

科技部補助專題研究計畫成果報告

(期末報告)

權能激發觀點：

受照顧者自我效能之量表發展與驗證

計畫類別：個別型計畫

計畫編號：MOST102-2410-H-305-075-SSS

執行期間：102 年 10 月 1 日至 103 年 9 月 31 日

執行機構及系所：國立臺北大學社會工作學系

計畫主持人：劉素芬

協同主持人：孫世維

計畫參與人員：高靖翔、楊怡臻、蕭慧宜

本計畫除繳交成果報告外，另含下列出國報告，共 1 份：

☒出席國際學術會議心得報告

期末報告處理方式：

1. 公開方式：

☐非列管計畫亦不具下列情形，立即公開查詢

☒涉及專利或其他智慧財產權，☐一年☒二年後可公開查

詢

2. 「本研究」是否已有嚴重損及公共利益之發現：☒否 ☐是

3. 「本報告」是否建議提供政府單位施政參考 ☒否☐是，
(請列舉提供之單位；本部不經審議，依勾選逕予轉送)

中 華 民 國 103 年 12 月 24 日

目錄

壹、 研究背景與目的	1
貳、 文獻探討	3
一、 老人權能激發觀點與自我效能	3
二、 受照顧者自我效能之實證發展	5
參、 研究方法	7
一、 量表發展步驟	7
二、 測量工具	8
三、 研究場域與樣本來源	9
四、 研究倫理	10
五、 資料分析	11
肆、 研究分析	11
一、 樣本描述	11
二、 項目分析	13
三、 探索性因素分析	16
四、 信度、效度考驗	20
五、 受照顧者自我效能之群體差異	21
伍、 研究討論與建議	24
陸、 參考文獻	27

表格目錄

表 1 項目分析之評判結果	13
表 2 「受照顧者自我效能量表」十四次探索性因素分析刪除的題項順序	17
表 3 「受照顧者自我效能量表」四個共同因素之因素負荷量	18
表 4 「受照顧者自我效能量表」四個因素之相關係數	20
表 5 德慧法專家名單	20
表 6 「受照顧者自我效能量表」四個因素、自我掌控信念量表、憂鬱量表、社會 期許量表之相關係數.....	21
表 7 不同年齡在受照顧者自我效能之群體差異：ANOVA 結果	22

圖目錄

圖 1 主成分分析之因素陡坡圖	16
-----------------------	----

中文摘要

本研究目的為，以權能激發為理論觀點，發展一份適用於國內之「受照顧者自我效能量表」。

在研究方法方面，本研究採用表面效度、內在一致性效度、因素分析和建構效度等分析進行量表建構，以專家意見和結構性問卷進行調查，有效樣本共 307 人。

在研究結果方面，本研究發現「受照顧者自我效能量表」共包括 4 個次向度，共 26 個題項。分析結果顯示，本量表的內在一致性信度達 .866，四個次量表的信度皆良好。本量表的聚合效度和區辨效度均良好。本量表可用於未來受照顧者接受社會生物心理介入服務之評估工具。

關鍵字：受照顧者、自我效能、權能激發

英文摘要

Purpose: The purpose of the study is to develop a scale measuring a sense of efficacy of care receivers in Taiwan, based on an empowerment approach.

Methods: Content validity, internal consistency reliability, factor structure, and construct validity were assessed through expert review and field administration, with 307 participants.

Results and implications: Results suggest that the Taiwan Care-Receiver Efficacy Scale (TCRES) comprises four subscales, including 26 items. Cronbach's alpha coefficient for the TCRES is .866, with strong reliability evidence for four subscales. The TCRES shows good convergent validity and discriminant validity. The TCRES may be useful for an assessment tool for psycho-social-behavioral interventions aimed at increasing the capacity of care receivers.

Key words: care receiver, self-efficacy, empowerment

壹、研究背景與目的

根據內政部的最新資料顯示，台灣六十五歲以上老年人在 101 年底已達 11.2%，老化指數為 76.2%，近十年來已增加了 32%，老化指數雖然尚不及日本(177%)及加拿大(88%)，但已高於美國(65%)、紐西蘭(70%)與澳洲(74%)等先進國家(內政部統計處, 2013)。又，高齡者人口逐年增加，幼年人口卻因出生率降低而減少，導致我國的扶養比在 101 年底已降至 34.7%，較全世界各國的平均比例(51.52%)更低，顯見台灣社會未來在老年人經濟安全和長期照顧方面會愈來愈吃力。老年人，尤其是老年女性，因為老化產生的生理與社會心理各種層面的變化，其需要受照顧的依賴年齡有增加的趨勢，意味著老年長期照顧服務需求的增加，挑戰也愈大。因此，如何建構完善的老人社區照顧體系與長期照顧服務已然成為台灣社會與政府要嚴肅面對的迫切議題。

隨著諸多傳統文化觀念的式微，敬老尊賢的文化不再，老年意象總是被刻板化成負向概念，一般人慣以年輕作為價值思考的標準，對老的概念充斥醜惡、恐懼、無用和悲觀的想法(邱天助, 2002)。生活隨處可見有形無形的老年歧視符號和言行，透過各種機制不斷將老人排除社會參與活動之外，例如老年撤退理論主張老年人應退出勞動市場，將權力與角色讓與年輕世代，被批評隱藏了「老年無用論」的假設，抹殺老年人存在的價值(邱天助, 2011)。這種無所不在又隱性的社會排除機制，當老年人面臨生活的重大變化時，例如因為身體功能退化或罹患重病變成受照顧者時，其醫療與照顧決策權時常被轉移到老人家屬，使得老人本身失去了自己身體的自我決定權，甚至「知」的權力，被動的接受家屬代理人所安排的照顧服務，也讓老年人在其角色轉化的適應產生極大的困難與挑戰，衍生更多老年適應問題。

事實上，只關注老年人身體功能和疾病限制，容易陷於傳統醫療模式的迷思，導致頭痛醫頭，腳痛醫腳，卻忽略老年人身為一個「人」在身心靈的全面性需求。從權能激發(empowerment)及優點模式(strengths perspective)的觀點來看，每個人都有學習、成長和改變的潛能，即使在最卑微和受虐的人們身上，仍可見其內在的力量(宋麗玉、施教裕, 2009, p. 45)。由此觀點可知，老年人即使是身體功能受限，依然擁有潛能和自身的優勢，若能充權並激發老年人之自我效能感，使其潛能發揮，能積極參與自己的照顧計畫，並主導自己的照顧服務過程，不僅有助於老年受照顧者與其主要照顧者的關係，減少照顧衝突，也能提昇老年人的照顧品質。因此，探究失能老年人的自我效能概念和內涵有其重要性。

老人社會工作學者 Cox 與 Green(2005)於 2001-2005 年美國科州丹佛都會區進行一個為期三年的「老年受照顧者效能介入方案」(Care-receiver Efficacy Intervention; CREI)，此方案獲得美國健康與人群服務部老人局(the

Administration on Aging)的三年贊助經費，她們採取權能激發觀點，提供團體與個人兩種老人受照顧者的自我效能介入服務，介入焦點包括失能老人成為受照顧者所要面臨的挑戰，以及其與照顧提供者的關係。研究結果支持其假設，無論是團體或個人的介入方案，老年參與者在自我照顧表現、與照顧提供者關係、生活品質與晚年生活滿意度比較未參與方案之前皆有顯著的進步，顯示自我效能介入方案的確有達到成效。特別的是，比起未接受服務（但有使用一般老人服務方案）或接受個人服務的老年人，參與團體方案的老年人其自我效能程度和生活品質表現更好，足見社會團體活動的參與對於老年人的重要性。她們的研究成果也證明了權能激發模式的老人社會工作不僅能提供老年人更好的生活品質，更能協助老年人善用其潛能和資源，鼓勵其在個人、家庭、社區，甚至政策層面都能貢獻想法和意見，使其老年生活充滿意義。

Cox 本人年逾七十，仍積極從事老人學研究深感佩服，其自身所散發的無限活力則是活用權能激發理論於自身老年生活的最佳典範。由於研究者曾有三年的老人社會工作實務經驗，經與 Cox 討論並獲得支持，期待未來能將「老年受照顧者效能介入方案」經驗引入台灣，以權能激發為理論基礎，配合台灣社會文化脈絡，分階段將其方案計畫在地化，首先是自我效能測量工具的發展、方案內容的在地化及實施，最後以實證研究方法進行方案評估，提供老人實務工作領域有證據力(evidence-based)的方案服務模式，其研究結果將來亦可和美國進行跨國性的比較。

老人照顧服務的研究部分，多半以照顧提供者的觀點與角度進行相關研究 (Keith, Wacker, & Collins, 2009)，國內目前雖然已有發展權能激發觀點的實證性量表，其內涵包括自我效能概念(宋麗玉，2006)，但在研究構念和向度上並未能回應失能老人成為受照顧者的特性，有鑑於以老年人觀點為主體自我效能測量工具至今仍闕如，本研究目的在於以老年受照顧者為主要對象，發展一可以測量其自我效能的實證性量表，以提供國內老人服務過程中一個具證據基礎的測量工具。

貳、文獻探討

一、老人權能激發觀點與自我效能

權能激發(empowerment)一詞在國內尚未有一致性的譯名，包括充權、賦權、使能、增強權能…等名詞在不同學門領域皆有人翻譯，不論譯名為何，皆內蘊個人內在權力與能力的增強或激發，在此本研究以權能激發稱之。Cox 與 Parsons(1994)認為權能激發乃是一個動態的過程，使個人有能力參與、掌控和影響自己的生活。宋麗玉 (2006:55)在回顧相關文獻後，綜合東西方兩者觀點將權能激發（宋翻譯為增強權能）定義為：「個人對自己的能力抱持肯定的態度，自覺得控制自己的生活，並在需要時影響周遭的環境」。另有學者將其定義為：「一種過程，可使人們變得夠堅強、夠能力去參與、分享、及影響他們的生活。亦即是能夠挑戰或改變其個人、人際或政治面生活的行動參與。」(薛曼娜和葉明理，2006：5)由此可知，權能激發不僅強調每個人都有潛能，同時也肯定個人對所處的環境具有影響力，進而能改變或掌控自己的生活。學者指出權能激發所介入的面向除個人層次，還包括社區與社會層次(Cox & Parsons, 1994; Zimmerman, 1999)。因本研究目的之故，文獻探討焦點將以個人層次的權能激發觀點與自我效能概念為主。

宋麗玉 (2006：55-56)提出從生態觀點來看，個人權能感的呈現包括三個層次，「在個人層面，個人擁有自尊、自我效能和掌控感，能夠訂定目標，採取行動以達成目標；同時對於所處的環境有良好的配適度。在人際層面，個人具備與人溝通的知識／技巧，與他人互動時能夠自我肯定，能夠與他人形成夥伴關係，自覺對他人有影響力，或是得到他人的尊重，但同時也能考慮別人的需求或自己的責任。在社會政治層面，認識自己應有權利，肯定團結的重要性與集體行動可以改變周遭的環境，也願意為維持公義採取行動。」Zimmerman(1995:7-9)將個人層面的權能激發定義為心理權能激發(psychological empowerment, PE)，提出其內涵包括三個要素：(1)個人內在要素：指的是人們如何思考自己，以及包括控制感、自我效能、控制動機、對能力的知覺，以及精熟(mastery)；(2)相互作用要素：指的是人們如何了解所屬的社區以及相關政治社會議題。人們必須要學習在特定脈絡下有哪些選項，如此才能掌控環境。要達成這個目的，必須對於特定環境的規範(norms)和價值有所瞭解，也要發展出對環境的批判性察覺，以及問題解決的決策和領導技巧。換言之，相互作用要素提供個人掌控感和採取行動進行掌控之間的橋樑；(3)行為要素：指的是採取直接影響結果的行動，此外也包括管理壓力或因應改變的行為。透過上述三個要素的結合，人們心中會形塑出一個信念，相信自己是有能力影響特定環境，瞭解特定脈絡下的系統運作方式，

以及採取行動以掌控環境(Zimmerman, 1995)。從上述學者對於權能激發內涵的分析可知，自我效能乃是激發個人權能感的不可或缺的基本要素之一，個人或群體一旦缺乏自我效能，容易處於無力感的狀態，難以掙脫其困境。因此，以權能激發觀點出發的老人照顧服務模式，必須將自我效能概念視為一個重要的介入與評估的焦點，惟有透過自我效能的提昇，增進個人對所處環境的掌控感，才能激勵其心理權能感，進而帶動人際層面和社會政治層面的權能感。

