

第一章 緒論

第一節 問題陳述

隨著社會發展的轉變與醫療技術的進步，全球的人口結構急遽轉變，人口結構的老化可說是一個全球的趨勢。台灣地區的老年人口比率早在民國八十二年底便已達到 7%，成為世界衛生組織所謂的「高齡化社會」，且在近十年間不但在比例上快速成長，在老人人口數上亦成長了 133%（內政部統計處, 2004）。

隨著人口結構老化，與老人相關的議題日漸受到重視，這從社會工作發展的脈絡中亦明顯可見。社會工作早期幾乎完全沒有將焦點放在老人身上，直到 1970 年代起，隨著老年人口比率越來越高，老人相關議題才漸漸受到注意，到了 1980 年代後，老人議題在美國則一躍成為熱門議題（Luptak, 2004）。由於醫療科技大幅進步，過去許多不可醫治的疾病已獲得控制，但在仍無法完全恢復原有功能的情況下，導致失能及障礙人口日益增加，疾病型態亦由急性病轉為以慢性病為主（Zola, 1990）。因此老人照護工作勢必成為一個長期、且不容忽視的課題。

台灣於十多年前邁入高齡化社會，至民國 92 年止，老人人口數佔總人口數的 9.22%（內政部統計處, 2004）。雖然與其他先進國家相較，台灣的老年人數佔總人口比例還不算太高，但台灣人口結構老化速度之快，僅次於日本，為先進國家中老化速度第二快的國家。日本在二十年前的老年人口比與現在的台灣相當，但在二十年後的今日，日本的老年人口比卻高達 20% 以上，而需要完善的老人照顧制度來維持社會的運作。以日本為借鏡，台灣於此刻便亟待發展出完善的老人照顧系統以因應未來之需。

有鑑於此，台灣近年的社會福利政策走向也越來越側重老人福利，逐漸發展出多元的老人照顧方案。在強調「在地老化」、「全人照顧」的今日，居家服務的發展在近年蓬勃發展起來，加以我國傳統思想安土重遷，且傳統認為子女有奉養年邁父母之「義務」，故身心功能受限的老年人多傾向在家中接受照顧、安老。這更促使居家服務這一類在宅服務受到重視。台中市的人口結構與其他縣市相較，

雖屬於較年輕的城市，但截至民國 92 年底，全市共有 1,009,387 人，老人有 70,060 人，老人人口比也有 6.941%，趨近一個高齡化的社會。且台中市老年人口成長快速，扶養比在近十六年中成長了一倍多，故台中市亦不可輕忽老人福利與照顧（台中市主計室, 2002）。

根據研究顯示，大部分的老年人在經歷功能的障礙後，通常仍以住在自己家中為第一優先考量，並且也因情感上的依附、習慣家裡自在的生活、住在家中自主性比較受重視、對機構生活適應的擔心等理由而傾向與家人同住（謝美娥, 2002）。但在家庭結構核心化、婦女就業率提高的趨勢下，家庭可提供老人之照護功能減弱。單獨居住的老年人口或僅與配偶同住的老年人口數逐年攀升，截至民國 91 年 7 月止，全台灣獨居或僅與配偶同住的老年人口數卻是佔老年人口總數的 27.98%（內政部統計處, 2005），比例相當高。這一些老年人亦無法透過家庭而得到所需的照顧。此外，目前台灣勞動人口的平均工時高達一天 9.8 小時，在工作人口高度超時工作的情況下，即使是受家庭扶養照護的老人也可能因此而更無法完整得到所需的照顧。綜合上述情況看來，符合非機構收容式與社區照顧理念的居家服務，應當受到老年人口的重視。為了滿足這些人在家接受照顧服的需求，並依循相關法規的規定，台中市自民國 88 年起開始廣設居家服務支援中心以提供居家服務，自民國 89 年起，全台中市各區均有專責的居家服務支援中心提供老年人居家服務。台中市另一項非機構收容式的社區照顧服務為日間照顧服務，但日間照顧服務在 93 年 7 月間才開始試辦，尚無可預知其效益，故台中市目前對於居住在自宅，身心功能受限的老人而言，居家服務是最主要的一項照顧服務。

居家服務在我國最早期的發展，依據社會工作辭典(2000)所述，最初在高雄市辦理的居家老人服務主要是提供六十歲以上居住家中，孤苦無依或子女在外工作之行動不便的老年人。可以看見居家服務最初主要便是一項為居住在家中乏人照顧的老年人口而設計的方案。身心功能受限的獨居老人自然成為居家服務推動的主要對象之一。而近年來由於獨居老人因乏人照顧所引起的慘劇頻傳，故行政院更於民國 87 年通過了「獨居老人照顧方案」，強制各縣市積極推行獨居老人的照顧工作。

如前所述，台中市屬於較年輕的城市，但在台中市民國 89 年的戶口普查報告中卻提到台中市老年人口之居住方式，與配偶同住者占 16.46%，獨居者占 17.41%，亦即台中市之獨居老人人數估計約有 12,200 人，獨居老人所佔之老年人口比例甚高。據研究發現，約至少三分之一的老年人會需要某些程度的協助，且隨著其年齡增長，需要協助的老人比例會更高(Zola, 1990；Marek& Rantz, 2000)，故推估下來，則台中市至少約有 4,067 位獨居老人需要某些程度的協助。然而據統計，目前台中市使用居家服務的老年人當中，被判斷為獨居者至民國 93 年底為止僅 271 人(台中市政府社會局, 2005)。對於居家服務這樣一項可說是專門依照獨居老人特性所設計的服務，使用率卻如此之低，在探討其不使用服務原因之餘，亦值得去檢視居家服務是否真為獨居老人所期待的服務。倘若我們以為適合獨居老人的服務卻不為之期待，則獨居的長者們所期望的居家服務是怎麼樣的形貌，對於台中市現行的居家服務其抱持怎麼樣的認識與看法？居家服務自「在地老化」的觀念盛行起便普遍受到推廣，一般認為居家服務是解決居住在家中需要照顧卻乏人照顧者之照顧問題的良方，但此服務之設計是否符合服務對象的期待與需要，又服務對象是如何看待正在執行的居家服務，國內卻少有研究針對此議題作深入之探討。

在服務方案的設計上，很重要的一環便是由服務對象的角度來思考，因此本研究希望能夠瞭解台中市獨居老人對居家服務的認知狀況以及其相關因素，藉此亦能夠進一步去檢視在居家服務方案的執行上可以再朝什麼樣的方向修正，使居家服務更切合台中市獨居老人的需要與期望。

第二節 研究動機與目的

自老人福利服務推展開始，國內外便有許多專家學者針對老年人的福利服務使用進行探討。在這些研究中有許多均提到研究對象對服務的主觀認知對服務使用有顯著的影響（Cantor & Mayer, 1978；Kroust, 1983；Ward et al., 1984；陳曉蘭, 1992；施教裕, 1994；李怡真, 2000），但卻少有研究針對認知作進一步的探討。推測其未針對服務認知作探討的可能原因或許在於這些研究多數是針對多項服務進行探討，如此一來要深入探討認知便會有多重的變項干擾研究的結果，使研究的結果不具解釋力。

倘若可以瞭解獨居老人對現行的居家服務的認知情況，並進一步去瞭解與其認知相關的因素，相信或可從中發現是不是有一些可以再修正的客觀因素，亦或是能更瞭解影響台中市獨居老人對居家服務認知的主觀因素，以作為改進居家服務的一項參考，勾勒出居家服務在獨居老人心中的圖像也能夠幫助方案設計者設計出更切合服務對象的服務方案。由於居家服務可說是台中市所推動的老人福利服務中的重點服務，且台中市各居家服務支援中心更是台中市所有列冊之獨居老人使用各項照顧服務資源的窗口，因此相當值得投注心力在瞭解居家服務。僅針對居家服務這一項福利服務，也比較能夠控制多重變項的干擾。故透過此研究希望能達到以下目的：

1. 瞭解台中市獨居老人對居家服務的認知狀況為何。
2. 分析與獨居老人對居家服務的認知相關之因素為何。

第三節 重要名詞解釋

本研究之主題為「台中市獨居老人對居家服務的認知狀況及其相關因素之探討」，為使本研究之主題更為明確，在進行本研究之前，於此先行就本研究之重要名詞做一解釋。

一、獨居老人

本研究以列冊於台中市獨居老人名冊之獨居老人為研究對象，因此研究對象必須完全符合下述台中市政府社會局所設定之判斷標準：實際居住於台中市年滿65歲以上的老人，未與子女、親友或看護同住。若與配偶居住，則配偶應為功能受限、無照顧能力者。

二、居家服務

在本研究中擬排除居家醫護的部分不做討論，將居家服務定義為：運用受過訓練的專業人力，在老年人家中提供家事、文書、陪同就醫、膳食、復健性、休閒服務、精神支持、居家環境改善、協助運用社區資源等服務，協助老年人或生活無法自理者能在熟悉環境中獨立自主，並且促進家庭照顧功能。

三、認知狀況

本研究系將認知區分為兩大部分，一為知覺，即對服務的瞭解程度；另一個則為感受，即研究對象對服務的主觀感受與看法。此外，本研究歸納出影響人類認知的因素大抵包括經驗、環境、個人本身的狀態與特質以及個人的需要、動機與期望。

