

# 機構工作人員執行失智症 照顧相關工作之頻率、專業度 與在職訓練優先序之探討

簡鴻儒

## 壹、緒論

世界衛生組織（WHO）於2017年強烈建議世界上所有國家開始要為「超高齡社會」的來臨而準備，臺灣也不例外。根據內政部於2019年發布的臺灣老年人口統計資料顯示，截至2018年3月底，臺灣65歲以上之老年人口數已占總人口數14%以上，臺灣正式進入「高齡社會」；國家發展委員會進一步於2020年推估，到了2025年，臺灣65歲以上之老年人口數將占總人口數之20%，屆時臺灣將堂堂進入「超高齡社會」，換句話說，到時每五個臺灣人之中，就有一個65歲以上的老人。照顧一位罹患多元慢性病、行動不變的老人是一份艱辛的工作，而照顧一位罹患失智症的老人，更是一大挑戰（Paul, Johnson & Cranston, 2000）。所以如何提升老人失智症患者晚年的生活品質，一直以來都

是失智症照顧強調的重點（Moniz-Cook, Vernooij-Dassen, Woods, Verhey, Chattat, de Vugt & Orrell, 2008）。

根據Huang, Shyu, Huang, Chen, Li, Shiu & Pong（2013）與臺灣失智症協會（2019）非官方統計資料顯示，目前臺灣28萬名老人失智症患者當中，大約20%接受失智症照顧機構的照顧，其中包含護理之家、失智症專區、長照機構、日間照顧中心等。Mullan and Sullivan（2016）認為，老人失智症患者需要機構照顧的比例將會隨著老年人口數的增加而增加，問題是第一線提供照顧服務工作的照顧服務員、社會工作人員與護理師等的專業度，是否足夠提供一個有品質的照顧服務呢？失智症照顧是一份複雜的工作，Morgan, Kosteniuk, O'Connell, Bello-Haas, Stewart & Karunanayake已於2015年發現，強化工作人員的專業度是從事老人失智症照顧最優

先要做的一件事。Moyle, Venturato, Cooke, Hughes, van Wyk & Marshall (2013) 也同樣發現，無論住民或其家屬皆指出，照顧失智症患者之相關工作人員的素質，將是影響照顧服務品質最主要的因素。綜合上述二項研究結果可知，是否能夠提供一個高品質的機構照顧服務，照顧相關工作人員的素質則扮演一個很重要的角色，這也凸顯了工作人員在職教育訓練的重要性。

Holroyd, Dahlke, Fehr, Jung, & Hunter 於2009年估計，到了2020年，75%護理師的工作，將會是服務65歲以上之老人。其他例如照顧服務員、社會工作人員、復健師等也會發現，老人將來會是他們主要提供服務的客戶層。既然如此，那麼提供老人照顧服務的相關工作人員，是否已經擁有熟練的技能，將是他們將來能否扮演好自己角色，提供有效能服務的重要因子（Engstrom and Fagerberg, 2011）。

為了能夠徹底瞭解臺灣第一線從事老人失智症照顧工作人員在職教育訓練的需求，本研究乃透過20項照顧失智症患者最常進行之作業項目，詢問機構照顧服務員、社會工作人員與護理師，有關他們執行這些作業的頻率、對這20項作業自己認為之專業程度與在職教育訓練的優先序。本研究同時會根據問卷調查的結果，提供一份適切的在職教育訓練計畫建議，以強化從事老人失智症照顧工作人員的專業技能。

## 貳、文獻探討

近年來，相關的研究皆指出，從事第一線老人失智症照顧工作人員的專業能力與照顧的服務品質呈現正向關聯性。例如，Aasgaard, Fagerstrom & Landmark (2014) 發現，如果能夠強化第一線照顧工作人員的專業技能，則他們會更有自信，更能提供以人為中心的客製化照顧服務。Morgan等人（2015）同意上述之觀點並進一步強調，如果從事失智症照顧工作的第一線工作人員能夠瞭解到專業能力對於提供一個高品質照顧服務的重要性，那麼對於照顧工作人員的職涯發展，將會有相當大的助益。

那何謂專業能力呢？有關專業能力的定義與學術理論，大多來自於社會認知學習理論（Mullan & Sullivan, 2016）。專業能力也常被定義為與工作有關的作業、行為或個人的執行績效。所以有關照顧老人失智症患者工作人員的專業能力，則廣泛的包含工作人員能否稱職的扮演好他們的照顧角色且負起他們應盡的照顧責任（Morgan et al., 2015；Mullan & Sullivan, 2016）。另外，在評估健康促進照護人員的專業能力時，Morgan等人（2015）認為，可以工作人員的自信心、知識、態度、價值觀或技能來加以評量。Mullan與Sullivan（2016）的研究也發現，提供失智症照顧工作的工作人員，如果對其專業

能力擁有強烈的自信心，則對於提供一個高品質的照顧服務則更有信心。他們進一步建議，要提升工作人員的專業能力，可以透過一個以工作為導向、實務操作為準則的教育訓練計畫來獲得；如此一來，不僅可以精進工作人員的專業能力，更可以提升工作人員個人的執行績效。

至於要如何才能提升照顧相關工作人員個人的執行績效呢？第一要務就是他們的工作負擔不能太重，讓他們能夠主動積極的去服務失智症患者。Lai, Lau, Pan, Lam, Thompson & Gallagher-Thompson (2009) 提到，要擁有高效率的個人執行績效，主要必須建立在工作人員擁有健康的身體且沒有憂鬱傾向的基礎上。Cheng, Lam, Kwok, Ng & Fung (2013) 也發現，工作人員要擁有高效率的工作績效，則他們必須擁有正向的心理能量，才能處理老人失智症患者脫序的異常行為，所以工作人員個人的執行績效可以當作是一個預測工作人員工作壓力的指標。Cheng等人 (2013) 進一步建議，一個跨越文化差異的在職教育訓練計畫是機構年度教育訓練計畫重要的一個環結，因為它不僅可以提升工作人員的工作效率，同時也會減少第一線照顧工作者的壓力。

