

美和學校財團法人美和科技大學

102 年度教師產學合作計畫 結案報告書

計畫名稱：南台灣地區榮民之家老年榮民住民健康功能狀態與醫療服務使用之相關性研究

計畫編號：102-FI-GHC-IAC-R-002

計畫期間：102 年 1 月 01 日至 102 年 2 月 1 日

計畫主持人：蘇永裕

共同主持人：蔡英儀、李元彬、葛光中、鍾蝶起

研究助理：劉欣旻

經費總額：134,000 元

經費來源：高雄榮民總醫院屏東分院

行政院退除役官兵輔導委員會
高雄榮民總醫院屏東分院
102年度產學合作研究計劃

(期末報告)

(自 102 年 1 月至 103 年 2 月止)

計劃名稱：南台灣地區榮民之家老年榮民住民健康功能狀
態與醫療服務使用之相關性研究

計劃編號：102-FI-GHC-IAC-R-002

研究起訖：102 年 1 月 1 日至 102 年 2 月 1 日

申請單位：健康照護研究所

主持人：蘇永裕

職 稱：助理教授

聯絡電話：(08)7799821#8327

電子郵件：x00001761@meiho.edu.tw

聯絡人：蘇永裕

傳 真：08-7789662

填表日期：2014.1.25

目 錄

	頁碼
第一章 緒論	7
第一節 研究背景與動機	7
第二節 研究重要性	8
第三節 研究目的	10
第二章 文獻探討	11
第一節 台灣榮民醫療與長期照護體系	11
第二節 醫療服務利用行為模式	13
第三節 榮民特質	18
第四節 機構老年榮民健康功能狀態評估	19
第五節 影響機構榮民健康狀況相關研究	22
第六節 區域性因素影響長照機構榮民健康功能狀況與醫療服務利用之相關研究	25
第三章 研究方法	27
第一節 研究架構與研究假設	27
第二節 研究工具與操作型定義	30
第三節 研究設計與研究樣本	33
第四節 研究對象倫理考量	35
第五節 資料處理與統計方法	36
第四章 研究結果	37
第一節 住民個人特質、區域因素、健康狀況與醫療服務使用描述性統計	37
第二節 分析老年榮民住民個人特質對健康功能狀態的影響	42
第三節 探討養護機構老年住民個人特質對醫療服務使用的影響	49
第四節 探討養護機構老年住民居住區域性對健康狀態與醫療服務使用影響情形	51
第五節 探討老年住民健康功能狀態對醫療服務使用影響情形	58
第六節 探討老年榮民住民個人特質與區域因素影響健康功能狀態	67
第七節 探討老年榮民住民健康功能狀態、個人特質與區域因素會影響醫療服務使用	74
第五章 研究結論、限制與建議	77
第一節 研究結論	77
第二節 研究限制與建議	78
參考文獻	79
附錄一：受試者問卷	85

表目錄

	頁碼
表 3-1 研究變項	31
表 3-2 本研究所使用之統計分析方法一欄表	36
表 4-1 研究樣本之人口學特質	37
表 4-2 研究樣本認知功能(SPMQ)程度分佈情形	38
表 4-3 研究樣本身體活動功能程度(ADL)分佈情形	38
表 4-4 研究樣本疾病狀況分佈情形	38
表 4-5 研究樣本語言溝通障礙分佈情形	39
表 4-6 研究樣本視力障礙分佈情形	39
表 4-7 研究樣本聽力障礙分佈情形	39
表 4-8 研究樣本皮膚完整性分佈情形	40
表 4-9 研究樣本排泄分佈情形	40
表 4-10 研究樣本藥物使用分佈情形	41
表 4-11 研究樣本管路使用分佈情形	41
表 4-12 研究樣本特殊照護使用分佈情形	41
表 4-13 住民個人特質對認知功能的影響	42
表 4-14 住民個人特質對身體活動功能程度的影響	43
表 4-15 住民個人特質對疾病數的影響	44
表 4-16 住民個人特質對語言功能的影響	44
表 4-17 住民個人特質對視力功能的影響	45
表 4-18 住民個人特質與聽力功能	46
表 4-19 住民個人特質與皮膚完整性的影響	46
表 4-20 住民個人特質對排尿情形的影響	47
表 4-21 住民個人特質與排便情形	48
表 4-22 住民個人特質與藥物使用	49
表 4-23 住民個人特質與管路使用	50
表 4-24 住民個人特質與特殊照護使用	50
表 4-25 住民居住區域性對認知功能的影響	51
表 4-26 住民居住區域性對身體活動功能程度的影響	52
表 4-27 住民居住區域性對疾病數的影響	52
表 4-28 住民居住區域性對語言障礙的影響	52
表 4-29 住民居住區域性對視力功能的影響	53
表 4-30 住民居住區域性與聽力功能	53
表 4-31 住民居住區域性與皮膚完整性的影響	54
表 4-32 住民居住區域性對排尿情形的影響	54
表 4-33 住民居住區域性與排便情形的影響	55
表 4-34 住民居住區域性對藥物使用之相關	56
表 4-35 住民居住區域性對管路使用之相關	56
表 4-36 住民居住區域性對特殊照護使用之相關	57
表 4-37 住民認知功能對藥物使用之相關	58
表 4-38 住民身體活動功能對藥物使用之相關	58

表 4-39	住民疾病數對藥物使用之相關	59
表 4-40	住民語言障礙對藥物使用之相關	59
表 4-41	住民視力和藥物使用之相關	59
表 4-42	住民聽力對藥物使用之相關	59
表 4-43	住民皮膚完整性對藥物使用之相關	60
表 4-44	住民排尿情形對藥物使用之相關	60
表 4-45	住民排便障礙對藥物使用之相關	60
表 4-46	住民認知功能與管路使用之相關	61
表 4-47	住民身體活動功能與管路使用之相關	61
表 4-48	住民疾病數和管路使用之相關	61
表 4-49	住民語言障礙和管路使用之相關	62
表 4-50	住民視力障礙和管路使用之相關	62
表 4-51	住民聽力障礙和管路使用之相關	62
表 4-52	住民皮膚完整性和管路使用之相關	63
表 4-53	排尿功能和管路使用之相關	63
表 4-54	排便障礙情形和管路使用之相關	63
表 4-55	住民認知功能和特殊照護使用之相關	63
表 4-56	住民身體活動功能和特殊照護使用之相關	64
表 4-57	住民疾病數對特殊照護使用之相關	64
表 4-58	住民語言障礙對特殊照護使用之相關	64
表 4-59	住民視力對特殊照護使用之相關	65
表 4-60	住民聽力對特殊照護使用之相關	65
表 4-61	住民皮膚完整性對特殊照護使用之相關	65
表 4-62	排尿障礙情形對特殊照護使用之相關	65
表 4-63	排便障礙情形對特殊照護使用之相關	66
表 4-64	住民個人特質對認知功能之 Logistic 迴歸分析摘要表	67
表 4-65	住民個人特質對身體活動功能之 Logistic 迴歸分析摘要表	68
表 4-66	住民個人特質對疾病數之 Logistic 迴歸分析摘要表	68
表 4-67	住民個人特質對語言功能之 Logistic 迴歸分析摘要表	69
表 4-68	住民個人特質對視力功能之 Logistic 迴歸分析摘要表	70
表 4-69	住民個人特質對聽力功能之 Logistic 迴歸分析摘要表	70
表 4-70	住民個人特質對皮膚完整性之 Logistic 迴歸分析摘要表	71
表 4-71	住民個人特質對排尿功能之 Logistic 迴歸分析摘要表	72
表 4-72	住民個人特質對排便功能之 Logistic 迴歸分析摘要表	72
表 4-73	住民個人特質對排尿功能之 Logistic 迴歸分析摘要表	73
表 4-74	住民個人特質對排便功能之 Logistic 迴歸分析摘要表	73
表 4-75	住民健康功能狀態、個人特質與區域因素對藥物使用之 Logistic 迴歸分析摘要表	74
表 4-76	健康功能狀態、個人特質及區域因素對管路使用之 Logistic 迴歸分析摘要表	75
表 4-77	健康功能狀態、個人特質及區域因素對特殊照護使用之 Logistic 迴歸分析表	76

圖目錄

	頁碼
圖 3-1 研究架構	27

摘要

本研究依據「實證研究」之理念，以南台灣地區兩家榮民之家老年榮民住民「健康功能」狀況為主軸，擬定下列研究目的，分別為：(1)瞭解南台灣地區榮民之家老年榮民住民個人特質、區域因素、健康功能狀況與醫療服務使用分佈情形；(2)瞭解南台灣地區榮民之家老年榮民住民個人特質對健康功能狀態、醫療服務使用之影響因子；(3)瞭解南台灣地區榮民之家老年榮民住民居住區域因素對健康功能狀態、醫療服務使用之影響因子；(4)瞭解南台灣地區榮民之家老年榮民住民健康功能狀態對醫療服務使用之影響因子；(5)瞭解南台灣地區榮民之家老年榮民住民健康功能狀態是否會影響個人特質與區域因素；(6)瞭解南台灣地區榮民之家老年榮民住民的醫療服務使用是否會影響個人特質、區域與健康功能狀態因素。

本研究藉由 Andersen(1995)所提出之「Andersen 行為模式」，提出 7 個假設。擬採用「橫斷性研究設計」，以南台灣地區兩家榮民之家老年榮民住民為研究樣本進行次級資料分析。採用「住民健康狀況評估」、「簡易心智狀態問卷(SPMSQ)」、與「身體功能障礙量表(Barthel Index)」為研究工具來探討本研究預到達之六個研究目的。本研究採用描述性統計與推論性統計(卡方檢定、邏輯斯迴歸分析)，進行研究假說與檢定工作。

本研究預期之研究結果除可讓臨床照顧者在老人榮民住民照護上有明確的方向以提供規劃老人榮民健康功能狀態及早提供介入性措施、增強機構老人健康狀態，以及減緩退化程度相關改善之參考。其次，亦可以作為護理人員日後老年榮民住民照護護理過程及護理計畫之參考。最後，相關實證結果同時亦可提供榮民長照相關議題與後續相關研究參考，最終目的能提升老年榮民的生活品質，使榮民之家老年榮民住民獲得完善長期照護。

第一章 緒論

第一節 研究背景與動機

1993年起臺灣即已邁入高齡化社會（Aging Society），國內65歲以上人口為總人口數的7%，共有234萬人，至2011年老年人口占全國總人口數之11%，老化指數為58.1%，高於其他亞洲國家（內政部，2008）。行政院經建會（2010年1月18日）預估，至2028年台灣地區的65歲以上之人口比率達22.5%，老化指數則高達184.8%，且將超越日本成為世界老化指數最高之國家。故人口老化現象不僅是當前全球關切的議題，台灣亦不可避免地面臨日趨嚴重的人口老化問題（林、王、徐，2010；陳等，2009）。

由此趨勢的變化可以發現台灣人口正在快速老化中，政府目前積極推動「在地老化」政策，但身心功能障礙之失能等級較嚴重者還是必須入住機構接受照護，隨著老人人口快速上升，老年人常有之慢性病、生活功能障礙與認知功能障礙之盛行率亦呈現急劇的上升；這些功能障礙者、失能者或缺乏自我照顧能力的老人，除了健康與醫療服務外，也需廣泛性的長期照顧服務。

人口老化是當代二十一世紀世界各國家均需嚴正面對並關切的重要議題，台灣的長期照顧三大體系分屬內政部社會司、衛生福利部及退輔會，均由各自規範法規依據執行管理。面臨成長快速之長期照顧機構，需如何確保其照顧專業和服務品質是家屬及機構管理者和社會大眾皆重視的議題。也顯示長期照顧需求面係今後政府施政之重要政策考量。尤其，老年人數逐年快速攀升，中年人口相對成長，其健康議題對社會影響十分廣泛，故中老年族群的「疾病防治」及「健康促進」議題日益受到重視；如何提供對高齡長者友善並推廣健康照護環境與醫療服務使用是現今重視之課題。

社區化照護模式與機構照護兩者並非處於相互排斥關係，而可能交互或重複使用其中任何一項資源，國內榮民人數占全國老人8.6%，101年底榮民有配偶294,546人占全體榮民67.1%、無配偶或配偶亡故144,686人占32.9%（退輔會統計處，2012）。年長後健康狀況將面臨多種慢性病導致失能，所需之醫療服務利用為

多面向，未安置照顧此一群榮民，故所屬之長期照護機構是有其存在之必要性。

2009 年我國老人長期照顧及安養機構計有 1,080 所，可供進住人數 5 萬 5,757 人，實際進住人數 4 萬 617 人(占老年人口之 1.65%)，使用率為 72.8%。以長期照顧養護型機構 969 所占 89.72%最多，可供進住人數 4 萬 2,359 人，使用率為 75.54%；依機構類別分：長期照護長期照護型機構 53 所次之，可供進住人數 2,838 人，使用率 62.76%；安養機構 44 所居第三，可供進住人數 9,370 人，使用率 68.37%。

台灣三大長期照護行政體系之一下之退輔會，其專司榮民眷安養照護業務轄下共有 16 所安養護機構，在 102 年 5 月統計呈現目前床位計 9091 床，占床率 76 %；全臺灣榮民人數 430,955 人，單身榮民 59,773 人，老年榮民占全國老人 8.6%，公費就養需求之榮民人數為 57,004 人(輔導會統計處，2013 年 9 月)。顯見老年榮民在機構安養照顧需求迫切，老年榮民照顧問題因而受到眾多的關注。

本研究嘗試使用鍾蝶起教授於 2009 年執行衛生署委託研究時所發展出之「長期照護機構住民健康狀況評估量表」，擬由客觀評估榮民健康狀況資料，試圖找出影響榮民醫療服務使用的主要影響因子，藉此探討榮民個人特質、健康狀況、居住不同區域之差異，是否會影響醫療服務使用程度並預測是否有相關及影響因子存在，期望本研究結果讓臨床照顧者在老年榮民照護上有確切依循方向，並作為日後決策單位訂定榮民照護政策方向及護理計畫之參考，使獲得全人、全程、全家、全隊之整合性全方位照護，最終目的能提升榮民的生活品質。

第二節 研究重要性

行政院經濟建設委員會(2010年1月18日)推估,至2028年台灣地區65歲以上人口比率達22.5%,老化指數則高達184.8%,且將超越日本成為世界老化指數最高之國家。同時,我國2008年失能及失智的人口達40萬,推估117年將成為81萬人口(王雲東、鄧志松,2009),人口老化並非是需要規劃長期照護的唯一理由,失能者的長期照護是另一需求來源。政府目前積極推動「在地老化」政策,但身心功能障礙之失能等級較嚴重者還是必需入住機構接受照護。相形之下,年長者的醫療照護及相關議題變得相當重要,其中年長者在認知功能衰退程度的問題日漸受到重視(羅意琪,2010)。

老年人之健康狀況除了生理層面沒有疾患和心理、社會諸多層面的舒適之外,且須具備良好的功能狀態。在評估老年人之功能狀況時,經常使用基本日常生活活動及工具性日常生活活動功能評量表的總分或單一特定項目來評值,然而國內少有研究針對榮民體系機構之老齡榮民依居住相同機構不同區域型態和以評估量表內逐一項目的功能狀態及健康狀態作相關性探討。因此,瞭解機構老年榮民在其個別性不同之人口學變項下形成之健康狀況與醫療服務使用之相關性才能藉以提供長輩們個別性之照護計畫擬定及有效能之介入措施。

本研究主要目的是要分析居住區域的不同及各項活動的功能狀態與其自評健康狀態之相關性,同時亦將著重瞭解不同年齡、教育程度、入住機構時間之老榮民需求之差異和健康上的需求有所不同,在提供醫療照顧使用時必須考量相對性健康照護型態的差異,以便提供更適切的服務。

本研究預期之研究結果除可讓臨床照顧者在老人榮民住民照護上有明確的方向以提供規劃老人榮民健康功能狀態及早提供介入性措施、增強機構老人健康狀態,以及減緩退化程度相關改善之參考。其次,亦可以作為護理人員日後老年榮民住民照護護理過程及護理計畫之參考。最後,相關實證結果同時亦可提供榮民長照相關議題與後續相關研究參考,最終目的能提升老年榮民的生活品質,使榮民之家老年榮民住民獲得完善長期照護。

第三節 研究目的

依據研究動機及重要性本研究的目的：

- 一、探討南台灣地區榮民之家老年榮民住民個人特質、區域因素、健康功能狀況與醫療服務使用分佈情形。
- 二、探討南台灣地區榮民之家老年榮民住民個人特質對健康功能狀態、醫療服務使用之影響因子。
- 三、探討南台灣地區榮民之家老年榮民住民居住區域因素對健康功能狀態、醫療服務使用之影響因子。
- 四、探討南台灣地區榮民之家老年榮民住民健康功能狀態對醫療服務使用之影響因子。
- 五、探討南台灣地區榮民之家老年榮民住民健康功能狀態是否會影響個人特質與區域因素。
- 六、探討南台灣地區榮民之家老年榮民住民的醫療服務使用是否會影響個人特質、區域與健康功能狀態因素。

第二章 文獻探討

為深入探討本研究主題，研擬合適的研究架構，以下針對研究目的進行文獻查證，本章共分為七節進行論述，第一節台灣榮民醫療與長期照護體系；第二節醫療服務利用行為模式；第三節榮民特質因素分析；第四節老年榮民健康功能狀態評估；第五節影響機構榮民健康狀況相關研究；第六節區域性因素影響長照機構榮民健康功能狀況與醫療服務利用之相關研究。

第一節 台灣榮民醫療與長期照護體系

一、榮民醫療照護體系

民國43年政府檢討約將有七萬軍人面臨退役機制將需離開軍隊，政府為妥善照顧這些歷經抗日、剿匪等戰役及投入台灣基層建設且勞苦功高之來台軍人，由行政院於同年11月1日創立輔導會，規畫統籌辦理退除役官兵之就業輔導及安置事宜，且於44年12月27日明令公布「輔導會組織條例」具體執行，並於民國55年更名為「行政院退除役官兵輔導委員會」，服務範圍擴增包含協助就業、就醫、就學、安養護安置、福利服務和榮眷照顧等相關業務。(輔導會網站 <http://www.vac.gov.tw>，2010)

二、榮民長期照護體系

依「國軍退除役官兵輔導條例」第16條：「退除役官兵體能傷殘或年老無工作能力者，應專設機構安置就養」及第17條：「就養機構由輔導會設立，定名為榮譽國民之家，採全部供給制」(輔導會網站<http://www.vac.gov.tw>,2010)，輔導會在50年代為安置失能或老年榮民，即開始提供長期照護機構之設置與服務，而社區式服務則遲至衛生體系在80年代開始推展長期照護計畫時，輔導會所屬醫療機構配合衛生政策推展相關業務時，才開始推展至現在，僅就榮民體系長期照護機構式照護與社區式照顧、相關業務依行政政策規劃部門分別說明。