第二章 相關文獻探討

台灣目前已進入高齡化社會，人口老化速度相當快，老人依賴人口比不斷攀升。且由於醫療科技大幅進步，過去許多不可醫治的疾病已獲得控制，但在仍無法完全恢復原有功能的情況下，導致失能及障礙人口日益增加，這些失能或功能衰退的老人不論在生、心理上都需要有人照護與關懷。在強調「就地老化 (aging-in-place)」與「全人照顧」的今日，居家服務的發展在近年迅速蓬勃起來。然而居家服務的意涵究竟為何？台中市推展居家服務自民國 88 年起至今未滿六年，在中央政府沒有明文規定居家服務的內涵，各地方政府各執其政的情況下，台中市的老年人是否瞭解台中市居家服務方案的實行現況與居家服務的意涵？其對居家服務所抱持的看法為何？是否與政策所宣示的理念相符合？

為了進一步瞭解上述問題，本章便分成以下幾個小節，針對居家服務、台中市居家服務方案及其實行現況、認知理論以及相關研究發現做相關文獻的整理與探討，以為未來的研究分析確立一個可行的方向。

第一節 居家服務的意涵

居家服務的定義，一般廣為接受的說法是：「以服務對象所熟悉的住家環境為服務提供場域的服務」，也就是以服務場域做為區辨服務形態的判準。縱然「居家服務」在強調就地老化政策的今日已是廣為周知的一個名詞，但居家服務除了是指服務對象在熟悉的居家環境中接受服務之外，他的目的與內涵則有待澄清。更甚之，同樣指涉「在家接受服務」的概念也有許多不同的中英名詞被流用。因此，在這裡需要先針對本研究所援用的名詞與居家服務的意涵做一說明。

居家照顧、居家照顧服務、在宅服務、居家服務等名詞均有類似的意涵，共同概念都是指在服務對象的家戶中提供服務，然而其所指涉的服務意涵卻各異，即使是使用同一名詞，也未必指相同的服務內涵。吳玉琴（2004）曾將居家服務在台灣的發展歷史分為三個階段：服務草創期（民國 72 年 民國 85 年）、服務法

制期（民國 86 年—民國 90 年）以及服務擴展期（民國 91 年—迄今），她表示在第一個階段中，居家服務稱為「在宅服務」或「居家照顧」。在這段漫長的期間，居家服務沒有一個統一的名詞。

到了服務法制期，民國 86 年修正的老人福利法（內政部，1997）中，明文規定「為協助因身心受損致日常生活功能需他人協助之居家老人得到所需之持續性照顧，地方政府應提供或結合民間資源提供下列居家服務：一、居家護理；二、居家照顧；三、家務服務；四、友善訪視；五、電話問安；六、餐飲服務；七、居家環境改善；八、其他相關之居家服務」。在這裡，「居家服務」變成了一個法定名詞，且近年來，雖然多種名詞仍被各方使用，但國內探討居家服務的文獻也漸漸以「居家服務」一詞為主，因此，本研究行文將採用「居家服務」一詞作為概念敘述的主體。接下來便針對居家服務定義做一探討。

在「加強老人安養方案」（行政院，1998）中提到的居家服務單純為「提供持續性之家務、日常生活照顧服務及身體照顧服務」，這樣的定義略顯薄弱，也不足以突顯社會福利的精神。在社會工作辭典（2000）中對居家服務便做出以下的定義：居家照顧服務之目的在於運用受過專業訓練的人員，協助居家之罹患慢性病或無自我照顧能力者，促使其具備獨立自我照顧能力及社會適應力。由於社會進步，民眾平均壽命延長，加上疾病型態的改變，民眾尤其是老年人罹患慢性病比率遽增，除了靠醫院醫療外，後續的居家照顧工作尤顯重要。居家照顧之重要性在於一方面使上類病人能早日返回其熟悉的社會，在社區生活中接受比住進醫療機構更有效的照護及享受好的生活品質；另一方面，也避免浪費醫療資源，使醫療院所更能加強對急性、需要密集照顧病人之服務。而在長期照顧服務中，居家照顧則被視為取代護理之家的另一項選擇。我國目前對於居家照顧之推動，在社政單位偏重老人在宅服務，服務項目包括家事、文書、陪同就醫、膳食、復健性、休閒服務、精神支持、協助運用社區資源等服務。

王玠（1991）也將居家服務定義為「為求使長期罹病、社會生活功能薄弱、需要依賴他人照料、心智障礙（老人常見的是失智症）、患有精神疾病、與人溝通互動有障礙之老人能安穩、自由、獨立在家，而提供所需要之支持性、復健性、預防性、維持性、長期性居住照顧的服務」。

居家服務的目的就是讓服務對象在家就可以享受到服務，而其主要的服務對象為失能老人、身心障礙者與病患，透過家務、日常生活照顧服務，以及身體照顧服務的提供，來維持服務對象正常功能的運作，並能在家獲得所需的資源(涂心寧, 1999)。

綜合上述，居家服務之定義可以為：運用受過訓練的專業人力，提供老人居家護理、家事、文書、陪同就醫、膳食、復健性、休閒服務、精神支持、居家環境改善、協助運用社區資源等服務協助老人或生活無法自理者能在熟悉環境中獨立自主，並且促進家庭照顧功能。但在各方對居家服務的定義中我們可以發現，「居家服務」此一名詞之含意很廣，衛生政策(以下簡稱衛政)與社會政策(以下簡稱社政)單位同樣使用居家服務此一名詞，但其內涵卻有很大的差異。例如在衛政體系中，所謂的居家服務可能單指居家護理，強調居家服務的醫護功能，但在社政體系中則強調居家服務是一項回復案主社會功能的服務，並且在部分施行居家服務方案的縣市中更不允許醫護行為出現在居家服務中，如此，居家服務的定義在此研究中便產生衝突之處了。

蔡啟源(2000)在其發表的文章中提到，在居家照顧中社政單位宜將服務之重點置於：社會性照顧關懷、心理支持、環境照顧(living environmental care)、社會參與及人際互動方面，以避免造成社會資源、人力、服務之重疊、濫用或根本不見交集而完全被忽視。此外，在Roe et al.(2001)的研究中也建議老人照顧的社會模式應與健康模式相抗。因此，在本研究中擬排除居家醫護的部分不做討論，將居家服務定義為：運用受過訓練的專業人力，在老年人家中提供家事、文書、陪同就醫、膳食、復健性、休閒服務、精神支持、居家環境改善、協助運用社區資源等服務，協助老年人或生活無法自理者能在熟悉環境中獨立自主，並且促進家庭照顧功能。

第二節 台中市居家服務方案及其執行現況

民國 87 年行政院核定的「加強老人安養服務方案」中明文規定地方政府應設置居家服務支援中心，以落實社區老年民眾之照顧。在去機構化和社區照顧之理念和服務措施的推動下，「居家服務」已成為輔助一般老人可以繼續留在自己所熟悉的社區生活環境中，以及延緩失能老人接受機構照顧的重要措施(施教裕、賴建仲, 1998)。台中市政府亦於民國 88 年開始結合非營利組織的力量，共同建置老人社區照顧模式，在民國 89 年全市全區皆有專責的支援中心提供老年人需要的福利服務，對社區中需要協助的弱勢老年民眾提供更完整的社區照顧服務。台中市目前一共有七個服務據點，分別分佈在全市各區，包括中西區居家服務支援中心(目前由財團法人天主教曉明社會福利基金會承辦)、東區居家服務支援中心(目前由台中市社會關懷服務協會承辦、非中低由中華傳愛社區服務協會承辦)、南區居家服務支援中心(目前由台中市私立長生老人長期照護中心承辦)、北區居家服務支援中心(目前由財團法人天主教曉明社會福利基金會承辦)、西屯區居家服務支援中心(目前由財團法人台中市私立弘道老人福利基金會承辦)、南屯區居家服務支援中心(民國 93 年由台灣省慈心協會承辦，民國 94 年則由台中市社會關懷服務協會承辦，並且由全成社會福利基金會負責非中低收入老人之服務)以及北屯區居家服務支援中心(目前由財團法人老五老基金會承辦)。

雖然中央政策明文規定各地方政府應提供居家服務，但居家服務的實施辦法卻是由各地方政府自行擬定，因此各縣市實際執行之居家服務方案各異。由於本研究主要是想探討台中市老年人對居家服務的認知狀況及其相關因素，因此，本研究便以台中市所實行的居家服務方案作為認知分析的概念主體。以下便依據「台中市居家服務支援中心標準化暨資訊管理作業手冊」(陳伶珠等, 2003)、失能老人及身心障礙者補助使用居家服務試辦計畫(2004)、台中市政府社會局陸續修訂之內容，以及研究者本身在台中市北區居家服務支援中心、台中市政府社會局實習期間的瞭解，針對台中市現行居家服務方案作一說明。

一、台中市現行居家服務方案服務對象

台中市現行的居家服務方案所服務的對象大致包含以下三類：

1. 設籍台中市年滿六十五歲，身心受損致日常生活需要他人協助之居家老人(含獨居老人)及身心障礙者。
2. 因生理、心理或社會因素致日常生活需他人持續性協助、關懷或照顧者。
3. 未滿六十五歲，日常生活活動功能或維持獨立自主生活能力不足，需他人協助，或經委託或評估單位評估後需要提供協助者(含身心障礙者)。