自我效能概念乃是一個人評估自己是否有能力達成特定任務的一種信念系統，會影響其思考模式、行動和情緒的激勵(Bandura, 1982; Bandura, 1994)。在實務操作上，權能激發觀點與許多其他理論可相互結合運用(宋麗玉, 2008)，如社會認知論中的自我效能概念可協助我們瞭解個人內在認知如何影響其行為選擇，以及其背後的運作機制。Bandura 於 1977 年有系統地發展自我效能概念，至今相關理論發展已數十年，自我效能理論不僅被廣泛地運用在社會心理學研究，近年來在醫療健康照顧領域也十分熱門，被認為是影響人們從事健康行為的重要因素之一。國內外研究皆發現，自我效能概念對於許多健康行為乃是一個預測力極佳的變項(陳玉敏, 1999; 李尹暘、林曉佩、林君怡, 2007; 陳素月、許淑蓮、張景盛、王東衡、黃明賢, 2010; Luszczynska et al., 2005)，也是預測成功老化和老人照顧的重要測量工具(Cox et al, 2006; Moraitou et al., 2006; 楊培珊、梅陳玉嬋, 2011)。其他學者也指出在計畫與行為之間，自我效能扮演調節效果(moderating effect)(Luszczynska et al., 2011)。換言之，自我效能是一個人主觀認知的判斷，這個判斷決定個人在面對困難時要付出多少努力，以及持續多久的時間。

從生命階段來檢視自我效能概念，Bandura(1994)認為老年階段主要是重新評價和錯誤評價其能力。雖然隨著生理老化，老年人在社會活動的自我效能評價會受到影響，然而因年齡增長的知識、技巧和專業累積可以彌補生理失落而保有能力，而老年人自我效能的減損通常來自於誤用和負向的文化預期，而非生理老化的結果。晚年生活因退休、喪偶或喪親、搬離住所等的主要生命事件變化，培養老年人重新建立新社會關係的人際技巧非常重要，若缺乏這種社會效能，會讓老年人更加無力面對壓力和憂鬱狀態，直接和間接地導致其無法發展對抗壓力事件的社會支持。然而，伴隨著老化而來的各種失落，老年人的自我效能一定會降低嗎？Trouillet 等人(2009)調查 153 位年齡介於 22-88 歲的法國社區民眾，結果發現一個人的因應方式和自我效能具有穩定性，不因年齡而輕易改變。上述研究發現呼應了 Bandura 對老年人自我效能的想法，即老年人自我效能並不一定隨著生理老化而降低或減損，然而來自社會環境結構的限制以及文化上對老年潛在的歧視和排除，對老年人的自我效能造成負面影響。

Cox 與 Dooley(1996)深度訪問 91 位美國老年受照顧者在照顧接受過程的角色和感受，同時也訪問了 79 位照顧提供者。研究結果顯示老年受照顧者會發展許多策略來支持他們的照顧提供者，以及提供自我照顧，而非僅是消極無助的被

照顧者角色。Schneller 與 Vandsburger (2008)研究也發現老化所伴隨的健康損壞、需依賴多種藥物、生命意義的失落，對於老年人確實造成很大的生活壓力，然而在這些壓力之下，受訪老人仍透過許多策略展現其自我效能，包括：與家人互動，有能力提供家人支持；與朋友互動；擁有娛樂興趣以放鬆身心；掌控自身健康（包括自我決定，採取良好的健康促進活動）。從實證研究可知，失能的老年人並非一般人所想像中的無能和消極無助，即使在身體不適或受限的狀況之下，許多老年人保有自我效能，發展自助互助的策略，並展現生命的意義。

Bandura 認為提昇一個人自我效能感最有效的方式是透過精熟經驗(mastery experiences)的累積，即先創造一結構性環境來建立個人的因應技巧和灌輸信念，使其能掌控潛在的威脅，以引導式精熟(guided mastery)做為媒介，協助個人發展自我導向的精熟經驗，一旦個人發展出有效能的韌性(a resilient sense of efficacy)，即可在無須協助的狀況下克服困難和不利事件(Bandura, 1994)。這個想法與 Cox 與 Parsons 所提出的權能激發老人社會工作實務原則一致，其認為凡人都有潛能，即使是在極度困難的情況之下，以及每個人在一生中都有可能歷經各種程度的無權力感(powerlessness)(1994:17)，當一個人處於內在外環境劣勢而呈現無力感時，必須先提供一個具有保護性的環境，使其看見並發揮其潛能，激發其自我效能，進而影響環境並掌控自己的生活。研究指出，團體成功經驗會加強老年人的社會參與程度，反之則會讓老年人喪失信心和活動參與度，因此在訂定初期目標時應該選擇較易達成的目標，以加強其信心；同時也要提供社區中的老年人聚集一起共同努力的機會，以激發其熱情(Fisher & Gosselink, 2008)。當老年人相信他們可以為社區或團體盡一份力，這種團體形成的過程可以增強他們個人自我效能，激發個人與團體的權能感，進而有機會回饋社區。

二、 受照顧者自我效能之實證發展

Bandura(1982)提出自我效能的測量包含三個向度：(1)程度大小(magnitude)：有效的信念發展從個人在執行一行為的能力感受；無效的信念結果來自面對個人期望達成的失敗；(2)強度(strength)：指當個人遇到障礙時，個人對其能達成行為的信心保持的力量；(3)普遍度(generality)：指測量自我效能的功能領域(引自蔣立琦、郭雅雯、林綽娟，2004)。自我效能概念的測量依研究目的和實施領域的差異，可運用於普遍領域的自我效能，亦可運用於特定領域。在普遍領域測量部分，如 Sherer 等人(1982)發展的「一般自我效能量表」，共 23 題，常廣泛用於教育心理學等領域，包括一般自我效能和社會自我效能兩個向度，建構效度和效標效度皆獲得實證研究的支持。而健康照顧領域中，根據蔣立琦等人(2004)文獻回顧，則多趨於特定領域的自我效能，以作為推動病患教育時測量行為改變的依據，例如 Schwarzer 和 Jerusalem (1995)發展的「一

般自我效能量表」(the General Self-Efficacy Scale, GSES)，至今已被翻譯超過 30 國語言，包括中文版一般自我效能量表 (Zhang & Schwarzer, 1995)，共計 10 題，內在一致性(Cronbach's α 值介於 .75-.91 之間。GSES 常與相關人格概念，如憂鬱、焦慮、自尊、孤獨、消極、樂觀及害羞等概念的測量工具進行相關性分析，經許多研究支持其效度 (Schwarzer, 2011)。Luszczynska 等人(2005)使用 GSES 進行跨國性比較研究發現，一般自我效能和特定行為的自我效能信念具有正相關，例如有較高度自我效能的心臟病患者對於自己是否能持續運動表現出較強烈的正向信念，而自我效能程度較高的病患，其憂鬱和焦慮程度較低，在疾病適應上較常使用正向的因應策略。由此可知，自我效能概念確實是一個解釋和預測個人特定行為的重要變項。

上述有關自我效能的測量工具已被許多學者運用於各領域研究中，皆有其信度和效度的支持，但並未納入失能老人所處的環境脈絡，難以有效測量身體狀況較差的老人在歷經生理失能和社會心理失落的情境下，成為一個受照顧者之自我效能的向度和內涵。因應權能激發模式老人實務工作的需要，以及瞭解老年人如何適應晚年生活的各種挑戰，Cox 等人(2006)以失能老人為主要對象，發展一「受照顧者效能量表」(the Care-Receiver Efficacy Scale, CRES)，目的在於測量社會心理教育方案介入的成效，該方案的介入目標為增加老年受照顧的能力，使其能主導和增進自己的照顧過程。CRES 共計 48 個題項，包含五個次向度：(1)自我照顧策略(self-care strategies)；(2)與照顧提供者的關係(relational coping w/caregivers)；(3)對依賴的看法(perceptions of dependence)；(4)與能力相關的生活品質(performance-related quality of life)；(5)接受幫助(accepting help)。Cox 等人(2006)以 175 位 55 歲以上的社區失能老人為對象，研究結果顯示 CRES 有良好的內在一致性(Cronbach's α 值介於 .69-.91)。考量老年人的體力有限之故，另發展一個 25 題的簡短版(Cronbach's α 值 .69-.82)。在效度部分，研究者邀請專家針對自我效能題項進行評分和審查以達到內容效度，此外，CRES 和老人憂鬱(the Geriatric Depression Scale-Short Form)及士氣量表(the Philadelphia Geriatric Center Morale Scale)有顯著相關，支持其具有聚合效度。Cox 與其同儕認為自我效能概念的測量研究必須考量受訪者所屬的社會環境脈絡，若要應用 CRES 在它地方時，應該要納入當地社會文化環境做為考量，此外在效度方面，也建議可再增加其它測量工具，如內外控量表(locus of control)和適應量表(coping inventory)等，以及增加區辨效度和效標效度的測量工具，透過多元實證資料來增加其效度。

回顧文獻，迄今國內尚無針對老人受照顧者為對象所發展的自我效能量表，雖然有學者認為一般自我效能量表亦可適用於老人的自我效能測量(申繼亮和唐丹，2004)，但缺乏考量照顧情境和關係的脈絡，仍無法有效測量失能老人的自我效能內涵，並不適合做為照顧介入方案的測量工具。因此，本研究主要依據

Cox 等人所發展的 CRES 為基礎，透過英文量表翻譯和心理計量分析過程，以發展一適用於國內評估老人受照顧者自我效能的實證性量表。

參、研究方法

一、量表發展步驟

由於本研究主要目的在於發展受照顧者自我效能量表，在研究設計部分將依據 DeVellis(2003) 所提出的量表發展指引，其步驟包括：(1)決定欲測量的概念，並釐清概念內涵；(2)草擬問項題庫(item pool)：選擇可以反應量表目的之問項，建議為最後題數的 3-4 倍之問題；(3)決定測量的形式；(4)邀請專家檢驗問項題庫的適切性和精準度，以及哪些重要問項被遺漏；(5)考慮包括測量效度的問項，例如社會期許量表(Social desirability scale)；(6)進行試測，再正式施測；(7)進行統計分析以評估每個問項；(8)決定最合適的量表長度，並兼具適當的效度。宋麗玉(2006)則認為除了上述步驟之外，應該對於量表進行最後的信度及效度的檢驗。

本研究參考 DeVellis(2003)所提出的量表發展指引，量表發展步驟主要包括下列階段：(1)原文量表翻譯與修訂；(2)認知訪談；(3)專家意見；(4)形成正式量表並進行施測；(5)進行統計分析以評估每個問項；(6)決定量表長度和檢驗其信效度。以下分別說明各階段之內涵。

階段 1：量表翻譯與修訂。本研究以 Cox 等人(2006)所發展的 Care-Receiver Efficacy Scale(CRES)為基礎，由研究者和協同研究者(皆具有美國博士學位)分別翻譯成為中文版本，經過數次會議，針對譯文進行交叉比對和討論，以確保譯文的合適性，若討論過後仍有疑義之處，研究者則透過 Email 方式與原量表作者 Cox 求證，以確保譯文的準確性。經修訂之後，本量表共包含五個向度，分別為「自我照顧能力」、「與照顧者的關係」、「對依賴的看法」、「與能力相關的生活品質」、「接受幫助」，採用 Likert's 四點尺度計分，非常不同意為 1 分，不同意為 2 分，同意為 3 分，非常同意為 4 分。

階段 2：進行認知訪談，再次修改題項。由於 CRES 乃以美國受照顧者為主要施測對象，未必合適台灣受照顧者的特質和在地照顧文化等議題，研究團隊實地訪談五位受照顧者對於題項妥切性的看法，研究團隊根據訪談意見並參考相關文獻後，將問項修改的更口語化以貼近潛在受訪者，以及確保受訪者能理解問項的意思，本階段維持量表題項為 48 題。

階段(3)：專家效度。本研究邀請五位熟悉老人社會福利領域的專家學者進

行二次的德慧法調查，以使問項能確實反映受照顧者的自我效能概念，並進行量表問項的增刪修改。

階段(4)：本研究於二次德慧法調查後，形成正式施測問卷，由訪員正式施測。

階段(5)：問卷結果由研究團隊登錄於 excel 檔案，確認資料登錄無誤，以統計分析軟體進行分析，檢驗量表問項的內涵適切性，其方式包括：(a)在量表內涵部分，將進行探索性因素分析以萃取概念次向度，並檢驗問項和概念向度間的關係，同時也進行項目分析以評估各次向度的問項；(b)在信度考驗部分，進行內在一致性的檢驗。

