

國立政治大學社會工作研究所

碩士論文

指導教授：呂寶靜博士

失智老人家庭照顧者使用居家服務經驗之初探

A study on the experiences of caregivers  
taking care of elderly with dementia using home-care services

研究生：陳宜婷 撰

中華民國一〇〇年一月

## 謝 誌

以論文作為近四年學習與研究的結束，終於畢業了。藉此，謝謝過去與現在的每一個你們，一路上的支持和鼓勵。

首先，要謝謝我的指導教授呂寶靜老師。三年多的相處，無論是修課或撰寫論文過程中，都給予我很多的學習。雖然過程中不乏責罵與叮囑，但呂老師的關心與支持從未減少。過去身為實務工作者的思維，讓我的論文寫作之路可說是一路跌跌撞撞，但呂老師不辭辛勞的閱改，這樣對學生無私的付出，總是讓我更加的珍惜。同時，要感謝王增勇老師與張宏哲老師兩位口試委員，王老師和張老師豐富的實務經驗與敏銳的觀點，提醒我不該忽視家庭照顧者的多元面貌，無論從計畫書到論文審查，不僅提供我許多寶貴的意見，更幫助我看到一個質性研究應該有的脈絡與豐富度，也讓我看到自己的盲點。

再者，感謝財團法人天主教失智老人基金會的宜雯副主任，以及財團法人立心慈善基金會的也賢主任之協助，讓我在資料蒐集的過程中能順利找到受訪者。另外，也感謝這兩個單位的所有提供協助的社工員，在工作繁忙之餘，協助我篩選合適的受訪者並幫忙初步聯繫。最重要的是那些受訪的大家，謝謝你們無私、溫暖地分享你們的經驗。我也想藉此感謝先前的工作單位財團法人濟興長青基金會，五年的工作累積，不斷加深我對失智老人議題的熱情。

最後，還有我最親愛的朋友們，謝謝于殷，妳總是能在我充滿困惑時給予我最重要的支持；謝謝玉琦，能有幸認識志同道合的妳，是我莫大的榮耀；謝謝恆卉及方鐘，總是能讓我在從高雄回台北的路上，一次次充滿能量來面對所有的挑戰；謝謝生命中不可或缺的你，以及政大社工所 96 級的大家：婷婷、雅云、譯葶、晏宇、旻真、佳琦、虹玢、佳男、李琪、佳玲以及明莉，三年多來的點點滴滴化作一段無法被取代的回憶，更謝謝你們的包容與支持；謝謝郁芬助教細心與溫柔的陪伴；還有謝謝四屆四班的娥媽媽與大家，有今天的我，你們功不可沒。衷心感謝親愛的好友們，願和你們能情誼永續。

最後，謹以這篇論文獻給我最摯愛的家人。很高興爸爸媽媽在這過程中的支持與付出；謝謝妹妹這段日子的陪伴以及弟弟的督促與鼓勵，使我能有今日的學業成就，在此獻上我最深重的感恩與敬意！這一路上，我失去很多但卻獲得更多。論文結束了，但那些曾發生過的一切，我想我一輩子都不會忘。

宜婷謹誌 2011 年 1 月

## 摘要

隨著老年人口的增加，首要面對的議題即為慢性病罹病率的劇增，而其中又以近年來大家所最為關注的失智症為最。由於失智症患者的記憶力、語言與自我照顧能力會隨著病程而逐漸退化，使得照顧者在照顧上的負荷更勝一般失能老人的照顧者。因此，本研究欲從失智老人家庭照顧者的觀點，瞭解其選擇使用居家服務之經驗。據此，本論文之研究目的在於：一、瞭解失智老人家庭使用居家服務之原因。二、探索失智老人家庭照顧者使用居家服務前後的照顧項目變化，並進而探究居家服務對照顧者及老人之功能。三、從失智老人家庭照顧者的觀點出發，探索何謂好的居家服務，以及其他失智症相關的福利需求。四、依據研究結果，作為服務單位改進措施及政策規劃之參考。

本研究使用質性取向的研究方法，由台北市兩間居家服務協助提供適合本研究之研究對象，採用半結構式的深度訪談法進行資料蒐集，共計訪談十位照顧者。主要的研究結果如下：

- 一、失智老人家庭照顧者普遍都有生理、心理及社會層面的負荷，這些負荷包括照顧壓力太大、自己的時間受到限制及照顧與工作無法兼顧；而當照顧者面臨到老人因素、照顧者因素及照顧人力因素等三個因素的困難時，就會傾向選擇其他的替代方式來照顧老人。
- 二、對失智老人家庭照顧者而言，居家服務除可分擔自己的照顧責任、增進社會接觸、補充照顧人力不足之問題以及增加可彈性運用之時間外，更能讓自己對老人狀況有所掌握，並能減緩自己與老人間的緊張關係；而居家服務對失智老人亦有所幫助，尤其是在「增加老人社會接觸」與「增進老人生活自理能力」兩方面。但僅對於輕、中度的失智老人有幫助，對於失智重度以上甚至生活自理能力缺損嚴重的老人而言，幫助則有限。
- 三、對於失智老人家庭照顧者來說，好的服務員應具備：要有服務熱忱、有愛心、能注重細節，並能感受老人的需求；要有好的服務態度；要有專業素養；及要能讓老人信任等特質；而照顧者眼中好的居家服務單位，則應具備：為求服務員穩定提供服務，對於服務員的休假或請假應有相關規定；應要求服務員要定期回報服務狀況；及應定期安排服務員受訓等條件。

**關鍵字：**失智老人、家庭照顧者、居家服務

## Abstract

With the increase of elderly population, the rapid growth of the morbidity of chronic diseases has become the most important issue. In recent years, most people pay attention to the elderly with dementia because their memory, language and self-care capacity will be gradually degraded during the course of the disease. The burden of caregivers taking care of the elderly with dementia is much heavier than the general caregivers of the disabled elderly. Therefore, this study aimed to understand the viewpoints of caregivers taking care of the elderly with dementia about their experiences in choosing to use the home-care services. Accordingly, the purposes of this study are the following: first, understanding the reasons of using home-care services of the family with the elderly with dementia; second, exploring the changes of the caregivers taking care of the elderly with dementia before and after using the home-care services; third, exploring what are good home-care services and other dementia-related welfare needs from the viewpoints of caregivers taking care of the elderly with dementia; forth, providing suggestions for policy making and the improvement of the home-care services providers based on the research findings.

This study used the qualitative research approach, and collected data from two home-care services providers and included semi-structured in-depth interviews with ten caregivers of the elderly with dementia. The research findings were listed below:

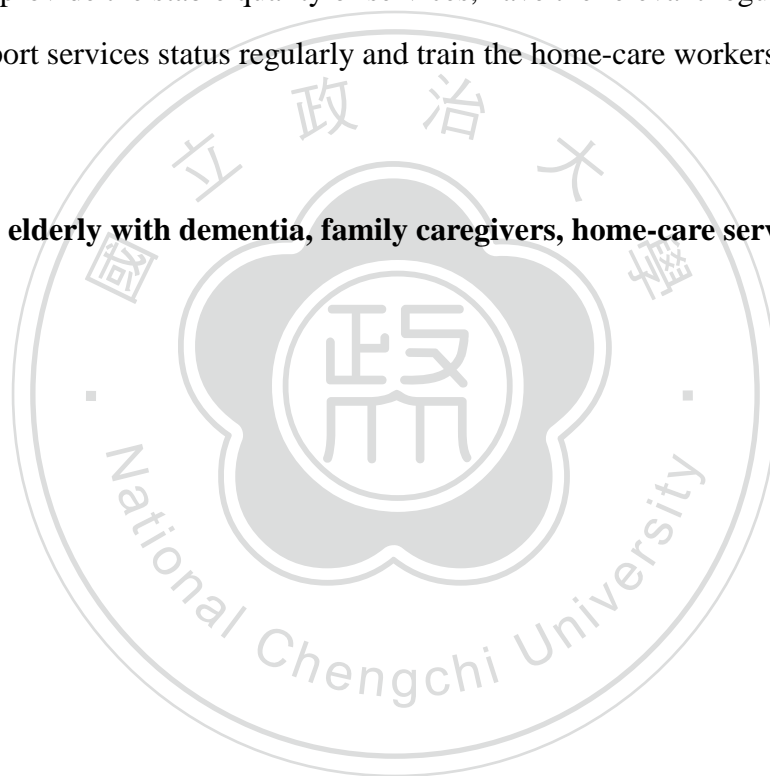
First, the caregivers of the elderly with dementia generally had physical, psychological and social dimensions of burden including pressure, limited time and being not able to take charge of caregiving and work simultaneously. When caregivers faced the difficulties of the above three factors such as the elderly with dementia, caregivers and caregiving manpower, they tended to choose other alternatives to provide caregiving for the elderly.

Second, for the caregivers of the elderly with dementia, they could understand the situation of the elderly and reduce their tensions between themselves and the elderly in addition to sharing their duty of caregiving, improving social contact, supplying manpower, and enhancing the time flexibility by providing home-care services. Home-care services also

could help the elderly with dementia particularly in the dimensions of “social contact “and “promotion of daily living”. However, it was only for the elderly with mild to moderate degree of dementia; for the elderly with severe dementia and more severe impairment of daily living, the benefit was limited.

Third, from the viewpoints of family caregivers of the elderly with dementia, a good home-care worker should have the enthusiasm for providing services, be compassionate and attentive to details, be able to understand the needs of the elderly, have a good attitude, be professional, and be able to be trusted by the elderly. In addition, a good home-care services provider should provide the stable quality of services, have the relevant regulations, require caregivers to report services status regularly and train the home-care workers periodically.

**Keywords: The elderly with dementia, family caregivers, home-care services**



# 目錄

<b>第一章 緒論</b>	1
第一節 研究背景	1
第二節 研究動機	5
一、照顧者眼中的居家服務	5
二、既有研究欠缺使用居家服務對失智症家庭照顧者負荷之探討	5
三、現有居家服務之內容係以失能者為設計，未考量失智症之特殊性	6
第三節 研究目的	7
<b>第二章 文獻探討</b>	8
第一節 居家服務	8
一、居家服務之定義	8
二、居家服務之範疇	9
三、我國對居家服務使用之規範	10
四、居家服務之使用現況	10
第二節 失智症與照顧	14
一、何謂失智症	14
二、失智症的病程發展	16
三、家屬對失智老人之照顧	17
四、照顧者負荷之影響因素	21
第三節 正式服務之使用—居家服務	25
一、服務使用之決定因素	25
二、居家服務之成效	30
三、何謂好的居家服務？	31
<b>第三章 研究方法</b>	36
第一節 研究設計	36
第二節 研究對象	37
一、研究對象之界定	37
二、研究對象之選取	37
三、受訪者與老人簡介與描述	38



第三節 資料蒐集與分析	43
一、資料蒐集方式	43
二、資料分析	43
第四節 研究嚴謹度	45
第五節 研究倫理	46
<b>第四章 研究結果</b>	47
第一節 使用居家服務之原因	47
一、照顧者在使用居家服務前所提供的照顧項目	47
二、照顧者的照顧負荷	53
三、申請使用居家服務的歷程	57
四、使用居家服務前，照顧者對居家服務的態度	64
第二節 使用居家服務之效益	74
一、對家庭照顧者在「照顧」上之影響	74
二、居家服務的功能	85
第三節 對居家服務的評價與建議	93
一、對居家服務的看法	93
二、何謂好的居家服務？	104
三、接觸或使用居家服務以外之照顧服務經驗與建議	109
<b>第五章 結論與建議</b>	118
第一節 研究結論與討論	118
一、研究結論	118
二、議題討論	127
第二節 建議與限制	132
一、政策與實務之建議	132
二、研究限制	135
<b>參考書目</b>	136
一、中文資料	136
二、英文資料	141

附錄	142
一、臺北市政府社會局 98 年度居家服務實施計畫	142
二、臺北市政府社會局 99 年度居家照顧實施計畫	147
三、研究計畫說明	153
四、研究配合事項	154
五、訪談大綱	155
六、參與研究同意書	158

### 表目錄

表 2.1、對居家服務之滿意度	12
表 3.1、受訪者基本資料表	39
表 3.2、逐字稿分析架構	44





# 第一章 緒論

## 第一節 研究背景

1993 年，依聯合國世界衛生組織(World Health Organization, WHO)所訂定的高齡化社會指標(即 65 歲以上之老年人口佔總人口 7%以上)，台灣進入人口高齡化國家之列，而依據內政部 2009 年 6 月底之資料顯示，台灣地區 65 歲以上老年人口已有 2,426,251 人，佔總人口數之 10.52%。老年人口的快速增加，首要面臨的議題就是慢性病罹病率的遽增，而在老年疾病中，失智症有愈來愈常見的趨勢，也因此使得失智症成為全世界老人最擔心的共同問題之一。依據國際失智症協會(Alzheimer Disease Association)之估計，全世界目前約有 2,400 萬失智症人口，而推估至 2050 年，全球將會有 1 億 1540 萬的失智症患者(社團法人台灣失智症協會，2009)。

反觀台灣的情形，台灣失智患者初估超過 14 萬人，並以年增 6 千人的速度成長，但 2007 年內政部統計領有失智身心障礙手冊之失智症患者只有 24,217 人，可見還有 80% 以上的失智患者，隱藏在社會的各個角落(中央社，2008)。根據 2009 年內政部統計通報顯示，2008 年底領有失智症身心障礙手冊之人口已增加到 27,018 人，比起 2007 年底增加 11.57%(內政部統計處，2009)；而 2009 年 3 月底的國情通報統計資料顯示，失智症已增加至 28,000 人，並持續增加中(行政院主計處，2009)，可見國內因罹患失智症而領取身心障礙手冊之人數逐年增加。另一方面，有研究調查顯示，在台灣 65 歲以上的老人失智症盛行率約為 3%-4%之間(劉景寬等，2000)，若以此盛行率推估台灣的失智症患者的人數，將從 2005 年的 14 萬人增加到 2050 年的 66 萬人(內政部社會司，2007)；而最近我國針對失智症所進行之研究調查則顯示，失智症盛行率已經由 2002 年之 1.9%逐年上升至 2006 年之 4.54%(杜敏世等，2006)，因此國內有學者依 Jorm' s Model 公式進行推估，2031 年後台灣老年人口的失智盛行率將會高達 7.5%-8.5%(葉炳強、孟玲玲，1993)。由於目前專家學者對台灣人口數的推估均有向上修正的趨勢，因此未來有關失智症患者之照顧將使台灣面臨更沉重的壓力。

雖然失智症較難預防，但是減少失智症惡化、延遲認知功能減退、降低照顧者的壓力並讓失智老人盡可能留在社區中以避免機構化，已成為先進國家的重要努力方向。然而隨著社會變遷與家庭結構的改變，家庭照顧者對於失智老人的照顧力有未逮。根據國內「台灣長期照顧機構失智症患者的盛行率」調查顯示，2004 年社區失智老人佔老人人口數的 4.33%，機構失智老人佔老人人口數的 1.1%，兩者約佔老人總人口數的 5.44%，若與上一段失智盛行率的推估數字相比較，可發現台灣多數失智老人仍散居於社區當

中；而有學者之研究顯示，80%以上的失智症患者均在家裡接受照顧(葉炳強等，2006)，特別是針對初、中期的病患，因此居家照顧及社區資源對失智老人家庭而言，扮演著極為重要的角色。

失智症的病程通常分為早、中、晚三個時期，在病程中，失智症患者呈現記憶力、語言、人格認知功能及自我照顧能力逐漸退化的狀況，而隨著病程進展，失智症患者對照顧者的依賴會逐漸增加。一般而言，記憶力減退及認知功能下降是失智症早期常見的病徵，也因此家屬常會將這些症狀解讀為正常老化的一部份而錯失即早發現即早診斷的良機，再加上對症狀之不了解，常在日常照顧上不得要領，而會有衝突與挫折之情形。中、晚期之失智症者認知功能的退化更為嚴重，在家中可能會出現如溝通困難、重複言語、重複行為、遺失東西、走失、遊走、大小便失禁等問題，也常伴有精神疾病，如憂鬱症、睡眠與生活起居作息顛倒、妄想、幻覺甚至出現暴力行為(張媚等，2006)。一些研究發現，失智老人在疾病各階段約有 67%-95%會出現不同種類的問題行為(Aarmland et al., 2001, Lyketsos et al., 2002, Tractenberg et al., 2004，引自徐亞瑛，2008)；另外 Torti 等人(2004)也指出失智病人的認知缺損及行為問題是造成照顧者負荷增加的主要原因，而這些行為問題將增加家屬照顧者在照顧上的困難度及照顧負荷(Schulz and Martire, 2004，引自徐亞瑛，2008)。失智症從發病至死亡之時間約為 5 至 9 年，由於失智老人有較多的生活功能障礙，且不似一般罹患慢性病之老人能與家屬溝通及回饋，因此漫長的病程往往會帶給家庭成員身體、情緒、社會功能或財務等多方面的負擔，而這些衝擊與負擔將會隨著疾病的進展而加重(杜敏世等，2006)。Zandi(1990)即指出，照顧失智老人比照顧非失智老人更有壓力，因為對家屬而言，最感困擾的常是失智症的問題行為與心理症狀，除了構成壓力源外，更可能會影響到照顧者與失智老人間的情感，甚至降低家庭生活品質，因此居家失智老人的照顧更顯棘手、也更具挑戰性(引自伍碧濤，2006)。

由於失智症的照護是一長期、艱辛的過程，隨著病程的發展與惡化其影響層面更為廣大，擴及至整個家庭與社會，因此除了非正式的家庭照顧外，有關失智症患者的正式服務廣被政府及服務提供者所重視。學者主張，唯有建構多元化服務模式及加強各種服務模式間的協調與連結，才能使失智症患者得到其所需之照護(于淑等，2003)。由於近幾年在地老化的照顧模式不斷被強調，社區式照顧儼然已成為目前照顧服務模式中的首要選擇，且許多研究也已證實完整的社區照顧模式有助於減低照顧者壓力、增進老人與照顧者的生活品質，並可延緩或降低失智老人機構化情形。

檢視國內一些學者對於國外照護模式的研究，發現不同國家因應國情而有不同的照護模式。如愛爾蘭及蘇格蘭對失智症者提供居家照顧全國服務網絡、個人的倡議服務及

免付費失智症協助專線、居家輔具及設施設備、送餐服務、交通接送服務及通訊服務等，也有針對失智症照顧者提供依法享有照顧評估服務的權利(鄧世雄，2004)。而一些歐美國家針對失智症患者提供多元之服務，主要可分為家務協助(Home helper services or person's residence)及個人照顧(Personal services or personal care)，有些國家則會將陪伴服務(Companionship Services)納入。歐洲國家在失智症居家照顧上，除上述服務外，像波蘭、法國等國家會使用科技輔助方式，丹麥則會運用志工協助。而夜間及日間照顧中心除了失智症患者外，一般老人亦可使用。一些國家如比利時、英國、法國、德國、荷蘭及瑞士等對於無法長期在家接受照顧的失智症患者則會轉介至夜間看視機構或夜間照顧中心(引自黃惠玲等，2008)；另外也有少數國家重視失智症患者的社會接觸及活動，因而閒暇活動、社會接觸、陪伴以及社會需求的連結相對的重要(Alzheimer's Society, 2007)。

反觀國內，雖然目前的失智症照護模式包括有家庭照護、社區式照護(日間照顧、居家服務、團體家屋)與機構式照護等，然而政府對於失智症者之社區照護策略之重視，遲於 2000 年才將「失智症日間照護中心」此服務方案列入「建構長期照護體系先導計畫」中的新型服務方案之一。在 2003 年由吳淑瓊等人所提出的初步成果報告中，發現實驗社區對於各項服務方案之接受率普遍不到五成，其中有需求但未使用服務之主要原因包括：個案不符合實驗社區收案標準、家屬不了解日間照護中心對個案的照顧與治療效果、家屬認為老人輕度失智症狀不至於造成太大的照顧負擔、家中有照顧人力，及居家服務與喘息服務能減輕照顧者負荷之替代效應等(吳淑瓊等，2003)，且從我國學者的調查發現，在日間照顧方面，可能因為民眾的認識仍不夠、加上收容個案條件設限與未納入全民健保給付等，使得這類服務模式的使用率不高。相較之下，在我國居家服務儼然已成為輔助一般老人持續生活在熟悉的居家或社區環境中，及協助失能老人延緩接受機構式照顧的重要服務措施(官有垣，陳正芬，2002)。

從我國推動居家服務的過程中，發現行政院經建會為因應國內人口老化及各項福利需求的日益增加，在兼顧「福利」與「產業」的平衡發展原則下，於 2002 年提出「照顧服務福利及產業發展方案」，並將其納入「挑戰 2008：國家發展重點計畫」中，此計畫致力於推廣民間參與各項多元照顧服務項目，包括居家服務、日間照顧、輔具開發及老人住宅等，同年並開始實施「非中低收入戶失能老人或身心障礙者補助使用居家照顧服務試辦計畫」，將居家服務對象由中低收入失能者擴大到非中低收入失能者，2004 年起更增列「極重度失能者」補助標準；而自 2008 年起，居家服務更納入我國長期照顧十年計畫「照顧服務」範疇辦理，依服務對象之失能程度核給予不同的補助額度及時數。

從國內現有服務資料進行檢視，發現內政部 96 年度居家服務補助使用者調查報告

中，截至 96 年 7 月底，台灣地區 22,495 位居家服務使用者中領有失智症身心障礙手冊者為 487 位，其居住安排方式中獨居之比例僅佔 0.78%，即使用居家服務的失智症者仍以與親屬同住居多；加上領有輕度和中重度失智症身心障礙手冊者之比例佔 55.3%，可見使用居家服務之失智症者仍約有將近一半之比例為極重度者。因此面對這樣一個病程差異度極大的服務對象群，在有限的服務項目下，其家屬照顧者所承擔的照顧負荷頗具研究價值。





## 第二節 研究動機

基於上述的研究背景，本研究之研究動機有下列三項：

### 一、照顧者眼中的居家服務

在過去幾年從事居家服務督導的經驗中，有機會接觸到一些失智老人家庭，家訪過程中失智老人突發而來的重覆語言及行為，對剛踏進居家服務領域的我來說是總是新奇。還記得某一次例行的居家訪視，照顧者有感而發的告訴我：「還沒使用居家服務前，孩子們就算平日都在工作，也會分配彼此的時間，利用中午休息空檔買菜、餵飯等順便看看媽媽；有了居家服務後，因為中午時段已經有服務員來服務，他們回來探視和幫忙的頻率就相對減少。但是，像買菜這類的項目其實不在服務範圍內，就變成是我要去做，我眼睛不好，外出還要提心吊膽的…」雖然只是短短的一段話，卻衝擊著我去思考，究竟居家服務的介入，能帶給照顧者什麼樣的協助？是多了一個人力協助照顧，或因此導致家庭原有的支持網絡斷裂？過去文獻顯示，家庭照顧者傾向於照顧自己家人，不輕易假手他人，尤其是 ADL 方面的照顧，而即使使用服務，這些服務常是附加的，服務的引進不僅具有替代家庭照顧的作用，更可能讓原先協助主要照顧者的家人退出，使照顧工作更容易集中在一人肩上(引自張宏哲，2008)。因此更讓我與過去的服務經驗連結進而反思：究竟正式服務體系(居家服務)介入後，是否真能減輕照顧者之照顧負荷？而照顧者在接觸居家服務後，他們的觀感又是如何？

### 二、既有研究欠缺使用居家服務對失智症家庭照顧者負荷之探討

我國現階段的照顧模式以家庭照顧及社區照顧為主，而居家服務行之有年，因此對居家服務之研究不虞匱乏；然回歸居家服務之目的，其主要在於滿足老人居家安養需求，減輕家庭照顧負擔，因此進一步進行檢視國內相關研究，發現有關居家服務的研究中，以居家服務方案之評估為最多，依其研究取向又可區分為整體服務方案評估、服務成果成效評估和過程評估(劉素芬，2001；陳怡如，2002；陳慧君，2003；林金立，2006；楊雅連，2006)，再者為使用居家服務相關因素探討之研究(羅佩思，2003；徐素琚，2004；徐思嫩，2005)，其次為居家服務品質與管理(李慧玲，2002；戴瑩瑩，2006)及服務使用滿意度(林姿伶，2005；林玉琴，2006)，至於其他未能歸類於上述研究議題者，則有照顧者與被照顧者互動關係、使用自費居家服務意願、對居家服務認知、居家服務的供需觀點、使用服務之決策過程、居家服務使用與照顧負荷及居家服務權益保障與維護等。

當然亦有以照顧者之照顧負荷、照顧壓力及需求為主之研究，如林敬程(2000)在失智老人家庭照顧者之負荷及其支持性服務需求相關因素之關係研究中發現，失智程度愈

嚴重，照顧者對於負荷的感受度愈高，相對的對支持性服務需求之程度愈高；而在陳昱名(2004)對失智症病患之家庭照顧者之照顧負荷與尋求社會福利之困難的研究中，發現對於照顧者而言，正式服務的使用事實上可以為照顧者爭取喘息與休息的空間，並增加對照顧者的支持，然而照顧者對於社會福利服務使用頻率卻偏低，而在正式服務的需求上，則以喘息、居家服務及失智症諮詢的需求最高。當然也有從有無使用居家服務來看對罹患身心障礙之被照顧者其家庭照顧者負荷之研究，發現使用居家服務時數較高者之照顧負荷高於未使用居家服務者，因此建議針對不同需求及負荷程度之家庭照顧者給予居家服務補助時數，並配合其他配套措施(如其他社區式服務)，以減輕照顧者負荷並達到支持照顧者之目的(沈若儀，2004)。而後亦有針對居家失智老人家屬照顧者之照顧負荷與照顧需求所做之研究，認為應加強對照顧者之需求評估，才能提供適切之服務滿足其需求(鄭秀容，2005)。

乍看之下，現有研究似乎已針對家庭照顧者投入許多的關注，除關心其照顧負荷，更希望透過探求其需求而給予其更多的支持性服務。但進一步思考卻發現僅有一篇係針對居家服務所範定的服務對象所進行之研究，加上多數研究都僅對於居家服務方案進行評析，並未對使用居家服務後對照顧者本身的影響進行研究，因此目前正在使用居家服務之失智老人家庭照顧者，在居家服務介入前後，其自覺照顧負荷，感受的改變為何？成為本研究關注的焦點。

### 三、現有居家服務之內容係以失能者為設計，未考量失智症之特殊性

目前居家服務雖已將服務對象擴及至一般失能老人、身心障礙者、失智症患者、慢性精神病患者、智能障礙者及自閉症者，然而服務項目卻仍只限於家務及日常生活照顧服務及身體照顧服務等基本協助，並未針對不同服務對象之特殊需求提供相異的服務。身為社區式照顧支柱之一的居家服務，雖有以身心功能受損致日常生活功能需他人協助者為居家服務對象的資格限定，且將領有失智症診斷之失智症者列為服務對象群，但從服務介入前的個案初步篩選、由照顧者管理進行家訪與評估、擬定照顧計畫與核定補助額度、連結照顧資源及安排照顧服務、與個案簽訂契約、引進並開始提供照顧服務到持續追蹤個案狀況並監控服務品質(我國長期照顧十年計畫—大溫暖社會福利套案之旗艦計畫，2007)，都是一套既定的模式，均未考量失智症者之特殊性，而國內也較少針對社區中居家失智症患者及其照顧者提供以家庭為基礎的照顧服務；再加上到家中協助照顧之服務員並未接受完整的失智症照護訓練，且其服務項目主要是以家務及日常生活照顧服務、身體照顧服務及不涉及護理技術之照護工作為主，偏重一般失能長者之共同需求。此種服務模式能否符合失智症患者需求？又其實質效益為何？實有待深入的探討。

### 第三節 研究目的

過去多數研究均建議應針對不同需求及負荷程度之家庭照顧者給予居家服務補助時數或其他社區式服務，以減輕照顧者負荷，加上目前評估的部分主要係以老人個人失能程度作唯一標準，並未考量照顧者的需求，且評估人員在評估時僅能就現有居家服務所能提供之服務項目核定，而忽略了老人真正所需之服務項目(羅佩思，2004)。因此基於上述之研究動機，本研究希望從失智老人家庭照顧者的角度出發，瞭解其使用居家服務之經驗、使用居家服務前後照顧任務及自覺照顧負荷之改變與未滿足之需求等，進而在未來居家服務政策與實務規劃上給予建議。

因此更具體而言，本研究之目的包括以下四點：

- (一) 瞭解失智老人家庭使用居家服務之原因
- (二) 探索失智老人家庭照顧者使用居家服務前後在照顧項目之改變，並進而探究居家服務對照顧者及老人之功能
- (三) 從失智老人家庭照顧者的觀點出發，探索何謂好的居家服務及其他失智症相關的福利需求
- (四) 依據研究結果，作為服務單位改進服務措施及政策規劃之參考



## 第二章 文獻探討

本章共分成三節，第一節主要係針對居家服務之相關概念進行描述；第二節則切入正題，概述失智症與照顧研究相關之議題；第三節則針對居家服務使用動機與成效、何謂好的居家服務等進行文獻回顧。

### 第一節 居家服務

長期照護服務體系的服務項目早期係以機構式照顧為主，但由於後續所引發的重要議題，如照顧成本偏高、缺乏隱私自主權以及缺乏人性化照顧等，使得在地老化之概念倍受重視，也因此社區式照顧及居家式照顧才陸續成為各國實施長期照顧服務之重點，故本節主要就針對居家服務之定義、服務項目及範疇、國內居家服務使用現況等部分進一步說明。

#### 一、居家服務之定義

Tobin 與 Toseland 認為長期照護服務可區分為社區式服務、居家式服務和機構式照顧等三種，前兩者包括餐食服務、日間照顧服務、喘息照顧服務、照顧者支持服務、個案管理、居家服務、寄養家庭服務(或稱家庭托顧服務)、住宅修繕服務等(引自呂寶靜，2007)。由於台灣近年來重視並強調在地老化政策的落實，因此居家服務就成為政府推展在地老化政策的重要服務方案。

居家服務是以服務使用者所熟悉的居住環境作為服務場所，讓受照顧者能在自己家中接受上述之服務。有關居家服務之定義國內學者呂寶靜(1998)指出所謂居家照顧服務，乃是藉各項服務方案，以協助受照顧者留在社區中，協助他們繼續維持原有的角色，並提供基本而非全部之協助，以增強其生活技巧與獨立之能力。居家服務是由專業人員、半專業人員甚至志願服務人員在受照顧者家中所提供之服務，其主要的提供之項目大致可分類為健康照顧(home health care)和家事服務(home making/chore)。有些居家服務被視為是即興住院、基本健康照顧和復健的一種較有效之替代方式，其另一方面之功能在於協助個人盡可能留在社區內生活。因此其服務項目包括：個人照顧(personal care)，如個人照護、家務服務及雜務服務等(呂寶靜，2001)。另有學者王玠(2000)將居家服務(In-Home Services)定義為「到案主家中提供服務，目的在於維持案主生活的獨立自主，使其能在自己熟悉的環境中安度晚年」。而根據社會工作辭典第四版(2000)，居家服務其以居家照顧(Home Care)一詞稱之，其目的在於「運用受過專業訓練的人員，協助家中有罹患慢性病或無自我照顧能力者，促使其具備獨立自我照顧能力及社會適應力，獲得

衛生、社會福利資訊、照會等」。由上可知，居家服務主要是針對家中之失能者，透過正式體系之服務人員所提供之照顧和服務，來協助失能者獲得更良好的生活適應和生活品質。

## 二、居家服務之範疇

居家服務的範疇相當廣泛，其所涵蓋的內容也相當多元，不同的文獻對於其定義、實施方式與內涵有不同的看法，國內外學者對於居家服務亦有不同之分類方式。國內學者謝美娥(1998)將居家服務區分為：居家醫療(home medical care)、居家護理照護(home health care)、個人照護(person care)及家事服務(homemaker or chore services)；而蔡啟源(2000)則將居家服務分為家事服務、文書服務、醫療性服務、精神支持、休閒服務與個別需求。國外學者 Applebaum 和 Phillips(1990)則提出老人居家服務的三種類型，即強調各種護理及醫療服務的健康相關照顧(health-related care)、日常生活活動(Activities of Daily Living，簡稱 ADLs)之協助與工具性日常生活活動(Instrumental Activities of Daily Living，簡稱 IADLs)之協助；而根據 Jamieson(1991)的界定，居家服務包含三大照顧核心：護理服務、個人照顧與家事服務，但由於這三類服務有不同的專業區隔，又將其護理服務歸類為居家健康照顧(home health care)，而將個人照顧與家事服務歸類為居家社會照顧(home social care) (引自紀玫如等，2006)。因此研究者將上述資料進一步整理後，採取 Jamieson 對居家式照顧(home-based care)之定義，即將居家服務界定為居家健康照顧(或稱與健康照顧有關)及居家社會照顧(個人照顧與家事服務)。

反觀國內，1997年修正通過的「老人福利法」中，明訂居家服務應包含居家護理、居家照顧、家務服務、友善訪視、電話問安、餐飲服務、居家環境改善以及其他相關服務；而2009年最新修正公布之「老人福利法」第17條亦載明，為協助失能之居家老人得到所需之連續性照顧，直轄市、縣(市)主管機關應自行或結合民間資源提供醫療服務、復健服務、身體照顧、家務服務、關懷訪視服務、電話問安服務、餐飲服務、緊急救援服務、住家環境改善服務及其他相關之居家式服務等，可見我國老人福利法亦是根據上一段國內外學者之分類來訂定居家服務之內容與項目。

我國目前的居家式照顧是透過居家醫療、居家護理及個人照顧和家務服務兩個方向來落實，而我國的福利體制中，居家服務(個人照顧和家務服務)和居家護理分屬於不同的主管單位，前者由社政單位主管，後者則屬於衛政單位所負責。尤其是2008年起更將居家服務納入我國長期照顧十年計畫「照顧服務」範疇辦理，依服務對象之失能程度核給不同補助額度，更明確列出居家服務之服務項目包含一般服務，如備餐、洗衣、清

潔、購物、郵寄等，以及個人照顧服務如飲食協助、穿換衣物、個人衛生及移動等，同時亦有安全醫療緊急救援通報系統之服務提供(我國長期照顧十年計畫—大溫暖社會福利套案之旗艦計畫，2007)。因居家照護服務涉及醫療行為、技術性的護理工作，並非本研究之研究範疇，加上目前現行的「失能身心障礙者補助使用居家照顧服務計畫」，將居家服務項目主要分為家務及日常生活照顧服務與身體照顧服務，且長照十年計畫已成為我國居家服務現行的依據，因此本研究主體所指之居家服務乃聚焦於居家服務中的家務、日常生活照顧服務與身體照顧服務等項目。

### 三、我國對居家服務使用的規範

目前我國居家服務的執行，各縣市政府均訂有各自的居家服務實施計畫，計畫內容亦都載明服務對象、申請程序、服務項目及補助標準等。由於居家服務對象涵蓋「65歲以上老人」、「50歲以上(含)失智症、慢性精神病患、智能障礙者及自閉症者等4類身心障礙者」以及「50歲以下持有身心障礙手冊者」，因此雖然不同的服務對象其認定標準有所不同(見附錄一、二)，然而無論是何種類型的服務對象，均須符合「未領有臨時看護費用補助、身心障礙者臨時及短期照顧服務、政府提供之特別照顧津貼、機構式照顧、聘僱看護(傭)或其他相關照顧服務補助」之規定。由此可知，居家服務在開案前的身體功能評估即為居家服務的補助標準，在使用者付費的觀念下，不同身分別給予不同補助，希望透過居家服務的協助，增進或維持老人和身心障礙者的生活自理能力。

### 四、居家服務的使用現況

依據96年度內政部居家服務補助使用者狀況調查發現，22,840位居家服務補助使用者的統計資料如下(96年度居家服務補助使用者狀況調查報告，2008)：

- (一) 使用者特徵：女性使用者超過半數，且隨著年齡愈高，女性所佔之比例愈高；身分方面，以「一般戶」所佔之比例最高，但就使用率比較，「低收入戶」申請使用居家服務補助之比例較高；使用者的失能程度以「輕度」者佔最多，而失能程度為「極重度」者的比例隨著年齡提高而增加。
- (二) 居住狀況：以「獨居」和「主幹家庭」的家庭組織型態居多，而獨居的比例則隨著年齡遞增。
- (三) 生活起居狀況：使用者在獨自行動與活動困難中至少有一項之比例高達9成以上，其中ADL(自我照顧能力)有困難之項目，如「洗澡」、「室內走動」和「上廁所」之比例均近7成，而IADL(家務處理)有困難之項目，如「在住家或附近做粗重的工作」、「掃地、洗碗、倒垃圾等其他輕鬆工作」、

「獨自坐汽車或火車」之比例亦超過 9 成。

#### (四) 居家服務使用情形

1. 申請居家服務之理由：以「政府有全額補助居家服務費」之比例最高；「白天家中無人可照顧」次之，而「照顧服務員可以協助做簡單復健」則居第三，而「原先照顧者無法再繼續協助」所佔之比例則居第四。
2. 居家服務使用時間：有超過半數的使用者其使用時間在「1 年~未滿 3 年」，而第一次申請居家服務之比例高達 8 成。
3. 照顧服務員服務頻率：服務頻率「每週 2 次」及「每 2 日 1 次」超過半數，而「每週 1 次」之比例亦接近 3 成。
4. 照顧服務員服務提供情形：提供「協助沐浴」之比例佔 7 成以上，其次是「協助掃地、洗碗、倒垃圾等其他工作」，再其次為「協助穿脫衣物」，而「協助處理金錢」之比例最低。
5. 認為減輕家庭照顧者負擔之程度：共有 7 成以上的使用者認為「有一定程度之減輕」和認為「減輕非常多」，而認為「完全沒有減輕」者僅有 2.07%。
6. 接受居家服務前後身心狀況改善情況：以「心理健康」的改善狀況為最，其次為「身體健康」和「家庭關係」，而「社會參與」的改善最少。
7. 需求滿足情形：有 6 成多的使用者表示居家服務「能夠滿足其需求」，而有 3 成多的人表示居家服務「不能滿足其需求」，而不能滿足之原因以「服務時數太少」之比例最高，其次為「服務次數太少」。
8. 對居家服務之滿意度：由下表(表 2.1)可知，無論是服務使用者或家屬，對於居家服務之滿意度排序均相同，皆以「照顧服務員的服務態度」滿意度最高，其次為「照顧服務員之服務時數」，而「照顧服務員整體工作表現」居第三。



表 2.1 對居家服務之滿意度

居家服務滿意度層面	使用者	主要照顧者或家人
照顧服務員的服務態度	67.73%	67.66%
照顧服務員的服務時數	66.74%	66.42%
照顧服務員整體工作表現	65.53%	65.22%
照顧服務員的基礎技能	61.54%	62.56%
提供居家服務之督導員的協調安排能力	55.67%	56.92%

(資料來源：內政部 96 年度居家服務補助使用者狀況調查報告，研究者自行整理)

9. 認為照顧服務員應具備之條件：有 3 成以上之使用者認為照顧服務員應「有愛心、耐心」，2 成多的服務使用者認為照顧服務員應該要「溫和親切、有禮貌」，而有 1 成多的使用者認為服務員應該要「工作態度良好」及「具備正確基礎照顧知識、熟練各項工作技能」。

而為瞭解一般失能老人與失智老人服務使用者在上述面向上之差異，研究者將內政部 96 年度居家服務補助使用者狀況調查報告聚焦於失智老人之各項統計資料整理如下，以進一步了解目前我國居家服務使用者中失智老人之圖像(96 年度居家服務補助使用者狀況調查報告，2008)：

- (一) 使用者特徵：在全部使用者中，領有失智症身心障礙手冊中的男性比例高於女性，且其中係領有輕度和中重度失智症身心障礙手冊者之比例超過 5 成，顯見使用居家服務之失智症者仍約有將近一半之比例為極重度者；而罹患失智症之時間以「1 年~未滿 5 年」之比例最高，其次為「5 年~未滿 10 年」。
- (二) 生活起居狀況：感覺有困難之比例在 ADL 部份依序為洗澡、穿脫衣物及上廁所，而 IADL 部份則幾乎全數都認為有困難。因此可見失智症患者對於家務及日常生活照顧服務等項目感到困難的比例明顯比身體照顧服務項目之比例高，反映出失智症患者對於日常生活照顧協助的迫切需要。
- (三) 居住狀況：以主幹家庭和與配偶同住為最多，兩者合計已超過半數。
- (四) 自覺健康狀況：有近 7 成失智症患者認為目前的健康和身心狀況不佳。

(五) 照顧服務員提供服務情形：近 7 成的服務員是提供友善訪視中的「陪伴聊天」，其次則為精神休閒的「陪同散步運動」，相較之下照顧服務員提供各項身體照顧之比例較低(17.26%至 27.1%不等)。

由上述資料可發現，我國居家服務使用圖像以女性為主，其失能程度多為輕度失能，以獨居或與已婚兒媳及孫子女同住之折衷家庭為多，且至少都有一項生活功能有困難而需他人協助；在整體居家服務使用狀況方面，因政府有全額補助居家服務費而申請服務者佔多數，使用服務時間未滿 3 年、服務提供頻率以每週 2 次及隔日服務居多、提供之服務項目以協助沐浴、簡單家務整理及穿脫衣物之比例最高。而失智老人方面，目前我國使用居家服務的失智老人當中男性的比例較高，且有將近一半的失智老人的失能程度是屬於極重度；而與一般失能老人相比，失智老人對於家務及日常生活照顧服務等項目感到困難的比例更明顯高於身體照顧服務項目。

居家服務是由照顧服務員到老人家中提供照顧和服務，主要目的是希望藉由協助讓老人獲得更好的生活品質。目前我國居家式照顧可分居家醫療、居家護理及個人照護和家務服務兩部分，但本研究所關注的焦點是由社政單位所提供之服務，並聚焦於家務、日常生活照顧與身體照顧服務等項目。依據我國對於居家服務之規範，設籍且實際居住之 65 歲以上經過評估後巴氏量表達 1 項以上失能之老人、65 歲以上經評估後日常生活功能量表有 3 項需協助之獨居者以及經公辦公營之公立醫院或經衛生署評鑑合格之區域級以上醫院、精神專科醫院診斷為失智症，並載明 CDR 評估結果及分數達 1 分以上者，即可成為服務對象，而服務項目包含家庭及日常生活照顧服務與身體照顧服務。目前我國居家服務使用現況，一般老人以女性居多而失智症患者則以男性居多；一般老人多為輕度失能而失智老人極重度之比例近半；使用服務時間以未滿 3 年者佔多數；服務提供頻率以每週 2 次及隔日服務居多；服務員對於一般失能老人所提供之服務項目以沐浴、簡單家務整理及穿脫衣物之比例最高，而對於失智老人所提供之服務項目則以聊天陪伴、陪同散步比例較高。由於失智老人在部份的 ADL 項目(如洗澡、穿脫衣物及上廁所)及全數的 IADL 項目均感到困難，照顧服務員所提供之項目卻以聊天陪伴、陪同散步之比例較高，於此可窺見需求與服務提供之落差情形。

## 第二節 失智症與照顧

失智症照顧是 21 世紀最重要的健康議題，歐洲國家近年來已有 610 萬的人罹患失智症(Alzheimer Europe, 2006、2007)，且 Waldemar 等人(2007)發現，每 20 個 65 歲以上者當中就有 1 個罹患阿茲海默氏症。由於每個失智症患者的身旁都有一個可能是配偶、子女或是其他親屬的照顧者，所以當照顧者年紀漸增時，其照顧能力可能因此而受限，也因此照顧者的自我健康議題就成為關注的焦點(引自 Georges et al., 2008)。由於本研究係在瞭解失智症家庭照顧者之處境，故對失智症之症狀、病程發展、照顧者需承擔的照顧任務及負荷等需先有基本之認識，爰此，本節即以何謂失智症、失智症的病程發展、家屬對失智老人之照顧及照顧者負荷之影響因素等四個部分進一步陳述。

