

# 科技部補助專題研究計畫成果報告 期末報告

## 社區照顧理念、政策與實務之檢視(第2年)

計畫類別：個別型計畫  
計畫編號：MOST 104-2410-H-260-040-SS2  
執行期間：105年08月01日至106年07月31日  
執行單位：國立暨南國際大學社會政策與社會工作學系(所)

計畫主持人：黃源協

計畫參與人員：學士級-專任助理：李以琳  
學士級-專任助理：張永鋒  
學士級-專任助理：梁宜婷  
碩士班研究生-兼任助理：呂璇  
碩士班研究生-兼任助理：王勛岳  
博士班研究生-兼任助理：徐宜瑩

報告附件：出席國際學術會議心得報告

中華民國 106 年 10 月 28 日

中文摘要：本研究旨在探討服務使用者對於社區照顧理念與品質的重視度（重要性）、接受服務後的感受度（滿意度）及其相關的影響因素，進而提出有助於實現社區照顧理念的相關建議。研究者透過自行設計之社區照顧理念與品質量表，以社區照顧關懷據點、日間照顧及居家服務使用者為受訪對象，共計回收有效問卷626份。社區照顧理念量表包括：公民權（含責任與權利）、生活正常化（含生理、心理、社會及靈性福祉）、充權（心理、社會及政治充權）以及優勢觀點（含自我認知、復原力及社區資源）；照顧品質量表包括：結構面（含實體面及員工面）、過程面（含關係面及充權面）以及結果面（含經營面與績效面）。另外，為深入瞭解利害關係人對於社區照顧理念、政策與實務之相關意見，本研究邀請26位專家學者、政府官員及實務工作者進行個別深度訪談，以及23位進行4場次的焦點團體（每場次5-6位）。

在量化資料部分，本研究分別對社區照顧關懷據點、日間照顧、居家服務、以及整體社區照顧進行分析，各服務項目在社區照顧理念與品質的重要性與感受度不一，但社區照顧理念與品質的滿意度之間多數呈現顯著的正相關。在質性資料部分，本研究分別就社區照顧實務運作的概況、助力/優勢、阻力/障礙、發展策略、以及社區照顧理念的實現等五個面向進行分析。經過針對量化與質性研究結果進行綜合討論和分析後，本研究分別針對社區照顧關懷據點、日間照顧、居家服務以及整體社區照顧，提出未來發展的相關建議。

中文關鍵詞：社區照顧、社區照顧關懷據點、日間照顧、居家服務、公民權、正常化、充權、優勢觀點

英文摘要：For the past two decades, community care has been attempted to develop as main care model for elderly people in Taiwan. This study aims to explore users' opinion on the levels of importance, quality, feeling and satisfaction of community care before and after services, and to discover factors influencing their opinions. Suggestions for realizing the ideas and goals of community care are proposed after discussion and analyses. The researcher construct two sets of close questionnaire of community care idea and quality. The community care idea scale consists of 4 aspects - citizenship with 2 sub-aspects (responsibility and right), life normalization with 3 sub-aspects (physical, psychological, social and spiritual well-beings), empowerment with 3 sub-aspects (psychological, social and political empowerment) and strength perspective with 3 sub-aspects (self-awareness, resilience and community resources). The community care quality scale is comprised of 3 dimensions - structural dimension with 2 sub-dimensions (physical and people), process dimension with 2 dimensions (relationship and empowerment) and outcome dimension with 2 sub-dimension (business and performance). The samples are those service users of community caring stations, day care centers and home service, and

interviewed face-to-face. 626 valid questionnaires were completed and put into analysis.

In addition, in order to understand the opinions of stakeholders on community care ideas, policies and practice, 26 professionals, government officials and practical workers were invited to participate personal depth interview, and 23 were invited to share their opinion on 4 focus groups.

In quantitative part, the study analyzed the data from community caring station, day care, home care and total community care. The results show that levels of importance and satisfaction of community care users were varied with service items and contents. Relationship between most of sub-aspects of community care ideas and community care quality were related significantly and positively. In qualitative part, the study analyzed the data from 5 aspects - the picture of community care practice, community care advantages, community care disadvantages, development strategy, and the level of implementing community care ideas. According to findings and results, suggestions for promoting quality and acceptance of community care were proposed.

英文關鍵詞： community care, community caring stations, day care, home service, citizenship, life normalization, empowerment, strength perspective

# 科技部補助專題研究計畫

■成果報告  
□期中進度報告

## 「社區照顧理念、政策與實務之檢視」

計畫類別：■個別型計畫 □整合型計畫

計畫編號：104-2410-H-260-040-SS2

執行期間：2015年8月1日至2017年7月31日

計畫主持人：黃源協

協同研究人員：莊俐昕

研究助理：徐宜瑩、王勛岳、呂璇

成果報告類型：□精簡報告■完整報告

執行單位：國立暨南國際大學

中華民國 106 年 10 月 28 日



## 中文摘要

本研究旨在探討服務使用者對於社區照顧理念與品質的重視度（重要性）、接受服務後的感受度（滿意度）及其相關的影響因素，進而提出有助於實現社區照顧理念的相關建議。研究者透過自行設計之社區照顧理念與品質量表，以社區照顧關懷據點、日間照顧及居家服務使用者為受訪對象，共計回收有效問卷 626 份。社區照顧理念量表包括：公民權（含責任與權利）、生活正常化（含生理、心理、社會及靈性福祉）、充權（心理、社會及政治充權）以及優勢觀點（含自我認知、復原力及社區資源）；照顧品質量表包括：結構面（含實體面及員工面）、過程面（含關係面及充權面）以及結果面（含經營面與績效面）。另外，為深入瞭解利害關係人對於社區照顧理念、政策與實務之相關意見，本研究邀請 26 位專家學者、政府官員及實務工作者進行個別深度訪談，以及 23 位進行 4 場次的焦點團體（每場次 5-6 位）。

在量化資料部分，本研究分別對社區照顧關懷據點、日間照顧、居家服務、以及整體社區照顧進行分析，各服務項目在社區照顧理念與品質的重要性與感受度不一，但社區照顧理念與品質的滿意度之間多數呈現顯著的正相關。在質性資料部分，本研究分別就社區照顧實務運作的概況、助力/優勢、阻力/障礙、發展策略、以及社區照顧理念的實現等五個面向進行分析。經過針對量化與質性研究結果進行綜合討論和分析後，本研究分別針對社區照顧關懷據點、日間照顧、居家服務以及整體社區照顧，提出未來發展的相關建議。

**關鍵詞：**

社區照顧、社區照顧關懷點、日間照顧、居家服務、公民權、正常化、充權、優勢觀點

## Abstract

For the past two decades, community care has been attempted to develop as main care model for elderly people in Taiwan. This study aims to explore users' opinion on the levels of importance, quality, feeling and satisfaction of community care before and after services, and to discover factors influencing their opinions. Suggestions for realizing the ideas and goals of community care are proposed after discussion and analyses. The researcher construct two sets of close questionnaire of community care idea and quality. The community care idea scale consists of 4 aspects – citizenship with 2 sub-aspects (responsibility and right), life normalization with 3 sub-aspects (physical, psychological, social and spiritual well-beings), empowerment with 3 sub-aspects (psychological, social and political empowerment) and strength perspective with 3 sub-aspects (self-awareness, resilience and community resources). The community care quality scale is comprised of 3 dimensions – structural dimension with 2 sub-dimensions (physical and people), process dimension with 2 dimensions (relationship and empowerment) and outcome dimension with 2 sub-dimension (business and performance). The samples are those service users of community caring stations, day care centers and home service, and interviewed face-to-face. 626 valid questionnaires were completed and put into analysis.

In addition, in order to understand the opinions of stakeholders on community care ideas, policies and practice, 26 professionals, government officials and practical workers were invited to participate personal depth interview, and 23 were invited to share their opinion on 4 focus groups.

In quantitative part, the study analyzed the data from community caring station, day care, home care and total community care. The results show that levels of importance and satisfaction of community care users were varied with service items and contents. Relationship between most of sub-aspects of community care ideas and community care quality were related significantly and positively. In qualitative part, the study analyzed the data from 5 aspects – the picture of community care practice, community care advantages, community care disadvantages, development strategy, and the level of implementing community care ideas. According to findings and results, suggestions for promoting quality and acceptance of community care were proposed.

Key words:

community care, community caring stations, day care, home service, citizenship, life

normalization, empowerment, strength perspective

請依學術成就、技術創新、社會影響等方面，評估研究成果之學術或應用價值(簡要敘述成果所代表之意義、價值、影響或進一步發展之可能性，以 500 字為限)

社區照顧為臺灣長期照顧的主流模式，繼「我國長期照顧十年計畫－大溫暖社會福利套案之旗艦計畫」(長照 1.0 版)後，政府部門正積極推動「長期照顧十年計畫 2.0」。無論是長照 1.0 或 2.0，對正快速邁向高齡化的台灣社會，一套設計良善的社區照顧服務將影響到老人的福祉至鉅。本研究探討長期照顧中最為普及的社區照顧關懷據點、日間照顧中心及居家服務之服務使用者，對社區照顧服務理念及品質的滿意度，以及透過針對近 50 位的專家學者、政府官員及實務工作者進行個別訪談和焦點團體，以瞭解受訪者對社區照顧的意見與建議。依據研究結果，本研究分別針對社區照顧關懷據點、日間照顧中心、居家服務及整體社區照顧之未來發展提出建議。相信這些建議對未來長期照顧政策的推動具有重要的參考價值。另外，本研究亦檢視社區照顧理念的落實狀況，對於社區照顧之未來學術的發展，可能有深遠的意涵。



# 社區照顧理念、政策與實務之檢視

## 目錄

	頁次
<b>第一章 緒論</b>	
第一節 研究背景與動機	1
第二節 研究目的	3
<b>第二章 文獻檢閱</b>	
第一節 社區照顧的意涵	7
第二節 社區照顧相關理念	9
第三節 社區照顧政策目標及其評述	19
第四節 台灣社區照顧的發展與實務	22
第五節 社區照顧理念與政策推動的影響因素	26
<b>第三章 研究設計與方法</b>	
第一節 研究架構與工具	30
第二節 資料蒐集與分析	34
<b>第四章 量化資料分析（一）- 社區照顧關懷據點</b>	
第一節 社區關懷據點服務之描述性分析	40
第二節 社區關懷據點服務品質之差異/變異分析	45
第三節 社區照顧理念之差異/變異分析	51
第四節 社區關懷據點服務對社區照顧理念之影響	59
第五節 社區關懷據點服務品質與社區照顧理念之相關分析	71
第六節 社區關懷據點品質及社區照顧理念之迴歸分析	77
第七節 社區關懷據點服務對與親友互動頻率與互動關係之影響	84
<b>第五章 量化資料分析（二）- 日間照顧中心</b>	
第一節 日間照顧服務之描述性分析	89
第二節 日間照顧服務品質之差異/變異分析	94
第三節 社區照顧理念之差異/變異分析	99
第四節 日間照顧服務對社區照顧理念之影響	107
第五節 日間照顧品質與社區照顧理念之相關分析	118
第六節 日間照顧品質及社區照顧理念之迴歸分析	122
第七節 日間照顧服務對與親友互動頻率與互動關係之影響	130

<b>第六章</b>	<b>量化資料分析 (三) - 居家服務</b>	
第一節	居家服務之描述性分析 .....	136
第二節	居家服務品質之差異/變異分析.....	141
第三節	社區照顧理念之差異/變異分析.....	147
第四節	居家服務對社區照顧理念之影響 .....	156
第五節	居家服務品質與社區照顧理念之相關分析 .....	169
第六節	居家服務品質及社區照顧理念之迴歸分析 .....	175
第七節	居家服務對與親友互動頻率與互動關係之影響 .....	180
<b>第七章</b>	<b>量化資料分析 (四) - 社區照顧</b>	
第一節	社區照顧之描述性分析 .....	187
第二節	社區照顧品質之差異/變異分析.....	193
第三節	社區照顧理念之差異/變異分析.....	198
第四節	社區照顧服務對社區照顧理念之影響 .....	206
第五節	社區照顧品質與社區照顧理念之相關分析 .....	220
第六節	社區照顧品質及社區照顧理念之迴歸分析 .....	226
第七節	社區照顧對與親友互動頻率與互動關係之影響 .....	232
<b>第八章</b>	<b>質性資料分析 - 社區照顧實踐經驗的檢視</b>	
第一節	社區照顧實務運作的概況 .....	238
第二節	社區照顧實務運作的助力/優勢.....	248
第三節	社區照顧實務運作的阻力/劣勢.....	253
第四節	社區照顧的發展策略 .....	264
第五節	社區照顧理念的實現 .....	273
<b>第七章</b>	<b>結論與建議</b>	
第一節	量化研究發現 .....	280
第二節	質性研究發現 .....	303
第三節	結論與建議 .....	309
參考文獻	.....	321
附件一	問卷.....	328

# 第一章 緒論

## 第一節 研究背景與動機

### 一、研究背景

如何保障老人權益與福祉，以讓老人們有尊嚴的安享晚年，早已成為一項國際社會共同關注的議題。聯合國於1991年通過的「聯合國老人綱領」(United Nations Principles for Older People)提出獨立、參與、照顧、自我實現及尊嚴等五項主題，作為國際促進老人福利所應追求的共同目標。在獨立上，特別強調「老人應能居住在安全且適合於個人偏好和體能的環境」，以及「老人應儘可能地居住在自己家裡」；在參與上，除強調老人應能持續融入社會外，亦主張「老人應有尋找和開創服務社區與從事符合自己興趣及能力之志願服務的機會」；在照顧上，特別強調「老人應能獲得符合其社會體系和文化價值之家庭及社區的照顧和保障」。世界衛生組織(World Health Organization, WHO)亦於2002年提出「活力老化」(Active Ageing - A Policy Framework)的觀點，其核心價值認為：欲使老化成為正面經驗，必須讓健康、參與以及安全達到最適化狀態，以提昇老年的生活品質(WHO, 2002:12)。

在身心障礙者權益保障方面，1960年代身心障礙者之「社會福利觀點」(the social welfare perspective)的出現，衍生出去機構化(de-institutionalization)的主張，也激起障礙者對更多社會參與的要求，且對待障礙者的態度也開始從「個人模式」轉移至「社會模式」。1970年代依循著障礙者「人權觀點」(A human rights approach)衍生出的「心智障礙者權利宣言」(the Declaration on the Rights of Mentally Retarded Persons)，強調心智障礙者應儘可能與家人或扶養者住在一起，並且能夠參與社區的各項活動，其最終目標是期待要讓障礙者能夠融合於社會。為實現促進障礙者能完全參與社會生活和社會發展的權利，聯合國大會於1976年12月宣布1981年為「國際障礙者年」(International Year of Disabled Person)，明訂將致力於取消隔離，讓障礙者完全融入社會。2006年12月通過並於2008年5月正式生效的「身心障礙者權利公約」，亦揭示身心障礙者要與一般人一樣有公平的機會待遇，強調個別發展社會參與及機會均等，並將「尊重個人的固有尊嚴和個人的自主，包括自由做出自己的選擇，以及個人的自立」及「充分有效地參與和融入社會」視為其一般原則。

前述的國際發展趨勢已彰顯出，無論是老人或身心障礙者的照顧，為營造更好的生活和照顧品質，除家庭式及機構式照顧外，已朝向更多元化的照顧模式發

展，社區照顧的倡導與發展，即是對這股趨勢的回應。1980年代之前的台灣，儘管政府已頒布各種社區相關的政策或綱領，例如：1965年之民生主義現階段社會政策、1968年的社區發展工作綱要、以及1983年的社區發展工作綱領，卻直到1980年代中期始出現類似社區照顧的服務項目，較明確的政策則源自於1991年頒布的「社區發展工作綱要」，尤其是1992年依據該綱要所訂定的「臺灣省現階段社區發展工作實施方案」中，即明定要以社區為中心，建立社會福利服務體系，其中，老人福利要提供的居家服務，即類似Symond與Kelly（1998: 5）所指稱之「由社區照顧」（care by the community）的一環。

1994年行政院頒訂的「社會福利政策綱領」則為最重要的里程碑，該綱領強調要以居家式服務和社區式服務作為照顧老人及身心障礙者的主要方式，再輔以機構式服務；例如，實施要項的第17條提出：「加強社區老人安療養設施，結合社區資源建立居家照顧服務網絡...」。「社會福利政策綱領實施方案」亦分別於第16條提出：「結合區域內相關老人機構，提供居家服務、居家護理、托老、以及文康休閒等措施」，第19條提出：「結合區域內相關殘障福利機構辦理殘障者就醫、就學、就業、就養之各項社區化福利服務」，以及第27-30條等相關社區發展的四項條文中，除原有的社區工作重點外，更提出「福利服務社區化」及針對老人服務指出結合社區資源建立「居家照顧」服務網絡。儘管這些官方文件沒有直接使用「社區照顧」一詞，但從其內涵觀之，前述所列舉之服務項目即是今日所指稱之社區照顧的範疇。

在台灣，「社區照顧」一詞首次出現於中央政府文件為1996年底內政部核定的「推動社會福利社區化實施要點」，該要點將「落實社區照顧」列為其五大實施要項之一，且明確指出：「推展社區福利機構小型化、社區化，並倡導福利機構開拓外展服務，促進資源有效利用」；在「選定福利社區」要項中也強調社區相關福利服務體系的整合、以共同生活圈的方式輸送服務、增加民眾參與及瞭解民眾需求。顯然，這是台灣有關社區照顧最為具體的文件。另外，民國1998年5月行政院頒訂的「加強老人安養服務方案」，更具體的主張以社區照顧做為老人照顧的主軸。

為讓社區照顧更具體的落實，1997年4月修正的「身心障礙者保護法」第40條規定「為協助身心障礙者得到所需之持續性照顧，直轄市及縣（市）政府應提供或結合民間資源提供下列居家服務：居家護理、居家照顧、家務助理、友善訪視、電話問安、送餐到家、居家環境改善、其他相關之居家服務」；第41條規定：「為強化家庭照顧身心障礙者之意願及能力，直轄市及縣（市）政府應提供或結合民間資源提供下列社區服務：復健服務、心理諮商、日間照顧、臨時及短期照顧、餐飲服務、交通服務、休閒服務、親職教育、資訊提供、轉介服務、及其他相關之社區服務」。

1997年6月修正的老人福利法亦有類似的規範，例如，第9條規定：「地方政府應視需要設立並獎助私人設立服務機構：以提供老人日間照顧、臨時照顧、就業資訊、志願服務、在宅服務、餐飲服務、短期保護及安置、退休準備服務、法律諮詢服務等綜合服務為目的」。第18條規定：「為協助身心受損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：居家護理、居家照顧、家務服務、友善訪視、電話問安、餐飲服務、居家環境改善、其他相關之居家服務」。

晚近修訂的綱領、立法或方案，亦持續將社區照顧列為重要的工作項目。例如，行政院於2012年修正核定的「中華民國建國一百年社會福利政策綱領－邁向公平、包容與正義的新社會」仍持續強調：「政府應積極推動無歧視與無障礙之社區居住及生活環境，讓身心障礙者可以在人性化與有尊嚴的環境中發展，有充分的社會參與及發揮其潛能的機會」、「政府應結合民間倡導活躍老化，鼓勵老人社會參與，提供教育學習機會，提升生活調適能力，豐富高齡生活內涵，並強化代間交流，倡導家庭價值，鼓勵世代傳承，營造悅齡親老與世代融合社會」，及「政府照顧老人及身心障礙者應以居家式和社區式服務為主，機構式服務為輔」。後續身心障礙者權益保障法及老人福利法的修正，前述社區照顧服務項目，仍繼續列為重要的服務內容。

除上述之政策與立法外，近一、二十年來政府推動的許多與老人及身心障礙者相關的照顧方案，亦將社區照顧列為重要的服務項目，主要的方案有：加強老人安養服務方案（主責：內政部；期程：1998-007）、老人長期照護三年計畫（主責：衛生署；期程：1998-2001）、建構長期照護體系先導計畫（主責：內政部及衛生署；期程：2000-2003）、照顧服務福利及產業發展方案（主責：經建會、內政部及衛生署；期程：2000-2007）、大溫暖社會福利套案（主責：內政部；期程：2007-2015）、以及第一、二期友善關懷老人服務方案（第二期：2014-2016）。這些方案的目的無非是欲逐步建立起台灣的長期照顧體系，其中，尤以行政院會於2006年9月通過的大溫暖社會福利套案，將「加強老人安養」列為其四項策略之一，而「建構長期照顧體系十年計畫」不僅被視為其三項重點計畫之一，並將該計畫列為旗艦計畫。

行政院於2007年3月核定「我國長期照顧十年計畫－大溫暖社會福利套案之旗艦計畫」（底下簡稱長照1.0），實際執行項目包括社政部門主責的居家服務、日間照顧、家庭托顧、輔具購買（租借）及居家無障礙環境改善服務、老人餐飲服務、交通接送服務、長期照顧機構服務，以及衛生部門主責的居家護理、社區及居家復健、及喘息服務。這些服務的提供是希望能達成其「建構我國完整之長期照顧體系，保障身心功能障礙者能獲得適切的服務，增進其獨立生活能力，提升生活品質，以維持尊嚴與自主」之總目標，特別是能實現其「以全人照顧、在地老化、多元連續服務為長期照顧服務原則，加強照顧服務的發展與普及」、「保

障民眾獲得符合個人需求的長期照顧服務，並增進民眾選擇服務的權利」及「支持家庭照顧能力，分擔家庭照顧責任」的子目標。

2016年5月民進黨政府上台後，在長照1.0的基礎上，端出「長期照顧十年計畫2.0（106-115年）」（以下簡稱長照2.0），計畫目標之一為「實現在地老化，提供從支持家庭、居家、社區到機構式照顧的多元連續服務，普及照顧服務體系，建立關懷社區，期能提升具長期照顧需求者與照顧者之生活品質」；實施策略之一為「發展以社區為基礎的小規模多機能整合型服務中心」，且將服務項目從長照1.0的八項擴充至長照2.0的十七項。整體而言，「長照2.0」主張以稅收作為普及化照顧服務的主要財源，政策的重點主要為：擴充服務範圍（對象）、推動社區整體照顧模式（ABC模式）、創新多元服務（從八項到十七項）、以及兼顧預防照顧與臨終安寧照顧等四大面向。從其內涵觀之，以「社區照顧」為主軸的老人及身心障礙者長期照顧已然成形。

從前述的國際及國內發展趨勢觀之，社區照顧已是當前老人及身心障礙者照顧的主流模式。這種全球皆強調社區照顧的服務模式，有其理念、政策與實務上的意涵，尤其是社區照顧政策的成功與否，亦將關係成功老化(successful ageing)、健康老化(healthy ageing)、「活躍老化」(active aging)與「在地老化」(ageing in place)的核心價值能否實現。在台灣，從政策、立法到方案的制定與推動，社區照顧似乎已被視為是因應老人及身心障礙者照顧的必然途徑，然而，經過近二十年的推動與實踐，社區照顧的理念是否真的受到認同？社區照顧理念是否真的能夠落實？社區照顧的目標在現行體制的運作下，真的能實現嗎？社區照顧政策與實務的推動會受到哪些因素的影響？推動的助力與阻力有哪些？社區照顧是老人及身心障礙者照顧一條必走的路徑嗎？這些議題的回答將關係到台灣社區照顧未來的發展，更關係到老人與身心障礙者的權益與福祉。

## 二、研究動機

研究者在2000年曾出版「社區照顧－台灣與英國經驗的檢視」一書，當時台灣社區照顧尚處於起步階段，許多實驗方案不斷出籠，且被視為是一條必走之路。經過十餘年的推動，社區照顧從政策、立法到實務，似乎已被視為是推動老年及身心障礙者長期照顧的主流模式。事實上，居家和社區照顧在過去二十餘年，在許多國家皆有顯著的擴張（Grabowski et al. 2010; Bien, 2013）。這種進展某種程度上也代表著政府、照顧者、家屬、服務使用者及學者們可能認同其背後的理念價值。然而，儘管社區照顧模式有其價值與可取之處，其理念與政策目標是否真的受到認同與落實了嗎？

研究者於2013年11月接受澳門扶康會之邀，於其主辦之「構建完整社區照顧體系－實踐與展望」研討會中發表「台灣社區照顧的實施與衝擊」專題演講，

與會者曾提出要如何衡量社區照顧理念是否真的被實踐，儘管個人對該問題於會中略做回應，但事後深自反省之，自覺我們只知有其理念支撐著社區照顧的實踐，但這些理念是否真的是一套被利害關係人認同與接受的模式？社區照顧的政策目標真的被接受與落實嗎？以及哪些因素可能有助於或有礙於社區照顧理念、政策與實務的推動？若能夠針對這些問題做有系統的探討，並依據研究結果檢視與反思當前台灣的社區照顧政策與實務，進而提出相關的建言，無論對社區照顧的理念、政策與實務，將有深遠的影響。

## 第二節 研究目的

隨著台灣步入高齡化社會，並已快速朝向高齡社會及超高齡社會前進，如何提供長者一個適意的照顧環境，是當前難以迴避的議題。以社區照顧作為老人和身心障礙者照顧的主流模式，已受到許多國家的青睞，台灣亦不例外，在政策上，建國百年社會福利政策綱領明確指出「政府照顧老人及身心障礙者應以居家式和社區式服務為主，機構式服務為輔」；在立法上，老人福利法及身心障礙者權益保障法將許多以社區為基礎的服務項目納入其中；在方案上，無論是長照 1.0 或長照 2.0 顯然皆是以社區照顧為主軸的方案，這些政策、立法和方案已具體呈現出社區照顧被寄望為提供老人和身心障礙服務的重要措施。

事實上，社區照顧在台灣的出現相當程度是受到西方福利國家理念的影響，機構照顧是許多需要被照顧之老人和身心障礙者在家庭之外的另類（甚至是唯一）選擇。然而，機構照顧之缺乏「以人為本」（person-centred）的服務模式，在弱勢者人權與權益高漲的聲浪中，其適當性遭到嚴峻的質疑與挑戰，去機構化的呼聲不斷出現，且有許多重要的理念支撐著去機構化的思維，例如，生活正常化（社會角色活化）、公民權、充權與優勢觀點等，而晚近所倡導的「健康老化」、「活力老化」、「在地老化」和「成功老化」亦正是這些理念的實踐。

經過近二十年的推動，這些理念在社區照顧的實踐中是否已被認同？是否已融入服務輸送的內涵中？是否真的被落實？另外，在政策上，社區照顧之期待能降低對公共服務的依賴，以及其抑制成本的目標真的能夠實現嗎？這些問題的瞭解與回應，關係著台灣社區照顧未來的發展，同時也將影響數百萬老人及身心障礙者的生活權益。本研究除欲探討支撐社區照顧之相關理念及其構成要素外，主要目的在於從利害關係人（包括服務使用者、服務提供者、政府官員及學者專家）對於社區照顧理念的認同程度（重要性）及實際感受，並進一步從實務面檢視政策的落實狀況，進而反思社區照顧作為老人及身心障礙者照顧之核心模式的適切性，並提出以社區照顧作為老人及身心障礙者之照顧模式的相關建議。綜合而言，本研究主要目的歸納如下：

- 一、瞭解社區照顧之相關理念、目標及其構成要素。
- 二、探討服務使用者（或主要照顧者）對於社區照顧理念與品質的重視度（重要性）及接受服務後的感受度，及其相關影響因素。
- 三、探討利害關係人對於社區照顧理念、政策與實務之相關意見，及影響社區照顧推動的相關因素（含助力與阻力）。
- 四、依據研究結果檢視社區照顧的價值、目標、政策與實務。
- 五、依據研究結果檢視社區照顧作為一種主流照顧模式的適切性，並提出改善並促進老人及身心障礙者照顧品質與生活福祉之相關建議。

## 第二章 文獻檢閱

### 第一節 社區照顧的意涵

社區照顧 (community care) 是當代照顧服務上的慣用語，它被視為是一種具備「理解人」(understanding the person)、*「參與決策」*(engagement in decision-making) 和 *「促進照顧關係」*(promoting care relationship) 等特性之「以人為中心」(person-centredness) 的實務 (Wilberforce et al., 2017)。事實上，「社區照顧」(community care) 一詞早在 1930 年代即出現於英國督察局的年度報告，主要指涉的是居住在醫院外的照顧 (Busfield, 1997)。之後，「社區照顧」的意涵經常隨著其所處的環境脈絡而異。

早期有關社區照顧的倡導主要係運用於心理衛生領域，以英國為例，1957 年的心理疾病和智能障礙法規皇家委員會 (The royal Commission on the Law Relating to Mental Illness and Mental Deficiency, 1957) 指出，心理疾病和智能障礙者應由醫院照顧移至社區照顧，該委員會認為，社區照顧包含「由地方衛生或福利機構提供之包括住宿照顧在內的各種形式的照顧」(Walker, 1983: 158)。隨後，社區照顧也悄然地進入老人照顧領域，1958 年英國衛生部長即提出：「我們對老人服務的基本原則應該是：對老人而言，最佳的地方就是自己的家，若必要時可透過居家服務予以協助」(引自 Walker, 1983: 158)，1963 年公布的藍皮書「衛生與福利 - 社區照顧的發展」(Health and Welfare: The Development of Community Care, 1963) 即建議，居住在家裡的老人需要特別的協助，以使得他們能夠因應身體的衰退或疾病，並避免與社會隔離」(MoH, 1963: 16)：

*衛生和福利服務的首要目標，乃在於促進衛生和福祉，並透過預防的方法防止疾病和失能。然而，當疾病或失能發生時，其目標乃在於提供在社區裡的照顧 (care in the community) - 在家、在中心、或必要的話在有住宿的設備裡 - 給那些非必要在醫院接受治療或照顧者 (MoH, 1963: 2)。*

前述幾份文件雖已表明社區照顧不同於醫院照顧，且社區照顧係為避免被照顧者與社會隔離，但對社區照顧的範疇並未明確範定。1978 年衛生與社會安全部 (Department of Health and Social Security, DHSS) 的討論文件「社區照顧的協力」(Collaboration in Community Care) 進一步將社區照顧視為異於大型醫院或住宿機構，且將社區照顧的服務項目範定為日間照顧中心、成人訓練中心、臨時收容所、團體之家、庇護所、以及替代或補充其他早期由醫院或大型住宿機構所從事的工作場所 (DHSS, 1978a)。儘管如此，後續的討論對社區照顧的確切意義

仍莫衷一是，甚至出現許多籠統的說法，例如，社區照顧是由地方政府所提供的服務，社區照顧與機構照顧是相對的，甚至視社區照顧為任何正式機構（包括法定機構和任何有組織的志願部門）以外的照顧方式，尤其是家屬、朋友和鄰里所提供的非正式照顧（DHSS, 1981）。1989年公布的社區照顧白皮書－照顧人們（Caring for People），係從實務面對社區照顧做出最明確的界定：

*社區照顧係指提供適當程度的介入和支持，以使得人們能夠獲得最大的自主性，且掌控自己的生活。為了達成此目標，便有必要在各種不同的情境裡發展並提供各式各樣的服務，包括：從提供人們在自己家裡的家庭支持、對需要較密集照顧者加強提供喘息服務和日間照顧，透過團體之家和臨時收容所以增加可用於照顧的程度，到其他方式無法照顧者提供居家護理、護理之家及醫院的長期照顧 (DoH, 1989: 9)。*

儘管社區照顧的範疇仍有待討論，但從前述英國官方文件的範定可知，社區照顧係傳統隔離式機構照顧的另類選擇，其服務對象主要係以遭遇精神疾病、心智障礙及需要被照顧之老人為主要服務對象，所提供的服務項目是多元的，且具有一定程度的連續性。我們或可從學者們的分析，將社區照顧的特性歸納如下（Itulua-Abumere, 2013; Nocon & Qureshi, 1996; Payne, 1995; Victor, 1997）：

1. **長期照顧**：相對於短期或急症照顧，社區照顧主要係以需要長期照顧者為對象，尤其是老人及身心障礙者。
2. **去機構化**：相對於「全控機構」（total institution）的照顧，社區照顧偏好開放、彈性及非正式的照顧，且可避免個人在機構遭受不當的對待。
3. **參與、選擇和自主**：透過參與服務提供的設計，社區照顧強調讓人們有權為自己的生活作選擇，以追求使用者參與、使用者自決和自我提倡等理念的實現。
4. **需求導向**：相對於機構以可用資源作為評估使用者的需求，社區照顧強調使用者和照顧者皆有其個別的需求，服務必須要能彈性反應其需求。
5. **降低依賴**：政府企圖藉由鼓勵非正式部門提供服務，以減少對公共照顧的依賴，進而增進服務的選擇、彈性和創新，並促進服務的效能、效率、責任和品質。
6. **成本抑制**：相對於機構照顧潛在的成本壓力，社區照顧可在社區中提供較為廉價的服務，且被視為是較符合成本效益的。

這些特性已反應在許多社區照顧相關的計畫，例如，澳洲的居家和社區照顧方案（Home and Community Care Program）即欲提供居住在家的虛弱老人、失能者及其照顧者社區服務，其目標欲支持其獨立、促進其生活品質、及預防不當進入長期住宿照護（Jorm et al., 2010）。美國北卡羅萊州（North Carolina）社區照顧的目標是要改善照顧弱勢和貧困之公民的服務品質和抑制成本（Dobson,

Hewson & Wade, 2013)。

## 第二節 社區照顧相關理念

英國照顧人們白皮書指出，對大多數人而言，社區照顧是最佳的照顧方式，這種改變的主要目的在於 (DoH, 1989)：

1. 讓人們在自己的家或地方社區中類似家的環境下，儘可能地過著正常的生活。
2. 提供適當程度的照顧和支持，以協助人們得到高度的獨立自主，並藉由獲得或再獲得基本的生活技能，以協助他們發揮最大的潛能。
3. 給予人們對自己的生活方式與所需服務有較大的決定權。

南澳的社區與社會排除部 (Department for Communities and Social Exclusion, South Australia) 將其居家和社區照顧 (Home and Community Care, HACC) 方案的基本價值範定在六個原則 (Brito & Held, 2012)：

1. 促使每個人有機會獲致最佳的能力和生品質。
2. 提供每個人及其家庭和照顧者適合其獨特環境和文化偏好的服務。
3. 確保選擇 (choice) 和控制 (control) 對每個人及其照顧者和家人是最有效的。
4. 強調具回應性的服務供給須在某一特定時間接受檢視。
5. 支持提供受尊重的角色、目的感和個人自信的社區和公民參與。
6. 提供適宜的人力訓練和發展。

前述英國和澳洲政府文件對於社區照顧之目的或原則的陳述，基本上是建立在當代社會服務相關的意識型態上，其中，最為顯著的莫過於社會排除 (social exclusion) 與反社會排除的現象，例如，傳統的機構式照顧即可能出現因年齡或失能而成為邊緣化的人口群 (Peace, 2001)，社區照顧之強調透過社會支持和網絡的強化給予個人或家庭的支持，即是防制 (反) 社會排除的重要方法之一 (Pierson, 2002)。若進一步審視其目的或原則，我們或可從生活正常化 (社會角色的活化)、公民權、充權與優勢等觀點，進一步探究社區照顧潛在的理念基礎。

### 一、生活正常化與社會角色活化

「正常化」(normalization) 一詞最早出現於北歐身心障礙者領域，其基本的理念為：儘管失能者有其問題，但他們應如其他人般享有尊嚴與權利 (Ramon, 1991a)。倡導者 Wolf Wolfensberger (1972) 提出正常化的基本假設即「失能者的主要障礙是他們易在社會上受到貶抑，正常化欲儘可能藉由失能者在社會上可

以如常人般的受到尊重，以彌補是項貶抑」(引自 Braye & Preston-Shoot, 1995 : 39)，正常化強調「人為先、失能次之」(people first and disabled second) 的原則 (Ryan & Thomas, 1993; Ramon, 1991a)，對失能者的服務目標，乃在於提昇其生活模式和每日生活條件，以儘可能接觸社會正常的生活環境和方式，例如，充分的隱私權、正常的社會交往和成長經驗、支薪工作、以及選擇權和參與權 (Ryan & Thomas, 1993)，進而增強其自我實現和自主機會 (Wistow et al., 1996)。亦即，正常化的目標乃在於對可能已遭受社會貶抑者創造、支持和保護其應受尊重的社會角色。

正常化隱含著一個基本概念 – 一般生活原則 (ordinary life principle)，亦即將日常的住宿安排及基於個人需求的服務輸送，列為支持社區成員的優先項目，且日常生活的機會必須要能擴展到受尊重之活動領域的各個部分，例如，住宅、收入、健康、教育、情緒和性關係 (Braye & Preston-Shoot, 1995)。研究顯示，對服務使用者而言，儘管有些生活上的不便或困難，服務輸送過程仍相當期待能以一位正常人對待之 (Bamford & Bruce, 2000)。這種正常化的期待涉及到兩個重要且相關的觀點：社會角色活化 (social role valorization, SRV) 及整合/融合 (integration/inclusion)。

SRV 係由 Wolf Wolfensberger 於 1983 年提出之承續其早期正常化原則的概念，他將 SRV 定義為：「直接藉由提昇當事人之才能或形象之經驗性知識的應用，來形成當事人 (例如，個人、團體或階級) 之當前或潛在的社會角色，以盡可能讓感知者對該角色有正向的評價」 (Osburn, 2006; Wolfensberger & Thomas, 2005)。Jackson (2011) 指出：Wolfensberger 將 SRV 的目標視為是當個人或團體遭受社會貶抑風險時可促進個人的角色，且這項目標唯有透過人們的社會意象和社會才能始可能達成。Aubry, Flynn, Virley 與 Neri (2013) 亦指出，SRV 係指使用文化上所尊重的方法，以賦予、建立、促進、維持、及/或保護那些處於價值風險者受尊重的角色，其總目標是要能夠為那些遭受貶抑者開創社會角色，以提升其形象及個人的能力。

因而，做為一種理論，SRV 發展自但超越正常化的概念 (Aubry et al. 2013)，Wolfensberger (1983) 即指出，SRV 是正常化的終極目標，它的實現有賴於去機構化和一般生活機會的提供 (Ramon, 1991b: 174)。SRV 的觀點認為，對失能者之正面社會印象，一方面可藉由失能者展現出社會所期待的角色，另一方面社會要視失能者為有價值或有才能的人 (Osburn, 2006)，因而，SRV 的目標在於引導失能者個人和社會雙方的改變，亦即，個人須對自己有積極且正面的自我認同，社會也應以尊重的態度，提供機會給失能者，並將他們視為一般人，進而激發其表現出個人該有的社會角色。失能者所處的環境脈絡將可能影響到其自我知覺，若對失能者持負面的態度，將可能陷入 Romon (1991a: 9) 所勾勒出的朝向貶抑 (devalued) 的歷程：

1. 失能者被賦予一種異於他人的負面印象；
2. 負面印象導致失能者與一般人或社會的隔離；
3. 隔離讓失能者無法表現出社會所尊重的角色和行為；
4. 失能者因而遭遇到更多的貶抑。

貶抑可能以多種方式出現，例如：拒絕、冷淡、隔離、無自主權、去個人化、剝奪...等，這些作為可能導致受貶抑者承受心理問題、認同喪失、歧視、偏見或敵意等社會排除現象（Peace, 2001），進而猶如一道高牆阻隔了失能者與社會的互動，更藐視失能者做為一個「人」所應享有的尊嚴，也讓有潛能的失能者失去發揮其所長的空間。因而，為讓失能者有機會體驗及享有與常人般的日常生活，SRV 的倡導者反對將失能者安置於機構，並且要讓已住在機構者遷離。然而，儘管 SRV 呼籲要讓失能者拋棄依賴以追求自主生活，但並非是要讓失能者在完全無援的環境下生活，而是在某種環境或時間裡，失能者仍有互助權或取得專業協助的權利。

顯然，SRV 即是一種改變服務的思維，其目的在於讓服務使用者和社會發生連結（Cowen, 1999: 67），以接納並適應社會的生活，同時，也讓自己為社會所接納。這種讓個人接納並適應社會的訴求，使得融合成為實現正常化與 SRV 的必要策略，亦即，讓人們盡可能居住在一個混合的社區（mixed community），而並非只是具相同特徵者與他人分隔居住（Hughes, 1995），在融合的過程中，個人並不是單純的進入到一個靜態的社會，也不意味著必須採取社會現存的價值。除社會不斷地在改變之事實外，因個人的融入也將影響社會的改變，特別是當我們的聲音能被聽見時，影響改變的機會將更大（Lawson, 1991）。一項針對失智症患者的服務使用者和照顧者的研究即指出，無論居住安排的方式如何，提供社會聯繫（social contact）的機會是他們最重視且最珍惜的，且被認為是社區照顧可提昇生活品質的一項重要指標（Bamford & Bruce, 2000）。另一項針對智能障礙者參與日間照顧的研究亦發現，社區照顧日間中心提供智能障礙者改善其社會適應技巧、及加大其社會網絡的機會，該研究進一步強調，若要進一步促進其社會融合，則需要有來自一般人（非智障者）的社會互動和友誼的正向支持（Makharadze, Kitiashvili & Bricout, 2010）。

這種融合的概念類似 Brandon (1991) 所指稱的真誠交往（genuine mixing），亦即提供失能者能有與常人接觸的機會，以便一般人能夠對失能者有正面的印象，並獲得他人的關心、善意的對待及尊重，進而促進失能者的生活機會、公民地位、成長與成熟、以及自我實現。進而出現 Pierson (2002) 所主張之透過服務使用者和地方居民的參與，來降低服務使用者遭受社會排除的現象。Makharadze 等人 (2010) 即指出，藉由擴展社會的認知和接納，即有可能看到智障者積極參與就學、工作和公共事務，若要能有這種影響深遠的改變，將需要在信念、態度、機構和社會政策上能有改變。為營造友善的融合環境，真誠交往的實踐必須以「接

納」為前提，亦即，除避免失能者遭致「被排除」的壓力外，更要營造一個友善的「回應」與「接納」環境，以讓失能者能夠有機會在社區裡過著有尊嚴、有價值的生活。

與一般生活原則連結的正常化理論和社會角色活化，早已影響到社區照顧的政策和服務輸送，尤其是對學習障礙者的「融合運動」(inclusion movement)。當長期照顧機構被關閉後，障礙者回到其社區被視為是符合社區照顧政策的一種再定居方案(resettlement programme)(Gardner, 2011)。一項針對精神障礙者進行 SRV、社區融合和生活滿意度之關係的研究顯示，透過住宅環境的功能特性及其相關的服務來促進 SRV 的價值，針對住在社區之精神障礙者之社會融合是有幫助的，特別可協助個案之個人化、自主和權利的住宅環境。基本上，整體而言，藉由心理的融合連結了 SRV 和生活滿意度的關係(Aubry et al., 2013)。事實上，這種研究結果與前述之失智症患者和智能障礙者的參與日間照顧所產生的正向影響是相似的(Bamford & Bruce, 2000; Makharadze et al., 2010)。顯見，社區照顧的相關方案有機會讓生活正常化與社會角色活化的價值得以實現。

## 二、公民權

Marshall 與 Bottomore (1987) 將公民權(citizenship)界定為賦予一個社區之所有成員的一種地位，擁有該地位者對該地位所賦予之權利和義務皆可獲得同等的尊重(引自 Gardner, 2011: 21)，公民權包括國民權(civic right)、政治權(political right)及社會權(social right)，其中社會權係指最低收入及基本健康權(Clarke & Langan, 1993; Parrott, 1999)。發展迄今，公民權的概念雖仍有模糊之處，但是它關注到個人、政府和福利服務之間的關係是較清晰的(Ungerson, 1997; Lewis, 1998)。需要被照顧的失能者可能有些問題存在，或者是在社會生產的績效或表現上不如一般人，但他們也應有其尊嚴或權利，且同樣應受到社會的尊重和重視，這種「人為先」(people first)的觀念，即是建立在公民權的現代概念，以及法律賦予的平等原則(Roman, 1991a: 13)。

正常化有助於社會角色的活化、融合及接納，其運作若非建立在失能者亦有公民權的前提下，正常化將不易達成其所訴求的目標，因而，公民權可說是正常化觀點的基本價值。Alcock (1996) 即指出，福利服務使用者應被視為是「公民」(citizens)，而非僅是消費者，若視之為公民，他們便具有社會權及福利權，這將直接關係到服務輸送中對充權與責信(accountability)的重視，若缺乏兩者即可能讓使用團體排除在福利取得之外(引自 Cowen, 1999: 193)。然而，Duffy(2004, 2006) 卻認為，當今的人群服務輸送往往是建立在「專業賦予模式」(professional gift model)，而非「公民權模式」(citizenship model)。「專業賦予模式」係建立在一種父權主義的觀點(paternalistic approach)之上，它假設個案須仰賴瞭解其需求的專業者提供以政府稅收支付的服務，個案給他人的感覺(甚至個案也感覺

自己)是貧困的、依賴的、不幸的或不同於他人的，且對給予的照顧或服務是充滿感激的。「公民權模式」則是基於一種權利的概念，個案是服務或照顧過程中的核心，而並不僅僅是一位照顧的接受者，與個案有關的機構和專業者須賦予權利 (entitlement)，該模式認為個人有權參與不同層次的社區事務，包括：獲得支持和服務、選擇和運用服務、以及善用社區的活動或設施設備，更重要的是能夠對社區有貢獻 (Gardner, 2011)。顯然，公民權並不是只強調個人權利的取得，同時也蘊含著義務性質 (貢獻於社區)。

基本上，責任 (responsibility) 是公民權的關鍵，責任也是照顧倫理的關鍵，關係本體論 (relational ontology) 即認為，個人唯有是照顧和責任網絡的成員始可能存在，這意味著我們對他人是有義務的 (obligation) (Barnes, 2007: 65)。因而，在社區照顧的脈絡裡，不可能只是依賴著權利的運作，同時也包含著一種照顧或協助他人的倫理，亦即，公民權也需要一種給予 (giving)，而不僅是接受 (receiving) 的態度 (Cowen, 1999; Culpitt, 1992)。

晚近社區照顧的發展已出現從公民權朝向消費者 (consumer) 概念的趨勢轉變，亦即由公民權之著重個人和社會之權利和責任關係，轉變為市場關係和購買權力。問題是消費者權力很少有充權，除非在交換體系中允諾給予參與，但參與不止包含購買權，同時也要有與供給者或重要人士交涉的能力、才能和信心 (Hughes, 1995)。因而，在社區照顧上，公民權也許會帶來更多的參與，但不必然會提升使用者的權益；完整的公民權 (full citizenship) 應包括權力 (power)、參與 (participation) 及投入 (involvement)。這些權益或義務正是倡導社區照顧不可或缺的理念基礎。為讓這些理念在社區照顧供給上發揮實質的作用，必須將服務使用者的能力、才能等因素納入考慮範圍。Thompson (2005: 124) 即主張，社會工作實務在促進和加強特定之易於被排除的個人、家庭或團體之公民權地位扮演關鍵的角色。這即涉及到社區照顧的另一項理念基礎 – 充權。

### 三、充權

無論是個人、團體或社區，為強化處於相對弱勢者的功能，並提昇其自立自主的能力，充權 (empowerment) 已與反壓迫實務 (anti-oppressive practice) 結合 (Teater & Baldwin, 2012)，且發展成為當代社會服務上的重要議題。就字面上的意義而言，充權即是變得更有權力 (Adams, 2003: 8)，是一種朝向自主的過程 (Servian, 1996: 8)，是資源配置從中央下放給地方的過程 (Bailey & Pill, 2015: 289)，亦是一種能夠使得個人去追求有價值和重要目標之動力的增長 (Trommlerová, Klasen & Leßmann, 2015: 1)，它是有關人們參與影響其生活的選擇，並給予他們較大的控制權 (Smale, Tuson & Statham, 2000)。Gardner (2011: 33) 指出，充權即是將權力還給服務使用者，或使得人們能夠做決定的能力或採取行動來改善其生活。Morris (1997: 54) 簡單地將充權界定為選擇 (choice) 與控制

(control)，亦即某人有選擇的權力，進而能夠對自己的生活有最大的控制權。因而，充權即是讓服務使用者掌控自己的生活，且能夠讓他們改變自己與專業者或機構既存的關係，而不是只與他們在一起運作 (Gardner, 2011: 33)。

充權是一種理論，是一種方法或過程，是一種策略，也是一種結果；在理論層次上，充權即是關係到個人、組織或社區如何對其生活獲得主導權，以便能獲致其利益或促進其福祉 (Adams, 2003; de Sayu & Chanmugam, 2016)。在方法或過程層次上，充權是一種開放的過程 (open-ended process)，是一種公民參與影響其生活之各種廣泛權力之間的互動 (Gaventa, 2004: 26)，也是一種逐步地從個人到集體行動的進展 (Laverack & Wallerstein, 2001: 179)，這種開放式的過程可能會為個人或社區之權力的獲取帶來新的機會或改變 (Bailey & Pill, 2015; Trommlerová, Klasen & Leßmann, 2015)，進而提升其生活機會或品質；Salleby (2002: 9) 即認為，充權是一種用於協助個人、團體、家庭和社區發現和擴展其本身和周遭的資源和工具的過程。Trevithick (2000: 142) 即認為，充權提供一種描述從冷漠和絕望轉移至讓個人擁有權力的感覺，它包括四種心理上的轉變：(1) 增強自我功效(從對事件的回應到採取行動)；(2) 發展團體意識；(3) 減少自責；以及(4) 個人負起改變的責任。

在策略層次上，充權是一種反壓迫 (Ward & Mullender, 1991)，且為反壓迫實務的核心工作，其目的除了協助服務使用者增加自己的能力與權力外，亦期待激發助人者與使用者共同改變，或建立一個更平等社會的使命感 (Dalrymple & Burke, 2003)。在反壓迫的過程中，充權不僅要讓處於劣勢地位的個人做改變，更重要的是要透過諸如公民倡導 (citizen advocacy)、集體倡導 (collective advocacy) 或自我倡導 (self-advocacy) 帶出社會結構性的改變 (黃源協編, 2014: 173-174)。因而，在實務的操作上，即是透過最少介入 (minimal intervention) 的原則來充權服務使用者，將個人問題提昇至社會結構性問題，並在觀念上提昇自我價值感，再以行動爭取改變不平等與不正義的社會，以對抗結構性的壓迫 (莊曉霞、劉弘毅, 2011)。

在結果層次上，充權的目標即是要能夠強化個人、組織和社區，並改善其行動的能力 (Janssen, Snoeren, Van Regenmortel & Abma, 2015)。在個人層面，人們也許會經驗到直接的心理充權 (psychological empowerment)，例如，因參與集體行動而逐漸增強的自尊或自信 (Labonte, 1998)。在組織層面，將可協助組織發展培育具有反思能力之實務工作者的氣候和結構，其中，組織能夠提供其員工學習新技能、建立主導的意識和改善社區生活的機會，亦即可強化員工著重於系統的議題及系統思考能力，而不只是短期的解決方法 (Janssen et al., 2015)。在社區層面，社區充權是在一段長時間內，個人與社區變革之間的交互作用，至少是在社會和政治上有顯著的改變，特別是有利於個人或團體參與方案或社區行動的相關政策或立法 (Laverack & Wallerstein, 2001)，以促使社區的團體或組織能逐

漸脫離對依賴，且對團體或社區事務有更多的主導權。

就社區照顧而言，充權的焦點乃在於說明大多數服務使用者相對上是缺乏權力的，特別是那些被認定為失能者（Ramon, 1991a: 17）。社區照顧的對象往往是無權力者（powerless），他們可能遭遇到忽略、歧視及烙印等，這種陷於無力感或情境者，往往是缺乏如何與體系交涉的知識，對任何可能的改變覺得無望，且往往缺乏從事改變之必要的自尊，為解決這些被壓迫個案的處境，也許我們可採取之最有利與可被接受的策略，即是增加他們的權力（Tossell & Webb, 1998: 267）。針對專家、家庭照顧者和服務使用者的相關研究亦指出，促進服務使用者的控制權、選擇權及自主意識是失智症者社區照顧的重要核心價值（Bamford & Bruce, 2000）。澳洲的 HACC 方案的運作即是要能夠在方案上強化消費者選擇、控制和獨立（Brito & Held, 2012）。英國深具影響力的官方文件「評估與照顧」（assessment and care management）即指出，使用者和照顧者的充權是重組社區照顧重要的原理（DoH/SSI, 1991: para 9.6），甚至是晚近推出個人化（personalisation）之「自我導向協助」（self-directed support）的核心理念（Gardner, 2011）。

Friedmann（1992）從社會發展的觀點，將充權區分為三種不同的類型：（1）心理充權（psychological empowerment）要使個人相信他們自己有改變的能力；（2）社會充權（social empowerment）是要能夠協助社會結構的改變，以順應由個人所完成之個別的充權；（3）政治充權（political empowerment）是要能夠使社會基本權力結構產生改變（Payne, 1996: 135）。藉由心理充權以獲致 SRV 所主張之個人須對自己具有積極且正面的自我認同，藉由社會和政治充權獲致 SRV 所主張之社會也應尊重的態度並提供機會給失能者，進而達成充權的目標：讓人們有更多一般化的能力，以控制影響其生活的決定。誠如 Payne（1991: 229）所指出「充權的目標在於使用特殊策略，以減少、消除、對抗和扭轉社會上對某些個人或團體負面的評價，這些負面評價是在社會上有權勢的團體影響下形成的」。

無論是心理充權、社會充權或政治充權，為讓充權能夠真正發揮作用，在服務使用者、服務提供者、及其所處的環境脈絡裡必須要有某些基本條件的存在。Rowlands（1998: 23）即指出，在社會上若沒有一種可供行動的崇高意識，或一種超越直接環境限制的世界觀，再多的自信和自尊也不能產生更多的權力，且這些因個人充權所得到的自信和自尊，也是不具任何意義的。Braye 與 Preston-Shoot（1995: 39-40）即提出六種服務使用者應為充權做準備的要素：

1. 社區的存在（community presence）：人們有權居住在社區裡體驗各種活動，不應被阻隔於外。
2. 社區參與（community participation）：人們有權參與社區的互動，並建立普遍的關係。
3. 選擇（choice）：必須要運用資訊和倡導資源，以盡量擴大選擇的機會。

4. 才能 (competence)：人們要有機會在其所居住之一般社區環境脈絡裡，以有功能和有意義的方式發展其優勢、技術和利益。
5. 尊重 (respect)：服務必須要能促進服務使用者的聲譽，及透過正面形象的呈現，以有助於公民權的提昇。
6. 伙伴關係 (partnership)：即協力工作過程，以讓人們與其服務提供者所經驗的關係，能提昇參與和控制的程度。

Barnes 與 Welker (1998) 亦提出支持社區照顧使用者充權的八項原則：

1. 充權應該能夠使得個人發展並增加對服務使用的影響力。
2. 充權的目的應該在於增進人們控制其整體生活的能力，而非只是增進其服務的影響力。
3. 一個人的充權不應導致他人的剝削，不管是家庭成員或支薪的照顧者。
4. 充權不應是一種零合遊戲，應以一種伙伴模式提供並增進雙方的福祉。
5. 充權應該在服務體系內的所有層次被強化。
6. 服務使用者的充權不能夠排除服務生產者的責任。
7. 充權並不是一種充分服務資源的替代方案。
8. 充權應該是一種集體和個別的過程，否則在與他人競爭上，人們將會變得更加獨斷。

這些充權要素和原則皆充分彰顯出與生活正常化和 SRV 的關聯性，例如，社區的存在提供參與和融合的基地，社區參與、才能和尊重為 SRV 提供融合和接納的機會，充權在服務體系內發生提供改變個人和社會的場域，伙伴關係強化服務使用者和提供者的真誠交往。這些要素和原則亦相當程度地展現出 Pierson (2002) 所主張之反制社會排除的方法，包括：強化社會支持和網絡，建立與機構和地方的夥伴關係，開創使用者、地方居民及組織之有效參與的管道，以及著重整體的鄰里關係。

#### 四、優勢觀點

為避免對失能者負向的烙印，覺察、建立並展現個案的優勢已獲得專業社會工作者的普遍關注。DuBois 與 Miley (2011: 193) 即指出，充權取向的社工員已調適他們對個案的回應方式，將優勢視為其工作的基石。優勢觀點 (strength perspective) 相信個案有極大的能力能夠繼續成長與自主。每個人都是獨特的，它假設人人都是界定自己問題的專家，藉著社工員的協助，能夠發現自己的需求，以達成個人最佳福祉的狀態 (Fast & Chapin, 2000)。因而，在實務工作上，社工員所做的每件事，在於協助案主發掘和利用其優勢和資源，以協助他們達到其目標，實現其夢想，並去除其壓抑、不安及社會的主宰 (Saleebey, 2002: 1)。Parker 與 Bradley (2003) 指出，若能善用個案的優勢，便可確定一種反壓迫的焦點仍

被維持著，社會工作的價值也被提昇著，以及個人與自我負責仍是被強調的。Gardner (2011) 即提醒，社會工作人員往往將焦點置於服務使用者的問題和缺點而忽略其優勢，他認為在評估上應強調並加大對服務使用者的優勢是很重要的。

Kisthardt (2002: 164) 指出，優勢觀點的目的在於：協助個人、家庭和社區在一個相互強化、合作的夥伴關係脈絡中，去確認、獲得和維繫一個正常相互依存的社區所必要的內、外部的資源。為有效運用優勢觀點於實務，下列的對照性說明有助於服務提供者掌握其真正的意涵：(1) 優勢觀點力求要協助人們達到其自己所欲達到的目標，而非他人認為他需要達到的目標；(2) 優勢觀點並不著重於提議要做甚麼事，而是盡量要支持服務參與者所要的，並將它用於強化助人計畫，這種常態的依存是很重要的。亦即，優勢觀點的實務工作者要能真誠地相信，一個社區內的社會/文化/法律對個人行為的限制，常態相互依存下的行為應是可被容忍、接受和合法的。

顯然，優勢觀點在於將實務引導至以強調個案的個人與環境之優勢，並欲善用其既有或潛在的優勢，來改變或提昇個人處境的方法。澳洲的 HACC 方案即強調，組織要能以優勢基礎和能力復原觀點 (strengths-based & re-ablement approach) 來從事服務設計和輸送。這種觀點可以協助社區變革管理和持續改善 (Brito & Held, 2012)。對於常被視為是依賴者的老人而言，若能善加發掘其優勢，亦能有助於社區和社會的，例如，在紐西蘭的研究即顯示，老人透過諸如志願服務 (volunteering)、行動 (activism)、倡導 (advocacy) 和教養 (nurturing) 等方式來關懷他們所居住的社區 (Wiles & Jayasinha, 2013)。然而，優勢觀點若要能被妥善地運用於實務，必須要能掌握其基本原則，以做為策略或方法上的指南始能發生效益，這些原則包括 (Coulshed & Orme, 1998: 66; Fast & Chapin, 2000; Kisthardt, 2002; Saleebey, 2002; Teater & Baldwin, 2012)：

1. 助人過程應著重於每個人的優勢、興趣、能力、知識和潛力，而非其診斷、不足、病徵和弱勢。
2. 每個人皆應為其自己的復原負起責任，並將創傷視為是挑戰與機會來源。
3. 所有的人皆有學習、成長和改變之與生俱來的能力，亦即，善用個人、團體和社區的抱負，並視他們的成長和改變能力是無窮的。
4. 助人過程是要建立合作、互助和夥伴關係，且要能分享而不是掌控權力。
5. 整個社區應被視為是有助於服務參與者之潛在資源的綠洲。

社區照顧欲讓服務使用者獲得高度的獨立自主性、發揮最大潛能、獲得生活技能、及過著正常化的生活，這些目標設定的假設可能意味著失能者有其潛能，若予以適切的引導和運用，除可增進失能者改善或恢復其生活技能，亦可讓失能者和社會改變許多加諸在失能者的負面意象。透過對失能者優勢能力的發覺與展

現，不僅有助於增進失能者的自我認同，亦有助於改變社會對失能者負面烙印。Brito 與 Held (2012) 即指出，優勢為基礎的理論已廣泛運用於社區照顧。在個案層次上，是用於提昇其獨立自主，而非關注其不足、失能或依賴；在組織層次上，是用於供作評估和組織變革；亦即，組織過程需與運用於個案之優勢為基礎的觀點是一致的。晚近，社區照顧之照顧管理模式 (care management model) 進一步朝向更強調個人化 (personalization) 之自我指導模式 (self-directed model)，即期待服務使用者的優勢和才能能夠被承認、強調、尊重及利用 (Gardner, 2011: 49)。

## 五、正常化、公民權、充權、優勢與社區照顧

受到傳統之全控機構照顧之缺乏人性負面的影響，「去機構化」的聲浪隨之而起，然而，去機構化本身並非是目的，而是一種朝向生活正常化的策略，社區照顧被視為是實現生活正常化的選項。換言之，社區照顧的倡導者認為，藉由社區照顧提供需要被照顧者與一般社會共同的生活機會，將可讓他們在融入社會的生活環境裡展現社會認可的角色，扭轉因隔離而衍生出負面的烙印，獲得社會的尊重，進而過著有意義、有價值和有尊嚴之高品質生活。例如，一項在喬治亞共和國之針對智障者參與日間照顧的研究發現，參與日間照顧智障者的社會適應技巧、社會融合及社會化的機會皆高於未參與者 (Makharadze, Kitiashvili & Bricout, 2010)；另一項針對憂鬱老人的研究發現，參與日間照顧者其生活品質顯著高於未參與者 (Bilotta, Bergamachini, Spreafico & Vergani, 2010)。美國的研究顯示，使用居家照顧助手以協助參與社區照顧計畫的老年案主進行抗力運動 (a resistance exercise intervention)，對參與者 (夥伴) 可產生正向的影響，而被視為是除了一般的照顧服務之外，提供案主運動是居家和社區照顧服務可行且務實的輸送模式 (Danilovich, Hughes, Corcos, Marquez & Eisenstein, 2016)。臺灣社區照顧關懷據點的研究亦發現 (Liang et al., 2017)：提供據點老人結構性的運動方案老人的身體健康與均衡是有助益的。

SRV 為正常化的目標，SRV 的體現有待失能者融合於社會，藉由自身態度的調整及社會的接納，社區照顧所追求之「正常生活」的基本目標始能實現。需要社區照顧者往往是社會上的弱勢者，其所追求之生活正常化若非適當地尊重弱勢者作為一位公民的權利，並賦予或強化其追求一般生活的能力與權力，他們即可能在社會中遭受到忽略，甚至排斥。因而，公民權可說是生活正常化和社會角色活化的重要基礎，公民權之強調個人具有獲得福利的權益，這意味著社區照顧要能夠提供必要的服務，也要能夠營造一種友善的環境，以讓服務使用者能夠參與及融入社會；同時，服務使用者也要盡可能發揮自身所具備的能力 (優勢)，活化自己的角色，以善盡對社會的義務和責任。

為讓服務使用者具備權力與能力，「充權」便成為追求生活正常化不可或缺

的策略。此外，為了打破社會對失能者之負面的意象，發掘並善用失能者的潛在優勢，除可強化其能力以獲取個人之自主性，亦可因更能夠掌握自己的生活及獲得基本的生活機能，而強化自我功效感和自我價值。因而，在一種強調以公民權為主的照顧前提下，欲讓處於相對弱勢之被照顧者，能藉由融合於社會而強化其自我感覺，並獲得他人尊重與肯定之社會角色的穩定效果，「優勢」與「充權」策略的交互運作，就成為必要的基礎。如同 Guo 與 Tsui (2010) 呼籲，社工員不僅要善用更要超越處於社會之貧困者和邊緣者的優勢和復原力，以改善政治和社會結構加諸的限制；Jonsson (2010) 亦認為若充權的策略要能夠對貧困者或社會邊緣者產生解放的作用，必須要能夠超越發展的目標（例如：較高生產力、較高消費和較高的正式教育等）。這些論述無非是不僅要關注貧困者和邊緣者的優勢和復原力，更要能夠透過善用其優勢取得社會和政治上的充權來強化其公民權 (Hardina, 2013)。

英國於 2008 年在社會照顧上推出的「自我導向協助」(self-directed support) 即是一種結合公民權、充權和優勢等觀點的新模式，該模式認為要能夠提供可因應人們需求的服務，而非讓人們配合既有的服務；同時，有需要協助者能夠選擇由誰來提供服務/協助，並且能夠掌控何時及在哪些接受服務/協助。這種以「個人化」為目標的服務模式，即是希望能夠認可、強調、尊重和善用服務使用者的優點和能力 (Gardner, 2011)。在實務上，即是提供服務使用者彈性、自主和自由的使能過程，以鼓勵他們能夠擁有並管理自己個人服務的預算和費用的支付 (Akhtar, 2013)。顯見，社區照顧的目標在於能讓失能者過著正常化的生活，而正常化的實踐則在於公民權、充權和優勢策略的運作能否成功。

### 第三節 社區照顧政策目標及其評述

社區照顧的實踐有其理念上的基礎，也有其政策上的意圖，其中，最為顯著的莫過於去機構化、降低依賴與成本抑制。誠如 Warburton 與 Mahenoy (2016:127) 即指出，在 1970 年代之前，受到老人懼怕「老人之家」(old people's homes) 的驅使，即出現一股邁向「去機構化」(de-institutionalisation) 的運動，老人照顧的選擇變超越傳統的護理之家或醫院照顧之「醫療模式」(medical model)，而引進以社區為基礎之服務 (community-based services) 的「社會模式」(social model)。底下將以英國社區照顧政策的發展，評述其政策的意圖與衍生的結果。在英國，去機構化的出現主要係基於人道和財政上的考量，再加上新的治療方式與醫療觀念的出現，尤其是認為當精神疾病患者治療到一定程度，應盡可能回家療養，一種機構不再是提供治療的最佳場所之思維，讓心理衛生政策出現由醫院轉向社區為基礎的服務，社區照顧也因而獲得重視。1970 年代，這種對於精神疾病患者的照顧思維，亦逐漸擴展至心智障礙者、生理障礙者及老人的照顧。例如，1978

年公布的討論性文件「快樂的銀髮族」(A Happier Old Age) 即主張：

*我們的目的是要讓老人能自立自主地留在自己的家裡，當他們需要住院時，也應能儘快的回到自己的家。...無疑地，隨著時間的流逝，[老人]逐漸增加的需求將會落在其親屬身上 ...雖然家庭的連帶是不可取代的，但我們不能假定家庭在照顧逐漸增多的非常老的人(very old people)時，可以負擔全部的責任，因此，我們需要尋求更廣大的社區，支持這種對傳統家庭的期待，...這即是何以要鼓勵芳鄰運動的主要原因之一(DHSS, 1978b, pp.5-6)。*

從前述的文字敘述似乎傳遞出政府欲透過社區的力量來協助家庭照顧，然而，其目的卻潛藏著欲藉由降低有需求者對公共照顧的依賴，以達到抑制成本的目的。黃源協（2000）即指出，1970 年代之前社區照顧政策的出現，雖為福利服務的輸送開拓了另一種新的選擇或替代方式，然而，絕大多數的照顧仍是由非正式部門所提供，政府甚少干預這類的照顧，且在政府主導的福利服務輸送上，服務使用者的參與或選擇甚少，甚或不存在。

1980 年代，因受到 1970s 經濟危機和保守黨意識型態的影響，限制了照護的預算和資金，社區照顧政策的發展逐漸由地方政府負責的「在社區照顧」(care in the community) 轉移至由地方政府結合民間部門負責的「由社區照顧」(care by the community) (Walker, 1997: 198)，柴契爾政府更將社區照顧視為是一種節省公共資金投入健康和社會照顧的手段，為鼓勵民間（志願）部門加入社區照顧服務的提供，政府除增加經費補助外，亦催促著衛生機構與志願部門合作（DHSS, 1981a, 1981b）；此外，家庭、朋友和鄰居所提供的非正式照顧，亦受到鼓勵。政府強調，社區有照顧老人和其他弱勢團體的責任，且「在社區照顧」應逐漸朝向「由社區照顧」(Baggott, 1994: 222)，「由社區照顧」即是要家庭在鄰里及地方部門的協助下從事照顧，而非地方政府的照顧或協助 (Lewis & Glennerster, 1996: 2)。這些趨勢已相當程度地意味著。個人和家庭應為照顧負起更多的責任。

這種政府鼓勵民間和非正式部門共同投入照顧的「福利混合經濟」(the mixed economy of welfare) 模式，其策略無非是要促進民間部門的成長與殘餘化社會服務。為促進民間部門的成長，一方面降低地方政府可使用的資源，以減少地方和社會服務機構在照顧供給上的角色，並鼓勵將住宿照顧的供給轉移至民間部門；另一方面，中央對接受所得維持者，住在民間住宿或護理之家的費用，將全額予以補助，許多地方政府因而將需要照顧者安置在民間部門，而促使了民間部門的大量成長 (Hill, 1997; Walker, 1997)。在「由社區照顧」的政策趨勢中，地方政府作為供給者的角色逐漸被極小化，透過供給「分散化」和「市場化」(契約化) 的策略，讓許多民間（志願）部門逐漸加入社區照顧的運作。發展至 1980 年代中期，社區照顧在公共政策上佔有顯著位置，然而，實務上，因許多層面的問題，例如，對甚麼是社區照顧缺乏共識、財務與資源的誤置、人力配置的不足、照顧

機構文化不一、對志願部門過高的期待等，導致照顧者的生活品質嚴重受創，且有需求者獲得的是一種片斷、零散和不一致的服務（Baggott, 1994）。

為回應上述的各種問題，1986年12月政府邀請Griffiths爵士(Sir Ray Griffiths)對社區照顧進行檢視，儘管Griffiths的報告書提出社區照顧的三項基本原則，包括（Griffiths, 1988: 29）：（1）適時提供給最需要者適當的服務；（2）這些接受幫助的人，對其所接受的服務應有較大的選擇，和較大的意見表達空間；以及（3）人們應盡可能地在自己的家裡、或離住宅環境較近的地方獲得照顧，以使得醫院、住宿或護理之家的照顧，能保留給那些真正需要但無法以其它方式獲取者。儘管政府及各界對Griffiths的提議反應不一，但英國政府在1989年公布之影響深遠的社區照顧白皮書「照顧人民」（Caring for People）被當時的衛生部長Kenneth Clarke認為是「百分之80的Griffiths」，白皮書指出，對大多數人而言，社區照顧是最佳的照顧方式，這種改變的主要目的在於儘可能讓人們過著正常的生活、能夠獲得高度的自主性、以及能夠對自己的生活與需求有較大的決定權（DoH, 1989）。

然而，論者以為白皮書對民營化的強調遠超過Griffiths的提議（Baggott, 1994），且地方政府被賦予社區照顧的責任，卻沒有給予足夠的資源做事（Henwood, Wistow & Robinson, 1996）。另外，更有批評者指出，白皮書是柴契爾政府企圖將公共服務市場化的策略之一，在市場導向（market-led）的提議下，社會上的弱勢者將面臨著更大的困難（Means & Smith, 1998）。經過三年的實施後，社會對社區照顧的總評是「全部都改變，但沒有轉變」（all change but no change）以及沒有不幸（no disaster）（Henwood et al., 1996: 43）。儘管社區照顧有某些面向的成就，例如，彈性和成本效益（Hoyes & Means, 1997; Lewis & Glennerster, 1996; Wistow et al., 1996），然而，相關研究卻顯示，使用者權力的分享及其參與和選擇皆很少（Bowl, 1996; Macdonald & Sheldon, 1997），他們只是被動地接受安排（Schwabenland, 1997），這使得社區照顧政策被認為是著重於經營取向（management-oriented），而非其所強調的「使用者取向」（user-oriented）；亦即，改變是基於財政考量（抑制成本），而非服務使用者的需求或照顧品質（Walker, 1997）。這也難怪英國照顧者協會無奈的指出，對絕大多數照顧者而言，社區照顧的轉變，似乎是「如同往昔」（business as usual），照顧者仍須為取得公部門小小的協助而受折騰（Henwood et al., 1996）。

前述之英國早期推動社區照顧的現象，顯現出所期待的理想（含理念與政策目標）與現實之間尚有相當程度的落差。這也使得政府有被譏為利用社區照顧作為推卸福利責任的巧語，以及抑制福利經費的託辭。臺灣政府部門開始積極推動社區照顧，約略正是英國社區照顧廣被重視，且遭遇到諸多困難與挑戰之際，底下將分析臺灣社區照顧的推動歷程，以作為本研究之背景基礎。

## 第四節 台灣社區照顧的發展與實務

### 一、台灣社區照顧的發展

儘管台灣的社區發展工作自 1960 年代已開始逐步推展，卻直到 1980 年代中期才開始有社區照顧相關服務項目，較明確的政策則出現於 1991 所頒佈的「社區發展工作綱要」及 1994 年的「社會福利政策綱領」，1995 年內政部頒佈的「推動社會福利社區化實施要點」，2001 年行政院核定之「建構長期照護體系先導計畫」，進一步將社區照顧帶進試辦期。2007 年行政院核定的「我國長期照顧十年計畫」（長期照顧 1.0）將服務廣為延伸而進入擴展期。2016 年 5 月民進黨政府上台後端出「長期照顧十年計畫 2.0（106-115 年）」（以下簡稱長照 2.0），其 ABC 模式其服務項目的擴增而進入整合期。依此，台灣社區照顧的發展約略可區分為幾個重要的時期（黃源協，2000、2010）：

#### （一） 社區照顧萌芽期(1986-1990)

1965 年行政院頒佈「民生主義現階段社會政策」，1968 年行政院頒佈「社區發展工作綱要」及台灣省政府公佈的「台灣省社區發展八年計畫」（1973 年改為十年計畫），1981 年台灣省政府繼續推行「社區發展後續第一期五年計畫」，這些政策與方案雖皆強調欲以社區發展來的方式來落實社會福利工作，但並無直接列出社區照顧相關服務。直到 1986 年的「台灣省社區發展後續第二期五年計畫」，始將重心轉移至整個社區福利服務體系的建立，該計畫指出：「建立社區福利服務體系、加強福利服務工作」，其服務對象包括老人、殘障者、精神病患、兒童、低收入戶....，其工作項目與後續的「福利社區化」推動的社區照顧項目甚為相似。此階段雖無具體明示社區照顧項目，但卻為其後續的政策發展帶來重要的影響。

#### （二） 社區照顧形成期（1991-1995）

依據 1991 年頒佈的「社區發展工作綱要」，1992 年的「台灣省現階段社區發展工作實施方案」中，明定以社區為中心，落實社會福利服務，建立社會福利服務體系，在老人福利方面則指出要成立長壽俱樂部、居家服務，其中居家服務即為社區照顧重要的服務項目之一，這是社區照顧較具體的項目首次出現於政策與方案中。1994 年初，台北市針對老人及心智障礙者推行四個社區照顧的實驗計畫方案，這是我國首次以「社區照顧」為名的實驗方案。1994 年行政院頒訂「社會福利政策綱領」，其中在實施要項第 17 條提出：「加強社區老人安療養設施，結合社區資源建立居家照顧服務網絡；...」，「社會福利政策綱領實施方案」明示「結合區域內相關老人機構，提供居家服務、居家護理、托老及文康休閒等

措施」(第 16 條)及「結合區域內相關殘障福利機構辦理殘障者就醫、就學、就業、就養之各項社區化福利服務」(19 條)，後續條文中更提出「福利服務社區化」及結合社區資源建立「居家照顧」服務網絡(第 27-30 條)。儘管「社區照顧」用詞尚未於中央政府的政策或方案中的出現，但社區照顧的政策與服務項目已儼然形成。

### (三) 社區照顧試辦期 (1996-2006)

1996 年底，內政部核定通過「推動社會福利社區化實施要點」，明定其實施要項包括：選定福利社區、確認福利需求、加強福利服務、落實社區照顧及配合國宅整建等五大項。這是「社區照顧」一詞首次出現於中央政府的文件中，且明確地指出：「推展社區福利機構小型化、社區化，並倡導福利機構開拓外展服務，促使資源有效利用」。為落實福利服務社區化的理念，內政部於 1997 年選定台灣地區五個縣市的鄉鎮市作為推動「社會福利社區化」實驗地區，包括台北市文山區、宜蘭縣蘇澳鎮、彰化縣鹿港鎮、台南市安平區，以及高雄縣鳳山市。同時，台灣省政府也擇定宜蘭市梅州社區、台中縣霧峰鄉萬豐社區、南投縣埔里鎮、新竹縣私立華光啟能發展中心、及苗栗縣新苗啟能發展中心等五個社區或機構，作為福利社區化的試辦區。各計畫主要內容皆包括老人、身心障礙、兒少及婦女等多項服務方案，其目的是希望能藉由實驗方案的經驗，以建構出一套符合我國情境的福利社區化模式。

隨著社會福利社區化的實驗計畫的推動，2000 年之前，社區照顧相關的政策、立法與方案陸續出籠，例如，1997 年新修訂的身心障礙者保護法及老人福利法，1998、2002 及 2005 年行政院核定的第一至三期的「加強老人安養服務方案」，2001 年行政院核定之「建構長期照護體系先導計畫」及 2002 年之「照顧服務產業發展方案」，2002 年行政院核定的「挑戰 2008 – 國家發展重點計畫」，2005 年行政院核定的「建立社區照顧關懷據點實施計畫」，

### (四) 社區照顧的擴展期

以及 2007 年行政院核定的「我國長期照顧十年計畫」、2009 年與 2012 年行政院核定的第一、二期「友善關懷老人服務方案」。這些政策、立法與計畫皆將社區照顧的相關服務方案列入其中，發展至「長照十年計畫」及「友善關懷老人服務方案」時，台灣的社區照顧已邁入全面性的積極擴展期。我們可從長照十年計畫的前四項子目標與社區照顧的目標與工作方法之高度累同性明確地看出，社區照顧勢將成為台灣老人及身心障礙者長期照顧的主要服務供給模式。該計畫的子目標如下：

1. 以全人照顧、在地老化、多元連續服務為長期照顧服務原則，加強照顧服務的發展與普及。

2. 保障民眾獲得符合個人需求的長期照顧服務，並增進民眾選擇服務的權利。
3. 支持家庭照顧能力，分擔家庭照顧責任。
4. 建立照顧管理機制，整合各類服務與資源，確保服務提供的效率與效益。
5. 透過政府的經費補助，以提升民眾使用長期照顧服務的可負擔性。
6. 確保長期照顧財源的永續維持，政府與民眾共同分擔財務責任。

#### (五) 社區照顧的整合創新期

2016年5月民進黨政府上台後，在長照1.0的基礎上，端出「長期照顧十年計畫2.0（106-115年）」（以下簡稱長照2.0），該計畫以建構社區整體照顧服務（ABC模式）為其主要的實施策略之一，並因應社會多元需求而創新多元服務，服務項目從長照1.0的八項：（1）照顧服務（居家服務、日間照顧及家庭托顧）；（2）交通接送；（3）餐飲服務；（4）輔具購買、借及居家無障礙環境改善；（5）居家護理；（6）居家復健；（7）長期照顧機構服務；及（8）喘息服務，擴增至十七項：（9）失智症照顧服務；（10）原住民族地區社區整合型服務；（11）小規模多機能服務；（12）家庭照顧者支持服務據點；（13）成立社區整合型服務中心、複合型日間服務中心與巷弄長照點（ABC模式）；（14）社區預防性照顧；（15）預防失能或延緩失能服務；（16）延伸至出院準備服務；（17）銜接在宅醫療和居家臨終安寧照護。

「長照2.0」計畫目標之一為「實現在地老化，提供從支持家庭、居家、社區到機構式照顧的多元連續服務，普及照顧服務體系，建立關懷社區，期能提升具長期照顧需求者與照顧者之生活品質」；實施策略之一為「發展以社區為基礎的小規模多機能整合型服務中心」。整體而言，「長照2.0」主張以稅收作為普及化照顧服務的主要財源，政策的重點主要為：擴充服務範圍（對象）、推動社區整體照顧模式（ABC模式）、創新多元服務（從八項到十七項）、以及兼顧預防照顧與臨終安寧照顧等四大面向。從其內涵觀之，該計畫係之強調整合與多元創新的服務仍是以「社區照顧」為主軸的設計，該計畫目前（2017年）正積極的推展中，且看似欲讓社區照顧成為老人及身心障礙者長期照顧的主要模式，並將臺灣的社區照顧帶進整合與創新的新里程碑。

## 二、臺灣長期/社區照顧服務的評述

自1990年代中期以後，政府部門陸續推出各種長期照顧相關的計畫或方案，這些計畫或方案已為我國長期照顧體系的建構奠定一定的基礎。其中，以社區為基礎（community-based）的照顧陸續開展，2007年推出的長照1.0及長照2.0推動的各服務項目，即是以過去一、二十年累積的經驗為基礎。「長照2.0」之計畫目標無不環繞著社區照顧理念在運作，這些目標包括：

1. 建立優質、平價、普及的長期照顧服務體系，發揮社區主義精神，讓有長照需求的國民可以獲得基本服務，在自己熟悉的環境安心享受老年生活，減輕家庭照顧負擔。
2. 實現在地老化，提供從支持家庭、居家、社區到機構式照顧的多元連續服務，普及照顧服務體系，建立照顧型社區，期能提升具長期照顧需求者與照顧者之生活品質。
3. 延伸前端初級預防功能，預防保健、活力老化、減緩失能，促進長者健康福祉，提升老人生活品質。
4. 向後端提供多目標社區式支持服務，銜接在宅臨終安寧照顧，減輕家屬照顧壓力，減少長期照顧負擔。

這些目標與前述之社區照顧的特性與理念有相當程度的吻合，例如強調在地化服務（生活正常化）、需求導向（公民權）、選擇與自主（充權、優勢）。為提供多元化的服務以達成前述的目標，該計畫規劃提供之服務項目，除長期照顧機構服務外，其餘皆具有濃厚社區照顧的性質。

長照 1.0 計畫推出前，長期照顧體系確實存在著諸多的問題，這些問題或可從三個面向分析之，包括體制面、資源面與服務供需面。就體制面而言，「長照十年計畫」綜合諸多相關研究指出，現行長期照顧行政體系和法規分歧，且各縣市照顧管理體系發展不一，服務效率與公平性備受質疑。吳淑瓊(2005)亦指出，我國衛政與社政行政體系分歧的問題，不利於整合聯繫照顧網絡的運作。就資源面而言，長期照顧體系的建立需要有龐大的財務為後盾，也需要有各種專業的照護人力投入，過去十餘年，政府及民間部門陸續投入的資源雖已大幅成長，但在實際運作層次上，無論是財務或人力，與潛在的需求仍有不小落差；在財務上，絕大多數需要被照顧的老人仍是以家庭照顧為主；在人力上，「長照十年計畫」即指出，我國長期照顧人力資源嚴重不足，跨專業間的團隊合作模式有待建立。就服務供需面而言，十年計畫曾指出，服務方案類型少，服務品質監督機制不健全，為我國長期照顧服務體系的主要問題之一。

長期照顧十年計畫推出後，行政院研究發展考核委員會曾委託研究者在該計畫實施屆滿三年後進行綜合性評估。該研究報告指出(黃源協、吳書昀、陳正益, 2010)：在目標評估上，包括提昇長期照顧服務之多元性、普及性與可近性等三項目標，普遍皆獲得社會高度的認同與肯定；在過程評估上，該計畫之進度與程序皆能如期完成，且過程中若遭遇到問題或困難，無論是中央或地方政府，抑或是民間團體或機構，皆能夠主動積極面對並著手進行改善；在結果評估上，無論是計畫目標之達成情形、服務使用人數與資源數量、發展出符合使用者需求之服務、或照顧服務品質等項目，普遍皆能朝著預定的目標邁進。

然而，無論是體制面、資源面或服務供需面，仍存在著許多尚待克服的問題與挑戰。在體制面，多數縣市仍表示行政分歧現象還是存在，多數民間機構也反映縣（市）級的行政體系之分歧已造成業務執行的困擾；在資源面，約一半左右的縣市政府與民間機構表達長期照顧服務的經費不足，另外，從中央、地方政府到民間機構，都同意照顧服務人力不足、專業人員工作負荷過重為目前推行長期照顧服務的一大困境；在服務供需面，不論是服務項目或受服務人數都在逐年穩定地成長，然而，長期照顧的服務使用人數與服務需求人數仍呈現明顯的落差，且存在著需求仍遠高於供給的現象（黃源協等，2010）。

類似的檢討亦出現於長照 2.0 的計畫中，該計畫提出長照 1.0 推動十年後，仍面臨著諸多的挑戰，主要包括：（1）長期照顧服務對象涵蓋範圍待擴大；（2）長照人力資源短缺，待培訓發展；（3）偏遠地區服務及人力資源不足，有待積極擴展與佈建；（4）預算嚴重不足；（5）補助核定額度與服務品質未能適足回應民眾期待；（6）家庭照顧者支持與服務體系仍待強化；（7）長照服務項目未能回應民眾多元新增需求；（8）服務輸送體系散置，未能集結成網絡；（9）行政作業繁雜影響民間資源投入參與意願；（10）長照服務資訊系統待積極整合；（11）長照政策之宣導仍須加強。

長期照顧不等同於社區照顧，然而，長照 1.0 與長照 2.0 計畫推出的各項服務，普遍偏向社區式與居家式的服務，從這種現象或可看出，以社區照顧（含居家式服務）作為長期照顧的主要模式，明顯的是長期照顧政策發展的重心。前述之長照 1.0 與長照 2.0 之目標與服務項目，多少皆欲彰顯出社區照顧的特性與理念基礎，然而，這些特性或理念是否能獲得有需求者的認同，以及是否在長期照顧的政策與實務上適切的執行，確實關係到許多身心障礙者及老人們的生活品質與福祉，尤其是迫切需要協助的服務使用者及其照顧者。

## 第五節 社區照顧理念與政策推動的影響因素

社區照顧的理念、政策與實務的推動或落實，與其所處的環境脈絡有關，底下將從兩個面向探討可能的影響因素：個人/照顧者與家庭變項、以及社區/組織與文化變項。

### 一、個人、照顧者/家庭與照顧

需要接受社區照顧者往往是處於相對弱勢情境者，尤其是失能的老人或身心障礙者。社區照顧理念能否實現？社區照顧政策能否順利推動？這些議題除關係

到服務使用者基本生活權益的保障外，亦關係到這群需要被照顧者的生活品質與福祉。可能影響到接受社區照顧機會或結果的個人、照顧者與家庭的因素如下：

就服務使用者個人或照顧者特質而言，性別、年齡、婚姻狀況、自覺健康狀況、人格特質、社經地位....等變項，皆可能影響到照顧機會或結果。例如，在年齡上，英國的研究顯示，在照顧上，七十歲以上的老人要比較年輕老人感覺獲得較多正向尊重和尊嚴 (Magee, Suzanne & Janet, 2009)。澳洲的 HACC 方案的研究顯示，非生於澳洲及主要語言非英語者顯著較少使用 HACC 的服務，尤其是社會-人口弱勢者 (Jorm et al., 2010)。英國的研究發現，儘管黑人及少數民族社區在照顧服務的選擇和自主略有改善，但其所獲得的服務仍是零碎且貧乏的 (Butt, 2007)。美國的研究顯示，愈來愈多失能程度較輕的老人在簡易支持設計下即可在社區生活，自費接受服務者仍是佔多數，經濟是影響能否獲得適切服務的影響因素 (Houser et al., 2010)。

個人的心理或情感亦可能會對照顧機會或結果產生影響。一種老化的樂觀觀點對主觀的健康和生活滿意感會有正向的影響，且自我、個性和生活規律會在面臨身體或社會經濟風險時防衛生活滿意度 (Wurm et al., 2008)。研究顯示，儘管老年往往伴隨著失落感和其他發展上的壓力源，但大多數的老人能夠緩和這些日常生活中的煩惱，且其在晚年時其主觀福祉並沒有減少，這便興起一個問題：在面對威脅時，老人們是如何能夠維持其心情上的福祉。因而，許多心理因素會緩和或吸收負面影響造成的衝擊，例如，承諾、控制和挑戰、凝聚感、自我功效感 (Janssen, Van Regenmortel & Abma, 2011)。Gardner (2011: 33) 即指出，服務使用者的認知和情感的結合，將可能使得服務使用者更具取得服務或協助的信心和技巧。

就家庭/照顧者特質而言，儘管機構和社區照顧的發展已有一段歲月，但非正式的照顧仍是長期照顧的主要型態 (Grabowski et al., 2010)，這也難怪學者視社區照顧是建立在家庭主義的意識型態之上 (Cowen, 1999; Dally, 1996)。美國的照顧趨勢研究顯示，僅有相當少數之居住在社區的失能長者獲得正式服務，絕大多數仍是持續的以家庭照顧為主，配偶和子女仍是最主要的家庭照顧者，且以女性為主的性別差異仍持續維持者 (Houser, Gibson & Redfoot, 2010)。Graham (1997) 亦指出，絕大多數的照顧是由社區內的家庭所提供，特別是家庭中未支薪的婦女。研究顯示，家庭的社經背景、父母親的教育程度和福祉等因素，在智能障礙者社會適應技能的發展上扮演著重要的角色 (Makharadze et al., 2011)。澳洲的研究發現 (Savy, Warburton, Hodgkin, & Hodgkin, 2017)，偏遠地區之社區老年照顧正面臨照顧人力的危機，除原有的女性照顧人力趨於老化之外，在招募年青和技術人力上已遭遇到困難。

## 二、組織、文化與照顧

組織及文化因素，亦可能影響到服務使用者獲得到照顧的機會與結果。就服務提供者所處的組織情境而言，組織提供服務的類型、規模的大小、組織文化、組織氣候...等皆可能是重要的影響因素。例如，在服務提供上，一項針對接受社區照顧之失能老人的研究即顯示，降低照顧者的負荷、提供照顧者喘息服務、提供較佳的健康照顧範疇、促進各種非正式照顧者的協調、促進照顧服務使用者的希望感，將可協助照顧者擔起照顧責任及提昇照顧使用者的生活品質（*Khoei, Hossain & Sharifi, 2012*）。一項歐洲跨國的研究指出，在社會服務使用較低，且健康和社會照顧失衡的國家，老人之未滿足的照顧需求特別高，這項研究建議，社會照顧服務的擴張可能是解決失能老人之未滿足需求最有效的策略（*Bene et al., 2013*）。

在組織或團隊的特性上，一項針對英國的初級和社區照顧研究顯示，團隊結構（團隊和團隊過程）會影響初級和社區照顧服務之跨專業團隊的運作，主要面向包括團隊預述（*team premises*）、團隊規模和組成、組織的支持、團隊會議（*team meetings*）、明確的目的和目標以及審計（*audit*）（*Xyrichis & Lowton, 2008*）。這種團隊的運作某種程度上為個案管理或照顧管理的實務提供必要的基礎，但對照顧的成效是分歧的。例如，美國的研究發現，個案管理改善老人功能及適當使用藥物、增加社區服務的使用、以及降低進入護理之家，但整合照顧並沒有改善臨床結果（*Low, Yap & Brodaty, 2011*）。美國北卡萊納州（*North Carolina*）以社區醫師主導的社區照顧方案，經過 10 年的努力，在與醫院、衛生部門和社會服務部門的協力下，這些社區網絡已改善 *Medicaid* 的品質，並降低成本（*Steiner et al., 2008*），類似的研究亦發現並強調對居家和社區照顧模式的支持（*Grabowski et al., 2010*）。

在組織文化上，存在服務提供者和照顧者之間的無形關係，亦正悄悄地影響著服務的結果。例如，研究顯示，儘管社區照顧是建立在自主、充權與選擇之三位一體的基礎上，但在實務運作上，其理想化已遭遇到嚴峻的挑戰，組織的專業者和老人之間的破碎關係已在一種不信任中安撫著。亦即，社區照顧的形成和執行係由專家/公務員（*experts/state servants*）而非老人的意見為主，它是在一種不瞭解服務使用者的多樣性和主觀經驗的「專家主導」（*expert-led*）模式下運作。何以不同團體的需求無法獲得滿足，其主要問題即在於缺乏「信任」（*Powell, 2011*）。另外，照顧資源的具備與否，將關係到照顧服務輸送的成效，研究即提醒（*Leung, Chau, Lee, Chen & Lee, 2018*）：整合性照顧（*integrated care*）對促進在地老化的是有效的，但必須面臨因人口持續老化而對健康照顧資源的需求所帶來的挑戰。

就社會文化因素而言，社區照顧亦可能因社會文化的差異而有不同的發展，

Xu 與 Chow (2011) 針對中國人的社區照顧服務研究即指出，不同於西方國家之重視個人獨立自主、照顧品質、財務效率和方案效益，中國之發展以社區為基礎的照顧模式主要係為了填補服務的落差，在必要時支持家庭的照顧，且在家庭無力照顧或無家人可照顧時可替代之。Xu 與 Chow (2011) 研究亦指出，社區凝聚力和社區意識的不足將使得社區難以維繫必要的服務輸送。此外，社區照顧的提供若未能將服務使用者所處的情境納入考量，將難以讓照顧發揮實質的效益，因而「文化才能」(cultural competence) 已被視為是提昇社區照顧服務的一項重要影響因素，一種「文化才能社區照顧模式」(cultural competent community care model) 已被發展出，且證實將有助於改善社區照顧的結果(如健康)，該模式包括四個面向：關懷(caring)、文化敏感度(cultural sensitivity)、文化知識(cultural knowledge)、及文化技能(cultural skill)(Kim-Godwin, Clarke & Barton, 2001)。



## 第三章 研究設計與方法

本研究之研究目的主要有五項，包括：(1) 瞭解社區照顧之相關理念、目標及其構成要素；(2) 探討服務使用者（或主要照顧者）對於社區照顧理念與品質的重視度（重要性）、接受服務後的感受度及其相關影響因素；(3) 探討利害關係人對於社區照顧理念、政策與實務之相關意見，及影響社區照顧推動的相關因素（含助力與阻力）；(4) 依據研究結果檢視社區照顧的價值、目標、政策與實務；以及(5) 依據研究結果檢視社區照顧作為一種主流照顧模式的適切性，並提出改善並促進老人及身心障礙者照顧品質與生活福祉之相關建議。

為達成前述之研究目的，本研究分三個階段進行，包括：(1) 檢閱相關文獻，並據以研擬並編製符合我國情境之「社區照顧品質量表」及「社區照顧理念量表」；(2) 實地對接受社區照顧之服務使用者（社區照顧關懷據點、日間照顧及居家服務和為範疇）進行面對面之結構式問卷訪問；(3) 針對利害關係人（服務使用者、服務經營者、專家學者及政府官員）進行個人深度訪談及焦點團體。底下將分別說明本研究之研究架構與研究工具、資料蒐集及分析方法及研究限制。

### 第一節 研究架構與工具

#### 一、研究架構

本研究旨在從社區照顧利害關係人的觀點，檢視臺灣社區照顧的理念、政策與實務，利害關係人主要包括服務使用者、服務使用者團體、服務提供者、政府官員及專家學者。本研究為兩年為研究期程，分別以量化與質性研究方法進行之。第一年以量化研究為主，著重於探討服務使用者（含主要照顧者）對社區照顧相關理念與品質之內涵的重視度、接受服務後的感受、以及相關影響因素。第二年以質性研究為主，探討利害關係人對於社區照顧理念、政策與實務之相關意見，及影響社區照顧推動的相關因素（含助力與阻力）。本研究將依據前述的研究結果，檢視社區照顧的價值與目標，及臺灣社區照顧政策與實務的狀況，進而綜合整體的研究結果，探討社區照顧作為一種主流照顧模式的適切性，並提出改善並促進老人及身心障礙者照顧品質與生活福祉之相關建議。

在檢視社區照顧理念的重要性與感受性方面，儘管「生活正常化」(life normalization) 被視為是社區照顧的主要目標之一，且公民權、充權及優勢觀點是實現社區照顧生活正常化的重要支柱，但機構照顧、社區照顧與居家服務對這些理念的擁有或實踐，並非是全有或全無的截然區分。誠如莊秀美(2009:184)指出，類型化發展下的社區式照顧與居家式服務及機構式照顧提供的服務內容難以明顯區隔，以致無法呈現社區照顧原有的理念意涵。社區照顧不必侷限於服務類型的強調，而應回歸至其理念精神的落實，並鑲嵌於居家式照顧及機構式照顧兩類服務的提供。

研究者相當認同這樣的觀點，且認為絕大多數當代的機構照顧已非傳統的全控機構，且在服務使用者導向的倡導下，愈來愈多的機構經營亦逐漸以某些社區照顧理念做為其經營的方向。唯基於樣本代表性的考量，本研究以接受「我國十年長期照顧計畫(長照 1.0)」中之日間照顧及居家服務服務使用者為母體進行抽樣；另外，亦將針對社區照顧關懷據點之服務使用者進行抽樣，以探討受訪者對社區照顧相關理念對的重視度(重要性)，及其接受服務後的感受程度，並探討影響其重視度與感受度的相關因素。依此，本研究第一年的研究架構(如研究架構圖的左半部)勾勒如下：



1. 個人/家庭及照顧者變項：係指服務使用者及主要照顧者個人的性別、族群、年齡、教育程度、婚姻狀況、宗教信仰、自覺健康、個人性格、社經地位等變項，及其家庭的組成及居住狀況。
2. 社區/組織與環境變項：係指服務使用者/主要照顧者所居住之社區及提供服務的組織性質、服務內容、及其與鄰里的互動狀況等。
3. 照顧情境：係指接受照顧服務的類型(居家、社區或機構)、接受服務的

頻率、可近性、經費負擔、整體滿意度…等

4. 社區照顧理念：係指生活正常化、公民權、充權、優勢觀點等題項內容對服務使用者/主要照顧者的重要性，及其接受服務後的感受度。
5. 社區照顧服務品質：主要包括結構品質（實體面、員工面）、過程品質（關係面、充權面）以及結果品質（經營面與績效面）。

除前述對服務使用者（或主要照顧者）對社區照顧理念的重視與感受外，本研究（第二年）進一步探討利害關係人對於社區照顧理念、政策內涵、目標與實務之相關意見，及影響社區照顧推動的相關因素（含助力與阻力）。本研究立意選出服務使用者團體代表、服務提供者、政府官員及專家學者等代表，進行個別深度訪談（如研究架構圖右半部）。

## 二、研究工具

### （一）量化研究工具

為達到本研究之第 2 項研究目的，本研究編製「社區照顧理念、政策與實務之檢視」調查訪問表。「社區照顧理念」及「社區照顧品質」為調查表中之最主要的量表，兩份量表之編製及正式問卷形成之過程共經歷四個階段。說明如后：

1. 「社區照顧理念」與「社區照顧品質量表」之草擬：在編製題目之前，研究團隊從文獻檢閱掌握社區照顧的潛在面向、指標與要素，經整理與歸納文獻後形成兩份量表之初稿，社區照顧品質部分有三個面向：結構品質、過程品質及結果品質；社區照顧理念部分有四個面向：公民權、充權、優勢觀點及生活正常化。
2. 進行修正式德菲法：依前一階段所草擬之初稿，邀請五位具社區照顧領域之專家學者參與修正式德菲法之進行（學者專家群詳見表 3-2-1），歷經三次意見蒐集、整合、書面溝通及彙整後，研究團隊再針對已形成之量表進行討論與修正，而形成「社區照顧品質」與「社區照顧理念」之量表。
3. 問卷之試測：為瞭解兩份量表之信、效度，本研究選取 30 位符合要件之受訪者進行問卷之預試，問卷之信度約為 0.75 左右，經研究團隊討論後，不再對題目做變動。
4. 正式問卷之編製：研究團隊確認後之兩份量表，再加入受訪者之個人、家庭及組織變項後，正式完成「社區照顧理念、政策與實務之檢視 調查訪問表」。

表3-1-1 修正式德菲法專家基本資料表

專家代號	姓名	職稱
A	許○○	副教授
B	游○○	執行長
C	詹○○	醫師
D	蕭○○	副教授
E	林○○	助理教授

正式問卷分為五大部分：社區照顧品質量表、社區照顧理念量表、互動頻率與互動關係、受訪者基本資料、及照顧中心/據點基本資料。「社區照顧品質」與「社區照顧理念」兩份量表選項主要包括重要度(重要與不重要)及同意程度(非常不同意、不同意、普通、同意、非常同意)。各部分的內容說明如后：

1. 社區照顧品質量表(20題)：主要包括結構品質、過程品質及結果品質等三大構面；過程品質包括實體面(3題)與員工面(3題)，過程品質包括關係面(4題)和充權面(3題)，結果品質包括經營面(4題)和績效面(3題)。
2. 社區照顧理念量表(95題)：主要包括公民權、充權、優勢觀點及生活正常化等四大構面；公民權包括權利(11題)與責任(12題)，充權包括心理充權(8題)、社會充權(8題)及政治充權(8題)；優勢觀點包括自我認知(8題)、復原力(9題)及社區資源(8題)；生活正常化包括生理層次(6題)、心理層次(5題)、社會層次(5題)及靈性層次(8題)。
3. 互動頻率與互動關係：主要用於比較接受服務使用前、後服務使用者與家人、親友和鄰居的互動關係(非常不頻繁、不頻繁、普通、頻繁與非常頻繁)。
4. 受訪者基本資料：包括個人特性(性別、年齡、教育程度、宗教、族群、婚姻狀況、經濟來源、身體狀況)、家庭狀況(家庭型態、家庭平均月所得、居住型態、住宅所屬、社區地理區位、居住社區時間)及接受服務狀況(接受服務時間、接受服務時數、平均就醫次數)。
5. 組織基本資料：包括成立時間、機構類型、服務對象、服務項目、服務場地類型、服務場地所屬及開放時間。

## (二) 質性研究工具

完成第一年的量化研究資料收集後，研究進入第二年的質性研究，研究者採用半結構式問卷進行，並透過個別深度訪談與焦點團體進行資料蒐集，主要在探討利害關係人對於臺灣社區照顧政策(含目標與內容)與實務(主要著重於社區照顧關懷據點、日間照顧及居家服務)的看法，並進一步探討影響社區照顧理念、政策與實務推動可能的助力與阻力。

## 第二節 資料蒐集與分析

### 一、量化資料蒐集與分析

#### (一) 日間照顧與社區照顧關懷據點

本研究在進行之初，考量社區照顧相關服務項目普遍性及研究機構之意願，遂先以日間照顧中心及社區關懷據點做為第一階段研究的取樣單位，並以日間照顧、居家服務及社區關懷據點之服務使用者作為訪問對象。研究團隊透過衛生福利部社會及家庭署、各縣市政府社會局/處之網站公告社區照顧相關機構之單位名冊，進行全國母機構抽樣單位之整理。經過整理後，本研究為顧及全國各地區之差異性，將研究單位分為北、中、南、東部四區，各區抽取一個縣市作為施測地區，最後選取之縣市為：新北市、南投縣、高雄市、台東縣。

第二階段進行叢集抽樣，為符合機構母體比例，研究團隊從四個縣市之單位數做母體比例計算，抽出之單位數為新北市日間照顧中心 18 間、社區照顧關懷據點 18 間；南投縣日間照顧中心 6 間、社區照顧關懷據點 6 間；高雄市日間照顧中心 9 間、社區照顧關懷據點 9 間；台東縣日間照顧中心 4 間、社區照顧關懷據點 4 間。本研究透過整理後之母體機構名單進行編碼與登錄(Coding)之工作，並使用 Statistical package for the Social Science for Windows20.0 社會統計軟體進行隨機抽樣模式抽出各區之單位。單位數及抽樣數，詳見表 3-2-1。

表 3-2-1 單位數及抽樣數一覽表

區域	縣市	日間照顧中心		社區照顧關懷據點	
		單位數	抽樣數	單位數	抽樣數
北區	新北市	20	18	220	18
中區	南投縣	8	6	92	6
南區	高雄市	10	9	204	9
東區	台東縣	4	4	55	4
總計		42	37	571	37

在確認抽樣單位後，本研究行文至抽樣單位及縣市主管機關確認受訪意願及方便性，再經由各地區訪員直接聯繫各單位，確認單位服務時間及方便受訪後，並與機構敲定訪問時間，訪問期程從 105 年度 3 月 21 日至 4 月底，時間約一個半月，計收集 393 份有效問卷，其中日間照顧中心計 180 份，社區照顧據點計 213 份。

社區照顧品質量表計 20 題，分為重要程度及滿意程度，在重要程度的 Cronbach' s  $\alpha$  值為 .811，三個次面向的 Cronbach' s  $\alpha$  值皆在 0.65 以上 (.656~.730)；滿意程度的 Cronbach' s  $\alpha$  值為 .895，三個次面向的 Cronbach' s  $\alpha$  值皆在 0.7 以上 (.742~.863)。社區照顧理念量表總計 95 題，分為服務使用前及服務使用後，在服務使用前的 Cronbach' s  $\alpha$  值為 .930，四個面向的 Cronbach' s  $\alpha$  值皆在 0.6 以上 (.637~.882)；在服務使用後的 Cronbach' s  $\alpha$  值為 .932，四個面向的 Cronbach' s  $\alpha$  值皆在 0.6 以上 (.662~.893)。本研究之問卷信效度符合標準之內。本研究之主要採舉的統計分析方式包含：百分比、T-test、積差相關、變異數分析與多元迴歸分析等。

表 3-2-2 社區照顧品質信度分析表

面向	Cronbach' s Alpha 值	次面向	Cronbach' s Alpha 值
重要程度 (20 題)	.811	結構面 (6 題)	.656
		過程面 (7 題)	.730
		結果面 (7 題)	.693
滿意程度 (20 題)	.895	結構面 (6 題)	.742
		過程面 (7 題)	.786
		結果面 (7 題)	.863

表 3-2-3 社區照顧理念信度分析表

	Cronbach' s Alpha 值	面向	Cronbach' s Alpha 值
服務使用前 (95 題)	.930	公民權 (23 題)	.882
		充權 (24 題)	.842
		優勢觀點 (24 題)	.784
		生活正常化 (24 題)	.637
服務使用後 (95 題)	.932	公民權 (23 題)	.893
		充權 (24 題)	.857
		優勢觀點 (24 題)	.803
		生活正常化 (24 題)	.662

## (二) 居家服務

經過日間照顧中心與社區關懷據點之資料收集後，研究團隊獲得諸多寶貴經驗，再經思考後認為，居家服務為社區照顧的主要服務項目之一，加上研究期程與經費許可，因此亦將居家服務服務使用者納為研究對象。不同於日間照顧和社區照顧關懷據點係以社區機構為服務場域，以「到宅」服務的「家」為場域，為此，再經團隊檢視檢視既有問卷之適切性，發現在社區照顧品質量表結構品質的「實體面」部分題目因為關係到機構之設備與距離，並不適用於居家服務使用者，因此將此三題刪除，其餘問卷部分則維持原有問卷之題項。關於刪除題項與其原

因見下表 3-2-4。

表 3-2-4 居家服務刪除之題項與原因

面向	指標	題項	刪除原因
結構品質	實體面	1. 照顧中心/據點的設施設備是完善的	居家服務之服務使用者並不會至機構使用服務
		2. 照顧中心/據點的活動環境是安全的	居家服務之服務使用者主要活動場域為家中
		3. 照顧中心/據點的位置是靠近住家的（或方便到達）	居家服務之服務使用者主要活動場域為家中

接著研究團隊透過衛生福利部社會及家庭署、各縣市政府社會局/處之網站公告居家服務機構之單位名冊，進行全國母機構抽樣單位之整理。經過整理後，本研究為顧及全國各地區之差異性及與第一階段研究資料做比較，延續將研究單位分為北（新北市）、中（南投縣）、南（高雄）、東部（台東）四區。接著進行各區域的等比例機構隨機抽樣，最後抽出各區居家服務機構為：新北市 15 間、高雄市 9 間、南投縣 6 間、台東縣 5 間。研究團逐一寄出公文及研究相關研究資料，與機構聯繫，經過一個月餘的聯繫與確認後，共有 19 間居家服務之機構（新北市 6 間、高雄市 5 間、南投縣 6 間、台東縣 2 間）願意協助本研究之進行。

與第一階段施測方式不同的是，居家服務之使用者並不會到機構中活動，無法進行集體施測，再與機構確認服務使用者之意願後，研究團隊整理出居家服務使用者之名冊，並請訪員逐一至家中訪問，由於個資法的關係，本研究與機構聯絡時皆與機構確認受訪者之意願，再獲取研究資料後也請訪問員逐一電話確認受訪者之意願與允許受訪之時間。研究訪問時間從 7 月 1 日至 8 月 12 日，歷時約一個半月。最後收集共 233 份有效問卷。

在問卷的信效度部分，社區照顧品質量表之整體信度為.907，解釋變異量為 63.80%，社區照顧理念量表整體信度介於.653 - .935 之間，解釋變異量則在 66.71% - 70.36%之間。顯示本研究之問卷信效度符合標準之內。本研究之主要採舉的統計分析方式包含：百分比、T-test、因素分析、績差相關、變異數分析與多元迴歸分析等。

## 二、質性研究資料之蒐集與分析

完成第一年的量化研究資料收集後，研究進入質性資料蒐集與分析部分，本研究針對第一年所蒐集之資料特性進行初步分析（詳見後續章節），並產出以下訪談大綱：

- (一) 請問目前貴縣市社區照顧(日間照顧、社區照顧關懷據點與居家服務)推動的狀況如何？
- (二) 相較於其他縣市(或地方)，請問目前貴縣市在推動社區照顧(日間照顧、社區照顧關懷據點與居家服務)具有哪些內外部的優勢(機會)與劣勢(挑戰)？如何善用優勢(機會)與克服劣勢(挑戰)？(尤其重視偏鄉或離島地區與一般地區的比較)。
- (三) 請問目前貴縣市推動的社區照顧各類型(日間照顧、社區照顧關懷據點與居家服務)中，是否能讓服務使用者(老人或身心障礙者)較易於維持日常的生活型態？較有機會參與社區生活(社區活動)？服務使用者的感受如何？(生活正常化)
- (四) 請問目前貴縣市推動的社區照顧各類型(日間照顧、社區照顧關懷據點與居家服務)中，是否能符合服務使用者(老人或身心障礙者)真正的需求？是否能讓服務使用者(老人或身心障礙者)覺得是一位受到尊重的獨立個體？(公民權)
- (五) 請問目前貴縣市推動的社區照顧各類型(日間照顧、社區照顧關懷據點與居家服務)中，是否能讓服務使用者(老人或身心障礙者)有參與選擇或決定自己想要的照顧的方式？(充權)
- (六) 請問目前貴縣市推動的社區照顧各類型(日間照顧、社區照顧關懷據點與居家服務)中，是否能讓服務使用者(老人或身心障礙者)認清及發揮自己的能力與潛力？能否盡可能讓服務使用者(老人或身心障礙者)發揮自己的優勢(如善用自己生活的各種資源)？(優勢)
- (七) 總體而言，請問目前貴縣市推動的社區照顧各類型(日間照顧、社區照顧關懷據點與居家服務)中，讓服務使用者(老人或身心障礙者)更獨立自主，抑或更依賴照顧資源？為什麼？(社區照顧的結果)
- (八) 就您的實務經驗或觀察，如何讓社區照顧各類型(日間照顧、社區照顧關懷據點與居家服務)的服務使用者(含其非正式支持體系)過著正常的生活？更加有獨立自主性？對自己的所需的服務有更大的決定權？以及降低對公共照顧的依賴？(社區照顧的目的)

完成訪問大綱後，研究團隊隨即針對適合進行質性訪談之對象展開討論，在研究團隊評估後認為由於質性訪談與焦點團體之討論需要對社區照顧領域有足夠深刻的涉略與了解，已達成政策與實務檢視的功能，部分題目也需要透過實務經驗進行推演，因而最後選擇訪問一線工作者與實務經驗豐富之主管、老師等。

在質性訪談的邀請過程中，本研究團隊透過電子信箱或電話聯繫到專家學者後，確認其意願許可後約定訪問時間，再至受訪者方便之場域進行訪談，最後本研究共完成訪談人次 48 人(含個別訪談 26 位，四場焦點團體出席人數 22 位)，訪問地區遍布全台，個別訪談與焦點團體之時間與訪談對象資料見表 3-2-5 及表 3-2-6。本研究最後結合第一、二年研究發現進行綜合性的分析，以瞭解影響社區

照顧理念、政策與實務的適切性及其相關的影響因素，並依據研究結果進行討論和分析，進而提出有助於促進社區照顧理念實踐之相關的建議。

表 3-2-5 社區照顧個別訪談清單

受訪者代號	區域	性別	服務單位	訪談時間	相關領域服務年資
A1	澎湖	男	財團法人 OO 社會福利基金會	105/11/11	17
B1	澎湖	女	澎湖縣馬公市 OO 里辦公處	105/11/09	12
C1	澎湖	女	OO 社區發展協會	105/11/10	7
D1	澎湖	女	財團法人 OO 社會福利基金會	105/11/11	3
E1	澎湖	男	澎湖縣 OO 處	105/11/11	10
F1	澎湖	女	澎湖縣 OO 處	105/11/10	11
G1	中區	女	財團法人 OOOO 社會福利基金會	105/12/21	15
H1	中區	女	社團法人雲林縣 OOOOOO 協會	105/12/22	30
I1	中區	女	財團法人 OOOO 社會福利基金會	105/12/28	16
J1	中區	男	社團法人雲林縣 OOOO 保護協會	105/12/29	19
K1	南區	女	嘉義 OOO 醫院	106/01/24	20
L1	南區	男	中華 OO 基金會	106/01/24	20
M1	南區	女	財團法人 OOOO 基金會	106/01/25	15
N1	北區	女	OO 老人日間照顧中心	106/02/09	17
N2/N6	東區	女	財團法人 OOOO 社會福利基金會	106/02/16	10
O1	東區	男	冬山鄉 OO 社區發展協會	106/02/15	12
P1	北區	男	OO 社會福利基金會	106/01/18	27
Q1	北區	女	OO 老人住宅	106/01/19	23
R1	東區	女	OO 社會福利基金會宜蘭事務所	106/02/15	6
S1	中區	男	埔里 OOO 醫院	106/01/17	17
T1/T3	東區	女	宜蘭 ooo 基金會	106/02/15	28
U1	中區	女	oo 科技大學老人福利與事業系	106/01/12	24
V1	東區	女	財團法人 oo 社會福利基金會	106/02/16	13
W1	東區	男	花蓮 oooooo 協會	106/02/16	11
X1	南區	男	國立 oo 科技大學社工系	105/12/28	9
X2	東區	男	財團法人 oooo 社會福利基金會	106/04/12	10

表 3-2-6 社區照顧焦點團體與會者清單

	團體代碼	代碼	服務單位
澎湖 焦點團體 105/11/10	FG1	A	社團法人澎湖縣 0000 協會
		B	有限責任高雄市 000000 勞動合作社
		C	00 社區發展協會
		D	澎湖縣政府 00 處
		E	澎湖縣政府 0000000000 中心
		F	澎湖縣政府 0000000000 管理中心
東區 焦點團體 106/02/16	FG2	A	衛生福利部 0000 之家
		B	花蓮市 00 社區發展協會
		C	國立 0000000000 學士學位學程
		D	花蓮縣 000000 中心
		E	財團法人宜蘭縣 00000 仁愛之家
南區 焦點團體 106/03/29	FG3	A	0000 大學 00000 與 0000 學系
		B	高雄市 0000000 科科長
		C	高雄市 0000 服務中心
		D	台南市 0000 社區發展協會
		E	高雄市 0000 管理中心
中北區 焦點團體 106/04/14	FG4	A	00 科技大學社會工作系
		B	00 大學社會工作學系
		C	彰化縣政府 0000000 科
		D	財團法人 00 社會福利慈善事業基金會
		E	天主教 00 社會福利基金會
		F	苗栗縣 0000 管理中心

## 第四章 量化資料分析（一）- 社區關懷據點

### 第一節 社區關懷據點服務之描述性分析

本節主要在於描述社區關懷據點服務使用者之個人、家庭、社區和服務使用狀況，以及服務使用者對社區關懷據點品質與理念的看法。主要內容包括：(1) 個人基本特性：含性別、年齡、教育程度、宗教別、族群別及婚姻狀況；(2) 經濟及家庭狀況：含主要經濟來源、家庭型態、家庭平均月所得、身體狀況、居住型態及住宅產權；(3) 居住社區與服務使用狀況：含社區型態、居住社區時間、接受服務時間、每週使用服務時數、以及每月平均就醫次數；(4) 社區關懷據點品質的重視與滿意狀況；以及(5) 社區照顧理念的同意狀況。

#### 一、個人基本特性

參與社區關懷據點之受訪者共計 213 人，在性別上，以女性 160 人 (75.1%) 居多，男性有 53 人 (24.9%)。在族群上，以閩南人 145 人 (68.1%) 最多，其次為客家人有 32 人 (15.0%)，其他佔的比例最低，主要為移民人口。在婚姻狀況上，以喪偶者 106 人 (50.0%) 最多，其次為有配偶或同居者有 103 人 (48.6%)。在年齡上，以 75-84 歲者 90 人最多 (42.3%)，其次為 65-74 歲者有 84 人 (39.4%)，再其次為 85 歲以上者 20 人 (9.4%)，65 歲以下者僅有 19 人 (8.9%)；整體受訪者平均年齡為 74.55 歲，中位數為 75 歲。在教育程度上，以國小畢業者 84 人 (39.4%) 最多，其次為不識字或自修者有 75 人 (35.2%)，再其次為國(初)中者有 27 人 (12.7%)，高中(職)和大專以上者僅佔少數。在宗教別上，以傳統信仰者的 102 人 (48.1%) 最多，其次為佛教者有 56 人 (26.4%)，再其次為道教徒有 23 人 (10.8%) (見表 4-1-1)。

表 4-1-1 社區關懷據點受訪者個人基本特性 (N=213)

變項	人數	有效%	變項	人數	有效%
性別			教育程度		
男	53	24.9%	不識字及自修	75	35.2%
女	160	75.1%	國小	84	39.4%
總和	213	100.0%	國(初)中	27	12.7%
族群背景			高中(職)	15	7.0%

變項	人數	有效%	變項	人數	有效%
閩南人	145	68.1%	專科以上	12	5.6%
大陸各省市	21	9.9%	總和	213	100.0%
客家人	32	15.0%			
原住民	12	5.6%			
其他	3	1.4%			
總和	213	100.0%			
<b>婚姻狀況</b>			<b>宗教別</b>		
有配偶或同居	103	48.6%	佛教	56	26.4%
離婚或分居	3	1.4%	道教	23	10.8%
喪偶	106	50%	傳統信仰	102	48.1%
總和	212	100.0%	基督宗教	22	10.4%
遺漏值	1		無宗教信仰	9	4.2%
<b>年齡別</b>			總和	212	100.0%
65歲以下	19	8.9%	遺漏值	1	
65-74歲	84	39.4%			
75-84歲	90	42.3%			
85歲以上	20	9.4%			
總和	213	100.0%			
X=74.55歲、Md=75歲					

## 二、經濟及家庭狀況

在主要經濟來源上，以子女奉養(含媳婦、女婿)的 96 人 (45.9%) 最多，其次為自己退休金、撫恤金或保險給付者有 60 人 (28.7%)，再其次為自己工作或營業收入者有 19 人 (9.1%)，由配偶或同居人提供，抑或自己儲蓄、利息、租金或投資所得者各僅佔少數；整體而言，約五成五的受訪者係由他者支應（含配偶或同居人提供、子女奉養及政府救助或津貼），非他者支應者僅略高於四成。在家庭平均月收入上，以收入 2-4 萬者 69 人 (33.2%) 最多，其次為未滿 2 萬者 63 人 (30.3%)，再其次為 4-6 萬者有 45 人 (21.6%)，6 萬以上者僅 31 人 (14.9%)，則相對較少。在身體健康狀況上，以身體健康、生活自理能力佳者 127 人 (59.9%) 最多，其次為身體不佳、但尚不至影響日常生活者有 76 人 (35.8%)，再其次為身體不佳，生活需仰賴他人協助者有 9 人 (4.2%)。在居住型態上，以僅與子女同住者 76 人 (35.7%) 最多，其次為獨居者有 47 人 (22.1%)，再其次為僅與配偶同住者有 42 人 (19.7%)、與配偶和子女同住者有 39 人 (18.3%)，其他有少數是與同居人、親家、遠親同住。在家庭型態上，以三代同堂者 69 人 (32.7%) 最多，其次為核心家庭者有 49 人 (23.2%)，再其次為單人家庭者及夫婦家庭有 39 人 (18.5%)，單親家庭或祖孫家庭者則相對少數。在住宅產權上，以絕大多數皆為自有者 193 人 (91.0%) 最多，僅有少數為非自有（見表 4-1-2）。

