

都市型態與農村型態社區居民對失智症知識與態度之差異化分析——以新竹縣竹北市竹義里與麻園里熟齡族為例

簡鴻儒

壹、緒論

隨著社會的老化，全世界失智者人數將從2019年的5,500萬人增加到2050年的1.39億人。同樣根據世界衛生組織估算，花費在照顧失智者的相關費用將從2019年的每年1.3兆美元倍增至2030年的2.8兆美元（Long et al., 2023）。

雖然「預防重於治療」這一句話，很多人都認為是一句陳腔濫調，且大多數人也都錯誤地認知罹患失智症是老年人不可避免的命運。但是Livingston等人（2020）在「刺絡針」報告中指出，高達40%的失智症患者是可以預防或者延緩他們的發病時程，只要控制好12種可改變的失智症風險因素，其中包含：低教育程度、高血壓、聽力損失、抽菸、憂鬱、肥胖、缺乏適當運動、糖尿病、孤獨、酗酒、頭部受傷、空氣汙染等。

也有越來越多的研究顯示，透過正確

的生活模式也可以預防失智症。例如，多運動、正確的飲食習慣、建立社會網絡，甚至避免聽力的損失等。然而降低失智症風險並不是意味著晚一點罹患失智症或根本不會罹患失智症的二元路徑。延緩失智症的發病或在診斷後減緩病程的發展，同樣是降低失智症風險的重要目標，更不用說能夠健康的生活的時間愈久，對於其個人及其照顧的家屬而言，那是無法衡量的價值（Long et al., 2023）。

本研究之目的主要是應用The Alzheimer's Disease Knowledge Scale（ADKS）量表與Approaches to Dementia Questionnaire（ADQ）量表，於2023年11月1日至2024年3月31日針對166位50~84歲新竹縣竹北市麻園里社區熟齡族進行問卷調查，以瞭解社區熟齡族對於失智症相關知識的認知程度與態度。此次問卷調查結果同時與研究者在2022年3月1日至2022年4月30日於新竹縣竹北市竹義里針對250

位55~84歲社區熟齡族所進行的同樣問卷調查，進行差異化分析；以瞭解都市型態與農村型態社區熟齡族對於失智症相關知識的認知程度與態度的差異性，以作為將來在當地因地制宜推動失智症教育訓練之基本教材。

根據Alzheimer's Disease International (2019) 年度報告中指出，都市型社區的居民對於失智症的瞭解會比較多，主要受益於較好的醫療資源、教育程度、資訊流通、社會支持等因素；而農村型社區居民因為醫療可及性較低、資訊傳播較少，以及傳統觀念影響，相對較難獲得失智症相關的知識。該報告進一步強調了在不同地區提升失智症知識和減少污名化的重要性，特別是在醫療資源和資訊獲取相對不足的農村型社區。所以本研究之研究假設為新竹縣竹北市竹義里與麻園里社區熟齡族在失智症知識與態度方面存在顯著性差異。對於熟齡族而言，擁有正確的失智症知識與態度，才能確保能提供失智者有品質的照顧服務及有尊嚴的晚年生活，因為目前75%的失智症患者皆由家人在照顧 (Orpin et al., 2014)。

根據相關研究資料顯示，都市型社區與農村型社區之比較與影響可參考表1 (王文雄, 2020; 內政部營建署, 2023; 陳怡安, 2019)。新竹縣竹北市麻園里在清朝時期被稱為「蔴園」，是種植苧麻的主要地區；日治時代，該地區擴大了農業

活動，特別是甘蔗種植，並設立了火車站以便運輸甘蔗。根據新竹縣政府民政處 (2023) 人口統計資料顯示，迄2023年10月底竹北市麻園里共有居民2,361人 (男性1,203人、女性1,158人)。隨著時代變遷，麻園里仍保持著農業生產的特色，該地區是竹北市西區重要的稻米生產區，並且在近期配合「大糧倉計畫」，開始種植雜糧作物如黑豆。另外，麻園里的人口密度相對較低，居民主要從事農業活動，社區生活以農村風貌為主，與都市型社區的高人口密度和多元經濟活動形成對比。綜合以上因素，麻園里具備農村型社區的典型特徵，如以農業為主的經濟活動、低人口密度以及傳統的農村生活方式 (新竹縣政府民政處, 2023)。

新竹縣竹北市竹義里位於老竹北熱鬧之街區，屬於人口密集區域。根據新竹縣政府民政處 (2023) 人口統計資料顯示，迄2023年10月底竹北市竹義里共有居民7,269人 (男性3,744人、女性3,525人)。竹北市作為新竹縣縣治，工商業發展迅速，主要商業活動都集中在竹仁里、竹義里、新社里和新國里等地區。竹義里鄰近新竹縣演藝廳、縣史館、美術館等，居民非常方便使用這些公共資源。同時竹義里位於新竹平原地帶，交通網絡發達，居民出行非常方便。綜合以上因素，竹義里具備都市型社區的典型特徵，如高人口密度、多元經濟活動、完善的公共設施和

表 1 都市型社區與農村型社區之比較一覽表

特點	都市型社區	農村型社區
人口密度	高	低
經濟活動	商業、科技、工業	農業、漁業、畜牧
生活步調	快	慢
公共設施	交通便利、醫療完善	資源較少、需遠距服務
社會關係	人際關係較疏離	鄰里互助性強