### 一、何謂失智症

失智症並非一種獨立的疾病，而是由許多病因所造成的慢性、進行性與器質性的腦部臨床症候群。隨著病情的進展，患者會逐漸喪失記憶、語言、人格、認知功能及自我照顧能力。失智症的盛行率與年齡高度相關，根據 Cooper(1994)之研究，70 歲以下老年人的失智症盛行率約為 2.1%，70 歲至 74 歲的失智症盛行率增加至 3.3%，而 80 歲以上的盛行率則提高至 20%。反觀國內，台灣失智患者初估超過 14 萬人，並以每年 6 千人的速度成長。國內學者早期曾以居住在社區中的長輩為對象，調查失智症之盛行率，研究結果約為 2.7%-5%(引自張媚等，2006)，而最近的研究則顯示我國的失智症盛行率已經由 2002 年之 1.9%逐年上升至 2006 年之 4.54%(杜敏世等，2006)，因此推估 2031 年後台灣老年人口的失智盛行率將會高達 7.5%-8.5%，屆時失智症人口將會高達 38.8 萬至 44 萬(葉炳強、孟玲玲，1993)。

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，失智症的基本特質是發展出包含記憶損害在內的多重認知缺陷，且至少存在下列四項認知障礙中的至少一項，包括失語(aphasia)、失用(apraxia)、部分或全部喪失感官之辨別力(或稱動作不良、失識或失認)(agnosia)以及執行功能障礙，而這些缺損的變化是相當明顯且足以造成在職業或社交生活的困擾。引起失智症的原因很多，DSM-IV 將失智症分為阿茲海默氏型失智(Dementia of Alzheimer's type)、血管性失智症(vascular dementia)、其他一般性醫學狀況造成的失智症(dementia due to other general medical conditions)、物質誘發之持續性失智症(substance-induced persisting dementia)、多重病因造成的失智症(dementia due to multiple etiologies)及其他未註明之失智症等六類(引自車慧蓮，2001；伍碧濤，2006)。其中導致失智症最常見的病因是阿茲海默氏病，其次是腦血管疾病(孔繁鐘，1999)，分述於後：



## (一) 阿茲海默型失智症

阿茲海默型失智症(又稱阿茲海默氏症)是 1906 年由德國 Alois Alzheimer 醫師發現，因此以其名命名，為最常見的原發性失智症。其特性為兩種以上認知功能障礙，主要是以記憶功能(或稱認知功能)缺損為主要表現的退化性疾病，並無意識障礙、屬進行性退化並具不可逆性，而除認知功能障礙外，亦常伴隨著情緒、行為、甚至精神病症狀(邱逸榛等，2004)，此類失智症約佔總失智症的 50%至 60%。臨床表徵上，此病主要發生於中年及老年，很少發病於 45 歲以前，阿茲海默氏症的神經精神症狀主要有四種：情緒障礙、幻想和幻覺、人格變化、行為異常。情緒障礙中，憂鬱症大約佔阿茲海默氏症病人的 25%至 30%；幻想以被竊盜和疑心病最常見；幻覺則可能是視覺和聽幻覺；人格變化較常見的是神情呆滯、閒散、不受抑制，並且通常伴隨憂鬱症；行為異常則可能會出現攻擊行為、四處遊走、焦躁、不適當的性行為、不合作、尿失禁、激烈的反應及自我傷害等。阿茲海默氏症的病程因人而異，一般是呈現逐步的退化，患者主要呈現出皮質性失智(cortical dementia)，早期特徵為記憶力變差、定向力障礙(orientation)、部分或全部喪失感官之辨別力(agnosia)、抽象思考能力障礙、計算能力變差、語言受損。到晚期時會出現錐體外系統之症狀，患者走路僵硬、動作遲緩笨拙。到了末期，阿茲海默氏症患者會呈現幾乎去大腦皮質狀態，喪失思考、說話及運動的所有功能，最後大小便失禁，無法自我照料，其最常見的死亡原因是肺炎(李宗海、陳獻宗，2000)。

## (二) 血管型失智症

血管型失智症是僅次於阿茲海默氏症的第二常見的失智症，大約佔了所有失智症病患的 10%至 20%。其主要是由於腦血管病變而造成失智症，依病理變化可分為三大類：第一類為大小血管梗塞，第二類為微小血管病變所造成深部陷窩梗塞(lacunarinfact)，第三類為以腦室周圍脫髓鞘病變為主的皮下動脈硬化性腦病變。依照其病變的位置所在患者會有不同的臨床表現，在中大腦動脈區域的腦病變，若是左側中大腦部位受損，病人除了有失語症之外，亦可能有智能的降低。若是單純的角腦迴(angular gyrus)受損，其症狀會類似阿茲海默氏症，病人會抱怨記憶困難，並伴隨有流利但是錯亂和空洞的語言，以及書寫能力障礙、無法閱讀、無法計算、無法辨識左右等症狀。在右側中大腦部位受損，病人會產生急性意識混亂的狀態，對外來刺激無法專心，容易被分散注意力，有時會有躁動及攻擊行為。前大腦動脈區域受損，病人會漠不關心、神情呆滯、

情緒愚鈍、喪失自我批判能力、出現模仿性行為。在後大腦動脈區域受損。除了會有視野的缺失外，枕葉的病變會產生色彩視覺和色彩舉名障礙，以及閱讀不能之症狀。多發性腦梗塞失智症，是最常見的血管型失智症，患者通常是在數年內發生了數次的神經功能障礙，例如半身癱瘓、半身知覺異常、視野偏盲、失語症、意識混亂、步態不穩、複視、構音困難及頭暈。認知功能障礙依照腦病變的部位不同在早期或晚期發生，但是尿失禁及步態障礙通常較早發生。多發性腦梗塞失智症的病程是進行性的退化，其認知功能的退化和阿茲海默氏症一樣嚴重(陳惠姿、李孟芬，2000；伍碧濤，2006)。

### (三)其他失智症

其他原因引起之失智症，如腦瘤、腦炎、AIDS、外傷、酒癮、正常腦壓水腦、維他命 B12 缺乏、甲狀腺功能低下等。在臨床診斷的工作上，這些反倒是值得特別注意的，因為大部份是可以治療的病因(引自伍碧濤，2006)。

由以上的定義和病程症狀可知，失智症是一種進行性且不可逆的退化性腦病變，腦部功能持續惡化的結果將導致病患認知功能缺損，伴隨而來的是令照顧者困擾的問題行為及情緒，也因此家屬在照顧工作上將倍感艱辛。

## 二、失智症的病程發展

失智症的病程通常分為早、中、晚三個時期，在病程中，失智症患者呈現記憶力、語言、人格認知功能及自我照顧能力逐漸退化的狀況，而隨著病程進展，失智症患者對照顧者的依賴會逐漸增加(徐亞瑛，2004；張媚等，2006)。

### (一) 早期失智

最常見的是操作型記憶和注意力障礙，一般而言，記憶力減退及認知功能下降是失智症早期常見的病徵，親友會開始察覺到一些狀況，主要是日常工作能力降低、出遠門有困難、害怕迷失、抽象思考能力退化、計算能力衰退等，但日常生活仍可進行，也因此家屬常會將這些症狀解讀為正常老化的一部份而錯失即早發現即早診斷的良機，再加上對症狀之不瞭解，常在日常照顧上不得要領，而會有衝突與挫折之情形。

### (二) 中期失智

中期之失智症者認知功能的退化更為嚴重，患者已無自覺症狀，語言理解能力下降、社會判斷力減弱及規劃動作能力下降等，日常生活中稍微複雜之事

務已無法處理，如買東西、算錢、外出到稍遠的地方即會迷路、不會選擇適當的衣服、需要提醒才會洗澡但洗得馬虎，偶爾會出現「黃昏症候群」(Sundowning Syndrome)，此時需要他人協助才能生活。

### (三) 晚期失智

此時期的失智症患者已認不出鏡子中反映的自己，也無法辨識親友，語言表達能力明顯退步，完全喪失自我照顧能力，在家中可能會出現如溝通困難、重複言語、重複行為、遺失東西、走失、遊走、無法自己穿衣服、大小便失禁等問題，偶爾會出現激躁行為，也常伴有精神疾病，如憂鬱症、睡眠與生活起居作息顛倒、妄想、幻覺甚至出現暴力行為。

由於不同時期的失智症所有的特殊行為及情緒問題皆不同，導致照顧者面臨的壓力與挑戰也不同，從早期擔心走失或危險行為的發生一直到晚期由於失能程度嚴重必須 24 小時隨侍在旁處理隨時可能發生的問題行為、情緒甚至是意外事件的發生，故失智症患者在病程中的不同階段所帶給照顧者之負荷可能也不同。

## 三、家屬對失智老人之照顧

### (一) 失智症的照顧工作

國外學者 Blumer(1987)認為所謂的照顧包含三個部份：一為最親密的身體照顧；二為物質與精神的支持，如家務工作、逛街、金錢管理等以及拜訪、社會接觸等；三則為其他社會福利的介入，如資訊提供等(引自林敬程，2000)。而我國學者則認為照顧包含情感與活動兩層面，以及關懷、服務和愛心三種意義，而除了愛和關心的情緒外，也包含一系列的任務和活動(呂寶靜、陳景寧，1997)，若以社會支持的角度看照顧工作，則照顧方式包含服務性支持、物質性支持與精神性支持(林淑錦、白明奇，2006)。

關於失智症的照顧，Anesbensen 等人(1995)將失智老人的照顧工作視為一種職業，並以三階段來說明此一職業。第一階段，照顧者必須為照顧的角色做好心理準備；第二階段，照顧者必須去設定應執行的照顧相關工作，同時亦必須考慮採取居家式或機構式照顧；第三階段，由於失智老人死亡，使得照顧工作告一段落，照顧者將得重新調整與適應社會生活(引自林敬程，2000)。

### (二) 失智老人家庭照顧者之特質

林敬程(2000)及鄭秀容(2005)整理了國內外針對失智老人照顧之研究，發現

失智老人之主要照顧者以女性為多、年齡以中年居多；而照顧者與失智老人的關係大多為配偶或媳婦，子女所佔之比例亦不少；在就業部份，多數的照顧者在照顧期間均無工作，若非原本就無職業，就是在照顧後辭去工作；照顧者的教育程度普遍不高，且絕大多數已婚並與老人同住；在照顧時數上，照顧者平均花費 4 小時至 8 小時，有的研究報告甚至發現照顧時數高達 12 小時至 19 小時。

### (三) 家庭照顧者的負荷

一項對失智老人進行的研究中發現，有 80%-90%的失智症患者自我照顧能力缺損；80%曾有懷疑、幻覺、情緒激動等精神上的症狀；約有 50%的患者曾有攻擊性行為、遊走甚至走失的情況(徐亞瑛，2000)。Torti 等人(2004)認為失智病人缺乏認知及行為問題是造成照顧者負荷增加的主要原因，而這些行為問題將增加家屬照顧者在照顧上的困難度及照顧負荷(Schulz and Martire, 2004；引自徐亞瑛，2008)。Zandi 也指出照顧失智老人比照顧非失智老人多了四項壓力：(1)患者的認知及溝通能力逐漸退化且不可逆，(2)生活功能及身體功能逐步下降，(3)病程約 4 至 20 年，逐步退化，照顧者每年必須面臨更大的壓力，以及(4)隨著病情發展，照顧者的社交生活互動逐漸減少，造成照顧者的社交隔離(引自湯麗玉等，2000)。

由於疾病的特殊性導致失智症患者日常功能持續下降、認知與記憶功能受損外，尚有令人困擾的問題行為與情緒問題，因此對照顧工作增添了許多難度與困擾，也給照顧者和家庭帶來許多不同層面的壓力與衝擊，甚至影響到照顧者的生理、心理健康、家庭關係、經濟、工作及社會生活等各層面(Almberg et al., 1998，引自林敬程，2000)。是故，失智老人照顧者比一般老人照顧者需要花費更多時間與體力。以下就針對各方面的影響加以描述：

#### 1. 生理層面

由於失智老人的照顧工作需要付出極大的勞力與心力，對病患的協助如早期發病的金錢管理到晚期的基本個人衛生協助等(Haley, 1997)，因此照顧者身體健康方面會受到影響，而這些健康問題包含了睡眠不足、腸胃不適、體重改變、無法改善的頭痛以及疲倦等。Krach 和 Brook(1995)發現成人照顧者會感受到一連串的身心健康問題，包含頭痛、精神緊張、失眠、體重增加或減輕以及經常性的感到疲倦等症



狀(引自伍碧濤, 2006)。此外也會出現高血壓、睡眠缺乏、運動與自我照顧等問題(Haley, 1997)。而照顧者除了上述的症狀外, 還會出現如持續性暈眩、全身無力、背痛、肌肉緊張或疼痛、心跳加速、比以往更容易生病、用藥情形增加以及免疫功能變差等健康問題(Prachno et al., 1990; Levine and Lawlor, 1991; Mangone and Anguinetti, 1993; 引自吳瓊滿, 1999、伍碧濤, 2006)。

## 2. 心理層面

根據國外統計, 有超過 80%的阿茲海默氏症的照顧者表示他們經常經歷到高度的壓力, 且幾乎有半數的照顧者認為自己有憂鬱症 (Alzheimer's Association, 2006, 引自 Etters et al., 2008)。由於照顧所需的時間會隨著失智症的嚴重性而增加, 也因此如何降低照顧者的照顧負荷是一個重要的健康議題(Family Caregiver Alliance, 2006, 引自 Etters et al., 2008)。失智症患者家屬在心理層面的衝擊, 包括焦慮、憂鬱、生氣、缺乏耐性甚至對被照顧者或其他家人產生憤恨感(Chou et al., 1999)。Given 等人(1988)指出, 照顧者會感覺到被束縛或家人無足夠的幫忙, 照顧病患受挫而沮喪等, Dillehay 和 Sandys(1990)亦發現, 當失智症患者的照顧者在缺乏樂觀心態, 並且將照顧壓力歸因於是受到照顧者的疾病所引起時, 容易造成照顧者的憂鬱、焦慮及敵意的情緒反應。而 Brown(1990)則認為, 憂鬱感會長期性的影響照顧者與受照顧者的整體性生活, 並會影響照顧者對自我時間的擁有感以及心理上的舒適感等生活品質的獲取(引自伍碧濤, 2006)。

Skillet 的研究發現, 有一些以失智症照顧者自述的文章中提到, 家屬的內心感受是悲傷、擔心、身心俱疲的, 甚至也感到寂寞和恐懼。Jensen(1999)也指出家屬是感到沮喪、孤單、悲傷、憂鬱和焦慮。主要照顧者常感覺疲倦及憂鬱、生氣即有罪惡感, 而配偶獲知伴侶罹患失智症後, 會覺得伴侶將永遠離開她(Castle, 2001, 引自林淑錦、白明奇, 2006)。

## 3. 家庭層面

家庭中出現一位失智症患者, 將會使原本家庭成員的關係發生改變, 有時會因此而產生家庭衝突。Anesbensen 等人(1995)認為家人們對於失智症患者病情的認知有所差異、主要照顧者覺得其他家庭成員是

否也應有所付出、對於尋求協助的意見不一等，這些都是家庭內部產生重大衝突的原因之一(引自林敬程，2000)。失智症患者之家屬提到，家中有失智症患者會影響到夫妻婚姻中的親密關係及子女的社交生活(Jensen, 1999，引自林淑錦、白明奇，2006)。而女性照顧者由於其多重角色的關係，因此較易感受到家庭關係的緊張，而且因其他家人對於照顧者本身提供較少的支持，因而容易跟其他家人發生衝突(Almberg et al., 1998，引自林敬程，2000)。此外，失智症患者家屬除了一方面仍需要扮演原先就有的角色，如配偶、父母親、或子女角色外，另外需再擔負起責任重大的照顧者角色。角色轉換對擔負照顧的家屬而言，常常是一種意料之外的事件，他們常是在沒有做好心理準備之下，來擔負這個新的角色(伍碧濤，2006)。

#### 4. 經濟層面

失智症為一長期慢性疾病，Philp 等研究即發現，對於失智老人的照顧過程，家庭的支持比一般非失智老人家庭的支出還高。Rabins 等更發現，如果照顧者因為照顧而無法外出工作或請假，則會導致收入減少。而 Anesbensen 等人(1995)之研究發現，失智症患者的照顧工作不只會帶來家庭關係的衝突，如果照顧者本來就有職業，照顧者將很難在工作與照顧中做間抉擇(引自林敬程，2000)，也因此多數的失智症患者家屬會有工作衝突的產生(李淑霞、吳淑瓊，1998)。國內亦有許多研究指出，多數照顧者都會面臨經濟上的負荷，由其是收入不高的家庭，其經濟負荷帶來的衝擊更大(蕭金菊，1995；Chou et al., 1999)。

#### 5. 社會層面

Parks 和 Pilisuk(1991)認為由於照顧者在提供照顧的同時，減少了與工作夥伴及朋友的聯繫，可能導致照顧者的寂寞感，加上無法擁有正常的工作與休閒活動，將使得照顧者更容易覺得與社會隔離(引自吳瓊滿，1999)。也因此失智症患者之照顧者在社會生活層面可能會面臨到的衝擊有：社交機會減少、無法追求嗜好、從社會網絡中隔離、無法滿足個人及人際之需求等(林淑錦、白明奇，2006)，或者是社會網絡支持的不足、照顧經驗不足、被照顧者每況愈下的無力感、照顧者本身的角色衝突等，也都是導致照顧者在社會層面有壓力的原因(陳昱名，2004)。

而林淑錦、白明奇(2006)更進一步將失智症患者對家庭帶來的衝擊統整如下：

1. 影響家屬的情感，患者到了病程的末期，慢慢的失去記憶，不記得親人，甚至連配偶或子女都不記得，這對家屬在情感上是很大的衝擊，可能有失落、哀傷及不捨等情緒。
2. 影響家庭的社交活動，病患到末期時可能不能處理自己的問題(如廁等)，連帶的整個家庭的社交活動也受到影響。
3. 主要照顧者的負擔，許多研究都顯示主要照顧者有壓力或憂鬱情形，長期且主要的阿茲海默氏症病患的照顧者有 85%是家屬或朋友，特別是配偶或其他家屬。
4. 影響家庭中的經濟功能，因為失智症的病程可能長達 10 年或更久，因此這對家庭的經濟支出有很大的影響。

綜合以上各研究結果，失智症對家庭帶來的衝擊是多面向的(包括身體、心理、經濟與社會等層面)，漫長的照顧過程使照顧者必須承受相當大的生理、心理負擔及社會壓力，也因此容易產生負荷及憂鬱情形，甚至影響自己的健康。

#### 四、照顧者負荷之影響因素

前段已說明照顧者之負荷可分為生理、心理、家庭、經濟及社會層面，而國內外針對影響照顧者負荷因素之文獻大致可歸納為：被照顧者之年齡、身體狀況、主要照顧者年齡或性別等，另 Pearlin 等人(1990)之研究發現有四種因素會影響失智症照顧者之壓力：(1)脈絡背景：如支持程度、生活事件對因應能力的影響；(2)導致疾病的主要壓力源：如患者的認知能力、每日生活所需協助的程度以及問題行為與精神症狀；(3)涵蓋第二種的角色壓力，如家庭衝突、關係品質以及照顧者角色外的社會生活，以及(4)照顧者的內心層面，如個人特質、信心程度、能力以及照顧者所經驗到的角色適應(引自 Campbell et al., 2008)。故研究者在進行相關文獻回顧後，依據 Pearlin 等人(1990)之分類，將照顧者負荷的影響因素分為「失智老人」、「主要照顧者」、「照顧提供」與「支持資源」等四大部分加以陳述：

##### (一) 失智老人因素

沈若儀(2006)整理了過去一些對於被照顧者負荷之研究，發現若被照顧者的身體功能較差則照顧者的照顧負荷則愈重；而除了失智症的嚴重度之外，失



智老人的問題行為與情緒亦會帶給家屬極大的負荷，這同時也是照顧者負荷的預測因子之一，因此失智症患者的行為及情緒對於照顧者負荷具有一定的影響力(林敬程，2000)。而鄭秀容(2005)也統整了一些文獻，發現與病患疾病相關的變項包括有罹患失智症的年數、失智症嚴重度、日常生活功能、身體功能障礙數、依賴程度、問題行為、破壞行為、躁動及人格改變等，都會影響照顧者的照顧負荷。

由上述研究資料可知，若被照顧者的身體功能愈差、行為障礙愈嚴重以及有認知功能障礙，則會造成愈大的照顧負荷。

## (二) 主要照顧者因素

Donaldson(1997)曾分析過去幾篇關於照顧者負荷的研究發現，女性照顧者的負荷情形與老人的日常生活活動功能有顯著的負相關；而在年齡方面，Duakin發現年齡具有間接預測照顧者負荷的關係，較年長的照顧者健康情形較差，則其負荷較大；在教育程度上，Ory(1999)認為高教育程度的照顧者其心理負荷較大，此外照顧者與老人的關係亦對負荷有所影響，關係不良者其負荷較高，而關係較親密者其負荷較低(引自林敬程，2000)。

由於許多文獻都描述照顧者的特質會影響照顧負荷，特別是親屬關係(配偶、子女及手足)與照顧負荷間有緊密的影響。Zairt 等人(1980)當初的研究發現，比起其他家庭成員，妻子所經驗到的負荷程度較高。儘管這些發現被支持，但一個愛爾蘭的研究發現比起其他親屬，女兒卻有更多的負荷(Coen, O' Boyle, Coakely and Lawlor, 2002)。而近來 Chumbler 等人(2003)之研究發現，成年子女與配偶之間的照顧負荷有顯著差異。普遍來說，關係緊密的親屬關係與照顧負荷的增加有關(引自 Ethers et al., 2008)。

而其中「性別」是一個影響親屬角色及照顧負荷覺知的因素，Almberg 等人(1998)及 Gallicchio 等人(2002)研究都發現比起男性照顧者，女性照顧者較會陳述自己有更多的健康問題及憂鬱症狀，但 Annerstedt 等人(2000)及 Chumbler 等人(2003)研究則發現照顧負荷沒有性別上的差異，但性別可能會影響照顧經驗(引自 Ethers et al., 2008)。

另 Campbell 等人(2008) 從四個記憶門診中選取 74 個失智症患者樣本並針對其照顧者負荷所做的研究，發現有四個最能預測照顧者負荷的因子，分別為：(1)照顧者的「角色束縛感」；(2)藉由 CSS(caregiver stress scale)測量照顧者負

擔；(3)照顧者角色外不利的生活事件經驗；(4)照顧者與病患最近的關係品質，即當兩者的親密程度、溝通程度、情感低時，則會有較高程度的負荷，而此發現與 Morris 等人(1988)及 Fearon 等人(1998)的研究不謀而合。

綜合上述研究結果發現，當家屬照顧者為女性、與被照顧者關係為配偶、教育程度較高、年紀較大、自覺健康狀況較差以及與老人關係愈疏離，則照顧者感受到的負荷會愈大。

### (三) 照顧提供因素

林敬程(2000)的文獻統整中發現，照顧者每週的照顧時數愈多，照顧者愈沒有時間休息會導致生理上的崩潰，也因此照顧者照顧時間愈長，其生理、心理及經濟的負擔愈大；沈若儀(2006)亦發現，鮮少有研究是在探討家庭照顧者提供照顧的數量對於照顧負荷的影響，但在關於照顧時間(包括照顧年數、每週照顧天數、每天照顧時數等)影響照顧負荷方面，文獻則顯示其有直接且正面之影響。而在服務使用上，有使用喘息服務的失智老人家庭照顧者比沒有使用服務的照顧者，感受到較低的負荷。Duakin 與 Anderson-Hanley(1998)經由控制組研究中亦發現，喘息服務可以降低照顧者負荷；Gwyther 亦認為正式服務的使用可以減輕失智老人家庭照顧者之負荷(引自林敬程，2000)。

然而有研究卻發現，失智症照顧者的負荷不與喘息照顧的使用與否有關，但卻與居家護理服務的使用呈現弱相關(Penning, 1995)。而 Toseland 等人(2002)發現失智症照顧者的主觀負荷與服務使用的多元性沒有相關，只發現客觀負荷(失智症者的行為)與人群服務使用的多元性有弱相關，而在對所有服務的使用上則是無相關。簡而言之，主觀負荷與客觀負荷間的關係及服務使用需要進一步多元分析的探究(Roelands et al., 2008)。

由上可知，多數研究均認同照顧時間(包括照顧年數、每週照顧天數、每天照顧時數等)愈長則負荷愈大，但其實亦有研究發現照顧年數與照顧者負荷無關或成負相關之結果，此是使否因為照顧者在照顧過程中因自我調適而自成一套因應模式，則需要進一步的探究。

### (四) 支持資源因素

社會支持與社會網絡之不同在於，社會支持主要是考量功能層面(呂寶靜，2000)。一般而言，社會支持較屬於對他人支持行為之主觀上感知的概念，也就是當事者須能夠感到某些支持性行為，能滿足其需求或解決問題(高迪

理，1991)。然而社會支持包含多個面向，不同的研究者對於其內容之定義也不同，Kahn 和 Antonucci(1980)認為從支持的內容來看，可以分為工具性支持(提供訊息或實質上的協助)，也可以是情感上或心理上的支持，另包括給予肯定和贊同。此外有些學者則將照顧的內容細分為：工具性或物質性支持、訊息性或認知性支持、情緒性支持以及表達性支持等四類(引自呂寶靜，2007)。

沈若儀(2006)整理了國內外針對社會支持影響照顧負荷的相關研究，發現有較好的支持則會減輕照顧負荷，而家人朋友和機構提供照顧等支持，也可減緩家庭照顧者在工作和家庭角色束縛上的負面影響，而這與 Campbell 等人(2008)之研究相同，另有研究則認為家庭照顧者的自覺家庭支持也會影響照顧負荷。

從本段資料可發現，影響照顧者負荷的因素有下列四項：(1)失智老人部分，其身體功能愈差、行為障礙愈嚴重及有認知功能障礙則照顧者之負荷愈大；(2)照顧者部分，當照顧者為女性、為配偶、教育程度較高、年紀較大、自覺健康較差及與老人關係較疏離者，其感受到之負荷愈大；(3)照顧提供方面，照顧時間愈長，照顧者負荷愈大；及(4)支持資源方面，包括工具性支持、情感或心理上支持，而支持資源愈少，則照顧者的負荷會愈大。

#### 小結

失智症是一種進行性且不可逆的退化性腦病變，腦部功能的持續退化會導致病患認知功能缺損、問題行為及情緒等，使得家屬在照顧上更加困難。而失智症患者之病程處在不同階段，其照顧者之困擾與負荷亦不同。照顧失智症病患對照顧者而言，可能會造成生理、心理、家庭、經濟及社會支持層面等影響。此外，檢視影響照顧負荷的因素，則發現：(1)失智老人方面，包括身體功能、行為障礙程度、認知功能障礙程度；(2)主要照顧者方面，包括性別、親屬關係、教育程度、年齡、自覺健康狀況、與老人關係；(3)照顧時間以及；(4)支持資源等因素都與照顧者負荷有關。由於照顧者的負荷因素與服務的使用有關，因此研究者將會以上述影響因素，作為探討失智老人家庭照顧者使用居家服務之可能原因。

### 第三節 正式服務之使用—居家服務

承上節，居家服務的照顧本質以及工作場域為「家」，其主要目的是讓老人留在社區當中，協助他們維持原有的生活型態，提供基本但非全部之服務，以增進老人的生活技巧和自主。而使用居家服務會涉及決定的過程，故本節將以服務使用因素、服務使用成效以及何謂好的居家服務，進一步探討面對失智症的特殊性，未來居家服務的可能發展，以作為後續擬定處遇及滿足其需求之支持性福利措施或方案之參考。

#### 一、服務使用之決定因素

##### (一) 家庭成員的重要性

家庭選擇照顧服務的決定過程中，由於家庭成員立場、失能狀況、家庭需求、經濟能力、教育程度、宗教背景、老人在家中地位及親子關係等因素不同，都可能影響到失能老人與家人選擇不同的照顧服務(劉雅文，2005)。在有關服務使用的現有文獻中，大多數的論著係在探討哪些因素會促使個人使用服務，而其中尤以安德遜模式(Andersen Model)廣被使用。自安德遜模式提出後，學者對於服務使用的研究大都將焦點放置在尋找決定因素上(determinants)，而較不重視「服務使用是基於個人選擇的自由裁量抑或他人代做決定的非自由裁量」此一層面的探討(Wolinsky, 1994)。安德遜模式的立論係基於「個人有自主權決定去使用或不使用服務」的前提下，然而，老人在做決定時，其自主性可能會受到他人影響，特別是家庭成員的介入(引自呂寶靜，2007)。

安德遜模式最常被用在健康服務的使用上，其包含三個面向：(1)前傾因素：包含人口學變項、社會結構變項與態度因素(如女性比男性較會使用服務等)；(2)使能因素：包括個人因為自己、社區或社會資源而獲取服務之能力(如健康保險)；(3)需求因素：反映出疾病的性質與嚴重度(如日常生活功能的表現)(Gill et al., 1998)。此模式被廣泛運用於各類的研究中，而需求因素為三者當中最強的服務使用預測因子(Coulton and Frost, 1982; Wolinsky and Johnson, 1991，引自 Gill et al., 1998)。

上述三類變項可謂是服務使用研究中眾所關注的焦點，亦是多項研究探討正式健康照顧服務的參考架構。此模式的特點是能系統性的提供人們為何使用正式照顧服務的分析路徑，但除了功能障礙者本身需求相關因素會影響服務的使用意願外，主要照顧者本身亦是長期照護服務使用的關鍵，而這也是此模式對服務使用影響因子研究中所忽略之處(Bass and Noeiker, 1987; Travis, 1995，引自陳正芬、吳淑瓊，2005)，因此許多學者紛紛提出批評與修正建議。歸納來說，一般認為此模式忽略了



對下列三個因素的考量：(1)家庭成員對老人使用服務的影響；(2)需求因素的多樣性；及(3)服務認知的必要性。由於從老人自主性的研究中發現，家庭成員(特別是配偶和子女)會參與老人的決策過程，Bass 等人(1992)及 Calsyn 和 Roades(1993)即提出修正的模式，認為應將老人的認知功能障礙和身體功能障礙兩項因素放入模式中，認知功能障礙較嚴重、身體功能障礙較嚴重者，使用較多的社會服務；另外，家庭成員對老人提供的支持也會影響老人對正式服務的使用，而除了家庭支持資源的可獲性會影響老人對正式服務的使用外，家庭成員對正式服務的態度及其對使用正式服務有用性的信念等因素亦不容忽視(引自呂寶靜，2007)，爰此，近年來安德遜模式因為考量了患者與家庭因素而被廣泛運用(Gill et al., 1998)。

由於家庭成員會參與老人的決策過程，因此國內學者呂寶靜認為家庭成員在整個服務過程中的重要性應該被看見，因而主張將「家庭成員的需求」及「家庭成員的態度和信念」納入考量。其在「老人使用日間照護服務的決定過程」之研究中，發現家庭成員的參與情形有：(1)家人的喘息照顧需求而不是老人本身的需求，驅使老人使用日間照顧服務；(2)家人因目睹老人在家無人照顧或在家無聊的情景，故比老人較先產生使用日間照顧服務的需求感；(3)服務訊息的提供者：許多家人比老人先知道日間照護服務的訊息，而將日間照護服務介紹給老人；及(4)家人的行為及態度會影響老人服務的使用(呂寶靜，2007)。

## (二) 居家服務使用之相關因素

由於安德遜模式並未探討時間或階段的過程，因此若從服務使用的流程來看，有些障礙因素的存在會影響對服務的使用，如「缺乏知識、認知與動機」是使用服務首先要克服的障礙。換句話說，即使老人或家庭成員覺知到有尋求外在正式服務的需求，但因為不知道正式服務方案的存在，就不可能使用該項服務，因此服務認知乃是服務使用的必要條件。Krout(1984)就指出，老人的服務認知是預測服務使用的重要因素，而 Calsyn 和 Roades(1993)的研究也發現服務認知會顯著影響服務的使用(引自呂寶靜，2007)。呂寶靜(2007)之研究亦發現，在服務使用上老人和家庭成員可能會有心理障礙而成為服務使用的障礙，如老人可能擔心被遺棄、不認老不覺得自己需要他人照顧，或覺得使用日間照顧服務就是養老的開始；家人會覺得使用正式服務會使其陷於棄養父母、不孝之名等。

於此，研究者將正式服務的項目更特定化，試圖瞭解影響居家服務的使用因素為何，因此在檢視相關的文獻(羅佩思，2004；徐思燉，2006；紀玫如等，2006；Roelands et al., 2008)後，將服務使用之相關因素歸納如下：

1. 前傾因素：

陳正芬、吳淑瓊(2006)之研究發現，在控制其他變項後，顯著影響居家式服務使用的前傾因素包括有照顧者年齡較高、與功能障礙者的關係為配偶、認為照顧者責任並非家庭責任、功能障礙者的教育程度為初中以上以及居住地為鄉村等。

2. 使能因素：

國內部分的研究顯示，居家服務之使用者多數都有家庭照顧者提供照顧服務(羅佩思，2004；曾淑芬等，2004)，而家中可提供照顧的成員愈少，使用服務的需求也會增加(林敬程，2000)。林玉琴(2006)之研究亦發現有五分之一的人是因為親人無法提供照顧，可見失能者生活照顧的需求滿足會造成家庭沉重的生活壓力，而照顧者擔負不起全部之責任。

3. 需求因素：

Noelker(1987)的研究發現負荷會影響正式服務的使用，而其中又以照顧者自身的負荷為最，原因在於正式服務所提供的項目(如居家服務清潔或照顧服務)較能改善照顧者因照顧病患所欠缺的自我活動時間，而人際間的負荷(如缺乏時間與親友聯絡等)則需要情緒方面的支持(引自邱啟潤等，2005)。家庭照顧者在照顧過程中產生的負荷會引發對居家支持性服務之需求，當主要照顧者的身體、情緒與經濟上的負荷程度愈高時，其對居家服務的需求亦愈高(林敬程，2000；徐思嫻，2006；陳正芬、吳淑瓊，2006)。林玉琴(2006)之研究亦發現為分擔照顧者壓力，大多數失能者會基於減輕照顧者負擔而使用服務。另ADL、IADL、認知功能與疾病狀況會和居家服務的使用有關(紀玫如等，2006；陳正芬、吳淑瓊，2006)，而Thorslund(1991)與KorbinLiu等人(2000)之研究結果顯示ADL和IADL障礙或依賴項目較多者，其使用服務的時數有增加之趨勢(引自徐思嫻，2006)。

4. 對服務預期效用之看法：

紀玫如等人(2006)之研究發現，無論是自己決定或他人代為決定，在控制重要因素後，對居家服務的預期效用為使用服務的顯著相關因素，認為效用高者是個案願意使用居家服務的促進因子。

## 5. 對服務員的接受度：

在家人代決的樣本中，傳統觀念顯著的影響家人決定是否使用外來服務，顯見傳統家庭照顧倫理依然存在(紀玫如等，2006)。

從上述之研究，大致可將居家服務的使用因素歸納為：(1)家庭照顧者相關因素，如照顧者年齡較高、為配偶、家中可提供照顧的成員少、身體、經濟及情緒負荷高及認為照顧為己任等；及(2)被照顧者相關因素，如 ADL 及 IADL 障礙或依賴項目較多，而對於服務預期效用之看法則納入在前述兩因素當中。

### (三) 失智症患者使用居家服務之因素

由於失智症患者認知能力缺損，故家屬在服務使用的決定過程中，可能涉入較多(代決)或可能有不同之影響因素，因此為進一步瞭解失智症患者使用居家服務之因素，檢視國內外失智症服務的相關文獻後，發現國內針對失智症與家屬使用相關服務之文獻多半是以失智症患者使用服務相關因素探討及照顧者需求之研究為主，而國外的研究中，多數的研究都是在詢問照顧者對於特定服務的使用情形，如居家服務或喘息服務(Gill et al., 1998)，故以下聚焦在失智症使用居家服務的影響因素之探討。

#### 1. 前傾因素：

陳秀玫(2004)針對失智症患者使用社區式服務之研究即發現，失智症患者的性別、年齡、教育程度、家庭月收入、照顧者性別、年齡、教育程度等為使用社區式或居家式長期照護服務的重要預測因子。Gill 等人(1998)之研究亦發現，照顧者之教育程度、是否與失智症患者同住等為使用居家服務之預測因子。而 Toseland 等人(2002)之研究更指出，配偶照顧者亦為服務使用的影響因素。

#### 2. 使能因素：

Toseland 等人(2002)則認為接觸服務的障礙、對其他未使用服務的障礙等亦是使用服務的影響因素，而對於服務的認知愈少則較少使用服務。而鄭秀容(2005)針對居家失智老人家屬照顧者需求的研究中則發現，「失智症長期照顧機構的需求」以及「政府提供居家照顧服務」均被列入最未被滿足的前五項需求當中，這透露出政府其實未能提供足夠的長期照顧機構或居家服務等正式支持性服務，或是照顧者不知



道有此服務以及不知道如何得到服務等。

### 3. 需求因素：

陳秀玫(2004)之研究發現，失智症患者之 ADL 功能障礙程度、疾病罹患項目、護理需求程度、照顧者自評健康等預測因子，而功能缺損愈嚴重，與居家服務之使用愈有緊密相關(Penning, 1995)。陳昱名(2004)的研究中發現，照顧負荷程度對於照顧需求有顯著之影響，其中更以社交生活與人際關係負荷、經濟負荷為最。Gill 等人(1998)之研究亦發現，失智症患者的 ADL 及照顧者的健康因素等是影響居家服務使用的預測因子，而失智症患者是否有醫療補助則是影響其使用居家服務的重要預測因子。而 Toseland 等人(2002)之研究則發現，照顧者的主觀負荷、健康狀況不佳、認為照顧會對健康有負向影響之觀感以及被照顧者的非攻擊性行為等四個因素與居家式服務之使用有關。

### 4. 態度因素：

Rudin(1994)發現失智症照顧者使用服務的態度與使用居家服務有關，而 Stommel 等人(1999)亦發現態度在影響失智症照顧者使用社區服務因素概念模式中是重要的變項，態度在社會人口學及健康相關的決定因素中已被探討(引自 Roelands et al., 2008)。而 Roeland 等人(2008)之研究中，所謂的態度時是由” Community Service Attitude Inventory”當中的五個次量表(擔心他人的意見、對服務體系的信心、對非正式照顧之傾向、獨立照顧信念及對政府服務的接受度)測得，發現照顧者對於使用正式居家服務之態度均非常正向、會在意反對使用居家服務者之看法、信任正式照顧的品質、不傾向家庭照顧，且不認為在無照顧服務的協助下家庭照顧者該獨自負起照顧責任。

由上述文獻可知，失智症家庭使用居家服務的影響因素可歸納為：(1)家庭照顧者因素，如照顧者之性別、年齡、教育程度、親屬關係、是否與被照顧者同住、主觀負荷、健康狀況不佳、認為照顧會對健康有負向影響之觀感、對服務之認知與態度等；及(2)被照顧者因素，如 ADL 功能障礙程度、疾病罹患項目、護理需求程度、因病程而產生的問題行為等。由此可知失智老人家庭比起一般失能老人家庭在居家服務的使用上，使能因素和需求因素有些相異之處，如被照顧者的 ADL 障礙程度、因病程而產生的問題行為，以及照顧者的教育程度、自覺健康因素、社交生活、人

際關係與經濟負荷等更會影響其使用服務，而對服務的認知與態度亦是使用居家服務之影響因素之一。

## 二、居家服務之成效

居家服務之目的是希望讓老人留在社區當中，協助他們維持原有的生活型態，提供基本但非全部之服務以增進老人的生活技巧和自主。然而國內對於居家服務之討論，多半是從失能老人及其家屬之角度去探討，因此對於失智老人家庭而言，居家服務介入後對家庭照顧者的幫助為何？遂成為本研究另一個關注之焦點。

為了瞭解國內居家服務之成效，研究者檢視國內相關文獻後發現，近年居家服務相關研究多為針對一般性居家服務方案之評估(劉素芬, 2000; 陳怡如, 2003; 陳慧君, 2004; 林金立, 2005; 楊雅連, 2007)及居家服務使用滿意度之評估(林姿伶, 2005; 林玉琴, 2006)研究為主，亦有以使用居家服務經驗之探討(江雅筑, 2006)，然而以失智老人家庭為主體之相關研究甚是缺乏。研究者從這些文獻中發現，服務成效會因老人的特質(身分別、居住狀況、有無照顧者、非正式支持程度以及健康狀況等)而有差異，因此以下分別從老人和照顧者的角度進一步敘述居家服務之成效。

### (一) 對老人而言

劉素芬(2000)之研究發現居家服務對老人之成效為：(1)具有維持或提升日常生活活動功能之成效，同時能夠協助老人維持日常生活的運行，對於部份老人則具協助恢復健康以及協助恢復自理能力之作用；(2)對老人的認知功能具有維持穩定或提升的成效；(3)提供老人情緒關懷與支持，有預防老人自殺之功能；(4)對於部份非正式資源較豐富的老人，具有穩定或提升的作用；(5)增加老人的支持體系；(5)對於與家人同住的老人，具有減緩照顧關係緊張之成效；(6)對於活動功能尚可之老人具有提升社會參與度的功能。陳慧君(2004)在居家服務方案評估研究中，也發現服務對象在接受居家服務後，除了其身體功能獲得改善或維持以及居住環境獲得明顯的改善外，有九成的服務對象認為居家服務的內涵與項目符合其本身的需求，但仍有兩成的服務對象對每次服務時數和每週服務次數感到不足，但無論接受居家服務時間長短，服務對象在工具性日常生活活動能力上皆有獲得改善。另戴瑩瑩(2006)在訪談過程中，服務使用者認為接受居家服務後，其生活有了實質的改善，也從中獲得更多的情緒支持。

### (二) 對照顧者而言

有減輕照顧工作、提供喘息機會、減輕照顧壓力、減緩緊張的照顧關係及

維持照顧意願等正向影響(劉素芬, 2000)。而林玉琴(2006)的研究結果也證實, 家庭照顧者十分肯定居家服務的功效, 表示在身體和心理負荷都獲得減輕, 也確實可以有較多私人時間參與社會活動, 和被照顧者的相處關係也更好。此外, 江雅筑(2005)之研究也進一步肯定居家服務的適時協助不只提升老人的生活品質, 也間接減輕家庭照顧者的照顧壓力。另戴瑩瑩(2006)則發現居家服務帶給照顧者喘息的機會並發揮支持家庭之功效。

由於國內居家服務方案成效之文獻僅是以一般失能老人及其照顧者為主, 是否能涵蓋失智老人家庭對於使用居家服務之感受? 為此, 研究者進一步探究國外相關文獻, 發現 Roelands 等人(2008)曾對使用居家服務的失智症家庭照顧者進行研究, 研究結果指出: (1)在居家服務整體方面, 所有失智老人家庭照顧者對於使用居家服務之態度皆非常正向, 其中正向感受最多的是家庭照顧者與失智症患者間的關係; (2)在照顧服務員提供照顧之感受方面, 幾乎每一個照顧者都有正向感受, 在專業協助的正向感受最常被提及的是減少照顧者負荷、能獲得特殊的照顧知能以及自由時間的增加; 但負向感受最多的是個人生活控制的減少, 因為需配合照顧服務員的時間表, 而且也會減少個人的隱私。

