

屏東縣獨居老人生活狀況與長期照顧需求態度之探討

王仕圖¹ 許俊才² 林宏陽³ 陳柯玫⁴

摘要

許多獨居老人較少與家庭成員或社區鄰居互動，且平時的營養及健康狀況難以維持，故面臨生活上的健康風險和照顧需求等問題。因此，為深入瞭解獨居老人有關日常生活與自我照顧、經濟安全、健康與醫療、社會支持、社會參與等相關問題，以及對於長期照顧福利需求，故從屏東縣獨居老人進行調查研究。本次調查以屏東縣政府列冊關懷獨居老人為對象進行問卷調查。研究結果顯示，受訪者中女性的比例較多，平均年齡為 78.9 歲，教育程度以不識字者居多，宗教信仰方面以民間信仰者居多，超過六成以上為閩南人，平均獨居時間為 18.6 年。在日常生活功能方面，超過半數以上受訪者是可以完全獨立者，但有超過四分之一為中度依賴者。最主要的經濟來源依續為政府、子女、自己的退休金、工作收入。支出部分則以日常飲食支出為主，醫療費用支出次之。本研究針對獨居老人對於當前長期照顧福利服務的態度，進行影響因素之分析，結果顯示相關生理與生活功能越差者，對長期照顧需求度越高，但整體需求態度的表現較為保守，尚有待相關單位再積極宣導。

關鍵詞：獨居老人、長期照顧、健康狀況、日常生活活動

¹ 國立屏東科技大學社會工作系教授

² 國立屏東科技大學社會工作系副教授

³ 國立屏東科技大學社會工作系副教授

⁴ 國立屏東科技大學社會工作系助理教授

通訊作者：陳柯玫，E-mail: kmchen@mail.npust.edu.tw

收稿日期：2019/11/01；接受刊登日期：2020/06/30

DOI:10.6284/NPUSTHSSR.202009_14(3).1

壹、前言

人口老化與家庭結構的轉變，導致現代社會中家庭功能也產生劇烈的變革。在人口結構的影響下，臺灣社會人口老化的速度較歐美已開發國家快速，1993 年臺灣老年人口數為 149 萬人，占總人口的 7.1%，邁入所謂「高齡化社會」(ageing society)；截至 2018 年臺灣老年人口數為 343.4 萬人，占總人口的 14.6%（行政院主計總處，2019），若以聯合國所界定一個國家老年人口達總人口之 14%，稱之「高齡社會」(aged society) 來看，臺灣人口結構已經邁入高齡社會狀態。

有關老人的家庭結構方面，臺灣在過去傳統社會中，由於是擴大家庭與主幹家庭主要居住型態，因此家戶成員的照顧與支持，主要以家戶成員為主。林松齡（1993: 283）指出：「臺灣地區家庭成員是老人各項需求主要的支持要素，一般而言，配偶提供病痛的照顧與陪伴、旅遊伴遊、及閒聊與情緒慰藉，子女提供金錢支持與交通問題的解決」。而當前社會的老人家庭結構當中，以衛生福利部（2017）的調查來看，老人獨居或僅與配偶同住的比例為 29.35%，雖然兩代或三代同住的家庭仍然占六成以上，為主要家戶型態，然而獨居老人或僅與配偶同住之家庭，顯然無法得到家庭的社會性支持。

由於當前臺灣社會在老人照顧支持上，已經邁向制度化的照顧支持模式，從 2007 年長期照顧十年計畫之推動，以及目前長期照顧十年計畫 2.0（長照 2.0），都是針對失能長者提供照顧服務的重要政策。而對於無法取得家庭支持的獨居老人，在服務政策層次上也有所設計，例如在長照 2.0 中服務模式的宗旨與目的，即強調臺灣社會「由於老人失智、獨居之情形日益嚴重，為確保其日常生活及財產之安全與安定，除應提供送餐、陪伴等生活支援服務外，更應推動保障其基本權益之相關措施」（衛生福利部，2016）。從政策之目的來看，對於獨居老人的服務，除了應該提供良好的服務輸送外，也應該注重相關服務品質，以落實長照 2.0 所宣示在地老化的宗旨。

根據臺灣歷年來有關老人生活狀況調查之報告，其中獨居的樣本人口數大約介於百分之 10 到 15 之間，而屏東縣的獨居老年人口部分，根據王仕圖等（2017）調查研究，經由隨機抽樣調查，屏東縣之獨居老人比例為 13.6%，符合全國性抽樣的區間。而根據屏東縣通報的獨居老人家戶，至 2017 年，總戶數為 2,801 戶，根據這些獨居老人家戶，屏東縣政府制訂「獨居老人分級服務試辦計畫」，計畫目的在於「確保獨居老人之安全，建置獨居老人需求評估指標與危機分級，提供符合所需之關懷服務，並藉由公、私部門之合作，俾使獨居長者能獲得妥善照顧，落實在地安老」。另以臺北市政府有關獨居界定而言，其應符合下列定義方得列為獨居長輩：¹一、年滿 65 歲以上，居住於本市；二、非居住於機構（含市立

¹ 請參照臺北市政府（2019）。〈臺北市獨居長者的定義〉。網址：https://www.gov.taipei/News_Content.aspx?n=EEC70A4186D4C828&sms=87415A8B9CE81B16&s=ECEB602A40668194（點閱日期：2019 年 5 月 26 日）

及未立案機構)；三、單獨居住且無直系血親卑親屬居住臺北市者，列入獨居。但若長者與親屬關係疏離者，不在此限。四、雖有同住者，但其同住者符合下列狀況者，且無直系血親卑親屬居住臺北市，列入獨居：(一)同住家屬無照顧能力；(二)同住家屬一週內有連續三天(含三天)以上不在者，列入獨居，但間歇性不在者，不予列入；(三)同住者無民法上照顧義務、無照顧契約關係者。

(四)夫與妻同住且均年滿 65 歲且無直系血親卑親屬居住臺北市者，列入獨居。

上述獨居長者的認定與屏東縣政府所界定之獨居長者的標準，事實上差異性不大，而所提供的服務內方面，主要還是著重在居家服務、營養餐飲服務、老人保護與緊急救援服務、就醫服務，另亦結合民間團體提供相關服務等。然而一般福利服務的規劃上，經常是由服務提供者進行服務內容的整合，在當前公共服務重視使用者需求導向的新公共管理論述主導下，對社會工作與管理有新的啟示，例如重視社區與個案需求原則，強調社區和個案的需求，是社會服務機構和方案存在之基礎，在需求導向與使用者導向的服務趨勢下，才能滿足個案或社區的真實需求(黃源協，2015)。因此本研究目的從獨居老人作為福利服務使用者之立場出發，經由抽樣調查與問卷訪問，以真實呈現獨居長者的生活狀況及其對於長期照顧服務的需求。

基於屏東縣之獨居老人現象與當前長期照顧服務提供之新模式，本研究目的如下：

- 一、探討當前屏東縣獨居老人之人口樣貌及相關問題。
- 二、探討屏東縣獨居老人之日常生活、經濟安全、健康與醫療、社會支持與參與、長期照顧之相關需求。
- 三、分析影響屏東縣獨居老人長期照顧服務需求之影響因素。

貳、文獻探討

一、獨居老年人口之現象

臺灣社會老人的居住安排趨勢來看，表 1 整理政府歷年所進行之老人生活狀況調查，從表 1 可以發現「與子女同住」的比例一直都是老人居住安排上最高比例者，但是就趨勢來看，此類型的居住安排呈現下降趨勢。而「僅與配偶同住」者的比例居次，然而就歷年的統計，該項居住安排有上升的趨勢，最高與最低的比例相差 8.78%。臺灣社會老人獨居現象來看，根據政府歷年之老人生活狀況調查，1986 年老人獨居者之比例為 11.58%，1991 年為 14.52%，而邁入 2000 年獨居比例有稍微下降，例如 2002 年獨居老人之比例為 8.5%，2009 年的獨居老人樣本為 9.16%。整體來看，大致上維持在百分之 9 到 15 之間(表 1)。

表 1 臺灣地區六十五歲以上老人之居家方式

單位：%

年別	與子女 同住	僅與配 偶同住	獨居	親朋 同住	安療養 機構	其他
1986	70.24	14.01	11.58	3.03	0.78	0.36
1987	70.97	13.42	11.49	3.02	0.64	0.46
1988	67.88	14.98	13.73	2.44	0.36	0.60
1989	65.65	18.17	12.90	2.18	0.87	0.23
1991	62.93	18.70	14.52	2.42	1.19	0.24
1993	62.19	18.63	10.47	2.54	1.04	0.14
1996	65.70	20.60	12.30	1.41	0.90	0.50
2002	63.70	19.50	8.50	0.60	7.50	0.20
2005	61.06	22.20	13.66	0.76	2.26	0.05
2009	68.47	18.76	9.16	0.78	2.79	--
2013	64.30	20.60	11.10	0.62	2.90	0.54
2017	66.37	20.39	8.97	1.01	1.90	1.38

註：本表依據歷年行政院內政部及衛福部出版之「臺灣地區老人生活狀況調查報告」進行統計彙整。

我國對於獨居長輩之定義，依據行政院衛生福利部之陳述，係指「年滿 65 歲以上獨自居住、或同住者無照顧能力、或經列冊需關懷之老人」¹。由於獨居長輩的定義牽涉到各地方政府的社政預算，故發展出各縣市的操作型定義，屏東縣政府（2016）根據「屏東縣政府獨居老人分級服務試辦計畫」，獨居老人的定義為：

