

國立臺灣大學公共衛生學院健康行為與社區科學研究所

碩士論文

Institute of Health Behaviors and Community Sciences

College of Public Health

National Taiwan University

Master's Thesis

民眾失智症知識、正向態度與知覺社區意識對於其對

失智症患者友善行為意圖之關聯：以台北市為例

The Associations of Dementia Knowledge, Positive

Attitude, and Perceived Sense of Community on

Dementia-Friendly Behavioral Intentions: A Case Study

of Taipei City

魏如儀

Ru-Yi Wei

指導教授：陳端容 博士

Advisor: Duan-Rung Chen, Ph.D.

中華民國 114 年 6 月

June 2025





國立臺灣大學碩士學位論文
口試委員會審定書

民眾失智症知識、正向態度與知覺社區意識對於其對
失智症患者友善行為意圖之關聯：以台北市為例

The Associations of Dementia Knowledge, Positive
Attitude, and Perceived Sense of Community on
Dementia-Friendly Behavioral Intentions: A Case Study
of Taipei City

本論文係魏如儀君（R12850010）在國立臺灣大學健康
行為與社區科學研究所完成之碩士學位論文，於民國 114 年
06 月 27 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：

陳 瑞 宏
謝 芳
張 淑 卿

致謝



感謝這份論文的誕生，感謝行社所，讓我從中學習成長。在這兩年裡，學著在沮喪、挫折中堅強，學著和焦慮共處，但值得慶幸和感謝的是，一路上有許多人的陪伴和支持，讓我可以順利完成這篇論文，收穫成長的果實。

首先謝謝我的家人們，謝謝爸爸媽媽總是支持、守護著我，讓我在充滿愛和溫暖的家庭中安心、自由的成長。

謝謝行社所，謝謝教授們的教導、所辦姊姊們的協助，能在這裡學習真的很幸運。謝謝指導教授端容老師，在我撰寫論文的過程中悉心指導，指引我寫作和分析的方向，使我得以順利完成論文。謝謝口試委員劉芳老師，從大學時期，到碩士最後一哩路，始終鼓勵著我、為我灌注信心，是促使我在學術生涯前進的一大動力。謝謝口試委員淑卿秘書長，給予我寶貴的建議和鼓勵，使論文的品質得以提升，讓我有許多收穫和啟發。

謝謝行社所小分隊，因為有你們的陪伴，我的研究所生活多了很多歡笑和色彩。謝謝一直以來給我鼓勵和力量的朋友們。不論是一起並肩努力，又或是在不同的領域奮鬥著，因為有彼此溫暖的加油打氣，讓我感到不孤單且很幸福。

最後，再次誠摯感謝這兩年伴我成長的所有人，讓我得以完成這份論文，成為了更堅強、更勇敢的自己。

本論文之研究（部分）得到教育部高等教育深耕計畫特色領域研究中心之臺大群體健康與福祉研究中心的補助（計畫編號 NTU-113L900401）。

如儀 謹啟

2025 年 6 月

中文摘要



研究背景：

全球人口高齡化，失智症成為當今不容忽視的公共衛生議題。世界衛生組織推動失智友善相關策略，強調提升公眾認知與態度的重要性。台灣的人口結構正快速轉變為超高齡型態，失智症人口比例逐年增長。由於大多數失智症患者都在社區生活，因此社區民眾的失智症識能表現和社區意識不僅影響失智症家庭的生活品質，也影響失智友善社會的建立。然而，相關的研究在國內外仍然有限。因此，本研究欲探討民眾的失智症知識、正向態度、知覺社區意識與其對失智症患者的友善行為意圖的關聯性，並進一步探討知覺社區意識在失智症知識、正向態度和對失智症患者的行為意圖之間的調節中介作用。

研究目的：

本研究旨在探討台北市社區民眾的失智症知識、失智症正向態度與知覺社區意識如何影響其對失智症患者的友善行為意圖，接著分析失智症正向態度是否在知識與行為意圖之間扮演中介角色，並進一步了解知覺社區意識是否在其中調節正向態度和行為意圖的關係。

研究方法：

本研究採橫斷式研究法，透過網路問卷收集研究數據，調查對象為居住在台北市且年滿 18 歲的民眾。問卷內容包括：失智症知識量表 (DKAS-s)、失智症態度量表 (DAS-6)、社區意識量表 (SCI-2)、對失智症患者的友善行為意圖以及人口學資料等。

研究結果：

本研究共收集 3,259 份資料，涵蓋台北市 12 個行政區。研究結果發現失智症知識、失智症正向態度、知覺社區意識和對失智症患者的友善行為意圖兩兩之間均呈顯著正相關。在中介效果的分析中發現，知識會透過正向態度間接影響友善行為意圖，整體模型為完全中介。此外，知覺社區意識能夠增進友善行為意圖，也負向調節正向態度對行為意圖的影響，即當知覺社區意識較高時，失智症正向態度對行為意圖的影響力減弱。

結論：

本研究結果指出，提升民眾的失智症知識與正向態度，對於促進失智友善行為意圖至關重要，尤其是正向態度。此外，提升知覺社區意識有助於增進民眾的友善行為意圖，但也可能減弱態度對行為意圖的影響。未來政策應關注如何透過教育推廣提升公眾的失智症識能與正向態度，並營造更友善的社區環境，以促進全民參與失智症友善行動。

關鍵字：失智症知識、正向態度、知覺社區意識、助人行為、調節式中介模型

英文摘要



Background:

With global population aging, dementia has emerged as a crucial public health issue. The World Health Organization emphasizes enhancing public knowledge and attitudes toward dementia. Taiwan's population structure is rapidly shifting toward a super-aged society, with dementia cases increasing annually. Since most people with dementia live within communities, residents' dementia awareness and sense of community could influence quality of life and development of dementia-friendly societies. The present study aimed to investigate the association among dementia knowledge, positive attitudes, perceived sense of community, and dementia-friendly behavioral intentions, examining perceived sense of community as a moderating mediator.

Objectives:

This study investigated how dementia knowledge, positive attitudes, and perceived sense of community affect residents' friendly behavioral intentions toward people with dementia. This study also assesses the mediating role of positive attitudes, and examines the moderating effect of perceived sense of community.

Methods:

A cross-sectional research method was adopted to collect data via a web-based questionnaire. Respondents were residents aged 18 or older live in Taipei City.

Questionnaires included dementia knowledge (DKAS-s), positive attitudes (DAS-6), perceived sense of community (SCI-2), friendly behavioral intentions toward people with dementia, and demographics.

Results:

A total of 3,259 responses were collected. The findings indicated positive correlations among dementia knowledge, positive attitudes, perceived sense of community, and dementia-friendly behavioral intentions. Mediation analysis showed that dementia knowledge indirectly influenced behavioral intentions through positive attitudes, indicating a complete mediation model. Additionally, perceived sense of community was found to enhance dementia-friendly behavioral intentions but negatively moderated the relationship between positive attitudes and behavioral intentions—suggesting that when perceived community consciousness is higher, the influence of positive attitudes on behavioral intentions is diminished.

Conclusion:

Improving dementia knowledge and positive attitudes is crucial for encouraging



dementia-friendly behaviors, especially positive attitudes. Enhancing perceived sense of community can help enhance the intention to engage in friendly behaviors, but might reduce attitudes' direct influence. Future policies should focus on educational initiatives to improve public dementia literacy and foster positive attitudes, while also creating dementia-friendly community environments to encourage widespread public engagement.

Keywords: Dementia knowledge, Positive attitudes, Perceived sense of community, Helping behaviors, Moderated mediation model

目次



致謝.....	I
中文摘要	II
英文摘要	IV
目次.....	VII
圖次.....	IX
表次.....	1
第一章 緒論	3
第一節 研究背景與動機.....	3
第二節 研究目的.....	7
第三節 研究重要性.....	8
第二章 文獻回顧	10
第一節 失智症與失智友善社區.....	10
第二節 失智症知識、正向態度與對失智症患者友善行為意圖的關係.....	14
第三節 知覺社區意識.....	22
第四節 影響對失智症患者的友善行為意圖的其他因素.....	24
第三章 研究方法	27
第一節 研究架構.....	27
第二節 研究假設.....	29
第三節 研究樣本.....	30
第四節 研究工具.....	32

第五節 統計分析方法.....	43
第四章 研究結果	47
第一節 信效度分析.....	47
第二節 描述性分析.....	60
第三節 雙變項分析.....	68
第四節 相關性分析.....	81
第五節 多元線性迴歸分析.....	82
第六節 調節式中介分析.....	88
第五章 討論及限制	96
第一節 研究假設驗證.....	96
第二節 研究發現.....	98
第二節 研究限制.....	104
第六章 結論及建議	105
參考文獻	110
附錄.....	120

圖次



圖 3-1、研究架構一	27
圖 3-2、研究架構二	28
圖 3-3、研究架構三	28
圖 3-4、基礎的中介模型架構	46
圖 3-5、調節式中介模型架構	46
圖 4-1-1、DKAS-S 因素結構及因素負荷量：16 題	49
圖 4-1-2、DKAS-S 因素結構及因素負荷量：12 題	50
圖 4-2、DAS-6 因素結構及因素負荷量（RMSEA=0.082, CFI=0.979）	52
圖 4-3、SCI-2 因素結構及因素負荷量（RMSEA=0.09, CFI=0.847）	54
圖 4-4、失智症正向態度對失智症知識與失智症友善行為意圖的中介效果	88
圖 4-5、失智症正向態度對失智症知識與失智症友善行為意圖的中介效果：知覺社區意識作為調節變項	90
圖 4-5-1、調節式中介分析：以知覺社區意識之需求滿足作為調節變項	92
圖 4-5-2、調節式中介分析：以知覺社區意識之成員歸屬感作為調節變項	93
圖 4-5-3、調節式中介分析：以知覺社區意識之影響力作為調節變項	94
圖 4-5-4、調節式中介分析：以知覺社區意識之共享的情感連結作為調節變項	95

表次

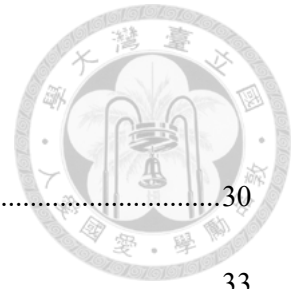


表 3-1、台北市各行政區之回收樣本數和比例 (N=3,259)	30
表 3-2、自變項之問卷說明	33
表 3-3、依變項之問卷說明	39
表 3-4、控制變項之問卷說明	40
表 4-1、DKAS-S 量表模型識配度比較	50
表 4-2、DKAS-S 量表 12 題題目 (模型二)	51
表 4-3、信度分析：失智症知識量表 (DKAS-S)	56
表 4-4、信度分析：失智症正向態度量表 (DAS-6)	57
表 4-5、信度分析：社區意識量表 (SCI-2)	58
表 4-6、研究對象整體人口學特徵之分布 (N=3,259)	62
表 4-7、研究對象整體自變項和依變項答題分數狀況	66
表 4-8、研究對象失智症知識各題目回答正確率 (N=3,259)	67
表 4-9、獨立樣本 T 檢定和 ANOVA 檢定結果：人口學特徵之失智症知識分數	70
表 4-10、獨立樣本 T 檢定和 ANOVA 檢定：人口學特徵之失智症正向態度分數	73
表 4-11、獨立樣本 T 檢定和 ANOVA 檢定：人口學特徵之知覺社區意識分數	76
表 4-12、獨立樣本 T 檢定和 ANOVA 檢定：人口學特徵之失智症友善行為意圖分數 ..	79
表 4-13、相關性分析：研究自變項與依變項	81
表 4-14、多元線性迴歸：失智症知識和失智症正向態度對失智症友善行為意圖	84

表 4-15、多元線性迴歸：知覺社區意識對失智症友善行為意圖.....	86
表 4-16、中介分析：以失智症正向態度為中介因子.....	89
表 4-17、調節式中介分析：以知覺社區意識作為調節變項.....	90
表 4-17-1、調節式中介分析：以知覺社區意識之需求滿足作為調節變項	92
表 4-17-2、調節式中介分析：以知覺社區意識之成員歸屬感作為調節變項	93
表 4-17-3、調節式中介分析：以知覺社區意識之影響力作為調節變項	94
表 4-17-4、調節式中介分析：以知覺社區意識之共享的情感連結作為調節變項	95



第一章 緒論

第一節 研究背景與動機

伴隨人口高齡化趨勢而來的一個嚴重問題是，根據世界衛生組織指出，全球的失智症患者人數預計將從 2019 年的 5,520 萬人增加到 2030 年的 7,800 萬人，到 2050 年時約有 1.39 億人罹病。無論在高低收入國家，失智症都是導致老年失能、需要長期照護的重要因素之一，此外，於 60 歲以上的年齡層中，失智症更是造成因失能而減少健康壽命(Years Lost due to Disability, YLDs)的十大原因之一(WHO, 2021)。

台灣自 2018 年高齡人口已達 14.6%，達高齡化社會之標準；根據國家發展委員會推測，台灣預計於 2025 年將正式轉型為超高齡社會，即 65 歲以上人口將逾 20%，每五人即有一名高齡者(國家發展委員會, 2022)。據衛生福利部最新「社區失智症流行病學調查結果」報告顯示，目前 65 歲以上社區長者之失智症盛行率為 7.99%，換言之，每 13 位高齡者中即有一人罹患失智症，且盛行率隨年齡增長而增加。依據該調查結果，並參考國際推估 30-64 歲失智症盛行率，以及國家發展委員會公布的「中華民國人口中推估（2024 年至 2070 年）」資料進行推算，未來國內失智症總人口數及盛行率呈逐年攀升趨勢，至民國 120 年時，將逾 49 萬人，65 歲以上失智症盛行率達 8.35%；至民國 130 年時，將逾 69 萬人，盛行率達 9.95% (Hendriks et al., 2021; 國家發展委員會, 2024; 衛生福利部長期照顧司, 2024)。

由此可見，失智症可謂全球皆不可忽視的重要公共衛生議題。為了因應失智症人口的增長，2017 年，世界衛生組織發布「2017-2025 年全球失智症行動計劃」，以七大行動領域呼籲全球開展全面性的應對策略，其中特別強調「失智症為公共衛生之優先要務」以及「增進大眾對失智症之認識及友善態度」，說明失智症不再僅



是醫療及社會照護體系的責任，而是全民都必須共同了解及參與的重要議題。基於此一目標，我們必須致力於打造失智症友善社會，建立具包容和便利性的社區環境，以減輕失智症對患者本身、家庭、社區乃至整個國家造成的影響(WHO, 2017)。

據衛福部統計，台灣有高達九成的失智症者無法獨立自我照顧，且約 85%的失智症者居住在家中，其中 22%需要居家服務支持，這些數據凸顯多數失智症患者都在社區生活或獲得照顧(衛生福利部統計處, 2019)。社區之於失智症的重要性不僅體現在患者身上，民眾也是具有影響力的角色。對失智症患者而言，社區能夠提供必要的功能和情感性的支持；對民眾而言，提升失智症的認知和正面態度，不僅有助於失智症的早期診斷和預防，更是建構失智友善社會的基石。

「社區意識」指的是個體對於所屬社區的認同和歸屬感，象徵了社區成員彼此之間的連結和互動情形。社區意識不僅能促進個體的社會參與，當民眾對於社區有較高的認同和責任感時，則有利形成社區的支持網絡(McMillan & Chavis, 1986)。相關研究亦指出，社區意識有助於提升個體的利他行為，如：志願服務、助人行為等，且可增加鄰里間的相互關懷情形(Albanesi et al., 2007; 劉弘煌, 2011)。由此可見，社區意識除了代表了人對於社區的情感，也影響著社區內的人際互動，能夠強化人們的互助精神。在此脈絡下，有研究指出，平時熱衷於社區參與、與社區有緊密聯繫的人，對於失智症者較具同理心，且參與失智症支持行動的動機越高(Takao & Maki, 2019)。由此推測，社區意識可能成為預測對失智症患者的友善行為意圖的重要因素之一。

從社會認知理論的觀點，環境會對個人的認知和行為產生影響。社會認知理論最早由 Bandura 於 1986 年提出，該理論起源於社會學習理論，強調人類的行為表現主要透過對他人的觀察與模仿而來，同時涉及複雜的認知歷程。而社會認知理論指出，行為的改變涉及個人、行為與環境三者動態交互作用的結果，說明了行為不

僅會受內在意念所控制，也會受外在環境影響(Bandura, 1986)。綜合上述，社區意識可能是影響行為的因素之一，能夠促使民眾願意幫助失智症患者，塑造友善的環境。

國內目前有關失智症知識、態度和行為意圖的研究，對象多為照顧者、學生、志工等，或以醫療院所為場域進行調查(Akifusa et al., 2020; Sung et al., 2021; 簡惠英 et al., 2024; 齊于箴 et al., 2017)，較少針對社區民眾進行探討，且將社區意識納入討論的研究更為有限。然而，隨著台灣失智症照護模式的轉變，越來越多患者自機構轉由社區照顧，加上逐年攀升的失智症人口數，導致社區民眾和失智症患者接觸頻率日益增加。因此，了解民眾的失智症知識、正向態度以及知覺社區意識如何影響其對失智症患者的友善行為意圖，對於推動失智友善社區的建構尤為重要。

綜合上述，本研究旨在透過已經驗證的問卷進行網路問卷調查，期望了解「失智症知識」、「失智症正向態度」、「知覺社區意識」以及「對失智症患者的友善行為意圖」之間的關聯。除了分析知識、態度與行為意圖的中介作用，本研究亦將知覺社區意識納入作為調節變項，以了解其是否從中調節失智症正向態度對於行為意圖的影響，有利於促使正向態度轉化為助人動機。本研究中所稱的社區意識，係指「知覺的社區意識」，即個體主觀感知的情感與連結程度，由於知覺社區意識反映了個體對社區的認同感，並影響社區成員的互動，高知覺社區意識的民眾通常更傾向於主動關懷他人，有望促使其將正向態度轉化為助人的動機。因此，研究欲進一步驗證知覺社區意識是否調節失智症正向態度對於行為意圖的影響。

本研究對象為台北市社區民眾，包含年輕人、中年人及老年人族群。選擇以台北市作為研究場域的原因，除了考量研究者對當地的熟悉度和樣本搜集便利性。此外，台北市於民國 110 年和 111 年被分配的失智症相關預算，為六都中成長之冠，反映其需求龐大。近幾年，台北市為因應失智人口持續增長，也積極推動高齡友善

城市和失智友善相關計畫，使相關研究結果更具政策參考價值和實務應用性。



第二節 研究目的



本研究目的為以下五點：

- 一、 了解台北市民眾的失智症知識、失智症正向態度、知覺社區意識及對失智症患者的友善行為意圖表現為何？
- 二、 探討失智症知識、失智症正向態度、知覺社區意識和對失智症患者的友善行為意圖之間的相關性。
- 三、 以人口學變項、失智症知識量表總分、失智症正向態度量表總分及知覺社區意識總分對對失智症患者的友善行為意圖總分進行迴歸分析。
- 四、 探討失智症正向態度是否為失智症知識和對失智症患者的友善行為意圖的中介因子。
- 五、 探討知覺社區意識是否調節失智症知識、失智症正向態度和對失智症患者的友善行為意圖之間的關係。

第三節 研究重要性



人口快速老化使失智症成為全球亟需關注的公衛議題，台灣在邁入超高齡社會之際，因人口老化所帶來的社會影響勢不可擋。鑑於失智症的疾病特性，對病患、家屬及社會都會帶來長時間的影響，國內外失智症防治照護相關政策皆期望能達到讓社會更了解、友善接納失智症。

失智症的臨床特徵時常讓人誤認為是正常老化，2024 年 World Alzheimer Report 揭露了當今大眾對於失智症存在許多誤解和歧視，國際阿茲海默症協會 (Alzheimer's Disease International, ADI) 針對 166 個國家、超過 4 萬人進行大規模調查，對象包含失智症者、照顧者、醫護人員及民眾，結果發現 80% 的民眾將失智症誤認為是老化過程的正常現象，超過 64% 民眾對失智症者有「衝動、不可預測」的負面印象，88% 的失智症者表示曾遭受歧視。相較於 2019 年的調查結果，社會對於失智症的不理解和不平等對待皆呈明顯增加的趨勢 (ADI, 2024)。當人們對失智症缺乏瞭解或有錯誤的認知時，便可能造成延遲診斷，或產生對失智症的不安及焦慮感。這樣的負面觀感，將進一步影響人們對患者的接納程度和互動情形。相反地，民眾若對失智症有充分的了解，且持有正面態度，則更有可能展現友善的行為。因此，了解個體對於失智症的認識及看法有其必要。

社區作為失智症患者日常生活和社會互動的重要場域，其環境和氛圍對營造失智友善至關重要。過去研究顯示，與失智症患者的社區互動有助於促進正向態度，減少歧視 (Ebert et al., 2020; Phillipson et al., 2019)。實際上，許多國家已採取以社區為基礎的行動，以澳洲為例，Dementia Friendly Kiama project 自 1998 年開始在 Kiama 展開，旨在提升社區對於失智症的了解並減少汙名。該計畫成立了失智症支持聯盟和諮詢小組，與組織、企業共同合作，並對 1000 多名的社區民眾進行 18 個月的教育活動，也讓失智症患者走入人群。最終，計畫吸引了 30 多家媒



體關注，還建立自有品牌 Dementia Friendly Kiama，印製於各類宣傳品上，引發廣泛的正向連鎖效應。後續研究顯示，有參加活動的人相較未參與的人，對於失智症的正面態度顯著增加(Phillipson et al., 2019)。Kiama 的例子進一步佐證了社區的影響力，透過提供資訊、塑造友善的社區氛圍，抑或是增加與患者的相處頻率，有助於提升大眾對失智症的正向看法。

儘管社區的重要性在眾多政策和介入計畫中得以彰顯，然目前國內外鮮少有研究將知覺社區意識和個人的失智症認知一起討論，現今我們對於知覺社區意識的影響仍不明確。因此，本研究旨在透過經驗證的問卷了解社區民眾的失智症知識、正向態度、知覺社區意識和對失智症患者的友善行為意圖為何？並探討知覺社區意識是否影響對失智症患者的友善行為意圖的表現。研究對象為台北市 18 歲以上的成年人，結果將可了解台北市社區民眾目前的失智症識能現況，填補目前研究的缺口。

第二章 文獻回顧



本研究期望了解台北市民眾失智症知識、正向態度與知覺社區意識對於對失智症患者的友善行為意圖的影響。本章將分為四節，從失智症的疾病特性、自變項和依變項之間的關聯性，到與友善行為意圖相關的其他影響因素進行文獻回顧。

第一節 失智症與失智友善社區

一、失智症的症狀及照護

失智症為一種無法完全治癒、症狀複雜且變化多端的症候群，造成患者認知功能退化，嚴重影響日常，難以獨立生活。依照病因不同，失智症可分為神經退化性和非神經退化性，神經退化性包含：阿茲海默症、路易氏體失智症等；非神經退化性則包含：血管性失智症以及營養失調、代謝等其他因素引發。疾病可能涉及多重誘發因素交互影響所致，累積起來造成嚴重的腦部損害。混合型失智症為臨床上最普遍的失智症形式，由阿茲海默症及血管性失智症共同影響所致，主要盛行於 65 歲以上高齡者；至於成人也有可能罹患年輕型失智症。不論何種類型的失智症，皆會產生精神行為症狀和認知功能退化等問題，影響工作及社會功能，對生活帶來多層面的巨大衝擊(Gale et al., 2018)。

由於認知功能衰退，失智症患者時常分不清幻想與現實，甚至出現異常行為（如：重複購買物品、穿著不恰當、迷路等），因此在日常生活中容易因為他人的不理解而產生糾紛，使得失智症者被迫於疏遠人群，漸漸與社會脫節(Gauthier et al., 2022)。然而失智症的病徵並不允許其獨立生活，由於患者經常併發精神行為問題，使得失智症家庭承載著龐大的照護壓力，除了醫療方面的協助，一個友善、在地化的完善支持系統更能滿足照顧者所需(吳怡慧&林明憲,



2017)。

失智症因無法治癒且歷程漫長，常被視為慢性病，需仰賴專門的醫護專業人員提供長期照護及諮詢。「在地老化」作為高齡與失智症照護的最高指導原則，期望讓長者可以安心在社區中養老，由地方來提供服務，盡可能延長留居在社區的時間，社區中的照顧需求持續升高。為使醫療院所與社區場域平衡發揮量能，台灣的失智症照護服務主要分為四種類型：居家、社區、機構及其他，依照症狀輕重度而定(吳怡慧、林明憲, 2017)。多數失智症患者的照護場域圍繞在社區，由長照中的居家服務提供必要的支持，使其能在熟悉的環境得到服務(衛生福利部統計處, 2019)。由上述可得，失智症患者多活絡於社區，除了專業資源的擴展和連結外，國際阿茲海默症協會呼籲，提升公眾對失智症的認知、消弭污名及負面觀感已成為刻不容緩的行動，無論是對早期診斷以及友善行動，都將帶來龐大效益(Gauthier et al., 2022)。若社會能建構讓失智症家庭安心生活的友善環境，便有助於在高齡社會中實現在地老化的目標。