近年來，相關的研究也顯示，定期舉辦的失智症照顧工作人員在職教育訓練，不僅可增加照顧工作人員有關失智症方面的知識，對於工作人員的職涯發展，也有

一定的助益。Huang等人於2013年針對臺灣從事社區居家照護之護理師，進行失智症照護知識、態度與自信心評估。評估結果顯示，適時提供失智症照護的資源訊息與適當的在職教育訓練，對於從事社區居家照護之護理師的自信心，有相當大的幫助。事實上，不恰當的在職教育訓練跟照顧服務品質是有關聯 (Cheung & Chow, 2006)。Elvish, Burrow, Cawley, Harney & Pilling (2016) 也發現，透過一個適當的失智症照顧教育訓練計畫，照顧服務員不僅獲得照顧老人失智症患者的大量知識，更能大幅度增加他們的自信心，同時也不再害怕面對老人失智症患者脫序的異常行為。

## 參、研究方法

### 一、問卷設計

本次問卷調查所採用之問卷乃是修改自Morgan等人於2015年發表之問卷樣本，並且經過Morgan等人同意使用。為了符合臺灣老人失智症照顧機構第一線工作人員之狀況，所以本問卷進行了一些修改，例如，問題四，將工作人員分類改為「照顧服務員」、「社會工作人員」與「護理師」三大類。此外，新增問題六「截至目前為止，您從事失智症照顧工作有多長的時間？」

根據上述之修正後，作者將本次問

卷分為四大項，分別為（1）受訪者基本資料；（2）20項失智症照顧相關作業的執行頻率，受訪者將從李特氏五等分量表（從未執行、非常稀少、一個月一次、二週一次、一週一次）中勾選適宜的選項。为了方便進行「象限模型分析」，作者乃將「一週一次」、「二週一次」與「一個月一次」歸類為正常執行頻率，其他「從未執行」與「非常稀少」則歸類為較少執行之頻率；（3）受訪者針對20項失智症照顧相關作業自己認為專業之程度進行五等分量表勾選（不會應用、初學者、足以勝任、非常專業、專家級）。作者進一步將「足以勝任」、「非常專業」與「專家級」歸類為高專業能力等級，以利象限模型分析；（4）受訪者針對20項照顧失智症患者相關之作業，進行在職教育訓練優先排序勾選。

## 二、研究對象

本次問卷調查主要以新北市、桃園市、新竹縣與新竹市老人失智症照顧機構工作人員為受訪對象。新北市、桃園市、新竹縣與新竹市總人口數約為七百二十八萬人（約占臺灣總人口數之31%），土地總面積為4,805平方公里（約占13%之臺灣土地總面積）。目前四個縣市65歲以上之老人約有94萬人（約占臺灣65歲以上老人人口數之27%），其中有73,000人為老人失智症患者（約占臺灣老人失智症患者

之26%；臺灣失智症學會，2019）。

此次問卷調查共挑選了330位工作於上述四縣市之第一線老人失智症患者照顧工作之工作人員為問卷調查樣本。受訪者的姓名與聯絡資訊，主要來自於作者的研究聯絡社群、衛生福利部官網與臺灣失智症協會等社福機構資料。在正式進行面訪式問卷之前，作者先以電子郵件跟機構確認他們的聯絡窗口，通常機構的聯絡窗口都是機構行政人員或社會工作人員。總共有205份有效問卷在2016年11月至2018年3月完成，問卷回答率為62%（ $205/330=0.62$ ，請參考表1）。雖然62%問卷回答率相較於Morgan等人於2015年在加拿大進行相同問卷調查（回答率為74%）稍微偏低，但是Naoum（1998）認為問卷調查回答率若能維持在40%-60%之間，即是不錯的研究。

## 肆、研究結果

### 一、敘述統計

表2顯示，本次問卷調查受訪者83.4%是女性，平均年齡為40.5歲（年齡範圍從20歲至65歲，標準差=11.9）。如果從受訪者工作職稱來分析，護理師、社會工作人員與照顧服務員平均年齡分別為38.0、35.3與44.4歲，從此可以看出，社會工作人員的平均年齡顯然比護理師與照顧服務人員年輕。此外在教育程度方



面，64%之受訪者擁有大專以上之學歷，23.6%的受訪者具有高中之學歷，只有12.4%之受訪者是國中畢業。

表2同時呈現了所有受訪者在目前的工作崗位上平均工作的年資為3.86年（工作年資範圍從0.1年至28.4年，標準差=4.86）。65%之受訪者從事老人失智症患者之照顧工作都超過一年以上，平均照顧老人失智症患者的工作年資為4.18年（工作年資範圍從0.1年至28.4年，標準差=4.55）。作者進一步以工作職稱進行差異性分析，分析結果顯示，在護理師、社會工作人員與照顧服務員之平均工作年資方面，皆未達顯著性差異。

## 二、工作人員執行失智症照顧相關作業之頻率

老人失智症照顧機構工作人員執行失智症照顧作業之頻率已在本次問卷調查中呈現（請參考表3）。調查結果顯示，執行頻率最高的三項作業分別為「關懷並處理失智症住民之病痛（3.72）」、「管理失智症住民營養與水分之攝取（3.64）」與「管控並處理失智症住民之異常行為（3.59）」（1是從未執行，5是一週一次）。作者進一步根據不同職稱進行差異性分析發現，「關懷並處理失智症住民之病痛」與「管控並處理失智症住民之異常行為」對於護理師、社會工作人員與照顧服務員而言都是執行頻率非常密集之作

業。但在「管理失智症住民營養與水分之攝取」作業上護理師與照顧服務員仍然維持在前三名內最高的執行頻率，但對社會工作人員而言，他們的執行頻率則降至第五名。

## 三、工作人員執行失智症照顧相關作業自認之專業度

表4呈現了老人失智症照顧機構工作人員執行失智症照顧作業自己認為專業能力之程度。調查結果指出，工作人員自認專業技能最強的三項作業分別為「管理失智症住民營養與水分之攝取（3.46）」、「跟失智症住民或其家屬討論住民個人照顧管理之策略（例如，洗澡、口腔護理、穿衣服、儀容整理或上廁所等；3.35）」與「跟失智症住民家屬討論管理住民異常行為之策略（例如，情緒起伏很大時、遊走、抗拒照顧等；3.31）」（1是不會應用，5是專家級）。同樣地，根據表4的統計分析結果可以看出，護理師受訪者在執行上述三項失智症照顧作業之專業技能明顯高於社會工作人員與照顧服務員。