階段(6)：檢驗量表之效度，包括內容效度和建構效度等檢驗。內容效度部分請老人相關的專家學者檢視量表問項適切性；建構效度部分，則檢驗自我效能概念與其它相關變項間的關係。

二、測量工具

為檢驗自我效能量表的效度，本研究在問卷調查中使用不同的量表檢視自我效能概念與其它相關變項間的關係。根據文獻回顧，CRES 和憂鬱和掌控感有顯著相關(Cox et al., 2006; Schwarzer, 2011)，因此本研究採用中文版的簡短版憂鬱量表(GDS-SF)，以及熊秉荃老師所發展的自我掌控信念量表，同時也加入社會期許量表(DeVellis, 2003)，以檢驗自我效能量表之建構效度。本研究假設自我效能概念與憂鬱及自我掌控信念具有顯著的相關。本研究其它測量工具的說明如下：

(一)憂鬱量表

本研究使用中文版「簡易老人憂鬱量表」(TGDS)進行測量，此量表乃是廖以誠、葉宗烈、柯慧貞、駱重鳴、盧豐華(1995)翻譯自 Brink 等所編製的「老年憂鬱量表 (Geriatric Depression Scale, GDS-30 題)」。此量表專為老人編製，採二分法(是/否)回答，在實務上更適合老年人作答。廖以誠等人(2004)以 223 名老年人為研究對象，結果顯示 TGDS 的 Cronbach's 值為 0.94，再測信度為 0.82，折半信度為 0.95。另外，他們依 DSM-III-R 的診斷測量 TGDS 的效度，支持 TGDS 是一份有信、效度的本土化老年憂鬱症篩選量表。基層醫療門診使用時，其最佳臨界點為 15 分，此時敏感度為 93.3%，特異性為 92.3%。由於 30 題 TGDS 在施測過程仍嫌冗長，本研究採用 15 題的簡式 TGDS，受訪者若分數大於或等於 7 分以上即認為可能有憂鬱症。此量表在本研究之內在一致性信度為.842。

(二)自我掌控信念量表

在自我掌控信念概念經台灣大學熊秉荃老師同意，使用其翻譯自 Pearlin 和 Schooler(1978)的「自我掌控信念量表」，此量表共包括七個題項，以測量個人

對其生活中發生事物的掌控感。計分方式用 Likert' s 四點尺度，1 分表示極同意，4 分則為極不同意；其中第 4 和 6 題為反向題，得分較高表示自我掌控信念愈高。

此量表在國內外許多研究之信、效度皆有不錯的表現(Pearlin & Schooler, 1978; Chung, Pan, & Hsiung, 2009; Creed, Kim, & Hood, 2009)，其內在一致性皆在.8 以上。張靜琪(2006)針對精神分裂病人進行的研究也顯示，此量表之內在一致性為.82，具有良好的信度。此量表在本研究之內在一致性信度為.847。

(三)社會期許量表

為避免受訪者朝「社會期許」方向作答影響測量工具的效度，本研究採用社會期許量表(social desirability scale)，以檢驗在施測過程中受訪者是否傾向令人印象良好的回答，同時亦可協助研究者評估受訪者對每個問項的回答受到社會期望的影響有多強(DeVellis, 2003:87)。本研究自馬康二氏社會期許量表(MCSD)33 題問項中(廖玲燕，2000)，由研究團隊四位成員各自選出適合台灣老年人回答的題項，取最大公約數，經討論後，最後決定採用 10 題(正負向題各 5)。此量表在本研究之內在一致性信度為.680。

本研究問卷內容除了上述測量工具之外，也包括受訪者的基本人口特徵，包含性別、年齡、教育程度、族群／省籍、婚姻狀況、信仰、經濟來源、居住狀況，以及生活費用足夠程度等資料。除此之外，因自我效能量表中涉及主要照顧者和健康照護人員等問項，因此在問卷設計中，於自我效能量表之前加入「主要照顧者為何」，以及「接觸哪些健康照護人員(複選)」二個問項，以協助受訪者回答量表問題。

三、研究場域與樣本來源

本研究之研究場域為北部地區安養(護)機構與社區。安養(護)機構來源有二家，一家為新北市某自費養護中心，進住對象皆為自費戶，另一家為台北市某私立安養中心，進住對象包括一般戶和中低收入戶，整體而言，前者住民的社會經濟狀況略優於後者。社區之樣本來源則來自北部地區之居家照顧服務機構。研究團隊先以研究說明文件、公文方式和電話等方式連絡機構，機構同意合作之後，由機構工作人員會協助徵詢有意願的受訪者，再由機構提供合適的潛在受訪者名單，最後由訪員實地到機構和社區進行問卷訪談。

由於失能老人屬於風險性較高的受試對象，受限於人力、財力和時間等資源的限制，本研究的抽樣方式為方便性取樣(convenience sample)，採取和有意願參與研究的機構合作方式，以期順利完成研究。採取和機構合作具備有下列好處，一來機構工作人員熟知受照顧者之狀態，可協助篩選生理、心理和認知狀況不合適的人選，二來透過機構工作人員的引薦，可增加受照顧者的信任度，提供

其受訪意願，三來若研究團隊對於訪談資訊有疑問，可再次與機構工作人員確認資料的正確性。然而，由於方便性取樣乃是非機率抽樣，因此本研究發現只限於本次參與研究的對象，無法推論到整體受照顧者狀況。

研究對象的篩選標準有三：(1) 年齡在 65 歲及以上的老年人，以及 50-64 歲的身心障礙者(身心障礙者之老化年齡為 50 歲)；(2) 有失能狀況且接受個人照顧服務(3) 經簡易認知功能評估 (Simple portable mental status questionnaire；SPMSQ)，其認知功能足以參與研究進行。根據長期照顧中心評估量表說明，當老人答錯 SPMSQ 三題以上，即可能有失智徵兆(引自楊培珊、梅陳玉嬋，2011)，若受訪者錯答三題以上，由機構工作人員評估潛在受訪者之合適度，若工作人員評估受訪者可確實回答問卷，仍會列入本次研究受訪對象。為確保受訪者的意願，受訪者皆曾經機構工作人員徵詢其受訪意願，有意願參與者才會由訪員進行訪談。訪談過程中，若受訪者拒絕或有勉強的感受，訪員即不再進行訪談，以尊重受訪者之意願，確保其權益。

本研究以探索性因素分析來檢驗量表構念之信效度。一般而言，探索性因素分析的人數估算方式包括二種，第一種是直接設定所需人數，第二種方式為採取人數和題目的比例去估算人數(涂金堂，2012)。實務上，學者對於因素分析所需的樣本人數尚無一致的共識，例如 Gorsuch (1983)認為至少 100 人才可進行探索性因素分析，但 DeVillis(2003)則主張至少 300 人以上才合適進行探索性因素分析(引自涂金堂，2012, p64-65)。涂金堂(2012)認為進行探索性因素分析的樣本人數若是 300 人以上，是屬於較理想的樣本人數，據此，本研究的受訪人數設定為 300 位以上，以確保探索性因素分析的合適性。

四、研究倫理

為確保問卷回收率及問卷品質，施測方式採用由訪員實地訪談受訪者的方式，以確保問卷填答的完成率和真實性。訪員進行問卷訪談時，以受訪者熟悉的語言（國語或台語為大多數）逐一唸出所有問項，再記錄其回答。訪員來源包括二種類型，第一類型是研究者所屬的大學曾修過老人社會工作的社工系四年級學生，以及研究生，第二類型為從事居家照顧服務的社工人員，主要協助進行社區受照顧者訪談。上述的訪員皆有與老人相關的學習、實習或工作經驗，對如何與老年人互動皆有一定的熟悉度。所有的訪員在進行訪談之前，皆經過完整的訪員訓練，學生訪員由研究團隊在學校內進行訪員訓練，社工人員則由研究團隊到其工作單位進行訓練，本研究共舉辦五次訪員訓練，每次訓練時間為至少為一個半小時。為確保訪員的安全，研究團隊在資料蒐集期間(103 年 5-8 月)為所有訪員投保意外險；為增加受訪者的信任度，學生訪員在訪談過程須佩戴識別證。此外研究團隊也事前編製訪員手冊，提供給訪員隨身攜帶參考。

為符合研究倫理中的知情同意原則(informed consent)，潛在受訪者若同意參與研究，經訪員仔細說明研究並確保受訪者瞭解相關權益後，須簽署一式兩份研究同意書，訪員亦會簽名以示負責，受訪者和研究團隊各留存一份同意書，受訪者若事後想刪除其資料，隨時可與研究團隊連繫進行資料刪除，以符合知情同意之研究倫理原則。為落實受訪者的保密原則，問卷皆採匿名方式，以編號方式登錄受訪者資訊，不會記錄其可辨試的個人隱私資訊(Singleton & Straits, 2005)。本研究所有受訪者資料皆存放於上鎖的櫃子，除研究團隊之外，外人無法拿取，以確保受訪者的隱私性，資料蒐集期結束之後，則由研究主持人保管和使用資料。除研究所需的整體性結果呈現，未經受訪者同意，不會揭露任何其個人資訊。此外，本研究提供每位完成問卷的受訪者一份價值一百元的禮券，以茲感謝受訪者對本研究的貢獻。在合作機構的回饋方面，本研究寄送研究成果供其參考，以表謝意，若合作機構有需求，本研究亦會單獨分析該機構受訪者之整體資料，提供機構做為服務依據之參考。

五、資料分析

在資料分析部分，本研究使用 SPSS22.0 統計軟體進行下列資料分析：

- (一) 描述性分析：進行描述性統計分析，以呈現受試者的基本人口資料。
- (二) 項目分析：檢驗量表各個次向度的問項之適切性。
- (三) 探索性因素分析：檢驗量表的內部因素結構，以及因素負荷量。
- (四) T 檢定：檢驗兩類變項和量表向度之間的相關性。
- (五) 單因子變異數分析：檢驗三類以上變項和量表向度之間的相關性。
- (六) 皮爾遜積差相關性分析：檢驗各概念之間的相關性。

肆、 研究分析

一、樣本描述

本研究共訪談 339 位受訪者，有效問卷共計 307 份，無效問卷為 32 份，有效問卷回收率約 90%。其中，28 份無效問卷的原因是受訪者之「簡易心智狀態問卷調查表(SPMSQ)」之分數達認知嚴重缺損，影響其回答的可信度，故不採用。另外 3 份因受訪者回答意願低落或不願配合而無法完成問卷，1 份因為年齡不符被淘汰。

307 位受訪者中，分別來自新北市(73.9%)和台北市(26.1%)，平均年齡為 76.37 歲(SD=11.50)，年齡分佈最低 50 歲，最高 103 歲，其中女性占 55.7%(平

均年齡為 77.29 歲)，略多於男性(平均年齡 75.23 歲)，女性受訪者平均年齡略高於男性，但未達顯著水準。57.3%受訪者來自機構，另外 42.7%受訪者來自社區，經獨立樣本 t 檢定發現，機構受訪者(81.53 歲)之平均年齡顯著高於社區受訪者(69.44 歲)($t=10.66$, $p<.000$)，透過交叉分析發現，本研究共 56 位身心障礙受訪者(50-64 歲)，其中居住在社區中有 51 位，因此社區受訪者之平均年齡低於機構受訪者。

教育程度方面，以國小學歷之受訪者最多(36.5%)，其次為國中學歷(15.6%)和不識字(15.6%)。七成以上的受訪者族群認同是閩南人(74.5%)，其次為外省人(19.9%)，客家人最少(5.2%)。近半數受訪者婚姻狀況為喪偶(49.2%)，其次為已婚(29.6%)。四成的受訪者信仰佛教(40.7%)，其次為民間信仰(25.78%)，再次之為基督教或天主教(13.7%)，沒有宗教信仰者占 11.7%。

在居住狀況方面，超過半數的受訪者住在養護機構(57.3%)，其次是與子女同住(17.6%)，再次之為獨居或僅與配偶居住者(16%)，部分受訪者是三代同住(7.8%)。由於半數受訪者居住在養護機構，53.1%受訪者認為主要照顧者為機構工作人員，其次依序為子女(含媳婦、女婿)(15.3%)、配偶(含同居)(10.7%)、照顧者為其它(居家照顧服務員)(5.9%)、親友(4.9%)。

