性訪談大綱設計之基礎。問卷一共分為四大部份，以下針對各部份說明資料分析計畫：

#### (一) 日間照顧服務使用認知與需求：

此部份逐題以次數分配表、百分比來呈現家庭主要照顧者對服務使用之認知與需求。服務認知的部份為 1 至 3 題，各項服務需求則是 4 至 10 題。

(二) 日間照顧服務使用情形、使用與未使用因素：

此部份以階層方式進行資料之分析。首先將使用與未使用之狀況以次數分配表呈現，接著再針對使用與未使用因素進行分析。

(三) 家庭主要照顧者生活品質狀況：

此部份針對家庭主要照顧者生活品質狀況逐題進行次數分配與百分比分析，以呈現家庭主要照顧者生活品質之分佈狀況。

(四) 家庭主要照顧者個人狀況與家庭狀況：

家庭主要照顧者個人狀況與家庭狀況為人口變項屬性，個人狀況包含性別、年齡、教育程度。家庭狀況則包括了與失智者關係、家庭總收入、照顧費用負擔及使用日間照顧服務的滿意度與對整體服務的滿意度。



## 貳、質性部份

### 一、 研究對象之擷取：

本研究質性訪談部份，邀請協助施測的日間照顧中心之社會工作者，經受訪者同意後進行訪談。藉此了解社會工作者對於家庭主要照顧者生活品質狀況的認知、使用服務的情形與自身的經驗及看法，期待經由此訪談了解供需雙方對日間照顧服務提供與使用的看法，並能從中進行交叉比對。

### 二、 訪談大綱之設計：

本研究訪談大綱（詳見附件）依問卷分析結果擬定，共分為四大題。以半結構方式與社會工作者進行個別訪談，欲從中了解社會工作者對家庭主要照顧者的需求類型、生活品質及對目前服務與需求落差的認知。質性訪談則以問卷分析結果為基礎進行設計，並以此大綱與受訪者以個別式面對面進行訪談。

### 三、 質性資料分析：

本研究將訪談所得之質性研究資料，經以下步驟進行分析：

#### 1. 謄寫逐字稿：

研究者將每筆訪談資料錄音檔謄寫為逐字稿，內容依其錄音內容據實記載受訪者之口語資料。訪談過程中，研究者同時進行筆記，以利日後資料之分析。

#### 2. 檢視原始資料：

將每筆錄音謄寫完成後，研究者反覆閱讀每筆資料，將受訪者所表達出的語句，針對重要之相關字詞，摘錄於所對應之文字檔旁，作為日後分析之依據。

#### 3. 登錄：

依據謄寫文字之逐字稿，依據研究目的、問題、架構進行重組與歸納，重新賦予不同的意義。

#### 4. 編碼與歸檔系統：

將所登錄之資料，依研究目的找尋符合的編號與特質，將有意義或常出現之資料進行歸納，與跨對象的個案分類統整，找出可相呼應之概念，並進行調整、整合，以呈現整體研究脈絡主題。



## 第四章 研究發現

本章將依據所提出的五個研究問題，將蒐集的資料進行說明與分析。本研究選取研究對象為台中市三家日間照顧服務中心，一共發出七十份問卷，並針對三家日間照顧中心之社會工作者進行訪談。將量化資料與質性訪談資料比較對話，以彼此呼應與討論。

問卷實際回收四十六份，經過篩選後有效問卷為三十八份，回收率為 65.7%，有效問卷佔回收問卷的 82.6%。質性訪談則彙整問卷分析結果，進一步了解社會工作者於實務中的經驗與看法。

研究者將以量化統計方法進行資料整理與分析，後輔以質性訪談說明，以補充量化資料之不足，並將結果分為以下幾個部份加以呈現：

- 一、 家庭主要照顧者個人基本特質
- 二、 家庭主要照顧者日間照顧服務使用認知與需求。
- 三、 家庭主要照顧者使用服務狀況與未使用原因。
- 四、 家庭主要照顧者生活品質狀況。
- 五、 家庭主要照顧者使用服務狀況與生活品質。

### 第一節 家庭主要照顧者個人特質

#### 一、 家庭主要照顧者個人基本特質

由表 4-1 可以看出主要照顧者雖以女性較多有二十一人（佔 55.3%），但男女比例相近，男性亦有十七人（佔 44.7%）。將受訪者的年齡分為五組後，可以看見主要照顧者的年齡偏大，六十歲以上與五十歲以上的照顧者各有十一人（佔 28.9%），三十歲以下的照顧者只有二人（佔 5.2%）。從教育程度來看，大部分照顧者的教育程度在高中以上，而擁有大學學歷者有十二人（佔 31.6%）。與失智者的關係以子女為最多，兒子有十二人（佔 31.6%），女兒有十三人（佔 34.2%）。其所照顧的失智者失智程度以中度為多有十六人（佔 42.1%），輕度居次有十一人（佔 28.9%）。

在使用日間照顧服務的費用負擔上，57.9%的照顧者負擔五千到一萬元的照顧費用，15.8%的照顧者負擔一萬一千到二萬元的照顧費用，負擔五千元以下費用的共有九人（佔 23.7%），二萬元以上的僅

有一人。其家庭總收入普遍落在三萬一千元到四萬元之間，佔 34.2%，以四萬元以上居次，佔 28.9%。

表 4-1 家庭主要照顧者個人特質 (N=38)

變項	次數 (%)	變項	次數 (%)
<b>性別</b>		<b>受照顧者失智程度</b>	<b>遺漏值=1</b>
男	17(44.7%)	疑似但未確診	2 (5.3%)
女	21(55.3%)	輕度	11(28.9%)
<b>年齡</b>	<b>遺漏值=1</b>	中度	16(42.1%)
60 歲以上	11(28.9%)	重度	8 (21.1%)
50-59 歲	11(28.9%)		
40-49 歲	6 (15.7%)		
30-39 歲	7 (18.4%)		
29 歲以下	2 (5.2%)		
<b>教育程度</b>		<b>照顧費用負擔</b>	
國中以下	6 (15.8%)	政府全額補助	4 (10.5%)
高中職	9 (23.7%)	五千以下	5 (13.2%)
專科	9 (23.7%)	五千到一萬	22(57.9)
大學	12(31.6%)	一萬一千到二萬	6 (15.8%)
研究所以上	2 (5.3%)	二萬以上	1 (2.6%)
<b>與失智患者關係</b>	<b>遺漏值=1</b>	<b>家庭總收入</b>	<b>遺漏值=2</b>
配偶	8 (21.1%)	一萬以下	3 (7.9%)
兒子	12(31.6%)	一萬一千到二萬	3 (7.9%)
媳婦	3 (7.9%)	二萬一千到三萬	6 (15.8%)
女兒	13(34.2%)	三萬一千到四萬	13(34.2%)
女婿	0 (0%)	四萬以上	11(28.9%)
孫子女	1 (2.6%)		

綜合上述顯示，失智症家庭主要照顧者主要是失智者的女兒或兒子，年齡大多落在五十歲以上，教育程度則以高中職、專科學歷為多。所照顧的失智者失智程度為輕度或中度。照顧費用約佔家庭總收入的三分之一到四分之一。

從訪談資料中可以見到社會工作者對家庭主要照顧者使用服務後的轉變也抱持肯定的態度。社會工作者由實務經驗中發現，家庭主要照顧者使用服務後，在生理、心理與人際關係上都有所改善，子女為主要照顧者的話，白天能安心去工作，為配偶的話則白天多了自由的時間可以從事自己的休閒活動。

像爺爺把奶奶送過來之後，爺爺白天他就可以自由的去游泳、去做 SPA，甚至可以出國去，當然他是奶奶比較沒有麼嚴重，但是他白天就可以到處趴趴走…奶奶每天好像有到這裡報到，他就安心，至少可以不用擔心她的午餐、晚餐。(c2)

安心上班也是，不用擔心長輩在家裡會發生什麼事，能好好的上班，因為長輩在這邊是能受到好的照顧的。(c1)



## 第二節家庭主要照顧者日間照顧服務使用認知與需求

由表 4-2 的統計結果可以看出，已使用日間照顧服務之家庭主要照顧者皆認為服務對其有幫助，其中認為非常有幫助的有二十三人（佔 60.5%），認為普通的只有二人。在整體服務滿意度上，與幫助程度呈現類似的分佈，對服務滿意與非常滿意的共有三十七人，認為普通的只有一人。大部分照顧者得知服務訊息的管道來自親友的告知，共有二十四人，佔 63.2%，其次為其他單位介紹得知，佔 36.8%，經由電視與廣播而得知者為零人。有十二人（佔 31.6%）曾因為失智者不願到中心而打消使用服務的念頭，其次則因為其他因素，佔 18.4%。有 50% 以上的照顧者清楚機構有提供除了照顧失智者以外的服務，然而也有 21.1% 的照顧者不清楚機構有提供其他的服務。

表 4-2 家庭主要照顧者服務使用認知情形 (n=38)

變項	次數 (%)	變項	次數 (%)
<b>日照服務的幫助程度</b>		<b>是否知道有其他服務</b>	遺漏值=1
完全沒幫助	0 (0%)	完全不清楚	0 (0%)
沒有幫助	0 (0%)	不清楚	8 (21.1%)
普通	2 (5.3%)	有聽說	6 (15.8%)
有幫助	13 (34.2%)	清楚	19 (50%)
非常有幫助	23 (60.5%)	非常清楚	4 (10.5%)
<b>得知服務的管道</b>		<b>對整體服務滿意度</b>	
親友告知	24 (63.2%)	非常不滿意	0 (0%)
廣播	0 (0%)	不滿意	0 (0%)
網路	7 (18.4%)	普通	1 (2.6%)
報紙	3 (7.9%)	滿意	22 (57.9%)
電視	0 (0%)	非常滿意	15 (39.5%)
其他單位	14 (36.8%)		
其他	4 (10.5%)		
<b>打消使用服務的原因</b>	遺漏值=6		
覺得不安全	3 (7.9%)		
費用太高	5 (13.2%)		
接送不便	2 (5.3%)		
失智者不願意	12 (31.6%)		
其他親友反對	3 (7.9%)		
其他	7 (18.4%)		

由表 4-3 可以看出在各項服務需求方面，有十八位 (47.4%) 的照顧者表示需要協助申請福利補助，有九位 (23.7%) 表示非常需要。傾聽照顧困難的需求上，有十七位 (44.7%) 照顧者認為需要這個服務，不太需要或不需要的照顧者共有六人，佔 15.8%。對於照顧者之間經驗交流分享的需求，表示需要的有十七人 (佔 44.7%)，其次為普通佔 34.2%。是否需要機構舉辦技巧訓練的部份，有十八位照顧者認為有需要，佔 47.4%，此外有十二位認為普通，佔 31.6%。針對與社工員討論照顧計畫的部份，表示普通的有十五人 (佔 39.5%)，但表示需要此項服務的有十二人 (佔 31.6%)，表示非常需要的則有三人，共有十五人，表示不需要或不太需要的僅有八人。在機構提供交通接送的需求程度上，有 42.1% 的照顧者表示需要，36.8% 表示非常需要，共有三十人。最後，在提供復健服務的需求上，其需求程度在普通以上，有十七人表示需要 (佔 44.7%)，九人表示非常需要 (佔 23.7%)。

表 4-3 家庭主要照顧者服務使用需求 (n=38)

變項	次數 (%)	變項	次數 (%)
<b>協助申請福利補助</b>		<b>討論照顧計畫</b>	
不需要	0 (0%)	不需要	4 (10.5%)
不太需要	3 (7.9%)	不太需要	4 (10.5%)
普通	7 (18.4%)	普通	15 (39.5%)
需要	18 (47.4%)	需要	12 (31.6%)
非常需要	9 (23.7%)	非常需要	3 (7.9%)
<b>傾聽照顧困難</b>		<b>交通接送服務</b>	
不需要	2 (5.3%)	不需要	3 (7.9%)
不太需要	4 (10.5%)	不太需要	1 (2.6%)
普通	12 (31.6%)	普通	4 (10.5%)
需要	17 (44.7%)	需要	16 (42.1%)
非常需要	3 (7.9%)	非常需要	14 (36.8%)
<b>經驗分享交流</b>		<b>提供復健服務</b>	
不需要	2 (5.3%)	不需要	3 (7.9%)
不太需要	3 (7.9%)	不太需要	3 (7.9%)
普通	13 (34.2%)	普通	6 (15.8%)
需要	17 (44.7%)	需要	17 (44.7%)
非常需要	3 (7.9%)	非常需要	9 (23.7%)
<b>舉辦技巧訓練</b>			
不需要	3 (7.9%)		
不太需要	1 (2.6%)		
普通	12 (31.6%)		
需要	18 (47.4%)		
非常需要	4 (10.5%)		

故我們可以知道，大部分照顧者是經由親友的轉告或是其他單位介紹得知日間照顧服務的訊息。有超過一半的照顧者清楚機構可以提供他們除了照顧失智者以外的服務。另外，讓照顧者曾經打消送失智者到日間照顧中心的決定，大部分是因為失智者本身不願意。在各項服務的需求程度上，統計結果顯示大部分的照顧者都表示需要這些服務。

由訪談結果來看，其對訊息管道的來源看法與問卷分析有高度重疊。社會工作者表示大部分的訊息來自於聽別人說的或是由醫院的醫生、護士所介紹，甚至是鄰居親友那邊聽來，進而再上網或使用其他方式去查詢。

很多的主要照顧者他並沒有辦法去獲得很多的社會資源，因為他不見得有很多時間、不見得有那個跟能力跟機會…他們不知道要去哪邊找，就算找到了相關的資訊也不一定看得懂…你說宣導好了，宣導聽得到的人都不太需要。我們日照其實不算小的比例都是一個拉一個。(c3)

機構個案來源大部分是親友、在醫院聽護士或醫生介紹而來，如果是傳播媒體，就是網路。現在民眾都知道網路上可以查到很多訊息，所以他們都會上網查相關的資訊，那電視啊什麼的，就很少，我們自己也很少看到，民眾當然也是很少看到，就我自己來說，也就看到一兩次而已。所以目前網路跟聽人家介紹是最多的，甚至從網路上知道的也可能是聽人家講，才上網查看看有沒有相關的資源。(c1)

家庭主要照顧者於問卷上表示需要日間照顧中心提供相關服務，由訪談資料中來看，社會工作者認為家庭主要照顧者使用服務，主要的目的是想尋找替代的照顧人力，彌補照顧人力的不足或減輕照顧上的壓力。也依據家庭主要照顧者的需求提供了相關的服務，包含照顧技巧上的溝通、壓力上的支持及經濟上的協助。