上述三類服務對象經評估單位評估通過後，只要是設籍在台中市者都能夠得到部份甚或是全額的補助，未設籍在台中市但需要服務的人則可以自費購買服務。值得注意的是，服務對象為自覺需要服務但在評估單位的評估中卻未達失能標準者，這些人仍然可以自費使用服務，但這卻會涉及到兩個層面的問題，一個是評估的標準是否合宜，另一個則是提供服務給經評估不需要協助的人該如何才能符合居家服務的精神？

二、台中市現行居家服務方案服務目的

依據「台中市居家服務支援中心標準化暨資訊管理作業手冊」(陳伶珠等, 2003)所述，台中市的居家服務方案目的有以下三點，大致都與前面所探討的居家服務意涵相呼應：

1. 協助老年人安排日常生活，提供其正當之休閒體能，讓老人在其居住環境中即可獲得持續性完善的服務。
2. 提供立即性、可近性、安全性的照顧，以改善老人生活品質，並紓解家庭經濟、照顧人力之負擔，以提升家庭照顧的品質。
3. 提供社會支持，包括身體、物質、精神上的照顧，並提供情感連結的情緒上支持。

三、台中市現行居家服務方案人員配置與職務規劃

在「台中市居家服務支援中心標準化暨資訊管理作業手冊」中指出，居家服務支援中心的人員配置，原則上應以專業社會工作相關人員為直接服務工作的主要執行及規劃人員。人員配置及其主要職責如下：

1. 中心主任：主要負責策劃、督導及協調中心所提供的各項服務與確保支援中心功能的正常運作。
2. 督導：由專業社會工作或相關專業人員擔任督導，主要負責監督中心各項服務工作品質、人員成長及各項行政業務協調。
3. 社會工作師（員）（以下簡稱社工師或社工員）：由專職之社會工作或相關科系專業人員擔任社工師（員），應視服務個案數量適度增加員額。主要擔任個案服務工作管理者，負責個案服務資源聯繫與轉介、直接服務提供、個案服務需求規劃中心行政工作執行、社區活動規劃與執行。
4. 居家護理師（士）：居家服務支援中心視需求得設置一名居家護理人員，或協調相關醫務單位提供專業護理師（士）支援服務，以確實掌握服務個案之護理需求及提供基礎護理服務及衛教。主要負責居家護理相關業務。
5. 行政人員：負責中心一般性行政及財務、會計工作。
6. 居服督導員：居服督導員得由中心之社工師（員）或護理師（士）兼任，資深照顧服務員得經訓練後升任居服督導員，每名居服督導員最多督導五十名個案。主要依據服務評估計畫進行服務督導工作，確保居家照顧服務工作依照日常運作流暢進行，並確保照顧服務員、志工能提供足夠及適切的居家照顧服務，並作為機構與案主、家庭間的溝通橋樑，使服務對象獲得適當的服務。
7. 專（兼）職照顧服務員：居家照顧服務之提供宜以專職照顧服務員為主，兼職照顧服務員為輔，專職照顧服務員為正職人員，於工作時間提供居家照顧服務，因此每週時間以 35 40 小時為原則，其餘時間得協助中心行政庶務及撰寫報告；兼職照顧服務員應能夠每月固定提供服務 40 小時以上為原則。主要依照評估之服務計畫提供適切的居家照顧服務與協助，並隨時將個案之狀況反映予居服督導員瞭解及協助處遇。
8. 志願服務工作者：中心應廣邀社區民眾參與志願服務工作，視服務需求招募需要的人數，並提供訓練，以協助服務進行。

目前台中市各居家服務支援中心多由社工師（員）兼任居服督導員與行政人員。照顧服務員雖然希望以專職人員為主，但實際運作的情形卻正好相反，以兼職照顧服務員佔多數，專職照顧服務員僅佔極少數。此外，目前僅東區與南區居家服務支援中心因其承辦單位為護理背景的單位，故能提供較充分的護理資源，其餘地區有需要居家護理者均需透過轉介服務。

四、台中市現行居家服務方案服務項目

目前台中市所提供的居家服務項目大致如以下八項。服務對象在通過評估後便會與居家服務支援中心的社工員共同擬定服務計畫，在擬定服務計畫時，便會依據評估狀況與服務對象的意願從中選擇所需的服務項目：

1. 家事服務：居家環境清理與維護、縫洗衣物、代購物品、烹食調理等。
2. 身體照顧：協助沐浴、更衣、進食、服藥、翻身拍背等。
3. 文書服務：代辦福利救助申請、代填各式表格及書信、代繳費用、協助閱讀。
4. 醫療服務：陪同就醫診治、協助服藥、協助簡易復健、協助申請居家護理、量血壓。
5. 休閒及精神支持：陪同訪友、陪同散步運動、陪同參加活動、關懷訪視、情緒抒壓、聊天陪伴。
6. 電話問安：定期或不定期電話關懷。
7. 居家護理輔助：在護理人員指導下執行病患照顧之輔助服務，但服務範疇不得涉及醫療及護理行為。
8. 轉介服務：轉介醫療或其他機構式照顧服務、轉介其他社會福利服務、轉介政府單位公權力介入協助。

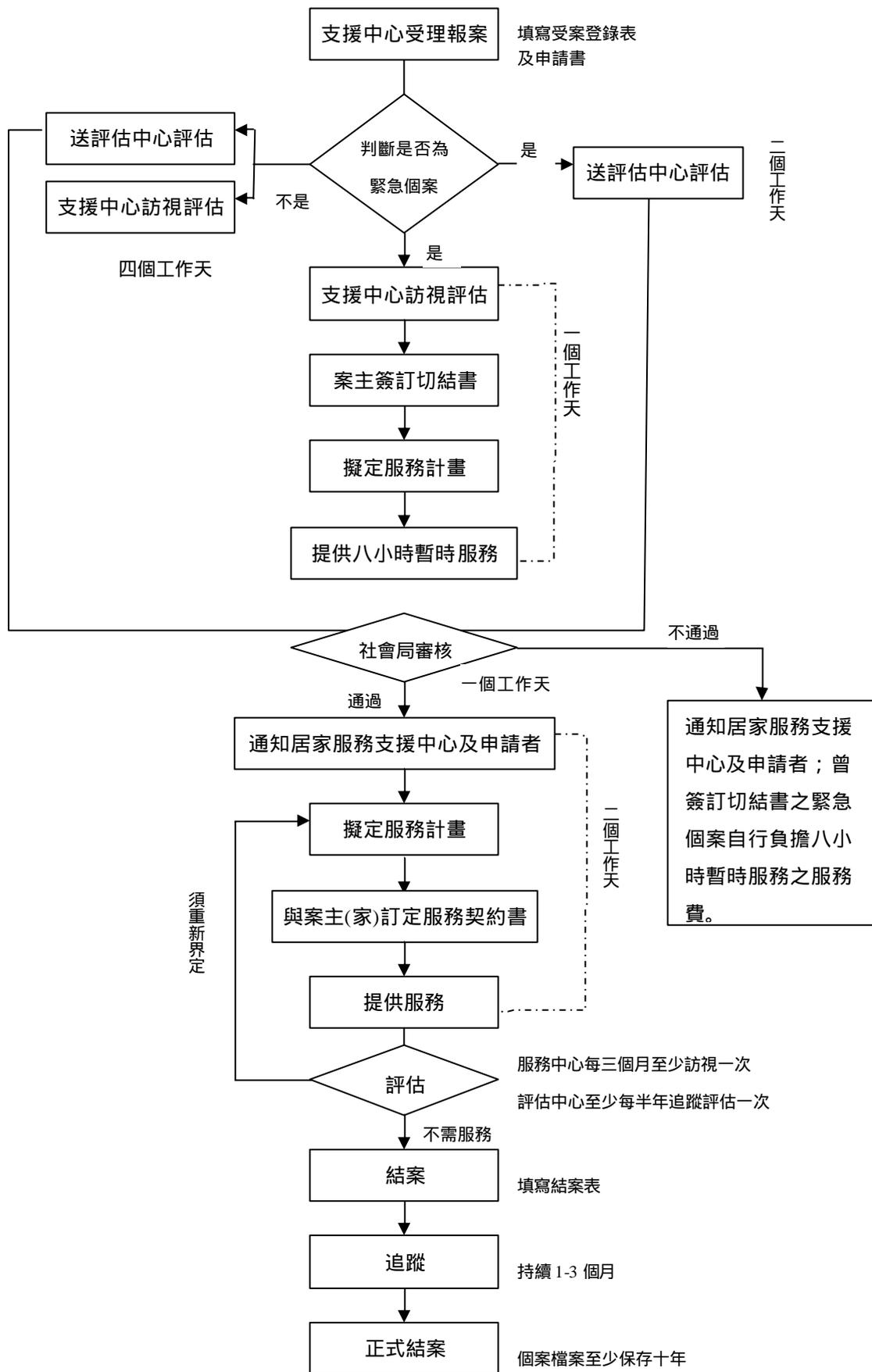
雖然有上述多項服務，但目前各中心所提供的服務以家事服務與精神支持為主，身體照顧的比例也有漸漸攀升的趨勢。雖然精神支持在服務項目的統計上佔高比例，身體照顧的需求也漸增，但在照顧服務員的訓練當中精神支持與身體照顧的訓練相當有限，在相關研究中也指出，「身體照顧」是讓照顧服務員最感困難的服務項目之一（徐悌殷，2004）。精神支持是社會福利服務一項重要特色，雖然看似容易，但實際提供服務對象精神支持的照顧服務員缺乏此方面的訓練，在統計與評估上也缺乏一有效的判準，因此精神支持此一服務項目是否達到預期的效益或其統計數據是否切實則難以評量。

