

113 年度自行研究成果報告

題目：榮譽國民之家照顧服務員對失智症知識、
照顧態度、照顧自我效能之探討

年度:113 年

編號：HCVH113-001

單位：新竹榮譽國民之家

研究人員：鄒建弘

新竹榮家 113 年度自行研究成果報告提要表

研究題目	榮譽國民之家照顧服務員對失智症知識、照顧態度、照顧自我效能之探討
研究單位及人員	新竹榮家 鄒建弘
研究期程	113 年 1 月至 113 年 10 月

內容摘要

一、研究緣起與目的

研究者在榮民之家服務期間感受到部分照服員對失智住民照顧專業的缺乏，且慣性的將失智住民生活照顧事項歸於難以處理的照顧議題，部分有排斥的現象，研究者期望藉由本研究來探析照服員對失智症的認知、態度及效能及其間的關聯，以做為榮民之家提升照服員照顧職能，提升住民生活品質之參考。

二、研究方法與過程

(一)本研究採問卷調查法，以退除役官兵輔導委員會下轄之臺北榮家、板橋榮家、桃園榮家、八德榮家、新竹榮家等五所榮譽國民之家安養堂及養護堂的勞務委外照顧服務員為研究母群體。採抽樣方法以全面性施測方式實施，預計發放 621 份問卷，預估回收率達 60%，可回收 373 份問卷。

(二)將回收所得資料以 SPSS 軟體分析，採用描述性統計分析樣本分布情形，分析問卷信度，呈現研究對象的基本屬性、失智症知識、照顧態度及自我效能現況，再運用單因子變異數分析法瞭解照服員對失智症知識、照顧態度及自我效能等三構面的表現是否因背景變項的不同而呈現顯著差異，分析若達顯著差異則進一步進行事後檢定比較。透過 Pearson 積差相關分析探討照服員的失智症知識認知對照顧態度及自我效能間是否有顯著相關；以線性回歸分析檢視照服員照顧態度與自我效能的關聯，最後完成研究報告、歸納研究成果、結論與建議。

三、研究發現與建議

(一)照服員的失智症知識達中等以上程度，但在基本病理部分知識較為不足。

(二)照服員對失智住民的顧態度有中度偏高的正向態度。

(三)照服員對失智住民的照顧自我效能有中度偏高的程度。

(四)照服員失智症知識程度越高則照顧態度越正向；照顧態度越正向，則其照顧自我效能就會越高。

(五)建議：

1. 長期照顧機構應重視照服員失智症知識不足問題，針對失智症照顧議題實施教育訓練，以提升照服員對失智症患者的照顧能力。
2. 應提升照服員對失智症患者的照顧條件以提升激勵照服員的照顧態度及照顧效能。
3. 機構應著力於改善失智症患者的居住及照顧環境，以減少混亂行為的發生，同時可減少住民及工作人員困擾。

目次

第一章緒論	1
第一節 研究背景	1
第二節 研究動機與目的	2
第三節 研究問題	3
第四節 名詞解釋	4
第二章文獻探討	6
第一節 榮譽國民之家及照服員現況探討	6
第二節 失智症的照顧模式	10
第三節 榮譽國民之家對失智症的照顧	15
第四節 失智症知識、照顧態度、照顧自我效能關聯性之探討	19
第三章 研究設計與實施	29
第一節 研究架構與假設	29
第二節 研究對象與抽樣方法	32
第三節 研究工具	40
第四節 資料處理與分析	50
第五節 研究倫理	50
第四章 研究結果	52
第一節 照服員失智症知識	52
第二節 照服員照顧態度	66
第三節 照服員照顧自我效能	76
第四節 失智症知識、照顧態度與照顧自我效能之關聯	84
第五章 結論	90
第一節 假設驗證	90
第二節 結論	96

第三節 建議.....	98
參考文獻.....	101
一、中文文獻.....	101
二、英文文獻.....	106
附錄 問卷.....	109

表目錄

表 2-1 老人福利機構照顧服務員人力配置比例	9
表 2-2 新竹榮譽國民之家照顧服務員人力現況表	10
表 2-3 各類失智症病徵表	11
表 2-4 新竹榮譽國民之家 2020 年住民認知評估一覽表	16
表 2-5 失智症知識相關研究一覽表	21
表 2-6 失智症照顧態度相關研究一覽表	25
表 2-7 失智症照顧自我效能相關研究一覽表	27
表 3-1 北台灣榮譽國民之家勞務委外照服員人數一覽表	32
表 3-2 照服員性別分佈表	33
表 3-3 照服員年齡分配表	33
表 3-3-1 照服員年齡 55 歲以上次數分配表	34
表 3-4 照服員原屬國籍分佈	34
表 3-4-1 照服員原屬國籍分佈(合併後)	34
表 3-5 照服員教育程度分佈表	35
表 3-5-1 照服員教育程度分佈表(合併後)	35
表 3-5-2 照服員原屬國籍及教育程度交叉分析表	35
表 3-6 照服員技術士證照分佈表	36
表 3-7 照服員工作屬性分佈表	36
表 3-7-1 照服員工作屬性與教育程度交叉分析表	37
表 3-8 照服員年資分佈表	37
表 3-9 擔任照服員前陪伴失智症經驗分佈表	38
表 3-10 到職後接受失智症課程訓練分佈表	38
表 3-11 收入做為家庭開銷比重分佈表	39
表 3-11-1 工作屬性與收入做為家庭開銷比重交叉分析表	39
表 3-12 照服員基本屬性量表	41

表 3-13 照服員失智症知識量表	42
表 3-14 照服員照顧態度量表	43
表 3-15 照服員自我效能量表	44
表 3-16 照服員照顧態度樣式矩陣 (第一次分析).....	45
表 3-17 照服員照顧態度樣式矩陣與解說變異量(第二次分析).....	46
表 3-18 照服員照顧自我效能樣式矩陣 (第一次分析).....	47
表 3-19 照服員照顧自我效能樣式矩陣與解說變異量(第二次分析).....	49
表 3-20 資料處理分析方法統計表	50
表 4-1-1 照服員失智症知識分析表	52
表 4-1-2 照服員失智症知識測驗結果分析表	53
表 4-1-3 照服員失智症知識之性別分組表	54
表 4-1-4 照服員失智症知識之原屬國籍分組表	55
表 4-1-5 照服員失智症知識之教育程度分組表	56
表 4-1-6 失智症知識之問題行為處理能力多重比較	56
表 4-1-7 照服員失智症知識之技術士證照分組表	57
表 4-1-8 照服員失智症知識之工作屬性分組表	58
表 4-1-9 失智症知識之工作屬性多重比較表	58
表 4-1-10 照服員失智症知識之陪伴經驗分組表	59
表 4-1-11 照服員失智症知識之在職訓練分組表	60
表 4-1-12 照服員失智症知識之收入做為家庭開銷比重分組表	61
表 4-1-13 照服員失智症知識之收入做為家庭開銷比重多重比較	62
表 4-1-14 照服員失智症知識與年齡相關分析表	63
表 4-1-15 照服員失智症知識與年資相關分析表	63
表 4-1-16 失智症知識與個人背景變項之關聯分析表	65
表 4-2-1 照服員照顧態度現況之描述	66
表 4-2-2 照服員照顧態度之性別分組表	67

表 4-2-3 照服員照顧態度之原屬國籍分組表	67
表 4-2-4 照服員照顧態度之教育程度分組表	68
表 4-2-5 照服員照顧態度之教育程度多重比較表	68
表 4-2-6 照服員照顧態度之技術士證照分組表	69
表 4-2-7 照服員照顧態度之工作屬性分組表	70
表 4-2-8 照服員照顧態度之工作屬性多重比較表	70
表 4-2-9 照服員照顧態度之陪伴經驗分組表	71
表 4-2-10 照服員照顧態度之在職訓練分組表	72
表 4-2-11 照服員照顧態度之收入佔家庭開銷比重分組表	73
表 4-2-12 照服員照顧態度與年齡相關分析表	73
表 4-2-13 照服員照顧態度與年資相關分析表	74
表 4-2-14 失智症照顧態度與個人背景變項關聯分析表	75
表 4-3-1 照服員照顧自我效能之描述	76
表 4-3-2 照服員照顧自我效能之性別分組表	77
表 4-3-3 照服員照顧自我效能之原屬國籍分組表	77
表 4-3-4 照服員照顧自我效能之教育程度分組表	78
表 4-3-5 照服員照顧自我效能之技術士證照分組表	78
表 4-3-6 照服員照顧自我效能之工作屬性分組表	79
表 4-3-7 照服員照顧自我效能之工作屬性多重比較表	79
表 4-3-8 照服員照顧自我效能之陪伴經驗分組表	80
表 4-3-9 照服員照顧自我效能之陪伴經驗	81
表 4-3-10 照服員照顧自我效能之收入佔家庭開銷比重分組表	81
表 4-3-11 照服員收入做為家庭開銷比重之多重比較表	82
表 4-3-12 照服員照顧自我效能與年齡相關分析表	83
表 4-3-13 照服員照顧自我效能與年資相關分析表	83
表 4-3-14 照服員照顧自我效能與個人背景變項關聯分析表	84

表 4-4-1 照服員照顧態度與失智症知識相關矩陣	85
表 4-4-2 照服員照顧自我效能與失智症知識相關矩陣	86
表 4-4-3 基本效能之迴歸分析	87
表 4-4-4 處置效能之迴歸分析	88
表 4-4-5 照服員失智症知識、照顧態度、照顧自我效能關聯表	89
表 5-1 照服員失智症知識、照顧態度、照顧自我效能與背景變相分析表	97
表 5-2 照服員失智症知識、照顧態度、自我效能關聯表	98

圖目錄

圖 2-1 榮譽國民之家分佈圖	7
圖 2-2 勞務派遣關係圖	8
圖 2-3 知識－態度－行為模型圖	25
圖 3-1 研究架構圖	29
圖 3-2 照服員年齡直方圖	33
圖 3-3 照服員年資直方圖	37

第一章 緒論

世界衛生組織(WHO, 2020)「估計 60 歲以上的人口中約有 5%—8%患有失智症，現在全世界約有 5,000 萬名失智症患者，每年以 1,000 萬人的速度增加，預估 2030 年失智症人口會有 8,200 萬人，到 2050 年達到 1.52 億人。」臺灣同樣面臨失智症人口快速成長的問題，依台灣失智症協會提出的失智症流行病學調查及內政部 2020 年 12 月底人口統計推估臺灣失智症盛行率，「臺灣 65 歲以上的失智人口有 29 萬 1,961 人，45 至 64 歲失智症人口 1 萬 1,310 人，失智人口總人數為 30 萬 3,271 人，佔全國人口 1.29%，也就是說臺灣每 77 人就有 1 人是失智症患者」(台灣失智症協會, 2020)。失智症人口的增加，代表就要有更多的家庭要負擔照護失智症患者的工作，當家庭無法承擔照顧重擔時就會有越來越多的失智症患者進入長期照顧機構，此沉重的照顧負荷，機構能否承受？以照顧服務員(以下簡稱為照服員)的照顧服務能力為例，目前國內照服員在未接受足夠的失智症教育訓練就投入長期照顧工作，照服員同時要照顧失能及失智住民，以失智症盛行率較高的機構而言，照服員是否有能力勝任？本研究以此議題探討長期照顧機構照服員的失智症知識程度、照顧態度、自我效能及其關聯。第一章分為四小節，第一節研究背景，第二節研究動機與目的，第三節研究問題，第四節名詞解釋。

第一節 研究背景

世界衛生組織 2012 年 4 月發布的全球失智症報告指出，失智症已成為全球老人失能或成為依賴人口的主因，呼籲各國必須採取具體的行動，對失智症患者及照顧者提供照顧和服務，並將失智症列為國家公共衛生首要議題，以減少疾病對家庭、社會的衝擊及經濟成本的負擔(台灣失智症協會, 2012)。為提升國人對失智症疾病的防治及照護上的認知，衛生福利部於 2013 年提出「失智症防治政策照護綱領」，以居家、社區，機構的照顧模式，為我國對失智症照顧的基礎型態(衛生福利部, 2014)。衛生福利部(2017)接續提出「失智症防治政策照護綱領 2.0」擴大失智症長期照顧的服務能量，深化服務網絡提升服務品質，以建構更完整的失智症照護體系為目標。從我國對於失智症長期照

顧的規劃及服務模式來看，是以提供居家式及社區式的服務為主，主要是希望藉由社區提供照顧資源與支持性的服務，讓失智症患者能在自己熟悉的家庭或在社區裡接受照顧，減輕照顧者的負荷。現今因少子化導致家庭人口結構的改變，若家庭有失智症患者，可能因經濟收入的需要產生無適當人力照顧的情形，再加上大部分的失智患者有精神行為症狀，形成照顧者沉重的照顧負荷。王明秋(2016)對 128 位失智症家庭照顧者的研究發現，失智症家庭主要照顧者在面對照顧失智症患者的壓力，有 30%的家庭主要照顧者有考慮將失智症患者送進機構安置，以減輕照顧上的負荷。當家庭照顧者對失智症有不瞭解、缺乏照顧技巧、未使用社區照顧等問題，可能導致照顧者疲累、甚至有家庭衝突，最終無力面對照顧問題，此時，進入機構就成為紓解家庭照顧壓力的一種選擇(陳麗華，2013)。當機構失智症患者人數不斷增加後，就會讓機構的照顧工作充滿挑戰，此時執行機構照顧服務工作的主要人力(照顧服務員)，是否具有照顧失智症的知識及能力就顯得格外重要。

榮譽國民之家為安置國軍退除役官兵的長期照顧機構，設立初期以安置榮民(眷)為主，2017 年起服務對象已擴及一般民眾自費入住(國軍退除役官兵輔導委員會，2020)，統計全國 16 所榮譽國民之家，總床位有 8,521 床，總床位數佔全國老人福利機構的 7.1%，其中以岡山榮譽國民之家規模最大，設有安養、養護、失智各類型床位合計 843 床。目前榮譽國民之家安養床、養護床的照顧模式均採混合式照顧，也就是健康或失能者與失智者一起生活的混合照顧模式，因環境空間並非針對失智症的需求設計，故當失智者有精神行為症狀時即會對一般住民產生干擾，工作人員時常有不知如何因應的問題產生。從政策面觀察照服員的養成，照服員訓練課程內容僅有 2 小時失智症的課程，在機構裡照服員除了要照顧失能老人還要兼顧與日俱增的失智患者，期待能藉由此研究對於照服員照顧失智症患者的議題引起重視。

第二節 研究動機與目的

照服員是機構執行照顧服務的第一線人力，也是推動長期照顧服務最主要的力量，照服員在接受 90 小時(60 小時核心課程，30 小時實習課程)的課程後，經考核取得結業

證書即進入職場工作，受訓的過程中有關失智的課程僅 2 小時，再加上在職教育訓練大部分著重在失能老人的照顧技巧，從養成訓練到在職教育訓練的課程中皆可以看出照服員對失智症患者的照顧訓練相當缺乏(蘇信鳳等，2018)。失智症患者會隨病程的發展逐漸喪失自我照顧能力，同時精神行為症狀也會加劇，照顧方式與一般失能者截然不同，據研究顯示專業照護人員對失智症的知識有不足的現象，特別是機構的照服員較缺乏失智症的照護知識(齊于箴等，2017)。研究者在工作中體會到照服員對於與日俱增的失智症住民照顧倍感壓力，尤其是對失智症病理、生活照顧、問題行為因應等缺乏知識及技巧，加上照服員在職教育訓練內容偏重於失能老人的照顧，導致照服員對於失智症的照顧能力未能提升，此情形對於機構服務品質及住民的權益影響甚鉅，期藉由本研究能達到以下之目的：

- 一、瞭解照服員對失智症知識的認識程度、照顧態度及照顧自我效能現況。
- 二、瞭解照服員的失智症知識、照顧態度及照顧自我效能與個人背景的關聯。
- 三、瞭解照服員的失智症知識、照顧態度及照顧自我效能之間的關聯。
- 四、研究結果做為實務工作的建議與參考。

第三節 研究問題

依上述研究背景、動機與目的，本研究欲解答問題有下列幾項：

- 一、瞭解榮民之家照服員失智症知識、照顧態度、照顧自我效能現況為何？
- 二、探討不同背景的照服員照顧自我效能差異為何？
- 三、探討照服員的照顧自我效能與失智症知識程度的相關情形為何？
- 四、探討不同背景的照服員照顧態度差異為何？
- 五、探討照服員的照顧態度與失智症的知識程度相關情形為何？
- 六、探討不同背景的照服員失智症知識程度差異為何？
- 七、探討照服員的照顧自我效能與照顧態度的相關情形為何？

第四節 名詞解釋

一、榮譽國民之家

1953年起政府為安置因傷、病及大量隨國民政府來台退役之官兵，於全國各地開始設立榮譽國民之家。隨長期照顧政策的發展與組織文化的變革，榮譽國民之家已成為專業化的長期照顧機構，現在全國各地有 16 所榮民之家，為榮民、榮眷、民眾提供安養、養護及失智照顧類型的住宿型長期照顧機構，目前 16 所榮譽國民之家總床位數共計有 8,800 床(國軍退除役官兵輔導委員會，2024)，為臺灣提供長期照顧服務的主要機構之一。

二、照顧服務員

照顧服務員(以下簡稱照服員)服務於居家、社區、機構等各場域，是長期服務照顧體系裡提供服務照顧第一線的主要人力，工作內容主要為提供被照顧者的日常生活基本照護，包括身體清潔及舒適、活動與睡眠、身體檢查與評估、住民心理層面的照顧等問題外，同時須具備職業倫理、工作態度與溝通技巧、處理與生活、健康有關的各種問題。照服員的聘僱類型有機構自聘、勞動派遣、勞務承攬三種型態，榮譽國民之家照服員的聘僱類型有機構自聘、勞務承攬二種，本研究所指的照服員係以北臺灣五所榮譽國民之家(臺北、板橋、桃園、八德、新竹)聘僱型態為勞務承攬之照服員。

三、失智症知識

失智症(dementia)是一群症狀組合的疾病(症候群)，失智症患者一般會發生多重智能的缺損，包含記憶力喪失及其他智能障礙，使患者的記憶力、思考、行為、感情及日常行為機能退化，並隨著這些認知障礙程度的不同會影響患者的工作、社交、及日常生活功能。失智症可分為神經退化性、血管性、混合性、其他特定病因等四種類別，以阿茲海默症(神經退化性失智症)佔失智症的 60%以上最為常見；失智症依病程嚴重程度可區分為輕度知能障礙、輕度(初期)、中度(中期)、重度(晚期)等四個階段(台灣失智症協會，2020)。本研究所指的失智症知識是指上述各類

型失智症的病程與症狀，失智症患者日常生活照顧、問題行為處理的知識。

四、照顧態度

Fishbein(1967)指出態度是指人對事物的一種學習傾向，是個體對某單一或一群事物的觀念，產生正面的或負面的反應。Hodgetts and Altman(1979)則認為態度除了主觀情感要素，還包括客觀認知及行為要素，認知為個人對某事物的理解與信念，情感為態度中情緒或感受的層面，行為是有意圖對特定人事物所展現的行動傾向，認知、情感、行為傾向這三要素是互相糾結、密不可分。本研究所指的態度是個體對某一、事、物的認知、情感的反應及行動傾向的程度。

五、照顧自我效能

1977年 Bandura 提出自我效能的概念，指出自我效能是個體對於自己能否完成任務或達成目標的能力和信念。1986年 Bandura 提出交互決定論 (reciprocal interactions)，認為人的功能運作受行為、環境與個體三個層面影響。三者的相互關係和作用是環境影響行為(潛在因素)，個體和環境交互影響行為，強調自我效能是一種交互決定的過程，與個體的判斷力與情境有關，並非指個體擁有的能力。本研究所指的照顧自我效能是指照服員對於照顧失智症患者能力或達成工作目標主觀的自我評價。

第二章 文獻探討

本章共分為四節，第一節榮譽國民之家及照服員現況探討；第二節失智症的照顧模式；第三節榮譽國民之家的失智症照顧模式；第四節失智症知識、照顧態度、照顧自我效能關聯性之探討。

第一節 榮譽國民之家及照服員現況探討

一、榮譽國民之家的背景與現況

1945年至1949年期間，國民政府撤退遷臺，當時隨國民政府來臺的部隊約有58萬人，當時政府為使國軍有新陳代謝功能，達到永保精壯戰力的目標，於1953年由聯合勤務總司令部設立「陸軍榮譽軍人第一臨時教養院」（馬蘭榮譽國民之家前身），以安置因傷、病退役之官兵，此為政府建立退伍退除役制度最初期的雛形。之後因大量官兵陸續退役，政府為維持社會安定及解決退役官兵的各種需求，於1953年成立新竹、台南、屏東、花蓮等四所榮民之家，1954年國軍退除役官兵輔導委員會成立，之後於全國各地陸續成立榮譽國民之家，發展至今全國有16所榮譽國民之家的規模，機構分佈圖(圖2-1)。隨臺灣長期照顧政策發展，榮譽國民之家的組織文化亦不斷革新，由原本政府慈善恩給的安置模式發展到現在專業化的長期照顧機構(楊培珊等，2009)，服務對象從早期僅限於榮民到現已擴及到榮眷及一般民眾；榮譽國民之家的服務內容也從早期僅設安養床、養護床的照顧模式，擴大到失智專區的專業照顧，現在榮譽國民之家失智專區床位的規模計有575床，佔全國失智專區機構1,317床的43.66%(衛生福利部，2018)，已是全國失智專區機構服務的主要提供者。

國家發展委員(2020)對臺灣老人福利機構資源統計，2020年9月全國安養機構、養護機構、長期照顧機構計有1,085家、護理之家有554家、榮譽國民之家16家，總床位計有119,884床。其中榮譽國民之家床位數8,521床，佔全國老人福利機構資源總床位數的7.1%。以機構規模(床位數)來看，一般長期照顧機構、安養機

構、養護機構平均每家床位數為 57 床，護理之家平均每家床位數為 89 床，平均每所榮譽國民之家床位數為 532 床，單以機構規模(床位數)而言，榮譽國民之家是全臺規模最大，可收住人數最多的住宿型照護機構，也可稱之為臺灣老人福利機構中最關鍵的服務提供者(楊培珊等，2009)。本研究的北臺灣 5 所榮譽國民之家，其中床位數最多為板橋榮譽國民之家達 784 床，依床位類型區分有安養 394 床、養護 290 床、失智 100 床；床位數最少的新竹榮譽國民之家床位有 574 床，依床位類型區分有安養 374 床、養護 200 床(國軍退除役官兵輔導委員會，2020)。

安養機構分佈圖



安置現況：

榮民夫婦自費安養：基於榮民夫婦無依無舍安養需要，已於板橋、桃園、八德、新竹、中彰、彰化、高雄、岡山、花蓮、白河、臺南、馬蘭、屏東等榮家辦理夫婦安養。

失能榮民自費養護：基於身心障礙榮民自費養護實際需要，分別於安養機構中設置自費養護專區，以安置失能或失智之身心障礙者自費養護，主要機構有16所榮譽國民之家。

全臺榮譽國民之家共 16 間

- 北部：5 間
- 中部：3 間
- 南部：6 間
- 東部：2 間

圖 2-1 榮譽國民之家分布圖

資料來源：國軍退除役官兵輔導委員會(2020)

二、榮譽國民之家照顧服務員現況

照顧服務員早期稱為「病患服務員」與「居家服務員」，直到 2003 年統一改稱為「照顧服務員」(行政院衛生署，2003)。照顧服務員(以下簡稱照服員)是長期服務照顧體系提供服務照顧第一線的主要人力，服務於安養護機構、護理之家、長期照顧機構、日間照顧中心、居家服務、家庭托顧、團體家屋等各種場域。照服員需具備生活照顧、身體照顧、處理家務等各種能力與知識；工作內容主要負責被照顧者的日常生活基本照護，包括身體清潔及舒適、活動與睡眠、身體檢查與評估、住

民心理層面的照顧等問題外，同時須具備職業倫理、工作態度與溝通技巧，在服務的過程中處理被照顧者的生活與健康等各種問題（劉怡瑩，2015）。

國內照服員的聘僱型態依工作場域不同大致區分為機構自聘及人力派遣二種型態；機構照服員通常為機構編制內的人力，居家照顧服務員則以人力派遣的方式為主（張鈺芬，2003）。目前榮譽國民之家照服員的聘僱類型有二種，一為榮譽國民之家雇用之技工、工友，此人力因政府精簡人力政策，限制離職出缺後不得新聘人力，現在已大幅減少僅剩少數，以研究者服務的新竹榮譽國民之家為例，此類型照服員人力僅佔整體照服員人力的 5%。二為榮譽國民之家依政府採購法辦理勞務採購的照服員人力，此勞雇關係屬勞務承攬，為榮譽國民之家照服員主要的雇用模式。一般人力派遣的勞雇關係模式為勞動派遣，是由派遣公司與要派公司簽訂契約，由派遣公司供應勞務所需人力至要派單位提供勞務，派遣公司須負勞動基準法的雇主責任，而要派公司與派遣勞工兩者間不具勞動契約關係。勞動派遣與勞務承攬的差異在於，勞務承攬的派遣公司（事業單位）擁有高度的自主性及管理權責，派遣公司（事業單位）須自行指揮監督管理僱用於要派單位的員工，而要派單位僅需對對派遣公司依簽訂的契約執行履約管理即可，此勞雇關係為榮譽國民之家照服員的雇用型態；勞動派遣模式下要派單位在勞務契約規定的範圍內對派遣勞工則有指揮、監督、管理的權利（勞動部，2018），派遣勞工、派遣公司、要派公司三者關係示意圖（圖 2-2）。

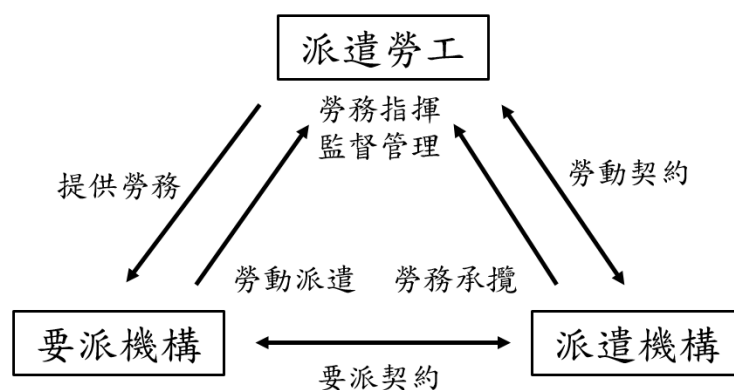


圖 2-2 勞務派遣關係圖

資料來源：成之約(1998)

國內照服員的培訓均依衛生福利部(2018)頒訂之「照顧服務員訓練實施計畫」訓練課程施訓，規定核心課程 50 小時，臨床實習 30 小時，實作訓練 8 小時，評量與討論 2 小時，共計 90 小時，經訓練單位成績考核取得結業證書後，即進入職場服務，檢視課程內容多偏重照顧技巧的訓練，在諸多課程的擠壓之下，有關失智症的照顧訓練僅 2 小時(認識失智症與溝通技巧)，照服員在未有系統及完整的訓練課程下即進入機構照顧患有輕度認知障礙及失智的住民，此情況形成照服員的工作負荷，也增加機構照顧負擔。

榮譽國民之家的床位組成混合老人福利機構安養、養護、失智等各類型床位，照服員人力的配置依衛生福利部(2012)頒訂之老人福利機構設立標準分類的長期照顧機構養護型、失智照顧型、安養機構等型態配置；老人福利機構設立標準照服員與住民人力配比，如下表(表 2-1)：

表 2-1 老人福利機構照服員人力配置比

區分 \ 類型	安養機構	養護型老人長期照顧機構	失智專區
日間照顧人力比 (照顧服務員:住民)	1 : 15	1 : 8	1 : 3
夜間照顧人力比 (照顧服務員:住民)	1 : 35	1 : 25	1 : 15

資料來源：資料取自衛生福利部 (2012)

研究者以新竹榮譽國民之家為例說明照服員人力比現況(表 2-2)，由表數據顯示榮譽國民之家照服員人力與住民的人數比，相較衛生福利部頒訂之老人福利機構設立標準照服員人力比高出甚多，可見榮譽國民之家的照顧人力是相當充足的。

表 2-2 新竹榮譽國民之家照服員人力比現況表

區分 \ 類型	安養堂	養護堂	失智專區
住民人數	330	176	0
日間照服員人數 (人力比)	35 (1:11)	40 (1:4.4)	0
夜間照服員人數 (人力比)	23 (1:14.3)	20 (1:8.8)	0

資料來源：研究者自行整理，資料取自新竹榮譽國民之家安養護資訊系統(2024)

