

嘉南藥理科技大學專題研究計畫成果報告

計畫編號：CN9656

計畫名稱：民眾對長期照護的認知與期望態度之探討—跨世代研究

執行期間：96年1月1日至96年12月31日

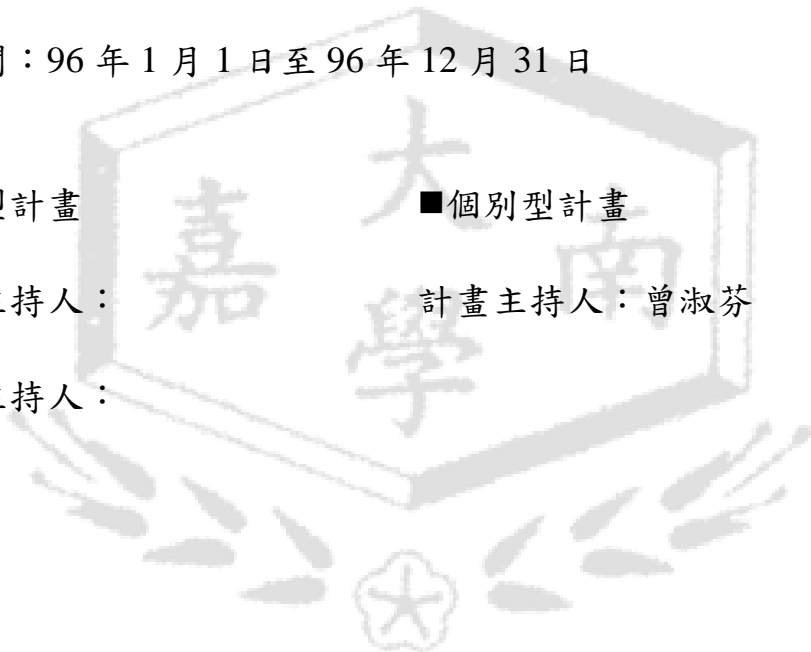
整合型計畫

個別型計畫

計畫總主持人：

計畫主持人：曾淑芬

子計畫主持人：



中華民國 97 年 3 月 31 日

民眾對長期照護的認知與期望態度之探討—跨世代研究

目錄

摘要

第一章 緒論

第一節 研究背景與研究動機

第二節 研究目的

第二章 文獻探討

第一節 長期照護現況分析

第二節 長期照護的認知程度

第三節 長期照護的使用意願

第四節 不同世代的價值觀

第五節 長照服務使用情形與差異性相關研究

第三章 研究方法

第四章 研究結果分析與解釋

第五章 結論與建議

參考文獻

中文部分

英文部分

摘要

隨著年齡的增長，任何人都無可避免地面臨身心狀況趨往下坡，呈衰退老化之勢。在這健康情況越往下坡的過程中，各種健康與因應之照護問題便交織而來。我國由於平均壽命的延長，使得老人增加，罹患慢性病與功能障礙的老人也越來越多，老人生活機能日漸退化，老化失能情況惡化；因此人口老化與長期照護需求是我國面臨的嶄新挑戰。

老人照護問題是社會問題，也是社會福利政策重點，但是要用何種方式照護老人值得深入瞭解，現在衛生政策是強調社區化，但是家庭和社區未必能配合，而且隨著社會變遷，不同世代的生長環境不同，其對照護需求及認定可能有別，是值得關注的長期照護相關議題。至於長期照護需要的推估、以及所需之長期照護資源發展等，則是未來政策規劃之重要方向，更需有相關之基礎資訊以利規劃。

關鍵字：長期照護、認知狀況、使用意願。

第一章 緒論

第一節 研究背景與研究動機

由於青壯年的人口比率有逐年減少的趨勢，又因為醫療科技的進步，使得死亡年齡層增高，照護老人的負擔也隨之增加，以家庭方面來說，由於現在家庭結構的改變，多數家庭呈現少子化，導致家庭照護功能減弱，家庭已無法承擔照護老人的責任，已經被當成社會問題來看待；又以社會層面來看，主要普遍存在的困境為：對長期照護中心定位不明確、缺人、缺錢、缺專業工作者、忽略個別差異性及城鄉資源的落差(周明清，2006)。

因此，可了解老人照護所需之各項服務有可能隨著社會變遷而異，所以不同族群不同時代對長期照護服務的認知及期望程度，是否也有所不同，更值得探討，因此本研究旨在探討現今社會中的人是如何看待長期照護服務的？青少年、青壯年、老年人對於長期照護服務的看法，世代因素有何影響可能影響各世代對於長期照護服務的看法？最後期望由研究發現進一步提出建構長期照護服務體系的具體建議。

第二節 研究目的

1. 分析民眾對長期照護服務之接受意願及其人口結構組成。
2. 評估不同世代所認知及需要之長期照護服務型態。
3. 探討不同世代對長期照護服務接受度差別之相關因素。

第二章 文獻探討

第一節 長期照護的概念與意願

壹、現況分析

近年來，由於公共衛生水準提升、醫療科技進步與人口政策的推行成功，促使國民生育率逐年下降、平均餘命逐年提升，人口年齡結構由金字塔型快速轉型為保齡球瓶形狀。台灣地區 65 歲以上老年人口，於 1993 年時，佔總人口數的 7%，正式邁入世界衛生組織所謂的「高齡化社會」，到 2000 年底止，65 歲以上老年人口成長至 184 萬餘人，佔總人口數 2200 萬餘人的 8.4%，目前 96 年 10 月止老年人口計 233 萬人，佔總人口 10.2%，老化指數 57.6%，較 95 年底增加 2.4 個百分點（內政部）。又依據行政院經建會 1996 年人口推計，台灣地區 65 歲以上老年人口，從 1993 年至 2001 年，在短短在二十八年間將增長一倍，更甚者，到 2036 年時，台灣的老年人口的比率將提升為 21.6%，其人口老化速度之快，幾近世界之冠，僅次於日本，屆時台灣將會成為一個人口非常老化的國家。較諸英國、德國，其老人由 7% 增至 14% 歷時 45 年，美國歷時 70 年，法國則歷時長達 130 年（陳，1999），可見我國人口快速老化速度較歐美諸國為快。

貳、長期照護的定義

所謂的長期照護，根據 Brody(1985) 界定，認為長期照護是罹患慢性或心理疾病導致身心障礙，而需要接受長期照護服務的人，提供診斷、復健、

支持性、維護性與社會性之服務，其服務對象不僅包括病人本身，更應考慮到照護者的需要。而 Liang & Tu(1986)則認為長期照護包含人力、服務與資源三大部分，提供正式與非正式之健康服務於長期失能的個案，其目標在於維持個案的最大功能。Kane & Kane(1987)將長期照護定義為在一段長時間內，提供身心功能障礙者一套包含醫療、護理，個人與社會支持性的長期性照護；主要的服務對象為居住在社區或機構中，因慢性疾病或老衰，而導致身心功能障礙的人；其目的在於佔進或維持個案的身體功能，以增進其獨立自主的生活能力。