（一）單獨居住且無直系血親卑親屬居住屏東縣者，列入獨居。

若雖有直系血親卑親屬居住屏東縣，但親屬關係疏離者，不在此限。（關係疏離定義：平日自行居住，兒女週末不定期探望。）

（二）雖有同住者，但其同住者符合下列狀況，列入獨居。

1. 同住家屬無照顧能力。

2. 同住者無民法上照顧義務、無照顧契約關係者。

（三）年滿 65 歲以上夫妻同住，且無直系血親卑親屬居住屏東縣者。

（四）經公所訪視評估需列冊關懷之老人。

據此定義，由於獨居長輩較少與家庭成員或社區鄰居互動，且平時的營養及健康狀況難以維持，故面臨生活上的健康風險，抑或心理與社交議題等，皆為社區內獨居長輩日常的主要挑戰（陳玉敏 2001；劉家勇 2015）。鄒曉婷等（2016）的研究指出，獨居的長輩相較於非獨居的長輩，有較為豐富的病史、較多的憂鬱情形、較差的家庭功能，以及較弱的生活能力；然而其結果顯示，獨居與否和其生活能力之好壞不具顯著差異；換言之，生理、心理狀態相對不理想者，將加重獨居時的不利情形。

¹ 請參照行政院主計處（2016）。《性別統計專刊年報》。臺北：行政院主計處。

二、獨居老人相關生活狀況

獨居老年人面臨之長照需求相當多元，本研究根據文獻資料將生活狀況歸納為五大面向，包含日常生活與自我照顧、經濟安全、健康與醫療、社會支持、社會參與，以下就五個層面的內涵與相關文獻研究概況分述之。

（一）日常生活與自我照顧

個人的自我照顧與生活獨立的能力，一般使用日常生活活動（activities of daily living, 簡稱 ADLs）和工具性日常生活活動（instrumental activities of daily living, IADLs）的表現狀況予以衡量，作為個人失能程度與長期照護需求評估的依據。ADLs 用來評估個人是否具備日常生活的基本自我照顧能力（Katz et al., 1963），評估項目如吃飯、洗澡、個人修飾、穿脫衣物、大小便控制、如廁、移位、走動、上下樓梯等（張席熒等，2006；衛生福利部，2019b）。IADLs 則和個人環境適應能力有關，主要評估其是否能在家中及社區中維持獨立自主之能力（Lawton and Brody, 1969），比 ADLs 來得複雜，評估項目如使用電話、購物、備餐、處理家務、洗衣服、外出、服用藥物、處理財務的能力等項目（張席熒等，2006；衛生福利部，2018）。

相關研究顯示，多數獨居老人日常生活功能良好（Huang and Lin, 2002），能獨立完成日常生活活動，這也意味著獨居老人多半具有一定程度的自我照顧能力（傅麗蘭、楊政峰，1999；曾煥裕、石決，2010；黃明碧等，2010）。儘管有障礙或有困難完成，ADLs 或 IADLs 的項目會因為研究場域及所使用的評估項目不同而略有差異，但是這些調查結果皆指出，獨居老人執行 ADLs 或 IADLs 沒有任何困難的比例仍居多數。Kim 與 Lee（2018）針對南韓 517 位獨居老人進行研究發現，獨居老人之所以比其他有和家人同住者擁有較佳的身體功能，是因為獨居老人必須獨立生活，因而學會管理自己的身體狀況。

不過，獨居老人在 ADLs 或 IADLs 方面需要協助的程度並不同，獨居老人比其他非獨居同齡者更容易有執行 IADLs 項目的困難（Liu et al., 2013）。IADLs 需要協助的比例比 ADLs 高，一個人的失能是先從 IADLs 功能喪失後，再喪失 ADLs 功能（楊惠如等，2006）。ADLs 愈依賴他人者，心理所產生孤獨感更嚴重（Hacıhasanoğlu et al., 2012）。再者，ADLs 功能良窳會影響老人的幸福感，ADLs 功能愈差，其所感受到的幸福感程度愈低（楊桂芬等，2012）。

（二）經濟安全

貧窮風險會隨著年齡提升而惡化（Jones and Urasawa, 2014; Zaidi, 2009），當個人進入老年時期時，首要面臨的衝擊是經濟安全問題，老年人多半經濟獨立性不高，相當程度依賴子女奉養和政府移轉。根據 2009 年《老人狀況調查報告》指出，老年人主要經濟來源為子女奉養（42%），其次為政府救助或津貼（17%）以及自己退休金、撫卹金或保險給付（16%）（內政部，2010）。與 2017 年相比，此三項仍為前三大主要經濟來源，老年人仍然相當依賴子女奉養，但是比率大幅下降至 23%；個人退休金、相關保險或年金給付（自己的退休金、撫卹金或社會保險一次給付占 12%；軍、公教、勞、國保年金給付占 19%）則上升至 31%，依

賴政府救助或津貼的比率也微幅下降（15%）（衛生福利部，2018）。不過，儘管公共退休保障制度對老年經濟安全的重要性提升，家庭內移轉和政府移轉的重要性則逐漸下降，但兩者仍為老年經濟主要來源（2009 年和 2017 年分別共占 59%、38%）。

老年時期所面臨的貧窮風險也逐漸提升，根據我國社會救助給付統計資料可知，65 歲以上人口占有低收入戶人數之比例逐年上升，從 2011 年的 8.04% 上升至 2017 年的 10.25%（衛生福利部統計處，2019a）。而從《低收入戶及中低收入戶生活狀況調查報告》進一步發現，低收入戶第一款家計負責人主要以 70 歲及以上的老年人最多（約 59%），且以男性（82%）、單人家戶（約 89%）、低教育程度（國小以下占約 66%）占多數（衛生福利部，2014）。其中，男性老人領取社會救助給付的比率較高，這可能和我國男性老人較女性偏好獨居的生活安排、社會救助審查之家戶工作人口設計等因素有關（王篤強，2016）。

我國老人單人戶的所得狀況較差，落入貧窮的機會較高（鄭清霞，2009；薛承泰，2002）。張嘉玲與黃素滿（2013）使用 2001 年、2004 年、2008 年《低收入戶生活狀況調查》資料，以多項式羅吉斯模型分析影響不同貧窮款別之特性，結果同樣指出單人家戶落入第一款重貧的機會較高。事實上，在我國列冊關懷之獨居老人當中，有約四分之一的獨居老人為低收及中低收入戶（25.04%）（衛生福利部統計處，2019b）。如進一步從所得貧窮檢視其性別差異，則發現女性老人面臨的貧窮風險相對較高，特別是高齡（75 歲以上）、女性獨居老人，其處境相較於男性來得艱難（Smeeding and Williamson, 2001; Zaidi, 2009）。而女性獨居老人的貧窮率比男性高，此結果已在跨國研究上獲得證實（Ahonen and Bach-Othman, 2010）。

基於上述可知，獨居老人的經濟來源相較於一般老人來得匱乏，相當程度仰賴政府的經濟扶助。隨著年紀和獨居時間增長，經濟資源愈加短缺，將導致其生活愈加嚴峻，連帶影響生活品質和健康問題（張靜琪等，1999；陳玉敏，2001；曾煥裕、石決，2010）。因此，有必要強化獨居老人的經濟安全保障制度，始能在老年時免於貧窮風險，安享經濟適足的晚年。

（三）健康狀況

隨著年齡增長及生理機能退化，老年人通常會面臨健康的風險，根據 2017 年《老人狀況調查報告》指出，約 16% 老年人的下肢功能衰退，必須用手支撐才能從椅子站起來（衛生福利部，2018）。下肢功能退化會增加跌倒的危機，隨著年齡的增長，老年人重複性跌倒或摔倒的比率因而提高（衛福部國民健康署，2018）。過去研究針對獨居老人的跌倒情形及其影響因素進行研究，發現獨居老人的年齡與跌倒發生的比例有一定程度的關係（傅麗蘭、楊政峰，1999），多數獨居老人表示害怕跌倒，其中曾經跌倒的經驗與目前罹患疾病的情形是獨居老人害怕跌倒的主要因素（黃明碧等，2010）。

在生理狀況方面，鄒曉婷等（2016）研究臺北市立聯合醫院「醫院型家庭責任醫師制度試辦計畫」之收案個案，發現獨居和非獨居老人的健康是有差異的，

獨居老人較常有十大類常見疾病¹。獨居不僅會影響個人身心靈的發展，死亡風險也較高。Ho (2008) 使用 1996 和 2003 年《中老年身心社會生活狀況長期追蹤調查》資料庫，以存活分析法檢視中老年的居住安排與醫療使用對死亡的影響。結果指出，同時與配偶、子女同住者因為有家庭的照顧及較佳的生活品質，存活率較高，壽命較長，相反地，獨居者的存活率較低。

再者，多數研究也顯示獨居老人的自評健康狀況通常較差 (Liu et al., 2013)，甚至逐年衰退 (徐淑貞等，2008；楊惠如等，2006)。當獨居老人對長期照顧的需求愈高、罹患慢性疾病數量和就醫次數愈多、情緒支持薄弱以及從後代子孫獲得的支持愈少，其自評健康狀況愈差 (Yoshimitsu et al., 2017)。此外，獨居老人的人口特質也與自評健康狀況有關係，楊惠如等 (2006) 調查屏東縣獨居老人自評健康狀況，研究發現，性別、教育程度、族群以及居住地在自評健康狀況具有顯著差異。

(四) 社會支持

居住型態會影響老年人的社會支持系統，尤其獨居的老年人所獲得的社會支持較為薄弱 (Chen et al., 2014; Nam and Lee, 2019; Yeh and Lo, 2004)。Chou et al.