資料來源：王文雄（2020）；內政部營建署（2023）；陳怡安（2019）。

便利的交通環境（新竹縣政府民政處，2023）。

貳、文獻探討

根據衛生福利部長期照護司委託國家衛生研究院所進行之失智症流行病學調查，推估2024年臺灣65歲以上失智症人數約為35萬人，失智症盛行率達7.99%，與2021年的8.04%相近；女多於男，年齡愈高，罹患失智症比率愈高；預估到了民國130年臺灣65歲以上失智症人數將近68萬人（賴昀岫等人，2024）。

賴昀岫等人（2024）進一步指出，臺灣失智症類型以阿茲海默氏症患者最多，約占57%；血管型失智症占23%，巴金森氏症失智症占7.12%。女性失智症盛行率為9.36%，高於男性的6.35%。其中高達60%之失智症患者伴隨情緒及行為症狀（BPSD），照顧難度高，成為臺灣進

入超高齡社會的嚴峻挑戰。BPSD最常出現症狀依序為憂鬱及負性症狀、日夜顛倒與作息混亂、恐懼或焦慮、重複行為和妄想。此外，相關學者近期也完成全臺灣首份阿茲海默症患者平均餘命研究，整體存活中位數為7.69年，三分之二以上患者存活逾五年、三分之一逾十年（林琮恩，2024）。

另外，根據國際阿茲海默氏症協會2022年度報告指出，75%之失智症患者並沒有被診斷出來，其中在中、低收入國家，未被診斷出之個案數更高達90%。而未被診斷出罹患失智症的原因主要有兩項，失智症污名化與對失智症的認識不足有關。此外，倫敦政治經濟學院於2019年針對155個國家與地區，60,860位包含照顧者與一般民眾等受訪者，進行對失智症的知識、態度與行為問卷調查。調查結果顯示，在知識方面，95%的一般民眾受訪者認為自己一生中會罹患失智症，也有

25%的一般民眾認為失智症是無法預防；另有67.7%的一般民眾認為失智症是正常老化的結果。事實上失智症「並非」正常老化現象，而是一種疾病，顯然這一失智症基本知識仍未為一般民眾所接受。54%之受訪者認為生活習慣是罹患失智症的影響因素之一（Evans-Lacko et al., 2019）。此外，在東南亞地區45%的一般民眾認為失智者具有危險性；而對於照顧者而言，即使正面看待照顧者的角色，全世界仍然有75%之照顧者表示「時常感到兼顧照顧與其他職責的壓力」；也有超過50%的照顧者表示，照顧職責為他們的健康帶來負面影響（Evans-Lacko et al., 2019）。

Frank等人（2020）也從1988年至2015年間針對北美和歐洲近5萬人的追蹤結果發現，失智症罹患率為8.6%，但引人注目的是，當他們控制好可改變的失智症風險因素時，則罹患失智症的機率平均每十年下降約13%，從1995年75歲老人的四分之一左右下降到2015年的不到五分之一。

但是在中國和日本，罹患失智症的風險不斷在上升。在日本，按年齡調整後的總體盛行率從1985年的4.9%增加到2014年的9.6%（Nakahori et al., 2021）。同樣根據2022年中國失智症研究報告顯示，罹患失智症比率、發病率和死亡率都在穩定上升，造成失智症是目前中國城鄉居民第五大死亡原因（Ren et al., 2022）。

另外，在中國和日本，失智症發生率的上升也伴隨著冠心病發生率的上升（Shiba & Shimokawa, 2008）。Shiba與Shimokawa（2008）認為，飲食影響大腦健康，不僅是增加罹患失智症的風險，而且直接透過腸道細菌（微生物群）的影響，對於大腦中參與學習和記憶的細胞有很大影響。同樣地，酗酒行為也是罹患失智症風險因素之一。Schwarzinger等人（2018）在法國針對2008年至2013年間住院的3,160萬人進行的一項研究發現，飲酒過量是罹患所有類型失智症的一大危險因素，尤其是早發性失智症。

上述之失智症相關知識是身為失智症照顧人員所需具備。可是Burgstaller等人（2018）在他們的研究中發現，由於人力的短缺，一般專業醫療照護人員對於失智症知識的瞭解是非常有限，也因為此一因素，所以他們對於失智者皆持負面的態度。事實上，長期照顧人員人力短缺的問題已經在臺灣的長期照顧服務方面，形成嚴峻的挑戰。根據統計資料顯示，臺灣長期照顧需求人口愈來愈多，2020年為824,515人，2024年已攀升至892,117人，但居家服務員人數成長停滯，2023年增加851人，2024年迄11月底僅增682人，照護人力增加速度遠不及人口老化速度（廖靜清，2024）。

至於如何加強照顧人員失智症相關的知識，Carpenter等人（2011）的研究

證實，通過工作或家庭接觸失智症患者與增加失智症知識有關。McParland等人（2012）也認為，跟失智者相處並照顧他們，對增進失智症相關的知識有很大的幫助。Cheston等人（2016）同意上述的觀點並進一步指出，有實務工作經驗者，會比沒有相關經驗的照顧人員，能更加正向對待失智者。Travers等人（2013）進一步展示他們之前舉辦失智症照顧人員在職教育訓練後，利用ADQ態度量表進行問卷調查之結果。調查結果顯示，參與在職教育訓練後之照顧人員，不論在「希望（Hope）」題組或「以人為本（Person-Centred）」題組皆呈現能更加以正向態度對待失智者。此一改變也讓照顧人員能更有效的與失智者溝通，並提供以人為本的照顧服務。