表 4-1-2 社區關懷據點受訪者經濟及家庭狀況 (N=213)

變項	人數	有效%	變項	人數	有效%
<b>主要經濟來源</b>			<b>家庭型態</b>		
自己工作或營業收入	19	9.1%	單人家庭	39	18.5%
配偶或同居人提供	7	3.3%	夫婦家庭	39	18.5%
自己儲蓄、利息、租金或投資所得	11	5.3%	單親家庭	6	2.8%
退休金、撫恤金或保險給付	60	28.7%	核心家庭	49	23.2%
子女奉養(含媳婦、女婿)	96	45.9%	祖孫家庭	9	4.3%
來自政府救助或津貼	16	7.7%	三代同堂	69	32.7%
<b>總和</b>	209	100.0%	<b>總和</b>	211	100.0%
遺漏值	4		遺漏值	2	
<b>家庭平均月所得</b>			<b>身體狀況</b>		
未滿2萬	63	30.3%	身體健康，生活自理能力佳	127	59.9%
2萬至4萬	69	33.2%	身體不佳，但尚不至影響日常生活	76	35.8%
4萬至6萬	45	21.6%	身體不佳，生活需仰賴他人協助	9	4.2%
6萬以上	31	14.9%	<b>總和</b>	212	100.0%
<b>總和</b>	208	100.0%	遺漏值	1	
遺漏值	5				
<b>居住型態</b>			<b>住宅產權</b>		
與配偶和子女同住	39	18.3%	自有	193	91.0%
僅與配偶同住	42	19.7%	不住在一起的配偶、父母或子女所擁有	7	3.3%
僅與子女同住	76	35.7%	租押	7	3.3%
僅與親友同住	2	0.9%	配住	3	1.4%
獨居	47	22.1%	借用	2	0.9%
其他	7	3.3%	<b>總和</b>	212	100.0%
<b>總和</b>	213	100.0%	遺漏值	1	

### 三、社區與服務使用狀況

在居住社區型態上，受訪者以居住在鄉村或山地型社區者 120 人 (56.6%) 最多，其次為居住在都市型社區者有 52 人 (24.5%)，再其次為居住在市鄉混合型社區者有 40 人 (18.9%)。在居住時間上，以遷入至該社區的 145 人 (68.1%) 最多，其次為世居於該社區的 68 人 (31.9%)。在接受服務時間上，以 25 個月以上的 160 人 (75.1%) 最多，其次為 19-24 個月者有 23 人 (10.8%)，6 個月以下、7-12 個月及 13-18 個月者相對少些；受訪者平均接受服務時間為 39.19 個月，約在三年半左右，中位數為 41 個月。在每週使用服務時數上，以每週使用 0-6 小時者 118 人 (56.2%) 最多，其次為 7-12 小時者有 63 人 (30.0%)，使用 13 小時以上者相對較少；整體使用時間平均數為 8.17 小時，中位數 6.0 小時。在每月就

醫次數上，接受服務前，受訪者每月平均就醫次數為 1.09 次；接受服務後，受訪者每月平均就醫次數為 0.99 次（見表 4-1-3）。

表 4-1-3 社區關懷據點受訪者社區與服務服務使用狀況（N=213）

變項	人數	有效%	變項	人數	有效%
<b>社區型態</b>			<b>居住社區時間</b>		
鄉村及山地型社區	120	56.6%	世居	68	31.9%
都市型社區	52	24.5%	遷入	145	68.1%
市鄉混合型社區	40	18.9%	<b>總和</b>	213	100.0%
<b>總和</b>	212	100.0%	遷入年數 (單位：月)	X=39.19 Md=41.0	
遺漏值	1				
<b>接受服務時間</b>			<b>每週使用服務時數</b>		
6個月以下	11	5.2%	0-6小時	118	56.2%
7-12個月	13	6.1%	7-12小時	63	30.0%
13-18個月	6	2.8%	13小時以上	29	13.8%
19-24個月	23	10.8%	<b>總和</b>	210	100.0%
25個月以上	160	75.1%	遺漏值	3	
<b>總和</b>	213	100.0%	每週使用時數(月)	X=8.17 Md=6.0	
接受服務時間(月)	X=39.19 Md=41				
<b>接受服務前後就醫次數(使用服務前)</b>			<b>接受服務前後就醫次數(使用服務後)</b>		
1次以下	123	57.7%	1次以下	124	58.2%
1次以上	90	42.3%	1次以上	89	42.8%
<b>總和</b>	213	100.0%	<b>總和</b>	180	100.0%
每月平均就醫次數	X=1.09 Md=0.33		每月平均就醫次數	X=0.99 Md=0.33	

#### 四、社區關懷據點品質構面及次面向滿意狀況

在社區關懷據點品質滿意度上，受訪者對社區關懷據點品質各構面的滿意度皆相當高，整體滿意度平均數為 4.19，各構面之平均滿意度依序為結構面的 4.30、結果面的 4.24 及過程面的 4.05，過程面與其他兩構面差距較大。在各次面向上，結構-員工面（4.37）高於結構-實體面（4.24），過程-關係面（4.26）高於過程-充權面（3.76），結果-經營面（4.25）高於結果-績效面（4.22）。各次面向的滿意度高低依序為結構-員工面、過程-關係面、結果-經營面、結構-實體面、結果-績效面及過程-充權面，其中，僅有過程-充權面的滿意度低於 4（見表 4-1-4）。

表 4-1-4 社區關懷據點品質構面及次面向滿意度之平均數與標準差一覽表 (N=213)

量表	構面	平均數/標準差	次面向	平均數/標準差
社區關懷據點 品質 Mean=4.19 SD=0.72	結構面	Mean=4.30 SD=0.70	實體面	Mean=4.24 SD=0.76
			員工面	Mean=4.37 SD=0.63
	過程面	Mean=4.05 SD=.80	關係面	Mean=4.26 SD=0.66
			充權面	Mean=3.76 SD=0.99
	結果面	Mean=4.24 SD=0.65	經營面	Mean=4.25 SD=0.66
			績效面	Mean=4.22 SD=0.65

## 五、社區照顧理念同意程度狀況

在社區照顧理念的同意程度上，受訪者在社區照顧理念的構面及次面向同意程度大多數介於 3-4 間，皆屬於中間偏高。服務使用前、後，各構面的平均數之高低次序皆相同，依序為「生活正常化 (3.91/4.05)」、「公民權 (3.84/3.83)」、「優勢觀點 (3.76/3.82) 及「充權 (3.49/3.58)」，其中，僅有「公民權」略為下降，其它則都略為提高。

在「公民權」的次面向上，服務使用前/後的「權利 (4.05/4.20)」皆高於「責任 (3.64/3.50)」，服務使用後的「權利」有提昇，但「責任」反為下降。在充權的次面向上，服務使用前的平均數之高低依序為「心理充權 (3.77)」、「社會充權 (3.71)」及「政治充權 (2.99)」；服務使用後略有變化，高低依序改變為「社會充權 (3.90)」、「心理充權 (3.75)」及「政治充權 (3.10)」；其中，僅有「心理充權」略為下降，其它則略為提升。在優勢觀點的次面向上，服務使用前後的平均數高低次序相同，依序為「社區資源 (3.92/3.99)」、「自我認知 (3.69/3.72)」及「復原力 (3.66/3.75)」，三者皆略為增加。在生活正常化的次面向上，服務使用前後的平均數高低次序約略相同，依序為「社會福祉 (4.23/4.31)」、「生理福祉 (4.06/4.05)」、「心理福祉 (3.94/4.05) 及「靈性福祉 (3.56/3.87)」，其中，心理福祉及靈性福祉增加幅度較為明顯。

前述的結果顯示，服務使用前、後各個構面的平均數皆以「生活正常化」最高，且使用後略高於使用前，其中以「公民-權利」、「心理福祉」及「靈性福祉」有較明顯的增加；另外，充權面的「政治充權」之同意程度為所有次面向顯著偏低者；基本上，各面向的各個次面向在使用前後皆略有變化，但並非一致性的增加或下降（見表 4-1-5）。

表 4-1-5 社區關懷據點服務使用者之社區照顧理念的平均數 (N=213)

使用服務前			使用服務後		
構面	次面向	平均數/標準差	構面	次面向	平均數/標準差
公民權 Mean=3.84 SD=.85	權利	Mean=4.05 SD=.72	公民權 Mean=3.83 SD=0.88	權利	Mean=4.20 SD=.71
	責任	Mean=3.64 SD=.97		責任	Mean=3.50 SD=1.04
充權 Mean=3.49 SD=.97	心理充權	Mean=3.77 SD=.88	充權 Mean=3.58 SD=0.97	心理充權	Mean=3.75 SD=.91
	社會充權	Mean=3.71 SD=.85		社會充權	Mean=3.90 SD=.81
	政治充權	Mean=2.99 SD=1.18		政治充權	Mean=3.10 SD=1.19
優勢觀點 Mean=3.76 SD=.87	自我認知	Mean=3.69 SD=.94	優勢觀點 Mean=3.82 SD=.89	自我認知	Mean=3.72 SD=0.96
	復原力	Mean=3.66 SD=.93		復原力	Mean=3.75 SD=.94
	社區資源	Mean=3.92 SD=.76		社區資源	Mean=3.99 SD=.76
生活 正常化 Mean=3.91 SD=.844	生理福祉	Mean=4.06 SD=.66	生活 正常化 Mean=4.05 SD=.83	生理福祉	Mean=4.05 SD=.70
	心理福祉	Mean=3.94 SD=.99		心理福祉	Mean=4.05 SD=.96
	社會福祉	Mean=4.23 SD=.70		社會福祉	Mean=4.31 SD=.69
	靈性福祉	Mean=3.56 SD=.98		靈性福祉	Mean=3.87 SD=.94

## 第二節 社區關懷據點服務品質之差異/變異分析

本節將採取差異性分析 (t-test) 及單因子變異數分析 (one way ANOVA)，分析社區關懷據點服務使用者個人基本特性、家庭及社區狀況，對社區關懷據點服務品質的重視度和滿意度之差異/變異情形。

### 一、個人基本特性與照顧品質重視度與滿意度之差異/變異分析

在族群背景中，族群背景不同對照顧品質的重要度皆未達顯著差異，但在滿意度上則達顯著水準，族群背景不同在照顧品質滿意度的「結構面」(F=3.177，

$p<.05$ )之滿意度的變異顯著水準，經事後比較分析結果顯示，閩南人在「結構面」的滿意度顯著高於客家人、閩南人及大陸各省市亦顯著高於原住民。在年齡上，年齡不同在照顧品質重要度的「結果面」達顯著水準，惟事後比較無顯著差異。而就性別、教育程度、宗教信仰、婚姻狀況、年齡及身體狀況上，無論是對照顧品質的重視度或滿意度，兩者皆無顯著差異（見表 4-2-1）。

表 4-2-1 性別、教育程度及族群別對社區關懷據點品質的重視度及滿意度之差異/變異情形

變項		社區關懷據點品質重要度				社區關懷據點品質滿意度			
		結構面	過程面	結果面	整體	結構面	過程面	結果面	整體
性別	男	5.76	6.75	6.98	19.53	25.63	28.94	30.23	84.75
	女	5.82	6.74	6.94	19.49	25.87	28.11	29.54	83.51
	t 值	-.580	.048	.682	.158	-.517	1.503	1.295	.980
教育程度	不識字及自修	5.78	6.63	6.95	19.38	25.81	28.23	29.87	83.85
	國小	5.74	6.80	6.91	19.44	25.78	28.45	29.48	83.76
	國(初)中	5.88	6.74	7.00	19.62	25.85	27.63	29.67	83.15
	高中(職)	6.00	6.87	7.00	19.87	25.57	28.13	29.93	83.50
	專科以上	6.00	7.00	7.00	20.00	26.17	30.00	30.27	86.09
	總和	5.80	6.75	6.95	19.50	25.81	28.32	29.71	83.82
	F值	1.262	.836	.374	.786	.076	.953	.235	.278
族群背景	閩南人	5.79	6.71	6.94	19.45	26.03	28.45	29.98	84.40
	大陸各省市	5.80	6.76	7.00	19.53	26.45	28.33	29.95	84.65
	客家人	5.84	6.78	6.97	19.58	24.75	27.44	28.87	81.13
	原住民	5.83	7.00	6.92	19.75	24.33	28.25	28.25	80.83
	其他	6.00	7.00	7.00	20.00	28.33	32.00	30.00	90.33
	總和	5.80	6.75	6.95	19.50	25.81	28.32	29.71	83.82
	F 值	.156	.447	.162	.25	3.177* G1>G3 G1,G2>G4	1.407	1.34	2.119

註：\*  $p<.05$  \*\*  $p<.01$  \*\*\*  $p<.001$

表 4-2-2 宗教、婚姻、年齡及身體狀況對社區關懷據點品質重視度及滿意度之變異情形

變項		社區關懷據點品質重要度				社區關懷據點品質滿意度			
		結構面	過程面	結果面	整體	結構面	過程面	結果面	整體
宗教信仰	佛教	5.77	6.84	6.98	19.59	26.60	28.82	30.54	85.95
	道教	5.86	6.70	6.91	19.45	25.14	28.52	28.87	82.32
	傳統信仰	5.83	6.71	6.92	19.47	25.66	28.03	29.66	83.34
	基督宗教	5.73	6.68	7.00	19.41	25.18	27.91	28.86	81.95
	無宗教信仰	5.78	6.78	7.00	19.56	25.44	28.22	28.89	82.56
	總和	5.80	6.74	6.95	19.50	25.79	28.29	29.69	83.74
	F 值	.272	.275	.411	.092	1.816	.558	1.756	1.678
婚姻狀況	有配偶或同居	5.79	6.80	6.92	19.51	25.75	28.35	29.33	83.38
	離婚或分居	6.00	6.33	7.00	19.33	28.00	29.00	32.67	89.67
	喪偶	5.81	6.70	6.97	19.50	25.78	28.25	29.95	83.96
	總和	5.80	6.75	6.95	19.50	25.79	28.30	29.69	83.76
	F 值	.195	.807	.448	.023	.943	.082	2.158	.988
年齡	65歲以下	5.79	6.63	6.68	19.11	26.11	27.95	29.26	83.32
	65-74歲	5.88	6.82	6.98	19.67	25.53	28.39	29.24	83.18
	75-84歲	5.78	6.72	6.98	19.50	26.16	28.59	30.16	84.83
	85歲以上	5.60	6.65	6.95	19.20	25.15	27.20	30.15	82.50
	總和	5.80	6.75	6.95	19.50	25.81	28.32	29.71	83.82
	F 值	1.441	.456	3.243*	1.178	1.169	.948	1.315	.855
身體狀況	身體健康，生活自理能力佳	5.81	6.72	6.94	19.49	26.06	28.02	29.79	83.83
	身體不佳，但尚不至影響日常生活	5.81	6.76	6.95	19.51	25.52	28.83	29.44	83.80
	身體不佳，生活需仰賴他人協助	5.67	6.89	7.00	19.56	24.89	28.22	30.78	83.89
	總和	5.80	6.74	6.95	19.50	25.82	28.32	29.71	83.82
	F 值	.275	.203	.084	.014	1.396	1.26	.74	.001

註 1：\* p<.05 \*\* p<.01 \*\*\* p<.001

註 2：傳統信仰包含一貫道及民間信仰；基督宗教包含基督教及天主教。

## 二、家庭狀況對社區關懷據點品質之重視度與滿意度之差異/變異分析

就家庭型態而言，家庭型態不同對照顧品質的重視度及滿意度上則達顯著水準，家庭型態不同在照顧品質重要度的「過程面」(F=3.453, p<.01)及「整體品質」(F=2.895, p<.05)之變異達顯著水準，經事後比較分析結果顯示，單人家庭者在「過程面」及「整體品質」顯著低於祖孫家庭及三代同堂者。而家庭型態不同在照顧品質滿意度的「結構面」(F=2.532, p<.05)之變異達顯著水準，經事後比較分析結果顯示，三代同堂者在「結構面」的滿意度顯著低於核心家庭者(見表 4-2-3)。

就居住型態而言，居住型態不同對照顧品質的重視度達顯著水準，居住型態不同在照顧品質重要度的「過程面」(F=2.714, p<.05)之變異達顯著水準，經事後比較分析結果顯示，獨居者在「過程面」的滿意度顯著低於僅與配偶同住者、僅與子女同住者及僅與親友同住者。另外，就住宅產權而言，住宅產權不同在照顧品質滿意度「過程面」達顯著水準，惟事後比較無顯著差異(見表 4-2-3)。

表 4-2-3 家庭型態、居住型態及住宅產權對社區關懷據點品質重視度及滿意度之變異情形

變項		社區關懷據點品質重要度				社區關懷據點品質滿意度			
		結構面	過程面	結果面	整體	結構面	過程面	結果面	整體
家庭型態	單人家庭	5.68	6.33	6.92	18.97	25.97	27.67	29.69	83.33
	夫婦家庭	5.76	6.66	6.84	19.22	26.00	28.03	29.53	83.54
	單親家庭	5.67	6.67	7.00	19.33	25.50	27.67	30.33	83.50
	核心家庭	5.71	6.78	6.98	19.46	26.73	28.73	30.08	85.52
	祖孫家庭	6.00	7.00	7.00	20.00	25.44	28.78	29.78	84.00
	三代同堂	5.96	6.97	7.00	19.93	24.94	28.48	29.46	82.81
	總和	5.81	6.74	6.95	19.51	25.78	28.29	29.70	83.74
	F 值	1.988	3.453** G1<G5,G6	.984	2.895* G1<G5,G6	2.532* G6<G4	.564	.254	.695
居住型態	與配偶和子女同住	5.79	6.87	6.97	19.64	26.36	28.69	29.90	84.95
	僅與配偶同住	5.76	6.59	6.85	19.15	25.51	27.78	29.15	82.28
	僅與子女同住	5.88	6.92	7.00	19.80	25.51	28.48	29.57	83.54
	僅與親友同住	6.00	7.00	7.00	20.00	24.00	28.00	28.50	80.50
	獨居	5.72	6.45	6.93	19.13	25.83	27.81	30.04	83.68
	其他	5.86	7.00	6.86	19.71	28.00	31.29	31.57	90.86
	總和	5.80	6.75	6.95	19.50	25.81	28.32	29.71	83.82
	F 值	.601	2.714* G5<G3,G4,G6	.884	1.923	1.596	1.555	.854	1.676
住宅產權	自有	5.79	6.76	6.94	19.49	25.71	28.30	29.64	83.61
	不住一起的親屬所擁有	5.86	6.14	7.00	19.00	26.57	25.43	29.86	81.86
	租押	6.00	7.00	7.00	20.00	28.00	31.00	31.71	90.71
	配住	6.00	7.00	7.00	20.00	24.00	28.00	28.33	80.33
	借用	6.00	6.50	7.00	19.50	26.00	32.00	30.50	88.50
	總和	5.80	6.74	6.95	19.50	25.79	28.32	29.71	83.79
	F 值	.4	1.234	.091	.518	1.597	2.889* PH未顯著	.805	1.808

註：\* p<.05 \*\* p<.01 \*\*\* p<.001

就主要經濟來源而言，主要經濟來源不同對照顧品質的重視度與滿意度之影響，皆未達顯著差異水準。就家庭平均月所得而言，所得不同對照顧品質的重要度及滿意度達顯著差異，其在重要度的「過程面」(F=4.454, p<.01)、及「整體品質」(F=3.035, p<.05)之差異皆達到統計上之顯著水準，在滿意度的「結構面」(F=3.673, p<.05)、「結果面」(F=2.764, p<.05)、及「整體品質」(F=2.787, p<.05)皆達到統計上之顯著水準。事後比較分析結果顯示，家庭平均月收入未滿2萬元者對「過程面」的重要度顯著低於4-6萬元以下者；家庭平均月收入不同在照顧品質重要度「整體品質」達顯著水準，惟事後比較無顯著差異。在照顧品質滿意度部分，家庭平均月收入6萬元以上者對「結構面」的滿意度顯著低於未滿2萬元、2-4萬元以下及4-6萬元以下者，其對「結果面」的滿意度顯著低於未滿2萬元及2-4萬元以下者，亦對「整體品質」的滿意度顯著低於未滿2萬元、2-4萬元以下及4-6萬元以下者(見表4-2-4)。

表 4-2-4 主要經濟來源及家庭平均月所得對社區關懷據點品質重視度及滿意度之變異情形

變項		社區關懷據點品質重要度				社區關懷據點品質滿意度			
		結構面	過程面	結果面	整體	結構面	過程面	結果面	整體
主要經濟來源	自己工作或營業收入	5.79	6.63	6.68	19.11	26.17	29.16	29.47	84.72
	配偶或同居人提供	6.00	7.00	7.00	20.00	25.29	28.14	29.00	82.43
	自己儲蓄、利息、租金或投資所得	6.00	7.00	7.00	20.00	25.40	29.20	29.20	83.80
	退休金、撫恤金或保險給付	5.74	6.70	6.95	19.42	25.80	27.54	29.39	82.57
	子女奉養(含媳婦、女婿)	5.79	6.71	6.98	19.46	25.72	28.22	29.97	83.95
	政府救助或津貼	6.00	6.94	7.00	19.94	26.13	30.06	30.75	86.94
	總和	5.81	6.74	6.95	19.50	25.78	28.30	29.75	83.80
	F值	.998	.658	1.944	1.074	.2	1.796	.647	.869
家庭平均月所得	未滿2萬元	5.71	6.44	6.87	19.06	26.11	28.41	30.44	84.97
	2-4萬元以下	5.79	6.87	6.95	19.60	25.81	28.55	29.85	84.22
	4-6萬元以下	5.86	6.96	7.00	19.82	26.34	28.47	29.40	84.16
	6萬元以上	5.94	6.77	7.00	19.71	24.33	27.55	28.38	80.07
	總和	5.80	6.74	6.95	19.50	25.80	28.35	29.73	83.85
	F值	1.29	4.454** G1<G3	1.182	3.035* PH未顯著	3.673* G4<G1,G2,G3	.615	2.764* G4<G1,G2	2.787* G4<G1,G2,G3

註：\* p<.05 \*\* p<.01 \*\*\* p<.001

### 三、社區及服務使用狀況對社區關懷據點品質重視度與滿意度之變異分析

#### (一) 社區型態與社區關懷據點品質重要度及滿意度之變異分析

就居住之社區型態而言，社區型態不同對照顧品質重視度的「結構面」(F=3.609, p<.05)、「過程面」(F=5.646, p<.01)及「整體品質」(F=5.019, p<.01)之變異達顯著水準，亦對滿意度的「結構面」(F=7.135, p<.001)、「過程面」(F=3.405, p<.01)、「結果面」(F=4.794, p<.01)及「整體品質」(F=7.178, p<.001)之變異達顯著水準。經事後比較分析結果顯示，居住在鄉村/山地型者對照顧品質「結構面」、「過程面」及「整體品質」的重要度、及「結構面」、「結果面」及「整體品質」的滿意度皆顯著低住在市鄉混合型者，而其對照顧品質「過程面」重要度亦顯著低於住在都市型者。另外，居住在都市型者對照顧品質「整體品質」的重要度顯著低住在市鄉混合型者。而社區型態不同對「過程面」滿意度達顯著水準，惟事後比較無顯著差異（見表 4-2-5）。

就居住時間而言，世居者與遷入者對照顧品質的重視度及滿意度皆無顯著差異。就接受服務時間而言，接受服務時間的不同在照顧品質「結果面」滿意度達顯著水準，惟事後比較無顯著差異（見表 4-2-5）。

就每週接受服務的時數而言，接受服務時數不同對照顧品質重視度的「結構面」(F=5.091, p<.01)、「過程面」(F=8.583, p<.001)及「整體品質」(F=8.521, p<.001)之變異達顯著水準，亦對滿意度的「結構面」(F=4.044, p<.05)、「過程面」(F=3.445, p<.05)及「整體品質」(F=3.967, p<.05)之變異達顯著水準。經事後比較分析結果顯示，每周服務使用時數 13 小時以上者對「結構面」、「過程面」及「整體品質」的重要度皆顯著高於使用時數 7-12 小時者，而其對「結構面」、「過程面」及「整體品質」的滿意度卻顯著低於使用時數 0-6 小時者，對「結構面」的滿意度亦顯著低於使用時數 7-12 小時者。另外，每周服務使用時數 0-6 小時者對「過程面」及「整體品質」的重要度顯著高於使用時數 7-12 小時者（見表 4-2-5）。

表 4-2-5 社區型態、居住時間、接受服務時間與時數對社區關懷據點品質重視度及滿意度之變異情形

變項		社區關懷據點品質重要度				社區關懷據點品質滿意度			
		結構面	過程面	結果面	整體	結構面	過程面	結果面	整體
社區型態	鄉村/山地型	5.73	6.58	6.92	19.24	25.23	27.79	29.24	82.20
	都市型	5.83	6.92	6.96	19.71	26.25	28.83	29.75	84.80
	市鄉混合型	6.00	7.00	7.00	20.00	27.00	29.25	31.10	87.35
	總和	5.80	6.74	6.95	19.50	25.82	28.32	29.72	83.84
	F 值	3.609*	5.646**	0.576	5.019**	7.135***	3.405*	4.794**	7.178***
		G1<G3	G1<G2,G3		G3>G1,G2	G1<G3	PH 未顯著	G1<G3	G1<G3
居	世居	5.69	6.63	6.87	19.18	25.90	28.24	29.44	83.51

表 4-2-5 社區型態、居住時間、接受服務時間與時數對社區關懷據點品質重視度及滿意度之變異情形

變項	社區關懷據點品質重要度				社區關懷據點品質滿意度				
	結構面	過程面	結果面	整體	結構面	過程面	結果面	整體	
住時間	遷入	5.86	6.80	6.99	19.66	25.77	28.36	29.85	83.96
	t 值	-1.870	-1.152	-1.451	-1.782	.303	-.249	-.821	-.388
接受服務時間	6個月以下	5.45	6.45	6.82	18.73	25.73	27.64	27.45	80.82
	7-12個月	5.75	6.77	7.00	19.75	25.92	28.62	30.00	84.54
	13-18個月	6.00	7.00	7.00	20.00	25.17	28.83	29.67	83.67
	19-24個月	5.83	6.61	6.78	19.22	25.30	28.09	28.35	81.74
	25個月以上	5.82	6.78	6.97	19.56	25.90	28.36	30.05	84.28
	總和	5.80	6.75	6.95	19.50	25.81	28.32	29.71	83.82
	F 值	1.315	.675	1.59	1.371	.313	.19	2.74* PH未顯著	.951
每週服務使用時數	0-6 小時	5.86	6.87	6.99	19.71	25.95	28.81	30.04	84.81
	7-12 小時	5.62	6.40	6.86	18.88	26.05	27.63	29.56	83.16
	13 小時以上	5.97	6.97	6.97	19.90	24.37	27.39	28.64	80.26
	總和	5.80	6.74	6.95	19.50	25.77	28.26	29.71	83.71
	F 值	5.091** G3>G2	8.583*** G2<G1,G3	2.397	8.521*** G2<G1,G3	4.044* G3<G1,G2	3.445* G3<G1	2.102	3.967* G3<G1

註：\* p<.05 \*\* p<.01 \*\*\* p<.001

### 第三節 社區照顧理念之差異/變異分析

為瞭解社區關懷據點服務使用之個人基本特性、家庭、社區及服務使用狀況對社區照顧理念的影響，本節採取差異性分析（t-text）及單因子變異數分析（one way ANOVA）進行統計分析。

#### 一、 個人基本特性與社區照顧理念之差異/變異分析

##### （一）性別、教育程度與族群別之社區照顧理念差異/變異分析

就性別而言，性別不同在服務使用前的「生活正常化」（ $t=2.175$ ， $p<.05$ ）的同意程度之差異達到統計上之顯著水準，男性的平均分數顯著高於女性。服務使用後各面向皆未達差異。由於服務使用後的「生活正常化」未達顯著差異，這或許意味著社區關懷據點服務的使用，拉近男女對「生活正常化」的認知（見表 4-3-1）。

就教育程度而言，教育程度不同在服務使用前的「公民權」(F=5.977, p<.001)、「充權」(F=10.985, p<.001)、「優勢觀點」(F=2.866, p<.01)、「生活正常化」(F=2.935, p<.05)及「整體理念」(F=7.061, p<.001)等同意程度之變異情形，皆達到統計上之顯著水準。而在服務使用後的「公民權」(F=5.216, p<.001)、「充權」(F=10.233, p<.001)、「優勢觀點」(F=2.655, p<.05)、「生活正常化」(F=2.884, p<.05)及「整體理念」(F=6.102, p<.001)等同意程度之變異情形，亦皆達到統計上之顯著水準。經事後比較分析之結果顯示，無論是在服務使用前或服務使用後，不識字及自修者在「公民權」、「充權」及「整體理念」顯著低於國(初)中者，在「充權」、「生活正常化」及「整體理念」顯著低於國小者。而國小者在「充權」的同意程度顯著低於國(初)中者。在「優勢觀點」部分雖達顯著差異，但事後比較未達顯著。整體而言，「不識字、自修及國小者」對社區照顧整體及各面向的理念之重要度及滿意度是較低的(見表 4-3-1)。

就族群別而言，族群不同在服務使用後的「生活正常化」(F=4.182, p<.01)之變異情形達到統計上之顯著水準，惟事後比較無顯著差異(見表 4-3-1)。

表 4-3-1 受訪者性別、教育程度及族群對社區照顧理念同意程度之影響情形

變項		服務使用前					服務使用後				
		公民權	充權	優勢觀點	生活正常化	整體理念	公民權	充權	優勢觀點	生活正常化	整體理念
性別	男	88.60	85.62	91.13	95.96	361.19	87.88	85.32	91.26	95.44	361.27
	女	88.19	83.45	89.82	92.97	354.70	88.25	86.22	91.81	94.63	360.27
	t 值	.263	1.247	.893	<b>2.175*</b>	1.283	-.211	-.497	-.361	.607	.185
教育程度	不識字及自修	84.89	78.46	87.31	91.12	342.62	84.27	80.69	89.12	92.34	346.74
	國小	88.58	85.27	91.80	95.37	360.93	88.86	87.02	92.79	96.29	364.95
	國/初中	94.93	92.30	91.93	95.44	374.59	93.52	94.30	94.44	96.96	377.88
	高中/職	89.60	86.87	91.27	93.00	360.73	92.07	91.53	94.27	94.31	370.15
	專科以上	90.92	86.83	91.00	95.64	362.64	90.91	86.33	90.33	96.00	366.82
	總和	88.29	83.99	90.14	93.72	356.31	88.16	86.00	91.67	94.83	360.51
	F 值	<b>5.977***</b> G1<G3	<b>10.985***</b> G1<G2,G3 G3>G2	<b>2.866*</b> PH未顯著	<b>2.935*</b> G2>G1	<b>7.061***</b> G1<G2,G3	<b>5.216***</b> G1<G3	<b>10.233***</b> G1<G2,G3,G4 G3>G2	<b>2.655*</b> PH未顯著	<b>2.884*</b> G1<G2	<b>6.102***</b> G1<G2,G3
族群背景	閩南人	89.38	83.83	90.72	94.31	358.52	89.15	85.81	92.53	96.03	363.39
	大陸各省市	86.38	84.48	89.14	95.38	355.38	85.76	84.95	88.67	96.00	354.80
	客家人	85.94	85.19	89.81	91.97	352.91	87.03	88.16	91.72	91.50	358.41
	原住民	84.92	83.83	87.17	89.08	345.00	84.83	85.83	87.67	88.58	346.92
	其他	87.67	76.00	84.67	91.33	339.67	82.67	80.00	86.67	91.00	340.33
	總和	88.29	83.99	90.14	93.72	356.31	88.16	86.00	91.67	94.83	360.51
	F 值	1.43	.502	.786	1.592	.857	1.126	0.546	1.592	<b>4.182**</b> PH未顯著	1.196

註：\* p<.05 \*\* p<.01 \*\*\* p<.001

## (二) 宗教信仰、婚姻、年齡與身體狀況之社區照顧理念差異/變異分析

就宗教信仰而言，宗教信仰不同在服務使用前、後的「公民權」、「充權」、「優勢觀點」、「生活正常化」及「整體理念」等同意程度，皆未到統計上的顯著差異（見表 4-3-2）。

就婚姻狀況而言，婚姻狀況不同在服務使用前的「生活正常化」（ $F=3.299$ ， $p<.01$ ）之變異情形達到統計上之顯著水準，惟事後比較無顯著差異。

而在服務使用後「公民權」（ $F=3.561$ ， $p<.05$ ）、「充權」（ $F=8.431$ ， $p<.001$ ）及「整體理念」（ $F=5.507$ ， $p<.01$ ）等同意程度之變異情形，皆達到統計上之顯著水準。經事後比較分析之結果顯示，有配偶或同居在前三項理念的同意程度皆顯著高於喪偶者。整體而言，有配偶或同居者對社區照顧理念的同意程度要顯著高於喪偶者，尤其是服務使用後強化了「公民權」、「充權」及「整體理念」的差距（見表 4-3-2）。

就年齡而言，年齡不同在服務使用前的「公民權」（ $F=3.123$ ， $p<.05$ ）、「充權」（ $F=5.113$ ， $p<.01$ ）及「整體理念」（ $F=2.663$ ， $p<.05$ ）等同意程度之變異情形，皆達到統計上之顯著水準。經事後比較分析之結果顯示，65-74 歲者對「充權」的同意程度顯著高於 75-84 歲者。而婚姻狀況不同在服務使用前的「公民權」及「整體理念」之變異情形達到統計上之顯著水準，惟事後比較無顯著差異。

就身體狀況而言，身體狀況不同在使用服務前的「公民權」（ $F=7.748$ ， $p<.001$ ）、「充權」（ $F=10.264$ ， $p<.001$ ）、「優勢觀點」（ $F=9.723$ ， $p<.001$ ）、「生活正常化」（ $F=12.236$ ， $p<.001$ ）及「整體理念」（ $F=16.052$ ， $p<.001$ ）等同意程度之變異情形，皆達到統計上之顯著水準。經事後比較分析之結果顯示，身體健康，生活自理能力佳者在「公民權」、「充權」、「優勢觀點」、「生活正常化」及「整體理念」的滿意度，皆顯著高於身體不佳，但尚不至影響日常生活者，其在「充權」、「優勢觀點」及「整體理念」的滿意度亦顯著高於身體不佳，生活需仰賴他人協助者。身體狀況不同在使用服務後的「公民權」（ $F=8.811$ ， $p<.001$ ）、「充權」（ $F=12.956$ ， $p<.001$ ）、「優勢觀點」（ $F=10.059$ ， $p<.001$ ）、「生活正常化」（ $F=13.625$ ， $p<.001$ ）及「整體理念」（ $F=15.028$ ， $p<.001$ ）等同意程度之變異情形，皆達到統計上之顯著水準。經事後比較分析之結果顯示，身體健康，生活自理能力佳者在「公民權」、「充權」、「優勢觀點」、「生活正常化」及「整體理念」的滿意度，皆顯著高於身體不佳，但尚不至影響日常生活者。整體而言，身體狀況愈佳者對社區照顧各面向及整體理念的同意程度，普遍顯著優於身體健康狀況較不佳者（見表 4-3-2）。

表 4-3-2 受訪者宗教、婚姻、年齡及身體狀況對社區照顧理念同意程度之影響情形

變項		服務使用前					服務使用後				
		公民權	充權	優勢觀點	生活正常化	整體理念	公民權	充權	優勢觀點	生活正常化	整體理念
宗教信仰	佛教	90.61	84.82	91.05	95.85	361.95	90.79	87.73	92.48	96.70	367.70
	道教	86.00	83.26	90.43	93.91	353.61	85.78	85.52	90.87	94.70	356.87
	傳統信仰	88.23	83.74	90.36	93.10	356.01	87.95	85.38	92.25	94.86	360.17
	基督宗教	85.91	83.73	87.77	92.50	349.91	85.55	85.45	89.05	91.38	350.90
	無宗教信仰	84.22	82.78	86.89	89.67	343.56	84.33	83.56	88.56	91.00	347.44
	總和	88.20	83.93	90.13	93.70	356.13	88.06	85.95	91.67	94.82	360.35
	F 值	1.795	.144	.791	1.556	1.071	1.755	.519	.899	2.107	1.487
婚姻狀況	有配偶或同居	89.62	85.81	91.25	94.31	360.71	90.05	89.11	93.03	95.24	366.99
	離婚或分居	91.00	83.00	96.33	105.00	375.33	88.33	84.33	96.67	106.00	395.00
	喪偶	86.71	82.10	88.91	92.87	351.23	86.12	82.88	90.25	94.21	353.35
	總和	88.18	83.92	90.15	93.74	356.16	88.05	85.92	91.69	94.82	360.34
	F 值	2.436	3.009	2.387	<b>3.299*</b> PH未顯著	2.918	<b>3.561*</b> G1>G3	<b>8.431**</b> G1>G3	2.697	2.217	<b>5.507**</b> G1>G3
年齡	65歲以下	90.63	86.05	90.95	94.00	361.63	92.37	91.95	94.05	96.61	372.83
	65-74 歲	90.37	86.77	91.20	93.55	362.49	90.78	88.52	92.68	95.38	367.84
	75-84 歲	86.32	80.67	88.72	93.78	349.49	84.94	82.21	90.21	94.23	351.14
	85 歲以上	86.20	85.45	91.35	93.90	356.90	87.75	86.75	91.75	93.55	359.80
	總和	88.29	83.99	90.14	93.72	356.31	88.16	86.00	91.67	94.83	360.51
	F 值	<b>3.123*</b> PH未顯著	<b>5.113**</b> G2>G3	1.243	.02	<b>2.663*</b> PH未顯著	<b>5.577**</b> G2>G3	<b>7.003**</b> G3>G1,G2	1.441	.699	<b>4.595**</b> G2>G3
身體狀況	身體健康，生活自理能力佳	90.40	86.62	92.29	96.04	365.79	90.63	89.02	93.91	97.14	370.41
	身體不佳，但尚不至影響日常生活	85.00	80.32	87.24	90.36	342.91	84.29	81.63	88.49	91.12	345.85
	身體不佳，生活需仰賴他人協助	85.67	77.33	84.22	89.56	336.78	86.44	79.22	86.33	93.89	345.89
	總和	88.26	83.95	90.12	93.72	356.22	88.17	85.96	91.65	94.83	360.45
	F 值	<b>7.748**</b> G1>G2	<b>10.264**</b> G1>G2,G3	<b>9.723**</b> G1>G2,G3	<b>12.236**</b> G1>G2	<b>16.052**</b> G1>G2,G3	<b>8.811**</b> G1>G2	<b>12.956**</b> G1>G2	<b>10.059**</b> G1>G2	<b>13.625**</b> G1>G2	<b>15.028**</b> G1>G2

註 1：\* p<.05 \*\* p<.01 \*\*\* p<.001

註 2：傳統宗教包含一貫道及民間信仰；基督宗教包含基督教及天主教。

## 二、家庭、居住型態及經濟狀況之社區照顧理念之差異/變異分析

### (一) 家庭型態、居住型態與住宅所屬之社區照顧理念差異/變異分析

就家庭型態而言，家庭型態不同在服務使用前的「充權」(F=3.086, p<.01)、「優勢觀點」(F=3.926, p<.01)及「整體理念」(F=2.84, p<.05)達到統計上之顯著水準。經事後比較分析之結果顯示，祖孫家庭在「優勢觀點」的同意程度顯著

低於夫婦家庭、核心家庭及三代同堂者。而「充權」及「整體理念」經事後比較無顯著差異。在服務使用後，家庭型態不同在「充權」(F=2.481, p<.05)及「優勢觀點」(F=2.73, p<.05)的同意程度達顯著差異，惟事後比較未達顯著(見表 4-3-3)。

就居住型態而言，居住型態不同在服務使用前的「公民權」(F=2.442, p<.05)同意程度達到統計上之顯著水準，而服務使用後的「公民權」(F=2.496, p<.05)、「充權」(F=3.358, p<.01)及「整體理念」(F=2.956, p<.05)等同意程度，皆達到統計上之顯著水準。經事後比較分析之結果顯示，皆未呈現顯著的個別差異(見表 4-3-3)。

就住宅所屬而言，住宅所屬不同在服務使用前「公民權」、「充權」、「優勢觀點」、「生活正常化」及「整體理念」等同意程度，皆未達到統計上的顯著差異。在服務使用後的「充權」(F=2.45, p<.05)的同意程度達顯著差異，惟事後比較未達顯著(見表 4-3-3)。

表 4-3-3 受訪者家庭型態、居住型態及住宅所屬對社區照顧理念同意程度之變異情形

變項		服務使用前					服務使用後				
		公民權	充權	優勢觀點	生活正常化	整體理念	公民權	充權	優勢觀點	生活正常化	整體理念
家庭型態	單人家庭	87.62	81.26	88.95	92.38	350.21	86.87	83.85	90.23	94.24	354.92
	夫婦家庭	91.23	86.79	91.34	93.56	362.79	90.97	89.95	92.87	96.32	370.08
	單親家庭	83.67	77.50	85.67	93.50	340.33	81.67	79.67	86.50	91.40	342.80
	核心家庭	88.39	82.82	90.04	95.51	356.76	87.76	86.04	91.57	96.84	362.20
	祖孫家庭	83.67	76.22	78.89	87.78	326.56	84.44	78.44	82.78	89.22	334.89
	三代同堂	87.74	86.18	91.77	93.79	360.22	88.55	86.36	93.14	93.78	361.84
	總和	88.22	83.92	90.04	93.62	355.97	88.12	85.96	91.56	94.79	360.50
	F值	1.41	<b>3.086*</b> PH未顯著	<b>3.926**</b> CS<G2GAG6	1.449	<b>2.84*</b> PH未顯著	1.299	<b>2.481*</b> PH未顯著	<b>2.73*</b> PH未顯著	2.097	2.227
居住型態	與配偶和子女同住	89.85	84.64	91.36	95.24	360.50	90.87	88.62	93.85	96.63	368.97
	僅與配偶同住	91.31	86.07	90.80	93.31	361.34	90.93	89.36	92.98	95.41	368.60
	僅與子女同住	86.07	84.00	89.82	93.72	354.52	86.38	84.79	91.18	94.16	356.95
	僅與親友同住	80.50	74.00	78.50	85.50	318.50	81.00	74.00	81.00	86.00	322.00
	獨居	88.98	83.36	90.53	93.11	355.98	87.89	84.94	91.15	94.83	358.65
	其他	83.29	74.86	83.71	94.43	336.29	80.00	74.86	83.57	91.43	329.86
	總和	88.29	83.99	90.14	93.72	356.31	88.16	86.00	91.67	94.83	360.51
	F值	<b>2.442*</b> PH未顯著	1.674	1.549	.652	1.538	<b>2.496*</b> PH未顯著	<b>3.358**</b> PH未顯著	2.237	1.176	<b>2.956*</b> PH未顯著
住宅	自有	88.54	84.19	90.10	93.71	356.36	88.55	86.49	91.69	94.91	361.73
	不住一起的親屬所擁有	87.00	79.57	89.57	94.43	350.57	87.86	83.57	92.57	100.14	364.14

表 4-3-3 受訪者家庭型態、居住型態及住宅所屬對社區照顧理念同意程度之變異情形

變項		服務使用前					服務使用後				
		公民權	充權	優勢觀點	生活正常化	整體理念	公民權	充權	優勢觀點	生活正常化	整體理念
所屬	租押	80.86	78.17	86.14	91.29	346.00	79.00	73.71	87.14	89.57	329.43
	配住	86.33	85.00	94.33	91.00	356.67	79.00	81.33	91.00	88.00	339.33
	借用	93.00	88.50	95.50	98.00	375.00	93.00	89.50	93.00	98.00	373.50
	總和	88.25	83.92	90.06	93.66	356.05	88.12	85.92	91.57	94.83	360.51
	F 值	1.177	.805	.658	.335	.386	1.986	<b>2.45*</b> PH未顯著	.428	2.02	1.982

註：\* p<.05 \*\* p<.01 \*\*\* p<.001

## (二) 家庭經濟狀況之社區照顧理念差異/變異分析

就主要經濟來源而言，主要經濟來源不同在服務使用前的「充權」(F=3.557, p<.01) 同意程度，達到統計上之顯著水準；經事後比較分析結果顯示，並無顯著的個別差異。主要經濟來源不同在服務使用後的「充權」(F=3.545, p<.05) 同意程度，亦達到統計上之顯著水準；經事後比較分析結果顯示，亦無顯著的個別差異。另外，就家庭平均月所得而言，家庭平均月所得在服務使用前、後的「公民權」、「充權」、「優勢觀點」、「生活正常化」及「整體理念」等同意程度，皆未達到統計上的顯著差異（見表 4-3-4）。

表 4-3-4 受訪者主要經濟來源及家庭平均月所得對社區照顧理念同意程度之變異情形

變項		服務使用前					服務使用後				
		公民權	充權	優勢觀點	生活正常化	整體理念	公民權	充權	優勢觀點	生活正常化	整體理念
主要經濟來源	自己工作或營業收入	90.16	90.16	90.63	93.00	363.00	91.58	92.32	91.58	95.32	370.79
	配偶或同居人提供	88.00	88.14	93.00	95.43	364.57	90.57	92.43	94.71	94.86	372.57
	自己儲蓄、利息、租金或投資所得	89.36	88.82	91.18	93.73	363.09	91.09	88.18	93.45	94.82	367.55
	自己退休金、撫恤金或保險給付	90.72	85.65	91.37	94.37	362.10	89.47	88.05	92.33	96.07	365.77
	子女奉養(含媳婦、女婿)	86.24	81.13	88.69	93.05	349.65	86.30	83.39	90.51	93.98	353.96
	來自政府救助或津貼	89.44	83.81	92.13	95.69	361.06	88.44	82.81	93.06	94.31	358.63
	總和	88.35	84.11	90.18	93.75	356.55	88.25	86.05	91.62	94.80	360.56
	F 值	1.74	<b>3.557**</b> PH未顯著	.995	.405	1.666	1.379	<b>3.545**</b> PH未顯著	.63	.469	1.667
家庭平	未滿2萬元	88.37	82.67	88.78	92.87	352.68	88.05	84.75	90.02	94.23	356.16
	2萬元至未滿4萬元	87.70	83.55	89.84	93.07	353.57	88.09	86.55	91.19	95.03	361.31

表 4-3-4 受訪者主要經濟來源及家庭平均月所得對社區照顧理念同意程度之變異情形

變項		服務使用前					服務使用後				
		公民權	充權	優勢觀點	生活正常化	整體理念	公民權	充權	優勢觀點	生活正常化	整體理念
均月所得	4 萬元至未滿 6 萬元	90.36	85.27	90.82	95.67	363.84	90.29	87.82	93.62	96.79	368.58
	6 萬元以上者	86.90	86.52	92.58	94.39	360.39	85.10	85.35	93.35	93.39	357.19
	總和	88.36	84.09	90.14	93.77	356.53	88.11	86.10	91.68	94.91	360.65
	F 值	.91	1.07	1.27	1.116	1.436	1.395	.713	1.658	1.222	1.276

註：\* p<.05 \*\* p<.01 \*\*\* p<.001

### 三、 居住社區及服務使用情形之社區照顧理念差異/變異分析

#### (一) 居住社區之社區照顧理念差異/變異分析

就社區地理區位而言，社區地理區位不同在服務使用前的「公民權」(F=7.013, p<.001)、「充權」(F=3.729, p<.05)、「優勢觀點」(F=4.284, p<.05)、「生活正常化」(F=4.683, p<.01)及「整體理念」(F=6.345, p<.01)等同意程度，皆達到統計上的顯著差異。經事後比較分析結果顯示，住在鄉村及山地型社區者在「公民權」、「充權」、「優勢觀點」、「生活正常化」及「整體理念」等同意程度皆顯著低於住在都市型者、在「公民權」的同意程度亦顯著低於住在市鄉混合型者。而社區地理區位在服務使用後的「公民權」(F=8.928, p<.001)、「充權」(F=10.37, p<.001)、「優勢觀點」(F=5.654, p<.01)、「生活正常化」(F=6.252, p<.01)及「整體理念」(F=9.823, p<.001)等同意程度，亦皆達到統計上的顯著差異。經事後比較分析之結果顯示，住在鄉村及山地型社區者在「公民權」、「充權」、「優勢觀點」、「生活正常化」及「整體理念」等同意程度皆顯著低於住在都市型者、在「公民權」、「充權」、「生活正常化」及「整體理念」的同意程度亦顯著低於住在市鄉混合型者。整體而言，有配偶或同居者對社區照顧理念的同意程度要顯著高於喪偶者，尤其是服務使用後強化了「充權」及「整體理念」的差距（見表 4-3-5）。

就居住時間而言，居住時間不同在服務使用前、後的社區照顧理念之差異皆未達統計上的顯著差異。就接受服務時間而言，接受服務時間不同在在服務使用前的「公民權」(F=2.537, p<.05)、「充權」(F=2.659, p<.05)及「整體理念」(F=2.663, p<.05)等同意程度之差異，達到統計上的顯著差異，而其接受服務後的「充權」(F=2.823, p<.05)及「整體理念」(F=2.509, p<.05)等同意程度之差異，亦達到統計上的顯著差異，但經事後比較分析之結果顯示，皆無顯著的個別差異（見表 4-3-5）。

就每週接受服務時數而言，接受服務時數不同在服務使用前的「公民權」(F=3.255, p<.05)及「生活正常化」(F=6.328, p<.01)同意程度之變異情形，達到統計上之顯著水準，經事後比較分析之結果顯示，服務使用時數 0-6 小時者在

「公民權」顯著高於 13 小時以上者、而 7-12 小時者在「生活正常化」顯著高於 0-6 小時及 13 小時以上者。而在服務使用後，接受服務時數不同在「公民權」(F=3.775, p<.05) 及「生活正常化」(F=10.822, p<.001) 同意程度之變異情形，達到統計上之顯著水準。經事後比較分析之結果顯示，服務使用時數 0-6 小時者在「公民權」及「生活正常化」顯著高於 13 小時以上者、而 7-12 小時者在「生活正常化」顯著高於 0-6 小時及 13 小時以上者（見表 4-3-5）。

表 4-3-5 受訪者社區區位、居住時間、接受及使用服務間對社區照顧理念之差異/變異情形

變項		服務使用前					服務使用後				
		公民權	充權	優勢觀點	生活正常化	整體理念	公民權	充權	優勢觀點	生活正常化	整體理念
社區地理區位	鄉村及山地型	86.02	82.14	88.55	92.42	349.68	85.42	83.00	89.87	93.10	351.87
	都市型	90.96	86.77	92.46	96.79	366.98	90.90	90.69	94.79	97.20	373.00
	市鄉混合型	91.00	85.15	91.95	93.72	361.11	92.10	88.20	93.08	97.03	370.40
	總和	88.17	83.85	90.14	93.73	356.06	88.04	85.87	91.68	94.83	360.51
	F 值	7.013*** G1<G2,G3	3.729* G1<G2	4.284* G1<G2	4.683** G1<G2	6.345** G1<G2	8.928*** G1<G2,G3	10.37*** G1<G2,G3	5.654** G1<G2	6.252** G1<G2,G3	9.823*** G1<G2,G3
居住時間	世居	87.72	83.85	90.06	93.34	355.64	87.06	85.75	91.38	95.55	360.80
	遷入	88.56	84.06	90.18	93.90	356.62	88.67	86.11	91.81	94.49	360.38
	t 值	-.571	-.125	-.089	-.392	-.208	-1.006	-.215	-.305	.856	.084
接受服務時間	6個月以下	85.91	78.73	87.64	90.27	342.55	84.27	79.18	86.45	92.09	342.00
	7-12個月	87.85	85.69	92.46	94.31	360.31	86.85	84.15	91.31	94.62	356.92
	13-18個月	80.67	83.67	88.20	94.67	343.60	85.83	85.33	89.50	95.33	356.00
	19-24個月	84.22	78.35	87.17	91.04	340.78	84.50	81.04	88.61	90.70	345.91
	25個月以上	89.36	85.04	90.61	94.26	359.60	89.13	87.35	92.58	95.63	364.35
	總和	88.29	83.99	90.14	93.72	356.31	88.16	86.00	91.67	94.83	360.51
	F 值	2.537* PH未顯著	2.659* PH未顯著	1.165	1.158	2.663* PH未顯著	1.429	2.823* PH未顯著	1.924	2.121	2.509* PH未顯著
服務使用時間	0-6 小時	89.38	83.62	89.56	92.98	355.84	89.85	85.71	91.08	94.53	361.04
	7-12 小時	87.98	84.79	91.83	96.54	361.14	86.24	87.21	93.59	97.82	364.74
	13 小時以上	84.17	83.83	88.38	90.21	346.59	84.93	84.38	89.34	89.36	347.57
	總和	88.24	84.00	90.08	93.67	356.16	88.08	85.98	91.60	94.80	360.30
	F 值	3.255* G1>G3	.236	1.812	6.328** G2>G1,G3	2.131	3.775* G1>G3	.676	2.411	10.822*** G2>G1,G3 G3<G1	2.578

註：\* p<.05 \*\* p<.01 \*\*\* p<.001

## 第四節 社區關懷據點服務對社區照顧理念的影響

本節將採取 Z 檢定方法，分析社區關懷據點服務使用前、後，服務使用者在社區照顧理念的變化情形，社區照顧理念包括：(1) 公民權：含權利和責任；(2) 充權：含心理充權、社會充權和政治充權；(3) 優勢觀點：含自我認知、復原力和社區資源；(4) 生活正常化：含生理福祉、心理福祉、社會福祉和靈性福祉。

### 一、社區關懷據點服務對「公民權」的影響

公民權主要區分為兩個次面向：權利（11 個子題）和責任（12 個子題），底下將分別說明使用者在參與社區關懷據點服務後在各個子題上的變化情形。

#### （一）公民權-權利

社區關懷據點服務使用前後，服務使用者在「公民權-權利」理念的變化上，表 4-4-1 顯示，在 11 個子變項中，多數子變項出現顯著的變化，其中有 5 項朝正向改變，包括：「我可以獲得適當的健康照顧」（ $Z=6.698^{***}$ ）、我可以獲得適當的生活照顧」（ $Z=5.076^{***}$ ）、「我可以自由地表達自己的想法」（ $Z=2.751^{**}$ ）、「我有學習新事務的機會/管道」（ $Z=8.401^{***}$ ）、「我可以享有個人的隱私權」（ $Z=2.309^*$ ）。這些現象顯出社區關懷據點對「公民權-權利」理念的實踐有一定程度的助益。

表4-4-1 社區關懷據點服務使用前後「公民權 – 權利」的變化情形 (N=213)

	個數	等級平均數	等級總和	Z檢定	p值
我的所得可以維持基本生活所需	負等級	19	19.11	-1.533	.125
	正等級	14	14.14		
	等值結	180			
我可以獲得適當的健康照顧	負等級	6	26.50	6.698	.000
	正等級	64	36.34		
	等值結	143	2326.00		
我可以獲得適當的生活照顧	負等級	7	31.50	5.076	.000
	正等級	50	28.65		
	等值結	156	1432.50		
我可以自在地居住在自己的家裡	負等級	4	9.25	1.004	.315
	正等級	10	6.80		
	等值結	199	68.00		
我可以自在地參與社區的活動（如：宗教活動、傳統習俗）	負等級	14	18.61	1.424	.154
	正等級	23	19.24		
	等值結	176	442.50		
我可以自由地表達自	負等級	4	11.63	2.751	.006

表4-4-1 社區關懷據點服務使用前後「公民權 - 權利」的變化情形 (N=213)

		個數	等級平均數	等級總和	Z檢定	p值
己的想法	正等級	18	11.47	206.50		
	等值結	191				
我可以選擇自己想要的生活方式	負等級	23	24.48	563.00	-1.131	.258
	正等級	20	19.15	383.00		
	等值結	170				
我有學習新事務的機會/管道	負等級	8	53.50	428.00	8.401	.000
	正等級	109	59.40	6475.00		
	等值結	96				
我可以過著安全的生活(免於剝削和身體或精神的虐待)	負等級	6	8.42	50.50	1.597	.110
	正等級	12	10.04	120.50		
	等值結	195				
我可以享有個人的隱私權	負等級	1	4.50	4.50	2.309	.021
	正等級	8	5.06	40.50		
	等值結	204				
我能夠獲得他人/社會公平的對待	負等級	5	10.30	51.50	.911	.363
	正等級	11	7.68	84.50		
	等值結	197				

註 1 負等級：服務使用後的同意程度 < 服務使用前的同意程度；正等級：服務使用後的同意程度 > 服務使用前的同意程度；等值結：服務使用後的同意程度 = 服務使用前的同意程度。

註 2 \*p<.05；\*\*p<.01；\*\*\*p<.001。

## (二) 公民權-責任

社區關懷據點服務使用前後，服務使用者在「公民權-責任」理念的變化上，表 4-4-2 顯示，在 12 個子變項中，多數子變項出現顯著的變化，其中有 8 項朝負向改變，包括：我「可以照顧好自己的身心健康」(Z=-2.095\*)、「我有責任維持個人經濟上的自立自主」(Z=-4.469\*\*\*)、「我可以維持個人經濟上的自立自主」(Z=-4.713\*\*\*)、「我有責任維持家庭的經濟收入」(Z=-5.789\*\*\*)、「我對家庭的經濟是有貢獻的」(Z=-5.785\*\*\*)、「我有責任讓家庭生活變得更好」(Z=-4.896\*\*\*)、「我對家庭生活是有貢獻的」(Z=-4.406\*\*\*)。另有 2 項呈正向發展，包括：「我對社區是有貢獻的」(Z=2.848\*\*)以及「我對社會是有貢獻的」(Z=2.488\*)。這些變化現象彰顯出，社區關懷據點對「公民權-責任」理念的實踐多數朝「負向」發展，這或許反映出服務使用者對自己在健康和經濟功能退化的無力感，且衍生出對家庭之貢獻的無奈，但其對社區及社會貢獻，亦相當呈現顯示社區關懷據點對社區及社會的參與有一定程度的實踐。

表4-4-2 社區關懷據點服務使用前後「公民權 - 責任」的變化情形 (N=213)

		個數	等級平均數	等級總和	Z檢定	p值
我有責任維持自己的身心健康	負等級	5	9.30	46.50	1.156	.248
	正等級	11	8.14	89.50		

表4-4-2 社區關懷據點服務使用前後「公民權 - 責任」的變化情形 (N=213)

	個數	等級平均數	等級總和	Z檢定	p值
等值結	197				
我可以照顧好自己的身心健康	負等級 22 正等級 18 等值結 172	25.41 14.50	559.00 261.00	-2.095	.036
我有責任維持個人經濟上的自立自主	負等級 31 正等級 8 等值結 174	22.81 9.13	707.00 73.00	-4.469	.000
我可以維持個人經濟上的自立自主	負等級 34 正等級 5 等值結 174	21.28 11.30	723.50 56.50	-4.713	.000
我有責任維持家庭的經濟收入	負等級 51 正等級 7 等值結 155	31.20 17.14	1591.00 120.00	-5.789	.000
我對家庭的經濟是有貢獻的	負等級 49 正等級 5 等值結 159	28.63 16.40	1403.00 82.00	-5.785	.000
我有責任讓家庭生活變得更好	負等級 36 正等級 5 等值結 172	22.11 13.00	796.00 65.00	-4.896	.000
我對家庭生活是有貢獻的	負等級 44 正等級 10 等值結 159	28.11 24.80	1237.00 248.00	-4.406	.000
我有責任讓社區變得更好	負等級 11 正等級 17 等值結 185	15.05 14.15	165.50 240.50	.926	.354
我對社區是有貢獻的	負等級 10 正等級 30 等值結 173	20.85 20.38	208.50 611.50	2.848	.004
我有責任讓社會變得更美好	負等級 8 正等級 14 等值結 191	12.81 10.75	102.50 150.50	.845	.398
我對社會是有貢獻的	負等級 5 正等級 15 等值結 193	8.50 11.17	42.50 167.50	2.488	.013

註 1 負等級：服務使用後的同意程度 < 服務使用前的同意程度；正等級：服務使用後的同意程度 > 服務使用前的同意程度；等值結：服務使用後的同意程度 = 服務使用前的同意程度。

註 2 \*p<.05；\*\*p<.01；\*\*\*p<.001。

## 二、社區關懷據點服務對「充權」的影響

充權主要區分為三個次面向：心理充權（8 個子題）、社會充權（8 個子題）及政治充權（8 個子題），底下將分別說明使用者在參與社區關懷據點服務後在

各個子題上的變化情形。

### (一) 充權-心理充權

在社區關懷據點服務使用前、後服務使用者在「充權-心理充權」理念的變化上，表 4-4-3 顯示，在 8 個子變項中有 3 項在服務使用前、後出現顯著的變化，且皆朝正向發展，包括：「我能夠適應目前的生活環境」（ $Z=2.808^{**}$ ）、「我無法對抗年邁/身體缺陷帶來的衝擊」（ $Z=3.331^{**}$ ）以及「我有勇氣面對生活中困難的事情」（ $Z=2.576^*$ ）。這些現象彰顯出，社區關懷據點對「心理充權」的實踐，是有正面的助益，但也可以看見「社區關懷據點」服務使用者對自己身體退化的無力。

表 4-4-3 社區關懷據點服務使用前後「充權-心理充權」的變化情形

		個數	等級平均數	等級總和	Z檢定	p值
我相信自己有改變生活的能力	負等級	17	36.82	626.00	1.270	.204
	正等級	38	24.05	914.00		
	等值結	158				
我能夠適應目前的生活環境	負等級	3	17.33	52.00	2.808	.005
	正等級	20	11.20	224.00		
	等值結	190				
我無法對抗年邁/身體缺陷帶來的衝擊（負向題）	負等級	16	27.47	439.50	3.331	.001
	正等級	42	30.27	1271.50		
	等值結	155				
日常生活中，我能夠發揮自己的所長	負等級	21	28.55	599.50	-1.253	.210
	正等級	23	16.98	390.50		
	等值結	169				
我有勇氣面對生活中困難的事情	負等級	4	14.25	57.00	2.576	.010
	正等級	19	11.53	219.00		
	等值結	190				
我可以掌控/主導自己的生活	負等級	11	15.14	166.50	-.111	.912
	正等級	14	11.32	158.50		
	等值結	188				
我覺得我是個沒有用的人（負向題）	負等級	19	14.95	284.00	3.357	.001
	正等級	30	31.37	941.00		
	等值結	164				
我可以採取必要的行動來改善自己的生活	負等級	15	20.73	311.00	-.238	.812
	正等級	19	14.95	284.00		
	等值結	179				

註 1 負等級：服務使用後的同意程度 < 服務使用前的同意程度；正等級：服務使用後的同意程度 > 服務使用前的同意程度；等值結：服務使用後的同意程度 = 服務使用前的同意程度。

註 2 \* $p<.05$ ；\*\* $p<.01$ ；\*\*\* $p<.001$ 。

## (二) 充權-社會充權

社區關懷據點服務使用前後，服務使用者在「充權-社會充權」理念的變化上，表 4-4-4 顯示，在 8 個子變項中，有 7 項在服務使用前後出現顯著的變化，且皆朝正向發展，包括：「我有權參與自己社區的各項活動」(Z=2.942<sup>\*\*</sup>)、「與他人意見不同時，我能夠做有效的溝通和協調」(Z=3.379<sup>\*\*</sup>)、「跟他人互動時，我覺得他人能瞭解我的想法/處境」(Z=2.368<sup>\*</sup>)、「我能夠獲得所想要的資訊，以增進選擇的機會」(Z=6.318<sup>\*\*\*</sup>)、「我可以和他人分享生活的狀況，並彼此相互支持」(Z=7.002<sup>\*\*\*</sup>)、「當我需要協助時，能夠主動向他人提出」(Z=5.064<sup>\*\*\*</sup>)以及「在社區生活中，我有機會表現自己的優勢/專長」(Z=3.444<sup>\*\*</sup>)。這些現象顯出社區關懷據點對「充權-社會充權」理念的實踐有一定程度的助益，亦即，能夠增進或強化服務使用者的社會生活能力。

表 4-4-4 社區關懷據點服務使用前後「充權-社會充權」的變化情形 (N=213)

	個數	等級平均數	等級總和	Z檢定	p值
我有權參與自己社區的各項活動	負等級	8	17.69	2.942	.003
	正等級	27	18.09		
	等值結	177	488.50		
與他人意見不同時，我能夠做有效的溝通和協調	負等級	2	16.00	3.379	.001
	正等級	20	11.05		
	等值結	191	221.00		
跟他人互動時，我覺得他人能瞭解我的想法/處境	負等級	3	15.17	2.368	.018
	正等級	17	9.68		
	等值結	193	164.50		
我能夠獲得所想要的資訊，以增進選擇的機會	負等級	2	38.50	6.318	.000
	正等級	57	29.70		
	等值結	154	1693.00		
我可以和他人分享生活的狀況，並彼此相互支持	負等級	1	57.00	7.002	.000
	正等級	63	32.11		
	等值結	149	2023.00		
當我需要協助時，能夠主動向他人提出	負等級	4	29.75	5.064	.000
	正等級	44	24.02		
	等值結	165	1057.00		
在社區生活中，我有機會表現自己的優勢/專長	負等級	12	25.17	3.444	.001
	正等級	39	26.26		
	等值結	162	1024.00		
在社區生活中，我可以維護自己的利益	負等級	4	5.00	1.854	.064
	正等級	9	7.89		
	等值結	200	71.00		

註 1 負等級：服務使用後的同意程度 < 服務使用前的同意程度；正等級：服務使用後的同意程度 > 服務使用前的同意程度；等值結：服務使用後的同意程度 = 服務使用前的同意程度。

註 2 \* p<.05；\*\* p<.01；\*\*\* p<.001。

### (三) 充權-政治充權

社區關懷據點服務使用前後，服務使用者在「充權 – 政治充權」理念的變化上，表 4-4-5 顯示，在 8 個子變項中，有 4 項在服務使用前後出現顯著的變化，且皆朝正向發展，包括：「我會想要改變社區的環境」(Z=2.230<sup>\*</sup>)、「我相信透過參加集體行動，可以改善社區的問題」(Z=4.987<sup>\*\*\*</sup>)、「我有適當的管道表達對社區事務的關心」(Z=5.457<sup>\*\*\*</sup>)以及「我曾參與討論社區重要的事務」(Z=4.411<sup>\*\*</sup>)。這些現象顯出社區關懷據點對「充權-政治充權」理念的實踐有一定程度的助益，亦即，能夠增進或強化服務使用者的政治能力。

表 4-4-5 社區關懷據點服務使用前後「充權 – 政治充權」的變化情形 (N=213)

	個數	等級平均數	等級總和	Z檢定	p值
我會想要改變社區的環境	負等級	8	24.75	2.230	.026
	正等級	28	16.71		
	等值結	177	468.00		
我相信透過參加集體行動，可以改善社區的問題	負等級	3	22.83	4.987	.000
	正等級	38	20.86		
	等值結	172	792.50		
我有適當的管道表達對社區事務的關心	負等級	3	13.50	5.457	.000
	正等級	41	23.16		
	等值結	169	949.50		
我曾參與討論社區重要的事務	負等級	7	15.50	4.411	.000
	正等級	35	22.70		
	等值結	171	794.50		
我會想要改變社會環境	負等級	8	13.75	1.196	.232
	正等級	16	11.88		
	等值結	189	190.00		
我有適當的管道表達對社會事務的關心	負等級	7	15.00	1.859	.063
	正等級	19	12.95		
	等值結	187	246.00		
我願意為社會不公不義的事情挺身而出	負等級	14	15.18	-1.363	.173
	正等級	11	10.23		
	等值結	188	112.50		
我曾為社會不公不義的事情挺身而出	負等級	14	19.36	-.805	.421
	正等級	16	12.13		
	等值結	183	194.00		

註 1 負等級：服務使用後的同意程度 < 服務使用前的同意程度；正等級：服務使用後的同意程度 > 服務使用前的同意程度；等值結：服務使用後的同意程度 = 服務使用前的同意程度。

註 2 \* p<.05；\*\* p<.01；\*\*\* p<.001。

### 三、 社區關懷據點服務對「優勢觀點」的影響

優勢觀點主要區分為三個次面向：自我認知(8 個子題)、復原力(8 個子題)及社區資源(8 個子題)，底下將分別說明使用者在參與社區關懷據點服務後在各個子題上的變化情形。

#### (一) 優勢-自我認知

社區關懷據點服務使用前後，服務使用者在「優勢-自我認知」理念的變化上，表 4-4-6 顯示，在 8 個子變項中，有 4 個子項出現顯著的變化，4 子變項皆朝正向發展，包括：「我喜歡自己現在這樣子」(Z=4.639<sup>\*\*\*</sup>)、「我覺得沒有能力對許多事情做決定」(Z=3.537<sup>\*\*\*</sup>)、「我覺得我只能維持現在這個樣子」(Z=3.370<sup>\*\*</sup>)、及「我過著快樂的日子/生活」(Z=6.644<sup>\*\*\*</sup>)。這些現象彰顯出，社區關懷據點對「優勢-自我認知」的實踐，是有正面的助益，但也可以看見「社區關懷據點」服務使用者對自己身體退化的無力。

表 4-4-6 社區關懷據點服務使用前、後在「優勢 - 自我認知」的變化情形 (N=213)

	個數	等級平均數	等級總和	Z檢定	p值
我喜歡自己現在這樣子	負等級	7	29.79	4.639	.000
	正等級	44	25.40		
	等值結	162	1117.50		
我可以為自己的行為負責	負等級	3	9.50	.882	.378
	正等級	9	5.50		
	等值結	201	28.50		
我覺得沒有能力對許多事情做決定 (負向題)	負等級	8	16.56	3.537	.000
	正等級	30	20.28		
	等值結	175	608.50		
我覺得我只能維持現在這個樣子 (負向題)	負等級	15	18.90	3.370	.001
	正等級	34	27.69		
	等值結	164	941.50		
我過著快樂的日子/生活	負等級	5	46.40	6.644	.000
	正等級	68	36.31		
	等值結	140	2469.00		
我認為自己有能力幫助別人	負等級	24	32.27	-1.662	.097
	正等級	25	18.02		
	等值結	164	450.50		
我會思考怎樣讓自己的生活變得更有意義	負等級	15	20.60	1.606	.108
	正等級	26	21.23		
	等值結	172	552.00		
我擔心未來的日子怎麼過 (負向題)	負等級	22	22.18	-.465	.642
	正等級	20	20.75		
	等值結	171	488.00		

註 1 負等級：服務使用後的同意程度 < 服務使用前的同意程度；正等級：服務使

用後的同意程度 > 服務使用前的同意程度；等值結：服務使用後的同意程度 = 服務使用前的同意程度。

註 2 \* $p < .05$ ；\*\* $p < .01$ ；\*\*\* $p < .001$ 。

## (二) 優勢-復原力

社區關懷據點服務使用前後，服務使用者「優勢觀點-復原力」理念的變化上，表 4-4-7 顯示，在 8 個子變項中，有 2 項在服務使用前後出現正向變化，包括：「儘管年邁/身體有缺陷，我仍想要對社區有所貢獻」(Z=3.180<sup>\*\*</sup>) 以及「儘管年邁/身體有缺陷，我仍樂於學習新的事務」(Z=6.827<sup>\*\*\*</sup>)。這現象突顯出社區關懷據點對「優勢-復原力」的實踐，是有正面的助益，服務使用者會希望自己有所貢獻。

表4-4-7 社區關懷據點服務使用前後「優勢-復原力」的變化情形 (N=213)

	個數	等級平均數	等級總和	Z檢定	p值
我會努力照顧好自己的生活起居	負等級	5	16.80	1.425	.154
	正等級	17	9.94		
	等值結	191			
我會想辦法克服身體功能退化/缺陷造成的不便	負等級	6	13.00	.727	.467
	正等級	13	8.62		
	等值結	194			
儘管年邁/身體有缺陷，我仍想要對家庭有所貢獻	負等級	7	13.93	-.105	.917
	正等級	12	7.71		
	等值結	194			
儘管年邁/身體有缺陷，我仍想要對社區有所貢獻	負等級	5	18.40	3.180	.001
	正等級	26	15.54		
	等值結	182			
儘管年邁/身體有缺陷，我仍樂於學習新的事務	負等級	5	46.30	6.827	.000
	正等級	74	39.57		
	等值結	134			
儘管年邁/身體有缺陷，我還是有夢想要實現的	負等級	14	24.04	1.502	.133
	正等級	28	20.23		
	等值結	171			
當別人用異樣眼光看我時，我會覺得無奈 (負向題)	負等級	9	9.56	-.466	.641
	正等級	8	8.38		
	等值結	195			
我會勇於面對挫折	負等級	8	14.56	1.297	.195
	正等級	17	12.26		
	等值結	187			

註 1 負等級：服務使用後的同意程度 < 服務使用前的同意程度；正等級：服務使用後的同意程度 > 服務使用前的同意程度；等值結：服務使用後的同意程度 = 服務使用前的同意程度。

註 2 \* $p < .05$ ；\*\* $p < .01$ ；\*\*\* $p < .001$ 。

### (三) 優勢-社區資源

社區關懷據點服務使用前後，服務使用者「優勢-社區資源」理念的變化上，表 4-4-8 顯示，在 8 個子變項中，有 5 個項目在服務使用前後出現顯著的變化，包括：「社區居民彼此相互信任」(Z=3.777<sup>\*\*\*</sup>)、「社區居民遵守社區的規範/風俗習慣」(Z=2.138<sup>\*</sup>)、「社區居民對社區有良好的向心力」(Z=3.128<sup>\*\*</sup>)、「社區能提供居民各種學習的機會或管道」(Z=4.818<sup>\*\*\*</sup>)以及「社區能提供弱勢者適切的服務」(Z=3.125<sup>\*\*</sup>)，且朝向較正向的感受。這顯示社區關懷據點的參與，有助於「優勢-社區資源」理念的實踐，亦即，可增進服務使用者對社區資源的認識。

表4-4-8 社區關懷據點服務使用前後「優勢-社區資源」的變化情形(N=213)

		個數	等級平均數	等級總和	Z檢定	p值
社區居民彼此相互信任	負等級	4	18.25	73.00	3.777	.000
	正等級	27	15.67	423.00		
	等值結	181				
社區居民遵守社區的規範/風俗習慣	負等級	2	5.50	11.00	2.138	.033
	正等級	9	6.11	55.00		
	等值結	202				
社區居民彼此來往密切	負等級	5	13.40	67.00	.865	.387
	正等級	13	8.00	104.00		
	等值結	195				
如果有人遭遇困難，社區居民會相互幫忙	負等級	5	15.00	75.00	1.209	.227
	正等級	15	9.00	135.00		
	等值結	193				
社區居民對社區有良好的向心力	負等級	4	12.00	48.00	3.128	.002
	正等級	19	12.00	228.00		
	等值結	190				
社區擁有良好的生活機能，如商店、醫院、市場...	負等級	4	6.00	24.00	1.291	.197
	正等級	8	6.75	54.00		
	等值結	201				
社區能提供居民各種學習的機會或管道	負等級	1	10.50	10.50	4.818	.000
	正等級	30	16.18	485.50		
	等值結	182				
社區能提供弱勢者適切的服務	負等級	3	13.17	39.50	3.125	.002
	正等級	20	11.83	236.50		
	等值結	190				

註 1 負等級：服務使用後的同意程度 < 服務使用前的同意程度；正等級：服務使用後的同意程度 > 服務使用前的同意程度；等值結：服務使用後的同意程度 = 服務使用前的同意程度。

註 2 \*p<.05；\*\*p<.01；\*\*\*p<.001。

#### 四、社區關懷據點服務對「生活正常化」的影響

生活正常化主要區分為四個次面向：生理福祉（6 個子題）、心理福祉（5 個子題）、社會福祉（5 個子題）及靈性福祉（8 個子題），底下將分別說明使用者在參與社區關懷據點服務後在各個子題上的變化情形。

##### （一）生活正常化-生理福祉

社區關懷據點服務使用前後，服務使用者「生活正常化-生理層次」理念的變化上，表 4-4-9 顯示，在 6 個子變項中，有 3 項在服務使用前後出現顯著的變化，其中僅有 1 項朝正向發展，該子題為「我可以維持正常飲食」（ $Z=4.369^*$ ）；另有 2 子題朝負向發展，包括：「我的性生活是正常的」（ $Z=-4.393^{***}$ ）及「我的身體是健康的」（ $Z=-3.216^{***}$ ）。這些變化顯示出社區關懷據點對「生活正常化-生理福祉」的實踐須視其性質而定，在維持基本的飲食上，有正向的助益，但在身體功能的維繫上的貢獻仍有限。

表4-4-9 社區關懷據點服務使用前後「生活正常化－生理福祉」的變化情形（N=213）

		個數	等級平均數	等級總和	Z檢定	p值
我可以維持正常飲食	負等級	1	11.00	11.00	4.396	.000
	正等級	24	13.08	314.00		
	等值結	188				
我有足以維持生活所需的衣物	負等級	2	3.00	6.00	1.000	.317
	正等級	4	3.75	15.00		
	等值結	207				
我有符合生活所需的住處	負等級	2	3.50	7.00	1.265	.206
	正等級	5	4.20	21.00		
	等值結	206				
我可以維持日常活動	負等級	2	6.00	12.00	2.324	.020
	正等級	10	6.60	66.00		
	等值結	199				
我的性生活是正常的	負等級	27	17.26	466.00	-4.393	.000
	正等級	4	7.50	30.00		
	等值結	182				
我的身體是健康的	負等級	39	33.13	1292.00	-3.216	.001
	正等級	20	23.90	478.00		
	等值結	153				

註 1 負等級：服務使用後的同意程度 < 服務使用前的同意程度；正等級：服務使用後的同意程度 > 服務使用前的同意程度；等值結：服務使用後的同意程度 = 服務使用前的同意程度。

註 2 \* $p < .05$ ；\*\* $p < .01$ ；\*\*\* $p < .001$ 。

## (二) 生活正常化-心理福祉

社區關懷據點服務使用前後，服務使用者「生活正常化-心理福祉」理念的變化上，表 4-4-10 顯示，在 5 個子變項中，有 4 個在服務使用前後出現顯著的變化，其中，2 個子變項朝正向發展，該子題為「我能夠獲得家人的關心」(Z=3.398<sup>\*\*</sup>) 及「我的生活是有目標的」(Z=3.164<sup>\*\*</sup>)；另外，2 個子變項朝負向發展，包括：「我常感覺焦慮不安/易於動怒」(Z=-2.401<sup>\*</sup>) 及「日常生活裡，我常覺得很多事情讓我擔心或恐懼」(Z=-2.144<sup>\*</sup>)。這些變化顯示出社區關懷據點有助於「生活正常化-心理福祉」的實踐。

表4-4-10 社區關懷據點服務使用前、後在「生活正常化-心理福祉」的變化情形

	個數	等級平均數	等級總和	Z檢定	p值	
我能夠獲得家人的關心	負等級	1	7.50	7.50	3.398	.001
	正等級	15	8.57	128.50		
	等值結	196				
我的生活是有目標的	負等級	11	30.95	340.50	3.164	.002
	正等級	40	24.64	985.50		
	等值結	162				
我常感覺焦慮不安/易於動怒(負向題)	負等級	20	15.33	306.50	-2.401	.016
	正等級	8	12.44	99.50		
	等值結	185				
日常生活裡，我常覺得心情低落/很鬱卒(負向題)	負等級	21	18.00	378.00	-1.788	.074
	正等級	12	15.25	183.00		
	等值結	180				
日常生活裡，我常覺得很多事情讓我擔心或恐懼(負向題)	負等級	25	21.62	540.50	-2.144	.032
	正等級	14	17.11	239.50		
	等值結	174				

註 1 負等級：服務使用後的同意程度<服務使用前的同意程度；正等級：服務使用後的同意程度>服務使用前的同意程度；等值結：服務使用後的同意程度=服務使用前的同意程度。

註 2 \*p<.05；\*\*p<.01；\*\*\*p<.001。

## (三) 生活正常化-社會福祉

社區關懷據點服務使用前後，服務使用者「生活正常化-社會福祉」理念的變化上，表 4-4-11 顯示，在 5 個子變項中，有 3 個在服務使用前後出現顯著的正向變化。包括：「我能夠接納我目前的處境」(Z=3.994<sup>\*\*\*</sup>)、「我能夠與鄰居和樂相處」(Z=4.025<sup>\*\*\*</sup>) 及「我能夠與朋友和樂相處」(Z=3.909<sup>\*\*\*</sup>)。這顯示社區關懷據點的參與，有助於「生活正常化-社會福祉」理念的實踐，亦即，可增進服務使用者在社會福祉的參與。

表4-4-11 社區關懷據點服務使用前後在「生活正常化－社會福祉」的變化情形 (N=213)

		個數	等級平均數	等級總和	Z檢定	p值
我能夠接納我目前的處境	負等級	4	19.50	78.00	3.994	.000
	正等級	29	16.66	483.00		
	等值結	180				
我能夠與鄰居和樂相處	負等級	0	.00	.00	4.025	.000
	正等級	17	9.00	153.00		
	等值結	196				
我能夠與朋友和樂相處	負等級	2	28.00	56.00	3.909	.000
	正等級	28	14.61	409.00		
	等值結	183				
我覺得他人對我是冷淡的 (負向題)	負等級	7	5.50	38.50	-1.144	.253
	正等級	3	5.50	16.50		
	等值結	202				
我覺得我遭受到他人的排斥 (負向題)	負等級	7	5.43	38.00	.080	.936
	正等級	5	8.00	40.00		
	等值結	200				

註 1 負等級：服務使用後的同意程度 < 服務使用前的同意程度；正等級：服務使用後的同意程度 > 服務使用前的同意程度；等值結：服務使用後的同意程度 = 服務使用前的同意程度。

註 2 \* p<.05；\*\* p<.01；\*\*\* p<.001。

#### (四) 生活正常化－靈性福祉

社區關懷據點服務使用前後，服務使用者在「生活正常化-靈性福祉」理念的變化上，表 4-4-12 顯示，在 8 個子變項中，有 6 項出現顯著的變化，且皆朝正向發展，包括：「我有機會與他人分享知識或技能」(Z=7.156<sup>\*\*</sup>)、「我能夠有從事符合自己興趣及能力之志願服務的機會」(Z=3.266<sup>\*\*</sup>)、「我能夠有發揮自己潛能的機會」(Z=7.130<sup>\*\*\*</sup>)、「我能夠有機會學習/挑戰新的事務」(Z=8.764<sup>\*\*\*</sup>)、「我能夠獲得他人的接納/賞識」(Z=6.301<sup>\*\*\*</sup>)及「我能夠過著有尊嚴的生活」(Z=3.441<sup>\*\*\*</sup>)。這些變化顯示社區關懷據點服務對「生活正常化-靈性福祉」理念的實踐，有一定程度的貢獻，亦即，對服務使用者精神生活層次的提昇有較顯著之正面助益。

表4-4-12 社區關懷據點服務使用前後在「生活正常化－靈性福祉」的變化情形 (N=213)

		個數	等級平均數	等級總和	Z檢定	p值
我有機會與他人分享知識或技能	負等級	2	33.50	67.00	7.156	.000
	正等級	70	36.59	2561.00		
	等值結	141				
我能夠有從事符合自己興趣及能力之志願服務的機會	負等級	15	43.27	649.00	3.266	.001
	正等級	53	32.02	1697.00		
	等值結	145				
我能夠有發揮自己潛能的機會	負等級	7	39.50	276.50	7.130	.000
	正等級	80	44.39	3551.50		
	等值結	126				
我能夠有機會學習/挑戰新的事務	負等級	0	.00	.00	8.764	.000
	正等級	97	49.00	4753.00		
	等值結	116				
我能夠獲得他人的接納/賞識	負等級	7	43.07	301.50	6.301	.000
	正等級	69	38.04	2624.50		
	等值結	137				
我能夠過著有尊嚴的生活	負等級	1	8.00	8.00	3.441	.001
	正等級	15	8.53	128.00		
	等值結	196				
我覺得生活過得沒有意義（負向題）	負等級	17	12.35	210.00	-.909	.363
	正等級	9	15.67	141.00		
	等值結	187				
整體而言，我這一生是沒有白活的	負等級	6	5.17	31.00	.183	.855
	正等級	5	7.00	35.00		
	等值結	202				

註 1 負等級：服務使用後的同意程度 < 服務使用前的同意程度；正等級：服務使用後的同意程度 > 服務使用前的同意程度；等值結：服務使用後的同意程度 = 服務使用前的同意程度。

註 2 \*p<.05；\*\*p<.01；\*\*\*p<.001。

## 第五節 社區關懷據點顧品質與社區照顧理念之相關分析

### 一、受訪者個人基本特性與社區關懷據點品質之相關分析

就受訪者年齡、接受服務時間、使用服務時間及服務使用前後就醫次數與服務使用前後的社區照顧理念之相關程度而言，僅「結果面」較為相關，為低度正相關，年齡、接受服務時間及服務使用前後就醫次數及服務使用前後社區照顧理念的相關多數不顯著，亦即，兩者之間的關係並不顯著（見表 4-5-1）。

表 4-5-1 受訪者個人基本特性與社區關懷據點品質相關表

社區關懷據點品質 個人基本特性	重要程度				滿意程度			
	結構面	過程面	結果面	整體品質	結構面	過程面	結果面	整體品質
年齡	-.114	-.055	.103	-.042	-.011	-.005	.124	.043
接受服務時間 (單位：月)	-.026	.005	.036	-.007	.053	.053	.175*	.109
使用服務時間 (單位：小時)	.021	-.006	-.035	-.003	<b>-.224**</b>	-.103	-.130	<b>-.205**</b>
服務使用前 就醫次數	-.002	-.009	.044	.005	.092	.022	.144*	.103
服務使用後 就醫次數	.013	.011	.050	.024	.054	.032	.142*	.093

## 二、 受訪者個人基本特性與社區照顧理念之相關分析

就受訪者年齡、接受服務時間、使用服務時間及服務使用前後就醫次數與社區關懷據點品質之相關程度而言，接受服務時間及服務使用前就醫次數與社區關懷據點品質的相關較不顯著；主要關聯性為年齡、服務使用後就醫次數與多數服務使用前後之社區照顧理念呈現負相關、而使用服務時間(月)與多數社區照顧理念呈現正相關，尤其是服務使用後的。亦即，年齡愈高對於社區照顧理念的滿意度越低、服務使用後就醫次數愈高，其社區照顧理念的滿意度越低、接受服務的時間越長社區照顧理念的滿意度亦越長（見表 4-5-2）。

表 4-5-2 受訪者個人基本變項與服務使用前後社區照顧理念相關表

社區照顧理念 個人基本變項	服務使用前					服務使用後				
	公民權	充權	優勢	生活 正常化	整體 理念	公民權	充權	優勢	生活 正常化	整體 理念
年齡	<b>-.240**</b>	<b>-.223**</b>	-.108	-.014	<b>-.187**</b>	<b>-.283**</b>	<b>-.308**</b>	<b>-.155*</b>	-.132	<b>-.257**</b>
接受服務時間 (月)	.165*	.144*	.120	<b>.186**</b>	<b>.180**</b>	.127	<b>.189**</b>	.162*	<b>.182**</b>	<b>.198**</b>
使用服務時間 (小時)	-.128	.027	-.021	-.065	-.055	-.129	-.011	-.044	<b>-.144*</b>	-.092
服務使用前 就醫次數	-.028	-.116	<b>-.192**</b>	-.133	<b>-.145*</b>	-.010	-.093	-.113	-.090	-.088
服務使用後 就醫次數	-.029	<b>-.140*</b>	<b>-.267**</b>	<b>-.182**</b>	<b>-.190**</b>	-.001	-.121	<b>-.182**</b>	<b>-.146*</b>	-.128

## 三、 整體社區關懷據點品質與整體社區照顧理念之相關分析

就受訪者整體社區關懷據點品質重要度及滿意度與服務使用前後的社區照顧理念之相關程度而言，整體品質重要度與服務使用後的社區照顧理念的相關不顯著；整體品質滿意度與服務使用前後的社區照顧理念呈現正相關，亦即，整體社區關懷據點品質滿意度愈高，服務使用前後的社區照顧理念滿意度則愈高。服務使用前的社區照顧理念與服務使用後的社區照顧理念呈現正相關，亦即，服務

使用前的社區照顧理念滿意度愈高，服務使用後的社區照顧理念滿意度亦愈高（見表 4-5-3）。

表 4-5-3 整體社區關懷據點品質及整體社區照顧理念相關表

	整體品質 重要程度	整體品質 滿意程度	服務使用前 社區照顧理念	服務使用後 社區照顧理念
整體品質 重要程度	1	.329**	.169*	.138
整體品質 滿意程度		1	.372**	.432**
服務使用前 社區照顧理念			1	.911**
服務使用後 社區照顧理念				1

#### 四、 社區關懷據點品質重要程度及滿意程度之相關分析

就受訪者社區關懷據點品質重要度及滿意度各面向之相關程度而言，多數社區照顧品質重要度之各面向與滿意度之過程面、結果面、整體品質呈現正相關，亦即，社區照顧品質重要度之結構面、過程面、結果面及整體社區品質的滿意度愈高，其對滿意度之過程面、結果面及整體社區品質的滿意度也會愈高。顯然，越認同社區照顧理念的受訪者對於社區照顧的滿意度會愈高（見表 4-5-4）。

表 4-5-4 社區關懷據點品質重要程度及滿意程度相關表

滿意程度 重要程度		滿意程度			
		結構面	過程面	結果面	整體品質
重 要 程 度	結構面	.075	.284**	.244**	.255**
	過程面	.067	.400**	.225**	.295**
	結果面	.014	.107	.241**	.154*
	整體社區品質	.089	.380**	.310**	.329**

#### 五、 社區照顧理念服務使用前及服務使用後各要素之相關分析

就受訪者使用服務前後的社區照顧理念各要素之相關程度而言，服務使用前後的社區照顧理念各要素皆達顯著正相關，亦即，服務使用前社區照顧理念各要素之同意程度愈高，服務使用後的社區照顧理念同意程度亦愈高（見表 4-5-5）。

表 4-5-5 社區照顧理念服務使用前後各要素相關表

滿意程度 重要程度		服務使用後				
		公民權	充權	優勢	生活正常化	整體理念
服務 使用 前	公民權	.855**	.628**	.559**	.565**	.779**
	充權	.624**	.857**	.561**	.382**	.733**
	優勢	.535**	.631**	.900**	.655**	.795**
	生活正常化	.443**	.498**	.686**	.837**	.713**
	整體理念	.748**	.797**	.812**	.715**	.911**

## 六、社區關懷據點品質與公民權之相關分析

就受訪者社區關懷據點品質重要程度及滿意程度與公民權各要素之相關程度而言，社區關懷據點品質重要程度部分，結構面與「公民權-責任」、「整體公民權」呈現正相關，過程面、整體社區品質與服務使用前後「公民權-責任」、「整體公民權」呈現正相關，亦即，在服務使用前，對過程面、整體社區品質的滿意程度愈高，其對「公民權-責任」、「整體公民權」的滿意度也會愈高；在服務使用後，對結構面、過程面、整體社區品質的滿意程度愈高，其對「公民權-責任」、「整體公民權」的滿意度也會愈高。而在社區關懷據點品質滿意度部分，除服務使用前後「公民權-責任」與結構面無顯著相關外，其他皆呈現顯著正相關，亦即社區關懷據點品質各面向的滿意程度愈高，服務使用前後的公民權同意程度則愈高。值得注意的是對品質的滿意度愈高，服務使用後的公民權及其各面向皆呈正相關（見表 4-5-6）。

表 4-5-6 社區關懷據點品質重要程度及滿意程度與公民權各要素相關表

公民權 社區關懷據點品質		服務使用前			服務使用後		
		公民權		整體 公民權	公民權		整體 公民權
		權利	責任		權利	責任	
重要 程度	結構面	.003	.132	.100	-.008	.273**	.212**
	過程面	.007	.201**	.154*	-.002	.312**	.248**
	結果面	.059	.020	.041	.068	.038	.059
	整體社區品質	.025	.173*	.141*	.018	.301**	.246**
滿意 程度	結構面	.404**	.087	.249**	.465**	.113	.286**
	過程面	.291**	.169*	.259**	.274**	.308**	.359**
	結果面	.432**	.213**	.356**	.479**	.327**	.462**
	整體社區品質	.456**	.198**	.356**	.491**	.319**	.460**

## 七、社區關懷據點品質與充權之相關分析

就受訪者社區關懷據點品質重要程度及滿意程度與充權各要素之相關程度而言，社區關懷據點品質重要度部分，結構面與服務使用前的政治充權及整體充權、服務使用前的政治充權，過程面與服務使用前後的政治充權及整體充權，整體照顧品質與服務使用前的政治充權及整體充權、服務使用後的政治充權呈現顯著正相關，亦即重要程度愈高，受訪者於服務使用前後該面向的同意程度愈高。社區關懷據點品質的滿意度部分，結構面與服務使用前的心理充權、服務使用後的社會充權、社會充權，過程面與服務使用前後的心理充權、政治充權及整體；結果面、整體社區品質與服務使用前後的心理充權及整體充權皆具顯著正相關（見表 4-5-7）。

表 4-5-7 社區關懷據點品質重要程度及滿意程度與充權各要素相關表

充權 社區關懷據點品質		服務使用前				服務使用後			
		充權			整體 充權	充權			整體 充權
		心理 充權	社會 充權	政治 充權		心理 充權	社會 充權	政治 充權	
重要 程度	結構面	.031	-.044	.317**	.191**	.022	-.125	.259**	.116
	過程面	.107	.080	.301**	.250**	.107	-.056	.254**	.169*
	結果面	.022	-.091	.035	.002	.043	-.106	.030	.000
	整體社區品質	.069	-.007	.297**	.204**	.071	-.120	.244**	.127
滿意 程度	結構面	.178**	-.013	-.098	.003	.305**	.151*	-.058	.128
	過程面	.183**	.077	.206**	.222**	.201**	.028	.175*	.185**
	結果面	.312**	.075	.113	.196**	.407**	.080	.112	.241**
	整體社區品質	.276**	.060	.107	.183**	.372**	.101	.109	.233**

## 八、社區關懷據點品質與優勢觀點之相關分析

就受訪者社區關懷據點品質重要程度及滿意程度與優勢觀點各要素之相關程度而言，除結構面與復原力之外，社區關懷據點品質之重要度對於服務使用前後的優勢觀點整體及各要素無顯著相關，亦即，社區關懷據點品質之重要度對於服務使用前後的優勢觀點的關係是有限的。社區關懷據點品質之滿意度部分，除結構面與服務使用前後的社區資源、過程面與服務使用後的自我認知外，社區關懷據點品質滿意程度與優勢觀點各要素呈現正相關，亦即滿意度愈高，對於服務使用後該面向的同意程度愈高（見表 4-5-8）。

表 4-5-8 社區關懷據點品質重要程度及滿意程度與優勢觀點各要素相關表

優勢觀點 社區關懷據點品質		服務使用前				服務使用後			
		優勢觀點			整體 優勢 觀點	優勢觀點			整體 優勢 觀點
		自我 認知	復原 力	社區 資源		自我 認知	復原 力	社區 資源	
重要 程度	結構面	.043	.147*	.086	.116	-.051	.078	.026	.020
	過程面	.055	.112	.083	.105	.023	.090	.088	.083
	結果面	-.021	-.051	.021	-.023	-.012	.008	.054	.020
	整體社區品質	.046	.111	.100	.107	-.017	.088	.087	.064
滿意 程度	結構面	.259**	.174**	.035	.197**	.371**	.187**	.045	.262**
	過程面	.175*	.206**	.192**	.239**	.122	.159*	.202**	.201**
	結果面	.294**	.238**	.155*	.286**	.336**	.175*	.167*	.290**
	整體社區品質	.292**	.254**	.169*	.299**	.329**	.210**	.183**	.308**

### 九、社區關懷據點品質與生活正常化之相關分析

就受訪者社區關懷據點品質重要程度及滿意程度與生活正常化各要素及整體之相關程度而言，除結構面與社會福祉呈現負相關外，社區關懷據點品質之重要度對於服務使用前後的生活正常化整體及各要素無顯著相關，亦即，社區關懷據點品質之重要度對於服務使用前後的生活正常化的關係是有限的。社區關懷據點品質之滿意度部分，除結構面與服務使用前的靈性福祉、過程面與服務使用前的社會福祉外，社區關懷據點品質滿意程度與生活正常化各要素呈現正相關，亦即滿意度愈高，對於服務使用前後生活正常化的同意程度愈高（見表 4-5-9）。

表 4-5-9 社區關懷據點品質重要程度及滿意程度與生活正常化各要素相關表

生活正常化 社區關懷據點品質		服務使用前					服務使用後				
		生活正常化				整體 生活正 常化	生活正常化				整體 生活正 常化
		生理 福祉	心理 福祉	社會 福祉	靈性 福祉		生理 福祉	心理 福祉	社會 福祉	靈性 福祉	
重要 程度	結構面	.077	-.004	-.161*	.057	.002	.038	.084	-.106	-.052	-.027
	過程面	.073	.022	-.084	.129	.068	.052	.107	-.012	-.002	.036
	結果面	.069	.120	.067	.029	.099	-.006	.085	.102	-.004	.046
	整體品質	.093	.048	-.087	.110	.073	.044	.116	-.018	-.027	.021
滿意 程度	結構面	.382**	.300**	.355**	.022	.332**	.451**	.289**	.431**	.256**	.474**
	過程面	.216**	.135*	.127	.238**	.265**	.284**	.177*	.144*	.141*	.256**
	結果面	.356**	.312**	.318**	.175*	.397**	.362**	.329**	.392**	.185**	.413**
	整體品質	.382**	.294**	.316**	.183**	.400**	.440**	.318**	.382**	.228**	.454**

## 第六節 社區關懷據點品質及社區照顧理念之迴歸分析

為瞭解社區關懷據點品質及社區照顧理念的因果關係，本節將進行社區關懷據點品質「重要程度」、「滿意程度」各面向與「服務使用後」社區照顧理念要素的迴歸分析。

### 一、社區關懷據點品質重要程度與社區照顧理念之迴歸分析

#### (一) 整體社區關懷據點品質重要程度與整體社區照顧理念之簡單迴歸分析

以整體社區關懷據點品質重要程度與整體社區照顧理念進行簡單迴歸之統計檢驗發現，此模型的解釋力未達顯著水準（ $F=3.869$ ， $p>.05$ ），表示整體社區關懷據點品質重要程度的高低，無法有效預測整體社區照顧理念之變異（見表 4-6-1）。

表 4-6-1 整體社區關懷據點品質重要程度與整體社區照顧理念之簡單迴歸分析表

Y=整體社區照顧理念	未標準化係數		Beta	t	p
	B	S <sub>e</sub>			
(常數)	297.064	32.473		9.148	.000
社區關懷據點品質重要程度	3.267	1.661	.138	1.967	.051
<b>整體模型</b>		$R^2=.019$	$adj R^2=.014$		
		$F=3.869$	$(p=.051)$		

#### (二) 社區關懷據點品質重要程度與公民權之多元迴歸分析

以社區關懷據點品質各面向的重要程度與公民權進行多元迴歸之統計檢驗發現（見表 4-6-2），此模型的解釋力達到顯著水準（ $F=6.395$ ， $p<.001$ ），表示整體社區關懷據點品質重要程度之分數高低能有效預測「公民權」之變異。其  $R^2=.087$ ，調整後的  $R^2$  為 .073，表示整體社區關懷據點品質重要程度能有效預測公民權 7.3% 的變異；進一步檢視變項之個別解釋力，發現過程面之解釋力為  $Beta=.274$ ， $t=3.039$ ， $p<.01$ 。亦即，社區關懷據點品質過程面的重要程度愈高，其公民權達到程度愈佳。整體模型為：

$$Y(\text{公民權}) = 3.695X_1(\text{過程面}) + 74.284$$

表 4-6-2 社區關懷據點品質各面向的重要程度與公民權之多元迴歸分析表

Y=公民權	未標準化係數		Beta	t	p
	B	S <sub>e</sub>			
(常數)	74.284	14.173		5.241	.000
結構面	2.244	1.444	.117	1.554	.122
過程面	<b>3.695</b>	<b>1.216</b>	<b>.274</b>	<b>3.039</b>	<b>.003</b>
結果面	-3.456	2.270	-.126	-1.522	.130
<b>整體模型</b>		$R^2=.087$ $F=6.395$	$adj R^2=.073$ $(p=.000)$		
Y (公民權) = 3.695X <sub>1</sub> (過程面) + 74.284					

### (三) 社區關懷據點品質各面向的重要程度與充權之多元迴歸分析

以社區關懷據點品質各面向的重要程度與充權進行多元迴歸之統計檢驗發現（見表 4-6-3），此模型的解釋力未達顯著水準（ $F=2.281$ ， $p>.05$ ），表示各面向之高低無法有效預測充權之變異。若進一步檢視各面向之個別解釋力，三個面向皆未達顯著的解釋力，亦即，三個面向個別分數的高低，並不影響充權的高低。

表 4-6-3 社區關懷據點品質重要程度各面向與充權之多元迴歸分析表

Y=充權	未標準化係數		Beta	t	p
	B	S <sub>e</sub>			
(常數)	85.225	15.201		5.607	.000
結構面	1.223	1.549	.061	.790	.431
過程面	2.567	1.304	.182	1.968	.050
結果面	-3.379	2.435	-.118	-1.388	.167
<b>整體模型</b>		$R^2=.033$ $F=2.281$	$adj R^2=.018$ $(p=.080)$		

### (四) 社區關懷據點品質各面向的重要程度與優勢觀點之多元迴歸分析

以社區關懷據點品質各面向重要程度與優勢觀點進行多元迴歸之統計檢驗發現（見表 4-6-4），此模型的解釋力未達顯著水準（ $F=.655$ ， $p>.05$ ），表示各面向分數的高低無法有效預測優勢觀點之變異。若進一步檢視各面向之個別解釋力，三個面向皆未達顯著的解釋力。亦即，三個面向個別分數的高低，並不影響優勢觀點的高低。

表 4-6-4 社區關懷據點品質各面向重要程度與優勢觀點之多元迴歸分析表

Y=優勢觀點	未標準化係數		Beta	t	p
	B	S <sub>e</sub>			
(常數)	91.969	12.935		7.110	.000
結構面	-.426	1.318	-.025	-.323	.747
過程面	1.499	1.110	.126	1.351	.178
結果面	-1.138	2.072	-.047	-.549	.584
<b>整體模型</b>		$R^2=.010$ $F=.655$	$adj R^2=-.005$ ( $p=.580$ )		

#### (五) 社區關懷據點品質重要程度各面向與生活正常化之多元迴歸分析

以社區關懷據點品質各面向的重要程度與生活正常化進行多元迴歸之統計檢驗發現（見表 4-6-5），此模型的解釋力未達顯著水準（ $F=.279$ ， $p>.05$ ），表示各面向之分數高低無法有效預測生活正常化之變異。若進一步檢視各面向之個別解釋力，三個面向皆未達顯著的解釋力。亦即，三個面向個別分數的高低，並不影響生活正常化的高低。

表 4-6-5 社區關懷據點品質各面向重要程度與生活正常化之多元迴歸分析表

Y=生活正常化	未標準化係數		Beta	t	p
	B	S <sub>e</sub>			
(常數)	91.444	11.402		8.020	.000
結構面	-.754	1.166	-.052	-.646	.519
過程面	.388	1.000	.037	.388	.698
結果面	.729	1.836	.035	.397	.692
<b>整體模型</b>		$R^2=.004$ $F=.279$	$adj R^2=-.011$ ( $p=.841$ )		

#### (六) 社區關懷據點品質各面向重要程度與整體社區照顧理念之多元迴歸分析

以社區關懷據點品質各面向重要程度與整體社區照顧理念進行多元迴歸之統計檢驗發現（見表 4-6-6），此模型的解釋力未達顯著水準（ $F=1.932$ ， $p>.05$ ），表示各面向之分數高低無法有效預測整體社區照顧理念之變異。若進一步檢視各面向之個別解釋力，三個面向皆未達顯著的解釋力。亦即，三個面向個別分數的高低，並不影響整體社區照顧理念的高低。

表 4-6-6 社區關懷據點品質各面向的重要程度與整體社區照顧理念之多元迴歸分析表

Y=整體社區照顧理念	未標準化係數		Beta	t	p
	B	S <sub>e</sub>			
(常數)	341.377	45.684		7.473	.000
結構面	2.512	4.673	.042	.538	.591
過程面	7.467	4.008	.177	1.863	.064
結果面	-6.571	7.357	-.077	-.893	.373
<b>整體模型</b>		R <sup>2</sup> =.028 F=1.932	adj R <sup>2</sup> =.014 (p=.126)		

## 二、社區關懷據點品質滿意程度與服務使用後社區照顧理念之迴歸分析

## (一) 整體社區關懷據點品質滿意程度與整體社區照顧理念之簡單迴歸分析

以整體社區關懷據點品質滿意程度與整體社區照顧理念進行簡單迴歸之統計檢驗發現（見表 4-6-7），此模型的解釋力達到顯著水準（F=46.148，p<.001），表示整體社區關懷據點品質滿意程度之分數高低能有效預測「整體社區照顧理念」之變異。其 R<sup>2</sup>=.187，調整後的 R<sup>2</sup>為.183，表示整體社區關懷據點品質滿意程度能有效預測整體社區照顧理念 18.3%的變異；進一步檢視變項之個別解釋力，發現整體社區關懷據點品質滿意程度之解釋力為 Beta=.432，t=6.793，p<.001。亦即，整體社區關懷據點品質滿意程度愈高，其整體社區照顧理念達到程度愈佳。整體模型為：

$$Y(\text{整體社區照顧理念}) = 1.839X_1(\text{社區照顧品質滿意程度}) + 206.533$$

表 4-6-7 整體社區關懷據點品質滿意程度與整體社區照顧理念之簡單迴歸分析表

Y=整體社區照顧理念	未標準化係數		Beta	t	p
	B	S <sub>e</sub>			
(常數)	206.533	22.787		9.064	.000
整體社區關懷據點品質滿意程度	1.839	.271	.432	6.793	.000
<b>整體模型</b>		R <sup>2</sup> =.187 F=46.148	adj R <sup>2</sup> =.183 (p=.000)		
Y (整體社區照顧理念) = 1.839X <sub>1</sub> (社區照顧品質滿意程度) + 206.533					

## (二) 社區關懷據點品質滿意程度各面向與公民權之多元迴歸分析

以社區關懷據點品質各面向的滿意程度與公民權進行多元迴歸之統計檢驗發現（見表 4-6-8），此模型的解釋力達到顯著水準（F=21.253，p<.001），表示各

面向之高低能有效預測「公民權」之變異。其  $R^2=.239$ ，調整後的  $R^2$  為.228，表示社區關懷據點品質滿意程度各面向能有效預測公民權 22.8%的變異；進一步檢視各面向之個別解釋力，發現「過程面」(Beta=.191,  $t=2.626$ ,  $p<.01$ ) 及「結果面」(Beta=.378,  $t=4.707$ ,  $p<.001$ ) 具有顯著的解釋力。亦即，過程面及結果面的滿意程度愈高，公民權理念達到程度愈佳。整體模型為：

$$Y(\text{公民權}) = 1.228X_1(\text{結果面}) + .601X_2(\text{過程面}) + 36.947$$

表 4-6-8 社區關懷據點品質滿意程度各面向與公民權之多元迴歸分析表

Y=公民權	未標準化係數				
	B	S <sub>e</sub>	Beta	t	p
(常數)	36.947	7.133		5.180	.000
結構面	-.085	.304	-.022	-.280	.780
過程面	.601	.229	.191	2.626	.009
結果面	1.228	.261	.378	4.707	.000
整體模型		$R^2=.239$	$adj R^2=.228$		
		$F=21.253$	$(p=.000)$		
Y (公民權) = 1.228X <sub>1</sub> (結果面) + .601X <sub>2</sub> (過程面) + 36.947					

### (三) 社區關懷據點品質各面向滿意程度與充權之多元迴歸分析

以社區關懷據點品質各面向的滿意程度與充權進行多元迴歸之統計檢驗發現(見表 4-6-9)，此模型的解釋力達到顯著水準 ( $F=4.748$ ,  $p<.01$ )，表示各面向之高低能有效預測「充權」之變異。其  $R^2=.065$ ，調整後的  $R^2$  為.052，表示社區關懷據點品質各面向的滿意程度能有效預測充權 5.2%的變異；進一步檢視各面向之個別解釋力，發現僅有「結果面」(Beta=.211,  $t=2.374$ ,  $p<.05$ ) 具有顯著的解釋力。亦即，結果面的滿意程度愈高，充權理念達到程度愈佳。整體模型為：

$$Y(\text{充權}) = .723X_1(\text{結果面}) + 58.959$$

表 4-6-9 社區關懷據點品質各面向滿意程度與充權之多元迴歸分析表

Y=充權	未標準化係數		Beta	t	p
	B	S <sub>e</sub>			
(常數)	58.959	8.326		7.081	.000
結構面	-.160	.354	-.039	-.453	.651
過程面	.343	.265	.104	1.296	.196
結果面	.723	.304	.211	2.374	.019
<b>整體模型</b>		$R^2=.065$	$adj R^2=.052$		
		$F=4.748$	$(p=.003)$		
Y (充權) = .723X <sub>1</sub> (結果面) + 58.959					

#### (四) 社區關懷據點品質各面向滿意程度與優勢觀點之多元迴歸分析

以社區關懷據點品質各面向的滿意程度與優勢觀點進行多元迴歸之統計檢驗發現（見表 4-6-10），此模型的解釋力達到顯著水準（ $F=7.500$ ， $p<.001$ ），表示各面向之高低能有效預測「優勢觀點」之變異。其  $R^2=.099$ ，調整後的  $R^2$  為 .086，表示社區關懷據點品質各面向的滿意程度能有效預測優勢觀點 8.6% 的變異；進一步檢視各面向之個別解釋力，發現僅有「結果面」（ $Beta=.181$ ， $t=2.076$ ， $p<.05$ ）具有顯著的解釋力。亦即，結果面的滿意程度愈高，優勢觀點理念達到程度愈佳。整體模型為：

$$Y (\text{優勢觀點}) = .514X_1 (\text{結果面}) + 60.297$$

表 4-6-10 社區關懷據點品質各面向的滿意程度與優勢觀點之多元迴歸分析表

Y=優勢觀點	未標準化係數		Beta	t	p
	B	S <sub>e</sub>			
(常數)	60.297	6.769		8.908	.000
結構面	.443	.288	.130	1.540	.125
過程面	.166	.215	.061	.772	.441
結果面	.514	.248	.181	2.076	.039
<b>整體模型</b>		$R^2=.099$	$adj R^2=.086$		
		$F=7.500$	$(p=.000)$		
Y (優勢觀點) = .514X <sub>1</sub> (結果面) + 60.297					

### (五) 社區關懷據點品質各面向的滿意程度與生活正常化之多元迴歸分析

以社區關懷據點品質各面向的滿意程度與生活正常化進行多元迴歸之統計檢驗發現(見表 4-6-11),此模型的解釋力達到顯著水準( $F=22.878$ ,  $p<.001$ ),表示各面向之高低能有效預測「生活正常化」之變異。其  $R^2=.255$ ,調整後的  $R^2$ 為.244,表示社區關懷據點品質各面向滿意程度能有效預測生活正常化 24.4%的變異;進一步檢視各面向之個別解釋力,發現「結構面」( $Beta=.360$ ,  $t=4.638$ ,  $p<.001$ )及「結果面」( $Beta=.214$ ,  $t=2.678$ ,  $p<.01$ )具有顯著的解釋力。亦即,結構面及結果面的滿意程度愈高,生活正常化理念達到程度愈佳。整體模型為:

$$Y(\text{生活正常化}) = 1.081X_1(\text{結構面}) + .533X_2(\text{結果面}) + 52.542$$

表 4-6-11 社區關懷據點品質各面向滿意程度與生活正常化之多元迴歸分析表

Y=生活正常化	未標準化係數		Beta	t	p
	B	S <sub>e</sub>			
(常數)	52.542	5.450		9.641	.000
結構面	1.081	.233	.360	4.638	.000
過程面	-.051	.173	-.021	-.292	.771
結果面	.533	.199	.214	2.678	.008
整體模型		$R^2=.255$ $F=22.878$	$adj R^2=.244$ ( $p=.000$ )		
Y (生活正常化) = 1.081X <sub>1</sub> (結構面) + .533X <sub>2</sub> (結果面) + 52.542					

### (六) 社區關懷據點品質各面向的滿意程度與整體社區照顧理念之多元迴歸分析

以社區關懷據點品質各面向的滿意程度與整體社區照顧理念進行多元迴歸之統計檢驗發現(見表 4-6-12),此模型的解釋力達到顯著水準( $F=16.250$ ,  $p<.001$ ),表示各面向之高低能有效預測「整體社區照顧理念」之變異。其  $R^2=.197$ ,調整後的  $R^2$ 為.185,表示社區關懷據點品質各面向的滿意程度能有效預測生活正常化 14.4%的變異;進一步檢視各面向之個別解釋力,發現僅有「結果面」( $Beta=.305$ ,  $t=3.666$ ,  $p<.001$ )具有顯著的解釋力。亦即,結果面的滿意程度愈高,整體社區照顧理念達到程度愈佳。整體模型為:

$$Y(\text{整體社區照顧理念}) = 3.068X_1(\text{結果面}) + 207.450$$

表 4-6-12 社區關懷據點品質滿意程度各面向與整體社區照顧理念之多元迴歸分析表

Y=整體社區照顧理念	未標準化係數		Beta	t	p
	B	S <sub>e</sub>			
(常數)	207.450	22.930		9.047	.000
結構面	1.160	.982	.096	1.181	.239
過程面	1.134	.737	.117	1.540	.125
結果面	3.068	.837	.305	3.666	.000
<b>整體模型</b>		$R^2=.197$	$adj R^2=.185$		
		$F=16.250$	$(p=.000)$		
Y (整體社區照顧理念) =3.068X <sub>1</sub> (結果面) +207.450					

### 第七節 社區關懷據點服務對與親友互動頻率與互動關係的影響

本節將採取卡方分析，分析社區關懷據點服務使用前、後，服務使用者與親友互動頻率與互動關係的變化情形；並就與親友互動頻率與互動關係進行服務使用前、後之變化、照顧品質重要程度、滿意程度及照顧理念的相關分析。

#### 一、服務使用前後「與家人」及「與親友」的互動頻率與互動關係之狀況

在受訪者與家人和親友互動頻率部分，與服務使用前相比較，受訪者表示在服務使用後與配偶、兒子、媳婦、女兒、女婿、鄰居及朋友的互動頻率略有提高；而在與家人和親友互動關係部分，與服務使用前相比較，則在服務使用後與配偶、兒子、媳婦、女婿及鄰居的互動關係略有提高。而無論與何者的互動頻率與互動關係，服務使用前後的相關改變均達顯著情形。其中，不適用係為受訪者無該位親友，或者該親友已過世者（見表 4-7-1）。

表 4-7-1 社區關懷據點使用前後與家人和親友互動頻率與關係之平均數 (N=213)

變項	互動頻率			互動關係			不適用
	服務使用前	服務使用後	卡方	服務使用前	服務使用後	卡方	
配偶	4.65	4.69	244.504***	4.56	4.60	273.061***	110
兒子	4.43	4.46	713.185***	4.60	4.62	556.123***	15
媳婦	4.28	4.33	610.030***	4.44	4.46	622.229***	35
女兒	4.18	4.20	651.826***	4.58	4.58	619.025***	31
女婿	3.94	3.99	580.590***	4.35	4.38	522.539***	49
鄰居	4.25	4.26	798.434***	4.29	4.31	802.458***	0
親戚	3.66	3.65	797.582***	4.11	4.10	702.816***	2

朋友	4.49	4.53	693.893***	4.52	4.52	547.693***	1
----	------	------	------------	------	------	------------	---

## 二、與親友互動頻率與互動關係之相關分析

就受訪者與親友互動頻率與互動關係之相關程度而言，服務使用前後的互動頻率與服務使用前後的互動關係皆達顯著正相關，亦即，服務使用前後的互動頻率愈高，服務使用前後的互動關係亦愈高（見表 4-7-2）。

表 4-7-2 互動頻率及互動關係相關表

互動關係 互動頻率	服務使用前 互動頻率	服務使用後 互動頻率	服務使用前 互動關係	服務使用後 互動關係
服務使用前 互動頻率	1	.941**	.723**	.766**
服務使用後 互動頻率		1	.692**	.745**
服務使用前 互動關係			1	.965**
服務使用後 互動關係				1

## 五、服務使用前後互動頻率及社區關懷據點品質重要程度及滿意程度之相關分析

就於服務使用前後與親友之互動頻率與社區關懷據點品質重要程度及滿意程度之相關而言，在重要程度上，無論是服務使用前或後，其與兒子、女兒及鄰居的互動多數呈現正相關，亦即，與兒子、女兒及鄰居互動愈頻繁，其對品質重要度的同意程度愈高。在滿意程度上，無論在服務使用前或後，與兒子、女兒、女婿及鄰居的互動頻率多數達顯著正相關，然而，在服務使用前後「結構面」與鄰居的互動頻率呈現負相關，顯示服務使用後與鄰居的互動頻率愈低者，其「結構面」滿意程度愈高。前述的分析相當程度地彰顯出，「與家人互動頻率」與品質滿意度彼此有重要的正向關聯性（見表 4-7-3）。

表 4-7-3 服務使用前後互動頻率及社區關懷據點品質重要程度及滿意程度相關表

社區關懷據點 質 互動頻率	重要程度				滿意程度				
	結構面	過程面	結果面	整體 社區品質	結構面	過程面	結果面	整體 社區品質	
服務 使用 前	配偶	.145	.125	.173	.167	-.018	.004	-.008	-.011
	兒子	.270**	.231**	.156*	.259**	.034	.213**	.143*	.167*
	媳婦	.195**	.136	.131	.166*	-.001	.155*	.085	.100
	女兒	.168*	.171*	.134	.210**	.106	.250**	.224**	.244**
	女婿	.138	.110	.095	.153	.036	.220**	.167*	.186*
	鄰居	-.016	-.039	.107	.011	-.241**	-.118	-.208**	-.231**

表 4-7-3 服務使用前後互動頻率及社區關懷據點品質重要程度及滿意程度相關表

社區關懷據點 質 互動頻率		重要程度				滿意程度			
		結構面	過程面	結果面	整體 社區品質	結構面	過程面	結果面	整體 社區品質
	親戚	.356**	.237**	.135	.305**	-.186**	.156*	.027	.011
	朋友	-.077	.003	.110	.006	-.090	-.045	-.081	-.089
服務 使用 後	配偶	.176	.148	.195	.197*	-.017	.067	.032	.036
	兒子	.291**	.249**	.167*	.280**	.040	.233**	.133	.173*
	媳婦	.222**	.157*	.144	.190*	.025	.177*	.087	.120
	女兒	.182*	.158*	.142	.210**	.092	.235**	.192**	.219**
	女婿	.158*	.103	.105	.159*	.055	.223**	.154*	.189*
	鄰居	-.031	-.035	.110	.008	-.238**	-.126	-.213**	-.235**
	朋友	.356**	.245**	.135	.310**	-.203**	.149*	.007	-.007
	朋友	-.127	.005	.124	-.009	-.040	-.067	-.067	-.075