(2006) 使用香港綜合住戶統計調查 (General Household Survey) 資料庫，分析居住安排和家戶支持之間的關係，結果指出，獨居老人從家戶所獲得之工具性或情緒性支持都比非獨居者來得低。Melchiorre 等 (2013) 分析德國、希臘、義大利、立陶宛、葡萄牙、西班牙以及瑞典等歐洲國家之社會支持影響因素，同樣發現獨居的老年人自覺社會支持程度 (perceived social support) 較低，顯示居住安排與老年人社會支持的關係具有跨國相似性。國內針對獨居老人社會支持研究也有相似的結果 (凌千惠等，2007)，社會支持程度通常低於與配偶或子女同住的老年人 (石泐，2009；李新民，2015)。

老年人獲得之社會支持程度會影響其生理健康狀況，例如減緩 ADLs 和 IADLs 功能之惡化 (Choi and Wodarski, 1996)，亦正向地影響老年人的主觀福祉與心理健康 (Kim and Lee, 2018; Kooshar et al., 2012)。獨居老人從朋友或他人獲得更多的社會支持，心理健康狀態 (mental component summary, 簡稱 MCS) 較佳 (Kim and Lee, 2018)，甚至能夠調節憂鬱對自殺意念的影響力 (Nam and Lee, 2019)。多數研究指出，社會支持薄弱的獨居老人可能會經驗到較嚴重的社會孤立 (social isolation) (Kim and Lee, 2018; Tomaka et al., 2006)。因此，增強社會支持可作為降低獨居老人心理健康問題、孤立及孤獨感的保護因子 (Drageset, 2004; Kim and Lee, 2018; Melchiorre et al., 2013)。

有關社會支持對身心健康的影響，國內研究也有一致性的結果。社會支持薄弱會對老年人的身心健康造成負面的衝擊 (凌千惠等，2007；陳琇惠、林子宇，2012)，情感性支持比工具性支持扮演的影響力大 (周玉慧、莊義利，2000；葉

¹ 十大類常見疾病包含：高血壓、糖尿病、高血脂、心臟病、腦中風、腎臟病、肺部疾病、B 型肝炎、C 型肝炎及骨折 (鄒曉婷等，2016)。

淑娟等，2004)。獨居老人社會支持程度愈低，生活滿意度、自評健康狀況、生活適應情況也較差（石決，2009；李新民，2015；連雅棻等，2008）。

（五）社會參與

廣義來說，社會參與係指個人在各種能夠與他人交流互動之活動參與（Levasseur et al., 2010），因此社會參與涉及之面向較為廣泛，包含政治、社團、志工、休閒或宗教等參與。過去研究顯示，社會參與對個人的生心理及社會功能帶來正向的影響，並強化其參與在家庭、親職或職業等角色，藉以獲得價值感、歸屬感以及依附感（Berkman et al., 2000）。不論是哪一種面向的社會參與，皆有助於提升個人的健康狀況與福祉（Pavlova et al., 2014; Thoits and Hewitt, 2001）。舉例來說，志工參與對於提升個人之幸福感、生活滿意度、自尊、對生活的控制感、健康、以及降低憂鬱有幫助（Thoits and Hewitt, 2001）。同樣地，休閒和宗教參與亦對個人的福祉和生活品質有正向的影響（Greene and Yoon, 2004; Hoverd and Sibley, 2013; Lloyd and Auld, 2002）。

老年人社會參與涵蓋教育、志願服務、政治、宗教、休閒及其他類型的參與（張怡，2003），多元活動類型的參與豐富了老人的晚年生活。影響老年人社會參與的原因很多，例如：年齡、性別、教育程度、婚姻狀況、就業狀況、身心健康狀況、城鄉差異、ADLs 或 IADLs 需要協助的程度等（Ang, 2016; Li et al., 2010; Marsh et al., 2018）。以年齡為例，相關研究指出，年齡會影響社會參與之類型，因年齡增長而導致身體機能下降，年紀愈大的長輩愈不傾向參與需要耗費體力的活動（俞聖姿、曾淑芬，2011）。也有研究指出，年齡和志工參與呈現倒 U 型關係，亦即年紀愈輕和愈大者，其志願服務的參與率愈低（Menchik and Weisbrod, 1987; Wolff et al., 1993）。

國內若干研究發現，社會參與會影響老年人的身心健康，例如：社區參與對老年人的心理福祉有正向的影響（何華欽等，2016；李新民，2013）；有休閒娛樂的老年人，自評健康狀況較佳（林佳臻等，2013）。社會參與也會影響居住安排的選擇，社會參與傾向愈高者，較期待有獨立的居住安排（陳彥仲、陳靜怡，2012）。老年人社會參與程度愈高，意味著社會融入愈好。謝美娥（2014）分析臺北市獨居老人的社會融入情況及影響因素，發現獨居老人社區資源的瞭解或使用程度愈高、對居家附近環境愈熟悉，其社會融入程度就愈高。

三、長期照顧需求

人口老化議題引發老人照顧問題，因此長期照顧服務勢必將成為老人福利需求的重要面向。過去幾年以來，我國在長期照顧議題上，主要依據「我國長期照顧十年計畫」作為推展老人長期照顧之政策基礎。根據李孟芬等（2013）指出，長期照顧強調長時間、連續性、可負擔性、周延性的照顧概念。然而隨著臺灣社會的家庭結構變遷，以及過去婦女作為家庭主要照顧者，已經逐漸轉而投入勞動力市場的發展趨勢，照顧議題成為政府必須面對的課題，如何妥善照顧老年人口，同時滿足老人生活的照顧需求也將成為政府的重要任務。

我國從 2007 年至 2016 年執行長照十年計畫 1.0，2016 年接續執行長照十年計畫 2.0。兩者差別在於，後者擴大服務對象及服務項目。在服務項目部分，長照十年計畫 2.0 從預防到安寧照顧共提供 17 項服務（衛生福利部，2016），各縣市政府在執行長照政策方面也會依據在地需求進行相關服務之配套措施。例如以屏東縣的相關調查結果即顯示，在長期照顧需求部分，居家服務、交通接送服務、輔具及無障礙環境改善服務、居家護理服務、社區復健服務、居家復健服務、老人營養餐飲服務、以及居家藥事服務等表達很需要者皆超過三成以上（王仕圖等，2017）。

因此依據長期照顧服務項目之使用情形，有助於瞭解全國及各縣市長照服務實際使用面貌。另外，長照需求人數也是經常用來作為長照服務需求之評估，一般長照需求人數之推估主要使用失能／失智盛行率方法，以推估未來失能／失智之人口（王雲東、鄧志松，2009；吳淑瓊等，2003；陳柏琪等，2015）。根據傅從喜等（2017）之研究，2018 年全國推估之失能人數約 112.8 萬人，臺灣地區失能人數最高之縣市為新北市，約 19.1 萬人，最低為臺東縣，約 1 萬人，屏東縣則約 4 萬人。根據 2017 年各縣市長照服務人數的情況，使用人數最多的直轄市是高雄市、臺南市、臺中市、新北市與臺北市，非直轄市則依序為屏東縣、彰化縣與南投縣。長照服務涵蓋率高之縣市多屬非都會型，包括臺東縣、南投縣、澎湖縣、屏東縣、花蓮縣以及嘉義縣；其中屏東縣的長照服務使用人數為 8,389 人，使用比例為 20.94%。整體來說，長照服務人數與全體失能人數差異大，長照服務人數僅約占失能人數一成，可見實際之服務使用狀況與預估需求人口之間有相當程度的落差。

參、研究方法

有關屏東縣獨居老人之生活狀況與長照福利需求議題，調查對象以設籍在屏東縣且經縣政府列冊獨居老年人口作為抽樣的母體。本研究利用問卷訪問調查途徑進行獨居老人生活狀況及福利需求進行相關資訊蒐集。在研究方法方面共計區分為三個步驟，第一個階段是問卷的設計；第二階段為樣本之抽樣規劃與調查之執行；第三階段為回收問卷的資料分析。

一、獨居老人生活狀況與長照需求問卷

本研究針對屏東縣獨居老人作為對象，設計問卷以進行調查訪問，問卷的內容部分主要參酌老人福利法規、屏東縣過去相關之研究與其他地方政府之獨居老人生活狀況調查等作為問卷編製的參考。主要之問卷的內容說明如下。

（一）基本資料

主要為受訪者個人與家庭的基本資料，其中包含性別、年齡、教育程度、族群背景、主要使用語言、婚姻狀況、福利身分、過去工作等。另外，在居住面向包含住宅所有權、居住型態、居住型態的滿意度和居住時間等。

（二）生活狀況

日常生活功能部分，包含日常生活功能量表和工具性日常生活量表。經濟狀況部分，主要題目包括主要經濟來源、收支概況、支出項目、對目前經濟狀況的滿意程度等。健康與醫療狀況部分，主要題目包括自己目前的健康狀況、健康情況的自我評估、自覺健康狀況、目前疾病與疾病類型。社會支持狀況部分，主要題目包括家戶子女概況、與子女的互動情形、子女關心情形、對子女關係的滿意程度、可以互訪的親朋人數、互訪或聯絡的頻率、有困難時的求助對象等。社會參與部分，主要題目包括相關活動（如宗教活動、志願服務、進修活動、保健性質活動、休閒娛樂活動、政治性活動等）之參與情形、對村里所在地活動參與的了解程度、未來參與活動的意願與時間等。