第二節 失智症的照顧模式

一、失智症介紹

失智症(dementia)是一群症狀組合的疾病(症候群)，不是正常的老化現象，失智症患者一般會發生多重智能的缺損，包含記憶力喪失及其他智能障礙，使患者的記憶力、思考、行為、感情及日常行為機能退化，並隨著這些認知障礙程度的不同會影響患者的工作、社交、及日常生活功能(傅中玲等，2019)。美國精神醫學會於2013年出版的「DSM-5精神疾病診斷手冊」將失智症的診治範圍向前發展到輕度認知障礙症，擴大疾病的範圍到更早期，記憶力變差不再是診斷為失智症的必要條件，只要注意力、執行功能、語言、學習和記憶、感覺與動作整合、社會人際認知等六項功能有一項以上的認知功能障礙即可診斷為失智症(American Psychiatric Association, 2013)。

失智症的病因大致分為腦部神經退化所引發的失智症、腦中風有關的血管性失智症、其他因素導致的續發型失智症等類型。腦部神經退化性的失智症有阿茲海默症、額顳葉失智症及路易體失智症等三種類型，其中以阿茲海默症為最常見，佔所有失智症60%以上，其次為腦中風有關的血管型失智症，約佔10-15%，再其次為路易體失智症或額顳葉失智症，約佔10%以下，續發型失智症其比例最低；血管型失智症為第二常見的失智症類型，為腦中風或慢性腦血管病變，造成腦部的血液循環不良及細胞壞死所致，佔所有失智症10-15%，發病年齡一般跟發生在40歲以後的

腦血管事件有關，血管型失智症發病後，通常在中風後 3 個月內會有認知功能缺損，病徵在早期會有反應遲鈍、動作緩慢、步態不穩與精神症狀的產生，認知功能會起伏不定可能有突然惡化的情況產生，會隨著中風次數的累積，病患的病況會如同階梯般的惡化，為死亡率較高的失智症(衛生福利部國民健康署，2017)。根據失智症病程演變的過程(表 2-3)，失智症大致區分為輕度知能障礙、輕度、中度、重度四個階段(台灣失智症協會，2020)。

表 2-3 各類型失智症病徵

	阿茲海默症	額顳葉失智症	路易體失智症	血管型失智症
比例	60%以上	小於 10%	約 10%	10-15%
發病年齡	大多 70 歲以後	45-65 歲之間	50 歲之後	中年就有可能
病程時間	約 5-12 年	約 2-10 年	約 5-7 年	依健康因素而定
病徵	早期以記憶力缺損為主 中期常見有幻覺、妄想 中後期有失語症、帕金森症狀出現	早發性失智症最常見病因 社交行為不適切或語言功能缺損為主，有反復、刻板、強迫性的固執行為	早期會有影像完整且生動的視幻覺，認知功能變化大，時好時壞，合併類似帕金森症狀(身體僵硬、走路不穩易跌倒)	注意力、執行功能認知缺損可能因中風及腦損傷部位，在疾病早期就出現失語症、帕金森症、幻覺或妄想

資料來源：衛生福利部失智症診療手冊(2017)

台灣失智症協會(2020)的失智症流行病學調查統計報告指出，臺灣 65 歲以上老人罹患失智的比例，輕微認知障礙(MCI)佔 18.16%，失智症佔 7.79% (包括疑似失智佔 3.17%，輕度以上失智症佔 4.62%)。以年齡層區分：65~69 歲佔 3.40%，70~74 歲佔 3.46%，75~79 歲佔 7.19%，80~84 歲佔 13.03%，85~89 歲佔 21.92%，90 歲以上佔 36.88%，年紀愈大盛行率愈高。

失智症患者合併精神行為症狀(Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia, BPSD)在臨床上十分常見約佔 12-70%(黃正平，2006)，精神行為症狀大致可分為精神病症、行為障礙、情感症狀等三大類，精神病症如妄想、幻覺、錯認症狀等，行為障礙如睡眠障礙、重複現象、攻擊行為、迷路、漫遊、飲食改變病態收集等，情感症狀如憂鬱症狀、焦慮症狀等(張可臻等，2008)。以失智症患者的行

動能力來看，疑似失智及輕度失智病患具有較高的行動能力，除了需注意生活照顧外，病患遊走、走失、躁動不安、不當行為等衍生的照顧問題，比重度失智臥病在床之病患更難照顧；從照顧者的角度來看，失智症患者在照顧上有其特殊性，當照顧者缺乏照顧失智症知識、技能，又無法正確運用各種照顧資源時產生生理、心理、社會等各種壓力，此壓力為照顧者讓失智症患者入住機構主要因素之一(施麗紅，2016)。

二、失智症的照顧模式

失智症照顧是整合性的照顧工作，因個案病程發展的不同，給予不同的服務內容，為滿足個案的服務需求，現今世界各國對於失智症長期照顧的發展趨勢皆以提供社區及居家式的服務為主(陳麗華，2013)。以美國為例，近二十年美國對於長期照顧的發展模式就是以家庭及社區服務為基礎，對個案進行管理並提供居家照顧的服務；採此模式主要的理由在於被照顧者通常較能接受在家中或社區接受照顧，其次是因為居家及社區式照顧服務模式所需的經濟成本與機構比較相對較低(黃惠玲等，2006)。反觀我國於2008年開始推行的「長期照顧十年計畫」(2008-2017)，以失能老人為主要的服務對象，提供以社區、居家式服務為主，機構式服務為輔的長期照顧服務(簡慧娟，2017)，此時期我國對於失智症照顧的資源缺乏管理整合分散在各種服務型態中，如社區式的團體家屋、日間照顧中心，居家式的居家服務，機構式的專區或專責照顧等(陳麗華，2013)。2017年我國推行「長期照顧十年計畫2.0」(2017-2026)，此計畫為長期照顧十年計畫的延伸，擴大服務對象及服務項目，同時建立以個案為中心的照顧管理機制，發展以社區為單位給予多元、連續、全方位的服務照顧，並將50歲以上失智症患者納入長期照顧服務對象，由地方政府統合長期照顧資源及建立管理機制，在地方政府(縣、市)設置長期照顧管理中心做為失能、失智個案管理及服務輸送的平臺。在社區中設置「失智共同照護中心」及「失智社區服務據點」整合失智症患者及照顧者需要的資源、服務及照顧支持；「失智共同照護中心」的功能為輔導轄區內的「失智社區服務據點」提供個案管理服務，協助未經確診之失智者及照顧者獲得照護諮詢、轉介及社區資源連結等服務；「失智

社區服務據點」提供社區內失智者及照顧者支持性的照顧服務，如認知促進、失智緩和、家屬支持團體等(薛瑞元，2019)。

我國長照十年計畫 2.0 是以社區個案(失能、失智)為中心整合式的服務體系，依長者需求提供小規模多機能的日間照顧中心、居家服務、團體家屋、家庭托顧、喘息服務等「客製化、個別化」的服務模式(簡慧娟，2017)。在此政策實施後，我國對於失智症的照顧及資源的運用始有較為完整的規劃，失智症患者及照顧者也較能得到照顧與支持。衛福部 2011 年至 2013 年的失智症流行病學調查報告指出，臺灣有 93.8%的失智症患者居住在社區中，6.2%安置於機構，居住社區中的失智症患者有 55.1%由家人照顧，33.9%聘請看護照顧(外籍看護 30.7%，本國籍看護 3.2%)，其中僅 4.8%的照顧者有使用居家服務；進一步的調查發現，不使用政府提供的長照服務最主要原因是家庭照顧者雇用看護工照顧(施佩宇等，2017)。由以上調查顯示，臺灣對於失智症患者的照顧模式以在家由家人照顧為主，其次為雇用外籍看護工照顧。可見雇用外籍看護工為失智症家庭無力照顧時最優先的選項，然而外籍看護工並非解決失智症照顧問題的萬靈丹，國內對失智老人家庭雇用外籍看護工經驗的研究中指出，語言不通、無照顧失智老人經驗等問題為雇用外籍看護工最常遭遇的問題(吳勁偉、陳雅美，2014)。國內的調查發現使用外籍看護工的失智症患者其認知程度嚴重性及失能程度都相對較高(施佩宇等，2017)。大量外籍看護工進入失智症家庭照護失智老人，僅是解決家庭無人照顧的問題，其照護品質更是令人擔憂(曾鈺婷，2019)。因此，如何鼓勵失智症患者、照顧者使用政府提供的長期照顧資源，使失智患者在家也能得到妥善的照顧，為現今政府努力的主要方向。

三、失智症的機構照顧

衛生福利部(2020)調查指出臺灣失智症患者入住機構的比率約 6.2%。當家庭照顧者或社區式的服務無法滿足失智症患者照顧上的需求時，如有精神行為症狀或行動能力良好的失智症患者，機構式的照護就成為解決家庭照顧壓力的常見選擇(業瓊燁等，2010)。目前臺灣失智症照護機構依照照顧模式的不同區分為專責型(機構僅收住經確診為失智症之病患)、專區型(機構中設立專區提供失智症照顧服

務)、混合型(失能與失智混合一起接受照護)等三種類型。臺灣專責型失智照護機構仍相當缺乏,如台北市私立聖若瑟失智老人養護中心。針對失智症照護,國內機構仍以失智與失能混合照護模式最為主,施麗紅(2003)對國內 206 家老人安養及養護機構進行照顧失智老人的現況調查,國內有 78.2%的老人安養及養護機構有提供照顧失智症老人的服務,其中安養有照顧失智老人的佔 43.2%,養護有照顧失智老人的佔 82.6%。由此調查可以看出失智老人被安置在採混合照顧模式的安養及養護機構是很普遍的現象。近年來部分照護機構鑑於失智老人的不斷增加及顧慮失智患者精神行為症狀對其他住民產生干擾的因素,已開始在機構內設置失智專區照顧失智患者,此類專區區隔照顧的模式已逐漸成為機構照顧失智病患的發展趨勢(陳惠姿等,2000),如國軍退除役官兵輔導委員會體系下的臺北榮民之家、板橋榮民之家、桃園榮民之家均設有失智專區,以區隔照護失智程度達中度以上之失智(未失能)病患。

機構對於失智症照顧內容方面,根據研究資料指出對失智老人的照護內容依比重區分,其中照護佔 50%、環境佔 30%、醫療佔 20%。目前失智症尚未有完全治癒的藥物,因此為失智長者提供適合的居住環境及照護模式,已成為機構照護失智症的趨勢(莊秀美,2005)。以下就失智長者在機構照護的需求,以環境設計、日常生活活動設計、醫療照護等三種層面分別敘述。

(一)環境設施需求

許佩蓉(2002)對 4 所長期照顧機構 77 位失智患者的研究中指出不同的居住型態對失智症患者的記憶及問題行為會產生影響,混合照顧模式下失智患者的記憶及問題行為產生頻率高於單獨收容型,且問題行為的產生與房間共居的複雜程度有正相關的影響。張祐瑞(2004)研究指出環境空間的設計可以改善失智症患者的問題行為,如居住空間的安排,單人房的居住型態對失智初期、中期患者確實有改變問題行為發生的機率,對避免其他住民的干擾有顯著的改善;遊走徘徊空間及方向辨識元素的設計可以解決體力消耗及增加社會互動的需求;建築材料及設備可以減少干擾及幻覺產生。以整體而言,多數安養、養護機構的物理環境並不適合照

顧失智老人的需要，甚至因為機構開放空間的設計容易使失智者有走失的情形產生(施麗紅，2003)。經由設計、調整提供具有個別性非機構式的環境，可以顯著改善失智患者的問題行為(高潔純，2004)。

(二) 日常活動安排

Reader 與 Hoeffler(1991)指出護理之家對於失智老人的照護必須有改善環境、日常生活安排、溝通技巧三大指引。安排規律的作息，盡量讓失智患者做他會做的事，以保有失智患者的能力與長處降低依賴性，在安全的前提下降低對失智者的控制，提升患者生活品質是日常生活照顧的主要原則(衛生福利部國民健康署，2017)。Pulsford(1997)將機構適用的治療性活動區分為社交或娛樂性活動、認知治療、感官運動治療三種類別。機構安排適合失智住民參與活動，可以減少失智者問題行為的產生及精神藥物的使用，也有助於提高失智患者的日常生活功能、促進自我表達、社交互動能力，同時也提高照顧者的正向態度(高潔純、林麗嬋，2005)。

(三) 醫療照護

至目前為止，失智症並沒有任何藥物可以阻止病程的進展，但透過藥物及非藥物治療，可以有延緩病程進展及改善疾病症狀的效果。非藥物治療主要目的是透過適合的活動安排，鼓勵患者保持獨立的功能及維持生活自我能力，常見的非藥物治療類型有懷舊治療、音樂治療、藝術治療、認知訓練等(衛生福利部國民健康署，2017)。

第三節 榮譽國民之家對失智症的照顧

一、榮譽國民之家失智床位運用現況

國軍退除役官兵輔導委員會 2020 年 3 月 16 日於立法院第 10 屆第 1 會期的外交及國防委員會業務報告中指出，國軍退除役官兵輔導委員會所屬 16 所榮譽國民之家總床數有 8,521 床，其中安養床 4,995 床、養護床 2,911 床、失智床 575 床。各榮譽國民之家對於失智床位的運用原則是依 2018 年 5 月 29 日修頒之「國軍退除役官兵輔導委員會榮譽國民之家床位運用原則」辦理，其中第四點第三款特別針對

失智程度不同予以不同的安置措施，內容如下：「第一類退除役官兵(榮民)、眷屬及一般民眾經醫院鑑定達中度失智以上者，安置於失智床，屬輕度者，安置於安養床；重度以上且失能者，安置養護床或轉介醫療機構」。由上述規定中可以看出榮譽國民之家對輕度失智且未失能住民的安置是採取安養與輕度失智共同混合居住的模式，當住民失智程度達中度以上則轉介到榮譽國民之家所屬的失智專區，若失智者先達到到失能程度則轉介到養護床照顧。

二、榮譽國民之家住民失智症現況

台灣失智症協會(2016)對臺灣長期照顧機構進行失智症盛行率調查結果發現，臺灣安養機構的失智症盛行率為 24.54%，護理之家為 65.70%，養護機構為 61.17%。為瞭解榮譽國民之家住民失智症盛行率，研究者以新竹榮譽國民之家每半年定期為住民評估認知功能之簡易心智量表(Mini-Mental State Examination; MMSE)統計資料，做為推估榮譽國民之家住民失智症盛行率的依據，2024 年 11 月新竹榮譽國民之家住民有 506 人（安養 330 人、養護 176 人），施測住民 402 人(排除住院及其他因素未施測者)，統計施測資料，粗估心智功能障礙有 123 人（表 2-4）。

表 2-4 新竹榮譽國民之家 2024 年住民認知評估一覽表

新竹榮譽國民之家 2024 年住民認知評估一覽表(單位:人)					
床位別	住民人數	施測人數	正常人數 MMSE 分數	MMSE 分數 異常人數	異常人數 占百分比
安養床	330	261	232	29	11.11%
養護床	176	141	47	94	66.67%
總計	506	402	279	123	30.59%

資料來源：研究者自行整理，取自新竹榮譽國民之家安養護資訊系統(2024)

依上表，統計新竹榮譽國民之家整體住民有認知功能障礙比例達 30.59%，其中養護床住民認知功能障礙人數比例達 66.67%，已超出台灣失智症協會對臺灣長期照顧(養護機構)調查的失智症盛行率 61.17%，新竹榮譽國民之家安養床認知功能障礙人數比例為 11.11%，比台灣長期照顧機構失智症盛行率調查的 24.54%低，此情況應與榮譽國民之家的照顧轉介機制有關(安養床改調至養護堂、護理之家、失智

專區)，當安養床住民有失智精神行為症狀合併喪失部份生活自理能力時，經評估後即可疏轉至養護床照顧，因此安養床認知功能障礙人數比例與一般長期照顧機構相對較低，而養護床認知功能障礙人數比例相對較高，由榮譽國民之家住民認知功能障礙人數比例可以看出，失智症住民的照顧議題，已是各榮譽國民之家極需面對處理的重要課題。

三、失智症的醫療照護模式

目前榮譽國民之家對於失智症住民的醫療照護是以榮民醫療體系做為服務輸送的網絡，國軍退除役官兵輔導委員會整合所屬榮民總醫院、各地區分院及榮譽國民之家的資源，提供三種級別的醫療照護服務模式，敘述如下：

(一) 第一級醫療照護

由全國 16 所榮譽國民之家組成，各榮譽國民之家設有安養床及養護床，未失能的輕度失智住民與一般安養住民共同居住，榮譽國民之家為提供失智住民安置照顧服務的執行機構；其中 7 所榮譽國民之家設有失智專區，失智專區採團體家屋的照護環境，提供家庭化及個別化的照護模式，滿足中度失智還尚未失能住民的照護需求，並於佳里榮譽國民之家設立「失智照護教學研究專區」提供失智症專業的醫療照護服務。「失智照護教學研究專區」將失智床位區分為輕度失智、中度失智、中重度失智等三種類別，透過環境的設計、非藥物性治療、跨專業處遇、失智照護教學研究等照護策略，提供失智症住民專業的醫療照護服務(國軍退除役官兵輔導委員會，2020)。

(二) 第二級醫療照護

由全國 12 家榮民總醫院地區分院組成，負責支援各地區榮譽國民之家失智症住民的醫療照護服務，如失智症評估診斷、醫療門診、急重症住院、轉介、慢性病療護等服務；另外各地區分院也會定期辦理失智症照顧教育訓練課程，以增加照顧者照顧知識及技能(邱奕綺等，2012)。

(三) 第三級醫療照護

由全國北、中、南 3 家榮民總醫院組成，榮民總醫院除了是提供全民醫療

服務的公立醫院外，也是具有醫療、教學、研究功能的醫學中心，在榮民醫療體系中負責支援各地區分院的醫療資源及師資培訓，並接受地區分院的急重症醫療轉院(診)，並設立高齡醫療門診整合醫療服務，提供失智症患者完善的醫療照護服務(邱奕綺等，2012)。

四、失智症的照顧措施

從榮譽國民之家失智床位的運用現況可以看出，輕度失智安養住民與一般健康住民混合居住，意謂著輕度失智安養住民的生活照顧環境、措施與一般健康的住民沒有差別。失智症的照顧有別於失能者，也因為照顧需求的特殊性，導致失智症患者被送至機構安置，在國內外針對失智症患者入住機構原因有關的研究中指出，失智症患者的精神行為症狀、生活照顧依賴、照顧者的照顧負擔為影響照顧者將失智長者安置至機構的關鍵主因，而照顧者對於選擇失智長者入住機構主要的考慮指標有舒適安全的環境、專業的服務照顧、服務口碑等(施麗紅，2016)。機構能否回應及滿足失智長者及家屬的照護需求?這些可能是機構首先要考慮到的面向。

對於失智症的安養照護模式葉瓊燁等(2010)提出下列看法，可以做為長期照顧機構發展失智症安養照護的參考：

- (一) 混合居住易產生干擾，應設計符合失智照護需求的環境，如安全的活動環境、情境的生活空間、有隱私的個人生活空間等。
- (二) 失智住民參與生活及照護決定，如擁有生活決定權、依照喜好佈置個人房間等個別化照顧。
- (三) 社區化的照護環境，設置公園、咖啡廳等擬社區生活空間，若有空間的考量可善用社區資源，做為發展的方向。
- (四) 志工參與，運用社區志工提供關懷服務，協助居家生活環境整理等事項。

目前臺灣失智症機構式的照護模式仍處於萌芽階段，如何提供失智者有尊嚴、有品質，保有獨立性的生活功能，達到滿足失智者個別化的需求，將會是榮譽國民之家繼續努力的方向。

第四節 失智症知識、照顧態度與照顧自我效能關聯性之探討

一、失智症知識

台灣失智症協會在 2005 年對台灣的失智症政策提出建言及呼籲中指出，國內民眾、醫療及社會福利機構及長期照護系統對於失智症知識有認識不足的情況，導致失智症患者未能及時接受治療，家庭照顧者的負荷難以紓解，此情況也造成機構對失智症住民服務品質的低落；建議國內需對長期照顧機構、居家服務工作人員辦理失智症照護訓練，提升失智症患者的生活品質，得到人性化的照顧，長期照顧機構可以學習成長進步，照顧家屬也能藉此得到喘息的機會(陳榮基等，2005)。為增加照顧專業人力失智症相關知能，衛生福利部 2017 年訂定「長期照顧服務人員訓練認證繼續教育及登錄辦法」規定照顧服務員需接受「失智症照顧服務 20 小時訓練課程」後才能照顧失智症患者(薛瑞元，2019)。實務上，「長期照顧服務人員訓練認證繼續教育及登錄辦法」僅針對有考取照顧服務員技術士證照的人員，未能擴及一般領取照顧服務員訓練結業證書的照服員，以目前長期照顧機構照服員持有技術士證照比例並不高的情況，欲藉此提升照服員失智症知識提升照服品質其效果仍相當有限。

整理國內機構照服員對失智症知識的相關研究，發現國內目前針對機構照服員對於失智症知識的相關研究仍相對缺乏，大多以家庭照顧者、護理專業人員、照服員為對象，以研究對象為區分相關敘述如下：

(一) 家庭照顧者

林敬程(1999)在針對 110 對失智老人及家庭照顧者的負荷及支持性服務之研究中指出，家庭照顧者的支持性需求以經濟層面及資訊層面需求最高，當失智者問題行為發生頻率越高照顧者的資訊需求程度就會越高；家庭照顧者的資訊需求與教育程度成正相關(教育程度越高需求越高)，年齡成負相關(年紀越輕需求程度越高)。江音芳(2016)研究使用失智老人居家服務的 58 位家庭照顧者認為自己對於失智照顧知識足夠、還好的有 75.9%，認為不足夠的 24.1%；認為自己照顧

技巧足夠、還好的有 79%，認為不足夠的有 21%。蕭雅玲(2020)研究台北市大同區 133 位失智老人家庭照顧者的支持性服務需求指出，對於家庭照顧者的支持性服務以經濟需求支持為主，其次才為資訊需求的支持；研究分析中指出家庭照顧者資訊層面的需求與老人的失智程度成負相關，表示失智程度越輕，照顧者的資訊需求越高；研究也指出有 56%的家庭照顧者表示不需要資訊支持服務，44%表示有需求。張宜霖(2018)對 8 位照護失智老人家庭主要照顧者的照護困境與照護需求的研究中指出：家庭照顧者照護失智老人其所需的學習需求以照護失智者的經驗交流最多，其次為照護技能；對於所需的照護支持以照護技能最為需要。依上述的研究分析可知照顧失智老人的家庭照顧者對於照顧的支持以經濟支持的需求最高，資訊需求其次；由此推估家庭照顧者自己認為對於失智症知識的程度相對較高，故支持的需求較少。

(二) 專業照護人員

王佩琮(2014)以韋淑玲、蔡芸芳(2002)調查花蓮地區民眾對於老人失智症知識及態度的研究工具調查 258 位臨床護理人員的失智症照護知識，分析比較後發現護理人員對於失智症的知識相對比一般民眾高，研究調查指出教育程度較高者其失智症知識程度也相對較高。林冠余(2015)針對大台北地區長期照顧機構護理師及本國籍照服員各 122 人對於重度失智症緩和知識和態度研究中發現，照護認知(知識)與教育程度、照顧經驗、在職教育訓練、工作年資等有顯著的正相關。謝瑞玲(2017)對護理之家 49 位護理人員、58 位本國籍照服員研究對於失智症老人的行為與精神症狀問題處理能力及照顧準備度的調查中得知照護人員對失智症老人的行為與精神症狀擁有比家庭照顧者有較高的問題處理能力及照顧準備度，包括疾病的知識與照顧技巧及提供醫療照顧上的需求等。黃家盈(2018)調查台中地區 14 所機構 96 位護理人員對於處理失智者精神行為症狀知識的研究中指出有照顧經驗及參與在職訓練課程可提升對失智症照護的知識。從上述的研究中可推估專業照護人員因工作經驗及專業訓練的關係，故對於失智症的知識有相對較高的程度。

(三) 照服員

趙淑員等(2004)調查台灣北部 8 家長照機構 177 位照顧服務員對失智症老人之照顧知識、行為與精神症狀之處理態度與自我效能探討研究發現，本國籍照服員在知識層面顯著高於外國籍照服員。蘇信鳳等(2018)以台灣東部 212 位居家照顧服務員為對象探討其失智症照顧知識、態度及自覺照顧能力的研究中顯示，居服員的照顧知識有中等程度，年齡越大的居服員失智症照顧知識程度越低，六成多的居服員曾接受過失智症課程；居服員對失智症患的失智症精神行為症狀、病因及溝通能力等認知程度較低。齊于箴等(2017)在調查 271 位機構照服員有關失智症照護知識及態度的研究中指出：長照機構照服員對失智症照護知識尚足夠，進一步分析比較機構照服員失智症知識發現，長照機構照服員失智症的知識程度顯著高於護理之家照服員；親友中有失智症、曾受過失智症教育或在職訓練者，其失智症照護知識顯著較高；失智症知識程度越高者其照護態度越正向。曾鈺婷(2018)對 133 位長照機構護理之家外籍照服員及 179 位居家外籍看護工的失智症認知與照顧服務態度進行研究，發現居家外籍看護工的失智症認知程度比機構護理之家的程度更高，可能原因為入住機構失智者已失能，照顧重點在於生理上的照顧所致，對失智症認知程度又以印尼籍最高；也發現外籍照服員、看護工，其年齡、教育程度、教育訓練、工作經驗等與失智症的知識無顯著相關，與一般對失智症認知的研究結果為正相關並不一致，此部分並未有進一步的相關研究分析說明。整理國內機構照服員對失智症知識的相關研究如下表(表 2-5)：

表 2-5 失智症知識相關研究一覽表

研究者	對象	方法	研究發現
林敬程 (1999)	110 對失智老人與家庭照顧者	問卷調查法	1. 家庭照顧者的支持性需求以經濟層面及資訊層面需求最高。 2. 家庭照顧者的資訊需求與教育程度程正相關，與年齡為負相關。 3. 失智者問題行為發生頻率越高，照顧者的資訊需求程度就會越高。
韋淑玲 蔡芸芳	花蓮地區 200 位一般	問卷調查法	1. 對一般民眾失智症知識測驗平均有 73.22%的答對率，達中等以上的程度。

(2002)	民眾		2. 曾接受衛教課程及教育程度較高者，失智症知識平均得分較高，在統計上有顯著差異。
王佩琮 (2014)	臨床護理人員 258 位	問卷調查法	1. 受測臨床護理人員的失智症知識測驗答對率平均為 84.78%，知識與民眾相比較有較高程度。 2. 失智症知識與個人基本屬性分組比較皆無顯著差異。
林冠余 (2015)	大台北地區長期照顧機構護理師及本國籍照服員各 122 人	問卷調查法	1. 受測照護人員的失智症知識測驗平均答對率為 62.3%，顯示照護人員的失智症知識仍需再加強。 2. 照護知識與教育程度、照顧經驗、在職教育訓練、工作年資等有顯著的正相關。
江音芳 (2016)	使用失智老人居家服務的 58 位家庭照顧者	問卷調查法	1. 認為自己對於照顧知識足夠、還好的有 75.9%，認為不足夠的 24.1%。 2. 家庭照顧者以高齡女性居多，關係以配偶為多數。
齊于箴等 (2017)	臺北市、新北市長照機構照服員 271 人	問卷調查法	1. 照服員失智症知識尚足夠，其中以失智症的定義、病程發展、日常生活照顧等知識較為不足。 2. 長期照顧機構照服員失智症的知識程度顯著比護理之家的照服員高。 3. 親友中有失智症患者、曾參加過失智症教育訓練課程之照服員失智症知識程度顯著較高。
蔡月雲 (2017)	對一般民眾 916 人以網路問卷方式施測	問卷調查法	1. 受訪民眾整體失智症知識平均得分率為 72%，達中等水準。 2. 一般民眾失智症知識程度與教育程度呈現正相關，與年齡呈現負相關；住市區民眾知識程度比住郊區的民眾高。
謝瑞玲 (2017)	護理之家 49 位護理人員、58 位本國籍照服員	問卷調查法	護理之家照護人員對失智症老人的精神行為症狀處理能力及照顧準備比家庭照顧者優異，包含疾病的知識、照顧技巧、醫療照顧需求的提供等。
蘇信鳳等 (2018)	臺灣東部 212 位本國籍居服員	問卷調查法	1. 居服員失智照顧知識平均分為 100 分之 59.6 分，為中等程度。 2. 年齡與失智症照顧知識呈現顯著負相關。 3. 受測居服員有三成多未接受過失智症訓練課程，接受過失智症課程者時數亦偏低。
黃家盈 (2018)	臺中地區 14 所長照機構、護理之家，96 位護理人員	問卷調查法	1. 受測護理人員失智症知識測驗平均答對率 89%，顯示護理人員照護知識尚足夠。 2. 失智症知識程度與照顧經驗及是否接受過失智症訓練課程有顯著正相關。
曾鈺婷 (2019)	護理之家外籍照服員 133 人，外籍居家看護	問卷調查法	1. 外籍照服員、看護工失智症知識整體平均達對率為 71.67%，以失智症定義、日常生活照顧、精神行為問題因應等層面平均分較低。 2. 外籍照服員、看護工失智症知識會因國籍不同、工作

