

國立臺灣大學文學院圖書資訊學系

碩士論文

Department of Library and Information Science

College of Liberal Arts

National Taiwan University

Master Thesis

從社會性問答網站分析問題類型與資訊引用來源

探討失智老年人家屬照顧者資訊需求特質

An Analysis of Question Types and Information Resources from
Social Q&A Website to Explore Information Needs of
Family Caregivers of the Elderly with Dementia

陳珮雯

Pei-Wen Chen

指導教授：林珊如 博士

Advisor: Shan-Ju Lin Chang, Ph.D.

中華民國 102 年 5 月

May 2013

本論文獲國立公共資訊圖書館碩士論文研究獎助



誌 謝

終於到了這一刻，心中的興奮無法言語！回首將近四年的碩士求學道路，一路上崎嶇蜿蜒。曾因自己魯莽跌的鼻青臉腫，也曾在挫敗下極度否定自己，一度想要放棄，忘了當年考上碩士班，充滿熱情抱負的初衷。如今這一切有如拂過臉龐的輕風，是如此清爽舒暢，因為我始終做到了!!

論文能如期付梓，首先要感謝珊如老師，接納我這驚鈍的非本科學生，協助我找到有意義的研究題目，並在研究過程中不辭辛勞的細心指導，直到完成論文。老師，您猶如幫我開啟一扇窗，使我能看見窗外那無限可能的風景，並引導我逐步完成這趟旅程。更教會我不只是撰寫一篇為了畢業的碩士論文，也讓自己獻身於有意義的社會問題，盡自己微薄的一分力量成為志工，圓滿了這趟碩士之旅。珊如老師，這本論文因為有您才得以誕生，謝謝您!!

其次，很慶幸自己在碩士求學旅途上遇到許多貴人相挺。感謝台大社工系楊培珊老師與師大圖資所吳美美老師百忙中抽空擔任口試委員並提供寶貴建議，您們的親切鼓勵將永銘我心。除此，感謝台灣失智症協會提供我擔任志工和接觸家屬的機會，尤其謝謝社工筠靜，居中接洽和協助我參與志工活動，除此，感謝家屬們的熱情，特別是美雲姊，謝謝妳與我分享豐富的照顧經驗！另外，也要感謝台大圖資所有教導過我的老師和 r98 互動過的同學，謝謝你們給我學習成長的機會。還有，感謝國立公共資訊圖書館與評審們的青睞，通過我的研究獎助申請，讓我對自己的研究更有信心。

再來，謝謝家人們的支持，最愛的爸爸和媽媽給我一個安穩無虞的唸書環境，不時的關心叮嚀與鞭策囑咐，是我完成論文的最大動力。小天使寶妞每天熱情陪伴，自從妳的到來，我每天都過得愉快。謝謝我的好姊妹、好朋友們：珮蓉、婉婷、詩芳、餅乾、小龜、維靖、小茶、文馨、sea 姊，總是陪伴在我身邊，聽我抱怨、給我建議。謝謝研究夥伴雅怡與靜怡，我們互相扶持、互相打氣加油、分享口試經驗，也再次謝謝靜怡協助我模擬口試，還有提供有用的參考文獻。

最後，感謝就讀碩士班期間，提供我工讀機會的單位，讓我在求學過程不用擔心生活經費，也幫助我瞭解自己未來在職場上應加強的弱點，尤其感謝台大心理系黃光國教授和南館 215 室的同仁：溫柔細心的蕙菁、開朗活潑的陳蓉，在我寫論文

的最後一年半裡，提供我很棒的工作環境、很多的歡笑與鼓勵，特別感謝陳蓉協助我修改英文摘要。

學生生涯的結束是踏入下一階段人生的開始，願我能謹記這段讀碩士班的歲月，帶著永不放棄的精神與勇氣，面對往後人生所有挑戰~這本論文代表我無盡的感恩，獻給我最敬愛的老師、貴人和最親愛的家人、朋友們!

珮雯 謹誌

2013 年 春



摘要

本研究旨在從問題狀況的概念出發，深入探索失智老年人家屬照顧者的資訊需求特質。期望研究結果能提供健康資訊服務單位和公共圖書館在規劃有關失智老年人家屬照顧者資訊資源與資訊服務時之參考。

為此，本研究提出三項研究問題：（一）失智老年人家屬照顧者面臨之問題類型為何？（二）失智老年人家屬照顧者表達面臨問題之三個構面特徵為何？（三）失智老年人家屬照顧者解決問題之資訊引用來源與特徵為何？本研究採用內容分析法，以社會性問答網站 Yahoo!奇摩知識+作為研究場域，蒐集並篩選出 672 篇失智老年人家屬照顧者相關問答資料以進行分析。

研究結果顯示，失智老年人家屬照顧者的資訊需求主要展現出「疑惑釐清期、醫療尋求期、照顧投入期」三問題意識階段、「失智症知識、診斷、治療、照顧、社會福利與資源、個人與家庭、法律、宗教、其他」九類問題主題、以及「事實型、建議型、指示型、評鑑型、確認型」五種問題屬性。失智老年人家屬照顧者表達面臨問題包含十一種行動構面要素、十種認知構面要素、七種情感構面要素。失智老年家屬照顧者問題最佳解答的回答者身份特徵包含「一般資訊提供者、專家、其他家屬照顧者、工作人員」四種特徵，回答資訊引用來源與特徵則具有「網路資源、人際資源、大眾傳播媒體資源、圖書資源、其他資源」五種類型。

整體而論，本研究發現失智老年人家屬照顧者的資訊需求具「階段性、複雜性、重疊性、交替性、個別化、多重構面與層次性、及受情感影響」等特質。最後，依據研究發現，本研究對資訊服務規劃與資訊系統設計提出建議。在資訊服務規劃部分，建議重視失智老年人家屬照顧者感知問題的差異性，提供專指性服務；提供多元化資訊，增加情感性資訊服務；彙整並篩選有品質的網路資源素材，加強網路資訊資源傳遞與推廣利用。在資訊系統設計部份，建議整理失智老年人家屬照顧者的問題，設計 FQA 介面；建立網路資源和人際資源整合平台，並提供線上諮詢與經驗交流機制；提供多元檢索環境與豐富外部參考資訊資源。

【關鍵字】：失智老年人家屬照顧者；問題類型；資訊引用來源；資訊需求
；Yahoo!奇摩知識+



Abstract

The aim of this study is to employ the concept of problematic situation to explore the information needs of family caregivers of the elderly with Dementia. Based on the study outcomes, libraries and health information organizations serve as main information service and system providers for family caregivers of the elderly with Dementia.

In this study, three research questions were proposed in order to identify question types, information resources and information needs of family caregivers of the elderly with Dementia on Social Q&A site: 1) What types of questions had family caregivers of the elderly with Dementia proposed? 2) What types of physical, cognitive, and emotional characteristics did family caregivers describe in their questions? 3) What are the sources and characteristics of the best answers for family caregiver's questions?

The study employed content analysis to analyze 672 data selected from Yahoo! Answer archives. The findings reveal that the information needs of family caregivers of the elderly with Dementia exhibit three problem awareness stages: Doubt clarification stage, Medical advice searching stage, Care devoting stage. Moreover, nine question themes surfaced: knowledge of Dementia, diagnosis, treatment, care, social welfare and resources, individual and family, legal, religious, and others. Five question properties were also found: factual, prescriptive, advisory, quality, identification.

The dimensions described by family caregivers in their questions included eleven physical characteristics, ten cognitive characteristics, and seven emotional characteristics.

The best answer providers for family caregivers' questions have four characteristics: general information provider, specialist, other family caregiver, and relevant worker. In addition, there are five types of information resource providers for the best answer: internet, human, mass media, book, and others.

Overall, the study found that the information needs of family caregivers of the elderly with Dementia have several characteristics including: processing, complexity, overlapping, alternating, personalization, multiple and multilevel dimensions, and emotional affect.

Finally, according to the findings and discussions, several suggestions were proposed for the information services and information system design. Three suggestions for the information services include: to provide specificity information services; to provide diverse information and to enhance emotional information services; to select quality online resources and to enhance online resource transfer and promotion. On the other hand, three suggestions for the information system design include: to design FQA interface; to build an integrated online platform consisting of internet and human resources; to provide a diverse searching environment with abundant external information resources.

【Keywords】 : Family caregivers of the elderly with Dementia; Information Needs; Information Resources; Question Types; Yahoo! Answer



目 次

摘 要.....	i
Abstract.....	iii
目 次.....	v
表 次.....	vii
圖 次.....	ix
第一章 緒論.....	1
第一節 研究背景與研究動機.....	1
第二節 研究目的與研究問題.....	5
第三節 研究範圍與研究限制.....	6
第四節 名詞解釋.....	7
第二章 文獻回顧.....	9
第一節 資訊需求相關概念.....	9
第二節 失智老年人家屬照顧者的挑戰.....	12
第三節 失智老年人家屬照顧者的資訊需求.....	20
第四節 社會性問答網站相關研究.....	34
第三章 研究設計與實施.....	41
第一節 研究方法.....	41
第二節 研究對象.....	42
第三節 資料蒐集與分析.....	45
第四節 研究實施步驟.....	51
第四章 研究結果與討論.....	53
第一節 失智老年人家屬照顧者面臨之問題類型.....	53
第二節 失智老年人家屬照顧者提問之構面要素.....	112
第三節 失智老年人家屬照顧者解決問題之資訊引用來源與特徵.....	145
第五章 結論與建議.....	163
第一節 結論.....	163
第二節 建議.....	168

第三節 未來研究建議.....	171
參考文獻.....	173
附錄.....	184
附錄一 前置研究台灣失智症網站初步觀察表	184



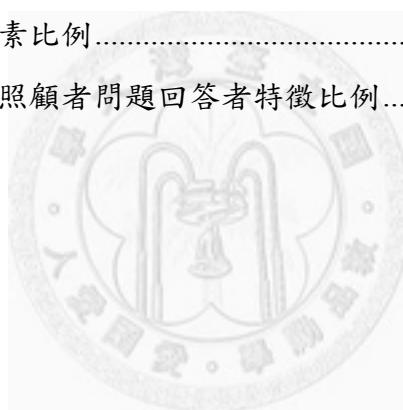
表 次

表 2.1	台灣和美國失智症家屬照顧者對社會支持看法.....	22
表 2.2	失智老年人家屬照顧者資訊需求實徵研究列表.....	26
表 2.3	Harper 等人之社會性問答網站系統問題分類表.....	36
表 2.4	Oh 等人之健康問題描述內容類別.....	37
表 3.1	失智老年人家屬照顧者面臨問題類型編碼示例.....	49
表 3.2	失智老年人家屬照顧者解決問題之資訊引用來源與特徵編碼示例.....	50
表 4.1	失智老年人家屬照顧者問答資料於 Yahoo! 奇摩知識+ 分布情況.....	54
表 4.2	失智老年人家屬照顧者問題意識階段提問篇數比例.....	57
表 4.3	失智老年人家屬照顧者問題主題分析.....	59
表 4.3.1	「失智症知識問題」分類項目統計.....	65
表 4.3.2	「照顧問題」分類項目統計.....	73
表 4.3.2.1	「日常照顧資訊」分類項目統計.....	74
表 4.3.3	「治療問題」分類項目統計.....	79
表 4.3.4	「法律問題」分類項目統計.....	86
表 4.3.4.1	「法律糾紛處理」分類項目統計.....	87
表 4.3.5	「社會福利與資源問題」分類項目統計.....	90
表 4.3.6	「診斷問題」分類項目統計.....	93
表 4.3.7	「個人與家庭問題」分類項目統計.....	97
表 4.3.8	「宗教問題」分類項目統計.....	99
表 4.4	失智老年人家屬照顧者問題屬性分析.....	101
表 4.5	「問題意識階段」之「問題主題」比例.....	102
表 4.6	「問題意識階段」之「問題屬性」比例.....	104
表 4.7	失智老年人家屬照顧者資訊需求之變化歷程.....	106
表 4.8	失智老年人家屬照顧者問題意識階段之歷程.....	107
表 4.9	失智老年人家屬照顧者資訊需求之重疊現象.....	108
表 4.10	失智老年人家屬照顧者提問之構面要素.....	112
表 4.10.1	「提供患者資訊」分類細項統計.....	118

表 4.10.2 「描述問題情境」分類細項統計	120
表 4.10.3 「提出對問題看法」分類細項統計	121
表 4.10.4 「提供家庭資訊」分類細項統計	122
表 4.10.5 「說明已知事情」分類細項統計	123
表 4.10.6 「提供家屬資訊」分類細項統計	124
表 4.10.7 「尋求資訊」分類細項統計	127
表 4.10.8 「尋求判斷/解釋」分類細項統計	128
表 4.10.9 「詢問方法」分類細項統計	129
表 4.10.10 「尋求推薦」分類細項統計	130
表 4.10.11 「確認問題」分類細項統計	131
表 4.10.12 「尋求建議」分類細項統計	132
表 4.10.13 「尋求資源」分類細項統計	133
表 4.10.14 「尋求經驗分享」分類細項統計	134
表 4.11 「行動構面要素」占「問題意識階段」比例	136
表 4.12 「認知構面要素」占「問題意識階段」比例	138
表 4.13 「情感構面要素」占「問題意識階段」比例	140
表 4.14 失智老年人家屬照顧者問題回答者特徵分析	145
表 4.15 失智老年人家屬照顧者解決問題之資訊引用來源與特徵分析	149
表 4.15.1 人際資源特徵分析	151
表 4.15.2 網路資源特徵分析	152
表 4.15.3 大眾傳播媒體資源特徵分析	153
表 4.15.4 圖書資源特徵分析	155
表 4.15.5 其他資源特徵分析	156
表 4.16 「回答資訊引用來源特徵」占「問題意識階段」比例	157

圖 次

圖 2.1	阿茲海默症家屬照顧者資訊需求變遷模式.....	31
圖 3.1	Yahoo!奇摩知識+問答介面示意圖	43
圖 3.2	Yahoo!奇摩知識+問題分類選擇示意圖	44
圖 3.3	失智老年人家屬照顧者問答資料檢索示意圖	45
圖 3.4	失智老年人家屬照顧者發問「最佳解答」示意圖	47
圖 3.5	研究流程圖	52
圖 4.1	失智老年人家屬照顧者提問資料年份分布	55
圖 4.2	失智老年人家屬照顧者提問歷程之交替概念	109
圖 4.3	行動構面中各要素比例	117
圖 4.4	認知構面中各要素比例	126
圖 4.5	情感構面中各要素比例	135
圖 4.6	失智老年人家屬照顧者問題回答者特徵比例	159



第一章 緒論

第一節 研究背景與研究動機

高齡化社會來臨與失智老年人口增加

隨著生活水準提高、醫藥科技進步、以及民眾健康意識與觀念提升，現代人平均壽命延長，加以戰後嬰兒潮世代陸續年長，老年人口增加已是現今全球趨勢。根據相關統計數據，台灣也正面臨人口老化的衝擊，行政院經濟建設委員會「2010年至2060年台灣人口推計」報告（2010）指出，1993年我國老年人口占總人口比率超過7%，已成為高齡化社會；預計於2017年比率將超過14%，2025年比率更將再超過20%，成為超高齡社會。

老年人口增加，罹患失智症人口也隨之增長。國際失智症協會（2009）指出，2010年全球約有3,560萬名失智症者，至2030年將增加為6,500萬人，2050年更將達到1億1,540萬人。全球失智症者人數持續增加，台灣亦是如此，2009年台灣總失智人口超過17萬人，預計至2060年可能增加到80萬人（台灣失智症協會，檢索日期：2012年7月11日）。

失智症是一種症候群，由影響記憶、認知、行為和日常生活能力的退化性與血管性疾病造成，雖與老化並無直接關係，但年齡增加是失智症明顯的危險因子，65歲以上老年人，每增加5歲，失智症的盛行率和發生率就增加一倍（劉景寬、戴志達、林瑞泰、賴秋蓮，2000）。

台灣罹患失智症人口，以65歲以上老年人為主。內政部「100年6月底身心障礙人口統計」（2011）指出，各年齡層出現失智症者的比率分別為：0-未滿12歲（兒童）0.01%、12-未滿18歲（少年）0.03%、18-未滿65歲（成年）0.66%、65歲以上（老年）7.74%。

失智老年人家屬照顧者是「隱形的病人」

老年人的家屬在長期照護過程扮演重要角色。內政部「98年老人狀況調查」（2009）顯示，有16.8%的65歲以上老年人日常起居活動困難，需要他人照顧；主要照顧者為子女、媳婦、女婿占48.5%，其次為配偶占20.2%。家庭照護也是

社會寶貴的照護資源，能減緩龐大照顧資源需求與使醫療資源有效運用，也讓老年人在熟悉的環境中享有尊嚴與安適（陳惠姿、李孟芬，2000）。居家照顧也是老年人期盼的養老方式。內政部「98 年老人狀況調查」（2009）指出，子女、媳婦、女婿奉養是老年人重要經濟來源，而老年人理想的居住方式是希望與子女同住占 68.5%，其次為與配偶或同居人住占 15.6%。

失智老年人家屬照顧者須承擔的壓力和挑戰，較其他老年人的家屬照顧者高（Ory, et al., 1999）。失智症患者腦部受損，但仍具行動能力，在認知或精神異常狀態下，可能會傷害自己或他人，加以每位患者呈現病狀不完全相同，更增添家屬照顧的困難度。家屬照顧者在照顧老年人過程中，親身參與和經歷老年人因疾病所帶來的生活改變，自身會出現相當程度老化焦慮，若再加上個人的健康狀況和其他競爭需求，家屬照顧者將成為社會中一種隱藏的病人（邱怡玟，2004）。

美國政府於 2011 年 1 月 4 日簽署「全國阿茲海默症計畫法」（National Alzheimer's Project Act, NAPA），將阿茲海默症與其他類型失智症，列為國家預防和治療的重要疾病，並於 2012 年 2 月 22 日提出草案（Draft National Plan to Address Alzheimer's Disease），條列計畫欲達成的目標包含：預防和有效治療失智症、加強照護品質和成效、拓展失智症者與家屬的支持、加強公眾的認知和參與、利用資料追蹤計畫。其中明確指出，失智症者的家屬扮演長期照護核心角色，應提供其所需資訊、訓練和服務，讓患者能享有尊嚴、安全和權利，並使家屬在照顧同時能維持自身健康與快樂（Assistant Secretary for Planning and Evaluation, 2012）。由此計畫內容可知，家屬是失智症長期照護重要一環，也是極需協助的群體。

失智老年人與家屬照顧者議題，在國外已積累多篇相關研究，近年在台灣也漸受各界關注。在學術面，研究者檢索民國 45 年至 101 年，共五十多年間，台灣相關碩博士論文，總篇數約 961 筆，對照近五年，即民國 96 至 101 年，則有 518 筆，占五成以上（台灣博碩士論文網，檢索日期：2012 年 3 月 3 日），顯示台灣近年相關研究成長快速。就社會面，研究者觀察台灣近年網路健康新聞，發現舉凡治療、醫藥、保健、預防、照顧技巧、及研究成果等失智症相關報導頗為豐富，除此，也出產以失智症者與家屬為題材的相關影片，如：紀錄片《被

遺忘的時光》與電影《昨日的記憶》，生動記錄、描繪失智老年人時間停止的世界，以及家屬在照顧過程中的悲傷與無助。

面對無法治癒的失智症，相關人員致力做好照顧、穩定、控制及改善病情是當前最佳處理之道，有能力的家屬照顧者便是失智老年人的福利。而失智症者的照顧工作具多重層面，除了醫療、護理和社工領域，還涉及臨床心理、飲食營養、復健、藥事、靈性、及管理等多廣泛而複雜的照護服務內容（李世代，2000），家屬照顧失智老年人過程中，由此可想見將遭遇多元且複雜的挑戰，若能越了解家屬照顧者的需求，越能有效幫助他們因應困難。

研究動機：以「問題」為出發點

資訊行為（Information behavior）研究，幫助圖書資訊學界深入了解各種使用者的資訊活動，以規劃、提供符合使用者需求的資訊資源與資訊服務，是圖書資訊學領域長久以來重要的研究議題，其基本範疇包含「需求（need）、尋求（seeking）、與使用（use）」。「資訊需求」（Information needs）是人們進行資訊活動的開端，即資訊尋求的前因是圖書資訊科學家試圖了解的基本現象（林珊如，2001）。

研究者參考國內、外失智老年人家屬照顧者相關文獻發現，家屬照顧者相當需要「資訊」，但此需求經常未被滿足。（Scott, 2005; Lai & Chung, 2007; Lilly, 2012, 湯麗玉，1991；邱愛富，1999；林敬程，1999；陳昱名，2004；鄭秀蓉、曾月霞，2008，詳見第二章）國內目前尚無研究針對失智老年人家屬照顧者的資訊需求進行深入探討，國外雖已有相關實徵研究，主要出現在老人學、社工、心理、公共衛生、護理、及醫學等學術領域，採取的研究方法較為問卷調查法，並側重資料類型、資料主題、資訊管道、及影響資訊需求因素等面向（Wackerbarth & Johnson, 2002; Edelman, et al., 2006; Lai & Chung, 2007; Nichols, et al., 2009; Hirakawa, et al., 2011）。然而，「資訊需求」的概念不只侷限於類型、主題、管道等具體特徵，更應從情境與歷程性的角度去思考（林珊如、許禎芸，2008）。

T. D. Wilson（1997）認為情境與人們的資訊需求有密切關連，並提出「人在情境中（person-in-context）」的看法。而情境涵蓋的各種面向中，「問題狀況」

(problematic situation)是解釋人們為什麼想尋求資訊的重要因素(Wersig, 1979; Belkin, 1982)，本研究採用「問題狀況」概念，從「解決問題」的角度探討失智老年人家屬照顧者的資訊需求。

相關文獻也指出(Wilson, 1989; Mahoney, 1998)，家屬照顧失智老年人是個動態的歷程，家屬照顧者遭遇的挑戰隨著照顧階段變化，此現象類似 Kuhlthau (1991)的資訊尋求歷程(information search process)概念。Kuhlthau (1991)的研究指出人們搜尋資訊的活動有可辨識的階段，每個階段涵蓋人們的行動、認知、情意等經驗，換言之，資訊需求也具有動態性，會隨著每個階段有所不同。因此，本研究探索失智老年人家屬照顧者資訊需求時，將關注其歷程性的面貌。

另外，探索家屬照顧者的資訊來源，可以幫助相關資訊提供單位有效傳遞資訊予家屬照顧者，也是國內、外相關研究經常探索的議題之一。但相關研究採用問卷調查法僅能得知家屬照顧者單一向的資訊來源，並未進一步了解家屬照顧者資訊來源的特徵，以及與其問題狀況間的關聯性(Lai & Chung, 2007; Lee, 2009; Hirakawa, et al., 2011)。因此，本研究探索失智老年人家屬照顧者試圖解決問題的資訊引用來源與特徵，並將進一步分析其資訊引用來源特徵與問題狀況的關係。

在資訊科技蓬勃發展的今日，越來越多消費者利用網際網路尋找健康資訊，相關研究指出，「網際網路」是失智老年人家屬照顧者尋求資訊的重要管道(Shen, 2006; Grasse, et al., 2009)。其中，社會性問答網站 Yahoo!奇摩知識+中有許多失智症相關問答，這些問答內容能反映出家屬照顧失智老年人面臨的問題和需要的協助。Yahoo!奇摩知識+為台灣一熱門社會性問答網站，至2012年2月止約累積超過1,900萬則知識，目前已有以Yahoo!奇摩知識+（國外同類型平台稱Yahoo! Answers）作為研究場域，探索消費者健康資訊行為的相關研究(Oh, Zhang & Park, 2012)。爰此，本研究擬以Yahoo!奇摩知識+為研究場域，藉由分析失智老年人家屬照顧者提問與最佳解答資料內容，探索其問題類型與資訊引用來源，期望對台灣失智老年人家屬照顧者的資訊需求有更深入的了解。

第二節 研究目的與研究問題

本研究透過分析社會性問答網站的失智老年人家屬照顧者相關問答資料，探索失智老年人家屬照顧者的問題類型與資訊引用來源，目的在於從資訊使用者的角度，深入了解資訊使用者的健康資訊需求，以破除健康資訊服務從機構導向出發的傳統思維。期望研究結果能提供健康資訊服務單位和公共圖書館在規劃有關失智老年人家屬照顧者資訊資源與資訊服務時之參考。

為達成上述目的，本研究提出三項研究問題：

- 一、失智老年人家屬照顧者面臨之問題類型為何？
- 二、失智老年人家屬照顧者表達面臨問題之三個構面特徵為何？
- 三、失智老年人家屬照顧者解決問題之資訊引用來源與特徵為何？



第三節 研究範圍與研究限制

本研究的研究範圍如下：

- 一、本研究所蒐集之參考文獻，以國內可取得之中、英文文獻為限。
- 二、本研究所探討之對象為目前或曾經有居家照顧失智老年人經驗的家屬。
- 三、本研究內容分析之對象，僅限於 Yahoo!奇摩知識+中有關失智老年人家屬照顧者問答資料，其他網路知識分享平台與資料不在本研究範圍內。
- 四、本研究僅針對 Yahoo!奇摩知識+中有關失智老年人家屬照顧者問答資料內容進行分析，辨識其內容之真實性與品質則不在本研究範圍內。

本研究的研究限制包括：

- 一、研究者篩選與分析研究資料方法之信效度可加強。本研究作為圖書資訊學領域對失智老年人家屬照顧者之資訊需求特質的初探型研究，自 Yahoo!奇摩知識+問答資料篩選，至研究資料編碼與分析，皆由研究者自行設計與執行，未擬定增加研究信效度之策略，此議題未來之發展可規劃更周詳之檢視研究方法策略，提升研究資料篩選與分析信效度。
- 二、本研究無法了解家屬照顧者問題情境全貌。社會性問答網站提供提問者自行闡述問題的平台，家屬照顧者對問題狀況的闡述可詳盡也可簡略，因此研究者僅能就家屬照顧者闡述的問題內容片段進行判斷與分析，無法了解每一則問題的前因後果，換言之，研究者僅能觀察家屬照顧者片段之問題狀況，無法深入了解家屬照顧者的問題情境。
- 三、本研究無法了解失智老年人家屬照顧者對問題解答的真實看法。由於 Yahoo!奇摩知識+具有讓提問者自己選擇最佳解答的功能，因此研究者假設「最佳解答」為家屬照顧者有興趣的資訊來源，但無法進一步了解家屬照顧者對問題解答真實的看法，包括家屬照顧者選擇最佳解答的標準，以及最佳解答是否確實能幫助家屬照顧者解決問題。
- 四、本研究分析失智老年人家屬照顧者於 Yahoo!奇摩知識+的提問資料，研究對象的特質原則上屬於會使用網路者，故本研究結果不便過度推論於不使用網路的失智老年人家屬照顧者之狀況。

第四節 名詞解釋

一、失智老年人 (Elderly with Dementia)

本研究所稱之失智老年人，泛指年齡在65歲以上¹，符合臨床上「失智」狀態的老年人。所謂「失智」狀態指「心智正常發展之成人，在意識清醒狀態下，有明顯症候足以認定其記憶、思考、定向、理解、計算、學習、語言和判斷等多種之高級腦功能障礙，致日常生活能力減退或消失，工作能力遲鈍，社交技巧瓦解，言語溝通能力逐漸喪失。」（行政院衛生署身心障礙等級，2008）。

二、家屬照顧者 (Family Caregiver)

家屬照顧者指與失能者、長期疾病患者或老年人有親屬關係和情感聯繫而有義務提供照顧的人，照顧內容包含提供情緒、經濟、家務及食、衣、住、行等日常活動等不同支持和協助（Schofield, et al., 1998；邱怡玟，2004）。而本研究所稱之家屬照顧者包含「主要照顧」與「非主要照顧」，主要照顧者指花費較多時間，且直接照顧失智老年人的家屬；非主要照顧者指花費較少時間，但間接提供失智老年人協助的家屬。

三、資訊 (Information)

資訊具有三種層次，第一為資訊物件，如資料（data）、資源（information resources）、消息（message），第二為資訊物件的內容（content），第三為基於個人情境所建構的意義（meaning）（李郁雅，2000）。本研究所稱之資訊包含以上三種。

四、資訊需求 (Information Need)

資訊需求指個人在面對某一狀況時，意識到自己需要知道的與已經知道的知識之間有落差時，便可能進而尋求資訊以消除不確定感（Dervin, 1986）。T. D. Wilson（1981, 1997）認為，資訊需求是為了滿足人們生理、情感、和認知等基礎需求而產生的次級需求，且情境與人們的資訊需求有密切關連，人的資訊需

¹根據我國《老人福利法》第二條：「本法所稱老人，指年滿 65 歲以上之人。」本研究所稱之老人年齡界定即參考此定義。

求會反映在情境中。因此，本研究探索失智老年人家屬照顧者的資訊需求，此「資訊需求」的概念乃指表現在家屬照顧者在面對失智老年家屬所遭遇的問題及情境狀況。



第二章 文獻回顧

本章共分四節，第一節說明圖書資訊學領域資訊需求相關概念。第二節說明失智老年人家屬照顧者在照顧過程可能面臨的挑戰，並分析造成挑戰的因素。第三節探討失智老年人家屬照顧者資訊需求相關實徵研究，了解過去相關研究採取的方法與研究成果。第四節探討社會性問答網站與相關研究，說明社會性問答網站的特性，並回顧近年以社會性問答網站為研究對象的相關研究成果。以上文獻回顧成果將作為本研究後續研究設計與實施之參考。

第一節 資訊需求相關概念

「資訊」的本質是能夠對人類原來知識結構產生改變的東西（賴鼎銘，2001）。據此，資訊對資訊使用者至少具有九種用途：1.產生想法或啟發而了解某個狀況。2.了解一個現象與事件的事實。3.獲得技巧、得到工具性資訊。4.確定某項訊息的正確性。5.解決某個問題。6.找到進行方向，衡量未來的方向與可能性。7.產生動機，決定繼續不繼續某項行動。8.獲得連結，滿足個人在人際關係、地位、名譽的實踐。9.舒緩心情、獲得快樂、達到目標（李郁雅，2000）。

「需求」(needs)則是指一種內在動機狀態 (inner motivational state)，引發人類的思想和行動 (Case, 2008)。T. D. Wilson (1981)認為人類最基礎的需求可歸納為三種：

- 1.生理的需求 (physiological needs)：如空氣、水、食物。
- 2.情感的需求 (affective needs)：如自我實現、權威地位。
- 3.認知的需求 (cognitive needs)：如學習新技能、智能的滿足。

T. D. Wilson (1981)指出，資訊並不是人類基本的需求，但與上述人類三種需求相互關連，人們為了滿足生理、情感和認知的需求，可能會搜尋資訊，甚至進行資訊尋求行為。而資訊需求可能因個人特質、族群、國別、文化、政經、物質等條件不同而有所差異，影響資訊需求的因素包含：1.個人因素：指個人心裡、生理和認知上的需求。2.個人工作角色。3.環境：如政治、經濟、社會文化等的影響。

圖書資訊學界不同學者對於資訊需求有不同看法，本研究歸納各學者提出相關概念如下：

（一）需求層次

Taylor (1962, 1968) 最早提出「需求層次」的概念來解釋資訊需求的本質，指需求是一個不斷變化的狀態，依此狀態的明顯程度與個人覺察的程度，可區分為四層次，資訊需求的性質由抽象模糊而漸趨向具體明顯，由無意識到有意識的覺察，說明人們所感知的需求與所能表達的之間可以有相當的落差（林珊如，2001）。

- 1.內藏式需求：使用者無法察覺自己的需求，或對自己是否有需求很模糊，以致於無法以語言表達出來。
- 2.意識化需求：使用者可以描述自己的需求，但不是那麼清晰。
- 3.正式之需求：使用者能明確的了解自己的需求，並具體、詳細的陳述。
- 4.妥協後之需求：使用者因為受限於館藏或個人知識背景等現實環境因素，而修正自己的需求。

Krikelas (1983) 認為，個人的資訊需求會因所處的情境轉變，當個人所處情境產生不確定感或產生壓力時，才可能進行資訊尋求活動以減低心中的不確定感，因此資訊可以降低不確定感，而需求是個人所感知到的不確定感。Krikelas (1983) 也認為，自然情況下，多數問題解決資訊已經存在個人記憶中，只有少部分需求會引發人們向外尋求資訊，因此，人們的資訊需求可分為「立即性」(immediate) 和「延緩性」(deferred)，此兩種特性會影響人們後續的資訊尋求方式。

當人們對資訊的需求屬延緩性時，人們會透過內在的記憶和個人檔案來獲取資訊，當人們需要立即獲得資訊時，則除了個人內在資訊來源，也會向外尋求資訊，如與人際互動、尋找文獻等 (Case, 2008)。

（二）問題狀況

Wersig (1979) 認為資訊需求是使用者面對一個問題，意識到其知識狀態無法解決問題，決定獲得有關該問題的資訊，找出合宜解決方法的過程。Belkin (1982) 則提出「知識異常理論」(Anomalous state of knowledge, ASK)，強調使用者產生資訊需求是因為「知識的異常狀態」，當使用者認知到對某一主題或

情境的知識狀態存有異常感，使用者不一定能精細的描述這種異常感，或知道需要什麼以解決這種異常感，但可能接觸各種資訊系統，試著解決這種異常狀態（葉乃靜，2005）。

資訊活動（information activities）是問題處理（problem treatment）過程中不可或缺的一部分，簡言之，解決問題是人們產生資訊活動的動機之一（Belkin, Seeger & Wersig, 1982）。

（三）建構意義

Dervin（1986）的「意義建構論」（Sense-making model）從感知差距的觀點了解資訊需求。Dervin 指出資訊需求發生於人們的自由行動受阻，面臨當下發生的狀況，所擁有的內在知識不足以了解外在所發生的事物，無法明白其道理。當人們已知道的與所需知道的之間有差距，為了補足這個差距或取得幫助以改變這個受阻的情況，人們就會去尋找資訊（林珊如，2001）。

Kuhlthau（1991）提出的「資訊搜尋歷程模式」（Information Search Process, ISP）則指出，人們進行資訊尋求過程中，會經歷開始（initiation）、選擇（selection）、探索（exploration）、形成（formulation）、收集（collection）、呈現（presentation）六階段，人們在每個階段會產生不同行動（physical）、認知（cognitive）、與情意（affective）的經驗，資訊搜尋的歷程即意義建構的過程，此亦為人們呈現動態資訊需求的過程。

綜上所述，資訊需求可透過「需求層次」、「問題狀況」或「建構意義」等概念來探討。對本研究的指引為資訊需求有不同的認明明確程度並應聚焦於「問題狀況」的了解。同時 Kuhlthau（1991）提出人們滿足資訊需求的資訊搜尋過程中，產生行動、認知、情意三個構面的變化，可發掘家屬照顧者資訊需求的特質。

第二節 失智老年人家屬照顧者的挑戰

本研究參考相關文獻，歸納失智老年人家屬照顧者面臨的挑戰來自失智症特性、家屬照顧者特性、及照顧工作三方面。以下依序說明此三方因素的內涵，以及它們如何構成家屬照顧者的挑戰。

一、失智症特性

家屬照顧失智老年人的過程中，遭遇的挑戰主要是由失智症特性引起，「失智症」不專指一種疾病，而是一群疾病症狀的綜稱，是一種症候群。患者的腦部功能會明顯衰退，以致影響患者日常活動，退化範圍包括思考、記憶、判斷、知覺、時空感、理智、學習、解決問題能力等。失智症通常會以記憶力衰退為起始症狀，與正常老化造成的智力減退不同，因此失智不是正常老化現象（行政院經濟建設委員會，2009；台灣失智症協會，2010）。美國精神醫學學會《精神疾病診斷準則手冊第四版》（DSM-IV，2000）定義失智症特徵為：「發展多重認知缺陷，並同時出現記憶損害和至少一種或一種以上的認知障礙，包括：失語症、執行功能障礙等。」

失智症隨著病程發展，會有不同程度的認知和日常生活功能喪失。根據行政院衛生署公告「身心障礙等級」（2008）定義，失智症分為輕度、中度、重度、極重度。輕度失智時期，患者記憶力、判斷力、對時間的定向力、自我照顧能力和複雜日常生活功能會出現局部障礙，需要他人監督；中度失智時期，患者記憶力困難、對時間與地點的定向力喪失、自我照顧能力缺損、複雜日常生活功能出現明顯障礙，需部分依賴他人照護；重度失智時期，患者記憶力、判斷力、對時間與地點的定向力、自我照顧能力完全喪失，即便簡單日常生活功能也產生障礙，需完全依賴他人照護；極重度失智時期，患者認知功能完全喪失，語言能力瓦解，自我照顧能力也完全喪失，需完全依賴他人照護。

失智症的類型可分為漸進性中樞神經退化、血管型、混合型、及其他類。漸進性中樞神經退化失智症具不可逆性，目前治療無法完全治癒，僅能延緩病情惡化，以阿茲海默症、額顳葉型失智症、路易氏體失智症較常見。血管型失智症是因腦中風或慢性腦血管病變，造成腦部血液循環不良，導致腦細胞死亡

造成智力減退。混合型失智症為阿茲海默症與血管型失智症並存。其他因素導致之失智症則為特定原因所造成，病因包括營養失調、顱內病灶、新陳代謝及電解質失調的內分泌疾病、中樞神經系統感染、長期服用藥物、酗酒、化學毒素中毒或重金屬中毒、其他（台灣失智症協會，2010）。

失智症除了在不同病程時期有不同程度的認知和日常生活功能障礙，不同失智症類型所呈現的症狀也不相同。阿茲海默症早期症狀主要為記憶力障礙，患者難記住姓名和近期發生事件，或出現冷漠和抑鬱的行為；血管型失智症不同於阿茲海默症，早期症狀不是記憶喪失，而是出現判斷力或日常生活能力障礙；額顳葉型失智症的典型症狀則為性格和行為改變，以及言語困難；路易氏體失智症有部分症狀與阿茲海默症相似，但較阿茲海默症者更容易在初期出現睡眠障礙、視覺性幻覺、肌肉僵硬或類似帕金森症的症狀（Alzheimer's Association, Types of Dementia，檢索日期：2012 年 4 月 9 日）。

另外，失智症雖以認知功能障礙為主要症狀，患者也會產生與認知功能無關的精神症狀，以及攻擊（aggression）與激躁（agitation）等問題行為，稱為「非認知症狀」（behavioral and psychological symptoms of dementia, BPSD）（謝美芬、顏兆熊，2008）。精神症狀與問題行為產生的原因，可從神經生物、心理、社會三個層面解釋，神經生物層面指患者腦部神經受損，心理層面為患者性格受失智症影響而改變，社會層面則指患者因環境改變，或發病前與家屬照顧者的關係不佳而導致（黃正平，2006）。精神症狀有憂鬱、焦慮、妄想、幻覺、錯覺等（謝美芬、顏兆熊，2008），問題行為可分為攻擊行為、肢體的非攻擊行為、語言躁動行為三種類型，攻擊行為包含打、踢、推、搔抓、撕物品、咒罵或語言攻擊、搶奪他人物品、啃咬與吐口水等；身體的非攻擊行為包含踱步、漫無目的遊走、不適當穿脫衣服、不適當處理物品、表現出重複動作與坐立不安；語言躁動行為包含不斷抱怨、無理要求、重複句子或問題、尖叫（Cohen-Mansfield, Marx & Rosenthal, 1989；轉引自高潔純，2004）。

而失智症特性對家屬照顧者造成以下三個挑戰：

（一）失智症多屬不可逆類型，家屬照顧路途漫長

失智症病程平均約八至十年以上，而失智症者的類型以退化性的阿茲海默症為主，血管型次之，混合型再次之，且血管型與混合型失智症死亡率較阿茲

海默症高（劉景寬、戴志達、林瑞泰、賴秋蓮，2000），由此可見，罹患失智症且存活者多屬退化型失智症，目前仍無治癒方法，凸顯家屬照顧是一條漫長的路。

（二）失智症早期不易發現與確診，家屬面對照顧工作無所適從

老年人剛開始發生失智症狀時，可能只是輕微容易忘記，找不到東西或放錯地方，家屬很可能以為患者只是因為年紀大了，等到情況越來越嚴重，患者出現明顯的記憶力衰退、智力下降、無法思考解決問題、情緒和行為上的問題，才會引起注意，因此家屬早期往往不易發覺，而導致患者延誤就醫（台灣失智症協會，2009）。

除此，不同類型失智症會出現的症狀不見得相同，即使早期診斷也可能產生誤診的情況。額顳葉型失智症起始症狀為行為異常、人格改變、明顯語意障礙，而非記憶力減退，經常被誤認是精神症狀（羅彥宇，2006）。Galvin 等人（2010）調查九百六十二位路易氏體失智症家屬照顧者帶患者就診的經驗，發現路易氏體失智症者首度診斷時，可能會被誤診為巴金森氏症、阿茲海默症或精神疾病，半數的患者要看超過三個醫師與歷經一年的診斷才能確診為路易氏體失智症。

失智症早期症狀的多樣性與複雜性，不僅使家屬不易發現以致延誤就醫治療，即便早期就醫也可能誤診，使家屬面對失智老年人的照顧工作無所適從，無端消耗時間、金錢與精力。

（三）失智症者的認知、非認知症狀與日常生活功能持續退化，家屬照顧工作越益困難

失智症者發生行為和精神症狀相當普遍（傅中玲，2006），且因失智症者以大腦皮層的退化為主，所以在早期及中期行動較無障礙，直到晚期才會出現行動困難（林冠宏，2006），當輕、中度失智期活動功能完整的老年人發生行為和精神症狀，可能會造成受傷、營養不良及高死亡率，同時也會增加照顧者的焦慮和憂鬱症狀（Gerdner & Buckwalter, 1994）。失智症最常發生的問題是認知功能障礙，其中最讓家屬困擾的是記憶減退問題，其他包括判斷力、思考力不佳、迷失方向而走失，以及溝通方面的障礙等。精神障礙則包括猜疑、妄想、幻覺、

錯認等症狀最困擾照顧者，而常見的行為問題則包括吵鬧、發脾氣、重複現象、睡眠障礙、漫遊、貪食、藏東西等（邱愛富，1999）。

失智老年人除了失智症引起相關症狀之外，還可能伴隨因老化而引起的疼痛疾病狀況。老化是自然現象，人的生理機能會隨著年齡逐漸衰退，但受到基因遺傳和過去生活習慣等因素的影響，老年人罹患各種疾病的機率較高（梅陳玉蟬、楊培珊，2005）。當失智老年人感受到老化引起的疼痛症狀時，因認知功能障礙而無法有效自我表達，可能出現攻擊與激躁行為（Buffum, et al., 2001）。

另一方面，失智症將長期擾亂患者和家屬的生活。失智症者隨著病程發展，飲食、作家事、利用交通工具、處理財務等日常生活功能會逐漸退化，相關研究指出失智症者日常生活功能越差，家屬照顧者需要付出更多的心力和時間來照顧患者，負荷也就越重（湯麗玉，1991；林敬程，2000；陳昱名，2004）。

二、 家屬照顧者特性

家屬照顧者的典型特徵為中年或老年、女性、失智症者的配偶或子女（鄭秀容、曾月霞，2008；Brodaty, 2009），而家屬扮演照顧者的角色，可能是基於強烈的責任感、與老年人關係親密、找不到合適的照護機構、或無法負擔機構照護費用等因素，家屬照顧者的特徵和照顧能力會構成家屬照顧者以下兩個挑戰：

（一）家屬照顧者的特徵可能增加照顧負荷

家屬照顧者的特徵指家屬的年齡、性別、教育程度、社經背景、角色、健康狀況。研究顯示，家屬照顧者的特徵、患者症狀和照顧負荷互有關連，家屬照顧者若是失智症者的成年子女，照護負荷會增加（Yeager, Hyer, Hobbs & Coyne, 2010）。成年子女家屬照顧者除了扮演老年人照顧者的角色之外，通常會身兼其他角色，如父親、母親或工作者，照顧者除了要照顧老年人，還需照顧自己的家庭，甚至需要外出工作，多重角色間的轉換自然會增加家屬壓力，影響其身心健康，如何在多重角色中取得平衡是家屬照顧者的挑戰。

而年紀輕、教育程度低、經濟收入低、花費較多時間照顧的家屬照顧者，會遭遇較多失智症者精神症狀，也較容易產生憂鬱狀況（Covinsky, et al., 2003; Sink, et al., 2006; Andrén & Elmståhl, 2007）。除此，家屬照顧者的身體健康也會

影響其負荷程度，當家屬照顧者的身體健康狀況差，會使其照顧失智症者的精力和能力下降，導致家屬照顧者負荷增加 (Andrén & Elmståhl, 2007; Di Mattei, et al., 2008)。

(二) 家屬照顧者照顧能力影響失智老年人的照顧品質

照顧能力指家屬照顧者所具備的疾病、照顧等相關知識和因應策略。Graham、Ballard 和 Shan (1997) 證實家屬照顧者的失智症知識與其心理健康相關，當家屬照顧者具備的失智症知識越多，其憂鬱程度就越低，對於身為照顧者的任務也較有勝任感和自信。除此，失智症者隨著病情程度，會逐漸喪失提供個人重要資訊的能力，家屬可能錯誤判斷失智症者病情，對其病情有不正確的認知。Ala 等人 (2005) 發現家屬對於患者的行為能力有低估和高估的情況，如此將影響照顧工作，因為當家屬高估患者行為能力時，可能無法察覺患者可能遭遇的危險情況。

家屬照顧者在照顧過程遭遇問題時如何應對，亦會影響失智老年人的照顧品質。雖然失智症者的問題行為是照顧過程最具壓力的層面 (Coen, et al., 1997)，但 Robinson 等人 (2001) 調查失智症者問題行為和照顧負荷間的關係，發現與問題行為發生頻率相較之下，照顧者本身對問題行為的反應與照顧負荷有更高的關聯性，顯示照顧者的應對方式較患者問題行為實際發生的頻率更為重要。de Vugt 等人 (2004) 則發現照顧者的管理策略會影響失智症者的行為，缺乏理解患者和逃避問題的照顧者，較容易遭遇失智症者的問題行為。

邱麗蓉等人 (2007) 指出，家屬照顧者生理與心理健康與失智病症、家屬的處理能力相關，當家屬對患者記憶行為問題和日常生活功能評價受困擾程度越高，以及處理患者記憶行為問題自我效能愈低，則家屬整體健康愈差，而照顧者的因應行為也和健康互相影響，當照顧者使用情緒因應行為頻率愈高，意即出現擔心、哭泣、逃避現實等情緒性因應行為，則照顧者健康也較差。Di Mattei 等人 (2008) 也發現家屬照顧者的因應策略與照顧負荷程度高度相關，採取逃避式的因應策略會增加家屬照顧者痛苦程度。

三、照顧工作的影響

家屬照顧工作內容大致可分「直接照顧」與「間接照顧」。「直接照顧」指家屬直接給予患者身體功能與心理支持的照顧，身體照顧包含飲食、維持身體清潔、排泄、協助身體症狀處理、協助醫療處置、觀察、預防疾病惡化、交通照顧；心理照顧包含語言和非語言的關懷，如：鼓勵、陪伴、了解病患。「間接照顧」指家屬因照顧對象生病所產生的社會與經濟層面照顧工作，社會照顧包含協助購物、代替處理家務、注意醫療資源、與其他人員溝通、與醫療相關的決策、尋求疾病照顧相關資訊；經濟照顧指協助患者解決因疾病引起的財務問題、代替患者處理財務（陳秀娟、陳美伶，2003）。

家庭照顧老年人工作內容瑣碎、繁重、複雜（邱怡玟，2004），而失智症隨著病程發展，患者的認知與非認知症狀會越來越嚴重，也會逐漸喪失言語與行動能力，因此失智老年人家屬照顧者要面對的問題越來越多，照顧工作也越來越困難。研究指出，失智老年人家屬照顧者明顯較非失智老年人家屬照顧者花費更多照顧時間，健康、社會關係和經濟狀況也較差（Ory, et al., 1999; Dello Buono, et al., 1999），照顧工作可能造成失智老年人家屬照顧者生理、心理健康、經濟、人際互動、與家庭問題，以下說明之。

（一）生理、心理健康問題

照顧工作會使家屬照顧者健康下降，失智症家屬照顧者常疲於應付患者的退化和行為問題，而忽略照顧自己，使自身處於高膽固醇、高血壓、高血糖、憂鬱症以及其他健康問題風險（巫瑩慧，2009）。

國外研究發現，失智症家屬照顧者使用安眠藥、抗憂鬱藥等精神藥物的頻率，較非失智症家屬照顧者高（Clipp & George, 1990; Camargos, et al., 2012）。而邱逸榛等人（2010）調查一百八十位失智症家屬照顧者的睡眠障礙及相關因素，發現有三分之二的家屬有各種睡眠障礙，包括入睡困難、睡眠期間中途醒來、睡眠週期結束前過早醒來，而照顧者的憂鬱程度與睡眠障礙明顯相關，顯示照顧工作對家屬照顧者心理造成影響，進而也影響其生理狀況。

（二）經濟問題

居家照顧失智老年人的家屬，委請外籍照顧者協助案例大幅增加，除了給付薪資、保險、仲介費用及食宿雜支等費用外，再加上需依不同病程添購醫療器材與輔助用具、陪同患者醫療往返的成本，所需花費有時反而超過入住機構的金額；另一方面，家屬為了使失智老年人獲得完善的照顧，可能會全天候參與照顧而辭去工作，待患者過世後，也可能無法重回職場，面臨缺乏經濟來源的困境（轉引自巫瑩慧，2010）。

（三）人際互動問題

家屬照顧者面對失智老年人的認知與非認知症狀，需花費不少心力與時間因應，家屬照顧者不僅減少社交活動時間，也可能在人際互動上產生障礙。Clark 和 Bond（2000）調查一百六十三位失智症者配偶照顧者的日常生活活動，發現失智症配偶照顧者較同儕花費更多時間在家庭活動，很少參與社交活動。

而社會大眾對於失智症相關知識不了解，遇到失智老年人出現認知或非認知症狀時，可能會以異樣眼光看待，無法展現同理心，即時伸出援手，甚至可能引發衝突，增添家屬在照顧過程中身心的疲勞與壓力，如下一則相關社會新聞案例所示：

「一名輕微失智的 82 歲老先生，前往水果店買水果蔬菜，沒有付錢便直接拎著塑膠袋走出店外，被店家當成賊報警處理。老先生的妻子解釋，丈夫年紀大了，罹患糖尿病、輕微失智症，常常忘東忘西，買東西忘了自己有沒有付錢，真的不是故意要偷東西，事發後想付錢給店家，但店家則認為老先生不付賬的行為不只一次了，之前都當沒事、不追究，而此次連續提醒老翁兩次付錢沒？老翁都堅持付過了，也不想搭理他，因此堅持提告竊盜連帶損害賠償。」（2011 年 1 月 7 日，拿水果忘記付錢 失智翁被送辦。自由電子報。檢索日期：2012 年 4 月 8 日）

（四）家庭問題

Lindsey（1997）藉由訪談十二位失智老年人家屬照顧者，發現家屬居家照顧失智老年人的方式可分為三種：（1）替代照顧、（2）互補照顧、（3）共同照顧，而這三種照顧方式有可能產生家庭衝突。

替代照顧形式，指相同的服務由不同家庭成員提供，但家庭成員彼此間可能對替代需求、性質、範圍和照顧時間缺乏共識，而家庭成員也可能因為與失

智老年人或主要照顧者先前的關係不佳而引發衝突。互補照顧形式，指不同服務由不同家庭成員提供，但家庭成員可能面臨照顧時間與照顧技能需求的困難，若家庭成員人數少會影響照顧工作分配，而家庭成員、失智老人和主要照顧者先前關係差也會影響此種照顧方式的運作。共同照顧形式，指不同服務由不同成員間互相合作提供，但家庭成員對失智老年人病症的嚴重性、疾病預後與需要的幫助可能缺乏共識，同樣的，家庭成員、失智老人與主要照顧者先前的關係差也是此種照顧形式會產生衝突的原因。

四、 小結

綜上所述，失智老年人家屬照顧者挑戰來源包含失智症特性、家屬照顧者特性以及照顧工作的影響。失智症特性包含：多屬不可逆類型、早期不易發現與確診及患者認知、非認知症狀與日常生活功能持續退化。家屬照顧者特性包含：年齡、性別、教育程度、社經背景、角色、健康狀況、照顧能力等特徵。照顧工作的影響則是家屬照顧者提供失智老年人生理、心理、社會、經濟層面的照顧，可能會使家屬照顧者面臨生心理健康下降、經濟困難、人際互動障礙、家庭衝突等問題。而這些問題預設了潛在的資訊需求，在下一節進一步探討。

第三節 失智老年人家屬照顧者的資訊需求

當照顧者面臨的問題和需要無法滿足或無法達到平衡時，所產生的負向反應就是「負荷」(burden) (馬先芝，2003)，且家屬照顧者需求越高，負荷也就越高 (鄭秀容，2005)。負荷會造成家屬照顧者生、心理健康問題，促使家屬將失智老年人送至機構，而機構照護可能以身體或化學約束方式，處理患者的問題行為，造成患者生活品質低落 (湯麗玉、李明濱，2006)。

負荷也可能使家屬照顧者與失智老年人的關係趨於負面，衍生虐待患者的問題 (Coyne, et al., 1993)。研究指出，失智症者的記憶能力缺陷和問題行為是造成家屬照顧者負荷的因素 (Rymer, et al., 2002)，但研究也發現，當照顧者負荷越高，失智症者產生攻擊行為機率會增加，與照顧者的關係也會下降 (Kunik, et al., 2010)，顯示家屬照顧者的負荷和失智症者的症狀互相影響。

綜而言之，家屬照顧者產生需求的原因是因為感受到負荷，而負荷不僅會影響家屬照顧者自身健康，也會影響失智症者的照護品質，因此了解家屬照顧者的需求，才能了解如何幫助家屬照顧者減輕負荷，使失智老年人的居家照顧品質和家屬照顧者的生活品質提升。

一、 資訊對失智老年人家屬照顧者的重要性

「資訊」能幫助家屬照顧者了解患者的健康狀況、辨識症狀的嚴重程度、增進家屬照顧者因應問題和作決定的能力、以及降低家屬照顧者的不確定感，並減輕家屬壓力程度進而提昇患者的照護品質 (Meredith, et al., 1996; Bull & Mcshane, 2002)。

資訊也會影響家屬照顧者的照顧能力，研究指出家屬照顧者不知道服務的存在、對相關服務缺乏了解、或者不知道該如何利用，是造成家屬照顧者與社會福利和資源間存在隔閡的原因之一 (Dello Buono, et al., 1999; Morgan, et al., 2002; Lampley-Dallas, Mold & Flori, 2001; Brodaty, et al., 2005; Raivio, et al., 2007)，而國內、外失智老年人家屬照顧者需求相關研究顯示，在失智老年人家屬照顧者所有需求中，資訊是基本且重要的。

Scott 等人 (2005) 調查指出，失智症家屬照顧者缺乏教育和處理問題狀況的方法，當遇到失智症者的問題行為，家屬照顧者不是每次都知如何處理，也不知道該向誰求助。Lai 和 Chung (2007) 以結構式問卷調查一百四十四位香港失智症家屬照顧者的資訊需求，發現三分之二家屬照顧者為女性，66%是患者的成年子女、19%是其他親人如媳婦、13%為配偶，家屬照顧者遭遇的照顧問題以「不知道如何照顧患者」、「經濟壓力」、「缺乏服務資訊」三項比率最高。Lilly 等人 (2012) 利用焦點團體法訪談二十三位失智症家屬照顧者的需求，多數受訪家屬表示希望能獲得一致、可靠、且新穎的失智症與相關可利用服務的資訊。

國內研究部分，湯麗玉 (1991) 針對失智症家屬照顧者負荷進行的調查，發現失智症家屬照顧者最需要的社會支持項目依序為：有人可提供必要訊息、有人協助照顧病人、有人可以讓我隨時打電話求助、有人可以告訴我照顧失智症的方法、有人給予我指點建議與提醒，並指出照顧者情緒性、工具性、資訊性三種支持需求中，獲得最少的是「資訊性支持」。

邱愛富 (1999) 以深入訪談了解家屬對照顧失智老年人真正的感受與經驗，發現照顧者所需要的協助包括幫助照顧患者、提供資訊、宣傳廣告等，是屬於「資訊性支持需求」。林敬程 (1999) 調查一百一十位失智老年人家屬照顧者對「喘息服務」、「資訊」、「心理」、「經濟」四個層面需求程度和影響需求的因素，也發現家屬照顧者對「資訊」的需求程度最高。

陳昱名 (2004) 利用問卷調查與訪談，指出取得相關照顧資訊是家屬照顧者認為在照顧過程中最需要的支持力量。鄭秀容、曾月霞 (2008) 調查一百零八位失智老年人家屬照顧者，發現家屬的需求類型可分為私人化需求與制度化需求兩種。在私人化需求為有人能打電話關心和鼓勵、有人照顧病患讓您可以到廟裡燒香或上教堂作禮拜、以及有人照顧病患讓您有時間辦事情，制度化需求為政府或機構提供居家護理服務、政府提供醫療費用之補助，以及有相同照顧經驗的人有機會在一起分享。而在私人化需求面，家屬最沒被滿足的私人需求是「有人提供有關照顧的知識和技巧」。

而 Lee (2009) 比較台灣與美國失智症家屬照顧者對社會支持的看法，發現兩地失智症家屬照顧者對最有幫助和最需要社會支持的看法有些差異，作者推

測此差異可能與東、西方家庭文化有關。自表 2.1 可知，資訊是台灣失智症家屬照顧者認為最有幫助和最需要的社會支持之一，而美國失智症家屬的選擇則多與「實務協助」相關。美國家庭的特徵是，孩子長大後多離開父母到他地念書或工作，居住距離成為家庭成員日常互動的障礙。父母年老生病時，孩子無法經常探望，也較無法提供定期照顧；台灣家庭文化則受到中國傳統觀念影響，父母與孩子間的聯繫緊密，兒子被認為是傳承家業的繼承者，父母將孩子養大後，通常會繼續與兒子住，當父母年老生病，兒子與媳婦便需負起主要照顧責任。因此台灣失智老年人由家人親自照顧的機率較高，家屬照顧者對「資訊」的需求也較高。

表 2.1 台灣和美國失智症家屬照顧者對社會支持看法

國家	最有幫助的社會支持	最需要的社會支持
台灣	家人(42%)、健康專家(39%)、照顧服務員(25%)、協會和網站資訊(19%)、朋友(15%)、宗教(15%)、提供失智症者的活動(15%)、日間照顧(9%)、經濟補助(9%)、支持團體(6%)	政府(24%)、協會和網站資訊(16%)、訓練有素的照顧服務員(15%)、喘息服務(14%)、日間照顧(13%)、家人(12%)、醫療改善(12%)、提供失智症者的活動(9%)、支持團體(5%)、會傾聽的照顧者(2%)
美國	健康專家(36%)、支持團體(34%)、日間照顧(28%)、朋友(28%)、家人(22%)、照顧服務員(14%)、喘息服務(6%)	喘息服務(32%)、家人(22%)、訓練有素的照顧服務員(10%)、日間照顧(6%)、會傾聽的照顧者(6%)、政府(4%)、支持團體(2%)

資料來源：“*Determining factors of the psychological health of primary caregivers caring for people with dementia: A comparison between Taiwan and The United States.*” by K. F. Lee, 2009, Unpublished doctoral dissertation, New York State University, p.55-62.