二、 全球的失智友善社區行動

世界衛生組織在「2017-2025 年全球失智症行動計劃」中，強調 2025 年全球各國必須至少建構一項提高公眾失智症認知的社會行動，且相關措施應考量性別與文化差異，期望透過建構失智友善環境，營造能接納且包容失智症的社會(WHO, 2017)。基於此目標，失智友善社區 (Dementia Friendly Community, DFC) 的發展日趨受到重視。依照國際阿茲海默症協會 (Alzheimer's Disease International, ADI) 的定義，失智友善社區為「能夠賦權失智症患者及照護者，給予支持，使其能融入社會並了解他們的權利和潛力的一種場所或文化」。透過各種社會行動，促進人們對失智症更具同理與正向態度，進而鼓勵主動提供幫助(ADI, 2016)。



在美國，由 USAging 管理的 Dementia Friendly America (DFA) 是一個全國性的跨領域合作組織，其明確地強調失智症是一個必須從社區出發去解決的問題，自 2015 年開辦以來，DFA 旨在促進全美的失智友善行動，包含 Dementia Friends 和 Dementia Friendly Communities 等，距今已招募了超過 170,000 名失智症之友。在推廣失智友善社區方面，最初由六個試點社區啟動，目前已擴展了橫跨 43 個州的網絡，針對有興趣加入 DFC 的社區，DFA 除了在網站上提供各州內社區領導人的聯絡資訊，每個月也會推出電子報，持續更新各州的失智友善行動，並宣導失智症相關的各式活動、學術研究等，另外 DFA 也提供許多線上或線下資源，如：職場和臨床的訓練教材、社區工作者工具包、社區評估指南等，持續推動失智友善社區的發展。

日本作為全球高齡化發展最快速的國家，於 2005 年發起了名為「失智症支持者（Dementia supporter）」的全國性行動，後續引起國際關注，並促成失智症之友（Dementia friends）的發展。該計畫旨在透過提升公眾意識、減少污名化，鼓勵社會合力關懷和支持失智症議題。失智症支持者可以是任何人，在經過六小時的培訓後，其具備足夠的知識和技能，進而自發地在社區中以友善的信念和行為幫助他人(Aihara & Maeda, 2021)。

在英國，阿茲海默症協會（Alzheimer's Society）自 1979 年成立以來，致力於組織及支持當地失智友善活動或計劃，期望改變人們談論失智症的方式。2013 年他們同樣開展了失智症之友（Dementia friends）運動，將失智症支持者的理念融入其中。而後，世界各國如：美國、香港、韓國等，受到日本和英國的啟發，陸續響應行動，鼓勵民眾、社區或公司團體從認識失智症開始，為患者提供幫助，儘管只是微小的舉動，如：關心身邊認識的失智症者、在排隊等待時更有耐心等，都能為建構失智友善環境盡一份心力。

三、 台灣的失智友善社區行動



失智症的發生風險會隨年齡增加而上升，鑑於人口老化速度加劇，台灣失智症人口逐年攀升。2014 年，我國公布「失智症防治照護政策綱領暨行動方案」，及早因應並推動失智症國家級政策。2017 年，我國依據全球失智症行動計畫，制定「失智症防治照護政策綱領暨行動方案 2.0」，以「2025 失智友善台灣 777」為呼籲，期望於 2025 年達到：「失智症家庭照顧者有 7 成以上能獲得支持及教育訓練、有 7 成以上失智症者獲得診斷及服務、全國 7%以上的民眾對失智症有正確認識及具有友善態度」(衛生福利部, 2022)。此外，公部門也持續致力於發展失智友善社區，以提倡失智症家庭在社區獲得基本的照顧與支持。在 2021 年發布之高齡社會白皮書中，我國將「提升失智防護與照護」、「建立失智友善環境（社區）」列為行動策略重點項之一，說明在高齡社會中促進大眾對於失智症的認識和關懷的重要性(衛生福利部國民健康署, 2021b)。

根據衛生福利部國民健康署的定義，失智友善社區即：「一個接納失智者、減少失智症汙名化之友善環境，失智者及其照顧者能瞭解自己的權益並肯定自己的能力，獲得支持性服務及促進社會參與。」(衛生福利部國民健康署, 2021a) 具體的實踐可從友善居民、友善組織、友善環境、友善參與四個面向著手。在台灣，國民健康署自 2018 年開始推動失智友善社區與關懷社區計畫，補助全國 22 個縣市推廣失智友善社區，透過軟硬體的改善，以及建構與商家、社區、慈善等民間單位的合作網絡，期盼能有效動員社區資源，共同維護失智症者的自主與人權，讓他們能夠持續參與社區活動，有品質、有尊嚴的生活下去。截至 2022 年底，全台已設立 94 處失智友善社區，培育 45 萬 3 千名失智友善天使以及 1 萬 1 千家友善店家組織共同加入失智守護網絡(衛生福利部國民健康署, 2023)。

第二節 失智症知識、正向態度與對失智症患者友善行為意圖的關係

一、影響行為的理論機制

行為的產生有不同機制，基於不同理論框架，理解個體或群體的健康行為模式也有多種方式。在相關的理論中，認知－態度－行為理論（Knowledge, Attitude and Practice, KAP）常被用來解釋人的行為如何發展而成，其強調人對於特定議題的知識、態度和行為三者之間的關聯。知識（Knowledge）是指個人對特定議題的理解程度；態度（Attitude）是指個人對這個議題的感受和價值判斷，以及他們對此可能有的任何先入為主的想法；而行為（或稱實踐）

（Practice）是指個人實際採取的行動或表現方式。KAP 理論假設知識、態度和行為三元素具有因果關係，會相互造成影響，依據不同發展順序，最終會產生六種行為改變模式。透過了解行為的發展歷程，有助於我們更好地識別出公眾的需求，設計適宜的溝通策略和訊息傳遞方式，進而推動行為改變和決策發展 (Valente et al., 1998)。此外，KAP 理論也可用來衡量社區的衛生教育成效，了解社區群體對議題的認知、態度和行為模式，使計畫更符合社區的需求 (Kaliyaperumal, 2004)。

除了 KAP 理論外，行為產生的歷程可能涉及了他人與外在環境對個人的影響。計畫行為理論（Theory of Planned Behavior, TPB）說明行為的產生往往會先形成「行為意圖」，而行為意圖受到個體對行為的態度、主觀規範與知覺行為控制所影響。其中，態度係指個人對行為持有的整體評價；主觀規範為個人感知到重要他人或團體對其行為的期望，形成一種群體壓力與規範；知覺行為控制則是個人認為該行為在實踐上的困難程度，上述三者共同影響行為意圖形成，進而導致實際行為 (Ajzen, 1991)。由於助人行為難以測量，在 TPB 的理論基礎下，本研究將評估個人的「助人行為意圖」，以預測其日後在遇到特定情形時可



能出現的實際作為。

在公共衛生政策中，識別出公眾的行為改變歷程，有助於我們制定出有效的長久之計。在許多政策綱領期望推動失智友善環境的脈絡下，「人」可以說是建構失智友善社區的最大核心，要建立一個良善的環境，不是單靠外界團體、資源挹注就能達成，而是需要社區居民共同互助合作，由下而上的集結地方力量來執行，此時，衡量社區居民的知識和態度可有望成為有力的著手點，透過認知和態度的改變，能夠進一步推動行為的展現，實踐介入的目標。

二、失智症知識、正向態度與友善行為意圖三者的定義和測量

● 失智症知識

在探討個體的行為意圖之前，理解其對該議題的認知為首要之務。失智症知識被視為是個體展現失智友善行為意圖的重要預測因子，其相關性在過往研究中已得到證實，當個人的失智症知識程度越高，越可能對失智症者抱持正面的態度，進而更願意提供幫助(Lane and Yu, 2020; Li et al., 2023; Matsumoto et al., 2022; 簡惠英 et al., 2024)。然而，現有研究顯示，民眾對失智症的理解尚不充足，多數人仍視其為正常老化的一部分，低估疾病的風險(Low and Anstey, 2009; McParland et al., 2012; 韋淑玲 & 蔡芸芳, 2002)。這種誤解不僅發生在一般民眾，即使是具有專業背景的醫療照護提供者，也對失智症存在錯誤的認知(ADI, 2024; Annear et al., 2017; 齊于箴 et al., 2017)。充足的知識不僅有助於培養正向態度，建立良好的互動關係，此外，具備較多的認識，越能提升早期診斷和篩檢的意願，除了可促進對風險因子的控制，也有利於日後的疾病管理(Aihara & Maeda, 2020; DoH, 2009)。

關於失智症知識的評估，過去的研究多針對學生、醫療照護人員、失智症者和照顧者探討，以掌握實務層面對於疾病知識的缺口，發展失智症教育課程



與計畫(Robinson et al., 2014; Scerri & Scerri, 2013; Sung et al., 2021; Wang et al., 2018)。因應全球失智症人數持續增長，教育的目標族群已擴大至所有人群，一般民眾的認知逐漸受到重視。失智症知識的面向包括病因、症狀、風險因素、照護等層面，目前並無統一的定義。選擇量表時，因考量研究對象在專業知識上的教育背景不同，問卷题目的構成和難易度會有所差異，如：美國阿拉巴馬大學發展的「UAB ADKT (The University of Alabama at Birmingham Alzheimer's Disease Knowledge Test)」量表，便是針對醫療專業人員設計，其多半是詢問生物醫學領域的問題，因此不適用於非相關專業的族群(Barrett et al., 1997; Spector et al., 2012)。

近幾年，較為被廣泛使用的失智症知識量表為「ADKS (Alzheimer's Disease Knowledge Scale)」和「DKAS (Dementia Knowledge Assessment Scale)」量表。兩者皆已在多個國家、不同族群上進行驗證，且量表信效度表現良好。然而 ADKS 因發展年代早，僅聚焦在失智症的其中一個類型——阿茲海默症，並無法完全代表失智症，此外，該量表對高教育程度的受訪者缺乏敏感度，即存在天花板效應，難以正確反映教育程度不同的受訪者的結果(Annear et al., 2015, 2017; Carpenter et al., 2009)。DKAS 量表經台灣的研究團隊翻譯驗證後，陸續發展出三種版本，依照時間順序分別為 T-DKAS (Taiwanese version of the DKAS)、DKAS-TC (traditional Chinese version of the DKAS) 以及 DKAS-s (shortened version of DKAS-TC) 量表。這些量表分別針對不同人群進行測試，T-DKAS 招募 20 歲以上的成人，DKAS-TC 則是僅針對家庭照顧者，而後 Hung 等人(2022)期望能夠縮減題數，並提高 DKAS-TC 在公眾的適用性，因此發展出 DKAS-s 量表，而題數自 25 題變成 16 題(Chang & Hsu, 2020; Hung et al., 2022; Sung et al., 2021)。

本研究最終採用 Hung 等人(2022)發展的 DKAS-s (shortened version of

DKAS-TC) 量表，該量表旨在評估大眾對於失智症的了解，信效度表現皆有達到標準，可作為有效評估失智症知識的研究工具。



● 失智症正向態度

失智症正向態度是影響失智症助人行為的重要因素之一，也是發展失智友善社區的關鍵目標。儘管各國持續在推動與失智友善相關的計畫，《2024 世界阿茲海默症報告》指出，有 88% 的失智症患者曾經受到歧視，且比例逐年增加。失智症患者和家庭長期承受著社會的異樣眼光，遭受不平等的待遇，導致失智症患者宛如是被社會孤立的族群。對患者和照顧者來說，諸如此類的心理傷害不亞於疾病本身的症狀，迫使他們減少外出活動、斷絕與外界的連結，進一步造成衰弱和生活品質下降等情形(ADI, 2024)。

人們之所以對失智症有負面的看法和舉動，多半是源自於對疾病本身的認知不足，形成不必要的恐懼和焦慮。除此之外，態度的形成還受到多方面的影響，如：性別、年齡、教育程度、工作狀況、失智症家族史以及與失智症者接觸的經驗等(Joo et al., 2021; Rosato et al., 2019; Wang et al., 2018)。研究顯示，多增加與失智症患者的互動，或接觸相關資訊，有助於減少負面態度形成(Joo et al., 2021; Rosato et al., 2019)。綜合上述可知，態度的形成是複雜且多層次的，其影響範圍也十分廣泛。為此，現今的相關政策和研究皆呼籲失智症患者應多參與社區活動，藉由增加他們與社會的聯繫，一方面除了保障失智症家庭的基本人權，更期望能藉此破除公眾對失智症的刻板印象，進而帶來正面的群體效益。

在過去研究中，較常使用的失智症態度量表為 DAS (Dementia Attitude Scale)，是基於態度三元論（情緒、認知和行為）所建構而成，量表中包含「舒適度 (Comfort)」和「主觀認知 (Knowledge)」兩個構面。舒適度指的是個人

能在環境中感到自在、放鬆的感受，被視為是發展失智友善社區的一個關鍵要素，涉及社區成員之間的關係品質；而主觀認知反映了個人是否能夠理解失智症的需求和感受，進而展現出同理和尊重，並非指生物醫學相關的知識(Ebert et al., 2020; O'Connor & McFadden, 2010)。

本研究最終採用由 Clark 等人(2023)發展的 DAS-6 (Dementia Attitude Scale-6) 量表，為 DAS 的簡短版本，該量表以 20 至 70 歲成年人作為研究對象，保留 DAS-20 的雙因素結構，信效度表現良好，題目皆為正向的敘述，分數越高代表越具有正向態度，可作為有效評估失智症正向態度的研究工具。失智症態度量表中存在的「主觀認知」構面，雖然有與本研究自變項「失智症知識」重複測量的疑慮，然 DAS 所測量的知識特別著重於主觀的觀點，即個人對於失智症患者的觀察，與「失智症知識」測量的疾病客觀事實有所不同，因此本研究最終將兩者皆納入測量。

● 對失智症患者的友善行為意圖

失智症友善行為意圖意指個人對失智症者採取支持或協助性的行為傾向。當大眾對失智症缺乏足夠的認識，可能產生恐懼或防備心，拒絕與失智症患者互動，使患者在社區的人權受到威脅。國際阿茲海默症協會呼籲，為了建構一個具包容性的環境，必須改變社會與失智症患者互動的方式(ADI, 2024)。事實上，失智友善可以從任何人、任何時間和任何地點開始做起，不論大大小小的行動都具有意義。為提供具體的指引，國民健康署公告「看、問、留、撥」四步驟的 SOP，建議民眾在社區看見失智症者時如何提供幫助，鼓勵人人都可以做出行動，成為失智友善的一員(衛生福利部國民健康署, 2020)。有鑒於失智者的外表難以辨識，遇見疑似失智症者時，民眾和第一線工作人員也可以透過五個簡易的溝通技巧，依序是：微笑面對、說聲謝謝、眼神接觸、擁抱當下以及

耐心傾聽，從微小的舉動，便能對需要幫助的人釋出善意(衛生福利部國民健康署, 2022)。

有關對失智症患者的友善行為意圖的研究，可從個人和社區層級進行探討。現有研究多以社區為主，著重於失智友善社區的概念，旨在評估環境或者介入措施是否達失智友善。然而，針對個人的行為研究相對較少。有關失智友善社區的文獻中，通常涵蓋四個主要範疇，包括：社區的特徵、失智症患者融入社區的促進和障礙因素、社區的發展策略以及遇到的挑戰。但是礙於社區的複雜性，這類研究往往缺乏部分族群的觀點，像是晚期失智症患者或社經地位較低的老年人(Shannon et al., 2019)。

相較之下，個人層面的研究多集中於第一線工作人員(Akifusa et al., 2020; Sung et al., 2021; 簡惠英 et al., 2024; 齊于箴 et al., 2017)，以一般民眾為研究對象的文獻則較有限。例如，Lane 和 Yu(2020)調查新加坡 109 位 21 歲以上的居民，探討其對失智症症狀的了解，以及這些認知是否會透過以人為本或是污名的態度影響助人意圖；Matsumoto 等人(2022)則以旁觀者模型，探討日本民眾展現失智症助人行為的機制；而國內的研究，如 Li 等人(2023)以台北市萬華區 20 歲以上的成年人為研究族群，探究失智症態度在失智症知識和行為之間的中介關係。

綜合上述，「失智友善」作為一個新興的研究議題，過去已有針對社區進行多面向的討論，但關於個人的行為意圖研究仍顯不足。然而，民眾個人的行為意圖是失智症防治的重要環節，也是打造失智友善環境的基石，其重要性已在國家政策和相關組織的建議上體現。因此，本研究將著眼於探討個人的表現，期望能加深理解民眾對於失智症患者的友善行為意圖。

在相關研究中，測量失智症助人行為意圖的方式，多採用情境式問題詢問，以模擬受訪者在現實情境中可能採取的作為(Lane and Yu, 2020; Matsumoto

et al., 2022)。本研究將採用簡惠英等人(2024)參考國健署「看、問、留、撥」SOP 所改編的題目，結合「在社區中遇到清醒且無生命安全疑慮的失智症患者倒在路上」的情境詢問，以利更真實地反映受訪者在實際情境中的助人意圖。

三、失智症知識、正向態度與對失智症患者的友善行為意圖三者之間的關係

在實踐失智症友善行動之前，認識失智症可謂是付諸行動的第一步，了解失智症的病因、症狀及照護需求，可望消弭外界的刻板印象，減少失智症污名化的情形，促進社會對失智症有更多包容。在國健署發布的推動失智友善社區工作手冊中，友善居民的面向包含「對失智症有正確的識能、尊重人權、消除歧視、願意給予協助與關懷」（衛生福利部國民健康署, 2021a)三個目標。指出失智症知識、態度和行為三者之間密不可分的關係。

失智症知識可謂個人理解患者的行為特徵和需求的基礎。研究顯示，民眾具有越多的失智症知識，其提供幫助的可能性也會越高(Lane & Yu, 2020; Li et al., 2023)。然而，除了知識以外，態度也在影響行為意圖的過程中扮演重要角色。研究指出，正向態度（例如認為失智症患者同樣具備關心和照顧他人的能力）與行為意圖之間存在顯著正相關；相對地，帶有恥辱或負面的態度（例如避免與失智症患者互動）則對行為意圖影響有限(Lane & Yu, 2020; Matsumoto et al., 2022)。

此外，也有研究更進一步指出，失智症正向態度不僅對行為有直接的影響，還可能在知識和行為中間扮演重要的橋樑。知識會透過態度對助人意圖產生影響，然而此關係在不同國家的研究結果中略有不同，形成完全中介或部分中介兩種可能(Lane & Yu, 2020; Li et al., 2023; Matsumoto et al., 2022)。這樣的結果反映了，即使增加與失智症有關的知識，但當一個人對失智症抱持不友好的負面態度，提升助人的意願仍為有限。

綜合上述可見，行為意圖的產生並不僅受單一因素影響，儘管知識會影響行為意圖，然而這種關聯有可能是受到正向態度所中介的，態度最有可能是形成助人意圖的關鍵因素，但並不能完全取代知識對行為意圖的影響。因此，在推動相關政策或計劃時，必須同時考量知識與態度兩者的作用，從而促進更多的失智友善行為。

第三節 知覺社區意識



一、知覺社區意識的定義和測量

社區可依據地理空間或社會關係來界定，而最常見的「社區」通常被認為鄰里、村落或大樓。根據 McMillan & Chavis (1986)的定義，社區意識 (Sense of Community) 是指居民對所屬社區有歸屬和認同感，這種感覺源於社區內部的互動和情感連結。社區意識包含了四個要素：第一個是「需求滿足 (Reinforcement of Needs)」，意指成員的需求能從社區的資源和關係中得到滿足，一個具有強烈社區意識的社區，能將居民團結凝聚在一起，使人們同時能滿足自己和他人；第二個為「成員歸屬感 (Membership)」，代表居民認同自己是這個社區的一份子，願意投入心力，發展與社區的親密關係；第三個是「影響力 (Influence)」，指的是居民和社區彼此之間具有雙向的影響力；最後是「共享的情感連結 (Shared Emotional Connection)」，是指社區成員們共同擁有的歷史、記憶或是信念，即使未曾經歷社區過去的歷史，但居民能夠認同曾經在當地發生的重要事件。總結來說，社區意識強調的是一種社會關係，人們在社區中可以感到被接納，形成歸屬與價值感，進而願意主動關心社區事務和環境。此外，社區意識也能夠促進鄰里之間的信任和互動，最終凝聚成集體的力量，因此可作為社區發展的原動力。

本研究所探討的是「知覺社區意識」，即個體主觀上對其所屬社區感知的情感與認同，其強調的是個人的「主觀感受」，而非實際參與的行為。

最常被用來測量知覺社區意識的指標為 SCI-1 (Sense of Community Index-1)，由 Chavis 等人發展而成，已被用於不同國家（如：美洲、亞洲、中東等）及場域（如：城市、鄉村、公司、學校等）的研究中。2005 年，為提升 SCI-1 的信效度，研究團隊重新修訂發展了 SCI-2，從 12 題增加至 24 題，能夠更全面地涵蓋社區意識的內容，且有多達 14 種語言的版本(Chavis et al., 2014)，而本研究將採用該

量表的中文版本來測量知覺社區意識。



二、 知覺社區意識與助人行為的關係

社區意識是一種超越個人層級，牽涉到與他人之間的關係，而形成的意識形態。強烈的社區意識能使人們更願意動員參與，解決社區的問題，進一步對健康結果產生影響(McMillan & Chavis, 1986)。研究發現，社區意識與利社會行為相關。利社會行為意指對他人提供幫助，且不求回報的舉動。Albanesi et al (2007)的研究指出，社區意識與利社會導向的公民參與有正向相關，有助於提升社會福祉，且在小型城鎮上更為明顯。在台灣，劉弘煌(2011)發現民眾普遍具有中等以上程度的社區意識，且社區意識和鄰里關懷之間具有高度正相關，包含了對人的關懷以及對環境的關懷。此外，社區意識和鄰里關懷兩者在不同人口特徵（如：年齡、教育程度）以及居住條件（如：居住地區及住宅類型）的民眾間存在顯著差異。因此，有研究進一步提出，社區意識可作為預測個人為社區服務的因素之一，有助於了解志願服務和助人行為產生的機制(曾儀芬等人, 2024)。

然而，目前針對知覺社區意識和失智友善行為意圖之間的討論鮮少。過去有研究以「社區依附」和「社區參與」的概念，探討民眾參與失智症預防及支持活動的動機。研究顯示，社區依附和社區參與不僅直接影響民眾的參與動機，另外還會透過失智症態度，進而對動機產生間接作用。也就是說，對社區有歸屬感且積極參與社區活動的人，往往對失智症持有更友善的態度，更願意投入相關的預防和支持行動(Takao & Maki, 2019)。

綜合上述，知覺社區意識對利社會行為和鄰里關懷具有正向影響力，促使居民願意作出有益於他人或社會的舉動、增加對周遭人事物的關注，兩者皆涉及主動關心、無私提供幫助，與失智症友善的助人概念和精神不謀而合，為我們推測知覺社區意識能夠有效預測對失智症患者的友善行為意圖提供有力的假設。

第四節 影響對失智症患者的友善行為意圖的其他因素



一、性別

過往研究發現，性別可能影響對失智症患者的友善行為意圖。女性相較於男性更有可能展現助人行為，且較有意願參與失智症預防及支持的相關活動(Matsumoto et al., 2022; Takao & Maki, 2019)。此外，女性在失智症知識和失智症正向態度的表現上，普遍也高於男性，進而可能影響失智友善行為的展現。

二、年齡

不同年齡族群在面對失智症患者時，其友善行為意圖可能有所差異。Matsumoto 等人(2022)和簡惠英等人(2024)的研究顯示，年紀越大，提供失智友善行為的意願越高。然而，另一篇研究指出，65歲以上的老年人較有可能展現不友善行為，可能原因為老年人對失智症的知識掌握不足，且所抱持的態度較為負面。由於年齡增長與失智症罹病風險相關，年紀較大的人也較有可能認識罹患失智症的人，因此恐影響其對疾病的易感性，當人們自覺疾病對自己的威脅增加，可能會下意識與失智症者保持距離(Cheng et al., 2011; Vrijisen et al., 2021)。綜合以上，年齡對於失智症友善行為意圖的確切影響目前仍不明確。

三、教育程度

教育程度會影響失智友善行為意圖。研究發現，學歷為高中或以下的受訪者對失智症患者的不友善行為得分較高，學歷為大學或以上的受訪者較有可能展現友善行為(Li et al., 2023)。教育程度與失智症知識和態度呈正向相關，具有高教育程度的人，較能理解失智症患者的行為和認知問題，並對此表現出包容和同理心(Cheng et al., 2011; Ebert et al., 2020; 簡惠英 et al., 2024)。此外，教育程度可能攸關個人對失智症的瞭解程度，進而影響其遇到失智症者時給予幫助的意圖。



四、職業狀況

個人的工作狀態可能與展現失智友善行為的意圖有關。Li 等人(2023)發現，相較於失業者，有工作的人對於失智症的態度較為友善。此外，另一篇研究以社區志工作為調查對象，結果顯示除了擔任志工以外，若有任職其他工作的人在失智症知識的得分普遍較高(簡惠英 et al., 2024)。上述反映出職場經驗或許有助於個人的知識累積和社會互動，進而影響對失智症的接納程度和理解。然而目前卻少有研究進一步分析不同職業類型的行為差異。