在經濟來源方面，以子女奉養最多(43.6%)，其次為政府救助或津貼(17.6%)，再次之為自己儲蓄或利息等所得(13.4%)。多數受訪者認為生活費用足夠(64.8%)，約三成表示生活費用不足夠(32.6%)。

自評健康狀況方面，以自評「普通」居多(32.9%)，其次為「不太好」(31.3%)，再次之為「很不好」(14.7%)，自評「好」占 13%，「非常好」占 8.1%。在認知功能方面，七成以上的受訪者經 SPMSQ 量表施測，認知狀況良好(72.3%)，其次為輕度認知缺損(23.1%)，少數為中度認知缺損(4.6%)。若受訪者有認知缺損狀況，經社工人員評估其能力足以明確作答，仍視為有效問卷。受訪者所接觸的健康照護專業人員中(複選)依順序為護士或護理師(63.2%)、醫師(57.3%)、復健師或職能治療師(33.9%)、社工人員(32.9%)、營養師(11.4%)，以及心理師(3.6%)。

綜上可知，本研究受訪對象的基本人口特徵以女性、喪偶、國小學歷、閩南人，以及佛教徒居多，由於半數以上受訪者居住在養護機構，故主要照顧者為機構工作人員居多，子女次之。在經濟來源方面，以子女奉養最多，多數受訪者認為生活費用足夠。此外多數受訪者認知功能良好，自評健康狀況普通。

二、項目分析

項目分析主要目的在於剔除品質不好的題目，涂金堂(2012)指出 Likert's 五點量表的評判標準包括：(1)遺漏值的百分比不超過全體受試者的 10%；(2)題目的平均數介於 1.5-4.5；(3)題目的變異數大於 1；(4)題目的偏態係數介於 1 到 -1；(5)題目的高低分組獨立樣本 t 考驗達顯著水準；(6)修正後題目與總分之相關大於 .3；(7)刪除該題後的 α 係數提高。若違反上述標準，則是潛在的不良指標。其中，第 5 項常用來檢查問項分數分散的評判指標，而第 6 和 7 項乃是用以檢查問題之內在一致性，本研究採取較嚴格的評判標準，即第 5-7 項，只要有一項是不良指標，即將該題視為不良題目，予以刪除。

根據項目分析結果，第 5-7 項指標中，量表問項第 15, 26, 27, 28, 29, 30, 45, 46 等 8 題，至少有一項屬於不良指標，決定予以刪除，最後保留 40 個題項進行探索性因素分析(表 1)。

表 1 項目分析之評判結果

問 項	題目的高低 組獨立樣本 t 考驗	修正後題目 與總分之相 關	刪除該題後 的 α 係數	題目評判結 果
1. 你對於凡跟你身體照顧有關的事都主動參與。	-7.837***	.378	.898	
2. 你知道怎麼運用專業人員教你的知識和技巧。	-11.261***	.579	.896	
3. 你有不懂的事，你能夠詢問照顧你的專業人員。	-10.690***	.554	.896	
4. 你儘可能去瞭解自己目前的病況。	-10.560***	.479	.897	
5. 你可以告訴你的照顧者如何照顧你。	-7.645***	.460	.897	
6. 為了改善健康，你現在做的事對於改善健康是有用的。	-10.159***	.553	.897	
7. 你跟健康照護人員學會的知識和技巧，可以用在自己的身上。	-12.184***	.614	.896	
8. 關於照顧這件事，你覺得你的意見和健康照護人員的一樣重要。	-8.302***	.430	.898	
9. 你學會了一些方法，讓你可以不依賴別人。	-8.390***	.428	.898	
10. 你時常跟醫師講你的身體狀況，協助他/她做適當的醫療處置。	-7.638***	.420	.898	

問 項	題目的高低 組獨立樣本 t 考驗	修正後題目 與總分之相 關	刪除該題後 的 α 係數	題目評判結 果
11. 你會去留意自己所服用藥物的副作用。	-8.517***	.432	.898	
12. 有關如何照顧你，你的意見通常會被專業人員接受。	-6.604***	.417	.898	
13. 如果有新的照顧方式你願意去嘗試。	-6.635***	.312	.899	
14. 你會積極主動去瞭解自己的健康問題。	-11.928***	.601	.896	
15. 你積極地參與和你有關的照護決定。	<u>-.176</u>	<u>.019</u>	<u>.902</u>	刪除
16. 你時常告訴你的主要照顧者你愛他/她或關心他/她。	-7.849***	.458	.897	
17. 你和你的主要照顧者的關係像是好朋友一樣。	-10.145***	.492	.897	
18. 你會盡量配合主要照顧者的時間安排。	-8.061***	.390	.898	
19. 你會去了解你的主要照顧者的需求和問題。	-7.747***	.477	.897	
20. 你經常提供你的主要照顧者情緒支持。	-8.899***	.460	.897	
21. 你試著找出你可以為主要照顧者做的事。	-5.967***	.402	.898	
22. 你會等到你的主要照顧者方便的時候，才找他/她幫忙。	-7.286***	.493	.897	
23. 你有一些自己的娛樂消遣，所以你的主要照顧者可以不用擔心你。	-11.033***	.512	.897	
24. 當你有話要對你的主要照顧者說時，他/她會注意聽。	-6.901***	.396	.898	
25. 你做得到的事，你的主要照顧者會請你幫忙。	-7.086***	.412	.898	
26. 你不喜歡要別人幫忙。	<u>-.664</u>	<u>-.023</u>	<u>.904</u>	刪除
27. 事事要靠別人幫忙，讓你覺得很生氣。	<u>-1.270</u>	<u>.047</u>	<u>.902</u>	刪除
28. 你最大的恐懼是成為別人的負擔。	-2.043*	<u>.081</u>	<u>.903</u>	刪除
29. 你覺得你失去自由了。	<u>.327</u>	<u>-.086</u>	<u>.905</u>	刪除
30. 事事靠別人幫忙，不是件容易的事，你不喜歡。	-3.593***	<u>.178</u>	<u>.901</u>	刪除
31. 你可以對周遭的人有貢獻。	-8.661***	.504	.897	
32. 雖然你的健康狀況變差，但你還是有交到一些新朋友。	-7.942***	.423	.898	

問 項	題目的高低 修正後題目 組獨立樣本 t 考驗	與總分之相 關	刪除該題後 的 α 係數	題目評判結 果
33. 過去這幾年，你有培養一些新的興趣。	-6.134***	.396	.898	
34. 你這輩子喜歡做的事，有一些現在你還是 可以做。	-7.924***	.417	.898	
35. 你還是可以參加一些有意義的活動。	-6.117***	.331	.899	
36. 你有許多和你嗜好相同的朋友。	-7.319***	.410	.898	
37. 在你人生現在的階段，你還有一些想去完 成的事情。	-6.714***	.374	.899	
38. 你仍然樂於學習新事物。	-8.906***	.470	.897	
39. 你珍惜擁有的每一天。	-9.907***	.486	.897	
40. 你有新的娛樂消遣，可以取代因為身體變 差而不能做的活動。	-8.566***	.432	.898	
41. 當你有需要的時候，可以接受別人幫忙。	-4.874***	.304	.899	
42. 你有辦法接受自己需要人家幫忙，照樣開 心過日子。	-5.898***	.376	.898	
43. 你可以調適自己去接受需要協助這件事實	-6.311***	.392	.898	
44. 對於越來越依賴別人，你相信你可以把心 情調整好。	-6.013***	.423	.898	
45. 你接受了你需要幫忙的事實，不再鑽牛角 尖	-4.220***	.287	.899	刪除
46. 你感激別人的幫忙。	-6.057***	.292	.899	刪除
47. 因為過去的付出，你現在可以坦然接受幫 助	-4.615***	.318	.899	
48. 當身體變差時，你必須看事情好的一面	-7.262***	.425	.898	

註 1：48 個題項之 Cronbach 的 $\alpha=.900$

三、探索性因素分析

本研究使用項目分析之後，保留 40 個題項。由於本研究之目標在於進行資料的縮減，故接下來使用探索性因素分析方法以簡化變項的題數。

根據涂金堂(2012)的量表發展建議，本研究一開始以「主成分分析」萃取方式，以決定資料是否合適進行探索性因素分析。由 KMO 與 Bartlett 球形檢定結果可知，KMO 為 .876，高於 .6 的建議值，Bartlett 球形檢定結果達顯著性 ($\chi^2(1128) = 6173.833, p < .000$)，顯示本研究資料適合進行探索性因素分析(涂金堂, 2012)。在挑選合適的因素數量方式，若只採用特徵值大於 1 的判準方式，容易造成因素個數的高估或高估，因此本研究以因素陡坡圖和平行分析法做為主要的決定標準。

由因素陡坡圖(圖 1)可知，第 5 個特徵值到第 39 個特徵值呈現一條緩坡，故萃取 4 個因素較合適。在平行分析法部分，本研究使用涂金堂(2012)所開發的 EZparallel 程式進行分析，以決定因素個數。本研究使用主成分分析之前 10 個初始特徵值進入 EZparallel 程式，分析結果建議萃取 4 個因素，與步驟一的因素陡坡圖結果一致，綜合這二種方式，決定抽取 4 個因素較合適。

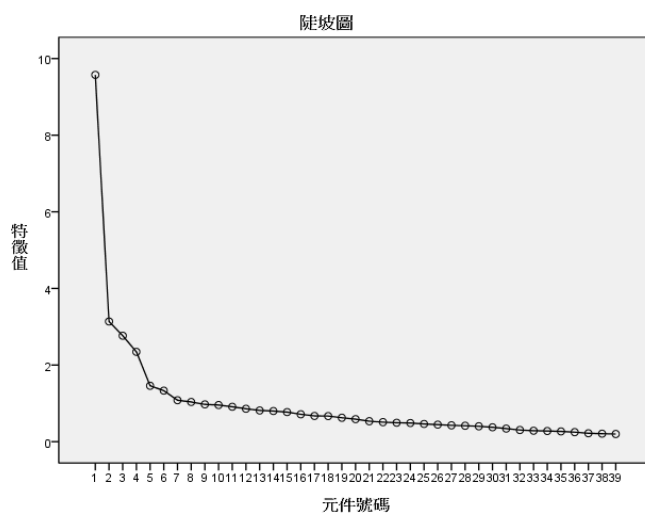


圖 1 主成分分析之因素陡坡圖

決定 4 個因素之後，本研究以「主軸因子法」萃取方式，採「最大變異法」的直交轉軸方式，進行因素分析，以瞭解各題項的因素負荷量，觀察各因素的變異數分配和累積情形，透過了解各題項和因素間的相關，以評判個別題項的優劣。本研究判斷題項歸的原則有三(涂金堂, 2012)：(a)該題目的因素負荷量低於 .5 的題項，顯示沒有其它因素與該題有密切關係；(b)當該題目的所有因素負荷量，有兩個以上高於 .5，顯示其涵蓋二個共同因素，若保留會降低量表的區辨度；(c)

當該題目的所有因素負荷量，只有一個因素高於.5，其它因素皆低於.5，則該題屬於因素負荷量高於.5的因素。

在刪除題項的過程中，優先刪除因素負荷量和共同性最低的題項，每刪除一個題項，即重新再進行一次因素分析，直到所有題項之因素負荷量在某個因素高於.5，但在其它因素皆低於.5。為達上述標準，本研究共進行十四次因素分析，因素分析過程被刪除題項的順序和原因請見表 2。

表 2「受照顧者自我效能量表」十四次探索性因素分析刪除的題項順序

刪除的題項	刪除原因	因素分析順序
13. 如果有新的照顧方式你願意去嘗試。	因素負荷量(<.5)和共同性(.119)最低	一
37. 在你人生現在的階段，你還有一些想去完成的事情。	因素負荷量(<.5)和共同性(.164)最低	二
12. 有關如何照顧你，你的意見通常會被專業人員接受。	因素負荷量(<.5)和共同性(.280)最低	三
9. 你學會了一些方法，讓你可以不依賴別人。	因素負荷量(<.5)和共同性(.303)最低	四
48. 當身體變差時，你必須看事情好的一面	因素負荷量(<.5)和共同性(.317)最低	五
39. 你珍惜擁有的每一天。	因素負荷量(<.5)和共同性(.309)最低	六
11. 你會去留意自己所服用藥物的副作用。	因素負荷量(<.5)和共同性(.237)最低	七
24. 當你有話要對你的主要照顧者說時，他/她會注意聽。	因素負荷量(<.5)和共同性(.246)最低	八
47. 因為過去的付出，你現在可以坦然接受幫助	因素負荷量(<.5)和共同性(.257)最低	九
25. 你做得到的事，你的主要照顧者會請你幫忙。	因素負荷量(<.5)和共同性(.306)最低	十
10. 你時常跟醫師講你的身體狀況，協助他/她做適當的醫療處置。	因素負荷量(<.5)和共同性(.291)最低	十一
5. 你可以告訴你的照顧者如何照顧你。	因素負荷量(<.5)和共同性(.300)最低	十二
36. 你有許多和你嗜好相同的朋友。	因素負荷量(<.5)和共同性(.323)最低	十三
32. 雖然你的健康狀況變差，但你還是有交	因素負荷量(<.5)和共同性	十四