上述文獻均指出資訊對照顧者的重要性，以下接續進一步探討國內、外失智老年人家屬照顧者資訊需求相關實徵研究。

二、失智老年人家屬照顧者資訊需求實徵研究

相關文獻所探討的資訊需求面向主要有：「需求的資訊類型/主題、管道、影響因素」、「資訊需求演變的歷程」、「照顧經驗與資訊需求的關聯」，以下依序說明之。

（一）失智老年人家屬照顧者需求的資訊「類型/主題、管道、影響因素」

失智老年人家屬照顧者需求的資訊類型或主題部分，Silverstein 等人(1993)透過電話訪查，了解家屬照顧者對於阿茲海默症協會電話諮詢專線服務的滿意度，發現家屬普遍滿意度高，而家屬利用電話諮詢專線經常詢問的問題為：「照護機構的位置、家屬支持團體、相關資訊資源、診斷轉介、症狀惡化、問題行為、法律議題、成人日間照顧、醫療資訊、喘息服務、病患支持團體」等，顯示家屬照顧者有廣泛的資訊需求，且對於可利用的資源不夠清楚，希望透過專業性諮詢獲得解答。

Wackerbarth 和 Johnson (2002) 採用問卷調查失智症家屬照顧者需要的資訊，發現家屬需要的資訊可分為「一般資訊、診斷和治療、法律和財務」三類。一般資訊包含失智症相關疾病與照顧知識、相關研究和統計數據等；診斷和治療資訊指失智症檢測目的、檢測結果、治療選擇、如何作治療決策、醫療試驗等；法律和財務資訊則為健康計畫承保、法律議題討論、法律詞彙等。三類資訊中，家屬認為診斷和治療、法律和財務資訊較一般資訊重要。

而 Edelman 等人 (2006) 調查鄉村地區失智症者和照顧者的資訊和服務需求，將需求分為「醫療、照顧、因應、服務、其他」五類。研究結果顯示，照顧者和病患有興趣的需求主題為失智症症狀、藥物改善治療、另類療法與治療、遺傳、日常照顧等議題，顯示失智症者和照顧者有多元的資訊需求，其研究也呈現出照顧者和病患在醫療和照顧管理議題方面資訊和服務的缺乏。

Lai 和 Chung (2007) 以問卷調查一百四十四位香港失智症家屬照顧者的資訊需求，發現家屬照顧者需要的資訊類型的重要性依序為：治療與照顧的最新資訊 (71%)、疾病資訊 (69%)、訓練工作坊 (66%)、相關醫療服務 (63%)、

相關社區支持服務（62%）、申請服務的方法（60%）、服務類別/費用（53%）、對待患者行為的方法（48%）、開放式論壇（16%）。

Lauriks 等人（2007）則透過分析一百六十五篇有關探討利用資訊傳播科技（ICT）來滿足失智症者和家屬照顧者的研究，發現家屬照顧者的資訊需求可分為四大主題：1.私人和一般資訊，包含失智症、提供服務、法律與財務議題、患者病情、照顧計畫等。2.失智症症狀相關支持需求，包含處理患者日常生活功能、因應精神與問題行為。3.社會接觸與陪伴需求，指與家人、朋友、社會環境保持聯繫的方法。4.失智症者健康監督與安全需求，指維繫患者在每個病程階段的安全。

Nichols 等人（2008）則從規劃符合家屬照顧者需求介入服務的角度，提出納入家屬照顧者主動選擇的資訊能提升教育成效，並利用次級資料分析法，分析家屬參與介入計畫後的意見回饋，發現最多家屬有興趣的行為主題為：「行動、好鬥性、溝通、混亂」，最有興趣的壓力和因應主題為：「健康生活風格、悲傷、放鬆」。

Hirakawa 等人（2011）調查四百七十五位日本失智老年人家屬照顧者，發現家屬照顧者普遍希望獲得更多失智症相關資訊，而家屬照顧者需要的資訊包含：「疾病傳播、治癒機率、治療、照顧、家庭影響」。

失智老年人家屬照顧者資訊管道部分，Lai 和 Chung（2007）研究發現家屬照顧者獲得資訊的管道依頻率為：醫院和社區組織派發的宣導手冊（71%）、大眾媒體（65%）、訓練工作坊（30%）、親戚朋友口頭分享（16%）、參加展覽（12%）、網路資源（10%）。Lee（2009）發現台灣失智症家屬照顧者獲得資訊的管道為失智症協會網站、電視節目、手冊。因為與醫生見面的時間有限，能向醫生詢問的資訊也有限，多數家屬會從其他資源尋求資訊，如相關協會、地方公共健康中心或醫院提供的雜誌和手冊。家屬表示，這些資源幫助他們了解失智症疾病發展和可利用的相關服務。另外，家屬也指出「朋友」是有用的社會支持，有些朋友會提供失智症相關資訊，並分享照顧失智症者的相關經驗。Hirakawa 等人（2011）探索發現失智老年人家屬照顧者主要資訊管道為：照顧管理專員、醫師、報章雜誌、家人/親戚、鄰居、護士、宣傳單、網路、醫學書籍、志工團體。

影響失智老年人家屬照顧者資訊需求的部分，林敬程（1999）發現影響家屬照顧者資訊需求程度的因素包含：

1. 「老年人失智症嚴重程度」。中重度失智老年人家庭照顧者對於資訊需求程度較輕度老年人家屬照顧者高。
2. 「失智老年人的問題行為與情緒出現頻率」。失智老年人的問題行為與情緒出現頻率越高，家屬照顧者資訊需求越高。
3. 「照顧者的就業狀況」。全職工作、幫忙家中事業、因照顧工作離職的家屬照顧者，其資訊需求程度較原本無工作和已退休的照顧者的高。
4. 「照顧者是否有其他失能老人或幼兒需照顧」。有其他失能老人或幼兒需照顧的家屬照顧者資訊需求較沒有者高。
5. 「照顧者年齡與教育程度」。家屬照顧者年齡越低、教育程度越高，對資訊需求越高。
6. 「自覺家庭經濟狀況困難的照顧者」。自覺家庭經濟狀況困難的照顧者，其資訊需求較自覺家庭經濟狀況過得去及富裕的照顧者還高。

Wackerbarth 和 Johnson（2002）則發現性別、居住地、照顧資歷等特徵會影響家屬照顧者對不同資訊的需求程度。女性、居住在郊區、或照顧患者多年的家屬照顧者認為提供支持給失智症者的相關資訊比較重要，照顧經驗豐富的家屬照顧者較經驗少的家屬照顧者認為法律和財務資訊較重要。Nichols 等人（2008）也有類似的發現，其研究指出不同性別、角色、種族的家屬，在行為主題、壓力和因應主題需求的選擇程度上有部分差異，另外，病患和家屬照顧者的臨床特徵也會影響家屬照顧者資訊的選擇。Hirakawa 等人（2011）也發現家屬照顧者的資訊需求會隨失智症者不同病程改變。

表 2.2 失智老年人家屬照顧者資訊需求實徵研究列表

研究者	研究對象	研究方法	類型/主題	管道	影響因素
Silverstein, et al. (1993)	美國一百四十二位阿茲海默症與其他類型失智症家屬照顧者	電話訪談、問卷調查	• 照護機構位置 • 家屬支持團體 • 相關資訊資源 • 診斷轉介 • 症狀惡化 • 問題行為 • 法律議題 • 成人日間照顧 • 醫療資訊 • 喘息服務 • 病患支持團體	• 專業電話諮詢	
林敬程 (1999)	台灣一百一十位失智老年人家數照顧者	問卷調查			• 老年人失智症嚴重程度 • 失智老年人的問題行為與情緒出現頻率 • 照顧者的就業狀況 • 照顧者是否有其他失能老人或幼兒需照顧 • 照顧者年齡與教育程度 • 自覺家庭經濟狀況困難的照顧者
Wackerbarth & Johnson (2002)	一百二十八位美國阿茲海默症或其他類型失智症家屬照顧者	問卷調查	• 診斷 • 治療 • 法律 • 經濟		• 家屬照顧者的性別、居住地、照顧資歷 • 照顧經驗
Edelman, et al. (2006)	一百位美國阿茲海默症者與家屬照顧者	問卷調查	• 醫療 • 照顧 • 因應 • 服務 • 其他		

Lai & Chung (2007)	一百四十四位香港失智症家屬	問卷調查	• 治療與照顧的最新資訊 • 疾病資訊 • 訓練工作坊 • 相關醫療服務 • 相關社區支持服務 • 申請服務的方法 • 服務類別/費用 • 對待患者行為的方法 • 開放式論壇	• 醫院和社區組織派發宣導手冊 • 大眾媒體 • 訓練工作坊 • 親戚朋友口頭分享 • 參加展覽 • 網路資源	
Lauriks, et al. (2007)	一百六十五篇失智症者、家屬照顧者與ICT的研究文獻	文獻分析	• 私人和一般資訊：失智症、提供服務、法律與財務議題、患者病情、照顧計畫。 • 失智症症狀相關支持需求：處理患者日常生活功能、因應精神與問題行為。 • 社會接觸與陪伴需求：與家人、朋友、社會環境保持聯繫的方法。 • 失智症者健康監督與安全需求：維繫患者在每個病程階段的安全。		
Nichols, et al. (2009)	一百六十五位美國失智症家屬照顧者	次級資料分析	• 行為主題：行動、好鬥性、溝通、混亂。 • 壓力和因應主題：健康生活風格、悲傷、放鬆。		• 家屬背景 • 家屬臨床特徵 • 失智症者臨床特徵
Lee (2009)	六十六位台灣、五十六位美國	面對面訪談		• 失智症協會網站 • 電視節目	

				• 醫院、協會或社區機構提供雜誌或手冊 • 朋友	
Hirakawa, et al. (2011)	四百七十五位日本失智老年人家屬照顧者	問卷調查	• 疾病傳播 • 治癒機率 • 治療 • 照顧 • 家庭影響	• 照顧管理專員 • 醫師 • 報章雜誌 • 家人/親戚 • 鄰居 • 護士 • 宣傳單 • 網路 • 醫學書籍 • 志工團體	

(二) 失智老年人家屬照顧者「資訊需求演變的歷程」

1990 年代學術界發現提供家屬教育素材，能幫助他們應付照顧需求，因而引發家屬照顧者需求的研究趨勢。而「了解家屬照顧者的需求並教育他們」這個基本問題至今仍然存在，對失智症家屬和主要治療者而言，辨識關鍵問題是充滿挑戰的過程。主要治療者經常無法了解照顧者的需求，照顧者也並不一定能清楚表達需求，因此部分研究者強調，了解照顧者的需求應著重於照顧的歷程，而不是失智症病程的階段 (Nichols, et al., 2008)。

就研究者蒐集到探索失智老年人家屬照顧歷程的研究，年代最早為 1980 年 H. S. Wilson 透過深度訪談與居家觀察，並以紮根理論概念化二十位阿茲海默症家屬的照顧經驗。H. S. Wilson (1989) 認為，「失智症的症狀」不是讓患者機構化和惡化家屬照顧者生活品質的關鍵因素，相對的；「害怕未來」才是影響家屬照顧者的主要問題，若能了解家屬照顧歷程的階段，將有助於規劃適合家屬照顧者的支持服務。Wilson 發現家屬照顧歷程可分為八個階段：

1. 注意 (noticing)：家屬未發現患者有明顯的認知和行為障礙，但注意到患者在記憶、語言或行為有些異常、困難或改變。
2. 忽視與正視 (discounting and normalizing)：家屬注意到患者的改變後，傾向歸因於患者「年紀大」，直到患者的異常行為嚴重惡化或發生具體事件，讓家屬無法繼續忽視。

3. 懷疑 (suspecting)：患者的狀況越來越差時，家屬開始暗自猜測：「哪裡出了問題？」，家屬在此階段充滿不確定感。
4. 尋求解釋 (searching for explanations)：家屬於此階段開始尋求診斷，但可能面臨誤診、無法理解診斷結果、僅作初步診斷確認，而沒有治療的經驗。
5. 重建 (recasting)：經專業醫師確診，家屬開始回顧並重新評估先前與患者相處的經驗。
6. 承擔 (taking it on)：一旦家屬接受患者的情況，便面臨是否承擔照顧者角色的抉擇。
7. 經歷 (going through it)：家屬決定成為照顧者後，開始經歷一段長期的照顧時期。此階段的經驗包含面臨無止盡的問題、不斷從錯誤中學習、獲得少許或完全沒支持。許多家屬身心健康不斷被磨蝕，最後考慮將患者送至機構。
8. 轉手 (turning it over)：將患者交由機構照顧，家屬成為隱形的照顧者，照顧內容包括持續探望患者、財務管理、陪伴患者經歷危急情況或進出入急性照顧醫療機構。

傳統研究多利用面對面的訪談法或焦點團體法，探索失智老年人家屬照顧者關心的議題，但此種方式的限制在於無法更深入了解家屬照顧者間談論的敏感話題，而 Mahoney (1998) 利用網際網路的虛擬社群作為研究場域，分析阿茲海默症家屬照顧者討論話題的內容，發現家屬照顧者的照顧活動、照顧角色、關心的議題與需要的資訊，會隨著患者病程進展。

Mahoney (1998) 指出，失智症者的病程分為早、中、晚三階段，家屬照顧者在每階段的照顧活動皆包含「存在」(being there) 和「警覺」(vigilance) 兩種概念。在患者早期失智階段，家屬照顧活動的「存在」概念指維護患者的自尊和尊嚴，提供患者線索、指引、維護患者身體功能、避免讓患者智力下降、難堪或挫折的情況，「警覺」概念指監視患者的活動以評估患者的功能、及辨識需要執行的保護措施，而照顧角色是使環境正規化。患者中度失智階段，家屬照顧者照顧活動的「存在」概念指幫助患者有效因應疾病和維持功能、監督支持服務、協調服務安排，「警覺」概念指直接監督患者認知衰退的活動，家屬照

顧者的角色著重於管理患者每日活動。患者失智晚期階段，家屬照顧者的照顧活動無所不包，部分家屬開始感到負荷達到極限，並考慮將患者送至機構。晚期家屬照顧者照顧活動的「存在」概念指即便患者已無法辨認，家屬仍意識到自己存在的重要性，「警覺」概念指家屬守護患者，以確保患者的病情不會受其他負面因素影響而惡化，而照顧角色為撐過每日可能遭遇的困難狀況。

除此，患者不同病程階段，家屬照顧者所關注的議題和需要的資訊也不相同。患者早期失智階段，家屬懷疑診斷過程，想知道關於診斷方面的資訊，包括適當的診斷方式、需要作的檢測、診斷方法的正確性。待接受診斷結果後，家屬開始尋求資訊，希望了解更多失智症相關資訊，而在虛擬社群上的照顧者會分享在地或國際相關資源。家屬也對「對抗失智症」的相關議題有興趣，包括替代療法、失智症成因、以及擔心失智症遺傳問題，除此，也需要法律與財務建議幫助他們「維持生活秩序」。患者中期失智階段，家屬照顧者多討論管理失智症相關的問題、患者症狀所造成的問題情境與安全議題，以及藥物使用問題與經驗。患者重度失智階段，家屬照顧者不堪照顧負荷，開始注意到自我照顧的重要性，並重視網路支持團體的價值，此時期也多出現患者飲食相關問題，家屬照顧者也會討論是否該將患者送入機構照顧。

Mahoney (1998) 根據其研究結果建構出照顧者對資訊的需求變遷模式 (model of caregiver transitions) :

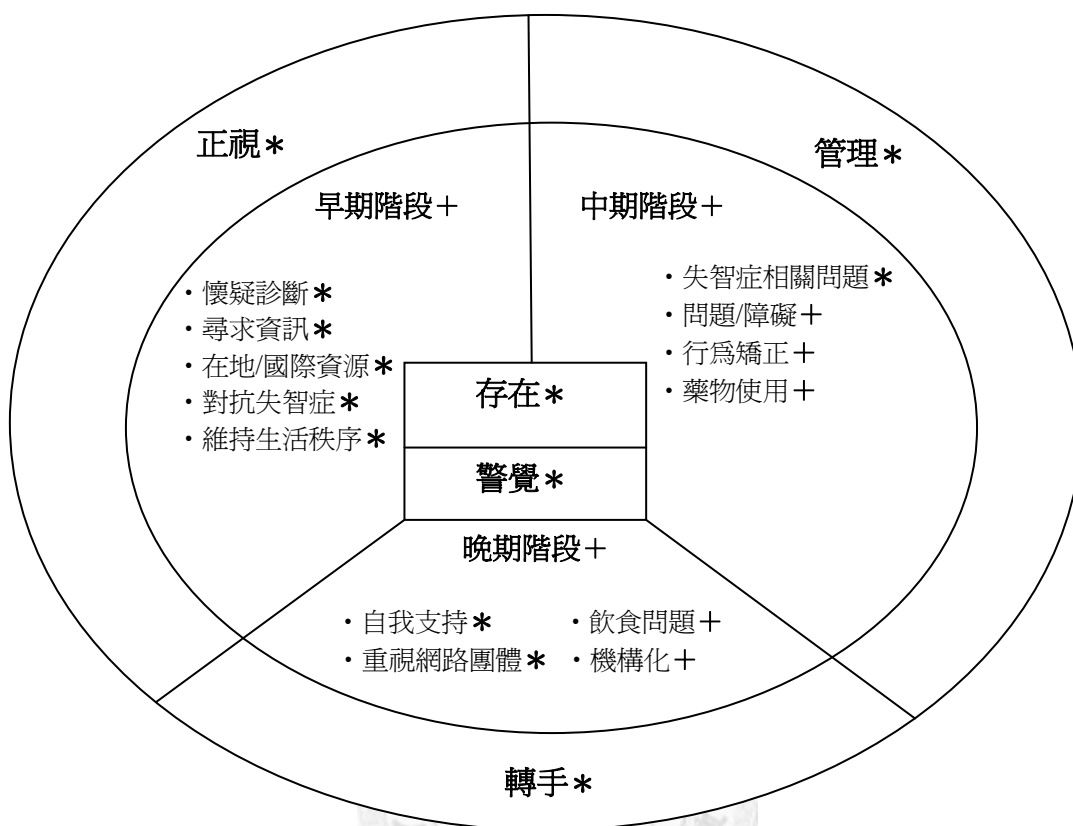


圖 2.1 阿茲海默症家屬照顧者資訊需求變遷模式

資料來源：轉繪自 “A content analysis of an Alzheimer family caregivers virtual focus group.” by D. F. Mahoney, 1998, *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 13 (6), p. 312.

(符號圖示解說：*指家屬照顧者部分、+指與失智老年人有關的部分)

Wilson (1989) 和 Mahoney (1998) 的研究結果皆呈現出失智老年人家屬照顧者動態的照顧歷程，也顯示家屬照顧者在每個照顧階段會經驗到特定的問題。而除了探索家屬照顧者的整體照顧歷程之外，部分研究則針對家屬照顧者在照顧工作中某一項特定活動的過程及需要的資訊進行探討，如陪伴失智症者就醫是多數家屬會經歷的任務，或是當失智症者隨著病程發展會逐漸喪失語言能力，家屬往往須代替失智症者與醫師溝通。

針對代替失智症者與醫師溝通，Beisecker 等人 (1997) 發現醫師和照顧者間的互動是一個動態且持續的過程，自診斷開始醫師、失智症者、家屬照顧者便成為三人互動組合 (triadic interaction)。三人間的互動隨著患者病情程度變

化，當患者仍能表達和理解時，醫師會直接與患者互動，而當患者無法表達需求時，醫師便逐漸轉向與家屬照顧者互動，甚至只和家屬照顧者交換資訊，並關心家屬照顧者的健康。研究也發現，照顧者想要醫師提供更多有關疾病預期進程、經濟和法律議題、可利用的服務、研究計畫以及私人需求的資訊。

Vernooij-Dassen 等人（2002）則調查五十一名失智症病患與家屬與記憶治療醫師的溝通過程，發現診斷的基本資訊有 86% 提供給患者，88% 提供給照顧者。而有關患者行為和專業照顧等特定資訊，較常於當患者有明顯認知、行為和日常生活活動問題、以及照顧者的判斷能力低時提供，顯示醫師在能明確判斷患者罹患失智症時，提供的資訊較符合患者和照顧者需求。然而，當患者有認知問題但無法診斷確認是否由失智症引起時，家屬對於從記憶治療醫師接收到的資訊較不滿意。顯示醫師所觀察到的「客觀問題」與患者和照顧者「主觀的資訊需求」間有所落差，醫師注意到的問題不一定完全符合患者和照顧者的資訊需求，病患和照顧者可能有其他問題但卻沒被醫師觀察到。

Wald 等人（2003）進一步利用「歷程」概念，探索失智症家屬照顧者在診斷期間與之後期望獲得哪些資訊，並提出「三規則」（the rule of threes）。Wald 等人（2003）將診斷過程分為四期，發現每一個診斷時期，家屬照顧者期望獲得三種資訊：1. 診斷期間（diagnosis），家屬照顧者想知道「什麼是失智症」、「可利用的藥物」、「失智症者的精神和行為症狀」；2. 初期複診（early follow-up appointment），家屬照顧者想知道「可利用的服務」、「疾病病理」、「如何因應危機」；3. 第一次後期複診（later follow-up appointment 1），家屬照顧者想知道「支持團體」、「福利」、「法律和財務議題」；4. 第二次後期複診（later follow-up appointment 2），家屬照顧者想知道「心理治療」、「對照顧者的影響」、「輔助療法」。

（三）失智老年人家屬照顧者「照顧經驗與資訊需求的關聯」

家屬照顧者執行的每種照顧工作可能有其特殊經驗，一些研究者便藉由探索家屬照顧者某一特定照顧工作的經驗，來發掘家屬照顧者的資訊需求。

Small、Geldart 和 Gutman（2000）分析文獻指出，失智症者的日常生活功能與溝通能力退化，是造成家屬照顧者負荷的兩大主要因素。他們透過焦點團

體法訪談二十二位家屬照顧者發現，輕度到中度失智症家屬照顧者面臨溝通問題的機會，較中度到重度失智症家屬照顧者高。而家屬在協助失智症患者日常生活功能，較常面臨溝通問題的照顧工作包含：對話、打電話、洗澡、計畫事情、找東西、準備餐點、看電視、飲食、閱讀、財務、著裝，其中又以「對話」發生溝通問題的頻率較高。

家屬為何認為「對話」是最常面臨溝通問題的日常照顧工作？Small、Geldart 和 Gutman（2000）認為可能的解釋是：「對話」是唯一需要完全仰賴「溝通」的活動，家屬需要與患者交換資訊，才能完成「對話」的目的，另外，也可能是因為患者語言能力持續退化，家屬與患者對話機會越來越有限，使家屬產生失落感。

而石又敏等人（2010）透過深度訪談十六位失智症家屬照顧者發現，家屬陪伴患者就醫經驗包含以下幾種特色：（1）家屬照顧者必須摸索出陪同患者就醫的方式，（2）失智症者的症狀令人措手不及與困窘，（3）漫長、枯燥與不安的等待，（4）就醫環境的不友善，（5）診療之時效性不足，（6）缺少失智症專科化醫療照護，顯示一般家屬對失智症認識不足，導致延遲就醫的情況，且不知道可以申請哪些資源，也反應出家屬對判斷患者健康問題表徵能力以及認識相關資源的需求。

三、 小結

綜觀國內、外失智老年人家屬照顧者資訊需求相關實徵研究，自 1990 年至近年的研究顯示失智老年人家屬照顧者有資訊需求，反應出「資訊」對家屬照顧者的重要性。就研究方法部分，多數研究採取問卷調查法，研究問題著重家屬照顧者需要資訊的類型、主題、管道和影響因素。若由資訊需求的角度來看家屬照顧者需求，過去的研究多將家屬照顧者的需求定義為單獨的物件，無論處於何種環境，這樣的需求都是有用的，它可以協助家屬解決相同的問題。但家屬與失智症者性質不同的需求會隨著照顧歷程變化，僅用問卷調查法，只能了解家屬在單一面向的資訊需求，而無法了解家屬資訊需求歷程性的變化。除了以問卷調查，也有研究者以照顧歷程和經驗的概念去探索家屬照顧者的需

求，所發現的面向更多元，可見家屬照顧者的資訊需求不只能從類型、主題、管道、影響因素等面向了解，還有其他值得探索的地方。

第四節 社會性問答網站相關研究

消費者利用網路尋求健康資訊已是現今趨勢，失智症患者的家屬也不例外。Shen (2006) 探索阿茲海默症家屬照顧者的網路使用行為，指出家屬會利用網路搜尋引擎尋找有關阿茲海默症的健康與醫療資訊。Lai 和 Chun (2007)、Hirakawa 等人 (2011) 的研究也發現，「網路」是失智症家屬照顧者獲得資訊的管道之一。研究者搜尋台灣專門提供失智症相關資訊的網站共六個（詳見附錄一），初步觀察後，發現除台灣失智症協會的網站提供資訊較完整，其他網站資訊稍顯不足，且提供的資訊主題和內容多屬通則性的資訊。

相對於專業相關網站，社會性問答網站是一種應用 Web2.0 技術的網路分享平台，其特色是使用者不再只能被動等待資訊服務者提供資訊或檢索既有資訊，可以用自己的話闡述資訊需求，無論描述詳細或簡短皆可 (Oh, et al., 2012)。現今知名社會性問答網站如 Yahoo! Answers (台灣稱為 Yahoo! 奇摩知識+)，它是一個大型和多元的網路問答社群，不僅作為知識分享的媒介，也讓人們可以尋求建議、聚集意見、與滿足人們對沒有唯一正確答案事物的好奇心 (Adamic, et al., 2008)。例如：在台灣知名社會性問答網站 Yahoo! 奇摩知識+可發現為數不少有關失智老年人家屬提出的問題。

為進一步了解如何透過社會性問答之分析以探究本研究問題，以下針對以社會性問答網站「提問者」與「回答者」為研究對象的文獻進行探討。

一、 提問者的問題分類

了解使用者的問題分類可以幫助資訊提供者設計更符合使用者需求的系統 (Harper, et. al, 2010)，部分研究者便對使用者在社會性問答網站上提出的問題進行分析，以更了解使用者行為與社群互動結果。

Harper、Moy 與 Konstan (2009) 提出社會性問答網站的提問可分為資訊型 (informational) 和交談型 (conversational) 兩種。資訊型問題是使用者意圖透過學習、使用事實導向答案 (fact-oriented answers) 或建議導向答案

(advice-oriented answers) 來獲得資訊，這類型問題如：「緬甸英文舊稱 Burma 與新稱 Myanmar 有什麼不同？」；交談型問題的意圖則是刺激討論，希望可以得到意見 (opinion) 或自我表述 (self-expression) 類資訊，這一類的問題如：「你喝可口可樂還是百事可樂呢？」

為更深入了解人們於網路提出問題的本質和目的，Harper、Weinberg、Logie 和 Konstan (2010) 嘗試建立一套社會性問答網站的問題分類法 (taxonomy of online questions)。Harper、Weinberg、Logie 和 Konstan (2010) 將網路問題為六類：建議 (advice)、確認 (identification)、偏好 (dis/approval)、評鑑 (quality)、指示 (prescriptive) 與事實 (factual)。「建議類」問題，提問者意圖在獲得未來行動的指引；「確認類」問題，指提問者設定一特定議題，希望聚集人們共同針對此特定議題進行討論；「偏好類」問題，提問者意圖了解他人對特定議題的主觀偏好；「評鑑類」問題，提問者意圖了解他人對特定議題在客觀資料上的評價；「指示類」問題，指提問者為解決問題期望了解他人經驗性的看法；「事實類」問題，則為提問者尋求客觀或經驗性的答案。(見表 2.3)

Harper 等人 (2010) 從 Answerbag、Metafilter 和 Yahoo! Answers 三個社會性問答網站選出 300 個問題，並邀請七位研究生以五點量表判斷這 300 個問題的檔案價值 (archival value)，意即探索可供資訊系統設計者參考設計為 Q&A 網站的價值，發現「建議、評鑑、指示與事實型」問題有較高檔案價值，「確認與偏好型」問題則檔案價值較低。

表 2.3 Harper 等人之社會性問答網站系統問題分類表

問題類型	建議	確認	偏好	評鑑	指示	事實
問題解釋	提問意圖在於產生新的或專門針對性的答案、方法、計畫。	提問意圖在使人們建立討論焦點或關係。	提問意圖在鼓勵人們分享喜好程度。	提問意圖在尋求好、壞的例子，或稱量產品、項目或概念。	提問意圖在追求問題已有的答案。提問者想要學習步驟或策略以解決面臨的問題。	提問意圖在尋找客觀或經驗性的答案，如既有的資訊、資料或知識。
問題範例	我的父母認為玩「披頭四搖滾樂團」(遊戲)浪費時間，我該如何說服他們這個遊戲確實可以幫助我學習音樂？	你想看到哪一個樂團被作成「搖滾樂團」遊戲的「特別版」？我希望「馬奇雷蒙」，我想當 Dee-Dee，你們想當誰？	你最喜歡披頭四的哪首歌？	馬奇雷蒙最棒的歌是哪一首？	我有聽說「披頭四搖滾樂團」遊戲中有復活節彩蛋，可以演奏「 <u>艾蓮娜瑞比</u> 」這首歌，但我找不到，你們都怎麼解鎖歌？	我的「吉他英雄」Will 版控制器可以用在「披頭四搖滾樂團」的 Will 版嗎？

資料來源：轉譯自 Harper, F. M., Weinberg, J., Logie, J., & Konstan, J. A. (2010). Question types in social Q&A sites. *First Monday*, 15(7), NP-NP.

Oh、Zhang 和 Park (2012) 則以癌症 (Cancer) 與性病 (STDs) 兩種疾病為主題，自 Yahoo! Answers 各選出 200 則問題進行內容分析，探索人們如何在社會性問答網站上描述其健康資訊需求。其研究結果指出，大多數的問題中，提問者會簡短描述其健康狀況和問題，再提出關於預防、症狀、診斷或治療等資訊需求。除此，提問者不僅關心問題的資訊面，也會揭露他們的情緒狀態，以接收回答問題者的情緒支持。

Oh、Zhang 和 Park (2012) 將人們在尋求健康資訊時，提出問題內所包含的資訊歸為兩種型態：1. 提供的資訊 (information provided)，2. 提問的資訊 (information asked)。(見表 2.4)

表 2.4 Oh 等人之健康問題描述內容類別

類別	定義與描述	子項
人口資訊	病患和照顧者的人口資訊	性別、年齡、與問題和病人的關係、或潛在病人的問題。
疾病資訊 (提供)	人們解釋病患或潛在病患的狀況	預防/肇因、症狀、檢測、治療、診斷
其他資訊 (提供)	人們分享維持健康的個人紀錄或生活型態	醫療紀錄、家庭醫療史、食物/運動、抽菸/喝酒、環境因素
疾病資訊 (提問)	病患或潛在病患詢問懷疑或已經被診斷罹患的疾病資訊	預防、症狀、診斷、檢測、治療、預後
社會情緒 (提問)	病患或潛在病患詢問他們處理情緒的方法	隔離、接受、社會支持、因應
日常生活 (提問)	病患或潛在病患詢問維持健康生活的資訊	喝酒、抽菸、環境因素
風險因素 (提問)	造成疾病的風險因素	無保護措施的性行為、多重伴侶、喝酒、使用禁藥

資料來源：轉譯自 Oh, S., Zhang, Y., & Park, M. (2012). Health information needs on diseases: A coding schema development for analyzing health questions in Social Q&A. *Proceedings of the 75th Annual Conference of the American Society for Information Science & Technology (ASIST'12)*. Baltimore, MD, October 26-30, 2012.

Oh、Zhang 和 Park (2012) 的研究也發現，「癌症」與「性病」兩種疾病的健康資訊尋求者，提問內容的資訊特性也有所不同。癌症提問者會提供飲食、節食、運動、抽菸或喝酒習慣、自己或家人的醫療紀錄等健康狀況資訊，而性病提問者則主要描述直接或間接接觸的性關係或性行為情境，並詢問罹患性病的可能性或風險因素。此顯示，疾病特性會影響健康資訊尋求者提問模式。

邱銘心和吳寂絹(2012)參考Kuhlthau提出的資訊尋求過程模式(Information Seeking Process Model)中的行動(active)、認知(cognitive)、及情意(affective)概念，探索消費者健康資訊尋求者於社會性問答網站中的資訊需求，並發展出消費者健康資訊需求ACE模式。邱銘心和吳寂絹指出，Kuhlthau提出ISP六個階段中行動、認知、及情意面向的變化，反映出資訊搜尋始於使用者的問題，使用者在該問題或主題的知識與解決問題的需求之間的差距，即為使用者的資訊需求，使用者的知識狀態是動態的而非靜止的，且會隨著搜尋的過程而改變。

邱銘心和吳寂絹採用消費者健康資訊需求ACE模式，分析Yahoo!奇摩知識+440則健康問答資料的行動、認知、及情感構面，研究結果發現採取行動是健

康問題最常見的表達特徵，顯示健康資訊尋求的主動性本質。邱銘心和吳寂絹進一步解釋，許多健康資訊尋求者不必然是已生病的患者或潛在患者，健康或重視健康者也會主動提升對於健康問題的認知與理解。

除此，邱銘心和吳寂絹也發現健康資訊尋求者在不同階段需要的健康資訊類型也有所差異。另一方面，健康資訊尋求者的問題可能會同時包含好幾種活動，顯示健康資訊尋求行為具多重任務的特質。

二、 提問者資訊品質判斷標準

社會性問答網站的特色之一，為任何網路使用者可以在此搜尋與分享資訊，其資訊品質較缺乏控管，因此，亦有研究者探究使用者如何判斷資訊品質。

Kim 和 Oh（2007）分析 1,200 篇 Yahoo! Answers 的提問、最佳解答與提問者對最佳解答的評論，探索提問者如何判斷最佳解答，以及提問者最佳解答判準與問題類型間的關聯性。研究結果顯示使用者判準分為內容（content）、認知（cognitive）、效用（utility）、資訊來源（information source）、外部因素（extrinsic）、社會情感（socio-emotional）、及概括說明（general statement）七類，整體比例以社會情感類占最多。其研究也發現，使用者對不同問題類型與問題主題，採用最佳解答的判準也不相同。Kim 和 Oh（2007）將問題分為資訊（Information）、建議（Suggestion）、與意見（Opinion）三類，意見類問題最常提出，且提問者解答判準多為社會情感類。

Kim 和 Oh（2007）的研究凸顯情緒支持、回答者態度、回答者努力、回答者經驗、同意、確認、感動這些「社會情緒價值」對資訊尋求者的重要性。人們於社會性問答系統上提問，不只是想要獲得具體資訊，也需要主觀意見和建議的分享。古佳馨（2011）以 Yahoo! 奇摩知識+為研究對象，採用搜尋記錄法、觀察法與訪談法，探討使用者判斷開放性知識分享平台資訊品質的歷程，其研究證實 Kim 和 Oh（2007）提出的「內容、認知、效用、資訊來源、外部因素、社會情感」六種判準存在，另外也發現使用者會採取「社會評價」和「時間因素」兩種類型判準來判斷資訊品質。

三、 回答者的特性

Gazan (2006) 將社會性問答網站的回答者分為專家 (Specialists) 和綜合者 (Synthesists) 兩種類型。專家 (Specialists) 指宣稱具備專業知識回答者，提供的解答並沒有附上參考資源。綜合者 (Synthesists) 指未宣稱具專業知識的回答者，解答會附上其他資訊資源，如：人名、組織名稱、內部與外部連結、引用出版資源、相關他人經驗。

Gazan(2006)分析這兩種回答者在 Answerbag 上被使用者認為有用(useful)的機率，發現整體而言，使用者認為「綜合者」回答有用的機率高於「專家」的回答，而「專家」回答被選擇有用率高的情況，僅出現在特定問題類別裡，如法律類別。Gazan (2006) 也發現，純粹由專家或綜合者回答的問題僅有 36.7%，有 63.3% 的回答是綜合了兩種回答者的特性，回答者即便宣稱自己具有專業知識，仍會提供其他參考資源。Gazan (2006) 的研究顯示，社會性問答網站使用者不只重視專業性的回答，也重視提供相關資訊資源的回答。

Adamic 等人 (2008) 探索 Yahoo! Answers 的知識分享行為，分析大規模問答資料，發現提問者與回答者身份重疊，以及使用者知識分享範疇跨越領域的現象。提問者在某一特定類別提問後，可能會同時在該類別回答他人的問題。而回答者回答某特定類別 (categories) 問題，也可能回答完全不相關類別的問題，然而，回答者的回答越聚焦於相關類別，被選為最佳解答的機率越大。

四、 回答資訊的引用來源

回答者回答內容的資訊來源是影響使用者判斷資訊品質的因素之一 (Kim & Oh, 2007)。Oh 等人 (2008) 分析 5 千多篇的 Yahoo! Answers 問答資料，將回答資訊引用來源分成五類：1.人際來源：個人經驗、想法、認知、情境、專業知識、教育背景、種族淵源、其他人際來源。2.圖書來源：聖經與其他書籍。3.大眾媒體來源：電視、報紙、雜誌。4.網路來源：個人網站、商業網站、組織網站、政府網站、教育網站、搜尋引擎、Yahoo!Answers。5.其它來源：無法分類的來源。其研究指出「人際」是最常出現的回答引用來源，依次為網路、圖書、大眾媒體。

何怡融（2011）參考 Oh 等人（2008）之分類，則將 Yahoo!奇摩知識+引用來源管道及類型分為四大類：1.人際引用來源：自身經驗、他人經驗、轉介諮詢。2.網路引用來源：網頁互動性、資料類型、網域。3.電視與傳播媒體來源：電視、報紙、電子媒體、廣播。4.圖書資源：一般圖書、參考圖書、期刊。其研究與 Oh 等人（2008）的研究有相似發現，「人際」與「網路」是社會性問答網站中，回答者最常引用資料的兩種來源。

五、小結

綜前所述，相關研究印證了社會性問答網站的特性，也提供本研究思考研究方法的方向。提問者可以根據自己的想法說明或描述問題，相關文獻發現提問者的問題分成不同類型，顯示單一的資訊並無法滿足所有提問者，不同提問者即使面臨相同問題，其所提出的問題也不會完全相同。除此，提問者不只需要事實性的資訊，也需要其他面向的資訊，如情緒性的支持。

而社會性問答網站允許提問者自行選擇最佳解答，相關研究也發現提問者不僅需要專業知識，也重視解答中附上其他資訊資源，回答者回答的資訊引用來源是提問者作為判斷資訊品質的因素之一。失智老年人家屬照顧者是異質性的群體，不同家屬面臨的問題狀況不可能完全相同，在社會性問答網站的環境中，家屬照顧者的提問與最佳解答，應可幫助研究者對家屬照顧者的資訊需求有更進一步了解。

第三章 研究設計與實施

本章說明本研究的研究設計與實施，分為研究方法、研究對象、資料蒐集與分析、及研究實施步驟四小節，以下詳述之。

第一節 研究方法

本研究旨在探索失智老年人家屬照顧者的資訊需求，並從面對問題的「情境」與「歷程性」的概念探討照顧者「資訊需求」的特質。本研究假設家屬照顧者之所以產生資訊需求，是為了解決面對失智家屬過程中遭遇的「問題狀況與問題」，故「如何發掘失智老年人家屬照顧者面臨的問題狀況與問題」是研究者思考研究方法的主軸。為達成上述目的，本研究採取內容分析法，分析 Yahoo! 奇摩知識+中失智老年人家屬照顧者相關問答資料，藉由發掘失智老年人家屬照顧者提問的問題類型與資訊引用來源，以探索其資訊需求特質。以下說明研究者思考並採取內容分析 Yahoo! 奇摩知識+問答資料之理由：

(一) 家屬照顧者平日照顧失智老年家屬相當耗費心力，不適合過度打擾，且研究者採用深度訪談法之成效有限

研究者為增加對失智症相關議題的熟悉與敏感度，於 2012 年 2 月加入台灣失智症協會擔任志工，親身參與相關活動並接觸失智老人和家屬照顧者。透過擔任志工的經驗，研究者發現家屬照顧者平日照顧失智家屬相當耗費心力，若非具相關學科背景，並不適合過度打擾。除此，研究者於設計研究方法初期，曾嘗試採用深度訪談法，邀請失智老年人家屬照顧者實際面對面互動。然而，研究者也發現，採用深度訪談法之成效有限，家屬照顧者接受訪談時，不是置身於問題狀況當下，未必能具體表達遭遇的問題狀況與問題，因此，本研究正式研究時決定不採用深度訪談法。

(二) Yahoo! 奇摩知識+中相關問答資料可反映失智老年人家屬照顧者的問題狀況，且適用於採取內容分析法蒐集和分析之

研究者發現在 Yahoo! 奇摩知識+如此的社會性問答網站，有許多關於失智老年人家屬照顧者的問答資料。Yahoo! 奇摩知識+提供家屬照顧者以文字自由闡述問題，且可自由選擇最佳解答，因此研究者認為這些問答資料可反映出家屬照

顧者面對失智家屬可能發生過的、接近真實的問題狀況和需要的解答資訊。而內容分析法是一種蒐集和分析文章內容的技術，特別適用於三種類型的研究：（一）處理數量相當龐大的文案。（二）難以實際接觸的主題。（三）隨意觀察文案時很難發掘的訊息（Neuman, 1997/朱柔若譯，2000）。基於 Yahoo!奇摩知識+問答資料數量龐大，加以失智老年人家屬照顧者不適過度打擾，因此，本研究採取內容分析法，以 Yahoo!奇摩知識+為研究場域，分析失智老年人家屬照顧者相關問答資料。

第二節 研究對象

本研究對象為 Yahoo!奇摩知識+中有關失智老年人家屬照顧者的問答資料，以下就「失智老年人家屬照顧者」與「Yahoo!奇摩知識+」兩者說明之。

一、失智老年人家屬照顧者

本研究設定選取受訪者的特徵分為「失智老年人」與「家屬照顧者」兩個部分，以下詳述之。

- （一）失智老年人部分，需具備的特徵為年齡等於或大於 65 歲。
- （二）家屬照顧者部分，需具備以下兩個條件為：

- 1. 為失智老年人的家屬，包括配偶、子女、兒媳、及其他。
- 2. 包含失智老年人的主要照顧者或非主要照顧者。

「主要照顧者」指失智老年人沐浴、著裝、如廁、移位、排泄、進食、經濟處理、家事打掃或提供安全、監督等日常生活之照顧工作花費最多時間的家屬；「非主要照顧者」指並非花費最多時間於照顧工作，但與失智老年人有互動，或協助主要照顧者的家屬。（具體篩選策略見第三節）

二、Yahoo!奇摩知識+

Yahoo!奇摩知識+為 Yahoo!奇摩網路公司建置之開放性知識分享平台，啟用於 2004 年，具有即時問答互動功能，可以讓使用者互相分享資訊，使用者可以參加發問、回答、投票、評價、評論等各種知識活動。使用者除了可以自由提問，也可以在眾多解答中，選擇出一個「最佳解答」（Yahoo!奇摩知識+服務說明，檢索日期：2012 年 6 月 21 日），截至 2012 年 2 月為止，已經累計

超過 1,900 萬則知識 (Yahoo!奇摩企業部落格, 檢索日期: 2012 年 7 月 30 日)。

根據網路使用行為調查公司創市際於 2007 年的調查, 網路使用者最常使用的搜尋工具第二名即為 Yahoo!奇摩知識+和維基百科等知識分享平台, 而創市際於 2009 年的調查指出, Yahoo!奇摩知識+到達率至 77.3%, 僅次於 Yahoo!奇摩搜尋, 每月不重複瀏覽人次將近一千萬人, 成為一項受歡迎的搜尋服務。

The screenshot displays the Yahoo! Knowledge+ (知識+) website. At the top, there's a banner for 'DIABLO 邪惡再臨' (Diablo: The Evil Returns). Below the banner are navigation tabs: '分類', '快問快答', '如何做', '煩惱', '知識團', '主題知識'. A search bar is located below these tabs. The main content area shows a list of questions and answers. A red box highlights a specific question and its best answer. To the left of the page, there are two vertical labels: '發問資料' (Question Data) and '解答資料' (Answer Data), each with a bracket pointing to the highlighted question and answer sections respectively.