	工 179 人		場所不同有顯著差異。 3. 居家外籍看護工失智症知識程度顯著高於護理之家；國籍以印尼籍失智症知識程度最高，菲律賓次之，最低為越南籍。
張宜霖 (2019)	8 位失智老人家庭照顧者	深度訪談法	1. 家庭照顧者照護失智老人其所需的學習需求以照護失智者的經驗交流最多，其次為照護技能。 2. 家庭照顧者對於所需的照護支持以照護技能最高。
蕭雅玲 (2020)	133 位失智老人家庭照顧者	問卷調查法	1. 對於家庭照顧者的支持性服務以經濟需求支持為主，資訊需求支持次之。 2. 家庭照顧者資訊層面的需求與老人的失智程度成負相關，失智程度越輕，照顧者的資訊需求越高 3. 有 56% 的家庭照顧者表示不需要資訊支持服務，44% 表示有需求。

資料來源:研究者自行整理

總結上述的研究分析可以得知，不論是家庭照顧者、專業照護人員、機構(居家)照服員或者是外籍看護工，都會有面臨照護失智症老人的情形，因此對於失智症照護的知識及需求就有其必要。綜合上述各研究實證，各照護人員中專業護理師對於失智症擁有較高的認知程度，可能原因為護理師養成教育時間長、專業訓練充足及工作經驗等背景因素居多。對於家庭照顧者的研究目前主要仍以照顧者的負荷及支持需求為導向，據研究顯示家庭照顧者對於資訊支持需求不高的主因可能為家人情感因素且又瞭解彼此需求及熟悉照顧方法，加上失智症照顧相關資訊取得容易，以致家庭照顧者對於照顧失智症資訊的支持需求度不高。目前照服員的養成訓練課程中僅有 2 小時的失智症介紹課程，對於失智症照顧的瞭解相當有限，照服員對於失智症患者的生活照顧及精神症狀行為因應等照顧方法僅能在工作經驗及在職訓練中獲得；依據上述研究可知機構照服員對於失智症的認知程度尚足夠，以同性質場域比較，安養、養護機構照服員對失智症認知程度高於護理之家，以國籍區分，臺籍照服員對失智症的認知程度高於外籍照服員；上述研究也指出外籍看護工、照服員對失智症認知程度與年齡、教育程度、教育訓練、工作經驗並無相關，此部分可為再深入研究之議題。

二、照顧態度

以心理學的角度來看，態度是人在環境中對於某種人、事、物產生的反應傾向，

是由認知、情感及行為等三種因素構成(顏慶祥, 1994)。張春興(1991)則認為態度是指個人對周遭人、事、物產生的認知及好惡表現出具有持久且一致的行為傾向。Robbins(1993)指出態度是個人對人、事、物產生的感受,產生正面或反面的評價。Rosenberg and Hovland(1960)提出態度三成份的理論概念,指出態度是由情感、認知、行為三種成份所組成。Fishbein(1967)指出態度是指人類的一種學習傾向,是個體對單一或一群事物、觀念正面的或負面的反應。Hodgetts and Altman(1979)則認為態度除了主觀情感要素,還包括客觀認知及行為要素,認知為個人對某事物的理解與信念,情感為態度中情緒或感受的層面,行為是有意圖對特定人事物所展現的行為傾向,認知、情感、行為傾向這三要素是互相糾結、密不可分的。綜合各學者對於態度的看法做為本研究的理論依據,本研究以態度是個體對某一個人、事、物的認知、情感及行為傾向的反應為研究定義。

學者 Fishbein and Ajzen (1975)提出理性行為理論,它主要是用來說明態度是如何影響個人行為的過程,理性行為理論架構說明個人的理性行為會受行為的行動傾向所影響,而行為意圖由行為態度與個人主觀規範所共同決定(洪榮昭、傅惠筠, 2012)。學者 Ajzen(1985)提出計畫行為理論 (Theory of Planned Behavior, TPB), 主要是修正理性行為理論忽略外在影響個人控制因素的部分,增加個人對外在環境控制能力變項,計畫行為理論指出,行為由行動傾向決定,而行動傾向由個人行為態度、個人主觀規範及個人行為控制認知三個變項共同決定。此理論常用來說明態度與行為的關聯,當行為態度愈正向則行動傾向程度就會越高,當行動傾向越高,則實現該行為的可能性就會越高,反之,當行動傾向程度越低,則實現該行為可能性就會越低(侯君穎, 2013)。態度為各研究常用來評估個人行為傾向強度及分析態度與行為之間的相關因素,因此,失智症的照顧態度可以解釋為照護者在對失智症患者照護時產生的感受、情緒及行為等反應(Yamamoto-Mitani et al, 2000)。

國內環境行為學者楊冠政(1998)以知識—態度—行為模式做為瞭解影響環境行為因素的理論基礎,此模式是由知識、態度、行為三者以線型模式構成的模型(圖 2-3),也就是說人的知識會影響態度,而態度會進一步影響行為。國內外學者常以

KAP 理論 (knowledge, attitude and practice) 即知識、態度、行為理論應用於健康照顧及醫護領域的研究上，國內多篇的研究指出多教導正確的知識，有助於預防行為的產生，當有正確的知識、態度，才能形成正當的行為(黃安琦等，2020)。



圖 2-3 知識—態度—行為模型圖

資料來源：引自楊冠政(1998)

整理國內對於失智症照顧態度有關的文獻發現，不論是護理人員、照顧服務員還是一般民眾，對於照顧失智症的態度都是介於中立偏正向，大部份的研究均顯示個人背景與照顧態度無顯著的關聯，但部份研究顯示教育訓練、工作屬性會產生正向的關聯。另外分析國內專業照護人員失智症知識與照顧態度關聯性的研究發現，其研究結果為無顯著關聯居多。如下表(表 2-6):

表 2-6 失智症照顧態度相關研究一覽表

研究者	研究對象	研究發現
韋淑玲 蔡芸芳 (2002)	一般民眾	1. 民眾面對失智症的態度為中立偏正向。 2. 研究對象基本屬性與失智症態度無顯著差異。 3. 失智症知識與態度無顯著相關。
蔡月雲 (2017)	一般民眾	1. 對失智症患者的接納態度偏正向，但對於如何協助或照顧，普遍覺得受挫或不知所措。 2. 失智症知識與態度有顯著正相關。 3. 有照顧經驗及有參加過失智症教育宣導的民眾態度較正向。
黃家盈 (2018)	長照機構 護理人員	1. 護理人員對於失智患者的照顧態度中立偏正向。 2. 失智症的知識與照護態度無顯著相關。 3. 有照顧過失智症親友的護理師其照護態度顯著高於沒有照顧經驗者。
林冠余 (2015)	長照機構 護理師 照服員	1. 照護人員對於重度失智患者緩和照顧態度為中立偏正向。 2. 照護人員對於重度失智緩和知識與照顧態度無顯著相關。 3. 年資、工作屬性、在職訓練等基本屬性和照顧態度有顯著正相關；護理之家照護人員的照護態度高於失智型照護人員。
齊于箴等 (2017)	長照機構 照服員	1. 照服員失智症照護態度為中立偏正向。 2. 失智症知識與照護態度有顯著正相關。 3. 基本屬性和照護態度無顯著相關。
蘇信鳳等 (2018)	居服員	1. 居服員對失智患者有中等正向的照顧態度。 2. 失智症知識與照護態度無顯著相關。

		3. 有技術士證照及接受過失智症照顧課程之居服員，其照顧態度較為正向。
曾鈺婷 (2019)	外籍照服員、外籍看護工	1. 外籍照服員及看護工對失智症照顧態度中立偏正向。 2. 失智症知識與照護態度有顯著正相關。 3. 照顧態度會因國籍、年齡不同有顯著差異；國籍以越南籍最佳，33歲以上年齡與照顧態度成正相關。
洪子涵 (2013)	社區志工	1. 志工對於失智症患者的態度中立偏正向。 2. 接觸過失智症患者及接受過失智症相關訓練課程的志工，對失智症患者有顯著的正向態度，但對於照顧失智症患者的態度則偏負向，覺得照顧失智症患者是有困難的。

資料來源：研究者自行整理

三、照顧自我效能

自我效能(self-efficacy)的概念源自於社會學習理論，學者 Bandura(1977)指出，自我效能是指個體對於自己能否完成任務或達成目標的能力和信念。Hackett and Betz(1981)則將自我效能的概念引用在個體的生涯決定上，是指個體在生涯發展的過程中，對於自己能否完成生涯目標的評估。Roth(1985)認為自我效能是學習活動的過程中，學習者為達到預期結果對自身能力的察覺。1986年 Bandura 提出交互決定論(reciprocal interactions)，認為人的功能運作受行為、環境與個體三個層面影響。三者的相互關係和作用為環境影響行為(潛在因素)，個體和環境交互影響行為，強調自我效能是一種交互決定的過程，與個體的判斷力與情境有關，並非指個體擁有的能力。張春興(1991)認為自我效能是個體對自己的工作能力及達成工作程度的主觀評價。Peterson(1993)認為自我效能是指個人對於被賦予的任務或行為，在面臨阻礙或者在負面經驗的情境下，其能力可以去克服及完成的信念。Bandura (1997)認為自我效能會受個體認知(cognition)、動機(motivation)、心情或情感(mood or affect)三個面向的影響，自我效能除了是執行行為外，還包括個體要有自覺性的調整思考、動機、情感狀態和社會生理狀態的能力，同時也指出自我效能可以是行為的預測因子。李旻樺、林清文(2003)認為自我效能是在特定情境中，個人對於自己能否完成某項工作，亦即個人認為自己擁有多少能力的信念。陳龍潔(2020)認為自我效能是個體對於自身知識、經驗、技術、整體能力的評估後，主觀的認為能夠克服困難，達成特定目標的能耐。綜合上述文獻回顧，本研究的自我效能是針對

照顧者對於失智症照顧的自我效能，在定義上的解釋與陳龍潔(2020)所述較為符合。

吳淑芳等(2006)在病人自我效能增進方案的研究中指出個人效能、行為與成果之間的關係，具有高度自我效能的人可經由成功的經驗提升執行能力，有正向的期望及自我評值，低自我效能的人則預期自己會失敗，缺乏接受挑戰的信心，也缺少行動力。李尹暘、林麗君(2008)在醫病信任及病人自我照顧效能的研究中指出，病人的自我照顧效能可以正向的影響個人健康管理與行為。黃玉玲(2011)研究指出護理人員的照顧自我效能越高，專業承諾、工作滿意度就會越高，而工作壓力會越小。自我效能較常被運用在教育領域的學術研究上，在社會工作相關的研究仍相對有限(沈慶盈，2007)，從過去國內少數的失智症照顧自我效能研究中可以發現，照護人員的照顧自我效能會受個人特質、過去工作經驗、環境等因素影響，其與個人背景的關聯會有不一致的結果，如教育程度、教育訓練、工作經驗與自我效能會有正向關聯；其次，分析過去失智症知識與照顧自我效能的關聯性研究，並無一致性的結果。國內對失智症照顧態度與照顧自我效能的研究相當有限，研究結果呈現正向的關聯，也就是說照顧態度越正向，則照顧自我效能越佳。整理國內與失智症照顧自我效能有關的研究發現如下表(表 2-7)：

表 2-7 失智症照顧自我效能相關研究一覽表

研究者	研究對象	研究發現
王珮琮 (2014)	護理人員	於精神科工作、工作年資 12 年至 18 年對失智症患者異常行為處理的自我效能較高，推測可能原因為一般病房護理人員較缺乏照顧失智症患者的知識，易有挫折、無力感。
謝瑞玲 (2017)	長照機構 護理師 照服員	1. 整體照護人員對於處理失智症住民精神症狀行為的自我感覺是有信心的。 2. 教育程度越高者在處理失智症住民的行為與精神症狀的自我效能有較佳的自信心。 3. 照護人員對失智症老人的問題處理能力、照顧準備度、及自我效能三項變項之間有中等以上程度的正相關
黃家盈 (2018)	長照機構 護理人員	1. 對於失智症患者的照顧知識、態度與自我效能成顯著正相關。 2. 曾參與課程、研習或培訓者及有照顧失智症親友經驗者，在照護的自我效能均較為正面。
蘇信鳳等 (2018)	居服員	1. 居服員對失智患者有中等以上的照顧自我效能，但較欠缺失智者精神行為症狀處理、溝通、活動設計安排的知識與技巧

		的能力。 2. 居服員失智症照顧自覺能力與照顧態度有顯著正相關；但與知識無顯著相關。 3. 年齡與自覺照顧能力呈現顯著正相關。
--	--	---

資料來源：研究者自行整理

第三章 研究方法

本研究採橫斷面式的問卷調查法，以國軍退除役官兵輔導委員會下轄的榮譽國民之家照服員為研究對象，主要在探討榮民之家照服員對失智症知識、照顧態度及照顧自我效能的影響與關聯。本章共分為六節，第一節為研究設計與假設；第二節為研究對象；第三節為研究工具；第四節為資料分析與處理；第五節為研究倫理；以下針對各節說明。

第一節 研究設計與假設

本研究為依據研究目地、待答問題、文獻探討等所擬定的量性研究，研究架構分為四個部分：背景變項、失智症知識、照顧態度、照顧自我效能。研究過程首先統計分析榮民之家照服員背景變項，而後探究照顧服務員的失智症知識、照顧態度、照顧自我效能不同背景變項(性別、年齡、原屬國籍、教育程度、技術士證照、工作屬性、服務年資、陪伴經驗、在職訓練、收入開銷比重)之間的差異。其次，分析失智症知識、照顧態度、照顧自我效能的程度及三者之間的關聯。研究架構圖如下圖(圖 3-1)：

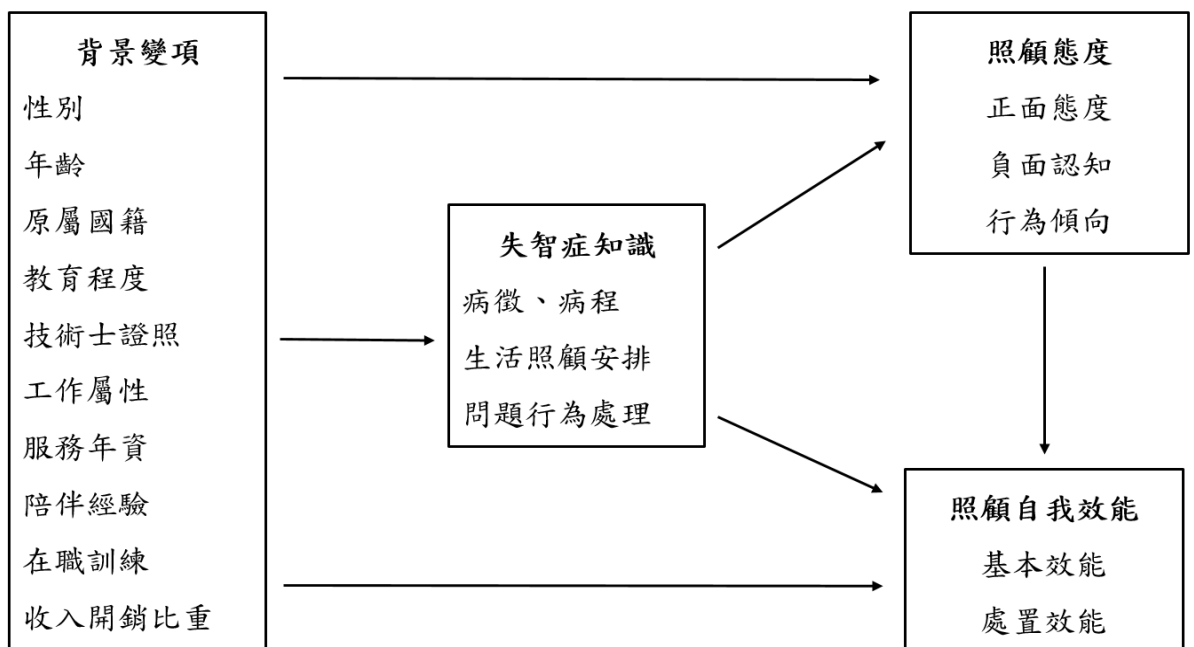


圖 3-1 研究架構圖

依據研究問題、文獻探與研究架構探討的結果，本研究擬定下列研究假設：

假設一：照服員對失智者的照顧自我效能會因背景不同而有顯著差異。

假設 1-1 照服員的照顧自我效能會因性別的不同有顯著差異。

假設 1-2 照服員的照顧自我效能與年齡有顯著的關聯。

假設 1-3 照服員的照顧自我效能會因原屬國籍的不同有顯著差異。

假設 1-4 照服員的照顧自我效能會因教育程度的不同有顯著差異。

假設 1-5 照服員的照顧自我效能會因是否具有技術士證照有顯著差異。

假設 1-6 照服員的照顧自我效能會因工作屬性的不同有顯著差異。

假設 1-7 照服員的照顧自我效能與年資有顯著的關聯。

假設 1-8 照服員的照顧自我效能會因擔任照服員之前是否有陪伴失智患者的經驗有顯著差異。

假設 1-9 照服員的照顧自我效能會因到職後是否接受過失智症照顧訓練課程有顯著差異。

假設 1-10 照服員的照顧自我效能會因收入佔家庭開銷比重的不同有顯著差異。

假設二：照服員對失智者的照顧自我效能與失智症的知識程度有關。

假設 2-1 照服員的照顧自我效能與失智症的知識程度(失智症病徵、病程)有關。

假設 2-2 照服員的照顧自我效能與失智症的知識程度(生活照顧安排)有關。

假設 2-3 照服員的照顧自我效能與失智症的知識程度(問題行為處理)有關。

假設三：照服員對失智者的照顧態度會因背景的不同而有顯著差異。

假設 3-1 照服員的照顧態度會因性別的不同有顯著差異。

假設 3-2 照服員的照顧態度與年齡有顯著的關聯。

假設 3-3 照服員的照顧態度會因原屬國籍的不同有顯著差異。

假設 3-4 照服員的照顧態度會因教育程度的不同有顯著差異。

假設 3-5 照服員的照顧態度會因是否具有技術士證照有顯著差異。

假設 3-6 照服員的照顧態度會因工作屬性的不同有顯著差異。

假設 3-7 照服員的照顧態度與年資有顯著的關聯。

假設 3-8 照服員的照顧態度會因擔任照服員之前是否有陪伴失智患者的經驗有顯著差異。

假設 3-9 照服員的照顧態度會因到職後是否曾接受過失智症照顧訓練課程有顯著差異。

假設 3-10 照服員的照顧態度會因收入做為家庭開銷比重的不同有顯著差異。

假設四：照服員對失智者的照顧態度與失智症知識程度有關。

假設 4-1 照服員的照顧態度與失智症知識(失智症病徵、病程)有關。

假設 4-2 照服員的照顧態度與失智症知識(生活照顧安排)有關。

假設 4-3 照服員的照顧態度與失智症知識(問題行為處理)有關。

假設五：照服員的失智症知識程度會因背景不同而有顯著差異。

假設 5-1 照服員的失智症知識程度會因性別的不同有顯著差異。

假設 5-2 照服員的失智症知識程度與年齡有顯著的關聯。

假設 5-3 照服員的失智症知識程度會因原屬國籍的不同有顯著差異。

假設 5-4 照服員的失智症知識程度會因教育程度的不同有顯著差異。

假設 5-5 照服員的失智症知識程度會因是否具有技術士證照有顯著差異。

假設 5-6 照服員的失智症知識程度會因工作屬性的不同有顯著差異。

假設 5-7 照服員的失智症知識程度會與年資有顯著的關聯。

假設 5-8 照服員的失智症知識程度會因擔任照服員之前是否曾有陪伴失智患者的經驗有顯著差異。

假設 5-9 照服員的失智症知識程度會因到職後是否接受過失智照顧在職訓練有顯著差異。

假設 5-10 照服員的失智症知識程度會因收入做為家庭開銷比重的不同有顯著差異。

假設六：照服員對失智者照顧的照顧自我效能與照顧態度有關。

假設 6-1 照服員的照顧自我效能(基本效能)與照顧態度(正面態度)有關。

假設 6-2 照服員的照顧自我效能(基本效能)與照顧態度(負面認知)有關。

假設 6-3 照服員的照顧自我效能(基本效能)與照顧態度(行為傾向)有關。

假設 6-4 照服員的照顧自我效能(處置效能)與照顧態度(正面態度)有關。

假設 6-5 照服員的照顧自我效能(處置效能)與照顧態度(負面認知)有關。

假設 6-6 照服員的照顧自我效能(處置效能)與照顧態度(行為傾向)有關。

第二節 研究對象與抽樣方法

本研究以退除役官兵輔導委員會下轄之臺北榮家、板橋榮家、桃園榮家、八德榮家、新竹榮家等五所榮譽國民之家安養堂、養護堂、失智專區的照服員為研究母群體。考量各榮家照服員有身分別(編制內及勞務委外)的不同，基於環境因素的各種考量，本研究以上述五所榮民之家勞務委外承攬的照服員為研究對象，各榮家照服員人數如下表(表 3-1)：

表 3-1 北台灣榮譽國民之家勞務委外照服員人數一覽表(2020 年)

機構名稱	安養堂	養護堂(含失智專區)	總計
台北榮家	18	100	118
板橋榮家	43	130	173
桃園榮家	46	80	126
八德榮家	90	15	105
新竹榮家	40	59	99
合計	237	384	621

資料來源:研究者自行整理

本研究問卷調查以普查方式實施，委託各榮民之家勞務委外廠商協助發放與回收問卷，共發出 621 份問卷，共計回收 520 份問卷，回收率 83.74%。經研究者剔除填答不完整或明顯可判斷填答不實之無效問卷後，剩餘有效問卷 458 份，問卷回收可用率為 88.08%。

一、樣本分析

本節以有效樣本問卷的背景變項進行次數分配、百分比統計分析，以瞭解本研究受測對象背景特質。

(一)性別

分析受測照服員性別，其中男性有 54 人，佔有效樣本 11.8%；女性有 404 人，

佔有效樣本 88.2%(表 3-2)，照服員仍以女性為主。

表 3-2 照服員性別分佈

		次數分配表	百分比
性別	男	54	11.8
	女	404	88.2
	總計	458	100.0

(二)年齡

依年齡直方圖 (圖 3-2)顯示，照服員年齡大多分佈於 50 歲至 65 歲之間佔全體 67%，此分佈與我國 2020 年核心勞動力年齡 35 歲至 44 歲之間(中數 40 歲)比較(國家發展委員會，2021)，榮民之家照服員平均年齡(56.6 歲)與我國核心勞動力年齡偏高約 17 歲；我國 2020 年 55 歲以上的勞動參與率佔整體勞動比率的 16.6%(國家發展委員會，2021)，榮民之家照服員 55 歲以上佔整體照服員的 60.7%，兩者相差 44.1%(表 3-3-1)，由此顯示榮譽國民之家照服員的高齡化已相當嚴重。

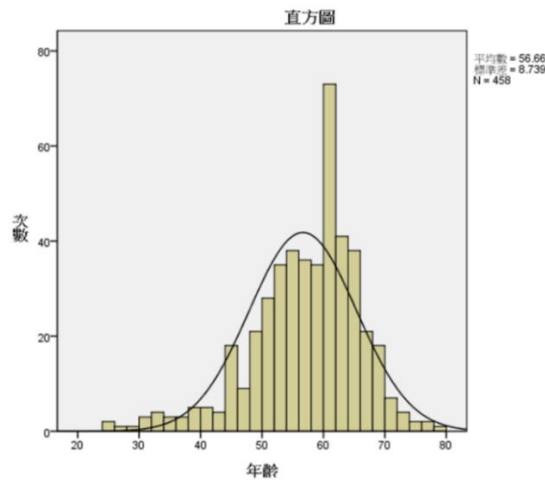


圖 3-2 照服員年齡直方圖

受測照服員平均年齡為 56.66 歲，最小為 25 歲，最大為 78 歲(表 3-3)。

表 3-3 照服員年齡分配表

	N	最小值	最大值	平均值	標準差	偏態	峰度
年齡(歲)	458	25	78	56.66	8.739	-.846	1.195

表 3-3-1 照服員年齡 55 歲以上次數分配表

年齡	百分比	累積百分比
50 歲以下	21.0%	21.0%(25-50 歲)
50 歲-65 歲	67.0%	88.0%(25-65 歲)
55 歲以上	60.7%	39.3%(25-55 歲)

(三)原屬國籍

分析受測照服員原屬國籍，原屬國籍為中華民國有 298 人，佔有效樣本 65.1%；原屬國籍為大陸地區有 155 人，佔有效樣本 33.8%；原屬國籍為越南有 3 人，佔有效樣本 0.7%；原屬國籍為其他地區有 2 人，佔有效樣本 0.4%(表 3-4)，顯示照服員以本國籍為主，其次為大陸籍。

表 3-4 照服員原屬國籍分佈

		次數分配表	百分比
原屬國籍	中華民國	298	65.1
	大陸地區	155	33.8
	越南	3	0.7
	其他國家	2	0.4
	總計	458	100.0

照服員原屬國籍各組樣本數差距過大，為避免產生偏誤將越南籍及其他國籍 2 組與大陸地區合併，合併後組別重新命名為本國籍與非本國籍 2 組，合併後原屬國籍次數分配如下表(表 3-4-1)，本國籍有 298 人，佔有效樣本 65.1%；非本國籍 160 人，佔有效樣本 34.9%，由此可看出榮民之家照服員仍以本國籍佔多數。

表 3-4-1 照服員原屬國籍分佈(合併後)

		次數分配表	百分比
原屬國籍	本國籍	298	65.1
	非本國籍	160	34.9
	總計	458	100.0

(四)教育程度

分析受測照服員教育程度，國中(含)以下有 208 人，佔有效樣本 45.4%；高中(職)有 185 人，佔有效樣本 40.4%；專科有 32 人，佔有效樣本 7.0%；大學以上有 33 人，佔有效樣本 7.2%(表 3-5)。

表 3-5 照服員教育程度分佈

		次數分配表	百分比
教育程度	國中(含)以下	208	45.4
	高中(職)	185	40.4
	專科	32	7.0
	大學以上	33	7.2
總計		458	100.0

如表 3-5 所示，照服員教育程度各組樣本數差距過大，為避免產生分析偏誤，將專科及大學以上 2 組合併，合併後區分為國中(含)以上、高中(職)、專科(含)以上 3 組，合併後教育程度次數分配如下表(表 3-5-1)，國中(含)以下有 208 人，佔有效樣本 45.4%；高中(職)有 185 人，佔有效樣本 40.4%；專科(含)以上有 65 人，佔有效樣本 14.2%，由此表顯示照服員教育程度普遍不高，以國中以下為多數，高中(職)其次。

表 3-5-1 照服員教育程度分佈(合併後)

		次數分配表	百分比
教育程度	國中(含)以下	208	45.4
	高中(職)	185	40.4
	專科(含)以上	65	14.2
	總計	458	100.0

交叉分析原屬國籍與教育程度得知(表 3-5-2)，照服員原屬國籍為本國籍的教育程度以高中(職)最多佔 44.3%，非本國籍照服員教育程度以國中(含)以下最多佔 62.5%，很明顯的原屬國籍為本國籍照服員的教育程度高於非本國籍。

表 3-5-2 照服員原屬國籍及教育程度交叉分析表

			原屬國籍		總和
			本國籍	非本國籍	
教育程度	國中(含)以下	個數	108	100	208
		在原屬國籍之內的	36.2%	62.5%	45.4%
	高中(職)	個數	132	53	185
		在原屬國籍之內的	44.3%	33.1%	40.4%
	專科(含)以上	個數	58	7	65
		在原屬國籍之內的	19.5%	4.4%	14.2%
總和		個數	298	160	458
		在原屬國籍之內的	100%	100%	100%

(五)技術士證照

分析受測照服員是否有單一級技術士證照，有技術士證照 60 人，佔有效樣本 13.1%；沒有技術士證照 398 人，佔有效樣本 86.9%(表 3-6)，榮民之家照服員有技術士證照比例甚低僅 13.1%，研究者推估可能為機構缺乏誘使照服員考取證照的誘因及激勵，況且目前照服員年齡偏高且學歷普遍較低，對於考取證照有相當的難度。

表 3-6 照服員技術士證照分佈

		次數分配表	百分比
技術士證照	有	60	13.1
	沒有	398	86.9
	總計	458	100.0

(六)工作屬性

分析受測照服員工作屬性，安養有 201 人，佔有效樣本 43.9%；養護有 203 人，佔有效樣本 44.3%，失智專區有 54 人，佔有效樣本 11.8%(表 3-7)。有效樣本以安養及養護區照服員佔多數，失智專區較少。