值得注意的地方是，醫療與護理輔助在服務需求的研究中也多有一定的需求在，但在使用的比例上卻與需求有一段差距。另外，家事服務因包含範圍較廣，故可以理解其使用比例會最高，然而多數服務使用者所使用的家事服務卻以環境清潔與維護為主。這樣服務使用不平均的情形是源於需求本身的差異或其他因素則有待去進一步瞭解。

五、台中市現行居家服務方案服務流程

居家服務支援中心在提供服務給服務對象前需先交由評估中心評估，目前台中市的評估工作由居家護理師擔任。經評估通過後，依案主需求擬定服務計畫，由透過專業訓練之照顧服務原定時前往案家提供服務。社工員會定期進行家庭訪視以了解服務狀況，掌握服務品質。

在「台中市居家服務支援中心標準化暨資訊管理作業手冊」(陳伶珠等, 2003)中所呈現的服務流程不包括緊急個案的判斷，且服務對象從申請服務到實際獲得服務的等待時間最高多達十四天，後來為因應許多服務對象急迫性的需求，故台中市政府社會局於民國 93 年中增訂了緊急個案的服務流程，並縮短從申請服務到實際提供服務的期程，讓居家服務更具機動性，以更符合服務對象的需求。研究者依據新的規定修改出如圖二-1 的服務流程圖，以對居家服務的流程有更清楚的概念。



圖二- 1 台中市居家服務流程圖

六、台中市現行居家服務的申請方式

台中市現行居家服務的申請方式如下：

1. 向各區居家服務支援中心提出申請。
2. 填寫申請書並檢具需服務者、代理申請者身分證或戶口名簿影印本、身心障礙手冊影本、合格醫院失智症診斷證明文件。

這樣的申請方式在實際的執行上可以說相當的簡便，且無論是各居家服務支援中心或台中市政府社會局為了增加服務的可近性，都會盡力協助申請者完成申請動作。服務對象申請服務時較容易出現的問題在於相關證明文件的檢附上。

七、台中市現行居家服務方案的收費與補助規定

台中市的居家服務採計時計費，每小時以 180 元為原則。目前除東區的居家服務支援中心標榜「服務不打烊」，也就是全年、全天提供服務之外，其他各區的服務，除特殊狀況外，仍以週一至週五於上班時間提供服務為主。

目前中央的補助標準因服務對象與其評估工具、標準的不同而顯得繁雜，茲將服務對象、評估工具、資格評估標準與補助額度整理如表二-1，以方便瞭解居家服務方案的補助規定。當服務對象使用超過補助範圍之時數時需自費購買。此外，未設籍台中市但實際居住台中市者，仍可申請自費服務。

從表二-1 中可以看出補助規定的特色。居家服務方案補助的對象相當廣泛，要得到居家服務的補助並不困難，但是補助的額度卻相當少，即便是中重度失能的中低及低收入老人，每月也僅能得到 20 小時的全額補助。這樣的補助規定源於「照顧服務產業發展方案」(行政院經濟建設委員會, 2002) 期望透過少量的免費服務刺激民眾購買、使用服務，但在經費有限的情況下，結果卻是犧牲了最需要補助的服務對象。這樣的居家服務對於經濟困難，又有高度照顧需求的老人而言是否能充分解決其照顧問題，並達到服務目的是相當受到質疑的。

表二- 1 台中市居家服務補助標準

服務對象		評估工具	資格評估標準	補助額度			
				全額補助	補助 70%	補助 50%	
一般失能老人及身心障礙者	中低及低收入	輕度失能	巴氏量表(日常生活活動功能量表, ADL)、工具性日常生活量表(IADL)	ADL : 61-80 分 ; 或 ADL : 81 分以上 , 且 IADL 評估上街購物籍外出、食物烹調、家務維持、洗衣服等四項中有兩項以上需協助者	每月以 20 小時為原則		
		中重度失能	巴氏量表(日常生活活動功能量表, ADL)	ADL : 31-60 分	每月以 20 小時為原則		
		極重度失能		ADL : 30 分以下	每月最高 36 小時	每月第 37 至 72 小時	
	非中低收入	輕度失能	巴氏量表(日常生活活動功能量表, ADL)、工具性日常生活量表(IADL)	ADL : 61-80 分 ; 或 ADL : 81 分以上 , 且 IADL 評估上街購物籍外出、食物烹調、家務維持、洗衣服等四項中有兩項以上需協助者	每月最高 8 小時		每月第 9 至 20 小時
		中重度失能	巴氏量表(日常生活活動功能量表, ADL)	ADL : 31-60 分	每月最高 16 小時		每月第 17 至 36 小時
		極重度失能		ADL : 30 分以下	每月最高 32 小時		每月第 33 至 72 小時
失智症患者	輕度失能	經公辦公營之公立醫院或經衛生署評鑑合格之區域級以上之醫院、精神專科醫院診斷為失智症並載明 CDR(Clinical Dementia Rating)評估結果及分數者	CDR : 1 分	同一般失能老人與身心障礙者			
	中重度失能		CDR : 2 分				
	極重度失能		CDR : 3 分以上				

慢性精神疾病患者	輕度失能	主要評估量表：社會功能量表或巴氏量表(ADL)與工具性日常生活量表；輔助量表：行為量能評估表、家庭支持功能評估表	社會功能量表：34-51分；或 ADL：81-100分，且 IADL：19-21 分	同一般失能老人與身心障礙者，另參考行為量能評估表、家庭支持功能評估表以核定其補助居家服務所需時數
	中重度失能		社會功能量表：16-33分；或 ADL：61-80分，且 IADL：16-18分	
	極重度失能		社會功能量表：15分以下；或 ADL：60分以下，且 IADL：15分以下(需領有身心障礙手冊)	
心智障礙者	輕度失能	巴氏量表(日常生活活動功能量表，ADL)、工具性日常生活量表(IADL)	ADL：81-100分，且 IADL：14分以下	同一般失能老人與身心障礙者
	中重度失能		ADL：61-80分，且 IADL：14分以下	
	極重度失能		領有身心障礙手冊，ADL：60分以下，且 IADL：9分以下	
自閉症者	輕度失能	自閉症者生活功能及居家服務需求評估量表	自閉症者生活功能及居家服務需求評估量表：46-54分	同一般失能老人與身心障礙者
	中重度失能		自閉症者生活功能及居家服務需求評估量表：19-45分	
	極重度失能		自閉症者生活功能及居家服務需求評估量表：18分以下	

第三節 認知理論

認知理論是目前探討人的認知最基礎且廣被接受的理論。本研究欲探討台中市老年人對居家服務的認知，因此很需要進一步去瞭解認知理論，以指引本研究的研究方向。

一、認知的定義

認知心理學係興起於三、四十年前，可以說是行為主義的一種反動。從 1950 年代開始，心理學家重新注重內在歷程與結構的研究，認知心理學就快速的發展起來。1970 年代起，認知心理學漸漸成為心理學的主流，許多心理學的分支都受認知學派的影響，紛紛探討內在認知歷程（鄭麗玉, 1993）。

認知是刺激到記憶產生的一個歷程。徐光國（1996）對社會認知的解釋是：由於人類要適應環境以求生存，必須對環境中的人及事物，具備一些認識，能夠獲得及處理資訊，並將之轉變為對自己有用的形式，這種對外界的人及事物的知覺與感受就是社會認知。而張華葆（1994）則表示「個人透過感官對於外界事物之知覺及感受是為認知」。

鄭麗玉（1993）則指出，「認知」簡單地說就是知識的獲得和使用，這牽涉到兩個層面的問題：一是知識在我們的記憶中是如何儲存的，以及儲存什麼樣的記憶內容問題；二是知識是如何被使用或處理的歷程問題。心智歷程與心智結構是認知心理學研討的兩大方向。心智歷程探討的是我們在從事某工作時，如何使用或處理知識，而心智結構是我們如何儲存知識及儲存什麼知識於記憶。

認知很容易與其他名詞混淆，如思考、態度等等。張華葆（1994）對於思考與認知作了一番區辨，他表示思考是將外界的各種知覺，透過經驗知識加以整理、組織成具有邏輯、理性的過程。而態度則是包含了認知、情感與傾向行為等三部份的一個更為複雜的概念（Baron& Byrne, 2000; Aronson et al., 1995; 張華葆, 1994; 徐光國, 1996）。若能夠進一步瞭解「認知」的特性，則或許可以對認知所指涉的範疇有更清楚的概念。在徐光國（1996）的著作中寫道，認知的三項特性為：1.

