

國立臺灣大學公共衛生學院公共衛生碩士學位學程

碩士論文

Master of Public Health Degree Program

College of Public Health

National Taiwan University

Master Thesis



使用長照 2.0 服務的獨居失能者

未滿足需求與相關因子探討

The Unmet Need and Related Factors of People Who
Need LTC 2.0 and Lived Alone

張瑋苓

Wei-Chin Chang

校內指導教師：陳雅美 教授、陳端容 教授

實習單位指導教師：李若綺 執行長

Advisor: Ya-Mei Chen, Ph.D. 、 Duan-Rung Chen, Ph.D.

Preceptor: Juo-Chi Lee ,chief executive officer

中華民國 112 年 1 月

January 2023

國立臺灣大學碩士學位論文

口試委員會審定書



使用長照 2.0 服務的獨居失能者未滿足需求

與相關因子探討

The Unmet Need and Related Factors of
People Who Need LTC 2.0 and Live Alone

本論文係 張瑋苓 君（學號 R04847046）在國立臺灣大學公共衛生碩士學位學程完成之碩士學位論文，於民國 112 年 1 月 9 日承下列考試委員審查通過及口試及格，特此證明。

口試委員：

李 玉 春

李 范 綱

陳 雜 丁

陳 瑞 容

誌謝



終於來到了寫誌謝文的時刻，放著輕鬆的音樂回想研究的這幾年，多少個週末、多少個夜晚，疲憊的身體、焦躁的心情、解惑的喜悅，彼此交織，終於完成了學業，誕生了論文。

能夠有機會入學，要特別感謝林依瑩女士、劉建廷局長、孫德雄老師的推薦，也使我有機會遇到恩師陳雅美老師，真的非常感謝雅美老師，總是耐心的引導我一步步的思考，從茫然到踏實，每一次的指導與討論，使我腦中持續堆疊與展開探索，再帶著我思考收斂，讓我也能真正的體驗到研究的樂趣，因為過程的扎實，使我在發表口試時，沒有緊張的心情，覺得很有信心，很期待展現研究結果。也感謝百忙之中擔任口試委員的陳端容老師、李玉春老師、李若綺執行長，您們專業寶貴的建議使我的研究，有更周全的思考與呈現。

再次特別感謝弘道老人福利基金會李若綺執行長，使我有機會在實務場域中觀察、參與、學習，幫助我的研究能接地氣，真正對於高齡社會、長照服務有所貢獻。

而能夠一邊工作一邊讀書，要感謝我的主管謝金裕先生的鼓勵，以及我的同事李幸娟、劉宜欣、張俞茹，在我忙的焦頭爛額之際，扛起許多工作，讓我無後顧之憂。但總還是有撐不下去的時候，腦袋打結的時候，還好有同儕的力量，非常感謝633研究室的大家，在每次的報告，總是認真聆聽，踴躍回饋，其中特別感謝世權學長、婉育學姊、語倩學姊、柳禎學妹、乃家學妹，給予我許多的協助與指導。

最後感謝我的先生許宏賓的鼓勵與支持，在我淹沒在論文堆裡時，照料我的三餐還時常外加甜點，舒緩我的壓力，陪著我梳理研究卡關之處，給予我建議，幫助我一關關的破關，然後時常還要忍受我的暴躁的脾氣，真的非常的感謝。最後，感謝自己的堅持與不含糊，認真地一步步、一字字的完成了論文，謹記這過程，相信未來遇到困難與挑戰，也能迎刃而解。

中文摘要



研究背景：全球獨居人口快速攀升，臺灣獨居戶數於 2022 年已達 199 萬戶 (27.21%)，當獨居者處於失能狀態，其急診率、住院率與入住機構的風險都較有同住者高，在沒有同住者的協助下，獨居失能者的照顧依賴正式資源的協助。過去研究大都以探討獨居者或失能者的需求為主，而未滿足需求被認為能夠很明確反映出服務水平，因此本研究問題為了解在長照服務下，獨居失能者的未滿足需求情形以及影響其相關性為何？

研究目標：目標一 探討獨居失能者的未滿足需求情形。目標二 探討獨居失能者未滿足需求的影響因子。以使獨居失能者能夠透過正式服務的協助在地安老。

研究方法：本研究為次級資料研究，資料來源為陳雅美博士研究，依本研究的研究對象，所選取的資料為有使用長照服務的獨居者，排除居住於住宿式機構、有聘用外籍看護者以及資料缺漏者，共有 220 份資料樣本。本研究採第二代安德森模式，探討前傾因子，包括性別、年齡；使能因子，包括縣市別、福利身分別；需要因子，包括是否領有身心障礙證明、長照失能等級。依變項為資料裡的 12 個未滿足需求面向分數，未滿足需求面向包含整體、生活自理、家務處理、身體健康、心理健康、日常活動、社會支持、輔具使用或環境安全、交通接送、移動行走、取得福利與資源、取得生活資源分類。考量長照服務使用情形可能影響未滿足需求，因此將長照服務使用項目類型設為控制變項。並以安德森模型，將自變項分為傾向因素、使能因素、需要因素，來進行分析。統計分析採用描述性統計來了解人口特性分布以及回應目標一了解研究對象的未滿足需求情形。目標二為探討未滿足需求的相關因子，採用雙變項獨立樣本 T 檢定、多變量複迴歸分析。

研究結果:本研究有 35.12%的獨居失能者表達有未滿足需求，未滿足需求平均分數最高的前三項依序為「家務處理」(mean 2.73, SD 1.26)、「交通接送」(mean 2.51, SD 1.17)、「移動行走能力」(mean 2.45, SD 1.08)。傾向因素並未對未滿足需求有顯著影響。使能因素的「縣市別」在「心理健康」面向有顯著影響，居住於「六都獨居失能者」有較高的未滿足需求($B = -0.369, p < 0.05$)。需要因素的「長照失能等級」的「中重度獨居失能者」在未滿足需求「整體」面向($B = 3.062, p < 0.05$)、「生活自理」面向($B = 0.458, p < 0.05$)、「身體健康」面向($B = 0.506, p < 0.01$)、「輔具使用或環境安全」面向($B = 0.431, p < 0.001$)、「移動行走能力」面向($B = 0.343, p < 0.01$)、「福利和資源」($B = 0.294, p < 0.01$)，皆有較高的未滿足需求。需要因素的「是否領有身心障礙手冊」，顯示「領有身心障礙手冊者」在「交通接送」面向有較高的未滿足需求 ($B = 0.262, p < 0.05$)。另控制變項「長照服務項目使用類型」的確會影響未滿足需求情形，本研究結果顯示，有「使用多元服務者」在「輔具使用或環境安全」面向($B = 0.194, p < 0.05$)、「交通面向」($B = 0.615, p < 0.05$)、「移動行走能力」($B = 0.295, p < 0.05$)有較高的未滿足需求。

結論與建議:居住於六都的獨居者在「心理健康」的未滿足需求較高，可能因為都市的社會凝聚力支持較低，使得獨居失能者孤獨感較高，未來都市中獨居者的心理健康建議優先討論；領有身障證明者在「交通接送」有較高未滿足需求的可能原因為領有身障證明者多為年輕時即處於失能狀態，多為無伴侶、無子女，外出時完全無非同住者的家人協助，另本研究領有身障證明者多為 64 歲以下，其有工作與社交等較多的外出需求，然而長照巴士使用目的僅限於與就醫相關；「長照服務多元服務者」在「輔具使用與環境安全」、「交通安全」、「移動行走能力」皆有顯著影響，討論其可能原因為服務使用越多，服務識能越好，對於服務的標準也會越高。而需要因素裡「失能程度」為對於獨居失能者未滿足需求最重要的因子，包括「整體」、「生活自理」、「身體健康」、

「輔具與環境安全」、「移動行走」的未滿足面向皆有顯著影響，本研究建議對於中重度獨居失能者增加居家專業類型的服務安排，以及加強照顧服務連結與整合。



中文關鍵字:獨居、失能、未滿足需求、長照 2.0、安德森模型

Abstract

Background: Living alone is a global trend and is rising rapidly. The number of single-person households in Taiwan has reached 1.99 million (27.21%) in 2022. When a person who lived alone and becomes disabled, the risk of emergency department visits, hospitalization, and institutionalization is higher than those living with others. The care of disabled people living alone the lack of assistance from cohabitants so relies on formal resources and the assessment of unmet needs can be crucial. Past research has focused on the needs of either the unmet need of people who lived alone or who were disabled, but the unmet needs of disabled people who lived alone have not been fully discussed. Therefore, this study aimed to understand the unmet needs of disabled people who lived alone and the related factors.

Methods: This is a secondary data analysis study using data sources from Dr. Chen Ya-Mei's research study. The data selected for this study were people who had used long-term care services and living alone and a total of 220 people were included. This study used the Andersen Health behavioral model to explore predisposing factors, including gender and age; enabling factors, including county/city and welfare status; and needs factors, including proof of disabilities and long-term care disability levels. The dependent variable was the 12 unmet needs, including unmet need in overall, Self-care, Chores, Physical Health, Psychological Health, Daily Activities, Social Support, Assistive Device /Environmental Safety, Transportation, Mobility, Welfare/Benefits and Resource. Since the use of long-term care services may affect unmet needs, the type of long-term care service use was set as a control variable. Descriptive statistics were used to understand the distribution of demographic characteristics and to respond to understand the situation of unmet needs of the study population. The second objective used multiple linear regression to analyze the factors

affecting unmet needs of disabled individuals living alone under long-term care services.

Results : A study found that 35.12% of who live alone and have disabilities expressed unmet needs. The top three unmet needs, in order of highest average scores, were "Chores" (mean 2.73, SD±1.26), "Transportation" (mean 2.51, SD±1.17), and "Mobility" (mean 2.45, SD±1.08). The predisposing factors did not have a significant impact on unmet needs. The enabling factor of "County/City of Residence" had a significant impact on "Psychological Health." A higher level of unmet need was observed among those living in the six metropolitan areas ($B=-0.369, p<0.05$). Among need factors, "Disability Levels" showed that moderate-to-severe disability level were associated with higher "Overall" ($B = 3.062, p < 0.05$), "Daily Activities" ($B=0.458, p<0.05$), "Physical Health" ($B=0.506, p<0.01$), "Assistive Device/Environmental Safety" ($B=0.431, p<0.001$), "Mobility" ($B=0.343, p<0.01$), and "Welfare/Benefits" ($B=0.294, p<0.01$) unmet needs. Having "Disabilities certificate" was also associated with higher unmet needs in "Transportation" ($B=0.262, p<0.05$). Individuals who used "Multiple Services" had higher unmet needs in "Assistive Device/Environmental safety" ($B=0.194, p<0.05$), "Transportation" ($B=0.615, p<0.05$), and "Mobility" ($B=0.295, p<0.05$).

Conclusion: Individuals who live alone in the six metropolitan areas have higher unmet needs in "Psychological Health," possibly due to lower social support in urban areas leading to increased feelings of loneliness. Therefore, psychological health of individuals who live alone in urban areas should be given priority in future discussions. The higher unmet needs in "Transportation" among those who had "Disabilities certificates" may be due to that these individuals often became disabled at a younger age, without a spouse or children, and have no family members to assist

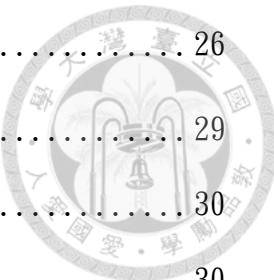
them when they go out. Furthermore, the use of long-term care buses is limited to medical appointments only. Individuals who used multiple services had higher standards of service awareness, leading to higher expectations of services in terms of "Assistive Device /Environmental Safety", "Transportation", " Mobility ". Finally, "the level of disability" was the most important factor related to unmet needs, affecting unmet needs in many areas. Therefore, this study recommended that, in particular, the needs of who live alone with disabilities have moderate-to-severe disability levels should be given more attention.

Key Words: Living alone 、 Disabled 、 Unmet Need 、 Long-Term Care 2.0 、
Andersen Model



目錄

口試委員審定書.....	I
誌謝.....	II
中文摘要.....	III
Abstract.....	VI
目錄.....	IX
表目錄.....	XI
圖目錄.....	XII
第壹章 緒論.....	1
第一節 研究背景.....	1
第二節 實習單位簡介.....	3
第三節 研究缺口與重要性.....	3
第四節 研究問題與目標.....	5
第二章 文獻探討.....	6
第一節 獨居失能者的定義、人口特性與照顧需求.....	6
第二節 長期照顧服務.....	11
第三節 未滿足需求.....	13
第四節 健康服務行為模型.....	17
第參章 研究方法.....	20
第一節 研究架構.....	20
第二節 研究資料來源.....	22
第三節 研究對象.....	22
第四節 研究工具.....	24



第五節 研究變項的操作型定義.....	26
第六節 統計分析.....	29
第肆章 研究結果.....	30
第一節 描述性統計結果.....	30
第二節 未滿足需求量表分布.....	32
第三節 推論性統計結果.....	34
第五章 討論.....	73
第一節 討論使用長照服務獨居失能者的人口特性分布情形.....	73
第二節 討論獨居失能者的未滿足需求情形(回應目標一).....	75
第三節 影響未滿足需求相關性因子探討(目標二).....	78
第四節 研究限制.....	84
第六章 研究建議.....	86
第一節 對長照機構的建議.....	86
第二節 對政策的建議.....	87
第三節 對未來研究者的建議.....	87
參考文獻.....	89

表目錄

【表 3 -1 研究架構】	21
【表 3 -2 資料選取過程】	23
【表 3 -3 自變項的操作型定義】	27
【表 3 -4 控制變項的操作型定義】	28
【表 3 -5 依變項的操作型定義】	28
【表 4 -1 人口特性分布】	31
【表 4 -2 長照服務使用項目】	32
【表 4 -3 未滿足需求量表分布】	33
【表 4 -4 人口特性與未滿足需求整體面向分析】	35
【表 4 -5 人口特性與未滿足需求生活自理面向分析】	36
【表 4 -6 人口特性與未滿足需求家務處理面向分析】	37
【表 4 -7 人口特性與未滿足需求身體健康面向分析】	38
【表 4 -8 人口特性與未滿足需求心理健康面向分析】	39
【表 4 -9 人口特性與未滿足需求日常活動面向分析】	40
【表 4 -10 人口特性與未滿足需求社會支持面向分析】	41
【表 4 -11 人口特性與未滿足需求輔具使用或環境安全面向分析】	42
【表 4 -12 人口特性與未滿足需求交通接送面向分析】	43
【表 4 -13 人口特性與未滿足需求移動行走能力面向分析】	44
【表 4 -14 人口特性與未滿足需求取得福利和資源面向分析】	45
【表 4 -15 人口特性與未滿足需求取得生活資源面向分析】	46
【表 4 -16 未滿足需求各面向相關因子複迴歸分析總表】	58
【表 4 -17 未滿足需求整體面向相關因子複迴歸分析】	59
【表 4 -18 未滿足需求生活自理面向相關因子複迴歸分析】	60
【表 4 -19 未滿足需求家務處理面向相關因子複迴歸分析】	61
【表 4 -20 未滿足需求身體健康面向相關因子複迴歸分析】	62
【表 4 -21 未滿足需求心理健康面向相關因子複迴歸分析】	63
【表 4 -22 未滿足需求日常活動面向相關因子複迴歸分析】	64
【表 4 -23 未滿足需求社會支持面向相關因子複迴歸分析】	65
【表 4 -24 未滿足需求輔具使用或環境安全面向相關因子複迴歸分析】	66
【表 4 -25 未滿足需求交通接送面向相關因子複迴歸分析】	67
【表 4 -26 未滿足需求移動行走能力面向相關因子複迴歸分析】	68
【表 4 -27 未滿足需求取得福利和資源面向相關因子複迴歸分析】	69
【表 4 -28 未滿足需求取得生活資源面向相關因子複迴歸分析】	70
【表 4 -29 64 歲以下未滿足需求整體影響性】	71
【表 4 -30 65 歲以上未滿足需求整體影響性】	72

圖目錄

【圖 2-1 Desai, Lentzner, & Weeks, 2001】.....	15
【圖 2-2 Andersen, 1995 】.....	19
【圖 2-3 本研究安德森模型應用】.....	19



第壹章 緒論



第一節 研究背景

全球獨居人口正快速攀升，據歐盟統計局(Eurostat, 2022)表示越來越多的家庭由獨居的成年人組成，在2009年至2021年間，歐盟27個成員國裡就有23個每戶平均人口數量下降，與2009年相比，2021年獨居成年人增加了27.4%，所有年齡組的獨居人數皆如此，都增加超過15%。其中增加最為顯著的年齡段為55-64歲的男性，增長達到72.4%，在英國獨居人口發展趨勢也大致相同，在英國獨居最大的增幅是在45歲以上年齡層，並表示中老年獨居人數會持續增加，而獨居戶數最多的為65歲以上年齡段，全球老年人口獨居比例最高的為丹麥首都阿姆斯特丹，獨居老年人口高達42.4%(Eurostat, 2015)，在瑞典顯示，大約47%的75歲以上成年人目前為獨居(Shaw, Dahlberg, Nilsen & Agahi等, 2020)。

臺灣與國際獨居人口發展趨勢相同，依據中華民國內政部戶政司(2022)統計資料，截至2021年底台灣總人口數為2337.5萬人，相較兩年前人口最高峰2360.3萬人，已有將近一個百分點的降幅，臺灣自2020年起已連續兩年人口呈現負成長，據內政部營建署第三季統計(2022)，僅有一人口數的戶籍宅數高達199萬戶占27.21%，較十年前的145萬戶22.26%增加了54萬戶，其中老年人口獨居者增長率最高，僅有老年人口居住宅數有68萬戶，較2011年35.2萬戶成長了50%，其中僅一名老年人口宅達76.16%，並推估潛在的單人戶數於2050年將達到45.4%(楊靜利與董宜禎，2007)。

獨居者增加的主要原因為臺灣的社會趨勢與經濟環境改變，整體生育率下降、未婚與離婚率上升，帶動家庭結構改變，使得老年人和子女同住者越來越低，使得「獨居」漸漸成為趨勢(沈明潔，2019；鄒曉婷等，2016)，當獨居者



因老化、疾病等原因，落入失能面臨到需要他人照顧的狀態，在沒有同住者的協助下，難以維持正常穩定的生活，而自費的照顧服務，長久下來會對於使用者產生經濟上的負擔，與有同住者相比，獨居者所需要的照顧時間至少多出13%，而當獨居者惡化，急症與住院的可能性增加了30%(Joe, Dickins, Enticott, Oargin & Lowthian, 2020)，如功能失能或相關疾病併發症時可能更容易被送入機構的風險增加了60%(Pimouguet等, 2016)，因此獨居者在擁有較少非正式資源的協助，可負擔得起且可用的到的正式資源，是他們所依賴的(LaPlante, Kaya, Kang & Harrington等, 2004)。

當人們需要照顧時，偏好選擇在家照顧，較抗拒機構照顧(劉雅文, 2005)，1960年代北歐國家提倡在地老化，以幫助功能障礙者在其熟悉的家中或社區中過著獨立自主的生活，先進福利國家不再以住宿式機構為發展主體，開始以居家式和社區式的機構發展(行政院研究發展考核委員會, 1998; 陳惠姿, 2000)，讓失能者可以在熟悉的社區與住所中，受到合適的照顧服務，能維持個人的生活模式，是較人性化的照顧(陳明珍, 2009)，台灣的長照服務也與北歐國家的發展目標相同，希望能夠實現在地老化，自長照十年至長照2.0發展至今已逾15年，在長照2.0整體服務涵蓋率已達57.86%，據衛福部(2021)統計，長照使用者裡有48,470人占12.46%為獨居，其中完全無主要照顧者有21,674人占5.57%，獨居者在缺乏主要照顧者的情況下，其服務的情形是需要被關注的，正式資源在追求效率與理性的照顧文化，易簡化被照顧者實際需求的照顧任務，故難以兼顧其他符合被照顧者更高期待的服務，應更加關注服務對象的體驗和需求(Berglund, Westin, Svanström & Sundler等, 2012)，本研究期待了解獨居失能者在使用長照服務的情況下，了解其整體未滿足需求？是否還存在未滿足需求？哪些人口特性會影響未滿足需求？提供給政府以及長照機構與人員參考，使獨居失能者能獲得質量兼具的服務，以使能在地老化，整體長照服務能更有品質，更具公平性。