表 3-7 照服員工作屬性分佈

		次數分配表	百分比
工作屬性	安養	201	43.9
	養護	203	44.3
	失智專區	54	11.8
	總計	458	100.0

交叉分析工作屬性與教育程度得知(表 3-7-1)，照服員工作屬性為安養的教育程度以高中(職)最多佔 45.8%，安養區的教育程度以國中(含)以下最多佔 51.7%，失智專區照服員的教育程度以國中(含)以下最多佔 55.6%；分析各區工作屬性照服員的教育程度，榮譽國民之家安養區照服員的教育程度明顯高於比較需有照顧專業技能的養護區及失智專區。

表 3-7-1 照服員工作屬性與教育程度交叉分析表

			工作屬性			總和
			安養	養護	失智專區	
教育程度	國中(含) 以下	個數	73	105	30	208
		在工作屬性之內的	36.3%	51.7%	55.6%	45.4%
	高中(職)	個數	92	72	21	185
		在工作屬性之內的	45.8%	35.5%	38.9%	40.4%
	專科(含) 以上	個數	36	26	3	65
		在工作屬性之內的	17.9%	12.8%	5.6%	14.2%
總和		個數	201	203	54	458
		在工作屬性之內的	100 %	100%	100%	100%

(七)年資

依年資直方圖 (圖 3-3)所示，照服員總年資在 5 年(含)以內佔整體 50%，總年資 11 年(含)以內佔整體 80%，比對照服員年齡累積百分比至 80%為 63 歲，可推估 80%受測對象進入照服員工作的平均年齡約 52 歲，以分析數據可以瞭解榮民之家照服員以二度就業之中年女性為主。

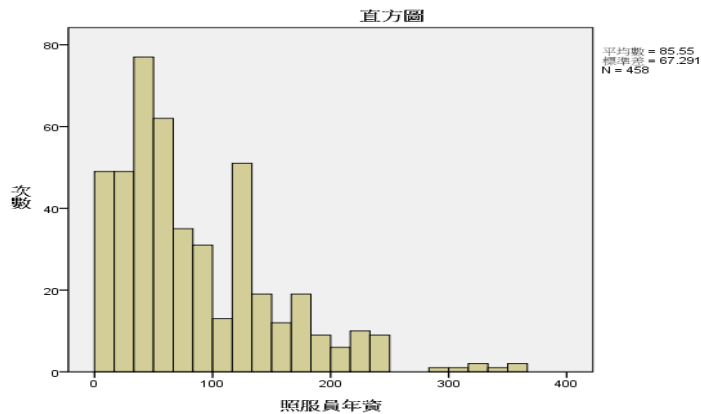


圖 3-3 照服員年資直方圖

分析受測照服員擔任照服員總年資平均為 85.55 個月(約 7 年又 2 個月)，年資最淺為 1 個月，年資最資深為 360 個月(30 年)，(表 3-8)。

表 3-8 照服員年資分佈

	N	最小值	最大值	平均值	標準差	偏態	峰度
年資(月)	458	1	360	85.55	67.291	1.211	1.485

(八) 陪伴經驗

分析受測照服員在擔任照服員之前是否有陪伴失智症患者的經驗，有陪伴經驗 194 人，佔有效樣本 42.4%；沒有陪伴經驗 264 人，佔有效樣本 57.6%(表 3-9)。

表 3-9 擔任照服員前陪伴失智症經驗分佈

		次數分配表	百分比
陪伴經驗	有	194	42.4
	沒有	264	57.6
	總計	458	100.0

(九) 在職訓練

分析受測照服員在到職後是否有接受過失智症照顧訓練課程，有接受過訓練課程 332 人，佔有效樣本 72.5%；沒有接受過訓練課程 126 人，佔有效樣本 27.5%(表 3-10)。

表 3-10 到職後接受失智症課程訓練分佈

		次數分配表	百分比
在職訓練	有	332	72.5
	沒有	126	27.5
	總計	458	100.0

(十) 收入佔開銷比重

分析受測照服員收入做為家庭開銷比重，收入 100%均做為家庭開銷的有 95 人，佔有效樣本 20.7%；收入 75%做為家庭開銷的有 122 人，佔有效樣本 26.6%；收入 50%做為家庭開銷的有 165 人，佔有效樣本 36%；收入 25%做為家庭開銷的有 54 人，佔有效樣本 11.8%；收入 0%未做為家庭開銷的有 22 人，佔有效樣本 4.8%(表 3-11)，有近八成三的照服員將收入的一半以上做為家庭開銷，顯示照服員的經濟狀況屬中低程度。

表 3-11 收入做為家庭開銷比重分佈

		次數分配表	百分比
收入佔家庭開銷比重	百分之百	95	20.7
	四分之三	122	26.6
	二分之一	165	36.0
	四分之一	54	11.8
	完全沒有	22	4.8
	總計	458	100.0

交叉分析工作屬性與收入做為家庭開銷比重得知(表 3-11-1)，照服員工作屬性為安養區的收入做為家庭開銷比重佔 75%以上的有 39.8%，養護區照服員收入做為家庭開銷比重佔 75%以上的有 56.6%，失智專區照服員收入做為家庭開銷比重佔 75%以上的有 40.8%；比較各區工作屬性照服員的收入做為家庭開銷比重情形，安養區、失智專區照服員的家庭經濟狀況明顯高於養護區，代表家庭經濟負擔及經濟需求性較高的照服員，有集中於養護區工作之傾向，從實務的角度來看，應是養護區的排班制度擁有較高薪酬所致。

表 3-11-1 工作屬性與收入做為家庭開銷比重交叉分析表

			工作屬性			總和	
			安養	養護	失智區		
收入做為家庭開銷比重	100%	個數	34	54	7	95	
		在工作屬性之內的	16.9%	26.6%	13.0%	20.7%	
	75%	個數	46	61	15	122	
		在工作屬性之內的	22.9%	30.0%	27.8%	26.6%	
	50%	個數	76	60	29	165	
		在工作屬性之內的	37.8%	29.6%	53.7%	36.0%	
	25%	個數	32	19	3	54	
		在工作屬性之內的	15.9%	9.4%	5.5%	11.8%	
	0%	個數	13	9	0	22	
		在工作屬性之內的	6.5%	4.4%	0.0%	4.8%	
	總和		個數	201	203	54	458
			在工作屬性之內的	100%	100%	100%	100%

榮民之家受測照服員以本國籍女性為主，平均年齡達 57 歲，最高年齡甚至有 78 歲者，比較國家發展委員會推估全國 2020 年核心勞動年齡中數(40 歲)高出 17 歲，施測照服員 55 歲以上的勞動參與率佔全體照服員 60.7%，國家發展委員會推估全國 2020 年 55 歲以上的勞動參與率佔整體勞動人口比率為 16.6%，相較之下可以看出，榮民之家照服員高齡化已非常嚴重。照服員平均年資約 7 年，對照年資及年齡的累計百分比發現，照

服員年齡平均值偏高，年資淺，表示投入照服員工作時的年齡已高，近年雖有相較年輕之照服員投入，但仍為少數。依研究者於工作實務的觀察，榮譽國民之家無法吸引較年輕的參與工作，與照服員勞動條件欠佳及缺乏職涯發展有關。

照服員教育程度以國中畢業以下為多數佔 45.4%，教育程度普遍不高，對原屬國籍與教育程度交叉分析發現，本國籍之教育程度比非本國籍高，經交叉分析教育程度與工作屬性發現，安養區照服員的教育程度比養護區、失智專區教育程度相對較高。對工作屬性與收入做為家庭開銷比重進行交叉分析發現，養護區照服員家庭經濟負擔較重，經濟收入的需求性較安養區相對較高，以實務工作面向觀察得知，榮譽國民之家養護區照服員因延長工時的排班制因素(加班)致使待遇薪酬較高，此安排導致家庭經濟負擔較重的照服員選擇在養護區工作，因而形成集中化的趨勢。以上統計分析可知，榮譽國民之家對於照顧服務員工作屬性的分配是以薪酬為導向，而非專業技能考量。目前榮譽國民之家照服員已呈現高齡化，再加上低教育程度的集中化(養護區、失智專區)，此現象是否影響照顧品質，值得深入的探討。統計施測照服員具技術士證照人數百分比為 13.1%，研究者實務上發現，仍有不少照服員仍未能釐清技術士證照與結業證書的區別，以致施測產生數據誤差，也就是說實際具有技術士證照人數應更少，建議應實施技術士證照激勵政策，並鼓勵員工考取證照，以提升照服員工作效能及服務品質。依上述討論，榮譽國民之家照服員的高齡化、年資淺、低教育程度的集中化、技術士證照的低持有等問題，研究者認為榮譽國民之家應再深入探討上述問題是否會造成服務輸送的障礙，是否為影響服務品質的問題所在。

第三節 研究工具

一、問卷設計

本研究採用問卷調查法蒐集資料，國內目前尚未有符合本研究議題、場域、對象的研究工具，研究者在編撰問卷時參考林冠余(2015)、謝瑞玲(2017)、黃佳盈(2018)、曾鈺婷(2018)編撰之問卷量表加以修編而成(如附錄 1)，問卷內容分成四大部分包括：人員基本屬性、失智症知識量表、照顧態度、照顧自我效能。本節將

對問卷量表及實測後的因素分析及量表信度進行說明。

(一)照服員背景資料

照服員背景資料題型為選項題，計有性別、年齡、原屬國籍、教育程度、技術士證照、工作屬性、服務年資、擔任照服員前陪伴失智症患者經驗、失智照顧在職訓練、收入做為家庭開銷比重等 10 個題目，如下表(表 3-12)：

表 3-12 照顧服務員基本屬性量表

面向	題項	選項
個人基本屬性	1. 性別	男、女
	2. 年齡	歲
	3. 原屬國籍	中華民國、大陸地區、越南、印尼、其他
	4. 教育程度	國中(含)以下、高中(職)、專科、大學以上
	5. 單一級技術士證照	有、沒有
	6. 工作屬性	安養、養護、失智專區
	7. 照服員年資	年 月
	8. 擔任照服員之前是否有陪伴失智者的經驗	有、沒有
	9. 到職後是否接受過失智症照顧訓練課程	是、否
	10. 收入做為家庭開銷的比重	100%、75%、50%、25%、0%

(二)失智症知識量表

失智症認知量表是由研究者整理失智症相關文獻參考黃佳盈(2018)、曾鈺婷(2018)編撰之問卷量表修編而成，內容有失智症的病症、失智症生活照顧、失智症問題行為處理三個面向，每個面向 5 題，合計 15 題，題型為選項題，每題有是、否、不知道三種作答選項，回答正確計 1 分，錯誤及不知道計 0 分，總分範圍介於 0~15 分之間，分數越高代表對失智症知識的瞭解程度越高，題目如下表(表 3-13)：

表 3-13 照服員失智症知識量表

面向	題目內容	答案
病徵、病程	1 失智症是正常的老化現象，不是疾病	X
	2 失智症患者對於自己說過的話、做過的事會完全忘記，想不起來	○
	3 失智症的分類大致可以分為退化型、血管型二大類，最常見的是血管型的失智症	X
	4 阿茲海默症病徵是記憶力衰退，對人物、時間、地點的辨認出現問題	○
	5 輕度認知障礙(MCI) 是失智症的前驅期，為正常老化到失智症開始出現徵兆之間的過渡時期	○
生活照顧	6 為保有失智者的部分能力，要盡量減少讓他自己做會做的活動及工作，如洗臉、洗澡、打掃等事項	X
	7 照顧失智者應該安排規律的作息，讓失智者參與活動，讓他有機會貢獻自己，覺得自己有價值。	○
	8 在安全的前提下應避免失智者做他想做的事，給予較少的自由，增加對他的控制約束	X
	9 多動腦、多運動、均衡飲食可以降低罹患失智症的風險	○
	10 增加失智者白天活動量，如散步、曬太陽或從事簡單工作，可以緩和失智者的情緒，改善夜間睡眠問題	○
問題行為處理	11 當失智者出現情緒問題包括情緒低落、憂鬱、焦慮、恐懼、嚴重依附照顧者，應盡量安排住民有興趣能參與的活動以減緩情緒障礙的產生。	○
	12 當失智者出現妄想幻覺時要立即糾正錯誤，以增加現實感	X
	13 當失智者多次重複問相同的問題或行為時，應提醒他常常有重複的問題或行為，這樣是對失智者有幫助的	X
	14 當失智者有遊走行為時，應先確認原因評估狀況，針對原因處理，減少照護環境的噪音，若環境許可，可設計具安全循環性的遊走通道	○
	15 當失智者有黃昏症候群混亂行為時應記錄發生時間，分析後調整作息並觀察改變情形，如午休時間不宜太長，混亂行為前安排失智者喜歡的活動等	○

(三) 照顧態度量表

本研究照服員照顧態度量表是參考林冠余(2015)、曾鈺婷(2018)長期照顧機構照護人員及居家外籍看護工對失智症照顧服務態度量表編撰修訂，題項由照顧認知、行為傾向二個構念。照顧認知是指照服員在工作上對於失智照顧的理解及感受所形成的認知；行為傾向是指照服員照顧失智者工作投入的行動準備；照顧認知有 8 題，行為傾向 4 題，計 12 題，每個問題有 5 個選項，採 5 點量表計分，由施測者依個人實際狀況填答，完全不同意 1 分、不同意 2 分、普通 3 分、同意

4分、完全同意5分。照顧認知得分介於8~40分之間，行為傾向得分介於4~20分之間，分數越高代表施測者對照顧失智者的認知、行為傾向越正向，其中第1、3、4、6、7、8、11題為反向題，量表內容如下表(表3-14)：

表3-14 照服員照顧態度量表

面向	題目內容
照顧認知	1 我對於照顧失智患者的知識及技巧只要概略的了解即可
	2 我會主動充實有關照顧失智症患者的專業技能
	3 我覺得照顧失智患者會增加工作上的負擔，影響其他工作的執行
	4 我覺得失智患者不應該與一般住民混合居住一起接受照顧
	5 即使失智症患者不認識我，我也會把他視為家人般照顧
	6 遇到有照顧上的困難，我很容易就會放棄
	7 我覺得照顧失智症患者是有壓力的
	8 若可以選擇，我不會選擇照顧失智症患者
行為傾向	9 我樂於處理失智患者的各種問題行為
	10 我會主動和同事、護理師討論失智症患者的照顧策略，讓自己知道怎麼照顧失智患者
	11 我對易怒暴躁具攻擊性或行為表現冷漠的失智患者的服務照顧相對較少
	12 我會因為照顧失智患者而更喜歡這份工作

(四) 照顧自我效能量表

照服員對失智者照顧自我效能量表為研究者參考謝瑞玲(2017)照護人員對失智老人的行為及精神症狀之自我效能量表修改編製，題目共計16題，區分二個構念，基本效能、處置效能各8題；基本效能是指照服員對於照顧失智者需具備基本工作的自我評價；處置效能是指照服員對於處理失智者問題行為處其理能力的自我評價；量表採5點計分，由施測者填答，完全不同意1分、不同意2分、普通3分、同意4分、完全同意5分，各構念得分均介於8~40分之間，分數越高代表基本效能、處置效能的自我評價越高，如下表(表3-15)：

表 3-15 照顧自我效能量表

面向	題目內容
基本效能	1 我已充分瞭解失智症的類型、病程、症狀等專業知識
	2 我已充分瞭解失智症患者生活照護的要領，如用餐、排泄、沐浴
	3 我已充分瞭解失智症患者各種問題行為的處置要領
	4 我已充分瞭解與失智症患者的溝通策略與技巧
	5 我能觀察失智症患者的行為瞭解他們的生活需要
	6 我能佈置失智症患者的生活環境，以減少混亂的情形發生
	7 我能促進、鼓勵失智症患者參加社交性活動
	8 我能協助失智症患者執行日常生活的自我照顧
處置效能	9 我能處理失智症患者對其他住民的干擾行為，如擅取他人物品、發出噪音、喊叫等
	10 我能處理失智症患者不斷重複的行為，如問問題、尋找物品、使用洗手間等
	11 我能處理失智症患者踱步、遊蕩、徘徊遊走的行為
	12 我能處理失智症患者貪食的行為
	13 我能處理失智症患者不適當的性行為
	14 我能處理失智症患者幻覺、妄想、躁動不安的情況
	15 我能處理失智症患者敵對、威脅、攻擊性的行為
	16 我能處理失智症患者睡眠障礙的問題

二、量表信度與因素分析

研究者於實測後將各構面進行因素分析與信度檢定，並對分析結果予以說明，本段落將構面內涵的文字敘述以「構念」表示，各題項以「觀察變項」來替代。本研究信度檢測採用 Cronbach's α 係數檢測內部一致性，以 Cronbach's α 係數 0.5 為最低標準。

(一) 照顧態度

本研究之照服員照顧態度實測問卷包含 12 個觀察變項，經第一次因素分析後獲得 3 組成分因子，但有 3 個題項負荷量較低且因子意義不明，無法建構為三個意義明確的構面(表 3-16)，故予以刪除，包括：

CC11 我對易怒暴躁具攻擊性或行為表現冷漠的失智患者的服務照顧相對較少。

CB07 我覺得照顧失智症患者是有壓力的。

CB08 若可以選擇，我不會選擇照顧失智症患者。

表 3-16 照服員照顧態度樣式矩陣（第一次分析）

	成分		
	1	2	3
CA02 我會主動充實有關照顧失智症患者的專業技能	-.741	.006	.082
CB05 即使失智症患者不認識我，我也會把他視為家人般照顧	-.701	.237	.112
CB06 遇到有照顧上的困難，我很容易就會放棄	.650	.356	.043
CC11 我對易怒暴躁具攻擊性或行為表現冷漠的失智患者的服務照顧相對較少	-.367	-.204	-.310
CA03 我覺得照顧失智患者會增加工作上的負擔，影響其他工作的執行	-.057	.795	-.080
CA01 我對於照顧失智患者的知識及技巧只要概略的了解即可	.179	.658	.104
CA04 我覺得失智患者不應該與一般住民混合居住一起接受照顧	-.093	.653	.008
CC12 我會因為照顧失智患者而更喜歡這份工作	-.063	.239	.793
CC09 我樂於處理失智患者的各種問題行為	-.260	.113	.703
CB07 我覺得照顧失智症患者是有壓力的	-.423	-.311	-.631
CB08 若可以選擇，我不會選擇照顧失智症患者	-.266	-.269	-.455
CC10 我會主動和同事、護理師討論失智症患者的照顧策略，讓自己知道怎麼照顧失智患者	-.404	-.133	.437

經刪除 3 個觀察變項後，進行第二次因素分析獲得 3 組成分因子及 9 個具有聚合及區別效力觀察變項(表 3-17)。

第一個成分因子觀察變項包括：

CB05 即使失智症患者不認識我，我也會把他視為家人般照顧。

CB06 遇到有照顧上的困難，我很容易就會放棄。

CA02 我會主動充實有關照顧失智症患者的專業技能。

從觀察變項的意涵來看，均與照服員的照顧認知有關，將觀察變項 CB06 修正為 CB06R「遇到有照顧上的困難，我不會放棄」，並將成分因子(構念)命名為「正面態度」。解說變異量為 31.241%， α 信度分析係數為 0.646。

第二個成分因子觀察變項包括：

CA03 我覺得照顧失智患者會增加工作上的負擔，影響其他工作的執行。

CA01 我對於照顧失智患者的知識及技巧只要概略的了解即可。

CA04 我覺得失智患者不應該與一般住民混合居住一起接受照顧。

從觀察變項的意涵來看，將成分因子(構念)命名為「負面認知」，解說變異量為 18.91%， α 信度分析係數為 0.578。

第三個成分因子觀察變項包括：

CC12 我會因為照顧失智患者而更喜歡這份工作。

CC09 我樂於處理失智患者的各種問題行為。

CC10 我會主動和同事、護理師討論失智症患者的照顧策略，讓自己知道怎麼照顧失智患者。

從觀察變項意涵來看，將成分因子(構念)命名為「行為傾向」。解說變異量為 11.222%， α 信度分析係數為 0.703。

表 3-17 照服員照顧態度樣式矩陣與解說變異量(第二次分析)

	成分		
	正面態度	負面認知	行為傾向
CB05 即使失智症患者不認識我，我也會把他視為家人般照顧	.820	.290	.058
CB06 遇到有照顧上的困難，我很容易就會放棄	-.732	.255	.125
CA02 我會主動充實有關照顧失智症患者的專業技能	.694	.029	.177
CA03 我覺得照顧失智患者會增加工作上的負擔，影響其他工作的執行	-.050	.800	.017
CA01 我對於照顧失智患者的知識及技巧只要概略的了解即可	.048	.704	-.155
CA04 我覺得失智患者不應該與一般住民混合居住一起接受照顧	.024	.666	.086
CC12 我會因為照顧失智患者而更喜歡這份工作	-.096	.064	.858
CC09 我樂於處理失智患者的各種問題行為	.074	-.035	.813
CC10 我會主動和同事、護理師討論失智症患者的照顧策略，讓自己知道怎麼照顧失智患者	.317	-.224	.533
解說變異量%	31.241	18.910	11.222
α	.646	.578	.703

各構面有 3 個題項，得分均介於 3~15 分之間，「正面態度」分數越高代表施測者照顧認知越正向，「負面認知」分數越高代表施測者照顧認知越負向，「行為

傾向」分數越高代表對於照顧失智症患者投入工作的行為傾向越高。各構念 α 係數雖未均達高信度，但皆達可接受之標準。由上述得知本研究設計之觀察變項可有效測量出「正面態度」、「負面認知」、「行為傾向」等構念變項。

(二) 照顧自我效能

本研究之照服員自我效能實測問卷包含 16 個觀察變項，經第一次因素分析後獲得 3 組成分因子，但有 4 個題項負荷量較低且因子意義不明，無法建構為三個意義明確的構面(表 3-18)，故予以刪除，包括：

DA01 我已充分瞭解失智症的類型、病程、症狀等專業知識。

DA02 我已充分瞭解失智症患者生活照護的要領，如用餐、排泄、沐浴。

DB07 我能促進、鼓勵失智症患者參加社交性活動。

DB08 我能協助失智症患者執行日常生活的自我照顧。

表 3-18 照服員照顧自我效能樣式矩陣 (第一次分析)

	成分		
	1	2	3
DC09 我能處理失智症患者對其他住民的干擾行為，如擅取他人物品、發出噪音、喊叫等	.839	-.037	-.003
DC10 我能處理失智症患者不斷重複的行為，如問問題、尋找物品、使用洗手間等	.748	-.009	-.213
DC11 我能處理失智症患者踱步、遊蕩、徘徊遊走的行為	.724	-.091	-.312
DC12 我能處理失智症患者貪食的行為	.680	-.097	-.259
DB08 我能協助失智症患者執行日常生活的自我照顧	-.651	-.187	-.006
DB07 我能促進、鼓勵失智症患者參加社交性活動	-.585	-.299	-.075
DA03 我已充分瞭解失智症患者各種問題行為的處置要領	-.070	.832	-.190
DA04 我已充分瞭解與失智症患者的溝通策略與技巧	-.084	.819	-.122
DB05 我能觀察失智症患者的行為瞭解他們的生活需要	-.046	.773	-.135
DB06 我能佈置失智症患者的生活環境，以減少混亂的情形發生	.102	.624	-.190
DA01 我已充分瞭解失智症的類型、病程、症狀等專業知識	-.367	-.539	-.199

DA02 我已充分瞭解失智症患者生活照護的要領，如用餐、排泄、沐浴	-.388	-.538	-.191
DC15 我能處理失智症患者敵對、威脅、攻擊性的行為	.147	.087	-.763
DC14 我能處理失智症患者幻覺、妄想、躁動不安的情況	.166	.125	-.736
DC13 我能處理失智症患者不適當的性行為	.071	.125	-.663
DC16 我能處理失智症患者睡眠障礙的問題	.120	.202	-.637

經刪除 4 個觀察變項後，進行第二次因素分析獲得 2 組成分因子及 12 個具有聚合及區別效力觀察變項(表 3-19)。

第一個成分因子觀察變項包括：

DC11 我能處理失智症患者踱步、遊蕩、徘徊遊走的行為。

DC10 我能處理失智症患者不斷重複的行為，如問問題、尋找物品、使用洗手間等。

DC12 我能處理失智症患者貪食的行為。

DC15 我能處理失智症患者敵對、威脅、攻擊性的行為。

DC14 我能處理失智症患者幻覺、妄想、躁動不安的情況。

DC09 我能處理失智症患者對其他住民的干擾行為，如擅取他人物品、發出噪音、喊叫等。

DC13 我能處理失智症患者不適當的性行為。

DC16 我能處理失智症患者睡眠障礙的問題。

從觀察變項的意涵來看，將成分因子(構念)命名為「處置效能」。解說變異量為 53.042%， α 信度分析係數為 0.905。

第二個成分因子觀察變項包括：

DB05 我能觀察失智症患者的行為瞭解他們的生活需要。

DA04 我已充分瞭解與失智症患者的溝通策略與技巧。

DA03 我已充分瞭解失智症患者各種問題行為的處置要領。

DB06 我能佈置失智症患者的生活環境，以減少混亂的情形發生。

從觀察變項的意涵來看，將成分因子(構念)命名為「基本效能」。解說變異量為 11.001%， α 信度分析係數為 0.859。

表 3-19 照服員照顧自我效能樣式矩陣與解說變異量(第二次分析)

	成分	
	處置效能	基本效能
DC11 我能處理失智症患者踱步、遊蕩、徘徊遊走的行為	.914	-.099
DC10 我能處理失智症患者不斷重複的行為，如問問題、尋找物品、使用洗手間等	.851	-.015
DC12 我能處理失智症患者貪食的行為	.825	-.099
DC15 我能處理失智症患者敵對、威脅、攻擊性的行為	.752	.072
DC14 我能處理失智症患者幻覺、妄想、躁動不安的情況	.748	.116
DC09 我能處理失智症患者對其他住民的干擾行為，如擅取他人物品、發出噪音、喊叫等	.730	-.015
DC13 我能處理失智症患者不適當的性行為	.614	.080
DC16 我能處理失智症患者睡眠障礙的問題	.603	.216
DB05 我能觀察失智症患者的行為瞭解他們的生活需要	-.039	.866
DA04 我已充分瞭解與失智症患者的溝通策略與技巧	-.042	.855
DA03 我已充分瞭解失智症患者各種問題行為的處置要領	.057	.836
DB06 我能佈置失智症患者的生活環境，以減少混亂的情形發生	.139	.715
解說變異量%	53.042	11.001
α	.905	.859

構面「處置效能」有 8 個題項，得分介於 8~40 分之間，分數越高代表施測者對於處理失智者問題行為的自我評價越高，「基本效能」得分介於 4~20 分之間，分數越高代表施測者對於照顧失智者日常生活的基本能力自我評價越高；各構念 α 係數均達高信度。由上述可得知，本研究設計之構面可有效測量出照服員對於照顧失智症患者的「處置效能」、「基本效能」。

二、問卷效度分析

考量榮譽國民之家收住對象及照服員聘僱方式的特殊性，本研究以研究者判斷法做為評量工具內容效度的評估方法。研究者以在榮譽國民之家實務工作的經驗及知識並參考於榮譽國民之家服務社工的意見後，彙整國內相關研究文獻，林冠余(2015)、謝瑞玲(2017)、黃佳盈(2018)、曾鈺婷(2018)等研究評量工具之內容，做

為本研究界定問卷內容、範圍及構面的依據，經研究者修改編撰後，以達到符合測量本研究議題的目的。

第四節 資料處理與分析

將有效問卷編碼以 Excel 建立資料，之後利用 SPSS 套裝軟體進行統計分析，分析內容區分為描述性分析及推論式分析二大部分(表 3-20)。研究者採用描述性統計分析樣本分布情形，並於實測問卷回收後進行信度與因素分析，以分析問卷信度，之後以平均值、標準差、百分比呈現研究對象的基本屬性、失智症知識、照顧態度及自我效能現況，再運用單因子變異數分析法瞭解照服員對失智症知識、照顧態度及自我效能等三構面的表現是否因背景變項的不同而呈現顯著差異，分析若達顯著差異則進一步進行事後檢定比較。此外，也透過 Pearson 積差相關分析探討照服員的失智症知識認知對照顧態度及自我效能間是否有顯著相關。最後，以線性回歸分析來檢視照服員照顧態度與自我效能的關聯，至於依變項的預測因子，則先以雙變項線性回歸進行分析。

表 3-20 資料處理分析方法統計表

研究問題	統計方法
北台灣榮民之家照顧服務員基本屬性、失智症知識、照顧態度、自我效能現況描述	描述性統計 平均值、標準差
探討北台灣榮民之家照顧服務員失智症知識與照顧態度、自我效能相關性	推論統計 Pearson Correlation
探討北台灣榮民之家照服員失智症知識、照顧態度、自我效能是否因照服員基本屬性的不同有顯著差異	推論統計 T-test ANOVA
探討北台灣榮民之家照服員自我效能與照顧態度的關聯性	推論統計 Multiple regression