認知的主觀性，2.認知的選擇性，3.認知的組織性。張華葆（1994）亦提到認知有選擇性與組織性，比較不同之處在於張華葆尚提到「認知」具有時空一致性，也就是即使被觀察的人事物在變化，觀察者仍維持其觀察的一致性。但張華葆也一樣強調認知的客觀性。

大體而言，社會心理學家對認知的定義可說是大同小異，多表示「認知」指的是對外界事務之知覺與感受，具有主觀性、選擇性與組織性。故在本研究中所說的老年人對居家服務的認知狀況，便是指老年人對居家服務的知覺與感受。

在使用中文字上很容易遭遇到的狀況是一字多意，這在做研究上是需要去避免的狀況。「認知」一詞在關於福利服務的研究當中便往往沒有被明確的定義，在許多研究中，「認知」似乎被視為一種常識的字眼。在一些探討福利服務的研究當中，將認知定位為對服務的瞭解程度上（顧燕玲，1989；李明憲，1989；黃源協，1991；許麗珠，1993），另外更有研究將「認知」使用在對服務的「知道」上，也就是說，在這些研究當中，認知指的單純是知不知道服務（王乾坤，2002；林嘉駿，2004）。上述這兩種定義都不能說是錯誤的使用，但如果從認知理論對「認知」的定義來檢視，會發現這兩種定義都不完整，所說的「認知」只是「認知」的一部份。而這樣不一致的定義，對讀者而言很容易產生判讀錯誤、誤用的危險。因此，為避免與其他研究所說的「認知」產生混淆，特此澄清在本研究中所稱的「認知」除了指對居家服務的瞭解程度之外，更要進一步去探討老年人對居家服務的主觀感受、看法。

認知心理學對於個人認知心智歷程的探討可以說最為深入、細緻，但在本研究中，較為關切之處不在探討心智的結構與歷程，而是在於老年人對服務的知覺與感受，也就是，研究對象如何獲得居家服務方面的知識？將居家服務看做什麼，而又是受到那些因素的影響？由於心智結構與歷程是相當個人化，且固著的，不容易去撼動，這不是社會工作能夠輕易去改變的部分。在社會工作領域中較能夠去處理的是與社會互動相關的部分，因此，接下來主要便從社會心理學當中的認知理論來探討與本研究相關的知識。

二、影響認知的決定因素

在 Baron & Byrne (2000) 與 Aronson et al. (1995) 的著作中均提到人類對事物的認知存在一個基模架構，基模架構包含了基本知識與印象，這個基模架構就像一個濾鏡一般。人們透過這一個濾鏡來看世界，篩除掉與基模不一致的資訊，好快速建立我們對一件事物的瞭解。對於各種不同事物，我們都建立一個認知基模，例如到餐廳用餐我們也許有一個「餐廳用餐」的基模，我們會期待整個在餐廳用餐的情境會符合我們的基模設定。

面對一項新的或模糊不清的事物，人們會去發展出一個新的基模，這個新的基模可能會受到最近經驗的引導。一般而言，認知的基模架構是固著的，因為認錯會引起不舒服的失調，或者是支持我們的信念的證據較可能被我們注意 (Aronson et al., 1995)。但是 Aronson et al. (1995) 亦提到，我們的基模架構是有可能改變甚或推翻的，第一，在某些情況下，人們會將焦點集中與他們基模架構相互矛盾的資訊上，例如如果一個新資訊與人們花了許多時間試著解釋的基模架構不一致或他們先前的信念互相抵觸時，他們會十分真實的去回想這些資訊；第二，如果們處在一種他們必須持有正確及具說服力的信念之重要情況時，他們將會更注意矛盾的資訊而不是忽略或不解釋他；第三，已有許多情況證明，人們會尋找一些有相同機會能肯定或否定其基模架構的資訊，以避免自證預言。

張華葆 (1994) 與徐光國 (1996) 則對於影響認知改變的因素作了一番更明確的說明。張華葆 (1994) 認為，影響人認知的因素包括：

1. 過去的生活經驗
2. 個人的需要及願望
3. 個人當前的生心理狀況
4. 個人所處的情境
5. 被觀察之事物本身之特性
6. 個人生心理之特質

徐光國 (1996) 則認為影響人認知的因素包括：社會文化及團體的影響因素、刺激的因素、個體的因素。社會文化及團體的影響因素指的是社會文化與情境團體會對人的認知產生影響，例如在不同的文化當中對於婚前性行為會有不同的認

知。刺激的因素指的是刺激本身的特質與來源也會影響人的認知，例如較為鮮明的東西較會引起注意與被知悉，此外，人們在認知過程中會因為周遭環境的影響而使認知發生變化。個體的因素指的則是認知會受到個體本身生理的和心理的特質所影響，這些則有些是先天性的，有些則是後天的經驗與學習形成。此外徐光國也提到個人的主觀情緒以及對事物涉入的程度也會造成認知上的變化。

綜合以上的討論，影響人類認知的因素大抵包括經驗、環境、個人本身的狀態與特質以及個人的需要與期望。研究的概念架構將會依此來發展。

第四節 相關研究探討

綜觀國內外近二十年探討老人福利服務的研究，多數在探究服務使用的狀況及其因素，再則為探究服務使用的滿意度或服務方案的評估。就研究者目前所蒐集到之資料顯示，國內僅有四篇論文的研究主題旨在探討老年人對福利服務的認知（顧燕玲, 1989；李明憲, 1989；黃源協, 1991；許麗珠, 1993），但這四篇文獻卻都涉及到前面所討論的定義上的問題。

在國外的期刊文章中，與服務認知較相關的為老年人對服務的覺知（awareness）或服務的知識（knowledge）。在 Krout（1983a）的文章中提到，對服務的覺知指的是除了知道服務項目的存在之外，也瞭解這些服務可以幫忙他們些什麼。另外，在 Krout(1983b)與 Ward 等人（1984）的研究中所說的「服務的知識」其實與對「服務的覺知」相當雷同，指的是對服務的瞭解程度。對服務的覺知與認識說的其實都是對於現有的服務是否有正確的認識與瞭解。國內現有討論對福利服務認知的文章，其實在概念上是較近似國外期刊文章中所討論的服務覺知與服務知識。

這些探討服務覺知與服務知識的文章對於本研究都有相當的幫助，但誠如上一節所述，本研究系將認知區分為兩大部分，一為知覺，即對服務的瞭解程度；另一個則為感受，即研究對象對服務的主觀感受與看法。因此對於後者的認識，目前尚未找到相關的研究可提供參考。

在 Ward（1984）等人的研究中指出，朋友與鄰居對於老年人對服務的認識有一些幫助，但當家庭支持越豐富，相對的也會減少老年人對正式服務的覺知。這樣的研究結果，其實也顯示老年人對服務的覺知與其照顧需求及照顧需求是否能得到滿足有關。

在 Krout（1983a）、顧燕玲（1989）與許麗珠（1993）的研究中均顯示，老人的社會人口學特性，如年齡、教育程度、性別、婚姻狀況、社經地位、是否獨居與其對服務的瞭解程度有顯著的相關。另外在顧燕玲（1989）、黃源協（1991）與許

麗珠（1993）的研究中也都顯示一個充分接觸、認識服務的媒介有助於老年人對服務的覺知。除此之外，Krout（1983a）的研究還顯示自覺健康狀況與生病的天數也與老人對服務的覺知有關。

研究者在未來的研究中會注意到上述因素對研究的影響，但誠如 Krout（1983b）的提醒，在不同的研究中與不同的服務中，研究結果的差異會相當大。這時候要去注意到的地方是研究的服務的特性以及不同文化上的差異了。

由上述之文獻探討可知，與老年人對居家服務認知狀況相關的因素，在「經驗」方面，包含認識服務的媒介；在「所處情境」方面，包含是否獨居、正式與非正式支持系統；在「個人狀態和特質」方面，包含年齡、教育程度、性別、婚姻狀況、社經地位、自覺健康狀況。這些因素除社經地位不易測量，故擬將其轉換為測量經濟別與身份別，並輔以經濟狀況與來源的測量，其餘均將納入本研究的分析要項中。

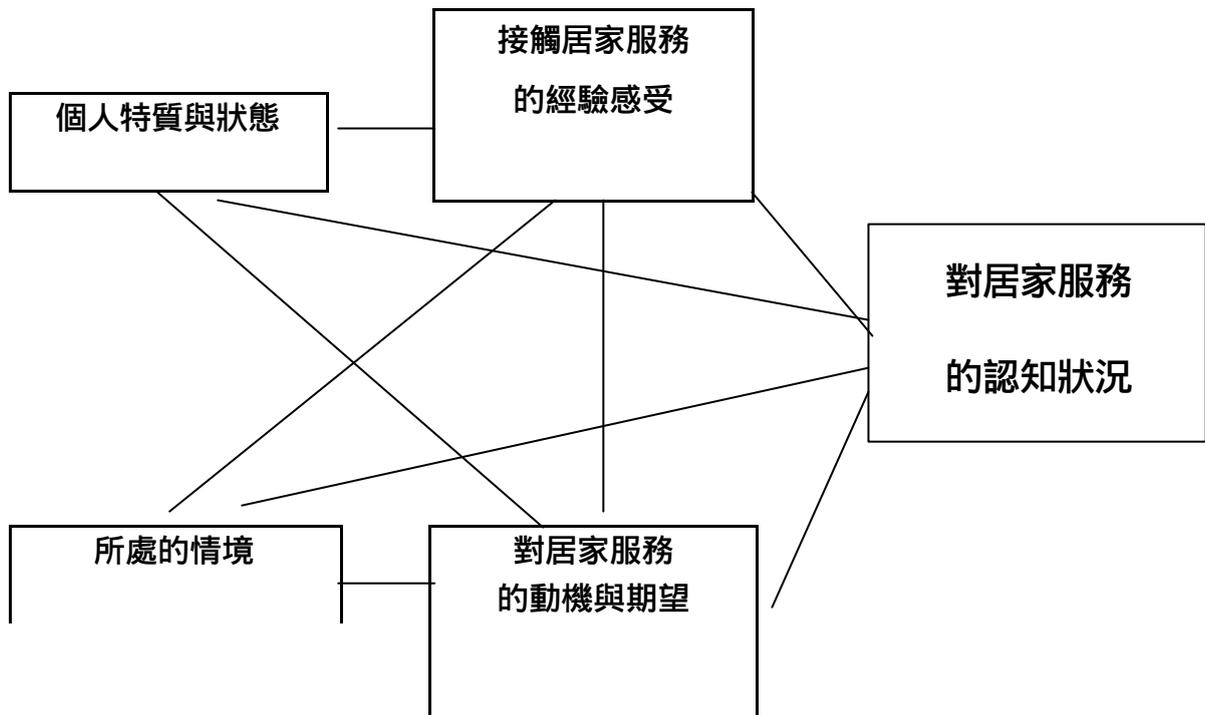
然而本研究認為過去的研究在「經驗」方面，尚缺乏訊息接收的經驗、與工作人員接觸的經驗、與照顧服務員接觸的經驗以及接受服務的經驗等重要要素；在「所處情境境」方面，尚缺乏居住區、外出便利性、主要照顧者、服務選擇決定權與付費情形等重要要素；在「個人狀態和特質」方面，尚缺乏出生地、宗教信仰、子女狀況等重要要素；在「個人的需要與期望」方面，尚缺乏研究對象對居家服務所抱持的期望，以及倘若其接受服務會採取主動或被動的接受服務等重要要素。

