

南 華 大 學

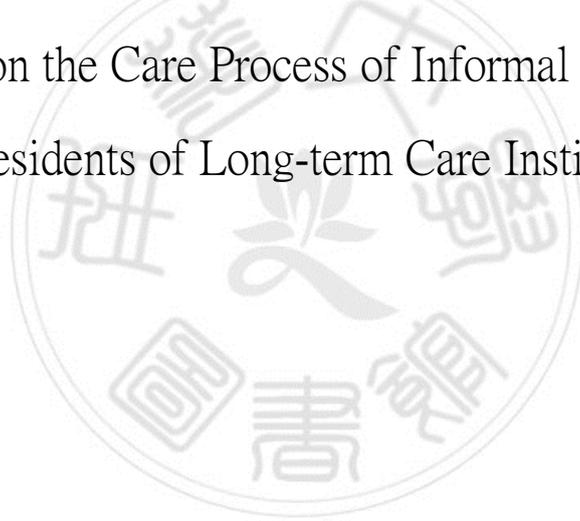
生 死 學 系

碩 士 學 位 論 文

長期照顧機構住民非正式照顧者照顧歷程之研究

A Study on the Care Process of Informal Caregivers of

Residents of Long-term Care Institutions



研 究 生：張小雯

指 導 教 授：陳增穎 博士

中 華 民 國 一 〇 三 年 六 月 十 一 日

謝 誌

走過的路是一陣魔術 把所有好的壞的 變成我的

心裡的苦就算不記得 都化做這目光 吟唱成一首歌

蘇打綠〈你被寫在我的歌裡〉

論文的完成要感謝的人真的好多好多，首先要感謝的是我的指導教授陳增穎教授，沒有您的陪伴鼓勵，就沒有現在的小雯，是您提醒我別怕去幻想，是您提醒我往前去張望，望我內心夾岸群花盛放，能當您的學生我是如此幸福。

在南華就學的時間真的讓小雯獲益良多，系上的多位老師們也讓我這段求學的路程，收穫滿行囊。感謝蔡昌雄教授給了我一副不一樣的眼鏡，用不同的角度看我工作的醫療場域，感謝何長珠教授讓我知道被關心疼愛是如何幸福，感謝魏書娥教授在課程中，讓我享受悠遊知識汪洋的自在，並且知道下一步我該去向何方。蔡明昌老師口試中的提醒分享，豐富了這篇論文的視野。

感謝小梅表姊，在這世上認識我最久的朋友，是妳陪我走進南華，陪我度過看我走向未來。淑慧謝謝妳沒放棄我。好多好多的貴人，好多好多的愛和感謝，小雯沒有忘記，都珍貴的放在心中。還要感謝受訪的個案感謝您們的信任，感謝您們，向我訴說一個個令人動容的生命故事，因為您們的精彩分享，讓這篇論文增添更多美妙的旋律。

在這段不算短的時間裡感謝您們，謝謝!!萬分感謝因為您我能走到這裡。也因為您，我會繼續向前走。

小雯 104年1月

摘 要

本研究旨在瞭解長期照顧機構住民主要照顧者的照顧歷程。透過立意取樣選取住民主要照顧者進行半結構式深度訪談，以質性研究中田野研究方法，探討主要照顧者對於家人入住機構前、後照顧歷程中所遇困境及因應方法。本研究嘗試用家庭的角度將此現象呈現並討論。歸納分析所得訪談資料，研究結果如下：

一、孝道思維模式下，照顧專業已被優先考量

孝道思維仍是左右著主要照顧者選擇照顧模式的因素之一，但更多的照顧者會從被照顧者的需要思考，檢視自己或是家庭能提供的照顧，是否能滿足被照顧者的需要，新孝道的模式已然產生，讓合適的專業角色擔任照顧工作，讓自己由其他的方式，來提供家人更適切的照顧。

二、尚未覺醒的主要照顧者

訪談中多位受訪者在提到被照顧者入住機構自己的改變時，多數出現停頓思考或是「答非所問」現象，但是在詢問家庭成員或家庭中是否有出現改變現象，這些受訪者又可以侃侃而談，並明確的指出家庭或其他成員的改變，研究者也在田野觀察現相同現象，是這樣的改變常不自覺？亦或是否被刻意忽略，待後續研究討論。

三、何處是我們的「家」？家庭角色的重新定位

因住民失能的緣故，讓他（她）從家庭的日常中活動缺席，照顧模式的改變，居住型態的改變，這一連串的改變對家庭所帶來的衝擊，需主要照顧者之間互相支持，協助彼此重新尋找新的角色定位。

本篇研究也針對 1.主要照顧者；2.專業人員；3.研究方面提出建議。

關鍵字：長期照顧機構、主要照顧者、照顧歷程

ABSTRACT

As an aging population quickly increases, the demands of long-term geriatric care are also growing enormously. Because of the shift in modern society, family members face the dilemma in providing long-term care for their elders., advance of medical technology and rapid change of social-economic structure, “institution placement” for disabled elders has become a difficult experience for most families. This study aimed at describing the coping experience of caregiver families of role adaptation, change of family boundary and resources development under the family system viewpoint and Chinese.

was used to analyze interview data from 22 primary caregivers with their disable elderly institutionalized experience from October of 2013. The findings indicated that family adaptation experience can be categorized to :

1. Under piety of thinking, caring professionals has been first priority.
2. Awareness primary caregivers
3. Where is our "Family ; Home"? Repositioning family roles.

The findings of this study can help the long-term care staff to understand the family experience of placing the elderly in the nursing home. Then based on this understanding, they can provide emotional support and substantive help to their clients’ maintain the continuity of the family system. This holistic care model will be able to encourage family members more involvement in nursing care to improve the quality of elderly care. In addition, the finding can provide some points of reference for future research.

Key word: Long-term care institutions · primary caregivers · Exploration of the Process

目 錄

第一章 緒論	1
第一節 研究背景與動機	1
第二節 研究目的與問題	5
第三節 名詞界定	6
第二章 文獻探討	7
第一節 我國老年人口現況	7
第二節 我國長期照顧機構現況	19
第三節 主要照顧者相關議題探討	23
第四節 照顧歷程	39
第三章 研究方法	48
第一節 田野研究法簡介	48
第二節 研究對象	49
第三節 研究工具	55
第四節 資料蒐集	55
第五節 資料分析	56
第六節 研究倫理	59
第七節 研究嚴謹度	61
第四章 研究結果與討論	62
第一節 艱難的選擇----入住機構的決策過程	62
第二節 長者入住機構後主要照顧者的變化	69
第三節 認得我嗎？非正式照顧者角色重新定位	73

第四節 綜合討論	87
第五章 結論與建議	91
第一節 研究發現	91
第二節 研究限制	93
第三節 研究建議	94

附錄

附錄一 機構參與研究同意書	96
附錄二 參與研究同意書	97
附錄三 訪談文本分析	98
參考文獻	100
中文部分	100
英文部分	108

表目錄

表 1-1	65 歲以上老人罹患慢性或重大疾病情形	10
表 1-2	65 歲以上老人罹患慢性或重大疾病情形(續)	10
表 2	65 歲以上失能者住進老人長期照顧機構或護理之家意願	12
表 3	近年長期照顧及安養機構概況	21
表 4	國內長期照護服務之收案條件	22
表 5	照顧者名詞定義	27
表 6	本篇研究相關論文整理	29
表 7	受訪個案及住民基本資料	50
表 8	資料編碼介紹	57



第一章 緒 論

第一節 研究背景與動機

現今醫療科技的進步讓人類的生命得以延長，老年人口隨之逐年攀升，台灣也邁入高齡化社會，根據內政部統計處最新的統計報告，102 年底我國戶籍登記人口為 2,337 萬人（內政統計週報，2014），65 歲以上人口 269 萬人占 11.5%，換句話說，就是指每 10 個人中就有 1 個老人。我國自 82 年起邁入高齡化社會以來，65 歲以上老人所占比率持續攀升，102 年底已達 11.5%。衡量人口老化程度之老化指數為 80.5%，近 10 年間已增加 33.9 個百分點。依據國家發展委員會「2012 年至 2060 年人口推計」，2018 年國內老年人口占率將達到 14%，邁入高齡社會，2025 年更超過 20%，進入「超高齡社會」，老化速度遠超越其他國家，台灣將面臨總人口零成長至負成長階段（行政院經建會，2006）。

根據政府相關部門(內政部統計處，2009；衛生署，2009；行政院退輔會，2009)統計發現，台灣近年來各長期照顧機構與安養實住床位人數發展，各有消長，在長期照顧機構部分，護理之家、長期照顧型床位均有升高的趨勢，但與養護型床位則先升高，但於九十七年起開始下降，似乎已進入停滯的階段；至於安養型床位則有持續逐年下降的情形，至於榮民之家床位，因榮民日漸凋零，實住床位人數逐年遞減(郭銀漢、黃松林，2012)。由上述統計資料可以看出，目前台灣長照需求已邁向提供專業的照顧，而非單純的居住安置。

伴隨高齡化社會所衍生而出的家庭照顧資源問題，就當前人口結構和家戶型態，確實已引發由家庭提供照顧服務的現實困境，內政部於民國八十八年對台灣地區四十歲以上的人口群針對老年人對於居住安養意願調查發現，台灣地區六十五歲以上的人口群對於未來理想的居住方式，主要仍是以傳統的「與子女同住」居多(69.20%)，但值得注意的是也有 7.47%的老年人，選擇了「住老人福利機構」做為理想的居住方式，相較於民國八十六年調查結果的 3.18%。增加了 4.39% (內

政部統計處，1997、1999)，可見願意選擇在安、養護機構中度過晚年的老年人，已漸有增加的趨勢，安養與養護機構逐漸成爲老年人在居住及獲得生活照顧上的另一種選擇。觀察現今社會入住長照機構的觀念已不像之前如此負面，並且也是政府在長期照顧政策推廣措施之一。

如今台灣老人照護問題與社會負擔愈形沉重，已很難由家庭單獨來負擔。時代的變遷，使得台灣從農業社會轉變爲工商社會，以前農業社會是以「家庭」爲運作單位，當家中老人失能，需要照顧時，家庭就自然而然擔負起照顧的責任，因爲家庭運作的模式與型態，總能恰如其分的扮演好家庭照護的角色。而今工商社會是以「個人」爲運作單位，除了社會型態、經濟型態的轉變，隨之轉變的還有社會價值、社會文化、社會認知及社會行爲。很顯然的，傳統孝道的脈絡下，過去農業社會所扮演促進家庭與社會的和諧、團結與延續的功能已逐漸沒落，這些蛻變中的社會現象，都衍生了許多家庭照護的問題，甚至讓家庭照護陷入困境，勢必新的孝道觀念必將重新組形，以符合現代社會的價值與文化。(楊國樞，1988；王文芳，2003；朱偉仁，2011)。因以上種種社會變遷現象，使得家中失能老人若有長期照顧需求時，家屬可能就要面對將其安置於長期照顧機構的困境。

根據我國長期照顧十年計劃，依照之前的相關數據推估，如果假設未來 40 年間，老人的功能障礙率和機構居住比率不變，則老年人對於長期照顧需求將提升 4~5 倍，在 2010~2020 年之間，當嬰兒潮人口邁入老年階段，由上述現象推知未來老年人入住長期照顧機構一定將是不可避免的趨勢。

回顧長期照顧的相關研究，近幾年來隨著政府推行的「長期照顧十年計畫」政策增加，研究對象多集中在機構住民的入住適應、身體疾病健康問題、老化過程及生命意義相關議題，硬體設施或環境，亦有針對實務工作的困境提出意見。但機構住民的主要照顧者卻鮮少被觀注討論，且對於長者入住後這群主要照顧者的情緒及照顧壓力並未多作探究。

人口老化的趨勢在許多開發及開發中國家，都是非常重要的公共政策問題，所帶來的影響，除了需耗費龐大的醫療服務及急需建構完整的社會福利外，對家庭的衝擊所產生的社會問題，也是研究老人相關議題中一個重要的焦點。

王德睦(2009)表示台灣的生育率已遠低於替換水準，且平均壽命持續延長，意味無子女奉養的老人將會愈來愈多，傳統由家庭所提供的照顧資源難以維持，站在人道的立場，政府社會必須負起責任；另一方面，老年依賴比快速上升，意味著青壯工作人口的負擔持續加。現今的家庭及人口的結構發展，讓有長期照顧需求的個案不斷增加，選擇入住機構確實是家庭面對此困境的一種趨勢。

朱偉仁(2011)指出，不停轉換的孝行智慧下，接受居家服務與外勞照顧也為選項之一。故由傳統孝道蛻化而來的新孝道，「付費請人代為照顧」在現代社會也是一種盡孝道的表現，此觀念在台灣已明顯呈現(卓春英，2001)。相對於國外文獻中指出將老人留在自己家中照顧的花費，遠比在機構照顧費用低(Boaz and Mullet, 1991)，但成年子女最後仍選擇由他人代勞而入住機構接照顧，這是什麼原因造成？研究者也希望藉本研究發掘探討。

研究者觀察發現當被照顧者入住機構後，照顧者雖然緩解了身體照顧的負擔，但是還需持續提供對機構住民的情感和心理支持照顧，這是機構工作人員所無法取代的，且相對而來的各種情緒包括哀傷、孤獨、憤怒和解脫，同時合併愛恨交織與不確定感，多數的主要照顧者，需要再重新定位自己的功能角色，由此可知長者入住機構後壓力仍是持續不斷，主要照顧者雖然將受照顧者送至機構緩解了時間、體力的壓力，但是對於一個積極的家屬而言，壓力與負荷感受在被照顧者入住機構後也是相同的。

研究者於新北市私立長照機構擔任護理人員一職，照顧機構住民，提供護理專業服務及協助日常生活相關事宜，並於照顧過程中與住民家屬頻繁接觸，發現這群「主要照顧者」所面臨到的壓力困境，並未因為家中長者入住機構而得到紓解，相較之下反而需要面對更多的挑戰。例如：擔心其他家屬的關心或責難、長

者入住之後帶來的經濟負擔、自我角色定位調整。種種壓力情境和事件，都是長者入住機構後，所要立即面臨的挑戰。一般人認為引起照顧壓力的長者已入住機構，壓力必然減少，殊不知，對於一個積極的家屬而言，其壓力與負荷感受在被照顧者入住機構後也是相同的。

「家庭」在長期照顧中扮演重要的角色，徐亞瑛（1986）認為家庭照顧過程的核心概念就是「重新尋找平衡點」。本篇研究嘗試從「家庭系統」的觀點，採用質性研究的田野觀察方法，檢視我國傳統孝道文化脈絡下，主要照顧者家庭經歷長者入住機構的變動，觀察其在角色調適、家庭因應與內外在資源開展之因應經驗，並補足現有文獻只針對單一關係討論如夫妻、親子（姚美華，1994；白惠婷，2000；王文芳，2003；吳淮平，2005；朱偉仁，2011；黃瓊儀，2013），本研究將訪問對象由單一住民的單一家屬，擴展到單一住民的多位家屬，重新呈現家庭動力，並以家庭作為單位探討，在此變動下的照顧歷程中的各種角色互動關係。

第二節 研究目的與問題

壹、研究目的

基於前述研究背景與動機，期待藉由本研究探討長期照顧機構中非正式照顧者照顧經驗，發現這群非正式照顧者在其經驗的照顧歷程中，所面臨到轉化歷程。綜合上述現象，本篇研究目的如下：

- 一、探討非正式照顧者讓長者入住機構的決策過程。
- 二、瞭解長者入住機構後非正式照顧者的變化。
- 三、探討非正式照顧者重新尋找定位點的轉化歷程。

貳、研究問題

基於前述研究目的，研究者希望藉由深度訪談傾聽非正式照顧者經驗分享，深入瞭解並探討照顧經驗及歷程後，盼能藉此提供長照專業人員及其他的照顧者更多實質的幫助。因此擬定待答問題如下：

- (一) 非正式照顧者讓長者入住機構的決策過程為何？
- (二) 自述長者入住機構後非正式照顧者的變化為何？
- (三) 探討非正式照顧者重新尋找定位點的轉化歷程有哪些？

第三節 名詞界定

壹、長期照顧機構

呂寶靜與吳淑瓊（1994）將長照機構式照顧定義為「老人居住在機構中，由機構提供住宿服務、互利、醫療服務、交通接送、心理諮詢、物理及直接治療、宗教和社會服務」。本研究機構為長期照顧養護型機構，服務性質為照顧罹患長期慢性疾病，且需要醫護服務之老人為目的。

貳、非正式照顧者

本研究是指非機構內的照顧提供者，指住民的親友主要含配偶、子女媳婿、手足、朋友及鄰居所組成。選擇方式為1.機構住民的緊急連絡人、重大事件決策者。2.最常探視機構住民之家家屬。3.機構住民經濟開銷的主要來源。

參、照顧歷程

照顧歷程中所指的照顧，並非單指醫療照顧，而是泛指所有「生活」上的照顧。本研究定義為非正式照顧者親身參與，老者入住長期照顧機構的決策過程，並涵蓋入住後的探視及後續種種照顧行為。

肆、機構住民

本篇研究以 Brody(1977)失能定義，至少一項以上的 ADLs 或 IADLs 功能不全者，即是長期照護對象；若三項以上 ADLs 功能不全者，則需「機構式照護」（引自吳淮平，2005）。以上定義的失能是泛指各年齡層。本研究採用以上定義為基礎，針對 65 歲以上機構住民篩選，條件是以 ADLs 三項以上功能不全者，現居住於機構中之長者。

第二章 文獻探討

本研究嘗試探討長期照顧機構住民的主要照顧者所經驗的照顧歷程，這段歷程涵蓋將家中被照顧長者送至機構的決策過程，及後續所遭遇到的種種照顧經驗及心路歷程。研究者將實務工作中所觀察發現到的現象，針對現有文獻進行回顧分析，第一節先了解認識我國老年人口現況；第二節認識我國現行長期照顧政策；第三節界定本篇所探討的主要照顧者相關議題；最後第四節再針對主要照顧者所經歷之照顧歷程進行探討。

第一節 我國老年人口現況

一、老年人定義

由於生命的周期是一個漸變的過程，壯年到老年的分界線，往往是很模糊的，有些人認為做了祖父祖母就是進入了老年，有的人認為退休是進入老年的一個標誌。不同的文化中對於老年人有著不同的定義（維基百科，2014）。依據我國八十六年元月十八日修正公布之老人福利法定義的老人，是指年滿六十五歲以上之人。

老人之間的世代就有明顯的差異性，Kiley 和 Riley（1996）研究就將老人區分為三群：65~74 歲為年輕老人(young-old)，75~84 歲為中年老人(old-old)，85 歲以上為老老人(oldest-old)，這三種群組老人年紀相差至少都有十歲以上，可想而知其身體狀況也會有所差異(蔡璧娟，2007；Charles A. Corr, Donna M. Corr, Clyde M. Nabe，2003；楊淑智譯 2004)。截至 102 年年底我國戶籍登記人口之 65 歲以上老人計有 2,644,876 人，占總人口 11.33%，老化指數 78.35%，均呈持續增加之現象（內政部統計處，2014）。

二、什麼樣的老人需要使用長期照顧機構式服務

根據內政部統計處老人安養、養護機構資料顯示，入住養護機構的老人人數，從 2004 年至 2007 年，逐年增加 1000~3000 人（黃碧素、黃惠璣，2009）。難道年紀大了就一定要入住長照機構嗎？是什麼樣的狀況或因素，造成老人需要離開原本熟悉的生活環境？過去研究指出影響利用長期照護方式改變的重要因素，包括失能長者的年齡、身體功能（ADLs，IADLs）、認知功能、自評健康、家庭照顧使用情形、醫療照護使用量、居住安排、種族、罹患疾病、照顧方式偏好、有無家庭照顧者或照顧者人數、家庭照顧者的身份（與失能長者的關係）、照顧負擔、時間安排問題、個人的調適情形等（徐慧娟、吳淑瓊，1998）。研究者將上列可能影響因素整理後，由年齡、罹患疾病、失能狀況及社會家庭因素分析討論。