## 六、服務使用前後互動關係及社區關懷據點品質重要程度及滿意程度之相關分析

就服務使用前後互動關係及社區關懷據點品質重要程度及滿意程度相關程度而言，在重要程度上，服務使用前後與兒子、女兒及親戚的互動關係多呈現正相關，服務使用前「結構面」與朋友的互動關係呈現負相關；亦即，與兒子、女兒及親戚的互動關係愈好，其對社區關懷據點品質重要度及滿意度的同意程度愈高，而與朋友的互動關係愈好者，其在服務使用前對社區關懷據點品質「結構面」重要度的同意程度愈低。另外，在滿意程度上，無論服務使用前後與兒子、女兒的互動關係與滿意度多呈現正相關、與鄰居及朋友卻呈現負相關，也就是說，與與兒子、女兒的互動關係愈佳者其對品質滿意度愈高，與鄰居、朋友的互動關係愈佳者其對品質滿意度愈低。前述的分析相當程度地彰顯出，「與家人互動關係」與品質滿意度彼此有重要的正向關聯性（見表 4-7-4）。

表 4-7-4 服務使用前後互動關係及社區關懷據點品質重要程度及滿意程度相關表

社區關懷據點 品質 互動關係		重要程度				滿意程度			
		結構面	過程面	結果面	整體品質	結構面	過程面	結果面	整體品質
服務 使用 前	配偶	.087	.099	.168	.132	.069	-.034	.005	.006
	兒子	.149*	.102	.220**	.181*	.163*	.116	.180*	.188**
	媳婦	.074	.019	.167*	.092	.032	.008	.019	.019
	女兒	.110	.255**	.137	.232**	.218**	.213**	.283**	.293**
	女婿	.043	.145	.081	.131	.031	.109	.084	.095
	鄰居	-.021	-.069	.098	-.036	-.143**	-.096	-.154*	-.161*
	親戚	.107	.115	.138*	.147*	-.178*	.101	-.081	-.056
	朋友	-.136*	-.075	.119	-.059	.039	-.034	-.020	-.011
服務 使	配偶	.106	.099	.168	.138	.041	-.066	-.011	-.024
	兒子	.163*	.114	.228**	.196**	.160*	.107	.158*	.173*
	媳婦	.075	.023	.161*	.093	.000	.004	-.025	-.012

表 4-7-4 服務使用前後互動關係及社區關懷據點品質重要程度及滿意程度相關表

社區關懷據點 品質 互動關係	重要程度				滿意程度			
	結構面	過程面	結果面	整體品質	結構面	過程面	結果面	整體品質
用後								
女兒	.108	.249**	.134	.227**	.216**	.215**	.277**	.291**
女婿	.053	.156**	.086	.142	.025	.113	.077	.092
鄰居	-.012	-.082	.102	-.027	-.154*	-.112	-.165*	-.177*
親戚	.103	.111	.151*	.146*	-.183**	.100	-.087	-.061
朋友	-.035	-.070	.195**	.005	.043	-.024	-.004	.002

## 七、服務使用前後互動頻率及社區照顧理念之相關分析

就受訪者服務使用前後互動頻率與社區照顧理念之相關而言，服務使用前後，與兒子、媳婦、女兒及女婿的互動頻率與社區照顧理念各面向呈顯著正相關；與鄰居、親戚及朋友的互動頻率與社區照顧理念部分面向呈顯著正相關。概略而言，無論是服務使用前或後，與家人的互動頻率對社區照顧理念的實踐具有重要的關聯性，而與家人以外之非正式成員的互動頻率也具相當的影響，且一般皆呈現正向的關係（見表 4-7-5）。

表 4-7-5 服務使用前後互動頻率及社區照顧理念相關表

社區照顧理念 互動頻率		服務使用後社區照顧理念				
		公民權	充權	優勢觀點	生活正常化	整體理念
服務使用前	配偶	-.030	.067	-.060	.175	.032
	兒子	.237**	.214**	.174*	.218**	.250**
	媳婦	.214**	.263**	.220**	.265**	.287**
	女兒	.286**	.310**	.375**	.295**	.372**
	女婿	.200*	.298**	.367**	.278**	.334**
	鄰居	-.019	.093	.138*	.030	.071
	親戚	.143*	.195**	.124	-.043	.160*
	朋友	.025	.057	.209**	.194**	.133
服務使用後	配偶	.032	.055	.071	.230*	.103
	兒子	.236**	.220**	.226**	.247**	.274**
	媳婦	.220**	.257**	.250**	.298**	.304**
	女兒	.277**	.300**	.445**	.324**	.393**
	女婿	.206**	.280**	.409**	.316**	.352**
	鄰居	-.013	.090	.152*	.044	.079
	親戚	.141*	.213**	.150*	-.042	.174*
	朋友	.056	.093	.250**	.250**	.182**

## 八、服務使用前後互動關係及社區照顧理念之相關分析

就受訪者服務使用前後互動關係與社區照顧理念之相關而言，服務使用前後與兒子、媳婦、女兒的互動關係在「充權」、「優勢觀點」、「生活正常化」及「整體理念」多呈顯著正相關，而與鄰居、親戚、朋友在「優勢觀點」呈現顯著正相關，與朋友的互動關係亦在「生活正常化」及「整體理念」呈現顯著正相關。概略而言，在互動對象上，受訪者與兒子、媳婦、女兒的互動關係與社區照顧理念的關係頗為顯著，而與配偶的互動關係與社區照顧理念之間的關係並不顯著；而就社區照顧理念的各面向來看，與親友的互動關係與「優勢觀點」、「生活正常化」及「整體理念」較為顯著，尤其是「優勢觀點」，而其與「公民權」、「充權」之間關係並不顯著（見表 4-7-6）。

表 4-7-6 服務使用前後互動關係及社區照顧理念相關表

社區照顧理念 互動關係		服務使用後社區照顧理念				
		公民權	充權	優勢觀點	生活正常化	整體理念
服務使用前	配偶	-.012	.127	.026	.264**	.104
	兒子	.098	.139	.201**	.297**	.215**
	媳婦	.028	.134	.189*	.267**	.178*
	女兒	.122	.155*	.303**	.248**	.243**
	女婿	-.027	.072	.235**	.139	.123
	鄰居	-.032	.099	.179**	.050	.092
	親戚	.040	.100	.141*	-.044	.083
	朋友	.019	.048	.219**	.252**	.146*
服務使用後	配偶	-.013	.130	.034	.262**	.108
	兒子	.109	.148*	.210**	.293**	.223**
	媳婦	-.008	.087	.153*	.193*	.121
	女兒	.137	.171*	.312**	.264**	.259**
	女婿	.001	.101	.272**	.153	.156*
	鄰居	-.043	.075	.169*	.052	.078
	親戚	.035	.116	.152*	-.036	.092
	朋友	.034	.053	.215**	.269**	.155*



## 第五章 量化資料分析（二）- 日間照顧中心

### 第一節 日間照顧服務之描述性分析

本節主要在於描述日間照顧服務使用者之個人、家庭、社區和服務使用狀況，以及服務使用者對日間照顧品質與理念的看法。主要內容包括：(1) 個人基本特性：含性別、年齡、教育程度、宗教別、族群別及婚姻狀況；(2) 經濟及家庭狀況：含主要經濟來源、家庭型態、家庭平均月所得、身體狀況、居住型態及住宅產權；(3) 居住社區與服務使用狀況：含社區型態、居住社區時間、接受服務時間、每週使用服務時數、以及每月平均就醫次數；(4) 日間照顧品質的重視與滿意狀況；以及(5) 社區照顧理念的同意狀況。

#### 一、個人基本特性

參與日間照顧之受訪者共計 180 人，在性別上，以女性的 117 人（65.0%）居多，男性有 63 人（35.0%）；在教育程度上，以國小畢業的 66 人（36.9%）最多，其次為不識字或自修者有 61 人（34.1%），再其次為國（初）有 25 人（14.0%），高中（職）和大專以上者僅佔少數。在族群上，以閩南人的 135 人（75.0%）最多，其次為大陸各省市者有 22 人（12.2%），再其次為原住民有 15 人（佔 8.3%），客家人佔的比例最低。

在婚姻狀況上，以喪偶者的 115 人（64.2%）最多，其次為有配偶或同居者有 54 人（30.2%），再其次為未婚者有 6 人（3.4%）。在宗教別上，以傳統信仰者的 99 人（55.0%）最多，其次為佛教者有 38 人（21.1%），再其次為基督宗教者有 25 人（14.0%），道教及無宗教信仰者比例最低。在年齡上，以 75-84 歲的 83 人最多（46.1%），其次為 65-74 歲者有 48 人（26.7%），再其次為 85 歲以上者 34 人（18.9%），65 歲以下者僅有 15 人（8.3%）。整體受訪者平均年齡為 76.91 歲，中位數為 78 歲（見表 5-1-1）。

表 5-1-1 日間照顧受訪者個人基本特性 (N=180)

變項	人數	有效%	變項	人數	有效%
<b>性別</b>			<b>教育程度</b>		
男	63	35.0%	不識字及自修	61	34.1%
女	117	65.0%	國小	66	36.9%
總和	180	100.0%	國(初)中	25	14.0%
<b>族群背景</b>			高中(職)	14	7.8%
閩南人	135	75.0%	專科以上	13	7.2%
大陸各省市	22	12.2%	總和	179	100.0%
客家人	8	4.4%	遺漏值	1	
原住民	15	8.3%			
總和	180	100.0%			
<b>婚姻狀況</b>			<b>宗教別</b>		
未婚	6	3.4%	佛教	38	21.1%
有配偶或同居	54	30.2%	道教	8	4.4%
離婚或分居	4	2.2%	傳統信仰	99	55.0%
喪偶	115	64.2%	基督宗教	25	14.0%
總和	179	100.0%	無宗教信仰	7	3.9%
遺漏值	1		總和	177	100.0%
			遺漏值	3	
<b>年齡別</b>					
65歲以下	15	8.3%			
65-74歲	48	26.7%			
75-84歲	83	46.1%			
85歲以上	34	18.9%			
遺漏值	2				
總和	178	100.0%			

## 二、經濟及家庭狀況

在主要經濟來源上，以子女奉養(含媳婦、女婿)的 117 人 (66.1%) 最多，其次為自己退休金、撫恤金或保險給付者有 26 人 (14.7%)，再其次為自己工作或營業收入者有 12 人 (6.8%)，由配偶或同居人提供，抑或自己儲蓄、利息、租金或投資所得者各僅佔少數；整體而言，超過六成以上受訪者 (66.1%) 係由子女奉養，非子女奉養者僅略高於三成。在家庭平均月收入上，以收入 4-6 萬者的 61 人 (34.3%) 最多，其次為 2--4 萬者有 48 人 (27.0%)，再其次為 6 萬以上者有 39 人 (22.0%)，2 萬以下者則相對較少。在身體健康狀況上，以身體不佳，但尚不至影響日常生活者的 76 人 (42.2%) 最多，其次為身體健康，生活自理能力佳者有 68 人 (37.8%)，再其次為身體不佳，生活需仰賴他人協助者有 36 人 (20.0%)。

在家庭型態上，以三代同堂者的 73 人 (40.8%) 最多，其次為核心家庭者有 58 人 (32.4%)，再其次為單人家庭者有 20 人 (11.2%)，單親家庭或祖孫家庭者則相對少數。在居住型態上，以僅與子女同住者的 103 人 (57.2%) 最多，其次為與配偶和子女同住者有 28 人 (15.6%)，再其次為獨居者有 26 人 (14.4%)，

其他有少數是與同居人、親家、遠親同住。在住宅產權上，以絕大多數皆為自有的 164 人（91.6%）最多，僅有少數為非自有（見表 5-1-2）。

表 5-1-2 日間照顧受訪者經濟及家庭狀況（N=180）

變項	人數	有效%	變項	人數	有效%
<b>主要經濟來源</b>			<b>家庭型態</b>		
自己工作或營業收入	12	6.8%	單人家庭	20	11.2%
配偶或同居人提供	8	4.5%	夫婦家庭	15	8.4%
自己儲蓄、利息、租金或投資所得	6	3.4%	單親家庭	6	3.4%
退休金、撫恤金或保險給付	26	14.7%	核心家庭	58	32.4%
子女奉養(含媳婦、女婿)	117	66.1%	祖孫家庭	7	3.9%
來自政府救助或津貼	8	4.5%	三代同堂	73	40.8%
<b>總和</b>	177	100.0%	<b>總和</b>	179	100.0%
遺漏值	3		遺漏值	1	
<b>家庭平均月所得</b>			<b>身體狀況</b>		
未滿2萬	30	16.9%	身體健康，生活自理能力佳	68	37.8%
2萬至4萬	48	27.0%	身體不佳，但尚不至影響日常生活	76	42.2%
4萬至6萬	61	34.3%	身體不佳，生活需仰賴他人協助	36	20.0%
6萬以上	39	22.0%	<b>總和</b>	178	100.0%
<b>總和</b>	178	100.0%			
遺漏值	2				
<b>居住型態</b>			<b>住宅產權</b>		
與配偶和子女同住	28	15.6%	自有	164	91.6%
僅與配偶同住	17	9.4%	不住在一起的配偶、父母或子女所擁有	2	1.1%
僅與子女同住	103	57.2%	租押	7	3.9%
僅與親友同住	3	1.7%	配住	1	.6%
獨居	26	14.4%	借用	5	2.8%
其他	3	1.7%	<b>總和</b>	179	100.0%
<b>總和</b>	180	100.0%	遺漏值	1	

### 三、社區與服務使用狀況

在居住社區型態上，受訪者以居住在都市型社區的 106 人（58.9%）最多，其次為居住在鄉村或山地型社區者有 53 人（29.4%），再其次為居住在市鄉混合型社區者有 21 人（11.7%）。在居住時間上，以遷入至該社區的 103 人（57.2%）最多，其次為世居於該社區的 77 人（42.8%）。在接受服務時間上，以 6 個月以下的 57 人（31.7%）最多，其次為 7-12 個月者有 42 人（23.3%），再其次為 25 個月以上者有 34 人（18.9%），13-18 個月及 19-34 個月者相對少些；受訪者平均接受服務時間為 19.17 個月，換算約在一年半左右，中位數為 12 個月，約為一年，其中使用最久者為 156 個月，換算約為 13 年，使用最短者則為不到 1 個月。

在每週使用服務時數上，以每週使用 31-40 小時的 105 人（58.3%）最多，其次為 41 小時以上者有 36 人（21.1%），再其次為使用 20 小時以下者 24 人（13.3%），使用 21-30 小時者相對較少；整體使用時間平均數為 35.96 小時，中位數 40 小時。在每月就醫次數上，接受服務前，受訪者每月平均就醫次數為 1.16 次；接受服務後，受訪者每月平均就醫次數為 1.15 次（見表 5-1-3）。

表 5-1-3 日間照顧受訪者社區與服務服務使用狀況（N=180）

變項	人數	有效%	變項	人數	有效%
<b>社區型態</b>			<b>居住社區時間</b>		
鄉村及山地型社區	53	29.4%	世居	77	42.8%
都市型社區	106	58.9%	遷入	103	57.2%
市鄉混合型社區	21	11.7%	遷入年數(單位:月)	X=24.4 Md=40.0	
總和	180	100.0%	總和	180	100.0%
<b>接受服務時間</b>			<b>每週使用服務時數</b>		
6個月以下	57	31.7%	20小時以下	24	13.3%
7-12個月	42	23.3%	21-30小時	13	7.2%
13-18個月	25	13.3%	31-40小時	105	58.3%
19-24個月	22	12.2%	41小時以上	36	21.1%
25個月以上	34	18.9%	總和	180	100.0%
總和	180	100.0%	每週使用時數(月)	X=35.96 Md=11.24	
接受服務時間(月)	X=19.17 Md=12				
<b>接受服務前後就醫次數(使用服務前)</b>			<b>接受服務前後就醫次數(使用服務後)</b>		
1次以下	134	74.4%	1次以下	136	75.6%
1次以上	46	25.6%	1次以上	44	24.4%
總和	180	100.0%	總和	180	100.0%
每月平均就醫次數	X=1.16		每月平均就醫次數	X=1.15	

#### 四、日間照顧品質構面及次面向滿意狀況

在日間照顧品質滿意度上，受訪者對日間照顧品質各構面的滿意度皆相當高，整體滿意度平均數為 4.20，各構面之平均滿意度依序為結構面的 4.34、結果面的 4.16 及結果面的 4.12，各構面的差距甚小。在各次面向上，結構-員工面（4.38）高於結構-實體面（4.29），過程-關係面（4.27）高於過程-充權面（3.93），結果-經營面（4.18）高於結果-績效面（4.14）。各次面向的滿意度高低依序為結構-員工面、結構-實體面、過程-關係面、結果-經營面、結果-績效面及過程-充權面，其中，僅有過程充權面的滿意度低於 4（見表 5-1-4）。

表 5-1-4 日間照顧品質構面及次面向滿意度之平均數與標準差一覽表 (N=180)

量表	構面	平均數/標準差	次面向	平均數/標準差
日間照顧品質 Mean=4.20 SD=0.76	結構面	Mean=4.34 SD=0.70	實體面	Mean=4.29 SD=0.72
			員工面	Mean=4.38 SD=0.67
	過程面	Mean=4.12 SD=0.86	關係面	Mean=4.27 SD=0.74
			充權面	<b>Mean=3.93</b> <b>SD=0.98</b>
	結果面	Mean=4.16 SD=0.71	經營面	Mean=4.18 SD=0.72
			績效面	Mean=4.14 SD=0.71

## 五、社區照顧理念同意度狀況

在社區照顧理念的同意度上（見表 5-1-5），受訪者在社區照顧理念的構面及次面向同意度大多數介於 3-4 間，皆屬於中間偏高。服務使用前、後，各構面的平均數之高低次序皆相同，依序為「生活正常化（3.63/3.65）」、「公民權（3.52/3.50）」、「優勢觀點（3.37/3.36）」及「充權（3.21/3.16）」，其中，僅有「生活正常化」略為提高，其它則反略為下降。

在「公民權」的次面向上，服務使用前/後的「權利（3.81/3.92）」皆高於「責任（3.26/3.03）」，服務使用後的「權利」略有提昇，但「責任」反略為下降。在充權的次面向上，服務使用前的平均數之高低依序為「心理充權（3.52）」、「社會充權（3.41）」及「政治充權（2.74）」；服務使用後略有變化，高低依序改變為「社會充權（3.46）」、「心理充權（3.37）」及「政治充權（2.66）」；其中，僅有「社會充權」略為增加，其它則略為下降。在優勢觀點的次面向上，服務使用前後的平均數高低次序相同，依序為「自我認知（3.47/3.40）」、「社區資源（3.33/3.36）」及「復原力（3.30/3.31）」，「自我認知」略為下降，其它兩者略為增加。在生活正常化的次面向上，服務使用前後的平均數高低次序相同，依序為「社會福祉（3.89/3.86）」、「生理福祉（3.87/3.80）」、「心理福祉（3.77/3.73）」及「靈性福祉（3.21/3.35）」，其中，僅有靈性福祉有增加，其它則略為下降。

前述的結果顯示，服務使用前、後各個構面的平均數皆以「生活正常化」最高，且使用後略高於使用前，其中以「靈性福祉」有較明顯的增加；另外，充權面的「政治充權」之同意度為所有次面向顯著偏低者；基本上，各面向的各個次面向在使用前後皆略有變化，但並非一致性的增加或下降。

表 5-1-5 日間照顧服務使用者之社區照顧理念的平均數 (N=180)

使用服務前			使用服務後		
構面	次面向	平均數/標準差	構面	次面向	平均數/標準差
公民權 Mean=3.52 SD=.88	權利	Mean=3.81 SD=.81	公民權 Mean=3.50 SD=0.90	權利	Mean=3.92 SD=.83
	責任	Mean=3.26 SD=.96		責任	Mean=3.03 SD=.98
充權 Mean=3.21 SD=.95	心理充權	Mean=3.52 SD=.92	充權 Mean=3.16 SD=0.98	心理充權	Mean=3.37 SD=.99
	社會充權	Mean=3.41 SD=.88		社會充權	Mean=3.46 SD=.91
	政治充權	Mean=2.74 SD=1.05		政治充權	Mean=2.66 SD=1.03
優勢觀點 Mean=3.37 SD=.94	自我認知	Mean=3.47 SD=.97	優勢觀點 Mean=3.36 SD=.95	自我認知	Mean=3.40 SD=1.00
	復原力	Mean=3.30 SD=.97		復原力	Mean=3.31 SD=.96
	社區資源	Mean=3.33 SD=.89		社區資源	Mean=3.36 SD=.89
生活 正常化 Mean=3.63 SD=.90	生理福祉	Mean=3.87 SD=.82	生活 正常化 Mean=3.65 SD=.92	生理福祉	Mean=3.80 SD=.85
	心理福祉	Mean=3.77 SD=.95		心理福祉	Mean=3.73 SD=.99
	社會福祉	Mean=3.89 SD=.81		社會福祉	Mean=3.86 SD=.82
	靈性福祉	Mean=3.21 SD=.98		靈性福祉	Mean=3.35 SD=.99

## 第二節 日間照顧服務品質之差異/變異分析

本節將採取差異性分析 (t-test) 及單因子變異數分析 (one way ANOVA)，分析日間照顧服務使用者個人基本特性、家庭及社區狀況，對日間照顧服務品質的重視度和滿意度之差異/變異情形。

### 一、個人基本特性與照顧品質重視度與滿意度之差異/變異分析

就性別而言，性別不同僅有在品質的重要度之「結果面」(t=2.561, p<.05) 達統計上之顯著水準，顯示男性對照顧品質之「結果面」的重視度高於女性，但對滿意度皆無顯著差異。在教育程度與族群別上，無論是對照顧品質的重視度或滿意度，兩者皆無顯著差異 (見表 5-2-1)。在宗教信仰、婚姻狀況、年齡及身體狀況上，無論是對照顧品質的重視度或滿意度，亦皆未達顯著差異水準 (見表 5-2-2)。

表 5-2-1 性別、教育程度及族群別對日間照顧品質的重視度及滿意度之差異/變異情形

變項		日間照顧品質重要度				日間照顧品質滿意度			
		結構面	過程面	結果面	整體	結構面	過程面	結果面	整體
性別	男	5.87	6.89	7.00	19.76	25.71	25.71	28.79	83.31
	女	5.84	6.85	6.89	19.58	26.17	26.17	29.35	84.30
	t 值	.322	.371	<b>2.561*</b>	.899	-1.046	-.031	-.934	-.665
教育程度	不識字及自修	5.92	6.95	6.87	19.74	25.56	28.34	28.52	82.43
	國小	5.83	6.80	6.94	19.57	26.30	28.66	29.15	84.12
	國(初)中	5.76	6.76	7.00	19.52	25.76	29.92	29.36	85.04
	高中(職)	5.93	6.93	7.00	19.86	26.07	30.71	30.21	87.00
	專科以上	5.69	6.92	6.92	19.54	26.77	27.92	30.62	85.00
	總和	5.85	6.87	6.93	19.64	25.99	28.84	29.16	83.95
	F 值	.523	.886	.714	.322	.867	1.426	1.179	.871
族群背景	閩南人	5.87	6.87	6.95	19.69	26.12	29.06	29.10	84.29
	大陸各省市	5.68	6.73	6.91	19.32	26.00	28.86	29.82	84.43
	客家人	5.75	6.88	7.00	19.63	26.00	27.50	29.75	83.75
	原住民	6.00	7.00	6.73	19.73	24.00	27.33	28.33	80.47
	總和	5.85	6.87	6.93	19.64	26.12	28.82	29.16	83.96
	F 值	.825	.755	1.54	.57	1.079	.978	.522	.744

註：\* p&lt;.05 \*\* p&lt;.01 \*\*\* p&lt;.001

表 5-2-2 宗教、婚姻、年齡及身體狀況對日間照顧品質重視度及滿意度之變異情形

變項		日間照顧品質重要度				日間照顧品質滿意度			
		結構面	過程面	結果面	整體	結構面	過程面	結果面	整體
宗教信仰	佛教	5.74	6.66	6.95	19.34	25.32	27.39	27.97	80.68
	道教	6.00	7.00	7.00	20.00	25.13	27.88	28.50	81.50
	傳統信仰	5.91	6.93	6.94	19.78	26.42	29.62	29.56	85.60
	基督宗教	5.68	6.84	6.80	19.32	25.52	27.92	29.16	82.60
	無宗教信仰	6.00	7.00	7.00	20.00	27.29	29.83	30.71	87.33
	總和	5.85	6.86	6.93	19.64	26.03	28.82	29.16	83.98
	F 值	1.084	1.91	.866	1.559	1.905	2.368	1.548	2.375
婚姻狀況	未婚	6.00	7.00	7.00	20.00	25.83	29.17	29.17	84.17
	有配偶或同居	5.85	6.81	6.96	19.63	26.22	29.09	29.37	84.69
	離婚或分居	6.00	7.00	7.00	20.00	27.25	30.25	29.75	87.25
	喪偶	5.83	6.88	6.90	19.61	25.89	28.63	29.04	83.51
	總和	5.85	6.87	6.92	19.64	26.02	28.82	29.16	83.98
	F 值	.194	.357	.417	.288	.428	.299	.119	.344
年齡	65歲以下	6.00	6.87	7.00	19.87	26.73	29.93	30.67	87.33
	65-74歲	5.92	6.90	6.92	19.73	26.23	28.57	28.81	83.49
	75-84歲	5.76	6.82	6.91	19.49	25.90	28.67	29.05	83.62
	85歲以上	5.91	6.94	6.94	19.79	25.65	29.03	29.24	83.91
	總和	5.85	6.87	6.93	19.64	26.01	28.82	29.16	83.96
	F 值	1.084	.463	.235	.818	.655	.437	.94	.701
身	身體健康, 生活	5.76	6.82	6.88	19.49	26.40	28.51	29.04	83.96

表 5-2-2 宗教、婚姻、年齡及身體狀況對日間照顧品質重視度及滿意度之變異情形

變項		日間照顧品質重要度				日間照顧品質滿意度			
		結構面	過程面	結果面	整體	結構面	過程面	結果面	整體
體 狀 況	自理能力佳								
	身體不佳，但尚不至影響日常生活	5.86	6.86	6.99	19.70	25.87	29.53	29.55	84.88
	身體不佳，生活需仰賴他人協助	6.00	6.97	6.86	19.83	25.57	27.89	28.51	81.97
	總和	5.85	6.87	6.93	19.64	26.01	28.82	29.16	83.96
	F 值	1.494	.844	1.735	.995	1.171	2.032	.935	1.122

註 1：\* p<.05 \*\* p<.01 \*\*\* p<.001

註 2：傳統信仰包含一貫道及民間信仰；基督宗教包含基督教及天主教。

## 二、 家庭狀況對日間照顧品質之重視度與滿意度之差異/變異分析

就家庭型態而言，家庭型態不同對照顧品質的重視度皆未達顯著差異，但在滿意度上則達顯著水準，家庭型態不同在照顧品質的「結構面」(F=4.086, p<.01)、「過程面」(F=3.913, p<.01)、「結果面」(F=4.166, p<.001)及「整體品質」(F=5.061, p<.001)之滿意度的變異達顯著水準，經事後比較分析結果顯示，核心家庭者在「結構面」顯著高於三代同堂者；祖孫家庭者在「過程面」顯著高於夫婦家庭者；祖孫家庭在「整體品質」顯著高於夫婦家庭者，核心家庭在「整體品質」顯著高於三代同堂者，「結果面」則無顯著的個別差異。另外，就居住型態和住宅產權而言，無論是對照顧品質的重視度或滿意度，皆未達顯著差異水準(見表 5-2-3)。

表 5-2-3 家庭型態、居住型態及住宅產權對日間照顧品質重視度及滿意度之變異情形

變項		日間照顧品質重要度				日間照顧品質滿意度			
		結構面	過程面	結果面	整體	結構面	過程面	結果面	整體
家 庭 型 態	單人家庭	6.00	7.00	7.00	20.00	25.30	29.85	29.50	84.65
	夫婦家庭	5.80	6.67	6.87	19.33	25.07	26.73	27.13	78.93
	單親家庭	6.00	7.00	7.00	20.00	26.00	27.83	28.17	82.00
	核心家庭	5.69	6.78	6.97	19.43	27.00	29.58	30.26	86.77
	祖孫家庭	6.00	7.00	7.00	20.00	28.29	33.57	32.57	94.43
	三代同堂	5.92	6.92	6.88	19.71	25.35	27.94	28.28	81.57
	總和	5.85	6.87	6.93	19.64	25.99	28.80	29.13	83.89
	F 值	1.199	1.199	.689	1.088	<b>4.086**</b> G4>G6	<b>3.913**</b> G5>G2	<b>4.166***</b> PH 未顯著	<b>5.061***</b> G5>G2 G4>G6
居 住 型 態	與配偶和子女同住	5.82	6.89	7.00	19.71	26.75	30.11	30.50	87.36
	僅與配偶同住	5.82	6.71	6.88	19.41	25.18	27.06	27.82	80.06
	僅與子女同住	5.81	6.85	6.89	19.56	26.28	28.88	29.20	84.31
	僅與親友同住	6.00	7.00	7.00	20.00	25.00	27.33	28.33	80.67
	獨居	6.00	7.00	7.00	20.00	25.15	28.73	28.58	82.46
	其他	6.00	6.67	7.00	19.67	23.00	27.00	28.67	78.67
	總和	5.8492	6.87	6.93	19.64	26.01	28.82	29.16	83.96

表 5-2-3 家庭型態、居住型態及住宅產權對日間照顧品質重視度及滿意度之變異情形

變項	日間照顧品質重要度				日間照顧品質滿意度			
	結構面	過程面	結果面	整體	結構面	過程面	結果面	整體
F 值	.404	.718	.646	.692	2.205	1.254	1.28	1.743
住宅產權								
自有	5.83	6.85	6.92	19.61	26.04	28.95	29.23	84.19
不住一起的親屬所擁有	6.00	7.00	7.00	20.00	26.00	30.50	31.50	88.00
租押	6.00	7.00	7.00	20.00	24.71	26.86	27.14	78.71
配住	6.00	7.00	7.00	20.00	27.00	28.00	28.00	83.00
借用	6.00	7.00	7.00	20.00	26.00	25.80	28.40	80.20
總和	5.85	6.87	6.93	19.64	25.99	28.79	29.15	83.90
F 值	.213	.236	.146	.331	.403	1.096	.757	.843

註：\* p<.05 \*\* p<.01 \*\*\*p<.001

就主要經濟來源而言，主要經濟來源不同對照顧品質的重視度與滿意度之影響，皆未達顯著差異水準。就家庭平均月所得而言，所得不同對照顧品質的重視度的影響，並未達顯著差異水準，但在滿意度的「結構面」(F=7.55, p<.001)、「過程面」(F=6.015, p<.001)、「結果面」(F=3.35, p<.01)及「整體品質」(F=6.592, p<.01)之差異皆達到統計上之顯著水準。經事後比較分析結果顯示，收入 4-6 萬元以下者在「過程面」、「結構面」及「整體品質」之滿意度，皆顯著高於未滿 2 萬元及 6 萬元以上者；6 萬元以上者在「過程面」及「整體品質」之滿意程度，皆顯著低於 2-4 萬元以下及 4-6 萬元以下者；2-4 萬元以下者在「結果面」之滿意度，顯著高於 6 萬元以上者（見表 5-2-4）。

表 5-2-4 主要經濟來源及家庭平均月所得對日間照顧品質重視度及滿意度之變異情形

變項	日間照顧品質重要度				日間照顧品質滿意度				
	結構面	過程面	結果面	整體	結構面	過程面	結果面	整體	
主要經濟來源	自己工作或營業收入	6.00	7.00	7.00	20.00	24.17	28.42	27.67	80.25
	配偶或同居人提供	5.88	6.75	7.00	19.63	26.13	26.38	29.00	81.50
	自己儲蓄、利息、租金或投資所得	5.50	6.50	6.83	18.83	26.00	27.67	28.50	82.17
	退休金、撫恤金或保險給付	5.96	6.96	6.92	19.85	26.19	28.31	28.69	83.19
	子女奉養(含媳婦、女婿)	5.81	6.84	6.91	19.57	26.25	29.23	29.41	84.85
	政府救助或津貼	6.00	7.00	7.00	20.00	24.38	27.63	28.88	80.88
	總和	5.85	6.86	6.93	19.64	26.00	28.78	29.11	83.86
	F 值	.766	.997	.293	1.029	1.792	1.018	.582	.914
家庭平均月所得	2萬元以下	5.90	6.90	6.93	19.73	25.20	27.40	27.87	80.47
	2-4 萬元以下	5.72	6.72	6.94	19.38	26.36	29.17	30.15	85.59
	4-6 萬元以下	5.90	6.90	6.90	19.70	26.93	30.20	29.48	86.61
	6 萬元以上	5.87	6.95	6.95	19.77	24.56	27.03	28.18	79.77
	總和	5.85	6.86	6.93	19.64	25.97	28.75	29.10	83.78
	F 值	.766	1.441	.139	.898	<b>7.55***</b> G3>G1,G4 G4>G2,G3	<b>6.015***</b> G3>G1,G4	<b>3.35*</b> G2>G4	<b>6.592***</b> G3>G1,G4 G4>G2,G3

註：\* p<.05 \*\* p<.01 \*\*\*p<.001

### 三、社區及服務使用狀況對日間照顧品質重視度與滿意度之差異/變異分析

#### (一) 社區型態與日間照顧品質重要度及滿意度之變異分析

就居住之社區型態而言，社區型態不同對照顧品質重視度之影響，未達統計上的顯著差異。但在滿意度的「過程面」(F=8.001, p<.001)、「結果面」(F=5.984, p<.01)及「整體品質」(F=7.337, p<.001)之變異，皆達到統計上之顯著水準。經事後比較分析結果顯示，住在市鄉混合型者在「結果面」及「整體品質」之滿意度，皆顯著高於鄉村及山地型及都市型者；住在鄉村及山地型社區者在「過程面」及「整體品質」，皆顯著低於都市型及市鄉混合型者。就居住時間而言，世居者與遷入者對照顧品質的重視度並無顯著差異，但在滿意度的「結構面」(t=2.017, p<.05)達顯著差異，世居者在「結構面」的滿意程度顯著高於遷入者。(見表 5-2-5)

就接受服務時間而言，接受服務時間不同對照顧品質之重視度與滿意度之影響，皆未達統計上的顯著差異。就每週接受服務的時數而言，接受服務時數不同對照顧品質的重視度，未達統計上的顯著差異水準；但在滿意度的「結構面」(F=4.687, p<.01)、「過程面」(F=3.597, p<.05)、「結果面」(F=2.738, p<.05)及「整體品質」(F=3.255, p<.05)，皆達顯著差異水準。經事後比較分析結果顯示，服務使用 20 小時以下者在「結構面」及「整體品質」之滿意程度顯著低於 31-40 小時及 41 小時以上者；服務使用 20 小時以下者在「過程面」之滿意程度顯著低於 41 小時以上者；服務使用 20 小時以下者在「結果面」之滿意程度顯著低於 31-40 小時者(見表 5-2-5)。

表 5-2-5 社區型態、居住時間、接受服務時間與時數對日間照顧品質重視度及滿意度之變異情形

變項		日間照顧品質重要度				日間照顧品質滿意度			
		結構面	過程面	結果面	整體	結構面	過程面	結果面	整體
社區型態	鄉村/山地型	5.92	6.94	6.91	19.77	25.45	27.11	28.32	80.89
	都市型	5.78	6.80	6.92	19.50	26.07	29.24	29.09	84.34
	市鄉混合型	6.00	7.00	7.00	20.00	27.14	31.05	31.62	89.81
	總和	5.85	6.87	6.93	19.64	26.01	28.82	29.16	83.96
	F 值	1.474	1.89	.465	1.797	2.83	<b>8.001***</b> G1<G2,G3	<b>5.984**</b> G3>G1,G2	<b>7.337***</b> G1<G2,G3 G3>G1,G2
居住時間	世居	5.84	6.88	6.89	19.62	26.50	29.35	29.71	85.49
	遷入	5.85	6.85	6.95	19.66	25.65	28.44	28.75	82.84
	t 值	-.123	.324	-.879	-.220	<b>2.017*</b>	1.390	1.678	1.858
接受服務	6個月以下	5.91	6.96	6.93	19.81	25.91	28.91	29.12	83.95
	7-12個月	5.83	6.80	6.95	19.59	25.76	28.43	28.90	82.93
	13-18個月	5.92	6.88	6.88	19.68	25.72	28.28	29.36	83.36
	19-24個月	5.95	6.91	6.91	19.77	26.50	29.23	29.14	84.86

表 5-2-5 社區型態、居住時間、接受服務時間與時數對日間照顧品質重視度及滿意度之變異情形

變項	日間照顧品質重要度				日間照顧品質滿意度				
	結構面	過程面	結果面	整體	結構面	過程面	結果面	整體	
時間	25個月以上	5.65	6.74	6.94	19.32	26.38	29.26	29.38	85.03
	總和	5.85	6.87	6.93	19.64	26.01	28.82	29.16	83.96
	F 值	1.162	1.089	.157	.882	.479	.321	.092	.297
每週服務使用時數	20小時以下	5.67	6.71	6.83	19.21	24.13	27.38	27.54	79.04
	21-30小時	5.77	6.62	6.77	19.15	26.15	29.15	27.77	83.08
	31-40小時	5.89	6.89	6.95	19.72	26.20	28.45	29.68	84.28
	41小時以上	5.89	7.00	6.97	19.86	26.65	30.68	29.22	86.54
	總和	5.85	6.87	6.93	19.64	26.01	28.82	29.16	83.96
	F 值	.839	2.346	1.563	2.202	<b>4.687**</b> G1<G3,G4	<b>3.597*</b> G1<G4	<b>2.738*</b> G1<G3	<b>3.255*</b> G1<G3,G4

註：\* p<.05 \*\* p<.01 \*\*\* p<.001

### 第三節 社區照顧理念之差異/變異分析

為瞭解日間照顧服務使用之個人基本特性、家庭、社區及服務使用狀況對社區照顧理念的影響，本節採取差異性分析 (t-text) 及單因子變異數分析 (one way ANOVA) 進行統計分析。

#### 一、個人基本特性與社區照顧理念之差異/變異分析

##### (一) 性別、教育程度與族群別之社區照顧理念差異/變異分析

就性別而言，性別不同在服務使用前的「公民權」(t=3.042, p<.01)、「充權」(t=3.185, p<.01)、「優勢觀點」(t=2.062, p<.05)及「整體理念」(t=2.749, p<.01)等同意度之差異，皆達到統計上之顯著水準，且男性的平均分數皆顯著高於女性。服務使用後的「充權」(t=3.045, p<.01)、「優勢觀點」(t=2.525, p<.05)及「整體理念」(t=2.360, p<.05)維持顯著差異，且同樣男性顯著高於女性。然而，服務使用後的「公民權」則未達顯著差異，這或許意謂著日間照顧服務的使用，拉近男女對「公民權」的認知(見表 5-3-1)。

就教育程度而言，教育程度不同在服務使用前的「公民權」(F=13.793, p<.001)、「充權」(F=5.044, p<.001)、「優勢觀點」(F=3.288, p<.01)、「生活正常化」(F=4.323, p<.01)及「整體理念」(F=7.325, p<.001)等同意度之變異情形，皆達到統計上之顯著水準。經事後比較分析之結果顯示，不識字及自修者在「公民權」顯著低於國(初)中、高中(職)及專科以上者；專科以上者在「公民權」及「整體理念」顯著高於不識字及自修、國小及國(初)中者；專科以上者在

「充權」及「生活正常化」顯著高於不識字及自修及國小者；國小者在「充權」顯著低於高中（職）及專科以上者；國小者在「優勢觀點」顯著低於專科以上者。服務使用後的「公民權」（ $F=12.594$ ， $p<.001$ ）、「充權」（ $F=5.623$ ， $p<.001$ ）、「優勢觀點」（ $F=3.583$ ， $p<.01$ ）、「生活正常化」（ $F=5.349$ ， $p<.001$ ）及「整體理念」（ $F=8.177$ ， $p<.001$ ）等同意度之變異情形，同樣皆達到統計上之顯著水準。事後比較分析之結果顯示，除「充權」從「專科以上者顯著高於顯著高於不識字、自修及國小者」改變至「國小顯著低於高中（職）及專科以上者」，以及「優勢觀點」從「國小顯著低於專科以上者」改變至「不識字、自修及國小者顯著低於專科以上者」外，其它皆無明顯變化。整體而言，教育程度較高者，對社區照顧整體及各面向的理念之滿意度，普遍高於教育程度較低者，尤其是「不識字、自修及國小者」（見表 5-3-1）。

就族群別而言，族群不同在服務使用前的「公民權」（ $F=7.651$ ， $p<.001$ ）、「生活正常化」（ $F=6.062$ ， $p<.01$ ）及「整體理念」（ $F=5.205$ ， $p<.001$ ）等同意度之變異情形，皆達到統計上之顯著水準。經事後比較分析之結果顯示，原住民在「公民權」及「生活正常化」顯著低於閩南人、大陸各省市及客家人；原住民在「整體理念」顯著低於大陸各省市及客家人。服務使用後的「公民權」（ $F=5.206$ ， $p<.01$ ）、「生活正常化」（ $F=5.853$ ， $p<.01$ ）及「整體理念」（ $F=3.728$ ， $p<.05$ ）等同意度之變異情形，亦皆達到統計上之顯著水準。經事後比較分析之結果顯示，儘管有些微的變化，原住民在「公民權」、「生活正常化」及「整體理念」還是普遍低於其它族群。整體而言，相較於其他族群，原住民族在「公民權」、「生活正常化」和「整體理念」同意度是相對偏低的（見表 5-3-1）。

表 5-3-1 受訪者性別、教育程度及族群對社區照顧理念同意度之影響情形

變項	服務使用前					服務使用後					
	公民權	充權	優勢觀點	生活正常化	整體理念	公民權	充權	優勢觀點	生活正常化	整體理念	
性別	男	84.32	80.79	83.10	88.36	337.29	82.73	79.68	83.24	88.56	333.77
	女	79.30	75.04	79.73	86.57	320.95	79.32	73.91	79.05	87.16	319.52
	t 值	<b>3.042**</b>	<b>3.185**</b>	<b>2.062*</b>	1.036	<b>2.749**</b>	1.927	<b>3.045**</b>	<b>2.525*</b>	.844	<b>2.360*</b>
教育程度	不識字及自修	76.70	75.47	80.60	85.59	318.15	74.93	72.64	78.90	84.60	311.37
	國小	79.74	74.39	78.55	85.94	319.70	80.40	74.05	78.79	87.52	321.83
	國/初中	83.80	79.60	81.64	87.20	332.24	83.56	79.60	82.36	88.17	330.46
	高中/職	86.21	81.36	84.14	88.86	340.57	85.57	82.14	84.50	89.86	342.07
	專科以上	96.62	88.00	89.00	98.54	372.15	94.92	86.31	88.77	98.38	368.38
	總和	81.01	77.03	80.89	87.14	326.54	80.47	75.90	80.54	87.59	324.66
	F 值	<b>13.793***</b>	<b>5.044***</b>	<b>3.288**</b>	<b>4.323**</b>	<b>7.325***</b>	<b>12.594***</b>	<b>5.623***</b>	<b>3.583**</b>	<b>5.349***</b>	<b>8.177***</b>
	G1<G3,G4,G5 G5>G1,G2,G3	G2<G4,G5 G5>G1,G2	G2<G5	G5>G1,G2	G5>G1,G2,G3	G1<G3,G4,G5 G5>G1,G2,G3	G1<G4,G5 G2<G4,G5	G5>G1,G2	G5>G1,G2	G5>G1,G2,G3	
族群背景	閩南人	80.91	76.56	80.74	87.56	326.39	80.23	75.13	80.22	87.95	323.44
	大陸各省市	85.91	80.05	82.77	89.23	337.95	86.59	79.60	83.00	90.73	339.91
	客家人	88.63	84.13	87.50	94.50	354.75	83.88	82.63	84.50	92.50	343.50
	原住民	71.33	73.47	76.07	77.13	298.00	72.47	74.27	77.60	78.07	302.40

表 5-3-1 受訪者性別、教育程度及族群對社區照顧理念同意度之影響情形

變項	服務使用前					服務使用後				
	公民權	充權	優勢觀點	生活正常化	整體理念	公民權	充權	優勢觀點	生活正常化	整體理念
總和	81.07	77.07	80.90	87.20	326.70	80.53	75.94	80.54	87.67	324.66
F 值	<b>7.651***</b> G4-G1G2G3	1.992	2.429	<b>6.062**</b> G4-G1G2G3	<b>5.205**</b> G4-G3G2	<b>5.206**</b> G4-G2	1.714	1.184	<b>5.853***</b> G4-G1G2G3	<b>3.728*</b> G4-G2

註：\* p<.05 \*\* p<.01 \*\*\* p<.001

## (二) 宗教信仰、婚姻、年齡與身體狀況之社區照顧理念差異/變異分析

就宗教信仰而言，宗教信仰不同在服務使用前、後的「公民權」、「充權」、「優勢觀點」、「生活正常化」及「整體理念」等同意度，皆未到統計上的顯著差異（見表 5-3-2）。

就婚姻狀況而言，婚姻狀況不同在服務使用前的「公民權」(F=3.598, p<.05)、「充權」(F=4.711, p<.01) 及「整體理念」(F=3.713, p<.01) 等同意度之變異情形，皆達到統計上之顯著水準。經事後比較分析之結果顯示，有配偶或同居在三項理念的同意度皆顯著高於喪偶者。服務使用後「公民權」(F=3.083, p<.05)、「充權」(F=6.003, p<.001)、「優勢觀點」(F=3.009, p<.05)、「生活正常化」(F=4.129, p<.01) 及「整體理念」(F=4.347, p<.01) 等同意度之變異情形，皆達到統計上之顯著水準。經事後比較分析之結果顯示，有配偶或同居在五項理念的同意度皆顯著高於喪偶者。整體而言，有配偶或同居者對社區照顧理念的同意度要顯著高於喪偶者，尤其是服務使用後強化了「優勢觀點」及「生活正常化」的差距（見表 5-3-2）。

就年齡而言，年齡不同在服務使用前、後的「公民權」、「充權」、「優勢觀點」、「生活正常化」及「整體理念」等同意度，皆未到統計上的顯著差異（見表 5-3-2）。

就身體狀況而言，身體狀況不同在使用服務前的「公民權」(F=15.622, p<.001)、「充權」(F=7.04, p<.001)、「優勢觀點」(F=8.271, p<.001)、「生活正常化」(F=19.422, p<.001) 及「整體理念」(F=15.049, p<.001) 等同意度之變異情形，皆達到統計上之顯著水準。經事後比較分析之結果顯示，身體不佳，生活需仰賴他人協助者在「公民權」、「充權」、「生活正常化」及「整體理念」的滿意度，皆顯著低於身體健康，生活自理能力佳及身體不佳，但尚不至影響日常生活者；身體不佳，生活需仰賴他人協助者在「優勢觀點」的滿意度，顯著低於身體健康，生活自理能力佳者；身體健康，生活自理能力佳者在「生活正常化」及「整體理念」的滿意度顯著高於身體不佳，但尚不至影響日常生活及身體不佳，生活需仰賴他人協助者。身體狀況不同在使用服務後的「公民權」(F=13.869, p<.001)、「充權」(F=8.072, p<.001)、「優勢觀點」(F=10.796, p<.001)、「生活正常化」(F=18.642, p<.001) 及「整體理念」(F=16.499, p<.001) 等同意度之

變異情形，皆達到統計上之顯著水準。經事後比較分析之結果顯示，身體不佳，生活需仰賴他人協助者在五項理念之滿意度，皆顯著低於身體健康，生活自理能力佳及身體不佳，但尚不致影響日常生活者；身體健康，生活自理能力佳者在「生活正常化」之滿意程度顯著高於身體不佳，但尚不致影響日常生活及身體不佳，生活需仰賴他人協助者。整體而言，身體狀況愈佳者對社區照顧各面向及整體理念的同意度，普遍顯著優於身體健康狀況較不佳者（見表 5-3-2）。

表 5-3-2 受訪者宗教、婚姻、年齡及身體狀況對社區照顧理念同意度之影響情形

變項		服務使用前					服務使用後				
		公民權	充權	優勢觀點	生活正常化	整體理念	公民權	充權	優勢觀點	生活正常化	整體理念
宗教信仰 <sup>1</sup>	佛教	81.05	73.87	78.53	85.61	319.05	81.82	72.82	79.16	85.81	317.19
	道教	79.63	75.88	81.50	87.88	324.88	79.63	72.75	82.13	87.25	321.75
	傳統信仰	80.99	77.74	81.61	88.04	329.46	79.86	76.82	80.90	88.60	327.37
	基督宗教	79.64	77.96	81.36	86.68	325.64	78.88	76.36	81.04	87.84	324.12
	無宗教信仰	86.86	81.17	81.71	86.43	334.17	87.86	81.67	79.33	86.71	335.60
	總和	80.98	76.97	80.91	87.26	326.59	80.45	75.88	80.54	87.75	324.60
	F 值	.64	1.008	.619	.361	.558	1.071	1.198	.256	.486	.574
婚姻狀況	未婚	79.67	83.33	85.00	87.33	335.33	79.83	81.83	83.00	84.17	328.83
	有配偶或同居	84.95	81.07	83.37	90.24	339.67	84.24	81.07	83.85	91.66	339.43
	離婚或分居	79.75	68.50	74.75	80.75	303.75	82.75	70.25	77.00	81.75	311.75
	喪偶	79.289	75.04	79.67	86.03	320.61	78.66	73.30	78.85	86.18	317.29
	總和	81.04	77.01	80.87	87.23	326.61	80.50	75.88	80.50	87.69	324.55
	F 值	<b>3.598*</b>	<b>4.711**</b>	2.331	2.274	<b>3.713**</b>	<b>3.083*</b>	<b>6.003***</b>	<b>3.009*</b>	<b>4.129**</b>	<b>4.347**</b>
	G2>G4	G2>G4			G2>G4	G2>G4	G2>G4	G2>G4	G2>G4	G2>G4	
年齡	65歲以下	84.47	80.60	82.60	86.13	333.80	84.27	78.60	80.67	87.07	324.93
	65-74 歲	81.57	77.33	80.98	88.25	329.11	80.00	75.54	80.38	87.89	324.17
	75-84 歲	80.11	75.48	79.89	86.55	322.19	80.06	74.82	79.73	87.65	322.72
	85 歲以上	81.21	78.97	82.55	87.76	331.15	80.76	78.03	82.64	87.62	329.67
	總和	81.07	77.07	80.90	87.20	326.70	80.53	75.94	80.54	87.66	324.66
	F 值	.75	1.247	.655	.31	.751	.622	.79	.577	.022	.253
身體狀況	身體健康，生活自理能力佳	84.54	80.04	84.10	92.50	341.19	83.81	78.40	84.27	92.46	337.67
	身體不佳，但尚不至影響日常生活	81.72	77.19	80.42	85.91	325.55	81.37	77.09	80.21	86.81	327.21
	身體不佳，生活需仰賴他人協助	73.14	71.19	75.59	79.92	300.24	72.34	68.89	74.43	80.40	295.18
	總和	81.07	77.07	80.90	87.20	326.70	80.53	75.94	80.54	87.66	324.66
	F 值	<b>15.622***</b>	<b>7.04***</b>	<b>8.271***</b>	<b>19.422***</b>	<b>15.049***</b>	<b>13.869***</b>	<b>8.072***</b>	<b>10.796***</b>	<b>18.642***</b>	<b>16.499***</b>
	G3<G1,G2	G3<G1,G2	G3<G1	G1>G2,G3	G1>G2,G3	G3<G1,G2	G3<G1,G2	G3<G1,G2	G1>G2,G3	G3<G1,G2	

註 1：\* p<.05 \*\* p<.01 \*\*\*p<.001

註 2：傳統宗教包含一貫道及民間信仰；基督宗教包含基督教及天主教。

## 二、家庭、居住型態及經濟狀況之社區照顧理念之差異/變異分析

### (一) 家庭型態、居住型態與住宅所屬之社區照顧理念差異/變異分析

就家庭型態而言，家庭型態不同在服務使用前的「生活正常化」(F=2.328， $p<.05$ ) 達到統計上之顯著水準。經事後比較分析之結果顯示，並無明顯的個別差異。服務使用後在「公民權」、「充權」、「優勢觀點」、「生活正常化」及「整體理念」，皆無達到統計上的顯著差異（見表 5-3-3）。

就居住型態而言，居住型態不同在服務使用前的「充權」(F=2.583， $p<.05$ ) 同意度，達到統計上之顯著水準。經事後比較分析之結果顯示，與配偶和子女同住者顯著高於僅與子女同住者。服務使用後的「公民權」(F=2.614， $p<.05$ )、「充權」(F=2.94， $p<.05$ )、「生活正常化」(F=3.199， $p<.01$ ) 及「整體理念」(F=2.347， $p<.05$ ) 等同意度，皆達到統計上之顯著水準。經事後比較分析之結果顯示，並未呈現顯著的個別差異（見表 5-3-3）。

就住宅所屬而言，住宅所屬不同在在服務使用前、後的「公民權」、「充權」、「優勢觀點」、「生活正常化」及「整體理念」等同意度，皆未達到統計上的顯著差異（見表 5-3-3）。

表 5-3-3 受訪者家庭型態、居住型態及住宅所屬對社區照顧理念同意度之變異情形

變項	服務使用前					服務使用後					
	公民權	充權	優勢觀點	生活正常化	整體理念	公民權	充權	優勢觀點	生活正常化	整體理念	
家庭型態	單人家庭	80.79	82.90	81.70	83.30	331.16	80.21	81.65	82.10	84.00	329.26
	夫婦家庭	83.47	78.07	83.60	88.67	333.80	83.20	78.20	83.73	90.80	335.93
	單親家庭	77.33	69.50	75.83	75.67	298.33	80.00	72.67	80.00	78.83	311.50
	核心家庭	82.45	74.65	79.26	87.41	324.09	82.59	73.44	78.67	88.41	321.21
	祖孫家庭	79.00	75.43	75.57	84.57	314.57	81.00	78.00	78.17	88.57	324.00
	三代同堂	79.88	77.77	82.22	88.78	328.93	78.19	75.67	80.96	87.69	323.80
	總和	80.99	77.00	80.85	87.11	326.42	80.45	75.83	80.48	87.51	324.25
	F值	.71	2.102	1.39	<b>2.328*</b> PH未顯著	1.054	1.168	1.575	.771	1.722	.549
居住型態	與配偶和子女同住	84.11	80.79	82.00	89.50	336.40	84.64	80.93	83.14	92.11	338.07
	僅與配偶同住	86.12	82.18	85.29	90.53	344.12	85.47	81.88	85.06	92.53	344.94
	僅與子女同住	79.67	74.70	80.11	87.15	321.90	79.05	73.23	79.20	86.85	318.59
	僅與親友同住	74.67	75.67	77.67	83.00	311.00	75.33	77.67	77.67	89.33	320.00
	獨居	80.76	78.04	79.50	83.42	323.32	80.64	76.54	80.35	83.64	321.88
	其他	81.00	87.00	88.00	85.67	341.67	68.67	81.00	79.00	78.67	307.33
	總和	81.07	77.07	80.90	87.20	326.70	80.53	75.94	80.54	87.66	324.66

表 5-3-3 受訪者家庭型態、居住型態及住宅所屬對社區照顧理念同意度之變異情形

變項	服務使用前					服務使用後					
	公民權	充權	優勢觀點	生活正常化	整體理念	公民權	充權	優勢觀點	生活正常化	整體理念	
F 值	1.793	<b>2.583*</b> G3<G1	1.21	1.262	1.63	<b>2.614*</b> PH未顯著	<b>2.94*</b> PH未顯著	1.329	<b>3.199**</b> PH未顯著	<b>2.347*</b> PH未顯著	
住宅所屬	自有	81.10	77.23	81.07	87.33	327.25	80.60	76.11	80.67	87.73	325.14
	不住一起的親屬所擁有	78.00	78.50	80.00	89.00	325.50	77.00	80.50	82.50	93.50	333.50
	租押	83.71	81.86	83.86	85.86	335.29	84.29	80.57	83.43	87.71	336.00
	配住	78.00	75.00	75.00	79.00	307.00	78.00	75.00	76.00	82.00	311.00
	借用	78.00	65.20	73.80	85.00	302.00	73.60	61.00	72.80	83.40	290.80
	總和	81.07	77.07	80.93	87.18	326.71	80.50	75.90	80.55	87.64	324.58
	F 值	.262	1.579	.801	.226	.671	.709	2.182	.848	.427	1.199

註：\* p<.05 \*\* p<.01 \*\*\* p<.001

## (二) 家庭經濟狀況之社區照顧理念差異/變異分析

就主要經濟來源而言，主要經濟來源不同在服務使用前的「公民權」(F=2.96, p<.01) 同意度，達到統計上之顯著水準；經事後比較分析結果顯示，並無顯著的個別差異。主要經濟來源不同在使用後的「公民權」(F=2.816, p<.05) 同意度，亦達到統計上之顯著水準；經事後比較分析結果顯示，亦無顯著的個別差異(見表 5-3-4)。

就家庭平均月所得而言，家庭平均月所得在服務使用前的「整體理念」(F=2.662, p<.05) 同意度，達到統計上之顯著水準；經事後比較分析之結果顯示，並無顯著的個別差異。服務使用後的「公民權」、「充權」、「優勢觀點」、「生活正常化」及「整體理念」等同意度，皆未達到統計上的顯著差異(見表 5-3-4)。

表 5-3-4 受訪者主要經濟來源及家庭平均月所得對社區照顧理念同意度之變異情形

變項	服務使用前					服務使用後					
	公民權	充權	優勢觀點	生活正常化	整體理念	公民權	充權	優勢觀點	生活正常化	整體理念	
主要經濟來源	自己工作或營業收入	82.92	83.42	83.83	86.25	336.42	82.08	81.58	83.17	88.25	335.08
	配偶或同居人提供	83.38	76.13	79.50	90.50	329.50	81.75	74.88	79.75	90.25	326.63
	自己儲蓄、利息、租金或投資所得	93.50	83.33	89.50	97.83	364.17	92.17	81.17	89.67	96.17	359.17
	自己退休金、撫恤金或保險給付	84.96	79.73	81.85	87.73	336.20	85.28	79.04	81.20	87.13	329.22
	子女奉養(含媳婦、女婿)	79.39	75.19	80.08	86.71	321.61	78.78	73.96	79.62	87.45	320.42

表 5-3-4 受訪者主要經濟來源及家庭平均月所得對社區照顧理念同意度之變異情形

變項	服務使用前					服務使用後					
	公民權	充權	優勢觀點	生活正常化	整體理念	公民權	充權	優勢觀點	生活正常化	整體理念	
來自政府救助或津貼	76.75	79.38	80.50	83.50	320.13	75.63	78.88	81.13	82.63	318.25	
總和	80.97	76.93	80.91	87.23	326.51	80.38	75.74	80.52	87.67	324.30	
F值	<b>3.404**</b> PH未顯著	1.988	1.203	1.505	2.1	<b>3.228**</b> PH未顯著	1.762	1.217	1.279	1.551	
家庭平均月所得	未滿2萬元	76.53	72.93	78.40	83.23	310.10	76.63	72.28	77.73	84.07	310.79
	2萬元至未滿4萬元	84.42	76.63	82.66	89.25	333.83	82.08	74.75	81.96	89.72	329.50
	4萬元至未滿6萬元	80.02	77.93	79.97	86.67	325.32	81.00	78.11	80.58	88.02	326.70
	6萬元以上者	81.69	79.10	82.08	88.28	331.76	80.47	76.33	80.47	87.13	324.89
	總和	80.99	77.02	80.88	87.14	326.49	80.44	75.85	80.45	87.58	324.30
	F值	3.69	1.702	1.347	2.04	<b>2.662*</b> PH未顯著	1.51	1.633	.977	1.852	1.584

註：\* p<.05 \*\* p<.01 \*\*\* p<.001

### 三、 居住社區及服務使用情形之社區照顧理念差異/變異分析

#### (一) 居住社區之社區照顧理念差異/變異分析

就居住之社區型態而言，社區型態不同在服務使用前的「公民權」、「充權」、「優勢觀點」、「生活正常化」及「整體理念」等同意度，皆未達到統計上的顯著差異。服務使用後的「公民權」(F=5.891, p<.01)、「生活正常化」(F=3.316, p<.05)及「整體理念」(F=3.102, p<.05)等同意度之變異情形，皆達到統計上之顯著水準。經事後比較分析之結果顯示，都市型者在「公民權」顯著高於鄉村及山地型地區者；但在「生活正常化」及「整體理念」有無顯著的個別差異(見表 5-3-5)。

就居住時間而言，居住時間不同在服務使用前的「公民權」(t=-2.711, p<.01)同意度之差異，達到統計上之顯著水準，遷入者顯著高於世居者。同樣地，服務使用後在「公民權」(t=-2.132, p<.05)同意度的差異，亦達到統計上之顯著水準，遷入者的顯著高於世居者(見表 5-3-5)。

就接受服務時間而言，接受服務時間不同在在服務使用前的「公民權」、「充權」、「優勢觀點」、「生活正常化」及「整體理念」等同意度之差異，皆未達到統計上的顯著差異。接受服務後的「優勢觀點」(F=2.548, p<.05)同意度之差異，達到統計上之顯著水準，經事後比較分析之結果顯示，並無顯著的個別差異(見表 5-3-5)。

就每週接受服務時數而言，接受服務時數不同在服務使用前的「充權」(F=2.919, p<.05)、「優勢觀點」(F=3.314, p<.05)及「整體理念」(F=3.27,

p<.05) 同意度之變異情形，達到統計上之顯著水準。經事後比較分析之結果顯示，21~30 小時者在「優勢觀點」顯著高於 20 小時以下、31~40 小時及 41 小時以上者；21~30 小時者「整體理念」顯著高於 20 小時以下者；在「充權」則沒有顯著的個別差異。服務使用後的「公民權」(F=3.485, p<.05) 同意度之變異情形，達到統計上之顯著水準；經事後比較分析之結果顯示，21~30 小時者顯著高於 31~40 小時者(見表 5-3-5)。

表 5-3-5 受訪者社區區位、居住時間、接受及使用服務間對社區照顧理念之差異/變異情形

變項		服務使用前					服務使用後				
		公民權	充權	優勢觀點	生活正常化	整體理念	公民權	充權	優勢觀點	生活正常化	整體理念
社區地理區位	鄉村及山地型	79.28	76.79	82.12	87.17	325.69	76.35	73.30	79.96	84.77	314.63
	都市型	81.68	77.25	80.10	87.18	326.45	81.75	76.81	80.31	88.59	327.71
	市鄉混合型	82.52	76.86	82.00	87.38	330.65	84.76	78.24	83.20	90.83	336.89
	總和	81.07	77.07	80.90	87.20	326.70	80.53	75.94	80.54	87.66	324.66
	F 值	1.087	.029	.766	.003	.125	<b>5.891**</b>	1.835	.721	<b>3.316*</b>	<b>3.102*</b>
居住時間	世居	78.60	75.65	80.04	87.29	322.00	78.47	74.94	79.99	87.08	319.96
	遷入	82.93	78.14	81.55	87.14	330.28	82.10	76.70	80.95	88.11	328.33
	t 值	<b>-2.711**</b>	-1.397	-.952	.090	-1.422	<b>-2.132*</b>	-.940	-.591	-.643	-1.416
接受服務時間	6個月以下	80.95	77.54	80.56	87.12	328.04	79.64	75.75	79.80	87.29	323.09
	7-12個月	78.45	74.00	79.24	85.62	316.73	78.57	72.07	77.31	85.35	314.05
	13-18個月	85.64	81.44	83.92	88.32	339.32	83.52	79.92	83.63	88.58	332.09
	19-24個月	80.09	77.27	83.73	90.82	331.91	80.68	77.55	84.91	90.45	333.59
	25個月以上	81.76	76.62	79.47	86.12	323.97	82.09	76.94	80.72	88.59	328.90
	總和	81.07	77.07	80.90	87.20	326.70	80.53	75.94	80.54	87.66	324.66
	F 值	1.861	1.601	1.371	.947	1.547	.989	1.824	<b>2.548*</b>	1.001	1.401
服務使用時間	20小時以下	79.88	76.04	79.00	83.46	318.38	80.29	75.46	79.58	85.21	320.54
	21-30小時	87.46	86.15	89.31	93.85	356.77	89.38	84.00	87.31	91.58	347.08
	31-40小時	80.68	76.67	80.64	87.32	326.09	79.06	74.62	79.71	87.14	320.49
	41小時以上	80.68	75.68	79.92	86.95	323.17	81.70	77.16	81.08	89.47	332.15
	總和	81.07	77.07	80.90	87.20	326.70	80.53	75.94	80.54	87.66	324.66
	F 值	1.703	<b>2.919*</b>	<b>3.314*</b>	2.552	<b>3.27*</b>	<b>3.485*</b>	2.416	2.09	1.447	2.345

註：\* p<.05    \*\* p<.01    \*\*\* p<.001

## 第四節 日間照顧服務對社區照顧理念的影響

本節將採取 Z 檢定方法，分析日間照顧服務使用前、後，服務使用者在社區照顧理念的變化情形，社區照顧理念包括：(1) 公民權：含權利和責任；(2) 充權：含心理充權、社會充權和政治充權；(3) 優勢觀點：含自我認知、復原力和社區資源；(4) 生活正常化：含生理福祉、心理福祉、社會福祉和靈性福祉。

### 一、日間照顧服務對「公民權」的影響

公民權主要區分為兩個次面向：權利（11 個子題）和責任（12 個子題），底下將分別說明使用者在參與日間照顧服務後在各個子題上的變化情形。

#### (一) 公民權-權利

日間照顧服務使用前後，服務使用者在「公民權-權利」理念的變化上，表 5-4-1 顯示，在 11 個子變項中，多數子變項出現顯著的變化，其中有 5 項朝正向改變，包括：「我可以獲得適當的健康照顧 (Z=4.601<sup>\*\*\*</sup>)」、「我可以獲得適當的生活照顧」(Z=5.601<sup>\*\*\*</sup>)、「我可以自在地居住在自己的家裡 (Z=2.307<sup>\*</sup>)」、「我有學習新事務的機會/管道」(Z=7.726<sup>\*\*\*</sup>)、以及「我能夠獲得他人/社會公平的對待」(Z=2.008<sup>\*</sup>)。另有 2 項朝負向改變，包括：「我可以自在地參與社區的活動」(Z=-3.290<sup>\*\*</sup>)、以及「我可以選擇自己想要的的生活方式」(Z=-2.762<sup>\*\*</sup>)。這些現象顯出日間照顧對「公民權-權利」理念的實踐有一定程度的助益。

表5-4-1 日間照顧服務使用前後「公民權-權利」的變化情形 (N=180)

		個數	等級平均數	等級總和	Z檢定	p值
我的所得可以維持基本生活所需	負等級	12	15.75	189.00	-1.587	.113
	正等級	11	7.91	87.00		
	等值結	157				
我可以獲得適當的健康照顧	負等級	10	31.80	318.00	4.601	.000
	正等級	50	30.24	1512.00		
	等值結	120				
我可以獲得適當的生活照顧	負等級	6	18.00	108.00	5.601	.000
	正等級	47	28.15	1323.00		
	等值結	127				
我可以自在地居住在自己的家裡	負等級	5	12.20	61.00	2.307	.021
	正等級	17	11.29	192.00		
	等值結	158				
我可以自在地參與社區的活動（如：宗教活動、傳統習俗）	負等級	24	21.33	512.00	-3.290	.001
	正等級	11	10.73	118.00		
	等值結	145				
我可以自由地表達自己的想法	負等級	6	11.25	67.50	1.806	.071
	正等級	15	10.90	163.50		
	等值結	157				

表5-4-1 日間照顧服務使用前後「公民權-權利」的變化情形 (N=180)

		個數	等級平均數	等級總和	Z檢定	p值
我可以選擇自己想要的生活方式	負等級	20	24.00	480.00	<b>-2.762</b>	<b>.006</b>
	正等級	15	10.00	150.00		
	等值結	143				
我有學習新事務的機會/管道	負等級	6	30.08	180.50	<b>7.726</b>	<b>.000</b>
	正等級	85	47.12	4005.50		
	等值結	89				
我可以過著安全的生活(免於剝削和身體或精神的虐待)	負等級	9	8.33	75.00	-.943	.346
	正等級	6	7.50	45.00		
	等值結	165				
我可以享有個人的隱私權	負等級	5	7.30	36.50	.676	.499
	正等級	8	6.81	54.50		
	等值結	167				
我能夠獲得他人/社會公平的對待	負等級	29	29.84	865.50	<b>2.008</b>	<b>.045</b>
	正等級	39	37.96	1480.50		
	等值結	112				

註 1 負等級：服務使用後的同意程度 < 服務使用前的同意程度；正等級：服務使用後的同意程度 > 服務使用前的同意程度；等值結：服務使用後的同意程度 = 服務使用前的同意程度。

註 2 \*p<.05；\*\*p<.01；\*\*\*p<.001。

## (二) 公民權-責任

日間照顧服務使用前後，服務使用者在「公民權-責任」理念的變化上，表 5-4-2 顯示，在 12 個子變項中，多數子變項出現顯著的變化，其中有 8 項朝負向改變，包括：我「可以照顧好自己的身心健康」(Z=-2.968<sup>\*\*</sup>)、「我有責任維持個人經濟上的自立自主」(Z=-3.323<sup>\*\*</sup>)、「我可以維持個人經濟上的自立自主」(Z=-3.655<sup>\*\*\*</sup>)、「我有責任維持家庭的經濟收入」(Z=-3.784<sup>\*\*\*</sup>)、「我對家庭的經濟是有貢獻的」(Z=-4.097<sup>\*\*\*</sup>)、「我有責任讓家庭生活變得更好」(Z=-4.478<sup>\*\*\*</sup>)、「我對家庭生活是有貢獻的」(Z=-4.527<sup>\*\*\*</sup>)、以及「我對社會是有貢獻的」(Z=-2.392<sup>\*</sup>)。這些變化現象彰顯出，日間照顧對「公民權-責任」理念的實踐，不僅無法有正面的助益，反而朝「負向」發展，這或許反映出服務使用者對自己在健康和經濟功能退化的無力感，且衍生出對家庭和社會之貢獻的無奈。

表5-4-2 日間照顧服務使用前後「公民權-責任」的變化情形 (N=180)

		個數	等級平均數	等級總和	Z檢定	p值
我有責任維持自己的身心健康	負等級	7	10.64	74.50	.100	.920
	正等級	10	7.85	78.50		
	等值結	163				
我可以照顧好自己的身心健康	負等級	18	18.39	331.00	<b>-2.968</b>	<b>.003</b>
	正等級	10	7.50	75.00		
	等值結	152				
我有責任維持個人經濟上的自立自主	負等級	16	11.03	176.50	<b>-3.323</b>	<b>.001</b>
	正等級	3	4.50	13.50		
	等值結	161				
我可以維持個人經濟上	負等級	17	9.88	168.00	<b>-3.655</b>	<b>.000</b>

表5-4-2 日間照顧服務使用前後「公民權-責任」的變化情形 (N=180)

		個數	等級平均數	等級總和	Z檢定	p值
的自立自主	正等級	1	3.00	3.00		
	等值結	162				
我有責任維持家庭的經濟收入	負等級	26	17.81	463.00	<b>-3.784</b>	<b>.000</b>
	正等級	6	10.83	65.00		
	等值結	148				
	總和	180				
我對家庭的經濟是有貢獻的	負等級	28	19.04	533.00	<b>-4.097</b>	<b>.000</b>
	正等級	6	10.33	62.00		
	等值結	146				
	總和	180				
我有責任讓家庭生活變得更好	負等級	31	18.77	582.00	<b>-4.478</b>	<b>.000</b>
	正等級	4	12.00	48.00		
	等值結	145				
	總和	180				
我對家庭生活是有貢獻的	負等級	30	20.50	615.00	<b>-4.527</b>	<b>.000</b>
	正等級	6	8.50	51.00		
	等值結	144				
	總和	180				
我有責任讓社區變得更好	負等級	4	6.88	27.50	-.614	.539
	正等級	5	3.50	17.50		
	等值結	171				
	總和	180				
我對社區是有貢獻的	負等級	8	9.38	75.00	-1.460	.144
	正等級	6	5.00	30.00		
	等值結	166				
	總和	180				
我有責任讓社會變得更好	負等級	6	5.50	33.00	-1.311	.190
	正等級	3	4.00	12.00		
	等值結	171				
	總和	180				
我對社會是有貢獻的	負等級	10	6.80	68.00	<b>-2.392</b>	<b>.017</b>
	正等級	2	5.00	10.00		
	等值結	168				
	總和	180				

註 1 負等級：服務使用後的同意程度 < 服務使用前的同意程度；正等級：服務使用後的同意程度 > 服務使用前的同意程度；等值結：服務使用後的同意程度 = 服務使用前的同意程度。

註 2 \*p<.05；\*\*p<.01；\*\*\*p<.001。

## 二、 日間照顧服務對「充權」的影響

充權主要區分為三個次面向：心理充權（8 個子題）、社會充權（8 個子題）及政治充權（8 個子題），底下將分別說明使用者在參與日間照顧服務後在各個子題上的變化情形。

### （一）充權-心理充權

在日間照顧服務使用前、後服務使用者在「充權-心理充權」理念的變化上，表 5-4-3 顯示，在 8 個子變項中有 4 項在服務使用前、後出現顯著的變化，且皆朝負向發展，包括：「我相信自己有改變生活的能力」（ $Z=-2.866^{**}$ ）、「我無法對抗年邁/身體缺陷帶來的衝擊」（ $Z=3.297^{**}$ ）、「我可以掌控/主導自己的生活」（ $Z=-3.750^{***}$ ）、「我覺得我是個沒有用的人」（ $Z=4.374^{***}$ ）。這些現象

彰顯出，日間照顧對「心理充權」的實踐，不僅無法有正面的助益，反而朝「負向」發展，這亦反映出「日間照顧」服務使用者對自己生活和年邁的無奈。

表 5-4-3 日間照顧服務使用前後「充權-心理充權」的變化情形

		個數	等級平均數	等級總和	Z檢定	p值
我相信自己有改變生活的能力	負等級	28	35.57	996.00	<b>-2.866</b>	<b>.004</b>
	正等級	24	15.92	382.00		
	等值結	128				
我能夠適應目前的生活環境	負等級	16	22.03	352.50	-.638	.523
	正等級	19	14.61	277.50		
	等值結	145				
我無法對抗年邁/身體缺陷帶來的衝擊(負向題)	負等級	11	15.36	169.00	<b>3.297</b>	<b>.001</b>
	正等級	29	22.45	651.00		
	等值結	140				
	總和	180				
日常生活中，我能夠發揮自己的所長	負等級	17	22.06	375.00	-1.727	.084
	正等級	16	11.63	186.00		
	等值結	147				
我有勇氣面對生活中困難的事情	負等級	5	13.70	68.50	1.134	.257
	正等級	14	8.68	121.50		
	等值結	161				
我可以掌控/主導自己的生活	負等級	26	22.96	597.00	<b>-3.750</b>	<b>.000</b>
	正等級	11	9.64	106.00		
	等值結	143				
我覺得我是個沒有用的人(負向題)	負等級	8	6.50	52.00	<b>4.374</b>	<b>.000</b>
	正等級	27	21.41	578.00		
	等值結	144				
我可以採取必要的行動來改善自己的生活	負等級	12 <sup>a</sup>	18.75	225.00	-1.304	.192
	正等級	14 <sup>b</sup>	9.00	126.00		
	等值結	154 <sup>c</sup>				

註 1 負等級：服務使用後的同意程度 < 服務使用前的同意程度；正等級：服務使用後的同意程度 > 服務使用前的同意程度；等值結：服務使用後的同意程度 = 服務使用前的同意程度。

註 2 \*p<.05；\*\*p<.01；\*\*\*p<.001。

## (二) 充權-社會充權

日間照顧服務使用前後，服務使用者在「充權-社會充權」理念的變化上，表 5-4-4 顯示，在 8 個子變項中，有 4 項在服務使用前後出現顯著的變化，且皆朝正向發展，包括：「與他人意見不同時，我能夠做有效的溝通和協調」(Z=3.500<sup>\*\*\*</sup>)、「跟他人互動時，我覺得他人能瞭解我的想法/處境」(Z=3.116<sup>\*\*</sup>)、「我能夠獲得所想要的資訊，以增進選擇的機會」(Z=2.349<sup>\*</sup>)、以及「當我需要協助時，能夠主動向他人提出」(Z=2.178<sup>\*</sup>)。這些現象顯出日間照顧對「充權-社會充權」理念的實踐有一定程度的助益，亦即，能夠增進或強化服務使用者的社會生活能力。

表 5-4-4 日間照顧服務使用前後「充權-社會充權」的變化情形 (N=180)

		個數	等級平均數	等級總和	Z檢定	p值
我有權參與自己社區 的各項活動	負等級	10	7.80	78.00	-1.629	.103
	正等級	4	6.75	27.00		
	等值結	166				
與他人意見不同時，我 能夠做有效的溝通和 協調	負等級	1	8.50	8.50	<b>3.500</b>	<b>.000</b>
	正等級	15	8.50	127.50		
	等值結	164				
跟他人互動時，我覺得 他人能瞭解我的想法/ 處境	負等級	1	6.50	6.50	<b>3.116</b>	<b>.002</b>
	正等級	13	7.58	98.50		
	等值結	166				
我能夠獲得所想要的 資訊，以增進選擇的機 會	負等級	5	17.50	87.50	<b>2.349</b>	<b>.019</b>
	正等級	21	12.55	263.50		
	等值結	154				
我可以和他人分享生 活的狀況，並彼此相互 支持	負等級	10	27.05	270.50	.743	.457
	正等級	25	14.38	359.50		
	等值結	145				
當我需要協助時，能夠 主動向他人提出	負等級	6	13.50	81.00	<b>2.178</b>	<b>.029</b>
	正等級	18	12.17	219.00		
	等值結	156				
在社區生活中，我有機 會表現自己的優勢/專 長	負等級	6	10.25	61.50	-.091	.928
	正等級	9	6.50	58.50		
	等值結	165				
在社區生活中，我可以 維護自己的利益	負等級	4	5.63	22.50	.000	1.000
	正等級	5	4.50	22.50		
	等值結	171				

註 1 負等級：服務使用後的同意程度 < 服務使用前的同意程度；正等級：服務使用後的同意程度 > 服務使用前的同意程度；等值結：服務使用後的同意程度 = 服務使用前的同意程度。

註 2 \*p<.05；\*\*p<.01；\*\*\*p<.001。

### (三) 充權-政治充權

日間照顧服務使用前後，服務使用者在「充權-政治充權」理念的變化上，表 5-4-5 顯示，在 8 個子變項中，並無任何子變項出現顯著的變化。

表 5-4-5 日間照顧服務使用前後「充權-政治充權」的變化情形 (N=180)

		個數	等級平均數	等級總和	Z檢定	p值
我會想要改變社區的 環境	負等級	7	10.07	70.50	-.134	.894
	正等級	9	7.28	65.50		
	等值結	164				
我相信透過參加集體 行動，可以改善社區的 問題	負等級	4	7.50	30.00	.733	.464
	正等級	8	6.00	48.00		
	等值結	168				
我有適當的管道表達 對社區事務的關心	負等級	10	12.25	122.50	-1.136	.064
	正等級	9	7.50	67.50		
	等值結	161				
我曾參與討論社區重 要的事務	負等級	13	14.04	182.50	-1.853	.064
	正等級	9	7.83	70.50		
	等值結 總和	158 180				

		個數	等級平均數	等級總和	Z檢定	p值
我會想要改變社會環境	負等級	7	6.86	48.00	-1.396	.163
	正等級	4	4.50	18.00		
	等值結	169				
我有適當的管道表達對社會事務的關心	負等級	8	9.38	75.00	-1.460	.144
	正等級	6	5.00	30.00		
	等值結	166				
我願意為社會不公不義的事情挺身而出	負等級	9	10.33	93.00	-1.915	.056
	正等級	6	4.50	27.00		
	等值結	165				
	總和	180				
我曾為社會不公不義的事情挺身而出	負等級	9	9.17	82.50	-1.926	.054
	正等級	5	4.50	22.50		
	等值結	166				

註 1 負等級：服務使用後的同意程度 < 服務使用前的同意程度；正等級：服務使用後的同意程度 > 服務使用前的同意程度；等值結：服務使用後的同意程度 = 服務使用前的同意程度。

註 2 \*p<.05；\*\*p<.01；\*\*\*p<.001。

### 三、日間照顧服務對「優勢觀點」的影響

優勢觀點主要區分為三個次面向：自我認知(8個子題)、復原力(8個子題)及社區資源(8個子題)，底下將分別說明使用者在參與日間照顧服務後在各個子題上的變化情形。

#### (一) 優勢-自我認知

日間照顧服務使用前後，服務使用者在「優勢-自我認知」理念的變化上，表 5-4-6 顯示，在 8 個子變項中，有 3 個子項出現顯著的變化，3 子變項皆朝負向發展，包括：我覺得沒有能力對許多事情做決定 ( $Z=3.700^{***}$ )、我覺得我只能維持現在這個樣子 ( $Z=3.895^{***}$ )、及我認為自己有能力幫助別人 ( $Z=-2.527^*$ )。這些現象彰顯出，日間照顧服務對「優勢-自我認知」理念的實踐，並未能發揮正向的功能。

表 5-4-6 日間照顧服務使用前、後在「優勢-自我認知」的變化情形 (N=180)

		個數	等級平均數	等級總和	Z檢定	p值
我喜歡自己現在這樣子	負等級	13	32.58	423.50	-.364	.716
	正等級	29	16.53	479.50		
	等值結	137				
我可以為自己的行為負責	負等級	5	18.20	91.00	1.764	.078
	正等級	19	11.00	209.00		
	等值結	155				
我覺得沒有能力對許多事情做決定(負向題)	負等級	7	12.00	84.00	<b>3.700</b>	<b>.000</b>
	正等級	27	18.93	511.00		
	等值結	146 <sup>i</sup>				
我覺得我只能維持現在這個樣子(負向題)	負等級	6	12.67	76.00	<b>3.895</b>	<b>.000</b>
	正等級	28	18.54	519.00		
	等值結	146				

我過著快樂的日子/生活	負等級	14	35.82	501.50	.926	.354
	正等級	34	19.84	674.50		
	等值結	132				
我認為自己有能力幫助別人	負等級	20	20.93	418.50	<b>-2.527</b>	<b>.012</b>
	正等級	13	10.96	142.50		
	等值結	146				
我會思考怎樣讓自己的生活變得更有意義	負等級	8	13.13	105.00	.000	1.000
	正等級	12	8.75	105.00		
	等值結	160				
我擔心未來的日子怎麼過（負向題）	負等級	11	11.00	121.00	1.420	.156
	正等級	15	15.33	230.00		
	等值結	153				

註 1 負等級：服務使用後的同意程度 < 服務使用前的同意程度；正等級：服務使用後的同意程度 > 服務使用前的同意程度；等值結：服務使用後的同意程度 = 服務使用前的同意程度。

註 2 \*p<.05；\*\*p<.01；\*\*\*p<.001。

## （二）優勢-復原力

日間照顧服務使用前後，服務使用者「優勢觀點-復原力」理念的變化上，表 5-4-7 顯示，在 8 個子變項中，有 2 項在服務使用前後出現顯著的變化，其中，「我會想辦法克服身體功能退化/缺陷造成的不便」（ $Z=2.236^*$ ）朝向正發展，「儘管年邁/身體有缺陷，我仍想要對家庭有所貢獻」（ $Z=-2.357^*$ ）朝負向發展。這現象突顯出服務使用者對維繫自己身體的功能有期待，但對家庭的貢獻卻充滿著無力感。

表5-4-7 日間照顧服務使用前後「優勢-復原力」的變化情形（N=180）

		個數	等級平均數	等級總和	Z檢定	p值
我會努力照顧好自己的生活起居	負等級	5	10.80	54.00	1.124	.261
	正等級	12	8.25	99.00		
	等值結	163				
我會想辦法克服身體功能退化/缺陷造成的不便	負等級	3	6.50	19.50	<b>2.236</b>	<b>.025</b>
	正等級	11	7.77	85.50		
	等值結	166				
儘管年邁/身體有缺陷，我仍想要對家庭有所貢獻	負等級	10	8.90	89.00	<b>-2.357</b>	<b>.018</b>
	正等級	4	4.00	16.00		
	等值結	166				
儘管年邁/身體有缺陷，我仍想要對社區有所貢獻	負等級	7	5.93	41.50	-1.512	.131
	正等級	3	4.50	13.50		
	等值結	170				
儘管年邁/身體有缺陷，我仍樂於學習新的事務	負等級	11	30.59	336.50	1.695	.090
	正等級	32	19.05	609.50		
	等值結	137				
儘管年邁/身體有缺陷，我還是有夢想要實現的	負等級	7	8.00	56.00	-.233	.816
	正等級	7	7.00	49.00		
	等值結	166				
當別人用異樣眼光看我時，我會覺得無奈（負向題）	負等級	10	9.00	90.00	.209	.834
	正等級	9	11.11	100.00		
	等值結	161				
我會勇於面對挫折	負等級	4	10.00	40.00	.847	.397

表5-4-7 日間照顧服務使用前後「優勢-復原力」的變化情形 (N=180)

	個數	等級平均數	等級總和	Z檢定	p值
正等級	10	6.50	65.00		
等值結	166				

註 1 負等級：服務使用後的同意程度 < 服務使用前的同意程度；正等級：服務使用後的同意程度 > 服務使用前的同意程度；等值結：服務使用後的同意程度 = 服務使用前的同意程度。

註 2 \*p<.05；\*\*p<.01；\*\*\*p<.001。

### (三) 優勢-社區資源

日間照顧服務使用前後，服務使用者「優勢-社區資源」理念的變化上，表 5-4-8 顯示，在 8 個子變項中，僅有 1 個項在服務使用前後出現顯著的變化，該子變項為「社區擁有良好的生活機能，如商店、醫院、市場...」（Z=3.275\*\*），且朝向較正向的感受。這或許顯示日間照顧的參與，略有助於「優勢-社區資源」理念的實踐，亦即，可增進服務使用者對社區資源的認識。

表5-4-8 日間照顧服務使用前後「優勢-社區資源」的變化情形 (N=180)

		個數	等級平均數	等級總和	Z檢定	p值
社區居民彼此相互信任	負等級	2	4.00	8.00	1.508	.132
	正等級	6	4.67	28.00		
	等值結	171				
社區居民遵守社區的規範/風俗習慣	負等級	5	8.10	40.50	.369	.712
	正等級	8	6.31	50.50		
	等值結	167				
社區居民彼此來往密切	負等級	11	11.23	123.50	-1.691	.091
	正等級	7	6.79	47.50		
	等值結	162				
如果有人遭遇困難，社區居民會相互幫忙	負等級	5	7.20	36.00	-.284	.776
	正等級	6	5.00	30.00		
	等值結	169				
	總和	180				
社區居民對社區有良好的向心力	負等級	3	12.00	36.00	1.073	.283
	正等級	11	6.27	69.00		
	等值結	166				
社區擁有良好的生活機能，如商店、醫院、市場...	負等級	0	.00	.00	3.275	.001
	正等級	13	7.00	91.00		
	等值結	167				
社區能提供居民各種學習的機會或管道	負等級	3	6.83	20.50	.735	.462
	正等級	7	4.93	34.50		
	等值結	170				
社區能提供弱勢者適切的服務	負等級	4	5.25	21.00	.690	.490
	正等級	6	5.67	34.00		
	等值結	169				

註 1 負等級：服務使用後的同意程度 < 服務使用前的同意程度；正等級：服務使用後的同意程度 > 服務使用前的同意程度；等值結：服務使用後的同意程度 = 服務使用前的同意程度。

註 2 \*p<.05；\*\*p<.01；\*\*\*p<.001。

#### 四、日間照顧服務對「生活正常化」的影響

生活正常化主要區分為四個次面向：生理福祉（6 個子題）、心理福祉（5 個子題）、社會福祉（5 個子題）及靈性福祉（8 個子題），底下將分別說明使用者在參與日間照顧服務後在各個子題上的變化情形。

##### （一）生活正常化-生理福祉

日間照顧服務使用前後，服務使用者「生活正常化-生理層次」理念的變化上，表 5-4-9 顯示，在 6 個子變項中，有 3 項在服務使用前後出現顯著的變化，其中僅有 1 項朝向發展，該子題為「我可以維持正常飲食」（ $Z=2.589^{***}$ ）；另有 2 子題朝負向發展，包括：「我的性生活是正常的」（ $Z=-2.749^{***}$ ）及「我的身體是健康的」（ $Z=-4.502^{***}$ ）。這些變化顯示出日間照顧對「生活正常化-生理福祉」的實踐須視其性質而定，在維持基本的飲食上，有正向的助益，但在身體功能的維繫上的貢獻仍有限。

表5-4-9 日間照顧服務使用前後「生活正常化-生理福祉」的變化情形（N=180）

		個數	等級平均數	等級總和	Z檢定	p值
我可以維持正常飲食	負等級	5	15.70	78.50	<b>2.589</b>	<b>.010</b>
	正等級	21	12.98	272.50		
	等值結	154				
我有足以維持生活所需的衣物	負等級	2	6.75	13.50	1.155	.248
	正等級	7	4.50	31.50		
	等值結	171				
我有符合生活所需的住處	負等級	7	8.29	58.00	-.354	.724
	正等級	7	6.71	47.00		
	等值結	166				
我可以維持日常活動	負等級	9	11.22	101.00	-.692	.489
	正等級	9	7.78	70.00		
	等值結	162				
我的性生活是正常的	負等級	19	12.79	243.00	<b>-2.749</b>	<b>.000</b>
	正等級	5	11.40	57.00		
	等值結	156				
我的身體是健康的	負等級	40	37.90	1516.00	<b>-4.502</b>	<b>.000</b>
	正等級	20	15.70	314.00		
	等值結	120				

註 1 負等級：服務使用後的同意程度 < 服務使用前的同意程度；正等級：服務使用後的同意程度 > 服務使用前的同意程度；等值結：服務使用後的同意程度 = 服務使用前的同意程度。

註 2 \* $p < .05$ ；\*\* $p < .01$ ；\*\*\* $p < .001$ 。

##### （二）生活正常化-心理福祉

日間照顧服務使用前後，服務使用者「生活正常化-心理福祉」理念的變化上，表 5-4-10 顯示，在 5 個子變項中，僅有 1 在服務使用前後出現顯著的變化，且朝正向發展，該子題為「我能夠獲得家人的關心」（ $Z=2.524^*$ ）。這些變化顯

示出日間照顧對「生活正常化-生理福祉」的實踐有些許的作用，特別是服務使用者與家人的關係，或許是更能感受到家人的關懷。

表5-4-10 日間照顧服務使用前、後在「生活正常化-心理層次」的變化情形

		個數	等級平均數	等級總和	Z檢定	p值
我能夠獲得家人的關心	負等級	3	8.00	24.00	<b>2.524</b>	<b>.012</b>
	正等級	13	8.62	112.00		
	等值結	164				
我的生活是有目標的	負等級	21	26.83	563.50	-1.454	.146
	正等級	21	16.17	339.50		
	等值結	136				
我常感覺焦慮不安/易於動怒（負向題）	負等級	16	15.88	254.00	1.760	.078
	正等級	22	22.14	487.00		
	等值結	142				
日常生活裡，我常覺得心情低落/很鬱卒（負向題）	負等級	18	13.50	243.00	.101	.919
	正等級	13	19.46	253.00		
	等值結	149				
日常生活裡，我常覺得很多事情讓我擔心或恐懼（負向題）	負等級	14	10.00	140.00	1.231	.218
	正等級	13	18.31	238.00		
	等值結	153				

註1 負等級：服務使用後的同意程度<服務使用前的同意程度；正等級：服務使用後的同意程度>服務使用前的同意程度；等值結：服務使用後的同意程度=服務使用前的同意程度。

註2 \*p<.05；\*\*p<.01；\*\*\*p<.001。

### （三）生活正常化-社會福祉

日間照顧服務使用前後，服務使用者「生活正常化-社會福祉」理念的變化上，表 5-4-11 顯示，在 5 個子變項中，並無任何子變項在服務使用前、後出現顯著的變化。

表5-4-11 日間照顧服務使用前後在「生活正常化-社會福祉」的變化情形(N=180)

		個數	等級平均數	等級總和	Z檢定	p值
我能夠接納我目前的處境	負等級	16	19.41	310.50	-1.640	.101
	正等級	14	11.04	154.50		
	等值結	150				
我能夠與鄰居和樂相處	負等級	13	12.54	163.00	-1.744	.081
	正等級	8	8.50	68.00		
	等值結	158				
我能夠與朋友和樂相處	負等級	7	11.50	80.50	1.286	.198
	正等級	14	10.75	150.50		
	等值結	159				
我覺得他人對我是冷淡的（負向題）	負等級	3	3.50	10.50	1.775	.076
	正等級	7	6.36	44.50		
	等值結	169				
我覺得我遭受到他人的排斥（負向題）	負等級	4	4.63	18.50	-.073	.942
	正等級	4	4.38	17.50		
	等值結	171				

註1 負等級：服務使用後的同意程度<服務使用前的同意程度；正等級：服務使用後的同意程度>服務使用前的同意程度；等值結：服務使用後的同意程度=服務使用前的同意程度。

=服務使用前的同意程度。

註2 \*p<.05；\*\*p<.01；\*\*\*p<.001。

#### (四) 生活正常化-靈性福祉

日間照顧服務使用前後，服務使用者在「生活正常化-靈性福祉」理念的變化上，表 5-4-12 顯示，在 8 個子變項中，有 4 項出現顯著的變化，且皆朝正向發展，包括：我能夠有發揮自己潛能的機會（ $Z=3.415^{**}$ ）、我能夠有機會學習/挑戰新的事務（ $Z=5.974^{***}$ ）、我能夠獲得他人的接納/賞識（ $Z=3.984^{***}$ ）、及整體而言，我這一生是沒有白活的（ $Z=2.539^*$ ）。這些變化顯示日間照顧服務對「生活正常化-靈性福祉」理念的實踐，有一定程度的貢獻，亦即，對服務使用者精神生活層次的提昇有較顯著之正面助益。

表5-4-12 日間照顧服務使用前後在「生活正常化-零幸福指」的變化情形(N=180)

		個數	等級平均數	等級總和	Z檢定	p值
我有機會與他人分享知識或技能	負等級	14	25.50	357.00	1.221	.222
	正等級	28	19.50	546.00		
	等值結	138				
我能夠有從事符合自己興趣及能力之志願服務的機會	負等級	22	22.25	489.50	-1.087	.277
	正等級	18	18.36	330.50		
	等值結	140				
我能夠有發揮自己潛能的機會	負等級	11	22.77	250.50	<b>3.415</b>	<b>.001</b>
	正等級	36	24.38	877.50		
	等值結	133				
我能夠有機會學習/挑戰新的事務	負等級	10	34.95	349.50	<b>5.974</b>	<b>.000</b>
	正等級	67	39.60	2653.50		
	等值結	103				
我能夠獲得他人的接納/賞識	負等級	6	35.00	210.00	<b>3.984</b>	<b>.000</b>
	正等級	42	23.00	966.00		
	等值結	132				
我能夠過著有尊嚴的生活	負等級	9	9.17	82.50	-.790	.430
	正等級	7	7.64	53.50		
	等值結	163				
我覺得生活過得沒有意義（負向題）	負等級	9	10.56	95.00	1.354	.176
	正等級	14	12.93	181.00		
	等值結	155				
整體而言，我這一生是沒有白活的	負等級	4	12.00	48.00	<b>2.539</b>	<b>.011</b>
	正等級	17	10.76	183.00		
	等值結	157				

註1 負等級：服務使用後的同意程度<服務使用前的同意程度；正等級：服務使用後的同意程度>服務使用前的同意程度；等值結：服務使用後的同意程度=服務使用前的同意程度。

註2 \*p<.05；\*\*p<.01；\*\*\*p<.001。

## 第五節 日間照顧品質與社區照顧理念之相關分析

### 一、受訪者個人基本特性與日間照顧品質之相關分析

就受訪者年齡、接受服務時間、使用服務時間及服務使用前後就醫次數與日間照顧品質之相關程度而言（見表 5-5-1），年齡、接受服務時間及服務使用前後就醫次數與日間照顧品質的相關不顯著；接受服務時間與整體品質重要度、結構面滿意度及整體品質滿意度呈現正相關，亦即，使用服務時間愈高，整體品質重要度、結構面滿意度及整體社區品質滿意度亦愈高。

表 5-5-1 受訪者個人基本特性與日間照顧品質相關表

日間照顧品質 個人基本特性	重要程度				滿意程度			
	結構面	過程面	結果面	整體品質	結構面	過程面	結果面	整體品質
年齡	-.097	-.006	-.007	-.056	-.116	-.045	-.051	-.074
接受服務時間 (單位：月)	-.024	-.051	.008	-.033	-.004	.019	-.025	-.001
使用服務時間 (單位：小時)	.116	.155*	.104	<b>.161*</b>	<b>.237**</b>	.121	.159*	<b>.189*</b>
服務使用前 就醫次數	.055	.035	-.081	.020	.091	-.001	.000	.027
服務使用後 就醫次數	.057	.016	-.049	.022	.117	-.008	.013	.037

### 二、受訪者個人基本特性與社區照顧理念之相關分析

就受訪者年齡、接受服務時間、使用服務時間及服務使用前後就醫次數與服務使用前後的社區照顧理念之相關程度而言，年齡、接受服務時間及服務使用前後就醫次數及服務使用前後社區照顧理念的相關不顯著，亦即，兩者之間的關係並不顯著（見表 5-5-2）。

表 5-5-2 受訪者個人基本變項與服務使用前後社區照顧理念相關表

社區照顧理念 個人基本變項	服務使用前					服務使用後				
	公民權	充權	優勢	生活正常化	整體理念	公民權	充權	優勢	生活正常化	整體理念
年齡	-.050	-.012	-.005	.036	-.017	-.035	-.002	.020	.005	.019
接受服務時間 (月)	.056	.090	.077	.028	.064	.063	.125	.132	.058	.114
使用服務時間 (小時)	-.007	-.038	-.001	.067	.011	-.052	-.026	-.009	.078	.018
服務使用前 就醫次數	-.118	-.052	-.041	-.101	-.087	-.091	-.010	-.058	-.146	-.073
服務使用後 就醫次數	-.132	-.050	-.055	-.099	-.100	-.115	-.029	-.094	-.133	-.102

### 三、 整體日間照顧品質與整體社區照顧理念之相關分析

就受訪者整體日間照顧品質重要度及滿意度與服務使用前後的社區照顧理念之相關程度而言（見表 5-5-3），整體品質重要度與服務使用前後的社區照顧理念的相關不顯著；整體品質滿意度與服務使用前後的社區照顧理念呈現正相關，亦即，整體日間照顧品質滿意度愈高，服務使用前後的社區照顧理念滿意度則愈高。服務使用前的社區照顧理念與服務使用後的社區照顧理念呈現正相關，亦即，服務使用前的社區照顧理念滿意度愈高，服務使用後的社區照顧理念滿意度亦愈高。

表 5-5-3 整體日間照顧品質及整體社區照顧理念相關表

	整體品質重要程度	整體品質滿意程度	服務使用前社區照顧理念	服務使用後社區照顧理念
整體品質重要程度	-	.070	.072	.053
整體品質滿意程度	.070	-	.272**	.392**
服務使用前社區照顧理念	.072	.272**	-	.867**
服務使用後社區照顧理念	.053	.392**	.867**	-

### 四、 日間照顧品質重要程度及滿意程度之相關分析

就受訪者日間照顧品質重要度及滿意度各面向之相關程度而言（見表 5-5-4），重要程度及滿意程度各面向間的相關不顯著，亦即，兩者間的影響是有限的。

表 5-5-4 日間照顧品質重要程度及滿意程度相關表

重要程度 \ 滿意程度		滿意程度			
		結構面	過程面	結果面	整體品質
重要程度	結構面	.077	.105	-.024	.060
	過程面	-.046	.089	.021	.034
	結果面	-.025	.098	.100	.077
	整體社區品質	.870	.098	.719	.352

### 五、 社區照顧理念服務使用前及服務使用後各要素之相關分析

就受訪者使用服務前後的社區照顧理念各要素之相關程度而言（見表 5-5-5），服務使用前後的社區照顧理念各要素皆達顯著正相關，亦即，服務使用前社區照顧理念各要素之同意程度愈高，服務使用後的社區照顧理念同意程度亦愈高。

表 5-5-5 社區照顧理念服務使用前後各要素相關表

滿意程度		服務使用後				
		公民權	充權	優勢	生活正常化	整體理念
服務使用前	公民權	<b>.859**</b>	<b>.618**</b>	<b>.608**</b>	<b>.572**</b>	<b>.768**</b>
	充權	<b>.592**</b>	<b>.888**</b>	<b>.685**</b>	<b>.527**</b>	<b>.782**</b>
	優勢	<b>.506**</b>	<b>.612**</b>	<b>.875**</b>	<b>.642**</b>	<b>.754**</b>
	生活正常化	<b>.513**</b>	<b>.460**</b>	<b>.674**</b>	<b>.816**</b>	<b>.699**</b>
	整體理念	<b>.710**</b>	<b>.745**</b>	<b>.817**</b>	<b>.740**</b>	<b>.867**</b>

## 六、日間照顧品質與公民權之相關分析

就受訪者日間照顧品質重要程度及滿意程度與公民權各要素之相關程度而言（見表 5-5-6），日間照顧品質重要程度部分，僅有結果面與服務使用前「公民權-權利」呈現正相關，亦即，結果面分數愈高，服務使用前「公民權-權利」的同意程度則愈高。日間照顧品質滿意度部分，除服務使用前「公民權-責任」與結構面、過程面及整體照顧品質無顯著相關外，其他皆呈現顯著正相關，亦即日間照顧品質各面向的滿意程度愈高，服務使用前後的公民權同意度則愈高。值得注意的是對品質的滿意度愈高，服務使用後的公民權及其各面向皆呈正相關。

表 5-5-6 日間照顧品質重要程度及滿意程度與公民權各要素相關表

公民權		服務使用前			服務使用後		
		公民權		整體 公民權	公民權		整體 公民權
		權利	責任		權利	責任	
重要程度	結構面	-0.067	-0.041	-0.059	-0.045	-0.033	-0.043
	過程面	-0.053	-0.061	-0.066	-0.031	-0.077	-0.067
	結果面	<b>.148*</b>	.068	.116	.104	.028	.069
	整體社區品質	-0.013	-0.028	-0.025	-0.005	-0.043	-0.032
滿意程度	結構面	<b>.290**</b>	.067	<b>.185*</b>	<b>.389**</b>	<b>.150*</b>	<b>.284**</b>
	過程面	<b>.338**</b>	.103	<b>.233**</b>	<b>.406**</b>	<b>.216**</b>	<b>.339**</b>
	結果面	<b>.395**</b>	<b>.199**</b>	<b>.325**</b>	<b>.461**</b>	<b>.225**</b>	<b>.371**</b>
	整體社區品質	<b>.396**</b>	.143	<b>.288**</b>	<b>.485**</b>	<b>.228**</b>	<b>.385**</b>

## 七、日間照顧品質與充權之相關分析

就受訪者日間照顧品質重要程度及滿意程度與充權各要素之相關程度而言（見表 5-5-7），日間照顧品質重要度部分，結構面與服務使用前及後的社會充權、政治充權及整體充權；過程面與服務使用前的政治充權及整體充權、服務使用後的社會充權；整體照顧品質與服務使用前的社會充權、政治充權及整體充權、服務使用後的社會充權及整體充權呈現顯著正相關，亦即重要程度愈高，受訪者於服務使用前後該面向的同意程度愈高。日間照顧品質的滿意度部分，結構面與服

務使用後的心理充權、社會充權；過程面與服務使用前後的充權各要素及整體；結果面、整體日間照顧品質與服務使用前後的心理充權、社會充權及整體充權皆具顯著正相關。

表 5-5-7 日間照顧品質重要程度及滿意程度與充權各要素相關表

日間照顧品質		服務使用前				服務使用後			
		充權			整體充權	充權			整體充權
		心理充權	社會充權	政治充權		心理充權	社會充權	政治充權	
重要程度	結構面	.062	<b>.200**</b>	<b>.265**</b>	<b>.224**</b>	.040	<b>.205**</b>	<b>.240**</b>	<b>.202**</b>
	過程面	.007	.129	<b>.282**</b>	<b>.184*</b>	-.028	.111	<b>.246**</b>	.142
	結果面	.150*	.088	.035	.109	.050	.059	.036	.059
	整體社區品質	.081	<b>.189*</b>	<b>.275**</b>	<b>.232**</b>	.024	.175*	<b>.246**</b>	<b>.187*</b>
滿意程度	結構面	.068	.053	-.044	.028	<b>.213**</b>	<b>.151*</b>	-.004	.141
	過程面	<b>.162*</b>	<b>.223**</b>	<b>.166*</b>	<b>.228**</b>	<b>.318**</b>	<b>.282**</b>	<b>.185*</b>	<b>.319**</b>
	結果面	<b>.185*</b>	<b>.234**</b>	.103	<b>.214**</b>	<b>.213**</b>	<b>.287**</b>	.145	<b>.260**</b>
	整體社區品質	<b>.165*</b>	<b>.210**</b>	.102	<b>.196**</b>	<b>.290**</b>	<b>.287**</b>	.140	<b>.289**</b>

#### 八、日間照顧品質與優勢觀點之相關分析

就受訪者日間照顧品質重要程度及滿意程度與優勢觀點各要素之相關程度而言（見表 5-5-8），日間照顧品質之重要度對於服務使用前後的優勢觀點整體及各要素無顯著相關，亦即，日間照顧品質之重要度對於服務使用前後的優勢觀點的關係是有限的。日間照顧品質之滿意度部分，結構面與服務使用後的自我認知；過程面與服務使用前的復原力及整體優勢觀點、服務使用後的優勢觀點整體及各要素；結果面與服務使用前後的復原力及整體優勢觀點；整體日間照顧品質與服務使用前後的復原力及整體優勢觀點、服務使用後的自我認知皆呈顯著正相關。

表 5-5-8 日間照顧品質重要程度及滿意程度與優勢觀點各要素相關表

日間照顧品質		服務使用前				服務使用後			
		優勢觀點			整體優勢觀點	優勢觀點			整體優勢觀點
		自我認知	復原力	社區資源		自我認知	復原力	社區資源	
重要程度	結構面	-.056	.017	.060	.014	-.068	.022	.039	-.003
	過程面	-.142	.053	.061	-.007	-.092	.062	.044	.005
	結果面	.099	.060	.067	.098	.068	.067	.051	.082
	整體社區品質	-.062	.051	.079	.034	-.056	.060	.055	.025
滿意程度	結構面	.102	.057	.013	.078	<b>.196**</b>	.077	.003	.122
	過程面	.026	<b>.182*</b>	.166*	<b>.168*</b>	<b>.171*</b>	<b>.228**</b>	<b>.178*</b>	<b>.267**</b>
	結果面	.111	<b>.224**</b>	.121	<b>.194**</b>	.137	<b>.223**</b>	.104	<b>.206**</b>
	整體社區品質	.083	<b>.187*</b>	.128	<b>.176*</b>	<b>.187*</b>	<b>.214**</b>	.124	<b>.238**</b>

## 九、日間照顧品質與生活正常化之相關分析

就受訪者日間照顧品質重要程度及滿意程度與生活正常化各要素及整體之相關程度而言（見表 5-5-9），日間照顧品質之重要程度部分，結構面與服務使用前後的生理福祉及社會福祉皆呈顯著負相關；過程面與服務使用前後的生理福祉及服務使用後的社會福祉呈顯著負相關；整體日間照顧品質與服務使用前後的生理福祉呈負相關。亦即，結構面、過程面及整體日間照顧品質的重要程度愈高，服務使用前後的生理福祉及社會福祉的同意程度愈低。日間照顧品質滿意程度部分，除日間照顧品質各面向與服務使用前心理福祉、結構面與服務使用前靈性福祉、過程面與服務使用前心理福祉、社會福祉及服務使用後的生理福祉未達顯著相關外，其他皆呈顯著正相關。

表 5-5-9 日間照顧品質重要程度及滿意程度與生活正常化各要素相關表

生活正常化 日間照顧品質		服務使用前					服務使用後				
		生活正常化				整體 生活正 常化	生活正常化				整體 生活正 常化
		生理 福祉	心理 福祉	社會 福祉	靈性 福祉		生理 福祉	心理 福祉	社會 福祉	靈性 福祉	
重 要 程 度	結構面	<b>-.208**</b>	-.104	<b>-.152*</b>	.119	-.087	<b>-.205**</b>	-.117	<b>-.156*</b>	<b>.170*</b>	-.068
	過程面	<b>-.181*</b>	-.071	-.143	<b>.173*</b>	-.044	<b>-.174*</b>	-.123	<b>-.166*</b>	<b>.183*</b>	-.057
	結果面	.080	.127	.038	<b>.151*</b>	.139	-.033	.145	.035	.130	.106
	整體品質	<b>-.165*</b>	-.047	-.131	<b>.186*</b>	-.023	<b>-.195**</b>	-.071	-.145	<b>.210**</b>	-.029
滿 意 程 度	結構面	.124	<b>.243**</b>	<b>.172*</b>	.111	<b>.207**</b>	<b>.302**</b>	<b>.232**</b>	<b>.279**</b>	<b>.241**</b>	<b>.376**</b>
	過程面	.030	.079	.108	<b>.251**</b>	<b>.168*</b>	.144	<b>.171*</b>	<b>.193*</b>	<b>.275**</b>	<b>.298**</b>
	結果面	.146	<b>.195**</b>	<b>.203**</b>	<b>.162*</b>	<b>.229**</b>	<b>.212**</b>	<b>.222**</b>	<b>.244**</b>	<b>.271**</b>	<b>.354**</b>
	整體品質	.111	<b>.182*</b>	<b>.180*</b>	<b>.214**</b>	<b>.229**</b>	<b>.242**</b>	<b>.231**</b>	<b>.266**</b>	<b>.309**</b>	<b>.390**</b>

## 第六節 日間照顧品質及社區照顧理念之迴歸分析

為瞭解日間照顧品質及社區照顧理念的因果關係，本節將進行日間照顧品質「重要程度」、「滿意程度」各面向與「服務使用後」社區照顧理念要素的迴歸分析。

### 一、日間照顧品質重要程度與社區照顧理念之迴歸分析

#### （一）整體日間照顧品質重要程度與整體社區照顧理念之簡單迴歸分析

以整體日間照顧品質重要程度與整體社區照顧理念進行簡單迴歸之統計檢驗發現（見表 5-6-1），此模型的解釋力未達顯著水準（ $F=.462$ ， $p>.05$ ），表示整體

日間照顧品質重要程度的高低，無法有效預測整體社區照顧理念之變異。

表 5-6-1 整體日間照顧品質重要程度與整體社區照顧理念之簡單迴歸分析表

Y=整體社區照顧理念	未標準化係數		Beta	t	p
	B	Se			
(常數)	294.046	45.158		6.511	.000
日間照顧品質重要程度	1.560	2.297	.053	.679	.498
整體模型	$R^2=.003$		$adj R^2=-.003$		
	$F=.462$		$(p=.498)$		

### (二) 日間照顧品質重要程度與公民權之多元迴歸分析

以日間照顧品質各面向的重要程度與公民權進行多元迴歸之統計檢驗發現（見表 5-6-2），此模型的解釋力未達顯著水準（ $F=.744$ ， $p>.05$ ），表示各面向的重要程度之高低，無法有效預測公民權之變異。若進一步檢視各面向之個別解釋力，三個面向皆未達顯著的解釋力。亦即，三個面向個別分數的高低，並不影響公民權的高低。

表 5-6-2 日間照顧品質各面向的重要程度與公民權之多元迴歸分析表

Y=公民權	未標準化係數		Beta	t	p
	B	Se			
(常數)	74.112	16.958		4.370	.000
結構面	.236	1.790	.014	.132	.895
過程面	-2.089	2.184	-.102	-.956	.340
結果面	2.798	2.332	.094	1.200	.232
整體模型	$R^2=.013$		$adj R^2=-.004$		
	$F=.744$		$(p=.527)$		

### (三) 日間照顧品質各面向的重要程度與充權之多元迴歸分析

以日間照顧品質各面向的重要程度與充權進行多元迴歸之統計檢驗發現（見表 5-6-3），此模型的解釋力未達顯著水準（ $F=2.520$ ， $p>.05$ ），表示各面向之高低無法有效預測充權之變異。若進一步檢視各面向之個別解釋力，三個面向皆未達顯著的解釋力，亦即，三個面向個別分數的高低，並不影響充權的高低。

表 5-6-3 日間照顧品質重要程度各面向與充權之多元迴歸分析表

Y=充權	未標準化係數				
	B	$S_e$	Beta	t	p
(常數)	47.085	18.194		2.588	.010
結構面	3.759	1.920	.200	1.957	.052
過程面	-.079	2.343	-.004	-.034	.973
結果面	1.063	2.502	.033	.425	.672
整體模型	$R^2=.042$		$adj R^2=.025$		
	$F=2.520$		$(p=.060)$		

#### (四) 日間照顧品質各面向的重要程度與優勢觀點之多元迴歸分析

以日間照顧品質各面向重要程度與優勢觀點進行多元迴歸之統計檢驗發現（見表 5-6-4），此模型的解釋力未達顯著水準（ $F=.401$ ， $p>.05$ ），表示各面向分數的高低無法有效預測優勢觀點之變異。若進一步檢視各面向之個別解釋力，三個面向皆未達顯著的解釋力。亦即，三個面向個別分數的高低，並不影響優勢觀點的高低。

表 5-6-4 日間照顧品質各面向重要程度與優勢觀點之多元迴歸分析表

Y=優勢觀點	未標準化係數				
	B	$S_e$	Beta	t	p
(常數)	66.418	15.942		4.166	.000
結構面	-.074	1.682	-.005	-.044	.965
過程面	-.289	2.052	-.015	-.141	.888
結果面	2.383	2.192	.087	1.087	.278
整體模型	$R^2=.007$		$adj R^2=-.011$		
	$F=.401$		$(p=.753)$		

#### (五) 日間照顧品質重要程度各面向與生活正常化之多元迴歸分析

以日間照顧品質各面向的重要程度與生活正常化進行多元迴歸之統計檢驗發現（見表 5-6-5），此模型的解釋力未達顯著水準（ $F=1.159$ ， $p>.05$ ），表示各面向之分數高低無法有效預測生活正常化之變異。若進一步檢視各面向之個別解釋力，三個面向皆未達顯著的解釋力。亦即，三個面向個別分數的高低，並不影響生活正常化的高低。

表 5-6-5 日間照顧品質各面向重要程度與生活正常化之多元迴歸分析表

Y=生活正常化	未標準化係數				
	B	Se	Beta	t	p
(常數)	75.509	15.569		4.850	.000
結構面	-.663	1.643	-.042	-.403	.687
過程面	-1.176	2.004	-.063	-.587	.558
結果面	3.479	2.141	.129	1.625	.106
<b>整體模型</b>	$R^2=.020$		$adj R^2=.003$		
	$F=1.159$		$(p=.327)$		

#### (六) 日間照顧品質各面向重要程度與整體社區照顧理念之多元迴歸分析

以日間照顧品質各面向重要程度與整體社區照顧理念進行多元迴歸之統計檢驗發現（見表 5-6-6），此模型的解釋力未達顯著水準（ $F=.597$ ， $p>.05$ ），表示各面向之分數高低無法有效預測整體社區照顧理念之變異。若進一步檢視各面向之個別解釋力，三個面向皆未達顯著的解釋力。亦即，三個面向個別分數的高低，並不影響整體社區照顧理念的高低。

表 5-6-6 日間照顧品質各面向的重要程度與整體社區照顧理念之多元迴歸分析表

Y=整體社區照顧理念	未標準化係數				
	B	Se	Beta	t	p
(常數)	262.674	56.978		4.610	.000
結構面	3.280	6.009	.058	.546	.586
過程面	-3.610	7.330	-.054	-.492	.623
結果面	9.763	7.831	.101	1.247	.214
<b>整體模型</b>	$R^2=.011$		$adj R^2=-.007$		
	$F=.597$		$(p=.618)$		

## 二、日間照顧品質滿意程度與服務使用後社區照顧理念之迴歸分析

### (一) 整體日間照顧品質滿意程度與整體社區照顧理念之簡單迴歸分析

以整體日間照顧品質滿意程度與整體社區照顧理念進行簡單迴歸之統計檢驗發現（見表 5-6-7），此模型的解釋力達到顯著水準（ $F=30.051$ ， $p<.001$ ），表示整體日間照顧品質滿意程度之分數高低能有效預測「整體社區照顧理念」之變異。其  $R^2=.153$ ，調整後的  $R^2$  為 .148，表示整體日間照顧品質滿意程度能有效預測整體社區照顧理念 14.8% 的變異；進一步檢視變項之個別解釋力，發現整體日間照顧品質滿意程度之解釋力為  $Beta=.392$ ， $t=5.482$ ， $p<.001$ 。亦即，整體日間照顧品質滿意程度愈高，其整體社區照顧理念達到程度愈佳。整體模型為：

$$Y(\text{整體社區照顧理念}) = 1.593X_1(\text{日間照顧品質滿意程度}) + 191.233$$

表 5-6-7 整體日間照顧品質滿意程度與整體社區照顧理念之簡單迴歸分析表

Y=整體社區照顧理念	未標準化係數		Beta	t	p
	B	Se			
(常數)	191.233	24.440		7.825	.000
整體日間照顧品質滿意程度	<b>1.593</b>	<b>.291</b>	<b>.392</b>	<b>5.482</b>	<b>.000</b>
整體模型	$R^2=.153$		$adj R^2=.148$		
	$F=30.051$		$(p=.000)$		
Y ( 整體社區照顧理念 ) = 1.593X <sub>1</sub> ( 日間照顧品質滿意程度 ) + 191.233					

### (二) 日間照顧品質滿意程度各面向與公民權之多元迴歸分析

以日間照顧品質各面向的滿意程度與公民權進行多元迴歸之統計檢驗發現(見表 5-6-8)，此模型的解釋力達到顯著水準 ( $F=10.177$ ,  $p<.001$ )，表示各面向之高低能有效預測「公民權」之變異。其  $R^2=.151$ ，調整後的  $R^2$  為.136，表示日間照顧品質滿意程度各面向能有效預測公民權 13.6%的變異；進一步檢視各面向之個別解釋力，發現僅有「結果面」( $Beta=.216$ ,  $t=2.104$ ,  $p<.05$ ) 具有顯著的解釋力。亦即，結果面的滿意程度愈高，公民權理念達到程度愈佳。整體模型為：

$$Y(\text{公民權}) = .645X_1(\text{結果面}) + 42.948$$

表 5-6-8 日間照顧品質滿意程度各面向與公民權之多元迴歸分析表

Y=公民權	未標準化係數		Beta	t	p
	B	Se			
(常數)	42.948	7.699		5.579	.000
結構面	.239	.377	.059	.635	.526
過程面	.433	.253	.164	1.709	.089
結果面	<b>.645</b>	<b>.307</b>	<b>.216</b>	<b>2.104</b>	<b>.037</b>
整體模型	$R^2=.151$		$adj R^2=.136$		
	$F=10.177$		$(p=.000)$		
Y ( 公民權 ) = .645X <sub>1</sub> ( 結果面 ) + 42.948					