## 四、失智症照顧工作人員在職訓練項目優先序

由於所有受訪者在勾選在職訓練優先排序方面，意見較為一致，所以總共有七個作業名列前五名最優先之訓練項目。表5顯示，第一、第二優先訓練項目分別

為「提供失智症住民「安寧療護」之服務（3.98）」與「管控並處理失智症住民之異常行為（3.92）」。其他五項優先訓練項目為「關懷並處理失智症住民之病痛（3.90）」、「幫助失智症住民進行個別化之照顧（3.90）」、「跟失智症住民或其家屬討論住民安全的問題（3.90）」、「跟失智症住民家屬討論管理住民異常行為之策略（3.90）」與「協助失智症住民進行日常生活活動（3.90）」並列第三優先序（1是非常不想學習，5是非常想學習）。

根據表5的統計分析結果不難發現，不同職稱的受訪者在勾選在職訓練優先項目方面有很大的差異性。例如，「幫助失智症住民進行個別化之照顧」作業，照顧服務員認為是第一優先要受訓的項目，然而對社會工作人員與護理師而言，他們則認為該作業對他們來說，並不是那麼優先，所以優先序僅列為第6位與第11位。這樣一來，就可以清楚的瞭解，將來規劃有關「幫助失智症住民進行個別化之照顧」作業之在職訓練，則應以照顧服務員為主要的受訓對象。

## 五、象限模型分析

本次問卷調查之象限模型分析結果呈現在表6、7、8。而為了方便讀者加以識別，每一作業在四個象限中最高比例的數字，以黑色粗體字加以標註。同時為了比

較執行頻率、專業技能程度與在職訓練優先序之關聯性，表6、7、8也將所有受訪者勾選之在職訓練優先排序並列在表中。針對護理師受訪者而言，表6顯示20個失智症照顧相關作業中，有18個作業位於高執行頻率／高專業技能象限中，只有二個作業「瞭解失智症不同類型之差異性」與「跟失智症住民或其家屬討論有關法律的議題」位於低執行頻率／低專業技能象限中。表6也同時呈現，前五名優先在職教育訓練作業項目皆落在高執行頻率／高專業技能象限中。

此外，針對社會工作人員受訪者來看，20個失智症照顧相關作業中，有13個作業位於高執行頻率／高專業技能象限中，5個作業位於低執行頻率／低專業技能象限中。同樣地，前五名優先在職教育訓練項目則等比例落在高執行頻率／高專業技能象限與低執行頻率／低專業技能象限中（請參考表7）。

另外，表8顯示，20個失智症照顧相關作業中，針對照顧服務員受訪者而言，有16個作業位於低執行頻率／低專業技能象限中。只有一個作業「跟失智症住民或其家屬討論住民個人照顧管理之策略」位於高執行頻率／高專業技能象限中。此外值得一提的是「管理失智症住民營養與水分之攝取」作業剛好等比例落在高執行頻率／低專業技能象限與高執行頻率／高專業技能象限中。由於照顧服務員受訪者對

於在職教育訓練優先序之意見較為一致，所以有六個作業項目名列在前五大優先序之受訓項目。其中四個作業項目位於低執行頻率／低專業技能象限中，只有「跟失智症住民或其家屬討論住民個人照顧管理之策略」作業項目位於高執行頻率／高專業技能象限中。

## 六、Pearson關聯性與線性迴歸分析

作者進一步針對受訪者執行失智症照顧相關作業之頻率與自認之專業程度進行Pearson關聯性分析。為了方便分析起見，作者將20項失智症照顧相關作業歸類為6大類，分別為「生活影響」、「評估與診斷」、「照顧」、「治療與管理」、「風險因素」與「失智症知識」。從表9中可以看出，「照顧」與「風險因素」呈現高度正相關且達顯著水準，Pearson相關係數為0.898。作者進一步利用線性迴歸分析來量化此一影響值；分析結果顯示，調整後之R平方值為0.806，也就是說，所有受訪者執行失智症照顧相關作業的頻率，80.6%受到「風險因素」的影響。例如，所有受訪者如果一週一次「跟住民或家屬討論住民安全的問題」與「評估失智症住民跌倒之風險」，則他們「幫助失智症住民進行個別化之照顧」與「協助失智症住民進行日常生活活動」的執行頻率就會非常高。

另外，從表10中也可以看出，「照

顧」與「風險因素」呈現高度正相關且達顯著水準，Pearson相關係數為0.925。作者進一步利用線性迴歸分析來量化此一影響值；分析結果顯示，調整後之R平方值為0.856，也就是說，所有受訪者執行失智症照顧相關作業自己認為的專業程度，85.6%受到「風險因素」的影響。例如，所有受訪者如果很有自信，擁有專業能力「跟住民或家屬討論住民安全的問題」與「評估失智症住民跌倒之風險」，則他們「幫助失智症住民進行個別化之照顧」與「協助失智症住民進行日常生活活動」的自信心就會非常高，且能展現專業級的工作表現。

## 七、主成分分析

主成分分析是研究者從大量觀察變數中篩選出較重要因子的分析工具之一。表11顯示，只有一個初始特徵值大於1（4.937），且占資料中變異數的82.285%。作者進一步進行成分矩陣分析，表12顯示，「治療與管理」成分占比高達0.953，換句話說，所有受訪者皆認為「管理失智症住民之藥物治療」、「關懷並處理老人失智症住民之病痛」、「管控並處理老人失智症住民之異常行為」、「管理失智症住民併發症的發生」與「管理失智症住民營養與水分之攝取」是執行失智症照顧相關作業最重要的專業技能，同時也是臺灣老人失智症照顧機構能否成

功的關鍵因子。

## 伍、研究結果討論與結論

失智症是一種融合生物醫學、心理和社會失能的疾病，它比其它因為慢性疾病而失能的患者，在照顧上更具挑戰性，因為90%的失智症患者都會出現異常行為的問題，這對於站在第一線從事老人失智症患者照顧的工作人員而言，是必須克服的一大難題。本研究主要調查老人失智症患者照顧機構之護理師、社會工作人員與照顧服務員，他們在執行失智症照顧相關作業之頻率、自認之專業技能程度與在職教育訓練受訓項目之優先順序。根據作者的瞭解，這是臺灣第一次進行有關第一線失智症照顧相關工作人員之問卷調查與研究，它的重要性與研究過程中所必須面臨的壓力，不言可喻。

經過二年的問卷調查，本研究已有一些初步的成果。首先，根據主成分分析結果，本研究已經分析出「管理失智症住民之藥物治療」、「關懷並處理老人失智症住民之病痛」、「管控並處理老人失智症住民之異常行為」、「管理失智症住民併發症的發生」與「管理失智症住民營養與水分之攝取」五項失智症照顧相關作業，是執行失智症照顧相關作業最重要的專業技能，同時也是臺灣老人失智症照顧機構能否成功的關鍵因子。