第五節 研究倫理

研究者在進行研究時需遵守研究倫理以保障研究對象權益，陳述如下：

一、研究者遵守告知後同意原則，在與各榮民之家照服員勞務承攬單位聯繫時，詳細說明並由研究者以書面告知受訪者下列事項：

(一)向照服員勞務承攬單位詳細說明研究者的背景、研究主題、動機、目的、方式、流

程及用途等。

(二)本研究尊重照服員的參與意願，不參與本研究或半途退出，受訪者不會受到聘僱單位的任何處罰。

(三)研究者在施測問卷封面表明研究者身分，並向受訪者說明，填答預估所需時間及受訪者權益事項。

二、研究者遵守保密原則

問卷以不具名方式進行受訪，問卷完成後，由研究者親自保管，並在研究結束後將相關資料刪除銷毀，以保障受訪者之權益與隱私。

三、公開與分享研究結果

本研究完成後，會將研究成果分享給照服員承攬單位，做為實務工作的參考，也會將研究結果公開於學術平臺，提供本研究有關的機構及單位做為政策制定的參考。

第四章 研究結果

本章主要目的在呈現本研究統計分析後得之的結果，並對研究假設進行檢視與討論。本章共分四節，第一節為照服員失智症知識；第二節為照服員照顧態度；第三節為照服員照顧自我效能；第四節為失智症知識、照顧態度與自我效能之關聯。

第一節 照服員失智症知識

本節在探討照服員失智症知識現況與照服員失智症知識程度是否會因背景變項的不同而有差異。結果分析如下：

一、失智症知識現況

本研究知識測驗題共計 15 題，每題 1 分，總分為 15 分，受測者分數介於 0 分至 15 分之間，經統計分析本研究受測照服員最高分為 15 分，最低分為 5 分，整體受測照服員平均分為 12.1 分，平均得分率(平均值/總題數)為 80.67%(表 4-1-1)。

知識測驗共區分「失智症病徵、病程」、「生活照顧安排」、「問題行為因應」三個構面，每個構面 5 個測驗題，分析測驗結果發現以「生活照顧安排」的平均分 4.54 最高，「失智症病徵、病程」的平均分 3.53 最低，其中答對率最低之題項為「失智症的分類大致可以分為退化型、血管型二大類，最常見的是血管型的失智症(答案為否)」，答對率僅 29.9%(表 4-1-2)，其次為「失智症是正常的老化現象，不是疾病(答案為否)」答對率為 55.7%亦偏低。受測照服員失智症整體知識平均得分率為 80.67%，此研究結果顯示榮民之家照服員對失智症知識達中等以上的程度，但對於失智症基本病理(病徵、病程)部分仍有近七成的照服員缺乏基礎的認知。

表 4-1-1 照服員失智症知識分析表

構面	N	最小值	最大值	平均值	標準差	偏態	峰態
失智症知識總分	458	5	15	12.10	1.823	-.617	.199
病癥、病程	458	1	5	3.53	.816	-.121	-.130
生活照顧安排	458	0	5	4.54	.765	-1.920	4.551
問題行為處理	458	1	5	4.03	1.023	-.853	.188

經知識測驗結果得知，構面「生活照顧安排」平均分最高，「問題行為處理」次之，而「失智症病徵、病程」平均得分較低。

表 4-1-2 照服員失智症知識測驗結果分析表

N=458

題目內容	答案	答對數	正確率 (%)	排序
失智症病徵、病程				
1 失智症是正常的老化現象，不是疾病。	X	255	55.7	12
2 失智症患者對於自己說過的話、做過的事會完全忘記，想不起來。	○	372	81.2	9
3 失智症的分類大致可以分為退化型、血管型二大類，最常見的是血管型的失智症。	X	137	29.9	14
4 阿茲海默症病徵是記憶力衰退，對人物、時間、地點的辨認出現問題。	○	407	88.9	7
5 輕度認知障礙(MCI) 是失智症的前驅期，為正常老化到失智症開始出現徵兆之間的過渡時期。	○	444	96.9	3
生活照顧安排				
6 為保有失智者的部分能力，要盡量減少讓他自己做會做的活動及工作，如洗臉、洗澡、打掃等事項	X	356	77.7	10
7 照顧失智者應該安排規律的作息，讓失智者參與活動，讓他有機會貢獻自己，覺得自己有價值。	○	445	97.2	2
8 在安全的前提下應避免失智者做他想做的事，給予較少的自由，增加對他的控制約束	X	390	85.2	8
9 多動腦、多運動、均衡飲食可以降低罹患失智症的風險。	○	442	96.5	4
10 增加失智者白天活動量，如散步、曬太陽或從事簡單工作，可以緩和失智者的情緒，改善夜間睡眠問題。	○	447	97.6	1
問題行為因應				
11 當失智者出現情緒問題包括情緒低落、憂鬱、焦慮、恐懼、嚴重依附照顧者，應盡量安排住民有興趣能參與的活動以減緩情緒障礙的產生。	○	445	97.2	2
12 當失智者出現妄想幻覺時要立即糾正錯誤，以增加現實感。	X	300	65.5	11
13 當失智者多次重複問相同的問題或行為時，應提醒他常常有重複的問題或行為，這樣是對失智者有幫助的。	X	230	50.2	13
14 當失智者有遊走行為時，應先確認原因評估狀況，針對原因處理，減少照護環境的噪音，若環境許可，可設計具安全循環性的遊走通道。	○	437	95.4	5
15 當失智者有黃昏症候群混亂行為時應記錄發生時	○	435	95	6

間，分析後調整作息並觀察改變情形，如午休時間不宜太長，混亂行為前安排失智者喜歡的活動等。

二、失智症知識分組比較

分別就受測對象「性別」、「原屬國籍」、「教育程度」、「技術士證照」、「工作屬性」、「陪伴經驗」、「在職訓練」、「收入開銷比重」等背景變項以單因子變異數分析進行分組比較：

(一) 性別分組比較

以「性別」進行照服員失智症知識分組比較，經檢定結果，得知照服員「失智症整體知識」、「失智症病徵、病程」、「生活照顧安排」、「問題行為處理」都不會因為性別的不同而有顯著差異 ($F=0.560, p=0.455 > 0.05$)。此結果顯示，本研究假設 5-1「照服員對失智症的知識程度會因性別的不同有顯著差異」，未獲得支持(表 4-1-3)。

表 4-1-3 照服員失智症知識之性別分組表

	性別	N	平均值	標準差	Levene	顯著性	F	顯著性
失智症病徵、病程	男	54	3.41	.714	2.314	.129	1.299	.255
	女	404	3.54	.828				
	總計	458	3.53	.816				
生活照顧安排	男	54	4.48	.746	.369	.544	.376	.540
	女	404	4.55	.769				
	總計	458	4.54	.765				
問題行為處理	男	54	4.04	.910	2.037	.154	.001	.974
	女	404	4.03	1.038				
	總計	458	4.03	1.023				
失智症整體知識	男	54	11.93	1.747	.312	.577	.560	.455
	女	404	12.12	1.834				
	總計	458	12.10	1.823				

(二) 原屬國籍分組比較

以「原屬國籍」分組進行受測照服員失智症知識比較，經檢定結果，得知照服員「失智症整體知識」、「失智症病徵、病程」、「生活照顧安排」、「問題行為處

理」都不會因為原屬國籍的不同而有顯著差異 ($F=0.658, p=0.418 > 0.05$)。此結果顯示，本研究假設 5-3「照服員對失智症的知識程度會因原屬國籍的不同有顯著差異」，未獲得支持(表 4-1-4)。

表 4-1-4 照服員失智症知識之原屬國籍分組表

	原屬國籍	N	平均值	標準差	Levene	顯著性	F	顯著性
失智症病徵、病程	本國	298	3.50	.788	.986	.321	1.309	.253
	非本國	158	3.59	.868				
	總計	456	3.53	.817				
生活照顧安排	本國	298	4.52	.739	.508	.476	.754	.386
	非本國	158	4.58	.816				
	總計	456	4.54	.766				
問題行為處理	本國	298	4.04	1.029	.048	.827	.013	.908
	非本國	158	4.03	1.015				
	總計	456	4.03	1.023				
失智症整體知識	本國	298	12.05	1.824	.425	.515	.658	.418
	非本國	158	12.20	1.832				
	總計	456	12.10	1.826				

(三) 教育程度分組比較

以「教育程度」分組進行照服員失智症知識比較，經檢定結果，得知照服員「問題行為處理」會因教育程度的不同而有顯著差異 ($F=6.781, p=0.001 < 0.05$)，需進一步進行多重比較檢驗組間差異。經由 Levene 檢定，得知組間變異數的同質性假設未獲得支持 ($F=3.199, p=0.042 < 0.05$)，因此以 Tamhane 檢定進行多重比較(表 4-1-5)；至於「失智症整體知識」、「失智症病徵、病程」、「生活照顧安排」都不會因為教育程度的不同而有顯著差異。此結果應與照服員的養成訓練及在職訓練皆未重視失智症相關訓練有關。

表 4-1-5 照服員失智症知識之教育程度分組表

	教育程度	N	平均值	標準差	Levene	顯著性	F	顯著性
失智症病癥、病程	國中(含)以下	208	3.55	.905	7.433	.001	1.145	.319
	高中(職)	185	3.55	.707				
	大專(含)以上	65	3.38	.804				
	總計	458	3.53	.816				
生活照顧安排	國中(含)以下	208	4.45	.855	7.212	.001	2.951	.053
	高中(職)	185	4.63	.640				
	大專(含)以上	65	4.60	.766				
	總計	458	4.54	.765				
問題行為處理	國中(含)以下	208	4.01	1.012	3.199	.042	6.781	.001
	高中(職)	185	3.91	1.065				
	大專(含)以上	65	4.45	.830				
	總計	458	4.03	1.023				
失智症整體知識	國中(含)以下	208	12.01	1.929	1.426	.241	1.332	.265
	高中(職)	185	12.09	1.739				
	大專(含)以上	65	12.43	1.695				
	總計	458	12.10	1.823				

由表 4-1-6 分析結果得知，照服員教育程度為大專(含)以上的失智症「問題行為處理」知識程度顯著高於國中(含)以下 ($p=.010 < .050$) 及高中(職) ($p=.001 < .050$)；但國中(含)以下及高中(職)之間並無顯著差異 ($p=.643 > .050$)。顯示本研究假設 5-4「照服員對失智症的知識程度會因教育程度的不同有顯著差異」，獲得局部支持。

表 4-1-6 失智症知識之問題行為處理能力多重比較

Tamhane	教育程度	平均差異	標準誤	顯著性	95%信賴區間		
					下限	上限	
問題行為處理	國中(含)以下	高中(職)	.096	.102	.643	-.15	.35
		大專(含)以上	-.437*	.144	.010	-.79	-.08
	高中(職)	國中(含)以下	-.096	.102	.643	-.35	.15
		大專(含)以上	-.533*	.146	.001	-.89	-.17

(四) 技術士證照分組比較

以「技術士證照」分組進行照服員失智症知識比較，經檢定結果，得知照服員「失智症整體知識」、「失智症病徵、病程」、「生活照顧安排」、「問題行為處理」都不會因是否具有技術士證照而有顯著差異 ($F=1.473, p=0.225 > 0.05$)。此結果顯示，本研究假設 5-5「照服員對失智症的知識程度會因是否具有技術士證照有顯著差異」，未獲得支持(表 4-1-7)。此結果應與取得技術士證照的考試內容偏重於對失能者的照顧知識與技能有關。

表 4-1-7 照服員失智症知識之技術士證照分組表

	技術士證照	N	平均值	標準差	Levene	顯著性	F	顯著性
失智症病徵、病程	有	60	3.67	.729	1.245	.265	2.051	.153
	沒有	398	3.51	.827				
	總計	458	3.53	.816				
生活照顧安排	有	60	4.68	.567	7.981	.005	2.379	.124
	沒有	398	4.52	.789				
	總計	458	4.54	.765				
問題行為處理	有	60	4.02	1.282	7.040	.008	.017	.896
	沒有	398	4.04	.980				
	總計	458	4.03	1.023				
失智症整體知識	有	60	12.37	2.033	2.469	.117	1.473	.225
	沒有	398	12.06	1.789				
	總計	458	12.10	1.823				

(五) 工作屬性

以「工作屬性」分組進行照服員失智症知識比較，經檢定結果，照服員「失智症病徵、病程」會因工作屬性的不同而有顯著差異($F=6.902, p=0.001 < 0.05$)，需進一步進行多重比較檢驗組間差異。經由 Levene 檢定，得知組間變異數的同質性假設獲得支持 ($F=0.921, p=0.399 > 0.05$)，因此以 Scheffe 檢定進行多重比較(表 4-1-8)；至於「失智症整體知識」、「生活照顧安排」、「問題行為處理」都不會因為工作屬性的不同而有顯著差異。

表 4-1-8 照服員失智症知識之工作屬性分組表

	工作屬性	N	平均 值	標準 差	Levene	顯著 性	F	顯著 性
失智症病徵、病程	安養	201	3.49	.819	.921	.399	6.902	.001
	養護	203	3.46	.772				
	失智專區	54	3.91	.875				
	總計	458	3.53	.816				
日常生活照顧安排	安養	201	4.47	.813	4.541	.011	1.652	.193
	養護	203	4.61	.676				
	失智專區	54	4.54	.884				
	總計	458	4.54	.765				
問題行為處理	安養	201	4.09	.967	.070	.933	1.977	.140
	養護	203	3.93	1.088				
	失智專區	54	4.19	.953				
	總計	458	4.03	1.023				
失智症整體知識	安養	201	12.05	1.828	1.426	.241	2.635	.073
	養護	203	12.00	1.751				
	失智專區	54	12.63	2.012				
	總計	458	12.10	1.823				

由表 4-1-9 分析結果得知，照服員工作屬性為失智專區的失智症「失智症病徵、病程」知識程度顯著高於安養($p=.003 < .050$)及養護($p=.002 < .050$)，但安養及養護之間並無顯著差異($p=.954 > .050$)，顯示本研究假設 5-6「照服員對失智症的知識程度會因工作屬性的不同有顯著差異」，獲得局部支持。由分析結果得知，失智專區照服員因工作經驗的關係對於失智症整體知識有較高的認識程度。

表 4-1-9 失智症知識之工作屬性多重比較表

Scheffe	工作屬性		平均差 異	標準誤	顯著性	95%信賴區間	
						下限	上限
失智症病徵、 病程	安養	養護	.025	.080	.954	-.17	.22
		失智專區	-.420*	.123	.003	-.72	-.12
	養護	安養	-.025	.080	.954	-.22	.17
		失智專區	-.444*	.123	.002	-.75	-.14

(六) 陪伴經驗

以「陪伴經驗」分組進行照服員失智症知識比較，經檢定結果，得知照服員「失智症整體知識」、「失智症病徵、病程」、「生活照顧安排」、「問題行為處理」會因為擔任照服員之前是否有陪伴失智症患者的經驗而有顯著差異($F=14.969$, $p=0.000 < 0.05$)，分析結果顯示，本研究假設 5-8「照服員對失智症的知識程度會因為擔任照服員之前是否有陪伴失智症患者的經驗有顯著差異」，獲得支持(表 4-1-10)。經分析結果得知，擔任照服員之前沒有陪伴失智症患者的經驗的「整體失智症知識」、「失智症病徵、病程」、「生活照顧安排」、「問題行為處理」知識程度均顯著比有陪伴失智症患者經驗者高，此結果與以往研究發現不同，研究者亦無法從實務工作中查覺實際原因，有待後續更深入的研究進行探究。

表 4-1-10 照服員失智症知識之陪伴經驗分組表

	陪伴經驗	N	平均值	標準差	Levene	顯著性	F	顯著性
失智症病徵、病程	有	194	3.44	.826	.118	.732	3.946	.048
	沒有	264	3.59	.804				
	總計	458	3.53	.816				
生活照顧安排	有	194	4.45	.821	8.472	.004	5.016	.026
	沒有	264	4.61	.716				
	總計	458	4.54	.765				
問題行為處理	有	194	3.84	1.069	.476	.490	12.890	.000
	沒有	264	4.18	.964				
	總計	458	4.03	1.023				
失智症整體知識	有	194	11.72	2.004	10.917	.001	14.969	.000
	沒有	264	12.38	1.627				
	總計	458	12.10	1.823				

(七) 在職訓練

以「在職訓練」分組進行照服員失智症知識比較，經檢定結果，得知照服員「失智症整體知識」、「失智症病徵、病程」、「生活照顧安排」、「問題行為處理」都不會因為到職後是否曾接受過失智症照顧訓練課程而有顯著差異($F=0.807$, $p=0.370 > 0.05$)，此結果顯示，本研究假設 5-9「照服員對失智症的知識程度會因為到職後是否接受過失智症訓練課程有顯著差異」，未獲得支持(表 4-1-11)。

分析結果得知，照服員的在職訓練並未對失智症知識程度產生影響，此情況可以從工作實務中察覺，目前職場的在職訓練課程仍以失能照顧技能為主，而失智症相關課程仍相當缺乏所致。

表 4-1-11 照服員失智症知識之在職訓練分組表

	在職訓練	N	平均值	標準差	Levene	顯著性	F	顯著性
失智症病徵、病程	有	332	3.55	.819	.121	.728	1.134	.288
	沒有	126	3.46	.806				
	總計	458	3.53	.816				
生活照顧安排	有	332	4.58	.763	2.898	.089	3.286	.071
	沒有	126	4.44	.764				
	總計	458	4.54	.765				
問題行為處理	有	332	4.02	1.053	.010	.920	.360	.549
	沒有	126	4.08	.943				
	總計	458	4.03	1.023				
失智症整體知識	有	332	12.15	1.823	.075	.784	.807	.370
	沒有	126	11.98	1.826				
	總計	458	12.10	1.823				

(八) 收入做為家庭開銷比重

以「收入作為家庭開銷比重」分組進行照服員失智症知識比較，經檢定結果，照服員「失智症病徵、病程」會因收入做為家庭開銷比重的不同而有顯著差異 ($F=3.583$, $p=0.007 < 0.05$)。需進一步進行多重比較檢驗組間差異。經由 Levene 檢定，得知組間變異數同質性假設獲得支持 ($F=1.625$, $p=0.167 > 0.05$)，因此以 Scheffe 檢定進行多重比較(表 4-1-12)；至於「失智症整體知識」、「生活照顧安排」、「問題行為處理」都不會因為照服員收入做為家庭開銷比重的不同而有顯著差異。

表 4-1-12 照服員失智症知識之收入做為家庭開銷比重分組表

收入做為家庭開銷比重		N	平均 值	標準 差	Levene	顯著 性	F	顯著 性
失智症病徵、病程	百分之百	95	3.31	.876	1.625	.167	3.583	.007
	四分之三	122	3.62	.785				
	二分之一	165	3.64	.749				
	四分之一	54	3.39	.811				
	完全沒有	22	3.41	1.008				
	總計	458	3.53	.816				
生活照顧安排	百分之百	95	4.53	.756	1.285	.275	.435	.783
	四分之三	122	4.61	.788				
	二分之一	165	4.49	.809				
	四分之一	54	4.56	.664				
	完全沒有	22	4.59	.590				
	總計	458	4.54	.765				
問題行為處理	百分之百	95	4.09	1.001	2.467	.044	.900	.464
	四分之三	122	4.04	.894				
	二分之一	165	3.96	1.067				
	四分之一	54	4.00	1.229				
	完全沒有	22	4.36	.902				
	總計	458	4.03	1.023				
失智症整體知識	百分之百	95	11.93	1.852	.378	.825	.695	.596
	四分之三	122	12.27	1.881				
	二分之一	165	12.09	1.807				
	四分之一	54	11.94	1.687				
	完全沒有	22	12.36	1.866				
	總計	458	12.10	1.823				

由表 4-1-13 結果得知，收入二分之一做為家庭開銷的照服員其「失智症病徵、病程」知識程度顯著高於收入百分之百做為家庭開銷的照服員 ($p=.034 < .050$)，其他組間並無顯著差異，顯示本研究假設 5-10「照服員對失智症的知識程度會因收入佔家庭開銷比重的不同有顯著差異」，獲得局部支持。從分析結果得知，家庭經濟有部分負擔的照服員其對於失智症病徵、病程知識程度較高，家庭經濟負擔較重的照服員失智症病徵、病程知識為最低，從樣本交叉分析中得知，教育程度較低及收入佔家庭開銷比重較重(經濟負擔較重)的照服員有重

疊集中化(養護區)的趨勢，致產生工作屬性(養護區)、經濟負擔較重(收入百分之百做為家庭開銷)照服員的失智症知識顯著較低的現象。

表 4-1-13 照服員失智症知識之收入做為家庭開銷比重多重比較

收入做為家庭開銷比重		平均差異	標準誤	顯著性	95%信賴區間		
					下限	上限	
失智症病徵、 病程	百分之百	四分之三	-.318	.110	.084	-.66	.02
		二分之一	-.337*	.104	.034	-.66	-.02
		四分之一	-.084	.137	.985	-.51	.34
		完全沒有	-.104	.191	.990	-.69	.49
	四分之三	百分之百	.318	.110	.084	-.02	.66
		二分之一	-.019	.096	1.000	-.32	.28
		四分之一	.234	.132	.534	-.17	.64
		完全沒有	.214	.187	.860	-.36	.79
	二分之一	百分之百	.337*	.104	.034	.02	.66
		四分之三	.019	.096	1.000	-.28	.32
		四分之一	.254	.126	.405	-.14	.64
		完全沒有	.233	.183	.804	-.33	.80
	四分之一	百分之百	.084	.137	.985	-.34	.51
		四分之三	-.234	.132	.534	-.64	.17
		二分之一	-.254	.126	.405	-.64	.14
		完全沒有	-.020	.204	1.000	-.65	.61

(九) 年齡

以皮爾森(Pearson)積差相關進行照服員年齡與失智症知識相關分析，分析結果顯示，照服員年齡與「失智症整體知識」、「失智症病徵、病程」、「問題行為處理」不會有顯著的相關，但與「生活照顧安排」有顯著的負相關($r=-0.115$ ， $p=0.013<0.05$)，也就是說照服員年齡越輕其失智症「生活照顧安排」的知識程度就越高。顯示本研究假設 5-2「照服員對失智症的知識程度與年齡沒有顯著的相關」，獲得局部支持(表 4-1-14)。

表 4-1-14 照服員失智症知識與年齡相關分析表

年齡	失智症病徵、 病程	生活照顧安排	問題行為 處理	失智症整體知識
皮爾森 (r)	-.040	-.115*	-.001	-.067
顯著性 (雙尾)	.393	.013	.976	.151
N	458	458	458	458

*p<.05

(十) 年資

以皮爾森(Pearson)積差相關進行照服員年資與失智症知識相關分析，分析結果顯示，照服員年資與「失智症整體知識」、「失智症病徵、病程」、「生活照顧安排」、「問題行為處理」不會有顯著的相關 ($r=-0.012$, $p=0.795 > 0.05$)。顯示本研究假設 5-7「照服員對失智症的知識程度會與年資有顯著的關聯」，未獲得支持(表 4-1-15)。

表 4-1-15 照服員失智症知識與年資相關分析表

年資	失智症病徵、 病程	生活照顧安排	問題行為 處理	失智症整體知識
皮爾森 (r)	.018	-.037	-.008	-.012
顯著性 (雙尾)	.709	.431	.864	.795
N	458	458	458	458

三、討論

研究結果發現，榮民之家照服員的失智症知識測驗平均得分率為 80.67%達中等以上程度，比齊于箴等(2017)對機構照服員失智症知識平均得分率 74.47%較高，也比曾鈺婷(2019)對長照機構、護理之家及居家外籍看護工施測的失智症知識平均得分率 71.67%高。測驗結果產生程度上的差異，研究者推估可能與測驗題型設計的不同有關，本研究之測驗題型有三分之二為失智症照顧實務工作知識，與齊于箴等(2017)、曾鈺婷(2019)之研究評量以失智症病理為主的題型比較有不同，對於有實際照顧工作經驗的照服員來說，本研究整體測驗成果相對會表現較好；另外從本研究受測照服員「失智症病徵、病程」基本病理知識測驗成績相對較低，可以看出照

服員對於失智症基本病理知識的瞭解仍有待加強。

整理韋淑玲、蔡芸芳(2002)等過去有關失智症知識的研究文獻，失智症知識與個人背景變項關聯的分析比較(表 4-1-16)發現，性別、技術士證照與過去研究有一致性結果(無顯著關聯)；年齡、教育程度、工作屬性、年資、陪伴經驗、在職訓練等，與過去研究無一致性的結果，分述如下：

- (一) 性別及是否具有技術士證照在本研究與過去研究皆呈現無關聯。研究者推估可能為目前考取照服員技術士證照之測驗內容仍以失能照護知識、技能為主，且照服員訓練課程中對於失智症照護相關的訓練課程過少(僅有 2 小時)，導致照服員失智症知識與性別及技術士證照無關聯。
- (二) 教育程度與失智症知識程度僅局部有顯著關聯，大專(含)以上「問題行為處理」知識程度顯著高於高中(職)及國中(含)以下，高中(職)與國中(含)以下之間無差異，與工作屬性交叉分析後發現，教育程度較低的照服員有集中於養護區的趨勢；研究者認為照服員的高齡化及低教育程度的集中化，已成為機構提升照服員照顧知識及技能的主要阻力。
- (三) 年齡與失智症知識程度呈現負相關，年齡越輕其失智症「生活照顧安排」的知識程度就越高；一般普遍認為年齡較輕的照服員有較佳的學習能力，本研究僅局部顯著相關，研究者推估可能為照服員的教育養成及機構缺乏失智症的訓練，致使年齡與知識程度僅有局部的關聯。
- (四) 工作屬性與失智症知識有明顯差異，失智專區失智症病徵、病程(基本病理)知識顯著高於安養及養護區，研究者推估主要原因在於工作內容與經常接觸失智住民有直接的關聯。
- (五) 陪伴經驗與失智症知識的關聯與過往研究結果不一致；從過去研究中發現，有陪伴失智症經驗的照服員失智症知識程度明顯較高，本研究發現無陪伴失智症患者經驗的失智症知識程度較高，此結果與以往的研究結果並不相同，研究者亦無法從實務工作經驗中推估其原因，值得未來進一步探究。
- (六) 參加失智症教育訓練對失智症知識程度的關聯，從過去研究中發現沒有一致的

結果，本研究的結果為無顯著關聯，主因可能與機構在職訓練課程的時數、頻率及課程內容是否含括失智症的相關課程有關。

(七) 從研究中發現照服員對失智症的知識仍缺乏，依賴在工作經驗中學習成長，此部分可以從失智專區照服員失智症部分知識明顯較高可以看出，但受限於照服員條件等因素(高齡、年資淺、教育程度低)致使學習效果仍相當有限(僅失智症病徵、病程知識較高)，造成即使年資再長也無法增加照服員失智症知識及照顧技能的現象。

表 4-1-16 失智症知識與個人背景變項之關聯分析表

變項 學者	性別	年齡	籍原 屬國	教育 程度	照技 術士 證	工作 屬性	工作 年資	症陪 伴失 智	在職 訓練	重庭收 開入 銷估 比家
本研究	無顯著	局部 負相 關	無顯著	局部 正相 關	無顯著	失智 >安 養護	無顯著	無顯著 較高	無顯著	局部 顯著
韋淑玲 蔡芸芳 (2002)	-	無顯著	-	正相 關	-	-	-	無顯著	有接 受者 較高	-
王佩琮 (2014)	無顯著	-	-	無顯著	-	-	無顯著	-	-	-
林冠余 (2015)	-	無顯著	-	正相 關	-	無顯著	正相 關	有經 者高 較	有接 受者 較高	-
齊于箴 (2017)	-	無顯著	-	無顯著	無顯著	長照 機構 >理 之家	無顯著	有經 者高 較	有接 受者 較高	-
蔡月雲 (2017)	無顯著	局部 負相 關	-	局部 正相 關	-	-	-	有經 者高 較	有接 受者 較高	-
蘇信鳳 (2018)	-	負相 關	-	-	無顯著	-	無顯著	-	無顯著	-
黃家盈 (2018)	女> 男	負相 關	-	無顯著	-	-	無顯著	無顯著	無顯著	-
曾鈺婷 (2019)	-	無顯著	印尼 籍最 高	無顯著	-	居 家機 >構	無顯著	-	無顯著	-

資料來源：研究者自行整理

第二節 照服員照顧態度

本節在探討照服員對於失智症患者的照顧態度包含「正面態度」、「負面認知」、「行為傾向」等構面的現況，並探討照服員的照顧態度在各背景變項組之間差異情形。

一、照服員照顧態度現況

本研究「照顧態度」包括「正面態度」、「負面認知」、「行為傾向」三個構面。經分析發現「正面態度」的現況平均分數為 4.04 分，標準差為 0.467，偏態係數為 -0.483，峰度係數 0.798，平均分數高於中點(3 分)，可視為有高度的正面態度(表 4-2-1)。「負面認知」的現況平均分數為 3.05 分，標準差為 0.751，偏態係數為 0.248，峰度係數 -0.239。平均分數略高於中點(3 分)，可視為有中度程度的負面認知。「行為傾向」的現況平均分數為 3.67 分，標準差為 0.543，偏態係數為 0.386，峰度係數 0.133。平均分數略高於中點(3 分)，對於投入工作可視為有中度偏高度的行為傾向。