（一）年齡因素

高齡化的社會，所要面對老年人的照顧需求，是以提供健康醫療的服務為主，老年人由於身體器官的機能衰退或本身罹患之慢性疾病而喪失自我照顧能力，故需要依賴別人協助照顧。對於較為年老的人口，尤其是 75 或 80 歲以上者而言，通常有嚴重的失能或依賴問題。蔡璧娟（2007）在研究中指出老年健康問題通常較會發生在老老人身上（85 歲以上），例如身體機能衰退，或需要長期在養護機構調養。國外亦有文獻研究，瑞典針對 70 歲以上老人的一項調查顯示，大部份人在身體與精神上還是健康的，僅約有 30% 的人需要住進機構，18% 的人需要家中的協助。1984 年荷蘭的調查顯示，65 至 69 歲的人口中，83% 的男性與 80% 的女性沒有活動上的限制，但到 80 歲以上這個比例就分別下降到 62% 及 47%。老老人有機構照護的需求；當年齡超過 75 或 80 歲時，居家照護變得有些困難，因此經常轉變成機構照護的形式（引自陳俊全，1997）。日前國內、外長照機構之老年住民平均年齡多已超過 80 歲（曾怡萍，2011）。由以上研究結果可以發現老老人對於長期照顧機構式的服務需求，已經是可以預期的一種趨勢。

(二)罹患疾病因素

長期照顧機構使用率逐年增加的原因有許多，但其中最主要的仍是因人口老化帶來的後遺症所致。內政部(2010)在檢視國內老年人口健康狀況調查發現，罹患慢性或重大疾病情形：65歲以上老人患有慢性或重大疾病占75.92%，所患疾病以循環系統疾病相對較高。65歲以上女性患有慢性或重大疾病比例相對較高。圖表中可以看出各項疾病與94年度相比皆有升高情形，除精神疾病(94年調查1.27%；97年調查0.98%)，可能與醫療進步和疾病鑑別診斷有關。

這些罹患慢性疾病老人中有五分之一現居長期照護機構，其餘居住在家中的老人，也有近11%的家庭有意願將老人遷住於機構(陳雪姝、蔡淑鈴、黃欽印，2009)。

目前無論國內、外長照機構所服務的住民年齡分佈90%為 ≥ 65 歲，10%為 ≤ 65 歲，75%的住民需要三項以上的日常活動功能協助，近九成的住民都罹患二種或以上的慢性疾病，其中高血壓、骨關節疾病、糖尿病、腦血管、呼吸與心臟疾病皆為長照機構老人常見健康問題，這些疾病的共通點就是無法治癒(陳雪姝、蔡淑鈴、黃欽印，2009)。國外文獻方面，Intrator、Zinn m及Mor(2004)曾以633間長照機構為研究場所(共收案54,631人)，調查機構住民特性及常見的疾病與他們住院的相關性，該研究呈現：51%位住民更年 ≥ 85 歲，常見的疾病診斷依序為：腦血管意外(23%)、心臟衰竭(21%)、中風(21%)、糖尿病(19%)、肺部疾病(12%)；癌症(8%)。(引自李欣慈、吳淑貞、黃川芳、吳郁梅、鄭淑貞，2013)。

而國內有關長照機構住民健康概況調查結果也與國外大致相近，近期羅玉岱(2009)與曾怡萍(2011)的研究結果更發現住民的平均罹病數已高達四種；其中常見的疾病診斷分別為高血壓、中風、糖尿病、關節疾病、肺部疾病與冠心病等。

表 1-1 65 歲以上老人罹患慢性或重大疾病情形

民國 98 年 6 月底

單位：%

項目別	總計	有慢性 或重大 疾病	疾病類別					
			循環系 統疾病	骨骼肌 肉系統 疾病	內分泌 及代謝 疾病	消化系 統疾病	眼、耳 等器官 疾病	呼吸系 統疾病
94 年調查	100.00	65.20	35.97	17.55	14.66	5.79	7.89	3.57
98 年調查	100.00	75.92	45.69	24.17	20.37	9.51	16.75	4.69
性別								
男	100.00	72.36	44.03	16.74	18.53	9.40	12.87	4.44
女	100.00	79.24	47.25	31.10	22.09	9.60	20.37	4.92
年齡別								
65~69 歲	100.00	68.72	39.51	20.99	20.29	7.99	13.72	3.25
70~74 歲	100.00	75.91	44.23	25.07	21.03	10.37	13.96	5.12
75~79 歲	100.00	80.20	50.84	24.53	20.71	11.63	20.92	4.65
80 歲及以上	100.00	82.07	51.31	27.23	19.44	8.73	20.34	6.24

註：慢性或重大疾病可複選。（內政部，2010）

表 1-2 65 歲以上老人罹患慢性或重大疾病情形(續)

民國 98 年 6 月底

單位：%

項目別	疾病類別							無慢 性或 重大 疾病	很難說 或拒答
	泌尿 系統 疾病	血液、 造血器 官疾病	癌症	精神 疾病	皮膚及 皮下組 織疾病	神經 系統 疾病	其他		
94 年調查	4.43	0.67	1.57	1.27	0.40	1.63	1.68	34.42	0.38
98 年調查	4.59	1.20	2.89	0.98	1.06	3.10	6.59	23.56	0.53
性別									
男	5.61	0.63	2.87	0.54	1.31	2.39	8.20	26.92	0.73
女	3.64	1.72	2.91	1.39	0.83	3.77	5.07	20.42	0.34
年齡別									
65~69 歲	3.40	1.28	2.41	1.19	1.00	1.71	4.67	30.91	0.37
70~74 歲	5.02	0.64	3.82	0.84	1.05	1.58	6.99	23.31	0.77
75~79 歲	4.47	1.20	1.98	0.60	1.32	2.69	8.54	19.19	0.61
80 歲及以上	5.88	1.69	3.33	1.16	0.93	7.14	7.05	17.54	0.39

註：慢性或重大疾病可複選。（內政部，2010）

（三）失能因素

Kane 及 Kane (1987)認為「功能障礙」是評估老人長期照護需要的首要指標，一般而言，功能障礙可分為「身體功能障礙」與「認知功能障礙」兩種。（引自吳淮平，2005）。

日常活動能力指標(index of activities of daily living, ADL)是最被大眾所認識和接受評估失能程度的量表之一。Katz 等人基於人在「生老病死」過程，功能之發展與喪失順序，提出具有階層性之日常活動能力指標理論架構，發展了所謂「日常活動能力指標」(index of ADL)(Katz, et. al. 1963)，指標涵蓋了移動(transferring)、大小便控制(continenting)、進食(feeding)、穿衣鞋、(dressing)、沐浴(bathing)和如廁(toileting)六項功能。Katz 等人認為移動、大小便控制、與進食三項功能為人類生存之基本條件（蕭世槐、邱亭嘉、劉宏文，1995）。

內政部（2010）使用評估工具 ADL 量表作出失能者特性分析：目前我國 65 歲以上老人，生活能力全無失能狀況者占 87.16%，計有 2,114,667 人；輕度失能狀況者占 4.82%，中度失能者占 2.28%，重度失能者占 4.60%。失能老人對於進住長期照顧機構或護理之家意願，隨著失能嚴重度表示願意者比例遞減。沒有認知功能障礙的家屬，較願意在提供家庭支持方案下，選擇持續家庭照護（徐慧娟、吳淑瓊，1998）。換言之，是否有認知障礙者、其所需要的照護，超過家屬所能提供或負荷，也有相關文獻提出失智症或精神疾患失能者，會讓家庭照顧者傾向送至機構接受照顧，難道是因為生理上和心理上所需照顧項目不同引起，這是頗值得進一步探討的問題。

若依照長者意願來檢視，進住老人長期照顧機構或護理之家，研究發現若未來生活無法自理時，55~64 歲國民願意住進老人長期照顧機構或護理之家占 60.48%；65 歲以上老人表示願意住進占 42.40%（內政部，2010）。

目前大多數研究主要以日常生活自理能力(ADLs)及工具性日常生活活動(IADLs)當作預測老人居住安排改變的健康指標，這可謂是合理的假設。

檢驗老人健康狀況與居住安排的關係，發現身體功能狀況的衰退會促使老人改變居住型態；結果發現只有 ADLs 嚴重惡化時才會改變居住安排。而各項日常生活自理能力當中「洗澡」功能，對居住安排改變的影響最大，「如廁」該變項亦顯著。

表 2 65 歲以上失能者，住進老人長期照顧機構或護理之家意願

民國 98 年 6 月底

項目別	ADL 失能等級評估		
	輕度失能	中度失能	重度失能
願意	100.00	100.00	100.00
不願意	29.61	29.24	19.59
不知道/拒答	50.60	66.26	67.48
	19.78	4.48	12.93

(內政部，2009)

(四) 社會家庭因素

在傳統的社會裡，失能老人的照顧工作通常是由家屬來擔任(其中又以女性居多)，通常稱之「家庭照顧」或「非正式照顧」，藉此與其他正式照顧模式區別之；家庭照顧源起於家庭組成基於親情及社會制度建立後，家庭成員生活上彼此照應，一旦有生活上須要他人協助的需求，往往第一時間尋求家庭成員的協助。

孝道的意涵孝道文化

孝道這項源遠流長的道德價值觀,似乎是每個人自小耳熟能詳的字眼,不論從學校老師的教導,長輩口中的教誨裡,好似不需多作解釋就能了解.孝道這項中國特有文化的產物,究竟有何意涵?在社會結構與經濟活動的改變下,是否產生變化?根據葉(1997a)將孝道的意涵分爲互惠性孝與權威性孝,詳述如下.

孝道是中國傳統家庭行爲模式之一,存在於傳統家庭與社會中,可從中國古諺「百善孝爲先」/「有跪乳之義」/「孝順爲齊家葬之本」得知.孝道內涵包括子女對待與照護父母的方直觀的強弱亦影響子女在父母年老生病時照護意願(Yeh & Bedford, 2003).

孝道是維繫中國傳統文化的主幹,可是,現今社會在老人照護領域中,孝道卻鮮少被提及.然孝道 W 領子女對待父母的方式,與老人家庭照護是息息相關的;就整體性護理的照護模式(holistic care),老人照護之從業人員實應對老人心理社會之需求做更進一步的認識與評估.筆者由臨床實務觀察、文獻及他人研究特整理出,老人對子女反哺之期望,以及孝道之意涵. 孝道意涵,可以看出權威性孝道與,互惠性孝道之間有很大的差異;互惠性孝道是以感情急基礎的平等互惠關係,而權威性孝道強調上與下的言關係.隨著時代變遷,孝道意涵從過去重視權威性孝系道,轉變爲現今偏重於親子之間情感互動關係的互惠看性孝道.叫親子間的情感互動關係,更可能影響到子定 i 女日後照護年老父母的孝道表現.近年來國內外以成需人爲

樣本的孝道相關研究發現(表一),孝道觀念可「明願飽」影響家庭關係以及子女照顧
 年老父母之意願,

表一國內外孝道相關研究

作者(西元年)	研究主題	研究工具	研究對象/研究設計	研究結果
葉光輝 (1997a)	台灣民眾之孝道觀念的變遷情形.	資料庫分析	1,853 位 20 歲以上民眾/二次分析.	民眾「抑己順親」「傳宗接代」以及對雙親「陪侍在側」的孝道觀念已逐漸減弱.
葉光輝 1997b	老父母居住安排的心理學研究:孝道觀點的探討	開放式問卷以及深度訪談	225 位成年人/內容分析;其中 60 位深度訪談.	子女與父母同住與否,不被視為孝道應有的表現.同住與否,取決於親子間的互動關係.
簡、吳(1999)	子女照顧失能父母之意願及其影響因子.	結構式問卷	1,152 位成年子女/子女/橫斷式相關性研究.父母	子女的孝道觀念影響照顧父母的意願;與父母同住者,照顧父母意願較高.
劉弘煌(2002)	老人家庭照顧	結構式問卷	20-50 歲 711	老人認為照顧

	期待之代間落差.		位, 斷式相關性研究. 斷式相關性研究.	父母乃子女之責任, 希望能與子女同住; 但年輕人卻認為照顧父母最理想的方式是提供生活費, 和父母住附近即可.
陸、陳(2002)	台灣變遷社會中老人的家庭角色調適及代間關係之初探.	半結構式訪談	22位63-85歲的社區長者/質性.	老人自認對子女付出的關心, 多過子女對自己; 希望子女在老人生病時, 能付出更多實質的照護與關愛.
劉嘉文(2002)	家庭內老人虐待之研究.	深度訪談	8位受虐老人, 與9位施虐之子女及孫子/質性.	代間的孝順觀念不一, 或家庭關係不佳, 容易引發老人受虐.
Ng, plilips, & Lee(2002)	孝道與老人非正式系統支持所面臨的挑	深度訪談	50位老人/質性.	子女提供金錢代替實質照護, 但老人期

	戰:香港地區 個案研究.			望得到子女情 感的支持.
黃何、周(2003)	老年父母照顧 者的孝親研 究.	深度訪談	香港地區 10 位成年子女/ 質性.	子女願意照顧 父母與孝道強 調的回報親恩 有關.

綜合以上文獻閱讀後，並做出以下整理，由論文研究發表時間可以看出雖然社會型態改變，但「孝道」觀念仍然是影響主要照顧者，選擇照顧方式的重要因素之一（姚美華，1994；王文芳，2003；吳淮平，2004；廖姿婷，2006；朱偉仁，2011；吳宜芸，2011）。

孝道文化的核心意義大致可分為，子女盡心盡力的侍奉雙親，並滿足雙親合於道理、不悖人倫的要求，在中國社會裡，為了回報親恩，身為子女負有奉養父母及盡力滿足父母需求的責任(朱偉仁，2011；葉光輝，1995)。在我們固有的文化中，似乎認為父母若與成年子女同住生活品質必然較好，其實，同住有可能會帶來雙方的壓力(胡幼慧，1996)。

何謂「孝道」?楊國樞(1988)在「中國式,考措如今一口拼,中所幸弄:傳統中國農業社會的型態時,在家族主義的影響下,社會化的過程中,要求子女養成必須要傳宗接代、要奉養父母、要依順父母、要隨伺父母不遠遊的這些觀念、意願及行爲.孝是延續父母與祖先的生命(楊懋春,1981),其涵義大約分為三層,第一層即最基本的一層,是延續父母與祖先的生物性生命.這一層的孝道實踐就是結婚、成家、生育子女.實際上,在全般中國人視之,這是最重要的一層.人不論賢愚智不肖,都極關心自己的生命是否被延續下去.在這一層上說,孝是件當然的事,必須傲的事,不必把它看為一種道德.,第二層的涵義是延續父母與祖先的高級生命.高級生命即具有社會、文化、道義等方面的生命.但要延續父母與祖先的高級生命就不很容易,必須培養教育所生子女,他們的生活與生命具有社會、文化、道義等部分.如此延

續父母與祖先的生命是進階的孝道.第三層的意義就是作子女者能實現父母或祖先於生時不能實現的某些特殊願望或補足他們某些重;而特殊的遺憾.傳統時代的人都相信,作子孫者能完成這樣責任,亡故的父母或祖先在天之靈必格外滿意,歡喜有最好的後代。

孝道行爲的落實是受到許多因素的影響,其中有個人、環境，也有社會規範與國家的政策以及相互之間的影響,而孝道本身則是傳統文化的產物（朱偉仁，2011）。

從社會交換論(social exchange theory)的觀點來看,以慈養孝實即以慈換孝,以孝養慈實即以孝換慈.在現代社會中,外在權威與規範對孝道的約束力逐漸削弱,除對父母的感情強強顧及自律的孝道原則,社會交換的觀念也是一個可能發生影響因素.在親子(女)關係中,父母是社會資源與權利的控制者,其中包括感情、關注、稱讚、獎勵、照顧及權力。

「孝道」這項源遠流長的道德價值觀，似乎是每個人自小耳熟能詳的字眼，傳統家庭與社會中，孝道內涵包括子女對待與照護父母的方式，因而孝道觀的強弱亦影響子女在父母年老生病時的照護意願（朱偉仁，2011；葉光輝，1998）。

簡雅芬、吳淑瓊(1999)調查 1,152 位成年子女照護失能父母之意願發現，子女的孝道觀念越強，照護失能父母的意願越高，黃何明雄、周厚萍(2003)研究結果亦發現，親子之間深厚的情感，是造就子女願意照護老人的基礎。

當家庭照顧者無力照顧失能者，可能必須將失能者送入機構，這些家庭一方面無法顧全失能者留在家中的意願，一方面又擔心機構的照護品質；而已經送機構的家屬考慮帶回家中自行照護，但卻因人力及照顧能力等問題而打退堂鼓（胡幼慧、郭淑珍、王孝仙，1996；徐慧娟、吳淑瓊，1998）。由此可知社會家庭因素牽涉甚廣，也是影響被照顧者進入機構的重要因素之一。

一九八九年，英國照護者國家聯盟指導人-吉爾.佩克雅絲利-出版了《這是我該做的，不是嗎?》，這麼簡單的一句話，點出了照顧者們如何被這句話背後所附與的神聖責任感所驅動（引自陳玉娟，2006），但並非人人都能如此的，現今

社會已有愈來愈多家庭及子女，因為各種因素而無法親身照顧老人、或罹病的失能長者，而選擇將其安置於長期照護機構。綜合以上文獻可歸納發現孝道思想，對於不同世代在對於居住的要求和期待，還是有相當範圍的落差。



第二節 我國長期照顧機構現況

長期照護的需求依每個人的情形不同而異，所以在定義上往往較難取得一個一致的說法。較廣義的定義是「長期照護是長期的把醫療、個人照顧和社會服務提供給喪失日常生活功能的人」(謝美娥, 1993)。長期照顧機構是本篇研究場域，瞭解其服務對象、型態及未來市場需要有助於幫助對現象還原有進一步理解，以下針對：一、我國長期照顧機構服務對象及機構型態；二、我國長期照顧機構總數、分佈情形、收案標準及使用率；三、我國長期照護需求人口推估結果，作簡單介紹。

一、我國長期照顧機構服務對象及機構型態

針對人口老化問題，行政院於 96 年核定「我國長期照顧十年計畫」，服務對象包括：

(1)65 歲以上老人；(2)55 歲以上山地原住民；(3)50 歲以上身心障礙者及僅工具性日常生活活動功能(IADL)失能且獨居之老人，以協助日常生活活動服務為主，服務內容主要為居家服務、日間照顧、家庭托顧、低收入及中低收入失能老人營養餐飲服務及交通接送服務等，並依服務對象失能程度及家庭經濟狀況提供不同比率補助（台北市長期照護資源手冊，2013）。

依據八十六年元月十八日修正公布之老人福利法第九條規定，老人福利機構：

- 一、長期照護機構：以照顧罹患長期慢性疾病且需要醫護服務之老人為目的。
- 二、養護機構：以照顧生活自理能力缺損且無技術性護理服務需求之老人為目的。
- 三、安養機構：以安養自費老人或留養無扶養義務之親屬或扶養義務之親屬無扶養能力之老人為目的。
- 四、文康機構：以舉辦老人休閒、康樂、文藝、技藝、進修及聯誼活動為目的。