刪除的題項	刪除原因	因素分 析順序
到一些新朋友。	(.303)最低	

經過十四次的探索性因素分析之後，最後的分析結果顯示，KMO 為.862，Bartlett 球形檢定結果達顯著性($\chi^2(325) = 3309.90, p < .000$)，資料適合進行探索性因素分析。48 個題項中共刪除 22 題，保留 26 個特徵穩定的題項，每個題項之因素負荷量皆高於.5，包括四個共同因素。26 個題項的量表共可解釋總變異量的 54.56%。

第一個因素命名為「自我照顧的能力」，包括 8 個題項，共可解釋 26.665% 的總變異量；第二個因素命名為「與照顧者的關係品質」，包括 7 個題項，共可解釋 11.372% 的總變異量；第三個因素命名為「社會活動參與」，共 7 個題項，共可解釋 8.907% 的總變異量；第四個因素命名為「接受幫助」，共 4 個題項，共可解釋 7.650% 的總變異量。四個因素所包括的題項，以及各題項之因素負荷量請見表 3。

表 3 「受照顧者自我效能量表」四個共同因素之因素負荷量

因素	題項	因素負荷 量
自我照顧能力	你對於凡跟你身體照顧有關的事都主動參與。	.541
	你知道怎麼運用專業人員教你的知識和技巧。	.680
	你有不懂的事，你能夠詢問照顧你的專業人員。	.541
	你儘可能去瞭解自己目前的病況。	.606
	你跟健康照護人員學會的知識和技巧，可以用在自己的身上。	.558
	關於照顧這件事，你覺得你的意見和健康照護人員的一樣重要。	.741
	你會積極主動去瞭解自己的健康問題。	.553
與照顧者的關係品質	你時常告訴你的主要照顧者你愛他/她或關心他/她。	.533
	你和你的主要照顧者的關係像是好朋友一樣。	.673
	你會盡量配合主要照顧者的時間安排。	.601

因素	題項	因素負荷量
	你會去了解你的主要照顧者的需求和問題。	.806
	你經常提供你的主要照顧者情緒支持。	.763
	你試著找出你可以為主要照顧者做的事。	.543
	你會等到你的主要照顧者方便的時候，才找他/她幫忙。	.572
社會活動參與	23. 你有一些自己的娛樂消遣，所以你的主要照顧者可以不用擔心你。	.567
	你可以對周遭的人有貢獻。	.516
	過去這幾年，你有培養一些新的興趣。	.693
	你這輩子喜歡做的事，有一些現在你還是可以做。	.616
	你還是可以參加一些有意義的活動。	.547
	你仍然樂於學習新事物。	.562
	你有新的娛樂消遣，可以取代因為身體變差而不能做的活動。	.639
接受幫助	當你有需要的時候，可以接受別人幫忙。	.591
	你有辦法接受自己需要人家幫忙，照樣開心過日子。	.810
	你可以調適自己去接受需要協助這件事實	.792
	對於越來越依賴別人，你相信你可以把心情調整好。	.701

註：刪除因素負荷量<.5的題項。

四、信度、效度考驗

(一) 信度考驗

本研究使用 Cronbach' s alpha 來檢測「受照顧者自我效能量表」的內在一致性，分析結果顯示 alpha 值=.866，內在一致性良好。此外，四個共同因素的 alpha 值都在.8 以上(表 4)，說明四個共同因素皆具有良好的內在一致性。

表 4「受照顧者自我效能量表」四個因素之相關係數

共同因素	Cronbach' s alpha	95% 信賴區間	
		下限	上限
因素一	.850	.824	.874
因素二	.844	.816	.869
因素三	.815	.781	.845
因素四	.836	.804	.864

(二) 表面效度

本研究使用二次德慧法調查方式，蒐集老人相關專家學者對於量表構念和題項的意見。第一次德慧法調查結果，五位專家學者(表 5)針對 48 題問項中 31 題提出修正意見，問項第 1, 6, 47, 48 題分別有專家學者建議刪除。研究團隊依據專家學者意見，進行問項修訂，因量表發展過程需要較多的問項題數，仍維持 48 題問項。匯整五位專家學者意見後，進行第二次德慧法調查，五位專家學者表示量表問項之質量已兼具，無其它的修訂意見，顯示從老人相關專家學者的角度，支持本量表具有一定的內容效度。

表 5 德慧法專家名單

專家	職稱	專長
學者一	教授兼所長	研究法、優勢觀點
學者二	副教授	長期照護、老人福利、質性研究
學者三	副教授	老人福利、社區照顧、質性研究
學者四	教授	老人照顧政策
實務界專家	基金會執行長	老人實務工作

(三) 建構效度

建構效度 (construct validity) 乃用於多重指標的測量情況，包括聚合效度 (convergent validity) 和區別效度 (discriminant validity) 兩個次類型。

前者乃用於測量是否同一構念的多重指標彼此間聚合或有關連時；後者與聚合效度相反，用於測量當一個構念的多重指標相聚合或呼應時，這個構念的多重指標是否與其相對立之構念的測量指標有負向相關。本研究在聚合效度方面使用「自我掌控量表」和「憂鬱量表」。另外，在區別效度檢驗，為瞭解受訪者是否受社會期許的影響而無法反應真實分數，產生系統性失誤，本研究利用本土化的社會期許量表，以檢驗受訪者之回應是否受社會期許之影響產生測量誤差。

透過 Pearson's r ，計算相關矩陣(correlation matrix)來測量自我效能、自我掌控信念、憂鬱和社會期許的相關性。從表 6 可知，自我效能四個因素與自我掌控信念量表，以及憂鬱量表皆具有顯著的負向相關，但其相關程度介於低到中度之間，與本研究原本預期相關性為 .5-.6 有所落差，整體而言，最後的結果仍支持本量表具備聚合效度。自我效能四個因素與社會期許量表皆無顯著相關，顯示本量表具有區辨效度。

從表 6 可知，四個共同因素間具有顯著的正相關，其相關性介於低度到中度之間，顯示因素間的構念具有差異性。

表 6 「受照顧者自我效能量表」四個因素、自我掌控信念量表、憂鬱量表、社會期許量表之相關係數

變項	因素一	因素二	因素三	因素四	社會期許	憂鬱	自我掌控
因素一	1	.352**	.416**	.369**	-.074	-.273**	-.323**
因素二		1	.348**	.163**	.004	-.141*	-.107
因素三			1	.227**	.026	-.380**	-.314**
因素四				1	.000	-.226**	-.119*
社會期許					1	-.268**	-.216**
憂鬱						1	.624**
自我掌控							1

註：*** $p < .001$ ** $p < .01$, * $p < .05$ ，雙尾檢定。

五、受照顧者自我效能之群體差異

本研究以獨立樣本 t 檢定進行分析，結果顯示性別與受照顧自我效能整體沒有顯著的差異($t = .812$, ns)，有無認知缺損與受照顧自我效能整體也沒有顯著的差異($t = -1.924$, ns)。

以年齡進行相關性分析，發現年齡和自我效能達顯著正相關($r = .146$, $p < .05$)，研究者進一步將受訪者年齡區分為身心障礙者(50-64歲)、年輕老人(65-74歲)、

老人(75-84 歲)、老老人(85 歲以上)，進行 ANOVA 分析發現，不同群組的受訪者達顯著差異($F=3.753, p<.05$)(見表 7)，採用 Scheffe 事後檢驗得知，群組間主要的差異來源為，老老人的自我效能顯著高於身心障礙者。更進一步 ANOVA 檢驗發現，僅「與照顧者關係」次量表有達到顯著差異，老老人這組與照顧者關係的分數顯著高於身心障礙者。

ANOVA 檢驗發現，受訪者的自評健康程度與自我效能總分有顯著差異(表 8)，事後檢驗可知，自評健康狀況很不好的受訪者之自我效能總分顯著高於自評健康狀況好者，進一步檢驗各個次量表發現，「社會活動參與」次量表達顯著差異，事後檢驗發現，自評健康狀況普通、不太好和很不好的受訪者之「社會活動參與」分數皆顯著高於自評健康狀況好者，而自評健康狀況很不太好的受訪者之「社會活動參與」分數皆顯著高於自評健康狀況很好者。在「自我照顧能力」次量表雖然有顯著差異，但事後檢驗，並沒有特定組別顯著高於另外一組，從平均數來看，自評健康狀況普通、不太好和很不好的受訪者之分數皆高於自評健康狀況好和很好者。此項結果超出研究者原先的預期，由於自評健康狀況乃是屬於主觀的意見表達，與其實際客觀的身體狀況未必一致，推測受訪者若自認為身體狀況不好，較能體認和接受需依賴他人照顧的現實，或許無形中較能調適心情並發展因應技巧。反之，若受訪者自認身體狀況好或很好，在受照顧過程中或許傾向保持原有的生活模式，拒絕改變或調適。有關此部分，研究者期待未來有更進一步的研究探索此議題。

另外，以 ANOVA 檢驗族群、教育程度、婚姻、經濟來源、生活費用足夠程度等變項發現，不同群組間的受照顧者自我效能沒有顯著差異(表 7)。

表 7 不同年齡在受照顧者自我效能之群體差異：ANOVA 結果

變項	1=身心障礙者		2=年輕老人		3=老人		4=老老人		F 值	事後比較
N=305	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD		
受照顧者自我效能(26 題)	53.56	9.14	57.10	9.22	55.32	10.52	59.17	12.31	3.573*	4>1
自我照顧能力(8 題)	16.24	4.48	16.31	4.33	15.83	4.46	17.12	4.79	1.482	
與照顧者關係(7 題)	13.34	3.62	15.47	3.73	14.36	4.32	15.47	4.12	3.929*	4>1
社會活動參與(7 題)	17.04	3.79	17.76	3.77	17.61	3.67	18.46	4.64	1.302	
接受幫助(4 題)	7.36	2.13	7.55	2.00	7.46	1.93	8.12	2.42	1.998	

註：* $p<.05$ ，雙尾檢定。

表 8. 不同自評健康狀況在受照顧者自我效能之群體差異：ANOVA 結果

變項=自評 健康	1=很 好		2=好		3=普 通		4=不 太好		5=很 不好		F 值	事後 比較
N=307	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD		
受照顧者自 我效能 (26 題)	52.6 8	8.64	52.1 3	11.5 4	57.3 5	10.5 5	56.3 3	10.4 8	59.5 3	10.6 4	3.61 3**	5>2
自我照顧 能力(8 題)	14.4 4	3.42	14.8 3	4.73	16.5 5	4.37	16.5 8	4.65	17.0 7	4.33	2.70 9*	
與照顧者 關係(7 題)	14.5 2	4.64	14.2 5	4.04	15.1 2	4.20	14.1 7	3.99	15.0	3.95	.840	
社會活動 參與(7 題)	16.0 0	4.21	15.4 8	3.81	18.1 6	4.25	17.9 2	4.15	19.4 7	3.89	6.45 6***	5>1 3>2 4>2 5>2
接受幫助 (4 題)	7.72	1.97	7.58	2.47	7.40	2.21	7.67	1.96	8.00	2.02	.657	

註：*** $p < .001$ ** $p < .01$, * $p < .05$ ，雙尾檢定。

綜合上述，本量表經項目分析和探索性因素分析，最後結果萃取四個共同因素，共 26 題，四個因素之 Cronbach' s alpha 皆高於.8，顯示具有良好的信度。在效度方面，經由專家檢視支持本量表具有表面效度，此外，透過與憂鬱量表、自我掌控信念量表及社會期許量表之相關性檢驗，本量表的聚合效度和區辨效度也獲得支持。

