

美和技術學院
健康照護研究所
碩 士 論 文

**社區獨居老人健康狀況與
長期照護需求研究**

Health Status and Long-term care Needs among
Community Elderly Living Alone

研 究 生：楊惠如
指導教授：呂桂雲 博士
陳宇嘉 博士

中華民國 94 年 6 月

社區獨居老人健康狀況與長期照護需求研究

Health Status and Long-term care Needs among
Community Elderly Living Alone

研究生：楊惠如

指導教授：呂桂雲 博士

陳宇嘉 博士

美 和 技 術 學 院

健康照護研究所

碩士論文

A thesis submitted to the faculty of

Meiho Institute of Technology

In partial fulfillment of the requirement for the degree of

Master of Health care

July 2005

中 華 民 國 九 十 四 年 六 月

社區獨居老人健康狀況與長期照護需求研究

摘要

本研究目的在探討社區獨居老人人口學特性、健康狀況及長期照護需求之現況及之間的關係。採橫斷式面對面問卷調查法，以屏東縣社會局登記之獨居老人為母群體，分層隨機抽樣 200 位 65 歲以上社區獨居老人為研究對象，問卷內容包括：心智功能篩檢、基本資料、自覺健康狀況量表及照護需求層級量表。資料以 SPSS 11.5 for windows 套裝軟體進行編碼建檔及統計分析，以百分比、平均數、標準差、獨立樣本 t 檢定、單因子變異數分析、皮爾森積差相關及逐步複迴歸分析等進行統計分析。

研究結果發現(1)社區獨居老人平均年齡為 78.84 歲、平均獨居時間為 21.38 年，自述慢性病數目平均 2.44 種，自覺健康狀況總分偏向中低情形。(2)男性、初中教育程度、客家人、外省人及居住於都市的獨居老人自覺健康狀況較佳。(3)研究對象中有 4.38%在日常生活活動方面、15.58%在工具性日常生活活動方面、1.92%在認知與情緒監控方面的獨居老人，其長期照護需求在 4 級以上。(4)整體長期照護需求因性別、婚姻狀況、教育程度、族群及居住地不同而呈顯著差異。(5)獨居老人的性別、年齡、婚姻狀況及族群與整體長期照護需求呈顯著正相關，而與居住地及自覺健康狀況呈顯

著負相關。(6)影響社區獨居老人整體長期照護需求的顯著預測因子依序為自覺健康狀況、年齡及族群，此三個變項能使 邏輯模式達顯著水準 可解釋全部變異量的 25.2%，即自覺健康狀況越差、年齡越大及原住民者其整體長期照護的需求越大。

本研究結果有助於了解社區獨居老人健康狀況及長期照護需求之現況及影響因素，以提供對社區獨居老人長期照護衛生政策及計畫之參考。

關鍵詞：社區老人、獨居老人、健康狀況、長期照護需求

Health Status and Long-term Care Needs among Community Elderly Living Alone

Abstract

The purposes of this study were to examine the demographic variables, health status, long-term care needs and their relationships among the elderly living alone in community. A cross-sectional design, through face- to- face interview with structured questionnaires, was used for data collection. Two hundred community elderly living alone were selected by cluster random sampling from Pingtung area. The questionnaires included the Demographic Inventory, Perceived Health Status Scale and Hierarchy of the Care Require (HCR).The validity and reliability of the questionnaires were satisfactory. Data were analyzed by percentage, mean, standard deviation, independent samples t-test, One-Way ANOVA , Pearson product - moment correlation, and stepwise multiple regression.

The results were as follow: (1) the mean score of age was 78.84, the mean year of living alone was 21.38, the mean number of chronic disease was 2.44, and had a median-to-low score of perceived health status. (2) male, high school educational level, Hakka People, New Taiwanese and living in urban area groups had a significantly higher score of perceived health status. (3) subjects with long-term care needs at least 4 level were 4.38% in Activity of Daily Living Scale (ADL),15.58% in Instrumental Activity of Daily Living Scale (IADL),and 1.92% in Cognition and Emotion(C&E). (4)total long-term care needs were significantly associated with gender, marital status, educational level, ethnicity and location (5) gender,age,marital status and ethnicity were positively correlated to total long-term care needs .Location and perceived health status

were negatively correlated to total long-term care needs . (6) Perceived health status, age, and ethnicity were the significant predictors of long-term care needs, and they explained 25.2% of the total variance. The older the subjects, the worse perceived health status, and the aboriginals, the more long-term care they need.

The results of this study could provide information for understanding the demographic variables, health status, long-term care needs and their related factors of elderly persons living alone in community .The findings could be as the references of policy making for care the community elderly living alone.

Keywords : community elderly, living alone, health status, long-term care needs

目 錄

	頁次
中文摘要	i
英文摘要	iii
目錄	v
表目錄	viii
圖目錄	xI
第一章 前言	
第一節 背景與重要性	1
第二節 研究目的	4
第二章 文獻查證	
第一節 獨居老人	5
第二節 獨居老人人口學特性與健康狀況	7
第三節 長期照護	13
第四節 獨居老人長期照護需求	17
第五節 老人健康與照護需求相關研究	20
第三章 研究概念架構與假設	
第一節 研究概念架構	24
第二節 研究假設	25

第三節 名詞定義	25
第四章 研究方法與程序	
第一節 研究對象	28
第二節 研究工具	29
第三節 資料收集過程	32
第四節 資料分析方法	33
第五章 研究結果	
第一節 社區獨居老人之人口學特性及基本資料	34
第二節 社區獨居老人之健康狀況	37
第三節 社區獨居老人之長期照護需求情形	42
第四節 社區獨居老人之人口學特性及基本資料、健康狀 況與長期照護需求的相關	55
第五節 社區獨居老人長期照護需求之預測因子	59
第六章 討論	
第一節 社區獨居老人之人口學特性及基本資料	70
第二節 社區獨居老人之健康狀況及其相關因素	72
第三節 社區獨居老人之長期照護需求情形及其相關因素	74
第七章 結論與建議	
第一節 結論	79

第二節 在健康照護系統的運用與建議	81
第三節 研究限制	83
參考文獻	
中文部份	85
英文部份	94
附錄一 研究量表之使用同意書	100
附錄二 研究問卷	101

表目錄

	頁次
表 4.1 各量表之信度檢定	32
表 5.1 社區獨居老人之人口學特性及基本資料描述	36
表 5.2 社區獨居老人健康狀況之描述	38
表 5.3 社區獨居老人之人口學特性及基本資料與慢性病數 目的關係.....	39
表 5.4 社區獨居老人之人口學特性及基本資料與慢性病數 目的變異數分析摘要表	40
表 5.5 社區獨居老人之人口學特性及基本資料與自覺健康 狀況的差異	41
表 5.6 社區獨居老人之人口學特性及基本資料與自覺健康 狀況的變異數分析摘要表	42
表 5.7 社區獨居老人在日常生活活動(ADLs)、工具性日常 生活活動(IADLs)以及認知與情緒監控(C&E)各項所 需協助狀況	44
表 5.8 社區獨居老人之長期照護需求描述	45
表 5.9 社區獨居老人之人口學特性及基本資料與日常生活活 動(ADL)的差異	46

表 5.10 社區獨居老人之人口學特性及基本資料與日常生活活動(ADL)的變異數分析摘要表	47
表 5.11 社區獨居老人之人口學特性及基本資料與工具性日常生活活動(IADL)的差異	49
表 5.12 社區獨居老人之人口學特性及基本資料與工具性日常生活活動(IADL)的變異數分析摘要表	50
表 5.13 社區獨居老人之人口學特性及基本資料與認知與情緒監控(C&E)的差異	51
表 5.14 社區獨居老人之人口學特性及基本資料與認知與情緒監控(C&E)的變異數分析摘要表	52
表 5.15 社區獨居老人之人口學特性及基本資料與整體性長期照護需求(HCR)的差異	54
表 5.16 社區獨居老人之人口學特性及基本資料與整體性長期照護需求(HCR)的變異數分析摘要表	55
表 5.17 健康狀況與長期照護需求的相關矩陣	58
表 5.18 社區獨居老人整體長期照護需求(HCR)的複迴歸分析...	61
表 5.19 社區獨居老人日常生活活動需求(ADL)的複迴歸分析...	61
表 5.20 社區獨居老人工具性日常生活活動需求(IADL)的複迴歸分析.....	62

表 5.21 社區獨居老人認知與情緒監控需求(C&E)的複迴歸分析…	62
表 5.22.1 社區獨居老人整體長期照護需求(HCR)的逐步複迴歸	
分析摘要表	63
表 5.23.1 社區獨居老人整體長期照護需求(HCR)的共線性診斷…	63
表 5.22.2 社區獨居老人整體長期照護需求(HCR)的逐步複迴歸	
分析摘要表	63
表 5.23.2 社區獨居老人整體長期照護需求(HCR)的共線性診斷…	64
表 5.24.1 社區獨居老人日常生活活動需求(ADL)的逐步複迴歸	
分析摘要表	64
表 5.25.1 社區獨居老人日常生活活動需求(ADL)的共線性診斷 ..	64
表 5.24.2 社區獨居老人日常生活活動需求(ADL)的逐步複迴歸	
分析摘要表	65
表 5.25.2 社區獨居老人日常生活活動需求(ADL)的共線性診斷 ..	65
表 5.26.1 社區獨居老人工具性日常生活活動需求(IADL)的逐步	
複迴歸分析摘要表	65
表 5.27.1 社區獨居老人工具性日常生活活動需求(IADL)的共線	
性診斷	66
表 5.26.2 社區獨居老人工具性日常生活活動需求(IADL)的逐步複	
迴歸分析摘要表	66

表 5.27.2 社區獨居老人工具性日常生活活動需求(IADL)的共線性診斷·····	66
表 5.28.1 社區獨居老人認知與情緒監控需求(C&E)的逐步複迴歸分析摘要表 ·····	67
表 5.29.1 社區獨居老人認知與情緒監控需求(C&E)的共線性診斷···	67
表 5.28.2 社區獨居老人認知與情緒監控需求(C&E)的逐步複迴歸分析摘要表 ·····	67
表 5.29.2 社區獨居老人認知與情緒監控需求(C&E)的共線性診斷···	68
表 5.30 社區獨居老人之族群與整體長期照護需求(HCR)的共變數分析摘要表·····	69

圖目錄

圖 1 研究概念架構 ·····	24
------------------	----

第一章 前言

第一節 背景與重要性

近年來我國社會人口結構產生極大的變化，民國 82 年底，65 歲以上的老年人口有 149 萬餘人，佔總人口之 7.1%，已達聯合國世界衛生組織所定的高齡化社會指標；民國 86 年底，老年人口增加到 175 萬餘人，佔總人口的 8.06%；民國 92 年底，老年人口為 208 萬餘人，佔總人口的 9.24%；民國 94 年 2 月，老年人口為 216 萬餘人，佔總人口的 9.54%（內政部社會司，2005）。據行政院經建會的推估，至民國 109 年老年人口將達 354 萬餘人，佔總人口的 14.08%，而於民國 120 年老年人口將達 517 萬餘人，佔總人口的 20.07%，屆時每五人中就有一位是老年長者。且我國平均餘命從民國 92 年男性為 73.35 歲，較 91 年增加 0.13 歲；女性為 79.05 歲，較 91 年增加 0.11 歲（內政部戶政司，2005；內政部社會司，2005），由於平均壽命的延長，帶來人口結構老化及疾病型態轉變，使得罹患慢性病與功能障礙的老人越來越多，而其所演生的長期照護問題成為個人、家庭及社區重大的課題，這是健康從業人員亟需面對的。

獨居老年人，曾被世界衛生組織定為健康照護之高危險人口群（Iliffe et al., 1992），根據內政部自民國 85 年老人生活狀況調查資料顯示，65 歲以上獨居老人的百分比由 82 年的 10.47% 增加到 85 年的 12.28%，或是僅與配偶同住的老年人口比率由 82 年的 18.63% 增加到 85 年

的 20.63%，內政部統計處(2005)指出 93 年底各縣市政府列冊之獨居老人有 48171 人，佔老年人口之 2.24%。台灣地區老年人獨居或僅與配偶同住的比率逐漸增加，而且老年人與子女同住的比率逐漸下降(陳妙盡、王德睦、莊義利，1997)，加上自民國 60 年起不婚的人口逐漸增多，至民國 73 年年齡超過 30 歲到老年未婚人數超過 56 萬人，至民國 83 年約已有 112 萬人(黃松林，2000)，而民國 91 年、92 年、93 年粗結婚率分別為 7.69%、7.60%、5.80%，而民國 91 年、92 年、93 年粗離婚率分別為 2.73%、2.87%、2.77%，民國 91 年、92 年總生育率為 1.34%和 1.24%(內政部戶政司，2005)，因為結婚率下降、離婚率上升及生育率下降使得這些不婚人口、離婚及無子女者將成為獨居老人，可預期的是獨居老人人口將大幅度增加。

由於老人生活機能日漸退化，若獨自居住特別容易受到貧窮，社交隔離，寂寞，健康情形轉壞及不利於健康等的因素侵害而影響整體健康功能(黃璉華，2000)，且近年來相關新聞曾多次報導獨居老人死亡多日才被發現，顯示出獨居老人是否有能力維持獨立的自我照顧能力的問題，因此引起社會大眾對獨居老人照護相關問題之重視。因獨居老人的日常需求比一般老人多，且從家庭得到的資源比一般老人少，為了照顧獨居老人使其獲得更妥善的服務，其現況與照護需求值得大家注意。

獨居老人的健康與其生活狀況有著密不可分之關係，因此照顧獨居老人的健康，提供完善的醫療服務，應為政府福利措施重要方向。老人獨居

不一定會造成生活或健康上的問題，部分的獨居老人在生活上可以得到子女或其他親友鄰居的協助，因此當健康狀況佳時，老人獨居並不會產生問題。相反的當獨居老人的健康狀況不佳時，卻無法得到任何照顧及協助，才是面臨危機。Magaziner, Cadigan, Hebel, 及 Parry(1998)發現獨居老人在社區中的健康狀況並非是最差的，但是獨居會增加老人健康問題的危險性。所以獨居不是重要的議題，但是獨居又生病或獨居又不與社會互動，才是目前我們所關心的照護問題。因為現代的家庭結構改變，家庭照護功能減弱，家庭已無法承擔照顧老人的責任，因此獨居老人的問題，應該被當成社會問題來看待。

文獻雖有全國長期照護需求的評估資料，但並未分析各類照護層級的需要服務內容及需要量，且不同地區的老人有不同的背景、文化、健康狀況及照護需求，因此了解社區獨居老人的健康狀況與長期照護需求，以照護需求層級之不同，決定不同個案所需協助之照護服務種類，可提供發展適合社區獨居老人整體性的、預防性及連續性的健康照護計畫，以滿足獨居老人照護上的需求，老人營造一個平安祥和的環境，使其能在社區中活得獨立自主又有尊嚴。

第二節 研究目的

- 一、了解社區獨居老人之人口學特性、健康狀況及長期照護需求之狀況。**
- 二、分析社區獨居老人之人口學特性、健康狀況與長期照護需求之相關性。**
- 三、探討影響社區獨居老人長期照護需求之預測因子。**

第二章 文獻查證

第一節 獨居老人

社會經濟型態的改變使家庭結構轉變，傳統三代同堂家庭逐漸凋零，取而代之是單身或核心家庭型態，因此增加社區中老人獨居的比例，范麗娟（1995）發現台灣的老人與子女同住的比率越來越低，由民國 75 年的 70.24% 下降到民國 85 年的 61.16%。Campion (1996) 及 Morrissey (1998) 與莊裕寬（1998）指出大部分的獨居老人都表達想繼續在自己家裡獨自居住的意願。不論出於自願或非自願的情況，老年人如單獨住在社區中即成為「獨居老人」（戎瑾如、張蓓貞、蔡秀鸞、曲小蕙，2002）。台灣各地區目前對獨居老人的定義並無統一標準，而最被大家使用的是臺北市政府社會局(1998)提出的「獨居老人的認定標準」，其標準是以居住事實為依據，故是以居住於臺北市年滿 65 歲以上之單身戶且戶內僅配偶二人，其中一人年滿 65 歲以上，另一人無照顧能力。在文獻查證過程中發現各地區獨居老人的研究皆以此為認定標準。

老人獨居離不開時代文化背景、社會結構及個人價值觀的改變，陳肇男(1993)指出台灣獨居老人的形成原因與性別、教育程度、經濟狀況、婚姻狀況、都市化程度、子女數、男女死亡率的差別、家庭居住型態變遷及人口高齡化等有關。造成台灣男性獨居老人較多的可能因素有 1950 年因戰爭隨國民政府來台的榮民，其外省籍、從未結婚者、離婚、分居、性情

較孤僻、精神病患、遭棄養、晚婚…等(莊秀美、鄭怡世, 1999; 陳肇男, 1994; 關華山, 1994)。老人獨居的因素可歸納為個性較孤僻, 不喜歡與人交際及不喜歡受束縛; 年紀愈大, 意識愈退化, 行動愈不方便, 故不易與人溝通互動; 希望居住在自己熟悉及打造的家園; 未婚無子女; 已婚無子女且配偶已死亡或離婚; 子女遠在外地就學或就業; 居住空間愈來愈少, 老人只好另地而居; 為求個人自由權及隱私權, 不想與子女同住; 年輕時與家人關係疏遠, 遭子女的疏忽或遺棄; 為領取政府現金補助而不願到機構安養(陳燕禎, 1998)。因此獨居老人形成的因素包括個性因素、生理因素、觀念及家庭因素…等非單一原因所形成。

獨居老人在家中發生意外時常無法得到即時的處理, 美國舊金山急診部及醫院的紀錄顯示, 在家中被發現躺在地上的大多是獨居老人, 其中有 62 %需要住院治療, 而其整體死亡率高達 28%(Gureley, Lum, Sande, Lo, & katz, 1996)。陳明珍(2001)指出獨居老人急需協助的問題為無與社會互動, 陷於孤寂、封閉及退化中, 三餐不繼, 營養不良, 生病或突發意外事件時無人陪伴協助就醫, 無法操持家務, 導致居家生活環境髒亂。居家環境的安全亦是造成獨居老人意外的重要因素, 陳燕禎(1998)針對高雄市 499 位 65 歲或以上老人的研究指出, 有 100 位(20.1%)在過去一年中有一次以上的跌倒意外, 其研究之獨居老人在六個月內有跌倒經驗者佔 40%, 顯示獨居老人的跌倒發生率較一般老人高。因此預防跌倒及居家環境的安

全對獨居老人亦是相當重要。

由以上文獻得知獨居老人形成的因素非單一因素所能解釋，且社區獨居老人的比例亦慢慢增加中，獨居老人的問題是無家屬或親友可以提供經常性的照顧和協助，無法及時發現老人潛在及現存健康的危險性，提早預防傷害的發生。因其缺乏親友及相關社會資源協助，故危險性較一般老人高，因此了解社區獨居老人的照護需求是健康照護系統應關心的問題。

第二節 獨居老人人口學特性與健康狀況

健康的定義非常多元，面對人口老化的時代來臨，健康的定義亦有所改變。Stanley 與 Beare(1995)將老人健康的定義為有能力在社會上生活、發揮功能、有高度的自主，但是不一定是沒有疾病。健康狀況的指標，可由醫學的測量方式，如經由醫師透過專業經驗或醫學儀器輔助，客觀的檢查個人是否罹患疾病或損傷；亦可由功能性的方式檢驗個人日常活動功能狀況，一般常用日常生活活動(Activities of Daily Living, ADLs)與家事性日常生活活動(Instrumental Activities of Daily Living, IADLs)；另可由主觀的方式自我評估自身的健康或功能活動(柯瓊芳，1995)，因此健康的定義會因時代的不同而有不同的定義，而健康狀況可以分為主觀與客觀的健康狀況。

醫療技術、知識的進步、平均所得的提升及營養的不虞匱乏，使人類壽命不斷的延長，因此人口老化的問題日益嚴重，而老年人口增加所產生的問題亦日益增加，其中包含用藥問題、營養問題、活動問題、安全問題(黃璉華，1999)。曾譯令、李淑杏與李孟智(1995)指出老人之性別、教育程度、家庭功能及經濟狀況為影響老人健康狀況之相關因素。邱啟潤、張永源、陳武宗、黃洽鑽與黃忠信(2000)的研究發現，老人健康狀況的顯著預測因子發現，人口學變項中年齡是各依變項中最多變項的預測因子，其次是性別、教育程度、籍貫，再其次是婚姻。楊靜利、王香蘋與董麗美(2002)研究亦發現性別、教育程度與年齡是影響老人健康狀況的重要變項。由以上文獻顯示老人的人口學特色與健康狀況是有關的，尤其是年齡的相關性最大。

經濟狀況是影響健康狀況的因素之一，故探討獨居老人的經濟狀況發現，社會經濟方面獨居老人多數屬中低收入戶及低收入戶(內政部統計處，2000；洪彩慈、葉莉莉、黃蟬芬、田開瑋，2000)，許多研究亦發現獨居老人主要經濟來源為政府補助的救助金(林洋三、楊美鈴，2003；長青中心，1997；黃秋華，2001；張靜琪、葉莉莉、張玉玲、許蕙美，1999；省政府社會處，1999)，而熊曉芳(2000)於台北市文山區的研究發現，獨居老人經濟來源以領有退休金俸者最多 35.6%，來自子女者有 18.9%，政府補助有 31.1%，獨居老人經濟來源多自給自足，若無法靠自己，大多靠