五、服務機構：以提供老人日間照顧、臨時照顧、就業資訊、志願服務、在宅服務、餐飲服務、短期保護及安置、退休準備服務、法律諮詢服務等綜合性服務為目的。

二、我國長期照顧機構總數、分佈情形、收案標準及使用率

隨著高齡人口的增加，對於老人長期照顧及安養機構就養之需求亦隨之增加。101 年底我國老人長期照顧及安養機構（不含榮民之家及護理之家）計有 1,045 所，可供進住人數五萬 7,876 人，實際進住人數四萬 2,947 人，使用率為 74.2%，其中以養護型機構使用率 76.3% 最高，長期照護型機構 74.1% 次之，安養機構 66.9% 居第三。各縣市老人長期照顧及安養機構數以新北市 198 所最多，高雄市 140 所次之，臺北市 123 所居第三，可供進住人數亦以新北市、高雄市及臺北市較多；使用率則以臺北市、新竹市、臺中市及雲林縣均超過八成較高，連江縣僅五成最低。

- (一)、機構概況：101 年底止，我國老人長期照顧及安養機構計有 1,045 所，可供進住機構人數為五萬 7,876 人，實際進住者有四萬 2,947 人，使用率 74.21%。
- (二)、依公私立別分：以非辦財團法人登記，不對外募捐、不接受補助及不享受租稅減免之私立小型老人機構計 897 所占 85.84% 最多，餘依序為財團法人機構 110 所、公立機構 22 所、公設民營 16 所。
- (三)、依機構類別分：以長期照顧養護型機構 947 所占 90.62% 最多，可供進住人數 4 萬 6,630 人，使用率為 76.34%；長期照顧長期照護型機構 53 所次之，可供進住人數 2,707 人，使用率 74.07%；安養機構 34 所居第三，可供進住人數 7,456 人，使用率 66.86% (內政部，2013)。

表 3 近年長期照顧及安養機構概況

年底別 及機構類別	機構數 (所)	可供進住人數 (人)	實際進住 人數(人)	使用率(%)
98 年底	1,080	55,757	40,617	72.85
99 年底	1,067	56,256	41,933	74.54
100 年底	1,064	57,329	43,261	75.46
101 年底	1,045	57,876	42,947	74.21
長期照顧機構	1,000	49,337	37,602	76.21
長期照顧型機構	53	2,707	2,005	74.07
養護型機構	947	46,630	35,597	76.34
安養機構	34	7,456	4,985	66.86
社區安養堂	6	252	31	12.30
老人公寓	5	831	329	39.59

資料來源：本部及各直轄市、縣（市）政府社會處（局）。（內政部，2013）

長期照顧機構因提供的照顧服務項目不同，也有不同的收案標準。收容標準係指：

- (1)長期照護型---以罹患長期慢性病，且需要醫護服務之老人為照顧對象。
- (2)養護型---以生活自理能力缺損需他人照顧之老人或需鼻胃管、導尿管護理服務需求之老人為照顧對象。
- (3)失智照顧型---以神經科、精神科等專科醫師診斷為失智症中度以上、具行動能力，且需受照顧之老人為照顧對象。
- (4)安養機構---以需他人照顧或無扶養義務親屬或扶養義務親屬無扶養能力，且日常生活能自理之老人為照顧對象（老人福利機構設立標準第 2 條）。

表 4 國內長期照護服務之收案條件

機構名稱/主管單位	收案條件
護理之家（衛生局）	1. 罹患慢性病需長期護理之病人 2. 出院後需繼續護理之病人 法源：護理機構設置標準第三條
養護機構（社會局）	1. 日常生活自理能力缺損，且無技術性護理服務需求之老人(不含植物人、插三管個案) 2. 無傳染病、精神病

（長期照顧評估工具，2010）

三、我國長期照護需求人口推估結果

世界衛生組織(WHO)推估人類長期照顧之前在需求為 7~9 年(WHO, 2004) 依據台灣的平均壽命和疾病型態等變數推估，國人一聲中的長期照顧需求時段為 7.3 年男性平均需要長期照顧的時間為 6.4 年，女性則再多出 1.8 年(衛生署, 2010)。過去國內曾進行長期照護潛在需求人數推估研究，惟其推估對象範圍、推估方式（所使用失能指標）及資料層級（全國或縣市）等各有不同。

100年至125年之失能人數以每5年約20%之成長率增加依據推估結果，100年失能人口約44 萬8 千人，至115年失能人口將增加為兩倍，約90萬人，惟對照人口年增率呈現逐年下降之趨勢，並於115年之後即呈現人口負成長，顯示未來隨著老年人口比例增加及可提供家庭照顧人口比例減少，如何因應大量之長期照護需求，為整體社會之一大挑戰。

第三節 照顧者相關議題探討

非正式照顧者，是本研究重要關注對象，故對於於定義有釐清界定之必要性，是哪些人在擔負這樣的照顧責任？非正式照顧者會面臨到的處境？下面就針對照顧者定義及現有相關文獻作出整理分析。

(一)、照顧者

就『caregiver』在字面上可以將其字根拆開來解釋，下面就『Care』和『caregiver』來做說明解釋：

一、『Care』字典上的意義可大致區分為三種不同層次的解釋（吳炳鍾，1996；楊嘉玲、孫惠玲，2003；Jost, 1993），包括：

1.留意、小心、注意、關注；2.照料、照顧、保護、管理、監督；3.憂慮、掛念。

二、『caregiver』

1: a person who helps in identifying or preventing or treating illness or disability

2: a person who is responsible for attending to the needs of a child or dependent adult

大陸簡明英漢辭典上的意義指的是協助生病或失去照顧能力的人，或是去照顧孩童或需依賴他人照顧的成人，並滿足其需要的人。在護理文獻中，對照顧者所下的定義是對受照顧者同時有監督與提供照顧責任，以滿足個案在居家環境中的家人，國外文獻中亦有再將照顧者區分為『Formal caregiver』及『Informal caregiver』，分別指醫療院所或社區居家照顧機構內提供照顧的人，以及非機構內的照顧提供者，通常是指受照顧者的親朋好友。與『Informal caregiver』相類似的名詞『Family caregiver』，是指與受照顧者有親屬關係的照顧者。（楊嘉玲、孫惠玲，2003；Jost，1993）。

所謂非正式照顧者，包含家人、親友、鄰居等，因此需付費的照顧者(不管是由公家付費補助或私人付費)，不論其為專業照顧者或非專業的僱傭，均不包括在內(楊培珊，1998)。非正式照顧者通常是指有多種責任的中高年女性，她們

管理家務、本身的工作，還得照顧孩子與年邁雙親，由於她們必須兼顧多方面的責任與挑戰，所以，當她們對在家身體虛弱或失能的雙親提供照顧時，往往會產生過度壓力。

一些學者將照顧定義為一個等重面向的概念：照顧包含了愛與感覺的情感反應，也是一種勞務及工作的活動，Waemess (1984)則認為照顧和服務在概念上有所區分，照顧除了服務(sewice)之外，尚包括了關懷(care about)、和照顧((care for)共三種意義，它包含了大量的體力勞動及親屬間的責任義務，並與情感與愛密切相關(引自劉梅君，1997)。



(二)、非正式照顧者、主要照顧者和家庭照顧者有何不同？

照顧者相關議題，在現今文獻已被廣泛討論。但對於「照顧者」身分定義卻未做出明確及清楚的劃分，非正式照顧者、主要照顧者和家庭照顧者這三組名詞在使用上有時是指相同身分的族群。在文獻中選定的依據，也因研究者自身對研究對象定義所決定。以下整理出現今文獻對這三類照顧者定義或解釋。

1.非正式照顧者

所謂照顧者，是指為提供各項日常生活活動所需照顧的人，包括了愛、服務、責任與體力的支出，而所謂的非正式照顧者，包含像是家人、親友、鄰居等不收費的照顧者。參考過往的文獻，發現照顧者以女性居多(吳瓊滿，1999)。

非正式照顧者是家庭的一員，他們對於受照顧的個體，往往是不求回報的。其具備下列特性：(一)提供非技術性的協助(像是餵食、洗澡、整理家務、穿衣服等)；(二)提供不可預期及即時性的需要；(三)能提供迅速的協助、在時間的投入和幫助的項目上較具彈性；(四)情緒上的支持(呂寶靜，1998)。

2.家庭照顧者

內政部 2009 年老人狀況調查中有關起居活動有困難時，被照顧的老人產生性別差異，男性老人主要幫忙料理者以配偶或同居人 43% 為主，女性老人則以兒子 24.01 為主。非正式照顧者的分類上，在起居活動有困難的老人中有 65.12% 係由家人(依序為兒子 22.3%、媳婦 14.62%、配偶 14.25%、女兒 11.32%、女婿 0.23%) 為主要幫忙負起照顧責任，加上外籍看護工及本國看護為主要幫忙照顧者分別佔 12.82%、3.78% 總計有 82.32%。

家庭中主要負起照顧工作或花費照顧時間最多的人(吳淑瓊，1999)。本論文和(吳淮平，2005)定義家庭照顧者對象相同，其定義為老人失能以來，於家中為花費最多時間協助老人執行日常生活活動照顧；並於老人入住機構後，每週至少有一次探視活動的家人，其對象包括配偶、子女、媳婦及女婿，不含聘僱之照顧者。而大多文獻將家庭照顧者定義如下：不論年齡大小，只要是提供給因年

老、疾病、身心障礙或意外等而失去自理能力的家人，就是「家庭照顧者」（中華民國家庭照顧者關懷總會）。

當社會變遷至雙薪家庭與高齡少子化的型態時，家庭內的照顧力量因而分散或是不足，照顧需求卻沒有隨之減少，此時，家庭照顧者的照顧負荷隨著失能老人的失能程度加重、照顧者年齡增長與體力衰退而顯的不堪負荷，因此，照顧勞動必定需要家庭外的資源來加以協助，正式照顧服務需求亦因應而生，也同時出現居住安排遷移的需求考量，而機構照顧的議題在此時就顯得相對重要。



表 5 照顧者名詞定義

研究作者/ 發表時間	研究論文名稱	採用名詞	定 義
中華民國家庭照顧者關懷總會		家庭照顧者	不論年齡大小，只要是提供給因年老、疾病、身心障礙或意外等而失去自理能力的家人。
吳淑瓊(1999)	全台灣功能障礙老人家庭照護者概況調查	家庭照顧者	為老人的家庭成員或親友中，平日提供老人最多日常生活活動照顧者。
邱啓潤、許淑敏、吳淑滿 (2002)	主要照顧者負荷、壓力與因應之國內研究文獻回顧	主要照顧者	一、與病患同住的家人。二、花費最多時間來照顧病患的家人。
吳淮平(2004)	失能親人安養於機構的照顧者家庭之適應經驗	家庭照顧者	老人失能以來，於家中為花費最多時間協助老人執行日常生活活動照顧；並於老人入住機構後，每週至少有一次探視活動的家人，其對象包括配偶、子女、媳婦及女婿，不含聘僱之照顧者。
		非正式照顧者	

朱偉仁（2011）	主要照顧者 -採用家庭成員中限定子代成員(包括子、女、媳、婿)並且在入住機構前,同住滿一個月以上,負責照顧協助與照顧安排者。
-----------	--

（參考出處：全國碩博士論文網，研究者自行整理）

基於研究需要考量，本篇研究對象之照顧者，已將被照顧者送至長照機構離開家庭，就無法再稱其為家庭照顧者，但又需和現正提供服務的機構專業工作人員有所區別，故研究者選定「非正式照顧者」定義本篇研究對象。



照顧者相關碩士論文

研究者於 103 年 01 月 04 日，利用「非正式照顧者」作關鍵字，在全國碩博士論文網搜尋，可發現 2 篇相關論文，引述於下。但篇數過少故，研究者於 103 年 01 月 04 日，利用「主要照顧者」作關鍵字，在全國碩博士論文網搜尋，可發現 258 篇相關論文，但是在由這 258 篇中搜尋「長期照顧機構住民」則無相關資料發現。故在以「照顧歷程」，及「失能」搜尋仍無發現。所以逐一檢視將 258 篇文獻將與本篇論文探討主題或研究對象相同論文，作一整理所得結果如下：

表 6 本篇研究相關論文整理

作者/出版年	論文題目	摘要/研究對象/研究方法	研究結果
邱惠慈 (1993)	社區失能老人 非正式照顧者 的特性與負荷	本研究目的為瞭解社區失能及照顧者的特性與照顧者的負荷及其影響因素探討。本研究以台北縣市四鄉鎮區 65 歲及以下的老人，以系統隨機抽樣的方式，進行問卷訪視以篩檢社區中的失能老人及其照顧者，共完成失能老人及其照顧者各 98 名。	照顧者負荷項目中，以需時時刻刻注意他、外出旅行受影響、自己不舒服時還要照顧他、感到疲倦、感到心力交瘁等五個項目的負荷較重。
姚美華 (1994)	機構自費安養 老人代間關係 之探討	以機構自費安養老人及有老年父母在機構安養之成年子女為主要對象，以深度訪談收集機構自費安養老人（十二名）及有老年父母在機構安養之成年	情感性關注及穩定的經濟支持是老年父母期望的孝道表現方式。

		子女(六名)之代間關係資料， 以植根理論開放登錄。	
白惠婷 (2000)	長期照顧機構 中主要照顧者 對照顧需求與 滿意度之探求	以獨居老人的社區服務與一養 護機構--生活之家為研究場 域，描述獨居老人與生活之家 老人的實際居住情形，以及當 中老人與志工、老人與護理人 員、老人彼此之間的互動，解 析互動過程裡的權力關係；且 由護理人員的角度來看老人照 護工作的困境。	資料主要可歸納下列 三點：第一，弱勢者 的需求由另一群資源 不足的弱勢女性團體 提供。第二，政府對 老人照顧需求的忽 視。第三，照顧關係 裡的權力階層透過 「年齡」、「性別」 與「族群」展現。
黃忠謀 (2002)	接受長期照護 服務老人之主 要照顧者健康 相關生活品質 之探討	採橫斷式調查研究，以結構式 問卷進行研究資料的收集。研 究調查時間自民國九十年十月 一日至九十一年三月三十一 日，研究對象以北部七縣市， 正接受養護機構、護理之家及 居家護理服務老人之主要照顧 者，共計 647 位由以上研究結 果。	一、持續進行健康相 關生活品質的研究作 為相關單位制定政策 的參考。二、加強學 校對長期照護的教育 課程規劃及其實務運 用。三、政府相關單 位應主動提供照顧者 相關的社會福。
王文芳 (2003)	家屬安置老人 於長期照護機 構之經驗	採取質性研究設計，以深度訪 談法進行資料的收集。研究個 案來源為台中縣市四家私人立 案護理之家老年住民的家屬，	入長期照護機構前： 呈現了「盡己所能的 家庭照護」以及「時 代轉換中的家庭照

		採立意取樣，共訪得 10 位家屬，訪談後，依據訪談錄音之逐字稿做質性資料分析。	護」，而「煎熬的決策過程」以及「矛盾的決定」。二、入住長期照護機構後：個案描述中的新生活，內心仍是「百感交集」的「積極面對老人在機構的生活」。
吳淮平 (2005)	失能親人安養於機構的照顧者家庭之適應經驗	人口老齡、醫療進步及經濟社會快速變遷，失能長者的照護安置，成為每個家庭必經歷程。因此，採用 Collaizzi (1978) 現象學研究法，於民國 93 年 8 月至 10 月期間，訪談 10 位居住於照護機構的老人之照顧者家屬。	研究結果呈現此家庭適應經驗涵蓋五個範疇，分別：一、關係的變動；二、情緒經驗的流動；三、角色定位的轉折；機構替代成為長者生活之照顧者角色，而照顧者則調整心境，經驗「釋出與重拾」照顧者的角色型塑，以建構照顧者、長者與機構三者間互融的照護關係；四、家庭的形變；五、生命價值的體悟。
廖姿婷	成年子女孝道	研究採問卷調查的方式進行調	(一) 代間情感關係

(2006)	信念與母親代 間情感之關係	查，樣本對象為台中縣市已婚 成年人，問卷包括「親子代間 情感量表」、「孝道信念量表」 及「個人背景資料」三部份， 有效問卷共回收 447 份。	現況。(二)成年子 女孝道現況。(三) 影響成年子女與母親 代間情感的因素。
陳玉娟 (2006)	失能老人主要 照顧者的生活 經驗之研究	本研究採用質性研究方法。以 「半結構性深度訪談」的方 式，深入受訪者的生活與內心 世界，對於身為一位主要照顧 者，在照顧失能長者歷程中的 生活經驗，針對此經驗的內心 感受及需求進行探究。	一、主要照顧者的選 定。二、長期照護不 休息。三、家庭關係 有影響。四、醫療安 養均需要。五、生命 體悟與成長來自照顧 過程的淬練與經驗， 照顧者在這段期間， 看到了生命的脆弱與 韌性，開啓了人生另 一段有價值有意義的 旅程。
趙小瑜 (2006)	家庭照顧體系 與家庭協商過 程初探--以失 能老人照顧為 例	「家庭」為研究對象，嘗試將 家庭視為一個整體，藉由探索 性的質化研究本研究的資料收 集方法係以深度訪談為主，訪 談五個照顧失能老人的家庭， 共計十五位受訪者。	依據個人照顧及日常 生活活動(ADLs)由 幾位家庭成員協助之 指標，將家庭照顧體 系分為獨挑大樑型、 雙人搭檔型以及團體 分工型等三種家庭照 顧體系；(二)家庭

成員參與照顧體系的原因各自有其獨特的家庭脈絡；（三）家庭協商的過程及其中的權力角力須於家庭脈絡中還原；（四）照顧工作的影響不盡然都是負面的，照顧生活也可能使照顧者獲得正向的經驗或從中得到寶貴的經驗及重要的人生省思。

蔡璧娟 (2007)	台灣社會的老年歧視之研究—以嘉義縣水上鄉民生社區為例	以嘉義縣水上鄉民生社區為研究場域，採取質性為主，訪問 11 位老年人敘述其生活各個經驗。	三群老人或多或少在生活中自己曾經有「因為老人這個社會角色」而被歧視的經驗。年輕老人相對於中間年老人和老老人的歧視經驗較少，而且中年老人和老老人面臨的歧視問題以「活動設施的不恰當」和「嫌棄經驗」居多。
---------------	----------------------------	--	---

朱偉仁	孝道文化下照	探討主要照顧者對於失能老人	一、失能老人與主要
-----	--------	---------------	-----------

(2011)	顧困境與出口 -以入住機構 老人的主要照 顧者為例	入住機構前的困境與歷程及入 住機構後的因應。透過立意取 樣選取失能老人之主要照顧者 五名進行半結構式深度訪談。	照顧者的雙人舞曲， 主要照顧者若非單一 人就是單一家庭。 二、孝道文化下主要 照顧者的照顧樣貌孝 道文化下，「阻止機 構照顧緣由」及「選 擇機構照顧的歷程」 形成失能老人照顧生 態系統樣貌。三、不 停轉換的孝行智慧居 家服務與外勞照顧。
顏雯君 (2011)	失能老人主要 照顧者照顧壓 力及幸福感之 相關研究-韌 力調節作用	採問卷調查法，採便利取樣方 式，以台北市、新北市、南投 縣家庭照顧者協會之成員、某 醫療院所志願服務工作者為研 究對象，共 240 名。	主要照顧者的整體照 顧壓力屬中度，其中 又以作息限制產生的 壓力最多。
吳宜芸 (2011)	不同世代女性 對失能老人接 受機構照顧的 看法	研究對象為兩個不同世代的女 性，其中年長世代女性乃是以 70 歲以上且曾經擔任過公婆或 配偶照顧者，現今成為被照顧 者，因故住進安養機構，研究 者以面對面的深度訪談收集資 料，共訪談 16 位女性，其中年 長世代及中年世代女性分別為	發現擔任老年照顧者 在不同世代中因社會 變遷發生了改變，年 長世代將照顧內化為 自己責任；到了中年 世代對於老年照顧不 再像以往一定是要由 女性去承擔的工作。