伍、研究討論與建議

本研究的目的是在於發展一份適用於國內老人與身心障礙者之「受照顧者自我效能量表」，以探索性因素分析方法，檢驗本量表之心理計量特性，以及其信度和效度。在信度方面，使用 Cronbach' s alpha 檢驗；在效度方面，採用建構效度進行檢驗。根據 Cox 等人所發展的 CRES、認知訪談、專家意見和文獻整理，本量表正式施測版本共 48 題，涵蓋「自我照顧能力」、「與照顧者的關係」、「對依賴的看法」、「與能力相關的生活品質」、「接受幫助」五個面向的次構念，經項目分析和探索性因素分析後，共保留 26 個題項，重新命名為「自我照顧能力」、「與照顧者的關係」、「社會活動參與」，以及「接受幫助」等四個次量表，此 26 題量表的內在一致性信度、聚合效度和區辨效度均良好，顯示本量表可用於未來老人及身心障礙者服務介入過程中之社會心理面向評估工具。

雖然本量表在信效度方面獲得良好的支持，但在研究過程和結果仍有一些限制與建議。值得注意的是，Cox 等人的研究中 CRES 所包含的「對依賴的看法」次構念，在本研究中並未獲得支持，所有相關的題項皆在心理計量分析程序被刪除，此結果顯示受照顧者之自我效能構念確實存在文化差異之影響。Cox 等人從一系列失能老人的質化研究發現，老人受照顧者對於服務需求和接受的信念與態度，對於其能否成功扮演照顧接受者的角色具有關鍵性的影響。相較於美國社會文化以個人主義為主，台灣本土文化更強調集體主義取向和家庭主義(朱瑞玲和章英華, 2001)，雖然伊慶春與蔡勇美(1997)與葉光輝(1997)等人的研究發現，個人取向的家庭價值受到現代化影響有所改變，但「核心孝道觀念」的傳統價值仍深植於台灣社會文化，未受現代化效果的影響(引自朱瑞玲和章英華, 2001)。研究者認為對於習慣獨立自主照顧的西方老年人而言，能夠調適自己接受失去自由並且依賴他人，從權能激發的理論觀點來看，乃是一種內在自我效能的展現；但對台灣老年人來說，老後生活依賴家庭支持和照護，本來就是天經地義的孝道倫理傳統，可能無涉於華人文化脈絡下自我效能的構念，由於目前此部分文獻著墨甚少，建議未來研究可針對此議題進行更深入的探討。

本研究在「接受幫助」次量表僅保留 4 個題項，所刪除的 4 個題項以測量受訪者能否坦然接受幫助為主，此結果超出研究者預期，建議未來有興趣使用本量表的研究者可再增加相關題項，或將題項修改更口語化和簡潔，以捕捉受訪者在照顧接受過程中的坦然程度，以使量表構念更加完備。

本研究發現，男性受照顧者的自我效能和女生沒有顯著差異，但年齡具有顯著的正向弱相關，此部分與部分國外的研究結果並不一致(Trouillet et.al, 2009)。將受訪者區分為 50-64 歲的身心障礙者和三個世代的老人後發現，三個世代的老人間之自我效能整體和四個次量表都沒有顯著差異，但老老人在「與照顧者關係品質」次量表的分數顯著高於身心障礙者，此結果並不在本研究的預期之內。Schneller & Vandsburger (2008)以質化訪談 43 位美國失能老人顯示，

當老年人面臨健康損壞、生命意義的失落等壓力時，透過與家人和朋友互動，以及有能力提供家人支持，可提昇其自我效能。國內學者研究也發現(陳芷如 徐亞瑛，2000；謝美娥 2002)，華人文化下的失能老人傾向發展「承命生根」的適應策略，以因應照護模式改變的困境，研究者猜測，相較於身心障礙的受照顧者，或許台灣老人年齡隨著愈大，失能程度日益嚴重，學習並發展出儘可能與照顧者維持良好關係的因應策略，以保持照顧關係的品質。

本研究另一項值得探討的發現是，相較於自認健康狀況好的受訪者，自評很不好者的自我效能分數顯著較高，在次量表中，不同自評健康狀況群組在「社會活動參與」和「自我照顧能力」有顯著的差異性。在「社會活動參與」面向，自認健康狀況普通、不好或很不好的受訪者，其分數都顯著高於自評健康狀況好者。此項結果超出研究者原先的預期，由於自評健康狀況乃是屬於主觀的意見表達，與其實際客觀的身體狀況未必一致，推測受訪者若自認為身體狀況不好，較能體認和接受需依賴他人照顧的現實，或許無形中較能調適心情並發展因應技巧，增加社會活動參與。反之，若受訪者自認身體狀況好或很好，在受照顧過程中或許傾向保持原有的生活模式，拒絕改變或調適。有關此部分，研究者期待未來有更進一步的研究探索此議題。

在研究可推論性方面，由於本研究採立意抽樣，其研究結果推論性受到限制。受訪對象以女性、喪偶、國小學歷、閩南人，以及佛教徒為主，且由於半數以上受訪者居住在養護機構，故主要照顧者為機構工作人員居多，樣本特性並不具有代表性，故研究結果之討論只適用於本研究受訪對象。未來研究在經費和資源時間允可之下，建議採用隨機抽樣方式，抽取更具代表性且更多元化的對象，以增加研究的推論性。

Goodwin & Leech(2003)建議在量表發展過程中應該使用多種測量方式以增加量表的效度。本量表雖然在聚合效度和區辨效度獲得支持，但限於經費、時間和人力之限制，仍有未盡完善之處，建議未來研究可增加其它相關變項(例如因應策略、士氣、社會支持等變項)以檢驗聚合效度，並增加效標效度的檢驗。由於因素分析方法非常依賴樣本，其分析結果會隨著樣本變動(王文中 2004)，建議未來研究可透過試題反應理論(item response theory)或採用 Raschel model 來測量題項的困難程度(item difficulty)，並進行量表構念之建構。在信度方面，本研究僅採用內在一致性方法，對於量表信度之支持度過於薄弱，建議未來研究可擴大樣本數進行折半信度，或是相隔數月之後再次施測進行再測信度。

本研究發現，不同社會文化脈絡下，受照顧者對於自我效能概念的看法未必一致，也並非所有的自我效能次概念在不同的社會環境中都具有相同的重要性。未來研究者和實務工作者在使用本量表時，必須瞭解自我效能概念乃鑲嵌於社會文化脈絡之中，因此在量表運用上應留意實務工作的脈絡、受訪對象特性、服務介入目標和政策目的之差異性。自我效能概念乃是一個非常複雜且多面向的構念，Cox 等人發現，受照顧者的自我效能感與其在照顧接受過程中所扮演的角色具有相關性，若受照顧者和照顧者雙方在過程中能形成有效的伙伴關係，將有助於照

顧品質的提昇，顯示自我效能感在照顧接受過程中具有一定的功能。國內迄今尚無以受照顧者為主的自我效能測量工具，研究者期待透過本量表的發展與信效度的初探，提供國內老人實務機構一個具實用性和可行性的量表，俾利實務工作以證據為基礎的方向前進，也期許未來有更多研究投入受照顧者自我效能的探討，以增進理論和實務方面的瞭解。

陸、 參考文獻

- Bandura, A. (1994). Self_efficacy. In V. S. Ramachaudran (Ed.), *Encyclopedia of human behavior* (Vol. 4, pp. 71-81). New York: Academic Press.
- Chung, L., Pan, AW. & Hsiung, PC. (2009). Quality of life for patients with major depression in Taiwan: A model-based study of predictive factors. *Psychiatry Res*(168), 153-162.
- Cox, E. O., & Green, K. (2005). *Final Report: Strengthening the Caregiving Process: A Care-Receiver Efficacy Intervention(grant No. 90-CG-2545)*. Institute of Gerontology. USA, CO.
- Cox, E. O., & Dooley, A. C. (1996). Care-Receiver's Perception of Their Role in the Care Process. *J Gerontol Soc Work*, 26(1-2), 133-152. doi: 10.1300/J083V26N01_09
- Cox, E. O., Green, K. E., Seo, H., Inaba, M., & Quillen, A. A. (2006). Coping with late-life challenges: Development and validation of the care-receiver efficacy scale. *Gerontologist*, 46(5), 640-649.
- Cox, E. O., & Parsons, R. J. (1994). *Empowerment-Oriented Social Work Practice With the Elderly*: Brooks/Cole Publishing Company.
- Creed, P. A., Kim, L. & Hood, M. . (2009). The relationship between core self-evaluations, employment commitment and well-being in the unemployed. *Personality and Individual Differences*(47), 310-315.
- DeVellis, R. F. (2003). *Scale Development: Theory and Applications*: Sage Publications, Incorporated.
- Fisher, B. J., & Gosselink, C. A. (2008). Enhancing the Efficacy and Empowerment of Older Adults Through Group Formation. *Journal of Gerontological Social Work*, 51(1/2), 2-18.
- Goodwin, L. D., & Leech, N. L. (2003). The Meaning of Validity in the New Standards for Educational and Psychological Testing: Implications for Measurement Courses. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development.*, 36, 181-191.
- Keith, P. M., Wacker, R., & Collins, S. M. (2009). Family Influence on Caregiver Resistance, Efficacy, and Use of Services in Family Elder Care. *J Gerontol Soc Work*, 52(4), 377-400. doi: 10.1080/01634370802609304
- Luszczynska, A., Scholz, U., & Schwarzer, R. (2005). The General Self-Efficacy Scale: Multicultural Validation Studies. *Journal of*

- Psychology*, 139(5), 439–457. doi: 10.3200/JRLP.139.5.439–457
- Luszczynska, A., Schwarzer, R., Lippke, S., & Mazurkiewicz, M. (2011). Self-efficacy as a moderator of the planning-behaviour relationship in interventions designed to promote physical activity. *Psychology & Health*, 26(2), 151–166. doi: 10.1080/08870446.2011.531571
- Moraitou, D., Kolovou, C., Papasozomenou, C., & Paschoula, C. (2006). Hope and Adaptation to Old Age: Their Relationship with Individual-Demographic Factors. *Social Indicators Research*, 76(1), 71–93. doi: 10.1007/s11205-005-4857-4
- Pearlin, L. I., & Schooler, C. (1978). The Structure of Coping. *J Health Soc Behav*, 19(1), 2–21. doi: 10.2307/2136319
- Schneller, D. P., & Vandsburger, E. (2008). Self-Efficacious Behaviors for Reducing Stress in Older Adulthood. *Ageing International*, 32(1), 78–91. doi: 10.1007/s12126-008-9002-7
- Schwarzer, R. (2011). Everything you wanted to know about the General Self-Efficacy Scale but were afraid to ask. Retrieved 7/22, 2013, from http://userpage.fu-berlin.de/~health/faq_gse.pdf
- Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1995). Generalized Self-Efficacy scale. In S. W. J. Weinman, & M. Johnston (Ed.), *Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs* (pp. 35–37). Windsor, UK: NFER-NELSON.
- Sherer, M., Maddux, J. E., Mercandante, B., Prentice-Dunn, S., Jacobs, B., & Rogers, R. W. (1982). THE SELF-EFFICACY SCALE: CONSTRUCTION AND VALIDATION. *Psychological Reports*, 51(2), 663–671. doi: 10.2466/pr0.1982.51.2.663
- Trouillet, R., Gana, K., Lourel, M., & Fort, I. (2009). Predictive value of age for coping: the role of self-efficacy, social support satisfaction and perceived stress. *Aging Ment Health*, 13(3), 357–366. doi: 10.1080/13607860802626223
- Trouillet, R., Gana, K., Lourel, M., & Fort, I. (2009). Predictive value of age for coping: the role of self-efficacy, social support satisfaction and perceived stress. *Aging Ment Health*, 13(3), 357–366. doi: 10.1080/13607860802626223
- Zhang, J. X., & Schwarzer, R. (1995). Measuring optimistic self-beliefs: A Chinese adaptation of the General Self-Efficacy Scale. *Psychologia: An International Journal of Psychology in the Orient*, 38(3), 174–181.