幸運的是，針對護理師受訪者而言，上述五項失智症照顧相關作業皆位於高執行頻率／高專業技能象限中。但是對於照顧服務員受訪者來看，上述五項失智症照顧相關作業，有二項則位於低執行頻率／低專業技能象限中，其它三項則位於高執行頻率／低專業技能象限。另外，對於社會工作人員受訪者，僅有一項落在低執行頻率／低專業技能象限中，其他四項則等比例落在高執行頻率／低專業技能與高執行頻率／高專業技能象限中。

第二，根據Pearson關聯性與線性迴歸分析結果顯示，不論在受訪者執行頻率或自認之專業程度方面，「照顧」與「風險因素」皆呈現高度正相關且達顯著水準，Pearson相關係數分別為0.898與0.925，調整後之R平方值為0.806與0.856。也就是說，所有受訪者如果很有自信，高頻率執行「跟住民或家屬討論住民安全的問題」與「評估失智症住民跌倒之風險」，則他們「幫助失智症住民進行個別化之照顧」與「協助失智症住民進行日常生活活動」的自信心就會非常高，且能高頻率的展現專業級之工作表現。

第三，根據象限模型分析結果來看，雖然護理師受訪者，她們勾選六大項優先在職教育訓練之項目都位於高執行頻率／高專業技能象限中，但是她們在照顧專業技能精益求精的精神可見一斑。此外，針對照顧服務員受訪者來看，他們勾選六大



項優先在職教育訓練之項目有四項位於低執行頻率／低專業技能象限中，由此可見照顧服務員受訪者已經知道他們在專業技能不足之處，而希望透過在職教育訓練來精進他們的照顧技能。

另外，值得一提是本次象限模型分析結果顯示，有許多失智症照顧相關作業皆位於低執行頻率／低專業技能象限中，但是受訪者並沒有將它們列為優先受訓之項目，有些甚至名列倒數前幾名，其中照顧服務員受訪者有11個作業、社會工作人員受訪者有3個作業、護理師受訪者有2個作業。作者初步認為，所有受訪者皆已體認這些作業對於他們發展專業化失智症照顧工作的重要性，可惜是他們目前還沒有準備好接受此一教育訓練項目。此一發現也與Hasson與Arnetz在2007年所做的研究結果相呼應，他們發現從事第一線失智症照顧工作人員的專業發展與工作滿意度是呈現正向的關聯性。

臺灣老人失智症照顧機構的主要照顧工作，大部分皆由護理師、社會工作人員與照顧服務員負責，尤其照顧服務員扮演吃重的角色。然而照顧服務員相較於護理師與社會工作人員，他們所受的教育程度通常都比較低，此一低教育程度現象，常常會影響他們自願參與在職教育訓練、發展照顧專業技能的意願，同時也會影響機構照顧的品質。此一現象已從本次研究中獲得證實，在20項失智症照顧相關作

業中，照顧服務員受訪者指出，只有3項作業他們認為夠專業。相較於護理師認為20項作業她們夠專業與社會工作人員認為17項作業他們夠專業來看，照顧服務員在失智症照顧專業技能方面，仍有很大的精進空間。雖然照顧服務員平常提供「手把手」的第一線照顧服務，因此很少有機會去精進照顧技能，但是根據本研究的分析資料可以看出，照顧服務員專業技能的精進，不僅關係到照顧的品質，更是影響老人失智症照顧機構能否成功的關鍵因子。

本研究雖然經過二年的時間順利完成，但仍有一些研究限制要加以說明。首先是受訪者接受調查的意願非常的低，由於臺灣老人失智症照顧機構人力的短缺，所有從事第一線照顧工作的工作人員都非常忙碌，因此皆不大願意花時間接受問卷調查，因此在樣本招募上面臨很大的挑戰。此外，本次問卷調查題目高達66題也是一個挑戰，受訪者幾乎要花費40分鐘左右才能完整回答完問題，所以有22位受訪者在回答到一半時，即放棄繼續回答問題，也因此影響整體回答率。另外，在進行不同職稱差異性分析時，非常多項目皆呈現顯著性之差異，此一原因主要是因為非期待之照顧服務員受訪者低執行頻率／低專業技能所致。

雖然在職教育訓練的目的主要在於增進失智症照顧的品質。Morgan等人（2015）則警示，一些在職教育訓練計畫

通常最終只是增加受訓人員的失智症知識，這對於提升照顧人員的專業度與照顧品質，並沒有實質的幫助。所以作者建議，一個適宜的新進員工或在職教育訓練計畫必須要著重在增進工作人員的自我效率、以工作為導向與實務操作的教育訓練計畫才能提升第一線照顧人員的專業度與機構照顧服務品質。

## 陸、研究限制

雖然本研究經過將近二年的時間，蒐集了205份有效問卷樣本，且獲得一些對實務界有參考價值的研究結果，但本研究在問卷信效度與分析歸類上，仍有存在一些瑕疵，茲彙整說明如下，以提供後續有興趣從事相似研究之研究者參考。

一、本次問卷調查所採用之問卷乃是修改自Morgan等人於2015年發表之問卷樣本，並且經過Morgan等人同意使用。其中20項照顧失智症患者較常執行之項目較偏向於身體照顧項目，對於社工人員而言，其專業之個案訪視、家庭評估、社會資源結合等面向均未反映在問卷調查項目中，所以在社工人員受訪者之問卷信度方面，則

存在一定的瑕疵。

二、本研究在進行「象限模型分析」時，作者除了參考業界實務操作情形外，也為了有效進行「象限模型分析」，乃將「一週一次」、「二週一次」與「一個月一次」歸類為正常執行頻率，當然「一週一次」與「一個月一次」範圍差距較大，但為了進行有效分析，作者仍然決定將「一週一次」、「二週一次」與「一個月一次」歸類為正常執行頻率，當然其分析精確度，仍然有討論的空間。

三、另外，在專業度歸類方面，作者將「足以勝任」、「非常專業」與「專家級」歸類為高專業能力等級。其實在問卷過程中，即有受訪者針對此一歸類提出疑問，不知如何加以區分，當然經過作者詳加說明後，大部分受訪者皆能理解，但是仍然免不了有受訪者誤選正確選項之虞，這也影響本次研究結果之精確度。