8 位。

黃春惠 (2013)	影響輕中度失 智症老人家庭 主要照顧者照 顧酬賞相關因 素之探討-採 縱貫性研究	採量性研究縱貫性調查法二次 資料分析，研究對象是於北台 灣某醫學中心門診採便利取樣 方式，依研究目的篩選 152 對 輕中度失智症患者與家庭主要 照顧者的資料加以分析。	在控制時間與基本屬 性等變項下：相互關 係較佳、照顧準備度 較好，其整體照顧酬 賞較佳。
黃瓊儀 (2013)	失能老人照顧 與家庭代間關 係之探討	採半結構式深度訪談與田野觀 察法，將訪談台北市及鄰近區 域的 10 個有失能老人的家庭， 分別立意抽樣於不同之長期照 顧模式，並以原照顧者與家庭 關係為研究焦點。	一、老人使用長期照 顧服務的決定過程 中，家庭成員參與的 情形可歸納為四種模 式。二、透過使用長 期照顧服務(含聘請 外籍看護工)的幫 助，女性照顧者有更 多的時間為自己而 活。三、原照顧者角 色轉變後，其照顧責 任的減輕與維持家庭 的和諧是同步的。 四、家庭關係品質不 會因為使用長期照顧 服務而有任何負面的 評價。
汪曉薇	老年失智主要	採質性研究方法，以立意取樣	目的在於了解老年失

(2013)	照顧者失落經驗之探討	找尋適合的研究參與者，經取得其同意後運用半結構式深度訪談、採全程錄音之方式蒐集資料，共完成 7 位訪談。	智之主要照顧者在照顧過程裡，經驗失落的樣貌、因應方式及需求。
--------	------------	--	--------------------------------

資料來源：全國碩博士論文網（研究者自行整理）

但在完整回顧相關期刊文獻後發現(1)很少研究探討老人本身，對入住長期照顧機構的感受；(2)對主要照顧者的研究大多以單一個家庭成員為對象，很少顧及整個家庭成員。許敏桃（2011）也指出應該以受照顧老人本身的感受為重心，並以整個家庭的適應為主軸，探討漢人家庭將家中老人送入長期照顧機構的決策過程，家庭成員如何在自我、文化、即有意義他人三個層面現象的互動中、尋找意義與身心的平衡，並共同合作面對傳統家庭價值在社會變遷下產生的無奈與衝突。這也是研究者將以「家庭」作為方向討論的原因。

（三）、非正式照顧者會面臨到何種處境

Perel (1998)認為年老的慢性病患常因缺乏病識感、或因身體的殘疾需要密集的監督，尤其是在病程持續進展時，這時其與社會及家人的互動也會改變；由於子女或配偶在照顧時常會引發照顧者負荷，因此，當家中有健康狀況欠佳的老人時，照顧者通常會選擇將老人安置於機構，以減輕家庭為因應照顧需求面產生的角色混亂現象(許敏桃，2001)。

照顧困境乃指稱，主要照顧者因為參與照顧老人等活動而感受到負荷，其照顧負荷包含生理負荷、情緒負荷、社交負荷及財務負荷等四種負荷(黃俐婷，2003)。

失能老人並不是一開始就接受機構照顧的安排，研究指出多數失能老人在住進長期照護機構前，在家裡先照顧過一陣子，妻子在丈夫送進長期照護機/構之前平均照顧了8年，非配偶的主要照顧者則照顧了3.6年的自己家裡，是自然的結果，但是在老人失能程度惡化之後，以致照顧L (Stephens, Ki and Ogrocki, 1991)。者負

荷過重時，就會考慮將失能老人遷居機構。出現遷居需求時，家庭照顧者會希望老人能夠接受決定並且欣然入住照護機構。

當家庭面對老人照顧，邁入「機構安置」的歷程，照顧者經驗釋出照顧與重拾照顧的角色型塑與調整（吳淮平，2005）。研究發現主要照顧者常在無助失控的情緒中來回遊走。先是想逃離照顧的責任，但是當親情或是義務感升起，使得主要照顧者不得不留下來接受承接照顧責任時。無助的失控接踵而來，產生想超脫這種無助失控情況的反應，此種反應伴隨著照顧歷程中，不定時發生的各種新的照顧議題反覆出現。

Wilson（1989）研究中指出發現失智症年長者家屬將個案送至機構而產生階段三階段因應過程為嘗試照顧、努力因應及結束照顧（try it on、going through it 及 turning it over）之結果相同，可以算是一種逐漸放棄照顧的過程。主要照顧者面臨失智症長者罹病後的各種症狀和病程變化，在參與照顧工作歷程裡，被形容為「讓患者迷失、令家屬心碎」的疾病的衝擊，衝擊的層面包括身體、心理、社會參與、財務和工作等方面。

文獻中提及的「內疚感」，最初並不是起因於虧欠感，剛好相反，只有在原本感到內疚的基礎上，才可能有虧欠感，所以內疚與可能性或潛在性是密切相關的，聽到良心的呼喚時，人總是會感到內疚（盧秀杏，2011）。然而在照顧經驗中也有文獻提到，並非所有都是負面經驗，家庭照顧者之正向經驗，如照顧酬賞可以減少照顧負荷，且延長失智症患者在家照顧的時間（黃瓊儀，2013）。

在送出失能長者之後，家庭照顧者大多呈現情緒困擾、愛恨交集的矛盾情緒，以及角色重新定位的掙扎，這些強烈的情緒很少被專業人員所察覺，而非正式照顧者必須獨自處理自己的種種情緒。通常以「老人住得習慣」的說法，來告訴自己，家人能夠適應護理機構，來減輕自己的不捨和罪惡感（謝美娥，2002）。自己所愛的家人，需要入住長期照護機構，對家屬來說是生活中一個重大的壓力，對家庭照顧者而言，更是「失敗」的象徵（引自朱偉仁，2011，Dellasega，1991）。

根據周月清(1997)的研究指出,失能者自家人照顧之主要照顧者中有 63%為女性家人。胡幼惠(1995)指出所謂的家人照顧,又有八成左右的照顧者為女性,呈現出照顧者女性化的現象。在年齡方面,王雅妮(1998)對照顧者所做的研究發現:照顧者的特質為女性,平均年齡為照顧者的關係多是配偶、子女,其次是媳婦。而周玟琦(1994)與洪百薰(1995)的研究也發現照顧者以中老年女性居多。



第四節 照顧歷程

社會變遷的過程中，新觀念、新事物與新科技的傳播，對於傳統社會結構是會造成重大的衝擊，同樣的對於家庭內的親子間的價值觀、生活態度與社會行為模式都會產生變化。這樣的變化對照顧關係將成什麼影響，以下將從「**世代變遷中的家庭照顧現象**」、「**入住機構的決策過程**」、「**主要照顧者、住民與機構互融的照顧關係**」角度收及文獻分析討論。

(一)、世代變遷中的家庭照顧現象

一、孝道文化對家庭照顧的影響

據史學者裴達禮(Hugh D.R.Baker)所言，對家庭的尊重的觀念，是各種信仰的華人間唯一的共通點。學者提出不同觀點的解釋子女認為孝道規範是道德的、並為社會所認可，在社會壓力下使得他們將規範與習俗社會化，以社會交換解釋孝道，代間交換關係是權力與資源的交換管道，他指出父子契約受到中國傳統道德規範的支配，被視為一種投資的過程，並期待將來的報答；父母承受經濟和情感的付出以養育子女；包括教育投資、購買房屋幫他娶媳，父母年邁時，經由孝道行為強制償還這人情債務，尤其是對兒子和媳婦(劉軍，2006)。

葉光輝(2006)討論孝道的雙元模型，指出孝道觀念可以區分為「互惠性」及「權威性」兩種內涵，「互惠性孝道」是由於感念表達出對父母的生育及養育之恩，子女在情感上及精神上表達出對父母的敬愛與關心；或者在物質上與經濟上願意奉養父母、給予照料與支持，互惠性孝道信念是一種屬於主動自願的、培育的、作用力強的、具文化普同性的規範信念，權威性孝道係指子女壓抑或犧牲自己的需求來迎合與遵從父母的願望；或者是出於角色的要求，子女盡力榮耀雙親及延續家族命脈。

葉光輝（2006）又指出，「權威性孝道」信念屬於一種被動壓抑的、具情境特定性的、作用力較弱的、具文化特定性的規範信念，唯有符合其作用訴求的條件時，此類規範信念才能發揮實際功效。

楊國樞(1988)所闡述由傳統孝道「質變」而來的新孝道，強調孝悌的基礎由視子間的角色職責轉為瞭解與感情，且重視代間互惠立基於彼此的善待與尊重的論點，社會變遷對孝道的影響已是不爭的事實。對成年子女而言，若為行孝與回報親恩將失能親人安置家中照顧，或許掙得「較多時間相聚」、「別人讚賞」與「父母感謝」等互惠酬賞。

孝道既有社會交換的目的，則其在親子(女)關係中的運作，在親子(女)關係中，孝道之社會交換的運作歷程是長期性的，也必須某程度符合「公平」的原則，孝道行為才能維持長久(楊國樞,1988).這裡所謂的公平,主要是靠子女主觀判斷或感受.其他條件不變,在親子(女)關係中,子女向父母行孝以後,父母因而給予的感情、關注、稱讚、獎勵或照顧,愈能符合子女的期望,子女便愈感到公平.行孝後,子女如全無所得,或所得過少而難抵孝道之所給,則會有不公平的感覺.但在孝道的運作中,子女不只是以「給」(行孝)易「得」,而且也會以「給」還「得」.在後一,情形于,也是以主觀視的公平為主要依據或原則.常見的情形是,子女覺得父母以往對自己的感情、關注、稱讚、獎勵或照顧「太多/遠超過自己幹孝行,因而感到愧疚(不公平感的一種),為了消滅這種不快的感覺,子女會事鬣增加對父母的孝行,以使得與給達到兩相平衡狀態。

.進入工業社會後，人口素質比人口數量更重要，減少生育以投資子女教育是家庭致富以及確保老年生活的重要依據,子女的成就幾乎平等「同於父母的財富.在經濟快速發展的環境下,地教育或特殊訓練的子女多能擁有自己的事業或薪水收入,財富流向轉為向上流動,子女成為父母經濟的主要供應者,父母的權力與地位因而受到挑戰.不過,基於回饋以及宗教道德規範的社會化過程,子女多能負起照護父母的責任,而父母也多能幫忙家務或代為照顧孫子女以為回應(柯瓊

芳,2002)。爲了遷就工作機會,成年子女可能無法與父母同居或就近提供生活照顧,但多能提供經濟支助或僱請他人代勞

柯瓊芳(2002)分析歐盟七五個會員國的奉養態度亦有類似的發現,經濟社會的現代化以及子女對父母的同居照顧意願間存有明顯的相關國氏平均所得較高、家庭聯繫段鬆散、非婚生比率較高、女性勞動力參與率較高地區,子女的奉養意願較低。pyke (1999)進一步發現,在個人主義取向的家庭內老人權力較大,但由於其與子女間的關係傾向於自立自重,因此等到老邁需人照顧時,老人必須改爲溫順服從或以財富換取子女的服侍;而在集體主義取向自家庭,老人雖能得到子女的照顧,但也多能主動提供財富或照顧孫子女以爲回饋。Pyke 等因而強調,道德規範或宗教價值的奉養倫理未必能競爭得過潛存的社會交換原則,政府若將養老責任完全交由家庭來負責是相當危險的,在個人主義取向的家庭,老人應由專業機構或僱用專人來照顧(朱偉仁,2011)。

孝道態度主要表現孝道行爲之前的孝思、孝念及孝忱,其心理內容可分爲孝的認知層次(孝知)、感情層次(孝感)及意志層次(孝意),相互之間並非獨立,而是有相當的因果關係,即孝知與孝感可能互相影響,兩者又皆可能影響孝意,而孝意則可能影響孝行(孝道行爲)。另外,孝道行爲除有四個層次(孝知、孝感、孝意及孝行),以父母爲對象的傳統孝道約含有 15 項主要內容。楊國樞、葉光輝及黃麗莉(1989)即根據這些孝道層次與內涵從事實徵研究,編制標準化的孝道測量工具。在對孝道的概念與內涵進行理論性的分析之後,還進而從現代社會,心理學的觀點探討孝道態度與孝道行爲是如何形成的。楊國樞(1988)採取性格心理學中的互動論(interactionis III)的觀點提出孝道形成歷程的概念模式強調個人的心理歷程與行爲反應,主要是由個人因素與環境因素互相作用與配合後所產生的特殊結果。

孝道由子女角色出發,子女特徵結合社會化與學習歷程、父母特徵共同影響。孝的認知層次(孝知)與感情層次(孝感子女特徵、孝知與孝感在社會壓力與個人得失的因素下影響孝的意志層次(孝意),孝意在形成具體孝道行爲(孝行)之前,更是受到社會化歷程與父母特徵以及行爲環境、行爲能力的影響。因此,在傳統價值觀

的認知下,經由許多個人因素與環境因素的交互作用,使得孝道行為具有非常高度個別化的特性,也使得探討孝道行為相關領域時也具有相類似的特性。

二、照顧者對家人接受機構照護的看法

除了傳統的孝道觀點,晚年親子關係的討論通常設定為父母的依附、角色互換、父母因病而與成年子女同住等相關議題,此類觀點成為重要典範,而忽略了社會結構的分析觀點,及成年子女與年老父母的相互影響的可能性。

角色規範的議題,因為壽命的延長,命後期的親子關係也隨之延長,以往子女所應盡的孝道責任十分明確,到了近代,世代關係更傾向於個人之間的協議,而較少來自於社會的規範,年邁父母與成年子女之間的關係則類似於個人選擇,而非與生俱來的責任和義務(Foner, 1986; Hess & Waring, 1978; Suitor & Pillmer, 1987; Blieszner & Bedford, 1996; 林歐桂英譯, 2007)。

Fried 等人(1997)則指出美國近半數已達機構安置標準的失能老人,選擇住在家裡。家庭可說是老年人主要照顧和社會支持的重要來源,是影響老人進入機構接受照顧的主要因素。若以居住狀況來分,內政部(2010)一份研究報告發現,2002年固定與子女同住的老人約占61.7%,僅與配偶同住的占19.5%,獨居者占8.5%,雖然老年父母與子女同住的人數占大多數,但若與1986年的70.2%相比較,其百分比有逐年下降的趨勢,表與子女同居者老年女性要高於老年男性,不過一個改變最明顯的是住在安養院等機構的老人增加很快,由1986年的0.8%增到2002年的7.5%,可見社會對安養院等機構居住安排的排斥已減少(蔡文輝,2011)。在傳統中國人的觀念裡,父母年老時與子女同住並由其照顧奉養,是一種社會俗規,不論從實際居住或居住點選擇意願,對失能長者而言,當自己希望有所依靠時,由兒孫陪伴並接受其照顧,都是其衷心所望之選擇因此,「住入機構」是需要計畫及討論的。

用Graham (1983)的定義:一份「愛的勞動」(a labor of love),兼併了「情感」與「工作」雙重意涵,或許能更明確瞭解「要使依賴者感受獲得被照顧,必須要陪伴他、敏感於察覺其需求並實際滿足之,時時為其利益著想,期盼被照顧者能

有所，回饋的具體概念（引自吳淮平，2004）。「關愛」卻非可以解決照顧，所產生的所有問題與挑戰，尤其當照顧工作的勞務本質遠大於照顧者負荷限度時，照顧將由「愛」的起源，轉化成一種「責任與義務」，既是責任與義務，為照顧其家庭因應照顧所倡言的關懷，似乎失去其正當性與合理訴求空間了。

（二）、入住機構的決策過程

Montgomery & Borgatta(1989)發現特別是年老的病患，一旦身體功能退化情況日益嚴重，需要大量或專業照顧，且讓照顧者無法負擔時，會傾向將被照護者送到養護機構。亦認為女性在照顧中常會較有罪惡感，無法給予完整的照護時，也會傾向將患者送到長期照顧機構等照護機構。在臺灣社會中，長照機構的存在凸顯出家庭照顧與社會價值間的矛盾（許敏桃，2011）。

傳統上對照顧觀念的看法

Lawton 等人(1989)將此部份歸納四大類,即家庭傳統、宗教信仰、左自己子女的楷模、回報生病的親人.

Lazarus and Folkman (1984)提出「信念」(belief)是影響個人評價的重要因素,因為每個人的信念不同,所以間接的會影響到個人對照顧的評價. 徐亞瑛、張媚、楊玉玟與黃久美(1992)的研究中,針對都市型和鄉村型的居家殘病老人照顧者,研究何為造成照顧者負荷的因素. 對照顧者而言,身體的勞累比社會疏離及心理壓力容易忍受的多,其中尤以「疲倦」「睡眠受影響」影響最大.情緒負荷上,則以「心情沉悶」、「擔心被照顧者」、「不敢想太遠」...等最多。

探討「入住機構」於家庭決策經驗的議題中，國內相關的研究是極為有限的。家庭為維繫平衡與經歷改變，會籍調整家庭規範、維持彈性界限與外界維持密切連繫，來使家庭得以因應改變與重建平衡，在長期的照顧年老病患的狀態中，生理與心理的壓力和緊張，往往會縮短家庭的生命，在照顧需求增加而形成重大負荷時，造成情緒的不穩定，會對老者忽視、虐待或提早將老者送入機構安置。

「機構安置」造成照顧者與老人間的關係疏離，照顧者也承受著因角色調整或角色失敗所帶來的失落與自責、罪惡、生氣、挫折、心痛或無助(Nielsen, Henderson, Cox, Villans,& Green, 1996)，在在都讓照顧者陷於照顧角色調適的掙扎之中，因此亦有研究發現，老人通常並未參與入住機構的決策過程，且經常是由家庭照顧者替老人決定安置何處(Dellasega & Mastrian, 1995；Dellasega & Nolan, 1997)。

將老者安置於機構，對於家庭而言是一種危機，Brody (1977) 形容這是許多家庭耗盡資源後所做的最後選擇，為何要等到資源耗盡萬不得已才做出這最後選擇？因為大部分的人們，仍有將年老父母送至長照機構接受照顧是「不孝」的行為，或是擔心年長者入住機構遇到虐待。文獻中指出家屬表示決定送入機構是沒有選擇下的唯一選擇，且決策過程中幾乎沒有人可以與自己共同討論，且年長者急性住院事件卻催化，主要照顧者決定送入機構的決策 (Dellasega & Mastrian, 1995)。

國內研究中，較少強調健康狀況與居住安排兩者之間的關係。當獨居的老人健康若發生問題或功能衰退時，會使得獨居老人改與他人或子女同住或移入照護機構獲得適當的照護。

Townsend研究指出家屬在做決定是否將父母或自己的老年配偶安排入住機構時，仍有52%的子女，以及89%配偶，相信這是他們所面對過最困難的問題與抉擇(引自Johnson, 1990)。在一項台灣民眾對老人長期照護安排之態度，研究報告中顯示，民眾認為家庭有照護老人需求的義務為58.1%，而選擇機構式照護為10.1%，傳統居家式的照護方式最能被接受，這除了親情因素之外，中國文化受「孝道」的影響深遠，使得中國人面對選擇長期照護機構服務時，產生愛恨交加的矛盾情感。

從許多的文獻中看出，主要照顧者的壓力與送年長者入住機構的意圖和意願有絕對相關。如送入機構的時間點，對配偶而言，於照顧25.7個月之後上升，對

子女兒言於照顧23.5個月之後上升，顯示主要照顧者照顧個案達兩年左右，是一個決策的重要關鍵時刻 (Montgomery & Kosloski, 1994)。

嘗試改變照護策略，是艱辛的家庭照護過程，照顧者不得不嘗試著改變照護的模式，或者尋求可行的替代方式，讓家庭的照顧功能能夠繼續、盡最大所採用的策略大部份如僱請看護人員，來減輕家庭照顧者的負荷，或者是家中兄弟姊妹輪替老人的照護工作。