(一) 長期照護政策規劃部門

退輔會之組織編制中，有第一處、第二處、第六處此三處單位負責規劃為長

期照護業務相關之處室，雖各部獨立作業但也有協同共利合作方式，推展協同榮民長期照護業務。第一處，負責各縣市地區榮民各項照顧服務管理；第二處，負責輔導會體系安養護機構服務管理；第六處，負責輔導會長期照護及醫療政策協調規劃（輔導會網站<http://www.vac.gov.tw>,2013.09）。

（二）機構式照護

1. 榮譽國民之家與自費安養中心之安養護照護,依「國軍退除役官兵就養安置辦法」第 3 條：「退除役官兵具有下列情形之一，得申請就養安置榮譽國民之家（以下簡稱榮家）：

- (1).服役期間因作戰或因公致傷病成殘，無工作能力者。
- (2).服役期間因作戰或因公致傷病成殘，退伍除役後，原致傷病情形惡化，無工作能力者。
- (3).前兩款以外體能傷病、殘或年滿61 歲，生活無著且無工作能力者。」，此即為公費就養榮民，目前公費就養榮民每月可支領新台幣1 萬3,550 元。(輔導會網站<http://www.vac.gov.tw>,2013)

若榮民(或榮民夫婦)支領軍、公、教退休俸或不符公費就養而有生活困難者，榮民年滿61 歲以上、無子女或子女無撫養能力、身心狀況正常且不需他人照顧者，亦可申請自費於榮家安養，但需每月繳交服務費與伙食費。

輔導會體系至102 年11 月底止，共有14 所榮譽國民之家(台北、板橋、桃園、新竹、彰化、雲林、白河、佳里、台南、屏東、岡山、馬蘭、太平、花蓮)，提供全部供給制退除役官兵安養護機構服務，約有8,470 床；另有2所自費安養中心(八德、彰化)，收住部份供給退除役官兵及其配偶安養護服務，約2,716床；總計安養護機構榮民(眷)床數有11,186 床，花蓮自費安養中心已於102年10月底止配合政府組織改造政策併入花蓮榮家，楠梓自費安養中心改制為高雄榮譽國民之家(輔導會網站<http://www.vac.gov.tw>, 2010)。

2. 榮民醫院公務床、自費護理之家

輔導會醫療體系有12所榮民醫院設有公務預算病床，提供榮民長期照護機構收容服務，至96年4月底止約有3,890床；另外，有8所榮民醫院設有自費護理之家，提供長期照護服務，收住對象則不限於榮民身份。(輔導會網站 <http://www.vac.gov.tw>,2010)

綜觀言之，輔導會體系內設有醫療機構提供包含門診、住院、急診等醫療服務和居家護理照護、復健照護等社區長期照護，並有長期照護機構提供長期照護需求，可說自成一體系，在整合醫療與長期照護服務時，應有很大的潛力整合為多元服務模式。

第二節 醫療服務利用行為模式

醫療服務使用行為模式(Andersen 行為模式)在研究醫療資源使用領域中，廣為學者引用的理論模式。機構的醫療照護服務不僅提供類似醫院的急遽短暫醫療治療及照護，而且提供住民像是在家休(療)養一般的日常生活照護，而居住於長期照護機構有健康醫療需求之老人，現行全民健保居家護理收案條件包括：(一)病人只能維持有限之自我照顧能力，即清醒時，50%以上活動限制在床上或椅子上。(二)有明確之醫療與護理服務項目需要服務者。(三)罹患慢性病需長期護理之病人或出院後需繼續護理之病人(何瓊芳,2010)。

Andersen 在 1960 年代由醫療社會學的角度發展出將個人與家庭使用醫療服務之行為歸納的模式，因此模式雖然自 1960 年代提出後經過數次的修正，但是核心概念並沒有重大的改變(Andersen,1995)，提出行為模式認為個人對於服務的使用常受到傾向，使能及需求等三項因素建構 Andersen 行為模式來解釋醫療服務使用行為，醫療服務利用行為模式較具學理及完整性，對於服務的使用常受到此三項因素的影響，Andersen(1968)認為傾向因素、使能因素及需求因素這三部份並非完全獨立，此三種因素會互相影響，模式中的蓋年多使用一般性的測量，因此為最完整且容易測量的模式，所以廣泛用於醫療照護可近性。醫療服務使用模式，包含影響醫療服務利用行為區分為三個組成，分別為：

(一) 傾向因素：

在疾病產生之前，個人及家庭就已經具備的特質，這些這特質包括人口學變項(例如年齡、性別、婚姻情況、加寧人口等變項)、社會結構變項(例如種族、教育程度、職業類別、社經地位、宗教信仰等變項)及健康信念(例如個人對健康及健康服務的態度、價值及知識等變項)。

(二) 使能因素：

包括個人及家庭資源(如家庭收入、存款、有無健康醫療保健等)、社會資源(社區資源多寡、可及性等)。

(三) 需要因素:

自覺健康與疾病狀態(自覺活動受限天數、症狀總數、自評健康狀態)、疾病臨床評估(由醫療人員所做疾病評估或診斷) (Andersen,1995)。

一、醫療服務相關研究

以文獻中最常引用之 Andersen 健康服務使用行為模式所主張的傾向因素、使能因素及分別彙整討論，將其整理歸納如下:

(一)傾向因素

年齡、婚姻、教育程度、職業、健康信念與醫療服務利用具有顯著性相關。

(二)能力因素

在這項因素當中包括了家庭與社區的資源。家庭的資源有家庭的收入、家庭的儲蓄、健康保險的有無及其額度；社區的資源則包括了醫療資源的可及性與可用性、醫療資源的可及性與可用性、醫療專業人員與當地人口的比例、醫療設備與當地人口的比例、空間上的距離等候的時間等。全民健保實施後大大提升民眾醫療可近性，但城鄉之間的醫療利用仍有差異，以都市地區利用情形較高，可能由於城鄉之間存在的地理、經濟、社會環境及醫療資源分配不均等有關，控制人口學特質及相關因素後，影響老人醫療服務利用之影響因素仍以自身的慢性疾病、自覺健康為主。

(三) 需要因素

在「行為模式」中，Andersen 認為需求因素可以用下列的方法加以測量；(1) 個人主觀的自評健康狀況—例如因生病而躺床(或無法工作)的天數、與病情有關的症狀數目及由「自評健康狀況量表」所得的分數等。(2)臨床評估由醫師或醫療專業人員對個案所做的客觀性生理、心理、社會健康狀況評估。

陳雪姝、蔡淑玲、黃欽印(2009)研究結果顯示在台灣中風濕能者出院後續全民健保醫療使用或費用，因失能越嚴重、合併症越多、重大傷病患者所需要的費

用越高。在醫療服務利用方面，主要受到本身慢性疾病及較差的自覺健康影響，自覺健康愈差對 ADL 障礙及醫療服務利用均為重要危險因子。榮民眷屬在醫療服務使用，顯著影響因素為需要因素，如認知功能、慢性病數、失能情形等。由以上研究結果發現，健康狀態為影響醫療服務使用最主要因素。

三 醫療服務相關因素

在各類研究文獻中最常引用之 Andersen 健康服務使用行為模式所主張的傾向因素、使能因素及分別彙整討論，將其整理歸納如下：

(一)傾向因素

年齡、婚姻、教育程度、職業、健康信念與醫療服務利用具有顯著性相關(林四海、楊惠真、陳墩仁、邱惠慈,2000)。

(二)能力因素

在這項因素當中包括了家庭與社區的資源。家庭的資源有家庭的收入、家庭的儲蓄、健康保險的有無及其額度；社區的資源則包括了醫療資源的可及性與可用性、醫療資源的可及性與可用性、醫療專業人員與當地人口的比例、醫療設備與當地人口的比例、空間上的距離等候的時間等。

(三)需要因素

在「行為模式」中，Andersen 認為需求因素可以用下列的方法加以測量；(1)個人主觀的自評健康狀況—例如因生病而躺床(或無法工作)的天數、與病情有關的症狀數目及由「自評健康狀況量表」所得的分數等。(2)臨床評估由醫師或醫療專業人員對個案所做的客觀性生理、心理、社會健康狀況評估 (Andersen,1995)。

陳雪妹、蔡淑玲、黃欽印(2009)研究結果顯示在台灣中風濕能者出院後續全民健保醫療使用或費用，因失能越嚴重、合併症越多、重大傷病患者所需要的費用越高。在醫療服務利用方面，主要受到本身慢性疾病及較差的自覺健康影

響，自覺健康愈差對 ADL 障礙及醫療服務利用均為重要危險因子（王雲東,2008）。榮民眷屬在醫療服務使用，顯著影響因素為需要因素，如認知功能、慢性病數、失能情形等。由以上研究結果發現，健康狀態為影響醫療服務使用最主要因素。

與其他理論模式相較之下，Andersen Model 中所列舉之影響因素，不再只是抽象的概念，而是更容易被操作化及明確定義。因此本研究將套用 Andersen Model 作為主要研究架構，討論中老年人在罹患不同慢性病時與醫療費用、服務利用與門診就醫行為的關係。

第三節 榮民特質

民國80年台灣榮民人數達近59萬8千人到達最高峰後，除了民國83年聯勤兵工廠、海軍造船廠時新增員工、民國88年將參加「八二三戰役」之義務役官兵納入與民國90年將「八二三戰役金馬自衛隊」隊員納入而有增加外，其後大致呈逐年降低趨勢，且近年來平均每年亡故約1萬5千人(楊森，2004)。

目前根據102年9月統計資料(輔導會網站<http://www.vac.gov.tw>,2013,09)來看,現有榮民總數為439,232人，目前接受本會輔導安置者93,869人，其中女性榮民2,897人，安置於榮家就養者計2,425人。男性族群在台灣榮民比例特性較女性為多數、且年齡平均在65歲以上、有眷、官職為士官兵。

國內研究榮民健康情形，除缺乏全國性調查資料外，近幾年來幾篇調查之對象為榮院公務病床榮民、榮家榮民與眷村榮民，僅就這三種樣本特質，簡述其健康狀況。榮家榮民慢性病種類與數量部份，國內在2003由高碧弘以榮家461名榮民調查營養與健康狀況，結果顯示其中高達4/5比例榮民患有慢性病，分析平均每位罹病數達4.02個，輕度憂鬱傾向占51.8%、骨關節病占54%、高血壓占61.2%。

依退輔會人口學相關統計得知：65歲以上榮民有52.7%；教育程度為國初中以下、士官兵占60.8%；75.7%有眷(輔導會榮民重要統計指標97年第1季季報告，2008)，由資料看來，可以得知榮民之特質為：

1. 男性榮民為多數且軍階低；
2. 65歲以上者比65歲以下者為多數；
3. 有眷比例較低且教育程度較低；
4. 因公或因戰受傷即列為公費就養榮民；
5. 榮民年老失能無法工作時，由輔導會審核通過可獲得就養身份，每月得領13,550元；
6. 合乎申請進住榮家就養，為榮民的最弱勢者，輔導會負起照顧這群人之責任。

第四節 機構老年榮民健康功能狀態評估

長期照護機構之個案大多是中、重度失能需長期照護者，若依據個案疾病診斷並無法顯示出照顧需求差異，個案功能性評估能快速反應出奇照護需求，作為提供服務之依據，因此機構護理人員必須瞭解其個別特性，作為護理及照護指導之依據。個案身心功能評估，包括：個案生理、活動、心智功能及文化考量等，這些功能彼此互相影響，護理人員應收集及整合這些評估資料，以確認個案自身健康之護理需求(何瓊芳等，2010)。

長期照護是對於慢性病患或殘障者及有長期身體功能失常或困難的人，提供持續性協助或提供可恢復或改善某些功能所必須的服務，使有身體功能障礙的人能獨立生活，目前臨床上有許多方法可以量測功能限制，經常性所使用的工具有日常活動功能和工具式日常活動功能，因此身體功能的評估是長期照護需求的重要指標(林惠文等，2010)。

長期照顧為持續性、跨專業領域的照護概念，雖探討焦點在於「失能」，但其定義層面相當廣泛，服務對象主要是以身心功能障礙之失能人口為主。在榮家退撫條例規定榮民失能程度依日常評估量表評估分數於 60 分以下即可轉入養護堂，由符合內政部頒佈之老人福利機構設置標準規定之照護人力比以提供日夜之照護需求。

早在1989外國學者Guccione, Cullen, and Osullivan已將個人的功能性活動分為四大類：身體功能、情感功能、心智功能和社會功能。Brown(1988)則建議綜合性評估老年臨床個案時應包含生理、心理、社會和身體方面的功能。然而在評估個案時並非每一種功能都需列入，而是應依據評估之目的選擇合適類別，有時是評估單一性質功能，有時則須評估多種類功能。

(一) 巴氏量表(Barthel Index)

身體功能主要指的是日常生活活動功能及行動功能、身體功能評估表，以巴氏量表及工具性或複雜性生活活動功能量表適最常使用(劉淑娟，2010)。

由Mahoney and Barthel在1965年發展該量表，評估個案的日常活動功能為其設計之目的，可廣泛運用評估於個案功能狀態及其疾病預後，藉以評估身體功能障礙。評估題數共十題，內容包含七項之自我照顧能力：進食、修飾/個人衛生、如廁、洗澡、穿脫衣服、大便控制、小便控制），三項身體行動能力（室內行走能力(行走於平地上、上下樓梯能力、移位(椅子或輪椅與床位間，或是輪椅、椅子和馬桶之間的轉位移動)。

Barthel index使用相當廣泛，依賴程度依計分範圍劃分,0-20 分表示完全依賴；21-60 分表示重度依賴；61-90分表示中度依賴；91-99輕度依賴；100分為完全獨立。分數越高表功能佳越獨立。勞委會規定國內在聘請外籍照服員引進先決條件以被照顧者在Barthel index評值得分需於30分以下為聘用引進標準。

國內陳月枝等（1995）學者專家亦建議使用於長期照護病人之篩檢。目前全民健保即是採用巴氏量表為決定是否給付居家護理的主要依據。信效度高，適合用於篩檢或普查(Mc Dowell, 2006)。

（二）工具性日常生活活動量表(Instrumental Activities of Daily Living, IADLs)

1969年由Lawton and Brody所發表，此量表功能主要在評估較複雜,其功能為評估老年人獨立自主之常見指標,需要執行比較理解及技能性且更高能力的生活料理事項，共八個項目，包括使用電話的能力、逛街購物、準備餐食、家物處理、洗衣、戶外交通、服用藥物、處理財務;評分等級依計分方式各採一分或0分之二分法。特別是評估男性個案時,準備餐食、家務處理、及洗衣這三項省略不評估,總分為五分(鄭秀津，2012)。

（三）簡易智能量表(Mini-mental state examination,MMSE)

由Folstein 等人於1975制定發表，內容包括定向感、注意力、語言、記憶、行動能力及口語理解、建構力等七大項，共11 項題目，總分為30 分，得分愈低者表認知功能愈差。有明確的評估指引兼具評估所需時間不長，是臨床上經常被採用的量表工具。

(四) 簡短智能問卷(Short Portable mental state questionnaire, SPMSQ)

Pfeiffer在1975年所發展之簡易評估認知問卷，係由十項問題組成，內容包含六個向度：意識、記憶力、注意力、定向力、思考、及一般知識，其再測信度在0.82-0.83。如答錯兩題以上即記為異常。SPMSQ 較MMSE 簡短、易使用、易記、且不需其他輔助器具。其特異性約在90%，本量表之內在一致性Cronbach's α 係數為0.92，敏感度約在50%至82%之間（謝佳蓉，2010），有些專家建議如再加上書寫能力之評估（如寫句子、簽名、或是畫時鐘）可提高其檢測力。相同地，若SPMSQ 檢測出認知問題時則需再做進一步評估（何瓊芳，2010）。國內一些長期照護機構應用其篩檢申請入住者之心智狀態。

(五) 老年憂鬱量表簡明版(Geriatric Depression Scale Short Form, GDS-SF)

Sheikh and Yesavage (1986) 所發展的GDS-SF憂鬱量表。能更快更簡單的篩檢老年憂鬱症，該量表採是非計分，因此老年病患在作答時較無困難。共15題是非題，答「是」為1分「否」為0分，總分為15分。一般是以7分為臨界點，等於和大於7分_表示有憂鬱症狀，分數愈高表示憂鬱程度愈高。問題簡單、易答，但部分題目具有文化差異。其切點0-4 分為正常、5-9 分為輕度憂鬱、10-15 分為中重度憂鬱。

第五節 影響機構榮民健康狀況相關研究

評估老年人的健康狀況除了生理上沒有疾病以及心理、生理和社會諸多層面的安適之外，尚必須包含良好的功能狀態，方能符合健康生活與生命的需求(胡愈寧、鄧欽菁、李佳、林榮輝、胡國琦，2009)。有研究曾指出年齡、經濟、慢性疾病、居住狀況等，是影響老人健康功能狀況的重要因素。所以在此複雜的身體問題背景下，老人對健康照護服務的需求隨之多元化(Hill & Kolanowski, 2011)。相關研究調查亦證實生理疾病多、低自覺健康及低情感性支持直接影響高憂鬱症。綜理相關影響健康功能狀況之文獻，依其分別由性別、年齡、教育程度、慢性疾病、居住狀況、經濟情況之相關文獻討論敘述如下：

一、性別

依據內政部統計處公布 102 年我國國民兩性「零歲平均餘命」為 79.18 歲，其中男性為 76.43 歲，女性為 82.82 歲；按各障礙類別觀察，除失智症、慢性精神病患者成現女性比例多於男性外，其於類別均以男性居多。研究指出老人之性別、教育程度、家庭功能及經濟狀況為影響老人健康狀況之相關因素。

二、年齡

國內相關研究結果均證實年齡差異確實為影響功能障礙的重要因素，年齡越大的老年人，日常生活活動功能有障礙的比例顯愈高(胡愈寧等，2009，Huang & Liu, 2010，Boggatz et al.,2010)；研究也顯示機構中老年住民約佔 7 成比例有認知功能障礙，且認知功能問題與年齡有正相關(魯英屏等,2011)。研究結果顯示年齡與身體活動功能呈現負相關，隨著年紀的增加，老人的身體活動能力和日常生活功能都會逐漸衰退。

針對 1999 年有研究指出台灣地區中老年人健康狀況，發現老人健康狀態與教育程度、年齡、性別、經濟狀況、社經地位、籍貫等具有相關性(李庚霖、區雅倫、陳淑惠、翁儷禎,2011)。另有研究亦提到老人健康狀況有顯著之預測因子，以人口學變項中年齡是各依變項中最多變相的預測因子，其次是教育程度、性別、籍貫，再其次為婚姻(李庚霖等,2009)。

影響長期照護機構老年住民健康功能狀態之相關因素，可分為身體方面，隨年齡的增長，老年人生理上經歷多重自然改變及生理功能變差；身體健康狀況常會因老化或疾病而導致混亂、尿失禁、跌倒、行動不便、失憶、失眠、感覺喪失，影響老年人獨立自主的生活能力，增加照護負擔與計畫(葉莉莉等，2000)。顏敏玲、陳玉敏(2008)針對安養機構中的老人身體功能研究指出，老化速度隨著年齡增長加劇，生理功能的下降就越快，因此，養護機構老年住民與社區相較下，平均年齡較高且健康狀況也有較差傾向。