### (三) 日間照顧品質各面向滿意程度與充權之多元迴歸分析

以日間照顧品質各面向的滿意程度與充權進行多元迴歸之統計檢驗發現(見表 5-6-9)，此模型的解釋力達到顯著水準 ( $F=7.210$ ,  $p<.001$ )，表示各面向之高低能有效預測「充權」之變異。其  $R^2=.110$ ，調整後的  $R^2$  為.096，表示日間照顧品質各面向的滿意程度能有效預測充權 9.6%的變異；進一步檢視各面向之個別

解釋力，發現僅有「過程面」(Beta=.297, t=3.001, p<.01) 具有顯著的解釋力。亦即，過程面的滿意程度愈高，充權理念達到程度愈佳。整體模型為：

$$Y(\text{充權}) = .850X_1(\text{過程面}) + 51.530$$

表 5-6-9 日間照顧品質各面向滿意程度與充權之多元迴歸分析表

Y=充權	未標準化係數		Beta	t	p
	B	Se			
(常數)	51.530	8.537		6.036	.000
結構面	-.456	.421	-.104	-1.085	.279
過程面	<b>.850</b>	<b>.283</b>	<b>.297</b>	<b>3.001</b>	<b>.003</b>
結果面	.400	.344	.123	1.164	.246
<b>整體模型</b>	$R^2=.110$		$adj R^2=.096$		
	$F=7.210$		$(p=.000)$		
Y (充權) = .850X <sub>1</sub> (過程面) + 51.530					

#### (四) 日間照顧品質各面向滿意程度與優勢觀點之多元迴歸分析

以日間照顧品質各面向的滿意程度與優勢觀點進行多元迴歸之統計檢驗發現(見表 5-6-10)，此模型的解釋力達到顯著水準(F=4.561, p<.01)，表示各面向之高低能有效預測「優勢觀點」之變異。其  $R^2=.075$ ，調整後的  $R^2$  為.058，表示日間照顧品質各面向的滿意程度能有效預測優勢觀點 5.8%的變異；進一步檢視各面向之個別解釋力，發現僅有「過程面」(Beta=.257, t=2.531, p<.05) 具有顯著的解釋力。亦即，過程面的滿意程度愈高，優勢觀點理念達到程度愈佳。整體模型為：

$$Y(\text{優勢觀點}) = .639X_1(\text{過程面}) + 63.080$$

表 5-6-10 日間照顧品質各面向的滿意程度與優勢觀點之多元迴歸分析表

Y=優勢觀點	未標準化係數		Beta	t	p
	B	Se			
(常數)	63.080	7.647		8.249	.000
結構面	-.271	.382	-.070	-.711	.478
過程面	<b>.639</b>	<b>.252</b>	<b>.257</b>	<b>2.531</b>	<b>.012</b>
結果面	.207	.304	.074	.682	.496
<b>整體模型</b>	$R^2=.075$		$adj R^2=.058$		
	$F=4.561$		$(p=.004)$		
Y (優勢觀點) = .639X <sub>1</sub> (過程面) + 63.080					

### (五) 日間照顧品質各面向的滿意程度與生活正常化之多元迴歸分析

以日間照顧品質各面向的滿意程度與生活正常化進行多元迴歸之統計檢驗發現(見表 5-6-11)，此模型的解釋力達到顯著水準( $F=11.210$ ， $p<.001$ )，表示各面向之高低能有效預測「生活正常化」之變異。其  $R^2=.166$ ，調整後的  $R^2$  為 .151，表示日間照顧品質各面向滿意程度能有效預測生活正常化 15.1%的變異；進一步檢視各面向之個別解釋力，發現僅有「結構面」( $Beta=.243$ ， $t=2.618$ ， $p<.01$ )具有顯著的解釋力。亦即，結構面的滿意程度愈高，生活正常化理念達到程度愈佳。整體模型為：

$$Y(\text{生活正常化}) = .917X_1(\text{結構面}) + 46.661$$

表 5-6-11 日間照顧品質各面向滿意程度與生活正常化之多元迴歸分析表

Y=生活正常化	未標準化係數		Beta	t	p
	B	Se			
(常數)	46.661	7.159		6.518	.000
結構面	<b>.917</b>	<b>.350</b>	<b>.243</b>	<b>2.618</b>	<b>.010</b>
過程面	.146	.233	.060	.627	.532
結果面	.449	.283	.161	1.583	.115
<b>整體模型</b>	$R^2=.166$		$adj R^2=.151$		
	$F=11.210$		$(p=.000)$		
$Y(\text{生活正常化}) = .917X_1(\text{結構面}) + 46.661$					

### (六) 日間照顧品質各面向的滿意程度與整體社區照顧理念之多元迴歸分析

以日間照顧品質各面向的滿意程度與整體社區照顧理念進行多元迴歸之統計檢驗發現(見表 5-6-12)，此模型的解釋力達到顯著水準( $F=10.349$ ， $p<.001$ )，表示各面向之高低能有效預測「整體社區照顧理念」之變異。其  $R^2=.159$ ，調整後的  $R^2$  為 .144，表示日間照顧品質各面向的滿意程度能有效預測生活正常化 14.4%的變異；進一步檢視各面向之個別解釋力，發現僅有「過程面」( $Beta=.246$ ， $t=2.535$ ， $p<.05$ )具有顯著的解釋力。亦即，過程面的滿意程度愈高，整體社區照顧理念達到程度愈佳。整體模型為：

$$Y(\text{整體社區照顧理念}) = 2.184X_1(\text{過程面}) + 202.234$$

表 5-6-12 日間照顧品質滿意程度各面向與整體社區照顧理念之多元迴歸分析表

Y=整體社區照顧理念	未標準化係數				
	<i>B</i>	<i>S<sub>e</sub></i>	Beta	<i>t</i>	<i>p</i>
(常數)	202.234	26.591		7.605	.000
結構面	.333	1.306	.024	.255	.799
過程面	<b>2.184</b>	<b>.862</b>	<b>.246</b>	<b>2.535</b>	<b>.012</b>
結果面	1.753	1.037	.175	1.691	.093
整體模型	<i>R</i> <sup>2</sup> =.159		<i>adj R</i> <sup>2</sup> =.144		
	<i>F</i> =10.349		<i>p</i> =.000)		
Y (整體社區照顧理念) =2.184X <sub>1</sub> (過程面) +202.234					

## 第七節 日間照顧服務對與親友互動頻率與互動關係的影響

本節將採取卡方分析，分析日間照顧服務使用前、後，服務使用者與親友互動頻率與互動關係的變化情形；並就與親友互動頻率與互動關係進行服務使用前、後之變化、照顧品質重要程度、滿意程度及照顧理念的相關分析。

### 一、服務使用前後「與家人」及「與親友」的互動頻率與互動關係之狀況

在受訪者與家人和親友互動頻率部分，與服務使用前相比較，受訪者表示在服務使用後與配偶、兒子、媳婦、女兒及女婿的互動頻率略有提高；而受訪者於服務使用前及服務使用後與配偶( $\chi^2=72.798, p<.000$ )、兒子( $\chi^2=361.080, p<.000$ )、媳婦( $\chi^2=535.271, p<.000$ )、女兒( $\chi^2=533.156, p<.000$ )、女婿( $\chi^2=483.944, p<.000$ )、鄰居( $\chi^2=488.507, p<.000$ )、親戚( $\chi^2=540.331, p<.000$ )及朋友( $\chi^2=535.271, p<.000$ )之互動頻率皆有顯著差異。

在與家人和親友互動關係部分，與服務使用前相比較，則在服務使用後與兒子、媳婦、女兒、女婿及朋友的互動頻率略有提高，受訪者於服務使用前及服務使用後與配偶( $\chi^2=94.226, p<.000$ )、兒子( $\chi^2=427.854, p<.000$ )、媳婦( $\chi^2=559.333, p<.000$ )、女兒( $\chi^2=407.592, p<.000$ )、女婿( $\chi^2=354.890, p<.000$ )、鄰居( $\chi^2=664.554, p<.000$ )、親戚( $\chi^2=637.263, p<.000$ )及朋友( $\chi^2=556.143, p<.000$ )之互動頻率皆有顯著差異。另外，不適用係為受訪者無該位親友，或者該親友已過世者(見表 5-7-1)。

表 5-7-1 日間照顧使用前後與家人和親友互動頻率與關係之平均數(N=180)

變項	互動頻率			互動關係			不適用
	服務使用前	服務使用後	卡方	服務使用前	服務使用後	卡方	
配偶	4.69	4.72	<b>72.798***</b>	4.68	4.66	<b>94.226***</b>	129
兒子	4.31	4.35	<b>361.080***</b>	4.44	4.48	<b>427.854***</b>	22
媳婦	4.07	4.09	<b>535.271***</b>	4.20	4.22	<b>559.333***</b>	35
女兒	4.12	4.18	<b>533.156***</b>	4.48	4.55	<b>407.592***</b>	26
女婿	3.66	3.74	<b>483.944***</b>	4.14	4.17	<b>354.890***</b>	42
鄰居	3.32	3.14	<b>488.507***</b>	3.55	3.52	<b>644.554***</b>	3
親戚	3.20	3.12	<b>540.331***</b>	3.61	3.58	<b>637.263***</b>	6
朋友	3.63	3.53	<b>535.271***</b>	3.88	3.92	<b>556.143***</b>	3

## 二、與親友互動頻率與互動關係之相關分析

就受訪者與親友互動頻率與互動關係之相關程度而言，服務使用前後的互動頻率與服務使用前後的互動關係皆達顯著正相關，亦即，服務使用前後的互動頻率愈高，服務使用前後的互動關係亦愈高（見表 5-7-2）。

表 5-7-2 互動頻率及互動關係相關表

互動關係 互動頻率	服務使用前 互動頻率	服務使用後 互動頻率	服務使用前 互動關係	服務使用後 互動關係
服務使用前 互動頻率	1	.945**	.724**	.712**
服務使用後 互動頻率		1	.684**	.682**
服務使用前 互動關係			1	.985**
服務使用後 互動關係				1

## 三、服務使用前後互動頻率及日間照顧品質重要程度及滿意程度之相關分析

就於服務使用前後與親友之互動頻率與日間照顧品質重要程度及滿意程度之相關而言，在重要程度上，無論是服務使用前或後，僅有「與女婿互動」與品質的「過程面」呈顯著負相關，亦即，「與女婿」互動愈頻繁，對「過程面」的重要程度愈低。在滿意程度上，服務使用前後「與女兒」之互動頻率與品質滿意程度各面向皆達顯著正相關；服務使用前後「與女婿」在過程面、結果面及整體品質皆達顯著正相關；服務使用前後「與親戚」互動頻率與「過程面」達顯著正相關；服務使用前「與朋友」互動頻率與「結果面」達顯著正相關；服務使用後「與朋友互動」頻率與品質「各面向」皆呈顯著正相關。服務使用前後「與配偶互動」程度與滿意程度「結果面」及「整體品質」達顯著負相關，亦即，服務使用前後「與配偶互動」頻率愈高，「結果面」及「整體品質」之滿意程度愈低（見表 5-7-3）。

表 5-7-3 服務使用前後互動頻率及日間照顧品質重要程度及滿意程度相關表

日間照顧品質 互動頻率		重要程度				滿意程度			
		結構面	過程面	結果面	整體 社區品質	結構面	過程面	結果面	整體 社區品質
服 務 使 用	配偶	-.074	-.157	-.110	-.131	-.215	-.223	<b>-.336*</b>	<b>-.303*</b>
	兒子	.026	-.052	-.019	-.015	-.033	.005	.043	.007
	媳婦	.080	-.056	-.034	.009	-.052	.020	.088	.026
	女兒	-.082	-.150	.075	-.087	<b>.164*</b>	<b>.283**</b>	<b>.229**</b>	<b>.265**</b>

表 5-7-3 服務使用前後互動頻率及日間照顧品質重要程度及滿意程度相關表

日間照顧品質 互動頻率		重要程度				滿意程度			
		結構面	過程面	結果面	整體 社區品質	結構面	過程面	結果面	整體 社區品質
前	女婿	-.025	<b>-.179*</b>	.027	-.082	.125	<b>.245**</b>	<b>.194*</b>	<b>.224**</b>
	鄰居	-.031	-.002	-.047	-.031	<b>-.162*</b>	.061	-.068	-.047
	親戚	-.033	.031	-.054	-.020	-.040	<b>.153*</b>	.014	.064
	朋友	-.014	.039	.004	.011	.037	.138	<b>.152*</b>	.134
服務使用後	配偶	-.017	-.131	-.108	-.094	-.240	-.259	<b>-.412**</b>	<b>-.360*</b>
	兒子	-.040	-.065	-.009	-.052	.001	.038	.072	.044
	媳婦	.082	-.052	-.031	.013	-.025	.038	.102	.048
	女兒	-.068	-.139	.091	-.070	<b>.173*</b>	<b>.282**</b>	<b>.226**</b>	<b>.267**</b>
	女婿	-.033	<b>-.208*</b>	.007	-.105	.152	<b>.236**</b>	<b>.212*</b>	<b>.235**</b>
	鄰居	-.052	.012	-.077	-.045	-.077	<b>.152*</b>	.004	.048
	親戚	-.084	-.018	-.091	-.080	.045	<b>.177*</b>	.062	.120
	朋友	.023	.049	-.090	.006	<b>.211**</b>	<b>.259**</b>	<b>.218**</b>	<b>.268**</b>

## 四、服務使用前後互動關係及日間照顧品質重要程度及滿意程度之相關分析

就服務使用前後互動關係及日間照顧品質重要程度及滿意程度相關程度而言，在重要程度上，僅有服務使用後「與女兒互動關係」與「結果面」有顯著正相關。在滿意度上，服務使用前「與女兒互動關係」與「過程面」、「結果面」與「整體品質」皆達顯著正相關，服務使用後「與女兒互動關係」與的各個面向和整體品質皆達顯著正相關。另外，服務使用前後，「與親戚互動關係」與「結構面」皆呈現顯著負相關。前述的分析相當程度地彰顯出，「與女兒互動關係」與品質滿意度彼此有重要的正向關聯性（見表 5-7-4）。

表 5-7-4 服務使用前後互動關係及日間照顧品質重要程度及滿意程度相關表

日間照顧品質 互動關係		重要程度				滿意程度			
		結構面	過程面	結果面	整體品質	結構面	過程面	結果面	整體品質
服務使用前	配偶	.028	-.083	.063	-.022	.143	-.007	.185	.117
	兒子	-.088	-.145	-.006	-.112	-.023	.024	.155	.065
	媳婦	.011	-.102	-.048	-.051	-.025	.042	.083	.046
	女兒	-.028	-.117	.143	-.023	.158	<b>.248**</b>	<b>.262**</b>	<b>.261**</b>
	女婿	.012	-.104	.079	-.016	.002	.057	.109	.071
	鄰居	.051	.052	-.031	.041	-.124	-.009	-.029	-.050
	親戚	.059	.010	-.018	.030	<b>-.155*</b>	-.100	-.087	-.124
	朋友	.031	.003	.009	.020	.018	.073	.018	.046
服務使用後	配偶	.080	-.091	.056	-.003	.132	.022	.192	.130
	兒子	-.086	-.131	-.015	-.108	.015	.054	.161*	.092
	媳婦	.006	-.097	-.044	-.051	-.020	.044	.086	.050
	女兒	-.017	-.094	<b>.166*</b>	-.001	<b>.207*</b>	<b>.208*</b>	<b>.236**</b>	<b>.247**</b>
	女婿	.009	-.096	.086	-.012	.019	.040	.102	.066

表 5-7-4 服務使用前後互動關係及日間照顧品質重要程度及滿意程度相關表

日間照顧品質 互動關係		重要程度				滿意程度			
		結構面	過程面	結果面	整體品質	結構面	過程面	結果面	整體品質
	鄰居	.082	.067	-.036	.062	-.108	-.018	-.006	-.040
	親戚	.039	.000	-.025	.013	<b>-.161*</b>	-.092	-.105	-.129
	朋友	.020	-.049	-.055	-.028	.083	.130	.047	.102

### 五、服務使用前後互動頻率及社區照顧理念之相關分析

就受訪者服務使用前後互動頻率與社區照顧理念之相關而言，服務使用前，「與女兒」、「與親戚」及「與朋友」的互動頻率與「公民權」呈顯著正相關；「與鄰居」、「與親戚」及「與朋友」的互動頻率與「充權」呈顯著正相關，但「與配偶」的互動頻率則呈顯著負相關；「與女兒」、「與女婿」、「與鄰居」、「與親戚」及「與朋友」的互動頻率與「優勢觀點」呈顯著正相關；「與女兒」及「與朋友」的互動頻率與「生活正常化」呈顯著正相關；「與女兒」、「與鄰居」、「與親戚」及「與朋友」的互動頻率與「整體理念」呈顯著正相關。

服務使用後，「與女兒」及「與親戚」的互動頻率與「公民權」呈顯著正相關；「與鄰居」、「與親戚」及「與朋友」的互動頻率與「充權」呈顯著正相關，但「與配偶」的互動頻率則呈顯著負相關；「與女兒」、「與鄰居」、「與親戚」及「與朋友」的互動頻率與「優勢觀點」呈顯著正相關；「與女兒」及「與朋友」的互動頻率與「生活正常化」呈顯著正相關；「與女兒」、「與鄰居」、「與親戚」及「與朋友」的互動頻率與「整體理念」呈顯著正相關。概略而言，無論是服務使用前或後，與家人以外之非正式成員的互動頻率，對社區照顧理念的實踐具有重要的關聯性，且一般皆呈現正向的關係（見表 5-7-5）。

表 5-7-5 服務使用前後互動頻率及社區照顧理念相關表

社區照顧理念 互動頻率		服務使用後社區照顧理念				
		公民權	充權	優勢觀點	生活正常化	整體理念
服務使用前	配偶	-.207	<b>-.282*</b>	.113	.042	-.140
	兒子	-.038	-.074	-.025	.078	-.014
	媳婦	.019	.065	.116	.112	.105
	女兒	<b>.180*</b>	.112	<b>.208*</b>	<b>.244**</b>	<b>.220**</b>
	女婿	.115	.110	<b>.182*</b>	.111	.156
	鄰居	.141	<b>.231**</b>	<b>.412**</b>	.141	<b>.253**</b>
	親戚	<b>.184*</b>	<b>.224**</b>	<b>.366**</b>	.089	<b>.243**</b>
服務使	朋友	<b>.260**</b>	<b>.345**</b>	<b>.484**</b>	<b>.285**</b>	<b>.384**</b>
	配偶	-.260	<b>-.300*</b>	.052	-.005	-.196
	兒子	-.001	-.040	.026	.147	.040
	媳婦	.033	.085	.131	.119	.120

社區照顧理念		服務使用後社區照顧理念				
		公民權	充權	優勢觀點	生活正常化	整體理念
用後	女兒	<b>.191*</b>	.128	<b>.222**</b>	<b>.272**</b>	<b>.241**</b>
	女婿	.104	.092	.196*	.145	.157
	鄰居	.145	<b>.235**</b>	<b>.411**</b>	.133	<b>.242**</b>
	親戚	<b>.220*</b>	<b>.265**</b>	<b>.411**</b>	.129	<b>.285**</b>
	朋友	.247*	<b>.365**</b>	<b>.438**</b>	<b>.222**</b>	<b>.369**</b>

## 六、服務使用前後互動關係及社區照顧理念之相關分析

就受訪者服務使用前後互動關係與社區照顧理念之相關而言，服務使用前，「與女兒」的互動關係與「公民權」呈顯著正相關；「與媳婦」、「與女兒」、「與鄰居」、「與親戚」及「與朋友」的互動關係與「充權」呈顯著正相關；「與媳婦」、「與女兒」、「與女婿」、「與鄰居」、「與親戚」及「與朋友」的互動關係與「優勢觀點」呈顯著正相關；「與兒子」、「與媳婦」、「與女兒」、「與女婿」、「與鄰居」、「與親戚」及「與朋友」的互動關係與「生活正常化」呈顯著正相關；「與兒子」、「與媳婦」、「與女兒」、「與鄰居」、「與親戚」及「與朋友」的互動關係亦與「整體理念」呈顯著正相關。

服務使用後，「與女兒」的互動關係與「公民權」呈顯著正相關；「與媳婦」、「與女兒」、「與鄰居」、「與親戚」及「與朋友」的互動關係與「充權」呈顯著正相關；「與女兒」、「與鄰居」、「與親戚」及「與朋友」的互動頻率與「優勢觀點」呈顯著正相關；「與兒子」、「與媳婦」、「與女兒」、「與女婿」、「與鄰居」、「與親戚」及「與朋友」的互動關係與「生活正常化」呈顯著正相關；「與兒子」、「與媳婦」、「與女兒」、「與女婿」、「與鄰居」、「與親戚」及「與朋友」的互動關係亦與「整體理念」呈顯著正相關。概略而言，「與配偶的互動關係」與「社區照顧理念」之間的不顯著，「與女兒的互動關係」則顯得彼此的關係較為明顯，另外，與家庭以外的非正式成員的關係與社區照顧理念的關係頗為顯著（見表 5-7-6）。

表 5-7-6 服務使用前後互動關係及社區照顧理念相關表

社區照顧理念		服務使用後社區照顧理念				
		公民權	充權	優勢觀點	生活正常化	整體理念
服務使用前	配偶	-.032	-.115	.143	.191	.027
	兒子	.111	.057	.142	<b>.269**</b>	<b>.169*</b>
	媳婦	.080	<b>.165*</b>	<b>.276**</b>	<b>.231**</b>	<b>.229**</b>
	女兒	<b>.247**</b>	<b>.213**</b>	<b>.315**</b>	<b>.387**</b>	<b>.340**</b>
	女婿	.045	.131	<b>.232**</b>	<b>.179*</b>	.169
	鄰居	.055	<b>.152*</b>	<b>.350**</b>	<b>.154*</b>	<b>.186*</b>
	親戚	.150	<b>.217**</b>	<b>.385**</b>	<b>.202**</b>	<b>.264**</b>

社區照顧理念		服務使用後社區照顧理念				
		公民權	充權	優勢觀點	生活正常化	整體理念
互動關係	朋友	.101	<b>.275**</b>	<b>.400**</b>	<b>.309**</b>	<b>.305**</b>
	配偶	-.037	-.107	.095	.123	-.008
服務使用後	兒子	.127	.078	.155	<b>.317**</b>	<b>.199*</b>
	媳婦	.086	<b>.177*</b>	<b>.289**</b>	<b>.255**</b>	<b>.246**</b>
	女兒	<b>.266**</b>	<b>.231**</b>	<b>.318**</b>	<b>.403**</b>	<b>.353**</b>
	女婿	.064	.155	<b>.257**</b>	<b>.202*</b>	<b>.197*</b>
	鄰居	.033	<b>.164*</b>	<b>.369**</b>	<b>.172*</b>	<b>.191*</b>
	親戚	.140	<b>.211**</b>	<b>.365**</b>	<b>.177*</b>	<b>.246**</b>
	朋友	.142	<b>.304**</b>	<b>.378**</b>	<b>.273**</b>	<b>.308**</b>



## 第六章 量化資料分析（三）- 居家服務

### 第一節 居家服務之描述性分析

本節主要在於描述居家服務之服務使用者之個人、家庭、社區和服務使用狀況，以及服務使用者對居家服務品質與理念的看法。主要內容包括：(1) 個人基本特性：含性別、年齡、教育程度、宗教別、族群別及婚姻狀況；(2) 經濟及家庭狀況：含主要經濟來源、家庭型態、家庭平均月所得、身體狀況、居住型態及住宅產權；(3) 居住社區與服務使用狀況：含社區型態、居住社區時間、接受服務時間、每週使用服務時數、以及每月平均就醫次數；(4) 居家服務品質的重視與滿意狀況；以及(5) 社區照顧理念的同意狀況。

#### 一、個人基本特性

參與居家服務之受訪者共計 233 人，在性別上，以女性 131 人（56.2%）居多，男性有 102 人（43.8%）；在族群上，以閩南人 168 人（72.1%）最多，其次為大陸各省市者有 33 人（14.2%），再其次為客家人有 27 人（佔 11.6%），原住民佔的比例最低。在婚姻狀況上，以有配偶或同居者有 99 人（42.5%）最多，其次為喪偶者 96 人（41.2%），再其次為未婚者有 28 人（12.0%）。在年齡上，以 75-84 歲者 84 人最多（36.1%），其次為 65 歲以下者有 57 人（24.5%），再其次為 85 歲以上者 50 人（21.5%），65-74 歲者僅有 42 人（18.0%）。整體受訪者平均年齡為 72.9 歲，中位數為 76 歲。

在教育程度上，以國小畢業者 88 人（38.6%）最多，其次為不識字或自修者有 47 人（20.6%），再其次為國（初）中者有 37 人（16.2%），高中（職）和大專以上者僅佔少數。在宗教別上，以傳統信仰者的 149 人（65.1%）最多，其次為佛教者有 41 人（17.9%），再其次為基督宗教者有 19 人（8.3%），道教及無宗教信仰者比例最低（詳見表 6-1-1）。

表 6-1-1 居家服務受訪者個人基本特性 (N=233)

變項	人數	有效%	變項	人數	有效%
<b>性別</b>			<b>教育程度</b>		
男	102	43.8%	不識字及自修	47	20.6%
女	131	56.2%	國小	88	38.6%
總和	233	100.0%	國(初)中	37	16.2%
<b>族群背景</b>			高中(職)	34	14.9%
閩南人	168	72.1%	專科以上	22	9.6%
大陸各省市	33	14.2%	總和	233	100.0%
客家人	27	11.6%	遺漏值	1	
原住民	5	2.1%			
總和	233	100.0%			
<b>婚姻狀況</b>			<b>宗教別</b>		
未婚	28	12.0%	佛教	41	17.9%
有配偶或同居	99	42.5%	道教	5	2.2%
離婚或分居	10	4.3%	傳統信仰	149	65.1%
喪偶	96	41.2%	基督宗教	19	8.3%
總和	233	100.0%	無宗教信仰	11	4.8%
<b>年齡別</b>			其他	4	1.7%
65歲以下	57	24.5%	總和	229	100.0%
65-74歲	42	18.0%	遺漏值	4	
75-84歲	84	36.1%			
85歲以上	50	21.5%			
總和	233	100.0%			
X=72.9 Md=76					

## 二、經濟及家庭狀況

在主要經濟來源上，以子女奉養(含媳婦、女婿)的 81 人 (34.8%) 最多，其次為來自政府救助或津貼有 76 人 (32.6%)，再其次為自己退休金、撫恤金或保險給付者有 33 人 (14.2%)，由自己工作或營業收入、配偶或同居人提供，抑或自己儲蓄、利息、租金或投資所得者各僅佔少數；整體而言，約有三成五的受訪者係由子女奉養、約有三成的受訪者系領取政府救助或津貼。在家庭平均月收入上，以 2 萬以下者 133 人 (57.1%) 最多，其次為 2-4 萬者有 67 人 (28.6%)，再其次為 4-6 萬者 26 人 (11.2%) 6 萬以上者則相對較少。在居住型態上，以僅獨居者 66 人 (28.3%) 最多，其次為僅與配偶同住有 49 人 (21.0%)，再其次與子女同住者有 48 人 (20.6%)、與配偶和子女同住者有 47 人 (20.2%)，其他有少數是與同居人、親家、遠親同住。

在身體健康狀況上，以身體不佳、部分生活需仰賴他人協助者 93 人(40.2%) 最多，其次為身體健康、生活自理能力佳者有 56 人(24.0%)，再其次為身體不佳，生活需仰賴他人協助者有 51 人(22.0%)。在家庭型態上，以單人家庭者 60 人(25.8%) 最多，其次為核心家庭者有 51 人(21.9%)，再其次為三代同堂者有 50 人(21.5%)，單親家庭或祖孫家庭者則相對少數。在住宅產權上，以多數皆為自有者 180 人(77.9%) 最多，僅有約二成為非自有(詳見表 6-1-2)。

表 6-1-2 居家服務受訪者經濟及家庭狀況 (N=233)

變項	人數	有效%	變項	人數	有效%
<b>主要經濟來源</b>			<b>家庭型態</b>		
自己工作或營業收入	5	2.1%	單人家庭	60	25.8%
配偶或同居人提供	10	4.3%	夫婦家庭	47	20.2%
自己儲蓄、利息、租金或投資所得	18	7.7%	單親家庭	18	7.7%
退休金、撫恤金或保險給付	33	14.2%	核心家庭	51	21.9%
子女奉養(含媳婦、女婿)	81	34.8%	祖孫家庭	4	1.7%
來自政府救助或津貼	76	32.6%	三代同堂	50	21.5%
<b>總和</b>	<b>5</b>	<b>2.1%</b>	<b>總和</b>	<b>3</b>	<b>1.3%</b>
<b>家庭平均月所得</b>			<b>身體狀況</b>		
未滿2萬	133	57.1%	身體健康，生活自理能力佳	56	24.0%
2萬至4萬	67	28.6%	身體不佳，但尚不至影響日常生活	32	13.8%
4萬至6萬	26	11.2%	身體不佳，部分生活需仰賴他人協助	93	40.2%
6萬以上	5	2.1%	身體不佳，生活需仰賴他人協助	51	22.0%
<b>總和</b>	<b>231</b>	<b>100.0%</b>	<b>總和</b>	<b>232</b>	<b>100.0%</b>
遺漏值	2		遺漏值	1	
<b>居住型態</b>			<b>住宅產權</b>		
與配偶和子女同住	47	20.2%	自有	180	77.9%
僅與配偶同住	49	21.0%	不住在一起的配偶、父母或子女所擁有	7	3.0%
僅與子女同住	48	20.6%	租押	31	13.4%
僅與親友同住	14	6.0%	配住	5	2.2%
獨居	66	28.3%	借用	8	3.5%
其他	9	3.9%	<b>總和</b>	<b>231</b>	<b>100.0%</b>
<b>總和</b>	<b>233</b>	<b>100.0%</b>	遺漏值	2	

### 三、社區與服務使用狀況

在居住社區型態上，受訪者以居住在鄉村及山地型社區者 93 人(40.2%) 最多，其次為居住在市鄉混合型社區者有 69 人(29.6%)，再其次為居住在都市型社區者有 69 人(29.6%)，受訪者的社區類型分布雖有差異，但頗為平均。在居

住時間上，以遷入至該社區的 185 人（79.4%）最多，其次為世居於該社區的 48 人（20.6%）。

在接受服務時間上，以 1 年以下的 73 人（31.3%）最多，其次為 1 年至未滿 3 年者有 71 人（30.5%），再其次為 3 年至未滿 6 年者有 63 人（27.0%），6 年以上者相對少些；受訪者平均接受服務時間為 31.18 個月，約在二年半左右，中位數為 24 個月，約為二年，其中使用最久者為 240 個月，換算約為 20 年，使用最短者則為不到一個月。

在每週使用服務時數上，以每週使用 3 至未滿 6 小時者 61 人（26.2%）最多，其次為 0 至未滿 3 小時以上者有 52 人（22.3%），再其次為使用 6 至未滿 9 小時者 49 人（21.0%），使用 12 小時以上者相對較少；整體使用時間平均數為 6.67 小時，中位數 6 小時。在每月就醫次數上，接受服務前，受訪者每月平均就醫次數為 2.12 次；接受服務後，受訪者每月平均就醫次數為 2.37 次（詳見表 6-1-3）。

表 6-1-3 居家服務受訪者社區與服務服務使用狀況（N=233）

變項	人數	有效%	變項	人數	有效%
<b>社區型態</b>			<b>居住社區時間</b>		
鄉村及山地型社區	93	40.2%	世居	48	20.6%
都市型社區	69	29.6%	遷入	185	79.4%
市鄉混合型社區	70	30.2%	<b>總和</b>	233	100.0%
<b>總和</b>	232	100.0%	遷入年數 (單位:月)	X=228 Md=31.0	
遺漏值	1				
<b>接受服務時間</b>			<b>每週使用服務時數</b>		
1 年以下	73	31.3%	0 至未滿 3 小時	52	22.3%
1 年至未滿 3 年	71	30.5%	3 至未滿 6 小時	61	26.2%
3 年至未滿 6 年	63	27.0%	6 至未滿 9 小時	49	21.0%
6 年至未滿 9 年	13	5.6%	9 至未滿 12 小時	42	18.0%
9 年以上	13	5.6%	12 小時以上	29	12.4%
<b>總和</b>	233	100.0%	<b>總和</b>	233	100.0%
接受服務時間(月)	X=31.18 Md=24		每週使用時數(月)	X=6.67 Md=6.0	
<b>接受服務前後就醫次數(使用服務前)</b>			<b>接受服務前後就醫次數(使用服務後)</b>		
1次以下	158	67.8%	1次以下	159	68.2%
1次以上	75	32.2%	1次以上	74	31.8%
<b>總和</b>	233	100.0%	<b>總和</b>	233	100.0%
每月平均就醫次數	X=2.12 Md=1.0		每月平均就醫次數	X=2.37 Md=1.00	

#### 四、居家服務品質構面及次面向滿意狀況

在居家服務品質滿意度上，受訪者對居家服務品質各構面的滿意度皆相當高，整體滿意度平均數為 4.26，各構面之平均滿意度依序為結構面的 4.40、結果面的 4.36 及過程面的 4.10，各構面的差距甚小。在各次面向上，結構-員工面（4.45）高於結構-實體面（4.40），過程-充權面（4.41）高於過程-關係面（3.64），結果-績效面（4.40）高於結果-經營面（4.29）。各次面向的滿意度高低依序為結構-員工面、過程-充權面、結構-實體面、結果-績效面、結果-經營面及過程-關係面，其中，僅有過程-關係面的滿意度低於 4（見表 6-1-4）。

表 6-1-4 居家服務品質構面及次面向滿意度之平均數與標準差一覽表（N=233）

量表	構面	平均數/標準差	次面向	平均數/標準差
居家服務品質 Mean=4.26 SD=0.69	結構面	Mean=4.40 SD=0.71	實體面	Mean=4.40 SD=0.70
			員工面	Mean=4.45 SD=0.74
	過程面	Mean=4.10 SD=0.74	關係面	Mean=3.64 SD=0.85
			充權面	Mean=4.41 SD=0.62
	結果面	Mean=4.36 SD=0.64	經營面	Mean=4.29 SD=0.63
			績效面	Mean=4.40 SD=0.70

#### 五、社區照顧理念同意度狀況

在社區照顧理念的同意度上（見表 6-1-5），受訪者在社區照顧理念的構面及次面向同意度大多數介於 3-3.5 間，皆屬於中間偏高。服務使用前的平均數之高低依序為「生活正常化（3.35）」、「公民權（3.34）」、「優勢觀點（3.20）」及「充權（2.94）」；服務使用後略有變化，高低依序改變為「公民權（3.42）」、「生活正常化（3.40）」、「優勢觀點（3.22）」及「充權（2.98）」，其中，「公民權」在服務使用後上升幅度最高。

在「公民權」的次面向上，服務使用前/後的「權利（3.62/3.76）」皆高於「責任（3.08/3.09）」，服務使用後的「權利」及「責任」皆有略升。在充權的次面向上，服務使用前的平均數之高低皆依序為「社會充權（3.30/3.35）」、「心理充權（3.20/3.27）」及「政治充權（2.31/2.32）」，服務使用後的次面向皆略有提升。在優勢觀點的次面向上，服務使用前後的平均數高低次序相同，依序為「社區資源（3.38/3.38）」、「復原力（3.22/3.24）」及「自我認知（3.00/3.05）」，服務使用後「社區資源」沒有變化，其它兩者略為增加。在生活正常化的次面向上，服務使用前後的平均數高低次序相同，依序為「生理福祉（3.72/3.78）」、

「社會福祉(3.70/3.73)」、「心理福祉(3.26/3.33)及「靈性福祉(2.91/2.94)」，其中，各次面向之平均數於服務使用後皆有增加。

前述的結果顯示，服務使用前、後各個構面的平均數皆以「生活正常化」最高，且使用後略高於使用前，其中以「靈性福祉」有較明顯的增加；另外，充權面的「政治充權」之同意度為所有次面向顯著偏低者；基本上，各面向的各個次面向在使用前後皆略有變化，但並非一致性的增加或下降。

表 6-1-5 居家服務服務使用者之社區照顧理念的平均數 (N=233)

使用服務前			使用服務後		
構面	次面向	平均數/標準差	構面	次面向	平均數/標準差
公民權 Mean=3.34 SD=.95	權利	Mean=3.62 SD=.92	公民權 Mean=3.42 SD=0.93	權利	Mean=3.76 SD=.86
	責任	Mean=3.08 SD=.99		責任	Mean=3.09 SD=1.01
充權 Mean=2.94 SD=1.00	心理充權	Mean=3.20 SD=1.01	充權 Mean=2.98 SD=1.00	心理充權	Mean=3.27 SD=1.01
	社會充權	Mean=3.30 SD=.97		社會充權	Mean=3.35 SD=.98
	政治充權	Mean=2.31 SD=1.01		政治充權	Mean=2.32 SD=1.01
優勢觀點 Mean=3.20 SD=1.01	自我認知	Mean=3.00 SD=1.10	優勢觀點 Mean=3.22 SD=1.02	自我認知	Mean=3.05 SD=1.12
	復原力	Mean=3.22 SD=.97		復原力	Mean=3.24 SD=.98
	社區資源	Mean=3.38 SD=.96		社區資源	Mean=3.38 SD=.98
生活 正常化 Mean=3.35 SD=1.00	生理福祉	Mean=3.72 SD=.90	生活 正常化 Mean=3.40 SD=.99	生理福祉	Mean=3.78 SD=.87
	心理福祉	Mean=3.26 SD=1.06		心理福祉	Mean=3.33 SD=1.07
	社會福祉	Mean=3.70 SD=.91		社會福祉	Mean=3.73 SD=.89
	靈性福祉	Mean=2.91 SD=1.10		靈性福祉	Mean=2.94 SD=1.10

## 第二節 居家服務服務品質之差異/變異分析

本節將採取差異性分析 (t-test) 及單因子變異數分析 (one way ANOVA)，分析居家服務服務使用者個人基本特性、家庭及社區狀況，對居家服務服務品質的重視度和滿意度之差異/變異情形。

### 一、個人基本特性與照顧品質重視度與滿意度之差異/變異分析

就性別、教育程度與族群別上，無論是對照顧品質的重視度或滿意度，兩者皆無顯著差異（見表 6-2-1）。在宗教信仰、婚姻狀況及年齡上，無論是對照顧品質的重視度或滿意度，亦皆未達顯著差異水準（見表 6-2-2）。

就身體狀況而言，身體狀況不同對在照顧品質的「過程面」(F=4.841, p<.01) 及「整體品質」(F=3.935, p<.01) 之重要度的變異達顯著水準，經事後比較分析結果顯示，身體不佳，部分生活需仰賴他人協助者對於照顧品質過程面及整體品質的重要度顯著高於身體健康，生活自理能力佳者。而在滿意度上，身體狀況不同對在照顧品質的「結構面」(F=4.312, p<.01)、「結果面」(F=2.972, p<.05) 及「整體品質」(F=3.603, p<.05) 之滿意度的變異達顯著水準，經事後比較分析結果顯示，身體健康，生活自理能力佳者對於照顧品質結構面、結果面及整體品質的重要度顯著高於身體不佳，尚不足影響日常生活者。

表 6-2-1 性別、教育程度及族群別對居家服務品質的重視度及滿意度之差異/變異情形

變項		居家服務品質重要度				居家服務品質滿意度			
		結構面	過程面	結果面	整體	結構面	過程面	結果面	整體
性別	男	5.86	6.59	3.82	16.28	26.76	28.51	17.53	72.85
	女	5.95	6.66	3.86	16.47	26.55	28.24	17.38	72.16
	t 值	-1.357	-.542	-.561	-.959	.519	.564	.609	.692
教育程度	不識字及自修	6.00	6.53	3.85	16.38	27.45	28.24	17.45	73.11
	國小	5.82	6.47	3.75	16.03	26.24	27.95	17.39	71.57
	國(初)中	5.97	6.78	3.97	16.73	26.76	28.84	17.59	73.19
	高中(職)	5.91	6.79	3.82	16.53	26.15	28.29	17.26	71.71
	專科以上	5.95	6.90	4.00	16.86	26.86	29.23	17.82	73.91
	總和	5.91	6.62	3.84	16.37	26.62	28.33	17.46	72.40
	F值	1.752	2.051	1.738	2.348	1.422	.77	.387	.746
族群背景	閩南人	5.90	6.61	3.85	16.36	26.65	28.35	17.35	72.36
	大陸各省市	5.91	6.82	3.91	16.64	26.52	28.70	17.48	72.70
	客家人	5.96	6.44	3.85	16.26	27.00	27.93	18.11	73.04
	原住民	5.80	7.00	3.40	16.20	25.20	28.80	17.00	71.00
	總和	5.91	6.63	3.85	16.38	26.64	28.36	17.45	72.46
	F 值	.25	1.262	1.359	.419	.499	.25	1.466	.133

註：\* p<.05 \*\* p<.01 \*\*\*p<.001

表 6-2-2 宗教、婚姻、年齡及身體狀況對居家服務品質重視度及滿意度之變異情形

變項		居家服務品質重要度				居家服務品質滿意度			
		結構面	過程面	結果面	整體	結構面	過程面	結果面	整體
宗教 信仰	佛教	5.95	6.66	3.85	16.46	26.93	28.33	17.51	72.78
	道教	6.00	7.00	4.00	17.00	26.40	28.20	17.00	71.60
	傳統信仰	5.89	6.65	3.85	16.39	26.65	28.46	17.45	72.59
	基督宗教	5.95	6.79	4.00	16.74	25.95	28.63	17.37	71.95
	無宗教信仰	6.00	5.91	3.45	15.36	27.00	27.30	17.27	71.40
	其他	6.00	6.25	4.00	16.25	27.00	28.25	18.00	73.25
	總和	5.92	6.63	3.85	16.39	26.66	28.39	17.45	72.51
	F 值	.333	1.987	1.711	1.429	.3	.217	.165	.098
婚姻 狀況	未婚	5.96	6.82	4.00	16.79	26.39	28.93	17.21	72.54
	有配偶或同居	5.83	6.58	3.78	16.18	26.79	28.53	17.51	72.87
	離婚或分居	6.00	6.20	3.90	16.10	26.20	25.90	17.00	69.10
	喪偶	5.97	6.67	3.86	16.50	26.61	28.28	17.50	72.37
	總和	5.91	6.63	3.85	16.38	26.64	28.36	17.45	72.46
	F 值	2.103	1.438	1.433	1.609	.2	1.899	.405	.755
年 齡	65歲以下	5.93	6.79	3.84	16.56	26.41	29.18	17.35	73.04
	65-74歲	5.86	6.62	3.93	16.40	26.60	28.02	17.48	72.10
	75-84 歲	5.96	6.55	3.85	16.36	27.02	28.11	17.55	72.67
	85 歲以上	5.84	6.58	3.78	16.20	26.30	28.12	17.36	71.78
	總和	5.91	6.63	3.85	16.38	26.64	28.36	17.45	72.46
	F 值	1.136	.908	.603	.533	.736	1.309	.176	.294
身 體 狀 況	身體健康，生 活自理能力佳	5.84	6.33	3.77	15.93	27.79	28.67	17.96	74.45
	身體不佳，但尚不至 影響日常生活	5.88	6.41	3.75	16.03	25.56	26.74	16.88	69.06
	身體不佳，部分生活 需仰賴他人協助	5.96	6.81	3.92	16.69	26.37	28.41	17.26	72.09
	身體不佳，多數生活 需仰賴他人協助	5.92	6.76	3.84	16.53	26.49	28.82	17.53	72.84
	總和	5.91	6.63	3.84	16.38	26.63	28.34	17.44	72.41
	F 值	.949	<b>4.841**</b> G3>G1	1.459	<b>3.935**</b> G3>G1	<b>4.312**</b> G1>G2	2.571	<b>2.972*</b> G1>G2	<b>3.603*</b> G1>G2

註 1：\* p&lt;.05 \*\* p&lt;.01 \*\*\* p&lt;.001

註 2：傳統信仰包含一貫道及民間信仰；基督宗教包含基督教及天主教。

## 二、 家庭狀況對居家服務品質之重視度與滿意度之差異/變異分析

就家庭型態而言，家庭型態不同對照顧品質的滿意度皆未達顯著差異，但在重要度上則達顯著水準，家庭型態不同在照顧品質的「過程面」(F=3.601, p<.01)、及「整體品質」(F=2.612, p<.01)之重要度的變異達顯著水準，經事後比較分析結果顯示，其他類型家庭者在「過程面」及「整體品質」的重要度顯著高於單人家庭及夫婦家庭者。另外，就居住型態和住宅產權而言，無論是對照顧品質的重視度或滿意度，皆未達顯著差異水準（見表 6-2-3）。

表 6-2-3 家庭型態、居住型態及住宅產權對居家服務品質重視度及滿意度之變異 情形

變項	居家服務品質重要度				居家服務品質滿意度				
	結構面	過程面	結果面	整體	結構面	過程面	結果面	整體	
家庭型態	單人家庭	5.98	6.50	3.90	16.38	26.52	27.76	17.35	71.59
	夫婦家庭	5.91	6.50	3.81	16.22	26.79	29.04	17.79	73.62
	單親家庭	6.00	6.89	4.00	16.89	27.83	29.78	18.17	75.78
	核心家庭	5.90	6.61	3.76	16.27	27.00	28.45	17.27	72.82
	祖孫家庭	5.50	5.25	3.25	14.00	23.50	25.50	17.00	66.00
	三代同堂	5.82	6.92	3.88	16.62	26.06	27.92	17.26	71.24
	其他	6.00	7.00	4.00	17.00	27.67	30.33	16.33	74.33
	總和	5.91	6.63	3.85	16.38	26.64	28.36	17.45	72.46
	F 值	1.428	<b>3.601**</b> G7>G1,G2	1.555	<b>2.612**</b> G7>G1,G2	1.656	1.752	1.151	1.669
居住型態	與配偶和子女同住	5.74	6.62	3.72	16.09	27.00	28.36	17.45	72.91
	僅與配偶同住	5.92	6.52	3.82	16.25	26.67	28.76	17.65	73.08
	僅與子女同住	5.96	6.77	3.94	16.67	26.60	28.38	17.50	72.48
	僅與親友同住	5.93	7.00	3.79	16.71	27.71	30.64	17.64	76.00
	獨居	5.98	6.55	3.91	16.44	26.44	27.73	17.33	71.47
	其他	5.89	6.56	3.78	16.22	24.67	27.00	16.56	68.22
	總和	5.91	6.63	3.85	16.38	26.64	28.36	17.45	72.46
	F 值	1.954	1.055	1.087	.986	1.26	1.927	.635	1.513
住宅產權	自有	5.91	6.65	3.83	16.39	26.69	28.46	17.42	72.58
	不住一起的親屬所擁有	6.00	6.14	3.86	16.00	26.57	27.17	17.29	70.67
	租押	5.84	6.65	3.90	16.39	26.37	28.19	17.52	72.23
	配住	6.00	6.60	3.80	16.40	28.20	29.20	19.00	76.40
	借用	6.00	6.50	3.88	16.38	25.25	26.63	16.88	68.75
	總和	5.91	6.63	3.84	16.38	26.63	28.34	17.45	72.43
	F 值	.422	.609	.13	.115	.784	.75	1.136	.918

註：\* p<.05 \*\* p<.01 \*\*\* p<.001

就主要經濟來源而言，主要經濟來源不同對照顧品質的重視度與滿意度之影響，皆未達顯著差異水準。就家庭平均月所得而言，所得不同對照顧品質的滿意度的影響，並未達顯著差異水準，但在重要度的「結構面」(F=4.821, p<.01)之差異皆達到統計上之顯著水準；惟事後比較未有差異（見表 6-2-4）。

表 6-2-4 主要經濟來源及家庭平均月所得對居家服務品質重視度及滿意度之變異情形

變項	居家服務品質重要度				居家服務品質滿意度				
	結構面	過程面	結果面	整體	結構面	過程面	結果面	整體	
主要經濟來源	自己工作或營業收入	6.00	7.00	4.00	17.00	27.60	30.00	17.60	75.20
	配偶或同居人提供	5.90	7.00	4.00	16.90	26.40	28.80	17.50	72.70
	自己儲蓄、利息、租金或投資所得	5.83	6.39	3.50	15.72	26.88	28.00	17.22	72.35
	自己退休金、撫恤金或保險給付	5.88	6.56	3.85	16.28	26.12	27.73	17.21	71.06
	子女奉養(含媳婦、女婿)	5.88	6.63	3.84	16.35	26.26	28.20	17.30	71.73
	來自政府救助或津貼	5.96	6.61	3.88	16.45	27.05	28.49	17.67	73.23
	社會或親友救助	6.00	7.00	4.00	17.00	28.60	31.40	18.40	78.40
	其他	6.00	6.80	4.00	16.80	26.80	28.80	17.60	73.20
	總和	5.91	6.63	3.85	16.38	26.64	28.36	17.45	72.46
	F值	.412	.776	1.486	1.037	.879	.896	.553	.919
家庭平均月所得	2萬元以下	5.95	6.60	3.83	16.39	26.48	28.01	17.34	71.81
	2-4 萬元以下	5.93	6.67	3.91	16.50	26.85	28.79	17.55	73.27
	4-6 萬元以下	5.62	6.62	3.69	15.92	26.50	28.23	17.38	72.12
	6 萬元以上	6.00	6.80	4.00	16.80	29.00	32.00	19.00	80.00
	總和	5.91	6.63	3.84	16.38	26.64	28.35	17.44	72.45
	F 值	<b>4.821**</b> PH未顯著	.149	1.227	1.094	1.205	2.486	1.447	2.281

註：\* p<.05 \*\* p<.01 \*\*\* p<.001

### 三、社區及服務使用狀況對居家服務品質重視度與滿意度之差異/變異分析

#### (一) 社區型態與居家服務品質重要度及滿意度之變異分析

就居住之社區型態而言，社區型態不同對照顧品質滿意度之影響，未達統計上的顯著差異。但在重要度的「過程面」(F=25.305, p<.001)、「結果面」(F=4.365, p<.05)及「整體品質」(F=15.517, p<.001)之變異，皆達到統計上之顯著水準。經事後比較分析結果顯示，住在鄉村及山地型社區者在「過程面」、「結果面」及「整體品質」之滿意度，皆顯著高於住在市鄉混合型社區者、在「過程面」及「整體品質」之滿意度亦顯著高於住在都市型社區者。另外，就居住時間、接受服務時間及每週接受服務的時數而言，對照顧品質之重視度與滿意度之影響，皆未達統計上的顯著差異(見表 6-2-5)。

表 6-2-5 社區型態、居住時間、接受服務時間與時數對居家服務品質重視度及滿意度之變異情形

變項		居家服務品質重要度				居家服務品質滿意度			
		結構面	過程面	結果面	整體	結構面	過程面	結果面	整體
社區型態	鄉村/山地型	5.86	6.17	3.73	15.76	27.02	28.07	17.70	72.78
	都市型	5.90	6.90	3.87	16.67	25.90	28.22	17.09	71.26
	市鄉混合型	5.99	6.96	3.97	16.91	26.81	28.81	17.46	73.09
	總和	5.91	6.63	3.84	16.38	26.63	28.34	17.44	72.42
	F 值	1.728	<b>25.305***</b> G1<G2,G3	<b>4.365*</b> G1<G3	<b>15.517***</b> G1<G2,G3	2.826	.914	2.225	1.17
居住時間	世居	5.83	6.65	3.73	16.21	26.83	28.69	17.75	73.27
	遷入	5.93	6.63	3.88	16.43	26.59	28.27	17.37	72.25
	t 值	-.869	.148	-1.273	-.918	.480	.709	1.290	.833
接受服務時間	1 年以下	5.96	6.64	3.84	16.43	26.59	27.96	17.30	71.82
	1 年至未滿 3 年	5.92	6.69	3.87	16.48	26.93	28.66	17.49	73.08
	3 年至未滿 6 年	5.87	6.65	3.89	16.41	26.97	28.86	17.76	73.68
	6 年至未滿 9 年	5.77	6.23	3.54	15.54	25.15	27.62	16.77	69.54
	9 年以上	5.92	6.54	3.85	16.31	25.31	27.17	17.15	69.50
	總和	5.91	6.63	3.85	16.38	26.64	28.36	17.45	72.46
	F 值	.7	.817	1.271	1.163	1.709	1.121	1.121	1.612
每週服務使用時數	0 至未滿 3 小時	5.92	6.59	3.85	16.35	26.06	28.08	17.42	71.64
	3 至未滿 6 小時	5.93	6.66	3.85	16.44	26.93	28.70	17.64	73.25
	6 至未滿 9 小時	5.90	6.37	3.80	16.06	26.96	27.88	17.16	72.00
	9 至未滿 12 小時	5.95	6.83	3.95	16.74	26.62	28.60	17.62	72.83
	12 小時以上	5.79	6.79	3.76	16.34	26.55	28.62	17.31	72.48
	總和	5.91	6.63	3.85	16.38	26.64	28.36	17.45	72.46
	F 值	.702	2.031	.737	1.216	.722	.511	.592	.377

註：\* p&lt;.05 \*\* p&lt;.01 \*\*\*p&lt;.001

### 第三節 社區照顧理念之差異/變異分析

為瞭解居家服務服務使用之個人基本特性、家庭、社區及服務使用狀況對社區照顧理念的影響，本節採取差異性分析 (t-text) 及單因子變異數分析 (one way ANOVA) 進行統計分析。

#### 一、個人基本特性與社區照顧理念之差異/變異分析

##### (一) 性別、教育程度與族群別之社區照顧理念差異/變異分析

就教育程度而言，教育程度不同在服務使用前的「公民權」(F=5.516, p<.001)、「充權」(F=7.327, p<.001)、「優勢觀點」(F=3.589, p<.01)、「生活正常化」(F=3.016, p<.05) 及「整體理念」(F=5.497, p<.001) 等同意度之變異情形，皆達到統計上之顯著水準。經事後比較分析之結果顯示，專科以上者在「公民權」、「充權」、「優勢觀點」及「整體理念」顯著高於不識字及自修及國小者，在「公民權」、「充權」、「優勢觀點」、「生活正常化」及「整體理念」顯著高於國/初中者，在「公民權」顯著高於高中/職者。而服務使用後的「公民權」(F=5.803, p<.001)、「充權」(F=7.308, p<.001)、「優勢觀點」(F=4.145, p<.01)、「生活正常化」(F=3.916, p<.01) 及「整體理念」(F=6.24, p<.001) 等同意度之變異情形，同樣皆達到統計上之顯著水準。事後比較分析之結果顯示，專科以上者在「公民權」、「充權」、「優勢觀點」、「生活正常化」及「整體理念」顯著高於不識字及自修及國/初中者，在「公民權」、「充權」、「優勢觀點」及「整體理念」顯著高於國小者，在「公民權」顯著高於高中/職者。整體而言，教育程度較高者，對社區照顧整體及各面向的理念之滿意度，普遍高於教育程度較低者，尤其是「不識字、自修及國小者」(見表 6-3-1)。

另外，就性別及族群別而言，性別不同及族群別不同，在服務使用前、後的「公民權」、「充權」、「優勢觀點」、「生活正常化」及「整體理念」等同意度，皆未到統計上的顯著差異(見表 6-3-1)。

表 6-3-1 受訪者性別、教育程度及族群對社區照顧理念同意度之影響情形

變項		服務使用前					服務使用後				
		公民權	充權	優勢觀點	生活正常化	整體理念	公民權	充權	優勢觀點	生活正常化	整體理念
性別	男	76.62	70.40	76.09	80.17	302.52	77.89	70.96	76.37	80.38	304.10
	女	76.95	70.72	76.93	80.60	304.64	79.02	71.78	77.81	81.98	309.62
	t 值	-.177	-.153	-.427	-.222	-.286	-.626	-.388	-.725	-.850	-.759
教育程	不識字及自修	73.77	65.02	74.76	79.34	291.35	75.45	65.72	75.11	79.96	294.70
	國小	75.43	69.17	75.79	80.22	300.15	77.30	69.95	76.82	81.29	302.82

表 6-3-1 受訪者性別、教育程度及族群對社區照顧理念同意度之影響情形

變項	服務使用前					服務使用後					
	公民權	充權	優勢觀點	生活正常化	整體理念	公民權	充權	優勢觀點	生活正常化	整體理念	
度	國/初中	76.44	70.08	74.22	76.84	295.65	77.67	70.50	74.11	76.86	298.77
	高中/職	77.62	73.88	77.65	81.74	310.88	79.47	74.71	77.52	82.18	313.09
	專科以上	89.64	85.23	87.36	89.73	351.95	90.95	86.00	88.64	91.41	357.00
	總和	76.95	70.73	76.74	80.63	304.41	78.62	71.46	77.30	81.41	307.59
	F值	5.516*** G5>G1,G2, G3,G4	7.327*** G5>G1,G2, G3	3.589** G5>G1,G2, G3	3.016* G5>G3	5.497*** G5>G1,G2, G3	5.803*** G5>G1,G2, G3,G4	7.308*** G5>G1, G2,G3	4.145** G5>G1, G2,G3	3.976** G5>G1, G3	6.24*** G5>G1, G2,G3
族群背景	閩南人	75.76	69.70	75.57	79.43	299.67	77.39	70.52	76.18	80.37	303.32
	大陸各省市	78.76	70.18	77.61	82.09	308.64	80.61	70.94	78.09	82.79	312.42
	客家人	81.11	75.59	80.92	83.78	320.65	82.12	76.70	81.80	84.58	322.38
	原住民	75.60	75.20	80.00	84.00	314.80	84.40	75.80	81.40	84.20	325.80
	總和	76.81	70.58	76.57	80.41	303.71	78.53	71.42	77.18	81.28	307.22
	F值	1.336	1.214	1.152	0.98	1.253	1.565	1.305	1.252	0.881	1.224

註：\* p<.05 \*\* p<.01 \*\*\* p<.001

## (二) 宗教信仰、婚姻、年齡與身體狀況之社區照顧理念差異/變異分析

就宗教信仰而言，信仰狀況不同在服務使用前後的社區照顧理念同意度之變異情形，皆達到統計上之顯著水準。在服務使用前，「公民權」(F=4.437, p<.001)、「充權」(F=5.431, p<.001)、「優勢觀點」(F=5.963, p<.001)、「生活正常化」(F=5.82, p<.001)及「整體理念」(F=5.942, p<.001)等同意度之變異情形，皆達到統計上之顯著水準；經事後比較分析之結果顯示，佛教徒在「公民權」、「充權」、「生活正常化」及「整體理念」皆顯著高於傳統宗教徒，而基督教徒在「充權」亦顯著高於傳統宗教徒；而「優勢觀點」部分經事後比較分析未有顯著差異。在服務使用後，「公民權」(F=4.881, p<.001)、「充權」(F=5.389, p<.001)、「優勢觀點」(F=5.491, p<.001)、「生活正常化」(F=5.227, p<.001)及「整體理念」(F=5.305, p<.001)等同意度之變異情形，亦達到統計上之顯著水準；經事後比較分析之結果顯示，佛教徒在「公民權」、「充權」、「生活正常化」及「整體理念」皆顯著高於傳統宗教徒，而基督教徒在「充權」及「整體理念」亦顯著高於傳統宗教徒；而「優勢觀點」部分經事後比較分析未有顯著。整體而言，佛教徒及基督教徒對於社區照顧理念的同意程度顯著高於傳統宗教徒，無論是服務使用前或服務使用後皆具有顯著差異（見表 6-3-2）。

就婚姻狀況而言，婚姻狀況不同在服務使用前、後的「公民權」、「充權」、「優勢觀點」、「生活正常化」及「整體理念」等同意度，皆未到統計上的顯著差異（見表 6-3-2）。

就年齡而言，年齡不同在服務使用前後的社區照顧理念同意度之變異情形，絕大多數達到統計上之顯著水準。在服務使用前，「公民權」(F=3.167, p<.05)、

「充權」(F=4.529, p<.01)、「優勢觀點」(F=3.726, p<.05)、「生活正常化」(F=4.404, p<.05)及「整體理念」(F=3.753, p<.05)等同意度之變異情形，皆達到統計上之顯著水準；經事後比較分析之結果顯示，75-84 歲者在「充權」、「優勢觀點」、「生活正常化」及「整體理念」皆顯著高於 85 歲以上者，而 75-84 歲者在「生活正常化」亦顯著高於 65 歲以下者；而「公民權」部分經事後比較分析未有顯著差異。在服務使用後，「公民權」(F=3.088, p<.05)、「充權」(F=4.666, p<.01)、「生活正常化」(F=3.243, p<.05)及「整體理念」(F=2.934, p<.05)等同意度之變異情形，達到統計上之顯著水準；經事後比較分析之結果顯示，75-84 歲者在「充權」及「生活正常化」顯著高於 85 歲以上者，「公民權」及「整體理念」部分經事後比較分析未有顯著差異。(見表 6-3-2)。

**就身體狀況而言**，身體狀況不同在服務使用前後的社區照顧理念同意度之變異情形，皆達到統計上之顯著水準。在使用服務前的「公民權」(F=33.537, p<.001)、「充權」(F=31.653, p<.001)、「優勢觀點」(F=43.055, p<.001)、「生活正常化」(F=43.513, p<.001)及「整體理念」(F=43.938, p<.001)等同意度之變異情形，皆達到統計上之顯著水準。而在使用服務後的「公民權」(F=30.431, p<.001)、「充權」(F=32.207, p<.001)、「優勢觀點」(F=38.414, p<.001)、「生活正常化」(F=39.608, p<.001)及「整體理念」(F=37.618, p<.001)等同意度之變異情形，亦皆達到統計上之顯著水準。經事後比較分析之結果顯示，無論在服務使用前或服務使用後，身體健康，生活自理能力佳者在「公民權」、「充權」、「優勢觀點」、「生活正常化」及「整體理念」的滿意度，皆顯著高於其他身體狀況不佳者(含身體不佳，但尚不致影響日常生活、身體不佳，部分生活需仰賴他人協助、身體不佳，生活需仰賴他人協助者)；而身體不佳，生活需仰賴他人協助者在「公民權」、「充權」、「優勢觀點」、「生活正常化」及「整體理念」的滿意度，皆顯著高於其他身體狀況者(含身體健康，生活自理能力佳者、身體不佳，但尚不致影響日常生活、身體不佳，部分生活需仰賴他人協助)。**整體而言，身體狀況愈佳者對社區照顧各面向及整體理念的同意度，普遍顯著優於身體健康狀況較不佳者**(見表 6-3-2)。

表 6-3-2 受訪者宗教、婚姻、年齡及身體狀況對社區照顧理念同意度之影響情形

變項	服務使用前					服務使用後					
	公民權	充權	優勢觀點	生活正常化	整體理念	公民權	充權	優勢觀點	生活正常化	整體理念	
宗教信仰 <sup>1</sup>	佛教	82.65	78.08	81.25	87.73	328.13	83.80	78.53	81.49	88.05	329.29
	道教	89.20	81.00	90.80	89.80	350.80	90.60	82.40	90.40	86.50	335.75
	傳統信仰	73.89	67.05	73.21	77.05	290.57	75.58	67.93	74.03	78.12	295.09
	基督宗教	82.79	79.68	84.32	86.89	333.68	85.32	80.63	85.37	88.53	339.84
	無宗教信仰	76.73	69.82	78.18	79.18	303.91	78.27	70.00	77.55	79.45	305.27
	其他	83.50	76.50	93.50	91.25	344.75	85.50	79.75	94.00	91.75	351.00
	總和	76.81	78.08	76.56	80.41	303.79	78.50	71.50	77.19	81.21	307.18
	F 值	<b>4.437**</b> G1>G3	<b>5.431**</b> G3>G1G4	<b>5.963**</b> PH未顯著	<b>5.82**</b> G1>G3	<b>5.942**</b> G1>G3	<b>4.881**</b> G1>G3	<b>5.389**</b> G3>G1G4	<b>5.491**</b> PH未顯著	<b>5.227**</b> G1>G3	<b>5.305**</b> G3>G1G4
婚	未婚	72.71	68.86	73.68	76.61	291.86	75.04	69.75	73.86	77.39	296.04

表 6-3-2 受訪者宗教、婚姻、年齡及身體狀況對社區照顧理念同意度之影響情形

變項	服務使用前					服務使用後					
	公民權	充權	優勢觀點	生活正常化	整體理念	公民權	充權	優勢觀點	生活正常化	整體理念	
姻狀況	有配偶或同居	76.92	70.44	75.47	79.92	302.14	78.42	71.16	76.05	80.93	305.55
	離婚或分居	71.60	63.90	72.80	76.20	284.50	73.60	65.60	73.60	77.20	290.00
	喪偶	78.43	71.92	78.97	82.46	310.88	80.19	72.79	79.79	83.23	314.47
	總和	76.81	70.58	76.57	80.41	303.71	78.53	71.42	77.18	81.28	307.22
	F 值	1.633	.925	1.596	1.593	1.382	1.531	.787	1.839	1.592	1.322
年齡	65歲以下	73.26	70.15	73.88	77.63	294.63	75.45	71.39	75.30	79.21	301.20
	65-74 歲	78.95	70.95	75.88	78.79	303.20	81.17	73.38	76.88	81.67	311.26
	75-84 歲	79.65	74.45	80.67	84.89	318.76	80.90	74.62	80.46	84.74	318.60
	85 歲以上	74.32	64.24	73.32	77.40	289.28	75.78	64.52	74.04	77.55	291.63
	總和	76.81	70.58	76.57	80.41	303.71	78.53	71.42	77.18	81.28	307.22
	F 值	<b>3.167*</b> PH未顯著	<b>4.529**</b> G3>G4	<b>3.726*</b> G3>G4	<b>4.404**</b> G3>G1,G4	<b>3.753*</b> G3>G4	<b>3.088*</b> PH未顯著	<b>4.666**</b> G3>G4	2.453	<b>3.243*</b> G3>G4	<b>2.934*</b> PH未顯著
身體狀況	身體健康，生活自理能力佳	89.00	82.95	90.08	93.32	354.40	89.45	83.16	90.25	93.15	353.18
	身體不佳，但尚不至影響日常生活	76.72	72.25	80.16	83.22	312.34	78.25	72.78	80.44	83.97	315.44
	身體不佳，部分生活需仰賴他人協助	75.41	69.63	74.40	78.54	297.52	77.98	71.52	75.31	80.57	305.46
	身體不佳，多數生活需仰賴他人協助	65.96	57.33	64.29	67.84	254.82	67.94	57.40	65.08	68.53	259.20
	總和	76.80	70.56	76.58	80.40	303.70	78.53	71.41	77.20	81.28	307.22
	F 值	<b>33.537***</b> G5-G2,G3,G4 G4-G1,G2,G3	<b>31.653***</b> G5-G2,G3,G4 G4-G1,G2,G3	<b>43.055***</b> G5-G2,G3,G4 G4-G1,G2,G3	<b>43.513***</b> G5-G2,G3,G4 G4-G1,G2,G3	<b>43.938***</b> G5-G2,G3,G4 G4-G1,G2,G3	<b>30.431***</b> G5-G2,G3,G4 G4-G1,G2,G3	<b>32.207***</b> G5-G2,G3,G4 G4-G1,G2,G3	<b>38.414***</b> G5-G2,G3,G4 G4-G1,G2,G3	<b>39.608***</b> G5-G2,G3,G4 G4-G1,G2,G3	<b>37.618***</b> G5-G2,G3,G4 G4-G1,G2,G3

註：\* p<.05 \*\* p<.01 \*\*\* p<.001

註1：傳統宗教包含一貫道及民間信仰；基督宗教包含基督教及天主教。

## 二、家庭、居住型態及經濟狀況之社區照顧理念之差異/變異分析

### (一) 家庭型態、居住型態與住宅所屬之社區照顧理念差異/變異分析

就家庭型態而言，家庭型態不同在服務使用前後的社區照顧理念同意度之變異情形，皆達到統計上之顯著水準。在服務使用前，「公民權」(F=6.155, p<.001)、「充權」(F=3.408, p<.01)、「優勢觀點」(F=3.383, p<.01)、「生活正常化」(F=2.237, p<.05)及「整體理念」(F=4.006, p<.001)等同意度之變異情形，皆達到統計上之顯著水準；經事後比較分析之結果顯示，單人家庭在「公民權」、「優勢觀點」及「整體理念」皆顯著高於核心家庭，而單人家庭在「公民權」亦顯著高於單親家庭及其他家庭；而「充權」及「生活正常化」經事後比較分析未有顯著差異。在服務使用後，「公民權」(F=6.261, p<.001)、「充權」(F=3.297, p<.001)、「優勢觀點」(F=3.00, p<.01)、「生活正常化」(F=2.428, p<.05)及「整體理念」(F=3.471, p<.01)等同意度之變異情形，亦達到統計上之顯著水準；經事後比較分析之結

果顯示，單人家庭在「公民權」、「充權」及「整體理念」皆顯著高於單親家庭，而單人家庭在「公民權」亦顯著高於核心家庭及其他家庭；而「優勢觀點」及「生活正常化」經事後比較分析未有顯著差異。整體而言，單親家庭對於社區照顧理念的同意程度顯著較高（見表 6-3-3）。

**就居住型態而言**，在服務使用前後的社區照顧理念同意度之變異情形，除服務使用後的「生活正常化」外，其他變項達到統計上之顯著水準。在服務使用前，「公民權」( $F=8.98, p<.001$ )、「充權」( $F=6.019, p<.001$ )、「優勢觀點」( $F=5.057, p<.01$ )、「生活正常化」( $F=2.285, p<.05$ )及「整體理念」( $F=5.952, p<.001$ )等同意度之變異情形，皆達到統計上之顯著水準；經事後比較分析之結果顯示，僅僅與子女同住者在「公民權」的同意程度顯著低於僅與配偶同住及獨居者，而獨居者在「公民權」的同意程度顯著高於與配偶和子女同住、僅與子女同住及僅與親友同住者。而獨居者在「充權」的同意程度顯著高於僅與子女同住者，在「優勢觀點」的同意程度顯著高於與配偶和子女同住、僅與子女同住者，在「整體理念」的同意程度顯著高於僅與子女同住、僅與親友同住者；而「充權」及「生活正常化」經事後比較分析未有顯著差異。在服務使用後，「公民權」( $F=9.047, p<.001$ )、「充權」( $F=6.156, p<.001$ )、「優勢觀點」( $F=4.834, p<.001$ )及「整體理念」( $F=5.159, p<.001$ )等同意度之變異情形，亦達到統計上之顯著水準；經事後比較分析之結果顯示，獨居者在「公民權」的同意程度顯著高於與配偶和子女同住、僅與子女同住及僅與親友同住者，在「充權」的同意程度顯著高於僅與子女同住者，在「優勢觀點」的同意程度顯著高於僅與子女同住、僅與親友同住者，在「整體理念」的同意程度顯著高於僅與子女同住者。**整體而言，獨居者對社區照顧各面向及整體理念的同意度，普遍顯著優於其他居住型態者，尤其是「僅與子女同住」者**（見表 6-3-3）。

**就住宅所屬而言**，住宅所屬不同在在服務使用前、後的「公民權」、「充權」、「優勢觀點」、「生活正常化」及「整體理念」等同意度，皆未達到統計上的顯著差異（見表 6-3-3）。

表 6-3-3 受訪者家庭型態、居住型態及住宅所屬對社區照顧理念同意度之變異情形

變項		服務使用前					服務使用後				
		公民權	充權	優勢觀點	生活正常化	整體理念	公民權	充權	優勢觀點	生活正常化	整體理念
家庭型態	單人家庭	84.53	77.28	83.22	85.37	329.69	86.03	78.20	83.72	85.60	330.82
	夫婦家庭	78.98	71.68	76.87	80.13	306.87	79.83	71.70	76.43	80.51	308.47
	單親家庭	70.67	63.22	72.71	73.83	277.35	71.41	63.22	72.59	73.67	278.94
	核心家庭	72.43	67.52	73.39	77.86	291.42	74.31	68.36	74.39	78.56	294.55
	祖孫家庭	68.75	72.25	73.75	76.25	291.00	70.00	72.00	74.25	76.50	292.75
	三代同堂	73.56	67.40	73.82	80.38	294.21	76.40	69.15	75.48	83.10	304.36
	其他	65.00	63.00	65.33	74.33	267.67	67.00	67.33	67.33	76.67	278.33

表 6-3-3 受訪者家庭型態、居住型態及住宅所屬對社區照顧理念同意度之變異情形

變項	服務使用前					服務使用後					
	公民權	充權	優勢觀點	生活正常化	整體理念	公民權	充權	優勢觀點	生活正常化	整體理念	
總和	76.81	70.58	76.57	80.41	303.71	78.53	71.42	77.18	81.28	307.22	
F值	<b>6.155***</b> G1>G3G4G6	<b>3.408**</b> PH未顯著	<b>3.383**</b> G1>G4	<b>2.237*</b> PH未顯著	<b>4.006***</b> G1>G4	<b>6.261***</b> G1>G3G4G6	<b>3.297**</b> G1>G3	<b>3.00**</b> PH未顯著	<b>2.428*</b> PH未顯著	<b>3.471**</b> G1>G3	
居住型態	與配偶和子女同住	75.32	69.00	73.48	79.06	296.18	77.47	70.62	75.20	81.11	302.07
	僅與配偶同住	78.79	71.61	76.92	80.37	306.94	79.57	71.63	76.49	80.63	308.33
	僅與子女同住	69.27	62.90	71.83	76.73	279.64	71.28	63.26	72.52	77.71	285.07
	僅與親友同住	66.50	63.57	69.43	75.64	275.14	69.00	65.21	69.71	76.57	280.50
	獨居	83.88	77.30	83.14	84.80	328.46	85.61	78.30	83.84	85.36	330.61
	其他	78.33	75.22	78.78	82.44	314.78	79.22	76.11	79.22	83.00	317.56
	總和	76.81	70.58	76.57	80.41	303.71	78.53	71.42	77.18	81.28	307.22
F值	<b>8.98***</b> G3>G2G5 G5>G1G3G4	<b>6.019***</b> G5>G3	<b>5.057***</b> G5>G1G3	<b>2.285*</b> PH未顯著	<b>5.952***</b> G5>G3G4	<b>9.047***</b> G5>G1G3G4	<b>6.156***</b> G5>G3	<b>4.834***</b> G5>G3G4	2.056	<b>5.159***</b> G5>G3	
住宅所屬	自有	76.99	70.53	77.07	80.93	304.81	78.51	71.29	77.65	81.59	307.40
	不住一起的親屬所擁有	81.14	77.14	85.57	88.43	332.29	82.71	78.29	86.00	89.43	336.43
	租押	75.13	68.97	71.74	75.55	291.70	78.00	70.63	72.68	78.42	300.07
	配住	84.75	78.00	81.60	86.20	325.75	87.40	78.00	82.00	83.60	331.00
	借用	68.75	64.88	70.50	74.50	278.63	69.50	64.63	70.88	74.75	279.75
	總和	76.72	70.50	76.47	80.33	303.36	78.45	71.33	77.08	81.21	306.86
	F值	1.223	.904	2.076	2.006	1.416	1.598	.923	1.949	1.369	1.436

註：\* p<.05 \*\* p<.01 \*\*\* p<.001

## (二) 家庭經濟狀況之社區照顧理念差異/變異分析

就主要經濟來源而言，主要經濟來源不同在服務使用前的「公民權」(F=5.257, p<.001)、「充權」(F=3.714, p<.001)及「整體理念」(F=3.339, p<.01)同意度，達到統計上之顯著水準；經事後比較分析結果顯示，主要經濟來源係由社會或親友救助者在「公民權」的同意程度顯著低於自己工作或營業收入者，而主要經濟來源為自己儲蓄、利息、租金或投資所得者在「公民權」的同意程度顯著高於子女奉養(含媳婦、女婿)、社會或親友救助者；而「充權」及「整體理念」經事後比較分析之結果顯示，並無顯著的個別差異。在服務使用後，主要經濟來源不同的「公民權」(F=5.281, p<.001)、「充權」(F=3.605, p<.001)及「整體理念」(F=3.725, p<.01)同意度，亦達到統計上之顯著水準；經事後比較分析結果顯示，主要經濟來源係由社會或親友救助者在「公民權」的同意程度顯著低於自己工作或營業收入及自己儲蓄、利息、租金或投資所得及自己退休金、撫恤金或保險給付者，在「充權」的同意程度顯著低於自己儲蓄、利息、租金或投資所得者；而「整體理念」經事後比較分析之結果顯示，並無顯著的個別差異。整體而言，主要經濟來源是由自己所提供者，其對社區照顧理念的同意程度較高於其他，尤

其是顯著高於社會或親友救助者（見表 6-3-4）。

就家庭平均月所得而言，家庭平均月所得不同在服務使用前的「充權」（ $F=2.851, p<.05$ ）、「生活正常化」（ $F=3.565, p<.05$ ）及「整體理念」（ $F=3.043, p<.05$ ）同意度，達到統計上之顯著水準；經事後比較分析結果顯示，家庭軍樂所得 6 萬元以上者在「充權」、「生活正常化」及「整體理念」同意程度顯著未滿 2 萬元者，且其對「生活正常化」的同意程度亦顯著高於 2 萬元至未滿 4 萬元者。在服務使用後，家庭平均月所得不同的「充權」（ $F=2.677, p<.05$ ）、「生活正常化」（ $F=4.059, p<.01$ ）及「整體理念」（ $F=3.725, p<.05$ ）同意度，亦達到統計上之顯著水準；經事後比較分析結果顯示，所得 6 萬元以上者在「生活正常化」及「整體理念」同意程度顯著未滿 2 萬元及 2 萬元至未滿 4 萬元者，而「充權」經事後比較分析之結果顯示，並無顯著的個別差異。整體而言，家庭平均月所得較高者，對社區照顧整體及各面向的理念之滿意度，普遍高於所得較低者，尤其是「未滿 2 萬元者」（見表 6-3-4）。

表 6-3-4 受訪者主要經濟來源及家庭平均月所得對社區照顧理念同意度之變異情形

變項	服務使用前					服務使用後					
	公民權	充權	優勢觀點	生活正常化	整體理念	公民權	充權	優勢觀點	生活正常化	整體理念	
主要經濟來源	自己工作或營業收入	90.00	81.60	83.20	90.00	344.80	91.80	82.20	84.20	90.00	348.20
	配偶或同居人提供	76.78	75.80	78.20	86.30	314.33	78.60	76.60	80.10	87.20	322.50
	自己儲蓄、利息、租金或投資所得	87.39	80.67	85.00	86.22	339.28	88.44	81.89	85.94	87.61	343.89
	自己退休金、撫恤金或保險給付	81.58	75.42	78.88	84.27	320.15	83.06	75.55	79.27	84.39	322.27
	子女奉養(含媳婦、女婿)	73.99	68.10	74.80	78.79	296.05	75.99	69.19	75.65	80.04	300.60
	來自政府救助或津貼	76.29	68.72	75.70	78.49	296.99	77.76	69.51	75.71	78.97	297.74
	社會或親友救助	57.40	51.80	63.80	74.60	247.60	58.60	52.20	63.80	74.60	249.20
	其他	67.00	66.60	75.00	73.80	282.40	72.20	68.60	78.20	78.00	297.00
	總和	76.81	70.58	76.57	80.41	303.71	78.53	71.42	77.18	81.28	307.22
	F值	5.257*** G7<G1 G3>G5,G7	3.714*** PH未顯著	1.911	1.925	3.339** PH未顯著	5.281*** G7<G1,G3,G4	3.605*** G7<G3	2.1	1.856	3.725*** PH未顯著
家庭平均月所得	未滿 2 萬元	75.97	69.47	76.18	79.38	300.24	77.75	70.67	76.98	80.33	303.82
	2 萬元至未滿 4 萬元	76.89	70.73	75.61	79.99	302.32	78.37	70.68	75.76	80.37	304.46
	4 萬元至未滿 6 萬元	78.08	72.31	77.50	83.35	311.23	79.81	72.88	77.92	84.54	315.15
	6 萬元以上	90.60	90.00	93.40	99.60	373.60	93.20	90.60	94.00	101.00	378.80
	總和	76.79	70.60	76.54	80.44	303.72	78.50	71.36	77.11	81.28	307.04
	F 值	1.783	2.851** G4>G1	2.346	3.565** G4>G1,G2	3.043** G4>G1	2.181	2.677** PH未顯著	2.425	4.059** G4>G1,G2	3.457** G4>G1,G2

註：\*  $p<.05$  \*\*  $p<.01$  \*\*\*  $p<.001$

### 三、 居住社區及服務使用情形之社區照顧理念差異/變異分析

#### (一) 居住社區之社區照顧理念差異/變異分析

就居住之社區型態而言，社區型態不同在服務使用前後的社區照顧理念同意度之變異情形，除服務使用後的「充權」外，其他變項達到統計上之顯著水準。社區型態不同在服務使用前的「公民權」(F=6.869,  $p<.001$ )、「充權」(F=3.86,  $p<.05$ )、「優勢觀點」(F=6.041,  $p<.01$ )、「生活正常化」(F=6.926,  $p<.001$ )及「整體理念」(F=5.772,  $p<.01$ )等同意度之變異情形，皆達到統計上之顯著水準。經事後比較分析之結果顯示，住在鄉村及山地型社區者在社區照顧理念各面向的同意程度皆顯著高於住在市鄉混合型地區者。而在服務使用後的「公民權」(F=4.699,  $p<.01$ )、「優勢觀點」(F=5.095,  $p<.01$ )、「生活正常化」(F=4.549,  $p<.05$ )及「整體理念」(F=3.771,  $p<.05$ )等同意度之變異情形，皆達到統計上之顯著水準。經事後比較分析之結果顯示，住在鄉村及山地型社區者在「公民權」、「優勢觀點」、「生活正常化」及「整體理念」的同意程度皆顯著高於住在市鄉混合型地區者。整體而言，住在鄉村及山地型社區者，對社區照顧整體及各面向的理念之滿意度，普遍高於住在市鄉混合型地區者（見表 6-3-5）。

就居住時間而言，居住時間不同在服務使用前的「公民權」( $t=2.012$ ,  $p<.05$ )同意度之差異，達到統計上之顯著水準，世居者顯著高於遷入者。而服務使用後在社區照顧理念的同意度皆未達到統計上之顯著水準。在經過服務使用後，無論是世居者或遷入者對於社區照顧理念的同意程度皆有提高，顯然經過服務使用後，拉近世居者及遷入者對「公民權」的同意程度。另外，就接受服務時間而言，接受服務時間不同在在服務使用前後的「公民權」、「充權」、「優勢觀點」、「生活正常化」及「整體理念」等同意度之差異，皆未達到統計上的顯著差異（見表 6-3-5）。

就每週接受服務時數而言，社區型態不同在服務使用前後的社區照顧理念同意度之變異情形，皆達到統計上之顯著水準。接受服務時數不同在服務使用前的「公民權」(F=7.493,  $p<.001$ )、「充權」(F=5.674,  $p<.05$ )、「優勢觀點」(F=8.119,  $p<.001$ )、「生活正常化」(F=7.416,  $p<.001$ )及「整體理念」(F=7.831,  $p<.001$ )同意度之變異情形，達到統計上之顯著水準。經事後比較分析之結果顯示，服務使用時間 0 至未滿 3 小時者在「公民權」、「優勢觀點」、「生活正常化」及「整體理念」的同意程度顯著高於服務使用時間 6 至未滿 9 小時、9 至未滿 12 小時及 12 小時以上者；而服務使用時間 3 至未滿 6 小時者在「充權」的同意程度顯著高於服務使用時間 6 至未滿 9 小時及 12 小時以上者，在「優勢觀點」及「整體理念」的同意程度顯著高於服務使用時間 6 至未滿 9 小時、9 至未滿 12 小時及 12 小時以上者，在「生活正常化」的同意程度顯著高於服務使用時間 9 至未滿 12 小時及 12 小時以上者。在服務使用後的「公民權」(F=6.105,  $p<.001$ )、「充權」(F=4.987,  $p<.05$ )、「優勢觀點」(F=6.592,  $p<.001$ )、「生活正常化」(F=5.364,

$p<.001$ ) 及「整體理念」( $F=5.463$ ,  $p<.001$ ) 同意度之變異情形，達到統計上之顯著水準。經事後比較分析之結果顯示，服務使用時間 0 至未滿 3 小時者在「公民權」及「優勢觀點」的同意程度顯著高於服務使用時間 6 至未滿 9 小時及 9 至未滿 12 小時者，在「公民權」的同意程度亦顯著高於服務使用時間 12 小時以上者；而服務使用時間 3 至未滿 6 小時者在「充權」、「優勢觀點」、「生活正常化」及「整體理念」的同意程度顯著高於服務使用時間 6 至未滿 9 小時者，且在「優勢觀點」、「優勢觀點」及「整體理念」的同意程度亦顯著高於服務使用時間 9 至未滿 12 小時者。整體而言，服務使用時數較低者對於社區照顧理念的同意程度較高（見表 6-3-5）。

表 6-3-5 受訪者社區區位、居住時間、接受及使用服務間對社區照顧理念之差異/變異情形

變項		服務使用前					服務使用後				
		公民權	充權	優勢觀點	生活正常化	整體理念	公民權	充權	優勢觀點	生活正常化	整體理念
社區地理區位	鄉村及山地型	80.53	72.99	80.23	84.30	316.72	81.33	73.04	80.07	83.88	314.91
	都市型	75.51	71.37	75.45	79.04	301.62	77.93	72.68	77.44	81.64	310.85
	市鄉混合型	72.64	66.24	72.46	76.20	287.54	74.93	67.67	72.77	77.21	292.59
	總和	76.64	70.45	76.41	80.29	303.14	78.37	71.29	77.03	81.17	306.64
	F 值	<b>6.869<sup>***</sup></b> G1>G3	<b>3.86<sup>*</sup></b> G1>G3	<b>6.041<sup>**</sup></b> G1>G3	<b>6.926<sup>***</sup></b> G1>G3	<b>5.772<sup>**</sup></b> G1>G3	<b>4.699<sup>**</sup></b> G1>G3	2.68	<b>5.095<sup>**</sup></b> G1>G3	<b>4.549<sup>*</sup></b> G1>G3	<b>3.771<sup>*</sup></b> G1>G3
居住時間	世居	80.48	73.50	79.43	83.56	315.37	81.64	73.63	79.24	83.73	316.93
	遷入	75.85	69.81	75.85	79.59	300.75	77.74	70.84	76.66	80.63	304.69
	t 值	<b>2.012<sup>*</sup></b>	1.434	1.478	1.688	1.601	1.758	1.077	1.056	1.343	1.378
接受服務時間	1 年以下	77.08	69.73	77.30	80.73	304.84	78.49	70.14	77.63	81.03	304.81
	1 年至未滿 3 年	78.28	72.80	76.91	81.56	309.09	79.87	73.97	77.56	82.93	312.94
	3 年至未滿 6 年	76.27	70.53	76.74	79.32	301.98	78.60	71.56	77.45	80.54	308.15
	6 年至未滿 9 年	73.08	67.92	74.17	81.23	291.42	74.92	68.67	76.55	81.69	301.55
	9 年以上	73.46	66.08	71.92	76.77	288.23	74.69	66.46	72.00	76.92	290.08
	總和	76.81	70.58	76.57	80.41	303.71	78.53	71.42	77.18	81.28	307.22
	F 值	.612	.735	.453	.416	.58	.654	.976	.433	.586	.591
服務使用時間	0 至未滿 3 小時	82.75	75.24	82.73	85.67	325.49	83.69	75.82	82.49	85.42	324.48
	3 至未滿 6 小時	80.75	75.69	81.32	85.20	321.85	82.13	76.33	81.90	85.83	324.30
	6 至未滿 9 小時	73.31	66.47	72.55	77.00	289.33	74.78	66.51	72.90	77.06	292.38
	9 至未滿 12 小時	72.27	66.08	71.17	75.33	283.79	74.93	67.10	71.98	77.10	291.22
	12 小時以上	70.17	64.79	70.66	74.00	279.62	73.38	67.93	73.07	77.90	292.28
	總和	76.81	70.58	76.57	80.41	303.71	78.53	71.42	77.18	81.28	307.22
	F 值	<b>7.493<sup>***</sup></b> G1>G3,G4,G5	<b>5.674<sup>***</sup></b> G2>G3,G5	<b>8.119<sup>***</sup></b> G1>G3,G4,G5 G2>G3,G4,G5	<b>7.416<sup>***</sup></b> G1>G3,G4,G5 G2>G4,G5	<b>7.831<sup>***</sup></b> G1>G3,G4,G5 G2>G3,G4,G5	<b>6.105<sup>***</sup></b> G1>G3,G4,G5	<b>4.987<sup>***</sup></b> G2>G3	<b>6.592<sup>***</sup></b> G1>G3,G4 G2>G3,G4	<b>5.364<sup>***</sup></b> G2>G3,G4	<b>5.463<sup>***</sup></b> G2>G3,G4

註：\* p<.05 \*\* p<.01 \*\*\* p<.001

#### 第四節 居家服務服務對社區照顧理念的影響

本節將採取 Z 檢定方法，分析居家服務服務使用前、後，服務使用者在社區照顧理念的變化情形，社區照顧理念包括：(1) 公民權：含權利和責任；(2) 充權：含心理充權、社會充權和政治充權；(3) 優勢觀點：含自我認知、復原力和社區資源；(4) 生活正常化：含生理福祉、心理福祉、社會福祉和靈性福祉。

##### 一、居家服務服務對「公民權」的影響

公民權主要區分為兩個次面向：權利（11 個子題）和責任（12 個子題），底下將分別說明使用者在參與居家服務服務後在各個子題上的變化情形。

##### （一）公民權-權利

居家服務服務使用前後，服務使用者在「公民權-權利」理念的變化上，表 6-4-1 顯示，在 11 個子變項中，有 6 個子變項出現顯著的變化，皆朝負向改變，包括：「我可以獲得適當的健康照顧」（ $Z=-8.459^{***}$ ）、「我可以獲得適當的生活照顧」（ $Z=-10.694^{***}$ ）、「我可以自在地居住在自己的家裡」（ $Z=-5.343^{***}$ ）、「我可以自由地表達自己的想法」（ $Z=-2.054^*$ ）、「我可以選擇自己想要的生活方式」（ $Z=-2.946^{**}$ ）以及「我可以過著安全的生活（免於剝削和身體或精神的虐待）」（ $Z=-3.409^{**}$ ）。這些現象顯出居家服務對「公民權-權利」理念的實踐不僅無法有正面的助益，反而朝「負向」發展。

表6-4-1 居家服務服務使用前後「公民權-權利」的變化情形 (N=233)

		個數	等級平均數	等級總和	Z檢定	p值
我的所得可以維持基本生活所需	負等級	4	5.50	22.00	-.632	.527
	正等級	6	5.50	33.00		
	等值結	222				
我可以獲得適當的健康照顧	負等級	0	.00	.00	<b>-8.459</b>	<b>.000</b>
	正等級	81	41.00	3321.00		
	等值結	152				
我可以獲得適當的生活照顧	負等級	0	.00	.00	<b>-10.694</b>	<b>.000</b>
	正等級	128	64.50	8256.00		
	等值結	105				

表6-4-1 居家服務服務使用前後「公民權-權利」的變化情形 (N=233)

	個數	等級平均數	等級總和	Z檢定	p值
我可以自在地居住在自己的家裡	負等級	3	36.00	<b>-5.343</b>	<b>.000</b>
	正等級	45	23.73		
	等值結	185	1068.00		
我可以自在地參與社區的活動(如:宗教活動、傳統習俗)	負等級	9	12.67	-.430	.667
	正等級	13	10.69		
	等值結	211	139.00		
我可以自由地表達自己的想法	負等級	4	6.50	<b>-2.054</b>	<b>.040</b>
	正等級	11	8.55		
	等值結	218	94.00		
我可以選擇自己想要的生活方式	負等級	1	4.50	<b>-2.946</b>	<b>.003</b>
	正等級	12	7.21		
	等值結	220	86.50		
我有學習新事務的機會/管道	負等級	3	10.17	-1.445	.149
	正等級	11	6.77		
	等值結	218	74.50		
我可以過著安全的生活(免於剝削和身體或精神的虐待)	負等級	4	12.00	<b>-3.409</b>	<b>.001</b>
	正等級	21	13.19		
	等值結	208	277.00		
我可以享有個人的隱私權	負等級	4	4.00	-.812	.417
	正等級	5	5.80		
	等值結	224	29.00		
我能夠獲得他人/社會公平的對待	負等級	3	4.50	-.707	.480
	正等級	5	4.50		
	等值結	225	22.50		

註 1 負等級：服務使用後的同意程度 < 服務使用前的同意程度；正等級：服務使用後的同意程度 > 服務使用前的同意程度；等值結：服務使用後的同意程度 = 服務使用前的同意程度。

註 2 \*p<.05；\*\*p<.01；\*\*\*p<.001。

## (二) 公民權-責任

居家服務服務使用前後，服務使用者在「公民權-責任」理念的變化上，表6-4-2顯示，在12個子變項中，僅1子變項出現顯著的變化，主要是朝負向改變，該子變項係為「可以照顧好自己的身心健康」(Z=-4.110\*\*)，其他變項之變化雖然未達顯著差異，但亦多朝負向改變。這些變化現象彰顯出，居家服務對「公民權-責任」理念的實踐，不僅無法有正面的助益，反而朝「負向」發展，這或許反映出服務使用者對自己在健康和經濟功能退化的無力感，且衍生出對家庭和

社會之貢獻的無奈。

表6-4-2 居家服務服務使用前後「公民權-責任」的變化情形 (N=233)

		個數	等級平均數	等級總和	Z檢定	p值
我有責任維持自己的身心健康	負等級	6	7.00	42.00	-.258	.796
	正等級	6	6.00	36.00		
	等值結	221				
我可以照顧好自己的身心健康	負等級	4	13.00	52.00	<b>-4.110</b>	<b>.000</b>
	正等級	27	16.44	444.00		
	等值結	202				
我有責任維持個人經濟上的自立自主	負等級	1	2.50	2.50	-1.000	.317
	正等級	3	2.50	7.50		
	等值結	229				
我可以維持個人經濟上的自立自主	負等級	2	2.50	5.00	-.707	.480
	正等級	3	3.33	10.00		
	等值結	228				
我有責任維持家庭的經濟收入	負等級	2	3.00	6.00	-.447	.655
	正等級	3	3.00	9.00		
	等值結	228				
我對家庭的經濟是有貢獻的	負等級	1	2.00	2.00	-1.518	.129
	正等級	4	3.25	13.00		
	等值結	228				
我有責任讓家庭生活變得更好	負等級	1	2.50	2.50	-1.000	.317
	正等級	3	2.50	7.50		
	等值結	229				
我對家庭生活是有貢獻的	負等級	3	4.00	12.00	-.333	.739
	正等級	3	3.00	9.00		
	等值結	227				
我有責任讓社區變得更好	負等級	1	2.00	2.00	-.577	.564
	正等級	2	2.00	4.00		
	等值結	230				
我對社區是有貢獻的	負等級	2	2.50	5.00	.000	1.000
	正等級	2	2.50	5.00		
	等值結	229				
我有責任讓社會變得更美好	負等級	1	1.50	1.50	.000	1.000
	正等級	1	1.50	1.50		
	等值結	231				

表6-4-2 居家服務服務使用前後「公民權-責任」的變化情形 (N=233)

	個數	等級平均數	等級總和	Z檢定	p值
負等級	3	3.50	10.50	.000	1.000
我對社會是有貢獻的 正等級	3	3.50	10.50		
等值結	227				

註 1 負等級：服務使用後的同意程度 < 服務使用前的同意程度；正等級：服務使用後的同意程度 > 服務使用前的同意程度；等值結：服務使用後的同意程度 = 服務使用前的同意程度。

註 2 \*p<.05；\*\*p<.01；\*\*\*p<.001。

## 二、 居家服務服務對「充權」的影響

充權主要區分為三個次面向：心理充權（8 個子題）、社會充權（8 個子題）及政治充權（8 個子題），底下將分別說明使用者在參與居家服務服務後在各個子題上的變化情形。

### （一）充權-心理充權

在居家服務服務使用前、後服務使用者在「充權-心理充權」理念的變化上，表 6-4-3 顯示，在 8 個子變項中有 6 項在服務使用前、後出現顯著的變化，且皆朝負向發展，包括：「我相信自己有改變生活的能力」（ $Z=-3.211^{**}$ ）、「我能夠適應目前的生活環境」（ $Z=-4.0751^{***}$ ）、「我日常生活中，我能夠發揮自己的所長」（ $Z=-2.507^{*}$ ）、「我有勇氣面對生活中困難的事情」（ $Z=-2.784^{**}$ ）、「我可以掌控/主導自己的生活」（ $Z=-2.412^{**}$ ）以及「我可以採取必要的行動來改善自己的生活」（ $Z=-2.433^{*}$ ）。這些現象彰顯出，居家服務對「心理充權」的實踐，不僅無法有正面的助益，反而朝「負向」發展，這亦反映出「居家服務」服務使用者對自己生活和年邁的無奈。

表 6-4-3 居家服務服務使用前後「充權-心理充權」的變化情形

	個數	等級平均數	等級總和	Z檢定	p值
負等級	1	5.50	5.50	<b>-3.211</b>	<b>.001</b>
我相信自己有改變生活的能力 正等級	14	8.18	114.50		
等值結	218				
負等級	3	17.33	52.00	<b>-4.075</b>	<b>.000</b>
我能夠適應目前的生活環境 正等級	28	15.86	444.00		
等值結	201				
負等級	10	10.20	102.00	-.291	.771
我無法對抗年邁/身體缺陷帶來的衝擊（負向題） 正等級	9	9.78	88.00		
等值結	214				
日常生活中，我能夠發 負等級	1	3.50	3.50	<b>-2.507</b>	<b>.012</b>

		個數	等級平均數	等級總和	Z檢定	p值
揮自己的所長	正等級	9	5.72	51.50		
	等值結	222				
我有勇氣面對生活中困難的事情	負等級	3	9.33	28.00	<b>-2.784</b>	<b>.005</b>
	正等級	16	10.13	162.00		
	等值結	214				
我可以掌控/主導自己的生活	負等級	1	2.50	2.50	<b>-2.412</b>	<b>.016</b>
	正等級	8	5.31	42.50		
	等值結	222				
我覺得我是個沒有用的人(負向題)	負等級	10	6.10	61.00	-1.812	.070
	正等級	2	8.50	17.00		
	等值結	220				
我可以採取必要的行動來改善自己的生活	負等級	3	5.00	15.00	<b>-2.433</b>	<b>.015</b>
	正等級	11	8.18	90.00		
	等值結	219				

註 1 負等級：服務使用後的同意程度 < 服務使用前的同意程度；正等級：服務使用後的同意程度 > 服務使用前的同意程度；等值結：服務使用後的同意程度 = 服務使用前的同意程度。

註 2 \* $p < .05$ ；\*\* $p < .01$ ；\*\*\* $p < .001$ 。

## (二) 充權-社會充權

居家服務服務使用前後，服務使用者在「充權-社會充權」理念的變化上，表 6-4-4 顯示，在 8 個子變項中，有 5 項在服務使用前後出現顯著的變化，且皆朝負向發展，包括：「與他人意見不同時，我能夠做有效的溝通和協調」( $Z = -2.138^*$ )、「跟他人互動時，我覺得他人能瞭解我的想法/處境」( $Z = -3.120^{**}$ )、「我能夠獲得所想要的資訊，以增進選擇的機會」( $Z = -3.145^{**}$ )、「我可以和他人分享生活的狀況，並彼此相互支持」( $Z = -4.192^{***}$ )以及「當我需要協助時，能夠主動向他人提出」( $Z = -4.130^{***}$ )。這些現象顯出居家服務對「充權-社會充權」理念的實踐不僅無法有正面的助益，反而朝「負向」發展，這亦反映出「居家服務」的提供是無法增進或強化服務使用者的社會生活能力。

表 6-4-4 居家服務服務使用前後「充權-社會充權」的變化情形 (N=233)

		個數	等級平均數	等級總和	Z檢定	p值
我有權參與自己社區的各項活動	負等級	3	3.50	10.50	-.632	.527
	正等級	4	4.38	17.50		
	等值結	226				
與他人意見不同時，我能夠做有效的溝通和協調	負等級	2	5.50	11.00	<b>-2.138</b>	<b>.033</b>
	正等級	9	6.11	55.00		

	個數	等級平均數	等級總和	Z檢定	p值
等值結	222				
跟他人互動時，我覺得 他人能瞭解我的想法/ 處境	負等級 2 正等級 15 等值結 216	8.00 9.13	16.00 137.00	<b>-3.120</b>	<b>.002</b>
我能夠獲得所想要的 資訊，以增進選擇的機 會	負等級 3 正等級 17 等值結 213	9.00 10.76	27.00 183.00	<b>-3.145</b>	<b>.002</b>
我可以和他人分享生 活的狀況，並彼此相互 支持	負等級 3 正等級 26 等值結 204	13.00 15.23	39.00 396.00	<b>-4.192</b>	<b>.000</b>
當我需要協助時，能夠 主動向他人提出	負等級 3 正等級 27 等值結 203	14.00 15.67	42.00 423.00	<b>-4.310</b>	<b>.000</b>
在社區生活中，我有機 會表現自己的優勢/專 長	負等級 5 正等級 2 等值結 226	3.70 4.75	18.50 9.50	-.776	.438
在社區生活中，我可以 維護自己的利益	負等級 4 正等級 2 等值結 227	3.50 3.50	14.00 7.00	-.816	.414

註 1 負等級：服務使用後的同意程度 < 服務使用前的同意程度；正等級：服務使用後的同意程度 > 服務使用前的同意程度；等值結：服務使用後的同意程度 = 服務使用前的同意程度。

註 2 \*p<.05；\*\*p<.01；\*\*\*p<.001。

### (三) 充權-政治充權

居家服務服務使用前後，服務使用者在「充權-政治充權」理念的變化上，表 6-4-5 顯示，在 8 個子變項中，並無任何子變項出現顯著的變化。

表 6-4-5 居家服務服務使用前後「充權-政治充權」的變化情形 (N=233)

	個數	等級平均數	等級總和	Z檢定	p值
我會想要改變社區的 環境	負等級 4 正等級 3 等值結 226	4.75 3.00	19.00 9.00	-.879	.380
我相信透過參加集體 行動，可以改善社區的 問題	負等級 3 正等級 3 等值結 227	4.50 2.50	13.50 7.50	-.649	.516
我有適當的管道表達	負等級 2	3.25	6.50	-.276	.783

		個數	等級平均數	等級總和	Z檢定	p值
對社區事務的關心	正等級	3	2.83	8.50		
	等值結	228				
我曾參與討論社區重要的事務	負等級	3	3.67	11.00	-.966	.334
	正等級	2	2.00	4.00		
	等值結	228				
我會想要改變社會環境	負等級	3	4.00	12.00	-.333	.739
	正等級	3	3.00	9.00		
	等值結	227				
我有適當的管道表達對社會事務的關心	負等級	1	2.50	2.50	-1.000	.317
	正等級	3	2.50	7.50		
	等值結	229				
我願意為社會不公不義的事情挺身而出	負等級	1	4.00	4.00	-.378	.705
	正等級	3	2.00	6.00		
	等值結	229				
我曾為社會不公不義的事情挺身而出	負等級	1	1.00	1.00	-.447	.655
	正等級	1	2.00	2.00		
	等值結	231				

註 1 負等級：服務使用後的同意程度 < 服務使用前的同意程度；正等級：服務使用後的同意程度 > 服務使用前的同意程度；等值結：服務使用後的同意程度 = 服務使用前的同意程度。

註 2 \*p<.05；\*\*p<.01；\*\*\*p<.001。

### 三、 居家服務服務對「優勢觀點」的影響

優勢觀點主要區分為三個次面向：自我認知(8 個子題)、復原力(8 個子題)及社區資源(8 個子題)，底下將分別說明使用者在參與居家服務服務後在各個子題上的變化情形。

#### (一) 優勢-自我認知

居家服務服務使用前後，服務使用者在「優勢-自我認知」理念的變化上，表 6-4-6 顯示，在 8 個子變項中，有 5 個子項出現顯著的變化，5 子變項皆朝負向發展，包括：「我喜歡自己現在這樣子」(Z=-2.644\*\*)、「我可以為自己的行為負責」(Z=-2.209\*)、「我覺得我只能維持現在這個樣子」(Z=-1.987\*)、「我過著快樂的日子/生活」(Z=-3.078\*\*)及「我會思考怎樣讓自己的生活變得更有意義」(Z=-2.221\*)。這些現象彰顯出，居家服務服務對「優勢-自我認知」理念的實踐，並未能發揮正向的功能。

表 6-4-6 居家服務服務使用前、後在「優勢-自我認知」的變化情形 (N=233)

		個數	等級平均數	等級總和	Z檢定	p值
我喜歡自己現在這樣子	負等級	5	12.80	64.00	<b>-2.644</b>	<b>.008</b>
	正等級	19	12.42	236.00		
	等值結	209				
我可以為自己的行為負責	負等級	1	2.50	2.50	<b>-2.209</b>	<b>.027</b>
	正等級	7	4.79	33.50		
	等值結	222				
我覺得沒有能力對許多事情做決定 (負向題)	負等級	8	6.19	49.50	-1.485	.137
	正等級	3	5.50	16.50		
	等值結	222				
我覺得我只能維持現在這個樣子 (負向題)	負等級	12	10.75	129.00	<b>-1.987</b>	<b>.047</b>
	正等級	6	7.00	42.00		
	等值結	215				
我過著快樂的日子/生活	負等級	7	14.14	99.00	<b>-3.078</b>	<b>.002</b>
	正等級	24	16.54	397.00		
	等值結	202				
我認為自己有能力幫助別人	負等級	8	8.00	64.00	-.216	.829
	正等級	8	9.00	72.00		
	等值結	217				
我會思考怎樣讓自己的生活變得更有意義	負等級	3	5.00	15.00	<b>-2.221</b>	<b>.026</b>
	正等級	10	7.60	76.00		
	等值結	219				
我擔心未來的日子怎麼過 (負向題)	負等級	8	6.19	49.50	-.882	.378
	正等級	4	7.13	28.50		
	等值結	221				

註 1 負等級：服務使用後的同意程度 < 服務使用前的同意程度；正等級：服務使用後的同意程度 > 服務使用前的同意程度；等值結：服務使用後的同意程度 = 服務使用前的同意程度。

註 2 \*p<.05；\*\*p<.01；\*\*\*p<.001。

## (二) 優勢-復原力

居家服務服務使用前後，服務使用者「優勢-復原力」理念的變化上，表 6-4-7 顯示，在 8 個子變項中，有 2 項在服務使用前後出現顯著的負向變化，包括：「我會努力照顧好自己的生活起居」(Z=-1.976\*) 及「我會想辦法克服身體功能退化/缺陷造成的不便」(Z=-2.233\*) 朝負向發展。這現象突顯出服務使用者對維繫自己身體的功能充滿著無力感。

表6-4-7 居家服務服務使用前後「優勢-復原力」的變化情形 (N=233)

		個數	等級平均數	等級總和	Z檢定	p值
我會努力照顧好自己的生活起居	負等級	4	14.00	56.00	<b>-1.976</b>	<b>.048</b>
	正等級	16	9.63	154.00		
	等值結	213				
我會想辦法克服身體功能退化/缺陷造成的不便	負等級	4	10.88	43.50	<b>-2.233</b>	<b>.026</b>
	正等級	15	9.77	146.50		
	等值結	214				
儘管年邁/身體有缺陷，我仍想要對家庭有所貢獻	負等級	3	8.33	25.00	-1.830	.067
	正等級	11	7.27	80.00		
	等值結	219				
儘管年邁/身體有缺陷，我仍想要對社區有所貢獻	負等級	5	7.20	36.00	-.258	.796
	正等級	7	6.00	42.00		
	等值結	221				
儘管年邁/身體有缺陷，我仍樂於學習新的事務	負等級	2	4.00	8.00	-1.508	.132
	正等級	6	4.67	28.00		
	等值結	225				
儘管年邁/身體有缺陷，我還是有夢想要實現的	負等級	6	8.33	50.00	-.327	.744
	正等級	7	5.86	41.00		
	等值結	220				
當別人用異樣眼光看我時，我會覺得無奈（負向題）	負等級	7	6.36	44.50	-.072	.942
	正等級	6	7.75	46.50		
	等值結	220				
我會勇於面對挫折	負等級	4	7.00	28.00	-1.272	.203
	正等級	9	7.00	63.00		
	等值結	220				

註1 負等級：服務使用後的同意程度 < 服務使用前的同意程度；正等級：服務使用後的同意程度 > 服務使用前的同意程度；等值結：服務使用後的同意程度 = 服務使用前的同意程度。

註2 \*p<.05；\*\*p<.01；\*\*\*p<.001。

### (三) 優勢-社區資源

居家服務服務使用前後，服務使用者「優勢-社區資源」理念的變化上，表6-4-8顯示，在8個子變項中，並無任何子變項出現顯著的變化。

表6-4-8 居家服務服務使用前後「優勢-社區資源」的變化情形 (N=233)

	個數	等級平均數	等級總和	Z檢定	p值
社區居民彼此相互信任	負等級	3	3.33	-0.707	.480
	正等級	2	2.50		
	等值結	228	5.00		
社區居民遵守社區的規範/風俗習慣	負等級	4	6.25	-0.312	.755
	正等級	5	4.00		
	等值結	224	20.00		
社區居民彼此來往密切	負等級	8	6.25	-0.924	.356
	正等級	4	7.00		
	等值結	221	50.00		
如果有人遭遇困難，社區居民會相互幫忙	負等級	4	3.75	-1.000	.317
	正等級	2	3.00		
	等值結	227	6.00		
社區居民對社區有良好的向心力	負等級	7	5.00	-0.832	.405
	正等級	3	6.67		
	等值結	223	35.00		
社區擁有良好的生活機能，如商店、醫院、市場...	負等級	2	4.25	-0.954	.340
	正等級	5	3.90		
	等值結	226	8.50		
社區能提供居民各種學習的機會或管道	負等級	2	2.00	-0.378	.705
	正等級	2	3.00		
	等值結	228	4.00		
社區能提供弱勢者適切的服務	負等級	1	2.50	-1.725	.084
	正等級	5	3.70		
	等值結	227	2.50		

註1 負等級：服務使用後的同意程度<服務使用前的同意程度；正等級：服務使用後的同意程度>服務使用前的同意程度；等值結：服務使用後的同意程度=服務使用前的同意程度。

註2 \*p<.05；\*\*p<.01；\*\*\*p<.001。

#### 四、居家服務服務對「生活正常化」的影響

生活正常化主要區分為四個次面向：生理福祉（6 個子題）、心理福祉（5 個子題）、社會福祉（5 個子題）及靈性福祉（8 個子題），底下將分別說明使用者在參與居家服務服務後在各個子題上的變化情形。

### (一) 生活正常化-生理福祉

居家服務服務使用前後，服務使用者「生活正常化-生理層次」理念的變化上，表 6-4-9 顯示，在 6 個子變項中，有 2 項在服務使用前後出現顯著的變化，其中 2 項皆朝負向發展，包括：「我可以維持正常飲食」(Z=-2.683<sup>\*\*\*</sup>)及「我可以維持日常活動」(Z=-4.616<sup>\*\*\*</sup>)。這些變化顯示出居家服務對「生活正常化-生理福祉」的實踐，並未能發揮正向的功能。

表6-4-9 居家服務服務使用前後「生活正常化-生理福祉」的變化情形 (N=233)

		個數	等級平均數	等級總和	Z檢定	p值
我可以維持正常飲食	負等級	5	8.50	42.50	<b>-2.683</b>	<b>.007</b>
	正等級	16	11.78	188.50		
	等值結	212				
我有足以維持生活所需的衣物	負等級	2	3.50	7.00	-.816	.414
	正等級	4	3.50	14.00		
	等值結	226				
我有符合生活所需的住處	負等級	3	3.00	9.00	-1.294	.196
	正等級	5	5.40	27.00		
	等值結	224				
我可以維持日常活動	負等級	6	19.58	117.50	<b>-4.616</b>	<b>.000</b>
	正等級	38	22.96	872.50		
	等值結	188				
我的性生活是正常的	負等級	3	3.50	10.50	.000	1.000
	正等級	3	3.50	10.50		
	等值結	227				
我的身體是健康的	負等級	5	7.60	38.00	-1.887	.059
	正等級	12	9.58	115.00		
	等值結	216				

註 1 負等級：服務使用後的同意程度<服務使用前的同意程度；正等級：服務使用後的同意程度>服務使用前的同意程度；等值結：服務使用後的同意程度=服務使用前的同意程度。

註 2 \*p<.05；\*\*p<.01；\*\*\*p<.001。

### (二) 生活正常化-心理福祉

居家服務服務使用前後，服務使用者「生活正常化-心理福祉」理念的變化上，表 6-4-10 顯示，在 5 個子變項中，有 3 在服務使用前後出現顯著的變化，且朝負向發展，包括：「我常感覺焦慮不安/易於動怒」(Z=-2.856<sup>\*\*</sup>)、「日常生活裡，我常覺得心情低落/很鬱卒」(Z=-3.718<sup>\*\*\*</sup>)及「日常生活裡，我常覺得很多事情讓我擔心或恐懼」(Z=-2.792<sup>\*\*</sup>)。這些變化顯示出居家服務對「生活

正常化-心理層次」的實踐有些許的作用，特別是服務使用者的情緒部分，或許是更能感受到他人的關懷。

表6-4-10 居家服務服務使用前、後在「生活正常化-心理福祉」的變化情形 (N=233)

	個數	等級平均數	等級總和	Z檢定	p值
我能夠獲得家人的關心	負等級	4	5.00	-.302	.763
	正等級	4	4.00		
	等值結	225			
我的生活是有目標的	負等級	3	5.50	-1.890	.059
	正等級	9	6.83		
	等值結	221			
我常感覺焦慮不安/易於動怒 (負向題)	負等級	19	13.79	<b>-2.856</b>	<b>.004</b>
	正等級	6	10.50		
	等值結	208			
日常生活裡，我常覺得心情低落/很鬱卒 (負向題)	負等級	25	17.20	<b>-3.718</b>	<b>.000</b>
	正等級	6	11.00		
	等值結	202			
日常生活裡，我常覺得很多事情讓我擔心或恐懼 (負向題)	負等級	22	14.59	<b>-2.792</b>	<b>.005</b>
	正等級	6	14.17		
	等值結	205			

註 1 負等級：服務使用後的同意程度 < 服務使用前的同意程度；正等級：服務使用後的同意程度 > 服務使用前的同意程度；等值結：服務使用後的同意程度 = 服務使用前的同意程度。

註 2 \*p<.05；\*\*p<.01；\*\*\*p<.001。

### (三) 生活正常化-社會福祉

居家服務服務使用前後，服務使用者「生活正常化-社會福祉」理念的變化上，表 6-4-11 顯示，在 5 個子變項中，僅有 1 子變項在服務使用前、後出現顯著的變化，該子變項為「我能夠接納我目前的處境」(Z=-2.655\*\*)。這樣的現象或許顯示出居家服務對「生活正常化-社會福祉」的實踐相當有限。

表6-4-11 居家服務服務使用前後在「生活正常化-社會福祉」的變化情形(N=233)

		個數	等級平均數	等級總和	Z檢定	p值
我能夠接納我目前的處境	負等級	4	5.50	22.00	<b>-2.655</b>	<b>.008</b>
	正等級	13	10.08	131.00		
	等值結	216				
我能夠與鄰居和樂相處	負等級	1	1.50	1.50	-.816	.414
	正等級	2	2.25	4.50		
	等值結	230				
我能夠與朋友和樂相處	負等級	1	1.50	1.50	-.816	.414
	正等級	2	2.25	4.50		
	等值結	230				
我覺得他人對我是冷淡的(負向題)	負等級	3	2.00	6.00	-1.732	.083
	正等級	0	.00	.00		
	等值結	230				
我覺得我遭受到他人的排斥(負向題)	負等級	10	7.25	72.50	-1.355	.176
	正等級	4	8.13	32.50		
	等值結	219				

註 1 負等級：服務使用後的同意程度<服務使用前的同意程度；正等級：服務使用後的同意程度>服務使用前的同意程度；等值結：服務使用後的同意程度=服務使用前的同意程度。

註 2 \*p<.05；\*\*p<.01；\*\*\*p<.001。

#### (四) 生活正常化-靈性福祉

居家服務服務使用前後，服務使用者在「生活正常化-靈性福祉」理念的變化上，表 6-4-12 顯示，在 8 個子變項中，有 2 項出現顯著的變化，且皆朝正向發展，包括：「我能夠獲得他人的接納/賞識」(Z=3.456\*\*)及「我能夠過著有尊嚴的生活」(Z=-1.996\*)。這些變化顯示居家服務服務對「生活正常化-靈性福祉」理念的實踐相當有限。

表6-4-12 居家服務服務使用前後在「生活正常化-靈性福祉」的變化情形(N=233)

		個數	等級平均數	等級總和	Z檢定	p值
我有機會與他人分享知識或技能	負等級	2	5.00	10.00	-1.513	.130
	正等級	7	5.00	35.00		
	等值結	224				
我能夠有從事符合自己興趣及能力之志願服務的機會	負等級	4	3.25	13.00	-.531	.595
	正等級	2	4.00	8.00		
	等值結	227				
我能夠有發揮自己潛能的機會	負等級	3	2.67	8.00	-.137	.891
	正等級	2	3.50	7.00		

表6-4-12 居家服務服務使用前後在「生活正常化-靈性福祉」的變化情形(N=233)

	個數	等級平均數	等級總和	Z檢定	p值	
等值結	228					
我能夠有機會學習/挑戰 新的事務	負等級	4	5.00	20.00	-1.854	.064
	正等級	9	7.89	71.00		
	等值結	219				
我能夠獲得他人的接納/ 賞識	負等級	1	6.00	6.00	<b>-3.456</b>	<b>.001</b>
	正等級	16	9.19	147.00		
	等值結	216				
我能夠過著有尊嚴的生 活	負等級	2	5.50	11.00	<b>-1.996</b>	<b>.046</b>
	正等級	9	6.11	55.00		
	等值結	222				
我覺得生活過得沒有意 義（負向題）	負等級	9	9.11	82.00	-.761	.446
	正等級	7	7.71	54.00		
	等值結	217				
整體而言，我這一生是 沒有白活的	負等級	2	3.50	7.00	-1.895	.058
	正等級	7	5.43	38.00		
	等值結	224				

註 1 負等級：服務使用後的同意程度 < 服務使用前的同意程度；正等級：服務使用後的同意程度 > 服務使用前的同意程度；等值結：服務使用後的同意程度 = 服務使用前的同意程度。

註 2 \*p<.05；\*\*p<.01；\*\*\*p<.001。

## 第五節 居家服務顧品質與社區照顧理念之相關分析

### 一、受訪者個人基本特性與居家服務品質之相關分析

就受訪者年齡、接受服務時間、使用服務時間及服務使用前後就醫次數與居家服務品質之相關程度而言，就重要度而言，就服務使用前就醫次數來看，服務使用前就醫次數與居家服務品質「過程面」、「結果面」及「整體品質」呈現負相關，服務使用後就醫次數與居家服務品質「過程面」呈現負相關，顯示服務使用前就醫次數愈高對居家服務品質「過程面」、「結果面」及「整體品質」重要度的同意程度愈低，而服務使用後就醫次數愈高對居家服務品質「過程面」重要度的同意程度亦愈低。就滿意度而言，年齡與居家服務品質「過程面」的滿意度呈現負相關，顯示年齡越長對於居家服務品質「過程面」的滿意度愈低（見表 6-5-1）。