發問資料

解答資料

圖 3.1 Yahoo!奇摩知識+問答介面示意圖
(擷取日期: 2012.7.10)

Yahoo!奇摩知識+主張，提問者把問題放在正確的分類中，將會吸引合適的網友回應，能提升找到最佳解答的機會。Yahoo!奇摩知識+融合專業領域及興趣話題建立十二大類的「知識分類」：電腦網路、休閒嗜好、社會人文、科學常識、生活資訊、視聽娛樂、商業金融、煩惱心事、手機通訊、運動體育、教育學習、醫療保健。使用者提問後，系統文件歸類技術會根據「問題標題」及「問題內容」，自動建議問題分類，使用者若不滿意系統建議的問題分類，可點選「自行選擇問題分類」選項，再依次主分類、次分類選擇符合問題的適當分類(Yahoo!奇摩知識服務中心，知識+說明，檢索日期：2012 年 10 月 2 日)。

問題分類：你的問題可能屬於煩惱心事，建議由「煩惱心事」分類中挑選！
若確定為「知識問答」，則由「知識」分類中挑選。

[HELP](#) [說明](#)

☐ 煩惱心事 > 家庭 > 家族
☐ 醫療保健 > 傳統醫療
☐ 醫療保健 > 保健常識

← **系統判定分類**

☒ 由「知識」分類中自行挑選

← **提問者自選分類**

主分類

- 視聽娛樂->
- 運動體育->
- 社會人文->
- 商業金融->
- 教育學習->
- 科學常識->
- 醫療保健->

次分類 1

- 一般疾病
- 傳染病
- 男性疾病
- 女性疾病
- 防癌抗癌
- 塑身減重

次分類 2

次分類 3

次分類 4

次分類 5

(請先選擇主分類，再依序選擇次分類，發表後將無法更改類別)

圖 3.2 Yahoo!奇摩知識+問題分類選擇示意圖

(擷取日期：2012.10.2)

本研究選擇 Yahoo!奇摩知識+作為蒐集研究資料的場域，而其中有關失智老年人家屬照顧者「發問」與「最佳解答」的內容是本研究關注的重點。研究者假設家屬照顧者於知識+發問的舉動，是家屬照顧者在自然情況下，主動想要尋求資訊的行為，因此發問內容可以反應出家屬照顧者當時所處在的問題狀況。此外，根據 Yahoo!奇摩知識+問答機制，當發問者提出問題後，可以從各篇回答文章中選出一篇「最佳解答」，選擇途徑有兩種：(一) 自選解答，指由發問者自行判斷並選擇最滿意的回答；(二) 交付投票，指發問者無法自行判斷該選擇哪篇回答時，可以發起票選活動，由其他網友投票決定，由此可知，無論是自選解答或交付投票，是根據發問者的決定。因此本研究也假設，失智老

年人家屬照顧者於知識+發問後，產出的「最佳解答」就是家屬照顧者有興趣參考的資訊，「最佳解答」的內容便成為探索本研究第三項問題：「失智老年人家屬照顧者解決問題的資訊引用來源與特徵」的關鍵資料。

第三節 資料蒐集與分析

本節說明本研究蒐集與分析研究資料之工具與具體策略。首先說明問答資料「蒐集方法」，其次說明問答資料「分析方法」。

一、 Yahoo!奇摩知識+失智老年人家屬照顧者問答資料蒐集

本研究以 2012 年 10 月 31 日為截止日期，篩選並儲存 Yahoo!奇摩知識+此日期之前所有失智老年人家屬照顧者相關的問答文章。蒐集方式分三階段，第一階段，設定檢索關鍵字以初步選出有關失智老年人家屬照顧者問答的文章，本研究檢索策略為選擇「綜合範圍」，並分別輸入「失智」、「痴呆」、「阿茲海默」、「健忘」四項關鍵字，由於本研究關注問答內容，故除發問文章，還須有解答文章，因此再選取「發問中」與「已解決」範圍。



圖 3.3 失智老年人家屬照顧者問答資料檢索示意圖
(擷取日期：2012.7.10)

第二階段根據本研究目的，由研究者自行設訂兩項辨識失智老年人家屬照顧者發問文章的標準以進行篩選，標準說明如下：

(一) 從發問「標題」或「文章內容」中可明確辨識出發問者與失智症者有親屬關係，或可從「行文前後語意關係」推測與失智症者有親屬關係，且發問文章中需透露失智症者「年齡為 65 歲以上者」或為「老年人」。排除完全無法分辨發文者身分、與失智症者不具親屬關係、失智症者年齡不滿 65 歲、和無法辨識或推測為失智老年人家屬照顧者發問的資料。

(二) 從發問文章「標題」或「文章內容」可明確辨識出發問者目的在於提出問題，並希望獲得解答，排除「評論、分享經驗、僅提供資訊」的發文。可明確辨識發問者與失智症者有親屬關係，且失智症者為老年人的發問文章，發問者通常會在「標題」或「文章內容」直接敘述與失智症者的關係，並以具體數字說明，或以「老年人、長輩」等詞彙形容失智症者的年紀。

範例 1：

「我的婆婆七十六歲患有失智症...」

→明確指出是七十六歲的婆婆。

範例 2：

「家中老年人罹患癡呆症數年...」

→未明確說明親屬關係與患者年齡，但提到「家中」、「老年人」兩個關鍵字。

若發問者在「標題」與「文章內容」並無明確說明與失智症者的關係及失智症者的年齡，則由研究者自行根據「行文前後語意關係」推測是否為失智老年人家屬照顧者所發問的文章。

範例 3：

「78 歲老人癡呆症剛發生...想問問大家有沒有家人有遇過這種經驗的？」

→未明確說明親屬關係，但確定為失智老年人，且根據其詢問內容，提到「大家有沒有家人遇過這種經驗的」，可推測其家中有失智老年人。

範例 4：

「老人痴呆的前兆有哪些?...最近家人有精神容易恍惚的情況」

→未明確說明親屬關係與患者年齡，但提到「老人痴呆」、「家人有精神恍惚情況」，可推測其家中有老年人且疑似有失智症徵兆。

第三階段，研究者確認發問文章性質為家屬詢問失智老年人相關問題後，即利用奇摩知識+「加入追蹤」的會員功能，將該文連結儲存於研究者奇摩帳號中「我的知識+」網頁空間，形成追蹤清單，並將「發問」與「最佳解答」內容複製、儲存成 Word 檔且編號，一來方便研究者日後查找與進行分析，二來以防發文遭刪除或網路連結失效。



圖 3.4 失智老年人家屬照顧者發問之「最佳解答」示意圖

(擷取日期：2012.7.10)

二、 Yahoo!奇摩知識+失智老年人家屬照顧者問答資料分析

正式進行資料分析時，研究者將篩選並儲存成 Word 檔的問答資料下載至 Excel 程式，以 Excel 程式作為資料分析之主要工具。Yahoo!奇摩知識+問答資料分析採取「類屬法」和「情境法」，由研究者反覆閱讀以及不斷比對資料方式

歸納與分類，並給予主題、屬性、構面命名。依據陳向明（2000），類屬分析的分析步驟為；1.在訪談和觀察記錄中尋求反覆出現的現象，尋找解釋現象的概念，主要應用比較技巧。2.就初步找出的概念進行比較，相似的歸成一類，注意類目間的邏輯及互斥等原則，並思考類目間的層屬關係。情境分析指將資料放置在研究現象所處的情境中，按照故事發生的時序，對有關事件及人物進行描述性分析。結合類屬分析和情境分析兩者，可達到共時性與歷時性的統一。

本研究三項研究問題分析方法，第一項研究問題：「失智老年人家屬照顧者面臨之問題類型」分析過程參考 H. S. Wilson（1989）研究的阿茲海默症家屬八階段照顧歷程概念，以及 Harper、Weinberg、Logie、Konstan（2010）提出的網路問題分類法；第二項研究問題：「失智老年人家屬照顧者表達面臨問題之三個構面特徵」分析參考 Kuhlthau（1991）提出人們在資訊尋求過程會歷經行動、認知、情感三種經驗變化概念；而第三項研究問題：「失智老年人家屬照顧者解決問題之資訊引用來源與特徵」分析則參考 Oh 等人（2008）和何怡融（2011）的網路問題回答資訊引用來源之分類。

實徵資料引用，以新細明體字型、字型大小 10pt、縮排 5 字元排版呈現。失智老年人家屬照顧者提問資料來源，以括弧標記為「（檢索關鍵字：資料來源：資訊分類與順序）」，如（DE：Q：E01）。檢索關鍵字指「失智」（Dementia）、「癡呆」（Senile Dementia）、「阿茲海默」（Alzheimer's）、「健忘」（Memory Loss）四種詞彙，代號 DE 指以「失智」為關鍵字檢索之資料；代號 SD 指「癡呆」為關鍵字；代號 AL 指「阿茲海默」為關鍵字；代號 ML 指「健忘」為關鍵字。資料來源代號 Q 指「提問」資料，代號 A 指「解答」資料；資料分類指該筆資料於 Yahoo!奇摩知識+網站中的原始分類，代號 E 指「心事」、代號 L 指「法律」、代號 F 指「家庭」、代號 H 指「醫療保健」、代號 I 指「保險」、代號 N 指「時事」、代號 R 指「宗教」、代號 M 指「音樂」；資料順序指研究者就檢索到之文章順序給予 1、2、3、4 等編號。

實徵資料中被分析出之主題、關鍵字以雙黑底線標示，另由於部份資料內容過多，為提高資料可讀性，研究者將刪除部分內容，僅呈現分析之關鍵段落，故實徵資料中以兩個刪節號（……）表示研究者引用時，所省略的部分內容。實徵資料引用及編碼分析舉例如下。

(一) 失智老年人家屬照顧者面臨問題類型之資料引用與編碼示例

失智老年人家屬照顧者面臨問題類型之實徵資料引用示例：

因父親為輕度失智症因長期吃藥無進展,醫生建議吃威智^藥,但是健保不給付,故想請問各位大哥大姐要在哪買的道及哪一家^{藥廠}出的謝謝拜託啦 (SD:Q:E03)

失智老年人家屬照顧者面臨問題類型編碼示例見表 3.1：

表 3.1 失智老年人家屬照顧者面臨問題類型編碼示例

原始資料	一、主題	二、屬性	三、問題意識階段	四、構面要素
因父親為輕度失智症因長期吃藥無進展,醫生建議吃威智 ^藥 ,但是健保不給付,故想請問各位大哥大姐要在哪買的道及哪一家 ^{藥廠} 出的謝謝拜託啦	■治療→藥物→購買資訊	■事實型	7	■行動 1.說明患者病況 2.描述家屬照顧患者面臨問題 3.提出疑問 ■認知→尋求藥品購買資訊 ■情感→無

失智老年人家屬照顧者遭遇問題類型分析共有主題、屬性、問題意識階段、構面四個面向，分析說明如下：

欄位一、主題：研究者參考相關文獻之分類主題，再根據資料內容細分。

欄位二、屬性：參考 Harper、Weinberg、Logie 和 Konstan (2010) 研究社會性問答網路系統提出的六項問題分類：指導建議、指示、事實、確認、偏好、評鑑。

欄位三、問題意識階段：參考 H. S. Wilson (1989) 研究提出失智症家屬八階段照顧歷程概念，包括：注意、忽視與正視、懷疑、尋求解釋、重建、承擔、經歷、轉手，給予 1 至 8 的編號。

欄位四、構面要素：參考 Kuhlthau 提出人們在資訊尋求過程經歷三種經驗，包含行動、認知、情感。

(二) 失智老年人家屬照顧者解決問題之資訊引用來源與特徵實徵資料引用與編碼示例

失智老年人家屬照顧者解決問題之資訊引用來源與特徵實徵資料引用示例：

威智 Witgen 產品之治療類別：阿茲海默症
 適應症或用途：治療中重度及重度阿茲海默症。
 藥廠：美時製藥
 至於要在哪裡購買，建議您
 1.問醫生 2.打電話到藥廠問
 這是該藥廠網址：
<http://www.lotuspharm.com.tw/chinese/internet/home/index.asp>
 當初我父親失智我們是給他吃愛憶欣 一個月 6000 元 是問藥廠哪
 裡有賣的 不然都要跑醫院跟醫生拿，很麻煩…… (SD：A：E03)

失智老年人家屬照顧者解決問題之資訊引用來源與特徵編碼示例見表 3.2：

表 3.2 失智老年人家屬照顧者解決問題之資訊引用來源與特徵編碼示例

原始資料	資訊來源與特徵
威智 Witgen 產品之治療類別：阿茲海默症 適應症或用途：治療中重度及重度阿茲海默症。 藥廠：美時製藥 至於要在哪裡購買，建議您 1.問醫生 2.打電話到藥廠問 這是該藥廠網址： http://www.lotuspharm.com.tw/chinese/internet/home/index.asp 當初我父親失智我們是給他吃愛憶欣……	■ 回答者→其他家屬照顧者 ■ 資訊特徵 1.人際資源→自身經驗 2.網路資源→網路超連結→商業性網站（藥廠）

本研究分析失智老年人家屬照顧者解決問題之資訊引用來源與特徵主要有兩個面向：「回答者特性」與「回答資訊引用來源與特徵」。「回答者特性」指根據回答內容判斷回答者的身份，如表 3.2 的例子，回答者提出曾經照顧家中失智老年人的經驗，因此可判定回答者特性為「其他家屬照顧者」。

「回答資訊引用來源與特徵」則綜合參考 Oh 等人 (2008) 和何怡融 (2011) 對社會性問答網站的解答資訊引用來源分類，包括「人際資源」、「網路資源」、「大眾媒體資源」、「圖書資源」、及「其他資源」。

1. 「人際資源」之特性：親身經驗、他人經驗、實務經驗、專業知識、轉介資訊。

2. 「網路資源」之特性：可分為「網路資料」，指回答者轉貼網路資料或以文字敘述搜尋到的網路資料、「網址超連結」，指有附上可連結至其他網站或網頁的標籤，又可根據網站或網頁性質分為教育網站、政府網站、商業網站、組織網站、一般網站。

3. 「大眾媒體資源」之特性包含電子新聞、電視。

4. 「圖書資源」之特性包含一般圖書、參考圖書、期刊。

5. 「其他資源」之特性指不屬上述四類資源的其他類資源，包括圖表、歌曲、電影、影片名稱等。

由表 3.2 的例子可知，回答者提供資訊的引用來源與特徵為：(1)「人際資源」，特性為「親身經驗」，(2)「網路資源」，特性為「網路超連結」、「商業網站」。

第四節 研究實施步驟

本研究自形成初步問題意識到完成研究報告期間，研究實施步驟說明如下：(研究流程詳見圖 3.5)

- (一) **文獻回顧與分析**：透過文獻回顧對資訊需求概念、失智老年人家屬照顧者的挑戰、造成因素、及相關資訊需求實徵研究有所了解，以形成本研究之具體研究問題及後續研究設計之參考。
- (二) **選擇研究環境**：選擇 Yahoo!奇摩知識+為蒐集研究資料場域。
- (三) **蒐集、篩選研究資料**：蒐集並篩選 Yahoo!奇摩知識+中失智老年人家屬照顧者的相關發問與最佳解答資料。
- (四) **問答資料內容分析**：對 Yahoo!奇摩知識+蒐集之資料，進行初步編碼與分析。
- (五) **資料編碼、分析與詮釋**：整合編碼、分析、詮釋 Yahoo!奇摩知識+問答資料。
- (六) **綜合討論**：歸納研究結果、結論與建議。
- (七) **提寫論文**：書寫並完成論文。

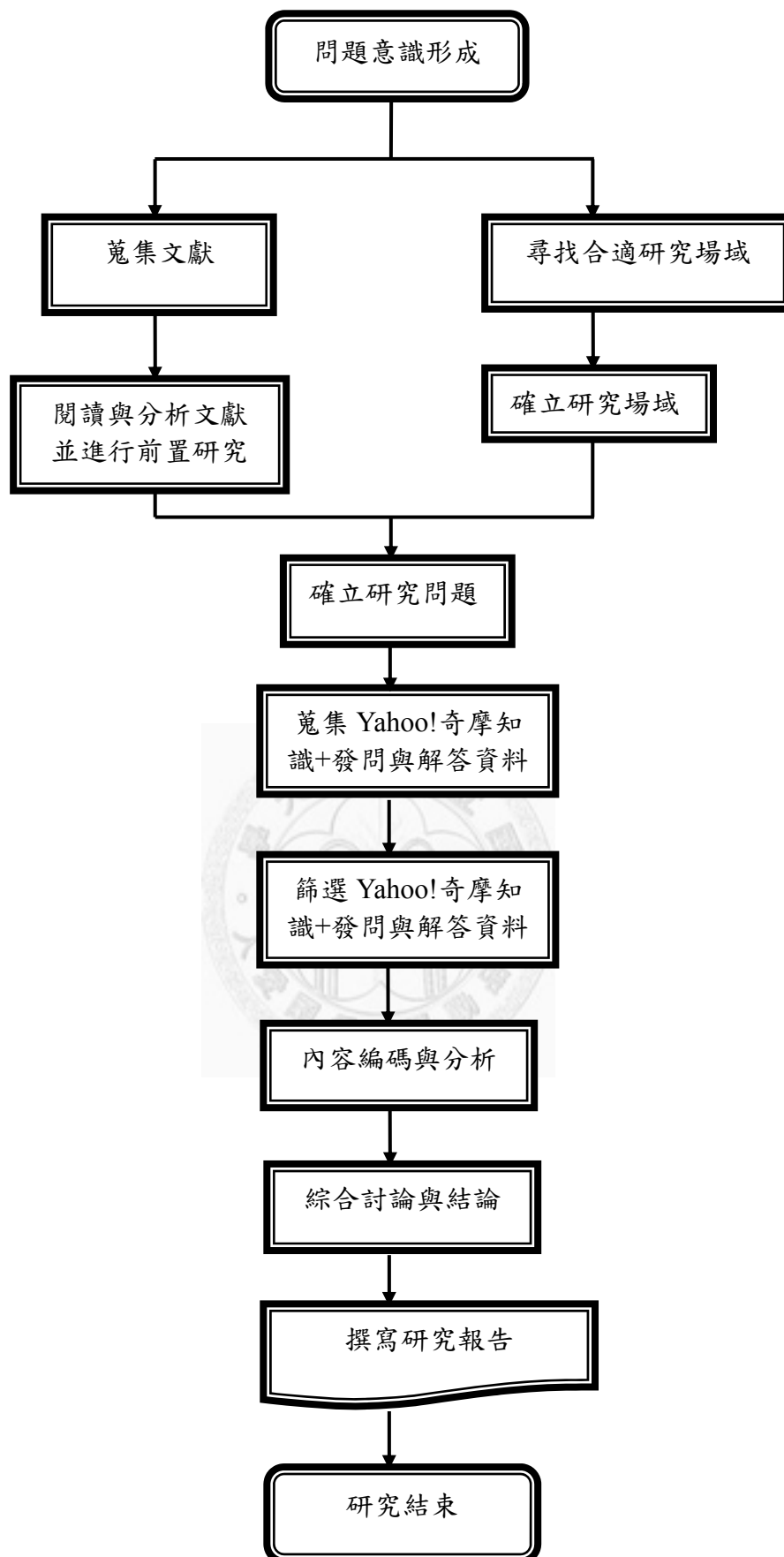


圖 3.5 研究流程圖

第四章 研究結果與討論

本研究旨在分析 Yahoo!奇摩知識+失智老年人家屬照顧者相關問答資料，以發掘失智老年人家屬照顧者的問題類型與資訊引用來源，並探索其資訊需求特質。本章節陳述本研究之研究結果，並將研究結果與資訊需求相關概念及失智老年人家屬照顧者資訊需求相關研究進行比較討論。本章節共分為失智老年人家屬照顧者面臨之問題類型、失智老年人家屬照顧者提問之構面要素、失智老年人家屬照顧者解決問題之資訊引用來源與特徵三節，以下詳述之。

第一節 失智老年人家屬照顧者面臨之問題類型

本研究分析失智老年人家屬照顧者面臨之問題類型包含「問題意識階段」、「問題主題」、及「問題屬性」三面向，分別參考 H. S. Wilson (1989) 提出失智症家屬照顧八階段歷程、失智老年人家屬照顧者資訊需求相關文獻回顧成果、以及 Harper 等人 (2010) 提出的網路問題分類。本節分別闡述失智老年人家屬照顧者「問題意識階段」、「問題主題」、與「問題屬性」之分析結果，以及三面向之綜合比較結果。

一、Yahoo!奇摩知識+相關問答之基本資料

研究者自 2012 年 8 月 1 日至 2012 年 10 月 31 日，以「失智」、「癡呆」、「阿茲海默」、「健忘」四項關鍵字檢索 Yahoo!奇摩知識+中與失智症相關的問答資料，總計 5,385 篇。經研究者篩選後符合本研究分析目標，即與失智老年人家屬照顧者提問相關資料共 672 篇，分布於 Yahoo!奇摩知識+「醫療保健」、「法律」、「家庭」、「保險」、「心事」、「宗教」、「時事」、「音樂」八種原始類別。

此 672 篇問答資料分布情況可從檢索關鍵字與 Yahoo!奇摩知識+分類兩方面觀之。以關鍵字而言，「失智」占 58%最多，「癡呆」占 25%其次，「阿茲海默」占 14%第三，最少為「健忘」占 3%。以 Yahoo!奇摩知識+問題分類而言，「醫療保健」類占 58%最多，其次依序為「法律」類占 20%、「家庭」類占 18%、「心事」類占 2%、「保險」類占 1%、「宗教」類占 1%。（見表 4.1）

表 4.1 失智老年人家屬照顧者問答資料於 Yahoo!奇摩知識+分布情況

類別 \ 關鍵字	失智	癡呆	阿茲海默	健忘	總計	百分比
醫療保健	177	104	90	21	392	58%
法律	101	27	0	0	128	20%
家庭	94	29	0	0	123	18%
心事	5	3	2	1	11	2%
保險	7	0	1	0	8	1%
宗教	6	0	0	0	6	1%
時事	2	0	0	0	2	0%
音樂	0	2	0	0	2	0%
總計	392	165	93	22	672	100%
百分比	58%	25%	14%	3%	100%	

就年份而言，672 篇提問資料的提出時間為 2004 至 2012 年共八年間，而提問資料時間分布情況，2004 年僅 1 篇、2005 年增加為 26 篇，2006 年倍增為 65 篇、2007 年 107 篇、2008 年 118 篇、2009 年 105 篇、2010 年 110 篇，2011 年開始稍降為 90 篇、2012 年則降至 50 篇。

自提問資料分布時間的趨勢來看，Yahoo!奇摩知識+約啟用於 2004 年，顯示自此社會性問答網站啟用開始，便有失智老年人家屬提出相關問題。其後提問數量持續增加，2006 年至 2009 年為提問數量最豐盛時期，又以 2008 年提問數量最多，然而，到 2011 年提問數量開始下降，2012 年提問數量再下降。造成提問資料時間分布差異可能原因在於，資訊傳播科技日益發達，家屬照顧者可獲得的資訊管道增加，Yahoo!奇摩知識+不是家屬照顧者唯一能獲取資訊的網路平台，然而，失智老年人家屬照顧者持續在 Yahoo!奇摩知識+提問，也顯示此類社會性問答服務平台的重要性。（見圖 4.1）

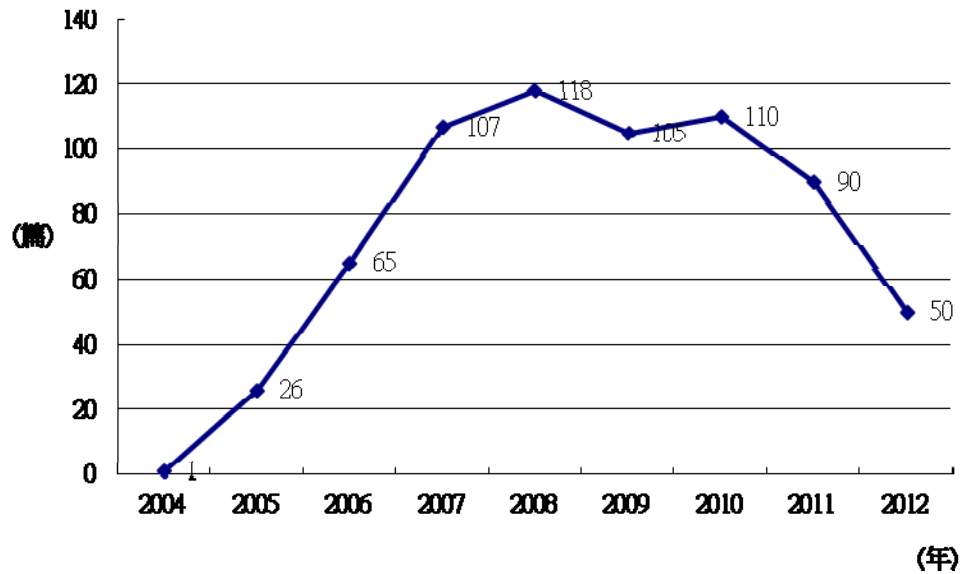


圖 4.1 失智老年人家屬照顧者提問資料年份分布

二、失智老年人家屬照顧者提問之問題意識階段

Wersig (1979) 指出人們的資訊需求來自面臨的「問題狀況」(problematic situation)。本研究為探索失智老年人家屬照顧者面臨的問題狀況，參考 H. S. Wilson (1989) 提出的照顧歷程階段概念。Wilson 認為，對「未來可能面臨問題的不確定感」，是影響失智症患者家屬生活品質與照顧能力的關鍵因素，因此，Wilson 透過深度訪談阿茲海默症患者的家屬照顧者，發現阿茲海默症患者的家屬在照顧歷程上可分為八個階段：1.注意、2.忽視與正視、3.懷疑、4.尋求解釋、5.重建、6.承擔、7.經歷、8.轉手。

本研究分析後發現，Yahoo!奇摩知識+問答資料無法完整呈現家屬照顧者連貫的照顧歷程。不同問題由不同家屬照顧者提出，家屬照顧者只有在意識到問題時，才可能會至社會性問答網站提問，而不會完整述說照顧歷程，因此本研究只能觀察到片段的照顧情境，無法了解家屬照顧者照顧歷程的全貌。然而，即便 Yahoo!奇摩知識+失智老年人家屬照顧者提問資料與 Wilson 的八階段照顧歷程並不完全相符，但 Wilson 照顧歷程的概念仍適用於幫助本研究探索家屬照顧者感知問題背後的問題意識階段。

本研究歸納家屬提問之問題意識階段有四：「疑惑釐清期」、「醫療尋求期」、「照顧角色決策期」、「照顧投入期」，以下詳述失智老年人家屬照顧者各問題意識階段之特徵。

（一）疑惑釐清期

於疑惑釐清期，家屬照顧者察覺家中老年人行為異常，但還未意識到老年人可能罹患失智症，或雖意識到老年人可能罹患失智症，但尚未思考或提及尋求專業醫療資訊的層面。家屬照顧者的問題意識聚焦在欲釐清為何老年人行為不尋常、確認老年人是否罹患失智症、想知道該如何因應老年人的行為、以及想了解失智症相關知識。家屬照顧者於疑惑期提出之問題例證如下：

我爸從我阿嬤家回去的時候
在路上預到我阿公 [遇]
我阿公那時騎腳踏車，在路上東張西望
直到我爸看到跟他說你在幹麻
我阿公說，他不知道怎麼回去
請問這是失憶症嗎? [憶]
我阿公他已經 70 幾歲了 (DE：Q：H80)

最近我家的阿公（有中風過）
有時後睡午覺 起來就說天亮了 要刷牙 吃早餐之類的
怎麼說他都不太相信
怎麼會這樣阿? (DE：Q：F30)

（二）醫療尋求期

於醫療尋求期，家屬照顧者意識到須帶家中老年人就醫，或已有帶家中老年人就醫的經驗，提問內容大多提及醫院、醫師、診斷、治療方法等醫療資訊，或就醫後面臨的問題。家屬照顧者於醫療尋求期提出之問題例證如下：

我公是老年吃呆症初期我們再台北有比較專業的醫院(精神科)可以介紹給我公嗎] (ML：Q：H19)

我公公最近被醫院診斷出是阿茲海默症，
天啊～那是沒有藥醫的病耶！
我們全家人都不能接受，我在想搞不好是那間醫院的設備或醫生水準不到，檢查不出我公公是什麼病症，才判定他是阿茲海默症，
希望各位朋友～若知道哪裡有醫治老人痴呆症或阿茲海默症的名醫，……(AL：Q：H01)

(三) 照顧角色決策期

家屬照顧者懷疑或確認家中老年人罹患失智症，意識到未來需照顧失智老年家屬，並須考量經濟與家庭狀況，家屬照顧者進入照顧角色決策期，對於未來可能面臨的照顧問題，以及是否親自照顧老年人感到猶豫。家屬照顧者於照顧角色決策期提問之例證如下：

我結婚至今約一年，目前尚未與婆婆同住，搬出 住自己買的房子 --但她常打電話給 我老公說"要來同住" ;好煩 !!!!!我不太想與她同住 ,因為她衛生習慣很差 ,頭腦有點癡呆+嚴重的重聽且很沒警覺心……怎辦 ???且她煮東西也會製造危險 到時搞不好要賠別人……誰可以告訴我怎處理比較好??? (SD : Q : H42)

請問 諮詢一下各位大大 我媽媽 漸漸癡呆 (失智 / 老人癡呆)了 我選擇在家陪她 我對 □ [嗎] (SD : Q : E02)

(四) 照顧投入期

家屬照顧者於照顧投入期，可能經歷親自照顧、請看護、與將老年人送入照顧機構的經驗。此時期，家屬照顧者面臨照顧失智老年家屬日常生活種種複雜問題。家屬照顧者於照顧投入期提問之例證如下：

他是一位行動不便 又有輕微失智的老人
請問在新北市或台北市
有哪些品質較好的護理之家或安養院?? (DE : Q : H96)

請問失智的老人家要怎麼照顧比較好?…… (DE : Q : F90)

表 4.2 統計數據顯示各問題意識階段提問篇數與比例。其中，以「照顧投入期」提問最多占 63%；其次為「醫療尋求期」占 21%；再次為「疑惑釐清期」占 14%；最後為「照顧角色決策期」占 2%。

表 4.2 失智老年人家屬照顧者問題意識階段提問篇數比例

問題意識階段	篇數	百分比
照顧投入期	426	63%
醫療尋求期	140	21%
疑惑釐清期	92	14%
照顧角色決策期	14	2%
總計	672 篇	100%

「照顧投入期」與「醫療尋求期」是家屬照顧者提問較多的兩個問題意識階段。在「照顧投入期」家屬照顧者開始花費較多時間和心力照顧失智老年人，故可想見家屬照顧者在「照顧投入期」會面臨較多問題。而在「醫療尋求期」家屬照顧者必須代替患者尋求醫療資訊，可能礙於與專業醫療人員請教機會有限，又或者即便能當面向專業醫療人員請教，家屬照顧者也可能無法適切表達問題，或無法理解專業醫療人員提供的資訊。而社會性問答網站則提供家屬照顧者以文字敘述個別問題的平台，因此可能吸引家屬照顧者在醫療尋求期提出不少問題。

「疑惑釐清期」所占比率在「醫療尋求期」之後，顯示有部分家屬照顧者在帶患者接受診斷與治療前，會希望他人能先幫忙解決心中的疑惑，此舉可能有助於家屬照顧者了解患者的情況，並減緩不確定感，以進行下一步規劃。

而「照顧角色決策期」問題出現比例最少，可能因為照顧角色決策屬於私人問題，不便向外人透露，家屬照顧者通常自行與家人討論決定。然而，本研究數據也顯示，在 Yahoo! 奇摩知識+ 有少許「照顧角色決策期」的提問，可能由於社會性問答網站的匿名機制，因而提高部分家屬照顧者到網路上與他人交流私事的意願。

三、失智老年人家屬照顧者提問之問題主題

本研究分析問題意識階段以了解失智老年人家屬照顧者面臨的問題狀況後，接續分析問題狀況中的各類問題主題。研究者歸納失智老年人家屬照顧者提出的問題主題可分為九大類：1. 失智症知識問題、2. 診斷問題、3. 治療問題、4. 照顧問題、5. 社會福利與資源問題、6. 個人與家庭問題、7. 法律問題、8. 宗教問題、9. 其他問題。

失智老年人家屬照顧者提出的單一問題狀況內，可能包含幾個不同主題，因此在 672 篇問答資料中，九大類問題主題總共出現 910 次。由表 4.3 可知，整體次數的研究結果顯示，九大類問題主題出現超過百次以上者，最多者為「失智症知識問題」和「照顧問題」各占 23%；次多者為「治療問題」占 16.7%，第三為「法律問題」占 12%；第四為「社會資源與福利問題」占 11%。其餘提出

不滿百次的問題主題為「診斷問題」占 7%；「個人與家庭問題」占 6%；「宗教問題」，占 1%。

表 4.3 失智老年人家屬照顧者問題主題分析

編號	大類	中類	小類	總次數	百分比
一	失智症知識問題	病理知識	徵兆	208	23%
			類型		
			症狀		
			病因		
			病程		
		醫療知識	遺傳		
			預防		
		實務知識	判斷		
			因應		
二	照顧問題	一般照顧知識	特定照顧知識	208	23%
			非特定照顧知識		
		症狀照顧技巧	溝通問題		
			行為問題		
			心理問題		
		日常照顧資訊	飲食資訊 * 飲食諮詢 * 飲食購買 * 飲食資源		
			居家資訊 * 居家諮詢 * 居家購買 * 居家資源		
			行動資訊 * 行動諮詢 * 行動購買 * 行動資源		
			育樂資訊 * 育樂諮詢 * 育樂資源		
		技術護理方法			
三	治療問題	治療就醫	治療科別	150	17%
			治療機構		
			治療醫師		
		治療方法			
		治療藥物	藥物知識		
			藥物購買		
			新藥資訊		
			藥物成效		
			藥物副作用		
			藥物比較		
			用藥諮詢		

		治療諮詢			
四	法律問題	法律規定諮詢	患者行為效力	118	12%
			家屬代理權力		
			權益申請資訊		
		法律糾紛處理	內部法律糾紛 *撫養糾紛 *財務糾紛		
			外部法律糾紛 *外籍看護/仲介 聘僱糾紛 *政府單位互動 糾紛 *醫療疏失糾紛 *照顧疏失糾紛		
		法律權益爭取	繼承權益		
			財務權益		
			監護權益		
			聘僱權益		
		法律資源尋求			
五	社會福利與資源問題	特定福利與資源資訊	政府補助	102	11%
			專業單位		
			輔助工具		
			相關證明		
		非特定福利與資源資訊			
		申請資格諮詢			
六	診斷問題	診斷就醫	診斷科別	65	7%
			診斷醫師		
			診斷醫療機構		
		診斷方式	診斷方法		
			診斷形式		
		診斷諮詢			
七	個人與家庭問題	個人問題	情緒宣洩	52	6%
			慰藉尋求		
			相處方式諮詢		
			經濟資源尋求		
			照顧角色評估		
		家庭問題	家人溝通問題		
			責任分攤問題		
八	宗教問題	宗教資源	6	1%	
		宗教指引			
九	其他問題	捐款	1	0%	
總計				910	100%

就整體次數比例所示，「失智症知識問題」和「照顧問題」是失智老年人家屬照顧者最常提出的兩項問題主題，顯示家屬照顧者面臨的問題狀況經常需藉由失智症知識來解答，凸顯出失智症知識對家屬照顧者的重要性，也反映出家屬照顧者所具備的失智症知識可能不足。而由於失智症的特性，患者隨著病程發展，認知和日常生活功能會逐漸退化，因此家屬照顧者在照顧失智老年家屬過程中，經常面臨許多照顧挑戰。相關研究也指出失智症者日常生活功能越差，家屬照顧者需要付出更多的心力和時間來照顧患者，負荷也就越重（湯麗玉，1991；林敬程，2000；陳昱名，2004），此可能是「照顧問題」也常被家屬照顧者提出的原因。

除此，一般認為應向專業醫療資訊提供者尋求解答的「治療問題」，占失智老年人家屬照顧者問題主題總比例第二多，顯示家屬照顧者與專業醫療資訊提供者間的資訊傳遞可能有隔閡。Rubenstein（2012）指出，典型醫療環境不適合病患向醫生詢問高度特殊或個別化的資訊，病患經常無法自專業醫療管道獲得需要的資訊，可能原因包括：不知道該如何問問題、不想麻煩醫生、等待回覆感到焦慮、沒聽清楚或不理解醫生提供的資訊。Rubenstein 進一步指出，虛擬社群提供使用者每周七天、每日 24 小時的方便檢索的環境，且虛擬社群成員提供資訊、建議、情感的支持能讓提問者有被他人在乎的感受，因此會增加健康資訊尋求者利用的意願。

另一方面，「個人與家庭問題」與「宗教問題」占總次數比例最低，推論可能因為「個人與家庭問題」包含許多私人資訊，家屬照顧者較不傾向將家務事提出與他人討論，而「宗教問題」則多與家屬照顧者個人宗教信仰或興趣相關，當家屬照顧者面臨問題狀況時，如失智老年人醫療問題，家屬照顧者仍多偏向朝醫療主題尋求資源，鮮少提及宗教層面。且「宗教問題」大多非直接與患者相關、也非為需要立即解決的問題，因此可能較少被提出。然而，此也反映出部分失智老年人家屬照顧者也需要宗教力量的支持。

本研究歸納失智老年人家屬照顧者九大類問題主題，又可再劃分為中類主題、小類主題、細項主題，以下各別說明「失智症知識、照顧、治療、法律、社會福利與資源、診斷、個人與家庭、宗教、其他」九大類問題主題特性與內涵。

（一）失智症知識問題

失智老年人家屬照顧者提出「失智症知識」問題，指與失智症所有疾病方面相關知識，包括「病理知識」、「醫療知識」、「實務知識」三種類型的知識問題。

1 病理知識

「病理知識」指關於失智症發生原因、性質及發展過程、結果等基本知識，家屬照顧者病理知識相關提問可再細分為：「徵兆」、「類型」、「症狀」、「病因」和「病程」五小類。

（1）徵兆

「徵兆」指疾病發作前的跡象，家屬照顧者想確認老年人的行為是否為罹患失智症的象徵、想了解老年人行為為何改變，或想獲得老年失智徵兆的資訊，例證如下：

媽媽健忘的問題其實已經好幾年了，
我原本並沒有太在意，只覺得說可能年紀大了記性不好了，
直到這幾個月媽媽開始出現忘記剛剛才在做的事，
……這是不是就是老年失智症呢？（ML：Q：E01）

我家晚餐都是奶奶在打理的，但聽我爸說，她連續好幾天記錯我爸要不要回家吃晚餐，……我不知道這是單純的老人家記性不好的問題（容易搞混東西？）還是可能是失智症的徵兆？（ML：Q：H09）

（2）類型

「類型」指失智症所包含的不同種類病狀，家屬照顧者想知道或確認老年人罹患哪種類型的失智症，例證如下：

家母曾小中風 數年前又診斷罹患老年癡呆症 其間不斷退化 現已不能言語 進食 生活無法自理 幾近失智……還有家母是否為中風型癡呆症？ 謝謝!! [呢]（AL：Q：H05）

（3）症狀

「症狀」指患者罹病時的異常狀態，家屬照顧者想了解老年人罹患失智症會有那些異常狀態，例證如下：

請問老年痴呆症大約是從幾歲開始？一開始會有什麼症狀.....

(ML：Q：H01)

最近發現我奶奶常常一個人在哪邊自言自語,一下子在介紹自己一,一下子在哪邊指責哪個人的不是,但是它所指的地方卻是一個人也沒有,這是不是人家說的老人癡呆症初期症狀?3?[呢]要不然這是什麼問題造成的呢?有誰可以幫一下呢? (AL：Q：H18)

(4) 病因

「病因」指造成患者罹患疾病的原因，當家屬照顧者懷疑或得知老年人罹患失智症，想得知罹患原因為何？是否為其他疾病所影響？例證如下：

家父今年 74 歲，有高血壓，曾中風而視力受損，且有輕度老人痴呆情形，……，誰能告訴我，這是什麼原因引起的 (SD：Q：H103)

請問失意症或健忘症是突發的嗎...糖尿病會引發失意症嗎[憶]..他也沒中風過啊....得失意症的可能性高嗎.... (ML：Q：H01)

(5) 病程

「病程」指疾病變化的所有過程，家屬想了解老年人罹患失智症未來可能的異常狀態、病情是否會越來越嚴重、存活率等，例證如下：

我岳父是失智老人,前些時候只是走路有點困難而且忘東忘西的,現在走路越來越困難,我大舅子都怪他不常運動才會如此,真的是這樣嗎?失智患者最後會變成怎樣呢?有誰能為我解答~謝謝~

(AL：Q：H09)

有一位親人~

很早以前就有輕微癡呆症~

但最近好像認識我們了~

我想問~老人癡呆症會不會越來越嚴重? (AL：Q：H86)

2. 醫學知識

「醫學知識」指失智症知識中較偏屬醫學方面的知識，包括失智症的「遺傳」和「預防」兩小類。

(1) 遺傳

家屬照顧者得知老年人罹患失智症後，會擔心是否自己未來也有罹患的風險，想了解失智症遺傳的資訊，例證如下：

我母親於三年前某天早晨起床，突然講話顛三倒四，四肢也逐漸失去原本的靈活，經醫師診斷為老人失智症，近年來一直以藥物控制。

本人今年 43 歲，最近老是丟三落四非常健忘，深恐步入媽媽失智的後塵，請問失智症會遺傳嗎？ (AL：Q：H82)

最近我家的長輩常常忘東忘西，檢查之後發現是得了老人痴，請問老人癡呆會遺傳嗎？..... (AL：Q：H37)

(2) 預防

家屬照顧者想知道是否有事先防範罹患失智症的資訊，可以用來幫助家中老年人和自己預防失智症，如以下例證：

我公公最近的記憶好像有一點點的健忘，讓我很擔心，家裡有這些問題或是有醫生可指導嗎？有沒有可以預防的方法，如果讓老年人記憶不容易健忘，請多發言幫忙，謝謝！ (ML：Q：H10)

最近我家的長輩常常忘東忘西，檢查之後發現是得了老人痴，.....我好怕自己以後也得老人癡呆，或是有什麼方法可以預防嗎？

(AL：Q：H37)

3. 實務知識

指失智症知識中偏屬可供家屬照顧者實際操作的知識，包括「判斷」和「因應」兩小類。

(1) 判斷

「判斷」指能提供家屬照顧者自行判斷老年人是否罹患失智症的知識和工具，如以下例證，AL：Q：H17 家屬觀察到老年人有罹患失智症的跡象，希望回答者能提供檢測表，DE：Q：H48 家屬則表示不清楚醫院提供的檢測數據如何判讀。

最近親友 健忘頻繁 且張冠李戴 疑阿茲海默初期徵兆 希望借 知能測驗 佐證判斷 祈善心人提供 阿茲海默知能測驗表 並 告知測驗方法及注意要點 (AL：Q：H17)

家中有位長輩已經 80 歲了，她最近住院，家醫科醫生建議趁此機會做一下失智檢測，做出來的分數 22 分，但醫生沒有再多解釋，也沒有開藥和安排回診，所以我不知道這樣子算是失智嗎？還是沒事？ (DE：Q：H48)

(2) 因應

「因應」指家屬照顧者發現老年人記憶力下降等行為改變，想瞭解該如何因應此情況，例如是否應就醫或用藥，例證如下：

老人家年紀大了就會忘東忘西，很擔心是失智症的前兆，請問健忘跟失智到底怎麼區分阿？一定要去給醫生看嗎？ (ML：Q：H15)

我家奶奶已經八十歲了……但這幾天因為連續搞錯事情，所以我有點擔心如果現在這樣症狀還不算嚴重我可以帶她去精神內科作檢查嗎？吃藥會比較好嗎會不會反而傷身？ (ML：Q：H09)

表 4.3.1 「失智症知識問題」分類項目統計

編號	大類 (總次數)	中類	次數(百分比)	小類	次數(百分比)
一	失智症知識問題 (208)	病理知識	161 (77%)	症狀	76 (37%)
				徵兆	62 (30%)
				病因	10 (5%)
				病程	10 (5%)
				類型	3 (1%)
		實務知識	28 (14%)	因應	21 (10%)
				判斷	7 (3%)
		醫療知識	19 (9%)	預防	13 (6%)
				遺傳	6 (3%)

由表 4.3.1 可知，「失智症知識問題」下可分為「病理知識」、「醫療知識」、「實務知識」三項中類問題主題，以「病理知識」占 77% 最多，其次為「實務知識」占 14%，「醫療知識」占 9%。

各中類問題主題下又可再分小類問題主題。「病理知識」下可分為「徵兆」、「類型」、「症狀」、「病因」、「病程」；「實務知識」下可分為「判斷」與「因應」；「醫療知識」下可分為「遺傳」與「預防」。若以「失智症知識問題」總次數 208 次來看，小類問題以「症狀」占 37% 最多；其次為「徵兆」占 30%；第三為「因應」占 10%；第四為「預防」占 6%。

由此顯示，失智老年人家屬照顧者在失智症「病理知識」，尤其失智症「症狀」與「徵兆」方面的知識可能較為缺乏，除此，面對疑似失智的老年家屬，家屬照顧者對該採取的「因應」和「預防」知識也較為不足。

(二) 照顧問題

「照顧問題」指家屬照顧者提供失智老年家屬直接或間接之生理、心理、及日常生活等照顧活動面臨的問題，包括「一般照顧知識」、「症狀照顧技巧」、「日常照顧資訊」三中類。

1.一般照顧知識

「一般照顧知識」指家屬照顧者想了解有關照顧失智老年人方面的一般性知識，其中又可分為「特定照顧知識」與「非特定照顧知識」兩小類。

(1) 特定照顧知識

「特定照顧知識」指家屬照顧者想了解特定照顧情況的一般性知識，如飲食注意事項、如何防範走失等，例證如下：

家中有失智症的家人，在飲食上有什麼需要特別注意的嗎？
(AL：Q：H81)

因為前一陣子有走失的紀錄，要如何防範再一次的發生??
麻煩有這方面經驗的人士指點。(AL：Q：H76)

(2) 非特定照顧知識

「非特定照顧知識」指家屬照顧者想獲得一般性的照顧知識，且未針對特定照顧情況，例證如下：

阿嬤最近得了老人痴呆症，記憶越來越不好，常常忘東忘西，醫生說只是初期還好沒有很嚴重，.....還有平常照顧老人痴呆症患者有沒有需要特別注意什麼？謝謝大家分享～！(AL：Q：H67)

2.症狀照顧技巧

「症狀照顧技巧」指家屬照顧者面對失智老年家屬的症狀，特別是各種問題行為和精神症狀，希望獲得特定性的照顧技巧，包含「溝通問題」、「行為問題」、及「心理問題」三小類。

(1) 溝通問題

「溝通問題」指家屬照顧者針對與失智老年家屬的溝通情況提出疑問，例證如下：

她一直說他是失敗的母親 叫我們殺死她
說 大家都不喜歡她 說 自己早點死死算了
說 自己很沒用.....我們到底該怎麼跟他溝通？ (ML：Q：H06)

(2) 行為問題

「行為問題」指家屬照顧者針對因應失智老年家屬行為提出疑問，譬如該如何處理不願吃藥、不願就醫的情況，另外家屬也可能主動提出需要的資訊資源，如 DE：Q：F24 家屬未描述特定行為，但提出想獲得有關處理失智老人行為的書籍或機構資訊，詳例如下：

有個問題 我一直很煩惱~
首先我想先問一下 公公的狀況是如何?
……叫他吃醫生開的藥 他也會在我面前吃了
可是我有看到他 一轉身就會把藥偷偷吐掉……
有時候還會想打人的樣子 尤其是對我
……我該要怎麼辦呢? (ML：Q：H21)

先生的父親目前的狀況如下;先前曾再家醫科照電腦斷層.驗尿驗血當初都沒問題 誰知過了二個星期之後,情緒.及行為大幅度變化 認為家中沒水沒電沒瓦斯到處都有毒素.認為颱風家中屋頂會垮.看到下大雨家裡淹水認為馬桶不通情願尿褲子也不上廁所 帶他看醫生也不上車 力氣好大甚至會打人…… 有時麼方法能讓她到醫院 ㄟ [呢] (AL：Q：H03)

我家有個失智老人,且行為舉止日翌不可理喻,是否有任何書籍或機構可以幫助我? (DE：Q：F24)

(3) 心理問題

「心理問題」指家屬照顧者對失智老年家屬的心理狀況提出的相關疑問，例證如下：

我媽是民國 24 年出生的,至今年有 72 歲了!昨天有人的女兒訂婚,送了好大一盒的喜餅禮盒給她!結果被我給看到了,她急忙把所有的喜餅,餅乾和糖果都趕快用塑膠袋包起來藏好,生怕被我偷吃的樣子!她還對我說:[你有東西都自己吃,我也要學你,這盒喜餅我要自己留著吃!]拜託!我又沒有開口要跟她討吃喜餅啊!……所以我是為了她好耶,可是她卻都記在心裡面!請問: 我媽現在是怎樣的心理狀態與行為呢? (AL：Q：H74)

老年癡呆症(失智症)的人有時會一個人在那裡笑
(即使看到,聽到的東西沒什麼好笑)就是一整天會一直的笑
我的外婆就是大家覺得他真的很快樂嗎
還是那是無意識的呢 (DE：Q：H102)

3.日常照顧資訊

「日常照顧資訊」指關於家屬照顧者照顧老年人日常活動的相關資訊，可分為「飲食資訊」、「居家資訊」、「行動資訊」、及「育樂資訊」四小類。

(1) 飲食資訊

「飲食資訊」指家屬照顧者提出關於飲食方面的問題，包括「飲食諮詢」、「飲食購買」、及「飲食資源」三細項。

1.1 飲食諮詢

「飲食諮詢」指家屬照顧者就失智老年家屬的病況，針對飲食提出相關問題，如飲食策略、某特定食品的成效等，例證如下：

我阿嬤上禮拜大腸癌剛切除一段大腸 手術後回家但是不知道要怎麼照顧 有腸造糞[瘻]但是不太會清理 又加上我阿嬤是坐輪椅又有一點點老人癡呆 所以照顧上又加上一題難題 只是想要問問癌症手術後是否要補充一些營養品給他老人家?? (SD : Q : H104)

我阿嬤之前好好的 但是沒幾天 變的怪怪的
晚上睡不著 早上起來手腳會抖 而且會幻想 例如：說那裡有東西 但我們完全看不到 怎麼辦呢 能治療改善嗎??
聽說吃臻[榛]果巧克力可以預防改善 是真的嗎 (AL : Q : H83)

1.2 飲食購買

「飲食購買」指家屬照顧者想了解失智症相關食品購買方面的資訊，如該至何處購買等，例證如下：

我父親有糖尿病(血糖值約 200)再加上輕微失智
所以明明三餐都吃了確[卻]總是在喊餓找東西吃,
半夜家人都睡了也會去廚房翻找白糖吃 去客廳拆餅乾吃
所以我想找些餅乾之類的東西 可以讓他想吃時比較不會吃進太多熱量 我有上一個糖友購物網去看,可是雖然都寫著無糖的東西,熱量還是高(依次吃進大半包餅乾來說),所以來求救 請不要提供應多吃蔬菜.蒟蒻之類的回應,也拒絕推銷 因為我是要給父親自己取用的以及是否有販售的專賣店門市之類的地方(台北地區),感激!!