我覺得還是照顧問題，如果這個老人那麼容易照顧，他們會有…會想要知道，例如說他會跟我的照顧…可能社工或服務員溝通，因為他可能有技巧嘛……可能你需要用什麼方式去引導或是哄他，這些問題他就會需要我們去跟他協助。(c2)

他們真的有被協助的需要啦。對，不管在他們的照顧能力也好、在他們的壓力紓解也好，在這個…真的是需要。(c3)

由上述資料中可以看見，家庭主要照顧者對於社會資源的訊息大部分來自於親友或是其他人的口耳相傳，進而上網查詢或是找相關單位介紹、詢問，而來自於傳播媒體的訊息很少，問卷資料結果與社會工作者在實務上的經驗相互呼應。但普遍清楚日間照顧服務中心可以提供哪些服務，這可能來自於使用服務之初，社會工作者的開案評估以及與家庭主要照顧者彼此間的溝通、討論，此部份將於後續章節進一步說明。



### 第三節 日間照顧服務使用情形、使用與未使用原因

#### (一) 日間照顧服務使用情形

針對日間照顧服務使用情形的結果來看(表 4-4)，機構告知失智者在機構狀況為使用最多的服務，有三十二位照顧者使用，佔 84.2%。其次為交通接送服務與給予照顧建議各有二十六人(佔 68.4)。而未使用的服務則以諮詢就醫資訊為最多，有二十七人未使用，其次則為申請身心障礙手冊，有二十五人(佔 66.8%)，家屬座談會與經驗分享活動也各有二十四人和二十三人未使用，超過一半。

表 4-4 日間照顧服務使用情形 (n=38)

變項	次數 (%)	變項	次數 (%)
<b>福利補助諮詢</b>	遺漏值=1	<b>照顧困擾諮詢</b>	
有使用	22(57.9%)	有使用	21(55.3%)
沒有使用	16(42.1%)	沒有使用	17(44.7%)
<b>協助申請身心障礙手冊</b>		<b>給予情緒支持</b>	
有使用	13(34.2%)	有使用	20(52.6%)
沒有使用	25(66.8%)	沒有使用	18(47.4%)
<b>就醫資訊諮詢</b>	遺漏值=1	<b>給予照顧建議</b>	遺漏值=2
有使用	10(26.3%)	有使用	26(68.4%)
沒有使用	27(71.1%)	沒有使用	10(26.3%)
<b>交通接送服務</b>	遺漏值=2	<b>告知在機構狀況</b>	
有使用	26(68.4%)	有使用	32(84.2%)
沒有使用	10(26.3%)	沒有使用	6(15.8%)
<b>參加家屬座談會</b>	遺漏值=1	<b>協助訂定照顧計畫</b>	
有使用	13(34.2%)	有使用	16(42.1%)
沒有使用	24(63.2%)	沒有使用	22(57.9%)
<b>參加經驗分享活動</b>			
有使用	15(39.5%)		
沒有使用	23(60.5%)		

#### (二) 使用日間照顧服務後的感覺

經由表 4-5 可以知道，曾經使用過日間照顧服務的照顧者，普遍對於使用服務沒有問題。值得一提的是針對機構告知失智者在機構狀況的部份，我們可以看見在三十二位有使用的照顧者中，有二十八位認為機構給予的資訊說得不夠詳細，另外四位則認為寫得不夠詳細。

針對告知失智者於機構狀況不夠詳細的部份，受訪的社會工作者表示，一般例行性電訪是一個月一次而機構常使用的聯絡簿頻率為一週一次，針對特殊事件則使用電話聯繫，若狀況穩定則不會特別聯絡



家庭主要照顧者。對於此部份，c2 認為有改進空間，但這相對的機構人力上的配置也必須增加，「我覺得...可以改進，因為...我們真的跟家屬打電話的時間是可以改進，但是...變成是機構人力，就是社工啊或者是服務員等等，他就要花更多心思在...家屬，跟他說欸老人今天在這裡怎樣喔，然後今天參加活動如何，聯絡簿是一個禮拜一次。」c3 則認為聯絡簿、電話都是一種工具，要怎麼去發揮到最佳的狀態也必須家庭主要照顧者的配合，「我們的聯絡簿是每天，然後大部份的家屬其實都不會怎麼回應，可是我們還是要進到我們一些細項報告的部分，包括每天的血壓、體溫啦，在這邊的情緒等等，我們還是要盡到我們的報告。那當然電話聯絡的處理來說，他是最即時性最有效的，可是他也是針對特殊的事項。」針對這個部份，c3 還表示要做到非常詳盡也不是不可能，但工作人員的行政負荷就會變重，而使得真正對於長輩的照顧就會變得較少，反而本末倒置，「有耶，有，我們也有些家屬確實很仔細的也有。那這樣一個過程我們也有思考說，其實連絡簿他真的要寫到仔細把他每個狀況寫的話，不管對社工還是服務員來說，他的行政負荷就很重。所以我們是要花這些時間來做這樣的文書資料，還是同樣的時間我們省起來跟老人家玩、陪伴他們，所以這個就兩難了。」

表 4-5 日間照顧服務使用情形

變項	次數 (%)	變項	次數 (%)
<b>福利補助諮詢</b>	n=21	<b>照顧困擾諮詢</b>	n=21
沒問題	19(90.4%)	沒有問題	19(90.4%)
說明不清楚	2 (9.5%)	說話時間太短	2 (9.5%)
<b>協助申請身心障礙手冊</b>	n=12	<b>給予情緒支持</b>	n=20
沒問題	10(83.3%)	沒有問題	19(95%)
說明不清楚	2 (16.7%)	說話時間太短	1 (5%)
<b>就醫資訊諮詢</b>	n=10	<b>給予照顧建議</b>	n=26
沒問題	10(100%)	沒有問題	24(92.3%)
說明不清楚	0 (0%)	說話時間太短	2 (7.7%)
<b>交通接送服務</b>	n=26	<b>告知在機構狀況</b>	n=32
沒問題	26(100%)	說得不夠詳細	28(87.5%)
路線安排不佳	0 (0%)	寫得不夠詳細	4 (12.5%)
<b>參加家屬座談會</b>	n=13	<b>協助訂定照顧計畫</b>	n=16
沒有問題	11(84.6%)	沒有問題	15(93.7%)
時間安排不佳	2 (15.4%)	難以執行	1 (6.3%)
<b>參加經驗分享活動</b>	n=15		
沒有問題	14(93.3%)		
時間安排不佳	1 (6.7%)		

### (三) 未使用日間照顧服務的原因

照顧者未使用日間照顧服務的原因，經由表 4-6 的統計結果顯示，福利補助諮詢方面，有九位已經自行申請完成，佔未使用者 60%，其次則為不知道可以詢問，佔 26.7%。協助申請身心障礙手冊的部份，大部分未使用的照顧者皆是因為已經自行申請完成，佔 84%。就醫資訊諮詢則是以已經有固定醫生為最多，共有二十一人（佔 77.8%）。未使用交通接送的照顧者大多是因為選擇自行接送，只有二位因為不在接送範圍內而未使用。有超過八成未參加家屬座談會以及經驗分享活動的原因，大部分是因為時間無法配合，其次才是由於失智者無人照顧。在照顧困擾諮詢與照顧技巧建議方面，也可以發現未使用服務的原因以無法配合時間為多，其次則為沒有需要或不好意思打擾工作人員。針對機構告知失智者在機構狀況的部份，未使用的原因以沒有必要及不知道有這個服務各佔半數。對於協助訂定照顧計畫方面，則有五成的原因是家人時間無法配合。

表 4-6 未使用日間照顧服務原因

變項	次數 (%)	變項	次數 (%)
<b>福利補助諮詢</b>	n=15	<b>照顧困擾諮詢</b>	n=17
自行申請完成	9 (60%)	無法配合時間	7 (41.2%)
不知道可以詢問	4 (26.7%)	不好意思打擾工作人員	3 (17.6%)
沒有需要	2 (13.3%)	沒有需要	7 (41.2%)
<b>協助申請身心障礙手冊</b>	n=25	<b>給予情緒支持</b>	n=18
自行申請完成	21 (84%)	無法配合時間	4 (22.2%)
不知道可以詢問	2 (8%)	不好意思打擾工作人員	5 (27.8%)
沒有需要	2 (8%)	沒有需要	9 (50%)
<b>就醫資訊諮詢</b>	n=27	<b>給予照顧建議</b>	n=10
已經有固定醫生	21 (77.8%)	無法配合時間	5 (55.6%)
沒有需要	6 (22.2%)	不好意思打擾工作人員	4 (44.4%)
<b>交通接送服務</b>	n=10	沒有需要	1 (11.1%)
自行接送	8 (80%)		
不在接送範圍內	2 (20%)		
<b>參加家屬座談會</b>	n=24	<b>告知在機構狀況</b>	n=6
時間無法配合	20 (83.3%)	沒有必要	3 (50%)
失智者無人照顧	3 (12.5%)	我不知道有這個服務	3 (50%)
沒有交通工具	1 (4.2%)		
<b>參加經驗分享活動</b>	n=23	<b>協助訂定照顧計畫</b>	n=21
時間無法配合	19 (82.6%)	沒必要	9 (41%)
失智者無人照顧	3 (13%)	家人時間無法配合	13 (59%)
沒有交通工具	1 (4.3%)		

經由上述統計結果顯示，已使用服務的照顧者普遍對於服務覺得滿意。未使用服務的原因，福利申請與就醫的部份，大部分家庭主要照顧者皆已申請完畢或已有固定就診之醫生。如為經驗分享等座談活動部份，則大多受制於時間，真正不需要服務者佔少數。

對於辦理此類活動的時間選擇，三位受訪者皆認為是個不容易的事，辦理於平常日會面臨家庭主要照顧者必須上班、工作的狀況。而若選擇於假日辦理，社會工作者 c1 認為：「這個部份其實機構也很為難，有時候詢問家屬他們表示有需要，但實際辦的時候卻又很少人來參與。辦在平常日，很多家屬要工作，通常可以來的是比較閒的家屬，但是也不多。辦在假日的話，也是平常比較閒的家屬會來，有時候平常上班的家屬假日就只想好好的休息，不想要再出來。」同樣的狀況也發生在 c3 所服務的日間照顧中心，他表示：「我們也針對他們的需求去舉辦一些活動、一些團體、一些座談會甚至一些學習的課程，可是我們所發現到的是我們那個...時間很難安排。其實應該很大的比例都是在時間上，他們很多都很想來，可是真的...我們辦的時間，你想我們能在什麼樣的時間辦活動、能在什麼樣的時間辦課程，就假日。假日有時後又碰到他們有他們其他的家屬，甚至有些還有工作。所以這個時間上真的很難安排。」由上述看來，即使配合家庭主要照顧者上班時間辦理相關座談活動，也常面臨家庭主要照顧者參與度不高的狀況，原因之一是家庭主要照顧者仍有自己的生活，除了照顧工作之外，也會有其他社交生活，甚至是假日仍必須工作的狀態。

而其他影響服務使用的因素，受訪者認為所提供的服務是否為主要照顧者所需要的，以及參與活動時長輩的照顧問題、交通問題，同樣會影響主要照顧者是否使用服務。社會工作者 c3 以自己所服務的日間照顧中心為例：「絕大部分都是時間，或是活動，不是活動啦，就是他們本身的...就是還有事情。比如說因為我們都辦在假日，阿假日老人家沒有來喔，所以他們老人家誰照顧。對阿，會有這個問題。那我們說老人家可以一起來，但會有交通的問題。對阿，騎摩托車就沒辦法帶老人家來。」這些其他因素對 c2 來說，除了交通、照顧問題外，還有其他更深層的原因：「因為...對我這邊遇到的狀況真的是，他們會...要上班啊那就沒辦法來，那可以來的人來一次來兩次，他就不會想來第三次嘛。要看我們給的東西是不是他們需要的，我覺得，因為他來一次兩次他可能之後大概就是這樣。如果說只是座談，那他們真

的沒有很需要這一塊，他寧可在家裡忙他的事。然後聯誼嘛，其實他們不一定會想聯耶，有些人他們覺得來這裡不是一件很光彩的事，覺得很像自己不照顧把老人丟來這兒，然後再來上課，所以我們後來就想說那是不是要用一些...例如說芳香精油舒壓課程啦，還是什麼...有請物理治療師來上課，增加他們的意願。」

除了座談會、家屬聯誼會這一類較制式且明確的家屬支持服務之外，社會工作者認為許多服務是建立於平時和家庭主要照顧者的互動上，這可能會使家庭主要照顧者不知道自己正在使用服務。

從支持、教育的角度，或從協助的角度，我們確實從很大的一個...幫助了家屬。第一個，他知道有人會跟他講、有人支持他，有人知道他的苦。比如說個案在混亂，個案時間顛倒在混亂的時候、他的空間在混亂的時候，有很多的行爲他是沒辦法去分享或是去述說，因爲他怎麼會變得這個樣子。可是他發現我們的照顧服務員、我們的社工他知道，因爲我們有照顧，所以他知道。而且他知道哪一些是正常的、哪一些是不正常的。某一些不正常的行爲在他失智的過程當中，他是正常的。就是本來就會混亂。所以這樣的一個所謂觀念上的支持，確實有很大的一個助益啦...真正對家屬的支持其實是在個案管理聯絡當中，或是...應該都在個案管理面啦。包括他來繳費，我們就跟他談一下，包括對事件、事故、病況，我們談一些。其實在那邊談的，反而會跟那種效用或者那一個家屬的支持，其實反而比較好。(c3)

我覺得因爲...他們家屬不會想到我們有這個東西，他們會覺得就像幼稚園你送去你不會問老師欸老師你有沒有什麼照顧計畫，他們不懂社工在幹嘛，那我們的照顧計畫一定是有一張表單，然後我們會寫一個照顧期待，那家屬會填，那這樣家屬他填他的期待，喔他希望他多運動啊、來這裡多喝水啊、幾點要吃藥啊、他的需求...這些就是計劃啦。(c2)

整理上述研究發現，我們可以得知大部分的家庭主要照顧者皆知道日間照顧中心有提供其他非照顧服務，諸如此類定義較為明確的資源轉介、家屬聯誼與支持等服務，然而家庭主要照顧者通常受制於時間或是仍希望保有部份自己的生活而未使用服務。但社會工作者也表示，許多的支持服務乃是建立於平常的互動與關係之上，而家庭主要照顧者也未察覺自己正在使用服務。