（本文作者為明新學校財團法人明新科技大學樂齡服務產業管理系副教授）

**關鍵詞：**失智症、專業度、在職訓練、失智症照顧機構

## 參考文獻

臺灣失智症協會（2019）。〈臺灣失智症之流行比率〉。<http://www.tada2002.org.tw/About/>

IsntDementia。

- Aasgaard, H. S., Fagerstrom, L., & Landmark, B. (2014). Nurses' experience on providing care to dementia patients through home health care: After further training and a reorganization of nursing resources. *Home Health Care Management & Practice*, 26(4), 230-238.
- Cheng, S. T., Lam, L. C. W., Kwok, T., Ng, N. S. S. & Fung, A. W. T. (2013). Self-efficacy is associated with less burden and more gains from behavioral problems of Alzheimer's disease in Hong Kong Chinese caregivers. *The Gerontologist*, 53(1), 71-80.
- Cheung, C. K., & Chow, E. O. (2006) Spilling over strain between elders and their caregivers in Hong Kong. *International Journal of Aging and Human Development*, 63(1), 73-93.
- Elvish, R., Burrow, S., Cawley, R., Harney, K. & Pilling, M. (2016) 'Getting to Know Me': The second phase roll-out of a staff training programme for supporting people with dementia in general hospitals. *Dementia*, 17(1), 96-109
- Engstrom, G., & Fagerberg, I. (2011) Attitudes towards older people among Swedish health care students and health care professionals working in elder care. *Nursing Reports*, 1, e2 open access.
- Hasson, H. & Arnetz, J. E. (2007). Nursing staff competence, work strain, stress and satisfaction in elderly care: A comparison of home-based care and nursing homes. *Journal of Clinical Nursing*, 17(4), 468-481.
- Holroyd, A., Dahlke, S., Fehr, C., Jung, P., & Hunter, A. (2009). Attitudes toward aging: Implications for a caring profession. *The Journal of Nursing Education*, 48, 374-380.
- Huang, H., Shyu, Y. L., Huang, H., Chen, S., Li, H., Shiu, M., & Pong, M. (2013). Factors associated with dementia care practices among community health nurses: Results of a postal survey. *International Journal of Nursing Studies*, 50(9), 1219-1228.
- Lai, A. A., Lau, M. K., Pan, K. M., Lam, P. C., Thompson, L. & Gallagher-Thompson, D. (2009). Social support and well-being in dementia family caregivers: The mediating role of self-efficacy. *Aging & Mental Health*, 13(5), 761-768.
- Moniz-Cook, E., Vernooij-Dassen, M., Woods, R., Verhey, F., Chattat, R., de Vugt, M. & Orrell, M. (2008). A European consensus on outcome measures for psychosocial intervention research in dementia care. *Aging & Mental Health*, 12, 14-29.
- Morgan, D. G., Kosteniuk, J. G., O'Connell, M. E., Bello-Haas, V. D., Stewart, N. J. & Karunanayake, C. (2015). Dementia-related work activities of home care nurses and aides: Frequency, perceived competence, and continuing education priorities, *Educational Gerontology*. DOI: 10.1080/03601277.2015.1083390.
- Moyle, W., Venturato, L., Cooke, M., Hughes, J., van Wyk, S. & Marshall, J. (2013). Promoting value in dementia care: Staff, resident and family experience of the capabilities model of dementia care. *Aging & Mental Health*, 17(5), 587-594.

- Mullan, M. A. & Sullivan, K. A. (2016). Positive attitudes and personcentred care predict of sense of competence in dementia care staff, *Aging & Mental Health*, 20(4), 407-414.
- Naoum, S. G. (1998). *Dissertation Research and Writing for Construction Students*, Butterworth-Heinemann, Oxford.
- Paul, L., Johnson, A. O. & Cranston, G. M. (2000). A Successful Videoconference Satellite Program: Providing Nutritional Information on Dementia to Rural Caregivers, *Educational Gerontology*, 26(5), 415-425.



表 1 所有受訪者回答率統計一覽表

項目	縣市	受訪樣本數			有效回答數			回答率		
		護理師	社會工作人員	照顧服務員	護理師	社會工作人員	照顧服務員	護理師	社會工作人員	照顧服務員
1	新北市	40	34	135	33	33	66	83%	97%	49%
2	桃園市	5	7	25	3	7	15	60%	100%	60%
3	新竹縣	14	13	35	12	13	12	86%	100%	34%
4	新竹市	3	4	15	2	4	5	67%	100%	33%
5	小計／平均值	62	58	210	50	57	98	81%	98%	47%
6	合計／平均值	330			205			62%		

表 2 所有受訪者基本資料一覽表

職稱別		護理師	社會工作人員	照顧服務員	合計	p 值
平均年齡 (範圍，標準差)		38.0 (22-62, 10.51)	35.3 (22-54, 9.42)	44.4 (20-65, 12.39)	40.5 (20-65, 11.9)	0.007 <sup>a</sup>
性別	男 (人數，%)	0	14 (24.6%)	20 (20.4%)	34 (16.6%)	0.055 <sup>a</sup>
	女 (人數，%)	50 (100%)	43 (75.4%)	78 (79.6%)	171 (83.4%)	
職稱別	護理師 (人數，%)	50 (100%)			50 (24.4%)	
	社會工作人員 (人數，%)		57 (100%)		57 (27.8%)	
	照顧服務員 (人數，%)			98 (100%)	98 (47.8%)	
從事老人失智症患者照顧 工作平均年資 (範圍，標準差)		4.83 (0.1-20, 5.03)	4.77 (0.1-18.3, 4.77)	3.61 (0.1-28.4, 4.24)	4.18 (0.1-28.4, 4.55)	0.717 <sup>a</sup>
目前工作之平均年資 (範圍，標準差)		3.66 (0.3-13.8, 3.69)	3.90 (0.2-25.8, 5.29)	3.99 (0.1-28.4, 5.18)	3.86 (0.1-28.4, 4.86)	0.388 <sup>a</sup>

備註：<sup>a</sup>  $\chi^2$  test.