第二節 實習單位簡介



本研究於弘道老人福利基金會實習，弘道老人福利基金會(以下簡稱弘道基金會)於民國 84 年成立，以「弘揚孝道」為始，抱持著聯合眾人之力，關心身旁的老人之目的，成為服務全臺長者的非營利組織。目前於台北市、新北市、台中市、彰化縣、嘉義縣、高雄市、屏東縣設有服務處，直接服務工作服務範圍擴及國內 10 個縣市，全國各地成立 34 個志工站，透過 600 多位夥伴及 2,800 多位志工，希冀成為陪長輩一起「道」老、創造精采美好的組織。

弘道基金會從獨居長者服務做起，隨社會發展及需求，除投入長照服務外，亦透過「健康老化」、「優質照顧」、「自我實現」、「經濟安全」、「友善環境」、「人才培育」六大策略面向，開展各項高齡服務方案。

長照服務項目係屬本會六大策略面向中的優質照顧，長照 2.0 相關服務目前共計有 8 間整合型服務中心(A),10 間照顧服務單位(9 間居家服務/1 間日間照顧)，及 6 間長照類服務實體據點，並且串起在地化長期照顧與預防照顧整合型態，全年度提供健康、亞健康、失能不同階段的長者在地照顧，服務範圍北從宜蘭南至屏東涵蓋共計 9 個縣市，依據 110 年中旬的統計資料，共提供約 4,500 位個案長照服務。

另透過推動社區預防照顧，輔導在地社區組織，規劃辦理各項長者方案、服務與活動，鼓勵長者走出家門，踏入社區，增加社會參與，達到預防照顧及延緩失能；弘道基金會除了直營據點，與外單位合作不老協力站、老助盟等社區培力模式外，在桃園、台中、彰化、屏東 4 個縣市，承接政府委託的社區照顧關懷據點輔導計畫，從前端預防照顧來培力社區，共同創造在地安老的藍圖。

第三節 研究缺口與重要性

如緒論所言，獨居人口攀升，獨居者在失能的狀態下，照顧問題需要我們關注，獨居失能者因缺乏非正式資源的協助，較依賴正式資源(LaPlante 等,

2004)，因此本研究以使用長照 2.0 的獨居失能者為研究對象。而未滿足需求能反應出服務是否符合需求，也反映服務的佈建與相關服務品質(Godfrey & Callaghan, 2001; Spiers 等, 2022)。過去研究指出個人存在未滿足需求會對其健康造成負面影響，會降低其生活質量，使得有較高的發病率、跌倒率、急診率與死亡率(Allen & Mor, 1997; Gaugler, Kane, Kane & Newcomer, 2005; Hass, DePalma, Craig, Xu & Sands, 2017; LaPlante 等, 2004)，也會增加入住機構的可能性。需求未得到滿足的服務使用者入住住宿型機構的可能性是沒有未滿足需求者的 1.77 倍(Gaugler 等, 2005)。而獨居者有更高的未滿足機會(Andrade & Andrade, 2018)，其有未滿足需求的可能性是其他人的兩倍多(Desai, Lentzner & Weeks, 2001)。

過去對於獨居的研究主要集中在老年人(Solin, Pasanen, Mankinen, Martelin & Tamminen, 2021)，國內獨居老人的研究就有 2,468 篇(沈明潔, 2019)。但較少不分年齡獨居者的研究。在國外獨居比例較高的北歐國家，開始不僅著重於獨居老人，有許多以獨居者以及失能成年人為主的相關研究(Elovainio 等, 2021; Solin 等, 2021)，但是少有針對獨居長者的照顧需求研究。

在台灣未滿足需求研究僅 13 篇，其中 10 篇為研究獨居老人或失能老人的未滿足需求，多數提到獨居與失能為未滿足需求的重要因子(熊曉芳 & 吳淑瓊, 2007)，以及表示在失能的情況下獨居者的異質性應被重視(陳正芬, 2009)，需求是因人而異的，因此本研究將探討獨居失能者使用長照 2.0 服務，是否仍有未滿足需求情形，以及影響未滿足需求的相關因子為何。本研究希望透過探討未滿足需求，幫助我們了解獨居失能者的需求缺口，使在長照領域的服務提供者，在安排照顧服務以及資源時，可以更切中獨居失能者的核心，降低獨居失能者的健康風險。

第四節 研究問題與目標

(一) 本研究的研究問題：

了解在長照服務下，獨居失能者的未滿足需求情形以及影響其相關性為何？

(二) 研究目標：

1. 在長照服務下，探討獨居失能者的未滿足需求情形。
2. 在長照服務下，探討獨居失能者未滿足需求的影響因子。



第二章 文獻探討



依據上述的研究問題與目標，本章將分成四個章節來進行相關的文獻回顧與探討，首先第一節為針對獨居失能者的定義、人口特性和照顧需求進行了解；第二節為長期照顧服務的發展與內容回顧；第三節探討未滿足需求的意涵，瞭解獨居失能者未滿足需求情形與影響因素；第四節將探討說明本研究如何以健康服務利用行為模型-第四代安德森模型，作為整體研究的核心理論。

第一節 獨居失能者的定義、人口特性與照顧需求

(一) 獨居失能者的定義

對於失能者的定義，依據衛生福利部長期照顧服務法(2015)指個人因為意外、疾病、老化，使得身心某些部位或全部失去功能，使得個人在日常生活上需要協助，經地方政府長照中心的照顧管理專員評估，失能等級為二至八者。

對於獨居者的定義最廣泛的為獨自一個人生活(Elovainio 等, 2021; Hendriksen, Kiani, Garssen, Bruce, & Verster, 2021)，在台灣法律沒有針對獨居者有明確的定義，但政府部門各自有界定標準如下：

1. 內政部營建署(2022)以設有戶籍宅數內的人口數區分，宅內人口數為1人，即為獨居宅。
2. 內政部獨居老人界定標準(內政部, 2011):
 - (1) 65 歲以上獨自居住。
 - (2) 同住者無照顧能力。
 - (3) 65 歲以上夫妻同住。
 - (4) 經直轄市、縣（市）政府訪視評估需列冊關懷之老人。

3. 臺北市政府社會局對於獨居老人的認定標準(臺北市政府, 2011), 凡年滿65歲以上，居住本市且非居住於機構並符合下列資格條件之一者，列入獨居：



(1) 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。

(2) 雖有同住者，但其同住者符合下列任一狀況，且無直系血親卑親屬居住臺北市，列入獨居：

A. 同住家屬無照顧能力。

B. 同住家屬 1 週內有連續 3 天（含 3 天）以上不在者，列入獨居，但間歇性不在者，不予列入。

C. 同住者無民法上照顧義務、無照顧契約關係者。

(3) 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。

4. 行政院老人狀況調查(2015)，獨居的認定為僅一人獨居，如有伴侶或同居人不論年紀大小均不列入獨居計算

5. 衛福部長照評估體系裡，對於獨居的認定可從長期照顧服務申請及給付辦法(2022)的家務協助項目裡，指出獨居者為：

(1) 長照給付對象自己一人居住。

(2) 長照給付對象與家人同住，每名家人須符合下列條件之一：

A. 年齡未滿 18 歲。

B. 年齡 18 歲以上未滿 65 歲，並領有身心障礙證明(手冊)。

C. 年齡 18 歲以上未滿 65 歲，且長照需要等級為 2 至 8 級。

D. 年齡 65 歲以上。

E. 50 歲以上經確診之失智症者。

本研究為在長照服務使用下的獨居失能者的研究，對於獨居的定義採用衛福部長期照顧服務申請及給付辦法(2022)，因此本研究對於獨居失能者的定義為因為意外、疾病、老化，致使身心某些部位失去功能，需要他人協助，並持續長達六個月以上，獨自居住者，或同住者未滿 18 歲或 65 歲以上，或年滿 18 歲但為身障者或失能者，或 50 歲以上失智症者。

(二) 獨居失能者的人口特性

因國內外對於獨居失能者的研究較少，大部分對於獨居者的研究為老人族群，因此本研究透過獨居或失能的成年人或老年人的相關文獻進行探討，以了解獨居失能者的人口特性分布。

整體失能者的獨居比例在不同年齡段裡，比例不太相同，Kent, Chandler & Barnes(2000)顯示 16-65 歲有 31% 的獨居者、66-75 歲 24% 的獨居者、76 歲以上有 53% 的獨居者，Dubuc, Dubois, Raiche, Gueye & Hebert, (2011)指出失能老人裡有 31% 為獨居，而失能者的獨居比例為 20.4%(Kim, Choi, Heo, Oh & Choi, 2021)與 33.7%(Allen & Mor, 1997)，據衛生福利部長期照顧管理資訊平台資料產製(2021)統計，長照使用者裡有 12.46% 人為獨居。

在性別上，國內外文獻顯示不論是獨居者或是失能者皆以女性比例較高，女性比例位於 55%~60% 之間(Hendriksen 等, 2021; Olfson, Cosgrove, Altekroose, Wall & Blanco, 2022; Sandström 等, 2021; Kennedy, 2001)，女性占比最高的為芬蘭(Solin 等, 2021) 62.9%，台灣長照服務使用者也以女性 57.57% 為多，行政院主計總處統計，2020 年底列冊需關懷獨居老人中，女性人數為 2.5 萬人，占比 59%，較男性高出 7,533 人，獨居失

能者為中高齡者為多，女性失能者較不容易找尋另一半，男性失能者較女性較容易找到配偶(Dubuc 等, 2011)，因此增加女性獨居的機會，另外也與全球女性平均餘命較長有關，且持續拉大與男性平均餘命的差距，內政部(2021)，顯示台灣男性平均壽命為 77.67 歲、女性 84.25 歲，彼此相差 6.6 歲，過去研究以及台灣統計皆指向失能者以女性為多。

在年齡上，獨居失能者在過去文獻裡的年齡差異很大，年齡會因各研究的主題，有不同的年齡設定，像是有研究失能成年人為平均 55.3 歲(Kennedy, 2001)，有研究獨居癌症為平均 60.1 歲(Elovainio 等, 2021)，研究在新冠肺炎下獨居者情況為平均 38.2 歲(Hendriksen 等, 2021)，看起來由於成年人的年齡幅度大，也有許多研究以年齡分層做計算，有 Olfsen 等(2022)顯示 64 歲以下 66.3%、65 位以上 33.8%，Henning-Smith & Gonzales(2020)顯示 64 歲以下 76.7%、65 位以上 23.3%，Solin 等(2021)顯示 64 歲以下 55.7%、65 位以上 44.3%，由文獻來看獨居失能者年齡普遍在 64 歲以下較多。

為了解在長照服務下獨居失能者未滿足需求，是否會因居住縣市的資源等條件而有差異，都市型縣市與鄉村型縣市有差異，在居住縣市別人口分布，依據 Lagergren & Kurube(2014)表示獨居者居住於城市的比例會較居住於鄉村多，Olfsen 等, 2022)研究的確也呈現居住在城市的獨居成年有 82.1%、居住在鄉村的僅有 17.9%，Elovainio 等(2021)表示居住城市的獨居成年人有 66.5%、鄉村的有 33.5%，但如是僅以獨居老人為研究對象，則為居住鄉村者大於居住於都市者(楊惠如, 2005)，整體從內政部營建署(2022)統計來看，一人戶數最高的為基隆市(32.24%)、新北市(30.59%)、台北市(30.45%)，未來獨居者應趨向集中於人口密集的縣市。

在福利身份別的部分，依據衛福部(2021)統計台灣低收入戶與中低收入戶人數占總人口數的 4%，經濟弱勢人口逐年在下降，但就過去的文獻顯示獨居失能



者的經濟狀況較差，經濟弱勢戶的比例有 16.9%(Kennedy, 2001)、19.5% (Elovainio 等, 2021)、26.4%(Henning-Smith & Gonzales, 2020)，衛福部(2021)長照服務使用者裡統計經濟弱勢戶占 19.67%，獨居失能者因非正式資源較少，需使用較多的付費服務，且因工作能力有限影響收入(Mitra, Palmer, Kim, Mont & Groce, 2017)，家庭收入也被證實與失能之間呈現負相關(Loyalka, Liu, Chen & Zheng, 2014)顯示失能程度越高家庭收入越低，在收入少又支出多的情況，獨居失能者的經濟弱勢戶應會比例很高。

是否領有身心障礙手冊(證明)人口分布情形，就衛生福利部(2018)身心障礙生活狀況及需求調查報告指出，領有身障手冊(證明)者有 85,198 人，較 2011 年增加了 7.85%，顯示身障人口逐年在增加，主要在 45 歲以上呈現增加趨勢，尤其是 65 歲以上年齡組增加幅度最大達 20.04%，45 歲以下身心障者人數是在減少的，也因為高齡社會的到來，身心障礙者的人數正在攀升，Henning-Smith & Gonzales(2020)統計獨居成年人為身障者高達 41.7%，而就衛福部(2021)長照服務使用者裡統計領有身心障礙手冊(證明)者也高達 50.84%。

在失能等級的部分，依據衛福部(2021)統計長照服務使用者，輕度失能者占 29.1%、中重度失能者占 70.9%，在國外以失能成年人為研究則顯示僅有一項工具性日常生活活動(ADLs)失能者為最多占 32.28%，失能項目越多人數比例越少，至五項 ADLs 失能者僅占 13.04%(Shung 等, 2015)，獨居失能者的失能等級應較有同住者失能等級普遍為低，因失能程度越重越有可能入住機構(Pimouquet 等, 2016)，因此獨居的中重度失能者的人口應會較少，獨居失能者的失能等級應普遍會落在輕度失能。

(三)獨居失能者的照顧需求



獨居可能會使照護時間增加 75%(Joe 等, 2020)，然而一般老年人平均每人大約 4 個非正式人員在照顧(Freedman & Spillman, 2014)，但獨居者有近七成個案沒有任何照顧者(廖秀慧, 2006)，需要有人照顧幾天但沒有非正式幫手的人有 35.8%，需求未得到滿足的獨居者認為每週缺少 18.7 小時的幫助，高於與他人同住者得 16 小時(LaPlante 等, 2004)，因此獨居失能者所需要的照顧時間會較有同住者的多。

有研究顯示獨居失能者較需要工具性日常生活活動方面(IADLs)的協助，有需要 IADLs 協助者有 55.6%，而日常生活活動(ADLs)僅 21.3%，其原因為有同住者大多由家庭成員協助完成 IADLs，像是備餐、購物、撥打電話等(楊惠如, 2005)，加上獨居失能者能獨自住在家中，表示有一定的自主生活能力或方式，對於 ADLs 像是吃飯、洗澡、如廁都大多能依靠自己完成，但 IADLs 的需要是一個先兆，不久後便會開始有 ADLs 的需求產生(廖秀慧, 2006)，ADLs 有未滿足需求，也表示失能程度持續在加重，獨立生活能力衰退，未滿足的 ADLs 需求與會造成例如壓瘡、體重減輕、跌倒、失禁、憂鬱的負面影響(Komisar 等, 2005)，也會增加醫院門診、入住療養院和住院次數(Sands 等, 2006)，也因此需要關注獨居失能者在生活自理、家務處理上的未滿足需求。

第二節 長期照顧服務

依據長期照顧服務法第 3 條第一項以及國外文獻(Kane, Kane, Reinardy, & Arnold, 1987)對長期照顧的定義為，指協助身心失能持續達六個月以上者，依其個人的需要，提供所需之生活照顧協助、社會參與及相關之服務，使其能維持生活，並能增進獨立自主的生活能力。

台灣長期照顧政策自 1980 公布實施老人福利法開始，社會開始關注老人相關的照顧問題，政府開始陸續發展老人相關服務，然而不僅僅是老年人需要長期

照顧服務，2007 年行政院核定長期照顧十年計劃，將長期照顧定調為，保障身心功能障礙者能獲得合適的服務，協助個人獨立生活能力，以提升其生活品質（行政院，2012）。



長照十年計劃的運作，主要以社政體系為主導，委由民間非營利組織辦理，至 2016 年長照 2.0 計畫接續實施，服務對象擴展至 65 歲以上失能老人、50 至 64 歲失能身心障礙者、55 至 64 歲失能原住民、50 歲以上失智症者、未滿 50 歲失能身心障礙者、僅 IADLs 失能之獨居老人與衰弱老人（衛福部，2016），且為使服務供給量增加，長期照顧服務機構設立許可及管理辦法（2017）開放個人與民間單位能夠依法成立長照機構，申請地方政府特約服務資格，各縣市陸續整併長照業務至衛生體系，以醫療單位的管理方式為基礎，衛政體系開始主導長照服務體系的運作與管理。

依據長照 2.0 核定本（2016）所敘，長照服務的使用需先經各地方政府長照中心的照顧管理專員評估，運用的相關評估量表有日常生活活動功能量表（ADLs）、工具性日常生活活動功能量表（IADLs）、簡易心智狀態問卷調查表（SPMSQ）、臨床失智評分量表（CDR）、家庭照顧者的照顧能力，評估結果以八個等級作為失能程度的核定，失能等級一級為衰弱狀態但未有長期照顧之需求，連結相關預防照顧服務，而等級二至八為有長期照顧之需求，照顧專員會視個案的照顧問題，羅列照顧問題清單，並會同長照社區整合服務體系裡的 A 單位，進行服務的規劃與安排。

台灣長期照顧服務以在地老化為政策目標，欲建構一個符合多元化、社區化、普及化的長期照顧制度，以社區整合中心為服務整合單位，發展居家式服務、社區式服務為主，機構式服務為輔的服務體系，在服務項目上，以服務使用者可能經歷的身體狀態為思考，發展連續性的服務體系，在健康與亞健康狀態時發展各類預防照顧、健康促進等延緩失能之預防性服務，以縮短失能的年

數，並也思考失能終端，在宅安寧照顧、在宅醫療等服務，發揮社區的照顧功能，維護服務使用者的尊嚴，

「長期照顧十年計畫 2.0」，服務項目自長照十年原有的 8 項服務，擴展至 17 項服務，分別為「照顧服務(分為居家服務、日間照顧、家庭托顧)」、「交通接送」、「餐飲服務」、「輔具購買」、「租借及居家無障礙環境改善」、「居家護理」、「居家復健」、「喘息服務」、「長期照顧機構服務」、「失智症照顧服務」、「原住民族地區社區整合型服務」、「小規模多機能服務」、「家庭照顧者支持服務據點」、「社區整體照顧模式」、「社區預防性照顧」、「預防或延緩失能之服務」、「出院準備服務」、「居家醫療」，其中以居家服務使用度 65% 最高(陳儀倩 & 張瑋婷, 2020)。所有服務整合在同一給付支付制度上，規劃四大類型補助，有「照顧及專業服務」、「交通接送服務」、「輔具服務及居家無障礙環境改善服務」、「喘息服務」。

第三節 未滿足需求

(一) 未滿足需求的意涵

在探索未滿足需求前，我們須清楚什麼是需求，需求的標準在哪裡，需求的定義是什麼?Godfrey & Callaghan(2001)指出，需求一詞廣泛地在社會領域和社區照顧中被提及，但需求是難以被定義與測量的，因著不同的目的，分別有著對於需求的各自定義，需求通常有關於優先順序與資源分配，需求是不斷的在改變的，需求會根據當時的社會和文化價值來定義，大都由有權力的專業人員來定義需求，作為服務的規劃，爾後便容易狹隘的以現有的服務視為需求，但基於對社會照顧的重視，應將用戶觀點置於政策、機構與專業人員之上。