於此可發現, 對於一般失能老人及家庭照顧者而言, 居家服務的介入除了可以使老人日常生活功能獲得改善外, 亦可減輕照顧者在身心方面的負荷, 甚至有可能增進老人和照顧者間的關係, 進而提升雙方的生活品質; 相對的, 失智老人家庭照顧者則認為居家服務所帶來的協助除了可獲得照顧相關知能、照顧負荷的減輕及自由時間的增加外, 整體認為居家服務的介入對於照顧者與失智老人間的關係有改善, 反倒是居家服務帶給失智老人什麼樣的協助, 則可從照顧者的角度去進一步探究。

### 三、何謂好的居家服務?

由於服務本身是一種無形的東西, 個人對於服務品質亦無普遍共用的定義, 再加上服務本身也會因為接受者與提供者不同的角度而有不同的看法, 因此更難去斷定所謂的服務品質。國內對於所謂「好的居家服務」並無定論, 以服務品質為主之研究亦較為不足。周真真(2000)針對台北市居家照顧服務案主所作之研究, 建議服務品質指標應來自於服務單位、政府部門及案主, 包括建立專業評估制度及指標、延長居家服務時間、降低照顧者壓力、改善案主生活品質、良好的服務關係、維持人際互動、充分的服務時間與固定的服務人員等。李慧玲(2002)的研究就指出, 提供居家服務的主要人力—照顧服務員對於服務使用者所認定的居家服務品質扮演極為重要的角色。因此研究者認為好的居家服務品質, 除了居家服務方案整體之管理與評估之外, 照顧服務員本身亦可能是造成服務品質優劣的要素之一。

目前居家服務已將慢性精神病患、智能障礙及失智症等納為服務對象，然而居家服務項目仍僅限於家務、日常生活照顧與身體照顧等基本協助，這樣的服務項目能否滿足失智症照顧的特殊性？值得探究。因此，研究者從「照顧服務員」與「其他潛藏的需求」，進一步探討對失智症家庭而言，何謂好的居家服務。

## (一) 照顧服務員方面

### 1. 照顧服務員的特質

戴瑩瑩(2006)之研究認為富有品質的居家服務，其照顧服務員應具備下列特質：(1)親切的服務態度，服務使用者期待服務員能具備基本禮貌或在服務進行前會先知會服務使用者；(2)真誠的關心個案，在服務過程中能隨時關心服務使用者的身體狀況或是生活上有需要的部份，都會讓服務使用者感到窩心；(3)充分的知識技巧，若服務員能具備衛生常識或是簡易護理技巧會對適用者有較多幫助；(4)準時提供服務，使用者期待能獲得可靠、一致和穩定之服務，尤其是對服務時間的要求。當服務員能夠準時提供服務，較能建立使用者對其之信任感；(5)全面的細心照料，尊重每一位服務使用者和家屬有助於提升整體的照顧品質及服務滿意度；(6)主動回應個案需求，如可主動詢問使用者之需求、或是能完成使用者之請託；(7)持續穩定的服務，能夠讓使用者在固定時間內接受其所需要之協助；(8)服務員的誠信要求，為最基本的要求，能保障相對弱勢之服務使用者的權益與安全。

### 2. 對照顧服務員的期待

李慧玲(2002)認為照顧服務員的服務行為是主要的品質指標，服務員能否將服務項目主動完成且行為是否端正，都是老人重視的面向，因此對服務員的期待有：(1)服務員的行為要合乎分際，即使老人與服務員已有良好的互動關係，但老人認為仍應該保持分際不踰矩，不應該因為私人關係好而忽略工作關係；(2)服務工作要有良心，老人自認為是相對弱勢，無法針對自我權益進行維護或倡導，因此期待服務員能主動設想與協助；(3)穩定且固定的服務員，服務員經常性的變動會造成服務品質的變化，對老人、服務員和督導人員亦都會產生相對的影響及；(4)假日能提供服務，希望服務能因應個別需求提供彈性的服務時間。



謝似函(2007)之研究亦發現，照顧服務員的角色表現愈可靠，則服務使用者的認知信任度愈高，即服務員若能依照工作契約妥善的完成每次服務需執行的任務、滿足服務使用者的需求，長久下來便能使老人服務使用者對其產生可靠的預期與信念。而一個好的照顧服務員，更應該是具有彈性、能配合老人服務使用者的需求，而不只是硬性的完成工作合約的規定而已(周嘉鈴，2003)。

綜上所述，服務是一個持續變動的過程，而居家服務的服務內容影響著每一個老人的生活品質，也關係到老人是否能在家中獲得妥適服務的重要因素，故服務員的素質就成了決定服務品質優劣的最關鍵因素。

## (二) 潛藏的照顧需求？服務的連結與發展

檢視國內外相關研究，發現部分研究針對使用相關服務之失智症家庭未滿足需求略有探討。鄭秀容(2005)之研究即發現，居家服務使用者中，多數的家屬照顧者均有「希望有人能提供有關照顧的知識與技巧」之需求，但這樣的請求卻未被滿足。有研究發現即便使用相關服務，但服務期間照顧者仍有：(1) 支持的需求，希望有更多專業人員的訪視以討論其憂慮並獲得建議；(2) 溝通的需求，希望從照顧服務員身上清楚的知道老人的健康狀態；及(3) 訓練與資訊的需求，認為對於失智症者的照顧與餵食，專業人員應有更多的訓練。另外照顧者本身亦表示，希望有更多針對照顧技巧及失智症相關議題的研討與短期課程(Cascioli et al., 2008)。

針對上述失智症家庭之未滿足需求，有部分研究即建議可透過連結既有之服務及開創新服務等方式來滿足失智老人家庭的多元需求，以下進一步說明。

### 1. 既有服務之連結

沈若儀(2004)認為，高時數居家服務使用者之負荷較高，可能是因為還有其他照顧需求是居家服務無法滿足的，因此建議可配合其他服務介入以減輕照顧者負荷，如由醫護人員與照顧服務員配合，在提供居家服務的同時，也監控被照顧者的慢性病況，或是教導如何照顧有認知功能障礙的被照顧者等，抑或是配合使用日間照顧、緊急救援、喘息服務、居家護理等居家式照護服務來增進其成效。蘇嫻敏(2009)之研究中亦認為照顧者面臨沉重的負荷，實務工作者可連結多元的替代性照顧方案，如日間照顧服務、居家看護、家庭托顧等，提供照顧



者喘息的服務與空間，進而提升照顧者的生活品質。

## 2. 開創新服務

Cascioli 等人(2008)之研究發現，四成以上的照顧者(且幾乎都是成年子女照顧者)認為週末與夜間服務是需要的，他們希望有夜間臨時照顧人力以確保老人不會有自我傷害或遊走的情形，而配偶照顧者也表示會因為患者夜間的遊走與激躁而缺乏睡眠、增加壓力而希望有夜間臨時照顧人力；另外 24 小時的諮詢專線則可在照顧者面臨危機狀況時有個諮詢的管道。張媚等人(2006)之研究亦認為社區失智症個案照護團隊及跨專業之照顧模式是未來可行的社區為基礎的失智症照顧模式。

### (三) 其他失智症的服務方案

國外曾針對失智症家庭使用居家服務進行相關研究，如 Vernooj-Dassen 等人(1995)針對荷蘭所做之研究即說明了居家服務方案對於失智症患者之家庭照顧的影響，家庭照顧者從受過訓練的家庭健康助手獲得為期十週的情緒與工具協助，而研究結果認為適度居家支持方案的投入能有效的能失智症患者留在社區當中較長的時間；另一個小規模的研究則是評估了居家服務對失智老人患者其家庭照顧者之影響，透過實驗組(由護士提供每週 4 小時的居家喘息服務)與控制組之方式，發現實驗組的照顧者其在家照顧失智老年老人的時間稍長(引自 Zarit et al., 1999)。歐美國家針對照顧者提供介入服務與研究約有 20 年之久，雖然明確的介入方法迄今尚未有定論，僅有少數控制型研究去探討不同介入性處遇的成效，但這些不同模式的介入性處遇包括如提供家屬教育性課程、支持團體、喘息照顧、記憶門診及家庭治療等(葉炳強等，2006)。

Chenoweth 和 Spencer(1986)曾提出，失智症者會隨著病程的發展而產生不同的生理及心理變化，照顧者亦隨其病情產生不同的壓力，因此許多學者均提出失智症患者及其家庭在疾病不同階段均有不同需求，且所需的協助是全面性的，無法由單一的專業獨立完成，因而需要一個良好的團隊及跨專業的合作才能達到理想的照顧(引自張媚等，2006)。因此近年來國內也陸續針對失智症家屬照顧者推展各種不同性質的服務，如針對主要照顧者所辦理之衛教課程、照顧者支持團體、中重度失智症患者之居家照護(杜敏世等，2006)，以及由醫師、居家護理師、社工人員等團隊所提供之居家護理、電話諮詢、互助團體及門診

服務的失智症整合性居家照顧模式(張媚等，2006)。

從上述研究中發現，失智症家庭照顧者之未滿足需求有：失智症相關的照顧知識與技巧、希望更多專業人員提供支持及加強與照顧服務員的溝通等，可見對失智症家庭照顧者而言，最感困擾的是失智老人複雜的病程及症狀，而對於缺乏照護知識及與專業之支持等是迫切的需要。此外，對於失智症家庭的多元需求，國內外也紛紛提出相關的失智症照顧方案，無論是連結既有之服務或開創新服務，如衛教課程、支持團體、記憶門診服務等，甚至是透過跨團隊整合式的服務等，在在都希望能降低照顧者的壓力，讓老人盡可能留在社區當中。

### 小結

在失智症家庭使用居家服務之影響因素中，多數研究均發現與照顧負荷有關，如家庭照顧者的主觀負荷、自覺健康狀況、認為照顧會對健康有負向影響之觀感，其次是被照顧者之 ADL 功能障礙程度及有無攻擊性行為等亦會影響，另照顧者本身對服務之認知與態度亦為影響因素之一。

在使用居家服務之成效上，多半係針從失能的使用者及照顧者的角度來探討，對失能老人而言，主要是日常生活功能可獲得改善；對照顧者而言則是可減輕照顧負荷並有可能增進雙方的關係。而失智症家庭照顧者認為居家服務除了可帶來照顧相關知能、照顧負荷的減輕及自由時間的增加等效益外，對於照顧者與失智老人間的關係亦有所改善，然而失智症者的認知功能與表達能力之限制造成資料蒐集之困難，因此居家服務帶給失智老人本身的效益並不清楚，但或許可從照顧者的角度出發來看其感受如何，此為本研究可進一步探究的問題。

一般服務使用者對於居家服務之期待，以對照顧人力(照顧服務員)面向之探討佔多數，大致可歸納為：態度親切與真誠、有充分的照顧知識與技巧、準時提供服務、主動回應個案需求及誠信等，而失智症家庭是否有同樣之期待？或有其他的指標？亦值得探究。再者，除了居家服務之外，我國尚推展各種不同性質的服務，如日間照顧、機構照顧、家屬支持團體等，以及實驗型、小規模之創新方案，然失智症家庭照顧者對其之需求為何？則為本研究另一探討之重點。

## 第三章 研究方法

國內居家服務雖已實施多年，然並未有以失智老人家庭照顧者觀點出發去看待服務使用之相關研究。由於本研究乃以失智老人家庭照顧者使用居家服務之經驗為探究重點，依據本研究之目的，發覺若欲以照顧者觀點出發探討失智老人家庭申請使用服務之過程、使用服務對負荷感受的變化以及其他福利需求等，必須考量「當事人對事物的真實感受與看法」，故選擇以質性研究作為本研究之方法。本章將針對研究設計、研究對象、資料蒐集與分析、研究嚴謹度及研究倫理等作說明。

### 第一節 研究設計

簡春安與鄒平儀(1998)曾指出，質性研究能夠透過研究者與受訪者直接接觸，而瞭解受訪者在情境中對事物的態度、看法、經驗等，並可從中觀察人與人間的互動和影響關係，故研究者發現比起量化調查，質性研究方法更能回答研究者的問題。

然而質性研究有許多不同的資料蒐集方式，如焦點團體、參與觀察、行動研究、深度訪談等，其中深度訪談是「創造一種情境，讓研究者可以透過口語雙向溝通的過程，輔以聆聽與觀察，共同建構出社會現象的本質與行動的意義，進而透過詮釋過程，將被研究的現象與行動還原再現」(潘淑滿，2003)。因此研究者考量本研究之主題為「失智老人家庭照顧者使用居家服務之經驗」，即使受訪者面對類似的情境，其經驗與感受未必相同，故選擇質性研究中的深度訪談法來蒐集研究資料，透過與受訪者的深入對談，探究失智老人家庭照顧者如何敘說其使用居家服務前後之感受及看法。

## 第二節 研究對象

### 一、研究對象之界定

質性研究的樣本，必須是能夠提供具「深度」與「多元社會現狀之廣度」的資料為標準，而非如量化研究中以能夠代表人口推論到人口母群體的樣本為抽樣原則，即質性研究的抽樣是著重資訊的豐富內涵，傾向從以往的經驗以及理論的視角出發(胡幼慧、姚美華，2002)。因此本研究採用「立意抽樣」(或稱目的性抽樣)方式來選取可提供豐富資訊的樣本。雖然質性研究的抽樣策略在理論上均是按照「目的性」抽樣的原則選擇研究對象，但實際上很難依據每一項研究的具體「目的」對抽樣的「標準」進行確定，必須是先對這些「標準」進行界定，然後才可能提出自己的抽樣原則。因此研究者在選擇抽樣策略時，最重要的是要對自己的研究「目的」有一清楚認識(馬藹萱，2009 授課投影片)。由於本研究是以目前有接受居家服務之失智老人其家中的主要照顧者為研究樣本，故在釐清本研究之目的後，研究者界定本研究的對象須符合下述兩個條件：

- (一) 失智老人需為 65 歲以上、使用居家服務達三個月以上，且符合下列情形之一者：
  1. 經公辦公營之公立醫院或經衛生署評鑑合格之區域級以上醫院、精神專科醫院診斷為失智症，並載明 CDR 評估結果及分數達 1 分者。
  2. 未診斷為失智症，但經簡易心智狀態問卷調查表(SPMSQ)檢測，錯 3 題以上。
  3. 未經上述兩者檢測，但經居家服務單位評估後，認定疑似有失智情形者。
- (二) 受訪者需與失智老人同住(或住附近)，且有實際參與家務、日常生活照顧或身體照顧服務等項目之家庭成員。

### 二、研究對象之選取

#### (一) 受訪者的引介管道

由於研究者曾於 97 年於財團法人天主教失智老人社會福利基金會實習，因此透過該單位同意於其所承辦之台北市與台北縣的居家服務單位之協助下引介適切之受訪者；另一方面，由於研究所同學於龍山老人服務中心附設日間照顧中心擔任志工，該單位亦有承接居家服務，因此研究者即與該承辦單位財團法人立心慈善基金會聯繫取得同意後，協助引介符合上述兩個條件的受訪者。

## (二) 與引介管道之聯繫

研究者首先撰寫「研究計畫說明」(附錄三)並附上研究配合事項說明(附錄四)，透過電子郵件傳送給上述兩單位，獲得兩單位的同意並由其初步挑選適切的受訪者後，由研究者透過電話方式直接與受訪者聯繫、約定訪談時間。本研究共計透過財團法人天主教失智老人社會福利基金會徵得 8 位受訪者，財團法人立心慈善基金會徵得 2 位受訪者，共計訪問 10 位受訪者。

## 三、受訪者及老人簡介與描述

### (一) 受訪者及老人基本資料概述

由於本研究的受訪者為失智老人家庭照顧者，其在使用居家服務前後的相關經驗均與被照顧者(即失智老人)有關，因此為探討不同類型的家庭照顧者在使用居家服務之經驗，研究者將「照顧者與老人之關係」分成三類，即「子女照顧者」、「配偶照顧者」及「孫子女照顧者」，從這三個不同類型的家庭照顧者身上，發掘更多屬於照顧者的故事。

本研究共計訪問 10 位受訪者(基本資料參見表 3.1，按照首次訪談的順序編號)，男性 4 人、女性 6 人；年齡介於 49 至 72 歲之間；婚姻狀況中，3 人未婚、1 人離婚，其餘皆已婚與配偶同住。工作情形為 2 人目前有工作、5 人一直無工作、3 人退休；與老人的關係，受訪者(即照顧者)為子女者有 6 人、為夫妻者有 3 人、為孫子女者有 1 人；照顧時間一年以下者有 2 人、一年以上未滿三年者有 2 人、三年以上未滿五年者有 2 人、五年以上未滿十年者有 2 人、十年以上者有 2 人。

老人方面，男性 3 人、女性 7 人；年齡介於 69 歲至 93 歲之間；失智程度為輕度者有 4 人、中度者有 1 人；極重度者有 5 人；使用居家服務時間一年以下者有 2 人、一年以上未滿三年者有 6 人、三年以上者有 2 人；服務項目中，僅身體照顧服務者有 4 人、僅家庭及日常生活照顧服務者有 2 人、而使用身體照顧服務與家庭及日常生活照顧服務者有 4 人。



表 3.1：受訪者基本資料表

受訪者 性別	照顧者 年齡	關係	婚姻 狀況	工作 情形	居住 狀況	老人 年齡	老人 狀況	照顧 時間	使用服務 時間	服務頻率與項目
子女照顧者										
A01(男)	60 多	母子	未婚	無	同住	83	失智極重度 臥床	4 年	7 年多	每週 2 次，每次 4 小時 協助沐浴、關節運動、陪同外出散步
A02(女)	60	母女	已婚	無	同住	84	失智極重度 臥床、有鼻胃管	半年	半年	每週 3 次，每次 2 小時 協助沐浴、陪同外出散步
A04(女)	61	母女	未婚	無	同住	85	輕度失智	6 年	4 年多	每週 2 次，每次 2 小時 家務整理、購物
A05(男)	59	父子	已婚	貿易 公司	同住	85	失智極重度 臥床	4 年	2 年多	每週 5 次，每次 2 小時 肢體關節活動、餵食、服藥、盥洗、穿脫衣物
A08(男)	70	母子	離婚	退休	同住	93	失智中度 行動尚可	10 多年	1 年多	每週 2 次，每次 2 小時 家務整理
A10(女)	59	母女	已婚	無	同住	92	失智輕度 行動尚可	近 10 年	1 年多	每週 3 次，每次 2 小時 陪同散步、家務整理
夫妻照顧者										
A06(男)	72	夫妻	已婚	退休	同住	70	失智極重度 肢體障礙	2 年多	2 年	每週 5 次，每次 3 小時 協助沐浴、陪同外出散步
A07(女)	71	夫妻	已婚	無	同住	69	失智輕度 中風	半年	近 1 年	每週 7 次，每次 3 小時 肢體關節運動、協助沐浴、鼻 胃管餵食、盥洗
A09(女)	64	夫妻	已婚	退休	同住	82	失智輕度 中風 巴金森氏症	11 年	2 年多	每週 5 次，每次 2 小時 陪同散步、協助沐浴、陪同就 醫
孫子女照顧者										
A03(女)	20 多	孫女	未婚	醫院 傳送	同住	76	失智極重度 臥床	1 年半	1 年半	每週 6 次，每次 3 小時 拍背、進食、餵藥 更換尿布、洗澡、散步購物等

## (二) 受訪者背景資料描述

1. 受訪者 A01：男性未婚，60 多歲，長子。原本住在美國，多前年返台後即無工作，租屋在外由其兄弟姊妹支付費用。母親原本與一異性友人同住，其友人主要負責照顧，七年多前發現母親開始有走失的情況，疑似患有失智症，在朋友的介紹下申請居家服

務。使用居家服務一陣子後，母親狀況明顯衰退，開始不洗澡甚至亂打人，三年前母親友人過世後，受訪者 A01 即肩負起母親所有的照顧責任，近來與兄弟姊妹交惡，兄弟姊妹不願意負擔其房租，一個多月前搬回與母親同住。

2. 受訪者 A02：女性已婚，60 歲，家中唯一小孩。早年父親過世後就將母親接來同住，目前和先生及母親租屋在外，母親為中低收入戶。母親狀況一直很穩定，直到半年多前在家裡小中風後送醫，住院後狀況急轉直下，完全臥床且插有鼻胃管。由於受訪者 A02 本身脊椎開過刀，擔心母親出院後自己無法協助母親上下床等照顧，在醫院同病房的其他家屬告知下，進而申請使用居家服務。
3. 受訪者 A03：女性未婚，20 多歲，長孫女，從小一直爺爺奶奶同住。本身在醫院工作，白天工作時僅有爺爺奶奶兩人在家，奶奶行動不便並患有糖尿病及失智症，相對的爺爺狀況較好，因此白天主要是由爺爺協助照顧。奶奶前年冬至突然血糖飆高在家中跌倒，住院後狀況一直不穩定。受訪者 A03 一直在考慮要選擇何種照顧方式，雖家中尚有姑姑、伯父等家屬，但姑姑、伯父的年紀大，僅能參與討論並給予建議而無法提供直接的照顧；受訪者 A03 另有一妹妹但不同住，只能偶爾回家探視。後來是鄰居告訴爺爺有居家服務，爺爺告訴受訪者 A03，受訪者 A03 主動打去衛生所詢問得知有居家服務後，才申請使用居家服務。
4. 受訪者 A04：女性未婚，61 歲，養女，一直以來都與母親同住。之前生病到醫院住院四個月，出院後開始需要洗腎。醫院社工知道受訪者 A04 家中尚有年邁、失智的母親需要照顧後，即協助受訪者 A04 申請居家服務。
5. 受訪者 A05：男性已婚，59 歲，獨子。婚後一家人一直與父母親同住。母親過世後，受訪者 A05 即擔負起父親的照顧工作，父親七、八年前中風並開始有失智現象，四年多前二度中風，住院返家後生活完全無法自理，受訪者 A05 即收掉公司回家專心照顧父親。當時一度考慮申請外籍看護工照顧，但父親堅持不要，直到二年多前父親失智失能狀況更嚴重，受訪者 A05 從朋友處聽說有

居家服務，打電話至縣政府詢問才申請。

6. 受訪者 A06：男性已婚，72 歲，清潔隊退休，與兒子媳婦及太太同住，但自己仍是主要照顧者。十多前年曾帶太太到大陸就醫，就已發現有失智的傾向，後回國後持續就醫，二、三年前太太失智的狀況更加嚴重已完全不認得他人，作息日夜顛倒讓受訪者 A06 在照顧上感到非常吃力，因此在醫院的協助下申請居家服務。
7. 受訪者 A07：女性已婚，71 歲。先生之前曾經中風過，但狀況尚可，前一陣子開始無法自理，甚至連起、坐都有問題，由於受訪者 A07 完全不會照顧，因此評估是否要申請外籍看護工，但先生拒絕；之後又曾將先生送到養護中心，但受訪者 A07 前往探望時發現先生哭紅雙眼，不忍心又將先生接回。由於受訪者 A07 誤以為先生是吸入性肺炎，短時間內可以復原，於是在朋友的介紹下申請使用居家服務。然持續就醫後發現先生是二度中風，想再請申請外籍看護工不放心，加上用居家服務後發現居家服務對於先生生活自理能力的恢復上效果不錯，因此打消使用外籍看護工之念頭，繼續使用居家服務。
8. 受訪者 A08：男性離婚，70 歲，為老人的小兒子，原本在花蓮工作，退休後調回台北，全家搬回與母親同住。受訪者 A08 的太太與母親有相處方面之問題而與受訪者 A08 離婚，小孩長大都在外地工作，因此目前照顧母親的工作全由受訪者 A08 負責。雖然受訪者 A08 之兄弟姐妹可以協助購物及準備母親的三餐，減輕受訪者 A08 的壓力，然母親對自己的生活方式非常有主見，使得受訪者 A08 在照顧上常使不上力，因此打算申請外籍看護工協助照顧母親，但醫生認定母親的失能失智狀況未達申請外籍看護工的標準，因此受訪者 A08 在醫院的協助下，申請使用居家服務。
9. 受訪者 A09：女性已婚，64 歲。先生在十多年前中風，當時受訪者 A09 尚未退休，因為無法兼顧照顧工作，故申請外籍看護工照顧，受訪者 A09 退休後陸陸續續申請了三任外籍看護工協助照顧，最近一任的外籍看護工逃跑之後，發現自己全責照顧真的有的困難，因此在朋友的介紹之下，申請使用居家服務。

10. 受訪者 A10：女性已婚，59 歲。母親 70 多歲發現有心肌梗塞之問題，當時受訪者 A10 有工作且有生病的婆婆要照顧，偶爾才回家探視母親。然近幾年母親身體狀況與失智狀況愈來愈嚴重，婆婆去世後，受訪者 A10 的姐姐要受訪者 A10 辭掉工作照顧母親，因此受訪者 A10 才辭掉工作專門照顧母親。由於受訪者 A10 先前曾照顧婆婆，辭掉工作後接著照顧母親，又適逢受訪者 A10 自己更年期與加上母親失智彼此在溝通上會有情緒，讓受訪者 A10 備感壓力，後來在里長那獲知有居家服務訊息，才自己申請居家服務。





## 第三節 資料蒐集與分析

### 一、資料蒐集方式

質性研究強調研究是一個不斷對話的過程，由於本研究係以深度訪談作為資料蒐集的方式，故在研究者進行資料蒐集的過程中，以訪談方式來蒐集研究者所需的資料，輔以觀察與聆聽，希望藉由面對面的訪談瞭解受訪者的感受、想法及對事件所賦予的意義，故採用個別深入訪談法瞭解其接受居家服務後的個別經驗。

#### (一) 訪談大綱

訪談初期，研究者根據研究問題與目的設計半結構式的訪談大綱(見附錄五)，作為訪談的引導方針，並於試訪 2 名受訪者後謄寫逐字稿，再與指導教授針對訪談內容進行討論，進一步修改訪談大綱與練習訪談技巧。正式訪談部分，研究者會事先背誦修改後的訪談大綱作為發問的架構，亦會先透過描述性事實的訪談建立信任關係後，再論及較深入的個人看法與感受，但會依據每位受訪者的狀況與分享內容彈性調整，盡量保持受訪者自述其經驗的開放性以蒐集有深度的個人經驗。

#### (二) 訪談札記

研究者在訪談結束後立即撰寫訪談札記，其內容包括：(1)訪談過程記要：記錄研究者所觀察到之聲調、情感表達與肢體語言等非口語行為；(2)訪談者的自我覺察與省思；(3)未來可分析處：記錄研究者感興趣之受訪者言詞等；及(4)未來訪談之提醒與建議：從訪談過程中發掘新問題。

#### (三) 錄音

訪談是透過研究者的直接觀察、現場錄音以及研究者與受訪者彼此的互動，深入探討受訪者的內在經驗，因此研究者會尋求受訪者同意進行錄音，除可避免研究者主觀記憶或因筆錄而有所遺漏外，亦可確保真實記錄受訪者所言。

### 二、資料分析

質性研究的目的是在於分析、解釋並呈現研究的發現與結果(簡春安、鄒平儀 1998)，因此本研究希望藉由研究者對研究資料之熟悉度，透過反覆檢視資料進一步發展架構，將零散而片段的資料單元歸納統整為具包容性的類別或主題，也期待能在整體分析的過程中隨時掌握資料的變化以確定研究品質。

本研究採用的資料分析方法，乃是依個別訪談所獲得之錄音檔，逐字謄寫其內容成

逐字稿，以真實呈現受訪者的語言、用法及其意義，並保持資料的完整性；接著再將文字資料進行編碼作為分析的標準。「資料整理的主要方式是歸類，而歸類的基礎是建立類屬。類屬的確定和建立必須通過登錄，即將有意義的詞、短句、句子或段落用一定的碼號(code)標示出來」(陳向明，2002)，之後並將訪談當時的觀察作為分析時的輔助參考背景，將情境因素納入考量，以減少不必要之偏誤。

綜上所述，根據研究者於 2009 年修習馬藹萱老師的「質性研究」課堂所學，錄音檔逐字謄寫成逐字稿後，由以下框架(表 3.2)之方式逐行譯碼，而後進行資料分析。

表 3.2：逐字稿分析架構

原始資料	編碼	概念化		譯碼摘記
		類屬、次類屬	面向	
逐字稿內容				

(資料來源：研究者自行整理)



## 第四節 研究嚴謹度

質性研究的嚴謹度將影響研究有效性及可信度，因此如何增加研究的嚴謹度是相當重要的。本研究根據 Lincoln 與 Guba 於 1984 年所提出「真確性(credibility)」、「可靠性(dependability)」、「可轉換性(transferability)」及「可確認性(confirmability)」四者作為評估研究好壞的標準，前者關心的是內在效度，即研究的真實程度，後者關心外在效度，即質性研究資料的可比較性與詮釋性(胡幼慧、姚美華，1996)。故研究者所欲採取的策略有：

### (一) 確實性(credibility)

即內在效度，係指研究資料的真實程度，由於研究者本身即是研究工具，難免會遭受質疑，及是否會因為研究者本身的個人偏好或價值觀影響了對研究主題之真實性樣貌的瞭解與呈現。過程中研究者會採取多元檢定方式來確保研究的可信度，透過與指導教授、同學之討論與回饋等，適時修正、檢討自己的分析架構。

### (二) 可靠性(dependability)

即內在信度，指受訪者經驗的重要性與唯一性，為增進該研究的可靠性，研究者在樣本選取上，會依照研究目的尋找適合的受訪者，刪除不適宜之受訪者；在分析上，研究者會在不同時間點進行重覆分析，以增加研究者對自身編碼的同意度。

### (三) 可轉換性(transferability)

即外在效度，指的是受訪者所陳述的感受與經驗能否有效的做資料性的描述與轉換成文字陳述。為確保研究者所陳述的感受與經驗均能有效的做資料性的描述與轉換成文字陳述，研究者每次訪談時會同時進行錄音語文字記錄的工作，讓資料得以更完整的呈現。訪談結束後研究者盡可能立即進行錄音檔的存取與逐字稿的謄寫，將訪談過程轉譯成文字；另外研究者亦會將訪談當時的情境與心得記錄下來，包括現場的環境物質、觀察對象的言行以及研究者個人的感想與反省。

### (四) 可確認性(confirmability)

免除研究過程中可能造成誤差的因素，即資料乃是自然情境下的呈現，而資料的蒐集過程中或策略的決定皆需仔細評估，以求所得資料能確實可信。

## 第五節 研究倫理

由於質性研究關注研究者與被研究者之間的關係對研究之影響，因為研究中的倫理規範以及研究者個人的道德品質在質性研究中變成了一個不可迴避的問題(陳向明，2002)。研究倫理基本要求包括徵求同意、保密、不傷害案主、不隱瞞等。以下將針對這些部分進一步說明。

### (一) 充分告知後的同意

本研究進行前，研究者提供受訪者充分且必要的資訊，以便其作出是否參與研究之決定，徵求受訪者同意後，研究者明確告知本研究之目的與研究需配合事項。而在訪談前研究者針對每位受訪者進行自我介紹，說明訪談目的、徵詢其同意錄音、告知其權益等，並設計參與研究同意書(見附錄六)讓受訪者簽署。

### (二) 隱私與保密

為保護受訪者之隱私，在研究進行前，研究者均向受訪者保證絕不公開任何有關受訪者之資料；在研究報告中除會以代號辨識受訪者外，亦不會使用任何字句影射或描述受訪者資料，並在研究報告完成後銷毀所有受訪者之原始資料。

### (三) 研究者的自省

由於先前的工作經驗接觸過不少失智老人家庭照顧者，因此希望憑藉著過去與失智老人家庭照顧者互動之經驗及技巧，讓研究過程更順利。然而在選定此一研究題目、著手整理相關文獻到寫計畫書時，我發現自己常會不自覺陷入之前擔任居家服務督導的角色，甚至在試訪時，自己還是不免會從居家服務督導的角度去探問。由於服務的使用經驗是一個選擇與決定交織的歷程，如何藉由一次的訪談獲得所有的資料，同時又要告訴自己不要過於依賴過去的工作經驗，我的內心常陷入交戰。因此在訪談過程中常需要不斷自我提醒，告訴自己把自己定位在一個研究者上，而到之後也慢慢地發現自己能夠更投入整個訪談過程，了解照顧者的內心世界。



## 第四章 研究結果

本章共分為三節，第一節首先探討使用居家服務之原因；第二節進而探究使用居家服務的效益，包括居家服務對照顧之影響為何，以及居家服務對受訪者和老人的幫助有哪些；第三節呈現受訪者對居家服務之看法、什麼是好的居家服務、未來需要的其他支持服務及對居家服務之建議等部份進行討論。希望藉由上述面向之討論，能夠對失智症家庭照顧者使用居家服務之現況有更具體之了解，也期待能從建議中發現更多未來政策規劃或服務落實的創新思維，讓居家服務更能貼近失智老人家庭的需求。

### 第一節 使用居家服務之原因

研究者在檢視受訪者的言詞分析後，發現照顧者在照顧及使用居家服務的時間脈絡上，大致有三個軸線，因此本節即以此三個軸線作為架構進行陳述。在探究受訪者(以下或稱照顧者)使用居家服務的原因前，首先了解在未使用居家服務之前，受訪者提供哪些照顧項目；其次，在照顧過程中照顧者的負荷有哪些；最後則了解受訪者當初申請使用居家服務的原因，以及使用居家服務前對居家服務的態度為何。

#### 一、照顧者在使用居家服務前所提供的照顧項目

研究者發現照顧者在使用居家服務前，均有提供部份或全部之照顧，其中提供最多的項目是身體照顧，包括安全看視、協助移位、擦澡或沐浴、餵灌食、大小便處理及清潔、拿藥或陪同就醫/復健、陪同散步及餵藥/打針；而在物質提供方面，超過半數的照顧者只提到餐食準備此一項目。

##### (一) 身體照顧

##### 1. 安全看視

##### (1) 老人迷失後的接送

「常常出去、搭公車就忘了在什麼地方，也不知道要怎麼回來。還好她還記得電話，就打電話回來，我們就叫計程車接她一起回來…擋都擋不住啦！她一定要一個人出去。那時候還好啦，就是還記得家裡的電話，所以要跟司機講在什麼地方，去把她接回來，好幾次她都找不到家。」A01-01-02-01-01

##### (2) 夜晚的照顧與鼻胃管維護

「像她有時候睡不著，我也要等到她睡著我才敢睡。除非說真的

很累就直接睡了，然後醒了之後就想說阿嬤不知道怎麼了，又趕快跑去看一下，都會這樣啦！如果睡了，聽到她在打噴嚏或什麼的，就要起來看一下啦！因為她打噴嚏時手是綁著的，有時候鼻涕啊什麼的，要看一下…有時候睡醒或是半夜喔~也是要看一下她啦！起來上個廁所也是要看一下她啦！去看她眼睛就先看她的鼻子啦。就擔心她把鼻胃管拔掉，所以都要先看。」

A02-01-02-01-01

## 2. 協助移位

「也是一樣把輪椅推到那(浴室門口)，再慢慢用抱的啦！把她抱上去這樣，一樣都是要抱啦！只不過之前的浴室還要再高一點。」

A02-01-02-01-02

「因為像阿嬤，我可能只能從床上抱到輪椅上面，要是要我抱到浴室那邊，我可能沒那個力氣...」 A03-01-02-01-02

「那我那個時候從床上這樣硬把他搬起來，他沒辦法自己撐，他以前我旁邊都有做那種鐵架子讓他自己這樣慢慢撐起來，我再借力使力這樣子，後來他連都沒有辦法，那你稍加用一個力他腰一閃到，他每天在那唉呦唉呦。」 A05-01-02-01-02

## 3. 擦澡或沐浴

「因為老人家了，不像我們一樣要每天洗。老人家喔~就擦一下擦一下這樣啦…如果要洗的話，就用輪椅推啊！一部份一部份慢慢的來。」 A02-01-02-01-03

「阿嬤現在也不行(自己洗)啊…老了她就不行當然我用啊。」

A04-01-02-01-03

「其他身體我就晚上幫他擦一遍睡覺，那早晨起來也幫他擦一擦，那洗澡的…因為老人家他幾乎也不分泌油脂。」

A05-01-02-01-03

「對啊，每天要洗啊…你吃力也是要洗，不吃力也是要洗，咬著牙關還是要洗的。只是好像很累，還是要把她(洗澡)洗完。」

A06-01-02-01-03

#### 4. 餵食或灌食

「現在比較穩定了啦！不然...鼻胃管就只有這樣而已啊！她沒辦法咬啦！因為怕她噎到，所以現在都喝牛奶啦！反正她的一切都是我在弄啦！管灌嘛！就灌到鼻子，管子才有辦法下去。」

A02-01-02-01-04

「六點半用完以後給他喝水，水也不敢喝的很快，水喝完以後再幫他用，反正大概一個多鐘頭，一個多鐘頭完了以後就開始餵他吃飯什麼...」A05-01-02-01-04

「那我的工作就偏向說...管灌啦，還有...陪他走路這樣子而已。」A07-01-02-01-04

「起先是可以(自己吃)，後來慢慢是不行，慢慢就是他是自己不會吃東西，我這樣早上給他泡牛奶泡好，起先他自己會這樣杯子自己舀來吃，後來就不會了，那我就餵他，我怕他整個翻掉...旁邊用一口一口餵他吃」A09-01-02-01-04

#### 5. 大小便的處理與清潔

「大小便那個還是要我來啦！我都會來巡啦！因為她手都要綁著，也是要看一下有沒有蓋棉被啦！或是大小便尿布有沒有濕啊...每天都洗，因為大小便在床上，皮膚很怕悶在裡面，洗屁股是比較簡單啦...」A02-01-02-01-05

「因為像阿嬤，我可能只能從床上抱到輪椅上面，要是要我抱到浴室那邊，我可能沒那個力氣...我頂多只能幫阿嬤做到換尿布方面而已。」A03-01-02-01-05

「早晨起來我會幫他洗洗屁股啊，那都我來用...就等於把屁股洗一洗啊，因為我要扶他畢竟我們是住家，你說要...因為他現在不能走路啊，那你說我浴室又不是很大，所以我要給他整個人帶到浴室去洗很麻煩，所以我都給他用擦的擦的比較多...因為你畢竟排尿排尿啊那的地方一定要每天都用乾淨，這是我的看法啦！」」A05-01-02-01-05

「一方面那時候很難照顧，洗澡都是我朋友...都是我朋友教我

的，洗澡我都不敢跟他洗啊，因為他...他說...他那個那麼嚴重  
喔，會跌倒，就很少洗…」A07-01-02-01-05

「他要尿尿啊，那現在就是包尿布啊...要起來幫他擦，因為半夜  
他都這樣迷迷糊糊的。」A09-01-02-01-05

「都是我長期幫她洗的，因為像冬天的時候，她會怕冷啊動作比  
較慢，所以我都一直幫她洗，比較快啊，所以我就幫她洗。」

A10-01-02-01-05

#### 6. 拿藥或陪同就醫、復健

「那看醫生的話就一個月去拿一次藥，這我都還可以啦！」

A01-01-02-01-06

「只是他惡化那時候，我剛開始我要帶他去醫院，一定要陪同對  
不對，然後...後來就這樣子下來啊，從...從住院那時候九月  
份開始，就陪他復健啊，陪他每天，因為我...我去馬偕的話就  
是做一系列的...一系列的那個檢查啊這樣...」

▪ A07-01-02-01-06

#### 7. 陪同散步

「走一走啊...因為就在我們這裡...我們這裡有一個公園嘛...平  
常都是我自己在帶她去走一走啊。」A04-01-02-01-07

「那我的工作就偏向說...管灌啦，還有...陪他走路這樣子而  
已。」A07-01-02-01-07

「我早上都會去運動，我會帶她去，以前是都是他自己我就這樣  
子推著她走，後來就是我自己因為年歲也有了，我自己也要運動  
啊，所以我就在那一邊運動她就自己推著輪椅也這樣子繞。」

A10-01-02-01-07

#### 8. 餵藥或打針

「他以前血糖有一點高嘛，先吃(餵)一個血糖藥，然後早上就給  
他喝多一點水，然後就開始餵麥片，麥片再加很多營養的東西，  
然後還有那個什麼維他命我都給他打在裡面，吃完以後再喝一點



水吃(餵)藥...」 A05-01-02-01-08

「吃完了...早上還要打針...打胰島素，胰島素一直都我幫他打，早上打一次、晚上打一次。」 A09-01-02-01-09

## (二) 物質提供

### 1. 餐食準備

「吃的部分我自己到外買好回來弄熱，就是我中午都在外面買啦！」 A01-01-02-02-01

「沒辦法啊！就是要做啊！三餐什麼的...都是我的事啦。」  
A02-01-02-02-01

「很多啊，全部生活都我在照顧啊...吃飯啊什麼，就是平常日常生活啦。」 A04-01-02-02-01

「對啊，我自己用啊，回來差不多快十二點的時候，我就打飯給他吃啊，因為他都沒牙，牙齒通通掉光光，掉光光...那所有菜啊飯啊通通用打的，打在一起。」 A09-01-02-02-01

### 再分析

由於失智老人除了認知與記憶能力受損之外，尚有特殊的問題行為與情緒，因此照顧時時刻刻去注意老人可能發生的危險與意外，在飲食、個人衛生、穿衣及行動上更需費心去處理(楊培珊譯，1996)。然而失智照顧的特殊性為何？研究者企圖從受訪者的描述中去探索，發現可從受訪者的陳述中窺見。受訪者 A01 即表示「擋都擋不住啦！她一定要一個人出去...就是說怕她遺失嘛！怕她走丟，所以就跟著她走在後面啦！她很會走啦！所以我就跟在後面，怕她不認得路啦！就跟在後面看」。照顧者不會因為老人的安全考量而一味的限制老人外出，反而會在老人外出時跟隨在後，注意老人的狀況；受訪者 A05 則表示「他是比較燥熱體質的一個人，因為他以前年輕的時候有喝喝酒啊，那我們一問他他也不講，你問他熱不熱冷不冷怎麼樣怎麼樣，那最多衣服...譬如晚上我睡覺，我說要不要把這脫掉，他就不要，那我就不給他脫這樣，因為有的時候我們覺得很熱，他就覺得正好，這我們可能用抓的，雖然我跟他從小在一起長大，但是到現在也

是在抓他那種感覺，因為年紀大不能夠說很清楚的表達，這是最大頭痛的地方」；另受訪者 A08 亦表示「我母親因為很挑剔，她第一個外面的東西她不吃，那不吃的話以前都是我跟她煮…最近這半年多來，她有的時候早上起來，她固定我都給她買牛奶，她就會固定要吃這個林鳳營的，像統一的味全的…她都不要，她就是覺得林鳳營最好，所以我就給她買林鳳營的牛奶，她就是一杯牛奶，有的時候一顆荷包蛋，一杯咖啡…她要吃那個有個律師什麼的廣告的三合一咖啡，有個律師…那個咖啡…」，都充分顯示照顧者在照顧失智老人時，必須對老人過去的習性及喜好有全面性的了解與掌握，而這樣照顧方式的特殊性對一般失能老人的照顧者來說，更加凸顯失智症照顧的特殊性與困難性。