表 4-2-1 照服員照顧態度現況之描述

構面	N	最小值	最大值	平均值	標準差	偏態	峰態
CB 正面態度	458	2	5	4.04	.467	-.483	.798
CA 負面認知	458	1	5	3.05	.751	.248	-.239
CC 行為傾向	458	2	5	3.67	.543	.386	.133

二、照顧態度分組比較

分別就受測照服員「性別」、「原屬國籍」、「教育程度」、「技術士證照」、「工作屬性」、「陪伴經驗」、「在職訓練」、「收入開銷比重」等背景變項以單因子變異數分析進行分組比較：

(一) 性別分組比較

以「性別」進行照服員照顧態度分組比較，經檢定結果，得知照服員「正面態度」、「負面認知」、「行為傾向」都不會因為性別的不同而有顯著差異(表 4-2-2)，此結果顯示，本研究假設 3-1「照服員的照顧態度會因性別的不同有顯著差異」，未獲得支持。

表 4-2-2 照服員照顧態度之性別分組表

照顧態度	性別	N	平均值	標準差	Levene	顯著性	F	顯著性
正面態度	男	54	3.96	.433	.639	.424	1.829	.177
	女	404	4.05	.471				
	總計	458	4.04	.467				
負面認知	男	54	3.18	.732	.131	.717	1.741	.188
	女	404	3.04	.753				
	總計	458	3.05	.751				
行為傾向	男	54	3.61	.505	.430	.512	.728	.394
	女	404	3.68	.548				
	總計	458	3.67	.543				

(二) 原屬國籍

以「原屬國籍」進行照服員照顧態度分組比較，經檢定結果，得知照服員「正面態度」、「負面認知」、「行為傾向」都不會因為原屬國籍的不同而有顯著差異(表 4-2-3)，此結果顯示，本研究假設 3-2「照服員的照顧態度會因原屬國籍的不同有顯著差異」，未獲得支持。

表 4-2-3 照服員照顧態度之原屬國籍分組表

照顧態度	原屬國籍	N	平均值	標準差	Levene	顯著性	F	顯著性
正面態度	本國籍	298	4.07	.448	1.472	.226	2.074	.151
	非本國籍	158	4.00	.500				
	總計	456	4.05	.467				
負面認知	本國籍	298	3.06	.791	3.387	.066	.110	.741
	非本國籍	158	3.04	.675				
	總計	456	3.05	.752				
行為傾向	本國籍	298	3.69	.545	.001	.980	1.240	.266
	非本國籍	158	3.63	.539				
	總計	456	3.67	.543				

(三) 教育程度分組比較

以「教育程度」分組進行照服員照顧態度比較，經檢定結果，「行為傾向」會因「教育程度」的不同而有顯著差異 ($F=3.410, p=0.034 < 0.05$)，需進一步進行多重比較檢驗組間差異。經由 Levene 檢定，得知組間變異數同質性假設獲得支持 ($F=2.210, p=0.111 > 0.05$)，因此以 Scheffe 檢定進行多重比較 (表 4-2-4)；

至於「正面態度」、「負面認知」都不會因教育程度的不同有顯著差異。

表 4-2-4 照服員照顧態度之教育程度分組表

	教育程度	N	平均 值	標準 差	Levene	顯著 性	F	顯著 性
正面態度	國中(含)以下	208	4.00	.474	.292	.747	2.065	.128
	高中(職)	185	4.10	.452				
	大專(含)以上	65	4.04	.483				
	總計	458	4.04	.467				
負面認知	國中(含)以下	208	3.07	.695	4.555	.011	.191	.826
	高中(職)	185	3.05	.832				
	大專(含)以上	65	3.01	.691				
	總計	458	3.05	.751				
行為傾向	國中(含)以下	208	3.63	.580	2.210	.111	3.410	.034
	高中(職)	185	3.75	.495				
	大專(含)以上	65	3.58	.528				
	總計	458	3.67	.543				

由表 4-2-5 分析結果得知，照服員教育程度為高中(職)的「行為傾向」略高於國中(含)以下及大專(含)以上，但無顯著差異($P=.098 > .050$)，顯示本研究假設 3-4「照服員的照顧態度會因教育程度的不同有顯著差異」，未獲得支持。

表 4-2-5 照服員照顧態度之教育程度多重比較表

Scheffe	教育程度	平均差 異	標準誤	顯著性	95%信賴區間		
					下限	上限	
行為傾向	國中(含)以下	高中(職)	-.118	.055	.098	-.25	.02
		大專(含)以上	.050	.077	.806	-.14	.24
	高中(職)	國中(含)以下	.118	.055	.098	-.02	.25
		大專(含)以上	.168	.078	.098	-.02	.36

(四) 技術士證照分組比較

以「技術士證照」進行照服員照顧態度分組比較，經檢定結果，得知有技術士證照之照服員其照顧態度「正面態度」、「負面認知」、「行為傾向」均比沒有技術士證照者積極且有顯著差異(表 4-2-6)，分析結果本研究假設 3-5「照服員的

照顧態度會因是否有技術士證照有顯著差異」，獲得支持。

表 4-2-6 照服員照顧態度之技術士證照分組表

	技術士證照	N	平均值	標準差	Levene	顯著性	F	顯著性
正面態度	有	60	4.17	.453	.201	.654	4.824	.029
	沒有	398	4.03	.467				
	總計	458	4.04	.467				
負面認知	有	60	2.73	.628	3.983	.047	12.768	.000
	沒有	398	3.10	.757				
	總計	458	3.05	.751				
行為傾向	有	60	3.93	.576	.562	.454	16.059	.000
	沒有	398	3.63	.527				
	總計	458	3.67	.543				

就上述研究結果得知有技術士證照的照服員「正面態度」、「行為傾向」程度都比沒有技術士證照者高，有技術士證照的照服員「負面認知」程度比沒有技術士證照的低，由此可以看出有考取技術士證照的照服員其工作態度明顯優於無技術士證照者，依研究者推估，目前擔任照服員考取技術士證照並非擔任照服員之必要條件，所以有技術士證照之照服員大部分為對照服工作具有熱忱且表現積極者，故工作態度相對表現優異。

(五) 工作屬性

以「工作屬性」分組進行照服員照顧態度比較，經檢定結果，「負面認知」、「行為傾向」會因工作屬性的不同而有顯著差異 ($F=5.401$, $p=0.005 < 0.05$; $F=6.971$, $p=0.001 < 0.05$)，需進一步進行多重比較檢驗組間差異。經由 Levene 檢定，得知「負面認知」、「行為傾向」組間變異數同質性假設獲得支持 ($F=1.980$, $p=0.139 > 0.05$, $F=1.256$, $p=0.286 > 0.05$)，因此以 Scheffe 檢定進行多重比較 (表 4-2-7)；至於「正面態度」不會因工作屬性不同有顯著差異。

表 4-2-7 照服員照顧態度之工作屬性分組表

	工作屬性	N	平均值	標準差	Levene	顯著性	F	顯著性
正面態度	安養	201	4.06	.510	5.524	.004	.315	.730
	養護	203	4.02	.397				
	失智專區	54	4.07	.547				
	總計	458	4.04	.467				
負面認知	安養	201	3.15	.792	1.980	.139	5.401	.005
	養護	203	3.03	.683				
	失智專區	54	2.78	.782				
	總計	458	3.05	.751				
行為傾向	安養	201	3.64	.534	1.256	.286	6.971	.001
	養護	203	3.64	.504				
	失智專區	54	3.93	.650				
	總計	458	3.67	.543				

由表 4-2-8 分析結果得知，失智專區照服員工作態度的「負面認知」顯著低於安養區($p=.006<.050$)，而工作投入的「行為傾向」顯著高於安養區及養護區($p=.002<.050$)；安養區及養護區組間「正面態度」、「負面認知」、「行為傾向」並無明顯差異，顯示本研究假設 3-6「照服員的照顧態度會因工作屬性的不同有顯著差異」，獲得局部支持。

表 4-2-8 照服員照顧態度之工作屬性多重比較表

Scheffe	工作屬性		平均差異	標準誤	顯著性	95%信賴區間	
						下限	上限
負面認知	安養	養護	.116	.074	.292	-.07	.30
		失智專區	.370*	.114	.006	.09	.65
	養護	安養	-.116	.074	.292	-.30	.07
		失智專區	.253	.114	.086	-.03	.53
行為傾向	安養	養護	.001	.053	1.000	-.13	.13
		失智專區	-.289*	.082	.002	-.49	-.09
	養護	安養	-.001	.053	1.000	-.13	.13
		失智專區	-.290*	.082	.002	-.49	-.09

由以上分析可以看出安養區照服員對失智症住民的負面認知態度最高，且與失智專區的照服員有顯著差異，表示安養區的照服員對於失智症患者的照顧認知較為負向，態度較為被動，至於失智專區「行為傾向」顯著高於安養區及養護區，

研究者推估可能與失智專區照服員有較多的照顧經驗有關，導致照服員對於工作投入的「行為傾向」態度具有較高的投入準備。

(六) 陪伴經驗

以「陪伴經驗」分組進行照服員照顧態度比較，經檢定結果，「正面態度」(F=7.603, p=0.006<0.05)、「行為傾向」(F=10.764, p=0.001<0.05)有顯著差異，擔任照服員之前有陪伴失智症患者經驗的照服員其工作態度比沒有陪伴經驗者高；至於「負面認知」則不會因擔任照服員之前是否有陪伴失智症患者經驗而有顯著差異(表 4-2-9)。此結果顯示，本研究假設 3-8「照服員的照顧態度會因擔任照服員之前是否有陪伴失智症患者經驗的不同有顯著差異」，獲得局部支持。

表 4-2-9 照服員照顧態度之陪伴經驗分組表

	陪伴經驗	N	平均值	標準差	Levene	顯著性	F	顯著性
正面態度	有	194	4.11	.421	.023	.879	7.603	.006
	沒有	264	3.99	.493				
	總計	458	4.04	.467				
負面認知	有	194	3.05	.812	3.071	.080	.004	.950
	沒有	264	3.05	.705				
	總計	458	3.05	.751				
行為傾向	有	194	3.77	.570	3.415	.065	10.764	.001
	沒有	264	3.60	.511				
	總計	458	3.67	.543				

(七) 在職訓練

以「在職訓練」進行照服員照顧態度分組比較，經檢定結果，得知照服員「正面態度」、「負面認知」、「行為傾向」都不會因為到職後是否接受過失智症照顧訓練課程有顯著差異(表 4-2-10)，此結果顯示，本研究假設 3-9「照服員的照顧態度會因到職後是否接受過失智症照顧訓練課程有顯著差異」，未獲得支持。

表 4-2-10 照服員照顧態度之在職訓練分組表

	在職訓練	N	平均值	標準差	Levene	顯著性	F	顯著性
正面態度	有	332	4.07	.455	.124	.725	3.092	.079
	沒有	126	3.98	.494				
	總計	458	4.04	.467				
負面認知	有	332	3.01	.751	.000	.990	3.157	.076
	沒有	126	3.15	.746				
	總計	458	3.05	.751				
行為傾向	有	332	3.69	.551	.349	.555	2.264	.133
	沒有	126	3.61	.517				
	總計	458	3.67	.543				

(八) 收入佔家庭開銷比重

以「收入佔家庭開銷比重」進行照服員照顧態度分組比較，經檢定結果，得知「正面態度」、「負面認知」、「行為傾向」都不會因為收入做為家庭開銷比重的不同有顯著差異(表 4-2-11)，分析結果本研究假設 3-10「照服員的照顧態度會因收入佔家庭開銷比重的不同有顯著差異」，未獲得支持。

4-2-11 照服員照顧態度之收入佔家庭開銷比重分組表

收入做為家庭開銷比重		N	平均 值	標準 差	Levene	顯著 性	F	顯著 性
正面態度	百分之百	95	4.05	.518	1.249	.289	.310	.871
	四分之三	122	4.04	.485				
	二分之一	165	4.02	.434				
	四分之一	54	4.08	.439				
	完全沒有	22	4.11	.476				
	總計	458	4.04	.467				
負面認知	百分之百	95	3.07	.652	2.918	.021	2.127	.076
	四分之三	122	3.20	.844				
	二分之一	165	2.99	.757				
	四分之一	54	2.99	.685				
	完全沒有	22	2.80	.631				
	總計	458	3.05	.751				
行為傾向	百分之百	95	3.59	.590	.743	.563	.797	.528
	四分之三	122	3.70	.539				
	二分之一	165	3.70	.517				
	四分之一	54	3.67	.526				
	完全沒有	22	3.61	.588				
	總計	458	3.67	.543				

(九) 年齡

以皮爾森積差相關對照服員年齡與照顧態度進行分析，結果顯示，照服員年齡與「正面態度」、「負面認知」、「行為傾向」都沒有顯著相關。顯示本研究假設 3-2「照服員的照顧態度與年齡有顯著關聯」，未獲得支持(表 4-2-12)。

表 4-2-12 照服員照顧態度與年齡相關分析表

照顧態度		正面態度	負面認知	行為傾向
年齡	皮爾森 (r)	.048	-.076	-.045
	顯著性 (雙尾)	.304	.103	.334
	N	458	458	458

(十) 年資

以皮爾森積差相關對照服員年資與照顧態度進行分析，分析結果顯示，照服員年資與「正面態度」、「負面認知」、「行為傾向」都沒有顯著的相關。顯示本研究假設 3-7「照服員的照顧態度與年資有顯著關聯」，未獲得支持(表 4-2-13)。

表 4-2-13 照服員照顧態度與年資相關分析表

	照顧態度	正面態度	負面認知	行為傾向
年齡	皮爾森 (r)	-.032	.003	-.087
	顯著性 (雙尾)	.495	.948	.064
	N	458	458	458

三、討論

研究結果發現，受測照服員的照顧態度有中度偏高的「正面態度」，及中等偏正向的工作投入「行為傾向」。此研究結果與王珮琮(2014)、林冠余(2015)、齊于箴(2017)、蔡月雲(2017)、蘇信鳳(2018)、黃家盈(2018)、曾鈺婷(2019)等研究結果一致。

其次，失智症照顧態度與照服員背景變項「技術士證照」、「工作屬性」、「陪伴經驗」之關聯有顯著差異；研究結果顯示，具有技術士證照者、有陪伴失智症患者經驗及於失智專區(工作屬性)工作之照服員有較積極的照顧態度，照服員其他背景變項與照顧態度則無顯著差異的關聯。其中背景變項「性別」、「教育程度」與照顧態度的關聯性和過去的研究結果比較，均為無顯著差異，而其他背景變項與照顧態度的關聯在過去的研究中發現有不一致的研究結果，本研究與過去研究之比較如下表(表 4-2-14)。

就工作屬性部分與過去研究有顯著差異提出下列看法：本研究發現安養區照服員對失智症住民的負面認知態度最高，依實務工作現場的察覺，可能與採混合照顧模式的照護環境及照顧人力配比有關，榮民之家安養住民的居住環境多為 2 人一室，養護住民為 4 人一室，若失智住民產生精神行為症狀，易與同住室友產生衝突，照服員須處理失智住民精神行為症狀，又得處理室友不滿的情緒，在混合照顧模式但照顧人力比並未提高的狀況下，照服員面對失智住民往往倍感壓力及困擾，故負面

認知相對較高。若機構能安排照服員接受失智症的相關訓練，照服員能瞭解失智症病理、照顧技能、問題處理方法，其次，改善失智住民居住環境，設計安排適合失智住民的活動，可以提升照服員對失智症患者的照顧態度，也可以減少失智住民精神行為症狀的產生。

為瞭解家庭經濟負擔對照顧態度之間的關聯，故本研究將收入佔家庭開銷比重納入個人背景變項，研究結果發現，照服員家庭經濟負擔與對失智症的照顧態度並無顯著關聯。從過去與照顧態度相關的研究發現，態度與個人背景變項的關聯性較低，本研究的發現其與工作及生活(陪伴)經驗有關的背景變項會產生關聯。

表 4-2-14 失智症照顧態度與個人背景變項關聯分析表

變項 學者	性別	年齡	原屬國籍	教育程度	技術士證照	工作屬性	工作年資	經驗 陪伴失智症	在職訓練	開銷比重	收入佔家庭
本研究	無顯著	無顯著	無顯著	無顯著	有證照較高	失智 > 安養	無顯著	有經驗者較高	無顯著	無顯著	無顯著
王佩琮 (2014)	無顯著	-	-	無顯著	-	-	正相關	-	-	-	-
林冠余 (2015)	-	無顯著	-	無顯著	-	護理之家 > 失智型	正相關	無顯著	有接受者較高	-	-
齊于箴 (2017)	-	無顯著	-	無顯著	無顯著	無顯著	無顯著	無顯著	無顯著	-	-
蔡月雲 (2017)	無顯著	負相關	-	無顯著	-	-	-	有經驗者較高	有接受者較高	-	-
蘇信鳳 (2018)	-	正相關	-	-	有證照較高	-	無顯著	-	有接受者較高	-	-
黃家盈 (2018)	無顯著	無顯著	-	無顯著	-	-	無顯著	有經驗者較高	無顯著	-	-
曾鈺婷 (2019)	-	正相關	越南籍最高	無顯著	-	無顯著	無顯著	-	無顯著	-	-

資料來源：研究者自行整理

第三節 照服員照顧自我效能

本節在探討照服員對於失智症患者的照顧自我效能，瞭解照服員照顧自我效能的「基本效能」及「處置效能」現況，並探討照服員照顧自我效能在各背景變項組間的差異情形。

一、照服員照顧自我效能現況

本研究「照顧自我效能」包括「基本效能」、「處置效能」二個構面。經分析發現「基本效能」的現況平均分數為 3.34 分，標準差為 0.588，偏態係數為-0.036，峰度係數 0.585，平均分數略高於中點(3 分)，可視為有中等偏高程度的基本效能(表 4-3-1)。「處置效能」的現況平均分數為 3.18 分，標準差為 0.539，偏態係數為 -0.224，峰度係數 0.184。平均分數略高於中點(3 分)，可視為有中度偏高程度的處置效能。

表 4-3-1 照服員照顧自我效能之描述

自我效能	N	最小值	最大值	平均值	標準差	偏態	峰態
基本效能	458	2	5	3.34	.588	-.036	.585
處置效能	458	1	5	3.18	.539	-.224	.184

二、照顧自我效能分組比較

分別就受測照服員「性別」、「原屬國籍」、「教育程度」、「技術士證照」、「工作屬性」、「陪伴經驗」、「在職訓練」、「收入開銷比重」等背景變項以單因子變異數分析進行分組比較：

(一)性別

以「性別」進行照服員照顧自我效能分組比較，經檢定結果，得知照服員「基本效能」、「處置效能」都不會因為性別的不同而有顯著差異(表 4-3-2)，此結果顯示，本研究假設 1-1「照服員的照顧自我效能會因性別的不同有顯著差異」，未獲得支持。

表 4-3-2 照服員照顧自我效能之性別分組表

	性別	N	平均值	標準差	Levene	顯著性	F	顯著性
處置效能	男	54	3.22	.556	.263	.608	.495	.482
	女	404	3.17	.537				
	總計	458	3.18	.539				
基本效能	男	54	3.38	.574	.172	.679	.273	.602
	女	404	3.34	.590				
	總計	458	3.34	.588				

(二)原屬國籍

以「原屬國籍」進行照服員照顧自我效能分組比較，經檢定結果，得知照服員「基本效能」、「處置效能」都不會因為原屬國籍的不同而有顯著差異(表 4-3-3)，此結果顯示，本研究假設 1-3「照服員的照顧自我效能會因原屬國籍的不同有顯著差異」，未獲得支持。

表 4-3-3 照服員照顧自我效能之原屬國籍分組表

	原屬國籍	N	平均值	標準差	Levene	顯著性	F	顯著性
處置效能	本國籍	298	3.21	.517	.758	.385	3.048	.082
	非本國籍	158	3.12	.578				
	總計	456	3.18	.540				
基本效能	本國籍	298	3.36	.578	.018	.892	1.174	.279
	非本國籍	158	3.30	.607				
	總計	456	3.34	.588				

(三)教育程度

以「教育程度」進行照服員照顧自我效能分組比較，經檢定結果，得知照服員「基本效能」、「處置效能」都不會因為教育程度的不同而有顯著差異(表 4-3-4)，此結果顯示，本研究假設 1-4「照服員的照顧自我效能會因教育程度的不同有顯著差異」，未獲得支持。

表 4-3-4 照服員照顧自我效能之教育程度分組表

	教育程度	N	平均值	標準差	Levene	顯著性	F	顯著性
處置效能	國中(含)以下	208	3.16	.555	1.709	.182	1.468	.232
	高中(職)	185	3.22	.536				
	大專(含)以上	65	3.10	.489				
	總計	458	3.18	.539				
基本效能	國中(含)以下	208	3.31	.600	.221	.802	2.100	.124
	高中(職)	185	3.41	.579				
	大專(含)以上	65	3.28	.563				
	總計	458	3.34	.588				

(四)技術士證照

以「技術士證照」進行照服員照顧自我效能分組比較，經檢定結果，得知照服員「基本效能」、「處置效能」都不會因為是否有技術士證照有顯著差異(表 4-3-5)，此結果顯示，本研究假設 1-5「照服員的照顧自我效能會因是否有技術士證照有顯著差異」，未獲得支持。從本研究中得知，持有技術士證照之照服員其失智症知識及照顧自我效能並未較高，僅照顧態度有較高的表現，此部分研究者推估與取得技術士證照考核未納入失智症照顧內容有關。

表 4-3-5 照服員照顧自我效能之技術士證照分組表

	技術士證照	N	平均值	標準差	Levene	顯著性	F	顯著性
處置效能	有	60	3.30	.541	.554	.457	3.657	.056
	沒有	398	3.16	.537				
	總計	458	3.18	.539				
基本效能	有	60	3.46	.556	.219	.640	2.577	.109
	沒有	398	3.33	.591				
	總計	458	3.34	.588				

(五)工作屬性

以「工作屬性」分組進行照服員照顧自我效能比較，經檢定結果，「處置效能」(F=9.048, p=0.000<0.05)、「基本效能」(F=5.331, p=0.005<0.05)都會因工作屬性的不同而有顯著差異；需進一步進行多重比較檢驗組間差異(表 4-3-6)。

表 4-3-6 照服員照顧自我效能之工作屬性分組表

	工作屬性	N	平均值	標準差	Levene	顯著性	F	顯著性
處置效能	安養	201	3.09	.505	2.793	.062	9.048	.000
	養護	203	3.19	.553				
	失智專區	54	3.44	.531				
	總計	458	3.18	.539				
基本效能	安養	201	3.31	.639	3.708	.025	5.331	.005
	養護	203	3.31	.558				
	失智專區	54	3.59	.429				
	總計	458	3.34	.588				

由表 4-3-6 可知，經由 Levene 檢定「處置效能」組間變異數同質性假設獲得支持 ($F=2.793$, $p=0.062 > 0.05$)，以 Scheffe 檢定進行多重比較，發現失智專區照服員的「處置效能」顯著高於安養區 ($p=.000 < .050$) 及養護區 ($p=.009 < .050$)，安養區與養護區的「處置效能」無顯著差異(表 4-3-7)；其次，「基本效能」組間變異數同質性假設未獲得支持 ($F=3.708$, $p=0.025 < 0.05$)，因此以 Tamhane 檢定進行多重比較，發現失智專區照服員的「基本效能」顯著高於安養區 ($p=.001 < .050$) 及養護區 ($p=.000 < .050$)，安養區與養護區的「處置效能」無顯著差異。顯示本研究假設 1-6「照服員的照顧自我效能會因工作屬性的不同有顯著差異」，獲得局部支持。

表 4-3-7 照服員照顧自我效能之工作屬性多重比較表

	工作屬性	平均差異	標準誤	顯著性	95%信賴區間		
					下限	上限	
處置效能 (Scheffe)	安養	養護	-.094	.053	.206	-.22	.04
		失智專區	-.344*	.081	.000	-.54	-.14
	養護	安養	.094	.053	.206	-.04	.22
		失智專區	-.250*	.081	.009	-.45	-.05
基本效能 (Tamhane)	安養	養護	-.001	.060	1.000	-.14	.14
		失智專區	-.276*	.074	.001	-.45	-.10
	養護	安養	.001	.060	1.000	-.14	.14
		失智專區	-.275*	.070	.000	-.45	-.10

根據以上結果，研究者推估位於失智專區工作的照服員，因平日工作服務對

象即為失智症患者，對於失智症患者的照顧熟悉且較有自信，故對於照顧效能的自我評價，顯著高於安養區及養護區的照服員。

(六) 陪伴經驗

以「陪伴經驗」分組進行照服員照顧自我效能比較，經檢定結果，「處置效能」(F=16.068, p=0.000<0.05)、「基本效能」(F=12.056, p=0.001<0.05)均會因擔任照服員之前是否有陪伴失智症患者經驗而有顯著差異(表 4-3-8)。分析結果得知，擔任照服員之前有陪伴失智症患者經驗的「處置效能」、「基本效能」均顯著高於沒有陪伴經驗的照服員，顯示本研究假設 1-8「照服員的照顧自我效能會因擔任照服員之前是否有陪伴失智症患者經驗的不同有顯著差異」，獲得支持。

表 4-3-8 照服員照顧自我效能之陪伴經驗分組表

	陪伴經驗	N	平均值	標準差	Levene	顯著性	F	顯著性
處置效能	是	194	3.29	.536	.198	.657	16.068	.000
	否	264	3.09	.526				
	總計	458	3.18	.539				
基本效能	是	194	3.45	.566	.641	.424	12.056	.001
	否	264	3.26	.591				
	總計	458	3.34	.588				

(七) 在職訓練

以「在職訓練」分組進行照服員照顧自我效能比較，經檢定結果，「處置效能」(F=14.275, p=0.000<0.05)、「基本效能」(F=13.303, p=0.000<0.05)均會因照服員到職後是否有接受失智症教育訓練課程而有顯著差異(表 4-3-9)。分析結果得知，照服員到職後有接受失智症教育訓練課程的「處置效能」、「基本效能」均顯著高於沒有接受教育訓練課程者，顯示本研究假設 1-9「照服員的照顧自我效能會因到職後是否有接受失智症教育訓練課程有顯著差異」，獲得支持。

表 4-3-9 照服員照顧自我效能之陪伴經驗

	在職訓練	N	平均值	標準差	Levene	顯著性	F	顯著性
處置效能	有	332	3.23	.529	.003	.959	14.275	.000
	沒有	126	3.02	.537				
	總計	458	3.18	.539				
基本效能	有	332	3.41	.551	3.147	.077	13.303	.000
	沒有	126	3.18	.651				
	總計	458	3.34	.588				

(八)收入佔家庭開銷比重

以「收入佔家庭開銷比重」分組進行照服員照顧自我效能比較，經檢定結果，「處置效能」會因會因為照服員收入佔家庭開銷比重的不同而有顯著差異 ($F=2.991, p=0.019 < 0.05$)；需進一步進行多重比較檢驗組間差異。經由 Levene 檢定，得知「處置效能」組間變異數同質性假設獲得支持 ($F=1.680, p=0.154 > 0.05$)，因此以 Scheffe 檢定進行多重比較 (表 4-3-10)，至於「基本效能」則不會因為照服員收入佔家庭開銷比重的不同而有顯著差異。

表 4-3-10 照服員照顧自我效能之收入佔家庭開銷比重分組表

收入做為家庭開銷比重		N	平均 值	標準 差	Levene	顯著 性	F	顯著 性
處置效能	百分之百	95	3.03	.604	1.680	.154	2.991	.019
	四分之三	122	3.19	.551				
	二分之一	165	3.25	.490				
	四分之一	54	3.22	.515				
	完全沒有	22	3.06	.477				
	總計	458	3.18	.539				
基本效能	百分之百	95	3.27	.631	.701	.592	.956	.431
	四分之三	122	3.41	.581				
	二分之一	165	3.34	.535				
	四分之一	54	3.40	.640				
	完全沒有	22	3.26	.679				
	總計	458	3.34	.588				

由表 4-3-11 分析結果得知，照服員收入做為家庭開銷比重為二分之一的「處置效能」顯著高於收入做為家庭開銷比重為百分之百；但其他各組間的「處置效能」、「基本效能」均未有明顯差異，顯示本研究假設 1-10「照服員的照顧自我效

能會因收入做為家庭開銷比重的不同有顯著差異」，獲得局部支持。此研究發現表示家庭經濟負擔較重的照服員其照顧自我效能顯著較低，研究者推估其原因可能與第一節研究發現，收入百分之百做為家庭開銷的照服員其失智症知識程度較低有關，因失智症知識程度較低，相對失智症照顧自我效能也顯著較低，此結果也與第四節失智症知識與照顧自我效能為正相關相符。