（三）老人長照福利需求

本項題目主要以屏東縣政府提供老人相關福利服務為基礎，詢問受訪者對於長照未來需求之態度。

二、抽樣規劃與調查

屏東縣共計有 33 個鄉鎮市，65 歲以上獨居老年人口在 2017 年統計資料為 2,660 人，一般戶獨居老人為 1,958 人，中（低）收入老人為 702 人；其中原住民老人為 451 人。由於屏東縣的地理範圍相當大，故若依據比例抽樣將造成偏遠的鄉村與原住民鄉的樣本減少。為了顧及原住民地區的樣本抽取，本調查研究區分為四個地區進行抽樣，即區分屏北區、屏中區、屏南區和原住民區。根據 2017 年的年終統計資料，屏北區的獨居老人家戶為 691 戶，屏中區為 741 戶，屏南區為 798 戶，原住民區為 430 戶。本研究預計抽取 600 戶為樣本，故依比例分配，則屏北區之樣本為 156 戶，屏中區為 168 戶，屏南區為 180 戶，而原住民區為 96 戶。

研究樣本經由分層隨機抽樣，每一區以鄉鎮市作為單位，再依該地區樣本數量平均到各鄉鎮市為預估完成的樣本。第一層先抽取鄉鎮市樣本，屏北地區經由隨機抽樣之結果，分別為屏東市、萬丹鄉、長治鄉、九如鄉和高樹鄉等五個鄉鎮市，屏北地區之樣本數為 156 戶，則每個鄉鎮市至少完成 31 戶。屏中地區經由隨機抽樣之結果，分別為潮州鎮、萬巒鄉、內埔鄉、崁頂鄉和南州鄉等五個，屏中地區之樣本數為 168 戶，則除了潮州鎮因為獨居家戶數較少，以完成 24 戶為目標，其他每個鄉鎮至少完成 33 戶。屏南地區之樣本數為 180 戶，然因其鄉鎮數量較少，故隨機抽取四個鄉鎮，分別為恆春鎮、枋寮鄉、佳冬鄉和車城鄉，除了佳冬鄉因為獨居家戶數較少，以完成 25 戶為目標，其他則每個鄉鎮至少完成 51 戶。原住民鄉之樣本數為 96 戶，由於樣本數較少，故經隨機抽樣抽取四個鄉，分別為三地門鄉、霧臺鄉、來義鄉和春日鄉，則每鄉至少完成 24 戶。四個區域將完成問卷調查 600 份之目標（詳如表 2）。

有關第二層獨居老人家戶之抽樣部分，本研究經取得屏東縣政府之家戶名冊後，利用隨機抽樣方式抽取所需的樣本名單，例如屏北區每個受訪鄉鎮抽取 31

戶，利用隨機抽樣方式選取受訪家戶名單。又考量受訪者可能因為拒訪或是訪問不到之情形，故以抽取正選樣本名單的下一戶獨居老人家戶為備取名單。

表 2 問卷調查完成之鄉鎮市分布

區域別	鄉、鎮	完成樣本數	樣本小計
屏北區	屏東市	32	156
	萬丹鄉	31	
	長治鄉	31	
	九如鄉	31	
	高樹鄉	31	
屏中區	潮州鎮	24	168
	萬巒鄉	39	
	內埔鄉	39	
	崁頂鄉	33	
	南州鄉	33	
屏南區	恆春鎮	52	180
	枋寮鄉	52	
	佳冬鄉	25	
	車城鄉	51	
原民區	三地門鄉	24	96
	霧臺鄉	24	
	來義鄉	24	
	春日鄉	24	
總計		600	

三、問卷資料分析

本調查以訪員實地面訪進行問卷資訊之蒐集，所回收之問卷經由電腦處理，利用問卷的相關問項作為編碼之基礎，進行編碼作業，並進行資料處理，處理方法將運用統計軟體 SPSS 22.0 進行資料之分析。統計方法包含描述性統計，以次數分配呈現，另進行交叉分析，作為資料比較之依據。

肆、研究結果

一、獨居老人基本資料分析

本次調查獨居老人樣本之性別而言，女性受訪者為 352 位，占 58.7%；男性受訪者為 248 位，占 41.3%。獨居老人年齡部分，平均年齡為 78.9 歲，而在年齡組別分布方面，其中以 75-79 歲(26.3%)的比例最高，其次為 85 歲以上(23.3%)，第三者為 80-84 歲(20.0%)。獨居老人的教育程度方面，以不識字者的比例最高(41%)，其次為小學者(27.2%)，而私塾、自學或小學肄業等識字者(17.3%)的比例為第三。獨居老人平均獨居時間為 18.6 年，其中獨居時間在 10 年以下者比例最高(35.7%)。獨居老人的宗教信仰方面，大多數受訪者為民間信仰者(60.7%)，其次是基督教信仰者(14.3%)，第三為佛教信仰者(10.2%)。獨居老人的族群背景部分，以閩南人(63.7%)為多數，其次為客家人(17.2%)，第三為原住民(15.5%)。獨居老人的婚姻狀況方面，以喪偶者(62%)最多，已婚或同居者(15.2%)次之，第三為單身者(15%)，離婚或分居者占 7.8%。

表 3 獨居老人基本資料

n=600

項目	次數	百分比	項目	次數	百分比
性別			宗教信仰		
男性	248	41.3	無	42	7.0
女性	352	58.7	拜拜（民間信仰）	364	60.7
年齡			佛教	61	10.2
65-69 歲	65	10.8	基督教	86	14.3
70-74 歲	104	17.3	天主教	22	3.7
75-79 歲	158	26.3	一貫道	5	0.8
80-84 歲	133	22.2	道教	15	2.5
85 歲以上	140	23.3	其他	5	0.8
教育程度			族群背景		
不識字	246	41.0	閩南人	382	63.7
識字	104	17.3	外省人	22	3.7
小學	163	27.2	客家人	103	17.2
國（初）中	40	6.7	原住民	93	15.5
高中（職）以上	47	7.8	婚姻狀況		
獨居時間			單親身	91	15.0
10 年以下	214	35.7	已婚或同居	90	15.2
11-20 年	194	32.3	離婚或分居	47	7.8
21-30 年	110	18.3	喪偶	372	62.0
31 年以上	82	13.7			

二、獨居老人之生活狀況

(一) 日常生活功能

有關日常生活功能區分兩個部分，分別為獨居老人日常生活活動能力（ADLs）和工具性日常生活活動能力（IADLs）。在日常生活活動能力之平均分數為 89.3 分，標準差為 18.15，其全距介於 0-100 之間。就其分數分布來看，完全獨立的獨居老人為 307 位，占樣本數 51.2%，而中度依賴者其次，有 64 位，占樣本數 27.3%，而完全依賴者有 10 位，占 1.7%。

表 4 獨居老人日常生活活動能分布

n=600

功能狀況	分數分布	人數	百分比
完全依賴	0-20	10	1.7
重度依賴	21-60	44	7.3
中度依賴	61-90	164	27.3
輕度依賴	61-99	75	12.5
獨立	100	307	51.2
ADLs 分數 平均數=89.3 標準差=18.15 全距 (0-100)			

有關獨居老人的工具性日常生活活動功能部分，可獨立完成之比例最高項目依續為服用藥物（81.8%）、洗衣服（75.5%）、備餐（69.7%），而完全需要依賴或無法完成者的比例最高項目依序為備餐（19.5%）、洗衣服（18.7%）、上街購物（15.3%）。受訪獨居老人的平均得分為 18.8 分，其中有 186 位得分為 24 分，占 31%，而得分為 0 分者有 6 位，占 1%。

表 5 獨居老人工具性日常生活活動

n=600

	項目	人數	百分比	平均數	標準差	全距
上街購物	完全不會購物	92	15.3	2.22	1.12	0-3
	需人陪伴購物	48	8.0			
	可購買日常用品	96	16.0			
	獨立購買所有購物需求	364	60.7			
外出活動	完全不能出門	45	7.5	3.08	1.42	0-4
	需人陪伴搭車	101	16.8			
	能自己搭計程車	12	2.0			
	能自己搭乘大眾運輸工具	44	7.3			
	能自己開車或騎車	398	66.3			
備餐	需依靠他人煮飯	117	19.5	2.26	1.21	0-3
	能將飯菜加熱	31	5.2			
	若備好食材會做飯菜	34	5.7			
	獨立烹煮	418	69.7			

(續後頁)

(接前頁)

	項目	人數	百分比	平均數	標準差	全距
家務維持	完全無法做家事	63	10.5	2.98	1.37	0-4
	需靠他人協助完成	49	8.2			
	能做家事，但未達整潔	47	7.8			
	能獨立完成簡易家事	122	20.3			
	能獨立完成繁重家事	319	53.2			
洗衣服	完全依賴他人協助洗衣	112	18.7	1.57	0.79	0-2
	僅會洗小件衣物	35	5.8			
	能自己清洗所有衣物	453	75.5			
使用電話	完全不會使用電話	52	8.7	2.40	0.98	0-3
	僅會聽不會撥	62	10.3			
	僅可撥熟悉號碼	81	13.5			
	能獨立使用電話	405	67.5			
服務藥物	無法自己服用藥物	11	1.8	2.70	0.69	0-3
	若備好藥物可自行服藥	48	8.0			
	需提醒或少許協助	50	8.3			
	能獨立正確時間服用藥物	491	81.8			
處理財務	不能處理錢財	51	8.5	1.57	0.65	0-2
	與銀行往來需他人協助	155	25.8			
	可獨立處理財務	394	65.7			
IADLs 得分				18.8	6.38	0-24

