

東海大學社會工作學系碩士論文

使用台中市居家服務失智老人家庭照顧者 照顧需求之探討

The study of carer's needs of dementia elderly using
home care service in Taichung city

指導老師：高妣理 博士

研究生：江音芳

中華民國一〇五年 六月

東海大學社會工作學系碩士論文

使用台中市居家服務失智老人家庭照顧者
照顧需求之探討

The study of carer's needs of dementia elderly using
home care service in Taichung city

指導老師：高妲理 博士

研究生：江音芳

中華民國一〇五年 六月

東海大學社會工作學系碩士班

研究生 江音芳 碩士學位論文

使用臺中市居家服務失智老人家庭照顧者
照顧需求之探討

業經審查及口試合格

論文審查及口試委員

指導教授：高迪理 105年6月2日

審查教授：黃松林 105年6月2日

審查教授：王寫怡 105年6月2日

系主任：劉珠利 105年6月27日

謝誌

時間飛逝，三年的研究所生涯將畫下句點，也終於輪到我寫謝誌了！三年的時間說長不長、說短不短，在這條學習的道路上，有許多人的教導、指引、支持、鼓勵與協助，謝謝大家，讓我能完成論文，並且順利畢業。

首先，想要感謝的是我的指導教授—高 迪理老師，在我龜速撰寫論文的過程中，感謝您一路耐心的指導、鼓勵與耳提面命，讓我瞭解研究與實務結合的重要性，並且在我最徬徨無助的時候，立即給我方向與建議，使我能一步一步的產出論文，在此向老師敬上我十二萬分的感謝。感謝口試委員王篤強老師與黃松林老師，對於論文所提出的修正建議，讓我更清楚的去思考研究價值的定位與論文聚焦的方向。

在東海大學將近七年的學習過程中，謝謝一路上教導我的老師們，華源老師、啟源老師、怡世老師、珠利老師、懷真老師、秀絨老師、藩瀛老師、麗雯老師、琇惠老師、秀照老師、秀燕老師、聖桂老師、朝賢老師與寶中老師，謝謝老師們對於教學無私無悔的奉獻與付出，使我瞭解社會工作的價值，並期許自己帶著社工魂，展開自己的未來。感謝在學七年來默默付出的系辦助教們，大霞助教、雅俐助教、培元助教與宜椿助教，謝謝你們協助處理繁瑣且複雜的學校事務，讓我能無後顧之憂的學習。

在研究所上課的時候，感謝美榮學姐、淑茹學姐、雅文學姐與睿誼學長的帶領與分享，使我瞭解社工實務的狀況，更讓我從你們身上體會到社工的堅持與溫暖。感謝雅音學姐、家鳴、姝淳與東隆，非常開心能夠認識你們，跟你們相處總是能夠讓我開心大笑，暫時忘卻煩人的論文。再來，就是我的研究所伙伴們，淑蘭、昱禕、宛樺、威宇、奕汶、佩瑜、珮渝、含章、毓君、豆干、家豪、秀萍、明潔、如珊、武中、弘健與世祥，感謝與你們相遇，在研究所學習的過程中，有你們的鼓勵與打氣，一點都不孤單。

研究所的好姐妹們，Ting Ting、Tina、范與西西(加上揆揆與阿尼吉)，慶幸自己有讀研究所，才能認識你們，在研究所學習的過程中，謝謝你們的購物愛買、聚餐亂聊、出遊大玩、真心建議、真誠鼓勵與大力加油，創造出許多美好的回憶，謝謝你們。感謝柔柔與聿若，從國中、高中、大學到研究所，你們一直是最瞭解我的朋友，總是給我鼓勵與祝福，讓我覺得幸運，感謝撰寫論文的路上有妳們，未來也不能缺席喔！感謝我的閨密們，逸涵與逸竹，對於妳們總是有道不盡的感謝，很感謝老天爺安排兩位參與我的人生，研究所與論文沒有妳們倆我可能走不完；很感謝我們能無止境的垃圾話，既能抒發學業壓力，也能更瞭解彼此；很感謝我們的默契，就算不說話，也能有看穿心思的能力，未來三人繼續加油！

最後，就是感謝我的家人們，爸爸、媽媽、大姑、小姑、妹妹、弟弟與表妹，謝謝你們當我最堅強的後盾，讓我可以任性的做我想做的事，並且忍受我因為課業壓力所產生的臭脾氣，感謝你們的包容、鼓勵、支持與關心，我完成現階段的學業了，未來會與你們一起朝著自己的夢想前進、分享我的未來。

音芳 2016.07.20

中文摘要

失智老人家庭照顧者的能力與負荷通常會與其照顧品質有關，所以對於家庭照顧者來說，評估不同層面的照顧狀況是非常重要的。

本研究主要探討使用居家服務失智老人家庭照顧者之照顧需求，瞭解其個人背景(家庭照顧者與失智老人)、家庭照顧者所擁有之資源、家庭照顧者使用居家服務之狀況與其照顧需求等四個變項間之關係。因此，採用了調查研究方法，以結構式問卷為測量工具，並透過面對面訪談的方式進行資料之蒐集，最終有效問卷的回收率為 26%，以下為本研究主要之發現與結果：

- 一、家庭照顧者目前的照顧現況：家庭照顧者以高齡女性居多，而與失智老人之關係以配偶占稍多數，並且大多數照顧者提供了全面性的照顧。
- 二、家庭照顧者之照顧困難：在所有的照顧項目中，以協助沐浴的項目困難度最高；此外，協助位移與行動的部分，則需有人從旁協助。
- 三、家庭照顧者之照顧需求：在日常的照顧需求中，較少有人協助家庭照顧者的照顧項目為協助失智老人刷牙，多數無人協助的照顧項目為失智老人身體活動與不定時行動的部分。在五個照顧需求層面中，生理層面：照顧者年齡與失智老人之病程，對照顧者來說有較大的影響；心理層面：半數照顧者情緒會緊張焦慮，且多數照顧者不會主動尋求協助；經濟層面：多數照顧者能負擔照顧上的費用；照顧支持層面：照顧者的照顧知識與技巧需多加強；喘息層面：本研究多數照顧者屬獨自照顧，較無自己處理事務之時間。

研究者透過上述研究之發現與結果，提出以下研究之建議：

- 一、對於家庭照顧者之建議：家庭照顧者需多深入瞭解失智症與其相關資源，並主動尋求照顧上之協助。
- 二、對於居家服務中心之建議：可整理並提供失智症相關資源與資訊，並培訓具有失智症之照顧專長的居家服務員。
- 三、對政府相關部門之建議：持續加強相關失智症之宣導，提升大眾對失智症之認知並且須共同考量失智老人與家庭照顧者之照顧需求，建立屬於失智症照顧之網絡。

Abstract

Capacities and burdens of caregivers of dementia elderly usually have associated with the quality of care they provided, it is important to assess different aspects of care situation of these caregivers.

This study focused on caregivers' needs of dementia elderly using home care service. Understanding of correlation among caregivers' demographics, caregivers existing resources, using the home service status and their care needs. This study employed survey research methods, with face to face interviews to collect data, and valid response was 26%. Findings and results of the study were summarized as follows:

1. Status care of caregivers: Most caregivers were elderly women; A little more caregivers' relationship between dementia elderly were in spouses; The majority of caregivers provided general care for dementia elderly.
2. Difficulties of caregivers' in taking care of dementia elderly: In all care project, assisting dementia elderly to take a bath was the most difficult; caregivers needed someone to assist dementia elderly in their mobility.
3. Needs of caregivers' care: Caregivers' care needs in daily, less people helped caregivers to assist dementia elderly brushing tooth; most of people without helping caregivers to assist dementia elderly on physical activities and the occasional action. In five care needs aspects, physiological aspect: the age of caregivers and the course of dementia elderly had a great impact on caregivers; psychological aspect: half of the caregivers felt nervous and anxious, and most of the caregivers didn't take the initiative to seek for helping; economic aspect: most caregivers can afford the costs of care; support of care aspect: caregivers needed to enhance the knowledge and skills of care; respite aspect: most caregivers took care of dementia elderly alone, and they didn't have free time to deal with themselves.

Based on research findings and results, recommendations of this study were as follows:

1. From caregivers' aspect: Caregivers need to understand dementia and related resources more, and they need to seek for helping autonomously.
2. From home care service centre aspect: The home care service centre can arrange and provide resources and information of dementia for caregivers, and it can train home care workers having expertise of dementia care to help caregivers improving their knowledge and skills of care.
3. From government departments aspect: In order to raise public awareness of dementia cognitive, the related government departments should advocate for the care of dementia elderly continuously. And it should consider the care needs of caregivers and dementia elderly at the same time. Furthermore, the related government departments need to establish a care network of dementia elderly.

目錄

第一章 緒論	
第一節 研究背景	1
第二節 研究動機	5
第三節 研究目的	9
第四節 重要概念之解釋	10
第二章 文獻探討	
第一節 居家服務與失智症相關概念之探討	13
第二節 家庭照顧者相關概念之探討	23
第三節 照顧需求與測量相關概念之說明	31
第四節 綜合討論	45
第三章 研究方法	
第一節 研究之概念架構與研究問題	48
第二節 研究設計	50
第三節 研究倫理	59
第四章 研究發現	
第一節 家庭照顧者基本特性之描述	61
第二節 失智老人基本特性與目前狀況之描述	64
第三節 家庭照顧者照顧狀況之描述	66
第四節 家庭照顧者照顧需求之描述與分析	88
第五章 研究結果與建議	
第一節 結論與討論	98
第二節 研究建議	109
第三節 研究限制	112
參考文獻	113
附錄	121

表目錄

表 1-1-1	五歲分年齡層失智症盛行率	2
表 2-2-1	不同屬性老人之照顧工作比較表	25
表 2-3-2	失智老人家庭照顧者之照顧需求比較表	37
表 3-2-1	民國 104 年 12 月台中居家服務單位與失智人數	52
表 4-1-1	家庭照顧者個人特性之次數分配表	63
表 4-2-1	失智老人個人特性之次數分配表	65
表 4-2-2	失智老人失智症狀之次數分配表	65
表 4-3-1	使用居家服務的現況之次數分配表	67
表 4-3-2	使用居家服務內容之次數分配表	67
表 4-3-3	實際使用居家服務內容之狀況—就醫與服藥之次數分配表	68
表 4-3-4	實際使用居家服務內容之狀況—位移與行動之次數分配表	70
表 4-3-5	實際使用居家服務內容之狀況—輔具使用之次數分配表	72
表 4-3-6	實際使用居家服務內容之狀況—日常事務之次數分配表	74
表 4-3-7	實際使用居家服務內容之狀況—膳食與進食之次數分配表	76
表 4-3-8	實際使用居家服務內容之狀況—身體活動之次數分配表	78
表 4-3-9	實際使用居家服務內容之狀況—個人清潔之次數分配表	80
表 4-3-10	實際使用居家服務內容之狀況—個人衛生之次數分配表	82
表 4-3-11	家庭照顧者較不需協助之照顧項目	84
表 4-3-12	家庭照顧者的正式資源使用狀況之次數分配表	85
表 4-4-1	家庭照顧者的照顧需求—生理層面之次數分配表	88
表 4-4-2	家庭照顧者的照顧需求—心理層面之次數分配表	90
表 4-4-3	家庭照顧者的照顧需求—經濟層面之次數分配表	92
表 4-4-4	家庭照顧者的照顧需求—照顧支持層面之次數分配表	93
表 4-4-5	家庭照顧者的照顧需求—喘息層面之次數分配表	94
表 4-4-6	家庭照顧者年齡與照顧體力之交叉分析	95
表 4-4-7	家庭照顧者年齡與身體痠痛之交叉分析	95
表 4-4-8	失智老人病程與照顧體力之交叉分析	96
表 4-4-9	失智老人病程與家庭照顧者身體痠痛之交叉分析	96
表 4-4-10	失智老人病程與喘息層面之交叉分析	97

圖目錄

圖 3-1-1 研究之概念架構

48

第一章 緒論

第一節 研究背景

由於我國目前醫療科技進步、人類壽命延長等因素，使得人口結構老化的情形有逐漸嚴重的趨勢。根據衛生福利部 (2015)統計，截至西元 2015 年二月底台灣地區的老年人口數已接近 283 萬人，約占台灣人口數比例的 12.08%，相較於西元 2010 年的老年人口數比例 9.7%，在這 5 年內明顯增加了 2.38%，因而台灣即將轉變為高齡社會。此社會現象已是近年來政府重視的社會議題之一，目前其已將長期照顧政策為發展的主力，為逐年增加的老年人口群安排適切的福利服務，使老年人具有較高的生活品質。

根據台灣失智症協會所進行的失智症流行病學調查及失智症照護研究計畫 (2011)結果顯示，老年人的年紀越大，罹患失智症的比例將會增加，若以 65 歲開始計算，以每五歲為區間，則每五歲間的失智症盛行率有倍增之趨勢(參見表 1-1-1)，將意味著年齡的增長與失智症的好發率有關聯性。另外，根據衛生福利部委託台灣失智症協會的推估統計，目前台灣失智人口數已超過 16 萬人，大約占總人口的 4.79%，預估到西元 2031 年超過 47 萬人，而且每年平均將增加 1 萬以上失智人口 (失智症流行病學調查及失智症照護研究計畫，2011)。但是，相較於我國衛生福利部 (2015)的失智症人口數統計，目前統計大約只有 4 萬 6054 人，與其委託台灣失智症協會推估的人口數有相當大的差異性，便可瞭解到多數患有失智症的老人與家屬仍未領有身心障礙手冊、未到公立醫院進行鑑定或未使用正式社會福利服務等，使得實際患有失智症的人口數與推估的人口數有較大的差距。此統計現象的產生也說明了社會大眾可能對於失智症的認知程度較不足，常會忽略身邊已罹患失智症的家人，而延誤到其即時就醫的時間，對於往後的失智症照顧將會出現較嚴重的問題。因此，政府需提高大眾對於失智症的認知程度，並說明其嚴重性，且須規劃完善的失智症照顧服務網絡，讓失智症老人能享有完善的照顧服務，以減緩其失智症病程的嚴重程度。

表 1-1 -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
失智症生行率	3.40	3.46	7.19	13.03	21.92	36.88

資料來源：台灣失智症協會失智症流行病學調查

然而，除了失智症老人的照顧與服務具有必要性之外，失智老人的家庭照顧者也是政府必須關切的重點之一。由於失智症與一般性的疾病不同，其具有多元的病程模式，總共分為四個程度：輕微認知障礙、輕度、中度與重度，每個病程皆有不同的症狀與行為反應，像是有遊走、大小便失禁、獨自外出迷路、無故半夜醒來等問題行為，須視老人的情況而定，個體差異性極高。所以，從文獻與研究中可瞭解到最困擾家庭照顧者的是病患的行為異常與精神障礙，加上其逐步退化的認知功能，使得照顧工作將會變成一項沒有希望的消極性任務，在長期照顧的結果下，家庭照顧者也逐漸成為失智老人背後的「隱形病人」(邱麗蓉、謝佳容、蔡欣玲，2007)。所以對於家庭照顧者來說較不易明確掌握失智個案的病程反應，在照顧方面容易產生生理、心理及社會的負荷，甚至整個家庭及其系統皆會受到影響。除此之外，林淑錦、白明奇(2006)的研究也指出目前台灣失智老人照顧者面臨的問題，包括照顧人力不足、照顧的困難性、家屬的心理調適問題、社會覺知不夠、安養機構立案機構不足、家庭功能低的失智症家庭缺乏關心，使得失智症家庭照顧者在照顧上增添更多的照顧負荷及壓力。

近年來，我國政府意識到老年人口結構老化與失智症比例增加的嚴重性，而積極的規劃一連串有關老年人相關的福利服務政策，像是長期照顧十年計劃中的照顧服務共分為日間照顧服務、居家服務與家庭托顧服務等，並詳細設計周邊相關性服務：交通服務、餐食服務等，讓更多需要福利服務的老年人能夠透過服務的使用，以維持其基本的日常生活功能、提升其生活的品質。若以失智症老人的照顧模式來說，目前主要以家庭照顧、社區式照顧(日間照顧服務、居家服務與家庭托顧服務)與機構式照顧為主。以研究者所生活的台中市來說，根據我國衛生福利部統計處(2015)，台中市目前的老年人口數為 282316 人，約占台中市人

口數的 10.3%，而台中市目前的失智人口數為 4094 人，約占台中市老年人口數的 1.5%，其中，以失智老人使用社區式照顧的服務狀況顯示，日間照顧服務的失智症人數為 421 人、使用居家服務的失智症人數為 223 人(研究者自行致電居家服務中心詢問)，約占台中市失智人口數的 14%。雖然無法完全掌握台中市所有失智老人目前使用服務之狀態，但能從上述的數據資料瞭解到目前對於失智症老人的照顧仍留在家中，較趨向於家庭照顧，並且與老人狀況調查報告 (2013)有相似之處，其說明 90%以上的老人傾向與家人同住，並且實際有與家人同住的比例為 97.1%。因此，對失智症老人的家庭照顧者來說，在家中的照顧除了要對失智症有更多的認識之外，也需瞭解社會福利與資源，以平衡對於失智症老人的照顧負荷與自身的日常生活。

在台中市社區式照顧的模式中，功能受限者的服務使用率主要以居家服務與日間照顧服務的比例較高，分別為 50%與 46% (衛生福利部統計處，2015)。若以服務模式來比較，目前台中市依行政區域劃分共有 14 間日間照顧中心，其服務模式主要分為失智型與混合型，主要的服務對象為患有失智症的老人，而若有重度失能或有特殊需求的老人則由機構的收托能力來決定，其服務的時間以一週五天，全日或半日的服務方式，並提供生活照顧、生活自力訓練、健康促進等服務內容，讓家庭照顧者有較長的自由時間，可選擇工作或喘息等，待至晚上才將失智老人接回家中照顧。反觀，台中市目前也依行政區域劃分有 14 間居家服務中心，其服務設計主要是針對功能受限老人為核心，其主要服務內容分為身體照顧及家事服務，以協助功能受限老人的基本日常生活，並間接分擔家庭照顧者的照顧負荷，讓功能受限的老人能享有較高品質的晚年生活，也使照顧者享有喘息的片刻。然而，西元 2015 年台中市失智老人照顧者使用居家服務的人數已增加到 6% (衛生福利部統計處，2015)，若加上台中市尚未使用服務的失智老人，其服務需求可能會增加。雖然居家服務能協助失智老人照顧者分擔失智老人基本生活的照顧，像是沐浴、進食等項目，讓失智症照顧者有短暫的喘息時間，但是以長期

服務的角度來看，由於居家服務的服務時間片段與短暫，失智老人照顧者仍長時間處於高照顧負荷的壓力下，較無法有適度的喘息，另外，湯麗玉、李明濱 (2008) 也說明對於失智老人照顧者來說，居家服務的服務項目較不符合其需求，實質的效益較低的現象產生。

故本研究想要以失智老人照顧者的照顧需求為考量，來探討目前台中市居家服務的服務內容，能否符合其想望，進而讓台中市的居家服務更符合失智症老人及其主要照顧者的照顧需求。

第二節 研究動機

隨著失智症發病機率的比例增加與其家庭照顧者在照顧上的負荷與困難提升，使得研究者更感受到此議題對於社會工作與社會大眾的重要性，將期待透過此研究來瞭解家庭照顧者在照顧失智老人時的狀況與困難，以歸納與分析出家庭照顧者的照顧需求，讓研究者更能明確的知曉使用居家服務的失智症老人家庭照顧者在照顧上的需要為何？而以下將分點說明研究者對於本研究的研究動機：

壹、研究者自身從事實習經驗的觀察

在結束大學的實習課程後，研究者對於失智老人的領域有初步的接觸與瞭解，並保有高度的興趣，且期待能有多方面的認識。在研究所實習的課程中，研究者選擇在居家服務的領域學習。在居家服務的領域中，服務對象為功能受限的老人¹，其功能受限的種類繁多，在短時間的實習過程，研究者無法對每一功能受限的種類有深入瞭解，所以便將焦點置於患有失智症的老人，從中觀察並評估其對於使用居家服務的狀況。在實習結束後，研究者回顧自己的實習歷程，並統整出使用居家服務的失智老人家庭照顧者之狀況，便發現家庭照顧者對於社會福利資源的認知較低，且居家服務的使用皆是透過他人的引介，才自行申請並接受服務，對於其他的社會福利資源大多無概念；在家庭照顧人力上，皆為一對一的照顧，並無其他的次要家庭照顧者，使得家庭照顧者的照顧負荷沉重；在家庭經濟方面，由於一對一的照顧模式，使得家庭照顧者無法進行全職工作，必須依靠社會福利的補助維生，生活較為困難；家庭照顧者的生活方面，大多重心皆在照顧失智老人的生活，較無法從事自己想做的事情，像是外出交友、結婚或參加活動等，大多社會性的網絡皆中斷，處於較封閉的狀態；在使用居家服務後，雖有減輕家庭照顧者的照顧負荷，但是失智老人有些具有依賴與固著的行為反應，使得居家服務員在服務時，家庭照顧者需一同協助，較無法有適時的喘息間。

¹ 本研究將「失能」一詞以「功能受限」來做表示，由於高迪理等(2003)表示「失能」會讓他人有誤解個人可能使完全沒有行動力之狀況，有以偏概全之嫌，故本研究將以「功能受限」稱之。

上述為研究者在實習過程中的觀察，初步瞭解使用居家服務的失智老人家庭照顧者的生活樣貌與困境。在進一步思考後，便連結到居家服務對於失智症老人及其家庭照顧者的協助程度，因此，便想透過本研究來瞭解家庭照顧者在使用居家服務後的照顧需求，以更明確的統整出家庭照顧者還需要那些社會福利服務的協助？

貳、居家服務的服務模式

居家服務的服務設計與評估方式較偏向功能受限的人所需要的普遍性生活需求，以協助功能受限的人們維持基本的日常生活功能。居家服務提供的方式主要是以生活性項目的評估為主，像是沐浴、肢體關節運動、餐食服務等，讓功能受限的服務使用對象能擁有較高的生活品質，也讓家庭照顧者有些許喘息的時間。談及居家服務的服務方式，其主要透過長期照顧專員與居家服務督導的服務評估，以服務對象最為需要的服務項目為服務提供的目標，並依照功能受限程度所設定的服務時數，來媒合適合的居家服務員，到服務使用者的家中進行服務。在服務媒合後，居家服務員便會依照長期照顧專員與居家服務督導所評估的服務項目與時數，到服務使用者的家中，進行一週兩到三天，一天一到兩小時的服務，其屬於較片段且功能性為主的服務模式。

但是，若以失智症老人來說，失智症的症狀及病程與一般性疾病或功能受限的服務對象狀況較不同，每位失智症老人的病程及行為反應皆具獨特性，較無法以相同的服務方式以一貫之，並且失智症老人較需要處於穩定的環境，讓失智症的症狀能夠趨於穩定，在照顧上也較能掌握其行為的反應。因此，以居家服務來說，由於提供服務的地點為失智老人的家中，其能讓失智老人處於較熟悉且有安全感的環境接受服務，較能降低失智老人的不安全感與焦慮。但是，若考量居家服務的服務模式，由於依照時數來分配服務的天數，一週固定兩到三天的服務提供，較容易讓失智老人接觸到外來對象(居家服務員)，增加不熟悉感，將會干擾到失智老人的穩定模式，所以家庭照顧者便可能需要陪同服務提供的過程，直到

失智老人熟悉居家服務員，使得家庭照顧者較無法獲得完整的喘息時間。另外，再加上目前居家服務員的人力吃緊，使得居家服務督導在媒合服務的過程中，往往無法兼顧服務使用者的特殊性，僅能安排有空班的居家服務員進行服務，倘若居家服務員對於失智症相關資訊較無掌握，是否也會影響到失智老人與其家庭照顧者使用服務的品質？

參、現階段文獻的回顧

在搜尋現階段我國探討使用居家服務的失智症老人家庭照顧者之相關文獻的過程中，大多數居家服務的相關研究皆在探討居家服務的方案成效評估 (陳慧君，2004；詹弘廷，2013)、居家服務督導之經驗、功能與滿意度 (林靜瑜，2006；陳淑君，2009；蘇群芳，2013；羅惠慈，2014；趙若廷，2014)、居家服務員之服務經驗、工作狀況與工作滿意度 (李會珍，2009；李綉梅，2014；梨世宏，2014；許仁芳，2015)、服務使用者的服務使用因素、經驗與需求 (郭玫伶，2011；王淑芬，2012；梁慈羽，2014；洪玉珊，2015)等相關研究。另外，有關居家服務中家庭照顧者的相關文獻，大多以照顧功能受限者的照顧經驗、互動狀態、需求與照顧負荷來做探討 (鐘文君，1999；吳宜姍，2006；楊倩華，2010；陳宜婷，2010)，其中只有陳宜婷 (2010)是以失智老人家庭照顧者來瞭解其使用居家服務之經驗，其他研究皆將關注焦點置於功能受限的服務對象，故與本研究相關的學術文獻較佔少數。

在陳宜婷 (2010)有關失智症老人家庭照顧者使用居家服務的經驗初探中，提及居家服務對於家庭照顧者在照顧上的影響，其指出家庭照顧者在居家服務所提供的服務項目上有減輕家庭照顧者的照顧負荷，但是家庭照顧者仍無法全然放下既有的照顧工作，仍須協同居家服務員共同完成；在居家服務介入後，家庭照顧者面臨照顧角色轉換與照顧心態的轉變，間接的減少家庭照顧者的照顧負荷；某些家庭照顧者在居家服務的介入後，產生新的照顧困擾，像是配合居家服務員的服務時間、頻率等。在此研究的最後，也歸納出居家服務對於失智老人家庭照顧

者的功能，像是分擔照顧責任、增加家庭照顧者的社會接觸、補充照顧人力之不足、家庭照顧者可彈性安排自己的時間、讓家庭照顧者更了解老人的狀況，以及減緩家庭照顧者與老人間的緊張關係等。

由於上述研究屬於質性研究，其針對十位使用居家服務的失智症老人家庭照顧者訪談，歸納出上述結論，故本研究期待使用量化研究的方式，將針對多數使用居家服務的失智症老人家庭照顧者來探討其照顧之需求，以作為往後使用居家服務失智症家庭照顧者相關政策制定的考量，讓失智症家庭照顧者能使用較完善的服務網絡，以減輕照顧負荷。

肆、小結

研究者基於以上三點因素(實習經驗的觀察、居家服務的服務模式與現階段文獻的回顧)構成本研究之研究動機，期待透過本研究之進行，能夠更明確的瞭解使用居家服務的失智老人的服務需求與家庭照顧者之照顧需求，以作為居家服務實務與相關政策設計之考量，並使失智症相關服務網絡更加完整。

第三節 研究目的

基於上述之研究背景與研究動機，本研究希望從使用居家服務的失智症老人家庭照顧者的角度出發，瞭解其目前使用居家服務的現況與困難，進而探討使用居家服務後，是否對於照顧需求有未滿足的狀況，並期待在未來居家服務政策與實務規劃予以參考及建議。

以下為本研究之目的包括以下四點：

- 一、瞭解目前台中市使用居家服務失智老人家庭照顧者的照顧現況。
- 二、瞭解目前台中市使用居家服務失智老人家庭照顧者的照顧困難。
- 三、瞭解目前台中市使用居家服務失智老人家庭照顧者的照顧需求。
- 四、期待此研究做為日後台中市居家服務的服務政策參考，以更接近失智老人家庭照顧者的照顧服務需求，進而減輕其照顧負荷。

第四節 重要研究概念之解釋

本研究主要「探討使用居家服務的失智老人家庭照顧者之照顧需求」，為了明確瞭解此研究主題，以下分別說明本研究重要的研究概念：

壹、居家服務

是指為了讓生活自理能力缺損的老人及身心障礙者能在家中得到適當照顧，紓解家庭照顧的壓力，由受訓合格的居家服務員到家中協助分擔照顧的服務（台中市資源手冊，2015）。

一、申請資格：

- (一)設籍實際居住台中市之 65 歲以上老人、55 歲以上山地原住民、50 歲以上身心障礙者、僅 IADL 失能且獨居之老人。
- (二)因身心受損至日常生活功能需他人協助，且經常其照顧管理中心評估核定，未接受機構收容安置、未聘顧看護工或幫傭者、未領有政府之特別照顧津貼或其他照顧費用補助者，但接受長期照顧十年之其他服務補助(不含長期照顧機構服務)者，不在此限。