行政院衛生署(1995)則稱之長期照護系指針對身心功能障礙者，提供綜合性與連續性的服務；其服務內容可以從預防、診斷、治療、復健、支持性、維護性以至社會性之服務；其服務對象不僅包括病人本身，更應考慮到照護者的需要。該署並定位長期照護體系是屬於我國醫療保健體系中公共衛生及預防保健及急性醫療服務之後的復健及後續性服務。

參、國內長期照護服務內容

「社區長期照護」的主要模式是連結正式非正式的資源乃居家與社區式的照護(長期照護網站，1999)。以體制面論，國內長期照護的正式資資源包括社政體制、衛政醫療體制和榮民體系等。非正式資源則以家庭照護為主(見表一)。

表一 長期照護資源表

長期 照護 資源	正式長 期照護 服務	榮民體系	機構-榮民之家
		社會福利體 系	機構式—養護、安養、長期照護機構等
			社區式—日間照護、居家服務、送餐服務
		醫療服務體 系	機構式—醫院、護理之家
	社區式—日間照護、居家護理、專業人員出診		
非正式 長期照 護服務	勞政體系	本籍、外籍看護	



第二節 長期照護的認知程度

一、長期照護之定義

美國公共衛生服務部(U.S.Public Health Service)對於『長期』的定義指的是時間長達九十天以上的慢性狀況。(Connie J.Evashwick, 長期照護 2006 p4-5)國外學者 Brody(1980)與 Weissert(1991)將長期照護定義為：長期照護所服務的對象乃不分年齡且對於生活生能者，給予診斷、治療、

復建、預防、支持且持續性的服務，使失能者的生活機能與身心狀態得以維持。

為了解決失能者複雜且長久的需求，理想的長期照護系統應該給予連續性照護，並且以個案為主，根據個案的需求提供適當的協助與支持，以提升照護的可近性，Evashwick(1987)對於照護連續性給予的定義為：透過服務和照護系統的整合，提供完整且長期的服務，給予照護引導並且追蹤個案。

呂寶靜(2001)指出，老人的社會照護體系是由家庭支持(即非正式照護體系)與社會服務機構所提供之服務(即正式照護體系)所構成。

非正式與正式照護體系之協助項目

健康情形	非正式體系	正式體系
極為衰弱老人	<ul style="list-style-type: none"> ● 同住 ● 全權處理財務 ● 在老人家中提供協助 ex： ● 家務事 準備餐食 購物 ● 個人照顧：盥洗洗澡 監督或協助服藥 	<ul style="list-style-type: none"> ● 機構照顧 ● 保護服務 ● 個案管理 ● 諮商服務 ● 喘息服務 ● 家務服務 ● 居家健康助理服務與訪視護士 ● 送餐服務
中度衰弱老人	<ul style="list-style-type: none"> ● 與正式體系協商 ● 協助財務管理 ● 陪同就醫 ● 在老人家中提供較頻繁協助 	<ul style="list-style-type: none"> ● 連結相關福利設施老人諮商服務 ● 交通接送 ● 友善訪問 ● 聚合式的老人住宅 ● 雜務服務
健康老人	<ul style="list-style-type: none"> ● 因疾病而需要的短期協助 ● 在老人家中爾而提供協助 ● 交通接送 ● 問題的建議 	<ul style="list-style-type: none"> ● 搭乘公共交通工具的費用減免 ● 資訊與轉介服務 ● 協助申請相關服務 ● 文化與精神充實方案 ● 社會話語娛樂機會的提供

資料來源：呂寶靜著，2001《老人照顧：老人、家庭、正式服務》。台北：五南。

二、民眾對於長期照護的認知情況

有相關研究指出，目前台灣一般民眾對於社會福利與措施的認知仍然偏向不清楚的情況(謝，2001)，在呂三元等(2006)的研究中指出，民眾對於長期照護服務知道的有 52%，但是對於長期照護服務類別的差異性上，卻只有 12%能夠分辨，其餘八成的民眾對於長期照護的服務類型與功能是不清楚的。特別是家中有年邁或是失能者的家庭，極需要社會持續的支持，卻因為不知道有何種福利或是如何申請，造成了家庭、親友進而成為整體社會的負擔，尤其以獨居老人對於社會福利的認識更是鮮少，未來應加強長期照護服務宣導，盼望社會福利能充分落實再社會上有需要的每一個角落，更能落實社會福利。

三、得知管道

當消費者在購買物品時，對於物品會有現實與理想上的差距，即產生認知上的問題，此時消費者會開始搜尋情報，而後開始評估可行的方案進而選擇購買。而在蒐集行為上又可分內部蒐集與外部蒐集，內部蒐集行為乃是由過去所得的經驗或是現有的資料而來，外部蒐集則是從大眾媒體、行銷管道、親友或消費族群的意見等外部環境作為參考之依據(劉，2004)。

一般大眾對於長期照護得知管道的來源除了醫院轉介外，還有鄰居朋友的介紹，另外就是大眾媒體的告知或是在工作上的接觸所得之的資訊。在劉雅文(2004)的研究中指出，民眾對於長期照護資訊來源大多是醫院結合照護

服務資源的連結告知或是親友口耳相傳而來，顯示出照護服務訊息管道所提供資訊的廣度仍有不足；此外學歷的高低與得知管道的多寡有其相關，學歷高者在照護資訊與協助的尋求比其他較低學歷者要多(謝，2001)，因此未來在照護服務資訊提供與管道上，應朝著更廣且更貼近一般大眾的目標來努力。

四、認知對態度的影響

消費者在選擇不同的產品時，對於產品有會有不同的認知(Sheth, Mittal, and Newman, 1999)，因此在產品自身的特色會帶給消費者不一樣的選擇態度。而張春興(1998)的研究指出，態度是指隨著個人週遭環境的不同，憑著本身的認知與好惡所表現出長期且一致性的行為傾向。不僅如此，對消費者而言，時間、成本以及資訊得知的多寡等因素會影響消費者的選擇態度，顯示出消費者對於產品涉入程度在選擇的態度上有其差異性(陳，2002)。Hawkins, Best and Coney(1997)更指出消費者的態度乃是由認知、情感與行為意圖三種要素所構成，當消費者正面對某一件事物時，其三種要素會趨近一致性，當有其中一種要素改變時，其他部分也將有所變動，結果顯示消費者的認知的改變會影響消費時的態度。



第三節 長期照護的使用意願

壹、長期照護需求

需求的定義有其分類不同，「牛津字典」對需要所詮釋的定義是在必要性出現時，就產生了需要(need)，而需求(demand)則是一種能力與欲望去得到東西以及服務。而需求(demand)則是一種能力與欲望去得到東西以及服

務。而需求(demand)則是當需求(need)未被滿足而產生的。社會學家 Bradshaw(1972)將需求分成四大類：1. 規範性需求；2. 感覺的需求個人慾望所感覺的需求；3. 表達的需求轉變為需要的需求；4. 比較的需求。而社會學者 Kane 和 Kane(1987)觀點比較傾向需求(demand)，認為需要(need)只是專業判斷，若能找出照護目標和「真實的可能性」實際之間的差異性更趨近於真實。