(二) 經濟狀況

關於受訪者的經濟來源部分，係以「自己的退休金、存款、利息」、「本人工作收入」、「配偶」、「子女」、「親友」、「政府」、「民間慈善機構」與「其他」等八個項目瞭解其經濟來源狀態，大致上依序以「政府」(73.2%)、「子女」(37.3%)與「自己的退休金、存款、利息」(35.8%)為主要經濟來源。而在支出的項目方面，主要的花費用於飲食和醫藥費用的支出，分別占 58.8%和 27.5%。而就獨居老人對其經濟狀況的滿意程度來看，滿意度有點偏低，若將不滿意和非常不滿意者合併，其比例為 35.8%，而滿意和非常滿意合併來看，其比例為 19.7%。

表 6 獨居老人的經濟來源（複選）

n=600

項目	次數	百分比
自己的退休金、存款、利息	215	35.8
本人的工作收入	62	10.3
配偶的收入和積蓄	16	2.7
子女奉養（含媳婦、女婿）	224	37.3
親友幫助（親友救助）	19	3.2
政府的救助或津貼	439	73.2
民間慈善機構補助	26	4.3
其他	8	1.3

表 7 獨居老人主要的支出項目

n=600

項目	次數	百分比
飲食	349	58.2
醫藥費	165	27.5
交通	10	1.7
房租或住宅貸款	14	2.3
婚喪喜慶	2	0.3
娛樂	5	0.8
教育	1	0.2
其他	53	8.8

表 8 獨居老人經濟狀況滿意度

n=600

項目	次數	百分比
非常不滿意	27	4.5
不滿意	188	31.3
還好	267	44.5
滿意	109	18.2
非常滿意	9	1.5

（三）健康狀況

關於目前健康狀況的陳述，係以「很好」、「還算好」、「普通」、「不太好」與「很不好」五個程度區分。整體而言，回答不太好的比例相對較高，為 35.7%，其次為「普通」與「還算好」，分別為 27.5%與 25.3%（詳見表 9）。若以去年的健康狀況與受訪時比較，進一步瞭解過去一年的身體功能退化情形，亦以五個程度等級評估之。整體而言，回答「不太好」的比例為 46.0%，相較於目前健康狀況回覆「不太好」的 35.7%相比，增加約一成左右。除此之外，回答「普通」的比例增加，而「還算好」與「很好」的比例則減少（詳見表 10）。再針對受訪者

與同年齡他人的健康狀況比較，亦分為五個程度區分。整體的狀況，以普通（39.2%）之比例最高，不太好（27.2%）居次，還算好（22.7%）則再次之（詳見表 11）。

表 9 獨居老人自覺目前健康狀況

n=600

項目	次數	百分比
很不好	29	4.8
不太好	214	35.7
普通	165	27.5
還算好	152	25.3
很好	40	6.7

表 10 獨居老人目前健康狀況與去年比較分析

n=600

項目	次數	百分比
很不好	33	5.5
不太好	276	46.0
普通	184	30.7
還算好	84	14.0
很好	23	3.8

表 11 獨居老人目前健康狀況與同年齡者之比較分析

n=600

項目	次數	百分比
很不好	29	4.8
不太好	163	27.2
普通	235	39.2
還算好	136	22.7
很好	37	6.2

若再進一步將上述三個項目加以合併為自覺健康狀況，則其平均分數為 8.56 分。而在獨居老人自陳目前疾病狀況方面，表示沒有疾病者有 73 人（12.2%），而疾病數目方面，平均一位獨居老人有 2.14 項疾病。（詳如表 12）

表 12 獨居老人自評健康狀況與疾病數目

n=600

項目	平均數	標準差	全距
自評健康狀況	8.56	2.58	3-15
疾病數目	2.14	1.48	0-9

(四) 社會支持

獨居老人的社會支持將會影響其各類生活品質，而社會支持的來源主要可能來自子女、親友或是鄰居等，本研究從獨居老人的子女數、與子女見面的頻率、與子女關係的滿意度、與親友互動的次數、以及可以吐露心事的對象等進行分析。

根據本次調查的獨居老人子女數統計，平均每位獨居老人有 2.7 位子女，其中子女數 3 位者比例最高 (21.3%)，但有將近 20% 的獨居老人是沒有子女者。而在與子女見面的頻率部分 (表 13)，多數的受訪獨居老人表示子女會「不定期探訪」(31.2%)，其次則是「每天一次以上」(13.1%)。而就與子女關係的滿意度部分 (表 14)，有 67.5% 的獨居老人表示滿意或非常滿意，另有近 24% 表示還算可以，故整體來看，獨居老人對子女關係的滿意程度是較高的。而獨居老人與親友的互動情況部分，大概有三成的獨居老人完全沒有與親友有互動的情形，而有四成表示每週與親友互動 2-6 次 (表 15)。在吐露心事對象部分，獨居老人完全沒有可以吐露心事的對象超過三成以上，而表示有一些可以吐露心事的對象者也有三成 (表 16)。

表 13 與子女見面的頻率

項目	次數	百分比
每天一次以上	63	13.1
每週一次以上	10	2.1
每個月一次以上	62	12.9
每半年一次以上	38	7.9
每年一次以上	46	9.6
不曾來過	21	4.4
不定期探訪	150	31.2

表 14 子女關係的滿意度

項目	次數	百分比
很不滿意	15	3.1
不滿意	27	5.6
還算可以	114	23.7
滿意	195	40.5
非常滿意	130	27.0

表 15 與親友互相探訪頻率

n=600

項目	次數	百分比
沒有	189	31.5
1 次	73	12.2
2-6 次	268	44.7
7 次以上	70	11.7

表 16 具可吐露心事的對象

n=600

項目	次數	百分比
完全沒有	198	33.0
很少	151	25.2
有一些	183	30.5
很多	61	10.2
非常多	7	1.2

（五）社會參與

社會參與有助於老人生活與社會融和的效果，同時有助於對社會資源的瞭解程度（謝美娥，2014）。本次針對六項社會參與進行調查，其結果發現獨居老人較常參與的活動主要為宗教活動和休閒娛樂團體活動，而進修活動和政治性團體活動則較不常參加，獨居老人表示不曾參與此二項活動的比例皆為 96.5%（表 17）。

表 17 社會活動參與情形分析

n=600

	經常參加 次數（%）	偶而參加 次數（%）	沒有參加 次數（%）
宗教活動	135（22.5）	100（16.7）	365（60.8）
志願服務	20（3.3）	40（6.7）	540（90.0）
進修活動	7（1.2）	14（2.3）	579（96.5）
養生保健團體活動	49（8.2）	55（9.2）	496（82.7）
休閒娛樂團體活動	98（16.3）	94（15.7）	408（68.0）
政治性團體活動	2（0.3）	19（3.2）	579（96.5）

三、獨居老人對未來長期照顧需求之態度

長期照顧服務對於獨居老人而言，由於其家庭支持的功能不足，故就其未來需求性的表達，可以提供相關服務單位瞭解獨居老人對於長期照顧服務的想法。本次調查 15 項有關長期照顧服務項目（表 18）。獨居老人對未來需求態度，依平均數來看，最高者為居家服務，其次是老人營養餐飲服務，兩項的平均數在 2 分以上，第三為交通接送服務。而平均數較低者分別是到宅沐浴車服務和機構式喘息服務。此外，合併還算需要和非常需要來看獨居老人的未來長期照顧服務求，則除了上述三項以外，獨居老人認為輔具與無障礙環境改善（32.1%）、居家營養服務（31.7%）、居家復健（31.5%）等，也是他們認為未來需求的服務項目。

表 18 未來長期照顧服務需求態度分析

n=600

	很不需要 次數(%)	不太需要 次數(%)	很難說 次數(%)	還算需要 次數(%)	非常需要 次數(%)	平均數(SD)
居家服務	47(7.8)	191(31.8)	84(14.0)	151(25.2)	127(21.2)	2.20(1.30)
交通接送服務	75(12.5)	220(36.7)	75(12.5)	133(22.2)	97(16.2)	1.93(1.32)
輔具與無障礙環境改善	87(14.5)	229(38.2)	91(15.2)	128(21.3)	65(10.8)	1.76(1.25)
日間照顧	116(19.3)	266(44.3)	83(13.8)	81(13.5)	54(9.0)	1.49(1.20)
日間托老中心	140(23.3)	259(43.2)	78(13.0)	68(11.3)	55(9.2)	1.40(1.22)
家庭托顧	121(20.2)	268(44.7)	82(13.7)	67(11.2)	62(10.3)	1.47(1.22)
居家式喘息服務	144(24.0)	253(42.2)	75(12.5)	76(12.7)	52(8.7)	1.40(1.22)
機構式喘息服務	151(25.2)	267(44.5)	75(12.5)	64(10.7)	43(7.2)	1.30(1.17)
居家護理	77(12.8)	260(43.3)	85(14.2)	101(16.8)	77(12.8)	1.74(1.25)
社區復健	99(16.5)	241(40.2)	85(14.2)	108(18.0)	67(11.2)	1.67(1.26)
居家復健	86(14.3)	239(39.8)	86(14.3)	115(19.2)	74(12.3)	1.75(1.26)
老人營養餐飲服務	80(13.3)	199(33.2)	60(10.0)	124(20.7)	137(22.8)	2.07(1.41)
居家營養服務	93(15.5)	235(39.2)	76(12.7)	114(19.0)	82(13.7)	1.76(1.30)
居家藥事服務	112(18.7)	269(44.8)	79(13.2)	80(13.3)	60(10.0)	1.51(1.22)
到宅沐浴車服務	181(30.2)	238(39.7)	86(14.3)	53(8.8)	42(7.0)	1.23(1.17)