研究發現高血壓、關節炎、呼吸道疾病、腸胃潰瘍、白內障、以及心臟病，是老人罹患率最高的疾病，且疾病與失能之間的關係除了疾病類型外，年齡是另一個重要的因素(李庚霖等,2009)。研究發現教育程度與性別、年齡是影響老人健康狀況的重要變項(顏敏玲，2007)。據顏敏玲(2007)調查安養機構老人身體活動及其相關因素，研究發現年齡與健康情形間關聯性，驗證年齡與老人的各項功能衰退之盛行率有極大相關。研究發現性別、教育程度與年齡是影響老人健康狀況的重要變項(顏敏玲,2007;顧豔秋、劉文健,2005)。一般研究老年人健康狀況及慢性疾病方面常包含 ADL 和 IADL 兩項評估，研究顯示，年齡、性別及教育程度也與 ADL 和 IADL 有顯著相關(胡愈寧,2007)。

三、慢性疾病

臺灣的慢性病人長期照護需求一直是全民健康保險及醫療服務兩者的一大問題，由於醫療技術的進步使得慢性病人的死亡率大幅下降，但因為身體功能之喪失或受限，導致自身無法獨立自理生活，長期照護也成為家屬和社會醫療資源上沉重負擔，所以對老人健康而言值得重視，但隨著年齡增加，老人常會伴隨一種或兩種以上慢性疾病(內政部統計處,2011年10月01日)。

老年人通常有多種疾病狀況及多種病理變化，尤其有一或二種慢性病，在機構中照顧老人必須要由完整醫療照顧團隊共同合作才能滿足個案需求(劉淑娟,2010)。隨著高齡化社會而來至地是老人罹病率與失能比率的增加，因此也促使長期照護機構的需求殷切(李月萍等,2007;Haffer& Bowen,2003)。

內政部統計處指出 65 歲以上老人患有慢性或重大疾病占 75.92%，所患疾病

以循環系統疾病相對較高及女性患有慢性或重大疾病比例相對較高(內政部統計處,2003)。根據相關研究發現，機構中老人經常伴隨一至二種以上之慢性疾病，慢性病中以心血管疾病、白內障、關節炎為前三名(李月萍,2004;Huangr& Lin,2002)。

疾病數是研究發現中影響老年人基本生活產生失能程度的最重要因素，身體活動與症狀干擾數呈現顯著負相關(胡愈寧等,2009; 顏敏玲、陳玉敏, 2008;HafferYeh & Lo,2004)。有研究指出宗教信仰、教育、慢性病、活動與自我照顧能力、財務資源、運動、休閒活動、與家人關係等，是影響老人健康相關生活品質及健康效用的重要因素(顧豔秋、劉文健,2005) 。罹患慢性疾病越多者相較其生活品質變差，視力模糊、聽力或無法入睡者也會有較差生活品質(Breuer & Anderson,2000)。有研究指出亦台灣老化問題日益嚴重，了解老年人罹患多重疾病情形，有助於醫療衛生主管機關擬定未來老人醫療照護的相關計畫與政策，並滿足老人健康照護方面的需要。其內容同樣指出，多重疾病問題在老人健康問題是相當重要，在老人疾病盛行率前三大疾病，近半數合併 1-2 項其他疾病，不僅造成家庭或社會的沉重負擔，也讓老年人的生活品質降低(宋、洪、陳，2008)。

綜合以上結果，老年榮民不論住榮家、住社區或住榮院，多數患有多種慢性疾病，多數自覺健康情形不佳，若進行全國性榮民健康狀況之調查，則可比較榮民健康狀況、失能狀況，作為推展未來健康政策之重要參考依據。

第六節 區域性因素影響長照機構榮民健康功能狀況與醫療服務利用之相關研究

臺灣各縣市民眾健康狀態之歧異性，已經是長久存在的事實，而且縣市之間的健康優劣維持著強者恆強、弱者恆弱的趨勢。全民健保不但沒有大幅提升民眾的壽命，同時也沒有縮小區域間的健康差異（梁，2002）。長期照護機構老年住民健康功能狀態與醫療服務使用之地區性影響因數，在健康需求上有所不同，在提供照護服務時，需考慮區域性影響因素的差異，以提供更適切的照護服務。依過去研究結果分析可歸納為下各點：

一、生活環境的影響

全民健保已削減醫療貨幣障礙，台灣不同地區民眾的健康仍呈現區域差異，並與該地區就依時間成本有關；研究發現，中老年人的健康整體趨勢為居住鄉村地區之老年人健康狀況較差（Lin et al,2004）。

二、人口遷移的影響

隨著近年來臺灣經濟快速發展，人口大量遷移至都市，都市化比例居高不下，城鄉差異日益顯著，壯年人口紛紛趨向老年化，鄉村地區人口老年化更造成城鄉發展極度不平衡，而壯年人口又會因鄉村經濟發展緩慢之推力而移出至都市，形成惡性循環。人口遷移，健康人口大量外移，結果將造成不健康人口比例增加（林佩萱，2009）。

三、社會支持與醫療照顧系統影響

自 1981 年以來，台灣地區各式慢性病老人的收容或療養場所如雨後春筍般陸續成立，不過照顧品質參差不齊，進而影響病患安全及權益；民國 84 年全民健保開辦後，長期照護資源中，僅對居家護理提供給付，在健保未能給付下，各機構營運僅能以低價招攬住民，捨棄品之追求。老年人的慢性失能或健康情況確實需要給予協助及監測，並且應在症狀變得嚴厲之前給予適切的醫療訪視服務（葉莉莉，2000）。

四、長期照護機構的影響

我國目前共有三類機構式照顧服務(護理之家、養護機構、長期照護機構)，分屬衛生與福利兩大行政體系，造成不同機構服務類似的個案，但規格與管理卻不一致的亂象(吳淑瓊，2005)。

民國 84 的全民健保開辦後，在長期照護資源，僅對居家護理提供給付，養護機構在健保未能給付下，各機構營運以低價惡性競爭招攬住民，捨棄品質(葉莉莉,2000)。

本章透過文獻資料收集相關於安養護機構老年住民健康功能狀態、醫療服務使用及區域性因素進行深入探討，可發現機構老年住民大多罹患慢性病、健康功能狀態較差，而且相關研究也指出機構老年住民健康功能狀態、醫療服務使用與區域因素，皆與年齡、性別、婚姻狀況、教育程度、罹患慢性病、居住區域有相關性。

第三章 研究方法

本章研究分析南台灣地區 2013 年針對榮民之家之 65 歲以上老年榮住民進行健康功能狀態與醫療服務使用的資料為基礎，分析健康功能狀態與醫療服務使用之相關性，本章共分為六節加以說明。

第一節 研究架構與研究假設

一、研究架構

依據研究目的，同時參考相關文獻回顧的結果，本研究以 Andersen 行為模式之理論架構為概念，利用傾向因素(性別、年齡、教育程度、婚姻狀況)、使能因素(區域因素)、需要因素(健康功能狀況)等變項，探討研究對象的個人特質及居住區域對健康公狀況，醫療服務使用相關及影響之因素，所以提出研究架構(圖示 3-1 所示)

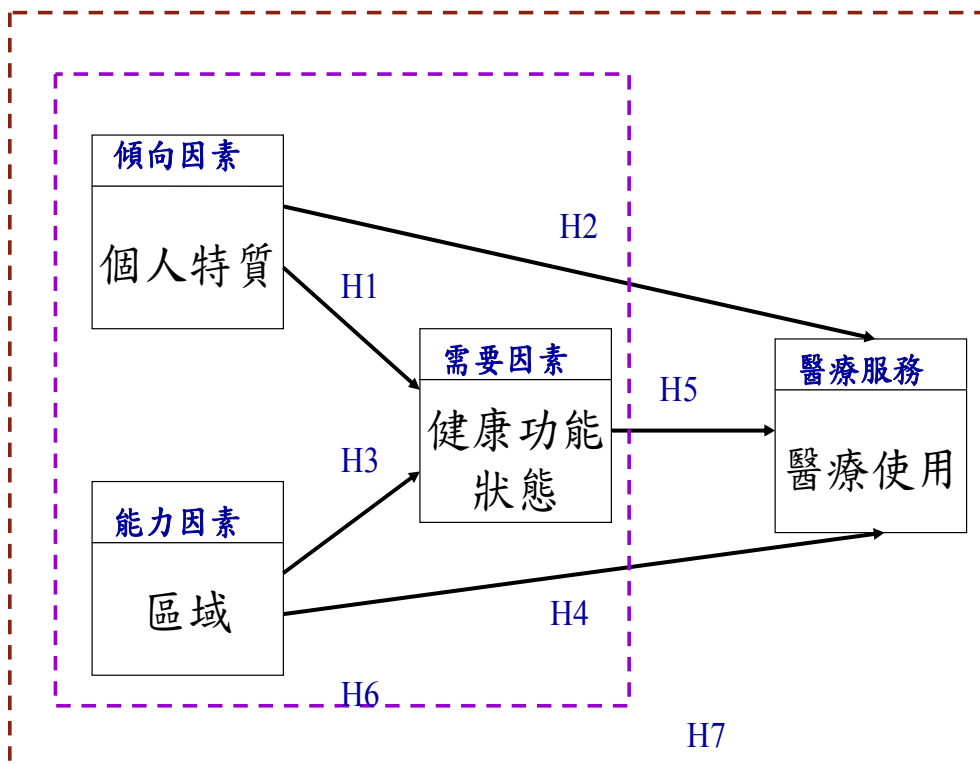


圖3-1 研究架構

二、研究問題與研究假設

依據上述的研究目的及問題，本研究所提出七大假設：

- H1. 榮民之家老年榮民住民個人特質會影響認知功能
 - 1-1 榮民之家老年榮民住民個人特質會影響認知功能
 - 1-2 榮民之家老年榮民住民個人特質會影響身體活動功能
 - 1-3 榮民之家老年榮民住民個人特質會影響疾病或疾病數
 - 1-4 榮民之家老年榮民住民個人特質會影響語言功能
 - 1-5 榮民之家老年榮民住民個人特質會影響視力功能
 - 1-6 榮民之家老年榮民住民個人特質會影響聽力功能
 - 1-7 榮民之家老年榮民住民個人特質會影響皮膚完整性功能
 - 1-8 榮民之家老年榮民住民個人特質會影響排泄情形
- H2. 榮民之家老年榮民住民個人特質會影響醫療服務之使用
 - 2-1 榮民之家老年榮民住民個人特質會影響藥物使用
 - 2-2 榮民之家老年榮民住民個人特質會影響管路服務使用
 - 2-3 榮民之家老年榮民住民個人特質程度程度會特殊照護使用
- H3. 機構居住區域性因素會影響榮民之家老年榮民住民健康功能狀況
 - 3-1 居住區域性因素會影響榮民之家老年榮民住民認知功能
 - 3-2 居住區域性因素會影響榮民之家老年榮民身體活動功能
 - 3-3 居住區域性因素會影響榮民之家老年榮民疾病或疾病數
 - 3-4 居住區域性因素會影響榮民之家老年榮民住民語言功能
 - 3-5 居住區域性因素會影響榮民之家老年榮民住民視力功能
 - 3-6 居住區域性因素會影響榮民之家老年榮民住民聽力功能
 - 3-7 居住區域性因素會影響榮民之家老年榮民住民皮膚完整性功能
 - 3-8 居住區域性因素會影響榮民之家老年榮民住民排泄情形
- H4. 居住區域性因素會影響榮民之家老年榮民住民醫療服務之使用情況
 - 4-1 居住區域性因素會影響榮民之家老年榮民住民藥物使用
 - 4-2 居住區域性因素會影響榮民之家老年榮民住民管路使用
 - 4-3 居住區域性因素會影響榮民之家老年榮民住民特殊照護使用
- H5. 榮民之家老年榮民健康功能狀態會影響醫療服務之使用情況

- 5-1 榮民之家老年榮民健康功能狀態會影響醫藥物使用情況
- 5-2 榮民之家老年榮民健康功能狀態會影響醫管路使用狀況
- 5-3 榮民之家老年榮民健康功能狀態會影響醫特殊照護使用情況
- H6. 榮民之家老年榮民之個人特質與區域因素會影響健康功能狀態的
 - 6-1 榮民之家老年榮民之個人特質與區域因素會影響素認知功能
 - 6-2 榮民之家老年榮民之個人特質與區域因素會影響身體活動功能
 - 6-3 榮民之家老年榮民之個人特質與區域因素會影響疾病或疾病數
 - 6-4 榮民之家老年榮民之個人特質與區域因素會影響語言公能
 - 6-5 榮民之家老年榮民之個人特質與區域因素會影響視力功能
 - 6-6 榮民之家老年榮民之個人特質與區域因素會影響聽力功能
 - 6-7 榮民之家老年榮民之個人特質與區域因素會影響皮膚完整性功能
 - 6-8 榮民之家老年榮民之個人特質與區域因素會影響排泄情形
- H7. 榮民之家老年榮民之個人特質、區域與健康功能狀態會影響醫療服務使用
 - 7-1 榮民之家老年榮民之個人特質、區域與健康功能狀態會影響藥物使用
 - 7-2 榮民之家老年榮民之個人特質、區域與健康功能狀態會影響管路使用
 - 7-3 榮民之家老年榮民之個人特質、區域與健康功能狀態會影響特殊照護使
用

第二節 研究工具與操作型定義

一、研究工具

本研究應用 2009 年鍾蝶起教授執行衛生署委託科技研究計畫：『長期護理醫事人力與照護需求評估』所使用之評估量表。該評估量表內容共分為三大部分(附錄一)：第一部分機構特色，第二部分為住民基本資料，第三部分為住民健康狀況評估，茲將主要評估內容簡述如下：

- 1.機構特色：機構型態、床位數、最近一年平均佔床率、評鑑等級。
- 2.住民基本資料：性別、年齡、住入機構時間、教育程度、婚姻狀況、疾病數。
- 3.居民健康狀況評估
 - (1)排泄情形：a、膀胱失禁 b、排便失禁 c、使用排尿輔助裝置。
 - (2)藥物試用情形：服用藥物種類。
 - (3)管路使用情形：導尿管，氣切管、鼻胃管。
 - (4)皮膚完整情形：壓瘡皮膚分 4 級
 - (5)特殊照護：特殊照護有分 9 項 (化學治療、血液透析、靜脈內給藥、紀錄液體輸出入量、造口護理、氧氣治療、抽痰、氣切管照護、傷口護理等)
 - (6)視力、聽力、語言障礙情形。
 - (7)認知能力：使用簡易心智狀態問卷(SPMSQ)共 10 題
 - (8)心理層面(憂鬱情形)：使用老人憂鬱量表(GDS)共 15 題
 - (9)身體活動功能情形：使用巴氏量表(Barthel Index)評估老人之生理功能狀況共 10 題。

三、研究變項

茲將本研究變項說明如表 3-1。

表 3-1 研究變項

因素名稱	變項名稱
個人特質	年齡、性別、教育程度、婚姻狀況
區域	高雄市、台南市
健康功能狀況	認知功能、身體活動功能、疾病或疾病數、語言功能、視力功能、聽力功能、皮膚完整性功能、排泄情形
醫療服務使用	藥物使用情況、管路使用情況、特殊照護使用情況

四、研究變項之操作型定義

本研究之選定變項包括住民個人特質、健康功能狀況、醫療服務使用、居住區域，以下分別就個變項之操作型定義加闡述：

(一) 榮住民個人特質

1. 性別：類別變項、分男性、女性等兩種
2. 年齡：類別變項分為 65-74 歲、74-84 歲 85 以上等三種
3. 教育程度：類別變項分為不識字、國小、國中、高中、大學(含)以上、其他等六種。
4. 婚姻狀況：類別變項、分為未婚、已婚、喪偶、離婚等四種。

(二) 榮住民居住區域

1. 高雄區域：居住於高雄地區之榮民之家 65 歲以上老年人榮民。
2. 台南區域：居住於台南地區之榮民之家 65 歲以上老年人榮民

(三) 榮住民健康狀況

1. 認知能力(簡短智能問卷 Short Portable Mental Status Questionnaire SPMSQ)

SPMSQ 量表(總分介於 0-10 分。分為認知功能(8~10 分)輕度認知功能損傷(6~7 分)、中度認知功能損傷(0~2 分)等四種。本研究依 SPMSQ 量表問卷測量結

果，將認知障礙以類別變項呈共十個子題，正確德 1 分，錯誤 0 分。

(四)身體活動功能能力(巴氏量表 Barthel Index)

本研究依巴氏量表 Barthel Index 量表問卷測量結果，以類別變項呈現，共十個子題，包括進食(0.5.10)、修飾/個人衛生(0.5)、如廁(0.5.10)、洗澡(0.5)、穿脫衣服(0.5.10)、大便控制(0.5.10)、小便控制(0.5.10)、室內行走能力(行走平地上)(0.5.10.15)、位移(椅子或輪椅與床位間，或是輪椅、椅子和馬桶之間的轉為移動)(0.5.10.15)、上下樓梯能力等(0.5.10)，得分越高，表示身體活動獨立性愈好，總分介於 0-100 分。分完全獨立(100 分)、輕度依賴(91~99 分)、中度依賴(61~90 分)、嚴重依賴(21~60 分)、完全依賴(0~20 分)等五種選項。

(五)疾病數：

類別變項，包括：高血壓、糖尿病、心臟病、中風、風濕症或關節炎、痛風、氣喘或慢性肺病、慢性肝炎火肝硬化、腎臟病、失智症、巴金森氏症、惡性腫瘤、精神疾病、腦部、ENT、腸胃、眼科、血液、泌尿其他等，每題選項均為「是、否」兩項。將住民患有上述之疾病項目加總，描述性統計時，以等距變項呈現。

(六)語言溝通障礙：

序位變項，分為「是、否」兩項；輕度障礙、中度障礙、重度障礙三種語言溝通障礙。

(七)視力障礙：

序位變項，分為「是、否」兩項；輕度障礙、中度障礙、重度障礙、極重度障礙四種視力障礙。

(八)聽力障礙：

序位變項，分為「是、否」兩項；輕度障礙、中度障礙、重度障礙三種聽力障礙。

(九)皮膚完整情形：

序位變項，目前是否有潰瘍存在一分為「是、否」兩項。分級：等級1級(皮膚發紅，經過30分鐘仍然一樣)、等級2級(皮膚有水泡或紅疹，已經傷到真皮層)、等級3級(皮膚層全部受傷已經傷道皮下組織或脂肪)、等4級(較第三級更深，已達肌膜、肌肉、甚至深及骨頭)。

(十)排泄情形：

序位變項，分為膀胱失禁、排便失禁、使用排尿輔助裝置等三個子題。目前是否有存在一分為「是、否」兩項。每個子題的選項如下：

- (1) 膀胱失禁—平常無失禁、偶爾失禁、經常失禁、完全失禁。
- (2) 排便失禁—無失禁、有失禁、完全失禁。
- (3) 使用排尿輔助裝置情形—尿管、紙尿片、尿套、膀胱造口、其他。