參、研究方法

一、問卷設計

本次問卷調查內容包含三部分：（一）受訪者基本資料；（二）失智症知識；（三）失智症態度。在失智症知識方面，本次問卷採用Carpenter等人於2009年發表之The Alzheimer's Disease Knowledge Scale（ADKS）量表，經由本研究翻譯成中文版本並經Carpenter同意授權使用。ADKS是一份30題是非題用來評估阿茲海默氏症知識之量表，其中包含

生活影響（3題）、風險因子（6題）、症狀（4題）、治療及處理（4題）、評估及診斷（4題）、照顧（5題）與病程發展（4題）七部分，本次失智症知識問卷調查之信度Cronbach's α 值為0.785。此外在態度方面，本次問卷採用Lintern於2001年所發表之Approaches to Dementia Questionnaire（ADQ）量表，經由本研究翻譯成中文版本並經Lintern同意授權使用。ADQ是一份可靠、有效且容易評估針對失智症患者態度的量表，它包含19個題目（17題正向題與2題反向題（題目3與題目14），請參考表7），採用李特氏五等分量表（從「非常不同意」到「非常同意」）。經由因素分析結果可以將此量表分為希望（Hope）與以人為本（Person-Centred）二個題組；希望題組包含8個題目（題目3、7、9、11、12、13、16、18，請參考表7），主要反映受訪者對於失智者他們具有的樂觀與悲觀情緒和未來隨著病程發展仍具有能力的同意度。以人為本題組包含11個題目（題目1、2、4、5、6、8、10、14、15、17、19，請參考表7），主要反映受訪者是否具有以人為本的認知，或體認到失智者是一個獨立的個體且跟其他人一樣具有相同價值的同意度，本次失智症態度問卷調查之信度Cronbach's α 值為0.588。

表 2 麻園里受訪者回答率統計一覽表

年齡	居民數	受訪樣本數	有效回答數	回答率
50~54	202	40	18	45%
55~59	168	34	28	82%
60~64	169	34	24	71%
65~69	110	22	21	95%
70~74	99	20	16	80%
75~79	45	9	8	89%
80~84	36	7	5	71%
合計	829	166	120	72%

資料來源：作者自製。

二、研究對象

根據新竹縣政府民政處（2023）人口統計資料顯示，迄民國112年10月底竹北市麻園里50~84歲之熟齡族共有829人，本研究以20%比例採方便隨機抽樣方式，於社區發展協會、關懷據點、巷弄長照站等地共挑選166位50~84歲熟齡族為受訪者，根據王釗洪（2015）在其「熟齡經濟學淺譯」一書中所描述，所謂「熟齡族」即是中高齡人士，他並將熟齡族細分為輕熟齡族（約50歲到64歲）、中熟齡族（約65到74歲）、高熟齡族（約75到84歲）、瑞齡族（指85歲以上）四種，所以本研究對象包含輕、中、高熟齡族。本次問卷扣除拒測與無效問卷後，共有120份有效問卷在2023年11月1日至2024年3月31日完成，問卷回答率為72%（120/166=0.72，

請參考表2），Naoum（1998）指出，問卷調查回答率若能維持在40%-60%之間，即是不錯的研究。

此次麻園里受訪者平均年齡為63.83歲（SD=9.063）；此外在性別方面，60.3%之受訪者是女性，男性只占39.7%。另外，在教育程度方面，高中職畢業受訪者最多，占49.2%，依次為國小畢業（17.5%）、專科/大學畢業（14.3%）與國中畢業（11.1%）。本研究進一步調查受訪者目前或退休前所從事之工作，調查結果顯示，從事「服務業」占25.4%比例最高，其次為「家管」，占19%。

另外，本研究也將研究者在2022年3月1日至2022年4月30日於新竹縣竹北市竹義里針對250位55~84歲社區熟齡族所進

表 3 竹義里受訪者回答率統計一覽表

年齡	居民數	受訪樣本數	有效回答數	回答率
55~59	529	93	58	62%
60~64	410	80	52	65%
65~69	357	71	44	62%
70~74	229	57	56	98%
75~79	140	28	14	50%
80~84	120	28	26	93%
合計	1785	357	250	70%

資料來源：作者自製。

行的問卷調查研究對象資料呈現在表3，以資對照。

肆、研究結果與討論

本研究結果與討論將分為：（一）失智症知識；（二）失智症態度二部分，詳細說明如下。

一、失智症知識

（一）前言

擁有正確的失智症相關知識是身為即將邁入「超高齡社會」中一分子不可或缺的基本常識。本次麻園里全部受訪者在30題是非題中，平均正確答對率為55.75%（16.73題，SD=2.996），正確答題數最高為26題，最低為9題。相較於竹

義里熟齡族居民，其在30題是非題中，平均正確答對率為58.77%（17.63題，SD=2.673），答對率稍微較低。如果以性別加以比較分析，竹義里男性受訪者全部30題答對率為56.1%，女性受訪者全部30題答對率為59.5%。另外，在麻園里男性受訪者全部30題答對率為55.7%，女性受訪者全部30題答對率為56.1%。根據上述的比較分析可以發現，無論竹義里或麻園里受訪者，女性受訪者答對率皆高於男性受訪者（請參考表5）。