#### 第四節 家庭主要照顧者生活品質狀況

家庭主要照顧者生活品質的部份顯示(表 4-7)，有五成的照顧者認為自己的精神狀況還好。認為自己睡眠品質不好與非常不好的共有十四人(佔 36.8%)，認為還好的則有十九人(佔 50%)。休息時間是否足夠，有五成的照顧者認為還好，但有七人(18.4%)認為非常不足夠。對於本身身體狀況有七人覺得不好，八人覺得很好，其餘的照顧者認為還好，約佔六成。在照顧工作的意義方面，覺得沒意義的只有一人，認為有意義或非常有意義的超過五成，共有二十一人。進行照顧工作時，有十人(共佔 26.3%)覺得心情很好或非常好，有六人覺得不好或非常不好，認為還好的佔 55.3%。有 44.7%的照顧者認為自己能夠專注在一件事情上，覺得專注度普通的則有 42.1%。有將近六成的照顧者認為自己的生活愉快程度還好，有十一人認為生活愉快或非常愉快，也有五位認為自己的生活不愉快或非常不愉快。能參加聚會的頻率有三成的照顧者表示經常無法參加，每次都能參加的照顧者只有一位，而經常能參加的七人，佔 18.4%。在家人分擔照顧工作的部份，有十二人認為分擔的時間足夠，覺得還好的有十七人，認為不足夠的則有九人。

由上述我們可以看見，家庭主要照顧者普遍認為自己的照顧工作具有意義，但於睡眠、休息時間覺得不足夠、自覺身體狀況不佳的情況則較其他項目來得高。由社會工作者 c1 的訪談中，可以呼應此狀況。

家屬要的生活品質其實就是好好睡覺、安心上班。基本上會送來日照的家屬，都還是想好好照顧的家屬。如果他們真的覺得顧得很累，撐不下去的時候，就會送去養護中心了(c1)。

同時我們也可以發現，家庭於分擔照顧工作上讓主要照顧者覺得較不足。而社會工作者自工作中觀察家庭主要照顧者自開始接受服務到一段時間後的改變，普遍認為接受日間照顧服務後，家庭主要照顧者的部份照顧負擔減輕，已使得家庭主要照顧者的生活品質有所好轉。

好好睡覺的部份就是說，長輩白天到機構，可能回家就會比較累或是比較穩定，晚上也比較不會有一些遊走的行爲或是在那邊亂，家屬就比較能好睡。安心上班也是，不用擔心長輩在家裡會發生什麼事，能好好的上班，因為長輩在這邊是能受到好的照顧的(c1)。

當然來使用服務之後，他們一定減輕很多的...壓力，至少，他們可以放心去工作，或者是可以在家裡做他們的事情...其實就用滿意度問卷來調查，因為我們會做家屬問卷嘛，那一塊是覺得是他們覺得來這邊是減輕壓力，而且生活品質是上升的，對(c2)。

每一個家屬從進來到一段時間，我們看每一個家屬的改變都非常大，在身心理變化阿、人際關係的變化其實都很大。所以他確實有一些影響的存在啦，有他的存在價值啦 (c3)。

除了能獲得好好休息與減輕壓力之外，能夠有時間做自己的事，包含參加聚會等活動，也是讓家庭主要照顧者生活品質提昇的原因之一。

就像...爺爺把奶奶送過來之後，爺爺白天他就可以自由地去游泳，去做 SPA，他甚至有爺爺是出國。當然他是...奶奶沒那麼嚴重，但是他白天他就可以到處趴走啊，去打羽毛球啊，然後一下跑去台北一下跑去...，至少他覺得說，每天奶奶好像有到這裡報到，他就安心，他就真的很謝謝我們啊，他們就可以去去長青大學上課，去唱歌(c2)。

依據上述分析，可以發現家庭主要照顧者雖然普遍認為自己的照顧工作具有意義，但在休息時間、身體狀況上自認不佳，而在外出參與聚會的部份，則大多經常無法參加。不過就日間照顧中心社會工作者的角度來看，家庭主要照顧者將失智者送至中心後，生活逐步有所改善，包括能在白天外出參加長青大學或其他活動，負擔經濟者也能安心工作，晚上回家後，則因為白天的活動及與中心工作者的互動，對於照顧工作壓力也能有所減輕。

表 4-7 家庭主要照顧者生活品質狀況 (n=38)

變項	次數 (%)	變項	次數 (%)
<b>精神狀態</b>		<b>照顧時的心情</b>	
非常不好	3 (7.9%)	非常不好	1 (2.6%)
不好	5 (13.2%)	不好	5 (13.2%)
還好	21(55.3%)	還好	21(55.3%)
很好	7 (18.4%)	很好	9 (23.7%)
非常好	2 (5.3%)	非常好	1 (2.6%)
<b>睡眠狀態</b>		<b>可以專注的程度</b>	
非常不好	4 (10.5%)	非常不能專注	0 (0%)
不好	10(26.3%)	不能專注	2 (5.3%)
還好	19(50%)	普通	16(42.1%)
很好	3 (7.9%)	能專注	17(44.7%)
非常好	2 (5.3%)	非常能專注	3 (7.9%)
<b>可以休息的時間</b>		<b>生活愉快的程度</b>	
非常不足夠	7 (18.4%)	非常不愉快	1 (2.6%)
不足夠	0 (0%)	不愉快	4 (10.5%)
還好	20(52.6%)	還好	22(57.9%)
足夠	8 (21.1%)	愉快	9 (23.7%)
非常足夠	3 (7.9%)	非常愉快	2 (5.3%)
<b>身體狀況</b>		<b>參加聚會的頻率</b>	
非常不好	0 (0%)	完全無法參加	0 (0%)
不好	7 (18.4%)	經常無法參加	13(34.2%)
還好	23(60.5%)	還好	17(44.7%)
很好	8 (21.1%)	經常能參加	7 (18.4%)
非常好	0 (0%)	每次都能參加	1 (2.6%)
<b>對照顧工作認知</b>		<b>家人分擔照顧的時間</b>	
非常沒意義	0 (0%)	非常不足夠	5 (13.2%)
沒意義	1 (2.6%)	不足夠	4 (10.5%)
還好	16(42.1%)	還好	17(44.7%)
有意義	9 (23.7%)	足夠	11(28.9%)
非常有意義	12(31.6%)	非常足夠	1 (2.6%)

## 第五節家庭主要照顧者服務使用狀況與生活品質

本節以交叉表分析家庭主要照顧者使用服務狀況與生活品質狀況。並將生活品質依照研究架構身體狀況、心理狀況、社會關係與環境四大面向，服務使用狀況概分為諮詢服務、交通接送服務、家屬支持服務等三個主題進行說明。

### 一、使用諮詢服務、交通服務與生活品質交叉分析

以整體來看有使用服務的家庭主要照顧者，在各個變項中所表達出的正向感受較未使用服務者多。由表 4-8 來看，諮詢服務測量整體身體狀況、心理狀況的變項中沒有呈現出較大的比例差別，社會關係與環境的部份，則可以看出比較明顯的落差。在參與聚會的頻率方面，有使用服務之照顧者經常不能參加的比例是 27.3%，而未使用服務的照顧者則是 43.8%。

在家庭收入是否足夠的部份，有使用服務者認為足夠的佔 40.9%，未使用的照顧者則僅有 12.5%認為足夠。在協助申請身心障礙手冊服務方面，使用服務與未使用服務的照顧者沒有比較明顯的比例落差。就醫資訊諮詢服務方面，使用此服務認為照顧工作有意義及非常有意義的照顧者各佔 40%，而未使用服務的照顧者則分別為 18.5%及 29.6%。接著看交通接送服務的部份，各面向來看沒有明顯比例上的差異，而針對與生活品質問卷中的交通工具取得是否足夠來看，使用交通接送服務的照顧者，在交通工具的取得上是較為不足的，有 11.5%的照顧者認為不足夠。



表 4-8 使用諮詢服務、交通服務與生活品質交叉分析表

		使用福利補助諮詢		使用身心障礙手冊申請 諮詢		就醫資訊申請諮詢	
		有使用	未使用	有使用	未使用	有使用	未使用
		精神狀態	非常不好	1(4.5%)	2(12.5%)	1(7.7%)	2(7.7%)
	不好	4(18.2%)	1(6.3%)	0(.0%)	5(19.2%)	1(10%)	4(14.8%)
	還好	10(45.5%)	11(68.8%)	8(61.5%)	14(53.8%)	8(80%)	12(44.4%)
	很好	5(22.7%)	2(12.5%)	4(30.8%)	3(11.5%)	1(10%)	6(22.2%)
	非常好	2(9.1%)	0(.0%)	0(.0%)	2(7.7%)	0(.0%)	2(7.4%)
睡眠狀態	非常不好	2(9.1%)	2(12.5%)	1(7.7%)	3(11.5%)	0(.0%)	4(14.8%)
	不好	5(22.7%)	4(25%)	1(7.7%)	9(34.5%)	2(20%)	7(25.9%)
	還好	11(50%)	9(56.3%)	9(69.2%)	11(42.3%)	8(80%)	11(40.7%)
	很好	2(9.1%)	1(6.3%)	2(15.4%)	1(3.8%)	0(.0%)	3(11.1%)
	非常好	2(9.1%)	0(.0%)	0(.0%)	2(7.7%)	0(.0%)	2(7.4%)
休息時間	非常不足夠	0(.0%)	0(.0%)	0(.0%)	0(.0%)	0(.0%)	0(.0%)
	不足夠	3(13.6%)	3(18.8%)	0(.0%)	7(26.9%)	2(20%)	4(14.8%)
	還好	12(54.5%)	9(56.3%)	10(76.9%)	10(38.5%)	6(60%)	14(51.9%)
	足夠	5(22.7%)	3(18.8%)	3(23.1%)	6(23.1%)	1(10%)	7(25.9%)
	非常足夠	2(9.1%)	1(6.3%)	0(.0%)	3(11.5%)	1(10%)	2(7.4%)
身體狀況	非常不好	0(.0%)	0(.0%)	0(.0%)	0(.0%)	0(.0%)	0(.0%)
	不好	5(22.7%)	2(12.5%)	1(7.7%)	6(23.1%)	3(30%)	4(14.8%)
	還好	11(50%)	12(75%)	9(69.2%)	15(57.7%)	6(60%)	16(59.3%)
	很好	6(27.3%)	2(12.5%)	3(23.1%)	5(19.2%)	1(10%)	7(25.9%)
	非常好	0(.0%)	0(.0%)	0(.0%)	0(.0%)	0(.0%)	0(.0%)
照顧工作	非常沒意義	0(.0%)	0(.0%)	0(.0%)	0(.0%)	0(.0%)	0(.0%)
	沒意義	1(4.5%)	0(.0%)	0(.0%)	1(3.8%)	0(.0%)	1(3.7%)
	還好	8(36.4%)	8(50%)	5(38.5%)	11(42.3%)	2(20%)	13(48.1%)
	有意義	4(18.2%)	5(31.3%)	3(23.1%)	6(23.1%)	4(40%)	5(18.5%)
	非常有意義	9(40.9%)	3(18.8%)	5(38.5%)	8(30.8%)	4(40%)	8(29.6%)
照顧心情	非常不好	1(4.5%)	0(.0%)	1(7.7%)	0(.0%)	0(.0%)	1(3.8%)
	不好	2(9.1%)	2(13.3%)	0(.0%)	5(20%)	1(10%)	3(11.5%)
	還好	12(54.5%)	9(60%)	7(53.8%)	14(56%)	6(60%)	15(57.7%)
	很好	6(27.3%)	4(26.7%)	4(30.8%)	6(24%)	3(30%)	6(23.1%)
	非常好	0(.0%)	0(.0%)	1(7.7%)	0(.0%)	0(.0%)	1(3.8%)

(接上頁)

		使用福利補助諮詢		使用身心障礙手冊申請諮詢		就醫資訊申請諮詢	
		有使用	未使用	有使用	未使用	有使用	未使用
專注力	非常不專注	0(.0%)	0(.0%)	0(.0%)	0(.0%)	0(.0%)	0(.0%)
	不能專注	2(9.1%)	8(50%)	1(7.7%)	1(3.8%)	0(.0%)	2(7.4%)
	普通	8(36.4%)	8(50%)	5(38.5%)	11(42.3%)	5(50%)	10(37%)
	能專注	9(40.9%)	0(.0%)	6(46.2%)	12(46.2%)	4(40%)	13(48.1%)
	非常能專注	3(13.6%)	0(.0%)	1(7.7%)	2(7.7%)	1(10%)	2(7.4%)
生活愉悅	非常不愉快	1(4.5%)	0(.0%)	1(7.7%)	0(.0%)	0(.0%)	1(3.7%)
	不愉快	2(9.1%)	1(6.3%)	0(.0%)	4(15.4%)	1(10%)	2(7.4%)
	還好	11(50%)	12(75%)	7(53.8%)	15(57.7%)	7(70%)	14(55.6%)
	愉快	6(27.3%)	3(18.8%)	4(30.8%)	6(23.1%)	2(20%)	7(25.9%)
	非常愉快	2(9.1%)	0(.0%)	1(7.7%)	1(3.8%)	0(.0%)	2(7.4%)
參與聚會	總是無法參加	0(.0%)	0(.0%)	0(.0%)	0(.0%)	0(.0%)	0(.0%)
	經常無法參加	6(27.3%)	7(43.8%)	3(23.1%)	10(38.5%)	3(30%)	10(37%)
	還好	11(50%)	6(37.5%)	6(46.2%)	11(42.3%)	4(40%)	13(48.1%)
	經常能參加	4(18.2%)	3(15.8%)	4(30.8%)	4(15.4%)	3(30%)	3(11.1%)
	每次都能參加	1(4.5%)	0(.0%)	0(.0%)	1(3.8%)	0(.0%)	1(3.7%)
分擔照顧	非常不足夠	3(13.6%)	2(12.5%)	2(23.1%)	2(7.7%)	2(20%)	3(11.1%)
	不足夠	1(4.5%)	2(12.5%)	0(.0%)	4(15.4%)	0(.0%)	3(11.1%)
	還好	9(40.9%)	9(56.3%)	4(30.8%)	13(50%)	4(40%)	13(48.1%)
	足夠	8(36.4%)	3(18.8%)	6(46.2%)	6(23.1%)	4(40%)	7(25.9%)
	非常足夠	1(4.5%)	0(.0%)	0(.0%)	1(3.8%)	0(.0%)	1(3.7%)
分擔家事	完全不需要	1(4.5%)	0(.0%)	0(.0%)	1(3.8%)	1(10%)	0(.0%)
	不需要	0(.0%)	0(.0%)	0(.0%)	0(.0%)	0(.0%)	0(.0%)
	偶爾	8(36.4%)	3(18.8%)	4(30.8%)	8(30.8%)	2(20%)	9(33.3%)
	經常需要	9(40.9%)	4(25%)	6(46.2%)	7(26.9%)	7(70%)	5(18.5%)
	總是需要	4(18.2%)	9(56.3%)	3(23.1%)	10(38.5%)	0(.0%)	13(48.1%)
情緒支持	非常不足夠	0(.0%)	2(12.5%)	1(7.7%)	1(3.8%)	1(10%)	1(3.7%)
	不足夠	3(13.6%)	5(31.5%)	2(15.4%)	6(23.1%)	2(20%)	6(22.2%)
	還好	6(27.3%)	6(37.5%)	3(23.1%)	10(38.5%)	2(29%)	10(37%)
	足夠	12(54.5%)	3(18.5%)	7(53.8%)	8(30.8%)	5(50%)	9(33.3%)
	非常足夠	1(4.5%)	0(.0%)	0(.0%)	1(3.8%)	0(.0%)	1(3.7%)