因此，本研究將一併把上述要素併入獨居老人對居家服務認知狀況的分析中，並運用統計分析方法來探討其間的關聯性。

第三章 研究方法

第一節 研究概念架構

透過第二章對相關文獻所進行的探討與整理，本研究採用了以下的研究概念架構來作為設計研究方法的依據：



圖三- 1 研究概念架構

在圖三-1 中，左方的「個人特質與狀態」、「所處的情境」以及中間的「接觸居家服務的經驗」、「對居家服務的動機與期望」係為與右方「對居家服務的認知狀況」可能有相關的因素。這四個面向的相關因素是根據認知理論中所提到的幾個可能影響人類認知的因素，配合本研究所發展而來。

「個人特質與狀態」所指的個人特質是人口學特質，包括性別、年齡、出生地、經濟別、宗教信仰、婚姻狀況、子女狀況、教育程度以及受教育年數這幾個變項。另外亦將分析研究對象的身心狀態，包括日常生活功能、工具性日常生活功能、罹患之疾病、自覺健康狀況、情緒狀況等變項。

「接觸居家服務的經驗感受」指的是研究對象接受居家服務的訊息管道，以及研究對象與居家服務接觸的經驗中其感受為何。與居家服務接觸的經驗包括訊息接收的經驗、與工作人員接觸的經驗、與照顧服務員接觸的經驗以及接受服務的經驗等。

「所處的情境」指的是研究對象所處的外在環境為何，包括居住狀況、居住區、外出便利性、經濟狀況與來源、主要照顧者、正式與非正式支持系統、服務選擇決定權與付費情形等。

「對居家服務的動機與期望」指的則是研究對象對居家服務所抱持的期望，以及倘若其接受服務會採取主動或被動的接受服務。

「對居家服務的認知狀況」包括對居家服務的目的與居家服務的內容的認知。主要是想知道研究對象對台中市現行居家服務的目的與內容的瞭解程度以及其對居家服務的主觀看法。

第二節 主要研究問題

本研究的主要目的在於瞭解台中市六十五歲以上老年人對居家服務的認知狀況究竟為何，並進一步去探討與其認知差異相關的因素。因此，冀望透過資料收集，回答下列研究問題，以達成本研究之目的：

- 一、研究對象的基本特質與身心狀態之描述
- 二、研究對象對居家服務的認知狀況
- 三、研究對象的基本特質與身心狀態與其對居家服務的認知狀況之相關情形
- 四、研究對象所處的情境與其對居家服務的認知狀況之相關情形
- 五、研究對象接觸居家服務的經驗感受與其對居家服務的認知狀況之相關情形
- 六、研究對象對居家服務的動機與期望與其對居家服務的認知狀況之相關情形

第三節 研究環境之描述

本研究的主題為台中市獨居老人對居家服務的認知狀況及其相關因素探討，故研究地點為全台中市的八個行政區，本研究的母全體則為設籍且實際居住在台中市非機構式住宅的六十五歲以上獨居之老年人。根據台中市政府主計室九十年底以及台中市政府社會局九十三年底的統計資料顯示，台中市獨居老人人口依居住的行政區，其分佈情形如下表三-1。各行政區 65 歲以上老人人口分布情形，以北屯區有 14,126 人為最多；占老人人口的 21.74%；北區有 11,747 人次之，占老人人口的 18.08%；西屯區 9,515 人再次之，占 14.65%。但在各行政區中，65 歲以上人口占其總人口數比例，以中區最高，為 9.42%，其次為東區，占其總人口數 9.09%。列冊於台中市政府社會局獨居老人名冊的人數共 711 人，各行政區分佈情形分別為中區 81 人，佔獨居老人總數的 11.39%；東區 108 人，佔獨居老人總數的 15.19%；西區 45 人，佔獨居老人總數的 6.33%；南區 49 人，佔獨居老人總數的 6.89%；北區 136 人，佔獨居老人總數的 19.13%；西屯區 85 人，佔獨居老人總數的 11.96%；南屯區 94 人，佔獨居老人總數的 13.22%；北屯區 113 人，佔獨居老人總數的 15.89%。各區的獨居老人數以北區 136 人最多，但各區老人獨居比率最高的為中區，其獨居老人人口佔老人人口的 3.67%。

表三- 1 台中市老年人居住狀況分佈表 (2001 年、2004 年)

行政區	總人口數	人口比 (%)	65 歲以上老人人口數	65 歲以上老人佔總人口比 (%)	老人人口比 (%)	獨居老人人口數	獨居老人佔老人人口比 (%)	獨居老人人口比 (%)
中區	23,420	2.38	2,205	9.42	3.39	81	3.67	11.39
東區	70,662	7.18	6,422	9.09	9.89	108	1.68	15.19
西區	113,768	11.57	8,467	7.44	13.03	45	0.53	6.33
南區	100,747	10.24	6,007	5.96	9.25	49	0.58	6.89
北區	148,225	15.07	11,747	7.93	18.08	136	1.15	19.13
西屯區	177,288	18.02	9,515	5.37	14.65	85	0.89	11.96
南屯區	127,769	12.99	6,478	5.07	9.97	94	1.45	13.22
北屯區	221,815	22.55	14,126	6.37	21.74	113	0.80	15.89
合計	983,694	100.00	64,967	6.60	100.00	711	1.09	100.00

第四節 研究設計

本研究為描述性與探討概念與概念之間關係的研究，主要將透過抽樣進行面對面訪問的方法來蒐集台中市老年人的個人特質與狀態、接觸居家服務的經驗感受、所處情境、對居家服務的動機與期待，以及認知狀況等資料。本研究採用了結構性封閉式問卷的設計作為測量工具，以收集量化的資料供研究分析。研究設計方法敘述如後：

一、研究對象與選樣

要瞭解台中市獨居老人對居家服務的認知狀況，便應該以全台中市八個行政區為研究地點，研究母全體便為台中市所有六十五歲以上之獨居老人。由於本研究主要是想瞭解研究對象對居家服務的認知，故研究中所指的獨居老人為設籍且實際居住台中市非機構式住宅者。本研究以台中市政府社會局所提供之獨居老人名冊為母全體，列冊於此獨居老人名冊的資料共有 711 筆。研究者從母全體中隨機抽選出 200 個樣本作為本研究之訪談、分析的對象，此外，為避免拒訪率過高，導致無法達到預期訪談人數，因此再抽選 200 個備份樣本，故一共從母全體中抽選了 400 個樣本作為本研究之訪談對象。

為減少抽樣誤差，增加居住地區與社會階層等項目的代表性，本研究依據台中市八個行政區的劃分採取分層隨機抽樣與系統隨機抽樣。母全體的名冊以台中市政府社會局所提供之獨居老人名冊為主從中以分層隨機抽樣與系統隨機抽樣之方式抽選正本與備份樣本共 400 筆資料作為本研究之施測對象。

分層隨機抽樣的實際作法，首先，將獨居老人名冊依行政區做區分，分別計算出各區獨居老人人口比。然後以所欲抽選的樣本數 400 人乘上各區獨居老人人口比，以決定各區需抽選之樣本數。計算結果經四捨五入後，依名冊狀況稍做調整，最後決定各行政區樣本數分別為中區 46 人、東區 61 人、西區 25 人、南區 28(25)人、北區 77(78)人、西屯區 48 人、南屯區 53 人、北屯區 64 人。然後再以系統隨機抽樣的方式，從台中市政府社會局所提供之獨居老人名冊中隨機抽選出各區的樣本共 400 人作為研究對象。具體的作法是將各區獨居老人人數除以所需樣本數以取得抽樣間距，稱其為 K 值 (sampling interval)，各區抽樣間距經計算後分別為

中區 K=1.76 東區 K=1.77 西區 K=1.8 南區 K=1.96 北區 K=1.74 西屯區 K=1.77 南屯區 K=1.77、北屯區 K=1.76，經四捨五入後，各區均以 2 為 K 值。獨居老人名冊中每一元素均有一個編號，隨機選取一個編號開始，之後每隔一個抽樣間距便抽選一個樣本，即依序抽選第 K 個元素、第 2K 個元素，直到達到所需樣本數為止。