二、服務內容：

- (一)家務及日常生活照顧服務：包含換洗衣物之洗濯及修補、服務對項生活起居空間為限之環境清潔、家庭及文書服務、備餐服務、陪同或代購生活必需用品、陪同就醫或聯絡醫療機構等。
- (二)身體照顧服務：包含協助如廁、沐浴、穿換衣服、口腔清潔、進食、服藥、翻身、拍背、簡易被動式肢體關節活動、上下床、陪同散步、運動、協助使用日常生活輔具等。

以上為承接政府補助方案之居家服務內容，本研究將會台中市的居家服務為主要研究領域，並與各區居家服務中心合作，而不包含服務對象自費之居家服務中心。

貳、失智症

失智症不是單一項疾病，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，這些症狀的嚴重程度足以影響其人際關係與工作能力 (邱銘章、湯麗玉，2006)。

一、失智症的類型

- 1.退化性失智症：阿茲海默症、額顳葉型失智症、路易氏體失智症、其他還有像是亨廷頓氏症等。
- 2.血管性失智症：是因腦中風或慢性腦血管病變，造成腦部血液循環不良，導致腦細胞死亡造成智力減退，是造成失智症的第二大原因。
- 3.其他因素導致之失智症。

二、失智症的病程

可分為輕度知能障礙、輕度(初期)、中度(中期)、重度(晚期)。

上述文獻說明失智症之概念與類型，本研究之失智老人將不限定患有失智症之類型與病程，但需經由公立醫院鑑定患有失智症，CDR 達到一分，或是經居家服務單位評估後，設定疑似有失智情形者。

參、家庭照顧者

本研究將其定義為家屬中對於失智老人提供照顧且共同生活的主要家庭照顧者。其所包含配偶、子女、媳婦或同住之親屬或友人，不限定照顧之時間，並且使用居家服務達一個月者。家庭照顧者並不包含外籍傭人、專業看護或本國籍傭人等看護人員。

肆、照顧需求

指家庭照顧者在照顧病人的過程中，因照顧工作而從生理、心理與社會面向所衍生出的需求，其將會影響家庭照顧者在照顧時的各種因應。研究者透過文獻的探討將照顧需求歸納為生理層面、心理層面、照顧支持層面、喘息層面與經濟層面。

第二章 相關文獻探討

本章共分四節，第一節為居家服務與失智症相關概念之探討；第二節介紹家庭照顧者之相關概念；第三節說明照顧需求與測量之相關概念；第四節為相關研究的探討。

第一節 居家服務與失智症相關概念之探討

壹、居家服務之內涵

所謂的居家服務，則是透過各項服務方案，以協助受照顧者留在社區中，讓他們繼續維持原有的角色，並提供基本而非全面之協助，以增強他們的生活技巧與獨立之能力。其目標主要是促使功能受限者過著有意義的生活，並維護其尊嚴與自我，即便他們處於需要照顧的嚴重功能受限的情況，都能透過服務的提供使其獲得正常生活的機會（呂寶靜，2012）。也就是說，居家服務是為了功能受限者所設計的服務，其藉由服務的提供，讓功能受限者得以保持自身的尊嚴與維持正常的生活功能，並且使其持續生活於熟悉的家庭、社區，以實踐「在地老化」的理念。而為了對居家服務有更深入的瞭解，研究者將分別說明其起源及發展、服務使用對象的資格，以及居家服務的內涵：

一、居家服務的起源與發展

台灣最早的居家服務於西元 1971 年由彰化基督教醫院成立社區健康部已提供社區居民居家照護服務（蔡啟源，2000），雖然其較偏向醫療體制的服務，但開啟台灣居家服務的歷史，而居家服務的發展已歷經將近三十年的時間，其中發展的建制與演變將分為以下四個時期—服務草創期、服務法治期、服務擴展期與服務成長期來說明（呂寶靜，2012；林金立，2006；林素蘭；2011；趙若廷，2014；蘇群芳，2013）：

(一)服務草創期(西元 1983-1996 年)

此時期的居家服務仍未正名，大多以「在宅服務」稱之，並且服務對象多以社區弱勢人口居多，例如：低收入戶及中低收入戶。西元 1983 年台北市與高雄市辦理居家老人服務計畫，對低收入戶、獨居老人提供到家慰問、精神支持、陪同就醫、文書、休閒或其他個別服務。服務員的部分，只有台北市社會局聘雇全職在宅服務員從事服務，並且由社工員擔任在宅服務督導，為最早雇用給薪式服務員從事居家服務的縣市，其他縣市則是由志工來提供服務。在西元 1987 年訂定「台灣省推行居家老人服務實施要點」後，在宅服務於各縣市普遍推動，由各縣市政府直雇用專職在宅服務員或志工，或委託民間團體，與醫療院所以契約合作方式等方式分別辦理。

(二)服務法制期(西元1997-2001年)

我國1997年老人福利法修法後，第十八條規定：「為協助因身心受損致日常生活功能需他人協助之居家老人得到所需之持續性照顧，地方政府應提供或結合民間資源提供下列居家服務：1.居家護理；2.居家照顧；3.家務助理；4.友善訪視；5.電話問安；6.餐飲服務；7.居家環境改善；8.其他相關之居家服務。前項居家服務之實施辦法，由地方政府定之。」此外，同年身心障礙者保護法修法，第四十條也有相關的規定。此時期雖有政府制定相關法令與政策，但仍屬於全面制度建構與完整服務模式建立的階段。在1998年，行政院衛生署推出「老人長期照護三年計畫」，規劃設立「長期照護管理示範中心」，試辦單一窗口制度，並試圖提出居家護理與居家服務的整合模式。另外，同年，在服務對象的部分，台北市推動「台北市失能老人照顧服務方案」將服務對象擴及一般戶失能老人，每月有十六小時免費的居家服務外，其他縣市仍只有限定服務中低收入戶老人。而服務的推動方式，大多數縣市以方案委託的方式，由民間非營利組織提供服務，少數縣市則由縣市政府承辦此業務。至於服務人員，此時期大多採給薪方式，大多為兼職人員。

(三)服務擴展期(2002-2004 年)

西元 2002 年，行政院經建會提出「照顧服務福利及產業發展方案」，此方案之目標為建構照顧服務體系、擴充服務對象、提升服務品質及開發服務人力。其中規劃並執行「非中低收入戶失能老人及身心障礙者補助使用居家服務試辦計畫」，將居家服務的服務對象從原本的中低收入戶功能受限者更改至一般戶的功能受限者，並且將政府補助的服務時數由服務對象的經濟能力與功能受限程度來做評估，超過時數再由民眾部份獲全額自費。此外，此試辦計畫更明確訂定居家服務督導員應領有居家服務督導員職前訓練結業證書，並強調居家服務督導的督導工作及訓練的重要性。

(四)服務成長期(西元 2005 年-至今)

此時期為居家服務的成長期，政府持續的修訂與改進服務的制度與政策，主要是期待在服務大幅成長的過程中，提高服務輸送的順暢程度，以及讓服務使用者得到良好的服務品質。西元 2005 年至 2007 年間，政府陸續頒布「居家服務單位營運管理規範」、「老人福利服務專業人員資格及訓練辦法」、「長期照顧十年計畫」與「失能老人長期照顧補助計畫辦法」。上述政策訂定了居家服務督導的相關規定、老人福利服務專業人員的職前訓練與教育的規範，除此之外，長期照顧十年計畫重新劃分居家服務的服務對象種類，也改變失能程度的認定及補助標準，使得居家服務的制度更趨完整與較具標準性。另外，西元 2011 年與 2012 年頒布居家服務督導員在職訓練注意事項與修訂「老人福利服務專業人員資格及訓練辦法」第六條，明訂居家服務督導員的在職訓練階段性規劃與具備之資格。

二、服務對象之資格

西元 1998 年內政部頒布加強推展居家服務實施方案，規範居家服務實施對象、服務內容及相關服務人員應接受之在職訓練標準與資格。其中服務實施對象的資格為六十五歲以上因身心受損致日常生活功能需他人協助之居家老人(含獨居老人)、領有身心障礙手冊且日常生活功能需他人協助之居家身心障礙者。

我國長期照顧十年計劃 (2007)中，明確規範了我國長期照顧服務的對象，包括：

- (一)65 歲以上有 ADLs 之老人。
- (二)55 至 64 歲 ADLs、僅 IADLs、僅認知功能障礙的山地原住民。
- (三)50 歲至 64 歲 ADLs、僅 IADLs、僅認知功能障礙的身心障礙者。
- (四)65 歲以上僅 IADLs 失能且獨居之老人。

而目前台中市社會局所訂定的居家服務服務對象資格為：

- (一)設籍且實際居住本市之 65 歲以上老人、55 歲以上原住民、50 歲以上身心障礙者、僅 IADL 失能且獨居之老人。
- (二)經日常生活活動功能(ADL)或工具性日常生活活動功能(IADL)評估，日常生活需他人協助，且未接受機構收容安置、未聘僱看護工或幫傭者、未領有政府提供之特別照顧津貼或其他照顧費用補助者，但接受長期照顧十年計畫之其它服務補助(不含長期照顧機構服務)者，不在此限。

三、居家服務之服務項目

居家服務提供單位營運管理規範 (2005)第四條說明居家服務提供以維護受服務對象之安全及生活自主為原則。服務項目如下：

- (一)家務及日常生活照顧服務：包含換洗衣物之洗滌、案主生活起居空間環境清潔、家務及文書服務、餐飲服務、陪同或代購生活必須用品、陪同就醫或聯絡醫療機關(構)、其他相關之居家服務。

(二)身體照顧服務：包含協助沐浴、穿換衣服、口腔清潔、進食、服藥、翻身、拍背、肢體關節活動、上下床、陪同散步、運動、協助使用日常生活輔助器具、其他服務。

根據居家服務標準化作業實務工作手冊 (2008)居家照顧服務員在工作情境中，工作項目包括 (引自林素蘭，2011：12)：

(一)居家服務內容家務及日常生活照顧

1. 家事服務：協助膳食、料理餐點、洗補衣物、環境清潔(以老人的基本生活範圍為主)、陪同或代購物品、食物。
2. 文書服務：代寫或代唸信函聯繫親友、協助領取物品、協助申請各項福利措施及相關證明、代繳各項費用、整理相關文件或照片。
3. 醫務服務：協助掛號、陪同就醫(掛號、看病、做復健)、協助拿藥。
4. 關懷服務：唸書報、陪同翻閱照片、聆聽老人說故事、代為聯繫親友排解老人的擔憂、思念、友善訪視、關懷老人身心狀況、陪伴聊天、情緒支持、電話問安。
5. 休閒服務：陪同散步、陪同參加團體活動、陪同拜訪鄰居或親友、陪同進行個人嗜好或活動、陪同做簡易運動。
6. 居家生活：日常生活的協助及技能的訓練。
7. 其它：法律諮詢、指導家事操作方法、關懷案家其他成員。

(二)身體照顧服務

1. 清潔衛生：個人口腔清潔、洗臉、洗頭、洗澡、梳理頭髮、修剪指甲、刮鬍子、更衣、更換床單。
2. 飲食：協助進食、餵食、服藥。
3. 如廁：協助床上大小便、使用便器。

4. 醫務照顧：陪伴協助簡易復健、肢體關節活動；協助使用輔具、協助擺位、轉位、移位(如翻身、上下床)。
5. 健康維護：提醒有關醫囑事項、注意老人的身體徵兆變化、提醒就醫。

整體而言，從文獻探討的過程中發現，居家服務的制度建制隨著社會變遷與文化的脈絡趨於完整與全面。從中央政策制定、地方政府委外方案、民間機構執行、督導制度建立、社會工作者與居家服務員的工作內容建立等，讓居家服務得以建立更加完善的服務網路，來符合更多服務使用者的服務需求，使得服務使用者能夠維持其一般的日常生活功能，並持續與社會互動。

貳、失智症之相關概念說明

一、失智症之定義

失智症(Dementia)不是一種特定的疾病。它是一個用來說明多種症狀的統稱，這些症狀與記憶或其他思維能力減退(嚴重到足以降低一個人的日常活動能力)相關 (阿茲海默症協會，2014)。失智症並不是單一項疾病，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，這些症狀的嚴重程度足以影響其人際關係與工作能力 (台灣失智症協會，2014)。另外，根據精神疾病診斷與統計手冊第四版(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders；DSM-IV)對失智症的定義，失智症係指多方面的認知功能缺損，包括記憶力損害，但無意識上的障礙，再加上下列至少一項：(1)失語症(aphasia) (2)失用(apraxia) 或動作不良、(3)失識症(agnosia)及執行功能障礙等，此種認知功能障礙必須導致職業上或社會功能上的損害，並且逐漸功能退化，並且較諸病患自己原先的功能水準呈顯著下降 (車慧蓮，2002)。

綜合上述，失智症屬於多元、綜合因素的認知功能缺損。其大多數的症狀與記憶力退化與喪失有關，但是，在失智症發病的過程中，會伴隨著多種認知功能的逐漸喪失，像是語言能力、空間感、計算能力或注意力等，除此之外，失智症也會出現精神相關疾病之問題行為反應，像是猜疑、被害妄想症、情緒起伏大等行為，嚴重者將會影響到其職業與日常生活功能之執行。

二、失智症的類型

在失智症的分類上，大致分為兩類：退化性、血管性，但失智症者有時會存在兩種或以上的病因，最常見的則是阿茲海默症與血管性失智症並存(又稱為混合型)(邱銘章、湯麗玉，2006)。

(一)退化型失智症

大多數失智症者多屬此類型，其中又以下列三種最常見：

1. 阿茲海默症(Alzheimer's disease)

此症由德國醫師 Alois Alzheimer 在西元 1906 年發現，因此以其名為此病名；它是最常見的退化性失智症，大約佔所有失智症的 50-60%。

阿茲海默症的發病年齡介於 40-90 歲之間，最常見於 65 歲以後，平均存活率 8-12 年。其主要特性是具有兩種以上的認知功能障礙，並以記憶功能的持續惡化為主，且無意識障礙。

2. 路易士體型失智症(Dementia with Lewy bodies)

此類型失智症為第二常見的退化性失智症，發病年齡為 50-83 歲(平均 75 歲)，並且罹患者以男性居多。其主要特性是認知功能障礙會影響記憶及其他高等皮質功能(例如語言、視覺、空間技巧、動作及推理等)。失智症者的認知、日常生活功能時好時壞、起伏變化大，在混亂期或清楚期的檢查所呈現的檢查結果截然不同。

3. 額顳葉型失智症(Frontotemporal degeneration)

其發病年齡為 35-80 歲之間(平均 58 歲)，平均的存活率為 6-10 年，罹患患者 20-40%是有家族史的遺傳，此類型失智症的病程特徵為徐緩發作且持續退化。罹患額顳葉型失智症者的腦部障礙是以侵犯額葉及顳葉為主，其行為及認知障礙的表現為，早期失智症者會有人格變化、行為抑制能力不佳、行為衝動、重複固定行為、語言表達困難或減少自發性交談等。若以上症狀已達嚴重狀態，將會妨礙其原有之社會及職業功能。

4. 其他還有像是亨廷頓氏症(Huntington's disease)等等所造成的失智症。

(二)血管性失智症(Vascular Dementia)

泛指因血管因素造成的失智症，包括多重性腦中風或多發性腦梗塞。其常見的臨床特徵為情緒及人格變化(憂鬱症)、尿失禁、甲延髓性麻痺(吞嚥困難、構音困難、情緒失控)、步履障礙(失足跌倒)。血管性失智症東方人罹患的比例較高，較典型的症狀是認知功能呈現階梯式的惡化，並且有起伏的現象發生。

(三)混合型失智症(Mixed Dementia)

上述血管性失智症與退化性失智症的混合型。

(四)其他因素導致的失智症

其他原因造成的失智症，例如繼發於中樞神經的感染而導致；腦血管疾病；頭部外傷，例如慢性硬腦膜下血腫；腦腫瘤，特別是額葉或顳葉的腦瘤；水腦症；其他代謝原因；缺乏維生素 B12、葉酸造成的智力功能退化；中毒，例如藥物或酒精。上述原因若早期發生，並即時治療，可能具有可逆性，若未及早治療失智症者將會造成永久性的神經損傷，而無法恢復到原來的狀態。

三、失智症的病程

失智症屬於進行性退化之疾病，其病程從輕微症狀、輕度、中度到重度等四個時期，每個時期所經歷的時間長短及症狀皆不盡相同，須視失智症老人之各個別狀況判定，以下將分別介紹失智症各個時期的病程反應（邱銘章、湯麗玉，2006；李宗派，2005；台灣失智症協會，2014；施麗紅，2013）。

(一)輕度知能障礙

此時期是正常老化到失智症開始出現徵兆的過渡期，失智症老人對於簡易的日常生活並無影響，但是，若其面臨較複雜的工作任務或社會環境，將會出現執行上的問題。

(二)輕度(初期)

此時期的症狀屬於較輕微的，並且失智症老人之家人或友人較無法輕易觀察期症狀之展現，例如失智症老人會有記憶力減退的狀況，常會忘記剛提起的人事物，以至於重覆做同一件事、說同一句話；對於日常熟悉的工作感到陌生，執行出現些許的困難，像是金錢管理；個性與習慣會有明顯的改變，其常會出現情緒波動等；語言能力稍受影響，較無法表達正確的字詞。上述皆為此時期失智症老人的症狀，由於症狀較不明顯，家人常會認為是正常的老化狀況，而耽誤到失智症老人就醫的時間，更加重失智症老人之病況。

(三)中度(中期)

在此階段的病程中，家人能明顯的感受到失智症老人的病情反應。失智症中度的病程反應較輕度的嚴重，記憶力方面，會有混淆的狀況產生，無法記起家人或朋友，常出現時空錯置的狀態；在組織思緒及邏輯思考有高度的困難，而且會喪失一般的日常生活功能，像是買東西、開車，甚至是如廁等；失智症老人常出現遊走的狀態，特別到傍晚或晚上時，情緒有較大的起伏變動，也會有日夜顛倒的狀況出現。

(四)重度(晚期)

此時期的失智症老人之症狀為記憶力功能幾乎退化，除了無法辨認家人與平有之外，甚至無法從鏡中辨認出自己；大多數的日常生活功能、語言能力喪失，甚至身體的功能也下降，以至於失智症老人的生活與照顧皆須家人長時間的維持與打理，使得失智症老人之家人有著高度的照顧負荷。

上述為失智症四個病程時期，每個病程所反映的症狀與失智症老人的行為不盡相同，除了上述之症狀之外，失智症老人也會有精神相關症狀的反應，像是妄想、幻覺、憂鬱症或躁症症狀的產生，另外，由於失智症的症狀複雜且多元，每位失智症老人所反映的問題行為也有差異，像是會有遊走、攻擊性行為、猜疑、收集癖、過食或拒食的行為出現。在家庭照顧失智症老人的過程中，由於失智症有高度的個體與病程差異，使得家人在照顧上出現許多困難，也帶給家人許多不同的照顧壓力。

參、小結

檢閱完居家服務與失智症的相關介紹與文獻後，研究者瞭解到居家服務是為功能受限者所設計的照顧服務，其所設定的服務對象範圍廣闊，像是功能受限的老人、身心障礙者等，若符合居家服務所規範的功能受限之標準大多能申請居家服務，所以其服務內容之設計較偏向一般、簡易的身體照顧服務與日常生活服務，以維持失能者之日常生活功能。但是，若以失智症老人來說，其病程與症狀多元且複雜，在家庭照顧失智症老人的過程中，居家服務之服務是否符合家庭照顧者之照顧需求？是為研究者想要進一步探究之問題。

第二節 家庭照顧者相關概念之探討

壹、家庭照顧者之定義

在瞭解家庭照顧者之前，須先瞭解「照顧」的定義，以下將對「照顧」來做說明。照顧指的是照顧者對被照顧者提供身體上、物質上與精神上的照料之外，也強調照顧者與被照顧者之間互動所產生的情感與愛之連結，其皆會反應在照顧的過程與行為中 (吳味鄉，1993；王世俊，2006)。另外，中華民國家庭照顧者關懷總會 (2012)提供「照顧」較具體的解釋，其認為「照顧」是協助有身體或心智能力障礙的人，完成他們日常生活的活動進行，例如：為功能受限者準備三餐、協助吃飯、穿脫衣服、如廁等生活上的照顧。

綜合上述，我們可以瞭解到照顧除了照顧者與被照顧者間情感的聯繫與支持外，照顧者可能需要提供被照顧者的生理、心理與社會的相關照顧，以涵括被照顧者完整的日常生活，並維持其日常功能的運作。

家庭照顧者字面上的意思為家庭中提供照顧的人，而眾多學者與照顧者聯盟皆對家庭照顧者有不同的解釋。吳瓊滿 (1999)說明家庭照顧者的定義為對受照顧者同時負有監督與提供照顧責任以滿足個案在居家環境中的日常需要之家人。另外，家庭照顧者的概念是指任何人提供家中有功能障礙的人，像是生病、受傷、年老、身心障礙等的人，在身體方面、情緒方面或是經濟方面之協助與照顧者，皆稱為家庭照顧者 (Family Caregiver Alliance，2005；Sheehy，2010；中華民國家庭照顧者關懷協會，2012)。

除了瞭解家庭照顧者的定義之外，以下研究便提出家庭照顧者的三種類型，來說明家庭照顧者所扮演的角色。Keith (1995)的研究訪問了 31 位失能老人的成年子女，指出有三種照護體系：1.主要照顧者(the primary caregiver)：為一眾所皆知的模式，意指主要由一個人負擔所有或大部分的照顧責任；2.夥伴照顧者(the partnership)：意指由兩個子女共同分擔照顧工作，他們有相等的權力和義務，共同做決定並共同執行所做的決議。其他子女也可以參與照顧，但他們的角色較受

限制；3.團隊照顧者(the team)：由子女們分攤所有的照顧工作（引自卓春英，2001）。

整體來說，家庭照顧者是負責協助家庭中需要照顧的人，並且需要依照被照顧者的生理面向、心理面向或社會面向來提供物質、精神、經濟或日常的照顧，以維持被照顧者的日常功能及家庭的正常運作。而家庭照顧者也依照其照顧型態有不同的照顧類型，像是主要照顧者、夥伴照顧者或團隊照顧者等，以上將會影響家庭照顧者的照顧歷程。故本研究將家庭照顧者定義為，家庭中對於失智老人提供照顧且共同生活的主要家庭照顧者，其對象包含配偶、子女、媳婦或同住之親屬或友人，但是並不包含外籍傭人、專業看護或本國籍傭人等看護人員。

貳、說明家庭照顧者的照顧工作

家庭照顧者在面對不同類型之老人其照顧的工作也不盡相同，接下來將以一般性協助、功能受限的老人及失智老人之照顧工作來做說明。

呂寶靜 (2005)指出家庭成員對老人提供的協助一般可歸納為下列四種：一、協助老人吃飯、盥洗、穿衣服、洗澡、上廁所、移動等個人照顧；二、提供給老人工具性支持，譬如：食物製備、衣物換洗、家事清理等工具性日常生活協助、金錢支持、陪伴看病及生病時的照料；三、情感性支持，包括：關心與慰藉、傾聽問題；四、財務支持。另外，若以功能受限老人的照顧來說，趙小瑜 (2006)研究指出主要照顧者提供功能受限長者的照顧主要包括五方面：一、個人貼身的直接照顧：如洗澡、換尿布、協助排便等勞力密集的身體照顧工作；二、日常生活的家務照顧：如準備餐食、家事打掃、購買日用品等處理；三、就醫、吃藥、護理等醫療照顧：如住院照顧、陪伴就醫、監督服藥；四、情感支持；五、財務支持。

綜上所述，可以瞭解到家庭照顧者對於家中老人的照顧工作可以歸納為下列四點：一、身題直接照顧，像是如廁、沐浴、吃飯或穿衣服等；二、日常生活照顧，例如：餐食準備、家事清理、購買生活用品等；三、情感支持；四、財務性支持。也可以從中得知老人的一般性照顧與功能受限老人的照顧工作有所差異。

然而，回歸到本研究主題，將探討聚焦到家庭照顧者照顧失智症老人的照顧工作內容，廖淑英、孫宗慧、邱金菊 (2010)整理出失智症照顧包含三大部分：一、身體的照料，包含身體的接觸及隱私；二、物質與精神的支持，這方面主要是在物質、經濟方面的支援，如家事、金錢及精神的支持，像是親友拜訪等；三、社會福利的應用，例如：喘息服務、居家服務等資訊的提供。從上述文獻可得知，由於失智症老人其疾病症狀與病程較具特殊性，家庭照顧者除了上述的照顧工作之外，增加了社會福利資源連結的工作，而且，其也須依照失智症老人的精神症狀反應與問題行為加以瞭解與照顧，例如：若失智症老人表現出妄想、幻覺、遊走或攻擊性的行為，家庭照顧者在照顧的過程中，除了處理失智症老人的身體照顧之外，仍須處理與辨認上述症狀的行為反應，使得家庭照顧者的照顧工作增添更多的困難。

表 2-2-1：不同屬性老人之照顧工作比較表

照顧工作 老人屬性	個人 照顧	情感 支持	日常生 活照顧	財務 支持	醫療 照顧	社會福利的 應用
一般老人						
功能受限老人						
失智老人						

備註：灰色的部分則為家庭照顧者的照顧工作

資料來源：研究者自行整理

參、失智症家庭照顧者照顧現狀之探討

一、失智症家庭照顧者的特性

在現今的社會中，老人照顧仍屬於家庭的責任。由於中國傳統規範的影響，女性總是負責家庭中大多照顧的角色與責任，許多研究也指出家庭照顧者的特性，邱啟潤、許淑敏、吳淑如 (2003)高雄市居家照護個案的主要照顧者綜合性需求的調查結果，在 120 個有效樣本中，家庭照顧者大多為女性，約佔 75%，其平均年齡是 51.1 歲，家庭照顧者與老人之關係依序為配偶(31.7%)、媳婦(30.8%)。以家庭照顧者調查 (2007)來說，其調查指出台灣家庭照顧者的性別以女性為主，約佔 69.6%，且平均年齡有偏高的狀況，大多集中於 51-60 歲之區間，而家庭照顧者與老人之關係，依序排列為子女(29.25%)、父母(29.2%)及配偶(20.6%)，而其每日平均之陪伴與照顧時間約為 13.55 小時。另外，根據老人狀況調查指 (2013)出 65 歲以上日常生活活動有困難之老人有人照顧者占 20.84%，照顧者以兒子重要度 37.8 為最高，其次為媳婦，再次為配偶，另無其他人可照顧者亦達 13.7%。就性別觀察，男性活動有困難時照顧者以配偶、兒子較多；女性以兒子、媳婦較多。

從上述的統計數據可瞭解台灣目前家庭中的主要照顧者仍以女性為主，且大多數為需要照顧的老人之配偶、媳婦或兒女，並且家庭照顧者的年齡偏高。若以失智症家庭照顧者來說，鄭秀容、曾月霞 (2008)的研究指出主要照顧者以女性居多，約佔 70.64%，並且年紀介於 40-64 歲，其與失智老人之關係，依序為兒女(44.5%)、配偶(31.5%)、媳婦(22.2%)，並且照顧者大多與失智老人同住，照顧時間以每日平均 17-24 小時占大多數。另外，陳昱名 (2013)的研究也指出主要照顧者女性居多，大約佔 64.7%，平均年齡 54.2 歲，其與失智老人之關係，依序為媳婦(37.3%)、兒子(29.4%)、配偶(17.6%)，照顧時間每日平均 11.82 小時。

因此，可從上述研究數據瞭解到失智症家庭照顧者的特性與其他家庭照顧者相似，皆是以女性照顧者占大多數，女性在照顧工作中扮演重要地位，與老人之關係則以配偶、媳婦及兒女為主。另外，家庭照顧者在照顧與陪伴失智老人之時間上，每日需利用 10 小時以上之時間，著實影響著失智老人及家庭照顧者的家庭與日常生活。

二、失智症照顧對家庭照顧者之影響

家庭照顧者在照顧失智老人的過程中，除了一般例行的照顧工作，仍須針對失智老人病程與問題行為反應的特殊性，提供特別的處理及應對。然而，家庭照顧者除了要給予失智老人適當的照顧之外，仍需要維持家庭內外之關係與運作，對家庭照顧者來說，不管是生理、心理或是社會的面向上，總是會有相當的影響，所以，以下便會以五個面向來說明失智老人照顧對家庭照顧者之影響（陳宜婷，2010；廖淑英等人，2010；陳昱名，2013）：

（一）生理層面

在照顧的過程中，由於失智症的疾病特殊性，所以家庭照顧者的生理負荷會隨著照顧壓力及失智老人之病程增加，其可能會出現健康的問題，包括頭痛、疲倦感增加、食慾不振、失眠、精神緊張、全身無力等症狀。