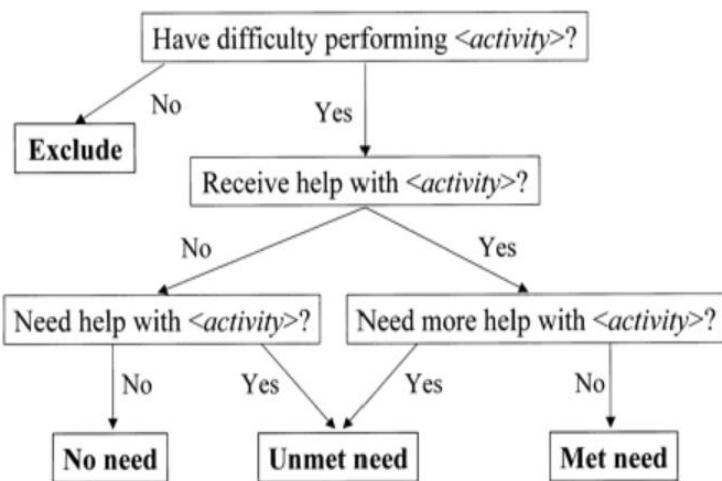
Bradshaw(1972)依據社會服務輸送體系之分析，將需求的意涵分成四個類別：(1)規範性需求(Normative Needs)是由專業人員所基於實證基礎的經驗以及社會價值所界定的需求。(2)感覺性需求(Felt Needs)是由個人來表達的需

求，屬於個人主觀的感受，也因此每個人之間的感覺需求會有差異性，它可以说是一種「想要」(want)，需要進一步了解其需求情境。(3)表達性需求(Expressed Needs)表達性需求是指在需求已經被界定了之後，其表達所收到或要求幫助的滿足程度，表達性需求時常用於了解服務的利用情形，服務提供者通常會盡力去滿足此類的需求。(4)比較性需求(Comparative Needs)以類似的兩個群體之間現有服務的差距來了解獲得的幫助是否存在差異，通常會以規範性需求為比較需求的標準。

上述分類使我們對於「需求」之釐清有所幫助，但各項需求間是會互相影響的，有研究表示規範需求和感覺需求之間會出現衝突，專業需求評估和自我需求評估之間存在差異(LaPlante 等, 2004)，在未滿足需求評估上，專業評估相比自我評估可能較為保守(Morrow-Howell, Proctor & Rozario, 2001)，專業人士評估需求的方式雖然與個人自評不同，但兩者並沒有哪一個比較好(Verbrugge & Sevak, 2002)，不同需求類別其實彼此交互影響，在實務上，無法以單一需求類別來定義。而 Godfrey & Callaghan(2001)的研究給了我們方向，它指出最能夠明確地反映出服務的水平，了解需求的方式就是未滿足需求。

廣泛的定義未滿足需求，是指一個人需要別人幫忙，但是沒有獲得協助。國外的研究對於未滿足需求的界定如以下，當需要他人的幫助但沒有提供或不足時，就會出現未滿足的需求(LaPlante 等, 2004);覺得有基本日常生活執行上有困難，有獲得幫助，但覺得不夠者;沒有獲得幫助，但覺得有需要者(Desai 等, 2001);當因活動功能受損而產生照顧需求時，若未能獲得充分的照顧時，即產生未滿足需求(Allen & Mor, 1997)，綜合以上，對於未滿足需求的界定主要分為兩種情形(1)一個人需要他人幫忙，但是沒有獲得協助，以及(2)有獲得

協助，但是覺得協助不夠，可見【圖 2-1】由 Desai 等(2001)所整理繪製的流程圖，以釐清未滿足需求的界定。



【圖 2-1 Desai, Lentzner, & Weeks, 2001】

(一)獨居失能者的未滿足需求情形

國內外較少有獨居失能者未滿足需求的研究，有獨居失能老人的研究但並非未滿足需求研究，或分別以獨居或失能分別在成年人或老人做的未滿足需求研究，未滿足需求的衡量面向也不盡相同，也因此本節會以相關文獻來探討獨居失能者可能的未滿足需求情形。

就美國 Shung 等(2015)表示有 15%獨居的輕度失能老人有 ADL 的未滿足需求，一般失能老人與成年人的未滿足需求則落在 21%左右，有(Desai 等, 2001; LaPlante 等, 2001; Shung 等, 2015)，而美國獨居失能成年人則高達 45%未滿足需求(LaPlante 等, 2004)，Hung, Liu, & Kuo(2002)針對 18 歲以上的失能者，調查 20 項的護理服務活動的未滿足需求，發現有 44.8%的人有未滿足需求的情形，在中國，Zhen, Feng, & Gu(2015)研究需要長期照顧的老年人，有高達 61.4%有未滿足的需求情形，Kersten, Low, Ashburn, George, &

McLellan(2002)根據各種不同的需求，如適應、個案管理、諮詢、物理治療、輪椅設備等，共 42 項的需求，有 89%的失能者至少有一項未滿足需求，國內研究顯示有 45.7%的 50 歲以上失能者認為至少一項 ADL 照顧需求未滿足，56.7%認為至少一項 IADL 照顧需求未滿足(莊坤洋，陳育慧，曹愛蘭，& 吳淑瓊，2004)，國內外未滿足需求因其研究對象與未滿足面向不同，未滿足情形差異大。

分析其中未滿足需求最高的項目，Kennedy(2001)以行走(21.3%)最高、其次為吃飯(18.5%)、家務協助(17%);曾煥裕 & 石決(2010)協助移位、安全維護、家事服務為多，但表示交通服務是使用最高的服務；Shung 等(2015)移位以及家事服務為最多，且有 64.9%的人表示因為沒有人協助移位而跌倒；Desai 等(2001)表示未滿足最高的服務為移位(20.1%)，Allen & Mor(1997) & LaPlante 等(2004)未滿足需求為家事、交通接送、移動能力；莊坤洋等(2004)大多為行動能力方面，如移位、走路。

性別上，部分研究表示女性有較高的未滿足需求(Dubuc 等，2011；Gilmour, 2018；Kennedy, 2001；Lima & Allen, 2001)，但有部份研究顯示性別因子並未影響未滿足需求(Desai 等，2001；Kennedy, 2001)；在年齡上，研究結果顯示 65 歲以上老人年齡越大，其未滿足需求的盛行率越高(陳正芬，2009；Hung, Liu, Kuo, 2002)，但如果是以全齡的失能者來做分析，顯示不同年齡段的未滿足需求情形不同，年齡大小並不完全會影響未滿足需求的高低，50 至 64 歲未滿足需求人數大幅增加(Gilmour, 2018)，處於工作年齡的失能者處於未滿足需求的更高風險中，原因是較高的 IADLs 與交通需求(Allen & Mor, 1997)；因 Clark & Dellasega(1998)研究顯示居住在鄉村的老年人較都市老年人健康狀況較差，且醫療照顧的資源較少，為了解都市型城市與鄉村型城市長照服務是否具公平性，以未滿足需求做為了解，雖未能看到都市與鄉村未滿足

需求的文獻，但由於都市長者對於自我健康評量會較鄉村好，可能都市長者的未滿足需求會較高，但也可能會沒有差異，因台灣長照服務的涵蓋率，六都以外的縣市(59.24%)平均高於六都(54.42%);在經濟狀況上，研究顯示經濟狀況較差的人未滿足需求較高，發生未滿足需求的機會也較大(Desai 等, 2001; LaPlante 等, 2004; Zhen, Feng & Gu, 2015)，但也有研究顯示並影響未滿足需求(Kennedy, 2001);領有身心障礙手冊者，因許多為 65 歲以下失能者，因此其有工作、求學的頻繁需求，多為孩童或壯年時因為家族遺傳、生產過程、職業傷害，而領有身障手冊(衛福部, 2018)，也因此在適婚年齡會有尋找伴侶困難或難以維繫穩定的伴侶關係的問題，大多無伴侶、無子女或高離婚率(Sandström 等, 2021)；在失能程度上多數研究表示失能程度越高未滿足需求越高(Freedman & Spillman, 2014; Spiers 等, 2022)，ADL 及 IADL 失能項目越多時，未滿足需求越多，因為失能項目越多通常代表需要較多的個人生活協助，照顧者可能無法滿足其所有的照顧需求(Allen & Mor, 1997)，但也有研究指出 ADLs 輕度障礙的失能者，因其需求常被忽略，反而成為未滿足需求的高危險群(Lima & Allen, 2001)。

由以上可知獨居為未滿足需求的高危險群，本研究將以影響未滿足需求影響結果的因素，獨居作為研究主題，並參考相關研究將納入年齡、性別、身心障礙與否、失能程度做為研究變項。

第四節 健康服務行為模型

健康服務行為模型為 Andersen(1968)所發表，在研究上全球隨著醫療服務發展，使得此模型最常被運用來解釋分析健康服務的使用途徑以及其品質，因而持續改變調整，發展至第六代。此模式最先用來研究家庭使用健康服務的情形，研究的基本問題是為何家庭在醫療服務使用上會有差異，模型以三個階段

來分析解釋健康服務使用情形，第一階段為傾向因素分析，第二階段是使能因素分析，第三階段為需要因素分析：



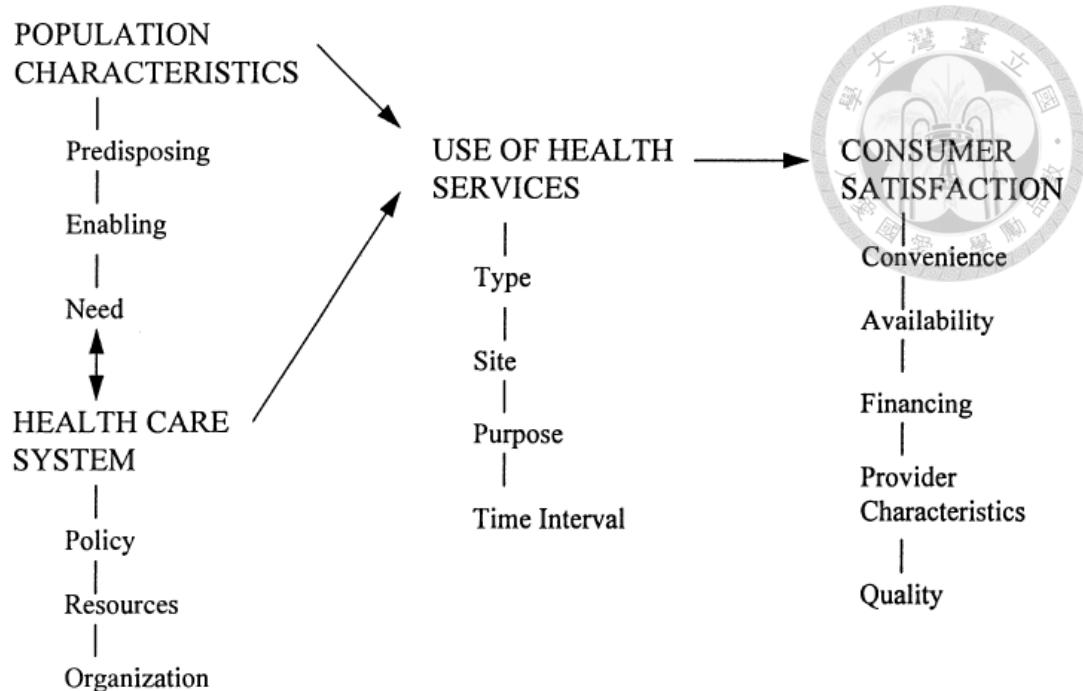
(一)傾向因素(predisposing factors)，家庭在醫療服務的使用上一定會有一些傾向性，像是年齡、性別、職業，傾向性的變動低的，可幫助了解潛在的健康服務使用因子。

(二)使能因素(enabling factors)，分析家庭獲取醫療服務的能力及條件，像是收入、健康保險、照顧資源、移動性、取得便利性，以了解服務使用途徑的公平性。

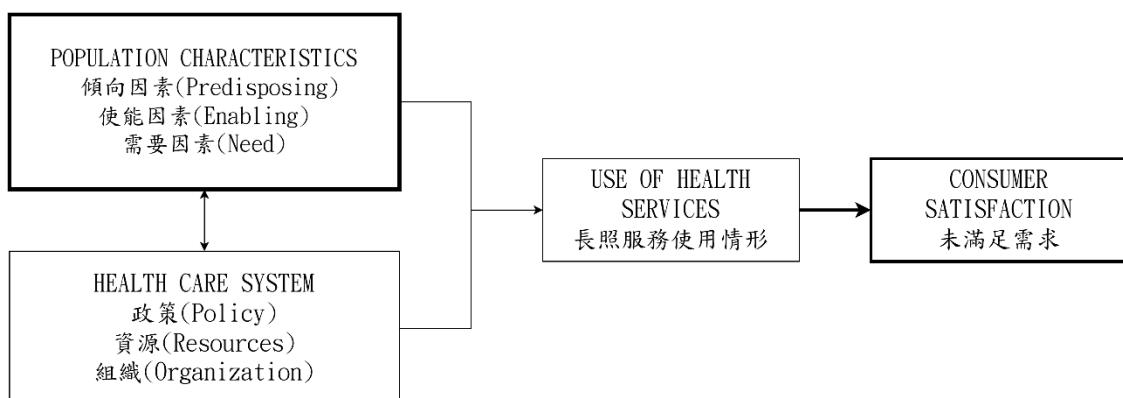
(三)需要因素(need factors)，為家庭是否能夠感受到自己對於醫療服務的需求性，像是是否失能、是否為身心障礙者等，需求因素是採取使用健康服務的關鍵點，反映個人對於自己健康狀況的評價，以及如何應對自己的健康。

Aday & Andersen(1974)所發表的第二代模型，除了第一代原有的人口特質層面，增加了健康服務體系的政策、資源、組織的面向，並在健康服務使用更細節的分析，如服務種類、地點、目的、時間點，並開始關注其使用者滿意度，包含服務的方便性、可獲得性、財務負擔程度、服務提供者的特性、品質。更全面幫助政策思考服務配置與策略，促進健康服務輸送的公平性與有效性。

本研究採用 Andersen 1970 年代所發表的第二代模型【圖 2-2】(Andersen, 1995)，來了解服務使用者個人的人口特性與長照 2.0 的使用，對於未滿足需求等健康結果的影響。【圖 2-3】，



【圖 2-2 Andersen, 1974】



【圖 2-3 本研究安德森模型應用】

第三章 研究方法

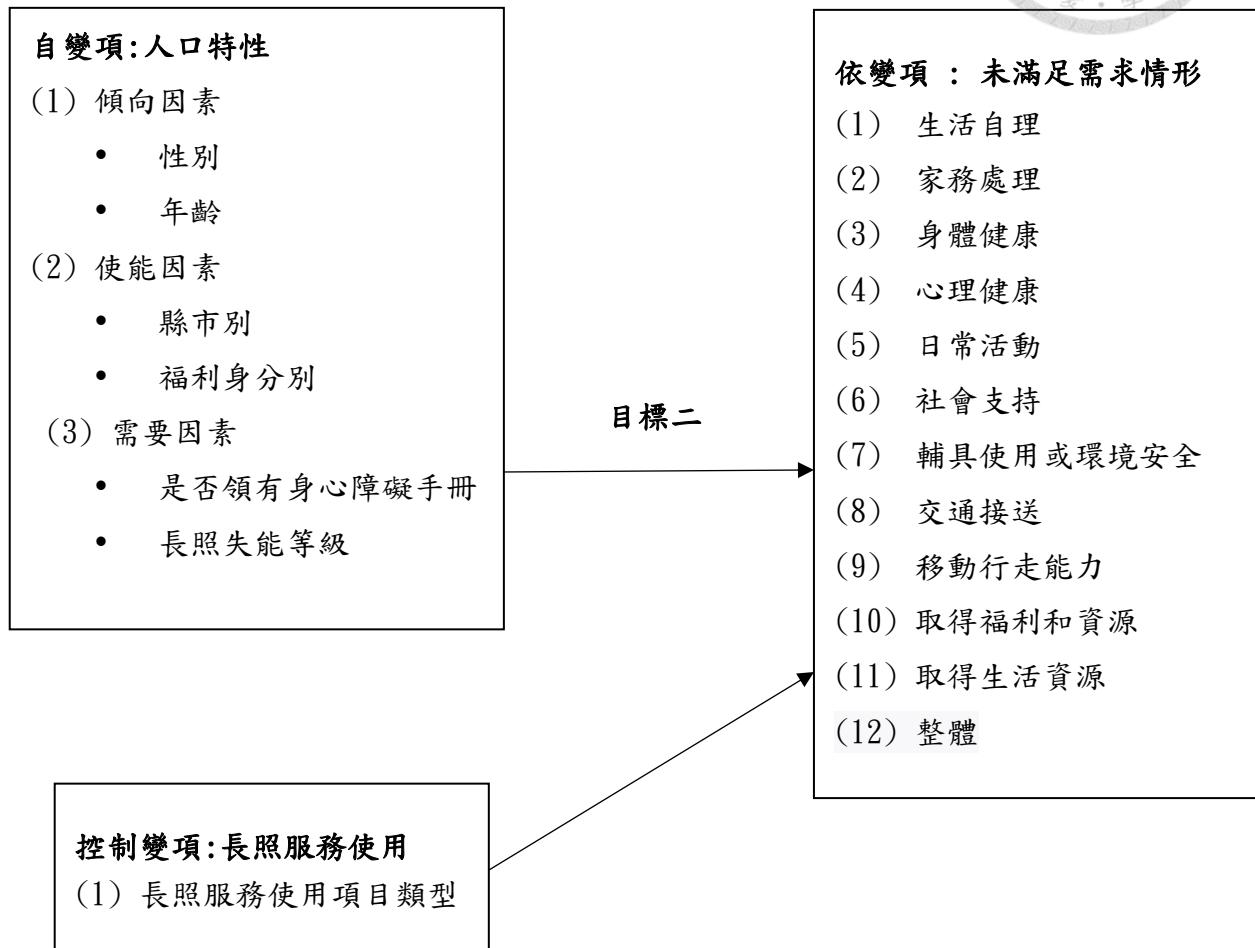


本章共分為五個小節來說明研究進行方式，第一節為研究架構；第二節為研究資料來源；第三節為研究對象；第四節研究工具介紹，包含工具的信度與效度檢定；第五節為研究變項的操作型定義；第六節為統計分析。

第一節 研究架構

本研究的研究架構依據研究問題與研究目標進行文獻探討而形成，本研究為了解使用長照服務的獨居者，是否仍存在未滿足需求，因此目標一為談論獨居者未滿足需求的情形，目標二為研究人口特性因子與長照服務使用對未滿足需求的影響，因此將人口特性因子作為自變項，並以安德森模型分類為傾向因素、使能因素、需要因素，並考量長照服務使用情形可能影響未滿足需求結果，因此設計為控制變項，以此架構進行自變項、控制變項與依變項之研究分析，以達到本研究之研究目的。研究架構如【表 3-1】

【表 3 -1 研究架構】





第二節 研究資料來源

本研究為次級資料研究，研究資料來源為陳雅美博士研究室團隊與科技部「發展與評估台灣居家社區長期照護整合服務模式之研究」(編號 108-2410-H-002-123-SS2)、科技部與教育部計畫「群體健康與永續環境之創新暨政策研究中心-子計畫六建立病人為中心照護模式計畫」(MOST 109-2634-F-002-044)、國家衛生研究院「高齡健康與長照研究中心推動計畫 - 長照給付支付制度與整合服務成效評估」、基隆市衛生局所共同合作的研究，欲了解長照服務使用者，在使用長照服務後的未滿足需求及生活品質，資料蒐集期間為 2021 年 3 月至 2021 年 12 月，蒐集方式為與地方政府長照中心和長照機構合作收案，採立意取樣進行收案，透過收案單位與使用者熟悉之人員，如：照顧管理專員、個案管理員、居家服務督導員等，以電話或面訪方式，進行一對一訪談，依據受訪者的回應由訪員協助填寫紙本問卷，再透過訪員協助輸入資料於電腦，部分資料為了減少受訪者回應有誤，增加有效樣本，由訪員透過政府長期照顧管理平台的資料，直接協助填寫，如使用者基本資料以及長期照顧服務使用情形，資料庫有效樣本為 1,232 份。