(DE : Q : H107)

1.3 飲食資源

「飲食資源」指家屬照顧者想了解失智老年人的飲食有哪些相關資源資訊，或針對特定飲食資源提出疑問，例證如下：

我家的老奶奶最近開始出現輕微的老年癡呆的現象了，想要帶她去檢查又怕老人家生氣。加上她本有心臟、慢性病之類的，實在不忍再讓她吃藥折騰。所以想在日常吃食中下手。……老人家對吃藥很敏感，所以若是食物比較容易哄她吃下可否請各位介紹我食譜、食材或是相關網站，謝謝 (SD：Q：H56)

阿嬤新做的活動假牙，不在嘴巴裡的頻率，反而比以前那副舊活動假牙...吃東西的時候，叫他把假牙裝好吃飯，可是每次過沒多久，就會發現他把假牙拿下來，放在碗裡，然後用沒有牙的嘴巴吃飯= =這是怎麼回事?……另外，之前有瞄到電視上有廣告，假牙黏著劑，那個可以拿來黏活動假牙嗎?(阿嬤年紀很大了，有老人癡呆，常常都在幫她找假牙，可以黏的話，似乎以上問題都可以解決了= =) (SD：Q：H93)

(2) 居家資訊

「居家資訊」指家屬照顧者提出關於失智老年家屬在居家照顧方面的問題，包括「居家諮詢」、「居家購買資訊」、「居家資源資訊」三小類。

2.1 居家諮詢

「居家諮詢」指家屬照顧者在照顧失智老年人日常生活中，面臨家庭環境和患者本身的狀況所引發的居家相關問題，例證如下：

我的婆婆七十六歲患有失智症，所有起居內容都需要我們夫妻照顧，可是每天早上我們幫婆婆整理房間時，都會聞到一股嗆人的氣味(聽說那叫老人味)，……為什麼會有一股味道呢 (ML：Q：H20)

疥瘡方面。有看了一些資料之道疥瘡也是會傳染的，奶奶一回來衣服寢具等等的都有用熱水燙過，該換的也都有換新的，想知道此外還有什麼需要注意的呢？那奶奶的方面呢？該注意的請多多給予意見，基本上是有看過醫生了，醫生說的也都儘可能的照樣去作，想知道此外，還有什麼能提供的嗎？ (AL：Q：H88)

想請教：針對失智老人(無行動能力，無法自行刷牙也無法漱口)平日的口腔清潔，希望專業人士能提供些較有效的意見。因為目前家母所在的安養中心只用棉花棒沾水或漱口水簡單清潔的方式令我無法接受，且造成她的口臭問題。謝謝囉！ (DE：Q：H16)

2.2 居家購買

「居家購買」指家屬照顧者欲了解能幫助行動功能不便的失智老年家屬居家生活的相關輔助工具或用品的購買資訊，例證如下：

我母親在 2012.03.19 因發生車禍,……,本身有糖尿病和老人失智(72 歲),目前已轉呼病房,若有好轉要回家照顧,但因行動不便需人照料,家中經濟負擔重無法請看護照料,由姐姐照顧因姐姐身體也不好,年長攙扶我母親不便,所以急需要電動病床和氣墊床請大家幫幫忙,若有人家裡有用不到的電動病床及氣墊床可否送我?或用低廉的價格賣我也可!拜託大家!感激不盡!! (DE:Q:H129)

家中老人家因缺氧性腦病變致四肢無法控制,無法站立或自行坐臥,所有作息均賴他人照料,……,覺得也許可於原先睡褲上及上衣各縫類似嬰兒紗布內衣之布條,穿妥後若有需要再綁起來,縫於前身,也可避免老人家因異物感而睡不穩.想請教有經驗者或專家:一.何處可買此種布條或布繩? (DE:Q:H08)

2.3 居家資源

「居家資源」指家屬照顧者想了解特定的居家資源資訊，如照顧機構、照顧服務員、照顧服務人力仲介等，例證如下：

我爸爸今年已 85 歲了,有中度失智情況,可以溝通,身體也無病痛,但是有一個問題,就是他不願意洗澡!!……不知是否有這種服務,除了洗澡問題,其它都不用幫忙!!不知道要到那裡請人幫忙,是多少費用?還請大家,知道的人幫忙告知,謝謝!! (DE:Q:F67)

因父親失智及行動不便 需 24 小時有人監護
之前合作的路易士人力仲介讓我們太生氣了
拜託各位煩請推薦信譽良好的仲介公司
感激不盡 (DE:Q:L86)

請問雲林地區有哪些政府立案的安養院?可以安置失智,失禁,75 歲老人費用約多少?(網站,或資料)我的奶奶需要,請回答!!

(DE:Q:L40)

(3) 行動資訊

「行動資訊」指家屬照顧者提出關於失智老年人日常行動方面的問題，包括「行動諮詢」、「行動購買」、「行動資源」三小類。

3.1 行動諮詢

「行動諮詢」指家屬照顧者提出關於失智老年家屬行動面臨的問題，如走失，或家屬照顧者想改善老年人行動功能，詢問特定行動輔助工具的成效，詳例如下：

奶奶已經走失一個多月,報了警也去廟跟宮問神跟仙,可是就是找不到也印了尋人啓示,請大大們給我更好的方法,謝謝.....
(DE : Q : F72)

我奶奶高齡 88 歲了行動不便(有點會走路)、有點失智、高血壓。請問家中有這類的老人,要怎麼給他最好的照顧?.....想買足部穴道按摩機給她使用 不曉得這樣能不能刺激她的腳,行動可以好一點? (DE : Q : H63)

3.2 行動購買

「行動購買」指家屬照顧者提出關於購買失智老年家屬行動方面的輔助工具或用品的相關問題，如何處可購買等，詳例如下：

最近 我婆婆記性愈來愈差，真怕哪天 出門後忘記回家的路或是忘記家中電話及姓名 想訂製一條防走失或失智老人手鍊讓他戴著,以防萬一.....社會局方面有詢問過，還要申請單一些有的沒的太麻煩了.....請問好心的網友 ,哪裡有在訂製 防走失手鍊，價錢不知如何?? (DE : Q : F21)

因為媽媽重度失智，手根本不會附住弟弟脖子。在爬樓梯的過程媽媽和弟弟都非常辛苦，而我也只能幫注意媽媽的腳和屁股，因為樓梯太小了。後來我思緒想一想，如果有揸大人的揸巾就太好了。只可惜，找來找去就是找不到任何可以揸大人的工具或揸巾。或許我懂的太少了請求知到哪裡可以買到能揸大人的揸帶或揸巾的人，能夠幫忙告知。 (DE : Q : H111)

3.3 行動資源

「行動資源」指家屬照顧者提出關於失智老年家屬行動方面不便的問題，希望了解相關資源的資訊，詳例如下：

我媽媽今年已 77 歲,患有退化性關節炎及輕度失智.平時在家還可自由行動,但在上星期三寒流來襲時,突然不能行動至今.由於行動不便,無法載至醫院,請問.....如何送至醫院接受治療? (DE : Q : H98)

奶奶有點老年失智的問題 經常忘東忘西。吃個晚餐會一直重複問同一個問題。有時候怕他一個人在家不知道會不會有什麼潛在危險。例如 浴室滑倒要求助 他又不記得家人的電話。像中興保全的那個迷你龐德如果外出找不到路回來帶在身上外出，他會記得那

是什麼按扣嗎？那直接給奶奶佩帶手環 請警察幫忙是不是比較安全。真不知到要怎麼照顧奶奶 有人能分享一下嗎？？

(DE：Q：H09)

(4) 育樂資訊

「育樂資訊」指家屬照顧者提出關於失智老年人育樂方面的問題，包括「育樂諮詢」和「育樂資源」。

4.1 育樂諮詢

「育樂諮詢」指家屬照顧者想了解失智老年人育樂方面的問題，如有何方法、活動使失智老年家屬可娛樂、消磨時間等，詳例如下：

我們家奶奶，一直以來都沒有什麼興趣，不看電視也不聽歌，……，她坐著的時間也是就是不說話的坐著(我也就是陪在他旁邊坐著)，當然你問她話她就會回，但總不能是一直問她問題，這個方面有沒有什麼好的方法呢？能夠讓她老人家有什麼娛樂之類的(奶奶並不識字) (AL：Q：H88)

我爺爺自從去美國回來以後，他就有點痴呆痴呆的，因為他忘記吃藥了，所以血管爆裂，還好醫生說只是輕微中風，他現在都不能自己上廁所，……，而且他走路很慢都沒什麼力，有什麼休閒活動可以讓他恢復之前那樣嗎???不能恢復的話有什麼休閒活動可以讓他覺得活在世界上還是很有趣?? (SD：Q：H18)

對 72 歲老人可以找義工的工作給他做嗎?我家有一位好動媽媽,但有點失智,不知有什麼事,可讓他消磨時間,因為已造成別人的困擾,是否有什麼,單位可幫忙的,謝謝 (DE：Q：H100)

4.2 育樂資源

「育樂資源」指家屬照顧者想了解失智老年人特定或非特定育樂資源資訊，如何種遊戲用品可使用、何種音樂適合等，詳例如下：

家裡有老人有阿茲海默症,為防止記憶不斷消失,有什麼方法或什器具可供活動腦部機能減緩退化?(不愛外出活動,又不下棋)希望有達人可以提供可單人使用器具類,或益智用品類.....,有助增加活化腦力的。感恩! (AL：Q：H06)

因為我奶奶八十多歲了,有點癡呆(受過日本教育)所以,我想請問有沒有網站可以提供日本童謠歌曲供人下載的(合法的) (SD：Q：M02)

老年癡呆適合聽什麼樣的音樂呢? (SD：Q：M01)

4. 技術護理方法

「技術護理方法」指家屬照顧者對於失智且已臥病在床的老年家屬進行相關技術性的醫療保健照顧活動而面臨的問題，如抽痰、灌食、導尿等。

例證如下：

各位大大 我有問題想請問大家~~(問題還滿多的~~~)
我奶奶今年 86 歲 失智.營養不良.缺鈉.頭部會一直盜汗....
他有插鼻胃管 每天還要灌鹽水(鹽 3 克)
目前是灌愛攝氏的營養品.....4.灌食前要反抽,為什麼老是抽不起來
(針筒裡面那隻會自己往下滑....很難抽起來) (DE:Q:H115)

病人已九十歲了，失智及中風近六年，當初護理人員就提醒，有可能因吞嚥功能退化而要裝鼻胃管，現在已裝了鼻胃管進食，但卻因吞口水時也會噎到，再加上痰一直卡在喉嚨，抽痰管不易抽到，若一直抽又傷到出血，整晚就聽到喉嚨痰音，請教有經驗的大大，我們應怎樣才能將痰引出來？ (DE:Q:H26)

表 4.3.2 「照顧問題」分類項目統計

編號	大類 (總次數)	中類	次數(百分比)	小類	次數(百分比)
二	照顧問題 (208)	日常照顧資訊	122 (59%)	居家資訊	62 (30%)
				飲食資訊	34 (16%)
				育樂資訊	15 (7%)
				行動資訊	11 (5%)
		症狀照顧技巧	52 (25%)	行為問題	38 (18%)
				溝通問題	11 (5%)
				心理問題	3 (1%)
		一般照顧知識	30 (14%)	非特定照顧知識	23 (11%)
				特定照顧知識	7 (3%)
		技術護理方法	4 (2%)		

根據表 4.3.2 可知，「照顧問題」可分為「一般照顧知識」、「症狀照顧技巧」、「日常照顧資訊」、「技術護理方法」四個中類問題主題。「日常照顧資訊」占 59% 為最多，其次為「症狀照顧技巧」占 25%，再次為「一般照顧知識」占 14%，最少為「技術護理方法」占 2%。

中類問題主題下可再劃分小類問題主題。「一般照顧知識」包含「特定照顧知識」與「非特定照顧知識」；「症狀照顧技巧」分為「溝通問題」、「行為問題」、「心理問題」；「日常照顧資訊」包括「飲食資訊」、「居家資訊」、「行動資訊」、「育樂資訊」。就「照顧問題」總次數 208 次來看小類問題主題，則以「居家資訊」占 30% 最多；「行為問題」占 18% 其次；「飲食資訊」占 16% 再次。

表 4.3.2.1 「日常照顧資訊」分類項目統計

中類 (總次數)	小類	次數(百分比)	細項	次數(百分比)
日常照顧資訊 (122)	居家資訊	62 (51%)	居家資源	50 (41%)
			居家諮詢	10 (9%)
			居家購買	2 (1%)
	飲食資訊	34 (28%)	飲食諮詢	25 (21%)
			飲食購買	7 (6%)
			飲食資源	2 (1%)
	育樂資訊	15 (12%)	育樂諮詢	10 (9%)
			育樂資源	5 (4%)
	行動資訊	11 (9%)	行動諮詢	6 (5%)
			行動購買	3 (2%)
			行動資源	2 (1%)

而中類問題主題「日常照顧資訊」中的各小類問題主題又可再分出細項。由表 4.3.2.1 可知，「飲食資訊」、「居家資訊」、「行動資訊」三項小類問題主題各可細分出「諮詢」、「購買」、「資源」三種細項問題，而「育樂資訊」僅有「諮詢」與「資源」兩種細項問題。自「日常照顧資訊」總次數 122 次看細項問題主題分布情況，最多為「居家資源」占 41%，其次為「飲食諮詢」占 21%，再次為「居家諮詢」與「育樂諮詢」各占 9%。

由此可知，家屬照顧者在照顧家中失智老年家屬方面，相當需要「日常照顧」方面的資訊，尤以對「居家資訊」和「飲食資訊」的需求最多。而居家資訊中，家屬照顧者對「居家資源」需求度最高，飲食資訊部份則是關於失智老年人飲食方面問題的諮詢需求較多。除此，家屬照顧者也需要失智老年人的「症狀照顧技巧」，尤其是較常面臨失智老年家屬「行為」的照顧問題。

(三) 治療問題

「治療問題」指家屬照顧者提出關於失智老年家屬接受手術或藥物治療的相關問題，包括「治療就醫」、「治療方法」、「治療藥物」、與「治療諮詢」四種類。

1. 治療就醫

「治療就醫」指家屬照顧者協助失智老年家屬接受治療所需知道的相關就醫資訊，此部分問題包括：「治療科別」、「治療醫師」、及「治療醫療機構」三小類。

(1) 治療科別

「治療科別」指家屬照顧者懷疑或已確定家中老年人罹患失智症，欲帶家中老年人就醫接受治療，想知道該看哪科的醫生，例證如下：

我爺爺得失智症一陣子了。
最近這半年吧～越來越兇，攻擊性和脾氣越來越大，
每天一直重複罵髒話，生氣，重複罵髒話，生氣……
請問，是不是之前的藥比較沒效了？
再帶他去看醫生開別的藥會好一點嗎？
感覺他現在是失智症伴隨躁鬱症，
會不會帶他去看精神科會比較好？
…… (ML：Q：H05)

我媽媽今年已 77 歲,患有退化性關節炎及輕度失智.平時在家還可自由行動,但在上星期三寒流來襲時,突然不能行動至今.由於行動不便,無法載至醫院,請問:1.該掛那科的門診? (DE：Q：H98)

(2) 治療醫師

「治療醫師」指家屬照顧者想要尋求治療失智老年家屬的醫師，不同家屬照顧者對尋求醫師條件與類別可能不太相同，如下例：

我公公最近被醫院診斷出是阿茲海默症，……我在想搞不好是那間醫院的設備或醫生水準不到，檢查不出我公公是什麼病症，才判定他是阿茲海默症，希望各位朋友～若知道哪裡有醫治老人痴呆症或阿茲海默症的名醫，千萬要告訴我 (AL：Q：H01)

78 歲老人痴呆症剛發生,四月份到過醫院檢查確定是失智症,……我想問問大家有沒有家人有遇過這種經驗的? 看中醫有沒有可能比較有機會治好,因為醫生說現在還不嚴重,但是會慢慢退化
(AL：Q：H36)

(3) 治療醫療機構

「治療醫療機構」家屬照顧者想了解治療失智老年人醫療機構相關資訊，而家屬照顧者提問的醫療機構類型和層級可能不同，如眼科、診所、醫院等，或針對特定地區、特定名稱治療醫療機構進行詢問，詳例如下：

爸爸記憶力好像變得越來越差了，情緒也很暴躁，三餐也都不太正常吃，……我在想這應該是老人失智症吧……想帶爸爸去看醫生但不知道他願不願意去，前幾天跟同事詢問，同事說昱捷精神科診所還滿不錯的，……請有經驗的人給我一點建議吧 (DE：Q：H68)

請問中部地區有哪些醫院有治療阿茲海默症的門診呢？
爺爺的病情越來越嚴重...=" (AL：Q：H23)

家母現年 76 歲,因高血壓已中風數年,有點心律不整,肺部有點腫,這一年來開始有點老年癡呆症狀!近期經檢查需動白內障手術但需全身麻醉(家母有以上症狀不適合局部麻醉);……請問有無專業人士能提供意見,或有哪家眼科只要局部麻醉即可動此手術?

(SD：Q：H87)

2.治療方法

「治療方法」指家屬照顧者想了解如何治療罹患失智症的家中老年長輩、有何治療方法，或想確認治療方法的成效，例證如下：

老人家已有輕微失智多年的症狀,有可能在 60 幾歲的年齡,首次發生癲癇的症狀嗎？如果長期服藥,有可能會因而痊癒嗎？

(DE：Q：H25)

想請問一下. 若 60 多歲的人常常問一件事問好多次.且忘東忘西的.....還是有什麼方法除了吃藥之外.可以改善??

(AL：Q：H25)

倘若年紀大約 70 歲的女性,有腦中風,失智,駝背等症狀,能否以按摩改善?若方便,請附上相關資料或書籍名稱以方便閱讀

(DE：Q：H41)

3.治療藥物

「治療藥物」指家屬照顧者提出有關治療失智症藥物的問題，可細分為「藥物知識」、「藥物購買」、「新藥資訊」、「藥物成效」、「藥物比較」、「藥物副作用」、及「用藥諮詢」七小類。

(1) 藥物知識

「藥物知識」指家屬照顧者想了解有哪些藥物或偏方可以治療失智老年家屬，例證如下：

阿嬤最近得了老人痴呆症，記憶越來越不好，
……請問有什麼藥可以治療老人痴呆症的嗎？

(ML：Q：H12)

請問大家~我爺爺 88 歲了，本來他很健康這幾天不小心感冒了，去住院回來他就有點異常，我爸說他得老人癡呆了，想問大家老人癡呆有救嗎？有沒有什麼藥？或是什麼偏方？

(SD：Q：H14)

(2) 藥物購買

「藥物購買」指家屬照顧者提出失智症藥物或相關藥物的購買問題，如購買地點、購買規定等，例證如下：

我媽媽有老人失智症,前三星期跌倒,頭部逢線,現在要拆線,但在醫院已二次手舞足蹈無法拆線,醫生也沒方法,我媽媽只想找擦的麻藥不會痛,在哪裡才買的到擦的麻藥?(一般醫院只有打針的麻藥)

(ML: Q: H07)

我阿公有輕微阿茲海默氏症
可是為何他吃的藥"愛憶欣"要自費 (AL: Q: H02)

(3) 新藥資訊

「新藥資訊」指家屬照顧者想知道關於失智症新藥的資訊，如
AL: Q: H22 家屬提到想知道國外是否有更先進藥物，詳例如下：

美國目前算是醫學較為發達的國家~一班美國剛上市的用藥~如台灣想要上市?須等待一至二年的臨床實驗~才可核准上市~請問美國目前有更為先進的治療此症的用藥嗎?(台灣尚未核可的) (AL: Q: H22)

(4) 藥物成效

「藥物成效」指家屬照顧者欲了解何種藥物對目前家中失智老年人的病況最有成效，詳例如下：

經網路資訊得知~目前台灣有「憶思能」、「愛憶欣」、「利憶靈」、「威智」等用藥~請問到底哪一種對初期或中期患者最為有效~效果最為卓著的??還有無其他用藥嗎? (AL: Q: H22)

(5) 藥物比較

「藥物比較」指家屬照顧者提出關於不同種藥物間差異的問題，例證如下：

我媽媽最近記憶衰退很嚴重 醫生判斷為中度阿茲海症 開了愛憶欣 但服用後副作用很大 虛弱疲勞到無法站立 有病友建議改服腦福 不知這兩種藥有何不同 請告訴我 謝謝幫助 (AL: Q: H62)

(6) 藥物副作用

「藥物副作用」指家屬照顧者提到家中失智老年家屬用藥，但不清楚該藥的副作用問題，例證如下：

爺爺最近在吃藥，可是護士沒有跟我們說明藥物的作用
他也沒附說明書！我想請問一下，他寫著 R.C.T.400
是白色藥丸，類似橢圓，藥丸上面寫著 Recital
……有什麼副作用？（SD：Q：H90）

（7）用藥諮詢

「用藥諮詢」指家屬照顧者對於失智老年人的症狀是否應使用藥物感到不確定，或想知道依照失智老年人的情況該使用何種藥物，例證如下：

醫生說我媽媽是失智症，可是因為中風過不適合吃失智勿[的]藥，但因時好時壞不知道該怎[麼]辦……有誰能告訴我，無限感激。（DE：Q：H20）

由於父親八十幾歲了，之前我懷疑是憂鬱、幻想、雙重人格、酒精中毒、失智等等，……一直有帶去給醫生看，醫生也判斷應該為失智，給了待匹力達 25mg 及益利循，請問是否可以服用呢？
（DE：Q：H106）

……我阿嬤今年八十歲，她最近的身體狀況讓人非常擔憂，她有糖尿病、高血壓、輕微的老人失智症與憂鬱現象……我想請問如何才能減輕她的痛苦，要吃什麼藥……（DE：Q：H60）

4.治療諮詢

「治療諮詢」指家屬照顧者對於因應失智老年家屬接受治療該採取的行動或決策感到疑惑，因此提出相關問題，例證如下：

我爺爺前陣子因為關節退化，到醫院做檢查。……手術完後，爺爺在短短的幾天內，智力急速退化。……身為家屬，應該要如何處理呢？還要回去找新光嗎？還是轉到別家去檢查？（AL：Q：H46）

我勿媽媽他有輕微勿[的]老人癡呆<是醫生說勿[的]>但它勿[的]狀況又不算嚴重！……我知道這種病是吃藥也無法根治勿[的]，有什[麼]方法可以幫幫他？還有因為它勿[的]子宮拿掉勿[的]，如果停止吃荷爾蒙素是否也會有所牽連[呢]？請大家幫幫忙給我[個]知[資]訊！（ML：Q：H14）

本人岳父年紀約 75 歲，目前出現上述症狀，常無法認出眼前人員是誰，大便無法感覺會拉在褲子裡，睡到半夜常會起床外出，家人感到很困擾，想請中醫師提出建議及處方（SD：Q：H15）

表 4.3.3 「治療問題」分類項目統計

編號	大類 (總次數)	中類	次數(百分比)	小類	次數(百分比)
三	治療問題 (151)	治療就醫	47 (31%)	治療科別	21 (14%)
				治療醫師	19 (13%)
				治療醫療機構	7 (5%)
		治療藥物	41 (27%)	藥物知識	13 (9%)
				藥物購買	11 (7%)
				藥物成效	6 (4%)
				藥物副作用	4 (3%)
				用藥諮詢	4 (3%)
				藥物比較	2 (1%)
				新藥資訊	1 (1%)
		治療方法	39 (26%)		
		治療諮詢	24 (16%)		

依據表 4.3.3,「治療問題」下可分為「治療就醫」、「治療方法」、「治療藥物」、「治療諮詢」四中類,以「治療就醫」占 31%最多,其次為「治療藥物」占 27%,再次為「治療方法」占 26%,最後為「治療諮詢」占 16%。

而中類問題主題「治療就醫」與「治療藥物」下可再分小類問題主題。「治療就醫」可分為「治療科別」、「治療醫師」、「治療醫療機構」三小類,「治療藥物」下可分為「藥物知識」、「藥物購買」、「新藥資訊」、「藥物成效」、「藥物副作用」、「藥物比較」、「用藥諮詢」七小類。自「治療問題」總數 151 次看小類問題主題,最多為「治療科別」占 14%,其次為「治療醫師」占 13%,再次為「藥物知識」占 9%,第四為「藥物購買」占 7%。

上述比例顯示,家屬照顧者在面對失智老年家屬「治療」方面,較需要「治療科別」與「治療醫師」方面的「治療就醫」資訊,以及關於失智症「藥物知識」和「藥物購買」方面的「治療藥物」資訊。

(四) 法律問題

由於失智老年人隨著病程影響,認知與日常生活功能逐漸衰退,家屬照顧者承擔照顧責任後,便會面臨相關法律方面問題,家屬提出法律問題的主題包括「法律規定諮詢」、「法律糾紛處理」、「法律權益爭取」、以及「法律資源尋求」四中類。

1.法律規定諮詢

「法律規定諮詢」指失智老年人因病症影響，無法自行處理或判斷日常生活事務，因此家屬照顧者想了解相關法律規定，此類問題主題可分為「患者行為效力」、「家屬代理權力」、和「權益申請資訊」。

(1) 患者行為效力

「患者行為效力」指家屬照顧者想了解老年家屬罹患失智症後，其行為是否具法律效力，如當他人保證人、簽借據等，詳例如下：

本人的爸爸最近因為失智，處理事物都不太清楚就會亂答應人，所以親戚朋友開始喜歡跟我爸爸借錢。問題來了：有人找我爸爸當保證人或是拿借據給他簽名／蓋手印會生效嗎？ (DE：Q：L92)

……上個月父親被朋友哄騙簽了一只近三十萬直銷商品的買賣契約，幸好及早被家人發現而沒有付現，但父親不覺被騙反而認為我們子女在干涉他的行為而又大發脾氣。我很擔心那天父親簽會再被騙，萬一簽下的是本票或借據時就來不及了，想請問：一．若檢查出確為阿茲海默症患者，其所為行為能力是否有效？

(DE：Q：L28)

(2) 家屬代理權力

「家屬代理權力」指家屬照顧者想確認是否有代理失智老年家屬處理事務的法律權力，如代為處理財產、代為提出法律訴訟、代為領取補助等，詳例如下：

公公中風已經 2 個禮拜，四肢可以活動但仍需做復健加強下肢力量，但人事物已經意識混亂，醫生認為有老人癡呆的傾向。……而我們是否有權代理處份他的財產？ (SD：Q：L19)

我先生的母親本有一筆存款，後為先生的大姊偷竊存摺和印章，交給先生的大哥，後為我先生的大哥將此存款提領一空，……。我先生是否可以以自己身份向法院提訴要求大姊和大哥共同負擔母親醫藥和健保費和生活費，因為母親因有點失智無法明確表達意見，故無法以母親身份提訴。 (DE：Q：L75)

由於母親改嫁的對象後來輕度中風，造成輕微失智的現象，請問這時候若是要成為他的養子的話，這樣子要如和辦理？因為他現在的狀況無法做意思表示，那他的配偶也就是我媽媽可以代為意思表示嗎？如果不行，要如何才能成為繼父的養子？謝謝回答!! (DE：Q：L57)

(3) 權益申請資訊

「權益申請資訊」指家屬照顧者想了解國家法律提供相關保障權益的申請資訊，如禁治產宣告制度（民國 98 年已改為監護宣告制度），例證如下：

我父親最近取得(失智)全殘扶助保險金的請領資格
但是卻要求請領時必須要申請法院禁治產申請
要襖人分別為身為女兒的我及媽媽〔保〕
保險公司的說辭是避免將來發生理賠糾紛
因父親失智的關係--保險公司要求一定要申請法院禁治產說怕將來
爭產 原父親身故受益人仍為我及我母親
請問我們若不向法院宣告是否可行?
必竟保險金額不大 (DE：Q：I02)

父親失智日漸嚴重，想要為他申請禁治產，祖父母已去世，但有一群可怕的姑叔。我父親有五個子女(全已成年)，……而禁治產申請是否由要當監護人的那一個人申請? (DE：Q：L44)

2.法律糾紛處理

「法律糾紛處理」指家屬照顧者在照顧失智老年人過程中，與其他親友或相關服務人員、機構接觸後產生糾紛，需以法律途徑解決，或牽涉法律規定引發的問題，此類問題可劃分為「內部法律糾紛」與「外部法律糾紛」兩小類。

(1) 內部法律糾紛

「內部法律糾紛」指家屬照顧者在家庭或親友間的糾紛，主題包含「撫養糾紛」和「財務糾紛」兩細項。

1.1 撫養糾紛

「撫養糾紛」指家屬照顧者對其他家人不履行照顧失智老年人義務，欲確認或想了解法律途徑資訊，例證如下：

我的爺爺是一位老農民，每個月都有政府補助的生活費供他使用，但是我爺爺有點老人癡呆，他的證件跟存款部都在我姑姑那邊，但是爺爺卻丟給我們(孫子)照顧，我們很願意照顧爺爺，但是扶養爺爺的責任是怎麼區分?這樣姑姑算棄養嗎?…… (SD：Q：L15)

最近因父親癌症在家療養而母親也因老人癡呆需由人照顧~但我跟妹妹都已經嫁人有自己的家庭需照顧...只能有空才能回去.但因最近快開學了 爲了照顧自己的小孩因此無時間再回去...而我有一個哥

哥也已結婚並且搬出去住但離父母家很近..但卻不照顧...讓我很困擾..請問各位有法律經驗的大大能幫我解決以下問題嗎?1.這樣我能告我哥棄養嗎?怎申請辦理? (SD: Q: L11)

1.2 財務糾紛

「財務糾紛」指家屬照顧者與其他家人對失智老年人財務運用或分配產生衝突，欲了解解決財務糾紛的法律途徑資訊，例證如下：

我奶奶現在生病中有老人癡呆症目前坐在輪椅上，……，但是今天我表兄來家裡跟我爸爸吵架，最後說到還想要我家的土地等等，還說要用什麼法律途徑的，明明就我奶奶生病等等的他們都沒人要來照顧花費，現在還跑來我家吵，有人可以幫我看看有什麼法律途徑可以讓他們不要在影響我家的安寧嗎？我知道他們都是在為錢為土地來吵的，請幫幫我 (SD: Q: L21)

(2) 外部法律糾紛

「外部法律糾紛」指家屬照顧者在與相關服務人員或機構單位互動過程中可能產生糾紛的法律糾紛，包括「外籍看護/仲介聘僱糾紛」、「政府單位互動糾紛」、「醫療疏失糾紛」、「照顧疏失糾紛」四細項，例證如下：

2.1 外籍看護/仲介聘僱糾紛

「外籍看護/仲介聘僱糾紛」指家屬照顧者與聘僱的外籍看護或仲介間的糾紛，如家屬照顧者不滿外籍看護工作態度、仲介公司服務態度、欲解除合約等，例證如下：

這個是申請來照顧我爺爺~ 我爺爺除了老人癡呆...身體方面都沒什麼太大毛病!就像照顧一般老人~大小便吃飯什麼的...這個是印尼的!大概來了 7.8 個月了吧~!但是最近行徑越來越誇張!!!
.....我想請問的是...如果想提前解約該怎麼做?
我們家也請仲介來家裡輔導過 2 次還 3 次了...
如果提前解約需要賠償什麼嗎? (SD: Q: L16)

因為阿公年紀很大了，行動也不太方便，有點失智，每星期有三天需要到醫院洗腎，所以家人僱用一名印尼外傭照顧阿公 當初要求仲介公司幫我們找的是語言能力好一點的，有照顧病人經驗的外勞，但仲介帶來的卻是中文一點也不通，也不懂英文，比手劃腳他也看不懂，我們跟仲介反應，仲介一直以「讓你到外國去你也是需要時間適應阿」……因為仲介公司的服務態度真的太差勁，又一直拿要向勞委會申訴來嚇我們我想問的是..我們僱主有什麼方式可以申訴嗎？畢竟外勞沒照顧好阿公，沒讓阿公按時吃藥是事實((我們也不願把事鬧大，只是仲介這樣對我們大小聲就讓人很不悅))

(DE: Q: F69)

2.2 政府單位互動糾紛

「政府單位互動糾紛」指家屬照顧者處理失智老年家屬的相關事務需與政府單位互動而產生的糾紛，如不滿政府單位工作人員態度、質疑政府單位工作人員處理事情程序等，例證如下：

我們家的外勞已經是連續第二聘了,平常對她像一家人,她一直也都很乖,照顧公公(失智老人),最近半年來與同鄉巧遇之後,個性大變,時常有額外的要求,……沒想到 8/31 出現一位自稱是勞工局的人(只有出示識別證)就將外勞帶走了,沒有任何簽收文件給我們,只是要我們簽轉出同意書,他聲稱外勞主動檢舉我們要她做勞動契約外的事情……只聽外勞片面之辭,完全不理會我們的解釋,……3. 有向勞工局電話申訴該科員完全聽信外勞的行為,沒想到官越大,恐嚇越大,態度越差,有位處長甚至直接說你的態度不好,本來已經不罰款,答應外勞遷出就好,現在我要給你罰最高 15 萬,請問勞工局可以有如此大的權力嗎? (DE : Q : L81)

2.3 醫療疏失糾紛

「醫療疏失糾紛」指家屬照顧者與醫師或醫療機構，因醫療失智老年家屬產生的糾紛，例證如下：

根據美國禮來藥廠處方籤已明載:ZYPREXA 在臨床上未核准使用在之失智相關之精神病及行為混亂患者之治療,若醫師對於患有失智與糖尿病與高血壓之老人連續施打針劑 2 次劑,且時間間隔為 12 小時,是否有違法之嫌?……我該如何申訴與陳情?是否有一定的法律追溯時間?患者的後遺症是經過吸入性肺炎急救治療後必須終身插鼻胃管灌時與重度失能。傷心的家屬 (DE : Q : H108)

2.4 照顧疏失糾紛

「照顧疏失糾紛」指家屬照顧者與照顧失智老年人機構間的糾紛，如照顧方法不當造成失智老年人受傷、死亡等，例證如下：

婆婆於今年四月份因為中風後需要仰賴鼻胃管餵食，於是我們只好將她送至護理之家照顧。……事後我們加以查證，才發現 6/3 護理之家已經帶婆婆前往診所看診，我們取得診斷證明為『閉鎖性骨折』，也就是說 6/3 護理之家就已經知道有骨折情形，卻沒有帶往醫院處理，反而尋求非正統的國術館，而且欺騙家屬是『骨膜發炎』。住院期間，該護理之家完全不聞不問，不曾表示道歉。對於此事件，我們約定近日雙方商討處理方式，想請教各位專家，是否可發表您的高見，我方應該提出什麼樣的賠償方案較為合理？包括賠償金額、或者我方是否應該到警察局備案？或有其他相關的救濟措施？ (DE : Q : L77)

我的爺爺，有老人失智 因此將他送往安養院
等待恢復正常，再將他帶回家.....在安養院至家裡途中
跌入大約 50 公分水溝……經檢察官及法醫驗屍後
確認是顱內出血當場死亡 對此，全部都是安養院的過失責任
因為他明明知道他有失智 卻仍然沒有適當管控
且病人有偷跑記錄了!! 因此如果提出告訴，要提出何法律?
是否能順帶民事賠償? (DE：Q：L88)

3.法律權益爭取

「法律權益爭取」指家屬照顧者就個人部分或代替失智老年人爭取相關牽涉法律的權益，可劃分為「繼承權益」、「財務權益」、「監護權益」、「聘僱權益」四小類。

(1) 繼承權益

「繼承權益」指家屬照顧者欲與其他親屬爭取繼承失智老年家屬財務的權益，家屬照顧者想了解相關法律規定，例證如下：

父親在未患老人癡呆時..已買了另一棟房產給繼母..因為父親想將這棟房產留給我們姐妹三人...但沒想到繼母卻利用我父親生病期間..連哄帶騙將房產過到自己名下...我們當時知道後請求繼母將這房產歸還到我父親名下..可是她卻不肯!!.....我父親給我繼母的房子(或其他遺產)我們姐妹三人也有權繼承嗎? (SD：Q：L06)

眷村改建 我父親已死亡,後母老人癡呆 想問一下 我們做子女的有沒有繼承權..還是房子只有後母的小孩才能繼承 我們身為我父親的親生子女無法繼承眷村改建的房子嗎 ?? 請告訴我 該如何處理此事..謝謝 (SD：Q：L03)

(2) 財務權益

「財物權益」指失智老年人因喪失認知能力，財務遭親屬不當使用，或失智老年人與外界互動導致財務權益受損，如無法領取保險金等，家屬照顧者代為提出相關爭取財物權益的問題，例證如下：

我外婆今年 78 歲，稍有老人癡呆(完全沒有什麼法律常識)……久久沒聯絡的二舅舅突然回來看外婆，跟外婆說他要來見她最後一面，因為他得病快死了!(我外婆就心軟又著急)……他跟我外婆說我媽想把她(外婆)的房子拿去賣，然後都吞她(外婆)的錢，利用她(外婆)的證件去借錢等等，我外婆馬上來向我媽要回所有身分證健保卡房契銀行存摺等等。……有什麼法律可以保住外婆財產的權利?不落入二舅舅手中?有什麼辦法可以找出有效的證據來說服我外婆(我外婆已經被洗腦了!!) 請問有甚麼法律可以來阻止這一切???

(SD：Q：L10)

家人因疾病引起的器質性失智住急性精神病房 45 天有理賠住院金一天一千 ……保險公司理賠卻拖一個月 無答案 並說要以他們的顧問醫生為主 還在評估 遲遲無答案 目前為保單孤兒 業務已離職 保費持續交不會斷……該如何與保險公司爭取應有權利 我們無經驗 問其它保險公司 卻回答不是他的客戶 無法告知 有人可提供幫助嗎 還有半年住院理賠金可能爭取嗎 合約白紙黑字寫明 保險業可以否決衛生署認定的精神科醫生所寫之診斷書認定有住院之必要 幫幫我 給意見 (DE：Q：I05)

(3) 監護權益

「監護權益」指家屬照顧者個人欲與其他親屬爭取監護權益，例證如下：

我的祖母得了老人癡呆……大部分都是我去探望她和處理她在養老院的費用(養老院的費用是用祖母自己存的錢先支出)但是嫁去日本的姑姑 不但不常回來探望祖母 還把小孩丟給祖母帶到長大 最近她常常回來 就是爲了要爭取祖母的監護權和房屋所有權 ……請問有什麼辦法可以讓我贏得祖母的監護權? (SD：Q：L24)

(4) 聘僱權益

「聘僱權益」主要指聘僱外籍看護。家屬照顧者因與已聘僱外籍看護相處融洽，或滿意其工作能力，礙於法規無法續聘，因此詢問關於爭取聘僱權益的問題，例證如下：

我的爸爸是重度失智,目前僱有一名印傭,我母親和外傭感情很好,但印傭在台已工作快達9年,但我們只僱了她近6年,請問我還可以再直聘她三年嗎?如果不行,我媽媽可以收養她,讓她繼續留在我們家嗎?我們要作那些法律程序讓她留在台灣工作? (DE：Q：L46)

家父是重度失智老人，依法我們請了一個印傭照顧。今年五月印傭即將到期回去，雖然我們可以另外再請，但是這個已經照顧了三年，而且也非常熟悉父親的作息。我們要求他繼續留下，但是印傭說，除非我們同意他回去後用觀光簽證進來，不用仲介，因為兩邊的仲介費一扣下來，他所領的實在太少了，我們可以這麼做嗎？有沒有可以讓印傭合法留下，又不用付仲介費的辦法？如果我們非法讓他留下，我們必須負擔何種法律責任？ (DE：Q：L90)

4. 法律資源尋求

「法律資源尋求」指家屬照顧者面臨的問題涉及法律規定，因此想知道有哪些法律資源可協助，如財產信託、法律諮詢機構、遺囑公證人等，例證如下：

爭取父母親扶養權問題??父親中風行動不便加上又是重殘與有點老人癡呆...母親身體也不是很好..現兄弟間輪流照顧一星期..上班很不方便要常請假其兩兄弟合縱輪流讓父親時常受驚嚇.照顧其間必需恐懼兩星期造成精神越來越差...等方面疾病是否有相關單位.能幫我處理爭取父母親扶養權問題 父親所有財產..是否有單位能管理信託…… (SD：Q：F19)

家裡有二個小孩，我和一個無血緣關係的姊姊 父母領養的姊姊離家 17 年至今從未和我們聯絡或拿一毛錢回家，……實際上家裡現在有工作能力的只有我一個，媽媽重度失智，爸爸有輕度身障手冊……
4. 可以去法律扶助會詢求協助嗎? (DE：Q：L73)

小弟父親因病導致失眠，造成目前精神狀況非常差，而且讓我感覺有點失智的傾向（因工作的關係和父親分開住花蓮及基隆，今天媽媽會帶父親至醫檢查），……我想將父親接至花蓮就近照顧，因小弟經濟上無法付擔父親在安養院的費用，又想讓父親晚年能活的有尊嚴，身後時能完成父親千叮萬囑的託付，故想向各位大大請教下列相關問題：1、父親如精神狀況不好，又有失智現象，可以至公証人處預立遺囑嗎?……3、基隆有公證人可幫忙公證嗎?
(DE：Q：L58)

表 4.3.4 「法律問題」分類項目統計

編號	大類 (總次數)	中類	次數(百分比)	小類	次數(百分比)
四	法律問題 (118)	法律糾紛處理	46 (39%)	內部法律糾紛	29 (25%)
				外部法律糾紛	17 (14%)
		法律規定諮詢	34 (29%)	家屬代理權力	16 (14%)
				權益申請資訊	11 (9%)
				患者行為效力	7 (6%)
				繼承權益	14 (12%)
		法律權益爭取	32 (27%)	監護權益	8 (7%)
				財務權益	6 (5%)
				聘僱權益	4 (3%)
		法律資源尋求	6 (5%)		

由表 4.3.4 可知，「法律問題」可分為「法律糾紛處理」、「法律規定諮詢」、「法律權益爭取」、與「法律資源尋求」四中類問題主題。以「法律糾紛處理」占 39%最多，其次為「法律規定諮詢」占 29%，再次為「法律權益爭取」占 27%，最少為「法律資源尋求」占 5%。

中類問題主題除「法律資源尋求」外，其他皆可再劃分出若干小類問題主題。「法律規定諮詢」可分為「患者行為效力」、「家屬代理權力」、「權益申請資訊」；「法律糾紛處理」可分為「內部法律糾紛」、「外部法律糾紛」；「法律權益爭取」可分為「繼承權益」、「財務權益」、「監護權益」、「聘僱權益」。而以「法律問題」

總次數 118 次看小類問題主題出現頻率，「內部法律糾紛」占 25% 最多，「外部法律糾紛」占 14% 其次，「家屬代理權力」占 14% 第三。

表 4.3.4.1 「法律糾紛處理」分類項目統計

中類 (總次數)	小類	次數(百分比)	細項	次數(百分比)
法律糾紛處理 (46)	內部法律糾紛	29 (63%)	撫養糾紛	17 (37%)
			財務糾紛	12 (26%)
	外部法律糾紛	17 (37%)	外籍看護/仲介 聘僱糾紛	6 (13%)
			醫療疏失糾紛	5 (11%)
			照顧疏失糾紛	5 (11%)
			政府單位互動糾紛	1 (2%)

小類問題主題「內部法律糾紛」與「外部法律糾紛」可再分出細項。由表 4.3.7.1 得知，「內部法律糾紛」可分為「撫養糾紛」與「財務糾紛」兩細項，「外部法律糾紛」可分為「外籍看護/仲介聘僱糾紛」、「政府單位互動糾紛」、「醫療疏失糾紛」、及「照顧疏失糾紛」四細項。

以中類問題主題「法律糾紛處理」來看細項問題分布，「撫養糾紛」占 37% 最多，其次為「財務糾紛」占 26%，第三為「外籍看護/仲介聘僱糾紛」占 13%。

由上述比例可知，失智老年人家屬照顧者在法律問題方面，面臨較多「法律糾紛處理」的問題，且此類問題多發生於失智老年人家屬照顧者與其他親屬間的內部法律糾紛，包括撫養和財務兩方面。除此，家屬照顧者也較常提出關於代理權力等法律規定的問題，此也顯示家屬照顧者對法律規定諮詢有較多需求。

(五) 社會福利與資源問題

「社會福利與資源」指政府或民間相關單位提供的福利與資源。家屬照顧者提出「社會福利與資源問題」可再劃分為「特定福利與資源資訊」、「非特定福利與資源資訊」、及「申請資格諮詢」三中類。

1. 特定福利與資源資訊

「特定福利與資源資訊」指家屬照顧者針對某一特定社會福利或資源提出問題，包括「政府補助」、「專業單位」、「輔助工具」、「相關證明」四小類。

(1) 政府補助

「政府補助」指家屬照顧者想獲得申請失智老年人相關補助的福利資訊，或申請補助過程面臨的問題，例證如下：

想請問一下，我的奶奶領有殘障手冊<重度>，她現在住在養老院，已經老年癡呆，不會認人了，我爸爸是長子，所以養老院的錢是我們家在繳的，而我奶奶的戶籍是在我姑姑家，請問，我奶奶可以領什麼補助嗎？因為我奶奶之前的戶籍是在台北，最近才遷回我姑姑家的，我姑姑家住嘉義縣~~請問有什麼補助可以領嗎？因為一個月的養老院要 2 萬塊，不包括去看醫生的錢，實在是吃不消....

(SD : Q : F21)

我阿嬤今年八十幾歲，患有老人癡呆，有殘障手冊(重度)(前幾個月核發)，她現在雖可走幾步路，但是會跌倒，所以整天躺在床上。她目前有農保，每個月領有老農津貼六千元，最近我老爸想申請殘障給付，有一個農保黃牛，說以我阿嬤的情形，大約可領 34 萬，不過要抽三成。想請問一下如果自己申請，大概要多久以後才能申請(我阿嬤去看神經科差不多三、四個月了)，申請的程序如何？

(SD : Q : L23)

(2) 專業單位

「專業單位」指家屬照顧者想了解相關政府或非營利專業單位資訊，如 SD : Q : F11 家屬想知道失智症相關協會、SD : Q : H52 家屬想尋求申請看護的專業諮詢單位、SD : Q : F27 家屬則想尋求提供照顧失智老年人的教育訓練單位。例證如下：

大概現在的家庭，如果家裡有老人癡呆患者，都沒辦法再去與她互動，久了形同陌路 或家裡有誰理她就好。我奶奶現在患有嚴重老人癡呆症覺得她很可憐，好像變成只有自己一人的世界，因沒人陪她，.....台灣有老人癡呆關懷協會嗎?或類似的~希望在台南市(只看到香港有) (SD : Q : F11)

家裡的狀況讓我急需申請外勞或看護，但顧慮到經濟問題，希望是透過政府申請，有誰可以幫幫我？.....曾多次到衛生所及區公所詢問，但都沒有良好的回應，因家中負擔狀況不佳，急需申請方式及流程，可以幫幫我，看哪裡可以提供我做申請流程諮詢！

(SD : Q : H52)

我們家在新北市 因為白天家裡人都要去上班.上課因此只有奶奶一個人在家.....有哪裡可以學習怎麼幫老人家洗澡的機構嗎?或者網頁資料 我想奶奶比較能接受自己親人幫他洗澡吧?