另一方面，在家務整理的項目上，本研究發現男性受訪者並未將家務整理視為是自己的照顧項目，如受訪者 A08 表示「那就是家裡面因為沒人打掃嘛！母親的房間她又不讓我們碰…」，因此自然不會提到此一照顧項目；此外研究者亦發現，若家中有其他成員可以協助時，則男性照顧者更可能將家務整理排除在自己所提供的照顧項目外，如受訪者 A05 提到「整理的部分，像禮拜六禮拜天我太太大家都會下來幫忙啊…」，受訪者 A06 也表示「家裡面還有媳婦幫忙整理，但她也很忙，有三個小孩要照顧…」。Sanker 在 1993 年之研究就曾指出，由於家庭內的女性照顧者一直提供家人生活上的照顧，如洗衣、清潔等工作，而這些通常都被視為輔助性日常生活功能的照顧正好與家務工作一致，因此對其而言做這些事並不是照顧工作，但對於男性而言，因為大部份未曾做過這些家務工作，因此比較容易認定自己是在從事照顧工作(引自謝美娥，2000)。可見對有實際提供家務整理的男性照顧者而言，依舊會將其視為是照顧工作項目之一，但若自始就不認為家務整理是自己需要提供、或是有其他家人可以協助的男性照顧者，自然就不會視家務整理為他所需要提供的照顧項目之一。

因此研究者認為，針對失智症照顧之特殊性，以及性別對家庭照顧者所可能產生的照顧項目認定，未來在規劃失智症家庭照顧者的支持策略上應跳脫原有的服務框架，從目前居家服務實務現況加以設計更符合失智症家庭照顧者的支持策略，以滿足其更多的需求。

### (三) 小結

過去多數的文獻將照顧的意涵大致分為三類，包括身體照顧、物質提供及精神照顧，此三類建構出照顧者對老人照顧的主要面向：(1)身體照顧，指的是照顧者提供生理健康上的關懷，在受照顧者因疾病而產生痛苦時，提供各種方式紓緩其痛苦以維持生命，保護並防止她們受到身體上的傷害，如陪伴就醫、協助用藥等；(2)物質提供，即照顧者提供失智老人日常生活所需的物資，如住所、金錢、飲食等；及(3)精神照顧，指的是除了生活事物及健康協助外，照顧者對失智老人在情感上的關心支持，通常是指兩者間情感的交流和互動。

相較於一般失能老人，失智老人對於照顧的依賴度更高，因此照顧者的照顧工作通常都是二十四小時不斷的進行，照顧者必須包攬所有的照顧項目，加上日常生活功能的照顧均涉及到個人人身的照顧，通常需要訓練或從錯誤經驗中學習，因此照顧者在執行這些工作時會清楚的認定自己就是在從事照顧工作。故對本研究的照顧者而言，所謂的照顧工作即是和老人有直接相關的照顧項目，也因此照顧者對於身體照顧或餐食準備的照顧項目描述最多。

## 二、照顧者的照顧負荷

由於失智症為一特殊疾病，照顧者不但需照顧患者的日常生活，同時老人的問題行為與情緒也必須隨時注意，因此照顧者花費在照顧的時間很多，照顧的壓力不在話下。如此一來不但影響照顧者本身的日常生活作息、自己的時間被控制之外，對有工作的照顧者來說，更可能分身乏術而影響工作。

### (一) 照顧壓力太大

照顧工作原本就是一項極需體力、精神、時間與金錢的工作，當照顧者面對這樣龐大的壓力時，其負荷可想而知。這些負荷可能包含照顧者心理生理上的負荷、經濟上的壓力、社會生活的改變、家庭關係及老人關係的改變及上一段所提及的工作與照顧上的拉鋸等。研究者在訪談過程中即發現，有照顧者是因為失智老人睡眠習慣的改變，使得其在夜晚無法有好的睡眠品質而覺得壓力大，如受訪者 A05 及 A06；也有照顧者因為關切於失智老人的疾病，老人狀況不好自己也跟著擔心其衰弱或病情惡化而導致自己有壓力，如受訪者 A07；而受訪者 A08 本來有運動的習慣，照顧老人

之後根本不能去運動，覺得什麼都沒有了而感覺壓力大；另受訪者 A10 在照顧過程中剛好處於更年期，因而覺得壓力大。

「你還是一個壓力在，你就沒有辦法，晚上睡覺那個時候睡他旁邊也睡不著，他只要哈哈我人就醒來了，一晚上等於醒來五六次，你還睡什麼覺？長期下來這個身體就真的不如以前，所以雖然我現在睡外面，睡外面好一點，但是你畢竟...所以說你要他的時間他的睡眠把他全部正常化以後，這就是壓力啊，你才能夠把自己的事情去處理。」A05-01-03-01-02

「精神壓力是很大的，可是夫妻嘛！五十多年了，這個感情嘛...好像就是晚上她有時候不睡，我就想睡。我睡著了，她就坐在這裡，有時候如果冷啊怎麼樣啊，就受涼了，就不行啊，我就要照顧她。」A06-01-03-01-02

「因為精神壓力，所以我都盡量不要去想他，因為我覺得真的精神壓力會影響到身體，我之前會想不開，然後一直鑽牛角尖，結果身體很差，差到我自己都覺得好像快要倒了。就是吃不下啦，煩惱啊，又有壓力，就突然加這樣下來。很多地方都看得出來，就是一起跟他身體不好。他狀況好，我們自己都看得出來氣色比較好、身體比較好，如果他不好我們就會跟著他一樣瘦下去啊，然後...好像整個身體都起變化這樣子啊。」A07-01-03-01-02

「我被她磨的就是...我本來比現在還胖。因為我以前就是我都有運動的習慣，我以前就是常運動，那麼多年以來，我都是下午有的時候去游泳，晚上去跑跑步，被她這一搞我什麼都沒有了。家裡有個老人一定會這樣，當然有時候我們也會有點生氣啊，你說我七十歲每天還要這樣子搞這樣子搞，我當然也受不了。」A08-01-03-01-02

「那一段時間剛好是自己壓力過大，不然我是長期都是自己顧，後來就是我壓力過大，因為我長期都是吃更年期的藥，後來沒有吃啊，沒有吃加上長期壓力，可能是一直煩躁，然後就覺得壓力很大。」A10-01-03-01-02

再分析



研究者發現，配偶照顧者在照顧過程中，是基於夫妻情份而照顧，且特別強調「責任」之概念，如受訪者 A06 即表示「夫妻嘛！五十多年了，這個感情嘛…我睡著了，她就坐在這裡，有時候如果冷啊怎麼樣啊，就受涼了，就不行啊，我就要照顧她…」夫妻關係代表的是不能不承擔的責任，直到關係中止或結束(陳奎如，2000)。對老年夫妻來說，配偶就是自己最親的人，所以照顧對其而言是一種無法推委的責任。當配偶照顧者面對同樣老年的另一半，在照顧上除了體力負荷較大之外，擔心另一半的健康狀況也是其壓力源之一，因此配偶照顧者所感受到的，就如同受訪者 A06 與 A07 所提到「精神壓力」，是比起子女照顧者還要更沉重且更深層的壓力。

## (二) 自己的時間受到限制

失智老人的照顧工作，舉凡日常生活活動功能的進行、大小便失禁及老人健康相關問題的處理、老人意外的預防到情緒問題的掌控等都需要照顧者協助。研究者在訪談過程中發現，部分的受訪者均強烈表示「我都沒有時間」，如受訪者 A01 因為需要在老人醒來的時候待在老人身邊而不能走開；受訪者 A05 則是因為沒有外出的時間而感覺與外界隔絕。甚至有照顧者認為更得要依著老人的生活作息，調整自己的作息時間，如受訪者 A08 因為自己的生活作息、時間的自主性必須配合老人而沒有屬於自己的時間；而受訪者 A10 則是需要掌控時間，趁老人睡覺時外出。

### 1. 我都沒有時間

「我都沒有時間啦！因為走不開。像現在一天會讓她起來坐個兩次，中午大概是一點鐘到四點，晚上是七點半到十點。所以通常像十二點半到三點半我就沒辦法走開，因為她在椅子上坐我就沒辦法離開…我會自己安排我的時間，像三點半到七點的時間，我就會做自己的事，但還是要看一下她啦！看她有沒有咳嗽什麼的。」 A01-01-03-01-03

「就是三點四十分、三點四十五分用完，那他就坐在那邊看看電視或是說他不看他要打盹就打盹，然後到六點鐘。我比較有空就是大概是這個時候，到六點之間，我要幹嘛比如說我自己有的時候不舒服啦去看看病啊，或者說我要幫他去拿藥啊，或者說我自



已有一點事情。以前我還可以出去啊，現在我不敢，現在都是有朋友我就請他到...你真的要找我有事你就到家裡。你就是什麼都不能動，等於是跟外頭隔絕了，所以我也想出國去走走啊幹嘛幹嘛，沒有辦法。」A05-01-03-01-03

## 2. 必須配合老人的生活作息

「洗澡她還是自己洗，反正就是澡盆放滿，她都是泡澡，她就是把澡盆的水放的滿滿，那她這個以我來講，萬一有一天，摔了一跤或是滑了一跤，就會發生這個問題，問題就是沒辦法...但是我問題就是，她洗澡的時間有時候很不一定，那有的時候我自己也有生活，我自己也會有活動啦，那我不見得就是說都在家裡，就是這樣，這是我比較困擾的...所以她的生活很不正常，變成我沒辦法配合她。」A08-01-03-01-03

「我媽媽是還好，出去的話只要知道她這個中午的時間她有在睡覺，什麼時候她才會起來，只要時間不要超過太晚的話都還可以，我會跟她講一下。」A10-01-03-01-03

### (三) 照顧與工作無法兼顧的兩難

照顧失智症者是一個日積月累的過程，也是一個連續不間斷的情緒與壓力累積的過程，如果照顧者原本有工作，當照顧對照顧者的工作有所影響時，照顧者將很難在工作與照顧之間加以抉擇，照顧者可能要減少工時、請假甚至需要辭去工作來因應。受訪者 A03 即表示目前是受僱、處於有工作的狀態，下班之後因為疲憊不堪而無法再協助照顧，若家人無法暫代照顧，照顧者連出差都沒辦法；而受訪者 A05 和 A10 則為了照顧，結束自己所經營的公司或辭掉工作來全力照顧。因此，當照顧者同時面對工作與照顧，特別是如何兼顧照顧及工作，或被迫只能選擇其中之一時，相信照顧者內心的煎熬與拉扯更是不言可喻。

「然後那次(摔倒住院)之後，我就跟阿公差點吵起來了，就是為了阿嬤，照顧阿嬤的問題我快要發瘋了。因為...我也累啦！回來一下上大夜班我也累啦...對啊！像我去年十月的時候出差八天多吧！我就一直跟主管說我想回家，那我也跟我的姑姑她們說我會在台中，如果有什麼事的話會再打給她們...但前陣子又要去

台中出差，她們就都不肯幫忙了，沒辦法啊~那我就沒有去(出差)了。」 A03-01-03-01-01

「因為我還好啦！我不是在人家那裡上班，我是自己開一個貿易公司，所以當初開始本來是一點點，我把電話切到家裡面來，最早是這樣子，後來慢慢我就不去公司，最後我就乾脆公司我就停頓了，我把那辦公室去租給別人，我就自己專心在家照顧他就沒有了，當然沒有辦法，我也是一步一步的就這樣子啊...」

A05-01-03-01-01

「...那後來是到八十幾年她就比較嚴重，那我姊姊就叫我說那就不要工作，我就辭掉工作這樣子...」 A10-01-03-01-01

#### (四) 小結

在先前的文獻中即整理出照顧者的負荷包含生理、心理、家庭、經濟及社會五個層面，而在分析後，研究者亦發現照顧者提到的負荷最多的如生理層面的睡眠不足及心理上的精神緊張；社會層面的社交機會減少、與社會隔離等；經濟層面的必需在工作與照顧上做抉擇等。可見對照顧者而言，照顧失智症的家屬的衝擊是多面向的，漫長的照顧過程使照顧者必須承受相當大的生理、心理及社會壓力，容易造成負荷甚至是影響自己的健康。

### 三、申請使用居家服務的歷程

徐亞瑛等人(1996)曾對北台灣 29 位失智老人照顧者的照護經驗進行研究，其發現困難的失智老人照顧工作有：協助失智老人日常活動功能的進行、處理大小便失禁的問題、處理老人的健康相關問題、預防老人意外的發生、處理老人不穩的情緒等，同時更應依著老人不同的生活作息而加以照顧。

而研究者在訪談的過程中發現，當照顧者在提供上述身體照顧或日常生活照顧工作遭遇到困難時，會促使其申請使用居家服務。因此，研究者歸納出失智症家庭照顧者使用居家服務之原因大致可分為三類：第一類為老人因素：包含老人的失智或失能程度日益嚴重、或老人發生突發性的事件，讓受訪者在照顧上的困擾加劇；第二類則是照顧者因素：主要是受訪者本身年事已高、身體狀況不佳導致無法負荷所有的日常生活照顧工作，此類受訪者多是夫妻或老年子女照顧者；第三類則可歸納為照顧人力因素，包含照

顧人力不足、照顧者原有意申請外籍看護工來協助照顧，因為資格不符或已申請的外籍看護工逃跑，因而申請居家服務作為暫時性的照顧方式。

### (一) 老人因素

由於失智症者在病程中，呈現記憶力、語言、人格認知功能及自我照顧能力逐漸退化的狀況，且隨著病程進展，失智症患者對照顧者的依賴會逐漸增加，因此相對的照顧者的照顧責任與壓力也逐漸增加。

研究者發現，受訪者中有些人是因為老人失智症狀加重，開始有問題行為的出現，或因失智加上多次中風導致失能程度加重，以及因老人遭逢突發性事故(如中風、跌倒住院)，導致受訪者在照顧上無法再以原有之方式提供照顧，進而申請使用居家服務。

#### 1. 老人失智或失能症狀加重

訪談過程中發現，半數以上的老人其失智症狀雖不盡相同，但情緒與行為上的轉變卻是顯而易見，如脾氣愈來愈暴躁、開始有走失的可能、認知功能逐漸衰退之外，更嚴重的甚至伴隨問題行為的出現，如作息日夜顛倒、懷疑他人偷東西等，這些情緒或行為上的問題，都使得照顧者必須花費更多心力照顧；而老人無法清楚表達及愈來愈無法自理，將使得照顧者無法了解老人需求，且會加重照顧者對老人的照顧。

##### (1)脾氣變得暴躁

「她會闖紅燈什麼的，因為她不能等，脾氣很暴躁，紅燈一定要闖，所以就怕危險啦！」A01-01-01-01-01

##### (2)怕走失

「就她坐公車，這站到了她就不肯下車，因為她說她印象中記得不是這站，就很堅持不肯下車…因為她說記憶中就不是這一站，所以繼續搭就會迷失。那有時候我跟她一起搭車，就陪她嘛！看她坐到哪一站就跟著到哪一站，不過常常就是整天都在坐公車，因為她不肯下車，也不能強迫她下車。那時就在想辦法說怎麼辦…最主要的就是怕她一出去就忘了回來啦！最主要問題... 其他的問題像在家吃飯什麼的都還可以、都很正

常。」 A01-01-01-01-01

### (3)記憶力逐漸喪失

「就是一直...慢慢退化掉，越來越嚴重，她以前她吃住她都知道，她叫我陪她，那後來她就慢慢沒什麼感覺啦。」

A06-01-01-01-01

「她有時候就會把經常那個鍋子就會煮到燒掉。我一直覺得都很困難，她可能煮東西就是會煮到...現在我不准給她煮了。」

A08-01-01-01-01

「就是記憶...你跟她講她馬上就忘記了...你就要重複跟她講，你不能說像以前那樣，我跟妳講等一下要洗臉或怎麼樣，她等一下她不一定坐在那邊就忘記了。」 A10-01-01-01-01

### (4)作息不正常

「有時候看到早上起來，吃飽就跑去睡覺，她的年紀就很會睡覺，她一睡就會睡到大概有的時候兩點多，有時候三點鐘，她就起來就吃飯，那晚上有時候會到八九點鐘。」

A08-01-01-01-01

### (5)懷疑他人偷東西

「前面的一段時間我是不鎖門的嘛！門開著睡的，她就拿著個拐杖敲我的門，就把我吵醒，吵醒了以後她就說，我偷她的剪刀，我偷她的內褲，錢也掉了，包包也不見了，要不然就是圍巾也不見了，就是這些雞毛蒜皮的東西，就是每天晚上都在搞這個遊戲。」 A08-01-01-01-01

### (6)無法清楚表達

「他不會反應，不像我們熱了都會把手放到外面來，或者把腳伸出來，他不會他就窩著，最後一身汗就這樣子...因為有的時候我們覺得很熱，他就覺得正好，這我們可能用抓的，雖然我跟他從小在一起長大，但是到現在也是在抓他那種感覺，因為年紀大不能夠說很清楚的表達，這是最大頭痛的地方。」

A05-01-01-01-01

## (7) 愈來愈無法自理

「…最早就四年前有一天也是中風…那就從那一次回來以後他就走路不行了什麼都不行了，年紀大一衰退就很快，那個時候我才開始好像找居家...」 A05-01-01-01-01

「…他就變成愈來愈不能自理啊，因為那時候吸入性肺炎就全部退到最...最低點啊，就是很像癱瘓那樣子，他應該那時候是二度中風，很嚴重啊！」 A07-01-01-01-01

## 2. 老人發生突發性事件

本研究發現，使用居家服務之原因有一部份較屬於不可預期性的意外事件，如老人突發性中風或摔倒住院等，都會打亂照顧者原本的照顧模式與步調，使得照顧者必須尋求外界的協助。

### (1) 老人突發性中風

「她本來都好好的，沒有用電動床，就跟一般人一樣都睡彈簧床，單人的啦~那突然間就小中風啦！腳就不能走了...那小中風我們就想說：糟糕，不知道是生什麼病。那醫生就說要插鼻胃管啦！開始的時候也有用尿袋，到後來尿袋就不用了，回來就只有用鼻胃管灌牛奶啦！」 A02-01-01-01-02

### (2) 老人突然摔倒住院

「那時候好像是冬至，吃完冬至我們家阿嬤好像突然血糖飆高還是怎樣，那段時間她都沒吃藥，就在家裡跌倒了...那然後那段時間就趕快送醫，我自己可以做的就是把阿嬤安撫好。那她回來之後我就發現阿嬤要包尿布幹嘛的...」 A03-01-01-01-02

## (二) 照顧者因素

本研究的受訪者多半是中高齡甚至是老年子女照顧者及夫妻，因此「年齡」因素的重要性在研究中更加被凸顯，另外因年齡而衍生的健康因素也成為影響服務使用的關鍵要素之一。在這樣的家庭中，身為子女或夫妻的受訪者可能會同時身兼被照顧者或照顧者的兩種角色，這種狀況的產生是因為一方面需要照顧比自己身體狀況更衰弱的父母或另一半，另一方面則是自己身體機能也因為退化而逐漸感到心力不足，需要子女或其他家



人協助生活事務。

1. 照顧者年紀增長，體力大不如前

研究者在訪談過程中亦發現，本研究的受訪者中有一半為中高齡，照顧者在體力上的負荷隨著年紀增長而加重，也進而促使其在照顧工作上向外尋求協助。

「眼力比較差一點，晚上睡少了，年紀大了，就是那個體力愈來愈差。」 A06-01-01-02-01

「以前我上班的時候我都可以一個人，裡裡外外還要上班還要照顧，我也沒有請人，那還要煮飯…那現在就是年紀大了，就沒有那個衝勁，可能是因為每一天都要照顧，有影響喔！」

A09-01-01-02-01

2. 照顧者身體狀況變差(因照顧而來或是以前舊疾所致)

研究者在訪談過程中也發現，有些照顧者是在身體健康不允許的情況下(如以前曾開過刀、生病等)，才申請使用居家服務以分擔其照顧工作；亦有照顧者是因長期照顧導致身體出現狀況，不得已才申請居家服務協助。

(1)以前開過刀，身體不堪負荷

「妳這樣抱上抱下，我自己有開刀啦！沒辦法啦！我很早之前就開刀了，那時候摔倒啦！要照顧一個病人…有時候要出力就沒辦法啦！因為我們這有開刀的需要慢慢來慢慢做，也不能太累啦！身體會受不了啦！」 A02-01-01-02-02

(2)照顧者生病無法再提供照顧

「因為第一個，我當初生病住台大住了四個月以後就變成洗腎…那因為我媽已經八十幾歲了…那就是住院以後回來啦，回來沒有辦法自己生活，那老人也沒有辦法嘛，然後老人又要顧啊也不可能啊…社會局的社工他有來問我啦，因為他覺得好像我必須要有人照顧啦，等於說我媽這麼老了對不對，那我又生病嘛，那就幫我們向社會局申請啊！」 A04-01-01-02-02

### (3)長期照顧導致有腰痠痛的問題

「因為她要常常抱嘛！這裡(腰)就常常酸痛，因為要換尿布嘛，常常要出力。主要是抱她導致的，因為我常常要抱她上下床，平常沒有什麼，但在換尿布的時候，這裡...腰啊！抱她起來的時候都會。以前不會啦！現在都...一下雨就痛得要命。」

A01-01-01-02-02

「那時候他躺在床上我必須要這樣子一二三這樣把他搬起來，然後才把他轉過來，那時候三、四年前我都還可以，後來有一次閃到腰我的腰就...我現在都要穿護腰。」 A05-01-01-02-02

### (三) 照顧人力因素

由於本研究的受訪者本身均為主要照顧者，然而即使家庭有人力可協助，通常也僅是短期性、暫時性的，因此在無其他替代人力可長期協助照顧之情形下，照顧者會考慮其他的替代方案，如申請外籍看護工協助照顧或申請居家服務，然照顧者會因申請外籍看護工資格不符(如受訪者 A08)或外籍看護工逃跑(如受訪者 A09)而退而求其次選擇居家服務做為其過渡時期補充性的照顧方式；而受訪者 A07 則是認為老人狀況短期可恢復，等待外籍看護工之時間太久，而選用居家服務較能獲得即時的協助。

#### 1. 家中無其他照顧人力

家中除了自己之外完全沒有其他人可以協助，因此儘管自己再累再辛苦也只能咬緊牙根撐下去。

「自己一個人在家照顧喔！沒有人想照顧啦！沒有其他人，但也沒辦法啊！都我自己來。不然沒辦法啊！就慢慢來...全都是我啦！反正她就是我照顧就對了啦！」 A02-01-01-03-01

「我是勉強啦，我也很累啊也沒辦法啊，但是沒辦法叫誰做，你要叫誰來顧？不然還有誰？沒半個人啦。」 A04-01-01-03-01

#### 2. 過渡時期的協助：申請外籍看護工的資格不符或原有的外籍看護工逃跑

這類的照顧者是原本即有申請外籍看護工照顧，或原本已有外籍

看護工在照顧，因為申請的資格不符或原有的外籍看護工逃跑，影響照顧者原本對照顧的規劃與安排，退而求其次的申請居家服務，企圖從中獲得替代性的照顧人力。

「當時用這個居家服務是因為我們去申請外勞…那母親去做這個外勞的測試，每次都不過，在三軍總醫院也做過，在耕莘也做過…都沒通過。」 A08-01-01-03-02

「因為我的菲傭跑掉了，那就想說早上給他這樣子走一走比較好，服務員就是那兩個鐘頭帶他到植物園去走…一開始一段時間都是我帶他去處理的，那一段時間後來又申請，我又申請來的時候也待一兩年吧，後來她就走掉了，走掉了我就沒有申請，那一段時間就蠻難(照顧)的，後來我就申請一個這個林小姐。」

A09-01-01-03-02

### 3. 將居家服務作為短期的替代照顧方式

有照顧者即表示，當初以為老人的狀況不嚴重且是短期就可恢復的，加上擔心申請外勞和訓練時間花費太久，因而選擇居家服務作為協助照顧的替代方式。

「我那時候是以為是吸入性肺炎，是短期的，所以我覺得…因為我請外勞的話，申請到來，還有訓練，就將近快一年了，那我乾脆就請居家服務就好了啊…所以我的判定就是說，我當初以為是不嚴重才申請居家服務。」 A07-01-01-03-03

## (四) 小結

在先前的文獻中，研究者曾檢視並歸納出失智症患者使用居家服務之影響因素，如 Gill 等人之研究發現失智症患者的 ADL 及照顧者的健康因素是影響居家服務使用的預測；Toseland 等人之研究亦指出照顧者的主觀負荷、健康狀況不佳、認為照顧會對健康有負向影響之觀感及被照顧者的非攻擊性行為等四個因素與居家式服務之使用有關，上述兩者即為影響服務使用的「需求因素」；此外呂寶靜(1999、2001)之研究亦指出促使老人使用正式服務的因素，除了與老人本身的失能程度和受照顧需求有關之外，也可能受到家庭照顧者需求、壓力和態度所影響；國內也有相關研究發現家中可提供照顧的成員愈少，使用服務的需求會增加，此即為影響服務使

用之「使能因素」。研究者在進行受訪者的言詞分析後，發現失智老人家  
庭照顧者使用居家服務之原因，與上述之需求因素及使能因素相同，即在  
這些因素的交互影響下會造成受訪者照顧上的困擾，進而向外尋求協助以  
取得照顧與壓力間的平衡；至於照顧者在選擇使用居家服務前對居家服務  
之認知及態度(即態度因素)為何，將在下一段更深入探討。

#### 四、使用居家服務前，照顧者對居家服務的態度

居家服務主要目的在於輔助照顧者一部份的照顧職責，意即照顧者在居家服務介入  
的同時，仍需擔負起失智老人的日常生活照顧。但從自己照顧到使用服務，究竟照顧者  
是如何獲得訊息？當時對居家服務的認知及態度為何？是否曾考慮使用其他服務？以  
下將會有更多的探討。

##### (一) 當初如何獲得居家服務的訊息

研究者發現，照顧者獲得居家服務的訊息之來源有二：(1)照顧者在偶  
然的機會下，從鄰居或朋友的管道取得了家服務的資訊；(2)老人或照顧者  
住院時由同病房之病友介紹，或是醫院社工發現其有照顧服務需求，主動  
提供資訊並協助通報轉介。

##### 1. 鄰居朋友介紹

研究者發現，照顧者雖從鄰居朋友口中得知有居家服務這類福利  
的訊息，然而對於居家服務的實質內容(如申請資格、提供的服務內  
容、付費方式等)卻不清楚，因此有些照顧者還得自行打電話去相關  
單位詢問居家服務的細節，如受訪者 A01 打電話去老人照顧中心詢  
問；受訪者 A03 打去衛生所詢問；而受訪者 A05 則是打電話到縣政府  
詢問。

「好像是聽人家介紹的吧？因為那時候我母親剛開始…還沒有  
很厲害。七、八年前已經開始有點徵狀，就是脾氣會很暴躁啦！  
就是說有失智症的前兆，剛好有人介紹說可以使用這樣…剛好有  
人說政府有這種居家服務，所以就打電話去，老人照顧中心嘛！」

A01-01-04-01-01

「那我阿公...他很行動方便他可以去菜市場晃晃什麼的，是我  
鄰居跟他說有這個居家服務，然後阿公說他聽不懂，然後就寫了

字條四個字居家服務，就叫他拿回來給我看，那我看了之後也是看不懂，但是我大概有聽說，因為在醫院裡面這種資源...我可以去問嘛...因為我有個朋友住在淡水，她是居服員，我要使用這個服務之前我還打電話問她，說這個居家照顧是在幹嘛，她就跟我說就是一些照顧老人家幹嘛幹嘛的，拍背啊~幫他進食啊~」

A03-01-04-01-02

「那居家服務也是後來人家跟我講，我才慢慢打電話到縣政府說，縣政府有這個東西啊，我才慢慢去問幹嘛的，才開始知道說你可以用居家服務這個東西，居家服務用了以後還有什麼照顧什麼什麼的，喘息服務什麼的，不過那個我都沒有用到，我有申請沒有用到。」A05-01-04-01-01

「有兩個人我講，就...就是他好像沒有廣告，就是電視都沒廣告啊，是我一個高雄朋友跟我講，他有請居家服務，還有一個...還有兩個，都是...朋友啦，一個...我去人家家裡聊天他跟我講，本來都很陌生你知道嗎？有兩個人跟我講還有我高雄朋友跟我講，我記得好像大眾媒體不是這樣子很...可能是人手不夠還是怎樣，不敢廣告。」A07-01-04-01-01

「申請這個喔？好像是聽別人說的...去植物園走路的時候...聽那邊有人在說的樣子。」A09-01-04-01-01

「那一段時間剛好是自己壓力過大，不然我是長期都是自己顧，後來就是我壓力過大，因為我長期都是吃更年期的藥，後來沒有吃啊，沒有吃加上長期壓力，可能是一直煩躁，然後就覺得壓力很大，那所以後來有人跟我講說可以申請那個居家服務，那我就去申請看看...對，有人跟我講的，因為我常常在里長那一邊。」

A10-01-04-01-01

## 2. 住院時其他病友介紹或醫院轉介

研究者發現，受訪者 A02 是由醫院同病房知家屬介紹而得知居家服務之訊息；受訪者 A08 是由醫院提供居家服務資訊再自行申請；而受訪者 A04 及 A06 則是由醫院社工了解狀況後直接協助申請居家服務。



「九月份那時候她住院嘛！那後來...那病房不是都有三、四張病床嗎？健保房啦！那其他病床的家屬就在說啊~她說我可以去申請居家這種啦...就在醫院大家都會講啦...反正她就是我照顧就對了啦！不然真的沒辦法啦！後來是他們看到我這樣，才跟我說不然可以去申請這個(居家服務)，他們人都很好啦...他們都在照顧自己的...像我們就照顧我們的，他們就照顧他們的，平常大家聊天就會聊到，他們就說我這樣照顧太累，可以申請那個(居家服務)啦！」 A02-01-04-01-02

「當時用這個居家服務是因為我們去申請外勞，那母親因為她不會裝...嚴重的程度，沒辦法過。沒辦法過的話呢，醫院就說你們可以去申請就是家庭照顧，那我就跟台北縣政府永和區公所，我就去辦理申請，她就問我，因為我也已經七十歲的人，她就說好，我幫你辦。」 A08-01-04-01-02

「那就是住院以後回來啦，回來沒有辦法自己生活嘛，那老人也沒有辦法嘛，然後老人又要顧啊也不可能啊，所以那時候我在台大的時候，那個社工你知道喔？社會局(醫院)的社工，他有來問我啦，因為他覺得好像我必須要有人照顧啦，等於說我媽這麼老了對不對，那我又生病嘛，那就幫我們向社會局申請啊應該是這樣子。」 A04-01-04-01-02

「嗯...慈濟醫院給我申請的...對啊！這個病啊，就可以申請這個條件，他(慈濟醫院)幫我申請。」 A06-01-04-01-02

### 再分析

照顧者即使透過鄰里親友獲知居家服務的訊息，但其實對於居家服務的服務內容可謂完全不了解，尤其是受訪者 A03 表示「...然後我就發現，喔！原來(居家服務)可以做這麼多事喔...」，可見照顧者原本所認知到的居家服務，是沒有太多期待的，所以當聽到朋有介紹居家服務可以待提供如餵食、拍背等項目時才会有如此訝異的反應；受訪者 A05 更表示「其實家裡面...我想所有的家裡面照顧父母都是這樣子，都是慢慢走...不行不行就依賴，依賴依賴越重，以前我也沒想到去找縣政府服務，覺得自己負擔不起了，我才去看看有沒有這方

面資訊去找，有！有！然後開始使用這樣…」。

照顧者這樣的反應其實更反映出他們的一種心態，由於家庭照顧長久以來一直被定義為是家庭的責任，因此家庭照顧者對於政府是不抱任何期待的，只能自己一肩扛起照顧責任，到支撐不下去而無法照顧時，才會尋求政府的協助。而當居家服務介入後，照顧者會有更多機會接觸到相關服務訊息，其中受訪者 A05 就提到「居家服務用了以後，還有什麼照顧什麼什麼的，喘息服務什麼的…」，使用居家服務後，照顧者才知道原來政府可以提供這麼多的照顧服務。

目前我國的家庭照顧政策，仍是以家庭負起照顧為主，但由於家庭型態的轉變、少子化等因素導致家庭功能式微，使得原本屬於私領域的照顧議題，在照顧者無法負擔起照顧之責而尋求正式服務的協助(如居家服務)後就更加複雜。因此政府在規劃相關福利服務時，更應該了解照顧者的困境，以提供更適切之服務。

### 3. 小結

研究者發現，多數的照顧者是從街坊鄰居或朋友處獲得居家服務之訊息，可見左鄰右舍與親友是一重要的服務資訊來源。而不同的資訊來源對照顧者後續申請及使用居家服務之速度也不同。若在接獲訊息的過程中有專業人員的轉介，則照顧者可省下訊息查證的步驟，能較快與服務接軌；若僅是透過非正式管道獲得居家服務訊息，則照顧者還需要多費心力去了解，才能申請並使用服務。此外，醫院也是居家服務一個重要的資訊管道。劉雅文(2005)之研究曾指出，家庭照顧者從大眾媒體上所獲得的照顧資訊不多，而本研究之受訪者 A07 也表示：「就...就是他好像沒有廣告，就是電視都沒廣告啊...我記得好像大眾媒體不是這樣子很...可能是人手不夠還是怎樣，不敢廣告...跟復康巴士一樣，很少有人知道欸。不知道誰跟我問說你怎麼知道，就在當時也有人這樣子問我，因為那個時候沒有廣告...」可見政府對於居家服務的宣導仍顯不足。

#### (二) 當初對居家服務的態度

部份的照顧者在尚未選擇居家服務前，照顧者或老人對於居家服務的接受度有些抗拒，又或者照顧者在評估後認為居家服務員都為本國籍且較

專業，因而凸顯其優勢。

### 1. 對居家服務的接受度

(1)照顧者對於外人進到家裡一開始會抗拒

「有點複...就有種陌生的感覺，其實我有點抗拒說人家要來我們家嘛！」A03-01-04-02-03

(2)老人一開始會抗拒，後來慢慢接受

「因為我們家人少，就我一個男孩子，因為姊姊嫁出去了嘛！我母親也走了，所以我就在這一邊照顧...我曾經有跟他溝通過，去年、前年那個時候他還可以懂一點的時候，我說老爸...我說我盡量照顧你，但是我真的到我沒有辦法照顧你了，我說我要請來照顧你。他說好啊！他以前都不要，以前在醫院的時候，幹嘛幹嘛！我才不要他們來照顧，他都拒絕...我有跟他講我說我早上起來我沒有辦法，他就說好好好。」A05-01-04-02-04

「那事實上像我來講，我希望媽媽來接受這個居家來照護，希望她能接受，但是我母親就不要...後來說幫她整理環境，她才可以接受。」A08-01-04-02-04

### 2. 評估後發現居家服務之優勢：服務員為本國籍且較專業

受訪者 A07 曾在評估申請外籍看護工與居家服務之間徬徨，後來決定選擇使用居家服務之關鍵因素是因為居家服務員都是本國籍，且較專業，故選擇使用居家服務。

「我是覺...我喜歡用居家服務。嘿啊，因為...你外勞會產生很多問題，更麻煩。就是有很多...現在...我的感覺我是還是選用我們本...本...就是我們本省人這樣，不是本省，就是說我們自己...這邊的人，不是外籍這樣子，很多生活習慣都不一樣...我那時候有...跟人力仲介有那個...就是聯絡過嘛，本來想請啊，後來考量結果說既然這麼危險的話，我就是自己照顧，然後...就專業的像居服這樣子，互相配合。」A07-01-04-02-02

### 3. 小結

研究者發現，即便照顧者是服務使用的決定者，但失智老人的意見還是會被納入考量，因此老人對於居家服務的接受與否，也是影響服務使用的因素之一。

### (三) 使用(或考慮)其他服務之經驗

由於多數的照顧者都是透過親友鄰居及醫院轉介才知道有居家服務，因此從需求因素增加到接觸居家服務的過程，照顧者勢必會預想可能的替代照顧方式，而無論是如受訪者 A07 曾將老人送至養護中心或受訪者 A09 聘請外籍看護工協助照顧的使用其他服務，或是如受訪者 A03 考慮使用日間照顧、受訪者 A05 及 A07 考慮申請外籍看護工的評估階段，照顧者都可能面臨不捨(如受訪者 A07 捨不得將老人放在養護中心又接回)、外籍看護工逃跑(如受訪者 A09 一直有申請外籍看護工，但外籍看護工逃跑後無人可協助照顧)、不放心(如受訪者 A07 在評估申請外籍看護工時，擔心還要時時刻刻監督外勞)、老人狀況改變(如受訪者 A03 在評估是否使用日間照顧時，因為老人狀況持續退化而打消念頭)或老人不接受(如受訪者 A05 曾對老人說要申請外籍看護工但老人拒絕)等情形，照顧者之需求在這些因素的影響下無法被滿足，因而選擇使用居家服務。

#### 1. 先前曾使用的服務

##### (1)送老人到養護中心，但捨不得老人又再接再來

「因為我本來是有送去安養院啦，醫生跟我講說我一定沒辦法照顧，而且很危險，危險到...他跟我講，那我是怕死了，我現在送去安養院，那安養院那時候太匆忙，都找不到一家適合的，去住差不多...不到 24 小時他哭著，我去看他的時候他就一直哭，有點不適合，然後安養院說他病情還沒穩定我就帶回來。」

A07-01-04-03-01

##### (2)有申請外籍看護工，但後來逃跑了

「起先是我還在上班，那就申請一個菲傭，那是一個比較年紀大的，後來也待了一兩年，那待兩年她就說要回去了，然後就沒有請。一開始一段時間都是我帶他去處理的，那一段時間後來又申請，我又申請來的時候也待一兩年吧，後來她就走掉了，走掉了我就沒有申請。那一段時間就蠻難(照顧)的，後來我就申請一個

這個林小姐。」A09-01-04-03-02

## 2. 曾考慮使用的服務

(1)考慮使用日間托顧，但老人之後狀況退化，不適合使用服務

「我會知道這個是剛好一個慈濟醫院的...醫療方面的月刊，裡面曾經也寫過一個關於照顧失智的，他們介紹的單位是在花蓮總醫院的，裡面有一個清安居，是類似日間老人托顧的。那段時間剛好是我正在思考是不是要用居家服務的時候，那剛好想到有這個東西，我就去問我們台北這家分院有沒有這個東西，他就說沒有。如果有的話很棒，我就可以帶阿嬤去，至少阿公在家我不用擔心，我比較擔心阿嬤！結果那時所有的人都說沒有，所有的醫生也都沒辦法幫忙。我有看過慈濟大愛台的介紹，護士就會問說今天你打幾月幾號的卡，出勤卡喔！會叫他們念，就是訓練他們空間和時間的概念，會問說今天天氣怎樣，就很像幼稚園的訓練方式，看起來就覺得好有趣喔...日間托顧的話我寧可送去...送去我也減輕我白天的負擔，因為阿公會說晚上不睡吵到他，我也知道阿公沒睡好心情會不好。所以我就想說如果有這樣的照顧的話...因為我當時的首選是慈濟醫院，因為我在那邊上班，就問問看有沒有這樣的服務或照顧，他們就說沒有，慈濟醫院的社工有說聖若瑟有，那段時間有在評估是不是要送去...但那時候想說名義是什麼？要跟阿嬤講的名義是什麼...因為那段時間阿嬤會跌倒，她是慢慢在退化了，還有就是怕(她)拒絕啦！」

A03-01-04-03-03

(2)曾考慮申請外籍看護工照顧，但老人不贊成或照顧者不放心而作罷

「本來那個時候他中風之後，我有曾經請台大醫師開證明，我想要幫他請外傭，那時候他還知道他說不要，他說不要，那我說你不要那我也沒辦法，因為請人來了你不讓他照顧那我怎麼辦？所以我後來就說好吧，因為我們家人少就我一個男孩子，因為姊姊嫁出去了嘛！我母親也走了，所以我就在這一邊照顧。」

A05-01-04-03-04



「那時候有跟人力仲介有那個...就是聯絡過嘛，本來想請啊，後來考量結果說既然這麼危險的話，我就是自己照顧，然後...就專業的像居服這樣子，互相配合，我不放心把老公全部...丟給外勞啦...那我如果說每天在那邊...盯著外勞我乾脆自己做就好了啊，就是所以才會請...我是覺得說我後來評估下來，還是這樣做最好，我自己去照顧，我也不用擔心說...如果說請外勞旁邊在那邊監督她乾脆我自己做就好，我也不用花那種錢啊。然後，很多外勞問題又沒有辦法解決啊，所以...所以我是覺得就不是說請居服人員就是說家裡沒有錢才請居服，是覺得說不放心。」 A07-01-04-03-04

### 3. 小結

照顧者在遭遇照顧困境時，會傾向尋找替代的照顧方式，但當照顧者對這樣的照顧方式不認同，或老人狀況不符合使用服務的標準時，才會轉為尋求其他照顧方式，而居家服務即為照顧者在評估過後的選擇。

#### 本節總結

本節主要係從時間脈絡逐步探討使用居家服務的原因，研究者首先從照顧者在使用居家服務前所提供的照顧項目進行探討，發現照顧者所提供之照顧項目均係以與老人有直接相關的照顧為主，如身體照顧及餐食準備。長期的照顧導致照顧者普遍都有生理、心理及社會層面的負荷，如照顧與工作無法兼顧、照顧壓力太大及沒有時間等，也因此當照顧者在照顧上面臨到：(1)老人因素(如老人失智或失能狀況加重，或老人發生突發性事件)；(2)照顧者因素(如照顧者年紀增長體力大不如前，或照顧者身體狀況變差)；及(3)照顧人力因素(如家中無其他照顧人力、申請外籍看護工的資格不符或原有的外籍看護工跑掉時過度期的協助，以及將居家服務作為短期的替代照顧方式)三個因素的困難時，就會傾向選擇其他的替代方式來照顧老人。而照顧者雖可從鄰里親友處(即非正式網絡)獲得居家服務資訊，但卻無法獲得確切的資訊內容，可見大眾對於居家服務的訊息依舊是模糊不清的，因此，未來政府在照顧服務訊息的宣導上，應針對資訊連結較為便利的非正式網絡加強廣宣，而對於大眾媒體宣導的影響力也應更加重視。

在服務使用的文獻中，需求因素中的老人疾病程度向來被視為是重要的預測因素，後有修正模式將老人的認知功能障礙和身體功能障礙納入，另一些研究則建議亦應將家

庭成員的需求納入考量，其中照顧者的負荷與壓力更是使用居家服務的預測因子；而使能因素中，家庭成員的多寡也會影響服務使用之需求，故本研究與過去研究發現不謀而合，即需求因素與使能因素可謂是居家服務使用的重要預測因子。呂寶靜(1999、2001)之研究即指出，老人客觀的生病或失能之狀況，並不必然會刺激主觀的需求感受，其中關鍵的促成因素是需求的覺知與對服務的認知，故家人扮演極為重要之角色。而本研究之受照顧者為失智老人，其主觀之感受需求已無從判斷，加上照顧者在使用居家服務前皆已提供照顧，因此照顧者在此過程中所扮演之角色，除了是服務需求的覺知者外，也是服務訊息的接受者與服務使用的主要決策者。Cicirelli(1992)認為老人在日常生活的決策模式依他人的參與程度可分為：直接自主、諮詢自主、聯合自主、授權自主及代理自主(引自呂寶靜，2001)。而本研究因為失智老人之特殊性，而在決策模式上屬於代理自主模式，然而這並不意味著老人的意見在決定的過程中會被忽視，研究者即發現，雖然失智老人無法決定服務的使用，但仍可透過簡單的言語或表情讓照顧者知道他們的情緒與意見，如受訪者 A05 欲申請外籍看護工時曾詢問過老人意見，但因老人反對而作罷；另受訪者 A07 則是之前曾把老人送至養護中心，當她去探望時老人哭著的神情讓她不忍，於是又將老人接回。可見在服務使用的決策上雖然是由照顧者代理，但仍會諮詢老人的意見。