(十一)藥物使用情形：

類別變項，分為「是、否」兩項；子題選項如下：藥物5種以下多種藥物5種以上(含5種)、服用藥物種類(可複選)：高血壓藥、糖尿病藥、心臟病藥、中風藥、風濕症或關節炎藥、痛風藥、氣喘或慢性肺病藥、慢性肝炎或肝硬化藥、腎臟病藥、失智症藥、巴金森氏症藥、惡性腫瘤藥、軟便藥、胃藥、抗生素、精神用藥、安眠藥、抗癲癇藥、BPH、解熱鎮痛、營養輔助食品、其他等。

(十二)管路使用情形

類別變項，分為「是、否」兩項：鼻胃管、導尿管、氣切管(可複選)。

(十三)特殊照護情形

類別變項，「是、否」兩項：化學治療、血液透析、靜脈內給藥、紀錄液體輸出量、造口護理、氧氣治療、抽痰、氣切管照護、其他傷口護理、其他等(可複選)。

第三節 研究設計與研究樣本

本研究採橫斷式研究設計，研究對象為居住於國軍退除役官兵輔導委員會屬體系台南及高雄市二所安養護機構榮住民。樣本來源為機構內住榮民，自民國102年08月至民國102年12月底，共計四個月的時間，收集年齡65歲以上之有效樣本。

本研究考量現階段台灣地區以「機構老年榮民健康狀況及其醫療服務使用相關因子」為主題，探討接受機構式長期照護服務老年榮民身體健康狀況是否會影響「醫療服務利用」的相關研究仍屬少數。因此，以「身心健康狀況」為主軸，探討接受機構式長期照護服務老年榮住民身體健康狀況是否會影響「醫療服務利用狀況」。

本研究將研究樣本設定65歲以上(含65歲)且能完成「認知」及「日常生活評估量表」2種量表之完訪個案為研究樣本。本研究篩選符合條件之受訪對象為受訪個案可以清楚表達個人感受與自行回答訪員問題者，經研究成員解釋研究過程及配合事項、解釋研究整個內容並完成研究者知情同意後，在受試者同意的情況下並由本人親自簽署受試者同意書後，才能成為研究個案、以進行後續之問卷填答工作；若受訪無法簽署同意書，將無法參與此研究。

最後，本研究篩選出符合標準之個案共計297位（台南地區200位，高雄地區200位）為研究對象。

第四節 研究對象倫理考量

首先，為確保研究對象之權利與研究倫理之考量，本研究執行前已獲得「高雄榮民總醫院人體實驗倫理委員會」之許可，並同時取得參與本研究機構之同意書後才進行資料收集。

為提高評估工具信度，委請受訪機構協助安排三位願意參與本研究，並願意接受訪員訓練之護理人員協助問卷填答工作，研究者親至各機構進行「長期照護機構住民健康狀況評估量表」填寫說明與訓練。由有參與量表填寫說明與訓練之護理人員協助問卷填寫工作。評估表填寫完成時安排專人檢查評估量表完整性後攜回，問卷自發放日起四個月內填寫完畢後回收。每一位參與本研究協助收案之護理人員皆簽署保密協定，以確保受試者之資料不會外露並應用於非本研究之各項分析。

最後，為保障個案隱私權及權利，對相關資料妥善保管及研究者在鍵入資料時將不登錄病患名字及使用可辨別之代號，資料鎖在一個隱密的地方保留5年，所獲得的個案資料僅做學術使用，不對外公佈。

第五節 資料處理與統計分析方法

本研究收集之相關資料依據研究目的進行資料分析，採用描述性統計、推論性統計(卡方檢定、邏輯斯迴歸分析)等統計方法。茲將本研究所使用之統計分析方法詳細說明如下：

表 3-2 本研究所使用之統計分析方法一欄表

	分析項目	統計方法	研究目的
描述性統計	老年榮民住民個人特質	百分比、平均值、標準差	瞭解老年榮民住民個人特性分佈情形
	老年榮民住民健康狀況分佈	人數、百分比、平均值、標準差	瞭解老年榮民住民基本屬性特徵分佈情形
	醫療服務使用	人數、百分比、平均值、標準差、高低分	瞭解研究對象醫療服務使用情形
	老年榮民住民居住區域比例分佈	人數、百分比	瞭解研究對象居住區域分佈情形
推論性統計	老年榮民住民個人特質對健康功能狀況的影響	卡方檢定	分析老年榮民住民特質對健康功能狀況有無統計學上顯著相關。
	老年榮民住民個人特質對醫療服務使用的影響	卡方檢定	分析老年榮民住民個人特質對醫療服務使用有無統計學上顯著相關。
	老年榮民住民居住區域因素對健康功能狀況的影響	卡方檢定	分析老年榮民住民居住區域因素對健康狀況有無統計學上顯著相關。
	老年榮民住民居住區域因素對醫療服務使用的影響	卡方檢定	分析老年榮民住民居住區域因素對醫療服務使用有無統計學上顯著相關。
	老年榮民住民健康功能狀況與醫療服務使用之相關	卡方檢定	分析老年榮民住民健康功能狀況對醫療服務使用有無統計學上顯著相關。
	老年榮民住民健康功能狀態是否受到個人特質與區域因素	logistic 迴歸分析	分析老年榮民住民健康功能狀態是否受到個人特質與區域因素
	老年榮民住民醫療服務使用是否受到個人特質、區域因素與健康功能狀態	logistic 迴歸分析	分析老年榮民住民醫療服務使用是否受到個人特質、區域因素與健康功能狀態

第四章 研究結果

第一節 住民個人特質、區域因素、健康狀況與醫療服務使用之描述性統計

本節將說明研究樣本住民個人特質、區域因素、健康狀況與醫療服務使用之分佈情形。茲依各區域住民個人特質、區域因素、健康狀況與醫療服務使用人數說明如下(表4-1至4-13)。

一、 研究樣本所處區域人口學特質分佈

台南地區共計有 178 位研究樣本，高雄地區共計有 97 位研究樣本，就年齡分佈，以 81 歲以上占最多，其餘資料如表 4-1 所示。

表 4-1 研究樣本之人口學特質

個人特質	個數	百分比(%)
機構所在地		
台南	178	64.7
高雄	97	35.3
年齡		
65 歲以下	12	4.4
66-80 歲	38	13.8
81 歲以上	225	81.8
學歷		
不識字	13	4.7
國小	103	37.5
國中	34	12.4
高中職	72	26.2
專科	38	13.8
大學(含二技)	14	5.1
研究所(碩博士)	1	.4
婚姻狀況		
未婚	104	37.8
已婚	92	33.5
鰥夫	33	12.0
離婚	46	16.7

二、研究樣本健康功能狀況分佈情形

茲將研究樣本認知功能狀況分佈情形呈現於表 4-2。

表 4-2 研究樣本認知功能(SPMQ)程度分佈情形

SPMQ	個數	百分比
功能正常	208	75.6
輕度損傷	47	17.1
中度損傷	17	6.2
重度損傷	3	1.1

茲將研究樣本身體活動功能程度分佈情形呈現於表 4-3

表 4-3 研究樣本身體活動功能程度(ADL)分佈情形

ADL	個數	百分比
完全獨立	200	72.7
輕度依賴	12	4.4
中度依賴	30	10.9
嚴重依賴	21	7.6
完全依賴	12	4.4

茲將研究樣本身體活動功能程度分佈情形呈現於表 4-4。

表 4-4 研究樣本疾病狀況分佈情形

疾病狀況分佈	個數	百分比
藥物使用情況		
否	34	12.4
高血壓藥	133	48.4
糖尿病藥	53	19.3
心臟病藥	96	34.9
中風藥	10	3.6
風濕症或關節炎藥	33	12.0
痛風藥	9	3.3
氣管或慢性肺病藥	20	7.3
慢性肝炎或肝硬化藥	3	1.1
腎臟病藥	3	1.1

表 4-4 研究樣本疾病狀況分佈情形(續)

疾病狀況分佈	個數	百分比
失智症藥	9	3.3
巴金森氏症藥	9	3.3
惡性腫瘤(癌症)藥	4	1.5
軟便藥	49	17.8
胃藥	52	18.9
抗生素	5	1.8
精神用藥	27	9.8
安眠藥	46	16.7
降血脂	16	5.8
抗顛顯	3	1.1
BPH	83	30.2
解熱鎮痛	4	1.5
營養輔助食品	3	1.1
其他	14	5.1

茲將研究樣本語言溝通障礙分佈情形呈現於表 4-5。

表 4-5 研究樣本語言溝通障礙分佈情形

語言溝通障礙	個數	百分比
否	263	95.6
輕度障礙	10	3.6
中度障礙	2	0.7

茲將研究樣本視力障礙分佈情形呈現於表 4-6。

表 4-6 研究樣本視力障礙分佈情形

視力障礙	個數	百分比
否	220	80.0
輕度障礙	48	17.5
中度障礙	6	2.2
重度障礙	1	0.4

茲將研究樣本聽力障礙分佈情形呈現於表 4-7。

表 4-7 研究樣本聽力障礙分佈情形

聽力障礙	個數	百分比
否	211	76.7
輕度障礙	44	16.0
中度障礙	19	6.9
重度障礙	1	0.4

茲將研究樣本皮膚完整性分佈情形呈現於表 4-8。

表 4-8 研究樣本皮膚完整性分佈情形

皮膚完整性	個數	百分比
否	274	99.6
有褥瘡，等級 1 級	1	.04

茲將研究樣本排泄分佈情形呈現於表 4-9。

表 4-9 研究樣本排泄分佈情形

排尿障礙	個數	百分比
否	242	88.0
平常無失禁	6	2.2
偶爾失禁	13	4.7
經常失禁	3	1.1
完全失禁	11	4.0

三、研究樣本醫療服務使用分佈情形

茲將研究樣本排泄分佈情形呈現於表 4-10。

表 4-10 研究樣本藥物使用分佈情形

藥物使用情形	個數	百分比
無	4	1.5
高血壓	158	57.5
糖尿病	59	21.5
心臟病	95	34.5
中風	26	9.5
痛風	17	6.2
風濕症或關節炎	79	28.7
氣喘或慢性肝炎	28	10.2
慢性肝炎或肝硬化	4	1.5
腎臟病	14	5.1
失智症	18	6.5
巴金森氏症	8	2.9
惡性腫瘤	18	6.5
精神症狀	56	20.4
腦部疾病	5	1.8
ENT 疾病	8	2.9
腸胃疾病	93	33.8
眼科疾病	63	22.9
血液疾病	1	.4
泌尿疾病	118	42.9
其他	79	28.7

茲將研究樣本管路使用分佈情形呈現於表 4-11。

表 4-11 研究樣本管路使用分佈情形

管路使用情形	個數	百分比
無	268	97.5
鼻胃管	1	0.4
導尿管	6	2.2

茲將研究樣本特殊照護使用分佈情形呈現於表 4-12。

表 4-12 研究樣本特殊照護使用分佈情形

特殊照護	個數	百分比
否	3	33.3
化學治療	1	11.1
血液透析	1	11.1
造口護理	1	11.1
其他	1	11.1

第二節 分析老年榮民住民個人特質對健康功能狀態的影響

本節將針對老年榮民住民個人特質(年齡、教育程度、婚姻狀況)對健康狀況(認知功能SPMSQ、身體活動功能ADL、疾病或疾病數、語言功能、視力功能、聽力功能、皮膚完整性、排泄功能)進行卡方檢定。

一、 住民個人特質對認知功能的影響

表 4-13 為分析住民個人特質對健康功能狀態-認知功能之卡方檢定結果，結果發現：機構、年齡、學歷與婚姻狀況等因素並無統計學上顯著相關 ($p > .05$)。

表 4-13 住民個人特質對認知功能的影響

個人特質	正常		輕度損傷		中度損傷		重度損傷		χ^2	<i>p</i>	
	n	%	n	%	n	%	n	%			
機構	台南	129	62.0	33	70.2	13	76.5	3	100	3.949	.267
	高雄	79	38.0	14	29.8	4	23.5	0	0		
年齡	65 歲以下	11	5.3	1	2.1	0	0	0	0	2.706	.845
	66-80 歲	30	14.4	6	12.8	2	11.8	0	0		
	81 歲以上	167	80.3	40	85.1	15	88.2	3	100		
學歷	不識字	6	2.9	4	8.5	3	17.6	0	0	22.069	.106
	國小	73	35.1	19	40.4	8	47.1	3	100		
	國中	30	14.4	2	4.3	2	11.8	0	0		
	高中職	59	28.4	10	21.3	3	17.6	0	0		
	專科	28	13.5	9	19.1	1	5.9	0	0		
	大學以上	12	5.8	3	6.4	0	0	0	0		
婚姻狀況	未婚	79	38.0	14	29.8	9	52.9	2	66.7	9.625	.382
	已婚	74	35.6	14	29.8	3	17.6	1	33.3		
	鰥夫	24	11.5	6	12.8	3	17.6	0	0		
	離婚	31	14.9	13	27.7	2	11.8	0	0		

註：1.* $p < .05$ ；** $p < .01$

2. 認知量表僅有具意識之住民填答

3. 認知得分愈高，表示認知功能愈正常

二、住民個人特質對身體活動功能程度的影響

表 4-14 為分析研究樣本之個人特質對健康功能狀態-身體活動功能之卡方檢定結果，結果發現：除了機構、學歷對身體活動功能呈現顯著相關，其餘年齡、婚姻狀況並無呈現統計學上顯著相關($p>.05$)。

表 4-14 住民個人特質對身體活動功能程度的影響

區域	個人特質	完全獨立 (100分)		輕度依賴 (91~99分)		中度依賴 (61~90分)		嚴重依賴 (21~60分)		完全依賴 (0~20分)		χ^2	p
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
機構	台南	110	55.0	11	91.7	25	83.3	21	100	11	91.7	31.910	.000
	高雄	90	45.0	1	8.3	5	16.7	0	0	1	8.3		
年齡	65歲以下	11	5.5	0	0	1	3.3	0	0	0	0	7.854	.448
	66-80歲	31	15.5	1	8.3	2	6.7	1	4.8	3	25.0		
	81歲以上	158	79.0	11	91.7	27	90.0	20	95.2	9	75.0		
學歷	不識字	1	.5	1	8.3	3	10.0	5	23.8	3	25.0	65.709	.000
	國小	68	34.0	6	50.5	16	53.3	5	23.8	8	66.7		
	國中	28	14.0	1	8.3	2	6.7	3	14.3	0	.0		
	高中職	55	27.5	2	15.7	7	23.3	8	38.1	0	.0		
	專科	36	18.5	0	.0	1	3.0	0	.0	1	8.3		
	大學以上	12	6.0	2	16.7	1	3.0	0	.0	0	.0		
婚姻狀況	未婚	77	38.5	5	41.7	12	40.0	7	33.3	3	25.0	8.262	.764
	已婚	61	30.5	5	41.7	13	43.3	8	38.1	5	41.7		
	鰥夫	25	12.5	1	8.3	1	3.3	3	14.3	3	25.0		
	離婚	37	18.5	1	8.3	4	13.3	3	14.3	1	8.3		

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

三、住民個人特質對疾病的影響

表 4-15 為分析研究樣本之個人特質對疾病影響之卡方檢定結果，結果發現：除了機構對身體活動功能呈現顯著相關，其餘年齡、學歷、婚姻狀況並無呈現統計學上顯著相關($p>.05$)。

表 4-15 住民個人特質對疾病數的影響

個人特質		無		有		χ^2	p
		n	%	n	%		
機構	台南	134	58.5	44	95.7	23.139	.000
	高雄	95	41.5	2	4.3		
年齡	65 歲以下	8	3.5	4	8.7	2.485	.289
	66-80 歲	32	14.1	6	13.0		
	81 歲以上	189	82.5	36	78.3		
學歷	不識字	12	5.2	1	2.2	14.957	.011
	國小	89	38.9	14	30.4		
	國中	30	13.1	4	8.7		
	高中職	52	22.7	20	43.5		
	專科	36	15.7	2	4.3		
	大學以上	10	4.4	5	10.9		
婚姻	未婚	87	38.0	17	37.0	10.095	.018
	已婚	69	30.1	23	50.0		
	鰥夫	29	12.7	4	8.7		
	離婚	44	19.2	2	4.3		

註：* $p < .05$ ；** $p < .01$

四、 住民個人特質對語言功能的影響

表 4-16 為分析研究樣本之個人特質對語言功能影響之卡方檢定結果，結果發現：除了學歷與婚姻狀況對身體活動功能呈現顯著相關，其餘年齡、機構並無呈現統計學上顯著相關($p > .05$)。

表 4-16 住民個人特質對語言功能的影響

個人特質		無		有		χ^2	p
		n	%	n	%		
機構	台南	170	64.6	8	66.7	.021	.576
	高雄	93	35.4	4	33.3		
年齡	65 歲以下	12	4.6	0	0	1.754	.416
	66-80 歲	35	13.3	3	25.0		
	81 歲以上	216	82.1	9	75.0		
學歷	不識字	9	3.4	4	33.3	29.104	.000
	國小	98	37.3	5	41.7		
	國中	31	11.8	3	25.0		
	高中職	72	27.4	0	0		
	專科	38	14.4	0	0		
	大學以上	15	5.7	0	0		
婚姻	未婚	98	37.3	6	50.0	8.407	.038
	已婚	90	34.2	2	16.7		
	鰥夫	29	11.0	4	33.3		
	離婚	46	17.5	0	0		

註：* $p < .05$ ；** $p < .01$

五、 住民個人特質對視力功能的影響

表 4-17 為分析研究樣本之個人特質對視力功能影響之卡方檢定結果，結果發現：除學歷與對身體活動功能呈現顯著相關，其餘年齡、婚姻狀況、機構並無呈現統計學上顯著相關($p>.05$)。

表 4-17 住民個人特質對視力功能的影響

個人特質		無		有		χ^2	<i>p</i>
		n	%	n	%		
機構	台南	150	68.2	28	50.9	5.750	.013
	高雄	70	31.8	27	49.1		
年齡	65 歲以下	12	5.5	0	0	6.123	.047
	66-80 歲	34	15.5	4	7.3		
	81 歲以上	174	79.1	51	92.7		
學歷	不識字	7	3.2	6	10.9	16.716	.005
	國小	75	34.1	28	50.9		
	國中	27	12.3	7	12.7		
	高中職	61	27.7	11	20.0		
	專科	36	16.4	2	3.6		
	大學以上	14	6.4	1	1.8		
婚姻	未婚	82	37.3	22	40.0	.799	.850
	已婚	73	33.2	19	34.5		
	鰥夫	26	11.8	7	12.7		
	離婚	39	17.7	7	12.7		