長期照護的定義為喪失日常生活能力者，提供長期的醫療、個人生活照顧與社會服務及綜合性與連續性之服務體系(楊等，2003)，而活動功能障礙情形與長期照護需求有很大的相關，1984年聯合國世界衛生組織提出生命存活曲線與疾病率、失能率、死亡率的概念模，其表示年齡越大且存活的時間越長，失能與疾病的比率越高(阮等，1999)。李世代(2000)指出大部分的健康狀況發展之時序為先罹病、後失能、而死亡，罹病、失能和死亡與長期照護有密切之關係，如老年人年齡每增加五歲，可增加 50%死亡率，而每增加十歲可增加 50%-100%之失能率，以長期照護需求之觀點來看，失能率的重要性大於死亡率，因為人死亡後不能需要長期照護，但是失能後卻需要長期照護，因此掌握導致失能的原因更甚於掌握導致死亡的原因，且從失能到死亡的時間越長，長期照護的需求越大。

貳、長期照護需求的制定

不同於急性病人以死亡率或罹病率，來推估醫療照護之需求，長期照護

多以個案失能程度來評估其照護需求，以失能率來推估照護方案之需求。近年來許多學者為探究我國失能人口對長期照護的需求比率，以推估其實際需求，進行了許中、小型的研究調查，也利用各類型量表，如巴氏指數或量表、日常生活活動功能指標及工具性日常生活活動功能指標等，來蒐集我國人口失能率的資料，得知長期照護需求的比率，可因評估工具的項目及內容之不同，而有不同的結果。這些量表的功能評估，大多限於單面向的以身體功能為主之評估，分別說明如下：

(一)巴氏指數或量表(Barthel Index)：

為一種日常生活活動能力之評估指數，始於 1950 年代，最初係使用於評估住院復健病人之進展狀況，後經進一步發展，於 1965 年以後即廣泛應用於一般性測量病人治療或照護之結果。量表中包含十項評估項：個人日常生活的 7 項基本身體活動(進食、個人衛生、如廁、洗澡、穿脫衣服、大便控制、小便控制)與行動能力 3 項(移位、平地上行走、上下樓梯)。每項分成 2 至 3 級，即完全獨立，需要協助和完全依賴，滿分為 100 分。該量表的長處是每一項活動的評分方式，皆具操作性定義且評估方法已標準化。但是由於量表中針對每一項活動之功能僅列出二至四級，對於長期照護的慢性病人而言，其功能變化的幅度都很細微，在測知變化幅度時，該量表的「敏感度」顯得不夠充分；另一方面，該量表多著重於身體功能於日常生活活動的評估，而忽略病人本身的認知程度，以及與社會互動的能力，因此亦無法有

效的評估病人真正的獨立生活之能力。

(二)日常生活活動功能(Activities of Daily Living; ADLs)指標：

係指一個人每天自我照顧所必須具備的基本功能要，包括進食、穿衣、沐浴、如廁(大小便)、移位(上下床、上下椅子)、或加上室內走動、整理儀容等 5 至 7 項活動。

(三)工具性日常生活活動工能(Instrumental Activities of Daily Living; IADLs)指標：

係指一個人維持獨立自主生活所必須具備的基本功能要求，包括備餐(煮飯)、洗衣服、理財(付帳、算錢、找錢)、吃藥、打電話、操作輕鬆家事、外出購物、搭乘公共交通工具等 8 項活動(陳，1999)

長期照護需要的評估，在先進老化國家中已行之有年，由於長期照護的主要目的系協助功能障礙無法獨立生活者能過著正常的生活，因此在長期照護需要的評估中，常以一個人的功能是否能在社區中獨立生活來判斷是否具有長期照護的需要，即以功能障礙來判斷一個人是否具有接受長期照護的資格。

ADLs 功能障礙表示老人基本自我照護能力受損，與慢性病的後遺症有關，需要護理服務，IADLs 功能障礙則代表老人執行日常生活家事活動受限，需要社會服務(吳等，1996)。因此 ADLs 和 IADLs 是目前評估長期照護最常用的指標。Beland 及 Zunzunegui(1999)指出老人 IADL 失能不會馬上影

響日常生活，而是 IADL 失能情形停滯一段長時間才會有 ADL 障礙的情形發生。因此 ADL 是日常生活必備的基本照護能力，而 IADL 是個人是否能在社會中獨立生活，且失能情形是先 IADL 失能後才會有 ADL 障礙的情形發生。

參、估計未來台灣需要長期照護的狀況：

表一、2004 年到 2046 年全國需要長期照顧之失能人口與所占比率推估

推估項目	2004		2008		2046	
	人數推估	占全人口	人數推估	占全人口	人數推估	占全人口
65 歲以上 ADL3 項以上	210,672	0.923%	175,410	0.757%	687,420	3.295%
65 歲以上 ADL3 項以上+IADL	237,507	1.040%	274,337	1.183%	1,035,075	4.961%
65 歲以上 ADL3 項以上+IADL+認知	269,752	1.181%	311,279	1.343%	1,169,219	5.604%
65 歲以上 ADL3 項以上+IADL+認知+精障	275,523	1.207%	317,655	1.370%	1,187,973	5.694%

從表一中了解到長期照顧之失能人口與所占比率中明顯增加，2008 年 65 歲以上 ADL3 項以上所佔全人口 0.757%，而到 2046 年的比率明顯加到 3.295%；而在 65 歲以上 ADL3 項以上+IADL+認知+精障的 2008 年中人數推估為 317,655 人口，到了 2046 增加了 870318 人口，顯示在未來失人能力在長期照顧中是我們值得觀注的議題。



第四節 不同世代的價值觀

由於社會結構的變遷，不同世代有不同社會文化背景的情況來看，世代的社會價值觀的確有可能影響到個體的價值觀，在傳統機械連結的社會中，家庭內外劃分了一道明顯的界限，每個家庭成員都依照互動者的倫序和標準來與他人交往，家庭內人與人互動的程序正義是採取「差序法則」，晚輩遵

從長輩、年輕遵從年長，女性遵從男性；家庭外則以「人情法則」為標準，將親戚或朋友都以親屬稱謂互稱，講究彼此互惠，輩分高的人可以分得較多的資源，同輩分的人則分得等量的資源。Brindley(1990)與黃光國(1993)認為的，處於台灣社會中的個體，一方面受到西方現代個人主義強調獨立自主的影響，另一方面卻又仍然重視傳統的家庭與人際關係，因此發展出「華人式個人主義」(Chinese individualism)，也就是年輕世代雖然重視個人成就與自我感受，但個人仍是與他人的人際關係網路，尤其是家庭網絡相互連結，因此年輕世代雖然否定權威，卻也同時重視自我認同群體中的意見與規範。黃光國(1995)發現台灣的大學生認為他們比上一代更不重視群體價值中強調家庭、壓抑自我的各項價值，如「賢妻良母」、「子女成器」、「安分守己」、「長幼有序」等，但仍與上一代一樣重視「家庭幸福」、「婚姻幸福」、「和諧」等，顯示他們仍十分重視以情感為基礎的家族主義。而隨著國人傳統農業社會的家庭型態由以往的上下傳承的父子軸家庭轉為現代工商社會以夫妻關係為主的夫妻軸家庭(楊，1997)，再加上女性受教育的程度遠高於以往，具有平權意識的現代性格會迥異過去的男性優越的傳統性格，世代間家庭與婚姻的狀態也會使得個體對於價值觀也會有所差異。