政府補助，由子女救助的很少。省政府社會處(1999)調查指出罹患慢性病的獨居老人，即使有健保補助，但是長期的醫藥負擔亦造成 31.3% 的獨居老人表示生活費用不夠用或非常困難。經濟問題影響個人的尊嚴、營養的供給及整體的生活品質，所以規劃完整的社會福利資源及健康照護體系，對獨居老人來說應是非常迫切的。

獨居老人的居住狀況不同於一般老人，而居住狀況又會影響獨居老人的健康行為，Pender(1987)指出居住狀況對健康促進行為與知識的差異，為非獨居者的得分大於獨居老人，由此可知與家人同住的老人有較好的健康促進行為與知識，且獨居老人和與其他人同住的老人的健康自評遠比與家人同住的老人為低(吳淑瓊、張明正，1997；黃璉華，1993；Linn & Linn，1980)。單獨居住的老人比與其他人同住的老人，使用更多的醫療照顧(Cox，1986 & Cowling，1986)。結果顯示老人的居住狀況，可以作為老人健康狀況的一個指標（黃璉華，1999；Hsiu，2001），故獨居老人的健康自評較一般老人差，且使用更多的醫療照顧。

由於醫療科技的進步，以往威脅人類的傳染病也逐漸被長期慢性病所取代，而隨著年齡的增加，慢性疾病與能力障礙的發生率越高(Wolinsky，Coe，Miller，& Prendergast，1984)。2001 年行政院衛生署之調查指出，台灣地區 65 歲以上的老人罹患疾病種類依序為心血管疾病、骨骼肌肉疾病、眼耳疾病、內分泌疾病、代謝性疾病及肝胃腸疾病；而其主要死因前

5 名為惡性腫瘤、腦血管疾病、心臟疾病、糖尿病及肺炎。王香蘋(2001)的研究亦發現台灣老人罹患最高的疾病為關節炎、高血壓、腸胃潰瘍、呼吸道疾病、白內障及心臟病。吳淑瓊與張明正(1997)研究指出 75.8%的社區居家老人自訴罹患一種以上之慢性病。另有許多研究指出大於 50% 的老人有一種以上之慢性病，且以高血壓最多，依次為關節炎及心臟病(行政院主計處，1994；洪百薰、洪美玫、吳聖良、林豐雄、黃明珠，1991；邱啟潤、張永源、陳武宗、黃洽鑽、黃忠信，2000；邱啟潤、王秀紅，1987)。于漱(1994)研究指出老人平均罹患 1.3 種慢性疾病。老年人的健康問題多為複雜的慢性病，老化加上疾病常影響老人日常生活活動之能力(李世代，1998)。而且每一種疾病類型均會導致不同類型的功能轉變，有些疾病會導致嚴重失能但是不會致命，如關節炎、視力障礙及老人痴呆；有些會導致中度失能且容易致命，如中風、心血管疾病、癌症及慢性肺病；有些是較少失能及較不會致命，如糖尿病、聽力障礙、憂鬱及高血壓(王香蘋，2003)，老人的疾病類別會因人口老化而有不同，一般老人皆有一種以上的慢性病，而疾病類型盛行狀況與活動功能有很大的相關性。

在獨居老人的慢性疾病調查方面，台灣省政府社會處 (1999)針對獨居老人的調查報告中指出有 68.5%的獨居老人中患有慢性病。黃麗鈴(2000)的研究指出在自述慢性病症狀方面，獨居老人平均有 4.31 種自述慢性病症狀，98% 至少有一種症狀，僅有 2%獨居老人自述無任何慢性

病症狀。楊培珊(1999)研究發現獨居老人常見慢性病以高血壓、關節炎、心臟病及腸胃疾病為主。且慢性病患者的殘障機率及死亡率皆較高而功能狀態也較差(Badger, 1993)。獨居老人罹患慢性病種類與一般社區老人相似，但是罹患慢性病的數目比一般社區老人高，又獨居老人一年內住院率為 31.9%，比吳淑瓊(1997)指出一般社區老人的年住院率 30%為高。另 1994 年 Burnette 指出獨居老人的醫療服務使用情形比非獨居者低(引自秦毛漁、邱啟潤、蕭正光、盧德發，2003)。吳淑瓊與張明正(1997)發現獨居老人的住院率、住院次數、住院天數及平均住院日均比非獨居者高，且使用急診的情形亦比非獨居者高(Shah, Rathouz, & Chin, 2001)。顯示獨居老人的健康狀況較差且又未得到家人照顧及足夠的社會資源，故對慢性病的控制情形較一般老人低，合併症的發生率較高，使用急診的情形亦較高而使住院率上升。

健康功能狀況能呈現老人是否能獨立在社區中生存，李世代(2000)指出健康功能狀態主要包含是否能執行日常生活最基本的自我照顧活動功能及影響生活獨立自主性之工具性日常生活活動功能，吳淑瓊與張明正(1997)發現指出 6.7%的社區老人至少一項以上的日常生活活動功能需工具輔助或需人幫忙。李燕鳴、林正介和劉樹泉(1994)的報告指出有 14.2%的老人失去日常生活活動功能，而有 32.5 %的老人喪失工具性日常生活活動功能。葉莉莉、洪彩慈與黃蟬芬(2000)調查發現獨居老人日常生活活動

與工具性日常生活活動大部份皆可獨立完成，故一般獨居老人大多可在社區中獨立生活，但是當獨居老人生病或意外時卻無人可協助而錯失治療的時機，而造成更大的健康損失。

老人的健康狀況會受到其對健康的想法及期待的影響，自評健康狀況是個人主觀的感覺自己健康或是不健康的一個指標，其與日常活動功能有很高的相關(黃璉華，1993)。健康自評與健康狀況的正相關大於客觀的健康指標(Linn & Linn, 1980 ; Mossey & Shapiro, 1982)，甚至可作為預測健康照護的使用率(Bath, 1999)、住院率(Mutran & Ferraro, 1988)及死亡率(唐億淨等，1999 ; Idler & Benyamini, 1997 ; Linn & Linn, 1980 ; Mossey & Shapiro, 1982)的重要指標，謝淑芳(1982)發現健康自評、年齡及教育程度可預測老人身體功能。呂美玲(2003)研究發現，健康自評與自述慢性疾病症狀數呈負相關。趙珮璇(2003)在老榮民的研究中指出，健康自評會因年齡、教育程度、經濟狀況及慢性病數目之不同，而在統計上有顯著差異，邱啟潤、張永源、陳武宗、黃洽鑽與黃忠信(2000)研究亦指出，年齡、性別、教育程度及籍貫可預測自覺健康狀況。年齡較輕、男性、高教育、有偶非獨居及收入較高的老人自評健康況較好(吳淑瓊、張明正，1997)。依據行政院內政部統計處(2000)對台閩地區老人狀況調查指出，我國社區老人的自覺健康狀況好與非常好占 41%，不好與非常不好佔 22%，且比其他年齡者自覺健康狀況較差。楊培珊(1999)研究發現獨

居老人自覺健康狀況以一般至良好者佔多數。王香蘋（2001）指出，自評健康「不好」的比率隨著年齡增加而增加；自評健康為「好」的比率隨著年齡增加而減少。由此可知健康自評可以正確反映客觀的健康狀況，且老人的人口學資料及罹患慢性病之情形會影響健康自評狀況，而健康自評與健康狀況有密切的相關，進而影響其照護需求。

第三節 長期照護

長期照護的定義為對喪失日常生活能力者，提供長期的醫療、個人生活照顧與社會服務(Kane & Kane, 1987)，其照顧服務應配合個案活動功能或自我照顧能力，而提供不同類型及程度的照顧措施，以期保有個案自主、獨立及自尊的生活品質(楊怡君等，2003)，長期照護是指對需要長期照護者提供綜合性與連續性之服務，應是無縫的體系(seamless delivery system) (Chumbler, 1997)，因其服務對象包括病患本身及其照顧者，而服務內容包含預防、診斷、治療、復健、支持性、維護性及社會性服務，故須有醫療體系的醫療服務、社會福利與生活照護相互配合，服務措施包含機構與非機構式的照護，目的是增進或維持身體功能及獨立生活能力(游玲涓，2002)，使有功能障礙的人能在社區中獨立正常的生活(Kane & Kane, 1987)。長期照護是對慢性病患者或殘障者有長期功能失常或困難

的人，提供持續性協助或是提供可恢復或改善某些功能所必需的服務。因此長期照護的需求是指具有慢性功能障礙者對於日常生活活動照護服務；協助降低功能障礙的各種專業服務；環境改善及輔具設備服務三方面的需要(Kane & Kane, 1998；吳淑瓊，2002)。其涵蓋專業與非專業服務，非專業的部分分為日常生活活動及工具性日常生活活動的協助，主要由家庭提供或居家服務人員協助。專業的部分須由醫療、護理、社工、職能、物理治療、營養等跨專業團隊服務及協助，故由此可知長期照護需求須由家庭與專業共同合作方可滿足。

長期照護的對象包含各個年齡層需要長期照顧與護理的個案，雖不限於老年人，但是老年人的功能障礙最盛行，故為長期照護的主要服務對象(陳惠姿等，2000)，隨著老年人口的增加，加速了人口高齡化的現象，使老人慢性疾病及功能障礙人口急劇上升，繼而產生大量的長期照護需求，因而影響我國衛生政策的規劃與發展，許多國家在 1950 年代人口老化及需求不斷增長下發展機構式照護服務來滿足老人的需求，1960 年代北歐國家提倡就地老化(Aging in place)的理念，以幫助功能障礙者能在其熟悉的家中或社區中過著獨立自主的生活，而目前先進福利國家不再以機構式照護為發展主體，開始朝向以居家式與社區式的服務方案(吳淑瓊，1998；陳惠姿，2000)。因此目前長期照護的方式為以個案為主，採最理想的照護方式來服務個案。

功能障礙情形與長期照護需求有很大的相關，1984 年聯合國世界衛生組織提出生命存活曲線與疾病率、失能率、死亡率的概念模型，其表示年齡越大且存活的時間越長，失能與疾病的比率越高(引自阮玉梅等，1999)，李世代(2000)指出大部分的健康狀況發展之時序為先罹病，後失能，而死亡，罹病、失能和死亡與長期照護有密切之關係，如老年人年齡每增加五歲，可增加 50%之死亡率，而每增加十歲可增加 50%~100%之失能率，以長期照護需求之觀點來看，失能率的重要性大於死亡率，因為人死亡後不需要長期照護，但是失能後卻需要長期照護，因此掌握導致失能的原因更甚於掌握導致死亡的原因，且從失能到死亡的時間越長，長期照護的需求越大。

長期照護因其對象的照護需求不同而有不同的照護方式，因此長期照護體系包含：機構式照護；社區式照護及居家式照護(陳之政，2003)。長期照護體系中的機構式照護，提供老人全天候的住院服務，內容包含醫療、護理、復健、個人與生活照護等，凡病情嚴重危急，依賴度高或無家庭照護資源且無法以社區或居家方式照護的老人均為機構式照護的主要服務對象，如醫院慢性病床、護理之家(技術性護理)、養護機構等(非技術性護理)。社區式照護是將技術性的醫療護理與一般個人照護與社會支持等服務提供到老人居住的社區中，因此老人無須離開居住環境，其為連結正式與非正式的社區資源去協助有需要照顧的人士，使他們能居住在自

己的家中又能得到適當的照顧(蘇景輝, 1995), 如日間照護、個案管理、居家護理、送餐到家、喘息服務等。居家式的照護是將服務送至老人家中, 服務內容包含護理照顧、家事生活照護、個人照護(陳之政, 2003), 不同的服務方案所提供的服務內容及服務對象亦不同, 但是同為一個連續性的照護體系, 以增進老人身體、社會及心理功能(吳淑瓊、江東亮, 1995; Bordy & Masciocchi, 1980)。因此需依據長期照護的需求層級不同而提供不同的照護方式。

居家護理服務是近年來快速發展的長期照護服務內容, 因其優點有保障病人隱私, 減少來往家中與醫療院所之時間耗損, 減少醫療資源的浪費及降低醫療成本與費用(阮玉梅, 1988; 陳群英、嚴母過, 1980; 劉慧俐、黃培琳、楊志良, 1993; Jorm, et al., 1993; Muijen, Marks, Connolly, & Audini, 1992)。行政院衛生署(1993)亦倡導居家服務, 目的為縮短慢性病人住院日數、提高病床利用率、俾使病人早日回到社區。民國八十一年居家護理正式納入國民保健計畫之長期照護--居家照護及護理之家之推展(杜敏世、李鍾祥, 1990), 目前全民健保亦有補助部份負擔。

長期照護體系應根據老人的障礙程度及需求, 提供適當的照護措施, 以維持老人的獨立生活。故獨居老人在選擇服務方案時, 可依據照護需求層級評估出來的結果來決定其比率。而長期照護之照護措施, 包括護理之家、養護機構、日間照護、居家照護及在宅服務…等。且長期照護的服務

須具備有個別化、人性化、持續性及多元性，資源需可近性與公平性的分布在各地。

第四節 獨居老人長期照護需求

老人的長期照護需求與平均餘命有密切相關，胡澤芷（1996）研究報告顯示，60 歲的平均餘命為 16.81 年；76 歲為 6.75 年；80 歲為 4.55 年，60 歲的老年人，處於沒有功能困難平均期間是 2.53 年，較不嚴重的輕度功能活動困難為 1.02 年，處於最嚴重的重度功能活動為 2.46 年，由此可見老年人因晚年時的健康情形不佳而有蠻長的時間必須靠他人協助，而以總生命表 60 歲以後的平均餘命 16.81 年來看，晚年約有 7.91 年的時間處於可自由活動，有 0.5 年時間為輕度活動尚可勝任，但是卻有 8.41 年的時間活動都要仰賴他人協助，吳淑瓊、徐慧娟、莊智與張明正(1996)研究推估台灣社區老人因日常生活活動障礙者而需要長期照護約有 13 萬人，若再加上因工具性日常生活活動障礙者約有 28 萬人，若再累計認知功能障礙者約有 34 萬人，由以上的研究結果可以發現，老年人於晚年時將有不算短的時間處於活動受限，自我照顧能力受損的情形，而自我照顧能力下降會使老人在生活上的需求高於醫療照顧的需求，因此可知台灣的長期照護需求正快速成長，故如何規劃社區中的長期照護系統是 店o大家

重視的。

就成人保護的立場而言，老人應有下列基本權益：選擇權、隱私權、自主權、生活品質權、保護及安全權（陳燕禎，1998），根據衛生署（1997）台灣地區老人對福利需求研究，顯示需求主要程序為醫療需求，經濟生活需求，社會參與需求，休閒生活需求及居住安養需求等。由黃璉華（2000）的研究中得知，台北地區大部分的獨居老人最需要的幫助，為健康醫療，經濟補助及休閒活動的場所。李怡娟、葉若分與張麗春（2003）指出經研究結果發現，屬於行動自如的獨居老人，所共同擔心的問題為"萬一生病了，怎麼辦？"而台灣省政府社會處（1999）發現 17.5% 的獨居老年人生病時無人協助照顧，因此衍生的需要為生病時有人可以協助日常生活，如可以協助買菜、煮飯、陪伴就醫及協助照顧。陳玉敏（2001）研究指出獨居老年人的自我照顧需求有病痛處理障礙、居家日常生活事務處理受限制、經濟來源短缺、情緒困擾、家庭支持系統失衡和與外界隔離，研究亦發現獨居老人在福利資源的需求方面以探望訪視服務及電話問安為老人最主要之需求（張靜琪、葉莉莉、張玉鈴、許蕙美，1999）。長青綜合服務中心（1997）對高雄市 2438 位獨居老人進行關懷服務問卷調查，受訪者接受居家服務意願方面，56.6%表示願意接受居家服務；20.8%表示需有人經常探望、關懷；17.4%表示需有人電話問安；9.5%表示需要在家服務；7.7%表示需送餐服務。另根據評估的結果，有 33%適合獨居，27.8%不適合獨居，有意願接

受安置者僅佔 5.6%，最大原因是擔心政府補助取消及不自由，但有立即危險者有 3.3%則是需要社工人員積極介入幫助者。由文獻得知獨居老人的長期照護需求常見為經濟補助及生病時的日常生活照顧。

許多老人在晚年行動不便、日常生活需人協助時，大都被安置於機構中接受照顧，但是大於 70%的美國社區老人表示，若生病或殘障需人照顧時，皆希望能選擇在家中接受照顧(McAuley & Bliezer, 1985; McAllister & Hollander, 1993)。萬育維(1995)和張英陣(1998)指出絕大多數的老人都希望能生活在自己熟悉的環境，尤其是獨居老人生活重心已轉移至長期生活環境中的鄰居朋友，突然的遷移會造成老人心理無法適應而失去情感的支持。台灣省政府社會處(1999)調查指出有 63.6%的獨居老人認為獨居是最理想的居住方式，只有 6.1%認為居住在老人公寓或安養機構是最理想的居住方式，可見無論是一般社區老人或獨居老人於晚年時，若需人照顧，皆比較喜歡居住在自己家中。且社區老人的生活品質比機構老人好(高森永、王運昌、王炳龍、鍾明惠、林金定，2001)。因此行政院核定「新世紀健康照護計畫」的執行，以「在地老化」為目標(行政院社會福利推動委員會，2000)，慈濟功德會證嚴法師也曾說：「老人院最好蓋在家中」，即家是老人生活最好的地方，所以歐美提倡「在家老化」、「就地安養」的社區照顧(黃源協、黃松林，1998)。符合尊嚴自主及人性化的照護原則，為使老人留在自己熟悉的生活習慣及模式接受照顧及服務，以符合就地安

置及就地老化的目的，因此生活正常化和服務社區化是未來長期照護的重點發展方向。衛生署（1994）指出我國在「長期照護中長期計畫」曾提出長期照護服務發展以 30 % 之機構式服務，70 % 之社區式服務為發展目標。

第五節 老人健康與照護需求相關研究

長期照護的主要目的是協助有功能障礙的人能在社區中獨立的生活，因此長期照護的需求評估是以功能障礙來評估一個人是否能在社區中過正常的生活(Kane & Kane, 1987 ; Stone & Murtaugh, 1990 ; Spector, 1991)。1963 年 Katz 等發展的 activities of daily living(ADLs)指標，是發展最早且為後人引用最多的身體功能評估指標，其認為一個人日常生活必備的基本照護能力包括:洗澡、穿衣、上廁所、上下床或椅子、大小便功能、進食。Instrumental activities of daily living(IADLs)亦是常見的老人身體活動功能評估指標，比 ADLs 需更高的技巧才能完成，是評估個人是否能在社會中獨立生活，包含:打電話、外出行動、購物、做輕鬆家事、洗衣、準備食物、理財、與遵醫囑服藥等，需 ADLs 及認知功能正常才能完成。以上兩種身體活動功能評估指標(ADLs & IADLs)依需要協助的程度，從「只需工具幫忙」、「需人部份幫忙」、「完全不能做而完全依賴他人幫忙」等可區分日常生活功能障礙的輕重程度。ADLs 功能障礙

表示老人基本自我照護能力受限，與慢性病的後遺症有關，需要護理服務，IADLs 功能障礙則代表老人執行日常生活家事活動受限，需要社會服務(引自吳淑瓊、徐慧娟、莊 智、張明正，1996)。因此 ADLs 和 IADLs 是目前評估長期照護最常用的指標(Spector, 1991)。Beland 及 Zunzunegui (1999)指出老人 IADL 失能不會馬上影響日常生活，而是 IADL 失能情形停滯一段長時間才會有 ADL 障礙的情形發生。因此 ADL 是日常生活必備的基本照護能力，而 IADL 是個人是否能在社會中獨立生活，且失能情形是先從 IADL 失能後才會有 ADL 障礙的情形發生。

老年人的認知能力將直接影響健康評估的結果，故應先以簡易認知功能量表(Short portable Mental Status Questionnaire , SPMSQ) 來評估受訪老人的認知能力，其內容包括六個向度:意識、記憶力、定向力、注意力、思考及一般知識，共有 10 題問題，每一題需完全答對才計一分，評分結果 0 至 2 個錯誤為認知功能完整，3 至 4 個錯誤為認知功能輕度障礙，5 至 7 個錯誤為認知功能中度障礙，8 至 10 個錯誤為認知功能嚴重障礙，其再測信度為 .82 ~ .83，因為認知功能障礙者常無法自行回答量表，故可由熟悉老人的親友或照顧者代為評量(Pfeiffer, 1975；引自張媚、吳淑瓊、呂寶靜、戴玉慈，2001；吳淑瓊、徐慧娟、莊 智、張明正，1996)。

陳惠姿等(2000)自 1999 年，將 ADLs、IADLs 及認知與情緒(Cognition and Meta-Emotion, C&E)監控等建構成「長期照護需求層級量表」

(Hierarchy of the Care Required, HCR)之三個向度，每一向度分別有 6 項活動/行為，每一項活動/行為再分成五個照護需求層級。經檢測 HCR 在信效度方面全量表與三個分量表，其 Cronbach's α 均介於 .88~.98 間，為可接受之範圍，效度方面將三個分量表分別以因素分析檢測其結構，均各自呈現單一因素，無法再行區分成兩個以上之因素，且其可解釋之變異量分別達到 67% ~ 86%間，此問卷亦曾使用於一般社區老人(陳惠姿等，2001；陳信穎等，2000)及護理機構之老人(陳信穎等，2000)，其 Cronbach α 均介於 .68 ~ .98 間，故藉此可以了解老人需要長期照護的服務類型。