表 3 受訪者執行失智症照顧相關作業之頻率一覽表

作業項目	護理師	社會工作人	照顧服務員	合計	P 值
作業1：檢測阿茲海默氏症或其他類別失智症的早期症狀。	2.72	2.55	2.00	2.33	0.003
作業2：使用標準化的認知測驗（例如，MMSE）評估住民的認知狀態。	2.87	2.74	2.04	2.44	0.000
作業3：瞭解失智症不同類型之差異性（例如，阿茲海默症，路易氏體失智症，額葉型失智症，血管性失智症等）。	2.28	2.38	1.96	2.16	0.067
作業4：辨別失智症患者認知功能的變化。	3.00	2.88	2.14	2.55	0.001
作業5：使用標準化評估工具評估失智症住民之獨立自主能力。	2.83	2.70	2.09	2.45	0.003
作業6：跟失智症住民或其家屬討論並告知，當住民病況隨著時間的延伸而惡化時，其會產生之行為改變。	3.50	3.44	2.72	3.10	0.003
作業7：跟失智症住民或其家屬討論有關法律的議題（例如，無行為能力、委託權等）。	2.59	2.36	1.98	2.24	0.014
作業8：跟失智症住民或其家屬討論住民安全的問題（例如，食物安全、浴室廁所安全、廚房安全或危險預防等）。	3.54	3.20	2.78	3.08	0.003
作業9：跟失智症住民或其家屬討論住民個人照顧管理之策略（例如，洗澡、口腔護理、穿衣服、儀容整理或上廁所等）。	3.63	3.38	3.15	3.34	0.014
作業10：跟失智症住民家屬討論如何與住民有效溝通之策略（言語溝通和非言語溝通方式）。	3.65	<b>3.64</b>	2.81	3.24	0.000
作業11：跟失智症住民家屬討論管理住民異行為之策略（例如，情緒起伏很大時、遊走、抗拒照顧等）。	3.85	3.58	2.98	3.36	0.001
作業12：評估失智症住民跌倒之風險。	4.02	3.20	2.76	3.19	0.000
作業13：幫助失智症住民進行個別化之照顧。	3.76	3.32	2.80	3.16	0.000
作業14：協助失智症住民進行日常生活活動（例如，移動、搭乘交通工具、購物、吃東西或做家务務）。	3.98	3.36	3.00	3.33	0.000

作業項目	護理師	社會工作人	照顧服務員	合計	P 值
作業15：管理失智症住民之藥物治療。	4.07	3.06	2.48	3.02	0.000
作業16：關懷並處理失智症住民之病痛。	4.28	3.84	3.38	3.72	0.004
作業17：管控並處理失智症住民之異常行為。	4.11	3.70	3.27	3.59	0.016
作業18：管理失智症住民併發症的發生（例如，失智症＋糖尿病，失智症＋癌症等）。	3.93	3.28	2.72	3.17	0.001
作業19：管理失智症住民營養與水分之攝取。	4.17	3.38	3.53	3.64	0.010
作業20：提供失智症住民「安寧療護」之服務。	2.83	2.60	2.49	2.60	0.023

備註：5 是一週一次，1 是從未執行。黑色粗體字表示前三名執行頻率最高之作業。



表 4 受訪者執行失智症照顧相關作業自認專業程度調查一覽表

作業項目	護理師	社會工作人員	照顧服務員	合計	P value
作業1	3.31	3.07	2.49	2.87	0.001
作業2	3.47	3.24	2.47	2.94	0.000
作業3	3.26	2.84	2.32	2.72	0.001
作業4	3.40	3.16	2.45	2.89	0.001
作業5	3.37	3.22	2.40	2.87	0.000
作業6	3.68	<b>3.37</b>	2.63	3.10	0.000
作業7	3.04	3.06	2.29	2.69	0.000
作業8	3.79	3.27	2.95	3.25	0.000
作業9	<b>3.85</b>	3.28	<b>3.12</b>	<b>3.35</b>	0.000
作業10	<b>3.83</b>	3.41	2.81	3.23	0.000
作業11	3.77	<b>3.45</b>	2.99	<b>3.31</b>	0.000
作業12	3.79	3.35	2.91	3.26	0.000
作業13	3.77	3.37	2.89	3.25	0.000
作業14	<b>3.80</b>	<b>3.43</b>	2.96	3.30	0.000
作業15	3.70	2.76	2.40	2.84	0.000
作業16	3.72	3.22	2.94	3.22	0.000
作業17	3.68	3.24	<b>3.01</b>	3.25	0.000
作業18	3.62	3.10	2.52	2.96	0.000
作業19	3.61	<b>3.90</b>	<b>3.12</b>	<b>3.46</b>	0.260
作業20	3.37	2.86	2.75	2.94	0.008

備註：5 是專家級，1 是不會應用。黑色粗體字表示前三名自認專業程度最高之作業。

表 5 受訪者進行失智症照顧相關作業在職訓練優先序統計一覽表

作業項目	護理師 (排名)	社會工作人員 (排名)	照顧服務員 (排名)	合計 (排名)	P 值
作業1	3.73 (16)	3.89 (18)	3.70 (16)	3.75 (18)	0.767
作業2	3.68 (20)	3.84 (19)	3.70 (16)	3.73 (20)	0.640
作業3	3.75 (14)	3.94 (15)	3.74 (14)	3.78 (15)	0.872
作業4	3.73 (16)	3.84 (19)	3.72 (15)	3.74 (19)	0.759
作業5	3.71 (19)	3.90 (17)	3.76 (13)	3.78 (15)	0.540
作業6	<b>3.86 (2)</b>	3.98 (13)	3.83 (11)	3.86 (11)	0.973
作業7	3.75 (14)	<b>4.08 (3)</b>	3.68 (19)	3.80 (14)	0.688
作業8	<b>3.84 (5)</b>	4.02 (8)	3.89 (7)	<b>3.90 (3)</b>	0.869
作業9	3.77 (11)	3.94 (15)	<b>3.91 (5)</b>	3.87 (9)	0.719
作業10	3.78 (9)	4.04 (6)	3.83 (11)	3.86 (11)	0.920
作業11	3.78 (9)	4.02 (8)	<b>3.92 (4)</b>	<b>3.90 (3)</b>	0.905
作業12	3.82 (7)	4.02 (8)	3.85 (9)	3.87 (9)	0.952
作業13	3.77 (11)	4.04 (6)	<b>3.94 (1)</b>	<b>3.90 (3)</b>	0.432
作業14	3.77 (11)	4.02 (8)	<b>3.91 (5)</b>	<b>3.90 (3)</b>	0.712
作業15	3.82 (7)	4.00 (12)	3.64 (20)	3.77 (17)	0.596
作業16	<b>3.86 (2)</b>	<b>4.08 (3)</b>	3.85 (9)	<b>3.90 (3)</b>	0.981
作業17	3.73 (16)	<b>4.10 (2)</b>	<b>3.94 (1)</b>	<b>3.92 (2)</b>	0.267
作業18	<b>3.84 (5)</b>	<b>4.08 (3)</b>	3.70 (16)	3.83 (13)	0.905
作業19	<b>3.86 (2)</b>	3.98 (13)	3.89 (7)	3.89 (8)	0.797
作業20	<b>3.93 (1)</b>	<b>4.16 (1)</b>	<b>3.93 (3)</b>	<b>3.98 (1)</b>	0.688