表 6-5-1 受訪者個人基本特性與居家服務品質相關表

居家服務品質 個人基本特性	重要程度				滿意程度			
	結構面	過程面	結果面	整體品質	結構面	過程面	結果面	整體品質
年齡	-.039	-.125	-.053	-.104	.008	<b>-.139*</b>	-.002	-.066
接受服務時間 (單位：月)	-.050	-.111	-.082	-.108	-.087	.015	.001	-.027
使用服務時間 (單位：小時)	.029	.094	-.027	.054	.026	.051	-.028	.026
服務使用前 就醫次數	-.015	<b>-.162*</b>	<b>-.136*</b>	<b>-.148*</b>	-.018	-.061	-.093	-.060
服務使用後 就醫次數	.008	<b>-.138*</b>	-.087	-.109	-.021	-.080	-.119	-.077

## 二、 受訪者個人基本特性與社區照顧理念之相關分析

就受訪者年齡、接受服務時間、使用服務時間及服務使用前後就醫次數與服務使用前後的社區照顧理念之相關程度而言，服務使用時間對於服務使用前或後的社區照顧理念各面向皆呈現顯著負相關，顯示使用服務時間愈長者，其無論是對社區照顧服務理念的重要度或滿意度之同意程度愈低，顯然居家服務的使用服務長短不僅無助於提升服務使用者對社區照顧服務理念的重要度或滿意度之認同，反而有負向作用。另外，年齡、接受服務時間(月)及服務使用前後就醫次數及服務使用前後社區照顧理念的相關不顯著，亦即，兩者之間的關係並不顯著（見表 6-5-2）。

表 6-5-2 受訪者個人基本變項與服務使用前後社區照顧理念相關表

社區照顧理念 個人基本變項	服務使用前					服務使用後				
	公民權	充權	優勢	生活正常化	整體理念	公民權	充權	優勢	生活正常化	整體理念
年齡	.111	-.026	.052	.071	.051	.098	-.049	.042	.034	.029
接受服務時間(月)	-.098	-.074	-.066	-.049	-.087	-.095	-.069	-.059	-.049	-.058
使用服務時間(小時)	<b>-.292**</b>	<b>-.226**</b>	<b>-.294**</b>	<b>-.279**</b>	<b>-.287**</b>	<b>-.253**</b>	<b>-.182**</b>	<b>-.24**</b>	<b>-.203**</b>	<b>-.221**</b>
服務使用前 就醫次數	-.023	-.003	.016	.005	.000	.007	.036	.049	.054	.051
服務使用後 就醫次數	-.046	-.045	-.039	-.043	-.044	.004	.032	.026	.058	.037

### 三、 整體居家服務品質與整體社區照顧理念之相關分析

就受訪者整體居家服務品質重要度及滿意度與服務使用前後的社區照顧理念之相關程度而言，整體品質重要度與服務使用前後的社區照顧理念的相關不顯著；整體品質滿意度與服務使用前後的社區照顧理念呈現正相關，亦即，整體居家服務品質滿意度愈高，服務使用前後的社區照顧理念滿意度則愈高。服務使用前的社區照顧理念與服務使用後的社區照顧理念呈現正相關，亦即，服務使用前的社區照顧理念滿意度愈高，服務使用後的社區照顧理念滿意度亦愈高（見表 6-5-3）。

表 6-5-3 整體居家服務品質及整體社區照顧理念相關表

	整體品質 重要程度	整體品質 滿意程度	服務使用前 社區照顧理念	服務使用後 社區照顧理念
整體品質 重要程度	1	<b>.385**</b>	-.039	-.024
整體品質 滿意程度		1	<b>.208**</b>	<b>.181**</b>
服務使用前 社區照顧理念			1	<b>.972**</b>
服務使用後 社區照顧理念				1

### 四、 居家服務品質重要程度及滿意程度之相關分析

就受訪者居家服務品質重要度及滿意度各面向之相關程度而言，重要程度及滿意程度各面向間的相關皆達顯著，兩者間有相當程度的影響，亦即，若受訪者認同居家服務品質愈重要者，其對居家服務的滿意度也會愈高（見表 6-5-4）。

表 6-5-4 居家服務品質重要程度及滿意程度相關表

		滿意程度	滿意程度			
			結構面	過程面	結果面	整體品質
重要程度	結構面	<b>.245**</b>	<b>.256**</b>	<b>.155*</b>	<b>.260**</b>	
	過程面	<b>.163*</b>	<b>.387**</b>	<b>.175**</b>	<b>.295**</b>	
	結果面	<b>.324**</b>	<b>.347**</b>	<b>.353**</b>	<b>.385**</b>	
	整體社區品質	<b>.281**</b>	<b>.425**</b>	<b>.273**</b>	<b>.385**</b>	

## 五、社區照顧理念服務使用前及服務使用後各要素之相關分析

就受訪者使用服務前後的社區照顧理念各要素之相關程度而言，服務使用前後的社區照顧理念各要素皆達顯著正相關，亦即，服務使用前社區照顧理念各要素之同意程度愈高，服務使用後的社區照顧理念同意程度亦愈高（見表 6-5-5）。

表 6-5-5 社區照顧理念服務使用前後各要素相關表

滿意程度		服務使用後				
		公民權	充權	優勢	生活正常化	整體理念
服務使用前	公民權	<b>.978**</b>	<b>.834**</b>	<b>.777**</b>	<b>.735**</b>	<b>.886**</b>
	充權	<b>.833**</b>	<b>.974**</b>	<b>.842**</b>	<b>.783**</b>	<b>.924**</b>
	優勢	<b>.777**</b>	<b>.838**</b>	<b>.972**</b>	<b>.844**</b>	<b>.921**</b>
	生活正常化	<b>.725**</b>	<b>.781**</b>	<b>.852**</b>	<b>.949**</b>	<b>.884**</b>
	整體理念	<b>.885**</b>	<b>.921**</b>	<b>.924**</b>	<b>.886**</b>	<b>.972**</b>

## 六、居家服務品質與公民權之相關分析

就受訪者居家服務品質重要程度及滿意程度與公民權各面向之相關程度而言，居家服務品質重要程度部分，居家服務品質重要度與公民權各面向的相關皆未達顯著。而就居家服務品質滿意度來看，居家服務滿意度與服務使用後公民權各面向皆達顯著正相關，亦即居家服務品質各面向的滿意程度愈高，服務使用前後的公民權同意度則愈高。值得注意的是對結果面及整體品質的滿意度愈高，服務使用後的公民權及其各面向皆呈正相關（見表 6-5-6）。

表 6-5-6 居家服務品質重要程度及滿意程度與公民權各要素相關表

公民權		服務使用前			服務使用後		
		公民權		整體 公民權	公民權		整體 公民權
		權利	責任		權利	責任	
重要程度	結構面	.010	.059	.040	.029	.064	.054
	過程面	-.063	.066	.008	.007	.081	.054
	結果面	.007	.114	.072	.022	.117	.084
	整體社區品質	-.032	.095	.041	.019	.107	.076
滿意程度	結構面	<b>.278**</b>	<b>.225**</b>	<b>.272**</b>	<b>.286**</b>	<b>.212**</b>	<b>.263**</b>
	過程面	<b>.256**</b>	<b>.186**</b>	<b>.238**</b>	<b>.297**</b>	<b>.185**</b>	<b>.252**</b>
	結果面	<b>.323**</b>	<b>.250**</b>	<b>.305**</b>	<b>.326**</b>	<b>.242**</b>	<b>.300**</b>
	整體社區品質	<b>.314**</b>	<b>.242**</b>	<b>.299**</b>	<b>.338**</b>	<b>.234**</b>	<b>.301**</b>

## 七、居家服務品質與充權之相關分析

就受訪者居家服務品質重要程度及滿意程度與充權各面向之相關程度而言，居家服務品質重要程度部分，居家服務品質重要度與充權各面向的相關皆未達顯著。而就居家服務品質滿意度來看，居家服務滿意度與服務使用後充權之「心理充權」、「社會充權」及「整體充權」多達顯著正相關，亦即居家服務品質各面向的滿意程度愈高，服務使用前後的充權同意度則愈高（見表 6-5-7）。

表 6-5-7 居家服務品質重要程度及滿意程度與充權各面向相關表

居家服務品質		充權	服務使用前				服務使用後			
			充權			整體充權	充權			整體充權
			心理充權	社會充權	政治充權		心理充權	社會充權	政治充權	
重要程度	結構面		-.066	.032	-.073	-.044	-.073	.034	-.073	-.046
	過程面		-.111	.071	-.004	-.020	-.096	.101	.006	.000
	結果面		-.013	.091	-.015	.021	-.038	.085	-.016	.008
	整體社區品質		-.090	.082	-.031	-.019	-.092	.098	-.026	-.012
滿意程度	結構面		<b>.168*</b>	<b>.199**</b>	.024	<b>.140*</b>	<b>.147*</b>	<b>.180**</b>	.046	<b>.133*</b>
	過程面		.128	<b>.207**</b>	.071	<b>.142*</b>	.123	<b>.205**</b>	.093	<b>.148*</b>
	結果面		<b>.198**</b>	<b>.228**</b>	.056	<b>.174**</b>	<b>.180**</b>	<b>.225**</b>	.068	<b>.171**</b>
	整體社區品質		<b>.178**</b>	<b>.238**</b>	.061	<b>.169*</b>	<b>.162*</b>	<b>.228**</b>	.083	<b>.168*</b>

## 八、居家服務品質與優勢觀點之相關分析

就受訪者居家服務品質重要程度及滿意程度與優勢觀點各面向之相關程度而言，居家服務品質重要程度部分，居家服務品質重要度與優勢觀點各面向的相關皆未達顯著。而就居家服務品質滿意度來看，居家服務滿意度與服務使用後優勢觀點之「復原力」、「社區資源」及「整體優勢觀點」多達顯著正相關，亦即居家服務品質各面向的滿意程度愈高，服務使用前後在優勢觀點之「復原力」、「社區資源」及「整體優勢觀點」的同意度則愈高（見表 6-5-8）。

表 6-5-8 居家服務品質重要程度及滿意程度與優勢觀點各面向相關表

居家服務品質		優勢觀點	服務使用前				服務使用後			
			優勢觀點			整體優勢觀點	優勢觀點			整體優勢觀點
			自我認知	復原力	社區資源		自我認知	復原力	社區資源	
重要程度	結構面		-.061	-.011	-.012	-.038	-.067	-.017	-.013	-.043
	過程面		-.133*	.005	-.093	-.096	-.120	.014	-.078	-.077
	結果面		-.039	.070	-.025	-.004	-.048	.064	-.035	-.013
	整體社區品		-.111	.024	-.069	-.071	-.108	.025	-.064	-.064

表 6-5-8 居家服務品質重要程度及滿意程度與優勢觀點各面向相關表

優勢觀點 居家服務品質		服務使用前				服務使用後			
		優勢觀點			整體 優勢觀點	優勢觀點			整體 優勢觀點
		自我 認知	復原 力	社區 資源		自我 認知	復原 力	社區 資源	
質									
滿意 程度	結構面	.097	<b>.175**</b>	<b>.190**</b>	<b>.164*</b>	.081	<b>.160*</b>	<b>.197**</b>	<b>.149*</b>
	過程面	.053	<b>.176**</b>	<b>.140*</b>	.127	.044	<b>.173**</b>	<b>.150*</b>	.124
	結果面	.105	<b>.210**</b>	<b>.219**</b>	<b>.188**</b>	.082	<b>.220**</b>	<b>.225**</b>	<b>.184**</b>
	整體社區品 質	.088	<b>.207**</b>	<b>.199**</b>	<b>.173**</b>	.071	<b>.202**</b>	<b>.208**</b>	<b>.164*</b>

### 九、居家服務品質與生活正常化之相關分析

就受訪者居家服務品質重要程度及滿意程度與生活正常化各面向及整體之相關程度而言，在居家服務品質重要程度部分，居家服務品質重要度僅與「社會福祉」達顯著相關，顯示對居家服務品質重要度之同意程度愈高，其對「社會福祉」的同意程度亦愈高。而就居家服務品質滿意度來看，居家服務滿意度與服務使用後生活正常化之「生理福祉」、「社會福祉」、「靈性福祉」及「整體優勢觀點」多達顯著正相關，亦即居家服務品質各面向的滿意程度愈高，服務使用前後在生活正常化之「生理福祉」、「社會福祉」、「靈性福祉」及「整體優勢觀點」的同意度則愈高（見表 6-5-9）。

表 6-5-9 居家服務品質重要程度及滿意程度與生活正常化各面向相關表

生活正常化 居家服務品質		服務使用前					服務使用後				
		生活正常化				整體 生活正 常化	生活正常化				整體 生活正 常化
		生理 福祉	心理 福祉	社會 福祉	靈性 福祉		生理 福祉	心理 福祉	社會 福祉	靈性 福祉	
重要 程度	結構面	.031	-.047	-.062	-.066	-.051	.050	-.049	-.064	-.075	-.057
	過程面	-.020	-.116	<b>-.144*</b>	-.063	-.100	.050	-.089	<b>-.138*</b>	-.041	-.072
	結果面	.010	-.039	-.031	.021	-.007	.068	-.043	-.042	.004	-.010
	整體品質	.000	-.097	-.114	-.048	-.077	.067	-.083	-.115	-.045	-.063
滿意 程度	結構面	<b>.256**</b>	.084	<b>.191**</b>	<b>.168**</b>	<b>.203**</b>	<b>.241**</b>	.086	<b>.183**</b>	<b>.139*</b>	<b>.174**</b>
	過程面	<b>.161*</b>	.021	.097	<b>.154*</b>	<b>.135*</b>	<b>.148*</b>	.050	.098	<b>.131*</b>	.111
	結果面	<b>.203**</b>	.014	<b>.218**</b>	<b>.192**</b>	<b>.189**</b>	<b>.195**</b>	.033	<b>.222**</b>	<b>.158*</b>	<b>.165*</b>
	整體品質	<b>.231**</b>	.043	<b>.175**</b>	<b>.187**</b>	<b>.191**</b>	<b>.216**</b>	.063	<b>.172**</b>	<b>.156*</b>	<b>.161*</b>

## 第六節 居家服務品質及社區照顧理念之迴歸分析

為瞭解居家服務品質及社區照顧理念的因果關係，本節將進行居家服務品質「重要程度」、「滿意程度」各面向與「服務使用後」社區照顧理念要素的迴歸分析。

### 一、居家服務品質重要程度與社區照顧理念之迴歸分析

#### (一) 整體居家服務品質重要程度與整體社區照顧理念之簡單迴歸分析

以整體居家服務品質重要程度與整體社區照顧理念進行簡單迴歸之統計檢驗發現，此模型的解釋力未達顯著水準 ( $F=.124$ ,  $p>.05$ )，表示整體居家服務品質重要程度的高低，無法有效預測整體社區照顧理念之變異（見表 6-6-1）。

表 6-6-1 整體居家服務品質重要程度與整體社區照顧理念之簡單迴歸分析表

Y=整體社區照顧理念	未標準化係數		Beta	t	p
	B	$S_e$			
(常數)	320.412	39.071		8.201	.000
居家服務品質重要程度	-.837	2.377	-.024	-.352	.725
整體模型	$R^2=.001$		$adj R^2=-.004$		
	$F=.124$		$(p=.725)$		

#### (二) 居家服務品質重要程度與公民權之多元迴歸分析

以居家服務品質各面向的重要程度與公民權進行多元迴歸之統計檢驗發現（見表 6-6-2），此模型的解釋力未達顯著水準 ( $F=.534$ ,  $p>.05$ )，表示各面向的重要程度之高低，無法有效預測公民權之變異。

表 6-6-2 居家服務品質各面向的重要程度與公民權之多元迴歸分析表

Y=公民權	未標準化係數		Beta	t	p
	B	$S_e$			
(常數)	68.121	12.692		5.367	.000
結構面	.367	2.434	.012	.151	.880
過程面	.197	1.228	.013	.161	.872
結果面	1.769	2.244	.069	.789	.431
整體模型	$R^2=.007$		$adj R^2=-.006$		
	$F=.534$		$(p=.660)$		

### (三) 居家服務品質各面向的重要程度與充權之多元迴歸分析

以居家服務品質各面向的重要程度與充權進行多元迴歸之統計檢驗發現(見表 6-6-3)，此模型的解釋力未達顯著水準 ( $F=.282$ ， $p>.05$ )，表示各面向之高低無法有效預測充權之變異。

表 6-6-3 居家服務品質重要程度各面向與充權之多元迴歸分析表

Y=充權	未標準化係數		Beta	t	p
	B	$S_e$			
(常數)	81.713	14.837		5.508	.000
結構面	-2.601	2.844	-.072	-.914	.362
過程面	-.002	1.435	.000	-.001	.999
結果面	1.281	2.623	.043	.489	.626
<b>整體模型</b>	$R^2=.004$ $adj R^2=-.010$		$F=.282$ ( $p=.839$ )		

### (四) 居家服務品質各面向的重要程度與優勢觀點之多元迴歸分析

以居家服務品質各面向重要程度與優勢觀點進行多元迴歸之統計檢驗發現(見表 6-6-4)，此模型的解釋力未達顯著水準 ( $F=.638$ ， $p>.05$ )，表示各面向分數的高低無法有效預測優勢觀點之變異。

表 6-6-4 居家服務品質各面向重要程度與優勢觀點之多元迴歸分析表

Y=優勢觀點	未標準化係數		Beta	t	p
	B	$S_e$			
(常數)	90.428	13.765		6.570	.000
結構面	-1.554	2.639	-.046	-.589	.557
過程面	-1.595	1.335	-.095	-1.195	.233
結果面	1.659	2.435	.060	.681	.496
<b>整體模型</b>	$R^2=.009$ $adj R^2=-.005$		$F=.638$ ( $p=.591$ )		

### (五) 居家服務品質重要程度各面向與生活正常化之多元迴歸分析

以居家服務品質各面向的重要程度與生活正常化進行多元迴歸之統計檢驗發現(見表 6-6-5)，此模型的解釋力未達顯著水準 ( $F=.712$ ， $p>.05$ )，表示各面向之分數高低無法有效預測生活正常化之變異。

表 6-6-5 居家服務品質各面向重要程度與生活正常化之多元迴歸分析表

Y=生活正常化	未標準化係數				
	B	$S_e$	Beta	t	p
(常數)	96.339	13.342		7.221	.000
結構面	-2.178	2.558	-.067	-.851	.395
過程面	-1.457	1.294	-.089	-1.126	.261
結果面	1.925	2.361	.072	.815	.416
<b>整體模型</b>	$R^2=.009$		$adj R^2=-.004$		
	$F=.712$		$(p=.545)$		

#### (六) 居家服務品質各面向重要程度與整體社區照顧理念之多元迴歸分析

以居家服務品質各面向重要程度與整體社區照顧理念進行多元迴歸之統計檢驗發現（見表 6-6-6），此模型的解釋力未達顯著水準（ $F=.258$ ， $p>.05$ ），表示各面向之分數高低無法有效預測整體社區照顧理念之變異。

表 6-6-6 居家服務品質各面向的重要程度與整體社區照顧理念之多元迴歸分析表

Y=整體社區照顧理念	未標準化係數				
	B	$S_e$	Beta	t	p
(常數)	338.446	50.211		6.741	.000
結構面	-6.199	9.621	-.051	-.644	.520
過程面	-2.684	4.883	-.044	-.550	.583
結果面	5.899	8.888	.060	.664	.508
<b>整體模型</b>	$R^2=.004$		$adj R^2=-.010$		
	$F=.258$		$(p=.856)$		

## 二、居家服務品質滿意程度與服務使用後社區照顧理念之迴歸分析

### (一) 整體居家服務品質滿意程度與整體社區照顧理念之簡單迴歸分析

以整體居家服務品質滿意程度與整體社區照顧理念進行簡單迴歸之統計檢驗發現（見表 6-6-7），此模型的解釋力達到顯著水準（ $F=7.317$ ， $p<.001$ ），表示整體居家服務品質滿意程度之分數高低能有效預測「整體社區照顧理念」之變異。其  $R^2=.033$ ，調整後的  $R^2$  為 .028，表示整體居家服務品質滿意程度能有效預測整體社區照顧理念 2.8% 的變異；進一步檢視變項之個別解釋力，發現整體居家服務品質滿意程度之解釋力為  $Beta=.181$ ， $t=2.715$ ， $p<.001$ 。亦即，整體居家服務品質滿意程度愈高，其整體社區照顧理念達到程度愈佳。整體模型為：

$$Y(\text{整體社區照顧理念}) = 1.298X1(\text{社區照顧品質滿意程度}) + 213.436$$

表 6-6-7 整體居家服務品質滿意程度與整體社區照顧理念之簡單迴歸分析表

Y=整體社區照顧理念	未標準化係數		Beta	t	p
	B	Se			
(常數)	213.436	34.700		6.151	.000
<b>整體居家服務品質滿意程度</b>	<b>1.298</b>	<b>.478</b>	<b>.181</b>	<b>2.715</b>	<b>.007</b>
<b>整體模型</b>	$R^2=.033$		$adj R^2=.028$		
	$F=7.317$		$(p=.007)$		
Y (整體社區照顧理念) =1.298X <sub>1</sub> (社區照顧品質滿意程度) +213.436					

## (二) 居家服務品質滿意程度各面向與公民權之多元迴歸分析

以居家服務品質各面向的滿意程度與公民權進行多元迴歸之統計檢驗發現(見表 6-6-8)，此模型的解釋力達到顯著水準 ( $F=8.476$ ,  $p<.001$ )，表示各面向之高低能有效預測「公民權」之變異。其  $R^2=.102$ ，調整後的  $R^2$  為 .090，表示居家服務品質滿意程度各面向能有效預測公民權 9.0%的變異；進一步檢視各面向之個別解釋力，發現僅有「結果面」( $Beta=.215$ ,  $t=2.411$ ,  $p<.05$ ) 具有顯著的解釋力。亦即，結果面的滿意程度愈高，公民權理念達到程度愈佳。整體模型為：

$$Y (\text{公民權}) = 1.606X_1 (\text{結果面}) + 34.302$$

表 6-6-8 居家服務品質滿意程度各面向與公民權之多元迴歸分析表

Y=公民權	未標準化係數		Beta	t	p
	B	Se			
(常數)	34.302	8.819		3.890	.000
結構面	.460	.403	.104	1.140	.256
過程面	.138	.365	.036	.379	.705
<b>結果面</b>	<b>1.606</b>	<b>.666</b>	<b>.215</b>	<b>2.411</b>	<b>.017</b>
<b>整體模型</b>	$R^2=.102$		$adj R^2=.090$		
	$F=8.476$		$(p=.000)$		
Y (公民權) =1.606X <sub>1</sub> (結果面) +34.302					

## (三) 居家服務品質各面向滿意程度與充權之多元迴歸分析

以居家服務品質各面向的滿意程度與充權進行多元迴歸之統計檢驗發現(見表 6-6-9)，此模型的解釋力未達顯著水準 ( $F=2.495$ ,  $p>.05$ )，表示各面向之分數高低無法有效預測整體社區照顧理念之變異。

表 6-6-9 居家服務品質各面向滿意程度與充權之多元迴歸分析表

Y=充權	未標準化係數		Beta	t	p
	B	Se			
(常數)	42.853	10.708		4.002	.000
結構面	.097	.490	.019	.199	.843
過程面	.222	.444	.050	.501	.617
結果面	1.126	.809	.129	1.392	.165
<b>整體模型</b>	$R^2=.032$		$adj R^2=.019$		
	$F=2.495$		$(p=.061)$		

#### (四) 居家服務品質各面向滿意程度與優勢觀點之多元迴歸分析

以居家服務品質各面向的滿意程度與優勢觀點進行多元迴歸之統計檢驗發現（見表 6-6-10），此模型的解釋力未達顯著水準（ $F=2.768$ ， $p>.05$ ），表示各面向之分數高低無法有效預測整體社區照顧理念之變異。

表 6-6-10 居家服務品質各面向的滿意程度與優勢觀點之多元迴歸分析表

Y=優勢觀點	未標準化係數		Beta	t	p
	B	Se			
(常數)	49.019	10.013		4.895	.000
結構面	.349	.454	.073	.768	.443
過程面	-.145	.413	-.035	-.352	.725
結果面	1.321	.753	.162	1.754	.081
<b>整體模型</b>	$R^2=.036$		$adj R^2=.023$		
	$F=2.768$		$(p=.043)$		

#### (五) 居家服務品質各面向的滿意程度與生活正常化之多元迴歸分析

以居家服務品質各面向的滿意程度與生活正常化進行多元迴歸之統計檢驗發現（見表 6-6-11），此模型的解釋力未達顯著水準（ $F=2.830$ ， $p>.05$ ），表示各面向之分數高低無法有效預測整體社區照顧理念之變異。

表 6-6-11 居家服務品質各面向滿意程度與生活正常化之多元迴歸分析表

Y=生活正常化	未標準化係數		Beta	t	p
	B	Se			
(常數)	55.297	9.534		5.800	.000
結構面	.666	.435	.145	1.534	.127
過程面	-.285	.396	-.071	-.719	.473
結果面	.936	.723	.120	1.295	.197
<b>整體模型</b>	$R^2=.037$		$adj R^2=.024$		
	$F=2.830$		$(p=.039)$		

#### (六) 居家服務品質各面向的滿意程度與整體社區照顧理念之多元迴歸分析

以居家服務品質各面向的滿意程度與整體社區照顧理念進行多元迴歸之統計檢驗發現（見表 6-6-12），此模型的解釋力未達顯著水準（ $F=3.041$ ， $p>.05$ ），表示各面向之分數高低無法有效預測整體社區照顧理念之變異。

表 6-6-12 居家服務品質滿意程度各面向與整體社區照顧理念之多元迴歸分析表

Y=整體社區照顧理念	未標準化係數		Beta	t	p
	B	Se			
(常數)	338.446	50.211		6.741	.000
結構面	-6.199	9.621	-.051	-.644	.520
過程面	-2.684	4.883	-.044	-.550	.583
結果面	5.899	8.888	.060	.664	.508
<b>整體模型</b>	$R^2=.041$		$adj R^2=.027$		
	$F=3.041$		$(p=.030)$		

### 第七節 居家服務服務對與親友互動頻率與互動關係的影響

本節將採取卡方分析，分析居家服務服務使用前、後，服務使用者與親友互動頻率與互動關係的變化情形；並就與親友互動頻率與互動關係進行服務使用前、後之變化、照顧品質重要程度、滿意程度及照顧理念的相關分析。

#### 一、服務使用前後「與家人」及「與親友」的互動頻率與互動關係之狀況

在受訪者與家人和親友互動頻率部分，與服務使用前相比較，受訪者表示在服務使用後與配偶、兒子、媳婦、女兒及女婿的互動頻率略有提高；而受訪者於服務使用前及服務使用後與配偶（ $\chi^2=275.406$ ， $p<.000$ ）、兒子（ $\chi^2=635.365$ ， $p<.000$ ）、媳婦（ $\chi^2=521.095$ ， $p<.000$ ）、女兒（ $\chi^2=563.953$ ， $p<.000$ ）、女婿（ $\chi^2=449.984$ ，

$p < .000$ )、鄰居( $\chi^2=848.953, p < .000$ )、親戚( $\chi^2=831.949, p < .000$ )及朋友( $\chi^2=873.071, p < .000$ )之互動頻率皆有顯著差。

在與家人和親友互動關係部分，與服務使用前相比較，則在服務使用後與兒子、媳婦、女兒、女婿及朋友的互動頻率略有提高，受訪者於服務使用前及服務使用後與配偶( $\chi^2=277.538, p < .000$ )、兒子( $\chi^2=682.374, p < .000$ )、媳婦( $\chi^2=536.000, p < .000$ )、女兒( $\chi^2=600.830, p < .000$ )、女婿( $\chi^2=479.476, p < .000$ )、鄰居( $\chi^2=777.443, p < .000$ )、親戚( $\chi^2=803.766, p < .000$ )及朋友( $\chi^2=774.237, p < .000$ )之互動頻率皆有顯著差異。另外，不適用係為受訪者無該位親友，或者該親友已過世者(見表 6-7-1)。

表 6-7-1 居家服務使用前後與家人和親友互動頻率與關係之平均數(N=233)

變項	互動頻率			互動關係			不適用
	服務使用前	服務使用後	卡方	服務使用前	服務使用後	卡方	
配偶	4.80	4.82	<b>275.406***</b>	4.71	4.74	<b>277.538***</b>	134
兒子	4.11	4.13	<b>635.365***</b>	4.23	4.23	<b>682.374***</b>	60
媳婦	3.90	3.90	<b>521.095***</b>	4.07	4.07	<b>536.000***</b>	98
女兒	3.90	3.90	<b>563.953***</b>	4.23	4.25	<b>600.830***</b>	79
女婿	3.36	3.39	<b>449.984***</b>	3.87	3.89	<b>479.476***</b>	110
鄰居	3.10	3.06	<b>848.953***</b>	3.62	3.63	<b>777.443***</b>	6
親戚	2.99	3.00	<b>831.949***</b>	3.63	3.64	<b>803.766***</b>	11
朋友	3.11	3.10	<b>873.071***</b>	3.79	3.79	<b>774.237***</b>	5

## 二、與親友互動頻率與互動關係之相關分析

就受訪者與親友互動頻率與互動關係之相關程度而言，服務使用前後的互動頻率與服務使用前後的互動關係皆達顯著正相關，亦即，服務使用前後的互動頻率愈高，服務使用前後的互動關係亦愈高，其中，服務使用前互動關係愈佳，服務使用後的互動關係也愈佳，顯然居家服務的提供對於親友互動關係有明顯正向影響(見表 6-7-2)。

表 6-7-2 互動頻率及互動關係相關表

互動關係 互動頻率	服務使用前 互動頻率	服務使用後 互動頻率	服務使用前 互動關係	服務使用後 互動關係
服務使用前 互動頻率	1	<b>.991***</b>	<b>.595***</b>	<b>.602***</b>
服務使用後 互動頻率		1	<b>.619***</b>	<b>.625***</b>

表 6-7-2 互動頻率及互動關係相關表

互動關係 互動頻率	服務使用前 互動頻率	服務使用後 互動頻率	服務使用前 互動關係	服務使用後 互動關係
服務使用前 互動關係			1	<b>.997***</b>
服務使用後 互動關係				1

### 五、服務使用前後互動頻率及居家服務品質重要程度及滿意程度之相關分析

就於服務使用前後與親友之互動頻率與居家服務品質重要程度及滿意程度之相關而言，無論是在重要程度或滿意程度上，「與兒子互動」有多項達顯著正相關，包括服務使用前對重要度及滿意度的「過程面」及「整體品質」、服務使用後對重要度的「過程面」、「整體品質」及滿意度的「過程面」；表示與兒子互動頻率愈高，對於前述居家服務的重要程度及滿意程度愈高。

而在重要程度上，「與媳婦互動」與服務使用前的「過程面」呈現顯著正相關，「與鄰居互動」與服務使用前的「過程面」、「結果面」及「整體品質」呈現顯著負相關；表示與媳婦互動愈頻繁，對服務使用前重要程度的「過程面」之同意程度愈高，而與鄰居互動愈頻繁，則對前述面向之同意程度愈低。

最後，在滿意程度上，「與朋友互動」與服務使用前後的「結構面」、「結果面」及「整體品質」呈現顯著負相關顯著正相關，表示與朋友互動頻率愈高，對於居家服務前述面向的滿意程度愈高。前述的分析相當程度地彰顯出，「與兒子互動」與品質重要度及滿意度彼此有重要的正向關聯性，「與鄰居互動」與品質重要度彼此有重要的負向關聯性，「與朋友互動」與品質滿意度彼此有重要的正向關聯性（見表 6-7-3）。

表 6-7-3 服務使用前後互動頻率及居家服務品質重要程度及滿意程度相關表

居家服務品質 互動頻率		重要程度				滿意程度			
		結構面	過程面	結果面	整體 社區品質	結構面	過程面	結果面	整體 社區品質
服務 使用 前	配偶	.032	-.017	.157	.056	.098	.103	.149	.125
	兒子	.027	<b>.274***</b>	.109	<b>.205***</b>	.118	<b>.177*</b>	.076	<b>.154*</b>
	媳婦	-.074	<b>.212*</b>	.080	.131	.088	.140	.083	.124
	女兒	-.069	-.086	-.109	-.110	.137	.075	.087	.112
	女婿	-.107	-.119	-.154	-.158	.107	.028	.103	.083
	鄰居	-.107	<b>-.286***</b>	<b>-.185***</b>	<b>-.266***</b>	.018	-.056	.053	-.010
	親戚	-.009	-.018	.004	-.013	.064	.039	.122	.074
	朋友	-.068	-.049	.025	-.040	<b>.169*</b>	.118	<b>.185***</b>	<b>.173***</b>

表 6-7-3 服務使用前後互動頻率及居家服務品質重要程度及滿意程度相關表

居家服務品質		重要程度				滿意程度			
		結構面	過程面	結果面	整體社區品質	結構面	過程面	結果面	整體社區品質
服務使用後	配偶	-.060	.070	.063	.048	-.063	.009	.118	.011
	兒子	.018	<b>.283***</b>	.073	<b>.195***</b>	.096	<b>.178*</b>	.051	.140
	媳婦	-.072	<b>.220*</b>	.093	.141	.081	.148	.076	.124
	女兒	-.068	-.064	-.098	-.095	.136	.092	.084	.119
	女婿	-.104	-.084	-.143	-.136	.101	.051	.093	.090
	鄰居	-.111	<b>-.293***</b>	<b>-.183***</b>	<b>-.269***</b>	.002	-.064	.056	-.020
	親戚	-.008	-.015	.026	-.003	.078	.043	<b>.134*</b>	.084
	朋友	-.070	-.059	.023	-.048	<b>.171***</b>	.118	<b>.189***</b>	<b>.174***</b>

#### 六、服務使用前後互動關係及居家服務品質重要程度及滿意程度之相關分析

就服務使用前後互動關係及居家服務品質重要程度及滿意程度相關程度而言，在重要程度上，「與配偶互動關係」在服務使用前的所有面向及整體品質、服務使用後的「過程面」、「結果面」與「整體品質」達顯著正相關，「與兒子、媳婦互動關係」與服務使用前後的「過程面」與「整體品質」達顯著正相關，「與鄰居互動關係」與服務使用前的「過程面」、「整體品質」、服務使用後的「過程面」、「結果面」與「整體品質」達顯著負相關。

在滿意程度上，「與兒子互動關係」與服務使用前的「過程面」、「整體品質」、服務使用後的「過程面」達顯著正相關，「與媳婦互動關係」與服務使用前後的「過程面」達顯著正相關，「與女兒互動關係」與服務使用前的「結構面」、「過程面」、「整體品質」、服務使用後的「過程面」及「整體品質」達顯著正相關，「與朋友互動關係」與服務使用前後的「結構面」、「結果面」及「整體品質」達顯著正相關。前述的分析相當程度地彰顯出，與家人互動關係與品質重要度及滿意度彼此有重要的正向關聯性，與鄰居互動關係與品質重要度彼此有重要的負相關，而與朋友的互動關係與品質滿意度彼此有重要的正相關（見表 6-7-4）。

表 6-7-4 服務使用前後互動關係及居家服務品質重要程度及滿意程度相關表

居家服務品質		重要程度				滿意程度			
		結構面	過程面	結果面	整體品質	結構面	過程面	結果面	整體品質
服務使用前	配偶	<b>.221*</b>	<b>.221*</b>	<b>.249*</b>	<b>.260**</b>	.064	.052	.179	.096
	兒子	.073	<b>.311***</b>	.130	<b>.247***</b>	.063	<b>.203***</b>	.108	<b>.151*</b>
	媳婦	.016	<b>.300***</b>	.109	<b>.219*</b>	.074	<b>.201*</b>	.093	.150
	女兒	.069	.138	.045	.114	<b>.217**</b>	<b>.226***</b>	.145	<b>.231***</b>
	女婿	.003	.050	-.040	.018	.135	.149	.101	.154
	鄰居	-.047	<b>-.184***</b>	-.123	<b>-.167*</b>	.058	.021	.073	.048

表 6-7-4 服務使用前後互動關係及居家服務品質重要程度及滿意程度相關表

居家服務品質		重要程度				滿意程度			
		結構面	過程面	結果面	整體品質	結構面	過程面	結果面	整體品質
互動關係	親戚	.018	.004	.006	.008	.077	.097	<b>.139*</b>	.112
	朋友	-.040	-.048	.022	-.033	<b>.157*</b>	.113	<b>.141*</b>	<b>.155*</b>
服務使用後	配偶	.195	<b>.243*</b>	<b>.216*</b>	<b>.255*</b>	-.048	.001	.105	.010
	兒子	.060	<b>.311***</b>	.098	<b>.232***</b>	.048	<b>.197***</b>	.097	.139
	媳婦	.015	<b>.300**</b>	.109	<b>.219*</b>	.074	<b>.201*</b>	.093	.150
	女兒	.062	.151	.020	.110	.205*	<b>.216***</b>	.132	<b>.218***</b>
	女婿	.006	.057	-.035	.025	.123	.145	.099	.146
	鄰居	-.057	<b>-.188***</b>	<b>-.140*</b>	<b>-.178***</b>	.035	.010	.074	.034
	親戚	.008	.005	-.011	.000	.044	.069	.129	.083
	朋友	-.027	-.046	.044	-.021	<b>.183***</b>	.128	<b>.156*</b>	<b>.176***</b>

### 七、服務使用前後互動頻率及社區照顧理念之相關分析

就受訪者服務使用前後互動頻率與社區照顧理念之相關而言，服務使用前，「與女兒」、「與女婿」、「與鄰居」、「與親戚」及「與朋友」的互動頻率與「公民權」呈顯著正相關；「與女婿」、「與鄰居」、「與親戚」及「與朋友」的互動頻率與「充權」呈顯著正相關，但「與配偶」的互動頻率則呈顯著負相關；「與女兒」、「與女婿」、「與鄰居」、「與親戚」及「與朋友」的互動頻率與「優勢觀點」呈顯著正相關；「與媳婦」、「與女兒」、「與女婿」、「與鄰居」、「與親戚」及「與朋友」的互動頻率與「生活正常化」呈顯著正相關；「與女兒」、「與女婿」、「與鄰居」、「與親戚」及「與朋友」的互動頻率與「整體理念」呈顯著正相關。

服務使用後，「與女兒」、「與女婿」、「與鄰居」、「與親戚」及「與朋友」的互動頻率與「公民權」呈顯著正相關；「與女婿」、「與鄰居」、「與親戚」及「與朋友」的互動頻率與「充權」呈顯著正相關，但「與配偶」的互動頻率則呈顯著負相關；「與女兒」、「與女婿」、「與鄰居」、「與親戚」及「與朋友」的互動頻率與「優勢觀點」呈顯著正相關；「與兒子」、「與媳婦」、「與女兒」、「與女婿」、「與鄰居」、「與親戚」及「與朋友」的互動頻率與「生活正常化」呈顯著正相關；「與媳婦」、「與女兒」、「與女婿」、「與鄰居」、「與親戚」及「與朋友」的互動頻率與「整體理念」呈顯著正相關。概略而言，無論是服務使用前或後，與家庭晚輩的互動頻率，對社區照顧理念的實踐具有重要的關連性，尤其是與女兒及女婿；而與家人以外之非正式成員的互動頻率，亦對社區照顧理念的實踐具有重要的關聯性，且一般皆呈現正向的關係（見表 6-7-5）。

表 6-7-5 服務使用前後互動頻率及社區照顧理念相關表

社區照顧理念		服務使用後社區照顧理念				
		公民權	充權	優勢觀點	生活正常化	整體理念
服務使用前	配偶	-.089	<b>-.201*</b>	-.105	-.017	-.102
	兒子	.077	.035	.029	.148	.058
	媳婦	.132	.139	.077	<b>.274***</b>	.168
	女兒	<b>.169*</b>	.123	<b>.186*</b>	<b>.256***</b>	<b>.202*</b>
	女婿	<b>.326***</b>	<b>.297***</b>	<b>.346***</b>	<b>.402***</b>	<b>.352***</b>
	鄰居	<b>.376***</b>	<b>.403***</b>	<b>.521***</b>	<b>.431***</b>	<b>.445***</b>
	親戚	<b>.333***</b>	<b>.361***</b>	<b>.388***</b>	<b>.415***</b>	<b>.400***</b>
	朋友	<b>.590***</b>	<b>.573***</b>	<b>.566***</b>	<b>.481***</b>	<b>.592***</b>
服務使用後	配偶	-.039	-.148	-.063	.040	-.046
	兒子	.065	.040	.044	<b>.152*</b>	.063
	媳婦	.133	.145	.089	<b>.278***</b>	<b>.175*</b>
	女兒	<b>.170*</b>	.132	<b>.200*</b>	<b>.266***</b>	<b>.212*</b>
	女婿	<b>.301***</b>	<b>.272***</b>	<b>.370***</b>	<b>.409***</b>	<b>.364***</b>
	鄰居	<b>.413***</b>	<b>.428***</b>	<b>.531***</b>	<b>.425***</b>	<b>.461***</b>
	親戚	<b>.317***</b>	<b>.367***</b>	<b>.379***</b>	<b>.426***</b>	<b>.395***</b>
	朋友	<b>.598***</b>	<b>.581***</b>	<b>.570***</b>	<b>.485***</b>	<b>.596***</b>

#### 八、服務使用前後互動關係及社區照顧理念之相關分析

就受訪者服務使用前後互動關係與社區照顧理念之相關而言，服務使用前，「與兒子」、「與媳婦」、「與女兒」、「與女婿」、「與鄰居」、「與親戚」及「與朋友」的互動關係與「公民權」呈顯著正相關；「與兒子」、「與媳婦」、「與女兒」、「與女婿」、「與鄰居」、「與親戚」及「與朋友」的互動關係與「充權」呈顯著正相關；「與女婿」、「與鄰居」、「與親戚」及「與朋友」的互動關係與「優勢觀點」呈顯著正相關；「與兒子」、「與媳婦」、「與女兒」、「與女婿」、「與鄰居」、「與親戚」及「與朋友」的互動關係與「生活正常化」呈顯著正相關；「與兒子」、「與媳婦」、「與女兒」、「與女婿」、「與鄰居」、「與親戚」及「與朋友」的互動關係亦與「整體理念」呈顯著正相關。

服務使用後，「與兒子」、「與媳婦」、「與女兒」、「與女婿」、「與鄰居」、「與親戚」及「與朋友」的互動關係與「公民權」呈顯著正相關；「與兒子」、「與媳婦」、「與女兒」、「與女婿」、「與鄰居」、「與親戚」及「與朋友」的互動關係與「充權」呈顯著正相關；「與女婿」、「與鄰居」、「與親戚」及「與朋友」的互動頻率與「優勢觀點」呈顯著正相關；「與兒子」、「與媳婦」、「與女兒」、「與女婿」、「與鄰居」、「與親戚」及「與朋友」的互動關係與「生活正常化」呈顯著正相關；「與兒子」、「與媳婦」、「與女兒」、「與女婿」、「與鄰居」、「與親戚」及「與朋友」的互動關係亦與「整體理念」呈顯著正相關。概略而言，除了「與配偶的互動關係」

與「社區照顧理念」及部分優勢觀點的關連性外，受訪者與親友的互動關係對於與社區照顧理念的關係頗為顯著（見表 6-7-6）。

表 6-7-6 服務使用前後互動關係及社區照顧理念相關表

社區照顧理念 互動關係		服務使用後社區照顧理念				
		公民權	充權	優勢觀點	生活正常化	整體理念
服務使用前	配偶	.005	-.163	-.106	.005	-.066
	兒子	<b>.228**</b>	<b>.200**</b>	.101	<b>.218***</b>	<b>.190*</b>
	媳婦	<b>.209*</b>	<b>.191*</b>	.121	<b>.308***</b>	<b>.241***</b>
	女兒	<b>.263***</b>	<b>.168*</b>	.159	<b>.267***</b>	<b>.250***</b>
	女婿	<b>.303***</b>	<b>.278***</b>	<b>.276**</b>	<b>.371***</b>	<b>.334***</b>
	鄰居	<b>.382***</b>	<b>.374***</b>	<b>.479**</b>	<b>.404***</b>	<b>.418***</b>
	親戚	<b>.355***</b>	<b>.330**</b>	<b>.363***</b>	<b>.388***</b>	<b>.397***</b>
	朋友	<b>.496***</b>	<b>.467***</b>	<b>.421***</b>	<b>.372***</b>	<b>.475***</b>
服務使用後	配偶	.037	-.118	-.088	.024	-.034
	兒子	<b>.234**</b>	<b>.218**</b>	.111	<b>.230***</b>	<b>.203***</b>
	媳婦	<b>.208*</b>	<b>.190*</b>	.122	<b>.308***</b>	<b>.241***</b>
	女兒	<b>.242***</b>	<b>.168*</b>	.151	<b>.279**</b>	<b>.247***</b>
	女婿	<b>.293***</b>	<b>.262***</b>	<b>.278***</b>	<b>.363***</b>	<b>.334***</b>
	鄰居	<b>.389***</b>	<b>.387***</b>	<b>.486***</b>	<b>.416***</b>	<b>.425***</b>
	親戚	<b>.370***</b>	<b>.345***</b>	<b>.356***</b>	<b>.397***</b>	<b>.399***</b>
	朋友	<b>.498***</b>	<b>.476***</b>	<b>.421***</b>	<b>.384***</b>	<b>.477***</b>



## 第七章 量化資料分析（四）- 社區照顧

### 第一節 總體資料之描述性分析

本節主要在於描述社區照顧、社區關懷據點及居家服務之服務使用者在個人、家庭、社區和服務使用狀況，以及服務使用者對社區照顧品質與理念的看法。主要內容包括：(1) 個人基本特性：含性別、年齡、教育程度、宗教別、族群別及婚姻狀況；(2) 經濟及家庭狀況：含主要經濟來源、家庭型態、家庭平均月所得、身體狀況、居住型態及住宅產權；(3) 居住社區與服務使用狀況：含社區型態、居住社區時間、接受服務時間、每週使用服務時數、以及每月平均就醫次數；(4) 社區照顧品質的重視與滿意狀況；以及 (5) 社區照顧理念的同意狀況。

#### 一、個人基本特性

參與社區照顧之受訪者共計 626 人，在性別上，以女性 408 人（65.2%）居多，男性有 218 人（34.8%）。在族群上，以閩南人 448 人（71.6%）最多，其次為大陸各省市者有 76 人（12.1%），再其次為客家人有 67 人（佔 10.7%），原住民佔的比例較低。在婚姻狀況上，以喪偶者 317 人（50.8%）最多，其次為有配偶或同居者有 256 人（41.0%），再其次為未婚者有 34 人（5.4%）。在年齡上，以 75-84 歲者 257 人最多（41.3%），其次為 65-74 歲者有 174 人（28.0%），再其次為 85 歲以上者 100 人（16.1%），65 歲以下者有 91 人（14.6%）。整體受訪者平均年齡為 74.61 歲，中位數為 77 歲。

在教育程度上，以國小畢業者 238 人（38.4%）最多，其次為不識字或自修者有 183 人（39.5%），再其次為國（初）中者有 89 人（14.4%），高中（職）和大專以上者僅佔少數。在宗教別上，以傳統信仰者的 338 人（54.5%）最多，其次為佛教者有 135 人（21.8%），再其次為基督宗教者有 66 人（10.7%），道教及無宗教信仰者比例最低（詳見表 7-1-1）。

表 7-1-1 社區照顧受訪者個人基本特性 (N=626)

變項	人數	有效%	變項	人數	有效%
<b>性別</b>			<b>教育程度</b>		
男	218	34.8%	不識字及自修	183	39.5%
女	408	65.2%	國小	238	38.4%
總和	626	100.0%	國(初)中	89	14.4%
<b>族群背景</b>			高中(職)	63	10.2%
閩南人	448	71.6%	專科以上	47	7.6%
大陸各省市	76	12.1%	總和	620	100.0%
客家人	67	10.7%	遺漏值	6	
原住民	32	5.1%			
其他	3	0.5%			
總和	626	100.0%			
<b>婚姻狀況</b>					
未婚	34	5.4%	佛教	135	21.8%
有配偶或同居	256	41.0%	道教	47	7.6%
離婚或分居	17	2.7%	傳統信仰	338	54.5%
喪偶	317	50.8%	基督宗教	66	10.7%
總和	624	100.0%	無宗教信仰	27	4.4%
遺漏值	2		其他	5	0.8%
			總和	618	100.0%
			遺漏值	8	
<b>年齡別</b>					
65歲以下	91	14.6%			
65-74歲	174	28.0%			
75-84歲	257	41.3%			
85歲以上	100	16.1%			
總和	622	100.0%			
遺漏值	4				

## 二、經濟及家庭狀況

在主要經濟來源上，以子女奉養(含媳婦、女婿)的 294 人 (47.8%) 最多，其次為自己退休金、撫恤金或保險給付者有 119 人 (19.3%)，再其次為來自政府救助或津貼有 100 人 (16.3%)，配偶或同居人提供，抑或自己儲蓄、利息、租金或投資所得者及社會或親友救助各僅佔少數；整體而言，將近五成的受訪者 (47.8%) 係由子女奉養。在家庭平均月收入上，以未滿 2 萬者的 226 人 (36.7%) 最多，其次為 2-4 萬者有 183 人 (29.7%)，再其次為 4 萬至 6 萬者有 132 人 (21.4%)，6 萬以上者則相對較少。居住型態上，以僅與子女同住者 227 人 (36.3%) 最多，其次為獨居者有 139 人 (22.2%)，再其次為與配偶和子女同住者有 114 人 (18.2%)，與配偶同住者有 108 人 (17.3%)，其他有少數是與同居人、親家、遠親同住。

在家庭型態上，以三代同堂者 192 人 (40.8%) 最多，其次為核心家庭者有 158 人 (25.5%)，再其次為單人家庭者 118 人 (19.2%)，夫婦家庭人有 101 人 (16.3%)，單親家庭或祖孫家庭者則相對少數。在身體健康狀況上，身體健康，生活自理能力佳者 251 人 (40.2%) 最多，其次為身體不佳，但尚不至影響日常

生活者有 184 人 (29.5%)，再其次為身體不佳，部分生活需仰賴他人協助者有 133 人 (21.3%)。在住宅產權上，以絕大多數皆為自有者 537 人 (86.3%) 最多，僅有少數為非自有 (詳見表 7-1-2)。

表 7-1-2 社區照顧受訪者經濟及家庭狀況 (N=626)

變項	人數	有效%	變項	人數	有效%
<b>主要經濟來源</b>			<b>家庭型態</b>		
自己工作或營業收入	36	5.9%	單人家庭	118	19.1%
配偶或同居人提供	25	4.1%	夫婦家庭	101	16.3%
自己儲蓄、利息、租金或投資所得	35	5.7%	單親家庭	30	4.8%
退休金、撫恤金或保險給付	119	19.3%	核心家庭	158	25.5%
子女奉養(含媳婦、女婿)	294	47.8%	祖孫家庭	20	3.2%
來自政府救助或津貼	100	16.3%	三代同堂	192	31.0%
社會或親友救助	6	1.0%	<b>總和</b>	619	100.0%
<b>總和</b>	615	100.0%	遺漏值	7	
遺漏值	11				
<b>家庭平均月所得</b>			<b>身體狀況</b>		
未滿2萬	226	36.7%	身體健康，生活自理能力佳	251	40.2%
2萬至4萬	183	29.7%	身體不佳，但尚不至影響日常生活	184	29.5%
4萬至6萬	132	21.4%	身體不佳，部分生活需仰賴他人協助	133	21.3%
6萬以上	75	12.2%	身體不佳，多數生活需仰賴他人協助	56	9.0%
<b>總和</b>	616	100.0%	<b>總和</b>	624	100.0%
遺漏值	10		遺漏值	2	
<b>居住型態</b>			<b>住宅產權</b>		
與配偶和子女同住	114	18.2%	自有	537	86.3%
僅與配偶同住	108	17.3%	不住在一起的配偶、父母或子女所擁有	16	2.6%
僅與子女同住	227	36.3%	租押	45	7.2%
僅與親友同住	19	3.0%	配住	9	1.4%
獨居	139	22.2%	借用	15	2.4%
其他	19	3.0%	<b>總和</b>	622	100.0%
<b>總和</b>	626	100.0%	遺漏值	4	

### 三、社區與服務使用狀況

在居住社區型態上，受訪者以居住在鄉村及山地型社區者 266 人 (42.6%) 最多，其次為居住在都市型社區者有 227 人 (36.4%)，再其次為居住在市鄉混合型社區者有 131 人 (21.0%)。在居住時間上，以遷入至該社區的 433 人 (69.2%) 最多，其次為世居於該社區的 193 人 (30.8%)。

在接受服務時間上，以 25 個月以上的 298 人 (48.7%) 最多，其次為 6 個月以下者有 110 人 (18.0%)，再其次為 7-12 個月者有 79 人 (12.9%)，13-18 個月及 19-24 個月者相對少些；受訪者平均接受服務時間為 38.3 個月，約在三年左右，中位數為 24 個月，約為二年，其中使用最久者為 240 個月，換算約為 20 年，使用最短者則為不到 1 個月。

在每週使用服務時數上，以每週使用 5 小時-未滿 15 小時者 248 人 (40.7%) 最多，其次為未滿 5 小時者有 160 人 (26.2%)，再其次為使用 35 小時-未滿 45 小時者 112 人 (18.4%)，其餘使用者相對較少；整體使用時間平均數為 15.6 小時，中位數 8 小時。在每月就醫次數上，接受服務前，受訪者每月平均就醫次數為 1.49 次；接受服務後，受訪者每月平均就醫次數為 1.55 次 (詳見表 7-1-3)。

表 7-1-3 社區照顧受訪者社區與服務服務使用狀況 (N=626)

變項	人數	有效%	變項	人數	有效%
<b>社區型態</b>			<b>居住社區時間</b>		
鄉村及山地型社區	266	42.6%	世居	193	30.8%
都市型社區	227	36.4%	遷入	433	69.2%
市鄉混合型社區	131	21.0%	遷入年數 (單位:月)	X=30.5 Md=30	
<b>總和</b>	624	100.0%	<b>總和</b>	626	100.0%
遺漏值	2				
<b>接受服務時間</b>			<b>每週使用服務時數</b>		
6個月以下	110	18.0%	未滿 5 小時	160	26.2%
7-12個月	79	12.9%	5 小時-未滿 15 小時	248	40.7%
13-18個月	57	9.3%	15 小時-未滿 25 小時	41	6.7%
19-24個月	68	11.1%	25 小時-未滿 35 小時	16	2.6%
25個月以上	298	48.7%	35 小時-未滿 45 小時	112	18.4%
<b>總和</b>	612	100.0%	45 小時以上	33	5.4%
			<b>總和</b>	610	100.0%
遺漏值	14		遺漏值	16	
<b>接受服務時間(月)</b>	X=38.3 Md=24		<b>每週使用時數</b>	X=15.6 Md=8	
<b>接受服務前後就醫次數(使用服務前)</b>			<b>接受服務前後就醫次數(使用服務後)</b>		
1次以下	471	75.7%	1次以下	477	76.7%
1次以上	151	24.3%	1次以上	145	23.3%
<b>總和</b>	622	100.0%	<b>總和</b>	622	100.0%
遺漏值	4		遺漏值	4	
<b>每月平均就醫次數</b>	X=1.49		<b>每月平均就醫次數</b>	X=1.55	

#### 四、社區照顧品質構面及次面向滿意狀況

在社區照顧品質滿意度上，受訪者對社區照顧品質各構面的滿意度皆相當高，整體滿意度平均數為 4.22，由於居家服務的照顧品質問卷經過刪減題目，因此在結構面中的實體面向未有資料，為避免數值混淆，在統計上若涉及社區照顧品質結構面中之實體面則皆沒有居家服務的受訪之資料。而此外知各構面之平均滿意度依序為結果面的 4.27 及過程面的 4.07，各構面的差距甚小。在各次面向上，過程-關係面（4.33）高於過程-充權面（3.76），結果-經營面（4.29）高於結果-績效面（4.23）。各次面向的滿意度高低依序為結構-員工面、過程-關係面、結果-經營面、結果-績效面及過程-充權面，其中，僅有過程-充權面的滿意度低於 4（見表 7-1-4）。

表 7-1-4 社區照顧品質構面及次面向滿意度之平均數與標準差一覽表（N=626）

量表	構面	平均數/標準差	次面向	平均數/標準差
社區照顧品質 Mean=4.22 SD=0.44	結構面	Mean=4.32 SD=0.47	實體面	Mean=4.26 SD=0.55
			員工面	Mean=4.38 SD=0.54
	過程面	Mean=4.07 SD=0.55	關係面	Mean=4.33 SD=0.55
			充權面	Mean=3.76 SD=0.79
	結果面	Mean=4.27 SD=0.49	經營面	Mean=4.29 SD=0.52
			績效面	Mean=4.23 SD=0.56

#### 五、社區照顧理念同意度狀況

在社區照顧理念的同意度上（見表 7-1-5），受訪者在社區照顧理念的構面及次面向同意度大多數介於 3-4 間，皆屬於中間偏高。服務使用前、後，各構面的平均數之高低次序皆相同，依序為「生活正常化（3.62/3.69）」、「公民權（3.56/3.58）」、「優勢觀點（3.43/3.46）」及「充權（3.21/3.24）」。

在「公民權」的次面向上，服務使用前/後的「權利（3.82/3.95）」皆高於「責任（3.32/3.24）」，服務使用後的「權利」略有提昇，但「責任」反略為下降。在充權的次面向上，服務使用前的平均數之高低依序為「心理充權（3.49）」、「社會充權（3.48）」及「政治充權（2.66）」；服務使用後略有變化，高低依序改變為「社會充權（3.57）」、「心理充權（3.46）」及「政治充權（2.68）」；其中，僅有「社會充權」略為增加，其它則略為下降。在優勢觀點的次面向上，服務使用前後的平均數高低次序產生變化，依序為「自我認知（3.37/3.38）」、「社區資源（3.55/3.58）」及「復原力（3.39/3.43）」，三個次面向皆略為增加。在生活正常化的次面向上，服務使用前後的平均數高低次序相同，依序為「社會

福祉 (3.94/3.96)」、「生理福祉 (3.88/3.87)」、「心理福祉 (3.64/3.69) 及「靈性福祉 (3.21/3.38)」，其中，**僅有生理福祉下降**，其它則略為上升。

前述的結果顯示，服務使用前、後各個構面的平均數皆以「生活正常化」最高，且使用後略高於使用前，其中以「靈性福祉」有較明顯的增加；另外，充權面的「政治充權」之同意度為所有次面向顯著偏低者；基本上，各面向的各個次面向在使用前後皆略有變化，但並非一致性的增加或下降。

表 7-1-5 社區照顧服務使用者之社區照顧理念的平均數 (N=626)

使用服務前			使用服務後		
構面	次面向	平均數/標準差	構面	次面向	平均數/標準差
公民權 Mean=3.56 SD=.56	權利	Mean=3.82 SD=.55	公民權 Mean=3.58 SD=0.57	權利	Mean=3.95 SD=.52
	責任	Mean=3.32 SD=.70		責任	Mean=3.24 SD=.73
充權 Mean=3.21 SD=.60	心理充權	Mean=3.49 SD=.68	充權 Mean=3.24 SD=0.62	心理充權	Mean=3.46 SD=.69
	社會充權	Mean=3.48 SD=.61		社會充權	Mean=3.57 SD=.63
	政治充權	Mean=2.66 SD=.83		政治充權	Mean=2.68 SD=.85
優勢觀點 Mean=3.43 SD=.55	自我認知	Mean=3.37 SD=.69	優勢觀點 Mean=3.46 SD=.56	自我認知	Mean=3.38 SD=.72
	復原力	Mean=3.39 SD=.62		復原力	Mean=3.43 SD=.63
	社區資源	Mean=3.55 SD=.65		社區資源	Mean=3.58 SD=.66
生活 正常化 Mean=3.62 SD=.55	生理福祉	Mean=3.88 SD=.54	生活 正常化 Mean=3.69 SD=.56	生理福祉	Mean=3.87 SD=.52
	心理福祉	Mean=3.64 SD=.78		心理福祉	Mean=3.69 SD=.78
	社會福祉	Mean=3.94 SD=.65		社會福祉	Mean=3.96 SD=.64
	靈性福祉	Mean=3.21 SD=.72		靈性福祉	Mean=3.38 SD=.77

## 第二節 社區照顧服務品質之差異/變異分析

本節將採取差異性分析 (t-test) 及單因子變異數分析 (one way ANOVA)，分析社區照顧服務使用者個人基本特性、家庭及社區狀況，對社區照顧服務品質的重視度和滿意度之差異/變異情形。

### 一、個人基本特性與照顧品質重視度與滿意度之差異/變異分析

就性別、教育程度與族群背景而言，不論是在社區照顧的重要度或滿意度皆未有顯著差異（見表 7-2-1）。在宗教信仰、婚姻狀況、年齡及身體狀況上，無論是對照顧品質的重視度或滿意度，亦皆未達顯著差異水準（見表 7-2-2）。

表 7-2-1 性別、教育程度及族群別對社區照顧品質的重視度及滿意度之差異/變異情形

變項		社區照顧品質重要度				社區照顧品質滿意度			
		結構面	過程面	結果面	整體	結構面	過程面	結果面	整體
性別	男	5.82	6.69	6.90	19.66	25.68	28.87	30.01	83.96
	女	5.82	6.75	6.89	19.53	25.97	28.47	29.78	83.85
	t 值	-.045	-.823	.192	.836	-1.019	1.123	.784	.122
教育程度	不識字及自修	5.84	6.72	6.89	19.54	25.70	28.48	29.56	83.21
	國小	5.78	6.65	6.86	19.50	26.01	28.37	29.75	83.92
	國(初)中	5.82	6.76	6.99	19.57	25.81	28.99	29.93	84.06
	高中(職)	5.97	6.84	6.89	19.86	25.82	28.97	30.19	85.25
	專科以上	5.84	6.91	6.98	19.75	26.50	29.00	30.98	85.52
	總和	5.82	6.73	6.90	19.57	25.89	28.60	29.86	83.88
	F 值	.632	1.514	1.712	.564	.529	.752	1.793	.586
族群背景	閩南人	5.83	6.71	6.90	19.56	26.07	28.72	29.87	84.34
	大陸各省市	5.74	6.76	6.92	19.41	26.22	28.61	30.39	84.54
	客家人	5.83	6.69	6.89	19.59	25.10	28.03	29.80	81.67
	原住民	5.93	7.00	6.75	19.74	24.59	27.91	28.53	80.63
	總和	5.83	6.73	6.90	19.57	25.90	28.61	29.86	83.88
	F 值	.458	1.138	.908	.321	3.303	1.33	1.687	2.287

註：\* p<.05 \*\* p<.01 \*\*\* p<.001

表 7-2-2 宗教、婚姻、年齡及身體狀況對社區照顧品質重視度及滿意度之變異情形

變項	社區照顧品質重要度	社區照顧品質滿意度
----	-----------	-----------

		結構面	過程面	結果面	整體	結構面	過程面	結果面	整體
宗教信仰	佛教	5.76	6.74	6.93	19.49	26.06	28.51	29.75	83.80
	道教	5.90	6.81	6.94	19.60	25.13	28.39	28.89	82.10
	傳統信仰	5.86	6.74	6.89	19.62	26.11	28.82	30.10	84.58
	基督宗教	5.70	6.76	6.92	19.36	25.36	28.03	29.50	82.30
	無宗教信仰	5.88	6.52	6.74	19.75	26.27	28.36	29.85	84.47
	總和	4.82	6.73	6.90	19.57	25.91	28.62	29.87	83.89
	F 值	.724	.877	.988	.429	1.117	.627	1.116	1.227
婚姻狀況	未婚	6.00	6.85	6.97	20.00	25.83	29.12	30.09	84.17
	有配偶或同居	5.81	6.70	6.87	19.55	25.91	28.67	29.90	83.83
	離婚或分居	6.00	6.41	6.94	19.71	27.57	28.23	29.82	88.29
	喪偶	5.82	6.76	6.91	19.56	25.84	28.52	29.80	83.73
	總和	5.82	6.73	6.90	19.57	25.90	28.60	29.86	83.86
	F 值	.373	1.374	.687	.242	.86	.323	.094	.626
年齡	65歲以下	5.88	6.74	6.82	19.44	26.38	28.82	29.88	85.09
	65-74歲	5.89	6.85	6.95	19.69	25.78	28.46	29.08	83.29
	75-84 歲	5.77	6.77	6.95	19.49	26.03	28.63	29.62	84.24
	85 歲以上	5.80	6.83	6.94	19.57	25.46	28.35	29.57	83.39
	總和	5.82	6.80	6.94	19.57	25.90	28.55	29.46	83.88
	F 值	1.177	.442	1.098	.637	.973	.149	.779	.571
身體狀況	身體健康，生活自理能力佳	5.79	6.65	6.65	19.49	26.18	28.49	29.88	83.88
	身體不佳，但尚不至影響日常生活	5.83	6.74	6.74	19.61	25.69	28.83	29.48	84.34
	身體不佳，部分生活需仰賴他人協助	5.92	6.86	6.86	19.77	25.59	28.40	30.10	82.85
	身體不佳，多數生活需仰賴他人協助	6.00	6.75	6.75	19.80	24.20	28.82	30.38	78.60
	總和	5.82	6.73	6.73	19.57	25.90	28.60	29.85	83.88
	F 值	.663	1.897	.527	.608	1.689	.458	1.413	.941

註 1：\* p<.05 \*\* p<.01 \*\*\* p<.001

註 2：傳統信仰包含一貫道及民間信仰；基督宗教包含基督教及天主教。

## 二、家庭狀況對社區照顧品質之重視度與滿意度之差異/變異分析

就家庭型態而言，家庭型態不同對照顧品質的重視度部分達顯著差異，滿意度上亦同，家庭型態不同在照顧品質的「結構面」(F=2.465, p<.01)、「過程面」(F=3.621, p<.01)及「整體品質」(F=52.745, p<.05)之重要度的變異達顯著水準，經事後比較分析結果顯示，三代同堂者在「過程面」顯著高於單人家庭與核心家庭者；家庭型態不同在照顧品質的「結構面」(F=2.987, p<.05)及「整體品

質」(F=3.205, p<.05) 之滿意度的變異達顯著水準，經事後比較分析結果顯示，核心家庭在「結構面」顯著高於三代同堂之者。另外，社區照顧品質重要度中之過程面，在居住型態上達顯著差異(F=3.284, p<.01)，經事後比較分析結果顯示，僅與親友同住者對品質重要度的分數顯著高於其餘選項，僅與子女同住者也較高於同居者。住宅產權而言，無論是對照顧品質的重視度或滿意度，皆未達顯著差異水準（見表 7-2-3）。

表 7-2-3 家庭型態、居住型態及住宅產權對社區照顧品質重視度及滿意度之變異情形

變項	社區照顧品質重要度				社區照顧品質滿意度				
	結構面	過程面	結果面	整體	結構面	過程面	結果面	整體	
家庭型態	單人家庭	5.88	6.60	6.89	19.61	26.02	28.58	30.23	84.91
	夫婦家庭	5.65	6.58	6.85	19.11	25.56	28.62	29.88	81.80
	單親家庭	5.83	6.87	6.87	19.83	26.25	29.00	30.97	84.08
	核心家庭	5.73	6.68	6.89	19.38	26.53	28.82	30.25	85.49
	祖孫家庭	5.81	6.90	6.90	19.69	26.81	30.15	29.90	88.06
	三代同堂	5.94	6.90	6.93	19.82	25.30	28.16	29.06	82.35
	總和	5.82	6.73	6.90	19.57	25.87	28.59	29.84	83.81
	F 值	2.465* PH 未顯著	3.621** G6>G1 G6>G4	.447	2.745* PH 未顯著	2.987* G4>G6	1.319	3.438	3.205* PH 未顯著
居住型態	與配偶和子女同住	5.80	6.74	6.87	19.67	26.52	29.12	30.29	85.96
	僅與配偶同住	5.78	6.57	6.84	19.23	25.41	28.09	29.89	81.61
	僅與子女同住	5.84	6.86	6.93	19.66	25.96	28.71	29.63	83.98
	僅與親友同住	6.00	7.00	6.84	20.00	24.60	30.10	30.58	80.60
	獨居	5.82	6.60	6.93	19.45	25.59	28.19	29.80	83.25
	其他	5.90	6.79	6.79	19.70	26.50	28.79	29.63	87.20
	總和	5.82	6.73	6.90	19.57	25.90	28.61	29.86	83.88
	F 值	.227	3.284** G3>G5 G4>G1.G2 G4>G3.G5	1.085	1.177	1.514	1.735	.761	2.086
住宅產權	自有	5.81	6.74	6.89	19.55	25.86	28.65	29.84	83.88
	不住一起的親屬所擁有	5.89	6.25	6.94	19.22	26.44	26.73	30.06	83.22
	租押	6.00	6.76	6.89	20.00	26.36	28.66	30.13	84.71
	配住	6.00	6.78	6.89	20.00	24.75	29.00	30.44	81.00
	借用	6.00	6.67	6.93	19.86	26.00	27.67	29.00	82.57
	總和	5.82	6.73	6.90	19.57	25.88	28.59	29.86	83.84
	F 值	.672	.200	.993	.586	.359	1.161	.39	.192

註：\* p<.05 \*\* p<.01 \*\*\* p<.001

就主要經濟來源而言，主要經濟來源不同對照顧品質的重視度之未達顯著差異水準，在滿意度部分則是在過程面達顯著差異，但事後比較未有個別組別顯著高於其餘組別。就家庭平均月所得而言，所得不同對照顧品質的重視度的影響，並未達顯著差異水準，但在滿意度的「結構面」(F=7.514, p<.001)、「過程面」(F=6.015, p<.01)、「結果面」(F=3.35, p<.05)及「整體品質」(F=6.592, p<.001)之差異皆達到統計上之顯著水準。經事後比較分析結果顯示，家庭平均月收入4-6萬元以下者在「過程面」、「結構面」及「整體品質」之滿意度，皆顯著高於未滿2萬元及6萬元以上者；6萬元以上者在「整體品質」之滿意程度，皆顯著低於2-4萬元以下及4-6萬元以下者(見表7-2-4)。

表 7-2-4 主要經濟來源及家庭平均月所得對社區照顧品質重視度及滿意度之變異情形

變項	社區照顧品質重要度				社區照顧品質滿意度				
	結構面	過程面	結果面	整體	結構面	過程面	結果面	整體	
主要經濟來源	自己工作或營業收入	5.87	6.81	6.83	19.45	25.37	29.11	29.08	82.93
	配偶或同居人提供	5.93	6.92	7.00	19.80	25.73	28.12	29.48	81.93
	自己儲蓄、利息、租金或投資所得	5.82	6.60	6.71	19.59	25.63	28.48	29.74	83.19
	退休金、撫恤金或保險給付	5.81	6.7	6.90	19.55	25.92	27.67	29.57	82.76
	子女奉養(含媳婦、女婿)	5.80	6.72	6.91	19.52	26.01	28.67	29.85	84.44
	政府救助或津貼	6.00	6.70	6.89	19.96	25.54	29.19	30.54	84.92
	總和	5.82	6.73	6.90	19.56	25.89	28.59	29.86	83.85
	F值	1.998	.571	1.322	.703	.417	2.625 <sup>*</sup> PH未顯著	1.545	.788
家庭平均月所得	2萬元以下	5.90	6.90	6.93	19.73	25.20	27.40	27.87	80.47
	2-4萬元以下	5.72	6.72	6.93	19.38	26.37	29.17	30.15	85.59
	4-6萬元以下	5.90	6.90	6.90	19.70	26.93	30.20	29.48	86.61
	6萬元以上	5.87	6.95	6.95	19.77	24.56	27.03	28.18	79.77
	總和	5.85	6.86	6.93	19.64	25.97	28.75	29.10	83.78
	F值	.766	1.441	.139	.898	7.514 <sup>***</sup> G3>G1 G3>G4	6.015 <sup>**</sup> G3>G1 G3>G4	3.35 <sup>*</sup> PH未顯著	6.592 <sup>***</sup> G4>G3 G4>G2 G3>G1

註：\* p<.05 \*\* p<.01 \*\*\* p<.001

### 三、社區及服務使用狀況對社區照顧品質重視度與滿意度之差異/變異分析

#### (一) 社區型態與社區照顧品質重要度及滿意度之變異分析

就居住之社區型態而言，社區型態不同對照顧品質重視度之影響，除了照顧品質中結構面的重要度未達顯著差異外，其餘皆達顯著差異。經事後比較分析結

果顯示，住在市鄉混合型者在「結果面」及「整體品質」之重要度、滿意度，皆顯著高於鄉村型；住在都市型受訪者在「過程面」之重要度，顯著高於鄉村型者。就居住時間而言，世居者與遷入者對照顧品質的重視度與滿意度皆未達顯著差異（見表 7-2-5）。

就接受服務時間而言，接受服務時間不同對照顧品質之重視度與滿意度之影響，皆未達統計上的顯著差異。就每週接受服務的時數而言，接受服務時數不同對照顧品質的重要度，在「過程面」(F=4.059, p<.01) 及「整體品質」(F=2.248, p<.05) 達統計上的顯著差異水準；在事後比較上，過程面中「35 小時-未滿 45 小時」顯著高於「15 小時-未滿 25 小時」，整體品質上則是「45 小時以上」顯著高於「5 小時-未滿 15 小時」。在滿意度的部分，「結構面」(F=3.244, p<.01)、「過程面」(F=2.634, p<.05)、「結果面」(F=3.325, p<.01) 及「整體品質」(F=2.656, p<.05)，皆達顯著差異水準。經事後比較分析結果顯示，「25 小時-未滿 35 小時」在「結果面」之滿意程度顯著高於未滿 5 小時及 5 小時-未滿 15 小時者（見表 7-2-5）。

表 7-2-5 社區型態、居住時間、接受服務時間與時數對社區照顧品質重視度及滿意度之變異情形

變項		社區照顧品質重要度				社區照顧品質滿意度			
		結構面	過程面	結果面	整體	結構面	過程面	結果面	整體
社區型態	鄉村型	5.78	6.47	6.86	19.40	25.38	27.92	29.61	82.03
	都市型	5.80	6.86	6.91	19.57	26.13	28.87	29.56	84.49
	市鄉混合型	6.00	6.98	6.98	20.00	27.05	29.46	30.99	88.20
	總和	5.82	6.73	6.90	19.57	25.91	28.60	29.86	83.89
	F 值	2.449	15.902*** G2>G1 G3>G1 G3>G2	3.51** G3>G1	2.958** G3>G1 G3>G2	7.458*** G3>G1	5.250** G2>G1 G3>G1	6.580*** G3>G1 G3>G2	9.877*** G3>G1 G3>G2
居住時間	世居	5.77	6.71	6.84	19.41	26.22	28.86	29.72	84.57
	遷入	5.86	6.74	6.92	19.66	25.72	28.50	29.84	83.49
	t 值	-1.382	-.337	-1.916	-1.736	1.688	1.083	.269	1.168
接受服務時間	6個月以下	5.83	6.79	6.87	19.62	25.88	28.77	29.59	83.52
	7-12個月	5.81	6.72	6.91	19.62	25.79	28.05	29.23	83.32
	13-18個月	5.94	6.70	6.82	19.73	25.61	28.51	29.95	83.42
	19-24個月	5.89	6.76	6.85	19.49	25.89	28.63	29.26	83.27
	25個月以上	5.79	6.70	6.92	19.52	25.99	28.72	30.26	84.42
	總和	5.82	6.73	6.89	19.56	25.90	28.61	29.87	83.90
	F 值	.53	.304	.850	.252	.154	.512	2.353	.338
每週服務使	未滿 5 小時	5.83	6.74	6.91	19.69	26.43	28.47	30.14	84.97
	5 小時-未滿 15 小時	5.73	6.58	6.87	19.25	25.43	28.49	30.04	83.11
	15 小時-未滿	5.80	6.95	6.90	19.67	25.17	27.72	29.45	81.62

表 7-2-5 社區型態、居住時間、接受服務時間與時數對社區照顧品質重視度及滿意度之變異情形

變項	社區照顧品質重要度				社區照顧品質滿意度				
	結構面	過程面	結果面	整體	結構面	過程面	結果面	整體	
用時數	25 小時								
	25 小時-未滿 35 小時	6.00	6.69	6.63	19.31	24.31	27.75	26.81	78.38
	35 小時-未滿 45 小時	5.90	6.89	6.96	19.74	26.11	28.48	29.57	84.05
	45 小時以上	5.88	7.00	6.97	19.84	26.74	30.72	29.38	86.84
	總和	5.82	6.73	6.90	19.56	25.87	28.53	29.82	83.78
	F 值	1.122	4.059** G5>G3	1.815	2.248* G6>G2	3.244** PH 未顯著	2.634* PH 未顯著	3.325** G4>G1 G4>G2	2.656* PH 未顯著

註：\* p<.05 \*\* p<.01 \*\*\* p<.001

### 第三節 社區照顧理念之差異/變異分析

為瞭解社區照顧服務使用之個人基本特性、家庭、社區及服務使用狀況對社區照顧理念的影響，本節採取差異性分析（t-text）及單因子變異數分析（one way ANOVA）進行統計分析。

#### 一、 個人基本特性與社區照顧理念之差異/變異分析

##### （一）性別、教育程度與族群別之社區照顧理念差異/變異分析

就性別而言，性別不同在服務使用前後的皆未達顯著差異，這或許意謂著社區照顧服務的使用，男女對於公民權、充權、優勢觀點、生活正常化都沒有顯著的不同（見表 7-3-1）。

就教育程度而言，教育程度不同在服務使用前後的「公民權」（F=10.309，p<.001；F=11.25，p<.001）、「充權」（F=8.454，p<.001；F=7.893，p<.001）、「優勢觀點」（F=2.861，p<.05；F=2.542，p<.05）、「生活正常化」（F=3.618，p<.01；F=4.04，p<.01）及「整體理念」（F=6.105，p<.001；F=6.209，p<.001）等同意度之變異情形，皆達到統計上之顯著水準。經事後比較分析之結果顯示，專科以上之社區照顧受訪者對於服務使用前後之各子面項態度顯著高於其餘類別，僅有優勢觀點部分，專科以上者僅顯著高於不識字及自修及國小。整體而言，教育程度較高者，對社區照顧整體及各面向的理念之滿意度，普遍高於教育程度較低者，尤其是「不識字、自修及國小者」（見表 7-3-1）。

就族群別而言，族群不同在服務使用後的「充權」(F=2.453, p<.05) 同意度之變異情形，皆達到統計上之顯著水準。經事後比較分析之結果未有個別類組表現較突出（見表 7-3-1）。

表 7-3-1 受訪者性別、教育程度及族群對社區照顧理念同意度之影響情形

變項	服務使用前					服務使用後					
	公民權	充權	優勢觀點	生活正常化	整體理念	公民權	充權	優勢觀點	生活正常化	整體理念	
性別	男	81.76	77.13	81.78	86.38	326.96	81.71	77.00	82.05	87.00	327.34
	女	82.05	76.97	82.81	87.15	329.06	82.74	78.09	83.73	89.27	333.55
	t 值	-.272	.135	-.926	-.703	-.506	-.961	-.874	-1.463	-2.004	-1.464
教育程度	不識字及自修	79.30	73.98	81.90	86.25	321.38	78.91	74.23	82.21	87.47	323.08
	國小	81.27	76.36	82.21	87.15	327.17	82.24	77.14	83.08	89.28	331.54
	國/初中	84.20	79.60	81.76	85.39	331.07	84.20	80.38	82.69	86.54	332.48
	高中/職	82.38	78.63	82.33	86.00	329.35	83.83	80.37	83.14	86.95	332.65
	專科以上	91.89	86.40	88.74	93.63	360.22	92.07	86.17	89.11	95.11	363.17
	總和	82.03	77.13	82.57	87.00	328.75	82.44	77.77	83.24	88.57	331.73
	F 值	10.309*** G5>G1,G2,G3,G4	8.454*** G5>G1,G2	2.861* G5>G1,G2	3.618** G5>G1,G2,G3	6.105*** G5>G1,G2,G3,G4	11.25*** G5>G1,G2,G3,G4	7.893*** G5>G1,G2	2.542* G5>G1	4.04** G5>G1,G3,G4	6.209*** G5>G1,G2,G3,G4
族群背景	閩南人	81.74	76.37	82.05	86.68	326.87	82.05	76.90	82.76	88.45	329.82
	大陸各省市	82.93	76.99	82.29	87.83	330.04	83.76	77.32	82.43	89.41	332.56
	客家人	84.31	81.19	86.03	88.97	340.42	84.71	82.88	87.02	89.74	343.91
	原住民	77.09	77.63	80.84	82.69	318.25	78.97	78.84	81.97	83.47	323.25
	總和	81.95	77.03	82.45	86.88	328.33	82.38	77.71	83.15	88.47	331.39
	F 值	1.995	1.663	1.458	1.464	1.513	1.418	2.453* PH未顯著	1.582	1.49	1.404

註：\* p<.05 \*\* p<.01 \*\*\* p<.001

## (二) 宗教信仰、婚姻、年齡與身體狀況之社區照顧理念差異/變異分析

就宗教信仰而言，宗教信仰不同在服務使用後的「充權」(F=2.905, p<.05)、「優勢觀點」(F=2.795, p<.05)、等同意度，在統計上的顯著差異，事後比較分析之結果則未有個別類組表現較突出（見表 7-3-2）。

就婚姻狀況而言，婚姻狀況不同在服務使用前後的「公民權」(F=7.246, p<.001; F=5.29, p<.01)、「充權」(F=5.616, p<.01; F=7.434, p<.001)、「優勢觀點」(F=4.39, p<.01; F=5.331, p<.01)、「生活正常化」(F=5.995, p<.001; F=8.28, p<.001)及「整體理念」(F=6.457, p<.001; F=7.02, p<.001)等同意度之變異情形，皆達到統計上之顯著水準。經事後比較分析之結果顯示，有配偶或

同居在五項理念的同意度皆顯著高於未婚者。喪偶者在不服務使用前的公民權、優勢觀點、生活正常化及整體理念與服務使用後之優勢觀點、生活正常化及整體理念高於未婚者；整體而言，有配偶或同居者對社區照顧理念的同意度要顯著高於未婚者，尤其是服務使用後強化了「充權」，有配偶或同居者皆顯著高於其餘三類受訪者（見表 7-3-2）。

**就年齡而言**，年齡不同在服務使用前後的「公民權」(F=7.983, p<.001; F=5.911, p<.01)、「充權」(F=6.73, p<.001; F=7.526, p<.001)、「優勢觀點」(F=5.978, p<.01; F=5.371, p<.01)、「生活正常化」(F=7.84, p<.001; F=8.812, p<.001)及「整體理念」(F=7.618, p<.001; F=7.93, p<.001)等同意度之變異情形，皆達到統計上之顯著水準。經事後比較分析之結果顯示，65-74 歲者在服務使用前後的各面向上較顯著高於其餘年齡組別，但是在服務使用後中之「充權」面向則是 85 歲以上者對概念認同度顯著高於 65-75 歲者（見表 7-3-2）。

**就身體狀況而言**，身體狀況不同在服務使用前後的「公民權」(F=80.307, p<.001; F=64.623, p<.001)、「充權」(F=79.284, p<.001; F=81.11, p<.001)、「優勢觀點」(F=99.239, p<.001; F=99.297, p<.001)、「生活正常化」(F=119.506, p<.001; F=122.138, p<.001)及「整體理念」(F=120.957, p<.001; F=112.174, p<.001)等同意度之變異情形，皆達到統計上之顯著水準。經事後比較發現，不論服務使用前後，整體而言，身體狀況愈佳者對社區照顧各面向及整體理念的同意度，普遍顯著優於身體健康狀況較不佳者（見表 7-3-2）。

表 7-3-2 受訪者宗教、婚姻、年齡及身體狀況對社區照顧理念同意度之影響情形

變項	服務使用前					服務使用後					
	公民權	充權	優勢觀點	生活正常化	整體理念	公民權	充權	優勢觀點	生活正常化	整體理念	
宗教信仰	佛教	85.52	79.70	84.57	90.46	339.61	86.14	80.75	85.45	92.02	343.25
	道教	85.03	81.31	88.50	92.00	346.83	85.08	82.25	88.86	93.83	348.20
	傳統信仰	79.88	74.57	80.26	84.50	319.45	80.08	75.05	80.88	86.15	322.07
	基督宗教	82.64	80.38	84.35	88.68	336.05	82.95	80.62	84.95	89.83	338.02
	無宗教信仰	81.85	76.92	82.00	84.56	324.62	82.78	77.38	81.77	85.85	327.24
	總和	81.95	77.05	82.45	86.90	328.38	82.39	77.75	83.15	88.51	331.47
	F 值	.44	2.391	2.256	1.942	1.799	1.063	2.905*	2.795*	1.656	2.384
婚姻狀況	未婚	73.94	71.41	75.68	78.50	299.53	75.88	71.88	75.47	78.59	301.82
	有配偶或同居	83.76	78.96	83.49	87.86	333.91	84.31	80.55	84.56	89.76	338.29
	離婚或分居	76.94	68.35	77.41	82.35	305.06	78.35	70.00	78.47	82.44	309.06
	喪偶	81.52	76.44	82.59	87.24	328.03	81.64	76.37	83.06	88.82	329.94
	總和	81.90	76.98	82.44	86.88	328.21	82.33	77.66	83.13	88.47	331.26

表 7-3-2 受訪者宗教、婚姻、年齡及身體狀況對社區照顧理念同意度之影響情形

變項	服務使用前					服務使用後					
	公民權	充權	優勢觀點	生活正常化	整體理念	公民權	充權	優勢觀點	生活正常化	整體理念	
F 值	7.246*** G2,4>G1	5.616** G2>G1,G3	4.39** G2,G4>G1	5.995*** G2,G4>G1	6.457*** G2,G4>G1	5.92** G2>G1	7.434*** G2>G1,G3 G2>G4	5.331** G2,G4>G1	8.28*** G2,G4>G1	7.02*** G2,G4>G1	
年齡	65歲以下	78.74	75.30	78.93	82.45	315.77	80.49	76.93	80.16	84.50	320.39
	65-74 歲	85.21	80.37	84.70	88.50	338.82	85.49	81.38	85.57	90.82	343.46
	75-84 歲	82.14	76.96	83.26	88.54	330.79	82.05	77.35	83.71	89.93	332.48
	85 歲以上	78.64	72.69	79.42	83.75	314.50	79.49	72.77	79.95	84.25	316.70
	總和	81.93	76.98	82.41	86.86	328.18	82.36	77.67	83.10	88.47	331.23
	F 值	7.983*** G2>G1,4	6.73*** G2>G4	5.978** G2>G1,4	7.84*** G2,G3>G1 G3>G4	7.618*** G2>G1, G4 G3>G4	5.911** G2>G1, G4	7.526*** G2>G4	5.371** G2>G1, G4	8.812*** G2>G1,G4 G3>G1, G4	7.93*** G2>G1, G4
身體狀況	身體健康，生活自理能力佳	88.50	84.01	89.56	94.47	356.50	88.51	84.84	90.59	96.30	359.39
	身體不佳，但尚不至影響日常生活	82.21	77.62	83.19	87.28	330.48	82.04	78.22	83.67	88.82	333.64
	身體不佳，部分生活需仰賴他人協助	75.46	70.38	75.18	79.50	300.33	77.47	71.55	75.93	81.78	306.66
	身體不佳，多數生活需仰賴他人協助	66.88	58.96	65.68	69.16	260.26	67.88	58.16	65.76	69.14	261.22
	總和	81.94	77.01	82.45	86.87	328.29	82.38	77.69	83.14	88.47	331.35
	F 值	80.307*** G1>G2>G3>G4	79.284*** G1>G2>G3>G4	99.239*** G1>G2>G3>G4	119.506*** G1>G2>G3>G4	120.957*** G1>G2>G3>G4	64.623*** G1>G2>G3>G4	81.11*** G1>G2>G3>G4	99.297*** G1>G2>G3>G4	122.138*** G1>G2>G3>G4	112.174*** G1>G2>G3>G4

註：\* p<.05 \*\* p<.01 \*\*\* p<.001

註 1：傳統宗教包含一貫道及民間信仰；基督宗教包含基督教及天主教。

## 二、家庭、居住型態及經濟狀況之社區照顧理念之差異/變異分析

### (一) 家庭型態、居住型態與住宅所屬之社區照顧理念差異/變異分析

就家庭型態而言，家庭型態不同在在服務使用前後的皆未達顯著差異，意謂著社區照顧服務的使用，不同家庭的組成型態對於公民權、充權、優勢觀點、生活正常化都沒有顯著的不同（見表 7-3-3）。

就居住型態而言，居住型態不同在服務使用前的「公民權」(F=8.394, p<.001；F=8.199, p<.001)、「充權」(F=3.961, p<.01；F=4.881, p<.001)、「優勢觀點」(F=3.993, p<.01；F=4.195, p<.01)、「整體理念」(F=4.544, p<.001；F=4.508, p<.001) 同意

度，達到統計上之顯著水準。經事後比較分析之結果顯示，與配偶和子女同住者、僅與配偶同住者、僅與子女同住者及獨居者之同意度顯著高於獨居者（見表 7-3-3）。

就住宅所屬而言，住宅所屬不同在在服務使用前後的「公民權」（ $F=2.806$ ， $p<.05$ ； $F=2.579$ ， $p<.05$ ）、「充權」（ $F=2.89$ ， $p<.05$ ； $F=3.731$ ， $p<.05$ ）、「優勢觀點」（ $F=4.877$ ， $p<.01$ ； $F=5.199$ ， $p<.001$ ）、「生活正常化」（ $F=5.011$ ， $p<.01$ ； $F=5.205$ ， $p<.001$ ）、「整體理念」（ $F=4.034$ ， $p<.01$ ； $F=4.668$ ， $p<.01$ ）同意度，達到統計上之顯著水準。經事後比較分析之結果顯示，自有住宅者在服務使用前的優勢觀點、生活正常化、整體理念及服務使用後的優勢觀點、生活正常化之同意度顯著高於住宅為租押者；另外服務使用後之生活正常化同意度上，自有住宅者顯著高於不住一起的親屬所擁有住宅者、不住一起的親屬所擁有住宅者也顯著高於住宅為配住者（見表 7-3-3）。

表 7-3-3 受訪者家庭型態、居住型態及住宅所屬對社區照顧理念同意度之變異情形

變項	服務使用前					服務使用後					
	公民權	充權	優勢觀點	生活正常化	整體理念	公民權	充權	優勢觀點	生活正常化	整體理念	
家庭型態	單人家庭	81.95	77.62	82.52	84.94	327.14	82.51	78.27	83.15	86.53	329.79
	夫婦家庭	82.75	76.32	83.51	87.59	329.30	83.56	78.04	84.10	89.09	332.43
	單親家庭	77.90	72.17	78.33	82.23	310.63	79.73	73.43	79.77	83.53	316.47
	核心家庭	82.50	76.45	81.42	87.32	328.40	83.09	77.24	82.60	89.79	332.18
	祖孫家庭	82.25	77.80	81.50	88.55	330.10	82.90	79.95	83.37	91.10	337.11
	三代同堂	81.63	78.11	83.24	87.78	330.87	81.37	77.82	83.41	88.43	332.17
	總和	81.93	77.01	82.38	86.85	328.27	82.36	77.65	83.09	88.38	331.13
	F值	.75	1.051	1.048	1.615	.908	.768	.66	.529	1.786	.638
居住型態	與配偶和子女同住	82.45	77.47	81.76	87.09	328.64	83.82	79.46	83.60	89.95	335.17
	僅與配偶同住	84.87	78.90	83.57	87.00	333.94	84.86	80.14	84.25	88.95	337.71
	僅與子女同住	79.61	75.28	81.67	87.15	323.97	79.90	75.05	81.94	88.05	325.72
	僅與親友同住	69.26	66.58	71.68	77.84	285.37	71.26	68.10	72.16	79.79	291.32

表 7-3-3 受訪者家庭型態、居住型態及住宅所屬對社區照顧理念同意度之變異情形

變項	服務使用前					服務使用後					
	公民權	充權	優勢觀點	生活正常化	整體理念	公民權	充權	優勢觀點	生活正常化	整體理念	
獨居	85.05	79.49	84.97	87.35	336.96	85.49	80.22	85.69	89.07	339.48	
其他	80.58	76.95	82.05	87.37	326.95	77.84	76.42	80.79	86.58	321.63	
總和	81.95	77.03	82.45	86.88	328.33	82.38	77.71	83.15	88.47	331.39	
F 值	8.394*** G1,G2,G3, G5>G4 G2>G3	3.961** G1,G2,G5, G6>G4	3.993** G2,G5>G4	1.89	4.544*** G2,G3,G5> G4	8.199*** G1,G2,G5> G4 G2>G3 G2>G5	4.881*** PH未顯著	4.195** G1,G2,G5> G4	2.061	4.508*** G1,G2,G5> G4	
住宅所屬	自有	82.40	77.51	83.00	87.47	330.31	82.77	78.25	83.70	89.07	333.53
	不住一起的親屬所擁有	83.31	78.38	86.63	91.13	339.44	84.25	80.88	88.44	95.88	349.44
	租押	77.36	72.35	75.87	79.60	306.37	79.13	72.70	76.60	82.00	310.86
	配住	84.50	80.00	85.11	87.00	335.00	83.57	78.78	84.33	85.11	331.78
	借用	75.07	68.13	74.93	81.13	299.27	74.00	66.73	74.47	81.00	296.20
	總和	81.91	76.98	82.41	86.83	328.15	82.34	77.66	83.09	88.47	331.33
	F 值	2.806* PH未顯著	2.89* PH未顯著	4.877** G1>G3	5.011** G1>G3	4.034** G1>G3	2.579* PH未顯著	3.731* PH未顯著	5.199*** G1>G3	5.205*** G1>G2,G3 G2>G4	4.668** PH未顯著

註：\* p&lt;.05 \*\* p&lt;.01 \*\*\* p&lt;.001

## (二) 家庭經濟狀況之社區照顧理念差異/變異分析

就主要經濟來源而言，主要經濟來源不同在服務使用前後的「公民權」(F=11.608, p<.001; F=10.526, p<.001)、「充權」(F=11.626, p<.001; F=11.248, p<.001)、「優勢觀點」(F=5.675, p<.001; F=5.637, p<.001)、「生活正常化」(F=5.744, p<.001; F=6.858, p<.001)、「整體理念」(F=9.981, p<.001; F=10.052, p<.001) 同意度，達到統計上之顯著水準。經事後比較分析結果顯示，在服務使用前後的公民權、充權及整體理念同意度上，收入來自自己工作或既有存款、退休金、投資者顯著高於其餘類別；顯示經濟來源是否來自自己對於社區照顧整體理念有顯著的影響（見表 7-3-4）。

就家庭平均月所得而言，家庭平均月所得在服務使用前的「公民權」(F=3.69, p<.05) 同意度，達到統計上之顯著水準；經事後比較分析之結果顯示，家庭收入在 2 萬元至未滿 4 萬元者同意度顯著高於未 2 萬元者（見表 7-3-4）。

表 7-3-4 受訪者主要經濟來源及家庭平均月所得對社區照顧理念同意度之變異情形

變項	服務使用前					服務使用後					
	公民權	充權	優勢觀點	生活正常化	整體理念	公民權	充權	優勢觀點	生活正常化	整體理念	
主要經濟來源	自己工作或營業收入	87.72	86.72	87.33	90.26	351.29	88.44	87.33	87.75	93.11	356.64
	配偶或同居人提供	82.25	79.36	82.76	90.20	334.04	82.96	80.48	84.08	90.96	338.48
	自己儲蓄、利息、租金或投資所得	89.06	83.69	87.71	90.57	351.03	89.91	83.74	88.94	91.80	354.40
	自己退休金、撫恤金或保險給付	86.94	81.52	85.82	90.12	344.88	86.77	82.61	86.32	92.12	346.92
	子女奉養(含媳婦、女婿)	80.14	75.20	81.42	86.60	323.76	80.47	75.77	82.14	88.23	326.95
	來自政府救助或津貼	78.43	72.02	78.80	81.64	309.46	79.31	72.41	79.05	82.18	310.28
	總和	82.03	77.08	82.52	86.97	328.62	82.45	77.73	83.18	88.53	331.53
	F值	11.608*** G1,G2>G6 G3>G4 G4>G5, G6	11.626*** G1,G3,G4,G6> G5 G1>G6	5.675*** G4>G6	5.744*** G4>G6	9.981*** G1,G3,G4>G6 G4>G5	10.526*** G1,G3,G4>G5 G1,G3,G4>G6	11.248*** G1,G4>G5 G1,G3,G4>G6	5.637*** G3,G4>G6	6.858*** G1>G5 G4,G5>G6	10.052*** G1,G4>G5 G1,G3,G4>G6
家庭平均月所得	未滿2萬元	76.53	72.93	78.40	83.23	310.10	76.63	72.28	77.73	84.07	310.79
	2萬元至未滿4萬元	84.42	76.63	82.66	89.25	333.83	82.08	74.75	81.96	89.72	329.50
	4萬元至未滿6萬元	80.02	77.93	79.97	86.67	325.32	81.00	78.11	80.58	88.02	326.70
	6萬元以上者	81.69	79.10	82.08	88.28	331.76	80.47	76.33	80.47	87.13	324.89
	總和	80.99	77.02	80.88	87.14	326.49	80.44	75.85	80.45	87.58	324.30
	F值	3.69** G2>G1	1.702	1.347	2.040	2.662	1.51	1.633	.977	1.852	1.584

註：\* p&lt;.05 \*\* p&lt;.01 \*\*\* p&lt;.001

### 三、 居住社區及服務使用情形之社區照顧理念差異/變異分析

#### (一) 居住社區之社區照顧理念差異/變異分析

就居住之社區型態而言，社區型態不同在服務使用前的「充權」(F=2.858,  $p<.05$ )、「優勢觀點」(F=4.152,  $p<.01$ )、「生活正常化」(F=5.751,  $p<.01$ )、「整體理念」(F=4.19,  $p<.01$ ) 同意度，達到統計上之顯著水準。經事後比較分析之結果顯示，鄉村型者之同意度顯著高於市鄉混和型。就居住時間而言，居住時間不同在服務使用前的「生活正常化」(t=-2.024,  $p<.05$ ) 同意度之差異，達到統計上之顯著水準，世居者顯著高於遷入者。

就接受服務時間而言，接受服務時間不同在服務使用前後的「公民權」(F=3.441,  $p<.01$ ; F=4.437,  $p<.01$ )、「充權」(F=3.010,  $p<.05$ ; F=6.609,  $p<.001$ )、「優勢觀點」(F=3.334,  $p<.05$ ; F=6.991,  $p<.001$ )、「整體理念」(F=3.163,  $p<.05$ ; F=7.073,  $p<.001$ ) 同意度，達到統計上之顯著水準；另外服務使用後之「生活正常化」(F=4.879,  $p<.01$ ) 同意度也達顯著水準。經事後比較分析之結果顯示，接受服務達 25 個月以上者在服務使用後之公民權、充權、優勢觀點及整體理念同意度顯高於低於 6 個月以下者（見表 7-3-5）

就每週接受服務時數而言，接受服務時數不同在服務使用前的「公民權」(F=4.034,  $p<.01$ )、「優勢觀點」(F=3.261,  $p<.05$ ) 及「整體理念」(F=2.55,  $p<.05$ ) 同意度之變異情形，達到統計上之顯著水準。經事後比較分析之結果顯示，使用時間為未滿 5 小時者之同意度顯著高於使用 5 小時-未滿 15 小時者。受服務時數不同在服務使用後的「公民權」(F=5.481,  $p<.001$ )、「充權」(F=3.794,  $p<.01$ )、「優勢觀點」(F=3.976,  $p<.01$ ) 及「整體理念」(F=3.646,  $p<.01$ ) 同意度之變異情形，達到統計上之顯著水準。經事後比較分析之結果顯示，使用時間為未滿 5 小時者之同意度顯著高於使用 5 小時-未滿 15 小時者及 35 小時-未滿 45 小時者（見表 7-3-5）。

表 7-3-5 受訪者社區區位、居住時間、接受及使用服務間對社區照顧理念之差異/變異情形

變項		服務使用前					服務使用後				
		公民權	充權	優勢觀點	生活正常化	整體理念	公民權	充權	優勢觀點	生活正常化	整體理念
社區地理區位	鄉村型	83.10	77.96	84.51	88.86	334.50	82.40	77.65	84.61	89.59	333.60
	都市型	81.93	77.67	81.52	86.90	328.32	82.69	78.77	82.81	88.86	333.47
	市鄉混合型	79.83	73.72	79.83	83.26	316.12	81.75	75.63	80.62	85.95	323.76
	總和	81.84	76.93	82.39	86.84	328.03	82.28	77.62	83.09	88.44	331.22
	F 值	2.564	2.858 <sup>*</sup> PH 未顯著	4.152 <sup>**</sup> G1>G3	5.751 <sup>**</sup> G1>G3	4.19 <sup>**</sup> G1>G3	.553	1.248	2.53	2.555	.237
居	世居	82.28	77.97	83.48	88.47	332.19	82.26	78.42	83.90	89.98	334.50

表 7-3-5 受訪者社區區位、居住時間、接受及使用服務間對社區照顧理念之差異/變異情形

變項		服務使用前					服務使用後				
		公民權	充權	優勢觀點	生活正常化	整體理念	公民權	充權	優勢觀點	生活正常化	整體理念
住時間	遷入	81.80	76.60	82.00	86.18	326.63	82.44	77.39	82.81	87.79	329.99
	t 值	.428	1.097	1.285	<b>2.024*</b>	1.297	-.159	.796	.924	1.871	1.032
接受服務時間	6個月以下	80.04	74.48	79.72	84.62	319.62	79.61	73.73	79.21	84.95	316.33
	7-12個月	79.42	74.79	81.27	85.67	320.88	79.95	73.71	80.20	86.48	320.95
	13-18個月	81.60	77.86	81.23	86.09	326.85	81.67	77.33	81.73	86.77	325.78
	19-24個月	80.43	75.63	81.66	87.34	324.37	81.31	77.34	82.79	88.59	329.62
	25個月以上	83.97	79.05	84.52	88.32	335.85	84.61	80.72	86.05	90.86	342.19
	總和	82.06	77.18	82.62	86.99	328.89	82.48	77.87	83.30	88.60	331.93
	F 值	<b>3.441**</b> PH未顯著	<b>3.010*</b> PH未顯著	<b>3.334*</b> PH未顯著	1.954	<b>3.163*</b> PH未顯著	<b>4.437**</b> G5>G1	<b>6.609***</b> G5>G1	<b>6.991***</b> G5>G1	<b>4.879**</b> PH未顯著	<b>7.073***</b> G5>G1
服務使用時間	未滿 5 小時	85.79	79.50	85.92	89.08	339.62	86.56	81.49	86.77	91.09	344.73
	5 小時-未滿 15 小時	80.37	75.21	81.17	85.31	322.43	81.06	76.04	82.19	87.39	326.84
	15 小時-未滿 25 小時	80.20	77.07	82.02	85.51	324.80	81.07	78.10	83.88	87.05	328.10
	25 小時-未滿 35 小時	81.63	82.38	84.13	86.75	334.88	83.63	82.38	82.88	87.27	334.67
	35 小時-未滿 45 小時	80.83	76.86	80.80	87.38	326.45	79.29	74.95	79.80	87.17	321.28
	45 小時以上	80.82	76.36	80.22	87.42	325.41	82.28	78.06	81.91	90.45	335.23
	總和	81.92	77.02	82.42	86.84	328.30	82.31	77.67	83.08	88.45	331.24
	F 值	<b>4.034**</b> G1>G2	2.183	<b>3.261**</b> G1>G2	1.749	<b>2.55*</b> G1>G2	<b>5.481***</b> G1>G2 G1>G5	<b>3.794**</b> G1>G2 G1>G5	<b>3.976**</b> G1>G2 G1>G5	1.954	<b>3.646**</b> G1>G2 G1>G5

註：\* p&lt;.05 \*\* p&lt;.01 \*\*\* p&lt;.001

#### 第四節 社區照顧服務對社區照顧理念的影響

本節將採取 Z 檢定方法，分析社區照顧服務使用前、後，服務使用者在社區照顧理念的變化情形，社區照顧理念包括：(1) 公民權：含權利和責任；(2) 充權：含心理充權、社會充權和政治充權；(3) 優勢觀點：含自我認知、復原力和社區資源；(4) 生活正常化：含生理福祉、心理福祉、社會福祉和靈性福祉。

## 一、社區照顧服務對「公民權」的影響

公民權主要區分為兩個次面向：權利（11 個子題）和責任（12 個子題），底下將分別說明使用者在參與社區照顧服務後在各個子題上的變化情形。

### （一）公民權-權利

社區照顧服務使用前後，服務使用者在「公民權-權利」理念的變化上，表 7-4-1 顯示，在 11 個子變項中，多數子變項出現顯著的變化，其中有 6 項朝正向改變，包括：「我可以獲得適當的健康照顧」（ $Z=-11.395^{***}$ ）、我可以獲得適當的生活照顧」（ $Z=-12.765^{***}$ ）、「我可以自在地居住在自己的家裡」（ $Z=-5.529^{***}$ ）、「我可以自由地表達自己的想法」（ $Z=-3.848^{***}$ ）、「我有學習新事務的機會/管道」（ $Z=-11.471^{***}$ ）、「我可以過著安全的生活」（免於剝削和身體或精神的虐待）（ $Z=-2.617^{**}$ ）及「我可以享有個人的隱私權」（ $Z=-2.062^*$ ）。這些現象顯出社區照顧對「公民權-權利」理念的實踐有一定程度的助益。

表7-4-1 社區照顧服務使用前後「公民權 – 權利」的變化情形 (N=626)

	個數	等級平均數	等級總和	Z檢定	p值
我的所得可以維持基本生活所需	負等級	35	39.79	-1.587	.113
	正等級	31	26.40		
	等值結	559	818.50		
我可以獲得適當的健康照顧	負等級	16	103.84	<b>-11.395</b>	<b>.000</b>
	正等級	195	106.18		
	等值結	415	20704.50		
我可以獲得適當的生活照顧	負等級	13	115.77	<b>-12.765</b>	<b>.000</b>
	正等級	225	119.72		
	等值結	388	26936.00		
我可以自在地居住在自己的家裡	負等級	12	52.75	<b>-5.529</b>	<b>.000</b>
	正等級	72	40.79		
	等值結	542	633.00		
我可以自在地參與社區的活動（如：宗教活動、傳統習俗）	負等級	47	54.69	-1.315	.188
	正等級	47	40.31		
	等值結	532	1894.50		
我可以自由地表達自己的想法	負等級	14	28.00	<b>-3.848</b>	<b>.000</b>
	正等級	44	29.98		
	等值結	566	392.00		
我可以選擇自己想要的生活方式	負等級	44	55.80	-1.478	.139
	正等級	47	36.83		
	等值結	533	2455.00		

表7-4-1 社區照顧服務使用前後「公民權 - 權利」的變化情形 (N=626)

		個數	等級平均數	等級總和	Z檢定	p值
我有學習新事務的機會/管道	負等級	17	95.41	1622.00	-11.471	.000
	正等級	205	112.83	23131.00		
	等值結	403				
我可以過著安全的生活(免於剝削和身體或精神的虐待)	負等級	19	28.68	545.00	-2.617	.009
	正等級	39	29.90	1166.00		
	等值結	568				
我可以享有個人的隱私權	負等級	10	15.05	150.50	-2.062	.039
	正等級	21	16.45	345.50		
	等值結	595				
我能夠獲得他人/社會公平的對待	負等級	15	25.87	388.00	-1.088	.276
	正等級	28	19.93	558.00		
	等值結	583				

註1 負等級：服務使用後的同意程度 < 服務使用前的同意程度；正等級：服務使用後的同意程度 > 服務使用前的同意程度；等值結：服務使用後的同意程度 = 服務使用前的同意程度。

註2 \*p<.05；\*\*p<.01；\*\*\*p<.001。

## (二) 公民權-責任

社區照顧服務使用前後，服務使用者在「公民權-責任」理念的變化上，表7-4-2顯示，在12個子變項中，多數子變項出現顯著的變化，其中有6項朝負向改變，包括：「我有責任維持個人經濟上的自立自主」(Z=-5.437<sup>\*\*\*</sup>)、「我可以維持個人經濟上的自立自主」(Z=-5.777<sup>\*\*\*</sup>)、「我有責任維持家庭的經濟收入」(Z=-6.826<sup>\*\*\*</sup>)、「我對家庭的經濟是有貢獻的」(Z=-6.698<sup>\*\*\*</sup>)、「我有責任讓家庭生活變得更好」(Z=-14.146<sup>\*\*\*</sup>)以及「我對家庭生活是有貢獻的」(Z=-6.286<sup>\*\*\*</sup>)。這些變化現象彰顯出，社區照顧對「公民權-責任」理念的實踐，不僅無法有正面的助益，反而朝「負向」發展，這或許反映出服務使用者對自己在健康和經濟功能退化的無力感，且衍生出對家庭和社會之貢獻的無奈。

表7-4-2 社區照顧服務使用前後「公民權 - 責任」的變化情形 (N=626)

		個數	等級平均數	等級總和	Z檢定	p值
我有責任維持自己的身心健康	負等級	18	25.44	458.00	-.714	.475
	正等級	27	21.37	577.00		
	等值結	581				
我可以照顧好自己的身心健康	負等級	44	63.86	2810.00	-1.219	.223
	正等級	55	38.91	2140.00		
	等值結	526				
我有責任維持個人經濟	負等級	48	36.29	1742.00	-5.437	.000

表7-4-2 社區照顧服務使用前後「公民權 - 責任」的變化情形 (N=626)

		個數	等級平均數	等級總和	Z檢定	p值
上的自立自主	正等級	14	15.07	211.00		
	等值結	564				
我可以維持個人經濟上的自立自主	負等級	53	33.75	1789.00	<b>-5.777</b>	<b>.000</b>
	正等級	9	18.22	164.00		
	等值結	564				
我有責任維持家庭的經濟收入	負等級	79	51.74	4087.50	<b>-6.826</b>	<b>.000</b>
	正等級	16	29.53	472.50		
	等值結	531				
我對家庭的經濟是有貢獻的	負等級	78	50.03	3902.00	<b>-6.698</b>	<b>.000</b>
	正等級	15	31.27	469.00		
	等值結	533				
我有責任讓家庭生活變得更好	負等級	299	177.58	53097.50	<b>-14.146</b>	<b>.000</b>
	正等級	37	95.09	3518.50		
	等值結	290				
我對家庭生活是有貢獻的	負等級	68	43.13	2932.50	<b>-6.286</b>	<b>.000</b>
	正等級	12	25.63	307.50		
	等值結	546				
我有責任讓社區變得更好	負等級	77	51.93	3998.50	-.550	.583
	正等級	19	34.61	657.50		
	等值結	530				
我對社區是有貢獻的	負等級	20	33.08	33.08	-1.580	.114
	正等級	38	27.62	1049.50		
	等值結	568				
我有責任讓社會變得更美好	負等級	15	18.93	284.00	-.068	.946
	正等級	18	15.39	277.00		
	等值結	593				
我對社會是有貢獻的	負等級	18	19.17	345.00	-.397	.691
	正等級	20	19.80	396.00		
	等值結	588				

註1 負等級：服務使用後的同意程度 < 服務使用前的同意程度；正等級：服務使用後的同意程度 > 服務使用前的同意程度；等值結：服務使用後的同意程度 = 服務使用前的同意程度。

註2 \* p<.05；\*\* p<.01；\*\*\* p<.001。

## 二、 社區照顧服務對「充權」的影響

充權主要區分為三個次面向：心理充權（8 個子題）、社會充權（8 個子題）及政治充權（8 個子題），底下將分別說明使用者在參與社區照顧服務後在各個子題上的變化情形。

### （一）充權-心理充權

在社區照顧服務使用前、後服務使用者在「充權-心理充權」理念的變化上，表 7-4-3 顯示，在 8 個子變項中有 5 項在服務使用前、後出現顯著的變化，且皆朝負向發展，包括：「我能夠適應目前的生活環境」（ $Z=-3.182^{**}$ ）、「我無法對抗年邁/身體缺陷帶來的衝擊」（ $Z=-4.259^{***}$ ）、「我有勇氣面對生活中困難的事情」（ $Z=-3.798^{***}$ ）、「我可以掌控/主導自己的生活」（ $Z=-2.243^{***}$ ）以及「我覺得我是個沒有用的人」（ $Z=-4.886^{***}$ ）。這些現象彰顯出，社區照顧對「心理充權」的實踐，有正向的幫助與變化，但卻依然無法改變年邁/身體缺陷帶來的衝擊。

表 7-4-3 社區照顧服務使用前後「充權-心理充權」的變化情形

	個數	等級平均數	等級總和	Z檢定	p值
我相信自己有改變生活的能力	負等級	46	83.21	-2.02	.840
	正等級	76	48.36		
	等值結	504	3675.50		
我能夠適應目前的生活環境	負等級	22	57.52	-3.182	.001
	正等級	67	40.89		
	等值結	536	2739.50		
我無法對抗年邁/身體缺陷帶來的衝擊（負向題）	負等級	37	51.97	-4.259	.000
	正等級	80	62.25		
	等值結	509	4980.00		
	總和	39			
日常生活中，我能夠發揮自己的所長	負等級	48	55.88	-1.151	.250
	正等級	538	34.34		
	等值結	12	1648.50		
我有勇氣面對生活中困難的事情	負等級	49	36.75	-3.798	.000
	正等級	565	29.59		
	等值結	38	441.00		
我可以掌控/主導自己的生活	負等級	33	43.75	-2.243	.025
	正等級	553	27.08		
	等值結	37	1662.50		

		個數	等級平均數	等級總和	Z檢定	p值
我覺得我是個沒有用的人（負向題）	負等級	59	27.54	1019.00	<b>-4.886</b>	<b>.000</b>
	正等級	528	61.64	3637.00		
	等值結	30				
我可以採取必要的行動來改善自己的生活	負等級	44	45.80	1374.00	-.075	.940
	正等級	552	31.84	1401.00		
	等值結	46				

註 1 負等級：服務使用後的同意程度 < 服務使用前的同意程度；正等級：服務使用後的同意程度 > 服務使用前的同意程度；等值結：服務使用後的同意程度 = 服務使用前的同意程度。

註 2 \*p<.05；\*\*p<.01；\*\*\*p<.001。

## （二）充權-社會充權

社區照顧服務使用前後，服務使用者在「充權-社會充權」理念的變化上，表 7-4-4 顯示，在 8 個子變項中，有 6 項在服務使用前後出現顯著的變化，且皆朝正向發展，包括：「與他人意見不同時，我能夠做有效的溝通和協調」（ $Z=-5.235^{***}$ ）、「跟他人互動時，我覺得他人能瞭解我的想法/處境」（ $Z=-4.870^{***}$ ）、「我能夠獲得所想要的資訊，以增進選擇的機會」（ $Z=-7.344^{***}$ ）、「我可以和他人分享生活的狀況，並彼此相互支持」（ $Z=-6.853^{***}$ ）、「當我需要協助時，能夠主動向他人提出」（ $Z=-6.915^{***}$ ）以及「當在社區生活中，我有機會表現自己的優勢/專長」（ $Z=-2.786^{**}$ ）。這些現象顯出社區照顧對「充權-社會充權」理念的實踐有一定程度的助益，亦即，能夠增進或強化服務使用者的社會生活能力。

表 7-4-4 社區照顧服務使用前後「充權-社會充權」的變化情形（N=626）

		個數	等級平均數	等級總和	Z檢定	p值
我有權參與自己社區的各項活動	負等級	21	29.21	613.50	-1.557	.120
	正等級	35	28.07	982.50		
	等值結	569				
與他人意見不同時，我能夠做有效的溝通和協調	負等級	5	28.40	142.00	<b>-5.235</b>	<b>.000</b>
	正等級	44	24.61	1083.00		
	等值結	577				
跟他人互動時，我覺得他人能瞭解我的想法/處境	負等級	6	30.50	183.00	<b>-4.870</b>	<b>.000</b>
	正等級	45	25.40	1143.00		
	等值結	575				
我能夠獲得所想要的資訊，以增進選擇的機會	負等級	10	58.80	588.00	<b>-7.344</b>	<b>.000</b>
	正等級	95	52.39	4977.00		
	等值結	521				
我可以和他人分享生	負等級	14	98.43	1378.00	<b>-6.853</b>	<b>.000</b>

		個數	等級平均數	等級總和	Z檢定	p值
活的狀況，並彼此相互支持	正等級	114	60.33	6878.00		
	等值結	498				
當我需要協助時，能夠主動向他人提出	負等級	13	54.15	704.00	<b>-6.915</b>	<b>.000</b>
	正等級	89	51.11	4549.00		
	等值結	524				
在社區生活中，我有機會表現自己的優勢/專長	負等級	23	37.20	855.50	<b>-2.786</b>	<b>.005</b>
	正等級	50	36.91	1845.50		
	等值結	553				
在社區生活中，我可以維護自己的利益	負等級	12	13.13	157.50	-1.112	.266
	正等級	16	15.53	248.50		
	等值結	598				

註1 負等級：服務使用後的同意程度 < 服務使用前的同意程度；正等級：服務使用後的同意程度 > 服務使用前的同意程度；等值結：服務使用後的同意程度 = 服務使用前的同意程度。

註2 \*p<.05；\*\*p<.01；\*\*\*p<.001。

### (三) 充權-政治充權

社區照顧服務使用前後，服務使用者在「充權 – 政治充權」理念的變化上，表 7-4-5 顯示，在 8 個子變項中，有 2 項在服務使用前後出現顯著的變化，且朝正向發展，包括：「我相信透過參加集體行動，可以改善社區的問題」(Z=-4.144<sup>\*\*\*</sup>) 及「我有適當的管道表達對社區事務的關心」(Z=-3.862<sup>\*\*\*</sup>)；有 1 個項在服務使用前後出現顯著的變化，且朝負向發展：「我願意為社會不公不義的事情挺身而出」(Z=-2.103<sup>\*</sup>)。

表 7-4-5 社區照顧服務使用前後「充權 – 政治充權」的變化情形 (N=626)

		個數	等級平均數	等級總和	Z檢定	p值
我會想要改變社區的環境	負等級	19	38.08	723.50	-1.277	.202
	正等級	40	26.16	1046.50		
	等值結	567				
我相信透過參加集體行動，可以改善社區的問題	負等級	10	36.50	365.00	<b>-4.144</b>	<b>.000</b>
	正等級	49	28.67	1405.00		
	等值結	567				
我有適當的管道表達對社區事務的關心	負等級	15	37.23	558.50	<b>-3.862</b>	<b>.000</b>
	正等級	53	33.73	1787.50		
	等值結	558				
我曾參與討論社區重要的事務	負等級	23	39.07	898.50	-1.887	.059
	正等級	46	32.97	1516.50		

	個數	等級平均數	等級總和	Z檢定	p值	
等值結	557					
我會想要改變社會環境	負等級	18	23.58	424.50	-.082	.935
	正等級	23	18.98	436.50		
我有適當的管道表達對社會事務的關心	負等級	16	26.88	430.00	-.791	.429
	正等級	28	20.00	560.00		
我願意為社會不公不義的事情挺身而出	負等級	24	28.00	672.00	<b>-2.103</b>	<b>.035</b>
	正等級	20	15.90	318.00		
	等值結	580				
我曾為社會不公不義的事情挺身而出	負等級	19	28.79	691.00	-1.675	.094
	正等級	40	17.73	390.00		
	等值結	567				

註1 負等級：服務使用後的同意程度<服務使用前的同意程度；正等級：服務使用後的同意程度>服務使用前的同意程度；等值結：服務使用後的同意程度=服務使用前的同意程度。