二、資料收集方式

本研究主要採問卷調查的方式，針對所選取的樣本來收集資料。問卷調查可透過面對面訪問、電話訪問、郵寄問卷、送收等方式來進行。在考量問卷回收率、研究成本、研究時間、研究對象特性、資料內容有效性等條件後，採用了面對面訪問的方式來進行資料收集。面對面訪問為問卷回收率最高的方式，也比其他方法容易收集到較深入的資料，如訪員可實際觀察到受訪者的狀況，且透過研究者在旁的說明與澄清，更能夠收集到有效的資料內容。面對面訪問所需消耗的研究成本主要在訪問人力及其相關的支出上，而較少其他的成本消耗，研究者係自行前往訪問，故沒有研究人力成本之問題。此外，本研究的研究對象為老年人，若採用電話訪問，可能只能收集到粗略的資料，且排除了沒有電話以及聽力有障礙的老年人接受訪問的機會；採用郵寄、送收等由研究對象自填問卷的方法，則可能會排除許多視力不良、低教育程度、讀或寫有困難，以及身體狀況不佳的老年人成為研究對象、提供資料，因此在本研究中採用面對面訪問會是一個較適切的資料蒐集方式。

面對面訪問主要由研究者前往受訪者的家戶中運用自行設計之問卷進行資料收集。依據問卷上的題目，口頭詢問受訪者答案並記錄在問卷上。進行訪問前，研究者先行致電受訪者，向受訪者說明用意、詢問意願、確認訪談時間，倘若無法進行訪問，則由備取樣本遞補上。進行訪問時，研究者亦考量受訪者狀況，以受訪者可以理解的方式來說明問卷題意。原本另設計輔助卡，以輔助受訪者可以方便回答複雜的選項，但在試測期間發現，受訪者反而容易被混淆，或因為視覺障礙、不識字而無法利用輔助卡，故之後正式施測時未使用到輔助卡。由於本研究關注的焦點在於台中市老年人自身對居家服務的認知狀況，而認知是很主觀性的，不容易由他人代為表示意見，因此當受訪者無法表示意見時，亦不考慮由其家屬或主要照顧者代為作答。

本研究原擬由研究者一人自行進行資料蒐集，但在計畫書審查時，口試委員與指導教授均給予中肯之意見，建議研究者與另兩位同樣在進行台中市獨居老人相關研究的東海大學社工系碩士班研究生共同進行資料的蒐集，三人經評估後決定合併三人之問卷，共同設計出一份問卷來進行資料蒐集的工作。俟資料蒐集完成後，再擷取個人所需之資料進行分析。

與研究者共同進行資料蒐集的另兩位研究者為張嘉玲以及郭玫怡，其研究論題分別為「台中市獨居老人社會福利服務使用狀況及其相關因素」以及「台中市獨居老人生活狀況之研究」。三名研究者共同進行資料蒐集之利多，一來，三個訪問人力便可以在有限時間內蒐集到三倍的資料，二來，三名研究者比對過原來各自設計的三份問卷後，發現有不少相同或相似的基本問項，合併問卷不會形成一份過大的新問卷。而決定共同進行資料蒐集的主要因素在於三個研究的研究對象與資料蒐集時間均相同，倘若各自蒐集資料，則研究對象必然會受到過度的打擾，三個研究彼此干擾，也可能會造成資料蒐集的困難以及信度的流失。因此，為避免研究對象被過度打擾，故決定由三人共同進行資料蒐集。

三、測量工具之發展與設計

本研究之測量工具為研究者依據文獻探討所得，以及研究之概念架構，自行設計發展之問卷（附錄一）。為了使問卷設計的發展更切合研究目的，故亦藉由實習的機會對居家服務方案與老年人有更深入、實際的瞭解，此亦為問卷設計發展的基礎。關於老年人對照顧服務的需求，在高迪理（1993）一項台灣地區老年人社會福利服務需求之後分析的研究中，對於測量工具之設計作了深入的分析，因此，本研究亦多所參考此研究分析結果來進行問卷之設計。

問卷初稿設計完成後，即邀請老人相關領域的專家學者與實務工作者提供意見進行修正，以增加測量工具之表面效度與內容效度。另外於問卷初步修訂完成後亦進行了試測，以考核問卷信度，修改不妥適的詞句。

附錄一的問卷，如前所述，係屬三項研究共用之問卷，故其中有一些變項本研究不會進行分析。在附錄一的問卷(以下簡稱本問卷)中與本研究相關的部分分別為封面的區域與性別；第壹部分的第 2、4、5、5B、5C、6 題；第貳部分的第一大

題的第 1、1A 題，第二大題的第 1、2、3、4、5 題；第參部分第一大題的第 1~14 題，第二大題的第 1、2、2C、2D、5 題以及第三大題；第伍部分的第二大題、第五大題與第六大題；第陸部分全部；第柒部份的第 1、2、3、6、7、8、9、10、11、11A、11B、11C 題。

四、研究之程序

本研究之研究程序與時間安排如表三-2 所示。本研究於民國 93 年 9 月開始進行相關文獻資料的蒐集與整理，而後於民國 93 年的 10 月底至民國 94 年 1 月初著手撰寫研究計畫書並設計測量工具。於民國 94 年 1 月中旬進行計畫書的審查，由施教裕、王篤強以及高迪理三位老師擔任計畫書審查之委員。94 年 1 月中旬過後，參考審查委員所給予之建議進行計畫書的修正。民國 94 年 1 月底至二月初的時間，趕在農曆年前進行問卷的試測，並進行問卷信度的分析，依照是測分析的結果來修訂問卷。問卷修訂完成後，本研究於民國 94 年 2 月底開始正式進行施測，並且於民國 94 年 4 月下旬完成整個資料蒐集的工作，整個問卷施測的時間共計兩個月。於問卷施測的後期，亦同時運用社會統計套裝軟體 (SPSS for WINDOWS10.0 版) 著手進行資料的整理與分析，民國 94 年 4 月底開始著手進行研究報告的撰寫工作，於民國 94 年 6 月中旬進行學位考試。

表三-2 研究進度表

時間 工作項目	民國九十三年				民國九十四年					
	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月
文獻蒐集	***	***	***	***	***	***	***	***	***	*
撰寫研究計畫書		*	***	***	*					
測量工具設計				***	*					
計畫書審查與修正					**					
問卷試測					*	*				
試測分析						**				
問卷修訂						**				
正式施測						*	***	***		
資料分析							***	***	***	
撰寫報告								*	***	*
進行學位考試										*

五、主要概念描述與操作性定義

在本研究中主要涉及的概念，即研究概念架構中的幾個重要變項：「個人特質與狀態」、「接觸居家服務的經驗感受」、「所處的情境」、「對居家服務的動機與期望」以及「對居家服務的認知狀況」。茲將以上概念做語意性與操作性之定義。

（一）個人特質與狀態：

個人特質指的是受訪者的人口學屬性或特質，在此研究中包括性別、年齡、出生地、經濟別、身份別、宗教信仰、婚姻狀況、子女狀況、教育程度以及受教育年數。個人狀態指的是受訪者的生心理狀態，包括日常生活功能、工具性日常生活功能、罹患之疾病、自覺健康狀況、情緒狀況等變項。

- 1.性別：包括男、女兩個屬性。
- 2.年齡：依受訪者實際回答。
- 3.經濟別：可分為一般戶與中低收入戶。
- 4.身份別：分為一般戶與榮民（榮譽）。
- 5.出生地：主要分為台灣地區與非台灣地區。
- 6.宗教信仰：可分為無宗教信仰、天主教、基督教、佛教、道教、一貫道、民間信仰、回教、無特定宗教信仰、其他。
- 7.婚姻狀況：可分為未婚、已婚與配偶同住、已婚與配偶分居、離婚、配偶過世。
- 8.子女狀況：可分為無子女以及有子女（以訪談時是否實際存在為準）。
- 9.教育程度：可分為沒有受過正規教育、國小、國中、高中職、專科、大學、軍校、研究所。其中未受教育又可分為識字與不識字兩類。
- 10.受教育年數：依受訪者實際回答。

以上 1 到 10 的變項由本問卷的封面、第壹部份的第 5、5B、5C 題與第柒部份的第 1、2、3、3A、3B、9、10、11、11A、11B、11C 題來做測量。

- 11.自覺健康狀況：依照研究對象自述，分為非常不好、有些毛病不算好、偶有小病但還不錯、很好身體硬朗。另外並記載重大或慢性疾病，及就醫情形。由本問卷第參部份的第二大題之第 5 題來進行測量。
- 12.情緒狀況：共設計三道題目，由本問卷的第參部分的第三大題 1、2、3 題來測量。

- 13.日常生活功能：指獨居老人在進行一些日常生活活動的狀況，此部分由本問卷的第參部分第一大題的第 1、2、3、4、5 題來測量。
- 14.工具性日常生活功能：指獨居老人在進行一些工具性的日常生活活動的狀況，此部分由本問卷的第參部分第一大題的第 6、7、8、9、10、11、12、13、14 題來測量。
- 15.罹患之疾病：研究對象目前所罹患的各種疾病，以長期或慢性疾病為主。由本問卷的第參部分第二大題的第 1 題來測量。

(二) 所處的情境：

這裡所謂研究對象所處的情境是指研究對象所生活的客觀環境的條件，這些情境條件可能是研究對象比較無法去主導或不易改變的。包括居住狀況、居住區、外出便利性、經濟狀況與來源、主要照顧者、正式與非正式支持系統、服務選擇決定權與付費情形。