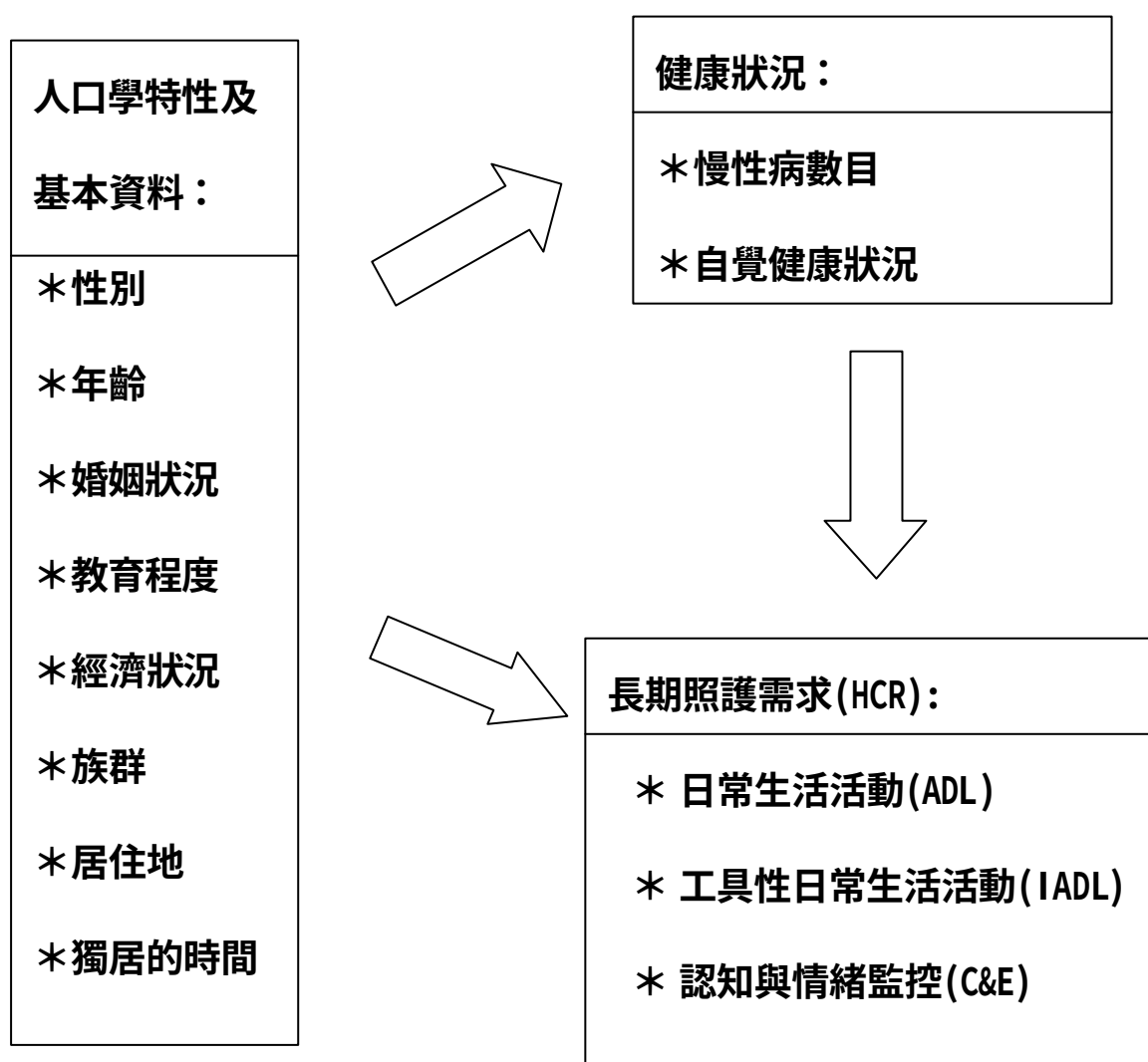
健康狀況的指標可分主觀的自覺健康狀況與客觀的疾病種類與數目，自覺健康狀況是影響老人生活滿意度的重要因素(Spreitzer & Synder, 1974;Palmore & Luikart, 1972;黃璉華，1992)。自述性健康測量於 1980 年代以後，為常被用來測量健康之方法(行政院衛生署，1989；Patrick & Begnen, 1990；Mossey & Shopiro, 1982)。Fillenbaum(1979)研究發現自覺健康狀況相當能反映客觀的健康狀況。且自覺健康狀況與醫師評估疾病的數目及罹病率有高度相關(陸洛、謝穎慧、蕭世槐、張家楨，1994)。曾譯令、李淑杏與李孟智(1995)研究中所探討的老人健康狀況是以自評健康狀況、日常生活活動(ADL)、工具性日常生活活動(IADL)、罹病數、臥床日數、殘障種類、CES-D 量表為主要測量項目。另外 Liang、Bennett、Whitelaw 和 Maeda(1991)及吳淑瓊、張明正(1997)的研究中

皆以慢性病、身體功能狀態及自覺健康狀況來評估老人的健康狀況。對老人而言自覺健康狀況是屬於高穩定性的健康評量之一(Leinonen, Heikkinen, & Jylha, 2002), 但是卻會受到記憶的影響, 所以老人的自覺健康狀況評量最好是以一年來作為時間切割點。故自覺健康狀況與疾病種類與數目可相輔相成來評估健康狀況, 而本研究之自覺健康狀況量表是使用黃璉華(1993)與 Wang(1999)所發展, 採五點計分, 共 3 題 Cronbach's α 均介於 .72 ~ .89 間(熊曉芳, 1999 ; 黃麗玲, 2000 ; Wang, 1999)。

第三章 研究概念架構與假設

第一節 研究概念架構

依據本研究目的及參考文獻資料，提出本研究之概念架構，主要在探討研究對象的人口學特性、健康狀況及長期照護需求之相關性。人口學特性會影響健康狀況及長期照護需求而健康狀況會影響長期照護需求。



圖一 研究概念架構

第二節 研究假設

- 一、獨居老人因人口學特性及基本資料(性別、年齡、婚姻狀況、教育程度、經濟狀況、族群、居住地、獨居的時間)的不同其健康狀況有顯著差異。**
- 二、獨居老人因人口學特性及基本資料(性別、年齡、婚姻狀況、教育程度、經濟狀況、族群、居住地、獨居的時間)的不同其長期照護需求有顯著差異。**
- 三、獨居老人罹患慢性病數目越多其長期照護需求越高。**
- 四、獨居老人自覺健康狀況越好其長期照護需求越低。**

第三節 名詞定義

一、獨居老人：

- 1. 65 歲以上，一個人居住者(以目前居住之事實為依據)。**
 - 2. 65 歲以上，有同居人，但其同居人無照顧能力。**
 - 3. 65 歲以上，有同居者，但其經常性不在(有二十四小時以上獨居之事實)。**
 - 4.符合以上任何一個條件均為獨居老人(台北市社會局，1998)。**
- 操作性定義 – 以屏東縣社會局列冊之獨居老人，且只有一個人居**

住之事實，或雖有同住者但其同住者無照顧能力或經常性不在家。

二、健康狀況：

概念性定義 – 以獨居老人的慢性病數目及自覺健康狀況來呈現老人健康狀況。

操作性定義 – 1.主觀健康狀況以「自覺健康狀況量表」測量。

2.客觀健康狀況以醫生曾告知罹患慢性病數目。

三、慢性病的數目：

依老人自訴經醫師診斷的慢性病數的累計。

四、自覺健康狀況：

指老人對自己整體健康的看法，內容包括自覺自己「整體的健康狀況」、「比較現在和過去一年前的健康狀況的改變情形」、「比較自己和其他同年齡的人最近一年的健康狀況」。

五、長期照護需求：

概念性定義 – 指獨居老人自覺日常生活活動、工具性日常生活活動與認知及情緒之健康照護需要。

操作性定義 – 以「長期照護需求層級量表(HCR)」測量獨居老人長期照護需求，得分越高表示長期照護需求越高。

六、性別：

以男女區分，男為(0)，女為(1)。

七、年齡：

以老人自訴實際足歲的年齡。

八、婚姻狀況：

以老人自訴其婚姻狀況，分為已婚和未婚(0)，已婚又分為離婚(1)、喪偶(2)、分居(3)及其他(4)。

九、教育程度：

以老人自訴其受過正式教育的程度，分為不識字(1)、國小(2)、初中(3)、高中/高職以上(4)。

十、經濟狀況：

以老人自訴其是否為政府輔助的低收入戶對象，低收入戶為(1)，非低收入戶為(0)。

十一、族群：

以老人自訴其為閩南人(1)、客家人(2)、原住民(3)及外省人(4)。

十二、居住地：

以老人目前居住地的行政區域是鄉或市鎮區分，鄉村為(0)，市鎮為(1)。

十三、獨居的時間：

以老人自述自己一個人居住的時間(並符合獨居老人的定義)。

第四章 研究方法與程序

本研究採橫斷式調查法，以結構問卷，研究者採面對面會談方式收集資料。

第一節 研究對象

本研究採分層隨機抽樣，選取屏東縣社會局 92 年 7~12 月登記之獨居老人名冊 2223 人，屏東縣共有 33 區行政區，依區域別以隨機抽樣方式抽出 12 區，而目前政府無登錄獨居老人的族群資料，無法以其族群所佔之比例來選取樣本數，故本研究以定額取樣從中收案本省人 50 人、外省人 50 人、客家人 50 人、原住民 50 人，共計 200 人。

取樣條件為：1.年齡為 65 歲以上有獨居事實之獨居老人。2.經研究者說明研究目的，願意接受訪談。基於其在教育程度及認知功能方面可能存在之限制，進行訪談前，先以 Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ) (Pfeiffer, 1975) 測試其認知功能，若個案通過測試，則訪談個案本人之意見為資料來源，若個案無法通過，則選擇最了解個案情形之鄰居、朋友或里長做為資料來源收集對象。

訪問過程若遇到原住民老人，研究者則透過精通國語與原住民母語之翻譯者，將題意翻譯成原住民母語，並同時要求翻譯者再將其所傳達給原住民老人之語意翻譯成國語，以確定原題意不被扭曲。

第二節 研究工具

本研究問卷內容包括：心智功能篩檢(SPMSQ)、基本資料、自覺健康狀況量表及照護需求層級量表(HCR)。本研究之工具及其信效度檢定分述如下：

一、自覺健康狀況量表：

使用黃璉華(1993)與 Wang(1999)所發展之自覺健康狀況量表，共 3 題，量表採用 Likert 5 點計分，分「非常不好」、「不好」、「尚可」、「好」、「非常好」，分別為 1 分、2 分、3 分、4 分、5 分，總分為 3 分至 15 分，分數越高表示自覺健康狀況越佳。Cronbach's α .72 ~ .89(熊曉芳，1999；Wang，1999；黃麗玲，2000)。

二、長期照護需求層級量表(Hierarchy of the Care Required, HCR)：

使用陳惠姿等(2001)所發展之長期照護需求層級量表(HCR)，在信效度方面全量表與三個分量表其 Cronbach's α 均介於 .88 ~ .98 間，效度方面將三個分量表分別以因素分析檢測其結構，均各自呈現單一因素，無法再行區分成兩個以上之因素，其可解釋之變異數分別達到 67% ~ 86%間，量表內容涵蓋日常生活活動(ADLs)、工具性日常生活活動(IADLs)以及認知與情緒監控(C&E)等三個向度，每個向度各有 6 題項，三個向度共 18 題項，每一題項分為五個層級：

1.ADL-1 ~ ADL-6 依序為進食、身體清潔、穿脫衣服、排泄控制、

移位及走動能力等 6 項。

2. IADL-1 ~ IADL-6 依序為膳食調理及善後處理、購物、打電話、

財務處理、藥物服用、使用交通工具等六項。

3. C&E-1 ~ C&E-6 依序為了解語意、表達己意、社會互動、記憶力、

情緒監控與現實感等 6 項。

每一項目都均各自有其五個層級，分別以五個分數來代表，分數越高，表示照護需求越高。

照護需求量表等級說明：

1 級-不需他人協助或照顧需求

可以獨居，不需外援資源，運用個人資源即可回復至原有能量狀態，有能力享有有品質的生活(個人認為重要的事可達一定之滿意程度)。

2 級-支持性(非現場)協助或照顧需求

日間獨處時，要有人在必要時可以幫上忙，問安電話或每週一次至兩次之定時探訪，外援資源每週提供 1~2 次即足以回復至原有能量狀態，生活品質略受限制，但生活尚不致脫序。

3 級-叮嚀性(現場)協助或照顧需求

不建議獨處，生活起居需有人不時叮嚀、吩咐或提醒，白天需有人同處，建議使用日間託老、日間照護等服務。外援資源需每天提供，方足以回復

至原有能量狀態，若無他人協助，生活就會脫序。

4 級-隨時在側性(現場)協助或照顧需求

無法獨處，要隨時有人在側協助或照顧，全天家中需有人同處，或使用日間照護或護理之家，外援資源每天至少要提供兩次，方足以回復至原有能量狀態，生活經常脫序，尚不致有自傷之考量。

5 級-保護性(現場)照顧需求

住在家中要有專人照顧，或使用機構式服務，完全仰賴外援資源，方能回復到原有能量狀態，完全依靠他人，生命才得以維護。

HCR 在個人層面可作為照護需求評估量表，決定不同個案所需協助之種類與數量，在社區整體層面可評估五等級照護需求之人口比率，作為決策者對不同型態照護方案發展之參考。

三、考量使用問卷的對象及地域的不同，故在信度方面以 15 名屏東縣 65 歲以上獨居老人作預測，再以 Cronbach's α 係數檢定量表的內在一致性，各量表之 Cronbach's α 係數在 .576 ~ .761 之間，隔兩週後進行再測，再測信度 ICC(interclass correlation coefficient)在 .905 ~ .925 之間，而正式施測時各量表之 Cronbach's α 係數在 .700 ~ .924 之間(見表 4.1)。

表 4.1
各量表之信度檢定

量表名稱	內在一致性 (Cronbach's α)		再測信度 (Interclass Correlation Coefficient)
	預試 (N=15)	正式施測 (N=200)	(N=15)
長期照護需求層級量表	.761**	.924**	.925**
自覺健康狀況	.576**	.700**	.905**

備註: * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

第三節 資料收集過程

本研究資料收集過程分為預試與正試調查兩個階段進行。

一、預試過程

為確認問卷排列順序及文字敘述是否適當，受訪者是否可正確了解問卷內容，及可評估一份問卷所需花費的時間及可能遭遇的問題與困難，本研究以三位受訪者進行預試，預試時間為 93 年 10 月 1 日。

二、正式調查階段

正式調查時間為 93 年 11 月 1 日~94 年 3 月 10 日，研究者實地訪視當面取得口頭同意後再進行問卷調查。進行訪視時先表明研究生身份，並評估受訪者是否符合收案條件(獨居老人及心智功能篩檢)，若符合收案條件則告知本研究目的與重要性，並強調所提供之資料僅供學術研究使用，絕對不影響個人權益，平均訪談時間為 30~40 分鐘，視受訪者需要可提供或轉介有關長期照護之相關單位。

三、心智功能篩檢(SPMSQ)

使用 Pfeiffer (1975)所發展的短式可攜帶式心智狀態問卷，10 題問題篩檢個案之認知功能，作為決定收案之依據。該量表原為英文版，已經國內學者劉景寬等人譯註成中文。其計分辦法係根據個案之教育程度，凡未能完成，國小教育且答錯題數達 7 題者、或國小畢業者答錯題數達 4 題者、或國(初)中畢業以上學歷者答錯題數達 3 題者，都歸類為「認知功能不足以正確回答相關問題者」，則選擇最了解個案情形之鄰居、朋友或里長做為資料來源收集對象。

第四節 資料分析方法

將回收之問卷資料，以 SPSS 11.5 for Windows 套裝軟體進行編碼建檔及統計分析，並依各變項的種類及相互間的關係，參照本研究目的，進行統計分析 1.描述性統計：以百分比、平均數、標準差分析研究對象之人口學特性及基本資料、健康狀況及長期照護需求。2.推論性統計：採獨立樣本 t 檢定 (Independent Samples t-Test)、單因子變異數分析(One-Way ANOVA)及皮爾森積差相關(Pearson product-moment correlation)檢定人口學特性及基本資料與健康狀況及長期照護需求。以 Multiple linear regression 分析人口學特性及基本資料、健康狀況與照護需求，以找出影響社區獨居老人長期照護需求之預測因子。檢定差異的 α 值設定為 .05。

第五章 研究結果

以下分五節敘述本研究之結果，第一節描述社區獨居老人之人口學特性及基本資料；第二節描述社區獨居老人之健康狀況與人口學特性及基本資料與健康狀況之關係；第三節呈現社區獨居老人之長期照護需求情形及人口學特性及基本資料與長期照護需求之關係；第四節呈現社區獨居老人之人口學特性及基本資料、健康狀況與長期照護需求的相關情形；第五節呈現社區獨居老人長期照護需求之預測因子。

社區獨居老人之性別、經濟狀況及居住地與健康狀況及長期照護需求之關係，以獨立樣本 t 檢定 (Independent Samples t-Test) 來比較其差異性，社區獨居老人之婚姻狀況、教育程度及族群與健康狀況及長期照護需求之關係，以單因子變異數分析 (One-Way ANOVA)，有顯著性差異時，經 Levene 檢定若資料符合變異數同質性原則，以 LSD 事後比較檢定差異情形；若資料不符合變異數同質性原則，以 Dunnett's T3 事後比較檢定其差異情形。

第一節 社區獨居老人之人口學特性及基本資料

本研究對象獨居老人 200 人，其男性為 105 人(52.50%)，女性為 95 人(47.50%)，年齡從 65 歲至 101 歲，平均年齡為 78.84 歲，以 78 歲居多，在婚姻狀況方面，已婚 147 人(73.50%)，未婚 53 人(26.50%)，而已婚中

以喪偶居多(112人，佔56.00%)，其次為分居(16人，佔8.00%)，在教育程度以不識字112人(56.00%)最多，識字88人(44.00%)中以國小之教育程度(73人，佔36.5%)居多，經濟狀況低收入戶有66人(33.00%)，非低收入戶有134人(67.00%)，族群中閩南人、客家人、原住民及外省人各有50人(25.00%)，居住地以居住於鄉村162人(81.00%)最多，而居住於市鎮為38人(19.00%)，獨居時間從5個月至60年，平均為21.38年，以20年居多（見表5.1）。

表 5.1
社區獨居老人之人口學特性及基本資料描述 (N = 200)

變項	人數	百分比	中位數	眾位數	平均值	標準差
性別						
男性	105	52.50				
女性	95	47.50				
年齡			78	78	78.84	6.85
婚姻狀況						
未婚	53	26.50				
已婚	147	73.50				
離婚	11	5.50				
喪偶	112	56.00				
分居	16	8.00				
其他	8	4.00				
教育程度						
不識字	112	56.00				
識字	88	44.00				
國小(私塾)	73	36.50				
國(初)中	8	4.00				
高中/高職以上	7	3.50				
經濟狀況						
非低收入戶	134	67.00				
低收入戶	66	33.00				
族群						
閩南人	50	25.00				
客家人	50	25.00				
原住人	50	25.00				
外省人	50	25.00				
居住地						
鄉村	162	81.00				
市鎮	38	19.00				
獨居時間			17	20	21.38	16.33

第二節 社區獨居老人之健康狀況

一、 社區獨居老人之健康狀況

社區獨居老人自述慢性病數目從無慢性病至有 7 種慢性病，平均自述有 2.44 種慢性病，以自述有 2 種慢性病數目為最多，在自覺健康狀況方面，從非常差為 1 分至非常好為 5 分，社區獨居老人在第一題「整體而言，您覺得您目前的健康狀況是」，最小值為 1 分，最大值為 5 分，平均為 2.42 分，以 3 分為最多，第二題「和過去一年比，您覺得您目前的健康狀況是」，最小值為 1 分，最大值為 5 分，平均為 2.05 分，以 1 分為最多，第三題「和同年齡的人相比，您覺得您目前的健康狀況是」，最小值為 1 分，最大值為 5 分，平均為 2.55 分，以 3 分為最多，在總分方面，最小值為 3 分，最大值為 13 分，平均為 7.02 分，以 3 分為最多(見表 5.2)。

表 5.2

社區獨居老人健康狀況之描述 (N = 190)

項目	最小值	最大值	中位數	眾位數	平均值	標準差
慢性病數目	0	7	2	2	2.44	1.42
自覺健康狀況	3	13	8	3	7.02	2.67
1. 整體而言， 您覺得您目前的 健康狀況	1	5	3	3	2.42	1.07
2. 和過去一年 比，您覺得您 目前健康狀況	1	5	2	1	2.05	1.05
3. 和同年齡的 人相比，您覺 得您目前的健 康狀況	1	5	3	3	2.55	1.25