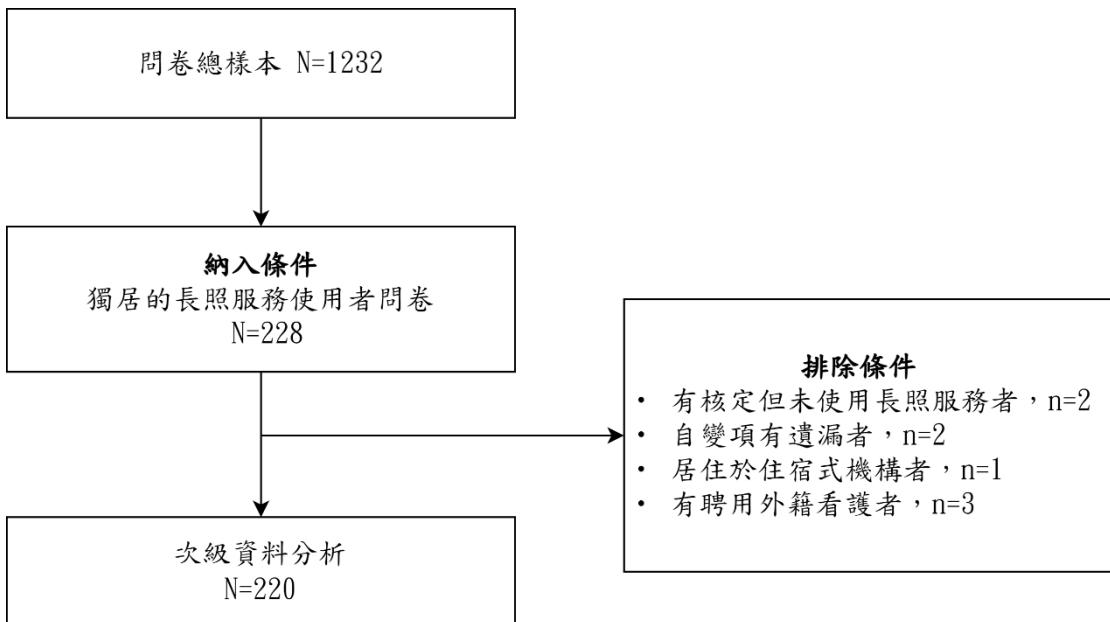
第三節 研究對象

本研究的研究對象為有使用長照服務的獨居失能者，因此本研究的資料選取條件為：(1)經各地方政府長照中心核定為二到八級且實際有使用長照服務者；(2)獨居者，針對獨居的定義，以長期照顧服務申請及給付辦法(2022)的家庭協助項目裡獨居者的定義為依據，長照給付對象為自己一人居住，但如同住家人無照顧能力，如未滿 18 歲者、年滿 18 歲領有身心障礙證明(手冊)或長照需要等級為 2 到 8 級、確診之失智症者、年齡 65 歲以上，同住者有以上這些條件也列為獨居。

但因本研究為了解研究對象在有使用長照服務下的未滿足需求情形，因此會排除有核定但是完全沒有使用過長照服務的對象，以及因為本研究對象為獨居

失能者，因此如有使用其他長時間的照顧資源者，如居住於住宿式機構以及有聘用外籍看護者，也都會排除，最後會再排除自變項有資料缺漏者，因本研究研究目標之一為了解未滿足需求的影響因子，相關人口特性因子為本研究的重要變項。

因此依據以上本研究一開始取得的有效樣本為 1,232 份，依據本研究資料選取條件，共有 228 份樣本，另排除以下情形：(1)有核定但未使用長照服務者；(2)自變項有遺漏者，有年齡、性別、縣市別、福利身分別、是否領有身障證明、失能等級；(3)居住於住宿式機構者；(4)有聘用外籍看護工者，最後的資料樣本數為 220 份，資料選取過程如下表【3-2】



【表 3 -2 資料選取過程】

第四節 研究工具



本研究測量工具包含以下資料：

- (一)傾向因素：性別、年齡、
- (二)使能因素：縣市別、福利身分別
- (三)需要因素：是否領有身心障礙證明(手冊)、失能等級
- (四)長照服務使用情形：共列出 16 項長照服務，(1)居家服務(2)居家醫療(3)居家護理(4)居家復能(5)家庭托顧(被照顧者送到照服員家中接受照顧)(6)喘息服務(7)日間照顧服務(公共托老中心) (8)居家營養餐飲服務(營養師至家中評估個案狀況，針對特殊需求配製餐食，固定送餐至家中) (9)交通接送服務(10)小規模多機能服務(日間照顧服務和居家服務和臨時托顧)(11)輔具購買、租借與居家無障礙環境改善 (12)長期照顧住宿型機構服務(安養養護機構、護理之家、團體家屋) (13) C 級巷弄長照站(長照 C 據點，例如：關懷訪視、電話問安、共餐、健康促進、預防及延緩失能)(14) 失智症照顧據點 (失智症個案照顧及家屬支持需求服務，如：認知促進、安全看護) (15) 家庭照顧者支持性服務(心理諮詢、音樂、繪畫、按摩等課程、照顧者經驗分享、照顧技巧訓練)，研究對象依據實際有使用到服務項目進行勾選，以了解研究對象長照服務的使用情形。

- (五)未滿足需求量表：未滿足需求測量，係根據學術文獻

(Forder, Vadean, Rand & Malley, 2018)的基礎所發展出來，共有 11 個面向，調查方式為請研究對象運用李克特五點量尺(Likert scale)表達各面向需要更多幫助的程度，5 分表示「非常需要」、4 分表示「需要」、3 分表示「普通」、2 分表示「不需要」、1 分表示「非常不需要」，分數越高代表研究對象未滿足需求越高，面向如下：(1)生活自理(Self-Care)，例如：吃飯、洗澡洗頭、個人衛生清潔等 (2)家務處理(Chores)，例如：煮飯、洗碗、採買生活用品、打掃等(3)身體健康(Physical Health) 例如：疼

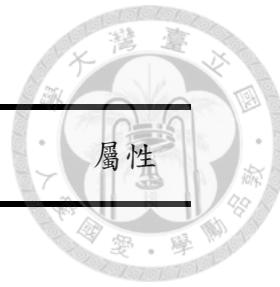
痛控制、皮膚照護、傷口或管路照顧問題、跌倒風險、服藥、營養飲食等
(4)心理健康(Psychological Health) 例如：憂鬱、焦慮、壓力的情緒管理、溝通問題、記憶障礙或困擾行為等 (5)日常活動(Daily Activities)，例如：參與社交活動、休閒、運動、參與預防老化和失智相關活動等) (6)社會支持(Social Support)，例如：獲得陪伴、有人可以傾聽心聲、找得到人幫忙等(7)輔具使用或環境安全(Assistive Device/Environmental Safety)，例如：設置無障礙空間、扶手加裝等(8)交通接送(Transportation)，例如：日常生活外出、就醫、參加據點活動等 (9)移動行走能力(Mobility)，例如：起身上下床、移動去廁所、上下樓梯、在家中安全走動等 (10)取得福利和資源(Welfare/Benefits)指政府提供的服務資源，例如：獲得長照服務、身障資格申請、社會津貼等 (11)取得生活資源(Resource)指非政府提供的服務資源，例如：社區志工服務、外籍看護等。

未滿足需求量表過去研究使用德菲法(Delphi Method)顯示所有面向均達到良好，11 個項目的重要性(importance)、可行性(feasibility)、適當性(appropriateness)的中位數均都超過 7，量表效度指數 (Scale Content Validity Index ,SCVI) 在重要性為 0.99、可行性為 0.99、適當性為 0.9。另一方面，此量表也進行前導測試(Pilot test)，樣本量為 255，研究結果均顯示量表的信效度佳。內部一致性 Cronbach's α 系數為 0.97，Confirmatory factor analysis 效度顯示 [$\chi^2 = 146.514$, $p < 0.001$, CFI = 0.98, RMSEA = 0.06, SRMR = 0.02] (Wu, Zhong, Chung, Wu and Chen, 2022)。

第五節 研究變項的操作型定義

為了解獨居者人口特性與未滿足需求的相關性，依安德森模型(Andersen Model)將自變項分類為傾向因素、使能因素、需要因素，其操作型定義如【表 3-3】、控制變項如【表 3-4】、依變項如【表 3-5】說明。





【表 3 -3 自變項的操作型定義】

變項名稱	操作型定義	屬性
傾向因素		
性別	依性別欄位判定 / 1=男性;2=女性	類別
年齡	依年齡欄位判定，分為 64 歲以下以及 65 歲以上/1=64 歲以下 2=65 歲以上	類別
使能因素		
縣市別	依縣市別欄位判定，並將縣市別分為兩類組，六都為一組、其他縣市為一組。/ 1=六都組 2=其他縣市組	類別
福利身份別	依福利身份別欄位判定，將分類為經濟弱勢戶或一般戶，低收入戶與中低收入戶分類為經濟弱勢戶 /1=經濟弱勢戶 ;2=一般戶	類別
需要因素		
有無身障證明 (手冊)	依身心障礙證明(手冊)欄位判定/0=無;1=有	類別
長照失能等級	依失能等級欄位判定，0=不清楚;1=無;2=二級;3=三級;4=四級;5=五級;6=六級;7=七級;8=八級;將分類為輕度與中重度兩組， 輕度為二級與三級、中重度為四級到八級/ 1=輕度 ; 2=中重度	類別



【表 3 -4 控制變項的操作型定義】

變項名稱	操作型定義	屬性
長照服務使用類型	依長照服務使用項目判定，分為僅使用居家服務與使用多元服務/1=僅使用居家服務；2=使用多元服務	類別

【表 3 -5 依變項的操作型定義】

變項名稱	操作型定義和計分方式	屬性
各面向未滿足需求	以 11 個未滿足需求面向需要更多幫助的程度，來了解未滿足需求情形，面向包含：生活自理、家務處理、身體健康、心理健康、日常活動、社會支持、輔具使用或環境安全、交通接送、移動行走能力、取得福利和資源、取得生活資源，每題項以李克特五點量表(Likert scale) 計分，5 分表示「非常需要」、4 分表示「需要」、3 分表示「普通」、2 分表示「不需要」、1 分表示「非常不需要」，每項得分介於 1~5 分，得分越高代表未滿足需求越高。	序位
整體未滿足需求	以整體未滿足需求的總分，來了解未滿足需求情形，此項加總以下 11 個未滿足需求面向，生活自理、家務處理、身體健康、心理健康、日常活動、社會支持、輔具使用或環境安全、交通接送、移動行走能力、取得福利和資源、取得生活資源，每題項以李克特五點量表(Likert scale) 計分，5 分表示「非常需要」、4 分表示「需要」、3 分表示「普通」、2 分表示「不需要」、1 分表示「非常不需要」，加總後得分介於 11~55 分，得分越高代表未滿足需求越高。	序位



第六節 統計分析

本研究採用 SAS 9.4 軟體進行資料處理與統計分析，分析方法有描述性統計、推論性統計，推論性統計以雙變項分析和多變量分析進行，以瞭解未滿足需求的影響因素。

(一) 描述性統計

本研究將以描述性統計進行研究對象的人口特性分布分析，本研究人口特性變項有性別、年齡、縣市別、福利身分別、是否領有身障手冊(證明)、長照失能等級、長照服務使用類型，以上變項皆為類別變項，將以次數、百分比呈現分析結果。

另依據本研究目標一，為了解研究對象的未滿足需求情形，也以描述性統計進行研究對象在 11 個面向以及整體的未滿足需求情形的分析，未滿足需求各面向為序位變項，將以最大值、最小值、平均值、標準差呈現未滿足需求情形。

(二) 推論性統計

依據本研究目標二，為進行影響未滿足需求的相關性探討，將採用雙變項分析方法，以獨立樣本T檢定(Independent Sample T-test)，了解安德森模型(Anderson Model)中傾向因素、使能因素、需要因素，是否影響未滿足需求情形，有傾向因素的性別、年齡；使能因素的縣市別、福利身分別；需要因素的是否領有身障證明、失能等級，影響未滿足需求整體和11個面向的情形。

最後採用多變量分析方法，使用複迴歸分析(Multiple Regression Analysis)，來了解在控制相關因子下，傾向因素、使能因素、需要因素對獨居失能者的未滿足需求影響關係。

第肆章 研究結果



本章共分為三個小節來說明研究結果，第一節為以描述性統計結果呈現人口特性分布；第二節為未滿足需求量表分布情形，以回應研究目標一，探討獨居的長照服務使用者的未滿足需求情形；第三節為推論性統計結果，說明雙變項、多變量分析結果，以回應研究目標二，探討未滿足需求的影響因子。

第一節 描述性統計結果

(一) 人口特性分布

在220位研究對象中，以女性56.36%占多數；65歲以上占多數有75.91%；福利身份別為一般戶占多數有60%；多數領有身心障礙證明(手冊)占55.45%；長照失能等級以輕度為多占 55%，詳見【表4-1】。



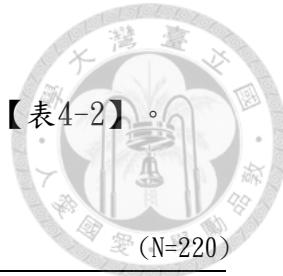
【表 4 -1 人口特性分布】

(N=220)

類別變項	人數	百分比
傾向因素		
性別		
男	96	45%
女	124	55%
年齡		
64歲以下	53	24. 09%
65歲以上	167	75. 91%
使能因素		
縣市別		
六都	49	22. 27%
其他縣市	171	77. 73%
福利身份別		
經濟弱勢戶(低收與中低收)	88	40%
一般戶	132	60%
需要因素		
身心障礙證明(手冊)		
無	98	45. 55%
有	122	55. 45%
長照失能等級		
輕度(CMS 2~3級)	121	55%
中重度(CMS 4~8級)	99	45%
是否有使用管路		
無	207	94. 09%
有	13	5. 91%

(二)研究對象長照服務使用項目

長照服務使用項目，僅使用居家服務者占多數62.73%，詳見【表4-2】。



【表 4 -2 長照服務使用項目】

變項	人數	百分比
僅使用居家服務	138	62.73%
使用多元服務	82	37.27%

第二節 未滿足需求量表分布

未滿足需求量表共有11個面向，依據未滿足需求分數高至低，依序為家務處理(2.73 ± 1.26)、交通接送(2.51 ± 1.17)、移動行走能力(2.45 ± 1.08)、取得福利和資源(2.44 ± 1.09)、社會支持(2.41 ± 1.13)、身體健康(2.37 ± 1.05)、生活自理(2.37 ± 1.10)、日常活動(2.33 ± 1.02)、心理健康(2.27 ± 1.00)、取得生活資源(2.26 ± 0.99)、輔具使用或環境安全(2.25 ± 0.92)，詳見【表4-3】

【表 4 -3 未滿足需求量表分布】

(N=220)

變項	最小值	最大值	平均值	標準差
您在「家務處理」上是否需要更多的幫助？ (例如：煮飯、洗碗、採買生活用品、打掃等)	1	5	2.73	1.26
您所照顧的家人在「交通接送」上是否需要更多的幫助？(例如：日常生活外出、就醫、參加據點活動等)	1	5	2.51	1.17
您在「移動行走能力」上是否需要更多的幫助？(例如：起身上下床、移動去廁所、上下樓梯、在家中安全走動等)	1	5	2.45	1.08
您在「取得福利和資源」上是否需要更多的幫助？(這邊指政府提供的服務資源，例如：獲得長照服務、身障資格申請、社會津貼等)	1	5	2.44	1.09
您在「社會支持」上是否需要更多的幫助？ (例如：獲得陪伴、有人可以傾聽心聲、找得到人幫忙等)	1	5	2.41	1.13
您在「身體健康」上是否需要更多的幫助？ (例如：疼痛控制、皮膚照護、傷口或管路照顧問題、跌倒風險、服藥、營養飲食等)	1	5	2.37	1.05
您在「生活自理」上是否需要更多的幫助？ (例如：吃飯、洗澡洗頭、衛生清潔等)	1	5	2.37	1.10
您在「日常活動」上是否需要更多的幫助？ (例如：參與社交活動、休閒、運動、參與預防老化和失智相關活動等)	1	5	2.33	1.02
您在「心理健康」上是否需要更多的幫助？ (例如：憂鬱、焦慮、壓力的情緒管理、溝通問題、記憶障礙或困擾行為等)	1	5	2.27	1.00
您在取得生活資源上是否需要更多的幫助？ (這邊指非政府提供的服務資源，例如：社區志工服務、外籍看護等)	1	5	2.26	0.99
您在「輔具使用或環境安全」上是否需要更多的幫助？(例如：設置無障礙空間、扶手加裝等)	1	5	2.25	0.92



第三節 推論性統計結果

(一)人口特性與未滿足需求整體和各面向的影響性之獨立樣本T檢定

為了解人口特性對於未滿足需求各面向的影響情形，以獨立樣本T檢定進行分析，研究結果表示，傾向因素沒有對各未滿足需求面向有顯著影響。使能因素的「縣市別」在「心理健康」面向有顯著影響($p < 0.01$)，顯示「居住在六都」的獨居失能者在「心理健康」的未滿足需求較居住在「其他縣市者」為高。而需要因素在各未滿足需求面向有不同的影響程度，需要因素的「失能等級」在未滿足需求「整體」面向($p < 0.05$)、「生活自理」面向($p < 0.05$)、「身體健康」面向($p < 0.01$)、「輔具使用或環境安全」面向($p < 0.001$)、「移動行走能力」面向($p < 0.01$)、「取得福利和資源」($p < 0.01$)皆達顯著差異，顯示「中重度失能者」較「輕度失能者」在以上這些面向未滿足需求較高。需要因素裡是「否領有身心障礙手冊」，在「交通接送」面向，未滿足需求有顯著差異($p < 0.05$)，顯示「領有身心障礙手冊(證明)者」較「未領有者」未滿足需求高。另控制變項的確會影響未滿足需求情形，本研究結果顯示，有「使用多元服務者」在「輔具使用或環境安全」面向($p < 0.05$)、「交通面向」($p < 0.05$)、「移動行走能力」($p < 0.05$)皆達顯著差異，顯示「使用多元服務者」較「僅使用居家服務者」在以上未滿足需求面向為高，詳見【表4-4 至 4-15】。

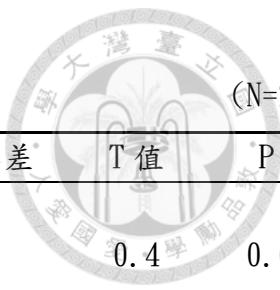


【表 4 -4 人口特性與未滿足需求整體面向分析】

(N=220)

變項	人數	百分比	平均數	標準差	T 值	P 值
傾向因素						
性別					0.13	0.899
男	96	43.64	26.50	9.87		
女	124	56.36	26.34	8.90		
年齡					0.23	0.822
64 歲以下	53	24.09	26.66	9.19		
65 歲以上	167	75.91	26.33	9.38		
使能因素						
縣市別					0.94	0.349
六都	49	22.27	27.51	9.90		
其他縣市	171	77.73	26.09	9.14		
福利身分別					-0.77	0.443
經濟弱勢戶	88	40	25.82	10.24		
一般戶	132	60	26.80	8.65		
需要因素						
身心障礙手冊(證明)					-0.96	0.337
無	98	44.55	25.73	8.81		
有	122	55.45	26.95	9.70		
失能等級					-2.3	0.022*
輕度失能	121	55	25.12	8.94		
中重度失能	99	45	27.99	9.55		
控制變項						
長照服務項目					-0.95	0.3432
僅使用居家服務	138	62.73	25.95	9.00		
使用多元服務	82	37.27	27.18	9.83		

【表 4 -5 人口特性與未滿足需求生活自理面向分析】



(N=220)

變項	人數	百分比	平均數	標準差	T 值	P 值
傾向因素						
性別					0.4	0.691
男	96	43.64	2.41	1.14		
女	124	56.36	2.35	1.07		
年齡					-0.68	0.496
64 歲以下	53	24.09	2.28	1.06		
65 歲以上	167	75.91	2.40	1.11		
使能因素						
縣市別					-0.33	0.739
六都	49	22.27	2.33	1.03		
其他縣市	171	77.73	2.39	1.12		
福利身分別					-0.35	0.726
經濟弱勢戶	88	40	2.34	1.14		
一般戶	132	60	2.39	1.07		
需要因素						
身心障礙手冊(證明)					-0.93	0.353
無	98	44.55	2.30	1.01		
有	122	55.45	2.43	1.16		
失能等級					-2.26	0.028*
輕度失能	121	55	2.22	0.98		
中重度失能	99	45	2.56	1.21		
控制變項						
長照服務項目					0.33	0.745
僅使用居家服務	138	62.73	2.39	1.05		
使用多元服務	82	37.27	2.34	1.18		

【表 4 -6 人口特性與未滿足需求家務處理面向分析】

(N=220)