新照顧角色調適的掙扎之中，因此，安置親人於機構或可緩解照顧者體時間的壓力，但對與住民關係親密的家屬而言，其心理負荷與安適狀態卻被迫改變。

Janis & Mann (1977) 的文獻中首度提到當主要照顧者做決策時的心理壓力會影響是否能做出理智的決策，此情緒反應加重決策的困難，由於主要照顧者未預期年老家人需要接受機構照顧，在缺乏準備加上疾病與住院的危機下，想必是一個震驚又無助的決策過程，由於此時常處於情緒複雜交錯，因而可能影響主要照顧者做出理性判斷。

Brody (1977) 研究認為會將親人安置於機構接受照護，通常是在家屬耗盡了體力並歷經許多壓力後之最後一種選擇。Teresi 等人 (1988-1989) 指出，家人採用正式照顧體系，是基於某些因人而異的背景，包括有：老人生理狀況、個人認知等人格特質、家人的照顧意願、是否有足夠的照顧人力，正式照顧體系的可近性與照顧品質等條件 (引自吳淮平，2004)。

Dellasega and Mastrian (1995) 進行質性研究，探討家人將老人送至護理之家的決定過程及它所帶來的結果。在分析受訪的 7 個照顧者資料後，找出決策過程的幾個主題 (themes)，發現大多數受訪者不覺得自己是個很好的照顧者，受訪者認為送老人到護理之家是「我」而非「我們」的決定，因此獨自承受罪惡感的煎熬，然而，同輩對其抉擇的肯定及支持對決定過程有助益，且能減輕其罪惡感 (引自許敏桃，2000；Dellasega and Nolan, 1997)。

代間或代內的情感關係不同，對於家庭成員是否有意願承擔照顧的責任，與考量機構照護來取代家庭照顧，極可能是重要的影響因素，因親人失能與家庭

照護困境，所選擇的機構安置事件，將令照顧者處於生氣機構照護為家庭所帶來的責任與道德負擔，或悲傷自己所愛的人再無法與自己一同享受健康、家庭團聚、不愉快感覺的景況，仿若家庭壓力事件，不僅讓家庭親密程度面臨考驗，也使家庭關係緊張，甚至家庭功能運作失常。引用 Groger (1994)形容「將老人送往照護機構」之舉是「道德頹敗」(moral failure)的譴責，應可約略察覺家庭在機構安置與內心煎熬所處的兩難困境。

(三)、主要照顧者、住民與機構互融的照顧關係

在選定長期照顧機構協商並完成入院程序後，照顧者所承擔的家庭照顧已部分消失。但入院並不代表照顧工作的終結，相反的，照顧者需要調整其角色，以不同形式參與照顧，並建立新的照顧模式，使其與被照顧者仍有依附關係及具有價值感(吳淮平，2005；Keller,1996)。

機構安置代表著老人物理環境的變遷及家庭關係的改變，對老人及家庭都是一種衝擊，回顧國內外文獻，關於老人與家庭對機構安養的議題，多從老人與家庭兩個面向來探討決策歷程、觀感、生活適應與改變等議題。邏輯上看來，當長者入住機構後，照顧者理應會感到輕鬆，猶如Zari t與Whi tlatch (1992)追蹤99位照顧家屬，提出這群照顧者家屬在長者住入機構前後，對自己的角色評價與照顧負荷、壓力與安適，有明顯改善之觀點。又如Gold等人(1995)的研究亦提出相似觀點，經驗入住機構前後的家庭照顧者，其在機構介入後，除身體獲得改善而有較佳健康狀態外，亦有較好的生活品質。

國內研究也有相同發現將老人安置於長期照護機構後，並不代表照顧工作及責任的結束，而是另一段新生活的開展。主要照顧者描述中的新生活，內心仍是「百感交集」的「積極面對老人在機構的生活」(王文芳，2003)。

姚美華(1994)也在研究中指出入住機構後在家屬行為層面的有：1.進住機構後老年父母和成年子女的接觸仍十分頻繁；2.老年父母進住機構後和成年子女的代間互惠援助仍持續進行。

也有研究結果則指出，被照顧者入住機構安置確實使照顧者的生理或時間獲得舒解，但主要照顧者整體的安適狀態改變並不明顯，且有多數家庭仍呈現壓力感、罪惡感、失敗感與失落感等(Allen & Walker, 1992 ; Dellasega, & Mastrai n, 1995 ; Perel, 1998)，經驗機構安置後的變動，對於照顧者家庭而言，或是種轉機，亦可謂是種壓力，是有機會引致家庭危機。

文獻中發現將長者送至機構會引發主要照顧者經驗到關係的失落，失去某部份的自我，在照顧關係中，會將一部份的自我投入其中，透過互動及關係中的動力可以看見自己，而悲傷來自於過去某一切身份永遠消逝，卻也同時建立一個新的身份，這樣的失落不僅會發生於關係中，同時機會發生在任何情境之中所產生的身份轉換（趙曉薇，2013）。



第三章 研究方法

第一節 田野研究法簡介

本研究採用質性研究方法。選擇使用質性研究是因為，謝秀芳（2002）指出質性研究特性之結果；(一)自然的情境中蒐集描述性的資料。(二)強調現場參與者對歷程的關注。(三)採歸納分析統整的資料。(四)「意義」是整個研究的重點。Merriam(1988)所提出質性研究的六項特點為(一)關注於歷程，而不是結果。(二)主要興趣於意義(meaning)。(三)研究者是資料蒐集與分析的主要工具。(四)往往涉及田野工作(fieldwork)。(五)在性質上是敘述的(descriptive)。(六)就整體屬於歸納的(inductive)。Bogdan & Bikfen (2001)質性研究之特性，包括了下列幾項：(一)自然式的研究場域。(二)描述性資料。(三)對歷程的關注。(四)歸納性的方法分析資料。(五)了解不同的人如何建構他們生活的「意義」（引自謝秀芳，2002）。

田野工作（FieldWork）是文化人類學研究中最常採用的方法，直接進入研究情境，成為其中的一份子，「參與」其生活及各項活動，在自然情境中「觀察」所發生的一切現象，不事先做任何預想或假設，也不受周圍任何人士的干擾，所以呈現出來的景象不會受到扭曲，完整的捕捉到所有觀察情境。觀察方式有以下兩種：

一、完全參與式觀察（Full Participart Observation Study）：

在實地參與觀察時，研究者或觀察者的身分與其他人是一樣的，被觀察的人並不知道觀察者真實的身分，觀察者可以自然地和被觀察者互動。

二、局部參與式觀察（Partial Participart Observation Study）：

研究者可以完全參與整個研究場域或活動過程，不過需要對被研究對象表明研究者的身分；當然，身分的表明可能影響互動過程使原貌失真。

本研究基於研究倫理考量，研究者採用局部參與式觀察，讓受訪者清楚了解研究者身分，再搭配田野日誌一同分析，深度訪談資料為主，田野觀察資料為輔，

讓本研究藉此獲得收集完整資料，使所得的訪談內容更能真實呈現並靠近受訪者的內心感受。

第二節 研究對象

本研究採立意取樣，計劃透過半結構式深度訪談，蒐集長期照顧機構住民主要照顧者在親自參與照顧歷程中的所有感受，機構住民條件：入住長期機構至少半年以上。

本研究主要照顧者判斷選擇依據為：

- 1.機構住民的緊急連絡人、重大事件決策者。
- 2.最常探視機構住民之家屬。
- 3.機構住民經濟開銷的主要來源。若該住民費用為家屬平均分攤，需再符合上列條件任一項。

以上條件符合任一項即符合收案標準。

以下針對 22 位研究參與者及住民基本資料整理如下。

表 7 受訪個案及住民基本資料（研究者自行整理）

編號	性別	年齡	教育程度	與住民關係	住民年齡	性別	住民失能時間*	入住機構時間	失能狀況**	一週會客次數***	訪談次數
A1	女	58 歲	高職	母女	85 歲	女	3 年	101.07	10	5 次	3 次
A2	女	50 歲	專科	母女						2 次	2 次
B1	男	56 歲	專科	母子	89 歲	女	2 年	101.11	10	1 次	2 次
B2	女	52 歲	專科	婆媳						2-3 次	2 次
B3	女	78 歲	小學	母女						不一定	1 次
C1	女	64 歲	專科	母女	88 歲	女	9 年	100.09	10	5 次	3 次
C2	男	53 歲	專科	母子						2 次	1 次
D1	男	58 歲	專科	母子	85 歲	女	10 年以上	98.09	15	1 次	2 次
E1	男	79 歲	小學	夫妻	75 歲	女	4 年以上	102.08	0	7 次以上	2 次
E2	男	56 歲	專科	母子						2 次	1 次
F1	男	90 歲	小學	夫妻	91 歲	女	30 年以上	100.03	0	5-7 次	2 次
F2	女	65 歲	專科	母女						5-7 次	2 次
G1	男	86 歲	小學	夫妻	72 歲	女	15 年以上	99.10	0	5-6 次	3 次
H1	女	58 歲	專科	母女	82 歲	女	3 年左右	102.06	0	7 次	3 次
H2	女	55 歲	專科	母女						7 次	3 次
H3	男	52 歲	專科	母子						7 次	3 次
H4	男	49 歲	專科	母子						7 次	3 次
I1	女	64 歲	職校	夫妻	65 歲	男	急性病症	101.12	0	2 次	3 次
I2	女	35 歲	大學	父女						不一定	2 次

J1	男	40 歲	大學	母子	68 歲	女	1 年左右	102.03	25	3 次以上	3 次
K1	男	58 歲	專科	母子	81 歲	女	2 年左右	98.08	60	1-3 次	3 次
L1	男	56 歲	專科	父子	83 歲	男	10 年左右	100.01	10	5 次以上	2 次

備註:

*1.住民失能時間是依受訪者提供填寫

**2.失能狀況（巴氏量表）由機構護理人員評估，評估日期 102 年 09 月

***3.會客頻率以週為單位，以一週實際會客次數統計，超過 7 次以 7 次以上紀錄。

本研究共計二十二位研究參與者，係為居住於登記立案養護機構住民之主要照顧者，表 8 為本研究之受訪者與住民相關基本資料整理，由資料中顯示，受訪者中男性 12 位、女性 10 位；照顧關係以子女照顧者為多，包括 9 位兒子，8 位女兒，1 位妻子照顧者，先生照顧者 3 位、媳婦照顧者則計 1 位；年齡則介於 35 歲至 90 歲，平均年齡為 56 歲；教育程度則為小學至大學皆有。

在機構住民部份，其中男性 2 位、女性 10 位；最年長者 91 歲、最年輕者 65 歲，平均 80.3 歲，罹病以腦血管神經病變或中風、失智及肺炎等，老人失能絕對臥床兩位，其餘可輪椅協助下床活動，其中兩位可在輔具協助下行走，而罹病時間介於兩年至四十年以上之間。

以下將以住民和非正式照顧者照顧歷程及田野觀察互動情形簡單介紹：

A 家庭：尿道感染炎出院需安置，因躁鬱症反覆發作，曾申請外籍看護工被虐待，之前曾住過它間機構。主要照顧者 A1 每日探視。A2 假日探視，案子會在兩妹妹要求下探視。A1 每天會自備伙食，午晚兩餐，並會替其他住民準備小點心，表示準備這些吃的理由，是因為要替這些很少有人來看的(老菩薩)，有一點飲食上的變化。和母親講話時撒嬌。對工作人員會明白的提出，希望多與照顧的要求。母女互動微妙。主要照顧者 A2 來時住民明顯心情佳，有時住民會和工作人員表示想她，要求工作人員打電話給 A2。家屬住民互動為家屬說話，住民沉默，但案子來會客時，住民會在臉上露出笑意。兩位女兒互動佳，有明顯依附情形。兩

位對於住民偏心（兒子）皆有意見，也會當住民面前開玩笑式提出，或和工作人員抱怨此事。

B 家庭：患有失智症，近兩年左右明顯失智症狀干擾，造成同住家屬（B1；B2）照顧上困擾，但非同住家屬（B3）不願將其送至機構，後親身參與照顧後發現瞭解，家人已無法維持住民生活照顧品質，所以同意送至機構。家屬之間互動可，長幼有序彼此尊重，探視頻率一週至少 2 次以上。

C 家庭：患有帕金森氏症、老人精神疾病，有幻聽、妄想症狀，入住機構前住小兒子 C2 家，十幾年前，家屬常聽住民抱怨和鄰居相處不佳（表示晚上鄰居吵鬧），造成住民晚上睡眠差，案女 C1 出面協調請鄰居幫忙，但住民表示仍未改善，後來甚至更換住處，但半年後又再發生同樣症狀，後來有人建議精神科就診，才發現是罹患精神疾病，C1 訪談表示發現的太晚，沒想到是這個原因才會耽誤，因生理機能退化（無法自行行走），家屬討論後，共同決議送至機構，家屬間互動佳，彼此支持體諒，認同彼此間照顧行為，若遇醫療決策或一起討論決定。

D 家庭：罹患糖尿病、帕金森氏症、老年精神疾病，家中照顧困難，因為需要施打胰島素，且對家中成員有妄想，對其會有攻擊行為（媳婦），主要照顧者困擾，且家中也有長輩於機構安置，對接受機構安置無負面印象，探視頻率一週一次，家中親戚多在南部，故多為案子探視，協助處理照顧需求。

E 家庭：罹患糖尿病、尾骶骨及左腳趾大範圍壓瘡（10*5*3 公分），家屬表示照顧上需專業技術，故選擇入住機構，案夫對住民關心，對住民照顧非常有耐心，建議學習了解相關照顧技巧，有動機但缺乏信心，怕自己不小心對住民造成傷害，只願在一旁觀看，會不時詢問表現出好奇心，對住民要求順服，皆會配合滿足需要。認定入住機構只是暫時不得已的選擇，等住民病況穩定（傷口癒合、不需鼻胃管灌食及施打胰島素）只需單純的一般生活照顧，就要將住民接回家中自己照

顧，沒有請外籍看護的計畫，案子對住民也有同承諾和照顧計畫，家屬一致認為機構只是暫時安置，協助提供專業照顧的場所。並非住民終老之地。

F 家庭：罹患糖尿病、中風、貧血多年，家屬們幾乎每日探視，兩人會討論住民當日身體狀況。女兒 F2 探視會依照住民當日和他互動情形，自我判斷母親身體情況，當住民較嗜睡時，或喃喃自語無法與其溝通時（她今天不認得我），會面露焦慮淡淡哀傷，但是言談中會自行猜測可能原因並與合理化，可能是想睡或是會詢問照顧服務員，自己未探視時住民精神狀況。對工作人員主動關心(言談中)，有時會買餅乾小點心水果，分送工作人員，當住民當日和其有互動，如叫媽媽會轉動尋聲音或是住民唱歌，心情就非常開心。有時因家中有事而無法探視會有明顯愧疚感。

G 家庭：患有高血壓、癲癇多年，99 年因腦中風住院，出院後因身材緣故，案夫 G1 年邁不方便照顧，醫院轉介至本中心，G1 時常至中心探望住民，有良好的家庭支持系統，但主要照顧者的溺愛，讓住民養成被動且極度依賴他人的情況，如果住民有需求，工作人員無法立即滿足他的話則會以裝哭的方式，博取他人注意力或憐憫，主要照顧者 G1 有時無法了解住民要求時，也會露出挫敗的表情。G1 會於探視時協助簡單照顧工作，如拍背自稱「打老婆」、聊天等，幾乎每日探視，表示自己一人獨居，若不來機構就一人在家，沒事做，來機構還可以和工作人員、住民及其他長者聊天，這樣時間過得比較快，每天回家時和工作人員打招呼說「下班囉」，若隔天不能來機構，如要看病、領藥，會和住民及工作人員「請假報備」。

H 家庭：帕金森氏症多年，多位家屬可同時停留在住民單位，彼此之間都知道對方會來機構，不會刻意錯開時間，若有需疾病決策，也會互相討論，並已討論方式做出結論，住民就醫領藥皆由 H4 負責，但是詢問討論住民病況時，兩位女兒 H1、H2 會自動接話，分享入住機構之前的照顧經驗，之間家中其他成員(家屬子

女間)互動情形也頻繁，和工作人員互動有禮，會主動問安表達關心，陪伴住民時會坐於床邊協助擦乳液，用家鄉話聊天(大陳島話)，當工作人員聽不懂時會協助翻譯 H3，但家中成員偶會因翻譯有出路，而出現開玩笑式的吵鬧，但不會真的生氣。

I 家庭：急性腦病變導致需專業照護，因事發時間急迫，且家中無人理可以提供專業及長時間照顧，並需要多項專業設備如特製病床、氣墊床、氧氣抽痰設備等，I2 雖為專業護理人員，但是已婚，居住於外縣市，判斷後與家人討論，即協助入住機構，因事發突然故家屬於入住前期（半年）皆處在震驚期，工作人員可以明顯感到家屬的照顧壓力及適應困難，但因家庭成員之間，彼此支持系統功能佳，半年後可以看到成員間皆以適應協調，並重新尋找到平衡點。

J 家庭：糖尿病、肝硬化、腹水，無病識感，不願配合服藥接受治療，和非正式照顧者 J1 互動關係緊張，常因對疾病治療意見相左而引起爭執，此次堅持讓住民入住機構，是因為住民於家中因食道靜脈曲張，引起大量吐血，主要照顧者接到電話，趕至住民住處（獨居），卻因住民吐血倒地，已無力協助開門，只能在門外看著住民倒在血泊中，雖然無法開門，但也不敢離開，只能擔心無助的等待救護車來到。這次經驗造成主要照顧者很大的內心衝擊，也是其堅持將住民送至機構接受照顧的原因，住民家中人口單純（住民、一女已婚旅居國外、一子即主要照顧者 J1），但其姊對於主要照顧者將其送至機構決定不太能理解接受，有時也會和住民一同質疑 J1 決定，其妻子和住民互動也不佳，無法帶回家同住，家庭支持系統功能差。

K 家庭：帕金森氏症、失智症、老人精神疾患，入住機構前和先生共同居住，後因先生中風需要專業照顧，主要照顧者 K1 評估其年紀也大了，就一起安置於機構，方便一同照顧探視，K1 言談表示，對住民的照顧是一種盡責任或是解釋為「互惠」關係，因為住民已將房產過戶，給 K1 和其子，所以多用「總不能拿了

東西就不管」來解釋自己的照顧行爲。但觀察發現主要照顧者並非單純探視，還是會顧及住民要求希望的滿足，如帶小點心、水果或住民之前愛吃的食物。

L 家庭：中風十幾年，之前在家中曾使用外籍看護工照顧數年，但是後來看護工逃走，短時間無法再申請，故選擇機構照顧，主要照顧者 L1 每日下班皆會置機構探視，停留約 30~45 分鐘，和住民用家鄉話聊天，聊天內容多討論今日發生事件或新聞時事，家人之間互動可，但是對於住民身體狀況有變化時會責備住民，未好好配合機構照顧才會如此，觀察父子關係有角色逆轉現象。

第三節 研究工具

電腦、紙筆、相關錄音器材（錄音筆）、研究者本身為研究工具，本研究中研究者即是資料收集者，事前充分練習訪談技巧和資料分析能力，具備護理專業背景，工作經驗為醫療場域（精神科 3 年，神經外科、整形外科 7 年，急診單位工作 7 年），現服務於長照機構擔任護理人員，與年長者及主要照顧者相處接觸有相當經驗。在研究所就讀時修習質性研究、諮商倫理及老年社會學相關課程，研究者亦為本研究中住民所居住的長照機構工作人員，和受訪者皆為熟識，並在日常工作中已和受訪者建立信任關係。陳向明(2000)指出，若研究者與研究參與者皆屬同一個文化群體，有類似的價值觀及生活經驗時，更容易近入研究參與者所處的世界產生共鳴。