（二）答對率較高之失智症知識題目

若以答對率最高前五名進行比較分析可以發現，在問題5「教導阿茲海默症患者做事的最好方法，就是以簡單、每次只做一個步驟或一件事的方式進行」，竹

義里與麻園里受訪者答對率分別為93.1%與87.3%，占答對率第一名（請參考表4）。此外，在問題9「如果阿茲海默氏症患者接受針對「憂鬱」及「焦慮」之心理治療，可避免他們的症狀更加惡化」，竹義里與麻園里受訪者答對率分別為82.8%與87.3%，分占答對率第五名與第一名。本研究進一步以七大題組加以比較分析，分析結果如表5所示，竹義里受訪者在失智症狀題目（4題）方面，全部受訪者答對率65.2%最高，麻園里受訪者答對率最高為生活影響（3題），答對率64%。綜合上述之調查結果可知，無論竹義里或麻園里之受訪者，其在失智者照顧原則上已經擁有基本的認知。

（三）答對率較低之失智症知識題目

接著本研究針對答對率最低前五名進行比較分析後可以發現，無論竹義里或麻園里受訪者，其在問題2「相關的科學研究已證實，老人經常從事腦力的活動，可以避免得到阿茲海默症」（答對率分別為14.4%、11.1%）、問題8「極少數的阿茲海默症患者會從治療中康復」（答對率分別為32.9%、27.0%）、問題10「突然「記憶出狀況」及「詞不達意」時，有可能罹患阿茲海默症」（答對率分別為27.6%、19.0%）與問題24「使用「備忘錄」或「提醒便條紙」可避免阿茲海默症患者病情惡化」（答對率分別為17.2%、

25.4%），二里熟齡族受訪者皆呈現答對率偏低之現象（請參考表4）。本研究進一步以七大題組加以比較分析，分析結果如表5所示。竹義里受訪者答對率最低為失智症病程發展題目（4題），答對率只有49.8%。麻園里受訪者答對率最低為風險因子（6題），答對率47.4%。

（四）竹義里與麻園里受訪者差異分析

本研究利用卡方檢定進行顯著性分析，分析結果如表4所示，在30題有關失智症知識受測題目中，剛好50%（15題）其P值 <0.05 ，達到顯著水準，也就是說竹義里與麻園里熟齡族受訪者在有關失智症知識的認知程度上，有50%題目存在顯著性的差異。接著研究者以卡方檢定進行七大題組顯著性分析，分析結果如表5所示，在七大題組中有「生活影響」、「症狀」、「評估及診斷」、「照顧」與「病程發展」五大題組，其P值分別為0.015、0.000、0.035、0.000與0.008皆小於0.05，達到顯著水準，也就是說竹義里與麻園里熟齡族受訪者在上述五大題組的認知程度上，存在顯著性的差異；其中竹義里受訪者在「症狀」、「評估及診斷」與「照顧」三個題組答對率優於麻園里受訪者；而麻園里受訪者則在「生活影響」與「病程發展」二個題組答對率優於竹義里受訪者，此一分析結果確實可提供將來在當地因地制宜推動失智症教育訓練時編撰教材

表 4 竹義里與麻園里受訪者失智症知識問題正確率比較分析表

項次	問題	答案	竹義里	麻園里	顯著性
1	阿茲海默症患者特別容易得到憂鬱症。	是	62.1%	79.4%	0.013*
2	相關的科學研究已證實，老人只是經常從事腦力的活動，可以避免得到阿茲海默症。	否	14.4% (-1)	11.1% (-1)	0.517
3	當阿茲海默症症狀開始出現時，阿茲海默症患者平均剩下的餘命大概6~10年。	是	40.2%	58.7%	0.011*
4	當阿茲海默症患者出現焦慮現象時，可透過醫療檢測過程來發現患者其實是因為其他健康問題而出現之焦慮現象。	是	70.1%	87.3% (1)	0.007**
5	教導阿茲海默症患者做事的最好方法，就是以簡單、每次只做一個步驟或一件事的方式進行。	是	93.1% (1)	87.3% (1)	0.156
6	當阿茲海默症患者開始出現無法照顧自己時，照顧人員應馬上接管。	否	44.3%	12.7% (-2)	0.000***
7	如果阿茲海默症患者在晚上仍然很警覺且激動，最好的方法就是讓患者白天盡量從事動態耗體能的活動。	是	62.1%	85.7% (5)	0.001***
8	極少數的阿茲海默症患者會從治療中康復。	否	32.9% (-4)	27.0% (-5)	0.382
9	如果阿茲海默症患者接受針對「憂鬱」及「焦慮」之心理治療，可避免他們的症狀更加惡化。	是	82.8% (5)	87.3% (1)	0.400
10	突然「記憶出狀況」及「詞不達意」時，有可能罹患阿茲海默症。	否	27.6% (-3)	19.0% (-3)	0.182
11	大部分阿茲海默症患者住在護理之家等老人福利機構。	否	39.1% (-5)	42.9%	0.600
12	營養攝取不足會促使阿茲海默症患者病況更加惡化。	是	63.8%	61.9%	0.790
13	30歲的青年人也有可能罹患阿茲海默症。	是	86.2% (4)	68.3%	0.002***
14	如果一個阿茲海默症患者比以前更容易跌倒，那表示他的病況更加惡化。	是	73.0%	87.3% (1)	0.021*