另一方面，在服務使用的流程上，Gates(1980)認為民眾必須克服一連串的障礙才能達到實際上使用服務的階段，這些障礙包括：(1)個人的知識、認知及動機；(2)地理上的障礙；(3)心理上的障礙；(4)資格規定的障礙；及(5)資源的可獲性。若從服務使用的流程來看，「缺乏知識、認知與動機」是使用服務首要克服的障礙，而所謂的「缺乏知識、認知與動機」，指的是個人對問題的認知、求助的動機及具備向何處尋求協助的知識(引自呂寶靜，2001)。而本研究發現，照顧者獲取居家服務資訊的來源僅有：(1)鄰里親友介紹；及(2)住院時其他病友介紹或醫院轉介，可見照顧者獲取服務資訊的管道太少，導致服務資訊封閉、不流通，加上接獲訊息的過程中專業人員的轉介及協助程度也會影響照顧者使用服務的速度，無形中成了服務使用上的另一種障礙因素。

此外，研究者亦發現，居家服務雖為我國長期照顧服務體系中的一環，但在所謂連續性服務或無隙縫的服務，卻已淪為多數照顧者在考量外籍看護工或機構式照顧之後的選擇，無論是因申請外籍看護工之資格不符或外籍看護工逃跑時的過渡時期之選擇，或照顧者經評估後認為居家服務是由本國人力照顧且較專業的優勢，甚至是選擇養護中心之後發覺不適切而接回等等，在在都凸顯出我國照顧者對於照顧服務選擇的優先順序，仍是以優先考慮外籍看護工或機構式照顧為主，居家服務僅是扮演無法滿足照顧者需求時的次要選擇。國內的研究就曾指出，相較於社區式照顧與居家式照顧，我國政府仍傾

向將大量資源投入機構式照顧體系；另我國長期照顧政策與外籍看護工政策之發展，一直以來都有著極微妙的連動關係，尤其是本應屬於補充性質的外籍看護工政策已嚴重限制長期照顧政策發展(陳正芬、呂寶靜，2002)。因此研究者認為，應該依老人的照顧需求之程度來選擇受照顧方式，尤其政府提供居家服務之目的主要是將服務送到老人家中，其優點有：(1)較能滿足老人或照顧者的期待；(2)以較低的花費即能支援家屬照顧老人；(3)實踐社區照顧之理念；及(4)實現在地老化之目標優點。然而居家服務是由外人直接介入老人家庭勢力範圍，因此極容易引起老人或家屬的排斥或防衛，加上過去推動居家服務之困境，包括：資訊廣宣不足；民眾認知有限；使用者付費、購買服務意願低；民眾認知錯誤而將服務員視「幫傭」等，都有待進一步突破(陳淑君、莊秀美，2008)。



## 第二節 使用居家服務之效益

居家服務之目的是希望讓老人留在社區當中，協助他們維持原有的生活型態，透過服務以增進老人的生活技巧和自主。在上一節中，研究者已探討了失智老人家庭照顧者使用居家服務之原因，然而使用居家服務之後，對照顧者在照顧工作、角色、心態或生活作息產生何種影響？以及其對照顧者及老人的功能為何？遂成為本節分析之重點。

### 一、對家庭照顧者在「照顧」上之影響

由於居家服務只能輔助照顧者一部份的照顧工作，失智老人日常生活中大部份的時間仍需要仰賴家庭照顧者的協助，因此照顧者對於居家服務介入前後的照顧變化會有最深刻的感受，而在訪談過程中，研究者發現這些影響可歸納為：(1)對照顧者擔負照顧工作的影響；(2)對照顧者日常生活的影響；(3)照顧角色的轉變；(4)照顧心態的調適；以及(5)使用居家服務後新的困擾等五個部份。

#### (一) 對照顧者擔負照顧工作的影響

居家服務的目的主要是讓受照顧者留在家中，因此居家服務的介入將使得照顧者的照顧工作有所改變。研究者發現，絕大多數的照顧者表示居家服務介入後，其部份的照顧工作均有減少，如居家服務員來的時段就由其陪老人外出、洗澡的項目服務員可自行完成、照顧者不用外出購買餐食、照顧者可一同協助移位、不用餵食或管灌以及不用再外出購物等；然而亦有照顧者表示即使有居家服務的協助，但自己提供的部份照顧工作仍需維持，因此影響不大，如受訪者 A05 擔心服務員不了解老人個性與習慣，因此沐浴或擦澡仍由自己來執行；受訪者 A01 則是擔心服務員無力抱老人因此仍維持原本移位的照顧項目；而受訪者 A02 很關心老人的衛生清潔，所以大小便及清潔的工作無論服務員有沒有來，依舊是自己每天的例行工作；受訪者 A04 則表示平日小範圍的打掃還是得自己做，不能全部依賴居家服務員的協助；至於原本居家服務員就不能提供的服務項目(打針)依舊得由照顧者自己完成。

#### 1. 部份照顧項目由服務員承擔

##### (1) 陪同外出

「以前就是說怕她遺失嘛！怕她走丟，所以我就要跟著她走在後面啦！她很會走啦！所以我就跟在後面，怕她不認得路啦！就跟

在後面看。她很會走喔！走了三、四個鐘頭都不會累…現在就帶她出去嘛！就帶她去公園看看花什麼的。」 A01-02-01-01-01

「以前就一直走植物園好多年了，好多年習慣了，去走一兩個鐘頭…現在她就是這樣子帶他出去然後回來，她會餵他吃一個什麼小點心啊，差不多十點多鐘的時候要餵他吃小點心，吃好了她就給他推回來…」 A09-02-01-01-01

「就是我平常中午一定都有睡午覺，然後一起來就會想說我三、四點多我一定會帶她去公園，一定要帶她出去，那這一段時間她來我就不用(帶老人出去)啊！」 A10-02-01-01-01

#### (2)協助沐浴或擦澡

「因為主要洗澡就是我幫忙抱上椅子、抱上床，其他的(洗澡洗頭)她(服務員)都可以自己來。」 A01-02-01-01-02

#### (3)餐食準備

「他們...就吃的很簡單，就比較隨便一點啦！因為兩個人可以分一半吃啦！那不夠的部份，有時候是我回到家她們會出去買。」 A04-02-01-01-03

#### (4)協助移位

「以前我是把輪椅推到那(浴室門口)，再慢慢用抱的啦！把她抱上去這樣。一樣都是要抱啦！只不過之前的浴室還要再高一點…那現在的話就那個小姐推輪椅，我們兩個一起啦！因為這個地方它那邊比較高啦！人喔~要拖高起來，輪椅喔~要整個抬起來。」 A02-02-01-01-04

「我那個時候從床上這樣硬把他搬起來，他沒辦法自己撐，他以前我旁邊都有做那種鐵架子讓他自己這樣慢慢撐起來，我再借力使力這樣子…現在差不多床鋪搖到七十五度這樣子，然後那個服務員搬他腳，我把他這樣，她轉腳我轉身體這樣。」

A05-02-01-01-04

#### (5)餵食或灌食



「她一來我也就可以不用餵食，她會餵。」 A01-02-01-01-05

「就其他的時間我做的事情很少啦，就管灌啊，然後還有換尿褲，她幾乎什麼事情都差不多了啦，就這樣子差不多了。」

A07-02-01-01-05

#### (6)協助購物

「然後她還幫我買一點東西這樣子，我拜託她們買東西，因為有時候體力比較不夠，要去買東西還要再搬啊！那樣很重我就沒辦法啊。」 A04-02-01-01-06

## 2. 部份照顧項目仍維持由照顧者提供

### (1)協助沐浴或擦澡

「因為再加上因為我父親他是男人嘛，他以前也是軍人嘛，所以有一些不方便，我會覺得還是我自己來用，像幫他洗就我來用，以前有時候最早來的時候我請她幫忙洗，後來我想說乾脆我自己來洗好了。」 A05-02-01-02-01

### (2)協助移位

「因為洗澡的時候我還是要抱，要抱進抱出的還有抱上床，阿嬤太重有時候怕她抱不動...」 A01-02-01-02-02

### (3)大小便處理與清潔

「每天都洗啊！不是說她來才洗，因為大小便在床上，皮膚很怕悶在裡面，洗屁股是比較簡單啦...」 A02-02-01-02-03

### (4)家務整理

「那因為她來兩天也不是說她來打掃兩天就好了，我平常也是要用啊，難道我平常放著不用喔，那不可能的事嘛...那個就變成自己用啊，平常是自己用，然後他來兩天他們用啊...因為她們來她們打掃是那個大的打掃...因為她們還會幫我拖地啊什麼這個啦，那我自己打掃只能用掃的嘛，因為我身體也不行嘛，所以說只有用掃的可以啊，叫我用拖地我太累了我沒辦法，體力不行啦！」 A04-02-01-02-04

### (5)打針

「胰島素，胰島素一直都我幫他打，早上打一次、晚上打一次。」

A09-02-01-02-05

### 3. 小結

由此可發現，在照顧工作方面，居家服務的介入會使得照顧者某些照顧工作的份量減輕，而減輕的部份主要是在陪同外出、協助沐浴、準備餐食、餵食及上下床移位的部份，即是第一節所提及的與老人有直接相關的照顧工作；然而居家服務員的協助並不意味著照顧者可以全然放下既有的照顧工作，如果老人的失能程度較嚴重，則照顧者部份的照顧工作仍會持續，如照顧者不放心交給居家服務員的照顧工作、洗澡這類較為粗重的工作、抑或是不包含在居家服務內的照顧項目(如打胰島素)等，都是得由照顧者自己完成，或是由照顧者與服務員一同完成。

### (二) 對照顧者日常生活的影響

由於居家服務是由受過專業訓練的居家服務員到家中提供服務，在長時間的服務過程，照顧者勢必會逐漸習慣服務員的協助與照顧，因此本段主要是想從不同面向了解居家服務對照顧者日常生活的影響，藉此了解居家服務對照顧者的重要性，以及未來若不使用居家服務後，照顧者可能的照顧方式。

#### 1. 居家服務員因假日休息或請假未提供服務時

研究者發現，當服務員假日或請假沒有提供服務時，多數的照顧者都仍要擔負起所有的照顧，只是照顧的程度有所不同，如受訪者 A01 與 A07 均表示在幫老人洗澡的時候會較為簡略或重點式的清潔，無法像服務員那麼仔細；受訪者 A06 則表示即使再吃力還是會咬緊牙根做好照顧工作；而受訪者 A05 甚至表示，服務員短時間沒來可以暫時請家人協助，但長時間的話可能仍需要有代班服務員前來幫忙，可見照顧者某程度依賴居家服務員的協助，因此當服務員請假沒有來時，照顧者僅能提供簡單且短暫的照顧，長時間的話仍是需要有代班的服務員才行。

(1) 還是得由照顧者幫老人洗澡，但沒辦法做的像服務員那麼好

「沒有來我還是要自己做啊...因為她通常就頂多錯過一次而已啦！頂多一個禮拜錯過一次...假日休息的話就沒辦法，那她休息的那一天的那禮拜就只有洗一次而已。冬天還好啦！夏天我就幫阿嬤擦一擦啦！」 A01-02-03-01-01

「嗯，你吃力也是要洗，不吃力也是要洗，咬著牙關還是要洗的。只是好像很累，還是要把她洗完。你看，變冷不洗就不行。」

A06-02-03-01-01

「我們是...隨便幫他沖個戰鬥澡，就隨便沖，不像她們詳細從頭部這樣子洗...她沒來的時候我就是...我知道用哪些，事情重點做一做這樣子而已啊！」 A07-02-03-01-01

(2) 不影響自己提供的照顧工作

「我也是一樣啊！時間到就灌鼻...灌下去啊！有固定一天六罐啦！所以你的時間就是這樣啊！早上起來就是洗澡...跟我們一樣啦！臉洗一洗，然後鼻胃管貼的那裡換一換，這就是早上都要做的。所以她大小便喔~早上一定都要換啦！那我早上都固定要幫她洗屁股。」 A02-02-03-01-02

(3)短時間可以請家人協助，長時間還是要請服務員代班

受訪者 A05 在父親中風、身體逐漸衰退後後，一步步將生活重心由公司轉移到父親身上，最後收掉公司全力照顧。然而老人身體日漸退化，照顧工作吃重，加上照顧者體力大不如前，因此需求較高，故若服務員短期未能提供服務時尚可請家人暫代照顧，但長期的話還是要請服務員代班來協助照顧。

「他們機構如果她要請假她要早幾天先跟我們打招呼，一定要跟我們打招呼...要提前說，她說那你要不要請人來代班，我說不要，一天沒有關係啊...一天的話沒有關係，一天的話我就請我太太回來一下...那她們有年假嘛，她們有一年可以休息多少天就請假，她說她要去玩，我說好，因為那太長了，我說妳幫我找代班的，禮拜一到禮拜五我還是要代班。」 A05-02-03-01-03

研究者發現，當老人失智或失能程度愈嚴重、家中替代照顧人力愈少及使用居家服務時間愈久，照顧者對於居家服務的依賴程度愈高，也因此當服務員短暫未能提供服務時，照顧者會選擇自己承擔起照顧工作，而其中又以身體照顧服務的「協助沐浴」項目為最，因為涉及老人的移位與清潔，加上長時間習慣由服務員協助，因此照顧者多半無法完全做的像服務員那麼好；而當使用居家服務的時間較短(如受訪者 A07)時，照顧者對於照顧工作仍熟悉，因此當服務員短暫未能提供服務時，會認為不影響照顧工作。然上述的前提是服務員短時間無法提供服務，若服務員長時間無法提供服務，則照顧者會希望有代班的服務員來協助照顧。

## 2. 如果有一天不使用居家服務的話

當研究者問起這假設性的問題時，受訪者的回答可分為三個部份：(1)受訪者沒未曾想過這個問題，只知道目前生活中已經不能沒有居家服務，如 A01 及 A07；(2)受訪者會選擇自己照顧，其中受訪者 A02、A03 及 A10 認為若未來不使用居家服務的話，只能忍著接受自己照顧的事實，雖然還是希望有人能來照顧，但其中還是有經濟方面的問題需考量；至於受訪者 A06 則認為夫妻相互照顧本是天經地義的事，因此會有勇氣承擔照顧者責任；(3)受訪者會聘請其他照顧人力協助照顧，無論此照顧人力是外籍或本籍，受訪者 A05 及 A08 皆表示未來勢必會朝這方向來做安排。

### (1)已經依賴居家服務，沒有居家服務時不知道該怎麼辦

「洗澡就真的沒辦法了…沒辦法，光洗澡的部份就沒辦法了，沒有居家服務...我也不知道怎麼過。」 A01-02-03-02-01

「我會不習慣，就是...我做的程度沒像她那麼好這樣子啊，就變成長期...長期下來就變成一種依賴這樣子...因為她幾乎每天來啊，所以我已經很習慣了，我也沒想那麼多。」A07-02-03-02-01

### (2)還是選擇自己照顧

「如果這樣...就自己比較累而已啊！也是要接受啦！不然要怎麼辦？只是說自己的身體比較不能負荷啦！」 A02-02-03-02-02

「阿嬤的部份可能...就是要我們家裡的人自己照顧...那可能就會很累，看誰要回來照顧。姑姑她們都出嫁了，有些年紀較大的身體也都不好，年紀較小的也都三、四十歲，我爸爸住比較遠沒辦法回來，還有我另一個伯父他住更遠住南投，住最近的就我們這幾個。所以如果是這樣的話，就忍著吧！只能看著忍著...就這樣子吧！反正是自己的阿嬤！」 A03-02-03-02-02

「除非是家裡比較寬裕，如果沒有的話還是會...自己照顧...但還是希望說能真的有別人能...有人再幫忙一下，就會希望這樣子，因為真的你說沒有壓力還是會，因為你就是說出去玩，你還是會擔心說這個老人怎麼樣，還是會擔心啦，還是會有壓力，不是說沒壓力。」 A10-02-03-02-02

「一個人就是看你有沒有勇氣嘛，沒有勇氣，我看好多人就是這樣看一看，好像你這個人怎麼給太太推車子，人家都請外籍，他們這個想法跟我個人這個想法不一樣，夫妻感情能做就幫她做了。」 A06-02-03-02-02

### (3) 會聘請其他照顧人力來照顧

「當然我會很辛苦，我會很辛苦，因為說實在的，我請居家服務當然一方面分攤，另外一方面最重要就是說，因為我剛剛提到老人家早上起來是最危險的時候，搞不好會有什麼狀況，也許他起來也許他是不是在睡覺的時候，又第二次中風這個沒有人知道的，所以是要有一個人在旁邊。那如果沒有這個居家服務的話，如果說縣政府沒有這個服務的話，終止的話那我一定是要請外勞。」 A05-02-03-02-03

「...最終還是需要一個全天的，因為你說，送這個老人院，我母親能活幾年，我們兄弟雖然我母親都已經讓我煩死了，我都不會想把她送養老院去，她一輩子不可能的嘛！妳說請個全職的台灣人來講，那我們也評估過，第一個就是說如果真的大家要請六七萬的那種，就跟妳講我們兄弟多嘛！每個人處理兩萬元也不是問題，不是說請不起...我是希望能夠有一個長期的人來，將來一定會走這條路...」 A08-02-03-02-03



研究者發現，家中替代照顧人力的多寡及家庭整體經濟狀況會影響照顧者對照顧安排方式的選擇。當家中可替代的成員愈少、經濟狀況較不允許的狀況下，照顧者會傾向選擇由自己照顧；然而當照顧者家中的經濟狀況許可時，聘請其他照顧人力協助則會是其另外的選擇。

### (三) 照顧角色的轉變

#### 1. 從教育者轉變成問題解決者

研究者在進行受訪者言詞分析時發現，受訪者 A03 在居家服務介入後，從一開始教育阿公發生緊急狀況時如何處理的角色，轉變成全家人期待她尋找資源問題解決的角色，甚至會藉由與服務員或老人的談話過程來了解服務狀況。

「我曾經跟阿公講說如果你們發生事情，我不可能第一個趕的回來的，所以我就教他...先送 119...我覺得我現在在家裡的功能就是...幫忙想盡辦法解決事情而已...因為他們說年輕人比較會上網查，就丟這句話給我，就硬著頭皮查吧...阿公...若可以的話也會監督，就是不是他的時間他也會監督，那我也會藉著聊天了解今天發生什麼事，阿嬤發生什麼事，家裡發生什麼事。」

A03-02-01-03-01

#### 2. 原本的照顧工作多了其他家屬分擔，而轉變為代辦者的角色

受訪者 A08 在居家服務介入後，原本是由照顧者提供備餐或烹飪的部分，現在有其他的家屬可以協助，減輕了照顧者原本的照顧工作，而讓照顧者有時間帶老人到醫院檢查或申請相關照顧服務，成為代辦者的角色。

「以前都是我跟她煮，我煮的話好像...我不曉得是不是因為她叫我煮慣了，所以她就大概嫌我煮的不是很好還是怎樣...反正現在居家服務來了之後，就是說...我幾個弟弟跟弟媳婦會輪流送飯菜順便來看一下...我弟媳婦他們都會自己煮，甚至於外面購買，就是她喜歡吃鼎泰豐的包子，那我去買鼎泰豐的包子，這個糯米的這個...這個甜的這個紅棗啊，這個什麼圓的...我的話，就像申請這個照顧的和外勞，都是我去辦，幫她辦理，帶她到各

個醫院啦，到榮總啦，到三軍總醫院啦，到萬芳啊，到耕莘啊，才是我去我帶她去辦。」 A08-02-01-03-01

#### (四) 照顧心態的轉變：從焦慮自責到不再那麼愧疚

在訪談過程中，照顧者 A07 曾認為自己的照顧不佳是後來導致先生狀況日益嚴重的主因，因而感到自責，自此之後對於先生的照顧更加倍小心；而在居家服務介入後，由於部分的照顧項目轉由服務員負責而照顧者原本的照顧項目減少，因此對於先生的自責與愧疚感也較能釋懷。

「好像很多要...很多都會覺得...讓我覺得好像力不從心，甚至連車，坐個計程車喔，我都沒辦法讓他自己進來，他那時候是完全都要抱欸，很嚴重啦，可能是我自己照顧...沒有專業，所以照顧到變成這種程度...他那時候就是...我不知道，那個什麼醫生說不是我處理不對，是他的體質太壞，我不知道，可能是安慰我的吧，怎麼照顧成這個樣子。因為我不知道一個月沒有復健就那麼嚴重欸...可能是我太輕忽了吧，因為我不能把他恢復的像什麼一樣啊，就很多地方...我認為他還可以，幹嘛不給他做？如果你越不給他做他會退化的更快，結果都會發生意外啊...我說...我說我怎麼照顧到變成這樣子，我也不是說逼他做什麼，啊也不是說...像有什麼知識我都很想去知道這樣子啊，怎麼把他搞成這樣，我是有時候會很內咎啊...那...也...他醫生都會覺得說不是你的問題，當然是這樣子講啊，那我就想到說，既然以前這樣不小心，那以後我就是很小心了啊...不是說...不是說我很多慮啦，是因為前面那些事情讓我覺得說...我...我就是很小心這樣子啊！那居家服務員來了...多少接觸就比較釋懷一點了。」 A07-02-01-04-01

#### (四) 使用居家服務後的新困擾：生活作息須配合服務時間而受影響

由於居家服務有固定服務時間與頻率，因此在這樣規律的服務過程中，照顧者雖然會慢慢習慣有居家服務的介入，但無形中卻也會對照顧者造成某種程度的困擾。研究者即發現，有照顧者即表示需要配合服務員而調整自己的作息時間，如受訪者 A05 及 A07 都表示可能中午想要休息打個

盹，睡到一半服務員來就又要起來開始工作了；而受訪者 A07 更表示，因為服務員還有其他個案要服務，因此排定的服務時段就要雙方協調，盡量配合服務員的時間空檔，也造成照顧者的不便。

「要配合她！譬如來講我早上吃完，因為我吃完早餐的話大概都是十二點一刻快到十二點，那我就有的時候下樓我們去軍公教走一走啊，走一走想來睡一個覺啊，現在年紀大了就想睡，不像如果你沒有照顧的話，像我們以前像我們這種年齡說不定想打個盹都會有幫助，沒有辦法，她電鈴一按你就要起來跟她一起用…可是也沒有辦法，你也不能…你如果說你是為了自己不方便，那你老人家就…」A05-02-01-05-01

「有時候有感覺，就是比如說像我…可能是我都一直睡眠品質不好，有時候睡到一半啊，我幾乎…我都盡量配合這樣子，然後，比如說現在她要提前了，那我就不能睡太晚…不像自己隨心所欲這樣子啦，一定要配合人家啦，因為她不是只有(服務)我家而已，那我晚一點也不行啊，剛好中間的話也排不上來，有時候會這樣子啊…因為我個人身體的關係，不是說很多人都會遇到這種問題啦。因我本來就是睡眠品質不是很好的，然後有時候我會快天亮了睡醒，然後等到睡著了，小孩子又要上課了，六點半，喔，好累好累，要想要去睡覺，睡沒多久又要…又要來了，這樣就會覺得說蠻有壓力這樣子啊，是我個人問題啦。」

A07-02-01-05-01

### 再分析

檢視目前我國居家服務方案，為因應居家服務提供量的提升，居家服務方案的辦理情形由政府僱用專職在宅服務員的形態，轉型為論時計價委託民間機構辦理方式(陳正芬、王正，2007)。然現行論時計價方式雖可依服務時間長短申報服務費用，但由於服務時數的多寡牽涉到政府補助與案家部份負擔，因此，大部分的照顧者仍會選擇以現有核定的時數來使用服務。

論時計價的服務方式所產生的另一個問題，就是服務時間缺乏彈性。本研究之受訪者 A09 即表示「時間就已經排得滿滿…她說時間不能再長，因為還有別的地方，她要一家一家跑…」，服務員因為要服務很多個案，時間排

得很滿，服務完要再趕另一家服務，所以服務時間不能延宕太多；然而老人的狀況隨著歲月而逐漸退化，原有核定的服務時數與項目未加以調整，更可能導致服務時間內無法完成服務工作，如受訪者 A05 即表示「說照顧好幾個地方…像她有的時候晚到早到我說沒有關係，反正妳兩個鐘頭，因為三點鐘她要接別的地方，我說妳早來到時間了還沒有餵完，像以前她都可以餵完，那現在因為(父親)吃的慢，那我說到時間了我就講，陳小姐沒有關係我來餵好了變成這樣子，我都會主動跟她講」，可見目前現有的居家服務制度對於服務時間的安排依舊缺乏彈性。研究者過去的工作經驗就發現，服務單位在服務安排上，通常在個案與個案間的時間會排得很近，導致服務員的交通時間很緊湊(如僅能有 10 分鐘車程)，因此服務員在服務一結束後就得馬上離開到下一個案家。然而，這樣緊湊的時間安排對於服務品質是有影響的，且服務員的安全問題也值得注意，因此研究者認為，服務時間間隔的妥適性將會是居家服務實務上所應正視的問題之一。

#### (五) 小結

由於本研究的受訪者使用居家服務均已超過半年，因此照顧者對於有居家服務員前來服務已能適應，甚至有照顧者表示已經習慣、依賴有服務員的生活，可見居家服務已成為照顧者生活中不可或缺的一部份。研究者發現，多數照顧者對於服務員六日休假或偶爾請假是可以接受的，照顧者會傾向由自己照顧或由家中成員協助，有些照顧項目則因為已是平日例行的照顧工作，所以無論服務員休假與否都不至於造成影響；然而若是照顧工作極度依賴服務員協助的照顧者，如老人失智或失能程度愈嚴重、家中替代照顧人力愈少及使用居家服務時間愈久等，對於服務員長時間的請假則需要請代班服務員協助。另一方面，對於不使用居家服務後的照顧方式，有經濟考量的照顧者會選擇自己照顧，而沒有經濟考量的照顧者則會傾向申請外(本)籍照顧人力繼續協助照顧。此外，研究者也發現有照顧者在居家服務介入後其照顧角色有些微的轉變，為了配合服務員的時間，照顧者甚至得調整自己的作息，可見居家服務的介入對於照顧者本身無論日常生活作息、照顧角色心態方面，都有極大之影響。

由此可知，居家服務對照顧者來說有著不可或缺的重要性，尤其是居家服務員假日休息或因請假而未提供服務時，對照顧者的影響更鉅，照顧者可能要重新熟悉之前的照顧項目，而在照顧上會認為不如服務員照顧來



的好，更可能因為服務員長時間的請假而需要請代班的服務員，因此如何讓服務員能穩定提供服務，成了居家服務單位在差勤管理上的首要課題；此外，居家服務單位對於服務員服務時間的安排也需更加重視，因研究者發現，照顧者為了能順利使用服務，在與居家服務督導協調服務員服務時段的過程中可能會妥協，而不得不調整其生活作息來順應服務的需求。故如何在不影響照顧者生活作息的情況下，滿足其服務需求，勢必是居家服務單位未來所要面對的另一項挑戰。

## 二、居家服務的功能

居家服務協助的對象主要為老人，然而照顧者也會因為居家服務的介入而受到影響，其中對照顧工作等相關影響已在前一段呈現，因此本段即從照顧者觀點探討居家服務對自己與失智老人的功能為何。

### (一) 對照顧者的功能

研究者將居家服務對照顧者的功能歸納為：(1)分擔照顧責任；(2)增加照顧者的社會接觸；(3)補充照顧人力之不足；(4)照顧者可彈性安排自己的時間；(5)讓照顧者對老人的狀況更加了解；及(6)減緩與老人間的緊張關係。

#### 1. 分擔照顧責任

研究者發現受訪者認為居家服務可分擔照顧責任，而受訪者的感受又可再區分為：(1)多一個人幫忙，讓照顧者感到較為輕鬆。有服務員的協助，讓原本較沉重的照顧工作多了一個人可以分擔，在照顧過程中也感到較為輕鬆(如受訪者 A01、A02、A04、A06 及 A07)；(2) 有服務員做後盾，照顧者較安心。只有受訪者 A03 認為有了居家服務的協助後，因為透過服務更能掌握老人的狀況，因此較能放心且安心的工作；及(3)與居服員分工合作。受訪者 A05 認為居家服務可原本的照顧工作已可和服務員有默契的分工合作完成，也算是減輕了其一部份的照顧工作。

##### (1)多一個人幫忙，讓照顧者感到較輕鬆

「她來的時間我就可以放輕鬆，可以休息嘛！因為主要洗澡就是我幫忙抱上椅子、抱上床，其他的她都可以自己來。她一來我也就可以不用餵食，她會餵。放鬆很多，就多一個人幫忙，比較輕



鬆。因為我只要幫忙抱上洗澡椅，抱下然後抱上床就這樣子，輕鬆很多啦！」A01-02-02-01-01

「要怎麼說，有人幫忙就很好了啊！多一個人來幫忙做就有差啊！我跟妳說真的有差...像那個小姐幫忙洗頭髮啊！我就比較輕鬆，洗澡另外歸洗澡，因為洗頭也是很重要的...有啦！有差啦！因為每一件事都要我做，那多了人來幫我，我一定會比較輕鬆啊！如果我一直做喔~會受不了。」A02-02-02-01-01

「有比較減輕一點啊，因為他們來他們打掃是那個大的打掃...因為他們還會幫我拖地啊什麼這個啦，那我自己打掃只能用掃的嘛，因為我身體也不行嘛，所以說只有用掃的可以啊，叫我用拖地我太累了我沒辦法，體力不行啦...那這個比如說拖地什麼我就沒有辦法啊，我那個體力也不夠啊，哪有辦法做，但是她就幫我們做啊，那她幫我們做就有改善很多啊，我們就不會髒兮兮啦，對吧。」A04-02-02-01-01

「她來的幫助就是減輕我的負擔啊，反正她來就推她出去啊！我就比較輕鬆...」A06-02-02-01-01

「她來之後...就其他的時間我做的事情很少啦，就管灌啊，然後還有換尿褲，她幾乎什麼事情都差不多了啦，就這樣子差不多了...嘿，那個都有做了，就是有管灌啊，還有...換尿褲啊，還有...陪他走路這樣子啊，就比較輕鬆多了這樣子。」

A07-02-02-01-01

(2)有服務員做後盾，照顧者較安心

「像我之前...去年十月的時候出差八天多吧！我就一直跟主管說我想回家...原因是我阿公阿嬤在家，我會擔心啦！結果我老闆就...反方向講啦！說我就從來沒看過妳打電話回家！其實我沒有打電話回家是因為我知道居服員阿姨們她們會...她們會來看他們的狀況。那我有跟她們說我要出差，我有跟阿公說如果有什麼事的話請阿姨她們打給我。那我也會跟我姑姑她們說我會在台中，如果有什麼事的話會再打給她們。沒有說不擔心啦！但擔心歸擔心，但我知道大家...我有很多後盾在這邊，所以我就

去了。」A03-02-02-01-01

### (3)與居服員分工合作

「大概現在我們都配合的很好，因為她在這快兩年了嘛！之前是有別人，那這個兩年了她大概就說我要做一些什麼事情她幫我。因為我老爸起床的時候，我就叫她先幫我做一下腳部運動啊，幫他稍微活動活動關節，然後再扶他下床…洗完以後就是說幫他擦乾淨啊，然後她扶著跟我一起幫他穿褲子啊幹嘛的，扶他到椅子上坐啊，這樣子兩個人的話就比較好…分工合作嘛，因為只有這樣子的話才…你不可能說人家來，這裡全部由你做，沒有人願意。」A05-02-02-01-01

## 2. 增加照顧者的社會接觸

照顧者表示，藉由居家服務員服務的空檔，可以有機會上圖書館、去唱歌甚至於外出走走，可轉換心境紓壓。

「我就在家休息啦！不然就到圖書館借個書…因為阿嬤洗個澡，出去再回來，還吃東西什麼的，才幾個小時而已嘛！」

A01-02-02-01-02

「因為我那時候壓力大嘛，那我不想說不能睡覺的時候在那一邊胡思亂想，所以我想要去讓自己有比較放鬆，所以我就去找唱歌或什麼的，那所以我就要求說居家服務說她們三點到五點這段時間，這一段時間剛好她也帶她出去。」A10-02-02-01-02

「這樣好像就是我透個氣一樣，到外面出去吹個風啊，什麼的…這個一兩個小時我就到外面去走一走。」A06-02-02-01-02

## 3. 補充照顧人力之不足

由於照顧者需要工作或需要外出洗腎，加上家中又無多餘人力可協助照顧，因此居家服務就成為臨時性的照顧人力，暫時補充家中照顧人力不足之需求。

「至少就是說，如果我不在家的時間有人來看一下…那至少發生事情的話…其實我是覺得她們來，最主要是因為我們沒那個時

間，有也只是短短的時間，像我回來可能隔天還要上班，需要睡眠所以沒這麼多時間，那像妹妹的話回來可能也只是幾個小時，看一下阿公阿嬤送一下晚餐中餐之類的，所以她們來等於是補足我們其他不夠的時間。雖然三個小時可能對二十四小時而言可能有點少，但其實這幾個小時對我們來說已經是很大的幫忙。」

A03-02-02-01-03

「比如說我一、三、五洗腎對不對？那阿嬤就變成...她們是一、五來嘛，就可以陪她一下，那三就沒辦法來，我就叫她(阿嬤)在家裡。」 A04-02-02-01-03

#### 4. 照顧者可彈性安排自己的時間

有了居家服務員的協助，照顧者可趁此時間做點家務事、外出買菜或做自己的事，雖然時間短暫但對照顧者而言卻已是不可多得的一點屬於自己的時間。

「都在家啊~有時候會出去買菜啦！要看時間啦！牛奶餵好了、整理好了就趕緊跑到菜市場去買個菜回來煮飯。」

A04-02-02-01-04

「她幫我餵飯的時候，我就可以自己用飯吃飯啊...就是說我比較有時間我要做一點我自己的事情...因為我的來目的就是她幫我扶他起床，然後洗洗擦擦這個我來用，她幫我用用水幹嘛的然後餵飯就這樣，我最主要是這樣，因為這一段時間我可以自己吃一點東西，不然的話像沒有的話，我就必須餵他一口我自己去做一下事情，然後又回來餵一口，就變成這樣。」 A05-02-02-01-04

「...有時候我就做我自己的事啊，然後我很累的話就坐著看電視這樣子啊！」 A07-02-02-01-04

「有啊，早上她帶他去植物園當然有幫助啊，因為我不用帶著他去植物園啊，那我可以做其他的事啊，燒燒菜啊...本身我有時候買買菜啊、有時候辦事啊、有時候到銀行啊什麼，我自己安排我的活動。」 A09-02-02-01-04

「如果知道說有人帶她出去，那我起碼在家裡放鬆一下...我至少

這一段時間我不用帶她出去，我可以家裡看電視、清掃家裡或做自己的事，我會這樣子。」A10-02-02-01-04

5. 讓照顧者對老人的狀況更加了解

由於受訪者 A03 本身有工作大部分時間不在家，因此對於老人的狀況較無法即時掌握，但其表示居家服務員會評估老人狀況並提醒照顧者，使照顧者可以進一步掌握老人的身體狀況，提供適切的照顧。

「那她們也會知道阿嬤在咳是有東西噎到還是涼到或是怎麼樣，她們都會做到評估狀態，然後會跟我們說阿嬤這樣的狀況可能之後要喝水，或是加一件衣服不要讓她太冷之類的。」

A03-02-02-01-05

6. 減緩與老人間的緊張關係

受訪者 A08 原本與母親相處上就有些摩擦與衝突，也因此照顧上常常不得要領；然居家服務介入後，服務員適時的充當照顧者與老人之間的潤滑劑，讓老人維持穩定的情緒，照顧者也比較不會有壓力。

「她們兩個又是老鄉，老鄉有時候講的有個好啊，有時候講啊，那她有時候我跟她講，今天我叫媽媽吃東西，她可能不吃，那薛小姐來講，她會說奶奶吃東西囉！那可能這樣子就聽話，對不對…對我本身當然有幫助，至少媽媽不會念了，至少幫她房間打掃得乾乾淨淨，她好幾天沒發飆了，都有幫助。」A08-02-02-01-06

(二) 對老人的功能

1. 增加老人的社會接觸

無論是服務員平日與老人相處的互動方式，或是提供原本既有的服務項目(如陪同外出)，多數照顧者均認為居家服務有助於增進老人的日常生活刺激。在互動方式上，受訪者 A01 認為居家服務員在服務過程中可以與老人講話、引起其注意；而受訪者 A03 則表示服務員與老人的互動模式是連孫子輩的也做不到的，甚至還會自創小遊戲陪老人玩；另一方面，受訪者 A02、A03、A09 與 A10 皆表示服務員陪同老人外出時，可以增進老人與其他人的互動，因而認為居家服務來對老人是有所幫助的。

「她們來可以跟她講話什麼的，就是阿嬤還認得她嘛！講話什麼的，就會故意引起她的注意。不會像我這樣，我都沒什麼力氣...我真的沒辦法為了不讓她睡覺一直跟她聊天講話什麼的...就不會說讓她坐在這邊睡覺。因為...我也沒辦法啦！她睡我真的沒辦法，自己有些事也是要做啦！」 A01-02-02-02-01

「其實她是先服務阿公的，那時候阿嬤是給別人服務的，她回來看到阿嬤也會跟阿嬤說，阿嬤~親一下！我那時候看到就...因為我們家人...孫子輩的都做不到，或是說抱抱~然後阿嬤就會很开心，因為很少有人這樣跟她互動...那至少居家服務員來還有人帶她出去散步、曬曬太陽，就是接觸一下人群，至少多一點刺激啦！不會待在家裡只會睡覺，那慢慢的就可以推她出來看電視，帶她出去玩...那遇到雨天的狀況下，我也看過就是她們會陪阿嬤聊天，那有時候她們也會有互動...就是那種小小的遊戲啦！自創一些小小的遊戲，還不錯...」 A03-02-02-02-01

「因為出去那邊有熟識的啦！她推她(阿嬤)，然後對方也有人啊！然後大家就會介紹啦！交朋友啦！」 A02-02-02-02-01

「出去當然就是給他這樣車子推出去，給他走一走那個植物園看那個植物啊，當然會有幫助...以前就一直走植物園好多年了。」 A09-02-02-02-01

「她在公園比我還能認識一些人啊，人家看到她都會跟她打招呼，而且可能是想到什麼她就會想要笑或是高興的時候，像我帶她出去或高興會唱歌這樣子，那高興人家帶她出去。」

A10-02-02-02-01

## 2. 老人生活自理能力有明顯進步

受訪者 A07 表示，自從居家服務介入後，老人狀況比起自己先前照顧時更穩定，且狀況一直好轉，加上服務員會適度的訓練老人如何自理，因此認為居家服務是使老人狀況明顯進步的原因。

「她什麼都有教他啊，自理啊什麼的...就是她一直讓他(狀況)一直往上啊，沒有一直往下，我做的時候是一直往下。真的是...不專業跟專業是差這麼多的喔...我那時候不敢跟他洗澡，她都敢



跟他洗澡啊，他也舒服都了啊，而且他現在很多事情都能夠自理啊，走路什麼那一些，就讓我覺得說他有往上，而且能夠...很多事情都好像有看到他的進步。」A07-02-02-02-02

### (三) 小結

先前的文獻回顧中研究者曾整理使用居家服務的失智症家庭照顧者之相關文獻，發現失智症家庭照顧者對居家服務的正向感受為：(1)整體方面，感受最多的為照顧者與老人間關係的改善；及(2)在服務員提供服務方面，服務員專業的協助能減少照顧者的負荷、增加特殊照顧的知能及自由時間的增加。而本研究結果除了未提及照顧知能的增加外，其餘皆與上述的研究發現相同。可見失智症家庭照顧者其負荷的減少，除了係因為服務員分擔照顧責任，也補充家中照顧人力不足之窘境；另一方面，照顧者自由時間的增加，更是意味著社會接觸的機會增加以及可彈性安排自己的時間。而本研究亦發現，居家服務對於老人的幫助，除了可增加老人的社會接觸外，也能讓老人的生活自理能力有所改善。

### 本節總結

本研究將居家服務的效益分為居家服務對照顧之影響(實質面)與幫助(感受面)兩面向來探討，由於照顧者在居家服務介入後仍持續提供照顧工作，因此居家服務對照顧者平日的照顧工作量、日常生活的依賴程度、照顧角色、照顧心態等，都會產生一定之影響，甚至衍生新的困擾(如需配合服務員時間)。研究者過去的實務經驗發現，多數的服務員通常一天都會服務數個個案，因此當有新的服務個案增加時，就需要透過居家服務督導來調動原有個案的服務時間，如此一來就會產生牽一髮而動全身之後果。本研究亦發現，照顧者為了能讓原本的服務員繼續提供服務，協商的過程中多半處於妥協的狀態。因此對居家服務督導而言，服務員有派案的需求，而案家有使用服務之需求，兩者的優先順序如何排列，亦將是居家服務督導未來需要進一步思考之重點。

至於研究者所界定的居家服務之幫助，照顧者普遍認為居家服務除可分擔自己的照顧責任、增進社會接觸、補充照顧人力不足之問題以及增加可彈性運用之時間外，更讓自己對老人狀況有所掌握，並能減緩自己與老人間的緊張關係，此與過去研究結果雷同；至於對於輕度失能失智的老人而言，有照顧者則認為居家服務可以對老人的生活自理及整體狀況有幫助。由此可知，雖然居家服務的目的主要是將老人留在社區內照顧，並藉由到宅的服務滿足老人被照顧的需求，然而照顧者卻也因此而受惠。故研究者認為

居家服務對失智老人而言不僅是福利服務，對照顧者來說更是喘息服務的一種。因此未來居家服務單位在服務提供上，鎖定的服務對象不能再僅限於失智或失能老人身上，除應該將家庭列為整體評估的單位外，更期待能針對照顧者透過居家服務獲得喘息之功效進一步設計相關的服務，讓居家服務發揮更大的效益。



### 第三節 對居家服務的評價與建議

由於服務本身是一種無形的東西，因此每個人對於服務的評價與感受亦不盡相同，在上一節中，研究者雖已探討居家服務的成效，然而照顧者就其使用居家服務之感受與經驗來評價，勢必會有更多不同的看法，因此本節將要進一步從照顧者的觀點來了解其對居家服務的看法、何謂好的居家服務、以及接觸或使用居家服務以外之照顧服務經驗與建議。

#### 一、對居家服務的看法

目前居家服務的執行，均依照各縣市所訂定之居家服務實施計畫而來，而居家服務的提供，主要是居家服務單位、督導人員及居家服務員三者相互配合的成果，也因此照顧者在使用居家服務後，透過與居家服務單位、督導人員及居家服務員的互動，就會導致其形成一些主觀的認定，以下即從照顧者對服務時數、居家服務員以及對居家服務單位(包含對督導人員)的看法與建議等三方面進一步探討。

##### (一) 對服務時數的看法與建議

##### 1. 對服務時數的看法

有部分的受訪者 A01 表示希望服務時數可以增加，但增加時數將需要負擔更多費用，因為目前經濟狀況不允許而打消念頭；受訪者 A04 則是認為每週兩次、每次兩小時的服務不能夠完全滿足她的需求，但與居家服務單位反應後得到的回應卻是政府資源有限無法增加時數。因此整體而言，無論是單次時數增加或是頻率增加，有部份照顧者皆認為服務時數不足以滿足其現階段的需求。

「我是想再多時間啦！但目前經濟狀況沒辦法…我另外可以再要 16 個小時的話，就是不一定要同一個人做，她們可以派兩個人來，就是多了幾個鐘頭她們會另外派。」 A01-03-01-01-01