變項	人數	百分比	平均數	標準差	T 值	P 值
傾向因素						
性別					0.19	0.851
男	96	43.64	2.75	1.30		
女	124	56.36	2.72	1.24		
年齡					-1.22	0.223
64 歲以下	53	24.09	2.55	1.19		
65 歲以上	167	75.91	2.79	1.28		
使能因素						
縣市別					-0.49	0.622
六都	49	22.27	2.65	1.16		
其他縣市	171	77.73	2.75	1.29		
福利身分別					-1.8	0.074
經濟弱勢戶	88	40	2.55	1.28		
一般戶	132	60	2.86	1.24		
需要因素						
身心障礙手冊(證明)					0.57	0.572
無	98	44.55	2.79	1.24		
有	122	55.45	2.69	1.29		
失能等級					-0.06	0.953
輕度失能	121	55	2.73	1.22		
中重度失能	99	45	2.74	1.32		
控制變項						
長照服務項目					0.66	0.508
僅使用居家服務	138	62.73	2.78	1.24		
使用多元服務	82	37.27	2.66	1.31		

【表 4 -7 人口特性與未滿足需求身體健康面向分析】

(N=220)

變項	人數	百分比	平均數	標準差	T 值	P 值
傾向因素						
性別					0.42	0.678
男	96	43.64	2.41	1.07		
女	124	56.36	2.35	1.04		
年齡					-0.41	0.680
64 歲以下	53	24.09	2.32	1.03		
65 歲以上	167	75.91	2.39	1.06		
使能因素						
縣市別					1.2	0.233
六都	49	22.27	2.53	1.08		
其他縣市	171	77.73	2.33	1.04		
福利身分別					-1.15	0.250
經濟弱勢戶	88	40	2.27	1.08		
一般戶	132	60	2.44	1.03		
需要因素						
身心障礙手冊(證明)					0.06	0.952
無	98	44.55	2.38	1.09		
有	122	55.45	2.37	1.02		
失能等級					-2.76	0.006**
輕度失能	121	55	2.20	0.96		
中重度失能	99	45	2.59	1.12		
控制變項						
長照服務項目					-0.46	0.649
僅使用居家服務	138	62.73	2.35	1.00		
使用多元服務	82	37.27	2.41	1.13		

【表 4 -8 人口特性與未滿足需求心理面向分析】

(N=220)

變項	人數	百分比	平均數	標準差	T 值	P 值
傾向因素						
性別					-1.12	0.266
男	96	43.64	2.19	0.95		
女	124	56.36	2.34	1.03		
年齡					-0.23	0.819
64 歲以下	53	24.09	2.25	0.90		
65 歲以上	167	75.91	2.28	1.03		
使能因素						
縣市別					2.92	0.004**
六都	49	22.27	2.63	1.09		
其他縣市	171	77.73	2.17	0.95		
福利身分別					-1.52	0.129
經濟弱勢戶	88	40	2.15	0.98		
一般戶	132	60	2.36	1.00		
需要因素						
身心障礙手冊(證明)					-0.23	0.815
無	98	44.55	2.26	1.01		
有	122	55.45	2.29	0.99		
失能等級					-0.95	0.343
輕度失能	121	55	2.21	0.94		
中重度失能	99	45	2.34	1.06		
控制變項						
長照服務項目					0.33	0.742
僅使用居家服務	138	62.73	2.29	1.01		
使用多元服務	82	37.27	2.24	0.99		

【表 4 -9 人口特性與未滿足需求日常活動面向分析】

(N=220)

變項	人數	百分比	平均數	標準差	T 值	P 值
傾向因素						
性別					-0.06	0.956
男	96	43.64	2.32	1.09		
女	124	56.36	2.33	0.97		
年齡					-0.82	0.411
64 歲以下	53	24.09	2.23	0.93		
65 歲以上	167	75.91	2.36	1.05		
使能因素						
縣市別					1.27	0.207
六都	49	22.27	2.49	1.14		
其他縣市	171	77.73	2.28	0.98		
福利身分別					-0.92	0.361
經濟弱勢戶	88	40	2.25	1.06		
一般戶	132	60	2.38	0.99		
需要因素						
身心障礙手冊(證明)					-0.54	0.590
無	98	44.55	2.29	0.99		
有	122	55.45	2.36	1.05		
失能等級					-1.14	0.255
輕度失能	121	55	2.26	0.94		
中重度失能	99	45	2.41	1.12		
控制變項						
長照服務項目					-0.02	0.982
僅使用居家服務	138	62.73	2.33	1.01		
使用多元服務	82	37.27	2.33	1.04		

【表 4 -10 人口特性與未滿足需求社會支持面向分析】

(N=220)

變項	人數	百分比	平均數	標準差	T 值	P 值
傾向因素						
性別					-1.05	0.294
男	96	43.64	2.32	1.07		
女	124	56.36	2.48	1.17		
年齡					0.01	0.991
64 歲以下	53	24.09	2.42	1.10		
65 歲以上	167	75.91	2.41	1.14		
使能因素						
縣市別					1.11	0.267
六都	49	22.27	2.57	1.15		
其他縣市	171	77.73	2.37	1.12		
福利身分別					-0.54	0.592
經濟弱勢戶	88	40	2.36	1.15		
一般戶	132	60	2.45	1.11		
需要因素						
身心障礙手冊(證明)					-0.67	0.506
無	98	44.55	2.36	1.11		
有	122	55.45	2.46	1.14		
失能等級					-1.45	0.147
輕度失能	121	55	2.31	1.07		
中重度失能	99	45	2.54	1.18		
控制變項						
長照服務項目					-0.38	0.704
僅使用居家服務	138	62.73	2.39	1.12		
使用多元服務	82	37.27	2.45	1.13		

【表 4 -11 人口特性與未滿足需求輔具使用或環境安全面向分析】

(N=220)

變項	人數	百分比	平均數	標準差	T 值	P 值
傾向因素						
性別					-0.15	0.883
男	96	43.64	2.24	0.97		
女	124	56.36	2.26	0.88		
年齡					-0.04	0.966
64 歲以下	53	24.09	2.25	0.94		
65 歲以上	167	75.91	2.25	0.92		
使能因素						
縣市別					1.55	0.123
六都	49	22.27	2.43	1.06		
其他縣市	171	77.73	2.20	0.87		
福利身分別					-1.35	0.179
經濟弱勢戶	88	40	2.15	0.94		
一般戶	132	60	2.32	0.90		
需要因素						
身心障礙手冊(證明)					-0.52	0.607
無	98	44.55	2.21	0.96		
有	122	55.45	2.28	0.89		
失能等級					-3.35	0.001***
輕度失能	121	55	2.07	0.81		
中重度失能	99	45	2.47	0.99		
控制變項						
長照服務項目					-2.37	0.028*
僅使用居家服務	138	62.73	2.14	0.81		
使用多元服務	82	37.27	2.44	1.06		

【表 4 -12 人口特性與未滿足需求交通接送面向分析】

(N=220)

變項	人數	百分比	平均數	標準差	T 值	P 值
傾向因素						
性別					0.36	0.717
男	96	43.64	2.54	1.24		
女	124	56.36	2.48	1.12		
年齡					1.77	0.079
64 歲以下	53	24.09	2.75	1.21		
65 歲以上	167	75.91	2.43	1.15		
使能因素						
縣市別					0.7	0.487
六都	49	22.27	2.61	1.29		
其他縣市	171	77.73	2.48	1.13		
福利身分別					-0.09	0.925
經濟弱勢戶	88	40	2.50	1.27		
一般戶	132	60	2.52	1.10		
需要因素						
身心障礙手冊(證明)					-2.09	0.038*
無	98	44.55	2.33	1.14		
有	122	55.45	2.66	1.18		
失能等級					-1.94	0.054
輕度失能	121	55	2.37	1.16		
中重度失能	99	45	2.68	1.16		
控制變項						
長照服務項目					-2.82	0.005**
僅使用居家服務	138	62.73	2.34	1.08		
使用多元服務	82	37.27	2.79	1.26		

【表 4 -13 人口特性與未滿足需求移動行走能力面向分析】

(N=220)

變項	人數	百分比	平均數	標準差	T 值	P 值
傾向因素						
性別					0.8	0.425
男	96	43.64	2.52	1.17		
女	124	56.36	2.40	1.01		
年齡					0.86	0.391
64 歲以下	53	24.09	2.57	1.20		
65 歲以上	167	75.91	2.42	1.04		
使能因素						
縣市別					-0.19	0.849
六都	49	22.27	2.43	1.02		
其他縣市	171	77.73	2.46	1.10		
福利身分別					-0.25	0.808
經濟弱勢戶	88	40	2.43	1.21		
一般戶	132	60	2.47	0.99		
需要因素						
身心障礙手冊(證明)					-1.32	0.187
無	98	44.55	2.35	0.99		
有	122	55.45	2.54	1.15		
失能等級					-2.93	0.004**
輕度失能	121	55	2.26	1.00		
中重度失能	99	45	2.69	1.14		
控制變項						
長照服務項目					-2.17	0.031*
僅使用居家服務	138	62.73	2.33	0.99		
使用多元服務	82	37.27	2.66	1.20		

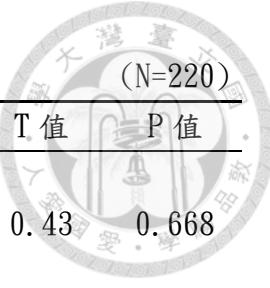
【表 4 -14 人口特性與未滿足需求取得福利和資源面向分析】

(N=220)

變項	人數	百分比	平均數	標準差	T 值	P 值
傾向因素						
性別					0.77	0.440
男	96	43.64	2.51	1.17		
女	124	56.36	2.40	1.03		
年齡					1.79	0.074
64 歲以下	53	24.09	2.68	1.17		
65 歲以上	167	75.91	2.37	1.06		
使能因素						
縣市別					-0.12	0.903
六都	49	22.27	2.43	0.96		
其他縣市	171	77.73	2.45	1.13		
福利身分別					0.85	0.394
經濟弱勢戶	88	40	2.52	1.21		
一般戶	132	60	2.39	1.01		
需要因素						
身心障礙手冊(證明)					-1.83	0.069
無	98	44.55	2.30	1.00		
有	122	55.45	2.57	1.16		
失能等級					-2.75	0.008**
輕度失能	121	55	2.26	0.94		
中重度失能	99	45	2.67	1.23		
控制變項						
長照服務項目					-1.47	0.144
僅使用居家服務	138	62.73	2.36	1.02		
使用多元服務	82	37.27	2.59	1.20		

【表 4 -15 人口特性與未滿足需求取得生活資源面向分析】

(N=220)



變項	人數	百分比	平均數	標準差	T 值	P 值
傾向因素						
性別					0.43	0.668
男	96	43.64	2.29	1.09		
女	124	56.36	2.23	0.91		
年齡					1	0.319
64 歲以下	53	24.09	2.38	1.06		
65 歲以上	167	75.91	2.22	0.97		
使能因素						
縣市別					1.2	0.232
六都	49	22.27	2.41	1.04		
其他縣市	171	77.73	2.22	0.97		
福利身分別					0.44	0.657
經濟弱勢戶	88	40	2.30	1.10		
一般戶	132	60	2.23	0.92		
需要因素						
身心障礙手冊(證明)					-0.88	0.382
無	98	44.55	2.19	0.90		
有	122	55.45	2.31	1.05		
失能等級					-0.73	0.465
輕度失能	121	55	2.21	0.92		
中重度失能	99	45	2.31	1.07		
控制變項						
長照服務項目					-0.11	0.917
僅使用居家服務	138	62.73	2.25	0.93		
使用多元服務	82	37.27	2.27	1.09		

(二)影響因子對於未滿足需求整體和各面向的影響程度之複迴歸分析

將傾向因素、使能因素、需要因素以及控制變項，納入對依變項未滿足需求的複迴歸分析，用以檢定在控制其他特性下，自變項、控制變項對於依變項的影響程度，以了解未滿足需求的潛在影響因子。

在控制其他特性下，顯示需要因素的「失能等級」對於未滿足需求「整體」、「生活自理」、「身體健康」、「輔具使用或環境安全」、「移動行走能力」面向皆達顯著影響，結果顯示「失能等級中重度者」相對於「失能等級輕度者」，在未滿足需求「整體」面向，分數增加 3.062 分($p < 0.05$)；「失能等級中重度者」相對於「失能等級輕度者」，在未滿足需求「生活自理」面向，分數較高 0.458 分($p < 0.05$)、在未滿足需求「身體健康」面向，分數增加 0.506 分、在「輔具使用或環境安全」面向達顯著影響，分數較高 0.431 分($p < 0.001$)；在未滿足需求「移動行走能力」面向，分數較高 0.343 分($p < 0.05$)，代表失能等級中重度者為一明顯影響因子，有較高的未滿足需求，需要被關注。在控制其他特性下，使能因素的「縣市別」對於未滿足需求「心理健康」面向達顯著影響($p < 0.01$)，「居住於其他縣市者」相對於「居住於六都者」，在未滿足需求「心理健康」面向分數較低 0.369 分，代表居住於六都者有較高的未滿足需求。在控制其他特性下，顯示控制變項「長照服務使用項目」對於未滿足需求「交通接送」面向達顯著影響，「使用多元服務者」相對於「僅使用居家服務者」，在未滿足需求「交通接送」面向，分數增加 0.615 分($p < 0.05$)。在控制其他特性下，顯示沒有任何變項對未滿足需求「家務處理」、「日常活動」、「社會支持」、「取得福利和資源」、「取得生活資源」面向達顯著影響。整體解釋量為 $R^2 = 0.03-0.89$ ，解釋量最好的是未滿足需求的移動行走能力面向。詳見【表 4-16 至表 4-28】。



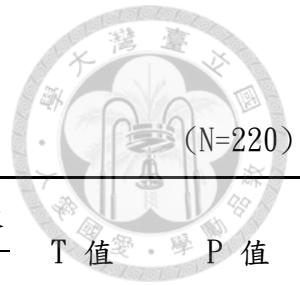
【表 4 -16 未滿足需求各面向相關因子複迴歸分析總表】

未滿足需求面向 影響因子		整體	生活 自理	家務 處理	身體 健康	心理 健康	日常 活動	社會 支持	輔具使 用或環 境安全	交通 接送	移動 行走	福利 和資源	生活 資源
傾向 因素	性別	0.158	-0.018	-0.072	-0.113	0.091	-0.047	0.23	0.036	0.040	0.002	0.007	0.000
	年齡	1.021	0.326	0.306	0.126	-0.020	0.254	0.03	0.058	-0.148	0.054	0.000	0.039
使能 因素	縣市別	-1.133	0.128	0.109	-0.118	-0.369 **	-0.137	-0.19	-0.199	-0.153	0.010	-0.018	-0.199
	福利身分別	1.904	0.078	0.327	0.265	0.206	0.063	0.07	0.259	0.246	0.306	0.075	0.014
需要 因素	身障證明	1.335	0.207	0.027	0.026	0.123	0.186	0.10	-0.048	0.262	0.124	0.160	0.170
	失能等級	3.062 *	0.458 *	0.131	0.506 ***	0.226	0.150	0.31	0.431 ***	0.155	0.343 *	0.294	0.058
控制 變項	長照服務使用 項目	0.920	-0.1	0.023	-0.175	-0.056	0.194	0.12	0.194	0.615 *	0.295	-0.081	-0.115

$R^2=0.03-0.89$

註： p<0.05*、p<0.01**、p<0.001***

【表 4 -17 未滿足需求整體面向相關因子複迴歸分析】



變項	非標準化係數		標準化係數 Beta	T 值	P 值
	B	標準誤			
常數	16.098	5.733	0	2.81	0.006
傾向因素					
性別(女性)	0.158	1.388	0.009	0.11	0.910
年齡(65 歲以上)	1.021	1.873	0.047	0.55	0.586
使能因素					
縣市別(其他縣市)	-1.133	1.576	-0.052	-0.72	0.473
福利身分別(一般戶)	1.904	1.616	0.104	1.18	0.240
需要因素					
是否有身障手冊(證明)	1.335	1.514	0.074	0.88	0.379
失能等級(中重度)	3.062	1.374	0.170	2.23	0.027*
控制變項					
長照服務使用項目(使用多元服務)	0.920	2.295	0.049	0.4	0.689

F=1.14; R²=0.074

【表 4 -18 未滿足需求生活自理面向相關因子複迴歸分析】

(N=220)

變項	非標準化係數		標準化係數		T 值	P 值
	B	標準誤	Beta			
常數	0.909.	0.098	0.681	0.000	1.33	0.184
傾向因素						
性別(女性)	-0.018	0.165	-0.008	-0.11	0.913	
年齡(65 歲以上)	0.326	0.223	0.127	1.47	0.145	
使能因素						
縣市別(其他縣市)	0.128	0.187	0.05	0.68	0.496	
福利身分別(一般戶)	0.078	0.192	0.036	0.400	0.686	
需要因素						
是否有身障手冊(證明)	0.207	0.180	0.097	1.150	0.251	
失能等級(中重度)	0.458	0.163	0.214	2.810	0.006	
控制變項						
長照服務使用項目(使用多元服務)	-0.100	0.273		-0.360	0.716	
			-0.045			

$$F=1.06; R^2=0.068$$

【表 4 -19 未滿足需求家務處理面向相關因子複迴歸分析】

(N=220)

變項	非標準化係數		標準化係數		T 值	P 值
	B	標準誤	Beta			
常數	1.438	0.805	0.000		1.78	0.076
傾向因素						
性別(女性)	-0.072	0.195	-0.029	-0.37	0.711	
年齡(65 歲以上)	0.306	0.263	0.102	1.16	0.247	
使能因素						
縣市別(其他縣市)	0.109	0.221	0.036	0.49	0.624	
福利身分別(一般戶)	0.327	0.227	0.128	1.44	0.151	
需要因素						
是否有身障手冊(證明)	0.027	0.213	0.011	0.13	0.901	
失能等級(中重度)	0.131	0.193	0.052	0.68	0.499	
控制變項						
長照服務使用項目(使 用多元服務)	0.023	0.322	0.009	0.07	0.943	

$$F=0.83; R^2=0.054$$

【表 4-20 未滿足需求身體健康面向相關因子複迴歸分析】

(N=220)

變項	非標準化係數		標準化係數		T 值	P 值
	B	標準誤	Beta			
常數	1.363	0.631	0.000		2.16	0.032
傾向因素						
性別(女性)	-0.113	0.153	-0.056	-0.74	0.461	
年齡(65 歲以上)	0.126	0.206	0.053	0.61	0.541	
使能因素						
縣市別(其他縣市)	-0.118	0.173	-0.049	-0.68	0.498	
福利身分別(一般戶)	0.265	0.178	0.130	1.49	0.138	
需要因素						
是否有身障手冊(證明)	0.026	0.167	0.013	0.15	0.877	
失能等級(中重度)	0.506	0.151	0.252	3.34	0.001***	
控制變項						
長照服務使用項目(使 用多元服務)	-0.175	0.253	-0.083	-0.69	0.491	

$$F=1.44; R^2=0.09$$

【表 4 -21 未滿足需求心理面向相關因子複迴歸分析】

(N=220)

變項	非標準化係數		標準化係數		T 值	P 值
	B	標準誤	Beta			
常數	2.118	0.615	0.000	3.44	0.001	
傾向因素						
性別(女性)	0.091	0.149	0.047	0.61	0.543	
年齡(65 歲以上)	-0.020	0.201	-0.009	-0.1	0.922	
使能因素						
縣市別(其他縣市)	-0.369	0.169	-0.158	-2.18	0.030**	
福利身分別(一般戶)	0.206	0.173	0.105	1.19	0.236	
需要因素						
是否有身障手冊(證明)	0.123	0.162	0.064	0.76	0.449	
失能等級(中重度)	0.226	0.147	0.117	1.53	0.127	
控制變項						
長照服務使用項目(使 用多元服務)	-0.056	0.246	-0.028	-0.23	0.820	

$$F=1.12; R^2=0.07$$

【表 4 -22 未滿足需求日常活動面向相關因子複迴歸分析】

(N=220)