五、其他與失智症相關的因素

除了上述以外，其他可能影響對失智症患者的友善行為意圖的因素還包括了個人與失智症相關的經歷背景。研究發現，曾有接觸或照顧過失智症者、接受過失智症相關教育訓練的人，除了在失智症知識上的表現較佳以外，也較有可能展現友善行為(Takao & Maki, 2019; 簡惠英 et al., 2024)。但 Li 等人(2023)的研究指出，失智症相關經歷對於態度和行為並無顯著關聯。在亞洲社會上，失智症往往伴隨污名化，使得公開談論或揭露失智症對許多人而言是一種恐懼。一篇研究更進一步指出，家中有失智症患者的家庭成員甚至會感到羞恥，並希望能夠保密，進而影響他們與鄰居或社區之間的互動關係(Aihara et al., 2020)。這些發現顯示，與失智症的相關經驗並不一定總是帶來正面的影響，凸顯了其對於行為意圖影響的複雜性。

另外，大眾媒體是現代人取得資訊的重要來源之一，對於公眾理解和認識失智症扮演著關鍵角色，許多與失智症相關的宣導和訊息都透過網路或各式媒體傳播，影響人們對疾病的認知與態度。研究顯示，電視是多數民眾了解失智症的主要管道，並且有助於提升人們對失智症的正面態度(Aihara et al., 2020)。在數位化的時代，生活與社群媒體和影音平台密不可分，網路的即時和互動性促使資訊更

容易且迅速傳播，即使民眾身邊沒有和失智症者接觸的機會，仍可透過網路認識失智症，培養友善的意識。因此本研究除了將「是否有家人或親戚罹患失智症」納入控制變項，也將「是否曾上網搜尋失智症相關資訊」列入討論。

綜合上述本節的討論，本研究將性別、年齡、教育程度、職業狀況以及其他相關因素（包括：是否有家人或親戚罹患失智症、過去一年是否曾經在報章雜誌或網路平台上搜尋並嘗試了解失智症相關資訊、是否有聽過且想參與失智友善社區）納入為控制變項，以更全面地探討失智症知識、正向態度、知覺社區意識與失智友善行為意圖的關聯。



第三章 研究方法

第一節 研究架構

本研究欲了解有關民眾對失智症患者友善行為意圖的影響因素，將分析失智症知識、失智症正向態度、知覺社區意識與對失智症患者的友善行為意圖的關係，並且在模型中，同時納入文獻所提及之可能影響友善行為意圖的變項，如：性別、年齡、教育程度、職業狀況以及與失智症相關的經驗和認知等人口學變項（研究架構請參考圖 3-1 和 3-2）。此外，研究更進一步探討失智症正向態度是否在失智症知識和對失智症患者的友善行為意圖之間扮演中介的角色，以及知覺社區意識是否從中調節失智症正向態度對於友善行為意圖的影響（研究架構請參考圖 3-3）。

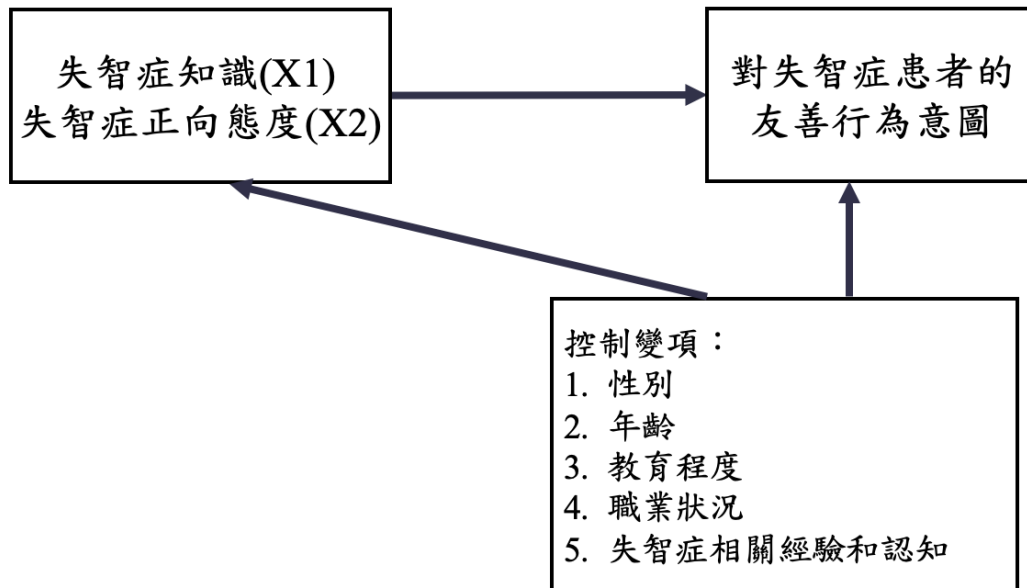


圖 3-1、研究架構一

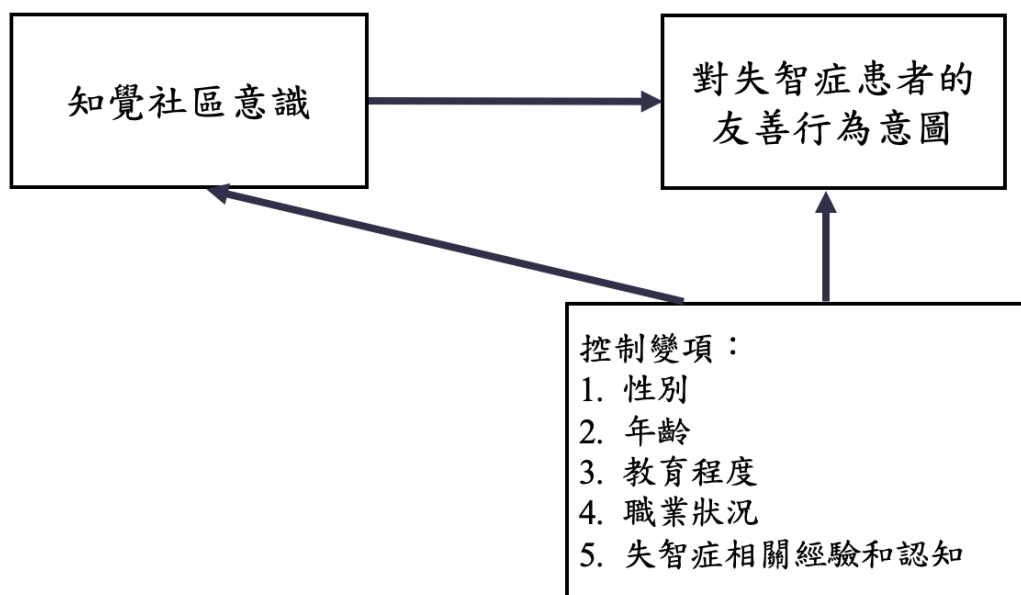


圖 3-2、研究架構二

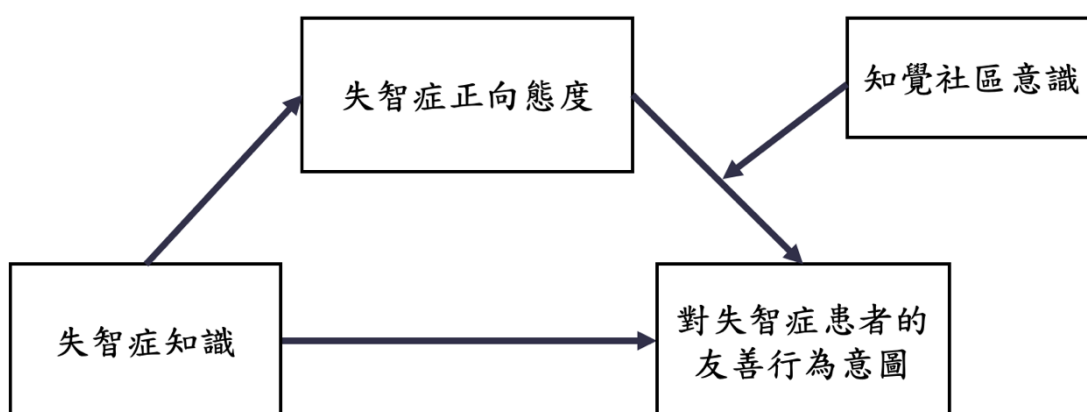


圖 3-3、研究架構三

第二節 研究假設



根據本研究的目的和架構，並結合對現有文獻結果的分析，針對各研究架構所提出的假設如下：

1. 失智症知識和失智症正向態度與對失智症患者的友善行為意圖有關。
2. 在控制人口學變項後，失智症知識和失智症正向態度對失智症友善意圖有顯著正向的影響。
3. 知覺社區意識與對失智症患者的友善行為意圖有關。
4. 在控制人口學變項後，知覺社區意識對失智症友善意圖有顯著正向的影響。
5. 失智症正向態度在失智症知識與對失智症患者的友善行為意圖之間扮演中介角色。
6. 知覺社區意識在失智症正向態度和對失智症患者的友善行為意圖的關係中具有調節效果。

第三節 研究樣本



本研究採橫斷式研究法，問卷資料來自陳端容教授教育部高等教育深耕計畫（計畫編號 NTU-113L900401）所搜集。該計劃委託中央研究院人文社會科學研究中心調查研究專題中心進行自填結構式問卷調查，研究樣本為該專題中心網路調查會員資料庫中符合「18 歲以上且居住於台北市」之會員（即民國 94 年 12 月底以前出生之會員）。

中央研究院調查研究專題中心於 2015 年起，以固定樣本（panel）作為調查對象，建立其機率樣本會員資料庫（probability-based panels）。該中心涵蓋多種調查方式，如：面訪、電話及手機簡訊線上調查（SMS Surveys）等。而本研究採用手機簡訊線上調查，透過分層多階段 RDD 抽樣法（Stratified Multi-Stage Random Digit Dialing Sampling），確保研究樣本中的人口學特徵比例接近目標群體。

本研究調查期間自 2024 年 8 月 20 日至 2024 年 9 月 24 日，共計回收 3,259 份有效資料，涵蓋台北市 12 個行政區、446 個里。各行政區的回收份數和佔比請見表 3-1

表 3-1、台北市各行政區之回收樣本數和比例（N=3,259）

行政區	回收份數	佔比
士林區	295	9.1%
大同區	149	4.6%
大安區	390	12.0%
中山區	297	9.1%



中正區	218	6.7%
內湖區	362	11.1%
文山區	359	11.0%
北投區	298	9.1%
松山區	224	6.9%
信義區	271	8.3%
南港區	186	5.7%
萬華區	210	6.4%

問卷內容包含「失智症知識」、「失智症正向態度」、「知覺社區意識」、「提供失智友善行為意願」和「人口學變項」五大部分。本研究人口學變項包含性別、年齡、教育程度、工作狀態、職業狀況、家人或親戚是否罹患失智症、過去一年內是否曾搜尋並嘗試了解失智症相關資訊、是否聽過及想參與失智友善社區等。自變項包含失智症知識、失智症正向態度及知覺社區意識。依變項為對失智症患者的友善行為意圖。

本研究問卷已通過國立臺灣大學醫學院附設醫院研究倫理委員會審查（編號202305044RINA），倫理審查證明請見附錄。

第四節 研究工具



本研究採用自填式結構問卷，以網路調查方式搜集受訪者的資料。問卷內容包含「失智症知識量表 (DKAS-s)」、「失智症態度量表 (DAS-6)」、「社區意識量表 (SCI-2)」、「對失智症患者的友善行為意圖調查」與「人口學資料調查」。以下將介紹研究之自變項、依變項、控制變項的問卷說明及計分方式：

一、自變項

本研究自變項包括「失智症知識」、「失智症正向態度」和「知覺社區意識」，以下將介紹各個變項所使用的量表，分別為「失智症知識量表 (DKAS-s)」、「失智症態度量表 (DAS-6)」和「社區意識量表 (SCI-2)」，量表题目的詳細說明請見表 3-2。

失智症知識量表 (DKAS-s) 包含 16 題，共分為「病因與特徵 (Cause and characteristics)」、「風險和健康促進 (Risks and health promotion)」、「溝通和行為 (Communication and behavior)」及「照護 (Care considerations)」四個構面，每個構面各涵蓋四題。針對每題的敘述，填答選項分為「錯」、「正確」和「不知道」。若於正確的敘述回答「正確」或於錯誤的敘述回答「錯」即得 1 分；若於正確的敘述回答「錯」或於錯的敘述回答「正確」或回答「不知道」得 0 分。得分越高表示失智症知識程度越好。DKAS-s 子量表之 PSR (person separation reliability) 數值介於 0.66 至 0.80，PSR 的解釋方式與 Cronbach's α 值相同， >0.70 則代表量表具有良好的信度(Hung et al., 2022; Pallant & Tennant, 2007)。

失智症態度量表 (DAS-6) 包含 6 題，保留原始量表 DAS 的雙因素結構，共分為「舒適度 (Comfort)」和「主觀認知 (Knowledge)」兩個構面，每構面共有三題。該量表採用五點計分，選項分為「非常不同意」、「不同意」、「普通」、「同

意」、「非常同意」，依序給予 1 至 5 分，分數越高表示受訪者對失智症的態度越正向。DAS-6 之 KMO 測試的結果為 0.82，Bartlett 的球形檢定結果顯著， $\chi^2=687.08$ ， $p<.001$ ，總解釋變異量為 68.7%。整體量表內部一致性之 Cronbach's α 值為 0.83，「舒適度」及「主觀認知」子量表之 Cronbach's α 值分別為 0.76 和 0.75(Clark et al., 2023)。有鑒於 DAS-6 原始量表為英文，故本研究使用吳奕廷等人(2023)針對原始 DAS 量表翻譯的中文版本來測量此六題。

社區意識量表 (SCI-2) 包含 24 題，分為「需求滿足 (Reinforcement of Needs)」、「成員歸屬感 (Membership)」、「影響力 (Influence)」和「共享的情感連結 (Shared Emotional Connection)」四個構面，每個構面皆包含六題。內容為了解受訪者對於社區的感受，社區的定義為目前所居住的地方以及其 10~15 分鐘內步行可達的生活圈。問卷採用四點計分，選項包含「非常不同意」、「不同意」、「同意」、「非常同意」，分數依序給予 1 至 4 分，分數越高表示社區意識越高。SCI-2 整體量表的 Cronbach's α 值為 0.94，各子量表的 Cronbach's α 值介於 0.79 至 0.86，顯示該量表內部一致性良好，能穩定測量社區意識的不同面向(Chavis et al., 2014)。

表 3-2、自變項之問卷說明

變項	操作型定義	編碼與計分方式	類型
失智症知識	問卷題目包含以下 16 題，共分為「病因與特徵 Cause and characteristics」、「風險和健康促進 Risks and health promotion」、「溝通和行為 Communication and behavior」、「照護 Care	依照填答者對題目敘述的理解，分為三種回答： 1. 正確 2. 錯誤 3. 不知道	連續變項

	considerations」四個面向： ● 病因與特徵 Cause and characteristics 1. 失智症是正常老化過程的一部分 2. 最常見的失智症類型是可以恢復的 3. 血管型失智症是最常見的失智症類型 4. 大多數的失智症類型通常不會縮短壽命 ● 風險和健康促進 Risks and health promotion 5. 高血壓會增加個人罹患失智症的風險 6. 憂鬱症的症狀可能會被誤認為是失智症的症狀 7. 運動對失智症患者有益處 8. 早期診斷出失智症通常不會改善患者生活品質 ● 溝通和行為 Communication and behavior 9. 當失智症患者出現混亂（如：誤認家人、時空錯	針對回答正確與否，答對則得 1 分，答錯或選擇不知道則為 0 分。依據結果加總計算各個面向的得分和總分，總分範圍為 0 至 16 分。得分越高，表示其具有越高程度的失智症知識。	
--	--	---	--

	亂)時,糾正他們是重要的 10. 晚期失智症患者經常以肢體語言進行溝通 11. 失智症患者出現非典型行為,通常代表需求未被滿足 12. 藥物是治療失智症行為症狀最有效的方法 ● 照護 Care considerations 13. 失智症患者做決策時,通常不會有問題 14. 晚期失智症患者可能會有說話困難 15. 失智症患者學習新的技能通常是有困難的 16. 飲食困難通常會發生在失智症的後期		
失智症正向態度	問卷題目包含以下 6 題,共分為「舒適度 Comfort」、「主觀認知 Knowledge」兩個面向: ● 舒適度 Comfort 1. 服務失智症者是值得的 2. 接觸失智症者時我感到	每題依同意程度分為五種回答: 非常不同意=1 不同意=2 普通=3 同意=4	連續變項

	自在 3. 當周圍有失智症者時我能感到放鬆，不會特別緊張 ● 主觀認知 Knowledge 4. 失智症者可以有創造力 5. 與失智症者進行愉快的互動是可能的 6. 失智症者可以享受生活	非常同意=5 依據填答結果，加總計算各個面向的得分和總分，總分範圍為 6 至 30 分。 得分越高，表示其越具有失智症正向態度。	
知覺社區意識	問卷題目包含以下 24 題，共分為「需求滿足 Reinforcement of Needs」、「成員歸屬感 Membership」、「影響力 Influence」、「共享的情感連結 Shared Emotional Connection」四個面向： ● 需求滿足 Reinforcement of Needs 1. 因為是社區成員，我的重要需求都可滿足 2. 我和社區成員們有著同樣的價值觀 3. 該社區在滿足成員需求方	每題依同意程度分為四種回答： 非常不同意=1 不同意=2 同意=3 非常同意=4 依據填答結果，加總計算各個面向的得分和總分，總分範圍為 24 至 96 分。得分越高，表示其知覺社區意識程度越高。	連續變項

	面做的很成功 4. 能作為社區一員讓我感覺很好 5. 當我遇到問題，我可以告訴社區的其它成員 6. 社區居民有著同樣的需求、優先順序和目標 ● 成員歸屬感 Membership 7. 我信任這個社區的居民 8. 我能認出這個社區的大部分居民 9. 大部分社區居民認識我 10. 這個社區有些為人所知的象徵物，如服飾、標識、藝術品、建築、標誌、地標和旗幟 11. 我花了大量的時間和精力來融入這個社區 12. 作為社區成員是我身份的一部分 ● 影響力 Influence 13. 融入這個社區對我而言很重要 14. 這個社區能夠影響其它社	
--	--	--



	區 15. 我在意這個社區的其他成員對我的看法 16. 我對社區的樣貌有影響力 17. 如果這個社區出現問題，社區成員可以自行解決 18. 這個社區有好的領導者 ● 共享的情感連結 Shared Emotional Connection 19. 成為這個社區一員對我非常重要 20. 我經常與這個社區其他成員相處，而且很喜歡這種相處 21. 我希望一直是這個社區的一員 22. 該社區成員一起經歷過很多重要的時刻，如節日、慶祝活動，或者災害 23. 我對這個社區的未來充滿希望 24. 這個社區的成員對彼此都很在乎	
--	---	---



二、依變項

本研究依變項為「對失智症患者的友善行為意圖」，問卷內容共五題，其中四題為簡惠英等人(2024)參照衛福部公告幫助失智症者的「看、問、留、撥」四步驟而擬定，該量表的内容效度（CVI）平均分數為 0.87，內部一致性分析之 Cronbach's α 值為 0.87。第五題為本研究自擬，題目為詢問受訪者在認識對方的情形下，是否願意主動了解他是否需要協助。問卷採用五點計分，選項包含「非常不同意」、「不同意」、「普通」、「同意」、「非常同意」，依序給予 1 至 5 分，分數越高表示具越高的友善行為意圖。問卷的詳細說明請見表 3-3。

表 3-3、依變項之問卷說明

變項	操作型定義	計分方式	類型
對失智症患者的友善行為意圖	問卷題目包含以下 5 題： 1. 看：您願意主動了解他/她是否需要協助 2. 問：您願意主動問他/她從哪裡來、要去哪裡 3. 留：您願意提供協助（如聯繫家屬、提供茶水或報紙等），但不勉強他/她留在原地 4. 撥：您願意主動聯繫派出所請求協助 5. 如果我認識他/她，我願意主	每題依同意程度分為五種回答： 非常不同意=1 不同意=2 普通=3 同意=4 非常同意=5 依據填答結果，加總計算總分，總分範圍為 5 至 25 分。 得分越高，表示對	連續變項

	動了解他/她是否需要協助	失智症患者的友善 行為意圖越高。
--	--------------	---------------------

三、控制變項

本研究之控制變項包含性別、年齡、教育程度、工作狀態、職業狀況以及其他影響因素，包含：「是否有家人或親戚罹患失智症」、「在過去一年內是否曾經在報章雜誌或網路平台（如：YouTube）上搜尋並嘗試了解失智症相關資訊」、「是否聽過失智症友善社區，也願意進一步參與失智症友善社區的建立」等（問卷的詳細說明請見表 3-4）。

表 3-4、控制變項之問卷說明

變項	操作型定義	編碼與計分方式	類型
性別	研究對象的生理性別	生理女=1 生理男=2 其他=3	類別 變項
年齡	研究對象的民國出生年	以民國 113 年減去研究對象填 答的民國出生年得之	連續 變項
教育程度	研究對象的最高學歷	國小(含)以下=1 國中=2 高中=3 專科=4 大學=5 碩士=6 博士=7	類別 變項
工作狀態	研究對象是否有工作，	有，全職工作（包含留職停	類別

	及其身份別	薪、育嬰假等狀況)=1 有，兼職工作=2 沒有工作：學生=3 沒有工作：家管=4 沒有工作：退休=5 沒有工作：待業或其他原因=6 【選(1)、(2)需填答現職，選(5)需填答退休前職業】	變項
職業狀況	研究對象的現職或其退休前的職業類別	民意代表、主管及經理人員=1 專業人員（如：律師、會計師、教師、軟體工程師等）=2 技術員及助理專業人員=3 事務支援人員（如：辦公室事務人員、銀行櫃員等）=4 服務及銷售工作人員（如：美容美髮、廚師、銷售業等）=5 農、林、漁、牧業生產人員=6 技藝有關工作人員（如：營建、木工等）=7 機械設備操作及組裝人員=8 基層技術工及勞力工=9 軍人=10	類別 變項
家人或親戚罹患失智症	是否有家人或親戚罹患失智症	是=1 否=2	類別 變項



上網搜尋並嘗試了解	在過去一年內是否曾經在報章雜誌或網路平台（如：YouTube）上搜尋並嘗試了解失智症相關資訊？	經常=1 偶爾=2 從不=3	類別 變項
對失智症友善社區的了 解	您是否聽過失智症友善社區，也願意進一步參與失智症友善社區的建立？	有聽過，也想參與=1 有聽過，但不想參與=2 沒聽過，但想參與=3 沒聽過，也不想參與=4	類別 變項

第五節 統計分析方法



本研究以 IBM SPSS Statistics 29 版、StataMP 16.0 等統計軟體進行資料分析及處理。分析方法包含：信效度分析、描述性分析、雙變項分析、相關性分析、多元線性迴歸分析以及調節式中介分析。研究將使用 StataMP 16.0 進行驗證性因素分析 (Confirmatory Factor Analysis, CFA)，以檢驗量表的因素結構。其餘的分析將使用 IBM SPSS Statistics 29 版進行。

一、信效度分析

透過信效度分析評估量表的測量品質，以確保研究工具的可靠性及適用性。信度分析將使用 Cronbach's Alpha 值檢驗量表的內部一致性，若大於 0.7 即表示問卷信度良好。效度分析將分為主成分分析 (Principal components analysis, PCA) 和驗證性因素分析。PCA 用來確認對失智症患者的友善行為意圖量表中的五個題目是否為一個因素，在進行 PCA 之前，資料的適用性將透過 KMO 值和 Bartlett 球形檢定結果評估，若 KMO 值大於 0.6、Bartlett 球形檢定為顯著，則代表資料適合進行因素分析。接著以 CFA 檢驗量表的因素結構，確保各題組能有效測量目標構面。首先以量表的原始結構 (四個構面，16 題) 進行驗證，若模型適配度不佳再進一步調整，進行二次檢驗。模型適配度的評斷標準將參考 Stephen Parry(2018)建議，即 $TLI \geq 0.95$, $CFI \geq 0.90$, $RMSEA < 0.08$, $SRMR < 0.08$ ，若符合上述標準則判定可接受。

二、描述性統計分析

透過描述性分析以了解研究樣本之特徵，包含其人口學資料及量表分數的分佈情形。關於數據的呈現方式，類別變項之數據將以人數及百分比表示，而連續變項將採用最小值、最大值、平均數及標準差表示，以了解本研究樣本的特性。

此外，本節也將分析失智症知識量表各題目的回答正確率，以及研究樣本在各行政區之對失智症患者的友善行為意圖之描述性統計。



三、雙變項分析

將各人口學變項分組（包含：性別、年齡、教育程度、工作狀態、職業狀況、是否有家人或親戚罹患失智症），以了解不同特徵的民眾在失智症知識、失智症正向態度、知覺社區意識和失智友善行為意圖分數的差異。

四、相關性分析

透過皮爾森相關迴歸分析了解其失智症知識、失智症正向態度、知覺社區意識及對失智症患者的友善行為意圖變項彼此之間的相關性。各變項的相關程度將使用皮爾森相關係數來表示，當係數為 0，表示兩變項之間不具相關性；當係數大於 0，表示兩變項為正向相關；而當係數小於 0，則表示兩變項為負向相關係數範圍介於-1 到 1 之間。

五、多元線性迴歸分析

利用多元線性迴歸分析了解失智症知識、失智症正向態度和知覺社區意識等自變項，在控制性別、年齡、教育程度、工作狀態、職業狀況及家人或親戚是否罹患失智症等影響因素後，對對失智症患者的友善行為意圖產生的影響（參考圖 3-1 和 3-2：研究架構一與研究架構二）。