表 4-3-11 照服員收入做為家庭開銷比重之多重比較表

收入做為家庭開銷比重		平均差異	標準誤	顯著性	95%信賴區間		
					下限	上限	
處置效能	百分之百	四分之三	-.159	.073	.316	-.39	.07
		二分之一	-.223*	.069	.034	-.44	-.01
		四分之一	-.185	.091	.390	-.47	.10
		完全沒有	-.027	.126	1.000	-.42	.36
	四分之三	百分之百	.159	.073	.316	-.07	.39
		二分之一	-.063	.064	.911	-.26	.13
		四分之一	-.026	.087	.999	-.30	.24
		完全沒有	.133	.124	.886	-.25	.52
	二分之一	百分之百	.223*	.069	.034	.01	.44
		四分之三	.063	.064	.911	-.13	.26
		四分之一	.038	.084	.995	-.22	.30
		完全沒有	.196	.121	.624	-.18	.57
	四分之一	百分之百	.185	.091	.390	-.10	.47
		四分之三	.026	.087	.999	-.24	.30
		二分之一	-.038	.084	.995	-.30	.22
		完全沒有	.158	.135	.848	-.26	.58

(九)年齡

以皮爾森積差相關就照服員年齡與照顧自我效能進行分析，結果顯示，照服員的年齡與「基本效能」、「處置效能」都沒有顯著的相關。顯示本研究假設 1-2「照服員的照顧自我效能與年齡有顯著關聯」，未獲得支持(表 4-3-12)。

表 4-3-12 照服員照顧自我效能與年齡相關分析表

	自我效能	基本效能	處置效能
年齡	皮爾森 (r)	.017	.017
	顯著性 (雙尾)	.715	.710
	N	458	458

(十)年資

以皮爾森積差相關就照服員年資與照顧自我效能進行分析。分析結果顯示，照服員年資與「基本效能」、「處置效能」都沒有顯著的相關。顯示本研究假設 1-7「照服員的照顧自我效能與年資有顯著關聯」，未獲得支持(表 4-3-13)。

表 4-3-13 照服員照顧自我效能與年資相分析表

	自我效能	基本效能	處置效能
年資	皮爾森 (r)	.043	.056
	顯著性 (雙尾)	.358	.228
	N	458	458

三、討論

本研究結果發現，受測照服員有中度偏高的生活照顧「基本效能」及問題行為「處置效能」。此結果與王珮琮(2014)、蘇信鳳(2018)、黃家盈(2018)等表示受測者有中等程度以上的照顧自我效能結果一致。其次，照服員照顧自我效能與背景變項，「工作屬性」、「陪伴經驗」、「在職訓練」、「收入佔家庭開銷比重」有顯著關聯性。此結果表示，失智專區(工作屬性)、有陪伴失智患者經驗、接受過失智訓練課程的照服員對照顧自我效能有較高的評價，而其他各背景變項與照顧自我效能均無關聯。此發現與過去的研究比較，背景變項「教育程度」、「技術士證照」、「陪伴經驗」與照顧自我效能的關聯有一致性的結果，其他個人背景變項與照顧自我效能的關聯則無一致性的結果，過去相關研究與本研究之比較如下表(表 4-3-14)：

表 4-3-14 照服員照顧自我效能與個人背景變項關聯分析表

變項 學者	性別	年齡	原屬國籍	教育程度	技術士證照	工作屬性	工作年資	經驗 陪伴失智症	在職訓練	開銷比重	收入佔家庭
本研究	無顯著	無顯著	無顯著	無顯著	無顯著	失智 >安養	無顯著	有經驗者較高	有接受者較高	有局部顯著	
王佩琮 (2014)	男> 女	-	-	無顯著	-	-	局部 正相關	-	-	-	-
蘇信鳳 (2018)	-	正相關	-	-	無顯著	-	無顯著	-	無顯著	-	-
黃家盈 (2018)	無顯著	無顯著	-	無顯著	-	-	無顯著	有經驗者較高	有接受者較高	-	-

第四節 失智症知識、照顧態度與照顧自我效能之關聯

本節以皮爾森積差相關分析探討照服員失智症知識、照顧態度與照顧自我效能之間的關聯性，驗證假設二「照服員對失智者的照顧自我效能與失智症的知識程度有關」及假設四「照服員對失智者的照顧態度與失智症知識程度有關」。另以迴歸分析驗證假設六「照服員對失智者的照顧自我效能與照顧態度有關」，檢驗研究假設是否成立並了解變項關聯程度及預測解釋力。

一、照顧態度與失智症知識之關聯

以皮爾森積差相關分析照顧態度與失智症知識的相關，分析結果顯示，照顧態度「正面態度」與「失智症整體知識」($r=0.131, p=0.005$)有顯著的正相關，表示照服員照顧態度的「正面態度」越趨正向則其「失智症整體知識」程度就會越高。其次，照顧態度「正面態度」($r=0.129, p=0.006$)與失智症知識構面「失智症病徵、病程」有顯著的正相關，表示照服員的照顧態度「正面態度」越正向，則照服員失智症知識構面「失智症病徵、病程」的程度就會越高；「行為傾向」($r=0.099, p=0.033$)與失智症知識構面「失智症病徵、病程」有顯著的正相關，表示工作投入「行為傾向」越積極的照服員，其失智症知識構面「失智症病徵、病程」的程度就

會越高。然而照顧態度「負面認知」與「失智症病徵、病程」知識則無顯著相關。顯示本研究假設「4-1 照服員的照顧態度與失智症知識程度(病徵、病程)有關」,獲得局部支持(表 4-4-1)。

照顧態度「正面態度」、「負面認知」、「行為傾向」與失智症知識「生活照顧安排」均無顯著相關。顯示本研究假設「4-2 照服員的照顧態度與失智症知識程度(生活照顧安排)有關。」,未獲得支持(表 4-4-1)。

照顧態度「正面態度」、「負面認知」、「行為傾向」與失智症知識「問題行為處理」均無顯著相關。顯示本研究假設「4-3 照服員的照顧態度與失智症知識程度(問題行為處理)有關。」,未獲得支持(表 4-4-1)。

表 4-4-1 照服員照顧態度與失智症知識相關矩陣(N=458)

	失智症整體知識	失智症病徵病程	生活照顧安排	問題行為處理	正面態度	負面認知
失智症病徵病程	.590**					
生活照顧安排	.704**	.152**				
問題行為處理	.785**	.139**	.385**			
正面態度	.131**	.129**	.064	.082		
負面認知	-.037	.027	-.066	-.039	-.119*	
行為傾向	.072	.099*	.078	-.009	.470**	-.139**

*P<.05 **P<.01 ***P<.001

二、照顧自我效能與失智症知識之關聯

以皮爾森積差相關就照顧自我效能與失智症知識進行分析,結果顯示,照服員照顧自我效能的「處置效能」與「失智症整體知識」($r=0.095, p=0.042$)、「失智症病徵、病程」($r=0.121, p=0.009$)有顯著的正相關,表示照服員自認為對失智症患

者問題行為的「處置效能」能力越好，其「失智症整體知識」、「失智症病徵、病程」的程度就會越高。但失智症生活照顧的「基本效能」與「失智症病徵、病程」無顯著相關。顯示本研究假設「2-1 照服員的照顧自我效能與失智症的知識程度(病徵、病程)有關。」，獲得局部支持(表 4-4-2)。

照服員照顧自我效能的「處置效能」與失智症知識構面「生活照顧安排」(r=0.121, p=0.009)有顯著正相關，表示照服員自認為對失智症患者問題行為的「處置效能」越好，則照服員失智症「生活照顧安排」的知識程度就會越高；但照顧自我效能的「基本效能」與失智症「生活照顧安排」知識程度無顯著相關。顯示本研究假設「2-2 照服員的照顧自我效能與失智症的知識程度(生活照顧安排)有關。」，獲得局部支持(表 4-4-2)。

照服員照顧自我效能的「基本效能」、「處置效能」與失智症知識構面「問題行為處理」均無顯著相關。顯示本研究假設「2-3 照服員的照顧自我效能與失智症的知識程度(問題行為處理)有關。」，未獲得支持(表 4-4-2)。

表 4-4-2 照服員照顧自我效能與失智症知識相關矩陣(N=458)

	失智症整體 知識	失智症病徵 病程	生活照顧安 排	問題行為處 理	基本效能
失智症病徵病 程	.590**				
生活照顧安排	.704**	.152**			
問題行為處理	.785**	.139**	.385**		
基本效能	-.027	-.047	.000	-.011	
處置效能	.095*	.121**	.121**	-.017	.633**

*P<.05 **P<.01 ***P<.001

三、照顧自我效能與照顧態度之關係

以複迴歸分析檢驗照顧自我效能與照顧態度之間的關聯，將照服員照顧自我效能的「基本效能」為依變項，照顧態度的「正面態度」、「負面認知」、「行為傾向」為自變項，經總檢定得知，這些自變項對依變項「基本效能」的共同解釋效力為 11.4% ($R^2=.114, p=.000 < .05$)，(表 4-4-3)。邊際檢定結果顯示，照服員「基本效能」與「負面認知」的照顧態度有顯著正向關聯，表示照服員「負面認知」態度越強 ($t=3.412, p=.001$)，則其對失智症患者生活照顧「基本效能」的自我評價越高；其次，照服員「基本效能」與照顧態度的「行為傾向」有顯著正向關聯，表示照服員工作投入之「行為傾向」越積極 ($t=6.127, p=.000$)，則其對失智症患者生活照顧「基本效能」的自我評價越高；照顧態度對照顧自我效能「基本效能」的解釋力由高至低為「行為傾向」、「負面認知」，至於「基本效能」與照顧態度「正面態度」則無顯著關聯。

表 4-4-3 基本效能之迴歸分析

總檢定	自變項	B	β	t	顯著性	相關	
						零階	偏
調整過的 R 平方=.114 F=20.539 P=.000	(常數)	1.508		5.439	.000		
	正面態度	.063	.050	.995	.320	.176	.047
	負面認知	.119	.152	3.412	.001	.103	.158
	行為傾向	.333	.307	6.127	.000	.309	.276

以照服員照顧自我效能「處置效能」為依變項，照顧態度「正面態度」、「負面認知」、「行為傾向」為自變項進行複迴歸分析，經總檢定得知這些自變項對依變項「處置效能」的共同解釋效力為 18.3% ($R^2=.183, p=.000 < .05$)，(表 4-4-4)。邊際檢定結果顯示，照服員的「處置效能」與照顧態度「負面認知」有顯著正向關聯 ($t=2.592, p=.010$)，表示照服員照顧態度的「負面認知」越強，則照服員對失智症問題行為「處置效能」的自我評價就越高；其次，照服員的「處置效能」與照顧態度「行為傾向」有顯著正向關聯 ($t=9.358, p=.000$)，表示照服員照顧態度的「行為傾向」越強，則照服員「處置效能」的自我評價就越高。照顧態度對照顧自我效能

之「處置效能」的解釋力由高至低為「行為傾向」、「負面，認知」，至於「處置效能」與照顧態度的「正面態度」則無顯著關聯。

表 4-4-4 處置效能之迴歸分析

總檢定	自變項	B	β	t	顯著性	相關	
						零階	偏
調整過的 R 平方=.183	(常數)	1.465		6.001	.000		
F=35.020 P=.000	正面態度	-.043	-.037	-.778	.437	.161	-.036
	負面認知	.080	.111	2.592	.010	.053	.121
	行為傾向	.447	.450	9.358	.000	.418	.402

經上述迴歸分析結果可以得知，本研究之假設 6-2、6-3、6-5、6-6 獲得支持，假設 6-1、6-4 未獲得支持。

四、討論

經皮爾森積差相關分析後得知，照服員的失智症知識與照顧自我效能有局部的關聯，本研究結果發現，失智症病徵、病程(基本病理)及生活照顧安排知識與處置效能有顯著正相關，表示照服員的失智症病徵、病程(基本病理)知識程度越佳，則照服員對問題行為處置效能自認為會越好，其次，照服員對失智症生活照顧安排知識程度越高，則照服員對問題行為的處置效能就會越好，此結果與王佩琮(2014)、黃家盈(2018)的研究結果一致，本研究與過去研究之比較(表 4-4-5)。至於，失智症知識與照顧態度的關聯，研究發現照服員失智症病徵、病程知識程度越高，其照顧態度就會越正向，對工作投入的行為傾向(照顧態度)也會越積極。此結果與以往皆認為失智症知識與照顧態度皆無關聯的結果並不一致，研究者推估原因可能與研究對象的工作屬性有關，本研究發現，失智專區的照服員其失智症病徵、病程知識顯著較高，其工作態度也顯著正向積極，也就是說工作經驗能提升照顧知識，同時也會促使照顧態度趨向積極，也就是說研究對象的工作場域不同就可能會有不同的研究結果。

再者，照顧態度與照顧自我效能的關聯，本研究結果為正向關聯，與以往失智症照顧相關的研究的結果一致，但從本研究照顧態度與照顧自我效能的迴歸分析中

得知，照服員的照顧「正面態度」平均分數相對較「負面認知」及「行為傾向」高，導致「正面態度」對照顧自我效能的影響力甚低（ $\beta = -.037$ ， $P = .437$ ），故「正面態度」與照顧自我效能無顯著關聯，也表示「正面態度」無法為照顧自我效能的預測因子。至於負面認知與照顧自我效能有正向關聯的原因，據研究者實務工作中發現，照服員頻繁面對較難照顧的失智症患者，此照顧壓力可能使照服員的照顧態度趨向謹慎及被動，故「負面認知」的態度會相對較高，因此照服員在實務工作中的照顧經驗及反饋，可能為造成負面認知與自我效能呈現正向關聯性的主因。

表 4-4-5 失智症知識、照顧態度、照顧自我效能關聯表

	照顧自我效能與失智症知識的關聯	照顧態度與失智症知識的關聯	照顧態度與照顧自我效能的關聯
本研究	照服員失智症知識與照顧自我效能有局部的正向關聯；失智症病徵病程、生活照顧安排知識與問題行為處置效能有顯著正相關。	照服員失智症知識與照顧態度有局部的正向關聯；失智症病徵病程知識與照顧正面態度、行為傾向有顯著正相關。	照服員照顧態度與照顧自我效能有局部的正向關聯；照顧態度負面認知、行為傾向與基本效能、處置效能有正向的關聯。
王珮琮 (2014)	顯著正相關	無顯著關聯	顯著正相關
蘇信鳳 (2018)	無顯著關聯	無顯著關聯	顯著正相關
黃家盈 (2018)	顯著正相關	無顯著關聯	顯著正相關

資料來源：研究者自行整理

第五章 結論

本章根據第四章的研究結果進行結論與建議，第一節為假設驗證，第二節為結論，第三節建議。

第一節 假設驗證

一、照顧自我效能

假設一：照服員對失智者的照顧自我效能會因背景不同而有顯著差異。假設 1-8、1-9 獲得支持：

假設 1-8 照服員的照顧自我效能會因擔任照服員之前是否有陪伴失智患者的經驗有顯著差異。研究發現，擔任照服員之前有陪伴失智症患者經驗的「處置效能」、「基本效能」均顯著高於沒有陪伴經驗的照服員。

假設 1-9 照服員的照顧自我效能會因到職後是否接受過失智症照顧訓練課程有顯著差異。研究發現，照服員到職後有接受失智症教育訓練課程的「處置效能」、「基本效能」均顯著高於沒有接受教育訓練課程的照服員。

假設一：照服員對失智者的照顧照顧自我效能會因背景不同而有顯著差異。假設 1-6、1-10 獲得局部支持：

假設 1-6 照服員的照顧自我效能會因工作屬性的不同有顯著差異。研究發現，照服員工作屬性為失智專區的「處置效能」、「基本效能」均顯著高於安養、養護區工作的照服員。

研究假設 1-10 照服員的照顧自我效能會因收入做為家庭開銷比重的不同有顯著差異。研究發現，照服員收入做為家庭開銷比重為二分之一的「處置效能」顯著高於收入做為家庭開銷比重為百分之百的照服員。

假設一：照服員對失智者的照顧照顧自我效能會因背景不同而有顯著差異。假設 1-1、1-2、1-3、1-4、1-5、1-7 未獲得支持：

假設 1-1 照服員的照顧自我效能會因性別的不同有顯著差異。研究發現，照服員

「基本效能」、「處置效能」不會因為性別的不同而有顯著差異。

假設 1-2 照服員的照顧自我效能與年齡有顯著關聯。研究發現，照服員的「基本效能」、「處置效能」不會與年齡有顯著的關聯。

假設 1-3 照服員的照顧自我效能會因原屬國籍的不同有顯著差異。研究發現，照服員「基本效能」、「處置效能」不會因為原屬國籍的不同而有顯著差異。

假設 1-4 照服員的照顧自我效能會因教育程度的不同有顯著差異。研究發現，照服員「基本效能」、「處置效能」不會因為教育程度的不同而有顯著差異。

假設 1-5 照服員的照顧自我效能會因是否有技術士證照有顯著差異。研究發現，照服員「基本效能」、「處置效能」不會因為是否有技術士證照有顯著差異。

假設 1-7 照服員的照顧自我效能與年資有顯著關聯。研究發現，照服員「基本效能」、「處置效能」不會與年資有顯著的關聯。

假設二：照服員對失智者的照顧自我效能與失智症的知識程度有關。假設 2-1、2-

2 獲得局部支持：

假設 2-1 照服員的照顧自我效能與失智症的知識程度(失智症病徵、病程)有關。研究發現，照服員自認為對失智症患者問題行為的處置效能越好，則照服員「失智症病徵、病程」程度越高。

假設 2-2 照服員的照顧自我效能與失智症的知識程度(生活照顧安排)有關。研究發現，照服員自認為對失智症患者問題行為的處置效能越好，則照服員失智症知識構面「生活照顧安排」程度越高。

假設二：照服員對失智者的照顧自我效能與失智症的知識程度有關。假設 2-3 未獲得支持：

假設 2-3 照服員的照顧自我效能與失智症的知識程度(問題行為處理)有關。研究發現，照服員「基本效能」、「處置效能」與失智症知識構面「問題行為處理」均無顯著相關。

二、照顧態度

假設三：照服員對失智者的照顧態度會因背景的不同而有顯著差異。假設 3-5 獲

得支持：

假設 3-5 照服員的照顧態度會因是否具有技術士證照有顯著差異。研究發現，有技術士證照之照服員其照顧態度「正面態度」、「負面認知」、「行為傾向」均比沒有技術士證照者積極正向且達顯著差異。

假設三：照服員對失智者的照顧態度會因背景的不同而有顯著差異。假設 3-6、3-8 獲得局部支持：

假設 3-6 照服員的照顧態度會因工作屬性的不同有顯著差異。研究發現，工作屬性為失智專區照服員其工作態度的「負面認知」顯著低於安養區，而工作投入的「行為傾向」顯著高於安養區及養護區。

假設 3-8 照服員的照顧態度會因擔任照服員之前是否有陪伴失智患者的經驗有顯著差異。研究發現，擔任照服員之前有陪伴失智症患者經驗的照服員，其照顧態度的「正面態度」、「行為傾向」均顯著高於沒有陪伴經驗的照服員。

假設三：照服員對失智者的照顧態度會因背景的不同而有顯著差異。假設 3-1、3-2、3-3、3-4、3-7、3-9、3-10 未獲得支持：

假設 3-1 照服員的照顧態度會因性別的不同有顯著差異。研究發現，照服員照顧態度「正面態度」、「負面認知」、「行為傾向」不會因為性別的不同而有顯著差異。

假設 3-2 照服員的照顧態度與年齡有顯著關聯。研究發現，照服員照顧態度「正面態度」、「負面認知」、「行為傾向」不會與年齡有顯著關聯。

假設 3-3 照服員的照顧態度會因原屬國籍的不同有顯著差異。研究發現，照服員照顧態度「正面態度」、「負面認知」、「行為傾向」不會因為原屬國籍的不同而有顯著差異。

假設 3-4 照服員的照顧態度會因教育程度的不同有顯著差異。研究發現，照服員照顧態度「正面態度」、「負面認知」、「行為傾向」不會因為教育程度的不同而有顯著差異。

假設 3-7 照服員的照顧態度與服務年資有顯著關聯。研究發現，照服員照顧態度「正面態度」、「負面認知」、「行為傾向」與年資不會有顯著的關聯。

假設 3-9 照服員的照顧態度會因到職後是否曾接受過失智症照顧訓練課程有顯著差異。研究發現，照服員照顧態度「正面態度」、「負面認知」、「行為傾向」與到職後是否曾接受過失智症照顧訓練課程不會有顯著的差異。

假設 3-10 照服員的照顧態度會因收入做為家庭開銷比重的不同有顯著差異。研究發現，照服員照顧態度「正面態度」、「負面認知」、「行為傾向」不會因為收入做為家庭開銷比重的不同有顯著差異。

假設四：照服員對失智者的照顧態度與失智症知識程度有關。假設 4-1 獲得局部支持：

假設 4-1 照服員的照顧態度與失智症知識程度(失智症病徵、病程)有關。研究發現，照服員的正面照顧態度越趨向正面，則失智症知識構面「失智症病徵、病程」程度會越高；照服員的工作投入行為傾向越積極，則失智症知識構面「失智症病徵、病程」程度會越高。

假設四：照服員對失智者的照顧態度與失智症知識程度有關。假設 4-2、4-3 未獲得支持：

假設 4-2 照服員的照顧態度與失智症知識程度(生活照顧安排)有關。研究發現，照服員照顧態度「正面態度」、「負面認知」、「行為傾向」與失智症知識「生活照顧安排」無顯著相關。

假設 4-3 照服員的照顧態度與失智症知識程度(問題行為處理)有關。研究發現，照服員照顧態度「正面態度」、「負面認知」、「行為傾向」與失智症知識「問題行為處理」無顯著相關。

三、失智症知識

假設五：照服員的失智症知識程度會因背景不同有顯著差異。假設 5-8 獲得支持：

假設 5-8 照服員的失智症知識程度會因擔任照服員之前是否曾有陪伴失智患者的經驗有顯著差異。研究發現，照服員在擔任照服員之前沒有陪伴的「失智症整體知識」、「失智症病徵、病程」、「生活照顧安排」、「問題行為處理」均比有陪伴失智症患者經驗的程度高。

假設五:照服員的失智症知識程度會因背景不同有顯著差異。假設 5-2、5-4、5-6、5-10 獲得局部支持：

假設 5-2 照服員的失智症知識程度與年齡有顯著關聯。研究發現，照服員年齡越輕其失智症「生活照顧安排」的知識程度就會越高。

假設 5-4 照服員的失智症知識程度會因教育程度的不同有顯著差異。研究發現，照服員教育程度為大專(含)以上的失智症「問題行為處理」知識程度顯著高於國中(含)以下及高中(職)。

假設 5-6 照服員的失智症知識程度會因工作屬性的不同有顯著差異。研究發現，工作屬性為失智專區的照服員其「失智症病徵、病程」知識程度顯著高於安養區及養護區。

假設 5-10 照服員的失智症知識程度會因收入做為家庭開銷比重的不同有顯著差異。研究發現，收入二分之一做為家庭開銷比重的照服員其「失智症病徵、病程」知識程度顯著高於收入百分之百做為家庭開銷比重的照服員。

假設五:照服員的失智症知識程度會因背景不同有顯著差異。假設 5-1、5-3、5-5、5-7、5-9 未獲得支持：

假設 5-1 照服員的失智症知識程度會因性別的不同有顯著差異。研究發現，照服員「失智症整體知識」、「失智症病徵、病程」、「生活照顧安排」、「問題行為處理」不會因為性別的不同而有顯著差異。

假設 5-3 照服員的失智症知識程度會因原屬國籍的不同有顯著差異。研究發現，照服員「失智症整體知識」、「失智症病徵、病程」、「生活照顧安排」、「問題行為處理」不會因為原屬國籍的不同而有顯著差異。

假設 5-5 照服員的失智症知識程度會因是否具有技術士證照有顯著差異。研究發現，照服員「失智症整體知識」、「失智症病徵、病程」、「生活照顧安排」、「問題行為處理」不會因是否具有技術士證照而有顯著差異。

假設 5-7 照服員的失智症知識程度與服務年資有顯著關聯。研究發現，照服員「失智症整體知識」、「失智症病徵、病程」、「生活照顧安排」、「問題行為處理」與年資

不會有顯著的關聯。

假設 5-9 照服員的失智症知識程度會因到職後是否接受過失智照顧在職訓練有顯著差異。研究發現，照服員「失智症整體知識」、「失智症病徵、病程」、「生活照顧安排」、「問題行為處理」不會因為到職後是否曾接受過失智症照顧訓練課程而有顯著差異。

四、照顧自我效能與照顧態度

假設六：照服員對失智者的照顧自我效能與照顧態度有關。假設假設 6-2、6-3、6-5、6-6 獲得支持：

假設 6-2 照服員的照顧自我效能(基本效能)與照顧態度(負面認知)有關。研究發現，照服員照顧態度「負面認知」越強，則其對失智症患者生活照顧「基本效能」的自我評價越高。

假設 6-3 照服員的照顧自我效能(基本效能)與照顧態度(行為傾向)有關。研究發現，照服員照顧態度工作投入之「行為傾向」越積極，則其對失智症患者生活照顧「基本效能」自我評價越高。

假設 6-5 照服員的照顧自我效能(處置效能)與照顧態度(負面認知)有關。研究發現，照服員照顧態度「負面認知」越強，則其對失智症患者問題行為「處置效能」的自我評價越高。

假設 6-6 照服員的照顧自我效能(處置效能)與照顧態度(行為傾向)有關。研究發現，照服員照顧態度之工作投入「行為傾向」越積極，則其對失智症患者問題行為「處置效能」的自我評價越高。

假設六：照服員對失智症患者的照顧自我效能與照顧態度有關。假設假設 6-1、6-4 未獲得支持：

假設 6-1 照服員的照顧自我效能(基本效能)與照顧態度(正面態度)有關。研究發現，照服員的失智症生活照顧「基本效能」與照顧態度「正面態度」無顯著相關。

假設 6-4 照服員的照顧自我效能(處置效能)與照顧態度(正面態度)有關。研究發

現，照服員的失智症問題行為「處置效能」與照顧態度「正面態度」無顯著相關。

第二節 結論

本節將綜合本研究之主要發現，包含照服員失智症知識、照顧態度、照顧自我效能的現況及關聯性，整理如下：

一、失智症知識

- (一) 榮民之家照服員失智症知識有中等以上程度，但在「失智症病徵、病程」基本病理層面知識較不足，「問題行為處理」知識程度內部差異較大。
- (二) 教育程度為大專(含)以上其失智症知識程度顯著高於國中(含)以下及高中(職)。
- (三) 年齡越輕其失智症生活照顧安排的知識程度就越高。
- (四) 失智專區失智症病徵、病程(基本病理)知識顯著高於安養及養護區。
- (五) 沒有陪伴失智症患者經驗的照服員其失智症知識程度比有陪伴經驗者高。
- (六) 收入二分之一做為家庭開銷的照服員，其失智症病徵、病程(基本病理)知識程度顯著高於收入百分之百做為家庭開銷的照服員。

二、照顧態度

- (一) 榮民之家照服員照顧態度趨向正向，有中度偏高的程度。
- (二) 有技術士證照之照服員其照顧態度比沒有技術士證照的照服員正向積極。
- (三) 工作屬性為失智專區照服員其工作態度的負面認知顯著低於安養區，而工作投入的行為傾向顯著高於安養區及養護區。
- (四) 擔任照服員之前有陪伴失智症患者經驗的照服員，其照顧態度的正面態度、行為傾向顯著高於沒有陪伴經驗的照服員。
- (五) 照服員的正面照顧態度越正向，其失智症病徵、病程知識程度就會越高；工作投入行為傾向態度越積極，其失智症病徵、病程知識程度也會越高。

三、照顧自我效能

- (一) 榮民之家照服員的照顧自我效能有中度偏高的程度，日常照顧的基本效能表現比問題行為的處置效能較優。

(二)工作屬性為失智專區的照服員其基本效能、處置效能均顯著高於安養區、養護區。

(三)擔任照服員之前有陪伴失智症患者經驗的基本效能、處置效能均顯著高於沒有陪伴經驗的照服員。

(四)收入二分之一做為家庭開銷比重的照服員其處置效能顯著高於收入百分之百做為家庭開銷比重的照服員。

(五)照服員自認為對失智症患者問題行為的處置能力越好，則照服員失智症病徵病程、生活照顧安排的知識程度都會越高。

四、照顧態度與照顧自我效能的關聯

照服員負面認知態度越強，則其對失智症患者生活照顧基本效能及問題行處置效能的自我評價二者都會越高；工作投入行為傾向強度越高，則其對失智症患者生活照顧基本效能及問題行處置效能的自我評價二者都會越高。照顧態度對自我效能「基本效能」有 11.4%共同解釋效力，但照顧「正面態度」與「基本效能」無顯著關聯；照顧態度對自我效能「處置效能」有 18.3%共同解釋效力，照顧態度「正面態度」則與「處置效能」無顯著關聯。