二、社區獨居老人之人口學特性及基本資料與慢性病數目之關係

在性別方面，男性與女性的慢性病數目平均分別為 2.30 與 2.60 ($t=-1.476, p > .05$)無顯著差異；在婚姻狀況方面，慢性病數目平均依高低分別為喪偶(2.57)、離婚(2.55)、其他(2.38)、分居(2.25)及未婚(2.23) ($F=.628, p > .05$)無顯著差異；在教育程度上，慢性病數目平均依高低分別為高中/高職以上(2.71)、不識字(2.53)、國小(2.38)及國(初)中(1.63) ($F=1.150, p > .05$)無顯著差異；在經濟狀況方面，低收入戶與非低收入戶的慢性病數目平均分別為 2.23 與 2.55 ($t=1.530, p > .05$)無顯著差異；族群方面慢性病數目平均依高低分別為外省人(2.58)、閩南人(2.52)、原住民(2.40)及客家人(2.28) ($F=.437, p > .05$)無顯著差異；在居住地方方面，居住於鄉村與市鎮的獨居老人其慢性病數目平均分別為 2.43 與 2.50

($t = -.265, p > .05$)無顯著差異。

社區獨居老人之性別、婚姻狀況、教育程度、經濟狀況、族群及居住地在慢性病數目之得分情形皆不呈顯著差異(見表 5.3,5.4)。

表 5.3

社區獨居老人之人口學特性及基本資料與慢性病數目的關係 (N = 200)

變項名稱	人數	平均數	標準差	t/F 值	p	Post hoc comparisons
性別				-1.476	.142	
0 男性	105	2.30	1.52			
1 女性	95	2.60	1.28			
婚姻狀況				.628	.643	
0 未婚	53	2.23	1.44			
1 離婚	11	2.55	2.07			
2 喪偶	112	2.57	1.38			
3 分居	16	2.25	1.29			
4 其他	8	2.38	1.06			
教育程度				1.150	.330	
1 不識字	112	2.53	1.23			
2 國小	73	2.38	1.67			
3 國(初)中	8	1.63	.74			
4 高中/高職以上	7	2.71	1.80			
經濟狀況				1.530	.127	
1 低收入戶	66	2.23	1.41			
0 非低收入戶	134	2.55	1.41			
族群				.437	.727	
1 閩南人	50	2.52	1.28			
2 客家人	50	2.28	1.65			
3 原住民	50	2.40	1.37			
4 外省人	50	2.58	1.36			
居住地				-.265	.791	
0 鄉村	162	2.43	1.45			
1 市鎮	38	2.50	1.27			

備註：Independent Samples t-Test(獨立樣本 t 檢定)；
One-Way ANOVA(單因子變異數分析)

表 5.4

社區獨居老人之人口學特性及基本資料與慢性病數目的變異數分析摘要表

變異來源	SS	Df	MS	F 值	p
婚姻狀況				.628	.643
組間(SSa)	5.081	4	1.270		
組內(SSs/a)	394.314	195	2.022		
教育程度				1.150	.330
組間(SSa)	6.912	3	2.304		
組內(SSs/a)	392.483	196	2.002		
族群				.437	.727
組間(SSa)	2.655	3	.885		
組內(SSs/a)	396.740	196	2.024		

三 社區獨居老人之人口學特性及基本資料與自覺健康狀況之關係

在性別方面，男性(7.44)自覺健康狀況的平均得分顯著高於女性(6.54) ($t=2.334, p < .05$)；在婚姻狀況方面，自覺健康狀況的平均得分高低分別為未婚(7.90)、離婚(7.20)、分居(6.81)、喪偶(6.70)及其他(5.75) ($F=2.328, p > .05$)無顯著差異；在教育程度上，自覺健康狀況的得分呈顯著性差異($F=3.739, p < .05$)，國(初)中(9.13)顯著高於不識字(6.72)及國小(7.01)；在經濟狀況方面，低收入戶與非低收入戶的自覺健康狀況的得分分別為 7.52 與 6.78 ($t=-1.919, p > .05$)無顯著差異；族群方面，自覺健康狀況的得分有顯著性差異($F=6.917, p < .001$)，客家人(7.79)及外省人(7.84)顯著高於閩南人(6.49)及原住民(5.87)；在居住地方面，居住於市鎮(7.76)的獨居老人自覺健康狀況的得分顯著高於居住於鄉村(6.83) ($t=-1.942, p < .05$)。

社區獨居老人之性別、教育程度、族群及居住地在自覺健康狀況之得分情形有顯著性差異;而獨居老人之婚姻狀況及經濟狀況在自覺健康狀況之得分情形無顯著性差異(見表 5.5,5.6)。

表 5.5

社區獨居老人之人口學特性及基本資料與自覺健康狀況的差異 (N =190)

變項名稱	人數	平均數	標準差	t/F 值	p	Post hoc comparisons
性別				2.334	.021	
0 男性	100	7.44	2.65			
1 女性	90	6.54	2.64			
婚姻狀況				2.328	.058	
0 未婚	51	7.90	2.43			
1 離婚	10	7.20	2.74			
2 喪偶	105	6.70	2.68			
3 分居	16	6.81	2.95			
4 其他	8	5.75	2.60			
教育程度				3.739	.012	3>1 3>2
1 不識字	106	6.72	2.82			
2 國小	69	7.01	2.35			
3 國(初)中	8	9.13	1.25			
4 高中/高職以上	7	9.14	2.91			
經濟狀況				-1.919	.060	
1 低收入戶	61	7.52	2.38			
0 非低收入戶	129	6.78	2.78			
族群				6.917	.000	2>1 2>3 4>1 4>3
1 閩南人	47	6.49	2.60			
2 客家人	47	7.79	2.56			
3 原住民	46	5.87	2.32			
4 外省人	50	7.84	2.70			
居住地				-1.942	.054	
0 鄉村	152	6.83	2.69			
1 市鎮	38	7.76	2.49			

備註: Independent Samples t-Test(獨立樣本 t 檢定);
One-Way ANOVA(單因子變異數分析)

表 5.6

社區獨居老人之人口學特性及基本資料與自覺健康狀況的變異數分析摘要表

變異來源	SS	Df	MS	F 值	p
婚姻狀況				2.328	.058
組間 (SSa)	64.658	4	16.164		
組內 (SSs/a)	1284.295	185	6.942		
教育程度				3.739	.012
組間 (SSa)	76.726	3	25.575		
組內 (SSs/a)	1272.227	186	6.840		
族群				6.917	.000
組間 (SSa)	135.398	3	45.133		
組內 (SSs/a)	1213.554	186	6.524		

第三節 社區獨居老人之長期照護需求

一、社區獨居老人之長期照護需求情形

社區獨居老人在日常生活活動方面 (ADLs) 有 78.75% 無須協助，8.81% 需要支持性協助，8.06% 需要叮嚀性協助，3.44% 需要隨時性協助，0.94% 需要保護性協助，進一步就日常生活活動的內容分析，進食 (80.00%)、盥洗 (75.00%)、洗澡 (75.00%)、穿衣 (88.50%)、排尿 (66.50%)、排便 (87.50%)、移位 (89.50%) 及走動 (68.00%) 大多無須協助，在排尿方面有 25.50% 需要支持性協助。

工具性日常生活活動方面 (IADLs) 有 44.42% 無須協助，24.83% 需要支持性協助，15.17% 需要叮嚀性協助，12.08% 需要隨時性協助，3.50% 需要保護性協助，進一步就家事性日常生活活動的內容分析，做飯吃有 27.00% 無須協助，48.00% 需要支持性協助，購物有 27.00% 無須協助，34.50% 需要

支持性協助，32.00%需要叮嚀性協助，打電話有 47.00%無須協助，12.00%需要支持性協助，23.50%需要叮嚀性協助，財務處理有 42.00%無須協助，40.50%需要支持性協助，藥物服用有 80.00%無須協助，12.50%需要叮嚀性協助，使用交通工具有 43.50%無須協助，42.00%需要隨時性協助。

認知與情緒監控方面(C&E)有 78.42%無須協助，15.33%需要支持性協助，4.33%需要叮嚀性協助，1.33%需要隨時性協助，0.59%需要保護性協助，進一步就認知與情緒監控的內容分析，了解語意(70.00%)、表達己意(93.00%)、相處(社會互動)(94.50%)、情緒控制(90.00%)及現實感(95.00%)大多無須協助，記憶力有 28.00%無須協助，53.50%需要支持性協助(見表 5.7)。

社區獨居老人之長期照護需求在日常生活活動方面(ADLs)，最小值為 8 分，最大值為 35 分，大多為 8 分，平均為 11.12 分，工具性日常生活活動方面(IADLs)，最小值為 6 分，最大值為 28 分，大多為 6 分，平均為 12.33 分，認知與情緒監控方面(C&E)，最小值為 6 分，最大值為 30 分，大多為 7 分，平均為 7.82 分，總分最小值為 20 分，最大值為 74 分，大多為 21 分，平均為 31.27 分(見表 5.8)。

表 5.7

社區獨居老人在日常生活活動(ADLs)、工具性日常生活活動(IADLs)以及認知與情緒監控(C&E)各項所需協助狀況 (N = 200)

項目	無須協助		支持性協助		叮嚀性協助		隨時性協助		保護性協助	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ADLs										
進食	160	80.00	10	5.00	29	14.50	1	.50	0	.00
盥洗	150	75.00	13	6.50	23	11.50	11	5.50	3	1.50
洗澡	150	75.00	16	8.00	9	4.50	20	10.00	5	2.50
穿衣	177	88.50	5	2.50	7	3.50	8	4.00	3	1.50
排尿	133	66.50	51	25.50	11	5.50	5	2.50	0	.00
排便	175	87.50	12	6.00	9	4.50	4	2.00	0	.00
移位	179	89.50	10	5.00	7	3.50	2	1.00	2	1.00
走動	136	68.00	24	12.00	34	17.00	4	2.00	2	1.00
Total	1260	78.75	141	8.81	129	8.06	55	3.44	15	.94
IADLs										
做飯吃	54	27.00	96	48.00	17	8.50	28	14.00	5	2.50
購物	54	27.00	69	34.50	64	32.00	7	3.50	6	3.00
電話	94	47.00	24	12.00	47	23.50	17	8.50	18	9.00
金錢	84	42.00	81	40.50	20	10.00	7	3.50	8	4.00
吃藥	160	80.00	8	4.00	25	12.50	2	1.00	5	2.50
交通	87	43.50	20	10.00	9	4.50	84	42.00	0	.00
Total	533	44.42	298	24.83	182	15.17	145	12.08	42	3.50
C&E										
了解語意	140	70.00	49	24.50	5	2.50	5	2.50	1	.50
表達己意	186	93.00	9	4.50	4	2.00	0	.00	1	.50
相處	189	94.50	7	3.50	2	1.00	1	.50	1	.50
記憶力	56	28.00	107	53.50	32	16.00	3	1.50	2	1.00
情緒控制	180	90.00	10	5.00	6	3.00	3	1.50	1	.50
現實感	190	95.00	2	1.00	3	1.50	4	2.00	1	.50
Total	941	78.42	184	15.33	52	4.33	16	1.33	7	.59

表 5.8

社區獨居老人之長期照護需求描述 (N = 190)

項目	最小值	最大值	中位數	眾位數	平均值	標準差
ADLs	8	35	9	8	11.12	5.34
IADLs	6	28	11	6	12.33	5.23
C&E	6	30	7	7	7.82	2.83
Total	20	74	28	21	31.27	11.26

二、社區獨居老人之人口學特性及基本資料與日常生活活動方面(ADLs)之關係

在性別方面，男性與女性在 ADLs 的得分分別為 10.72 分與 11.56 分 ($t=-1.103, p > .05$) 無顯著差異；婚姻狀況在 ADLs 的得分有顯著差異，喪偶的獨居老人 ADLs 的得分(12.24)顯著高於未婚(9.51)與分居(9.63)的獨居老人 ($F=3.190, p < .05$)；教育程度在 ADLs 的得分依序為不識字 11.45 分 國小 10.93 分 高中/高職以上 10.86 分與國(初)中 8.50 分 ($F=.814, p > .05$) 無顯著差異；在經濟狀況方面，低收入戶與非低收入戶在 ADLs 的得分分別為 10.33 分與 11.51 分 ($t=1.465, p > .05$) 無顯著差異；族群在 ADLs 的得分依序為原住民 12.48 分、客家人 10.88 分、閩南人 10.74 分與外省人 10.38 分 ($F=1.529, p > .05$) 無顯著差異；在居住地方面，居住於鄉村的獨居老人 ADLs 的得分(11.49)顯著高於居住於市鎮的獨居老人(9.55) ($t=2.830, p < .01$)。

社區獨居老人之婚姻狀況及居住地在日常生活活動方面(ADLs)的得分情形有顯著性差異，而性別、教育程度、經濟狀況及族群則無顯著性差

異(見表 5.9,5.10)

表 5.9

社區獨居老人之人口學特性及基本資料與日常生活活動(ADL)的差異(N=200)

變項名稱	人數	平均數	標準差	t/F 值	p	Post hoc comparisons
性別				-1.103	.271	
0 男性	105	10.72	4.86			
1 女性	95	11.56	5.82			
婚姻狀況				3.190	.014	2>3
0 未婚	53	9.51	3.10			2>0
1 離婚	11	9.36	2.62			
2 喪偶	112	12.24	6.20			
3 分居	16	9.63	2.53			
4 其他	8	11.50	7.52			
教育程度				.814	.488	
1 不識字	112	11.45	5.52			
2 國小	73	10.93	5.20			
3 國(初)中	8	8.50	1.07			
4 高中/高職以上	7	10.86	6.72			
經濟狀況				1.465	.144	
1 低收入戶	66	10.33	5.04			
0 非低收入戶	134	11.51	5.46			
族群				1.529	.208	
1 閩南人	50	10.74	4.29			
2 客家人	50	10.88	5.34			
3 原住民	50	12.48	6.74			
4 外省人	50	10.38	4.58			
居住地				2.830	.006	
0 鄉村	162	11.49	5.68			
1 市鎮	38	9.55	3.19			

備註： Independent Samples t-Test(獨立樣本 t 檢定);
One-Way ANOVA(單因子變異數分析)

表 5.10

社區獨居老人之人口學特性及基本資料與日常生活活動(ADL)的變異數分析摘要表

變異來源	SS	Df	MS	F 值	p
婚姻狀況				3.190	.014
組間(SSa)	349.088	4	87.272		
組內(SSs/a)	5334.032	195	27.354		
教育程度				.814	.488
組間(SSa)	69.927	3	23.309		
組內(SSs/a)	5613.193	196	28.639		
族群				1.529	.208
組間(SSa)	129.960	3	43.320		
組內(SSs/a)	5553.160	196	28.332		

三、 社區獨居老人之人口學特性及基本資料與工具性日常生活活動方面(IADLs)之關係

在性別方面，女性在工具性日常生活活動方面(IADLs)的得分(13.96)顯著大於男性(10.85)($t=-4.385, p < .001$)；婚姻狀況在工具性日常生活活動方面(IADLs)有顯著性差異，喪偶(14.14)與其他(13.25)的獨居老人在工具性日常生活活動(IADLs)的得分大於未婚(9.32)而喪偶的獨居老人(14.14)又大於離婚(10.36)與分居(10.44)($F=10.353, p < .001$)；教育程度在工具性日常生活活動方面(IADLs)有顯著性差異，不識字(13.25)與國小教育程度(11.82)顯著大於國(初)中的教育程度(7.00)($F=5.531, p < .001$)；在經濟狀況方面低收入戶與非低收入戶的得分分別為 11.55 分與 12.71 分($t=1.483, p > .05$)無顯著性差異；族群方面在工具性日常生活活動(IADLs)有顯著性差異，閩南人(12.18)與客家人(11.92)大於外省人(9.64)而原住民(15.56)大於閩南人(12.18)與客家人(11.92)($F=12.803, p < .001$)

);居住地在工具性日常生活活動方面(IADLs) 有顯著性差異, 居住於鄉村的獨居老人(13.15)得分顯著大於居住於市鎮的獨居老人(8.79)($t=6.593$, $p < .001$)。

社區獨居老人之性別、婚姻狀況、教育程度、族群及居住地在工具性日常生活活動方面(IADLs)的得分有顯著性差異, 而經濟狀況則無顯著性差異(見表 5.11,5.12)。

表 5.11

社區獨居老人之人口學特性及基本資料與工具性日常生活活動(IADL)的差異 (N = 200)

變項名稱	人數	平均數	標準差	t/F 值	p	Post hoc comparisons
性別				-4.385	.000	
0 男性	105	10.85	5.05			
1 女性	95	13.96	4.96			
婚姻狀況				10.353	.000	2>0
0 未婚	53	9.32	3.75			2>1
1 離婚	11	10.36	4.99			2>3
2 喪偶	112	14.14	5.25			4>0
3 分居	16	10.44	3.69			
4 其他	8	13.25	6.02			
教育程度				5.531	.001	1>3
1 不識字	112	13.25	5.31			2>3
2 國小	73	11.82	4.96			
3 國(初)中	8	7.00	1.31			
4 高中/高職以上	7	8.86	4.30			
經濟狀況				1.483	.140	
1 低收入戶	66	11.55	5.15			
0 非低收入戶	134	12.71	5.25			
族群				12.803	.000	1>4
1 閩南人	50	12.18	4.47			2>4
2 客家人	50	11.92	5.48			3>1
3 原住民	50	15.56	5.13			3>2
4 外省人	50	9.64	4.09			
居住地				6.593	.000	
0 鄉村	162	13.15	5.28			
1 市鎮	38	8.79	3.18			

備註： Independent Samples t-Test(獨立樣本 t 檢定);
One-Way ANOVA(單因子變異數分析)

表 5.12

社區獨居老人之人口學特性及基本資料與工具性日常生活活動(IADL)的變異數分析摘要表

變異來源	SS	Df	MS	F 值	p
婚姻狀況				10.353	.000
組間(SSa)	954.631	4	238.658		
組內(SSs/a)	4495.244	195	23.053		
教育程度				5.531	.001
組間(SSa)	425.333	3	141.778		
組內(SSs/a)	5024.542	196	25.635		
族群					
組間(SSa)	892.975	3	297.658	12.803	.000
組內(SSs/a)	4556.900	196	23.247		

四、社區獨居老人之人口學特性及基本資料與認知及情緒監控方面(C&E)之關係

在性別方面，男性與女性在認知及情緒監控方面(C&E)的得分分別為 7.64 分與 8.02 分($t=-.954, p>.05$)無顯著性差異；在婚姻狀況認知及情緒監控方面(C&E)的得分依序為喪偶 8.18 分、離婚 7.64 分、未婚 7.42 分、分居 7.19 分、其他 7.00 分($F=1.100, p>.05$)無顯著性差異；在教育程度方面依序為不識字 7.94 分、國小 7.89 分、國(初)中 6.63 分、高中/高職以上 6.57 分($F=1.007, p>.05$)無顯著性差異；在經濟狀況方面，低收入戶與非低收入戶的得分分別為 7.86 分與 7.80 分($t=-.152, p>.05$)無顯著性差異；族群在認知及情緒監控方面(C&E) 的得分有顯著性差異，原住民(8.90)大於外省人(6.98) ($F=4.318, p<.01$)；居住地方面有顯著性差異，居住於鄉村的獨居老人在認知及情緒監控方面(C&E)的得分(8.02)大於居住在市鎮的獨居老人(6.95) ($t=3.980, p<.001$)。

社區獨居老人之族群及居住地在認知及情緒監控方面(C&E) 有顯著性差異，而性別、婚姻狀況、教育程度及經濟狀況無顯著性差異(見表 5.13,5.14)。

表 5.13

社區獨居老人之人口學特性及基本資料與認知與情緒監控(C&E)的差異 (N = 200)

變項名稱	人數	平均數	標準差	t/F 值	p	Post hoc comparisons
性別				-.954	.341	
0 男性	105	7.64	3.24			
1 女性	95	8.02	2.30			
婚姻狀況				1.100	.358	
0 未婚	53	7.42	2.96			
1 離婚	11	7.64	2.69			
2 喪偶	112	8.18	3.03			
3 分居	16	7.19	.91			
4 其他	8	7.00	.76			
教育程度				1.007	.391	
1 不識字	112	7.94	2.99			
2 國小	73	7.89	2.84			
3 國(初)中	8	6.63	.52			
4 高中/高職以上	7	6.57	.53			
經濟狀況				-.152	.879	
1 低收入戶	66	7.86	3.32			
0 非低收入戶	134	7.80	2.57			
族群				4.318	.006	3>4
1 閩南人	50	7.90	2.67			
2 客家人	50	7.50	2.44			
3 原住民	50	8.90	4.08			
4 外省人	50	6.98	.94			
居住地				3.980	.000	
0 鄉村	162	8.02	3.09			
1 市鎮	38	6.95	.73			

備註：Independent Samples t-Test(獨立樣本 t 檢定)；
One-Way ANOVA(單因子變異數分析)

表 5.14

社區獨居老人之人口學特性及基本資料與認知與情緒監控(C&E)的變異數分析摘要表

變異來源	SS	Df	MS	F 值	p
婚姻狀況				1.100	.358
組間(SSa)	35.241	4	8.810		
組內(SSs/a)	1562.279	195	8.012		
教育程度				1.007	.391
組間(SSa)	24.245	3	8.082		
組內(SSs/a)	1573.275	196	8.027		
族群				4.318	.006
組間(SSa)	99.040	3	33.013		
組內(SSs/a)	1498.480	196	7.645		