（二）心理層面

家庭照顧者在照顧失智老人的時候，其心理可能會面臨心理衝擊，由於失智症的病程反應，使得失智老人的認知能力及日常生活功能受損，讓失智老人的行為及反應無法與其原本的狀態相符，所以家庭照顧者在適應面對與照顧的過程中，常會有焦慮、憂鬱、生氣、缺乏耐性、孤單、無力感或為病情擔心等影響發生。另外，也有許多研究指出失智症家庭照顧者有憂鬱症之傾向。

(三)家庭層面

家庭中出現病人，會使原本家庭成員的關係有所改變，甚至出現家庭衝突，而家庭中出現若失智老人也不例外。由於家庭成員對於失智症的認知不盡相同，使得在照顧工作上家庭照顧者與其他家庭成員需要相互溝通與協調，像是照顧角色的問題、尋求協助的方法不同等，在此過程中，家庭成員間不免會有摩擦或衝突出現，使得原本家庭的互動模式、成員間的關係改變，嚴重者將會造成家庭的危機。

(四)經濟層面

失智症屬於持續性的認知退化疾病，平均的病程時間約為 10 年，照顧工作上的經濟損耗，像是醫療或生活費用等，對家庭照顧者來說可能是一大負擔。另外，家庭照顧者長時間投入照顧工作，與家庭照顧者對失智老人的照顧責任，將會影響家庭照顧者對於是否持續工作之抉擇，像是可能需要工作請假、辭去工作等，許多研究也指出多數照顧者屬於無工作或是退休的狀態。因此，在照顧失智老人的過程中，經濟是家庭照顧者會面臨的實際問題。

(五)社會層面

照顧失智老人每日大約需要使用 10 個小時以上的照顧時間，所以對家庭照顧者來說，由於專注失智老人之照顧，可能會減少與外界互動的機會，使得其社交機會減少、無法滿足人際需求、無法追求嗜好、放棄娛樂、旅遊等個人需求，隨著照顧時間的拉長，將會使家庭照顧者愈趨封閉，社會支持網絡薄弱。

綜合以上敘述可得知，失智老人對家庭照顧者及家庭帶來多面向的影響及衝擊(包括生理、心理、家庭、經濟及社會等層面)，由於長時間的照顧，將考驗家庭照顧者面對照顧失智老人的病程與行為之因應方式，以及如何平衡其自身原本的生活狀態，並在照顧的過程中，持續維持家庭正常的運作功能與模式，將會是家庭照顧者急需處理的難題。

三、社會福利服務之使用

當家庭照顧者在照顧失智老人的過程中，對於照顧的工作無法負荷時，可以適時使用相關的福利服務，使得家庭照顧者有些許的喘息空間與時間，讓家庭照顧者照顧負荷及壓力能夠減輕，以下將說明失智症家庭照顧者能使用的社會福利服務：

(一)失智老人的相關福利服務

長期照顧十年計畫 (2007)將老人照顧服務分為居家服務、日間照顧服務、家庭托顧服務，若符合上述服務之資格規定，將可申請以上之服務，分擔家庭照顧者之照顧負荷。另外，在長期照顧機構中，政府也有設立失智照顧型的機構，家庭照顧者可衡量其照顧需求，來為失智老人選擇適當的福利服務。除此之外，在照顧的安全性上，家庭照顧者能夠為失智老人向全省老人協尋中心申請防走失手鍊(愛心手鍊)，以及向各縣市警察局申請指紋捺印，能夠在較短的時間內找到走失的失智老人。

(二)家庭照顧者的相關福利服務

根據老人福利法 (2009)第 31 條家庭照顧者支持性措施，其為協助功能受限老人之家庭照顧者，直轄市、縣(市)主管機關應自行結合民間資源，提供下列服務：1.臨時或短期喘息照顧服務 2.照顧者訓練及研習 3.照顧者個人諮商及支援團體 4.資訊提供及協助照顧者獲得服務 5.其他有助於提升家庭照顧者能立即其生活品質之服務。另外，民間機構或是照顧者相關聯盟，例如：中華民國家庭照顧者關懷總會、台灣失智症協會等，皆會定期舉辦諮詢服務、個案服務、心理衛生服務，或是講座及支持團體等，能讓家庭照顧者在照顧上得以減輕照顧的負荷。

肆、小結

現今社會中，失智老人的照顧責任仍屬於家庭，家庭照顧者在照顧的過程中，需要比一般家庭照顧者付出更多的體力及心力，除了生理方面、心理方面、經濟方面遭受影響之外，更會影響到其家庭及社會的關係網絡。雖然目前政府有制定多方面的社會福利服務，像是長期照顧十年計畫中的照顧服務(居家服務、日間照顧服務、家庭托顧服務)，但是在閱讀文獻的過程中，較少閱讀到使用居家服務失智症家庭照顧者的相關文章，故本研就想要進一步瞭解目前使用居家服務失智症家庭照顧者的照顧狀況及困難為何？

第三節 照顧需求與測量之相關概念說明

壹、照顧需求與未滿足需求之概念說明

在家庭照顧者照顧失智老人的過程中，大多會產生不同程度的照顧需求，所以須先瞭解照顧需求為何，但在瞭解照顧需求之前，須先定義「需求」之意義。

一、照顧需求之定義

高迪理、施麗紅、尤幸玲 (2003)說明人皆具有基本的需求(needs)，其可從三種層面來探討：(一)生理層面：說明人所追求的是生存。(二)心理層面：是指讓自己能夠身心健全。(三)社會層面：達成所謂的社會關聯。所以，便可從此三層面來探討需求之定義，從生理的層面來看，「需求」是指個人所感受到各種緊張或不滿足的狀態，它促使個人願意及力爭取那些滿足自身的目標 (社會工作辭典，2000)。從心理學的層面來看，「需求」是個體內在的一種匱乏狀態；此種匱乏狀態即使存在，但未必構成促使各體表現某種行為的內在動力 (張氏心理學辭典，1992)。而若從社會的層面來看，詹火生 (1993)認為「需求」是指個人或家庭無法從市場機能之中取得所需的資源，意及個人需求與社會經濟結構所能給予資源間的差距，福利服務之目的在彌補此資源配置之不當，社會福利學者將「需求」視為社會資源分配的重要依據。因此，從上述三層面對於「需求」的定義可瞭解到，「需求」本身是一種變動的概念，其在不同的情境、層面與狀態下皆有不同的解讀，一般所指的是維持人們生理與生活功能運作之條件；從心理學的觀點而言，需求可能是一種內在的動機；若以社會層面的觀點來看，需求可能是人們在社會生活中呈現個人需求與資源間不滿足的狀態或一段差距。

在檢閱照顧需求相關文獻後，研究者發現照顧需求在不同情境、不同對象，有不同的解釋，而照顧需求的著眼點將會具有差異性，舉例來說，若將照顧需求擺在失智老人方面，將會以失智老人為探討焦點，來瞭解對於失智老人的照顧需求參酌那些面向，像是身體照顧、心理照顧或是病程反應等，若是將照顧需求擺在

家庭照顧者的話，將會探討家庭照顧者在照顧的過程中，有那些照顧上的需要。而本研究將會把照顧需求的重心聚焦於家庭照顧者的面向，來探討家庭照顧者的照顧需求為何？

照顧需求是指家庭照顧者在照顧病人的過程中，因照顧工作而從生理、心理與社會面向所衍生出的需求，其將會影響家庭照顧者在照顧時的各種因應。而楊佩琪 (1990)將照顧需求分為私人照顧需求及制度化照顧需求，私人照顧需求包括休息、辦事情、渡假、外出工作、關心鼓勵、物質協助、金錢協助、提供照顧的知識技巧、相同信仰的人的支持、到廟燒香或上教堂等；制度化照顧需求則包括支持團體、心理協談、居家照顧服務、醫療費用補助、與有相同照顧經驗的人一起分享(透過醫院、機構或政府提供之轉介，可隨時與其他照顧者進行一對一的討論與經驗交換)、居家護理服務、長期照顧機構等。施珊汶 (2007)則將主要照顧者在居家照顧上的需求分為醫療資訊需求、照護能力需求、獲得再保證需求、心靈支持需求、社會資源需求與喘息需求等，從上述六項來探找主要照顧者的照顧需求。另外，林敬程 (2000)也歸納出家庭照顧者在照顧上所需要的支持性服務之需求，其共喘息服務層面、資訊層面、心理層面、經濟層面與工作層面等五大項，來做為評估家庭照顧者對於照顧需求中，支持性服務需求之依據。

從上述文獻可以瞭解到每個研究對於照顧需求之分類標準不一，但能大致以五個面向來做歸納，心理需求、照顧資訊與技巧需求、喘息需求、工作需求與社會資源需求等，來解釋照顧需求為何？而本研究主要探討使用居家服務失智症老人家庭照顧者的未滿足照顧需求，想要了解家庭照顧者在接受居家服務後，其照顧需求是否有未滿足之處？以下將探討未滿足需求之定義。

二、未滿足需求之定義

在探討照顧需求的過程中，總是會期待瞭解家庭照顧者其使用服務時的需求滿足狀態，所以將其概念延伸至未滿足需求(unmet needs)，所謂的未滿足需求，簡單的解釋是為服務使用者所需要的需求沒有被滿足。不同的學者對於未滿足需求

有不同的看法，Li (2006)認為未滿足需求是指資源不適當或是不足夠時產生的。Quail, Wolfson & Lippman (2011)則認為服務使用者未得到足夠的協助將會有未滿足需求產生，又將未滿足需求分為兩種型式：一、服務使用者在接受服務之前，有需要的需求，未得到服務可以滿足；二、服務使用者已使用服務，但是仍無法滿足需求。另外，劉懿慧 (2007)也整理出未滿足需求的定義，其認為有兩種情形，分別為有需求的人，沒有獲得協助、以及有獲得他人協助，但是覺得協助還不足夠，與上述之學者們的定義相似。而謝穎慧、邱亨嘉、毛利雯 (2002)說明未滿足需求的操作型定義多元，其歸納出兩個面向，一、服務使用者無法進入服務體系。二、是指服務使用者有其需要，但是無法使用特定服務。

綜上所述，本研究將有使用福利服務需求的服務使用者未獲得協助，以及已獲得服務之服務使用者，其認為協助仍未足夠，作為本研究未滿足照顧需求之定義。也就是說，本研究將以使用居家服務的失智老人家庭照顧者來看，在家庭照顧者使用居家服務的過程中，是否有未獲得協助的地方，而有其他服務之需求，或是在居家服務使用的過程中，家庭照顧者認為居家服務的內容是不足夠的？

三、失智症家庭照顧者之照顧需求說明

研究者整理失智老人家庭照顧者相關的照顧需求文獻，以瞭解失智老人家庭照顧者的照顧需求，由於國內使用居家服務失智症家庭照顧者的相關文獻較少，故以普遍失智老人家庭照顧者之照顧需求作為探討的依據，並結合上小段所整理照顧需求分類，作為本研究照顧需求之歸納，以下將列點說明之：

(一)生理層面

一般性的照顧工作已讓家庭照顧者的生理狀態有所影響，對於失智症特殊的病程與問題行為反應更讓家庭照顧者的生理狀態有巨大的影響，像是睡眠不足、胃口不佳、體力不佳或身體病痛等，將會影響到家庭照顧者對於失智老人的照顧，也成為家庭照顧者在照顧過程中，有一定影響力的照顧需求之一。

在大多數研究中皆有提到家庭照顧者在照顧失智老人的生理影響與需求，像是睡眠障礙與生活作息的衝擊、胃口或食慾不佳、身體疼痛、體力無法負荷等狀況 (廖淑英、孫宗慧、邱金菊，2010；邱逸榛等人，2010；陳昱名，2013；曾雪鳳，2014)，瞭解照顧失智症老人的家庭照顧者在生理方面有其照顧需求。

(二)心理層面

家庭照顧者在照顧失智老人的過程中，總是會面臨許多的心理抉擇與衝突，像是家庭照顧者會無法調適家庭角色的轉換、在照顧時的情緒衝突、照顧過程中的焦慮感受等，皆會影響家庭照顧者的心理層面。若家人、朋友、親戚或鄰居等重要他人的關心或支持，可能會較能調解家庭照顧者的心理不適感。

在林敬程 (2000)對於失智症家庭照顧者的支持性服務需求之研究中，說明失智症家庭照顧者在照顧上有心理層面之需求，其中以精神緊張、感覺無助與情緒暴躁等狀況來做說明。另外，陳昱名 (2013)對於老年失智症病患家庭照顧者的研究中，提出家庭照顧者對於人際間支持的需求，由於家庭照顧者在照顧時有時會面臨無助、沒希望感與心理疲乏的狀態，故人際間(家人、朋友、親戚、鄰居等重要他人)的支持，對於家庭照顧者的舒緩心理需求是有幫助的。

(三)喘息層面

在照顧失智老人時，家庭照顧者需要適時的喘息、休息，以恢復照顧的彈性與功能，能減低家庭照顧者的照顧疲乏與照顧負荷。本研究將喘息層面分為兩部分說明：一、自由時間的安排：由於照顧失智老人為長時間的照顧工作，家庭照顧者容易忽略與無法享有自己的自由時間，使得照顧的動力與人際網絡容易流失，最後將會影響到自己與照顧的平衡。二、喘息服務的使用：此部分指的是家庭照顧者透過相關喘息服務的使用，使自己能有些許脫

離照顧工作的時間，讓自己有休息的時間，像是目前各縣市政府有提供臨時或短期的喘息服務。

在楊珮琪 (1990)對於失智症病患的主要家屬照顧者之照顧需求研究中，發現家庭照顧者對於喘息層面的需求度高，像是家庭照顧者期待有人能暫時照顧失智老人，使其喘口氣休息。另外，家庭照顧者也期待能有自己辦事情的時間。在鄭秀容 (2005)的研究中，也發現家庭照顧者有相同的喘息需求，期待自己有自己的時間，以及有適度休息的時間。陳昱名 (2013)的研究指出，家庭照顧者除了對喘息服務有需求之外，家庭照顧者對於休閒活動的時間安排、外出機會也有減少的狀況，更能感受到家庭照顧者對於自由時間的渴望。

(四)經濟層面

對於失智老人的照顧，家庭照顧者所需要的時間較長，醫療費用的開銷、日常生活的支出等，常會影響到家庭照顧者的工作與經濟收入。由於失智老人的病狀特殊性，加上家庭照顧者對於失智老人的關心、愛與責任感，將會讓家庭照顧者無法有一致的專心在於工作上，使得家庭照顧者須改變工作型態、轉換工作、辭去工作或提早退休等，來照顧失智老人，使得家中經濟陷入困境，而讓家庭照顧者產生經濟之需求。另外，政府為了家庭照顧者制定相關的經濟補助，讓符合資格的家庭照顧者能夠透過經濟補助的方式，來維持家中的經濟來源。

在許多研究中，有分析家庭照顧者的工作狀態，像是目前有無工作、從事工作的類型(兼職/全職)，或是退休與否等，來瞭解家庭照顧者在照顧失智老人的過程中，其選擇工作的考量。另外，也從中瞭解家庭照顧者對於經濟補助之需求程度高，期待透過經濟的補助來維持照顧的生活 (林敬程，2000；鄭秀容、曾月霞，2008；陳宜婷，2011；陳昱名，2013)。

(五)照顧支持層面

目前社會大眾對於失智症的認知較不足，當家中出現患有失智症的老人，若無實際的瞭解，將對於其照顧的相關知識與技巧較無法掌握，將使得家庭照顧者在照顧上出現困境與挫折感等。因此，對於失智症相關的照顧知識、技巧、教育訓練或支持團體等活動，皆須要有完善的宣導途徑與執行，以減少失智症老人的家庭照顧者對於照顧相關資訊的高度需求。

在檢閱相關文獻與研究後，發現家庭照顧者在照顧支持上有高度的需求，像是相關知識、照顧技巧、教育訓練、支持團體等，皆為家庭照顧者期待能獲得的資源，以減使照顧上所面臨的困難，並且能夠透過課程的授予或支持團體的交流，找到相同處境的家庭照顧者從中相互支持與鼓勵，以減輕照顧過程中的困境，並共同成長 (楊佩琪，1990；林敬程，2000；鄭秀容，2005；鄭秀容、曾月霞，2008；廖淑英、孫宗慧、邱金菊，2010；陳宜婷，2011；陳昱名，2013)。

總而言之，透過上述的文獻蒐集與探討，研究者整理出失智老人家庭照顧者的照顧需求，其主要分為生理層面、心理層面、喘息層面、經濟層面與照顧支持層面等五大層面，本研究將會以上述五大層面作為照顧需求探討之分類，並整合於本研究之概念架構中，以下將說明本研究照顧需求支架構。

表 2-3-1：失智老人家庭照顧者之照顧需求比較表

	生理層面	心理層面	喘息層面	經濟層面	照顧支持層面
楊珮琪 (1990)			暫時有替代照顧、自己辦事情的時間		醫護人員的衛教及照顧技巧之教導、支持團體、服務使用
林敬程 (2000)		精神緊張、無助、情緒暴躁		提供賦稅優惠、照顧津貼、工作與照顧較難兼顧	醫療常識、照顧技巧、取得相關資源、支持團體
鄭秀容 (2005)			有自己的時間、適度休息的時間		有人提供照顧技巧與知識
鄭秀容、曾月霞 (2008)				政府能提供照顧費用之補助	支持團體、相關知識與技巧之提供
廖淑英、孫宗慧、邱金菊 (2010)	生活作息衝突				照顧知識不足
邱逸榛等人 (2010)	睡眠障礙				
陳宜婷 (2011)				工作與照顧無法兼顧	因照顧或路程遠無法參加
陳昱名 (2013)	身體病痛、睡眠不足	無助、沒希望感與心理疲乏	休閒活動減少、較無法外出	照顧支出增加、改變工作狀態	提供照顧方法與諮詢
曾雪鳳 (2014)	身體不適、失眠、背痛				

資料來源：為研究者自行整理與統整。

貳、照顧需求之測量架構說明—生態系統理論

在一般需求測量的研究中，大多使用 Maslow 的需求層次理論，以及 Bradshaw 的需求評估理論做為需求測量之依據與模型，以上兩種需求理論其評估較屬於普遍性需求，且 Maslow 的需求層次理論具有順序性，因此，較無法符合失智症家庭照顧者在照顧特殊性與照顧需求之測量。然而，在檢閱相關家庭照顧者之需求測量的文獻後，並無搜尋到較符合之測量模式，研究者便深入瞭解家庭照顧者因照顧工作所衍生的照顧需求與資源分布之情況，其就如同生態系統理論中各個系統的交互作用之狀況，故將以具有綜觀性的生態系統理論來做評估，期待能從家庭照顧者各個系統來做檢視，並從中歸納出各個系統的資源狀況，作為需求評估之依據。

一、生態系統理論之說明

西元1960年Gordon Bertalanffy建構一般系統理論，其強調社會工作實務模型應該檢視個人所在的各個系統之改變，像是系統的開放或封閉間之互惠關係、系統的能趨疲或合成能等，注重個人的各個系統之改變與互動狀態，並強調系統會不斷的運轉，將整個大系統調和至平衡的狀態 (鄭麗珍，2012)。西元1968年，Ernst Haeckel最早提出「生態觀點」的觀點，指出自然世界中的有機體之間的互賴性，而生態觀點之概念最早起源於達爾文進化論中的「適者生存」原則，此概念被社會工作用來建構實務模型，由於其強調個人和其所在環境間相互依賴和雙向交流 (鄭麗珍，2012)。生態系統理論是由心理學家Bronfenbrenner在西元1970年代末期所提出，主要是結合系統理論與生態觀點，強調個人除了受內在因素影響之外，仍受社會環境與情境之交互作用影響，即與「人在情境中」之概念相近 (龍紀萱、胡慧葵、張秀玉、謝宏林譯，2013)。也就是說，生態系統理論其關注個人、情境，以及兩者之交互作用，並且注重個人各系統間交流與運作，以此來評估個人其目前系統動態的狀況。近年來生態系統理論被廣泛應用在發展、教育、家庭與社會等相關領域的研究。以下將說明其核心概念與評估系統之架構：

(一)核心概念

生態系統理論注重個人、環境與兩者之交互作用，透過此互動模式發展出以下六個核心概念，將依序說明之（鄭麗珍，2012：297）。

1. 位置與棲息地

棲息地指的是人生活在其文化脈絡中的物理及社會情境，位置指的是個人在其生活的社會、社區或家庭情境中的成員地位。Brofenbrenner (1989)提出生態位置的概念，認為此種位置指的是個人所在環境中的某個區域之特色，對於個人的發展任務特別有利或不利。

2. 人際關聯

個人擁有與他人連結及建立關係的能力，此種人際關聯的發展是從親子間的依附關係之建立開始，並進而建構個人在其未來生命歷程中的各種互惠性與互動性之照顧關係。

3. 生命歷程

個人的發展會受到不同時刻的社會結構及歷史事件互動之生活事件所影響，所以建構個人生活事件的時間線可以重現個人所經歷的集體歷史經驗和個別生命經驗的互動。

4. 角色

指的是個人的角色表現是一種社會中的互惠性期待的結果，一方面包括個人依據特定社會地位而表現其角色，另一方面也包括他方對該角色的期待與互惠性回應，個人將會透過自身之感受、情感、知覺、和信念來表現該角色，所以角色將會是個人的內在歷程和參與社會的橋梁。

5. 勝任能力

個人與環境間一連串成功交流的經驗，將有助於個人發展有效掌握環境的能力。

6. 適應力

個人與環境之間的主動交流，個人與環境間相互反應以達到最高的調和度。調和度就是個人與環境之間的順暢交流，環境中的重要他人、社會組織、政經結構和政策、物理環境等對個人的福祉和發展有利，達到天時、地利、人和的良好適應。

(二)評估系統之架構

生態系統除了強調個人與環境的交互作用之關係之外，其更加重視個人的各系統之間之互動與平衡關係，故 Bronfenbrenner 將影響個體的社會環境分析成四個層面之系統，將依序分別說明之 (林淑錦、白明奇，2006；鄭麗珍，2012；古美瑤，2014；Bronfenbrenner，1977；Bronfenbrenner，1979)：

1. 微視系統(microsystem)

此系統是指個人在特定心理及物質角色中，藉由活動、角色及人與人互動關係經驗中的模式。也就是說，微視系統是指個人有直接影響經驗的系統，此系統在接觸與交流的過程中是最為頻繁且影響最為深遠的。若以個人來說，其微視系統是指家庭成員、親戚、朋友、學校、同事等。

本研究對於失智症家庭照顧者的微視系統將以家庭照顧者個人、失智症老人、家庭成員、朋友、親戚、鄰居、居家服務員等做為微視系統中的各個系統。

2. 中介系統(meseosystem)

此系統包含個人常常參與的兩個或兩個以上的微系統之交流與互動關係。若當兩個或兩個以上的微視系統在交流互動或價值觀念發生衝突時，個體通常會發生生活適應的問題。若以兒童來說，中介系統指的是家庭、學校、鄰居或同儕團體間的互動關係；若以成人來說，中介系統指的是家庭、工作或社會生活間的互動關係。此系統是指個人直接參與的兩個或兩個以上小系統的互動連結。

本研究對於失智症家庭照顧者的中介系統將以家庭照顧者對失智症老人、居家服務員(包括服務內容與過程)、家庭成員、居家服務督導、親戚、朋友等之間的互動關係，作為本研究失智症家庭照顧者的中介系統評估項目。

3.外在系統(exosystem)

此系統微中介系統之延伸，其包含其他特定的正式與非正式社會結構，他們可能不包含在個人直接的互動系統中，但其可能會影響特定系統，將會影響個人對事務的決定或定義。也就是說，此系統指的是個人無直接參與或接觸的系統，但此系統會間接的影響到個人。若以兒童為例，其指的是父母的工作型態、父母的同事網絡等，間接影響到兒童的發展觀念或生活；若以老人來說，家庭中非主要照顧者的其他成員之態度或想法，可能會間接影響到老人的照顧或感受等。除此之外，像是大眾媒體、相關福利服務政策等，皆為外在系統之範疇。

本研究整理與統整失智症家庭照顧者的外在系統評估項目為居家服務的相關政策與規定、失智症老人相關福利服務與政策、家庭照顧者的相關福利服務與政策。

4.鉅視系統(macrosystem)

指的是各個系統層次在一個更鉅視的文化環境、民族團體中交互影響之關係，舉凡向經濟、社會、教育、法律與政治皆為此系統之範疇。具體來說，其包含此社會之傳統文化觀點、次文化，以及社會或個人的意識型態等。鉅視系統會同時影響微視系統、中介系統與外在系統之運作。若以新住民來說，鉅視系統之影響包括台灣傳統文化對其之影響、民眾的刻板印象等。

本研究將失智老人家庭照顧者的鉅視系統評估項目歸納為家庭照顧者的角色認知、社會文化對失智症的態度及看法等。

本研究透過相關文得歸納與統整，整理出失智老人家庭照顧者的四大系統之間評估的項目，下段敘述會依據此四大系統中的項目關係，轉換成家庭照顧者互動的資源形式，以確切瞭解失智症家庭照顧者在其生態系統的交流互動過程，在照顧失智症老人時，其所需要的照顧資源有那些？從中評估其照顧需求未滿足的狀況。

二、本研究需求評估之架構

在生態系統理論中，其強調個人、情境與雙方之互動關係，個人藉由此互動關係發展出自己的生活狀態與生命歷程，也能從中發現個人在情境交互適應得過程中，發展出所謂的「生活中的問題」，也就是說個人因為在生活中，由於資源的缺乏或不足，使得適應得過程中出現需求。其中生態系統的理论說明，滿足個人需求和達成發展任務，需要環境中具有充足的資源與人和環境間正向的互動。任何環境資源、個人使用資源的限制或是人與環境互動關係失衡時，都可能會阻礙個人滿足需求與導致壓力或失衡，為了減少或消除壓力需要把因應努力的目標放在需求滿足一及達到個人與環境的平衡(龍紀萱、胡慧嫻、張秀玉、謝宏林 譯，2013)。若以本研究之家庭照顧者來說，在照顧的過程中(各個系統之交互作用下)，可能因為資源及福利服務的缺乏，提高了照顧面向之需求，故本研究將依據生態系統觀點的評估架構，以綜觀的方式，評估家庭照顧者各系統及其互動狀態，將會以資源的方式，將其個系統之資源以個人、情境，以及雙方之交互作用作為評估家庭照顧者的照顧需求之架構。

(一)個人面向

本面向包含失智老人與家庭照顧者。失智老人的部分，將會檢是失智老人之病程與問題行為之狀況，由於陳昱名 (2013)研究說明失智老人的病程之不同將會影響到家庭照顧者的照顧狀況。家庭照顧者的部分，從微視系統的評估，歸納家庭照顧者之特性與照顧需求，將會以家庭照顧者的個人背景變項作為評估之依據，例如，性別、年齡、照顧時間、自覺健康狀況、工作狀況、經濟狀況、對失智症的認知、照顧技巧的瞭解程度，以及心理與社會部分來做照顧需求之評估。

(二)情境面向

Pincus 和 Minshan(1973)將情境系統分為三類：1.非正式系統或自然系統，如家庭和朋友；2.正式系統，如社區群體和商會；3.社會系統，如醫院和學校等。(引自陳鐘林、吳偉東，2007)。另外，謝秀芬 (2010)也將整個支持系統分為兩個系統來說明，自然支持系統指的是透過親戚、朋友、鄰居或教會組織等，所組合而成的系統；正式支持系統指的是各種型態的社會服務機構和社區資源等所組成的系統，透過兩個系統的協助，以成為服務使用者支持。其中提及資源為系統間交流的核心關鍵，故將會以資源的形式，來探討家庭照顧者的需求滿足狀況。故研究者將以非正式系統資源、正式系統資源(結合社會系統資源)來做家庭照顧者之照顧需求評估。

1.非正式系統資源

本部分將會評估家庭成員、親戚、朋友與鄰居的協助及支持狀況，以瞭解家庭照顧者對於非正式系統資源之照顧需求程度。

2.正式系統資源

本部分將會評估相關福利服務與政策，像是喘息服務、經濟補助等資源，對於家庭照顧者之需求程度，另外，也會納入家庭照顧者對於家庭照顧者支持團體、瞭解相關失智症與失智症教育訓練等活動之照顧需求。

(三)個人與情境兩者交互作用之面向

由於本研究聚焦於失智症家庭照顧者對於居家服務使用之未滿足需求，所以，此部分將會評估居家服務之內容及服務過程，像是居家服務員的服務態度、技巧或是居家服務中心對於服務之提供等面向，於此來評估家庭照顧者的照顧需求的程度。