15	當阿茲海默症患者不斷重複問相同的問題或說相同的故事時，最好的方式就是告訴他們，他們已經重複問過或說過好多次。	否	63.2%	34.9%	0.000***
16	當一般人剛開始罹患阿茲海默症時，他們已無法針對自己的照護問題，做出明確之決定。	否	38.2%	42.9%	0.513
17	基本上來說，阿茲海默症患者需要24小時的監督。	是	52.9%	63.5%	0.146
18	具有高膽固醇的人會比一般人更容易得到阿茲海默症。	是	40.2%	66.7%	0.000***
19	手臂不斷地顫抖或搖晃是阿茲海默症患者常見之症狀。	否	54.0%	34.9%	0.009**
20	嚴重憂鬱症患者所出現之症狀常被誤診為罹患阿茲海默症。	是	54.0%	61.9%	0.280
21	阿茲海默症是失智症的其中一種。	是	93.1% (1)	74.6%	0.000***
22	無法精確計算金額及順利付款是阿茲海默症患者初期症狀之一。	是	58.6%	81.0%	0.001**
23	「被偷妄想症」是阿茲海默症患者症狀之一。	是	70.1%	58.7%	0.099
24	使用「備忘錄」或「提醒便條紙」可避免阿茲海默症患者病情惡化。	否	17.2% (-2)	25.4% (-4)	0.161
25	「處方藥」有可能預防罹患阿茲海默症。	否	67.8%	49.2%	0.009**
26	具有高血壓的人會比一般人更容易得到阿茲海默症。	是	42.5%	39.7%	0.695
27	「基因」只是部分造成罹患阿茲海默症的原因。	是	88.5% (3)	49.2%	0.000***
28	只要有人全程陪伴，讓阿茲海默症患者駕駛汽車是安全的。	否	78.2%	69.8%	0.186
29	阿茲海默症是無法治療。	是	75.3%	68.3%	0.279
30	阿茲海默症患者比較容易記住最近發生的事情，而會忘記過去發生的事情。	否	78.2%	41.3%	0.000***

備註：括弧內表示答對率及答錯率的前五名；*p<0.05；**p<0.01；***p<0.001。

資料來源：作者自製。

表 5 竹義里與麻園里受訪者不同題組答對率比較分析表

里別	組別	生活影響 (3題)	風險因子 (6題)	症狀 (4題)	治療及處理 (4題)	評估及診斷 (4題)	照顧 (5題)	病程發展 (4題)	全部 30題
竹義里	全部受訪者	59.8%	56.6%	65.2%	59.8%	61.2%	60.2%	49.8%	58.77%
	男性受訪者	52.4%	57.7%	58.1%	59.8%	52.7%	58.9%	53.0%	56.1%
	女性受訪者	61.2%	56.4%	66.6%	59.8%	62.9%	60.4%	49.2%	59.5%
麻園里	全部受訪者	64.0%	47.4%	54.0%	60.7%	60.7%	52.7%	59.1%	55.75%
	男性受訪者	61.3%	48.7%	49.0%	61.0%	61.0%	52.8%	62.0%	55.7%
	女性受訪者	65.8%	46.5%	57.2%	60.5%	60.5%	52.9%	57.2%	56.1%
顯著性	P	0.015*	0.322	0.000***	0.495	0.035*	0.000***	0.008**	0.052

備註：* $p < 0.05$ ；** $p < 0.01$ ；*** $p < 0.001$ 。

資料來源：作者自製。

表 6 竹義里、麻園里與 Carpenter 等人 (2011) 受訪者不同題組答對率比較分析表

	生活 影響 (3題)	風險 因子 (6題)	症狀 (4題)	治療 及處理 (4題)	評估 及診斷 (4題)	照顧 (5題)	病程 發展 (4題)	病程 發展 (4題)	全部 30題
竹義里受訪者	59.8%	56.6%	65.2%	59.8%	61.2%	60.2%	49.8%	49.8%	58.77%
麻園里受訪者	64.0%	47.4%	54.0%	60.7%	60.7%	52.7%	59.1%	59.1%	58.77%
Carpenter等 人 (2011)	70.0%	62.0%	71.0%	82.0%	82.0%	74.0%	71.0%	71.0%	80.33%

資料來源：作者自製。

之參考。

雖然本研究利用卡方檢定進行顯著性分析發現，在30題有關失智症知識受測題目中，剛好50%（15題）其P值<0.05，達到顯著水準；且在七大題組中有五大題組，其P值小於0.05，達到顯著水準。但是針對完整30題ADKS問卷而言，並沒有足夠證據可以證明本研究之研究假設「新竹縣竹北市竹義里與麻園里社區熟齡族在失智症知識方面存在顯著性差異」是成立。

上述之研究結果對照於Carpenter等人於2011年針對89位平均年齡72.89歲之美國老人之調查結果，30題是非題，他們平均答題正確率為24.1題（SD=2.95）。進一步若以七大題組加以比較，Carpenter等人的研究結果在「評估及診斷」與「治療及處理」平均答對率為82%、「照顧」題組平均答對率則為74%、「症狀」與「病程發展」平均答對率為71%、「生活

影響」題組平均答對率也有70%，答對率最低的則是「風險因子」，平均答對率只有62%（請參考表6）。綜合言之，不論30題答題正確率或以七大題組分開比較，Carpenter等人研究的平均答對率皆高於本研究之研究結果，這是一個值得2025年將邁入「超高齡」臺灣社會重視的議題。

二、失智症態度

本研究麻園里全部受訪者在ADQ態度量表方面，正向度最高的為在問題12「好的失智症照顧必須包含患者的心理需求跟生理需求」，平均值達到4.25（正向題1為非常不同意，5為非常同意；反向題（題目3與題目14）1為非常同意，5為非常不同意。）；正向度最低的為問題3「失智症患者沒有什麼希望」，平均值為2.80。相較於竹義里全部受訪者，正向度最高的為在問題11「失智症患者跟其他人一樣，需要受到尊重」，平均值達到