第四節 資料蒐集

本研究資料的蒐集，首先除了閱讀國內外相關文獻、期刊外，最主要還是來自質性研究的文本資料蒐集，三種方式：(一)觀查法；(二)錄製法；(三)訪談法。在此文本資料的取的過程中，以半結構式的深度訪談，引導啓發受訪者自由的思考，開放性的提問，讓受訪者能將實際的心裡感受充份的表達。

「深度訪談」是最常見、也是運用最廣泛的資料蒐集方法（陳玉娟，2006），因此，爲了能將受訪者的感受真實地呈現出來，也爲了資料的正確性，在訪談的

過程中經受訪者同意下，以全程錄音的方式來進行，並於事後進行逐字稿的謄寫(附錄三)來建立文本資料。

研究進行方式，先與本次研究長照機構負責人聯繫取得同意達成共識，取得同意書後，藉由平日工作接觸發現適合參與對象後，先與受訪者建立良好關係，在針對此次研究主題做更進一步訪談，訪談皆會經受訪者同意且填寫同意書，計劃每位受訪者皆至少一次以上深度訪談。實際會談次數依個別情況增加調整，會談次數，依照所收集資料是否達到飽和為主。訪談進行全程錄音，進行過程中，研究著隨時思考、反問，若發現有語意不清或疑惑之處，再深入詢問，並釐清受訪者所要表達的原意，但隨時做自我提醒保持研究立場中立，不做出暗示及引導。而訪談時受訪者語言的、非語言的、口語的、肢體等，所透露的訊息全部記錄在逐字稿中，在訪談結束後，儘快的謄寫。

訪談的時間和地點皆由受訪者決定，注意隱私。受訪時間：依照受訪者選擇時間每次會談，如會客前後，需選擇並避開住民主要作息時間（如用餐等），可減少受訪者分心干擾。讓受訪者皆能自在輕鬆的表達，採用半結構式問題讓受訪者隨著自己的感覺思緒自在的敘說，再加上研究者於工作中的田野觀察記錄豐富視野，讓本研究藉此收集資料使所得的訪談更能靠近受訪者的真實感受。

半結構式的訪談大綱如下：

- 1.讓長者入住機構的決策過程。
- 2.長者入住機構後覺得家中情況的變化。
- 3.覺得自己會成爲主要照顧者的原因。
- 4.任何想分享的照顧心情事件。

第五節 資料分析

資料分析要深入，由描述的層次提升到理論分析的層次，除了根據自己的經驗加以反省外，還要與既有的理論對話（畢恆達，2005）。也就是與田野工作的經驗與情

緒保持距離，才能指認出什麼是重要的與不重要的資料，知道該去看些什麼，不再受既有的文獻所拘限，把資料轉化成概念，也就是進行資料的編碼，以形成主題。

換言之，研究論文的撰寫不能僅停留在對現象的具體描述，而應提出一些分析性的概念，這些概念的建構來自於田野的經驗資料。Strauss 與 Corbin 稱這樣的能力為「理論觸覺」(theoretical sensitivity)一種能由繁瑣資料中去蕪存菁，指認出什麼是重要的與不重要的，而且能賦予重要重要部份意義的一種能力(引自畢恆達，2005)。

在田野環境參與觀察一段時間後，研究者會收集到大量繁雜的資料，為了將這些資料加以分類建檔，凸顯出田野資料具有的意義組合，就必須借助一些分析策略才能達成這種功效。如何進行資料的分析、編碼，從中發現有意義而切題的概念，所使用的技巧包括對資料問問題，確認受訪者所說的話、片語與句子的用意，以及平日的廣泛閱讀、對生活經驗的反省等(徐宗國譯，1997 ;畢恆達，2005)。

王文科(1994)根據分析特別指出以下五項：

- (一) 以觀察自然環境中的行為，為直接的資料，且以研究者為蒐集資料的主要工具。
- (二) 以蒐集描述性的資料為主。
- (三) 研究進行中關注過程與成果。
- (四) 採歸納方式分析資料。
- (五) 研究中關注的重點在於「意義」。

本研究中研究者即為研究工具，資料的來源均為研究者一人，親自對受訪者的觀察及訪談所得，所以能收到受訪者的真實感受及照顧經驗。此外，本研究也透過指導教授督促討論，以確保分析資料的一致性。

表 8 資料編碼介紹

編碼	代表意義
A1	代表 A 住民的第一位主要照顧者
A1-1-01	代表 A1 第一次訪談紀錄中的第一段

A1 田 1030101-1

代表研究者在 103 年 1 月 1 日對 A1 田
野觀察紀錄第一次

資料來源：研究者自行整理。



第六節 研究倫理

倫理考量應始於研究設計同時，倫理考量應注重人性尊嚴、自主性、隱私性和保密性(吳淮平，2005)。因此，本研究將採下列措施以維護研究參與者之權益：

一、自由參與

在訪談邀約上，皆由研究者透過詢問方式，向受訪者取得受訪意願，故研究參與者皆為自願性參與。

二、知後同意

研究者針對研究目的，進行方式與時間，及研究結果之用途，已向研究參與者詳細說明，並請其簽署一式兩份之「研究參與同意書」（見附錄二）後，始進行研究。

三、不對受訪者進行誘導式提問

為使受訪者不受研究者的觀點所影響，本研究採半結構式訪談法，訪談過程中，由研究者先行提問，再由受訪者將其親身經驗完整陳述，研究者僅於需進一步確認或需要延伸探討的部分提問。

四、忠實呈現訪談內容

由於受訪者的訪談內容將引用至文本中，為避免曲解受訪者原意，故原則上對於受訪者的陳述內容不予更動，僅於贅語（嗯、啊、喔）、口頭禪等，不影響內容的部分稍做刪修潤飾。

五、保密

研究者針對訪談所得資料務善加保管、僅提供研究團隊(包括指導教授、口試委員)進行分析討論，並於論文撰寫引用這些資料時，將謹守研究倫理以匿名方式呈現，以確保研究參與者的隱私權。

六、資料取得及所有權

研究者於進行初次訪談之前，會先說明研究參與者的權利，並就疑慮予以澄清。尊重參與者針對資料提供、引用之權力，並於研究結束後，將訪談錄音檔與逐字稿銷毀，絕不挪作他用。



第七節 研究嚴謹度

質性研究的嚴謹度，是指進行研究的過程應極審慎，方能使研究結果令讀者關注，研究發現足為他人採信。本研究的嚴謹度以真實性（true value）和一致性（consistency value）標準測定。

一、真實性（true value）或稱確實性，與量化研究的內在效度意義相近，是指質性研究研究資料真實的程度，是否真正的得到所研究對象的真實經驗。

本研究資料整理分析的過程為，將錄音檔謄打成逐字稿，並搭配訪談日誌，將受訪者在過程中的非語言行為進行加註與補充，同時不斷的整理及反覆的閱讀文本，再從文本資料中分析研究參與者對於訪談主題的想法，將這些與研究主題相關的資料與概念註記在文本資料旁，透過資料不斷的比較、整理、歸類與分析。

二、一致性（consistency value）即信賴性（dependility）也就是穩定性或恆定性，其與量化研究的信度（reliability）意義相近。

Erickson (1986)即指出，質性研究者應具有專業素養的主觀(disciplined subjectivity)；Peshkin (1985)亦提出類似的理念，而稱之為馴服的主觀(tamed subjectivity)，意指研究者必須反省自己的主觀價值，及其對於研究過程與詮釋角度之影響（引自丁雪茵、鄭伯壘、任金剛，1996）。

第四章 研究結果與討論

第一節 艱難的選擇----入住機構的決策過程

由受訪者提供的資料整理出影響入住機構決策的過程，研究者分析整理出（一）能力因素（二）設備因素（三）有力未逮作為討論方向。

（一）能力因素

將針對住民生理機能退化對非正式照顧者決策過程造成影響做出分析討論。能力因素造成的影響為，因被照顧者的生理功能退化或是疾病引起的失能，而非正式照顧者已無法提供長者所需的照顧項目。

一、非正式照顧者已無法提供失能長者所需的照顧服務

Montgomery 與 Borgatta(1989)特別是年老的病患，一旦身體功能情況日益嚴重需要大量照顧，且照顧者無法負擔時會傾向將被照護者送到養護機構。所以當被照顧所需照顧已超過主要照顧者能提供時，家屬會傾向將其送至機構安置。

「那時候就是褥瘡啊，不知道怎麼搞到在醫院越睡越大（傷口範圍），後來竟然還沒好，就要我們出院，護士叫我們要學怎麼換藥，我們怎麼學的會啊？要我們用紗布塞進那個洞（傷口），看都怕了怎麼學，醫師說那你們就送去給人家照顧好了，人家介紹就來這裡了。」（E2-1-05）

「要出院了醫師說鼻胃管不能拔，回家吃東西都只能從這裡灌，在醫院是有學哪但是，年紀大又緊張，手一抖空氣又跑進去，小姐說空氣跑進去不好，越這樣想越緊張，小孩說就送來請人（照）顧啦。」（E1-1-01）

「當初會希望這麼快就要住進機構，就是希望能夠讓媽媽和哥哥能早點回家休息，讓他們能盡快回復到原來的生活，她們都很辛苦，而且媽媽的身體也不好。」（I2-1-01）

「媽媽之前在家都是請外勞在顧，已經請了3個了，白天就爸爸和外勞，我每天都去查看，有時候爸有事，我就待久一點，但是2年多前突然就不會走路、全身無力，嚇死我了，趕快送到醫院，醫師說要住院，但剛好那時的外勞生病了，也要住院，結果我一個人要顧兩個。後來想想爸爸也老了，和家人討論，醫師也建議那我們就開始找機構，有人介紹了這一家，我們來看很乾淨也很新，從我家到這裡也只要幾分鐘所以出院就住進來了。反正爸爸和我就來會客就好，反正交給你們我很放心。」(F2-1-01)

「現在爸爸住的機構雖然離家還是有一段距離，但是可以坐捷運，而且有認識的人幫忙看者我也比較放心。」(H2-1-09)

訪談中多位受訪者表示(A1; E1; E2; H3; I1; I2)，覺得住民住院期間症狀並未改善，就要求辦理出院，這些受訪者覺自己可能無法接手照顧工作，擔心自己無法提供家中長者所需「專業」照顧，且出院的催促迫在眉梢，故當醫療人員提供或住院期間看護介紹的長照機構，就成了家屬在這危機時刻不得以的選擇。

「醫院人員告知若確定診斷就要出院，護理人員是有幫我們建議安排一些護理之家。但是都是桃園附近，我家住在汐止，媽媽和哥哥要來看爸爸，都很不方便，而且如果確定診斷這是法定傳染病，不知道機構會不會不願意收。」(I2-1-06)

劉愛嘉(2000)指出因健保使用DRG，對主要照顧者造成之影響，現在健保使用DRG(diagnostic related grouping)的給付方式，以每一個病人所罹患疾病為單位，給予醫院固定的點數，導致了醫院開始降低病患停留在醫院的時間及超出給付的醫療治療，這樣的結果使得在醫院治療的老年病人過早出院，相對照成更快的再進入醫療或進入養護機構。

二、家庭居住環境設備無法滿足被照顧者需求

被照顧者因年齡或是疾病引起的失能狀況，造成特殊醫療設備的需求，讓主要照顧者就算有心，也無法繼續提供居家式照顧。

「來這裡之前都是住我們家，但是我們是舊公寓大樓，沒有電梯，之前還可以走路，慢慢牽著走還好，後來沒辦法，每次看醫生要背上背下（五樓）。現在這樣買房子（沉默），貸款是已經付完，但是（沉默），後來大家討論就住送進來了。」（C2-1-02）

「這次住院醫師說回家是可以不用氧氣，但是最好準備著，已備不時之需，還有痰多要拍痰，如果咳不出來要用抽的，要我們學，我們看都不忍心，這些設備要怎麼準備，（大家）討論後乾脆先住進來好了，等穩定一點再看能不能帶回家。」（H2-1-02）

「不料在民國 00 年 0 月 0 日又中風，即刻送醫院治療，病情穩定後，醫師告知，已無法恢復，只有回家療養，但內人已不能行動，家中的設備，不適合再回家就養，便叫小兒子去找一個好的安養中心。」（G1-1-06）

從上述的訪談資料得知，在照顧提供上並不是單單只有技術提供方面的困境，有時專業照顧設備或無障礙空間和輔具的需求，也是造成失能長者入住機構的原因之一。

（二）心理因素

這個段落要討論的是影響入住機構的心理因素，研究者將心理因素廣義的界定為一、被照顧者的心理狀況---罹患精神疾病；二、主要照顧者的心理感受做為討論及分類方向。

一、被照顧者心理狀況---罹患精神疾病

「這兩三年症狀特別厲害，那時她還會走路，不能讓她自己一個人在家，她有時候不知為什麼會躲起來，房間、櫃子裡，她又小小的，每次看不到（婆婆），我就一個個房間、櫃子打開來找。有一次怎麼也找不到，房間、櫃子都沒有，找

了好多時間，我都急得要哭了，都想打電話給我老公，就想如果再找一次沒有，我就要打電話給我老公，後來妳知道在哪找到？她躲在我小叔床上的棉被堆裡，全身蓋住，只露出眼睛，我問他剛剛看到我進房間為什麼不叫我？我剛剛叫你什麼妳不應？她不說話，也拿她沒辦法。」（B2-1-05）

當照顧者在接受老人漸為失能者時，意味老人將因健康的限制而無法如同往常般分享生活與彼此，主要照顧者恐將因依附關係的失落而難過。B2 分享了很多無力的照顧經驗，表示還好有自己家裡的經驗（爸爸），所以遇上婆婆也罹患失智症時，比較知道如何應對。後來和住民 B 互動時就像「哄小孩」，但是先生(B1)不太能接受，之前在家中照顧時有時也會因住民 B 的「無理取鬧」而生氣。

Wilson（1989）研究中指出發現失智症年長者家屬將個案送至機構而產生階段三階段因應過程為嘗試照顧、努力因應及結束照顧（try it on、going through it 及 turning it over）之結果相同，可以算是一種逐漸放棄照顧的過程。

「先生有時候回來看到她這樣（鬧）會生氣，甚至有時忍不住會罵她，我就會勸他，她就是病了啦，和她生氣有甚麼用？但是他不能接受。有一次我在家看電視，看到公視在播失智症的紀錄片，好像叫遺忘的時間，不記得詳細的名字叫什麼，等他洗澡出來，我假裝轉到叫他看，看完後好像他也就比較能接受了。」（B2-1-07）

照顧老邁親人亦可能因喪失自顧能力而沮喪，卻常以不合作、不合理的要求、火暴脾氣..等方式抗拒，讓主要照顧者窮於應付，又感無限無奈（黃瓊儀，2013）。B2 很有智慧的運用技巧，讓先生 B1 知道住民 B 的心智狀況是因為生病了，已經不是之前厲害能幹，能一肩扛起的所有事的媽媽，觀察發現 B1 每次會客時，都還是會希望能從這樣的身體裡，看到被失智症禁錮的媽媽。

「我是 000，知不知道？是 00 啊！」（B1 田 10301-05）

這是每次會客的開場白，總是從雙方身分的確認開始，會客當天的氣氛，也會因答案的正確與否決定，住民搖頭說認不來或是認錯，總是換來後續一連串的

「澄清」和「自我介紹」。試想要有怎樣的心態和能量，才能支撐主要照顧者在家中照顧這「最熟悉的陌生人」。

Townsend, Noelker, Deimling, and Bass (1989)的研究發現,對照顧者而言,照顧者當時的情境比照顧時間的長短更能影響照顧者心理上的壓力(引自)

二、非正式照顧者的心理感受

在家庭內的照顧，照顧者和其他家人對照顧形式及認知上的差異可能會產生歧見，被照顧者狀況的嚴重性及需求上的認知，也會因不同的親人對被照顧者所注入的關注及重視程度而有所不同(陳玉娟，2009)。

「我那時候從美國回來，就到弟弟家和他們一起住，弟弟平常都在新竹上班，假日才回來，他說上班很累回來晚上還要擔心媽媽晚上都不睡，站在陽台叫喊，他們說快受不了，要送進來(機構)，當時我想我和她一起睡，看看會不會好一點，到晚上她要起來，我就再把她按下去，拍拍她，讓她繼續睡，但是顧了兩個禮拜我也沒辦法了，腳都不舒服，我想那也就只能把她送進來了。(哽咽)」
(B3-1-01)

住民 B 的家屬 B3 因為長年旅居美國，表示媽媽很年輕時就守寡，一人帶這麼多小孩卻沒有「改嫁」，一個人辛苦工作扛起一家，講到激動處會頻頻拭淚，和研究者道歉表示對自己的「無法控制」感到抱歉，表示對於當初沒有「拋棄她們」的媽媽，現在卻不得以把她送入機構，感到心痛。一開始對於其他家人建議送至機構的決定原本不諒解，訪談中也分享了當時因住民 B「真的」無法顧全所有小孩，而將大弟(B1)送到學校住宿，50 幾年前「拋棄」經驗，雖然身為二姊，但自己也是小孩的無力，和這次回憶(一年前)將媽媽送到機構，也是因為自己感受到，身為大人了但是還是「無力」照顧保護心愛的家人，對於親身參與照顧後，理解弟弟和弟媳的辛苦後，而同意將媽媽送自機構的決定。

「那時候爸爸住在醫院的時候媽媽和哥哥就住在病房陪著照顧，我每次去看都覺得很捨不得，媽媽為了祈求爸爸身體好轉，一直堅持吃素，很擔心她的身

體，而且爸爸灌食都是媽媽和哥哥在做，連半夜都要起床灌食，還被護理人員說灌得不正確床抬得不夠高角度不夠，看到媽媽和哥哥很疲倦的樣子。很心疼」
(I2-1-06)

「照顧者評價」源自於 Lazarus and Folkman (1984)的學說,他們認為「評價」(appraisal)是個複雜的認知過程,可以決定個人對事物的情緒反應。評價是一個情緒的決定因素, 虛評價過程中,它是快速、依直覺的自動發生,直接反映了想法.,有證據顯示,與評價有關的過程,會形成他們遭遇到事情的反應.此外,情緒的回應,事實上是具有特異的。(引自) Lawton 等人(1989)則認為「照顧者評價」是對潛在壓力源及調適的有效性做認知及情感上的評價與再評價. 評價範圍包括主觀的負擔(subjective caregiving burden)、照顧親人的衝擊(impact of caregiving)、照顧上的熟悉度(caregiving mastery)、照顧親人的滿足感(caregiving satisfaction)、傳統上對照顧觀念的看法(traditional caregiving ideology)。

(一) 主觀的負荷主觀的負荷是指照顧者身體上不好的健康狀況和,口面感受+像」是沮喪、憂鬱,疲倦,擔心乙罪惡感等(Lawton, 1989),其中憂鬱是最常被提及的(劉雪娥, 1992).由於照顧者的心理及生理皆會受到照顧家中病患而影響,故確實需要具體的去評估照顧者的身心影響情形.

(二) 照顧所帶來的影響

指照顧家中病患後,所受到各方面的影響(Lawton et al., 1989).像是鱗上的困難、限制個人與家庭的社交生活、生活作息的改變、限制就業能力與意願、影響家中空間運用等.

(三) 照顧上的熟練度

此一部份可用來使照顧者了解個人對照顧上熟悉的程度,藉此可以讓照顧者肯定自己的能力.

(四) 照顧所帶來的滿足感

照顧者在照顧家中病患時，可以藉由一些較愉快的照顧經驗，來累積對照顧親人的正面情緒，像是成就感、滿足感等(Lazarus and Folkman, 1984).