參、小結

在明確界定完失智症家庭照顧者的照顧需求與未滿足需求後，透過具有綜觀性的生態系統理論瞭解個人與環境之系統交互作用之重要性，以此模式評估失智症家庭照顧者的各個系統，並透過相關文獻得整理，統整出失智老人家庭照顧者在各個系統所需要的資源，共分為個人、情境，以及兩者交互作用之面向，從中評估其資源需求之程度，以瞭解失智症家庭照顧者在使用居家服務照顧失智老人的過程中，其未滿足需求有那些？

第四節 綜合討論

在檢閱與整理本研究的相關文獻後，研究者發現在探討使用居家服務的失智老人家庭照顧者之未滿足照顧需求的相關文獻極少，較難深入的瞭解本研究對象其目前照顧失智老人的狀況。因此，以下研究者將從文獻蒐集與整理的過程中，來說明此研究主題的重要性，以及對於社會工作領域之建議與看法。

壹、居家服務與失智老人的家庭照顧者

首先，從檢視居家服務相關文獻的角度而言，在居家服務領域中，由於服務對象為功能受限的長者，所以大多數研究會聚焦於功能受限者的部分，有些則是會較細部的聚焦於功能受限者分類的相關研究，像是中風、身心障礙等分類，但是若以失智症老人來說，比較多的研究則是在探討居家服務員對於失智老人的服務狀況、服務適應或問題處理等探討，相對於家庭照顧者與失智老人的相關研究，目前學術論文只有一篇研究就是陳宜婷在西元 2010 年研究失智老人家庭照顧者使用居家服務經驗之初探，其他學術研究幾乎沒有類似主題之研究，因此，研究者應多關注此議題之研究，多瞭解使用居家服務失智老人的家庭照顧者其照顧狀況，讓失智症家庭照顧者的服務網絡更加的完備。

貳、照顧需求與失智老人的家庭照顧者

在統整相關文獻的過程中，研究者仍發現失智老人的家庭照顧者與照顧需求相關的文獻較少。我國最早的相關文獻可追溯至楊佩琪在西元 1990 年出版的學術論文—老年痴呆症病患家屬之壓力與需求探討，其主要將失智症老人家屬的照顧需求分為私人照顧需求與制度化照顧需求，以上述兩分類之需求來瞭解失智老人家屬在照顧失智老人的過程中，其產生的照顧需求為何？偏向何種類型之需求？在往後將近 20 年的時間，失智老人家庭照顧者的需求相關研究，結至目前研究者只搜尋到四篇，分別為林敬程在西元 2000 年出版的學術論文—失智老人家庭照顧者負荷與支持性服務需求之探討、陳昱名在西元 2003 年出版的學術論文—

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、鄭秀容在西元 2004 年出版的學術論文—居家失智老人家屬照顧者照顧負荷及照顧需求之研究，以及 王宣雅 (2005)的學術論文—主照顧者因照顧失智症引發需要之質性研究。

從以上的敘述發現到，失智老人家庭照顧者與照顧需求的相關研究較佔少數，但是近幾年來，不管是社會變遷的趨勢、人們罹患失智症的比例上升，以及政府持續推動失智症相關的政策等，皆可讓我們瞭解到重視失智症相關議題的重要性，再加上在華人傳統文化的渲染下，家庭照顧者對於家人照顧之意義與責任更不需去言說。雖然目前的社會福利政策有積極規劃相關失智症老人家庭照顧者之措施，但是，研究者認為仍需實際的瞭解其主要照顧需求最為重要，才能設計出符合且適當的福利服務或資源，讓失智老人家庭照顧者在照顧失智老人的同時，能得到適當且妥善的照顧資源，使其平衡生活品質與照顧之責任。然而，目前相關學術論文與研究較少著墨於失智老人家庭照顧者與照顧需求的部分，而且對於失智老人家庭照顧者與照顧需求的瞭解大多以普遍性或使用日間照顧服務的家庭照顧者為主，故研究者期待能透過使用居家服務的失智老人家庭照顧者為研究對象，來探討在居家服務的使用下，家庭照顧者的照顧需求為何？居家服務的服務能否滿足失智老人家庭照顧者的照顧需求？

參、本研究與社會工作之連結

另外，研究者在蒐集與閱讀失智老人家庭照顧者相關的文獻過程中，發現護理領域與醫療領域的研究數量眾多，大多以失智老人家庭照顧者的照顧負荷、壓力、經驗等主題來作探討，以上段所蒐集到的四篇學術論文來看，只有一篇為社會工作領域之研究，其他三篇分別為護理及醫療領域之研究。雖然社會工作領域也有相關研究之探討，但大多是以失智老人家庭照顧者的照顧經驗、負荷、歷程、調適過程、生活品質與社會支持來作探討，對於失智老人家庭照顧者的照顧需求部分則鮮少研究。除此之外，研究者仍須聚焦到居家服務的研究領域中，來瞭解

此研究對於社會工作的聯結，社會工作者在居家服務中擔任的是居家服務督導，其主要的工作角色為評估者、媒合者、協調者以及資源連結者等，對於失智老人與其家庭照顧者的直接接觸與服務大多是由居家服務員來執行，社會工作者則扮演較間接執行的角色，其透過初次與定期的評估、媒合適當服務員等，來串連居家服務的提供。因此，社會工作者在居家服務的網絡中，扮演重要的聯結與執行的角色，為服務運轉的樞紐與推動力。故本研究鑒於失智老人家庭的趨勢與重要性，期待透過研究的過程與結果，讓在居家服務中的居家服務中心與社會工作者瞭解失智症老人與其家庭照顧者的工作敏感度與重要性，使其能傳達失智症相關的照顧知識、技巧、資訊與資源等，減緩家庭照顧者的照顧困境與負荷，並且加強社會作者資源連結的強度，提供有別於護理與醫療領域的相關訊息或協助，以維持社會工作者的服務品質與專業知能，並降低社會工作者的專業被取代性。

第三章 研究方法

近年來，失智症相關之研究漸多，大多數的研究是以日間照顧服務為出發點，以探討照顧服務員、家庭照顧者或日間照顧的服務模式為研究之主題。然而，對於居家服務領域的失智症相關研究則較少著墨，故本研究透過問卷調查的方法來探討使用居家服務失智老人的家庭照顧者目前之照顧現況，以及其未滿足的照顧需求。本章主要說明本研究所使用的研究方法，包括：研究的概念架構與研究問題、研究設計、以及研究倫理等各小節。

第一節 研究之概念架構與研究問題

壹、本研究之概念架構

透過相關文獻的蒐集及整理、研究者本身的實習經驗與使用居家服務的失智症家屬互動後，本研究整理出「主要照顧者的背景變項」、「主要照顧者所擁有的資源」、「居家服務的使用」，以及「家庭照顧者的照顧需求」做為本研究主要的概念架構，而其間關聯性則如圖 3-1-1 所示。

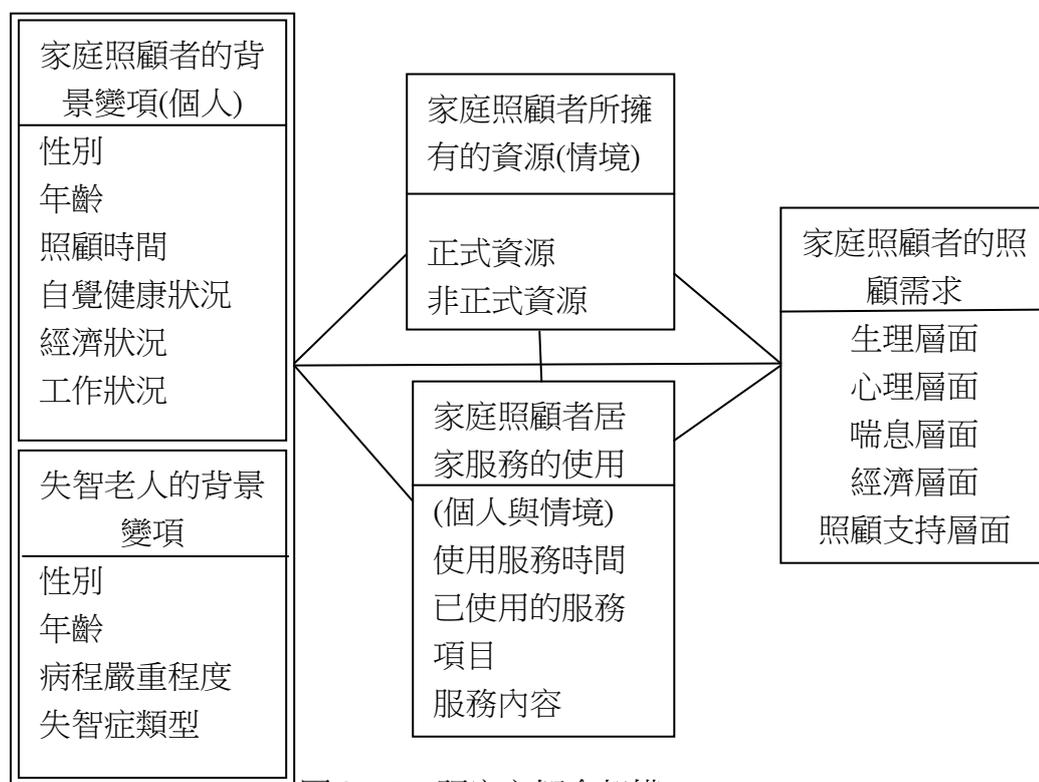


圖 3-1-1：研究之概念架構

貳、研究問題

根據上述之研究概念架構，本研究提出下列三個主要的研究問題：

- 一、使用居家服務的失智老人家庭照顧者目前的照顧狀況與困難為何？
- 二、失智老人家庭照顧者的照顧需求為何？
- 三、在接受居家服務後，家庭照顧者還有那些未滿足的照顧需求？

第二節 研究設計

壹、研究對象與其選取方式

一、研究對象

本研究之對象為使用居家服務的失智症老人家庭照顧者，以下將分為居家服務、失智症老人與家庭照顧者來說明本研究對象資格之範圍：

(一)居家服務

居家服務主要分為兩種模式，承接政府居家服務方案之居家服務中心與自費型居家服務，本研究以承接政府居家服務方案之居家服務中心為主要研究範疇。

(二)失智症老人

承上章之說明，失智症為一群症狀之組合疾病，將會影響老人的認知功能與生活能力，並且常會結合問題行為與精神相關症狀之表現。而失智症分為退化型失智症、血管型失智症、混合型失智症或其他類型等，且其病程分為輕度、中度與重度。因此，本研究將失智老人界定為 65 歲以上，使用居家服務一個月以上者，並且將不限定老人患有失智症之類型與病程，但需經由醫院鑑定患有失智症，CDR 達到一分，或是經居家服務單位評估後，設定疑似有失智情形者。

(三)家庭照顧者

家庭照顧者為本研究之主要研究對象，其為失智老人提供照顧且共同生活的主要照顧者。其所包含配偶、子女、媳婦或同住之親屬或友人，不限定照顧之時間。然而，家庭照顧者並不包含外籍傭人、專業看護或本國籍傭人等看護人員。

因此，本研究之研究對象，需符合上述三個條件者，方能納為本研究之研究對象，若其中有一個條件不符合者，即不納入本研究之考量範圍。

二、研究對象的選取方式

在研究地區的選取上，考量到研究人力與研究經費之限制，故以研究者所在的台中市做為取樣區域。另外，也考量到各縣市的居家服務中心，對於居家服務的服務內容與細節較為不一致，故只有選擇一個縣市來做為本研究之取樣區域，較能從中瞭解同一縣市的居家服務對於失智症老人的家庭照顧者其照顧需求為何？以做為台中市居家服務相關政策制定的考量與建議。

根據台中市社會局民國 104 年 8 月的公告，台中市依據行政區來做劃分，居家服務共有 14 個居家服務支援中心。由於研究樣本較少(223 位)，研究者決定以普查方式進行問卷之發放，以提高問卷之回收。在問卷施測之前，研究者與台中市 14 家居家服務支援中心接洽，徵詢研究進行之意願，有 12 家居家服務中心願意提供其服務失智老人之人數，共有 202 位，其餘則使用台中市社會局所公告之人數做為推估。然而，最後有 7 家居家服務中心同意問卷之發放，約有 108 位失智老人。研究者則進一步與居家服務中心討論研究執行之細節，並透過其詢問家庭照顧者是否同意受訪，在 108 位受訪對象中，39 位拒訪，2 位多次致電未接，5 位不符合本研究對象資格，以及 1 位失智老人去逝。所以，在問卷執行的部分，研究者進行 61 位家庭照顧者之訪問，並以面對面訪談的方式為主，最終完成 58 份有效的問卷訪問。如表 3-2-1 可得知台中市 14 間居家服務中心服務失智老人之人數，其中灰色表格則是有接受訪問的居家服務中心。

表 3-2-1：民國 104 年 12 月台中居家服務單位與失智人數

服務單位	失智合併失能數
A	16
B	10
C	26
D	19
E	4
F	9
G	15
H	13
I	25
J	7
K	13
L	10
M	1
N	55
合計	223

附註：資料來源為台中市社會局提供與研究者自行致電詢問。

貳、研究工具之形成

本研究屬於描述性研究或敘述性研究(descriptive research)，主要探討使用居家服務失智老人的家庭照顧者之照顧需求。在經過文獻探討及整理的分析之後，將利用結構式的問卷調查為主。研究者從相關文獻、研究與實習經驗，整理出研究概念之架構與問題，並將研究概念架構中的各個概念操作化至可測量的指標，為了降低研究結果的高估與考量需求測量不易的狀況下，則利用階層式問卷的型式，做為問卷之初稿。接著，研究者請教 3 位相關研究專家之意見，共同討論與修改問卷項目之內容與格式。最後，研究問卷試測的部分，研究者則詢問 3 位照顧失智老人的家庭照顧者，以調整問卷的詞彙與用語較艱澀難懂之處，來進行問項之修飾。

參、主要研究概念之描述與其操作定義

本研究為「探討使用居家服務的失智老人家庭照顧者之照顧需求」，以下將分別說明本研究主要的五個概念：

一、家庭照顧者的背景變項

此部分主要說明家庭照顧者的一般特性與背景，將包含：

(一)照顧者的性別：家庭照顧者的性別，男性或女性。係由本研究問卷第一部分第 1 題加以測量。

(二)年齡：家庭照顧者實際的年齡，以出生民國年記錄。係由本研究問卷第二部分第 13 題加以測量。

(三)照顧時間：家庭照顧者目前累積照顧失智老人的時間。係由本研究問卷第一部分第 3 題加以測量。

(四)自覺健康狀況：家庭照顧者自己認為目前本身的健康狀況。係由本研究問卷第一部分第 5 題加以測量，是以「很好、普通、不太好與很差」的四點計分法為主。

(五)經濟狀況：目前家庭照顧者家中的經濟收入，以月收入計算。係由本研究問卷第二部分第 15 題加以測量。

(六)工作狀況：家庭照顧者目前的工作狀態，將會詢問是否有工作，並瞭解其工作的型態，以「有工作、無工作」之二分法細分，若有工作者，則細問為「全職工作、兼職工作與其他」；若無工作者，則細問「仍在找工作、已退休、不需要工作與其他」，係由本研究問卷第一部分第 4 題加以測量。

(七)學歷：家庭照顧者的最高學歷，分為「國中以下、高中/職、專科、大學與研究所以上」等，係由本研究問卷第二部分第 14 題加以測量。

二、失智症老人的背景變項

- (一)性別：失智老人的性別，男性或女性。係由本研究問卷第一部分第 6 題加以測量。
- (二)年齡：失智老人的實際年齡，以出生民國年記錄。係由本研究問卷第一部分第 7 題加以測量。
- (三)罹病時間：失智老人患有失智症的時間長度，以診斷之民國年度記錄。係由本研究問卷第一部分第 8 題加以測量。
- (四)病程嚴重的程度：將會以臨床失智評估量表(CDR)中的輕度(1 分)、中度(2 分)、重度(3 分)來做為詢問的依據。係由本研究問卷第一部分第 9 題加以測量。
- (五)失智症之類型：是指失智老人患有失智症之類型，分為「退化型失智症、血管型失智症、混合型失智症與其他」，係由本研究問卷第一部分第 10 題加以測量。
- (六)失智症之症狀：詢問失智老人有無失智症之症狀，以「有、沒有」二分法詢問，若有者，則續答 11-1 題，係由本研究問卷第一部分第 11 題加以測量。
- (七)失智症之症狀表現：是指失智老人有哪些失智症之症狀行為，共列出 16 點症狀，則以複選答之，係由本研究問卷第一部分第 11-1 題加以測量。

三、家庭照顧者擁有的資源

此部分指的是家庭照顧者在照顧失智老人的過程中，所擁有的照顧資源，將分為正式資源與非正式資源來做說明：

(一)非正式資源

此面向指的是家庭成員、親戚、朋友與鄰居的協助及支持狀況，將詢問其協助的狀況及項目來做為問卷題向與答項之發展依據。係由本問卷第二部分第 1.3、1.4、1.5、2.3、2.4、2.5、3.1、3.2、4.1、4.2、5.1、5.2、6.1、6.2、7、7.1 題加以測量其概念，並輔以提供開放性回答之機會。

(二)正式資源

此面向指的是家庭照顧者對於相關福利服務與政策的瞭解與使用狀況。將會以其對相關福利服務，像是臨時/短期的喘息照顧服務、照顧者教育訓練、照顧者支持團體、愛心手鍊與指紋捺印等服務為測量項目為主，以及其對福利服務的認知程度、使用頻率、狀況等，做為此概念之測量依據。係由本問卷第二部分第 12 題加以測量其概念。

四、居家服務的使用

此部分指的是失智老人使用居家服務的時候，家庭照顧者對於居家服務的看法，以對其照顧需求進行評估，以下分別說明變項之內容；

(一)已使用的服務項目：目前家庭照顧者所使用的居家服務之服務項目。係由本研究問卷第二部分第 11 題加以測量，共分為 15 項，並能複選。

(二)居家服務之內容：目前居家服務所提供的服務內容，是以日常生活照顧服務與家事服務之項目，細分為 28 項來瞭解家庭照顧者對於居家服務的需求為何？係由本研究問卷第二部分第 1.1、1.2 題加以測量，以「需要、不需要」、「有、沒有」二分法來詢問。

(三)已使用的時間：家庭照顧者已經使用居家服務多久的時間。係由本研究問卷第二部分第 9 題加以測量。

(四)使用的頻率：家庭照顧者每週所使用的居家服務時間，是以每週的服務的小時數來計算。係由本研究問卷第二部分第 10 題加以測量。

五、家庭照顧者的照顧需求

此部分是指家庭照顧者在照顧失智老人的過程中，所需要的照顧需求。是以本研究之概念架構中的生理層面、心理層面、喘息層面、經濟層面與照顧資訊層面等五個層面來做為此部分概念之測量，以下將分別說明之：

- (一)生理層面：指的是家庭照顧者在照顧失智老人時，身體所反應的狀況，像是睡眠品質、胃口、身體病痛等反應。係由本研究問卷第二部分第 2.a、2.b、2.c、2.d、2.e 題加以測量。
- (二)心理層面：指的是家庭照顧者在照顧失智老人時，心理的感受與反應，像是焦慮、無力感、失落等現象。係由本研究問卷第二部分第 2.f、2.g、2.h、2.i 題加以測量。
- (三)喘息層面：將其分為自由時間的使用與喘息服務兩部分，自由時間的程度是分為處理自己事情的時間，與有無人適當代替照顧來做測量。係由本研究問卷第二部分第 6、6.1、6.2、7、7.1 題加以測量，並輔以開放性的回答。喘息服務則是由臨時/短期喘息服務的認知與使用狀況來測量，係由本研究問卷第二部分第 12 題加以測量。
- (四)經濟層面：家庭照顧者在照顧失智老人時所需要使用的花費，是以家庭照顧者對失智老人照顧上的費用做詢問。係由本研究問卷第二部分第 3 題加以測量。工作狀況的部分則是分為有無工作來詢問。係由本研究問卷第一部分第 4 題加以測量。
- (五)照顧支持層面：此部分指的是家庭照顧者在照顧失智老人時，其所需要的照顧資訊，分為照顧知識、照顧技巧來作為測量的依據。係由本研究問卷第二部分第 4、4.1、5、5.1 題加以測量，並輔以有開放性的回答。

肆、研究資料之收集與分析方法

一、研究資料收集方法與過程

在確定研究對象人數與問卷訪問的意願之後，研究者透過居家服務支援中心所提供之資料，便與研究對象聯絡，說明整個研究的目的與重要性，同時詢問研究對象方便訪問的時間與地點。在與研究對象約定時間的前一天，研究者則會致電提醒訪問之時間與地點。當天進行訪問時，研究者準備一份訪前說明書與訪問同意書，以便研究對象瞭解整個研究的目的，並讓其知悉自己在整個訪問過程的權益，若研究對象同意前端之說明，願意接受訪問，則進行訪問同意書之簽屬，並執行問卷之訪問。本研究之問卷訪問屬於面對面訪談，所以在整個訪談過程中，大多屬於一問一答之方式，有些許開放性問題可允許研究對象直接提供自己的答案，不與予限制。在整個問卷訪問結束之後，研究者有準備小禮品以答謝研究對象願意參與，最終，研究者完成 61 位研究對象之訪問，扣除 3 份無效問卷，共有 58 份有效問卷。

二、研究資料分析方法

在 61 份研究問卷回收與整理後，刪除 3 份無效問卷，對 58 份有效問卷進行編碼與統計分析。研究者運用了社會科學統計套裝軟體(SPSS for Window 18.0 中文版)進行研究資料的處理與分析，並依據本研究之目的、概念架構與問題做為研究分析之方向，同時選擇了適當的統計方法予以分析之。以下為本研究的資料分析方法，茲分為三點說明：

(一)使用居家服務的失智症家庭照顧者目前的照顧狀況與困難為何？

為回答此研究問題，研究者透過研究問卷的第一部分、第二部分取得研究資料。並且，選擇使用次數分配、平均數與百分比來描述家庭照顧者的背景變項(性別、年齡、照顧時間、自覺健康狀況、經濟狀況、工作狀況、學歷)、失智老人的病程嚴重程度(病程輕、中、重與問題行為的類型、時間與頻率)與家庭照顧者資源擁有的現況(正式資源與非正式資源)，以呈現出使用居家服務的失智症家庭照顧者目前的照顧狀況與困難。

(二)失智症家庭照顧者的照顧需求為何？

對於此一研究問題，則以本研究問卷的第二部分來取得研究之資料，其包含心理層面、生理層面、喘息層面、經濟層面與照顧支持層面等五部分，由於此部分仍屬於敘述統計的範圍，故將會選擇使用次數分配與百分比來分析與呈現失智症家庭照顧者的照顧需求。

(三)在接受居家服務後，家庭照顧者還有那些未滿足的照顧需求？

此一研究問題，所使用的是本研究問卷之第二部分取得的研究資料。在研究資料分析的方法上，使用次數分配、百分比與交叉表分析家庭照顧者在使用居家服務後，其照顧需求未滿足之差異性。

第三節 研究倫理

本研究主要期待能夠瞭解使用居家服務失智症家庭照顧者之照顧需求，並透過研究的結果，為失智症家庭照顧者、社會工作實務，以及相關福利服務政策的制定有明確的建議。在研究進行的過程中，研究者均遵守了相關的研究倫理守則，以保障受研究者、機構的權益，茲將本研究所遵循的相關倫理原則陳述如下(鄭麗珍，2011)：

壹、研究者本身遵守基本研究倫理精神

在研究進行的過程中，研究者對於每個受研究者秉持平等的價值，不因家庭照顧者的性別、宗教、國籍、種族、家庭等因素，而對其有不同的對待與想法。並且，研究者本身需發揮自己的專業能力，並謹守學術的誠信原則，以確保研究的公正性。

貳、研究者遵守告知後同意的原則

由於本研究與居家服務中心合作，從中訪問家庭照顧者，所以研究者在執行研究前，有明確的向居家服務中心與家庭照顧者說明研究的目的與進行方式，以下將分別說明：

- 一、居家服務中心：研究者先徵詢居家服務中心之同意，將研究計畫書與研究問卷給予機構之主管檢閱，並且一同討論研究的可行性、注意事項等，若居家服務中心同意其服務對象為本研究之研究對象，研究者則與居家服務中心討論接下來之間卷執行細節；若居家服務中心基於相關因素考量，而不同意進行問卷之執行，研究者便予以尊重。
- 二、家庭照顧者：在居家服務中心同意問卷之執行後，研究者告知並徵詢家庭照顧者之研究意願，在取得受其之同意後，才進行問卷訪問，若家庭照顧者中途不願接受訪問，研究者尊重家庭照顧者，便取消問卷訪問，以保障家庭照顧者之權益。

參、研究者遵守隱私、不具名與保密原則

在研究進行的過程中，研究者考量與保障受家庭照顧者的隱私權，並且在問卷進行時，所有的家庭照顧者以不具名的方式來進行訪問，以確保障受研究對象的權益。另外，研究者對於家庭照顧者的相關資料，予以適當的保管，除非必要、緊急的情況，研究者不得透露有關家庭照顧者的資料。並且在研究結束後，將相關資料刪除，以保障居家服務中心與家庭照顧者之權益與隱私。

肆、分享與公開研究結果

本研究結束與完成後，研究結果會分享給參與研究的居家服務中心，做為社會實務工作之參考。研究者也會把研究結果公開於學術平台，提供相關福利服務與政策之規劃與制定的參考。

第四章 研究發現

第一節 家庭照顧者基本特性之描述

本研究的受訪對象是照顧患有失智症老人的家庭照顧者，在 58 位的受訪對象當中，女性有 36 人(62.1%)，男性則有 22 人(37.9%)。若以照顧者的年齡分佈來說，55-74 歲的有 32 人(55.2%)，再來是 35-54 歲的有 14 人(24.1%)、75-94 歲的家庭照顧者則有 11 人，也將近兩成，整體的平均年齡約為 60 歲，顯示出家庭照顧者的年齡有偏高的現象。

家庭照顧者與失智老人在家庭的關係中，以老人之配偶所佔的比例最多，共 20 人(34.5%)，其次是兒子有 17 人(29.3%)、女兒有 12 人(20.7%)、其他則有 8 人。在其他的部分中，媳婦佔有較高的比例，7 人，再來是孫子 1 人，最特別的是在所有的照顧者當中，有一位是失智老人的母親。另外，在照顧時間的部分，家庭照顧者已經照顧 1-5 年的時間為多數，共 34 人(58.6%)，而已照顧 6-10 年者，共 21 人(36.2%)，以及 11 年以上者，共 3 人，家庭照顧者平均的照顧時間約為 6 年。至於家庭照顧者的自覺健康狀況，以認為普通者為最多有 29 人(50%)、不太好的有 22 人(37.9%)，只有 7 人認為自己的健康狀況很好。

家庭照顧者身分別的部分，有四分之三的人(44 人)屬於一般戶，而中低收入戶與低收入戶則各有 7 人。在問及家庭照顧者目前的工作狀況，15 人(25.9%)表是在工作，其中全職工作者有 14 人(93.3%)與兼職工作者 1 人；無工作者 43 人(74.1%)，以其他選項為多數有 24 人(41.4%)，其中又以全心照顧者居多，有 21 人(87.5%)與家管有 3 人。接下來依序為已經退休者 11 人(19%)，以及不需要工作者 6 人。另外，家庭照顧者家中一個月的總收入，則是以 20001-40000 元占多數，有 23 人(39.7%)，再來是 20000 元以下有 15 人(25.9%)、40001-60000 元有 12 人(20.7%)、60001-80000 元與 80001 元以上分別有 4 人。

最後，說明家庭照顧者最高學歷的部分，高中/職占有 24 人(41.4%)、國中以下占有 21 人(36.2%)、大學占有 8 人與專科占有 5 人，顯示出 77.6%的家庭照顧者其最高學歷在高中/職以下。

從上述的資料分析可之，本研究之家庭照顧者以女性所占的比例較高；平均年齡有偏高的現象；在與老人的家庭關係中，照顧者依序為配偶、兒子、女兒及媳婦；照顧時間平均約為六年；有半數的家庭照顧者的自覺健康狀況為普通；目前有多數的家庭照顧者為一般戶；多數的家庭照顧者屬於無工作狀態；家庭照顧者多數的最高學歷為高中/職以下。

表 4-1-1 家庭照顧者個人特性之次數分配表($n=58$)