(SD : Q : F27)

(3) 輔助工具

「輔助工具」指家屬照顧者想獲得政府提供失智老年人相關輔助工具申請資訊，例證如下：

我公公好像患有老人癡呆,常常半夜跑出去而不知道要如何回家,聽說可以申請一條手鍊,不知道要去那裡申請呢 (SD: Q: L08)

我的外公 以前都是被外婆照顧著
幾年前 因為外婆的過世 現在照顧他 變成一個很大的問題
就 他老年癡呆越來越嚴重 不肯洗澡 晚上會朝樓下丟東西
大力摔門什麼的 前天 還離家 出去 還好有被找回
來我想問的是 那衛星定位手環要如何取得 (SD: Q: H92)

(4) 相關證明

「相關證明」指家屬照顧者為取得相關社會福利與資源所需的相關證明的問題，如醫師鑑定證明、申請殘障手冊等，例證如下：

我婆婆因中風左半邊..無法走路..左手也無力已經彎曲...生活無法自理.....已經一年三個多月了.....領有輕度殘障手冊.....另有中度失智他保有國泰的保險....最近我們想跟他申請殘障理賠..保單黏貼.....理賠人員告知...需檢附殘障鑑定證明表.....我詢問醫生....醫生說當初申請殘障手冊的殘障鑑定醫生填完已經送往市府...醫院並沒有留存...但保險公司又一定要這張.....我該去哪裡申請當初醫生證明的殘障鑑定書呢... (DE: Q: I06)

2. 非特定福利與資源資訊

「非特定福利與資源資訊」指家屬照顧者未針對特定社會福利與資源提問，想知道一般性的福利與資源資訊，例證如下：

我父親 80 歲 是有領詹養金的榮民
前幾個月開始出現行為怪異的舉動
一個月前 帶他去給醫生檢查 腦波 各方面都正常
以他怪異的行為 判定可能為失智 這幾個月以來 他的行為越來越嚴重.....依我爸的情況 醫生可能會讓他有殘障手冊嗎 而我爸的身份和目前的情況 在桃園內 有什麼可以利用的資源嗎?
(DE: Q: H15)

老人住台北市 70 多歲，每週須洗腎、髖關節開刀換人工，3 年後無法站立、走路、拒絕出外，不能自理大小便，每次皆需通便秘、拒吃蔬果、吐食、語言功能障礙、輕度失智、性情古怪、脾氣暴怒、哭鬧無常、嗜睡、憂鬱。..... 有什麼辦法與資源、資料或治療？
請不需詳細但要清楚易懂可行，精神與眼力不太好，包涵感謝。
(DE: Q: F74)

爸爸患有失智症，之前只是會重複問一些問題，偶爾方向感及時間錯亂，其他還算好照顧...只是這三、四個月來病況似乎加重，.....已不敢放他一人在家...我們做子女的又都在外地求學，幫不上家裡的忙，怕中年的媽媽因太累而倒下...不知道有什麼社會上的資源可以幫忙我們？（我家在台中） (DE: Q: H91)

3.申請資訊諮詢

「申請資訊諮詢」指家屬照顧者想了解依照自家失智老年家屬的情況，是否有申請社會福利與資源的資格，或申請社會福利與資源過程中面臨的問題，例證如下：

有阿茲海默症的人屬於殘障嗎？可以向社會局報殘障手冊嗎？
(AL：Q：H11)

我奶奶今年 86 歲，上個月因跌倒而無法行走，照 X 光後骨科醫生說可能原因有(1)尾椎被擠壓 或 (2)老了退化.....，最近又發現她有老人癡呆的情況而看診腦神經科，我的問題是，若奶奶的不良於行確實是意外傷害造成（若醫生也開了診斷書），她也有老人癡呆症（也有腦神經科醫生診斷書），那她是否可以個別申請這"兩項"殘障給付...還是只能擇其一?? (SD：Q：H69)

小弟的祖母已逾 80 歲，有老年癡呆且行動不便(已無法行走)由一名外籍看護照料平時生活 目前有領取老農津貼每月 6 千元，請問是否可申請農保殘障補助 (AL：Q：I01)

表 4.3.5 「社會福利與資源問題」分類項目統計

編號	大類 (總次數)	中類	次數(百分比)	小類	次數(百分比)
五	社會福利與資源問題 (102)	特定福利與資源資訊	67 (66%)	政府補助	43 (42%)
				相關證明	11 (11%)
				專業單位	10 (10%)
				輔助工具	3 (3%)
		申請資訊諮詢	29 (28%)		
		非特定福利與資源資訊	6 (6%)		

依據表 4.3.5 可知，「社會福利與資源問題」可分為「特定福利與資源資訊」、「非特定福利與資源資訊」、「申請資格諮詢」三項中類問題主題。以「特定福利與資源資訊」占 66%最多，其次為「申請資格諮詢」占 28%，「非特定福利與資源資訊」僅占 6%。

而中類問題主題「特定福利與資源資訊」下還可分出不同小類問題，包括「政府補助」、「專業單位」、「輔助工具」、「相關證明」四小類。以「社會福利與資源問題」總次數 102 次來看小類問題主題，最多為「政府補助」占 42%，其次為「相關證明」占 11%，第三為「專業單位」占 10%。

由此可知，失智老年人家屬照顧者對「社會福利與資源」的需求，以政府提供的補助為主，因而家屬照顧者對「政府補助」方面的相關資訊需求度偏高。

（六）診斷問題

「診斷問題」指經專業醫師診視老年人症狀，判定罹患失智症前，一切與診視相關之話題，包括「診斷就醫」、「診斷方式」、和「診斷諮詢」三中類。

1. 診斷就醫

「診斷就醫」指帶老年人至醫療機構診斷是否罹患失智症前，家屬照顧者應所了解的就醫資訊，又可分為「診斷科別」、「診斷醫師」、及「診斷醫療機構」三小類。

（1）診斷科別

「診斷科別」指醫院中的疾病就診類別，家屬照顧者懷疑家中老年人罹患失智症，欲帶家中老年人就醫，想知道該看哪科的醫生，例證如下：

我爸大概 4.5 年前...因腦微血管破裂...也就是所謂的中風開過刀...
他一開始對以前的事情都記得...但對於現在發生的事情常常忘記...
.....最近幾年我爸越來越嚴重...常常會無中生有...說一些沒有的事
.....我想請問說...我爸這種情況要帶他去看什麼科阿...腦神經科嗎...還是精神科... (AL: Q: H35)

（2）診斷醫師

「診斷醫師」指家屬照顧者想了解該尋求哪位醫師的診斷，家屬照顧者可能會在問題中提到尋求的醫師須具備的條件或類別，如權威醫生、家庭醫師等，詳如下例：

我有一個 70 幾歲的外婆~
她現在變得很健忘~一件事情~每隔 10 分鐘就會問一次
.....有人可以跟我講一下嗎~
還有推薦高雄哪裡有相關的權威醫生~
謝謝^^ (AL: Q: H10)

（3）診斷醫療機構

「診斷醫療機構」指家屬照顧者想知道該帶家中老年人至哪間醫療機構診斷罹失智症，家屬照顧者提問之醫療機構層級不同，可能是醫院或診所，如以下例證：

而我們不知父親的這些症狀，是阿茲海默或巴金森氏症抑或是老年失智。……想請教大家，我住在台北，台北有哪些醫院、哪些醫師對這領域專長？畢竟早期發現，至少可用藥物控制，讓病情延緩。謝謝大家的幫忙！（AL：Q：H63）

嘉義老家的阿公健忘症越來越嚴重了，在加上他有糖尿病可是每次都只是去大醫院拿糖尿病的藥而已可現在他的記性越來越差，我很擔心他連藥都會忘了拿，想請問嘉義市有沒有那種有居家關懷的診所（如果能夠看診糖尿病或是老人癡呆症狀的更好）請告訴我有沒有這類的診所。（SD：Q：H88）

2. 診斷方式

「診斷方式」指家屬照顧者想了解專業醫師判斷患者罹患失智症的「方法」和「形式」。

（1）診斷方法

「診斷方法」指家屬照顧者想了解專業醫師判斷家中老年人是否罹患失智症的方法，如下例：

身心障礙失智認定標準為何？
因奶奶 81 歲突然無法自理。
但評定還是輕度導致無法工作？
有人可告知醫生如何認定？（DE：Q：F19）

（2）診斷形式

「診斷型式」指家屬照顧者對家中老年人接受診斷的方式提出相關問題，如 DE：Q：H04 家屬因帶家中老年家屬就診有困難，希望醫師能至家中診斷，而 DE：Q：H104 家屬則質疑醫院診斷形式的規定。詳例如下：

我父親最近常說他記性不好，……可能是老人失智的前兆。曾委婉請他去檢查卻被打回了票，因他向來自尊心很強非常愛面子，所以不知是否有所謂的外診能來家中以朋友的身分由不經意的過程中來診斷呢？（DE：Q：H04）

父親目前有輕度殘障手冊(失智)，但是目前已無法行動，……醫院說他這些問題都是 神經內科 的問題，要由神經內科醫師鑑定，而且神經內科規定要門診才能鑑定，因此我們要先出院，然後帶著氧氣瓶推著輪椅去鑑定，對家屬真是相當的困擾，……今天住院醫師還說就算植物人也是要這樣門診鑑定..真的是這樣嗎？

（DE：Q：H104）

3. 診斷諮詢

「診斷諮詢」指家屬照顧者對於因應失智老年家屬診斷該採取的行動或決策感到疑惑，希望他人給予意見參考，例證如下：

我外婆今年 88 歲了身體上大概還 OK 但最近在精神上發生了一些問題……晚上睡不著精神處於亢奮狀態雙眼很有精神但語無倫次總是說有人要害她.家裡面的電視也被外婆弄壞說是有鬼，……請問大家這是什麼症狀?精神分裂?還是人家說的卡到陰該求助哪一科診斷或是宗教力量 請大家給些建議謝謝

(AL:Q:H21)

表 4.3.6 「診斷問題」分類項目統計

編號	大類 (總次數)	中類	次數(百分比)	小類	次數(百分比)
六	診斷問題 (72)	診斷就醫	57 (79%)	診斷科別	34 (47%)
				診斷醫療機構	13 (18%)
				診斷醫師	10 (14%)
		診斷諮詢	8 (11%)		
		診斷方式	7 (10%)	診斷方法	4 (6%)
				診斷形式	3 (4%)

由表 4.3.6 可知，「診斷問題」下可分為「診斷就醫」、「診斷方式」、「診斷諮詢」三中類問題主題，其中以「診斷就醫」占比例高達 79% 最多，「診斷諮詢」與「診斷方式」分別僅各占 11% 和 10%。

而「診斷就醫」下又可再分為「診斷科別」、「診斷醫療機構」、「診斷醫師」三小類問題主題，「診斷方式」下則可分為「診斷方法」與「診斷型式」兩小類問題主題。自「診斷問題」總次數 72 次看小類問題主題次數與比例，以「診斷科別」占 47% 最多，其次為「診斷醫療機構」占 18%，再次為「診斷醫師」占 14%。

此顯示失智老年人家屬照顧者面對「診斷」問題，最主要為不清楚應帶家中老年家屬應至何種醫療「科別」進行診斷，再來則是不清楚有哪些「醫療機構」和「醫師」可尋求失智症診斷。

(七) 個人與家庭問題

「個人與家庭問題」指來自主要家屬照顧者、非主要家屬照顧者及與家庭間之問題，包括「個人問題」與「家庭問題」兩中類。

1.個人問題

「個人問題」指主要家屬照顧者或非主要家屬照顧者「個人層面」的問題，包括「情緒宣洩」、「慰藉尋求」、「相處方式諮詢」、「經濟資源尋求」、「責任承擔評估」五小類。

(1) 情緒宣洩

「情緒宣洩」指家屬照顧者照顧失智老年人過程中，必須應付患者的問題行為和精神症狀，除此，還可面臨與其他相關單位互動後，引發爭執的情況，如醫療糾紛等，因此；家屬照顧者會提出自己遭遇的狀況，藉以宣洩情緒，例證如下：

我想申請外籍看護工,但是醫師都說政府和勞委會會找麻煩!但是我外婆又 89 歲嚴重老人痴呆症,醫生因懼怕勞委會找麻煩,這樣的醫師還能有醫德行醫嗎?? (DE : Q : L25)

(2) 慰藉尋求

「慰藉尋求」指家屬照顧者除利用提問宣洩情緒，也會尋求舒緩情緒的建議或方法，例證如下：

外婆年紀大了.而且常常做出一些"令人無法理解的事"……問外婆怎麼一個人自己走了出來.結果外婆居然說."我要走回家去洗衣服阿"那時阿姨嚇到了.媽媽聽了也是一樣.掛下電話.我看見媽媽的眼眶已經紅了.我不禁也傷心了起來.發生了這件事後.我便到知識+來尋找答案.希望可以得到一些鼓勵及幫助. (SD : Q : F17)

失智的公公現在不會對我們惡言惡語，但做出來的事情，讓我很痛苦！……當我極度生氣時，我心裡竟詛咒公公去死，而且他最好出門時，走失算了！不要再回來這個家了！晚上還一直做夢，夢見我在罵我公公，還拿棍子打他，但我真的受不了了！我需要大家的建議，至少讓我保有自己的心神，讓我內心好過點吧！

(DE : Q : F27)

(3) 相處方式諮詢

「相處方式諮詢」指家屬照顧者與失智老年家屬在生活上的接觸與往來產生衝突或不適應，因此提出與失智老年人相處方面的相關問題，例證如下：

我的爺爺患有阿茲海默症，也就是所謂的老人癡呆
他常常不告知我就從我房間裡把書拿走
……因為我是晚輩，所以我的東西不見只能自己哭一哭，我的隱私
不受尊重也不能說什麼嗎？我父母說的那些我當然知道！我知道
啊！可是……我該怎麼做才好，我不想再有東西被拿走找不到了，可
是我不想傷他們的心 (SD：Q：F24)

我奶奶來我們家住很長一段時間了
……我發現她還有嚴重的妄想症……把大家沒做過沒說過的事情都講
得像真的一樣。把大家都想得好像很壞……
這點也讓我不知道要怎麼跟她解釋…跟她說也聽不進去。非常頑固
請各位有經驗的跟我說一下該如何相處呢? (DE：Q：F45)

(4) 經濟資源尋求

「經濟資源尋求」指家屬照顧者因家庭經濟狀況不佳，為照顧失
智老年人想尋求增加經濟的相關資源資訊，如 SD：Q：F22 家屬指出
擔心失智老年人獨自在家危險，故想尋求能在家作業的工作資訊，希
望增加家庭收入。詳例如下：

目前是個高中生在家裡
照故奶奶 因為奶奶有老人癡呆
跟中風 她有時來會忘記我是誰
忘記他在煮東西! 所以我不敢出去外面找工作
想替家裡增加一點收入所以想問有沒有家庭代工可以做
花蓮地區喔 拜託!! (SD：Q：F22)

(5) 照顧角色評估

「照顧角色評估」指因個人或家庭因素，使家屬照顧者對於是否
承擔照顧角色充滿不確定感，如 SD：Q：F18 家屬指出需照顧岳父，
卻沒辦法照顧自己父母，感到很疲累也很愧疚；DE：Q：F82 家屬提
到與夫家相處不融洽，以致影響照顧失智婆婆的意願；DE：Q：H147
家屬則因失智老年人要求親人相伴，但礙於家人需工作，不知道該如
何承擔照顧角色。詳例如下：

剛開始我老婆跟他哥輪流照顧他爸一人負責一個月，但隨著我岳父
健康狀況越來越差，他哥就把爸都丟給我們，等於我岳父幾乎都是跟
我住了。……我哥現在因為工作調至大陸，他已照顧我爸媽多年，
憑良心講現在應該換我照顧了，但是我現在這狀況又怎麼照顧
呢? …… 有時剛做完家事岳父又尿失禁了，又要到處擦洗，一整
晚都無法好好休息，我覺得好累，也對自己父母很愧疚，該怎麼辦?
(SD：Q：F18)

現在婆婆老了有點失智和三高疾病，二姑就說照顧婆婆是媳婦的責任，家中財務他全權掌管跟我孩子說媽媽是外人不能讓我知道家裡共有多少財產。先生又很聽他姐姐的話在一次爭執中，他說他有錢也不會給我還真的說到做到只給我生活費。我對娘家很關心但先生卻是不聞不問，連過年回娘家時都不太願意，卻要求我要好好照顧他媽感覺很不平。這種情形下請問各位你會很用心照顧生病的婆婆嗎 (DE：Q：F82)

家中有漸漸失智老人該注意哪些問題?? 請問老人一直要求有人陪在身邊(親人).他拒絕外勞.或安養院.這年頭大家為謀生都忙到茫.實在~~~你可有好意見?? (DE：Q：H147)

2.家庭問題

「家庭問題」指失智老年人家屬照顧者家庭間的問題，如夫妻間、兄弟姐妹間、親戚間，可再分為「家人溝通問題」與「責任分擔問題」兩小類。

(1) 家人溝通問題

「家人溝通問題」指家屬照顧者與其他家人間，對失智症的認知、失智家屬的照顧方法或照顧理念不一致，引起溝通方面的問題，例證如下：

我確定我父親是失智,可是我母親(77歲)與哥哥們(56歲和54歲)都不認為,他們都說我父親是故意的,..... 我如何讓家人知道他是失智,他的舉動都不是故意的.....有時我母親會拿棍子作勢要打他,有時我哥哥也會罵他...我娘家很傳統,我夫家從不干涉我回娘家,現在我母親叫我少回家以免跟我兄長們起衝突,我該如何作呢(我覺得我母親也快要躁鬱了) (AL：Q：H65)

我的父親 85 歲明顯發現失智約有三年
平日主要由 81 歲的母親照顧 他們與我小弟同住
因有嚴重的婆媳問題 所以照顧父親的工作都由母親為主小弟為輔
我住在台中只能乾著急 不知如何是好 母親又堅決不請外傭照顧
她認為請個外傭只是找個外人要她伺候罷了 外傭根本幫不了忙
真另我苦惱! (DE：Q：F23)

(2) 責任分攤問題

「責任分攤問題」指家屬照顧者與其他家人間，對照顧失智老家屬所需花費的體力、時間和金錢分配不均引發的責任分攤問題，例證如下：

家已經 85 歲而且有些微的老人癡呆行動也不方便不管是吃喝拉撒睡都是我在做)本來我也是職業婦女,可是我公公要我辭去工作照顧家庭,便把他的退休俸給我用在家中的開銷,可是我老公的二姐卻一直認為我將錢拿去享受還偷偷帶老人家將名下所有錢都交給婆婆可是婆婆根本不知道錢在哪裡???已經一年多了她二姐連照顧老人家一天都沒有.....誰可以教教我該怎麼辦啊? (SD : Q : F25)

剛開始我老婆跟他哥輪流照顧他爸一人負責一個月,但隨著我岳父健康狀況越來越差,他哥就把爸都丟給我們,等於我岳父幾乎都是跟我住了.....我覺得好累,也對自己父母很愧疚,該怎麼辦?

(SD : Q : F18)

表 4.3.7 「個人與家庭問題」分類項目統計

編號	大類 (總次數)	中類	次數(百分比)	小類	次數(百分比)
七	個人與家庭問題 (52)	個人問題	43 (83%)	情緒宣洩	17 (33%)
				相處方法諮詢	12 (23%)
				照顧角色評估	11 (21%)
				經濟資源尋求	2 (4%)
				慰藉尋求	1 (2%)
		家庭問題	9 (17%)	家人溝通問題	8 (15%)
				責任分攤問題	1 (2%)

由表 4.3.7 得知,「個人與家庭問題」可分為「個人問題」與「家庭問題」兩中類問題主題,以「個人問題」占 83%最多,「家庭問題」占 17%。各中類問題主題可再分為小類問題主題,「個人問題」包括「情緒宣洩」、「慰藉尋求」、「相處方法諮詢」、「經濟資源尋求」、「照顧角色評估」五項小類問題主題;「家庭問題」包括「家人溝通問題」與「責任分攤問題」兩項小類問題主題。

自「個人與家庭問題」總次數 52 次看小類問題主題出現次數與比例,以「情緒宣洩」占 33%最多,其次為「相處方法諮詢」占 23%,再次為「照顧角色評估」占 21%。

由此可知,失智老年人家屬照顧者面臨的「個人與家庭問題」,家屬照顧者自身的「個人問題」最常被提出,其中又以「情緒宣洩」主題的問題較多,顯示家屬照顧者提問不僅為獲得解決問題的資訊,也需要藉以發洩情緒。

(八) 宗教問題

「宗教問題」指家屬照顧者在照顧失智老年人過程中,所有與宗教相關的問題,包括「宗教資源」和「宗教指引」。

1. 宗教資源

「宗教資源」指家屬照顧者想幫助失智老年家屬接受宗教性協助或參與宗教活動，因此想了解有哪些宗教資源、何處有宗教資源等問題，例證如下：

我是淨土宗的,想請問:台北何處有幫忙助念的師兄師姊?
父親目前在榮總插管.感恩!!不! 我這次是要送他走的~
他 96 年開始失智, ……我跟父親說了很多話, 希望他放下,因為他活著實在太痛苦了!!之前光是抽痰, 父親都是手腳被綁著,痛的直叫...
『痛啊!』真是太慘了! (DE : Q : R06)

本人的父親(張泳生)因為年事已高 有心臟病 高血壓 糖尿病再加上腦中風和老人失智症 現住在加護病房中住院治療觀察 有做氣切裝呼吸器和插管 近幾乎全癱在病床上 但是有知覺和聽覺 碰觸移動會睜大眼睛 懇請十方有緣及有願的大德行者為我父親修法迴向 : 若業報未盡 腦中異物積血化消 神識恢復 意識恢復 身體健康 疾病痊癒 出院回家~~若業報已盡 安詳念佛 捨報往生 佛國淨土~~~感恩 感恩 再感恩!! (DE : Q : R01)

我父親 90 歲, 失智, 不良於行, 頭腦也不清楚, 母親又將他移至安養院,最近他的狀況很糟,我想幫他皈依,但是他無法親自去, 且他無法跟著師父唸, 怎麼辦? 有哪裡可以代受的嗎? (DE : Q : R02)

2. 宗教指引

「宗教指引」指家屬照顧者想藉由宗教性的指示引導，了解照顧失智老年人的相關問題。如 DE : Q : R03 家屬提到為了失智母親想換房子，向神明請示求籤，希望他人協助解釋籤詩內容，DE : Q : R04 家屬則想透過宗教性解釋，了解老年人罹患失智症的因果輪迴。例證如下：

因為母親有輕微的老人失智
深怕這樣異動她會不習慣!!
所以就問了媽祖這基隆市的房子到底是否適合他們呢?
於是求得……薛仁貴救駕……
……問媽祖如果真搬到基隆
我想在那小社區賣賣冷凍牛排等
不知道這想法是否賺錢呢?
這是上次求得籤詩兩次都不一樣 (DE : Q : R03)

各位前賢大德 請問在宗教裡(有因果輪迴的宗教裡),
關於老人失智的前世因為何? 若是現世的,請問現世因為何?
PS : 請不要跟我提醫學(我覺對會帶長輩去看醫生), 我想探討宗教的因果. (DE : Q : R04)

表 4.3.8 「宗教問題」分類項目統計

編號	大類 (總次數)	中類	次數(百分比)
八	宗教問題 (6)	宗教資源	3 (50%)
		宗教指引	3 (50%)

依據表 4.3.8，「宗教問題」主要分為「宗教資源」與「宗教指引」兩項中類問題主題，各出現 3 次，各占 50%。即便宗教問題出現比例較低，此仍顯示失智老年人家屬照顧者對宗教資訊也有需求，部分家屬照顧者會藉由提問尋求宗教資訊或協助。

(九) 其他問題

指無法歸於上述八類之問題。家屬照顧者在照顧失智老年人過程中，也可能面臨與照顧失智老年人非直接相關的問題。如 AL：Q：H70 家屬指出，因為本身長年照顧失智老年人，加以受到失智症相關電影題材啟發，因此詢問如何捐款給失智症相關專業單位，例證如下：

如何捐款到阿茲罕[海]默症協會 因為我媽媽已經得了早發性阿茲罕[海]默症將近 10 年了....就是日本(明日的電影)男主角所得的病...所以我很希望幫助(阿茲罕[海]默症)的人....由衷感激!!!!謝謝!!!!

(AL：Q：H70)

四、失智老年人家屬照顧者提問之問題屬性

Harper 等人 (2010) 指出，探索社會性問答網站的問題屬性，可以幫助系統設計者與研究者了解使用者提問行為，進而提升社會性問答網站的效能，其將網路問題屬性分為六類：建議 (advice)、確認 (identification)、偏好 (dis/approval)、評鑑 (quality)、指示 (prescriptive) 與事實 (factual)。

本研究參考 Harper 等人 (2010) 的網路問題屬性分類定義，將 Yahoo! 奇摩知識+失智老年人家屬照顧者提出疑問的部分依屬性分類，分析結果發現家屬照顧者問題的屬性包含事實、指示、建議、評鑑、及確認五類，各問題屬性之特性說明如下。

（一）事實型問題

事實型問題指具有客觀或經驗性答案的問題，如既有的資訊、資料或知識。例證如下：

我家中有個奶奶,因得了帕金森氏症,又家人都必須工作,故已由安養中心照顧多年,目前總花費約 150 萬左右,長年下來,每個月約 2 萬元的費用實在壓力很大,想請問關於此項問題,政府機關是否有何補助可以申請,已減輕家中的負擔,謝謝! (DE:Q:L24)

（二）建議型問題

建議型問題指家屬照顧者面臨的問題不僅是當下須處理，在未來也很可能再次發生，故家屬照顧者提問意圖在於產生關於未來或建立專門針對性的答案、方法、計畫。例證如下：

我阿公有老人痴呆
嚴重的程度大概就是吃了洗假牙用的藥錠...
被我阿嬤發現後還會大聲罵我阿嬤
我想請問 吃了以後會怎麼樣? 還有什麼方法可以有效老人痴呆的
阿公可以不要在亂吃東西 (DE:Q:F26)

（三）指示型問題

指示型問題指提問意圖在追求問題已有的答案。家屬照顧者需要學習步驟或策略以解決當下面臨的問題。例證如下：

最近家裡經濟狀況較差 加上母親罹患失智症
所以爸爸前幾天去把勞保退掉想先領來用(已經符合退的年數了)但
是昨天帶母親去看醫生時，醫生說勞保對失智症有額外負擔
但是打去勞保局問 他說退了就不行了 好像說再保也不行了請問如何解決呢??因為差蠻多錢的 (DE:Q:I04)

（四）評鑑型問題

評鑑型問題指提問意圖在尋求好、壞的例子，或產品、項目、及概念的排名。例證如下：

他是一位行動不便 又有輕微失智的老人
請問在新北市或台北市
有哪些品質較好的護理之家或安養院?? (DE:Q:H96)

(五) 確認型問題

確認型問題指提問意圖在使人們建立討論焦點或關係，家屬照顧者提出此屬性問題並非真的需要解答，而是希望與他人討論並獲得情感性支持，例證如下：

現在婆婆老了有點失智和三高疾病，二姑就說照顧婆 婆是媳婦的責任，家中財務他全權掌管跟我孩子說媽媽是外人不能讓我知道家裡共有多少財產。先生又很聽他姐姐的話在一次爭執中，他說他有錢也不會給我還真的 說到做到只給我生活費。我對娘家很關心但先生卻是不聞不問，連過年回娘家時都不太願意，卻要求我要好好照顧他媽感覺很不平。這種情形下請問各位你會很用心照顧生病的婆婆嗎 (DE：Q：F82)

本研究分析之 672 篇提問的問題屬性出現總次數為 775 次，由於一個提問可能同時包含不同問題屬性，故問題屬性總數會多於提問總篇數。依據表 4.4 可得知，整體次數來看，失智老年人家屬照顧者的問題屬性以「事實型」問題占 59%最多；其次為「指示型」問題占 18%；再次為「建議型」問題占 13%；接續為「評鑑型」問題占 7%；最後為「確認型」問題占 3%。

表 4.4 失智老年人家屬照顧者問題屬性比例

問題屬性	事實	指示	建議	評鑑	確認	總計
次數	458	142	101	49	25	775
百分比	59%	18%	13%	7%	3%	100%

本研究分析結果對應至 Harper 等人（2010）的問題分類，「偏好型」問題完全未出現在本研究分析的問答資料中，「偏好型」問題屬性的定義為提問者意圖在鼓勵人們分享個人對某特定事物的喜好程度。而「事實型」、「建議型」、「指示型」問題是失智老年人家屬照顧者提問最常出現的三種問題屬性。可見失智老年人家屬照顧者面臨的問題狀況多以需獲得既存的客觀或主觀資訊、資料、知識，或專門針對性的答案、方法、計畫，以及可有效解決當下面臨問題的步驟或策略為主。

換言之，失智老年人家屬照顧者的資訊需求以「解決問題」為主，較不會出現如一般日常生活中，為滿足個人喜好產生的資訊需求，因此「偏好型」問題未出現在失智老年人家屬照顧者提問的問題屬性中。

除此，本研究統計問題屬性數據顯示，「評鑑型」與「確認型」問題也占失智老年人家屬照顧者提問部分比例，即便比例不如「事實型、建議型、指示型」問題，仍顯示家屬照顧者除了需要具體可解決問題的答案外，也需要推薦性和情感性資訊。

五、綜合比較

本小節探討兩項比較：（一）「問題意識階段」與「問題主題」比較，了解在特定問題意識階段，有哪些特定問題主題被家屬照顧者提出，意即特定問題意識階段是否連結特定問題主題。（二）「問題意識階段」與「問題屬性」比較，探索特定問題意識階段，家屬照顧者提出問題的屬性分布情況，特定問題意識階段是否連結特定問題屬性。

（一）「問題意識階段」與「問題主題」比較

表 4.5 「問題意識階段」之「問題主題」比例

問題意識階段 (篇數)	疑惑釐清期 (92)		醫療尋求期 (140)		照顧角色決策期 (14)		照顧投入期 (426)		總計
	次數	百分比	次數	百分比	次數	百分比	次數	百分比	
失智症知識問題	86	70%	71	30%	12	57%	39	7%	208
		41%		34%		6%		19%	
診斷問題	4	4%	60	25%	0	0%	1	0%	65
		6%		92%		0%		2%	
治療問題	14	11%	75	31%	0	0%	61	12%	150
		9%		50%		0%		41%	
照顧問題	11	9%	21	9%	4	19%	172	33%	208
		5%		10%		2%		83%	
社會福利與資源問題	2	1%	3	1%	0	0%	97	18%	102
		2%		3%		0%		95%	
個人與家庭問題	5	4%	2	1%	4	19%	41	8%	52
		10%		3%		8%		79%	
法律問題	1	1%	6	3%	1	5%	110	21%	118
		1%		5%		1%		93%	
宗教問題	0	0%	1	0%	0	0%	5	1%	6
		0%		0%		0%		83%	
其他問題	0	0%	0	0%	0	0%	1	0%	1
		0%		0%		0%		0%	
總計	123		239		21		527		910

本研究分析失智老年人家屬照顧者每一則提問包含超過一類以上的問題主題，故問題主題總次數 910 次超過問題意識階段總篇數 672 篇。由表 4.5 得知，整體而言，每一問題意識階段平均皆包含四類以上的問題主題，而四問題意識階段中，以「照顧投入期」出現的問題主題次數最多，其次為「醫療尋求期」、再次為「疑惑釐清期」，最少為「照顧角色決策期」。

表 4.5 百分比第一欄位表同一階段中，每類問題主題占該階段總次數的比例，第二欄位則為問題主題分別在四問題意識階段出現的比例。以下針對「問題意識階段」看「問題主題」比例，及「問題主題」於「問題意識階段」分布情況兩部分進行探討。

就各問題意識階段包含的「問題主題」比例，詳見表 4.5 百分比第一欄位，「疑惑釐清期」以「失智症知識問題」占 70%最多；「醫療尋求期」以「治療問題」占 31%最多，其次為「失智症知識問題」占 30%，再次為「診斷問題」占 25%；「照顧角色決策期」以「失智症知識問題」占 57%最多，其次為「照顧問題」與「個人與家庭問題」各占 19%；「照顧投入期」則以「照顧問題」占 33%最多，其次為「法律問題」占 21%，第三為「社會福利與資源問題」占 18%。

而自九大類「問題主題」分布於四個「問題意識階段」的比例來看，詳見表 4.5 百分第二欄位，「失智症知識」出現於「疑惑釐清期」占 41%最多；「診斷問題」出現於「醫療尋求期」占 92%最多；「治療問題」出現於「醫療尋求期」占 50%最多；「照顧問題」出現於「照顧投入期」占 83%最多；「社會福利與資源問題」出現於「照顧投入期」占 95%最多，「個人與家庭問題」出現於「照顧投入期」占 79%最多，「法律問題」出現於「照顧投入期」占 93%最多；「宗教問題」出現於「照顧投入期」占 83%最多；「其他問題」出現於「照顧投入期」1 次。

綜整上述數據有三點值得注意是，即便家屬照顧者同一問題意識階段包含不同問題主題，但每一問題意識階段仍有特定問題主題比例較多。家屬照顧者在「疑惑釐清期」主要提出「失智症知識問題」，而「醫療尋求期」，「治療問題」與「診斷問題」大幅增加，至「照顧角色決策期」，「治療問題」與「診斷問題」又大幅下降，「照顧問題」與「個人與家庭問題」則比重增加，「照顧投入期」

則以「照顧問題」與「法律問題」為主，「社會福利與資源問題」與「宗教問題」也於此階段增加。此顯示，失智老年人家屬照顧者問題主題隨問題意識階段變化。

除此，數據顯示家屬照顧者可能相當需要「失智症知識」。「失智症知識問題」是失智老年人家屬照顧者在「疑惑釐清期」與「照顧角色決策期」兩個問題意識階段提問最多的問題主題，在「醫療尋求期」也占有多數比例。

而「照顧投入期」包含問題主題種類與次數較其他階段多，此也表示「照顧投入期」是家屬照顧者面臨複雜問題狀況的階段，對資訊的需求也較多元。

(二)「問題意識階段」與「問題屬性」比較

表 4.6 「問題意識階段」之「問題屬性」比例

問題意識階段 (篇數) 問題屬性	疑惑釐清期 (92)		醫療尋求期 (140)		照顧角色決策期 (14)		照顧投入期 (426)		總計
	次數	百分比	次數	百分比	次數	百分比	次數	百分比	
事實型	76	72%	110	64%	9	53%	263	54%	458
		17%		24%		2%		57%	
建議型	6	6%	8	5%	2	12%	85	18%	101
		6%		8%		2%		84%	
指示型	20	19%	21	12%	6	35%	95	20%	142
		14%		15%		4%		67%	
評鑑型	0	0%	29	17%	0	0%	20	4%	49
		0%		59%		0%		41%	
確認型	3	3%	5	2%	0	0%	17	4%	25
		12%		20%		0%		68%	
總計	105		173		17		480		775

本研究分析失智老年人家屬照顧者每一則提問包含超過一類以上的問題屬性，故問題屬性總次數 775 次超過問題意識階段總篇數 672 篇。表 4.6 百分比第一欄位表同一階段中，每類問題屬性占該階段總次數的比例，第二欄位則為問題屬性分別在四問題意識階段出現的比例。

根據表 4.6 得知，整體來看，各問題意識階段平均皆包含三種以上問題屬性，四個問題意識階段中，以「照顧投入期」出現的問題屬性次數最多，其次為「醫療尋求期」、再次為「疑惑釐清期」，最少為「照顧角色決策期」。以下針

對「問題意識階段」看「問題屬性」比例，及「問題屬性」於「問題意識階段」分布情況兩部分進行探討。

就「問題意識階段」包含的「問題屬性」比例可知，詳見表 4.6 百分比第一欄，「疑惑釐清期」以「事實型問題」占 72%最多，其次為「指示型問題」占 19%；「醫療尋求期」以「事實型問題」占 64%最多，其次為「評鑑型問題」占 17%；「照顧角色決策期」以「事實型問題」占 53%最多，其次為「指示型問題」占 35%；「照顧投入期」則以「事實型問題」，占 54%最多，其次為「指示型問題」出現 96 次，占 20%，再次為「建議型問題」出現 85 次，占 18%。

而自四種「問題屬性」分布於四「問題意識階段」的比例來看，詳見表 4.6 百分比第二欄，「事實型問題」出現於「照顧投入期」占 57%最多；「建議型問題」出現於「照顧投入期」占 84%最多；「指示型問題」出現於「照顧投入期」占 67%最多；「評鑑型問題」出現於「醫療尋求期」占 59%最多；「確認型問題」出現於「照顧投入期」占 68%最多。

綜整上述數據也有三點值得注意，失智老年人家屬照顧者提問多為尋求事實型資訊，數據顯示「事實型問題」是失智老年人家屬照顧者在「疑惑釐清期」、「醫療尋求期」、「照顧角色決策期」、「照顧投入期」四問題意識階段提問最多的問題屬性。

另外，數據也顯示特定問題屬性也傾向出現在特定問題意識階段，例如：「評鑑型」主要分布於「醫療尋求期」，在其他階段甚至於沒有出現，次數為 0，顯示失智老年人家屬照顧者在「醫療尋求期」會出現較多評鑑型的資訊需求。

再來，由「問題屬性」分布於「問題意識階段」情況而言，「事實型」、「建議型」、「指示型」、「確認型」四種問題屬性皆主要分布於「照顧投入期」，與自「問題意識階段」看「問題屬性」比例結果相同，此也再次凸顯出失智老年人家屬照顧者在「照顧投入期」會面臨較多問題狀況，且問題屬性也多元。

六、綜合討論

本小節旨在綜整失智老年人家屬照顧者問題類型的研究結果與比較數據，探討失智老年人家屬照顧者之資訊需求特質，並與其他研究進行比較。

Wersig (1979) 認為資訊需求是使用者面對一個問題，意識到其知識狀態無法解決問題，決定獲得有關該問題的資訊時的狀態。本研究參考 Wersig 的概念，定義失智老年人家屬照顧者的資訊需求即其面臨的問題狀況與其中的問題，分析面向包括問題意識階段、問題主題、及問題屬性。本研究綜整研究結果與分析後，歸納失智老年人家屬照顧者的資訊需求特質具有階段性、複雜性、重疊、及交替性四種特性，以下詳述之。

(一) 失智老年人家屬照顧者資訊需求特質具階段性

本研究參考 H. S. Wilson (1989) 失智症家屬照顧八階段歷程概念，分析 Yahoo! 奇摩知識+問答資料後，發現失智老年人家屬照顧者提問同樣也具有階段性。本研究歸納失智老年人家屬照顧者問題意識可以分為四個階段：疑惑釐清期、醫療尋求期、照顧角色決策期、照顧投入期。而失智老年人家屬照顧者的問題主題和問題屬性會隨問題意識階段變化，顯示家屬照顧者在不同問題意識階段有不同資訊需求，見表 4.7。

表 4.7 失智老年人家屬照顧者資訊需求之變化歷程

問題意識階段	問題主題	問題屬性
疑惑釐清期	失智症知識	事實型 指示型
醫療尋求期	診斷 治療	事實型 評鑑型
照顧角色決策期	失智症知識 個人與家庭	事實型 指示型
照顧投入期	照顧 法律 社會福利與資源 宗教 其他	事實型 建議型 確認型

另一方面，相關文獻指出失智老年人家屬照顧者的資訊需求會隨著患者病程改變 (Mahoney, 1998; Hirakawa, et al., 2011)，然而本研究發現，家屬照顧者提問的問題意識階段卻不一定隨「失智老年人病程(輕度、中度、重度)」變化。本研究歸納失智老年人家屬照顧者的四問題意識階段對應至 H. S. Wilson(1989) 提出的照顧八階段：1. 注意、2. 忽視與正視、3. 懷疑、4. 尋求解釋、5. 重建、6. 承擔、7. 經歷、8. 轉手，見表 4.8。

根據表 4.8 可知，本研究所指「疑惑釐清期」相當於 H. S. Wilson (1989) 定義失智症家屬照顧八階段的前三期「注意、忽視與正視、懷疑」，顯示家屬照顧者不一定會在一開始注意到老年人在記憶、語言或行為有些異常時就意識到問題，而是可能到患者情況越來越差，家屬照顧者產生疑惑感才提出問題。因而可能會發生老年人已屬中度失智，但家屬的問題意識階段仍處於「疑惑釐清期」的狀況，顯示家屬照顧者意識問題的時間點與患者實際病程有所差異。

Wersig (1979) 的概念可解釋家屬照顧者感知問題的特性，意即只有當家屬照顧者意識到其知識狀態無法解決問題，並決定尋求資訊，那樣的問題狀況才會是問題，換言之，增加家屬照顧者的問題意識感，或可以幫助家屬照顧者即早發現問題，並主動尋求資訊與協助。

表 4.8 失智老年人家屬照顧者問題意識階段之歷程

問題意識階段	H. S. Wilson (1989) 照顧階段定義
疑惑釐清期 (1-3)	家屬未發現患者有明顯的認知和行為障礙，但注意到患者在記憶、語言或行為有些異常、困難或改變。當家屬注意到患者的改變後，傾向歸因於患者「年紀大」，直到患者的異常行為嚴重惡化或發生具體事件，讓家屬無法繼續忽視。患者的狀況越來越差時，家屬開始暗自猜測：「哪裡出了問題？」，在此階段家屬充滿不確定感。
醫療尋求期 (4)	家屬於此階段開始尋求診斷，但可能面臨誤診、無法理解診斷結果、僅作初步診斷確認，而沒有治療的經驗。
照顧角色決策期 (5-6)	經專業醫師確診，家屬開始回顧並重新評估先前與患者相處的經驗。一旦家屬接受患者的情況，便面臨是否承擔照顧者角色的抉擇。
照顧投入期 (7-8)	家屬決定成為照顧者後，開始經歷一段長期的照顧時期。此階段的經驗包含面臨無止盡的問題、不斷從錯誤中學習、獲得少許或完全沒支持。許多家屬身心健康不斷被磨蝕，最後考慮將患者送至機構。將患者交由機構照顧，家屬成為隱形的照顧者，照顧內容包括持續探望患者、財務管理、陪伴患者經歷危急情況或進出入急性照顧醫療機構。

(二) 失智老年人家屬照顧者資訊需求特質具複雜性、重疊性、及交替性

本研究綜合比較失智老年人四問題意識階段、九大類問題主題、與五種問題屬性之數據後，發現九大類問題主題出現總次數為 910 次，五種問題屬性出現總次數為 775 次，高於提問總篇數 672 篇，且每個階段皆包含四種以上的問題主題與三種以上的問題屬性，顯示失智老年人家屬照顧者面臨問題狀況後提出問題的複雜多元。(見表 4.9)

除此，本研究發現家屬照顧者提問歷程反映出其資訊需求特質並不是界線分明，而是具有重疊性。由表 4.9 可知，四問題意識階段皆有互相重疊的問題主題。如「診斷」與「治療」問題常理應只會出現在「醫療尋求期」，但卻在「疑惑釐清期」和「照顧投入期」也出現，而「照顧」問題常理應只出現在「照顧角色決策期」和「照顧投入期」，但「疑惑釐清期」和「醫療尋求期」也出現。此可能顯示失智老年人家屬照顧者提問同時處於兩個問題意識階段，例如家屬照顧者初發現並懷疑老年人罹患失智症時，除了提出失智症知識的問題，可能同時也提出往後「診斷」、「治療」和「照顧」的問題。

表 4.9 失智老年人家屬照顧者資訊需求之重疊現象

問題意識階段	問題主題	問題屬性
疑惑釐清期	1. 失智症知識 2. 診斷 3. 治療 4. 照顧 5. 社會福利與資源 6. 個人與家庭 7. 法律	1. 事實型 2. 建議型 3. 指示型 4. 確認型
醫療尋求期	1. 失智症知識 2. 診斷 3. 治療 4. 照顧 5. 社會福利與資源 6. 個人與家庭 7. 法律 8. 宗教	1. 事實型 2. 建議型 3. 指示型 4. 評鑑型 5. 確認型
照顧角色決策期	1. 失智症知識 2. 照顧 3. 個人與家庭	1. 事實型 2. 建議型 3. 指示型

	4. 法律	
照顧投入期	1. 失智症知識 2. 診斷 3. 治療 4. 照顧 5. 社會福利與資源 6. 個人與家庭 7. 法律 8. 宗教 9. 其他	1. 事實型 2. 建議型 3. 指示型 4. 評鑑型 5. 確認型

本研究還發現家屬照顧者的問題意識階段並非由「疑惑釐清期」依序向「照顧投入期」前進，而是具有交替性。當家屬照顧者感知到家中老年家屬可能罹患失智症，不一定會先經歷「疑惑釐清期」的提問階段，家屬照顧者可能在懷疑老年人罹患失智症時，便提出尋求醫療的問題，直接進入「醫療尋求期」，或者經醫師確診後，家屬照顧者又再提出釐清老年家屬罹患失智症的相關問題，意即家屬照顧者問題意識在經歷「醫療尋求期」後，又回到「疑惑釐清期」。

並且研究者發現「照顧角色決策期」不是家屬照顧者有明顯資訊需求的階段。家屬照顧者得知老年人罹患失智症後，多數直接進入「照顧投入期」，不見得皆會特別經歷「照顧角色決策期」的階段。而由問答資料分析也發現，部分家屬照顧者提出照顧問題，同時也提到不知是否應繼續擔任照顧者的問題，顯示家屬照顧者可能是在照顧失智老年人後，才會意識到照顧角色決策的問題，而此類問題因其「照顧角色決策期」概念不明顯，多被歸類為「照顧投入階段」。「照顧角色決策期」的概念隱身在「照顧投入階段」，因此本研究推斷家屬照顧者的問題意識階段有交替現象。（見圖 4.2）

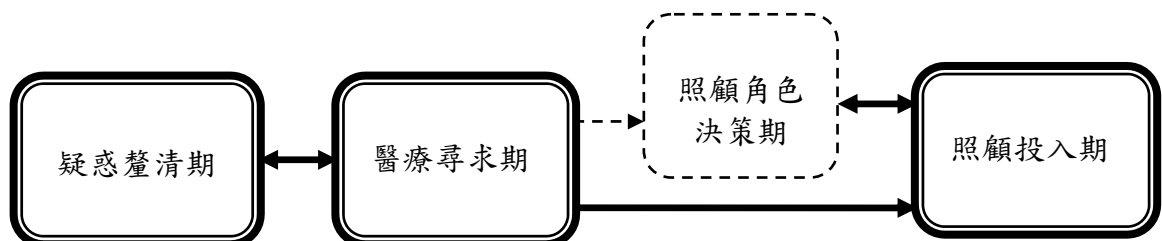


圖 4.2 失智老年人家屬照顧者提問歷程之交替概念

（三）與其他研究比較

過去不少研究對失智老年人家屬照顧資訊需求進行探索，曾採取的研究方法有電話訪談、問卷調查、文獻分析、次級資料分析，不同研究者對失智老年人家屬照顧者資訊需求分析結果不太相同。有的研究者由家屬照顧者提出的問題來了解其資訊需求，Silverstein 等人（1993）研究指出失智老年人家屬照顧者經常提出的問題有：照護機構位置、家屬支持團體、相關資訊資源、診斷轉介、症狀惡化、問題行為、法律議題、成人日間照顧、醫療資訊、喘息服務、病患支持團體；Lai & Chung（2007）發現有治療與照顧的最新資訊、疾病資訊、訓練工作坊、相關醫療服務、相關社區支持服務、申請服務的方法、服務類別/費用、對待患者行為的方法、開放式論壇；Hirakawa 等人（2011）則提出失智老年人家屬照顧者的資訊需求為疾病傳播治癒機率、治療、照顧、家庭影響。有些研究者則將失智老年人家屬照顧者的資訊需求進行分類，Wackerbarth 和 Johnson（2002）發現失智老年人家屬照顧者的資訊需求可分為一般資訊、診斷和治療、法律和財務；Edelman 等人（2006）則歸納為醫療、照顧、因應、服務、其他五類；Lauriks 等人（2007）認為，家屬照顧者的資訊需求有四大主題：私人和一般資訊、失智症症狀相關支持需求、社會接觸與陪伴需求、失智症者健康監督與安全需求。

本研究透過內容分析 Yahoo!奇摩知識+672 篇問答資料，歸納失智老年人家屬照顧者問題主題可分為九大類：失智症知識問題、診斷問題、治療問題、照顧問題、社會福利與資源問題、個人與家庭問題、法律問題、宗教問題、其他問題，其中又可劃分中類、小類、細項。與其他研究結果相較，本研究歸納出失智老年人家屬照顧者的問題主題較多，且也更深入探索問題主題的內涵。本研究也發現「宗教」是其他研究未發現的失智老年人家屬照顧者的資訊需求，雖然家屬照顧者提出宗教資訊需求的比例少，但仍不可忽略宗教信仰也是幫助部分患者與家屬度過疾病與困難的重要需求。

除此，本研究分析並歸納出失智老年人家屬照顧者問題屬性可分為：事實型、指示型、建議型、評鑑型、確認型。與相關研究比較，過去相關研究多以類型或主題角度來分析失智老年人家屬照顧者的資訊需求，「資訊需求」被視為單一面向的概念。然而，本研究進一步探索家屬照顧者問題的本質，發現同一

種主題的問題，會有不同屬性，例如家屬照顧者詢問「治療」主題的問題，可能需要知道哪間醫院可治療的事實型資訊，也可能是詢問推薦醫師的評鑑型資訊。

此顯示主題導向的資訊需求探索方式，欠缺針對性，無法深入了解失智老年人家屬照顧者解決問題所需的細節，而本研究由問題導向探索方式，則發現家屬照顧者提問並非皆為尋求客觀的事實性資訊，還包括主觀的經驗性資訊和情感性資訊。

另一方面，本研究也發現不同問題意識階段，家屬照顧者提出的問題主題比例也不大相同。「疑惑釐清期」主要為「失智症知識問題」，「醫療尋求期」主要為「診斷問題」和「治療問題」，「照顧投入期」主要為「失智症知識問題」，「照顧投入期」則主要為「照顧問題」、「社會福利和資源問題」、「法律問題」。由整體問題主題所占比例來看，以「失智症知識問題」、「照顧問題」、「治療問題」、「法律問題」占最多比例，其中又以「失智症知識問題」占「疑惑釐清期」、「醫療尋求期」、「照顧角色決策期」三階段多數比例，顯示「失智症知識」是失智老年人家屬照顧者重要的資訊需求。

本研究此發現與 Wackerbarth 和 Johnson (2002)、Edelman (2006)、Lai 和 Chung (2007) 的研究結果略為不同。Wackerbarth 和 Johnson (2002) 發現失智老年人家屬照顧者認為治療、法律和財務資訊較一般失智症相關疾病與照顧知識等資訊重要。Edelman (2006) 研究指出家屬照顧者和患者在醫療和照顧資訊較缺乏。Lai 和 Chung (2007) 則發現家屬照顧者需要的資訊類型重要性順序前三者為：治療與照顧最新資訊、疾病資訊、訓練工作坊。

本研究推測此研究結果的差異可能與國情及社會文化相關。Lee (2009) 曾探索台灣與美國失智症家屬照顧者對社會支持的看法，發現美國失智症家屬最需要的社會支持是喘息服務等實務性協助，台灣失智症家屬則最需要政府和資訊性協助，因此研究者認為，國外研究發現失智症知識並非失智老年人家屬照顧者最需要的資訊，可能原因在於國外對於失智症知識推廣較台灣長期且完善，而本研究採用內容分析 2004 年至 2012 年共八年間的社會性問答資料，從時間軸的角度發現失智症知識仍是家屬照顧者提出最多的問題主題，此顯示台灣在失智老年人家屬照顧者的知識推廣上極需加強。

第二節 失智老年人家屬照顧者提問之構面要素

消費者上網尋求健康資訊是現今網路普及與發達環境下的趨勢。根據相關文獻可知 (Lai & Chung, 2007; Hirakawa, et al., 2011), 「網路」也是失智老年人家屬照顧者獲得資訊的管道之一。就研究者觀察, 台灣現今專門提供失智症健康資訊的網站少, 提供的資訊多屬通則性資訊。(參見附錄一) 而失智老年人家屬照顧者的照顧歷程具動態性, 家屬照顧者在每個照顧階段都會經驗到特定的問題 (Wilson, 1989; Mahoney, 1998), 家屬照顧者的資訊需求也會隨之變動。故可推測, 目前台灣失智症網站恐無法滿足台灣失智老年人家屬照顧者變動的資訊需求。

「失智老年人家屬照顧者表達資訊需求的特徵」是本研究探索的目標之一。Kuhlthau (1991) 指出, 人們在尋求資訊過程會經歷不同尋求階段, 而每個階段人們會涉及「行動」(physical)、「認知」(cognitive) 和「情感」(affective) 三種經驗變化。本研究參考 Kuhlthau (1991) 提出之概念, 分析 Yahoo! 奇摩知識+問答資料中, 失智老年人家屬照顧者實際採取提出問題行動的「行動」構面、發現問題和辨識資訊需求及解決問題過程的「認知」構面、對問題狀況與尋求問題解答經驗到的「情感」構面, 三構面特徵。

本節分別闡述失智老年人家屬照顧者提問之「行動」、「認知」、「情感」三構面要素分析結果, 並綜合比較三構面要素與失智老年人家屬照顧者問題意識階段。

表 4.10 失智老年人家屬照顧者提問之構面要素

構面 (總次數/百分比)	要素	次數(百分比)
行動 (1913/68%)	1. 提供患者資訊 *描述患者症狀 *說明患者病況 *說明患者治療情況 *說明患者背景 *說明患者病史 *說明患者期望	590 (31%)
	2. 提出疑問	575 (30%)

	3. 描述問題情境 *照顧患者面臨問題 *家庭糾紛 *患者就醫/治療面臨問題 *尋求或申請社會福利與資源面臨問題 *與外界糾紛 *外籍看護問題 *患者財務處理問題 *患者人際互動問題 *申請保險面臨問題 *尋求解答面臨問題	171 (9%)
	4. 提出請求	101 (5%)
	5. 提出對問題看法 *憂慮的事情 *懷疑的事情 *欲採取解決方法 *解決問題可能方法 *目前處理方法	97 (5%)
	6. 提供家庭資訊 *家庭現況 *家庭背景	96 (5%)
	7. 說明已知事情 *醫療資訊 *社會福利與資源資訊 *已採取過解決方法 *疾病知識 *食材/保健食品資訊 *法律資訊 *照顧資訊 *藥物資訊	89 (5%)
	8. 描述家屬心情	68 (4%)
	9. 提出特定解答需求	59 (3%)
	10. 提出具體問題	41 (2%)
	11. 提供家屬資訊 *家屬相關經歷 *家屬期望 *家屬健康狀況 *家屬聯絡資訊	26 (1%)
	1. 尋求資料性資訊 *失智症資訊 *法律資訊 *社會福利與資源資訊 *照顧資訊	400 (56%)
	認知 (715/25%)	

	*就醫資訊 *藥物資訊 *醫院/醫師資訊 *治療資訊 *飲食/保健食品資訊 *財務處理資訊 *保險資訊 *診斷資訊 *失智症資訊 *宗教資源資訊 *工作資訊 *患者可參與活動資訊	
	2. 尋求判斷/解釋 *患者症狀判斷 *患者罹病判斷 *申請社會福利與資源資格判斷 *患者病因判斷 *宗教資訊解釋 *法律條文解釋 *就醫資訊解釋 *患者診斷檢測結果解釋	132 (18%)
	3. 詢問方法 *照顧方法 *調適心情方法 *治療/預防/延緩疾病方法 *改善患者衛生方法 *改善患者症狀方法 *帶患者就醫方法 *診斷方法 *捐款方法 *申訴外籍看護方法 *家庭糾紛解決方法 *醫療糾紛解決方法	49 (7%)
	4. 尋求推薦 *醫院/醫師 *安養院 *護理之家 *外籍看護仲介公司 *保健食品 *輔助遊戲或用品	32 (5%)
	5. 確認問題 *醫療問題 *用藥問題 *食材/保健食品問題	28 (4%)

	*患者衛生問題 *安置患者問題	
	6. 尋求建議 *治療建議 *預防或延緩疾病食材建議 *照顧患者建議 *用藥建議 *因應患者症狀建議 *選擇照顧資源建議 *申請社會福利與資源建議	28 (4%)
	7. 尋求物質性資源(人力、財力、物力) *照顧資源 *法律/財務資源 *患者罹病確認工具 *患者娛樂資源 *宗教協助 *治療參考資源	16 (2%)
	8. 抒發心情	15 (2%)
	9. 尋求經驗分享 *照顧經驗 *治療經驗 *申請社會福利與資源經驗 *照顧資源選擇經驗	12 (2%)
	10. 尋求慰藉	3 (0%)
情感 (212/7%)	1. 煩惱/困擾/無助/無力	66 (31%)
	2. 擔憂/害怕/不安	63 (30%)
	3. 疑惑/納悶/懷疑/猶豫	24 (11%)
	4. 不捨/不忍/心疼	19 (10%)
	5. 焦急/緊張	14 (7%)
	6. 憤怒/生氣	13 (6%)
	7. 難過	13 (6%)
總次數 2,840		

本研究統計結果失智老年人家屬照顧者 672 篇提問(見表 4.10)，提問之構面要素出現總共 2,840 次，三項構面中，行動構面次數所占比例最高，高達 68%，顯示失智老年人家屬照顧者面臨問題時，多會透過直接行動表達問題，以有效解決問題，換言之，「行動」是失智老年人家屬照顧者表達資訊需求的主要方式。認知構面占比例 25%次高，「認知構面」總次數僅次於行動構面，顯示除了以實際行動表達資訊需求，失智老年人家屬照顧者亦會於提問中表露對問題的了解程度，指出解決問題所需要的解答方向。

情感構面占比例 7%最少，雖低於行動與認知構面，但也意謂失智老年人家屬照顧者面臨不同問題會有不同情緒感受，家屬照顧者提問並輔以文字表述情緒，不僅能緩解情緒，也使回答者得以更了解家屬照顧者的問題狀況，進而提供合適的解答及支持。