家庭照護功能的無力維持，雖然嘗試改變了照護策略，家屬仍無法勝任繁重的照顧工作，長期的冗重負荷仍無法獲得紓解，加上某些失能的老人需要較高護理專業技術的照護，家屬體會到在這個層面上家庭照護的無能為力。

「媽媽又生病(婦科癌症)也不方便照顧，哥哥要照顧家顧媽媽再顧爸爸，太辛苦了，而且媽媽也擔心若是我帶小朋友要從 00 回到台北，也要有地方住「我也不敢讓夫家這邊知道爸爸是這個病，怕他們不理解害怕，而且小孩子也不懂阿公現在這樣(此疾病常有抽筋癲癇發作)，沒讓他們去會客怕她們會害怕，但她們是阿公帶大的很想看看阿公，但現在這樣…(沉默)」(I2-1-08)

「當初會希望這麼快就要住進機構，就是希望能夠讓媽媽和哥哥能早點回家休息，讓他們能盡快回復到原來的生活。」(I2-1-09)

研究者亦發現，年長者的急性發病或意外事件，會加速入住機構決策動機，研究文獻指出若家屬是因此原故選擇入住機構那會是震驚又無助的選擇。本研究亦有此發現，故長期照顧機構工作人員也需瞭解此現象，提供關心陪伴家屬渡過。

多數受訪者仍提到因親情感情牽絆仍會感到擔心而帶來壓力。Townsend 研究指出家屬在做決定是否將父母或自己的老年配偶安排入住機構時仍有 52% 的子女，以及 89% 配偶，相信這是他們所面對過最困難的問題與抉擇(引自 Johnson, 1990)。對配偶而言，於照顧 25.7 個月之後上升，老年妻子照顧者通常對自己會有負面的自我概念，且深感無力、意沮喪。有時也會出現隱藏在背後的怨恨和憤

怒情緒。顯示主要照顧者照顧個案達兩年左右是一個決策的重要關鍵時刻 (Montgomery & Kosloski, 1994)。

「我受不了了，我不要上班上到一半接到她的叫我做什麼作什麼，最重要的是，上次接到電話聽不清楚再講什麼，又不敢不去，去了發現她吐血倒在客廳地板，連開門的力氣都沒有，我又因為才和她吵架把鑰匙還她，……（沉默）」
(J1-1-06)

這段經歷是促使 J1 堅持出院後，就一定要將其送至機構的主要原因之一，詳細的過程也是研究者和 J1 相處一段時間，透過多次交談，J1 才能平靜清楚講述將此次事件還原，可想而知這次的事件對 J1 造成多大的心理壓力。

Janis & Mann (1977) 的文獻中首度提到當主要照顧者做決策時的心理壓力會影響是否能做出理智的決策，此情緒反應加重決策的困難，由於主要照顧者未預期年老家人需要接受機構照顧，在缺乏準備加上疾病與住院的危機下，想必是一個震驚又無助的決策過程，由於此時常處於情緒複雜交錯，因而可能影響主要照顧者做出判斷。

綜合以上資料分析，發現每一個家庭將長者，送入機構的原因都不盡相同，而且有時生理因素和心理因素皆同時發生，可以得知選擇入住機構照顧的照顧歷程每位皆不同故無法一概推估。

第二節 長者入住機構後主要照顧者的變化

本節將針對主要照顧自訴長者入住後，自己所感受到的變化，研究者原預依照生理和心理分類整理，多次仔細閱讀文本發現，「身、心」是無法清楚切割，彼此影響互為因果，所以將做綜合討論。

一、主要照顧者的照顧壓力，並未因家屬入住機構而得到完全紓解？

訪談過程發現大多數受訪者，聽到此問題多半回應有改變，但請詳細說明改變之處，卻又無法明確指出，或是「答非所問」的講述其他事件，因基於研究

中立立場未多做引導，但之後整理訪談和田野筆記資料，並反覆閱讀文本後發現，這些看似「答非所問」的答案，卻恰巧可以做為主要照顧者生活或心理上的變化依據。

「我去報名補校，想要去學電腦，之前要請小孩教我，他們都說不要，說什麼看電腦對眼睛不好……，我現在學打字打得很慢，兒子說我是一指神功（臉上滿是笑意）。」（I1-2-03）

「小姐，我0月要回家，回老家計畫要去二十幾天，已經叫小孩買機票了，到時候就交給你啦，我有告訴兒子還是要來看，有事你就打電話給他，他們會處理。」（G1 田 1030402）

「這是桂林特產吃看看，我這次和朋友去玩7天，全團只有我一個年紀大的爬上去看……（比手畫腳開心講述）。」（F1 田 1030302）

研究者在田野觀察中發現，隨著住民入住機構時間增加，主要照顧者對機構信任感增加，或是感覺住民適應良好、生理狀況穩定，則會開始為自己安排活動計畫，在談話中講述生活中的新發現，和工作人員聊天的話題，也從詢問住民在機構的狀況，多加了自己的生活感受，談話內容的主角，由住民變成自己。

將住民安置於長期照護機構後，並不代表照顧工作及責任的結束，而是另一段新生活的開展。（王文芳，2003）。照顧者鮮少不是多重的角色扮演，訪談中發現入住機構後主要照顧者所感受壓力負荷並未感到緩解，部分受訪者表示體力（身體勞動性）或是時間自主性部分壓力來源稍感改善。

「媳婦要坐月子，我來看看要回去，要記得多注意……（交代工作人員），我下午有空的話還會再來。」（A1 田 1030502）

研究者發現受訪者中有多位是習慣於家庭中擔任「照顧」角色（A1；B2；F2；I1），當之前花費最多照顧對象，入住機構後，則會再擔任或協助家中其他有照顧需求成員，延續照顧者角色。

姚美華（1994）在家屬行為層面的發現有：1.進住機構後老年父母和成年子女的接觸仍十分頻繁；2.老年父母進住機構後和成年子女的代間互惠援助仍持續進行。

「住民F有氣喘所以F2覺氣候變化時，就會增加探視（由一天至少一次增加，如早上一次傍晚一次，或打電話）。並會主動向工作人員解釋增加探視原因，再次強調自己很信任機構，但是就是要看一下才放心。」（F2田1030201）

「生老病死的歷程，無人倖免」的道理，但在面對自己生命中，看見病痛折磨親人的時候，照顧者卻如身陷陰霾，無法釋然。過去的文獻中也有相同現象描述（王文芳，2003；吳淮平，2005）。

朱偉仁（2011）發現主要照顧者於安置機構地點選擇方面：發現主要照顧者通常會選擇離自己居住地點較近，或是探視方便的在地長照機構安置，便於探訪裡得到支持減少被家人遺棄感受。

A1 受訪者表示因為媽媽和嫂嫂有婆媳問題，媽媽長期生活在驚嚇、漫罵造成精神狀況問題（罹患躁鬱症），感到心疼故和 A2 討論後接至家中同住，但是此時媽媽的精神狀況，在趙故出其選擇了家庭式看護工方式，但隨著精神症狀愈加嚴重，讓同住一起的家人（兒子）都感到難以承擔照顧責任，進而考慮選擇機構式照顧。

「媽媽到家中住，雖心情上有所平靜穩定些，但其精神的憂慮躁慮之症卻未能完全痊癒，未了給她完善的生活環境，我們也曾申請外傭到家中協助照顧她陪伴她，前前後後大約 4-5 年，但是媽媽的性情後來（改）變很多，常無理由的生氣，發脾氣罵外傭、說髒話，甚至常三更半夜中吵著要出門，若是不順從她，她就鬧撞牆門，搞自戕，傷害自己的身體，乎天喚地的哭鬧不休，搞得家裡兩個兒子無法睡眠，常和我一起陪伴、監視著阿媽的行為舉止，直到我媽媽疲倦了，回床休息為止。」（A1-1-03）

「如此的日子過了4~5年，我們時在無法招架下去，一聲也束手無策為有開立藥物控制而已，偏偏外傭回印尼後也不願再來，此時兄妹間又再一次的協商，最後只好將媽媽送往機構交由專業人員協助照顧。」(A1-1-05)



第三節 認得我嗎？非正式照顧者的角色重新定位

一、我是誰？非正式照顧者的自身定位

非正式照顧者皆自覺會成爲主要照顧者具有重要意義。

顏雯君(2011)主要照顧者在照顧年資越長，其在「自我肯定」的幸福感越低。研究推估可能是被照顧者健康狀況未改善甚至惡化，讓主要照顧者懷疑是否是自己照顧不周引起。

「外勞逃走了能怎麼辦勒，叫他不要借錢給她偷偷借，外勞跑走只能自己（照）顧啦，想說在家自己（照）顧看看，後來愈來愈糟糕連吃飯都要餵了，也不能走路了，想想可能是我們不會，顧不好，才越來越嚴重，乾脆送來給人家顧。沒想到這裡（機構）有時又可以自己吃，還以下床坐輪椅。」(L1-1-06)

L1 說起之前在家照顧的經驗充滿挫敗感，表示自己有心卻無能爲力，田野觀察發現，多位主要照顧者於居家照顧時，多未查覺長者就是因爲疾病或衰老，才會需要被照顧，反而覺得是自己未提供合適或正確照護，所造成身體症狀日益嚴重，這樣的挫敗、無助會影響後續參與或提供照顧動機。

「之前沒有想到這就是幻聽，後來聽人家說去看醫生，才發現（老人精神疾患），是不是有耽誤到也不知道，反正那時候她睡不好，沒精神也覺得是沒睡覺的關係，後來有一次叫不醒，去急診才發現是缺血，緊急輸血還住加護病房住了一個禮拜。」(C1-1-06)

住民 C 的這次事件，讓家屬間討論決定選擇機構專業照顧，姊弟間彼此支持，「釋出」照顧，選擇陪伴探視模式，繼續和住民維持照顧關係。

「我現在退休了沒在工作，而且住的也近，每天就來陪她吃吃飯聊天，假日換弟弟他們來，反正有你們會注意，我就是來陪她、看看她。」(C1-2-03)

訪談內容發現主要照顧者肯定自己的角色，並賦予意義，如情感因素，身為父女或夫妻，田野觀察發現通常為主要照顧者自己賦予意義，且認同並主動承擔角色關係者與住民互動情形融洽。黃春惠(2013)照顧者年齡越大，其對自我感到有意義，酬賞越佳。

「從小爸爸就很疼我，現在我也不知道能夠幫忙做些什麼，而且因為我又是學護理的所以家人一定都會詢問我的意見，但是我是嫁出去的女兒，也每天會電話詢問媽媽家裡的情況，若是當天有到機構會客也會告訴我。」(I2-2-01)

「我不但得到一位賢慧的好妻子，給我生了兩個好兒子，也給我一個又溫暖又幸福的家，因此本人發之內心的感激和感謝，心中默默發誓，今後家中無論發生什麼事，對內人一定要更加愛護和照顧，直到永遠，永遠。」(G1-1-05)

有家庭成員常在無法顧及自己在生理、心理及經濟等方面需求的情況下，仍「樂於」承擔起照顧老人的責任(因為對他們而言，親身照顧歷程裡的經驗並非全然都是壓力、緊張、負荷等負面獲得，反是一種豐富並具回饋性的人生經驗。

「住進機構的媽媽，平日的飲食和探視大致上還是由我親力親為的幫媽媽照顧，協助處理，其他的兄妹，因每人皆工作得上班，也就無所謂了。」(A1-1-04)

換言之，為能重獲生活的控制感，有些照顧者在歷經照顧初期的混亂情境後，會聚集能量朝向建立新生活秩序，如照顧任務分工、照顧角色替、照顧工作熟悉與例行化等策略運用，使自己得以獲得喘息。而這歷程，藉內在潛能的激發，牽動家庭資源的凝聚與重整，讓照顧者經驗到「自己足以勝任照顧者角色」的實踐，並對自己持以肯定。

二、你是誰？主要照顧者與住民的關係重新定位

本段落將針對研究中的收集到的三種關係分別做出討論，（一）親子關係；（二）配偶關係；（三）婆媳關係。

（一）、親子關係

與「孝道」的連結如此根深蒂固,除了道德禮教的影響之外,人類自然的親情依附應是最大的推手,但在下述的情境下,常會造成子汙孝的困境(葉光輝, 1995):.(4)對父母的責任或義務與自己其他角色的責任或義務相衝突時. 在上述的孝道困境中,第(4)項的情境常發生在奉養問題上,在價值取向愈趨多元化的現代社會中,子女若要隨伺在父母身邊奉養父母,常伴隨著對個人追求自我成就與理想的壓抑與放棄.可以想見的,將年老父母送進機構,臨的倫理困境,除了背負「不孝」的罪名,更須經心畫上的衝突與煎熬.於是有葉光輝(1995)所提出的「孝道困境解決模式」孝道困境解決模式主要有下列五種類型

1.自我犧牲模式:當面臨親子互動困境或衝突時,子女會遷就父母的要求,將所有問題的責任與後果一肩擔下,成爲自己的問題,並以犧牲自己的利益,必要時甚至是犧牲生命的方式來解決。

2.功利主義模式當面臨親子互動困境或衝突時,子女會把個人的利益或欲達成的目標,放置在優先考量的位置,因此會就所能想到的各式解決方案的利#得失,依主觀比較,然後從中採取對個人現況最有利的方式解決.

兼容並蓄模式:當面臨親子互動困境或衝突時,子女會本著盡量能滿足個人利益或欲達成的目標,而又能兼顧父母需求或孝道價值要求的原則來解決問題.

折衷妥協模式:當面臨親子互動困境或衝突時,由於現實的結構條件或個人的經驗、能力與智慧因素,無法立即獲得同時滿足衝突雙方全部訴求的解決

方法,因此退而求其次,以採取滿足衝突雙方部分訴求的折衷方案,或考量透過「

亨諭途徑達成衝突雙方都能接受的妥協方式來應對. 規避逃離模式:當面臨親子

互動困境或衝突時,子女或由於沒有主見或不願意承擔問題的後果,而採取逃離情境與問題,或什麼都不作的方式來因應。

根據魯慧中、鄭保志(2006)研究結果發浮現,台灣社會對於傳統的孝道觀念並未漸漸消失,只是受制於其他因素而導致其落實度攸低.在社會發展的過程中,子代的工作地點、居住環境以及經濟條件都會影響到其有無「能力」與父母同住;換言之,一個擁有傳統孝道觀念的成年子女,他(她)也許在主觀上覺得應該與父母同住,但是客觀的條件卻不見得允許他(她)能落實這個想法,例如:房子的空間、住屋的成本、或是另一半(配偶)與親代之間可能產生的摩擦等,都可能使得他(她)最後只能選擇「實質奉養」的金錢移轉,而無法選擇與父母「同住」。

,為人子女為了解決孝道困境,多半採取折衷且妥協的方案,再進一步依各種外在條件、親情考量與家庭成員之間互動情形而作調整,量身訂作的意味頗為濃厚,頂多有類似的家庭情境,卻找不到一對完全相同的案例,其中關鍵點在於家庭成員中某一個想法不同,使得處理方式又大為不同,應驗俗話說:家家有本難念的經,箇中滋味實難以向外人道(朱偉仁,2011)。

(一)、劍拔弩張的親子關係

許多照顧者表示當照顧歷程裡出現角色逆轉(role reversal)及受到破壞時,負面的情緒便會加劇,如成年子女在照顧失智父母時,眼前的父母如今變得跟孩子一樣,這讓成年子女感心碎與悲痛原有的溝通與互動模式改變時,會讓主要照顧者不清楚現在該用什麼樣的方式與失智者相處(趙曉薇,2013)。

「不是我對她好,是她的兒子我不做誰做,而且當年她沒有拋棄我和姊姊,所以...,但是姐姐對於(沉默),我就和她說,那你就帶到國外,要錢我出,我真的沒辦法讓她一人在家(沉默)。」(J1-2-02)

Quereshi & Walker (1989)所言,影響誰成為照顧者的社會規範是以親屬關係和性別為判斷的基礎。

住民 J 每次在 J1 會客時，總是不顧其尊嚴的用髒話漫罵 J1，受訪者 J1 總是默默聽著，研究人員詢問或制止，住民 J 表示「這是我兒子，為甚麼我不能罵，你管那麼多幹嗎。」(J 田 1020301)

徐亞瑛(1996)曾舉「挑扁擔」為例強調，為因應兩端擔子重量的落差，挑擔者需調整自己肩負扁擔的位置，以找到最有效且最舒適的平衡點「尋找平衡點」。訪談中 J1 表示之前媽媽沒有「拋棄」的行為，讓他願意負擔起這份責任，但是和媽媽的互動模式卻讓他困擾。

「有時候真是忍不住了，會回嘴。有時候真的氣不過，真的想把她殺了然後自殺。」(J1-1-11)

住民 J 在新入住時和家人發生嚴重爭執，惡言相向，工作人員勸阻安撫，解釋告知住民需要安置原因，皆無法接受。

「他要住他自己來住啊，我又沒病我為什麼要住在這？放我出去哪，你們不要聽他胡說。」(J 田 1020402)

工作人員將住民 J 漫罵的會客時段，戲稱為「上課」。

「工作人員：今天比較久喔，J1 也會解嘲表示說「補課」，因為幾天沒來了。」(J 田 1030402)

隨著入住時間增長，住民 J 和 J1 互動較有改善。J1 也由訪談中表示「不可思議」。而且會主動找工作人員分享。

「今天送吃的來的時候，她盡然和我說謝謝，(面部表情驚訝狀但顯喜悅)，是因為有藥物控制的關係嗎？(住民有服用情緒控制藥物)」(J1-1-05)

受訪者 J1 會主動和研究者分享，和媽媽之間互動的感受，並提出疑問。(J 田 1030403)

即使一直以來，他們都知道被照顧者未來將面對疾病可能的進展狀況，如有效溝通、控制情緒的能力及人格的喪失等，但主要照顧者仍然還是會深受失落的影响，相較於其它的照顧者而言會感到更加的痛苦，同時也有較高的心理危機（趙曉薇，2013）。

(二)、無法比較的親子關係

老年父母的健康衰退、經常降低代間關係的親密、及增加依附的。Walker 和 Bird (1990)的研究結果顯示，約有半數的女兒指出，照顧工作對於母女之間的關係有著正面的影響，只有 5%表示有負面的影響(Walker & Bird, 1990; Blieszner & Bedford, 1996;林歐桂英譯，2007)。

「媽媽就只有一個，我不孝順她那怎麼可以，她偏心」

「當初要買房子，爸爸就說要買在附近彼此好有照應，先生也沒有意見，就聽爸爸的話買了，結果其他兄弟姊妹都依照自己的想法買，只有我，所以現在責任就在我身上啦，兒子都沒有買在附近。」（F2-2-03）

「」

F2 對住民探視頻率高，但是住民因罹患失智症，會客時並不是每次都能辨識 F2，住民的表現常會引響其心情。

「她現在我叫她都不知道了，她不認識我了。（面部表情淡淡哀傷）」（F2 田 1030101）

研究者觀察發現會客時，F2 會推著輪椅一邊唱著兒歌和住民對話，有時住民也會跟著旋律哼唱，當住民大聲唱和時，會表示「媽媽今天真厲害、真棒」等誇獎且心情愉快，就彷彿媽媽推著娃娃車般的表現。

成年子女照顧老年父母的原因包括責任、依附及交換三者，在交換上是以「衡量一體諒」型為主（姚美華，1994）。Allen 也認為是因於彼此的依附關係，

更具體的說，小時候父母照顧子女，使子女產生依附連結；當父母面臨老衰與失能時，子女便有動機去滿足其健康與安全的需求。Bowlby (1982)更進一步指出，子女對於父母照顧的意願與此依附連結成正相關—換言之早年與父母感情親密的子女將會較有意願在父母失能之刻承擔起照顧的職責。

(三)、盡義務的親子關係

「當然要來看啊，不然勒，放在這裡不管喔，話不是這樣說每家難念的經，我就是想反正她活一天我就照顧一天，她多活就多顧啊，就看她能活到多久。反正不會不管她的。」(K1-1-01)