變項	類別	次數(%)	變項	類別	次數(%)
與失智老人的關係	配偶	20 (34.5)	性別	男性	22 (37.9)
	兄弟姐妹	0 (0)		女性	36 (62.1)
	兒子	17 (29.3)	其他	媳婦	7 (87.5)
	女兒	12 (20.7)		孫子	1 (12.5)
	父母	1 (1.7)			
	其他	8 (13.8)→			
照顧時間	1-5 年	34 (58.6)	年齡	95 歲以上	0 (0)
	6-10 年	21 (36.2)		75-94 歲	11 (19)
	11 年以上	3 (5.2)		55-74 歲	32 (55.2)
	最大值	26 年		35-54 歲	14 (24.1)
	最小值	10 個月		34 歲以下	1 (1.7)
	平均照顧時間	6 年		最大值	88 歲
	標準差	49.3		最小值	33 歲
				平均年齡	60 歲
			標準差	11.9	
自覺健康狀況	很好	7 (12.1)	身分別	一般戶	44 (75.9)
	普通	29 (50)		中低收入戶	7 (12.1)
	不太好	22 (37.9)		低收入戶	7 (12.1)
	很差	0 (0)			
最高學歷	國中以下	21 (36.2)	家中總收入 (1 個月)	20000 元以下	15 (25.9)
	高中/職	24 (41.4)		20001-40000 元	23 (39.7)
	專科	5 (8.6)		40001-60000 元	12 (20.7)
	大學	8 (13.8)		60001-80000 元	4 (6.9)
	研究所以上	0 (0)		80001 元以上	4 (6.9)
工作狀況	有工作	15 (25.9)	$n=15$	全職工作	14 (93.3)
				兼職工作	1 (6.7)
	沒工作	43 (74.1)	$n=43$	仍在找工作中	2 (3.4)
				已經退休	11 (19)
				不需要	6 (10.3)
				其他	24 (41.4)

第二節 失智症老人基本特性與目前狀況之描述

壹、失智症老人基本特性之描述

本研究受訪對象所照顧的 58 位失智老人中，女性有 32 人(55.2%)、男性有 26 人(44.8%)，其年齡 85 歲以上者有 33 人(56.9%)、75-84 歲者有 15 人(25.9%)，以及 65-74 歲者有 10 人(17.2%)，整體平均年齡約為 84 歲，顯示出本研究受訪對象所照顧之八成以上失智老人屬於老老人(75 歲以上)之現象。

貳、失智症老人目前狀況之描述

本研究受訪對象所照顧的 58 位失智老人中，被診斷患有失智症的年數，以 0-5 年的比例最高，有 37 人(63.8%)，接下來依序為 6-10 年有 16 人(27.6%)、11-15 年有 4 人與 16 年以上者則有 1 人，失智老人患有失智症平均年數約為 5 年。至於失智的嚴重程度在分佈上為中度有 22 人(37.9%)，重度有 20 人(34.5%)，輕度有 16 人(27.6%)。

在失智症類型的分佈方面，以退化型失智症佔多數，有 38 人(65.6%)，其次是血管性失智症，有 14 人(24.1%)，再來是混合型失智症為 3 人。另外還有 3 位失智老人，由腦傷及帕金森氏症引起者分別為 2 人及 1 人。在本研究中，所有的失智老人皆有失智症症狀之行為反應，以忘東忘西的狀況最多，有 53 人(91.4%)，其次為認錯人、事、物的症狀，有 41 人(70.7%)，其他行為反應的人數與所佔之比例可參見表 4-1-2 之分析。

從以上的資料分析表示，本研究家庭照顧者所照顧的失智老人，女性比男性人數稍多一些，無論何種性別其年齡均有偏高的現象；患有失智症的年數以 0-5 年居多；失智的嚴重程度則以中度為主；失智症類型大多為退化型失智症；全數失智症老人至少換有一種以上的失智症症狀的行為反應，最多的前三項分別為忘東忘西、認錯人、事、物，以及行動力下降。

表 4-2-1 失智老人個人特性之次數分配表($n=58$)

變項	類別	次數(%)	變項	類別	次數(%)
性別	男性	26 (44.8)	年齡	85 歲以上	33 (56.9)
	女性	32 (55.2)		75-84 歲	15 (25.9)
				65-74 歲	10 (17.2)
				最大值	97 歲
				最小值	65 歲
				平均年齡	84 歲
				標準差	8.02
診斷失智症年數	16 年以上	1 (1.7)		失智症病程	輕度
	11-15 年	4 (6.9)	中度		22 (37.9)
	6-10 年	16 (27.6)	重度		20 (34.5)
	0-5 年	37 (63.8)			
	最大值	16 年			
	最小值	1 年			
	平均年數	5 年			
	標準差	3.01			
失智症類型	退化型	38 (65.6)	有無失智症	有	58 (100)
	血管性	14 (24.1)		沒有	0 (0)
	混合型	3 (5.2)	其他	腦傷	2 (66.7)
	其他	3 (5.2)→		帕金森氏症	1 (33.3)

表 4-2-2 失智老人失智症狀之次數分配表 (前十名) $n=58$

症狀名稱	次數(%)
忘東忘西	53 (91.4)
認錯人事物	41 (70.7)
行動力下降	38 (65.5)
語言表達不順暢	35 (60.3)
重複行為	33 (56.9)
睡眠障礙	31 (53.4)
無法自行穿衣服	31 (53.4)
無法自行如廁	31 (53.4)
情緒轉變	30 (51.7)
有幻覺	29 (50)

第三節 家庭照顧者照顧狀況之描述

本研究主要是探討使用居家服務的失智老人家庭照顧者之照顧需求，所以本節將會先說明家庭照顧者使用居家服務的狀況，其中包含一週使用的時數、總共使用的年數、使用的服務項目與實際使用服務內容的狀況，接續則會說明家庭照顧者目前擁有資源的狀況。

壹、家庭照顧者目前使用居家服務狀況之描述

本小節主要會說明家庭照顧者使用居家服務的狀況，包含其使用的特性，以及實際使用服務內容之狀況。其中針對家庭照顧者實際使用服務內容之狀況，研究者透過問卷訪問過程的觀察與歸納，將實際使用服務內容之狀況分為八個部分來做說明，期待能清楚的瞭解家庭照顧者實際照顧失智老人的狀況。

一、居家服務使用特性之描述

從表 4-3-1 得知，在使用居家服務的總年數方面，58 位家庭照顧者中，以使用居家服務 2-3 年者為多數，有 24 人(41.4%)，再來是使用居家服務 2 年以下者，有 22 人(37.9%)，最後是使用居家服務 4 年以上者，12 人(20.7%)，其平均使用年數約為 2 年 6 個月。

除了使用居家服務的總年數之外，每週實際使用的時數對家庭照顧者與失智老人來說也是非常重要的，其中以每週使用居家服務 6-10 小時者居多，共有 33 人(56.9%)，其次是使用 5 小時以下者，共有 19 人(32.8%)，最後是使用 11 小時以上者，共有 6 人，平均每週使用的時數約為 7.1 小時。

在居家服務內容之使用的部分，從表 4-3-2 所陳列的分析結果可知，失智老人在居家服務中所使用的內容由多至少依序為協助沐浴及更衣，有 47 人(81%)、協同散步、運動，有 38 人(65.6%)、居家環境改善，有 15 人(25.9%)、膳食服務，有 13 人(22.4%)，以及肢體關節活動，有 10 人(17.2%)。

整體來看，失智老人目前多數已使用居家服務 2-3 年；每週使用居家服務的時間以 6-10 小時為主；協助沐浴及更衣則是使用最多的服務項目。

表 4-3-1 使用居家服務的現況之次數分配表 (n=58)

變項	類別	次數(%)	變項	類別	次數(%)
使用年數	2 年以下	22 (37.9)	每週使用時數	5 小時以下	19 (32.8)
	2-3 年	24 (41.4)		6-10 小時	33 (56.9)
	4 年以上	12 (20.7)		11 小時以上	6 (10.3)
	最大值	12 年		最大值	20 小時
	最小值	1 個月		最小值	2 小時
	平均使用年數	2 年半		每週平均使用	7.1 小時
	標準差	25.35		時數	
			標準差	3.57	

表 4-3-2 使用居家服務內容之次數分配表 (前五名) (n=58)

變項	次數(%)
協助沐浴及更衣	47 (81)
協同散步、運動	38 (65.6)
居家環境改善	15 (25.9)
膳食服務	13 (22.4)
膳食服務肢體關節活動	10 (17.2)

二、實際使用居家服務內容之狀況—就醫與服藥之描述

此部分主要分為陪同到醫院看醫生、到醫院拿藥、協助分裝藥物與協助吃藥等四部分，接下來將依序說明其實際使用的狀況，請參考表 4-3-3。

表 4-3-3 實際使用居家服務內容之狀況—就醫與服藥之次數分配表

問題	變項	陪同到醫院 看醫生	到醫院拿藥	協助分裝藥 物	協助吃藥
這件事需不需要做？		<i>n</i> =58	<i>n</i> =58	<i>n</i> =58	<i>n</i> =58
需要		50(86.2)	48(82.8)	42(72.4)	18(31)
不需要		8(13.8)	10(17.2)	16(27.6)	40(69)
有沒有在做？		<i>n</i> =50	<i>n</i> =48	<i>n</i> =42	<i>n</i> =18
有		41(82)	41(85.4)	40(95.2)	18(100)
沒有		9(18)	7(14.6)	2(4.8)	0(0)
做這件事有沒有困難？		<i>n</i> =50	<i>n</i> =48	<i>n</i> =42	<i>n</i> =18
完全沒困難		14(28)	27(56.3)	35(83.3)	15(83.3)
有時需要人協助		27(54)	15(31.3)	4(9.5)	3(16.7)
完全沒辦法自己做		9(18)	6(12.5)	3(7.1)	0(0)
有人幫忙嗎？		<i>n</i> =36	<i>n</i> =21	<i>n</i> =7	<i>n</i> =3
有		24(66.7)	13(61.9)	6(85.7)	2(66.7)
沒有		12(33.3)	8(38.1)	1(14.3)	1(33.3)
有誰會幫忙？		<i>n</i> =24	<i>n</i> =13	<i>n</i> =6	<i>n</i> =2
居家服務員		1(4.2)	1(7.7)	0(0)	1(50)
其他		23(95.8)	12(92.3)	6(100)	1(50)

以家庭照顧者陪同失智老人到醫院看醫生的部分來說，58 位家庭照顧者中需要陪同者有 50 人(86.2)。在這 50 位照顧者中，實際上有陪同者有 41 人(82%)，其感到完全沒有困難者有 14 人(28%)、有時需要人協助者有 27 人(54%)與完全沒辦法自己做者有 9 人。所以，目前有 36 位(72%)照顧者需要有人從旁協助，已有協助者 24 人(66.7)、無協助者 12 人(33.3%)。在 24 位有人協助的照顧者中，透過其他人協助者有 23 人(95.8%)，只有 1 人透過居家服務員協助。

以到醫院拿藥的部分來說，58 位家庭照顧者中，需要做者有 48 人(82.8%)。在 48 位需要到醫院拿藥的照顧者中，實際上有做的人有 41 位(85.4%)，其中感到完全沒有困難者有 27 人(56.3%)、有時需要人協助者有 15 人(31.3%)與完全沒有辦法自己做的人有 6 人。所以，有 21 位(43.8%) 照顧者需要有人協助，已有協助者 13 人(61.9%)、無人協助者 8 人。在 13 位有人幫忙的照顧者中，則是以其他人的協助居多，有 12 人(92.3%)，居家服務員幫忙的只有 1 人。

再來，談及協助分裝藥物的部分，58 位家庭照顧者中，需要協助者有 42 人(72.4%)。在 42 位需要協助分裝藥物的照顧者中，有實際協助者有 40 人(85.4%)，在過程中，其感到完全沒有困難者有 35 人(83.3%)、有時需要協助者 4 人與完全沒辦法自己做者 3 人。所以，有 7 位照顧者需要有人協助，已有協助者有 6 人、無人協助者有 1 人。其中，有人協助的 6 位照顧者皆由其他人所協助。

最後，說明 協助失智老人吃藥的部分，58 位家庭照顧者中，有 18 位(31%) 照顧者需要協助失智老人吃藥，並且全數 18 人(100%)皆有實際協助。在協助的過程中，有 15 位(83.3%)感到完全沒有困難、有 3 位有時需要別人協助。此 3 位需要有人協助的照顧者中，有人協助者 2 位，只有一位無人協助。在有人協助的 2 位照顧者中，分別由其他人及居家服務員所協助。

透過上述對於就醫與服藥部分的說明可得知，照顧者需要陪同失智老人到醫院就醫的比例最高，而在陪同過程中，也有較多數的照顧者需要有人協助。需要有人協助照顧者的部分，除了協助分裝藥物的部分占一成五以上，其他三個部分—陪同到醫院看醫生、到醫院拿藥與協助吃藥皆達到三成以上，並且以其他人的協助居多。

三、實際使用居家服務內容之狀況—位移與行動之描述

此部分主要分為協助上下床、協助進行移動、陪同散步與協助運動等四

部分，接下來將依序說明其實際使用的狀況，請參考表 4-3-4。

表 4-3-4 實際使用居家服務內容之狀況—位移與行動之次數分配表

變項 問題	協助上下床	協助進行移 動	陪同散步	協助運動
這件事需不需要做？	<i>n</i> =58	<i>n</i> =58	<i>n</i> =58	<i>n</i> =58
需要	31(53.4)	29(50)	48(82.8)	9(15.5)
不需要	27(46.6)	29(50)	10(17.2)	49(84.5)
有沒有在做？	<i>n</i> =31	<i>n</i> =29	<i>n</i> =48	<i>n</i> =9
有	29(93.5)	25(86)	38(79.2)	7(77.8)
沒有	2(6.5)	4(13.8)	10(20.8)	2(22.2)
做這件事有沒有困難？	<i>n</i> =31	<i>n</i> =29	<i>n</i> =48	<i>n</i> =9
完全沒困難	5(16.1)	7(24.1)	8(16.7)	1(11.1)
有時需要人協助	21(67.7)	16(55.2)	31(64.6)	7(77.8)
完全沒辦法自己做	5(16.1)	6(20.7)	9(18.8)	1(11.1)
有人幫忙嗎？	<i>n</i> =26	<i>n</i> =22	<i>n</i> =40	<i>n</i> =8
有	4(15.4)	6(27.3)	33(82.5)	7(87.5)
沒有	22(84.6)	16(72.7)	7(17.5)	1(12.5)
有誰會幫忙？	<i>n</i> =4	<i>n</i> =6	<i>n</i> =33	<i>n</i> =7
居家服務員	0(0)	2(33.3)	31(93.9)	6(85.7)
其他	4(100)	4(66.7)	2(6.1)	1(14.3)

以家庭照顧者協助失智老人上下床的部分來說，58 位家庭照顧者中，需要協助者有 31 人(53.4%)。需要協助的 31 位照顧者中，實際有協助者有 29 人(93.5%)，在協助的過程中，感到完全沒有困難者有 5 人、有時需要協助者有 21 人(67.7%)與完全沒辦法自己做者有 5 人。從上述分析可知，有 26 位照顧者需要有人從旁協助，目前只有 4 位已由其他人協助，則高達 22 位(84.6%)無人協助。

從協助失智老人進行移動的部分來看，58 位家庭照顧者中，需要協助者有 29 人(50%)。在 29 位需要協助失智老人的照顧者中，實際有協助的為 25 人(86%)。在整個協助過程中，有 7 人覺得完全沒有困難、有 16 人(55.2%)有時需要別人協助與有 6 人完全沒辦法自己做。由此可知，有 22 位照顧者需要有人從旁協助，已有人協助者 6 人、無人協助者 16 人(72.7%)。其中，已有人協助的照顧者中，有 4 位是由其他人所協助，居家服務員則協助 2 人。

再來，談到是陪同失智老人散步的部分，58 位家庭照顧者中，有 48 位(82.8%)需要陪同失智老人散步。然而，實際有在陪同者有 38 位(79.2%)，在陪同的過程中，感到完全沒有困難者有 8 位、有時需要別人協助者 31 位(64.6%)與完全沒辦法自己做者有 9 位。所以，有 40 位照顧者需要有人從旁協助，已有人協助者 33 位(82.5%)、無人協助者 7 位。其中，在 33 位已有人協助的照顧者中，有 31 位(93.9%)是由居家服務員協助，只有 2 位是由其他人協助。

最後，是協助失智老人運動的部分，58 位家庭照顧者中，需要協助者只有 9 人。在 9 位需要協助失智老人的照顧者中，7 人實際有在協助。在協助的時候，有 1 人感到完全沒有困難、有 7 人有時需要別人協助與有 1 人完全沒辦法自己做。所以，有 8 位照顧者需要有人從旁協助，已有人協助者 7 人，則有 1 人無人協助。其中，7 位已有人協助的照顧者中，有 6 人是由居家服務員協助，只有 1 人是由其他人協助。

從上述位移與行動的資料分析可得知，照顧者需要協助的部分是以陪同散步佔多數。以協助的困難程度來說，本部分四個照顧項目皆佔有七成以上的難度。若談到仍需要協助的家庭照顧者，協助上下床與進行移動佔有較高比例，約有 7 成以上；反觀，陪同散步與協助運動大約只有一成五左右。而協助的人員則是以居家服務員居多。

四、實際使用居家服務內容之狀況—輔具使用之描述

此部分主要分為協助使用助行器、協助使用輪以等兩部分，接下來將依序說明其實際使用的狀況，請參考表 4-3-5。

表 4-3-5 實際使用居家服務內容之狀況—輔具使用之次數分配表

變項	協助使用助行器	協助使用輪椅
問題		
這件事需不需要做？	<i>n</i> =58	<i>n</i> =58
需要	12(20.7)	32(55.2)
不需要	46(79.3)	26(44.8)
有沒有在做？	<i>n</i> =12	<i>n</i> =32
有	12(100)	32(100)
沒有	0(0)	0(0)
做這件事有沒有困難？	<i>n</i> =12	<i>n</i> =32
完全沒困難	5(41.7)	8(25)
有時需要人協助	7(58.3)	21(65.6)
完全沒辦法自己做	0(0)	3(9.4)
有人幫忙嗎？	<i>n</i> =7	<i>n</i> =24
有	3(42.9)	10(41.7)
沒有	4(57.1)	14(58.3)
有誰會幫忙？	<i>n</i> =3	<i>n</i> =10
居家服務員	1(33.3)	7(70)
其他	2(66.7)	3(30)

對於協助失智老人使用助行器的部分，58 位家庭照顧者中，有 12 位 (20.7%) 需要協助失智老人。並且 12 位照顧者皆有實際協助失智老人。在協助的過程中，5 位照顧者完全沒有困難，7 位照顧者有時需要別人協助。所以，有 7 位照顧者在協助時需要有人協助，而有人協助者 3 位，無人協助者 4 位。其中，有人協助的 3 位照顧者中，有 2 位是由其他人所協助，有 1 位是由居家服務員所協助。

接下來，說明協助失智老人使用輪椅的部分，在 58 位家庭照顧者中，有 32 位(55.2%)需要協助失智老人，並且全數皆有實際協助。在協助的時候，8 位照顧者完全沒有困難、21 位(65.6%)有時需要別人協助，以及 3 位完全沒有辦法自己做。所以，有 24 位照顧者在協助時需要有人從旁協助，已有人協助者 10 位(41.7%)，無人協助者 14 位(58.3%)。其中，已有人協助的 10 位照顧者中，有 7 人是由居家服員協助，另外 3 人則是由其他人協助。

接續上述輔具使用的分析結果來看，家庭照顧者主要需要協助與困難度較高的項目為輪椅之使用。若從仍需要協助的照顧者來說明，本部分兩個項目皆占有五成以上的高比例。而協助的人員則為居家服務員佔多數。

五、實際使用居家服務內容之狀況—日常事物之描述

此部分主要分為協助寫信、幫忙繳費、陪同購買生活用品與幫忙購買生活用品等四部分，接下來將依序說明其實際使用的狀況，請參考表 4-3-6。

表 4-3-6 實際使用居家服務內容之狀況—日常事務之次數分配表

變項 問題	協助寫信	幫忙繳費	陪同購買生 活用品	幫忙購買生 活用品
這件事需不需要做？	<i>n</i> =58	<i>n</i> =58	<i>n</i> =58	<i>n</i> =58
需要	1(1.7)	48(82.8)	1(1.7)	54(93.1)
不需要	57(98.3)	10(17.2)	57(98.3)	4(6.9)
有沒有在做？	<i>n</i> =1	<i>n</i> =48	<i>n</i> =1	<i>n</i> =54
有	1(100)	45(93.8)	1(100)	51(94.4)
沒有	0(0)	3(6.3)	0(0)	3(5.6)
做這件事有沒有困難？	<i>n</i> =1	<i>n</i> =48	<i>n</i> =1	<i>n</i> =54
完全沒困難	1(100)	43(89.6)	1(100)	38(70.4)
有時需要人協助	0(0)	3(6.3)	0(0)	13(24.1)
完全沒辦法自己做	0(0)	2(4.2)	0(0)	3(5.6)
有人幫忙嗎？	<i>n</i> =0	<i>n</i> =5	<i>n</i> =0	<i>n</i> =16
有	0(0)	4(80)	0(0)	12(75)
沒有	0(0)	1(20)	0(0)	4(25)
有誰會幫忙？	<i>n</i> =0	<i>n</i> =4	<i>n</i> =0	<i>n</i> =12
居家服務員	0(0)	0(0)	0(0)	3(25)
其他	0(0)	4(100)	0(0)	9(75)

從家庭照顧者協助失智老人寫信的部分來說明，58 位家庭照顧者中，只有 1 位需要協助失智老人。並且，此位照顧者有實際協助失智老人，而其協助時完全沒有困難。

再來，說明幫忙失智老人繳費的部分，58 位家庭照顧者中，有 48 位 (82.8%) 需要幫忙失智老人。在 48 位照顧者中，45 位 (93.8%) 實際有幫忙。在幫忙時，43 位 (89.6%) 照顧者完全沒有困難、3 位照顧者有時需要別人協助與 2 位照顧者完全沒辦法自己做。所以，目前有 5 位照顧者在幫忙時需要有人幫忙，其中有 4 位由其他人幫忙，只有 1 位無人幫忙。

談及陪同失智老人購買生活用品的部分，58 位家庭照顧者中，只有 1 位(1.7%)需要陪同失智老人。而此位照顧者有實際陪同，並且過程中完全沒有困難。

最後，是幫忙失智老人購買生活用品的部分，58 位家庭照顧者中，有 54 位(93.1%)需要幫忙失智老人。在 54 位照顧者中，實際有幫忙者有 51 位(94.4%)，在幫忙的過程中，覺得完全沒有困難者 38 位(94.4%)、有時需要別人協助者 13 位(24.1%)與完全沒辦法自己做者 3 位。所以，有 16 位照顧者在幫忙時需要有人協助，已有人協助者有 12 位(75%)，無人協助者有 4 位。其中，有人協助的 12 位照顧者中，有 9 位是由其他人協助，另外 3 位是由居家服務員協助。

綜合上述日常事務部分的資料分析來看，家庭照顧者需要協助的項目是以幫忙繳費及購買生活用品為主。而困難度較則屬幫忙購買生活用品的部分較高。從仍需要協助的家庭照顧者來說，幫忙繳費與幫忙購買生活用品佔多數，約有兩成左右，而協助寫信與陪同購買生活用品的部分，在本研究中則較無需求。協助人員則是其他人居多。

六、實際使用居家服務內容之狀況—膳食與進食之描述

此部分主要分為準備料理食材、準備三餐與協助吃東西等三部分，接下來將依序說明其實際使用的狀況，請參考表 4-3-7。

表 4-3-7 實際使用居家服務內容之狀況—膳食與進食之次數分配表

變項 問題	準備料理食材	幫忙準備三餐	協助吃東西
這件事需不需要做？	<i>n</i> =58	<i>n</i> =58	<i>n</i> =58
需要	50(86.2)	58(100)	23(39.7)
不需要	8(13.8)	0(0)	35(60.3)
有沒有在做？	<i>n</i> =50	<i>n</i> =58	<i>n</i> =23
有	48(96)	54(93.1)	22(95.7)
沒有	2(4)	4(6.9)	1(4.3)
做這件事有沒有困難？	<i>n</i> =50	<i>n</i> =58	<i>n</i> =23
完全沒困難	35(70)	39(67.2)	17(73.9)
有時需要人協助	12(24)	15(25.9)	6(36.1)
完全沒辦法自己做	3(6)	4(6.9)	0(0)
有人幫忙嗎？	<i>n</i> =15	<i>n</i> =19	<i>n</i> =6
有	9(60)	13(68.4)	4(66.7)
沒有	6(40)	6(31.6)	2(33.3)
有誰會幫忙？	<i>n</i> =9	<i>n</i> =13	<i>n</i> =4
居家服務員	2(22.2)	4(30.8)	3(75)
其他	7(77.8)	9(69.2)	1(25)

對於為失智老人準備料理食材的部分來說，58 位家庭照顧者中，有 50 位(86.2%)需要為失智老人準備料理食材。在 50 位需要幫忙的照顧者中，有 48 位(96%)實際有在幫忙。在幫忙的時候，有 35 位(70%)完全沒有困難、有 12 位(24%)有時需要別人協助與有 3 位完全沒辦法自己做。所以，目前有 15 位照顧者需要有人協助，已有人協助者 9 位(60%)，無人協助者 6 位。其中，有人協助的 9 位照顧者中，7 人是由其他人所協助，則有 2 人是由居家服務員所協助。

接下來，說明幫忙失智老人準備三餐的部分，58 位(100%)家庭照顧者皆需要為失智老人準備三餐。而實際有在幫忙者有 54 位(93.1%)。然而，在幫忙的過程中，有 39 位(67.2%)完全沒有困難、有 15 位(25.9%)有時需要別人協助與有 4 位完全沒辦法自己做。所以，有 19 位照顧者需要有人協助，已有人協助者 13 位(68.4%)，無人協助者 6 位。其中，13 位有人協助的照顧者中，有 9 位是由其他人來協助，另外 4 位則是由居家服務員協助。

最後，為協助失智老人吃東西的部分，58 位家庭照顧者中，有 23 位(39.7%)需要協助失智老人吃東西。在 23 位需要協助的照顧者中，22 位(95.7%)有實際協助，在協助時，17 位(73.9%)完全沒有困難，6 位有時需要別人協助。所以，目前有 6 位在協助時需要有人從旁協助，已有人協助者 4 位，無人協助者 2 位。其中，有人協助的 4 位照顧者中，有 3 位是由居家服務員協助，只有 1 位是由其他人協助。

接續上述膳食與進食部分的資料說明，幫忙準備三餐與準備料理食材是家庭照顧者較需要提供的照顧。而談及困難程度與仍需要協助的面向，此部分的三項照顧對照顧者來說皆佔有三成以上，其中，仍需協助的面向又以準備料理食材的比例最高，達到約有四成的狀態。協助的人員則是以其他人佔多數。

七、實際使用居家服務內容之狀況—身體活動之描述

此部分主要分為協助翻身、協助拍背與引導肢體關節活動等三部分，接下來將依序說明其實際使用的狀況，請參考表 4-3-8。

表 4-3-8 實際使用居家服務內容之狀況—身體活動之次數分配表

變項 問題	協助翻身	協助拍背	引導肢體關節 活動
這件事需不需要做？	<i>n</i> =58	<i>n</i> =58	<i>n</i> =58
需要	12(20.7)	12(20.7)	37(63.8)
不需要	46(79.3)	46(79.3)	21(36.2)
有沒有在做？	<i>n</i> =12	<i>n</i> =12	<i>n</i> =37
有	10(83.3)	11(91.7)	22(59.5)
沒有	2(16.7)	1(8.3)	15(40.5)
做這件事有沒有困難？	<i>n</i> =12	<i>n</i> =12	<i>n</i> =37
完全沒困難	5(41.7)	4(33.3)	7(18.9)
有時需要人協助	5(41.7)	6(50)	19(51.4)
完全沒辦法自己做	2(16.7)	2(16.7)	11(29.7)
有人幫忙嗎？	<i>n</i> =7	<i>n</i> =8	<i>n</i> =30
有	1(14.3)	2(25)	12(40)
沒有	6(85.7)	6(75)	18(60)
有誰會幫忙？	<i>n</i> =1	<i>n</i> =2	<i>n</i> =12
居家服務員	1(100)	1(50)	10(83.3)
其他	0(0)	1(50)	2(16.7)

說明協助失智老人翻身的部分，58 位家庭照顧者中，有 12 位(20.7)需要協助失智老人翻身。在 12 位需要協助失智老人的照顧者中，實際有在協助者有 10 位(83.3%)。其在協助的過程中，有 5 位完全沒有困難、有 5 位有時需要別人協助與有 2 位完全沒辦法自己做。所以，有 7 位照顧者需要有人幫忙，其中 1 位是由居家服務員幫忙，則有 6 位無人幫忙。