註2 \*p<.05；\*\*p<.01；\*\*\*p<.001。

### 三、社區照顧服務對「優勢觀點」的影響

優勢觀點主要區分為三個次面向：自我認知(8個子題)、復原力(8個子題)及社區資源(8個子題)，底下將分別說明使用者在參與社區照顧服務後在各個子題上的變化情形。

#### (一) 優勢-自我認知

社區照顧服務使用前後，服務使用者在「優勢-自我認知」理念的變化上，表7-4-6顯示，在8個子變項中，有5個子項出現顯著的負向發展變化，包括：「我喜歡自己現在這樣子」(Z=-4.206\*\*\*)、「我可以為自己的行為負責」(Z=-2.750\*\*)、「我覺得沒有能力對許多事情做決定」(Z=-4.132\*\*\*)、「我覺得我只能維持現在這個樣子」(Z=-4.00\*\*\*)及「我過著快樂的日子/生活」(Z=-6.261\*\*\*)有2項在服務使用前後出現顯著的變化，且朝正向發展，包括：「我認為自己有能力幫助別人」(Z=-2.675\*\*)及「我會思考怎樣讓自己的生活變得更有意義」(Z=-2.028\*)。這些現象彰顯出，社區照顧服務對「優勢-自我認知」理念的實踐，正負向影響皆有。

表7-4-6 社區照顧服務使用前、後在「優勢-自我認知」的變化情形(N=626)

	個數	等級平均數	等級總和	Z檢定	p值
負等級	25	80.06	2001.50	<b>-4.206</b>	<b>.000</b>
我喜歡自己現在這樣子 正等級	92	53.28	4901.50		
等值結	508				

表 7-4-6 社區照顧服務使用前、後在「優勢-自我認知」的變化情形 (N=626)

		個數	等級平均數	等級總和	Z檢定	p值
我可以為自己的行為負責	負等級	9	30.00	270.00	<b>-2.750</b>	<b>.006</b>
	正等級	35	20.57	720.00		
	等值結	578				
我覺得沒有能力對許多事情做決定 (負向題)	負等級	23	36.91	849.00	<b>-4.132</b>	<b>.000</b>
	正等級	60	43.95	2637.00		
	等值結	543				
我覺得我只能維持現在這個樣子 (負向題)	負等級	33	43.35	1430.50	<b>-4.000</b>	<b>.000</b>
	正等級	68	54.71	3720.50		
	等值結	525				
我過著快樂的日子/生活	負等級	26	100.44	2611.50	<b>-6.261</b>	<b>.000</b>
	正等級	126	71.56	9016.50		
	等值結	474				
我認為自己有能力幫助別人	負等級	52	60.72	3157.50	<b>-2.675</b>	<b>.007</b>
	正等級	46	36.82	1693.50		
	等值結	527				
我會思考怎樣讓自己的生活變得更有意義	負等級	26	39.33	1022.50	<b>-2.028</b>	<b>.043</b>
	正等級	48	36.51	1752.50		
	等值結	551				
我擔心未來的日子怎麼過 (負向題)	負等級	41	37.93	1555.00	-.318	.751
	正等級	39	43.21	1685.00		
	等值結	545				

註 1 負等級：服務使用後的同意程度 < 服務使用前的同意程度；正等級：服務使用後的同意程度 > 服務使用前的同意程度；等值結：服務使用後的同意程度 = 服務使用前的同意程度。

註 2 \*p<.05；\*\*p<.01；\*\*\*p<.001。

## (二) 優勢-復原力

社區照顧服務使用前後，服務使用者「優勢觀點-復原力」理念的變化上，表 7-4-7 顯示，在 8 個子變項中，有 4 項在服務使用前後出現顯著的變化，其中，「我會努力照顧好自己的生活起居」(Z=-2.577\*)、「我會想辦法克服身體功能退化/缺陷造成的不便」(Z=-2.859\*\*)、「儘管年邁/身體有缺陷，我仍想要對社區有所貢獻」(Z=-2.092\*)及「儘管年邁/身體有缺陷，我仍樂於學習新的事務」(Z=-6.62\*\*)、朝向正發展，「我會勇於面對挫折」(Z=-1.972\*)朝負向發展。這現象突顯出服務使用者對維繫自己身體的功能有期待，但仍會有許多面臨年邁的挫折感。

表7-4-7 社區照顧服務使用前後「優勢-復原力」的變化情形 (N=626)

	個數	等級平均數	等級總和	Z檢定	p值	
我會努力照顧好自己的生活起居	負等級	14	40.11	561.50	<b>-2.577</b>	.010
	正等級	45	26.86	1208.50		
	等值結	567				
我會想辦法克服身體功能退化/缺陷造成的不便	負等級	13	30.58	397.50	<b>-2.859</b>	.004
	正等級	39	25.14	980.50		
	等值結	574				
儘管年邁/身體有缺陷,我仍想要對家庭有所貢獻	負等級	20	31.43	628.50	-.710	.478
	正等級	27	18.50	499.50		
	等值結	579				
儘管年邁/身體有缺陷,我仍想要對社區有所貢獻	負等級	17	28.94	492.00	<b>-2.092</b>	.036
	正等級	36	26.08	939.00		
	等值結	573				
儘管年邁/身體有缺陷,我仍樂於學習新的事務	負等級	18	83.56	1504.00	<b>-6.620</b>	.000
	正等級	112	62.60	7011.00		
	等值結	496				
儘管年邁/身體有缺陷,我還是有夢想要實現的	負等級	27	39.19	1058.00	-.937	.349
	正等級	42	32.31	1357.00		
	等值結	557				
當別人用異樣眼光看我時,我會覺得無奈(負向題)	負等級	26	23.79	618.50	-.062	.951
	正等級	23	26.37	606.50		
	等值結	576				
我會勇於面對挫折	負等級	62	30.25	484.00	<b>-1.972</b>	.049
	正等級	16	24.83	894.00		
	等值結	548				

註1 負等級：服務使用後的同意程度<服務使用前的同意程度；正等級：服務使用後的同意程度>服務使用前的同意程度；等值結：服務使用後的同意程度=服務使用前的同意程度。

註2 \*p<.05；\*\*p<.01；\*\*\*p<.001。

### (三) 優勢-社區資源

社區照顧服務使用前後，服務使用者「優勢-社區資源」理念的變化上，表7-4-8顯示，在8個子變項中，有5個變項在服務使用前後出現顯著的變化，包含：「社區居民彼此相互信任」(Z=-3.468<sup>\*\*</sup>)、「社區居民對社區有良好的向心力」(Z=-2.305<sup>\*</sup>)、「社區擁有良好的生活機能,如商店、醫院、市場…」(Z=-3.464<sup>\*\*</sup>)、「社區能提供居民各種學習的機會或管道」(Z=-4.522<sup>\*\*\*</sup>)及「社區能提供弱勢

者適切的服務」(Z=-3.439\*\*)，且朝向較正向的感受。這或許顯示社區照顧的參與，略有助於「優勢-社區資源」理念的實踐，亦即，可增進服務使用者對社區資源的認識。

表7-4-8 社區照顧服務使用前後「優勢-社區資源」的變化情形 (N=626)

	個數	等級平均數	等級總和	Z檢定	p值	
社區居民彼此相互信任	負等級	9	24.89	224.00	<b>-3.468</b>	.001
	正等級	35	21.89	766.00		
	等值結	580				
社區居民遵守社區的規範/風俗習慣	負等級	11	20.18	222.00	-1.121	.262
	正等級	22	15.41	339.00		
	等值結	593				
社區居民彼此來往密切	負等級	24	29.25	702.00	-1.224	.221
	正等級	24	19.75	474.00		
	等值結	578				
如果有人遭遇困難，社區居民會相互幫忙	負等級	14	23.93	335.00	-.269	.788
	正等級	23	16.00	368.00		
	等值結	589				
社區居民對社區有良好的向心力	負等級	14	26.04	364.50	<b>-2.305</b>	.021
	正等級	33	23.14	763.50		
	等值結	579				
社區擁有良好的生活機能，如商店、醫院、市場...	負等級	6	14.58	87.50	<b>-3.464</b>	.001
	正等級	26	16.94	440.50		
	等值結	594				
社區能提供居民各種學習的機會或管道	負等級	6	21.83	131.00	<b>-4.522</b>	.000
	正等級	39	23.18	904.00		
	等值結	580				
社區能提供弱勢者適切的服務	負等級	8	19.25	154.00	<b>-3.439</b>	.001
	正等級	31	20.19	626.00		
	等值結	586				

註1 負等級：服務使用後的同意程度<服務使用前的同意程度；正等級：服務使用後的同意程度>服務使用前的同意程度；等值結：服務使用後的同意程度=服務使用前的同意程度。

註2 \*p<.05；\*\*p<.01；\*\*\*p<.001。

#### 四、社區照顧服務對「生活正常化」的影響

生活正常化主要區分為四個次面向：生理福祉（6個子題）、心理福祉（5個子題）、社會福祉（5個子題）及靈性福祉（8個子題），底下將分別說明使用者

在參與社區照顧服務後在各個子題上的變化情形。

### (一) 生活正常化-生理福祉

社區照顧服務使用前後，服務使用者「生活正常化-生理層次」理念的變化上，表 7-4-9 顯示，在 6 個子變項中，有 4 項在服務使用前後出現顯著的變化，其中僅有 2 項朝正向發展，該子題為「我可以維持正常飲食」(Z=-5.504<sup>\*\*\*</sup>)及「我可以維持日常活動」(Z=-3.83<sup>\*\*\*</sup>)；另有 2 子題朝負向發展，包括：「我的性生活是正常的」(Z=-4.924<sup>\*\*\*</sup>)及「我的身體是健康的」(Z=-4.564<sup>\*\*\*</sup>)。這些變化顯示出社區照顧對「生活正常化-生理福祉」的實踐須視其性質而定，在維持基本的飲食上，有正向的助益，但在身體功能的維繫上的貢獻仍有限。

表7-4-9 社區照顧服務使用前後「生活正常化 - 生理福祉」的變化情形 (N=626)

		個數	等級平均數	等級總和	Z檢定	p值
我可以維持正常飲食	負等級	11	35.68	392.50	<b>-5.504</b>	<b>.000</b>
	正等級	61	36.65	2235.50		
	等值結	554				
我有足以維持生活所需的衣物	負等級	6	11.75	70.50	-1.719	.086
	正等級	15	10.70	160.50		
	等值結	604				
我有符合生活所需的住處	負等級	12	14.67	176.00	-.931	.352
	正等級	17	15.24	259.00		
	等值結	596				
我可以維持日常活動	負等級	17	41.71	709.00	<b>-3.830</b>	<b>.000</b>
	正等級	57	36.25	2066.00		
	等值結	549				
我的性生活是正常的	負等級	49	32.88	1611.00	<b>-4.924</b>	<b>.000</b>
	正等級	12	23.33	280.00		
	等值結	565				
我的身體是健康的	負等級	84	79.73	6697.50	<b>-4.564</b>	<b>.000</b>
	正等級	52	50.36	2618.50		
	等值結	489				

註 1 負等級：服務使用後的同意程度 < 服務使用前的同意程度；正等級：服務使用後的同意程度 > 服務使用前的同意程度；等值結：服務使用後的同意程度 = 服務使用前的同意程度。

註 2 \*p<.05；\*\*p<.01；\*\*\*p<.001。

## (二) 生活正常化-心理福祉

社區照顧服務使用前後，服務使用者「生活正常化-心理福祉」理念的變化上，表 7-4-10 顯示，在 5 個子變項中，僅有 1 項在服務使用前後出現顯著正向發展，該子題為「我能夠獲得家人的關心」(Z=-3.59<sup>\*\*\*</sup>) 另有 2 子題朝負向發展，包括：「日常生活裡，我常覺得心情低落/很鬱卒」(Z=-2.995<sup>\*\*</sup>) 及「日常生活裡，我常覺得很多事情讓我擔心或恐懼」(Z=-2.289<sup>\*</sup>)，由於此兩個負等級變化本身為負向題，因此實際上是有所進步，這也代表社區照顧對「生活正常化-生理福祉」的實踐有實際的作用，特別是服務使用者與家人的關係，心情較少低落及不會在生活中產生許多擔心或恐懼。

表7-4-10 社區照顧服務使用前、後在「生活正常化-心理福祉」的變化情形

	個數	等級平均數	等級總和	Z檢定	p值
我能夠獲得家人的關心	負等級	8 <sup>a</sup>	20.94	-3.590	.000
	正等級	32 <sup>b</sup>	20.39		
	等值結	585 <sup>c</sup>	652.50		
我的生活是有目標的	負等級	35 <sup>d</sup>	64.51	-1.756	.079
	正等級	70 <sup>e</sup>	47.24		
	等值結	519 <sup>f</sup>	3307.00		
我常感覺焦慮不安/易於動怒(負向題)	負等級	55 <sup>g</sup>	45.29	-1.636	.102
	正等級	36 <sup>h</sup>	47.08		
	等值結	535 <sup>i</sup>	1695.00		
日常生活裡，我常覺得心情低落/很鬱卒(負向題)	負等級	64 <sup>j</sup>	47.80	-2.995	.003
	正等級	31 <sup>k</sup>	48.40		
	等值結	531 <sup>l</sup>	1500.50		
日常生活裡，我常覺得很多事情讓我擔心或恐懼(負向題)	負等級	61 <sup>m</sup>	46.24	-2.289	.022
	正等級	33 <sup>n</sup>	49.83		
	等值結	532 <sup>o</sup>	1644.50		

註 1 負等級：服務使用後的同意程度 < 服務使用前的同意程度；正等級：服務使用後的同意程度 > 服務使用前的同意程度；等值結：服務使用後的同意程度 = 服務使用前的同意程度。

註 2 \*p<.05；\*\*p<.01；\*\*\*p<.001。

## (三) 生活正常化-社會福祉

社區照顧服務使用前後，服務使用者「生活正常化-社會福祉」理念的變化上，表 7-4-11 顯示，在 5 個子變項中，有 2 項在服務使用前後出現顯著正向發展，包含：「我能夠接納我目前的處境」(Z=-2.055<sup>\*</sup>) 及「我能夠與朋友和樂相處」(Z=-3.812<sup>\*\*\*</sup>)。顯示使用社區照顧服務體系能有效幫助使用者接受現在處境及能與朋友和樂相處。

表7-4-11 社區照顧服務使用前後在「生活正常化－社會福祉」的變化情形  
(N=626)

		個數	等級平均數	等級總和	Z檢定	p值
我能夠接納我目前的處境	負等級	24	50.38	1209.00	<b>-2.055</b>	<b>.040</b>
	正等級	56	36.27	2031.00		
	等值結	546				
我能夠與鄰居和樂相處	負等級	14	24.54	343.50	-1.214	.225
	正等級	27	19.17	517.50		
	等值結	584				
我能夠與朋友和樂相處	負等級	10	32.80	328.00	<b>-3.812</b>	<b>-000</b>
	正等級	44	26.30	1157.00		
	等值結	572				
我覺得他人對我是冷淡的(負向題)	負等級	13	10.27	133.50	-.140	.889
	正等級	10	14.25	142.50		
	等值結	601				
我覺得我遭受到他人的排斥(負向題)	負等級	21	15.90	334.00	-.649	.516
	正等級	13	20.08	261.00		
	等值結	590				

註1 負等級：服務使用後的同意程度<服務使用前的同意程度；正等級：服務使用後的同意程度>服務使用前的同意程度；等值結：服務使用後的同意程度=服務使用前的同意程度。

註2 \*p<.05；\*\*p<.01；\*\*\*p<.001。

#### (四) 生活正常化-靈性福祉

社區照顧服務使用前後，服務使用者在「生活正常化-靈性福祉」理念的變化上，表7-4-12顯示，在8個子變項中，有6項出現顯著的變化，且皆朝正向發展，包含：「我有機會與他人分享知識或技能」(Z=-6.76<sup>\*\*\*</sup>)、「我能夠有發揮自己潛能的機會」(Z=-7.643<sup>\*\*\*</sup>)、「我能夠有機會學習/挑戰新的事務」(Z=-10.684<sup>\*\*\*</sup>)、「我能夠獲得他人的接納/賞識」(Z=-8.048<sup>\*\*\*</sup>)、「我能夠過著有尊嚴的生活」(Z=-2.419<sup>\*</sup>)及「整體而言，我這一生是沒有白活的」(Z=-2.684<sup>\*\*</sup>)。這些變化顯示社區照顧服務對「生活正常化-靈性福祉」理念的實踐，有一定程度的貢獻，亦即，對服務使用者精神生活層次的提昇有較顯著之正面助益。

表7-4-12 社區照顧服務使用前後在「生活正常化－靈性福祉」的變化情形(N=626)

		個數	等級平均數	等級總和	Z檢定	p值
我有機會與他人分享知識或技能	負等級	18	66.72	1201.00	<b>-6.76</b>	<b>.000</b>
	正等級	105	61.19	6425.00		
	等值結	503				
我能夠有從事符合自己	負等級	41	65.67	2692.50	-1.686	.092

表7-4-12 社區照顧服務使用前後在「生活正常化 - 靈性福祉」的變化情形(N=626)

		個數	等級平均數	等級總和	Z檢定	p值
興趣及能力之志願服務的 機會	正等級	73	52.91	3862.50		
	等值結	512				
我能夠有發揮自己潛能的 機會	負等級	21	63.12	1325.50	<b>-7.643</b>	<b>.000</b>
	正等級	118	71.22	8404.50		
等值結	487					
我能夠有機會學習/挑戰 新的事務	負等級	14	75.11	1051.50	<b>-10.684</b>	<b>.000</b>
	正等級	173	95.53	16526.50		
等值結	438					
我能夠獲得他人的接納/ 賞識	負等級	14	88.04	1232.50	<b>-8.048</b>	<b>.000</b>
	正等級	127	69.12	8778.50		
等值結	485					
我能夠過著有尊嚴的生 活	負等級	12	23.67	284.00	<b>-2.419</b>	<b>.016</b>
	正等級	31	21.35	662.00		
等值結	581					
我覺得生活過得沒有意 義（負向題）	負等級	35	31.09	1088.00	-.105	.916
	正等級	30	35.23	1057.00		
等值結	559					
整體而言，我這一生是 沒有白活的	負等級	12	19.54	234.50	<b>-2.684</b>	<b>.007</b>
	正等級	29	21.60	626.50		
等值結	583					

註1 負等級：服務使用後的同意程度<服務使用前的同意程度；正等級：服務使用後的同意程度>服務使用前的同意程度；等值結：服務使用後的同意程度=服務使用前的同意程度。

註2 \*p<.05；\*\*p<.01；\*\*\*p<.001。

## 第五節 社區照顧顧品質與社區照顧理念之相關分析

### 一、受訪者個人基本特性與社區照顧品質之相關分析

就受訪者年齡、接受服務時間、使用服務時間及服務使用前後就醫次數與社區照顧品質之相關程度而言，年齡與社區照顧品質滿意程度過程達顯著負相關；接受服務時間與整體品質重要度、結構面滿意度及整體品質滿意度未呈現顯著相關，使用服務時間與社區照顧重要程度過程面及社區照顧結果面達顯著相關，使用服務前的就醫次數與社區照顧重要程度過程面、結果面達顯著負相關，使用服

務後的就醫次數與社區照顧重要程度過程面達顯著負相關；但相關之程度皆相當微弱（見表 7-5-1）。

表 7-5-1 受訪者個人基本特性與社區照顧品質相關表

社區照顧品質 個人基本特性	重要程度				滿意程度			
	結構面	過程面	結果面	整體品質	結構面	過程面	結果面	整體品質
年齡	-.098	-.069	-.009	-.040	-.055	-.079*	-.004	-.017
接受服務時間 (單位：月)	-.040	-.056	.013	-.040	.010	-.020	.068	.051
使用服務時間 (單位：小時)	.073	.127**	.044	.089	.055	.040	-.104**	.027
服務使用前 就醫次數	.021	-.097*	-.091*	.010	.091	-.031	.043	.068
服務使用後 就醫次數	.034	-.088*	-.068	.025	.081	-.034	.021	.066

## 二、受訪者個人基本特性與社區照顧理念之相關分析

就受訪者年齡、接受服務時間、使用服務時間及服務使用前後就醫次數與服務使用前後的社區照顧理念之相關程度而言，年齡與社區照顧理念相關子面相皆未達顯著相關；在接受服務時間及服務使用前後之社區照顧理念量表全數達顯著相關，並呈現低度正相關；使用服務的時間長短在使用服務前的優勢觀點面向與使用服務後的公民權、優勢觀點及整體理念面向都達顯相關，並呈現微弱負相關；服務使用前後之就醫次數在服務使用前之社區照顧理念量表各面向全數呈現微弱負相關，在服務使用後之就醫次數部分則是除了公民權未有顯著相關外，其餘三個子面向與整體理念也呈現微弱負相關（見表 7-5-2）。

表 7-5-2 受訪者個人基本變項與服務使用前後社區照顧理念相關表

社區照顧理念 個人基本變項	服務使用前					服務使用後				
	公民權	充權	優勢	生活正常化	整體理念	公民權	充權	優勢	生活正常化	整體理念
年齡	.030	-.032	.028	.073	.023	.000	-.066	.014	.033	.001
接受服務時間(月)	.164***	.164***	.193***	.173***	.185***	.157***	.215***	.237***	.209***	.235***
使用服務時間(小時)	-.078	-.014	-.086*	.001	-.041	-.126***	-.076	-.123***	-.040	-.091*
服務使用前 就醫次數	-.087*	-.092*	-.093*	-.100*	-.103*	-.053	-.058	-.063	-.078	-.064
服務使用後 就醫次數	-.117***	-.131***	-.149***	-.147***	-.150***	-.067	-.079*	-.104*	-.095*	-.095*

### 三、 整體社區照顧品質與整體社區照顧理念之相關分析

就受訪者整體社區照顧品質重要度及滿意度與服務使用前後的社區照顧理念之相關程度而言，整體品質重要度與服務使用前後的社區照顧理念呈現低度顯著相關著；整體品質滿意度與服務使用前後的社區照顧理念呈現正相關，亦即，整體社區照顧品質滿意度愈高，服務使用前後的社區照顧理念滿意度則愈高。服務使用前的社區照顧理念與服務使用後的社區照顧理念呈現正相關，亦即，服務使用前的社區照顧理念滿意度愈高，服務使用後的社區照顧理念滿意度亦愈高（見表 7-5-3）。

表 7-5-3 整體社區照顧品質及整體社區照顧理念相關表

	整體品質重要程度	整體品質滿意程度	服務使用前社區照顧理念	服務使用後社區照顧理念
整體品質重要程度	1	.203 <sup>***</sup>	.092	.060
整體品質滿意程度		1	.290 <sup>***</sup>	.369 <sup>***</sup>
服務使用前社區照顧理念			1	.948 <sup>***</sup>
服務使用後社區照顧理念				1

### 四、 社區照顧品質重要程度及滿意程度之相關分析

就受訪者社區照顧品質重要度及滿意度各面向之相關程度而言，滿意程度的結構面與重要程度各面向間的未達顯著相關，亦即，兩者間並無影響；在滿意程度的過程面、結果面、整體品質與重要程度則呈現低度正相關（除滿意程度之結果面與重要程度之結構面未呈現顯著相關外），顯示變項間有低度正向影響，但影響程度並不高（見表 7-5-4）。

表 7-5-4 社區照顧品質重要程度及滿意程度相關表

滿意程度 重要程度		滿意程度			
		結構面	過程面	結果面	整體品質
重要程度	結構面	.077	.187 <sup>***</sup>	.098	.149 <sup>***</sup>
	過程面	.028	.321 <sup>***</sup>	.129 <sup>***</sup>	.181 <sup>***</sup>
	結果面	-.005	.219 <sup>***</sup>	.211 <sup>***</sup>	.114 <sup>*</sup>
	整體社區品質	.057	.255 <sup>***</sup>	.172 <sup>***</sup>	.203 <sup>***</sup>

## 五、社區照顧理念服務使用前及服務使用後各要素之相關分析

就受訪者使用服務前後的社區照顧理念各要素之相關程度而言，服務使用前後的社區照顧理念各要素皆達顯著中度至高度正相關，亦即，服務使用前社區照顧理念各要素之同意程度愈高，服務使用後的社區照顧理念同意程度亦愈高（見表 7-5-5）。

表 7-5-5 社區照顧理念服務使用前後各要素相關表

		使用後	服務使用後			
			公民權	充權	優勢	生活正常化
服務使用前	公民權	.924 <sup>***</sup>	.774 <sup>***</sup>	.740 <sup>***</sup>	.711 <sup>***</sup>	.859 <sup>***</sup>
	充權	.750 <sup>***</sup>	.935 <sup>***</sup>	.780 <sup>***</sup>	.693 <sup>***</sup>	.868 <sup>***</sup>
	優勢	.697 <sup>***</sup>	.786 <sup>***</sup>	.947 <sup>***</sup>	.808 <sup>***</sup>	.889 <sup>***</sup>
	生活正常化	.649 <sup>***</sup>	.700 <sup>***</sup>	.812 <sup>***</sup>	.915 <sup>***</sup>	.844 <sup>***</sup>
	整體理念	.824 <sup>***</sup>	.878 <sup>***</sup>	.899 <sup>***</sup>	.854 <sup>***</sup>	.948 <sup>***</sup>

## 六、社區照顧品質與公民權之相關分析

就受訪者社區照顧品質重要程度及滿意程度與公民權各要素之相關程度而言，社區照顧品質重要程度部分，結果面與服務使用前的公民權-權利、整體公民權，與服務使用後的公民權-權利、責任及整體公民權呈現微弱正相關。社區照顧品質滿意度部分，除服務使用前「公民權-責任」與結構面無顯著相關外，其他皆呈現顯著正相關，亦即社區照顧品質各面向的滿意程度愈高，服務使用前後的公民權同意度則愈高。值得注意的是對品質的滿意度愈高，服務使用後的公民權及其各面向皆呈正相關（見表 7-5-6）。

表 7-5-6 社區照顧品質重要程度及滿意程度與公民權各要素相關表

社區照顧品質		公民權	服務使用前			服務使用後		
			公民權		整體公民權	公民權		整體公民權
			權利	責任		權利	責任	
重要程度	結構面		-.042	.033	.005	-.037	.111*	.066
	過程面		-.009	.106 <sup>***</sup>	.065	.024	.140 <sup>**</sup>	.107 <sup>**</sup>
	結果面		.078	.097*	.100*	.082*	.081*	.093*
	整體社區品質		-.006	.068	.046	-.008	.139 <sup>**</sup>	.099
滿意程度	結構面		.328 <sup>***</sup>	.063	.196 <sup>***</sup>	.397 <sup>***</sup>	.114*	.258 <sup>***</sup>
	過程面		.252 <sup>***</sup>	.142 <sup>***</sup>	.210 <sup>***</sup>	.281 <sup>***</sup>	.219 <sup>***</sup>	.275 <sup>***</sup>
	結果面		.305 <sup>***</sup>	.164 <sup>***</sup>	.250 <sup>***</sup>	.348 <sup>***</sup>	.230 <sup>***</sup>	.314 <sup>***</sup>
	整體社區品質		.408 <sup>***</sup>	.160 <sup>***</sup>	.301 <sup>***</sup>	.463 <sup>***</sup>	.260 <sup>***</sup>	.394 <sup>***</sup>

## 七、社區照顧品質與充權之相關分析

就受訪者社區照顧品質重要程度及滿意程度與充權各要素之相關程度而言，社區照顧品質重要度部分，結構面與服務使用前的政治充權及整體充權，服務使用後的政治充權整體充權；過程面與服務使用前的社會充權、政治充權及整體充權、服務使用後的政治充權與整體充權；整體照顧品質與服務使用前的政治充權及整體充權、服務使用後的政治充權及整體充權呈現顯著微弱或低度正相關，亦即重要程度愈高，受訪者於服務使用前後該面向的同意程度愈高。社區照顧品質的滿意度部分，結構面與服務使用後的心理充權，服務使用後的心理充權、社會充權及政治充權；過程面及整體社區品質與服務使用前後的充權各要素及整體；結果面與服務時用前後的心理充權、社會充權與政治充權…等皆具顯著正相關，且數低度相關（見表 7-5-7）。

表 7-5-7 社區照顧品質重要程度及滿意程度與充權各要素相關表

社區照顧品質		服務使用前				服務使用後			
		充權			整體充權	充權			整體充權
		心理充權	社會充權	政治充權		心理充權	社會充權	政治充權	
重要程度	結構面	.039	.075	.277***	.188***	.019	.037	.227***	.133***
	過程面	.008	.097*	.182***	.121***	-.004	.071	.158***	.096*
	結果面	.064	.076	.040	.069	.028	.070	.041	.053
	整體社區品質	.061	.067	.272***	.191***	.029	.000	.219***	.120*
滿意程度	結構面	.111*	.009	-.080	.004	.233***	.123*	-.044	.109*
	過程面	.131***	.163***	.129***	.164***	.178***	.155***	.125***	.173***
	結果面	.161***	.147***	.029	.119***	.210***	.154***	.046	.150***
	整體社區品質	.208***	.135***	.100*	.179***	.307***	.185***	.115*	.237***

## 八、社區照顧品質與優勢觀點之相關分析

就受訪者社區照顧品質重要程度及滿意程度與優勢觀點各要素之相關程度而言，社區照顧品質之重要度對於服務使用前後的優勢觀點整體僅有結果面對服務使用後對復原力有微弱正相關，亦即，社區照顧品質之重要度對於服務使用前後的優勢觀點的關係是相當有限的。社區照顧品質之滿意度部分，除結構面對於服務時用前後之社區資源、過程面對服務使用前後的自我認知及結果面對服務使用前的自我認知未達顯著相關外，其餘皆達顯著相關，並呈現低度正相關，亦即社區照顧服務使用者的滿意度會微量提升對於優勢觀點的態度與想法（見表 7-5-8）。

表 7-5-8 社區照顧品質重要程度及滿意程度與優勢觀點各要素相關表

優勢觀點 社區照顧品質		服務使用前				服務使用後			
		優勢觀點			整體 優勢觀 點	優勢觀點			整體 優勢觀 點
		自我認 知	復原力	社區資 源		自我認 知	復原力	社區資 源	
重要 程度	結構面	-.017	.065	.044	.041	-.067	.031	.011	-.009
	過程面	-.030	.057	-.004	.006	-.034	.055	.004	.008
	結果面	.041	.068	.036	.056	.028	.083*	.042	.060
	整體社區 品質	-.015	.063	.051	.045	-.046	.049	.035	.017
滿意 程度	結構面	.168***	.102*	.005	.110*	.267***	.110*	.004	.159***
	過程面	.055	.164***	.137***	.136***	.077	.157***	.140***	.145***
	結果面	.077	.180***	.124**	.143***	.107***	.158***	.119***	.147***
	整體社區 品質	.172***	.206***	.125*	.208***	.243***	.192***	.125*	.236***

## 九、 社區照顧品質與生活正常化之相關分析

就受訪者社區照顧品質重要程度及滿意程度與生活正常化各要素及整體之相關程度而言，社區照顧品質之重要程度部分，結構面與服務使用前的社會福祉、服務使用後的心理福祉、社會福祉呈顯著負相關；過程面與服務使用前的社會福祉呈顯著負相關；結果面與服務使用前的生理福祉、心理福祉、靈性福祉及整體生活正常化態度呈顯著正相關；整體社區照顧品質與服務使用前的社會福祉及靈性服只呈顯著相關，前者為負相關，後者為正相關。社區照顧品質滿意程度部分，除結構面與服務使用前靈性福祉、過程面與服務使用前心理福祉、社會福祉及服務使用後的心理福祉未達顯著相關外，其他皆呈顯著正相關；代表社區照顧品質的滿意度提高，能強化正向的生活正常化感受（見表 7-5-9）。

表 7-5-9 社區照顧品質重要程度及滿意程度與生活正常化各要素相關表

生活正常化 社區照顧品質		服務使用前					服務使用後				
		生活正常化				整體 生活正 常化	生活正常化				整體 生活正 常化
		生理福 祉	心理福 祉	社會福 祉	靈性福 祉		生理福 祉	心理福 祉	社會福 祉	靈性福 祉	
重要 程度	結構面	-.091	-.058	-.159***	.075	-.057	-.099	-.102*	-.136***	.041	-.076
	過程面	-.007	-.017	-.094*	.058	-.006	.004	-.043	-.078	.041	-.011
	結果面	.079*	.085*	.041	.080*	.090*	.049	.057	.045	.073	.072
	整體品 質	-.047	-.001	-.117*	.122*	.008	-.078	-.077	-.090	.049	-.046

表 7-5-9 社區照顧品質重要程度及滿意程度與生活正常化各要素相關表

生活正常化 社區照顧品質		服務使用前					服務使用後				
		生活正常化				整體 生活正 常化	生活正常化				整體 生活正 常化
		生理福 祉	心理福 祉	社會福 祉	靈性福 祉		生理福 祉	心理福 祉	社會福 祉	靈性福 祉	
滿意 程度	結構 面	.229***	.267***	.239***	.052	.240***	.355***	.260***	.314***	.213***	.372***
	過程 面	.108***	.044	.083*	.174***	.137***	.169***	.055	.105***	.128***	.143***
	結果 面	.197***	.107***	.184***	.108***	.173***	.240***	.123***	.213***	.103*	.193***
	整體品 質	.218***	.233***	.228***	.189***	.285***	.320***	.239***	.291***	.244***	.371***

## 第六節 社區照顧品質及社區照顧理念之迴歸分析

為瞭解社區照顧品質及社區照顧理念的因果關係，本節將進行社區照顧品質「重要程度」、「滿意程度」各面向與「服務使用後」社區照顧理念要素的迴歸分析。

### 一、社區照顧品質重要程度與服務使用後社區照顧理念之迴歸分析

#### (一) 整體社區照顧品質重要程度與整體社區照顧理念之簡單迴歸分析

以整體社區照顧品質重要程度與整體社區照顧理念進行簡單迴歸之統計檢驗發現（見表 7-6-1），此模型的解釋力未達到顯著水準（ $F=1.314$ ， $p>.05$ ），表示整體社區照顧品質重要程度之分數高低無法有效預測「整體社區照顧理念」之變異（見表 7-6-1）。

表 7-6-1 整體社區照顧品質重要程度與整體社區照顧理念之簡單迴歸分析表

Y=整體社區照顧理念	未標準化係數		Beta	t	p
	B	S <sub>e</sub>			
(常數)	310.743	30.420		10.215	.000
整體社區照顧品質重要程度	1.779	1.552	.060	1.146	.252
整體模型		$R^2=.004$	$adj R^2=.001$		
		$F=1.314$	$(p=.252)$		

## (二) 社區照顧品質重要程度各面向與公民權之多元迴歸分析

以社區照顧品質各面向的重要程度與公民權進行多元迴歸之統計檢驗發現(見表 7-6-2)，此模型的解釋力未達到顯著水準 ( $F=1.310$ ,  $p>.05$ )，表示社區照顧品質各子面向之重要程度之分數高低無法有效預測「社區照顧理念公民權」之變異(見表 7-6-2)。

表 7-6-2 社區照顧品質重要程度各面向與公民權之多元迴歸分析表

Y=公民權	未標準化係數		Beta	t	p
	B	S <sub>e</sub>			
(常數)	67.400	11.406		5.909	.000
結構面	.436	1.160	.023	.376	.707
過程面	1.134	1.116	.068	1.016	.310
結果面	1.013	1.736	.034	.583	.560
整體模型	$R^2=.010$		$adj R^2=.002$		
	$F=1.310$		$(p=.271)$		

## (三) 社區照顧品質各面向重要程度與充權之多元迴歸分析

以社區照顧品質各面向的重要程度與充權進行多元迴歸之統計檢驗發現(見表 7-6-3)，此模型的解釋力未達到顯著水準 ( $F=2.370$ ,  $p>.05$ )，表示社區照顧品質各子面向之重要程度之分數高低無法有效預測「社區照顧理念充權」之變異(見表 7-6-3)。

表 7-6-3 社區照顧品質各面向重要程度與充權之多元迴歸分析表

Y=充權	未標準化係數		Beta	t	p
	B	S <sub>e</sub>			
(常數)	63.092	12.461		5.063	.000
結構面	2.403	1.268	.114	1.896	.059
過程面	.633	1.219	.034	.519	.604
結果面	.004	1.897	.000	.002	.998
整體模型	$R^2=.018$		$adj R^2=.011$		
	$F=2.370$		$(p=.070)$		

## (四) 社區照顧品質各面向重要程度與優勢觀點之多元迴歸分析

以社區照顧品質各面向的重要程度與優勢觀點進行多元迴歸之統計檢驗發現(見表 7-6-4)，此模型的解釋力未達到顯著水準 ( $F=.468$ ,  $p>.05$ )，表示社區照顧品質各子面向之重要程度之分數高低無法有效預測「社區照顧理念優勢觀點」之變異(見表 7-6-4)。

表 7-6-4 社區照顧品質各面向的重要程度與優勢觀點之多元迴歸分析表

Y=優勢觀點	未標準化係數		Beta	t	p
	B	S <sub>e</sub>			
(常數)	76.348	11.200		6.817	.000
結構面	-.285	1.139	-.015	-.250	.803
過程面	-.195	1.096	-.012	-.178	.859
結果面	1.908	1.705	.065	1.119	.264
<b>整體模型</b>	$R^2=.004$		$adj R^2=-.004$		
	F=4.68		(p=.705)		

#### (五) 社區照顧品質各面向的重要程度與生活正常化之多元迴歸分析

以社區照顧品質各面向的重要程度與生活正常化進行多元迴歸之統計檢驗發現（見表 7-6-5），此模型的解釋力未達到顯著水準（ $F=2.065$ ， $p>.05$ ），表示社區照顧品質各子面向之重要程度之分數高低無法有效預測「社區照顧理念生活正常化」之變異（見表 7-6-5）。

表 7-6-5 社區照顧品質各面向重要程度與生活正常化之多元迴歸分析表

Y=生活正常化	未標準化係數		Beta	t	p
	B	S <sub>e</sub>			
(常數)	85.014	10.546		8.061	.000
結構面	-.969	1.079	-.055	-.898	.370
過程面	-1.244	1.049	-.080	-1.186	.237
結果面	3.138	1.610	.113	1.949	.052
<b>整體模型</b>	$R^2=.016$		$adj R^2=.008$		
	F=2.065		(p=.104)		

#### (六) 社區照顧品質各面向的重要程度與整體社區照顧理念之多元迴歸分析

以社區照顧品質各面向的重要程度與整體社區照顧理念進行多元迴歸之統計檢驗發現（見表 7-6-6），此模型的解釋力未達到顯著水準（ $F=.639$ ， $p>.05$ ），表示社區照顧品質各子面向之重要程度之分數高低無法有效預測「整體社區照顧理念」之變異（見表 7-6-6）。

表 7-6-6 社區照顧品質重要程度各面向與整體社區照顧理念之多元迴歸分析表

Y=整體社區照顧理念	未標準化係數		Beta	t	p
	B	S <sub>e</sub>			
(常數)	290.904	39.722		7.324	.000
結構面	1.848	4.062	.028	.455	.649
過程面	-.021	3.951	.000	-.005	.996
結果面	6.347	6.064	.062	1.047	.296
<b>整體模型</b>	$R^2=.005$ $adj R^2=-.003$				
	$F=.639$ ( $p=.059$ )				

## 二、 社區照顧品質滿意程度與社區照顧理念之迴歸分析

### (一) 整體社區照顧品質滿意程度與整體社區照顧理念之簡單迴歸分析

以整體社區照顧品質滿意程度與整體社區照顧理念進行簡單迴歸之統計檢驗發現，此模型的解釋力未達顯著水準 ( $F=1.314$ ,  $p>.05$ )，表示整體社區照顧品質滿意程度的高低，無法有效預測整體社區照顧理念之變異 (見表 7-6-7)。

表 7-6-7 整體社區照顧品質滿意程度與整體社區照顧理念之簡單迴歸分析表

Y=整體社區照顧理念	未標準化係數		Beta	t	p
	B	S <sub>e</sub>			
(常數)	310.74	30.42		10.215	.000
社區照顧品質滿意程度	1.773		.060	1.146	.252
<b>整體模型</b>	$R^2=.004$ $adj R^2=-.001$				
	$F=1.314$ ( $p=.252$ )				

### (二) 社區照顧品質滿意程度與公民權之多元迴歸分析

以社區照顧品質各面向的滿意程度與公民權進行多元迴歸之統計檢驗發現 (見表 7-6-8)，此模型的解釋力達顯著水準 ( $F=27.653$ ,  $p<.001$ )。若進一步檢視各面向之個別解釋力，社區照顧品質的結果面達顯著水準 ( $t=3.153$ ,  $p<.01$ )。亦即，當結果面分數越高，則整體公民權會越高。

$$Y(\text{社區照顧理念公民權}) = 1.236X_1(\text{社區照顧品質結果面}) + 41.773$$

表 7-6-8 社區照顧品質各面向的滿意程度與公民權之多元迴歸分析表

Y=公民權	未標準化係數		Beta	t	p
	B	S <sub>e</sub>			
(常數)	41.773	5.510		7.582	.000
結構面	-.050	.252	-.036	-.196	.844
過程面	.373	.342	.123	1.089	.277
結果面	1.236	.392	.376	3.153	.002
整體模型	$R^2=.180$		$adj R^2=-.173$		
	$F=27.653$		$(p=.000)$		
$Y$ (社區照顧理念公民權) =1.236X1 (社區照顧品質結果面) +41.773					

### (三) 社區照顧品質各面向的滿意程度與充權之多元迴歸分析

以社區照顧品質各面向的滿意程度與充權進行多元迴歸之統計檢驗發現(見表 7-6-9)，此模型的解釋力達顯著水準 ( $F=10.799$ ,  $p<.001$ )，表示各面向之高低有效預測充權之變異。若進一步檢視各面向之個別解釋力，社區照顧品質的過程面達顯著水準 ( $t=2.124$ ,  $p<.05$ )；社區照顧品質的結果面達顯著水準 ( $t=3.009$ ,  $p<.01$ )。亦即，過程面與結果面向個別分數的高低，會影響充權的高低。

$$Y$$
 (社區照顧理念充權) =0.846X1 (社區照顧品質過程面) +1.376X2 (社區照顧品質結果面) +55.452

表 7-6-9 社區照顧品質滿意程度各面向與充權之多元迴歸分析表

Y=充權	未標準化係數		Beta	t	p
	B	S <sub>e</sub>			
(常數)	55.452	6.396		8.670	.000
結構面	-.463	.294	-.310	-1.573	.116
過程面	.846	.398	.255	2.124	.034
結果面	1.376	.457	.380	3.009	.003
整體模型	$R^2=.078$		$adj R^2=.071$		
	$F=10.799$		$(p=.000)$		
$Y$ (社區照顧理念充權) =0.846X1 (社區照顧品質過程面) +1.376X2 (社區照顧品質結果面) +55.452					

### (四) 社區照顧品質各面向的滿意程度與優勢觀點之多元迴歸分析

以社區照顧品質各面向滿意程度與優勢觀點進行多元迴歸之統計檢驗發現(見表 7-6-10)，此模型的解釋力達顯著水準 ( $F=8.804$ ,  $p<.001$ )，若進一步檢視各面向之個別解釋力，社區照顧品質的結果面達顯著水準 ( $t=3.330$ ,  $p<.01$ )。亦

即，當結果面分數越高，則整體優勢觀點分數會越高。

$$Y(\text{社區照顧理念優勢觀點}) = 0.729X1(\text{社區照顧品質結果面}) + 61.427$$

表 7-6-10 社區照顧品質各面向滿意程度與優勢觀點之多元迴歸分析表

Y=優勢觀點	未標準化係數		Beta	t	p
	B	S <sub>e</sub>			
(常數)	61.427	5.777		10.633	.000
結構面	-.013	.267	-.003	-.049	.961
過程面	.142	.186	.048	.762	.446
結果面	.729	.219	.227	3.330	.001
整體模型	$R^2=.065$		$adj R^2=-.058$		
	$F=8.804$		$(p=.000)$		
<u><math>Y(\text{社區照顧理念優勢觀點}) = 0.729X1(\text{社區照顧品質結果面}) + 61.427</math></u>					

#### (五) 社區照顧品質滿意程度各面向與生活正常化之多元迴歸分析

以社區照顧品質各面向的滿意程度與生活正常化進行多元迴歸之統計檢驗發現（見表 7-6-11），此模型的解釋力達顯著水準（ $F=27.161$ ， $p<.001$ ），表示各面向之高低有效預測充權之變異。若進一步檢視各面向之個別解釋力，社區照顧品質的結構面達顯著水準（ $t=4.021$ ， $p<.001$ ）；社區照顧品質的結果面達顯著水準（ $t=4.283$ ， $p<.001$ ），亦即，過程面與結果面向個別分數的高低，會影響充權的高低。

$$Y(\text{社區照顧理念生活正常化}) = 0.955X1(\text{社區照顧品質結構面}) + 0.837X2(\text{社區照顧品質結果面}) + 49.078$$

表 7-6-11 社區照顧品質各面向滿意程度與生活正常化之多元迴歸分析表

Y=生活正常化	未標準化係數		Beta	t	p
	B	S <sub>e</sub>			
(常數)	49.078	5.180		9.474	.000
結構面	.955	.238	.243	4.021	.000
過程面	-.198	.166	-.070	-1.193	.234
結果面	.837	.195	.273	4.283	.000
整體模型	$R^2=.179$		$adj R^2=.173$		
	$F=27.161$		$(p=.327)$		
<u><math>Y(\text{社區照顧理念生活正常化}) = 0.955X1(\text{社區照顧品質結構面}) + 0.837X2(\text{社區照顧品質結果面}) + 49.078</math></u>					

## (六) 社區照顧品質各面向滿意程度與整體社區照顧理念之多元迴歸分析

以社區照顧品質各面向滿意程度與整體社區照顧理念進行多元迴歸之統計檢驗發現(見表 7-6-12)，此模型的解釋力達顯著水準( $F=22.157$ ， $p<.001$ )，若進一步檢視各面向之個別解釋力，社區照顧品質的結果面達顯著水準( $t=4.958$ ， $p<.001$ )。亦即，當結果面分數越高，則整體社區照顧理念分數會越高。

$$Y(\text{整體社區照顧理念}) = 3.678X1(\text{社區照顧品質結果面}) + 203.289$$

表 7-6-12 社區照顧品質各面向的滿意程度與整體社區照顧理念之多元迴歸分析表

Y=整體社區照顧理念	未標準化係數		Beta	t	p
	B	S <sub>e</sub>			
(常數)	203.289	19.795		10.270	.000
結構面	.441	.910	.030	.484	.629
過程面	.795	.636	.075	1.249	.212
結果面	3.678	.742	.324	4.958	.000
整體模型	$R^2=.153$		$adj R^2=-.146$		
	$F=22.157$		$(p=.000)$		
<u>Y (整體社區照顧理念) = 3.678X1 (社區照顧品質結果面) + 203.289</u>					

## 第七節 社區照顧服務對與親友互動頻率與互動關係的影響

本節將採取卡方分析，分析社區照顧服務使用前、後，服務使用者與親友互動頻率與互動關係的變化情形；並就與親友互動頻率與互動關係進行服務使用前、後之變化、照顧品質重要程度、滿意程度及照顧理念的相關分析。

### 一、服務使用前後「與家人」及「與親友」的互動頻率與互動關係之狀況

在受訪者與家人和親友互動頻率部分，與服務使用前相比較，受訪者表示在服務使用後與配偶、兒子、媳婦、女兒及女婿的互動頻率略有提高；而受訪者於服務使用前及服務使用後與配偶 ( $\chi^2=598.565$ ， $p<.000$ )、兒子 ( $\chi^2=1825.833$ ， $p<.000$ )、媳婦 ( $\chi^2=1679.878$ ， $p<.000$ )、女兒 ( $\chi^2=1717.469$ ， $p<.000$ )、女婿 ( $\chi^2=1504.085$ ， $p<.000$ )、鄰居 ( $\chi^2=2070.488$ ， $p<.000$ )、親戚 ( $\chi^2=2175.331$ ， $p<.000$ ) 及朋友 ( $\chi^2=2017.444$ ， $p<.000$ ) 之互動頻率皆有顯著差異。

在與家人和親友互動關係部分，與服務使用前相比較，則在服務使用後與配偶、兒子、媳婦、女兒、女婿及鄰居的互動頻率略有提高，受訪者於服務使用前及服務使用後與配偶（ $\chi^2=941.761$ ， $p<.000$ ）、兒子（ $\chi^2=2028.718$ ， $p<.000$ ）、媳婦（ $\chi^2=1722.334$ ， $p<.000$ ）、女兒（ $\chi^2=1806.387$ ， $p<.000$ ）、女婿（ $\chi^2=1547.685$ ， $p<.000$ ）、鄰居（ $\chi^2=2176.316$ ， $p<.000$ ）、親戚（ $\chi^2=2151.226$ ， $p<.000$ ）及朋友（ $\chi^2=1887.155$ ， $p<.000$ ）之互動頻率皆有顯著差異。另外，不適用係為受訪者無該位親友，或者該親友已過世者（見表 7-7-1）。

表 7-7-1 社區照顧使用前後與家人和親友互動頻率與關係之平均數（N=626）

變項	互動頻率			互動關係			不適用
	服務使用前	服務使用後	卡方	服務使用前	服務使用後	卡方	
配偶	4.72	4.75	598.565***	4.64	4.67	941.761***	376
兒子	4.29	4.32	1825.833***	4.43	4.45	2028.718***	98
媳婦	4.10	4.13	1679.878***	4.26	4.27	1722.334***	169
女兒	4.07	4.10	1717.469***	4.44	4.47	1806.387***	139
女婿	3.68	3.74	1504.085***	4.15	4.17	1547.685***	203
鄰居	3.56	3.50	2070.488***	3.83	3.84	2176.316***	14
親戚	3.28	3.26	2175.331***	3.79	3.78	2151.226***	24
朋友	3.73	3.71	2017.444***	4.07	4.08	1887.155***	12

## 二、與親友互動頻率與互動關係之相關分析

就受訪者與親友互動頻率與互動關係之相關程度而言，服務使用前後的互動頻率與服務使用前後的互動關係皆達顯著正相關，亦即，服務使用前後的互動頻率愈高，服務使用前後的互動關係亦愈高（見表 7-7-2）。

表 7-7-2 互動頻率及互動關係相關表

互動關係 互動頻率	服務使用前 互動頻率	服務使用後 互動頻率	服務使用前 互動關係	服務使用後 互動關係
服務使用前 互動頻率	1	.965***	.709***	.728***
服務使用後 互動頻率		1	.691***	.713***
服務使用前 互動關係			1	.979***
服務使用後 互動關係				1

## 五、服務使用前後互動頻率及社區照顧品質重要程度及滿意程度之相關分析

就於服務使用前後與親友之互動頻率與社區照顧品質重要程度及滿意程度之相關而言，在配偶互動頻率部分，其與社區照顧品質結果面達顯著低度正相關；在兒子互動頻率部分，其與服務使用前後社區照顧品質重要程度皆達顯著低度正相關，與服務使用後社區照顧品質滿意程度中的過程面也達顯著低度正相關；在媳婦部分則使與服務使用前後社區照顧品質重要程度中之結構、過程面達顯著低度正相關，與服務使用後之重要程度各子面向達顯著相關，在社區照顧品質滿意程度部分，則是服務使用後的過程面與整體社區照顧品質達顯著低度正相關；與女兒的互動頻率部分，則是在服務使用前後的滿意程度達顯著低度正相關；與女婿的互動頻率部分，則是在服務使用前的滿意程度中的過程面、結果面與整體社區照顧品質及服務使用後的滿意程度中的過程面與結果面達顯著低度正相關；在鄰居部分則是在服務使用前的重要程度過程面、服務使用後的重要程度過程面及服務使用前的滿意程度所有子面向、整體面向及服務使用後的滿意程度的結構面、結果面達顯著相關，其中正負向皆有，代表影響並非皆為單一方向；在親戚互動頻率的的部分，其與服務使用前後的重要程度結構面、過程面及整體社區品質達顯著低度正相關，在服務使用前的滿意程度結構面、過程面與整體社區品質及服務使用後的滿意程度整體社區品質達顯著相關；最後在朋友的部分，則是僅在服務使用前的重要程度過程面達顯著微弱正相關；此結果代表社區照顧品質會影響部分使用者與親友的互動頻率，但是互動頻率減少或增加並未有一定的方向性，且整體影響並不高（見表 7-7-3）。

表 7-7-3 服務使用前後互動頻率及社區照顧品質重要程度及滿意程度相關表

社區照顧品質		重要程度				滿意程度			
		結構面	過程面	結果面	整體社區品質	結構面	過程面	結果面	整體社區品質
服務使用前	配偶	.079	-.010	.156*	.097	-.070	-.019	.006	-.099
	兒子	.149***	.193***	.119***	.147***	.003	.123***	.078	.090
	媳婦	.131*	.118*	.088	.092	-.029	.086	.076	.062
	女兒	.039	.012	.027	.081	.132*	.200***	.156***	.253***
	女婿	.051	-.033	.017	.045	.076	.159***	.118*	.206**
	鄰居	-.036	-.118***	-.037	-.029	-.197***	-.038	-.106***	-.036
	親戚	.158***	.091*	.051	.157***	-.128*	.097*	.009	.158***
	朋友	-.051	.006	.084*	-.012	-.036	.061	.030	-.051
服務使用後	配偶	.128	.037	.135*	.139	-.075	-.045	-.007	.128
	兒子	.125*	.201***	.110*	.140***	.020	.137***	.074	.125*
	媳婦	.142*	.130***	.098*	.103	-.005	.098*	.079	.142*
	女兒	.054	.020	.039	.090	.130*	.199***	.139***	.054

表 7-7-3 服務使用前後互動頻率及社區照顧品質重要程度及滿意程度相關表

社區照顧品質		重要程度				滿意程度			
		結構面	過程面	結果面	整體社區品質	結構面	過程面	結果面	整體社區品質
互動頻率	女婿	.056	-.029	.020	.038	.099	.162 <sup>***</sup>	.117 <sup>*</sup>	.056
	鄰居	-.054	-.122 <sup>***</sup>	-.045	-.040	-.151 <sup>***</sup>	-.018	-.081 <sup>*</sup>	-.054
	親戚	.132 <sup>*</sup>	.083 <sup>*</sup>	.049	.133 <sup>*</sup>	-.100	.104 <sup>*</sup>	.026	.132 <sup>*</sup>
	朋友	.356	.992	.126	.667	.149	.023	.130	.356

## 六、服務使用前後互動關係及社區照顧品質重要程度及滿意程度之相關分析

就於服務使用前後與親友之互動關係與社區照顧品質重要程度及滿意程度之相關而言，在配偶互動關係部分，其與社區照顧品質結果面達顯著低度正相關；在兒子互動關係部分，其與服務使用前後的社區照顧品質重要程度過程面與結果面達顯著低度正相關，與服務使用後社區照顧品質滿意程度中的過程面、結果面與整體品質也達顯著低度正相關；在媳婦部分則使與服務使用前後社區照顧品質重要程度中之結構、過程面達顯著低度正相關；與女兒的互動關係部分，則是在服務使用前後的重要程度過程面、結果面與整體品質達顯著低度正相關，與服務使用後的滿意程度各面向與整體品質皆達顯著低度正相關；在鄰居部分則是在服務使用後的重要程度過程面、服務使用前後的滿意程度結構面達顯著低度相關；在親戚互動關係的部分，其與服務使用前後的滿意程度結構面達顯著低度負相關；最後在朋友的部分，則是僅在服務使用前的重要程度結果面達顯著微弱正相關；此結果代表社區照顧品質會影響部分使用者與親友的互動關係，但是互動關係變好或變差並未有一定的方向性，且整體影響並不高（見表 7-7-4）。

表 7-7-4 服務使用前後互動關係及社區照顧品質重要程度及滿意程度相關表

社區照顧品質		重要程度				滿意程度			
		結構面	過程面	結果面	整體品質	結構面	過程面	結果面	整體品質
服務使用前	互動關係								
	配偶	.073	.089	.191 <sup>***</sup>	.104	.094	-.002	.113	.045
	兒子	.020	.155 <sup>***</sup>	.149 <sup>***</sup>	.043	.068	.092 <sup>*</sup>	.126 <sup>***</sup>	.119 <sup>*</sup>
	媳婦	.037	.109 <sup>*</sup>	.105 <sup>*</sup>	.020	-.003	.052	.070	.032
	女兒	.041	.149 <sup>***</sup>	.116 <sup>*</sup>	.125 <sup>*</sup>	.185 <sup>***</sup>	.196 <sup>***</sup>	.206 <sup>***</sup>	.271 <sup>***</sup>
	女婿	.026	.061	.058	.063	.014	.070	.079	.084
	鄰居	.001	-.079	-.007	-.022	-.137 <sup>***</sup>	-.037	-.049	-.096
	親戚	.070	.044	.058	.078	-.173 <sup>***</sup>	.005	-.015	-.091
朋友	-.056	-.034	.078	-.039	.013	.036	.033	.017	

表 7-7-4 服務使用前後互動關係及社區照顧品質重要程度及滿意程度相關表

社區照顧品質 互動關係		重要程度				滿意程度			
		結構面	過程面	結果面	整體品質	結構面	過程面	結果面	整體品質
服務使用後	配偶	.100	.092	.176***	.110	.069	-.031	.086	.028
	兒子	.027	.166***	.137***	.053	.084	.098*	.112*	.127*
	媳婦	.036	.112*	.106*	.022	-.017	.052	.054	.019
	女兒	.047	.162***	.109*	.136*	.209***	.184***	.192***	.264***
	女婿	.030	.070	.064	.071	.020	.063	.073	.080
	鄰居	.019	-.082*	-.014	-.009	-.138***	-.050	-.045	-.100
	親戚	.058	.040	.051	.070	-.180***	-.005	-.028	-.097
	朋友	-.018	-.041	.092*	-.028	.044	.063	.047	.047

### 七、服務使用前後互動關係及社區照顧理念之相關分析

就受訪者服務使用前後互動品率與社區照顧理念之相關而言，在配偶互動頻率部分，其在服務使用前的服務使用後社區照顧理念充權面向達顯著低度負相關；其餘在兒子、媳婦、兒女、鄰居、親戚與朋友互動頻率在服務使用後的社區照顧理念公民權、充權、優勢觀點、生活正常化及整體理念皆達顯著正相關，尤其在鄰居與朋友部分更達到中度正相關；代表除了配偶外，社區照顧提供的服務使得服務使用者與家人或親友的互動機會增加，也對社區照顧理念會有一定的助益。（見表 7-7-5）

表 7-7-5 服務使用前後互動頻率及社區照顧理念相關表

社區照顧理念 互動頻率		服務使用後社區照顧理念				
		公民權	充權	優勢觀點	生活正常化	整體理念
服務使用前	配偶	-.113	-.130*	-.097	.008	-.096
	兒子	.137***	.117***	.116***	.201***	.158***
	媳婦	.159***	.199***	.179***	.261***	.229***
	女兒	.224***	.200***	.260***	.274***	.276***
	女婿	.259***	.295***	.351***	.331***	.346***
	鄰居	.318***	.404***	.519***	.410***	.447***
	親戚	.287***	.335***	.366***	.273***	.356***
	朋友	.456***	.515***	.583***	.520***	.570***
服務使	配偶	-.072	-.112	-.039	.041	-.054
	兒子	.139***	.126***	.143***	.225***	.175***
	媳婦	.168***	.209***	.201***	.282***	.248***

社區照顧理念		服務使用後社區照顧理念				
		公民權	充權	優勢觀點	生活正常化	整體理念
用後	互動頻率					
	女兒	.223 <sup>***</sup>	.204 <sup>***</sup>	.285 <sup>***</sup>	.295 <sup>***</sup>	.290 <sup>***</sup>
	女婿	.249 <sup>***</sup>	.278 <sup>***</sup>	.377 <sup>***</sup>	.356 <sup>***</sup>	.359 <sup>***</sup>
	鄰居	.341 <sup>***</sup>	.420 <sup>***</sup>	.532 <sup>***</sup>	.413 <sup>***</sup>	.458 <sup>***</sup>
	親戚	.290 <sup>***</sup>	.352 <sup>***</sup>	.378 <sup>***</sup>	.284 <sup>***</sup>	.366 <sup>***</sup>
朋友	.467 <sup>***</sup>	.534 <sup>***</sup>	.589 <sup>***</sup>	.520 <sup>***</sup>	.581 <sup>***</sup>	

#### 八、服務使用前後互動關係及社區照顧理念之相關分析

就受訪者服務使用前後互動關係與社區照顧理念之相關而言，在與兒子、媳婦、兒女、鄰居、親戚與朋友互動關係在服務使用後的社區照顧理念公民權、充權、優勢觀點、生活正常化及整體理念皆達顯著正相關；代表除了配偶外，社區照顧提供的服務使得服務使用者與家人或親友的互動關係有正向改變，也對社區照顧理念會有一定的助益（見表 7-7-5）。

表 7-7-6 服務使用前後互動關係及社區照顧理念相關表

社區照顧理念		服務使用後社區照顧理念				
		公民權	充權	優勢觀點	生活正常化	整體理念
服務使用前	互動關係					
	配偶	-.048	-.069	-.062	.072	-.035
	兒子	.206 <sup>***</sup>	.209 <sup>***</sup>	.202 <sup>***</sup>	.314 <sup>***</sup>	.259 <sup>***</sup>
	媳婦	.156 <sup>***</sup>	.219 <sup>***</sup>	.241 <sup>***</sup>	.319 <sup>***</sup>	.269 <sup>***</sup>
	女兒	.244 <sup>***</sup>	.225 <sup>***</sup>	.278 <sup>***</sup>	.336 <sup>***</sup>	.314 <sup>***</sup>
	女婿	.168 <sup>***</sup>	.239 <sup>***</sup>	.309 <sup>***</sup>	.321 <sup>***</sup>	.291 <sup>***</sup>
	鄰居	.266 <sup>***</sup>	.343 <sup>***</sup>	.464 <sup>***</sup>	.360 <sup>***</sup>	.386 <sup>***</sup>
	朋友	.352 <sup>***</sup>	.417 <sup>***</sup>	.477 <sup>***</sup>	.447 <sup>***</sup>	.467 <sup>***</sup>
服務使用後	配偶	-.037	-.049	-.054	.073	-.024
	兒子	.218 <sup>***</sup>	.226 <sup>***</sup>	.213 <sup>***</sup>	.332 <sup>***</sup>	.276 <sup>***</sup>
	媳婦	.146 <sup>***</sup>	.209 <sup>***</sup>	.234 <sup>***</sup>	.304 <sup>***</sup>	.256 <sup>***</sup>
	女兒	.235 <sup>***</sup>	.222 <sup>***</sup>	.264 <sup>***</sup>	.338 <sup>***</sup>	.307 <sup>***</sup>
	女婿	.179 <sup>***</sup>	.248 <sup>***</sup>	.327 <sup>***</sup>	.327 <sup>***</sup>	.308 <sup>***</sup>
	鄰居	.261 <sup>***</sup>	.346 <sup>***</sup>	.470 <sup>***</sup>	.368 <sup>***</sup>	.387 <sup>***</sup>
	親戚	.275 <sup>***</sup>	.318 <sup>***</sup>	.376 <sup>***</sup>	.298 <sup>***</sup>	.353 <sup>***</sup>
	朋友	.358 <sup>***</sup>	.421 <sup>***</sup>	.464 <sup>***</sup>	.444 <sup>***</sup>	.462 <sup>***</sup>



## 第八章 質性資料分析 - 社區照顧實踐的檢視

### 第一節 社區照顧實務運作的概況

在臺灣，從預防、照顧到照護，抑或從居家、社區到機構，在照顧服務的光譜裡，屬於社區照顧範疇的項目主要為：社區照顧關懷據點、居家照顧/照護、日間照顧（托老）以及喘息服務。本節主要目的在於歸納這些服務的概況。

#### 一、多元照顧類型，服務對象包括健康、亞健康及輕、中重度失能者

傳統上，長期照顧的對象往往偏屬於身體機能受損者，然而，當前社區照顧的多元服務類型，已將健康或輕度失能者納入，其中，尤以「社區照顧關懷據點」涵蓋率最為廣泛，儘管並非每一個傳統的社區範疇皆設置，但已為身體機能較佳的長輩，提供一個高可近性及高可及性的社會參與場域；另外，居家服務提供到宅服務，以及日間照顧/照護，亦為不同失能程度的長者或其家屬，提供具多元選擇的照顧模式。然而，因收容對象之身體機能難以完全歸類，再加上不見得每個社區/地區皆有各種類型的服務，致使不易明確區隔或判定服務對象。

...因為我們的日照啊【按：日間照顧】，我們所謂的比較屬於輕、中度啊，那時候我們是跟機構服務，或者是居家服務去比較，但是你是以日間照顧跟庇護工廠去比較，你會覺得日間照顧你們相對來講，是屬於比較重度的個案收容在那裡。那我們的話，我們是跟可能機構服務或者是其他，所以相對日間照顧對我們長照來講，我們是覺得他是屬於比較偏中度的個案。(FG1/F-017)

...可是因為澎湖這邊居民的特性，他不到沒有人要來照顧的時候他也不出門，所以這邊收的個案特性，中度、中重度的加起來跟輕度的一樣，還甚至超過輕度的個案。...相對的，中、重度在日間照顧上面，他的照顧上面他的負擔會比較多，所以其實我們日間照顧中心也一直在跟我們反應說：「為什麼其他縣市的都是收中度的、輕度的為主」，那我們這些是重度的收了這麼多。因為一個重度輪椅個案他要在攙扶他就是需要一個人力去協助，那其他的個案等於說放著不管，所以他們自己其實相對的壓力也很多。可是這邊的居民特性就是這樣子，很特別。(FG1/E-006)

## 二、服務內容考量地方環境、文化或生命經驗彈性設計與調整

無論是到據點或機構的服務，抑或是到宅的居家服務，儘管對服務內涵有規範，但服務時可能因地方文化或服務使用者的需求/要求或特性而彈性調整。彈性調整的好處是能善用或吻合當地環境或文化的特性，並充實服務的內涵，例如，澎湖離島據點之善用貝殼的手工文化創意作品及懷舊的地方歌謠故事；但亦有可能因對提供服務者的負荷不一（居家服務），而有偏好或選擇服務地區/對象的現象。

...早上來都要做健康操，然後，活動安排裡面會開始有設計一些角落是屬於他們自己的，成長經驗的東西，或者是他自己比較喜歡的東西。Corner 的概念因為沒有辦法那麼多空間，所以這個擠落可能是堆積木的，這個角落可能是...假設啦，我們去撿一些貝殼放在那邊，因為這邊是海嘛！有的可能是木工的，有個個案是有一個木工的。或者是怎麼樣，反正就是他們...有的可能會比較喜歡煮菜，那比較喜歡煮菜的就不做作 corner 就是中午一個禮拜裡面有兩天是自己做的，可能就是在挑菜或者是在那邊聊天。(A1-050)

...在望安，那邊就有在聊他們小時候還有年輕時候的歌謠啊，念詩啊，那種兒童詩啊，那就是古的台語的詩詞，那是他們的時事嘍，就像有一首詩是在說隔壁村庄的男生來這邊想要找交往對象，就把它念成詩了，這樣他們就會去述說那些故事出來。像這個東西我倒是覺得，因為一開始我要求他們要去聽老人家的故事，然後去挖掘那些經驗，那是他生命的經驗，也可以做一個傳承。去了解他們從前發生的故事，有的人也會說他從小就被收養，恨死他父親了，我也是這樣在傾聽啊！那他怎麼成長的，有的沒有的，有做過遠洋的漁船的船員的，什麼的有的沒有的，我要求他們一個星期要聽兩個（故事）(A1-051)

就是依長者的需求啦，然後我們會內也蠻支持我們的，就是我們的主管也很支持我們這一塊，就是讓我們在課程設計上、在跟長輩的互動上面就不會這麼的制式化，就雖然我們有訂了課表，可是就是我們會隨機應變說今天怎麼樣了，我們會改變一下我們跟他們的互動方式，在這個區塊的話我們的主管是沒有很強制說我們一定要照表操課，他也希望說我們是活潑的跟長輩相處。(D1-031)

...以部落來說，就像我剛才說的，其實，長輩他的要求不多，然後，服務的彈性可以比較大，就是說，就是我們的，他們對於服務的那個部分來講，他們想要做什麼，做的東西其實就是很簡單，然後就是說，他服務員去，然後可能就是陪陪他、聊聊天之類的，那可是，到市區的時候，可能就是家屬會要求比較多，他可能就是說：「誒，我希望你服務員你來，你幫我做什麼做什

麼做什麼什麼。」又很清楚、很明瞭知道我要做什麼，那兩邊的服務員在比較的時候，當然，大家會喜歡去部落，對。(X2-057)

### 三、依服務使用者的身體功能，重視並設計「延緩老化/退化」服務

服務提供者的理念並非侷限於「照顧」，而是更積極地協助個案「延緩老化」或「延緩退化」的活動設計與安排。例如，對於身體功能佳者，著重於預防性的活動，對於輕、中度的個案者非僅限於「生活照顧」，亦著重「社會參與/互動」，對於失智症患者，亦強調「記憶訓練」，這些設計或活動皆屬於較積極型的「延緩老化/退化」服務。

...對呀，你就讓他去，就買一些什麼礦泉水、飲料啦，夏天的時候你就是放著，然後那個音樂就開著，因為有電視你就開著，到後來就變成說他們場地舒適之後，他們的那個國中樂齡學習中心，就拉到那邊去每天早上去跳健康操，或跳跳舞呀運動一下，後來又結合了中醫的巡迴義診，變成有活動的話大家都會去想到那個社區，就可以去那邊辦。(F1-102)

...所以他其實是希望說，輕度跟中度的去那邊延緩他的退化，這是日間照顧，他不是說在針對生活照顧上面的東西，他是希望說他去增加除了生活照顧以外，增加他的社會參與性，然後跟互動的東西。(FG1/E-019)

事實上我們對失智症照顧是有目的的，因為我必須要讓他知道生活作息、時間性，他才知道說他要做什麼，就是因為他容易忘記，他容易不知道自己要做什麼，所以從這時間表當中...我每天都是給他們做記憶訓練，所以我剛剛忘了跟你講我們每一個場所都有時鐘跟日曆，每天都要提醒他叫他去尋找那個今天是星期幾，今天是幾點，現在是幾點，每天就是給他這些資源，到我們結束之後的今日回顧(N1-016)

### 四、服務項目雖有範定，唯因個案情境特殊而主動提供「多餘」的服務

儘管居家服務的項目有明確的規範，然而，或因服務使用者的「要求」或因服務使用者的「愛心」，而出現「多餘」的服務。「被要求」的多餘服務，可能引發居服員的無奈，基於「愛心」的多餘服務，雖可令人感受到居服員的愛心，卻也可能因「多餘」而出事情，誰該負責的爭議。

...我們去服務的時候，其實服務的內容寫的很清楚，可是老人的需求不只要這麼一點點，他會講多一點，那我們居服員他動作很快，弄好以後也順便幫他用，不是他們的服務項目，他也順使用，而且他們很有愛心，有些老人住在那邊一個人中午都沒有飯吃，啊冰箱打開什麼都沒有，就只有礦泉水在那邊，那他就會講說，因為他兒子沒有，只有晚餐...等他女兒回來煮晚餐給他

吃，所以我們照服員有時候自己買個東西就是帶去，買麵啊，這是多餘的服務，所以我有時候跟我們居服員講說，你要注意，有些時候你超過，萬一出事你要負這個責任，所以我會特別講這樣。那我們居服員真的是，十八般武藝啦！（E-004，FG3/）

## 五、機構著力於開發多元募資方式，以彌平經費不足之困局

服務提供者為提高服務品質，抑或為實踐組織的理念，但卻經常受困於政府補助經費的有限，而有志難伸。若欲藉由募款以補不足，缺乏專業的募款人力是個問題，受訪者 G1 即表示：「在募款的這個部份我們多數時候沒有太有辦法去做這一塊，一方面也沒有這樣的專業，也沒有這樣的人才，那你要說去聘這樣的一個人也沒有這樣的經費」。為彌平經費不足的困擾，許多機構已著力於開發多元的募資方式。其中，較常見的有義賣商品、物資捐贈、運用志工節省人事成本及使用者付費。這些方式可增進個案的參與和尊崇，例如，受訪者 Q2 即表示：「還有長輩那個青菜也會拿來，有時候買肉回來，就什麼都會付出啦！」（O2-081），亦可降低對服務使用者對福利或資源的依賴。

當然會有影響阿，因為有志難伸啊！卡、很多事情都要錢啊，可是我們就是說、像我們關懷據點做這個手工藝，我們自己做自己銷，產業然後補助，就這樣子而已。那有時候就是說，當還沒有食物銀行的時候，有些低收入戶會跟我說他沒米了，或是有米沒有菜錢了，我們就募資，募資就由我們據點志工開始募資，然後沒有的話我們會向外、店家，我們 OO 里有幾個街行不錯，營造廠也不錯，我們向他開口他就給我們了。（B1-022）

...平常像他們有活動啦或什麼我們就會過去，其實很重要一個就是我們要把資源帶進去，像是很多大學他們什麼漁村生活隊，或者是說很多像...比方有人捐贈米呀什麼的，但這些福利就是會先跟離島去問他們的需求，然後譬如說很多什麼...之前有義剪什麼的，其實我們就會知道訊息之後，當然就是先把福利留在我們比較偏遠的地方。（F1-043）

...並不是說每一個長者都能夠有免費共餐，所以說等我們有活動中心以後，我們里長他就講：「我們就共餐。」如果說沒有資格參與共餐的也沒關係，我們就會以最低價格讓你們進來用餐，比如說一餐是幾十塊錢，就讓一些長者他也可以不用在那邊...你忙膳餐真的是很累，就也歡迎他們進來用餐，用最便宜的餐來給長者。（C1-085）

我以我們機構來舉例好了，其實我們自己克服，一方面我們會向外面找資源，那再來我們會像我們董事會極力的去倡導，就是我們本身在實務上的一個理念跟核心。...我是大概民國 91 年就進來，比較屬於就是一步一腳印，然後默默的可能就是連結社區裡面看有什麼資源可以讓我們連結，或是說教會，或

是 OO 的一些資源，我們有沒有可能結合在一起，就變成說可能要常常去把觸角往你沒有想到的地方再去試試看。(G1-023)

## 六、部分服務類型缺乏專職、專業服務人力，志工扮演重要角色

長期照顧機構聘任專職且專業服務人力不易，尤其是具有預防性質的社區照顧關懷據點，主要皆由願意奉獻的社區志工擔任，受訪者 B1 即表示：「沒有專職，全部都是志工。」(B1-006)；然而，在服務過程中，仍然充滿著諸多的挑戰，尤其是居家關懷訪視可能面對的環境。另外，有的據點也發展出以「健康型」長者服務「亞健康」長者，充分營造出社區參與、互助及凝聚的效益；受訪者 B1 即表示：「這個老人服務老人我們都做到了」(B1-034)。然而，志工人力的不穩，再加上可能訓練相對不足，導致可能不易切割服務性質或界線，抑或若有意外發生時的責任歸屬問題。

日間照顧這個角色是滿重要，但是現在已經模糊了，現在是用健康概念做日托站的健康概念，但是日托站沒有那個像日照這樣子的專業資源，你很難把它做好。(N1-066)

...志工第一個一定要有耐性、愛心最重要，其他不重要，你陪老人家、你去老人家家裡，喔老人家家裡如果你有直接去過你就知道，那些獨居老人、老榮民那個進去家裡一個味道你就很難忍受出來，你沒有那份愛你擔任不來。所以我當初在招募志工的時候，我就跟人家講，據點跟一般志工是比較有一點不一樣地方，你真的要很有耐心、很有那個愛心，要不然你做不久，我就帶他們去看一兩戶那個看他們能不能接受。(B1-005)

...然後像我們去年開始希望生輔員可以去拿...那個照顧服務員的執照，那其實我們不是說他一定...據點一定要來做失能的長輩，可是因為很多的亞健康長輩，他如果說，服務他的人是具備這樣子的一些常識跟知識的話會更好，就比較... (FG3/C-010)

...左鄰右舍有一些阿嬤行動不方便的，就以我們服務的老人家去關懷他們，一天陪兩趟、三趟，早上去一趟大概十點多去看他一次，有時候送一點小點心過去給他，下午大概跳舞之前有的都提早過來兩點半、三點就陪他，就我們這裡好幾戶都去陪他們講話，有時候把他帶出來門口曬太陽在把他們帶過來跳舞。(B1-034)

...主要是靠他們這些的說比較健康的，比較那個年輕的幫我們稍微照看一下，互助啦！互相啦！不然，真的，你靠志工，整個...有時候說，這邊很忙那邊很忙，沒辦法說幫你全部都顧到，最主要是說，很感謝我們這些長輩他們，真的真的。(O2-097)

...我那邊，起碼七、八個案例，就是個案變成轉型當志工，然後這個當志工是真的有成效出來喔，他就是會到門口牽老人進來，啊站起來要去廁所，就幫忙顧著去。...健康老人照顧不健康的老人，這是一個很好的成功案例，他也覺得說：「我也是志工耶」這樣，對，我們就是要給他拍拍手鼓勵，多鼓勵啦，人就是這樣，讓他說，他還是有用，那到這社區有沒有，互動啦，交很多朋友，覺得自己有生之年還很好，他就像我這樣，我感覺還很好用這樣，這樣就對了啦。(FG2/B-017)

因為其實志工他真的本身並沒有所謂的專長訓練，那你怎麼去陪伴，這過程好壞其實他必須面對的是他的家屬，因為甚至有的家屬到後來會覺得說都你們在做，你們要負責，很多做太好，因為我們志工做太好，之後他就會主動去跟他講說：「你媽媽什麼時候跌倒，我們把他送到醫院去了，你要回來簽什麼。」那天保證人簽好之後，家屬反而是依賴這群志工喔，取代他們原本的那些子女功能，可是我會覺得這樣是不對的，所以我就是跟他講說你就是該做我們志工做，但是就是要有那個分際界線，你不要去做太多之後，萬一啦萬一發生什麼狀況時候，子女怪你你能夠賠得起嗎？你協會你能負擔的了嗎？我能夠承擔嗎？完全不行。(F1-119)

...有啊，我們現在有大半的已經有...最多的是今年 72 歲，還有一些...雖然沒有列在我們的志工行列裏面，但是每場都 7、80 人，每一場活動他們都會先進來幫我們排排椅，還是準備一些有的沒的。(C1-038)

## 七、服務單位彼此經驗交流與資源分享，且發展既競爭有合作的關係

愈來愈多加入服務的單位，彼此之間藉由經常性的互動和交流，討論遭遇問題之解決方法，受訪者 B1 即表示：「...據點之間互相認識，也互相研討在做這個關懷據點上有什麼困難、碰到什麼，大家討論一下..」(B1-022)；F1 亦表示：「因為這一些理事長彼此可能都認識，欸你也有你也有，他就會開始放心啦，就是我不知道我可以去請教他們」(F1-034)。另外，單位亦透過彼此之間的資源和資訊的分享，為服務使用者轉介或連結資源，受訪者 FG2/A 即表示：「我們在設立的理念上，就是我們可以跟社區共享」(FG2/A-001)；甚至有時帶有競爭的意涵以精進服務，產生不同服務或資源單位發展出既競爭又合作的關係。

其實像 OO 這邊的部分的話，因為他們是做居家護理，剛好我們那一條線是，海岸線居家護理是 OO 醫院的，他們個案有問題的時候，他們隨時跟我們討論，對，啊我們有什麼問題也可以跟他們討論，那其實現在有推新的一個服務，就是醫療整合的部分，那他們就會把醫療，就是醫生到家裡、護理人員到家裡，那協助居服員一起照顧個案的部分，那其實這個部分我是覺得，最近在推這個的時候，我是覺得還蠻不錯的。(X2-047)

那我目前就是請那個 OO 的社工來協助我，那目前那個護理之家也找到了，只是未來它低收政府補助兩萬二嘛，可是那一家最低三萬嘛，那還有一些額外的，那我再幫她找資源... (FG3/D-044)

當然有時候也在評估說我們已經有四個點了，其實應該這一塊是可以來操作看看的，可是我們還不敢貿然直接就聘一個職能治療師或什麼，我們是先用跟工會合作的方式，就是跟職能治療師工會，那工會比如說他可能下一個階段他會先去 OO 評估一下我們老人家的狀況，然後再把一些方案帶進來。(M1-090)

...比如說我們可以有些東西是可以共享，比如說我們有廚房，我們可以做一些共食的部分，我覺得這個部分其實是可以跟社區的長輩共享，或者是說，我們提供的服務，開放某些空間可以做這個部分，那還有就是其實我們平常也可以做一些臨托啊，臨時托育，譬如說，家屬有些狀況的時候，可以送到我們這邊，因為我們機構式照顧，我們三班、二十四小時都有人力，我覺得這個是我們可以做的，還有就是喘息服務啦，其實也是一種，那當然現在很熱門講到日間照顧啦，事實上日間照顧也是一個方向... (FG2/A-001)

...因為我們現在就是我們自己有一個據點，等於是所有的據點的一個 Line 群組，所以其實就是上面，譬如說他們有什麼活動，或者他們有什麼需求，還是他們現在狀況怎麼樣，他們去哪裡玩，其實訊息都會 PO 在上面，彼此就會...其實我是故意造成他們有點是良性的競爭。(F1-045)

## 八、社區內的重要關鍵人士，是資源連結的靈魂人物與媒介

社區中的重要關鍵人士，在服務提供或輸送上仍扮演核心的角色，以社區照顧關懷據點為例，里長、里幹事或是協會理事長，其主要角色除了號召或動員社區居民參與外，亦透過連結相關經濟資源、人力資源或是物資，以維持機構/據點運作、服務推展。甚至，亦可透過工會此一管道，找尋到合適資源。

嗯我跟你講喔，因為我們社區也是算中心，我們這邊現在唯一的遺憾就是我們的中心沒有產業，我們這個點沒有產業，當你沒有產業，就沒有這些外來的資源，所以說我們的資源社區的資源，我們就是靠著我們的里長、理事長跟這一些各機關的代表啦，他們給我們的，我們就用這一筆錢來辦理我們社區大大小小的活動。(C1-052)

我們也非常感謝我們的里長，他就是不前餘力，他只要哪裡有資源他就往哪裡跑，然後就帶回來給我們理事長、社區。(C1-054)

## 九、服務數量、品質或時間的要求，可能對某些服務提供者帶來困擾

政府單位為推廣服務，抑或為提供更多開放的時間，經常會規範或要求服務提供單位開發個案量，增加開放時間，或一同標準要求服務品質。儘管這是美意，然而，若未能考量到地方的特殊性，尤其是一些偏遠地方或特定地方的實際狀況，可能對服務提供單位造成無謂的壓力或麻煩，例如，因服務量的不足，而難以符合政府要求的個案量。

其實講這個時候，就是多少要講到一些我們這邊離島特殊的狀況。像 OO 的話它是因為他離島嘛，那他有很明顯的，老人會在冬天移居的問題，就是說他冬天就不在離島，他就是到馬公或者是到台灣去了，所以說他有很長一段的時間是人都不在 OO、OO。就小離島會有這種狀況，再加上我們服務人力上面原本在那些離島本來就比較不容易找尋啊！所以說，這兩個原因之下就會...你看嘛！偶爾是人力不夠，偶爾就是老人家不在，所以你要持續長久的讓營運單位能夠長久的經營其實是有一定的難度啦！（FG1/D-014）

因為配合中央可能就是每個禮拜開放三天、四天呀，要固定時間，因為我們門口要貼那個開放時間呀，其實那個對離島的生態來說僅供參考啦，因為他們有他們自己的生活模式，因為像白天他們可能就是去田裡種土豆、菜，然後如果有潮汐的時候去撿螺呀，或者是說就跟著船沿近海的去作業呀，其實那些時間根本沒有人，開放時間根本沒人，嘿呀所以他們的服務時間沒有...就是中央的規定有時候其實沒辦法達到中央的要求，但是他們還是有在做，...（F1-097）

其實在離島你真的只能要求它量，你沒有辦法要求它質，對你說像我們活動研習我們都只能在本島辦，包含你說要他們...因為我們的經費業務費又沒有補助它們的交通費，他們一趟要幾個志工上來上課不可能啦，對呀所以光是在這個部分它本身就...（F1-123）

我們的原民鄉居服員都滿辛苦的，很多東西是獨立作業，在機構裡的話都有人幫忙，社工、護理，反正護理的部分就是護理組去，社工有社工，有沒有，他有心理上的問題或是日常生活有什麼問題社工都會出面，那居家跟他是完全不一樣。...因為都會區 1191 一打他馬上幾分鐘就到了，在原民鄉裡頭，打 119 兩個小時也還沒有到...（FG2/E-004）

...很多很偏僻的地方，有時候，我們看到一個社區照顧關懷據點，他說他們一個社區照顧關懷據點包括兩個里，兩個里的居民來參加這個社區照顧關懷據點，但是喔隔一座山啦，所以他要怎麼去呢？就是說，如果有兩天，一天選在這一村莊，一天選在那個村，隔一座山，所以他要怎麼來？所以你會發現到說，這個是我們在花東地區當中，地理上的一些障礙，這個一定要去

面對這個交通不便的問題。(FG2/C-005)

## 十、多層級的整合型照顧模式，是「以人為本」照顧理念的實踐

長期照顧服務使用者的需求可能是多元的，且可能遊走於照顧光譜上，若欲提供「以人為本」及「五全」（全人、全隊、全家、全社區、全團隊）的服務模式輸送，建構多層級的照顧模式是實踐理念的基礎。為此，透過單位「一條龍」的運作模式，抑或透過資源整合的功能，已成為長照 2.0 的發展方向。問題是：無論資源的充裕或有無，抑或是由哪個單位主責服務，皆是現實層面可能遭遇的挑戰。

一個個案的需求，他很難透過單一服務去跟他滿足，像居家服務就是到宅做身體照顧跟家事服務嘛，那如果他需要吃飯，可能就要送餐服務進來了，你沒辦法透過居服員備餐給他，居服員一天只能備一個人的餐，那他沒辦法備所有人的餐，那送餐服務就可以進去了，然後假設到了那個六、日，他也需要服務，那就可以用喘息服務，就類似像這樣子，那譬如說他需要居家復健，那你就可，假設我們有居家復健的服務，我們的復健師就可以直接過去，那這樣比較有機會減輕掉溝通、協調之間的障礙，然後比較有機會整合性的去對他提供服務。所以我剛剛講的是這樣，你如果只有單一的服務大概沒有辦法，你如果本身組織裡面就有三四種服務項目，我覺得很容易整合起來。  
(J1-020)

政府好像不太推展說這個機構自己一條龍，他希望做一個連結，包括 2.0 的時候，他就會覺得說那你都是自己攔起來做，那我們知道政府的立場，是因為經費的問題，他就會覺得我全部投在一個口袋裡面，對政府來說太不划算了，所以他會希望說我們多一些資源連結。那我相信我們在做這個服務，我們所建置的就是，我們比較不會講說用一條龍來形容，...我們比較會說長照資源網絡，他是一個多層級，然後多元的資源網絡服務，所謂多層級就是剛剛從健康、亞健康、失能到身障這樣子，甚至到居家安寧，未來可能社福團體都會加入進來推展，那這樣就是多元了嘛，那也叫多層級，我相信以總會董事長的理念，他是用這個來看待整個公益體系的。(N2-029)

如果說要以人為中心來服務的時候，其實應該是比較像現在的五全啦，全人、全隊、全家、全社區、全團隊，要用這個方式去考量，但是這個成本相當的大，以醫療體系來講，目前光這五個全，他的連結成本就要以像一個大型醫學中心他才做得到，小型地區醫院很難。(N2-031)

## 十一、服務內容多樣化，增進服務使用者的生活樂趣

服務單位設置時可能有被要求提供服務的基本項目、時間或天數，但在實務運作上，服務提供單位可能超越基本要件，主動設計多樣化的服務內容，也不受限於服務的天數，提供給使用者更豐富且更富彈性的服務。

...禮拜三我們講前年開始就有烏克麗麗班，就是老人一樣啊，就是說，你要學，好，那我們每個月五百塊的...老人家反正他也沒什麼事，他就學，就是說稍微健康一點，他們就在學。然後再來就是說，我們禮拜五還有長青園地，我們大概就是會類似讀書會這樣的一個關係，然後或者是說用我們教會的一些每禮拜天的一個講言的信息來做一些分享，或是做討論，他們就等於說一個小組聚會一樣，然後就大概吃吃點心啊，然後聊一個半天，這樣子。所以說我們都會有一些延續的一些活動在裡面，而不是說，你只有兩天，他來了就來了。(W1-070)

## 十二、服務設計朝鼓勵陪伴與鼓勵自立，以降低生活上的依賴

服務單位在設計服務或活動時，已建立盡量以陪伴和鼓勵長輩自立的服務模式之共識，受訪者 A1 即表示：「就要用鼓勵的，要活就要動，活動、活動，這樣念給他聽，半推半就，所以這個過程裡面也在建立他們的關係跟了解的彼此的文化應該發展成什麼樣的型態。」(A1-074) 這種積極性的作法除可降低長輩陷入高度依賴情境外，亦可促進其能力的發揮，進而達成活躍老化與延緩老化的目標。

...我們採取所擬定的照顧目標來講，我們很容易下一個目標叫做減緩他的退化速度，我們注重的就是他好的那一面，就是我們先看中他可以的那一面。然後我們在執行我們的日常生活照顧的時候，其實我們都跟我們的照服員，應該說我們的團隊都有一個很大的默契，就是他可以做的我們就讓他做，.....在我們家我們寧願看著他在旁邊做個五分鐘穿個外套也好，然後我們至少陪他在旁邊，就看著他做，或者是不理他讓他自己做，他明明可以做的就不要讓他依賴，所以我覺得這個在我們家的照顧，不管在日常生活的照顧上面是可以看的到的之外，我們社工所擬定的照顧計畫跟照服員他們所執行的跟照顧部分來講都是朝向這個部份去著手的。(N3-003)

因為我們一來參觀我就會跟他講，我們希望長輩不是只有吃魚，讓他會釣魚，為什麼，你這個就叫延緩退化，他聽得懂，延緩退化，現在就是希望來日照，你希不希望他還是維持中度，當然希望啊，因為你越往後，因為提早往後費用更高，我們一定會跟他講這個概念的。(N1-036)

因為我們都會希望他們自己來，就像我們組長說的，所以我們都會讓長輩自

己、譬如說煮完以後讓長輩自己就是添菜，以及倒水的部分，或是做什麼事情我們會讓長輩自行來做，因為我們會希望說就是在家的感覺，所以我們不會去幫他多做什麼，我們會希望說他自己做，所以我們長輩在這一點他還蠻能夠就是接受我們的方式。(G1-009)

## 第二節 社區照顧實務運作的助力/優勢

社區照顧理念與實務的推動，需要有許多環境和現實條件的配合，當臺灣政策上已走向以「社區照顧」為主的長期照顧模式，為其實施場域找出優勢/助力及劣勢/阻力，善用優勢/助力，降低劣勢/阻力，將有助於政策的推動。本節主要在於分析助力/優勢，接著將於第三節分析劣勢/阻力

### 一、在地連結強，社區關係佳

「以社區為基礎」的服務，需要有在地居民和組織維持良好的關係，使可能獲得支持。好的在地連結及社區關係有助於訊息傳遞，且對於資源的連結，可奠定較為穩固的基礎；且因有較佳的人情味而衍生較高的凝聚力，無論對服務使用者或提供者，都是一種情感性的支持與激勵。若非在地的組織欲在社區提供服務，也必須要能與社區建立良好的關係。

尤其是在地連結越強烈，社區關係越好，整個村莊大家都認識的那種，那種對於這種的需求更高。像這裡的話就會比較是透過個案跟個案相互傳遞訊息這種，在望安的話也有點類似，但是有更大一部份是社區的領導者在協助。(A1-078)

其實他吃的不多，不是說你一定要給他吃，其實你感情、跟你說都是人情味啦！幾乎都是人情味啦，像我們這些老人家他們現在是都在安慰我，每天都給我鼓勵、每天給我現在不是我在關心他們，是他們在關心我，他們說我這麼忙希望我把身體養好，我健康他們也就健康，他們在關心我。(B1-051)

因為社區裡面那一戶有獨居老人，哪一戶有長輩，或是說有一些比較特別的，他們都可以口耳相傳，可以傳得到，然後他們的問安、關懷訪視，對他們來說他們每天就是在那邊繞，其實誰有什麼狀況其實他們就可以一目了然，所以整個村子狀況問他們他們就最清楚，對呀優勢是這個。(F1-164)

...那因為我們是在地的單位，才能夠走這麼深啦，如果不是在地的，我當然是說以我組織發展的方向目標，我就是來這邊做日照，我就是開發日照而

己，所以我們在嘉義做的就是比較深啦。(L1-028)

對，如果不是在地深耕的組織，你從外地來的部分，我也覺得你不能進來下當指導棋，你要進來這個社區做的時候，你必須要先跟社區裡面建立好關係。  
(L1-029)

## 二、在地志工凝聚力強，且富彈性

在當社區無力聘專職與專業人力之際，對某些服務類型（例如：社區照顧關懷據點），在地志工可成為主要服務人力，若其凝聚力和向心力高，則主動性和投入度即高。因其在本地化的特性，一方面可提供居民社區參與的機會，以充實其生活；另一方面亦有助於服務輸送的彈性。

因為...要不然我就是在家裡啊，你整天在家裡等著要煮飯啊，就是說那種心理上的...啊就是睡覺，就覺得好像沒有一種很充實的那種感覺，然後有透過友人的...我之前的前任理事長他就是有熟，他就說：「哎呀那你就進來啊，阿你時間到再回去。」好啦好啦，然後我就進來，...問安跟裡面的哩哩啦啦是由我負責的，我們訪視是另外的志工，目前有 7 組，1 組兩位，有 14 位是我們的專職訪視志工，然後我們志工一共有 40 幾位，剩下的這些志工就是負責我們...也會促進也會進來啦，就是說他們不必負責這些業務，他們就是如果像我講的大型活動的時候，他們就一定要進來。(C1-023)

...我們的優勢應該是說我們社區都小，小而美，但只要我們的志工、服務要輸送社區比較快，就是他們只要靠口耳相傳，或這樣繞一圈可能就都可以做得到，比方說像我們都會提醒他們說寒流來的時候要去提醒，或者是說有什麼防盜什麼的宣導，其實就是叫一下就都會來了，對然後只要有活動，他們動員也都滿快的啦，我們都優勢應該是社區，幅員不會那麼大..... (F1-162)

## 三、從服務中獲得尊嚴與成就感，接受度高

當服務使用者習慣了服務模式，並從中獲得尊嚴及成就感，其對於服務使用的接受度相對提高，並且樂於走出家門與社區共融。

其實現在因為我們這幾年的活動還是什麼的，讓他們有一個很自然的，就是早上起床以後他們就會心裡想著來去菜市場，啊回來順便來去社區找我聊天，他說：「我來看你一下這樣也好。」就是已經這一種理念跟想法都已經深根在這一些長者的心裡，很自然的就是把我們當作是一個好朋友啦，就是覺得很自然的啦，沒有什麼需要我們去請他還是什麼，就是自然而然這樣子的走進來。(C1-089)

#### 四、「使用者付費」觀念仍難推動，但有漸被接受之跡象

儘管許多長輩天性節儉，面對收費的活動即使有興趣但參與度仍不高，受訪者 A1 即表示：「OO 那邊我們都只有用政府的補助而已，你若和老人家說要和他說收十元，他明天就不來了耶！」(A1-068)。然而，經過多年的推動與倡導，由於收費金額不高，甚至是象徵性的，服務使用者對「使用者付費」的觀念已逐漸理解並接受，受訪者 B 即表示：「那個老人已經有認同了，啊家屬都認同，所以我這麼多年來，就是都使用者付費，負擔一百塊。」、我們有心要做，永續經營我就是要使用者付費」(FG2/B-005)；另外，亦有部分服務使用者採用提供物資以及食材共享，降低服務單位開銷，受訪者 O1 即表示：「有時候就比較...他們都會掏腰包，家裡有私房菜也都拿出來」(O1-029)；O3 也表示：「種菜的都會拿來這裡贊助」(O3-004)，觀念的被接受與實際的作為，為服務的永續經營注入一股希望。

啊你一個要收費，是有困難，真的是這樣。在花蓮來講，因為我想說花蓮市，那個中區、南區，原住民的區，要收錢就哀哀叫了，還有原住民那個原民會補助啊，啊你說花蓮的沒有欸，只有靠衛福部欸，啊我們縣政府又有限，縣政府給的是真的是幾乎沒有啦。(B-004, FG2/)

...不管說多少錢，他就有時候不是經濟的問題，而是老人家他捨不得，觀念的問題，所以我們照專在評估面的時候，一定會講到部分負擔的事情的時候，我們不會找老人家談，我們會跟家屬談，...老人家服務使用者會不知道要付費，我們是善意的隱瞞啦，我們會在資訊系統裡面會寫收費地址，會跟子女收費，然後子女再用匯款到服務單位，這個是默契了啦，所以你說要老人家拿一百塊是真的是有困難。(D-006, FG2/)

使用者付費啦！像長青食堂，他們也有拿餐費啊，就是這樣啦，因為我們要長期下去，一定要做到這一點，不然，社區一直掏，一直付出的話，沒有收入也不行，對對，如果我們使用者付費這樣，人家長輩他也是心甘情願地掏出來 (O2-077)

現在我們大部分的服務都是這個免費的，尤其是在社會福利的這部分提供，我們可能觀念開始要去做轉變了，其實，我們長照裡頭的很多的服務，其實都已經開始在收費了，所以以後的那個所謂的日照中心的話，其實他是長照裡頭很重要的一環，當然收費的部分其實是合理的部分，所以，不用太悲觀啦。我是覺得那個制度確立之後，民眾會有一成不繳費的這個部分其實是可以預見的，但是你可以反過來看，十有八九成都繳費，八九成都繳費，所以也沒有想像當中說，都一直收不到錢 (FG2/C-005)

但是我們都會把減輕家屬負擔掛在嘴邊，去變成一個很有力的宣傳話語，因

為這個東西才會打動家屬，打動家屬家屬才會付錢來使用這個服務，因為我們的日間照顧中心跟居家服務都是屬於使用者付費的概念。(N3-011)

## 五、營造「家」的氛圍，增加使用者的認同感與歸屬感

有的組織致力於將照顧環境營造成「家」的氛圍，增加空間的舒適度，更提昇服務使用者對服務品質的感受度，而讓照顧不只是照顧，進而強化對機構的認同感與歸屬感。

我們的空間不會像一般日照的空間，一般日照的空間他們比較制式化，就是他們的區域分別得很清楚，那我們會有營造出家的感覺，讓他們覺得不侷限說我就是去到一個日照中心就是要被照顧的，就是我們當初設計的時候我們的區長他就說要讓長輩他有家的歸屬感，就是不要讓長輩覺得說他是去外面的機構，就要讓他有家的感覺，所以我們才會營造出這樣的空間...(D1-014)

## 六、善用多媒體宣傳工具，增進服務的推廣

地方政府善用多媒體宣導，透過軟體 APP 來公告相關資訊，除能增加服務使用者或其家屬資訊獲取機會，也因政府部門所提供的協力，讓民眾更知悉服務單位和服務內涵，在有需求時樂於使用服務。

他們會透過、他們縣府自己有一個 LINE，有一個 LINE 的對外的，然後他們會在 LINE 的群組上面公布說這些日照中心他們某一個時段在做什麼，就會把活動公布在上面，或者我們的服務內容他就會公布在這個上面讓民眾都知道。(D1-025)

他可能是大家會看到簡介吧，因為我們之前社會處有要求我們就是寫一份新聞稿之類的，然後就是讓他們 PO，然後 PO 出去之後就會有人出來回應那個地方在哪裡，就會有人、因為還有電話嘛！就會打電話來詢問。(D1-027)

## 七、服務委託採取複數決標，可提昇服務使用者的選擇權

多數社區照顧服務委外方案係採分區單一決標，但有的縣市採取複數決標方式辦理，讓一區有多個服務提供者，例如，南投縣及宜蘭縣的居家服務即是採取複數決標方式辦理，一方面可增進服務使用者的選擇權，另一方面亦可因服務提供者彼此的競爭，而著力於提昇服務品質。

居家的這一塊，因為居家本來我們南投就有個優勢，...在很多縣市他還沒有做複數決標的時候，南投就開始有這樣的複數決標，可能一個區域裡面他有兩個單位、三個單位來提供服務，那其實這樣子對服務使用者來說他是有選

擇的，我今天期待給哪一個單位來做服務，那這個可能就是可以讓單位跟單位之間照顧的品質比較有一個良性的競爭，所以這個是在我們南投很大的一個優勢，那對個案來講也是他權益很重要的一個部分，我知道有些單位、有些縣市他可能這一區就只有一家，那變成服務使用者再怎麼樣就只能選擇這一家來提供服務，這是站在個案權益的一個部分。(G1-004)

不是，他們覺得這樣子個案才能選擇他們想要的單位，他覺得你要給個案有選擇權，而不是羅東只有 OOO 你一家在做，那如果 OOO 不做這個個案他就沒有人做了，所以他想要複數決標可能，他們個案除了以輪派的方式以外，我個案可以指定單位，就是假設我現在輪到 OOOO，可是我不想給他做，我可以說我想要指名給 OO 做啊，那專員就會派給 OO，就是等於它讓個案有選擇啦，那他們也覺得，假設好，我 OO 接不下來，我還有另外四家單位可能接的下來，...對啊，所以才會用複數決標的方式。(T3-052)

## 八、地方政府趨於積極，利於民間單位服務的經營

以往，地方政府難以給予服務提供者充分支持，例如，權力下放或經濟補助，唯晚近有的地方政府已趨於積極，其中尤以一例一休、閒置空間的釋放、資源整合最為顯著，各種作為讓服務提供者承受資源不足的衝擊降到最低，而有利於社區照顧服務的輸送提供。

對，我覺得說市政府在這一塊相對算支持，就包含說有一些方案中央的補助第一個時間可能無法到位，他們都會...可能也因為是直轄市的關係，經費相對也比較足夠，可是我覺得至少長官對這一塊是支持的，像比如說現在的一例一休，衝擊到的就是居服，那他們第一個時間點，中央還沒有說要補加班費的時候，市政府就有說他們會先吸收。(M1-012)

...他們能夠那麼快的去把場地找出來，這個就是在我們做很多年的日照當中，最不容易做到的，就是說把一些閒置空間能夠找出來，這是最不容易的部分。他的優勢就是說他能夠用他的公權力，把那些閒置空間全部找出來，就直接民間單位就來承辦了。(N1-001)

因為場地幾乎都不符合，它太嚴格都不符合法規，那新北市就想辦法，但是我覺得跟我們...在他們來之前的差異是我們場地延宕了一年多，就是很多的問題沒解決，所以一直沒有辦法辦理，包括我們永和也是延宕了很久的時間，後來就是因為他們進來之後把所有的...就是各個公部門整個去協調好，就馬上把這個場地全部都可以去執行了。(N1-002)

### 第三節 社區照顧實務運作的阻力/劣勢

#### 一、法規與制度缺乏彈性，影響空間和人力的運作

政府對照顧服務有各種規範，或因彈性不足，再加上資源網絡布建未臻完備，致使服務提供單位常須面對經費、行政、人力和空間運用上的困境；受訪者 A1 即表示：「據點有它的定義，然後我需要什麼再設一個什麼，不可能，也沒有空間、也沒有人力」(A1-003)；隨著長照 2.0 而出現的「據點機構化」趨勢，亦使得因人力與服務能量的疑慮，而存在著對服務質與量與隱憂。

據點機構化就是會變成說它更有服務量能，可是它就必須要考慮它的這一些...一比八啊、東西、啊那個五天(台語)，然後照服員，因為也只補助一個嘛，他要扛這麼多，這樣為我們據點的質量會比較好？還是讓據點還是在玩他們自己本身這一種...自己依著社區的需求出來，這個是我覺得我現在是...有一點隱憂的地方，其實是在這裡啦！(FG3/A-017)

因為目前在長照服務他事實上，他是有一定的限制，所以他彈性沒有到那麼大。然後，再加上說像剛剛那個 O 組長跟 O 先生在講說社區關懷據點在這邊真的點不是佈的很多，而且你如果有需要的民眾在附近剛剛好可以協助到這一部份，但如果說不是這些剛剛好在據點附近的，有需要的話，那勢必還是需要說有交通車輛的協助，或者什麼的才比較方面去使用到這部分。(FG1/B-009)

我之前還被市政府逼著去啊，後來我變社團法人就是逼著我去做身心障礙據點，那其實身心障礙者我一直有在服務，而且我社區 144 個我服務了 80 幾個了，我就想...我幹嘛要掛你的牌一天到晚寫不完的報表，真的不要那一些，他連衛福部要的資料都要我們寫，我幹嘛為了那一點點錢...我不需要啊！我自己有錢啊！我甚至三節慰問我都還辦得到，因為我有愛心費嘛，就是給錢我會必須要你給啊。(FG3/D-033)

#### 二、服務欲符合使用者需求，但資源卻難以因應

長照 2.0 的開辦欲增進服務的多樣性，且欲讓服務使用者有更多選擇符合其需求的彈性措施，然而，因整體資源的限制，可能導致有需求，但無服務，抑或有服務，但無需求者。

你會覺得日照裡面的概念是希望是長輩是一個生活促進的地方，讓他維持能

力的地方，可是現在不是，現在整個 2.0 下來，他變成是一個好像是要收中重度的長輩，然後日托站才是需要是輕度的，輕度長輩去那邊，但是他日托站能夠做像這樣我們這麼多專業人員這麼多的東西嗎，不可能，他沒有資源，他就請一個照服員，一個辦個活動人力去帶，有人去督導嗎，沒有，所以我覺得很弔詭，整個服務都非常弔詭。(N1-040)

...假設我要做全人照顧，我不僅得不到，不僅沒有增加資源，我可能還會因此失去資源，就會變成這樣子，還是回到我剛剛講的送餐，他白天來日照，然後晚上自己在家裡面，他還是需要送餐啊，那不好意思，因為送餐服務只能送中午，所以晚上不能送，所以他本來搞不好可以用送餐服務結果他就變成不能用了，所以這個都是一個大問題。(J1-026)

...長照中心訪談完之後，他開出來的項目就這一些，我已經幫你決定好你要做這些東西了，所以你只能做這一些，不是讓...應該照理說，我們應該是要跟長輩討論，你的需求是什麼，但是因為他其實是有限制的，所以變成說，長輩他沒辦法想，他想做什麼就可以做什麼，很容易是會被拒絕 (X2-116)

### 三、服務使用者及家屬過度期待，打擊居家服務/志工員士氣

避免依賴是社區照顧重要理念之一，然而，實務上，服務使用者及家屬對於「社區照顧」的認知不清，導致在機構服務端與服務接受端觀念上的落差，而形成不必要的紛爭和誤會，受訪者 X1 即表示：「因為他的觀念就是已經在那邊了，會覺得我就是來這邊接受服務的」(X1-057)。因為長輩認為他應該「被照顧」。許多照顧服務人員（或居家服務人員）在提供服務過程中，更面臨不受尊重的困境以及服務內涵上極大誤會；有的志工也因擔心家屬過度依賴，而取代子女的職責。。

就像居家服務員去到人家家裡，很多老人家都搞不清楚啊，我是部份協助你耶！不是耶，進去之後，是被當成丫環耶！奴才耶！上山下海，屋頂也清、玻璃也清，不是啊，我是來幫你洗澡而已耶，最多就是在使用廁所後幫忙清潔一下，不是啊，過年到了啊，紗窗也要拆下來洗啊，你要怎麼說？(A1-064)

我們有我們的服務認定，可是當你的服務認定出來的時候達不到個案的需求，你的滿意度就是會差的，那如果你想要你的滿意度提高，你就是要絕對的做到你的個案想要的，這是現在推動的時候非常大的落差，我希望你做的好的，可是礙於我們有範圍限定，我沒有辦法做那麼多，那你的服務就是不好的，現在都是這樣子。(FG1/B-010)

你如果一直要求他說你就是配合這個個案，你就是給我多做一點，因為我要個案嘛，你就是多做，到時候這個服務員不做了，我損失的是更多的個案，

那我不如去教育個案，什麼是你可以做的，什麼時候是我們服務員可以做，讓兩個可以達到一個平衡，或許我兩邊還可以留存。(FG1/B-012)

推動狀況就會常常遇到認知不同所產生的一個我覺得是落差，落差一旦有，就會造成受益人跟執行者之間的兩難，除了兩難，然後再來就是抱怨，再來就是處理，可是相對這個民眾的教育如果沒有提升，其實在服務員的招募或是說服務員的意願就會有影響。(N2-004)

...像上次就有一個他們志工去訪視的時候，他們就發現到說那個老人家就一直說他很想不開、很想去自殺、很想要死，我就跟他講說你馬上打電話去跟那個衛生局的心衛中心聯絡，然後我們就直接把紀錄寫好之後我們就撤案，我們就先把他做結案，我們只要後續去關心就好了，為什麼?因為其實志工他真正的本身並沒有所謂的專長訓練，那你怎麼去陪伴，這過程好壞其實他必須面對的是他的家屬，因為甚至有的家屬到後來會覺得說都你們在做，你們要負責，...家屬反而是依賴這群志工喔，取掉他們原本的那些子女功能，可是我會覺得這樣是不對的，... (F1-119)

#### 四、居家服務員培訓後，留任意願偏低

居家服務員人力不足是普遍存在的問題，一方面可能因為工作報酬不高，地位低，再加受服務使用者的過度要求（尤其是自費者）、以及不受尊重而有倦怠感。受訪者 FG1/H 即指出：「他們覺得他們花錢是大爺，我要要求你就是要給我多做」（FG1/H-011）。為此，居服員須花許多時間進行溝通，但亦不一定能獲得認同或體諒。

像 OO、OO 最為嚴重就是因為我們已經有在地、當地的服務人力，可是只要我們培訓完，很多學員他們也還是有一些聲音說他們不願意去從事這一塊工作因為太辛苦了，去到這個個案家，就要被當作傭人，這是那種被尊重的感覺，然後尤其像我們很多地方的長者會覺得說，我今天花錢來，就是剛剛像承好講的，我花 60 塊來，你就是要幫我做到好。可是也是有那種不用付錢的，他會覺得說，這是政府要來照顧的，然後因為我就行動不方便，所以政府花錢照顧我，然後所以你們就要幫我做到我想要的需求。可是有時候就會礙於政策的規定，然後活動範圍的限制，居服員沒辦法多做，然後沒辦法多做的時候，第一次時間他在那個個案家，他要接受到個案很多情緒的反應、的抨擊，然後服務員心裡面也會受傷。(FG1/A-016)

打掃我們可能有你的活動範圍，當我們把這一套拿到 OO 來的時候，告訴這邊的老人說：「只有你固定的活動範圍喔」，他們就整個大爆炸：「怎麼，那其他不用掃嗎？」、「其他都不用做嗎？」，然後他們就會說：「我請你來就是要做這個啊！你全部都要幫我做啊！」這次服務內容的界定非常的他們沒有辦

法接受的地方。我們在這個地方跟個案溝通要花很多、很多、很多次，他們還不見得能夠吸收的了。(FG1/B-016)

.....因為我們發覺到很多居家服務員到案家的時候，家屬是把他們當是外傭啊、清潔人員，其實我們是在照顧就是說失能的長輩，可是他們家屬的那種定位就很像覺得說我是花錢來請你的，那種尊重度就沒有了，真的是這樣... (N5-001)

不OK，現在非常吃緊，像我現在就是說，就是因為服務員最近都開始身體有些退化啦，然後可能有些規劃，所以他就可能就離開職場這樣子，那但是沒有新的人補進來，所以我們就一直吃得很緊啦，現在是目前就真的吃的很緊啦。(X2-076)

## 五、偏鄉長輩觀念保守，接受日間照顧意願低落

部分偏鄉地區民風普遍保守，即便是到日間照顧中心，亦有被遺棄的感受，受訪者 FG1/A 即表示：「OO 這邊真的算偏鄉，所以觀念還是相對於保守很多。所以要離開自己的家去其他地方接受照顧，這一個部分還是需要努力一段時間。」(FG1/A-002)；G1 亦表示：「那其實對他們【按：長輩】來講日照中心，他們第一個印象他會覺得說好像家屬就是要把他們丟到這邊來。」(G1-005)，尤其是外島地區，青年人口外移，但長輩不願意隨行，當有照顧需求時即可能引發更多的困擾。因而，當長輩有照顧需求，在子女無法就近照顧的情況下，普遍偏好聘請外籍看護工。

...後來他失智程度太嚴重了，他失智症那個症狀太嚴重，所以他到現在變成重度，那他現在幾乎都只能在家裡面。其實之前我們有建議他們要去失智型的日照中心，可是因為家裡面還有...就是那個個案他是男生，然後他的太太就是很不願意讓他出去外面，也不讓他去日照。本來一開始我們已經安排要帶他去日照，可能禮拜一就是已經車子都來接了，可是他的太太就是不要上車，覺得去那裡就是好像被關進去一樣，然後就開始在哭啊、在鬧，然後最後還是家屬的決議就是請外勞全天候照顧這樣子。是我們發現到一些現象是這樣啦！(FG1/A-002)

就是覺得我們在推那個日照的時候，就是有一些老人家還是維持在那種比較傳統的，他就會覺得說，他會被遺棄在那邊。然後，有些人甚至我們跟他介紹日照的時候，他就會開始掉眼淚的，那這造成我們身為日照就是...我是覺得說可能那些觀念上的不同，造成他們的接受度會比較低一點，那我覺得非常的可惜。(FG1/F-002)

## 六、對社區照顧項目的認知不清，影響接受服務的意願

社區照顧的服務項目頗為多元，可讓有需求者有較多元的選擇機會。然而，在實務層次上，仍有許多長輩或家屬對服務的認知不清，造成有需求也不願意接受服務，抑或對接受的服務後有過度的期待，抑或配合度低落。

...因為 OO 的民風會比較封閉，所以他們就是一樣的就是走不出那個社區領域裡面，然後他們就是在資訊方面會比都會區來講還要弱一點，所以剛開始在推很多人都不知道說日照中心在做什麼的、我們的作息是怎麼樣的... (D1-016)

...他的期待又不一樣，他就會變成就是說家屬我們是要減低他的照顧能力啊，減低那個壓力、負擔，可是他變成這個就好像說有時候我們移位、轉位需要一些助力的時候，他就跑掉了，他覺得這是你們的事。(N5-001)

...很多【按：從外地】回來的兒女就開始：「怎麼會是這樣呢？」就很多話，等等等，回來了，然後就唸，就唸我們的居服員：「你們怎麼等等等，不是等等等」，可見就是說其實我們在推展這個時候，我們政府並沒有讓就是說沒有推展的很好，什麼叫做居家服務，它的內容、它的限制、它的尊重在哪裡？這個費用是政府補助這多，可是你們這是一點點，他們就會覺得說我花錢請你來你就要幫我做到這麼的多，這是一個過度期待的問題。(N5-001)

## 七、服務界線不易劃清，易引發爭議與兩難

「生活自立」是社區照顧的重要理念之一，即便對身體機能不佳者，也會朝著自立的方向努力。受訪者 A1 即表示：「就是會要求老人家要讓他自己做。」(A1-071)；O2 也表示：「我們是盡量，盡量讓長輩做，有時候，你看像有時候那個中風的，他們連筆都不會拿嘛，我們盡量說，啊...你先畫一點，先做一點。」(O2-151)。然而，當服務使用者生活或行動靈巧度不足時，是要直接予以協助，抑或是任個案自己完成。若因平衡不好或支撐不足而發生事故，責任歸屬恐引發爭議或兩難。另外，有的服務使用者和照顧者對於照顧範圍難以清楚界定（如居家服務之家務），也可能衍生兩造之間的爭議。

就是，他講的就是福利依賴，通常就是居服員進去之後他就會假傻，他原本家屬該做的事情就都推給居服員，沒關係啦，這個你們做，不然你們順便，這也幫我做一下，那也幫我做一下。(T3-098)

來到我們家了，什麼事情可以做什麼事情不能做，那這樣居家服務不是會很難用嗎？而且呢長者跟家庭之間的什麼事情是屬於長者的，什麼事情是屬於家庭的，這條線很難去把他劃分清楚，那到後來就會，如果我們又把他間隔得更清楚，居家服務就會變得很不友善，動不動說來你幫我倒垃圾，啊不行我只能倒老人家的垃圾，可是老人家的垃圾如果丟在他們大垃圾桶裡面，那

我們倒還是不倒？(J1-037)

...通常他可以做的會勉強於兩個嘛，一個就是他的觀念沒有改，第二個就是他的能力所及，但可能是他的邊緣，快到邊緣，但是他能力所及沒有做。比如說，他可以走，但是走很慢，那你要讓他自己走嗎？走也不是、不走也不是啊！但是他要走去盛飯，你說他會盛嗎？對啊，但是盛很慢啊！這個慢裡面有一件事情是危險的，因為他平衡不好、支撐力不足，所以他才會這樣嘛，那他可不可以做，所以那個界定到底要在哪裡，很難啦！(A1-065)

...我們一般來講在提供服務上還是會有一個範圍、規範、契約，但是對有些服務使用者來說，你哪一家的彈性度比較大一點，我可能可以超過這個範圍的彈性比較大，我可能就會選擇你，那這個範圍比如說家務的部分，家務如果一般是有同住者，通常我們期待的是說...因為我們是針對這個服務使用者他獨自使用的，比如說房間的空間整理，但是可能家屬或服務使用者會把這樣的範圍擴大到整個的家庭，或是更大的範圍，那這中間就有一個界線的問題。(G1-010)

## 八、照顧資源既患寡、患不均，偏鄉地區難以回應需求

部分縣市由於地處偏鄉（尤其是外島），在服務地域上與都會或本島環境相比，相對處於劣勢，致使無論在人員招募（晉升）、照顧設施設備，皆面臨嚴峻的考驗。例如，人事經費倘若無考量偏鄉加給，即缺乏誘因吸引專業人力穩定就業，而相關專業訓練不足的狀況下，服務量能也恐受到影響產生。受訪者 FG1/B 即表示：「它光人力的問題，其實這邊的服務員想要賺錢的動力沒那個高，不像高雄...。」(FG1/B-008)；另外，有些地方缺乏服務場地也是尚待克服的問題，受訪者 B1 即表示：「像我的話就是借場地，我是場地的問題比較嚴重，如果我有場地我可以發展很多。」(B1-024)。

...差超級多的啊！所以薪水一樣是三萬三，你為什麼會來？從經濟考量，我若是只有三萬三，然後吃住、還要有租房子、還要有飛機票。然後，我如果說還不到一年，然後我想多待一、兩天，請個假，還要扣錢，那你來不來？一般的價值來講，不會來啦，對不對？除非你真的是找到了他的生命的主軸，說他願意為偏鄉付出，我就還沒有看到這樣的人。(A1-107)

沒有進階的管道，那如果我看到我說，很多年輕人就是說：「我真的很難一輩子我就是做照顧服務員的工作，因為我看不到我的遠景。」(X2-073)

...我們常常在講說其實社區照顧很重要的一個是空間的取得，....可是空間的取得呢，台灣的政府法律...政府是這樣子的，部門...這真的是公部門效益不彰啦，是效益不彰，政府這個機器科層化的人這個結果。(L1-017)

長輩比較需求的部分可能就是所謂的復健這部分，他們會希望我們能夠提供像醫院很全面的復健，那因為我們的中心妳也知道我們的空間就有限，所以我們的復健的東西都是比較基本簡易的。(G1-016)