第五節 長照使用情形與差異性相關研究

壹、長期照護服務使用現況

一般照顧需求多具複雜性，為保障被照顧者獲得適合之服務，則需先評估其功能狀態與其在生活中所受到的限制，連結所需之資源供其使用，提升照護管理，最後也要監測目標是否達成此為一連續過程(陳，2003)。

許多研究結果顯示，社區老人所獲得的照護多半來自非正式照顧資源（家人、朋友等），比例高達 77-90.2%，而其需求以生活上協助最迫切，其次是居家看護及居家護理等（謝，2001；內政部老人狀況調查報告）。許多研究提及老人所獲得社區服務與居家服務是明顯不足，僅 9% 老人接受完整服務（徐等，1998），相較於日本接受完整服務的 39.8%-51.5%，本國老人所接受的長期照護服務實在是低了許多（陳，2004）。目前我國居家服務有身體照顧與家務處理二大類，服務內容取決於評估人員評估後決定其所需的服務項目與時數。然後目前家庭結構逐漸改變、家庭功能逐漸減弱（蕭，2000）的情形下，致使家庭繼續提供照顧能力堪慮，未來老人照護勢必成為家庭負荷沉重。屆時若家庭照護能力崩解，會衍生出許多問題，所以有學者主張發展社區式支持方案（居家服務等）來分擔家庭非正式的照護人力，才是未來長期照護服務的發展方向（吳，2004）。

貳、影響需求相關因素

影響需求因素包括教育程度、性別、年齡、身分別、居住狀況等現分別探討之。

（一）教育程度：

教育程度越低，未滿足需求比例越高（莊等，2004）。可能原因是教育程度較高者較會尋求社會福利資源。

（二）年齡與性別：

Wallace 與 Lew-Ting(1992)研究指出 75 歲以上老人使用服務比 65-74 歲老人多出幾乎 2 倍。年齡越小，未滿足需求情形越少。性別方面女性使用情形不比男性踴躍，但女性比男性更需要協助(Wallace&Lew-Ting, 1992)。許多研究都支持年齡、性別為可預測特性(唐等，1999)。

(三)疾病狀況

影響使用專業居家照護的需求因素如疾病影響的病患特性，使得必須使用專業照護。根據內政部民國 89 年老人狀況調查，自覺自己健康好者 41.19%，普通者 36.62%，不好者 21.91%。值得注意的是有 14.15%的人雖然有需要，卻沒有資源可以幫忙；且在同一報告顯示：65 歲以上老人居住在老人福利機構者佔 5.59%，80 歲以上老人佔 10.93%；對老人安養機構之需求情形，覺得需要或很需要者，在 65 歲以上老人佔 34.42%，80 歲以上老人則佔 33.71%。而曾使用居家照顧服務者僅佔 2.1%，但有 23.51%的 65 歲以上老人表示有居家照護服務之需求，供需之間有必要進一步探討與規劃(陳，2003)。需求和健康情形有極大的關係(吳等，2003)因此健康狀況是一個預測需求與所適合服務的因子。

貳、長期照護服務與需求差異性之相關研究

調查老人需求的研究相當多，我國的機構式照護資源已與高齡化之國家相近是充足的，但社區式及居家式的照護資源則顯得相對貧乏，且各縣市間有嚴重分布不均的現象。而居家提供照護服務大多來自家人 73-90%(謝，

2000)；五成左右的中老年失能者的需求是無法滿足的(莊等，2004)。



第三章 研究方法

壹、研究設計

本研究為橫斷式調查之研究，並且以量化來做分析，採結構式問卷收集資料樣本，來探討不同世代的族群基本資料的分布情況與其對於不同種類長期照護服務的關連性。

貳、研究對象

本研究採立意取樣，研究對象為台南市東區、台南縣七股鄉以及仁德鄉之民眾，其對象不分年齡、性別、教育程度等限制，以便取得不同世代間樣本的多樣化。

參、研究工具

以自製問卷為調查工具，問卷內容包括：基本資料、自覺健康、社會支持、自覺照顧需求之威脅、照顧責任歸屬以及民眾對使用長期照護服務之認知及使用意願。

肆、資料收集

現場發放、回收問卷，並且由民眾自行填寫，並在回收問卷時，查驗問卷填寫之正確與完整度，以提高樣本內容的品質。

伍、資料分析

研究資料以 SPSS 軟體對各變項進行次數分配、百分比分析、卡方檢定，以了解各變項之分佈情況與相關程度，並用羅吉斯回歸分析檢視問卷之效度。

第四章 研究結果與分析

第一節 基本特性的描述

本研究全部樣本數共有 425 名，其中男生人數比例約佔四成，女生人數比例則佔六成；學歷方面共分為三類，其中大學學歷以上人數為最多佔了超過五成，其次為國高中學歷約佔三成，小學以下學歷則只佔一成，顯示本研

究樣本學歷偏高。本研究樣本的省籍分布中，約有將近八成受訪者的省籍為福佬人的樣本佔最多數，其次為外省人佔 8.75% 以及客家人佔 3.5%；在收入方面，月薪在 20000~39999 元與 40000~59999 元的受訪者最多，分別佔 24.2% 及 24%，月薪在 60000~79999 元為最少只佔了 15.1%，顯示出本研究樣本的月薪普遍在 20000~40000 之間；在年齡分布上 35 歲以下佔 41.6%，36-45 歲佔 37.9%，46 歲以上佔 20.5%。