(接上頁)

		使用福利補助諮詢		使用身心障礙手冊申請 諮詢		就醫資訊申請諮詢	
		有使用	未使用	有使用	未使用	有使用	未使用
照顧支持	非常不足夠	0(.0%)	2(12.5%)	1(7.7%)	1(3.8%)	1(10%)	1(3.7%)
	不足夠	5(22.7%)	3(18.8%)	2(15.4%)	6(23.1%)	2(20%)	6(22.2%)
	還好	6(27.3%)	8(50%)	4(30.8%)	10(38.5%)	3(30%)	10(37%)
	足夠	9(40.9%)	2(12.5%)	5(38.5%)	6(23.1%)	2(20%)	9(33.3%)
	非常足夠	2(9.1%)	1(6.3%)	1(7.7%)	3(11.5%)	2(20%)	1(3.7%)
休閒活動	完全不行	0(.0%)	1(6.3%)	0(.0%)	1(3.8%)	0(.0%)	1(3.7%)
	幾乎不行	6(27.3%)	6(37.5%)	3(23.1%)	10(38.5%)	3(30%)	9(33.3%)
	偶爾	13(59.1%)	6(37.5%)	7(53.8%)	11(42.3%)	6(60%)	12(44.4%)
	經常可以	3(13.6%)	3(18.8%)	3(23.1%)	4(15.4%)	1(10%)	5(18.5%)
	總是可以	0(.0%)	0(.0%)	0(.0%)	0(.0%)	0(.0%)	0(.0%)
取得資訊	完全不行	0(.0%)	2(12.5%)	0(.0%)	2(7.7%)	0(.0%)	2(7.4%)
	幾乎不行	0(.0%)	0(.0%)	0(.0%)	0(.0%)	0(.0%)	0(.0%)
	偶爾	40(40.9%)	9(56.3%)	5(46.2%)	12(46.2%)	6(60%)	11(40.7%)
	經常可以	9(40.9%)	5(31.3%)	5(38.5%)	10(38.5%)	3(30%)	11(40.7%)
	總是可以	4(18.2%)	0(.0%)	2(15.4%)	2(7.7%)	1(10%)	3(11.1%)
交通工具	非常不足夠	0(.0%)	1(6.7%)	0(.0%)	1(4.0%)	0(.0%)	1(3.8%)
	不足夠	1(4.5%)	2(13.3%)	1(7.7%)	2(8.0%)	0(.0%)	3(11.5%)
	還好	6(27.3%)	7(46.7%)	6(46.2%)	6(24%)	4(40%)	8(30.8%)
	足夠	11(50%)	4(26.7%)	2(15.4%)	14(56%)	3(30%)	12(46.2%)
	非常足夠	4(18.2%)	1(6.7%)	4(30.8%)	2(8.0%)	3(30%)	2(7.7%)
家庭收入	非常不足夠	1(4.5%)	4(25%)	1(7.7%)	4(15.4%)	0(.0%)	5(18.5%)
	不足夠	2(9.1%)	1(6.3%)	0(.0%)	3(11.5%)	2(20%)	1(3.7%)
	還好	9(40.9%)	9(56.3%)	6(46.2%)	12(46.2%)	4(40%)	13(48.1%)
	足夠	9(40.9%)	2(12.5%)	5(38.5%)	7(26.9%)	3(30%)	8(29.6%)
	非常足夠	1(4.5%)	0(.0%)	1(7.7%)	0(.0%)	1(10%)	0(.0%)
生活環境	非常不好	0(.0%)	1(6.3%)	0(.0%)	1(3.8%)	0(.0%)	1(3.7%)
	不好	3(13.6%)	1(6.3%)	0(.0%)	4(15.4%)	2(20%)	2(7.4%)
	還好	11(50%)	11(68.8%)	8(61.5%)	13(50%)	5(50%)	16(59.3%)
	很好	8(36.4%)	3(18.8%)	5(38.5%)	8(30.8%)	3(30%)	8(29.6%)
	非常好	0(.0%)	0(.0%)	0(.0%)	0(.0%)	0(.0%)	0(.0%)

## 二、家屬座談會服務、照顧經驗分享服務、分享照顧困擾交叉分析

由表 4-9 中可以看出，在家屬支持服務方面，有使用家屬座談會的照顧者，在認為照顧工作是否有意義上，有 61.5%認為非常有意義，而未使用者僅有 12.5%；從事照顧工作的心情方面也呈現類似情形，使用者中認為心情很好與非常好的比例分別是 30.8%及 7.7%，而未使用者則佔 21.7%，同時有 17.4%的照顧者認為照顧時的心情不好。且在自認情緒支持是否足夠方面，有 46.2%的使用者認為足夠，而未使用者則是 29.2%，同時也有 29.2%的照顧者認為不足夠。

在家人對照顧工作的支持程度上，未使用座談會服務的照顧者則有 25%認為不足夠 8.3%認為非常不足夠，相較於使用座談會服務的照顧者僅 15.4%認為不足夠。

照顧經驗分享服務上，有使用服務與未使用服務之照顧者，其各項數據相近，較少明顯比例落差。在分享照顧困擾的部份，針對情緒支持是否足夠的認定上，有 47.6%使用照顧經驗分享的照顧者認為足夠，而未使用的照顧者認為足夠的則是 23.5%，且認為不足夠與非常不足夠的比例各佔 23.5%及 11.8%。在從事休閒活動頻率的部份，未使用的照顧者經常可以從事的比例為 23.5%，遠高於有使用者的 9.5%。

表 4-9 家屬座談會服務、照顧經驗分享服務、分享照顧困擾交叉分析表

		家屬座談會		照顧經驗分享		分享照顧困擾	
		有使用	未使用	有使用	未使用	有使用	未使用
精神狀態	非常不好	0(0.0%)	3(12.5%)	0(0.0%)	3(13%)	1(4.8%)	2(11.8%)
	不好	2(14.5%)	3(12.5%)	1(6.7%)	4(17.4%)	3(14.3%)	2(11.8%)
	還好	7(53.8%)	13(54.2%)	10(66.7%)	11(47.8%)	12(57.1%)	9(52.9%)
	很好	1(7.7%)	3(12.5%)	4(26.7%)	3(13%)	4(19%)	3(17.6%)
	非常好	0(0.0%)	2(8.3%)	0(0.0%)	2(8.7%)	1(4.8%)	1(5.9%)
睡眠狀態	非常不好	0(0%)	4(16.7%)	0(0.0%)	4(17.4%)	2(9.5%)	2(11.8%)
	不好	3(23.1%)	7(29.2%)	3(20%)	7(30.4%)	5(23.8%)	5(29.4%)
	還好	9(69.2%)	9(37.5%)	11(73.3%)	8(34.8%)	12(57.1%)	7(41.2%)
	很好	1(7.7%)	2(8.3%)	1(6.7%)	2(8.7%)	1(4.8%)	2(11.8%)
	非常好	0(0.0%)	2(8.3%)	0(0.0%)	2(8.7%)	1(4.8%)	1(5.9%)
休息時間	非常不足夠	0(0.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)
	不足夠	2(15.4%)	5(20.8%)	2(13.3%)	5(21.7%)	4(19%)	3(17.6%)
	還好	7(53.8%)	12(50%)	9(60%)	11(47.8%)	11(52.4%)	9(52.9%)
	足夠	2(15.4%)	6(25%)	2(13.3%)	6(26.1%)	5(23.8%)	3(17.6%)
	非常足夠	2(15.4%)	1(4.2%)	2(13.3%)	1(4.3%)	1(4.8%)	2(11.8%)
身體狀況	非常不好	0(0.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)
	不好	2(15.4%)	5(20.8%)	2(13.3%)	5(21.7%)	4(19%)	3(17.6%)
	還好	9(69.2%)	14(58.3%)	11(73.3%)	12(52.2%)	12(61.9%)	10(58.8%)
	很好	2(15.4%)	5(20.8%)	2(13.3%)	6(26.1%)	4(19%)	4(23.5%)
	非常好	0(0.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)
照顧工作	非常沒意義	0(0.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)	1(4.3%)	0(0.0%)	0(0.0%)
	沒意義	1(7.7%)	0(0.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)	1(4.8%)	0(0.0%)
	還好	4(30.8%)	12(50%)	6(40%)	10(43.5%)	7(33.3%)	9(52.9%)
	有意義	0(0.0%)	8(35%)	1(6.7%)	8(34.8%)	5(23.8%)	4(23.5%)
	非常有意義	8(61.5%)	3(12.5%)	8(53.3%)	4(17.4%)	8(38.1%)	4(23.5%)
照顧心情	非常不好	0(0.0%)	1(4.3%)	0(0.0%)	1(4.5%)	0(0.0%)	1(6.3%)
	不好	1(7.7%)	4(17.4%)	0(0.0%)	5(22.7%)	2(9.5%)	3(18.8%)
	還好	7(53.8%)	13(56.5%)	10(66.7%)	11(50%)	12(57.1%)	9(56.3%)
	很好	4(30.8%)	5(21.7%)	4(26.7%)	5(22.7%)	6(28.6%)	6(31.6%)
	非常好	1(7.7%)	0(0.0%)	1(6.7%)	0(0.0%)	1(4.8%)	1(5.3%)

(接上頁)

		家屬座談會		照顧經驗分享		分享照顧困擾	
		有使用	未使用	有使用	未使用	有使用	未使用
專注力	非常不專注	0(.0%)	0(.0%)	0(.0%)	0(.0%)	0(.0%)	0(.0%)
	不能專注	0(.0%)	2(8.3%)	0(.0%)	2(8.7%)	1(4.8%)	1(5.9%)
	普通	6(46.2%)	9(37.5%)	8(53.3%)	8(34.8%)	8(38.1%)	8(47.1%)
	能專注	6(46.2%)	11(45.8%)	6(40%)	11(47.8%)	9(42.9%)	8(47.1%)
	非常能專注	1(7.7%)	2(8.3%)	1(6.7%)	2(8.7%)	3(14.3%)	0(.0%)
生活愉悅	非常不愉快	0(.0%)	1(4.2%)	0(.0%)	1(4.3%)	0(.0%)	1(5.9%)
	不愉快	1(7.7%)	3(12.5%)	1(6.7%)	3(13%)	2(9.5%)	2(11.8%)
	還好	7(53.8%)	14(58.3%)	9(60%)	13(56.5%)	12(57.1%)	10(58.8%)
	愉快	4(30.8%)	5(20.8%)	4(26.7%)	5(21.7%)	5(23.8%)	4(23.5%)
	非常愉快	1(7.7%)	1(4.2%)	1(6.7%)	1(4.3%)	2(9.5%)	0(.0%)
參與聚會	總是無法參加	0(.0%)	0(.0%)	0(.0%)	0(.0%)	0(.0%)	0(.0%)
	經常無法參加	2(15.4%)	11(45.8%)	3(20%)	10(43.5%)	7(33.3%)	6(35.5%)
	還好	9(69.2%)	7(29.2%)	10(66.7%)	7(30.4%)	10(47.6%)	7(41.2%)
	經常能參加	2(15.4%)	5(20.8%)	2(13.3%)	5(21.7%)	4(19%)	3(17.6%)
	每次都能參加	0(.0%)	1(4.2%)	0(.0%)	1(4.3%)	0(.0%)	1(5.9%)
分擔照顧	非常不足夠	0(.0%)	3(12.5%)	2(13.3%)	3(13%)	1(4.8%)	4(23.5%)
	不足夠	2(15.4%)	4(16.7%)	1(6.7%)	3(13%)	3(14.3%)	1(5.9%)
	還好	5(38.5%)	11(45.8%)	7(46.7%)	10(43.5%)	10(47.6%)	7(41.2%)
	足夠	6(46.2%)	5(20.8%)	5(33.3%)	6(26.1%)	6(28.6%)	5(29.4%)
	非常足夠	0(.0%)	1(4.2%)	0(.0%)	1(4.3%)	1(4.8%)	0(.0%)
分擔家事	完全不需要	1(7.7%)	0(.0%)	1(6.7%)	0(.0%)	1(4.8%)	0(.0%)
	不需要	0(.0%)	0(.0%)	0(.0%)	0(.0%)	0(.0%)	0(.0%)
	偶爾	4(30.8%)	8(33.3%)	6(40%)	6(26.1%)	4(19%)	8(47.1%)
	經常需要	5(38.5%)	6(25%)	5(33.3%)	7(30.4%)	9(42.9%)	3(17.6%)
	總是需要	3(23.1%)	10(41.7%)	3(20%)	10(43.5%)	7(33.3%)	6(35.3%)
情緒支持	非常不足夠	0(.0%)	2(8.3%)	0(.0%)	2(8.7%)	0(.0%)	2(11.8%)
	不足夠	1(7.7%)	7(29.2%)	2(13.3%)	6(26.1%)	4(19%)	4(23.5%)
	還好	6(46.2%)	7(29.2%)	8(53.3%)	5(21.7%)	6(28.6%)	7(41.2%)
	足夠	6(46.2%)	7(29.2%)	5(33.3%)	9(39.1%)	10(47.6%)	4(23.5%)
	非常足夠	0(.0%)	1(4.2%)	0(.0%)	1(4.3%)	1(4.8%)	0(.0%)

(接上頁)