## 九、專職、專業人力與志工不足，服務深廣度皆受限

從社區照顧服務需要依使用者的身心狀況導入專業或專職，然而，無論是日間照顧或居家服務，專業與專職人力普遍不足是事實；受訪者 FG2/C 即表示：「我們的服務供給的部分確實是不夠的，需求量很大，但是那個服務供給不夠，那主要是那個是專業人員的不足。」(FG2/C-014)；FG2/C 亦表示：「...面臨那個醫事跟照顧人員的不足跟流動率不足，對不對？那個提到說我們的護理師，護理照顧人力不足，其實社工也一樣喔。」(FG2/C-005)。居家服務員人力的老化，再加上新人招募不易，也是當前居家服務當前面臨的重大課題。另外，即便有些機構（尤其是社區照顧關懷據點）能夠善用志願服務人力，卻也出現志工老化的趨勢，受訪者 F1 即表示：「就年長，就大家都年長，這是很大的問題。」(F1-162)

...人力不足是我們很大的一個問題啊，就其實基本上人力的配置比啊，當然，要招募，或是尤其像護理，我們現在很大的問題是，護理人力一直都不足，那因為不足的情況下，所以我們的收案量一直沒有辦法提升。...但是回過頭來就是人力的問題啦，其實以我們目前來說，其實人力上還滿吃緊的，就是，因為人力上不夠、不足，所以演變成我們在收的量一直沒有辦法達到，也是一個問題啦 (FG2/A-001)

...專業人力非常地缺，我們一直都招不到足的照管專員，尤其是在我們偏鄉，那我們偏鄉又分了那麼多區，四個偏鄉嘛，OO、OO、OO、OO，全部都進駐在那個鄉，一個照管專員，幾乎都是在衛生所。那今年我們的佈局是，每一個鄉鎮市、十三鄉鎮，一定放至少一個照管專員，那會有三個督導的缺，所以北區、南區，中區我們是佈局在 OO 衛生所這樣子。那今年會有 26 位照專，從 11 位增加到 26 位，所以希望在下半年度，人力能夠補足啦！(FG2/D-004)

哇，我先講最大的挑戰好了，最大的挑戰就是人啦，嘿，因為以前，他可能時數他可能就是按照評估，可能他就是十幾個小時、二十幾個小時，重度的可能比較多一點，可是現在的話，變這樣調整之後，每個人的可以服務的時間會拉比較長，可能就是，一個服務員，原本我現在可能照顧七、八個長輩，可能我現在變成，一個服務員只能照顧兩、三個長輩，我的時數就滿了。(X2-147)

不 OK，現在非常吃緊，像我現在就是說，就是因為服務員最近都開始身體有些退化啦，然後可能有些規劃，所以他就可能就離開職場這樣子，那但是沒有新的人補進來，所以我們就一直吃得很緊啦，現在是目前就真的吃的很

緊啦。(X2-076)

...照顧服務這一塊是勞力比較吃重的工作，那對於像 60 歲以上的服務員，其實我們會擔心他會受傷，.....他一受傷，第一個，我找不到人，第二個，他可能要修養好久，而且可能就因為這樣子他就沒辦法工作了，對，所以我們其實會很擔心這個部分，那部落的部分的話吼，就是，真的年輕人都不在部落，那真的現在就是我們也是一直在努力在找看看，有沒有其他的資源有人願意投入這一塊啦，因為我們每次辦訓練，每次就是每次都招不到人這樣子，然後就是，訓練完之後，我們現在也是比較遇到比較大的問題，就是訓練完之後這些人都不願意投入工作啦。(X2-070)

譬如說一個縣市就那麼多日照，然後可能因為那個日照就馬上要開了，然後可能就一票人就把他拉走了，我們就全部轉戰到另外一個單位去，我覺得這樣非常的不好，對啊，那這個單位要怎麼留住人是非常重要的重要的，我覺得這個流動率非常的大，年輕人的流動率非常非常的大，想要跳想要幹嘛的。(N1-029)

還有人力的問題啦，以我們機構來說，目前可能也跟其他機構一樣，人力上招募的問題，其實是對我們來說是一個很大的問題，其實照顧的人員，其實還有另外一個問題是品質的問題，其實，那就是說...可能在品質上要求也不敢要求太高，我覺得會有這樣的一個兩難啦(FG2/A-001)

...尤其這一、兩年，那個政策的變化真的太快了，然後，很多東西其實在機構端這邊其實有點無法適從了，然後加上說，要考量機構的成本，又要考量人力的部分，然後考量照顧服務品質提升的部分，然後，中央單位都會希望說你趕快去做出量來，可是量做出來，可是品質做不出來，嘿，因為你一直衝上去，量真的量很多，可是我的人就是跟不上來，我的品質就不做出來，那其實對我們來講，其實是一個很大的困境啦，對，現在目前是這樣，啊如果說我們說努力找人，就真的找不到人來，尤其是部落，再叫大家回來這邊工作，沒人要回來，對啊。(X2-221)

## 十、個案及工作負荷量高，居家服務難以兼顧品質

居家服務與日間照顧中心督導面對的情境不一，居家服務督導情境多數出現於個案家裡，且是一對一的方式進行。日間照顧中心則在中心，且是以團隊的方式再進行服務，相較於居家服務，在推動或執行上較為便利，且不費時。為此，居家服務督導承受的負荷較高，再加上照顧服務員的素質不一以及高個案負荷，都可能使得因督導功能難以完全發揮而影響服務品質。

我覺得居服會比較困難是因為他其實居服常常就是一對一，就是居服員自己單獨去面對案家，我常常講說那個差別會是應該說日照這邊是團隊在運作，那帶領那個人有這樣的概念的話我覺得很好去推動，那居服因為第一個他案量多，第二個他是一對一的服務，那服務員的素質有時候我比較難去掌控，...可是應該說服務員的量太大了，那他的素質我比較難去掌控，那甚至現在大家一般的居服單位可能就是每個月服務員回來交報表的時候大家會聚再一起做一些個案討論或者是在職訓練而已，你平常要去一對一督導的機會可能不是那麼多啦，雖然有居服督導，可是大家的案量也都算大，現在好像一比六十還多少，所以我覺得那一塊我們會比較沒辦法掌握到。(M1-047)

...他們【居服員】工作模式都派案出去的，這個小時在這裡，那個小時在那裡，所以他本身跟我們機構之間的互動本來就沒有很強了，再來第二個他過去服務個案都是 one by one，所以呢個案的臨時性的需求跟案家的要求，臨時性的要求就會很高，所以呢居服員他的獨立作戰能力很強，從另外一個角度來想，他也不認為說他必須要聽誰的，所以他的服務觀念就會比較傳統一點，所以居服員在這一點，你說要真的可以達到說那一個我們希望讓那個長輩可以做自立資源的部分，居家服務還真的比較困難，加上他照顧密度也比較低。(J1-055)

## 十一、接受照顧服務的決定權，家屬高於服務使用者

誰的決定？這是居家服務及日間照顧服務上的一個弔詭之處，尤其是對一些部分自費者，更易於在長輩與家屬之間出現矛盾的情節。對服務提供者而言，照顧的主要價值在於延緩老化，附加價值則為減輕家屬負荷，但對家屬而言，附加價值可能就是主要價值，為讓家屬接受，宣傳上也有附加價值凌駕主要價值之語。

因為我們這邊的錢不是長輩在付，是家屬在付，但是使用服務的是長輩，長輩只能聽家屬的，甚至是長輩來到我們日照，我們都會講說他很吵，用台灣話來罵就是說很番、很盧，可是回到家裡，他會聽家屬的話，甚至我們打電話跟家屬講，家屬過來罵一下長輩就好了，因為家屬握有錢的這個部分，有時候我覺得身為一個 worker，其實在對於提供服務的時候，以前我曾經 confuse 過，我到底是服務家屬，還是服務長輩。... (T1-011)

...我們的這種照顧都叫做減輕家屬的負擔，但是其實有些老師也提過我們的社區照顧，不是在減輕家屬負擔，因為這叫附加價值，我們主要價值是要提升或是延緩案主的失能，或是提高他的社交什麼的隨便，但是我們都會把減輕家屬負擔掛在嘴邊，去變成一個很有力的宣傳話語，因為這個東西才會打動家屬，打動家屬家屬才會付錢來使用這個服務... (T1-011)

居家服務的決定權從頭到尾，決定服務該怎麼使用的幾乎家屬佔的比例最重要，反而不是長者，長者在居家服務的這部分他的決定性就輸給主要照顧者，因為這一個在居家裡面來，因為我們居家服務的提供一定跟家庭的成員有關係。(J1-033)

## 十二、勞工權益保障（一例一休）成本增加，人力調度不易

社區照顧（尤其是居家服務）是一項需要高人力投入的產業，新制定的「一例一休」雖保障了勞工的權益，却也添增勞力成本，再加上嚴格的勞動條件規範，使得原本就已捉襟見肘的照顧服務人力，調度更加困難。

所以我從 OO 到那邊的話，我必須要找當地人的居服員的背景，那我們那邊只有一個居服員，...現在又來個一例一休，那他們核定下來訂一個禮拜一到六都要去服務他們，變成一例一休的話，因為他的那個加班的時數很麻煩，什麼前面兩個小時要變成四個小時，要幾分之幾這樣，然後又算休假日跟國定假日，那個加班費真的是算起來也很可觀。...那就在我們以原民鄉裡頭，我們要招這個居服員很困難，不可能是從外地來給你做這個工作，他要住哪裡？因為居服是跑來跑去的，所以這個是我們那邊目前所看到的。」  
(FG2/E-004)

## 十三、機構的規模與成熟度不一，難以做到全人關懷

社區照顧服務機構的規模和成熟度不一，各自能量有別，規模小、成熟度低的機構，難免在資源連結、服務人力上受到限制，尤其是服務人員的專業素養和能力，皆將影響社區照顧服務的提供。

...可能每個機構的背景跟成熟度不一樣，那因為你要做到全人的一個關懷，那他需要的你光專業背景就不同專業了嘛，那可能有一些小機構他沒有辦法有這樣的資源連結的一個能力，或是他本身他的人力配置裡面沒有編像不同專業領域，這就是很大的一個挑戰，你如果說單位比較健全，然後也比較有心思的話，他可能他是一個...其實算也是困難耶。(G1-042)

## 十四、混合型日間照顧中心，尚不易被接受

或因設施設備、人力或資源的考量，日間照顧中心不乏混合收容失能與失智長輩，若要分開設置確實有其現實的難處。然而，有些失能長輩看到中心有失智老人時，卻出現排他性或抗拒心理，致使混合收容面臨現實的考驗。

在日間照顧在推行的時候有他的一定的困難點，尤其是失智型的個案。它雖然收的是失智型，可是因為失智型在這邊接受度不高，所以他失能、失智是

混合的，可是當你開始收失智的時候，失能的個案要去的時候，他覺得說那邊的個案不是很正常，他也不要，因為失能的個案去看到失智他也覺得說那邊的個案都怪怪的，他跟他沒辦法可以溝通或互動起來，所以是這樣拒絕。

(FG1/E-003)

## 十五、服務提供者缺乏文化敏感度，易出現隔閡

原鄉部落的服務交通不便是常引起抱怨的因素之一，另外，服務的提供者不乏漢人，在部落長者提供服務上，易於因缺乏文化敏感度或語言上的隔閡，而不易被接受。受訪者 FG2/C 即表示：「我們社工人員跟醫護人員缺少文化敏感度，都不了解他們部落的文化。」(FG2/C-008)。

...你會發覺到說，語言系統其實是非常的複雜，那如果能夠用他的語言系統當然是最好，所以我們在排原住民部落的那個長照的部分就是說，希望能夠了解這個當地的族語的人最好，當地人照顧當地人是最好的一種方式，但是，有的時候我覺得現實狀況很難配合 (FG2/C-008)

...我整個去做訪談，我發現到說回不去，但是他們又認為我們現在的專業體系是不符合他民族的需求，因為沒有文化情感度，所以這是一個兩難的議題。

(FG2/C-009)

有些人就認為說：「你沒有文化敏感度，你憑什麼來服務我們？」所以有時候我們不曉得要怎麼，所以我是現在透過訪談，我們一定要整理了之後，告訴這些比如說，回不去了，跟他講。(FG2/C-010)

## 十六、不同行政/專業體系未能有效整合，難以發揮服務的綜效

從預防、照顧到照護，甚至有時須反覆於治療之間，社政與衛政部門之間的合作或協力必須建立在整合之上，受訪者 N2 即表示：「如果在地老化或是推展這個社區互助、共助這個部分，應該是回到說這個老人他有所謂的健康、亞健康、失能，然後一直到就是完全重度失能這個部分，其實他應該是結合在一起。」(N2-008)。然而，或因行政歸屬、或因本位主義等因素或因標準與價值未予以整合或認同，導致不同單位或部門在合作上出現許多諸多障礙，社區照顧之資源整合的基礎未能有效建立，使得照顧難以發揮綜效。

那講到日間照顧，這個是想要講到結構面的問題，很詭異的事，竟然有衛福部，可是社家署、照護司，全部佈局在這兩個不同的最大區塊，那到了地方政府呢，是社會處跟衛生局，所以日間照顧，我們目前我們本縣只有成立三個點，一個點是 OO【按：醫院】，OO 是衛生局輔導之下成立的，那 OO 跟那個 OO 是 OOOO，是社會處成立的，所以好奇怪啊，就是我們一直在講社、

衛政整合，社、衛政整合，可是中央也沒整合，地方也沒整合，光是一個日間照顧就化為整個兩條平行線啦！（D-004，FG2/）

...就比方說衛福部好了，有整沒有合，衛政社政還是一樣本位主義，然後呢，我訂出來的標準，每一個主管單位都怕事情，所以我都會按照...反正我不要出事就好，我就是按照我要的標準下去訂，所以比方說消防，真的需要這個樣子的嚴謹嗎，日間照顧中心嘛，照顧失能的老人唯一會動到火的可能是廚房，活動的時候老人連抽菸都不可能了，你說消防我為什麼要被規定為甲類，三百坪米我就要甲類，三百坪米我還要做法區分還要乙類，然後我的使照、建照...台灣有一大堆社區裡面的空間...（L1-017）

#### 第四節 社區照顧的發展策略

臺灣社區照顧的環境有其潛在的優勢/助力，也存在這諸多的劣勢/阻力。依當前長期照顧 2.0 版的規劃，「以社區為基礎」的照顧勢將成為主流的照顧模式。在實務運作上，如何善用前述的優勢/助力，並降低劣勢/阻力的衝擊，關係到未來社區照顧能否有效發揮其功能的關鍵。底下將依受訪者的看法，分析社區照顧未來發展的策略。

##### 一、澄清家屬對服務內容的期待，避免因認知不一而衍生爭議

社區照顧服務提供過程中，尤其是居家服務，可能因家屬對服務內容的期待過高，造成服務提供者與家屬之間因認知差距過大，抑或不切實際的期待，導致因誤會未能化解，而衝擊到服務員的工作士氣。為化解可能的爭議，服務提供前或過程中，評估者或機構督導，宜明確告知服務使用者或家屬服務單位的職責，並針對模糊地帶進行溝通與釐清，以降低因誤解而衍生爭議。為此，受訪者 M1 即表示：「在居服裡面當然可能會有一些服務內容界定的問題，所以我覺得像居服督導的溝通能力要很強，你怎麼樣去跟案家做溝通這一塊。」(M1-054) 另外，機構督導也要給予服務員適切的支持與協助，以避免造成職業倦怠。

...有時候剛開始進去的時候，可能家屬不清楚，他們會覺得服務員就是：「哦，我請服務人員來了。」因為他們有部分負擔，他就說：「我已經花錢請你來，你應該要做。」可是督導就會去跟他們講：「不是，我們不是要幫你做，我們要支持你。」那大部分的家屬都聽得懂，哦，原來服務員服務的模式是這樣子，嘿，那對他們的期待我們會先澄清，因為要澄清期待。(X2-171)

對，就算我們去評估我們其實也會跟家屬跟老人家討論說：你家屬可以做什麼，你老人家其他家人可以幫忙做什麼，好，那如果這樣子，那我們就維持都是你們先做，你們還是維持你們做，那其他不足或者是很困難的我們服務人員幫你做... (FG3/E-024)

...整個照顧的壓力是放在服務員身上，可是其實這樣子其實不太好的，因為我們是希望說，你家屬...因為畢竟你還是這是你的長輩，那服務人員畢竟還是外人，那你在...我們可能就短短的時間內，可是你直接把整個照顧的力量都放在這個短短的時間內，其實對個案其實是不好的，嘿，那我們會盡量避免這種事情發生，我們希望說，我們還是 push 家屬，他該做的部分還是要做。(X2-168)

我們會看家屬跟長輩的狀況，因為有些你如果透過服務員去溝通，有時候會造成服務員的為難，而且也會造成以後他們的服務關係上的尷尬，有時候我們會透過督導員，就會透過督導的這個角色來做居中的協調。(G1-037)

...那我們的居服督導就要很關心我們的服務員，跟他們建立關係，那我們也是要跟家屬建立關係，所以就是變成說一當有衝突的時候，我們一直跟我們的居服員說你的態度很重要，...那有任何問題麻煩你一定要跟督導說，我們就趕快去處理、去了解，就是變成這樣不合理的，我們當然就是跟他們...那我們就會有一些通報的系統，那我們就是要跟專員跟縣府要有很好的關係，...我們就是盡量最重要的就是支持我們第一線的人，所以我們有很多在職教育的課程，去裝備他們，去體恤他們的辛勞，然後讓他們去知道老人生病的心態一些，就會比較好，就是這個部份，給他們更多的支持。(N5-002)

## 二、多元化的資源籌措方式，以舒緩資源短缺的困境

資源短缺是許多機構在服務提供上面臨的最大困境，除了經費外，亦包括人力或物力資源。為化解資源短缺的困境，有的機構已透過多元化的資源籌募，以維繫機構的營運，例如，撰寫計畫爭取政府資源、募款、服務使用者自行提供物資、與學校社團合作、招募志工...等。

...總幹事是協會的，他是沒有人事費用的，然後我們提了計畫，比如說明年我們要參與健康營造，我們今年就要把計畫先提上衛福部，讓它去審，審了以後、過了以後，我們才有資格參與健康營造。...然後呢我們就用總幹事來提計畫，然後就用總幹事來享有這一筆人事費用，當然它除了要搭它的、做它的健康營造以外，它就是一定要我們總幹事據點的一些業務，就是跟我們兩個一起互相配合... (C1-009, 010)

...他到這邊來也捐款，那我們在共餐的時候他也訂桌過來讓我們享受，他說非常感謝我們幫忙每次活動都邀請他這樣子，其實我們的資源不是只有對光

明里付出，別的里都會來贊助。...這個供餐費用，我們只有一個月辦一次，那次費用差不多六、七千塊錢啊，六、七千塊如果我們據點的志工加上一些長者、一些阿嬤他們會煮飯帶一起來煮食這樣子，然後我們就一直延續到這裡。(FG1/C-002)

...其實很重要一個就是我們要把資源帶進去，像是很多大學他們什麼漁村生活隊，或者是說很多像...比方有人捐贈米呀什麼的，但這些福利就是會先跟離島去問他們的需求，然後譬如說很多什麼...之前有義剪什麼的，其實我們就會知道訊息之後，當然就是先把福利留在我們比較偏遠的地方。(F1-043)

### 三、培育跨專業的照顧管理專員，落實照顧服務評估工作

照顧管理是社區照顧的主要工作方法，若評估者同時具備社工與護理之跨專業知能，將有助於針對服務使用者進行較適切的評估，一方面可確保個案能夠獲得真正符合其需求的照顧服務，另一方面，亦可讓長期照顧資源做最有效的運用。

...就個案方式，真的是去做一個評估，不是像長照那邊那麼簡單的只是說幾樣的一個評估，然後就投入。我是希望能夠做比較落實這個面向的一個個案的專案，每個個案都這樣做，我們投入變數，然後再做後測啦！(A1-014)

.....他的特質他會介於 nurse 跟 care manager，就是照顧管理的能力，還有就是說那個 social worker 的能力，應該這樣講，他要具備有這個基本護理，就是醫事人員的能力，他要看得懂照顧，他要看得懂身體樣態，他要知道他現在需要什麼，甚至服務做得不好他必須要有辦法可以知道，那他又要是具有 social worker，就是社會工作者的能力就對了，那當然他一定要懂照顧，這樣子，一個好的督導必須要具有這樣子的能力。(J1-073)

### 四、建構個人、群體與環境連結的共同體，以營造共融的社區照顧

社區照顧之「社區」是個爭議性的用詞，受訪者 A1 即表示：「我現在認為，他們長照那邊社區的概念，所謂做社區這是一個社區，他只是把這些服務把它拉到社區裡面來，然後這些人呢？」(A1-033)。實務上，若欲透過社區照顧實現「在地老化」的目標，對熟悉環境的界定，應能兼顧到個人、群體與環境的連結，讓需要被照顧者在其生活圈內熟悉的不僅是群體中的成員，對其周遭的地理環境也須有一定程度的熟悉與情感，以形成個人、群體與環境的共同體，以為共融的社區照顧奠定必要的基礎。受訪者 A1 即表示「有一個共同體的概念才能夠成為社區」(A1-031)。

...就是我去接受服務的時候，這群人在日照裡面，這群人我熟悉而已，出了

這個門，回到我的家，隔壁樓上、樓下鄰居是誰我都不認識，那個根本不是，那個叫空中社區，也因為這樣所以實行電話問安嘛，怕你死在家裡面沒有人知道。這項什麼嘛！但是這沒有錯啦，這是補足所謂的鄰里不足的部分就用這個。但是我是覺得這樣是...補足是補啦，但是可能不是很好方式啦！  
(A1-033)

...人的存在他不只是一個跟物的連結，我還要跟人啊，而且人是必須一種共同體的概念，而不是說，我就知道你住在那邊而已，或者只是點個頭而已。那個可以啊，但是那個不是終點，那個是還沒有開始啊！那個才是人存在的一個所謂完整性的一個架構啊。.....是人到跟群體之間的關係，然後再加一個環境，這三者都要把他論述進來，成為他哲學的基礎，才能夠去發展這樣的一個概念。(A1-116)

## 五、善用社區關鍵人物結合社區資源，開展符合地方文化之親民的服務據點

若為實現「在地老化」之社區照顧目標，廣泛的增設服務據點是基礎工程，在目前服務據點或中心普遍既患寡，亦患不均的情況下，若能夠鼓勵並善用地方或社區重要且關鍵的人物，結合政府、民間及社區資源，當可逐步開展服務據點。另外，據點/中心的設計若能貼近服務使用者的生命經驗或文化，當可提昇使用者正向的感受。

我可能有幾個切入點，一定是人嘛，村長、里長，或者是看社區有沒有雞婆的人，...比如說好了，我在那邊和里長說好了，因為里長可能也要業績，他要服務他的里民，之後還要選舉嘛，我就煽動他設立一個 C 點，ABC，C 點巷弄站，行不行？那是你的籌碼，那就去煽動他，去設立一個 C 點，然後他就可以服務他的里民，這樣好不好？好呀，至少他是一個起點。我的意思是要去思考可能的介入點在哪裡啊，我既不會造成他的負擔，而且給他加碼，讓他在當地、當中是加碼，但是我又不會自己掏腰包掏很多，我用政府的資源做做公卿（台語）。(A1-029)

...他可以佈置像一些飄流木，把那個牆壁用漂流木做一些牆壁裝飾啊，那個感覺就完全不一樣了嘛！你看外面，有的電線杆用木條板圍起來，那個視覺、那個感覺完全不一樣（A1-054）

## 六、聘僱駐紮且熟悉地方文化的專業人力，以提昇服務的效率

專業人力的量與質關係到服務的能量與品質，或因專業人力的量與質皆不足，致使當服務推廣時，僅能從其他地方或機構挖角，雖解決部分機構/單位的問題，但卻將問題留給被挖角機構/單位，整體的服務仍缺乏改善。若在加上因專業人力駐紮地偏向集中於都會地區，且非熟悉地方文化者擔任，使得較為偏遠的地區

之接受服務的評估與輸送之效率，皆大打折扣。為此，相關單位應致力於培訓具文化敏感度，且樂於駐紮在當地的專業人力，以為可近性、可親性的服務奠定基礎。

你應該是你本來照專的人力就應該要充足了啊，你本來就應該要充足的，那也沒錯，照專本來就應該要資深的人來擔任，他才能夠做好他的 assessment，他才能夠做全人的規劃然後看到他家庭的支持系統的那個功能，但是呢你要想民間有多少人可以被挖啊，光是 OOO 就聽說要徵三十幾個，OO 那邊如果這些長照單位被挖三十幾個去，對他們來講，他們還要找多久，現在長照超難找的，我這邊掛一個社工，不要說長照，我光掛社工都很難找，現在社工畢業的人不曉得在幹什麼，大家都是留在學校唸書啊。(L1-062)

...照專應該住在那個地方，我所謂住在那邊，因為照專這樣是長照所的話是公部門，我比較希望是說，公部門是不是派一個人在當地的衛生所，就專門就是說長照這一塊，長照就很多嘛，居家、關懷、日間關懷就都有，他可以負責這個業務，...所以我比較建議是說，是不是有一個...像偏遠地區，像原民鄉裡，有一個住在那個地方，他就第一個收到申請單他馬上就可以知道怎麼去收案，然後他因為那個照專去評估之後他必須要寫計畫書，他要寫一大堆的紙本的東西，他才能去核定，所以這一段時間太久了，有時候他核定下來的都已經往生了... (FG2/E-004)

## 七、員工薪資待遇宜有彈性，以增進聘僱與留任員工之誘因

社區照顧服務人力之量與質的不足，是當前服務輸送重大的難題，偏低且一致化的員工待遇，難以吸引人才加入與留任，尤其是偏遠地區更是難上加難。為此，提高薪資待遇，並視地方性質不一，賦予彈性的薪資待遇，以提昇吸引及留任員工的誘因。

偏鄉離島一定要做加給啊。薪水和台灣一樣是三萬三，這邊也是三萬三，你憑什麼要過來？生活又不方便唷，你現在那邊你晚上大概沒什麼好逛的吧？夏天是連吃個飯都找不到地方唷！(A1-104)

...你們會聽到的 OO，然後 OO、OO 這些，他們一開始的居服單位確實比較打不進去，因為那個實在是太遠了，那服務單位你又很難找到當地的服務單位，所以他們那時候甚至有一個計畫是針對偏鄉這一塊的，比如說服務員的薪資是提高的，所以那時候有在考慮那邊的服務員是不是讓他採月薪制，因為我們知道現在的服務員大部分都還是時薪制，可是你一開始的服務還沒有到那麼多的時候他的收入沒辦法支撐，他搞不好就做不下去了，那時候甚至有考慮月薪制，那一些交通的津貼或等等，其實他們針對這樣有一套計劃出來，其實可以鼓勵單位或是有服務員可以繼續留在那邊，甚至在那邊會有很

多也會辦一些課程針對照服員訓練，他們就希望那邊的佈點是可以成功的這樣。(M1-018)

偏鄉離島的加給，包括照服員跟社工都要加了。OO這邊要逼得企劃案，我們就給他自己加了一個社工加五千他、照服元加四千，一個月唷，然後年終獎金照算，還是1.5個月。那個三萬七還是乘於1.5個月，不對，三萬八。那我剛剛送的個案，我送那位同學去的時間，主要是要讓他們示範，看他們當場怎麼樣回應。他們連這個都還沒討論，你看都已經要上路了，連這個都還沒有討論，行政規則(A1-108)

## 八、培訓專業人力並形塑專業形象，以提昇其社會地位

無論是照顧服務員或照顧管理專員，皆為社區照顧重要的專業人力，然而，其社會形象普遍偏低（尤其照顧服務員），且經常未獲得應有的尊重。為改善其專業形象，並提昇其專業知能，宜建構一套培訓專業人力的完備機制，並加強社會教育以提昇其社會地位。

...所謂的形象廣告都是無效的，根本不要花錢去做那個事情，要回來真正把自己的專業提升，我這樣講，我們居家服務真的專業嗎？對不對，掃地也沒有專業清潔公司掃得好，移位轉身相關的動作也都沒有很標準，他們自己都沒有認為自己是專業者，那我們一直在拍形象廣告有什麼用？那個都是緣木求魚，要回來講就是真的給他們專業意識，專業上面的事情，像我這幾年在推自立資源照顧，你們應該知道，自立資源照顧，我後來給自己最主要核心的收穫是什麼，就是說你一定要改變工作現場的型態，改變工作的方式、人員，人才會自認為他自己是專業的，你要提升它的專業，自然而然人家就會認為你是專業的，不需要去做形象廣告。(J1-057)

我覺得就是譬如說我們居家服務員這個，就是一個培力的這個部分，去發掘到每一個機構訓練的品質有差，譬如說可能這個醫院它訓練出來培力的人、照顧服務員它的品質的把關也沒有，因為我們發覺到每一個地方的就是說它訓練出來的照顧服務員使用到我們這邊，可能這個機構它訓練的好像不錯，可是這個單位培力出來的人很像soso，有很大的一個懸殊品質上的一個，....在這個照顧服務員的訓練的時候，你這麼多的單位在訓練，你沒有去監督，你沒有去實際去監督它的課程的，它們進行的如何，因為分數都是自己機構在打嘛，那你只是為了要衝人數呢？還是怎麼樣，而且我們發覺到很多人去受訓了之後，不一定在這個職場上喔，比例極低喔！（N5-001）

## 九、透過彈性支付的報酬設計，增進服務使用者的選擇權

服務使用者可能隨著其身體機能的變化，抑或是個人或家屬的照顧意願，而期待能有變化，然而，目前的服務和報酬支付缺乏彈性，難以因應使用者的需求變化；儘管在服務時數上可調整，但卻可能增加服務提供者的營運成本。為此，在報酬支付的設計上，若能夠更富彈性，當可增進服務使用者的選擇權，亦有助於服務提供者依使用者的需求，彈性設計或調整符合使用者需求的服務方式。

...服務的不夠彈性，比較僵硬，像譬如說一樣是服務的計算，居家服務他是以時間去計算，所以我就是給你一天兩個小時，你服務完之後你就走掉了，但他難道他只有那兩個小時有需求嗎？所以那就很僵硬，政府會說，那你就兩個小時可以拆兩次或三次去啊，問題是這樣我營運成本會增加啊，所以政策上面並沒有支持我們去做全人照顧，政策就是，反正你去做完就好了，這個是目前政策的大問題。(J1-023)

...長遠來講的話，我們那個支付制度要改變啊，我們一定要從支付制度去下手才能夠改變這個部分，我們不管是現在以時計酬，還是以案計酬，還是分輕中重去計算酬勞，那個都沒有，都會有這種問題，最終還是要達到以人計酬，你服務這個人，我就給你這筆錢，然後不管他輕中重，我給你相同的錢，所以那那個我把他照顧的很好，讓他能力提升了，我的負擔下降了，那我的利潤就會增加，這叫以人計酬的概念，這樣才會引導單位跟整個服務的量能朝向讓長者能力可以提升這樣的效果。(J1-027)

## 十、彈性調整服務項目或內容，發揮照顧最佳效益

隨著社區照顧的推動及日趨多元化與普及化，若能夠視服務提供者的經驗及長輩對服務的接受度，適時鼓勵服務使用者嘗試另類的服務，例如，從電話問安轉而參與社區照顧關懷據點，即有可能讓有限的資源發揮更大的服務或照顧效益，受訪者 FG1/E 即表示：「以最佳的利益為考量啦！當然還是尊重家屬跟使用者他們的意見。」(FG1/E-012)

...那一年我有一個小建議是說，可不可以把問安，把它推掉，然後把問安的人數全部加進來我們的訪視團裡面，因為我是覺得電話問安也是可以啦，就是說聊聊天，但是我比較覺得長者他喜歡跟你這樣子，他看到你面對面真正的聊天，他用這樣子講他好像是...有一些搔癢好像不怎麼徹對不對，阿你面對面講話的時候，他有時候會把他心裡真正的感受，他需要的什麼的，你就這樣子一直給他...有時候用話一直套一直套，他會全盤說出來，他需要什麼、他的感受是什麼，電話有時候時間的控制，講得不了解也不會那麼徹底。(C1-025)

## 十一、 適切配置資源及簡化行政流程，以提昇服務效率

資源網絡的建構是社區照顧必要的工作，政府相關部門除須致力於整合工作之外，也要能適切開發及調配資源，以強化服務供給的能量。另外，政府單位亦須不斷地檢討科層行政程序對服務效率的影響，並適時予以修正，以提昇服務的效率。

我覺得應該說我們有問題提出來地方政府會努力想辦法去幫忙，去做一些解決，像我們高雄有一個點是 OO 日照，它是設在國小裡面的，OO 國小裡面，而且那個國小不是廢棄的校舍，還有學生的，只是它可能班級數沒那麼多了，它有一區釋放出來租給那個單位，那一開始進去的時候其實那個阻力也很大，就家長會什麼，他們還是會擔心小朋友會不會去碰撞到老人家，老人家危險或什麼，可是我知道應該教育局跟社會局有去做努力做協調，努力了一兩年，後來也成立了，去年就成立了。(M1-028)

地方政府角色可以就去就整個資源的配置，或者是說，整個資源的狀況可以跟我們去做一些討論說，我們到底可以做什麼，那我們機構的能量到哪裡，可以做哪些？我覺得這樣相互合作，我是覺得是可行的啦未來，而且以公立機構來說，未來這個勢必是一定的趨勢啦，你不可能關起門來自己做自己的事，畢竟走出社區也很重要。(A1-001)

因為現在很多其實你會發現是卡在一個...因為公部門他就是科層嘛，他就是一定會有他一個固定的流程，比如說我今天這一個個案...因為他現在這個是一個藍圖，但是現在其實要把這個藍圖實現的很多的建置比如說系統或是說這個辦法，這些都還沒出來，那政府如果說這方面要做，那這個部分就要比較快的速度，比如說你系統要去建置起來。(G1-088)

我覺得政府要先建立雙方評估機制，而不是說當家屬去反應這件事情的時候，就像我們的社工一樣啊，家屬反應照服員做了什麼事情，他的第一優先並不是去質詢我的照服員，而是去了解情況，既然基層單位都可以做得到這樣的，以一個主導政策的政府團體而言，他理應更應有這個機制，不是單方面誰對或誰錯，假設說他有一個抱怨信箱，可是這個抱怨信箱進來以後，你不能只是說這個團體做不好，都是這個團體的問題，我馬上幫你質詢他們，那這樣子團體當然會覺得他是負面情緒會高於正向鼓勵。(N2-024)

## 十二、強化衛政與社政的整合及跨專業的合作機制，以增進服務的效益

在長期照顧的規劃和執行上，由於主管或主責機關的不同或多頭馬車，常讓民間單位有無所適從之感慨，亦降低服務該有的效率和效益。為此，體系的設計上應加強社政體系和衛政體系的分工與整合，並強化跨專業之間之溝通、交流與

合作，受訪者 N2 即表示：「應該是講說跨專業的結合應該是不管你提居家、社區關懷據點或日照，只要他是社區裡照顧，只要評估個案有這樣的需求都應該做這樣的連結」(N2-009)。另外，若有需要時，也要能夠協商其他局處，整合相關資源，如場地等問題，以利提供更明確、妥適之社區照顧服務。

以建築法規的克服其實我覺得不在...應該是政府的橫向連結沒有通，譬如說主責社福團體的是社家署，可是建築法規是在營建署，然後這個公共建設可以使用的又在營建署裡面的建管處，那會不會可以使用？如果它假設是一個鄉托，很久沒有用的鄉托或是學校，它又歸在教育部，所以這個橫向連結如果政府它都沒有做好，它訂不出一個標準的，你誰也不聽誰的啊，現在就已經遇到這個問題了，...那個橫向的溝通跟誰來做決定這個主導權沒有人敢做，我們在下面看到的是這樣子，所以就不了了之。(N2-020)

...我覺得第一個一定要先提升社區照顧，正式社區照顧組織的資源，所以居家醫療必須要進來，當然我指的社區照顧包括到宅，不是只有日照，居家醫療必須要進來整合，讓民眾在宅就可以得到醫療加照顧的一個服務，那所以唯有透過整合的力量才有辦法把事情做好。再來第二個就是說日照的那個服務的功能也要開始做區隔，你是屬於輕、中，中輕度服務的，你可能是這樣去做一個服務，在醫院，或是比較偏向醫療，另外一種日照屬於比較偏向叫做醫療型日照，其實我比較不想要用醫療型，我比較想用康復型，或是 PAC 概念的日照，就是中期照顧，就是如果假設我們有一個這樣的分工，醫療後，然後在這一個人重度急性轉慢性，他是需要被照顧的，可是他已經離開醫院了，有一個日照，這個日照比較像是中期照顧，就是現在政府在推的 PAC。(J1-015)

### 十三、重視外籍看護工對長期照顧的貢獻，並給予喘息服務

許多在家接受照顧的長輩皆仰賴外籍看護工，為提昇受照顧者的生活品質，並給予外籍看護工有喘息及接觸社會的機會，有必要思考將外籍看護工納入長期照顧體系，特別是強化相關教育訓練。

我覺得外籍看護這一塊，我不曉得其他縣市有沒有在推這樣的東西，高雄市他現在有在推一個照顧的什麼指導員，就是他讓一些比較資深的居服員或什麼去指導外籍看護工的家庭，因為外籍看護工他的訓練相對沒有那麼足夠，我覺得高雄市有在推這一塊。那你說納進來，我們這邊其實很有趣的是我們一百個長輩，我們其實有開放五到六位已經有請外籍看護工的，他就沒有公費的資格，可是他可以自費，他們雖然已經請外籍看護工，可是他白天還是讓長輩來日照，他覺得長輩來這邊還是互動啊會比較多...，我們會開放讓外籍看護工一起來，我覺得他們有得到好的訓練回去照顧長輩也會比較 Ok。(M1-069)

其實我覺得還滿需要的，我覺得滿需要的尤其是失智症這一塊，因為你到一個外籍在家裡這樣子照顧的時候啊，自己這樣照顧的時候，他會累死了，所以為什麼照顧失智症常常逃跑的事情發生，他需要休息，我都覺得應該給這些失智症家庭的外籍看護，也是能夠來單位的機會，不一定要天天來，就是說他能夠有一點喘息的機會，你說一個禮拜來一天或兩天這樣子，他們能夠去接受這種補助，因為他們來這邊可以跟長輩互動啊，外籍也可以稍微休息一下，我覺得需要啦，你不可能說讓他去...譬如說外籍休息讓他去機構，問題是沒有這樣子失智的機構可以去收這樣子的長輩，喘息的長輩。(N1-086)

## 第五節 社區照顧理念的實現

### 一、 提供家庭照顧的另類選擇，提昇使用者社會參與的機會

無論是社區照顧關懷據點或日間照顧中心，皆可提供給長輩社區或社會參與的機會，一方面可促進高齡者的健康，另一方面可延緩身體機能的退化或老化。受訪者 T3 即表示：「我覺得以我日照來說，我覺得沒有退化的比較快...有進步。」(T3-087)。另外，富彈性且自主性高的社區照顧，亦可破除或降低服務使用者有「被照顧」的負面意象，增進其社會參與的機會。

我覺得很好耶，因為他們一開始就不是帶著被照顧的意思來，他們來這邊我們會一直告訴他們說你是來念書的，所以他們自主性很高，來到我們這邊的長輩幾乎能力都會提升，裡面大概有七成是失智症的長者，那你真的看不出來，很多長輩來都是要坐輪椅，現在都可以不用做輪椅了，確實有增強他們在社區裡面繼續生活下去的動能，我覺得在這點設計上是還蠻好的。(J1-048)

它【社區照顧關懷據點、日間照顧】跟居家服務的差異就很明顯，因為它是比較健康老人，希望能夠讓這些老人不是全部待在家裡，它們有一些透過活動，透過一個交流可以促進他的社會生活跟生活技巧。(N2-003)

### 二、 提供使用者參與各式活動，有利於提昇生活技巧與延緩退化

社區照顧關懷據點與日間照顧經常會設計一些健康促進活動，其活潑性與實用性常促使長輩從抗拒、觀望、參與到熱衷；受訪者 G1 即表示：「我們有的長輩也是剛開始很抗拒要來，可是到了漸漸的變成我們車子只要到門口他已經穿好衣服在等我們了。」(G1-013)；C1 亦表示：「我們就覺得我們的一些長者就已經自動地走進我們的社區。」(C1-025)。藉由活動提昇其生

活技巧，無論是對生活機能的維持、延緩老化和退化或情緒的改善，皆有莫大的助益。

立基在老人照顧上面希望做老人可以有一個健康樂活的銀髮生活，開始做這樣的服務，所以一開始只是本會自籌的模式去做。它跟居家服務的差異就很明顯，因為它是以比較健康老人，希望能夠讓這些老人不是全部待在家裡，它們有一些透過活動，透過一個交流可以促進他的社會生活跟生活技巧。  
(N2-003)

曾經有一位阿嬤，我們據點會得優等、每年都得優等都是一個阿嬤他是那個其他里的，他剛開始來的時候是外傭帶他來，推輪椅帶他來，他來的時候看人家在跳舞，我就去訪問他說「阿嬤我看你來好幾天了喔，你都不動你要動一動，你手可以舉起來嗎？」，他說「可以阿，我手可以舉起來，我的腳就不能站。」我說沒有關係，你就動就好了，你現在就動，你動一動，等他跟我說「我站起來看看」的時候，他就站起來了，真的！！他現在會走路。(B1-057)

其實像最開始的日間照顧，他個案過去之後，他其實對那邊依賴感也蠻重的，他也是會期待去那邊，而且你可以發現他其實退化的程度真的是明顯比較緩慢。當初轉過去的時候是中度失能，可是到現在他還是中度失能，已經服務三、四年了。(FG1/E-005)

對呀，像我們據點自己都常在說我們據點只要第一線做得好，根本就不需要後續了，每天都來運動，像我們昨天去湖西，湖西就講說：「這樣的長輩現在每天都去量血壓，量完之後他去看醫生，他都會去據點要他的那些血壓資料去給醫生當參考」其實這就是發揮它的功能了嘛！（F1-085）

像他的話是我們最近我們覺得還蠻正向的，就是對我們來講是一個很好的進步，對那其他的也有像嗜睡的長輩，也是就是不會有所謂那麼的嗜睡，那也會願意活動，因為我們長輩比較、大部分家屬跟我們提的都是家屬在家都是懶得動，他們幾乎就是坐著就是坐著，可以不要動他們就是不要動，所以他們就是希望說來到這邊以後我們就是督促他們希望他能夠多動啦，不過長輩在這一點部分都有做了很大的改善。(G1-027)

我覺得可以看到一些長輩在我們家的改變很大的地方，是他可能剛來的時候他不要、排斥，他無法適應我們日照生活，他排斥，然後甚至他抗議，但是他抗議還是被家屬硬送過來。然後在我們的照顧之下，現在我們接他的車子是八點半，他七點半就拎著他的那個包包坐在他們家門口等我們（N3-015）

### 三、延緩進入密集照顧的時間，降低家庭/家屬的經濟上的負荷

多元的社區照顧方式，可提供給服務使用者或其家屬較多樣的選擇機會，避免過早接受機構或聘請外籍看護工的照顧，甚至有時候有助於身體功能的恢復，受訪者 FG1/F 即表示：「他原本剛術後可能都完全是躺床的，可是在居服的協助下，他們後來也是可以下床活動。」(FG1/F-011)。這些功能除可降低家屬的照顧和經濟負荷之外，亦有助於「在地老化」理念的實踐。受訪者 R1 即表示：「我覺得用居服其實最明確的就是說可是讓他要聘用外籍看護的時間可以延長，他可以再晚個幾年聘用外籍看護。」(R1-043)。

### 四、提供喘息服務，減輕家庭照顧負荷與心理壓力

社區照顧某種性質而言，亦為一種對於家庭照顧者的喘息服務，當需要被照顧的長輩在使用社區照顧關懷據點、日間照顧或居家服務等服務時，家屬可以稍有自己的時間和空間，有助於減輕照顧負荷和壓力，緩和照顧者和被照顧者之間潛在的緊張關係，並維持家庭生活品質。

日照的部分，至少在協助家屬部分，訪談裡面家屬滿意度都是高的，日照的服務如果可以導入成功的話，長輩也穩定，所以對於家庭生活品質是提升的，所以為了去凸顯這一塊的績效，像我們中心我們就有收家庭生活品質量表，在日照長輩送入住的時候，我們就評，每半年追蹤一次，你會看到家庭生活品質或者深入訪談，因為台北市非常多的研究案，都會去問家屬，那家屬問出來的都會說日照對他們幫助非常大的，只要長輩能夠受託成功，那是一個穩定，VPS 值也降低，因為照顧家庭，最重的就是 VPS 低。(Q1-035)

...那有些家屬就會跟我說，他可能覺得說，他來日托之後笑容變多了，或者是話變多了，或者是他會主動來跟家屬分享他今天上了什麼課，那平常在家，還沒接受服務之前，他可能就會說，整天就是做在那邊看電視，不然就是打瞌睡，就是可能，我會必須會透過滿意度調查表才會知道，家屬比較不會這麼 HIGH 的跟我講這件事情。(T3-032)

...喔他們會覺得說比較感謝我們，就會覺得說很少現在很難得就是在 OO 會有一個地方願意做這些事情，因為平常對他們來講他們可能無法去照顧家人這麼多，可是長輩在我們這邊以後他們覺得他們可以放心，最重要的是他們可以放心的上班，他們覺得這一點對他們來講還蠻重要的。(G1-023)

### 五、提供陪伴與傾聽的機會，可促進心理健康與福祉

無論是居家服務社區照顧關懷據點或日間照顧中心，皆可提供給長輩與他人互動的機會，藉由陪伴、分享與傾聽抒發個人的心情，可促進個人心理健康和福

祉，受訪者 O2 即表示：「他們【長輩】來這邊幫忙，也可以娛樂自己啦，還有這些長輩就是來到這邊都很快樂啦。」(O2-090)。另外，分享與傾聽可促進更加和諧的家人關係。受訪者 C1 即表示：「在家裡跟子女、老夫妻講的就是限於家庭方面的，來到這邊他們會盡情地、淋漓地展現出來。」(C1-073)

他們都會走進社區來跟我們，讓他們有一個聊天啊，還是有一些紓壓的那一種心靈上，而且我發現就是說自從我走進社區，我只充當傾聽，最難得的是社區這一些婆婆媽媽，家庭的婆婆媽媽問題，婆婆進來，我說：今天是怎麼啦？「沒有啊，我快被氣死」，我講：你是在氣什麼？「齁，我那個媳婦啦，講不聽」，我講：阿嬤你自己的女兒假如去別人家，有時候也是講不聽對不對，你就當作是自己的女兒，如果她要聽就聽，啊不聽，我們就念念就好了生氣什麼對不對，你女兒去別人家也是這樣啦，她就說：「對啦，這樣說也是沒錯。」然後就把話題轉開，聊別的就 OK 了對不對，就化解他們婆媳...。」(C1-027)

因為有時候他們老人家他的個性其實是活潑外向，他可能年輕的時候他是喜歡一些社交的，可是因為他現在因為失能，他比較不容易走出去，那他就接受了居家服務。可是因為現在有交通接送也有日照，其實都會滿鼓勵他走出去，也會過得比較健康。」(FG1/F-012)

## 六、正常作息帶來正向改變，有利於家庭生活品質的提昇（生活正常化）

社區照顧關懷據點或日間照顧中心，因有各種活動的安排，可提供給平日在家的長輩一個去處，不僅讓長輩們有一個較正常的作息，亦可因增加長輩們的生活經驗和自信心，而給自己帶來正向的改變，受訪者 G1 即提到：「...不過家屬有說到了回到家以後的作息也比較正常。」(G1-025)；也因家人關係更趨於和諧，而提昇家庭的生活品質。受訪者 Q1 即表示：「日照的服務如果可以導入成功的話，長輩也穩定，對於家庭生活品質是提升的」(Q1-035)。

我覺得重要程度的話，應該對他們來講，他們會有所期待，像我們有一個長輩，之前在家裡是嗜睡，就是每天就是睡覺，可是他來我們這邊以後，他變得就是...作息正常。」(G1-012)

像這邊有一個經驗，應該是 OO 的人，他算這是 OO 的案例，就是個案在家裡、老人在家裡就是非常的 depress，就是很沮喪、憂鬱啊，家裡也不知道該怎麼辦，然後就送去 OO 那邊，那去了之後他就每天都想要去，他也當然也每天都去。」(A1-013)

喔，好，其實我們當初做關懷據點之前，我當里長以後，我們就成立了環保志工隊，我當選以後馬上就成立志工隊，志工隊就是把大環境整理，大環境整理的時候我們需要人力，那我們會透過傳單跟開會期間跟大家說我們每天

要出來整理環境，有空的人是不是出來幫忙，...那無形中活動他們就會來參與，跟左鄰右舍就比較熟悉那這樣感情就有了，感情一有就有串門子，有串門子這個活動就多，自然他們就會去做他們想做的事情，送送小禮物、送送糕點啊！我家做饅頭給你吃，你家包水餃給我吃，讓他們也了解到做這種事情是很有價值的，啊我存在就要有價值，人存在必有他的價值嘛！（B1-040）

至少他生活作息是正常的，然後又可以跟朋友聊天，不是說只有一個人在家，無聊的時候就走出去，這邊是隨時隨地都可以聊天的，都有人陪伴的，可能就是會有家的感覺就是一直會有人跟他作伴，不會像在家裡就等著他的小孩回家才有人跟他作伴，阿在這裡是就是在這裡的八個小時你是都有人的。（D1-022）

## 七、步出家門、走進社區，有利於社會支持網絡的拓展

社區照顧提供「步出家庭、走進社區」的機會，也因而增進長輩們的社會互動機會，並從與他人互動中，逐漸學會表達對他人關心受訪者 O1 即表示：「他們來都會看長輩互相，他們有的沒有來、幾天沒有來，他們都會找」（O1-021）；N3 亦表示：「我們在帶活動的時候，雖然參與度一樣很低，但是他開口講話的次數變高了，這樣就夠了」（N3-015），另外，身體機能尚佳者，亦建立起彼此相互支持的網絡，進而增進其自我價值感。

我當選以後馬上就成立志工隊，志工隊就是把大環境整理，大環境整理的時候我們需要人力，那我們會透過傳單跟開會期間跟大家說我們每天要出來整理環境，有空的人是不是出來幫忙，「我們今天要請你們家隔壁喔，你如果有空出來幫我們的忙」，那自然就來了，自然來的話他會覺得這個很有意義，那無形中活動他們就會來參與，跟左鄰右舍就比較熟悉那這樣感情就有了，感情一有就有串門子，有串門子這個活動就多，自然他們就會去做他們想做的事情，送送小禮物、送送糕點啊！我家做饅頭給你吃，你家包水餃給我吃，讓他們也了解到做這種事情是很有價值的，啊我存在就要有價值，人存在必有他的價值嘛！（B1-040）

...其實慢慢地變成說那個社區活動中心就真的是他們一個生活重心，每天早上起來就是要來走一走、看一看，阿看一下為什麼今天沒有開門，還是說...其實最常聽到的就是說，因為現在他們自己每天來習慣定時來的時候，哪一天突然有人沒來了，他們就會自己問說：「阿是不是有什麼事情，阿是不是健康狀況怎麼樣了」再第二次沒來，他們就會去請他們總幹事、服務人員去問說：「你怎麼不再給他打電話問看看」。（F1-130）

## 八、提供發揮自我功能機會，逐漸降低依賴

在能力許可下，社區照顧服務鼓勵服務使用者盡可能自行活動和維持生活，並透過教育和機會，鼓勵照顧服務員多點耐心及等待，鼓勵長輩多加活動，以降低生活中對他人的過度依賴，最重要的是更可延緩身體機能的退化。

....一開始工作人員也是這樣，幫長輩做好好的，後來才慢慢就像譬如說這邊的照服員，他們也說：「餵，叫他們吃，也是吃得滿地都是，我還要掃幹嘛的」，可是我們就會跟他們講說，你要留機會給他慢慢吃，那你可以先餵那些完全沒有辦法的，你就把...你不要就是把那個人家還有能力自己吃，即使掉滿地，你還是要讓他慢慢吃，然後這個最後再來處理，對，就是在時間上怎樣不要...全部都一直餵、一直餵，對阿，那真的是到時候很快就躺在床上了。(P1-104)

比如說這個長輩他可能尚存的功能，我們去運用他尚存的功能，讓他發揮他尚存的功能，比如說你要備菜、備餐的時候，他可以挑菜，你可能請他協助比較簡單的，就是去發現他還有的功能，然後去把他這個功能在照顧的過程當中讓他可以去運用，我知道以現在南投多數都會用這樣的一個角色來照顧服務使用者就是長輩。(G1-032)

...我覺得說，這塊做得很好，我們的課程這樣，循序漸進把這個範圍，那他們保持住、不要再退化，我們不是醫生啦，我沒有辦法把你做到說會很好，可是最起碼讓你停住、不再退化，到站上來就是快樂的過了這麼一天這樣，可以教到他們自主性、可以維持日常的生活品質，回去拿拐杖也沒關係。(FG2/B-014)

## 九、徵詢服務使用者的需求與感受，提昇表達與選擇的權利和機會

在社區照顧服務輸送過程中，服務提供者往往會依需求評估設計服務，且經常透過滿意度調查以瞭解服務狀況，這些作法讓長輩有表達需求的機會，以及對服務的感受，受訪者 N3 即表示：「說長輩有沒有權利參與自己決定，絕對有，我們也會問候長輩啊，然後我們也很尊重。」(N2-026)，這種作法也是服務提供者已具備的認知，受訪者 T3 即表示：「其實我覺得長輩他們覺得他們需求有沒有被立即被重視這一塊也是很重要的。」(T3-007)。因而，這些認知與尊重也能夠讓服務提供者調整或改進作法。

對對對，他會提供一些，哎呀那我們什麼，比如說，說實在的長者他最喜歡的一個活動就是趣味活動，因為那個趣味活動是體力的抒發，還有腦力的激盪那個活動，就像我們每年差不多辦兩場，一場是在我們母親節時候的大型活動，還有一場是體適能，所以起碼有兩場，但是我們會聽聽他們的意見之後，他們比較適合哪一些的活動，比較喜歡哪一種活動，聽聽他們的聲音這

樣我們才能改進。(C1-015)

...也是有一部分的個案幾乎都是，他可能是獨居，或者是白天獨居，家屬沒有能力照顧，或者是他一定有一些失智的症狀出來，那家屬擔心他自己在家，那家中也缺乏照顧人力，他還是期待說長輩可以來接受日間照顧服務，那其實在我這邊日照，我們有一個收案的流程，就是通常即便政府委託給我們，那我還是會期待我們用試托的方式，那我也會鼓勵家屬說，帶長輩來參觀環境，我們尊重長輩，不要家屬說了算、我們說了算，我都會跟他說，我們邀請長輩一起來做決策。(T3-004)

...我們的課表都是活動式的，對，那我們在譬如說做完這個活動以後，下一次我們都會問長輩說有沒有特別想要做什麼或者是要幹嘛，那我們就會希望說長輩可以給我們一些回饋，那我們就會針對他所需要或是他想要的東西那我們會把他納入就是課程裡面，然後大家一起來這樣子。(G1-020)

...可是是看民眾跟家屬他們怎麼溝通協調好，然後我們就把就是說這些時數可以日間照顧多少天，然後居家服務可以什麼樣的協助，就分析給他聽，請他自己做決定。(1E-010, FG1, )

## 十、善用服務使用者優勢，增進自我價值感與成就感

社區照顧關懷據點或日間照顧中心的長輩們，不乏有身懷各種專長者，若能善加使用，不僅可增進活動內容的多樣性，亦可讓長輩因專長受重視，且能夠發揮，而強化了自我的價值感及成就感。受訪者 M1 即表示：「像我們裡面有幾個長輩很會講日文，我們其實之前有日本人來參觀我們都把他們拉在身邊。」(M1-057)。

每個人都不同，有的人是他有藝術能力，常常就會做藝術活動，還會帶長輩做一些作品，做一些可能藝術輔療他有去上課，就有...活動裡面有帶一些互動的部分，有些生活跟話語的互動的部分。那另外有的喜歡做烘焙，有的喜歡做麵食，有的喜歡做裁縫，就每個人很多的能力，你讓他們把他們自己的能力放在這樣的一個活動當中，很有成就感。(N1-018)

對，像他們進來也會給我們一些經驗的分享，我們一些也是從他們那邊...我們也是這樣子交流這樣子過來的，他們也會教我們這一些年輕什麼什麼的很多事情，我覺得非常非常好。(C1-046)

## 第九章 結論與建議

本研究係採取量化與質性研究方法為之，量化部分係以社區照顧關懷據點、居家服務、日間照顧、以及三者結合之社區照顧等四個面向進行分析。質性部分則分別對五個縣市之產官學代表進行個別深度訪談和焦點團體。本章第一節將歸納量化的研究發現，第二節歸納質性研究發現，第三節將進行結論、討論與建議。

### 第一節 量化研究發現

#### 一、社區照顧關懷據點

##### (一) 個人特性與基本概況分析

1. 服務使用者以女性較多、有配偶或同居者及喪偶者較多、與子女同住者較多、國小畢業較多、閩南人較多、傳統宗教信仰者較多，平均年齡為 74.55 歲；主要經濟來源是子女奉養者，其次是個人退休金、撫卹金或保險給付。

本研究發現，據點服務使用者以女性較多，男性約僅女性的三分之一，另外，有配偶或同居者及喪偶者較多、國小畢業較多、閩南人較多、傳統宗教信仰者較多，平均年齡為 74.55 歲，有四成五的服務使用者主要經濟來源是子女奉養，其次是個人退休金、撫卹金或保險給付，約三成。這些現象與目前台灣社會的老人圖像相似，女性較長壽，另一方面亦可能意味著女性對於鄰里與社區的參與較為頻繁與積極，因此女性在社區或據點服務中可能屬於較為活躍的一群。另外，由於服務使用者的主要經濟來源有來自於個人退休金、撫卹金或保險給付者，且顯著高於日間照顧及居家服務的，顯示其經濟狀況亦較獨立。

2. 服務使用者居住於鄉村及山地型社區最多、超過九成的住宅為自有；三成五的服務使用者與子女同住，其次為獨居，家庭型態以三代同堂者較多。

本研究發現，據點服務使用者以居住於鄉村及山地型社區最多，約有八成

六，而超過九成的服務使用者是自有產權；另外，三成五的服務使用者是與子女同住，其次為獨居，家庭型態以三代同堂者較多。由於居住於鄉村及山地型社區的服務使用者顯著高於日間照顧及居家服務的，這樣的現象與台灣社區類型的分布狀況較為相似，顯示在鄉村及山地型社區中，據點的資源應該較為充足。

3. 服務使用者以身體健康且生活自理能力佳者最多；接受服務的時間平均約為 3.3 年，每週使用服務時數平均為 8 小時。

本研究發現，據點服務使用者以身體健康且生活自理能力佳者最多，約有六成，其次為身體不佳但尚不至影響日常生活者，佔三成五，而身體不佳且生活需仰賴他人協助者僅約 5%，顯然接受據點服務的長輩仍以健康老人為主要服務對象。另外，接受服務的時間平均約為 3.3 年，每週使用服務時數平均為 8 小時，這樣的現象或許意味著使用據點服務的長輩多有一定的穩定性，但從服務使用者每週使用服務時數平均為 8 小時，顯示據點所提供的服務並非他們日常主要的活動，或許是據點較屬於補充性服務的特質所致。

4. 服務使用者對於日間照顧服務品質滿意度偏高，其中以結構品質的「員工面」最高，但在過程品質的「充權面」相對偏低；在社區照顧理念上，以生活正常化同意度的「社會層次」最高，充權的「政治充權」相對偏低。

本研究發現，據點服務使用者對據點服務品質及社區照顧理念的滿意度偏高，在據點照顧服務品質中，以結構品質最高，特別是「員工面」，但過程品質中的「充權面」是唯一低於 4 分以下的次面向。如同日間照顧一般，「充權面」偏低某種程度的意味著服務的提供仍是以「供給者取向」為主，為此，如何從「供給者導向」邁向「顧客導向」，這是社區照顧關懷據點進一步提升服務品質該思考的。本研究亦發現，社區照顧理念中以「生活正常化」的同意度最高，特別是「社會福祉」，「充權」是四個構面相對較低者，尤以「政治充權」同意度最低。另外，「公民權」的整體同意度雖不低，但其「責任」面向卻偏低許多。政治充權偏低某種程度意味著服務使用者對社區或社會事務的關心與融入度，相對上是較為冷漠的；至於公民權之「責任」面向偏低，或許彰顯出服務使用者在對家庭和社會之經濟上的無奈。

5. 服務使用者接受服務前、後對社區照顧服務理念的同意狀況較為分歧，概略而言，以「生活正常化」最高，「充權」則相對較低，尤其是「政治充權」偏低許多。

本研究發現，據點的服務使用者對社區照顧理念的同意程度，以「生活正常化」最高，進一步觀察其次面向，無論是服務使用前或服務使用者都是「社會福祉」最高，而「心理福祉」及「靈性福祉」於服務使用後有明顯提升。而

在各項理念中，服務使用者對「充權」的同意程度相對較低，尤其是「政治充權」是所有面向中分數最低者，這或許意味著服務使用者對社區與社會事務的關注度或參與度，相對上是較低且較冷漠的，需要注意這是否為老人撤退理論所提醒的現象，這樣的現象不利於社區照顧理念的實踐。

## (二) 個人特性與服務品質重要度、滿意度及社區照顧理念之變異數分析

1. 無論是在「服務品質重要度」或「服務品質滿意度」的同意程度，性別並無顯著差異，但男性對服務使用前「生活正常化」的同意程度顯著高於女性。

本研究發現，無論是在「服務品質重要度」或「服務品質滿意度」的同意程度，性別並無顯著差異，但男性對服務使用前「生活正常化」的同意程度顯著高於女性，服務使用後並未達顯著；這代表服務使用前性別對於「生活正常化」是有顯著影響，但經過服務使用後可能縮短其差距，這可能也可以證明社區照顧理念具有相當的成效。

2. 閩南人對據點品質滿意度的「結構面」同意程度顯著較高；年齡對據點品質重要度的「結果面」同意程度亦有差異，而年齡愈長對社區照顧理念的同意程度愈低。

本研究發現，閩南人對據點結構的品質滿意度顯著較高，或許因為閩南人亦為服務使用者中的多數，亦為服務提供單位的主要使用者，其在結構面的設計較符合閩南人的期待，但這樣的現象也提醒我們，需要注意服務使用中的較少數族群，如大陸各省市或原住民族，以避免其無法融入。另外，年齡對據點品質重要度的「結果面」同意程度亦有差異，而年齡愈長對社區照顧理念的同意程度愈低，據點服務亦需注意各年齡層對據點服務的期待，以提高其對據點的滿意度及社區照顧理念的同意程度。

3. 三代同堂者對據點品質的重要度及滿意度之同意程度顯著較高，獨居者對據點品質重要度的同意程度顯著較低。有配偶或同居者對服務使用後的「公民權」、「充權」及「整體理念」顯著高於喪偶者。

本研究發現，三代同堂者對據點品質的重要度及滿意度之同意程度顯著較高，獨居者對據點品質重要度的同意程度顯著較低，這樣的現象或許亦顯示出社會支持的重要性，服務使用者在接受據點服務時，能有家人或朋友的網絡或支持，較能察覺服務品質的重要度，亦較對服務品質感到滿意。而且，有配偶或同居者對服務使用後的「公民權」、「充權」及「整體理念」顯著高於喪偶者，亦顯示出若服務使用者有較佳的社會支持，對其情感有正向影響，將進而對社區照顧理念較具認同。

4. 無論是服務使用前或服務使用後，不識字及自修者對社區照顧理念的同意程度顯著較低。族群對服務使用後「生活正常化」的同意程度有差異。

本研究發現，無論是服務使用前或服務使用後，不識字及自修者對社區照顧理念的同意程度顯著較低、族群對服務使用後「生活正常化」的同意程度有差異。這樣的現象提醒未來政府單位需注意社區照顧的宣導策略，協助教育程度較低者理解社區照顧的理念，期能提高他們對於社區照顧理念的認同，也提醒服務提供單位在提供服務時須注意族群的差異，適時提供個別化服務。

5. 65-74 歲的服務使用者在服務使用前的「充權」、服務使用後的「公民權」、「充權」及「整體理念」顯著高於 75-84 歲者。而在身體狀況部分，身體健康且生活自理能力佳者無論是服務使用前或服務使用後，其對社區照顧理念的同意程度皆顯著較高。

本研究發現，65-74 歲的服務使用者在服務使用前的「充權」、服務使用後的「公民權」、「充權」及「整體理念」顯著高於 75-84 歲者。這樣的現象除了顯示出年齡相對較輕的服務使用者對於社區照顧理念的認同程度較高外，也看見服務使用後年齡對社區照顧理念的影響，服務使用後反而擴大該差距。另外，本研究亦發現，身體健康且生活自理能力佳者無論是服務使用前或服務使用後，其對社區照顧理念的同意程度皆顯著較高；或許這是因為據點服務係以健康老人為主要服務對象，相關活動規劃與設計較符合健康老人期待所致。

6. 三代同堂家庭者對據點服務品質之重要度及滿意度的同意程度顯著較高，單人家庭者顯著較低；家庭平均月所得較高者對社區關懷據點服務品質的重要度及滿意度相對較低，而家庭型態及主要經濟來源不同對社區照顧理念的同意程度有所差異。

本研究發現，三代同堂家庭者對據點服務品質之重要度及滿意度的同意程度顯著較高，單人家庭者顯著較低、家庭平均月所得較高者對社區關懷據點服務品質的重要度及滿意度相對較低，由於單人家庭就是獨居者，這樣的現象也表示出獨居者及庭平均月所得較高者對於服務品質較不重視，亦較不滿意。另外，本研究亦發現，家庭型態及主要經濟來源不同對社區照顧理念的同意程度有所差異，未來服務應考量服務使用者的個別性差異，以為較佳的據點服務設計，方能落實社區照顧理念的推動。

7. 居住於市鄉混合型社區者對據點服務品質之重要度及滿意度的同意程度顯著高於居住於鄉村/山地型者。而無論是服務使用前或後，居住於都市型、市鄉混合型社區者對社區照顧理念的同意程度顯著高於居住於鄉村/山地型者。

本研究發現，居住於市鄉混合型社區者對據點服務品質之重要度及滿意

度的同意程度顯著高於居住於鄉村及山地型社區者。而無論是服務使用前或後，居住於都市型、市鄉混合型社區者對社區照顧理念的同意程度顯著高於居住於鄉村及山地型社區者。由於據點服務使用者係以居住於鄉村及山地型社區者為最多，這也表示多數服務使用者對於服務品質重要度、滿意度及社區照顧理念之同意程度較低，相關單位應重視這項研究發現，積極因應，以維護相關服務使用者的權益。

8. 接受服務使用時間對社區照顧理念之同意程度有差異；服務使用 7-12 小時的服務使用者對於據點服務品質重要度之同意程度顯著較低；服務使用 13 小時以上的服務使用者對於據點服務品質滿意度之同意程度顯著較低；無論是服務使用前或後，服務使用 6 小時以下者對於社區照顧理念「公民權」皆顯著高於服務使用 13 小時以上者，服務使用 7-12 小時者對於社區照顧理念「生活正常化」顯著較高。

本研究發現，服務使用 7-12 小時的服務使用者對於據點服務品質重要度之同意程度顯著較低，這可能就是服務使用時數較少者是因為他們認同服務品質重要度較低，進而影響他們使用服務的意願，另外，本研究亦發現，服務使用 13 小時以上的服務使用者對於據點服務品質滿意度之同意程度顯著較低，我們看見服務使用時數較高者反而對據點服務品質滿意度較低，而且，無論是服務使用前或後，服務使用 6 小時以下者對於社區照顧理念「公民權」皆顯著高於服務使用 13 小時以上者，服務使用 7-12 小時者對於社區照顧理念「生活正常化」顯著較高；這樣的現象凸顯了服務使用時數愈高並未對社區照顧理念的實踐有更多的正向作用，這是對據點服務提供單位的一個警訊。

9. 服務使用者在服務使用前每月平均的就醫次數為 1.09 次，在服務使用後的就醫次數平均為 0.99 次，服務使用者在接受據點服務後，就醫次數有下降的趨勢。但服務使用後的就醫次數愈多對社區照顧理念之同意程度愈低。

本研究發現，據點服務使用者在服務使用前每月平均的就醫次數為 1.09 次，在服務使用後的就醫次數平均為 0.99 次，由於據點照顧服務的服務使用者均為有年紀的長輩，隨著年齡的增加勢必帶來體能的衰弱，但服務使用者並未隨著時間的流逝而提高其就醫次數，其就醫次數反而明顯下降，這樣的現象或許表示據點照顧服務的提供應該可以促進長輩的健康狀況。「活躍老化」(active ageing)是當前因應人口老化的國際重要發展趨勢，當台灣社會面臨年長者就醫不斷攀升，及其所造成的財政負荷之壓力，社區照顧關懷據點之具有「預防性」功能，這可能是緩和及社會之照顧及財政壓力的可行且有效措施。

### (三) 服務使用前後社區照顧理念之差異分析及預測分析

1. 社區照顧關懷據點對使用者「公民權」之「權利面」和少數「責任面」的維

護有正向影響，尤其是在日常生活的健康、生活、參與、學習和生活選擇上。然而，對於多數「責任面」卻難以引起正向的作用，特別是涉及到經濟責任的承擔。

本研究發現，社區照顧關懷據點服務使用前和使用後，服務使用者在「公民權」的理念產生一定程度的變化，概略而言，如同日間照顧般，社區照顧關懷據點對服務使用者之生活權益的維護，確實發揮正向的效益，尤其是日常生活的健康和照顧、意見表達、學習以及隱私權等，皆帶來正向的發展。另外，社區照顧關懷據點的參與，亦有效強化個人對社區和社會的責任，然而，對於個人和家庭的經濟責任，絕大多數皆難以有正向的進展，甚至多數皆往負向發展，尤其是對經濟上的期許，這或許與年長者因退出勞動市場，或經濟收入中斷後日漸無力承擔經濟責任有關。

2. 社區照顧關懷據點對使用者「充權」之「心理充權」、「社會充權」及「政治充權」皆帶來顯著的正向效果。

本研究發現，社區照顧關懷據點使用前和使用後，服務使用者在「充權」的理念產生相當程度的變化，且絕大多數皆朝正向發展，概略而言，在「心理充權」上，使用後更能適應生活環境及面對生活中的困境，但對於身體退化可能帶來的衝擊及對自我的價值，卻仍有倒退的現象；在「社會充權」上，使用後與他人互動、社區參與或自我潛能的表現，皆有正向的增長；在「政治充權」上，儘管對社會環境和事務的投入沒有明顯變化，但對於其所處社區環境和問題的關懷和參與改變，確有顯著正向的態度和行動。整體而言，社區照顧關懷據點的參與，確實相當有助於「充權」之理念的實現。

3. 社區照顧關懷據點對使用者「優勢觀點」之「自我認知」的影響不一，對「復原力」略有正向效益，對「社區資源」則有很大的正面影響。

本研究發現，社區照顧關懷據點使用前和使用後，服務使用者在「優勢觀點」的理念產生些微的變化，概略而言，社區照顧關懷據點使用者對「自我認知」影響不一，使用後讓個人喜歡目前的處境，且過得更加快樂，但卻也有無力感的徵兆；在「復原力」上並無顯著負面影響，但卻讓使用者想要對社區有所貢獻，並樂於學習新事務；在「社區資源」上，更加感受到社區之社會資本（如信任、規範和凝聚力）的成長，且感受到社區有更多成長的機會，對弱勢者亦能提供適切的服務。整體而言，社區照顧關懷據點雖帶給參與者稍有無力感，但卻對參與者個人及社區有諸多正向的貢獻，也確實體現部分「活躍老化」的政策目標。

4. 社區照顧關懷據點對使用者「生活正常化」之「生理福祉」的影響不一；對「心理福祉」、「社會福祉」及「靈性福祉」，皆有顯著的正向作用。

本研究發現，社區照顧關懷據點使用前和使用後，服務使用者在「生活正常化」的理念產生些微的變化，概略而言，社區照顧關懷據點對服務使用者在「生理層次」的影響不一，在維持正常飲食和日常活動有正向改變，但對性生活和身體健康則往負向發展，這或許與身體功能的自然退化有關；在「心理福祉」上，社區照顧關懷據點服務對獲得家人關心、生活目標及情緒管理皆有正面的貢獻；在「社會福祉」則更加能夠接受目前處境，且能夠與鄰居和朋友更和樂相處；在「靈性福祉」上，則普遍有正向的發展，特別是對與他人分享知識、從事志願服務、自己潛能的發揮、接受挑戰、獲得他人接納和賞識、以及過著有尊嚴的生活的認定，皆有正向的影響。基本上，社區照顧關懷據點對實現社區照顧之「生活正常化」的理念，已發揮很大的作用。

5. 在服務使用前後對社區照顧理念同意程度較高者，其整體品質滿意度越高，而服務使用前對社區照顧理念同意程度愈高者，其於服務使用後的同意程度亦愈高。

本研究發現，服務使用前後對社區照顧理念同意程度較高者，其整體品質滿意度越高，顯然，當服務使用者愈瞭解社區照顧理念時，其對據點服務可能提供的品質面向可能會更具體，進而影響其對品質的滿意度。而本研究亦發現，服務使用前對社區照顧理念同意程度愈高者，其於服務使用後的同意程度亦愈高，表示當服務使用者愈瞭解社區照顧理念時，是可以藉由服務的使用促進其更認同社區照顧理念。

6. 服務品質滿意度可有效預測社區照顧理念，「結構面」的滿意度對「生活正常化」有顯著解釋力，「過程面」的滿意度對「公民權」有顯著解釋力，「結果面」的滿意度對「公民權」、「充權」、「優勢觀點」、「生活正常化」及「整體理念」有顯著解釋力。

本研究發現，服務品質滿意度可有效預測社區照顧理念，進一步檢視次面向發現，第一，「結構面」的滿意度對「生活正常化」有顯著解釋力，顯示當服務使用者對服務結構的品質愈滿意時，其愈能認同生活正常化的理念；第二，「過程面」的滿意度對「公民權」有顯著解釋力，顯示當服務使用者對服務過程的品質愈滿意時，其愈能認同公民權的理念；第三，「結果面」的滿意度對「公民權」、「充權」、「優勢觀點」、「生活正常化」及「整體理念」有顯著解釋力，顯示當服務使用者對服務結果的品質愈滿意時，其愈能認同公民權、充權、優勢觀點、生活正常化及整體理念。在前述服務品質中，服務使用者對服務結果的品質的滿意度具有關鍵性的影響，也就是說，據點服務應注意服務結果的品質，以促進服務使用者對於社區照顧理念的認同。

7. 使用服務後，服務使用者與家人、與親友的互動頻繁度及互動關係皆略有上升。無論是服務使用前或後，與家人的互動關係對社區照顧理念的實踐有相當程度的關聯性，與家人以外之非正式成員亦同。

本研究發現，據點服務使用者在使用服務後與家人、與親友的互動頻繁度及互動關係皆略有上升，而且，無論是服務使用前後，其與家人的互動關係對社區照顧理念的實踐有相當程度的關聯性，與家人以外之非正式成員亦同。這樣的結果顯示，據點服務確實有助於服務使用者與家人、與親友的互動頻繁度及互動關係，也就是說，服務使用者接受據點服務，是有助於提升其社會支持。

## 二、日間照顧中心

### (一) 個人特性與基本資料分析

1. 服務使用者以女性較多、喪偶者較多、國小畢業較多、閩南人較多、傳統宗教信仰者較多，平均年齡為 76.91 歲，主要經濟來源是子女奉養者。

本研究發現，日間照顧服務使用者以女性較多，男性約僅女性的一半，另外，喪偶者較多、國小畢業較多、閩南人較多、傳統宗教信仰者較多，平均年齡為 76.91 歲，超過六成的主要經濟來源是子女奉養。這些現象與目前台灣社會的老人圖像相似，女性較長壽，隨著年齡的增長，缺乏經濟來源，再加上配偶離世，因此，在生命週期中落單的女性長輩將成為社會亟需關注的對象；這樣的研究發現與據點相似。

2. 服務使用者居住於都市型社區最多、超過九成的住宅為自有，約六成服務使用者與子女同住者，家庭型態以三代同堂者較多。

本研究發現，將近六成的日間照顧服務使用者居住於都市型社區，其次為居住於鄉村及山地型社區者，約三成；另外，超過九成的服務使用者為自有住宅、將近六成的服務使用者與子女同住、一成五的服務使用者與配偶和子女同住。在家庭型態部分，主要是三代同堂家庭。我們可以從前述研究發現觀察到，日間照顧服務使用者主要居住於都市型社區，可能是因為日間照顧中心主要設置於都市，在鄉村及山地型社區尚不普及；另外，本研究亦發現，服務使用者於社區中超過一半是遷入者、而非世居者，這樣的現象可能是服務使用者或許因為照顧問題需要與子女同住，產生遷移的狀況，因此，在未來社區照顧議題中，除了照顧的社區化之外，亦需考量「在地老化」的需求，以免讓長輩除了必須適應身體退化的情況外，還可能需要因為遷移重新適應環境。

3. 服務使用者以身體不佳但尚不至影響日常生活者最多，以身體健康且生活自理能力佳者次之；接受服務的時間平均約為 1.5 年，每週使用服務時數平均為 35 小時。

本研究發現，日間照顧服務使用者以身體不佳但尚不至影響日常生活者最多，以身體健康且生活自理能力佳者次之，而身體不佳且需仰賴他人協助者僅 20%。受訪者接受服務的時間平均約為 1.5 年，每週使用服務時間平均為 35 小時。這些現象意味著或因日間照顧服務屬於社區式服務，因其地理上的可近性較高，即使長輩健康狀況略有不佳，對使用該服務的障礙不大，唯隨著身體功能的自然退化，如何改善日間照顧環境，以盡可能延續長輩在社區接受照顧，是建立連續性照顧所需思考或投資的。另外，服務使用者雖然接受日間照顧時間不長，但其使用的時數每日接近 7 小時，這項結果或許意味著多數長輩皆受日間照顧往往是全時的全托。至於較富彈性的臨時托顧應可進一步開發，藉以讓有需求者可以有較多元的選擇，這是社區照顧之充權服務使用者所需考量的。

4. 服務使用者對於日間照顧服務品質的滿意度偏高，尤其是「結構品質」之「實體面」與「員工面」；然而，過程品質的「充權」卻是相對偏低的。

本研究發現，服務使用者對日間照顧服務品質的滿意度偏高，其中，尤以結構品質的「員工面」與「實體面」，這意味著服務使用者對日間照顧中心的員工及設施設備有較高的滿意度，特別是對工作人員的肯定，有助於員工士氣的激發與提升。然而，「充權面」的相對偏低，某種程度的意味著服務的提供仍是一種以「供給者取向」為主的設計，為此，如何從「供給者導向」邁向「顧客導向」，這是日間照顧進一步提升服務品質該思考的。

5. 服務使用者接受服務前、後對社區照顧服務理念的同意狀況較為分歧，概略而言，以「生活正常化」最高，「充權」則相對較低，尤其是「政治充權」偏低許多。

本研究發現，日間照顧服務使用者對社區照顧理念的同意程度以「生活正常化」最高，進一步觀察其次面向，無論是服務使用前或服務使用後皆以「社會福祉」最高，「靈性福祉」則相對偏低。而「充權」是平均分數相對較低的次面向，特別是「政治充權」在服務前、後皆低於 3，這或許意味著服務使用者對社區與社會事務的關注度或參與度，相對上是較低且較冷漠的，這樣的研究發現與據點相似。另外，在「公民權」上，服務使用者對「權利」的同意度偏高，但對「責任」卻顯得較為乏力，如何強化服務使用者的責任觀念以避免權利與義務之間的失衡，是日間照顧服務須思考的議題。

## (二) 個人特性與服務品質重要度、滿意度及社區照顧理念之變異數分析

1. 男性在「服務品質重要度」的同意程度較高於女性，但只有「結果面」有達顯著，但在「服務品質滿意度」的同意程度部分，則是女性較高。無論是服務使用前或使用後，男性對於社區照顧理念的同意程度多顯著高於女性。

本研究發現，男性在「服務品質重要度」的同意程度較高於女性，但在「服務品質滿意度」的同意程度部分，則是女性較高。另外，男性服務使用者在接受日間照顧服務前後，對於整體及多個面向社區照顧理念的同意程度，均顯著高於女性。這些現象可能與傳統社會中年長男性的生活方式較為開放，且與外皆接觸較為頻繁有關，因而，對於各項社區照顧理念的重視與期待較高所致，這種訴求、重視與期待也較易於或有機會強化其採取滿足需求的行動。

2. 家庭型態不同對日間照顧服務品質滿意度的感受不一，核心家庭在「結構面」及「整體品質」的同意程度顯著高於三代同堂者，而祖孫家庭在「過程面」及「整體品質」的同意程度顯著高於夫婦家庭。但婚姻狀況與居住型態並無明顯差異。

本研究發現，家庭型態不同對日間照顧服務品質滿意度的感受不一，核心家庭在「結構面」及「整體品質」的同意程度顯著高於三代同堂者，而祖孫家庭在「過程面」及「整體品質」的同意程度顯著高於夫婦家庭。這樣的現象或許反映出每個家庭類型對於服務品質有不同的期待，有些民眾較關注結構面的問題，有些民眾較關心過程面，不過，依據本研究的研究發現，服務使用者的家庭型態以三代同堂者較多，若要加強服務使用者對日間照顧服務的滿意度，或許可先從品質結構面著手。另外，婚姻狀況與居住型態並無明顯差異。

3. 家庭平均月所得中等者對於日間照顧服務品質的滿意度相對較高，所得最低與最高者，滿意度相對較低，尤其是超過 6 萬元以上者對於日間照顧服務品質各面向之滿意度皆顯著低於其他家庭。

本研究發現，家庭平均月所得中等者對日間照顧品質的滿意度相對較高，最低或最高者則顯著較低。尤其是家庭平均月所得 6 萬元以上的家庭對於日間照顧服務品質各面向之滿意度皆顯著低於其他家庭。由於家庭平均月所得在社區照顧理念的同意程度中多未達顯著，這些的現象或許反映出相對於其他家庭，家庭平均月所得較高的家庭對於日間照顧服務品質有一定的期待與要求，可能對於機構所提供的品質有較多且較高的期待所致。高所得者是日間照顧服務負擔得起的潛在消費者，如何透過服務品質的改善和提升以吸引這群潛在的「自費者」，對日間照顧服務的能否永續經營可能有深遠的意涵。

4. 無論是服務使用前、後，教育程度是影響社區照顧理念的重要變項，大學(院)學歷者對社區照顧理念的同意程度顯著較高，不識字及自修、國小者對社區照顧理念的同意程度顯著較低。

本研究發現，日間照顧服務使用者的教育程度對於社區照顧理念的同意程度具有顯著影響，概括而言，無論是服務使用前或使用後，教育程度較高者的同意程度普遍高於學歷較低者，尤其是大學（院）學歷者的同意程度顯著較高，不識字及自修、國小者的同意程度則顯著較低。這或許意味著高教育程度者可能較有能力與餘力追求並體現社區照顧的相關理念。

5. 無論是服務使用前、後，族群別及婚姻狀況對社區照顧理念具有影響性，其中，原住民族對社區照顧理念的同意程度顯著較低、有配偶者對社區照顧理念的同意程度顯著較高。

本研究發現，日間照顧服務使用者無論是服務使用前、後，族群別及婚姻狀況對社區照顧理念具有影響性，其中，原住民族對社區照顧理念的同意程度顯著較低，由於社區照顧理念涉及到「公民權」、「充權」、「優勢觀點」及「生活正常化」，或許是因為就目前資源狀況而言，原鄉地區社區照顧服務較為不足，再加上或有文化差異，致使原住民族對社區照顧理念的同意程度顯著較低。另外，本研究亦發現，有配偶者對社區照顧理念的同意程度顯著較高，可能因為傳統「老伴」的觀念，因此，社區照顧理念的訴求係屬全人關懷，非僅滿足社區照顧的需求，較易獲得有配偶者的認同。

6. 無論是服務使用前、後，身體狀況對社區照顧理念具有影響性，身體健康且生活自理能力佳者對社區照顧理念的同意程度顯著較高，身體不佳但尚不至於影響日常生活者對社區照顧理念的同意程度顯著較低。

本研究發現，日間照顧服務使用者的身體狀況對社區照顧理念具有影響性，其中，身體健康且生活自理能力佳者對社區照顧理念的同意程度顯著較高，身體不佳但尚不至於影響日常生活者對社區照顧理念的同意程度顯著較低。這樣的現象或許彰顯出身體狀況對於個人自我效能感的影響，也看見或許在身體退化初期對於個人自我效能感的影響最大，致使身體不佳但尚不至於影響日常生活者對社區照顧理念的同意程度顯著較低，這也提醒相關單位在服務介入初期，不僅需要注意到服務使用者身體退化的狀況，亦需注意其身心適應狀況。

7. 市鄉混合型社區及都市型社區對日間照顧服務品質的滿意度顯著較高，尤其是在「過程面」、「結果面」及「整體品質」；服務使用後，鄉村及山地型社區在「公民權」的同意度顯著低於都市型社區。

本研究發現，市鄉混合型社區及都市型社區對日間照顧服務品質的滿意度顯著較高；本研究亦發現，服務使用者的族群背景對於社區照顧理念的同意程度具有顯著影響，無論是服務使用前或使用後，原住民對社區照顧理念的滿意度顯著較低，類似的現象亦出現在居住在鄉村及山地型社區者。這些結果或許意味著，居住在鄉村及山地型者社區者，其接受的日間照顧品質相對較低，且對於社區照

顧理念的感受亦較低，這些現象可能與區域發展程度有關，亦即，在較高度發展的區域中，可能享有較佳的日間照顧品質，且具備較有利於實現公民權、充權、優勢觀點及生活正常化的環境。如何縮短區域發展不均衡的現象，應是推動日間照顧服務所需重視的議題，否則，社區照顧理念在偏鄉地區將是個遙不可及的想望。

8. 接受服務的年限並未影響服務使用者對於日間照顧品質重要度及滿意度、社區照顧理念的同意程度，但服務使用時間越長的服務使用者對於日間照顧品質的滿意度越高。

本研究發現，接受服務的年限對於日間照顧品質與社區照顧理念的影響有限。但每週服務使用時間的長短則有影響，一般而言，服務使用越長者對於日間照顧品質的滿意度越高，尤其是每週服務使用時數 40 小時以上的服務使用者對於「結構面」、「過程面」及「整體品質」的滿意度均顯著高於使用時數 20 小時以下者。這些的現象或許是因為當服務使用者決定接受日間照顧的服務時可能就對日間照顧服務有一定的認同，比較不會受到接觸時間長短的影響，但每週要接受多少小時的服務，可能就會受到其對日間照顧品質滿意度的影響（若不滿意就少去幾天）。某種程度上，這些現象亦可能反映出有好的服務品質，服務使用者會更願意增加服務使用時數，這對日間照顧的經營管理有其重要意涵。

9. 服務使用者在服務使用前每月平均的就醫次數為 1.16 次，在服務使用後略降為 1.15 次，就醫次數與日間照顧品質重要度及滿意度、社區照顧理念的同意程度並未有顯著相關。

本研究發現，日間照顧服務使用者在服務使用前每月平均的就醫次數為 1.16 次，在服務使用後略降為 1.15 次，就醫次數與日間照顧品質重要度及滿意度、社區照顧理念的同意程度並未有顯著相關。由於日間照顧服務的服務使用者多數為有年紀的長輩，隨著年齡的增加勢必帶來體能的衰弱，但服務使用者並未隨著時間的流逝而提高其就醫次數，這樣的現象或許意味著日間照顧服務的提供可能減緩長輩走下坡的健康狀況，進而有助於長輩健康資本的累積。

10. 使用服務後，服務使用者與子女（含媳婦及女婿）的互動頻繁度及互動關係略有上升，但與鄰居、親戚的互動頻率及關係略有下降。無論是服務使用前或後，與家人、與朋友的互動關係對社區照顧理念的實踐有相當程度的關聯性，尤其是「充權」、「優勢觀點」及「生活正常化」。

本研究發現，日間照顧服務使用者在接受服務後與家庭及親友的互動頻繁度及互動關係略有差異，其中，與子女（含媳婦及女婿）的互動頻繁度及互動關係略有上升，這或許意味著具有喘息服務性質的日間照顧，有益於舒緩家人的照顧壓力，進而增進彼此的感情。另外，與鄰居、親戚的互動頻率及關係略有下降，

與朋友的互動頻率下降但互動關係略有提升，這可能是因為服務使用者日常活動（尤其是白天）之場域的改變，而與鄰居和朋友之間的互動機會降低所致。另外，本研究亦發現，無論是服務使用前或後，與家人、與朋友的互動關係對社區照顧理念的實踐有相當程度的關聯性，尤其是「充權」、「優勢觀點」及「生活正常化」，顯然服務使用者在接受社區照顧的同時，若仍能有相當的人際網絡，其對社區照顧理念的實踐是有幫助的。

### （三）服務使用前後社區照顧理念之差異分析及預測分析

1. 日間照顧服務對使用者「公民權」之「權利面」的維護有正向影響，尤其是在日常生活的健康、生活、參與、學習和生活選擇上。然而，對於「責任面」難以引起正向的作用，特別是涉及到經濟責任的承擔。

本研究發現，日間照顧服務使用前和使用後，服務使用者在「公民權」的理念產生一定程度的變化，概略而言，日間照顧對服務使用者之生活權益的維護，確實發揮正向的效益，尤其是日常生活的健康和生活照顧、社會參與和學習、以及對自我生活的選擇權，皆帶來正向的發展。然而，在責任的層次上，無論是對個人、家庭、社區或社會，絕大多數皆難以有正向的進展，甚至多數皆往負向發展，尤其是對經濟上的期許，這或許與年長者因退出勞動市場，日漸無力承擔經濟責任有關。

2. 日間照顧服務對使用者「充權」之「心理充權」不易發揮作用，甚至往負向發展；對「社會充權」有較多正向的貢獻；對於「政治充權」沒有發揮作用。

本研究發現，日間照顧服務使用前和使用後，服務使用者在「充權」的理念產生些微的變化，概略而言，日間照顧對服務使用者在與他人之社會性互動，確實有正向的影響。然而，在對自我生活掌控的「心理充權」卻難以發揮作用，甚至老人易於陷入心理沮喪的狀況沒有獲得改善。至於著重於參與改變社區或社會的動機與行動之「政治充權」，則沒有顯著的變化。社區照顧目的之一為「協助人們得到高度的獨立自主，並藉由獲得或再獲得基本的生活技能，以協助他們發揮最大的潛能。」，在目前日間照顧的服務上，尚未能充分的實現。

3. 日間照顧服務對使用者「優勢觀點」之「自我認知」、「復原力」不易發揮作用，甚至往負向發展；對「社區資源」的認定稍有正向影響。

本研究發現，日間照顧服務使用前和使用後，服務使用者在「優勢觀點」的理念產生些微的變化，概略而言，日間照顧對服務使用者對「自我認知」的增強並沒有發揮實質的影響，甚至服務使用者在對自己目前的生活狀況，還有些「無力感」的徵兆；在「復原力」上，日間照顧服務強化讓服務使用者更想要克服身體功能退化造成的不便，但對於要對家庭有貢獻的想法則反趨於保守；在「社區

資源」上的感受沒有顯著的變化，僅有對社區生活機能的便利性有正向肯定。

4. 日間照顧服務對使用者「生活正常化」之「生理福祉」的影響不一；對「心理福祉」稍有提升；對「社會福祉」沒有顯著改變；對「靈性福祉」的實踐有一定程度的貢獻。

本研究發現，日間照顧服務使用前和使用後，服務使用者在「生活正常化」的理念產生些微的變化，概略而言，日間照顧對服務使用者對「生理層次」的影響不一，在維持正常飲食有正向改變，但對性生活和身體健康則往負向發展；在「心理福祉」上，日間照顧服務對獲得家人關心有正面的貢獻；在「社會福祉」則無顯著的變化；在「靈性福祉」上，則普遍有正向的發展，特別是對自己潛能的發揮、接受挑戰、獲得他人接納和賞識、以及對自己一生的認定，皆有正向的影響。基本上，日間照顧服務對實現社區照顧之「生活正常化」的理念，雖已發揮些微的作用，但其深度和廣度仍須持續觀察。

5. 服務使用前對社區照顧理念同意程度愈高者，其於服務使用後的同意程度亦愈高。而在服務使用前後對社區照顧理念同意程度較高者，其整體品質滿意度越高。

本研究發現，服務使用前對社區照顧理念的同意程度愈高，對於服務使用後的同意程度亦愈高，顯然，當服務使用者愈瞭解社區照顧理念，是可以藉由服務的使用更認同社區照顧理念。另外，本研究亦發現，服務使用者在服務使用前後對社區照顧理念同意程度較高者，其整體品質滿意度越高，這樣的現象或許代表當服務使用者對於社區照顧理念的理解愈高，其能更瞭解日間照顧服務應該提供的服務品質為何，進而對於日間照顧所提供的服務品質感到滿意，較不會出現因過度的期待而對服務品質感到落差的情形。

6. 服務品質滿意度可有效預測社區照顧理念，「結構面」的滿意度對「生活正常化」有顯著解釋力、「過程面」的滿意度對「公民權」及「優勢觀點」及「整體理念」有顯著解釋力、「結果面」的滿意度對「公民權」有顯著解釋力。

本研究發現，服務品質滿意度可有效預測社區照顧理念，進一步依據相關面向來檢視，首先，本研究發現「結構面」的滿意度對「生活正常化」有顯著解釋力，表示當服務使用者對服務結構的品質愈滿意，其愈認同生活正常化的理念；其次，本研究發現「過程面」的滿意度對「公民權」及「優勢觀點」及「整體理念」有顯著解釋力，表示當服務使用者對服務過程的品質愈滿意，其愈認同公民權、優勢觀點及整體社區照顧的理念；第三，本研究發現「結果面」的滿意度對「公民權」有顯著解釋力，表示當服務使用者對服務結果的品質愈滿意，其愈認同公民權的理念。因此，相關單位應重視服務使用者對於服務品質的滿意與否，以達社區照顧理念的實踐。

### 三、居家服務

#### (一) 個人特性與基本概況分析

1. 服務使用者以女性較多、有配偶或同居者及喪偶者較多、國小畢業者較多、閩南人較多、傳統信仰者較多，平均年齡為 72.9 歲，主要經濟來源是子女奉養者，其次為來自政府救助或津貼。

本研究發現，居家服務使用者以女性、有配偶或同居者及喪偶者較多，另外，國小畢業者、閩南人及傳統信仰者較多，平均年齡為 72.9 歲。主要經濟來源是子女奉養者，約三成五，其次為來自政府救助或津貼，約三成；與據點及日間照顧相比較，居家服務使用者依賴政府救助或津貼的比例相對較高，顯然居家服務使用者的經濟狀況明顯較差，因此，居家服務應注意其服務使用者的經濟狀況，若其面臨經濟困境時，得以適時提供所需資源。

2. 服務使用者居住於鄉村及山地型社區較多、其次為市鄉混合型社區，約八成的住宅為自有，獨居者最多，家庭型態以單人家庭者較多。

本研究發現，居家服務使用者居住於鄉村及山地型社區較多、其次為市鄉混合型社區，約八成的住宅為自有，這樣的比例與據點服務使用者相似。但居家服務使用者的居住型態以獨居者最多、家庭型態以單人家庭者較多，這項結果或許提醒我們檢視，獨居者是否會因為社會退縮而使其在社區照顧服務的選擇上傾向在宅式的服務？由於社會接觸機會減少，更容易產生孤立感，因此，如何避免服務使用者產生社會撤退的現象將是居家服務應思考的議題。

3. 服務使用者以身體不佳且部分生活需仰賴他人協助最多、以身體健康且生活自理能力佳次之；接受服務的時間平均約為 2.5 年，每週使用服務時數平均為 6.67 小時。

本研究發現，約有四成的居家服務使用者為身體不佳且部分生活需仰賴他人協助者，其次為身體健康且生活自理能力佳者，約二成五；與據點及日間照顧相比較，居家服務使用者為身體不佳且部分生活需仰賴他人協助的比例相對較高，顯然居家服務使用者的身體健康狀況明顯較差。而且，本研究亦發現，服務使用者接受服務的時間平均約為 2.5 年，每週服務使用時數平均為 6.67 小時；與據點及日間照顧相比較，其服務使用平均時數亦較低。我們可以從前述研究發現，居家服務使用者的身體健康狀況最差，但每週服務使用平均時數卻最低，顯示相關資源分配或運用上的不平衡，是整體社區照顧需思考的問題。

4. 服務使用者對於居家服務品質滿意度相當高，尤其是「結構品質」的「員工面」

及「過程品質」的「充權面」，另外，「過程品質」的「關係面」是相對偏低的。

本研究發現，服務使用者對居家服務品質的滿意度偏高，其中，尤其是「結構品質」的「員工面」及「過程品質」的「充權面」，這意味著服務使用者對於居家服務的員工及過程中的充權有較高的滿意度。另外，服務使用者對於「過程品質」的「關係面」是相對偏低的，表示服務服務使用者與服務人員間的關係並不滿意，或許因為居家服務的服務項目明確，再加上服務時數有限，致使服務人員沒有多餘的時間與服務使用者聊天或建立關係，這或許也是未來居家服務進行品質檢適時應注意的議題。

5. 服務使用者接受服務前、後對社區照顧理念的同意狀況較為分歧，概略而言，「生活正常化」及「公民權」較高，「充權」則相對較低；其中，「公民權」在服務使用後明顯上升。

本研究發現，居家服務使用者接受服務前、後對社區照顧理念的同意狀況較為分歧，概略而言，「生活正常化」及「公民權」較高，「充權」則相對較低；其中，「公民權」在服務使用後明顯上升。但是，相較於據點或日間照顧，居家服務對社區照顧理念的同意程度較低。

## (二) 個人特性與服務品質重要度、滿意度及社區照顧理念之變異數分析

1. 無論是服務使用前或後，教育程度專科以上者對社區照顧理念的同意程度顯著較高；佛教徒對社區照顧理念的同意程度顯著於傳統宗教者。

本研究發現，無論是服務使用前或後，教育程度專科以上者對社區照顧理念的同意程度顯著較高，這項結果與日間照顧相似，意味著高教育程度者可能較有能力與餘力追求並體現社區照顧的相關理念。另外，本研究亦發現，佛教徒對社區照顧理念的同意程度顯著於傳統宗教者，但性別、族群別、婚姻狀況無論是居家服務品質重要度、滿意度及對社區照顧理念的同意程度皆無顯著。

2. 無論是服務使用前或後，75-84 歲者對社區照顧理念之同意程度顯著高於 85 歲以上者、單人家庭者顯著較高、獨居者亦顯著較高。

本研究發現，無論是服務使用前或後，75-84 歲者對社區照顧理念之同意程度顯著高於 85 歲以上者、單人家庭者顯著較高、獨居者亦顯著較高，這項結果可能是居家服務的提供確實能夠協助身體不便或失能的服務使用者紓解其照顧需求，進而促進其對社區照顧理念的認同，尤其是對單人家庭及獨居者，這項結果與據點或日間照顧的研究發現略有不同。

3. 身體不佳且部分生活需仰賴他人協助者對「服務品質重要度」之同意程度顯著

較高，但在「服務品質滿意度」的同意程度部分，則是身體健康且生活自理能力佳者顯著較高。而無論是服務使用前或後，身體健康且生活自理能力佳者對社區照顧理念的同意程度顯著較高，身體不佳且多數生活需仰賴他人協助者顯著較低。

本研究發現，身體不佳且部分生活需仰賴他人協助者對「服務品質重要度」之同意程度顯著較高，但在「服務品質滿意度」的同意程度部分，則是身體健康且生活自理能力佳者顯著較高，這樣的現象或許是因為身體不佳且部分生活需仰賴他人協助的服務使用者較重視服務品質，但可能因為具有較高的其反而因此對於服務結果較不滿意。另外，無論是服務使用前或後，身體健康且生活自理能力佳者對社區照顧理念的同意程度顯著較高，身體不佳且多數生活需仰賴他人協助者顯著較低，顯示服務使用者的身體狀況不同會影響其對社區照顧理念的同意程度，這或許是因為服務使用者會隨著健康衰弱而降低自我效能感，進而無法認同「公民權」、「充權」、「優勢觀點」及「生活正常化」等理念，若能藉由社區照顧協助服務使用者維持較好的健康狀況，將有助於提升服務使用者對社區照顧理念的認同。

4. 無論是服務使用前或後，主要經濟來源為社會或親友救助者對社區照顧理念的同意程度顯著較低，而家庭平均月收入 6 萬元以上者顯著較高；家庭平均月收入在居家服務品質重要度「結構面」之同意程度亦有差異。

本研究發現，無論是服務使用前或後，主要經濟來源為社會或親友救助者對社區照顧理念的同意程度顯著較低，而家庭平均月收入 6 萬元以上者顯著較高；這樣的現象或許是因為經濟自主能力的削弱，造成服務使用者對於生活的不安定感，致使其對社區照顧理念的認同較低，而經濟自主能力較高者因此對於社區照顧理念的認同較高。另外，本研究亦發現，家庭平均月收入在居家服務品質重要度「結構面」之同意程度亦有差異，顯然經濟狀況會影響服務使用者對於服務品質中結構面向的要求。

5. 居住在鄉村及山地型社區者在居家服務品質重要度及滿意度之同意程度皆顯著較低；而無論是服務使用前或後，居住在鄉村及山地型社區者對於社區照顧理念的同意程度亦顯著低於居住於市鄉混合型者。

本研究發現，居住在鄉村及山地型社區者在居家服務品質重要度及滿意度之同意程度皆顯著較低；而且，無論是服務使用前或服務使用後，居住在鄉村及山地型社區者對於社區照顧理念的同意程度亦顯著低於居住於市鄉混合型者。這樣的現象顯示居住在鄉村及山地型社區的服務使用者對於居家服務品質重要度、滿意度及社區照顧理念的同意程度均普遍較低，這項結果與據點的研究發現相似，這或許是因為鄉村及山地型社區的服務可近性及可及性不足，致使區域內的服務

使用者尚無法藉由服務的使用來提高其對社區照顧理念的認同。

6. 無論使用前或使用後，服務使用時數越長的服務使用者對於社區照顧理念的同意程度愈低；另外，接受服務的時間並未影響服務使用者對於日間照顧品質重要度及滿意度、社區照顧理念的同意程度。

本研究發現，居家服務使用者接受服務的時間並未影響服務使用者對於日間照顧品質重要度及滿意度、社區照顧理念的同意程度，但無論使用前或使用後，服務使用時數越長的服務使用者對於社區照顧理念的同意程度愈低。我們看見服務使用時數較高者反而對據點服務品質滿意度較低，這樣的結果與據點的研究發現相似，顯然，服務使用者並沒有因為對居家服務使用愈多而更認同社區照顧理念，也凸顯了服務使用時數愈高並未對社區照顧理念的實踐有更多的正向作用，這是對居家服務的提供是一個警訊。

7. 服務使用者在服務使用前每月平均的就醫次數為 2.12 次，在服務使用後上升為 2.37 次；服務使用前的就醫次數愈高，對居家服務品質重要度的同意程度愈低。

本研究發現，服務使用者在服務使用前每月平均的就醫次數為 2.12 次，在服務使用後上升為 2.37 次，而且，服務使用前的就醫次數愈高，對居家服務品質重要度的同意程度愈低，顯然，服務使用者並未因為居家服務的提供而降低其就醫次數，這項結果與據點、日間照顧的研究發現不同。這或許是因為居家服務使用者係以身體不佳且部分生活需仰賴他人者為多，即使居家服務介入，也無法有效減緩身體健康狀況的退化；而且身體健康狀況愈差，其對社區照顧理念的認同愈低，這項結果提醒我們建立預防性健康照顧機制的重要性。

### (三) 服務使用前後社區照顧理念之差異分析及預測分析

1. 居家服務對「公民權」、「充權」、「優勢觀點」及「生活正常化」多無正向助益，對社區照顧理念的影響相當有限。

本研究發現，居家服務對「公民權」之「權益」及「責任」的維護皆無正向助益，反而朝負向發展；對「充權」之「心理充權」、「社會充權」不易發揮作用，甚至往負向發展，對「政治充權」無正向影響；對「優勢觀點」之「自我認知」、「復原力」及「社區資源」皆無正向影響；對「生活正常化」之「生理福祉」、「社會福祉」及「靈性福祉」沒有發揮作用，對「心理福祉」稍有提升。這樣的現象代表著居家服務的提供對於社區照顧理念的影響相當有限，或許是因為居家服務係屬於在宅式服務，無法促進服務使用者的社區參與及互動，亦無法對於社區照顧理念的實踐發揮正向作用。

2. 認為居家服務品質愈重要者，其對居家服務品質的滿意程度愈高；在服務使用前後對社區照顧理念同意程度較高者，其整體品質滿意度越高。另外，居家服務品質滿意度可有效預測社區照顧理念，「結果面」的滿意度對「公民權」有顯著解釋力。

本研究發現，當服務使用者認為居家服務品質愈重要者，其對居家服務品質的滿意程度愈高，這項結果與據點、日間照顧的研究發現略有不同；因此，如何提高服務使用者對於居家服務品質的重要度將是居家服務重要的功課。本研究亦發現，服務使用前後對社區照顧理念同意程度較高者，其整體品質滿意度越高，而且，居家服務品質滿意度可有效預測社區照顧理念，「結果面」的滿意度對「公民權」有顯著解釋力；因此，有效宣導社區照顧理念，協助服務使用者正確認知社區照顧的服務，將可促進服務使用者對居家服務品質的滿意度，而服務使用者對居家服務品質愈滿意，亦會帶動服務使用者對公民權的認同。

3. 服務使用後，服務使用者與配偶及子女（含兒子、媳婦、女兒及女婿）的互動頻繁度及互動關係皆略有上升，但與鄰居、及朋友較無明顯變化。其中，尤其女兒、女婿及非家人的互動頻率，對社區照顧理念的實踐具有重要的關聯性。

本研究發現，服務使用後，服務使用者與配偶及子女（含兒子、媳婦、女兒及女婿）的互動頻繁度及互動關係皆略有上升，但與鄰居、及朋友較無明顯變化；另外，本研究亦發現，其與女兒、女婿及非家人的互動頻率，對社區照顧理念的實踐具有重要的關聯性。顯然，居家服務的提供可以協助服務使用者改善其與家人的互動狀況，而且，可藉此促進其對社區照顧理念的實踐。

## 四、社區照顧

### （一）個人特性與基本概況分析

1. 服務使用者以女性較多、喪偶者較多、僅與子女同住者最多、國小畢業者較多、閩南人較多、傳統信仰者較多，平均年齡為 74.61 歲，主要經濟來源是子女奉養。

本研究發現，約有六成五的服務使用者為女性，約五成的服務使用者是喪偶的狀態，而三成六的服務使用者僅與子女同住者，約二成為獨居者；另外，國小畢業者較多、閩南人較多、傳統信仰者較多，平均年齡為 74.61 歲，主要經濟來源是子女奉養。這樣的發現與內政部 2015 年的「老人狀況調查報告」結果相似，也相當符合台灣現今年長者的現況。

2. 服務使用者居住於鄉村及山地型社區較多、其次為都市型社區，約八成五的住宅為自有，家庭型態以三代同堂者較多。

本研究發現，超過四成的服務使用者居住於鄉村及山地型社區、其次為都市型社區，有三成六；而約八成五的住宅為自有，家庭型態以三代同堂者較多。依據台灣目前社區類型分布狀況，本研究的都市型社區比例較高，或許是因為本研究係以社區照顧單位的服務使用者為調查對象，其中日間照顧設置地點以都市型社區較多，致使居住於都市型社區的服務使用者較多。另外，在傳統的社會中，祖父母、父母、小孩三代同堂是主要的家庭居住型態，顯然這樣的家庭型態亦為現今家庭常見的居住安排。

3. 服務使用者以身體健康且生活自理能力佳最多、以身體不佳但尚不至於影響日常生活者次之；接受服務的時間平均約為 3 年，每週使用服務時數平均為 15.6 小時。

本研究發現，約四成的服務使用者為身體健康且生活自理能力佳者，其次是以身體不佳但尚不至於影響日常生活者，約三成，而這樣的身體狀況亦是社區照顧主要的服務對象。另外，本研究亦發現，接受服務的時間平均約為 3 年，每週使用服務時數平均為 15.6 小時，由於本研究的服務類型涵蓋據點、日間照顧及居家服務，其中，據點及居家服務每週使用服務時數未滿 10 小時，這樣的結果應該是受到日間照顧服務時數的影響。

4. 服務使用者對於居家服務品質滿意度相當高，尤其是「結構品質」的「員工面」及「結果品質」的「經營面」；另外，「過程品質」的「充權面」是相對偏低的。

本研究發現，服務使用者對於居家服務品質滿意度相當高，尤其是「結構品質」的「員工面」及「結果品質」的「經營面」，其中，無論是據點、日間照顧或是居家服務皆對「結構品質」的「員工面」具有高度的滿意度，這意味著服務使用者對於工作人員的肯定，也是對於投入社區照顧員工的重要回饋。另外，服務使用者對於「過程品質」的「充權面」是相對偏低的，而這與據點及日間照顧的結果相似，顯然，在據點或日間照顧服務中應強化照顧過程的品質，以促進服務使用者對充權的認同。

5. 服務使用者接受服務前、後對社區照顧理念的同意狀況頗為一致，依序為「生活正常化」、「公民權」、「優勢觀點」及「充權」。

本研究發現，服務使用者在接受服務前、後對社區照顧理念的同意狀況頗為一致，依序為「生活正常化」、「公民權」、「優勢觀點」及「充權」，而這樣的結果或許意味著服務使用者藉由照顧服務可以明顯感受到「生活正常化」及「公民

權」的實踐，但對於「優勢觀點」及「充權」的實踐是有待加強。

## (二) 個人特性與服務品質重要度、滿意度及社區照顧理念之變異數分析

1. 無論是服務使用前或後，65-74 歲者、教育程度專科以上者、身體健康且生活自理能力佳者、有配偶或同居者及喪偶者對社區照顧理念的同意程度顯著較高；85 歲以上者、未婚者及身體不佳且多數生活需仰賴他人協助者則顯著較低。

本研究發現，無論是服務使用前或後，65-74 歲者、教育程度專科以上者、身體健康且生活自理能力佳者、有配偶或同居者及喪偶者對社區照顧理念的同意程度顯著較高；85 歲以上者、未婚者及身體不佳且多數生活需仰賴他人協助者則顯著較低。這樣的現象或許顯示出年齡較輕、教育程度較高及身體健康狀況較佳者，對社區照顧理念較為認同，由於本研究亦發現，若服務使用者在服務使用前對社區照顧理念較為認同，其在服務使用後對社區照顧服務品質及照顧理念的同意程度亦較高，這凸顯了社區照顧理念宣導的重要性，如何讓社會大眾事先瞭解何謂社區照顧理念，並對其有正確的認識將有助於照顧服務的提供，進而促進社區照顧理念的實踐情形。

2. 三代同堂者、僅與親友同住者對品質重要度之同意程度較高，但無論是服務使用前或後，僅與親友同住者對於社區照顧理念的同意程度皆顯著較低。而自有住宅者對於社區照顧理念的同意程度顯著較高。

本研究發現，三代同堂者、僅與親友同住者對品質重要度之同意程度較高，但無論是服務使用前或後，僅與親友同住者對於社區照顧理念的同意程度皆顯著較低；這樣的現象或許意味著家庭支持是影響服務使用者對照顧品質重要度的看法，因此，在服務宣導過程中，除了對服務使用者進行宣導外，亦需對他們的家人及親友進行宣導。另外，自有住宅者對於社會照顧理念的同意程度顯著較高，這或許是因為服務使用者具有經濟安定感有助於社區照顧理念的認同，另外，穩定的住所或許某種程度激發服務使用者對「在地老化」的期待，進而帶動其對社區照顧理念的認同。

3. 家庭平均月收入中等者對於照顧品質滿意度之同意程度顯著較高；無論是服務使用前或後，主要經濟來源為自己工作或營業收入、配偶或同居人提供、自己退休金等者對於社會照顧理念的同意程度皆顯著較由子女奉養或由政府救助者。

本研究發現，家庭平均月收入中等者對於照顧品質滿意度之同意程度顯著較高；無論是服務使用前或後，主要經濟來源為自己工作或營業收入、配偶或同居人提供、自己退休金等者對於社會照顧理念的同意程度皆顯著較由子女奉養或由

政府救助者，顯然經濟自主能力確實會對服務使用者造成影響，若有充足的經濟來源，可以降低服務使用者對於生活的依賴感與不安定感，也較有能力及餘力追求社區照顧理念的實踐。

4. 居住在都市型及市鄉混合型社區者在照顧服務品質重要度及滿意度之同意程度皆顯著高於居住於鄉村及山地型社區者；而居住於鄉村及山地型社區者在服務使用前社會照顧理念之同意程度較高，而世居者在服務使用前對「生活正常化」之同意程度亦顯著較高於遷入者。

本研究發現，居住在都市型及市鄉混合型社區者在照顧服務品質重要度及滿意度之同意程度皆顯著高於居住於鄉村及山地型社區者，另外，居住於鄉村及山地型社區者在服務使用前社會照顧理念之同意程度較高，而世居者在服務使用前對「生活正常化」之同意程度亦顯著較高於遷入者；由於台灣高齡化速度甚遽，照顧需求日益遽增，居住於鄉村及山地型社區者是服務使用者中的多數，相關單位應注意前述現象，即時因應以為對策。

5. 接受服務的時間並未影響服務使用者對於日間照顧品質重要度及滿意度，但無論服務使用前或使用後，服務使用時間愈長者，對社區照顧理念之同意程度愈高。

本研究發現，接受服務的時間並未影響服務使用者對於日間照顧品質重要度及滿意度，這項結果與據點、日間照顧及居家服務相似。而無論服務使用前或使用後，服務使用時間愈長者，對社區照顧理念之同意程度愈高；這樣的結果對於社區照顧的推動來說是件好事，意味著社區照顧服務的推動確實能提高服務使用者對於社區照顧理念的認同。

6. 服務使用者在服務使用前每月平均的就醫次數為 1.49 次，在服務使用後上升為 1.55 次；服務使用前的就醫次數愈高，對服務使用前的社區照顧理念之同意程度愈低；服務使用後的就醫次數愈高，對服務使用後的社區照顧理念之同意程度亦愈低。

本研究發現，服務使用者在服務使用前每月平均的就醫次數為 1.49 次，在服務使用後上升為 1.55 次，這項結果主要是受到居家服務的影響。另外，服務使用前的就醫次數愈高，對服務使用前的社區照顧理念之同意程度愈低；服務使用後的就醫次數愈高，對服務使用後的社區照顧理念之同意程度亦愈低，這意味著身體健康狀況確實會影響服務使用者對於社區照顧理念的認同，因此，或許相關在服務中提高醫療復健的服務比例有其必要性。

7. 在服務使用後，服務使用者與配偶及子女（含兒子、媳婦、女兒及女婿）的互動頻繁略有上升。其中，尤其對兒子、女兒及媳婦的互動頻率及互動關係愈佳

者，其對服務品質重要度及滿意度的同意程度愈高；而在社區照顧理念中，除了配偶之外，與家人及親友的互動頻率及關係皆呈現正相關。

本研究發現，在服務使用後，服務使用者與配偶及子女（含兒子、媳婦、女兒及女婿）的互動頻繁略有上升。其中，尤其對兒子、女兒及媳婦的互動頻率及互動關係愈佳者，其對服務品質重要度及滿意度的同意程度愈高；而在社區照顧理念中，除了配偶之外，與家人及親友的互動頻率及關係皆呈現正相關。這樣的結果與據點、日間照顧及居家服務的研究發現相似，顯然照顧服務的提供有助於改善服務使用者家庭支持度及社會支持度。

### （三）服務使用前後社區照顧理念之差異分析及預測分析

1. 照顧服務對「公民權」之「權利」、「充權」之「心理充權」及「社會充權」、「優勢觀點」之「社區資源」及「生活正常化」之「心理福祉」、「社會福祉」及「靈性福祉」有正向影響。

本研究發現，照顧服務的提供對「公民權」之「權利」有一定的助益，但對「責任」的維護無正向助益，反而朝負向發展；對「充權」之「心理充權」及「社會充權」是有幫助的，對於「政治充權」的影響較不明顯；對使「優勢觀點」之「自我認知」及「復原力」正負向影響都有，對「社區資源」朝正向影響發展；對「生活正常化」之「生理福祉」的影響較為分歧、對「心理福祉」稍有提升、對「社會福祉」及「靈性福祉」有一定程度的正向影響。整體而言，照顧服務的提供對社區照顧理念的實踐有正向作用。

2. 認為照顧服務品質愈重要者，其對照顧服務品質「過程面」、「結果面」及「整體品質」的滿意程度愈高；在服務使用前後對社區照顧理念同意程度較高者，其整體品質滿意度越高。

本研究發現，當服務使用者認為照顧服務品質愈重要者，其對照顧服務品質「過程面」、「結果面」及「整體品質」的滿意程度愈高；在服務使用前後對社區照顧理念同意程度較高者，其整體品質滿意度越高。這樣的結果或許表示服務使用者對社區照顧理念的認同是可以帶動服務使用者對於服務品質滿意度，因此，相關服務單位若欲改善服務使用者對於服務品質的滿意度，除了相關具體措施之外，強化服務使用者對社區照顧理念的認同亦為重要策略之一。

3. 照顧服務品質重要度可有效預測社區照顧理念，其「結構面」的同意程度對「生活正常化」有顯著解釋力、「過程面」的同意程度對「充權」及「整體理念」有顯著解釋力。照顧服務品質滿意度可有效預測社區照顧理念，其「結構面」的滿意度對「生活正常化」有顯著解釋力、「過程面」的滿意度對「充權」及「優勢觀點」有顯著解釋力、「結果面」的滿意度對社區照顧各面向皆

有顯著解釋力。

本研究發現，服務品質滿意度可有效預測社區照顧理念，依據相關面向來進一步檢視，首先，本研究發現「結構面」的滿意度對「生活正常化」有顯著解釋力，表示當服務使用者對服務結構的品質愈滿意，其愈認同生活正常化的理念；據點及日間照顧都有相似的研究發現。其次，本研究發現「過程面」的滿意度對「公民權」及「優勢觀點」及「整體理念」有顯著解釋力，表示當服務使用者對服務過程的品質愈滿意，其愈認同公民權、優勢觀點及整體社區照顧的理念；據點亦有相似的研究發現。第三，本研究發現「結果面」的滿意度對「公民權」有顯著解釋力，表示當服務使用者對服務結果的品質愈滿意，其愈認同公民權的理念；據點、日間照顧及居家服務都有相似的研究發現。由於服務使用者對服務品質滿意度可有效預測社區照顧理念，相關單位應重視服務使用者對於服務品質的滿意與否，以達社區照顧理念的實踐。

## 第二節 質性研究發現

質性研究之發現主要從五個彼此相關的面向行分析，包括：(1) 社區照顧實務運作的概況；(2) 社區照顧實務運作的助力/優勢；(3) 社區照顧實務運作的阻力/劣勢；(4) 社區照顧的發展策略；以及(5) 社區照顧理念的檢視。底下將分別說明各個面向的內容。本研究所指稱之社區照顧主要係由社區照顧關懷據點、居家服務以及日間照顧所組成，部分內容亦涉及到喘息服務或居家醫療。