「我有跟他們說啊，我希望他們天數來多一點，對不對？時數來多一點都沒辦法啦，我當然有提過，他們就是覺得說政府規定就是這樣嘛，那就是只能給我們四個小時，這樣算起來是一個禮拜四個小時嘛，每一次兩個小時嘛，一個禮拜就四個小時，他們只能提供這樣子嘛…我是覺得不夠啦，但是不夠有什麼用，就說不可以沒有辦法增加啊…他說政府資源沒那麼多，他說你一個人，

那別人也要用啊，當然了有需要可能大家都希望多一點，但是問題就是不夠啊，那不夠我們就勉強將就啊，是不是，不然你想要怎麼樣…」A04-03-01-01-01

然而並非所有的照顧者都覺得服務時數不足，有些照顧者則認為目前的服務時數已足夠，如受訪者 A02 即認為有些照顧工作還是得由自己來做，因此認為目前現階段的照顧項目和時數都足夠，不需要再增加；而受訪者 A07 則表示一開始接觸服務時就已經明確表達需求，因此對於服務項目和時數並未有任何問題；至於受訪者 A10 更擔心若服務時數過多會產生依賴心理，加上照顧父母本來就是子女的本份，因此認為目前的時數來說已足夠。

「我是說目前這樣...有人幫忙就可以了啦...因為她的時間就是這樣，兩個小時固定就是這樣，剩下就都是我們家人的事了...我們好照顧...順順的就好了啦！我沒有要求很多啦！這樣就可以了。」A02-03-01-01-02

「內容我那時候我一開始就知道我需要什麼啊，我需要幫忙還是什麼都講得很清楚，時數也差不多啊，都差不多啦。」A07-03-01-01-02

「因為太多了可能會讓我...不是壓力啦，因為讓我覺得可能會以後會懶惰，最好每一天都有人來...這樣子也不行，因為做子女本來就是應該要做，我覺得也是要做啦，真的你不能想要每一次都靠別人。」A10-03-01-01-02

## 再分析

過去有研究即指出，女兒從孝順去看照顧時，同時也會從依附理論去解釋，例如：亦又和父母感情良好，自然會孝順父母；兒子比較會從責任和義務去解釋照顧，照顧父母是責任感的驅使，因此會有分工上的要求和差異，強大的責任感會增加工具性的支持，如果兒子和父母感情不差，也會增加情感的支持與日常生活的照顧(謝美娥，2000)。研究者亦發現，有些照顧者認為使用居家服務雖然能減輕他們的照顧負擔，但身為子女仍應負起相當的照顧責任，不應過度依賴服務，如受訪者 A10 即表示「因為做子女本來就是應該要做，我覺得也

是要做啦，真的你不能想要每一次都靠別人。」受訪者 A05 更提到「就像我太太，講你抱怨也沒有用，他是你爸爸！你必須要承受，是要承受啦！」此與謝美娥(2000)之研究有異曲同工之發現。在中國人的社會中，子女必須奉養其父母，一直是被重視的價值。在這裡雖然照顧者沒有提到孝道兩個字，但是受訪者 A10 的「應該」，代表的是一種規範或價值的遵守，這一種社會規範內化的成功，會鼓舞人們對其行為產生理所當然如此的感受，是一種良心的驅使；而受訪者 A05 所表達的「承受」，其背後所代表的更是身為兒子照顧者無比沉重的壓力與負荷！

## 2. 對服務時數的建議

### (1)服務時間應彈性化

受訪者 A05 當初想申請晚上的時段協助照顧，但發現有所謂的「上班時間」，即服務員有規定超過晚上八點就不提供服務，因此晚上這時段目前還是得由自己來照顧；而受訪者 A09 亦表示六日服務員都會休假，但還是希望六日服務員能夠提供服務，故希望針對有需求的家庭其服務員的服務時間能夠彈性一點，以滿足其需求。

「本來我是覺得晚上我也想請，但晚上他們沒辦法來，服務員最晚是到他們好像是六七八點差不多，就他們只能上班時間來幫你，申請她上班時間來，對不對，他們好像說不能夠超過晚上八點，嗯...規定，規定這樣子。當然全天候是不可能的啦，所以我也沒有去多講，因為居家服務員都是有家庭的人，那有家庭的人她怎麼可能...她總要回去煮晚飯，除非她說...但很少啦！有的部分會願意晚上做到八九點都願意，那禮拜六禮拜天她也要做...那如果想要讓他們更好一點的話，可能就是晚上是希望說那個時間再能夠有彈性一點這樣子，當然這不是我們想的就可以，要有人願意去做這個事情，那晚上來幫我餵飯啊~幫他刷完牙用用，扶他上床睡覺。但是我在想不容易啦，因為你有你的起居生活，別人有別人的起居生活，你要這樣的話也許他會給你建議乾脆請一個外傭就好了，外傭二十四小時的啊在他旁邊這樣子。」

A05-04-01-05-01



「我是希望啊，但是她不可能來啊…我是這樣子講可以申請禮拜六禮拜天可以來啦！但她們好像六日都放假…那最好是禮拜六、禮拜天也來啦，我是希望啦！如果李小姐他們單位六日可以服務的話，其實應該要建議一下。」 A09-04-01-05-01

## (2)服務時間再增加

受訪者 A03 認為時數多一點服務員來的頻率就會高一些，若發生什麼事至少有人可以協助；而受訪者 A04 則認為照顧一個老人一週只有四小時根本太少；至於受訪者 A09 則是表示單次時數希望能多增加一個小時，可以讓服務員有充裕的時間把照顧工作完成。因此整體而言，無論是單次時數增加或是每週時數增加，照顧者皆認為服務時數不足以滿足其現階段的需求，因而希望服務時數能再增加。

「至少說發生事情的時候還有人在家裡，因為我曾經有兩三天沒有回到家裡睡覺，我有跟阿公說我會睡在醫院…有一天晚上阿嬤跌倒，從床上翻下來跌倒摔落床下，他不知道怎麼辦因為抱不起來，阿公他骨頭也不好也不知道要怎麼抱，所以他就乾脆讓阿嬤睡在地板上，而且那時候還是冬天寒流來的時候。我不知道因為他沒跟我講，是隔天他才跟我講…應該大家都希望時數多一點、次數多一點什麼都多一點。但那不可能啦！除非就是人員多一點，那也要大家有那個心願意去創造這個空間出來，其他的…沒想到耶！」 A03-04-01-05-04

「我不敢奢求還有什麼其他服務，我只要求你說你的居家服務時數多一點，對不對。嗯，那麼少我請教你啊，你想想看平常一個人的話你只有給我四個小時，夠嗎？」 A04-04-01-05-04

「那我建議是時間延長一點…延長一點就是說八點到十一點，長一點也不行，他那個時候就八點起來，我給他打針用給他吃就已經搞了半天了，那個時間我都是在用他，那有時候上廁所，那起來要打針然後要去泡牛奶，都是在用他，那個時間都在用他…就是希望可以八點到十一點，多一個小時。」 A09-04-01-05-04

## (二) 對居家服務員的看法

## 1. 服務態度親切

研究者發現，服務員的態度會影響照顧者對她們的看法，服務員對照顧者好相處、好溝通；而對老人友善、熱情、態度和藹，種種表現都讓照顧者覺得態度親切。

### (1)對照顧者：好相處、好溝通

「就是現在這個輪流照顧的這個，我真的很謝謝她感念她…因為她之前還沒看過我，就會用很逗趣的語氣跟我說話。因為這個不難相處啦！所以就比較敢跟她講一些話。」 A03-03-01-02-01

「態度很好啊，所以跟服務員的溝通就很好啊…台灣人都是講台語啊，沒有什麼困難…就是說她態度親切，對待老人很和藹可親這樣啊！」 A04-03-01-02-01

### (2)對老人：有善、熱情、態度和藹

「服務人員她真的...薛小姐她憑良心講不錯，就是她每次來都會跟奶奶講，很親熱打招呼的樣子，然後她每次來幫她做完事情，都會一個擁抱。」 A08-03-01-02-01

「像她好像講話對阿伯都是比較講友善的話，他也喜歡聽友善的話…那現在相處的也蠻好了，她知道他的毛病什麼，已經兩年多了，摸索到他的毛病…就是過程，她就會很輕聲的跟他講你不要打我喔，你現在要怎麼樣你很乖喔就講好話，他要人家這樣子講好話。」 A09-03-01-02-01

受訪者 A01 則特別提到當初老人因為失智症狀有時不願意洗澡而會出現攻擊行為，但服務員並未因此打退堂鼓，自始至終的服務態度都很好，所以一直服務至今。

「這個女的...小姐(服務員)很好，七年多了，態度很好啊！不然怎麼服務七年多…那時那個服務員...我都覺得她能撐下來我很佩服她，因為阿嬤會打她嘛！會打人啊！有時候洗澡強迫她(阿嬤)不願意的事她就會打人，那時候力氣和動作都很大。」

A01-03-01-02-01

## 2. 服務很盡責

照顧者認為服務員很盡責，如受訪者 A01 認為服務員能夠做好份內的工作；受訪者 A02 認為服務員能主動的協助案家獲得就醫資訊並願意調整服務時間陪同就醫；甚至受訪者 A08 及 A10 認為服務員有一些額外的要求與服務也都願意接受，這些就是盡責的表現。

「當然洗澡完全她包辦啦！洗澡的話我就負責抱上去啦！她都洗得很乾淨洗得很久。」 A01-03-01-02-02

「喔~那個去醫院...因為醫生過年後有調整時間啦！那這個小姐就很主動，說她要去查電腦，她那天跟我說醫生改成禮拜六，我就說那怎麼辦？她說可以...今天的時間調整到別天啦！算是調換一下啦！就只調一天而已啦！因為喔~我如果看一次就有兩次的處方籤啦！這樣就可以久一點再去一次。」

A02-03-01-02-02

「有的時候她也會做額外的，就是媽媽會叫她多做一點，這個家務的她也會幫忙做，她都會去幫忙。」 A08-03-01-02-02

「本來是說只要帶我媽媽出去就可以，那因為如果下雨的話她就坐在那一邊，她覺得不好意思，她就自己會找事情做，對，不錯啦這個。」 A10-03-01-02-02

## 3. 受過訓練的，較有技巧

由於服務員在未提供服務之前，都須接受專業的學科與術科的訓練，加上正式提供服務後服務單位會安排一連串的在職訓練以提升服務員的照顧技巧，因此照顧者都能感受到服務員專業的一面。無論是需較高照顧技巧的移位或抱等，都是以老人的安全為最重要的考量(如受訪者 A01、A02 及 A03)；或是照顧、疾病及營養上基本問題的回答(如受訪者 A05)；甚至照顧者都能發現服務員與自己在照顧上的不同(如受訪者 A07)，此即是專業訓練與否的差異。

「因為她們訓練...基金會的訓練都很好啦！比如說很重的別人不會抱她會抱啊...她抱的話有技巧啦！像是腳的角度、好施力什麼的。但我就不是啦！就直接抱，不像她們慢慢的靠腿的力量這

樣。」 A01-03-01-02-03

「像抱啊~移位的技巧等等那她們會啦！她們自己有訓練啦！她們來都會做啦！」 A02-03-01-02-03

「因為她們基本都有受過照顧訓練的課程，那在照顧上她們都還會教我們，比如說要怎麼幫阿嬤抱起來啊！比較不會讓阿嬤不舒服還是怎麼樣。那像洗澡那些的，其實她們兩位我之前都有看過她們怎麼幫阿嬤從床上到浴室怎麼用，我是覺得她們...略有不同啦！可是她們還是都是以阿嬤的安全為主，所以我是看她們其實還不錯。」 A03-03-01-02-03

「當然他們都是有訓練，不過他們確實像上一個陳小姐他是有人在醫院有待過的，那有一些問題我們也可以互相問她，我雖然在醫院有的時候會常請教護士幹嘛，但是有一些她們畢竟有在醫院待過照顧過的，那她們有的時候，比如來講我說這個是什麼問題，那個是什麼問題有沒有關係，我有的時候什麼事情我會跟她請教一下，她們有的時候會有這方面的常識，因為她們在出來做之前，她們也會好像幾乎會有給他們受訓過啊，這一點是比較不錯。」 A05-03-01-02-03

「他們都有受過訓啊，因為她做起事來一定跟我不一樣的啊，而且她也都跟我講說哪時候要去回去上課這樣，都有教什麼，什麼都有教...其實他們有上課真的比我們這種的完全沒受過訓，好很多。」 A07-03-01-02-03

然而亦有照顧者對於服務員的專業度持保留態度，如受訪者 A04 即認為因為目前的服務項目只是協助家務整理，看不出服務員的專業度，再加上服務時間內照顧者都外出洗腎，因此對於服務員是否為專業照顧人力，並沒有太多看法。

「我根本就不曉得嘛，因為我看起來...因為我人不在嘛，那都看起來好像沒有那個專業的知識來照顧這個失智老人，都在幫我整裡家裡嘛！至少在她來的這兩個小時，對不對，我並沒有發現有一個什麼服務啦！」 A04-03-01-02-03

#### 4. 相處上像很好朋友或親密的家人

服務員因為長時間和照顧者及老人的生活有所交集，因此照顧者或老人會把服務員當作是很好的朋友，甚至是很親密的家人來看待，如受訪者 A04 會認為服務員額外的陪同門診是因為很像朋友般的幫忙；而受訪者 A03 及 A07 更會認為服務員和自己的生活已經融合在一起，就像是自家人。

「但那居服員很好啦，有時候她還會說你要門診，他是說要另外來陪…已經很久了好像朋友一樣，我來幫你一個忙。」

A04-03-01-02-04

「其實她們來就是比朋友還要... 更好啦！會去關心阿公阿嬤啦！就是說比我們這些家人之外，還要更親密的人來，然後就是可以跟阿公阿嬤聊天啊...阿嬤她有感覺是上次有一次我煮飯，煮飯完她就叫她們不要走，叫她們吃飽飯再走...阿嬤那時說的時候我還傻一下下，我說阿嬤妳也會說這個喔！她把她們當作自己的朋友或是家人。」A03-03-01-02-04

「我們現在都變成自家人了啊，因為一年了...就是全部都融合一起這樣子啊，就生活啊、時間啊，什麼各方面都很像自家人這樣子啊。」A07-03-01-02-04

### (三) 對居家服務單位(含督導人員)的看法與建議

#### 1. 對居家服務單位(含督導人員)的看法

##### (1)督導人員會主動關心服務狀況，但頻率不一

照顧者表示督導人員都會透過電訪或家訪的方式來了解老人的身體狀況或服務情形，或是照顧者有照顧上的問題反映給居服單位後，督導人員才會前來關心。

「很好啦！他們隔一陣子會來看她，或者打電話來問一下這樣。」

A01-03-01-03-01

「如果有事的話她們都會直接打手機給我，或者是如果有什麼重大的事我也會直接找那位社工。之前...就是過年那段時間阿嬤住院，我要跟他們說阿嬤的部份要先暫停，因為住也不知道要住多久，因為我知道如果她們過來沒辦法服務好像要算一些錢的樣



子，我也覺得讓人家空跑一趟我也會覺得不好意思。」

A03-03-01-03-01

「她(服務員)主管有事就會打電話來…沒什麼啦，她居家服務，有時候就問服務好不好啊怎樣的。」 A06-03-01-03-01

「我記得有一位姓方，方主任，還有一位林先生，方主任他大概來過一兩次後就沒來了，換林先生來，林先生來完以後呢，就實習醫生，我不曉得是什麼實習醫生，有來探視我，他們都有做這個工作，都有做這個工作…我記得打過幾次電話，薛小姐有回去跟她反應過我媽媽這樣，林先生馬上就帶醫生來，來看我母親，這些都有做。」 A08-03-01-03-01

「有一個...對，他會問阿嬤的狀況，他偶而會跟那個居家服務員過來，會啦。」 A10-03-01-03-01

然而研究者發現不同單位、不同督導人員其督導頻率及方式也會有差異，如受訪者 A04 表示與居家服務單位的互動較少，換了現在的督導人員後，其電訪和家訪的頻率明顯變少；受訪者 A07 表示督導人員都以電話方式詢問狀況，除非老人狀況有變化才會家訪；而受訪者 A09 則表示剛開始接受服務時，督導人員較常來，但現在較少來。

「很少啦，很少問說怎樣啦…有啦，會問但是很少啦…就沒有什麼來就對了…根本就沒有在打電話，除非說我有事情打電話去，不然都沒有在打的，單位根本沒有，居服員還會稍微問一下…之前那個他很忙，我知道他很忙，但他是常常來嘛，常來跟我溝通很好啊！對不對？他也常常會來給我們看一下看一下，那我就知道啊！不然就打一個電話到我家。那現在換那一個，現在那個都沒有什麼在來，差不多半年來一次，至少你也打個電話嘛。」

A04-03-01-03-01

「會打電話過來問狀況這樣，然後那個居服會回去跟他們講啊…都不用看啊，他們來看都好像除非很嚴重的吧。」

A07-03-01-03-01

「那個單位的喔，有啊，經常都會有一個李小姐來問伯伯好不好

啊...她打電話來，那有時候也會來...最近沒有啦，那起先剛開始會來看阿伯怎麼樣情形...她就坐在這裡看看啊，看看他什麼樣情形。」 A09-03-01-03-01

## (2)居家服務單位很重視服務員的在職訓練

受訪者 A01 特別表示，居家服務單位每個月都會為服務員排定在職訓練課程，照顧者雖然認為服務單位的要求嚴格，但卻能使服務員有更紮實的訓練。

「他們要求很嚴嘛！他們基金會要求很嚴啦！有這樣的服務員服務基金會就算很不錯了啦！就訓練什麼的...她們每個月好像都會有什麼訓練的，我也不知道，她們好像每個月都要回去基金會一、兩次。」 A01-03-01-03-02

## 2. 對居家服務單位(含督導人員)的建議

### (1)應重視服務員本身的工作負荷

受訪者 A07 特別提到目前的服務員因為所照顧的某個老人其問題較複雜，加上又有在安養院工作，工作繁忙辛苦到最後身體不堪負荷而住院，因此認為服務單應該更重視服務員的工作負荷，特別是因負荷太重而導致的健康問題，而如何讓服務員在經濟與自身健康之間取得平衡點，應是服務單位所要面對的重要課題之一。

「其實我們也不能一直要求，他們也很辛苦，我們要求越多他們會更辛苦，比如說我們認識那個居家服務啊，她做到自己生病...她是剛住院回來啊，因為她之前有服務那一個人是非常...是獨居，然後又沒錢，然後時數很多，又很麻煩，然後照顧到最後就是有職業傷害，嘿啊。到最後自己...真的啊，不是只有我們照顧的人照顧到住院，連他們都會...她很累啊，她本身有在安養院上班也是夠累了，還要叫她來代班，她就會覺得...很辛苦，會唉唉叫，所以很多問題，基金會也沒辦法去為他們設想到很周密...就他們自己本身的健康那些啦！對啊，連他們自己都說自己...很辛苦，他們很想要求基金會啊。就是...像我的話，我都覺得說...唉！但也不是說錢能夠解決就沒...沒事了。」

A07-04-01-05-02

## (2)應同理照顧者的負荷與壓力

而本研究另一個所關心的重點，究竟居家服務對照顧者的幫助是否足夠？受訪者 A06 即認為居家服務應該要能體諒照顧者的辛苦，無論是精神上或是經濟上，都應該要同理他們的處境；而受訪者 A07 亦認為居家服務好像只重視服務對象而忽略了照顧他們的照顧者。由於居家服務的本意即是以老人為主要的服務對象，對於照顧者本身的幫助較多是在照顧工作的分擔，因此對於照顧者的壓力與負荷，研究者認為應該要有更多的服務方案介入，而這一部分後續將會有更多探討。

「對啊，你沒有體諒下面這個人喔！他生病的家庭啊，什麼都糊裡糊塗的，假如一個家庭，一個人這樣的話，假如環境不好，就一定是拖垮嘛！他們不了解我們這個痛苦嘛！」

A06-04-01-05-03

「我也常常有那種職業倦怠的感覺啊，就覺得說...那種壓力沒辦法抒放那種感覺，他們(居家服務)好像只注重病人，不是注重那個照顧者。但是我聽過很多人是說照顧者，照顧到比被照顧的還嚴重，我常常聽到啦。」 A07-04-01-05-03

## (四) 小結

研究者發現，照顧者對於目前居家服務所提供的服務時數與項目的看法略分為二：認為服務時數不足者，希望每週的服務頻率或是每次的服務時數能增加以滿足照顧者之需求；而另一部份認為現階段的服務時數足夠，是因為照顧者和老人的需求都有被滿足。研究者發現，照顧者認為目前居家服務的限制太多，尤其是在服務時間方面，不僅服務時段缺乏彈性，需要配合居家服務單位所規定的某些時段才能服務，讓六日甚至夜晚有需求之家庭其需求無法被滿足外，服務時數不足也使得服務員無法有充裕的時間完成照顧項目。

而照顧者對於居家服務員的看法皆較正向，如對待老人的態度好、服務盡責、有受過訓練及相處上感覺像朋友或家人等。另一方面，照顧者對於服務員的看法也較正向，而認為服務單位以電訪或家訪方式來掌握服務

狀況，係居家服務督導人員評量與監督居家服務品質之方法，然而規定與實際執行之間卻會因單位及人員素質之不同而有差異，普遍來說，多數的督導人員都會主動關心及了解服務狀況，僅有少數的督導人員其督導之頻率偏低。

## 二、何謂好的居家服務

由於居家服務本身會因為照顧者與服務單位角度的不同而在看法上有所差異，也因此較難斷定所謂的服務品質。然而從照顧者的角度來看，由一開始對居家服務的不了解、接觸、申請使用到目前的熟悉適應，究竟照顧者眼中所謂好的居家服務，服務員應該具備哪些特質？好的居家服務單位又該具備什麼樣的條件？本段將逐一探討，試圖呈現照顧者眼中好的居家服務員樣貌。

### (一) 好的居家服務員應具備的特質

照顧者認為好的服務員應該要有：(1)要有服務熱忱、有愛心、能注重細節，並能感受老人的需求；(2)要有好的服務態度；(3)要有專業素養；及(4)要能讓老人信任。

#### 1. 要有服務熱忱、有愛心、能注重細節，並能感受老人的需求

有服務熱忱、有愛心、能注重細節，並能感受老人的需求為照顧者認為好的服務員首要具備之特質。由於服務員要照顧非親人以外的人，因此受訪者 A01 與 A07 認為，服務熱忱需要由耐心來呈現，因此若沒有服務熱忱，服務員很快就會有職業倦怠；受訪者 A05 則認為服務員除了有愛心外，更應該要能同理並感受老人的需求；而受訪者 A03 則認為好的服務員應該要伺病如親，把老人當家人一般對待。

「第一要熱心熱忱嘛！因為是自己母親我是無所謂啦！但別人的話...叫我弄別人我也一定不肯嘛！」 A01-03-02-01-02

「像這個也需要耐性，如果說沒有那種服務的熱忱的話久了就會覺得疲倦有沒有？就是要有愛心啊，有那種熱忱才不會有很快有職業倦怠啊。」 A07-03-02-01-02

「我是覺得當然一個就是我們講的就是愛心。愛心是每一個人不一樣的，你說一個你有專業，如果你沒有愛心你就不會很盡心去做，就做的會馬馬虎虎，但是老人家說實在話每一個細節都不能

夠馬虎。比如來講像我早上扶他起床，我在幫他轉身如果快一點慢一點他都會不舒服，那就是說如果有專業她知道是要轉下來，但是如果說她能夠配合有點愛心，不要讓他覺得不舒服，她就速度上就會配合…就是說你對病患的感受，你有沒有去感受老人家。」 A05-03-02-01-02

「第一個就是要…伺病如親，就是可能需要把這個案…這個 case 當作自己家人呵護。」 A03-03-02-01-02

## 2. 要有好的服務態度

和善的態度與言行是好的居家服務員應具備的要件之一。

「還有一點就是服務態度，像現在這個她又剛好是慈濟人啦！所以真的把媽媽照顧得很好，這樣就很好啊！」 A01-03-02-01-01

「因為病人就不喜歡那種兇兇的嘛！那我們自己也一樣啊，不喜歡人家兇我們，對不對？所以態度好是很重要的。」

A09-03-02-01-01

## 3. 要有專業素養

照顧者認為好的居家服務員應該要具有專業知識，除了能了解老人的問題並從而切入照顧外，也要能提供一些簡單的衛教常識。

「然後可能也要知道說老人的問題點在哪裡，然後要從那個地方切入去照顧。那我知道像這兩位阿姨都很厲害，她知道阿嬤起床到輪椅的部份都要用抱的，她沒辦法站，站不穩，所以說阿姨很厲害會提醒我說以後不在的時間，妳要讓阿嬤學著站，她有提醒我這點，她說這樣以後阿嬤就不會完全靠著妳的力氣去抱，這樣以後妳會受傷，就是能知道問題點在哪可以提醒。」

A03-03-02-01-03

「就必須有一個專業常識啊、專業知識，那你才能夠顧啊，是不是這樣子…」 A04-03-02-01-03

「像營養…吃的方面，人老了食道會萎縮，所以吃的東西有時候真的煩，飯吃不下或什麼真的很煩，所以居家服務員如果能提



供這方面一些意見就很好…像我現在這個就有幫我申請營養師過來，那有幫我看應該什麼給阿嬤吃。」 A10-03-02-01-03

#### 4. 要能讓人信任

受訪者 A10 特別提到當服務的對象為獨居老人時，取得老人的信任是好的服務員應具備的要件之一。

「那還有就是說要讓人家信任你，因為至少真的有一些…不知道是老人會比較會幻想還是什麼，他們都會說一些狀況，那是不是真的也不知道…別人有時候會跟我講，我說有的人老人會幻想，因為獨居嘛，獨居都會幻想一些誰拿他的東西，其實是不是幻想也不知道，真的，我真的覺得這部分也需要讓人家信任。」  
A10-03-02-01-04

#### (二) 好的居家服務單位應具備的條件

為了提供更好的服務，照顧者認為好的居家服務單位應具備下列條件，包括：(1)為求服務員穩定提供服務，對於服務員的休假或請假應有相關規定；(2)應要求服務員要定期回報服務狀況；及(3)應定期安排服務員受訓。

##### 1. 為求服務員穩定提供服務，對於服務員休假或請假應有相關規定

照顧者認為居家服務單位對於服務員休假或請假應有明確的規範是好的，當服務員休假或請假時，照顧者即可提早安排替代的照顧人力。

「像遇到國定假日可能居服員會休息，然後居服員有什麼課程、然後什麼開會…然後什麼檢討會之類的她們如果有遇到…如果居服員需要服務的狀況之下，可能需要請假，上面都要有清楚的規定。」 A03-03-02-02-01

「像是明天開會不來就要講啦！提早跟你講看家裡有什麼事啊，這幾天到哪裡去旅行啊，沒辦法來啊，這我們就知道了，提早知道也比較好啦！我們就可以看說要怎麼辦。」

A06-03-02-02-01

## 2. 應要求服務員要定期回報服務狀況

受訪者 A07 認為因為老人的狀況時常有變化，而服務員是第一線的直接服務者，對於老人的狀況最了解，因此居家服務單位應要求服務員定期回報，就可以適時掌握老人的狀況，亦較能確保老人之安全。

「萬一發生什麼意外怎麼樣的，基金會都要在掌控當中這樣子…這樣比較安全啦，因為比如說你沒有好好掌控住，然後發生什麼事情，基金會也沒有辦法掌控對不對，所以她們(服務員)就再鉅細靡遺什麼都講(回報)這樣比較好。」 A07-03-02-02-02

## 3. 應定期安排服務員受訓

照顧者認為老人的問題複雜，身為第一線的服務提供者，服務員需要有更多的知識技巧來因應，因此認為居家服務單位應定期安排服務員受訓，盡可能讓受訓的內容更多元化，使服務員的專業度更精進。

「像居服員要訓練上課或是開會幹嘛的，來確保一些服務技巧或是專業度能更專業更精進，這樣就很好啊！不然老人的狀況這麼多喔，不知道怎麼照顧的話怎麼服務啊！」 A03-03-02-02-03

「像他們單位就很好啊！受訓的好像範圍都很廣，比如說 CPR 他們也學，還有什麼心理方面都學，所以是滿專業的，然後加上多年累積下來的經驗就已經是...什麼都已經差不多，很專業了。」  
A07-03-02-02-03

### 再分析

在服務輸送體系中，服務流程的透明化除能確保服務的品質外，亦能保障服務使用者的權益，也因此居家服務單位對於案主的申訴都訂有一套處理流程。然而研究者在訪談過程中卻發現，並非所有的照顧者都能了解這些業務的分別，如受訪者 A02 即表示「我剛開始申請喔！是鄧 XX(長照中心人員)來的啦！她來就跟我說有洗澡的這個啦！說好之後就換她(社工)來跟我說…然後小姐(服務員)就來了…好像還有一個社會局的...劉小姐有來，來這邊看阿嬤，順便問問這樣的...」，可見業務的分層繁瑣，一般照顧者很難清楚分辨居家服務單位的督導員、長照中心的個管員及社會局承辦人的角色與職責，

使用服務的過程中若遭遇問題，也將不知該如何反映。因此身為第一線的服務提供單位，居家服務督導如何讓服務使用者清楚知道服務問題的反映流程，除了能保障服務對象之權益，亦有助於確保服務品質。戴滢滢(2006)即認為，服務提供者在服務輸送中是否提供充分的訊息、和緩的態度、展現同理之關心、充分的溝通及讓服務使用者參與等，係強調過程品質重要性的表現。因此研究者認為，居家服務單位在提供服務時，應口頭上告知並在服務契約上載明服務流程與申訴管道，如此一來確保服務使用者也保護服務單位，也能在過程中讓服務品質更精進。

### (三) 小結

研究者發現，當照顧者在描述好的居家服務員應該具備的特質與好的居家服務單位應具備的條件時，照顧者幾乎都會與目前提供服務之服務員其特質與居家服務單位之要求做連結，也因此當他們對現提供服務之服務員有較正向的觀感，或是對目前居家服務的規定認可時，就會反映對好的居家服務員應具備的特質以及居家服務單位應有的要求。而本研究中照顧者認為好的服務員應該要具備：(1)要有服務熱忱、有愛心、能注重細節，並能感受老人的需求；(2)要有好的服務態度；(3)要有專業素養；及(4)要能讓老人信任，如此一來才稱得上是好的服務員；另一方面，為讓服務員提供更好的服務，照顧者認為好的居家服務單位應具備的條件為：(1)對於服務員的休假或請假應有相關規定；(2)應要求服務員要定期回報服務狀況；(3)應定期安排服務員受訓；以及(4)應要求服務員守本份不越矩，也要讓照顧者明白這些規定。而研究者進一步檢視目前我國各縣市政府或居家服務單位對於服務員工作守則之要求時，發現宜蘭縣有頒訂「宜蘭縣老人居家服務人員管理要點」，其中明訂居家服務員之工作守則，分為對案家的規定(如應以友善、和悅的態度，並秉持同理心對待案主，以建立良好服務關係)及對機構的規定(如遇有無法提供服務情事，應於七日前向督導請假等)兩類，而此與本研究所發現之「服務員應具備的特質(對案家)」及「服務單位應有的規定(對機構)」不謀而合；而研究者過去的工作經驗亦發現，居家服務單位均會訂定一套工作守則供居家服務員遵守，可見居家服務單位為了確保居家服務品質，除了會嚴格要求服務員要遵守工作規定外，對於案家的服務態度亦會有所規範。

### 三、接觸或使用居家服務以外之照顧服務經驗與建議

研究者在訪談過程中即發現，在使用居家服務後，居家服務單位與長期照顧管理中心都成為照顧者獲取相關服務資訊的重要來源之一。多數照顧者在使用居家服務之外，也會使用相關的照顧服務，如喘息服務及交通接送服務等，因此本段即將探討在使用居家服務與相關服務的過程中，照顧者對居家服務以外的照顧服務，其接觸或使用經驗為何？而未來除了這些服務之外，還可能需要哪些支持？以下將進一步討論。

#### (一) 接觸或使用居家服務以外之照顧服務之經驗

由於照顧者在使用居家服務後，增加了與居家服務單位及長期照顧管理中心的互動頻率，而這兩者往往會成為照顧者獲取相關服務資訊的重要來源，因此居家服務以外的其他相關照顧服務，遂成為減輕照顧者照顧壓力的一項方式之一。

##### 1. 喘息服務

研究者發現，照顧者使用喘息服務之原因，是因為其某一段時間內無法提供照顧的情況下而選擇之另一種暫時性的替代照顧方式，如受訪者 A02 過年期間使用機構喘息，藉由喘息服務的提供讓照顧者能短暫的離開照顧崗位，並獲得喘息。

「是說...比較長途的，就要申請這個啦！我有申請過一次啦！過年喔~要拜拜要買過年菜嘛！我就幫她申請五天啦！送去萬華那邊的一個養護中心啦！我有申請過一次啦！就是過年去拜拜、整理家裡啦！用在這裡。」A02-04-01-04-01

然而照顧者在接觸或使用喘息服務的過程中，並非全部都是正向的經驗，可能會擔憂或不放心將老人送至機構照顧(如受訪者 A07)，或是與居家喘息單位聯繫的過程中出現問題(如受訪者 A04)，而導致照顧者在接觸或使用喘息服務的過程中有負向的感受或經驗。

「那時候就居服回高雄啊，然後我那後來也回南部啊，就是我們兩個時間湊不剛好啦，我那時候想說居服完全不在，我兒子雖然在家但我不安心，因為他什麼都不會，鼻胃管都不會，換尿褲也不會，就想說請那個喘息，然後後來...後來我也好像還是用那個...請人家來代班，就覺得沒有必要啊！也不放心，所以...還



是用居家服務的去代替那個就好了。」 A07-04-01-04-02

「喘息服務我當然知道，那他們也有說啊，他們單位也有講啊…他就跟我們說你們自己要喘息一下或者是要去哪裡的時候，那就提早幾天來講。那我們就派人啊，派人協助你們啊，那一些都用說得比較快啦，做不到說一大堆。我舉一個例子，我說我要去看醫生啊，比如說我今天要看某一科的醫生啊。對不對，那我要出去不是嗎？那我要出去我媽怎麼辦？那是不是拜託一下有人來陪，有啊，我都有做過這種事情，但是效果都沒有，他就跟你說明天喔，你要去門診那我派一個人去顧阿嬤幾個小時這樣子，然後就好，結果隔一天說什麼要來顧阿嬤那一個人沒有跟他們連絡啊，又連絡不到這樣子，那你說要怎麼樣，害我急得要死，最後沒辦法我就找那一個診所的護士小姐，拜託她來陪我媽媽這樣子。」 A04-04-01-04-02

## 2. 交通接送服務/費用補助

研究者發現，照顧者申請交接送服務主要是陪同老人就醫或拿藥(如受訪者 A02 及 A10)。其中受訪者 A10 更表示先前都是搭計程車陪老人去醫院，後來經長照中心的人員告知可以使用申請費用補助後，始申請以減輕費用上之負擔。

「有小巴士那個...要約時間來接的那個...因為有一次就說去和平拿藥啦！因為我的藥已經減到剩三顆了，去到和平藥又都不一樣了。老人家喔~要是不對或有副作用什麼的，我們就難照顧了啦！我看拿這些藥都不行，我不敢給她吃…沒給她吃，我又跑回去(關渡醫院)那邊看。所以說看一次，如果今天去看，醫生開藥了，還有兩個處方籤，這樣就可以撐兩次…就是這樣啊！所以有申請這個車子，總是要那邊的藥我才能放心啦！」

A02-04-01-04-03

「像我本來也不知道說有公車，那個叫計程車也有補助，免費的什麼，那一天藍小姐過來她是跟我講說也是都可以補助啊…不然我大部份都是自己坐計程車過去啊，我不可能坐公車啊，後來她跟我講說這個可以，固定的計程車有補助九十塊，那我到三軍就



是一百二，就付三十這樣，那後來我就申請了。」

A10-04-01-02-04-03

## (二) 其他所需要的協助與支持

### 1. 上下樓的協助

受訪者 A05 表示，由於老式公寓沒有電梯，因此當老人家行動不便又需要到醫院時就是一大困擾，請計程車司機協助背負老人上下樓，但因為司機沒受過專業訓練，老人上下樓時的安全確實堪憂。

「之前我就申請那個計程車，結果來搬的那個男孩子搬的我真是提心吊膽，因為他不是很專業他是孔武有力沒有錯，搬的老人家也嚇死了怎麼樣，他不是很專業而且他們求快，碰碰碰碰把老人家嚇的魂都掉了一半了…那我後來又打來了一個那個好像剛退伍年紀比較大，三四十歲那個就比較好，他說你放心你不要緊張，我會慢慢用，不要讓那老人家感覺到…我說好，我多給你錢，我一上車跟他講我多給你五百塊，但是你不要讓老人家覺得好像很有壓力很壓迫感，結果他就慢慢搬上來，那個就不錯，但那要遇到好的人…很多我覺得現在很多這種家裡的問題，最大的就是說到醫院去是最頭痛的，你怎麼樣帶他到醫院去回來怎麼上樓，因為我是五樓，我以前還慢慢扶，他慢慢自己有力氣的時候，事實上沒有關係，走半個鐘頭我陪你慢慢走，現在沒有辦法，腳沒力了嘛，他沒有力了，他腰一點力都沒有，等於說他站在那一邊我都要整個手撐在那一邊要撐在那一邊，好像我就是一個鐵架子一樣撐著他，那他人也駝背了，人也駝背了老人家就越來越彎這樣，他沒有辦法直。」 A05-04-01-03-01

### 2. 經費補助

研究者發現，家庭經濟狀況及老人的失能程度會影響照顧者的壓力與負荷，當家庭需要負擔失能老人龐大的日常生活開銷時，照顧者的壓力與負荷會愈沉重，如受訪者 A02，本身為中低收入戶，每個月雖然有津貼補貼，但因老人失能程度嚴重，所需要的日常生活用品開銷龐大，讓家中的經濟負擔更加沉重，因此希望這些花費政府能有所補助。

「這樣喔~只不過是...要怎麼說，如果有這個福利(補助)當然很好啊~是說尿布啦！還有她的牛奶用的很兇，妳看一天就六罐，尿布有大也有小，大小這樣加一加，你看要多少錢？是啊！就貴在她的牛奶、尿布啦！這樣加起來很多錢耶！那一箱牛奶都一千多塊耶！」 A02-04-01-03-02

### 3. 居家服務單位辦理照顧者相關活動(照顧技巧訓練或紓壓團體)

研究者發現，除了實際的服務協助之外，照顧者亦有參與活動之需求，無論是與老人有關的照顧或溝通等訓練課程或活動(如受訪者 A03、A04 及 A08)，或是與照顧者本身有關的照顧經驗交流或支持團體等(如受訪者 A10)，照顧者都認為對老人照顧或自己有所幫助。

「如果時間能配合，我會去了解啦！畢竟我覺得...像阿姨(服務員)她們講的我可能需要也可能用的到，不管是不是以後還在醫院做這份工作，因為家裡面的人還是阿嬤或阿公，而且...應該是用的到...實際用的到。」 A03-04-01-01-02

「如果之後排上課的課程，我當然要去啊，我們自己家裡也有一個人這樣子，我不去喔，我不去(學習)要怎麼辦啊，我不去誰來顧啊？」 A04-04-01-01-02

「有些訊息有些常識我可以吸收，我的想法是這樣...要我吸收一點常識啊，了解一下這個怎麼去跟這個老人去相處啊，反正我也無聊嘛！我可以去聽一下。」 A08-04-01-0-10-2

「至少家裡要有人在...我媽媽是還好，你只要知道她這個中午的時間她有在睡覺，什麼時候她才會起來，只要時間不要超過太晚的話都還可以，我會跟她講一下...如果可以的話我也會參加，因為是有時候你可以跟人家互動，而且這樣的經驗也是很好啊。」 A10-04-01-01-02

然而本研究亦發現，有些照顧者對於活動的參與有其考量，主要是因為擔心老人沒人照顧，以及活動地點距離太遙遠，需要耗費很多時間，因而降低了他們參與居家服務單位所辦理活動之意願。

#### (1)擔心老人沒人照顧

「怎麼可能(去)啊！我都沒有時間啦！因為走不開。像現在一天會讓她起來坐個兩次，中午大概是一點鐘到四點，晚上是七點半到十點。所以通常像十二點半到三點半我就沒辦法走開，因為她在椅子上坐我就沒辦法離開。」 A01-04-01-01-01

「反正...我也沒時間去啦！因為要照顧阿嬤啊！不然家裡就沒人了，我在家裡照顧阿嬤就好了！我不想去參加活動什麼的...因為自己的親人自己照顧...自己做的比較放心啦！」

A02-04-01-01-01

「沒有辦法去...你看我連朋友都沒有辦法，他那個我都沒有去...活動有的是娛樂活動，也有的就是授課活動，我都沒有去，其實很近啊就在中興街那邊，我也都沒有去，那基金會有的時候也會寄來一些活動，我也沒有去。」 A05-04-01-01-01

「走不開啦，他都是要人家看著他，不能走了啦，比如說我們郵局也有辦活動啊，有時候我想要去參加，我都沒有想去參加。」

A09-04-01-01-01

(2)活動地點距離太遙遠，需要耗費很多時間

「不願意，為什麼不願意...就是兩個小時的時間，來回就是沒時間，中間的時間沒有了。」 A06-04-01-01-01

「因為太遠了，那我老公現在...出去只能說三個小時內啦，他鼻胃管是要三個小時內餵啊，就差不多...去那邊回來應該有到六個小時，因為我現在算一算至少，坐車等車應該算四個小時，然後那個...就那些課程喔，應該是兩個小時以上...如果在我家附近我就會去啊，那麼遠我就沒興趣了。我那麼累，我乾脆就不要放鬆，我在家裡放鬆睡覺就好了。」 A07-04-01-01-01

### (三) 小結

依據台北縣政府社會局資料顯示，所謂的居家喘息，指的是家庭照顧者因臨時有事無法提供照顧時，由服務員到家中協助照顧失能者，提供臨時、短期的照顧服務。其中輕中度失能者每年最高補助 112 小時，而重度失能者每年最高補助 168 小時；機構喘息則是短時間內家人無法照顧，將

家中需要照顧的失能者送至政府的合約機構中，接受 24 小時全天候的日常生活照顧，輕中度失能者每年補助 14 天，重度失能者每年補助 21 天。而這兩類喘息服務均有一共通規定，即係以本國家庭照顧者為服務對象，藉由提供短暫的照顧服務來減輕照顧者的壓力。然而本研究有照顧者即反映，居家喘息服務品質的控管不當(居家喘息服務員臨時沒有到案家服務，而居家喘息單位亦無法與該服務員取得聯繫)，使得有需求的照顧者申請使用卻無法獲得協助。由此可知除了居家服務外，照顧者在面對需要臨時照顧人力協助的情況下，似乎已無其他正式服務能介入協助，因此研究者認為，居家喘息的品質也應該受到重視，才能保障照顧者的權益。

交通接送服務方面，長照十年計畫中即明示，為協助重度失能者滿足以「就醫」及使用長期照顧服務為主要目的交通服務需求，預定推動失能者就醫交通服務網絡，特補助重度失能者使用類似復康巴士之交通接送服務；重度失能者每月乘車 4 次(來回 8 趟)，每趟之車資預估 190 元。每次乘車之車資補助，家庭總收入未達社會救助法規定最低生活費用 1.5 倍者全額補助；家庭總收入符合社會救助法規定最低生活費用 1.5 倍至 2.5 倍者補助 90%(自付 10%)；而一般戶補助 60%。至於輕度、中度失能者使用公車(捷運)等大眾交通運輸工具已可獲車資之補助，故針對此類對象不予補助。雖然目前台北市對於老人搭乘大眾運輸都有優惠，但對許多行動不便者而言，要到車站搭乘公車或捷運仍不容易，出門只能選擇事先預約復康巴士或花錢叫計程車。因此目前台北市除了針對老人及身心障礙者搭乘計程車給予優待外，更提高中重度失能長者搭乘復康巴士的補助，讓失能長者不必在憂心就醫的交通費。