六、調節式中介分析

透過 SPSS 軟體的 PROCESS v4.2 by Andrew F. Hayes 模組（model 4），將失智症正向態度設為中介因素（M），以了解失智症知識（X）、失智症正向態度（M）和對失智症患者的友善行為意圖（Y）的中介關係是否存在。接著進一步利用調節式中介模型（model 14），將知覺社區意識（W）作為調節變項，以檢驗

其是否影響失智症正向態度 (M) 對於對失智症患者的友善行為意圖 (Y) 的關係 (參考圖 3-3：研究架構三)。



本研究選擇 Hayes 的 PROCESS 模組進行中介與調節式分析，而非使用路徑分析，以利一次性地控制整體模型，確保所有變項在相同的控制條件下進行估計。在 Hayes' PROCESS macro 模組 (model 4) 中，自變項對於依變項的影響總效果為直接效果與間接效果相加：總效果 (c) = 直接效果 (c') + 間接效果 (ab)。總效果的計算方程式為 $Y = i_Y + c'X + bM + e_Y$ ，其中 $M = i_M + aX + e_M$ 、 i_Y 與 i_M 為截距項、 e_Y 與 e_M 為殘差值 (Hayes & Rockwood, 2019)。在結果的判讀中，若直接效果和間接效果皆呈顯著，則表示模型為「部分中介」；若直接效果未達顯著，而間接效果顯著，則為「完全中介」模型。

調節式中介模型 (Moderated mediation model) 為一種同時測量中介效果和調節效果的統計模型，在基礎的中介模型中加入調節變項 W，來討論自變項 (X) 如何透過中介變項 (M) 影響依變項 (Y)，且這個過程是否受到調節變項 (W) 的影響。在調節式中介模型中，總效果的計算方程式為 $Y = i_Y + c'X + b_1M + b_2W + b_3MW = i_Y + c'X + (b_1 + b_3W)M + b_2W$ ，其中 $M = i_M + aX$ (Hayes & Rockwood, 2019)。調節效果的大小代表 W 影響 M 至 Y 這條路徑的強弱，也就是說 M 影響 Y 的程度可能受到 W 所調節，舉例而言，當調節效果係數為正時，表示當 W 高時，M 對 Y 的影響會增強。

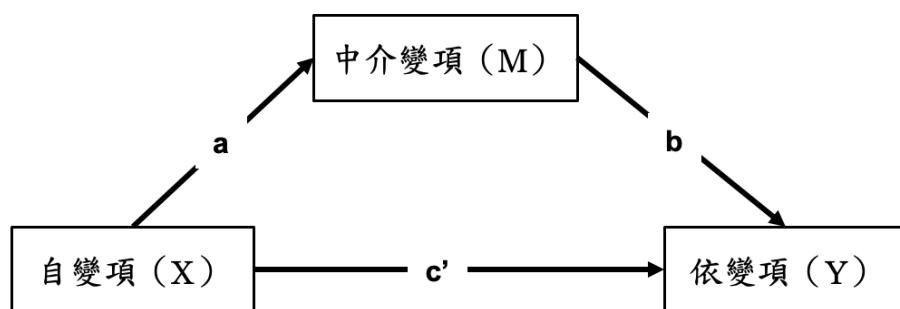


圖 3-4、基礎的中介模型架構

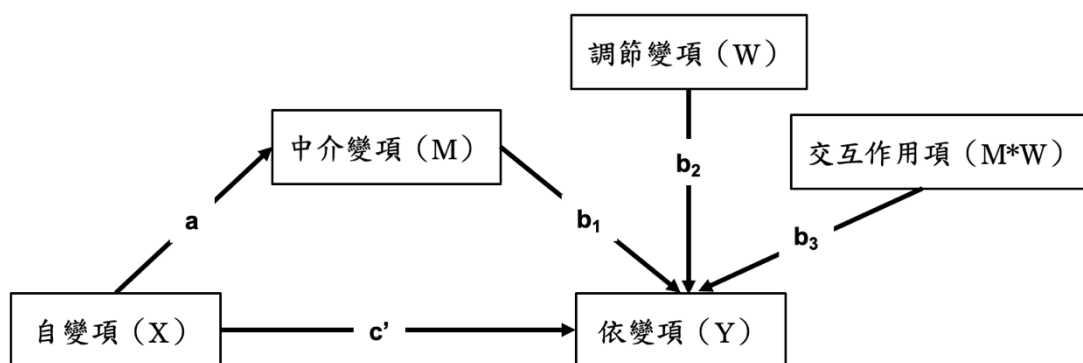


圖 3-5、調節式中介模型架構

第四章 研究結果



本章節將呈現研究資料的結果，共分為六節。第一節為信效度分析，以確認研究中使用的量表於研究樣本中的信度及效度；第二節為資料的描述性分析，呈現研究樣本的人口學分佈及得分情形；第三節為雙變項分析，將呈現人口學特徵和對失智症患者的友善行為意圖的關係；第四節為相關性分析，將呈現失智症知識、失智症正向態度以及知覺社區意識和對失智症患者的友善行為意圖兩兩之間的相關性；第五節為多元線性迴歸分析，將呈現自變項與控制變項對於依變項的影響；第六節為調節式中介分析，將呈現失智症正向態度在失智症知識和對失智症患者的友善行為意圖之間的中介效果，以及知覺社區意識在此模型中的調節效果。

第一節 信效度分析

為了驗證本研究所使用之 DKAS-s、DAS-6、SCI-2 量表，以及五題對失智症患者的友善行為意圖量表，是否能有效測量社區民眾之失智症知識、正向態度、知覺社區意識及對失智症患者的友善行為意圖表現。以下將使用 StataMP 針對三個量表進行驗證性因素分析，以確認量表的因素結構，接著透過 IBM SPSS Statistics 29 版進行主成分分析和信度分析。

● DKAS-s (失智症知識量表)

根據 DKAS-s 量表的原始設定，模型一共包含四個因子、16 題，每個因子各含 4 題。分析結果顯示 $TLI=0.728$, $CFI=0.778$, $RMSEA=0.074$, $SRMR=0.070$ ，模型適配度不佳，且第 1、8、9、12 題（分別為代號 vC-3sC11、vC-3sC18、vC-3sC19、vC-3sC22）因素負荷量小於 0.3（參考圖 4-1-1、表 4-1）。



因此，模型二刪去上述因素負荷量過低的四題，分析結果為 $TLI=0.892$, $CFI=0.922$, $RMSEA=0.056$, $SRMR=0.041$ ，模型適配度提升，且各題因素負荷量皆大於 0.3（參考圖 4-1-2、表 4-1）。根據信度分析的結果，失智症知識量表四構面的 Cronbach's Alpha 值為 0.526 至 0.732 之間，整體量表的 Cronbach's Alpha 值為 0.841，整體量表達良好的信度標準（參考表 4-3）。綜合以上結果，本研究最終採用模型二（四因子、12 題）進行後續資料分析，12 題題目可參考表 4-2。

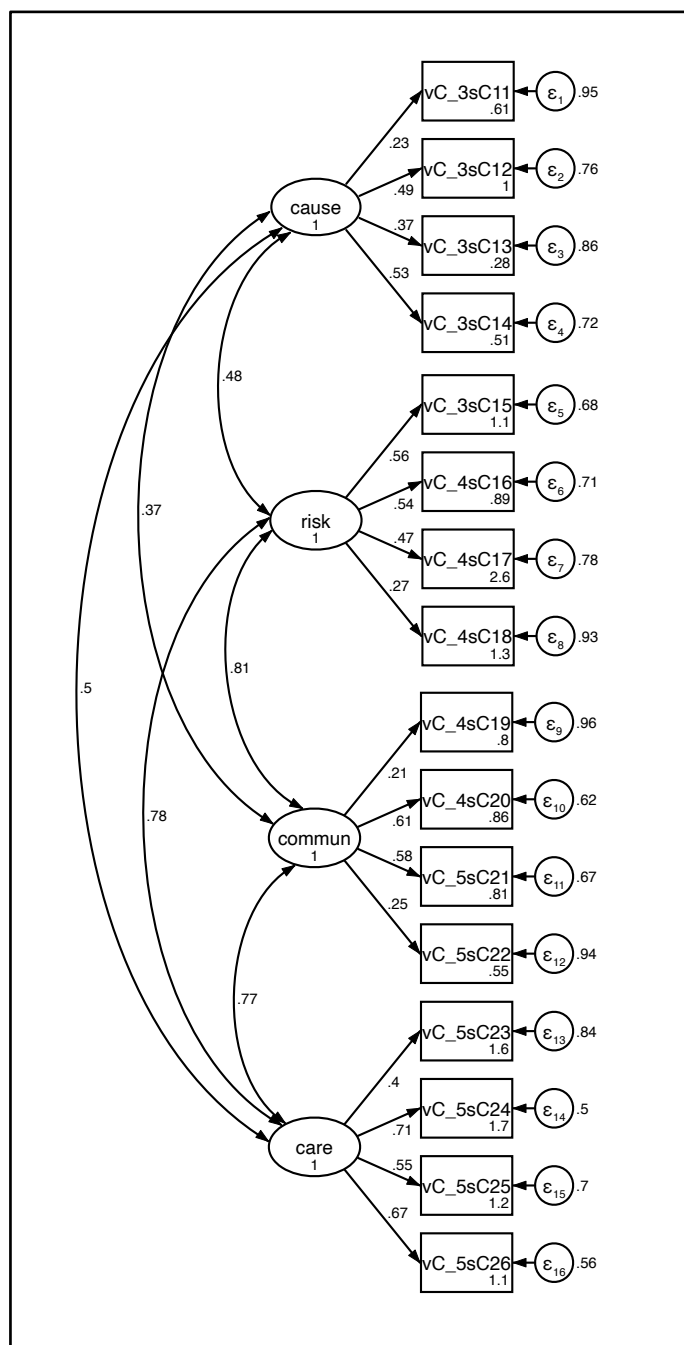


圖 4-1-1、DKAS-s 因素結構及因素負荷量：16 題

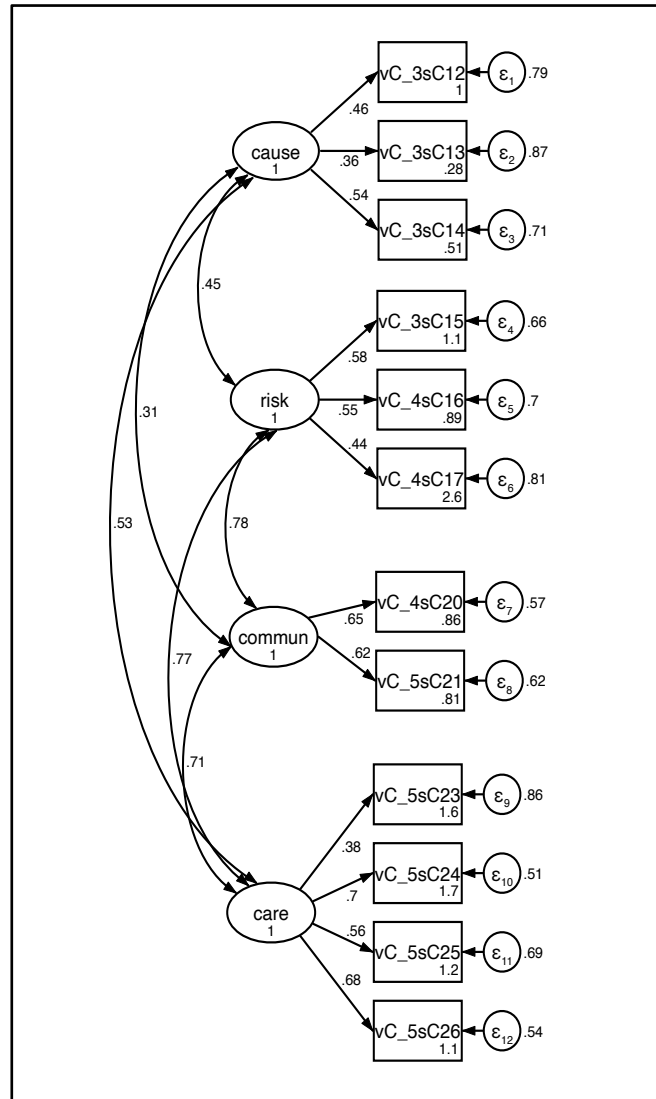
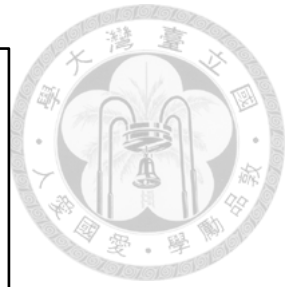


圖 4-1-2、DKAS-s 因素結構及因素負荷量：12 題

表 4-1、DKAS-s 量表模型識配度比較

模型識配度	模型一（16 題）	模型二（12 題）
TLI	0.728	0.892
CFI	0.778	0.922
RMSEA	0.074	0.056
SRMR	0.070	0.041

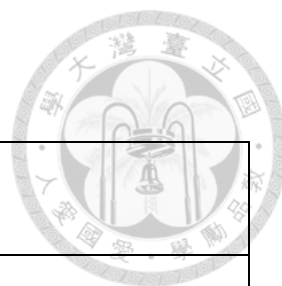


表 4-2、DKAS-s 量表 12 題題目（模型二）

構面	代號	題目
病因與特徵	vC-3sC12	最常見的失智症類型是可以恢復的
	vC-3sC13	血管型失智症是最常見的失智症類型
	vC-3sC14	大多數的失智症類型通常不會縮短壽命
風險與健康促進	vC-3sC15	高血壓會增加個人罹患失智症的風險
	vC-3sC16	憂鬱症的症狀可能會被誤認為是失智症的症狀
	vC-3sC17	運動對失智症患者有益處
溝通與行為	vC-3sC20	晚期失智症患者經常以肢體語言進行溝通
	vC-3sC21	失智症患者出現非典型行為，通常代表需求未被滿足
照護	vC-3sC23	失智症患者做決策時，通常不會有問題
	vC-3sC24	晚期失智症患者可能會有說話困難
	vC-3sC25	失智症患者學習新的技能通常是有困難的
	vC-3sC26	飲食困難通常會發生在失智症的後期

● DAS-6（失智症態度量表）

根據 DAS-6 量表的原始設定，共包含兩個因子、6 題，每個因子各含 3 題。分析結果顯示 $TLI=0.960$, $CFI=0.979$, $RMSEA=0.082$, $SRMR=0.041$ ，各題因素負荷量皆大於 0.5，判斷為可接受之標準（參考圖 4-2）。根據信度分析的結果，失智症態度量表兩構面的 Cronbach's Alpha 值為 0.800 至 0.816 之間，整體量表的 Cronbach's Alpha 值為 0.823，皆達良好的信度標準（參考表 4.4）。綜合以上結果，本研究最終採用原始 6 題 DAS-6 量表進行後續資料處理。

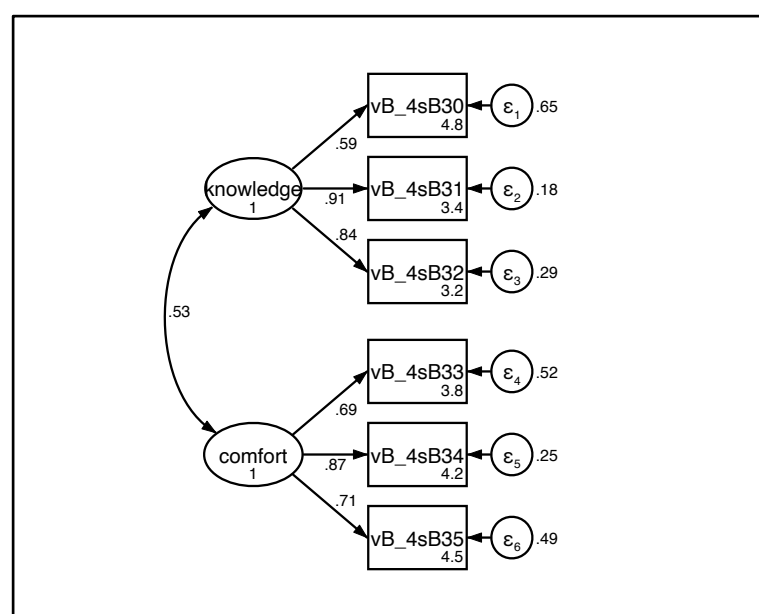


圖 4-2、DAS-6 因素結構及因素負荷量（ $RMSEA=0.082$, $CFI=0.979$ ）

● SCI-2（社區意識量表）

根據 SCI-2 量表的原始設定，共包含四個因子、24 題，每個因子各 6 題。分析結果顯示 $TLI=0.828$, $CFI=0.847$, $RMSEA=0.09$, $SRMR=0.061$ ，各題因素負荷量皆大於 0.4（參考圖 4-3）。根據信度分析的結果，社區意識量表

四構面的 Cronbach's Alpha 值落於 0.776 至 0.881 之間，整體量表的 Cronbach's Alpha 值為 0.944，皆達良好的信度標準（參考表 4-5）。綜合以上結果，本研究最終採用原始 24 題 SCI-2 量表進行後續資料處理。



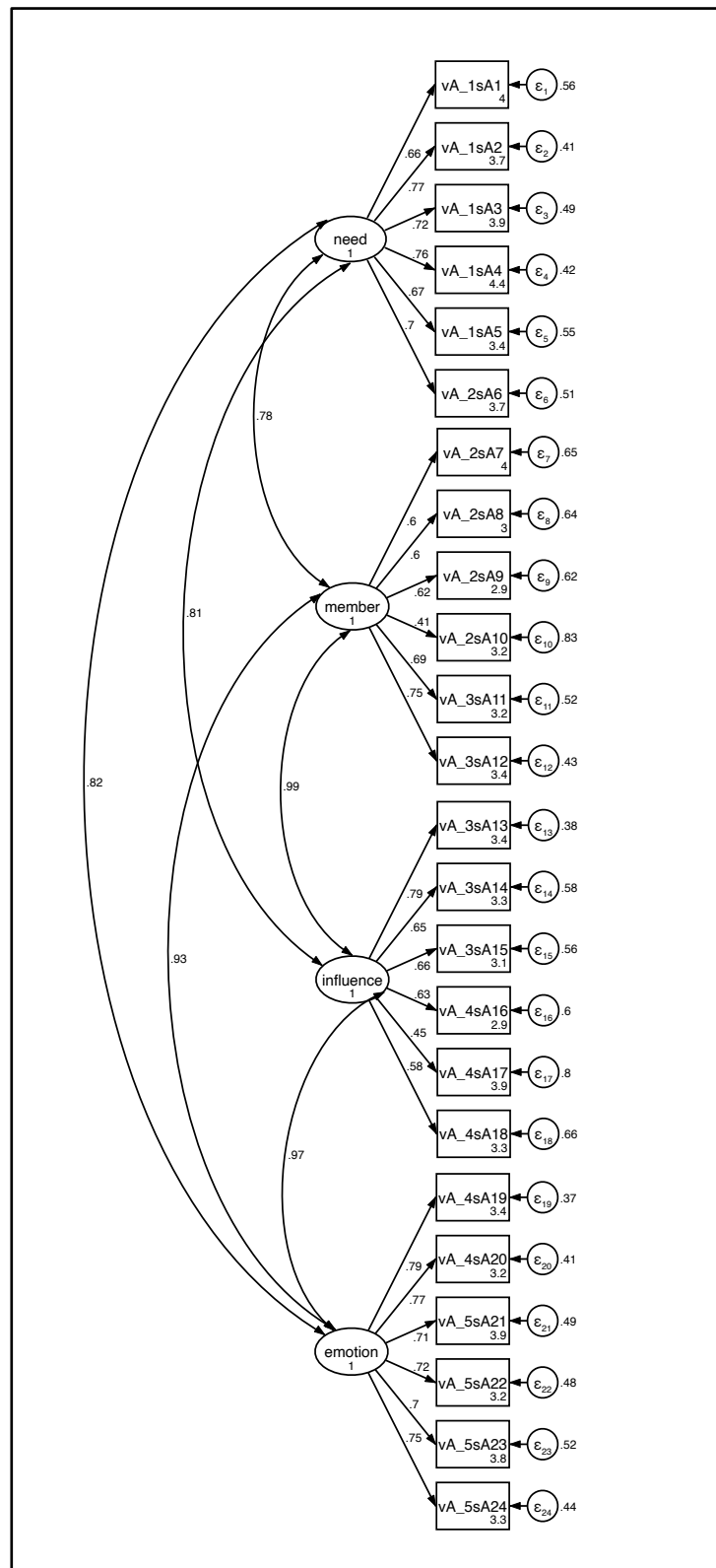
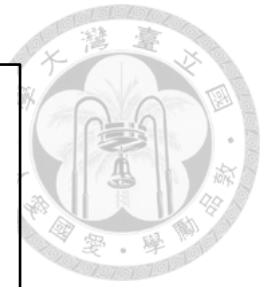


圖 4-3、SCI-2 因素結構及因素負荷量 (RMSEA=0.09, CFI=0.847)

- 對失智症患者的友善行為意圖量表

針對本研究所採用的五題量表進行因素分析，KMO 值為 0.813，Bartlett 球形檢定結果顯著性 p 值小於 0.001，表示五題之間彼此具有相關性，資料可做因素分析。根據主成分分析結果，第一主成分單獨解釋了 70.84% 的總變異量，說明此五題量表可形成一個構念，該因素結構具有良好的解釋能力。

根據信度分析的結果，整體量表 Cronbach's Alpha 值為 0.896，達良好的信度標準。

表 4-3、信度分析：失智症知識量表（DKAS-s）

構面	題目	Cronbach's Alpha	
病因與特徵	最常見的失智症類型是可以恢復的。	0.595	0.841
	血管型失智症是最常見的失智症類型。		
	大多數的失智症類型通常不會縮短壽命。		
風險與健康 促進	高血壓會增加個人罹患失智症的風險。	0.526	
	憂鬱症的症狀可能會被誤認為是失智症的症狀。		
	運動對失智症患者有益處。		
溝通與行為	晚期失智症患者經常以肢體語言進行溝通。	0.620	
	失智症患者出現非典型行為，通常代表需求未被滿足。		
照護	失智症患者做決策時，通常不會有問題。	0.732	
	晚期失智症患者可能會有說話困難。		
	失智症患者學習新的技能通常是有困難的。		
	飲食困難通常會發生在失智症的後期。		

表 4-4、信度分析：失智症態度量表（DAS-6）

構面	題目	Cronbach's Alpha	
舒適度	服務失智症者是值得的。	0.816	0.823
	接觸失智症者時我感到自在。		
	當周圍有失智症者時我能感到放鬆，不會特別緊張。		
主觀認知	失智症者可以有創造力。	0.800	
	與失智症者進行愉快的互動是可能的。		
	失智症者可以享受生活。		

表 4-5、信度分析：社區意識量表（SCI-2）

構面	題目	Cronbach's Alpha	
需求滿足	因為是社區成員，我的重要需求都可滿足。	0.859	 0.944
	我和社區成員們有著同樣的價值觀。		
	該社區在滿足成員需求方面做的很成功。		
	能作為社區一員讓我感覺很好。		
	當我遇到問題，我可以告訴社區的其它成員。		
	社區居民有著同樣的需求、優先順序和目標。		
成員歸屬感	我信任這個社區的居民。	0.776	
	我能認出這個社區的大部分居民。		
	大部分社區居民認識我。		
	這個社區有些為人所知的象徵物，如服飾、標識、藝術品、建築、標誌、地標和旗幟。		
	我花了大量的時間和精力來融入這個社區。		
	作為社區成員是我身份的一部分。		
影響力	融入這個社區對我而言很重要。	0.798	
	這個社區能夠影響其它社區。		



	我在意這個社區的其他成員對我的看法。		0.881
	我對社區的樣貌有影響力。		
	如果這個社區出現問題，社區成員可以自行解決。		
	這個社區有好的領導者。		
共享的情感 連結	成為這個社區一員對我非常重要。		
	我經常與這個社區其他成員相處，而且很喜歡這種相處。		
	我希望一直是這個社區的一員。		
	我與這個社區的成員一起經歷過很多重要的時刻，如節日、慶祝活動，或者災害。		
	我對這個社區的未來充滿希望。		
	這個社區的成員對彼此都很在乎。		

第二節 描述性分析



本研究共回收 3,259 份資料，以下將分為人口學特徵、自變項、依變項三大部分進行描述性分析說明。

一、人口學特徵

本研究回收數據共包含八個人口學特徵，同時作為研究中的控制變項，包含性別、年齡、教育程度、工作狀態、職業狀況、是否有家人或親戚罹患失智症、過去一年內是否曾經在報章雜誌或網路平台（如：YouTube）上搜尋並嘗試了解失智症相關資訊、是否聽過失智症友善社區，也願意進一步參與失智症友善社區的建立。以下將針對此八項進行分析結果說明（可參考表 4-6）。

● 性別

在性別的部分，生理女的人共有 1,737 人（53.3%）、生理男共有 1,512 人（46.4%）、其他共有 10（0.3%）人，顯示男女分佈平均，生理女略多於生理男。

● 年齡

在年齡的部分，以年齡組劃分，青年（18-24 歲）共 207 人（6.4%）、壯年（25-44 歲）共有 1,543 人（47.3%）、中年（45-64 歲）共有 1,176（36.1%）人、老年（65 歲以上）共有 333 人（10.2%），顯示研究樣本多為中壯年人口。

● 教育程度

在教育程度的部分，高中以下共有 251 人（7.7%）、專科及大學共有 1,995 人（61.2%）、碩士以上共有 1,013 人（31.1%），反映出研究樣本多具