		家屬座談會		照顧經驗分享		分享照顧困擾	
		有使用	未使用	有使用	未使用	有使用	未使用
照顧支持	非常不足夠	0(.0%)	2(8.3%)	0(.0%)	2(8.7%)	0(.0%)	2(11.8%)
	不足夠	2(15.4%)	6(25%)	2(13.3%)	6(26.1%)	4(19%)	4(23.5%)
	還好	4(30.8%)	10(41.7%)	7(46.7%)	7(30.4%)	8(38.1%)	6(35.3%)
	足夠	5(38.5%)	5(20.8%)	4(26.7%)	7(30.4%)	6(28.6%)	5(29.4%)
	非常足夠	2(15.4%)	1(4.2%)	2(13.3%)	1(4.3%)	3(14.3%)	0(.0%)
休閒活動	完全不行	0(.0%)	1(4.2%)	0(.0%)	1(4.3%)	0(.0%)	1(5.9%)
	幾乎不行	2(15.4%)	11(45.8%)	3(20%)	10(43.5%)	7(33.3%)	6(35.3%)
	偶爾	8(61.5%)	9(37.5%)	8(53.3%)	10(43.5%)	12(57.1%)	6(35.3%)
	經常可以	3(23.1%)	3(12.5%)	4(26.7%)	2(8.7%)	2(9.5%)	4(23.5%)
	總是可以	0(.0%)	0(.0%)	0(.0%)	0(.00%)	0(.0%)	0(.0%)
取得資訊	完全不行	0(.0%)	2(8.3%)	0(.0%)	2(8.7%)	1(4.8%)	1(5.9%)
	幾乎不行	0(.0%)	0(.0%)	0(.0%)	0(.0%)	0(.0%)	0(.0%)
	偶爾	5(38.5%)	12(50%)	7(46.7%)	11(47.8%)	8(38.1%)	10(58.8%)
	經常可以	7(53.8%)	7(29.2%)	7(46.7%)	7(30.4%)	8(38.1%)	6(35.3%)
	總是可以	1(7.7%)	3(12.5%)	1(6.7%)	3(13%)	4(19%)	0(.0%)
交通工具	非常不足夠	0(.0%)	1(4.3%)	0(.0%)	1(4.5%)	0(.0%)	1(6.3%)
	不足夠	0(.0%)	3(13%)	1(6.7%)	2(9.1%)	1(4.8%)	2(12.5%)
	還好	4(30.8%)	8(34.8%)	6(46%)	6(27.3%)	8(38.1%)	4(25%)
	足夠	6(46.2%)	9(39.1%)	5(33.3%)	11(50%)	8(38.1%)	8(50%)
	非常足夠	3(23.1%)	2(8.7%)	3(20%)	2(9.1%)	4(19%)	1(6.3%)
家庭收入	非常不足夠	1(7.7%)	4(16.7%)	1(6.7%)	4(17.4%)	2(9.5%)	3(17.6%)
	不足夠	0(.0%)	3(12.5%)	1(6.7%)	2(8.7%)	2(9.5%)	1(5.9%)
	還好	6(46.2%)	11(45.8%)	7(46.7%)	11(47.8%)	9(42.9%)	9(52.9%)
	足夠	5(38.5%)	6(25%)	5(33.3%)	6(26.1%)	7(33.3%)	4(23.5%)
	非常足夠	1(7.7%)	0(.0%)	1(6.7%)	0(.0%)	1(4.8%)	0(.0%)
生活環境	非常不好	0(.0%)	1(4.2%)	0(.0%)	1(4.3%)	1(4.8%)	0(.0%)
	不好	1(7.7%)	3(12.5%)	1(6.7%)	3(13%)	2(9.5%)	2(11.8%)
	還好	5(38.5%)	15(62.5%)	7(46.7%)	14(60.9%)	12(57.1%)	9(52.9%)
	很好	7(53.8%)	5(20.8%)	7(46.7%)	5(21.7%)	6(28.6%)	6(35.5%)
	非常好	0(.0%)	0(.0%)	0(.0%)	0(.0%)	0(.0%)	0(.0%)

### 三、情緒支持服務、詢問照顧建議服務、告知失智者狀況及討論照顧計畫交叉分析

情緒支持服務方面，特別針對生活品質中情緒支持項目來看，使用情緒支持服務的照顧者，自覺支持足夠的為 45%，而未使用的照顧者則僅 27.8%。詢問照顧建議服務上，有使用服務者認為照顧工作有意義及非常有意義的比例高於未使用服務者，分別佔 23.1%及 42.3%。此外在照顧心情上，使用服務者心情覺得很好的比例為 30.8%，而未使用者僅佔 11.1%。在照顧工作支持度上，有使用服務的照顧者認為足夠與非常足夠的佔 34.6%及 11.5%，而未使用的照顧者有 20%認為足夠。

告知失智者在機構狀況的部份，使用服務的照顧者對於照顧工作具有意義、情緒支持是否足夠等兩個方面，比例皆較未使用服務者來得高。使用服務者認為照顧工作有意義及非常有意義者分別佔 28.1%及 34.48%，未使用者則分別是 20%及 0%；在情緒支持部份，使用者認為足夠的比例是 40.6%，而未使用者則只有 16.7%。

討論照顧計畫服務的部份，有使用服務的照顧者，認為家人對協助分擔照顧工作足夠的佔 37.5%，而未使用服務的照顧者認為足夠的為 22.7%，且有 18.2%的照顧者認為非常不足夠。同樣的，在家人對照顧工作支持程度上，有使用服務的照顧者認為支持度足夠的佔 43.8%，而未使用服務的照顧者僅 18.2%認為足夠。

就整體交叉表分析所呈現之百分比數據來看，可以發現有使用服務的照顧者在生活品質問卷的填寫上，答案多較正向，即使與未使用服務者落差不大，但可以看出，服務使用對生活品質我們可以看出服務使用狀況在某些層面上造成生活品質間的落差。



表 4-10 情緒支持服務、詢問照顧建議服務、告知失智者狀況及討論照顧計畫交叉分析表

		情緒支持服務		詢問照顧建議服務		告知失智者狀況		討論照顧計畫	
		有使用	未使用	有使用	未使用	有使用	未使用	有使用	未使用
精神狀態	非常不好	2(10%)	1(5.6%)	1(3.8%)	2(20%)	2(6.3%)	1(16.7%)	0(.0%)	3(13.6%)
	不好	3(15%)	2(11.1%)	2(7.7%)	3(30%)	4(12.5%)	1(16.7%)	1(6.3%)	4(18.2%)
	還好	11(55%)	10(55.6%)	16(61.5%)	3(30%)	18(56.3%)	3(50%)	10(62.5%)	11(50%)
	很好	3(15%)	4(22.2%)	5(19.2%)	2(20%)	7(21.98%)	0(.0%)	4(25%)	3(13.6%)
	非常好	1(5.0%)	1(5.6%)	2(7.7%)	0(.0%)	1(3.1%)	1(16.7%)	1(6.3%)	1(4.5%)
睡眠狀態	非常不好	3(15%)	1(5.6%)	1(3.8%)	3(30%)	3(9.4%)	1(16.7%)	0(.0%)	4(18.2%)
	不好	5(25%)	2(27.8%)	5(19.2%)	4(40%)	6(18.8%)	4(66.7%)	3(18.8%)	7(31.8%)
	還好	10(50%)	9(50%)	16(61.5%)	2(20%)	19(59.4%)	0(.0%)	11(68.8%)	8(36.4%)
	很好	1(5.0%)	2(11.1%)	2(7.7%)	1(10%)	3(9.4%)	0(.0%)	1(6.3%)	2(9.1%)
	非常好	1(5.0%)	1(5.6%)	2(7.7%)	0(.0%)	1(3.1%)	1(16.7%)	1(6.3%)	1(4.5%)
休息時間	非常不足夠	0(.0%)	0(.0%)	0(.0%)	0(.0%)	0(.0%)	0(.0%)	0(.0%)	0(.0%)
	不足夠	5(25%)	2(11.1%)	4(15.4%)	2(20%)	7(21.9%)	0(.0%)	2(12.5%)	5(22.7%)
	還好	10(50%)	10(55.6%)	14(53.8%)	5(50%)	16(50%)	4(66.7%)	9(56.3%)	11(50%)
	足夠	4(20%)	4(22.2%)	6(23.1%)	2(20%)	7(21.9%)	1(16.7%)	4(25%)	4(18.2%)
	非常足夠	1(5.0%)	2(11.1%)	2(7.7%)	1(10%)	2(6.3%)	1(16.7%)	1(6.3%)	2(9.1%)
身體狀況	非常不好	0(.0%)	0(.0%)	0(.0%)	0(.0%)	0(.0%)	0(.0%)	0(.0%)	0(.0%)
	不好	5(25%)	2(11.1%)	4(15.4%)	3(30%)	6(18.8%)	1(16.7%)	1(6.3%)	6(27.3%)
	還好	12(60%)	11(61.1%)	16(61.5%)	5(50%)	19(59.4%)	4(66.7%)	11(68.8%)	12(54.5%)
	很好	3(15%)	5(27.8%)	6(23.1%)	2(20%)	7(21.9%)	1(16.7%)	4(25%)	4(18.2%)
	非常好	0(.0%)	0(.0%)	0(.0%)	0(.0%)	0(.0%)	0(.0%)	0(.0%)	0(.0%)
照顧工作	非常沒意義	0(.0%)	0(.0%)	0(.0%)	0(.0%)	0(.0%)	0(.0%)	0(.0%)	0(.0%)
	沒意義	1(5.0%)	0(.0%)	1(3.8%)	0(.0%)	1(3.1%)	0(.0%)	1(6.3%)	0(.0%)
	還好	7(35%)	9(50%)	8(30.8%)	6(60%)	11(34.4%)	5(83.3%)	5(31.5%)	11(50%)
	有意義	5(25%)	4(22.2%)	6(23.1%)	3(30%)	9(28.1%)	0(.0%)	2(12.5%)	7(31.8%)
	非常有意義	7(35%)	5(27.8%)	11(42.3%)	1(10%)	11(34.48%)	1(16.7%)	8(50%)	4(18.2%)
照顧心情	非常不好	0(.0%)	1(5.9%)	0(.0%)	1(1.11%)	0(.0%)	1(20%)	0(.0%)	1(4.8%)
	不好	3(15%)	2(11.8%)	2(7.7%)	2(2.22%)	5(15.6%)	0(.0%)	1(6.3%)	4(19%)
	還好	11(55%)	10(58.8%)	15(57.7%)	5(55.6%)	18(56.3%)	3(60%)	8(50%)	13(61.9%)
	很好	5(25%)	4(23.5%)	8(30.8%)	1(11.1%)	8(25%)	1(20%)	6(37.5%)	3(14.3%)
	非常好	1(5.0%)	0(.0%)	1(3.8%)	0(.0%)	1(3.1%)	0(.0%)	1(6.3%)	0(.0%)

(接上頁)

		情緒支持服務		詢問照顧建議服務		告知失智者狀況		討論照顧計畫	
		有使用	未使用	有使用	未使用	有使用	未使用	有使用	未使用
專注力	非常不專注	0(.0%)	0(.0%)	0(.0%)	0(.0%)	0(.0%)	0(.0%)	0(.0%)	0(.0%)
	不能專注	1(5.0%)	1(5.6%)	0(.0%)	2(20%)	1(3.1%)	1(16.7%)	0(.0%)	2(9.1%)
	普通	8(40%)	8(44.4%)	10(38.5%)	4(40%)	14(43.8%)	2(33.3%)	7(43.8%)	9(40.9%)
	能專注	8(40%)	9(50%)	13(50%)	4(40%)	14(43.8%)	3(50%)	6(37.5%)	11(50%)
	非常能專注	3(15%)	0(.0%)	3(11.5%)	0(.0%)	3(9.4%)	0(.0%)	3(18.8%)	0(.0%)
生活愉悅	非常不愉快	0(.0%)	1(5.6%)	0(.0%)	1(10%)	0(.0%)	1(16.7%)	0(.0%)	1(4.5%)
	不愉快	2(10%)	2(11.1%)	2(7.7%)	1(10%)	4(12.5%)	0(.0%)	0(.0%)	4(18.2%)
	還好	12(60%)	10(55.6%)	15(57.7%)	6(60%)	18(56.3%)	4(66.7%)	10(62.5%)	12(54.5%)
	愉快	4(20%)	5(27.8%)	7(26.9%)	2(20%)	8(25%)	1(16.7%)	4(25%)	5(27.7%)
	非常愉快	2(10%)	0(.0%)	2(7.7%)	0(.0%)	2(6.3%)	0(.0%)	2(12.5%)	0(.0%)
參與聚會	總是無法參加	0(.0%)	0(.0%)	0(.0%)	0(.0%)	0(.0%)	0(.0%)	0(.0%)	0(.00%)
	經常無法參加	6(30%)	7(38.9%)	7(%)	6(60%)	11(34.4%)	2(33.3%)	2(12.5%)	11(50%)
	還好	10(50%)	7(38.9%)	13(50%)	3(30%)	14(43.8%)	3(50%)	10(62.5%)	7(31.8%)
	經常能參加	4(20%)	3(16.7%)	5(19.2%)	1(10%)	7(21.9%)	0(.0%)	4(25%)	3(13.6%)
	每次都能參加	0(.0%)	1(5.6%)	1(3.8%)	0(.0%)	0(.0%)	1(16.7%)	0(.0%)	1(4.5%)
分擔照顧	非常不足夠	0(.0%)	5(27.8%)	1(3.8%)	4(40%)	3(9.4%)	2(33.3%)	1(6.3%)	4(18.2%)
	不足夠	2(10%)	2(11.1%)	2(7.7%)	1(10%)	4(12.5%)	0(.0%)	1(6.3%)	3(13.6%)
	還好	12(60%)	5(27.8%)	12(46.2%)	4(40%)	14(43.8%)	3(50%)	7(43.8%)	10(45.5%)
	足夠	5(25%)	6(33.3%)	10(38.5%)	1(10%)	10(31.3%)	1(16.7%)	6(37.5%)	5(22.7%)
	非常足夠	1(5.0%)	0(.0%)	1(3.8%)	0(.0%)	1(3.1%)	0(.0%)	1(6.3%)	0(.0%)
分擔家事	完全不需要	0(.0%)	0(.0%)	1(3.8%)	0(.0%)	1(3.1%)	0(.0%)	1(6.3%)	0(.0%)
	不需要	1(5.0%)	0(.0%)	0(.0%)	2(20%)	0(.0%)	0(.0%)	0(.0%)	0(.0%)
	偶爾	5(25%)	7(38.9%)	8(30.8%)	2(20%)	10(31.3%)	2(33.3%)	5(31.3%)	7(31.8%)
	經常需要	7(35%)	5(27.8%)	10(38.5%)	6(60%)	12(37.5%)	0(.0%)	6(37.5%)	6(27.3%)
	總是需要	7(35%)	6(33.3%)	7(26.9%)	0(.0%)	9(28.1%)	4(66.7%)	4(25%)	9(40.9%)
情緒支持	非常不足夠	0(.0%)	2(11.1%)	1(3.8%)	1(10%)	1(3.1%)	1(16.7%)	0(.0%)	2(9.1%)
	不足夠	3(15%)	5(27.8%)	4(15.4%)	4(40%)	6(18.8%)	2(33.3%)	2(12.5%)	6(27.3%)
	還好	7(35%)	6(33.3%)	7(26.9%)	4(40%)	11(34.4%)	2(33.3%)	4(25%)	9(40.9%)
	足夠	9(45%)	5(27.8%)	13(50%)	1(10%)	13(40.6%)	1(16.7%)	9(56.3%)	5(22.7%)
	非常足夠	1(5.0%)	0(.0%)	1(3.8%)	0(.0%)	1(3.1%)	0(.0%)	1(6.3%)	0(.0%)