再來，是協助失智老人拍背的部分，58 位家庭照顧者中，有 12 位(20.7%)需要協助失智老人拍背。並且，實際有在協助者有 11 位(91.7%)，在協助的時候，有 4 位完全沒有困難、有 6 位有需要別人協助，以及有 2 位完全沒辦法自己做。所以，會有 8 位照顧者需要有人協助，已有人協助者 2 位、無人協助者 6 位。其中，已有人協助的 2 位照顧者中，分別各由居家服務員與其他人所幫忙。

最後，是引導失智老人肢體關節活動的部分，58 位家庭照顧者中，有 37 位(63.8%)需要引導失智老人。在這 37 位的照顧者中，實際有在引導者 22 位(59.5%)，並且在引導的過程中，7 位完全沒有困難、19 位(51.4%)有時需要別人協助與 11(29.7%)完全沒辦法自己做。所以，有 30 位照顧者需要有人協助，已有人協助者 12 位(40%)，則無人協助者 18 位(60%)。其中，已有人協助的 12 位照顧者中，有 10 位(83.3%)是由居家服務員所幫忙，僅有 2 位是由其他人所幫忙。

綜觀身體活動部分的分析資料可見，引導肢體關節活動是半數家庭照顧者需要協助的照顧項目。在協助的困難程度中，本部份的照顧項目皆有六成以上的照顧者需要協助，但仍屬引導肢體關節活動最高，達到八成。最後，談及仍需要有人協助的照顧者，本部份的照顧項目仍達到六成以上的比例，其中以協助翻身是家庭照顧者最需要的協助。協助的人員大多數由居家服務員來提供。

八、實際使用居家服務內容之狀況—一個人清潔之描述

此部分主要分為協助沐浴、協助刷牙、協助洗臉與協助修指甲等四部分，接下來將依序說明其實際使用的狀況，請參考表 4-3-9。

表 4-3-9 實際時用居家服務內容之狀況—一個人清潔之次數分配表

變項	協助沐浴	協助刷牙	協助洗臉	協助修指甲
問題				
這件事需不需要做？	<i>n</i> =58	<i>n</i> =58	<i>n</i> =58	<i>n</i> =58
需要	52(89.7)	26(44.8)	30(51.7)	53(91.4)
不需要	5(10.3)	32(55.2)	28(48.3)	5(8.6)
有沒有在做？	<i>n</i> =52	<i>n</i> =26	<i>n</i> =30	<i>n</i> =53
有	38(73.1)	22(84.6)	26(86.7)	41(77.4)
沒有	14(26.9)	4(15.4)	4(13.3)	12(22.6)
做這件事有沒有困難？	<i>n</i> =52	<i>n</i> =26	<i>n</i> =30	<i>n</i> =53
完全沒困難	2(3.8)	15(57.7)	22(73.3)	18(34)
有時需要人協助	35(67.3)	9(34.6)	7(23.3)	27(50.9)
完全沒辦法自己做	15(28.8)	2(7.7)	1(3.3)	8(15.1)
有人幫忙嗎？	<i>n</i> =50	<i>n</i> =11	<i>n</i> =8	<i>n</i> =35
有	50(100)	4(36.4)	6(75)	34(97.1)
沒有	0(0)	7(63.6)	2(25)	1(2.9)
有誰會幫忙？	<i>n</i> =50	<i>n</i> =4	<i>n</i> =6	<i>n</i> =34
居家服務員	47(94)	4(100)	6(100)	27(79.4)
其他	3(6)	0(0)	0(0)	7(20.6)

對於協助失智老人沐浴的部分，58 位家庭照顧者中，52 位(89.7%)需要協助失智老人沐浴。然而，實際有在協助者 38 位(73.1%)，在整個協助的過程中，2 位完全沒困難、35 位(67.3%)有時需要別人協助與 15 位(28.8%)完全沒辦法自己做。所以，有 50 位照顧者協助時需要有人幫忙，且全數皆有人幫忙，其中 47 位(94%)是由居家服務員協助，只 3 位是由其他人協助。

說明協助失智老人刷牙的部分，58 位家庭照顧者中，有 26 位(44.8%)需要協助失智老人。然而，實際有協助者 22 位(84.6%)，在協助的過程中，有 15 位(57.7%)沒有困難、有 9 位有時需要別人協助與 2 位完全沒辦法自己做。所以，半數 11 位的照顧者需要有人協助，4 位由居家服務員協助，另外 7 位則無人協助。

再來，談到 協助失智老人洗臉的部分，58 位家庭照顧者中，有 30 位(51.7%)需要協助失智老人。實際上有協助者 26 位(86.7%)。在協助洗臉時，22 位(73.3%)沒有困難、7 位有時需要別人協助與 1 位 完全沒辦法自己做。所以，目前有 8 位照顧者在協助時需要有人協助，有 6 位是由居家服務員協助，仍有 2 位無人協助。

最後，說明協助失智老人修指甲的部分，58 位家庭照顧者中，有 53 位(91.4%)需要協助失智老人，有實際協助者 41 位(77.4%)。在協助修指甲時，18 位(34%)沒有困難、27 位(50.9%)有時需要別人協助與 8 位完全沒辦法自己做。所以，有 35 位照顧者在協助時需要有人協助，已有人協助者 34 位(97.1%)，仍有 1 位無人協助。其中，在 34 位有人協助的照顧者中，27 位(79.4%)是由居家服務員協助，7 位是由其他人協助。

綜合上述個人清潔部分的資料分析結果可知，家庭照顧者需要提供較多協助的照顧項目為協助沐浴與修指甲，其中，在協助沐浴的過程中，對於家庭照顧者來說困難程度是較高的。再來，談到仍有需要協助的家庭照顧者，協助刷牙的比例最高，具有中度的需求。在提供協助人員的部分，多數透過居家服務員提供協助。

九、實際使用居家服務內容之狀況一個人衛生之描述

此部分主要分為協助上廁所、幫忙清洗換洗衣物、打掃生活空間與幫忙換衣服等四部分，接下來將依序說明其實際使用的狀況，請參考表 4-3-10。

表 4-3-10 實際使用居家服務內容之狀況一個人衛生之次數分配表

變項 問題	協助上廁所	幫忙清洗換 洗衣物	打掃生活空 間	幫忙換衣服
這件事需不需要做？	<i>n</i> =58	<i>n</i> =58	<i>n</i> =58	<i>n</i> =58
需要	32(55.2)	55(94.8)	54(93.1)	45(77.6)
不需要	26(44.8)	3(5.2)	4(6.9)	13(22.4)
有沒有在做？	<i>n</i> =32	<i>n</i> =55	<i>n</i> =54	<i>n</i> =45
有	31(96.9)	47(85.5)	45(83.3)	37(82.2)
沒有	1(3.1)	8(14.5)	9(16.7)	8(17.8)
做這件事有沒有困難？	<i>n</i> =32	<i>n</i> =55	<i>n</i> =54	<i>n</i> =45
完全沒困難	14(43.8)	37(67.3)	33(61.1)	10(22.2)
有時需要人協助	17(53.1)	16(29.1)	18(33.3)	28(62.2)
完全沒辦法自己做	1(3.1)	2(3.6)	3(5.6)	7(15.6)
有人幫忙嗎？	<i>n</i> =18	<i>n</i> =18	<i>n</i> =21	<i>n</i> =35
有	3(16.7)	17(94.4)	18(85.7)	31(88.6)
沒有	15(83.3)	1(5.6)	3(14.3)	4(11.4)
有誰會幫忙？	<i>n</i> =3	<i>n</i> =17	<i>n</i> =18	<i>n</i> =31
居家服務員	1(33.3)	13(76.5)	15(83.3)	28(70.3)
其他	2(66.7)	4(23.5)	3(16.7)	3(9.7)

先從協助失智老人上廁所的部分談起，在 58 位家庭照顧者中，有 32 位 (55.2%) 需要協助失智老人上廁所。然而，有實際協助者 31 位 (96.9%)，在協助上廁所的過程中，14 位 (43.8%) 沒有困難、17 位 (53.1%) 有時需要別人協助與 1 位完全沒辦法自己做。所以，仍有 18 位照顧者在協助時需要有人協助，已有人協助者 3 位，15 位 (83.3%) 無人協助。在 3 位有人協助的照顧者中，1 位是由居家服務員協助，另外 2 位是由其他人協助。

再來，說明幫忙失智老人清洗換洗衣物的部分，58 位家庭照顧者中，55 位(94.8%)需要幫忙失智老人。在幫忙的過程中，實際有幫忙者 47(85.5%)，其中，37 位(67.3%)完全沒有困難、16 位(29.1%)有時需要別人協助與 2 位完全沒辦法自己做。所以，目前有 18 位照顧者在幫忙時需要有人協助，已有人協助者 17 位(94.4%)，仍有 1 位無人協助。在已有人協助的 17 位照顧者中，13 位(76.5%)是由居家服務員協助，4 位是由其他人所協助。

然後，談到幫忙失智老人打掃生活空間的部分，58 位家庭照顧者中，54 位(93.1%)需要幫忙失智老人，而實際上有幫忙者 45 位(83.3%)，在幫忙的時候，33 位(61.1%)完全沒有困難、18 位(33.3%)有時需要別人協助與 3 位完全沒辦法自己做。所以，仍有 21 位照顧者在幫忙的時需要有人協助，已有人協助者 18 位(85.7%)，仍有 3 位無人協助者。其中，已有人協助的 18 位照顧者中，15 位(83.3%)是由居家服務員協助，另外 3 位是由其他人協助。

最後，講到 幫忙失智老人換衣服的部分，58 位家庭照顧者中，45 位(77.6%)需要幫忙失智老人換衣服。並且，實際有在幫忙者 37 位(82.2%)，在整個幫忙的過程中，10 位(22.2%)完全沒有困難、28 位(62.2%)有時需要別人協助與 7 位完全沒辦法自己做。所以，有 35 位照顧者在幫忙的時需要有人協助，已有人協助者 31 位(88.6%)，還有 4 位無人協助。其中，已有人協助的 31 位照顧者中，28 位(70.3%)是由居家服務員協助，3 位是由其他人協助。

結合上述個人衛生部分的資料分析結果可瞭解，本部分四個照顧項目，有五成以上的照顧者皆須提供照顧，其中，又以清洗換洗衣物與打掃生活空間為主。在照顧困難程度上，則是以幫忙換洗衣物的難度較高。談及仍需要協助的家庭照顧者，卻是在協助上廁所的部分，有高度的協助需求。再提供協助的人員方面，則是多數以居家服務員來提供協助。

十、家庭照顧者較不需要協助的照顧項目之描述

在個別描述完失智老人與家庭照顧者使用居家服務的內容與狀況後，以下統一整理出家庭照顧者較不需要協助失智老人的照顧項目，也就是說，表格中的照顧項目多數失智老人可自行完成，需要協助者佔較少數，以下將詳細敘述之：

表 4-3-11 家庭照顧者較不需協助之照顧項目

變項	需要家庭照顧者協助之人數(%)
協助寫信	1(1.7)
陪同購買生活用品	1(1.7)
協助運動	9(15.5)
協助翻身	12 (20.7)
協助拍背	12 (20.7)
協助使用助行器	12(20.7)

從表 4-3-11 中可瞭解到家庭照顧者較不需要協助失智老人的照顧項目有 6 個，其中以協助寫信與陪同購買生活用品的項目占最多數，九成以上的家庭照顧者不需要協助，再來是協助運動的項目，有八成五以上的照顧者不需要協助，最後是協助翻身、拍背與使用助行器的項目，也占有八成的佔照顧者不需要協助，也就是說，以上六個照顧項目對多數失智老人與家庭照顧者來說，是較少使用的照顧項目。

貳、家庭照顧者目前擁有資源狀況之描述

此節主要說明家庭照顧者在照顧失智老人的過程中，所使用正式資源的狀況，以下將分點說明之，請參考表 4-3-12。

表 4-3-12 家庭照顧者的正式資源使用狀況之次數分配表

變項 問題	臨時/短期 的喘息照 顧服務	失智症家庭 照顧者教育 訓練	失智症家庭 照顧者支持 團體	愛心手鍊	指紋捺 印
您知不知道 此項服務？	<i>n</i> =58	<i>n</i> =58	<i>n</i> =58	<i>n</i> =58	<i>n</i> =58
知道	49(84.5)	26(44.8)	17(29.3)	37(63.8)	11(19)
不知道	9(15.5)	32(55.2)	41(70.7)	21(36.2)	47(81)
有沒有申請 此項服務？	<i>n</i> =49	<i>n</i> =26	<i>n</i> =17	<i>n</i> =37	<i>n</i> =11
有	27(55.1)	8(30.8)	5(29.4)	9(24.3)	3(27.3)
沒有	22(44.9)	18(69.2)	12(70.6)	28(75.7)	8(72.7)
此項服務多 久使用一 次？	<i>n</i> =27	<i>n</i> =8	<i>n</i> =5		
每天	0(0)	0(0)	0(0)		
一週 1-3 次	0(0)	0(0)	0(0)		
一個月 1-3 次	7(25.9)	1(12.5)	1(20)		
一年 1-3 次	20(74.1)	7(87.5)	4(80)		
其他	0(0)	0(0)	0(0)		
此項服務使 用多久了？	<i>n</i> =27	<i>n</i> =8	<i>n</i> =5	<i>n</i> =9	<i>n</i> =3
1 年以下	9(33.3)	1(12.5)	1(20)	4(44.4)	0(0)
1-2 年	9(33.3)	3(37.5)	2(40)	0(0)	2(66.7)
2 年以上	9(33.3)	4(6.9)	2(40)	5(55.6)	1(33.3)
您有沒有幫 助？	<i>n</i> =27	<i>n</i> =8	<i>n</i> =5	<i>n</i> =9	<i>n</i> =3
有	18(66.7)	4(50)	4(80)	0(0)	1(33.3)
還好	6(22.2)	3(37.5)	1(20)	0(0)	0(0)
沒有	3(11.1)	1(12.5)	0(0)	9(100)	2(66.7)

說明家庭照顧者對於臨時/短期的喘息照顧服務的部分，58位家庭照顧者中，49位(84.5%)知道此項服務。其中，27位(55.1%)有申請此項服務，並且大約1個月使用1-3次者，有7位、一年使用1-3次者，有20位(74.1%)。在使用時間長度上，9位使用時間為一年以下、9位使用時間為1-2年與9位使用時間為2年以上。在使用此項服務後認為有幫助的18位(66.7%)、還好的6位與沒幫助的3位。

在失智症家庭照顧者教育訓練的部分，58位家庭照顧者中，26位(44.8%)知道此項訓練，並且8位照顧者有參加此項訓練。8位參加者中，大約1個月參加1-3次者，有1位、一年參加1-3次者，有7位。在使用時間長度上，1位參加時間為一年以下、3位參加時間為1-2年與4位參加時間為2年以上。在參加此項訓練後認為有幫助的4位、還好的3位與沒幫助的1位。

談到失智症家庭照顧者支持團體的部分，58位家庭照顧者中，17位(29.3%)知道此項活動，只有5位有參加此項活動。參加時間大約1個月參加1-3次者，有1位、一年參加1-3次者，有4位。以參加時間長度來說，1位參加時間為一年以下、2位參加時間為1-2年與2位參加時間為2年以上。在參加此項活動後認為有幫助的4位與還好的1位。

說明愛心手鍊的部分，58位家庭照顧者中，37位(63.8%)知道此項服務，只有9位照顧者有申請此項服務。參加時間則是4位使用時間為一年以下、5位使用時間為2年以上。9位照顧者在使用此項服務後皆認為沒幫助。

最後，談及指紋捺印的部分，58位家庭照顧者中，11位(19%)照顧者知道此項服務，僅有3位照顧者有申請此項服務。3位的參加時間中，2位使用時間為1-2年與1位使用時間為2年以上。3位照顧者在使用此項服務後認為有幫助的1位與沒幫助的2位。

綜合正式資源部分的資料分析結果可見，在五個資源中，使用人數比例由多到少的排列依序為臨時/短期的喘息照顧服務、失智症家庭照顧者教育訓練、愛心手鍊、指紋捺印與失智症家庭照顧者支持團體，以臨時/短期的喘息照顧服務

的比例最高，約達五成五左右。但在家庭照顧者使用之後，其認為沒幫助的人數比例由高到低的排序為愛心手鍊、指紋捺印、失智症家庭照顧者教育訓練、臨時/短期的喘息照顧服務與失智症家庭照顧者支持團體，其中以愛心手鍊的比例高達十成，全數照顧者認為沒有幫助；指紋捺印的部分也有六成五以上的比例。

第四節 家庭照顧者照顧需求之描述與分析

此節主要是說明家庭照顧者在照顧失智老人時，所產生的照顧需求，以下將分為五個層面來做次數分配之描述。

壹、生理層面

家庭照顧者在照顧失智老人的過程中，可能會產生以下所歸納之生理狀況，請參考表 4-4-1。

表 4-4-1 家庭照顧者的照顧需求—生理層面之次數分配表

變項 問題	照顧上體 力變差	食慾變差	睡眠品質不 佳	身體痠痛不 適	自己需要 他人照顧
目前有沒有 這狀況？	<i>n</i> =58				
有	42(72.4)	18(31)	40(69)	41(70.7)	18(31)
沒有	16(27.6)	40(69)	18(31)	17(29.3)	40(69)
此狀況出現 的頻率？	<i>n</i> =42	<i>n</i> =18	<i>n</i> =40	<i>n</i> =41	<i>n</i> =18
總是	22(52.4)	1(5.6)	24(60)	17(41.5)	3(16.7)
常常	17(40.5)	9(50)	11(27.5)	17(41.5)	11(61.1)
很少	3(7.1)	8(44.4)	5(12.5)	7(17.1)	4(22.2)
會找人幫忙 嗎？	<i>n</i> =42	<i>n</i> =18	<i>n</i> =40	<i>n</i> =41	<i>n</i> =18
會	15(35.7)	2(11.1)	11(27.5)	20(48.8)	6(33.3)
不會	27(64.3)	16(88.9)	29(72.5)	21(51.2)	12(66.7)
有人會幫忙 您嗎？	<i>n</i> =15	<i>n</i> =2	<i>n</i> =11	<i>n</i> =20	<i>n</i> =6
有	11(73.3)	2(100)	11(100)	18(90)	6(100)
沒有	4(26.7)	0(0)	0(0)	2(10)	0(0)
有誰會幫 忙？	<i>n</i> =11	<i>n</i> =2	<i>n</i> =11	<i>n</i> =18	<i>n</i> =6
家人	8(72.7)	2(100)	1(9.1)	1(5.6)	4(66.7)
朋友	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	2(33.3)
親戚	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)
其他	3(27.3)	0(0)	10(90.9)	17(94.4)	0(0)

從照顧上體力變差的部分談起，58 位家庭照顧者中，42 位(72.4%)有這樣的狀況。而這樣的狀況總是出現的有 22 位(52.4%)、常常出現的有 17 位(40.5%)與很少出現的有 3 位。然而，不會找人幫忙照顧者卻有 27 位(64.3%)，其餘有 15 位會找別人幫忙的照顧者，其中，已有人幫忙的有 11 位，無人幫忙的有 4 位。在已有人幫忙的 11 位照顧者中，有 8 位是由家人幫忙，有 3 位是由其他人幫忙。

再來，說明食慾變差的狀況，58 位家庭照顧者中，18 位(31%)有這樣的狀況，並且照顧者認為此狀況總是出現的有 1 位、常常出現的有 9 位與很少出現的有 8 位。然而，不會找別人幫忙的就有 16 位(88.9%)。只有 2 位照顧者會找人幫忙，並皆由家人幫忙。

以睡眠品質不佳的部分來說，58 位家庭照顧者中，40 位(69%)有如此的狀況，其認為此狀況總是出現的有 24 位(60%)、常常出現的有 11 位(27.5%)與很少出現的有 5 位。其中，不會找人幫忙的有 29 位(72.5%)，另外 11 位會找別人幫忙的照顧者皆有人幫忙，只有 1 位是由家人幫忙，其餘 10 位是由其他人幫忙。

接下來，談到身體痠痛不適的部分，58 位家庭照顧者中，41 位(70.7%)有身體不適的狀況。照顧者們認為此狀況總是出現的有 17 位(41.5%)、常常出現的有 17 位(41.5%)與很少出現的有 7 位，其中，超過半數(21 位)的照顧者不會找人幫忙。其餘 20 位會找人幫忙的照顧者中，已有人幫忙的有 18 位(90%)，仍有 2 位無人幫忙。在 16 位有人幫忙的照顧者中，只有 1 位是由家人幫忙，17 位(94.4%)是由其他人幫忙。

最後，闡述在自己需要他人照顧的部分，58 位家庭照顧者中，18 位(31%)有此狀況，照顧者們認為此狀況總是出現的有 3 位、常常出現的有 11 位(61.1%)與很少出現的有 4 位，然而有 12 位(66.7%)不會找人幫忙。只有 6 位會找別人幫忙的照顧者中，全數皆有人幫忙，其中有 4 位是由家人幫忙，有 2 位是由朋友幫忙。

在生理層面的部分，仍需要幫忙的家庭照顧者分別是在照顧體力變差的部分 4 人(26.7%)與身體痠痛不適的部分 2 人(10%)，皆有兩成以上。而照顧者有以上的

狀況，卻沒有尋求協助者，此部份的五個生理項目皆超過五成，尤其以食慾變差的狀況最高。最後，照顧者會尋求幫忙且會幫忙的對象以其他人居多。

貳、心理層面

家庭照顧者在照顧失智老人的時候，可能會因為照顧過程中的狀況、壓力等情況，對其心理狀況造成或多或少的影響。所以，以下將說明心理層面的四個部分，並以次數分配的狀況敘述之，請參考表 4-4-2。

表 4-4-2 家庭照顧者的照顧需求—心理層面之次數分配表

變項 問題	自己的情緒 緊張焦慮	自己覺得無 助	需要有人關心 與鼓勵	自己覺得人 生沒有希望
目前有沒有這 狀況？	<i>n</i> =58	<i>n</i> =58	<i>n</i> =58	<i>n</i> =58
有	28(48.3)	26(44.8)	22(37.9)	7(12.1)
沒有	30(51.7)	32(55.2)	36(62.1)	51(87.9)
此狀況出現的 頻率？	<i>n</i> =28	<i>n</i> =26	<i>n</i> =22	<i>n</i> =7
總是	5(17.9)	4(15.4)	4(18.2)	0(0)
常常	19(67.9)	15(57.7)	15(68.2)	2(28.6)
很少	4(14.3)	7(26.9)	3(13.6)	5(71.4)
會找人幫忙 嗎？	<i>n</i> =28	<i>n</i> =26	<i>n</i> =22	<i>n</i> =7
會	11(39.3)	9(34.6)	13(59.1)	1(14.3)
不會	17(60.7)	17(65.4)	9(40.9)	6(85.7)
有人會幫忙您 嗎？	<i>n</i> =11	<i>n</i> =9	<i>n</i> =13	<i>n</i> =1
有	9(81.8)	6(66.7)	10(76.9)	1(100)
沒有	2(18.2)	3(33.3)	3(23.1)	0(0)
有誰會幫忙？	<i>n</i> =9	<i>n</i> =6	<i>n</i> =10	<i>n</i> =1
家人	1(11.1)	1(16.7)	5(50)	0(0)
朋友	5(55.6)	1(16.7)	4(40)	1(100)
親戚	0(0)	0(0)	1(10)	0(0)
其他	3(33.3)	4(66.7)	0(0)	0(0)

從照顧者對於自己情緒緊張焦慮的部分說起，58 位家庭照顧者中，28 位(48.3%)會情緒緊張焦慮，這狀況總是出現的照顧者有 5 位、常常出現的有 19 位(67.9%)與很少出現的有 4 位。但是，有三分之二的照顧者(17 位)不會找人幫忙。只有 11 位會找別人幫忙，其中已有人幫忙的有 9 位，仍有 2 位無人幫忙。已有人幫忙的 9 位照顧者中，1 位是由家人幫忙、5 位是由朋友幫忙，以及 3 位是由其他人幫忙。

談到自己覺得無助的部分，58 位家庭照顧者中，26 位(44.8%)覺得無助，其認為此狀況總是出現的有 4 位、常常出現的有 15 位(57.7%)與很少出現的有 7 位。而將近半數照顧者(17 位)不會找人幫忙。只有 9 位會找人幫忙，但是仍無人幫忙的有 3 位，已有人幫忙的 6 位照顧者中，有 2 位是分別由家人與朋友幫忙，另外 4 位是由其他人幫忙。

接下來說明自己需要有人關心與鼓勵的部分，58 位家庭照顧者中，22 位(37.9%)有這樣的狀況。22 位照顧者們認為此狀況總是出現的有 4 位、常常出現的有 15 位(68.2%)與很少出現的有 3 位。然而，不會找人幫忙的有 9 位，有 13 位會找別人幫忙，其中有人幫忙的 10 位(76.9%)，仍無人幫忙的有 3 位。有人幫忙的 10 位照顧者中，5 位是由家人幫忙、4 位是由朋友幫忙，以及 1 位是由親戚幫忙。

最後，談到自己覺得人生沒有希望的部分，58 位家庭照顧者中，只有 7 位有此狀況。照顧者們認為此狀況常常出現的有 2 位，以及很少出現的有 5 位，並且大多數照顧者(6 位)不會找人幫忙，只有 1 位會找別人幫忙，便是由朋友協助。

在心理層面的部分，仍需要幫忙的家庭照顧者分別是其覺得無助與需要有人關心的部分，約佔兩成左右。而照顧者有以上的狀況，卻沒有尋求協助者，是以人生沒有希望的部分最高，依序為覺得無助與情緒緊張焦慮，此三個項目人數比例皆超過六成。

參、經濟層面

失智老人的照顧，每日往往需要至少 10 個小時以上的照顧時間，大多屬於一對一的照顧模式。所以，家庭成員中便需要至少一位成員長時間照顧，有時家庭中會減少一位工作者，家中經濟便會受到一些影響。除此之外，照顧失智老人就如同其他功能受限的老人，仍需要付出生活上的照顧花費與成本。因此，在本研究中，便詢問 58 位家庭照顧者能否負擔目前照顧上的費用，51 位(87.9%)目前可以負擔、5 位目前有點困難與 2 位需要別人的支援。在 7 位需要有人協助照顧費用的狀況中，有 4 位有人可幫忙改善與 3 位則無人幫忙改善。其中，4 位有人幫忙改善的照顧者中，2 位由家人幫忙，2 位由政府補助，以及 1 位是由朋友幫忙。

表 4-4-3 家庭照顧者的照顧需求—經濟層面之次數分配表

變項	次數(%)
您能不能負擔目前照顧上的費用？	<i>n</i> =58
可以	51(87.9)
有點困難	5(8.6)
需要別人支援	2(3.4)
有沒有人會幫你改善照顧費用不足的狀況？	<i>n</i> =7
有	4(57.1)
沒有	3(42.9)

肆、照顧支持層面

照顧失智老人的過程中，照顧資訊的取得非常重要，由於失智症的症狀與行為反應具有獨特性，每位失智老人皆不盡相同，所以掌握其基本的照顧知識與照顧技巧對於照顧有很大的幫助。本研究將此層面分為照顧知識與照顧技巧兩部分來說明，請參考表 4-4-4。

說明照顧知識的部分，58 位家庭照顧者中，認為自己照顧知識足夠的有 25 位(43.1%)、還好的有 19 位(32.8%)與不足夠的有 14 位(24.1%)。在 33 位照顧者認為自己仍有不足的狀況下，21 位(63.6%)有人幫忙改善此狀況，分別由醫生、居家服務員、網路及社工幫忙，但是，仍有 12 位(36.4%)無法幫忙改善此狀況。

談到照顧技巧的部分，58 位家庭照顧者中，認為自己照顧技巧足夠的有 26 位(44.8%)、還好的有 20 位(34.5%)與不足夠的有 12 位(20.7%)。在 32 位家庭照顧者認為自己仍有不足的狀況下，20 位(62.5%)有人幫忙改善，分別由醫生、居家服務員、網路及社工幫忙，但是，還有 12 位(37.5%)無法幫忙改善。

以照顧知識與技巧的部分來看，有三成五以上的照顧者仍無人協助改善其照顧知識與技巧不足之狀況。

表 4-4-4 照顧需求—照顧支持層面之次數分配表

變項	失智症照顧知識	失智症照顧技巧
問題		
您覺得自己在此方面足夠嗎？	<i>n</i> =58	<i>n</i> =58
足夠	25(43.1)	26(44.8)
還好	19(32.8)	20(34.5)
不足夠	14(24.1)	12(20.7)
有沒有人會幫你改善不足的狀況？	<i>n</i> =33	<i>n</i> =32
有	21(63.6)	20(62.5)
沒有	12(36.4)	12(37.5)