研究者發現，當照顧者衍生新的照顧需求而無法被原有居家服務所核定的項目滿足時，照顧者就會尋求其他方式來滿足其需求。研究者過去的經驗發現，若老人活動能力尚可，簡單的上下樓協助居家服務員仍可勝任，如攙扶、安全注意等，但若老人失能程度嚴重而需要背負時，中高齡的服務員則無法負荷，因此就需要其他的人力協助。然而研究者檢視了目前我國對於行動不便者上下樓協助服務之資料後，發現各縣市政府的服務模式不盡相同，如高雄市輔具資源中心即有針對行動不便者所提供的「電動爬梯機」，主要就是針對居住在無電梯之公寓，因失能或行動不便致使無法就醫之長者提供的服務；而台北市則有提供上下樓扶助的服務，係培訓計程車車隊的司機接受專業的背扶及攙扶技巧訓練，提供居住在大台北



地區，無法利用一般公車、捷運或是復康巴士之身心障礙者、家屬或行動不便的長輩上下樓扶助等服務。由此可見，雖然目前國內對於長者行動的問題已逐漸重視，然而目前僅有少數縣市有提供相關的服務或措施，故研究者認為，應針對北高兩市所推行服務之效益進行可行性評估，再規劃將此項服務推廣至各縣市，以滿足更多長者需求。

經濟補助方面，雖然目前我國政府已經有許多針對失能老人之經濟補助，如中低收入老人生活津貼、中低收入戶身心障礙者生活補助、中低收入市民醫療費用補助，以及針對中低收入戶補助居家服務、日間照顧及喘息服務等費用，然而這些補助標準僅限於中低收入戶；另外針對家庭照顧者的津貼補助，也僅有中低收入老人特別照顧津貼，而依據「中低收入老人特別照顧津貼發給辦法」，規定請領中低收入老人津貼之受照顧者必須未接受機構收容安置、居家服務、未僱用看護(傭)、未領有政府提供之日間照顧服務補助或其他照顧服務補助，即排除了已接受政府相關服務或自行聘請照顧人力者。當老人的失智、失能程度愈高，照顧者無論是在經濟支出或生活適應上所需要承受的壓力更大，然而目前我國唯一的照顧者津貼卻在申請資格上有所限定(服務與金錢擇其一)，忽視了中低收入失智、失能老人家庭在經濟與服務上的需求程度更高於一般家庭。因此研究者認為，照顧津貼與服務併行有其必要性，以滿足更多家庭照顧者之需求。

另一方面，照顧者對於參與居家服務單位所辦理的相關活動(含照顧技巧訓練或紓壓團體等)之意願，都與老人有極大的關係。不願意參加者，主要是因為放心不下老人沒人照顧，如受訪者 A02 表示「反正...我也沒時間去啦！因為要照顧阿嬤啊！不然家裡就沒人了，我在家裡照顧阿嬤就好了！我不想去參加活動什麼的...」，受訪者 A05 亦認為「沒有辦法去...你看我連朋友都沒有辦法...」。居家服務單位雖發覺照顧者有紓壓與學習的需求而辦理相關活動，但卻未考量照顧者外出參與活動時的暫代照顧需求，活動配套措施明顯不足；另一個讓照顧者卻步的原因，就是活動的地點太遠，由於照顧者必須在固定時間內幫老人餵食或僅能趁著服務員服務的時間外出，因此如果參加活動需要耗費的時間太長，照顧者的參與意願就會下降。而有參與意願的照顧者，則認為若能先將時間安排好，如可以趁老人休息時外出，則其參與的意願就會增加。因此研究者認為，活動辦理若能搭配居家喘息服務，而課程內容的安排、辦理之地點能更貼近照顧者的需求，將有助於提高照顧者的參與度。



## 本節總結

本節主要係在探討居家服務的評價與建議，研究者從三個面向進行討論：(1)對居家服務的看法；(2)何謂好的居家服務；以及(3)對相關照顧服務的看法與建議。在對居家服務的看法上，部分的照顧者認為目前居家服務的時數不足或不夠彈性。根據居家服務時數補助的規定，目前對於失智老人使用居家服務時數的核定與補助，只有經過診斷 CDR 分數達 1 分以上或領有失智症手冊，或者其 ADL 分數達 1 項以上失能者才能獲得補助，而補助時數輕度每月以 25 小時為限，中度以每月 50 小時為限，重度以每月 90 小時為限。意味著失智老人使用居家服務的評估只能擇其一，無法將雙重的評估列為補助時數的標準，因此才對導致服務時數不足。研究者進一步分析更發現，使用居家服務時間愈短且老人屬於輕度失智者，其照顧者會傾向認為目前居家服務是不足夠的。雖然老人的失智失能程度不一，但使用居家服務的時間愈長，即表示隨著時間流逝老人與照顧者的年齡漸增，其身體狀況也更衰弱，原本所核定的照顧頻率與項目已不敷使用，因此居家服務定期評估的必要性不言可喻。

另外，由於居家服務的評估主要仍是以老人的身體狀態做為評估的基準，雖然目前的評估項目有將照顧者的狀態一併納入評估，但後續對於照顧者所提供之服務仍太少，因此對於照顧者相關服務的規劃應再加強；另一方面，研究者卻認為，雖然服務員均接受過職前訓練，然而如何展現好的服務態度與應對技巧，除了應從服務員的在職訓練著手強化之外，居家服務督導人員本身也需具備這些特質，如此一來才能在督導時讓服務員有更多的學習。而如同上一節所言，服務員通常一天要服務多個個案，需要一家一家跑，因此在時間上的拿捏要非常準確，為避免耽誤到下一個案的服務時間，必要時得在服務時間結束而照顧工作未完成的情況下離開，而這一部分除了需要透過居家服務督導來溝通協調，盡可能讓照顧者了解並配合外，對於居家服務員排班時間上也應更有彈性空間，以避免服務員陷入趕著服務的困境。因此居家服務督導人員雖不是第一線的服務提供者，然而其能力與技巧，也是促成居家服務單位、居家服務員與案家關係的關鍵要素，故在整個服務協調與規劃上亦扮演著極重要的角色。

至於有關居家服務督導方式與頻率，研究者發現各縣市政府都訂有一套居家服務計畫，其中對於居家服務督導頻率均有明確規定，以桃園縣失能老人及身心障礙者補助使用居家服務計畫為例，其中明訂居家服務督導員應確實督導居家服務品質，每月應電話訪問案主至少一次，每三個月應至少訪視案主一次，並視案住需要不定期督導案家接受服務之情況。由此可知，本研究部分的居家服務督導員督導之頻率偏低，除了違反了居家服務計畫中的規定而需要居家服務單位及公部門不定期抽查來了解是否落實外，督導

頻率偏低的原因也更應加正視。因此建議應正視居家服務督導人員的個案量與工作負荷，如此一來才能真正發揮督導的功能，以進一步確保居家服務之品質。

而照顧者眼中什麼是好的居家服務員？照顧者認為好的服務員應該要具備：(1)要有服務熱忱、有愛心、能注重細節，並能感受老人的需求；(2)要有好的服務態度；(3)要有專業素養；及(4)要能讓老人信任。除此之外，居家服務單位對服務員應有的要求為：(1)對於服務員的休假或請假應有相關規定；(2)應要求服務員要定期回報服務狀況；及(3)應定期安排服務員受訓。然而照顧者對於居家服務業務單位的職掌卻是混淆不清的，研究者過去的經驗發現，由於居家服務單位為第一線的提供服務者，對於服務對象的狀況會最了解，因此研究者認為，服務的申辦單一窗口為長照中心，而使用居家服務後有關服務的申覆、調整或相關服務的申請，則可以透過居家服務督導來協助，如此一來也較能避免照顧者或老人對不同業務承辦人員的混淆。

呂寶靜(2001)認為照顧者由於受照顧對象失能程度或失智程度的不同，或照顧者本身特性的差異，因此會造成照顧者需求之多樣性，而較常提及的福利需求項目歸納為：(1)喘息照顧服務(如有人分擔照顧工作、獲得短暫的休息、有人替換看護)；(2)心理暨教育性支持方案(如獲得照顧病人的技巧、有人提供照顧之技術性服務、提供諮詢服務)；以及(3)經濟性支持方案(如金錢方面的補助、發放家庭照顧者津貼)等三大類，而就業性支持方案較少被討論。此與本研究之發現略同，研究者發現照顧者所曾使用的其他服務中，以喘息服務和交通接送服務為最多，可見照顧者對於需要獲得短暫休息、有人分擔照顧工作及有人替換看護的需求最高，然而一般民眾對於機構喘息的接受度不高，再加上居家喘息的品質不一，未來如何提升與改善喘息服務的品質，以增進民眾的使用率，遂成為未來政府另一個所要關注的重點。

在照顧者支持服務方面，研究者認為去除一切不利條件(如課程安排、地點選擇)後，照顧者參與活動的意願就提升，因此研究者認為，居家服務單位若能於活動辦理前先了解照顧者的擔憂及需求，除了可在設計活動時搭配居家喘息服務，讓照顧者外出參與活動時有服務員能在家中協助照顧，以增加其參與活動的意願外，另一方面，居家服務單位在辦理相關活動時更該考量活動是否能走入照顧者所居住的社區當中，如此一來才能更貼近照顧者的生活。

最後在經濟性支持服務方面，目前我國已有相關的稅負優惠措施，而相關的津貼目前僅有「中低收入老人特別照顧津貼」，然而津貼的請領資格限制多，加上領取津貼後無法使用居家服務、補助金額不足以支應等不足，研究者認為，政府應在評估成效後，針對請領的資格予以調整，以滿足更多家庭照顧者的需求。

## 第五章 結論與建議

### 第一節 研究結論與討論

#### 一、研究結論

本研究主要係透過深度訪談的方式，根據受訪者的言詞詮釋探究失智老人家庭照顧者使用居家服務之經驗，並從他們選擇使用居家服務之原因、使用服務過程對居家服務效益之看法、以及對居家服務之評價與建議三個面向進行分析，研究結果歸結如下。

##### (一) 使用居家服務之原因

失智老人家庭照顧者使用居家服務，是一個衡量與選擇的過程，因為這牽涉到照顧者從一開始的自行照顧，到面臨照顧負荷或照顧困難而無法再由自己照顧時，所選擇的一種替代照顧方式。因此本研究在探究失智老人家庭照顧者使用居家服務原因之前，依其脈絡試圖從照顧者在使用居家服務前所提供的照顧項目、照顧者的照顧負荷、申請使用居家服務的原因、及在照顧者使用居家服務前對居家服務的態度等五個部分來討論。

##### 1. 照顧者在使用居家服務前所提供的照顧項目

相較於一般失能老人，由於失智老人對於照顧的依賴度更高，因此照顧者的照顧工作通常都是二十四小時不斷的進行，照顧者必須包攬所有的照顧項目；加上日常生活功能的照顧均涉及到個人人身的照顧，通常需要訓練或從錯誤經驗中學習，因此照顧者在執行這些照顧項目時，就會清楚的認定自己就是在從事照顧工作，而這些照顧項目多半是和老人有直接相關的照顧項目，包含：(1)身體照顧：如安全看視、協助移位、擦澡或沐浴、餵食或灌食、大小便的處理與清潔、拿藥或陪同就醫及復健、陪同散步及餵藥或打針等；及(2)物質提供：如其中的餐食準備項目。

然而，性別對於照顧者對家務整理項目的認定在本研究中是否有差異？本研究發現，對有實際提供家務整理的男性照顧者而言，會將其視為是照顧工作項目之一；但若自始就不認為家務整理是自己需要提供、或是有其他家人可以協助的男性照顧者，自然就不會視家務整理為他所需要提供的照顧項目之一。

## 2. 照顧者的負荷

由於失智症為一特殊疾病，照顧者不但需照顧患者的日常生活，同時老人的問題行為與情緒也必須隨時注意，因此照顧者花費在照顧的時間很多。本研究歸納失智症老人家庭照顧者的照顧負荷有：(1)照顧壓力太大：如失智老人睡眠習慣改變，使得照顧者被迫改變自己的作息，影響睡眠品質或是原本的運動習慣、或是關切於老人狀況而導致自己隨著老人病況的起伏而有壓力；(2)自己的時間受到限制：由於失智老人的照顧工作，舉凡日常生活活動功能的進行、大小便失禁、老人健康相關問題的處理、老人意外的預防以及情緒問題的掌控等，都需要照顧者的協助，因此要在老人醒來的時候都需待在其身邊不能走開，甚至因為沒有時間外出而感覺與外界隔絕；(3)照顧與工作無法兼顧：當照顧者處於受僱、有工作的狀態，下班後很容易因工作疲憊不堪而無法再協助照顧，此時若家人無法暫代照顧，照顧者的壓力將更加沉重。

由此可見，失智老人家庭照顧者所感受到的負荷更為多元，包含生理層面的睡眠不足及心理上的精神緊張；社會層面的社交機會減少、與社會隔離等；經濟層面的必需在工作與照顧上做抉擇等，漫長的照顧過程使照顧者必須承受相當大的生理、心理及社會壓力，容易造成負荷甚至是影響自己的健康。

## 3. 申請使用居家服務的歷程

本研究歸納出失智症家庭照顧者使用居家服務之原因，大致可分為三類：(1)老人因素：包含老人的失智或失能程度日益嚴重、或老人發生突發性的事件，讓受訪者在照顧上的困擾加劇；(2)照顧者因素：主要是受訪者本身年事已高、身體狀況不佳導致無法負荷所有的日常生活照顧工作，此類受訪者多是夫妻或老年子女照顧者；(3)照顧人力因素：包含照顧人力不足、照顧者原有意申請外籍看護工來協助照顧，因為資格不符或已申請的外籍看護工逃跑，因而申請居家服務作為暫時性的照顧方式。

## 4. 使用居家服務前，照顧者對居家服務的態度

本研究發現，照顧者獲得居家服務的訊息之來源有二：(1)



照顧者在偶然的機會下，從鄰居或朋友的管道取得居家服務的資訊；(2)老人或照顧者住院時由同病房之病友介紹，或是醫院社工發現其有照顧服務需求，主動提供資訊並協助通報轉介。而不同的資訊來源對照顧者後續申請及使用居家服務之速度也不同，若在接獲訊息的過程中有專業人員的轉介，則照顧者可省下訊息查證的步驟，能較快與服務接軌；若僅是透過非正式管道獲得居家服務訊息，則照顧者還需要多費心力去了解，才能申請並使用服務。

此外，本研究亦發現照顧者在尚未選擇居家服務前，對於居家服務的態度有所不同：有些照顧者或老人對於居家服務的使用是從抗拒到接受；而有些照顧者則是與外籍看護工比較後，發現居家服務都是本國籍且較專業才慢慢接受。然而當照顧者在遭遇照顧困境時，勢必會在多種替代照顧方式(如機構照顧、聘請外籍看護工及使用日間照顧等)中選擇較合適的一種來使用，但當照顧者對這樣的照顧方式不認同、或老人狀況不符合使用服務的標準時，照顧者即會轉而尋求其他照顧方式，而居家服務即為照顧者在評估過後的選擇。

## (二) 使用居家服之效益

居家服務之目的是希望讓老人留在社區當中，協助他們維持原有的生活型態，因此本研究從「對家庭照顧者在照顧上之影響」及「居家服務的功能」兩方面來呈現使用居家服務之效益。

### 1. 對家庭照顧者在照顧上之影響

本研究歸納出使用居家服務對照顧者在照顧上之影響，可歸納為：(1)對照顧者擔負照顧工作的影響：居家服務的介入會使照顧者在某些照顧工作份量得以減輕，而減輕的部份主要是在陪同外出、協助沐浴、準備餐食、餵食及上下床移位的部份；然而居家服務員的協助並不意味著照顧者可以全然放下既有的照顧工作，若老人的失能程度較嚴重，則照顧者部份的照顧工作仍會持續，如：照顧者不放心交給居家服務員的照顧工作、洗澡這類較為粗重的服工作、抑或是不包含在居家服務內的照顧項目(如打



胰島素)等，都是得由照顧者自己完成，或是由照顧者與服務員一同完成；(2)對照顧者日常生活的影響：當老人失智或失能程度愈嚴重、家中替代照顧人力愈少及使用居家服務時間愈久，照顧者對於居家服務的依賴程度愈高，也因此當服務員短暫未能提供服務時，照顧者會選擇自己承擔起照顧工作，而其中又以身體照顧服務的「協助沐浴」項目為最，因為涉及老人的移位與清潔，加上長時間習慣由服務員協助，因此照顧者多半無法完全做的像服務員那麼好。若未來不使用居家服務，當家中可替代的成員愈少、經濟狀況較不允許的狀況下，照顧者會傾向選擇由自己照顧；而當照顧者家中的經濟狀況許可時，聘請其他照顧人力協助則會是其另外的選擇；(3)照顧角色的轉變：照顧者會因為居家服務的介入而改變其原本在照顧過程中所扮演之角色，如教育者轉變成問題解決者，或原本的照顧工作多了其他家屬分擔，而轉變為代辦者的角色；(4)照顧心態的調適：因為老人狀況日益嚴重，照顧者認為是自己不小心所導致而自責，但居家服務介入後因為有服務員的協助，就不再那麼愧疚；(5)使用居家服務後產生新的

- 困擾：由於居家服務有固定服務時間與頻率，因此在這樣規律的服務過程中，照顧者得配合服務員的服務時間而調整自己的作息，加上服務員通常在服務時間結束後接著要服務其他個案，因此所排定的服務時段需要服務員與家屬雙方協調，照顧者為了能使用服務會盡量配合服務員的時間空檔，因而成了照顧者的新困擾。

## 2. 居家服務的功能

### (1)居家服務對照顧者之功能

本研究發現，居家服務除了對照顧者原本擔負的照顧項目有所影響外，對照顧者的幫助又可歸納為：①分擔照顧責任：照顧者認為多一個人幫忙，可以感到較輕鬆、有服務員做後盾照顧者較安心、以及照顧工作與居服員分工合作；②增加照顧者的社會接觸：藉由居家服務員服務的空檔，照顧者有機會上圖書館、去唱歌甚至於外出走走，可轉換心境紓壓；③補充照顧人力之不足：當照顧者需要工作或就醫，而家中又無多餘人

力可協助照顧時，居家服務就成為臨時性的照顧人力，暫時補充家中照顧人力不足之需求；④照顧者可彈性安排自己的時間：有了居家服務員的協助，照顧者可趁此時間做點家務事、外出買菜或做自己的事，雖然時間短暫但對照顧者而言卻已是不可多得的一點屬於自己的時間；⑤讓照顧者對老人的狀況更加了解：居家服務員會評估老人狀況並適時提醒照顧者，使照顧者可以進一步掌握老人的身體狀況，提供適切的照顧；及⑥減緩照顧者與老人間的緊張關係：居家服務介入後，服務員能適時的充當照顧者與老人之間的潤滑劑，讓老人維持穩定的情緒，照顧者也比較不會有壓力。

## (2) 居家服務對老人之功能

本研究將居家服務對老人的幫助歸納為：①增加老人的社會接觸：無論是服務員平日與老人相處的互動方式，或是提供原本既有的服務項目(如陪同外出)，多數照顧者均認為居家服務有助於增進老人的日常生活刺激，亦可以增進老人與其他人的互動；②老人生活自理能力有明顯進步：由於服務員會適度地訓練老人如何自理，因此照顧者認為居家服務是使老人狀況明顯進步的原因。

## (三) 對居家服務的評價與建議

服務本身是一種無形的東西，每個人對於服務的評價與感受亦不盡相同，因此本研究分別從「對居家服務的看法」、「何謂好的居家服務」以及「對其他照顧服務之經驗與建議」來了解照顧者對居家服務的評價及建議。

### 1. 對居家服務的看法

居家服務的提供，主要是居家服務單位、督導人員及居家服務員三者相互配合的成果，因此本研究又進一步從「對服務時數的看法與建議」、「對居家服務員之看法」及「對居家服務單位(含督導人員)的看法與建議」三個部份進行討論。

#### (1)對服務時數的看法與建議

本研究發現，認為服務時數不足者，希望每週的服務頻率或是每次的服務時數能增加以滿足照顧者之需求；而認為現階段的服務時數足夠，是因為目前照顧者和老人的需求都有被滿足。而對服務時數的建議方面，受訪者之建議有：①服務時間應彈性化：由於有些居家服務單位規定夜間或週末不提供服務，對有照顧需求的家庭而言不方便，因此希望服務時間能更彈性化；②服務時間再增加：無論是單次時數增加或是每週頻率增加，照顧者皆認為服務時數不足以滿足其現階段的需求，因而希望服務時數能再增加。

### (2)對居家服務員之看法

本研究發現失智老人家庭照顧者使用居家服務後，對居家服務員之看法可歸納為：①服務態度親切：包括對照顧者好相處、好溝通，以及對老人有善、熱情與態度和藹；②服務很盡責：如能做好份內的工作、能主動的協助案家獲得就醫資訊並願意調整服務時間陪同就醫、以及願意接受偶爾一些額外的要求與服務；③受過訓練的，較有技巧：由於服務員在未提供服務之前，都須接受專業的學科與術科的訓練，加上正式提供服務後服務單位會安排一連串的在職訓練以提升服務員的照顧技巧，因此照顧者都能感受到服務員專業的一面，特別是照顧技巧中的移位或抱、以及照顧、疾病及營養上基本問題的回答，都顯現出其專業的一面；④相處上像很好朋友或親密的家人：服務員因為長時間和照顧者及老人的生活有所交集，因此照顧者或老人會把服務員當作是很好的朋友，甚至是很親密的家人來看待。

### (3)對居家服務單位(含督導人員)的看法與建議

本研究發現，照顧者對於居家服務單位及督導人員的看法可歸納為：①督導人員會主動關心服務狀況，但頻率不一：督導人員會透過電訪或家訪的方式來了解老人的身體狀況或服務情形，或是當照顧者有照顧上的問題反映給居家服務單位後，督導人員才會前來關心。然而不同單位、不同督導人員其督導頻率及方式也會有差異，例如只用電話方式督導、督導人

員更換、以及服務之初與服務穩定後之督導頻率等都有所不同；②居家服務單位很重視服務員的在職訓練：居家服務單位每個月都會為服務員排定在職訓練課程，雖然服務單位的要求嚴格，但卻能使服務員有更紮實的訓練。

對居家服務單位及督導人員之建議，本研究發現可分為兩項：①應重視服務員本身的工作負荷：照顧者表示服務單應要更重視服務員的工作負荷，特別是服務員因服務導致健康出問題；②應同理照顧者的負荷與壓力：照顧者認為居家服務應該要能體諒照顧者的辛苦，無論是精神上或是經濟上，都應該要同理他們的處境，不應只重視服務對象而忽略了照顧他們的照顧者。

## 2. 何謂好的居家服務員

本研究試圖從照顧者的角度來呈現其眼中好的居家服務之樣貌，因此分別從「居家服務員應具備的特質」和「居家服務單位應有的條件」兩個層面來討論。

### (1)好的居家服務員應具備的特質

照顧者認為要成為好的服務員應該要具備以下四個特質：①要有服務熱忱、有愛心、能注重細節，並能感受老人的需求：由於服務員要照顧非親人以外的人，若沒有服務熱忱，服務員很快就會有職業倦怠，且除了有愛心外，也要能同理並感受老人的需求，更應該能伺病如親，把老人當家人一般對待；②要有好的服務態度：和善的態度與言行是好的居家服務員應具備的要件之一；③要有專業素養：好的居家服務員應該要具有專業知識，除了能了解老人的問題並從而切入照顧外，也要能提供一些簡單的衛教常識；④要能讓老人信任：當服務員所照顧的對象為獨居老人時，取得老人的信任就是好的服務員提供服務所應具備的首要要件。

### (2)好的居家服務單位應有的條件

照顧者認為好的居家服務單位應具備下列四個條件：①為



定：服務員能持續穩定的提供服務，是照顧者對於居家服務的首要考量，因此照顧者居家服務單位應對服務員休假或請假有明確的規範，當服務員休假或請假時，照顧者即可提早安排替代的照顧人力；②應要求服務員定期回報服務狀況：由於老人的狀況時常有變化，於老人的狀況最能第一時間掌握，因此認為居家服務單位應要求服務員定期回報，以便適時掌握老人的狀況，亦較能確保老人之安全；③應定期安排服務員受訓：老人的問題複雜，身為第一線的服務提供者，服務員需要有更多的知識技巧來因應，因此認為居家服務單位應定期安排服務員受訓，盡可能讓受訓的內容更多元化，使服務員的專業度更精進。

特別要討論的是，在服務輸送體系中，服務流程的透明化除能確保服務的品質外，亦能保障服務使用者的權益，也因此居家服務單位對於案主的申訴都訂有一套處理流程。然而本研究發現僅有少數的照顧者了解這些業務的分別，意即業務的分層繁瑣，照顧者很難清楚分辨居家服務單位的督導員、長照中心的個管員及社會局承辦人的角色與職責，可能導致照顧者在使用服務的過程中遭遇問題而不知該如何反映，而使其權益受損。

### 3. 接觸或使用居家服務以外之照顧服務經驗與建議

在使用居家服務後，居家服務單位與長期照顧管理中心就成為照顧者獲取相關服務資訊的重要來源之一，而多數照顧者在使用居家服務之外，也會使用相關的照顧服務，如喘息服務及交通接送服務等，故本研究進一步從「接觸或使用相關照顧服務之經驗」及「其他需要的協助與支持」兩個面向進一步討論。

#### (1)接觸或使用相關照顧服務之經驗

由於照顧者在使用居家服務後，增加了與居家服務單位及長期照顧管理中心的互動頻率，而這兩者往往會成為照顧者獲取相關服務資訊的重要來源，因此居家服務以外的其他相關照顧服務，遂成為減輕照顧者照顧壓力的一項方式之一。而本研究發現



照顧者曾接觸或使用之服務有：①喘息服務：照顧者使用喘息服務之原因，主要是其某一段時間內無法提供照顧的情況下而選擇之另一種暫時性的替代照顧方式，然而照顧者在接觸或使用喘息服務的過程中，並非完全都是正向的經驗，可能會擔憂或不放心將老人送至機構照顧，或是與服務單位聯繫的過程中出現問題，而導致照顧者在接觸或使用喘息服務的過程中有負向的感受或經驗；②交通接送服務/費用補助：照顧者申請交接送服務主要是陪同老人就醫或拿藥，而交通費的補助更能減輕照顧者在費用上之負擔。

## (2)需要的其他協助與支持

除了上述的服務之外，本研究發現照顧者仍有其他的需求，分別為：①上下樓的協助：由於有些老人居住於無電梯的老式公寓，因此當老人家行動不便又需要到醫院時就是一大困擾，請計程車司機協助背負老人上下樓但司機並未受過專業訓練，因而老人上下樓時的安全堪憂，故希望能有協助老人上下樓之服務；②經費補助：家庭經濟狀況及老人的失能程度會影響照顧者的壓力與負荷，當家庭需要負擔失能老人龐大的日常生活開銷時，照顧者的壓力與負荷會愈沉重，特別是所需要的日常生活用品開銷龐大，讓家中的經濟負擔更加沉重，因此希望這些花費政府能有所補助；③居家服務單位辦理照顧者相關活動(照顧技巧訓練或紓壓團體)：本研究發現，照顧者認為有參與活動或訓練之需求，特別是針對老人照顧或自身照顧經驗交流之活動，然而對於居家服務單位所辦理的相關活動(如照顧技巧訓練與紓壓團體)，參與意願皆不高，其原因有：擔心老人沒人照顧，及活動地點距離太遙遠，需要耗費很多時間。由於家中無其他替代人力可協助照顧，因此照顧者不放心將老人單獨留在家中外出參加活動，但倘若時間可以配合(如趁老人休息時有空檔)，照顧者即願意參加訓練活動。顯見照顧者仍有照顧技巧訓練與紓壓之需求，只是礙於無替代人力協助照顧，而降低其參與活動之意願。

## 二、議題討論

針對研究結論進行歸納整理後，研究者認為尚有些議題值得進一步討論，包括：(1)誰是居家服務的受益者？失智老人還是照顧者；(2)失能老人 vs.失智老人，照顧需求如何評定；(3)看見失智症日間照顧服務的重要性；(4)從失智老人照顧者選擇使用居家服務來看居家服務之優勢與威脅；(5)服務訊息的不流通成為服務使用的障礙；(6)好的居家服務員應具備的特質，與生俱來或是後天訓練而來；(7)居家服務品質的守護者：居家服務督導員；及(8)從照顧者在沒有居家服務時所採取的因應策略，看家庭支持資源與家庭經濟資源。

### (一) 誰是居家服務的受益者？失智老人還是照顧者？

居家服務主要是針對家中之失能者，透過正式體系之服務人員所提供之照顧和服務，來協助失能者獲得更良好的生活適應與生活品質。從研究中可發現照顧者認為居家服務對失智老人是有幫助的，尤其是在「增加老人社會接觸」與「增進老人生活自理能力」的部分。然而服務項目的安排(如陪同外出散步、肢體關節活動或室內外走動)，以及服務員態度(對待老人的態度、溝通技巧等)，僅對於輕、中度的失智老人是有幫助的，對於失智重度以上甚至生活自理能力缺損嚴重的老人而言，幫助則有限。

當失智老人家庭照顧者也被視為是共同案主時，則其決定與需求就成為使用居家服務之關鍵要素。當照顧者有暫代照顧之需求時，就會促使照顧者使用居家服務。而研究中也不難發現，雖然居家服務是以失能者為主的服務，屬於有「時間性」的喘息，照顧者仍需分擔居家服務以外時間的照顧，但服務介入可分擔照顧者的照顧工作、增加照顧者的社會接觸、補充家庭照顧人力、提升照顧者在時間運用上的彈性、對老人狀況更能掌握、以及減緩與老人間之緊張的關係。因此，居家服務對於照顧者的幫助，遠超過於對失智老人的幫助。

### (二) 失能老人 vs.失智老人，照顧需求如何評定？

目前我國長照十年計畫中，有關照顧需求的評定仍是以失能者為主，然而失能的嚴重程度是否就等同於照顧需求？由於失智症患者因為漸進、不可逆的大腦退化，使得其認知能力損害而無法適當地獨立生活，而隨著病程的發展，更會出現情緒障礙與問題行為，居家服務所偏重的 ADL 與 IADL 之評估，能否真能反映出失智症者之照顧需求？再者，居家服務

的補助標準是以失能程度為區分，目前雖已將失智症診斷納為評估的標準之一，然同樣的失能程度，以同樣的標準補助相同的居家服務時數，則忽略了失智症者因失智所導致的更多照顧需求，更遑論那些行動能力尚可但生活無法妥善自理、甚至出現問題行為的失智症者，其需求的多元性更勝於一般失能者，因此關於評估標準與補助標準，應將失智症者的特殊性納入考量，並照其失智、失能程度之不同，訂定相異的服務時數標準，以符合更多失智症家庭的照顧需求。

### (三) 從失智老人照顧者選擇使用居家服務來看居家服務之優勢與威脅

居家服務雖為我國長期照顧服務體系中的一環，但在所謂連續性服務或無隙縫的服務，卻已淪為多數照顧者在考量外籍看護工或機構式照顧之後的選擇，無論是因申請外籍看護工之資格不符或外籍看護工逃跑時的過渡時期之選擇，或照顧者經評估後認為居家服務是由本國人力照顧且較專業的優勢，甚至是選擇養護中心之後發覺不適切而接回等等，在在都凸顯出我國照顧者對於照顧服務選擇的優先順序，仍是以優先考慮外籍看護工或機構式照顧為主，只有當照顧者因申請外籍看護工之資格不符，或申請外籍看護工後，外籍看護工逃跑，甚至是對於機構式服務的不信任等因素導致其照顧需求無法被滿足時，才會將居家服務作為次要之選擇。

然而研究者在分析中發現，照顧者在選擇使用服務的過程，看見了居家服務的優勢，包括：(1)服務員的語言能溝通、生活習慣相同；(2)服務員受過訓練，有一定的品質；及(3)有居家服務單位、長照中心等團隊提供服務，可見在選擇服務的過程中，相較於其他服務(如機構照顧與外籍看護工)，居家服務仍是具有競爭力的。然而照顧者亦指出居家服務的限制(即威脅)，包括：(1)每日服務時數有限制；(2)超過補助的部分照顧者需要全額負擔；及(3)服務時間固定化(夜間及周末假日不提供服務)等，特別是居家服務單位對於提供服務時間的認定，過去有研究即發現有些居家服務單位的服務員只排班至下午五點，對於夜晚有照顧需求的家庭而言，服務時間的限制帶來許多不便，此與本研究之發現相同，可見隨著案主照顧需求的多元化，服務時間的彈性勢必是居家服務單位未來之挑戰。

### (四) 服務訊息的不流通成為服務使用的障礙

在服務使用的流程上，Gates(1980)認為民眾必須克服一連串的障礙才

能達到實際上使用服務的階段，這些障礙包括：(1)個人的知識、認知及動機；(2)地理上的障礙；(3)心理上的障礙；(4)資格規定的障礙；及(5)資源的可獲性。若從服務使用的流程來看，「缺乏知識、認知與動機」是使用服務首要克服的障礙，而所謂的「缺乏知識、認知與動機」，指的是個人對問題的認知、求助的動機及具備向何處尋求協助的知識(引自呂寶靜，2001)。而本研究發現，照顧者獲取居家服務資訊的來源僅有鄰里親友介紹及住院時其他病友介紹或醫院轉介，可見照顧者獲取服務資訊的管道太少，導致服務資訊不流通，加上接獲訊息的過程中專業人員的轉介及協助程度也會影響照顧者使用服務的速度，無形中成了服務使用上的另一種障礙因素，因此如何擴充服務訊息管道並增進專業人員對服務的認知，將會是居家服務所需克服的課題。

(五) 好的居家服務員應具備的特質，與生俱來或是後天訓練而來？

居家服務需要依賴案主、家屬與服務員三者間的配合才能執行得當，其中居家服務員為主要的服務提供者，因而成為攸關居家服務成敗的關鍵(蔡啟源，2001)。Schmid 和 Hasenfeld(1993)也指出，居家服務員與案主或家屬的互動情形與照顧關係，將影響居家服務品質，由此可知居家服務員的特質與表現，和居家服務品質息息相關(引自詹秀玲，2004)。

本研究的受訪者認為好的居家服務員應具備的特質包含：(1)要有服務熱忱、有愛心、能注重細節，並能感受老人的需求；(2)要有好的服務態度；(3)要有專業素養；及(4)要能讓老人信任。但擁有上述的特質，是否就是好的居家服務員？有研究即發現，服務員的人際溝通技巧、專業知識與技巧、及與案主的關係，與居家服務員服務品質有正相關，即服務員愈具備人際溝通技巧、專業知識與技巧且與案主的關係愈好，其在整體服務品質上的表現愈好(陳妍樺，2007)。

然而服務員的特質，是與生俱來或是需要經由後天訓練？研究者進一步檢視我國在服務員培訓簡章之相關資格，發現在招收對象與資格方面標明「具有愛心、耐心、無不良嗜好，具擔任照顧服務工作熱忱者」，可見有服務熱忱及愛心是首要條件，在成為居家服務員之前就需要具備的特質；而服務態度、專業素養及信任感，則認為可以透過職前訓練(如課程中的人際關係與溝通技巧)、督導、在職訓練及不斷的經驗累積等後天方式培訓而出。因此研究者認為，好的居家服務員不能只靠後天培訓，而是



需要有愛心、服務熱忱為基礎再加以訓練，才能成為有專業、善溝通、能感受老人需求的好的服務員。

#### (六) 居家服務品質的守護者：居家服務督導員

目前各縣市政府之居家服務業務絕大多數採委外辦理方式進行，在日益重視服務品質的今日，為能確保服務品質並達成居家服務之預期目標，定期辦理評鑑成了不可或缺之工作。居家服務自民國 86 年制度化實施以來，迄今已有多年，然一直未有統一的評鑑規定及項目，造成各縣市政府常因業務繁忙等因素而未辦理居家服務評鑑，而有辦理居家服評鑑之縣市政府，則僅以簡單之評鑑項目辦理而無標準化的評鑑指標且大部分偏向行政督導，而未重視服務品質及服務輸送(陳明珍，2009)。也因此居家服務單位本身對於服務品質的掌控更顯重要。

居家服務督導員的職責，是負責規劃及分配居家服務員工作內容，並監督居家服務員工作進度與品質，可見居家服務督導對於服務品質的管控有其重要性。然目前居家服務督導人力欠缺且資歷與經歷都仍薄弱，居家服務之過程中未落實居家服務員之考核與管理、未定期針對特殊及一般個案召開個案研討會議、未定期辦理個別督導、團體督導、個別諮詢，造成督導品質不佳，或有家訪及電訪次數偏低且流於形式、未針對個案需求提供轉介服務，或是督導功能較重支持及行政功能，教育及管理功能未有效發揮，而居家服務督導人員流動性大之問題亦影響督導品質(陳明珍，2009)。因此居家服務督導員的在職訓練與督導，對於提升其問題解決能力以確保居家服務品質有其必要性，值得正視。

#### (七) 從照顧者在沒有居家服務時所採取的因應策略，看家庭支持資源與家庭經濟資源

本研究發現當照顧者沒有居家服務員提供服務時(如居家服務員因休假或請假、及未來不使用居家服務)，照顧者的因應策略有：(1)需由居家服務員代班；(2)自己照顧或家人照顧；及(3)聘請其他照顧人力。而影響照顧者因應策略有兩項因素，即家庭支持資源與家庭經濟資源。家庭支持資源充足的照顧者，在服務員短暫不提供服務的這段時間，會傾向由家中成員協助，因而不需要服務員代班；而家庭經濟資源充足的照顧者，服務的選擇就更多元，若未來不使用居家服務則會傾向購買其他服務，如聘請外



(本)籍照顧人力來協助照顧。然而若是家庭支持資源少、家庭經濟資源缺乏的照顧者，因家中缺乏替代的照顧人力、家中經濟狀況不允許購買其他替代服務，就會傾向請代班服務員協助。故對於支持資源及經濟資源相對缺乏的家庭照顧者而言，居家服務更顯重要。因此如何針對支持資源與經濟資源相對弱勢的家庭，提供更符合其需求的服務，值得政府與居家服務單位正視。



## 第二節 建議與限制

### 一、政策與實務之建議

#### (一) 加強居家服務之宣導

居家服務已行之有年，但仍有許多民眾不了解何謂居家服務，當家中老人失能、臨時需要協助時不知該如何尋求協助，往往要等到偶然的機會如透過親友介紹或醫院轉介等被動方式，才有機會接觸到居家服務。然而應從何著手？呂寶靜(2001)指出，家庭成員擔任個案管理者可能擔負的任務有：(1)訊息提供者：包括將各項服務方案解說給老人聽或提供服務相關之資料給老人看；(2)代辦者：代表老人辦理服務申請，包括：替老人查詢服務措施的消息、填寫表格、準備證件或辦理申請手續等；(3)陪同者：陪同老人參觀社會福利機構或參加敬老活動。

故研究者認為，居家服務可透過下列方式加強宣導：(1)家人及鄰里親友：由於許多研究皆發現加家人及鄰里親友是獲得服務最重要的來源之一，因此居家服務可針對上述對象加強宣導；(2)當地的老人團體、教會、廟宇、學校、醫療院所等：特別是老人常接觸的醫療院內之專業人員(如醫師、護士)，應加上上述強專業人員對居家服務資訊及申請方式之了解；(3)村里幹事、社區發展協會總幹事或地方社會福利團體社工員：由於政府的福利措施多會經由村里幹事、社區發展協會總幹事或地方社會福利團體社工員發布或告知，因此居家服務在宣導上亦不能忽略村里幹事、社區發展協會總幹事或地方社會福利團體社工員在訊息來源中扮演之角色。

#### (二) 落實居家服務督導制度與督導在職訓練

由於居家服務督導具有監督服務提供與督促居家服務員工作之功能，對於服務品質與服務計畫的調整極為重要，因此督導制度的落實有其必要性。研究者發現，各縣市政府都訂有一套居家服務計畫，其中對於居家服務督導頻率均有明確規定，以桃園縣失能老人及身心障礙者補助使用居家服務計畫為例，其中明訂居家服務督導員應確實督導居家服務品質，每月應電話訪問案主至少一次，每三個月應至少訪視案主一次，並視案主需要不定期督導案家接受服務之情況。由此可知，本研究部分的居家服務督導員督導之頻率偏低，且違反了居家服務計畫中的規定。故建議居家服務單位及委託的政府部門不定期抽查來了解是否落實外，也應正視督導頻

率偏低的原因。因此建議應重視居家服務督導人員的個案量與工作負荷，如此一來才能真正發揮督導的功能，進而確保居家服務之品質。

另一方面，由於居家服務督導之背景包含社工或護理，且當督導在提供服務員現場指導、案例分析或個案指導時，常需運用社工與護理專業的知識與技術，因此對於督導人員的訓練應重視，除應開設多領域(如護理方面、管理方面等)的課程，或者多提供資訊讓督導可以參加研習，以增加督導本身的專業能力外，更應接受專業團隊中其他專業的訓練，如此一來不僅能勝任督導之責，更能確保服務員所提供之服務的品質。

### (三) 申訴流程的透明化與公開化

本研究發現，在接受居家服務的過程中，照顧者很難清楚分辨居家服務單位的督導員、長照中心的個管員及社會局承辦人的角色與職責，而這可能導致照顧者在使用服務的過程中遭遇問題而不知該如何反映，使其權益受損。服務輸送體系中，服務流程的透明化除能確保服務的品質外，亦能保障服務使用者的權益。隨著社會責信的日漸重視，申訴制度儼然已成為不可抵擋的趨勢，因此居家服務單位應盡可能建立申訴制度與管道，加強對服務使用者申訴資訊的透明化與公開化。如此一來，除了能確保服務對象及其家屬了解自身的權利與義務外，也能促使居家服務單位更重視服務對象之需求，提供更完善的服務。

### (四) 建立以家庭為單位的居家服務

居家服務的目的主要是將老人留在社區內照顧，並藉由到宅的服務滿足老人被照顧的需求，然而照顧者卻也因此而受惠。居家服務對失智老人而言不僅是福利服務，對照顧者來說更是喘息服務的一種。因此居家服務單位在服務提供上，鎖定的服務對象不能再僅限於失智或失能老人身上，除應該將家庭列為整體評估的單位外，更應該將照顧者的需求列入評估，包括服務時段彈性化，讓有夜間照顧需求照顧者能減少其照顧負荷；在居家服務單位內設緊急通報(支援)系統，若所服務的個案在夜間或非服務時間發生緊急事件，可透過此系統獲得協助；結合志願服務團體，針對服務時數不足(特別是家務或文書服務等項目)，透過志工來提供，讓有限的服務時數更能發揮其功效。

### (五) 開創更多元的服務以支持家庭照顧者

研究者發現照顧者所曾使用的其他服務項目，僅有喘息服務和交通接送服務兩項，可見照顧者對於有人分擔照顧工作及有人替換看護以獲得短暫休息之需求，以及協同老人外出就醫之需求最高，因此研究者認為，應開創更多元的服務以支持家庭照顧者，建議如下：