註：* $p < .05$ ；** $p < .01$

六、 住民個人特質對聽力功能的影響

表 4-18 為分析研究樣本之個人特質對語言功能影響之卡方檢定結果，結果發現：除學歷對身體活動功能呈現顯著相關，其餘年齡、婚姻狀況、機構並無呈現統計學上顯著相關($p>.05$)。

表 4-18 住民個人特質與聽力功能

個人特質		無		有		χ^2	p
		n	%	n	%		
機構	台南	139	65.9	39	60.9	.525	.281
	高雄	72	34.1	25	39.1		
年齡	65 歲以下	11	5.2	1	1.6	4.468	.107
	66-80 歲	33	15.6	5	7.8		
	81 歲以上	167	79.1	58	90.6		
學歷	不識字	6	2.8	7	10.9	11.637	.040
	國小	76	12.3	8	12.5		
	國中	56	26.5	16	25.0		
	高中職	56	26.5	16	25.0		
	專科	34	16.1	4	6.3		
	大學以上	13	6.2	2	3.1		
婚姻	未婚	76	36.0	28	43.8	5.056	.168
	已婚	78	37.0	14	21.9		
	鰥夫	24	11.4	9	14.1		
	離婚	33	15.3	13	20.3		

註：* $p < .05$ ；** $p < .01$

七、 住民個人特質對皮膚完整性的影響

表 4-19 為分析研究樣本之個人特質對皮膚完整性影響之卡方檢定結果，結果發現所有變項並無呈現統計學上顯著相關($p > .05$)。

表 4-19 住民個人特質與皮膚完整性的影響

個人特質		無		有		χ^2	p
		n	%	n	%		
機構	台南	177	64.6	1	100	.547	.647
	高雄	97	35.4	0	0		
年齡	65 歲以下	12	4.4	0	0	.223	.894
	66-80 歲	38	13.9	0	0		
	81 歲以上	224	81.8	1	100		
學歷	不識字	13	4.7	0	0	1.676	.892
	國小	102	37.2	1	100		
	國中	34	12.4	0	0		
	高中職	72	26.3	0	0		
	專科	38	13.9	0	0		
	大學以上	15	5.5	0	0		
婚姻	未婚	103	37.6	1	100	1.650	.648
	已婚	92	33.6	0	0		
	鰥夫	33	12.0	0	0		
	離婚	46	16.8	0	0		

註：* $p < .05$ ；** $p < .01$

八、 住民個人特質對排泄情形的影響

表 4-20 為分析研究樣本之個人特質對排尿情形影響之卡方檢定結果，結果發現：除了機構與學歷對身體活動功能呈現顯著相關，其餘年齡與婚姻狀況並無呈現統計學上顯著相關($p>.05$)。

表 4-20 住民個人特質對排尿情形的影響

個人特質		無		有		χ^2	<i>p</i>
		n	%	n	%		
機構	台南	149	61.6	29	87.9	8.804	.002
	高雄	93	38.4	4	12.1		
年齡	65 歲以下	10	4.1	2	6.1	.326	.850
	66-80 歲	34	14.0	4	12.1		
	81 歲以上	198	81.8	27	81.8		
學歷	不識字	5	2.1	8	24.2	34.257	.000
	國小	91	37.6	12	36.4		
	國中	30	12.4	4	12.1		
	高中職	65	26.9	7	21.2		
	專科	36	14.9	1	6.1		
	大學以上	15	6.2	0	0		
婚姻	未婚	93	38.4	11	33.3	.660	.882
	已婚	80	33.1	12	36.4		
	鰥夫	28	11.6	5	15.2		
	離婚	41	16.9	5	15.2		

註：* $p < .05$ ；** $p < .01$

表 4-21 為分析研究樣本之個人特質對排便情形影響之卡方檢定結果，結果發現：除了機構與學歷對身體活動功能呈現顯著相關，其餘年齡與婚姻狀況並無呈現統計學上顯著相關($p>.05$)。

表 4-21 住民個人特質與排便情形

個人特質		無		有		χ^2	<i>p</i>
		n	%	n	%		
機構	台南	152	61.0	26	100	15.648	.000
	高雄	97	39.0	0	0		
年齡	65 歲以下	11	4.4	1	3.8	.153	.926
	66-80 歲	35	14.1	3	11.5		
	81 歲以上	203	81.5	22	84.6		
學歷	不識字	6	2.4	7	26.9	34.775	.000
	國小	92	36.9	11	42.3		
	國中	32	12.9	2	7.7		
	高中職	67	26.9	5	19.2		
	專科	37	14.9	1	3.8		
	大學以上	15	6.0	0	0		
婚姻	未婚	96	38.6	8	30.8	1.671	.643
	已婚	83	33.3	9	34.6		
	鰥夫	28	11.2	5	19.2		
	離婚	42	16.9	4	15.4		

註：**p* < .05 ; ***p* < .01

第三節 探討養護機構老年住民個人特質對醫療服務使用的影響

本節以卡方檢定分析住民個人特質(性別、年齡、教育程度、婚姻狀況)對醫療服務使用(藥物使用、管路使用、特殊照護使用)之卡方檢定分析結果說明(表4-22至表4-24)。

一、 住民個人特質對藥物使用的影響

表 4-22 分析研究樣本之個人特質對醫療服務使用影響之卡方檢定結果，結果發現：除了機構與學歷對身體活動功能呈現顯著相關，其餘年齡與婚姻狀況並無呈現統計學上顯著相關($p>.05$)。

表 4-22 住民個人特質與藥物使用

個人特質		無		有		χ^2	p
		n	%	n	%		
機構	台南	17	50.0	161	66.8	3.686	.044
	高雄	17	50.0	80	33.2		
年齡	65 歲以下	1	2.9	11	4.6	.356	.837
	66-80 歲	4	11.8	34	14.1		
	81 歲以上	29	85.3	196	81.3		
學歷	不識字	1	2.9	12	5.0	11.500	.042
	國小	12	35.3	91	37.8		
	國中	3	8.8	31	12.9		
	高中職	8	23.5	64	26.6		
	專科	4	11.8	34	14.1		
	大學以上	6	17.6	9	3.7		
婚姻	未婚	12	35.3	92	38.2	1.479	.687
	已婚	11	32.4	81	33.6		
	經夫	3	8.8	30	12.4		
	離婚	8	23.5	38	15.8		

註：* $p < .05$ ；** $p < .01$

二、 住民個人特質對管路使用的影響

表 4-23 為分析研究樣本之個人特質對管路使用情形影響之卡方檢定結果，結果發現：除了機構對身體活動功能呈現顯著相關，其餘年齡、學歷與婚姻狀況並無呈現統計學上顯著相關($p>.05$)。

表 4-23 住民個人特質與管路使用

個人特質		無		有		χ^2	p
		n	%	n	%		
機構	台南	171	63.8	7	100	3.914	.046
	高雄	97	36.2	0	0		
年齡	65 歲以下	11	4.1	1	14.3	3.286	.193
	66-80 歲	36	13.4	2	28.6		
	81 歲以上	221	82.5	4	57.1		
學歷	不識字	11	4.1	2	28.6	10.990	.052
	國小	100	37.3	3	42.9		
	國中	33	12.3	1	14.3		
	高中職	72	26.9	0	0		
	專科	37	13.8	1	14.3		
	大學以上	15	5.6	0	0		
婚姻	未婚	100	37.3	4	57.1	1.993	.574
	已婚	90	33.6	2	28.6		
	鰥夫	32	11.9	1	14.3		
	離婚	46	17.2	0	0		

註：* $p < .05$ ；** $p < .01$

三、 住民個人特質對特殊照護使用的影響

表 4-24 為分析研究樣本之個人特質對特殊照護使用之卡方檢定結果，除年齡對身體活動功能呈現顯著相關，其餘機構、學歷與婚姻狀況並無統計學上顯著相關($p > .05$)。

表 4-24 住民個人特質與特殊照護使用

個人特質		無		有		χ^2	p
		n	%	n	%		
機構	台南	175	64.3	3	100	1.653	.270
	高雄	97	35.7	0	0		
年齡	65 歲以下	11	4.0	1	33.3	6.338	.042
	66-80 歲	38	14.0	0	0		
	81 歲以上	223	82.0	2	66.7		
學歷	不識字	12	4.4	1	33.3	7.435	.190
	國小	102	37.5	1	33.3		
	國中	34	12.5	0	0		
	高中職	72	26.5	0	0		
	專科	37	13.6	1	33.3		
	大學以上	15	5.5	0	0		
婚姻	未婚	101	37.1	3	100	4.987	.173
	已婚	92	33.8	0	0		
	鰥夫	33	12.1	0	0		
	離婚	46	16.9	0	0		

註：* $p < .05$ ；** $p < .01$

第四節 探討養護機構老年住民居住區域性對健康狀態與醫療服務使用影響情形

本節以卡方檢定分析住民區域因素對健康狀態(認知功能、身體活動功能、疾病狀況、語言溝通功能、視力功能、聽力功能、皮膚完整性及排泄功能)與醫療服務使用(藥物使用、管路使用、特殊照護使用)影響之分析結果。

一、養護機構老年住民居住區域性對健康狀態影響情形

(一)認知功能的影響情形

依據表 4-25 卡方檢定之研究結果，發現養護機構老年住民居住區域性對認知功能的影響並無統計學上顯著相關($p > .05$)。換言之，區域性並不會影響養護機構老年住民的認知功能。

表 4-25 住民居住區域性對認知功能的影響

區域性	正常		輕度損傷		中度損傷		重度損傷		χ^2	p
	n	%	n	%	n	%	n	%		
高雄 (N=266)	134	28.39	68	14.41	94	19.92	176	37.29	6.81	.078
屏東 (N=584)	54	26.73	22	10.89	58	28.71	68	33.66		

註：1. * $p < .05$

2. 認知功能無法評估者：(1)高雄 118 人(2)屏東 246 人(3)高屏全體 364 人

(二)養護機構老年住民居住區域性對身體活動功能程度的影響

依據表 4-25 卡方檢定之研究結果，發現養護機構老年住民居住區域性對身體活動功能的影響並無統計學上顯著相關 ($p > .05$)。換言之，區域性並不會影響養護機構老年住民的身體活動功能。

表 4-26 住民居住區域性對身體活動功能程度的影響

區域性	完全獨立 (100分)		輕度依賴 (91~99分)		中度依賴 (61~90分)		嚴重依賴 (21~60分)		完全依賴 (0~20分)		χ^2	p
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
	高雄 (N=320)	6	1.88	6	1.88	45	14.06	67	20.94	196		
屏東 (N=718)	28	3.90	25	3.48	85	11.84	168	23.40	412	57.38		

註：* $p < .05$

(三) 養護機構老年住民居住區域性對疾病數的影響

依據表 4-27 卡方檢定之研究結果，發現養護機構老年住民居住區域性對身體活動功能的影響有統計學上顯著相關 ($p > .05$)。換言之，區域性會影響養護機構老年住民的身體活動功能。

表 4-27 住民居住區域性對疾病數的影響

區域性	無		1~3種		>3種		χ^2	p
	n	%	n	%	n	%		
高雄 (N=320)	15	4.69	236	73.75	69	21.56	14.80	.001**
屏東 (N=718)	87	12.12	506	70.47	125	17.41		

註：* $p < .05$ ；** $p < .05$ ；*** $p < .001$

(四) 養護機構老年住民居住區域性對語言功能的影響

依據表 4-28 卡方檢定之研究結果，發現養護機構老年住民居住區域性對語言障礙的影響並無統計學上顯著相關 ($p > .05$)。換言之，區域性並不會影響養護機構老年住民的語言障礙。

表 4-28 住民居住區域性對語言障礙的影響

區域性	無		有		χ^2	p
	n	%	n	%		
高雄 (N=320)	141	44.06	179	55.94	0.73	.393
屏東 (N=718)	296	41.23	422	58.77		

註：* $p < .05$ ；** $p < .05$ ；*** $p < .001$

(五) 養護機構老年住民居住區域性對視力功能的影響

依據表 4-29 卡方檢定之研究結果，發現養護機構老年住民居住區域性對身體活動功能的影響有統計學上顯著相關 ($p > .05$)。換言之，區域性會影響養護機構老年住民的身體活動功能。

表 4-29 住民居住區域性對視力功能的影響

區域性	無		有		χ^2	<i>p</i>
	n	%	n	%		
高雄 (N=320)	153	47.81	167	52.19	28.35	.000***
屏東 (N=718)	220	30.64	498	69.36		

註：* $p < .05$ ；** $p < .05$ ；*** $p < .001$

(六) 養護機構老年住民居住區域性對聽力功能的影響

表 4-30 卡方檢定之研究結果，發現養護機構老年住民居住區域性對身體活動功能的影響有統計學上顯著相關 ($p > .05$)。換言之，區域性會影響養護機構老年住民的身體活動功能。

表 4-30 住民居住區域性與聽力功能

區域性	無		有		χ^2	<i>p</i>
	n	%	n	%		
高雄 (N=320)	209	65.31	111	34.69	32.73	.000***
屏東 (N=718)	331	46.10	387	53.90		

註：* $p < .05$ ；** $p < .05$ ；*** $p < .001$

(七) 養護機構老年住民居住區域性對皮膚完整性的影響

依據表 4-31 卡方檢定之研究結果，發現養護機構老年住民居住區域性對皮膚完整性的影響並無統計學上顯著相關 ($p > .05$)。換言之，區域性並不會影響養護機構老年住民的皮膚完整性。

表 4-31 住民居住區域性與皮膚完整性的影響

區域性	無		有		χ^2	<i>p</i>
	n	%	n	%		
高雄 (N=320)	309	96.56	11	3.44	0.89	.343
屏東 (N=718)	684	95.26	34	4.74		

註：**p* < .05；***p* < .05；****p* < .001

(八) 養護機構老年住民居住區域性對排泄情形的影響

表 4-32 卡方檢定之研究結果，發現養護機構老年住民居住區域性對身體活動功能的影響有統計學上顯著相關 (*p* > .05)。換言之，區域性會影響養護機構老年住民的身體活動功能。

表 4-32 住民居住區域性對排尿情形的影響

區域性	無		有		χ^2	<i>p</i>
	n	%	n	%		
高雄 (N=320)	55	17.19	265	82.81	36.45	.000***
屏東 (N=718)	257	35.79	461	64.21		

註：**p* < .05；***p* < .05；****p* < .001

表 4-33 卡方檢定之研究結果，發現養護機構老年住民居住區域性對身體活動功能的影響有統計學上顯著相關 (*p* > .05)。換言之，區域性會影響養護機構老年住民的身體活動功能。

表 4-33 住民居住區域性與排便情形的影響

區域性	無		有		χ^2	<i>p</i>
	n	%	n	%		
高雄 (N=320)	66	20.63	254	79.38	28.29	.000***
屏東 (N=718)	268	37.33	450	62.67		

註：**p* < .05；***p* < .05；****p* < .001

二、 探討居住區域性民對醫療服務使用影響情形

(一) 養護機構老年住民居住區域性對藥物使用情形的影響

表 4-34 卡方檢定之研究結果，發現養護機構老年住民居住區域性對身體活動功能的影響有統計學上顯著相關 ($p > .05$)。換言之，區域性會影響養護機構老年住民的身體活動功能。

表 4-34 住民居住區域性對藥物使用之相關

區域性	無		1~5 種		>5 種		χ^2	p
	n	%	n	%	n	%		
高雄 (N=320)	15	4.69	296	92.50	9	2.81	19.16	.000***
屏東 (N=718)	87	12.12	625	87.05	6	0.84		

註：* $p < .05$ ；** $p < .05$ ；*** $p < .001$

(二) 養護機構老年住民居住區域性對管路使用情形之影響

表 4-35 卡方檢定之研究結果，發現養護機構老年住民居住區域性對身體活動功能的影響有統計學上顯著相關 ($p > .05$)。換言之，區域性會影響養護機構老年住民的身體活動功能。

表 4-35 住民居住區域性對管路使用之相關(N=1,038)

區域性	無使用管路		使用 1 種管路		使用 2 種(含)以上 管路		χ^2	p
	n	%	n	%	n	%		
高雄 (N=320)	225	70.31	67	20.94	28	8.75	39.66	.000***
屏東 (N=718)	356	49.58	232	32.31	130	18.11		

註：* $p < .05$ ；** $p < .05$ ；*** $p < .001$

(三) 養護機構老年住民居住區域性對特殊照護使用情形之影響

表 4-36 為分析住民居住區域性對特殊照護使用的影響之卡方檢定結果。結果發現，住民居住區域性對特殊照護使用無呈現統計學上顯著相關 ($p > .05$)，可以得知，養護機構老年住民居住區域性對特殊照護使用並無明顯影響。

表 4-36 住民居住區域性對特殊照護使用之相關

區域性	無		有		χ^2	<i>P</i>
	n	%	n	%		
高雄 (N=320)	285	89.06	35	10.94	3.29	.069
屏東 (N=718)	664	92.48	54	7.52		

註：* $P < .05$ ；** $P < .05$ ；*** $P < .001$

第五節 探討老年住民健康功能狀態對醫療服務使用影響情形

本節以卡方檢定分析老年住民健康功能狀態 (認知功能、身體活動功能、疾病狀況、語言溝通功能、視力功能、聽力功能、皮膚完整性及排泄功能)對醫療服務使用(藥物使用、管路使用、特殊照護使用)影響之卡方檢定分析結果說明。

一、分析住民認知與身體活動功能對藥物使用的影響

表 4-37 發現老年住民認知與身體活動功能對藥物使用的影響並無統計學上顯著相關 ($p > .05$)。換言之，認知與身體活動功能並不會影響養護機構老年住民的藥物使用。

表 4-37 住民認知功能對藥物使用之相關

認知功能	無		有		χ^2	<i>p</i>
	n	%	n	%		
功能正常	27	79.4	181	75.1	2.079	.556
輕度損傷	5	14.7	42	17.4		
中度損傷	1	2.9	16	6.6		
重度損傷	1	2.9	2	.8		

表 4-38 發現老年住民認知與身體活動功能對藥物使用的影響並無統計學上顯著相關 ($p > .05$)。換言之，認知與身體活動功能並不會影響養護機構老年住民的藥物使用。

表 4-38 住民身體活動功能對藥物使用之相關

身體活動功能	無		有		χ^2	<i>p</i>
	n	%	n	%		
完全獨立	2	33.33	0	0.00	13.48	.096
輕度依賴	0	0.00	0	0.00		
中度依賴	1	2.22	1	2.22		
嚴重依賴	4	5.97	1	1.49		
完全依賴	8	4.08	7	3.57		

二、分析住民疾病數、語言、視力、聽力對藥物使用的影響

表 4-39 為疾病數對藥物使用之相關之卡方檢定結果，結果發現老年住民是否罹患疾病與藥物使用的影響有無統計學上顯著相關 ($p > .05$)。換言之，是否罹患疾病會影響養護機構老年住民的藥物使用。

表 4-39 住民疾病數對藥物使用之相關

		無		有		χ^2	p
		n	%	n	%		
疾病	無	20	58.8	209	86.7	16.649	.000
	有	14	41.2	32	13.3		

表 4-40 為語言障礙對藥物使用之相關之卡方檢定結果，結果發現老年住民是否有語言障礙與藥物使用的影響並無計學上顯著相關 ($p > .05$)。換言之，是否有語言障礙並不會影響養護機構老年住民的藥物使用。