(接上頁)

		情緒支持服務		詢問照顧建議服務		告知失智者狀況		討論照顧計畫	
		有使用	未使用	有使用	未使用	有使用	未使用	有使用	未使用
照顧支持	非常不足夠	0(.0%)	2(11.1%)	1(3.8%)	1(10%)	1(3.1%)	1(16.7%)	0(.0%)	2(9.1%)
	不足夠	4(20%)	4(22.2%)	3(11.5%)	5(50%)	6(18.8%)	2(33.3%)	2(12.5%)	6(27.3%)
	還好	8(40%)	6(33.3%)	10(38.5%)	2(20%)	12(37.5%)	2(33.3%)	5(31.3%)	9(40.9%)
	足夠	5(25%)	6(33.3%)	9(34.6%)	2(20%)	10(31.3%)	1(16.7%)	7(43.8%)	4(18.2%)
	非常足夠	3(15%)	0(.0%)	3(11.5%)	0(.0%)	3(9.4%)	0(.0%)	2(12.5%)	1(4.5%)
休閒活動	完全不行	1(5.0%)	0(.0%)	0(.0%)	1(10%)	1(3.1%)	0(.0%)	0(.0%)	1(4.5%)
	幾乎不行	5(25%)	8(44.4%)	7(26.9%)	5(50%)	11(34.4%)	2(33.3%)	2(12.5%)	11(50%)
	偶爾	12(60%)	6(33.3%)	14(53.8%)	3(30%)	15(46.9%)	3(50%)	12(75%)	6(27.3%)
	經常可以	2(10%)	4(22.2%)	5(19.2%)	1(10%)	5(15.6%)	1(16.7%)	2(12.5%)	4(18.2%)
	總是可以	0(.0%)	0(.0%)	0(.0%)	0(.0%)	0(.0%)	0(.0%)	0(.0%)	0(.0%)
取得資訊	完全不行	1(5.0%)	1(5.6%)	1(3.8%)	1(10%)	1(3.1%)	1(16.7%)	0(.0%)	2(9.1%)
	幾乎不行	0(.0%)	0(.0%)	0(.0%)	0(.0%)	0(.0%)	0(.0%)	0(.0%)	0(.0%)
	偶爾	8(40%)	10(55.6%)	11(42.3%)	5(50%)	15(46.9%)	3(50%)	7(43.8%)	11(50%)
	經常可以	7(35%)	7(38.9%)	10(38.5%)	4(40%)	12(37.5%)	2(33.3%)	7(43.8%)	7(31.8%)
	總是可以	4(20%)	0(.0%)	4(15.4%)	0(.0%)	4(12.5%)	0(.0%)	2(12.5%)	2(9.1%)
交通工具	非常不足夠	1(5.0%)	0(.0%)	0(.0%)	1(11.1%)	1(3.1%)	0(.0%)	0(.0%)	1(4.8%)
	不足夠	0(.0%)	3(17.6%)	1(3.8%)	2(22.2%)	1(3.1%)	2(40%)	0(.0%)	3(14.3%)
	還好	8(40%)	4(23.5%)	10(38.5%)	1(11.1%)	11(34.4%)	1(20%)	5(31.5%)	7(33.3%)
	足夠	7(35%)	9(52.9%)	10(38.5%)	5(55.5%)	14(43.8%)	2(40%)	7(43.8%)	9(42.9%)
	非常足夠	4(20%)	1(5.9%)	5(19.2%)	0(.0%)	5(15.6%)	0(.0%)	4(25%)	1(4.8%)
家庭收入	非常不足夠	3(15%)	2(11.1%)	2(7.7%)	3(30%)	3(9.4%)	2(33.3%)	1(6.3%)	4(18.2%)
	不足夠	1(5.0%)	2(11.1%)	2(7.7%)	1(10%)	3(9.4%)	0(.0%)	0(.0%)	3(13.6%)
	還好	8(40%)	10(55.6%)	11(42.3%)	5(50%)	15(46.9%)	3(50%)	8(50%)	10(45.5%)
	足夠	7(35%)	4(22.2%)	10(38.5%)	1(10%)	10(31.3%)	1(16.7%)	6(37.5%)	5(22.7%)
	非常足夠	1(5.0%)	0(.0%)	1(3.8%)	0(.0%)	1(3.1%)	0(.0%)	1(6.3%)	0(.0%)
生活環境	非常不好	1(5.0%)	0(.0%)	1(3.8%)	0(.0%)	1(3.1%)	0(.0%)	0(.0%)	1(4.5%)
	不好	2(10%)	2(11.1%)	2(7.7%)	2(20%)	3(9.4%)	1(16.7%)	0(.0%)	4(18.2%)
	還好	11(55%)	10(55.6%)	14(53.8%)	6(60%)	17(53.1%)	4(66.7%)	11(68.8%)	10(45.5%)
	很好	6(30%)	6(33.3%)	9(34.68%)	2(20%)	11(34.4%)	1(16.7%)	5(31.3%)	7(31.8%)
	非常好	0(.0%)	0(.0%)	0(.0%)	0(.0%)	0(.0%)	0(.0%)	0(.0%)	0(.0%)

## 第五章 討論與建議

本章研究者將針對一至三章的研究問題與文獻探討，加上第四章之研究發現結果予以討論，並進一步針對研究發現與研究限制進行建議討論。

### 第一節 研究結論與討論

本節將以所提出之研究問題為題，根據第四章研究發現進行回答，並進一步整理歸納為以下結論說明。

#### 壹、家庭主要照顧者日間照顧服務使用認知與需求狀況為何？

由量化結果中可以看出，目前照顧者雖然仍以女性為多數，但男性的比例亦有所提高。在服務認知方面，大多的照顧者清楚日間照顧服務中心有提供照顧失智者以外的服務，但也有部份照顧者不清楚，其訊息來源主要來自親友的介紹與其他單位的轉介，由其他訊息管道得知訊息者佔極少數。在服務需求方面，以協助申請福利補助及交通接送最為需要，其次則為傾聽照顧困難與經驗交流分享、辦理技巧訓練。照顧費用約佔家庭總收入的三分之一為最多，與協助申請福利補助需求有所呼應，與社工討論如何照顧方面，則人數較少。

而由供應服務的社會工作者訪談結果顯示，其中心的照顧者經常為滾雪球方式而來，或是經由醫院護士、醫生的介紹進而查詢相關服務而得知。若是舉辦宣導活動，則發現大部分前來或得以參與的民眾，普遍不是日間照顧中心欲宣導的對象，不過也有民眾返家後告知有需求的親友，而後前來求助的案例。就實務上觀察來說，社工員所看見的是，很多主要照顧者並沒有時間、機會或能力去獲取這一類的資訊，不僅不知道要去哪裡找，就算真的找到了可能也無法看得懂。不過也有發現，一些較年輕的照顧者，會透過網路的方式自行查詢所聽到的相關資訊，進而到中心尋求協助。

由此可見，家庭主要照顧者對於了解日間照顧中心的管道主要來自醫療院所或已使用親友的介紹，較少來自宣導或是傳播媒體的資

訊。此與陳昱名（2002）、林和蕙（2003）的研究結果相符，社會福利的可近性低，導致家庭主要照顧者連問都不知道該去哪裡詢問，若社會資本不足，則資訊不對稱的狀況也會越多，而使得服務使用過程中充滿障礙。根據陳正芬（2013）年的研究中也指出，目前我國針對照顧者支持服務仍有所不足，部份社經地位相對較低、無全職工作，同時具備多照顧角色的照顧者，經常缺乏相關的資源。因此服務提供單位必須注意到家庭主要照顧者間的異質性，才能使家庭主要照顧者順利使用服務。

## 貳、家庭主要照顧者使用服務狀況與未使用原因為何？

### 一、服務需求

由分析資料中可以看出，家庭主要照顧者普遍需要日間照顧中心的服務。尋求協助的主要目的是為了解決照顧上的壓力、彌補照顧人力不足或是想尋找替代人力，因此不論是福利補助、經驗分享、照顧技巧訓練、交通接送或復健服務等，大部分家庭主要照顧者皆表示有所需求。依質性訪談分析結果來看，日間照顧中心依據家庭主要照顧者的需求提供了上述相關服務，且大部分也都知曉中心提供了哪些服務。

在照顧需求方面，社會工作者表示，家庭主要照顧者最需要得相關服務除了協助減輕照顧負擔外，也希望中心能夠提供相關服務，協助他們解決在照顧上的困擾。而日間照顧服務能提供給主要照顧者的最大幫助在於，主要照顧者能因而有部份自由時間能保有原本的休閒、社會生活。為人子女的也能安心工作，無須擔心失智症患者在家是否會發生什麼意外。針對與家庭主要照顧者討論如何照顧上，社會工作者認為此類服務已經融入於平時與家庭主要照顧者的互動之中。家庭主要照顧者或許不是很明白社工或機構的專有名詞，或是名詞對他們而言太過抽象，但機構於長輩一決定使用服務開始，便有一連串的服務計畫，而這些計畫也會與家庭主要照顧者及其家屬討論、告知。同時日間照顧中心也透過這一連串的开案、收案程序逐步使家庭主要照顧者了解中心所提供的服務項目。

## 二、服務使用情形

在服務需求方面，幾乎所有的家庭主要照顧者皆表示需要，且若有使用服務，大多數家庭主要照顧者使用後認為服務沒有太大的問題，除了部份家庭照顧者認為，與中心工作人員的說話時間不夠或是彼此間的溝通不夠詳細或清楚。然而根據問卷結果顯示使用服務的情形，卻出現與需求有所落差的情形。由量化問卷結果來看，未使用的原因普遍因為時間上或家人無法配合、交通工具及來參與座談會或訓練時無人可照顧失智者，也發現一部分家庭主要照顧者不好意思打擾工作人員。

針對這種落差情形，三位受訪者表示，中心會根據家庭主要照顧者的需求進行活動、課程等安排，但在時間的選擇上對中心而言確實很難安排。於平常上班日舉行的話，許多家庭主要照顧者仍需要工作，無法前來參加，若於假日辦理，家庭主要照顧者仍需要自己社會活動或假日也想要在家休息，因此影響了參與的動力，當然假日的照顧問題與交通問題也是影響因素之一。為了滿足其需求，中心也嘗試安排照顧人力協助，但出席率亦經常未滿半數，針對此部份，有受訪者點出更深層的問題，我們提供的服務是否真的是家庭主要照顧者的需求，同時是否有考量到家庭主要照顧者的心理問題，將長輩送到日間照顧中心對他們而言，是否是一件不光彩的事。

同時，自訪談中也發現，以社會工作者角度來看，家庭主要照顧者經常不是很了解或實際認知到自己正在使用服務，這也影響了問卷分析的結果。例如除了定義明確的家屬座談會、照顧技巧訓練等課程外，有許多的支持服務建立於平時機構與家屬的互動之中，包含在討論照顧計畫、事件的因應、照顧困境的改善等，經常是在家庭主要照顧者前來繳費、接送長輩時的談話中進行，真正雙方坐下來討論該如何去做的比較少見。但即使如此，對於家庭主要照顧者在情緒、觀念上的支持，日間照顧中心仍負有很重要的角色，讓家庭主要照顧者知道有人是可以理解他、懂他、支持他的，同時也讓他們理解到，罹患失智的長輩可能會有的行為表現，而非是照顧者照顧上的疏失所造成。

再說到日間照顧中心與家庭主要照顧者間的溝通，普遍以聯絡簿方式與家庭主要照顧者做日常的狀況報告與溝通，如遇有特殊情形才會以電話聯繫。受訪者皆認為，不管是哪種方式都只是一種工具，如果要達到良好的成效，必須雙方都相互配合才可能完成。要將聯絡簿寫到很詳細或是將電訪的頻率提高都不是問題，只是這麼做將佔去社會工作者的大多時間，真正服務長輩或是家庭主要照顧者的時間相對被壓縮，形成兩難。

就以上三點的結果來看，一般家庭主要照顧者取得日間照顧服務資訊的管道大多來自於醫療院所、親友鄰居的告知，少部份來自相關單位的轉介，而原因就服務提供的角度來看，很可能是因為家庭主要照顧者並沒有時間或能力得以獲取此方面的資訊。此外在需求與使用上的落差，大多來自於時間、距離、交通上的阻礙，而使得家庭主要照顧者難以使用服務。同時，除了有明確定義的座談會、聯誼會之外，有許多服務建立在平時的互動與個案管理之中，使家庭主要照顧者不易理解、認知自己正在使用服務。

根據 Gates(1980)所提出的服務使用過程模式，家庭主要照顧者在實際使用服務之前，必須克服個人動機、認知、地理、心理等障礙，最後才可實際使用服務。而由上述結論可知，家庭主要照顧者在進入日間照顧服務之前，對於訊息的獲取上較不易，只能依靠醫院、親友、鄰居的口耳相傳，若為年紀較輕的照顧者，則透過此種方式進一步上網查詢。一般社會福利機構常使用的「宣導活動」其效用對於家庭主要照顧者本身並不明顯。

家庭主要照顧者除了一開始欲使用服務時，會面臨到障礙之外，即使進入日間照顧服務中心，在使用各項服務前，家庭主要照顧者仍會面臨到不同的障礙。以下將可能面臨的障礙分點說明之：

1. 地理障礙：一般而言，中心辦理家屬座談會、聯誼活動或技巧訓練課程，會安排於假日以方便家庭主要照顧者能於工作空檔前來參加。即使日間照顧中心已經貼心安排好現場的照顧人力，家庭主要照顧者也可能因為無交通工具或交通工具不適合載送長輩而無法前來參與。
2. 心理障礙：部份家庭主要照顧者覺得自己將長輩送到日間照

顧中心是一件不光彩的事，因此不願意日間照顧中心所辦理的參與相關座談會或聯誼活動。

3. 資源的有效性：目前日間照顧中心所提供的各項服務，是否真的是家庭主要照顧者所需要的。

由此可知，家庭主要照顧者雖對日間照顧中心所提供的服務表示需求，雖已正式使用日間照顧服務，卻仍必須面臨地理、心理與資源可近三方面的障礙。

而陳正芬（2013）的研究中也指出，目前國內照顧者支持服務方案大多以「專題講座」形式辦理，但受限於經費或服務內容深度、家庭主要照顧者的時間安排等因素，使得參與度越來越低，效益也不彰進而停辦。

### 參、家庭主要照顧者生活品質狀況為何？

由量化分析顯示，約有五成的家庭主要照顧者自認為睡眠品質、休息時間不足夠，並自覺身體狀況不佳，不過普遍認為自己的生活還算愉快，只是在外出參與聚會的部份，大部分的家庭主要照顧者仍是經常無法參加，而且覺得家人分攤照顧工作的時間比較不足。