五、社區獨居老人之人口學特性及基本資料與整體長期照護需求(HCR)之關係

在性別方面，女性在長期照護需求(HCR)的得分(33.54)顯著大於男性(29.21) ($t=-2.759, p < .01$)；婚姻狀況在長期照護需求(HCR)的得分有顯著性差異，喪偶的獨居老人的長期照護需求(HCR) (34.56) 顯著大於未婚(26.25)與分居(27.25) ($F=6.534, p < .001$)；教育程度在長期照護需求(HCR)的得分有顯著性差異，不識字(32.63)及國小(30.64)教育程度的長期照護需求(HCR) 顯著大於國(初)中(22.13) ($F=2.923, p < 0.05$)；在經濟狀況方面，低收入戶與非低收入戶的長期照護需求(HCR)得分分別為 29.74 分與 32.01 分 ($t=1.345, p > .05$)無顯著性差異；族群的長期照護需求(HCR)有顯著性差異，原住民的得分(36.94) 顯著大於閩南人(30.82)、客家人(30.30)及外省人(27.00) ($F=7.434, p < .001$)；在居住地方面長期照護需

求(HCR) 的得分有顯著性差異，居住於鄉村的獨居老人長期照護需求(HCR) 的得分(32.67) 顯著大於居住於市鎮的獨居老人(25.29) ($t=5.391, p<.001$) 。

社區獨居老人之性別、婚姻狀況、教育程度、族群及居住地在長期照護需求(HCR) 的得分有顯著性差異，而經濟狀況則無顯著性差異(見表 5.15, 5.16)。

表 5.15

社區獨居老人之人口學特性及基本資料與整體性長期照護需求(HCR)的差異 (N = 200)

變項名稱	人數	平均數	標準差	t/F 值	p	Post hoc comparisons
性別				-2.757	.006	
0 男性	105	29.21	11.33			
1 女性	95	33.54	10.78			
婚姻狀況				6.534	.000	2>0
0 未婚	53	26.25	8.20			2>3
1 離婚	11	27.36	8.85			
2 喪偶	112	34.56	12.12			
3 分居	16	27.25	5.51			
4 其他	8	31.75	13.09			
教育程度				2.923	.035	1>3
1 不識字	112	32.63	11.49			2>3
2 國小	73	30.64	11.05			
3 國(初)中	8	22.13	1.81			
4 高中/高職以上	7	26.29	10.58			
經濟狀況				1.345	.180	
1 低收入戶	66	29.74	11.74			
0 非低收入戶	134	32.01	10.98			
族群				7.434	.000	3>1
1 閩南人	50	30.82	9.79			3>2
2 客家人	50	30.30	11.71			3>4
3 原住民	50	36.94	12.76			
4 外省人	50	27.00	8.14			
居住地				5.391	.000	
0 鄉村	162	32.67	11.72			
1 市鎮	38	25.29	6.24			

備註： Independent Samples t-Test(獨立樣本 t 檢定)；
One-Way ANOVA(單因子變異數分析)

表 5.16

社區獨居老人之人口學特性及基本資料與整體性長期照護需求(HCR)的變異數分析摘要表

變異來源	SS	Df	MS	F 值	p
婚姻狀況				6.534	.000
組間(SSa)	2980.536	4	745.134		
組內(SSs/a)	22238.420	195	114.043		
教育程度				2.923	.035
組間(SSa)	1079.921	3	359.974		
組內(SSs/a)	24139.030	196	123.158		
族群				7.434	.000
組間(SSa)	2576.255	3	858.752		
組內(SSs/a)	22642.700	196	115.524		

第四節 社區獨居老人之人口學特性及基本資料、健康狀況與長期照護需求的相關

本節分別以性別、年齡、經濟狀況、婚姻狀況、教育程度、獨居時間、族群、居住地、慢性病數目、自覺健康狀況、日常生活活動(ADLs)需求、工具性日常生活活動(IADLs)需求、認知與情緒監控(C&E)需求及整體長期照護(HCR)需求進行相關檢測，其中先將類別變項轉換成虛擬變項(dummy variable)，如性別(男性為 0，女性為 1)、經濟狀況(低收入戶為 1，非低收入戶為 0)、婚姻狀況(未婚為 0，已婚為 1)、教育程度(識字為 1，不識字為 0)、族群(原住民為 1，非原住民為 0)、居住地(鄉村為 0，市鎮為 1)；而年齡、獨居時間、慢性病數目、自覺健康狀況、日常生活活動(ADLs)需求、工具性日常生活活動(IADLs)需求、認知與情緒監控(C&E)需求及整體長期照護(HCR)需求以等距變項納入。

以皮爾森基差相關(Pearson product-moment correlation)檢測獨居老人各依變項間相關性，發現獨居老人日常生活活動方面(ADLs)與年齡、婚姻狀況及族群呈現顯著正相關($r=.157, p < .05$; $r=.181, p < .05$; $r=.147, p < .05$)，亦與居住地及自覺健康狀況呈現顯著負相關($r=-.142, p < .05$; $r=-.251, p < .000$)，即獨居老人的年齡越大、已婚者、原住民者、居住於鄉村者及自覺健康狀況越差其日常生活活動方面(ADLs)的需求越大；獨居老人的工具性日常生活活動方面(IADLs)與性別、年齡、婚姻狀況及族群呈現顯著正相關($r=.298, p < .000$; $r=.180, p < .05$; $r=.346, p < .000$; $r=.358, p < .000$)，亦與教育程度、居住地、獨居時間及自覺健康狀況呈現顯著負相關($r=-.200, p < .001$; $r=-.328, p < .000$; $r=-.177, p < .05$; $r=-.353, p < .000$)，即獨居老人為女性、年齡越大、已婚者、不識字、原住民者、居住於鄉村者、獨居時間越短及自覺健康狀況越差其工具性日常生活活動方面(IADLs)的需求越大；獨居老人的認知與情緒監控方面(C&E)與族群呈現顯著正相關($r=.221, p < .001$)，亦與居住地及自覺健康狀況呈現顯著負相關($r=-.150, p < .05$; $r=-.418, p < .000$)，即獨居老人為原住民者、居住於鄉村者及自覺健康狀況越差其認知與情緒監控方面(C&E)的需求越大；獨居老人的整體長期照護方面(HCR)需求與性別、年齡、婚姻狀況及族群呈現顯著正相關($r=.192, p < .001$; $r=.187, p < .001$; $r=.268, p < .000$; $r=.292, p < .000$)，亦與居住地及自覺健康狀況呈

現顯著負相關($r = -.258, p < .000$; $r = -.360, p < .000$) , 即獨居老人為女性、年齡越大、已婚者、原住民者、居住於鄉村者及自覺健康狀況越差其整體長期照護方面(HCR)需求的需求越大(見表 5.17)。

表 5.17

健康狀況與長期照護需求的相關矩陣 (N = 200)

變項	性別	年齡	婚姻	教育	經濟	族群	居住地	獨居	慢性病	健康	ADL	IADL	C&E	HCR
性別	1.000													
年齡	-.051	1.000												
婚姻	.503***	.077	1.000											
教育	-.258***	-.060	-.061	1.000										
經濟	-.114	-.119	-.181*	.021	1.000									
族群	.422***	-.135	.347***	.023	-.233**	1.000								
居住地	-.257***	.049	-.229**	.110	-.015	-.280***	1.000							
獨居	-.362***	.087	-.479***	.035	.052	-.256***	.185**	1.000						
慢性病	.104	.055	.093	-.065	-.108	-.018	.019	-.109	1.000					
健康	-.168*	.169*	-.201**	.126	.131	-.243**	.140	.128	-.248**	1.000				
ADL	.078	.157*	.181*	-.069	-.104	.147*	-.142*	-.072	.115	-.251***	1.000			
IADL	.298***	.180*	.346***	-.200**	-.105	.358***	-.328***	-.177*	.101	-.353***	.677***	1.000		
C&E	.068	.116	.086	-.047	.011	.221**	-.150*	-.024	.090	-.418***	.257***	.577***	1.000	
HCR	.192**	1.87**	.268***	-.138	-.095	.292***	-.258***	-.123	.124	-.360***	.854***	.931***	.642***	1.000

備註: *p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001

第五節 社區獨居老人長期照護需求之預測因子

本節分別以性別、年齡、經濟狀況、婚姻狀況、教育程度、獨居時間、族群、居住地、慢性病數目及自覺健康狀況為自變項納入對依變項整體長期照護需求及其三分量表之複迴歸分析，其中先將類別變項轉換成虛擬變項(dummy variable)，如性別(男性為 0，女性為 1)、經濟狀況(低收入戶為 1，非低收入戶為 0)、婚姻狀況(未婚為 0，已婚為 1)、教育程度(識字為 1，不識字為 0)、族群(原住民為 1，非原住民為 0)、居住地(鄉村為 0，市鎮為 1)；而年齡、獨居時間、慢性病數目及自覺健康狀況以等距變項納入，對整體長期照護需求及其三分量表採全部進入法複迴歸分析(enter multiple regression)(見表 5.18~5.21)。

而後進行逐步迴歸分析(stepwise multiple regression)，得知影響獨居老人整體長期照護需求的顯著預測因子依序為自覺健康狀況、婚姻狀況、年齡、族群及教育程度(見表 5.22.1)，由共線性診斷(multicollinearity)發現自變項間有線性重合的問題(conditional index , $C.I. > 30$)(見表 5.23.1)，故將自變項刪除直至 $C.I. < 30$ ，而後再進行逐步迴歸分析，結果得知影響獨居老人整體長期照護需求的顯著預測因子依序為自覺健康狀況、年齡及族群(見表 5.22.2)，且自變項間無線性重合的問題(見表 5.23.2)；又影響獨居老人日常生活活動需求的顯著預測因子依序為自覺健康狀況、年齡及族群(見表 5.24.1)，由共線性診斷

發現自變項間無線性重合的問題(見表 5.25.1)，故將其自變項再進行逐步迴歸分析，結果得知影響獨居老人日常生活活動需求的顯著預測因子依序為自覺健康狀況及年齡(見表 5.24.2)，且自變項間無線性重合的問題(見表 5.25.2)；又影響獨居老人功具性日常生活活動需求的顯著預測因子依序為族群、婚姻狀況、教育程度、自覺健康狀況、年齡及居住地(見表 5.26.1)，由共線性診斷發現自變項間有線性重合的問題($C.I. > 30$)(見表 5.27.1)，故將自變項刪除直至 $C.I. < 30$ ，而後再進行逐步迴歸分析，結果得知影響獨居老人功具性日常生活活動需求的顯著預測因子依序為婚姻狀況、自覺健康狀況及居住地(見表 5.26.2)，且自變項間無線性重合的問題(見表 5.27.2)；又影響獨居老人認知與情緒監控需求的顯著預測因子依序為自覺健康狀況、年齡、族群及慢性病數目(見表 5.28.1)，由共線性診斷發現自變項間有線性重合的問題($C.I. > 30$)(見表 5.27.1)，故將自變項刪除直至 $C.I. < 30$ ，而後再進行逐步迴歸分析，結果得知影響獨居老人認知與情緒監控需求的顯著預測因子依序為自覺健康狀況、年齡及族群(見表 5.28.2)，且自變項間無線性重合的問題(見表 5.29.2)。

表 5.18

社區獨居老人整體長期照護需求(HCR)的複迴歸分析 (N = 200)

變項	迴歸係數(B)	係數標準誤(SE B)	標準化迴歸係數(Beta)	R2	估計值標準差(SE of Estimate)
				.313***	7.722
性別	-.921	1.475	-.051		
年齡	.308	.088	.231		
婚姻狀況	2.925	1.625	.144		
教育程度	-2.527	1.218	-.139		
經濟狀況	-.598	1.282	-.031		
族群	4.955	1.602	.235		
居住地	-2.723	1.508	-.121		
獨居時間	-5.85E-03	.041	-.010		
慢性病數目	.531	.416	.084		
自覺健康狀況	-.836	.235	-.246		

備註: *p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001

表 5.19

社區獨居老人日常生活活動需求(ADL)的複迴歸分析 (N = 200)

變項	迴歸係數(B)	係數標準誤(SE B)	標準化迴歸係數(Beta)	R2	估計值標準差(SE of Estimate)
				.138**	4.603
性別	-1.295	.879	-.134		
年齡	.108	.053	.153		
婚姻狀況	1.201	.968	.111		
教育程度	-.906	.726	-.093		
經濟狀況	-.548	.764	-.053		
族群	1.866	.955	.166		
居住地	-.682	.899	-.057		
獨居時間	-6.27E-03	.024	-.021		
慢性病數目	.277	.248	.082		
自覺健康狀況	-.296	.140	-.163		

備註: *p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001

表 5.20

社區獨居老人工具性日常生活活動需求(IADL)的複迴歸分析 (N = 200)

變項	迴歸係數(B)	係數標準誤(SE B)	標準化迴歸係數(Beta)	R ²	估計值標準差(SE of Estimate)
				.382***	3.663
性別	.157	.700	.017		
年齡	.157	.042	.234		
婚姻狀況	1.636	.771	.161		
教育程度	-1.618	.578	-.178		
經濟狀況	-6.25E-02	.608	-.006		
族群	2.658	.760	.252		
居住地	-1.891	.715	-.168		
獨居時間	-3.51E-03	.019	-.013		
慢性病數目	.140	.197	.044		
自覺健康狀況	-.378	.111	-.222		

備註: *p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001

表 5.21

社區獨居老人認知與情緒監控需求(C&E)的複迴歸分析 (N = 200)

變項	迴歸係數(B)	係數標準誤(SE B)	標準化迴歸係數(Beta)	校正後係數(Adj. R ²)	估計值標準差(SE of Estimate)
				.299***	1.015
性別	.218	.194	.092		
年齡	4.273E-02	.012	.246		
婚姻狀況	8.828E-02	.214	.033		
教育程度	-3.34E-03	.160	-.001		
經濟狀況	1.301E-02	.169	.005		
族群	.430	.211	.157		
居住地	-.150	.198	-.051		
獨居時間	3.923E-03	.005	.054		
慢性病數目	.115	.055	.139		
自覺健康狀況	-.162	.031	-.366		

備註: *p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001

表 5.22.1

社區獨居老人整體長期照護需求(HCR)的逐步複迴歸分析摘要表 (N = 200)

變項	原始迴 歸係數 (B)	標準化 歸係數 (Beta)	t	F 值	R2 change	R2
				15.176***		.293
常數	8.530		1.270			
自覺健康狀況	-.941	-.276	-4.164***		.119	
婚姻狀況	3.158	.155	2.296*		.065	
年齡	.322	.241	3.755***		.044	
族群	5.186	.246	3.597***		.045	
教育程度	-2.601	-.143	-2.266*		.020	

備註: *p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001

表 5.23.1

社區獨居老人整體長期照護需求(HCR)的共線性診斷 (N = 200)

變項	VIF	Tolerance	C.I.
自覺健康狀況	1.140	.877	2.444
婚姻狀況	1.181	.847	3.010
年齡	1.068	.936	4.719
族群	1.213	.825	8.292
教育程度	1.029	.972	35.532

附註: VIF 值需小於 10.0, Tolerance 需趨近於 1, C.I.需小於 30

表 5.22.2

社區獨居老人整體長期照護需求(HCR)的逐步複迴歸分析摘要表 (N = 200)

變項	原始迴 歸係數 (B)	標準化 歸係數 (Beta)	t	F 值	R2 change	R2
				20.912***		.252
常數	6.434		.896			
自覺健康狀況	-1.227	-.345	-5.226***		.130	
年齡	.390	.279	4.306***		.062	
族群	5.643	.255	3.882***		.061	

備註: *p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001

表 5.23.2

社區獨居老人整體長期照護需求(HCR)的共線性診斷 (N = 200)

變項	VIF	Tolerance	C.I.
自覺健康狀況	1.084	.922	2.095
年齡	1.040	.961	6.468
族群	1.074	.931	29.891

附註: VIF 值需小於 10.0, Tolerance 需趨近於 1, C.I.需小於 30

表 5.24.1

社區獨居老人日常生活活動需求(ADL)的逐步複迴歸分析摘要表 (N = 200)

變項	原始迴 歸係數 (B)	標準化 歸係數 (Beta)	t	F 值	R2 change	R2
				7.371***		.107
常數	2.492		.625			
自覺健康狀況	-.400	-.221	-3.038**		.052	
年齡	.134	.189	2.666**		.029	
族群	1.861	.166	2.303*		.026	

備註: *p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001

表 5.25.1

社區獨居老人日常生活活動需求(ADL)的共線性診斷 (N = 200)

變項	VIF	Tolerance	C.I.
自覺健康狀況	1.091	.917	2.097
年齡	1.043	.959	6.529
族群	1.076	.929	29.872

附註: VIF 值需小於 10.0, Tolerance 需趨近於 1, C.I.需小於 30

表 5.24.2

社區獨居老人日常生活活動需求(ADL)的逐步複迴歸分析摘要表 (N = 200)

變項	原始迴 歸係數 (B)	標準化 歸係數 (Beta)	t	F 值	R2 change	R2
				10.151***		.098
常數	3.347		.806			
自覺健康狀況	-.543	-.283	-4.014***		.063	
年齡	.143	.190	2.697**		.035	

備註: *p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001

表 5.25.2

社區獨居老人日常生活活動需求(ADL)的共線性診斷 (N = 200)

變項	VIF	Tolerance	C.I.
自覺健康狀況	1.030	.971	5.880
年齡	1.030	.971	28.208

附註: VIF 值需小於 10.0, Tolerance 需趨近於 1, C.I.需小於 30

表 5.26.1

社區獨居老人工具性日常生活活動需求(IADL)的逐步複迴歸分析摘要表 (N = 200)

變項	原始迴 歸係數 (B)	標準化 歸係數 (Beta)	t	F 值	R2 change	R2
				18.553***		.380
常數	1.172		.371			
族群	2.693	.256	3.881***		.146	
婚姻狀況	1.811	.178	2.775**		.067	
教育程度	-1.675	-.184	-3.082**		.057	
自覺健康狀況	-.398	-.234	-3.745***		.035	
年齡	.158	.237	3.917***		.050	
居住地	-1.881	-.167	-2.683**		.025	

備註: *p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001

表 5.27.1

社區獨居老人工具性日常生活活動需求(IADL)的共線性診斷 (N = 200)

變項	VIF	Tolerance	C.I.
族群	1.272	.786	2.107
婚姻狀況	1.204	.830	3.063
教育程度	1.044	.958	3.090
自覺健康狀況	1.141	.876	4.885
年齡	1.070	.935	8.518
居住地	1.133	.883	36.333

附註: VIF 值需小於 10.0, Tolerance 需趨近於 1, C.I.需小於 30

表 5.26.2

社區獨居老人工具性日常生活活動需求(IADL)的逐步複迴歸分析摘要表 (N = 200)

變項	原始迴 歸係數 (B)	標準化 歸係數 (Beta)	t	F 值	R2 change	R2
				22.386***		.265
常數	13.466		12.667***			
婚姻狀況	2.827	.270	4.110***		.140	
自覺健康狀況	-.467	-.268	-4.151***		.080	
居住地	-2.543	-.219	-3.374**		.045	

備註: *p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001

表 5.27.2

社區獨居老人工具性日常生活活動需求(IADL)的共線性診斷 (N = 200)

變項	VIF	Tolerance	C.I.
婚姻狀況	1.090	.917	1.936
自覺健康狀況	1.052	.950	3.669
居住地	1.067	.937	7.835

附註: VIF 值需小於 10.0, Tolerance 需趨近於 1, C.I.需小於 30

表 5.28.1

社區獨居老人認知與情緒監控需求(C&E)的逐步複迴歸分析摘要表 (N = 200)

變項	原始迴 歸係數 (B)	標準化 歸係數 (Beta)	t	F 值	R2 change	R2
				18.510***		.287
常數	4.599		5.225***			
自覺健康狀況	-.166	-.375	-5.550***		.174	
年齡	4.376E-02	.252	3.943***		.059	
族群	.566	.207	3.189**		.036	
慢性病數目	.117	.143	2.202*		.019	

備註: *p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001

表 5.29.1

社區獨居老人認知與情緒監控需求(C&E)的共線性診斷 (N = 200)

變項	VIF	Tolerance	C. I.
自覺健康狀況	1.177	.850	2.315
年齡	1.052	.950	3.990
族群	1.082	.924	8.383
慢性病數目	1.082	.924	33.235

附註: VIF 值需小於 10.0, Tolerance 需趨近於 1, C.I.需小於 30

表 5.28.2

社區獨居老人認知與情緒監控需求(C&E)的逐步複迴歸分析摘要表 (N = 200)

變項	原始迴 歸係數 (B)	標準化 歸係數 (Beta)	t	F 值	R2 change	R2
				22.856***		.269
常數	4.843		5.505***			
自覺健康狀況	-.183	-.415	-6.365***		.175	
年齡	4.592E-02	.265	4.138***		.058	
族群	.540	.197	3.029**		.036	

備註: *p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001

表 5.29.2

社區獨居老人認知與情緒監控需求(C&E)的共線性診斷 (N = 200)

變項	VIF	Tolerance	C.I.
自覺健康狀況	1.084	.922	2.095
年齡	1.040	.961	6.468
族群	1.074	.931	29.891