表 4-40 住民語言障礙對藥物使用之相關

		無		有		χ^2	p
		n	%	n	%		
語言障礙	無	33	97.1	230	95.4	.188	.550
	有	1	2.9	11	4.6		

表 4-41 為分析研究樣本視力功能對藥物使用情形之卡方檢定結果。結果發現住民視力功能對藥物使用情形無呈現統計學上顯著相關 ($p > .05$)，可以得知，養護機構老年住民視力功能對藥物使用情形並無明顯影響。

表 4-41 住民視力和藥物使用之相關

		無		有		χ^2	p
		n	%	n	%		
視力障礙	無	27	79.4	193	80.1	.008	.541
	有	7	20.6	48	19.9		

表 4-42 為分析研究樣本之聽力功能對藥物使用情形之卡方檢定結果。結果發現，聽力功能對藥物使用情形無呈現統計學上顯著相關 ($p > .05$)，可以得知，養護機構老年住民視力功能對藥物使用情形並無明顯影響。

表 4-42 住民聽力對藥物使用之相關

		無		有		χ^2	p
		n	%	n	%		
聽力障礙	無	24	70.6	187	77.6	.819	.241
	有	10	29.4	54	22.4		

三、分析住民皮膚完整性、排泄情形對藥物使用的影響

表 4-43 為分析研究樣本之皮膚完整性對藥物使用情形之卡方檢定結果，發現高雄、屏東及高屏全體地區養護機構老年住民皮膚完整性對藥物使用情形的影

響並無統計學上顯著相關 ($P>.05$)。換言之，皮膚完整性並不會影響機構老年住
民的藥物使用。

表 4-43 住民皮膚完整性對藥物使用之相關

		無		有		χ^2	<i>P</i>
		n	%	n	%		
皮膚完 整性	無	34	100	240	99.6	.142	.876
	有	0	0	1	0.4		

表 4-44 為分析研究樣本排尿情形對藥物使用情形之卡方檢定結果。結果發
現，養護機構老年住民排尿情形對藥物使用情形有呈現統計學上顯著相關 (P
 $>.05$)，養護機構老年住民排尿情形會顯著影響機構老年住民的藥物使用。

表 4-44 住民排尿情形對藥物使用之相關

		無		有		χ^2	<i>P</i>
		n	%	n	%		
排尿 障礙	無	34	100	208	86.3	5.290	.010
	有	0	0	33	13.7		

表 4-45 為分析研究樣本之排便情形對藥物使用情形卡方檢定結果。結果發
現，養護機構老年住民排便對藥物使用情形有呈現統計學上顯著相關 ($P>.05$)，
可以得知，養護機構老年住民排便情形對藥物使用有明顯影響。

表 4-45 住民排便障礙對藥物使用之相關

		無		有		χ^2	<i>P</i>
		n	%	n	%		
排便障 礙	無	34	100	215	89.2	4.051	.027
	有	0	0	26	10.8		

四、 分析住民認知、身體活動功能對管路使用的影響

表 4-46 為分析研究樣本之認知功能對管路使用情形之卡方檢定結果結果發現，高雄地區養護機構老年住民認知功能對管路使用情形並無統計學上顯著相關 ($P>.05$)。換言之，管路使用並不會影響養護機構老年住民的認知功能。

表 4-46 住民認知功能與管路使用之相關

認知功能	無		有		χ^2	<i>p</i>
	n	%	n	%		
功能正常	205	76.5	3	42.9	7.477	.058
輕度損傷	45	16.8	2	28.6		
中度損傷	15	5.6	2	28.6		
重度損傷	3	1.1	0	0		

表 4-47 為分析研究樣本之身體活動功能對管路使用情形之卡方檢定結果。研究結果發現，身體活動功能($p<.001$)對管路使用情形呈現顯著相關，完全依賴中有使用 1 種管路者(28.57%)、使用 2 種(含)以上)管路者(14.29%)比率比其他身體活動功能組別高。

表 4-47 住民身體活動功能與管路使用之相關

身體活動功能	無		有		χ^2	<i>p</i>
	n	%	n	%		
完全獨立	199	74.3	1	14.3	50.031	.000
輕度依賴	12	4.5	0	0		
中度依賴	29	10.8	1	14.3		
嚴重依賴	20	7.5	1	14.3		
完全依賴	8	3.0	4	57.1		

五、 分析住民疾病數、語言、視力、聽力對管路使用的影響

表 4-48 為分析研究樣本之身體活動功能對管路使用情形之卡方檢定結果：研究結果發現，疾病數對管路使用情形並無統計學上顯著相關 ($p>.05$)。換言之，管路使用並不會影響住民的疾病數。

表 4-48 住民疾病數和管路使用之相關

		無		有		χ^2	<i>p</i>
		n	%	n	%		
疾病	無	222	82.8	7	100	1.443	.273
	有	46	17.2	0	0		

表 4-49 為分析研究樣本所位處「區域」之語言功能對管路使用情形之卡方檢定結果。研究結果，語言功能($p < .001$)對管路使用情形呈現顯著相關。換言之，語言功能不會影響住民的管路使用。

表 4-49 住民語言障礙和管路使用之相關

		無		有		χ^2	<i>p</i>
		n	%	n	%		
語言障礙	無	256	95.5	7	100	.328	.729
	有	12	4.5	0	0		

表 4-50 為分析研究樣本之視力功能對管路使用情形之卡方檢定結果。結果顯示，視力功能對管路使用情形沒有呈現顯著相關。亦即，視力功能不會影響管路使用情形。

表 4-50 住民視力障礙和管路使用之相關

		無		有		χ^2	<i>p</i>
		n	%	n	%		
視力障礙	無	214	79.9	6	85.7	.147	.576
	有	54	20.1	1	14.3		

表 4-51 為分析研究樣本之聽力功能對管路使用情形之卡方檢定結果，研究結果發現，聽力功能對管路使用情形並無統計學上顯著相關 ($p > .05$)。換言之，管路使用並不會影響住民的聽力功能。

表 4-51 住民聽力障礙和管路使用之相關

		無		有		χ^2	<i>p</i>
		n	%	n	%		
聽力障礙	無	206	76.9	5	71.4	.113	.513
	有	62	23.1	2	28.6		

六、分析住民皮膚完整性、排泄情形對管路使用的影響

表 4-52 為分析研究樣本所位處「區域」之皮膚完整性對管路使用情形之卡方檢定結果，研究結果發現，皮膚完整性對管路使用情形沒有呈現顯著相關。亦即管路使用情形不會受到皮膚完整性之影響。

表 4-52 住民皮膚完整性和管路使用之相關

		無		有		χ^2	p
		n	%	n	%		
皮膚完整性	無	267	99.6	7	100	.026	.975
	有	1	0.4	0	0		

表 4-53 為分析研究樣本所位處「區域」之排泄情形-排尿功能對管路使用情形之卡方檢定結果，研究結果發現，排尿功能對管路使用情形呈現顯著相關。有排尿障礙組別中有使用管路者(24.91%)比率比無排尿障礙組別高。

表 4-53 排尿功能和管路使用之相關

		無		有		χ^2	p
		n	%	n	%		
排尿障礙	無	240	89.6	2	28.6	24.023	.000
	有	28	10.4	5	71.4		

表 4-54 為分析研究樣本所位處「區域」之排泄情形-排便功能對管路使用情形之卡方檢定結果。研究結果發現，排便功能對管路使用情形呈現顯著相關。有排便障礙組別中有使用管路者(10.63%)比率比無排便障礙組別高。

表 4-54 排便障礙情形和管路使用之相關

		無		有		χ^2	p
		n	%	n	%		
排便障礙	無	247	92.2	2	28.6	32.226	.000
	有	21	7.8	5	71.4		

七、分析住民認知、身體活動功能對特殊照護使用的影響

表 4-55 為分析研究樣本所位處「區域」之認知功能對特殊照護使用情形之卡方檢定結果。結果發現認知功能對特殊照護使用情形並無統計學上顯著相關 ($p > .05$)。換言之，特殊照護使用並不會受住民認知功能的影響。

表 4-55 住民認知功能和特殊照護使用之相關

認知功能	無		有		χ^2	p
	n	%	n	%		
功能正常	206	75.7	2	66.7	4.201	.241
輕度損傷	47	17.3	0	0		
中度損傷	16	5.9	1	33.3		
重度損傷	3	1.1	0	0		

表 4-56 為分析研究樣本所位處「區域」之身體活動功能對特殊照護使用情形之卡方檢定結果。研究結果發現，身體活動功能對特殊照護使用情形沒有呈現顯著相關。亦即特殊照護使用情形不會受到住民身體活動功能之影響。

表 4-56 住民身體活動功能和特殊照護使用之相關

身體活動 功能	無		有		χ^2	<i>p</i>
	n	%	n	%		
完全獨立	199	73.2	1	33.3	8.243	.083
輕度依賴	12	4.4	0	0		
中度依賴	29	10.7	1	33.3		
嚴重依賴	21	7.7	0	0		
完全依賴	11	4.0	1	33.3		

八、 分析住民疾病數、語言、視力、聽力對特殊照護使用的影響

表 4-57 為分析研究樣本之疾病數對特殊照護使用情形之卡方檢定結果。發現疾病數對特殊照護使用情形並無統計學上顯著相關 ($p > .05$)。換言之，特殊照護使用並不會受住民疾病數的影響。

表 4-57 住民疾病數對特殊照護使用之相關

		無		有		χ^2	<i>p</i>
		n	%	n	%		
疾病	無	226	83.1	3	100	.609	.576
	有	46	16.9	0	0		

表 4-58 為分析研究樣本之語言功能對特殊照護使用情形之卡方檢定結果。研究結果發現，語言功能對特殊照護使用情形沒有呈現顯著相關。亦即特殊照護使用情形不會受到語言功能之影響。

表 4-58 住民語言障礙對特殊照護使用之相關

		無		有		χ^2	<i>p</i>
		n	%	n	%		
語言障 礙	無	260	95.69	3	100	.138	.874
	有	12	4.4	0	0		

表 4-59 為分析研究樣本之視力功能對特殊照護使用情形之卡方檢定結果。研究結果發現，視力功能對特殊照護使用情形沒有呈現顯著相關。亦即特殊照護使用不會收到視力功能之影響。

表 4-59 住民視力對特殊照護使用之相關

		無		有		χ^2	p
		n	%	n	%		
視力障礙	無	218	80.1	2	66.7	.337	.489
	有	54	19.9	1	33.3		

表 4-60 為分析研究樣本之聽力功能對特殊照護使用情形之卡方檢定結果。結果發現，聽力功能對特殊照護使用情形沒有呈現顯著相關。換言之，特殊照護使用並不會受到住民聽力功能的影響。

表 4-60 住民聽力對特殊照護使用之相關

		無		有		χ^2	p
		n	%	n	%		
聽力障礙	無	208	76.5	3	100	.920	.450
	有	64	23.5	0	0		

九、分析住民皮膚完整性、排泄情形對特殊照護使用的影響

表 4-61 為分析研究樣本之皮膚完整性對特殊照護使用情形之卡方檢定結果。研究結果發現，皮膚完整性對特殊照護使用情形呈現顯著相關。亦即特殊照護使用不會受到皮膚完整性之影響。

表 4-61 住民皮膚完整性對特殊照護使用之相關

		無		有		χ^2	p
		n	%	n	%		
皮膚完整性	無	272	10	2	66.7	90.998	.011
	有	0	0	1	33.3		

表 4-62 為分析研究樣本之排泄-排尿功能對特殊照護使用情形之卡方檢定結果。結果發現排泄-排尿障礙功能對特殊照護使用情形並無統計學上顯著相關 ($p > .05$)。換言之，特殊照護使用並不會受到住民排泄-排尿障礙功能的影響。

表 4-62 排尿障礙情形對特殊照護使用之相關

		無		有		χ^2	p
		n	%	n	%		
排尿障礙	無	240	88.2	2	66.7	1.307	.320
	有	32	11.8	1	33.3		

表 4-63 為分析研究樣本所位處「區域」之排泄-排便功能對特殊照護使用情形之卡方檢定結果。結果發現，排泄-排便功能($\chi^2=5.33$ ， $p < .05$)對特殊照護使用情形呈現顯著相關。有排便障礙組別中有使用特殊照護(12.99%)比率比無排便障礙組別高。

表 4-63 排便障礙情形對特殊照護使用之相關

		無		有		χ^2	<i>p</i>
		n	%	n	%		
排便障礙	無	248	91.2	1	33.3	11.597	.024
	有	24	8.8	2	66.7		

第六節 探討老年榮民住民個人特質與區域因素影響健康功能狀態

本節以邏輯斯迴歸分析(logistic regression)探索老年榮民住民健康功能狀態(認知功能、身體活動功能、疾病狀況、語言溝通功能、視力功能、聽力功能、皮膚完整性及排泄功能)會受到個人特質(年齡、教育程度、婚姻狀況)與區域因素之影響結果。

一、 養護機構老年住民個人特質與區域因素會影響認知功能狀態

依據表 4-64 所示，在經由反向淘汰法後，住民個人特質與區域因素皆不會影響認知功能狀態。

表 4-64 住民個人特質對認知功能之 Logistic 迴歸分析摘要表

個人特質	迴歸係數(β)	標準誤(SE)	Wald	OR	95%CI
高雄	.532	.338	2.469	1.702	.877-3.303
65 歲以下			2.006		
66-80 歲	-1.371	1.097	1.564	.254	.030-2.177
81 歲以上	-.324	.452	.515	.723	.298-1.754
不識字			9.330		
國小	1.320	.869	2.304	3.742	.681-20.572
國中	.342	.701	.238	1.407	.356-5.555
高中職	-.735	.862	.726	.480	.088-2.600
專科	-.284	.737	.148	.753	.177-3.193
大學以上	.147	.776	.036	1.158	.253-5.303
未婚			5.587		
已婚	-.803	.429	3.502	.448	.193-1.039
鰥夫	-.994	.442	5.060	.370	.156-.880
離婚	-.473	.533	.787	.623	.219-1.772

二、 養護機構老年住民個人特質與區域因素會影響身體活動功能狀態

依據表 4-65 所示，經由反向淘汰法後，在顯著水準設為.05 下，對疾病有顯著影響的是「區域」變項。以「台南」當參考組，屏東地區老年住民罹患疾病的機率為台南地區的 1.89 倍 ($p < .001$)。

表 4-65 住民個人特質對身體活動功能之 Logistic 迴歸分析摘要表

個人特質	迴歸係數 (β)	標準誤(SE)	Wald	OR	95%CI
高雄	1.890**	.442	18.256	6.623	2.782-15.763
65 歲以下			4.526		
66-80 歲	-1.533	1.107	1.918	.216	.025-1.889
81 歲以上	-.892	.528	2.856	.410	.146-1.153
不識字			20.287		
國小	3.883	1.271	9.331	48.569	4.021-586.621
國中	1.028	.729	1.987	2.794	.670-11.659
高中職	.354	.848	.175	1.425	.270-7.518
專科	.342	.751	.207	1.408	.323-6.140
大學以上	-1.356	1.017	1.778	.258	.035-1.890
未婚			4.835		
已婚	-.637	.514	1.534	.529	.193-1.449
鰥夫	.171	.498	.118	1.187	.447-3.149
離婚	-.414	.648	.408	.661	.186-2.353

三、 養護機構老年住民個人特質與區域因素會影響疾病數

依據表 4-66 所示，在經由反向淘汰法後，個人特質與區域因素變項有共 4 個變項。其中，在顯著水準設為 .05 下，對疾病有顯著影響的是「區域」變項。在「區域」方面，以「台南」當參考組，高雄地區老年住民罹患疾病的機率為台南地區的 2.66 倍 ($p < .001$)。

表 4-66 住民個人特質對疾病數之 Logistic 迴歸分析摘要表 (N=1,038)

個人特質	迴歸係數 (β)	標準誤(SE)	Wald	OR	95%CI
高雄	2.662**	.747	12.705	14.329	3.315-61.942
65 歲以下			1.242		
66-80 歲	.867	.781	1.233	2.381	.515-11.003
81 歲以上	.116	.556	.044	2.123	.378-3.336
不識字			9.934		
國小	-2.160	1.209	3.190	.115	.011-1.234
國中	-.961	.678	2.006	.383	.101-1.446
高中職	-.887	.839	1.116	.412	.080-2.135
專科	-.114	.675	.028	.892	.238-3.351
大學以上	-1.810	.969	3.492	.154	.025-1.092
未婚			6.358		
已婚	1.674	.843	3.944	5.331	1.022-27.805
鰥夫	1.985	.826	5.770	7.276	1.441-36.745
離婚	1.311	.977	1.804	3.712	.547-25.1623

四、 養護機構老年住民個人特質與區域因素會影響語言功能

依據表 4-67 所示，在經由反向淘汰法後，個人特質與區域因素變項有共 4 個變項。其中，在顯著水準設為.05 下，沒有變項對語言功能有顯著影響。

表 4-67 住民個人特質對語言功能之 Logistic 迴歸分析摘要表

個人特質	迴歸係數(β)	標準誤(SE)	Wald	OR	95%CI
高雄	-.192**	.774	.062	.825	.181-3.760
65 歲以下			.819		
66-80 歲	-15.686	8855.258	.000	.000	.000
81 歲以上	.751	.830	.819	2.120	.416-10.790
不識字			6.074		
國小	20.252	9767.602	.000	624176622.587	.000
國中	18.152	9767.602	.000	76469959.447	.000
高中職	18.724	9767.602	.000	135474730.064	.000
專科	.102	10722.913	.000	1.107	.000
大學以上	.259	11425.428	.000	1.295	.000
未婚			3.168		
已婚	17.458	5182.560	.000	.997	.000
鰥夫	16.824	5182.560	.000	.997	.000
離婚	18.515	5182.560	.000	.997	.000

五、 養護機構老年住民個人特質與區域因素會影響視力功能

依據表 4-68 所示，在經由反向淘汰法後，個人特質與區域因素變項有共 4 個變項。其中，在顯著水準設為.05 下，對視力功能有顯著影響的是「區域」、「年齡」、「教育程度」共 3 個變項。

1. 在「區域」方面，以「台南」地區當參考組，屏東地區老年住民視力障礙的機率為高雄地區的-1.126 倍 ($p < .001$)。
2. 「年齡」方面，以「65 歲」當參考組，研究發現 81 歲以上老年住民視力障礙的機率為 65 歲的-1.196 倍($p < .001$)。
3. 「教育程度」方面，以「不識字」當參考組，研究發現國小學歷老年住民視力障礙的機率會僅為國中以下的 2.753 倍($p < .05$)。