- 1.居住狀況：指研究對象是否確實獨居，若非獨居，則同住的親友有什麼人；其居住的房屋為自有、子女的、宿舍、租賃或親友借住。此部份由本問卷的第壹部份的第 2、6 題來測量。
- 2.居住區：指的是研究對象的住處是位於台中市的哪一個行政區。包括中區、東區、西區、南區、北區、西屯區、南屯區、北屯區等八個行政區。
- 3.外出便利性：主要是想瞭解研究對象若需要外出時是否方便。此部份由本問卷的第壹部份的第 4 題來測量。
- 4.經濟狀況與來源：經濟狀況依照研究對象自述，認為其家庭經濟屬於以下何者 不足，難以維持生活、稍微吃緊，尚能維持生活、剛剛好足夠、足夠仍有剩餘。經濟來源指可以固定提供受訪者經濟收入的主要來源，包括：自己存款、退休金(俸)、子女提供、親友資助、政府津貼或補助、現在工作所得、大眾捐款、其他。此部分由本問卷的第柒部份之第 6、8 題來測量。
- 5.月平均收入：依研究對象回答，每月平均實際收入。分類為少於 5000 元、5001~10000 元、10001~20000 元、20001~30000 元、30001~40000 元、40001~50000 元、50000 元以上，以及拒答或不知道。由本問卷的第柒部份的第 7 題來測量。
- 6.非正式支持系統：包括究對象是否需要照顧，又是否有主要照顧者，以及研究對象是否經常與家人、鄰居、親戚朋友有互動。主要照顧者指的是能給

予生活需他人協助之研究對象大多數照顧協助者。可以是配偶、兒子、女兒、媳婦、孫子、親戚、朋友、鄰居、本國看護、雇傭、外籍雇傭與其他。此部分由本問卷的第貳部分的第一大題之第 1、1A 題以及第貳部分的第二大題之第 1、2、3、4、5 題來測量。

- 7.正式支持系統：主要是了解獨居老人是否使用任何台中市政府所提供的社會福利資源，包括各種形式的照顧服務。此部分由第伍部分的第二及第五大題來測量。
- 8.就醫情況與協助者：指研究對象是否需要固定到醫院看診，又其前往就醫時是否需要協助者，協助者為何。此部分主要係透過本問卷的第參部分第二大題的第 2、2C、2D 題來測量。
- 9.服務選擇決定權：指接受居家服務的老年人其在選擇服務時是由誰主導決定的。可以是自己、配偶、子女(婿媳)、手足、(外)孫子女、(外)曾孫子女、其他親戚、朋友、其他。此部分由本問卷的第伍部分第六大題的第 9 題來測量。
- 10.付費情形：指接受居家服務的老年人每月所付的費用為多少，又由誰來支付這些費用。此部分由第五部分第六大題的第 12、13 題來測量。

(三) 接觸居家服務的經驗感受：

指的是研究對象接受居家服務的訊息管道，以及研究對象與居家服務接觸的經驗中其感受為何？在研究對象的感受中，這些經驗是正向的感受多或負向的感受多。與居家服務接觸的經驗包括訊息接收的經驗、與工作人員接觸的經驗、與照顧服務員接觸的經驗以及接受服務的經驗。

- 1.訊息管道：指是否曾接收到居家服務的訊息，其接收訊息的管道為何？訊息管道可包括：醫院刊物及公告、醫院護理人員、報紙新聞、電視新聞、電視跑馬燈、贈閱之雜誌刊物、親人朋友、社區公告、里長、區公所及市政府、社福機構、網站等。
- 2.訊息接收的經驗：指的是受訪者是否曾聽過居家服務，又之不知道台中市也有推行居家服務，其在接受訊息時是否覺得清楚了解居家服務為何。訊息管道與訊息接收的經驗可由本問卷的第伍部分第六大題的第 1、2、3、4 題來測量。

- 3.與社工員接觸的經驗：指接受居家服務的獨居老人在與居家服務支援中心的社工員接觸時其經驗感受為何？可分為感覺很好、不錯、普通、沒什麼印象與感覺、不好。
- 4.與照顧服務員接觸的經驗：指接受居家服務的獨居老人在接受照顧服務員服務時，其經驗感受大多為何？可分為感覺很好、不錯、普通、沒什麼印象與感覺、不好。
- 5.接受居家服務的經驗：指研究對象是否接受居家服務，而接受居家服務的獨居老人對於接受服務的整體感受為何。可分為感覺很好、不錯、普通、沒什麼印象與感覺、不好。此部分由本問卷的第五部分第六大題的第 5、16 題來測量。

（四）對居家服務的動機與期望

指研究對象是否會主動或被動的使用居家服務，為何會使用居家服務，而又期待居家服務可以幫助他們一些什麼，達到什麼樣的效益。此部分由本問卷的第五部分第六大題的第 6、7、8 題來測量。

（五）對居家服務的認知狀況

認知包含對事物的知覺與感受，所謂對居家服務的認知狀況指研究對象對台中市所施行的居家服務的知覺與感受。在這裡，知覺以研究對象對台中市所施行的居家服務的瞭解程度做測量，此概念主要透過本問卷的第五部分第一大題[了解程度]來測量；感受則是測量其對居家服務的個人主觀感受與看法，這一個部分則是透過本問卷的第六部分第二大題[主觀看法]來測量。

第五節 研究資料分析方法

研究者在進行訪問期間同時將所蒐集到的研究資料做編碼、登錄。運用社會科學統計軟體 (SPSS for WINDOWS 10.0 版) 為分析工具, 以主要研究問題為分析方向, 選擇適當的統計方法來分析、呈現本研究的資料。茲針對各主要研究問題說明如下:

一、研究對象的基本特質與身心狀態之描述

對於 169 位受訪對象的基本特質與身心狀態, 首先會採描述性統計之次數分配、百分比與平均數來進行描述, 此外亦針對部分變項運用交叉表以呈現其交互關係。

二、研究對象對居家服務的認知狀況

此部分亦以描述性統計之次數分配、百分比為主, 首先描述 169 位研究對象對居家服務基本認識的情形, 之後分別以百分比呈現研究對象對居家服務的瞭解程度與主觀看法的分佈情形。

在問卷的設計當中, 因考量到研究對象需對居家服務有相當之認識, 方能進一步測量其瞭解程度, 因此本研究僅針對曾經接受過居家服務的獨居老人進一步測量其瞭解程度。在本研究所蒐集到的資料當中, 此部分之有效資料為 47 筆, 故凡於本研究中所分析之瞭解程度, 係僅針對此 47 筆資料作分析。此外, 由於考量到人需對一事物有初步之認識, 方可能從而發展出其主觀看法, 因此, 對於獨居老人對居家服務的主觀看法, 僅針對表示知道居家服務的受訪者進行測量, 關於此部分, 在本研究中共蒐集到 84 筆有效資料, 故凡於本研究中所分析之主觀看法, 係以此 84 筆資料為分析對象, 而非全體受訪者。

由於對居家服務的瞭解程度屬於連續性變項性質, 故將其加總為一瞭解程度之總分, 並取其平均數與研究對象對居家服務的主觀看法, 運用無母數檢定當中的 K-W 檢定(Kruskal Wallis - test)檢視其彼此間是否有顯著的差異。

三、研究對象的基本特質與身心狀態與其對居家服務的認知狀況之相關情形

首先會分別針對研究對象的基本特質和身心狀態與其對居家服務的瞭解程度進行單因子變異數分析。對於不合同質性檢定之題項則改採 K-W 檢定來進行分析。之後採 K-W 檢定來分析研究對象的基本特質和身心狀態與其對居家服務的主觀看法之間是否有顯著的差異。K-W 檢定為無母數檢定的一種，此檢定之適用範圍很廣，亦適用於名義變項與順序變項之間，在本研究的問卷設計中，對居家服務之主觀看法的選項為：1.同意、2.普通、3.不同意、4.視情況而定、5.不知道，研究者實際進行分析時，則是將回答不知道的資料剔除，然後將選項重新排序為 1.同意、2.普通、3.視情況而定、4.不同意，如此使本研究之資料更適用於此統計方法。在進行過前述分析後，針對差異達顯著水準的變項，再以交叉表來呈現出雙變項間之變異情形。

四、研究對象所處的情境與其對居家服務的認知狀況之相關情形

在回答研究對象所處情境與其對居家服務的認知狀況之相關情形前，先採描述統計之次數分配與百分比來呈現研究對象所處的情境。後續的分析步驟與研究問題三的分析步驟相同。

五、研究對象接觸居家服務的經驗感受與其對居家服務的認知狀況之相關情形

此部分亦先以次數分配與百分比來鋪陳研究對象接觸居家服務的經驗感受，而後則以關聯係數 Cramer's V 係數來檢視研究對象接觸居家服務的經驗感受與其基本特質、身心狀態與所處情境之間的關係，倘若無法以 Cramer's V 係數來分析的變項，則以交叉表呈現其彼此間的變化情形。後續分析步驟則同問題三之分析步驟。

六、研究對象對居家服務的動機與期望與其對居家服務的認知狀況之相關情形

問題六之分析方法與問題五之分析方法雷同。除檢視研究對象對居家服務的動機期望與其基本特質、身心狀態與所處情境之間的關係外，亦會分析研究對象對居家服務的動機期望與其接觸居家服務的經驗感受之相關性。