附註: VIF 值需小於 10.0, Tolerance 需趨近於 1, C.I.需小於 30

結果由標準化迴歸方程式係數得知，影響社區獨居老人整體長期照護需求的顯著預測因子依序為自覺健康狀況、年齡及族群，此三個變項能使 這k模式達顯著水準 $F=20.912, p < .001$ ），可解釋全部變異量的 25.2%，為避免其三個變項彼此有交互作用產生，故以共變數分析排除年齡及自覺健康狀況因素的干擾後，分析發現族群對整體長期照護需求仍有顯著差異（見表 5.30），即自覺健康狀況越差、年齡越大及原住民者其長期照護的需求越大，其迴歸方程式如下：

$$\text{整體長期照護需求} = 6.434 - 1.227 \times (\text{自覺健康狀況}) + 0.390 \times (\text{年齡}) + 5.643 \times (\text{族群})$$

影響社區獨居老人日常生活活動需求的顯著預測因子依序為自覺健康狀況及年齡，此二個變項能使 這k模式達顯著水準 $F=10.151, p < .001$ ），可解釋全部變異量的 9.8%，即自覺健康狀況越差及年齡越大者其日常生活活動的需求越大，其迴歸方程式如下：

$$\text{日常生活活動需求} = 3.347 - 0.543 \times (\text{自覺健康狀況}) + 0.143 \times (\text{年齡})$$

影響社區獨居老人工具性日常生活活動需求的顯著預測因子依序為婚姻狀況、自覺健康狀況及居住地，此三個變項能使 這k模式達顯著水準 ($F=22.386, p < .001$)，可解釋全部變異量的 26.5%，即已婚、自覺健康狀況越差及居住於鄉村者其工具性日常生活活動的需求越大，其迴歸方程式如下：

$$\text{工具性日常生活活動需求} = 13.466 + 2.827 \times (\text{婚姻狀況}) - 0.467 \times (\text{自覺健康狀況}) - 2.543 \times (\text{居住地})$$

影響社區獨居老人認知與情緒監控需求的顯著預測因子依序為自覺健康狀況、年齡及族群，此三個變項能使 這k模式達顯著水準 ($F=22.856, p < .001$)，可解釋全部變異量的 26.9%，即自覺健康狀況越差、年齡越大及原住民者其認知與情緒監控的需求越大，其迴歸方程式如下：

$$\text{認知與情緒監控需求} = 4.843 - 0.183 \times (\text{自覺健康狀況}) + 4.592E-02 \times (\text{年齡}) + 0.540 \times (\text{族群})$$

表 5.30

社區獨居老人之族群與整體長期照護需求(HCR)的共變數分析摘要表

變異來源	SS	Df	MS	F 值	p
年齡	1271.947	1	1271.947	18.544	.000
自覺健康狀況	1873.541	1	1873.541	27.315	.000
族群	1033.779	1	1033.779	15.072	.000

第六章 討論

依據研究目的、假設及結果分別針對社區獨居老人之人口學特性及基本資料、健康狀況及其相關因素與長期照護需求情形及其相關因素等三部分加以討論。

第一節 社區獨居老人之人口學特性及基本資料

本研究中獨居老人男女性別比例為 1.11:1(男性 52.50%；女性 47.50%)，較屏東縣社會局(2004)所統計的獨居老人男女性別比例為 1.40:1(男性 58.39%；女性 41.61%)有偏低的傾向，可能與本研究採分層隨機抽樣有關，另外獨居老人男性較多的原因為女性長輩與子孫同住者佔 74.87%，男性長輩與子孫同住者佔 58.44%，顯然男性長輩較少與子孫同住，另可能是女性長輩對家庭仍有所貢獻，會幫忙操勞家務及撫育孫子，故兒女較會選擇與女性長輩同住，也可能是男性平均壽命較短，老年女性人口較多(黃松林，2000)及 1950 年因戰爭隨國民政府來台的榮民(陳肇男，1993)等因素，因此獨居老人會呈現男性多於女性的比例。而年齡平均為 78.84 歲比較曾煥裕(2003)、黃麗玲(2000)及秦毛漁、邱啟潤、蕭正光、盧德發(2003)的獨居老人年齡平均分別為 78.16 歲、74.7 歲及 76.37 歲，由此得知高雄市(74.7 歲)的獨居老人最年輕，再依序為花蓮縣(76.37 歲)、台北市(78.16 歲)及屏東縣(78.84 歲)，顯然本研究對象年齡結構傾向老化，且其年齡不會因為居住於城鄉的不同而不同，此與一般認為居住於鄉村的獨居老人

年齡較大的觀念不同。

婚姻狀況方面未婚佔 26.50%，已婚中以喪偶(76.19%)佔多數，相較於台灣省政府(1999)及熊曉芳(2000)未婚佔 36.80%及 45.6%，有較低的比例；但是相較於黃麗玲(2000)的 20%有較高的比例，可能因研究的對象不同而有不同的特質，但是已婚中皆以喪偶佔多數（台灣省政府，1999；黃璉華，2000；熊曉芳，2000），因此得知獨居老人大部分為結婚後因配偶死亡，又未與子女同住才成為獨居老人，在收案過程中，案主大多表示未與子女同住的原因為子女因工作需離開家鄉，而老人又不願意離開自己熟悉的居住環境，最後寧願選擇獨居，此與陳燕禎(1998)研究形成獨居老人的原因相同。在教育程度方面以不識字佔多數與台灣省政府(1999)、黃麗玲(2000)及秦毛漁、邱啟潤、蕭正光、盧德發(2003)的研究相似，但與黃璉華(2000)、黃秋華(2001)及盧淑敏(2003)的研究中獨居老人以國小居多不同，以目前對獨居老人的研究中發現，全省的獨居老人皆以不識字居多，但台北市獨居老人(黃璉華，2000；黃秋華，2001；盧淑敏，2003)卻以國小之教育程度居多，可見台北市之獨居老人教育水平較台灣其他地區高。在經濟狀況方面中低(6.50%)及低收入戶(33.00%)共佔 39.50%，相較於內政部統計處(2005)之 28.2%偏高，但相較於屏東縣社會局(2004)所統計的 45.57%偏低，由此可知全省四個獨居老人中就有一個為中低或低收入戶，而以屏東縣的將近二個獨居老人中就有一個為中低或低收入戶較高，

可見獨居老人的經濟狀況非常嚴重，在收案過程中發現老人常因經濟狀況不好，一餐當兩餐吃及沒錢就醫，而使得獨居老人的健康狀況越差，長期照護需求越高，若能改善其經濟狀況，則獨居老人便可更健康的獨立生活於社區中，間接的減少其照護需求。在居住地方面居住於鄉村佔 81.00%，相較於屏東縣社會局(2004)統計的 65.59%偏高，此與研究方法及對象等因素產生不同的結果。

各社區的獨居老人的人口學特性皆不同，且差異頗大，因此長期照護需求應依各社區的獨居老人不同的特性，設計不同的照護策略提供符合其個別需要的長期照護服務內容。

第二節 社區獨居老人之健康狀況及其相關因素

本研究中慢性病數目的平均為 2.44 種，相較於秦毛漁、邱啟潤、蕭正光、盧德發(2003)及盧淑敏(2003)的 2.73 種及 4.6 種偏低，偏低的原因可能為各研究對於慢性病種類的分類不盡相同，且案主在主訴慢性病時，有時無法正確說出疾病名稱而以症狀來說明，故亦可能造成分類上的誤差，而造成平均慢性病數目的差異。在自覺健康狀況方面大多數的獨居老人平均偏向稍差的程度，相較於熊曉芳(2000)的自覺健康狀況很好，秦毛漁、邱啟潤、蕭正光、盧德發(2003)、盧淑敏(2003)及蘭寶珍(2002)的中等程度不相同，而自覺健康狀況量表平均值為 7.02 分相較於徐淑貞

(2001)的 8.2 分偏低，本研究的獨居老人慢性病數目與其他地區相比屬於偏低的情形，但是自覺健康狀況卻明顯較差，可能與每個研究中疾病種類的分類不同及每一種疾病類型均會導致不同類型的活動功能轉變有關，因老人的疾病類型盛行狀況與活動功能有很大的相關性，有些疾病會導致嚴重失能但是不會致命、有些會導致中度失能且容易致命及有些是較少失能及較不會致命，而活動功能與自覺健康狀況的關聯性很高 (Anderson, 1998)。故獨居老人疾病的類型比疾病的數目更能影響活動功能及自覺健康狀況，但是在目前的研究中還是以疾病的系統來分類，且無統一的標準，因此在探討疾病與健康狀況的關係時，需針對疾病的分類作出一套標準，如此較能客觀的探討其兩者之間的關係。

研究中有 10 位獨居老人無法通過簡易認知功能量表 (SPMSQ)，因為其認知功能障礙無法自行回答量表，故由熟悉老人的親友或照顧者代為回答獨居老人的基本資料及照護需求層級量表 (HCR)，但是自覺健康狀況量表屬個人主觀的感覺，故無法由他人代為回答此項資料，因此自覺健康狀況量表的收集對象為 190 位獨居老人。由此得知仍有部分認知功能障礙的獨居老人獨自生活在社區中，並未轉介有關長期照護之相關單位，此與民眾對獨居老人的刻板印象不同，因此加強調查不適合獨居的獨居老人，協助轉介相關單位是社區照顧服務體系重要的工作之一。

本研究結果顯示慢性病數目不會因為性別、婚姻狀況、教育程度、經

濟狀況、族群、居住地的不同而有所差異。而社區獨居老人之性別、教育程度、族群及居住地在自覺健康狀況之得分情形有顯著性差異，即男性、國(初)中教育程度、客家人或外省人及居住於市鎮的獨居老人自覺健康狀況較好，與黃璉華(1993)研究獨居老人(性別、教育程度)及黃麗玲(2000)研究的獨居老人(教育程度)結果相似，居住於市鎮及教育程度較高的獨居老人較易取得有關健康的資訊、醫療資源的可近性較佳及健康行為的態度較正向，故自覺健康狀況亦較佳，因此在提供鄉村多數未接受教育的獨居老人照護需求上應採取增加醫療的可近性及健康資訊的取得，如鄰近的醫院、診所及衛生所應主動到社區針對獨居老人作免費之健康檢查及篩檢活動，以便提早發現老人之健康問題，亦針對老人常見慢性病提供相關醫療服務及健康資訊。

第三節 社區獨居老人之長期照護需求情形及其相關因素

本研究之獨居老人在日常生活活動有 78.75 % 完全獨立，工具性日常生活活動有 44.42%可獨立完成，相較於黃麗玲(2000)研究的獨居老人 93.86 % (ADLs)及 82.43% (IADLs)可獨立完成有偏低的情形，而與洪彩慈、葉莉莉、黃蟬芬、田開璋(2000)的獨居老人 78.00 % (ADLs)及 90.85% (IADLs)可獨立完成，於日常生活活動方面是相似的，但是在工具性日常生活活動方面是屬於偏低的情形。工具性日常生活活動(IADLs)比日常生活活動

(ADLs)需更高的技巧才能完成，且需 ADLs 及認知功能正常才能完成(引自吳淑瓊、徐慧娟、莊 智、張明正，1996)。若以活動功能是從最複雜的功能先喪失來看，是否代表本研究的獨居老人已在喪失較複雜的工具性日常生活活動功能，且 Beland(1999)指出老人 IADL 失能不會馬上影響日常生活，而是 IADL 失能情形停滯一段長時間才會有 ADL 障礙的情形發生，故本研究的獨居老人極需社會服務來加強協助維持其身體功能及獨立生活的能力，以避免喪失更多項日常生活活動功能。

依日常生活活動(ADLs)、工具性日常生活活動(IADLs)及認知與情緒監控(C&E)來看二及三級之人數共有 16.87%、40.00%及 19.66%，其可作為發展居家服務或日間照護服務之參考，第四及第五級之人數共有 4.38%、15.58%及 1.92%是屬於需轉介機構式照護的老人，可作為發展機構式照護之參考，但是目前仍獨自生活在社區中，故其危險是值得堪憂的。

研究中獨居老人為女性、年齡越大、已婚者、原住民者、居住於鄉村者及自覺健康狀況越差其整體長期照護方面(HCR)需求越大，相較於黃麗玲(2000)研究的獨居老人在性別、婚姻狀況及教育程度無顯著影響而不同，可能與研究對象與研究方法不同所致，本研究是以屏東縣之獨居老人，無論其是否有認知功能障礙皆為研究對象，而黃麗玲(2000)研究的是以高雄市認知功能正常之獨居老人為研究對象，故研究對象的族群、認知功能及居住地(城鄉)的差異頗大，故造成研究結果的不同，在收案過程中

常發現，同樣的活動功能狀況的老人會因居住地的不同而有不一樣的照護需求，如居住於市鎮的老人可能只需步行約 20 分鐘，即可購買生活所需之飲食及日常用品，但是居住於鄉村的老人(尤其是山區)卻需步行 1 小時以上，才有可能滿足其購物需求，加上大眾運輸工具(公車)在鄉村的不普及且老人一般都有下肢關節不適的情形，故較長時間的步行對老人來說是有其困難存在。由此可知整體長期照護需求需依各地域之獨居老人不同之人口學特性而有不同之照護需求，尤其是女性、年齡越大、已婚者、原住民者、居住於鄉村者及自覺健康狀況越差之獨居老人的長期照護需求更需大家關切。

研究中若以長期照護需求之分量表再分析，發現獨居老人的年齡越大、已婚者、原住民者、居住於鄉村者及自覺健康狀況越差其日常生活活動方面(ADLs)的需求越大，獨居老人為女性、年齡越大、已婚者、不識字、原住民者、居住於鄉村者、獨居時間越短及自覺健康狀況越差其工具性日常生活活動方面(IADLs)的需求越大，獨居老人為原住民者、居住於鄉村者及自覺健康狀況越差其認知與情緒監控方面(C&E)的需求越大。由以上可得知原住民者、居住於鄉村及自覺健康狀況越差的獨居老人其長期照護需求(ADLs、IADLs、C&E)皆較高，故不同之人口學特性及基本資料會影響不同的長期照護需求內容。另詹宜璋(2003)指出原住民之長期照護需求與整體台灣之比較，原住民佔全台灣地區長期照護需求人口之比例(2.4%)

，明顯高於其人口比例(1.8%)，顯示原住民之長期照護需求較一般人口高之結果相同。

台灣原住民人口超過 44 萬人(行政院原住民族委員會，2004)且多居住在偏遠及交通不便，社會及醫療資源缺乏之地區，而且由於社會變遷使得原住民鄉青壯年人口為了工作而遠離家鄉，原住民老人便留在家鄉(陳淑敏，2000)。獨居老人本是社會上的弱勢族群，而原住民的獨居老人更是弱勢中的弱勢，因此在推動原住民獨居老人之長期照護計畫時，必須要符合多元文化的意涵，需考量原住民部落的文化民情、經濟能力、盛行疾病及醫療資源的可近性，依據需求建構規劃多元經營模式的多元福利方案，建立原住民部落福利網路，以增進並提升原住民獨居老人更多元的照顧體系。

本研究結果顯示獨居老人的年齡越大自覺健康狀況越好，由此可知年齡越大又可獨自生活在社區中，一般身體的健康狀況是偏向較好的情況，才有可能繼續在社區獨自生活，故獨居老人的年齡越大自覺健康狀況是偏向越好的情形，但是日常生活活動方面(ADLs)及工具性日常生活活動方面(IADLs)的需求亦越大，可能因年齡越大體力越差，故日常生活活動方面(ADLs)及工具性日常生活活動方面(IADLs)的需求亦越大。又獨居老人獨居的時間越長，越能適應獨居的生活，其工具性日常生活活動方面(IADLs)的需求會越小，另獨居老人的慢性病數目越多其自覺健康狀況越差，此與

一般老人相同(呂美玲，2003)。且獨居老人的自覺健康狀況越好其長期照護需求便越少，由此可見慢性病數目與自覺健康狀況影響獨居老人之長期照護需求。

影響獨居老人長期照護需求的顯著預測因子依序為自覺健康狀況(可解釋將近 13%變異量)、年齡及族群，可解釋全部變異量的 25.2%，即自覺健康狀況越差、年齡越大及原住民者其長期照護的需求越大，因此對於年齡較大、原住民者及自覺健康狀況較差的高需求性獨居老人應優先給予照護，在評估獨居老人的長期照護需求時應特別關注此需求性較高的老人。

第七章 結論與建議

第一節 結論

本研究採橫斷式面對面問卷調查法，以屏東縣 200 位 65 歲以上社區獨居老人為研究對象，探討社區獨居老人之人口學特性及基本資料、健康狀況及長期照護需求之現況及其影響因素，以及了解影響社區獨居老人長期照護需求之預測因子。綜合本研究結果，得到以下結論：

- 一、社區獨居老人以男性、已婚、不識字、非低收入戶及居住於鄉村的獨居老人最多，平均年齡為 78.84 歲、平均獨居時間為 21.38 年。自述慢性病數目平均 2.44 種，以 2 種慢性病數目為最多，在自覺健康狀況方面：「整體而言，您覺得您目前的健康狀況是」，以「尚可」佔最多；「和過去一年比，您覺得您目前的健康狀況是」，以「差很多」佔最多；「和同年齡的人相比，您覺得您目前的健康狀況是」，以「差不多」佔最多。自覺健康狀況在總分方面是偏向較低的情形。
- 二、社區獨居老人之性別、婚姻狀況、教育程度、經濟狀況、族群及居住地在慢性病數目之得分情形皆無明顯差異。而性別、教育程度、族群及居住地在自覺健康狀況之得分情形有顯著性差異，即男性、國(初)中之教育程度、客家人與外省人及居住於市鎮的獨居老人自覺健康狀況較佳。
- 三、社區獨居老人其長期照護需求依序為無須協助、需要支持性協助、需

要叮嚀性協助、需要隨時性協助及需要保護性協助五等級。在日常生活活動方面(ADLs)所需協助情形:分別為 78.75%、8.81%、8.06%、3.44%及 0.94%；工具性日常生活活動方面(IADLs) 所需協助情形:分別為 44.42%、24.83%、15.17%、12.08%及 3.50%；認知與情緒監控方面(C&E) 所需協助情形:分別為 78.42%、15.33%、4.33%、1.33%及 0.59%。另在日常生活活動方面(ADLs)有 4.38%；工具性日常生活活動方面(IADLs)有 15.58%；認知與情緒監控方面(C&E)有 1.92%的獨居老人在四等級(含)以上，表示不適合獨居。

四、社區獨居老人在日常生活活動方面(ADLs)的需求以喪偶及居住於鄉村者較高；工具性日常生活活動方面(IADLs)以女性、喪偶、國小以下教育程度、原住民及居住於鄉村者較高；認知與情緒監控方面(C&E)以原住民及居住於鄉村者較高。其整體長期照護需求以女性、喪偶、國小以下教育程度、原住民及居住於鄉村者較高。

五、獨居老人的年齡越大、已婚者、原住民者、居住於鄉村者及自覺健康狀況越差其日常生活活動方面(ADLs)的需求越大；獨居老人為女性、年齡越大、已婚者、不識字、原住民者、居住於鄉村者、獨居時間越短及自覺健康狀況越差其工具性日常生活活動方面(IADLs)的需求越大；獨居老人為原住民者、居住於鄉村者及自覺健康狀況越差其認知與情緒監控方面(C&E)的需求越大；獨居老人為女性、年齡越大、已

婚者、原住民者、居住於鄉村者及自覺健康狀況越差其整體長期照護方面(HCR)的需求越大。

六、影響社區獨居老人日常生活活動需求的顯著預測因子依序為自覺健康狀況及年齡，此二個變項能使 這k模式達顯著水準 可解釋全部變異量的 9.8%，即自覺健康狀況越差及年齡越大者其日常生活活動的需求越大；影響社區獨居老人工具性日常生活活動需求的顯著預測因子依序為婚姻狀況、自覺健康狀況及居住地，此三個變項能使 這k模式達顯著水準，可解釋全部變異量的 26.5%，即已婚、自覺健康狀況越差及居住於鄉村者其工具性日常生活活動的需求越大；影響社區獨居老人認知與情緒監控需求的顯著預測因子依序為自覺健康狀況、年齡及族群，此三個變項能使 這k模式達顯著水準 可解釋全部變異量的 26.9%，即自覺健康狀況越差、年齡越大及原住民者其認知與情緒監控的需求越大；影響社區獨居老人整體長期照護需求的顯著預測因子依序為自覺健康狀況、年齡及族群，此三個變項能使 這k模式達顯著水準，可解釋全部變異量的 25.2%，即自覺健康狀況越差、年齡越大及原住民者其整體長期照護的需求越大。

第二節 在健康照護系統的運用與建議

根據本研究結果，提出以下幾點運用與建議：

一、在社區護理實務方面：

- 1. 本研究結果提供了解獨居老人的人口學特性及基本資料 健康狀況及長期照護需求關係之資料，可作為規劃符合該社區獨居老人的照護計畫之參考。因獨居老人是社區中常被忽略的群體，故社區護理人員應針對較需要的群體進行長期照護需求的評估。**
- 2. 以本研究結果可提供為及早發現高照護需求之獨居老人之資料，依據此資料社區護理人員可結合村里長、里民、義工形成一個社區照護網絡協助社區內的獨居老人，對有不適合獨居的老人，協助其轉介於適當的機構。**

二、在社區護理教學方面：

提供社區護理教學老師及學生，能對社區中的獨居老人有進一步的了解，於社區實習中亦能評估其長期照護需求及提供適當的照護。

三、在護理研究方面：

- 1. 本研究為探討獨居老人的人口學特性及基本資料 健康狀況及長期照護需求之相關性，較傾向於身體活動方面的照護需求，未來可加以探討其心理層面的照護需求。**
- 2. 研究結果發現自覺健康狀況越差、年齡越大及原住民者其整體長期照護的需求越大，建議未來研究可針對此結果再做更深入之探討。**