為探討影響獨居老人對於長期照顧服務需求之態度，本研究分別從健康狀況、經濟狀況、社會支持和社會參與等四個面向進行多元迴歸分析。有關獨居老人之長期照顧需求態度為上述 15 項之加權分數。自變項部分，ADL 和 IADL 均為各項功能之加權分數；疾病數為獨居老人自陳疾病類別之加權，自覺健康狀況為目前健康狀況、自己與去年比較之健康狀況、與同年齡者比較之健康狀況的加權。經濟狀況包含自陳經濟來源之項目數量和對目前經濟狀況之滿意度。社會支持方面包含其子女數、子女關係的滿意程度和是否具有可以吐露心事的對象。而在社會參與部分則有宗教活動、志願服務、進修活動、養生保健團體活動、休閒娛樂團體活動和政治性團體活動等六項之加權。

有關影響獨居老人對於長期照顧服務需求態度之分析結果如表 19 所示，就自變項來看，其 R^2 值為 0.162，故其對於長照顧服務需求態度之解釋力為 16.2%。其中達到顯著水準者，在健康狀況部分，IADLs、疾病數和自覺健康狀況等三個變項達顯著水準，IADLs 的分數越高者，獨居老人的工具性生活活動能力越好，此一結果顯示 IADLs 越低分者，其對整體長期照顧的需求度越高。而隨著獨居老人的疾病數越多，其對於長期照顧的需求也會提高。獨居老人自覺健康狀況越好者，認為對未來長期照顧的需求態度增加，此一現象可視為健康者對長期照顧服務需求的未雨綢繆。在經濟狀況方面，經濟狀況滿意度達顯著水準，即獨居老人對經濟狀況滿意度越高者，對於未來長期照顧服務需求的情形越低。在社會支持方面，具有吐露心事對象達顯著水準，即獨居老人若有可以吐露心事對象者，對未來長期照顧服務需求度隨之提高。

表 19 影響獨居老人對於長期照顧服務態度之影響因素

n=600

自變項	原始係數	標準誤	標準化迴歸係數	t 值
常數項	28.062	4.155		6.754***
健康狀況				
ADLs	-1.280	0.739	-0.099	-1.731
IADLs	-0.314	0.125	-0.141	-2.510*
疾病數	1.548	0.463	0.157	3.341***
自覺健康狀況	0.699	0.301	0.127	0.238*
經濟狀況				
經濟來源數	0.217	0.910	0.010	0.238
經濟滿意度	-2.171	0.848	-0.126	-2.561*
社會支持				
子女數	-0.067	0.407	-0.007	-0.165
子女關係滿意度	-0.768	0.676	-0.053	-1.137
具吐露心事對象	3.710	0.626	0.272	5.922***
社會參與	-0.574	0.334	-0.080	-1.720
F=9.028*** R=0.402 R ² =0.162 Adj R ² =0.144				

* $p < .05$, ** $p < 0.1$, *** $p < .001$

伍、研究結論與建議

有關屏東縣獨居老人之調查基本資料方面，本研究訪問 600 位列冊獨居老人，平均年齡為 78.9 歲，教育程度方面，不識字者即達 41%，獨居的時間平均為 18.6 年，在宗教信仰方面，主要以民間信仰的比例最高（60.7%），受訪者的族群背景方面，有 63.7% 為閩南人，在婚姻方面以喪偶者比例最高，達 62%。

有關獨居老人日常生活活動能力（ADLs）部分，其平均分數為 89.3 分，有超過半數以上的獨居老人屬於完全獨立者，重度依賴到輕度依賴之間者為 47.1%。而在工具性日常生活活動功能（IADLs）部分，其平均分數為 18.8 分，可以完全獨立者大約為 31%。在經濟狀況方面，主要的經濟來源依序為政府（73.2%）、子女（37.3%）、自己的退休金存款和利息（35.8%）；而消費面上以飲食和醫藥費用支出為最主要項目；而獨居老人對於經濟狀況的滿意程度方面，受訪者多數認為還好（44.5%），但表示不滿意或非常不滿意者也達 35.8%。健康狀況部分，自陳健康狀況，以不太好的比例較高（35.7%），若再進一步比較其與前一年的健康狀況，則有 46% 的受訪者認為不太好，若與同年齡者相比，受訪者中有將近四成認為是普通。上述三個題目的加權，則整體自覺健康狀況的平均分數為 8.56 分。而在疾病數量方面，受訪之獨居老人平均疾病數為 2.14，此顯示其大致上會有兩項的疾病。

在社會支持方面，受訪獨居老人平均有 2.7 位子女，與子女見面頻率以不定期探訪比例最高（31.2%），而每天探訪者有 13.1%。對於子女關係滿意度而言，有 67.5%受訪者表示滿意或非常滿意。而在詢問受訪獨居老人是否有具吐露心事對象上，相對上則有半數以上（58.2%）表示完全沒有或很少。在社會參與方面，在所調查的六項社會活動中，獨居老人表示較常參與者為宗教活動和休閒娛樂活動，而進修活動與政治性團體活動的參與度很低。

獨居老人對於未來長期照顧服務需求之態度方面，其認為需求程度較高者依序是居家服務、老人營養餐飲服務和交通接送服務，而認為需求程度較低者為到宅沐浴車服務和機構式喘息服務。本研究再進一步將健康狀況、經濟狀況、社會支持與社會參與之相關變項與長期照顧服務需求進行迴歸分析，結果顯示工具性日常生活活動功能越差者，其對長期照顧服務有較高度的需求；而疾病數越高者，對於長期照顧服務的需求度也越高，顯示當獨居老人的健康條件不佳的狀況，對未來長期照顧服務有較高的期待。而自陳健康狀況良好的獨居老人，也表示對長期照顧服務有較高的需求，此狀況可能因為其獨居狀況或年齡偏高，造成即使自覺健康狀況良好，也期望未來有更多元的長期照顧服務。獨居老人的經濟狀況可能影響其是否有能力因應未來長期照顧服務，故當其對經濟滿意度高時，對於未來長期照顧服務的需求程度會隨之下降。而在社會支持方面，如果獨居老人具有較佳的社會支持系統，有可能掌握更完整的福利資訊，故對於長期照顧服務需求會提高。

本研究結果顯示有相當比例的獨居老人受訪者，其 ADLs 和 IADLs 是沒有任何困難的，受訪者中 ADLs 分數有 51.2%是完全獨立者，IADLs 完全獨立者也有 31%，此一結果符合 Huang 和 Lin（2002）所言，多數獨居老人日常生活功能良好，同時也與部分研究結果所示相符，獨居老人具有一定程度的自我照顧能力（傅麗蘭、楊政峰，1999；曾煥裕、石泐，2010；黃明碧等，2010；Kim and Lee, 2018）。

但從健康狀況的分析結果，獨居老人在自我評價其健康狀況來看，其實健康狀況是較差的，以王仕圖等（2017）屏東縣老人生活狀況調查進行對照，兩者使用同一題目和尺度進行問卷調查，屏東縣老人受訪者在自我健康的評價分數，平均是 3.08 分，而本次調查的平均分數是 2.93 分，而與前一年比較的健康狀況，屏東縣老人受訪者平均分數是 2.83 分，而本次獨居老人的平均分數是 2.65 分，此結果顯示如 Liu 等（2013）指出之獨居老人的自評健康狀況通常較差，甚至逐年衰退的健康狀況。

在經濟狀況方面，獨居老人的經濟風險較高，故在經濟安全的保障方面，獨居老人對於政府在社會救助或津貼的仰賴程度確實較高，根據我國近年來幾次老人狀況調查報告之結果，顯示子女奉養仍為老人主要的經濟來源，其次才是政府救助或津貼。但是獨居老人的經濟來源中，本研究卻有 73.2%受訪獨居老人表達政府救助或津貼是他們的經濟來源，這也顯示獨居老人對政府經濟支持的依賴度是較高的。根據我國歷年所進行之老人狀況調查報告結果進行比較，子女奉養的

比例都是最高者（衛生福利部，2017），而就屏東縣獨居老人的經濟來源卻發現政府的經濟支持比例最高，這顯示獨居老人對政府在經濟支持的依賴度是較不具備多元性，也反應他們需要政府的經濟奧援的需求。

有關社會支持部分，子女的探訪方面，以不定期探訪者居多，但對於子女關係的滿意程度是高的。而不管是親友的互訪或是具有可以吐露心事對象部分，大約都維持有三成是完全沒有者。社會支持薄弱對獨居老人可能造成孤立的問題（Kim and Lee, 2018; Tomaka et al., 2006），所以對於本研究所發現這三成社會支持薄弱的獨居老人，應有更為積極建構社會支持資源的作為。