- Zimmerman, M. (1995). Psychological empowerment: Issues and illustrations. *Am J Community Psychol*, 23(5), 581-599. doi: 10.1007/BF02506983
- 內政部統計處. (2013). 內政部統計通報. Retrieved 7/11, 2013, from http://www.moi.gov.tw/stat/news_content.aspx?sn=7121
- 王文中. (2004). Rasch 測量理論與其在教育和心理之應用. *Journal of Education & Psychology*, 27(4), 637-694.
- 申继亮、唐丹. (2004). 一般自我效能感量表(GSES) 在老年人中的使用. *Chinese Journal of Clinical Psychology*, 12(4), 342-344.
- 朱瑞玲和章英華 (2001). 華人社會的家庭倫理與家人互動：文化及社會的變遷效果. 載於中央研究院經濟研究所 [華人家庭動態資料庫] 學術研討會, 台北市.
- 宋麗玉. (2006). 增強權能量表之發展與驗證. *社會政策與社會工作學刊*, 10(2), 49-86.
- 宋麗玉. (2008). 增強權能策略與方法:台灣本土經驗之探索. *社會政策與社會工作學刊*, 12(2), 123-194.
- 宋麗玉、施教裕. (2009). 優勢觀點-社會工作理論與實務. 台北市: 洪葉文化.
- 李尹暘、林曉佩、林君怡. (2007). 自我效能理論之分析與應用. *澄清醫護管理雜誌*, 3(2), 46-52.
- 邱天助. (2002). 老年符號與建構. 新台北市: 正中書局.
- 邱天助. (2011). 老年學導論. 台北市: 巨流.
- 涂金堂. (2012). 量表編製與 SPSS. 台北: 五南出版社.
- 張靜琪. (2006). 精神分裂症病患知覺烙印感自我掌控信念社會支持與生活品質之相關性探討. (碩士論文), 國立臺灣大學護理學研究所, 台北.
- 陳玉敏. (1999). Relationships among Health Locus of Control, Self-Efficacy, and Self-Care of the Elderly with Hypertension. [高血壓老人之健康內外控、自我效能與自我照顧之相關性探討]. *護理研究*, 7(6), 504-517.
- 陳芷如和徐亞瑛 (2000). 承命生根之過程—台灣機構化失能老人遷居的心路歷程. *護理研究*, 8(6), 614-628.
- 陳素月, 許淑蓮, 張景盛, 王東衡, & 黃明賢. (2010). The Effects of the Self-Efficacy Method on Adult Asthmatic Patient Self-Care Behavior. [自我效能方案增進成人氣喘病患自我照顧行為之成效]. *The Journal of Nursing Research*, 18(4), 266-274.
- 楊培珊、梅陳玉嬋. (2011). 台灣老人社會工作理論與實務(二版). 台北市: 雙葉書廊.
- 廖以誠、葉宗烈、柯慧貞、駱重鳴、盧豐華. (1995). 老年憂鬱量表-中譯版之信效度初步研究. *彰基醫學雜誌*, 1(1), 11-17.

- 廖以誠、葉宗烈、楊延光、盧豐華、張智仁、柯慧貞、駱重鳴. (2004). 台灣老年憂鬱量表之編製與信、效度研究. *台灣精神醫學*, 18(1), 30-41.
- 廖玲燕. (2000). 台灣本土社會讚許量表之編製及其心理歷程分析. (未發表碩士論文), 台灣大學, 台北.
- 蔣立琦、郭雅雯、林綽娟. (2004). 自我效能之概念分析. *護理雜誌*, 51(1), 67-72.
- 謝美娥. (2002). 失能老人與成年子女照顧者對失能老人遷居的歷程與解釋：從家庭到機構. *社會政策與社會工作學刊*, 6(2), 7-63.

「受照顧者自我效能量表」之調查問卷

您好！

非常感謝您接受本次問卷的訪談，這是一份以發展「台灣老人受照顧者自我效能量表」的學術研究。本次研究主要是想探討因為身體功能不好而需要被照顧的老年人，對於有關自己掌控生活和環境能力的想法和感受。

本問卷採不具名方式，以代碼方式呈現，所蒐集的資料僅供學術研究之用，不做其它用途且對外保密，敬請安心填寫。

敬祝 身體健康 事事如意！

計畫主持人：劉素芬 助理教授
台北大學社會工作系

A. 基本資料

A1. 性別

☐ 1. 男 ☐ 2. 女

A2. 民國幾年出生：_____（訪員自行換算其足歲為：_____歲）

A3. 請問您所受的最高教育程度

☐ 1. 未受教育完全不識字 ☐ 2. 未受正規教育但識字 ☐ 3. 小學畢(肄)畢業
☐ 4. 初中畢(肄)業 ☐ 5. 高中/高職(肄)畢業 ☐ 6. 專科/大學(肄)畢業 ☐ 7.
研究所及以上(肄)畢業 ☐ 8. 其它：_____

A4. 請問您是外省人、閩南人、客家人、原住民，還是？

☐ 1. 外省人 ☐ 2. 閩南人 ☐ 3. 客家人 ☐ 4. 原住民 ☐ 5. 其
它：_____

A5. 請問您目前的婚姻狀況

☐ 1. 已婚 ☐ 2. 離婚 ☐ 3. 分居 ☐ 4. 喪偶 ☐ 5. 同居 ☐ 6. 從未結婚
☐ 7. 其它：_____

A6. 居住狀況

☐ 1. 獨居 ☐ 2. 僅與配偶(同居人)同住 ☐ 3. 兩代家庭，同住者：_____人
☐ 4. 三代家庭，同住者：_____人 ☐ 5. 住在共同事業戶(安養或養護機構)
☐ 6. 其它：_____

A7. 主要經濟來源

☐ 1. 配偶或同居人提供 ☐ 2. 自己儲蓄、利息、租金或投資所得 ☐ 3. 自己退休金、撫卹金或保險給付 ☐ 4. 子女奉養(含媳婦、女婿) ☐ 5. 向他人借貸 ☐ 6.
政府救助或津貼 ☐ 7. 社會或親友救助 ☐ 8. 不知道/拒答 ☐ 9. 其他：

A8. 日常生活費用使用情形

- ☐1. 相當充裕且有餘 ☐2. 大致夠用 ☐3. 有點不夠用 ☐4. 非常不夠用 ☐5. 不知道或拒答

A9. 宗教信仰

- ☐1. 佛教 ☐2. 道教 ☐3. 民間信仰 ☐4. 基督教/天主教 ☐5. 無 ☐6. 其它:_____

B. 受照顧者身心健康狀況

B1. 您認為您現在的健康情形，是很好、好、普通、不太好、還是很不好？

- ☐1. 很好 ☐2. 好 ☐3. 普通 ☐4. 不太好 ☐5. 很不好

B2. 認知功能評估 (SPMSQ) 【請訪員算好總分後勾選受訪者之心智功能程度】

進行方式：依下表所列的問題，詢問個案並將結果紀錄下來，(如果個案家中沒有電話，可將 4 題改為 4A 題)。

對	錯	問 題	注意事項
		1. 今天是幾年幾月幾日?__年__月__日	年月日都對才算正確
		2. 今天是星期幾?	星期對才算正確
		3. 這裡是什麼地方?	對所在地的任何描述都算正確;說「我家」或正確說出城鎮等都可接受。
		4. 你的電話號碼是幾號?	證實電話號碼無誤即算正確;或在會談時,能在兩次間隔較長的時間內重複相同的號碼即算正確。
		4A. 你住在什麼地方?	當個案沒有電話時才問
		5. 你幾歲了?	年齡與出生年月日符合才算正確。
		6. 你的生日是哪一天?	年月日都對才算正確。
		7. 現任總統是誰?	姓氏正確即可
		8. 前任總統是誰?	姓氏正確即可
		9. 你媽媽叫什麼名字?	不需特別證實,只需個案說出一個與他不同的女性姓名即可。
		10. 從 20 減 3 開始算,一直減 3 減下去。	期間如出現任何錯誤或無法繼續進行即算錯誤。
錯誤題數: _____ 題			
(請依照錯誤題數及個案教育程度,於下表勾選心智功能程度)			

學歷	1. <input type="checkbox"/> 心智功能完好	2. <input type="checkbox"/> 輕度智力缺損	3. <input type="checkbox"/> 中度智力缺損	4. <input type="checkbox"/> 嚴重智力缺損
小學	0-3 題錯誤	4-5 題錯誤	6-8 題錯誤	9-10 題錯誤
一般(國中)	0-2 題錯誤	3-4 題錯誤	5-7 題錯誤	8-10 題錯誤
高中	0-1 題錯誤	2-3 題錯誤	4-6 題錯誤	7-10 題錯誤

B3. 老人憂鬱量表(簡化版 GDS-SF) 【請訪員依題號逐項詢問】

下列想請教您平常的心情狀況，請就您最近半年內的狀況回答，謝謝！

問 項	是 1	否 2
1. *基本上，我對自己的生活感到滿意。		
2. 我減少很多活動和嗜好。		
3. 我覺得生活很空虛。		
4. 我常常感到厭煩。		
5. *我大部分時間精神都很好。		
6. 我常常害怕將會有不好的事情發生在我身上。		
7. *我大部份時間感到快樂。		
8. 我常常感到無論做什麼事都沒有用。		
9. 我比較喜歡待在家裡而較不喜歡外出及不喜歡做新的事。		
10. 我覺得我比大多數人有較多記憶的問題。		
11. *我覺得「現在還能活著」是很好的事。		
12. 我覺得自己現在活得很沒有價值。		
13. *我覺得精力充沛。		
14. 我覺得現在的處境沒有希望。		
15. 我覺得大部份的人都比我幸福。		

*為反向題

B4. 日常生活功能(巴氏量表) 【請訪員算好總分後勾選受訪者之失能程度】

項 目	分數	內 容 說 明
1. 進食	10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>	自己在合理時間(約十秒鐘吃一口)可用筷子取食眼前的食物。若需進食輔具時，應會自行穿脫。 需別人幫忙穿脫輔具或只會用湯匙進食。 無法自行取食或耗費時間過長。
2. 個人衛生	5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>	可以自行洗手、刷牙、洗臉及梳頭。 需要他人部份或完全協助。
3. 上廁所	10 <input type="checkbox"/>	可自行上下馬桶、穿脫衣服、不弄髒衣服、會自行使用衛生紙擦

項 目	分 數	內 容 說 明
	5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>	拭。 需要協助保持姿勢的平衡、整理衣服或用衛生紙。 無法自己完成。
4. 洗澡	5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>	能獨立完成(不論是盆浴或沐浴)，不需別人在旁。 需別人協助。
5. 穿脫衣服	10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>	能自己穿脫衣服、鞋子，自己扣釦子、上拉鍊或綁鞋帶。 在別人協助下，可自己完成一半以上的動作。 不會自己做。
6. 大便控制	10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>	不會失禁，能自行灌腸或使用塞劑。 偶爾會失禁(每週不超過一次)，需要他人協助使用灌腸或塞劑。 失禁，無法自己控制且需他人處理。
7. 小便控制	10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>	能自己控制不會有失禁，或能自行使用並清潔尿套、尿袋。 偶爾會失禁(每週不超過一次)或尿急(無法等待放好變盆或及時趕到廁所)或需要他人協助處理尿套。 失禁，無法自己控制且需他人處理。
8. 平地行走	15 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>	使用或不使用輔具，皆可獨立行走 50 公尺以上。 需他人稍微扶持或口頭指導才能行走 50 公尺以上。 雖無法行走，但可以操作輪椅(包括轉彎、進門及接近桌子、床沿)並可推行輪椅 50 公尺以上。 完全無法自行行走，需別人幫忙推輪椅。
9. 上下樓梯	10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>	可自行上下樓梯，可使用扶手、柺杖等輔具。 需他人協助或監督才能上下樓梯。 無法上下樓梯。
10. 上下床或椅子	15 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>	整個過程可獨立完成。 移動身體時需要稍微協助、給予提醒、安全監督。 可以自行坐起，但從床上坐起時或移動身體時需要他人協助。 不會自己移動。
B4. 總分		<input type="checkbox"/> 1. 完全依賴(0-20 分) <input type="checkbox"/> 2. 嚴重依賴(20-40) <input type="checkbox"/> 3. 顯著依賴(40-60) <input type="checkbox"/> 4. 功能獨立

C. 自我掌控感【請訪員依題號逐項詢問】

下列想請教關於您現在如何看待您的生活情況，勾選最近兩週最恰當描述您感覺的數字，指出您有多同意或不同意以下這些敘述。

問 項	極為 同意 1	同 意 2	不 同 意 3	極不 同意 4
-----	---------------	-------------	------------------	---------------

問 項	極為 同意 1	同 意 2	不同 意 3	極不 同意 4
1. 真的已經沒有方法可以解決一些我現有的問題。				
2. 有時候我覺得在生活中被牽著鼻子走。				
3. 我對於發生在我身上的事完全無能為力。				
4. *我可以做任何我定意要做的事。				
5. 我在處理生活的問題時常有無力感。				
6. *未來發生在我身上的事多半取決於我。				
7. 若想改變生命中許多重要的事情，我實在無能為力				