而就訪談資料分析中顯示，日間照顧中心的社會工作者認為，家庭主要照顧者使用服務後的改變是顯而易見的，除了中心定期的問卷調查上可以看出變化以外，主要原因仍是日間照顧中心大大減低了家庭主要照顧者的照顧負擔，使他們白天能保有自己私人、自由的時間，得以從事想做的事，或是能夠安心於工作，無須擔心失智者在家是否會有什麼意外發生。除此之外，失智者白天在機構參與活動，回家狀況可能會相形穩定，晚上也較不會有混亂的情形發生，而使得照顧者無法好好睡覺。

綜合上述結果，日間照顧服務雖然減輕家庭主要照顧的照顧負擔，且於社會工作者的角度出發，其生活品質有所改善。但家庭主要照顧者自覺睡眠與休息時間仍然不足，外出參與社會活動等仍受到限制，並且家人於分擔照顧工作的部份也認為較有不足。

研究指出，家庭主要照顧者的家庭支持程度會影響其生活品質的高低，與重要他人的關係也是重要的影響因素。孫嘉玲等（2005）人



之研究中說明，整體的社會支持、家庭與環境等，對生活品質皆有正向影響。而家庭主要照顧者生活受到影響最多的為人際關係與社交生活，正式服務的介入足以分擔、彌補家庭照顧人力的不足，社會支持功能、家庭功能的應變能力等支持力越足夠，家庭主要照顧者的生活品質越佳（林和蕙，2003；呂寶靜，2005；呂如分，2005）。本研究之家庭主要照顧者於外出參與聚會的機會仍然不足夠，大多時候因為照顧工作而無法參與，但因已使用日間照顧服務，故整體生活品質尚可。雖在社交關係等方面仍有待加強，但依據社會工作者於實務的觀察中可以發現，家庭主要照顧者於使用日間照顧服務後，普遍生活品質有所提昇。

#### **肆、家庭主要照顧者服務使用狀況與生活品質的情形**

由量化交叉表分析結果來看，家庭主要照顧者服務使用狀況與生活品質之間有一定程度的影響力。尤其針對照顧工作是否具有意義、照顧時心情是否愉悅及所感受到的正式與非正式支持程度，在不同服務面向中所呈現的數據具有較大的落差。

許多研究皆指出家庭功能與社會支持程度是影響照顧者生活品質的重要因素。家庭照顧者需要被理解、傾聽，給予心理上的支持，同時家庭支持的程度與互動的狀態、是否有人能夠一起分擔照顧工作，皆是影響生活品質的相關因素，（邱啟潤、許叔敏、吳瓊滿，2002；孫嘉玲，2005；李逸、周汎濤、陳彰惠，2011；蔡佳容、蔡榮順、李佩怡，2012）。除此之外，日間照顧服務中心也提供諸如家屬座談會、照顧經驗分享會等服務給予照顧者參與，期待透過提昇照顧的技能，使照顧者能獲得更多的技能，減輕照顧負擔（張慈君、徐亞瑛、陳明岐、邱逸臻、黃惠玲，2012）。溫婉伶（2005）及林淑錦、白明奇（2006）年的研究中提到照顧者需要獲得技巧訓練、社會資源、情緒支持等協助，而這些協助能夠提昇照顧者及其家庭對照顧工作的調適與準備，是影響生活品質的相關因素。

而本研究量化資料顯示，針對使用家屬服務的照顧者來說，雖然在某些項目上沒有發現明顯的比例落差，但也發現在照顧工作分擔、家庭支持與認為照顧是否具有意義等方面，與先前研究有所相呼應之處。

## 第二節 研究建議

本節將針對本研究的分析結果與發現，從實務應用與外來研究提供相關建議。

### 一、實務應用建議：

**(一) 加強資訊的傳遞，減少資訊不對稱，提昇家庭主要照顧者對所提供的服務認知。**

研究結果發現，家庭主要照顧者大多是在醫療院所、親友鄰居的告知中得知有日間照顧服務。一般傳播媒體或社會福利機構習慣使用的「宣導」方式，並不易讓負擔照顧工作或需兼顧經濟負擔的家庭主要照顧者獲知服務，針對不習慣使用網路的照顧者而言，更難以獲得相關的資訊。

相關研究也指出，家庭主要照顧者對正式服務經常是連問都不知道去哪裡問，導致社會福利的可近性變低。因此可透過與醫療院所的合作加強福利資訊的傳遞，使家庭主要照顧者能在帶領失智症患者就醫後的第一時間即掌握未來可運用的資訊，而非被動等待家庭主要照顧者的詢問，減少資訊不對稱。此外，社會工作者也應該在使用服務之初，針對日間照顧中心所提供的各項服務詳細說明，讓家庭主要照顧者了解日間照顧中心除了是替代照顧人力之外，也能提供自身其他服務，可增加自身照顧的能量或協助維持家庭關係。

**(二) 重視家庭主要照顧者的支持服務，並提供更多元的服務方式，減少使用服務過程中的障礙，減少需求與使用間的落差。**

目前臺灣長期照顧政策以社區照顧、在地老化為政策導向，想要達成此目標則家庭與家庭主要照顧者是不可或缺的一環。然而研究結果顯示，家庭主要照顧者對日間照顧中心的服務有其需求，但使用時卻充滿了各種障礙。除了一開始進入服務的資訊不易獲得外，即使進入日間照顧中心，在使用各項服務時，也必須克服許多障礙。質性訪談中，社會工作者也表示，現有照顧者支持服務如團體座談會等，可能會因內容重複性高或不切合需求，導致家庭主要照顧者參與意願低

落或僅參加數次便不願再參與。然相關研究指出，家庭主要照顧者的支持系統越好，可使用的服務越多，其生活品質越佳。

因此日間照顧中心除了提供主要的「喘息服務」功能外，欲使家庭主要照顧者能夠滿足需求、維持照顧能力與意外，則需更加重視對家庭主要照顧者支持服務的多元性與適切性。目前已有居家服務單位針對不放心使用居家喘息或機構喘息之家庭主要照顧者，提供到宅喘息服務，因此針對主要照顧者支持服務若可依據家庭主要照顧者的特質設計到宅在職訓練或針對特定主題辦理小型團體，除了可貼近家庭主要照顧者需求外，同時也可降低照顧者不願使用服務的心理障礙。重視家庭主要照顧者的異質性，增加服務提供的彈性與創新，降低服務使用上的障礙，才能夠進一步提昇生活品質，進而延長與維持照顧意願。

### **(三) 增加失智症照顧相關服務，減少服務缺口，增加服務使用可近性，提昇家庭主要照顧者生活品質。**

目前全國日間照顧服務中心截至 2012 年底共有 71 家，其中針對失智症患者所成立的僅有 14 家，其服務人數為 183 人，卻有 39,441 人領有失智症身心障礙手冊。而臺中市則有日間照顧中心 13 家，針對失智症所成立的僅有 3 家，而領有失智症身心障礙手冊者有 2,810 人，而包含失能日間照顧服務中心所提供的日間照顧服務量僅有 213 人（內政部，2013），其服務提供明顯不足。依據質性訪談結果，社會工作者表示想使用日間照顧服務的民眾有很多，但基於交通距離評估，考量車程時間後而無法使用的人並不少。

臺中市 29 個行政區中，仍有部份區域尚未設立日間照顧中心，例如屯區的太平、大里、霧峰三區，尚未設立日間照顧中心，此三區民眾若欲使用日間照顧服務，只能選擇其中七家服務臺中市全區之日間照顧中心，而其中僅有一家專門服務失智症患者。顯見目前日間照顧服務中心數量不足以滿足民眾需求，同時也因可近性不足，使得服務使用受到地理上的限制與阻礙。因此，應加強輔導相關單位設立日間照顧中心，使得每區皆能夠提供此照顧服務，增加家庭主要照顧者服務選擇的多樣性。

## 二、未來研究建議：

### (一) 研究對象方面：

本研究僅以單一縣市作為研究對象之選取，難以探究全國日間照顧中心服務使用之全貌，也難以比較地域性、文化及政策等巨視面之差異。因此建議未來對於此研究議題有興趣者，可針對全國日間照顧中心作為研究對象，進行更進一步之研究。

### (二) 研究構面與研究問題設計：

本研究主要以家庭主要照顧者回收厚的問卷進行分析，但礙於回收數量較少，無法進行更進一步之統計分析，故僅能呈現描述性分析結果，而未能進一步做更高階之統計分析，以了解不同變項間的相關程度。故建議未來研究者可擴大研究對象之選取，並針對不同變項與生活品質間的關係做更多之統計分析。

### (三) 研究結果方面：

本研究結果發現，家庭主要照顧者對於使用日間照顧服務有基本認知，但針對家庭支持相關服務使用率較低，其原因可能是地理或心理等因素而導致，但亦有社會工作者提出服務適切性不足之可能性，因此建議未來研究可以朝家庭主要照顧者認為現有服務適切程度做進一步之探討。

## 參考書目

- 內政部統計通報(2013)。http://www.moi.gov.tw/stat/。內政部。
- 王美晴(2006)。台北市東南亞新移民家庭早期療育相關服務使用經驗與影響因素之探討。未出版碩士論文，台灣大學社會工作研究所。
- 王榮德、游正芬、鍾智文、姚開屏(2000)。廿一世紀之健康照顧效性評量：生活品質與生活品質調整後之存活分析。台灣醫學 4(1)，65-68
- 吳佩珊(2009)。影響老年身心障礙者主要照顧者生活品質之探討－以中部地區居家服務老人為例。暨南國際大學社會政策與社會工作研究所碩士論文。
- 吳佩蓉(2008)。記憶減法&愛的加法失智照護隨身書。台北：財團法人天主教失智老人社會福利基金會。
- 呂如分(2005)。中鋒病患主要照顧者生活品質及其相關因素。長期照顧雜誌 9(2)。
- 呂寶靜(2001)。老人照顧：老人、家庭、正式服務。台北：五南。
- 呂寶靜(2005)。支持家庭照顧的長期照顧政策之構思。國家政策學刊 4(4)。
- 呂寶靜(2013)。長期照顧社會工作人力資源發展之展望。社區發展季刊 141 期。
- 李淑真、劉雪娥、蔡培葵、賴裕和(2003)。接受安寧住院療護期間主要照顧者生活品質的變化。安寧療護雜誌 8(3)，259-268。
- 李琪(2011)。日間照顧服務社會工作人員工作適應初探。政治大學社工所碩士論文。
- 李逸、周汎皓、陳彰惠(2011)。家庭照顧者議題－從性別、思領域到公共政策的觀點。護理雜誌 58(2)。
- 林和蕙(2003)。嘉義地區失智症患者照顧網絡與服務體系之互動：由社會網絡觀點之分析。中正大學社會福利研究所碩士論文。
- 林淑錦、白明奇(2006)。失智症病患主要照顧者的壓力－以家庭生態

- 觀點論之。長期照護雜誌 10(4)。
- 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 4(4)。
- 姚開屏 (2002a)。健康相關生活品質概念與測量原理簡介。台灣醫學會 6 (2), 183-192。
- 姚開屏 (2002b)。台灣版世界衛生組織品質問卷之發展與應用。台灣醫學會 6(2), 193-200。
- 紀玫如、莊坤洋、吳振龍、吳淑瓊 (2005)。居家服務使用之相關因素研究。台灣衛誌 25(1), 37-45。
- 胡文郁、戴玉慈、陳慶餘、陳月枝 (2003)。生活品質之概念分析 - 於探討癌末病人健康相關生活品質之應用。安寧療護雜誌 8(1), 45-51
- 范聖育(2002)。家庭功能與安寧療護主要照顧者生活品質的相關性探討。成功大學行為醫學研究所碩士論文。
- 孫嘉玲等(2005)。中風病患主要照顧者的生活品質與社會支持。台灣醫學學刊 9(3)。
- 張慈君、徐亞瑛、陳明岐、邱逸臻、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 59(6)。
- 畢威寧(2006)。提昇生活品質與《論語》仁道思想之關係的研究。品質月刊, 13。
- 莊秀美 (2008)。長期照顧機構服務變遷發展之研究。台北：松慧。
- 莊秀美 (2009)。從老人的類型與照顧需求看「居家照顧」、「社區照顧」及「機構照顧」三種方式的功能。社區發展季刊 125 期, P182-185。
- 陳正芬(2013)。我國長期照護體系欠缺的一角 - 照顧者支持服務。社區發展季刊 141 期。
- 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 32 期。
- 陳姿怡 (2002)。世界衛生組織生活品質問卷台灣簡明版、SF-36、標準賭博法、時間交換法以及評分量尺的比較—以創傷性脊髓損傷患者為例。臺北醫學大學傷害防治所碩士論文。

- 陳昱名(2002)。社會福利資源與需求的落差：以老年失智症病患家庭照顧者之照顧負荷、需求與困難為例。臺北醫學大學醫學系碩士論文。
- 陳若平、張祐綾等譯 (Rubin, A&Babbie, E 原著) (2007)。社會工作研究法 (research methods for social work)。台北：五南。
- 陳燕禎 (2005)。社區老人照顧支持體系及政策之探討。社區發展季刊 110 期。
- 曾旭民、盧瑞芬、蔡益堅 (2003)。國人生活品質評量 (II)：SF-36 台灣版的常模與效度檢測。台灣衛誌 (22)，513。
- 曾煥裕、石泐(2010)。獨居老人使用社會福利服務因素之探討。長期照護雜誌 14(2)。
- 曾嫻瑾 (2005)。從老年的家庭照顧支持系統思考老年人口照顧問題。社區發展季刊 110 期，P274-284。
- 程少筱(2005)。兩家失智症日間照顧中心服務方式觀察與分析。中正社會福利研究所碩士論文。
- 黃秀雲(2009)。自工作分析談社會工作者在老人長期照顧機構中的角色。社區發展季刊 128 期。
- 黃素微 (2005)。台灣簡明版世界衛生組織生活品質問卷之效度再探。未出版碩士論文，國立臺北師範學院教育心理與諮商學系。
- 黃敏鳳、徐亞瑛、楊培珊、葉柄強(2004)。失智症患者及家庭照顧者接受日間照護服務需求情形探討。長期照護雜誌 7(4)。
- 黃惠玲、劉錦瑩、徐亞瑛等 (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 10(4)。
- 楊培珊(2000)。機構式失智症照顧中社會工作的執行。社會政策與社會工作學刊 4(1)。
- 萬育維 (2004)。老人照護工作：護理與社工的專業合作。台北：洪葉。
- 萬育維 (2007)。社會福利服務：理論與實踐 (第二版)。台北：三民。
- 蔡啟元(2009)。老人喘息服務之探討。社區發展季刊 128 期。
- 衛生署長者健康服務編著 (2007)。老年痴呆症常見疑問。香港：天

地圖書。

- 鄧世雄(2004)。失智症社區照顧服務。社區發展季刊 106 期。
- 盧瑞芬、曾旭民、蔡益堅 (2002)。國人生活品質評量 (I) : SF-36 台灣版的發展及心理計量特質分析。台灣衛誌 22(6), 501-510。
- 謝美娥(2005)。失智症日間照顧服務使用狀況與評估。中華心理衛生期刊 18(3)。
- Andersen, R. M(1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter?. *Journal of health and social behavior*, 36, 1-10.
- Bullinger, M., Schmidt, S., & Petersen, C. (2002). Assessing quality of life of children with chronic health condition and disabilities: European approach. *International Journal of Rehabilitation Research*, 25, 197-206.
- Cohen, R(2006). QOLLTI-F: measuring family carer quality of life. *Palliative Medicine*, 20, 755-767.
- Gates, B. L(1980). Social program administration the implementation of social policy. New Jersey: Prentice-Hall. 142-172.
- Joseph, E. G., Shannon, E. J., Steven, H. Z., Mary-Ann, P. S., Aloen, T&Rick, G(2003). Adult day service use and reductions in caregiving hours: effects on stress and psychological well-being for dementia caregivers. *International journal of geriatric psychiatry*. 55-62.
- Meeberg, G. A. (1993). Quality of life : a concept analysis. *Journal of Advanced of Nursing*, 18(1), 32-38.
- Teresa, Andrew, Jill&Patrick(2007) . A Stress Process Model of Family Caregiver Service Utilization: Factors Associated with Respite and Counseling Service Use. *Journal of Gerontological Social Work*(49).
- World Health Organiation(1997). WHOQOL-Measuring Quality of life. World Health Organiation.