4.74；正向度最低的為問題14「不管你對失智症患者說什麼都沒關係，因為他們根本不會記得」，平均值為2.75（請參考表7）。

本研究接著利用獨立樣本t檢定進行不同里別受訪者在態度方面的顯著性分析。分析結果如表7所示，在19題ADQ受測題目中，高達15題（78.9%）其P值 <0.05 ，達到顯著水準。研究者進一步以希望題組（題目3、7、9、11、12、13、16、18）與以人為本題組（題目1、2、4、5、6、8、10、14、15、17、19）進行比較分析。表7顯示，在達到顯著水準的6個希望題組的題目中，麻園里受訪者有2題正向度高於竹義里受訪者；另外在達到顯著水準的9個以人為本題組的題目中，麻園里受訪者有7題正向度高於竹義里受訪者。特別值得一提的是，麻園里屬於農村型社區，受到醫療資源、教育程度、資訊流通、社會支持等因素影響，其受訪者反而在達到顯著水準的15題ADQ題目中有9題面對失智者的態度優於都市型社區受訪者，當然這僅是兩個里的研究比較，若要更全面比較都市型與農村型居民的差異，則需要更廣泛的研究驗證。

雖然本研究利用獨立樣本t檢定發現，在19題ADQ受測題目中，高達15題（78.9%）其P值 <0.05 ，達到顯著水準；但是麻園里受訪者與竹義里受訪者在19題ADQ受測題目中，其總平均值分別為

3.75與3.57（P值為 $0.244 > 0.05$ ，未達顯著水準），所以無法印證本研究之研究假設「新竹縣竹北市竹義里與麻園里社區熟齡族在面對失智者態度方面存在顯著性差異」是成立。

為了進一步瞭解不同年齡層受訪者對於失智症態度之相關性，本研究採用多元尺度分析進行不同年齡層受訪者群組態度分析。多元尺度分析主要應用空間的維數（例如，變數、指標），以反映不同年齡層受訪者對失智者態度的同意度，並且在這些經由維數構築的空間中，將具有相似同意度的不同年齡層受訪者，加以分組或歸類。圖1為竹義里不同年齡層受訪者多元尺度分析圖，由圖中可以看出55~59歲受訪者與65~69歲受訪者在失智症態度方面，意見較為接近；同樣地，75~79歲受訪者與80~84歲受訪者的看法也較為相似。如果將ADQ態度量表篩分為「希望」與「以人為本」二個群組，圖1也顯示，55~59歲受訪者相對於其他年齡層受訪者在「以人為本」群組的失智症態度方面表現最好；可見55~59歲受訪者對於以人為中心的失智症照顧模式，相較於其他年齡層的受訪者表現出更加認同的態度。同樣地，60~64歲受訪者相對於其他年齡層受訪者在「希望」群組的失智症態度表現也很不錯；由此也可見60~64歲受訪者對於給予失智者更多的支持與關懷，相較於其他年齡層的受訪者表現出更強烈的正

表 7 竹義里與麻園里受訪者 ADQ 態度量表回答平均值比較分析表

題次	題目	竹義里受訪者	麻園里受訪者	顯著性P
1	當你的工作是照顧失智症患者時，標準作業程序很重要。	3.40	4.03	0.000***
2	失智症患者非常像小孩子。	3.62	4.10	0.002**
3	失智症患者沒有什麼希望。	3.31	2.80	0.003**
4	失智症患者沒辦法自己做決定。	3.50	3.80	0.039*
5	對於失智症患者來說，有刺激和愉快的活動來打發時間是很重要的。	4.03	4.11	0.506
6	失智症患者是一個病人，需要照顧。	3.14	4.23	0.000***
7	在日常生活中盡量給予失智症患者愈多的選擇是很重要的。	3.20	3.36	0.409
8	對失智症患者來說，沒有什麼可以幫他們做的，只能保持他們清潔和舒適。	3.62	2.90	0.000***
9	失智症患者在得到理解和安慰的情況下更容易感到滿足。	4.27	3.87	0.001**
10	一旦失智症在一個人身上發展，他們不可避免地身體狀況會開始走下坡。	4.01	3.98	0.847
11	失智症患者跟其他人一樣，需要受到尊重。	4.74	4.23	0.000***
12	好的失智症照顧必須包含患者的心理需求跟生理需求。	3.14	4.25	0.000***
13	失智症患者很重要的是不要太依賴他人。	3.20	3.21	0.947
14	不管你對失智症患者說什麼都沒關係，因為他們根本不會記得。	2.75	3.61	0.002**
15	失智症患者通常都有充足的理由來解釋他們所做的行為。	3.17	3.67	0.005**
16	與失智症患者共度美好時光是一件非常愉快的事。	3.62	4.03	0.007**
17	以同理心和理解心來回應失智症患者是很重要。	3.14	4.15	0.000***
18	失智症患者仍然可以做很多事情。	3.93	3.41	0.000***
19	失智症患者只是一個普通人，需要特別理解才能滿足他們的需求。	4.02	3.51	0.000***