***為反向題**

D. 受照顧者之照顧接受狀況

D1. 最近半年內，請問您的主要照顧者是(單選)：

- ☐1. 子女(含媳婦、女婿)，關係：_____ ☐2. 配偶(含同居) ☐3. 親友，
關係：_____ ☐4. 僱請的人(含外勞) ☐5. 機構人
員：_____ ☐6. 其他：_____

D2. 最近半年內，請問您從主要照顧者獲得下列哪些協助？【複選，請訪員逐項詢問】

- ☐1. 個人護理(餵您吃藥或幫您包紮、幫您使用導尿管或排便袋、更換尿片)
☐2. 個人清潔(幫您洗澡、或大小便失禁後，幫您弄乾淨、協助您上廁所…)
☐3. 行動協助(幫您穿脫衣服、幫您上下床、餵您吃飯、協助在室內行走或使用輪椅等輔具走動)
☐4. 簡單家務協助(居家打掃、洗衣、買日用品、準備飲食或特別的食物…)
☐5. 陪同外出散步，例如走路或用輪椅
☐6. 帶您去看醫生
☐7. 陪伴您看電視、聊天或談心
☐8. 幫您管錢或協助您理財
☐9. 幫您在外面跑腿、辦事
☐10. 協助您吃藥或提醒您吃藥
☐11. 看顧您，確定您沒事
☐12. 其它：_____

D3. 最近半年內，請問您時常接觸的健康照護人員是【複選，請訪員逐項詢問】：

- ☐1. 醫師(醫院或診所，含中醫及西醫) ☐2. 護士、護理師 ☐3. 復健師、職能治療師
☐4. 營養師 ☐5. 心理師 ☐6. 社工師(員) ☐7. 其它：

E. 社會期許(MCSD) 【請訪員依題號逐項詢問】

下列想請教您對其他人對您看法的感受，請就您最近半年內的狀況回答，謝謝！

問 項	是 1	否 2
1. 我幾乎從未感到有斥責別人的衝動		
2. 我從未強烈地厭惡過別人。		
3. 當別人表示的意見與想法跟我大不相同時，我從不感到厭煩。		
4. 當我犯了過錯時，我總會勇於認錯。		
5. 不管任何情況我都會控制自己的脾氣。		
6. *有時我堅持依照自己的方式做事。		
7. *當我不能隨心所遇時，我有時會怨天尤人。		
8. *有時我覺得別人之遭遇不幸是罪有應得。		
9. *有時我喜歡講別人的閒話。		
10. *我偶而會藉口不舒服來逃避一些不想做的事情。		

*為反向題

F. 自我效能【請訪員依題號逐項詢問】

下列想請教您對於生活和環境的掌控感受，請就您最近半年內的狀況回答，謝謝！

問 項	非常 不同意 1	不同意 2	同意 3	非常 同意 4
1. 我對於凡跟我身體照顧有關的事都主動參與。				
2. 我知道怎麼運用專業人員教我的知識和技巧。				
3. 我有不懂的事，我能夠詢問照顧我的專業人員。				
4. 我儘可能去瞭解自己目前的病況。				
5. 我可以告訴我的照顧者如何照顧我。				
6. 為了改善健康，我現在做的事對於改善健康是有用的。				
7. 我跟健康照護人員學會的知識和技巧，可以用在自己的身上。				
8. 關於照顧這件事，我覺得我的意見和健康照護人員的一樣重要。				
9. 我學會了一些方法，讓我可以不依賴別人。				
10. 我時常跟醫師講我的身體狀況，協助他/她做適當的醫療處置。				

問 項	非常 不同意 1	不同意 2	同意 3	非常 同意 4
11. 我會去留意自己所服用藥物的副作用。				
12. 有關如何照顧我，我的意見通常會被專業人員接受。				
13. 如果有新的照顧方式我願意去嘗試。				
14. 我會積極主動去瞭解自己的健康問題。				
15. 我積極地參與和我有關的照護決定。				
16. 我時常告訴我的主要照顧者我愛他/她或關心他/她。				
17. 我和我的主要照顧者的關係像是好朋友一樣。				
18. 我會盡量配合主要照顧者的時間安排。				
19. 我會去了解我的主要照顧者的需求和問題。				
20. 我經常提供我的主要照顧者情緒支持。				
21. 我試著找出我可以為主要照顧者做的事。				
22. 我會等到我的主要照顧者方便的時候，才找他/她幫忙。				
23. 我有一些自己的娛樂消遣，所以我的主要照顧者可以不用擔心我。				
24. 當我有話要對我的主要照顧者說時，他/她會注意聽。				
25. 我做得到的事，我的主要照顧者會請我幫忙。				
26. 我不喜歡要別人幫忙。				
27. 事事要靠別人幫忙，讓我覺得很生氣。				
28. 我最大的恐懼是成為別人的負擔。				
29. 我覺得我失去自由了。				
30. 事事靠別人幫忙，不是件容易的事，我不喜歡。				
31. 我可以對周遭的人有貢獻。				
32. 雖然我的健康狀況變差，但我還是有交到一些新朋友。				
33. 過去這幾年，我有培養一些新的興趣。				
34. 我這輩子喜歡做的事，有一些現在我還是可以做。				
35. 我還是可以參加一些有意義的活動。				
36. 我有許多和我嗜好相同的朋友。				
37. 在我人生現在的階段，我還有一些想去完成的事情。				
38. 我仍然樂於學習新事物。				
39. 我珍惜擁有的每一天。				
40. 我有新的娛樂消遣，可以取代因為身體變差而不能做的活動。				

問 項	非常 不同意 1	不同意 2	同意 3	非常 同意 4
41. 當我有需要的時候，可以接受別人幫忙。				
42. 我有辦法接受自己需要人家幫忙，照樣開心過日子。				
43. 我可以調適自己去接受需要協助這件事實				
44. 對於越來越依賴別人，我相信我可以把心情調整好。				
45. 我接受了我需要幫忙的事實，不再鑽牛角尖				
46. 我感激別人的幫忙。				
47. 因為過去的付出，我現在可以坦然接受幫助				
48. 當身體變差時，你必須看事情好的一面				

研究參與者知情同意書

歡迎您參與本研究！此份文件名為「研究參與者知情同意書」，它將詳述您本研究之相關資訊及您的權利。在研究開始進行及您簽署本同意書之前，研究主持人或研究人員會為您說明研究內容，並回答您的任何疑問。

研究計畫名稱

中文：權能激發觀點：受照顧者自我效能之量表發展與驗證

(計畫編號：NSC102-2410-H305-075-SSS)

研究機構名稱：台北大學社工系

經費來源：國科會

研究計畫主持人：劉素芬

職稱：助理教授

研究計畫協同主持人：孫世維

職稱：教授

一、研究目的：

這份計畫目的在於透過實證資料的蒐集和分析，發展一個適合評估台灣老人受照顧者自我效能且具有信度和效度之量表工具，完成後的量表預期可應用於老人學術界和實務服務機構，包括做為方案介入之測量指標。

二、參與研究之條件與限制：(研究參與者之納入或排除條件)

若您符合下列條件者，適合參加本研究，包括：(1)年齡至少 55 歲或以上（參考身心障礙者的老年年齡為 55 歲及以上）；(2)輕度失能狀況(以 ADL 評估) 輕度及以上；(3)認知功能足以清楚了解和具體回答問卷題項。

三、研究方法與程序：(含研究方法、研究流程、預計招募之參與者總人數、以及研究參與者所需付出之時間)

本計畫乃是一個實務量表發展之研究方案，資料蒐集方法以結構式問卷訪談潛在受訪者，預計招募 300 位失能老人受照顧者，每次問卷時間約 30-40 分鐘。問卷施測期間預計自 103 年 5 月到 6 月期間。

四、參與研究時之禁忌、限制及應以配合事項：

本計畫對於研究參與者沒有特別限制，研究參與者亦無需負擔任何費用。

五、研究潛在風險、發生率及救濟措施：

(一)研究潛在風險

本計畫以結構式問卷訪談方式了解受照顧者有關自我效能等狀況，在過程中有可能會因為受照顧者對於過去或是目前狀況的不愉快經驗，導致其情緒上的波動。

(二)風險發生率

本計畫之訪員背景皆為社會工作系所學生，包括修過老人社會工作課程的大四學生和研究生，因此訪員對於老人實務工作皆有一定認識和接觸；此外，在進行施測之前研究團隊會進行 2-3 次的訪員訓練工作坊；於施測期間，主持人和研究團隊皆隨時督導和回應相關問題，將受訪者可能受到的潛在風險降到最低。儘管如此，仍可能無法即時掌握每位參與者的個別狀況，難以避免受照顧者在受訪過程，勾起對過去或對目前狀況不愉快或不舒服之情緒感受。

(三)降低風險與保護研究參與者之方法

本計畫預計採取下列方式：

1. 進行研究之前，詳細與潛在參與者說明研究進行過程，並且保證研究參與者可隨時中斷研究參與，不會損及其權益。
2. 研究參與者若有不想討論或分享的話題，可隨時拒絕提供資訊。
3. 進行完善的訪員訓練，提高訪員與參與者一起工作的敏感度，隨時察覺研究參與者的狀況，若注意到其情緒起伏或波動，隨時中斷訪談或問卷等研究工作。研究團隊亦會定期進行監督與追蹤。
4. 施測過程以參與者的權益為最優先考量，若有需要，轉介適當的相關服務機構。

(四)風險發生時之處理措施

在問卷施測過程中，若勾起研究參與者不愉快或不舒服的感受或經驗，導致其情緒起伏或不佳，研究者會要求訪員立即中斷所進行的工作，提供研究參與者適時的關懷和同理，等到研究參與者狀況平復後再徵詢是否繼續進行，若研究參與者不願繼續，則尊重其意願。

六、研究效益與對研究參與者之益處：

1. 本計畫為應用性研究，最主要的預期研究效益為相關成果可提供老人實務領域一具有信度和效度的評估量表。
2. 研究參與者的益處方面，每位研究參與者皆會獲贈一份價值 100 元的禮品或禮券，以感謝其對研究團隊的貢獻。參與者若有興趣可與主持人連絡，獲知有

關研究成果之資訊。

七、研究可能衍生的商業利益及其拓展應用之約定：

本計畫之結果並不會衍生其它的商業利益或相關應用。

八、研究材料保存期限、運用規劃及機密性：

研究計畫主持人將依法把任何可辨識您身分之紀錄與您個人隱私之資料視同機密處理，絕對不會公開。將來發表研究結果時，您的身份將被充分保密。凡簽署了知情同意書，即表示您同意各項原始紀錄可直接受監測者、稽核者、研究倫理委員會及主管機關檢閱，以確保研究過程與數據，符合相關法律和各種規範要求；上述人員承諾絕對維繫您身分之機密性。

九、損害補償或保險：

- (一) 本研究依計畫執行，除可預期之不良事件外，若因參與本研究而發生不良事件或損害，將由研究計畫主持人劉素芬(02-26748189#67027)將會轉介研究參與者到合適的專業服務機構的方式作為補償。
- (二) 您簽署本知情同意書後，在法律上的任何權利不會因此受影響。

十、研究之退出方式及處理：

您可自由決定是否參加本研究，研究過程中不需要任何理由，可隨時撤回同意或退出研究。如果您拒絕參加或退出，將不會引起任何不愉快，或影響日後研究計畫主持人對您的評價，更不會損及您的任何權利。若您決定撤回同意或退出研究，可隨時以電話、信件或面對面方式與研究團體連絡，計畫主持人將會確認並尊重您的意思，確保您的權益不會有任何的損害。研究計畫主持人或研究計畫贊助或監督單位，也可能於必要時中止該研究之進行。

十一、研究參與者權利：

- (一) 研究計畫主持人或研究人員已經妥善地向您說明了研究內容與相關資訊，並告知可能影響您參與研究意願的所有資訊。若您有任何疑問，可向研究人員詢問，研究人員將具實回答。
- (二) 研究計畫主持人已將您簽署之一式兩份同意書其中一份交給您留存。

十二、研究計畫主持人/研究人員簽名

研究計畫主持人或研究人員已詳細解釋有關本研究計畫中上述研究方法的性質與目的，以及可能產生的危險與利益。

訪談人員簽名：_____

日期：□□□□年□□月□□日

十三、研究參與者簽名同意

本人已詳細瞭解上述研究方法及其可能的益處與風險，有關本研究計畫的疑問，已獲得詳細說明與解釋。本人同意成為本研究計畫的自願研究參與者。

研究參與者簽名：_____

日期：□□□□年□□月□□日