表 4-68 住民個人特質對視力功能之 Logistic 迴歸分析摘要表

個人特質	迴歸係數 (β)	標準誤(SE)	Wald	OR	95%CI
高雄	-1.126**	.349	10.393	.324	.164-.643
65 歲以下			4.239		
66-80 歲	-19.307	11264.938	.000	.000	.000
81 歲以上	-1.196**	.581	4.239	.302	.097-.944
不識字			16.726		
國小	2.753**	1.212	5.159	15.688	1.458-168.766
國中	1.474	1.086	1.843	4.367	.520-36.671
高中職	.828	1.155	.514	2.289	.238-22.025
專科	.819	1.114	.540	2.268	.255-20.143
大學以上	-.701	1.302	.289	.496	.039-6.373
未婚			.983		
已婚	-.052	.524	.010	.949	.340-2.649
鰥夫	.317	.534	.353	1.373	.482-3.906
離婚	.163	.641	.065	1.177	.335-4.134

六、 養護機構老年住民個人特質與區域因素會影響聽力功能

依據表 4-69 所示，在經由反向淘汰法後，個人特質與區域因素變項有共 4 個變項。其中，在顯著水準設為.05 下，對聽力功能有顯著影響的是「區域」變項。以「台南」地區當參考組，高雄地區老年住民聽力障礙的機率為高雄地區的 -0.392 倍 ($p < .001$)。

表 4-69 住民個人特質對聽力功能之 Logistic 迴歸分析摘要表

個人特質	迴歸係數(β)	標準誤(SE)	Wald	OR	95%CI
高雄	-.392	.326	1.448	.676	.357-1.279
65 歲以下			4.540		
66-80 歲	-1.284	1.102	1.357	.277	.032-2.402
81 歲以上	-.967	.529	3.341	.380	.135-1.072
不識字			11.839		
國小	1.903	.964	3.901	6.707	1.015-44.334
國中	.446	.812	.302	1.562	.318-7.667
高中職	.156	.889	.031	1.168	.205-6.673
專科	.339	.833	.166	1.404	.274-7.188
大學以上	-.881	.966	.832	.414	.062-2.751
未婚			5.343		
已婚	-.504	.435	1.341	.604	.258-1.417
鰥夫	-1.055	.473	4.983	.348	.138-.879
離婚	-.348	.544	.408	.706	.243-2.053

七、 養護機構老年住民個人特質與區域因素會影響皮膚完整性

依據表 4-70 邏輯斯迴歸分析(logistic regression)之研究結果，在經由反向淘汰法後，個人特質與區域因素變項有共 4 個變項。其中，在顯著水準設為.05 下，對皮膚完整性無達到統計學上顯著影響。

表 4-70 住民個人特質對皮膚完整性之 Logistic 迴歸分析摘要表 (N=1,038)

個人特質	迴歸係數 (β)	標準誤(SE)	Wald	OR	95%CI
高雄	15.523	3265.102	.000	5514255.061	.000
65 歲以下			.000		
66-80 歲	-.852	10487.518	.000	.427	.000
81 歲以上	-14.262	4761.227	.000	.000	.000
不識字			.000		
國小	-1.037	13256.406	.000	.355	.000
國中	15.836	8539.600	.000	7543944.385	.000
高中職	-.258	10335.728	.000	.772	.000
專科	.142	9398.592	.000	1.152	.000
大學以上	1.229	10134.248	.000	3.418	.000
未婚			.000		
已婚	15.345	4724.032	.000	4617204.831	.000
鰥夫	-.430	5867.077	.000	.651	.000
離婚	-.378	78408.153	.000	.685	.000

八、 養護機構老年住民個人特質與區域因素會影響排泄功能

依據表 4-71 所示，在經由反向淘汰法後，個人特質與區域因素變項有共 4 個變項。其中，在顯著水準設為.05 下，對排尿有顯著影響的是「區域」變項。以「台南」地區當參考組，研究發現，高雄地區老年住民排便障礙的機率為台南地區的 1.282 倍 ($p < .001$)。

表 4-73 住民個人特質對排尿功能之 Logistic 迴歸分析摘要表

個人特質	迴歸係數(β)	標準誤(SE)	Wald	OR	95%CI
高雄	1.282**	.584	4.815	3.604	1.147-11.330
65 歲以下			.624		
66-80 歲	.660	.893	.546	1.935	.336-11.142
81 歲以上	-.142	.636	.050	.867	.250-3.014
不識字			16.618		
國小	21.217	10216.294	.000	2445208851.252	.000
國中	19.343	10216.294	.000	251579790.441	.000
高中職	19.542	10216.294	.000	306796727.687	.000
專科	18.812	10216.294	.000	147897828.249	.000
大學以上	18.370	10216.294	.000	95061057.176	.000
未婚			2.163		
已婚	-.746	.641	1.355	.474	.135-1.666
鰥夫	-.182	.613	.088	.833	.251-2.769
離婚	-.003	.748	.000	.997	.230-4.320

依據表 4-74 所示，在經由反向淘汰法後，個人特質與區域因素變項有共 4 個變項。其中，在顯著水準設為.05 下，對排便功能-排尿有顯著影響的是「區域」變項。以「台南」地區當參考組，研究發現，高雄地區老年住民排便障礙的機率為台南地區的 19.232 ($p < .001$)。

表 4-74 住民個人特質對排便功能之 Logistic 迴歸分析摘要表

個人特質	迴歸係數(β)	標準誤(SE)	Wald	OR	95%CI
高雄	19.232**	3940.646	.000	225100348.616	.000
65 歲以下			.138		
66-80 歲	.087	1.179	.005	1.091	.108-10.990
81 歲以上	-.267	.746	.128	.766	.178-3.303
不識字			14.884		
國小	21.069**	9801.022	.000	1413647739.017	.000
國中	19.124**	9801.022	.000	201993040.593	.000
高中職	18.905	9801.022	.000	162385471.490	.000
專科	18.275	9801.022	.000	86454904.271	.000
大學以上	17.541	9801.022	.000	41476053.129	.000
未婚			4.297		
已婚	-1.197	.743	2.596	.302	.070-1.296
鰥夫	-.574	.705	.664	.563	.142-2.240
離婚	.112	.822	.019	1.119	.223-5.607

第七節 探討老年榮民住民健康功能狀態、個人特質與區域因素會影響醫療服務使用

本節以邏輯斯迴歸分析(logistic regression)探討老年榮民住民醫療服務使用(藥物使用、管路使用、特殊照護使用)會受到健康功能狀態(認知功能、身體活動功能、疾病狀況、語言溝通功能、視力功能、聽力功能、皮膚完整性及排泄功能)、個人特質(年齡、教育程度、婚姻狀況)與區域因素(高雄、台南)之影響結果。

一、住民健康功能狀態、個人特質及區域因素會影響藥物使用

依據表 4-71 所示，在經由反向淘汰法後，健康功能狀態、個人特質與區域因素變項中，在顯著水準設為.05 下，對藥物使用有顯著影響的是「區域」與「教育程度」共 2 個變項。在「區域」方面，以「台南」地區當參考組，研究發現高雄地區老年住民藥物使用的機率為台南地區的 1.825 倍 ($p < .01$)。在「教育程度」方面，以「不識字」當參考組，研究發現教育程度確實會影響老年住民藥物使用的機率

表 4-75 住民健康功能狀態、個人特質與區域因素對藥物使用之 Logistic 迴歸分析摘要表

個人特質	迴歸係數(β)	標準誤(SE)	Wald	OR	95%CI
高雄	1.825**	.637	8.221	6.206	1.782-21.614
65 歲以下			1.3748		
66-80 歲	1.311	1.239	1.118	3.709	.327-42.090
81 歲以上	.578	.648	.795	1.782	.500-6.348
不識字			12.577		
國小	-1.059	1.488	.506	.347	.019-6.404
國中	1.787**	.750	5.677	5.973	1.373-25.984
高中職	2.584**	.977	6.998	13.250	1.953-89.881
專科	2.136**	.980	7.502	8.466	1.836-39.042
大學以上	2.343**	.911	6.612	10.409	1.746-62.068
未婚			4.113		
已婚	1.157	.610	3.598	3.182	.962-10.523
鰥夫	1.069	.631	2.874	2.914	.846-10.032
離婚	.959	.817	1.381	2.610	.527-12.935
認知能力	-.233	.387	.362	.792	.371-1.692
憂鬱	-.072	.412	.031	.930	.415-2.086
身體活動功能	.071	.477	2.164	2.016	.792-5.131
疾病	2.791	.674	17.157	16.294	4.350-61.030
語言	1.748	1.479	1.397	5.746	.316-104.338
視力	-.289	.638	.205	.749	.215-2.613
聽力	.390	.527	.547	1.476	.526-4.145
皮膚	-1.775	40556.462	.000	.169	.000
排尿	-17.312	5043.747	.000	.000	.000
排便	-14.163	5418.001	.000	.000	.000

註：1. * $p < .05$ ；** $p < .01$ ；*** $p < .001$ 2. 以反向淘汰法(backwise)挑選之結果

二、 住民健康功能狀態、個人特質及區域因素會影響管路使用

依據表 4-76 邏輯斯迴歸分析(Logistic regression)之研究結果，在經由反向淘汰法後，健康功能狀態、個人特質與區域因素中，在顯著水準設為.05 下，沒有變項呈現統計學之顯著差異，亦即沒有變項會影響老年榮民住民對管路之使用。

表 4-76 健康功能狀態、個人特質及區域因素對管路使用之 Logistic 迴歸分析摘要表

個人特質	迴歸係數 (β)	標準誤 (SE)	Wald	OR	95%CI
高雄	10.554	3186.014	.000	38318.026	.000
65 歲以下			1.954		
66-80 歲	10.538	7.758	1.845	37721.289	.009
81 歲以上	5.277	4.047	1.701	195.877	.070-54511.014
不識字			.701		
國小	11.392	7811.560	.000	88608.017	.000
國中	8.286	7811.559	.000	3965.975	.000
高中職	12.925	7811.564	.000	410258.967	.000
專科	-4.827	8459.859	.000	.008	.000
大學以上	9.029	7811.559	.000	8343.595	.000
未婚			1.134		
已婚	19.120	4181.127	.000	201237528.174	.000
鰥夫	16.775	4181.126	.000	19281289.627	.000
離婚	19.228	4181.127	.000	224179632.323	.000
認知能力	1.973	2.134	.855	7.193	.110-470.962
憂鬱	2.670	2.659	1.008	14.433	.079-2646.113
身體活動功能	3.970	3.591	1.222	52.990	.047-60360.678
疾病	18.063	3687.172	.000	6990341.912	.000
語言	16.305	5795.111	.000	12053239.176	.000
視力	7.509	7.628	.969	1824.461	.001-5678745597.222
聽力	-1.425	2.961	.232	.240	.001-79.707
皮膚	2.752	40192.971	.000	15.679	.000
排尿	-1.908	8.328	.052	.148	.000-1821137.756
排便	2.983	9.444	.100	19.744	.000-2157510728.193

註：1. *p<.05；**p<.01；***p<.001

2. 以反向淘汰法(backwise)挑選之結果

三、 住民健康功能狀態、個人特質及區域因素會影響特殊照護使用

依據表 4-77 邏輯斯迴歸分析(logistic regression)之研究結果，在經由反向淘汰法後，健康功能狀態、個人特質與區域因素中，在顯著水準設為.05 下，沒有變項呈現統計學之顯著差異，亦即沒有變項會影響老年榮民住民對管路之使用。

表 4-77 健康功能狀態、個人特質及區域因素對特殊照護使用之 Logistic 迴歸分析表

個人特質	迴歸係數 (β)	標準誤 (SE)	Wald	OR	95%CI
高雄	10.554	3186.014	.000	38318.026	.000
65 歲以下			1.954		
66-80 歲	10.538	7.758	1.845	37721.289	.009
81 歲以上	5.277	4.047	1.701	195.877	.070-54511.014
不識字			.701		
國小	11.392	7811.560	.000	88608.017	.000
國中	8.286	7811.559	.000	3965.975	.000
高中職	12.925	7811.564	.000	410258.967	.000
專科	-4.827	8459.859	.000	.008	.000
大學以上	9.029	7811.559	.000	8343.595	.000
未婚			1.134		
已婚	19.120	4181.127	.000	201237528.174	.000
鰥夫	16.775	4181.126	.000	19281289.627	.000
離婚	19.228	4181.127	.000	224179632.323	.000
認知能力	1.973	2.134	.855	7.193	.110-470.962
憂鬱	2.670	2.659	1.008	14.433	.079-2646.113
身體活動功能	3.970	3.591	1.222	52.990	.047-60360.678
疾病	18.063	3687.172	.000	6990341.912	.000
語言	16.305	5795.111	.000	12053239.176	.000
視力	7.509	7.628	.969	1824.461	.001-5678745597.222
聽力	-1.425	2.961	.232	.240	.001-79.707
皮膚	2.752	40192.971	.000	15.679	.000
排尿	-1.908	8.328	.052	.148	.000-1821137.756
排便	2.983	9.444	.100	19.744	.000-2157510728.193

註：1. *p<.05；**p<.01；***p<.001

2.以反向淘汰法(backwise)挑選之結果

第五章 研究結論、限制與建議

第一節 研究結論

本研究運用 Andersen 行為模式分析台南與高雄地區兩家榮民之家老年住民健康功能狀態與醫療服務使用之相關性。綜合上述分析基準，本研究發現影響，台南與高雄地區老年榮民住民傾向因素(個人特質)、能力因素(區域因素)、需要因素(健康功能狀態)與醫療服務使用之相關性與影響程度，結果為區域、年齡、與教育程度有顯著預測力。

研究發現，榮民機構之受訪者，其年紀以八十歲以上者佔大多數，此與戰後嬰兒潮及國民政府播遷來台有關。也因此，本研究發現兩家榮家的住民健康功能佳、能獨立自主的活動性、生活能夠自理。

另外，本研究亦發現「區域」是一個重要的預測因子。亦即不同榮家的住民，有不同的活動與生活習慣，兩個榮家未來在提供醫療照顧時必須考慮「區域」的差異，建立榮家各自的發展特色，依據榮家內住民的特質與生活所需，擬定各種不同的照護措施與照護方案，以期能提供更適切的服務來照顧老年榮民。

在面對老年榮民年紀逐漸增加，退輔體系之醫療與照護體系需針對高齡老年照護需求而有所調整，應將機構之地理因素當作基礎來評估住民之需求，才能提供更適切的健康照護與相關處置模式。機構內管理階層可思索未來如何提供第一線照護者所需之在職教育訓練，以提升榮民住民之生活照護品質。其次，可長期評估老年榮民住民醫療服務使用之需求，將有助於未來榮家醫療照護體系與醫療服務準備工作與相關政策之規劃。

第二節 研究限制與建議

一、研究限制

本研究為橫斷性研究設計，因此無法深入瞭解機構住民健康功能狀態及醫療服務使用之因果分析，此為本研究的第一個研究限制。

有鑑於影響老年榮民健康功能狀態、醫療服務使用之相關因素眾多，本研究僅針對特定變項進行假說驗證，因此無法瞭解機構住民健康功能狀態及醫療服務使用情形之其他可能影響因素，此為本研究的第二個研究限制。

本研究僅針對「高雄」與「台南」兩家榮民之家住民之相關資料進行分析，因此研究結果將無法推論至台灣其他榮家，此為本研究的第三個研究限制。

二、對後續相關議題之研究建議

本研究是以南部兩家榮民之家老年住民來客觀臨床評估之生理健康狀況與醫療服務使用，建議後續相關議題之研究擴大進行「跨區域」之「世代研究」與「縱貫性研究」，以更深入瞭解南北榮家住民健康功能狀態、醫療服務使用、健康行為及照護需求，進而提升榮家醫護及照護人員的照護品質。

其次，未來可連結健保檔資料庫取得更客觀之健保醫療相關資料，以期能獲得更正確之推論，瞭解老年榮民之特質及健康需求，作為建構完整榮民長期照護體系及之參考依據。

參考文獻

- 行政院退除役官兵輔導委員會網站(2007)94 年「榮民狀況分析」，
<http://www.vac.gov.tw/content/index.asp?pno=509>。
- 榮民資料統計分析，<http://www.vac.gov.tw>。第二處業務，
<http://www.vac.gov.tw/dept2/law/law930211001.htm>。
- 中華民國台閩地區榮民重要統計指標 95 年第 1 季(2006)，行政院國軍退除役官兵輔導委員會編印。
- 內政部統計處(2007)行政院內政部統計月報表，<http://www.moi.gov.tw/stat/>
- 全國法規資料庫(2007)，<http://law.moj.gov.tw>。
- 行政院經濟建設委員會（2009）。長期照護保險規劃報告。台北：作者。
- 羅意琪.(2010). 年長者輕度認知功能損傷評量工具之回顧. [Current Assessments in Mild Cognitive Impairment]. 台灣聽力語言學會雜誌(25), 65-78.
- 高碧弘(2003)榮民之家老年榮民營養與健康狀況調查—以岡山榮家為例，屏東：屏東科技大學食品科學系碩士論文。
- 陳之政、楊靜利(2005)人口變遷與老年長期照護費用-以無依榮民照護費用為估算基礎，台灣人口學會學術研討會「二十一世紀的台灣人口發展：趨勢與挑戰」。
- 陳怡吟(2004)機構內持續性醫療對榮民醫療利用、健康狀況與滿意度之探討—以退輔會南部安養機構為例，高雄：高雄醫學大學公共衛生學研究所碩士在職專班碩士論文。
- 行政院國軍退除役官兵輔導委員會，2013.09。榮民統計年鑑，台北市。
- 王駿濠, & 蔡佳良. (2011). 運動對改善大腦認知功能之效益評析. [The Benefits

- of Exercise on Brain Function: A Review]. *應用心理研究*(50), 191-216。
- 林俊宏、王光正、徐慶(2010)。我國人口老化現象與勞動供給預測之分析及其對資產需求變化之影響。 *長庚人文社會學報*，3(1),171-219。
- 杜明勳.(1996). 南部某榮民安養之家住家榮民健康狀況調查. [A Survey of the Residents' Health Status at a Veteran's Home in South Taiwan]. *中華公共衛生雜誌*, 15(1), 97-107。
- 胡愈寧, 鄺欽菁, 李佳, 林榮輝, & 胡國琦.(2009). 老年人各項日常生活活動功能與自評健康狀態之調查及相關性探討. [Assessment of Individual Activities of Daily Living and Its Association with Self-rated Health Status in Elderly People]. *臺灣復健醫學雜誌*, 37(2), 107-114。
- 張桂津.(2007). 台灣失能榮民眷醫療與長期照護服務使用研究. 臺灣大學. Available from Airiti AiritiLibrary database。
- 曾淑芬, 張志娟, 曾蕃霓, 劉立凡, & 陳惠芳.(2011). 社區高齡者憂鬱傾向及認知功能狀況之探討—以台灣南部地區社區高齡者為例. [The Study of Suspected Depression Status and Cognition Function of Elders in the Community of Southern Area]. *嘉南學報 (人文類)* (37), 351-364。.
- 魯英屏, 周明岳, 梁志光, 周上琳, 薛光傑, 林育德, ... 杜明勳.(2011). 南部長期照護機構老年住民之認知功能障礙探討. [Cognitive Impairment among Elderly Residents in the Long Term Care Facilities in Southern Taiwan]. *台灣老年醫學暨老年學雜誌*, 6(1), 43-51。
- 鄧文漢(2004)就養榮民現況，主計月刊，585:69-78。
- 韓敬富(2003)我國榮民福利之剖析，社區發展季刊，101:487-502。
- 鄧勇誌 (2009) .老人安養機構經營效率之探討—退輔會榮民之家與公（民）營安養機構之比較。未出版碩士論文，國防大學財務管理學系碩士班。