備註：正向題-1非常不同意，5非常同意；反向題（題目3與題目14）-1非常同意，5非常不同意；

*p<0.05；**p<0.01；***p<0.001。

資料來源：作者自製。

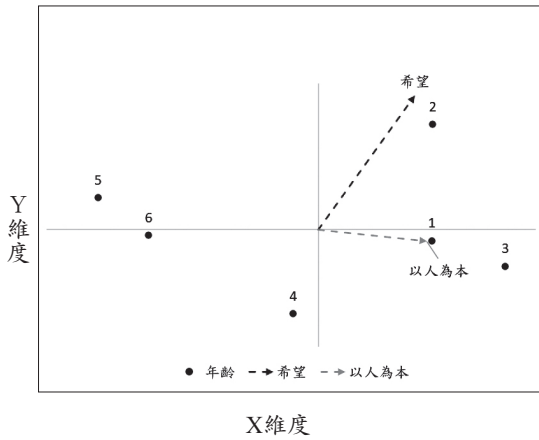


圖 1 竹義里受訪者多元尺度分析圖

備註：1=55-59 歲受訪者；2=60-64 歲受訪者；
3=65-69 歲受訪者；4=70-74 歲受訪者；
5=75-79 歲受訪者；6=80-84 歲受訪者。

資料來源：作者自製。

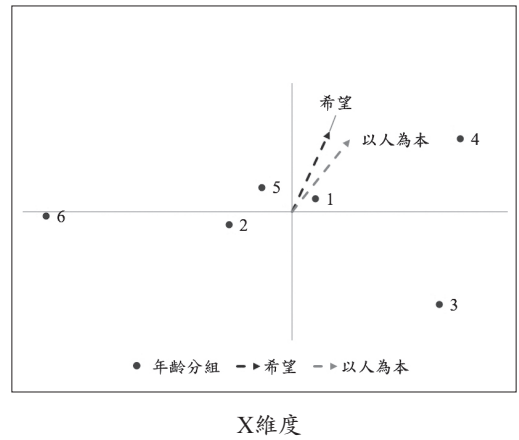


圖 2 麻園里受訪者多元尺度分析圖

備註：1=55-59 歲受訪者；2=60-64 歲受訪者；
3=65-69 歲受訪者；4=70-74 歲受訪者；
5=75-79 歲受訪者；6=80-84 歲受訪者。

資料來源：作者自製。

向態度。

圖2為麻園里不同年齡層受訪者多元尺度分析圖，由圖中可以看出55~59歲受訪者與60~64歲受訪者及75~79歲受訪者在失智症態度方面，意見較為接近。此外，圖2也顯示，麻園里不同年齡層受訪者無論在「希望」或「以人為本」二個群組方面，皆沒有表現特別不錯的年齡層。

伍、結論

本研究之目的主要是透過問卷調查的方式，以瞭解都市型態與農村型態社區熟齡族對於失智症相關知識的認知程度與態

度的差異性，以作為將來在當地因地制宜推動失智症教育訓練之基本教材。本次問卷調查結果顯示，麻園里熟齡族在失智症知識方面表現雖然不甚理想（30題是非題中，只答對16.73題），但相較於竹義里熟齡族30題是非題中，答對17.63題，相差僅0.9題，並無很大的差距。但對於將在今年邁入「超高齡社會」的臺灣社會而言，當每一個人都有機會成為失智者的家庭照顧者時，如何擁有正確的失智症知識與面對失智者正向的態度，已變為一件刻不容緩需要急切辦理的事項。

另外，根據本研究結果顯示，無論是麻園里熟齡族受訪者或竹義里熟齡族受

訪者，他們對待失智者的態度是中間偏正向，其ADQ平均值分別為3.75與3.57。本研究進一步發現，麻園里不同年齡層受訪者無論在「希望」或「以人為本」二個群組方面，皆沒有表現出特別的傾向。相較於竹義里不同年齡層受訪者，其中55~59歲受訪者相對於其他年齡層受訪者在「以人為本」群組的失智症態度方面表現最好；同樣地，60~64歲受訪者相對於其他年齡層受訪者在「希望」群組的失智症態度表現也很不錯，顯見兩里55~59歲受訪者與60~64歲受訪者在對待失智者的態度方面有較大的差異。雖然本研究並沒有得出「豐富的失智症照顧知識」與「正向的面對失智者態度」的相關性，但根據Carpenter等人（2011）、McParland等人（2012）、Cheston等人（2016）與Travers等人（2013）的研究結果皆證明，如果失智症照顧人員擁有豐富的失智症照顧知識，則他們會以正向的態度對待失智者，也會提供高品質的照顧，同時能有效

的與失智者溝通，並提供「以人為本」的照顧服務。

最後，特別值得一提的是本研究根據現有文獻進行研究假設時發現，現有文獻大部分皆認為都市型社區居民對失智症知識與態度的瞭解程度應該會比農村型的社區居民多。但是本研究的調查結果顯示，在七大題組的理解上，都市型社區居民與農村型社區居民各有其擅長之處，在態度方面，農村型社區居民相對於都市型社區居民，在更多题目的態度較為正向。此一結果跟一開始的研究假設認為都市型社區居民瞭解程度較高並不太一樣；當然這僅是兩個里的研究比較，若要更全面比較都市型與農村型社區居民的差異，則需要更廣泛的研究驗證，值得未來研究進一步加以探討。

（本文作者：明新學校財團法人明新科技大學教授）

關鍵詞：失智症知識、態度、熟齡族

📖 參考文獻

- 內政部營建署（2023）。《臺灣都市發展與社區營造政策白皮書》。中華國內政部。
- 王文雄（2020）。〈臺灣都市型與農村型社區發展比較研究〉。《臺灣社會研究季刊》，118，89-112。
- 王鈞洪（2015）。《熟齡經濟學淺譯》。活石。
- 林琮恩（2024年3月12日）。〈失智存活餘命7.69年，學者建議照顧要規劃12年〉。《聯合