## 附件

編號：□□□□□

### 家庭主要照顧者服務使用狀況與生活品質研究問卷

各位家庭主要照顧者您好：

我是東海大學社會工作學系碩士班研究生唐佩霜，目前正在撰寫「台中地區失智症家庭主要照顧者使用日間照顧服務與其生活品質相關性研究」的碩士論文研究。經由您提供的寶貴意見，將會使機構有更明確的服務提供方向。您所提供的一切資訊沒有任何對錯與好壞的分別，僅提供學術用途，我們將會妥善保密。此外，問卷之編號只是為了區別機構以及追蹤問卷、提高回收率之用。請您放心作答。

本問卷所指的家庭主要照顧者，是指在家中主要負責家中失智長輩的生活照顧，包含飲食、盥洗等生活起居。在問卷的開頭均會說明填答方式，以便您作答參考。

最後，懇請您於收到問卷一週內填妥，並將問卷放入信封後，直接交由您所使用的日間照顧中心的社工人員。

再次謝謝 您協助本問卷的完成。

敬祝 身體健康、平安順心。

東海大學社會工作學系碩士班

指導老師：王篤強

碩士班研究生：

聯絡地址：423 台中市西屯區台中港路 181 號東海大學 信箱

聯絡電話：0923-XXXXXX

第一部份：服務使用狀況

這個部份是想瞭解您在使用日間照顧服務中心服務時的狀況。

請您仔細看過題目，並圈選出最適合您的答案。

(1)我是怎麼知道有日間照顧服務中心的？（複選）
1 親友告知 2 廣播 3 網路 4 報紙 5 電視 6 其他單位介紹 7 其他
(2)我曾經因為什麼原因打消送失智者到中心的想法？
1 覺得不安全 2 費用太高 3 接送不便 4 交通費太高 5 失智者不願意 6 怕被說閒話 7 其他親友反對 8 其他
(3)我知道除了幫忙照顧失智者以外，中心還可以給我其他的服務
1 完全不清楚 2 不清楚 3 有聽說 4 清楚 5 非常清楚
(4)我需要日間照顧服務中心協助我申請相關福利資源補助的程度為
1 不需要 2 不太需要 3 普通 4 需要 5 非常需要
(5)我需要日間照顧服務中心的工作人員聽我說在照顧上的困難
1 不需要 2 不太需要 3 普通 4 需要 5 非常需要
(6)我需要日間照顧服務中心舉辦家屬間照顧經驗分享活動的程度為
1 不需要 2 不太需要 3 普通 4 需要 5 非常需要
(7)我需要日間照顧服務中心舉辦照顧技巧訓練的程度為
1 不需要 2 不太需要 3 普通 4 需要 5 非常需要
(8)我需要日間照顧服務中心的工作人員跟我一起討論在家時的照顧計畫
1 不需要 2 不太需要 3 普通 4 需要 5 非常需要
(9)我需要日間照顧服務中心提供交通接送服務的程度為
1 不需要 2 不太需要 3 普通 4 需要 5 非常需要
(10)我需要日間照顧服務中心提供簡單的護理復健服務的程度為
1 不需要 2 不太需要 3 普通 4 需要 5 非常需要

以下(11)到(21)題請您圈選出您是否使用過該項服務，並圈選您使用後的感覺或沒有使用的主要原因。

(11)我曾經中心詢問如何向長期照顧管理中心申請照顧服務費補助
1 用過，且 1-1 沒問題 1-2 說明不夠清楚 1-3 工作人員態度不好 2 沒用過，因為 2-1 我自己申請好了 2-2 我不知道可以問 2-3 沒有需要
(12)我曾經詢問中心有關申請身心障礙手冊的資訊
1 用過，且 1-1 沒問題 1-2 說明不夠清楚 1-3 工作人員態度不好 2 沒用過，因為 2-1 我自己申請好了 2-2 我不知道可以問 2-3 沒有需要
(13)我曾經詢問關於就醫上的資訊
1 用過，且 1-1 沒問題 1-2 說明不夠清楚 1-3 工作人員態度不好 2 沒用過，因為 2-1 已經有固定醫生 2-2 沒有需要
(14)協助我接送失智者往返家中與機構
1 用過，且 1-1 沒問題 1-2 路線安排不佳 1-3 工作人員態度不好 2 沒用過，因為 2-1 自行接送 2-2 怕車子不安全 2-3 不在交通車接送範圍

<b>(15)參加中心舉辦有關如何照顧失智者的座談會</b>			
<b>1 用過，且</b>	1-1 沒有問題	1-2 活動地點太遠	1-3 時間安排不佳
<b>2 沒用過，因為</b>	2-1 時間無法配合	2-2 失智者沒人照顧	2-3 沒有交通工具
<b>(16)參加中心所舉辦的家屬間照顧經驗分享的活動</b>			
<b>1 用過，且</b>	1-1 沒有問題	1-2 活動地點太遠	1-3 時間安排不佳
<b>2 沒用過，因為</b>	2-1 時間無法配合	2-2 失智者沒人照顧	2-3 沒有交通工具
<b>(17)聽我說照顧上的困擾</b>			
<b>1 用過，且</b>	1-1 沒有問題	1-2 工作人員態度不好	1-3 說話時間太短
<b>2 沒用過，因為</b>	2-1 無法配合時間	2-2 不好意思打擾工作人員	2-3 沒有需要
<b>(18)給我情緒上的支持</b>			
<b>1 用過，且</b>	1-1 沒有問題	1-2 工作人員態度不好	1-3 說話時間太短
<b>2 沒用過，因為</b>	2-1 無法配合時間	2-2 不好意思打擾工作人員	2-3 沒有需要
<b>(19)給我照顧方法的建議</b>			
<b>1 用過，且</b>	1-1 沒有問題	1-2 工作人員態度不好	1-3 說話時間太短
<b>2 沒用過，因為</b>	2-1 無法配合時間	2-2 不好意思打擾工作人員	2-3 沒有需要
<b>(20)告訴我失智者白天在機構的狀況，讓我晚上能夠因應</b>			
<b>1 用過，且</b>	1-1 沒問題	1-2 說得不夠詳細	1-3 寫得不夠詳細
<b>2 沒用過，因為</b>	2-1 沒必要	2-2 我不知道有這服務	
<b>(21)協助我跟家人討論在家照顧的分工計畫</b>			
<b>1 用過，且</b>	1-1 沒問題	1-2 難以執行	
<b>2 沒用過，因為</b>	2-1 沒必要	2-2 家人時間無法配合	

**第二部份：生活品質狀況**

這個部份想瞭解您最近兩個星期以來，對自己的身體健康、內心的感覺、所在的環境以及社會關係的感覺。答案沒有對錯好壞，請您仔細看過題目後，圈選出最適合您的答案。

<b>(1)我覺得我的精神狀態是</b>				
1 非常不好	2 不好	3 還好	4 很好	5 非常好
<b>(2)我覺得我的睡眠狀態是</b>				
1 非常不好	2 不好	3 還好	4 很好	5 非常好
<b>(3)我可以休息的時間</b>				
1 非常不足夠	2 不足夠	3 還好	4 足夠	5 非常足夠
<b>(4)一般而言，我的身體狀況是</b>				
1 非常不好	2 不好	3 還好	4 很好	5 非常好
<b>(5)我認爲我目前的照顧工作是</b>				
1 非常沒意義	2 沒意義	3 還好	4 有意義	5 非常有意義

《接續上頁》


第二部份：生活品質狀況

這個部份想瞭解您最近兩個星期以來，對自己的身體健康、內心的感覺、所在的環境以及社會關係的感覺。答案沒有對錯好壞，請您仔細看過題目後，圈選出最適合您的答案。

(6)照顧家人時，我覺得我的心情				
1 非常不好	2 不好	3 還好	4 很好	5 非常好
(7)一般而言，我可以專注在一件事情上				
1 完全不能專注	2 不能專注	3 普通	4 能專注	5 完全能專注
(8)整體來說，我覺得我的生活				
1 非常不愉快	2 不愉快	3 還好	4 愉快	5 非常愉快
(9)我能夠參與朋友間的聚會				
1 完全無法參加	2 經常無法參加	3 還好	4 經常能參加	5 每次都能參加
(10)與我一起住的家人能分擔我照顧工作的時間				
1 非常不足夠	2 不足夠	3 還好	4 足夠	5 非常足夠
(11)除了照顧工作以外，我還必須分擔其他家事				
1 完全不需要	2 不需要	3 偶爾	4 經常需要	5 總是需要
(12)我可以獲得情緒支持的程度				
1 非常不足夠	2 不足夠	3 還好	4 足夠	5 非常足夠
(13)一般而言，我在照顧工作上可以獲得的支持程度				
1 非常不足夠	2 不足夠	3 還好	4 足夠	5 非常足夠
(14)我能夠從事喜愛的休閒活動				
1 完全不行	2 幾乎不行	3 偶爾	4 經常可以	5 總是可以
(15)我能夠獲得我想要得資訊				
1 完全不行	2 幾乎不行	3 偶爾	4 經常可以	5 總是可以
(16)我想外出時，我可以使用的交通工具				
1 非常不足夠	2 不足夠	3 還好	4 足夠	5 非常足夠
(17)一般而言，目前家庭的收入對日常生活費用的支出是				
1 非常不足夠	2 不足夠	3 還好	4 足夠	5 非常足夠
(18)整體來說，我覺得我的生活環境				
1 非常不好	2 不好	3 還好	4 很好	5 非常好

第三部份：

這個部份主要想瞭解您的基本狀況，這個資料我們一定會進行保密，請您安心作答。請圈選出最符合您的答案。

(1)我的性別是				
1 男性	2 女性			
(2)我是民國_____出生				
(3)我的最高學歷為				
1 小學以下	2 小學	3 國中	4 高中職	5 專科
6 大學	7 研究所以上			
(4)我是失智症者的				
1 配偶(妻子或丈夫)	2 兒子	3 媳婦	4 女兒	5 女婿
6 孫子女	7 兄弟姊妹	8 其他親戚		
(5)我所照顧的失智症者的失智程度為				
1 疑似但未確診	2 輕度	3 中度	4 重度	
(6)我每月需支付的日間照顧費用為				
1 政府全額補助	2 五千以下	3 五千到一萬	4 一萬一千到二萬	5 二萬以上
(7)我的家庭總收入為				
1 一萬以下	2 一萬一千到二萬	3 二萬一千到三萬	4 三萬一千到四萬	5 四萬以上
(8)使用日間照顧服務帶給我的幫助程度是				
1 沒有幫助	2 不太有幫助	3 普通	4 有幫助	5 非常有幫助
(9)整體上，我對日間照顧服務中心的服務感到				
1 非常不滿意	2 不太滿意	3 普通	4 滿意	5 非常滿意
(10)如果可以，我希望日間照顧服務中心還可以提供哪些服務？（請寫在以下空白處）				
				

感謝您的填答，請將問卷放入信封中，交給中心的工作人員。

## 訪談大綱

- 一、 你覺得在我們這類機構中，失智症家庭主要照顧者有哪些需求類型呢？  
你覺得生活品質指的是什麼？他們的生活品質又如何？
- 二、 我們社會工作者應該失智症家庭主要照顧者提供哪些服務？目前提供服務的現況是怎麼樣？
- 三、 你認為目前提供的服務對他們的生活品質產生什麼影響？
- 四、 你覺得目前，家庭主要照顧者的需求與現有服務供給之間有沒有差異？  
其中差異存在的原因又是什麼呢？
  1. 【如何讓案主知道機構服務資訊、要用什麼媒體管道】由問卷中得知，家屬知道日間照顧中心大多是來自於親友告知，其次是其他單位的介紹，由傳播媒體得知的反而佔少數，對於這個部份的看法為何？機構的個案來源大多為何？
  2. 【如何彌平服務供需落差】表達需要家屬座談會、聯誼會或是參加照顧技巧訓練的照顧者滿多的，但真正有使用者卻比有需求者少，大部分是表示時間沒辦法配合。機構對於這方面的結果有什麼樣的看法或想法？是什麼原因會形成需求與使用度搭配不上的情況？
  3. 【規定與實務落差】內政部的失智症日間照顧營運手冊有提到，機構需要協助家屬討論照顧計畫。透過問卷也發現僅有少數家屬表達不需要，大多數則表示沒有使用這項服務，不曉得機構在這個部份的執行現況如何？提供服務時的困難有哪些？
  4. 幾乎所有的機構都有提供告知被照顧者在機構狀況的這項服務。但依據問卷結果有使用的照顧者認為機構提供的訊息不夠詳細，對於這一點你的看法為何？
  5. 【關於服務供需和規定與實務的落差】你認為在執行協助擬定照顧計畫跟告知失智症患者在機構狀況的業務上，為什麼不容易去執行？此外內政部的失智症日間照顧營運手冊中有哪些規定，你覺得是不容易去執行或是你認為不合理、不合乎現況的，你為什麼這麼認為？你認為可以怎麼修改？