有專科及大學以上學歷，教育程度普遍較高。



- 工作狀態

在工作狀態的部分，有全職工作（包含留職停薪、育嬰假等狀況）的人共有 2,159 人（66.2%）、兼職工作者共有 310 人（9.5%）、沒有工作者（包含學生、家管、退休等狀況）共有 790 人（24.3%），顯示研究樣本多為有全職工作者。

- 職業狀況

在職業狀況的部分，專業與管理職共有 1,019 人（31.3%）、技術與行政服務職共有 1,206 人（37%）、基層技術與生產勞動職共有 226 人（6.9%）、軍人共有 18 人（0.6%）、學生共有 150 人（4.6%）、家管共有 129 人（4%）、已退休者共有 377 人（11.6%）、待業者共有 134 人（4.1%）。

- 家人或親戚罹患失智症

在與失智症相關的經驗中，有家人或親戚罹患失智症的人共有 1,137 人（34.9%）、沒有家人或親戚罹患失智症的人則有 2,122 人（65.1%）。

- 上網搜尋並嘗試了解

在與失智症相關的經驗中，過去一年曾經在報章雜誌或網路平台（如：YouTube）上搜尋並嘗試了解失智症相關資訊的頻率回答「經常」者共有 220 人（6.8%）、「偶爾」共有 1,789 人（54.9%）、「從不」共有 1,250 人（38.4%），顯示研究樣本在過去一年中大多不常搜尋並嘗試了解失智症相關資訊。

- 對失智症友善社區的了解

在對失智症友善社區的了解的部分，「有聽過失智症友善社區，也願意進一步參與失智症友善社區的建立」的人共有 613 (18.8%)、「有聽過，但不想參與」共有 538 人 (16.5%)、「沒有聽過，但想參與」共有 1,169 人 (35.9%)、「沒有聽過，也不想參與」共有 939 人 (28.8%)，顯示多數人並未聽過失智症友善社區，但其中想參與失智症友善社區建立的人數略多於不想參與者。

表 4-6、研究對象整體人口學特徵之分布 (N=3,259)

變項名稱	人數	百分比
整體	3259	-
性別		
生理女	1737	53.3
生理男	1512	46.4
其他	10	0.3
年齡組		
青年(18-24 歲)	207	6.4
壯年(25-44 歲)	1543	47.3
中年(45-64 歲)	1176	36.1
老年(65 歲以上)	333	10.2
教育程度		
高中以下	251	7.7
專科及大學	1995	61.2
碩士以上	1013	31.1
工作狀態		
全職工作 (包含留職停薪、育嬰假等狀況)	2159	66.2
兼職工作	310	9.5

沒有工作（包含學生、家管、退休等狀況）	790	24.3
職業狀況		
專業與管理職	1019	31.3
技術與行政服務職	1206	37.0
基層技術與生產勞動職	226	6.9
軍人	18	0.6
學生	150	4.6
家管	129	4
退休	377	11.6
待業	134	4.1
家人或親戚罹患失智症		
是	1137	34.9
否	2122	65.1
上網搜尋並嘗試了解		
經常	220	6.8
偶爾	1789	54.9
從不	1250	38.4
對失智症友善社區的了解		
有聽過，也想參與	613	18.8
有聽過，但不想參與	538	16.5
沒聽過，但想參與	1169	35.9
沒聽過，也不想參與	939	28.8





二、自變項

本研究自變項包含失智症知識、失智症正向態度以及知覺社區意識，以下將分為三大項進行說明（參考表 4-7）。

● 失智症知識分數

在失智症知識方面，總分的計算由 12 題（共四個構面）相加，研究對象在失智症知識的總得分範圍為 0 至 12 分，平均值為 6.07 分，標準差為 2.834 分，中位數為 6 分。

若以失智症知識量表中的四個構面劃分，研究對象在「病因與特徵」構面的得分範圍為 0 至 3 分，平均值為 0.8 分，標準差為 0.815 分，中位數為 1 分。在「風險與健康促進」構面的得分範圍為 0 至 3 分，平均值為 1.84 分，標準差為 0.967 分，中位數為 2 分。在「溝通與行為」構面的得分範圍為 0 至 2 分，平均值為 0.82 分，標準差為 0.824 分，中位數為 1 分。在「照護」構面的得分範圍為 0 至 4 分，平均值為 2.61 分，標準差為 1.321 分，中位數為 3 分。研究對象表現最好的為「照護」構面，最差為「病因與特徵」構面。

進一步分析研究對象在失智症知識量表題目中的逐題答對率（參考表 4-8），結果發現 12 題平均答對率為 50.6%，最多人答對的題目是「運動對失智症患者有益處」，答對率為 87%；最少人答對的題目為「血管型失智症是最常見的失智症類型」，答對率僅 7.3%。

● 失智症正向態度分數

在失智症正向態度方面，總分的計算由 6 題（共兩個構面）相加，研究對象在失智症正向態度的總得分範圍為 6 至 30 分，平均值為 20.75 分，標準

差為 3.824 分，中位數為 21 分。表示研究對象平均來說對失智症具有相當高的正向態度。



若以失智症態度量表中的兩個構面劃分，研究對象在「舒適度」構面的得分範圍為 3 至 15 分，平均值為 10.06 分，標準差為 2.295 分，中位數為 10 分。在「主觀認知」構面的得分範圍為 3 至 15 分，平均值為 10.69 分，標準差為 2.165 分，中位數為 11 分。研究對象表現在「主觀認知」的表現較好，但兩者相差不大。

● 知覺社區意識分數

在知覺社區意識方面，總分的計算由 24 題（共四個構面）相加，研究對象在知覺社區意識的總得分範圍為 24 至 96 分，平均值為 57.74 分，標準差為 11.034 分，中位數為 58 分。整體來說，研究對象知覺社區意識平均表現為中上。

若以知覺社區意識量表中的四個構面劃分，研究對象在「需求滿足」構面的得分範圍為 6 至 24 分，平均值為 15.31 分，標準差為 3.046 分，中位數為 16 分。在「成員歸屬感」構面的得分範圍為 6 至 24 分，平均值為 13.94 分，標準差為 2.933 分，中位數為 14 分。在「影響力」構面的得分範圍為 6 至 24 分，平均值為 13.95 分，標準差為 2.993 分，中位數為 14 分。在「共享的情感連結」構面的得分範圍為 6 至 24 分，平均值為 14.54 分，標準差為 3.341 分，中位數為 15 分。研究對象表現最好的為「需求滿足」構面，最差為「成員歸屬感」構面。

三、依變項

本研究依變項為對失智症患者的友善行為意圖，以下將進行分析結果說明（參考表 4-7）。

● 對失智症患者的友善行為意圖分數

在對失智症患者的友善行為意圖方面，總分的計算由 5 題相加，研究對象的得分範圍為 5 至 25 分，平均值為 20.373 分，標準差為 3.079 分，中位數為 20 分。整體來說，研究對象平均具有較高的友善行為意圖。

表 4-7、研究對象整體自變項和依變項答題分數狀況

變項名稱	平均值±標準差	最小值-最大值	中位數
失智症知識	6.070±2.834	0-12	6
病因與特徵	0.800±0.815	0-3	1
風險與健康促進	1.840±0.967	0-3	2
溝通與行為	0.820±0.824	0-2	1
照護	2.610±1.321	0-4	3
失智症正向態度	20.750±3.824	6-30	21
舒適度	10.060±2.295	3-15	10
主觀認知	10.690±2.165	3-15	11
知覺社區意識	57.740±11.034	24-96	58
需求滿足	15.310±3.046	6-24	16
成員歸屬感	13.940±2.933	6-24	14
影響力	13.950±2.993	6-24	14
共享的情感連結	14.540±3.341	6-24	15
對失智症患者的友善行為意圖	20.373±3.079	5-25	20

表 4-8、研究對象失智症知識各題目回答正確率 (N=3,259)



構面	題目	正確率(%)
病因與特徵	(x)最常見的失智症類型是可以恢復的	51.9
	(x)血管型失智症是最常見的失智症類型	7.3
	(x)大多數的失智症類型通常不會縮短壽命	20.4
風險與健康促進	(o)高血壓會增加個人罹患失智症的風險	52.6
	(o)憂鬱症的症狀可能會被誤認為是失智症的症狀	44.3
	(o)運動對失智症患者有益處	87.0
溝通與行為	(o)晚期失智症患者經常以肢體語言進行溝通	42.5
	(o)失智症患者出現非典型行為，通常代表需求未被滿足	39.4
照護	(x)失智症患者做決策時，通常不會有問題	71.5
	(o)晚期失智症患者可能會有說話困難	74.9
	(o)失智症患者學習新的技能通常是有困難的	59.8
	(o)飲食困難通常會發生在失智症的後期	55.3
平均答對率		50.6

註：括號內為題目的解答

第三節 雙變項分析



本節為說明人口學特徵和對失智症患者的友善行為意圖的關係，以獨立樣本 T 檢定及 ANOVA（變異數分析）進行分析。若變項分組為兩組，將採用獨立樣本 T 檢定分析；若變項分組為三組或以上，則使用 ANOVA 檢定分析，若各組別之間具有顯著差異（即 $p < 0.05$ ），則再進一步以 Schefffe 事後檢定比較組別間內部的差異。

一、不同人口學特徵在失智症知識上的差異

● 性別

在性別中，生理女（平均值=6.27，標準差=2.709）、生理男（平均值=5.85，標準差=2.953）與其他（平均值=4.10，標準差=2.685）在失智症知識分數上有顯著差異（ $F=11.375, p < 0.001$ ）。進一步以 Scheffe 法進行事後分析發現，生理女的民眾其失智症知識分數顯著高於生理男的民眾，平均值差異為 0.42， p 值 < 0.001 ，顯示了男女在失智症知識上的差異。

● 年齡

在不同年齡組中，青年（平均值=5.63，標準差=2.731）、壯年（平均值=6.19，標準差=2.783）、中年（平均值=5.98，標準差=2.910）與老年（平均值=6.10，標準差=2.831）在失智症知識分數上有顯著差異（ $F=3.079, p < 0.05$ ）。進一步以 Scheffe 法進行事後分析，結果顯示在個別比較時，各組間並無出現顯著的差異。

● 教育程度

學歷為高中以下（平均值=5.11，標準差=2.897）、專科及大學（平均值=6.00，標準差=2.797）與碩士以上（平均值=6.44，標準差=2.826）的民眾在失智症知識分數上有顯著差異（ $F=24.098, p < 0.001$ ）。進一步以 Scheffe 法進



行事後分析發現，教育程度為碩士以上的民眾之失智症知識分數顯著高於專科及大學（平均值差異=0.44, $p<0.001$ ）和高中以下（平均值差異為 1.33, $p<0.001$ ）的民眾；而教育程度為專科及大學的民眾其失智症知識分數也顯著高於高中以下（平均值差異=0.89, $p<0.001$ ）的民眾。由此可見，平均來說教育程度為碩士以上的民眾相較專科及大學（含）以下的民眾的失智症知識水準較高。

- 工作狀態

工作狀態為全職工作（平均值=6.24, 標準差=2.824）、兼職工作（平均值=5.90, 標準差=2.839）與沒有工作（平均值=5.68, 標準差=2.820）的民眾在失智症知識分數上有顯著差異（ $F=11.962$, $p<0.001$ ）。進一步以 Scheffe 法進行事後分析發現，有全職工作者之失智症知識分數顯著高於沒有工作者（平均值差異=0.56, $p<0.001$ ）。由此可見，平均來說有全職工作者的人對於失智症的了解相較於沒有工作者來得多。

- 職業狀況

職業為專業與管理職（平均值=6.57, 標準差=2.884）和非專業與管理職（平均值=5.84, 標準差=2.781）的民眾在失智症知識分數上並無顯著差異（ $t=6.884$, $p=0.09$ ），顯示平均而言兩組的失智症知識程度相同。

- 是否有家人或親戚罹患失智症

有家人或親戚罹患失智症（平均值=6.74, 標準差=2.649）的民眾和沒有家人或親戚罹患失智症（平均值=5.71, 標準差=2.865）的民眾在失智症知識分數上有顯著差異（ $t=10.224$, $p<0.001$ ），進一步以 Scheffe 法進行事後分析發現，有家人或親戚罹患失智症的民眾其失智症知識分數顯著高於沒有家人或親戚罹患失智症（平均值差異=1.03, $p<0.001$ ）的民眾。

表 4-9、獨立樣本 T 檢定和 ANOVA 檢定結果：人口學特徵之失智症知識分數

	n	%	失智症知識分數		t/F 值	p 值
			平均值(範圍)	標準差		
整體	3259	-	6.07 (0~12)	2.934		
性別					11.375	<.001
生理女	1737	53.3	6.27 (0~12)	2.709		
生理男	1512	46.4	5.85 (0~12)	2.953		
其他	10	0.3	4.10 (0~8)	2.685		
年齡組					3.079	0.026
青年(18-24 歲)	207	6.4	5.63 (0~11)	2.731		
壯年(25-44 歲)	1543	47.3	6.19 (0~12)	2.783		
中年(45-64 歲)	1176	36.1	5.98 (0~12)	2.910		
老年(65 歲以上)	333	10.2	6.10 (0~11)	2.831		
教育程度					24.098	<.001
高中以下	251	7.7	5.11 (0~11)	2.897		
專科及大學	1995	61.2	6.00 (0~12)	2.797		
碩士以上	1013	31	6.44 (0~12)	2.826		
工作狀態					11.962	<.001
全職工作（包含留職停薪、育嬰假等狀況）	2159	66.2	6.24 (0~12)	2.824		
兼職工作	310	9.5	5.90 (0~11)	2.839		

沒有工作（包含學生、 家管、退休等狀況）	790	24.3	5.68 (0~12)	2.82
職業狀況				
專業與管理職	1019	31.3	6.57	2.884
非專業與管理職	2240	68.7	5.84	2.781
家人或親戚罹患失智症				10.224 <.001
是	1137	34.9	6.74	2.649
否	2122	65.1	5.71	2.865



二、不同人口學特徵在失智症正向態度上的差異

● 性別

在性別中，生理女（平均值=20.86，標準差=23.688）、生理男（平均值=20.64，標準差=3.955）與其他（平均值=18.60，標準差=5.948）在失智症正向態度分數上無顯著差異（ $F=2.964, p=0.052$ ）。顯示平均而言三組在失智症正向態度的表現上相同。

● 年齡

在不同年齡組中，青年（平均值=20.70，標準差=3.910）、壯年（平均值=20.50，標準差=3.952）、中年（平均值=20.94，標準差=3.729）與老年（平均值=21.30，標準差=3.400）在失智症正向態度分數上有顯著差異（ $F=5.445, p<0.001$ ）。進一步以 Scheffe 法進行事後分析發現，中年人（平均值差異=0.44, $p<0.05$ ）和老年人（平均值差異=0.8, $p<0.01$ ）的失智症正向態度得分顯著高於壯年人。由此可見，平均來說中老年人對於失智症的態度相較壯年人來得友善。



- 教育程度

學歷為高中以下（平均值=20.80，標準差=4.080）、專科及大學（平均值=20.70，標準差=3.737）與碩士以上（平均值=20.85，標準差=23.928）的民眾在失智症正向態度分數上無顯著差異（ $F=0.514, p=0.598$ ）。由此可知，平均而言三組的失智症正向態度表現相同。

- 工作狀態

工作狀態為全職工作（平均值=20.62，標準差=3.801）、兼職工作（平均值=21.45，標準差=4.066）與沒有工作（平均值=20.86，標準差=3.762）的民眾在失智症正向態度分數上有顯著差異（ $F=6.774, p<0.001$ ）。進一步以 Scheffe 法進行事後分析發現，兼職工作者之失智症正向態度分數顯著高於全職工作者（平均值差異=0.83, $p<0.01$ ）。由此可見，平均來說兼職工作者的失智症正向態度比全職工作者高。

- 職業狀況

職業為專業與管理職（平均值=20.98，標準差=3.810）和非專業與管理職（平均值=20.65，標準差=3.827）的民眾在失智症正向態度分數上並無顯著差異（ $t=2.305, p=0.861$ ），顯示平均而言兩組的失智症正向態度表現相同。

- 是否有家人或親戚罹患失智症

有家人或親戚罹患失智症（平均值=20.94，標準差=3.824）的民眾和沒有家人或親戚罹患失智症（平均值=20.65，標準差=3.821）的民眾在失智症正向態度分數上無顯著差異（ $t=2.059, p=0.920$ ），顯示平均而言兩組的失智症正向態度表現相同。

表 4-10、獨立樣本 T 檢定和 ANOVA 檢定：人口學特徵之失智症正向態度分數

	n	%	失智症正向態度分數		t/F 值	p 值
			平均值(範圍)	標準差		
整體	3259	-	20.75 (6~30)	3.824		
性別					2.964	0.052
生理女	1737	53.3	20.86 (6~30)	3.688		
生理男	1512	46.4	20.64 (6~30)	3.955		
其他	10	0.3	18.60 (6~29)	5.948		
年齡組					5.445	<.001
青年(18-24 歲)	207	6.4	20.70 (6~30)	3.910		
壯年(25-44 歲)	1543	47.3	20.50 (6~30)	3.952		
中年(45-64 歲)	1176	36.1	20.94 (6~30)	3.729		
老年(65 歲以上)	333	10.2	21.30 (6~30)	3.400		
教育程度					0.514	0.598
高中以下	251	7.7	20.80 (7~30)	4.08		
專科及大學	1995	61.2	20.70 (6~30)	3.737		
碩士以上	1013	31	20.85 (6~30)	3.928		
工作狀態					6.774	0.001
全職工作（包含留職停薪、育嬰假等狀況）	2159	66.2	20.62 (6~30)	3.801		
兼職工作	310	9.5	21.45 (7~30)	4.066		

沒有工作（包含學生、 家管、退休等狀況）	790	24.3	20.86 (6~30)	3.762
職業狀況				
專業與管理職	1019	31.3	20.98	3.81
非專業與管理職	2240	68.7	20.65	3.827
家人或親戚罹患失智症				
是	1137	34.9	20.94	3.824
否	2122	65.1	20.65	3.821



三、不同人口學特徵在知覺社區意識上的差異

● 性別

在性別中，生理女（平均值=57.47，標準差=10.618）、生理男（平均值=58.10，標準差=11.417）與其他（平均值=49.20，標準差=18.005）在知覺社區意識分數上有顯著差異（ $F=4.322, p<0.05$ ）。進一步以 Scheffe 法進行事後分析發現，生理男的民眾之知覺社區意識分數顯著高於生理性別為其他的民眾，平均值差異為 8.9， p 值 <0.05 ，而男女之間則是無顯著差異。

● 年齡

在不同年齡組中，青年（平均值=55.99，標準差=11.733）、壯年（平均值=55.95，標準差=11.265）、中年（平均值=58.94，標準差=10.227）與老年（平均值=62.85，標準差=10.088）在知覺社區意識分數上有顯著差異（ $F=45.399, p<0.001$ ）。進一步以 Scheffe 法進行事後分析發現，老年人的知覺社區意識得分顯著高於青年（平均值差異=6.86, $p<0.001$ ）、壯年（平均值差異=6.9, $p<0.001$ ）及中年（平均值差異=3.91, $p<0.001$ ）三組；此外，中年

人的知覺社區意識得分也顯著高於青年（平均值差異=2.95, $p<0.001$ ）和壯年（平均值差異=2.99, $p<0.01$ ）組。由此可見，平均來說中老年人的知覺社區意識比青年和壯年來得高，其中，老年人又高於中年人。

● 教育程度

學歷為高中以下（平均值=61.20, 標準差=11.542）、專科及大學（平均值=57.80, 標準差=11.103）與碩士以上（平均值=56.76, 標準差=10.594）的民眾在知覺社區意識分數上有顯著差異（ $F=16.487, p<0.001$ ）。進一步以 Scheffe 法進行事後分析發現，教育程度為高中以下的民眾之知覺社區意識得分顯著高於學歷為專科及大學（平均值差異=3.4, $p<0.001$ ）、碩士以上（平均值差異=4.44, $p<0.001$ ）的民眾。由此可知，平均來說教育程度為高中以下的民眾其知覺社區意識高於專科及大學（含）以下的民眾。

● 工作狀態

工作狀態為全職工作（平均值=57.19, 標準差=10.915）、兼職工作（平均值=58.83, 標準差=11.204）與沒有工作（平均值=58.81, 標準差=11.192）的民眾在知覺社區意識分數上有顯著差異（ $F=7.983, p<0.001$ ）。進一步以 Scheffe 法進行事後分析發現，有兼職工作者（平均值差異=1.64, $p<0.05$ ）和沒有工作者（平均值差異=1.62, $p<0.01$ ）之知覺社區意識分數顯著高於有全職工作者。由此可見，平均來說全職工作者的知覺社區意識相較於兼職或沒有工作者來得低。

● 職業狀況

職業為專業與管理職（平均值=56.45, 標準差=10.832）和非專業與管理職（平均值=58.32, 標準差=11.077）的民眾在知覺社區意識分數上並無顯著差異（ $t=-4.509, p=0.317$ ），顯示平均而言兩組的知覺社區意識表現相同。

● 是否有家人或親戚罹患失智症

有家人或親戚罹患失智症（平均值=57.77，標準差=10.622）的民眾和沒有家人或親戚罹患失智症（平均值=57.720，標準差=11.251）的民眾在知覺社區意識分數上無顯著差異（ $t=0.134$, $p=0.220$ ），顯示平均而言兩組的知覺社區意識表現相同。

表 4-11、獨立樣本 T 檢定和 ANOVA 檢定：人口學特徵之知覺社區意識分數

	n	%	知覺社區意識分數		t/F 值	p 值
			平均值(範圍)	標準差		
整體	3259	-	57.74 (24~96)	11.034		
性別					4.322	0.013
生理女	1737	53.3	57.47 (24~96)	10.618		
生理男	1512	46.4	58.10 (24~96)	11.417		
其他	10	0.3	49.20 (24~83)	18.005		
年齡組					45.399	<.001
青年(18-24 歲)	207	6.4	55.99 (24~96)	11.733		
壯年(25-44 歲)	1543	47.3	55.95 (24~96)	11.265		
中年(45-64 歲)	1176	36.1	58.94 (24~96)	10.227		
老年(65 歲以上)	333	10.2	62.85 (24~96)	10.088		
教育程度					16.487	<.001
高中以下	251	7.7	61.20 (24~95)	11.542		
專科及大學	1995	61.2	57.80 (24~96)	11.103		



碩士以上	1013	31	56.76 (24~96)	10.594
工作狀態				
全職工作（包含留職停薪、育嬰假等狀況）	2159	66.2	57.19 (24~96)	10.915
兼職工作	310	9.5	58.83 (24~94)	11.204
沒有工作（包含學生、家管、退休等狀況）	790	24.3	58.81 (24~96)	11.192
職業狀況				-4.509 0.317
專業與管理職	1019	31.3	56.45	10.832
非專業與管理職	2240	68.7	58.32	11.077
家人或親戚罹患失智症				0.134 0.200
是	1137	34.9	57.77	10.622
否	2122	65.1	57.72	11.251

四、不同人口學特徵在對失智症患者的友善行為意圖上的差異

● 性別

在性別中，生理女（平均值=20.67，標準差=2.861）、生理男（平均值=20.06，標準差=3.244）與其他（平均值=16.40，標準差=5.887）在對失智症患者的友善意圖分數上有顯著差異（ $F=24.980, p<0.001$ ）。進一步以 Scheffe 法進行事後分析發現，生理女的民眾對失智症患者的友善行為意圖分數顯著高於生理男（平均值差異為 0.61, $p<0.001$ ）和其他（平均值差異為 4.27, $p<0.001$ ）的民眾；此外，生理為男的民眾對失智症患者的友善行為意圖得分又顯著高於生理性別為其他的民眾，平均值差異為 3.66， p 值 <0.001 。



- 年齡

在不同年齡組中，青年（平均值=19.82，標準差=3.895）、壯年（平均值=20.23，標準差=3.231）、中年（平均值=20.63，標準差=2.872）與老年（平均值=20.46，標準差=2.331）在對失智症患者的友善行為意圖分數上有顯著差異（ $F=6.213, p<0.001$ ）。進一步以 Scheffe 法進行事後分析發現，中年人對失智症患者的友善行為意圖得分顯著高於青年（平均值差異=0.81， $p<0.01$ ）及壯年（平均值差異=0.4， $p<0.05$ ）。由此可見，平均來說中年人對失智症患者的友善行為意圖比青年和壯年來得高。

- 教育程度

學歷為高中以下（平均值=20.53，標準差=2.909）、專科及大學（平均值=20.37，標準差=3.072）與碩士以上（平均值=20.34，標準差=3.137）的民眾在對失智症患者的友善行為意圖分數上無顯著差異（ $F=0.386, p=0.680$ ），顯示平均而言三組對失智症患者的友善行為意圖表現相同。

- 工作狀態

工作狀態為全職工作（平均值=20.34，標準差=3.080）、兼職工作（平均值=20.66，標準差=3.144）與沒有工作（平均值=20.34，標準差=3.049）的民眾在對失智症患者的友善行為意圖分數上無顯著差異（ $F=1.449, p=0.235$ ），顯示平均而言三組對失智症患者的友善行為意圖表現相同。

- 職業狀況

職業為專業與管理職（平均值=20.43，標準差=3.002）和非專業與管理職（平均值=20.35，標準差=3.114）的民眾在對失智症患者的友善行為意圖分數上並無顯著差異（ $t=0.707, p=0.813$ ），顯示平均而言兩組對失智症患者的友善行為意圖表現相同。