變項	非標準化係數		標準化係數		T 值	P 值
	B	標準誤	Beta			
常數	1.518	0.630	0.000		2.41	0.017
傾向因素						
性別(女性)	-0.047	0.152	-0.024	-0.31	0.757	
年齡(65 歲以上)	0.254	0.206	0.107	1.23	0.219	
使能因素						
縣市別(其他縣市)	-0.137	0.173	-0.057	-0.79	0.429	
福利身分別(一般戶)	0.063	0.177	0.031	0.35	0.724	
需要因素						
是否有身障手冊(證明)	0.186	0.166	0.094	1.12	0.265	
失能等級(中重度)	0.150	0.151	0.076	0.99	0.323	
控制變項						
長照服務使用項目(使 用多元服務)	0.194	0.252	0.094	0.77	0.442	

$$F=1.15; R^2=0.07$$

【表 4 -23 未滿足需求社會支持面向相關因子複迴歸分析】

(N=220)

變項	非標準化係數		標準化係數		T 值	P 值
	B	標準誤	Beta			
常數	1.53	0.70	0.00	2.18	0.031	
傾向因素						
性別(女性)	0.23	0.17	0.10	1.37	0.173	
年齡(65 歲以上)	0.03	0.23	0.01	0.11	0.909	
使能因素						
縣市別(其他縣市)	-0.19	0.19	-0.07	-0.96	0.336	
福利身分別(一般戶)	0.07	0.20	0.03	0.33	0.741	
需要因素						
是否有身障手冊(證明)	0.10	0.19	0.04	0.52	0.601	
失能等級(中重度)	0.31	0.17	0.14	1.85	0.066	
控制變項						
長照服務使用項目(使 用多元服務)	0.12	0.28	0.05	0.44	0.659	

$$F=1.19; R^2=0.08$$

【表 4 -24 未滿足需求輔具使用或環境安全面向相關因子複迴歸分析】

(N=220)

變項	非標準化係數		標準化係數		T 值	P 值
	B	標準誤	Beta			
常數	0.995	0.539	0.000		1.85	0.067
傾向因素						
性別(女性)	0.036	0.131	0.020		0.28	0.782
年齡(65 歲以上)	0.058	0.176	0.027		0.33	0.744
使能因素						
縣市別(其他縣市)	-0.199	0.148	-0.094		-1.34	0.181
福利身分別(一般戶)	0.259	0.152	0.144		1.7	0.090
需要因素						
是否有身障手冊(證明)	-0.048	0.142	-0.027		-0.34	0.736
失能等級(中重度)	0.431	0.129	0.245		3.34	0.001***
控制變項						
長照服務使用項目(使 用多元服務)	0.194	0.216	0.106		0.9	0.370

$$F=2.34; R^2=0.14$$

【表 4 -25 未滿足需求交通接送面向相關因子複迴歸分析】

(N=220)

變項	非標準化係數		標準化係數		T 值	P 值
	B	標準誤	Beta			
常數	1.390	0.696	0.000	2	0.047	
傾向因素						
性別(女性)	0.040	0.169	0.017	0.24	0.814	
年齡(65 歲以上)	-0.148	0.228	-0.054	-0.65	0.515	
使能因素						
縣市別(其他縣市)	-0.153	0.191	-0.056	-0.8	0.426	
福利身分別(一般戶)	0.246	0.196	0.106	1.25	0.213	
需要因素						
是否有身障手冊(證明)	0.262	0.184	0.116	1.43	0.155	
失能等級(中重度)	0.155	0.167	0.068	0.93	0.354	
控制變項						
長照服務使用項目(使 用多元服務)	0.615	0.279	0.258	2.21	0.029*	

F=2.4; R²=0.14

【表 4- 26 未滿足需求移動行走能力面向相關因子複迴歸分析】

(N=220)

變項	非標準化係數		標準化係數 Beta	T 值	P 值
	B	標準誤			
常數	0.856	0.666	0.000	1.28	0.200
傾向因素					
性別(女性)	0.002	0.161	0.001	0.01	0.993
年齡(65 歲以上)	0.054	0.218	0.021	0.25	0.803
使能因素					
縣市別(其他縣市)	0.010	0.183	0.004	0.05	0.959
福利身分別(一般戶)	0.306	0.188	0.142	1.63	0.105
需要因素					
是否有身障手冊(證明)	0.124	0.176	0.059	0.71	0.480
失能等級(中重度)	0.343	0.160	0.162	2.15	0.033*
控制變項					
長照服務使用項目(使 用多元服務)	0.295	0.267	0.134	1.11	0.270

$$F=1.42; R^2=0.89$$

【表 4 -27 未滿足需求取得福利和資源面向相關因子複迴歸分析】

(N=220)

變項	非標準化係數		標準化係數		T 值	P 值
	B	標準誤	Beta			
常數	1.604	0.693	0.000	2.31		0.022
傾向因素						
性別(女性)	0.007	0.168	0.003	0.04		0.966
年齡(65 歲以上)	0.000	0.226	0.000	0		0.999
使能因素						
縣市別(其他縣市)	-0.018	0.190	-0.007	-0.09		0.926
福利身分別(一般戶)	0.075	0.195	0.034	0.38		0.701
需要因素						
是否有身障手冊(證明)	0.160	0.183	0.074	0.87		0.384
失能等級(中重度)	0.294	0.166	0.136	1.77		0.079
控制變項						
長照服務使用項目(使 用多元服務)	-0.081	0.277	-0.036	-0.29		0.771

$$F=0.73; R^2=0.05$$

【表 4 -28 未滿足需求取得生活資源面向相關因子複迴歸分析】

(N=220)

變項	非標準化係數		標準化係數		T 值	P 值
	B	標準誤	Beta			
常數	2.372	0.631	0.000		3.76	0.000
傾向因素						
性別(女性)	0.000	0.153	0.000		0	0.998
年齡(65 歲以上)	0.039	0.206	0.017		0.19	0.849
使能因素						
縣市別(其他縣市)	-0.199	0.173	-0.085		-1.15	0.252
福利身分別(一般戶)	0.014	0.178	0.007		0.08	0.936
需要因素						
是否有身障手冊(證明)	0.170	0.167	0.088		1.02	0.308
失能等級(中重度)	0.058	0.151	0.030		0.38	0.703
控制變項						
長照服務使用項目(使 用多元服務)	-0.115	0.253	-0.057		-0.46	0.648

F=0.97; R²=0.03



(三)年齡分層與未滿足需求整體影響性之複迴歸分析

1. 64歲以下未滿足需求整體影響性

將64歲以下獨居失能者進行複迴歸分析，在控制其他特性下，顯示沒有任何變項對未滿足需求「整體」面向達顯著影響。

【表 4 -29 64 歲以下未滿足需求整體影響性】

(N=220)

變項	非標準化係數		標準化係數		T 值	P 值
	B	標準誤	Beta			
常數	30.582	12.652	0	2.42	0.020	
傾向因素						
性別(女性)	-1.605	2.970	-0.085	-0.54	0.592	
使能因素						
縣市別(其他縣市)	-3.036	3.445	-0.135	-0.88	0.383	
福利身分別(一般戶)	-1.695	3.630	-0.078	-0.47	0.643	
需要因素						
是否有身障手冊(證明)	7.699	9.857	0.115	0.78	0.439	
失能等級(中重度)	-2.351	2.827	-0.128	-0.83	0.410	
控制變項						
長照服務使用項目(使用多元服務)	1.142	1.530	0.113	0.75	0.459	

F=0.57; R²=0.0687



2. 65歲以上未滿足需求整體影響性

將65歲以上獨居失能者進行複迴歸分析，在控制其他特性下，顯示使能因素的「福利身份別」對於未滿足需求「整體」面向達顯著影響($p < 0.05$)，「一般戶者」相對於「經濟弱勢戶者」，在未滿足需求「整體」面向，分數增加4.112分；需要因素的「失能等級」對於未滿足需求「整體」面向達顯著影響($p < 0.01$)，「失能等級中重度者」相對於「失能等級輕度者」，在未滿足需求「整體」面向，分數增加4.698分。

【表 4 -30 65 歲以上未滿足需求整體影響性】

(N=220)

變項	非標準化係數		標準化係數		T 值	P 值
	B	標準誤	Beta			
常數	17.002	5.499	0	3.09	0.002	
傾向因素						
性別(女性)	-0.340	1.565	-0.018	-0.22	0.828	
使能因素						
縣市別(其他縣市)	-1.363	1.713	-0.061	-0.8	0.427	
福利身分別(一般戶)	4.112	1.788	0.200	2.3	0.023*	
需要因素						
是否有身障手冊(證明)	1.475	1.512	0.078	0.98	0.331	
失能等級(中重度)	4.698	1.478	0.248	3.18	0.002**	
控制變項						
長照服務使用項目(使用多元服務)	-0.407	1.000	-0.033	-0.41	0.685	

第五章 討論



本章共分為三節進行研究結果討論，第一節為討論使用長照服務獨居失能者的人口特性分布情形；第二節為討論獨居失能者的未滿足需求情形；第三節為討論影響因子與未滿足需求的相關性；第四節為研究限制討論。

第一節 討論使用長照服務獨居失能者的人口特性分布情形

本研究中獨居失能者在性別的部分以女性為多(56.36%)，與台灣長照服務使用者也以女性(57.57%)相似(衛福部, 2021)，但是較行政院主計總處(2021)統計獨居老人女性(63.5%)略低一點，也就是使用長照服務的獨居失能者女性長輩較多，也與國際獨居相關研究結果相似，女性比例位於 55%~60%之間(Hendriksen 等, 2021; Henning-Smith & Gonzales, 2020; Kennedy, 2001; Olfson 等, 2022; Sandström 等, 2021)，女性占比最高的為 62.9%(Solin 等, 2021)。

在年齡部份，本研究在 64 歲以下 24.09%、65 歲以上 75.91%，相較於其他獨居相關研究，多數針對失能成年人的研究多為 64 歲以下占比較多(Henning-Smith & Gonzales, 2020; Olfson 等, 2022; Solin 等, 2021)，本研究年齡偏長，討論原因為本研究以長照服務使用切入找尋研究樣本有關以及切入獨居議題，樣本裡會有較高比例的老年人，以及長照服務的宣傳對象以長者為主(林昇德, 2020)。從衛福部(2021)統計長照使用者年齡，其中 64 歲以下僅 13.22%、65 歲以上 86.78%，與本研究年齡分布相似。

居住地以六都以外的區域為主占 77.73%，居住於六都僅占 22.27%，此分佈與其他樣本分佈不完全一致，雖然過去研究 Lagergren & Kurube(2014)表示獨居者在都會城市較多，但楊惠如(2005)表示獨居老人居住地以鄉村 81%為多，與本研究分布較為相似，推測因本研究 76%為老年人

福利身份別本研究以一般戶為多占 60%、經濟弱勢戶包含中低與低收入戶占 40%，經濟弱勢戶較(行政院, 2021)統計獨居老人中低與低收入占 26.7%為高，更較全國 4%低收入戶與中低收入戶人數(衛福部, 2021)高出許多。推測原因為本研究對象為獨居失能者，且有 24.09%為 64 歲以下失能者，64 歲以下失能者多為自年輕時即為失能狀態，因工作能力有限連帶影響經濟狀況，過去研究也發現獨居失能者經濟弱勢戶比例高的情況(楊惠如, 2005; Solin 等, 2021)。

本研究領有身障手冊(證明)的人為多數占 55.45%，略高於(衛福部, 2021)統計長照服務使用者有 50.84%領有身心障礙手冊(證明)，討論為何獨居失能者會較失能者領有身心障礙手冊(證明)比例略高，判斷原因為身障者因為家族遺傳、生產過程、職業傷害，在適婚年齡會有尋找伴侶困難或難以維繫穩定的伴侶關係的問題，大多無伴侶、無子女或高離婚率(Sandström 等人, 2021)，較非身障者更容易落入獨居因此當我們是以獨居身障者為研究對象，會有比較高的比例為身心障礙者。

整體失能等級以輕度失能為主占 55%，與衛福部(2021)長照服務使用者輕度僅占 29.1%、中重度 70.9%相比，本研究的中重度失能者比例較台灣整體長照服務使用者低，此顯示長照服務較難支持中重度獨居者在家安老。但亦可能是獨居者在維持健康延緩失能的狀態較非獨居者好(Henning-Smith & Gonzales, 2020)。

本研究長照服務使用項目以僅使用居家服務為多占 62.73%，主要原因為獨居失能者在沒有他人的協助的情況下，會優先使用居家服務來滿足自我基本的生理與生活照顧(曾煥裕 & 石決, 2010)。過去研究 Chen & Thompson(2010)有建議，社區長輩使用 IADL 類型的服務有助於在地老化，建議未來可以針對獨居長輩使用居家服務者進行長期的追蹤，看是否對在地老化有幫忙。



第二節 討論獨居失能者的未滿足需求情形(回應目標一)

一、整體未滿足情形討論

本研究有 35.12%的獨居失能者表達需要更多幫助，高於美國研究中所發現的 15%-45% Shung 等(2015)的研究調查對象為僅輕度失能獨居老人，其未滿足需求僅 15%，低於本研究的 35.12%，推測原因為失能程度越高未滿足需求越高 (Freedman & Spillman, 2014; Spiers 等, 2022)，也因此本研究未滿足需求高於 Shung 等(2015)。另，本研究低於 LaPlante 等(2004)探討美國獨居失能者的研究，該研究有 45%的未滿足需求，推測本研究未滿足需求較低的原因為，本研究是在獨居失能者正在使用長期照顧服務的情況下，所進行的調查，研究對象已獲得一定程度的幫助，獲得有償服務的獨居者會減少其未滿足需求 (LaPlante 等, 2004)。

另因獨居失能者的未滿足需求研究較少，本研究也進一步了解其他整體失能成年人的未滿足需求情形，發現他們的未滿足需求介於 20%至 25%之間，皆較低於本研究結果(胡筑翔, 2014; 梁慈羽, 2014; LaPlante 等, 2004; Shung 等, 2015)，推測因本研究的研究對象為獨居者，在沒有同住者協助的情況下，未滿足需求應會較高(Spiers 等, 2022)。

就國內三個針對失能者的未滿足需求研究，其未滿足需求情形分別為 51.2%(莊坤洋等, 2004)、25%(梁慈羽, 2014)與 24.8%(胡筑翔, 2014)，會發現到台灣失能者的未滿足需求有在下降，判斷原因為 2004 年台灣尚未推動長期照顧服務。過去？研究指出表示有服務進入的未滿足需求 35%，低於沒有服務進入的 67%(Dubuc 等, 2011)，因此可推論長期照顧服務對於降低未滿足需求有一定程度的幫助，但未來可能未滿足需求會越來越高，因為嬰兒潮世代對於服務的要求較高(Löfqvist, Slaug, Ekström, Kylberg, & Haak, 2016)，另也有研究表示服務使用越多反而越滿足需求越高，因標準與期待變高了(OECD, 2019)，本研究的

各項未滿足需求介於 27.27% 至 46.82%，平均 35.12%，因此我們仍然須持續關注獨居失能者的未滿足需求情形。



二、討論未滿足需求的面向

本研究針對未滿足需求共有 11 個面向，分別「生活自理」、「家務處理」、「身體健康」、「心理健康」、「日常活動」、「社會支持」、「輔具使用或環境安全」、「交通接送」、「移動行走能力」、「取得福利和資源」、「取得生活資源」，研究結果呈現各面項的未滿足需求分數皆落在 2 分以上至 3 分以下，平均分數為 2.4 分，顯示獨居失能者在未滿足需求處於不需要更多幫助以及普通需要更多幫助之間，顯示長照服務有一定程度的滿足獨居失能者。

但我們需進一步討論未滿足面向較高的部分，未滿足需求平均分數最高的前三項依序為「家務處理」、「交通接送」、「移動行走能力」，皆為 ADL 與 IADL 方面的未滿足需求，且偏向 IADL 方面，此結果與 Allen & Mor(1997)與 LaPlante 等(2004)針對失能成年人未滿足需求研究以及略有不同。過去研究整體來說多數對於失能者未滿足需求的研究，皆為 ADL 的未滿足較高於 IADL 的未滿足需求(梁慈羽, 2014; Dubuc 等, 2011; Freedman & Spillman, 2014; Kaláneková, Stolt, Scott, Papastavrou, & Suhonen, 2021)，之所以有所不同判斷應該是因為以上研究的失能老人在有同住者的情況，IADL 相關的需求，可以被同住家人所滿足，因此降低非獨居者 IADL 的未滿足需求。令推測也可能為當獨居者有 ADL 需求時，入住住宿式機構的可能性較高。

在工具性日常生活(IADLs)項目裡，最常被提及的需求項目為「家事服務」，我們可以看到國內梁慈羽(2014)針對使用居家服務失能老人做的未滿足需求探討，「居家整理」也名列未滿足需求前三高。Shung 等(2015)在家務整理的需求高達 62.9%，而從 Allen & Mor(1997)研究將家務處理又分為「繁重家事

(Heavy housekeeping)」與「簡單家事(Light housekeeping)」分開調查，「繁重家事(Heavy housekeeping)」34.6%，為未滿足需求最高的面向。在台灣家務協助的服務範圍一直被討論，家務協助依照獨居與否的規範並不相同，依據長期照顧服務申請及給付辦法(2022)家務協助項目規定，非獨居者的協助範圍，僅能為長照給付對象的睡眠及主要居家生活空間，主要就是指臥室及浴室，如果要協助到與家人共用區域，在金額上民眾需自行負擔支付50%，獨居者雖有較放寬家務範圍較無爭議，但內容為較簡單的生活空間的清理或洗滌、衣物洗滌及晾曬烘乾、熨燙、衣物簡單縫補等家事服務，特別說明非大掃除式，因家務協助內容多元，難以鉅細靡遺地描述，使得服務使用者與服務提供者在家務處理上時常有所爭議，而照服員也對於家務整理較為排斥，也使得長照機構會與服務使用者在家務處理的範圍標準不同，不過因獨居者在缺乏照顧者的情況下，雖無認定範圍的問題，但可能會有繁重家務也需要他人協助的情況，未來可參考各國在照顧服務員角色上再分級分工，像丹麥分為兩級照顧服務員(Care Helper)與照顧助理(Care Assistant)，荷蘭分為三級照顧工作助理(Care Work Assistant)、照顧工作者(Care Worker)、個人照顧人員(Individual Carer)(吳玉琴, 2013)，有不同的工作設定，以滿足使用者不同的需求。

第二高的未滿足需求面向為「交通接送」，OECD (2019)研究結果發現有19%失能者因為交通問題而有未滿足需求，失能者有將近五成外出以親友接送為主(王基祥, 2008)，獨居者缺乏親友協助便會在交通接送面向有較高的未滿足需求，長照交通接送服務項目裡，針對使用範圍規定以就醫、定期的復健或透析治療，起迄點其中一處需要是服務使用者的住所，另一處需要是醫院或診所，然而生活上不只就醫會有交通服務需求，日本 Ishikawa 等(2016)研究表示，有 18.15%獨居老人因無法使用汽車、行走困難而有購物困難，Levasseur, Naud, Bruneau, & Généreux(2020)發現交通接送的使用量與社會參與度有相關

性，因此本研究推測另獨居失能者於交通接送有較高的未滿足需求原因為，交通服務的使用目的過於狹隘。另在交通服務的使用上有研究表示服務不夠即時、無法滿足固定需求、電話撥打不易、缺乏彈性的接送路線、服務時間有所限制、費用壓力(王基祥, 2008)。Freedman & Spillman(2014)發現交通服務不被滿足會產生較高的不良後果，值得我們關注交通接送服務的規劃與運用。

第三高的未滿足需求為「移動行走能力」，移動行走的需求發生頻率頻繁，然而「輔具使用與環境安全」的未滿足需求卻是最低的，台灣失能者使用輔具的比例僅占 39.06%，沒使用主要原因以「不習慣使用」占 43.69%及「經濟無法負擔」占 25.30%較多(衛生福利部, 2018)，而家中無障礙環境不佳，也會使得獨居失能者害怕移動行走，擔心會跌倒，又對輔具使用與環境安全改造的認識有限，便容易產生移動行走能力的未滿足需求，建議對於獨居者可加強輔具使用與環境安全的需求觀察與服務介紹，以協助獨居者能運用輔具在安全的環境下移動行走。

第三節 影響未滿足需求相關性因子探討(目標二)