伍、喘息層面

由於家庭照顧者在照顧失智老人的時候，大多需要花費較長的照顧時間，往往家庭照顧者喘息的時間較少，在日積月累的狀況下，常常造成家庭照顧者有較大的照顧負荷，而影響到失智老人與家庭照顧者的照顧與生活品質。所以，本研究將此層面分為家庭照顧者有無處理自己事情之時間與有無替代照顧者等兩個部分來做說明，請參考表 4-4-5。

說明家庭照顧者處理自己事情之時間的部分，58 位家庭照顧者中，覺得處理自己事情的時間是足夠的有 14 位(24.1%)、還好的有 20 位(34.5%)與不足夠的有 24 位(41.4%)。所以，有 44 覺得處理自己事情的時間是稍有不足的，其中有 14 位(31.8%)是已有人幫忙改善的，分別由家人、朋友與居家服務員幫忙，但是，仍有 30 位(68.2%)是無人幫忙改善的。

對於有無適時替代照顧者的部分，58 位家庭照顧者中，只有 24 位(41.4%)有適時替代的其他照顧者，大多由家人替代，反觀 34 位(58.6%)照顧者並沒有適時替代的其他照顧者，大多獨自照顧，無次要照顧者。

以喘息層面來說，有五成五以上的家庭照顧者仍需要有臨時或次要的照顧者從旁協助。

表 4-4-5 家庭照顧者的照顧需求—喘息層面之次數分配表

變項	次數(%)
您在照顧失智長者時，會不會有處理自己事情的時間不足夠的狀況？	n=58
有	24(41.4)
還好	20(34.5)
沒有	14(24.1)
有沒有人會幫你改善此處事情時間不足的狀況？	n=44
有	14(31.8)
沒有	30(68.2)
有沒有能適時的代替您照顧失智長者？	n=58
有	24(41.4)
沒有	34(58.6)

陸、家庭照顧者年齡與生理層面之交叉分析

將家庭照顧者的年齡與生理層面分析後，以下將分別說明生理層面中，照顧體力與身體痠痛的部分，請參考表 4-4-6 與表 4-4-7：

在家庭照顧者年齡與照顧體力交叉分析後，可從表 4-4-6 得知，在 58 位照顧者中，有七成以上的照顧者認為自己在照顧失智老人時，體力有越來越差的狀態，其中，又以 55 歲以上的照顧者佔了八成以上。可以從分析資料瞭解到，在本研究中，屬於中高齡的照顧者在照顧上的體力有較不佳的狀況出現。

表 4-4-6 家庭照顧者年齡與照顧體力之交叉分析

		照顧體力越來越差		
		有	沒有	總和
照顧者年齡	75 歲以上	9(81.8)	2(18.2)	11(100)
	55-74 歲	25(78.1)	7(21.9)	32(100)
	35-54 歲	7(50)	7(50)	14(100)
	34 歲以下	1(100)	0(0)	1(100)
	總和	42(72.4)	16(27.6)	58(100)

在家庭照顧者年齡與身體痠痛的交叉分析後，由於在照顧過程中需要協助失智老人移動、位移或活動等行為，所以，在 58 位照顧者中，大約有七成以上的照顧者出現身體痠痛不適的狀況。其中，又以 55-74 歲的家庭照顧者占多數，約有六成的比例。可從交叉分析的結果得知，中高齡的家庭照顧者，在照顧失智老人後，身體可能較容易累積痠痛不適的狀態。

表 4-4-7 家庭照顧者年齡與身體痠痛之交叉分析

		身體有痠痛不適		
		有	沒有	總和
照顧者年齡	75 歲以上	6(54.5)	5(45.5)	11(100)
	55-74 歲	25(78.1)	7(21.9)	32(100)
	35-54 歲	10(71.4)	4(28.6)	14(100)
	34 歲以下	0(0)	1(100)	1(100)
	總和	41(70.7)	17(29.3)	58(100)

柒、失智老人病程與生理層面之交叉分析

將失智老人的病程與家庭照顧者之生理層面交叉分析之後，將以生理層面中的照顧體力與身體痠痛的部分來說明其分析之結果，請參考表 4-4-8 與表 4-4-9，以下將分段說明之：

在失智老人的病程與照顧者知照顧體力交叉分析後，可從表 4-4-8 得知，在 58 位照顧者中，七成以上的照顧者認為失智老人之病程對其照顧的體力有影響，特別是照顧中、重度失智老人之照顧者。

表 4-4-8 失智老人病程與照顧體力之交叉分析

		照顧體力越來越差		
		有	沒有	總和
失智老人病程	重度	15(75)	5(25)	20(100)
	中度	17(77.3)	5(22.7)	22(100)
	輕度	10(62.5)	6(37.5)	16(100)
	總和	42(72.4)	16(27.6)	58(100)

在失智老人之病程與照顧者身體痠痛之交叉分析後，58 位家庭照顧者中，仍有七成以上的照顧者覺得失智老人之病程與其身體之痠痛有較大的影響，並且也集中在照顧中、重度的照顧者上，約佔有七成五以上的比例。

表 4-4-9 失智老人病程與家庭照顧者身體痠痛之交叉分析

		身體痠痛不適		
		有	沒有	總和
失智老人病程	重度	16(80)	4(20)	20(100)
	中度	16(72.7)	6(27.3)	22(100)
	輕度	9(56.3)	7(43.8)	16(100)
	總和	41(70.7)	17(29.3)	58(100)

捌、失智老人病程與喘息層面之交叉分析

將失智老人病程與家庭照顧者之喘息層面交叉分析之後，將以喘息層面中的家庭照顧者有無自己處理事情時間不足夠的狀況來說明其分析結果，請參考表 4-4-10，以下將詳細說明之：

表 4-4-10 失智老人病程與喘息層面之交叉分析

		家庭照顧者處理自己事情的時間有無不足夠之狀況			
		有	還好	沒有	總和
失智老人 病程	重度	12(60)	5(25)	3(15)	20(100)
	中度	9(40.9)	7(31.8)	6(27.3)	22(100)
	輕度	3(18.8)	8(50)	5(31.3)	16(100)
	總和	24(41.4)	20(34.5)	14(24.1)	58(100)

在將失智老人病程與喘息層面中的家庭照顧者處理自己時間不足夠的狀況交叉分析之後，可從表 4-4-10 瞭解到多數家庭照顧者有處理自己事情不足夠的狀況，特別是照顧中度與重度失智老人的家庭照顧者，認為處理自己事情的時間有較不足夠的狀況產生。

以上是本研究背景變項與照顧需求之交叉分析之敘述，在整個交叉分析的結果呈現上，研究者只將分析影響較明顯的結果做詳細之說明，因此，只有放入家庭照顧者年齡、失智老人病程與生理層面之交叉分析與失智老人病程與喘息層面之交叉分析。

第五章 研究結果與建議

本研究是以台中市正在使用居家服務的失智老人之照顧者為主要的研究對象，探討其在使用居家服務的照顧過程中，目前的現況、照顧上所遇到的困難，以及所衍生的各項照顧需求，透過訪問問卷的設計、資料蒐集與分析，以瞭解 58 位家庭照顧者的照顧狀況與需求。本章將針對第四章的研究發現進行討論，歸納出研究結果，並提出建議，最後，說明本研究在設計與執行上之限制。

第一節 研究結論與討論

本研究總計訪問了 61 位家庭照顧者，扣除無效問卷 3 份，針對 58 份有效問卷進行資料整理與分析後，本節會根據研究之問題與第四章的研究分析整理出研究之討論與結果，分別為以下之陳述：

壹、家庭照顧者的特性與目前照顧現況

本研究之家庭照顧者以女性所占的比例較高；平均年齡有偏高(平均 60 歲)的現象；在與老人的家庭關係中，照顧者依序為配偶、兒子、女兒及媳婦；照顧時間平均約為六年；有半數的家庭照顧者的自覺健康狀況為普通；目前有多數的家庭照顧者為一般戶；多數的家庭照顧者屬於無工作狀態；多數的最高學歷為高中/職以下。家庭照顧者所照顧的失智老人中，女性比男性人數稍多一些，無論何種性別其年齡均有偏高(平均 84 歲)的現象；患有失智症的年數以 0-5 年居多；失智的嚴重程度則以中度為主；失智症類型大多為退化型失智症；全數失智症老人至少換有一種以上的失智症症狀的行為反應，最多的前三項分別為忘東忘西、認錯人、事、物，以及行動力下降。

在使用居家服務方面，失智老人目前多數已使用居家服務 2-3 年；每週使用居家服務的時間以 6-10 小時為主；協助沐浴及更衣則是使用最多的服務項目。以上為家庭照顧者、其所照顧失智老人與使用居家服務的特性與現況，接下來將分點說明家庭照顧者目前的照顧現況：

一、家庭照顧者以高齡女性為主，且配偶稍多

在本研究中，家庭照顧者仍是以女性為主，並且年齡有偏高的現象，與先前多數的研究結果相仿（鄭秀容、曾月霞，2008、陳昱名，2013），可瞭解到女性在家庭中仍擔負著照顧的角色。與其他研究較不同之處為，家庭照顧者與失智老人之關係，則是以配偶的比例較多些，與本研究失智老人平均 85 歲的年齡相較下，可想而知，老人照顧老人的比例較高。在照顧上，可從問卷訪問的過程中，瞭解到照顧上的不便，以及對於失智症的不瞭解。

二、家庭照顧者需要提供全面性照顧

本研究使用居家服務所提供的服務項目做為照顧項目的評估基準，從研究之分析可瞭解到每個項目幾乎是家庭照顧者需要提供的基本照顧，並且也依照失智老人之個別性提供不同的照顧項目，舉凡從失智老人本身直接之身體照顧(刷牙、沐浴、如廁等)，至日常生活中其所需要之事務(繳費、購買生活用品、就醫等)，皆需要列為家庭照顧者每日的日程，另外，如同西元 2010 年廖淑英、孫宗慧、邱金菊對於失智症老人照顧的研究，家庭照顧者除了直接與日常的照顧外，仍需要利用些許社會福利服務，以讓失智老人之生活功能得以延續。在本研究中，則是以就醫、日常事務、膳食、個人清潔與衛生等五個部分為多數需要協助的照顧。除此之外，也能從研究之分析得知，本研究之多數失智老人仍有自行行走的功能，上下床與移動的項目半數可自行完成，在輔具的使用率也較低，較不需要家庭照顧者從旁協助，但是為了維持失智老人的行走功能與安全起見，家庭照顧者需要陪同失智老人散步比例有較高的狀況。

三、家庭照顧者「需要」提供的照顧與「實際」執行照顧的比例相似

在上一點提及家庭照顧者需要為失智老人所提供的照顧內容，主要是要瞭解家庭照顧者在生活中需要為失智老人提供的照顧為何？然而，「需要」與「實際」有在提供照顧是不同的概念，「實際」有在提供照顧是指家庭照顧者有真正的在執行照顧之工作，讓研究者較能從「需要」與「實際」有在執行的照顧工作中瞭解其現況。在本研究中，比較「需要」與「實際」有在提供的照顧項目上，其比例相似度高，也就是說，家庭照顧者大多「需要」提供的照顧與「實際」有在執行的照顧項目幾乎符合，只有在引導失智老人做肢體關節活動的照顧項目上，有較高比例的差距，家庭照顧者瞭解需要引導活動功能較差的失智老人進行肢體關節的活動，但實際上卻沒有或無法引導。在問卷訪問的過程中，多數家庭照顧者表示較無其他時間、不知道方法，以及失智老人本身不願配合等狀況，以至於無法實際執行此照顧項目。

貳、家庭照顧者正面臨的照顧困難

家庭照顧者在照顧失智老人的過程中，往往會有較無法應付或不熟悉的時候，像是無法掌握照顧技巧、不瞭解失智症的行為反應、沒有時間照顧等限制，使得照顧上的負荷較大，需要有人從旁協助。所以，以下將分點說明家庭照顧者所經歷的照顧困難：

一、協助失智老人沐浴的困難度最高

協助沐浴是大多家庭照顧者期待居家服務能提供的服務之一，因為對照顧者們來說，協助沐浴除了是體力的大考驗之外，也需要有正確的照顧技巧，再加上失智老人的各種行為反應，以及身體功能的受限等狀況，不管是對男性或女性照顧者來說，經歷長期的照顧過程，大多有身體上的受傷，所以須要有人從旁協助，才能讓失智老人的生活舒適度提高。除此之外，對於男性

照顧者來說，在協助女性失智老人沐浴的時候，其總認為有諸多的不便，故在多數的日常照顧中，協助沐浴是較無法獨力完成的照顧。

二、位移與行動的部分，家庭照顧者需要有人從旁協助

本部分包含上下床、移動、陪同散步與運動等四個照顧項目，其中，上下床與陪同散步對於家庭照顧者來說，多數需要有人從旁協助。從協助上下床談起，由於有些失智老人較無法自行起身，需要有人從旁協助，但是可能家庭照顧者較無正確的照顧技巧觀念，使得許多照顧者的腰部與手部有受傷的狀況產生，所以在照顧上便需要居家服務員或家人幫忙。另外，談到陪同失智老人散步，雖然前一部分有說明本研究的失智老人自行移動的能力較佳，家庭照顧者仍是會擔心其散步過程中的安全，但多數照顧者較無時間或能力陪伴失智老人散步，所以需要有人能夠從旁協助，以維持失智老人的身體活動之功能。

三、日常事務的部分，家庭照顧者自行完成度高

在日常事務的部分，對於家庭照顧者來說，失智老人日常的繳費與購買生活用品就如同自己的日常生活一般，在執行上較無其他困難，多數照顧者皆能自行完成，唯一較有困難的地方是，單獨照顧失智老人的照顧者需要自行找空檔去完成這些日常事務。另外，在協助寫信的日常事務項目，在本研究中，只有 1 位照顧需要協助失智老人來完成，其他照顧者則表示是透過電話、通訊軟體等方式，讓失智老人對外聯絡。

參、家庭照顧者目前的照顧需求

此部分主要是說明家庭照顧者目前的照顧需求，將會以其照顧的現況，以及照顧需求中的生理層面、心理層面、經濟層面、照顧支持層面與喘息層面等六點來說明之：

一、日常照顧的照顧需求

本研究透過階層式問卷的方法，過濾每個不同的問題，最後瞭解目前家庭照顧者在每個照顧項目上的照顧與協助之狀況，以知曉其在日常照顧上之需求，接下來將說明在每個照顧項目上是否有人協助，將分點詳述之：

(一)協助刷牙的項目較少有人協助

在訪問的過程中，雖然多數家庭照顧者說明其所照顧的失智老人已無牙齒或是進食多以流質食物為主，不需要使用到牙齒，所以不需協助其刷牙，但是，對於有需要協助刷牙的照顧者來說，有時卻是一大難題，由於失智老人每日狀況不穩定，多數對於刷牙會有反抗的狀況，使得照顧者在協助刷牙時，需要花費許多心力與時間與失智老人溝通，長時間的對峙下，許多照顧者選擇放棄協助失智老人刷牙，最後，失智老人的牙齒便會有蛀牙的情況發生，對於照顧者來說，後續要處理的問題增加。

(二)身體活動的部分，多數無人協助

其包含協助翻身、協助拍背與引導肢體關節活動等照顧項目，在此三個項目中，無人協助的比例較高。對於家庭照顧者來說，此三個照顧項目需要投入頻率高，但時間短的行動，並且皆需投入稍高的體力，才能較有效協助功能受限之失智老人，維持其身體活動功能，甚至預防褥瘡的產生。呼應本研究的家庭照顧者，大多屬於中高齡的狀態，且照顧時間較長，定時的居家服務也較無法完協助照顧者，使得照顧者須獨自完成，照顧負擔及體力較無法負荷。

(三)失智老人不定時的行動，家庭照顧者多數無人協助

不定時的行動是指失智老人日常生活中較無法有確切的規律行動，像是如廁、上下床、移動與輔具的使用等，皆需視其生理上的需求而定。所以，對於家庭照顧者來說，以上的行動皆需花費長時間的照顧與互

動，才能滿足失智老人的日常生活需求。從居家服務與其他家人的角度來說，也較無法長時間的提供協助，仍需依靠照顧者，使得照顧者大多自行協助。在訪問過程中，多數照顧者表示感謝居家服務的協助，但是仍有多項照顧需要自行完成，無人協助。

二、家庭照顧者照顧上所產生的生理層面需求

此層面主要是說明家庭照顧者在照顧過程中，其身體所產生的一些變化，而影響目前的日常與照顧之生活，以下將分點說明之：

(一)照顧體力、身體痠痛與睡眠品質有較大之影響

從研究的分析與結果可瞭解到，多數照顧者表示在照顧上的體力有較多的影響，並且長時間得照顧下，身體會出現痠痛的狀況，另外，由於擔心其照顧的之失智老人，睡眠品質也遭受影響，使得照顧者的生活與照顧前有很大的差異性。

(二)多數家庭照顧者不主動尋求協助

在訪問的過程中，多數照顧者們表示不會主動尋求協助，自己若還能繼續照顧，不希望麻煩他人，加上可能也無他人可尋求協助，所以照顧者們皆默默自行承受，以至於許多照顧者的生理狀況不佳，若適用於照顧者的資源能夠介入，或許便能改善照顧者的日常與照顧生活，減輕其生理層面之負擔。

(三)對於中高齡照顧者，生理層面有較大的負荷

本研究之照顧者平均年齡約為 60 歲，屬於中高齡階段，在照顧之體力與身體痠痛的部分有較高之影響，會直接影響到其照顧上的行動，照顧之負擔會增加，就如同蔡佑岷 (2008)的研究結果，其表示照顧者的照顧能力會隨著年齡的增加而有下降的狀況。若有其他資源的加入，以分擔照顧者的照顧，或許可降低生理層面的負荷。

(四)失智老人之病程會影響照顧者生理層面之負荷

從研究資料的分析與結果發現中、重度的失智老人對於照顧者們的照顧體力與身體痠痛有較多的影響，由於大多中、重度失智老人的行動與反應上有較緩慢的狀態，使得照顧者需花費更多的時間與體力來提供協助，故對於照顧中、重度失智老人的照顧者應有較多的評估與資源的協助。

三、家庭照顧者照顧上所衍生的心理層面需求

此層面主要說明家庭照顧者在照顧失智老人時，所衍生的心理狀態，以下將分點說明之：

(一)半數家庭照顧者情緒緊張焦慮，並且無助

由於失智症與正常退化的些許症狀相似，許多家庭照顧者無法辨認，在照顧的過程中，常會覺得失智老人無法溝通，並且難以捉摸，使得照顧者的情緒狀態會被失智老人所牽動，長時間的照顧與互動下，情緒積累的狀況增加，讓照顧者們的心理狀態遭受影響。這樣的照顧狀態對於非主要照顧者的家人或朋友是難以理解的，使得照顧者們在照顧上較孤單，除了居家服務之外，無其他的出口可發洩其照顧上的心理壓力。

(二)半數家庭照顧者不會主動尋求協助

如同生理層面的狀況，家庭照顧者大多選擇不對外尋求協助，其認為就算找他人訴說其心理的焦慮與緊張，或許能讓其短暫的脫離照顧情境，但是回到現實的照顧生活中，心理的緊張焦慮與無助感並無減少，所以仍需要找尋或開發有效的資源，以減少照顧者們心理層面的負擔與壓力。

四、家庭照顧者因照顧所牽動的經濟層面需求

此層面說明家庭照顧者在照顧過程中，工作的狀態與負擔費用的狀況，以下將分點敘述之：

(一) 少數家庭照顧者工作與照顧並行，兩者兼顧難

雖然在本研究中只有接近三成左右的家庭照顧者有此狀況，但是對於照顧者與失智老人來說，卻是重要的生活議題。目前失智老人大多需要一對一的照顧，在照顧者外出工作後，將會衍生許多照顧疏忽的議題，雖然有居家服務的提供，但這僅是工作天中的3-6小時，對照顧者來說，更是艱辛的照顧過程。訪問過程中，照顧者常需放下手邊之工作，臨時回家給與失智老人協助，總是面臨工作與照顧的兩難。因此，或許應該透過政府的政策制定或資源協助，讓照顧者能夠兼顧工作與照顧，以維持整個家庭的運作。

(二) 多數家庭照顧者能負擔照顧上之費用

本研究多數的家庭照顧者皆表示還能夠負擔照顧上之費用，但是其他的生活開銷必須要非常的節省，才勉強平衡照顧與生活之開銷，故期待能有其他的經濟補助介入。

五、家庭照顧者因照顧所需的照顧支持之需求

此層面指的是家庭照顧者對於自己在照顧知識與照顧技巧的需要程度，以下將分為兩點說明之：

(一) 家庭照顧者的照顧知識與技巧需要多加強

在研究的分析與結果中，五成以上的家庭照顧者對於自己在失智症的照顧知識與技巧上有不足的狀態，大多視失智症的照顧為一般照顧，對於失智症並無完整的認識，使得照顧上增添許多困難。另一方面，照顧者大多瞭解需增加失智症照顧方面的資訊，但是礙於一對一的照顧，使其無法離開照顧環境，而照顧者便無法瞭解更多的照顧技巧與知識。

(二)部分家庭照顧者不知如何改善

照顧支持的取得，需要多元的管道，但是對於失智症的家庭照顧者來說，每日長時間的照顧使其無休息的時間，照顧資訊取得的機會更是無乎其微，若無人進入其家庭中給予協助，對照顧者來說，大多無機會長時間外出。因此，應該透過居家服務的提供，順便將資訊給予照顧者，讓照顧者減輕照顧上的壓力與負擔。

六、家庭照顧者目前照顧面臨的喘息層面需求

長時間的照顧過程中，家庭照顧者皆需要喘息與休息的時間，減少消耗其照顧的體力與精神，讓失智老人維持舒適的生活，並讓照顧者平衡生活品質，以下將分兩點說明目前的喘息狀況：

(一)半數家庭照顧者無自己的處理事物的時間

照顧者們照顧失智老人已成為自己生活中的一大部分，幾乎所有的事物皆牽動的失智老人的照顧，所以大多數的作息皆需會以失智老人為主，在本研究中，半數照顧者多無自己的時間，特別是照顧中、重度失智老人之照顧者，對於家中所有大小事務的辦理，都是以失智老人午休與居家服務的時間來處理。為了考量失智老人的安全，多數照顧者們大多已經習慣這樣的模式，也都表示沒有其他更好的辦法。

(二)多數家庭照顧者獨自照顧

本研究中，有接近六成以上的照顧者獨自照顧失智老人，使得照顧者必須全心投入照顧，無任何家人之協助，讓照顧者得照顧壓力增加，並且完全無任何自己的生活可言。在訪問的時候，可從照顧者的言語表達瞭解到無奈與無助，但卻無從給予協助。因此，政府應該制定屬於失智症的整合服務，並且加入照顧者的評估，讓失智老人與照顧者得以享有平穩的日常生活。

肆、家庭照顧者目前資源使用的狀況

此部分主要說明家庭照顧者在使用正式資源的使用狀況，其包含臨時/短期的喘息照顧服務、失智症家庭照顧者教育訓練、失智症家庭照顧者支持團體、愛心手鍊與指紋捺印；非正式資源則是包含家人、朋友、親戚與其他，以下將分點說明之：

一、對於正式資源的認知度較低，使用率低

在本研究中，家庭照顧者大多對於臨時/短期的喘息照顧服務有較高的認知程度，由於此項服務大多居家服務督導或居家服務員皆會宣導，所以家庭照顧者大多知曉，並且半數皆有申請使用過。但是，居家服務與喘息服務屬於不同系統的服務，導致兩個服務所支援的居家服務員不同，使得對於有固著行為的智老人來說，會有反抗服務的狀態，讓家庭照顧者無法安心使用喘息服務。至於其他四項正式資源，家庭照顧者的認知程度較低，也就是說，多數都不知道這些正式資源，也導致使用率較低，應提高家庭照顧者對於正式資源之認知。

二、愛心手鍊與指紋捺印的幫助性不高

雖然正式資源的使用率不高，但是對於使用過愛心手鍊與指紋捺印的家庭照顧者來說，多數認為此兩項服務的幫助程度不高。在愛心手鍊的部分，家庭照顧者大多反應失智老人不願意配戴，使得申請後完全沒有作用。另外，也因為申請後，失智老人無法行走，使得愛心手鍊無任何作用。在指紋捺印的部分，也如同愛心手鍊的狀況，申請後失智老人大多無法走動，幫助性不高。

三、正式資源：以居家服務員與醫生為主；非正式資源：以家人與朋友為主

在本研究中，家庭照顧者在遇到照顧的困難時會對外尋求協助，在正式資源的部分，主要是詢問居家服務員或是醫生，由於居家服務員與醫生對家庭照顧者來說，較容易接觸且具有一定程度之專業性，所以對於失智老人之照顧相關資訊大多仰賴以上兩者；在非正式資源的部分，家人是家庭照顧者較倚重的非正式資源，大多數的照顧分擔仍由家人，若家人無法分擔，大多由家庭照顧者獨自照顧，照顧負荷較重。在朋友的部分，則大多分擔家庭照顧者在心理層面的負荷。

第二節 研究建議

綜合上述研究之結果與討論，本節將針對居家服務中心、政府相關部門與家庭照顧者等三個層面來提出相關之建議，以做為日後之參考，以下將分為三大點說明之：

壹、對家庭照顧者之建議

一、家庭照顧者應深入瞭解失智症及相關資源

研究中發現多數家庭照顧者對於失智症的病程、症狀、行為反應或相關資源等，仍有許多的不瞭解，使得照顧的過程中出現許多的摩擦，在長時間的照顧下，家庭照顧者多半已較消極的態度面對，只求維持失智老人的基本生活功能，不求舒適的生活品質，也直接影響家庭照顧者對生活的態度。因此，為解決此種狀況，家庭照顧者可透過失智症照顧的資源，來瞭解其病況，以居家服務為主要的協助，再透過家庭照顧者相關資源為輔助，以平衡照顧過程中資訊不平衡之狀態，讓家庭照顧者能多瞭解失智症，並能善用其資源，以減少照顧負荷。

二、家庭照顧者可多主動尋求照顧上之協助

研究的結果發現，多數家庭照顧者在照顧的過程中，面對照顧的困難時，都選擇獨自承受，認為自己仍有照顧之能力，不想麻煩任何人，使其照顧的能量快速消耗，照顧的負荷也快速增加。對於大多數一對一的失智症照顧來說，家庭照顧者的照顧心力與體力損耗的速度更快，所以，家庭照顧者應可主動尋求照顧上之協助，透過照顧資源與人力之使用，能減緩其照顧上的倦怠，雖然無法完全脫離照顧情境，但能讓家庭照顧者平衡照顧與生活，以減緩照顧壓力。

貳、對居家服務中心之建議

一、居家服務中心可整理並提供失智症相關資源與資訊

居家服務中心主要提供家庭照顧者居家之服務，透過社會工作者之評估與媒合適切的居家服務員，進入其家庭中提供服務。雖然，對於家庭照顧者來說失智症與照顧是日常之工作，但其對於失智症與照顧者的相關資訊與資源是較陌生的。所以，居家服務中心可先為照顧者整理失智症相關的照顧資訊與資源，將其製作為簡章的型式，社會工作者可在每次到家中評估時，給予家庭照顧者，讓其能較瞭解自己可使用之資訊與資源，以增加其照顧選擇之機會。

二、居家服務中心可培訓具有失智症之照顧專長的居家服務員

本研究之家庭照顧者表示，由於照顧的關係較無法參加其他的失智症相關之講座或教育訓練，以至於錯失許多學習的機會，所以，若居家服務中心可培訓數位具有失智症照顧專長的居家服務員，便可到失智老人的家庭照顧者家中，提供照顧技巧、照顧知識或是相關的資訊等，以減緩家庭照顧者在照顧上所面臨的傷害或困境，也能讓家庭照顧者擁有正確的失智症照顧技巧，並能彌補因為一對一照顧而無法外出參加講座或教育訓練的遺憾。

參、對政府相關部門之建議

一、持續加強相關失智症之宣導，提升大眾對失智症之認知

老化與失智症有高度的關聯性，目前與未來社會將面臨的重大問題，政府相關部門除了對失智症家庭照顧者多加宣導失智症相關資訊之外，社會大眾也是宣導的目標之一，讓大家對於失智症有一定之認知，透過事前的預防，期待能讓事後的衝擊與傷害減少。