● 是否有家人或親戚罹患失智症

有家人或親戚罹患失智症（平均值=20.57，標準差=3.037）的民眾和沒有家人或親戚罹患失智症（平均值=20.27，標準差=3.097）的民眾在對失智症患者的友善行為意圖分數上無顯著差異（ $t=2.713$, $p=0.867$ ），顯示平均而言兩組對失智症患者的友善行為意圖表現相同。

表 4-12、獨立樣本 T 檢定和 ANOVA 檢定：人口學特徵之對失智症患者的友善行為意圖分數

	n	%	對失智症患者的友善行為意圖分數		t/F 值	p 值
			平均值(範圍)	標準差		
整體	3259	-	20.37 (5~25)	3.079		
性別					24.980	<.001
生理女	1737	53.3	20.67 (6~25)	2.861		
生理男	1512	46.4	20.06 (5~25)	3.244		
其他	10	0.3	16.4 (5~24)	5.887		
年齡組					6.213	<.001
青年(18-24 歲)	207	6.4	19.82 (7~25)	3.895		
壯年(25-44 歲)	1543	47.3	20.23 (5~25)	3.231		
中年(45-64 歲)	1176	36.1	20.63 (8~25)	2.872		
老年(65 歲以上)	333	10.2	20.46 (11.5~25)	2.331		
教育程度					0.386	0.680
高中以下	251	7.7	20.53 (8.5~25)	2.909		

專科及大學	1995	61.2	20.37 (5~25)	3.072	
碩士以上	1013	31	20.34 (7.5~25)	3.137	
工作狀態					1.449 0.235
全職工作（包含留職停薪、育嬰假等狀況）	2159	66.2	20.34 (5~25)	3.08	
兼職工作	310	9.5	20.66 (10~25)	3.144	
沒有工作（包含學生、家管、退休等狀況）	790	24.3	20.34 (7.5~25)	3.049	
職業狀況					0.707 0.813
專業與管理職	1019	31.3	20.43	3.002	
非專業與管理職	2240	68.7	20.35	3.114	
家人或親戚罹患失智症					2.713 0.867
是	1137	34.9	20.57	3.037	
否	2122	65.1	20.27	3.097	

第四節 相關性分析



本節為本研究中自變項（失智症知識、失智症正向態度、知覺社區意識）和依變項（對失智症患者的友善行為意圖）之間的相關性分析，將使用皮爾森相關係數表示兩變項間的相關程度。

將失智症知識、失智症正向態度、知覺社區意識和對失智症患者的友善行為意圖四個變項以總分進行皮爾森相關性分析，研究結果發現：失智症知識與失智症正向態度（ $r=0.097, p<0.001$ ）、知覺社區意識（ $r=0.061, p<0.001$ ）、對失智症患者的友善行為意圖（ $r=0.067, p<0.001$ ）呈現顯著正相關。失智症正向態度與知覺社區意識（ $r=0.26, p<0.001$ ）、對失智症患者的友善行為意圖（ $r=0.49, p<0.001$ ）呈現顯著正相關。知覺社區意識與對失智症患者的友善行為意圖（ $r=0.197, p<0.001$ ）皆呈現顯著正相關（參考表 4-13）。

表 4-13、相關性分析：研究自變項與依變項

	失智症知識	失智症正向態度	知覺社區意識	行為意圖
失智症知識	-			
失智症正向態度	0.097***	-		
知覺社區意識	0.061***	0.260***	-	
行為意圖	0.067***	0.490***	0.197***	-

註：

1. * $p<0.05$, ** $p<0.01$, *** $p<0.001$ 。
2. 行為意圖為對失智症患者的友善行為意圖。

第五節 多元線性迴歸分析



以對失智症患者的友善行為意圖作為依變項進行分析，本節將依據研究架構一和研究架構二，分別檢驗「失智症知識與失智症正向態度」、「知覺社區意識」對其的影響。

首先以失智症知識和失智症正向態度作為自變項進行分析，結果發現：失智症正向態度對失智症患者的友善行為意圖具有顯著正向的影響 ($B=0.364$, $p<0.001$)，代表失智症正向態度越好、對失智症患者的友善行為意圖越高，整體模型解釋力為 26.4% ($\text{Adjusted } R^2=0.264$)。在控制變項中，對失智症友善行為意圖有顯著影響的有：性別、年齡組和對失智症友善社區的理解。其中，在性別的部分，生理女對失智症患者的友善行為意圖高於生理男 ($B=-0.451$, $p<0.001$) 和其他 ($B=-3.233$, $p<0.001$)；在年齡組的部分，青年對失智症患者的友善行為意圖低於壯年 ($B=0.47$, $p<0.01$)、中年 ($B=0.67$, $p=0.001$) 和老年 ($B=0.392$, $p<0.05$)；最後，關於對失智症友善社區的理解，有聽過也想參與 ($B=0.565$, $p<0.001$)、沒聽過但想參與 ($B=0.713$, $p<0.001$) 的人顯著高於沒聽過不想參與的人 (參考表 4-14)。

接著以知覺社區意識作為自變項進行分析，結果發現：知覺社區意識對失智症患者的友善行為意圖具有顯著正向的影響 ($B=0.043$, $p<0.001$)，代表知覺社區意識越高、對失智症患者的友善行為意圖越高，整體模型解釋力為 10.7% ($\text{Adjusted } R^2=0.107$)。在控制變項中，對友善行為意圖有顯著影響的有：性別、年齡組、上網搜尋並嘗試了解、對失智症友善社區的理解。其中，在性別的部分，生理女的人對失智症患者的友善行為意圖高於生理男 ($B=-0.465$, $p<0.001$) 和其他 ($B=-3.579$, $p<0.001$)；在年齡組的部分，青年對失智症患者的友善行為意圖低於中年 ($B=0.596$, $p<0.01$)；在上網搜尋並嘗試了解的部分，經常搜尋

($B=0.231, p<0.01$) 高於從不搜尋的人；最後，關於對失智症友善社區的理解，有聽過也想參與 ($B=1.541, p<0.001$)、沒聽過但想參與 ($B=1.325, p<0.001$) 的人顯著高於沒聽過不想參與的人 (參考表 4-15)。





表 4-14、多元線性迴歸：失智症知識和失智症正向態度對失智症友善行為意圖

變項	未標準化係數		β	t	p	95%信賴區間	
	B	SE				下限	上限
(常數)	12.207	0.456		26.769	<.001	11.313	13.101
自變項							
失智症知識	0.005	0.018	0.004	0.271	0.786	-0.03	0.04
失智症正向態度	0.364	0.013	0.452	28.079	<.001	0.338	0.389
控制變項							
性別(ref:生理女)							
生理男	-0.451	0.096	-0.073	-4.696	<.001	-0.64	-0.263
其他	-3.233	0.841	-0.058	-3.844	<.001	-4.883	-1.584
年齡組(ref:青年)							
壯年	0.47	0.209	0.076	2.244	0.025	0.059	0.88
中年	0.67	0.209	0.104	3.207	0.001	0.26	1.079
老年	0.392	0.239	0.039	1.645	0.1	-0.075	0.86
教育程度(ref:高中以下)							
專科及大學	-0.182	0.181	-0.029	-1.005	0.315	-0.536	0.173
碩士以上	-0.296	0.196	-0.045	-1.51	0.131	-0.681	0.088
工作狀態(ref:沒有工作)							
全職工作	0.029	0.14	0.004	0.207	0.836	-0.245	0.303
兼職工作	0.038	0.186	0.004	0.205	0.838	-0.326	0.402

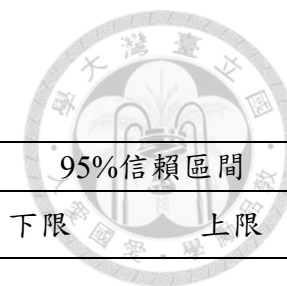


表 4-14、多元線性迴歸：失智症知識和失智症正向態度對失智症友善行為意圖（續）

變項	未標準化係數		β	t	p	95%信賴區間	
	B	SE				下限	上限
職業狀況(ref:專業管理職)							
非專業管理職	0.036	0.115	0.005	0.314	0.754	-0.189	0.261
家人或親戚罹患失智症(ref:否)							
	0.124	0.101	0.019	1.227	0.22	-0.074	0.321
上網搜尋並嘗試了解(ref:從不)							
偶爾	0.044	0.107	0.007	0.411	0.681	-0.166	0.254
經常	0.277	0.213	0.023	1.3	0.194	-0.141	0.695
對失智症友善社區的了解 (ref:沒聽過，不想參與)							
有聽過，也想參與	0.565	0.155	0.072	3.635	<.001	0.26	0.869
有聽過，不想參與	-0.145	0.15	-0.017	-0.969	0.332	-0.438	0.148
沒聽過，但想參與	0.713	0.122	0.111	5.854	<.001	0.474	0.952
整體模型	Adjusted $R^2 = .264$						

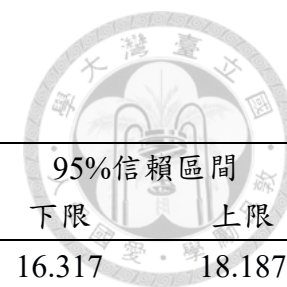


表 4-15、多元線性迴歸：知覺社區意識對失智症友善行為意圖

變項	未標準化係數			<i>t</i>	<i>p</i>	95%信賴區間	
	<i>B</i>	SE	β			下限	上限
(常數)	17.252	0.477		36.177	<.001	16.317	18.187
自變項							
知覺社區意識	0.043	0.005	0.153	8.763	<.001	0.033	0.052
控制變項							
性別(ref:生理女)							
生理男	-0.465	0.106	-0.075	-4.393	<.001	-0.672	-0.257
其他	-3.579	0.926	-0.064	-3.864	<.001	-5.395	-1.763
年齡組(ref:青年)							
壯年	0.41	0.231	0.067	1.779	0.075	-0.042	0.863
中年	0.596	0.23	0.093	2.589	0.01	0.145	1.048
老年	0.194	0.264	0.019	0.735	0.462	-0.324	0.713
教育程度(ref:高中以下)							
專科及大學	-0.141	0.199	-0.022	-0.706	0.48	-0.531	0.25
碩士以上	-0.242	0.216	-0.036	-1.123	0.262	-0.666	0.181
工作狀態(ref:沒有工作)							
全職工作	-0.123	0.154	-0.019	-0.8	0.424	-0.425	0.179
兼職工作	0.161	0.204	0.015	0.788	0.431	-0.24	0.562

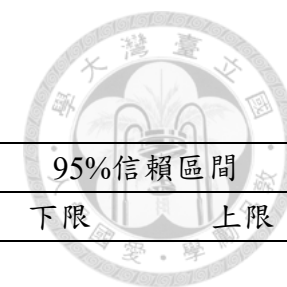


表 4-15、多元線性迴歸：知覺社區意識對失智症友善行為意圖（續）

變項	未標準化係數		β	t	p	95%信賴區間	
	B	SE				下限	上限
職業狀況(ref:專業管理職)							
非專業管理職	-0.15	0.127	-0.023	-1.183	0.237	-0.398	0.098
家人或親戚罹患失智症(ref:否)	0.137	0.111	0.021	1.242	0.214	-0.079	0.354
上網搜尋並嘗試了解(ref:從不)							
偶爾	0.098	0.116	0.016	0.842	0.4	-0.13	0.326
經常	0.64	0.231	0.052	2.774	0.006	0.188	1.093
對失智症友善社區的了解 (ref:沒聽過，也不想參與)							
有聽過，也想參與	1.541	0.165	0.196	9.334	<.001	1.217	1.864
有聽過，不想參與	0.162	0.163	0.02	0.993	0.321	-0.158	0.481
沒聽過，但想參與	1.325	0.132	0.206	10.05	<.001	1.066	1.583
整體模型	Adjusted $R^2 = .107$						

第六節 調節式中介分析

本節先以 SPSS 之 PROCESS Model 中的 Model 4 進行中介分析，以了解失智症正向態度對於失智症知識和對失智症患者的友善行為意圖之間關係的中介效果。接著以 Model 14 進行調節式中介分析，以了解知覺社區意識是否在失智症正向態度和對失智症患者的友善行為意圖之間具有調節效果（參考研究架構 3-3）。

在模型中控制人口學變項（包括：性別、年齡組和教育程度）後，失智症知識對失智症友善行為意圖總效果之標準化迴歸係數(95%信賴區間)=0.064 (**0.026, 0.101**)、直接效果之標準化迴歸係數(95%信賴區間)=0.014 (-0.019, 0.047)、間接效果之標準化迴歸係數(95%信賴區間)=0.049 (**0.031, 0.069**)，根據分析結果，失智症正向態度在失智症知識和對失智症患者的友善行為意圖之間具有顯著的中介關係，且總效果和間接效果顯著、直接效果不顯著，因此為一完全中介模型（參考圖 4-4、表 4-16）。

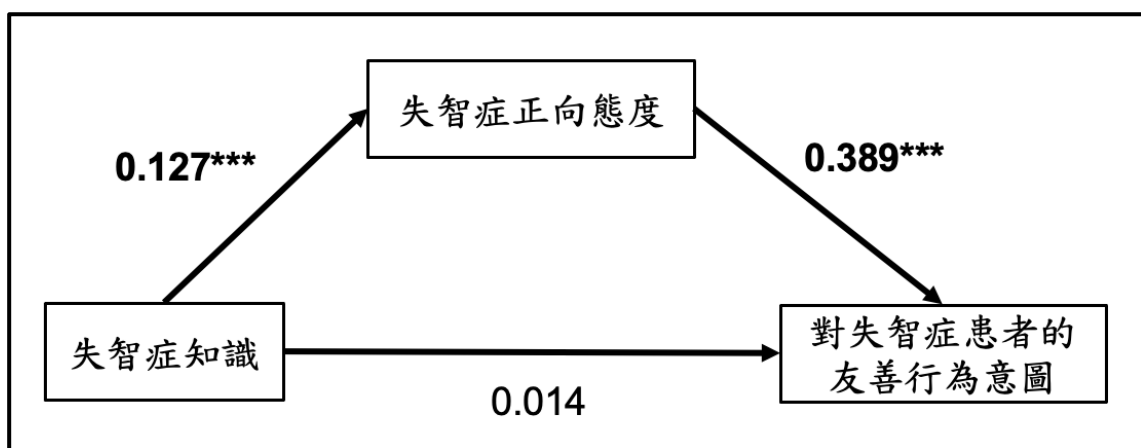


圖 4-4、失智症正向態度對失智症知識與失智症友善行為意圖的中介效果



表 4-16、中介分析：以失智症正向態度為中介因子

路徑	標準化 迴歸係數	標準誤	95%信賴區間	
			上限	下限
失智症知識(X)→對失智症患者的友善行為 意圖(Y)	0.014	0.017	-0.019	0.047
失智症知識(X)→失智症正向態度(M)	0.127	0.024	0.805	0.174
直接效果	0.014	0.017	-0.019	0.047
間接效果	0.049	0.009	0.031	0.069
總效果	0.064	0.019	0.026	0.101

在調節式中介模型中，以知覺社區意識作為調節變項，並控制人口學變項（包括：性別、年齡組和教育程度）後，失智症知識對失智症友善行為意圖直接效果之非標準化迴歸係數(95%信賴區間)=0.010 (-0.022, 0.043)。根據分析結果，失智症正向態度、失智症知識和對失智症患者的友善行為意圖之間的中介關係仍具統計上的顯著性，且為完全中介模型，其中，知覺社區意識對失智症友善行為意圖影響之非標準化迴歸係數(95%信賴區間)=0.093 (**0.471, 0.673**)，知覺社區意識和失智症正向態度交互作用項 (M*W) 調節效果之非標準化迴歸係數(95%信賴區間)=-0.004 (**-0.005, -0.002**)，表示知覺社區意識負向調節了失智症正向態度和對失智症患者的友善行為意圖的關係。在 95%信賴水準之下，經拔靴法 5000 次處理後，整體模型之調節式中介指數 (index of moderated mediation) 95%信賴區間不包含 0 (LLCI=-0.001, ULCI=-0.0001)，表示此調節式中介效果具統計上的顯著性（參考圖 4-5、表 4-17）。

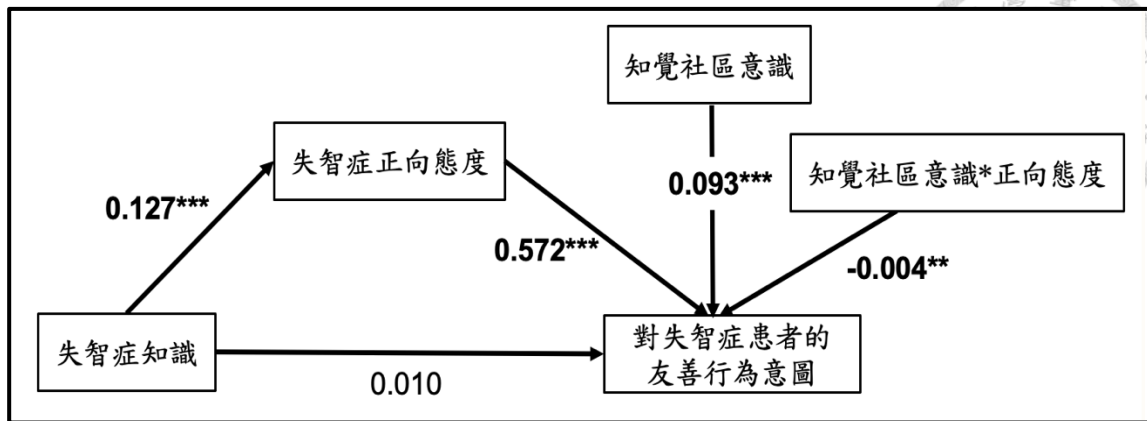


圖 4-5、失智症正向態度對失智症知識與失智症友善行為意圖的中介效果：知覺社區意識作為調節變項

表 4-17、調節式中介分析：以知覺社區意識作為調節變項

路徑	非標準化迴歸係數	標準誤	95%信賴區間	
			上限	下限
失智症知識(X)→對失智症患者的友善行為意圖(Y)	0.01	0.017	-0.023	0.043
失智症知識(X)→失智症正向態度(M)	0.127	0.024	0.081	0.174
知覺社區意識(W)	0.093	0.019	0.471	0.673
交互作用項(M*W)	-0.004	0.001	-0.005	-0.002
調節式中介指數	-0.0004	0.0002	-0.001	-0.0001
直接效果	0.01	0.017	-0.023	0.043

為更進一步探討知覺社區意識不同構面之間的影響差異，將四個構面分別放入調節式中介模型中，並控制人口學變項（包括：性別、年齡組和教育程度）。四個模型結果皆為完全中介，且四個構面對失智症友善行為意圖皆呈顯著正向的直接影響，並負向調節失智症正向態度對失智症友善行為意圖的關係（參考圖 4-5-1 至 4-5-4）。

以「需求滿足」作為調節變項的結果顯示，需求滿足對失智症友善行為意圖影響之非標準化迴歸係數(95%信賴區間)=0.351 (**0.081, 0.174**)，需求滿足和失智症正向態度交互作用項 (M*W) 調節效果之非標準化迴歸係數(95%信賴區間)=-0.013 (**-0.019, -0.007**)，表示需求滿足負向調節了失智症正向態度和失智症友善行為意圖的關係。在 95%信賴水準之下，經拔靴法 5000 次處理後，整體模型之調節式中介指數 95%信賴區間不包含 0 (LLCI=-0.003, ULCI=-0.001)，表示此調節式中介效果具統計上的顯著性 (參考圖 4-5-1、表 4-17-1)。

以「成員歸屬感」作為調節變項的結果顯示，成員歸屬感對失智症友善行為意圖影響之非標準化迴歸係數(95%信賴區間)=0.374 (**0.229, 0.519**)，成員歸屬感和失智症正向態度交互作用項 (M*W) 調節效果之非標準化迴歸係數(95%信賴區間)=-0.015 (**-0.022, -0.008**)，表示成員歸屬感負向調節了失智症正向態度和失智症友善行為意圖的關係。在 95%信賴水準之下，經拔靴法 5000 次處理後，整體模型之調節式中介指數 95%信賴區間不包含 0 (LLCI=-0.003, ULCI=-0.001)，表示此調節式中介效果具統計上的顯著性 (參考圖 4-5-2、表 4-17-2)。

以「影響力」作為調節變項的結果顯示，影響力對失智症友善行為意圖影響之非標準化迴歸係數(95%信賴區間)=0.214 (**0.072, 0.357**)，影響力和失智症正向態度交互作用項 (M*W) 調節效果之非標準化迴歸係數(95%信賴區間)=-0.008 (**-0.015, -0.002**)，表示影響力負向調節了失智症正向態度和失智症友善行為意圖的關係。在 95%信賴水準之下，經拔靴法 5000 次處理後，整體模型之調節式中介指數 95%信賴區間包含 0 (LLCI=-0.002, ULCI=0.0001)，表示此調節式中介效果不具統計上的顯著性 (參考圖 4-5-3、表 4-17-3)。

以「共享的情感連結」作為調節變項的結果顯示，共享的情感連結對失智症友善行為意圖影響之非標準化迴歸係數(95%信賴區間)=0.285 (**0.158, 0.413**)，共享

的情感連結和失智症正向態度交互作用項 (M*W) 調節效果之非標準化迴歸係數 (95%信賴區間)=-0.01 (-0.016, -0.004)，表示共享的情感連結負向調節了失智症正向態度和失智症友善行為意圖的關係。在 95%信賴水準之下，經拔靴法 5000 次處理後，整體模型之調節式中介指數 95%信賴區間不包含 0 (LLCI=-0.003, ULCI=-0.0002)，表示此調節式中介效果具統計上的顯著性 (參考圖 4-5-4、表 4-17-4)。

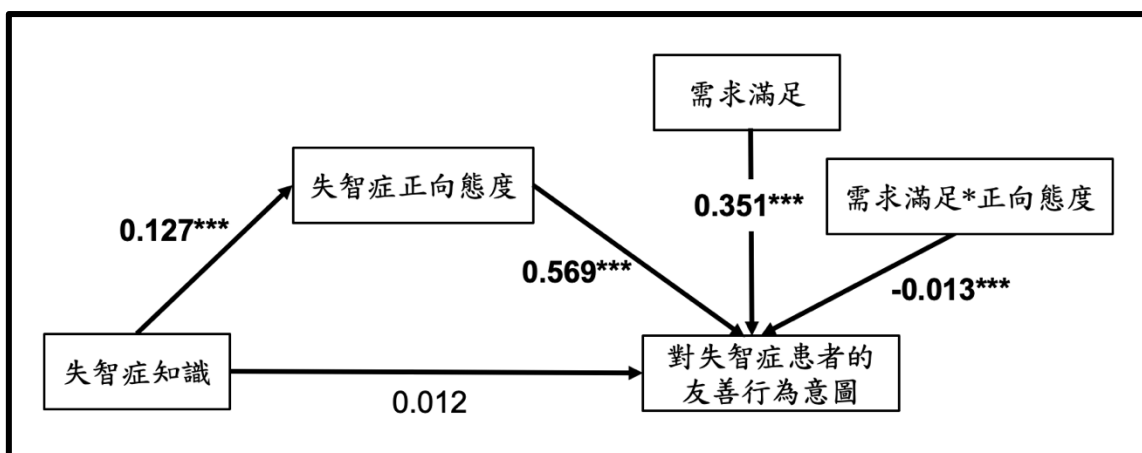


圖 4-5-1、調節式中介分析：以知覺社區意識之需求滿足作為調節變項

表 4-17-1、調節式中介分析：以知覺社區意識之需求滿足作為調節變項

路徑	非標準化 迴歸係數	標準誤	95%信賴區間	
			上限	下限
失智症知識(X)→失智症友善行為意圖(Y)	0.012	0.017	-0.021	0.044
失智症知識(X)→失智症正向態度(M)	0.127	0.024	0.081	0.174
需求滿足(W)	0.351	0.069	0.217	0.486
交互作用項(M*W)	-0.013	0.003	-0.019	-0.007
調節式中介指數	-0.002	0.0006	-0.003	-0.001
直接效果	0.012	0.017	-0.021	0.044

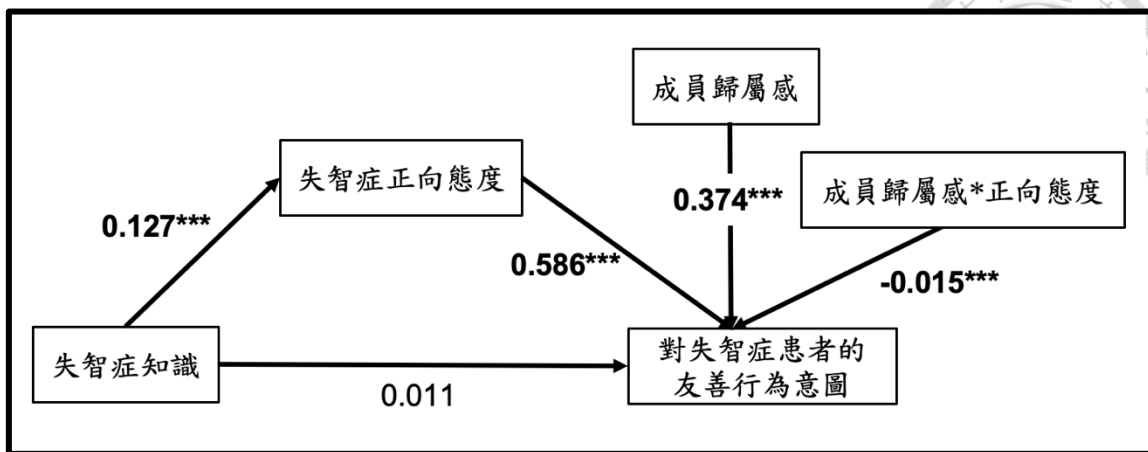


圖 4-5-2、調節式中介分析：以知覺社區意識之成員歸屬感作為調節變項

表 4-17-2、調節式中介分析：以知覺社區意識之成員歸屬感作為調節變項

路徑	非標準化 迴歸係數	標準誤	95%信賴區間	
			上限	下限
失智症知識(X)→失智症友善行為意圖(Y)	0.011	0.017	-0.022	0.043
失智症知識(X)→失智症正向態度(M)	0.127	0.024	0.081	0.174
成員歸屬感(W)	0.374	0.074	0.229	0.519
交互作用項(M*W)	-0.015	0.003	-0.022	-0.008
調節式中介指數	-0.002	0.001	-0.003	-0.001
直接效果	0.011	0.017	-0.022	0.043