### 一、社區照顧實務運作的概況

隨著政府政策的推動，以及民間團體的積極參與，社區照顧的服務對象已隨著類型的擴充而逐步擴展。依本研究之發現，可從下列的面向勾勒當前社區照顧的輪廓如下：

1. **就服務類型與對象而言：**社區照顧的服務類型已趨於多元化，服務較為普及的包括社區照顧關懷據點、居家服務、日間照顧及喘息服務；服務對象包括健康、亞健康及輕、中重度失能者。然而，並非每個地區/社區皆有各類照顧類型的布建，各個照顧類型的服務對象並非截然區隔的，亦有可能隨著個人身體狀況的起落，而遊走於不同照顧類型之間。
2. **就服務內容而言：**儘管法規或委託方案對於服務內容有些基本的規範，但有愈來愈多的機構或單位的供給漸趨多樣與活潑，且設計上亦因地方環境、文化或生命經驗而彈性調整，除可增進服務使用者的選擇外，亦

有助於增進其生活樂趣。另外，較值得關注的是有時因服務使用者的「要求」或照顧服務者的「愛心」，而出現「多餘」的服務，但卻也因為非規範內的而衍生出爭議。

3. **就服務人力而言：**社區照顧是一項高人力的行業，然而，部分服務類型卻缺乏專職、專業服務人力，而由志工扮演主要的角色；值得稱道的是，有些社區照顧據點發展出「健康」服務「亞健康」長輩的溫馨畫面，唯在訓練上是相對較不足的，較易出現因發生意外事故而衍生出責任歸屬的問題。
4. **就資源籌措而言：**在需求超過供給，抑或是政府補助經費有限的狀況下，為籌措較充裕的照顧資源，據點或機構逐漸著力於開發並非僅侷限於經費的多元募集資源方式，以彌平經費不足的困局；服務單位也彼此透過經驗交流與資源分享，而發展出既競爭有合作的合作關係；另外，社區內的重要關鍵人士，也扮演起資源連結的靈魂人物與媒介。
5. **就委託與被委託者之關係而言：**目前許多的服務項目係由政府推動並補助民間單位提供服務，然而，政府對服務數量、品質或時間的要求，可能使得一些偏遠或特定地區因服務量不足，而造成無謂的壓力或麻煩。
6. **就服務理念的實踐而言：**多層級的整合型照顧模式是基於「以人為本」之照顧理念的設計，且服務輸送也能夠將理念化為活動，亦即，服務的安排或設計已夠超越僅是「照顧」或「照護」的思維，亦兼顧到積極協助服務使用者「延緩老化」或「延緩退化」，且各項活動亦朝向鼓勵陪伴與鼓勵自立，以盡量降低服務使用者的依賴。

## 二、社區照顧實務運作的助力/優勢

若欲推動「以社區為基礎」的長期照顧模式，友善的政策環境將有助於照顧工作的推展。經過 1990 年代中期的福利社區化及 2008-2017 年的長期照顧十年計畫（長照 1.0 版）的實施，已為社區照顧的實務運作奠定了一些利基。依據本研究之發現，主要的助力/優勢歸納如下：

1. **社區/地方的連結度高，且社區關係佳：**隨著社區照顧的推動，愈來愈多的在地組織慢慢與地方的組織或居民建立友善的關係，尤其是在地志工的投入，不僅增進居民之間的凝聚力，也為服務的推動建立起較穩定的無形資產。
2. **服務接受度高，使用者付費觀念逐漸被接受：**社區化的照顧模式（例如：社區照顧關懷據點）逐漸成為長輩生活中的一環，儘管在推動上，或因長輩們天生節儉的個性，服務若需收費，即便有興趣，但參與度亦不高。經過多年的倡導，再加上採取象徵性的收費，「使用者付費」的觀念已逐漸被理解與接受。有的使用者也可能以貢獻物資替代之，實質資源的挹注，已為服務的永續經營注入一股希望。

3. **重視使用者的認同感、歸屬感與選擇感**：有的社區照顧機構的照顧環境，致力於營造「家」的感覺，添增服務使用者對的認同感與歸屬感。另外，有的服務方案之委託係採取複數決標，讓長輩們對服務的提供有更多的選擇權，也帶動著服務品質的提昇。
4. **地方政府趨於積極，有利於服務的推廣與經營**：中央政府政策的推動及經費的補助，以使得地方政府對社區照顧的推廣與經營趨於積極；另外，地方政府積極協助承辦的民間部門解決營運上遭遇的問題，讓民間機構因相關政策變動產生的衝擊降至最低，進而有利於參與服務的推動。

### 三、社區照顧實務運作的阻力/劣勢

社區照顧實務運作涉及的層面甚廣，涉獵其中的利害關係人與面向亦相當多元，因而，在實務運作上仍須不斷克服諸多有無或無形的障礙。依據本研究之發現，主要的阻力/劣勢歸納如下：

1. **政府法規、制度及行政體系缺乏彈性**：社區照顧涉及政府多個部門的業務，因法規與制度缺乏彈性，致使影響到照顧空間的取得與規劃，在服務的人力與經費籌措也面臨到困境。另外，不同行政/專業體系未能有效整合，使得強調整合性服務的社區照顧難以發揮綜效。
2. **專職、專業與志工人力普遍不足**：社區照顧服務類型多元且服務多樣化，若欲滿足需求，抑或讓服務有一定的深度與廣度，則需要有充裕的專職、專業與志工人力，然而，這些必要的人力卻普遍不足。若再加上因受到勞工權益保障法規的限制（例如：一例一休），人力調度不易，皆加深人力不足的嚴重性。
3. **居家服務員培訓後任意願低**：居家服務員地位低、報酬低，即便不乏參與照顧服務員培訓者，但留任居家服務意願偏低，為此，因年輕或新人的招募不易，再加上一線居家服務人力趨於，皆使得服務的深度與廣度受限。
4. **服務使用者過度期待，易打擊服務提供者的士氣**：服務使用者或其家屬常因對社區照顧服務的認知不清，抑或因部分付費，而對服務提供者有過度要求，抑或缺乏尊重，易於打擊服務提供者（如居家服務員或志工）的士氣。這亦是導致前述居家服務員留任意願低或離職的重要因素之一。
5. **居家服務界線不易劃清，易衍生爭議**：社區照顧服務期待能盡力協助服務使用者生活自立，然因介入協助的範圍與時機難以明確劃分，致使若有事故發生，抑或彼此對服務範圍期待不一，易於引發責任歸屬的兩難或爭議。
6. **照顧資源不足且供需失衡**：隨著長期照顧從 1.0 版推展到 2.0 版，服務項目趨於多樣與多元，再加上服務個案的開發，但資源布建卻未能隨之跟上，致使有些地方有需求但無服務，尤其是偏鄉地區普遍存在資源患寡

的問題；另外，有的地方雖資源較為充裕，但卻出現需求不足的窘境，導致出現供需失衡的現象。

7. **民眾對服務認知有限，部分項目接受度偏低：**照顧服務項目的多樣化提供給潛在服務使用者更多的選擇機會，然而，或因認知不足，抑或過度期待，而影響接受服務的意願。尤其是偏鄉地區的長者因觀念保留，對離開家接受日間照顧服務，仍難以擺脫「棄養」的觀念，致使參與的意願低落。
8. **居家服務督導負荷高，難以兼顧服務品質：**為提昇居家服務品質，服務提供單位依法聘請督導，以輔導並監測服務品質，然因居家服務個案往往遍及幅員廣大的社區，再加上每位督導員負責的個案數偏高，致使因高工作負荷而難以面面俱到，而難以提昇服務品質。
9. **機構規模與成熟度不一，難以做到全人關懷：**「以人為本」的照顧模式強調兼顧身心靈的均衡照顧，也是社區照顧的目標，然而，因機構的規模與成熟度不一，無論在資源或照顧專業人力，皆難以因應照顧所需的負荷，因而，實務上全人照顧目標是不易達成的。
10. **服務使用者或家屬的訴求或偏好不一，考驗社區照顧理念的實踐：**社區照顧的價值在於增進服務使用者獨立、自主、選擇和融合，然而，長輩及其家屬選擇照顧的初衷可能不一；另外，潛在服務使用者對混合照顧（例如：失能與失智共同照顧）的排斥與抗拒，皆可能影響服務的宣傳或理念的實踐。
11. **服務缺乏文化敏感度，接受度低：**對於一些座落於原住民部落的服務據點，或因有的提供者非原住民，對原住民的文化的熟悉度較低，敏感度也不足，再加上語言上的隔閡，有時較不易被接受。

#### 四、社區照顧的發展策略

社區照顧的推動有其環境脈絡，前述的助力與阻力並非完全相對立的，經過多年的推動有些障礙/阻力也開始鬆動（例如，使用者付費），但也有新的障礙/阻力正在衍生中（例如，照顧服務人力的不足）。以「社區為基礎」的長期照顧模式已是理念與政策的主流模式，如何善用助力/優勢並降低障礙/阻力，以策劃未來的發展，將關係到未來社區照顧理念與目標能否實現的關鍵。依據本研究之發現，社區照顧未來的發展策略歸納如下：

1. **澄清家屬對服務內容的期待，避免因認知不一而衍生爭議：**服務使用者/家屬與服務提供者/居服員對服務內容之期待的落差，已影響到雙方的關係，更嚴重衝擊到居服員的士氣。為降低彼此的認知與期待之落差，服務評估或提供單位應於服務提供前，就服務內容做澄清或溝通，以避免因認知或期待不一而衍生爭議。
2. **培訓專業人力並形塑專業形象，以提昇其社會地位：**社區照顧的服務人

力之專業及社會形象偏低（尤其是居服員），且未獲得合理的尊重。未改善目前的困境，除應致力於培養其專業技能外，亦應致力於形塑其社會形象，以提昇其社會地位。

3. **員工薪資待遇宜有彈性，以增進聘僱與留任員工之誘因：**為改善社區照顧服務人力之量與質的不足，尤其是招募居服員的困境，應改善偏低且一致化的員工待遇，視地方性質不一，賦予彈性的薪資待遇，以提昇吸引及留任員工的誘因。
4. **聘僱駐紮且熟悉地方文化的專業人力，以提昇服務的效率：**隨著社區照顧服務的推廣，尤其是長期照顧 2.0 版的實施，礙於專業或服務人力的不足，服務提供單位彼此挖角，抑或偏遠地區徵才不易的狀況下，皆影響到服務效率。為此，政策上應致力於培訓可留任及具文化敏感度的專業和服務人力，以增進服務的效率。
5. **培育跨專業的照顧管理專員，落實照顧服務評估工作：**照顧管理專員主責評估個案狀況與服務需求，在強調「全人服務」的照顧工作，長期照顧的潛在使用者往往是具有多元需求的，在專業人力侷限的狀況下，若能培育跨專業人力（尤其是衛政與社政），當有助於對潛在服務使用者進行綜合性的評估，並設計更為「全人服務」的照顧服務。
6. **強化衛政與社政的整合及跨專業的合作機制，以增進服務的效益：**社區照顧相關業務或工作涉及到多部門與多專業，尤其是衛政與社政。然而，在欠缺整合與合作運作下的多頭馬車，犧牲的是服務的效率與效益。為提供具整合且全面的服務，政策上應更加著力於建構部門之間與專業之間的整合與合作機制，以為服務的效率與效能奠定必要的基礎。
7. **適切配置資源及簡化行政流程，以提昇服務效率：**政府部門除須致力於營造部門之間與專業之間的整合與合作機制外，亦應適切配置資源，以避免出現供需失衡的現象。另外，在絕大多數社區照顧皆採取契約委託的方式委由民間機構提供服務，在與民間機構互動時，應能簡化行政流程，以提昇整體的服務效率。
8. **多元化的資源籌措方式，以舒緩資源短缺的困境：**包括人力與物力之各項資源的存在，是提供社區照顧服務必備的要件，但資源短缺卻是許多機構普遍存在的事實，為解決這項困境，透過多元化的資源籌募以維繫組織的營運，是服務提供機構或單位該發展的方向。
9. **建構個人、群體與環境連結的共同體，以營造共融的社區照顧：**社區照顧之「社區」含有濃厚的社群主義，且與地方或社區的環境息息相關。為建立一個具有情感與關係的社區照顧基地，無論是地方政府、服務提供單位或社區組織，應著力於建構具生命共同體的個人、群體與環境之共融的社區。
10. **善用社區關鍵人物結合社區資源，開展符合地方文化的服務據點：**除政府投入的照顧資源外，社區資源的開發與整合是健全社區照顧體系必經

之路，為此，社區要能善用地方/社區的關鍵人物，作為開發、連結及整合資源的媒介，並藉以開展符合地方文化特性的服務據點。

11. **彈性調整服務項目、內容與報酬設計，以發揮照顧最佳效益：**社區照顧的服務已日趨多元化與普及化，若欲讓資源做最有效的使用，並讓服務使用者對服務具有更多的選擇權或掌控權，強調以「使用者最佳利益」的原則，賦予服務提供單位對服務的項目、內容與報酬設計的彈性，將可更充分的發揮照顧效益。
12. **重視外籍看護工對長期照顧的貢獻，並給予喘息服務：**聘僱外籍看護工照顧失能長輩是許多有需求的家庭採取的照顧方式，然而，這些長期照顧的重要人力的負荷，卻是長期照顧疏忽的一環。為蓄積並復原外籍看護工的能量，若能提供喘息服務，抑更多與社區或社會接觸和參與的機會，對其照顧品質的提昇亦有莫大的助益。

## 五、社區照顧理念的落實

公民權、生活正常化、充權與優勢為社區照顧重要的理念，理念的目標在於落實「在地老化」、「需求導向」、「參與、選擇和自主」及「降低依賴」等。依據本研究之發現，社區照顧理念的落實狀況歸納如下：

1. **提供家庭照顧的另類選擇，提昇使用者社會參與的機會：**隨著長照 1.0 及 2.0 的陸續推動，長期照顧服務的項目已趨於多樣化，照顧層面涵蓋健康、亞健康到失能者，著重於彈性與自主性的照顧，提供給有潛在需求者除家庭照顧外的另類選擇；也提供給服務使用者更多融入社區的機會。
2. **提供使用者參與各式活動，有利於提昇生活技巧與延緩退化：**多元化與多層級的社區照顧模式，各個不同的服務項目，也非常強調設計多元化的活動或服務內容，讓身體功能不同的使用者，可以適切的選擇活動參與，藉由活動提昇其生活技能，並延緩身體機能的退化，有助於「延緩老化」目標的實現。
3. **延緩進入密集照顧的需求，降低家庭照顧壓力與經濟負荷：**多樣化服務項目提供給有需求者多元選擇，再加上適性的活動設計，不僅有助於家庭照顧的負荷（例如：日間照顧或喘息服務），亦可因延緩身體機能的退化，而延緩對密集照顧的需求，降低聘僱看護或進入長期照護機構的經濟負荷。
4. **提供社會參與及正常作息機會，增進社會網絡與生活品質：**多樣化的服務項目，提供給長輩與他人互動機會，並使其有較正常的作息，不僅可促進服務使用者的身心健康與福祉，亦藉由其社會支持網絡的擴展，而讓自己的生活更加充實，進而提昇其生活品質。
5. **善用服務使用者優勢，增進自我功能、價值感與成就感：**社區照顧服務的設計朝向善用使用者的優勢（例如，以健康老人服務亞健康老人、善用長輩的知識與能力專長...），除可舒緩照顧資源不足的困境，亦可因長輩個

人獲得重視，增進自我的功能、價值感與成就感，並達成降低依賴的目標。

6. 徵詢使用者對服務的需求與感受，提昇表達與選擇的權利和機會：服務提供者往往會在服務的不同階段（前、中、後）進行需求或滿意度評估，除藉以設計服務內容外，亦藉由徵詢其感受或滿意狀況，作為調整服務的依據，這些作法某種程度上給予使用者有更多的機會表達需求和選擇服務。

### 第三節 結論與建議

社區照顧關懷據點是提供給身體功能較佳者的服務，日間照顧及居家服務是針對身體功能較不便者提供的照顧服務；日間照顧及社區照顧關懷據點皆以在社區接受照顧為主，而居家服務是在服務使用者家中接受照顧為主；惟日間照顧偏向在社區或鄰近社區的機構，社區照顧關懷據點偏向以社區活動中心或離社區較近的場所。儘管照顧對象和場所有別，但皆是實踐社區照顧理念的重要場域。本研究發現，服務使用者可能因其個人、家庭或社區之情境不一，而對照顧品質及社區照顧理念的感受不一。基於前述量化與質性研究的發現與討論，底下將分別從三種服務類型及整體社區照顧提出相關建議。

#### 一、社區關懷據點

##### （一）積極投資社區照顧關懷據點，以體現「活躍老化」的理念

「充權」及「生活正常化」是社區照顧訴求的主要理念之一，本研究發現，據點對服務使用者「充權」之「心理充權」、「社會充權」及「政治充權」皆帶來顯著的正向效果，且對於「優勢觀點」之「社區資源」、「生活正常化」的「心理福祉」、「社會福祉」及「靈性福祉」亦有顯著的正向作用，顯然據點服務對於心理健康及社會參與有相當程度的正向影響。世界衛生組織將活躍老化（WHO, 2002: 12）定義為：「使健康、參與、和安全達到最適化機會的過程，以便促進民眾老年時的生活品質」（Active ageing is the process of optimizing opportunities for health, participation and security in order to enhance quality of life as people age）。儘管量化研究並未發現據點對於身體/生理的健康無顯著效果，但在質性分析中卻發現，據點卻可促進老人社會參與及延緩身體功能退化的效果。這項效益不僅對服務使用者自身有利，亦對減緩甚至降低日漸擴大的健保支出有實質的作用。為此，當活躍老化是一項重要老人福利趨勢，成本較低又具服務績效的關懷據點應被視為是一項重要的策略，政策上應積極投資設置。

## (二) 設計理財課程或防詐騙宣傳，俾利服務使用者財務規劃

本研究發現，與其它類型的社區照顧相似，據點受訪者的主要經濟來源是由子女奉養，但第二順位則為個人退休金、撫恤金或保險給付，雖然依據家庭平均月收入顯示，據點受訪者並非家庭平均月收入最高者，但從經濟來源可發現，據點的服務使用者應具有較高的金錢自主性。從社會新聞經常報導，年長者被詐騙的機率較高，再加上國人平均餘命逐漸延長，長者退休後仍須有財務規劃，因此，據點應適時提供理財課程，協助服務使用者進行理財規劃，另外，也應適時安排防詐騙宣導避免長者被詐騙的風險。

## (三) 瞭解個人需求，適時提供心理諮商的資源連結與轉介

本研究發現，據點服務使用者以有配偶或同居者及喪偶者較多，但是，本研究亦發現，獨居者對據點品質重要度的同意程度顯著較低，而喪偶者在服務使用後對於社區照顧理念的同意程度較低，或許因為據點服務多以團體活動為主，且其服務使用時數有限（每週平均約 8 小時），致使服務使用者個人需求較不易被關注，建議據點於方案規劃時，除了據點例行性服務之外，或許需適時注意個人的狀況，尤其是獨居者或喪偶者的感受，適時連結或轉介心理諮商相關資源，俾利其心理適應。另外，本研究之質性分析發現，「步出家門、走進社區，有利於社會網絡的擴展」，鼓勵長者參與社區照顧關懷據點，尤其是獨居者或喪偶者，不僅可擴展其自然的助人網絡，對其心理福祉將有實質的助益，亦是一種體現充權之「社區參與」要素的表徵（Braye & Preston-Shoot, 1995）。

## (四) 鼓勵長者投入志工行列，藉以強化其自信心及榮譽感

由於年齡及體力的因素，老年人常有自尊心不足及失落感的問題，事實上，質性分析發現，許多長者身懷技藝或具有特殊專長，也期待能展現其才能，若能提供適切的機會給予發揮自我功能，當可增進自我價值感和成就感，這也是一種著重於每個人優勢、興趣、能力、知識和潛力之優勢原則的展現（Saleebey, 2002; Teater & Baldwin, 2012）；然而，日常的環境較少有機會提供他們舞台。本研究發現，據點的服務使用者以身體健康，且生活自理能力佳者最多，據點可透過活動設計讓長者有機會發揮；另外，由於據點之健康長者人，對於經濟、生活及行動皆較能自立，應鼓勵他們加入志工行列。然而，目前政策對於服務使用者兼具志工身份較為保留，建議在資源不重疊的前提下，政府部門應鼓勵服務使用者亦可具有志工的雙重身份，如此一來，服務使用者在接受服務的同時，亦可以為據點、為社區提供自己的所長，除了滿足其助人的成就感外，亦可獲得心理上的支持，以及達成社區照顧之參與、獨立、自主的目標（Itulua-Abumere, 2013; Payne, 1995）。

### (五) 定期檢視服務的方案與內容，以強化社區的接納度

本研究發現，服務使用者與鄰居的互動頻率愈高，其對據點的滿意程度反而愈低，這樣的現象或許反映出社區鄰里間可能對據點服務的不熟悉，或對服務內容的不認同。質性分析亦發現，民眾對服務認知有限，且部分項目接受度偏低。社區是據點的重要基地，社區的接納對據點而言，不僅是代表「資源」，也是「潛在的服務使用者」；因此，據點應注意前述研究發現，宜主動規劃促進社區對據點服務的熟悉與認同，同時也該反思服務內容或品質是否為居民所接受，進而做必要的修正。Brito 與 Held (2012) 即認為，強調具回應性的服務供給須在某一特性時間接受檢視，這是社區照顧方案的基本價值。為此，若能夠對服務方案進行檢視、反思與修正，不僅可以提高據點在社區的接納度，更是落實社區照顧理念與價值的最佳表現。

### (六) 強化偏鄉地區照顧資源及文化敏感度，以提昇服務品質

本研究發現，據點設置地點以鄉村及山地型數量最多，但居住在鄉村及山地型社區的受訪者，無論是在服務品質重要度、滿意度及服務使用前後的社區照顧理念都顯著較低。質性分析則發現，偏遠地區普遍存在著照顧資源患寡的問題，且在原鄉部落或因提供服務者對原住民文化的熟悉度較低，敏感度也不足，可能是造成接受度較低的原因。提供適合獨特環境與文化偏好的服務，是社區照顧的基本價值 (Brito & Held, 2012)。顯然，在鄉村及山地型社區中，社區照顧理念的推動與落實仍有相當大的努力空間。或許因為政策使然，目前據點的設置已經達一定的數量，但提昇接受度與追求服務品質應是持續努力的目標，為此，如何提高偏遠地區之服務使用者對服務品質的重要度及滿意度，當是不容忽視的課題。

### (七) 據點服務應以促進健康為優先，以為社區照顧理念的落實奠定基礎

本研究發現，受訪者年齡愈長對社區照顧理念的同意程度愈低，65-74 歲的對於服務使用後的「公民權」、「充權」及「整體理念」顯著高於 75-84 歲者；這些現象某個程度表示，社區照顧理念的認同度隨著年齡增長而下降。另外，本研究亦發現，身體健康者在「公民權」、「充權」、「優勢觀點」、「生活正常化」及「整體理念」，皆顯著高於身體不佳者。綜合這些現象，社區照顧服務理念的同意度下降，可能與服務使用者的身心功能及自然老化有關（須進一步透過控制變項予以探究）。為此，據點的服務方案設計，除強化使用者的社會參與功能外，若能盡可能維繫長者的健康，或延緩身體功能的退化，對於社區照顧理念的實踐將有更顯著的效果。

## （八）強化據點服務品質，以提昇使用者對社區照顧理念的認同

本研究發現，服務品質「結果面」對社區照顧理念有顯著的解釋力，對於服務品質「結果面」愈滿意者，對社區照顧理念的同意度愈高。亦即，若據點能善用資源，並能夠提昇服務使用者及家庭的生活品質，會對社區照顧理念的落實有顯著的影響。儘管據點是偏屬於補充式服務，但若善用據點的服務，以讓長者參與社區相關活動，並對社區提供的照顧有認同，即可能帶動更多長者加入，無論對個人、家庭與社區皆有正向的貢獻。為此，相關單位應持續維繫並強化據點的服務品質與成果，以提昇使用者的認同，進而讓社區照顧的理念能深植於社區及其居民。

## 二、 居家服務

### （一） 正視居家服務使用者的多重困境，設計符合公平正義的資源配置

本研究發現，居家服務使用者是社區照顧中平均年齡層最低、收入及健康狀況、平均服務時數偏低者，亦即他/她們實為社區照顧服務使用者相對更為弱勢的一群，多數面臨老、窮、不健康等多重困境。居家服務應是最為普及的社區照顧服務項目，或因需要到府服務，且是個別服務，相較於健康型的社區照顧關懷據點，或是集體照顧的日間照顧中心，其所耗費的資源相對是較為龐大的。質性分析亦發現，居家服務員招募不易及居服人力老化的難題，事實上，這些問題也並非是台灣社會獨有的，澳洲偏遠地區的人力運用也遭遇到類似的困境（Savy et al., 2017）。為因應居家服務使用者多重的困境，除須考量資源的充分性外，對於有限資源的配置亦應兼顧其分配上的公平正義。

### （二） 結合獨居老人社區參與計畫，滿足長者心理需求

居家服務主要是提供行動較不方便的長者於家中接受服務，其服務項目以家務及日常生活照顧服務、身體照顧服務為主。本研究發現，居家服務使用者以獨居者最多，服務使用時數愈長，對於社區照顧理念的同意程度愈低。或許是因社區照顧屬於「到宅服務」，服務使用者「步出家庭、走進社區」機會相對較低，也因而社區居民的互動機會較少，難以感受到「社區照顧」所期待的各項理念。社區融合是社區照顧理念能否實現的關鍵因素之一（Gardner, 2011），當「去機構化」成為社區照顧的主要特性（Itulua-Abumere, 2013; Payne, 1995），即意謂著鼓勵走出機構的照顧；然而，居家服務雖為社區照顧的一環，但若真的要讓社區照顧理念能落實，社區參與亦應是重要的前提。如何避免「在宅化」的重要性應不亞於「去機構化」，為此，居家服務的提供應能結合活絡獨居老人的社區活動方案，以超越只是身體和居家環境照顧，將老人「帶進社區」，以增進老人與外界的互動和交流，進而提昇其心理需求的滿足度。

### (三) 強化居家醫療/護理服務，降低就醫障礙、照護和醫療成本

本研究發現，居家服務使用者以身體不佳，且部分生活需仰賴他人協助者居多。本研究亦發現，居家服務使用者平均每月就醫次數，約為其他照顧類型的2倍，且並未因其接受照顧而降低就醫頻率，顯見居家服務使用者對於身體健康照顧具有高度的需求。由於身體狀況常是有不可逆性，為降低居家服務使用者就醫的不便或障礙，政策上應著重於「居家醫療或護理」服務的提供。質性分析即發現，彈性調整服務項目、內容與報酬設計，是社區未來的重要發展策略。因而，若能夠讓居家服務使用者在有需求時，能透過「居家醫療/護理服務」取得服務，一則以降低長者就醫的障礙，另一方面亦可延緩長者因緊密照顧的需求，降低家人的照顧和經濟負荷，特別是預防出現因無力照顧，而讓長者不當進入長期住宿照護的現象 (Jorm et al., 2010)。另外，亦可達成社區照顧「成本抑制」之目標 (Payne, 1995)。

### (四) 重視經濟弱勢對照顧選擇的影響，以降低體現社區照顧理念的負面因子

本研究發現，居家服務使用者的主要經濟來源係由子女奉養，其次為政府救助或津貼。另外，家庭平均月收入亦低於其他兩類型的服務使用者，這或許與居家服務對象多數為低收入戶或中低收入戶，因而，在身份上明顯屬於經濟弱勢者。質性分析發現，儘管使用者付費觀念逐漸被接受，但仍屬相當少數，且願意負擔的金額或比例偏低，這或許讓我們思考到，居家服務使用者除了因為身體因素需要在宅式服務外，亦有可能因經濟考量而無法負荷其他類型的服務。本研究亦發現，經濟來源主要為社會或親友救助者，對社區照顧理念的同意程度顯著較低。為此，經濟自主程度或許會影響社區照顧資源的使用，進而影響對「公民權」、「充權」、「優勢觀點」及「生活正常化」等理念的認識與認同。「選擇」和「自主」是社區照顧的重要目標 (Brito & Held, 2012; Payne, 1995)，相關單位應協助這些經濟弱勢者對自身需求有較多的選擇機會。

### (五) 檢視居家服務潛在的社會排除效應，促進服務使用者的社區融合

本研究發現，居家服務對「公民權」、「充權」、「優勢觀點」及「生活正常化」不僅不易發揮作用，還有若干面向反而朝著負向發展，顯示居家服務的使用對於社區照顧理念實踐的影響相當有限。如前所述，目前居家服務的使用者多屬經濟弱勢，再加上服務多為較少與社區接觸的「在宅服務」，這可能讓服務使用者同時遭受貧窮與社會排除的雙重影響。基本上，貧窮和社會排除是兩種不同的研究典範，貧窮是一種分配的議題，而社會排除是一種關係的議題，雖然貧窮是形成社會排除的主要原因，但社會排除亦代表著無法合理享有住宅、教育及健康權利與服務 (黃源協、蕭文高, 2016)。本研究觀察到居家服務使用者位處貧窮的處境，卻也因制度的設計而難以鼓勵他/她們參與社區，一種社區照顧之重視社區

的存在 (community presence) 與社區參與 (community participation) 的充權要素 (Braye & Preston-Shoot, 1995)，難以在居家服務發揮功能。為此，居家服務方案亦應同時兼顧到如何促使服務使用者有更多融入社區的機會，以體現完整公民權之參與、充權及生活正常化的目標。

#### (六) 建立居家服務供需雙方的溝通管道，緩和彼此潛在的緊張關係

質性分析發現，或因居家服務內容界線不易劃清，或因使用者過度的消費者意識，或因市場競爭壓力，常衍生服務使用者/家屬和居家服務員彼此之間的爭議，若無法有效的緩和或化解，即可能重挫居家服務員的士氣，也不利於服務品質的提昇。對服務使用者的「尊重」是充權的重要因子 (Braye & Preston-Shoot, 1995)，但尊重應該是相對且互惠的，否則僅強調對一方的尊重，對另一方可能是一種「壓迫」，若不對等的關係長久未能獲得解決，即可能衍生更多的爭端。一個人的充權不應導致他人的剝削，不管是家庭成員或支薪的照顧者 (Barnes & Welker, 1998)，為化解居家服務使用者/家屬和居家服務員之間的潛在緊張關係，供需雙方應建立適切及公平的溝通管道，甚至應加強「提供者」和「使用者」雙方的倫理教育，以必面因服務界線不清而產生的不快，進而影響到服務的品質。

#### (七) 解決居家服務人力招募不易與老化的趨勢，以降低供需失調的風險

本研究質性分析顯示，培訓後的照顧服務人力投入居家服務意願偏低，這與其專業形象低、社會地位低、薪資待遇低息息相關，若再加上服務過程中未獲得使用者或其家屬的尊重，皆為降低照顧服務人力投入的意願，尤其是年輕的照顧服務員。另外，隨著居家服務人力的老化，再加上一些服務是需要體力的(例如，身體位移)及其可能造成的職業傷害，更使得需求攀升中的居家服務之人力雪上加霜。為避免居家服務供需之間的失調現象，相關單位有必要從多元策略著手，例如：營造形象，提高待遇，甚至建立居家服務員的專業證照。

### 三、 日間照顧

#### (一) 宣導日間照顧服務的功能，俾利活躍老化理念的落實

活躍老化是社區照顧的重要目標，其不僅僅是維持服務使用者的身體機能，更期待能夠盡可能促進其健康、社會參與及安全等的一種過程；本研究發現，受訪者在服務使用後，其對於「公民權-權利」、「充權-社會充權」、「優勢觀點-社區資源」、「生活正常化-心理福祉」及「生活正常化-靈性福祉」皆具有正向影響。這些現象相當程度彰顯出日間照顧對於服務使用者在社會參與的助益，也看見日間照顧對活躍老化的貢獻。然而，質性分析卻發現，部分偏鄉地區民風保守，對於長輩到日間照顧中心接受服務，仍存在著「被遺棄」的思維。為鼓勵有照顧需求者的參與，相關單位應積極宣導日間照顧對活躍老化的意涵，以破除不正確的

認知，進而藉由參與而增進「生活正常化」，並落實「活躍老化」的理念。

## （二）營造日間照顧在硬軟體的「家」的感覺，以增進使用者的接受度

本研究發現，服務使用者對於日間照顧服務品質的滿意度偏高，尤其是服務品質之「結構面」，這或許是因為相較於其他社區照顧服務類型，日間照顧屬於全日型的照顧型態，其在設置條件及人力配置上皆有較嚴格的規定，受訪者可能因而對於日間照顧服務品質的「結構面」較為肯定，尤其是「結構-實體面」。本研究亦發現，「結構面」的滿意度對於「生活正常化」有顯著解釋力，也就是說服務結構品質愈佳，受訪者的生活正常化愈佳，再加上社區照顧理念間具有正向循環效果。另外，質性分析亦發現，愈來愈多的「日間照顧」機構致力於營造「家」的氛圍，愈加強化服務使用者對機構的認同感與歸屬感。「讓人們在自己的家或地方社區中「類似家」的環境下，儘可能地過著正常的生活」是英國早期推動社區照顧的主要目的（DoH, 1989）。日間照顧應善用其在硬軟體上「類似家」的優勢，促進服務使用者「生活正常化」，帶動其公民權、充權及優勢，進而提昇其對「日間照顧」的接受度。

## （三）重視女性使用者的需求及家庭關係，以帶動社區照顧理念的實踐

本研究發現，日間照顧的服務使用者以女性居多、三代同堂者亦較多，然而女性對於社區照顧理念的同意程度較低、三代同堂者對於服務品質的滿意程度亦較低，考量多數服務使用者的需求，中心於相關課程或活動設計時，宜避免「均一化」或以「男性」為主的思維，應提供多元化的課程，特別是考量到女性的需求。另外，本研究亦發現，服務使用者與家人、與親友的互動頻率及互動關係，皆對社區照顧理念的實踐有相當程度的正相關。具有喘息服務性質的日間照顧，是一種社區照顧之「促進照顧關係」（*promoting care relationship*）的實務（Wilberforce et al., 2017），對其理念的實踐有重要的貢獻。因而，日間照顧中心的服務對象雖是以服務使用者個人照顧為主，活動場域主要在中心空間，但仍建議中心可以適時規劃家庭活動，邀請服務使用者的親友一同參與，除了可讓其家人更瞭解中心的服務項目外，亦可提供並促進服務使用者與家人及其親友的互動機會，將有助於社區照顧理念的實踐。

## （四）考量少數族群的特殊性，以符多元文化之照顧需求

本研究發現，具原住民身份的受訪者對於社區照顧理念的同意程度較低，由於對服務品質的滿意度會影響到服務使用者對社區照顧理念的同意程度，因此，如何提高其對服務品質滿意度，將有助於社區照顧理念的實踐。雖然目前日間照顧的服務使用者以閩南人居多，服務設計或文化以閩南文化為主軸並無不妥，但是日間照顧主要設置於都市型社區，考量都市的人口結構，倘若中心以目前的服務使用者（閩南人）來設計相關活動，可能讓其他較為少數的族群無意願進入日

間照顧的服務。質性分析也發現，若服務提供者缺乏文化敏感度，易導致彼此之間的隔閡，接受度亦偏低。提供每個人及其家庭和照顧者適合其獨特環境和文化偏好的服務 (Aubry et al., 2013; Brito & Held, 2012;)，以及「文化才能社區照顧模式」的營造 (Kim-Godwin, Clarke & Barton, 2001)，是社區照顧的基本價值與原則。因此，雖然中心需依多數服務使用者規劃相關活動，但也應注意少數族群的需求，除了避免中心內的少數族群被邊緣化的風險，亦可提高更多少數族群使用日間照顧的動機。

#### (五) 空間設計須以服務使用者需求出發，營造友善的服務環境

本研究發現，日間照顧的受訪者年紀較長、以身體不佳但尚不至於影響日常生活者最多，再加上其每週接受服務的平均時數長達 35.9 小時，顯示出日間照顧的服務使用者是長時間待在中心。質性分析亦發現，徵詢服務使用者的需求和感受，提昇表達與選擇的權利和機會，是社區照顧不容忽視的過程。事實上，「需求導向」早已是社區照顧的基本特性 (Itulua-Abumere, 2013; Nocon & Qureshi, 1996; Payne, 1995; Victor, 1997)，促進生活正常化亦是基於個人的需求作為服務輸送之依據 (Braye & Preston-Shoot, 1995)，因此，日間照顧中心須思考服務使用者所需來設計中心的空間，例如年長者較需要無障礙設施、身體不佳者需要行走的輔助動線、長時間待在中心者需要較為寬闊或多元的活動空間，確實營造對服務使用者友善的環境，俾利提高其服務滿意度。

#### (六) 結合使用者付費機制，提供多元且可供選擇的活動

本研究發現，日間照顧服務使用者對於服務品質的「過程-充權面」滿意度偏低；本研究亦發現，收入較高者對品質的滿意程度較低、教育程度較高者對社區照顧理念的同意程度較低；這些現象或許是因為日間照顧係屬全日型社區照顧單位，相關規定明確、課程或活動規劃較為固定，可能造成部分服務使用者權能感較低，也對服務品質較不滿意。充權的實務作為不外乎欲提供給服務使用者更多「參與」、「選擇」和/或「決定」的機會 (Gardner, 2011; Morris, 1997; Servian, 1996; Smale et al., 2000; Trommlerová et al., 2015)，本研究亦發現，日間照顧服務使用者的經濟狀況應是較佳的，質性分析也發現，「使用者付費觀念」也逐漸浮現，或許中心可以思考在一定品質的服務提供之外，如何結合「使用者付費」的機制，提供服務使用者更多選擇權，例如醫院健檢服務提供基本全面向的檢查項目，但服務使用者可針對個人需求再加碼，如此應有助於服務使用者的充權。

#### (七) 提高偏遠地區日間照顧單位數量，以確保公民權的落實

本研究發現日間照顧中心主要設置在都市型社區為多，這不僅不符臺灣社區類型分佈的比例，亦顯示出中心的設置有城鄉差距的問題，城鄉失衡的現象不言而喻。質性分析亦發現，照顧資源確實存在著不足且供需失衡的窘境。另外，本

研究亦發現，在服務使用後，居住在鄉村及山地型社區的使用者在「公民權」的同意程度較低；由於鄉村及山地型社區老年人口比例較高，再加上青年人口外移造成家庭照顧功能的弱化，鄉村及山地型社區在長期照顧中面臨先天不足、後天失調的挑戰。社區照顧的對象往往是較易於遭遇到忽略、歧視及烙印無權力者（powerless）的弱勢者（Tossell & Webb, 1998），偏遠地區的潛在服務使用者更可能是雙重弱勢者。然而，在「人為先」（people first）之公民權的理念下，弱勢者的尊嚴或權利應同樣受到社會的尊重和重視（Roman, 1991a：13）。因此，積極增設偏遠地區（尤其是鄉村及山地型社區）的日間照顧中心，實為確保公民權的當務之急。

#### 四、整體社區照顧

##### （一）照顧服務的規劃與設計，宜以「顧客導向」為指南

本研究發現，無論是日間照顧或社區照顧關懷據點，在過程品質之「充權面」或社區照顧理念之「充權面」，皆為滿意度或同意度最低的面向，僅有居家服務在該面向的同意程度較高，這些現象相當程度地彰顯出社區領域中，相關服務的規劃和設計高度傾向「供給者取向」。充權顧客為當代社會服務重要的理念，尤其是對弱勢對象而言，充權可以增加服務對象的選擇與自主（Adams, 2003; de Sayu & Chanmugam, 2016），以及提昇自我價值感及對抗結構性壓迫（莊曉霞、劉弘毅，2011），這對逐漸產生弱勢感的年長者是很重要的，再加上本研究另發現，在服務品質滿意度中「結果面」，對於社區照顧理念的實踐具有重要的顯著力；倘若照顧服務的規劃與設計以「供給者導向」為主，除了可能降低服務使用者在服務場域中的參與權、選擇權或決策權，這些設計亦會降低服務使用者對服務品質的滿意度，進而影響到服務使用者對於社區照顧理念的實踐。為實現社區照顧理念，更為提供符合服務使用者需求的服務，服務的規劃和設計宜從「供給者導向」轉移至「顧客導向」。

##### （二）強化服務使用者做為公民的「責任」，避免權利與義務的失衡

「公民權」是社區照顧的重要理念基礎，做為一位服務使用者除享有做為公民的權利外，亦應有善盡公民的責任（Gardner, 2011），亦即，公民權也需要一種「給予」，而不僅是「接受」（Culpitt, 1992; Cowen, 1999）。本研究發現，無論是日間照顧、社區照顧關懷據點或居家服務，服務使用者在服務使用前或使用後對公民權之「責任」的同意度，皆相對低於「權利」面許多；另外，本研究亦發現，服務使用後的「權利」面有正向的改變，但在「責任」面卻朝負向改變。由於參與社區照顧的服務使用者往往是年長者，或許要對個人、社區或社會盡公民「責任」可能力有未逮（尤其是經濟上的能力），但其在服務使用後對於「權利」的認知提高，「責任」則不然，更進一步加劇其對公民權中「權利」與「責任」的

差距，這樣的現象對於公民權的內涵不是一件好事。由於目前消費者意識抬頭，服務提供單位需要重視顧客的需求，正如前項建議，服務提供單位宜以「顧客導向」為指南，但不代表服務使用者可以只講權利、不講義務，尤其是目前的社區照顧主要是由政府挹注資源，並非完全市場機制，無法與市場要求等同而論。因此，政策的規劃或服務提供單位須提出合理的規範，將服務使用者視為是一位「公民」，一位享有權利並善盡義務的公民，以避免可能衍生出「過度的消費者主義」、甚至「福利依賴」的現象。

### **(三) 建立預防性的健康照顧機制，掌握健康照顧的黃金保養期**

本研究發現身體狀況對社區照顧理念具有顯著性影響，身體狀況較佳者其對社區照顧理念的認同程度較高。本研究亦發現，相較於日間照顧及社區關懷據點，在服務使用後居家服務使用者並未因為服務的提供而對社區照顧理念較為認同，且居家服務使用者對社區照顧理念的認同程度相對較低。誠如許多的研究有類似的發現 (Danilovich et al., 2016; Liang et al., 2017)，本研究質性分析亦發現，提供服務使用者參與各式活動，有利於提昇生活技巧與延緩退化。因而，在常態的情況下，身體健康機能雖然會因年齡而逐漸退化，但若能有較佳的健康照顧，是可以藉由相關訓練就能延緩老化，然而，多數人認為「照顧」是身體功能衰退時才需要思考的議題。由於傳統的觀念讓服務使用者在其身體狀況無法因應日常所需時，才會開始尋求相關照顧的協助或資源，這往往令其錯失健康照顧的黃金保養期。本研究亦發現，當服務使用者身體狀況較佳時，藉由社區照顧相關服務的提供相對可以降低其就醫次數。因此，如何在社區照顧網絡中建立預防性的健康照顧機制，以提升服務使用者延緩老化，提高對社區照顧理念的認同，都是很重要強化服務使用者權能的做法。

### **(四) 落實社區照顧的評估與服務，促進服務使用者的社會參與**

本研究發現，面對身體退化的不可逆性，當服務使用者的身體狀況差到一定的程度時，其就醫次數亦無法因為社區照顧的介入而有所降低，例如居家服務使用者的就醫次數、及與家人、與親友的互動頻率與關係與據點服務使用者、日間照顧服務使用者有明顯落差。質性分析亦發現，社區照顧多樣化的服務項目，提供長輩社會參與與正常作息的機會，增進其社會網絡與生活品質。老人活動理論即指出，為避免與社會脫節，年長者應盡可能維持社會活動，即使許多面向被迫撤退，也應找出替代選擇 (蕭文高, 2010、2013)。因此，在社區照顧的光譜中，服務使用者若能在社區接受服務就應該讓他在社區中接受服務，而不要提供在宅式服務，若能在宅接受服務就應該讓他在家接受服務，而不要提供機構式服務，所以，即使現在各式社會服務非常強調自主選擇權或是案主自決，但並不意味著服務使用者是能滿足案主最佳利益的人，專業人員在協助服務使用者使用社區照顧資源的同時，也需要審慎評估與發揮個案管理的角色，而不是一味地回應服務

使用者的期待，而忽略其最佳利益。

#### **(五) 加強投資偏遠地區之照顧服務，避免區域發展不均**

本研究發現，日間照顧中心以設置於都市型社區為最多，顯示出居住於都市型社區的服務使用者在社區照顧服務中具有較多的選擇；另外，本研究亦發現，無論是日間照顧、社區照顧關懷據點或居家服務，居住在鄉村及山地型社區者，其對服務和照顧品質的重要性與滿意度，普遍顯著低於住在都會型社區或市鄉混合型社區。質性分析亦發現，偏鄉地區普遍存在著資源患寡亦患不均，尤其是照顧服務人力的招募不易與老化。事實上，在先進國家的偏遠地區亦有類似照顧人力的危機、女性照顧人力趨於老化、以及青年人力招募不易的困境 (Savy et al., 2017)。這些現象已充分顯示出，鄉村和鄉村型社區的使用者，在服務使用上是處於一種相對較劣勢情境，為避免區域間發展的不均，而形成照顧上的「一等」、「二等」或「三等」公民，在政策規劃或資源配置上宜避免不公，甚至應特別投資於鄉村或山地型社區，以降低區域發展不均，而造成社會的不公不義。

#### **(六) 重視資源的存在與服務品質，俾利社區照顧理念的實踐**

本研究發現，服務使用者的服務使用時間愈長，其對品質的滿意度愈高、與家人、親友的關係都有正向影響，而服務品質滿意度對於社區照顧理念的認同程度亦有正向作用；另外，本研究亦發現，服務品質的結果面亦對社區照顧理念的認同有顯著影響。質性分析亦發現，社區照顧提供家庭照顧的另類選擇，提昇使用者社區參與的機會。顯然，「社區的存在」、「社區參與」之要素的存在 (Braye & Preston-Shoot, 1995)，使得社區照顧的實施不僅能因應社會需求，一個優質的社區照顧服務也確實提高服務使用者的「公民權」、「充權」、「優勢觀點」及「生活正常化」。台灣人口老化情況嚴重，2026年將正式邁入超高齡社會，因此，長期照顧與社區照顧的需求與日俱增。由於長期照顧與社區照顧主要是長時間提供一套醫療、護理、個人與社會支持的照顧，其目的在促進或維持服務使用者的身體功能，增進其獨立自主的正常生活能力，以協助服務使用者最佳的生理、心理及社會功能的狀態。因此，在積極推動社區照顧網絡的同時，亦須確定相關服務品質，始能有效提高服務使用者對社區照顧理念的認同，真正達到社區照顧理念實踐的目標。

#### **(七) 善用使用者優勢與社區資源，以增進獨立自主的能量**

本研究質性分析發現，社區照顧實務運作上，已發現有的社區/地方的連結度高，社區關係佳；有的地方政府對社區照顧的推廣與經營趨於積極；有的社區人士對於建構個人、群體與環境連結的共同體，以營造共融的社區照顧，已有基本的認知；另外，有的社區亦能善用服務使用者的優勢投入服務，同時亦增進其自我功能、價值感與成就感。這些個人與社區的優勢，皆為推動社區照顧寶貴的

資產。當社區在論及資源不足時，若能持著整個社區應被視為是有助於服務參與者之潛在資源的綠洲之觀點，當可強化社區的信心，及讓社區更有意願與能量應對資源的挑戰（Coulshed & Orme, 1998; Fast & Chapin, 2000; Kisthardt, 2002; Saleebey, 2002; Teater & Baldwin, 2012），這亦是社區照顧重要的原理與信念。為此，在政策或社區方案的推動，應將善用使用者優勢與社區資源視為規劃原則，以增進獨立自主的能量，並降低個人或社區的依賴。

#### （八）強化跨部門與跨專業的整合與協力機制，以增進服務的綜效

社區照顧涉獵的部門與專業甚為廣泛，特別若欲提供服務使用者無縫隙之連續性服務，建構部門之間與專業之間的協力關係實為必要條件。然而，本研究質性分析發現，當前的社區照顧實務是在一種欠缺整合與合作之多頭馬車的體制下運作，已嚴重使得有限的資源難以發揮整合的綜效，不僅犧牲服務的效率與效能，也使得無縫隙服務目標難以達成。「協力」（DHSS, 1978a; DHSS, 1981）及夥伴關係（Braye & Preston-Shoot, 1995; Steiner et al., 2008）早已被視為是實施社區照顧的基本要件，但現實的狀況卻似乎是一個永遠存在的議題與挑戰。整合性照顧（integrated care）對促進在地老化的是有效的（Leung et al., 2018），為達成長期照顧之無縫隙服務的目標，持續且實質有效地強化跨部門及跨專業之間的合作和協力關係，實為增進社區照顧服務之綜效不可會缺的要件。



## 參考文獻

### 【中文書目】

- 石泐 (2010)。〈成功老化、活躍老化與生產老化對我國老人福利政策的省思〉，《社區發展季刊》，第132期，頁235-251。
- 行政院 (2007)。《我國長期照顧十年計畫-大溫暖社會福利套案之旗艦計畫》。台北：行政院。
- 吳淑瓊 (2005)。〈人口老化與長期照顧政策〉，《國家政策季刊》，第4卷第4期，頁5-24。
- 莊秀美 (2009)。〈從老人的類型與照顧需求看「居家照顧」、「社區照顧」及「機構照顧」三種方式的功能〉，《社區發展季刊》，第125期，頁177-194。
- 莊曉霞、劉弘毅 (2011)。〈反壓迫社會實務工作〉，收錄於李明政主編，《多元文化社會工作》，頁35-56，台北市：松慧。
- 黃源協 (2000)。《社區照顧－台灣與英國經驗的檢視》。台北：揚智文化事業。
- 黃源協編 (2014)。《社會工作概論》。台北：雙葉書廊。
- 黃源協、吳書昀、陳正益 (2010)。《推動長期照顧服務機制效益評估研究》。行政院研究發展考核委員會委託研究。
- 黃源協、蕭文高 (2010)。《社區工作》。台北：空中大學。
- 黃源協、蕭文高 (206)。《社會政策與社會立法》。台北：雙葉書廊。
- 蕭文高 (2010)。〈活躍老化與照顧服務：理論、政策與實務〉，《社區發展季刊》，第132期，頁41-58。
- 蕭文高 (2013)。〈南投縣日間照顧中心老人生活品質影響因素之研究〉，《社會政策與社會工作學刊》，第17卷第1期，頁1-42。

### 【英文書目】

- Akhtar, F. (2013). *Mastering Social Work Values and Ethics*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Aubry, T., Flynn, R. J., Virley, B., & Neri, J. (2013). Social role valorization in community mental health housing: Does it contribute to the community integration and life satisfaction of people with psychiatric disabilities? *Journal of Community Psychology*, 41(2), 218-235.

- Baggott, R. (1994) *Health and Health Care in Britain*. London: St. Martin's Press.
- Bailey, N., & Pill, M. (2015). Can the state empower communities through localism? An evaluation of recent approaches to neighbourhood governance in England. *Environment and Planning C: Government and Policy*, 33(2), 289-304.
- Bamford, C., & Bruce, E. (2000). Defining the outcomes of community care: the perspectives of older people with dementia and their carers. *Ageing and Society*, 20, 543-570.
- Barnes, M., & Walker, A. (1998). Principle of Empowerment, in M. Allott and M. Robb (eds). *Understanding Health and Social Care – An Introductory Reader*, pp. 198-208, London: SAGE.
- Barnes, M. (2007). Participation, citizenship and a feminist ethic of care, in S. Balloch and M. Hill (eds), *Care, Community and Citizenship*, pp. 59-74. Bristol: Policy Press.
- Bien, B. (2013). Disabled older people's use of health and social care services and their unmet care needs in six European countries. *European Journal of Public Policy*, <http://www.researchgate.net/publication/234702618>.
- Bilotta, C., Bergamachini, L., Spreafico, S., & Vergani, C. (2010). Day care centre attendance and quality of life in depressed older adults living in community. *European journal of ageing*, 7, 29-35.
- Bowl, R. (1996). Legislating for user involvement in the United Kingdom: mental health services and the NHS and Community Care Act 1990. *International Journal of Social Psychiatry*, 42(3), 165-80.
- Brandon, D. (1991). The Implication of Normalisation Work for Professional Skills, in S. Ramon(ed), *Beyond Community Care: Normalisation and Integration Work*, pp.35-58. London: Macmillan.
- Braye, S., & Preston-Shoot, M. (1995). *Empowering Practice in Social Care*. Buckingham: Open University Press.
- Brito, I., & Held, R. (2012). *Have We Made a Difference? Home and Community Care (HACC) Service Principles Evaluation Framework Project*. Department for Communities and Social Inclusion, South Australia.
- Busfield, J. (1997). Managing madness: changing ideas and practice, in J. Bornat et al. (eds), *Community Care: A Reader*, pp.237-44. London: OUP.
- Butt, J. (2007). Promoting choice and control: black and minority ethnic communities' experience of social care in Britain, in S. Balloch & M. Hill (eds), *Care, Community and Citizenship*, pp.141-157. Bristol: Policy Press.
- Clarke, J., & Langan, M. (1993). Restructuring welfare: the British welfare regime in the 1980s, in A. Coahrane & E. McLaughlin(eds), *Comparing Welfare State: Britain in International Context*, pp.49-76. London: SAGE.
- Coulshed, V., & Orme, J. (1998). *Social Work Practice: An Introduction*. Basingstoke:

- Palgrave.
- Cowen, H. (1999). *Community Care, Ideology and Social Policy*. London: Prentice Hall Europe.
- Culpitt, I. (1992). *Welfare and Citizenship: Beyond the Crisis of the Welfare State?* London: SAGE.
- Dalley, G. (1996). *Ideologies of Caring*. London: Macmillan.
- Danilovich, M. K., Hughes, S. L., Corcos, D. M., Marquez, D. X., & Eisenstein, A. R. (2017). Translating strong for life into the community care program: Lessons learned. *Journal of Applied Gerontology*, 36(5), 553-569.
- de Sayu, R. P., & Chanmugam, A. (2016). Perceptions of empowerment within and across partnerships in community-based participatory research a dyadic interview analysis. *Qualitative health research*, 26(1), 105-116.
- DHSS (1981a). *Report of A Study on Community Care*. Middlesex: DHSS.
- DHSS (1981b). *Growing Older*. London: HMSO.
- DHSS (1978a). *Collaboration in Community Care: A discussion Document*. London: HMSO.
- DHSS (1978b). *A Happier Old Age: A Discussion Document on Elderly People in Our Society*. London:HMSO.
- Dobson, L. A., Hewson, D. L., & Wade, T. L. (2013). Community care of North Carolina in 2013. *North Carolina Medical Journal*, 74, Supplement.  
[www.ncmedicaljournal.com/.../2013/.../74S02\\_Dobson\\_w](http://www.ncmedicaljournal.com/.../2013/.../74S02_Dobson_w).
- DoH (1989). *Caring for People: Community Care in the Next Decade and Beyond*. London: HMSO.
- DoH/SSI (Social Service Inspectorate) (1991). *Care Management and Assessment, Managers' Guide*. London: HMSO.
- DuBois, B., & Miley, K. K. (2011). *Social Work: An Empowering Profession* (7th ed). Boston: Allyn & Bacon.
- Duffy, S. (2004). In control. *Journal of Integrated Care*, 12(6), 7-13.
- Duffy, S. (2006). *Key to Citizenship: A Guide to Getting Good Support for People with Learning Disabilities*(2<sup>nd</sup>). Birkenhead: Paradigm.
- Fast, B., & Chapin, R. (2000). *Strengths-based Care Management for Older Adults*. Illinois: Health Profession Press, Inc.
- Fetterman, D., & Wandersman, A.(2007). Empowerment evaluation:Yesterday, today, and tomorrow. *American Journal of Evaluation*, 28, 179-198.
- Gardner, A. (2011). *Personalisation in Social Work*. Exeter: Learning Matters.
- Grabowski, D., Cadigan, P. O., Miller, E. A., Stevenson, D. G., Clark, M., & Mor, V. (2010). Supporting home-based and community-based care: Views of long-term care specialists, *Medical Care Research and Review*, 67(4), 82S - 101S.
- Graham, H. (1997). Feminist perspectives on caring, in J. Bornat et al. (eds)

- Community Care: A Reader*, pp.124-133. London: OUP.
- Griffiths, R. (1988) *Community Care: Agenda for Action*. London: HMSO.
- Guo, W., & Tsui, M. (2000). From resilience to resistance: A reconstruction of the strengths perspective in social work practice. *International Social Work*, 53, 393-406.
- Hardina, D. (2013). *Interpersonal Social Work Skills for Community Practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Henwood, M., Wistow, G., & Robinson, J. (1996). Halfway there? policy, politics and outcomes in community care. *Social Policy & Administration*, 30(1), 39-53.
- Hill, M. (1997). *Understanding Social Policy*. Oxford: Blackwell.
- Houser, A., Gibson, M. J., & Redfoot, D. L. (2010). *Trends in Family Caregiving and Paid Home Care for Older People with Disabilities in the Community: Data from the National Long-Term Care Study*. Washington: AARP Public Policy Institute.
- Hoyes, L., & Means, R. (1997). The impact of quasi-markets on community care, in J. Bornat, C. Pereira, D. Pilgrim & F. Williams (eds), *Community Care: A Reader*, pp.293-303, London: Macmillan.
- Hugehs, B. (1995). *Old People and Community Care*. Buckingham: Open University Press.
- Isaac, M. (2016). Cross-cultural differences in caregiving: The relevance to community care in India. *Indian Journal of Social Psychiatry*, 32(1), 25-27.
- Itulua-Abumere, F. (2013). The impact of community care policy on older people in Britain: 1970s-1982s. *Open Journal of Social Science Research*, 1(4), 94-98.
- Jackson, R. (2011). Challenges of residential and community care: 'the times they are a-changin'. *Journal of Intellectual Disability Research*, 55(9), 933-944.
- Janssen, B. M., Snoeren, M. W., Van Regenmortel, T., & Abma, T. A. (2015). Working towards integrated community care for older people: Empowering organisational features from a professional perspective. *Health Policy*, 119(1), 1-8.
- Janssen, B. M., Van Regenmortel, T., & Abma, T. A. (2011). Identifying sources of strength: resilience from the perspective of older people receiving long-term community care. *European Journal of Ageing*, 8, 145-156.
- Jorm, L. R., Walter, S. R., Lujic, S., Byles, J. E., & Kendig, H. L. (2010). Home and community care services: a major opportunity for preventive health care. *BMC Geriatric*, 10, 26. <http://www.biomedcentral.com/1471-2318/10/26>.
- Khoei, M. A., Hossain, K. S., & Sharifi, F. (2012). Factors impacting on the Burden of informal caregiving among elderly community care-recipients. *The International Journal of Aging and Society*, 2(1), 39-54.
- Kim-Godwin, Y. S., Clarke, P. N., & Barton, L. (2001). A model for the delivery of culturally competent community care. *Journal of Advanced Nursing*, 35(6), 918-925.
- Kisthardt, W. E. (2002). The strengths perspective in interpersonal helping: purpose, principles and functions, in D. Saleebey(ed), *The Strengths Perspective in Social Work Practice*, pp.163-185. Boston: Allyn and Bacon.

- Laverack, G., & Wallerstein, N. (2001). Measuring community empowerment: a fresh look at organizational domains. *Health Promotion International*, 16(2), 179-185.
- Lawson, M. (1991). A Recipient's View, in S. Ramon (ed), *Beyond Community Care : Normalisation and Integration Work*, pp.62-83. London: Macmillan.
- Leung, E., Chau, C. W., Lee, A., Chen, Y. F., & Lee, D. T. (2018). Integrated Care as a Strategic Solution for Active Aging in the Community: Tools and Models, in *Sustainable Health and Long: Term Care Solutions for an Aging Population*, pp. 145-160. IGI Global.
- Lewis, G. (1998). Citizenship, in G. Hughes (ed), *Imagining Welfare Future*. London: Routledge.
- Lewis, J., & Glennerster, H. (1996). *Implementing the New Community Care*. Buckingham: Open University Press.
- Liang, C. C., Change, Q. X., Hung, Y. C., Chizan-Chung, C., Lin, C. H., Wei, Y. C., & Chen, J. C. (2017). Effects of a community care station program with structured exercise intervention on physical performance and balance in community-dwelling older adults: a prospective 2-year observational study. *Journal of Aging and Physical Activity*, 1-29.
- Low, L., Yap, M., & Brodaty, H. (2011). A systematic review of different models of home and community care services for older persons. *BMC Health Services Research*, 11, 93.
- Macdonald, G., & Sheldon, B. (1997). Community care services for the mentally ill: consumers' views. *International Journal of Social Psychiatry*, 43(1), 35-55.
- Magee, H., Suzanne, P., & Janet, A. (2009). *Research Realities: Measuring Dignity in Care for Older People*. England: The Picker Institute Europe for Help the Aged.
- Makharadze, T., Kitiashvili, A., & Bricout, J. C. (2011). Community-based day-care services for people with intellectual disabilities in Georgia: a step towards their social integration. *Journal of Intellectual Disabilities*, 14(4), 289-301.
- Means, R., & Smith, R. (1998). *Community Care: Policy and Practice* (2<sup>nd</sup>). London: Macmillan.
- MoH (1963). *Health & Welfare: The Development of Community Care*. London: HMSO.
- Morris, J. (1997). Care or empowerment? A disability rights perspective. *Social Policy and Administration*, 31(4), 54-60.
- Nocon, A., & Qureshi, H. (1996). *Outcomes of Community Care for Users and Carers*. Buckingham: Open University Press.
- Osburn, J. (2006). An overview of social role valorization theory. *The SRV Journal*, 1(1), 4-13.
- Parrott, L. (1999). *Social Work and Social Care*. East Sussex: Gildredge.
- Payne, M. (1991). *Modern Social Work Theory: A Critical Introduction*. London:

- Macmillan.
- Payne, M. (1995). *Social Work and Community Care*. London: Macmillan.
- Payne, M. (1996). *What is Professional Social Work?* Birmingham: Venture.
- Peace, R. (2001). Social Exclusion: A Concept in Need or Definition? *Social Policy Journal of New Zealand*, 16, 17-35.
- Pierson, J. (2002). *Tackling Social Exclusion*. London: Routledge.
- Powell, J. L. (2011). Towards a sociology of trust: community care and managing diversity. *Sociology Mind*, 1(2), 27-32.
- Ramon, S. (1991a). Principle and conceptual knowledge, in S. Ramon(ed), *Beyond Community Care: Normalisation and Integration Work*, pp.6-33. London: Macmillan.
- Ramon, S. (1991b). Policy Issues, in S. Ramon(ed). *Beyond Community Care: Normalisation and Integration Work*, pp.167-194. London: Macmillan.
- Rowlands, J. (1998). A World of the Time, but What Does it Mean? Empowerment in the Discourse and Practice of Development, in H. Afshar(ed), *Women and Empowerment*, pp.11-24. London: Macmillan.
- Ryan, J., & Thomas, F. (1993). Concepts of normalisation, in J. Bornat, C. Pereira, D. Pilgrim and F. Willians (eds), *Community Care: A Reader*. Basingstoke: Macmillan.
- Saleebey, D. (2002). Introduction: power in the people, in D. Saleebey (ed), *The Strengths Perspective in Social Work Practice*, pp.1-22. Boston: Allyn and Bacon.
- Savy, P., Warburton, J., Hodgkin, S., & Hodgkin, J. W. S. (2017). Challenges to the provision of community aged care services across rural Australia: perceptions of service managers. *Rural and Remote Health*, 17(4059).
- Schwabenland, C. (1997). Elfrida Rathbone islington: An experience of contracting, in J Bornat et al. (eds), *Community Care: A Reader*, pp.304-16. London: The Open University.
- Servian, R. (1996). *Theorising Empowerment: Individual Power and Community Care*. Bristol: Policy Press.
- Smales, G., Tuson, G., & Statham, D. (2000). *Social Work and Social Problem*. London: Macmillan.
- Steiner, B. D., Denham, A. C., Ashkin, E., Netwon, W. P., Worth, T., & Dobson, L. A. (2008). Community care of North Carolina: Improving care through community health networks. *Annals of Family Medicine*, 6(4), 361-367.
- Teater, B., & Baldwin, M. (2012). *Social Work in the Community : Making a difference*. Bristol: The Policy Press.
- Thompson, N. (2005). *Understanding Social Work: Preparing for Practice* (2<sup>nd</sup>). Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Tossell, D., & Webb, R.(1998). *Inside the Caring Services*. London: Arnold.

- Trevithick, P. (2000). *Social Work Skills: A Practice Handbook*. Buckingham: Open University Press.
- Trommlerová, S. K., Klasen, S., & Leßmann, O. (2015). Determinants of empowerment in a capability-based poverty approach: Evidence from the Gambia. *World Development*, 66, 1-15.
- Ungerson, C. (1997). Caring and Citizenship, in J. Bornat et al. (eds), *Community Care: A Reader*, pp.144-152. London: Macmillan.
- Victor, C. R. (1997). *Community Care and Older People*. London: Stanley Thornes.
- Walker, A. (1997). Community care policy: from consensus to conflict, in J. Bornat, C. Pereira, D. Pilgrim & F. Williams (eds), *Community Care: A Reader*, pp.196-220. London: Macmillan.
- Walker, A. (1983). A caring community, in H. Glennerster(ed), *The Future of the Welfare State*, pp.157-172. London: Heinemann Educational Books.
- Warburton, J., & Mahoney, A-M. (2016). The aged care sector: residential and community care, in E. Willis, L. Reynolds, & H. Keleher (eds), *Understanding the Australian Health Care System (PP. 121-138)*. Australia: Elsevier Health Sciences.
- Ward, D., & Mullender, A. (1991). Empowerment and oppression: An indissoluble pairing for contemporary social work, *Critical Social Policy*. 32, 11(2), 21-30.
- WHO (World Health Organization) (2002). *Active Ageing: A Policy Framework*, Switzerland: Geneva.
- Wilberforce, M., Challis, D., Davies, L., Kelly, M. P., Roberts, C., & Clarkson, P. (2017). Person-centredness in the community care of older people: A literature-based concept synthesis. *International Journal of Social Welfare*, 26(1), 86-98.
- Wiles, J. L., & Jayasinha, R. (2013). Care for place: The contributions older people make to their communities. *Journal of Aging Studies*, 27, 93-101.
- Wistow, C., Knapp, M., Hardy, B., Forder, J., Kendall, J., & Manning, R. (1996). *Social Care Markets: Progress and Prospects*. Buckingham: Open University Press.
- Wolfensberger, W., & Thomas, S. (2005). *Introductory Social Role Valorization Workshop Training Package*. Syracuse, NY: Training Institute for Human Service Planning, Leadership and Change Agency (Syracuse University).
- Wurm, S., Tomasij, M. J., & Tesch-Romer, C. (2008). Serious health events and their impact on change in subjective health and life satisfaction: the role of age and positive view on ageing. *European Journal of Ageing*, 2(5), 117-127.
- Xu, Q., & Chow, J. C. (2011). Exploring the community-based service delivery model: Elderly care in China. *International Social Work*, 53(3), 374-387.
- Xyrichis, A., & Lowton, K. (2008). What fosters or prevents interprofessional team working in primary and community care? A literature review. *International Journal of Nursing Studied*, 45, 140-153.



編號：□□□-□□

行政區域：\_\_\_\_\_

## 「社區照顧理念、政策與實務之檢視」調查訪問表

訪員編號：□□ 民國 105 年□□月□□日，時間□□：□□~□□：□□

戶籍地址：\_\_\_\_\_縣 鄉鎮 村 鄰 \_\_\_\_\_路 段 \_\_\_\_\_巷 號 樓 室  
市 市區 里 街 弄

現住地址：

1. 同戶籍地址

2. 現住地址：\_\_\_\_\_縣 鄉鎮 村 鄰 \_\_\_\_\_路 段 \_\_\_\_\_巷 號 樓 室  
市 市區 里 街 弄

親愛的受訪者您好：

這是一份由科技部補助之調查問卷，內容主要在於瞭解您對於機構服務之感受及機構服務是否能有效協助您的需求。本問卷所得之研究結果主要運用於學術性用途，並提供未來政策之建議及相關研究單位之參考，希望能得到您的支持與協助。

本問卷請由實際接受機構服務之使用者填寫。本問卷共分為三個部分，我會向您詢問每一個項目的意見，您只要依照實際狀況回答即可，若我唸出來的選項都沒有符合您的狀況，請您告訴我您實際的狀況，讓我能夠填寫在欄位中。本調查並沒有標準答案，請您不用顧慮別人的想法，我們不會在問卷上寫下您的姓名，您的資料也不會洩漏出去，研究結果是以整體的分析，不會出現個人資料，所以請您放心回答。

您在本研究所提供的任何資訊，本研究小組將謹守研究倫理，予以保密與妥善處理，您的個人資料絕對不會在任何報告或論文中被透露，請您放心依照實際情形填答，謝謝您的協助！如果您對本調查研究有任何疑問，請電話詢問本研究小組為您解答，謝謝您的熱心幫忙。

敬祝 平安 健康

國立暨南國際大學社會政策與社會工作學系教授

兼非營利組織經營管理碩士學位學程在職專班執行長(計畫主持人)：黃源協 教授

協同主持人：莊俐昕 助理教授

研究助理：王勛岳、呂璇

敬致

電話：049-2917598 或 049-2910960 轉 2922

## 第一部分：社區照顧品質量表

對於下列問項您的同意程度為何？	重要程度		同意程度				
	不重要	重要	非常不同意	不同意	普通	同意	非常同意
1. 照顧中心/據點的設施設備是完善的	<input type="checkbox"/>						
2. 照顧中心/據點的活動環境是安全的	<input type="checkbox"/>						
3. 照顧中心/據點的位置是靠近住家的（或方便到達）	<input type="checkbox"/>						
4. 照顧中心/據點的員工是友善的	<input type="checkbox"/>						
5. 照顧中心/據點的員工是具備專業技術/知識的	<input type="checkbox"/>						
6. 照顧中心/據點的員工是穩定的（不會經常變動）	<input type="checkbox"/>						
7. 照顧中心/據點的員工能用簡單易懂的語言與我/家人交談	<input type="checkbox"/>						
8. 照顧中心/據點的員工能尊重我/家人的需求	<input type="checkbox"/>						
9. 照顧中心/據點的員工會關心我/家人的需求	<input type="checkbox"/>						
10. 照顧中心/據點的員工能維護我/家人個人的隱私	<input type="checkbox"/>						
11. 照顧中心/據點能提供充分的訊息給我/家人	<input type="checkbox"/>						
12. 照顧中心/據點會與我/家人討論服務的狀況	<input type="checkbox"/>						
13. 照顧中心/據點能夠提供多元彈性的服務給我/家人選擇	<input type="checkbox"/>						
14. 照顧中心/據點的服務收費是我/家人可以負擔得起的	<input type="checkbox"/>						

對於下列問項您的同意程度為何？	重要程度		同意程度				
	不重要	重要	非常不同意	不同意	普通	同意	非常同意
15. 只要符合資格者皆可公平的使用照顧中心/據點的服務	<input type="checkbox"/>						
16. 照顧中心/據點提供的服務是可靠的	<input type="checkbox"/>						
17. 照顧中心/據點服務項目是我所需要的	<input type="checkbox"/>						
18. 照顧中心/據點的經營能以節約的方式提供服務	<input type="checkbox"/>						
19. 照顧中心/據點提供的服務能夠善用資源/經費的	<input type="checkbox"/>						
20. 照顧中心/據點提供的服務能提昇我/家人的生活品質	<input type="checkbox"/>						

## 第二部分：社區照顧理念量表

### 一、公民權部分

對於下列問項您的同意程度為何？	使用服務前					使用服務後				
	非常不同意	不同意	普通	同意	非常同意	非常不同意	不同意	普通	同意	非常同意
1. 我的所得可以維持基本生活所需	<input type="checkbox"/>									
2. 我可以獲得適當的健康照顧	<input type="checkbox"/>									
3. 我可以獲得適當的生活照顧	<input type="checkbox"/>									
4. 我可以自在地居住在自己的家裡	<input type="checkbox"/>									
5. 我可以自在地參與社區的活動(如：宗教活動、	<input type="checkbox"/>									

對於下列問項您的同意程度為何？	使用服務前					使用服務後				
	非常不同意	不同意	普通	同意	非常同意	非常不同意	不同意	普通	同意	非常同意
傳統習俗...)										
6. 我可以自由地表達自己的想法	<input type="checkbox"/>									
7. 我可以選擇自己想要的生活方式	<input type="checkbox"/>									
8. 我有學習新事務的機會/管道	<input type="checkbox"/>									
9. 我可以過著安全的生活(免於剝削和身體或精神的虐待)	<input type="checkbox"/>									
10. 我可以享有個人的隱私權	<input type="checkbox"/>									
11. 我能夠獲得他人/社會公平的對待	<input type="checkbox"/>									
12. 我有責任維持自己的身心健康	<input type="checkbox"/>									
13. 我可以照顧好自己的身心健康	<input type="checkbox"/>									
14. 我有責任維持個人經濟上的自立自主	<input type="checkbox"/>									
15. 我可以維持個人經濟上的自立自主	<input type="checkbox"/>									
16. 我有責任維持家庭的經濟收入	<input type="checkbox"/>									
17. 我對家庭的經濟是有貢獻的	<input type="checkbox"/>									
18. 我有責任讓家庭生活變得更好	<input type="checkbox"/>									
19. 我對家庭生活是有貢獻的	<input type="checkbox"/>									

對於下列問項您的同意程度為何？	使用服務前					使用服務後				
	非常不同意	不同意	普通	同意	非常同意	非常不同意	不同意	普通	同意	非常同意
20. 我有責任讓社區變得更好	<input type="checkbox"/>									
21. 我對社區是有貢獻的	<input type="checkbox"/>									
22. 我有責任讓社會變得更美好	<input type="checkbox"/>									
23. 我對社會是有貢獻的	<input type="checkbox"/>									

## 二、充權部分

對於下列問項您的同意程度為何？	使用服務前					使用服務後				
	非常不同意	不同意	普通	同意	非常同意	非常不同意	不同意	普通	同意	非常同意
1. 我相信自己有改變生活的能力	<input type="checkbox"/>									
2. 我能夠適應目前的生活環境	<input type="checkbox"/>									
3. 我無法對抗年邁/身體缺陷帶來的衝擊	<input type="checkbox"/>									
4. 日常生活中，我能夠發揮自己的所長	<input type="checkbox"/>									
5. 我有勇氣面對生活中困難的事情	<input type="checkbox"/>									
6. 我可以掌控/主導自己的生活	<input type="checkbox"/>									
7. 我覺得我是個沒有用的人	<input type="checkbox"/>									
8. 我可以採取必要的行動來改善自己的生活	<input type="checkbox"/>									
9. 我有權參與自己社區的各	<input type="checkbox"/>									

對於下列問項您的同意程度為何？	使用服務前					使用服務後				
	非常不同意	不同意	普通	同意	非常同意	非常不同意	不同意	普通	同意	非常同意
項活動										
10.與他人意見不同時，我能夠做有效的溝通和協調	<input type="checkbox"/>									
11.跟他人互動時，我覺得他人能瞭解我的想法/處境	<input type="checkbox"/>									
12.我能夠獲得所想要的資訊，以增進選擇的機會	<input type="checkbox"/>									
13.我可以和他人分享生活的狀況，並彼此相互支持	<input type="checkbox"/>									
14.當我需要協助時，能夠主動向他人提出	<input type="checkbox"/>									
15.在社區生活中，我有機會表現自己的優勢/專長	<input type="checkbox"/>									
16.在社區生活中，我可以維護自己的利益	<input type="checkbox"/>									
17.我會想要改變社區的環境	<input type="checkbox"/>									
18.我相信透過參加集體行動，可以改善社區的問題	<input type="checkbox"/>									
19.我有適當的管道表達對社區事務的關心	<input type="checkbox"/>									
20.我曾參與討論社區重要的事務	<input type="checkbox"/>									
21.我會想要改變社會環境	<input type="checkbox"/>									
22.我有適當的管道表達對社會事務的關心	<input type="checkbox"/>									
23.我願意為社會不公不義的事情挺身而出	<input type="checkbox"/>									
24.我曾為社會不公不義的事情挺身而出	<input type="checkbox"/>									

### 三、優勢觀點部分

對於下列問項您的同意程度為何？	使用服務前					使用服務後				
	非常不同意	不同意	普通	同意	非常同意	非常不同意	不同意	普通	同意	非常同意
1. 我喜歡自己現在這樣子	<input type="checkbox"/>									
2. 我可以為自己的行為負責	<input type="checkbox"/>									
3. 我覺得沒有能力對許多事情做決定	<input type="checkbox"/>									
4. 我覺得我只能維持現在這個樣子	<input type="checkbox"/>									
5. 我過著快樂的日子/生活	<input type="checkbox"/>									
6. 我認為自己有能力幫助別人	<input type="checkbox"/>									
7. 我會思考怎樣讓自己的生活變得更有意義	<input type="checkbox"/>									
8. 我擔心未來的日子怎麼過	<input type="checkbox"/>									
9. 我會努力照顧好自己的生活起居	<input type="checkbox"/>									
10. 我會想辦法克服身體功能退化/缺陷造成的不便	<input type="checkbox"/>									
11. 儘管年邁/身體有缺陷，我仍想要對家庭有所貢獻	<input type="checkbox"/>									
12. 儘管年邁/身體有缺陷，我仍想要對社區有所貢獻	<input type="checkbox"/>									
13. 儘管年邁/身體有缺陷，我仍樂於學習新的事務	<input type="checkbox"/>									
14. 儘管年邁/身體有缺陷，我還是有夢想要實現的	<input type="checkbox"/>									
15. 當別人用異樣眼光看我時，我會覺得無奈	<input type="checkbox"/>									
16. 我會勇於面對挫折	<input type="checkbox"/>									
17. 社區居民彼此相互信任	<input type="checkbox"/>									

對於下列問項您的同意程度為何？	使用服務前					使用服務後				
	非常不同意	不同意	普通	同意	非常同意	非常不同意	不同意	普通	同意	非常同意
18.社區居民遵守社區的規範/風俗習慣	<input type="checkbox"/>									
19.社區居民彼此來往密切	<input type="checkbox"/>									
20.如果有人遭遇困難，社區居民會相互幫忙	<input type="checkbox"/>									
21.社區居民對社區有良好的向心力	<input type="checkbox"/>									
22.社區擁有良好的生活機能，如商店、醫院、市場...	<input type="checkbox"/>									
23.社區能提供居民各種學習的機會或管道	<input type="checkbox"/>									
24.社區能提供弱勢者適切的服務	<input type="checkbox"/>									

#### 四、生活正常化部分

對於下列問項您的同意程度為何？	使用服務前					使用服務後				
	非常不同意	不同意	普通	同意	非常同意	非常不同意	不同意	普通	同意	非常同意
1. 我可以維持正常飲食	<input type="checkbox"/>									
2. 我有足以維持生活所需的衣物	<input type="checkbox"/>									
3. 我有符合生活所需的住處	<input type="checkbox"/>									
4. 我可以維持日常活動	<input type="checkbox"/>									
5. 我的性生活是正常的	<input type="checkbox"/>									

對於下列問項您的同意程度為何？	使用服務前					使用服務後				
	非常不同意	不同意	普通	同意	非常同意	非常不同意	不同意	普通	同意	非常同意
6. 我的身體是健康的	<input type="checkbox"/>									
7. 我能夠獲得家人的關心	<input type="checkbox"/>									
8. 我的生活是有目標的	<input type="checkbox"/>									
9. 我常感覺焦慮不安/易於動怒	<input type="checkbox"/>									
10. 日常生活裡，我常覺得心情低落/很鬱卒	<input type="checkbox"/>									
11. 日常生活裡，我常覺得很多事情讓我擔心或恐懼	<input type="checkbox"/>									
12. 我能夠接納我目前的處境	<input type="checkbox"/>									
13. 我能夠與鄰居和樂相處	<input type="checkbox"/>									
14. 我能夠與朋友和樂相處	<input type="checkbox"/>									
15. 我覺得他人對我是冷淡的	<input type="checkbox"/>									
16. 我覺得我遭受到他人的排斥	<input type="checkbox"/>									
17. 我有機會與他人分享知識或技能	<input type="checkbox"/>									
18. 我能夠有從事符合自己興趣及能力之志願服務的機會	<input type="checkbox"/>									
19. 我能夠有發揮自己潛能的機會	<input type="checkbox"/>									
20. 我能夠有機會學習/挑戰新的事務	<input type="checkbox"/>									
21. 我能夠獲得他人的接納/賞識	<input type="checkbox"/>									

對於下列問項您的同意程度為何？	使用服務前					使用服務後				
	非常不同意	不同意	普通	同意	非常同意	非常不同意	不同意	普通	同意	非常同意
22.我能夠過著有尊嚴的生活	<input type="checkbox"/>									
23.我覺得生活過得沒有意義	<input type="checkbox"/>									
24.整體而言，我這一生是沒有白活的	<input type="checkbox"/>									

### 五、互動頻率與互動關係

您與下列親友的互動頻繁程度為何？	使用服務前					使用服務後					不適用
	非常不頻繁	不頻繁	普通	頻繁	非常頻繁	非常不頻繁	不頻繁	普通	頻繁	非常頻繁	
1. 配偶	<input type="checkbox"/>										
2. 兒子	<input type="checkbox"/>										
3. 媳婦	<input type="checkbox"/>										
4. 女兒	<input type="checkbox"/>										
5. 女婿	<input type="checkbox"/>										
6. 鄰居	<input type="checkbox"/>										
7. 親戚	<input type="checkbox"/>										
8. 朋友	<input type="checkbox"/>										

您與下列親友的互動關係程度為何？	使用服務前					使用服務後					不適用
	非常不好	不好	普通	好	非常好	非常不好	不好	普通	好	非常好	
1. 配偶	<input type="checkbox"/>										
2. 兒子	<input type="checkbox"/>										
3. 媳婦	<input type="checkbox"/>										
4. 女兒	<input type="checkbox"/>										
5. 女婿	<input type="checkbox"/>										
6. 鄰居	<input type="checkbox"/>										
7. 親戚	<input type="checkbox"/>										
8. 朋友	<input type="checkbox"/>										

### 第三部分、受訪者基本資料

1.性別： (1)男； (2)女。

2.生日及年齡：民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月，\_\_\_\_\_足歲。

3.教育程度： (1)不識字及自修； (2)國小； (3)國(初)中； (4)高中(職)；  
 (5)專科(五專前三年勾選(4))； (6)大學(院)； (7)研究所以上。

4.宗教別： (1)傳統信仰 ( ①佛教、 ②道教、 ③民間信仰)； (2)一貫道；  
 (3)基督宗教 ( ①基督教、 ②天主教)； (4)無宗教信仰；  
 (5)其他\_\_\_\_\_。

5.族群背景： (1)閩南人； (2)大陸各省市； (3)客家人； (4)原住民族；  
 (5)其他\_\_\_\_\_。

6.婚姻狀況： (1)未婚； (2)有配偶或同居 (配偶是： ①原住民、 ②閩南人、 ③  
客家人、 ④外國籍、 ⑤大陸籍)； (3)離婚或分居； (4)喪偶 (配偶是： ①原住  
民、 ②閩南人、 ③客家人、 ④外國籍、 ⑤大陸籍)； (5)其他：\_\_\_\_\_。

7.主要經濟來源： (1)自己工作或營業收入； (2)配偶或同居人提供； (3)自己儲  
蓄、利息、租金或投資所得； (4)自己退休金、撫恤金或保險給付； (5)子女奉  
養(含媳婦、女婿)； (6)向他人借貸； (7)來自政府救助或津貼； (8)社會或親  
友救助； (9)其他\_\_\_\_\_。

8.家庭型態： (1)單人家庭； (2)夫婦家庭； (3)單親家庭； (4)核心家庭；  
 (5)祖孫家庭； (6)三代家庭； (7)其他：\_\_\_\_\_。

9.家庭平均月所得(含退休金、撫恤金、保險給付、政府救助或津貼)：

(1)未滿兩萬元； (2)兩萬元至未滿四萬元； (3)四萬元至未滿六萬元；

(4)六萬元至未滿八萬元； (5)八萬元至未滿十萬元； (6)十萬元以上。

10.身體狀況： (1)身體健康，生活自理能力佳； (2)身體不佳，但尚不致影響日常生活；

(3)身體不佳，部分生活需仰賴他人協助； (4)身體不佳，多數生活需仰

賴他人協助； (5)其他\_\_\_\_\_。

11.居住型態： (1)與配偶和子女同住； (2)僅與配偶同住； (3)僅與子女同住；

(4)僅與親友同住； (5)獨居； (6)其他\_\_\_\_\_。

12.住宅所屬： (1)自有； (2)不住在一起的配偶、父母或子女所擁有； (3)租押；

(4)配住； (5)借用； (6)其他\_\_\_\_\_。

13.社區地理區位： (1)鄉村型社區； (2)都市型社區； (3)市鄉混合型社區；

(4)山地型社區； (5)其他\_\_\_\_\_。

14.居住本社區的時間： (1)世居； (2)遷入\_\_\_\_\_年。

15.您接受照顧中心/據點的服務時間有多久：約\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月

16.過去一個月內，我每週平均使用照顧中心/據點服務：約\_\_\_\_\_小時

17.接受服務前，我每月平均就醫\_\_\_\_\_次，接受服務後，我每月平均就醫\_\_\_\_\_次。

若您願意，請您協助留下您的聯絡電話；在研究期間若發現您的問卷有任何問題時，

研究人員將撥打本電話與您聯繫，請您放心，研究資料將保密，您的個人資訊不會被

公開，謝謝！

您的連絡電話：\_\_\_\_\_ 您的稱呼方式：\_\_\_\_\_

#### 第四部分、照顧中心/據點基本資料

1.機構地址：\_\_\_\_\_縣\_\_\_\_\_鄉鎮\_\_\_\_\_村\_\_\_\_\_鄰\_\_\_\_\_路\_\_\_\_\_段\_\_\_\_\_巷\_\_\_\_\_弄\_\_\_\_\_號\_\_\_\_\_樓\_\_\_\_\_室。

2.成立時間： (1) 101 年之前設置； (2) 102 年設置； (3) 103 年設置；

(4) 104 年設置； (5) 105 年設置。

3.機構類型： (1) 政府機關； (2) 村里辦公室； (3) 財團法人； (4) 社團法人；

(5) 立案團體 ( ① 社會團體、 ② 社區宗教組織、 ③ 文史團體、 ④ 農漁會)；

(6) 其他\_\_\_\_\_。

4.服務對象 (可複選)： (1) 老人； (2) 身障人士； (3) 兒童； (4) 婦女；

(5) 其他\_\_\_\_\_。

5.服務項目 (可複選)： (1) 關懷訪視； (2) 電話問安、諮詢及轉介服務；

(3) 餐飲服務； (4) 健康促進活動； (5) 生活照顧； (6) 生活自立訓練；

(7) 提供或連結交通服務； (8) 家屬教育及諮詢服務； (9) 護理服務；

(10) 復健服務； (11) 其他\_\_\_\_\_。

6.服務場地類型： (1) 社區活動中心； (2) 村廟； (3) 教會； (4) 學校；

(5) 社區廣場； (6) 機構； (7) 其他\_\_\_\_\_

7.服務場地所屬： (1) 自有； (2) 租用； (3) 借用； (4) 其他\_\_\_\_\_。

8.開放時間：每週\_\_\_\_\_小時。

出國報告（出國類別：學術交流）

**105 學年度**

**Interdisciplinary Conference  
Building Bridges in a Complex  
World**

**-2017 學術交流報告書**

服務機關：國立暨南國際大學人文學院

報告人：黃源協教授等 2 人

派赴國家：希臘

出國期間：2017/07/01 至 2017/07/12

報告日期：2017/08/31

## 摘要

為促進學術與實踐者的網絡，**Interdisciplinary Conference Building Bridges in a Complex World** 在研討會中期待聚集歐洲內外的的工作經驗及相關人士建立可供討論及交流的橋樑，邀請理論家與實踐者之間、不同專業學科背景之間、以及來自世界各地不同實踐經驗的人員出席，提供與會者分享他們的專業及在該領域中討論的重要議題，進而思考更多跨領域合作的可能性。而出席者也藉由論文發表（**Impacts of indigenous social capital on mental and physical health - An Empirical Study in Taiwan**）及與會人員的交流，讓其他國家的學者認識台灣的社會政策。

# 目次

壹、目的.....	1
貳、參訪成員.....	1
參、參訪行程與過程.....	2
肆、心得與建議.....	6
<b>【附件一】 Interdisciplinary Conference Building Bridges in a Complex World 議程.....</b>	<b>8</b>

# Interdisciplinary Conference Building Bridges in a Complex

## World - 2017 學術交流報告書

### 壹、目的

21 世紀初，世界正面臨相互關聯的挑戰，包括戰爭，恐怖主義，(強迫)移民，全球不平等和不平等，氣候變化等。人人平等的生活水平的根本製約既不是資源短缺，也不是缺乏技術創新，主要障礙是缺乏改革產生可預見但可避免的權力不對稱的全球製度秩序的政治意願。而在我們身邊，這是潛在的失去力量和/或缺乏團結的經驗，影響我們想像一個公正世界的能力，並敢於發揮變革者的作用。因為學術社群及教育理念越來越不容易被聚集，也不容易被聚焦，專業團體及專業之間缺乏合作及團結的機制，致使學術及實務場域中的隔離及競爭壓力，這些狀況亦導致專業的疏離、教育及就業中的斷層、個人生活滿意度降低。

本研討會看見前述現象，期待聚集歐洲內外的工作經驗及相關人士，藉由研討會建立學術與實踐者的網絡，本次研討會以”橋樑”為名，期待在三個不同層次上建立可供討論及交流的橋樑，分別是理論家與實踐者之間、不同專業學科背景之間、以及來自世界各地不同實踐經驗之間。並期待能夠藉由研討會的的平台提供專業、專業團體及個人之間更緊密的聯繫。本次學術交流活動係為瞭解國際社會科學之發展狀況，並期待藉由從不同學科的認識引發對自身專業學門的刺激，思考更多跨領域合作與整合的可能性，並期待能夠藉由研討會的參與讓其他國家了解台灣的发展狀況，討論未來與國際及研究合作的可能性。

### 貳、參訪成員

人文學院社會政策與社會工作學系 黃源協教授

人文學院原鄉發展跨領域學士學位學程（原住民族專班） 莊俐昕副教授

## 參、參訪行程與過程

### 一、出席狀況

在研討會部分，與會成員約 200 位，成員來自超過 20 個國家和地區，包括亞洲，歐洲，大洋洲和北美洲。研討會包括開幕式、閉幕式及論文發表 42 篇；其中台灣發表論文共 4 篇，分別為台北大學、東華大學及本校。

本研討會主要邀請正在解決社會正義及平等議題的理論家及實踐者，無論是針對政策、研究或實務經驗。本研討會之發表論文共 42 篇（含本校參訪教師 2 人），主題非常多元，包括：

- 社會正義：暴力，衝突和抵抗、恐怖與預防、戰爭與衝突、幫派和其他形式的極端暴力、青年犯罪、性別暴力、種族主義與歧視、（強制）遷移、創傷與韌性、和解、社會運動、集體行動、政治想像力。
- 社會福祉與永續發展：環境及永續發展、城市化、資本主義與全球政治、貧窮與社會不平等、工作與工作條件、健康，公平與治理、人口變化、教育及其體制、媒體、科學技術。

### 二、行程說明

日期	行程	行程說明
2017/7/1	啟程	埔里-台中-桃園機場 飛機（桃園-羅馬 FCO 機場）
2017/7/2	自由行程	羅馬
2017/7/3	自由行程	羅馬
2017/7/4	準備研討會資料	羅馬
2017/7/5	交通（歐陸飛機）	飛機（義大利羅馬飛往希臘 Chania）
2017/7/6	研討會	1. 地點：Chania
2017/7/7	研討會	2. 研討名稱：Interdisciplinary Conference Building Bridges in a Complex World
2017/7/8	研討會	3. 日期：7/6-8
2017/7/9	交通（歐陸飛機）	1. Chania -威尼斯 2. 當天從 Chania 沒有飛往羅馬的 班機，只能飛往威尼斯
2017/7/10	交通	車程（威尼斯-羅馬）

日期	行程	行程說明
2017/7/11	返程	飛機 (羅馬-桃園)
2017/7/12	返程	飛機 (羅馬-桃園) 桃園機場-台中-埔里

### 三、研討會及學術交流過程相關照片





#### 四、研討會發表內容

(一) 題目：**Impacts of indigenous social capital on mental and physical health - An Empirical Study in Taiwan**

(二) 發表人：Yuan-shie Hwang (Dept. of Social Policy & Social Work, National Chi-nan university, Taiwan) 、 Li-hsin Chuang(Program of Interdisciplinary Studies on Indigenous Development, National Chi-nan University, Taiwan)

(三) 發表內容

● **Background**

1. United Nations Declaration on the Rights of Indigenous Peoples, 2007
2. Disadvantaged health status of indigenous peoples in Taiwan
3. Social capital and Health
4. Challenges for indigenous tribes/societies in Taiwan

- **Questions**

1. Are there relationships between indigenous social capital and health?
2. Are there implications for health promotion of indigenous peoples caused by the relationship?

- **Aims**

1. To explore the relationships between indigenous social capital and their health
2. To discover the implications for health promotion of indigenous peoples from the research.

- **Literature Review**

1. definition of health
2. social well-being
3. definition of social capital (1/4)
4. types of social capital
5. dimension/element of social capital
6. social capital and health

- **Methods Methods**

1. To measure family social capital in Taiwan, the authors once embedded three elements (trust, norm, and network) in three types (bonding, bridging and linking) of social capital. The tool of measuring SC in this research is revised from the scale created by Hwang et al. (2009).
2. The participants were invited by 55 'Family Center for Indigenous Peoples' scattered in townships of Taiwan.
3. About 15 people were invited by each center to answer the questionnaire face to face, and 790 questionnaires were successfully completed.

- **Finding**

1. profile of type/element of social capital
2. Profile of health conditions
3. correlation between types of social capital and health conditions
4. correlation between elements of social capital and health conditions
5. multi-regression analysis of overall social capital and health conditions

6. multi-regression analysis of types of social capital and health conditions
7. multi-regression analysis of elements of bonding SC and health conditions
8. multi-regression analysis of elements of bridging SC and health conditions
9. multi-regression analysis of elements of linking SC and health conditions
10. multi-regression analysis of SC elements and health conditions

## ● Conclusions

1. Indigenous social capital are significantly and positively associated with mental and physical health as a whole. Both sides may have a circular and positive relationship.
2. Bonding social capital is far more important than bridging and linking social capital as a determinant of health.
3. Trust is the most important element/gradient of influencing individual health as a whole, in particular trust of bonding social capital.
4. In bridging SC, network could only effectively and positive predict self-rated health status.
5. Network of linking social capital has a negative relationship with health conditions as a whole, in particular with physical health.

## 肆、心得與建議

本次國立暨南國際大學前往參與該研討會，除了瞭解研討會所辦理的相關議題，如社會正義（暴力，衝突和抵抗、恐怖與預防、戰爭與衝突、幫派和其他形式的極端暴力、青年犯罪、性別暴力、種族主義與歧視、遷移、創傷與韌性、和解、社會運動、集體行動、政治想像力）及社會福祉與永續發展（環境及永續發展、城市化、資本主義與全球政治、貧窮與社會不平等、工作與工作條件、健康，公平與治理、人口變化、教育及其體制、媒體、科學技術）等；而出席者也藉由論文發表( *Impacts of indigenous social capital on mental and physical health - An Empirical Study in Taiwan* ) 及與會人員的交流，讓其他國家的學者認識台灣的社會政策，也藉機宣傳本校，增加本校的能見度及曝光率。當然，由於研討會成員來自世界各地，也藉由與世界各地學者及非營利組織成員的接觸，期待未來有機會帶領我校學生進一步交流以彼此學習，並開拓國際視野。

依據上述的整體心得，以下為具體之建議事項：

1. 隨著現代問題越來越複雜，已非單一專業可以解決，因此，理論與實務間、不同專業間的對話係為重要的發展，藉由前述對話可思考如何面對現今複雜的社會問題，以協商與合作為基礎，解決當代社會問題。
2. 跨學科研究是現今科學研究的重要趨勢，因此，在研究發展上，研究議題如何具備跨領域、跨分析層次、價值判斷、政策建議以及說故事的視角將是重要課題，而且，更重要的是，研究者需要具備開放性及彈性，避免陷入專業主義的侷限。
3. 本研討會以同時段多場次為規劃，每場次最多三篇論文，發表時間 1.5 小時，每場次的發表文章及參與人數不多，好讓發表人與參與者有相對充分的時間可以針對發表內容進行溝通與討論，是很好的規劃。
4. 提升與增加本校人文學院、非營利組織經營管理碩士學位學程在職專班及原鄉發展跨領域學士學位學程的曝光率，俾利招生宣傳。另外，建立並維持本校與歐洲地區學校、非營利組織之聯繫密切度與關係，俾利未來學術交流機會。

# Building Bridges in a Complex World

---

A Radically Different Kind of Conference

---

CHANIA | CRETE  
**6-8 July 2017**

---

CONFERENCE  
GUIDE

**A Very Warm Welcome!**

# Table of Contents

---

## TIMETABLE

THURSDAY AT A GLANCE	9
FRIDAY AT A GLANCE	12
SATURDAY AT A GLANCE	15

## ABSTRACTS | DAY 1 | 6 JULY

<b>ON PEOPLE SEEKING REFUGE</b>	<b>18</b>
On the Move: The Role of Mobile Phones in Asylum Seekers' Journeys	
Between Hope and Rightlessness: Struggles of Forced Migrants in Athens, Greece	
Engendering Syrian Forced Migration to Egypt	
<b>JUSTICE – LET’S LISTEN TO COMMUNITIES!</b>	<b>20</b>
Rethinking Justice: Listening to Communities in Zimbabwe, Burundi and Mozambique	
Resurgent Indigenous Landscapes: Land-Based Pedagogies and Cultural Restoration on Turtle Island	
Reconstructing Development Induced Displacement in India as Capitalist Expenditure Exiled – CAPEX(iled)	
<b>RETHINKING NORMALITY</b>	<b>22</b>
Spaces of Violence: Exploring the Intersections of Gender, Violence and Lesbian Sexuality in Selected South African Women’s Texts	
Toward Reducing Bullying of LGBTQ Adolescents: The Potentialities of Queer Theory	
Socialism and Transliberation	
<b>ON TEACHING No. 1</b>	<b>24</b>
Does it Hurt? Transgressive Teaching and Education as Practice of Freedom	
Filling the Gap? Reflections Upon Remedial Teaching	
Building a New Grid: Two Lecturers’ Reflections on Challenging Notions of Identity and Privilege in a South African Classroom	

<b>ON THE FRONT LINE</b>	<b>26</b>
Social Accountability Knowledge Distribution Partnership: Activism Research Study in South Africa How to Do Diversity? On Migrant Women Empowerment in Germany Building Bridges on Global Justice Through Local Street Campaigns	
<b>INTERACTIVE SESSION</b>	<b>28</b>
Exploring Experiences of Everyday Conflict	
<b>VIOLENCE AGAINST WOMEN</b>	<b>29</b>
Blasphemy, Law, and Violence in Pakistan Torn Halves Against Violence and Discrimination in the Kambles' Women Can Speak Up Cyber Violence Against Women: A New Challenge to Gender Equality	
<b>CONFLICT &amp; ALLIANCES</b>	<b>31</b>
Power and Conflict in Cross-Sector Collaboration Surviving Police Violence: Experiences of Children in Street Situations from São Paulo, Brazil Bridging Communities in Brixton: Bringing Social Capital Home	
<b>INTERACTIVE SESSION</b>	<b>33</b>
Teaching for Transformation: Higher Education Institutions, Critical Pedagogy and the Political Imagination	
<b>SANITISATION OF SPACES</b>	<b>34</b>
Marginalized by Design: On Big Data, Recontextualizing Gentrification, and 'Hyper-Blocks' Rethinking the Efficacy and Limitation of Floor Area Bonus in Taipei's Urban Renewal Policy Branded Gated Communities in Turkey: The Creation of Illusional Neighbourhoods	
<b>DISCOURSES OF GOVERNANCE</b>	<b>36</b>
Building Bridges Between Feminist Movements and the State Constructing Tibet into a United and Multi-Ethnic Chinese Nation-State: A Review After 2000 Smoggeddon, Propaganda and Spin in Beijing	

**INTERACTIVE SESSION** **38**

Supporting Resistance Movements Through Research

**ABSTRACTS | DAY 2 | 7 JULY**

**ON CAMPUS & SCHOOL GROUNDS** **40**

“We Will not Be Silenced”: A Three-Pronged Justice Approach to Sexual Offences and Rape Culture at a South African University

Consent on Campus: Challenging Gender-Based Violence

On the Threshold: The Story of School Security Guards in Israel

**ON CULTURE: LOOKING BACK, LOOKING FORWARD** **42**

The Interface of Desire and Politics in Nineteen Eighty-Four

The Spaces of Trauma: A Comparison of Two Eastern European Monuments of the 1956 Revolution

The Sustainable Church: A New Way to Look at the Place of Worship

**INTERACTIVE SESSION** **44**

Exploring the Impact of Neoliberalism on Process-Led, Emancipatory Youth Work in England: Lessons to be Shared?

**WITHIN THE CLASSROOM: RACE/ETHNICITY & GENDER** **45**

Contested Spaces in German Feminist Classrooms: Experiences and Survival Strategies of Students of Colour

Through Students' Eyes: A Study on the Course of Aboriginal Middle School Students Participating in the Development of Aboriginal Culture Materials

Gender in Educational Discourse: Subjectification and Deconstruction of Normative Femininity

**INVESTING IN PEOPLE** **47**

The Impact of the World Population and its Challenges

Diaspora as a Builder of Bridges Between Host and Home Countries

The Effects of Bolsa Familia on Human Development

<b>ON THEORY</b>	<b>49</b>
The Possibility of the Impossible: Practicing Emancipatory Politics in Dark Times	
Thorstein Veblen: Are Capitalist Systems of Higher Education Truly Self-Regulating?	
Inter-Processual Integrity: A Novel Theory for Governance for the Common Good	
<b>VIOLENCE &amp; SECURITY</b>	<b>51</b>
Information Policy: Between the Humanitarian Treatment and the Surveillance to Control	
The Crime-Terror Nexus as a Trans-Boundary Crisis: Perspectives on EU Security	
An Analysis of New Tactics and Strategies of the PKK in Turkey: Do Terrorists' Organisations Copy Each Other?	
<b>ON GOVERNANCE</b>	<b>53</b>
A Bourdieusian Cost-Benefit Analysis of Volunteers in UK Healthcare Settings: Systematic Review	
Gender and Governance in Turkey: An Institutional Perspective	
Modelling the Role and Notion of Honour in Honour Killings	
<b>LIFE SATISFACTION &amp; WELL-BEING</b>	<b>55</b>
Inclusion of the Deaf: The Need for Recognition of Sign Language as a 'Real' Language	
Impacts of Social Capital on Mental and Physical Well-Being of Indigenous Peoples	
<b>INTERACTIVE SESSION</b>	<b>57</b>
Speaking Plainly: A Candid Discussion on Teaching and Learning	
<b>INTERACTIVE SESSION</b>	<b>58</b>
Building Consensus: Governing for the People	
<b>INTERACTIVE SESSION</b>	<b>59</b>
Big Data Applications to Social Sciences	

## **ABSTRACTS | DAY 3 | 8 JULY**

### **ON TEACHING No. 2** **61**

Environmental Problem Solving: Confronting Complexity with Students  
Interdisciplinary Approaches in Teaching: Sustainability in Business Education  
Building Bridges Between Local Authorities and a University to Strengthen Social Work Training

### **ON OUR ENVIRONMENT** **63**

Envisioning the Amazon: Data Practices and Environmental Law Enforcement in Brazilian Amazonia  
Large Scale Linear Programming Model to Develop an Organic Agriculture Plan for Turkey  
On the Possibility of Extending the European Green Belt: The Case of Romania

### **LAWS NEED TO BE CHALLENGED!** **65**

Prostitution in Europe: It's About Power, not Morality!  
Realising Return for Internally Displaced Persons (IDPs): Challenges in Law and Implementation  
The European Union and Third Countries' Migration Politics: Policies Beyond the European Borders

### **THE BARE LIFE** **67**

Temporal Experiences as a Force of Oppression: A Case Study of Syrian and Iraqi Refugees in Jordan  
Trauma and Resilience: Links to Sleep and Mental Health Impacts  
Coping Among Syrian Refugee Women in Transit

### **MONEY MAKES THE WORLD GO 'ROUND** **69**

Beyond Inclusion: Critical Race Theory & Participatory Budgeting in New York City  
The Cultivation of Financial Citizenship: Credit Union Movement on Campus  
Radical Routes and Alternative Avenues: How Cooperatives Can Be Non-Capitalist

## **GUIDELINES FOR PRESENTERS & CHAIRS** **71**

## **PARTICIPANT LIST** **74**

# Timetable

---

## THURSDAY AT A GLANCE

---

**9.30-10.00**      **REGISTRATION | MAIN HALL**

**10.00-10.30**      **OPENING SPEECH | SAMARIA 1**

**10.30-12.00**      **ON PEOPLE SEEKING REFUGE | SAMARIA 1**

On the Move: The Role of Mobile Phones in Asylum Seekers' Journeys | Ana Visan

Between Hope and Rightlessness: Struggles of Forced Migrants in Athens, Greece | Julie Murphy Erfani

Engendering Syrian Forced Migration to Egypt | Nada Ali Ramadan

**JUSTICE – LET’S LISTEN TO COMMUNITIES! | SAMARIA 2**

Rethinking Justice: Listening to Communities in Zimbabwe, Burundi and Mozambique | Cori Wielenga

Resurgent Indigenous Landscapes: Land-Based Pedagogies and Cultural Restoration on Turtle Island | Marc Woons

Reconstructing Development Induced Displacement in India as Capitalist Expenditure Exiled - CAPEX(iled) | Helly Hirsh

**RETHINKING NORMALITY | OMALOS 1**

Spaces of Violence: Exploring the Intersections of Gender, Violence and Lesbian Sexuality in Selected South African Women’s Texts | Jessica Murray

Toward Reducing Bullying of LGBTQ Adolescents: The Potentialities of Queer Theory | Kylo-Patrick R. Hart

Socialism and Transliberation | Nunzia Faes

**12.00-12.30**      **COFFEE BREAK**

**12.30-14.00 ON TEACHING No. 1 | SAMARIA 2**

Does it Hurt? Transgressive Teaching and Education as Practice of Freedom | Judith Bahlig

Filling the Gap? Reflections Upon Remedial Teaching | Hui-Jing Chen

Building a New Grid: Two Lecturers' Reflections on Challenging Notions of Identity and Privilege in a South African Classroom | Asanda Ngoasheng

**ON THE FRONT LINE | OMALOS 1**

Social Accountability Knowledge Distribution Partnership: Activism Research Study in South Africa | Lindelwa Nxele

How to Do Diversity? On Migrant Women Empowerment in Germany | Mira Raganathan

Building Bridges on Global Justice Through Local Street Campaigns | John Oversby

**INTERACTIVE SESSION | SAMARIA 1**

Exploring Experiences of Everyday Conflict | Hen Wilkinson

**14.00-15.00 LUNCH BREAK**

**15.00-16.30 VIOLENCE AGAINST WOMEN | SAMARIA 2**

Blasphemy, Law, and Violence in Pakistan | Menaal Safi Munshey

Torn Halves Against Violence and Discrimination in the Kambles' *Women Can Speak Up* | Fewzia Benyelles Bedjaoui & Omar Azzoug

Cyber Violence Against Women: A New Challenge to Gender Equality | Nicole Najemnik

**CONFLICT & ALLIANCES | OMALOS 1**

Power and Conflict in Cross-Sector Collaboration | Hen Wilkinson

Surviving Police Violence: Experiences of Children in Street Situations from São Paulo, Brazil | Daniel Jupp Kina

Bridging Communities in Brixton: Bringing Social Capital Home | Emily Bugden

### **INTERACTIVE SESSION | SAMARIA 1**

Teaching for Transformation: Higher Education Institutions, Critical Pedagogy and the Political Imagination | Victoria Jupp Kina

**16.30-17.00**

### **COFFEE BREAK**

**17.00-18.30**

### **SANITISATION OF SPACES | SAMARIA 2**

Marginalized by Design: On Big Data, Recontextualizing Gentrification, and 'Hyper-Blocks' | Justin Blinder

Rethinking the Efficacy and Limitation of Floor Area Bonus in Taipei's Urban Renewal Policy | Cassidy I-Chih Lan

Branded Gated Communities in Turkey: The Creation of Illusional Neighbourhoods | Nilgun Gurkaynak

### **DISCOURSES OF GOVERNANCE | OMALOS 1**

Building Bridges Between Feminist Movements and the State | Patricia Duarte Rangel

Constructing Tibet into a United and Multi-Ethnic Chinese Nation-State: A Review After 2000 | Tsunghan Wu

Smogaggeddon, Propaganda and Spin in Beijing | Kay Hearn

### **INTERACTIVE SESSION | SAMARIA 1**

Supporting Resistance Movements Through Research | Terese Jonsson & Lani Parker

## FRIDAY AT A GLANCE

---

### 10.00-11.30 ON CAMPUS & SCHOOL GROUNDS | SAMARIA 2

"We Will not Be Silenced": A Three-Pronged Justice Approach to Sexual Offences and Rape Culture at a South African University | Werner Bohmke

Consent on Campus: Challenging Gender-Based Violence | Melanie Crofts & Kimberley Hill

On the Threshold: The Story of School Security Guards in Israel | Raz Shpeizer

### ON CULTURE: LOOKING BACK, LOOKING FORWARD | OMALOS 1

The Interface of Desire and Politics in Nineteen Eighty-Four | Nurten Birlik

The Spaces of Trauma: A Comparison of Two Eastern European Monuments of the 1956 Revolution | Peter Kovacs

The Sustainable Church: A New Way to Look at the Place of Worship | Zoltán Körösvölgyi

### INTERACTIVE SESSION | SAMARIA 1

Exploring the Impact of Neoliberalism on Process-Led, Emancipatory Youth Work in England: Lessons to be Shared? | Tony Taylor & Pauline Grace

### 11.30-12.00 COFFEE BREAK

### 12.00-13.30 WITHIN THE CLASSROOM: RACE/ETHNICITY & GENDER | SAMARIA 1

Contested Spaces in German Feminist Classrooms: Experiences and Survival Strategies of Students of Colour | Sheila Ragunathan

Through Students' Eyes: A Study on the Course of Aboriginal Middle School Students Participating in the Development of Aboriginal Culture Materials | Peichun Li

Gender in the Educational Discourse: Subjectification and Deconstruction of Normative Femininity | Marios Kostas

## **INVESTING IN PEOPLE | SAMARIA 2**

The Impact of the World Population and its Challenges | Aysulu Alibekova

Diaspora as a Builder of Bridges Between Host Countries | Ingrida Gecience

The Effects of Bolsa Familia on Human Development | Raffaele Ciula

## **ON THEORY | OMALOS 1**

The Possibility of the Impossible: Practicing Emancipatory Politics in Dark Times | Lana Zdravković

Thorstein Veblen: Are Capitalist Systems of Higher Education Truly Self-Regulating? | Mu-Jeong Kho

Inter-Processual Integrity: A Novel Theory for Governance for the Common Good | Kleio Akrivou

**13.30-14.30**

## **LUNCH BREAK**

**14.30-16.00**

## **VIOLENCE & SECURITY | SAMARIA 1**

Information Policy: Between the Humanitarian Treatment and the Surveillance to Control | Bruno Macedo Nathansohn

The Crime-Terror Nexus as a Trans-Boundary Crisis: Perspectives on EU Security | Daniela Irrera & Fulvio Attinà

An Analysis of New Tactics and Strategies of the PKK in Turkey: Do Terrorists' Organisations Copy Each Other? | Zeynep Ece Unsal & Ivica Simonovski

## **ON GOVERNANCE | SAMARIA 2**

A Bourdieusian Cost-Benefit Analysis of Volunteers in UK Healthcare Settings: Systematic Review | Pauline McGovern

Gender and Governance in Turkey: An Institutional Perspective | Zeynep Özsoy

Modelling the Role and Notion of Honour in Honour Killings | Sadiq Bhanbhro

## **LIFE SATISFACTION & WELL-BEING | OMALOS 1**

Inclusion of the Deaf: The Need for Recognition of Sign Language as a 'Real' Language | Jantine Wignand

Impacts of Social Capital on Mental and Physical Well-Being of Indigenous Peoples | Yuan Shie Hwang

**16.00-16.30**      **COFFEE BREAK**

**16.30-18.00**      **INTERACTIVE SESSION | SAMARIA 1**

Speaking Plainly: A Candid Discussion on Teaching and Learning | Nancy Mykoff, Eri Park & Stavroula Tsirogianni

## **INTERACTIVE SESSION | SAMARIA 2**

Building Consensus: Governing for the People | Ryan Silvey & Jason Holsman

## **INTERACTIVE SESSION | OMALOS 1**

Big Data Applications to Social Sciences | Claudia Abreu Lopes

## SATURDAY AT A GLANCE

---

### 10.00-11.30 ON TEACHING No. 2 | SAMARIA 1

Environmental Problem Solving: Confronting Complexity with Students | BinBin Pearce

Interdisciplinary Approaches in Teaching: Sustainability in Business Education | Naz Onel

Building Bridges Between Local Authorities and a University to Strengthen Social Work Training | Mark Taylor

### ON OUR ENVIRONMENT | SAMARIA 2

Envisioning the Amazon: Data Practices and Environmental Law Enforcement in Brazilian Amazonia | Theodore Vurdubakis

Large Scale Linear Programming Model to Develop an Organic Agriculture Plan for Turkey | Atiye Yonca Demir

On the Possibility of Extending the European Green Belt: The Case of Romania | Zoltán Zakota

### LAWS NEED TO BE CHALLENGED! | OMALOS 1

Prostitution in Europe: It's About Power, not Morality! | Alexandra Weiss

Realising Return for Internally Displaces (IDPs): Challenges in Law and Implementation | Ben Hudson

The European Union and Third Countries' Migration Politics: Policies Beyond the European Borders | Ingrid Berns Pavezi

### 11.30-12.00 COFFEE BREAK

**12.00-13.30 THE BARE LIFE | SAMARIA 1**

Temporal Experiences as a Force of Oppression: A Case Study of Syrian and Iraqi Refugees in Jordan | Maura Smyles & Maha Ahmed

Trauma and Resilience: Links to Sleep and Mental Health Impacts | Helen Carr

Coping Among Syrian Refugee Women in Transit | Raia Chouvati

**MONEY MAKES THE WORLD GO 'ROUND | SAMARIA 2**

Beyond Inclusion: Critical Race Theory & Participatory Budgeting in New York City | Celina Su

The Cultivation of Financial Citizenship: Credit Union Movement on Campus | Hao-Che Fei & Chiung-Wen Chang

Radical Routes and Alternative Avenues: How Cooperatives Can Be Non-Capitalist | Sofa Gradin

**13.30-15.00 LUNCH BREAK**

**15.00-16.30 CLOSING SESSION | SAMARIA 1**

104年度專題研究計畫成果彙整表

計畫主持人：黃源協			計畫編號：104-2410-H-260-040-SS2				
計畫名稱：社區照顧理念、政策與實務之檢視							
成果項目			量化	單位	質化 (說明：各成果項目請附佐證資料或細項說明，如期刊名稱、年份、卷期、起訖頁數、證號...等)		
國內	學術性論文	期刊論文		0	篇		
		研討會論文		0			
		專書		0	本		
		專書論文		0	章		
		技術報告		1	篇	成果報告	
		其他		0	篇		
	智慧財產權及成果	專利權	發明專利	申請中	0	件	
				已獲得	0		
			新型/設計專利		0		
		商標權		0			
		營業秘密		0			
		積體電路電路布局權		0			
		著作權		0			
		品種權		0			
		其他		0			
	技術移轉	件數		0	件		
		收入		0	千元		
	國外	學術性論文	期刊論文		0	篇	
			研討會論文		1		Realizing the Idea of 'Active Ageing' ? - An Empirical Study on the Community Caring Stations in Taiwan, paper presented at paper presented at the 14th EASP Annual Conference Report: 'East Asian Social Policy in a Changing Environment: Comparisons, Visions and Futures' at the Nagoya University, Japan on 2-3 August 2017.
專書			0	本			
專書論文			0	章			
技術報告			0	篇			
其他			0	篇			
智慧財產權及成果		專利權	發明專利	申請中	0	件	

		已獲得	0		
		新型/設計專利	0		
		商標權	0		
		營業秘密	0		
		積體電路電路布局權	0		
		著作權	0		
		品種權	0		
		其他	0		
	技術移轉	件數	0	件	
		收入	0	千元	
參與計畫人力	本國籍	大專生	0	人次	
		碩士生	2		研究期間聘用2名碩士級助理，藉由研究參與培育其研究能力，其中一名已於2017/06順利取得碩士學位。
		博士生	1		研究期間聘用1博士級兼任助理，藉由研究參與培育其研究能力。
		博士後研究員	0		
		專任助理	3		研究期間陸續聘用3名專任助理，藉由研究參與培育其研究能力。
	非本國籍	大專生	0		
		碩士生	0		
		博士生	0		
		博士後研究員	0		
		專任助理	0		
其他成果 (無法以量化表達之成果如辦理學術活動、獲得獎項、重要國際合作、研究成果國際影響力及其他協助產業技術發展之具體效益事項等，請以文字敘述填列。)			0		

## 科技部補助專題研究計畫成果自評表

請就研究內容與原計畫相符程度、達成預期目標情況、研究成果之學術或應用價值（簡要敘述成果所代表之意義、價值、影響或進一步發展之可能性）、是否適合在學術期刊發表或申請專利、主要發現（簡要敘述成果是否具有政策應用參考價值及具影響公共利益之重大發現）或其他有關價值等，作一綜合評估。

### 1. 請就研究內容與原計畫相符程度、達成預期目標情況作一綜合評估

達成目標

未達成目標（請說明，以100字為限）

實驗失敗

因故實驗中斷

其他原因

說明：

### 2. 研究成果在學術期刊發表或申請專利等情形（請於其他欄註明專利及技轉之證號、合約、申請及洽談等詳細資訊）

論文： 已發表  未發表之文稿  撰寫中  無

專利： 已獲得  申請中  無

技轉： 已技轉  洽談中  無

其他：（以200字為限）

### 3. 請依學術成就、技術創新、社會影響等方面，評估研究成果之學術或應用價值（簡要敘述成果所代表之意義、價值、影響或進一步發展之可能性，以500字為限）

社區照顧為臺灣長期照顧的主流模式，繼「我國長期照顧十年計畫 - 大溫暖社會福利套案之旗艦計畫」（長照1.0版）後，政府部門正積極推動「長期照顧十年計畫2.0」。無論是長照1.0或2.0，對正快速邁向高齡化的台灣社會，一套設計良善的社區照顧服務將影響到老人的福祉至鉅。本研究探討長期照顧中最為普及的社區照顧關懷據點、日間照顧中心及居家服務之服務使用者，對社區照顧服務理念及品質的滿意度，以及透過針對近50位的專家學者、政府官員及實務工作者進行個別訪談和焦點團體，以瞭解受訪者對社區照顧的意見與建議。依據研究結果，本研究分別針對社區照顧關懷據點、日間照顧中心、居家服務及整體社區照顧之未來發展提出建議。相信這些建議對未來長期照顧政策的推動具有重要的參考價值。另外，本研究亦檢視社區照顧理念的落實狀況，對於社區照顧之未來學術的發展，可能有深遠的意涵。

### 4. 主要發現

本研究具有政策應用參考價值： 否  是，建議提供機關衛生福利部，（勾選「是」者，請列舉建議可提供施政參考之業務主管機關）

本研究具影響公共利益之重大發現： 否  是

說明：（以150字為限）