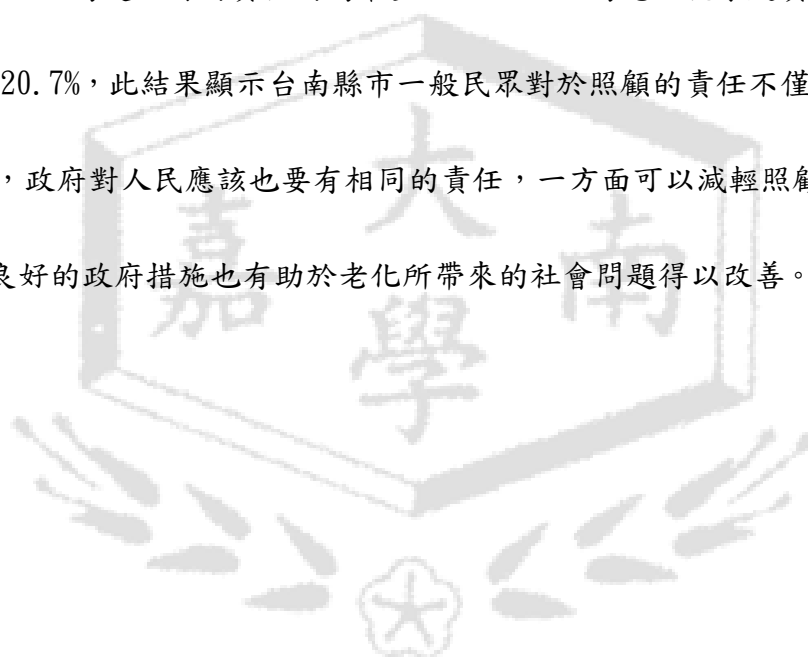
在自覺健康方面受訪者認為自身健康狀況良好的人數佔 31.8%，自覺健康狀況普通的佔 54.4%，認為健康狀況差的為最少佔 13.9%，此外在疾病狀況中，自認當時身體沒有疾病的為最多佔 31.3%，其次為一項疾病的佔 28%，有兩項疾病者佔 14.1%，三項疾病以上的為最少佔 12%，顯示出本研究樣本自覺疾病狀況偏向良好。

在社區支持度方面，婚姻狀況分佈中，目前有配偶且同住的人數佔 67.3%，有配偶但不同住的佔 3.1%，沒有配偶的佔 29.6%。此外，認為現在或是未來在邁入老年時期，容易獲得親友以外在社區上支持或是鄰居能夠幫忙照護的人數佔 20.2%，認為不容易獲得的佔 79.3%，顯示出民眾對於社區能夠提供服務是沒有信心的。

自覺有照顧需求之威脅情況，受訪者對於將來自己生重病或是行動不便時得不到所需照護或幫助覺得完全不擔心的人數佔 12.7%，有點擔心的佔 47.3%，很擔心的則佔 39.8%；認為自己將來可能會面臨中風或是因年老而

行動不便時需要別人照顧的問題，回答可能的有人數佔 51.5%，普通的佔 34.1%，認為自己不可能遇到這些問題的只佔 14.1%，此結果顯示出台南縣市民眾的意式對於人口結構老化所帶來的問題是重視甚至於憂心的。

而在照顧責任歸屬上，受訪者認為照顧重病在床或是行動不便的人是政府與家庭共同的責任的有 232 人比例超過五成，而認為是家庭的責任的佔 16.7%，認為是政府的責任的為最少佔 7.3%，認為應該視家庭負擔狀況而定的佔 20.7%，此結果顯示台南縣市一般民眾對於照顧的責任不僅有家人應該背負，政府對人民應該也要有相同的責任，一方面可以減輕照顧家人的負擔，良好的政府措施也有助於老化所帶來的社會問題得以改善。(詳見表一)



表一 基本特性的描述

個人基本資料		人數 (%)	社區支持度	人數 (%)	
總計(n=425)					
性別	男	171 (40.2)	婚姻狀況	有配偶且同住	286 (67.3)
	女	254 (59.8)		有配偶但不同住	13 (3.1)
學歷	小學以下	47 (11.1)	社區照顧來源難易度	無偶	126 (29.6)
	國高中	127 (29.9)		容易	86 (20.2)
	大學以上	250 (58.8)		不容易	337 (79.3)
省籍	福佬人	326 (76.7)	自覺照顧需求之威脅	完全不擔心	54 (12.7)
	客家人	15 (3.5)			

	外省人	37 (8.7)		有點擔心	201 (47.3)
	其它	47 (11.1)		很擔心	169 (39.8)
收入	19999 元以下	71 (16.7)	年老後失能照顧需要	可能	219 (51.5)
	20000~39999	103 (24.2)		普通	145 (34.1)
	40000~59999	102 (24.0)		不可能	60 (14.1)
	60000~79999	64 (15.1)	年老後需人照顧	可能	195 (45.9)
	80000 以上	84 (19.8)		普通	151 (35.5)
年齡分組	35 歲以下	177 (41.6)		不可能	78 (18.4)
	36-45 歲	161 (37.9)	責任歸屬	家庭的責任	71 (16.7)
	46 歲以上	87 (20.5)		政府的責任	31 (7.3)
健康狀況				家庭和政府並重	232 (54.6)
自覺健康	好	135 (31.8)		是家庭負擔而定	88 (20.7)
	普通	231 (54.4)			
	不太好	59 (13.9)			
罹病狀況	0 項	181 (31.3)			
	1 項	133 (28.0)			
	2 項	60 (14.1)			
	3 項以上	51 (12.0)			

第二節 長期照護的認知狀況

本研究將長期照護服務類型分為三類，分別為機構式照護服務、社區式照護服務與居家式照護服務，並調查民眾對護理之家、居家服務、居家照護、喘息服務、日間托老與緊急救援等六項服務的認知及使用意願。

在長期照護服務項目的認知上，知道有護理之家的人數佔 88%，不知道

的佔 11.3%；知道居家服務的人數佔 64.7%，不知道的佔 34.6%，知道居家照護的人數佔 69.9%，不知道的佔 30.1%；知道喘息服務的佔 31.3%，不知道的佔 68.5%；知道日間托老的 57.6%，不知道的佔 42.1%；知道緊急救援的人數佔 55.5%，不知道的佔 44.5%。結果顯示護理之家的認知程度較高，其次為居家照護、居家服務，認知程度最少的是喘息服務，有將近七成的民眾不知道此服務的內涵。(詳見表二)

表二 長期照護的認知狀況

變項名稱		知道 (%)	不知道 (%)
機構式認知	護理之家	374 (88.0)	48 (11.3)
居家式認知	居家服務	275 (64.7)	147 (34.6)
	居家照護	297 (69.9)	128 (30.1)
社區式認知	喘息服務	133 (31.3)	291 (68.5)
	日間托老	245 (57.6)	17 (42.1)
	緊急救援	236 (55.5)	189 (44.5)

第三節 長期照護的使用意願

表三為 425 位完成調查受訪者願意使用何種類型的長期照護的基本描述，在機構意願中願意使用者，佔 46.6%，不願意使用者較多，佔總樣本的 53.4%。選擇有意使用居家式服務的人佔了快九成左右。而以社區式照顧類型使用意願較多，高達 94.1%的人願意使用，顯示台灣一般民眾較有意使用的是社區式照顧類型。

表三 長期照護的使用意願

變項名稱	願意 (%)	不願意 (%)
機構意願	198 (46.6)	227 (53.4)
居家意願	379 (89.2)	46 (10.8)
社區意願	400 (94.1)	25 (5.9)



第四節 影響長期照護使用意願之相關因素

不同世代對機構式照護服務的使用意願中，青壯年世代以有配偶且同住者(佔 48.8%)，不易尋求社區照顧來源(佔 45.10%)，自覺年老後較有可能需人照顧(佔 52%)及認為照顧責任應由家庭和政府共同承擔(佔 48%)等特質者，較傾向使用機構式照護。而中壯年族群則以自覺年老後失能可能需人照顧者(佔 60.8%)及年老後可能需人照顧者(佔 65.3%)有較高的使用意願。至於中高年人口群則無特別顯著之相關特質(詳見表四)。