一、失智老年人家屬照顧者提問之構面要素特性與分析

構面要素部分，行動構面可分為「提供患者資訊、提出疑問、描述問題情境、提出對問題看法、提出請求、提供家庭資訊、說明已知事情、描述家屬心情、提出特定解答需求、提出具體問題、提供家屬資訊」十一個要素；認知構面可分為「尋求資料性資訊、尋求判斷/解釋、詢問方法、尋求推薦、確認問題、尋求建議、尋求物質性資源、抒發心情、尋求經驗分享、尋求慰藉」十個要素；情感構面則可歸納為「擔憂/害怕/不安、煩惱/困擾/無助/無力、疑惑/納悶/懷疑/猶豫、焦急/緊張、不捨/不忍/心疼、憤怒/生氣、難過」七個要素。

以下各別對行動、認知、及情感三種構面要素的特性進行說明與分析：

（一）行動構面

本研究發現，失智老年人家屬照顧者提問行動構面的十一項要素可歸納為「提供資訊」與「提出資訊需求」兩種類型。「提供資訊」要素包含「提供患者資訊、描述問題情境、提出對問題看法、提供家庭資訊、說明已知事情、描述家屬心情、提供家屬資訊」七項要素；「提出資訊需求」要素則包括「提出疑問、提出請求、提出特定解答需求、提出具體問題」四項要素。

此發現與 Oh、Zhang 和 Park（2012）的研究結果相似，其指出人們在社會性問答網站中尋求健康資訊時，提出問題內所包含的資訊可分為「提供的資訊」和「提問的資訊」兩種型態，大多數的健康資訊尋求者會簡短描述其健康狀況和問題，再提出關於預防、症狀、診斷或治療等資訊需求。而行動構面「提供資訊」要素項目多於「提出資訊需求」要素項目，此顯示失智老年人家屬照顧者面臨問題狀況複雜，家屬照顧者可能為了增加獲得解答的適切性，多數會提供問題的相關資訊再提出問題，此情形也凸顯出社會性問答網站提供使用者得以用自己的方式闡述問題的特色。

行動構面十一項要素所占比例詳見圖 4.3 所示，由高至低分別為「提供患者資訊」、「提出疑問」、「提出請求」、「描述問題情境」、「提出對問題看法」、「提供家庭資訊」、「說明已知事情」、「描述家屬心情」、「提出特定解答需求」、「提出具體問題」、「提供家屬資訊」。

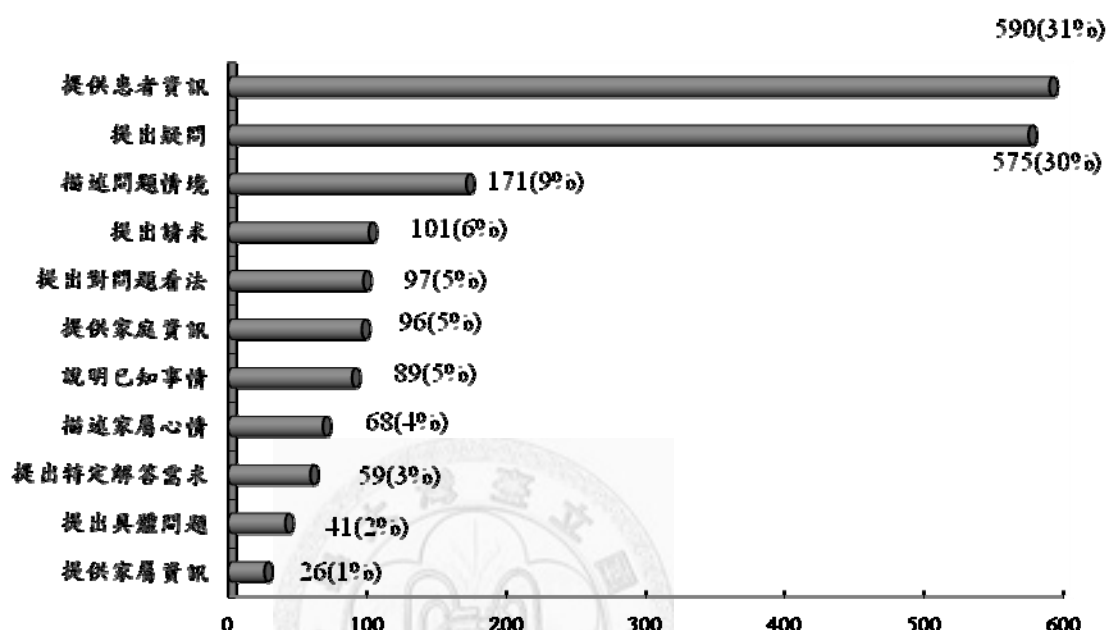


圖 4.3 行動構面中各要素比例

本研究數據顯示，自整體比例而言，「提供患者資訊」和「提出疑問」比例占最多，顯示失智老年人家屬照顧者面臨的問題狀況多源自於「罹患失智症的老年家屬」，因此家屬照顧者會在問題中提供一定程度的患者資訊，讓回答者得以了解問題所在，而家屬照顧者提問行動多藉由「提出疑問」方式表達資訊需求。以下詳述行動構面個要素之內涵。

1.提供患者資訊

本研究歸納「提供患者資訊」要素可再分為「描述患者症狀、說明患者病況、說明患者治療情況、說明患者背景、說明患者病史、說明患者期望」六細項，各細項比例見表 4.10.1。

表 4.10.1 「提供患者資訊」分類細項統計

要素 (總次數)	細項	次數 (百分比)
提供患者資訊 (590)	描述患者症狀	285 (48%)
	說明患者病況	268 (46%)
	說明患者治療情況	19 (3%)
	說明患者背景	10 (2%)
	說明患者病史	7 (1%)
	說明患者期望	1 (0%)

其中以「描述患者症狀」占 48%最多，其次為「說明患者病況」占 46%。由此可知，家屬照顧者在問題中提供患者資訊，多數會描述患者症狀。老年人罹患失智症，會產生認知功能障礙、精神症狀及問題行為（謝美芬、顏兆熊，2008），這些症狀是引起問題的關鍵因素，也是家屬照顧者用以闡述問題的重要要素，家屬照顧者會就觀察到老年人認知、精神和行為的異常進行描述，例如：

爸爸記憶力好像變得越來越差了，情緒也很暴躁，三餐也都不太正常吃，而且好容易發脾氣，上個禮拜還不知道為什麼突然兇小孩，還作勢要打小孩，大喊著你不乖阿公要打你，可是小孩什麼也沒做啊，爸爸的這些行為越來越怪異讓我好擔心…… (DE：Q：H68)

其次，則以說明失智老年人整體病況方式為之，意即直接點出老年人患有失智症，或主動提出老年人患有其他病症和日常生活功能狀況，例如：

我外公今年 83 歲，最近剛接觸洗腎，但是洗完腎反而皮膚比未洗腎更癢，連疥癩都檢查了也沒有，到底是甚麼原因癢成如此程度，外公本身有腎臟病、高血壓、糖尿病、插尿管也失智。

(DE：Q：H167)

值得注意的是，少部分問題會說明「患者治療情況」、「患者背景」、「患者病史」、「患者期望」，此類闡述問題方式雖占比例低，但也顯示失智老年人的病症不僅是造成現下問題的主要因素，也會與患者的過去和未來層面互相影響，衍伸出其他問題，因此家屬照顧者必須提供有關患者病症以外的患者相關資訊，例如：

現在想想就在農曆年前我回去看我爸爸他就有點怪怪的不太愛說話，在初二時回去時我也沒發現只是看他好像心情不好，可是上個星期回去時他好像反應變慢了，就在昨天我帶他去了國泰醫院看身心科，回來時他居然拿打火機當遙控要打開鐵門，我拿手機他也忘了密碼我打開密碼他怎麼電話也不會用，這是老人癡呆嗎？……

(DE：Q：H143)

我父親是重度失智(領有身心障礙手冊及重大傷病卡) 於 6~7 年前教職退休 目前名下無財產無存款但是並非中低收入者 想請問這樣是否能申請身心障礙者生活津貼 (DE：Q：L34)

母親有高血壓和糖尿病的病史 …… 上週在家中好端端的忽然很想睡覺 就去睡了好幾小時 隔沒幾天 在喝過一杯無糖咖啡後的 2 小時後 又出現想睡覺及一直流汗的現象 事後問她有沒有不舒服 她說當時是很想睡覺 不想吃也不想講話 請問這是不是血糖過低的現象或者是癡呆的先兆?? (SD：Q：H68)

小弟父親因病導致失眠，造成目前精神狀況非常差，而且讓我感覺有點失智的傾向……，平常父親對我耳提面命說他身後將他名下的房屋留給媽媽，其它（如現金、有價證卷等）留五十萬元給媽媽，其餘由我保管，……，因小弟經濟上無法付擔父親在安養院的費用，又想讓父親晚年能活的有尊嚴，身後時能完成父親千叮萬囑的託付，故想向各位大大請教下列相關問題，…… (DE：Q：L58)

2.提出疑問

「提出疑問」是失智老年人家屬照顧者最常用以表達問題的提問行動，即於提問內容中可明確得知家屬照顧者想要某些問題的解答，家屬照顧者「提出疑問」行動的表現方式為於提問句後加上問號，例證如下：

我薪水每個月 3 萬 8(名下一間房子還在繳貸款，房子金額大約 280 萬)我弟弟每個月 3 萬 5(名下一間房子，房子金額大約 210 萬)我老婆每個月 3 萬 2 父親(私立教職員退休)現在已經再安養院(半公立半私立)屬於重度身心障礙者(失智)請問這樣的我們可以申請身心障礙者托育養護費用補助嗎?還有什麼補助可以申請嗎? (DE：Q：L61)

3.描述問題情境

失智老年人家屬照顧者描述的問題情境包括「照顧患者面臨問題」、「家庭糾紛」、「患者就醫/治療面臨問題」、「尋求或申請社會福利與資源面臨問題」、「外籍看護問題」、「與外界的糾紛」、「患者財務處理問題」、「申請保險面臨問題」、「尋求解答面臨問題」、「患者人際互動問題」十個細項，詳如表 4.10.2 所示。

表 4.10.2 「描述問題情境」分類細項統計

要素 (總次數)	細項	次數	(百分比)
描述問題情境 (171)	照顧患者面臨問題	64	(38%)
	家庭糾紛	38	(22%)
	患者就醫/治療面臨問題	32	(19%)
	尋求或申請社會福利與資源面臨問題	16	(9%)
	外籍看護問題	6	(4%)
	與外界的糾紛	5	(3%)
	患者財務處理問題	4	(2%)
	申請保險面臨問題	2	(1%)
	尋求解答面臨問題	2	(1%)
	患者人際互動問題	2	(1%)

當中以「照顧患者面臨問題」、「家庭糾紛」、「患者就醫/治療面臨問題」占比例較高，分別達 38%、22%、19%，多元的問題情境顯示家屬照顧者面臨的問題狀況並非皆僅由失智症患者造成，許多時候也受到家屬照顧者本身、家庭、及外在社會環境因素的影響。例如：

7/26 我有發問我父親疑是罹患妄想症好不容易騙他去就醫(三總神經內科有病歷)經醫師偷偷告訴我他罹患阿茲罕莫[海默]症,醫師在藥方上加的 Seroquel(思樂康)讓他比較好入眠,情緒比較穩定.起先效果不做錯,但經過十幾天又開始發作(一樣說母親在外有外遇跟我在亂倫)母親一氣之下暈過去送醫急診.事後鄉下伯父,母好心帶母親回鄉下住幾天,結果被他說成母親被他們載去賺.我弟弟遠在台中教書他老人家半夜 2,3 點還打電話去亂害的弟弟整個人都變了……

(AL : Q : H27)

我奶奶現在生病中有老人癡呆症目前坐在輪椅上，有請一個外勞看護，看護是我爸爸跟大伯一起請的平均分攤，但是我生活起居等等還是我爸爸用的比較多，但是今天我表兄來家裡跟我爸爸吵架，最後說到還想要我家的土地等等，還說要用什麼法律途徑的，明明就我奶奶生病等等的他們都沒人要來照顧花費，現在還跑來我家吵，…… (SD : Q : L21)

4.提出請求

除了直接「提出疑問」，家屬照顧者也可能會以「提出請求」的方式表達問題，意即以情感性表達方式向他人提出解決問題的要求，例如 SD : Q : H17 家屬照顧者提出問題的急迫性，請求他人盡快協助回答，而 DE : Q : F51 家屬照顧者雖未提出疑問，但提出「幫幫我」的情感性要求，詳例如下：

家父已 80 歲了，目前出現記憶力老化，行動及反應遲緩，並且嗜睡情形。現在的事情很容易忘記，過去的事情反而記得。同時脾氣也變得暴躁，相當排擠家人提及老人癡呆或失憶的事情；但事實已有可能，因此懇請各位善心人士提供幾位高雄醫學院神經內科醫師，且權威於老人失憶症之醫師，事態緊急懇請善心人士盡快答覆協助。衷心感謝!(預計下星期二或四帶我父親前往就診) (SD：Q：H17)

12/18 下午三點多 我的Y[阿]公出門了 可是到了現在都快午夜的都還找不到…… 怎麼辦 一想到他不見了我就一直哭 各位 幫幫我!! (DE：Q：F51)

5.提出對問題看法

部分失智老年人家屬照顧者也會主動提出對於問題的看法，包含「憂慮的事情」、「懷疑的事情」、「欲採取解決方法」、「解決問題可能方法」、「目前處理方法」五個細項，詳如表 4.10.3 所示。

表 4.10.3 「提出對問題看法」分類細項統計

要素 (總次數)	細項	次數 (百分比)
提出對問題看法 (97)	憂慮的事情	53 (54%)
	懷疑的事情	19 (20%)
	欲採取解決方法	16 (17%)
	解決問題可能方法	5 (5%)
	目前處理方法	4 (4%)

其中以「憂慮的事情」占比例較高，達 54%，其次為「懷疑的事情」、「欲採取解決方法」各占 20%和 17%。此表示家屬照顧者並非對如何解決問題完全無概念，家屬照顧者在發現問題時，會先自行思考問題產生的原因、可能衍伸的其他問題和該如何解決，並在提問內容中主動將這些想法告知回答者。例如：

最近我家的長輩常常忘東忘西，檢查之後發現是得了老人痴，請問老人癡呆會遺傳嗎?我好怕自己以後也得老人癡呆，或是有什麼方法可以預防嗎? (SD：Q：H58)

我爸爸 70 歲了[了]。哥哥姐姐說這兩年記憶越來越差。前兩天才說勿[的]事情就忘勿[了]。造成家裡一些不愉快勿[的]爭吵。懷疑老爸得勿[了]老年癡呆症。麻煩我帶老爸去檢查一下。…… (SD：Q：H37)

……因為媽媽重度失智，手根本不會附住弟弟脖子。在爬樓梯的過程媽媽和弟弟都非常辛苦，而我也只能幫注意媽媽的腳和屁股，因為樓梯太小了。後來我思緒想一想，如果有搵大人的搵巾就太好了。…… (DE：Q：H111)

6.提供家庭資訊

失智老年人家屬照顧者除提供患者資訊，也會提供家庭資訊，包括「家庭現況」與「家庭背景」兩個細項，詳如表 4.10.4 所示。

表 4.10.4 「提供家庭資訊」分類細項統計

要素 (總次數)	細項	次數 (百分比)
提供家庭資訊 (96)	家庭現況	88 (92%)
	家庭背景	8 (8%)

其中「家庭現況」占比例較高，高達 92%。顯示失智老年人家屬照顧者期望回答者能針對其處境提供合適的答案，此也意謂家屬照顧者是異質性高的群體，即便面臨相似問題，但因其家庭環境不同，需要個別性的資訊，而非通則性的資訊。例如：

事情原委是這樣 從 19 歲父母離異 而我是跟媽媽
但最近因我爸爸因為腦中風 而開始有些失智
並身體左半部已快失去行動能力~無法自行上廁所
需要看護照顧一天要兩千塊 由於已經分開差不多快十年了
當年也因為父親做了非常對不起全家人的事 又好賭成性
所以我母親並不想接爸爸回來一起住或照顧他 而現在我的家庭狀
況我目前任職於五百大企業(約聘) 有個人信貸約 40 萬 還要繳房貸
月薪六萬五~七萬五 妻子懷孕五個月有一個兩歲的女兒(沒有工作)
母親沒有工作 弟弟讀高二在加油站打工 所以現在變成所有負擔都
落在我身上 已經快崩潰了…… (DE:Q:F76)

7.說明已知事情

失智老年人家屬照顧者也會針對問題說明他們已經知道的事情，包含「醫療資訊」、「社會福利與資源資訊」、「已採取過解決方法」、「疾病知識」、「食材/保健食品資訊」、「法律資訊」、「照顧資訊」、「藥物資訊」八個細項，詳如表 4.10.5 所示。

表 4.10.5 「說明已知事情」分類細項統計

要素 (總次數)	細項	次數(百分比)
說明已知事情 (89)	醫療資訊	31 (35%)
	社會福利與資源資訊	19 (21%)
	已採取過解決方法	13 (15%)
	疾病知識	11 (12%)
	食材/保健食品資訊	7 (8%)
	法律資訊	4 (5%)
	照顧資訊	2 (2%)
	藥物資訊	2 (2%)

其中以「醫療資訊」占比例較高，達 35%，其次為「社會福利與資源資訊」、「已採取過解決方法」各占 21%和 15%。此顯示失智老年人家屬照顧者對問題相關資訊和解決方法有一定程度的掌握，除此，家屬照顧者期望回答者提供精確符合需求的資訊，故主動告知已經知道或確定的資訊，以避免回答者在不了解家屬照顧者對問題認知的情況下，提供不符需求的資訊。例如：

78 歲老人痴呆症剛發生,四月份到過醫院檢查確定是失智症,醫生說老先生的腦部缺氧嚴重. (AL : Q : H36)

最近 我婆婆記性愈來愈差，真怕哪天 出門後忘記回家的路或是忘記家中電話及姓名 想訂製一條防走失或失智老人手鍊讓他戴著,以防萬一.....社會局方面有詢問過，還要申請單一些有的沒的太麻煩了..... (DE : Q : F21)

8.描述家屬心情

家屬照顧者的提問行動中包含描述自身對面臨問題的感受，例證如下：

我阿嬤今年八十歲 她最近的身體狀況讓人非常擔憂 她有 糖尿病 高血壓 輕微的老人失智症與憂鬱現象 骨刺 嗜睡 全身痠痛……她大部分時間都眼睛緊閉 只有偶而人家跟她講話的時候才會睜開 而且嗜睡的情形也很嚴重 但有的時候跟她說話的時候 你可以知道她意識其實是非常清楚的 看到她受苦的樣子我自己也很難過
(DE : Q : H60)

9.提出特定解答需求

部分家屬照顧者也會「提出特定解答需求」，意即家屬照顧者提出需要的解答內容或方式，以增加獲得需求解答的效率和正確性。此意謂家屬照顧者並非皆為被動的資訊接收者，家屬照顧者對於需求資訊的內容、型式、及來源可能有所想法。例如 DE : Q : H107 家屬照顧者在提問中聲明不希望獲得何種內容

和型的回答，DE：Q：H120 家屬照顧者則提出希望特定回答者協助回覆問題，
詳例如下：

我父親有糖尿病(血糖值約 200)再加上輕微失智
所以明明三餐都吃了確總是在喊餓找東西吃，
半夜家人都睡了也會去廚房翻找白糖吃 去客廳拆餅乾吃
所以我想找些餅乾之類的東西 可以讓他想吃時比較不會吃進太多
熱量……請不要提供應多吃蔬菜、蒟蒻之類的回應，也拒絕推銷因為
我是要給父親自己取用的…… (DE：Q：H107)

小弟的外公因為老人痴呆症 越來越嚴重！所以日前小弟曾在知識
+ 發問過相關資訊而有位善心人士回答 有種營養食品可以恢復腦的活化，
已經在美國通過人體臨床的認證了。那營養食品是
\"Acetyl-L-Carnitine, Creatine Monohydrate, Alpha-L-Lipoic Acid and
Choline Bitartrate\"。\"都是英文小弟看不懂！……麻煩各位藥師或營
養師 如果有瞧過的 請為小弟解惑好嗎？ (DE：Q：H120)

10.提出具體問題

有 2%的失智老年人家屬照顧者提問出現「提出具體問題」的要素，意即家
屬照顧者明確知道需求，並能在提問中清楚說明，例如：

我母親是失智 過年期間想找六天臨時看護~
會說台語聽懂最好~…… (DE：Q：L45)

請問雲林地區有哪些政府立案的安養院?可以安置失智,失禁,75 歲老
人費用約多少?(網站,或資料) (DE：Q：L40)

值得注意的是，「提出具體問題」要素比例與占比例 30%的「提出疑問」要
素相較下低很多，顯示多數時候失智老年人家屬照顧者面臨的問題狀況複雜，
或是家屬照顧者不清楚自己的需求，因此無法明確闡述問題，僅能就所觀察到
的情況和自己所知道的資訊去建構提問內容。

11.提供家屬資訊

部分失智老年人家屬照顧者會提供自己的資訊，包含「家屬相關經歷」、「家
屬期望」、「家屬健康狀況」、「家屬聯絡資訊」四個細項，詳如表 4.10.6 所示。

表 4.10.6 「提供家屬資訊」分類細項統計

要素 (總次數)	細項	次數 (百分比)
提供家屬資訊 (26)	家屬相關經歷	10 (39%)
	家屬期望	7 (27%)
	家屬健康狀況	5 (19%)
	家屬聯絡資訊	4 (15%)

其中以「家屬相關經歷」、「家屬期望」占比例較高，各占 39%和 27%。顯示家屬照顧者為使問題闡述更清楚，願意透露私人資訊，此也凸顯社會性問答網站供使用者匿名利用的特性，另外，家屬照顧者的提問內容中有時也會流露希望問題解決方向的訊息。例如：

是這樣的，我老婆以前有做過義工，曾經照顧過一些得了老年失智的老人家最近我們都覺得爸爸有點怪怪的
他以往都會出去和他的老朋友打牌
最近卻常常接到電話說爸爸怎麼爽約了，還有他時常忘記自己東西放在哪，也會一直問今天到底是星期幾…… (DE：Q：F40)

請問大家~我爺爺 88 歲了，本來他很健康這幾天不小心感冒了，去住院回來他就有點異常，我爸說他得老人癡呆了，想問大家老人癡呆有救嗎？有沒有什麼藥？或是什麼偏方？
拜託大家~感謝大家~希望爺爺可以好起來 (DE：Q：H37)



（二）認知構面

認知構面十項要素所占比例詳見圖 4.4 所示，由高至低分別為「尋求資料性資訊」、「尋求判斷/解釋」、「詢問方法」、「尋求推薦」、「確認問題」、「尋求建議」、「尋求物質性資源」、「抒發心情」、「尋求經驗分享」、「尋求慰藉」。其中最常出現的要素為「尋求資料性資訊」，占 56%，此顯示整體失智老年人家屬對問題的認知比例來看，家屬照顧者可能最常感到資訊缺乏，因此希望透過提問來補足自身不足的資訊。

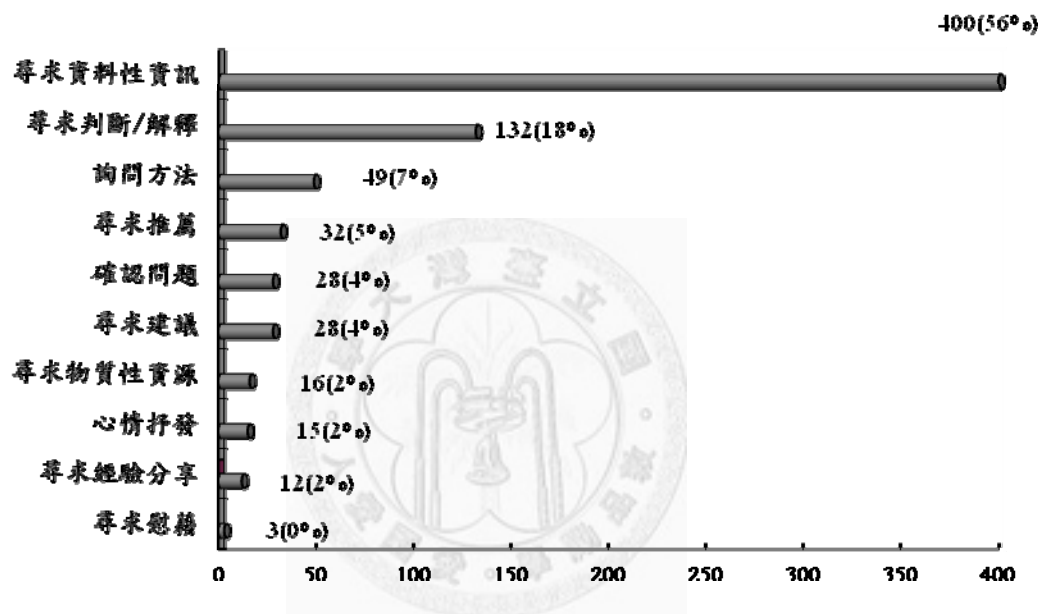


圖 4.4 認知構面中各要素比例

然而，由圖 4.4 也可發現，其他認知構面要素總合占 44%，此顯示失智老年人家屬照顧者的資訊需求雖以客觀性的資訊物件為主，還包含尋求推薦、建議等主觀性的資訊，和心情抒發、尋求慰藉等情感性的支持。本研究也發現，雖「抒發心情」與「尋求慰藉」要素占家屬照顧者認知構面比例低，但從提問內容可知，部分此類問題並非由「主要照顧者」提出，反而是「非主要照顧者」，如與失智老年人同住的孫子女，雖然不是擔任主要照顧者，但當失智老年人發生精神症狀或問題行為時，或觀察到主要照顧者照顧負荷重，非主要照顧者情感也容易受影響。

認知構面的部分要素可再分成不同細項，依序說明如下：

1. 尋求資料性資訊

失智老年人家屬照顧者提問最常認知到的構面要素「資料性資訊」可分為「失智症資訊」、「法律資訊」、「社會福利與資源資訊」、「就醫資訊」、「照顧資訊」、「藥物資訊」、「醫院/醫師資訊」、「治療資訊」、「飲食/保健食品資訊」、「財務處理資訊」、「保險資訊」、「診斷資訊」、「宗教資源資訊」、「工作資訊」、「患者可參與活動資訊」十五個細項，見表 4.10.7。

表 4.10.7 「尋求資料性資訊」分類細項統計

要素 (總次數)	細項	次數(百分比)
尋求資料性資訊 (400)	法律資訊	92 (23%)
	失智症資訊	91 (23%)
	社會福利與資源資訊	76 (19%)
	照顧資訊	38 (10%)
	就醫資訊	37 (9%)
	藥物資訊	25 (6%)
	醫院/醫師資訊	13 (3%)
	治療資訊	11 (3%)
	飲食/保健食品資訊	11 (3%)
	診斷資訊	3 (1%)
	宗教資源資訊	1 (0%)
	工作資訊	1 (0%)
	患者可參與活動資訊	1 (0%)

其中，以「法律資訊」和「失智症資訊」比例最多，各達 23%，其次為「社會福利與資源資訊」，占 19%，再次為「照顧資訊」，占 10%。由此可知，失智老年人家屬照顧者對於尋求資料性資訊的認知方面，多以尋求「法律資訊」與「失智症資訊」為主。

2. 尋求判斷/解釋

失智老年人家屬照顧者的提問中，尚可發現還有一類很明顯的問題認知，即尋求對問題狀況的判斷和解釋。「尋求判斷/解釋」要素可分為「患者症狀判斷」、「患者罹病判斷」、「申請社會福利與資源資格判斷」、「患者病因判斷」、「宗教資訊解釋」、「法律條文解釋」、「就醫資訊解釋」、「患者診斷檢測結果解釋」八個細項，見表 4.10.8

表 4.10.8 「尋求判斷/解釋」分類細項統計

要素 (總次數)	細項	次數(百分比)
尋求判斷 (132)	患者症狀判斷	62 (46%)
	患者罹病判斷	42 (32%)
	申請社會福利與資源資格判斷	15 (11%)
	患者病因判斷	9 (7%)
	宗教資訊解釋	1 (1%)
	法律條文解釋	1 (1%)
	就醫資訊解釋	1 (1%)
	患者診斷檢測結果解釋	1 (1%)

當中以「患者症狀判斷」比例最多，達 62%，其次為「患者罹病判斷」，占 42%，再次為「申請社會福利與資源資格判斷」，占 15%。此顯示不確定老年人的認知、行為異常或日常生活功能障礙是否為失智症的症狀，和老年人是否罹患失智症，也是家屬照顧常認知到的問題。例如：

想請相關醫學人員幫忙,家有一長輩(女 73 歲),有長期在彰化秀傳醫院(老人憂鬱症)近 1 年來,她嘴巴永遠講不停(過去所發生的事情)一直重複講,在跟她講重要的事情時,我講東他講西,需加重語氣要她注意,請她再重複一次事情的重點時他又好像有聽進去,她在洗衣服時(自己一個人時),總是喃喃自語(已很多年,但只有做這件事會這樣),有查資料看來與帕金森氏症不符,與老人癡呆症狀也怪怪的,所以想請相關醫學人員幫忙,她是哪兒[兒]生病,需看哪一科? (DE:Q:H159)

本研究也發現，判斷與解釋現象需仰賴相關知識，因此「判斷/解釋」要素呼應到「尋求資料性資訊」要素中尋求知識的概念，凸顯家屬照顧者對失智症知識的不足。除此，由問答資料中可得知，部分提問中會主動提到「老年人這樣的症狀是否是失智症？」，顯示部分家屬照顧者已具備一定程度的失智症知識，其提問認知到的尋求「判斷/解釋」可能並不是為了獲得知識，而是無法放心自己的判斷與解釋，希望由他人的看法來獲得肯定。

3. 詢問方法

「詢問方法」要素可分為「照顧方法」、「調適心情方法」、「治療/預防/延緩疾病方法」、「改善患者衛生方法」、「改善患者症狀方法」、「帶患者就醫方法」、「診斷方法」、「捐款方法」、「申訴外籍看護方法」、「家庭糾紛解決方法」、「醫療糾紛解決方法」十一個細項，見表 4.10.9。

表 4.10.9 「詢問方法」分類細項統計

要素 (總次數)	細項	次數(百分比)	
詢問方法 (49)	照顧方法	28	(58%)
	治療/預防/延緩疾病方法	6	(12%)
	調適心情方法	4	(8%)
	改善患者衛生方法	2	(4%)
	改善患者症狀方法	2	(4%)
	帶患者就醫方法	2	(4%)
	診斷方法	1	(2%)
	捐款方法	1	(2%)
	申訴外籍看護方法	1	(2%)
	家庭糾紛解決方法	1	(2%)
	醫療糾紛解決方法	1	(2%)

當中以「照顧方法」比例最多，達 58%，其次為「治療/預防/延緩疾病方法」占 12%，再次為「調適心情方法」占 8%。此顯示家屬照顧者在照顧方面，較需要他人提供詳細的步驟或指導。除此，有少部分家屬照顧者想知道失智症治療、預防及延緩方法，此可能反映，社會性問答網站具有彌補家屬照顧者無法於典型醫療環境獲得需求資訊的功能。相關研究指出 (Rubenstein, 2012)，病患經常不滿足在與專業醫療人員面對面的環境中接收到的資訊，而網路社群能扮演兩者資訊缺口 (information gap) 的橋樑。因此可推測，失智老年人家屬照顧者無法從專業醫療人員獲得詳盡的資訊，因此利用社會性問答網站尋求醫療諮詢。

值得注意的部分是，部分家屬照顧者也認知到需要調適心情的方法，此顯示情感也是家屬照顧者的問題狀況，家屬照顧者受到情感影響，可能導致與患者關係不佳、無心照顧工作，甚至影響家屬照顧者自身生活品質與健康，因此家屬照顧者可能將情感視為一種問題，希望尋求解決方法。例如 DE：Q：F41 家屬照顧者提到本身並非主要照顧者，但與失智老年家屬同住，心情受影響，例證如下：

如果家裡有那種真的很難很難帶的老人
該怎麼辦呢??我阿祖已經 98 歲了
我之前都住宿舍 都只是聽姊姊跟我抱怨
也覺得沒什麼可是最近搬回家住 才三個禮拜我就已經快被她搞瘋
了到底要怎麼解決？ 或是你們是怎麼調適心情的？

(DE：Q：F41)

4. 尋求推薦

「尋求推薦」要素可分為「醫院/醫師」、「安養院」、「護理之家」、「外籍看護仲介公司」、「保健食品」、「輔助遊戲或用品」六個細項，見表 4.10.10。

表 4.10.10 「尋求推薦」分類細項統計

要素 (總次數)	細項	次數(百分比)	
尋求推薦 (32)	醫院/醫師	17	(54%)
	安養院	8	(25%)
	護理之家	3	(9%)
	外籍看護仲介公司	2	(6%)
	保健食品	1	(3%)
	輔助遊戲或用品	1	(3%)

以「醫院/醫師」比例最多，占 54%，其次為「安養院」，占 25%，再次為「護理之家」，占 9%。此顯示家屬照顧者需要能找到有效幫助患者或解決問題的資源，尤其是帶患者接受診斷和治療時，家屬照顧者希望透過有經驗的他人提供可信賴的醫療機構和醫生，期望獲得有品質和保障的醫療。例如 DE：Q：H131 家屬照顧者提到曾遭遇不佳的就醫經驗，因此希望能找到能正確診斷患者的醫生，例證如下：

因家人四肢退化的相當嚴重，也曾看過許多經神科，但各家醫師的說法各異，有些說是正常老化，有的說是帕金森，也有說是小腦萎縮，也有的醫師懷疑是老人失智.....，所以一直無法尋找到正確的病因，做正確的治療，每次到醫院掛號總是挑掛號人數最多的醫師(因都不認識，只好以掛號人數推判這個醫師較佳....)所以，我想找一位對腦精神方面也很熟的家庭醫師，..... (DE：Q：H131)

5. 確認問題

「確認問題」指家屬照顧者面臨某些情況，隱約察覺有問題，但無法清楚指出問題或做出判斷，其要素可分為「醫療問題」、「用藥問題」、「食材/保健食品問題」、「患者衛生問題」、「安置患者問題」五個細項，見表 4.10.11。

表 4.10.11 「確認問題」分類細項統計

要素 (總次數)	細項	次數(百分比)
確認問題 (28)	醫療問題	14 (50%)
	用藥問題	6 (21%)
	食材/保健食品問題	5 (18%)
	患者衛生問題	2 (7%)
	安置患者問題	1 (4%)

其中以「醫療問題」比例最多，達 50%，其次為「用藥問題」，占 21%，再次為「食材/保健食品問題」，占 18%。此表示家屬照顧者可能在帶失智老年家屬接受診斷與治療的階段容易有不確定的情況，諸如不確定醫生診斷結果、不確定採取治療方法的妥適性。例證如下：

我父親今年 75 歲，最近突然容易腳無力、體虛、摔倒、嗜睡、大小便失禁加無時間感（日夜顛倒）等類似老人失智的症狀，發生至今大約有一星期了，昨天到左營國軍醫院神經內科門診，醫師先開了十天份促進腦部血液循環的藥，加上要進行近一星期的各項細部檢查，要到第十天才能綜合判讀報告，請問這樣算快了嗎？高雄市或附近還有哪間醫院更快（不希望耽擱黃金時間，自費無所謂）或更精通此病醫治的醫院及醫師可推薦？檢查有必要多做幾家嗎？叩首感謝各位！（DE：Q：H45）

長者得巴金森氏症因不小心在家中跌倒並覺得有閃到腰，但原可以緩慢走路變成腰背無法挺直無法走路，照過 x 光說沒事，但腰背仍很痛，有人跟我建議可打類固醇改善疼痛，請問可以嗎？（SD：Q：H79）

此情況也顯示，家屬照顧者面臨問題狀況並非皆能清楚指出問題，某些時候家屬照顧者雖能意識有資訊需求，但無法表達確切的問題為何。

6. 尋求建議

失智老年人家屬照顧者除了需要客觀資訊，也需要他人判斷其問題狀況後給予主觀性的建議。「尋求建議」要素可分為「治療建議」、「預防或延緩疾病食材建議」、「照顧患者建議」、「用藥建議」、「選擇照顧資源建議」、「因應患者症狀建議」、「申請社會福利與資源建議」七個細項，見表 4.10.12。

表 4.10.12 「尋求建議」分類細項統計

要素 (總次數)	細項	次數(百分比)
尋求建議 (28)	治療建議	12 (43%)
	預防或延緩疾病食材建議	6 (21%)
	照顧患者建議	4 (14%)
	用藥建議	2 (7%)
	選擇照顧資源建議	2 (7%)
	因應患者症狀建議	1 (4%)
	申請社會福利與資源建議	1 (4%)

其中以「治療建議」比例最多，達 43%，其次為「預防或延緩疾病食材建議」，占 21%，再次為「照顧患者建議」，占 14%。治療情境中家屬照顧者會較常認知到需要建議，可能原因在於失智症老年人缺乏正確判斷能力，家屬照顧者需代替失智老年家屬與醫師溝通，進行治療決策。因此，家屬照顧者需考量醫生提供的資訊，一方面又要替患者考量，容易產生無法作抉擇的情況，而需要他人的建議。例如：

家母現年 76 歲,因高血壓已中風數年,有點心律不整,肺部有點腫,這一年來開始有點老年癡呆症狀!近期經檢查需動白內障手術但需全身麻醉(家母有以上症狀不適合局部麻醉);經麻醉科醫師檢查後評估風險為三級(算中高),麻醉科醫師說不太建議家母全身麻醉,但眼科醫師建議開!請問有無專業人士能提供意見 (SD: Q: H87)

我父親經過醫師判斷,患有阿茲海默症,他有做 CT 檢查,腦部有中度腦萎縮,……我父親是否要做 MRI 腦部詳細檢查嗎???可是醫師到現在都不讓我們做這項檢查,我們有需要自費來做嗎???對病情有幫助嗎??? (SD: Q: H95)

7.尋求物質性資源

失智老年人家屬照顧者除了尋求資料性資訊性及情感性支持外，也會想藉由提問尋求人力、財力、及物力等物質性支持。「尋求物質性資源」要素可分為「照顧資源」、「法律/財務資源」、「患者罹病確認工具」、「患者娛樂資源」、「宗教協助」、「治療參考資源」六個細項，見表 4.10.13。

表 4.10.13 「尋求物質性資源」分類細項統計

要素 (總次數)	細項	次數(百分比)	
尋求物質性資源 (16)	照顧資源	10	(63%)
	法律/財務資源	2	(13%)
	患者罹病確認工具	1	(6%)
	患者娛樂資源	1	(6%)
	宗教協助	1	(6%)
	治療參考資源	1	(6%)

其中以「照顧資源」比例最多，達 63%，其次為「法律/財務資源」，占 13%。此顯示失智老年人家屬照顧者在照顧方面較缺乏資源，社會性問答網站不僅是家屬照顧者提問尋求解答的地方，部分家屬照顧者也會利用提問直接徵求照顧老年人所需要的資源。例如：

我母親在 2012.03.19 因發生車禍,走在路旁被一位酒駕的機車騎士從後撞倒,造成住加護病房昏迷 13 天,昏指數為 7,左腳做手術二次,氣切手術,前陣子嚴重到病危要簽放棄同意書,本身有糖尿病和老人失智(72 歲),目前已轉呼病房,若有好轉要回家照顧,但因行動不便需人照料,家中經濟負擔重無法請看護照料,由姐姐照顧因姐姐身體也不好,年長攙扶我母親不便,所以急需要電動病床和氣墊床請大家幫幫忙,若有人家裡有用不到的電動病床及氣墊床可否送我?或用低廉的價格賣我也可!…… (DE:Q:H129)

8.心情抒發

失智老年人家屬照顧者提出面臨的問題狀況，也可能並不是為了解決問題，而是為了抒發心情，如 DE:Q:F42 家屬照顧者提到無法照顧娘家母親感到難過，詳例如下：

沒有手足要照顧媽媽
我決定要把媽媽帶到我家來照顧!{母親已老也有一些慢性病}
和先生商量,先生不同意媽媽由我們照顧!
他認為養父母親的事是兒子的責任
婆婆也是我和先生照顧 13 年直到往生
……當年如果我和一般人一樣不想照顧婆婆!
我先生也會很痛苦!
因為他一個人不可能事業和孝道兼顧
一定是另一半幫忙他才有辦法盡孝道的
如今我卻不能盡一些心在娘家母親身上!!
我內心很不甘!也很難過 (DE:Q:F42)

9. 尋求經驗分享

「尋求經驗分享」要素可分為「照顧經驗」、「治療經驗」、「申請社會福利與資源經驗」、「照顧資源選擇經驗」四個細項，見表 4.10.14。

表 4.10.14 「尋求經驗分享」分類細項統計

要素 (總次數)	細項	次數(百分比)
尋求經驗分享 (12)	照顧經驗	7 (59%)
	治療經驗	3 (25%)
	申請社會福利與資源經驗	1 (8%)
	照顧資源選擇經驗	1 (8%)

其中以「照顧經驗」比例最多，達 59%，其次為「治療經驗」，占 25%。此表示失智老年人家屬照顧者在照顧患者和陪伴患者接受治療的過程，較容易面臨非客觀性資訊能解決的問題，需要他人提供經驗性的資訊。家屬照顧者和失智老年人是異質性高的群體，同樣的問題發生在不同家屬照顧者和失智老年人身上，可能會產生不同狀況，而客觀性的資訊僅能反映既定存在事實，對於充滿不確定性的問題，家屬照顧者會希望曾有相關經驗的他人可以分享經歷。例如 DE：Q：F48 家屬照顧者提及照顧失智老年家屬擔心影響未來生活作息，希望有經驗的他人可以分享照顧經驗，而 DE：Q：H67 家屬照顧者則提到雖然醫生告知老年人腦部會逐漸退化，仍想知道是否他人有治療好的經驗，例證如下：

奶奶 73 歲剛剛發生老人痴呆症,家人開始擔心以後的生活,該怎麼辦?有沒有網友可以分享家中有老人痴呆病人的生活因應嗎? 很擔心會影響全家人的生活作息 (DE：Q：F48)

78 歲老人痴呆症剛發生,四月份到過醫院檢查確定是失智症,醫生說老先生的腦部缺氧嚴重.我想問問大家有沒有家人有遇過這種經驗的? 看中醫有沒有可能比較有機會治好,因為醫生說現在還不嚴重,但是會慢慢退化 (DE：Q：H67)

10. 尋求慰藉

失智老年人家屬照顧者提問並非皆為尋求解決問題的資訊，也可能會藉由提問尋求情感性支持，例證如下：

發現外婆不見了.他急急忙忙的開車去找外婆.
……我看見媽媽的眼眶已經紅了.我不禁也傷心了起來.
發生了這件事後.我便到知識+來尋找答案.
希望可以得到一些鼓勵及幫助. (DE：Q：F58)

(三) 情感構面

本研究歸類問答資料中與問題情境有關的情緒敘述，將失智老年人家屬照顧者的情感構面要素分為七項，各所占比例詳見圖 4.5 所示，由高至低分別為「擔憂/害怕/不安」、「煩惱/困擾/無助/無力」、「疑惑/納悶/懷疑/猶豫」、「焦急/緊張」、「不捨/不忍/心疼」、「憤怒/生氣」、「難過」。

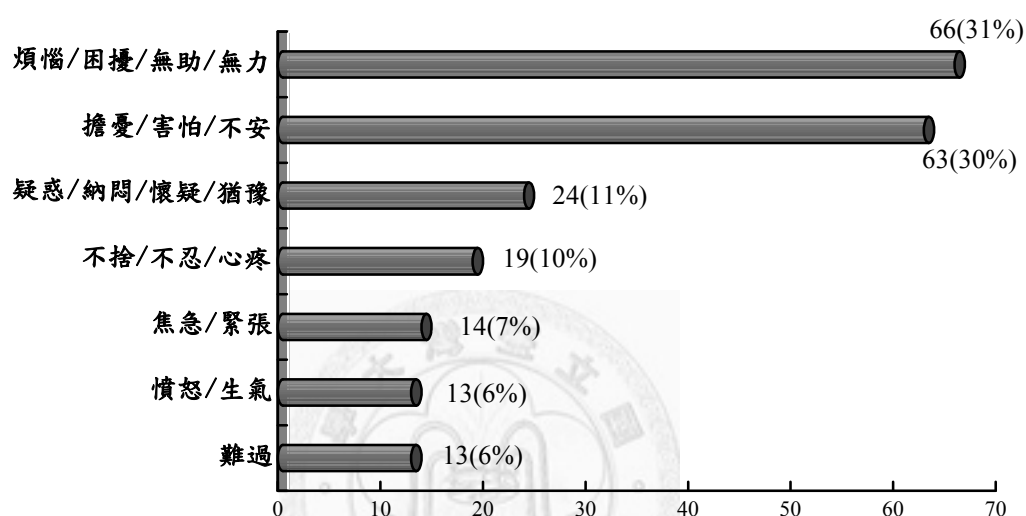


圖 4.5 情感構面中各要素比例

由圖 4.5 可知，失智老年人家屬照顧者在面臨問題狀況時，最常感受到的情感是「煩惱/困擾/無助/無力」占 31%，其次是「擔憂/害怕/不安」占 30%，再次為「疑惑/納悶/懷疑/猶豫」占 11%。此意謂失智老年人家屬照顧者面臨的問題狀況，經常是令他們感受到煩惱、困擾、無助、無力的負面情緒，推論此情形可能與失智症的特性相關。

失智症患者的認知、非認知症狀與日常生活功能持續退化，家屬照顧工作越來越困難，容易引起煩惱、困擾、無助、無力的負面情感。再者，老年人罹患失智症多屬不可逆、無法治癒的類型，如阿茲海默症，家屬照顧者將面臨漫長的照顧歷程，在資訊資源不足的情況下，家屬照顧者容易對未來充滿不確定感，可能對於失智老年家屬病症惡化、照顧工作的挑戰、以及生活恐受患者與照顧工作影響感到擔憂、害怕、不安。

除此，由於失智症早期不易發現與確診，家屬照顧者無法理解老年人認知與行為為何改變、無法確認老年人是否罹患失智症，因此也會產生疑惑、納悶、懷疑、猶豫的負面情感。

二、綜合比較

本小節進行失智老年人家屬照顧者表達資訊需求的行動、認知、與情感三項構面要素與家屬照顧者「問題意識階段」的比較，探索不同問題意識階段，家屬照顧者以行動表達需求的情況、家屬照顧者對資訊需求的認知情況、以及探討家屬照顧者在不同問題意識階段產生情感的情況。

(一)「行動構面要素」與「問題意識階段」比較

表 4.11 「行動構面要素」占「問題意識階段」比例

問題意識階段 (篇數)	疑惑釐清期 (92)		醫療尋求期 (140)		照顧角色決策期 (14)		照顧投入期 (426)		總計
	次數	百分比	次數	百分比	次數	百分比	次數	百分比	
提出疑問	79	(32%) (13%)	126	(30%) (21%)	11	(26%) (2%)	374	(31%) (63%)	590
提供患者資訊	83	(34%) (14%)	132	(32%) (23%)	13	(30%) (2%)	347	(29%) (60%)	575
描述問題情境	11	(5%) (6%)	35	(8%) (21%)	2	(5%) (1%)	123	(10%) (72%)	171
提出請求	13	(5%) (13%)	14	(3%) (14%)	2	(5%) (2%)	72	(6%) (71%)	101
提出對問題看法	28	(11%) (29%)	26	(6%) (27%)	5	(12%) (5%)	38	(3%) (39%)	97
提供家庭資訊	2	(1%) (2%)	6	(1%) (6%)	5	(12%) (5%)	83	(7%) (87%)	96
說明已知事情	9	(4%) (10%)	27	(6%) (30%)	1	(2%) (1%)	52	(4%) (58%)	89
描述家屬心情	11	(5%) (16%)	10	(2%) (15%)	1	(2%) (2%)	46	(4%) (68%)	68
提出特定解答需求	3	(1%) (5%)	21	(5%) (36%)	2	(5%) (3%)	33	(3%) (56%)	59
提出具體問題	5	(2%) (12%)	14	(3%) (34%)	1	(2%) (2%)	21	(2%) (51%)	41
提供家屬資訊	1	(0%) (4%)	7	(2%) (27%)	0	(0%) (0%)	18	(2%) (69%)	26
總計	245		418		43		1,207		1,913

表格 4.11 百分比第一欄位為同一問題階段中的每個行動構面要素占該階段總次數的比例，第二欄位為每個行動構面要素分別在四問題意識階段出現的比例。以下針對「問題意識階段」看「行動構面要素」比例及「行動構面要素」於「問題意識階段」分布情況兩部分進行探討。

從「問題意識階段」看「行動構面要素」比例，詳見表 4.11 百分比第一欄位，「疑惑釐清期」以「提供患者資訊」占 34%最多，其次為「提出疑問」占 32%，再次為「提出對問題看法」占 11%；「醫療尋求期」以「提供患者資訊」占 32%最多，其次為「提出疑問」占 30%，再次為「描述問題情境」占 8%；「照顧角色決策期」以「提供患者資訊」占 30%最多，其次為「提出疑問」占 26%，再次為「提出對問題看法」和「提供家庭資訊」各占 12%。「照顧投入期」以「提供疑問」占 31%最多；其次為「提供患者資訊」占 29%；再次為「描述問題情境」占 10%。

而自「行動構面要素」分布於四問題意識階段的比例來看，詳見表 4.11 百分比第二欄位，十一種行動構面要素皆出現在「照顧投入期」比例最多，此結果與失智老年人家屬照顧者問題主題與問題屬性分布於問題意識階段情況相似。由此可知，失智老年人家屬照顧者不僅在「照顧投入期」面臨較多問題種類，且家屬照顧者表達資訊的方式也多元。

上述數據顯示，「提供患者資訊」與「提出疑問」是失智老年人家屬照顧者在各問題意識階段最常表達問題的方式。此也反映出失智症特性對家屬照顧者的影響，家屬照顧者面臨的問題主要是患者引起，而家屬照顧者大多以直接提出疑問方式尋求需要的資訊。

除此，根據數據也可得知，各階段包含的行動要素有些許差異。「疑惑釐清期」除了提供患者資訊與提出疑問，家屬照顧者也會「提出對問題看法」，家屬照顧者觀察到老年人認知、精神或行為改變時，家屬照顧者會自行思考可能原因，並將心中的看法提出，例如憂慮或懷疑的事情。此情況與本研究分析「疑惑釐清期」階段的概念相呼應，此階段家屬照顧者主要資訊需求為釐清心中的疑惑。「醫療尋求期」與「照顧投入期」在行動構面比例上也有較多的「描述問題情境」要素，此可能表示家屬照顧者於此兩階段會面臨較多複雜的問題狀況，以致家屬照顧者需要描述問題情境才能使回答者清楚問題。「照顧角色決策期」

整體要素在「提出對問題看法」與「提供家庭資訊」占一定比例，推論此階段家屬照顧者面臨是否擔任照顧者角色的抉擇，因此提出對問題的看法和家庭資訊，希望回答者協助判斷作抉擇。

另一方面，「說明已知事情」、「提出特定解答需求」、及「提出具體問題」雖主要分布於「照顧投入期」，但在「醫療尋求期」也占有不少比例，此顯示家屬照顧者在「醫療尋求期」可能對於問題的掌握度較高，較能表達對問題的看法和提出所需要的資訊。