本節將以安德森模型人口特性的分類方式，對本研究影響因子，分為傾向因素、始能因素、需要因素進行討論，以及討論控制變項對於未滿足需求的影響。

(一) 傾向因素

可本研究所探討影響獨居失能者的未滿足需求的傾向因子，如性別、年齡，並未有顯著影響。。

性別與年齡與過去研究不一致，本研究推論，過去研究表示女性有較高的未滿足需求(Dubuc 等, 2011; Gilmour, 2018; Lima & Allen, 2001)，而女性的照顧者通常為男性配偶，女性認為男性在生活事物上的熟悉度與照顧上細心



度不足(廖秀慧, 2006)，但女性 75 歲後較可能因喪偶而獨居，且相較年長的男性較難找到協助他們的伴侶(Dubuc 等, 2011)，因此推測本研究性別因素並未對未滿足需求有顯著影響的原因之一為，本研究對象為獨居者，較不受同住照顧者的性別因素而影響。不過有研究發現女性對於照顧的標準較高(Lima & Allen, 2001)也使得未滿足需求較高，推測原因為獨居者較不表達自我需求，陳正芬(2006)表示有三分之一的獨居老人並未表達未滿足需求，可能為獨居者對生活較負面(林鈺清, 2017)、僅對熟悉的人互動(曾誰我等, 2016)，因此推測獨居者不論男女皆較少表達未滿足需求，使得性別沒有顯著影響。

在年齡部分，過去研究顯示 50 至 64 歲以下的未滿足需求較高(Gilmour, 2018)，本研究雖顯示年齡為無顯著差異，但 64 歲以下的未滿足需求平均為 2.47 分，略高於 65 歲以上 2.39 分。Allen & Mor(1997)調查十個 ADL 與 IADL 未滿足需求項目，64 歲以下平均有 22.05% 的人有未滿足需求，高於 65 歲以上的 18.35%，該研究發現處於工作年齡的成年失能者有較高的 IADL 需求尤其在交通方面。過去有研究顯示服務供給者更容易看見且更了解老年人的需求(Kent 等, 2000)。因此綜合以上討論，推測本研究年齡並未對未滿足需求有顯著影響的可能原因為，64 歲以下樣本數可能較為不足夠，64 歲以下樣本數占 24.09%。

(二)使能因素

使能因素可幫助我們了解服務使用途徑是否具公平性(Andersen 等, 1994)，獨居失能者在使能因素不同條件的狀況下是否會影響未滿足需求，本研究的使能因素有縣市別與福利身分別。

本研究結果顯示縣市別，對心理健康面向的未滿足需求有顯著影響外，其它面項無顯著影響。本研究發現居住於六都的獨居失能者的心理健康面向未滿足需求較高。Clark & Dellasega(1998)研究顯示居住在鄉村的老年人較都市老年

人健康狀況較差，且醫療照顧的資源較少，應可能會使鄉村的未滿足需求較高，但因資源不均的情形並未發生在長照服務裡，就(衛福部, 2021)統計六都的長照服務平均涵蓋率(54.42%)反而略少於其他縣市(59.24%)，而推估長照服務需求者裡已使用長照服務的比例六都平均(43%)也略少於其他縣市的平均人數(48%)，而在心理健康面向，本研究結果為居住於六都的獨居失能者未滿足需求較高，與 Parslow, Parslow, & Jorm(2001)研究結果相同。討論可能原因為，在情緒健康指標方面，農村老年人比都市老年人表現更好(Roberto 等, 1992)，Burnette、Ye、Cheng & Ruan(2021)研究指出都市獨居者孤獨感較鄉村獨居者高，且都在社區凝聚力指數較鄉村低。但推論也有可能是鄉村獨居失能者也存在心理健康的未滿足需求，只是鄉村服務使用者的表達較為保守，都市的服務使用者更能自信且善於表達(Clark & Dellasega, 1998)。未來都市中獨居者的心理健康建議優先探討。

本研究結果顯示福利身分別對於獨居失能者的未滿足需求並無顯著影響，但 OECD(2019)表示收入最低的人群中有 26% 的人決定不接受他們需要的醫療照護，因而提高了未滿足需求。Desai 等(2001)同樣顯示經濟較佳的家庭，有財力取得照顧資源，如聘請看護、購買輔具，因此收入高於 20,000 美元的家庭未滿足需求為 15%，低於收入低於 20,000 美元家庭的 25%。Freedman & Spillman(2014)發現收入越低越可能獲得服務，LaPlante 等(2004)發現獨居者有受到補助服務協助會縮小與有同住者的未滿足需求。因以上研究推測，本研究福利身份別未對未滿足需求有顯著影響的原因為，台灣的長照服務對於經濟弱勢戶在補助金額比例較高於一般戶，有助於降低其未滿足需求，使得與一般戶在未滿足需求上沒有顯著差異，彌平了未滿足需求的差異。但另外我們也需要留意，Kennedy(2001)指出收入對於未滿足需求未有顯著差異的可能原因為推測可能原因為服務使用者會因為接受較多的補助，而減少對於未滿足需求的表達。

另外本研究發現 65 歲以上的福利身份別會影響整體未滿足需求，結果顯示 65 歲以上的一般戶未滿足需求較 65 歲以上經濟弱勢戶高。首先先討論為什麼 64 歲以下福利身份別沒有顯著影響，推測原因為，本研究 64 歲以下獨居失能者，有 98% 領有身心障礙手冊(證明)，這個年齡層的失能者，多為天生或中壯年時即失能，整體的經濟狀況較為雷同，不同於 65 歲以上者會有較大的經濟能力差距。第二個要討論的是，為什麼 65 歲以上一般戶的未滿足需求較高，討論原因為 65 歲以上長者，大多已經沒有固定收入，財務只出不進的情況下，在使用服務時會考量自負額的部分，而長照服務的一般戶的自負額比例為 16% 至 30%，據行政院(2015)老人狀況調查，表示想用居家服務但沒有使用者裡有 13.4% 表示為費用問題，因此推測原因為 65 歲以上一般戶可能想用更多的服務但是因為有相對的自負額比例，而使得減少使用，進而增加未滿足需求，如值得未來政策進一步參考。

(三)需要因素

需要因素可幫助我們了解獨居失能者是如何獲取服務與評價服務(Andersen 等, 1994)，本研究的需要因素有：是否領有身心障礙手冊(證明)、失能程度。

本研究結果顯示「是否領有身心障礙手冊(證明)」，除了在未滿足需求的交通接送面向有顯著影響外，其它面項無顯著影響，討論其原因為領有身心障礙手冊(證明)者外出活動的理由以居家附近日常生活活動 58.82% 為最多，其次為就醫 51.86%，外出最常使用的一般交通工具為親友接送 45.91%，但獨居者缺乏親友協助，另對復康巴士表達困難者超過 5 成，主要困難原因為預定或叫不到車 34.31%、車資太貴 4.31%、其它困難 12.84% 為最多(王基祥, 2008)。長照巴士的使用目的也僅限於就醫相關，而無法滿足日常生活活動，也因此領有身心障礙手冊(證明)者在交通接送的未滿足需求高。另可關注較年輕的身心障礙手冊(證明)者，此為獨居的潛在人口，年輕的身障者多為孩童或壯年時因為家族遺

傳、生產過程、職業傷害，而領有身障手冊(衛福部, 2018)，也因此在適婚年齡會有尋找伴侶困難或難以維繫穩定的伴侶關係的問題，大多無伴侶、無子女或高離婚率(Sandström 等, 2021)，據衛福部(2018)調查 30 歲至未滿 65 歲無生養子女者有 47.41%，而 65 歲以上僅 4.21%，因此年輕的身障者的非正式資源會較少。

本研究結果顯示「失能程度」對於獨居失能者的「整體」以及「生活自理」、「身體健康」、「輔具與環境安全」、「移動行走」的未滿足面向皆有顯著影響，這與過去文獻一致，隨著 ADL 和 IADL 限制數量的增加，未滿足需求的比例也會增加(Allen & Mor, 1997; Desai 等, 2001; Kennedy, 2001; LaPlante 等, 2004; Lima & Allen, 2001; Newcomer 等, 2005; Spiers 等, 2022)，台灣長照服務將失能者分為八個等級，等級越高失能程度越重，所能獲得的照顧補助也越高，照理說應能降低不平等的問題，推測原因可能為長照服務對於中重度失能者的服務時間還是不足夠，有 17.3%失能者表示服務時間不足的問題，其中 81.8%為中重度失能老人所表達(謝智旭, 2013)，尤其在「生活自理」、「移動行走」，這樣高頻率的基本需求。另，中重度獨居失能者在就醫上困難度較高，使得「身體健康」未滿足需求高，然而在長照服務裡對於居家醫療、居家護理、居家復能的服務運用少(王博寬, 2020)。未來對於失能程度較高的獨居者需要有更多的服務組織與整合(Kent 等, 2000)，以使服務能夠接軌的好，提升中重度獨居失能者的服務連續性，能使其在家安老。

(四)控制變項

本研究的控制變項為「長照服務使用項目」，分為僅使用居家服務以及使用多元項目兩個類別，以了解長照服務項目使用對於未滿足需求的影響情形。

本研究結果顯示「長照服務使用項目」對於獨居失能者的「輔具使用與環境安全」、「交通安全」、「移動行走能力」的未滿足面向皆有顯著影響，在長照服務使用項目上僅使用居家服務者有 62.73%，有使用到居家服務以外者有 37.27%，而其他的使用項目為交通接送和輔具購買、租賃與居家無障礙環境改善為最主，也因此反應了未滿足需求的一個方向性，在台灣長照服務的佈建率已高達 67.03%（衛生福利部，2021），以及同時有 24 萬（勞動部，2022）外籍家庭看護工進場的情況下，失能者的服務涵蓋率應是高的，我們可以推斷未滿足需求的方向性為服務使用越多越可能有未滿足需求，表示服務使用愈多是越好為服務識能越好，對於服務也標準與需求越高，越有可能有未滿足需求，反之需要思考的事情是，其他面向沒有未滿足需求，是因為沒有使用還是真的沒有未滿足需求，像是未滿足需求較低的為「輔具使用與環境安全」、「取得生活資源」、「心理健康」，因為不知道有哪些服務也因此沒有期待便沒有未滿足感，使用越多會對於服務的質量都有更多的期待，在許多國家，遇到醫療障礙的人比沒有遇到障礙的人對醫療服務的利用要少（OECD，2019），反應了缺乏對輔具使用的認識與習慣，獨居者因缺乏非正式服務對於取得生活資源的幫助也不抱有期待，在長照服務裡也並沒有具體對應心理健康的服務，因此不論是未滿足需求最高的項目或是未滿足需求最低的項目，我們都應該重視討論瞭解其背後原因，降低其未滿足需求。

第四節 研究限制



此研究為台灣第一個針對獨居失能者在長期照顧服務下的未滿足需求研究，期待此研究能使社會大眾重視獨居失能者的困境與需求，本研究仍有研究上的限制，提供後續研究者參考。

一、測量工具的調查項目未全以獨居者為設計

因本研究所使用之測量工具並非完全設計運用於獨居者，當我們將獨居者都拉出來單獨做研究，測量工具所調查的項目建議針對獨居者做調整，如現居地址居住年數越短表示鄰里資源較少(苗迺芳, 2016)、獨居原因因為主動選擇獨居則對於自我的健康評價較高(鄒曉婷等, 2016)、憂鬱情形會影響未滿足需求(Solin 等, 2021)以上變項能更進一步了解獨居者的樣態，而在長照服務的影響上，可增加整體服務的投入時間，LaPlante 等(2004)研究發現服務投入時間越多，未滿足需求越低。另外因獨居的研究大多以老人為主，應進一步探討 64 歲以下獨居者可能的相關影響因子，因從本研究結果 65 歲以上的未滿足需求影響因子的顯著性高於 64 歲以下，顯示本研究未選取到 64 歲以下的相關因子。

二、研究對象的理解有限以及表達保守

本研究的訪談對象主要為獨居者本人，因其沒有同住家人輔以說明表達，多數受訪者對於問題的理解與表達有限，且容易將未滿足需求作為長照服務的滿意度調查，會擔心與長照機構的關係，也會認為自己是一種負擔，不應該再要求，應對服務感到滿足而表達保守(Kalánková 等, 2021)，另也有研究指出但研究對象整體來說自評的未滿足需求與專業人員評級相比，自評未滿足需求可能較為保守(Morrow-Howell 等, 2001)。



三、樣本數較少

本研究因使用次級資料，原資料為研究長照服務使用者，經本研究對象條件篩選後，樣本數量有限，研究樣本太少，使得部分研究結果較難以找出顯著關係。



第一節 對長照機構的建議

(一) 關注未滿足需求潛在人口特性與未滿足需求較高的面向

根據本研究結果發現中重度失能者以及 65 歲以上一般戶對於整體未滿足需求皆有顯著影響，領有身心障礙手冊(證明)者在交通接送有未滿足需求情形、居住於六都者在心理健康有未滿足需求情形，使用多元服務者在輔具環境、交通接送、移動行走面向有未滿足需求情形，建議長照機構可盤點有以上背景的獨居失能者。另，本研究指出「家務處理」、「交通接送」、「移動行走能力」，為未滿足需求最高的三個面向，加強這三面向的需求了解與服務安排，使長照機構可滿足服務對象的個別性，降低未滿足需求情形。往後也可在年度滿意度調查時，加入了解未滿足需求，以使機構能持續朝降低未滿足需求的目標，使獨居者能獲得合適足夠的服務，在熟悉的家中安老。

(二) 加強中重度獨居失能者的照顧服務連結與整合

中重度獨居失能者雖在長照服務的服務額度已較高，然而本研究發現中重度失能者的未滿足需求仍然高於輕度失能者，尤其在「生活自理」、「身體健康」、「輔具與環境安全」、「移動行走」，多為ADL的面向，ADL皆為生理最基本的需求，也跟一般的獨居失能者不同，值得我們關注中重度失能者的照顧安排。在過去研究表達中重度失能者認為服務時間不足(謝智旭, 2013)，以及在居家醫療、居家護理的使用仍較少(王博寬, 2020)，建議長照機構可增加服務單位間的轉介，並與不同單位的專業工作者，設有高關懷個案群組能整合服務，增加中重度獨居失能者的醫療專業與生活服務整合性與連續性。另可進一步多了解社區資源以及鄰里互動情形，協助傳遞獨居者的需求，整合非正式資源，協助獨居失能者在生活中組織支持系統，與里鄰長、地方志工隊保持合作

網絡，發揮個案管理的角色，在有限的資源，能夠彼此接力借力，做好基礎的社會安全網絡。



第二節 對政策的建議

(一)長照服務等級評估建議加入獨居因素

獨居會使照護時間增加 75%(Joe 等, 2020)，相同失能程度的兩個人，獨居者並未能獲取更多的服務額度與時間，目前長照服務的服務對象，有涵蓋僅 IADLs 失能的獨居老人，但如未達 2 至 8 級失能等級，仍使用大多數的長照服務，在獨居者未滿足需求高的情況下，會影響健康狀態，如能適時、適服務的進場協助，維持其生活與自己的功能，能避免獨居者落入失能更重的情況，且在缺乏非正式照顧資源的情況，更應該增加正式服務的協助，因此建議政府應將失能等級評估制度應納入獨居因素考量，能夠增加獨居失能者受照顧的額度與時數，研究發現使用付費家庭照護的次數越多，未滿足需求的可能性就越低(Komisar 等, 2005)，顯示正式服務的進場，會大大降低未滿足需求。

第三節 對未來研究者的建議

(一)影響獨居失能者的因子建議

獨居失能者在始能因素的相關因子，皆未達顯著，顯示獨居者是一群異質性高的群體，所需探討的是獨居這個因子，像是獨居的成因、樣態與生活模式，有研究指出獨居的時間、獨居的原因、獨居的住宅型態、獨居的非正式資源類型與協助頻率皆與自我健康結果、未滿足需求有顯著影響。另外在長照服務上的項目類型沒有顯著，每位獨居者所需的項目的確因個別而異，並沒有使用哪些項目會促使未滿足需求降低或增加，但整體服務協助小時數，是會影響未滿足需求的(LaPlante 等, 2004)，另外還有獨居者生活模式的不同，也會影響需求，例如是否有工作、求學、社交的需求(Allen & Mor, 1997)，都會影響未滿

足需求，因我們對於失能者的刻版印象為待在家中居多，服務的安排也以家中個人的需求為主，應多了解獨居者的生活樣態，以使研究能發現獨居者更多的影響因子，以達預防性的政策與服務設計。



(二)增加不同年齡段的獨居失能者未滿足需求評估並做比較

多項研究指出，年齡越大或越小並未與未滿足需求有相關性，但是不同年齡段的未滿足需求有特別高或低的情形(Cao等, 2022)，這也可能反應在本研究雖然65歲以上獨居失能者的顯著因子較多，未滿64歲以下者完全無顯著因子，但是65歲以上與64歲以下又沒有顯著差異的情況，顯示年齡需要再細分更多層，以了解不同年齡段的未滿足需求情形與影響因子，以提供更多的訊息。



參考文獻

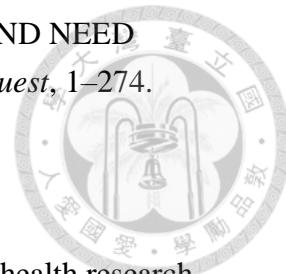
- 曾煥裕 & 石決. (2010). 獨居老人使用社會福利服務因素之探討：以臺北市為例. 長期照護雜誌, 14(2), 177 - 197.
[https://doi.org/10.6317/LTC.201009_14\(2\).0006](https://doi.org/10.6317/LTC.201009_14(2).0006)
- 曾誰我, 馬永川, & 王彥儒. (2016). 高齡獨居者生活社交需求之調查.
- 沈明潔. (2019). 台灣獨居老人領域的學術研究現況分析.
<https://ndltd.ncl.edu.tw/cgi-bin/gs32/gsweb.cgi/ccd=YCodMt/record?r1=1&h1=0>
- 陳惠姿. (2000). 21世紀社區化老人長期照護之展望.
<https://tpl.ncl.edu.tw/NclService/JournalContentDetail?SysId=A00013171>
- 陳明珍. (2009). 我國居家服務政策與發展省思.
- 陳儀倩 & 張瑋婷. (2020). 影響出院準備服務病人使用居家服務之因素探討. 澄清醫護管理雜誌, 16(1), 37 - 46.
- 陳正芬. (2006). 從老人居住安排及未滿足需求論我國長期照顧政策.
<https://ndltd.ncl.edu.tw/cgi-bin/gs32/gsweb.cgi/ccd=Z9q3kd/search?s=id=%22095CCU05206001%22.&openfull=1&setcurrent=0>
- 陳正芬. (2009). 從居住安排與社會支持體系檢視失能老人之ADL與IADL的未滿足需求. 中華心理衛生學刊, 22(1), 67 - 100.
[https://doi.org/10.30074/FJMH.200903_22\(1\).0004](https://doi.org/10.30074/FJMH.200903_22(1).0004)
- 胡筑翔. (2014). 探討活動功能受損老人未滿足需求之盛行率與其相關影響因素—臺灣博碩士論文知識加值系統. <https://ndltd.ncl.edu.tw/cgi-bin/gs32/gsweb.cgi/ccd=uU.Khw/record?r1=1&h1=2>
- 勞動部. (2022). 就服職訓外勞統計資料庫.
<https://statdb.mol.gov.tw/evta/jspProxy.aspx?sys=100%26kind=10%26type=1%26funid=wqrymenu2%26cparm1=wq14%26rdm=I4y9dcIi>
- 梁慈羽. (2014). 使用居家服務失能老人之未滿足需求相關性探討.
<https://ndltd.ncl.edu.tw/cgi-bin/gs32/gsweb.cgi/ccd=B.LkJ5/record?r1=1&h1=0>
- 廖秀慧. (2006). 失能且獨居老人之概況描述與性別比較：人口學特性、健康特質、社會支持、醫療服務使用與居家環境—臺灣博碩士論文知識加值系統[臺北醫學大學]. <https://ndltd.ncl.edu.tw/cgi-bin/gs32/gsweb.cgi/login?o=dnc1cdr&s=id=%22094TMC00058013%22.&searchmode=basic>
- 林昇德. (2020). 台灣長期照顧2.0：政策行銷觀點之分析—臺灣博碩士論文