表四 不同世代對機構式照護使用意願之卡方分析

機構式照護使用意願	青壯年(35歲以下)			中壯年(36-45歲)			中高年(46歲以上)			卡方值
	不想		卡方值	不想		卡方值	不想		卡方值	
	人數	(%)		人數	(%)		人數	(%)		
總計(n=425)										
社區支持度										
婚姻狀況	有配偶且同住	43 (51.2)	41 (48.8)		68 (49.3)	70 (50.7)		32 (50.0)	32 (50.0)	
	有配偶但不同住	0 (0.0)	1 (100.0)	7.7*	3 (50.0)	3 (50.0)	1.2	1 (16.7)	5 (83.3)	3.2
	無偶	64 (69.6)	28 (30.4)		6 (35.3)	11 (64.7)		10 (58.8)	7 (41.2)	
社區照顧來源難易度	容易	28 (84.8)	5 (15.2)	10.1**	11 (50.0)	11 (50.0)	0.04	16 (51.6)	15 (48.4)	2.3
	不容易	79 (54.9)	65 (45.1)		66 (47.5)	73 (52.5)		25 (46.3)	29 (53.7)	
自覺照顧需求之威脅										
年老後失能照顧需要	可能	51 (52.0)	47 (48.0)		31 (39.2)	48 (60.8)		20 (47.6)	22 (52.4)	
	普通	37 (68.5)	17 (31.5)	6.9*	29 (49.2)	30 (50.8)	8.6*	13 (40.6)	19 (59.4)	5.2
	不可能	19 (76.0)	6 (24.0)		17 (73.9)	6 (26.1)		9 (75.0)	3 (25.0)	
年老後需人照顧	可能	36 (48.0)	39 (52.0)		26 (34.7)	49 (65.3)		21 (46.7)	24 (53.3)	
	普通	46 (65.7)	24 (34.3)	9.9**	29 (51.8)	27 (48.2)	13.4**	12 (48.0)	13 (52.0)	1.5
	不可能	25 (78.1)	7 (21.9)		22 (73.3)	8 (26.7)		9 (56.3)	7 (43.8)	
責任歸屬	家庭的責任	20 (80.0)	5 (20.0)	8.5*	15 (53.6)	13 (46.4)	0.5	9 (50.0)	9 (50.0)	0.8
	政府的責任	4 (66.7)	2 (33.3)		8 (47.1)	9 (52.9)		3 (37.5)	5 (62.5)	

家庭和政府並重	53 (52.0)	49 (48.0)	40 (46.5)	46 (53.5)	23 (52.3)	21 (47.7)
是家庭負擔而定	29 (69.0)	13 (31.0)	14 (46.7)	16 (53.3)	7 (43.8)	9 (56.3)



不同世代對居家式照護服務的使用意願中，青壯年世代以有國高中者(佔 96.7%)，認為自覺健康不好者(佔 92.3%)等特質者，較傾向使用居家式照護。而中高年族群則以對知道居家照護者(佔 60.8%)有較高的使用意願。至於中壯年人口群則無特別顯著之相關特質(詳見表五)。

表五 不同世代對居家式照護使用意願之卡方分析

居家式照護使用意願	青壯年(35歲以下)			中壯年(36-45歲)			中高年(46歲以上)			
	不想	想	卡方值	不想	想	卡方值	不想	想	卡方值	
	人數 (%)	人數 (%)		人數 (%)	人數 (%)		人數 (%)	人數 (%)		
總計(n=425)										
個人基本資料										
學歷	小學以下	1 (50.0)	1 (50.0)		0 (0.0)	6 (100.0)		8 (20.5)	31 (79.5)	
	國高中	1 (3.3)	29 (96.7)	16.3**	9 (13.0)	60 (87.0)	1.3	2 (7.1)	26 (92.9)	2.5
	大學以上	12 (8.3)	132 (91.7)		8 (9.3)	78 (90.7)		4 (20.0)	16 (80.00)	
健康狀態										
自覺健康	好	0 (0.0)	58 (100.0)		7 (12.7)	48 (87.3)		3 (13.6)	19 (86.4)	
	普通	13 (14.0)	80 (86.0)	9.0*	9 (9.7)	84 (90.3)	0.5	9 (20.0)	36 (80.0)	1.2
	不太好	2 (7.7)	24 (92.3)		1 (7.7)	12 (92.3)		2 (10.0)	18 (90.0)	
認知程度										
居家服務	知道	10 (7.9)	116 (92.1)	0.2	10 (9.0)	101 (91.0)	1.0	3 (7.9)	35 (92.1)	3.4
	不知道	5 (10.2)	44 (89.8)		7 (14.3)	42 (85.7)		11 (22.4)	38 (77.6)	

居家照護	知道	10 (7.5)	123 (92.5)	0.6	11 (9.3)	107 (90.7)	0.7	2 (4.3)	44 (95.7)	10.0**
	不知道	5 (11.4)	39 (88.6)		6 (14.0)	37 (86.0)		12 (29.3)	29 (70.7)	

不同世代對社區式照護服務的使用意願中，青壯年世代以有國高中學歷者(佔 96.7%)，無配偶者(佔 97.8%)及和尋求社區照顧來源不易者(97.2%)等特質者，較傾向使用社區式照護。而中壯年族群則以福佬人(佔 96.8%)有較高的使用意願。至於中高年人口群中福佬人偏向於使用社區式照護 (詳見表六)。

表六 不同世代對社區式照護使用意願之卡方分析

社區式照護使用意願	青壯年(35歲以下)			中壯年(36-45歲)			中高年(46歲以上)			
	不想	想	卡方值	不想	想	卡方值	不想	想	卡方值	
	人數 (%)	人數 (%)		人數 (%)	人數 (%)		人數 (%)	人數 (%)		
總計(n=425)										
個人基本資料										
學歷	小學以下	1 (50.0)	1 (50.0)		0 (0.0)	6 (100.0)		6 (15.4)	33 (84.6)	
	國高中	1 (3.3)	29 (96.7)	8.6*	5 (7.2)	64 (92.8)	2.5	0 (0.0)	28 (100.0)	4.8
	大學以上	7 (4.9)	137 (95.1)		2 (2.3)	84 (97.7)		3 (15.0)	17 (85.0)	
省籍	福佬人	6 (4.5)	128 (95.5)		4 (3.2)	122 (96.8)		4 (6.1)	62 (93.9)	
	客家人	0 (0.0)	7 (100.0)	3.0	1 (33.3)	2 (66.7)	9.4*	2 (40.0)	3 (60.0)	8.1*
	外省人	0 (0.0)	9 (100.0)		0 (0.0)	15 (100.0)		2 (15.4)	11 (84.6)	
	其它	3 (11.1)	24 (88.9)		2 (11.8)	15 (88.2)		1 (33.3)	2 (66.7)	
社區支持度										