3. 本研究採橫斷性量性研究法，無法對獨居老人其長期照護需求變化情形有進一步了解，建議未來可加入縱貫性或質性研究的研究方法。
4. 由標準化迴歸方程式係數得知，影響社區獨居老人整體長期照護需求的顯著預測因子依序為自覺健康狀況、年齡及族群，此三個變項能使 邏輯模式達顯著水準，可解釋全部變異量的 25.2%，其解釋變異量並不高，表示還有其他因素影響獨居老人長期照護需求，故值得未來繼續研究。

四、在健康政策方面：

1. 目前獨居老人的人口學特色受 1950 年的選擇性遷徙影響很大(大多為榮民)，因此再過幾年此群老人死亡後，加上自願選擇不婚及結婚又不生小孩的比例越來越高，因而獨居老人的人口學組成會因而改變，建議持續追蹤調查獨居老人的人口學特性與長期照護需求的關係，以做為獨居老人長期照護政策之參考。
2. 在政策上可以考慮針對原住民、年齡較大及自覺健康狀況較差之獨居老人補助經費或社會福利機構可優先關注此高照護需求之群體。

第三節 研究限制

- 一、基於研究者的人力、物力及時間的限制，在分層隨機取樣 12 區後以定額取樣選取本省人、外省人、客家人及原住民各 50 人，樣本的代表性與母群體可能有些差異，推論有限。

- 二、研究過程中有部分訪視未遇及拒訪的獨居老人，其人口學特性及基本資料、健康狀況及長期照護需求是否與其他者不同，而可能喪失一些有意義之資料。
- 三、本研究因時間及地域的因素，故研究結果不足以推論至其他時間及地域。

參考文獻

- 于漱(1994)．基隆市居家老人健康服務利用行為及相關因素研究．護理雜誌，41(3)，27~40。
- 內政部社會司(2005)．近年我國老年人口數一覽表．2005 年 3 月 31 日，取自 <http://sowf.moi.gov.tw/>。
- 內政部戶政司(2005)．中華民國臺灣地區重要人口指標．2005 年 3 月 30 日，取自 <http://www.ris.gov.tw/>。
- 內政部統計處(2000)．老人狀況調查報告．台北：內政部統計處。
- 內政部統計處(2005)．內政統計通報．2005 年 3 月 31 日，取自 <http://www.moi.gov.tw/>。
- 王香蘋 (2001)．台灣老人健康狀況與健康變化的性別經驗探討．2003 年 12 月 11 日，取自全國博碩士論文資訊網。
- 王香蘋 (2003)．台灣老人罹病、活動功能及健康自評的分析：1989 年~1996 年．台灣社會福利學刊，3，77~106。
- 台灣省政府社會處(1999)．台灣省獨居老人生活狀況及對社會福利需求調查．2003 年 12 月 5 日，取自 <http://www.dgbas.gov.tw/>。
- 台北市政府社會局(1998)．台北市獨居老人福利需求訪視志願服務工作手冊。
- 行政院社會福利推動委員會(2000)．建構長期照護體系先導計畫．台北：

作者。

行政院原住民族委員會(2004). 原住民健康狀況統計. 2004 年 11 月 19 日,

取自 <http://others.apc.gov.tw/>。

行政院衛生署(1997)・中華民國 86 年台灣地區衛生統計・台北：行政院衛生署。

行政院衛生署(1993)・衛生白皮書・台北：行政院衛生署。

行政院主計處(1994). 中華民國台灣地區老人狀況調查報告. 台北:作者。

行政院衛生署(1989). 中華民國七十八年國家建設研究會衛生福利研究組衛生小組會議專集. 台北:作者。

戎瑾如、張蓓貞、蔡秀鸞、曲小蕙 (2002)・獨居老人自我照顧行為與健康功能狀況之研究・2003 年 11 月 9 日，取自
<http://grbsearch.stic.gov.tw/>。

阮玉梅(1988)．鄉民對居家照護態度之探討．護理雜誌，35，59~67。

阮玉梅、陳心耕、陳惠姿、林麗嬋、田玫、徐亞瑛、王祖琪(1999)．長期照護．台北：國立空中大學。

杜敏世、李鍾祥(1990)・台北市某市立醫院居家照護服務模式之成本效益・公共衛生，17，181~194。

李世代(1998)．老年人的健康與醫療照護．長期照護，2(1)，16。

李世代(2000)．長期照護需求推估之探討．社區發展季刊，29，65~83。

李怡娟、葉若分、張麗春（2003）．建構賦權式以社區為基礎的獨居

老人照護模式．護理雜誌，50（3），49~55。

李燕鳴、林正介、劉樹泉(1994)．新店市社區老人自我生活能力及照顧需

求之調查．中華家醫誌，4(3)，135~145。

呂美玲（2003）．老年人健康狀況、身體活動與功能性體適能相關之

探討．2003 年 12 月 11 日，取自全國博碩士論文資訊網。

林洋三、楊美鈴(2003)．苗栗區農村老人居家生活照顧之研究．2003 年

11 月 9 日，取自 <http://grbsearch.stic.gov.tw/>。

邱啟潤、王秀紅(1987)．老人自我照顧能力及其相關因素之探討．高雄醫

學科學雜誌，3(2)，69~78。

邱啟潤、張永源、陳武宗、黃洽鑽、黃忠信(2000)．高樹鄉農村老人健康

狀況的評估研究．護理研究，8(2)，227 – 240。

吳淑瓊(1998)．配合我國社會福利制度之長期照護政策研究．台北:行政

院研究發展考核委員會。

吳淑瓊、江東亮(1995)．台灣地區長期照護的問題與對策．中華衛誌，

14(3)，246~254。

吳淑瓊、張明正(1997)．台灣老人健康照護之現況分析．台灣老人研究叢

刊系列(6)，台中:台灣省家庭計畫研究所。

吳淑瓊、徐慧娟、莊 智、張明正(1996)．功能評估在估計台灣社區老人

長期照護需要之應用。中華衛誌，15(6)，533-544。

吳淑瓊(1997)・台灣老人醫學及長期照護的需要・亞太國際老人照護研討會報告，台北。

長青綜合服務中心(1997)・高雄市辦理獨居老人關懷服務報告書。

柯瓊芳(1995)．歐洲各國老人自評健康狀況的比較研究．公共衛生，22(2)，87~97。

洪百薰、洪美玟、吳聖良、林豐雄、黃明珠(1991)．社區老人健康狀況與需要評估．公共衛生，18(3)，212~235。

洪彩慈、葉莉莉、黃蟬芬、田開瑋(2000)．台南市北區獨居老人整體性健康之探討．社區發展季刊，90，277~285。

胡澤芷（1996）．台灣地區老人健康狀況之動態研究：多重狀態生命表的應用與分析．2003 年 12 月 11 日，取自全國博碩士論文資訊網。

范麗娟（1995）．老年人社會角色之文獻回顧－老年人的異質性．1995 年老人學學術研究年鑑，149~158。

屏東縣社會局(2004)．屏東縣獨居老人人數及服務概況．屏東縣社會局老人文康中心。

高森永、王運昌、王炳龍、鍾明惠、林金定(2001)．長期照護下老人的健康相關生活品質與健康價值評估(1)．2003 年 12 月 11 日，取自

<http://grbsearch.stic.gov.tw/>。

秦毛漁、邱啟潤、蕭正光、盧德發(2003)。社區獨居老人自覺健康狀況及

醫療服務使用相關性之探討。慈濟護理雜誌，2(2)，66~74。

唐億淨、李孟智、王玉潯、吳麗芬、黃孝鏘、卓良珍、周碩頌(1999)。老

人自覺健康狀況及其影響因素。中華民國家庭醫學雜誌，9(1)，31~42。

徐淑貞(2001)。社區獨居老人其內在資源對憂鬱與生活品質影響之探討。

2004 年 10 月 18 日，取自全國博碩士論文資訊網。

陳之政(2003)。台灣老年長期照護費用推估：以榮民長期照護體系為估計

基礎。2004 年 6 月 15 日，取自全國博碩士論文資訊網。

陳明珍(2001)。我國推展老人居家服務政策之探討。長期照護，5(1)，

13~25。

陳妙盡、王德睦、莊義利(1997)。台灣地區老人健康狀況與居住安排。中

華民國人口協會。

陳淑敏(2000)。台灣原住民長期照護問題。社區發展季刊，29，113~125。

陳群英、嚴母過(1980)。台北市立中興醫院六十五歲以上住院病患對居家

護理需求之探討。衛生行政專刊，10，9~20。

陳惠姿(2000)。21 世紀社區化老人長期照護之展望。長期照護，40(11)，

9~15。

陳惠姿、劉景寬、陳信穎、郭乃文、林昭宏、葉淑惠、張志仲、尤嫻

文(2000)．本土化照護需求層級量表之發展．台北：行政院衛生署科技組研究計畫。

陳惠姿、劉景寬、陳信穎、郭乃文、林昭宏、葉淑惠、張志仲、尤嫻

文(2001)．長期照護需求層級量表常模之建立．台北：行政院衛生署科技組研究計畫。

陳信穎、郭乃文、葉淑惠、林昭宏、張志仲、劉景寬、尤嫻文(2001)．

本土化長期照護層級評估量表之建立．台北：行政院衛生署科技組研究計畫。

陳玉敏(2001)．獨居老年人之自我照顧需求．榮總護理，18(3)，223~233。

陳肇男(1993)．台灣地區鰥寡老人之居住安排．中國社會學刊，17，163 – 179。

陳肇男(1994)．晚年離子獨居—台灣的例子．台灣社會期刊，19，57-93。

陳燕禎(1998)．老人社區照顧－關懷獨居老人的具體作法．社區發展季刊，38，244 – 254。

莊秀美、鄭怡世(1999)．獨居老人的社區化處遇探討．東海社會科學學報，18，57~72。

莊裕寬（1998）．從社區照顧談平宅關懷獨居老人的具體作法．福利社會，10月，15~20。

陸洛、謝穎慧、蕭世槐、張家禎(1994)．功能性社會支持與老人健康之相關研究．行政院衛生署專題研究成果報告。

黃松林(2000)．新台灣社會發展學術叢書-老人篇．台灣省社會發展研究學會。

黃秋華(2001)．台北市獨居老人使用社會福利服務之研究．未發表的碩士論文，台中：東海大學。

黃源協、黃松林(1998)．傳統都會區老人社區照顧服務之研究－台灣省台南市與英國新堡市之比較．台灣省政府社會處專題研究計畫成果報告。

黃璉華(1992)．老人生活滿意度相關因素之因徑分析研究．護理雜誌，39(4)，37－47。

黃璉華(1993)．鄉村社區老人健康自評、信念與行為－以金山社區為例．公共衛生，20(3)，221－233。

黃璉華(1999)．社區老人健康促進模式成效之探討．2003年11月9日，取自 <http://grbsearch.stic.gov.tw/>。

黃璉華(2000)．獨居老人健康狀況與照護需求之系列研究．2003年11月9日，取自 <http://grbsearch.stic.gov.tw/>。

黃麗玲(2000)．社區獨居老人身體、心理及社會功能之探討．2003年12月11日，取自全國博碩士論文資訊網。

游玲涓(2002)．長期照護保險之研究．2004 年 6 月 14 日，取自全國博碩士論文資訊網。

曾譯令、李淑杏、李孟智(1995)．偏遠地區與城市地區老人健康狀況之比較．中山醫學雜誌，6，65－87。

曾煥裕(2003)．台北市獨居及失能長者生活狀況調查研究．台北市政府專題委託研究計畫成果報告。

葉莉莉、洪彩慈、黃蟬芬(2000)．台南市北區獨居老人整體性健康之探討．社區發展季刊，19，277~285。

詹宜璋(2003)．原住民各類人口群潛在福利需求之探討—2000 年台閩地區戶口及住宅普查資料分析．社區發展研究學刊，5，93~113。

楊怡君、許淑敏、莊宇慧、張萃、王玉女、葉湘芬、蔡芸芳、林秀純、蔡秀欣、簡乃卉、劉怡、張靜芬、呂莉婷、吳瓊滿(2003)．老年護理學．台北：華騰。

楊培珊(1999)．台北獨居老人生活暨需求概況調查—以文山區為例．台大社會學刊，27，143~188。

楊靜利、王香蘋、董麗美(2002)？台灣地區老人健康狀況及其影響因素之探討？2003 年 12 月 11 日，取自 <http://grbsearch.stic.gov.tw/>。

張英陣(1998)．社會福利社區化的理論與原則．社會福利社區化論文集．台北：社區營造學會。

張靜琪、葉莉莉、張玉玲、許蕙美(1999)・台南市北區獨居老人之經濟狀況、居住安全及其對福利資源使用與需求初探。社區發展季刊，88，305 – 315。

張媚、吳淑瓊、呂寶靜、戴玉慈(2001)・長期照護需求評估工具發展與測試之研究。內政部委託研究報告。

劉慧俐、黃培琳、楊志良(1993)・高雄地區居家護理實施情形及其病人特徵之研究・中華衛誌，12，191~200。

萬育維(1995)・社會福利社區化的意涵與策略。全國社區發展會議特刊。台北:內政部

趙珮璇 (2003)・老榮民自覺健康狀況、憂鬱狀態及生活品質相關性之探討・2003 年 12 月 21 日，取自全國博碩士論文資訊網。

熊曉芳(1999)・社區獨居老人健康狀況、社會支持及相關因素探討・碩士論文，台北:國立台灣大學。

熊曉芳(2000)・獨居老人之社會支持及相關探討・長庚護專學報，2，53-69。

盧淑敏(2003)? 探討社會支持對獨居老人健康狀況、壓力感受及心理社會健康功能之影響? 2003 年 12 月 11 日，取自全國博碩士論文資訊網。

謝淑芳(1982)・台北市六十五歲以上居民家庭需要照護評估及其相關因素分析之研究・公共衛生，9(3)，279~309。

關華山(1994)・台灣老人的居住安排與住宅問題・建築學報, 11, 53-72。

蘇景輝(1995)・台灣推展社區照顧的方向・台灣社區照顧研討會會議手冊暨論文集, 65~75。

藺寶珍(2001)．探討影響社區獨居老人生活品質的因素．2003 年 11 月 10 日，取自 <http://grbsearch.stic.gov.tw/>。

Anderson, R. T., James, M. K., Miller, M. E., Worley, A. S., and Longino, C. F. (1998). "The Timing of Change: Patterns in Transitions in Functional Status among Elderly Persons" *.Journal of Gerontology: Social Sciences, 53B(1), S17~S27.*

Badger, T. A. (1993). Physical health impairment and depression among older adults. *Image: Journal of Nursing Scholarship, 25(4)*, 325-330.

Bath, P. A. (1999). Self-rated health as a risk factor for prescribed drug use and future health and social service use in older people. *Journal of Gerontology, 54(11)*, 565~570.

Beland, F. and Zunzunegui, M. (1999). "Predictors of Functional Status in Older People Living at Home" *.Age and Ageing*, 28, 153~159.

Brody, S. J., & Masciocchi, C. (1980). Data for long term care

planning by health systems agencies. *American Journal of Public Health*, 11, 1194~1198.

Campion, E. W. (1996). *Home alone, and in danger. The New England Journal of Medicine*, 334 (26), 1738~1739.

Cowling, W. R. (1986). Health concerns of aging men. *Nursing Clinics of North America*, 21(1), 75~83.

Cox, C. (1986). Physician utilization by three groups of ethnic elderly. *Medical Care*, 24(8), 667~675.

Fillenbaum, G. G. (1979). Social context and self-assessments of health among the elderly. *Journal of Health and Social Behavior*, 20(1), 45~51.

Gurley, R. J., Lum, N., Sand, M., Lo, B., & Katz, M. H. (1996). Persons Found In Their Homes Helpless or dead. *The New England Journal of Medicine*, 334(26), 1710~1716.

Hsiu, H. Y. (2001). The relationships between health beliefs and utilization of free health examinations in older people living in a community setting in Taiwan. *Journal of Advanced Nursing*, 35(6), 864~873.

Idler, E. L., & Benyamini, Y. (1997). Self-rated health and

mortality:A review of twenty-seven community studies.*Journal of Health and Social Behavior*,38,21~37.

Iliffe, S., Tai, S. S., Hai, A., Gallivan, S., Goldenberg, E., Booroff, A., & Morgen, P. (1992).Are elderly people living alone an at risk group? *British Medical Journal*,305,1001~1004.

Jorm, A. E., Henderson, S., Scott, R., Mackinnon, A. J., Korten, A. E., Christensen, H. (1993).The Disabled Elderly Living in the Community:Care Received form Family and Formal Services.*The Medical Journal of Australia*,158,383~388.

Kane, R. L. & Kane, R. A. (1998).*Assessing older persons: Measures, Meaning, and practical applications*. New York : Oxford University Pree.

Kane, R. A. & Kane, R. L. (1987).*Long-term care:principles, programs ,and policies*.New York:Springer Publishing Co.12~52.

Leinonen, R., Heikkinen, E., & Jylha, M. (2002).Changes in health,functional performance and activity predict changes in self-rated health:A 10-year fallow-up study in older people.*Archives of Gerontology and Geriatrics*,35,79~92.

Liang, J., Bennett, J., Whitelaw, N., & Maeda, D. (1991).The

- structure of self-reported physical health among the aged in the United States and Japan. *Medical Care*, 29(12), 1161~1180.
- Liang, J., Bennett, J., Whitelaw, N., & Maeda, D. (1991). The structure of self-reported physical health among the aged in the United States and Japan. *Medical Care*, 29(12), 1161~1180.
- Linn, B. & Linn, M. (1980). Objective and self-assessed health in the old and very old. *Social Sciences & Medical*, 14, 311~315.
- Magaziner, J., Cadigan, D. A., Hebel, J. R., & Parry, R. E. (1998). Health and living arrangements among older women : Does living alone increase the risk of illness ? *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 43(5), 127~133.
- McAllister, N. L., & Hollander, M. J. (1993). Seniors' Perceptions of and Attitudes Toward the British Columbia Continuing Care System. *Health Reports*, 5, 409~418.
- McAuley, W. J., & Blieszner, R. (1985). Selection of Long-term Care Arrangements by Older Community Residents. *Gerontologist*, 25, 188~193.
- Morrissey, S. (1998). Resources and characteristics of elderly women living alone. *Health Care for Women International*,

19 (5) , 411~421.

Mossey, J. M., & Shapiro, E. (1982).Self-related health: A predictor of mortality among the elderly.*American Journal of Public Health*,72(8),800~808.

Muijen, M., Marks, I., Connolly, J., Audini, B.(1992).Home Based Care and Standard Hospital Care for Patients with Severe Mental Illness:A Randomized Controlled Trail.*BMJ*,304,749~754.

Palmore, E., & Luikart, C. (1972).Health and social factors related to life satisfaction.*Journal of Health & Social Behavior*, 13,68~80.

Patrick, D. L., & Begnen, M. (1990).Measurement of health status in the 1990s.*Annual Review of Public Health*,11,164~183.

Pender, N. J. (1987).*Health promotion in nursing practice*.East Norwalk,CT:Appleton & Lange.

Pfeiffer , E . (1975) . *Multidimensional functional assessment : The OARS methodology* . Durham : Duke University Center for the study of Aging and Human Development .

Shah, M. N., Rathouz, P. J., & Chin, M. H. (2001).Emergency department utilization by noninstitutionalized.*Academic*

Emergency Medicine,8(3),267~273.

Spreitzer, E., & Snyder, E. E. (1974).Correlates of life satisfaction among the aged.*Journal of Gerontology*,29(4),454~458.

Stanley, M., & Beare, P. G. (1995).*Gerontological nursing*. Philadelphia,PA:F.A.Davis Company.

Stone, R. I., & Murtaugh, C. M. (1990).The elderly population with chronic functional disability:implication for home care eligibility .*Gerontologist*,30,491~496.

Spector, W. D. (1991).Cognitive impairment and disruptive behaviors among community-based elderly persons: implications for targeting long-term care. *Gerontologist*,31,51~59.

Wang, H. H. (1999).Predictions of health promotion lifestyle among three ethnic groups of elderly rural women in Taiwan.*Public Health Nursing*,16(5),321~328.

Wolinsky, F. D., Coe, R. M., Miller, D. K., & Prendergast, J. M. (1984).Measurement of the global and functional dimentions of health status in the elderly.*Journal of Gerontology*,39(10),88~92.