- 報》。 <https://udn.com/news/story/7266/8271529>
- 陳怡安 (2019)。〈都市化進程對農村社區的影響：臺灣案例分析〉。《東亞研究期刊》，26 (3)，45-67。
- 新竹縣政府民政處 (2023)。《人口統計資料》。 https://civil.hsinchu.gov.tw/News_Content.aspx?n=1333&s=255026
- 廖靜清 (2024年4月25日)。〈需求暴增，長照居服員成長率雪崩〉。《聯合報》。 <https://udn.com/news/story/7266/8397158>
- 賴昀岫、李清縈、沈能元 (2024年2月20日)。〈失智長者35萬人阿茲海默型最多〉。《聯合報》。 <https://udn.com/news/story/7266/7848115>
- Alzheimer's Disease International. (2019). *World Alzheimer Report 2019: Attitudes to dementia*.
- Balcombe, L. (2023). AI chatbots in digital mental health. *Informatics, 10*(4), 82. <https://doi.org/10.3390/informatics10040082>
- Burgstaller, M., Mayer, H., Schiess, C., & Saxer, S. (2018). Experiences and needs of relatives of people with dementia in acute hospitals: A meta-synthesis of qualitative studies. *Journal of Clinical Nursing, 27*(3-4), 502-515. <https://doi.org/10.1111/jocn.13934>
- Carpenter, B. D., Balsis, S., Poorni, G., Otilingham, P. G., Hanson, P. K., & Gatz, M. (2009). The Alzheimer's Disease Knowledge Scale: Development and psychometric properties. *The Gerontologist, 49*, 236-247.
- Carpenter, B. D., Zoller, S. M., Balsis, S., Otilingham, P. G., & Gatz, M. (2011). Demographic and contextual factors related to knowledge about Alzheimer's disease. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias, 26*, 121-126.
- Cheston, R., Hancock, J., & White, P. A. (2016). A cross-sectional investigation of public attitudes toward dementia in Bristol and South Gloucestershire using the Approaches to Dementia Questionnaire. *International Psychogeriatrics, 28*(10), 1717-1724.
- Evans-Lacko, S., Bhatt, J., Comas-Herrera, A., Amico, F., Farina, N., Gaber, S., Knapp, M., Salcher-Konrad, M., Stevens, M., & Wilson, E. (2019). Attitudes to dementia: Survey results. In *World Alzheimer Report 2019* (pp. 21-87). Alzheimer's Disease International.
- Frank, J., Wolters, L. B., Chibnik, L., Waziry, R., et al. (2020). Twenty-seven-year time trends in dementia incidence in Europe and the United States. *Neurology, 95*(5). <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000010022>
- Keogh, B., To, W. T., Daly, L., Hynes, G., & Kennelly, S. (2020). Acute hospital staff's attitudes towards dementia and perceived dementia knowledge: A cross-sectional survey in Ireland. *BMC Geriatrics, 20*, 376. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01813-3>

- Lintern, T. C. (2001). *Quality in dementia care: Evaluating staff attitudes and behaviour* (Unpublished doctoral dissertation). Bangor University, UK.
- Livingston, G., Huntley, J., Sommerlad, A., et al. (2020). Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *The Lancet*, *396*(10248), 413-446. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30367-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30367-6)
- Long, S., Benoist, C., & Weidner, W. (2023). *World Alzheimer Report 2023: Reducing dementia risk: Never too early, never too late*. London: Alzheimer's Disease International.
- McParland, P., Devine, P., Innes, A., & Gayle, V. (2012). Dementia knowledge and attitudes of the general public in Northern Ireland: An analysis of national survey data. *International Psychogeriatrics*, *24*(10), 1600-1613.
- Nakahori, N., Sekine, M., Yamada, M., et al. (2021). Future projections of the prevalence of dementia in Japan: Results from the Toyama Dementia Survey. *BMC Geriatrics*, *21*, 602. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02540-z>
- Naoum, S. G. (1998). *Dissertation research and writing for construction students* (p. 55). Butterworth-Heinemann.
- Orpin, P., Stirling, C., Hetherington, S., & Robinson, A. (2014). Rural dementia carers: Formal and informal sources of support. *Ageing and Society*, *34*, 185-208.
- Ren, R., Qi, J., Lin, S., et al. (2022). The China Alzheimer Report 2022. *General Psychiatry*, *35*, e100751. <https://doi.org/10.1136/gpsych-2022-100751>
- Schwarzinger, M., Pollock, B. G., Hasan, O. S. M., et al. (2018). Contribution of alcohol use disorders to the burden of dementia in France 2008-13: A nationwide retrospective cohort study. *The Lancet Public Health*, *3*(3), e124-e132. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(18\)30022-7](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(18)30022-7)
- Shiba, N., & Shimokawa, H. (2008). Chronic heart failure in Japan: Implications of the CHART studies. *Vascular Health and Risk Management*, *4*(1), 103-113. <https://doi.org/10.2147/vhrm.2008.04.01.103>
- Travers, C. M., Beattie, E., Martin-Khan, M., & Fielding, E. (2013). A survey of the Queensland healthcare workforce: Attitudes towards dementia care and training. *BMC Geriatrics*, *13*, 101. <https://doi.org/10.1186/1471-2318-13-101>