- 羅意琪 (2010). 年長者輕度認知功能損傷評量工具之回顧. [Current Assessments in Mild Cognitive Impairment]. 台灣聽力語言學會雜誌(25), 65-78。
- 鄭秀津 (2013). 高屏地區養護機構老年住民健康功能狀態與醫療服務使用之相關性探討. [An Investigation to Explore the Association With Health Functional Status and Medical Service Utilization Among Elderly Residents in the Kaohsiung and Pingtung area].. (未出版碩士論文).屏東:美和科技大學健康照護學系碩士班。
- 吳淑瓊(2005).人口老化與長期照護政策.國家政策季刊，4(4)，5-24
- 梁繼權、許詩點、陳晶瑩、陳慶餘(2002).都市與鄉村社區老人健康狀態。臺灣醫學，6(4)，523-534
- 王雲東(2008),台灣地區社區老人醫療服務使用率影響因素之研究-一個健康資本模型應用的初探,社區發展季刊,110,216-230
- 內政部統計處(2011年3月17日),101年第十一週內政部統計通報(100年底我國老人長期照顧及安養機構概況).2012年06月13日取自
http://www.moi.gov.tw/stat/news_content.aspx?sn=6042
- 李月萍、陳玉敏、劉惠瑚(2007).長期照護機構老人之整體性護理。長庚護理，18(4)，511-517
- 李庚霖、區雅倫、陳淑惠、翁儷偵(2009).”台灣地區中老年身心社會生活狀況長期追蹤調查”短版 ces-d 量表之心理計量特性.中華心理衛生學刊，22(4)，383-410
- 邱美汝、陳玉敏、李月萍(2007).長期照護機構老人的生活適應想因素.實證護理，3(2)，119-128
- 林四海、楊慧真、陳墩仁、邱慧慈(2000).中部地區醫療服務高低利用者之相關因素研究.醫務管理期刊，1(1)，57-70

- 胡愈寧、欽菁、李佳、林榮輝、胡國琦(2009).老年人各項日常生活活動功能與自評健康狀態之調查及相關性探討.台灣復健醫學雜誌, 37(2), 107-114
- 凌千惠、傅光翊、黃荷瑄、姚慧萍、林宜慧、葉志嶸(2007).老年族群之憂鬱程度、社會支持度與醫療服務使用之相關性, 中山醫學雜誌, 18(2), 201-215
- 陳正芬(2009).從居住安排與社會支持體系檢視失能老人之 adl 与 iadl 的位滿足需求.中華心理衛生學刊, 22(1), 67-100
- 陳淑芬、鄧素文(2010).台灣長期照護服務體系之發展.護理雜誌, 57(4), 5-10
- 宋文娟、洪錦墩、陳文意(2008)。台灣老年人口醫療利用與多重慢性疾病之分析研究。台灣老人保健學刊, 4(2), 75-87。
- 陳雪姝、葉淑玲、黃欽印(2009).長期照護機構住民醫療利用分析-以中部四縣市為例.台灣公共衛生雜誌, 28(3), 175-183
- 謝於真、王素琴、陳恆順(2011).長期照護:社區的遠距健康照護。臺灣醫學, 15(2), 164-167。
- 劉淑娟(2010).長期照護.台北:華杏
- 魯英屏、周明岳、梁志光、周上琳、薛光傑、林育德(2011).南部長期照護機構老年住民之認知功能障礙探討.台灣老年醫學暨老年學雜誌, 6(1), 43-51
- 葉間間(2007).台灣長期照護制度的發展與國際比較-兼論社區物理治療定位.物理治療, 32(2), 54-50
- 謝佳蓉(2010).探討影響高雄市接受機構是長期照護服務老年住民優遇相關因素.未發表之碩是論文, 屏東:美和術學院
- 謝佩珊(2008).社區老年人日常活動功能與醫療服務利用之探討(未發表之碩士論文).高雄醫學大學

- 顏敏玲(2007).安養機構老人身體活動及其相關因素之探討.中國醫藥大學
- 顏艷秋、劉文健(2005).安養機構老人生活品質及其影響因素，榮總護理，22(4)，389-398。
- Andersen,R. (1995). Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does It Matter?
Journal of Health and Social Behavior,36(1), 1-10.
- Council for Economic Planning and Development, Executive Yuan, Taiwan, ROC. (2008). Population projections for the Taiwan area: 2008Y2056. Taipei: Council for Economic.
- Determinants of cognitive impairment over time among the elderly in Taiwan : results of the national longitudinal study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 50(1), 53-57.
- Hoeymans N, Feskens EJ, Kromhout D, et al. Ageing and the relationship between functional status and self-rated health in elderly men. *Soc Sci Med* 1997;45:1527-36
- Harris T, Kovar MG, Suzman R, et al. Longitudinal study of physical ability in the oldest-old. *Am J Public Health* 1989;79:698-702.
- Idler EL, Kasl S. Health perceptions and survival: do global evaluations of health status really predict mortality? *J Gerontol* 1991;46:S55-65.
- Planning and Development, Executive Yuan. (Original work published in Chinese).
- Schumacher, K. L., Stewart, B. J., & Archbold, P. G. (2007). Mutuality and preparedness moderate the effects of caregiving demand on cancer family caregiver outcomes. *Nursing Research*. 56(6), 425Y433.
- Schumacher, K. L., Stewart, B. J., Archbold, P. G., Caparro, M., Mutale, F., & Agrawal, S. (2008). Effects of caregiving demand, mutuality, and preparedness on family caregiver outcomes during cancer treatment. *Oncology Nursing*

Forum, 35(1), 49Y56.

Shyu, Y. I. (2002). A conceptual framework for understanding family caregiving process to frail elders in Taiwan. *Research in Nursing & Health*, 25(2), 111Y121.

Yen, C.H., Wang, C.C., Liao, W.C., Chen, S.C., Chen, C.C., Liang, J., et al. (2010).

Haffer, S.C, Bowen, S.E, Shannon, E.D, Fowler, B.M. (2003). Assessing beneficiary health outcomes and disease management initiatives in Medicare. *Disease Management & health outcomes*, 11(2), 111-124.

Huang, H, Liu, S, & Pai, Y. (2010). Taiwan long-term care insurance and the evolution of long-term care in japan {Chinese} .*Journal of Nursing*, 57(4), 77-82.

Boggatz, T, Farid, T, Monhammedin, A, Dijkstra, A, Lohrmann, C, & Dassen, T. (2010). Socio-demographic factors related to functional limitations and care dependency among older Egyptians .*Journal of Advanced Nursing*, 66(5), 1047-1058.

南台灣地區榮民之家老年榮民住民 健康功能狀態與醫療服務使用之相關性研究評估量表

受訪者，您好：

這是一份學術用途的「榮民之家老年榮民住民健康功能狀態與醫療服務使用之相關性研究評估量表」，本研究係為瞭解南台灣地區榮民之家老年榮民住民健康功能狀態與醫療服務使用之相關性評估。

本研究所採用之評估量表內容共分為兩大部份，分別為：第一部分住民基本資料，第二部分為住民健康狀況評估。敬請您接受由貴機構之護理人員利用「口述」的方式，進行問卷訪視工作。謹此衷心感謝您的協助與配合，讓本研究可以順利完成。敬祝：

身體健康 萬事如意

研究人員

美和科技大學 蘇永裕、鍾蝶起、林建志、李秀麗

高雄榮民總醫院屏東分院 李元彬、葛光中、蔡英儀 敬上

一、住民基本資料

1. 受試者編號：_____
2. 機構所在地：1.台南市 2.高雄市 3.屏東縣
3. 性別：1.女 2.男
4. 年齡：1.50歲以下 2. 51~55歲 3. 56~60歲 4. 61~65歲 5.66~70歲
6. 71~75歲 7. 76~80歲 8. 81歲以上
5. 入住機構日期：_____年_____月_____日
6. 入住機構總時間：共_____年_____月
7. 教育程度：1.不識字 2.國小 3.國中 4.高中、高職 5.專科
6.大學(含二技) 7.研究所(碩士、博士)
8. 婚姻狀況：1.未婚 2.已婚 3.鰥夫 4.寡婦 5.分居 6.離婚
9. 經過醫師診斷的罹患疾病數：
1.都沒有 2.高血壓 3.糖尿病 4.心臟病 5.中風 6.痛風
7.風濕症或關節炎 8.氣喘或慢性肺病 9.慢性肝炎或肝硬化 10.腎臟病
11.失智症 12.巴金森氏症 13.惡性腫瘤(癌症) 14.精神症狀 15.腦部疾病
16.ENT疾病 17.腸胃疾病 18.眼科疾病 19.血液疾病
20.泌尿疾病
21.其他：_____

評估日期：_____年_____月_____日 紀錄者：_____

二、住民健康狀況評估

排泄情形(請評估一個月內排泄情形)

1. 膀胱失禁：否 是；若勾「是」，請在下列合適選項打
 - 1 平常無失禁(一週1次以下，含1次)
 - 2 偶爾失禁(1週2次以下，含2次，不是每天發生)
 - 3 經常失禁(每天都會發生，但有時能控制)
 - 4 完全失禁(無法控制，每天發生很多次)
2. 排便失禁：否 是；若勾「是」，請在下列合適選項打
 - 1 平常無失禁(一週1次以下，含1次)
 - 2 偶爾失禁(1週2次以下，含2次，不是每天發生)
 - 3 經常失禁(每天都會發生，但有時能控制)
 - 4 完全失禁(無法控制，每天發生很多次)
3. 使用排尿輔助裝置：否 是；若勾「是」，請在下列合適選項打 (可複選)
 - 1 尿管 2 紙尿片 3 尿套 4 膀胱造口 5 其他

藥物使用情形

4. 藥物使用情形：否 是；若勾「是」，請在下列合適選項打
 - (1)藥物使用情形
 - 1 使用 5種以下藥物
 - 2 使用 5種以上(含5種)藥物
 - (2)日常服用的藥物種類(可複選)：
 - 1 高血壓藥 2 糖尿病藥 3 心臟病藥 4 中風藥 5 風濕症或關節炎藥 6 痛風藥 7 氣喘或慢性肺病藥 8 慢性肝炎或肝硬化藥 9 腎臟病藥 10 失智症藥
 - 11 巴金森氏症藥 12 惡性腫瘤(癌症)藥 13 軟便藥 14 胃藥 15 抗生素
 - 16 精神用藥 17 安眠藥 18 降血脂 19 抗癲癇 20 BPH 21 解熱鎮痛
 - 22 營養輔助食品 23 其他：_____

管路使用情形

1. 管路使用：否 是；若勾「是」，請在下列合適選項打
 - 1 鼻胃管 2 導尿管 3 氣切管

皮膚完整情形

2. 皮膚是否有傷口或潰瘍情形：否 是

若勾「是」，請在下列合適選項打，並記錄傷口情形

傷口位置_____處，部位_____，傷口大小_____x_____公分

- 1 有褥瘡，等級1級(皮膚發紅，經過30分鐘仍然一樣)
- 2 有褥瘡，等級2級(皮膚有水泡或紅疹，已經傷到真皮層)
- 3 有褥瘡或皮膚潰瘍，等級3級(皮膚層全部受傷已經傷到皮下組織或脂肪)
- 4 有褥瘡或皮膚潰瘍，等級4級(較第三級更深，已達肌膜、肌肉、甚至深及骨頭)

特殊照護

3. 特殊照護：否 是；若勾「是」，請在下列合適選項打 (可複選)

- 1 化學治療 2 血液透析 3 靜脈內給藥 4 紀錄液體輸出入量 5 造口護理 6 氧氣治療 7 抽痰 8 氣切管照護 9 其他
- 傷口護理10 其他：_____

視力、聽力、語言障礙情形

4. 視力障礙：否 是；若勾「是」，請在下列合適選項打

- 1 輕度障礙(無法看清楚書報中圖案或字體)
- 2 中度障礙(無法看清楚書報紙標題、但能辨識物件)
- 3 重度障礙(無法辨識物件題、但眼睛能隨著物件移動)
- 4 極重度障礙(視力喪失或只能感覺有亮光或顏色形狀)

5. 聽力障礙：否 是；若勾「是」，請在下列合適選項打

- 1 輕度障礙(處於不安靜的環境時)
- 2 中度障礙(說話者須調整音量)
- 3 重度障礙(聽力喪失用)

6. 語言溝通障礙：否 是；若勾「是」，請在下列合適選項打

- 1 輕度障礙：語言理解、表達、說話清晰度及流暢性或發聲有明顯困難，且妨礙交談者。
- 2 中度障礙：語言理解、表達、說話清晰度及流暢性或發聲有明顯困難，導致與人溝通有顯著困難者。
- 3 重度障礙： (1)無法用語言或聲音與人溝通者。
 (2)喉部經手術摘除，發生機能全廢者。

認知能力(記憶力障礙情形)：簡易心智狀態問卷(認知功能量表，SPMSQ) 無法回答

* 請在每題得分欄位圈選；正確得1分，錯誤0分，第1、和第10題答對才算分。

* 請在下列合適的選項打

問題	分數	
	1	0
1. 今天是幾年幾月幾日？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 今天是星期幾？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 這裡是哪裡？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 您的電話號碼幾號？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 您今年幾歲？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 您是什麼時候出生的？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 現任總統是誰？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 前任總統是誰？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 您的母親姓氏為何？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 請從20開始減3，共減5次，每減一次請回答是多少？ □20-3=17 □17-3=14 □14-3=11 □11-3=8 □8-3=5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
總分		

* **滿分10分** □0 認知功能正常(8~10分) □1 輕度認知功能損傷(6~7分)
□2 中度認知功能損傷(3~5分) □3 重度認知功能損傷(0~2分)

憂鬱情形：老人憂鬱量表(GDS)：請在每題得分欄位圈選 無法回答：

項目	得分	
	1	0
1. 你滿意目前的生活嗎？	否	是
2. 你是否對許多活動已不感興趣？	是	否
3. 你覺得生活空虛嗎？	是	否
4. 你會經常感到無聊嗎？	是	否
5. 大部分時間你會覺得精神很好嗎？	否	是
6. 你會害怕不好的事情發生在你身上嗎？	是	否
7. 大部分時間你覺得快樂嗎？	否	是
8. 你經常覺得沒有希望嗎？	是	否
9. 你是否比較喜歡待在家裡，而較不喜歡外出做一些新奇的事？	是	否
10. 你覺得記憶力有問題嗎？	是	否
11. 你認為現在活著是件很美好的事嗎？	否	是
12. 你覺得現在的你是很沒有價值的嗎？	是	否
13. 你覺得精力充沛嗎？	否	是
14. 你覺得你現在的處境是沒有希望的嗎？	是	否
15. 你覺得大部分的人都過的比你還好嗎？	是	否
總分		

□0 正常(0~4分) □1 輕度憂鬱(5~9分) □2 重度憂鬱(10~15分)

身體活動功能情形

身體功能障礙(Barthel Index)：評估後分數填寫在得分欄上

項目	得分	分數	內容
1.進食		0	無法自行進食須由他人餵食。
		5	需要他人夾菜、切肉，或把食物弄碎，或取用穿脫進食輔具。
		10	不需要他人協助，自己在合理的時間內(約10秒吃一口)可自行用餐具取食、切割食物、取加調味料、進食，或自行取用穿脫進食輔具。
2.修飾/個人衛生		0	需要他人協助或完全協助
		5	可獨立完成洗臉、洗手、刷牙、梳頭髮、刮鬍子(能自行拿取與操作刮鬍刀)。
3.如廁		0	完全需要他人協助
		5	須幫忙保持姿勢的平衡，整理衣物或使用衛生紙；使用便盆者，可自行取放便盆，但需仰賴他人協助維持姿勢和清理便盆。
		10	可自行獨立完成進出廁所及上下馬桶，自行穿脫衣褲且不會弄髒衣物，自行使用衛生紙，並能穿好衣服；使用便盆者，可自行清理便盆。
4.洗澡		0	需要他人協助(擦澡、盆浴或沐浴)。
		5	可獨立完成，不需要他人協助(擦澡、盆浴或沐浴)。
5.穿脫衣服		0	完全不會自己做，需要他人協助。
		5	在他人協助下，能在合理的時間內自行完成一半以上的動作。
		10	可自行獨立完成，包括穿脫衣褲、解開釦子或拉拉鍊、穿脫鞋襪、綁鞋帶及穿脫輔具。
6.大便控制		0	最近一週超過一次，或需要他人協助塞塞劑或挖大便。
		5	偶爾失禁(每星期不超過一次)，或使用塞劑時須他人協助。
		10	可完全自我控制，不會失禁，需要時可自行使用塞劑或灌腸。
7.小便控制		0	最近一週每天超過一次失禁，或需要別人協助處理，或用導尿管。
		5	偶爾會尿失禁(每週不超過一次)或尿急(無法等放好便盆或無法及時趕到廁所)或須別人幫忙使用並清理尿片或尿套。
		10	可完全自我控制，日夜皆不會失禁，或自行使用並清理尿片或尿套。
8.室內行走能力(行走於平地上)		0	無法行走或推行輪椅50公尺以上，完全依賴他人，需要別人幫忙。
		5	雖無法行走，但可獨立操縱輪椅(包括轉彎、進門及接近桌子床沿等)，並可推行輪椅50公尺以上。
		10	需要稍微扶持的輕微協助或口頭指導，可行走50公尺以上。
		15	可獨立或自行口、解、使用輔具(支架、義肢或無輪子的助行器)行走50公尺以上
9.移位(椅子或輪椅與床位間，或輪椅、椅子和馬桶間的轉位移動)		0	不會自行移位須別人幫忙方可坐起來或須別人幫忙方可移位。
		5	能自行坐起及獨立坐穩，但須他人協助方能移位。
		10	需要少許協助或給予提醒方能移位的過程，或有安全上的顧慮須與安全監督。
		15	可獨立完成整個移位過程，包括自行坐起及獨立坐穩、由床移至椅子或輪椅、使用輪椅的煞車和移動的腳踏板、由椅子或輪椅到躺上床，都不需要協助，且沒有安全上的顧慮。
10.上下樓梯能力		0	無法上下樓梯。
		5	需要從旁稍微協助幫忙扶持或口頭指導監督。
		10	可自行上下樓梯(允許抓扶手或使用拐杖)。
總分			

- 0 完全獨立(100分)
1 輕度依賴(91~99分)
2 中度依賴(61~90分)
3 嚴重依賴(21~60分)
4 完全依賴(0~20分)