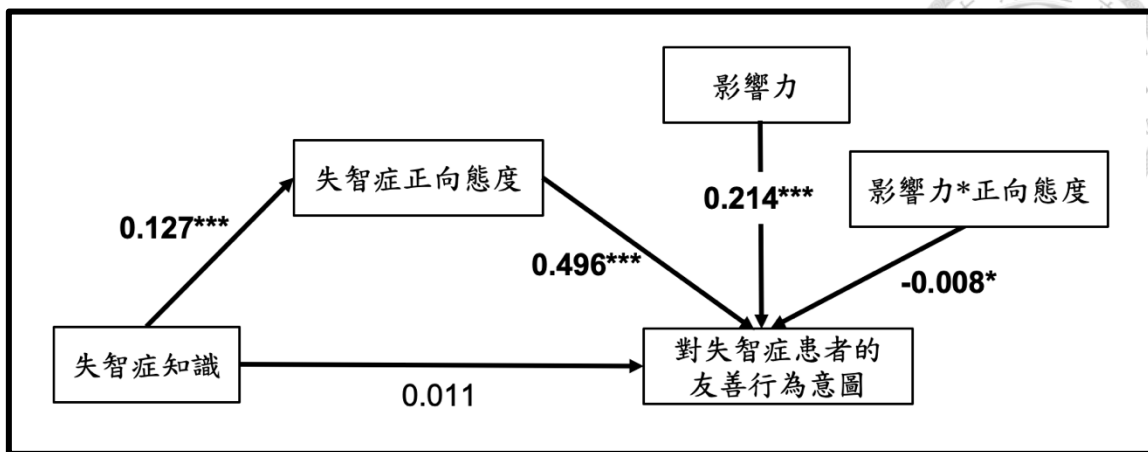


圖 4-5-3、調節式中介分析：以知覺社區意識之影響力作為調節變項

表 4-17-3、調節式中介分析：以知覺社區意識之影響力作為調節變項

路徑	非標準化 迴歸係數	標準誤	95%信賴區間	
			上限	下限
失智症知識(X)→失智症友善行為意圖(Y)	0.011	0.017	-0.022	0.044
失智症知識(X)→失智症正向態度(M)	0.127	0.024	0.081	0.174
影響力(W)	0.214	0.073	0.072	0.357
交互作用項(M*W)	-0.008	0.003	-0.015	-0.002
調節式中介指數	-0.001	0.001	-0.002	0.0001
直接效果	0.011	0.017	-0.022	0.044

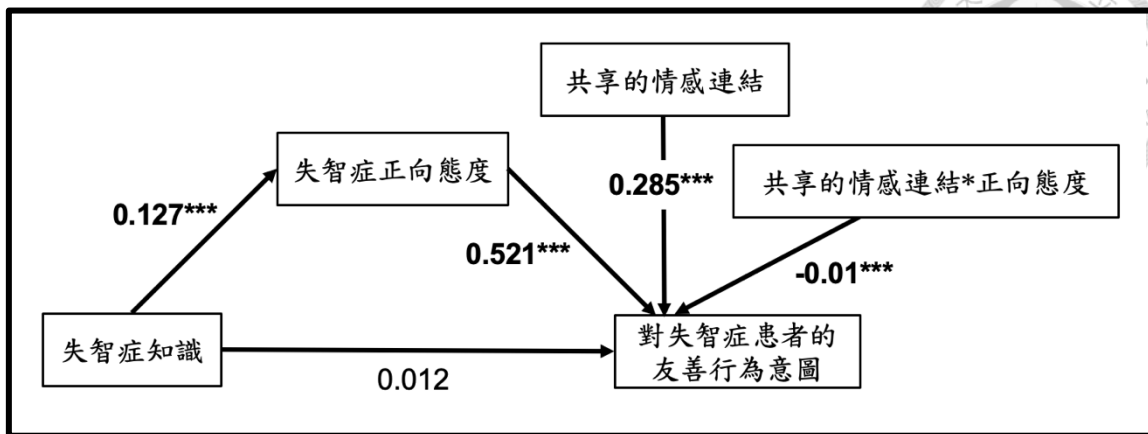


圖 4-5-4、調節式中介分析：以知覺社區意識之共享的情感連結作為調節變項

表 4-17-4、調節式中介分析：以知覺社區意識之共享的情感連結作為調節變項

路徑	非標準化 迴歸係數	標準誤	95%信賴區間	
			上限	下限
失智症知識(X)→失智症友善行為意圖(Y)	0.012	0.017	-0.021	0.044
失智症知識(X)→失智症正向態度(M)	0.127	0.024	0.081	0.174
共享的情感連結(W)	0.285	0.065	0.158	0.413
交互作用項(M*W)	-0.01	0.003	-0.016	-0.004
調節式中介指數	-0.001	0.001	-0.003	-0.0002
直接效果	0.012	0.017	-0.021	0.044

第五章 討論及限制



本章將分成三節進行討論，第一節為研究假設驗證，第二節為研究發現，第三節為研究限制。

第一節 研究假設驗證

本研究目的旨在探討失智症知識、失智症正向態度、知覺社區意識與對失智症患者的友善行為意圖的關係。接著分析失智症正向態度是否在知識與行為意圖之間扮演中介角色，並進一步了解知覺社區意識是否從中調節失智症正向態度到行為意圖之間的關係。

- 研究假設一：失智症知識和失智症正向態度與對失智症患者的友善行為意圖有關。
- 研究假設三：知覺社區意識與對失智症患者的友善行為意圖有關。

根據本研究第四章第四節皮爾森相關性分析之結果，失智症知識、失智症正向態度、知覺社區意識與對失智症患者的友善行為意圖彼此之間具有顯著正相關 ($p < 0.001$)，與本研究假設一、假設三相符。

- 研究假設二：在控制人口學變項後，失智症知識和失智症正向態度對失智症友善意圖有顯著正向的影響。
- 研究假設四：在控制人口學變項後，知覺社區意識對失智症友善意圖有顯著正向的影響。

根據本研究第四章第五節多元線性迴歸分析的結果，在控制人口學變項（包含：性別、年齡組、教育程度、工作狀態、職業狀況、家人或親戚罹患失智症、上網搜尋並嘗試了解、對失智症友善社區的了解）後，失智症正向態度

($B=0.364, p<0.001$) 與知覺社區意識 ($B=0.043, p<0.001$) 分別對於對失智症患者的友善行為意圖具有顯著正向的影響，然而失智症知識 ($B=0.005, p=0.786$) 的影響未達統計顯著性水準，故本研究假設二不完全成立，研究假設四成立。

- 研究假設五：失智症正向態度在失智症知識與對失智症患者的友善行為意圖之間扮演中介角色。

根據本研究第四章第六節調節式中介分析結果顯示，在控制人口學變項（包括：性別、年齡組和教育程度）後，基礎的中介模型之總效果和間接效果顯著、直接效果不顯著，意即失智症正向態度為失智症知識和對失智症患者的友善行為意圖的中介因子，整體模型呈完全中介。此結果支持本研究假設五。

- 研究假設六：知覺社區意識在失智症正向態度和對失智症患者的友善行為意圖的關係中具有調節效果。

根據本研究第四章第六節調節式中介分析之結果，在納入知覺社區意識為調節變項並同樣控制人口學變項（包括：性別、年齡組和教育程度）後，基礎中介模型中的中介關係仍存在，知覺社區意識的直接影響和交互作用皆呈顯著，模型之調節式中介效果具統計上的顯著性，表示知覺社區意識對於失智症正向態度和友善行為意圖之間的關係具有調節作用，此結果支持本研究的假設六。

第二節 研究發現



本研究共回收 3,259 份資料，在樣本中女性佔 53.3%，年齡集中在中壯年，多數受訪者的教育程度為專科及大學以上（佔 61.2%），職業多為有全職工作者（佔 66.2%）。整體而言，受訪者的失智症知識程度為中等，平均為 6.07 分（總分範圍為 0 至 12 分），平均答題正確率為 50.6%。失智症正向態度為中上，平均為 21 分（總分範圍為 6 至 30 分）。知覺社區意識為中等，平均為 58 分（總分範圍為 24 至 96 分）。對失智症患者的友善行為意圖為中上，平均為 20 分（總分範圍為 5 至 25 分）。

本節將針對研究的主要發現分為三小節來討論，第一小節為失智症知識的討論；第二小節為失智症知識、失智症正向態度、知覺社區意識與對失智症患者的友善行為意圖之關係；第三小節為知覺社區意識對於對失智症患者的友善行為意圖的調節作用。

一、失智症知識的討論

有關失智症知識的結果，研究對象的平均答題正確率僅 50.6%，原因可能為「病因與特徵」構面的逐題正確率拉低了整體平均。在四個構面中以「照護」構面表現最好、「病因與特徵」構面表現最差。該結果驗證了量表本身的難易度，根據原始量表所述，「照護」構面難易度較低，而「病因與特徵」構面難易度最高(Hung et al., 2022)。

根據分析結果，在失智症知識量表的四個構面中，有些題目的平均正確率低於研究者的預期。特別是病因與特徵構面中，僅有 20.4%的受訪者知道大多數失智症類型會縮短壽命，顯示多數人可能低估失智症帶來的威脅性；而僅 52.4%的人能辨識高血壓與失智症之間的關聯，凸顯出有關風險因子的知識推廣仍有不足

之處。

上述結果與過去的調查發現相似，人們大多將失智症認為是老化過程中的自然現象，低估了對健康帶來的巨大影響，且這種錯誤的認知持續好幾年並無顯著改善。此外，多數人對於失智症的風險與成因並不清楚，尤其是非遺傳性和心血管相關的危險因子。顯示人們對失智症的認知仍有進步的空間(ADI, 2024; Arai et al., 2008; Cations et al., 2018; Low & Anstey, 2009; McParland et al., 2012; Vrijisen et al., 2021; 韋淑玲 & 蔡芸芳, 2002)。

在溝通與行為構面中，非典型行為題項正確率僅 39.4%，表示民眾對失智症的非典型行為不太了解，可能誤將失智症患者出現的異常行為單純視為疾病症狀的表現，無法判斷患者的行為背後其實是種需求表達方式。

有關非典型行為的定義，過去文獻並無明確定義，研究多將之統稱為「精神行為症狀 (Behavioral and psychological symptoms of dementia, BPSD)」。精神行為症狀在失智症中十分常見，但其具有異質性，症狀複雜多變，患者會出現一種以上的症狀。有些表徵可以很快速的識別出來，像是重複性行為、錯認、漫遊等，比較罕見的行為包括幻覺、欣快感等。精神行為症狀除了反映生理和藥物對大腦造成的損害，其實也是患者表達需求的一種方式，特別是在患者出現語言障礙的時候(Cerejeira et al., 2012; 黃正平, 2006)。而當多數民眾對此缺乏正確認識，遇到此類情形時，一般人往往會感到手足無措，甚至會產生恐懼害怕的情緒(張家瑜 et al., 2023)。因此，建立以患者為中心的照護觀念顯得尤為重要，理解失智症患者行為背後的動機和需求為何，才能避免誤解和衝突發生，使人們在社區遇到患者時能夠展現同理並能有效的溝通應對。

總歸來說，民眾在失智症的病因及特徵這方面的知識略顯不足，除了影響疾病的預防及早期治療，當人們對失智症缺乏正確的了解，也會進而導致失智症的

污名，使患者及其家庭被迫斷開與社會的連結。未來仍應持續提升公眾足夠且正確的認識失智症，以建構一個具包容及支持的社會(ADI, 2024)。



二、失智症知識、失智症正向態度、知覺社區意識與對失智症患者的友善行為意圖之關係

本研究結果顯示，失智症知識、失智症正向態度和對失智症患者的友善行為意圖三者之間具有正向關聯，與先前的研究結果一致(Lane & Yu, 2020; Li et al., 2023; Matsumoto et al., 2022; 簡惠英 et al., 2024)。在多元線性迴歸分析的結果中，失智症正向態度、性別、年齡和對失智症友善社區的理解與對失智症患者的友善行為意圖有顯著正向的影響，失智症知識的影響則不顯著。知識對行為意圖的作用雖然與假設不盡相同，在 Matsumoto 等人(2022)的研究中，失智症知識同樣為預測友善行為意圖因素之一，但研究同時也指出，失智症正向態度可能為更強的預測因子，「正向態度」與「能夠辨識出對方有需求」是更直接影響行為的因素。

在人口學特徵的部分，對失智症患者的友善行為意圖的預測因素包括性別、年齡和對失智症友善社區的理解。研究結果顯示女性的行為意圖顯著高於男性，與 Matsumoto 等人(2022)的研究結果相符。過去研究曾指出女性持有較正向的失智症正向態度，因此可能進一步影響個人展現友善行為的意願(Takao & Maki, 2019)。在年齡的部分，本研究發現青年對失智症患者的友善行為意圖顯著低於壯年、中年和老年人，與先前研究結果相同，年紀大的人提供幫助的意願較高(Matsumoto et al., 2022; 簡惠英 et al., 2024)。年齡越大對失智症抱持較友善的態度，且較容易判斷出對方的需求(Matsumoto et al., 2022; Takao & Maki, 2019)。與此相應的是，本研究結果同樣顯示中老年人對於失智症的態度相較壯年人來得友善。



除了失智症知識和失智症正向態度以外，知覺社區意識也是預測對失智症患者的友善行為意圖的因素之一，然目前鮮少研究討論兩者的關聯。但在 Takao & Maki (2019)的研究發現，對社區的依戀感和社區參與程度有助於提升個體參與失智症預防及支持活動的動機。在概念上，社區依戀、社區參與和知覺社區意識三者皆強調了人與社區的情感和連結關係，強烈的知覺社區意識會使人們更願意投入社區參與，共同解決社區的問題(McMillan, 1996)。

過去研究發現，知覺社區意識有助於促使個體產生責任感，特別是感知自己對於社區的影響力，能進而增加其採取助人行為的可能(Banyard et al., 2021)。知覺社區意識與利社會行為相關，即個人願意不求回報的幫助他人(Albanesi et al., 2007)。失智症友善行為就好比一種利社會行為，係指當民眾遇到疑似失智症患者時，能夠給予其關懷和協助。知覺社區意識能夠促進個人對鄰里的關懷，提升助人行為，也就是說，知覺社區意識的意涵超越了心理層面，還囊括了個體的認知和行動(劉弘煌, 2011)。這種意識可能延伸至對社區內的弱勢族群的關注，有利於我們解釋知覺社區意識對於對失智症患者的友善行為意圖有正向影響的結果。

本研究結果驗證了過往的研究發現：失智症知識、失智症正向態度和對失智症患者的友善行為意圖三者之間具有中介關係，且和多數研究結果相同，整體模型為完全中介(Lane & Yu, 2020; Li et al., 2023; Matsumoto et al., 2022; Takao & Maki, 2019)。顯示失智症知識透過失智症正向態度而影響友善行為意圖，態度為影響行為意圖的先決條件。增加個人的失智症知識，有利於培養對於失智症患者更友善的態度，進而提升其願意協助失智症患者的意願。

此外，從本研究迴歸分析的結果可見，在控制了人口學變項後，正向態度對行為意圖具有統計上顯著且正向的影響效果，然知識對於行為意圖的影響卻不顯著。綜合以上，進一步驗證失智症正向態度可能為影響對失智症患者的友善行為

意圖的關鍵角色之一，雖然增加知識可以促進對失智症患者的理解和認同，也有助於提升正向態度，但單靠知識本身可能不足以轉化為行動意圖。

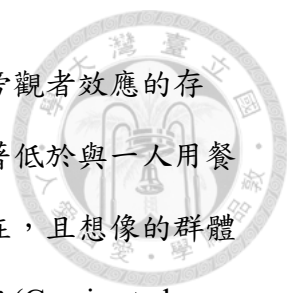


三、知覺社區意識對於對失智症患者的友善行為意圖的調節作用

在調節式中介模型的分析結果中，個人的知覺社區意識越高，失智症行為意圖越高，但在調節作用上，知覺社區意識卻會負向調節正向態度對於行為意圖的影響，表示知覺社區意識會減弱正向態度對於行為意圖的影響，然而其調節係數為-0.004，效果十分小，表示其作用有限。

目前少有研究探討知覺社區意識與失智症友善行為的關係，討論知覺社區意識和個體的態度的交互作用更為少數。在 Matsumoto 等人(2022)的研究中，研究者應用旁觀者模型於失智症友善行為意圖，旁觀者效應 (Bystander Effect) 係指當個體處在多數人在場的情境中，助人動機可能會受到群體的影響而降低，這種現象又稱作「責任分散 (Diffusion of responsibility)」，處在這種情境下的人們，往往認為他人會採取行動，因此出手幫助的責任便不單單落在自己身上 (Darley & Latane, 1968)。典型的旁觀者效應原先多被應用於嚴重緊急且旁觀者真實在場的情況 (如：受傷、CPR 等)，然後續研究擴展了該理論也可適用於不那麼緊急和危險的日常情境中 (如：解救車子拋錨的駕駛)。而後 Garcia 等人(2002)更進一步發現了「內隱的旁觀者效應 (Implicit Bystander Effect)」，研究指出，即使個體只是想像自己處於一個群體中，也會導致後續助人的責任感降低，此外，隨著想像的群體人數越多，幫助的動機則越低，且想像中的他人不一定要立即出現或與幫助行為的情境有關。

關於內隱的旁觀者效應研究者進行了一項實驗，受試者被要求想像自己與三十個人共進晚餐，另一組則是僅與一個人共進晚餐，隨後，在另一個看似無關的階段，受試者被詢問願意投入多少資金參與捐款。研究者藉由在不同時間點詢問



受試者，並設計了前後兩個不相關的活動，以更有效驗證內隱旁觀者效應的存在。實驗結果顯示，想像與一群人用餐的受試者捐款的比例顯著低於與一人用餐的受試者。由此可見，受試者僅僅是在第一階段想像群體的存在，且想像的群體並未實際參與到捐款的情境中，也可能延伸影響後續的助人行為(Garcia et al., 2002)。

對應到本研究所探討之幫助失智症患者情境，上述例子同樣屬於危險性和緊急性較低的日常助人行動。因此，內隱旁觀者效應的機制或許有助於解釋高社區意識的個體可能因「預設他人會伸出援手」而減少實際的行動意願。

知覺社區意識反映了個體在社區的歸屬感，促使其認同自己是社區的一份子，因此高知覺社區意識的人們更重視群體，而這種群體導向的認知可能影響個體的行為表現較少受到自己的態度控制。

雖然目前少有研究直接討論知覺社區意識和旁觀者效應的相關性，但兩者皆與個體在群體情境下的行動有關。從旁觀者效應的論點中推測，高知覺社區意識可能影響個人對於助人意圖的責任感，因此即使民眾對失智症持正面態度，其行為意圖仍可能受群體氛圍調節或壓抑。相反地，當個體知覺社區意識較低，對社區的連結和認同感較為薄弱時，行為意圖便主要仰賴個人的正向態度，較不易受群體情境干擾。

整體而言，本研究結果反映出知覺社區意識在對失智症患者的友善行為意圖中，兼具促進與調節的雙重作用，但其調節效果十分小 ($B=-0.004$)，意即雖然知覺社區意識可能透過群體導向的相關機制（如：旁觀者效應）影響個體的助人動機，然而其實際在正向態度對於行為意圖的關係上的調節作用仍則有限。

第二節 研究限制



本研究觀察到民眾失智症知識、失智症正向態度、知覺社區意識和對失智症患者的友善行為意圖之間的相互影響和關聯，但研究仍存在些許限制。

就研究方法而言，本研究採橫斷式研究法，問卷委託中央研究院調查專題中心進行網路線上調查，調查樣本來自該中心的網路會員資料庫。該資料庫會員雖來自具有全國代表性的機率抽樣調查，然會員和母體的人口結構仍有誤差。本研究樣本分佈顯示受訪者多為高學歷，且年齡集中在中壯年人口，老年人口比例較低。此樣本結構與台北市實際人口分布有所差異，可能導致結果無法充分反映全體民眾，特別是低教育程度和高齡族群的行為與看法。此外，因橫斷性調查為單一時間點的資料，若要推論因果關係，需進一步透過縱貫性研究驗證。

就變項測量的部分，本研究自變項中，失智症知識量表題目裡的部分名詞可能造成受訪者不易理解，如其中一題提到的「非典型行為」。研究者並無法確保受訪者是否確實瞭解題意再進行填答，可能影響測量結果的準確性。

本研究依變項為對失智症患者的友善行為意圖，然行為意圖本身便難以測量，受訪者的回答與現實所展現的實際行為可能存在誤差。此外，受訪者填答問卷時可能因社會期望和情境壓力影響，傾向回答正向的選項，從而高估友善行為意圖。

綜合上述，本研究發現了民眾失智症知識、失智症正向態度、知覺社區意識和對失智症患者的友善行為意圖之間的相互影響和關聯，但結果的推論也受限於一些限制。未來研究可予以更深入的討論來處理研究設計上的偏誤，以更進一步理解這些變項之間的關係。

第六章 結論及建議



本研究為少數以社區民眾為對象，並將失智症知識、失智症正向態度、知覺社區意識與對失智症患者的友善行為意圖共同探討的研究。根據分析結果，失智症正向態度和知覺社區意識會顯著影響對失智症患者的友善行為意圖，另外也發現失智症正向態度在失智症知識和對失智症患者的友善行為意圖之間存在中介作用，且知覺社區意識會調節正向態度對於行為意圖的影響。綜合上述研究發現，本研究針對實務政策上的應用、後續研究的發展兩個層面提出以下幾項建議：

一、實務政策上的建議

- 強化態度層面的教育及介入：

本研究結果發現，正向態度對於行為意圖具有顯著正向的影響力，知識則否，且知識對於行為意圖的影響需透過正向態度中介。綜合過往文獻與本研究結果可得，若缺乏對失智症者的同理，僅憑知識本身對於提升個體助人的意願可能有限(Lane & Yu, 2020; Li et al., 2023; Matsumoto et al., 2022)。但儘管如此，從過去的研究中仍可見知識的重要性，知識有助於提升公眾對失智症的理解與正面看法，其正面影響也不容忽視。

綜合本研究結果，未來在推廣失智症相關的教育和介入方案時，建議應持續提升大眾對失智症的認識，特別是針對疾病的病因與特徵。更重要的是，以「態度」的改變作為介入設計的核心目標，設計能有效促進失智症正向態度的教育內容與活動，例如透過接觸、同理心訓練等方式，增加民眾與失智症患者的互動機會，深化公眾對於疾病的了解，培養理解、接納等，破除對失智症的誤解和刻板印象。此外，透過線上或線下管道，增加失智症相關的資訊可及性也有助於提升公眾的正向態度(Aihara et al., 2020)。

從本研究的結果也可得，對失智症患者的友善行為意圖在不同性別和年齡層之間存在差異，男性和青壯年族群的分數表現較低，因此建議未來的推廣策略可朝向該目標群體進行介入，例如在學校、職場等場域進行宣導。

● 社區層級的介入：

隨著失智症患者人數逐年增長，社區已成為失智症家庭日常起居和照護的重要場域。本研究結果指出知覺社區意識對於對失智症患者的友善行為意圖有顯著的影響，顯示高知覺社區意識有助於促進個體展現助人與關懷的行動。知覺社區意識象徵著個人對所屬社區的歸屬與認同感，即個人與社區有良好且持續的互動關係，當人們認為自己身為社區的一份子，便更有可能主動關心社區事務，進一步影響個體願意向社區中需要幫助的人伸出援手。

若要提升民眾的知覺社區意識，除了提升社區凝聚力，例如舉辦社區活動，加強鄰里之間交流的機會，以增加社區內部的情感連結外。同時，也應在社區中推動失智症相關宣導與活動，例如：設立失智友善據點、舉辦教育講座或工作坊、組織公益活動等，藉此提升居民對該議題的了解與參與度。此外，鼓勵商家加入失智友善行列、建立社區的支持網絡、招募並培訓社區志工，並將失智症友善的理念融入社區發展規劃之中，皆有助於促進社區共融的氛圍，營造更具友善及包容的社區環境。

未來也可以社區為單位評估整體的社區意識，從高社區意識的社區開始，優先投入政策資源或進行試辦計畫，加強推廣失智症友善相關行動，作為示範社區，再透過這些社區的經驗藉此擴散出去，帶動鄰近位置或條件相近的社區一同落實參與。