備註：5 是非常想學習，1 是非常不想學習。

表 6 護理師受訪者象限模型分析一覽表

作業項目	在職教育訓練優先序 (平均值)	在職教育訓練優先序 (排名)	低執行頻率 ／低專業度 (%)	低執行頻率 ／高專業度 (%)	高執行頻率 ／低專業度 (%)	高執行頻率 ／高專業度 (%)
作業1	3.73	16	21.3%	14.9%	25.5%	<b>38.3%</b>
作業2	3.68	20	17.8%	8.9%	20.0%	<b>53.3%</b>
作業3	3.75	14	<b>28.9%</b>	22.2%	22.2%	26.7%
作業4	3.73	16	15.6%	6.7%	31.1%	<b>46.7%</b>
作業5	3.71	19	20.9%	9.3%	25.6%	<b>44.2%</b>
作業6	<b>3.86</b>	<b>2</b>	13.6%	11.4%	20.5%	<b>54.5%</b>
作業7	3.75	14	<b>34.1%</b>	20.5%	22.7%	22.7%
作業8	<b>3.84</b>	<b>5</b>	13.6%	9.1%	18.2%	<b>59.1%</b>
作業9	3.77	11	6.8%	13.6%	15.9%	<b>63.6%</b>
作業10	3.78	9	13.6%	4.5%	13.6%	<b>68.2%</b>
作業11	3.78	9	9.1%	4.5%	20.5%	<b>65.9%</b>
作業12	3.82	7	4.5%	2.3%	22.7%	<b>70.5%</b>
作業13	3.77	11	13.6%	4.5%	11.4%	<b>70.5%</b>
作業14	3.77	11	7.0%	0.0%	18.6%	<b>74.4%</b>
作業15	3.82	7	13.6%	0.0%	15.9%	<b>70.5%</b>
作業16	<b>3.86</b>	<b>2</b>	9.1%	2.3%	22.7%	<b>65.9%</b>
作業17	3.73	16	6.8%	2.3%	27.3%	<b>63.6%</b>
作業18	<b>3.84</b>	5	9.1%	4.5%	27.3%	<b>59.1%</b>
作業19	<b>3.86</b>	<b>2</b>	9.3%	2.3%	27.9%	<b>60.5%</b>
作業20	<b>3.93</b>	<b>1</b>	27.9%	16.3%	23.3%	<b>32.6%</b>

備註：黑色粗體字強調每一作業最高百分比所在之象限。

表 7 社會工作人員受訪者象限模型分析一覽表

作業項目	在職教育訓練優先序 (平均值)	在職教育訓練優先序 (排名)	低執行頻率 ／低專業度 (%)	低執行頻率 ／高專業度 (%)	高執行頻率 ／低專業度 (%)	高執行頻率 ／高專業度 (%)
作業1	3.89	18	<b>34.0%</b>	17.0%	17.0%	32.1%
作業2	3.84	19	27.1%	8.3%	18.8%	<b>45.8%</b>
作業3	3.94	15	<b>45.8%</b>	10.4%	18.8%	25.0%
作業4	3.84	19	22.9%	6.3%	27.1%	<b>43.8%</b>
作業5	3.90	17	25.0%	12.5%	22.9%	<b>39.6%</b>
作業6	3.98	13	20.8%	2.1%	22.9%	<b>54.2%</b>
作業7	<b>4.08</b>	<b>3</b>	<b>56.3%</b>	14.6%	10.4%	18.8%
作業8	4.02	8	25.0%	4.2%	22.9%	<b>47.9%</b>
作業9	3.94	15	21.3%	4.3%	21.3%	<b>53.2%</b>
作業10	4.04	6	12.5%	6.3%	22.9%	<b>58.3%</b>
作業11	4.02	8	14.6%	12.5%	25.0%	<b>47.9%</b>
作業12	4.02	8	25.0%	4.2%	16.7%	<b>54.2%</b>
作業13	4.04	6	20.8%	8.3%	20.8%	<b>50.0%</b>
作業14	4.02	8	12.5%	6.3%	20.8%	<b>60.4%</b>
作業15	4.00	12	<b>41.7%</b>	6.3%	25.0%	27.1%
作業16	<b>4.08</b>	<b>3</b>	20.8%	2.1%	25.0%	<b>52.1%</b>
作業17	<b>4.10</b>	<b>2</b>	22.9%	6.3%	25.0%	<b>45.8%</b>
作業18	<b>4.08</b>	<b>3</b>	25.0%	6.3%	<b>35.4%</b>	33.3%
作業19	3.98	13	25.0%	4.2%	<b>37.5%</b>	33.3%
作業20	<b>4.16</b>	<b>1</b>	<b>43.8%</b>	8.3%	22.9%	25.0%

備註：黑色粗體字強調每一作業最高百分比所在之象限。



表 8 照顧服務員受訪者象限模型分析一覽表

作業項目	在職教育訓練優先序 (平均值)	在職教育訓練優先序 (排名)	低執行頻率 ／低專業度 (%)	低執行頻率 ／高專業度 (%)	高執行頻率 ／低專業度 (%)	高執行頻率 ／高專業度 (%)
作業1	3.70	16	<b>64.6%</b>	8.3%	16.7%	10.4%
作業2	3.70	16	<b>60.7%</b>	4.5%	19.1%	15.7%
作業3	3.74	14	<b>61.5%</b>	6.6%	22.0%	9.9%
作業4	3.72	15	<b>56.7%</b>	5.6%	22.2%	15.6%
作業5	3.76	13	<b>58.2%</b>	6.6%	20.9%	14.3%
作業6	3.83	11	<b>46.2%</b>	4.4%	28.6%	20.9%
作業7	3.68	19	<b>70.3%</b>	6.6%	14.3%	8.8%
作業8	3.89	7	<b>46.2%</b>	7.7%	17.6%	28.6%
作業9	<b>3.91</b>	<b>5</b>	30.0%	10.0%	26.7%	<b>33.3%</b>
作業10	3.83	11	<b>42.9%</b>	5.5%	28.6%	23.1%
作業11	<b>3.92</b>	<b>4</b>	<b>32.2%</b>	10.0%	31.1%	26.7%
作業12	3.85	9	<b>39.6%</b>	7.7%	27.5%	25.3%
作業13	<b>3.94</b>	<b>1</b>	<b>38.9%</b>	11.1%	27.8%	22.2%
作業14	<b>3.91</b>	<b>5</b>	<b>30.0%</b>	10.0%	35.6%	24.4%
作業15	3.64	20	<b>54.4%</b>	6.7%	24.4%	14.4%
作業16	3.85	9	27.8%	5.6%	<b>35.6%</b>	31.1%
作業17	<b>3.94</b>	<b>1</b>	25.6%	8.9%	<b>36.7%</b>	28.9%
作業18	3.70	16	<b>44.4%</b>	4.4%	37.8%	13.3%
作業19	3.89	7	24.2%	5.5%	<b>35.2%</b>	<b>35.2%</b>
作業20	<b>3.93</b>	<b>3</b>	<b>52.2%</b>	10.0%	23.3%	14.4%