二、共同考量失智老人與家庭照顧者之照顧需求，建立失智症照顧之網絡

雖然目前照顧服務中，有逐漸規畫失智症相關的服務計畫，像是日間照顧服務中心、長期照顧機構的失智專區或居家服務等，但是，以台中市來說，仍有供不應求的狀況，並且整體服務較無連結性，家庭照顧者對於照顧服務也較無概念，在訪問的過程中，家庭照顧者只知悉目前所使用的居家服務，其他服務一概不瞭解。因此，政府相關部門應針對失智症的特殊性，像是病程的差異、症狀行為反應，或是功能受限的部分，來設計完整的服務網絡，另外，也需將家庭照顧者之照顧需求列入評估，以因應整體的照顧。

肆、對未來研究之建議

本研究主要試探討使用居家服務的失智老人家庭照顧者之照顧需求，其中，家庭照顧者之照顧項目是由居家服務的服務項目為依據，雖然多數為家庭照顧者實際的日常照顧項目，但對於未來研究方向，可建議探討使用不同服務領域的失智老人家庭照顧者，並且可依據或歸納出其他的日常照顧項目，來探討失智老人家庭照顧者之照顧需求。

另外，由於本研究屬於量化研究，較無法深入去探討家庭照顧者照顧現況背後的意義，所以，在未來之研究中，透過不同的研究方法，可探討家庭照顧者、家人與失智老人的互動模式，以歸納出照顧失智老人之照顧模式與需求。

第三節 研究限制

壹、研究對象之限制

本研究以台中市 14 間居家服務支援中心為研究對象選取的範圍，但只有 7 間居家服務支援中心可提供研究對象進行施測，因此，大約只有四成八的失智老人家庭照顧者能夠參與研究，使得研究者只能瞭解大約四成八的家庭照顧者，其在照顧失智老人時，所產生的照顧需求。

貳、面對面訪問之限制

本研究主要透過量化研究方法來做設計，並且以面對面訪問的方式來蒐集資料，原本的用意主要是想直接透過訪問的方式，減少家庭照顧者對於理解問卷內容的差異性，但是在訪問的過程中，研究者發現，有些家屬會因為研究者直接的面對面訪問，使得回答時會有所顧慮，進而影響回答問題的準確性。

參、問卷訪問地點之限制

由於家庭照顧者大多為一對一之照顧，所以研究者大多於家庭照顧者家中進行訪問，在訪問的過程中，家庭照顧者可能會受到失智老人、其他家人或是居家服務員等影響，使得訪問時間拉長或無法專心受訪，間接影響訪問的品質。

肆、問卷回收之限制

研究者只能針對 7 間居家服務支援中心進行施測，透過居家服務支援中心詢問家庭照顧者訪問意願，最後，大約只有五成八的家庭照顧者願意受訪，使得受訪對象的人數較少，問卷回收後，只有 58 份有效問卷，影響後續分析資料與結果，屬於敘述性研究，研究結果無法進行推論。

參考文獻

中文文獻

中華民國家庭照顧者關懷總會（2007）。〈家庭照顧者調查〉。取自中華民國家庭照顧者關懷總會網頁

(<http://www.familycare.org.tw/attachments/article/395/2007%E5%AE%B6%E5%BA%AD%E7%85%A7%E9%A1%A7%E8%80%85%E7%8F%BE%E6%B3%81%E8%AA%BF%E6%9F%A5.pdf>)

中華民國家庭照顧者關懷總會（2012）。〈何謂家庭照顧者〉。取自中華民國家庭照顧者關懷總會網頁（<http://www.familycare.org.tw/index.php/howto>）。

王世俊（2006）。*老年護理學*(五版)。台北：偉華。

王宣雅（2005）。《主照顧者因照顧失智症引發需要之質性研究》。台中：台中健康暨管理院長期照護研究所碩士論文。

王淑芬(2012)。《老人對於美好生活經驗的詮釋--以居家服務使用者為例》。嘉義：國立中正大學社會福利學系暨研究所碩士論文。

古美瑤（2014）。《客家族群教養觀之世代差異：生態系統理論觀點》。桃園：國立中央大學客家研究碩士在職專班論文。

台中市政府衛生局（2015）。《台中市資源手冊》。取自台中市衛生局網頁

(http://ltcc2.health.taichung.gov.tw/ezfiles/0/1000/attach/78/pta_104_678404_6_47027.pdf)。

台灣失智症協會（2014）。〈認識失智症〉。取自台灣失智症協會網頁

(http://www.tada2002.org.tw/tada_know_02.html)。

全國法規資料庫（2009）。《老人福利法》。取自法務部全國法規資料庫網頁

(<http://law.moj.gov.tw/Law/LawSearchResult.aspx?p=A&t=A1A2E1F1&k1=%E8%80%81%E4%BA%BA%E7%A6%8F%E5%88%A9%E6%B3%95>)。

- 行政院（2007）。《我國長期照顧十年計畫—大溫暖社會福利套案之旗艦計畫》。
台北：行政院。
- 吳味鄉（1993）。《臺灣地區老人照顧與社會網絡關係之研究》。嘉義：國立中正
大學社會福利研究所碩士論文。
- 吳宜姍（2006）。《「請讓我們更靠近」-老年男性配偶照顧者針對居家服務系統運
用之主觀經驗》。台北：國立台灣大學社會工作學系碩士論文。
- 吳瓊滿（1999）。〈居家照顧者的負荷〉。《美和專校學報》，17，1-14。
- 呂寶靜（2005）。《支持家庭照顧者的長期照護政策之構思》。《國家政策季刊》，
4(4)，25-40。
- 呂寶靜（2012）。《老人福利服務》。台北：五南。
- 李宗派（2005）。〈探討失智症者之安全照顧〉。《台灣老人保健學刊》，1（1），
8-40。
- 李會珍（2009）。《居家服務員對提供失智個案居家服務務之行為意向探討》。台
北：國立台北護理學院長期照護研究所碩士論文。
- 李綉梅（2014）。《居家服務員工作經歷的風險議題：一個實務上的觀察》。台中：
靜宜大學社會工作與兒童少年福利學系碩士論文。
- 車慧蓮（2002）。《主要照顧者參與照顧過程中自我充能之初探—以失智症為例》。
台北：國立護理學院護理研究所碩士論文。
- 卓春英（2001）。《頤養天年—台灣家庭老人照護的變遷》。台北：巨流。
- 林金立（2006）。《老人居家服務方案之評估研究以雲林縣為例》。嘉義：國立中
正大學社會福利研究所碩士論文。
- 林素蘭（2011）。《居家服務督導之工作經驗》。台中：亞州大學社會工作學系碩
士論文。
- 林敬程（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：
高雄醫學大學行為科學研究所碩士論文。

- 林錦淑、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)，412-425。
- 林靜瑜(2006)。《老人居家服務督導功能發揮與居家服務員工作滿意度之相關性研究》。台中：國立暨南大學社會政策與社會工作學系碩士論文。
- 邱啟閏、許淑敏、吳淑如(2003)。〈居家照護病患之主要照顧者綜合性需求調查〉。
醫護科技學刊，5(1)，12-25。
- 邱逸榛、李怡濃、徐文俊、陳獻宗、林佳琳、王鵬智(2010)。〈失智症家庭照顧睡眠障礙及其相關因素〉。*護理雜誌*，57(4)，29-39。
- 邱銘章(2011)。《失智症(含輕度認知功能障礙【mild cognitive impairment, MCI】)流行病學調查及失智症照護研究計畫》。行政院衛生署委託之應用研究報告(報告編號 DOH100-TD-M-113-100001(1 of 3))，未出版。
- 邱銘章、湯麗玉(2006)。《失智症照護指南》。台北：原水。
- 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*，2(2)，31-44。
- 阿茲海默症協會(2014)。〈什麼是 Dementia?〉。取自
(<http://www.alz.org/asian/about/%E4%BB%80%E9%BA%BC%E6%98%AF-Dementia.asp>)。
- 施珊汶(2007)。《低體重早產兒之主要照顧者居家照顧需求之研究》。台南：嘉南藥理科技大學醫療資訊管理研究所碩士論文。
- 施麗紅(2013)。《艱難的代言：老人失智症者之主要照顧者與機構社會工作人員的照顧合作模式》。台中：私立東海大學社會工作學系博士論文。
- 洪玉珊(2015)。《智能障礙者雙老家庭使用居家服務經驗之探討》。台中：東海大學社會工作學系碩士論文。

- 胡慧嫻、龍紀萱、張秀玉等人（譯）（2013）。*社會工作直接服務—理論與技巧*（Hepworth ,D. Rooney ,R. Rooney ,G. Stron-Gottfried ,K. Larsen ,J.原著）。台北：紅葉。
- 高迪理、施麗紅、尤幸玲（2003）。《宜蘭縣身心障礙者生活需求調查研究成果報告》。宜蘭縣政府委推之調查研究成果報告。
- 張春興（1992）。*張氏心理學辭典*。台北：台灣東華。
- 梁慈羽（2014）。《使用居家服務失能老人之未滿足需求相關性探討》。台北：國立台北護理健康大學長期照護研究所碩士論文。
- 梨世宏（2014）。《男性居家服務員性別角色、工作特性與工作滿意度之研究》。高雄：高雄醫學大學 醫學社會學與社會工作學系碩士論文。
- 許仁芳（2015）。《居家服務提供單位人力資源管理措施之研究 —以居家照顧服務員為例》。台北：東吳大學社會工作學系碩士論文。
- 郭玫伶（2011）。《影響失能者居家服務使用與否的因素—以某縣為例》。台北：國立台北護理健康大學護理研究所碩士論文。
- 陳宜婷（2010）。《失智老人家庭照顧者使用居家服務經驗之初探》。台北：國立政治大學社會工作研究所碩士論文。
- 陳昱名（2013）。〈老年失智症病患家庭照顧者之照顧負荷〉。*崇仁學報*，7，1-22。
- 陳淑君（2009）。《居家服務督導制度運作現況之研究-以台北市委託辦理居家服務機構為例》。東吳大學社會工作學系碩士論文。
- 陳慧君（2004）。《台中市北區居家服務支援中心「居家服務方案」之成果評估研究》。台中：東海大學社會工作學系研究所碩士論文。
- 陳鐘林、吳偉東（2007）〈情境、資源與交流：生態系統視角下的弱勢青少年研究〉。*中國青年研究*，5，22-27。
- 曾雪鳳（2014）。《失智症家庭照顧者壓力、負荷與生活品質之探討》。台北：國立台北護理健康大學生死教育與輔導研究所碩士論文。

- 湯麗玉、李明濱（2008）。〈台灣失智症照護困境〉。《中華民國內膜異位症婦女協會會刊》，14(5)，12-13。
- 楊倩華（2010）。《失能老人的主要照顧者之需求研究-以屏東縣接受居家服務者為例》。台南：長榮大學社會工作學系碩士論文。
- 楊珮琪（1990）。《老年痴呆症病患家屬之壓力與需求探討》。台中：私立東海大學社會工作學系碩士論文。
- 詹火生（1993）。《都會地區老人福利需求與老人福利服務規劃之實證研究》。台北：行政院國家科學委員會。
- 詹弘廷（2013）。《居家服務品質與家庭滿意度之關聯性：以南投縣為例》。台北：國立台灣大學健康政策與管理研究所博士論文。
- 廖淑英、孫宗慧、邱金菊（2010）。〈協助一位失智症主要照顧者之居家照護經驗〉。《長期照護雜誌》，13（2），255-268。
- 趙小瑜（2006）。《家庭照顧體系與家庭協商過程之初探--以失能老人照顧為例》。台北：國立台灣大學社會工作學研究所碩士論文。
- 趙若廷（2014）。《居家服務督導員在職訓練與職務勝任感之研究—以大台北地區為例》。台北：私立實踐大學社會工作學系碩士論文。
- 劉懿慧（2007）。《個人層次與地區層次因素對失能老人未滿足需求的影響》。台北：私立輔仁大學社會工作學系碩士論文。
- 蔡佑岷（2008）。《長期照顧機構老年人知家屬需求調查研究：以中部地區為例》。台中：東海大學社會工作學系碩士論文。
- 蔡啟源（2000）。〈老人居家服務之探討〉。《社區發展季刊》，91，252-268。
- 蔡漢賢（2000）。《社會工作辭典》。台北：內政部社區發展雜誌社。
- 衛生福利部（2013）。《102 老人狀況調查》。取自衛生福利部統計處網頁
(http://www.mohw.gov.tw/cht/DOS/Statistic.aspx?f_list_no=312&fod_list_no=4695)

- 衛生福利部（2015）。《人口數統計》。取自衛生福利部統計處網頁
(http://www.mohw.gov.tw/cht/DOS/Statistic.aspx?f_list_no=312&fod_list_no=4194)。
- 衛生福利部（2015）。《身心障礙人數統計》。取自衛生福利部統計處網頁
(http://www.mohw.gov.tw/cht/DOS/Statistic.aspx?f_list_no=312&fod_list_no=4182)。
- 衛生福利部（2015）。《長期照顧十年計劃—日間照顧服務統計》。取自衛生福利部統計處網頁
(http://www.mohw.gov.tw/cht/DOS/Statistic.aspx?f_list_no=312&fod_list_no=4190)。
- 衛生福利部（2015）。《長期照顧十年計劃—居家服務統計》。取自衛生福利部統計處網頁
(http://www.mohw.gov.tw/cht/DOS/Statistic.aspx?f_list_no=312&fod_list_no=4190)。
- 衛生福利部法規檢索系統（2005）。《居家服務提供單位營運管理規範》。取自衛生福利部法官檢所系統網頁
(<http://mohwlaw.mohw.gov.tw/Chi/FLAW/FLAWDAT0202.asp>)。
- 鄭秀容（2005）。《居家失智老人家屬照顧者照顧負荷及照顧需求》。台中：中山醫學大學護理研究所碩士論文。
- 鄭秀容、曾月霞（2008）。〈居家失智老人主要家屬照顧者照顧需求及需求被滿足情形之研究〉。《榮總護理》，25(4)，386-392。
- 鄭麗珍（2011）。〈社會工作研究倫理守則草稿建議版〉。取自社會工作專業人員協會網頁(www.tasw.org.tw/eweb/uploadfile/2011071117583943.doc)。
- 鄭麗珍（2012）。〈生態觀點〉。載於宋麗玉主編，*社會工作理論—處遇模式與案例分析*，(頁 291-316)。台北：紅葉。

- 謝秀芬（2010）。*社會個案工作—理論與技巧*（第三版）。台北：雙葉。
- 謝穎慧、邱亨嘉、毛莉雯(2002)。〈社區老人實際服務利用與自覺需要—1994-1998
世代追蹤研究〉。*台灣公共衛生雜誌*，21(6)，411-419。
- 羅惠慈（2014）。《居家服務督導教育訓練對自我效能及督導功能影響之研究》。
台北：實踐大學社會工作學系碩士論文。
- 蘇群芳（2013）。《由居家服務督導與照顧服務員角度探討居家服務督導的督導功
能及滿意度—以大台南市為例》。台南：國立成功大學醫學院老年學研究
所碩士論文。
- 鐘文君（1999）。《老人居家服務照顧者與被照顧者互動關係之研究》。台中：東
海大學社會工作學系碩士論文。

英文文獻

- Bronfenbrenner , U. (1977). Toward an Experimental Ecology of Human Development. *American Psychologist*,513-531.
- Bronfenbrenner , U. (1979). *The ecology of human development : Experiments by Nature and Design*.USA : Harvead College.
- Family Caregiver Alliance (2005). Selected Caregiver Statistics. Retrieved from <https://www.caregiver.org/>.
- Li, H(2006).Unmet Needs for Supportive Service : A Comparison of Rural Older Adults. *Journal of Social Research*,32(3),19-39.
- Quail, J. ,Wolfson, C. &Lippman, A.(2011).Unmet need for assistance to perform activities of daily living and psychological distress in community-dwelling elderly women.*Canadian Journal on Aging*, 30(4), 591-602.
- Sheehy, G.(2010).*CARE for the FAMILY CAREGIVER: A Place to Start*. Washington: N. A. C, EmblemHealth.

附件

附問卷訪問同意書

親愛的家庭照顧者您好

為了維護與確保您個人的權益，特擬定此問卷同意書，若研究者有違反或未遵守下列之事項，您有權力向研究者停止所有訪問資料的蒐集與分析。若您能同意此份問卷訪問同意書之內容，麻煩您在受訪者處簽名，以表示您願意參與本研究問卷的訪問。謝謝您！

- 一、研究者需對於您與您照顧的對象之個人基本資料予與絕對的保密。
- 二、研究者對於雙方在問卷訪問過程中所談論之內容，具有保密的義務。
- 三、本問卷訪問過程中所訪問的內容及問卷本身，研究者除了用於本研究之外，絕不另作他用。

受訪者：_____ (請簽名、日期)同意上述內容。

研究者：_____ 年 月 日

問卷訪問同意書

親愛的家庭照顧者您好

為了維護與確保您個人的權益，特擬定此問卷同意書，若研究者有違反或未遵守下列之事項，您有權力向研究者停止所有訪問資料的蒐集與分析。若您能同意此份問卷訪問同意書之內容，麻煩您在受訪者處簽名，以表示您願意參與本研究問卷的訪問。謝謝您！

- 一、研究者需對於您與您照顧的對象之個人基本資料予與絕對的保密。
- 二、研究者對於雙方在問卷訪問過程中所談論之內容，具有保密的義務。
- 三、本問卷訪問過程中所訪問的內容及問卷本身，研究者除了用於本研究之外，絕不另作他用。

受訪者：_____ (請簽名、日期)同意上述內容。

研究者：_____ 年 月 日

探討使用居家服務的失智老人家庭照顧者之照顧需求」問卷

受訪者訪前說明

○○先生/小姐您好！

我是東海大學社會工作學系的研究生，我叫江音芳。我目前正在進行一份研究論文，主要是想要瞭解使用居家服務的您在照顧您們家長輩的狀況是怎麼樣？在您照顧他/她的時候，有沒有碰到哪些比較困難的事情？會不會覺得在照顧他/他的時候不知道該怎麼辦？也不知道能找誰幫忙您？或是會不會需要其他的資源或是服務來幫助您？以上的問題有沒有在您在照顧他的過程中出現過呢？

那本研究問卷主要就是用來瞭解以上我剛剛提出的問題，瞭解您目前對於照顧長輩的照顧現況、照顧困難與照顧需求；進而期待此份研究可以做為日後居家服務的服務政策參考，以更接近您的照顧服務需求，來減輕您在照顧上的辛苦跟壓力。因此您的回答對於這個研究來說，是非常重要的且具有高度價值的資訊。

進行訪問之前，我已經先徵詢居家服務中心與您初步的同意之後才會進行此項問卷訪問。本研究預計會詢問 180 位失智老人的家庭照顧者。不管您是否同意接受訪問，都不會影響到您使用居家服務的權益，請您不用擔心。

問卷填答的方式將會由我念出題目，由您做口頭回答，訪問的時間大約需要 20-30 分鐘。如果因為填答時間太長，或問卷的內容讓你感到不舒服，可隨時向我反應，甚至可隨時提出終止回答的要求，我將會尊重您的回答意願。

完成填答的問卷，我將會以編碼的方式進行問卷管理，資料的分析將會以完整量化統計的方式進行，絕不會留下任何能看出您個人資料的訊息。研究之結果僅做為學術論文之用，對外完全保密，您可放心作答。

若您同意接受訪問，請告知我可以直接開始進行填答工作。在回答問卷題目的過程中，任何問題皆沒有對與錯之分別，您只需要回答您最真實的感受即可。此份訪前說明書將於訪問結束後給您留存。

再次感謝您的協助！

敬祝 平安 順心！

東海大學社會工作學系研究所

研究生：江音芳

指導教授：高迪理 博士 敬上

中華民國 104 年 月 日

先說明一下，此份訪問問卷主要包含兩個部分，一為家庭照顧者的基本資料、二為綜合狀況的訪問。所有的題目皆須填答，那麼便先從第一部分開始，此部分主要是想要對於您與您照顧的「他/她」有初步的認識，題目不會太難，只要依照實際的狀況來回答就可以囉！那我們就開始吧！

第一部分 家庭照顧者基本資料

1. 受訪者的性別為何？(訪員自行填答)

1. 男 2. 女

2. 請問***是您的什麼人？

1. 配偶 2. 兄弟姊妹 3. 兒子 4. 女兒 5. 父母 6. 其他_____

3. 請問您已經照顧「他/她」多久的時間了？_____年_____個月

4. 請問您目前有沒有工作？

1. 有，1. 全職工作 2. 兼職工作 3. 其他
2. 沒有，1. 仍在找工作中 2. 已經退休 3. 不需要 4. 其他

5. 請問您覺得自己目前的健康狀態如何？

1. 很好 2. 普通 3. 不太好 4. 很差

6. 請問您照顧的「他/她」的性別為何？(訪問者可自行填答)

1. 男 2. 女

7. 請問您照顧的「他/她」是民國_____年出生的。

8. 請問「他/她」從什麼時候開始診斷患有失智症？民國_____年開始。

9. 請問「他/她」目前的病程屬於哪個階段？

1. 輕度 2. 中度 3. 重度

10. 請問「他/她」所患有的失智症類型為何？

1. 退化型失智症 2. 血管性失智症 3. 混合型失智症 4. 其他_____

11. 請問「他/她」在平常的時候，會有失智症的症狀表現嗎？

1. 有(續答 11-1) 2. 沒有(續答第二部分 第一題)

11-1. 請問「他/她」有哪些失智症的症狀表現？(複選)

1. 忘東忘西 2. 認錯人、事、物 3. 情緒轉變 4. 個性變了 5. 語言表達不順暢 6. 迷路 7. 有幻覺 8. 遊走 9. 重複行為 10. 睡眠障礙 11. 行動力下降 12. 飲食問題 13. 生活障礙 14. 無法自己穿衣 15. 無法自行如廁 16. 其他_____

第二部分綜合狀況

1.接下來，想請您平常照顧「他/她」的狀況.....

問題 照顧項目	1.1 您需不需要做這件事？		1.2 請問您有沒有在做？		1.3 請問您做這件事有沒有困難？			1.4 請問有沒有人幫忙您？		1.5 請問有誰會幫忙您？	
	需要	不需要	有	沒有	完全沒有困難	有時需要別人協助	完全沒辦法自己做	有	沒有	居家服務員	其他
a.幫「他/她」清洗換洗衣物											
b.打掃「他/她」的活動空間											
c.幫「他/她」寫信											
d.幫「他/她」繳費											
e.準備料理食材											
f.幫「他/她」準備三餐											
g.陪同「他/她」一起去購買生活用品											
h.幫「他/她」去買生活用品											
i.陪同「他/她」到醫院看醫生											
j.幫「他/她」到醫院拿藥											
k.幫「他/她」洗澡											
l.幫「他/她」換衣服											
m.協助「他/她」刷牙											
n.協助「他/她」洗臉											
o.協助「他/她」修指甲											

問題 照顧項目	1.1 您需不需要做這件事？		1.2 請問您有沒有在做？		1.3 請問您做這件事有沒困難？			1.4 請問有沒有人幫忙您？		1.5 請問有誰會幫忙您？	
	需要	不需要	有	沒有	完全沒有困難	有時需要別人協助	完全沒辦法自己做	有	沒有	居家服務員	其他
p.幫「他/她」分裝藥物											
q.協助「他/她」吃藥											
r.協助「他/她」吃東西											
s.協助「他/她」翻身											
t.協助「他/她」拍背											
u.協助「他/她」上廁所											
v.引導「他/她」做肢體關節活動											
w.幫「他/她」上下床											
x.幫「他/她」進行移動											
y.陪同「他/她」散步											
z.陪同「他/她」運動											
A.協助「他/她」使用助行器											
B.協助「他/她」使用輪椅											

2.以下還有一些問題是想要瞭解您在照顧「她/他」後，目前的生、心理狀況如何？

問題	2.1 您目前有沒有這個狀況？		2.2 請問這個狀況持續多久了？	2.3 請問您會找人幫忙嗎？		2.4 請問有人會幫忙您嗎？		2.5 請問有誰會幫忙您？			
	有	沒有	_____年 _____月	會	不會	有	沒有	家人	朋友	親戚	其他
照顧後的狀況											
a. 自己在照顧上的體力越來越差											
b. 自己的食慾或胃口變差											
c. 睡眠品質不佳											
d. 身體有痠痛不適											
e. 自己也需要他人的照顧											
f. 自己的情緒緊張焦慮											
g. 自己覺得無助											
h. 需要有人關心與鼓勵自己											
j.自己覺得人生沒有希望											

3. 請問您目前能不能負擔照顧上的費用？

1. 可以(續答 4 題) 2. 有點困難(續答 3.1 題) 3. 需要別人支援(續答 3.1 題)

3.1 請問有沒有人會幫你改善照顧費用不足夠的狀況？

1. 有(續答 4 題) 2. 沒有(續答 3.2)

3.2 請問您如何改善照顧費用不足夠的狀況？

4. 請問您覺得自己在失智症照顧方面的知識夠不夠？

1. 足夠(續答 5 題) 2. 還好(續答 4.1 題) 3. 不足夠(續答 4.1 題)

4.1 請問有沒有人會幫你改善失智症照顧知識不足夠的狀況？

1. 有(續答 5 題) 2. 沒有(續答 4.2)

4.2 請問您如何改善失智症照顧知識不足夠的狀況？

5. 請問覺得自己在失智症照顧方面的技巧夠不夠？

1. 足夠(續答 6 題) 2. 還好(續答 5.1 題) 3. 不足夠(續答 5.1 題)

5.1 請問有沒有人會幫你改善失智症照顧技巧不足夠的狀況？

1. 有(續答 6 題) 2. 沒有(續答 5.2)

5.2 請問您如何改善失智症照顧技巧不足夠的狀況？

6. 請問您在照顧「他/她」的時候，會不會有處理自己事情的時間不夠的狀況？

1. 有(續答 6.1 題) 2. 還好(續答 6.1 題) 3. 沒有(續答 7 題)

6.1 請問有沒有人會幫你改善以上這個狀況？

1. 有(續答 7 題) 2. 沒有(續答 6.2)

6.2 請問您如何解決以上這個狀況？

7. 請問有沒有人能適時的代替您照顧「他/她」？

1. 有(續答 7.1 題) 2. 沒有(續答 8 題)

7.1 請問有誰能適時的代替您照顧「他/她」？

8. 請問您是如何知道居家服務？

1. 鄰里長介紹 2. 鄰居介紹 3. 朋友介紹 4. 親戚介紹 5. 社工轉介 6. 自己找到的 7. 其他

9. 請問您照顧的「他/她」已經使用居家服務多久？_____年_____月

10. 請問居家服務員一周會來家中服務多久？每星期_____個小時。

11. 請問您照顧的「他/她」使用居家服務中的哪些服務？(請圈選)

家務及日常生活照顧的部分

1. 換洗衣物之洗滌 2. 居家環境改善 3. 文書服務 4. 膳食服務 5. 陪同或代購物品 6. 陪同就醫服務

身體照顧服務

1. 協助沐浴及更衣 2. 個人清潔 3. 服藥及藥物協助 4. 翻身、拍背
5. 協助如廁 6. 肢體關節活動 7. 上下床及移位 8. 陪同散步、運動 9. 協助運用輔具

12.再來，是想要請問您目前使用社會福利服務的狀況，麻煩您幫我回答以下的問題.....

問題 服務項目	12.1 請問您知不知道此項服務？		12.2 請問您有沒有申請和使用此項服務？		12.3 請問用此項服務有多久了？	12.4 請問使用此項服務差不多是多久用一次？	12.5 請問此項服務對您有沒有幫助？			第 12.3 題 選項 1.每天 2.一周 1-3 次 3.一個月 1-3 次 4.一年 1-3 次 5.其他
	知道 續答 12.2	不知道	有 續答 12.3	沒有	_____年 _____月	請將最 右列號 碼填入	有	還 好	沒 有	
a.臨時/短期的喘息照顧服務										
b.失智症家庭照顧者教育訓練										
c.失智症家庭照顧者支持團體										
d.愛心手鍊										
e.指紋捺印										

非常感謝您前面的填答，最後，可不可告訴我一些有關您的基本狀況.....

13.請問您民國_____年出生。

14.請問您的最高學歷為？

1.國中以下 2.高中/職 3.專科 4.大學 5.研究所以上

15.請問您的身分別為何？

1.一般戶 2.中低收入戶 3.低收入戶

15.請問您們家中一個月的總收入大約有多少錢？

1.20000 元以下(包括兩萬元) 2.20001-40000 元 3.40001-60000 元
4.60001-80000 元 5.80001 元以上