附錄一

研究工具使用同意書

本研究工具「照護需求層級量表 (Hierarchy of the Care Required, HCR)」為陳惠姿 副教授所編製，同意提供美和技術學院健康照護研究所—研究生楊惠如論文「社區獨居老人健康狀況與長期照護需求研究」之使用。

原作者簽名

日期

研究生楊惠如在取得本量表使用時，必遵守使用之準則及符合原作者的精神；並願意將研究成果提供給原作著一份，作為未來研究工具之發展參考。

研究生楊惠如

日期

附錄二

屏東縣獨居老人長期照護需求問卷

您好：

編號：

我是美和技術學院的學生，想要來訪問您，目的是想要瞭解 65 歲以上自己住在家裡的長輩，在日常生活中需要協助的事項及接受志工服務的意願，大約需要 30 分鐘的時間。我們預定會有 200 位長輩接受此項訪問，請問您是否願意接受我的訪問？(答”是”者，進行訪問；答”否”者，則答謝後告辭)。

地區別： ☐ (0)鄉村 (1)都市

壹.基本資料：

1. ☐ 性別：(0)男(1)女
2. ☐☐☐ 年齡： 歲(足歲)
3. ☐☐ 婚姻狀況：(0)未婚(1) 已婚 {(1)離婚(2)喪偶(3)分居(4)同住}
4. ☐ 族群：(1)閩南人(2)客家人(3)原住民(4)外省人
5. ☐ 教育程度：(0)不識字(1)識字 {(1)國小(2)國(初)中(3)高中/高職(4)大專以上}
6. ☐ 經濟狀況：(0) 非低收入戶 (1)低收入戶
7. 主要疾病診斷：1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____
8. 已獨居多久： 年

首先我要請問您 10 個問題

請問您

1. 今天是幾月幾日?	☐ 正確	☐ 不正確
2. 今天是星期幾?	☐ 正確	☐ 不正確
3. 您現在身在何處?	☐ 正確	☐ 不正確
4. 您家的電話號碼?	☐ 正確	☐ 不正確
5. 您家的住址?	☐ 正確	☐ 不正確
6. 您的出生年月日為何時?, 或生肖為什麼?	☐ 正確	☐ 不正確
7. 我國現任的總統是誰? (答姓即可)	☐ 正確	☐ 不正確
8. 我國前任的總統是誰? (答姓即可)	☐ 正確	☐ 不正確
9. 您母親的娘家姓氏?	☐ 正確	☐ 不正確
10. 20 個橘子吃了 3 個還剩 個, 再吃 3 個還剩 個, 再吃 3 個還剩 個, 再吃 3 個還剩 個。	☐ 正確	☐ 不正確

合計

正確題數: ☐☐ 不正確題數: ☐☐

☐通過標準(可由個案本人填答) ☐未通過標準(請由較常接觸獨居長者的人代答)

通過標準:

不識字者: 正確達三題以上(含三題), 或不正確達七題以下(含七題)

國小(含民教班): 正確達六題以上(含六題), 或不正確達四題以下(含四題)

國中程度以上: 正確達七題以上(含七題), 或不正確達三題以下(含三題)

☐ II. 以下問題作答者: 1. 長者本人 2. 較常接觸獨居長者的人:

貳. 接下來, 我要請問您有關日常生活的事, 請告訴最近一個月的情形

一. 進食(指吃飯)這件事, 您(他)需要幫忙?

☐A. 1. 不需要 2. 需要部份幫忙 3. 完全要由他人幫忙

☐B. 以下五個選項中, 哪一項最為符合您(他)的現況?

1. 自行準備餐具, 自行進食; 或必要時, 可自行使用輔具或特殊餐具(如以副木持餐具, 使用湯匙吃飯或用吸管喝湯); 或必要時, 食物需特別調理(如飯菜要軟一點)。
2. 由他人協助準備好餐具或協助穿戴副木等, 即可自行進食。
3. 由他人協助將飯菜放到餐具後即自行取食、送食、咀嚼、吞嚥等。
4. 由他人協助將飯菜放入口中後, 即自行咀嚼吞嚥。
5. 會噎到、哽到, 需由他人協助經特別的方式進食, 如管灌。

- ☐C. 您的家人在這一項幫忙的程度為
1. 完全幫忙 2. 只幫部份忙 3. 無法幫忙
- ☐D. 如果有人可以來幫忙您，您願不願意？
1. 願意 2. 不願意

二. 在個人一般盥洗的事項中(刷牙、洗臉、梳頭、化粧或刮鬍子)，需要別人幫忙嗎？

- ☐A. 1. 不需要 2. 需要部份幫忙 3. 完全要由他人幫忙
- ☐B. 以下五個選項中，哪一項最為符合您(他)的現況？
1. 自行刷牙、洗臉、梳頭、化粧或刮鬍子或必要時使用特殊輔具完成上述動作。
2. 可自行做，但不徹底，須口語上之叮嚀。
3. 刷牙、洗手、梳頭等工作不需人協助；但需有人協助洗臉或刮鬍子。
4. 可配合動作完成上述動作。
5. 完全依賴他人。
- ☐C. 您的家人在這一項幫忙的程度為
1. 完全幫忙 2. 只幫部份忙 3. 無法幫忙
- ☐D. 如果有人可以來幫忙您，您願不願意？
1. 願意 2. 不願意

三. 在個人洗澡的事項中，需要別人幫忙嗎？

- ☐A. 1. 不需要 2. 需要部份幫忙 3. 完全要由他人幫忙
- ☐B. 以下五個選項中，哪一項最為符合您(他)的現況？
1. 自行洗澡或必要時使用特殊輔具完成上述動作。
2. 可自行做，但不徹底，須口語上之叮嚀。
3. 沐浴時，需有人協助洗背。
4. 配合動作完成上述動作。
5. 完全依賴他人幫他作身體清潔工作。
- ☐C. 您的家人在這一項幫忙的程度為
1. 完全幫忙 2. 只幫部份忙 3. 無法幫忙
- ☐D. 如果有人可以來幫忙您，您願不願意？
1. 願意 2. 不願意

四. 穿脫衣服這件事，您(他)需要幫忙？

- ☐A. 1. 不需要 2. 需要部份幫忙 3. 完全要由他人幫忙
- ☐B. 以下五個選項中，哪一項最為符合您(他)的現況？
1. 可自行完成穿脫衣的過程，或在補助性之工具下自行完成穿脫衣。
2. 須他人備好衣物(選好衣物或由抽屜中拿出)但可自行完成穿脫衣物。
3. 須他人協助穿脫衣的開始動作，並從旁叮嚀穿脫衣的過程，精細的動作如

扣鈕釦、拉拉鍊或最後整裝等則須由他人協助。

4. 須要他人協助完成穿脫衣過程，但身體能部份配合穿脫衣動作。

5. 完全由他人協助完成穿脫衣過程，甚或不在意是否須穿衣。

☐ C. 您的家人在這一項幫忙的程度為

1. 完全幫忙 2. 只幫部份忙 3. 無法幫忙

☐ D. 如果有人可以來幫忙您，您願不願意？

1. 願意 2. 不願意

五. 小便這件事，在使用馬桶、脫穿褲(裙)及便後清潔這些事，您(他)需要幫忙？

☐ A. 1. 不需要 2. 需要部份幫忙 3. 完全要由他人幫忙

☐ B. 以下五個選項中，哪一項最為符合您(他)的現況？

1. 小便不會失禁；即使需使用特殊用物，如：尿盆(壺)、尿布、尿管、尿套或其他用具時，也可以自行使用，無須他人協助或照顧。

2. 須人協助準備用物，如：尿盆(壺)、尿布、尿管、尿套，即可自行使用；萬一排泄物弄髒衣褲亦可自行處理。

3. 協助使用排泄用物，偶爾失禁或弄髒衣褲，須他人協助處理。

4. 完全用尿袋或尿布，有排尿感，但無法有效控制，常會有失禁情形，須穿尿布，但排泄後知道表達。

5. 完全需由他人監測協助處理小便事宜。

☐ C. 您的家人在這一項幫忙的程度為

1. 完全幫忙 2. 只幫部份忙 3. 無法幫忙

☐ D. 如果有人可以來幫忙您，您願不願意？

1. 願意 2. 不願意

六. 大便這件事，在使用馬桶、脫穿褲(裙)及便後清潔這些事，您(他)需要幫忙？

☐ A. 1. 不需要 2. 需要部份幫忙 3. 完全要由他人幫忙

☐ B. 以下五個選項中，哪一項最為符合您(他)的現況？

1. 大便不會失禁；即使需使用特殊用物，如：便盆、尿布、塞劑、輕瀉劑、軟便劑或其他用具時，也可以自行使用，無須他人協助或照顧。

2. 須人協助準備用物，如：便盆、尿布、塞劑、輕瀉劑、軟便劑，即可自行使用；萬一排泄物弄髒衣褲亦可自行處理。

3. 協助使用排泄用物，偶爾失禁或弄髒衣褲，須他人協助處理。

4. 完全用尿布，有便意感，但無法有效控制，常會有失禁情形，須穿尿布，但排泄後知道表達。

5. 完全需由他人監測協助處理大便事宜。

☐ C. 您的家人在這一項幫忙的程度為

1. 完全幫忙 2. 只幫部份忙 3. 無法幫忙

☐ D. 如果有人可以來幫忙您，您願不願意？

- 1.願意 2.不願意

七.移位(指上下床鋪或自椅子站起、坐下，或在床與椅子間移動體位)需要幫忙？

- ☐A. 1.不需要 2.需要部份幫忙 3.完全由他人幫忙
- ☐B. 以下五個選項中，哪一項最為符合您(他)的現況？
- 1.自行移位，必要時可自行使用輔助性工具(如床欄杆、把手、拐杖等)，不需他人協助。
 - 2.移動體位時，須有人備好工具或在旁陪同(不需扶持)。
 - 3.移位時，須有人幫忙、扶持;但自己仍可用力。
 - 4.移位時，自己無法使力，須有人幫忙、扶持，僅能配合動作。
 - 5.不能使力，亦無法配合動作。
- ☐C. 您的家人在這一項幫忙的程度為
- 1.完全幫忙 2.只幫部份忙 3.無法幫忙
- ☐D. 如果有人可以來幫忙您，您願不願意？
- 1.願意 2.不願意

八. 在平地步行或利用輪椅約 45 公尺時，您(他)需要幫忙？

- ☐A. 1.不需要 2.需要部份幫忙 3.完全要由他人幫忙
- ☐B. 以下五個選項中，哪一項最為符合您(他)的現況？
- 1.可獨立走動進出室內外，必要時可使用輔具。
 - 2.出到室外走動時，需有人在旁陪同(包括協助使用輔具)。
 - 3.可在室內自行走動，但室外走動須有人扶持。
 - 4.在室內走動，即需有人扶持。
 - 5.完全臥床或無法下床走動。
- ☐C. 您的家人在這一項幫忙的程度為
- 1.完全幫忙 2.只幫部份忙 3.無法幫忙
- ☐D. 如果有人可以來幫忙您，您願不願意？
- 1.願意 2.不願意

九. 在作飯吃這件事，您(他)可以自己想好、煮好且擺好，需要幫忙？

- ☐A. 1.不需要 2.需要部份幫忙 3.完全要由他人幫忙
- ☐B. 以下五個選項中，哪一項最為符合您(他)的現況？
- 1.依個人需求調理日常膳食及完成用物、餐具之清潔。
 - 2.只能處理簡單固定或熟悉的食物及處理善後。
 - 3.將熟食加熱，但無法處理生食到熟食的煮飯菜活動。
 - 4.自行取用現成之食物，但無法處理善後。
 - 5.無法自行取用現成食物的能力。
- ☐C. 您的家人在這一項幫忙的程度為

- 1.完全幫忙 2.只幫部份忙 3.無法幫忙
☐D.如果有人可以來幫忙您，您願不願意？
1.願意 2.不願意

十.在購物(買菜、水果衣物用品)這件事，您(他)需要幫忙？

- ☐A. 1.不需要 2.需要部份幫忙 3.完全要由他人幫忙
☐B. 以下五個選項中，哪一項最為符合您(他)的現況？
1.獨立自主，有計畫性的購買食物、衣服或日常用品。
2.會獨立完成簡單購物(知道要買什麼物品，且會去買回來，但通常樣數不多)。
3.能主動告知他人其購物需求，但無法自行去買回來。
4.需問他或提醒他後，才可以表達其購物需求。
5.完全不在意或未曾表達購物需求。
☐C. 您的家人在這一項幫忙的程度為
1.完全幫忙 2.只幫部份忙 3.無法幫忙
☐D. 如果有人可以來幫忙您，您願不願意？
1.願意 2.不願意

十一.在使用電話這件事，您(他)需要幫忙？

- ☐A. 1.不需要 2.需要部份幫忙 3.完全要由他人幫忙
☐B. 以下五個選項中，哪一項最為符合您(他)的現況？
1.獨立自主打電話及接電話，不論熟悉或陌生對象，都沒困難。
2.只能打幾個重要或熟人或家人的電話，包括緊急電話(如 119)。
3.很少主動打電話與人連繫，但接聽電話、與對方講電話，沒有困難(不僅被動性答覆)，也會主動問話。
4.接電話與對方講時會有困難，只有被動式答覆，無主動性問答。
5.不會接聽電話。
☐C. 您的家人在這一項幫忙的程度為
1.完全幫忙 2.只幫部份忙 3.無法幫忙
☐D. 如果有人可以來幫忙您，您願不願意？
1.願意 2.不願意

十二.在使用金錢、存提款或處理財產這些事，您(他)需要幫忙？

- ☐A. 1.可以獨立作不需幫忙 2.需要幫忙 3.不會用錢
☐B. 以下五個選項中，哪一項最為符合您需要幫忙的程度？
1.可掌握自己的財務狀況，包括現金、動產與不動產之處理。
2.處理現金之正確性不會有問題。
3.使用現金時，需他人協助。

- 4.對金錢仍有概念，對自己的財務尚表關心，如會問自己的金錢在哪?但不會運用。
- 5.完全沒有財務概念，對自己的財務漠不關心。
- ☐C.您的家人在這一項幫忙的程度為
 - 1.完全幫忙 2.只幫部份忙 3.無法幫忙
- ☐D.如果有人可以來幫忙您，您願不願意?
 - 1.願意 2.不願意

十三.在吃藥這件事，您(他)需要幫忙?

- ☐A.1.不需要 2.需要部份幫忙 3.完全要由他人幫忙
- ☐B.以下五個選項中，哪一項最為符合您(他)的現況?
 - 1.能獨立自主服用藥物或必要時藉由輔助器，依時依量服用藥物。
 - 2.需事先協助備好藥，即可自行服用或有時會忘了吃，但自己會注意到。
 - 3.常會忘了服藥，需有人提醒，但可自行服藥。
 - 4.吃了或沒吃經常弄不清楚，且服藥時需有人逐次協助，將藥物放入口中(餵藥)。
 - 5.完全不在意服藥或拒絕服藥。
- ☐C.您的家人在這一項幫忙的程度為"
 - 1.完全幫忙 2.只幫部份忙 3.無法幫忙
- ☐D.如果有人可以來幫忙您，您願不願意?
 - 1.願意 2.不願意

十四.在使用交通工具這件事情上，您(他)需要幫忙?

- ☐A. 1.不需要 2.需要部份幫忙 3.完全要由他人幫忙
- ☐B.以下五個選項中，哪一項最為符合您(他)的現況?
 - 1.獨立或使用輔具下，可完成交通需求，如騎摩托車、開車、使用公共運輸工具或叫計程車等。
 - 2.可以自己獨立叫車及乘坐計程車，但搭乘公共運輸工具則需有人陪同。
 - 3.有人幫忙協助叫車，獨自乘坐交通工具會指示方向，且知道目的地。
 - 4.須有人陪同坐車，才能到達目的地。
 - 5.出入均須搭乘救護車。
- ☐C.您的家人在這一項幫忙的程度為
 - 1.完全幫忙 2.只幫部份忙 3.無法幫忙
- ☐D.如果有人可以來幫忙您，您願不願意?
 - 1.願意 2.不願意

十五.在瞭解別人說話或看電視這些事情上，

- ☐A. 1.完全了解 2.部份了解 3.不了解

☐B. 以下五個選項中，哪一項最為符合您(他)的現況？

1. 瞭解複雜或抽象之資訊(如看懂電視連續劇或新聞等節目)或必要時使用輔具或需較長時間即可瞭解。
2. 複雜或抽象之資訊不一定瞭解。但與日常生活活動相關事項等，都可瞭解。
3. 日常生活活動相關事項，需重複說明或輔以手勢，則可瞭解。
4. 日常生活活動相關事項，即便重複說明或輔以手勢，但瞭解有限
5. 對日常簡單寒暄或問候語，通常不瞭解。

☐C. 您的家人在這一項幫忙的程度為

1. 完全幫忙 2. 只幫部份忙 3. 無法幫忙

☐D. 如果有人可以來幫忙您，您願不願意？

1. 願意 2. 不願意

十六. 在表達個人意見這件事情上，

☐A. 1. 可完全表達 2. 部份表達 3. 無法表達

☐B. 以下五個選項中，哪一項最為符合您(他)的現況？

1. 可對複雜問題或是不熟悉事務，表達個人之意見，必要時借助輔具(如溝通板)，可以藉口語、文字或肢體動作表達。
2. 對複雜問題或是不熟悉事務之意見表達有困難，對日常生活所需可正確表達。
3. 日常生活所需事項(如基本之生理需求)，可主動表達或以簡單語句重複或慢慢表達。
4. 日常生活所需事項經提醒或暗示後，會以不成句之語或肢體動作表達(如點頭)。
5. 無法表達個人的日常生活所需。

☐C. 您的家人在這一項幫忙的程度為

1. 完全幫忙 2. 只幫部份忙 3. 無法幫忙

☐D. 如果有人可以來幫忙您，您願不願意？

1. 願意 2. 不願意

十七. 在和他人來往或相處這件事情上，

☐A. 1. 可正常互動 2. 部份互動 3. 無法互動

☐B. 以下五個選項中，哪一項最為符合您(他)的現況？

1. 不論情境熟識與否，都可以適當的語氣、用詞、態度與他人互動或有時需較長之調適時間亦可互動。
2. 在熟識情境下沒問題，但在不熟識的情境下，或是緊張、焦慮時，需有人從旁鼓勵、開頭或引導話題。
3. 偶而在熟識之情境下也會出現失控，但經提醒、暗示後，會自行修正或停

止。

- 4. 與他人互動時，出現不適行為，需他人適時予以口頭上之制止。
- 5. 經常出現不適當的行為，需要他人時時以身體上之制止或約束，或完全不與他人互動。

- ☐ C. 您的家人在這一項幫忙的程度為
 - 1. 完全幫忙 2. 只幫部份忙 3. 無法幫忙
- ☐ D. 如果有人可以來幫忙您，您願不願意？
 - 1. 願意 2. 不願意

十八. 在記憶力這件事情上，

- ☐ A. 1. 正常 2. 部份喪失 3. 完全喪失
- ☐ B. 以下五個選項中，哪一項最為符合您(他)的現況？
 - 1. 對即期、近期(6個月內)或遠期(6個月後)之記憶均沒有問題。
 - 2. 容易忘記事情，但不致干擾生活。
 - 3. 容易忘記事情，但已影響日常生活，對人、時、地的定向感仍在。
 - 4. 對時間、事物的定向感出現混淆現象，且已影響日常生活的常模。但對人物能正確辨識。
 - 5. 對時間、事物及人物的定向感出現混淆現象，已影響日常生活的常模。
- ☐ C. 您的家人在這一項幫忙的程度為
 - 1. 完全幫忙 2. 只幫部份忙 3. 無法幫忙
- ☐ D. 如果有人可以來幫忙您，您願不願意？
 - 1. 願意 2. 不願意

十九. 在情緒行為控制這件事情上，

- ☐ A. 1. 可控制 2. 部份控制 3. 完全無法控制
- ☐ B. 以下五個選項中，哪一項最為符合您(他)的現況？
 - 1. 情緒豐富度足夠(合宜表達喜怒哀樂)，他人不需擔心其情緒狀態。
 - 2. 負向情緒出現時間較長，需他人提醒與關照，方會改善。
 - 3. 對自己情緒尚有自覺，對日常生活不帶勁，須他人協助及很個人很刻意，才能控制自己的情緒。
 - 4. 對自己情緒不自覺，生活瑣事無動力，生活已有脫序現象。
 - 5. 出現自傷或傷害他人的念頭或行為。
- ☐ C. 您的家人在這一項幫忙的程度為
 - 1. 完全幫忙 2. 只幫部份忙 3. 無法幫忙
- ☐ D. 如果有人可以來幫忙您，您願不願意？
 - 1. 願意 2. 不願意

二十. 對解釋現實環境中人、事、物這件事情上，

- ☐A. 1. 可合理解釋 2. 部份需協助 3. 完全無法解釋
- ☐B. 以下五個選項中，哪一項最為符合您(他)的現況？
1. 對環境中人、事、物，表現出與一般人相符之合理的闡釋。
 2. 對環境中人、事、物，有不合理的闡釋，但經他人少量的提醒，仍可接受他人安撫及說明。
 3. 對環境中人、事、物不合理的闡釋，經他人督促，可以接受。
 4. 對環境中人、事、物不合理闡釋，且已無能力自覺，生活獨立性已受影響，出現奇異行為，但不致傷害他人。
 - 5 無自覺性，出現傷害他人或自傷的奇異行為。
- ☐C. 您的家人在這一項幫忙的程度為
1. 完全幫忙 2. 只幫部份忙 3. 無法幫忙
- ☐D. 如果有人可以來幫忙您，您願不願意？
1. 願意 2. 不願意

參. 此部份是想了解過去一年您對自己健康的看法，請您盡可能選一個最適合的答案。

一. 整體而言，您覺得您目前的健康狀況是

- 非常差 1
- 稍差 2
- 尚可 3
- 良好 4
- 非常好 5

二. 和過去一年比，您覺得您目前的健康狀況是

- 差很多 1
- 稍差 2
- 差不多 3
- 稍好 4
- 好很多 5

三. 和同年齡的人相比，您覺得您目前的健康狀況是

- 差很多 1
- 稍差 2
- 差不多 3
- 稍好 4
- 好很多 5