備註：黑色粗體字強調每一作業最高百分比所在之象限。

表 9 Pearson 關聯性與線性迴歸分析－執行頻率

尺度	Pearson相關係數（調整後R平方值）								
	年齡	教育程度	從事失智症照顧 工作年資	生活影響	評估與診斷	照顧	治療與管理	風險因素	失智症知識
年齡	1	-.388 (**) (0.15)	.118	-.073	-.077	-.109	-.134	-.089	-.040
教育程度	-.388 (**) (0.15)	1	.125	.009	.078	.145 (*) (0.021)	.156 (*) (0.024)	.131	.064
從事失智症照顧 工作年資	.118	.125	1	-.116	.083	-.052	-.055	-.071	.021
生活影響	-.073	.009	-.116	1	.537 (**) (0.289)	.713 (**) (0.509)	.735 (**) (0.540)	.710 (**) (0.505)	.550 (**) (0.303)
評估與診斷	-.077	.078	.083	.537 (**) (0.289)	1	.601 (**) (0.361)	.583 (**) (0.339)	.589 (**) (0.347)	.827 (**) (0.684)
照顧	-.109	.145 (*) (0.021)	-.052	.713 (**) (0.509)	.601 (**) (0.361)	1	.856 (**) (0.733)	.898 (**) (0.806)	.547 (**) (0.300)
治療與管理	-.134	.156 (*) (0.024)	-.055	.735 (**) (0.540)	.583 (**) (0.339)	.856 (**) (0.733)	1	.841 (**) (0.706)	.547 (**) (0.299)

尺度	Pearson相關係數（調整後R平方值）								
	年齡	教育程度	從事失智症照顧 工作年資	生活影響	評估與診斷	照顧	治療與管理	風險因素	失智症知識
風險因素	-.089	.131	-.071	.710 (**) (0.505)	.589 (**) (0.347)	.898 (**) (0.806)	.841 (**) (0.706)	1	.564 (**) (0.318)
失智症知識	-.040	.064	.021	.550 (**) (0.303)	.827 (**) (0.684)	.547 (**) (0.300)	.547 (**) (0.299)	.564 (**) (0.318)	1

備註：\*\*顯著性水準達 0.01（雙尾檢定）  
\*顯著性水準達 0.05（雙尾檢定）

表 10 Pearson 關聯性與線性迴歸分析－自認之專業度

尺度	Pearson相關係數（調整後R平方值）								
	年齡	教育程度	從事失智症照顧 工作年資	生活影響	評估與診斷	照顧	治療與管理	風險因素	失智症知識
年齡	1	-.388 (**) (0.15)	.118	.018	-.054	-.014	-.041	.019	-.085
教育程度	-.388 (**) (0.15)	1	.125	.222 (**) (0.049)	.300 (**) (0.090)	.274 (**) (0.075)	.243 (**) (0.059)	.247 (**) (0.061)	.281 (**) (0.079)
從事失智症照顧 工作年資	.118	.125	1	.042	.067	.022	.018	.011	.049
生活影響	.018	.222 (**) (0.049)	.042	1	.659 (**) (0.435)	.849 (**) (0.721)	.858 (**) (0.736)	.807 (**) (0.651)	.612 (**) (0.375)
評估與診斷	-.054	.300 (**) (0.090)	.067	.659 (**) (0.435)	1	.763 (**) (0.582)	.792 (**) (0.626)	.720 (**) (0.518)	.909 (**) (0.827)
照顧	-.014	.274 (**) (0.075)	.022	.849 (**) (0.721)	.763 (**) (0.582)	1	.890 (**) (0.793)	.925 (**) (0.856)	.707 (**) (0.500)
治療與管理	-.041	.243 (**) (0.059)	.018	.858 (**) (0.736)	.792 (**) (0.626)	.890 (**) (0.793)	1	.862 (**) (0.742)	.769 (**) (0.591)



尺度	Pearson相關係數（調整後R平方值）								
	年齡	教育程度	從事失智症照顧 工作年資	生活影響	評估與診斷	照顧	治療與管理	風險因素	失智症知識
風險因素	.019	.247 (**) (0.061)	.011	.807 (**) (0.651)	.720 (**) (0.518)	.925 (**) (0.856)	.862 (**) (0.742)	1  (0.454)	.674 (**) (0.454)
失智症知識	-.085	.281 (**) (0.079)	.049	.612 (**) (0.375)	.909 (**) (0.827)	.707 (**) (0.500)	.769 (**) (0.591)	.674 (**) (0.454)	1

備註：\*\*顯著性水準達 0.01（雙尾檢定）  
\*顯著性水準達 0.05（雙尾檢定）

表 11 主成分分析結果一覽表

成分	初始特徵值			平方和負荷量萃取		
	總和	變異數的%	累積%	總和	變異數的%	累積%
1	4.937	82.285	82.285	4.937	82.285	82.285
2	.599	9.982	92.267			
3	.205	3.417	95.684			
4	.105	1.753	97.437			
5	.086	1.428	98.865			
6	.068	1.135	100.000			

備註：萃取法——主成份分析。

表 12 成份矩陣與可信度分析一覽表

項目	作業種類	成份矩陣	可信度分析 (Cronbach's Alpha)
1	治療與管理	0.953	0.920
2	照顧	0.944	0.944
3	風險因素	0.918	0.878
4	評估與診斷	0.888	0.926
5	生活影響	0.882	0.690
6	失智症知識	0.853	0.894

備註：萃取法——主成份分析，萃取了1個成份。