獨居老人對於長期照顧服務的需求態度，其所表達的需求度其實不是非常高，對此可能肇因獨居長者的日常生活功能方面，部分具備自理能力；其次，在於長期照顧服務項目相當多元而複雜，而且相關政策的執行時間不是很長，故獨居老人對長期照顧服務的不熟悉，進而在需求態度上較為保守，故可以在政策或服務的宣導面向上再加強。此外，根據傅從喜等（2017）研究，屏東縣失能人數推估為 4 萬人，使用長期照顧人數比例約為 21%，而本研究之獨居老人對於長期照顧服務使用上，使用率較高者如居家服務、老人營養餐飲服務等，使用比例約為 10%，顯示獨居長者在長期照顧服務的使用率方面還有一段落差。

總體而言，本研究以獨居老人居家生活為主要研究，在日常生活部分，由於獨居老人以社區為其主要的生活圈，故社區組織在提供關懷、送餐服務為當前獨居老人在社區老化方面，重要的生活支持來源。其次，在生活開銷部分，政府的經濟支持、子女的奉養還是重要的經濟來源，故政府不管是在現金或實物的給付部分，應該就獨居長者具有經濟弱勢部分，提供完善的支持。第三，獨居長者在醫療需求方面是高的，主因為其有多項的慢性疾病，因此對獨居長者的就醫便利性、近便性方面，應該是政策規劃方面的重要工作。

謝誌

本文為屏東縣政府委託研究計畫的一部分。感謝兩位匿名審查委員提供寶貴之修正意見。

參考文獻

一、中文書目

- 內政部（2010）。《98 年老人狀況調查報告》。臺北：內政部。
- 王仕圖、羅希哲、林宏陽、許俊才（2017）。《屏東縣老人生活狀況及福利需求調查研究》。屏東：屏東縣政府。
- 王雲東、鄧志松（2009）。《我國長期照護服務需求評估》。臺北：行政院經濟建設委員會。
- 王篤強（2016）。〈臺灣低收入戶老人及其福利服務現況：福利供給的預設與反思〉，《當代社會工作學刊》，8, 1-16。
- 石泐（2009）。〈不同居住型態老人社會支持與生活適應影響因素之研究〉，《東吳社會工作學報》，21, 27-53。
- 行政院主計處（2016）。《性別統計專刊年報》。臺北：行政院主計處。
- 何華欽、林宏陽、戴品芳、何華倫（2016）。〈高齡者社區參與對心理福祉的影響：以屏東縣社區關懷據點為例〉，《台灣社區工作與社區研究學刊》，6, 3: 45-80。
- 吳淑瓊、王正、呂寶靜、莊坤洋、張媚、戴玉慈、曹愛蘭（2003）。《建構長期照護體系先導計畫第三年計畫》。臺北：內政部。
- 李孟芬、石泐、曾薔霓（2013）。《長期照顧概論：社會政策與福利服務取向》。臺北：洪葉文化。
- 李新民（2013）。〈高齡者生命意義感的測量與相關影響因素之初探〉，《樹德科技大學學報》，15, 1: 125-154。
- 李新民（2015）。〈空巢老人與非空巢老人的社會支持與心理健康之比較研究〉，《人文社會電子學報》，11, 1: 23-47。
- 周玉慧、莊義利（2000）。〈晚年生活壓力、社會支持與老人身心健康之變遷：長期資料分析〉，《人文及社會科學集刊》，12, 2: 281-317。
- 林佳臻、杜明燦、陳俊傑、陳宣志、顏啟華、李孟智（2013）。〈臺灣地區老人自覺健康狀況相關因子之探討〉，《臺灣老年醫學暨老年學雜誌》，8, 2: 75-89。
- 林松齡（1993）。〈社會安全問題之探討〉，收入王國羽（編），《老人社會支持來源與老人社會需求：兼論四個社會支持模式》，頁 265-289。嘉義：國立中正大學社會福利學系。
- 俞聖姿、曾淑芬（2011）。〈社區老人社會參與型態及其相關因素探討〉，《台灣高齡服務管理學刊》，1, 2: 54-76。
- 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、社會支持程度與醫療服務使用之相關性〉，《中山醫學雜誌》，18, 2: 201-215。
- 徐淑貞、張蓓貞、戎瑾如（2008）。〈獨居老人習得智謀對憂鬱與生活品質影響之探討〉，《醫護科技學刊》，10, 2: 88-98。

- 屏東縣政府（2016）。《屏東縣政府獨居老人分級服務試辦計畫》。屏東：屏東縣政府。
- 張怡（2003）。〈影響老人社會參與之相關因素探討〉，《社區發展季刊》，103, 225-235。
- 張席熒、謝妤葳、薛漪平、謝清麟（2006）。〈日常生活活動功能評量之四十年回顧〉，《台灣復健醫學雜誌》，34, 2: 63-71。
- 張嘉玲、黃素滿（2013）。〈確認貧窮的類別：臺灣低收入家戶的特性〉，《社會科學論叢》，7, 1: 1-46。
- 張靜琪、葉莉莉、張玉鈴、許蕙美（1999）。〈臺南市北區獨居老人之經濟狀況、居住安全及其對福利資源使用與需求初探〉，《社區發展季刊》，88, 305-315。
- 連雅棻、黃惠滿、蘇貞瑛（2008）。〈社區獨居老人人格韌性、社會支持與生活滿意度相關性研究〉，《長期照護雜誌》，12, 2: 161-178。
- 陳玉敏（2001）。〈獨居老年人之自我照顧需求〉，《榮總護理》，18, 3: 223-233。
- 陳彥仲、陳靜怡（2012）。〈從高齡者自評健康條件、家庭資源及社會參與探討高齡者期望之居住安排〉，《臺灣土地研究》，15, 2: 127-158。
- 陳柏琪、張靜貞、陳肇男（2015）。〈臺灣老年長期照護需求之推計——GEMTEE模型之應用〉，《人口學刊》，51, 43-93。
- 陳琇惠、林子宇（2012）。〈老人社會支持與生活滿意度之研究——以南投縣為例〉，《人文社會科學研究》，6, 4: 100-127。
- 曾煥裕、石泐（2010）。〈獨居老人使用社會福利服務因素之探討：以臺北市為例〉，《長期照護雜誌》，14, 2: 177-197。
- 傅從喜、劉立凡、郭慈安（2017）。《長期照顧十年計畫 2.0 效益評估報告》。臺北：國家發展委員會。
- 傅麗蘭、楊政峰（1999）。〈獨居老人跌倒情形、步態、居家環境及身體功能評估〉，《中華民國物理治療學會雜誌》，24, 2: 53-62。
- 黃明碧、林金定、陳麗美（2010）。〈三重地區獨居老人健康狀況及害怕跌倒相關因素調查研究〉，《台灣老人保健學刊》，7, 2: 135-156。
- 黃源協（2015）。《社會工作管理》。臺北：雙葉書廊。
- 楊桂芬、許哲瀚、唐憶淨、龔建吉（2012）。〈社區老人日常生活活動、生活品質與幸福感之相關研究〉，《台灣老年醫學暨老年學雜誌》，7, 4: 217-232。
- 楊惠如、呂桂雲、陳宇嘉、張永源（2006）。〈社區獨居老人健康狀況與長期照護需求研究〉，《實證護理》，2, 3: 229-240。
- 葉淑娟、施智婷、莊智薰、蔡淑鳳（2004）。〈社會支持系統與老人生活滿意度之關係——以高雄市老人為例〉，《中山管理評論》，12, 2: 399-427。
- 鄒曉婷、郭冠良、何清幼、吳岱穎、陳淑廷、周佑霖（2016）。〈獨居與非獨居長者健康狀況之比較〉，《北市醫學雜誌》，13, 1: 47-60。
- 衛生福利部（2014）。《低收入戶及中低收入戶生活狀況調查報告》。臺北：衛生福利部。

- 衛生福利部 (2016)。《長期照顧十年計畫 2.0 (106~115 年)》。臺北：衛生福利部。
- 衛生福利部 (2017)。《中華民國 106 年老人狀況調查報告》。臺北：衛生福利部。
- 衛生福利部 (2018)。《106 年老人狀況調查報告》。臺北：衛生福利部。
- 衛福部國民健康署 (2018)。《104 年中老年身心社會生活狀況長期追蹤調查》。臺北：衛福部國民健康署。
- 鄭清霞 (2009)。〈臺灣經濟家戶組成與特性的變遷——1976 年至 2004 年〉，《臺灣社會福利學刊》，7, 2: 47-100。
- 薛承泰 (2002)。〈一九九〇年代臺灣地區單人戶的特性——兼論老人單人戶之貧窮〉，《人口學刊》，25, 57-89。
- 劉家勇 (2015)。〈社區獨居老人社會照顧模式之研究：以臺灣及日本在宅服務方案為例〉，《台灣社區工作與社區研究學刊》，5, 2: 49-100。
- 謝美娥 (2014)。〈臺北市獨居老人社會融入之階層化迴歸分析〉，《社會政策與社會工作學刊》，18, 1: 181-225。

二、英文書目

- Ang, Shannon (2016). Social participation and mortality among older adults in Singapore: Does ethnicity explain gender differences?. *The Journals of Gerontology: Series B*, 73, 8: 1470-1479.
- Berkman, Lisa F., Thomas Glass, Ian Brissette, and Teresa E. Seeman (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science & Medicine*, 51, 6: 843-857.
- Chen, Yu, Allan Hicks, and Alison E While (2014). Loneliness and social support of older people living alone in a county of Shanghai, China. *Health & Social Care in the Community*, 22, 4: 429-438.
- Choi, Namkee G. and John S. Wodarski (1996). The relationship between social support and health status of elderly people: Does social support slow down physical and functional deterioration?. *Social Work Research*, 20, 1: 52-63.
- K-L,Chou, A. H. Y. Ho, and I. Chi (2006). Living alone and depression in Chinese older adults. *Aging & Mental Health*, 10, 6: 583-591.
- Drageset, Jorunn (2004). The importance of activities of daily living and social contact for loneliness: a survey among residents in nursing homes. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 18, 1: 65-71.
- Greene, Kenneth V. and Bong Joon Yoon (2004). Religiosity, economics and life satisfaction. *Review of Social Economy*, 62, 2: 245-261.
- Hacihasanoglu, Rabia, Arzu Yildirim, and Papatya Karakurt (2012). Loneliness in elderly individuals, level of dependence in activities of daily living (ADL) and influential factors. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 54, 1: 61-66.