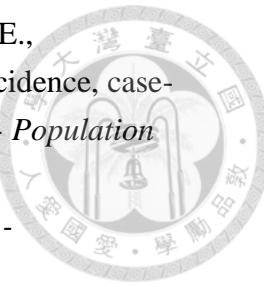
- 知識加值系統. <https://ndltd.ncl.edu.tw/cgi-bin/gs32/gsweb.cgi/ccc=vIBQKT/search?s=id=%22109NTNU5011001%22.&openfull=1&setcurrent=0>
- 林鈺清. (2017). 由使用者觀點檢視獨居老人長期照顧的需求.
- 劉雅文. (2005). 探討失能老人家庭選擇長期照護福利服務之決策過程—老人自主權之分析研究. <https://ndltd.ncl.edu.tw/cgi-bin/gs32/gsweb.cgi/ccc=Y0t4ZL/record?r1=19&h1=1>
- 苗迺芳. (2016). 獨居老人社會支持、憂鬱程度與生活品質之相關研究. 臺北醫學大學.
- 內政部獨居老人界定標準, (2011).
- 內政部. (2021). 110 年簡易生命表.
- 內政部營建署. (2022). 中華民國內政部不動產資訊平台 (100/2/25) [新聞].
- 內政部營建署；內政部營建署. <https://pip.moi.gov.tw/V3/Z/SCRZ0201.aspx>
- 臺北市政府社會局. (2011, 十一月 17). 臺北市政府社會局. 臺北市政府社會局；臺北市政府社會局.
<https://dosw.gov.taipei/cp.aspx?n=E15926774D45D8A6>
- 王博寬. (2020). 探討長照 CMS 等級與長照服務使用之相關因素—初探家庭照顧變項之影響效果. <https://ndltd.ncl.edu.tw/cgi-bin/gs32/gsweb.cgi/ccc=nChYMD/search?s=id=%22108CCU00206009%22.&openfull=1&setcurrent=0>
- 王基祥. (2008). 身心障礙者交通服務之研究—以南投縣溫馨巴士交通服務為例—臺灣博碩士論文知識加值系統. <https://ndltd.ncl.edu.tw/cgi-bin/gs32/gsweb.cgi/ccc=q0T5Iz/search?s=id=%22096NCNU0210030%22.&openfull=1&setcurrent=1>
- 衛生福利部. (2015). 長期照顧服務法.
<https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawA11.aspx?PCODE=L0070040>
- 長照 2.0 核定本, (2016).
- 長期照顧服務機構設立許可及管理辦法, (2017).
<https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawA11.aspx?PCODE=L0070044>
- 衛生福利部. (2018). 105 年身心障礙者 生活狀況及需求調查報告.
- 衛生福利部. (2021). 長期照顧十年計畫 2.0-長照服務涵蓋率.
- 衛福部長期照顧服務申請及給付辦法, 2022 (2022) (testimony of 衛生福利部). <https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawA11.aspx?PCODE=L0070059>
- 衛生福利部統計處. (2021). 中低收與低收入戶戶數及人數.
- 衛生福利部長期照顧管理資訊平台資料產製. (2021). 長期照顧十年計畫 2.0-長照服務使用者人口學特性.
- 吳玉琴. (2013). 照顧服務人力的培育與留用. 社區發展季刊, 141 期, 113 - 130.



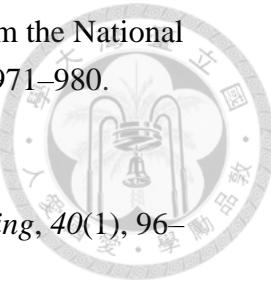
- 謝智旭. (2013). 健康城市建構下一客庄地區失能老人居家服務滿意度調查研究：以苗栗縣為例. <https://ndltd.ncl.edu.tw/cgi-bin/gs32/gsweb.cgi/ccd=QPgeDZ/search?s=id=%22101NUUM0400006%22.&openfull=1&setcurrent=1>
- 行政院. (2012). 我國長期照顧十年計畫-101年至104年中程計畫.
- 行政院. (2015). 106年老人狀況調查.
- 行政院研究發展考核委員會. (1998). 配合我國社會福利制度之長期照護政策研究. 國家發展委員會.
- <http://www.airitibooks.com/Detail/Detail?PublicationID=P20100618048>
- 行政院主計總處. (2021). 國情統計通報.
- 熊曉芳 & 吳淑瓊. (2007). 社區失能老人居住安排與日常生活協助未滿足需求之關係. 台灣公共衛生雜誌, 26(6), 507 - 517.
<https://doi.org/10.6288/TJPH2007-26-06-08>
- 楊惠如. (2005). 社區獨居老人健康狀況與長期照護需求研究—臺灣博碩士論文知識加值系統 [美和技術學院]. <https://ndltd.ncl.edu.tw/cgi-bin/gs32/gsweb.cgi/login?o=dnc1cdr&s=id=%22093MHI05743004%22.&searchmode=basic>
- 楊靜利 & 董宜禎. (2007). 台灣的家戶組成變遷：1990-2050-臺灣社會學刊 *Taiwanese Journal of Sociology*. 2007.
https://www.tjs.org.tw/page.php?menu_id=7&blog_class2_id=90&blog_id=284
- 中華民國內政部戶政司. (2022). 中華民國內政部戶政司 全球資訊網 [Text/html]. 中華民國內政部戶政司；中華民國內政部戶政司.
<https://www.ris.gov.tw/app/portal>
- 莊坤洋, 陳育慧, 曹愛蘭, & 吳淑瓊. (2004). 社會中失能者未滿足需求之盛行率與其相關因素. 台灣公共衛生雜誌, 23(3), 169 - 180.
<https://doi.org/10.6288/TJPH2004-23-03-01>
- 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.
<https://doi.org/10.6200/TCMJ.2016.13.1.05>
- Aday, L. A., & Andersen, R. (1974). A Framework for the Study of Access to Medical Care. *Health Services Research*, 13.
- Allen, S. M., & Mor, V. (1997). The prevalence and consequences of unmet need. Contrasts between older and younger adults with disability. *Medical Care*, 35(11), 1132–1148. <https://doi.org/10.1097/00005650-199711000-00005>
- Andersen, R. M. (不詳). *Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does it Matter?* 11.
- ANDERSEN, R. M. (1968). FAMILIES' USE OF HEALTH SERVICES: A



- BEHAVIORAL MODEL OF PREDISPOSING, ENABLING, AND NEED COMPONENTS. *Theses and Dissertations Available from ProQuest*, 1–274.
- Andersen, R. M., Davidson, P. L., & Baumeister, S. E. (2013). IMPROVING ACCESS TO CARE. *Chapter Two*, 37.
- Andersen, R. M., Davidson, P. L., & Ganz, P. A. (1994). Symbiotic relationships of quality of life, health services research and other health research. *Quality of Life Research*, 3(5), 365–371. <https://doi.org/10.1007/BF00451728>
- Andrade, T. B. de, & Andrade, F. B. de. (2018). Unmet need for assistance with activities of daily life among older adults in Brazil. *Revista De Saude Publica*, 52, 75. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000463>
- Berglund, M., Westin, L., Svanström, R., & Sundler, A. J. (2012). Suffering caused by care—Patients' experiences from hospital settings. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 7, 1–9. <https://doi.org/10.3402/qhw.v7i0.18688>
- Bradshaw, J. R. (1972). *The Concept of Social Need*.
- Burnette, D., Ye, X., Cheng, Z., & Ruan, H. (2021). Living alone, social cohesion, and quality of life among older adults in rural and urban China: A conditional process analysis. *International Psychogeriatrics*, 33(5), 469–479. <https://doi.org/10.1017/S1041610220001210>
- Cao, Y., Feng, Z., Mor, V., & Du, P. (2022). Unmet Needs and Associated Factors among Community-living Older People with Disability in China: 2005–2014. *Journal of Aging & Social Policy*, 0(0), 1–19. <https://doi.org/10.1080/08959420.2022.2110806>
- Chen, Y.-M., & Thompson, E. A. (2010). Understanding factors that influence success of home- and community-based services in keeping older adults in community settings. *Journal of Aging and Health*, 22(3), 267–291. <https://doi.org/10.1177/0898264309356593>
- Clark, D., & Dellasega, C. (1998). UNMET HEALTH CARE NEEDS: Comparison of Rural and Urban Senior Center Attendees. *Journal of Gerontological Nursing*, 24(12), 24–33. <https://doi.org/10.3928/0098-9134-19981201-07>
- Desai, M. M., Lentzner, H. R., & Weeks, J. D. (2001). Unmet Need for Personal Assistance With Activities of Daily Living Among Older Adults. *The Gerontologist*, 41(1), 82–88. <https://doi.org/10.1093/geront/41.1.82>
- Dubuc, N., Dubois, M.-F., Raîche, M., Gueye, N. R., & Hébert, R. (2011). Meeting the home-care needs of disabled older persons living in the community: Does integrated services delivery make a difference? *BMC Geriatrics*, 11, 67. <https://doi.org/10.1186/1471-2318-11-67>



- Elovainio, M., Lumme, S., Arffman, M., Manderbacka, K., Pukkala, E., & Hakulinen, C. (2021). Living alone as a risk factor for cancer incidence, case-fatality and all-cause mortality: A nationwide registry study. *SSM - Population Health*, 15, 100826. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2021.100826>
- Eurostat. (2015). *People in the EU: who are we and how do we live? - 2015 edition—Products Statistical Books—Eurostat.* <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-statistical-books/-/ks-04-15-567>
- Eurostat. (2022). *Household composition statistics.* https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Household_composition_statistics
- Forder, J., Vadean, F., Rand, S., & Malley, J. (2018). The impact of long-term care on quality of life. *Health Economics*, 27(3), e43–e58. <https://doi.org/10.1002/hec.3612>
- Freedman, V. A., & Spillman, B. C. (2014). Disability and care needs among older Americans. *The Milbank Quarterly*, 92(3), 509–541. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12076>
- Functional assessment for challenging behaviors* (頁 ix, 243). (2012). [Springer Science + Business Media]. <https://doi.org/10.1007/978-1-4614-3037-7>
- Gaugler, J. E., Kane, R. L., Kane, R. A., & Newcomer, R. (2005). The longitudinal effects of early behavior problems in the dementia caregiving career. *Psychology and Aging*, 20(1), 100–116. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.20.1.100>
- Gilmour, H. (2018). Unmet home care needs in Canada. *Health Reports*, 29(11), 3–11.
- Godfrey, M., & Callaghan, G. (2001). *Exploring unmet need: The challenge to a user-centered response.* York Publishing Services.
- Hass, Z., DePalma, G., Craig, B. A., Xu, H., & Sands, L. P. (2017). Unmet Need for Help With Activities of Daily Living Disabilities and Emergency Department Admissions Among Older Medicare Recipients. *The Gerontologist*, 57(2), 206–210. <https://doi.org/10.1093/geront/gnv142>
- Hendriksen, P. A., Kiani, P., Garssen, J., Bruce, G., & Verster, J. C. (2021). Living Alone or Together During Lockdown: Association with Mood, Immune Fitness and Experiencing COVID-19 Symptoms. *Psychology Research and Behavior Management*, 14, 1947–1957. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S332853>
- Henning-Smith, C., & Gonzales, G. (2020). The Relationship Between



- Living Alone and Self-Rated Health Varies by Age: Evidence From the National Health Interview Survey. *Journal of Applied Gerontology*, 39(9), 971–980.
<https://doi.org/10.1177/0733464819835113>
- Hung, L.-C., Liu, C.-C., & Kuo, H.-W. (2002). Unmet nursing care needs of home-based disabled patients. *Journal of Advanced Nursing*, 40(1), 96–104. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02344.x>
- Ishikawa, M., Yokoyama, T., Nakaya, T., Fukuda, Y., Takemi, Y., Kusama, K., Yoshiike, N., Nozue, M., Yoshiiba, K., & Murayama, N. (2016). Food accessibility and perceptions of shopping difficulty among elderly people living alone in Japan. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 20(9), 904–911.
<https://doi.org/10.1007/s12603-015-0694-6>
- Joe, A., Dickins, M., Enticott, J., Ogrin, R., & Lowthian, J. (2020). Community-Dwelling Older Women: The Association Between Living Alone and Use of a Home Nursing Service. *Journal of the American Medical Directors Association*, 21(9), 1273-1281.e2. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2019.11.007>
- Kalánková, D., Stolt, M., Scott, P. A., Papastavrou, E., & Suhonen, R. (2021). Unmet care needs of older people: A scoping review. *Nursing Ethics*, 28(2), 149–178. <https://doi.org/10.1177/0969733020948112>
- Kennedy, J. (2001). Unmet and Undermet Need for Activities of Daily Living and Instrumental Activities of Daily Living Assistance Among Adults With Disabilities: Estimates From the 1994 and 1995 Disability Follow-Back Surveys. *Medical Care*, 39(12), 1305–1312.
- Kent, R. M., Chandler, B. J., & Barnes, M. P. (2000). An epidemiological survey of the health needs of disabled people in a rural community. *Clinical Rehabilitation*, 14(5), 481–490.
<https://doi.org/10.1191/0269215500cr350oa>
- Kersten, P., Low, J. T. S., Ashburn, A., George, S. L., & McLellan, D. L. (2002). The unmet needs of young people who have had a stroke: Results of a national UK survey. *Disability and Rehabilitation*, 24(16), 860–866.
<https://doi.org/10.1080/09638280210142167>
- Kim, J. A., Choi, Y., Heo, M.-S., Oh, C.-H., & Choi, K.-H. (2021). Team-based primary care program for disabled people and changes in rate of unmet health care needs. *Family Practice*, 38(2), 95–102.
<https://doi.org/10.1093/fampra/cmaa089>
- Komisar, H. L., Feder, J., & Kasper, J. D. (2005). *Unmet Long-Term Care Needs: An Analysis of Medicare-Medicaid Dual Eligibles*.
https://journals.sagepub.com/doi/10.5034/inquiryjnl_42.2.171?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed



- Lagergren, M., & Kurube, N. (2014). Comparing Long-Term Care Recipients in Urban and Rural Municipalities in Japan and Sweden. *Journal of Aging & Social Policy*, 26(3), 281–294.
<https://doi.org/10.1080/08959420.2014.900283>
- LaPlante, M. P., Kaye, H. S., Kang, T., & Harrington, C. (2004). Unmet Need for Personal Assistance Services: Estimating the Shortfall in Hours of Help and Adverse Consequences. *The Journals of Gerontology: Series B*, 59(2), S98–S108. <https://doi.org/10.1093/geronb/59.2.S98>
- Levasseur, M., Naud, D., Bruneau, J.-F., & Généreux, M. (2020). Environmental Characteristics Associated with Older Adults' Social Participation: The Contribution of Sociodemography and Transportation in Metropolitan, Urban, and Rural Areas. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(22), Art. 22. <https://doi.org/10.3390/ijerph17228399>
- Lima, J. C., & Allen, S. M. (2001). Targeting Risk for Unmet Need: Not Enough Help Versus No Help at All. *The Journals of Gerontology: Series B*, 56(5), S302–S310. <https://doi.org/10.1093/geronb/56.5.S302>
- Löfqvist, C., Slaug, B., Ekström, H., Kylberg, M., & Haak, M. (2016). Use, non-use and perceived unmet needs of assistive technology among Swedish people in the third age. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, 11(3), 195–201. <https://doi.org/10.3109/17483107.2014.961180>
- Loyalka, P., Liu, L., Chen, G., & Zheng, X. (2014). The Cost of Disability in China. *Demography*, 51(1), 97–118. <https://doi.org/10.1007/s13524-013-0272-7>
- Mitra, S., Palmer, M., Kim, H., Mont, D., & Groce, N. (2017). Extra costs of living with a disability: A review and agenda for research. *Disability and Health Journal*, 10(4), 475–484. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2017.04.007>
- Morrow-Howell, N., Proctor, E., & Rozario, P. (2001). How much is enough? Perspectives of care recipients and professionals on the sufficiency of in-home care. *The Gerontologist*, 41(6), 723–732.
<https://doi.org/10.1093/geront/41.6.723>
- Newcomer, R., Kang, T., Laplante, M., & Kaye, S. (2005). Living quarters and unmet need for personal care assistance among adults with disabilities. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 60(4), S205-213. <https://doi.org/10.1093/geronb/60.4.s205>
- OECD. (2019). *Health for Everyone?: Social Inequalities in Health and Health Systems*. OECD. <https://doi.org/10.1787/3c8385d0-en>
- Olfson, M., Cosgrove, C. M., Altekruse, S. F., Wall, M. M., & Blanco,

- C. (2022). Living Alone and Suicide Risk in the United States, 2008–2019. *American Journal of Public Health*, 112(12), 1774–1782. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2022.307080>
- Parslow, R. A., Parslow, R. A., & Jorm, A. F. (2001). Predictors of Partially Met or Unmet Need Reported by Consumers of Mental Health Services: An Analysis of Data from the Australian National Survey of Mental Health and Wellbeing. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 35(4), 455–463. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2001.00924.x>
- Pimouguet, C., Rizzuto, D., Schön, P., Shakersain, B., Angleman, S., Lagergren, M., Fratiglioni, L., & Xu, W. (2016). Impact of living alone on institutionalization and mortality: A population-based longitudinal study. *European Journal of Public Health*, 26(1), 182–187. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv052>
- R. A. Kane, Kane, R. L., Reinardy, J. R., & Arnold, S. (1987). *Long-term care. Principles, programs, and policies*. Springer Publishing Company.
- Roberto, K. A., Richter, J., Bottenberg, D. J., & MacCormack, R. A. (1992). Provider/client views: Health-care needs of the rural elderly. *Journal of Gerontological Nursing*, 18(5), 31–37. <https://doi.org/10.3928/0098-9134-19920501-08>
- Sands, L. P., Wang, Y., McCabe, G. P., Jennings, K., Eng, C., & Covinsky, K. E. (2006). Rates of acute care admissions for frail older people living with met versus unmet activity of daily living needs. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54(2), 339–344. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.00590.x>
- Sandström, G., Namatovu, F., Ineland, J., Larsson, D., Ng, N., & Stattin, M. (2021). The Persistence of High Levels of Living Alone Among Adults with Disabilities in Sweden, 1993–2011. *Population Research and Policy Review*, 40(2), 163–185. <https://doi.org/10.1007/s11113-020-09570-2>
- Shaw, B. A., Dahlberg, L., Nilsen, C., & Agahi, N. (2020). Trends in the Mortality Risk of Living Alone during Old Age in Sweden, 1992–2011. *Journal of Aging and Health*, 32(10), 1399–1408. <https://doi.org/10.1177/0898264320930452>
- Shung, H., Craig, B. A., Xu, H., Covinsky, K. E., Stallard, E., Thomas, J., Hass, Z., & Sands, L. P. (2015). Unmet Need for ADL Assistance Is Associated With Mortality Among Older Adults With Mild Disability. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 70(9), 1128–1132. <https://doi.org/10.1093/gerona/glv028>
- Solin, P. C., Pasanen, T. P., Mankinen, K. A., Martelin, T. P., &

- Tamminen, N. M. (2021). Use of Health Services Among People Living Alone in Finland. *Health Services Insights*, 14, 11786329211043956.
<https://doi.org/10.1177/11786329211043955>
- Spiers, G. F., Kunonga, T. P., Stow, D., Hall, A., Kingston, A., Williams, O., Beyer, F., Bower, P., Craig, D., Todd, C., & Hanratty, B. (2022). Factors associated with unmet need for support to maintain independence in later life: A systematic review of quantitative and qualitative evidence. *Age and Ageing*, 51(10), afac228. <https://doi.org/10.1093/ageing/afac228>
- Verbrugge, L. M., & Sevak, P. (2002). Use, type, and efficacy of assistance for disability. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 57(6), S366-379.
<https://doi.org/10.1093/geronb/57.6.s366>
- Zhen, Z., Feng, Q., & Gu, D. (2015). The Impacts of Unmet Needs for Long-Term Care on Mortality Among Older Adults in China. *Journal of Disability Policy Studies*, 25(4), 243–251. <https://doi.org/10.1177/1044207313486521>