(二)「認知構面要素」與「問題意識階段」比較

表 4.12 「認知構面要素」占「問題意識階段」比例

問題意識階段 (篇數)	疑惑釐清期 (92)		醫療尋求期 (140)		照顧角色決策期 (14)		照顧投入期 (426)		總計
	次數	百分比	次數	百分比	次數	百分比	次數	百分比	
尋求資料性資訊	38	(35%) (10%)	117	(57%) (29%)	10	(56%) (3%)	235	(64%) (59%)	400
尋求判斷/解釋	55	(50%) (42%)	41	(20%) (31%)	0	(0%) (0%)	36	(10%) (27%)	132
詢問方法	7	(6%) (14%)	15	(7%) (33%)	5	(28%) (10%)	22	(6%) (45%)	49
尋求推薦	0	(0%) (0%)	11	(5%) (34%)	0	(0%) (0%)	21	(6%) (66%)	32
確認問題	3	(3%) (11%)	7	(3%) (25%)	1	(6%) (4%)	18	(5%) (64%)	28
尋求建議	1	(1%) (4%)	8	(4%) (29%)	1	(6%) (4%)	18	(5%) (64%)	28
尋求物質性資源	1	(1%) (6%)	2	(1%) (13%)	0	(0%) (0%)	13	(4%) (81%)	16
抒發心情	2	(2%) (13%)	2	(1%) (13%)	0	(0%) (0%)	11	(3%) (73%)	15
尋求經驗分享	0	(0%) (0%)	1	(0%) (8%)	1	(6%) (8%)	10	(3%) (83%)	12
尋求慰藉	2	(2%) (67%)	0	(0%) (0%)	0	(0%) (0%)	1	(0%) (33%)	3
總計	109		204		18		367		715

表格 4.12 百分比第一欄位為同一階段中的每個認知構面要素占該階段總次數的比例，第二欄位為每個認知構面要素分別在四問題意識階段出現的比例。以下針對「問題意識階段」看「認知構面要素」比例及「認知構面要素」於「問題意識階段」分布情況兩部分進行探討。

從「問題意識階段」看「認知構面要素」比例，見表 4.12 百分比第一欄位，「疑惑釐清期」以「尋求判斷/解釋」最多，占 50%，其次為「尋求資料性資訊」，占 35%。「醫療尋求期」以「尋求資料性資訊」最多，占 57%；其次為「尋求判斷/解釋」，占 20%。「照顧角色決策期」以「尋求資料性資訊」最多，占 56%；其次為「詢問方法」，占 28%。「照顧投入期」以「尋求資料性資訊」最多，占 64%；其次為「尋求判斷/解釋」，占 10%。

自「認知構面要素」分布於四問題意識階段的比例來看，見表 4.12 百分比第二欄位，「尋求判斷/解釋」與「尋求慰藉」主要分布在「疑惑釐清期」，其他認知要素皆主要分布在「照顧投入期」。由問答資料內容可發現出現在「疑惑釐清期」的「尋求慰藉」要素主要為失智老年人的孫子女提出，本研究推論可能原因在於家屬照顧者未在早期發現老年人罹患失智症，直到老年人行為舉止開始異常，而家中的非主要照顧者在不了解失智症資訊下，僅關注老年人行為或精神異常，情緒受到影響，因此至社會性問答網站尋求他人情感上的支持。此也顯示，不僅是家中主要照顧者會受失智老年家屬影響，非主要照顧者也容易受影響，也需要協助的群體。

由上述數據可知，「尋求資料性資訊」與「尋求判斷/解釋」是失智老年人家屬照顧者在各問題意識階段最常出現的認知要素，此顯示家屬照顧者對資訊需求的認知以「獲得資訊」和「希望他人協助判斷與解釋不清楚的狀況」為主。而在「疑惑釐清期」又以「尋求判斷/解釋」比例較「尋求資料性資訊」高，此意謂失智老年人家屬照顧者在此階段可能面臨較多不確定的狀況，推論與失智症早期不易被家屬發現的特性相關。老年人剛開始發生失智症狀時，可能只是輕微容易忘記，找不到東西或放錯地方，家屬很可能以為患者只是因為年紀大了，等到情況越來越嚴重，患者出現明顯的記憶力衰退、智力下降、無法思考解決問題、情緒和行為上的問題，才會家屬引起注意（台灣失智症協會，2009），因此家屬照顧者可能在疑惑釐清期面臨判斷老年人罹患失智症的問題。

除此，根據數據可知，「尋求推薦」僅分布於「照顧投入期」與「醫療尋求期」，顯示家屬照顧者在面臨失智老年家屬醫療與照顧方面較易需要他人提供推薦性資訊。

(三)「情感構面要素」與「問題意識階段」比較

表 4.13 「情感構面要素」占「問題意識階段」比例

問題意識階段 (篇數)	疑惑釐清期 (92)		醫療尋求期 (140)		照顧角色決策期 (14)		照顧投入期 (426)		總計
	次數	百分比	次數	百分比	次數	百分比	次數	百分比	
擔憂/害怕/不安	14	(41%) (22%)	17	(63%) (32%)	6	(60%) (10%)	26	(20%) (41%)	63
煩惱/困擾/無助/無力	10	(29%) (15%)	9	(24%) (14%)	1	(10%) (2%)	46	(35%) (70%)	66
疑惑/納悶/懷疑/猶豫	4	(12%) (17%)	4	(11%) (17%)	0	(0%) (0%)	16	(12%) (67%)	24
焦急/緊張	1	(3%) (7%)	2	(5%) (14%)	2	(20%) (14%)	9	(7%) (64%)	14
不捨/不忍/心疼	0	(0%) (0%)	3	(8%) (16%)	1	(10%) (5%)	15	(12%) (79%)	19
憤怒/生氣	3	(9%) (23%)	2	(5%) (15%)	0	(0%) (0%)	8	(6%) (62%)	13
難過	2	(6%) (15%)	1	(3%) (8%)	0	(0%) (0%)	10	(8%) (77%)	13
總計	34		38		10		130		212

表格 4.13 百分比第一欄位為同一階段中的每個情感構面要素占該階段總次數的比例，第二欄位為每個情感構面要素分別在四問題意識階段出現的比例。以下針對「問題意識階段」看「情感構面要素」比例及「情感構面要素」於「問題意識階段」分布情況兩部分進行探討。

由「問題意識階段」看「情感構面要素」比例，見表 4.13 百分比第一欄，「疑惑釐清期」以「擔憂/害怕/不安」最多，占 41%，其次為「煩惱/困擾/無助/無力」占 10%；「醫療尋求期」以「擔憂/害怕/不安」最多，占 63%，其次為「煩惱/困擾/無助/無力」占 24%；「照顧角色決策期」以「擔憂/害怕/不安」最多，占 60%，其次為「焦急/緊張」占 20%。「照顧投入期」以「煩惱/困擾/無助/無力」最多，占 35%；其次為「擔憂/害怕/不安」，占 20%。

自「情感構面要素」分布於四問題意識階段的比例來看，見表 4.13 百分比第二欄，所有情感要素皆分布於「照顧投入期」最多，符合照顧投入期問題狀況多樣的特性。

上述數據顯示，「擔憂/害怕/不安」與「煩惱/困擾/無助/無力」是失智老年人家屬照顧者在「疑惑釐清期」、「醫療尋求期」、「照顧投入期」三問題意識階段最主要感受到的情感要素。「照顧投入期」在「煩惱/困擾/無助/無力」的比例又較「擔憂/害怕/不安」高，顯示家屬照顧者在照顧投入期面臨較多令其感到煩惱、困擾、無助、無力的問題狀況。

本研究推論此結果與失智症特性有關聯。失智症隨著病程發展，患者的認知與非認知症狀會越來越嚴重，也會逐漸喪失言語與行動能力，因此失智老年人家屬照顧者要面對的問題越來越多，照顧工作也越來越困難。因此家屬照顧者於此時期可能經常對於照顧工作感到煩惱、對患者的行為感到困擾、覺得照顧工作沈重且缺乏資源與支持而感到無助或無力。「照顧角色決策期」則以「擔憂/害怕/不安」、「焦急/緊張」為主要情感要素，顯示決定是否承擔照顧角色會使家屬照顧者感到擔憂、害怕、不安的情緒，而焦急、緊張情緒出現在此階段可能表示家屬照顧者認為照顧角色決策具有急迫性。

值得一提的是，「疑惑/納悶/懷疑/猶豫」分布於「照顧投入期」比例較「疑惑釐清期」多，顯示家屬照顧者不僅有在疑惑釐清期會感到疑惑，至「照顧投入期」仍然面臨不少令他們感到疑惑、納悶、懷疑、猶豫的問題狀況。且「疑惑釐清期」家屬照顧者主要對老年人是否罹患失智症感到疑惑，至「照顧投入期」照顧工作越複雜，需要的資訊資源類型也越多，如不清楚有哪些可利用的社會福利或資源，因此家屬照顧者於「照顧投入期」感受到疑惑、納悶、懷疑、猶豫的情感較「疑惑釐清期」多。

三、綜合討論

Kuhlthau (1991) 在教育環境中觀察學生進行報告過程，發現人們進行資訊尋求過程中，會經歷開始 (initiation)、選擇 (selection)、探索 (exploration)、形成 (formulation)、收集 (collection)、呈現 (presentation) 六階段，人們在每個階段產生不同行動 (physical)、認知 (cognitive)、情意 (affective) 的經驗。

本研究參考 Kuhlthau (1991) 資訊搜尋歷程模式的概念，由行動、認知、情感三項構面分析失智老年人家屬照顧者表達問題的特徵，以下由失智老年人家屬照顧者表達問題特徵探討其資訊需求特質。

本研究綜整失智老年人家屬照顧者表達問題的特徵分析結果與相關比較數據，歸納失智老年人家屬照顧者的資訊需求特質具有個別化、多重構面與層次性、受情感影響三種特性。

(一) 失智老年人家屬照顧者的資訊需求具個別化的特質

本研究與 Kuhlthau (1991) 的研究相較之下，Kuhlthau (1991) 的研究對象是撰寫期末報告的學生，探索的是學生在完成報告這一個目標中間的資訊尋求歷程，並發現學生在每個資訊尋求階段會經驗到不同行動、認知和情感，而本研究探索的則是 Yahoo! 奇摩知識+失智老年人家屬照顧者提出的問題，問題內容雖不全然相同，但本研究定義家屬照顧者提問的共同目標是獲得解答以解決問題，換言之，問題意識階段可看作是家屬照顧者提問的動機，每個問題是家屬照顧者一次資訊尋求的歷程，而家屬照顧者表述問題的方式，可以發掘其資訊需求。

本研究發現失智老年人家屬照顧者會以行動、認知、與情感三種構面來表述資訊需求，其中又可劃分不同要素。行動構面包含十一個要素，認知構面包含十個要素；情感構面則包含七個要素。除此，本研究分析 672 篇提問資料內容，三種構面出現次數不相同，行動構面出現次數 1,913 次最多，認知構面次數 715 其次，情感構面次數為 212 最少，本研究發現每一則問題包含構面數量不完全相同，有些問題內容僅有行動和認知兩種構面，有些則包含行動、認知和情感三種構面，且構面要素數量也不全然相同，有些問題內容僅有一種行動構面要素，有些則有五種行動構面要素。

此顯示失智老年人家屬照顧者資訊需求具個人化的特性，也反映出失智老年人與其家屬照顧者是異質性高的群體，不同失智老年人與不同家屬照顧者因著其背景、家庭環境等特性，對面臨到的問題狀況的感受會不太相同，因此表述資訊需求的方式也不完全相同。

（二）失智老年人家屬照顧者的資訊需求具多重構面與層次性的特質

由失智老年人家屬照顧者表述問題的構面要素也可發現其資訊需求具多重構面。失智老年人家屬照顧者問題表達方式之一為提出對於問題意識的過程或內容的認知，本研究發現家屬照顧者問題中的認知構面要素可分為「尋求資料性資訊、尋求判斷/解釋、詢問方法、尋求推薦、確認問題、尋求建議、尋求物質性資源、抒發心情、尋求經驗分享、尋求慰藉」，其中部分要素還可細分為不同類型（參見表 4.10），而認知構面要素出現總次數為 715 次，超過問答資料總篇數 672 篇，顯示每一個問題不一定只有一個認知構面要素，可能同時有兩種以上，此意謂失智老年人家屬照顧者資訊需求可能同時尋求不同類型的資訊，具有多重構面性。

本研究分析失智老年人家屬照顧者提問構面要素還可發現其資訊需求具有層次性的特質。由家屬照顧者表述問題的行動構面可發現，家屬照顧者表述問題具有模糊至具體的層次性，此符合 Taylor（1962, 1968）提出的「需求層次」概念。Taylor（1962, 1968）指出需求是不斷變化的狀態，依此狀態的明顯程度與個人覺察的程度，可分為內藏式需求、意識化需求、正式需求、妥協後需求四層次，資訊需求的性質由抽象模糊而漸趨向具體明顯，由無意識到有意識的覺察。

本研究發現支持 Taylor 資訊需求層次概念，失智老年人家屬照顧者在問題中提出資訊需求的方式包括「提出疑問、提出對問題看法、提出請求、提出具體問題」四種，多數家屬照顧者會採取直接提出疑問的方式，僅有少部分會提出具體問題，顯示大部分家屬照顧者可以描述需求但不是很清楚，而少數則能具體詳細的陳述需求，顯示失智老年人家屬照顧者感知的需求與所能表達的之間有落差。也顯示資訊服務應了解家屬照顧者對問題的了解程度，不同了解程度應有不同策略，協助家屬照顧者釐清或確認問題。

(三)失智老年人家屬照顧者的資訊需求具有受情感影響的特質

過去相關研究指出，影響失智老年人家屬照顧者資訊需求的因素包含：失智症病程、問題行為與精神症狀出現頻率、照顧者就業狀況、照顧者扮演角色、照顧者的年齡與教育程度、家庭經濟狀況、照顧者性別、照顧者居住地區、照顧者照顧年程、照顧者照顧經驗、照顧者健康狀況（林敬程，1999；Wackerbarth & Johnson, 2002; Nichols, et al., 2009; Hirakawa, et al., 2011）。

本研究則發現，「情感」也是影響家屬照顧者資訊需求的因素。672 篇失智老年人家屬照顧者提問資料的構面要素總共出現 2,840 次，其中「情感」要素出現 212 次占 7%，且皆為負面性的情感，此情形與馬先芝（2003）分析「照顧者負荷」的概念相似，其指出「負荷」（burden）是照顧者面臨的問題和需要無法滿足或無法達到平衡時，所產生的負向反應，其中包含不知道怎麼解決問題的認知負荷，及對問題狀況的自身感受的情感負荷。

由此顯示，家屬照顧者提問過程展現許多「負面情緒」，透過提問也許是家屬照顧者抒發負面情緒的一種方式，因此在資訊服務提供方面應重視情感性的支持或諮詢服務。

第三節 失智老年人家屬照顧者解決問題之

資訊引用來源與特徵

社會性問答網站提供使用者互相交流的環境，提問者可以自由提問，回答者同樣也不需受到太多限制，可以自由回答問題。而失智老年人家屬照顧者提出的問題多元複雜，本節試圖了解是哪些人在回答家屬照顧者的問題？回答者提出的資訊引用來源與特徵又為何？本研究就回答者解答內容與提出的參考資料來源兩部分進行內容分析，以下詳細說明。

一、回答者之特徵

失智老年人家屬照顧者解決問題之最佳解答或最佳建議的回答者特徵，共可分為五大類：「其他家屬照顧者」、「一般資訊提供者」、「專家」、「工作人員」、「完全不相關者」。

由表 4.14 可知 672 篇回答資料中，回答者特徵以「一般資訊提供者」占 70% 最多；其次為「專家」占 14%；接著為「其他家屬照顧者」占 14%；再來為「工作人員」占 2%；最少為「完全不相關者」僅一位。

表 4.14 失智老年人家屬照顧者問題回答者特徵分析

編號	回答者特徵	位	百分比	類別	位	百分比
一	一般資訊提供者	473	70%	直接回答者	250	53%
				資訊搜尋者	215	45%
				具相關學科背景者	7	2%
				相關病症患者	1	0%
				小計	473	100%
二	專家	94	14%	專業人員	67	71%
				技術及助理專業人員	27	29%
				小計	94	100%
三	其他家屬照顧者	92	14%			
四	工作人員	12	2%			
五	完全不相關者	1	0%			
總計		672	100%			

各回答者特性說明如下：

（一）其他家屬照顧者

指家中有失智老年家屬，目前或曾經有照顧經驗的其他家屬照顧者，包括花費最多時間提供失智老年人照顧的主要家屬照顧者，如：子女、媳婦、女婿、配偶，以及非花費最多時間照顧失智老年人，但從旁提供協助的其他家族成員，如：孫子女、已嫁出去的女兒，例證如下：

建議你最好還是盡快尋求醫師的幫助！
我身邊就有一位老人失智症的患這，也就是我爸爸，
要照顧老人失智症患者真的很不容易，
有時候看著爸爸亂發脾氣或者不斷的忘記事情……（ML：A：E01）

我奶奶也有這種情形，也有 10 年了吧
她今年 80 幾歲 常常會一直重複講一句話，有時我回去看她她還會認不出我……還有提醒你一點，在你奶奶的身上或手上戴個什麼有關你家地址、電話、聯絡人..等等 這是以防你奶奶走失 病情不重是還好，就是怕有天真的走丟了怕找不回來==（SD：A：H48）

（二）一般資訊提供者

泛指所有無法確定是否為失智老年人家屬照顧者、具備專業或實務經驗的回答者，包括「直接回答者」、「資訊搜尋者」、「具相關學科背景者」、「相關病症患者患者」。以「直接回答者」占 53%最多，其次為「資訊搜尋者」占 45%，再次為「具相關學科背景者」占 2%。

1.直接回答者

就自己所知直接回答家屬問題或提供建議的回答者，回答內容未提及身份為家屬或其他相關專業人員。例如 DE：A：F36 指出自己曾經間接與失智症者有接觸經驗，而 DE：A：H40 直接針對問題進行答覆，並表明參考資料來源是自己。

這位大大：
您母親的狀況讓我很訝異
我有躁鬱症，前次住院和位阿茲海默症的患者同病房
她的情況與您母親很像……（DE：A：F36）

作手圈阿~
上面刻《[個]基本聯絡資料~
跟附近ㄉ[的]鄰居、警察打好關係~
參考資料 我（DE：A：H40）

2.資訊搜尋者

針對家屬提問搜尋相關資訊作為回答的回答者，將搜尋到的資訊直接貼在回答內容，並附上網路超連結等參考資訊，如以下例子：

老人痴呆症的病程發展：

初期－健忘期：老人痴呆症從最輕微的健忘，名字記錯，處理事情的能力減退，到出門不認得路回家，但吃飯穿衣還能自行打理。

中期－混亂期：此期精神症狀會很明顯，攻擊別人，到處亂跑，亂叫，……以上是網路查到的資料…… (ML：A：H13)

3.具相關學科背景者

指未說明為專業人員，但提及具備相關學科背景的回答者，如醫學生、護理學背景、或修習過相關課程的回答者，示例如下：

可掛神經內科，靠吃銀杏和B 不夠……故應選擇添加其他營養素的複方式配方，共同維護生理功能來捍衛身體健康。我有上營養醫學補充品與疾病相關課程 (ML：A：H02)

4.相關病症患者

指本身有罹患相關疾病經驗的回答者，如以下例證，SD：A：H97
就家屬照顧者提出關於洗腎方面的疑問，提供自己的經驗，並表達自己已有十年洗腎經驗。

這……別本末倒置了~~

洗腎後的徵候群，據我所知沒有會發燒的~~就算有也應該有原因~~應該請洗腎室醫生了解檢查一下。

……是否有竄高，有的話代表身體某部分處於發炎狀況，要盡早辨識及治療。有點奇怪的醫生~考慮換一下吧~~~

參考資料~偶[我]洗十年~ (SD：A：H97)

(三) 專家

家屬照顧者問題的回答者不乏許多不同領域的專家，本研究將家屬照顧者的專家回答者分為「專業人員」和「技術及助理專業人員」。「專業人員」占 71% 最多，「技術及助理專業人員」僅占 29%。

1.專業人員

專業人員指凡從事科學理論研究，其所從事之業務均須具有專門之知識，通常須受高等教育或專業訓練，或經專業考試及格者。(行政院勞工委員會職業訓練局，檢索日期：2013 年 1 月 14 日) 相關回答者包括：醫師、職能治療師、護士、律師、藥師、社工、代書、宗教人員等，如下例：

您提到：『爺爺在短短的幾天內，智力急速退化。』光是這一點，就不是典型的失智症了！典型的失智症（特別是阿茲海默症），……在臨床診斷的工作上，這些反倒是我們特別注意，因為大部分是可以治療的病因。參考資料 本身是神經內科醫師 (DE：A：H13)

2.技術及助理專業人員

技術及助理專業人員指凡在專業人員、行政主管或政府官員指導下，應用科學研究知識，以科學方面問題，或應用作業方法及技術服務，從事教學、商業、財務、行政佐理、政府法規及宗教等工作。(行政院勞工委員會職業訓練局，檢索日期：2013 年 1 月 14 日) 相關回答者包括：政府單位人員、法務助理、人力仲介、保險業務、房屋仲介等。

要把妳公公資產辦過戶，只要他還健在，手續上就一定要有他的簽名或同意，若是妳大姑偷辦的，那就是偽造文書，可以去法院提民事訴訟確認那些手續都無效，……參考資料 律師事務所 法務助理 (DE：A：L21)

（四）工作人員

指不一定具有該領域的教育背景，但從事提供服務性工作的人員，具備工作的實務經驗，包含：外籍看護、推拿師、安養院執業者、照顧服務員、老人服務工作者等。如以下示例：

我已我們中心的收費情形跟您講一下
中心的收費在兩萬至三萬不等..
……還需要什麼資訊可以再問...
參考資料 養護中心工作的自己 (DE：A：H117)

（五）完全不相關者

指回答內容完全與家屬提問完全無關者。

二、回答者之資訊引用來源與特徵

資訊來源 (information source) 是使用者判斷最佳解答的標準之一 (Kim & Oh, 2007)，探討使用者選擇解答的資訊來源，有助於了解使用者解決問題所需要的資訊資源。本研究綜合參考 Oh 等人 (2008) 與何怡融 (2011) 的網路回答資訊引用來源分類，探索失智老年人家屬照顧者問題回答者提供解答的引用來源與特徵。本研究歸納失智老年人家屬照顧者提問之解答引用來源可分為五大類：「人際資源」、「網路資源」、「大眾傳播媒體資源」、「圖書資源」、「其他資源」，詳如表 4.15。

表 4.15 失智老年人家屬照顧者解決問題之資訊引用來源與特徵分析

資訊引用來源	特徵	次數	百分比
網路資源	教育網站	369	53%
	商業網站		
	組織網站		
	政府網站		
	一般網站		
	網址超連結		
	網路資料		
人際資源	親身經驗	219	32%
	他人經驗		
	實務經驗		
	專業知識		
	轉介資訊		
圖書資源	一般圖書	71	10%
	參考圖書		
	期刊		
其他資源	圖表	24	3%
	歌曲/電影/影片		
大眾傳播媒體資源	電子新聞	16	2%
	電視		
總計		699	100%

依據表 4.17 得知，失智老年人家屬照顧者解決問題之資訊引用來源與特徵整體比例，以「網路資源」占 53% 最多，其次為「人際資源」占 32%，「圖書資源」占 10%，「其他資源」占 3%，「大眾傳播媒體資源」占 2%。由此可知，失智老年人家屬照顧者在 Yahoo! 奇摩知識+ 提問，獲得解答的資訊引用來源多為「網路資源」與「人際資源」，此可能與社會性問答網站屬於網路環境及回答者

身分特性相關。回答者在社會性問答網站回答問題，為了回覆的方便性，可能會利用檢索網路作為搜尋資源的管道，或直接貼上網址超連結，方便提問者晉用參考資源。

相較之下，「圖書資源」與「大眾傳播媒體資源」便較少作為解答依據，研究者推測可能原因為紙本資料需花較多時間轉錄，而自其他媒體上獲得的資訊也不易完整轉述，因此降低回答者使用的意願。而本研究也發現，失智老年人家屬照顧者問題的回答者以「一般資訊提供者」最多，其中又以「直接回答者」與「資訊搜尋者」所占比例較多，顯示家屬照顧者的問題回答者多採就自己所知和搜尋網路資源作為回答方式。以下就各資訊引用來源與特徵進行說明與分析。

（一）人際資源

「人際資源」指回答者就自身經驗、知識或直接提供相關資源資訊。「人際資源」可分為「親身經驗」、「他人經驗」、「實務經驗」、「專業知識」、「轉介資訊」。

1. 「親身經驗」：指回答者自己親身經歷的經驗，例如：

你好！我自己申請過

一、農保老年失智可否申請理賠。*你可以直接打電話到農會保險部問一下 依失智程度如何 申請 流程 他們會解說！.....希望對你有幫助！ 參考資料 農保部/自己 (DE：A：I01)

2. 「他人經驗」：指回答者轉述身邊人物的經驗，如朋友、鄰居等，例如：

你好：1.我旁邊的同事他爸爸也是中風，但是永遠無法說話了，所以是重度殘障 2.我同事說那份鑑定證明是可以請醫院再開的 3.因為他申請過好幾次，分別用來申請新光人壽，與國泰人壽的全殘理賠以及殘障車位的申請跟台北市政府的殘障補助 4.所以我同事確定這是可以請醫院再開的，所以不用擔心，如果有需要我可以請我同事協助你 (DE：A：I06)

3. 「實務經驗」：指回答者從事相關工作獲得的經驗，例如：

有一個罹患老年癡呆老婆婆每次被家屬送來醫院就醫的時候，每次看到我就會握著我的手很開心~她的女兒說我們醫院的護士她只認得我，原來是因為在她還沒退化那麼嚴重的時候，曾說過我對患者很親切，她很喜歡我~……參考資料 在醫院上班的經驗

(SD：A：H06)

4. 「專業知識」：指回答者具備相關教育背景獲得的知識，例如：

綠農桿菌對於免疫有問題的人或是有服用免疫抑制劑的人來說確實不好治療，因為綠農桿菌本身的身上有一層”藻多糖衣”所以可以在任何惡劣環境下生存(連漂白水有時候都可以)導致很難根治，……不過別灰心，目前最棘手的應該是敗血症，如果能壓得住，再慢慢治療其他的病症還是可以復原的！加油加油。參考資料 我是醫技系學生 (DE：A：H36)

5. 「轉介資訊」：指回答者於回答內容提供其他相關資源的名稱、聯絡資料

等，如醫師姓名、醫院名稱、門診科別、藥物名稱、安養院聯絡電話、失智症協會電話、回答者個人聯絡資訊等，例如：

對於您的孝心及對於令尊 做正確的判斷 的確難得 在此 提供您一些 建議 請冷靜 的幫助父親 不做任何急救 免增痛苦 真誠專念 (阿彌陀佛) 仰仗佛的願力加持 迴向父親 速速離苦得樂 切記(至誠感通) 如有任何疑惑 歡迎指導
阿彌陀佛 敬請聯絡 許師兄 電話 09xxxxxxx
如需本會幫忙迴向或其它幫助 請撥 0xxxxxxx (DE：A：R06)

表 4.15.1 人際資源特徵分析

資訊引用來源(總次數)	特徵	次數(百分比)
人際資源 (219)	親身經驗	90 (41%)
	轉介資訊	59 (27%)
	實務經驗	40 (18%)
	專業知識	22 (10%)
	他人經驗	8 (4%)

由表 4.15.1 得知，人際資源以「親身經驗」出現 90 次，占 41%最多，其次為「轉介資訊」出現 59 次，占 27%，第三為「實務經驗」出現 40 次，占 18%。顯示失智老年人家屬照顧者在瀏覽提供人際資源的回答內容，較易選擇提出親身經驗的回答，可能原因在於，回答者提供曾經親身解決相似問題的經驗性資訊，能增加答案的可信度，使希望有效解決問題的家屬照顧者較易青睞。除此，回答者於回答內容中，直接提出相關資源資訊名稱的「轉介資訊」，如醫生的姓名、相關單位的聯絡方式等，也容易被家屬照顧者選為最佳解答。顯示即使回答者無法幫助家屬照顧者解決問題，但提供這些具體的轉介資訊，可以幫助家屬照顧者掌握解決問題的方向，知曉可向誰求助。

(二) 網路資源

「網路資源」指回答者藉由搜尋網路上的資訊以作為回答。「網路資訊」按特性又可分為「網路資料」與「網路超連結」。

1. 「網路資料」指回答內容呈現方式為網路資料轉貼，或回答者以文字敘述說明搜尋到的網路資料，如醫師文章、醫院文章、維基百科文章、提供搜尋檢索關鍵字等。
2. 「網址超連結」指回答者於回答內容中附上資訊來源的網址超連結，讓提問者可連結至出處網站或網頁參考。又可依網站性質分為：
 - (1) 教育網站：指網域為.edu 者，屬教育機構網站，如大學網站。
 - (2) 商業網站：指網域為.com 者且具商業性質的網站，如拍賣網、保健食品公司網站、網路書店、安養院網站。
 - (3) 組織網站：指網域為.org 者，為某一營利或非營利單位或組織建立的網站，如台灣失智症協會、台灣憂鬱症防治協會、維基百科。
 - (4) 政府網站：指網域為.gov 者，由政府相關單位建立的網站，如勞保局網站、榮民總醫院網站。
 - (5) 一般網站：指網域為.com 者但不屬於上述四種的其他類型網站，如部落格、Yahoo!奇摩知識+。

表 4.15.2 網路資源特徵分析

資訊引用來源(總次數)	特徵(次數/百分比)	細項	次數(百分比)
網路資源 (369)	網址超連結 (235/64%)	一般網站	85 (36%)
		政府網站	66 (28%)
		組織網站	49 (21%)
		商業網站	33 (14%)
		教育網站	2 (1%)
	網路資料 (134/36%)		

自表 4.15.2 可知，回答者提供的網路資源以「網址超連結」較多，占 64%，其次為轉貼或敘述網路資料，占 36%。此顯示失智老年人家屬照顧者較傾向回答中有附上資訊來源的網址超連結，可能方便家屬照顧者進一步了解更詳細的

資訊。而「網址超連結」類型中又以「一般網站」比例最高，達 36%，其次為「政府網站」，占 28%，再次為「組織網站」，占 21%。此顯示資訊品質較無法判斷的部落格、Yahoo!奇摩知識+等「一般網站」比資訊品質高的「政府網站」和「組織網站」更容易被失智老年人家屬照顧者接受，可能原因在於，多數回答者並不具備相關專業背景，在協助家屬照顧者尋求提問解答時，容易以檢搜索引擎方式尋找資訊，並根據檢索結果自行判斷是否作為回答，較易忽略資訊品質。此可能也反映出組織網站和政府網站提供的資訊雖較有品質，但也較屬通則性資訊，無法滿足失智老年人家屬照顧者多元複雜的問題，因此，回答者較易轉向搜尋一般網站資訊作為解答。

除此，本研究也發現，部分回答者提供的「一般網站」網址超連結的內容為醫師文章，顯示有部分一般網站的網域雖為.com，但內容卻可能是相關專業人員提供的資訊，如醫生的個人部落格、私人醫院或診所網站，這些網站的資訊提供者皆屬專業人員，此也顯示「一般網站」的資訊品質不一定比較差。

(三) 大眾傳播媒體資源

指回答者透過「大眾傳播媒體」獲得的資源，包括「電子新聞」與「電視」。例如：

【記者張淑珠／台中報導】中華民國失智者照顧協會 19 日上午 9 時起在台中市南屯區豐樂雕塑公園舉辦「2009 國際失智症日宣導園遊活動」有近百個宣導及消費性攤位。市長胡志強呼籲大家重視失智症，活動當天社會處也會全力支持，幫助失智長者和家屬度過難關。…… (DE：A：L14)

我上次看電視～政府在廣告～低收入居家照顧～去問村里長或者是鄉公所～還有就是～就算你爸媽離婚了～你還是要照顧爸爸～除非你透過法律打官司～提出父親未扶養兒女的證明～法官判決了不用扶養爸爸～才有可能不用扶養～為什麼才有可能～只要你爸爸說出他有來看你～有送你東西～這樣就要扶養爸爸了～這個是題外話～= = 好好加油吧～ (DE：A：L83)

表 4.15.3 大眾傳播媒體資源特徵分析

資訊引用來源(總次數)	特徵	次數(百分比)
大眾傳播媒體資源 (16)	電子新聞	14 (87%)
	電視	2 (13%)

由表 4.15.3 可知，回答者提供失智老年人家屬照顧者大眾傳播媒體資源多以網路電子新聞為主占 87%，電視來源僅占 13%。可能因為社會性問答網站是網路環境，回答者為方便提供新聞訊息，和提供來源出處，較傾向選擇可以直接轉貼的網路電子新聞文章和網址超連結，而電視或其他紙本媒體資源較不易完整轉錄，回答者僅能憑個人印象描述，因此不易成為回答資訊來源。

（四）圖書資源

「圖書資源」包括「一般圖書」、「參考圖書」、「期刊」。

「一般圖書」指回答者於解答內容提供書名、作者、出版社等資訊，例如：

不曉得您是否接觸過任何失智症的相關團體或相關資源?人因愛而堅強,也因愛而懼怕!……在此個人建議:阿茲海默診療室-天下文化健康生活系列特別建議您閱讀第 12-13 章.....特別是您照顧您父親的住院期間;當您了解失智症狀態還要學習如何去應對!因為這是您[愛的負擔].其實很多醫院也提供日照服務,所以不用馬上擔心安養院的問題....若您想知道台灣失智症的資源因為阿茲海默診療室是翻譯書籍可以參考記憶障礙(原水文化出版)一書的附錄!

(AL：A：H42)

「參考圖書」指法律書籍、政府公文、課程講義、研討會資料、相關研究資料，例如：

您好,您可以依民法第 1115 條第一項及第三項主張分擔義務:1.民法第 1115 條第一項第一款規定直系血親卑親屬為第一順位之負扶養義務者,所以您先生的哥哥與大姐皆是負扶養義務之人.2.民法第 1115 條第三項規定,負扶養義務者有數人而其親等同一時,應各依其經濟能力,分擔義務:……參考資料 小六法 (DE：A：L75)

「期刊」指學術刊物中的資料，例如：

中度失智症(MMSE:18-23 分),合併精神行為症狀.
目前的用藥沒有問題,但是若病人有檢驗營養狀況,甲狀腺功能,腦波,腦部電腦斷層掃描等等,請提供以利判斷.
最後,我覺得最重要的是,固定一個看診醫師,這個醫師必須是病人及您們家屬都相信的,願意配合的,態度親切的,不趕時間的,這樣的醫師,然後請您們讓他追蹤調藥,因為藥物治療可能要兩週左右才會有穩定的藥效,改來改去是很不好的.參考資料 基層醫學第二十二卷第四期 (DE：A：H70)

表 4.15.4 圖書資源特徵分析

資訊引用來源(總次數)	特徵	次數(百分比)
圖書資源 (71)	參考圖書	57 (80%)
	一般圖書	13 (19%)
	期刊	1 (1%)

由表 4.15.4 得知，回答者提供的圖書資源以「參考圖書」最多，達 80%，「一般圖書」、「期刊」則僅各占 19%和 1%。此情形可能與失智老年人家屬照顧者的提問動機和問題屬性相關，家屬照顧者在社會性問答網站提問，多數以「解決問題」和提出「事實型」問題為主，因此回答者會藉由敘述參考圖書資源中的資料作為回答或佐證，如家屬照顧者提出法律問題，回答者以法律書籍中的法律條文作為解答。而在失智老年人家屬照顧者問答資料中，本研究發現回答者提供一般圖書資源資訊，如推薦書單，反而並非為了直接解決家屬照顧者的問題，而是類似轉介資訊的功能，提供家屬照顧者參考尋求解答的方向，因此一般圖書資源占比例較參考圖書資源低。另外，圖書資源部分有少數比例為「期刊」資源，此也表示家屬照顧者不僅需要大眾化的資訊，也可能需要專業的學術資訊。

(五) 其他資源

「其他資源」指不屬於上述四種資源的其他類型資源，如回答者於回答內容中放入「圖表、歌曲/電影/影片」等資訊，例如：

威智（Witgen）是一種屬於擬副交感神經興奮藥物，最主要是治療中重度以及重度的阿茲海默症
威智主成分為具活性的 NMDA 接受體拮抗劑。Memantine hydrochloride 的化學名為 1-amino-3,5-dimethyladamantane hydrochloride，Memantine HCl 的化學式為 $C_{12}H_{21}N \cdot HCl$ ，分子量為 215.76，是一白色至米白色粉末，可溶於水中。……



(AL : A : H77)

我希望您找這幾部電影來看。

http://movie.kingnet.com.tw/media_news/index.html?act=movie_news&r=1158813257 目的在於釋懷他們行為上的不可理喻，因為大腦無法控制了，當我們還有理智的健康時期，反觀哪天也變成了這樣的老年，那所有您現在的辛苦即便是晚年時候我們親人的辛苦了。…… (DE：A：F24)

表 4.15.5 其他資源特徵分析

資訊引用來源(總次數)	特徵	次數(百分比)
其他資源 (24)	圖表	14 (58%)
	歌曲/電影/影片	10 (42%)

由表 4.15.5 得知，圖表比例最多，達 58%，其次為歌曲/電影/影片 42%。顯示部分回答者除提供資訊外，也會附上跟回答資訊有關的圖片或表格，讓失智老年人家屬照顧者在看文字敘述之餘，配合圖表能更清楚理解回答者提供的資訊，例如醫師的照片、藥物的圖片，除此，圖表也可能給予家屬照顧者心靈上的撫慰，例如神明的照片。另外，少部分回答者也會提供失智症相關歌曲、電影、影片的名稱或網址超連結，讓家屬照顧者得以尋找相關影片來了解失智症或作為患者可利用的資源。由此可知，即便「其他資源」占總體資源比例最低，但仍反映出家屬照顧者不僅需要文字式的資訊資源，也需要圖像式和影音式的資訊資源。

三、綜合比較

表 4.16 「回答資訊引用來源特徵」占「問題意識階段」比例

問題意識階段 (篇數) 資訊引用來源特徵		疑惑釐清期 (92)		醫療尋求期 (140)		照顧角色決策期 (14)		照顧投入期 (426)		總計	
		次數	百分比	次數	百分比	次數	百分比	次數	百分比		
人際來源	親身經驗	15	(15%)	22	(13%)	0	(0%)	53	(13%)	90	
			(17%)		(24%)		(0%)		(59%)		
	他人經驗	1	(1%)	2	(1%)	0	(0%)	5	(1%)	8	
			(13%)		(25%)		(0%)		(63%)		
	實務經驗	2	(2%)	6	(3%)	0	(0%)	32	(8%)	40	
			(5%)		(15%)		(0%)		(80%)		
	專業知識	3	(3%)	2	(1%)	0	(0%)	17	(4%)	22	
			(14%)		(5%)		(0%)		(77%)		
	轉介資訊	3	(3%)	16	(9%)	2	(20%)	38	(9%)	59	
			(5%)		(27%)		(3%)		(64%)		
網路來源	網路資料	26	(26%)	39	(23%)	3	(30%)	66	(16%)	134	
			(19%)		(29%)		(2%)		(49%)		
	網址超連結	教育網站	0	(0%)	1	(1%)	0	(0%)	1	(0%)	2
				(0%)		(50%)		(0%)		(50%)	
	商業網站	2	(2%)	7	(4%)	1	(10%)	23	(6%)	33	
			(6%)		(21%)		(4%)		(70%)		
	組織網站	15	(15%)	11	(6%)	2	(20%)	21	(5%)	49	
			(35%)		(22%)		(4%)		(43%)		
	政府網站	4	(4%)	12	(7%)	0	(0%)	50	(12%)	66	
			(6%)		(18%)		(0%)		(76%)		
	一般網站	13	(13%)	27	(16%)	1	(10%)	44	(11%)	85	
			(15%)		(32%)		(1%)		(52%)		
大眾傳播媒體資源	電子新聞	2	(2%)	8	(5%)	0	(0%)	4	(1%)	14	
			(14%)		(57%)		(0%)		(29%)		
	電視	0	(0%)	1	(1%)	0	(0%)	1	(0%)	2	
			(0%)		(50%)		(0%)		(50%)		
圖書資源	一般圖書	6	(6%)	3	(2%)	0	(0%)	4	(1%)	13	
			(46%)		(23%)		(0%)		(31%)		
	參考圖書	5	(5%)	6	(3%)	1	(10%)	45	(11%)	57	
			(9%)		(11%)		(2%)		(79%)		
	期刊	0	(0%)	1	(1%)	0	(0%)	0	(0%)	1	
		(0%)		(100%)		(0%)		(0%)			
其他資源	圖表	2	(2%)	8	(5%)	0	(0%)	4	(1%)	14	
			(14%)		(57%)		(0%)		(29%)		
	歌曲/電影/影片	1	(1%)	0	(0%)	0	(0%)	9	(2%)	10	
			(10%)		(0%)		(0%)		(90%)		
總計		100		172		10		417		699	

本研究將失智老年人家屬照顧者提問之最佳解答資訊引用來源特徵與四問題意識階段比較，以了解其資訊引用來源特徵與提問階段的關係。表 4.16 百分比欄位第一欄為資訊來源特徵占四階段總次數的比例，第二欄位則是同一階段中的每個資訊來源特徵占該階段所屬類別總次數的比例。

自「問題意識階段」看各資訊引用來源與特徵所占比例，見表 4.16 百分比第一欄位，四問題意識階段皆以「網路資源」與「人際資源」為主，「網路資源」又以「網址超連結」占比例較多。而「疑惑釐清期」在網址超連結部分以「組織網站」與「一般網站」較多，人際來源則以「親身經驗」占比例較多。「醫療尋求期」網址超連結以「一般網站」占比例最多，人際來源同樣以「親身經驗」較多。「照顧角色決策期」網址超連結則以「組織網站」為主，人際來源則為「轉介資訊」較多。「照顧投入期」網址超連結以「政府網站」與「一般網站」占比最多，人際資源也以「親身經驗」最多。由此顯示，家屬照顧者在人際資源部分，可能較青睞親身經驗式資訊，而網路資源則偏好有附上網址超連結的資訊，並且不一定注重權威性的網站資訊，也希望獲得一般性網站的資訊。

而由各「資訊引用來源與特徵」分布於四問題意識階段的比例來看，見表 4.16 百分比第二欄位，「人際資源」與「網路資源」各項特徵皆分布於「照顧投入期」較多。而「大眾傳播媒體資源」的「電子新聞」主要分布於「醫療尋求期」，「電視」各別分布於「醫療尋求期」與「照顧投入期」。「圖書資源」中的「一般圖書」主要分布於「疑惑釐清期」，「參考圖書」多分布於「照顧投入期」，「期刊」則出現在「醫療尋求期」。「其他資源」部分，「圖表」主要分布於「醫療尋求期」，「歌曲/電影/影片」則出現於「照顧投入期」較多。由此顯示，失智老年人家屬照顧者不僅於照顧投入期會面臨較多問題狀況，且需求的資訊來源特徵也較豐富。

四、綜合討論

Yahoo!奇摩知識+提供提問者自行選擇最解答的功能，本研究因此假設失智老年人家屬照顧者相關問題的「最佳解答」是家屬照顧者有興趣的資訊來源。透過分析回答者特性、解答資訊引用來源與特徵，本研究歸納失智老年人家屬照顧者解決問題的資訊引用來源與特徵之特性，並與相關研究進行比較。

(一)失智老年人家屬照顧者不僅需要專家提供的權威性資訊來源，也重視一般資訊提供者提供的一般資訊來源

本研究分析與統計回答者特徵發現，整體而言失智老年人家屬照顧者問題的回答者以「一般資訊提供者」占比例 70%最多，其次是「專家」14%、「其他家屬照顧者」14%、「工作人員」2%（見圖 4.6），此結果與 Gazan（2006）的研究發現相似。Gazan（2006）將社會性問答網站的回答者分為具備專業知識、提供的解答並沒有附上參考資源的專家（Specialists）和未宣稱具專業知識、解答會附上其他資訊資源的綜合者（Synthesists）兩種類型，透過分析 Answerbag 上的選擇率，發現綜合者回答被提問者選擇率多於專家回答者。Gazan（2006）的研究指出，社會性問答網站使用者不只重視專業性的回答，也重視會提供相關資訊資源的綜合者的回答。而本研究發現，失智老年人家屬照顧者問題的回答者以「一般資訊提供者」為主，此也顯示家屬照顧者不僅需要專家、工作人員提供的權威性資訊，也需要一般資訊提供者提供的一般資訊。

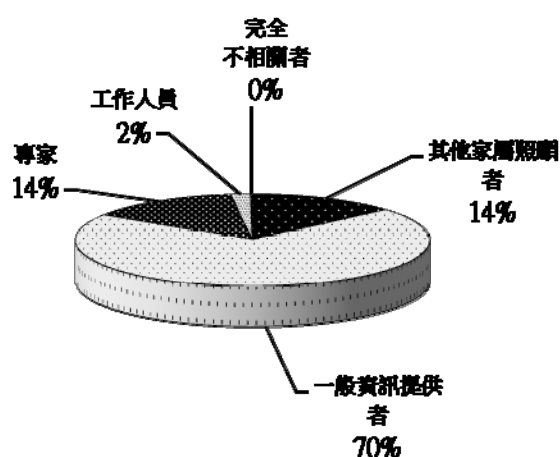


圖 4.6 失智老年人家屬照顧者問題回答者特徵比例

另一方面，本研究經資訊引用來源特徵分析，發現失智老年人家屬照顧者資訊引用來源特徵以「一般網站的網址超連結」較多，此結果呼應本研究分析出失智老年人家屬照顧者除需要權威性資訊來源，也重視一般資訊來源的發現。

然而，此情況也可能反映出社會性問答網站資訊品質有待商榷的特性。本研究觀察問答資料，發現有部分相似或重覆的回答，由於 Yahoo!奇摩知識+具有「知識等級」的機制，當回答次數達到系統要求數量，使用者便可享有更多系統功能使用權利，因此推論部分回答者看到家屬照顧者相似的提問，會直接以曾經提供過的資訊作為解答，藉此提高系統升等機會。

(二) 失智老年人家屬照顧者問題解答的資訊引用來源特徵隨問題意識階段變化

本研究綜合比較資訊引用來源特徵分布於四個問題意識階段的比例後，發現各資訊引用來源特徵比例會隨問題意識階段變化。(參見表 4.16)「人際資源」與「網路資源」為占比例最多兩大資訊引用來源，兩者各項特徵皆分布於「照顧投入期」較多，但以問題意識階段來看，「疑惑釐清期」、「醫療尋求期」、「照顧投入期」以人際資源「親身經驗」較多，「照顧角色決策期」則為人際資源「轉介資訊」較多。各階段網址超連結特徵也不相同，「疑惑釐清期」和「照顧角色決策期」以「組織網站」的網址超連結為主；「醫療尋求期」以「一般網站」的網址超連結為主；「照顧投入期」則以「政府網站」的網址超連結為主。

其他資訊引用來源特徵部分，「大眾傳播媒體資源」的「電子新聞」主要分布於「醫療尋求期」，而「電視」則分布於「醫療尋求期」與「照顧投入期」。「圖書資源」中的「一般圖書」主要分布於「疑惑釐清期」，而「參考圖書」多分布於「照顧投入期」，「期刊」則出現在「醫療尋求期」。「其他資源」的「圖表」主要分布於「醫療尋求期」，「歌曲/電影/影片」則出現於「照顧投入期」較多。由上述可知，失智老年人家屬照顧者各問題意識階段提問解答的資訊引用來源特徵比例不太相同，顯示資訊引用來源特徵會隨問題意識階段有所變化，因此資訊服務在資訊來源提供方面，應考量家屬照顧者問題意識階段。

(三) 與其他相關研究比較

過去已有相關研究針對失智老年人家屬照顧者的資訊來源進行探索，主要採用問卷調查、電話訪談、及面對面訪談，發現家屬照顧者的資訊來源包括：

專業電話諮詢、醫院和社區組織派發宣導手冊、大眾媒體、訓練工作坊、親戚朋友口頭分享、參加展覽、網路資源、照顧管理專員、醫師、鄰居、護士、醫學書籍、志工團體 (Silverstein, et al., 1993; Lai & Chung, 2007; Lee, 2009; Hirakawa, et al., 2011)。

而本研究採用內容分析失智老年人家屬照顧者在 Yahoo!奇摩知識+中的最佳解答，發現其資訊引用來源可分為人際資源、網路資源、大眾傳播媒體資源、圖書資源、其他資源五大類，各資源又可包含不同特徵。(1) 人際資源：親身經驗、他人經驗、實務經驗、專業知識、轉介資訊；(2) 網路資源：網路資料、網址超連結（教育網站、商業網站、組織網站、政府網站、一般網站）；(3) 大眾傳播媒體資源：電子新聞、電視；(4) 圖書資源：一般圖書、參考圖書、期刊；(5) 其他資源：圖表、歌曲/電影/影片。

比較本研究結果與過去相關研究皆可發現失智老年人家屬照顧者的資訊來源多元，然而，過去相關研究僅指出資訊來源標的，並未對資訊來源的特徵進行深入探討，而本研究透過分析失智老年人家屬照顧者問題解答的資訊引用來源特徵，發現家屬照顧者需要的資訊內容和型式具不同特性，如過去研究指出家屬照顧者會透過照顧管理專員、醫生、護士、朋友、親戚、鄰居等人際資源獲得資訊，而本研究則發現，人際資源又可分為不同特徵，其中「親身經驗」占比例較多，顯示失智老年人家屬照顧者需要其他家屬分享經驗資訊。

另外，本研究發現失智老年人家屬照顧者需要的資訊來源與「網路」密切，如家屬照顧者使用大眾傳播媒體的新聞資源，有傾向使用電子新聞的情況。除此，本研究也發現過去研究未提出的成果，本研究也發現家屬照顧者需要學術性資訊，如期刊，以及圖像式和影音式的資訊型式，如提供圖表、歌曲、電影、影片。

本研究發現，Yahoo!奇摩知識+中的失智老年人家屬照顧者問題解答的資訊引用來源多為「網路資源」與「人際資源」，其中又以「網路資源」占 53%最多，顯示「網路資源」受失智老年人家屬照顧者重視。然而，本研究此發現卻與 Lai 和 Chung (2007) 調查失智老年人家屬照顧者獲得資訊管道頻率，發現家屬照顧者最常獲得資訊的管道為醫院和社區組織派發的宣導手冊和大眾傳播媒體，

最少獲得資訊的管道為網路的結果不同。推測可能原因在於兩者研究對象的差異。

Lai 和 Chung (2007) 以結構式問卷調查失智老年人家屬照顧者獲取資訊的管道，填答者多為失智老年人的成年子女、媳婦、或配偶，扮演主要照顧者的成年子女和媳婦可能身兼多重角色，如父親、母親或工作者，為兼顧照顧者與其他角色的任務通常較忙碌，而失智老年人的配偶也多屬老年人，對於網路科技較不擅長使用，因此推測主要照顧者較容易由典型的資訊提供環境獲得資訊，例如帶患者就醫時，獲得醫院或相關專業單位提供的宣導手冊，或由大眾傳播媒體得知相關諮詢。

本研究採取內容分析法，分析對象為 Yahoo!奇摩知識+有關失智老年人家屬照顧者的問答資料，由解答的資訊引用來源來探索家屬照顧者有興趣的資訊來源管道。社會性問答網站本身即處於網路環境，回答者可能為了方便回覆家屬照顧者的問題和提供資訊來源參考，較容易使用網路資源作為資訊引用來源。且由問答內容可知，提問的家屬照顧者並非皆為主要照顧者，還包含非主要照顧者，如失智老年人的其他親屬或孫子女，這些非主要照顧者可能屬於較年輕的族群，對於使用網路資源較擅長，因而本研究探索失智老年人家屬照顧者資訊引用來源結果會以「網路資源」最多，由此也顯示資訊服務不只關注主要照顧者，還應重視非主要照顧者。

第五章 結論與建議

本章共分為三小節，旨在總結本研究結果並提出建議。第一節總結本研究結果與討論，回應研究問題提出成果；第二節依據本研究結果與討論，提出相關實務層面建議；第三節則提出未來研究建議。

第一節 結論

本研究目的在於藉由分析社會性問答網站 Yahoo!奇摩知識+相關問答資料，從失智老年人家屬照顧者的角度，深入了解其資訊需求特質。為達成此目的，本研究試圖回答三項問題：