婚姻狀況	有配偶且同住	6 (7.1)	78 (92.90)		7 (5.1)	131 (94.9)		7 (10.9)	57 (89.1)	
	有配偶但不同住	1 (100.0)	0 (0.00)	21.0**	0 (0.0)	6 (100.0)	1.2	0 (0.0)	6 (100.0)	0.8
	無偶	2 (2.2)	90 (97.80)		0 (0.0)	17 (100.0)		2 (11.8)	15 (88.2)	
社區照顧來源	容易	5 (15.2)	28 (84.80)		2 (9.1)	20 (90.9)		4 (12.9)	27 (87.1)	
源難易度	不容易	4 (2.8)	140 (97.20)	8.5**	5 (3.6)	134 (96.4)	1.4	5 (9.3)	49 (90.7)	0.5

表七為影響民眾選擇機構式長期照護服務相關因素之羅吉斯迴歸分析結果在青壯年世代中，有顯著的變項為社區照顧來源難易度，不容易在社區中找到照顧來源者容易找到照顧來源者，有較高的使用意願(危險對比為 5.2)。

在中壯年世代發現婚姻狀況及年老後需人照顧等兩變項有顯著的影響，其中無配偶的受訪者比有配偶且同住者有較高的使用意願(危險對比為 2.5)，且在自覺威脅中年老後需人照顧變項，認為可能者比不可能者較有顯著差異，因此，了解到無配偶者和認為可能年老後需人照顧者都是較有顯著影響。而中高年世代，省籍有顯著的影響，外省人使用機構式照護比福佬人使用機構式照護可能性高。

表七 影響選擇長期照護類型因素之羅吉斯迴歸分析-機構式照護

變項		35 歲以下		36 歲-45 歲		46 歲以上	
		迴歸係數 (標準差)	危險對比 值	迴歸係數 (標準差)	危險對 比值	迴歸係數 (標準差)	危險對比值
個人基本資料							
學歷	國高中/小學以下	-1.31(2.0)	0.3	0.83(1.0)	2.3	0.37(0.6)	1.4
	大學以上/小學以下	-1.07(2.0)	0.3	1.09(1.0)	3.0	0.39(0.6)	1.5

	客家人/福佬人	-0.16(0.8)	0.9	-0.02(1.3)	1.0	-0.67(1.1)	0.5
省籍	外省人/福佬人	-0.12(0.7)	0.9	-0.44(0.6)	0.6	-1.71(0.8)*	0.2
	其它/福佬人	-0.09(0.5)	0.9	-0.50(0.6)	0.6	0.14(1.3)	1.2
健康狀況							
	普通/好	-0.160(0.4)	0.9	0.34(0.4)	1.4	-0.28(0.6)	0.8
自覺健康	不太好/好	-0.18(0.6)	0.8	0.04(0.7)	1.0	0.22(0.8)	1.2
社區支持度							
婚姻狀況	無偶/有配偶且同住	-0.47(0.4)	0.6	0.93(0.6)*	2.5	-0.19(0.7)	0.8
社區照顧來源難易度	不容易/容易	1.65(0.6)**	5.2	-0.13(0.5)	0.9	-0.26(0.3)	0.8
年老後失能照顧需要	可能/不可能	0.21(0.8)	1.2	0.37(0.7)	1.4	0.79(1.0)	2.2
	普通/不可能	-0.09(0.8)	0.9	0.35(0.7)	1.4	1.78(1.0)	5.9
年老後需人照顧	可能/不可能	1.10(0.7)	3.0	1.48(0.6)*	4.4	0.43(0.9)	1.5
	普通/不可能	0.56(0.6)	1.8	0.82(0.6)	2.3	-0.19(0.9)	0.8
認知程度							
機構式照護	不知道/知道	0.11(0.3)	1.1	-0.11(0.2)	0.9	-0.02(0.4)	1.0

表八為影響民眾選擇居家式照護相關因之羅吉斯迴歸分析結果，青壯年世代中有顯著的變項為婚姻狀況與社區照顧來源難易度，婚姻狀況中無偶的受訪者比有配偶且同住者使用意願較高（危險對比值為 8.5），社區照顧來源難易度中，不容易

者比容易者更有意願使社區式照護（危險對比為 17.0）。中高年世代對居家式照護認知程度是有顯著的變項，不知道居家照護者比知道者較願意使用社區式照護。至於，中壯年世代，則無明顯的相關因素。

表八 影響選擇長期照護類型因素之邏輯迴歸分析—居家式照護

居家式		35 歲以下		36 歲-45 歲		46 歲以上	
		迴歸係數 (標準差)	危險對比 值	迴歸係數 (標準差)	危險對比 值	迴歸係數 (標準差)	危險對比 值
社區支持度							
婚姻狀況	無偶/有配偶且同住	2.14(1.0)*	8.5	-1.19(0.7)	0.3	-1.26(1.1)	0.3
社區照顧來源 難易度	不容易/容易	2.83(1.1)*	17.0	-0.55(1.0)	0.6	-0.98(1.0)	0.4
年老後失能 照顧需要	可能/不可能	-1.66(1.6)	0.2	1.30(1.1)	3.7	1.56(1.7)	4.7
年老後需人 照顧	普通/不可能	2.57(2.0)	13.1	0.36(1.0)	1.4	-0.84(1.5)	0.4
	可能/不可能	0.69(1.3)	2.0	0.02(1.1)	1.0	0.91(1.7)	2.5
	普通/不可能	-2.06(1.4)	0.1	-0.35(0.9)	0.7	1.77(1.7)	5.9
認知程度							
居家服務	不知道/知道	-1.07(1.0)	0.3	0.26(0.6)	1.3	2.09(1.1)	8.1
居家照護	不知道/知道	1.79(1.1)	6	0.42(0.6)	1.5	2.97(1.25)*	19.5

表九的社區式照護中，青壯年世代省籍是具有顯著的影響變項，除了福佬人、客家人、和外省人以外省籍的人，使用社區式照護的的意願

較高。至於，中壯年和中高年，則無明顯的相關因素。

表九 影響選擇長期照護類型因素之邏輯迴歸分析—社區式照護

社區式		35歲以下		36歲-45歲		46歲以上	
		迴歸係數 (標準差)	危險對比 值	迴歸係數 (標準差)	危險對比 值	迴歸係數 (標準差)	危險對比 值
個人基本資料							
省籍	其它/福佬人	-3.52(1.4)*	0.03	-1.54(1.0)	0.2	N/A	0.0
社區支持度							
社區照顧來源 源難易度	不容易/容易	2.746(1.160)	15.584	1.25(1.2)	3.5	3.76(2.0)	43.0
自覺照護需求威脅							
年老後失能 照顧需要	可能/不可能 普通/不可能	N/A	0.000	2.36(2.1)	10.6	-0.962(2.041)	0.3
年老後需人 照顧	可能/不可能 普通/不可能	2.29(1.7)	9.9	-0.45(1.9)	0.6	2.55(2.1)	12.8
認知程度							
日間托老	不知道/知道	2.15(1.3)	8.6	0.18 (1.0)	1.2	-1.70 (1.6)	0.2
緊急救援	不知道/知道	1.14 (1.0)	3.1	0.47 (0.9)	1.6	-.044 (1.4)	1.5