將上述之研究結果製表如下(表 5-1，表 5-2)：

表 5-1 照服員失智症知識、照顧態度、照顧自我效能與個人背景變項分析表

個人變項 研究變項	性別	年齡	原屬國籍	教育程度	技術士證照	工作屬性	工作年資	陪伴失智症經驗	在職訓練	收入佔家庭開銷比重
失智症知識	無顯著	局部負相關	無顯著	局部正相關	無顯著	失智 > 安養護	無顯著	無經驗者較高	無顯著	局部顯著
照顧態度	無顯著	無顯著	無顯著	無顯著	有證照較高	失智 > 安養護	無顯著	有經驗者較高	無顯著	無顯著
照顧自我效能	無顯著	無顯著	無顯著	無顯著	無顯著	失智 > 安養護	無顯著	有經驗者較高	有接受者較高	局部顯著

表 5-2 照服員失智症知識、照顧態度、照顧自我效能之間關聯表

照顧自我效能與失智症知識的關聯	照顧態度與失智症知識的關聯	照顧態度與照顧自我效能關聯
局部正向關聯	局部正向關聯	局部正向關聯
照服員失智症知識與照顧自我效能有局部的正向關聯；失智症病徵病程、生活照顧安排知識與問題行為處置效能有顯著正相關。	照服員失智症知識與照顧態度有局部的正向關聯；失智症病徵病程知識與照顧態度、行為傾向有顯著正相關。	照服員照顧態度與照顧自我效能有局部的正向關聯；照顧態度負面認知、行為傾向與基本效能、處置效能有正向的關聯。

第三節 建議

依前述研究結果提出下列相關政策、實務工作的建議，並針對本研究的限制及未來研究方向提供後續研究者參考。

一、政策面

(一) 提升照服員失智症照顧知識

鑑於失智症患者進入機構的情形日益增加，但是當前機構的照護環境及照服員的照顧知識仍停留在以照護失能為主。國內對於照服員的訓練課程仍以照護失能為主，對於失智症照顧的訓練課程極少，僅有「認識失智症與溝通技巧」2 小時，建議修訂照服員養成訓練的「照顧服務員訓練課程表」，將失智症照顧知識納為訓練課程主軸之一；本研究發現照服員失智症病徵、病程(基本病理)較為缺乏，需要特別加強，尤其是失智專區(專責機構)照服員對於失智症照顧專業知識的需求更為殷切。此外，建議將失智症照顧列為照服員在職教育重點訓練課程，增加照服員失智症的照顧知識，提升照服員對疾病察覺的敏感度，促使機構住民能夠早期發現早期治療，並予以提供必須的資源及協助。

(二) 提升機構照服員勞動條件

機構照服員普遍有教育程度不高、年齡偏高的現象，此情況在榮譽國民之

家更為明顯，當家庭難以照顧的失智症患者不斷的進入機構，如何提升機構照服員有關失智症的照護知識及技能，勢必成為機構首要的課題。因此，以本研究之發現榮譽國民之家照服員有高齡、低教育程度且集中化、年資淺等情況，如能提升機構照服員的勞動條件，如薪資、職涯發展等，吸引年輕一代勞動人力投入照顧服務工作，將會是機構維持服務能量及品質保證的較佳方法。

(三) 落實技術士證照獎勵措施

政府為提升照服員專業能力及所得，鼓勵照服員取得技術士證照，自 103 年 7 月起提供居家照顧服務員每月 1000 元技術士證照專業加給。此政策已實施多年，且已廣及一般住宿型機構。但研究者查覺，至今服務於榮民之家且具有技術士證照之照服員仍未有領取專業加給之獎勵措施，也因為就業環境缺乏考取證照誘因，致使持有技術士證照之照服員人數僅 13.1% 未能提升。建議公部門機構於辦理勞務採購時能將照服員技術士證照之專業加給納入契約範圍，以提升榮民之家照服員考取證照誘因，同時也達提升照服員專業能力的效果。

二、實務面

(一) 實施失智症照顧在職專業訓練課程

本研究及過去的研究結果均有發現，工作經驗可以增加照服員的照顧知識、照顧態度及照顧自我效能，機構若能定期安排失智症的相關訓練及實習課程，使照服員能瞭解失智症疾病的病理、照顧技能、問題行為處理等知識，並提供現場實習的機會，相信可以提升照服員對失智症的照顧態度及工作效能。

(二) 改善失智症患者的照顧環境

目前長期照顧機構對於失智住民的居住環境及照顧模式多採混合照顧方式，當失智住民產生精神行為症狀，易與其他住民產生衝突或困擾，此情況往往造成照服員的照顧壓力或不知如何處理上困擾。若能以個別化、人性化為考量，安排或改善符合失智住民特殊需求的居住環境(1 人 1 室)，勢必能減少混亂行為的發生，相對亦能提升照服員對失智症患者的照顧態度及效能。

(三) 安排適合失智住民的活動

為減少失智者的問題行為、提升生活功能及促進社會互動能力，機構可以設計安排適合失智症患者參加的活動，如認知治療、社交娛樂活動、感覺運動治療等非藥物性治療，藉由活動的安排增加照服員與失智住民的互動，可以提升照服員與失智住民的照顧關係，也能鼓舞照服員的精神士氣，促使照服員有正向的照顧態度，提供失智住民獲得更完善的照護。

三、 研究限制與未來研究方向

- (一) 本研究將照服員背景變項進行交叉分析後得知，家庭經濟負擔較重及教育程度較低(國中畢業以下)之照服員，其工作屬性(養護區)有集中化的趨勢，依實務上的觀察發現，此情況為養護區的排班制度(延長工時或加班)薪酬較高所致，從本研究分析得知失智專區照服員的失智症知識、照顧態度及照顧效能均顯著高於安養區、養護區，也就是說工作經驗(屬性)可以增加照服員的失智症知識、照顧態度及照顧效能，以目前榮譽國民之家養護區照服員有高齡化及低教育程度集中化的情況來看，是否會影響照顧知識及服務品質的提升有待深入的研究與探討。
- (二) 本研究受限於時間、人力，僅以北臺灣 5 所榮譽國民之家照服員為研究對象，是否有因各地的民情不同，會有不同的結果，而本研究結果是否能做為全國榮譽國民之家之推論有待探討，若未來能將全國榮譽國民之家照服員納入研究範圍，另針對特定議題進行質性研究，就能更全面性瞭解照服員在榮譽國民之家的服務狀況及照服員對於失智症照顧的實際情況。
- (三) 本研究的工具量表是參考國內外相關研究評估量表及研究者依實務工作經驗編撰擬訂，與失智症研究有關的評量工具發展尚未成熟，尤其是失智症知識的評估量表，其信、效度有提升及加強的需要，也期望後續研究能發展出更具有信、效度的評量工具。

參考文獻

一、中文文獻

王佩琮(2014)。臨床護理人員對於失智患者照護之知能研究——知識、態度與異常行為處理之自我效能。國立台北護理健康大學護理研究所碩士論文。

王明秋(2016)。失智症患者及家庭照顧者社區相關服務需求的探討。長庚大學護理學系碩士論文。

世界衛生組織(2020)。媒體中心，實況報導，Detail，2021年7月11日取自，
<https://www.who.int/zh/news-room/fact-sheets/detail/dementia>。

台灣失智症協會(2012)。世界衛生組織報告「失智症-公共衛生首要議題」摘要中譯版。
2020年12月12日取自，
http://tada2002.ehosting.com.tw/tada_event_detail.aspx?pk=190。

台灣失智症協會(2020)。認識失智症，2020年12月12日取自，
<http://www.tada2002.org.tw/About/IsntDementia>。

台灣臨床失智症學會(2016)。衛教資訊，台灣長期照護機構失智患者之盛行率調查摘要，
2020年12月12日，取自
http://www.tds.org.tw/ap/news_view.aspx?bid=50&sn=53c43e26-75fd-4966-aae5-d1c206105317。

成之約(1998)。淺論勞動派遣及其對勞資關係的影響。訓練與就業，16(6)，3-11。

江音芳(2016)。使用台中市居家服務失智老人家庭照顧者照顧需求之探討。東海大學社會工作學系碩士論文。

行政院衛生署(2003)。照顧服務員訓練實施計畫及其相關事項。衛生署公報，總號756
第32卷第12號。2021年7月11日取自，
<https://gaz.ncl.edu.tw/browseDetail.jsp?p=G,4,-1.574860158E9>。

吳勁偉、陳雅美(2014)。失智老人家庭雇用外籍看護工之經驗。長期照護雜誌，18，95-112。
<http://doi.org/10.6317/LTC.18.95>

吳淑芳、Courtney,M.,Edwards,H.,McDowell,J.,Shortridge-Baggett,L.M.,張嘉容(2006)。

- 自我效能模式於護理臨床應用之剖析。榮總護理，23(2)，181-186。
<http://doi.org/10.6142/VGHN.23.2.181>
- 李尹暘、林麗君(2008)。醫病信任、結果預期及自我效能於糖尿病患自我照顧應用。北市醫學雜誌，5(3)，304-319。<http://doi.org/10.6200/TCMJ.2008.5.3.02>
- 李玉春(2016)。臺灣長照制度之檢討與改革策略建議~如何建立「平價、優質、普及」的長期照顧體系。社區發展季刊，153，19-31。
- 李旻樺、林清文(2003)。高中學生之自我效能，成功期望，學習任務價值與動機調整策略之研究。中華輔導學報，14，117-145。<http://doi.org/10.7082/CARGC.200309.0117>
- 沈慶盈(2007)。談社工員自我效能提升。社區發展季刊，120，208-220。
- 林冠余(2015)。長期照顧機構照護人員對於重度失智症緩和照護知識、態度及相關因素之探討。台北醫學大學護理學研究所碩士論文。
- 林敬程(1999)。失智老人家庭照顧者之負荷與支持性服務需求之探討。高雄醫學大學行為科學研究所碩士論文。
- 邱奕綺、趙善如、李元彬、葛光中(2012)。榮民失智照護模式之初探-以榮總系統為例。台灣老年醫學暨老年學雜誌，7(4)，253-265。<http://doi.org/10.29461/TGG.201211.0005>
- 侯君穎(2013)。海外服務人員對於旅遊相關之疾病知識態度及行為研究。臺北醫學大學醫務管理學碩士論文。
- 施佩宇、古鯉榕、白明奇、劉立凡(2017)。失智症家庭使用長期照顧服務的情形與不使用的原因。台灣衛誌，36(4)，375-385。
<http://doi.org/10.6288/TJPH201736106026>
- 施麗紅(2003)。台灣地區老人安養及養護機構照顧失智老人之現況調查研究。東海大學社會工作學系碩士論文。
- 施麗紅(2016)。這裡是最終的選擇與千挑萬選的好住所：主要照顧者安排失智症長者入住專門機構前狀況與入住過程之考量。高雄應用科技大學人文與社會科學學刊，2(1)，79-105。<http://doi.org/10.6554/JKTUHS.2016.0201.06>

- 洪子涵(2013)。失智症態度對參與社區失智症篩檢行為意向之研究-以士林區社區關懷據點志工為例。實踐大學家庭研究與兒童發展學系碩士論文。
- 洪榮昭、傅惠筠 (2012)。大專校院學生節能減碳行為意圖之研究。教育心理學報，44(2)，373-387。http://doi.org/ 10.6251/BEP.20120326
- 韋淑玲、蔡芸芳(2002)。花蓮地區民眾對於老人失智症相關知識及態度之探討。慈濟醫學雜誌，14(2)，97-102。http://doi.org/ 10.6440/TZUCMJ.200204.0097
- 財團法人天主教失智老人社會福利基金會(2020)。照護新知，照護原則，2020年12月26日，取自 <http://www.cfad.org.tw/attantion.php?s=3>。
- 高潔純(2004)。機構失智長者的問題行為。長期照護雜誌，8(2)，251-261。
http://doi.org/ 10.6317/LTC.200406_8(2).0012
- 高潔純、林麗嬋(2005)。機構失智長者的活動設計，護理雜誌，52(1)，61-65。http://doi.org/ 10.6224/JN.52.1.61
- 國軍退除役官兵輔導委員會(2018)。國軍退除役官兵輔導委員會床位運用原則，主管法規查詢系統。2024年10月17日取自，
<http://law.vac.gov.tw/vaclaw/LawContent.aspx?id=GL000196&KeyWord=%e5%ba%8a%e4%bd%8d%e9%81%8b%e7%94%a8>。
- 國軍退除役官兵輔導委員會(2020)。安養機構床位資訊，2024年10月17日取自，
<https://www.vac.gov.tw/lp-1792-1-1-60.html>。
- 國軍退除役官兵輔導委員會(2020)。輔導會真情故事-就養養護篇(2019年5版)，2024年10月17日取自，
https://www.vac.gov.tw/vac_home/taoyuan/cp-2428-79005-1-135383.html。
- 國家發展委員會(2020)。重要統計資料，109年度10月份重要統計資料手冊，2020年12月5日取自，
https://www.ndc.gov.tw/Content_List.aspx?n=507E4787819DDCE6。
- 國家發展委員會(2021)。產業人力供需資訊網，勞動力推估，2021年5月6日取自，
https://theme.ndc.gov.tw/manpower/Content_List.aspx?n=85BEFE8D2EC9630F。
- 張可臻、陳昭源、林忠順(2008)。失智症合併精神行為症狀的診斷及治療照護。基層

- 醫學，23(6)，153-157。http://doi.org/10.6965/PMC.FM.200806.0153
- 張宜霖(2019)。高齡失智者之家屬照護困境與學習需求探究-以嘉義縣市兩個失智據點為例。國立中正大學成人及繼續教育高齡者教育研究所碩士論文。
- 張春興(1991)。現代心理學。東華書局。
- 張祐瑞(2004)。照護環境設計對失智症問題行為改善之影響研究以失智症照護示範中心為例。國立雲林科技大學空間設計研究所碩士論文。
- 張鈺芬(2014)。照顧服務員勞動條件與工作意願相關因素之研究-以康寧醫護暨管理專科學校受訓研究之照服員為例。康寧大學國際企業管理學系研究所碩士論文。
- 莊秀美(2005)。團體家屋模式運用於失智症老人照護服務推動之探討。東吳社會工作學報，12，75-113。http://doi.org/10.29734/SJSW.200506.0004
- 許佩蓉(2002)。居住型態對照護機構內失智症患者記憶與行為問題之可能影響。國立臺北護理學院長期照護研究所碩士論文。
- 陳惠姿、李孟芬(2000)。臺灣失智者的照護現況與展望。應用心理研究，2000(7)，191-199。
- 陳榮基、湯麗玉(2005)。失智症政策建言-台灣失智症協會的呼籲。臺灣老人保健學刊，1(1)，2005，1-7。http://doi.org/10.29797/TJGHR.200507.0001
- 陳龍潔(2020)。自我效能、成就動機、學習投入與專業能力成長關係之研究-以資訊課程為例。國立臺灣師範大學科技與教育學院工業教育學系碩士論文。
- 陳麗華(2013)。失智症整合照顧。社區發展季刊，141，343-353。
- 傅中玲、陳正生、歐陽文貞、林克能、李光廷、宋惠娟、柯宏勳、郭月霞、王靜枝、簡淑媛、陳柏宗、李梅英、黃秀梨、鄭嘉欣、譚蓉瑩(2019)。失智症照護(2版)。華都文化。
- 勞動部(2018)。業務專區，勞動派遣，2020年12月13日取自，<https://www.mol.gov.tw/topic/3072/>。
- 勞動部(2020)。派遣事業單位及承攬事業單位認定指導原則，2020年12月13日取自，<https://www.mol.gov.tw/media/5761604/%E6%B4%BE%E9%81%A3%E4%BA%8B%>

E6%A5%AD%E5%96%AE%E4%BD%8D%E8%88%87%E6%89%BF%E6%94%AC
%E4%BA%8B%E6%A5%AD%E5%96%AE%E4%BD%8D%E8%AA%8D%E5%AE
%9A%E6%8C%87%E5%B0%8E%E5%8E%9F%E5%89%87.pdf。

曾鈺婷(2019)。外籍看護工對失智症之認知與照顧服務態度之研究。弘光科技大學老人福利與長期照顧事業系碩士論文。

黃正平(2006)。失智症精神行為症狀。台灣精神醫學，20(1)，3-17。http://doi.org/10.29478/TJP.200603.0002

黃玉玲(2011)。某醫學中心手術室護理人員自我效能、專業承諾、工作壓力對工作滿意度之影響。國立臺北護理健康大學護理研究所。

黃安琦、張佳琪、劉芳、陳柏安、郭淑芬(2020)。探討外籍看護對失能老人照顧知識、態度與行為之相關因素。新台北護理期刊，22(2)，33-43。http://doi.org/10.6540/NTJN.202009_22(2).0004

黃家盈(2018)。長期照護機構護理人員處理失智者精神行為症狀之知識、態度、自我效能及其相關性。弘光科技大學護理系研究所碩士論文。

楊冠政(1998)。環境教育。明文書局。

楊培珊、鄭讚源、黃松林(2009)。「榮譽國民之家」組織文化革新：由慈善安置到專業服務。社區發展季刊，125，162-176。

葉瓊燁、林盈岑、范翠芸、史雅云、張雅惠、熊曉芳(2010)。失智症之安養式照護-以美國經驗為例。長庚科技學刊，12，27-35。

齊于箴、劉芳、蕭仔伶(2017)。照顧服務員的失智症照護知識與態度之探討。長期照護雜誌，21(1)，37-52。http://doi.org/10.6317/LTC.21.37

劉怡瑩(2015)。照顧服務員工作倦怠、家庭壓力與留任意願之探討。亞洲大學健康產業管理學系碩士論文。

蔡月雲(2017)。臺灣一般民眾對失智症的知識與態度研究-以台中市為例。國立成功大學醫學院老年學研究所碩士論文。

衛生福利部(2012)。衛生福利法規檢索系統，老人福利機構設立標準，2020年12月16

日取自，<https://mohwlaw.mohw.gov.tw/FLAW/FLAWDAT0201.aspx?lsid=FL002545>。

衛生福利部(2014)。失智症防治照護政策綱領暨行動方案。2021年12月16日取自，
<https://1966.gov.tw/LTC/cp-4020-44217-201.html>。

衛生福利部(2018)。衛生福利法規檢索系統，照顧服務員訓練實施計畫，2020年12月
16日取自，<https://mohwlaw.mohw.gov.tw/FLAW/FLAWDAT0202.aspx?lsid=FL024179>。

衛生福利部(2020)。衛福部長照專區，台灣的失智症長照服務資源能量，2020年12月
13日取自，<https://1966.gov.tw/LTC/cp-3977-42249-201.html>。

衛生福利部社會及家庭署(2020)。老人福利機構統計，2020年12月5日取自，
<https://www.sfaa.gov.tw/sfaa/pages/VDetail.aspx?nodeid=358&pid=460>。

衛生福利部國民健康署(2017)。失智症衛教及資源手冊，2020年12月5日取自
<https://www.hpa.gov.tw/Pages/Detail.aspx?nodeid=1243&pid=6984>。

蕭雅玲(2020)。探討社區失智老人家庭照顧者支持性服務需求之相關因素研究-以臺北
市大同區為例。國立台灣師範大學健康促進與衛生教育學系碩士論文。

薛瑞元(2019)。推動失智症防治照護政策綱領：建構完整失智症照護體系。國土及工共
治理，7(1)，92-95。

謝瑞玲(2017)。對失智症老人的行為與精神症狀的問題處理能力、照顧準備度和自我效
能-以護理之家照護人員為例之探討。國立台北健康大學長期照護研究所碩士論文。

簡慧娟(2017)。長照 2.0 新作為 前瞻、創新、整合-老人社區照顧政策。國土及公共治
理，5(3)，114-121。

顏慶祥(1994)。教育百科辭典。五南圖書。

蘇信鳳、王秀美、林孟薇、宋惠娟(2018)。居家照顧服務員對失智症照顧知識、態度與
自覺照顧能力之探討。榮總護理，35(2)，152-162。http://doi.org/
10.6142/VGHN.201806_35(2).0005

二、英文文獻

Ajzen, I. (1985). *From Intention to Actions: A Theory of Planned Behavior*. In J. Kuhl &
J. Beckman (Eds.), *Action Control: From Cognition to Behavior* (pp.11-39). Springer-

Verlag.

American Psychiatric Association.(2013).*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder-V (5th ed.)*.

Bandura,A.(1977).*Self-efficacy:Toward a Unifying Theory of Behavioral Change*.*Psychological Review*,84(2),191-215.

Bandura,A.(1986).*Social Foundations of Thought and Action:A Social Cognitive Theory*. ,Prentice-Hall.

Bandura,A.(1997).*Self-efficacy*.*Harvard Mental Health Letter*,13(9), 4-6.

Fishbein,M.(1967).*Reading in Attitude Theory and Measurement*., Wiley.

Fishbein,M.,& Ajzen,I.(1975).*Belief ,Attitude ,Intention ,and Behavior :An Introduction to Theory and Research*.Reading,Mass.; Addison-Wesley Pub. Co.

Hackett, G.,& Betz, N. E. (1981). A *Self-efficacy Approach to The Career Development of Women*. *Journal of Vocational Behavior*, 18(3), 326-339.

Hodgetts,R.H.,&Altman,S.(1979).*Organizational Behavior*. ,W.B. Saunders Co.

Peterson,S.L.(1993).*Career Decision-making Self-efficacy and Institutional Integration of Underprepared College Students*. *Research in Higher Education*, 34(6), 659-685.

Pulsford,D.(1997).*Therapeutic Activities for People with Dementia-what, Why and Why Not?* *Journal of Advanced Nursing*,26(4),704-709.

Rader,j., & Hoeffler,B.(1991).*Caring for Persons with Alzheimer`s Disease*.In M. S.Harper(ED.),*Management and Care of The Rderly:Psychosocial Perspectives*., Sage.

Robbins,S.P.(1993).*Organizational Behavior : Concepts,Controversies, and Application*.,Prentice Hall.

Rosenberg,M. J. & Hovland, C. I. (1960). *Cognitive, Affective, and Behavioural Components of Attitudes*. In Hovland, C. I. & Rosenberg, M.J.(Ed.).*Attitude Organisation and Change: An Analysis of Consistency Among Attitude Components*., Yale University Press. 1-14.

Roth, W. G. (1985). *Treatment Implications Derived from Self-efficacy Research with Children*.

Doctor of Psychology Research Paper, Biola University.

Yamamoto-Mitani,N.,Tamura,M.,Deguchi,Y.,Ito,K.,&Sugishita,C.(2000).*The Attitude of Japanese Family Caregivers Toward The Elder with Dementia. International Journal of Nursing Studies, 37, 415-422.*

榮譽國民之家照顧服務員對失智症知識、照顧態度及照顧自我效能之研究
問卷

親愛的照顧服務員先進您好：

我是新竹榮家輔導員鄒建弘，因工作需要對照服員照顧失智症住民的內容提出「北台灣榮民之家照顧服務員對失智症知識、照顧態度及自我效能」的研究，請各位協助填寫問卷。

感謝您願意填寫此份問卷，這份問卷主要是為瞭解照服員對失智症知識程度，及對失智者照顧態度、自我效能，三者關聯的研究。本問卷共 43 題，預計約 10~15 分鐘即可填答完畢；您的填答結果，絕對保密，不對外公開，本問卷僅用於統計分析以撰寫論文，不作其他用途使用，請您詳實、放心的填答，假若您在作答後覺得不妥，不願納入本研究的統計分析，可來訊要求退回或銷毀資料。

再次感謝您的協助與幫忙，您的這份心力將是支持我們研究成功的重要力量，誠摯的祝福您

身體健康，工作愉快！

鄒建弘敬上

E-mail : major3951@gmail.com

本問卷共分為四個部分，每個問題都為單選題

第一部分：個人基本屬性

- 1 性別：男 女
- 2 年齡：_____歲
- 3 原屬國籍：中華民國 大陸地區 越南 印尼 其他國家
- 4 教育程度：國中(含)以下 高中(職) 專科 大學以上
- 5 是否有照顧服務員單一級技術士證照：有 沒有
- 6 目前工作屬性：安養 養護 失智專區
- 7 擔任照顧服務員總年資：_____年_____月
- 8 您擔任照服員之前是否有陪伴失智症患者的經驗：是 否
- 9 您在到職後是否接受過失智症照顧訓練課程：有 沒有
- 10 您的收入做為家庭開銷的比重：100% 75% 50% 25% 0%

背面還有請繼續作答

第二部分：失智症知識量表

此部分是希望瞭解你對失智症的瞭解程度，請您依每個題目勾選您認為最適合的看法。	是	否	不知道
1 失智症是正常的老化現象，不是一種疾病。			
2 失智症患者對於自己說過的話、做過的事會完全忘記，想不起來。			
3 失智症的分類大致可以分為退化型、血管型二大類，最常見的是血管型的失智症。			
4 阿茲海默症病徵是記憶力衰退，對人物、時間、地點的辨認出現問題。			
5 失智症的病程可分為輕度知能障礙、輕度(初期)、中度(中期)、重度(晚期)，四個階段。			
6 為保有失智者的部分能力，要盡量減少讓他自己做會做的活動及工作，如洗臉、洗澡、打掃等事項。			
7 照顧失智者應該安排規律的作息，讓失智者參與活動，讓他有機會貢獻自己，覺得自己有價值。			
8 在安全的前提下應避免失智者做他想做的事，給予較少的自由，增加對他的控制約束。			
9 多動腦、多運動、均衡飲食可以降低罹患失智症的風險。			
10 增加失智者白天活動量，如散步、曬太陽或從事簡單工作，可以緩和失智者的情緒，改善夜間睡眠問題。			
11 當失智者出現情緒問題包括情緒低落、憂鬱、焦慮、恐懼、嚴重依附照顧者，應盡量安排住民有興趣能參與的活動以減緩情緒障礙的產生。			
12 當失智者出現妄想幻覺時要立即糾正錯誤，以增加現實感。			
13 當失智者多次重複問相同的問題或行為時，應提醒他常常有重複的問題或行為，這樣是對失智者有幫助的。			
14 當失智症者有遊走行為時，應先確認原因評估狀況，針對原因處理，減少照護環境的噪音，若環境許可，可設計具安全循環性的遊走通道。			
15 當失智者有黃昏症候群混亂行為時應記錄發生時間，分析後調整作息並觀察改變情形，如午休時間不宜太長，混亂行為前安排失智者喜歡的活動等。			

第三部分：照顧態度

此部分是希望瞭解你對失智症老人的照顧服務態度，請您依每個題目勾選您認為最適合的看法。	完全同意	同意	普通	不同意	完全不同意
1 我對於照顧失智者的知識及技巧只要概略的了解即可。					
2 我會主動充實有關照顧失智患者的專業技能。					
3 我覺得照顧失智者會增加工作上的負擔，影響其他工作的執行。					
4 我覺得失智者不應該與一般住民混合居住接受照顧。					
5 即使失智症者不認識我，我也會把他視為家人般照顧。					
6 遇到有照顧上的困難，我很容易就會放棄。					
7 我覺得照顧失智症患者是有壓力的。					
8 若可以選擇，我不會選擇照顧失智者。					
9 我樂於處理失智者的各種問題行為。					
10 我會主動和同事、護理師討論失智症者的照顧策略，讓自己知道怎麼照顧失智者。					
11 我對易怒暴躁具攻擊性或行為表現冷漠的失智者的服務照顧相對較少。					
12 我會因為照顧失智者而更喜歡這份工作。					

背面還有請繼續作答

第四部分：照顧自我效能

此部分是希望瞭解你對照顧失智症老人的自我效能，請您依每個題目勾選您認為最適合的自我評價。	完全同意	同意	普通	不同意	完全不同意
1 我已充分瞭解失智症的類型、病程、症狀等專業知識。					
2 我已充分瞭解失智者生活照護的要領，如用餐、排泄、沐浴。					
3 我已充分瞭解失智者各種問題行為的處置要領。					
4 我已充分瞭解與失智者的溝通策略與技巧。					
5 我能觀察失智者的行為瞭解他們的生活需要。					
6 我能佈置失智者的生活環境，以減少混亂的情形發生。					
7 我能促進、鼓勵失智者參加社交性活動。					
8 我能協助失智者執行日常生活的自我照顧。					
9 我能處理失智者對其他住民的干擾行為，如擅取他人物品、發出噪音、喊叫等。					
10 我能處理失智者不斷重複的行為，如問問題、尋找物品、使用洗手間等。					
11 我能處理失智者踱步、遊蕩、徘徊遊走的行為。					
12 我能處理失智者貪食的行為。					
13 我能處理失智者不適當的性行為。					
14 我能處理失智者幻覺、妄想、躁動不安的情況。					
15 我能處理失智者敵對、威脅、攻擊性的行為。					
16 我能處理失智者睡眠障礙的問題。					

問卷到此結束，感謝您的協助~