台灣於 2018 年開始推動失智友善相關政策，包括失智友善天使、失智友善社區等策略，透過講座、課程與各式多媒體管道，積極向民眾宣導如何與失智症患者溝通相處，並避免資訊片段化。然而，過去研究發現，能促使個體採取支持



行動的關鍵可能在於民眾與患者的接觸經驗，當缺乏這樣的經驗時，若僅是透過知識上的教育，人們在面對患者時仍可能感到無所適從，難以在實際遇到狀況時給予協助(Aihara & Maeda, 2021)。綜合本研究結果發現，有家人或親戚罹患失智症的民眾其失智症知識得分較高，且知識會提升正面態度，進而產生行為意圖，此結果暗示與失智症患者的接觸經驗或許從中扮演關鍵角色，有助於將知識轉化為具體的支持行動。因此，未來政策應創造民眾與失智症患者相處的機會（如：服務學習、社區志工等），抑或是增加失智症患者社會參與的經驗，以更有效提升民眾落實失智友善行為的意願。

針對高知覺社區意識會抑制態度轉化為行為意圖，應考量到旁觀者效應或群體因素帶來的影響。未來介入設計可著重於強調個人責任的重要性，明確教導民眾可以如何提供協助，並減少「預設他人會做」的心態，提升人們願意主動積極幫忙的意願，提倡每個人微小的善舉都可能為失智症患者帶來偌大的幫助。

● 都市型社區的挑戰和潛力：

根據內政部 2024 年底統計，全台灣高齡人口比例以嘉義市（23.2%）居冠，台北市（23.1%）以微小差距位居第二(內政部戶政司, 2024)，已達超高齡社會的標準，顯示失智症等老年健康議題在台北市的重要性。就社區型態而言，台北市屬都市型社區，生活節奏快速、人口高度集中，且多外來人口，住戶流動率高，導致鄰里的互動關係相對淡薄，個體與社區的情感連結較弱。但同時，相對於非都市地區，台北市民眾普遍具有較高的教育程度，且擁有豐沛便利的公共資源，為政策的推行與資源整合奠下良好的基礎。

依據本研究的發現，未來台北市在推動失智友善行動時，應同時考慮社區意識的重要性，具體策略可能包括：定期舉辦多元的社區活動（如健康講座、鄰里交流、共融市集等）、推動小型在地志工團體，鼓勵居民參與失智症相關的服務與支持工作，以及建立社區資訊平台，提升失智症資訊的可及性，以促進更多的



理解與支持氛圍。

本研究亦發現，高達 64.7% 的受訪者表示「沒聽過失智友善社區」，顯示目前理念的推廣在台北市的普及率仍有待提升。然而，無論是否聽過該名詞，仍有 54.7% 的受訪者表示「願意參與」失智友善社區的建構，突顯出有一半的人具有潛在的參與意願，然而從研究中無法得知相關措施的推廣是否有效觸及到這些民眾。因此，建議未來可加強失智友善政策在社區中的倡導，透過與民間商家、學校、醫療院所、社區發展協會或企業等多元管道合作，使政策能夠擴及到不同年齡層、不同職業身份的族群上，擴大失智友善理念的傳播與實踐。

二、未來相關研究的建議

● 持續探索知覺社區意識的調節效應：

本研究發現，雖然整體而言，較高的知覺社區意識能提升對失智症患者的友善行為意圖，但知覺社區意識卻會負向調節失智症正向態度對行為意圖的影響，意指在高知覺社區意識的個體中，正向態度較不易轉化為助人意圖，推測有可能受到群體規範或責任分散等因素的影響，對於高知覺社區意識的人們來說，群體因素可能比個人態度更重要。然而，因調節效果係數較小，顯示其影響程度有限，其中可能尚有其他潛在因素未被探討。

此外，本研究亦進一步分析知覺社區意識四個構面的影響力，結果顯示四個構面在調節式中介模型中存在差異，其中，僅「影響力」的調節式中介指數呈不顯著，也就是指居民是否認為自己對社區有影響力，或是社區是否能影響居民，對於調節態度與行為意圖的效果較弱。然目前較少研究去比較知覺社區意識分構面與助人行為的關係，建議後續研究可進一步深入了解知覺社區意識分量表的影响機制。



本研究初步探討了知覺社區意識的調節作用，但其複雜的影響機制仍有待更深入的研究。建議未來研究可進一步在不同人群身上檢驗知覺社區意識對於行為意圖的影響為何，增加不同樣本來源。此外，了解社區整體對於失智症的態度也有助於釐清個人的行為意圖是否受到群體氛圍影響。

● 提升樣本多元性：

有鑒於本研究為網路調查，使用中研院網路會員資料庫，樣本多為高學歷族群，老年人比例較低。未來研究建議可採用多元化的樣本搜集管道，結合網路及實地發放，特別是針對社區老人，以補足樣本在高齡族群和低學歷的比例。

參考文獻



ADI. (2016). *Dementia Friendly Communities—Key Principles*.

<https://www.alzint.org/resource/dementia-friendly-community-resources/>

ADI. (2024). *World Alzheimer Report 2024*. ADI.

<https://www.alzint.org/resource/world-alzheimer-report-2024/>

Aihara, Y., Kato, H., Sugiyama, T., Ishi, K., & Goto, Y. (2020). Public attitudes towards people living with dementia: A cross-sectional study in urban Japan (innovative practice). *Dementia*, 19(2), 438–446.

<https://doi.org/10.1177/1471301216682118>

Aihara, Y., & Maeda, K. (2020). Dementia Literacy and Willingness to Dementia Screening. *International Journal of Environmental Research and Public Health*,

17, 8134. <https://doi.org/10.3390/ijerph17218134>

Aihara, Y., & Maeda, K. (2021). National dementia supporter programme in Japan. *Dementia (London, England)*, 20(5), 1723–1728.

<https://doi.org/10.1177/1471301220967570>

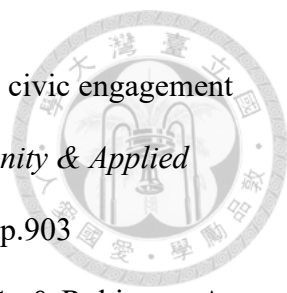
Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179–211. [https://doi.org/10.1016/0749-](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)

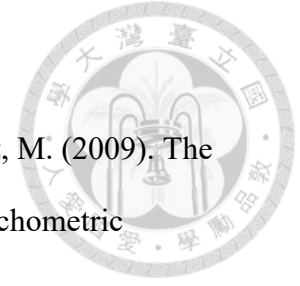
[5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)

Akifusa, S., Liu, H., Huang, M., Funahara, M., Izumi, M., Harada, K., & Shono, Y.

(2020). Comparison of attitudes towards persons with dementia, knowledge of dementia and ageism amongst students in Taiwan and Japan: A cross-sectional study. *European Journal of Dental Education*, 24(2), 301–309.

<https://doi.org/10.1111/eje.12498>

- 
- Albanesi, C., Cicognani, E., & Zani, B. (2007). Sense of community, civic engagement and social well-being in Italian adolescents. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 17(5), 387–406. <https://doi.org/10.1002/casp.903>
- Annear, M. J., Toye, C., Elliott, K.-E. J., McInerney, F., Eccleston, C., & Robinson, A. (2017). Dementia knowledge assessment scale (DKAS): Confirmatory factor analysis and comparative subscale scores among an international cohort. *BMC Geriatrics*, 17(1), 168. <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0552-y>
- Annear, M. J., Toye, C. M., Eccleston, C. E., McInerney, F. J., Elliott, K.-E. J., Tranter, B. K., Hartley, T., & Robinson, A. L. (2015). Dementia Knowledge Assessment Scale: Development and Preliminary Psychometric Properties. *Journal of the American Geriatrics Society*, 63(11), 2375–2381. <https://doi.org/10.1111/jgs.13707>
- Arai, Y., Arai, A., & Zarit, S. H. (2008). What do we know about dementia?: A survey on knowledge about dementia in the general public of Japan. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(4), 433–438. <https://doi.org/10.1002/gps.1977>
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory* (pp. xiii, 617). Prentice-Hall, Inc.
- Banyard, V. L., Rizzo, A. J., Bencosme, Y., Cares, A. C., & Moynihan, M. M. (2021). How Community and Peer Perceptions Promote College Students' Pro-Social Bystander Actions to Prevent Sexual Violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(7–8), 3855–3879. <https://doi.org/10.1177/0886260518777557>
- Barrett, J. J., Haley, W. E., Harrell, L. E., & Powers, R. E. (1997). Knowledge about Alzheimer disease among primary care physicians, psychologists, nurses, and social workers. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 11(2), 99–106.



<https://doi.org/10.1097/00002093-199706000-00006>

Carpenter, B. D., Balsis, S., Otilingam, P. G., Hanson, P. K., & Gatz, M. (2009). The Alzheimer's Disease Knowledge Scale: Development and Psychometric Properties. *The Gerontologist*, 49(2), 236–247.

<https://doi.org/10.1093/geront/gnp023>

Cations, M., Radisic, G., Crotty, M., & Laver, K. E. (2018). What does the general public understand about prevention and treatment of dementia? A systematic review of population-based surveys. *PLOS ONE*, 13(4), e0196085.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0196085>

Cerejeira, J., Lagarto, L., & Mukaetova-Ladinska, E. B. (2012). Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. *Frontiers in Neurology*, 3.

<https://doi.org/10.3389/fneur.2012.00073>

Chang, C.-Y., & Hsu, H.-C. (2020). Relationship Between Knowledge and Types of Attitudes Towards People Living with Dementia. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(11), 3777.

<https://doi.org/10.3390/ijerph17113777>

Chavis, D. M., Lee, K. S., & Acosta, J. D. (2014). *Sense of Community Index 2*

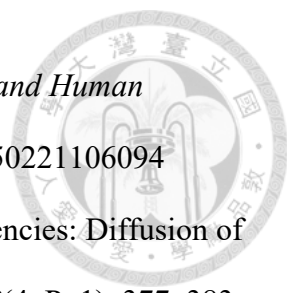
[Dataset]. <https://doi.org/10.1037/t33090-000>

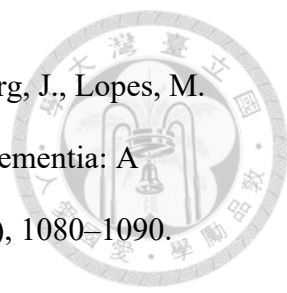
Cheng, S.-T., Lam, L. C. W., Chan, L. C. K., Law, A. C. B., Fung, A. W. T., Chan, W., Tam, C. W. C., & Chan, W. (2011). The effects of exposure to scenarios about dementia on stigma and attitudes toward dementia care in a Chinese community.

International Psychogeriatrics, 23(9), 1433–1441.

<https://doi.org/10.1017/S1041610211000834>

Clark, M. S., Ebert, A. R., & Hicks Patrick, J. (2023). The DAS-6: A Short Form of the

- 
- Dementia Attitudes Scale. *The International Journal of Aging and Human Development*, 96(4), 488–500. <https://doi.org/10.1177/00914150221106094>
- Darley, J. M., & Latane, B. (1968). Bystander intervention in emergencies: Diffusion of responsibility. *Journal of Personality and Social Psychology*, 8(4, Pt.1), 377–383. <https://doi.org/10.1037/h0025589>
- Ebert, A. R., Kulibert, D., & McFadden, S. H. (2020). Effects of dementia knowledge and dementia fear on comfort with people having dementia: Implications for dementia-friendly communities. *Dementia*, 19(8), 2542–2554. <https://doi.org/10.1177/1471301219827708>
- Gale, S. A., Acar, D., & Daffner, K. R. (2018). Dementia. *The American Journal of Medicine*, 131(10), 1161–1169. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2018.01.022>
- Garcia, S. M., Weaver, K., Moskowitz, G. B., & Darley, J. M. (2002). Crowded minds: The implicit bystander effect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83(4), 843–853. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.83.4.843>
- Gauthier S, Webster C, Servaes S, Morais JA, & Rosa-Neto P. (2022). *World Alzheimer Report 2022 – Life after diagnosis: Navigating treatment, care and support*. London, England: Alzheimer’s Disease International.
- Hayes, A. F., & Rockwood, N. J. (2019). Conditional Process Analysis: Concepts, Computation, and Advances in the Modeling of the Contingencies of Mechanisms. *American Behavioral Scientist*. <https://doi.org/10.1177/0002764219859633>
- Hendriks, S., Peetoom, K., Bakker, C., van der Flier, W. M., Papma, J. M., Koopmans, R., Verhey, F. R. J., de Vugt, M., Köhler, S., Young-Onset Dementia Epidemiology Study Group, Withall, A., Parlevliet, J. L., Uysal-Bozkir, Ö.,

- 
- Gibson, R. C., Neita, S. M., Nielsen, T. R., Salem, L. C., Nyberg, J., Lopes, M. A., ... Ruano, L. (2021). Global Prevalence of Young-Onset Dementia: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Neurology*, 78(9), 1080–1090.
<https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2021.2161>
- Hung, S.-P., Liao, Y.-H., Eccleston, C., & Ku, L.-J. E. (2022). Developing a shortened version of the dementia knowledge assessment scale (DKAS-TC) with a sample in Taiwan: An item response theory approach. *BMC Geriatrics*, 22(1), 886.
<https://doi.org/10.1186/s12877-022-03596-1>
- Joo, S. H., Jo, I. S., Kim, H. J., & Lee, C. U. (2021). Factors Associated With Dementia Knowledge and Dementia Worry in the South Korean Elderly Population. *Psychiatry Investigation*, 18(12), 1198–1204.
<https://doi.org/10.30773/pi.2021.0295>
- Kaliyaperumal, K., & I E C. (2004). Guideline for Conducting a Knowledge, Attitude and Practice (KAP) Study. *AECS Illumination*, 4(1), 7.
- Lane, A. P., & Yu, F. C. H. (2020). Person-centered attitudes mediate the association between dementia knowledge and help-giving intentions in Singapore. *International Psychogeriatrics*, 32(3), 413–414.
<https://doi.org/10.1017/S1041610219000796>
- Li, Y.-T., Bai, J.-X., He, J.-M., Yang, S.-W., & Huang, H.-L. (2023). The Mediating Role of Attitudes Towards Dementia on the Relationship Between Dementia Knowledge and Behaviors Towards Persons with Dementia: A Cross-Sectional Study. *JOURNAL OF MULTIDISCIPLINARY HEALTHCARE*, 16, 4213–4225.
<https://doi.org/10.2147/JMDH.S443189>
- Low, L.-F., & Anstey, K. J. (2009). Dementia literacy: Recognition and beliefs on

- 
- dementia of the Australian public. *Alzheimer's & Dementia: The Journal of the Alzheimer's Association*, 5(1), 43–49. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2008.03.011>
- Matsumoto, H., Igarashi, A., Sakka, M., Takaoka, M., Kugai, H., Ito, K., & Yamamoto-Mitani, N. (2022). A Two-Step Model for Encouraging the General Public to Exhibit Helping Behaviors Toward People Living With Dementia. *INNOVATION IN AGING*, 6(3), igac023. <https://doi.org/10.1093/geroni/igac023>
- McMillan, D. W. (1996). Sense of community. *Journal of Community Psychology*, 24(4), 315–325. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1520-6629\(199610\)24:4<315::AID-JCOP2>3.0.CO;2-T](https://doi.org/10.1002/(SICI)1520-6629(199610)24:4<315::AID-JCOP2>3.0.CO;2-T)
- McMillan, D. W., & Chavis, D. M. (1986). Sense of community: A definition and theory. *Journal of Community Psychology*, 14(1), 6–23. [https://doi.org/10.1002/1520-6629\(198601\)14:1<6::AID-JCOP2290140103>3.0.CO;2-I](https://doi.org/10.1002/1520-6629(198601)14:1<6::AID-JCOP2290140103>3.0.CO;2-I)
- 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. <https://doi.org/10.1017/S1041610212000658>
- O'Connor, M. L., & McFadden, S. H. (2010). Development and Psychometric Validation of the Dementia Attitudes Scale. *International Journal of Alzheimer's Disease*, 2010, e454218. <https://doi.org/10.4061/2010/454218>
- Pallant, J. F., & Tennant, A. (2007). An introduction to the Rasch measurement model: An example using the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). *British Journal of Clinical Psychology*, 46(1), 1–18. <https://doi.org/10.1348/014466506X96931>

Phillipson, L., Hall, D., Cridland, E., Fleming, R., Brennan-Horley, C., Guggisberg, N.,

Frost, D., & Hasan, H. (2019). Involvement of people with dementia in raising awareness and changing attitudes in a dementia friendly community pilot project.

Dementia, 18(7–8), 2679–2694. <https://doi.org/10.1177/1471301218754455>

Robinson, A., Eccleston, C., Annear, M., Elliott, K.-E., Andrews, S., Stirling, C.,

Ashby, M., Donohue, C., Banks, S., Toye, C., & McInerney, F. (2014). Who Knows, who Cares? Dementia Knowledge among Nurses, Care Workers, and Family members of People Living with Dementia. *Journal of Palliative Care*, 30(3), 158–165. <https://doi.org/10.1177/082585971403000305>

Rosato, M., Leavey, G., Cooper, J., De Cock, P., & Devine, P. (2019). Factors

associated with public knowledge of and attitudes to dementia: A cross-sectional study. *PloS One*, 14(2), e0210543. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0210543>

Scerri, A., & Scerri, C. (2013). Nursing students' knowledge and attitudes towards dementia—A questionnaire survey. *Nurse Education Today*, 33(9), 962–968.

<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2012.11.001>

Shannon, K., Bail, K., & Neville, S. (2019). Dementia-friendly community initiatives:

An integrative review. *Journal of Clinical Nursing*, 28(11–12), 2035–2045.

<https://doi.org/10.1111/jocn.14746>

Spector, A., Orrell, M., Schepers, A., & Shanahan, N. (2012). A systematic review of

'knowledge of dementia' outcome measures. *Ageing Research Reviews*, 11(1), 67–77. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2011.09.002>

Stephen Parry. (2018). *Fit Indices commonly reported for CFA and SEM*. Cornell University.

Sung, H.-C., Su, H.-F., Wang, H.-M., Koo, M., & Lo, R. Y. (2021). Psychometric



properties of the dementia knowledge assessment scale-traditional Chinese among home care workers in Taiwan. *BMC Psychiatry*, 21(1), 515.

<https://doi.org/10.1186/s12888-021-03530-6>

Takao, M., & Maki, Y. (2019). Effects of attachment to and participation in the community on motivation to participate in dementia prevention and support activities: Analysis of Web survey data. *Psychogeriatrics*, 19(3), 236–245.

<https://doi.org/10.1111/psyg.12388>

Valente, T. W., Paredes, P., & Poppe, P. R. (1998). Matching the Message to the Process The Relative Ordering of Knowledge, Attitudes, and Practices in Behavior Change Research. *Human Communication Research*, 24(3), 366–385.

<https://doi.org/10.1111/j.1468-2958.1998.tb00421.x>

Vrijnsen, J., Matulessij, T. F., Joxhorst, T., de Rooij, S. E., & Smidt, N. (2021). Knowledge, health beliefs and attitudes towards dementia and dementia risk reduction among the Dutch general population: A cross-sectional study. *BMC Public Health*, 21(1), 857. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10913-7>

Wang, Y., Xiao, L. D., Luo, Y., Xiao, S.-Y., Whitehead, C., & Davies, O. (2018). Community health professionals' dementia knowledge, attitudes and care approach: A cross-sectional survey in Changsha, China. *BMC Geriatrics*, 18(1), 122. <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0821-4>

World Health Organization. (2017). *Global action plan on the public health response to dementia 2017–2025*. World Health Organization.

<https://iris.who.int/handle/10665/259615>

World Health Organization. (2021). *Global status report on the public health response to dementia*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240033245>



內政部戶政司. (2024). 人口統計資料 [Text/html].

<https://www.ris.gov.tw/app/portal/346>

劉弘煌. (2011). 我國國民的社區意識與鄰里關懷及互動之研究. 民生論叢, 5.

<https://doi.org/10.30117/HEVI.201105.0001>

吳奕廷, 劉懿萱, 洪素蘋, 王靜枝, & 古鯉榕. (2023). 失智症態度量表中文版之發展與信效度驗證. 臺灣公共衛生雜誌, 42(2).

[https://doi.org/10.6288/TJPH.202304_42\(2\).111106](https://doi.org/10.6288/TJPH.202304_42(2).111106)

吳怡慧 & 林明憲. (2017). 失智照護. 臨床醫學月刊, 79(1).

<https://doi.org/10.6666/ClinMed.2017.79.1.005>

國家發展委員會. (2024). 中華民國人口推估 (2024年至2070年) 報告. <https://pop-proj.ndc.gov.tw/News.aspx?n=3&sms=10347>

張家瑜, 徐慧娟, & 王俊毅. (2023). 民眾對失智症之知識與態度類型之相關性探討-混合型研究法 [博士論文]. 亞洲大學. <https://hdl.handle.net/11296/738rw2>

曾儀芬, 陳柯玫, & 何華欽. (2024). 老人志願服務與心理福祉：以社區意識作為中介變項的分析. 社會發展研究學刊, 33.

[https://doi.org/10.6687/JSDS.202403_\(33\).0005](https://doi.org/10.6687/JSDS.202403_(33).0005)

簡惠英, 陳逸卉, 蕭仔伶, & 苗迺芳. (2024). 社區志工的失智症知識、對失智症者態度及提供失智友善行為意願之研究. 新臺北護理期刊, 26(1).

[https://doi.org/10.6540/NTJN.202403_26\(1\).0003](https://doi.org/10.6540/NTJN.202403_26(1).0003)

衛生福利部. (2022). 失智症防治照護政策綱領暨行動方案 2.0. 衛生福利部. <https://1966.gov.tw/LTC/cp-6572-69818-207.html>

衛生福利部國民健康署. (2020). 認識失智症 看問留撥SOP|衛教資源-內容|健康九九+網站. 健康九九+網站. <https://health99.hpa.gov.tw/material/2310>

衛生福利部國民健康署. (2021a). 推動失智友善社區工作手冊. 衛生福利部國民健康署.

- 
- 康署.<https://www.hpa.gov.tw/Pages/EBook.aspx?nodeid=4387>
- 衛生福利部國民健康署. (2021b). *高齡社會白皮書*. 衛生福利部國民健康署.
https://www.ndc.gov.tw/Content_List.aspx?n=8414DD2B06820C07
- 衛生福利部國民健康署. (2022, February 23). *失智友善從微笑開始* [文字]. 國民健康署; 國民健康署. <https://www.mohw.gov.tw/cp-16-67286-1.html>
- 衛生福利部國民健康署. (2023). *2023國民健康署年報*. 衛生福利部國民健康署.<https://www.hpa.gov.tw/Pages/Detail.aspx?nodeid=4798&pid=17670>
- 衛生福利部統計處. (2019). *2019國際失智症日衛生福利統計通報*. 衛生福利部統計處.
https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://www.mohw.gov.tw/dl-71799-1d824fee-a486-4504-9c7d-5d819c6848b2.html&ved=2ahUKEwjpsdWG9rOMAxW8Z_UHHRneAQUQFnoECBQQAw&usg=AOvVaw2RSMfgsYn-56tOv_zT3zq2
- 衛生福利部長照司. (2024). *112全國社區失智症流行病學調查*. 衛生福利部長照司. <https://www.mohw.gov.tw/cp-16-78102-1.html>
- 韋淑玲 & 蔡芸芳. (2002). 花蓮地區民眾對於老人失智症相關知識及態度之探討. *慈濟醫學雜誌*, 14(2). <https://doi.org/10.6440/TZUCMJ.200204.0097>
- 黃正平. (2006). 失智症之行為精神症狀. *臺灣精神醫學*, 20(1).
<https://doi.org/10.29478/TJP.200603.0002>
- 齊于箴, 劉芳, & 蕭仔伶. (2017). 照顧服務員的失智症照護知識與態度之探討. *長期照護雜誌*, 21(1). <https://doi.org/10.6317/LTC.21.37>

附錄



電子公布欄公文

國立臺灣大學醫學院附設醫院 函

機關地址：100225 台北市中山南路7號

聯絡人：高子瑄

聯絡電話：(02)33667202

受文者：如行文單位

發文日期：中華民國112年6月15日

發文字號：校附醫倫理字第1129202037號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：

主旨：有關台端所主持之「場所特性、社區因素及性別的交互作用對患者接受旁觀者壓胸機率之影響-以臺北市到院前心跳停止登錄資料庫為基礎之世代分析/The intersectionality between location characteristics, community factors and gender on the bystander cardiopulmonary resuscitation rate - a cohort study using Taipei City out-of-hospital cardiac arrest registry」（本院案號：202305044RINA）學術臨床試驗/研究案，符合簡易審查條件及研究倫理規範，通過本院A研究倫理委員會審查，同意核備，並提第170次會議報備追認，惟應依說明辦理，請查照。

說明：

- 一、本臨床試驗/研究核准之有效期限自發文日起1年，計畫主持人應於許可到期日前10週至前6週向研究倫理委員會提出持續審查申請，並經審查同意後，方可繼續執行。
- 二、本臨床試驗/研究計畫若需變更、暫停執行、中途終止或結束時，主持人應向本會提出審查申請。計畫主持人並須依國內相關法令及本院規定通報嚴重不良反應事件及非預期問題。
- 三、本院研究倫理委員會同意之文件版本日期如下：
(一)臨床試驗/研究計畫書：20230608版。