- Ho, Shu-Hsi (2008). Survival analysis of living arrangements and health care utilization in terms of total mortality among the Middle Aged and Elderly in Taiwan. *Journal of Nursing Research*, 16, 2: 160-168.
- Hoverd, William James and Chris G. Sibley (2013). Religion, deprivation and subjective wellbeing: Testing a religious buffering hypothesis. *International Journal of Wellbeing*, 3, 2: 182-196.
- Huang, Lian-Hua and Yen-Chun Lin (2002). The health status and needs of community elderly living alone. *Journal of Nursing Research*, 10, 3: 227-236.
- Katz, Sidney, Amasa B. Ford, Roland W. Moskowitz, Beverly A. Jackson, and Marjorie W. Jaffe (1963). Studies of illness in the Aged: The index of ADL: A standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*, 185, 12: 914-919.
- Kim, Jiyun and Jong-Eun Lee (2018). Social support and health-related quality of life among elderly individuals living alone in South Korea: A cross-sectional study. *Journal of Nursing Research*, 26, 5: 316-323.
- Kooshlar, Hadi, Nurizan Yahaya, Tengku Aizan Hamid, Asnarulkhadi Abu Samah, and Vajiheh Sedaghat Jou (2012). Living arrangement and life satisfaction in older Malaysians: the mediating role of social support function. *Plos One*, 7, 8: e43125.
- Lawton, M. Powell and Elaine M. Brody (1969). Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, 9(3_Part_1), 179-186.
- Levasseur, Mélanie, Lucie Richard, Lise Gauvin, and Emilie Raymond (2010). Inventory and analysis of definitions of social participation found in the aging literature: Proposed taxonomy of social activities. *Social Science & Medicine*, 71, 12: 2141-2149.
- Li, Hong, Iris Chi, and Ling Xu (2010). Factors associated with volunteerism among community-living older adults in urban China. *Part of a special issue: Population Aging and Development*, 32, 1: 62-75.
- Liu, Lijuan, Kun Sha, Weimin Ren, and Yue Wang (2013). Living alone, health and preventive care use among the elderly in Shanghai, China. *Journal of Medical Colleges of PLA*, 28, 4: 219-227.
- Lloyd, Kathleen M. and Christopher J. Auld (2002). The role of leisure in determining quality of life: Issues of content and measurement. *Social Indicators Research*, 57, 1: 43-71.
- Marsh, Celeste, Paul A Agius, Gamini Jayakody, Roshan Shajehan, Chandima Abeywickrema, Kelly Durrant, Stanley Luchters, and Wendy Holmes (2018). Factors associated with social participation amongst elders in rural Sri Lanka: a cross-sectional mixed methods analysis. *BMC Public Health*, 18, 1: 636.

- Melchiorre, Maria Gabriella, Carlos Chiatti, Giovanni Lamura, Francisco Torres-Gonzales, Mindaugas Stankunas, Jutta Lindert, Elisabeth Ioannidi-Kapolou, Henrique Barros, Gloria Macassa, and Joaquim F. J. Soares (2013). Social support, socio-economic status, health and abuse among older people in seven European countries. *Plos One*, 8, 1: e54856.
- Menchik, Paul L. and Burton A. Weisbrod (1987). Volunteer labor supply. *Journal of Public Economics*, 32, 2: 159-183.
- Nam, Eun Jeong and Jong Eun Lee (2019). Mediating effects of social support on depression and suicidal ideation in older Korean adults with hypertension who live alone. *Journal of Nursing Research*, 27, 3: 1-8.
- Pavlova, Maria K., Rainer K. Silbereisen, and Kamil Sijko (2014). Social participation in Poland: Links to emotional well-being and risky alcohol consumption. *Social Indicators Research*, 117, 1: 29-44.
- Thoits, Peggy A. and Lyndi N. Hewitt (2001). Volunteer work and well-being. *Journal of Health and Social Behavior*, 42, 2: 115-131.
- Tomaka, Joe, Sharon Thompson, and Rebecca Palacios (2006). The relation of social isolation, loneliness, and social support to disease outcomes among the elderly. *Journal of Aging and Health*, 18, 3: 359-384.
- Wolff, Nancy, Burton A. Weisbrod, and Edward J. Bird (1993). The supply of volunteer labor: The case of hospitals. *Nonprofit Management and Leadership*, 4, 1: 23-45.
- Yeh, Shu-Chuan Jennifer and Sing Kai Lo (2004). Living alone, social support, and feeling lonely among the elderly. *Social Behavior and Personality: An International Journal*, 32, 2: 129-138.
- Yoshimitsu, Koji, Takayuki Tabira, Masatomo Kubota, Yuriko Ikeda, Kazuhiro Inoue, and Yasuaki Akasaki (2017). Factors affecting the self-rated health of elderly individuals living alone: a cross-sectional study. *BMC Research Notes*, 10, 1: 512.

三、電子資料

- 行政院主計總處 (2019)。〈國情統計通報 (第 133 號)〉。網址：
<https://www.dgbas.gov.tw/public/Data/9717160105LGQ42NT.pdf>。點閱日期：
2019 年 6 月 17 日。
- 臺北市政府 (2019)。〈臺北市獨居長者的定義〉。網址：
https://www.gov.taipei/News_Content.aspx?n=EEC70A4186D4C828&sms=87415A8B9CE81B16&s=ECEB602A40668194。點閱日期：2019 年 5 月 26 日。
- 衛生福利部統計處 (2019a)。〈低收入戶人數按款別及年齡別分〉。網址：
<https://dep.mohw.gov.tw/DOS/cp-2972-13781-113.html>。點閱日期：2019 年 03 月 15 日。

衛生福利部統計處 (2019b)。〈列冊需關懷獨居老人人數及服務概況〉。網址：
<https://dep.mohw.gov.tw/DOS/cp-2977-13846-113.html>。點閱日期：2017 年 03 月 15。

Ahonen, Kati and Jarna Bach-Othman (2010). Tracing old-age poverty - The significance of the household structure on gender differences in the poverty rate in eight EU countries (Working Papers 2010:7). Retrieved March 14, 2019, Website: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/135151/wp%7C20710.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Jones, Randall S. and Satoshi Urasawa (2014). Reducing the high rate of poverty among the elderly in Korea (OECD Economics Department Working Papers, No. 1163). Retrieved March 15, 2019, Website: <https://www.oecd-ilibrary.org/content/paper/5jxx054fv20v-en>

Smeeding, Timothy M. and James M. Williamson (2001). Income maintenance in old age: What can be learned from cross-national comparisons (Luxembourg Income Study Working Paper, No. 263). Retrieved March 14, 2019, Website: <https://crr.bc.edu/working-papers/income-maintenance-in-old-age-what-can-be-learned-from-cross-national-comparisons/>

Zaidi, Asghar (2009). Poverty and income of older people in OECD countries. Retrieved March 14, 2019, Website: <https://ssrn.com/abstract=1992492>

Discussion on the Living Conditions and Long-term Care Needs of Elderly People Living Alone in Pingtung County

Shu-Twu Wang¹ Kui Kasirisir² Hung-Yang Lin³ Ke-Mei Chen⁴

Abstract

Many elderly who live alone have less interaction with family members or community neighborhood, and it is difficult to maintain their nutrition and health status at ordinary times. Therefore, they face problems such as health risks and care needs in their lives. Therefore, in order to gain an understanding of the problems, like as daily life and self-care, economic security, health and medical care, social support, social participation, of elderly living alone and the need for long-term care and welfare, the survey was conducted from Pingtung County elderly living alone, the elderly living alone in Pingtung County were investigated and surveyed. Female respondents account for relatively large proportion of the respondents, the average age of respondents are 78.9 years of age, education level of the majority are illiterate people, folk faith accounts for large proportion as for religious belief, more than 60% of the respondents are Minnan people, and the average time duration of living alone is 18.6 years. As for functional aspects in daily life, more than half of the respondents can be completely independent, but there is more than a quarter are moderately dependent. The main source of economic income is from the government, their children, and their pensions, and work income. Daily food expenditure ranks first in expenditure, and medical expense ranks second. This study conducted the analysis of influencing factors for the attitude to long-term care service of the elderly people living alone. The results showed that the worse the relevant physiological and life functions, the higher the demand for long-term care.

Keywords: the elderly living alone, long-term care, health status, activities of daily living

¹ Professor, Department of Social Work, National Pingtung University of Science and Technology

² Associate Professor, Department of Social Work, National Pingtung University of Science and Technology

³ Associate Professor, Department of Social Work, National Pingtung University of Science and Technology

⁴ Assistant Professor, Department of Social Work, National Pingtung University of Science and Technology

Corresponding Author: Ke-Mei Chen, E-mail: kmchen@mail.npust.edu.tw

Received: 2019/11/01; Accepted: 2020/06/30