- 1.失智老年人家屬照顧者面臨的問題類型為何？
- 2.失智老年人家屬照顧者表達面臨問題的三個構面特徵為何？
- 3.失智老年人家屬照顧者解決問題的資訊引用來源與特徵為何？

以下總結各研究問題之研究結果，並提出結論。

一、失智老年人家屬照顧者的問題類型展現九大類問題主題、五種問題屬性、及三問題意識階段

本研究分析失智老年人家屬照顧者面臨的問題類型，歸納問題類型包含問題主題、問題屬性、以及問題意識階段三面向。

透過了解家屬照顧者面臨的問題主題，可以得知其需要的資訊內容有哪些主題。本研究分析照顧者需要的資訊內容包含：「失智症知識問題、診斷問題、治療問題、照顧問題、社會福利與資源問題、個人與家庭問題、法律問題、宗教問題、其他問題」九大類問題主題。

透過了解家屬照顧者的提問的問題屬性，則可以得知家屬照顧者所需的資訊類型。本研究歸納照顧者的問題屬性包含：「事實型、指示型、建議型、評鑑型、確認型」五種問題屬性，顯示家屬照顧者不只需要客觀知識，也需要主觀經驗分享。

另外，透過了解家屬照顧者的照顧歷程中問題意識階段，可以得知照顧者在不同的時間面向上產生不同的問題意識階段，對失智症患者照顧上所感知到的不確定性內涵，可以更精確地提供滿足照顧者需求的資訊。例如：不以主題為導向提供一般性的資訊，而以問題為導向提供專指性的資訊。換言之，問題意識階段影響資訊需求的資訊精確程度。本研究分析失智老年人家屬照顧者的問題意識有「疑惑釐清期」、「醫療尋求期」、「照顧角色決策期」、「照顧投入期」四階段，其中，「照顧角色決策期」提問僅占 2%，且概念與「照顧投入期」相近，故研究者整合此兩階段，歸納失智老年人家屬照顧者問題意識為：「疑惑釐清期、醫療尋求期、及照顧投入期」三階段。

二、失智老年人家屬照顧者表達面臨問題的構面特徵具有十一種行動構面要素、十種認知構面要素、及七種情感構面要素

失智老年人家屬照顧者的資訊需求不僅反映在資訊內容、資訊類型、和時間面向上的不確定性內涵，也可從家屬照顧者表達問題的行動、認知、及情感構面去了解。

透過了解家屬照顧者闡述問題狀況採取的提問行動構面，可以得知家屬照顧者對於面臨問題狀況的了解程度。本研究歸納失智老年人家屬照顧者表達問題的行動構面包含十一種要素：「提供患者資訊、提出疑問、描述問題情境、提出對問題看法、提出請求、提供家庭資訊、說明已知事情、描述家屬心情、提出特定解答需求、提出具體問題、提供家屬資訊」。顯示家屬照顧者不僅是提出疑問，也會釋出與問題狀況相關的資訊。

透過了解家屬照顧者表達問題狀況所涵蓋的認知構面，可以得知家屬照顧者尋求問題解答的思維，意即家屬照顧者需要的資訊類型。本研究歸納失智老年人家屬照顧者表達問題的認知構面包含十種要素：「尋求資料性資訊、尋求判斷/解釋、詢問方法、尋求推薦、確認問題、尋求建議、尋求物質性資源、抒發心情、尋求經驗分享、尋求慰藉」。由此也可知，家屬照顧者不僅尋求事實性的資訊，也需要主觀性與情感性的資訊。

透過了解家屬照顧者表述問題所呈現的認知構面，可以得知家屬照顧者對問題狀況與尋求問題解答經驗到的情感。本研究歸納失智老年人家屬照顧者表達問題的情感構面包含七種要素：「擔憂/害怕/不安、煩惱/困擾/無助/無力、疑

惑/納悶/懷疑/猶豫、焦急/緊張、不捨/不忍/心疼、憤怒/生氣、難過」。顯示家屬照顧者提問過程展現不少負面情緒。

三、失智老年人家屬照顧者解決問題的資訊引用來源有五類且特徵多元

失智老年家屬照顧者問題最佳解答的回答者身份特徵包含「其他家屬照顧者、一般資訊提供者、專家、工作人員」四類特徵，其中以「一般資訊提供者」較多。回答資訊引用來源則具有「人際資源、網路資源、大眾傳播媒體資源、圖書資源、其他資源」五種類型，人際資源包含「親身經驗、他人經驗、實務經驗、專業知識、轉介資訊」五種特徵；網路資源包含「網址超連結」與「網路資料」兩種特徵，大眾傳播媒體資源包含「電子新聞」與「電視」兩種特徵；圖書資源包含「一般圖書、參考圖書、期刊」三種特徵、其他資源包含「圖表」、「歌曲/電影/影片」兩種特徵。其中，失智老年人家屬照顧者問題解答以「網路資源」中的「一般網站的網址超連結」和「人際資源」中的「親身經驗」最多。

四、失智老年人家屬照顧者的資訊需求呈現多面向特質

本研究綜整失智老年人家屬照顧者面臨的問題類型、提問的構面要素、以及解答資訊引用來源特徵三項問題研究結果後，發掘失智老年人家屬照顧者的問題呈現出多面向的特質，包括「階段性」、「複雜性、重疊性與交替性」、「個別化」、「多重構面與層次性」、及「受情感影響」。

（一）失智老年人家屬照顧者之資訊需求具階段性特質，不同問題意識階段有特定問題主題、問題屬性、及資訊引用來源與特徵

失智老年人家屬照顧者的問題意識狀態可分為三階段：「疑惑釐清期、醫療尋求期、照顧投入期」。失智老年人家屬照顧者在每一階段主要提出的問題主題、屬性和獲得解答的資訊引用來源與特徵有所不同。「疑惑釐清期」以「失智症知識問題」為主，「事實型問題」居多，獲得解答的資訊引用來源與特徵主要為網路資源中的「組織網站」網址超連結和人際資源「親身經驗」。「醫療尋求期」以「診斷問題」、「治療問題」為主，「評鑑型問題」居多，解答資訊引用來

源與特徵主要為網路資源中的「一般網站」網址超連結和人際資源「親身經驗」；「照顧投入期」以「社會福利與資源問題」、「照顧問題」、「法律問題」為主，「事實型問題」居多，獲得解答的資訊引用來源與特徵主要為網路資源中的「政府網站」網址超連結和和人際資源「親身經驗」為主。此顯示失智老年人家屬照顧者的資訊需求特質具有階段性。

（二）失智老年人家屬照顧者之資訊需求具複雜性、重疊性、及交替性特質，重視家屬照顧者的問題狀況而非單一問題

本研究發現失智老年人家屬照顧者問題主題包含九大類，其中還可劃分為二十六種中類問題，以及五十三種小類問題，顯示家屬照顧者需要的資訊內容具有複雜性。

除此，本研究也發現家屬照顧者的問題意識階段並非界線分明，依序前進。不同問題意識階段會有相同問題主題和問題屬性出現，且家屬照顧者提出一個問題可能同時處在兩個問題意識階段，顯示家屬照顧者問題意識階段具有重疊性。家屬照顧者一個問題狀況延伸出好幾種問題，按此情況可推論家屬照顧者的問題狀況多元且複雜，就單一問題提供資訊，無法滿足家屬照顧者，而是須關注家屬照顧者整個問題狀況。

（三）失智老年人家屬照顧者之資訊需求具個別化特質，家屬照顧者需要針對其個別問題狀況的解答資訊，而非通則性資訊

本研究分析失智老年人家屬照顧者問題內容包含行動、認知、與情感三種構面要素。研究結果顯示，行動構面可分為十一個要素；認知構面可分為十個要素；情感構面則可歸納為七個要素。此顯示不同家屬照顧者即便面臨相似問題狀況，家屬照顧者提問方式、對於問題的認知、以及對問題的情感不會完全相同，反映出失智老年人家屬照顧者表達問題有個別化現象，通則性資訊並不能滿足家屬照顧者。

(四) 失智老年人家屬照顧者之資訊需求具多重構面與層次性特質，家屬照顧者面臨問題狀況複雜，且家屬照顧者不見得能清楚闡述問題

本研究分析研究資料發現，失智老年人家屬照顧者的問題具多重任務，單一個問題中可能出現一種類型以上的主題、屬性、及認知構面要素，顯示家屬照顧者面臨問題狀況複雜，解決問題需要多重資訊。由研究資料分析也可知，失智老年人家屬照顧者表達問題行動具有「模糊與具體」的層次性。部分家屬照顧者能明確提出具體問題，多數家屬照顧者則僅能就對問題狀況了解程度提出疑問，此意謂家屬照顧者需要和能表達的需求之間有所落差。

(五) 失智老年人家屬照顧者之資訊需求具受情感影響特質，家屬照顧者不僅需要能解決問題的客、主觀資訊，也需要情感性資訊

本研究分析失智老年人家屬照顧者提問構面中的情感要素，發現家屬照顧者除了提問，也會在問題中描述擔憂/害怕/不安、煩惱/困擾/無助/無力、疑惑/納悶/懷疑/猶豫、焦急/緊張、不捨/不忍/心疼、憤怒/生氣、難過等負面心情，一方面幫助家屬照顧者達到宣洩情緒目的，另一方面也反應出這些負面情感可能是促使家屬照顧者意識到問題的因素。除此，研究者歸納失智老年人家屬照顧者的問題主題、問題屬性、及認知構面要素皆發現情感資訊的存在。在失智老年人家屬照顧者的「個人與家庭問題」中有「宣洩情緒」和「尋求慰藉」的問題主題、問題屬性有與他人交談的「確認型」問題屬性，認知構面要素包含「抒發心情、尋求慰藉」。綜上所述，失智老年人家屬照顧者不僅需要也用以解決實際問題的客、主觀性資訊，也需要情感性的資訊。

第二節 建議

健康資訊尋求者自網際網路搜尋健康資訊已是今日之趨勢，本研究分析失智老年人家屬照顧者於 Yahoo! 奇摩知識+提問與最佳解答資料的結果，呈現失智老年人家屬照顧者資訊需求的內涵與特質，此成果可作為實務界未來提供資訊服務和資訊系統設計之參考。本小節就本研究結果與討論之思考，分別對資訊服務提供與資訊系統設計兩方面提出以下建議。

一、 對資訊服務提供的建議

(一) 重視失智老年人家屬照顧者感知問題的差異性，提供專指性服務

失智症特性是使家屬照顧者面臨挑戰的重要因素，然而，家屬照顧者提問內容則因其感知問題的差異性而有所不同，除此，家屬照顧者意識問題的時間點，也可能與患者實際病程有所差異，如此將錯失及早發現與解決問題的時機。因此，本研究建議資訊服務規劃不應僅由失智老年人的病程來理解家屬照顧者的資訊需求，還應實際了解家屬照顧者在不同時間面向上，對失智症老年人照顧上所感知到的不確定性內涵，意即問題意識階段，相關資訊提供單位可針對不同問題意識階段的家屬照顧者去設計教案，透過提供專指性的教育，協助家屬照顧者有效解決問題。

(二) 提供多元化及個人化資訊，並增加情感性資訊服務

本研究發現失智老年人家屬照顧者資訊需求多元，且家屬照顧者不只需要能解決問題的資訊，情感也是影響家屬照顧者對問題認知的重要因素。本研究建議相關單位可規劃多元的資訊服務內容，並增加情感性資訊服務，幫助家屬照顧者解決問題之餘，可以紓緩負面情緒。

(三) 彙整並篩選有品質的網路資源素材，加強對主要與非主要家屬照顧者的網路資訊資源推廣與傳遞

「網路」無時空限制的方便性，已成為許多使用者尋求健康資訊的重要管道。本研究分析研究資料發現，2004 年至 2008 年持續有失智老年人家

屬照顧者利用 Yahoo!奇摩知識+提問尋求解答，此外，家屬照顧者獲得最佳解答的資訊引用來源也多為「網路資源」，再者，本研究也發現不少提問者為非主要照顧者，多為失智老年人的孫子女，屬於經常利用網路的年輕族群，由此可知，「網路」也是失智老年人家屬照顧者不可忽略的資訊尋管道。因此本研究建議，相關資訊服務提供單位可彙整並篩選網路環境中有品質的網路資源素材，並加強網路資訊資源傳遞與推廣利用，不僅協助目前主要照顧家中失智老年人的家屬得以獲得符合需求的資訊以解決問題，也可幫助非主要照顧失智老年人的照顧者能夠正確了解失智症，進而提供主要照顧者支持。

二、對資訊系統設計的建議

（一）整理失智老年人家屬照顧者的問題，設計 FQA 介面

由於每位家屬照顧者異質性高，且面臨問題狀況複雜，通則性資訊並無法滿足他們。本研究以 Yahoo!奇摩知識+作為研究場域，發現家屬照顧者於其中提問內容多元，部分問題具有檔案價值，因此本研究建議資訊系統設計者可整理社會性問答網站中具有參考價值的問答資料，並設計成 FQA 介面，將可幫助家屬照顧者找到與其問題狀況相似的問題描述，進而獲得符合其需要的解答參考。

（二）建立網路資源和人際資源的整合平台，並提供線上諮詢與經驗交流機制

本研究分析研究資料發現，失智老年人家屬照顧者問題的回答者特徵多元，包含一般資訊提供者、其他家屬照顧者、以及醫師、復健師、護理人員、外籍看護仲介、律師、保險業務員等一般與專業人員。除此，家屬照顧者解答資訊引用來源多為「網路資源」與「人際資源」。因此本研究建議，資訊系統設計者可建立一網路資源和人際資源整合平台，匯集相關領域專家和實務經驗者提供線上諮詢與經驗交流機制，可以幫助家屬有效獲得適切解答，並可增加與他人交流機會。

（三）提供多元檢索環境與豐富外部參考資訊資源

本研究結果發現，失智老年人家屬照顧者面臨問題狀況多元且複雜，且照顧者不一定能有效表達面臨的問題狀況，此也表示家屬照顧者可能會面臨無法於網路環境有效檢索符合需求資訊的困難。因此本研究建議，資訊系統設計者可參考本研究分類之問題主題，作為架設健康資訊網站的知識架構，亦可考慮以本研究分析家屬照顧者問題認知構面要素，作為設計資訊檢索標籤，例如「尋方法」、「尋分享」、「求推薦」等，提供照顧者多元檢索環境。

另一方面，本研究分析結果也發現，失智老年人家屬照顧者問題回答者多為提供參考資訊來源的一般資訊提供者，顯示家屬照顧者除需要權威的資訊資源，也需要一般性的資訊資源，除此，家屬照顧者除需文字型式的資訊，也需要圖像和影音式的資訊。因此本研究也建議資訊系統設計除提供政府單位、專業組織等專業資訊外，也可提供豐富外部參考資源和資訊型式，讓失智老年人家屬照顧者有多元資訊資源可選擇參考。

第三節 未來研究建議

本小節以下提出三項未來研究建議：

一、探索失智老年人家屬照顧者於社會性問答網站獲得解答後續的資訊尋求行為

本研究採取內容分析法探索 Yahoo!奇摩知識+失智老年人家屬照顧者相關問答資料，礙於研究時間、經費與人力有限，無法完成相關研究議題探索，因此，建議未來研究可利用合適的研究方法，探索 Yahoo!奇摩知識+或其他社會性問答網站，了解失智老年人家屬照顧者在社會性問答網站提問獲得解答後續的資訊尋求行為，家屬照顧者是否按照解答指示接續尋求資訊？解答幫助家屬照顧者解決問題的成效為何？

二、探索公共圖書館在失智老年人照護與協助家屬照顧者議題中應扮演的角色

根據公共圖書館的宗旨與任務可知，公共圖書館服務必須完全對所有可能的使用者開放，讓使用者完全近用，除此，也有必要蒐集並分析相關資料以了解使用者的需求，才能規畫符合所有可能使用者需要的服務；因此「辨認潛在的使用者」和「辨認出使用者的需求」皆為影響公共圖書館服務的重要因素（毛慶禎，2003）。

失智老年人家屬照顧者面臨失智症的挑戰，正是屬於公共圖書館可能潛在使用者中「有特殊需求的社群」。在圖書館方面，1986 年便有文章提出圖書館應協助失智症家屬的構想。美國奧勒岡州路易克拉克大學（Lewis & Clark College）奧伯雷瑞茲克圖書館（Aubrey R. Watzek Library）的參考館員 Gerity（1986）指出，失智症家屬最主要的兩項需求是「支持」和「資訊」，公共圖書館在資訊層面應協助失智症家屬。失智症家屬需要知道有哪些服務可利用和如何利用，需要圖書資料幫助他們因應失智症症狀，也可能在尋找相關影片以和支持團體討論，公共圖書館應具備合適館藏以協助失智症家屬，提供他們優質的資訊。文章中也列出公共圖書館可提供失智症家屬的相關素材，包含政府出版物、相關

參考書籍和非小說類書籍。顯示國外圖書館早期已注意到應協助失智症家屬獲得有品質的資訊資源。

2007 年，國際圖書館協會聯盟（IFLA）委員、丹麥靈比-托拜克公共圖書館（Lyngby-Taarbæk）館員 Helle Arendrup Mortensen 發表文章，提倡公共圖書館有責任加入失智症照護服務的行列。Mortensen 指出，許多公共圖書館仍未針對失智症者提供特殊服務，圖書館也未被正式納入失智症專業照護的一環，但失智症治療不只有生理層面，還包含心理層面，而閱讀和音樂素材能幫助刺激失智症者的記憶，並達到愉悅和娛樂的效果，圖書館可提供書籍、音樂、影片和懷舊工具（reminiscence kits）等相關素材，以協助失智症者心理治療，這是圖書館服務能做到的，也是圖書館應加入失智症照護服務的理由（Mortensen & Nielsen, 2007）。同年，國際圖書館協會聯盟（IFLA）發表《圖書館服務失智症者指南》（Guidelines for Library Services to Persons with Dementia），指出公共圖書館的服務應該符合所有群體的資訊和休閒需求，民主社會中大眾近用資源和資訊的權利是相同的，包括身心障礙人士，所有人皆有權追求生活品質與參與社會，而如今失智症人口持續增加，圖書館對失智症者的需求應抱持負責任的態度。報告內容更進一步說明圖書館服務失智症者的原則、技巧、提供的素材和服務的模式、以及如何與其他專業機構合作。

由國際圖書館協會聯盟（IFLA）提出的《圖書館服務失智症者指南》顯示，公共圖書館提供失智症照顧者服務已是趨勢。研究者檢索網路資訊發現，我國公共圖書館目前相關服務多以提供場地舉辦活動或傳遞失智症基礎知識為主，且圖書資訊學界尚無公共圖書館作為失智症社會資源的研究，顯示此議題還有深入探索空間。

三、以不擅使用網路的失智老年人家屬照顧者為研究對象

本研究分析 Yahoo! 奇摩知識+相關問答資料，主要研究對象為熟悉網路使用的失智老年人家屬照顧者。然而，即便網際網路發達，仍有不擅利用網路尋求資訊的家屬照顧者，例如失智老年人的配偶，通常也是老年人，對於網路使用較不熟悉。因此，本研究建議未來相關研究可以不擅使用網路的失智老年人家屬照顧者為研究對象，探索其資訊需求以規劃與提供合適的資訊資源與服務。

參考文獻

一、中文部分

- 內政部統計處 (2011)。內政統計通報。上網日期：101 年 1 月 10 日，檢索自 <http://sowf.moi.gov.tw/stat/week/list.htm>
- 古佳馨 (2011)。使用者判斷開放性知識分享平台資訊品質之研究—以 Yahoo! 奇摩知識+ 為例。未出版之碩士論文，國立臺灣大學圖書資訊學研究所，臺北市。
- 石又敏、陳玉敏、曾月霞 (2010)。家屬陪伴失智症患者門診就醫之生活經驗，*長期照護雜誌*，14 (1)，43-57。
- 行政院經濟建設委員會 (2009)。長期照護保險法制服務提供及服務人力之評估，上網日期：101 年 1 月 23 日，檢自：
<http://www.cepd.gov.tw/m1.aspx?sNo=0012096>
- 行政院經濟建設委員會 (2010)。2010 年至 2060 年台灣人口推計，上網日期：100 年 10 月 3 日，檢自：<http://www.cepd.gov.tw/m1.aspx?sNo=0000455>
- 何怡融 (2011)。網路問答服務之回答引用來源分析研究。未出版之碩士論文，國立臺灣師範大學圖書資訊學研究所，臺北市。
- 巫瑩慧 (2009)。失智症照顧者罹病率高自我關照很重要，*健康世界*，287，85-86。
- 巫瑩慧 (2010)。失智症本世紀健康與經濟的挑戰，*健康世界*，300，50-54。
- 李世代 (2000)。失智症治療與照護的後續研究議題。*應用心理研究*，8，11-19。
- 李郁雅 (2000)。博士論文研究歷程中情境與資訊行為之探索：以植物分類學為例。未出版之碩士論文，國立臺灣大學圖書資訊學研究所，臺北市。
- 卓玉聰、林千鈺 (2004)。消費者健康資訊網路資源之探討，*圖書資訊學刊*，2 (2)，57-85。
- 林冠宏 (2006)。阿茲海默氏症，*慈濟醫學*，18 (5)，39-48。
- 林珊如 (2001)。資訊行為。在賴鼎銘、黃慕萱、吳美美編著，*圖書資訊學概論* (第六章，頁 219-265)。臺北縣：空大。
- 林珊如、許禎芸 (2008)。從國內碩士論文探討資訊行為相關研究，*圖書資訊學研究*，3 (1)，51-74。
- 林淑錦、白明奇 (2006)。失智症病患主要照顧者的壓力—以家庭生態觀點論之，*長期照護雜誌*，10 (4)，412-425。
- 林敬程 (2000)。失智老人家庭照顧者之負荷與支持性服務需求之探討。未出版之碩士論文，高雄醫學大學行為科學研究所，高雄市。
- 社團法人台灣失智症協會 (2008)。失智症完全手冊：台灣失智症協會專家智慧集結。臺北市：健康文化。

- 社團法人台灣失智症協會 (2009)。失智症照護指南。臺北市：原水文化。
- 社團法人台灣失智症協會 (2010)。關懷失智症宣導教材—失智症家屬調適與社會資源。臺北市：大乙傳播。
- 社團法人台灣失智症協會 (2010)。關懷失智症宣導教材—認識失智症。臺北市：大乙傳播。
- 邱怡玟 (2004)，家庭變遷下老年人之長期照顧何去何從，社區發展季刊，106，176-186。
- 邱逸榛、李怡濃、徐文俊、陳獻宗、李佳琳、王鵬智 (2010)，失智症家庭照顧者睡眠障礙及其相關因素，護理雜誌，57 (4)，29-39。
- 邱愛富 (1999)。探討老年失智症患者之照顧者的壓力與因應方式 (國科會專題研究計畫成果報告，NSC88-2314-B-030-009)。新北市：輔仁大學護理系。
- 邱銘心、吳寂絹 (2012)，健康歷程中的資訊尋求行為：以整合式 ACE 架構分析社會性問答服務之健康提問，圖書資訊學研究，7 (1)，129-170。
- 邱麗蓉 (1999)。失智症老人家屬照顧者壓力源、評價、因應與健康狀況之探討。未出版之碩士論文，長庚大學護理學研究所，桃園縣。
- 邱麗蓉、謝佳容、蔡欣玲 (2007)，失智症病患主要照顧者的壓力源、評價和因應行為與健康之相關性探討，精神衛生護理雜誌，2 (2)，31-44。
- 馬先芝 (2003)，照顧者負荷之概念分析，護理雜誌，50 (2)，82-85。
- 高潔純 (2004)，機構失智長者的問題行為，長期照護雜誌，8 (2)，251-261。
- 國際圖書館協會聯盟／聯合國教科文組織發展指南 (2003)。公共圖書館服務綱領。(The Public Library Service，毛慶禎譯)。臺北市：中國圖書館學會。(原作 2003 年出版)
- 梅陳玉蟬、楊培珊 (2005)。台灣老人社會工作：理論與實務。臺北市：雙葉書廊。
- 陳向明 (2002)。社會科學質的研究。臺北市：五南。
- 陳秀娟、陳美伶 (2003)，癌症病患家屬照顧者照顧工作之探討，長庚護理，15 (3)，258-270。
- 陳昱名 (2004)。社會福利資源與需求的落差：以老年失智症病患家庭照顧者之照顧負荷、需求與困難為例。未出版之碩士論文，臺北醫學大學醫學研究所，台北市。
- 陳惠姿、李孟芬 (2000)，台灣失智者的照護現況與展望，應用心理研究，7，191-199。
- 陳晶瑩 (2003)，老年人之長期照護。台灣醫學，7 (3)，404-413。
- 湯麗玉 (1991)。癡呆症老人照顧者的負荷及其相關因素之探討。未出版之碩士論文，台灣大學護理學研究所，台北市。
- 湯麗玉、李明濱 (2006)，台灣失智症照護之困境，台北市醫師公會會刊，50 (7)，52-56。

- 黃正平 (2006)，失智症之行為精神症狀，*台灣精神醫學*，20 (1)，3-18。
- 黃惠玲、徐亞瑛、黃秀梨、陳獻宗 (2008)，失智症照顧服務之可行模式，*研考雙月刊*，32 (6)，22-32。
- 楊培珊 (2000)，失智症患者與家屬的主體性。*應用心理研究*，8，35-36。
- 葉乃靜 (2005)。日常生活資訊行為理論。在*多元文化下的資訊行為研究* (第三章，頁 21-48)。臺北市：文華。
- 劉景寬、戴志達、林瑞泰、賴秋蓮 (2000)，台灣失智症的流行病學，*應用心理研究*，7，157-169。
- 劉嘉逸、劉秀枝 (2000)，阿茲海默氏症之非認知症狀，*應用心理學研究*，7，89-103。
- 鄭秀容，(2005)，居家失智老人家屬照顧者之照顧負荷與照顧需求之探討。未出版之碩士論文，中山醫學大學護理學系碩士班碩士論文，台中市。
- 鄭秀容、曾月霞 (2008)，居家失智老人家屬照顧者照顧需求及需求被滿足情形之研究，*榮總護理*，25 (4)，386-392。
- 鄭淑婷 (2011 年 1 月 7 日)。拿水果忘記付錢 失智翁被送辦。自由電子報。上網日期：101 年 4 月 8 日，檢自：
<http://www.libertytimes.com.tw/2011/new/jan/7/today-so19.htm>
- 謝昌成、劉昱志、劉鎮嘉 (2007)，失智症的行為及精神症狀處理，*基層醫學*，22 (4)，116-122。
- 謝美芬、顏兆熊 (2008)，失智症患者之行為精神症狀的處置，*基層醫學*，23(7)，203-208。
- 羅彥宇 (2006)，額顳葉型失智症，*慈濟醫學*，18 (5)，29-33。
- 行政院衛生署 (2008)，身心障礙等級，上網日期：101 年 2 月 27 日，檢自：
<http://www.doh.gov.tw/ufire/doc/%E8%BA%AB%E5%BF%83%E9%9A%9C%E7%A4%99%E7%AD%89%E7%B4%9A%E5%85%AC%E5%91%8A%E7%89%88.pdf>
- 行政院勞工委員會職業訓練局 (2010)，職業分類，上網日期：2013 年 1 月 14 日，檢自：<http://www3.evta.gov.tw/odict/srch.htm>
- 社團法人台灣失智症協會 (2012)，失智症人口知多少？上網日期：101 年 1 月 8 日，檢自：<http://www.tada2002.org.tw/>
- 創市際市場研究顧問 (2007)，「八成四網友網上蒐資訊 首選工具網路搜尋引擎」，上網日期：101 年 7 月 29 日，檢自：
<http://www.find.org.tw/find/home.aspx?page=board&id=672>
- American Psychiatric Association (2007)，*精神疾病診斷準則手冊*。(DSM-IV-TR，孔繁鐘譯)。臺北市：合記。(原作 2000 年出版)
- Hooyman, N. R. & Kiyak, H. A. (2003)。社會老人學。(Social Gerontology: A Multidisciplinary Perspective，林歐貴英、郭鐘隆譯)。臺北市：五南。(原作 2001 年出版)

- Neuman, W. J. (2000)。社會研究方法：質化與量化取向 (Social research methods : qualitative and quantitative approaches, 朱柔若譯)。新北市：楊智文化。(原作 1997 年出版)
- Patton, M. Q. (1995)。質的評鑑與研究 (Qualitative evaluation and research methods, 吳芝儀、李奉儒譯)。新北市：桂冠。(原作 1980 年出版)
- iThome online (2009), 「Yahoo! 奇摩：知識+ 已成第二受歡迎的搜尋服務」, 上網日期：101 年 7 月 30 日, 檢自：
<http://www.ithome.com.tw/itadm/article.php?c=52954>
- Yahoo! 奇摩企業部落格 (2012), *Yahoo! 奇摩大事紀*, 上網日期：101 年 7 月 30 日, 檢自：<http://www.wretch.cc/blog/ycorpblog/11345234>
- Yahoo! 奇摩企業部落格 (2012), *不可不知的 Yahoo! 奇摩*, 上網日期：101 年 7 月 30 日, 檢自：<http://www.wretch.cc/blog/ycorpblog/11345185>
- Yahoo! 奇摩知識+ (2012), *服務說明*, 上網日期：101 年 6 月 21 日, 檢自：
http://tw.help.cc.yahoo.com/help_cp.html?product=16

二、西文部分

- Adamic, L. A., Zhang, J., Bakshy, E. & Ackerman, M. S. (2008) Knowledge sharing and yahoo answers: everyone knows something. *Proceeding of the 17th international conference on World Wide Web*. ACM, Beijing, China..
- Aggarwal, N., Vass, A. A., Minardi, H. A., Ward, R., Garfield, C., & Cybyk, B. (2003). People with dementia and their relatives: personal experiences of Alzheimer's and of the provision of care. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10(2), 187-197.
- Ala, T. A., Berck, L. G., & Popovich, A. M. (2005). Knowledge of personal information and caregiver awareness in Alzheimer's disease. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 20(2), 119-125.
- Alzheimer's Association (2012). Types of Dementia. Retrieved January 8, 2012, from <http://www.alz.org/dementia/types-of-dementia.asp>
- Alzheimer's Disease International (2012). World Alzheimer Report 2009. Retrieved February 26, 2012, from <http://www.alz.co.uk/research/world-report>
- Andrén, S. & Elmståhl, S. (2005). Family caregivers' subjective experiences of satisfaction in dementia care: aspects of burden, subjective health and sense of coherence. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 19(2), 157-168.
- Andrén, S. & Elmståhl, S. (2007). Relationships between incomes, subjective health and caregiver burden in caregivers of people with dementia in group living care: A creoo-sectional community-based study. *International Journal of Nursing Studies*, 44(3), 435-446.
- Assistant Secretary for Planning and Evaluation (2012). Draft National Plan to Address Alzheimer's Disease. Retrieved February 26, 2012, from <http://aspe.hhs.gov/daltcp/napa/#DraftNatlPlan>

- Beisecker, A. E., Chrisman, S. K., & Wright, L. J. (1997). Perceptions of family caregivers of persons with alzheimer's disease: Communication with physicians. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 12(2), 73-83.
- Belkin, N. J. (1980). Anomalous states of knowledge as a basis for information retrieval. *Canadian Journal of Information Science*, 5, 133-143.
- Brodsky, H. (2009). Family caregivers of people with dementia. *Dialogues in Clinical NeuroSciences*. 11(2), 217-228.
- Brodsky, H., Thomson, C., Thompson, C., Fine, M. (2005). Why caregivers of people with dementia and memory loss don't use services. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(6), 537-546.
- Buckland, M. K. (1991). Information as thing. *Journal of the American Society for Information Science*, 42(5), 351-359.
- Buffum, M. D., Miaskowski, C., Sands, L., & Brod, M., (2001). A pilot study of the relationship between discomfort and agitation in patients with dementia. *Geriatric Nursing*, 22(2), 80-85.
- Bull, M. J. & Mcshane, R. E., (2002). Needs and supports for family caregivers of chronically ill elders. *Home health care management*, 14(2), 92-98.
- Camargos, E. F., Souza, A. B., Nascimento, A. S., Morais-E-Silva, A. C., Quintas, J. L., Louzada, L. L., & Medeiros-Souza, P. (2012). Use of psychotropic medications by caregivers of elderly patients with dementia: is this a sign of caregiver burden? *Arq Neuropsiquiatr*, 70 (3), 169-174.
- Case, D. O. (2008). *Looking for information : a survey of research on information seeking, needs, and behavior* (2nd ed.). Amsterdam: Academic Press.
- Clark, M. S. & Bond, M. J. (2000). The effect on lifestyle activities of caring for a person with dementia. *Psychology, Health & Medicine*, 5(1), 13-27.
- Clipp, E. C. & George, L. K. (1990). Psychotropic drug use among caregivers of patients with dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, 38, 227-235.
- Coen, R. F., Swanwick, G. R., O'Boyle, C. A. & Coakley D. (1997). Behavioral disturbance and other predictors of caregiver burden in Alzheimer's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 12, 331-336.
- Cohen-Mansfield, J., Marx, M. S. & Rosenthal, A. S. (1989). A description of agitation in a nursing home. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 44(3), M77-M84.
- Colantonio, A., Cohen, C., & Pon, M. (2001). Assessing support needs of caregivers of persons with dementia. *Community Mental Health Journal*, 37(3), 231-243.
- Cooper, C., Balamurali, T. B. S., Selwood, A. & Livingston, G. (2007). A systematic review of intervention studies about anxiety in caregivers of people with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22, 181-188.
- Covinsky, K. E., Newcomer, R., Fox, P., Wood, Joan., Sands, L., Dane, K., & Yaffe, K. (2003). Patient and caregiver characteristics associated with depression in caregivers of patients with dementia. *Journal of General Internal Medicine*, 18(12), 1006-1014.

- Coyne, A. C., Reichman, W. E. & Berbig, L. J. (1993). The relationship between dementia and elder abuse. *The American Journal of Psychiatry*, 150(4), 643-646.
- de Vugt, M. E., Stevens, F., Aalten, P., Lousberg, R., Jaspers, N., Winkens, I., Jolles, J., & Verhey, F. R. (2004). Do caregiver management strategies influence patient behaviour in dementia? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 19(1), 85-92.
- Deering, M. J. & Harris, J. (1996). Consumer Health Information Demand and Delivery: Implications for Libraries. *Bulletin of the Medical Libraries Association*, 84(2), 209-216.
- Dello Buono, M., Busato, R., Mazzetto, M., Paccagnella, B., Aleotti, F., Zanetti, O., Bianchetti, A., Trabucchi, M., & De Leo, D. (1999). Community care for patients with Alzheimer's disease and non-demented elderly people: use and satisfaction with services and unmet needs in family caregivers. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(11), 915-924.
- Dervin, B., & Nilan, M. (1986). Information needs and uses. *Annual Review of Information Science and Technology*, 21, 3-33.
- Di Mattei, V. E., Prunas, A., Novella, L., Marcone, A., Cappa, S. F., & Sarno, L. (2008). The burden of distress in caregivers of elderly dementia patients and its relationship with coping strategies. *Neurological Sciences*, 29(6), 383-389.
- Edelman, P., Kuhn, D., Fulton, B. R., Kyrouac, G. A. (2006). Information and service needs of persons with Alzheimer's disease and their family caregivers living in rural communities. *American Journal of Alzheimer's Diseases & Other Dementias*, 21(4), 226-233.
- Eisdorfer, C. (1991). Caregiving: An emerging risk factor for emotional and physical pathology. *Bulletin of the Menninger Clinic*. 55(2), 238-247.
- Fuh, J. L. (2006). Study of behavioral and psychological symptoms of dementia in Taiwan. *Acta Neurologica Taiwanica*, 15(3), 154-160.
- Gaugler, J. E., Kane, R. L., Kane, R. A., & Newcomer, R. (2005). Unmet care needs and key outcomes in dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(12), 2098-2105.
- Gazan, R. (2006). Specialists and synthesists in a question answering community. In A. Grove (Ed.), *Proceedings of the 69th Annual Meeting of the American Society for Information Science and Technology*, Austin, Texas, USA. Silver Spring, MD: ASIST. Retrieved January 9, 2013, from the World Wide Web: <http://www2.hawaii.edu/~gazan/gazan-ASIST06.pdf>
- Gazan, R. (2011). Social Q&A. *Journal of the American Society for Information Science and Technology*, 62(12), 2301-2312.
- Gerdner, L. A. & Buckwalter, K. C. (1994). A nursing challenge: Assessment and management of agitation in Alzheimer's patients. *Journal of Gerontological Nursing*, 20(4), 11-20.
- Gerity, L. P. (1986). Alzheimers disease: Addressing the information needs of the public. *Reference Services Review*, 14(1), 7-15.

- Graham, C., Ballard, C., & Shan, P. (1997). Carers' knowledge of dementia, their coping strategies and morbidity. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 12(9), 931-936.
- Grässel, E., Bleich, S., Meyer-Wegener, K., Schmid, U., Kornhuber, J., & Prokosch, H. U. (2009). The internet as an information source for family caregivers of dementia patients. *Psychiatr Prax*, 36(3), 115-118.
- Harland, J. A. & Bath, P. A. (2008). Understanding the information behaviours of carers of people with dementia: A critical review of models from information science. *Aging & Mental Health*, 12(4), 467-477.
- Harper, F. M., Weinberg, J., Logie, J., & Konstan, J. A. (2010). Question types in social Q&A sites. *First Monday*, 15(7), NP-NP. Retrieved October 10, 2012, from the World Wide Web: <http://search.proquest.com/docview/753822986?accountid=14229>
- Hirakawa, Y., Kuzuya, M., Enoki, H., & Uemura, K. (2011). Information needs and sources of family caregivers of home elderly patients. *Arch Gerontol Geriatr*, 52(2), 202-205.
- Hund, K. L. M., & Hoefnagels, W. H. L. (2003). Information for dementia patients and their caregivers: What information does a memory clinic pass on, and to whom? *Aging & Mental Health*, 7(1), 34-38.
- Kawas, C. H., & Katzman, R. (1999). Epidemiology of dementia and Alzheimer's disease. In R. D. Terry, R. Katzman, K. L. Bick, S. S. Sisodia (Eds.), *Alzheimer's disease* (2nd ed), 95-116. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Kim, S., Oh, S. J., & Oh, S. (2007). Best-answer selection criteria in a social Q&A site from the user-oriented relevance perspective. *Proceeding of the American Society for Information Science and Technology*, 44 (1), 1-15.
- Krikelas, J. (1983). Information-seeking behavior: Patterns and concepts. *Drexel Library Quarterly*, 19, 5-20.
- Kuhlthau, C. C. (1991). Inside the search process: Information seeking from the user's perspective. *Journal of the American Society for Information Science*, 42(5), 361-371.
- Kunik, M. E., Snow, A. L., Davila, J. A., Steele, A. B., Balasubramanyam, V., Doody, R. S., Schulz, P. E., Kalavar, J. S., & Morgan, R. O. (2010). Causes of aggressive behavior in patients with dementia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 71(9), 1145-1152.
- Lai & Chung (2007). Caregivers' informational needs on dementia and dementia care. *Asian Journal of Gerontology*, 2(2), 78-87.
- Lampléy-Dallas, V. T., Mold, J.W., & Flori, D. E. (2001). Perceived needs of African-American caregivers of elders with dementia. *Journal of the National Medical Association*, 93(2), 47-57.
- Lauriks, S., Reinersmann, A., Van der Roest, H. G., Meiland, F. J., Davies, R. J., Moelaert, F. (2007). Review of ICT-based services for identified unmet needs in people with dementia. *Ageing Research Reviews*, 6(3), 223-46.

- Lee, K. F. (2009). *Determining factors of the psychological health of primary caregivers caring for people with dementia: A comparison between Taiwan and The United States*. Unpublished doctoral dissertation, New York State University.
- Lilly, M. B., Robinson, C. A., Holtzman, S., & Bottorff, J. L. (2012). Can we move beyond burden and burnout to support the health and wellness of family caregivers to persons with dementia? Evidence from British Columbia, Canada. *Health & Social Care in the Community*, 20(1), 103-112.
- Lindsey, D. L. (1997). Family conflicts around dementia home-care. *Families, Systems, & Health*, 15(1), 85-98.
- Liu, H. C., Lin, K. N., Tsou, H. K., & Lee, K. M. (1991). Impact of demented patients on their family members and care-givers in Taiwan. *Neuroepidemiology*, 10, 143-149.
- Mahoney, D. F. (1998). A content analysis of an Alzheimer family caregivers virtual focus group. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 13(6), 309-316.
- Maslow, A. H. (1987). *Motivation and personality*. NY: Harper and Row.
- Morgan, D. G., Semchuk, K. M., Stewart, N. J., & D'Arcy, C. (2002). Rural families caring for a relative with dementia: barriers to use formal services. *Social Science & Medicine*, 55(7), 1129-1142.
- Mortensen, H. A. & Nielsen, G. S. (2007). Library Services to People with Special Needs Section, *Guidelines for Library Services to Persons with Dementia*, Professional Reports#104, The Hague, IFLA. Retrieved March 22, 2012, from the World Wide Web: <http://archive.ifla.org/VII/s9/nd1/Profrep104.pdf>
- Nichols, L. O., Martindale, A. J., Greene, W. A., Burns, R., Graney, M. J. & Lummus, A. (2008). Dementia caregiver's most pressing concerns. *Clinical Gerontologist*, 32(1), 1-14.
- Oh, S. (2012). The characteristics and motivations of health answerers for sharing information, knowledge, and experiences in online environments. *Journal of the American Society for Information Science and Technology*, 63(3), 543-557.
- Oh, S., Oh, J., & Shah, C. (2008). The Use of Information Sources by the Internet Users in Answering Questions. *Proceeding of the 71st Annual Meeting of the American Society for Information Science and Technology*. Retrieved January 1, 2013, from the World Wide Web: http://www.unc.edu/%7Eshoh/papers/ASIST_InfoSources_Oh_.pdf
- Oh, S., Zhang, Y., & Park, M. (2012). Health information needs on diseases: A coding schema development for analyzing health questions in Social Q&A. *Proceedings of the 75th Annual Conference of the American Society for Information Science & Technology (ASIST'12)*. Baltimore, MD, October 26-30, 2012. Retrieved January 12, 2013, from the World Wide Web: <https://www.asis.org/asist2012/proceedings/Submissions/316.pdf>
- Onishi, J., Suzuki, Y., Umegaki, H., Nakamura, A., Endo, H. & Iguchi, A. (2005). Influence of behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) and environment of care on caregivers' burden, *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 45, 159-168.

- Ory, M. G., Hoffman, R. R. 3rd, Yee, J.L., Tennstedt, S. & Schulz, R., (1999). Prevalence and impact of caregiving: A detailed comparison between dementia and nondementia caregivers. *The Gerontologist*, 39(2), 175-185.
- Raivio, M., Eloniemi-Sulkava, U., Laakkonen, M. L., Saarenheimo, M., Pietilä, M., Tilvis, R., & Pitkälä, K. (2007). How do officially organized services meet the needs of elderly caregivers and their spouses with Alzheimer's disease? *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 22(5), 360-368.
- Rivière, S., Gillette-Guyonnet, S., Andrieu, S., Nourhashemi, F., Lauque, S., Cantet, C., Salva, A., Frisoni, G., & Vellas, B. (2002). Cognitive function and caregiver burden: predictive factors for eating behaviour disorders in Alzheimer's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(10), 950-955.
- Robinson, K. M., Adkisson, P. & Weinrich, S. (2001). Problem behavior, caregiver reactions, and impact among caregivers of persons with Alzheimer's disease. *Journal of Advanced Nursing*, 36(4), 573-582.
- Rubenstein, E. L. (2012). "Things My Doctor Never Told Me": Bridging information gaps in an Online Community. *Proceedings of the 75th Annual Conference of the American Society for Information Science & Technology (ASIST'12)*. Baltimore, MD, October 26-30, 2012. Retrieved January 12, 2013, from the World Wide Web:
<https://www.asis.org/asist2012/proceedings/Submissions/126.pdf>
- Ryan, K. A., Weldon, A., Hubby, M. N., Persad, C., Bhaumik, K. A., Heidebrink, L. J., Barbas, N., Staffend, N., Franti, L., & Giordani, B. (2010). Caregiver support service needs for patients with mild cognitive impairment and Alzheimer's disease. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 24(2), 171-176.
- Rymer, S., Salloway, S., Norton, L., Malloy, P., Correia, S., & Monast, D. (2002). Impaired Awareness, Behavior Disturbance, and Caregiver Burden in Alzheimer Disease. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 16(4), 248-253.
- Samuelsson, A. M., Annerstedt, Lena., Elmståhl, S., Samuelsson, S. M., & Grafström, M. (2001). Burden of responsibility experienced by family caregivers of elderly dementia sufferers. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 15(1), 25-33.
- Scharlach, A., Li, W., & Dalvi, T. B. (2006). Family Conflict as a Mediator of Caregiver Strain. *Family Relations*, 55(5), 625-635.
- Schofield, H., Bloch, S., Herrman, H., Murphy, B., Nankervis, J. & Singh, B. (1998). *Family Caregivers: Disability, Illness and Ageing*. St Leonards, N.S.W.: Allen & Unwin in association with the Victorian Health Promotion Foundation (VicHealth).
- Scontt, A., Lewis, D., Loughlin, N., & Chambers, M. (2005). Dementia and challenging behavior: the needs of family caregivers. *Nursing Older People*, 17(1), 26-31.
- Shen, J. (2006). *The internet and family caregivers for Alzheimer's patients: an exploration of the use of the internet among Alzheimer's caregivers*. Unpublished doctoral dissertation, University of Wisconsin-Madison, Wisconsin.

- Silverstein, N. M., Kennedy, K., & McCormick, D. (1993). A telephone helpline for alzheimers disease: Information, referral, and support. *American Journal of Alzheimers Disease and Other Dementias*, 8(5), 28-36.
- Sink, M. K., Covinsky, K. E., Barnes, D. E., Newcomer, R. J., & Yaffe, K. (2006). Caregiver characteristics are associated with neuropsychiatric symptoms of dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54(5), 796-803.
- Small, J. A., Geldart, K., & Gutman, G. (2000). Communication between individuals with dementia and their caregivers during activities of daily living. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 15(5), 291-302.
- Steffen, A. M., Tebb, S., & McGillick, J. (1999). How to cope: Documenting the changing information needs of alzheimers caregivers. *American Journal of Alzheimers Disease and Other Dementias*, 14(5), 262-269.
- Taylor, R. S. (1962). The process of asking questions. *American Documentation*, 13, 391-396.
- Taylor, R. S. (1968). Question-negotiation and information seeking in libraries. *College and Research Libraries*, 29(3), 178-194.
- van der Roest, H. G., Meiland, F. J., Comijs, H. C, Derksen, E., Jansen, A. P., van Hout, H. P., Jonker, C., & Dröes, R. M. (2009). What do community-dwelling people with dementia need? A survey of those who are known to care and welfare services. *International Psychogeriatrics*, 21(5), 949-965.
- Vernooij-Dassen, M. J. F. J., Van Hout, H. P. J., Hund, K. L. M. , Hoefnagels, W. H. L. & Grol, R. P. T. M. (2003). Information for dementia patients and their caregivers: What information does a memory clinic pass on, and to whom? *Aging & Mental Health* , 7(1), 34-38.
- Wackerbarth, S. B., & Johnson, M. M. S. (2002). Essential information and support needs of family caregivers. *Patient Education and Counseling*, 47(2), 95-100.
- Wald, C., Fahy, M., Walker, Z., & Livingston, G. (2003). What to tell dementia caregivers: the rule of threes. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18, 313-317.
- Washington, K. T., Meadows, S. E., Elliott, S. G., & Koopman, R. J. (2011). Information needs of informal caregivers of older adults with chronic health conditions. *Patient Education and Counseling*, 83(1), 37-44.
- Wersig, G. (1979). The problematic situation as a basic concept of information science in the framework of the social sciences - a reply to N. Belkin. *New trends in Informatics and its terminology* (pp. 48-57). Moscow: VINITI.
- Wilson, H. S. (1989). Family caregivers: the experience of Alzheimer's disease. *Applied Nursing Research*, 2(1), 40-45.
- Wilson, T. D. (1981). On user studies and information needs. *Journal of Documentation*, 37(1), 3-15.
- Wilson, T. D. (1997). Information behavior: An interdisciplinary perspective. *Information Processing & Management*, 33(4), 551-572.

Yeager, C. A., Hyer, L. A., Hobbs, B. & Coyne, A. C. (2010). Alzheimer's disease and Vascular dementia: The complex relationship between diagnosis and caregiver burden. *Issues in Mental Health Nursing*, 31(6), 376-384.



附錄一 前置研究台灣失智症網站初步觀察表

◎檢索與觀察日期：2012 年 5 月 2 日

網站名稱 網站內容	社團法人台灣失智症協會（失智症社會支持網）	財團法人天主教失智老人社會福利基金會	社團法人中華民國失智者照顧協會	社團法人台南市熱蘭遮城失智症協會	社團法人高雄市失智症協會	社團法人台東縣失智症服務協會
網址						
	http://www.tada2002.org.tw/ http://www.tada2002.org.tw/Support.Tada2002.org.tw/Default.aspx	http://www.cfad.org.tw/	http://www.cdca.org.tw/	http://www.zda.org.tw/ap/index.aspx	http://kda.org.tw/html/front/bin/home.phtml	http://www.dda885.org.tw/modules/news8/
提供資訊類型						
疾病資訊	*台灣地區失智症人口統計 *失智症定義 *失智症類型 *失智症病程 *失智症早期症狀 *如何預防失智症	*認識失智症 *問題行為	無	*失智症定義 *失智症類型 *失智症病程 *失智症早期症狀 *如何預防失智症 *罹患失智症的危險因子	*失智症定義 *失智症症狀 *健忘與失智 *淺談阿茲海默氏症 *如何預防失智症 *罹患失智症的危險因子 *失智症十大警訊	無
醫療資訊	*失智症藥物與非藥物治療 *如何向醫師提問 *就醫前準備 *看診應注意事項	無	無	*失智症藥物與非藥物治療	*失智症就診、診斷與治療知識	無
照顧資訊	*失智症照護原則 *失智症照顧技巧 *失智症照顧者調適 *選擇照顧機構原則	*照護原則 *居家環境	無	*陪伴失智症患者有哪些重點要注意？ *「覺得照顧失智症患者困難」是正常的嗎？ *日常生活的照護技巧 *什麼是災難性反應？發生時該怎麼辦？ *當失智症患者變得有攻擊性該怎麼辦？ *如何再照顧失智症患者的同時照顧自己？	*失智症護理照護	無
法律與財務相	*監護宣告制度	無	無	無	無	無

關資訊	介紹					
服務與資源資訊	*家屬服務訊息 *失智症者服務訊息 *各種照顧資源介紹 *各種社會福利資源介紹	*家屬服務訊息 *社會福利資訊 *照顧資源資訊	*地區社會福利與照護資源 *家屬教育訓練、講座、支持團體等活動訊息	*社會福利資訊 *照顧資源資訊	*社會福利資訊 *照顧資源資訊	
其他資訊	*協會舉辦相關活動花絮 *相關研究資訊 *失智症相關政策議題(連結失效) *失智症關懷專線/Q&A *失智症相關出版品、刊物、書籍與影片介紹	*失智症相關活動 *失智症相關出版品、刊物、書籍與影片介紹	*失智症相關活動訊息 *失智症相關新聞報導 *失智症相關網路文章分享	*經驗分享 *失智症相關活動訊息	*失智症相關活動訊息 *相關研究資訊	*失智症相關活動訊息
總計	24	9	5	17	13	1
網站功能						
	*會員專區 *留言板 *線上檢測 *訂閱電子報 *數位學習 *相關資訊資源下載 *失智症家屬協助需求線上申請 *國內、外相關網站連結 *台灣各地區相關活動與資源搜尋	*國內相關網站連結 *相關資訊資源下載	*留言板 *國內相關網站連結 *相關資訊資源下載	*國內、外相關網站連結	*國內相關網站連結 *相關資訊資源下載	*線上檢測 *臉書討論分享 *活動線上報名 *國內相關網站連結
總計	9	2	3	1	2	4