1. 政府除應開發喘息服務資源，如補助公私立社會福利機構、宗教組織等辦理喘息服務外，更應透過建立完善的監督及評鑑機制為喘息服務品質把關。
2. 交通接送服務方面，目前已將「補助就醫或使用長期照顧服務之交通接送車資」列為長照十年計畫的服務項目，因此後續的成效評量與擴大推廣，將可滿足更多失能長者交通服務之需求。
3. 本研究發現在其他需要的服務上，照顧者認為老人上下的協助及經費補助是有必要的。目前高雄市輔具資源中心所提供之「電動爬梯機」服務，以及台北市培訓計程車車隊的司機接受專業的背扶及攙扶技巧訓練之服務，均有不錯之成效。研究者認為，應針對北高兩市所推行服務之效益進行可行性評估，再規劃將此項服務推廣至各縣市，以滿足更多長者需求。
4. 在經費補助方面，目前我國唯一的照顧者津貼在申請資格上有所限定(服務與金錢擇其一)，忽視了中低收入失智、失能老人家庭在經濟與服務上的需求程度更高於一般家庭。因此研究者認為，照顧津貼與服務併行有其必要性，以滿足更多家庭照顧者之需求。
5. 本研究發現，照顧者對於居家服務單位所辦理之相關訓練或團體參與意願不高，除了是擔心老人無人照顧外，辦理地點不貼近照顧者所居住的區域也是讓照顧者考量的要素。因此研究者認為，居家服務單位可於活動辦理前先了解照顧者的擔憂及需求，除了可在規劃活動時搭配居家喘息服務的提供外，另一方面活動地點的選擇亦應選擇在對照顧者而言交通便利、貼近照顧者生活的區域，如此一來才能提高照顧者參與活動之意願。

## 二、研究限制

### (一) 選樣上的限制

本研究採立意取樣，透過兩家居家服務提供單位引薦該受單位服務之受訪者，加上本研究之研究方法為深度訪談法，囿於表達能力，僅能邀請有受訪意願且具表達能力之照顧者參與研究，一些年紀較大而無法清楚表達的照顧者即被排除在外，而無法廣納不同類型的照顧者之聲音。

### (二) 資料豐富性

本研究受限照顧者有其每日的例行照顧工作，因此在訪談過程中常需要注意老人的狀況而無法專注於長時間的訪談，故每次訪談時間60至90分鐘；再者，受限於研究經費、時間，僅能進行一次訪談，蒐集的資料可能不夠詳盡豐富。

### (三) 研究者之限制

研究者對於台語不甚熟悉，因此對於受訪者使用之用語有時無法完全清楚了解；其次，因為深度訪談需將訪談的對話內容轉化成逐字稿，在語言與文字的轉換過程中，有部分的語言無法完全以文字表現出來，經由研究者的詮釋後可能會有意義的流失。



## 參考書目

### 一、中文資料

- 于漱、吳淑瓊、楊桂鳳，2003，〈失智症患者的長期照顧服務模式〉。《長期照護雜誌》7(3)：251-264。
- 內政部，2008，《96年度居家服務補助使用者狀況調查報告》。內政部統計處。
- 內政部，2009，內政統計月報。<http://sowf.moi.gov.tw/stat/month/list.htm>。
- 孔繁鐘編譯，1999，〈譫妄、痴呆、失憶性疾患及其他認知疾患〉。《DSM-IV 精神疾病的診斷與統計》。台北：合記。
- 中央社，2008，<http://www.cna.com.tw/SearchNews/doDetail.aspx?id=200812100174>。
- 王玠，2000，《社會工作辭典--第四版》。內政部社區發展雜誌社。
- 田曉齡，2005，《獨居老人福利輸送認知、使用情形、滿意度及其影響因素之探討---以澎湖縣為例》。嘉義：中正大學社會福利研究所碩士論文。
- 台北市政府社會局，2009，台北市政府社會局 98 年度居家服務實施計畫。  
[http://www.bosa.tcg.gov.tw/i/i0300.asp?i1\\_code=04&i2\\_code=16&fix\\_code=0416011&group\\_type=1](http://www.bosa.tcg.gov.tw/i/i0300.asp?i1_code=04&i2_code=16&fix_code=0416011&group_type=1)。
- 伍碧濤，2006，《愛的樂章---以一個失智老人家庭個案家屬長期照顧角色之探究》。台北：台灣大學社會工作學研究所碩士論文。
- 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》。
- 行政院，2009，國情統計通報。<http://www.dgbas.gov.tw/public/Data/96129354371.pdf>。
- 社團法人台灣失智症協會，2009，2009 全球失智症報告。  
[http://www.tada2002.org.tw/index\\_news.php?ncid=14&nc2id=76&nid=291](http://www.tada2002.org.tw/index_news.php?ncid=14&nc2id=76&nid=291)。
- 江雅筑，2006，《台中市老人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。
- 吳玉琴，2004，〈台灣居家服務的現況與探討〉。《社區發展季刊》106：132-141。
- 吳淑瓊、王正、呂寶靜、莊坤洋、張媚、戴玉慈、曹愛蘭，2003，《建構長期照護體系先導計畫》。內政部委託研究第三年成果報告。
- 吳淑瓊、莊坤洋，2001，〈在地老化：臺灣二十一世紀長期照護的政策方向〉。《台灣衛誌》20(3)：192-201。
- 吳瓊滿，1999，〈居家照顧者的負荷〉。《美和專校學報》17：1-14。

- 呂寶靜，1998，《家庭照顧者和居家服務機構工作人員關係之初探》。行政院國家科學委員會專題研究計畫成果報告。
- 呂寶靜，2000，〈老人朋友網絡支持功能之初探〉。《社會政策與社會工作學刊》4(2)：43-90。
- 呂寶靜，2001，〈老人社區照顧服務之評估研究---以居家服務方案為例〉。行政院國家科學委員會專題研究計畫成果報告。
- 呂寶靜，2007，《老人照顧---老人、家庭、正式服務》。台北：五南。
- 呂寶靜、陳景寧，1997，〈女性家屬照顧者之處境與福利建構〉。收錄於劉毓秀主編，《女性、國家、照顧工作》。台北：女書文化。
- 杜敏世、湯麗玉、葉炳強、邱銘章、陳達夫，2006，《中重度失智症患者居家服務照護成效探討》。行政院衛生署 94 年度科技研究計畫。
- 李宗海、陳獻宗，2000，〈失智症簡介〉。《當代醫學》27(6)：12-16。
- 李淑霞、吳淑瓊，1998，〈家庭照護者負荷與憂鬱之影響因素〉。《護理研究》6(1)：57-68。
- 李慧玲，2002，《高雄市失能老人自費使用居家服務品質探討》。台中：東海大學社會工作學系碩士論文。
- 沈若儀，2004，《居家服務使用與家庭照顧者負荷之關係探討》。台北：台灣大學衛生政策與管理研究所碩士論文。
- 車慧蓮，2001，《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：台北護理學院護理研究所碩士論文。
- 周真真，2000，《服務過程中案主權益維護之探討---以台北市居家照顧服務為例》。台北：台灣大學社會學研究所碩士論文。
- 周嘉鈴，2002，《老人居家服務使用者之夫妻關係探討》。台北：台灣大學社會工作學研究所碩士論文。
- 官有垣、陳正芬，2002，〈我國居家服務購買服務契約體系運作之初探〉。《社區發展季刊》98：170-182。
- 林玉琴，2006，《居家服務使用滿意度評估研究---以嘉義基督教醫院為例》。嘉義：中正大學社會福利研究所碩士論文。
- 林金立，2005，《老人居家服務方案之評估研究---以雲林縣為例》。嘉義：中正大學社會福利研究所碩士論文。
- 林姿伶，2005，《居家服務支援中心服務滿意度調查之評析研究：以中部地區為例》。台中：亞洲大學社會工作學系碩士論文。

- 林貞慧，2003，《居家服務督導功能有效品質之探討》。台中：東海大學社會工作學系碩士論文。
- 林淑錦、白明奇，2006，〈失智症病患主要照顧者的壓力---以家庭生態觀點論之〉。《長期照護雜誌》10(4)：412-425。
- 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。
- 邱逸榛、何玉婷、陳婉庭、徐亞瑛，2004，〈簡介阿茲海默氏症與其照護〉。《長期照護雜誌》7(4)：289-304。
- 邱銘章、湯麗玉、陳達夫、翁儷禎、柯宏勳、蔡汶芳，2007，《輕度失智症患者健康促進方案成效計畫》。行政院衛生署 95 年度科技研究計畫。
- 胡月娟，2006，〈居家服務的行銷〉。《澄清醫護管理雜誌》2(3)：12-18。
- 胡幼慧、姚美華，1996，《一些質性方法上的思考：信度與效度？如何抽樣？如何收集資料、登錄與分析？》。台北：巨流。
- 紀玫如、莊坤洋、吳振龍、吳淑瓊，2006，〈居家服務使用之相關因素研究〉。《台灣衛誌》25(1)：37-48。
- 徐亞瑛，2008，〈失智症各期之照護需求與服務使用情形之探討〉。收錄於行政院國家科學發展委員會高齡社會研究團隊所主辦，《高齡社會的來臨成果發表暨學術研討會》。
- 徐亞瑛、黃惠玲，2004，〈介紹一個居家失智老人照顧者的訓練方案〉。《長期照護雜誌》8(1)：89-95。
- 徐亞瑛、楊清資、葉炳強，1996，〈癡呆症患者及家庭之整合性社區照顧模式---發展與評估〉。《高雄醫學科學雜誌》12：359-369。
- 徐思嫩，2006，《影響居家服務使用情形及相關因素探討---以台北縣為例》。台北：台北大學社會工作學系碩士論文。
- 徐素琚，2004，《居家服務使用之相關因素探討---城鄉比較》。高雄：高雄醫學大學公共衛生學研究所碩士論文。
- 徐偉昀，2009，《晚年照顧關係的敘事分析》。台北：台北大學社會學系在職專班碩士論文。
- 高迪理，(1991)，〈社會支持體系概念之架構探討〉。《社區發展季刊》54：24-32。
- 張宏哲，2008，〈居家照顧服務對家庭照顧者負荷與憂鬱之間的關係：緩衝作用的探討〉。頁 149-172，收錄於國策研究院、許潮英慈善基金會、台灣民主基金會所主辦，《探索台灣社會福利問題研討會---家庭依賴人口照護與醫療》。

- 張媚、葉炳強、吳淑瓊、張宏哲、鄧世雄、黃秀梨、游麗惠、賴皓屏，2006，《建構以社區為基礎的失智症照護模式》。行政院衛生署 95 年度科技研究計畫。
- 曹毓珊，2002，《老人家庭照顧者僱用外籍家庭監護工對照顧關係影響之研究》。台北：台灣大學社會學研究所碩士論文。
- 陳正芬、王正，2007，〈台北市居家服務方案論時計酬適切性之研究〉。《台灣社會福利學刊》6(1)：93-129。
- 陳正芬、吳淑瓊，2006，〈家庭照顧者對長期照護服務使用意願之探討〉。《人口學刊》32：83-121。
- 陳正芬、呂寶靜，2002，〈社區照顧資源網絡之發展－以建構長期照護體系先導計畫實驗社區計畫為例〉。收錄於建構長期照護體系先導計畫主辦，《挑戰與躍升---打造新世紀長期照護體系研討會》，。
- 陳向明，2002，《社會科學質的研究》。台北：五南。
- 陳妍樺，2007，《使用居家服務的成人身心障礙者對照顧服務員服務品質之研究》。花蓮：慈濟大學社會工作學研究所碩士論文。
- 陳明珍，2009，〈我國居家服務政策與發展省思〉。《社區發展季刊》127：287-303。
- 陳秀玫，2004，《失智症患者社區式長期照護服務使用及影響因子》。台北：台北護理學院長期照護研究所碩士論文。
- 陳怡如，2003，《嘉義縣居家服務之評估研究》。嘉義：南華大學非營利事業管理研究所碩士論文。
- 陳奎如，2000，《男性家庭照顧者之研究》。台北：政治大學社會學研究所碩士論文。
- 陳昱名，2004，《社會福利資源與需求的落差：以老年失智症病患家庭照顧者之照顧負荷、需求與困難為例》。台北：台北醫學大學醫學研究所碩士論文。
- 陳淑君、莊秀美，2008，〈台北市居家服務實施現況與相關議題探討〉。《社區發展季刊》122：183-199。
- 陳惠姿、李孟芬，2000，〈台灣失智者的照護現況與展望〉。《應用心理研究》7：191-199。
- 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碩士論文。
- 曾淑芬、莊坤洋、陳正芬、葉乃禎、吳淑瓊，2004，〈給付標準的設定會影響民眾對社區式服務的利用嗎？以居家服務為例〉。《台灣衛誌》23(3)：221-234。
- 湯麗玉、葉炳強、陳良娟、謝碧容，2000，〈失智症家屬支持團體成效初探〉。《應用心理研究》7：171-190。



- 黃惠玲、徐亞瑛、黃秀梨、陳獻宗，2008)，〈失智症照顧服務之可行模式〉。《研考雙月刊》32(6)：22-33。
- 楊培珊譯，1996)，《癡呆症病患家屬手冊》。台北：遠流。
- 楊雅連，2007，〈居家服務方案之過程評估：以某機構為例〉。台北：輔仁大學社會工作學系碩士論文。
- 詹秀玲，2004，〈居家服務中照顧服務員之勞動特質及互動關係-以桃園縣為例〉。桃園：元智大學資訊社會學研究所碩士論文。
- 葉炳強、王憶敏、林瑞萍，2006，〈失智症居家照顧病人家屬支持的介入模式研究〉。行政院衛生署 94 年度科技研究計畫。
- 葉炳強、孟玲玲，1993，〈台灣地區的老年癡呆人口有多少？〉。《健康教育》72：10-15。
- 劉素芬，2000，〈老人居家照顧服務方案評估-以紅心字會為例〉。南投：暨南國際大學社會政策與社會工作學系碩士論文。
- 劉景寬、戴志達、林瑞泰、賴秋蓮，2000，〈台灣失智症的流行病學〉。《應用心理研究》7：157-169。
- 劉雅文，2005，〈探討失能老人家庭選擇長期照護服務之決策過程---老人自主權之分析研究〉。台北：東吳大學社會工作學系碩士論文。
- 潘淑滿，2003，〈質性研究：理論與應用〉。台北：心理。
- 蔡啟源，2000，〈老人居家服務之探討〉。《社區發展季刊》91：252-268。
- 蔡啟源，2001，〈老人居家服務之檢析〉。《社區發展季刊》95：228-238。
- 鄧世雄，2004，〈失智症社區照顧服務〉。《社區發展季刊》106：237-244。
- 鄭秀容，2005)，〈居家失智老人家屬照顧者之照顧負荷與照顧需求之探討〉。台中：中山醫學大學護理學系碩士班碩士論文。
- 蕭金菊，1995，〈家屬長期照顧慢性病老人對支持性服務需求之探討〉。台中：東海大學社會工作研究所碩士論文。
- 戴瑩瑩，2006，〈老人居家服務品質管理之研究〉。南投：暨南國際大學社會政策與社會工作學系碩士論文。
- 謝似函，2007，〈居家服務員與老人服務使用者之信任關係：前置因素及信任後果〉。台北：台灣大學社會工作學研究所碩士論文。
- 謝美娥，1998，〈老人長期照護的相關論題〉。台北：桂冠。
- 謝美娥，2000，〈成年子女照顧者：經驗之初探〉。《政治大學社會學報》30：43-80。



簡春安、鄒平儀，1998，《社會工作研究法》。台北：巨流。

羅佩思，2004，《影響老人使用居家服務相關因素之研究---以高雄縣為例》。台中：東海大學社會工作學研究所碩士論文。

蘇嫻敏，2009，《主要照顧者的照顧信念與照顧負荷相關研究---以台中市居家服務使用者為例》。南投：暨南國際大學社會政策與社會工作學系碩士論文。

## 二、英文資料

Chou, K. R. et al., 1999, "Burden experienced by caregivers of relatives with dementia in Taiwan." *Nursing Research* : 206-214.

Corinne E. Gill, et al., 1998, "Factors Associated With Formal Service Use by Family Members of Patients With Dementia." *The Journal of Applied Gerontology* 17(1): 38-52.

Haley, W. E., 1997, "The family caregiver's role in Alzheimer's disease." *Neurology* : 25-29.

Jean Georges et al., 2008, "Alzheimer's disease in real life - the dementia carer's survey." *International journal of geriatric psychiatry* 23: 546-551.

Lynn Eppers et al., 2008, "Caregiver burden among dementia patient caregivers: a review of the literature." *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 20: 423-428.

Marc Roelands et al., 2008, "Services use in family caregivers of persons with dementia in Belgium: psychological and social factors." *Health and Social Care in the Community* 16(1): 42-53.

P. Campbell et al., 2008, "Determinates of burden in those who care for someone with dementia." *International journal of geriatric psychiatry* 23: 1078-1085.

Penning, M. J., 1995, "Cognitive Impairment, Caregiver Burden, and the Utilization of Home Health Services." *Journal of Aging and Health* 7(2): 233-253.

Ronald W Toseland et al., 1999, "Use of health and human services by community-residing people with dementia." *Social Work* 44(6).

Ronald W Toseland et al., 2002, "Predictors of health and human services use by person with dementia and their family caregivers." *Social Science & Medicine* 55: 1255-1266.

Society, A. s., 2007, "Dementia in Europe."  
[http://www.alzheimers.org.uk/site/scripts/news\\_article.php?newsID=78](http://www.alzheimers.org.uk/site/scripts/news_article.php?newsID=78).

Steven H. Zarit et al., 1999, "Useful services for families : research findings and directions." *International Journal of Geriatric Psychiatry* 14: 165-181.

Traci R Cascioli et al., 2008, "An evaluation of the needs and service usage of family carers of people with dementia." *Quality in Ageing* 9(2): 18-27.

## 附錄一、臺北市政府社會局 98 年度居家服務實施計畫

### 壹、依據：

- 一、老人福利法第 16 條及身心障礙者權益保障法第 50 條
- 二、「失能老人接受長期照顧服務補助辦法」
- 三、「我國長期照顧十年計畫」
- 四、政府採購法

### 貳、目標：

引進民間資源，提供無自理能力或重病臥床之市民居家服務，以滿足照顧需求，提昇生活品質。

參、辦理期間：98 年 1 月 1 日至 98 年 12 月 31 日

### 肆、服務內容

一、服務對象：未領有本局重病住院看護補助、身心障礙者臨時及短期照顧服務、政府提供之特別照顧津貼、機構式照顧、聘僱看護(傭)或其他相關照顧服務補助者，經評估符合下列兩款之一：

(一) 設籍且實際居住本市「65 歲以上老人」以及「50 歲以上(含)之身心障礙者」，經巴氏量表(日常生活活動功能量表, ADLs) 評估進食、移位、室內走動、穿衣、洗澡、如廁等 6 項，達 1 項以上失能者：

- 1、輕度失能：1 至 2 項 ADLs 失能者。
- 2、中度失能：3 至 4 項 ADLs 失能者。
- 3、重度失能：5 項(含)以上 ADLs 失能者。

(二) 設籍且實際居住本市 65 歲以上獨居老人，經工具性日常生活量表(IADLs) 評估上街購物、外出、食物烹調、家務維持、洗衣服等 5 項中有 3 項需要協助，係為輕度失能。需要協助之定義係指「上街購物」1 分以下、「外出」1 分以下、「家務維持」1 分以下、「食物烹調」0 分、「洗衣服」0 分。

二、申請地點：本市長期照顧各區服務站(管轄行政區如下)

單位	管轄行政區	聯絡電話
東區服務站	南港、內湖	27861288-1948、55582988
西區服務站	中正、萬華	23753323、23889595-8420
南區服務站	松山、信義、大安、文山	27049114、27093600-1229
北區服務站	士林、北投	28389521、28353456-6988
中區服務站	中山、大同	25527945、25523234-3275

### 三、申請程序：

- (一)申請者逕向本市長期照顧各區服務站提出申請，經照顧管理專員到宅評估符合資格後，應檢附申請書、身分及戶籍證明文件、其他必要之相關文件等辦理書面審查。
- (二)經照顧管理專員評估結果，除評估人員註明期限外，具有 6 個月效力，接受評估者於 6 個月內身心狀況改變，得檢具 3 個月內之身心狀況改變具體證明，向本市長期照顧各區服務站申請重新評估。
- (三)對於評估結果有異議時，應於接獲評估結果次日起 30 日內向原申請單位提出申訴，必要時得進行複評。

### 四、服務項目

- (一)家庭及日常生活照顧服務：換洗衣物之洗濯與修補、案主生活起居空間之居家環境清潔、家務及文書服務、陪同或代購生活必需用品、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：協助沐浴、穿換衣服、進食、服藥、口腔清潔、如廁、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。

五、服務方式：由本局委託之居家服務單位聘僱訓練合格照顧服務員，依核定服務頻率、時數及項目提供到宅服務。

伍、補助標準及使用規定：民眾得於核定之補助額度內，彈性交互使用日間照顧，但購買日間照顧服務不得超過每週 3 日，低收入戶及中低收入之失能獨居長者不在此限(補助標準詳如表 1、2)。

表 1：居家服務及日間照顧交互使用補助標準

補助標準		(1)低收入戶 (2)領取中低老 津 6,000 元	(1)領取中低老津 3,000 元 (2)非列冊低收入 身心障礙者生 活補助	一般戶	說明
政府照顧服務 補助款 <b>上限</b>	輕度	5,750	5,175	3,450	1. 經評估符合長照十年計畫補助標準者，得於核定之補助款內交互使用居家服務。 2. 重度失能者是否收托，需視機構收託能力而定。 3. 日間照顧收託對象：年滿 65 歲以上老人；或年滿 55 歲以上，患有失智症者。 4. 民眾部分負擔為收託金額扣除政府補助款。
	中度	11,500	10,350	6,900	
	重度	20,700	18,630	12,420	
日託補助金額	輕度	750	675	450	
	中度	750	675	450	
	重度	750	675	450	

註：上述金額計算基準：

(1)輕度—230 元\*25 小時；中度—230 元\*50 小時；重度—230 元\*90 小時

(2)全額補助—低收入戶/領取中低老津 6,000 元；

補助 90%—領取中低老津 3,000 元/領取非列冊低收入身心障礙者生活補助；

補助 60%—一般戶

表 2：居家服務補助款支付標準

每次使用時數	民眾部分負擔(元/小時)			政府補助款支出(元/小時)			說明
	(1)低收入戶 (2)領取中低老津 6,000 元	(1)領取中低老津 3,000 元 (2)領取非列冊低收入身心障礙者生活補助	一般戶	(1)低收入戶 (2)領取中低老津 6000 元	(1)領取中低老津 3,000 元 (2)領取非列冊低收入身心障礙者生活補助	一般戶	
1 小時	0	18	72	230	212	158	1. 居家服務每日不得超過 8 小時。 2. 每日使用 4 小時以內，收費及補助標準為每小時 230 元。
2 小時	0	18	72	230	212	158	
3 小時	0	18	72	230	212	158	
4 小時	0	18	72	230	212	158	
5 小時	服務單位收費金額扣除政府補助款	服務單位收費金額扣除政府補助款	服務單位收費金額扣除政府補助款	180	162	108	3. 每日使用時數 5 至 8 小時，補助標準為每小時 180 元，不設定收費標準，但不得超過每小時 230 元。
6 小時				180	162	108	
7 小時				180	162	108	
8 小時				180	162	108	

※ 於人事行政局頒定之春節期間，每小時補助標準調整為 1.5 倍。

※ 服務時段需視居家服務受託單位實際可提供服務人力為準。

#### 陸、居家服務專案申請：

##### 一、申請對象：

(一) 針對無力負擔補助時數內自付金額之民眾，經本局審查符合「所得」及「動產」符合本市中低收入老人生活津貼發放標準者，得提出差額補助申請。

二、申請方式：向本市長期照顧各區服務站提出申請，經評估後，檢附專案申請表、評估表、身分（福利）證件及相關財稅資料。但符合領取中低收入老人生活津貼每月 3,000 元者，於新制補助標準每小時均需付費 18 元。

三、補助期間：經本局評估予以專案補助，期間以 3 個月為限。

#### 柒、服務對象注意事項

(一) 應接受本局委託之居家服務提供單位定期訪視。

(二) 每 6 個月應接受照顧管理專員重新複評 1 次，並依複評結果適時調整補助時數及內容；但經評估為重度失能，且各項日常生活活動皆需他人完全協助持續達一年以上者，不在此限。

(三) 每年度配合本局低、中低收入總清查，若福利身分變更者，應依變更後之身分調整補助時數及標準。

(四) 本項服務如遇中央政策或地方財政變動，得視情況調整補助標準。

(五) 服務員提供服務時間不包含交通往返時間，如服務員違反相關規定，請知會服務提供單位及本局。

捌、服務對象申請居家服務原因消失時，服務對象、服務單位督導人員或相關人員應主動通報本局，本局應停止補助；如服務對象或服務單位所送資料填報不實、隱匿事實、溢領補助或違反相關法令者，其所領取之補助，由本局命本人、其法定繼承人或服務單位於 30 日內返還；屆期未返還者，由本局依法移送強制執行。

#### 玖、經費來源：

一、 本局 98 年度老人福利保護服務及安置照顧項下支應。



- 二、 98 年「臺北市長期照顧整合第一期計畫」經費項下支應。
- 壹拾、 本計畫奉核可後實施，修正時亦同。



## 附錄二、臺北市政府社會局 99 年度居家照顧實施計畫

### 壹、依據：

五、身心障礙者權益保障法第 50 條

六、內政部「失能身心障礙者補助使用居家照顧服務計畫」

七、政府採購法

### 貳、目標：

引進民間資源，提供日常功能需他人協助之市民居家照顧服務，以滿足照顧需求，提昇生活品質。

參、辦理期間：99 年 1 月 1 日至 99 年 12 月 31 日

### 肆、服務內容

一、服務對象：未領有本局日間照顧、重病住院看護補助、身心障礙者臨時及短期照顧服務、政府提供之特別照顧津貼、機構式照顧、聘僱看護(傭)或其他相關照顧服務補助者，經評估符合下列項目之一：

(一) 設籍且實際居住本市日常生活功能需他人協助之居家身心障礙者，其認定標準應符合下列情形之一者：

1. 未滿 50 歲之一般失能身心障礙者：

(1) 輕度失能：經巴氏量表（日常生活活動功能量表，ADL）評

估為 61 分至 80 分者；或 81 分以上，且經工具性日常生活

量表（IADL）評估上街購物、外出、食物烹調、家務維持、

洗衣服等 5 項中有 3 項以上需要協助者，需要協助之定義係指

「上街購物」1 分以下、「外出」1 分以下、「家務維持」1 分以下、

「食物烹調」0 分、「洗衣服」0 分。

(2) 中重度失能：經巴氏量表（日常生活活動功能量表，ADL）評估為 31 分至 60 分者。

(3) 極重度失能：經巴氏量表（日常生活活動功能量表，ADL）評估為 30 分以下者。

2. 失智症患者：經公辦公營之公立醫院或經衛生署評鑑合格之區域級以上醫院、精神專科醫院診斷為失智症，並載明 CDR (Clinical Dementia Rating) 評估結果及分數達 1 分以上者：

- (1) 輕度失能：CDR 達 1 分者或領有失智症輕度手冊。
- (2) 中重度失能：CDR 達 2 分者或領有失智症中度手冊。
- (3) 極重度失能：CDR 達 3 分以上者或領有失智症重度以上手冊。

3. 慢性精神病患：

- (1) 輕度失能：經工具性日常生活量表 (IADL) 評估為 19 至 21 分，並參考巴氏量表 (ADL)、行為量能評估表、家庭支持功能評估表核定其補助居家服務所需時數。
- (2) 中重度失能：經工具性日常生活量表 (IADL) 評估為 16 至 18 分，並參考巴氏量表 (ADL)、行為量能評估表、家庭支持功能評估表核定其補助居家服務所需時數。
- (3) 極重度失能：經工具性日常生活量表 (IADL) 評估為 15 分以下，並參考巴氏量表 (ADL)、行為量能評估表、家庭支持功能評估表核定其補助居家服務所需時數。

4. 智能障礙者：

- (1) 輕度失能：經巴氏量表 (日常生活活動功能量表，ADL) 評估為 81 分至 100 分，且經工具性日常生活量表 (IADL) 評估為 14 分以下。
- (2) 中重度失能：經巴氏量表 (日常生活活動功能量表，ADL) 評估為 61 分至 80 分，且經工具性日常生活量表 (IADL) 評估為 14 分以下。
- (3) 極重度失能：經巴氏量表 (日常生活活動功能量表，ADL) 評估為 60 分者以下，且經工具性日常生活量表 (IADL) 評估為 9 分以下。

5. 自閉症者：

(1) 輕度失能：經自閉症者生活功能及居家服務需求評估量表評估為 46 分至 54 分者。

(2) 中重度失能：經自閉症者生活功能及居家服務需求評估量表評估為 19 分至 45 分者。

(3) 極重度失能：經自閉症者生活功能及居家服務需求評估量表評估為 18 分以下。

※50 歲以上(含)失智症、慢性精神病患、智能障礙者及自閉症者等 4 類身心障礙者，得選用本局 99 年度居家服務實施計畫，但不得重複申領本項補助。

(二) 64 歲以下設籍且實際居住本市，因重大疾病影響生活自理能力有居家服務使用需求者，其認定標準應符合下列情形之一者：

1、經巴氏量表（日常生活活動功能量表，ADL）評估為 80 分以下。

2、經工具性日常生活量表（IADL）評估上街購物、外出、食物烹調、家務維持、洗衣服等 5 項中有 3 項需要協助者，需要協助之定義係指「上街購物」1 分以下、「外出」1 分以下、「家務維持」1 分以下、「食物烹調」0 分、「洗衣服」0 分。

六、申請地點：

(一) 50 歲以下持有身心障礙手冊者，以及 50 歲以上(含)失智症、慢性精神病患、智能障礙者及自閉症者等 4 類身心障礙者，申請地點為本市身心障礙者評估單位。

(二) 64 歲以下未持有身心障礙手冊者申請地點為本市各社會福利服務中心。

七、申請程序：

(四) 申請者逕向各申請地點提出申請，經專業人員到宅評估符合資格後，應檢附申請書、失智症者請檢附 C D R 量表及失智症診斷書、其他必要之相關文件等辦理書面審查。

(五) 經專業人員評估結果，除評估人員註明期限外，具有 6 個月效力，

接受評估者於 6 個月內身心狀況改變時，得檢具 3 個月內之身心狀況改變具體證明，向本局各申請單位申請重新評估。

(六)對於評估結果有異議時，應於接獲評估結果次日起 30 日內向原申請單位提出申訴，必要時得進行複評。

#### 八、服務項目

(三)家庭及日常生活照顧服務：換洗衣物之洗濯與修補、案主生活起居空間之居家環境清潔、家務文書服務、陪同或代購生活必需用品、陪同就醫或聯絡醫療機關（構）、其他相關之居家服務。

(四)身體照顧服務：協助沐浴、穿換衣服、進食、服藥、口腔清潔、如廁、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。

九、服務方式：由本局委託之居家服務單位聘僱訓練合格照顧服務員，依核定服務時數及項目提供到宅服務。

伍、補助標準：詳如表 1、2。

表 1：短時數補助標準(使用時數 4 小時以下)

身份別	失能程度標準(此標準不含心智障礙類)	失能程度	時數上限	每小時補助金額
低收入戶	(1)ADL61-80 分或 ADL81 分以上，且經 IADL 評估「上街購物」、「外出」、「食物烹調」、「家務維持」、「洗衣服」等 5 項中有 3 項需要協助；或 (2)領有失智症輕度手冊或 CDR1 分	輕度	48/月	230 元
	(1)ADL60 以下者；或 (2)領有失智症中度以上手冊或 CDR2 分以上	中重度 極重度	80/月	230 元
中低收入戶 (領有中低收入老人生活津貼或非列冊低收入戶身心障礙者生活補助)	(1)ADL61-80 分或 ADL81 分以上，且經 IADL 評估「上街購物」、「外出」、「食物烹調」、「家務維持」、「洗衣服」等 5 項中有 3 項需要協助；或 (2)領有失智症輕度手冊或 CDR1 分	輕度	48/月	1-20 小時，每小時 230 元 21-48 小時，每小時 180 元
	(1)ADL60 以下者；或 (2)領有失智症中度以上手冊或 CDR2 分以上	中重度 極重度	80/月	1-20 小時，每小時 230 元 21-80 小時，每小時 180 元
一般戶	(1)ADL61-80 分或 ADL81 分以上，且經 IADL 評估「上街購物」、「外出」、「食物烹調」、「家務維持」、「洗衣服」等 5 項中有 3 項需要協助；或 (2)領有失智症輕度手冊或 CDR1 分	輕度	20/月	180 元
	(1)ADL31-60 分者；或 (2)領有失智症中度手冊或 CDR2 分	中重度	48/月	1-20 小時，每小時 180 元 21-36 小時，每小時 130 元 37-48 小時，每小時 80 元
	(1)ADL30 分以下者；或 (2)領有失智症重度以上手冊或 CDR3 分以上	極重度	72/月	1-32 小時，每小時 180 元 33-72 小時，每小時 90 元



表 2：長時數補助標準（使用時數 8 小時）

身分別	失能程度	時數上限	每小時補助金額
低收入戶	(1)ADL60 以下者；或	160/每月	120
中低收入戶	(2)領有失智症中度以上手冊或 CDR2 分		100
一般戶	以上		40

※ 於人事行政局頒定之春節期間，每小時補助標準調整為 1.5 倍。

※ 長時數居家服務人力需視居家服務受託單位實際可提供服務人力為準。

#### 陸、居家服務專案差額補助：

- 一、申請對象：針對無力負擔補助時數內自付金額之民眾，經本局審查符合「所得」及「動產」符合本市非列冊低收入戶身心障礙者生活補助發放標準者，得提出差額補助申請。
- 二、申請方式：各申請地點提出申請，經評估後，檢附專案申請表、評估表、身分（福利）證件及財稅資料送社會局辦理。
- 三、補助期間：經本局評估予以專案補助，期間以 3 個月為原則。

#### 柒、服務對象注意事項

- 一、應接受本局委託之居家服務單位及評估單位定期訪視。
- 二、每半年應接受本局失能評估複評，惟 ADL > 60 分（領有失智症輕度手冊或 CDR1 分）及 ADL < 31 分（領有失智症重度以上手冊或 CDR3 分以上）者，每年至少接受失能評估複評 1 次，每 6 個月電話追蹤 1 次，並依複評結果適時調整補助時數；但重度癱瘓者（ADL 0 分）得視需要複評，不受半年或 1 年限制。
- 三、每年度配合本局低、中低收入總清查，若福利身分變更者，應依變更後之身分調整補助時數及標準。
- 四、本項服務如遇中央政策或地方財政變動，得視情況調整補助標準。

五、服務員提供服務時間不包含交通往返時間，如服務員違反相關規定，請知會服務提供單位及本局。

捌、服務對象申請居家服務原因消失時，服務對象、服務單位督導人員或相關人員應主動通報本局，本局應停止補助；如服務對象或服務單位所送資料填報不實、隱匿事實、溢領補助或違反相關法令者，其所領取之補助，由本局命本人、其法定繼承人或服務單位於 30 日內返還；屆期未返還者，由本局依法移送強制執行。

玖、經費來源：

三、 本局 99 年度老人福利保護服務及安置照顧項下支應。

四、 內政部「失能身心障礙者補助使用居家照顧服務計畫」經費項下支應。

壹拾、 本計畫奉核可後實施，修正時亦同。



## 附錄三、研究計畫說明

敬啟者：

您好！我是國立政治大學社會工作研究所碩三的學生，目前正在進行碩士論文研究，研究主題為「失智老人家庭照顧者使用居家服務經驗之初探」，指導教授為呂寶靜博士。

首先，非常感謝您撥冗閱讀本研究計畫。這項研究乃是以失智症家屬的家庭照顧者為主要研究對象，欲透過深度訪談的方式，瞭解失智症家庭照顧者選擇使用居家服務之過程，使用居家服務之經驗感受(如照顧過程中遭遇之困難、因應之道與生活層面之影響等)，及對居家服務的評價與建議。期能從失智症家庭照顧者之觀點出發，對其使用居家服務之經驗有更深入的了解，以作為未來擬定相關支持性福利措施或方案之參考。

本研究初步界定所欲訪談的對象，欲符合以下標準：

- (一) 失智老人需為 65 歲以上、使用居家服務達三個月以上，且符合下列情形之一者：
  4. 經公辦公營之公立醫院或經衛生署評鑑合格之區域級以上醫院、精神專科醫院診斷為失智症，並載明 CDR 評估結果及分數達 1 分者。
  5. 未診斷為失智症，但經簡易心智狀態問卷調查表(SPMSQ)檢測，錯 3 題以上。
  6. 未經上述兩者檢測，但經居家服務單位評估後，認定疑似有失智情形者。
- (二) 受訪者需與失智老人同住(或住附近)，且有實際參與家務、日常生活照顧或身體照顧服務等項目之家庭成員。

在整個研究的過程中，我會秉持著「充分告知下的同意」之原則，提供研究對象充分且必要的資訊，以便其做出是否參與研究的決定。對於研究過程所收集到的資料絕對保密，將受訪者的身份匿名，並尊重受訪者的感受。研究對象將有充分參與及退出的自主權力，並能同享此研究的成果。我殷切地期待您能助我一臂之力，同意協助我與服務對象進行訪談，我也可以瞭解機構應以服務對象的權益與意願為優先考量，並會在研究過程中更為小心謹慎地保護每一個受訪者。您的協助維繫著這項研究的成功與否，同時此研究成果也對社會工作實務領域及居家服務富有重要之意義。再次懇請您的協助，並由衷感謝！

順頌時綏

研究生陳宜婷

敬上

國立政治大學社會工作研究所

99.05.24

E-mail:96264006@nccu.edu.tw

Tel:(M) 0928-xxxxxx

## 附錄四、研究配合事項

一、請協助提供與使用居家服務三個月以上、與失智老人同住且有實際參與家務、日常生活照顧或身體照顧服務等項目之家庭照顧者。

(二) 失智老人需為 65 歲以上、使用居家服務達三個月以上，且符合下列情形之一者：

1. 經公辦公營之公立醫院或經衛生署評鑑合格之區域級以上醫院、精神專科醫院診斷為失智症，並載明 CDR 評估結果及分數達 1 分者。
2. 未診斷為失智症，但經簡易心智狀態問卷調查表(SPMSQ)檢測，錯 3 題以上。
3. 未經上述兩者檢測，但經居家服務單位評估後，認定疑似有失智情形者。

(二) 受訪者需與失智老人同住(或住附近)，且有實際參與家務、日常生活照顧或身體照顧服務等項目之家庭成員。

二、請協助徵得受訪者之同意並代為引介。

(一) 為維護並保障受訪者之權益，請貴基金會協助事先徵得受訪者之同意。

(二) 為保障受訪者之隱私，請貴中心協助透過電話或主責社工親自引介研究者之方式，以媒合受訪者與研究者。

(三) 考量受訪者之回答內容可能受在場人士身份、角色所影響，研究場域盡量會控制

在「只有受訪者與研究者」之環境下進行，煩請貴單位見諒。

## 附錄五、訪談大綱

### Warm Up

1. 您使用居家服務多久了？
2. 目前居家服務的情形？(每週幾次？每次幾小時？服務項目…等)

### 一、居家服務之使用(居家服務的溯源)

- (一) 當初為什麼想使用居家服務？

<Probe>

1. 照顧者的狀況
  - 年紀大？身體不好？家中沒有可替代的照顧人力…？
2. 被照顧者的身心狀況
  - 失能、失智程度

### 二、居家服務之效益

- (一) 在沒有使用居家服務前，您提供哪方面的照顧？

<Probe>

1. ADL、IAD
2. 情感支持
3. 其他…

- (二) 在使用居家服務後，您又提供哪方面的照顧？

<Probe>

1. ADL、IAD
2. 情感支持
3. 其他…

- (三) 您是否因為使用居家服務而在照顧上有所改變？

<Probe>

1. 居家服務員來的那一天，您的作息為何？居家服務員沒有來的時候，您的作息為何？
2. 居家服務員臨時請假沒有來，您的生活會受到什麼樣的影響？
3. 是否曾經想像，若居家服務員不來提供服務，生活會是什麼樣



子？

- (四) 使用居家服務前，您在照顧上遭遇過哪些困難？您如何處理？
- (五) 使用居家服務後，您原先在照顧上的困擾有無改變？有沒有增加新的困擾？

<Probe>

1. 居家服務員方面
  - 時間安排、個人隱私性、溝通、服務態度、照顧技巧…
2. 居家服務單位方面
  - 服務員安排、督導方式…

- (六) 居家服務對您的幫助為何？

<Probe>

1. 精神、心理層面
2. 身體、健康層面
3. 社會參與層面
4. 家庭生活層面
5. 經濟層面

- (七) 您認為居家服務的提供，對於失智症者本身的幫助有哪些？

<Probe>

1. 情感方面
2. 身體功能方面
3. 社會支持方面
4. 其他…

### 三、對居家服務之評價

- (一) 整體而言，您對居家服務的看法為何？

<Probe>

1. 服務頻率、工作項目
2. 居家服務員的工作態度、照顧技巧…

- (二) 從您的經驗出發，您認為什麼是好的居家服務？

<Probe>

1. 居家服務員的特質

2. 與居家服務機構的互動
3. 居家服務方案的規定

(三) 除了居家服務外，失智症家屬還需要哪些幫助和支持？

<Probe>

1. 教育性課程
2. 支持團體
3. 喘息服務
4. 日間照顧
5. 24 小時諮詢專線
6. 其他…

(四) 除此之外，您對居家服務還有什麼建議？

**基本資料表**

受訪者性別	<input checked="" type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 男	年齡	歲
與被照顧者關係			
照顧年數			
婚姻狀況			
目前居住狀況			
工作狀況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(說明：_____)		
使用居家服務年數			
被照顧者之狀況	申請服務前的失能(智)情形：		
	目前的失能(智)情形：		
居家服務使用現況	服務頻率： 服務項目：		

## 附錄六、參與研究同意書

您好，我是政治大學社會工作研究所碩士班三年級的學生陳宜婷，我的論文研究主題是「失智老人家庭照顧者使用居家服務經驗之初探」，所要探討的議題為：

- 一、您使用居家服務的過程與經驗
- 二、使用居家服務對您生活的影響
- 三、您對居家服務的評價與建議

這項訪談將進行一至二次，每次約莫需要一小時，採用一對一的方式訪問，訪問的地點將視您的意願選擇適當的場所。為確保訪談內容的完整與詳實，研究者將會視訪談情形進行錄音，以便於事後的資料整理，但錄音內容將予以保密，並在研究完成後加以銷毀與刪除。您所提供的研究任何資料僅將作為本研究論文之用，您的個人姓名及真實身分將予以保密，在研究報告中會以匿名方式呈現。

若您在研究過程中有任何疑問，可直接與研究者討論，並提出建議。對您造成的不便與打擾，深感歉意。煩請您填寫以下同意書，以示您願意接受本研究訪問，非常謝謝您所付出的時間、精力及分享的豐富經驗。

政治大學社會工作研究所研究生 陳宜婷 敬邀

聯絡方式：0928-XXXXXX

中華民國 99 年 月 日

---

### 同意書

- 一、經由研究者的說明與介紹，我願意接受本研究訪問。
- 二、我願意配合研究的研究程序，但若過程中遇到任何問題造成干擾，我可以主動要求退出研究。

簽名：\_\_\_\_\_

日期： 年 月 日