第六章 結論與建議

受訪者對機構式服務的認知程度最高(88%)，其次為居家式服務 70%、認知程度最少的是社區式服務，其中有將近七成的民眾不知道喘息服務。

有九成以上民眾願意使用社區式照護服務，其次為居家式照護服務，而機構式照顧最少約 45%。

影響長期照護服務使用意願的相關因素，主要有社區支持度及未來需人照護之自覺威脅兩項。在青壯年世代中，無社區照護來源者有明顯較高的居家式服務使用意願。

本研究指出，台灣一般民眾接受居家式、社區式與機構式照護使用意願的比率分別為 94.1%、89.2%、46.6%，與其他研究的使用意願 58.1%、31.8%、10.1%比例相較起來有明顯增加的趨勢，可能原因為除了資訊較過去發達外，多元且國際化的社會風氣也致使民眾對長期照護服務的接受度得以提升。

本研究受訪者知道長期照護服務的約有 61%，相較呂元三(2006)的研究顯示，對於長期照護服務知道者佔 52%要來的高，可能原因除了政府近年的推廣、網路資訊的流通與媒體報導使得民眾認知有所提升。

在研究結果發現，約九成左右的民眾傾向選擇社區式與居家式照護類型，此結果與近來政府提倡在地老化與去機構化的趨勢相符，因此建議政府在未來可加強此類照護服務資源的發展。

民眾對於社區式照護的認知程度比機構式照護較低，未來仍應積極加強

此類長期照護服務之宣導及推廣。

在中高年世代中發現喜歡居家式照護，可能與人口變遷有關，但在文獻中顯示目前實際使用者僅 9%，故顯示此類服務仍不普及，可能與福利制度不完善，故建議加強居家式服務之相關福利補助措施。

目前國內正式照護服務模式仍未有效整合，再加上城鄉差距資源分布不均，皆可能造成民眾對照護服務不熟悉，甚至沒聽過之情況，使得民眾在選擇服務意願上有所影響。建議政府未來在推動各項照護服務時，先對民眾倡導、推廣照護服務之觀念。

研究限制

此研究為橫斷性研究，無法針對個案做長期需求的推估。

本研究僅對台南縣市受訪者進行分析，無法代表全國民眾之意見，故外推性不足。

研究建議

未來可針對個案進行長久深入的評估。

使用意願亦可能有地區差異與文化差異，均是未來研究須進一步探討的方向。

中文參考文獻：

Connie J. Evashwick 著、蕭仔伶編審、黃百慧、謝義簧譯(2007)，長期照護，普林斯公司；台北。

內政部：台閩地區人口統計，1994。

行政院經濟建設委員會：中華民國台灣地區民國 81 年至 125 年人口估計，1993。

吳淑瓊、徐慧娟、莊智、張明正(1996)，功能評估在估計台灣社區老人長期照護需要之應用，中華衛誌，15(6)，533-544。

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

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

周月清(2006)．我國長期照顧服務輸送困境與建言．長期照護雜誌，10(2)，111-118。

唐憶淨、李孟智、王玉潯等(1999)，老年人自覺健康狀態及其影響因素，中華家醫誌，9(1)，31-42。

高森永(2004)，我國長期照顧服務供需現況與初步推估(P. 75)，內政部委託研究計畫。

莊坤洋、陳育慧(2004)，未滿足需求之盛行率以及其決定因子，台灣公共衛生雜誌，23(3)，169-180。

莊坤洋、陳育慧、曹愛蘭、吳淑瓊(2004)，社區中失能者未滿足需求之盛行率與其相關因素，台灣衛誌，23(3)，169-180。

陳秀卿(1999)，長期照護，台北：藝軒。

陳晶瑩(2003)，老年人之長期照護，台灣醫學，7(3)，404-413。

黃光國(1993)，自我實現與華人中的價值變遷，載於楊國樞(主編)：中國人的價值觀—社會科學觀點(121-172 頁)，台北：桂冠。

黃璉華(2000)，獨居老人健康狀況與照護需求之系研究，2003 年 11 月 9 日取自

<http://grbsearch.stic.gov.tw/>。

楊怡君、許淑敏、莊宇慧、張萃珉、王玉女、葉湘芬等(2003)，老年護理學，台北：華騰。

楊國樞(1997)，父子軸家庭與夫妻軸家庭的運作特徵與歷程：夫妻關係，行政院國家科學委員會專題研究計劃成果報告。

戴玉慈、羅美芳(1996)，身體功能評估的概念與量表，護理雜誌，43(2)，63-68。

林偉得(2005)，全民健保增辦長期照護認知之研究。朝陽科技大學保險金融管理系研究所碩士論文，未出版，台中市。

邱美琪(2003)，台灣一般民眾選擇長期照護態度之探討。國立台北大學社會學系碩士論文，台北。

[韋俏玲](#)(2005)，需求與實際使用服務間差異性的探討。國立陽明大學：社區護理研究所碩士論文。

楊惠如(2005)，社區獨居老人健康狀況與長期照護需求研究。美和技術學院：健康照護研究所。

邱亨嘉(2003)，高雄市推動照顧服務產業發展方案—一般失能老人使用居家服務相關因素之探討。高雄醫學大學公共衛生學研究所碩士論文，未出版，高雄。

劉雅文(2004)，探討失能老人家庭選擇長期照護福利服務之決策過程—老人自主權之分析研究。東吳大學社會工作學系研究所碩士論文，未出版，台北市。

陳世晉(2002)，企業國際策略聯盟對消費者認知行為之影響研究。中國文化大學：國際企業管理研究所。

吳長生(2003)，來源國語商店型態對消費者態度之影響—以化妝品為例。真理大學：管理科學研究所。

英文參考文獻：

- Bradshaw, J. (1972). A taxonomy of social need. In G. Mclachlan (Ed.), Problem and progress in medical care. London: Oxford University Press.
- Brindley, T. A. (1990). Socio-psychological value in the Republic of China. *Asian Thought and Society : An International Review* , 15 (43), 1-15.
- Brody, E. M. (1985). The social aspects of nursing home care. In E. L. Schneider Et al. (eds.). *The teaching nursing home : A new approach to geriatric, research, education, and Clinical care*. New York: Raven Press.
- Kane, R. A., & Kane, R.L. (1987). *Long-term care :Prinicipe, programs, and policies*. New York :Springer.
- Liang, J., & Tu, E. (1986). Estimating lifetime risk of nursing home residency : A further note. *The Gerontologist*, 26, 560-563.
- Wallance , S. P. & Lew-Ting, C-Y. (1992) Getting by at home community-based long-term care of Latino elders, *West Journal of Medicine*, 157, 337-344.