「我爸甚麼都好，就是不吃藥，結果妳看中風了吧，一中風就十幾年，全家都被拖累了，講了也不聽，沒辦法啦。」(L1-1-01)

「媽媽就交給妳們顧，有事有狀況就通知我，我再來處理，反正人活到這個歲數夠本了，開開心心就好，想吃就給她吃反正也不是每天都吃這樣，有幻想已經很久都這樣，反正活的高興就好，藥也不是什麼好東西，能不吃就不要吃。」(D1-1-06)

此次研究男性主要照顧者占多數(12位)，發現接受訪談時，偶會出現「心口不一」的情形，以上述為例(K1；L1；D1)談到自己為何會願意擔任主要照顧者的原因時做出以上答案，但研究者實際觀察發現，K1 雖然言談表示是因為沒辦法，無可奈何才來會客，但是研究者發現每次會客時(一週至少一次以上)，K1 照顧者總是會準備帶來，之前住民在家中喜歡吃的點心和水果，並會再給住民加菜，並「輕描淡寫」的問住民近日的飲食、睡眠等生活狀況，但聽到工作人員表示有異常時，又會詢問是否需要就醫或是如何處理，研究者將此現象指出，K1 還是以「難道可以不管嗎？」回應，對於研究者表示這是非常關心的證明，並未多作回應解釋；發現抱持盡孝與回報親恩的念頭，來承擔照顧長者之責的子女照顧者，對於來自他人評價自己行為是謂「孝順」的讚揚，表示反感，這印證

謝美娥(2000)的論點：孝順不僅代表的是種「道德」的酬賞，也意味包括順從與恭敬（引自吳淮平，2005）。

L1 在聽到工作人員向其報告，住民身體狀況有異樣時，L1 都會先用指責方式「教訓」住民並要求住民要配合工作人員，但工作人員離開時，則用家鄉話，向住民小聲的安撫勸告。

受訪者 D1 因工作緣故，一週只能挪出一次探視時間，但是每次探事都像「彩衣娛親」逗鬧媽媽，像小孩子般向住民撒嬌，對於研究者提出此現象，表示「看她不是就要讓她開心嗎？」，以上的親子互動在研究者看來是如此的另人動容，但受訪者都以理所當然來看待，這也是一項值得探討的現象。

二、配偶關係

照顧者與依賴者的關係，多以配偶、子女與媳婦為主，其中尤其配偶(不論是丈夫或妻子)，相較於其他的照顧者關係而言，均是最能提供穩定可靠的長期性照護(胡幼慧，1995)。婚姻的承諾，配偶關係即意味彼此最親密與無可替代的責任與角色。

「我們於民國 00 年 0 月 00 日結為夫妻，而我在軍中職位低，薪水少，但她從無怨言，反而對我愛更深更親切，使我內心感到安慰和幸運，有了孩子之後，更盡己所能刻苦耐勞，家中的一切事務做得井然有序，而且兩個兒子也照顧得很恰當和完善，……，使我不但得到一位賢慧的好妻子，給我生了兩個好兒子，也給我一個又溫暖又幸福的家，因此本人發之內心的感激和感謝，心中默默發誓，今後家中無論發生什麼事，對內人一定要更加愛護和照顧，直到永遠，永遠。」(G1-1-05)

Farkas 及 Hioies (1997)即指出，照顧的過程是多變與流動的，照顧者與依賴者間的互動牽動著照顧情境發展與知覺感受，因此一些照顧者藉著照顧歷程，與依

賴者重建互動模式，而有較佳的婚姻滿意度、更為珍惜彼此；或對於自己有能力面對人生挑戰感到自豪，而有較高的自信感及自我價值（引自吳淮平，2005）。

「我沒來她會唸我，反正我在家也沒甚麼事，她也知道，就會說我為甚麼沒來。」（E1-1-05）

E1 阿公每次探視都笑容滿面的和工作人員打招呼，會很社交式的呼喚工作人員「帥哥」，也會主動協助住民手部運動復健按摩、餵食等簡單照顧工作，但是有時住民不願意配合復健，或飲水量未達要求標準時，E1 阿公會協助隱瞞，當被工作人員發現時，會露出尷尬的笑容表示住民會罵他，工作人員告知是因為阿公在，所以住民才會如此撒嬌，又會露出得意的笑容，後鼓勵住民達到要求。（E 田 1030203）

Crossman 等人(1981)的研究指出，照顧配偶的老年女性可以說是隱形的病人（the hidden patient），除了老化所帶來的身心變化；她們還必須應付因照顧所引起的身心壓力(Crossman et al., 1981), 身心的負荷很大。

「他說會照顧我一輩子，結果自己先變成這樣（哽噎拭淚）。現在換我照顧他一輩子。」（I1-1-02）

在 Ross 等人(1997)的研究結果中，獲得進一步闡述：配偶照顧者基於為表達對老伴的愛，會進行持續與經常性的探視；但在陪伴期間，會因與住民的溝通互動日益困難，而有憂鬱或遺棄的感受（引自吳淮平，2005）。I1 妻子敘述到之前自己罹癌時，住民 I 對其的承諾，對於無法實現的承諾，感到心碎，但是照顧角色的逆轉，讓 I1 自己覺得需要變的堅強，在女兒的眼中也看到她的勇敢和改變。

「還好媽媽很堅強，沒有跟著倒下去，不知道如果媽媽也倒了怎麼辦。這次回台北陪媽媽回診看病，帶我坐捷運，現在捷運變好多，我還在看要怎麼轉車，媽媽已經身手敏捷帶著我快速進入對面車箱，……媽媽不會開車、騎車要去哪都

是爸爸帶她去。……她說現再去買個菜都要很久，問她為什麼她說要打招呼啊，我和哥哥都說她可以去選里長了。」(I2-2-02)

面對老伴臥病，「照顧」成爲家庭照顧困境，長者住入機構，當配偶照顧者檢視自己與長者間關係的發展，甚難不去細數維繫於彼此的過去夫妻情誼與生活點滴，也讓照顧者經驗無依、失落。相較於一般老年配偶，是無法體認到此階段裡所擁有「陪伴」意義的珍貴。

「我都準備好了，如果我發生什麼事，我不要急救，這次住院我自己都簽了，反正小孩都知道我該寫的該簽的都用好了，如果我先走她還在，反正就把房子賣了來付安養中心的錢，若錢花完了，她還沒死，那就小孩出，她是他們媽媽。」(G1-2-06)

G1 家屬近日接受手術住院後回到機構探視住民時向研究者，說出上段談話，表示對於自己的生死都看開了，也交代清楚，言談中感受出對生死的無常唏噓感嘆，但詢問到若太太狀況不好需要急救時的意見，則有不同看法。

「那當然是要看醫生啊，醫生說要急救就急救啊，我不能判斷，那是她的生命啊，我又不懂怎麼能做決定。」(G1-2-05)

雖然住民 G 在一般人眼中已經失去自我決擇的權利，但是 G1 仍是其爲獨立可自主個體，尊重是 G1 對她愛的表現，願意照顧負擔所有責任。

「好快又過了一年又要過生日了，沒想到老太婆又多活一年，你們照顧得太好了，可能會活到 100 歲囉。（滿臉笑意語調上揚）」(F1-1-10)

F1 每次來探視住民時都客客氣氣，向工作人員打招呼，讓後用開心的語調呼喚其太太「老太婆」，然後靜靜的推著輪椅在機構走廊活動。若當天住民體力狀況欠佳，也會面露憂愁神情，會和女兒討論後由女兒詢問工作人員住民狀況。女兒表示之前媽媽在家都是爸爸和印傭在照顧，對於媽媽目前可以維持現在的狀

況都是這 40 幾年爸爸認真照顧的緣故。彼此之間對照顧的提供支持持正向的態度。

「40 幾年囉，爸爸都很細心控制血糖，吃甚麼都會注意，控制得很嚴格，不像我還偷偷給她吃一些違禁品（吐舌頭笑），但是還好有給她吃，不然你看，現在什麼都不能吃。」(F2-1-08)

「爸爸說妳們照顧得很好，他以後如果有什麼需要照顧也要送來這裡。」(F2-1-14)

「媽媽有和我討論到時候若爸爸真的走了，就搬來花蓮和我們一起住，哥哥也可以來一起開個小店之類的。」(I2-1-11)

老年生活之規劃歷經老邁親人照顧歷程的種種困頓與無奈，確實帶給照顧者與其家庭極大衝擊，觀察發現因為住民入住機構的事實，讓主要照顧者彼此之間也會討論若以後自己有同樣的照顧需要時，會希望知道如何照顧，也讓主要照顧者正視自己的老年照顧課題。

本次研究所收集到配偶關係的受訪者為丈夫角色居多（4 對中有 3 對，即太太是住民），收集資料時發現，這部分先生照顧太太的文獻資料相對較少，研究者推測可能是家庭照顧者都以女性為主，相關研究也集中討論女性照顧者的感受，但女性主要照顧者的感受是否可以推估到男性照顧者身上，還有待評估考證。

本次訪談中發現，男性主要照顧者對自身感受和情感表達方面較少，這三位（E1；F1；G1）討論到住民時面部都會流露出一捨，討論的方向多集中在身體上的感受（如照顧體力因年紀大無法負擔、或害怕照顧不好對住民健康造成影響），對自身情緒少做說明，甚至表示沒有想過，基於研究角色立場需中立，故未多做引導。

劉雪娥(1992)針對「照顧者評價」的概念對照顧 60 歲以上且擁有慢性疾病患的照顧者作研究,探討其相關因素,結果發現他們擁有較多「傳統上對照顧觀念

的看法」和「照顧親人的滿足感/其他相關因素方面則會因照顧者與病患間的關係良好而增加.研究中所謂傳統上對照顧觀念的看法包括四部份:家庭傳統、宗教信仰、做自己子女的楷模與回報親、.當照顧者與病患的關係良好時,此項的得分較高,由此可知照顧者與病患的關係是預測照顧者經驗之正向因子.

非正式照顧者常常會因個體在心裡、社會上及健康上的援助,減弱正在增加的壓力。



(三) 婆媳關係

本次收案受訪者只有一位是媳婦身分角色，和文獻中主要照顧者媳婦身分比率落差較大，田野觀察發現於本機構媳婦角色比例仍占多數，但以女性照顧者角色中女兒和媳婦角色所占人數比例差別不大，本次欲邀請參與研究，皆因時間無法協調配合而作罷，研究者基於研究倫理，未將其田野觀察情形放進研究討論，故本次樣本婆媳關係只收案到一例。但這位主要照顧者身上，就有很多值得細細探究的照顧經驗。

前文有介紹討論 B2 身為媳婦角色如何讓先生意識到，婆婆(住民 B)罹患失智症，這樣的溝通技巧（一起看失智症紀錄片），讓家人可以在最小壓力下一同討論分享這危機事件，B2 從結婚起即和婆婆同住，B2 口中的婆婆在家中有不可動搖的地位，因為早年喪偶，住民 B 在孩子們心中有如「神」般的萬能，這樣的親子角色，B2 嫁過來時即有清楚認知，也願意和先生 B1 一同接下照顧角色。

「我剛嫁過來的時候，她都好好的，你看我小孩都 20 幾歲了，她生病也是這幾年的事，之前在家甚至還幫我做事煮飯，別人都說沒有看過這麼好的婆婆，她很能幹鄰居都知道，她自己說命苦不能幹怎麼辦？」（B2-1-04）

「我知道就是要照顧她，送來機構我想都不會想，前面那麼多姊姊，而且她在清楚的時候，就明白的說以後要和他（B1）一起住，反正就做，還好有之前爸爸的經驗，照顧起來比較不會有壓力，比較可以想像會遇到甚麼事。」

（B2-1-07）

研究者觀察發現，在訪談過程中 B2 說起多件照顧上的危機事件，例如和其他家屬抱怨 B2 不給她吃飯，欺負她，或趁她外出倒垃圾時，把她反鎖門外，或把自己關於房間內不開門等等，這一切 B2 在訪談時說起來「雲淡風輕」，但可以想像當時是如何無助，一個女子要照顧家中兩個兒子，先生又在外工作一週

返家一次，熟悉的婆婆時而正常，時而「反常」甚至「瘋癲」，這樣的苦要向誰訴說？更何況說了能改變甚麼？訪談中可以感受到 B2 的聰明，使用技巧化解了多次照顧危機，也讓家人認清知道這樣的照顧困境，媽媽已經病了，需要更專業的照顧，B2 的智慧維持了一個可能原本面臨破滅的家庭，也讓住民得到現階段可以提供最適合的照顧，但是現實生活中有多少媳婦有這樣的智慧？

三、他們是誰？主要照顧者與其餘家屬關係的重新定位

趙曉薇（2013）將家庭視為一個體系、體系內單一個體雖然獨立存在但也相互依存、彼此緊緊相連著，同時成員間亦會因互動各自組成次體系，家庭內的次體系亦會相互影響著，在體系內所有的關係亦同為親密關係。

「媽媽住進來（機構）以夠可憐了，如果我們（姊弟）再不互相體諒那就更可憐了。」（C2-1-04）

「姊姊平常送東西給媽媽吃，每天來看看她，這樣她才不會胡思亂想覺得我們要拋棄她。我要上班公司又有事要處理，就只能拜託姊姊。」（A2-1-02）

「她（A2）很依賴我，希望我都能來，但是我也有自己的事啊，我要忙媳婦孫子（媳婦剛生產完）又要每天來，厚，但是她又拜託我我也沒辦法（面露無奈，但是有笑意）。」（A1-1-03）

觀察發現受訪者 A1、A2 在眾多兄弟姊妹中互動佳，且自己形成一個小團體，彼此對照顧方式會做意見討論，也願意主動參與討論配合照顧工作，訪問中也表示因為有另一人的支持照顧壓力較小。研究發現主要照顧者在照顧歷程中，除了會經驗到與長者的關係失落外，同時亦會影響著與其它家庭成員的關係（趙曉薇，2013）。

第四節 綜和討論

第一節 艱難的選擇----入住機構的決策過程

由受訪者提供的資料整理出影響入住機構決策的過程，研究者分析整理出（一）生理因素（二）心理因素。

（一）生理因素

一、主要照顧者已無法提供其所需的照顧服務

隨著壽命的延長，失能長者需要的照顧專業程度提高，訪談中多位受訪者表示，住院前只要提供簡單的生理照顧，如協助洗澡、用餐或帶其外出就醫，但是一次或多次疾病住院後，長者需要的照顧已經變的專業且複雜，部分照顧者照顧者雖有意承接，繼續留置家中照顧，但長者的生理狀況卻不如預期，讓照顧者決無法勝任，也有些照顧者表示住民住院症狀並未改善，病沒有好，就被要求辦理出院，受訪者覺得無法接手照顧工作，擔心無法提供長者所需「專業」照顧，且出院的催促迫在眉梢，所以當醫療人員提供或轉介的長期照顧機構，入住機構就成了家屬選擇的照顧方案。

劉愛嘉（2000）提到的 DRG（diagnostic related grouping）的給付方式，是可以有效的控制健保資源的浪費，但是 DRG 針對年長病患是否適合？老年人因為年紀及多重器官病變，是否可以只以單一疾病診斷治療，醫療場域工作人員皆有一定認知，老年病患住院一次所造成病患生理機能的衰退，是否能和成年人採同一方式考量治療？這樣的結果使得在醫院治療的老年病患過早出院，主要照顧者還無法學習相關照顧技巧，照成老年病患更快的再進入醫療或進入長照機構。這樣的醫療現象不容忽視。

二、家庭居住環境設備無法滿足被照顧者需求

訪談資料得知，有時專業照顧設備或無障礙空和輔具的需求，也是造成入住機構的原因之一。政府針對長照計畫有推出相關福利政策，例如居家無障礙空間改造、輔具租借等等，但研究發現多位照顧者，表示不知道有這些政策措施，或是不希望家裡變得像「醫院」，表示家裡空間有限還有其他家屬一同居住，較無意願改變居家環境。

(二) 心理因素

一、被照顧者心理狀況---精神疾患

主要照顧者在照顧罹患失智的家人時，長者「正常」的外表，讓照顧者不知如何面對這「最熟悉的陌生人」，偶而的清醒時刻，讓照顧者感到康復的渺小希望，但隨之而來的脫序行爲，又讓照顧工作陷入痛苦深淵。訪談的過程中，家屬表示這是比身體勞動都還駭人的折磨，最無法接受的壓力。

2.主要照顧者的心理感受

研究者在田野觀察中發現，若家屬間可以互相認可並支持主要照顧者的照顧理念、行爲，可以讓照顧者更有能量承擔起照顧工作，相反的，不理解甚至漫罵指責會縮短住要照顧者願意承接照顧工作意願及居家照顧時間。且照顧者感到較大的照顧壓力。

綜合以上資料分析可以得出「孝道思維模式下，照顧專業已被優先考量。」

第二節 長者入住機構後主要照顧者的變化

針對主要照顧自訴長者入住後，自己所感受到的變化，部分受訪者無法清楚說出，甚至表示一定有，但是是甚麼不知道，是否就可以推論主要照顧者的照顧壓力，並未因家屬入住機構而得到完全紓解？研究者對此持保留態度，多篇量化研究可以看出主要照顧者使用機構照顧後得到的改變，研究者認爲是因爲題目清楚列出生活中或心理上改變的方向，但本次研究對受訪的主要照顧者並未做出引

導，會不會是這原因，讓此次訪談資料無法清楚且，大量呈現主要照顧者所經歷的改變，但若搭配上詢問另一主要照顧者提供家中其他成員情況時，多數受訪者又可以清楚指出他們所觀察到的變化，研究者在田野觀察日至也有相同發現，所以思考，是否以後若有再針對主要照顧者做相關研究時，問題設計或是可以使用藝術媒材方式，協助其表達內心感受。讓這群主要照顧覺察發現或表達自己的內心情感。

第三節 認得我嗎？主要照顧者的角色重新定位

一、我是誰？主要照顧者的自身定位

主要照顧者皆自覺會成爲主要照顧者具有重要意義。

這個題目設計是因爲研究者實務工作和田野工作發現，每次家屬或主要照顧者會客時不論是誰，是哪位住民家屬，大家都會很有默契的問「我是誰？」家屬的心情隨著答案起伏，被認出的高興安慰被認錯的，並協助住民再次作答。「猜猜我是誰？」成爲樂此不疲的會客遊戲，直到一次住民表示不耐煩喊出「我怎麼會不知道你是誰。」雖然後來仍是說出錯誤的答案，但讓研究者不禁想到到底是誰不認識誰？在這樣變動的照顧關係中我們還認識彼此嗎？這樣的提問到底是問誰？住民？其他家屬？還是主要照顧者自己？

二、你是誰？主要照顧者與住民的關係重新定位

關係的確認，本次研究收集到三種照顧關係（一）親子關係；（二）配偶關係；（三）婆媳關係。

一、親子關係

- (一)、劍拔弩張的親子關係**
- (二)、無能爲力的親子關係**
- (三)、盡義務的親子關係**

這三段親子關係都是如此獨特的，但是否會流動改變，這是需要時間的觀察，因為 J1 的經驗照顧歷程讓研究者發現，如果主要照顧者和被照顧者一同做出努力，是有可能改變的。

二、配偶關係

多篇文獻說著婚姻的承諾，配偶關係即意味彼此最親密與無可替代的責任與角色。研究者在這些受訪者身上看到婚姻承諾的最高實踐，貧病交迫最好最壞的時候不離不棄的照顧關係，此次研究特別的收集到較多先生照顧太太的主要照顧者，可能因為研究者訪談技巧還不夠純熟，無法問出更深的內在感受。

(三) 婆媳關係

本次收案受訪者只有一位是媳婦身分角色，和文獻中主要照顧者媳婦身分比率落差較大，田野觀察發現於本機構媳婦角色比例仍占多數，雖然本次個案只有一位，但是她所經歷的照顧歷程，是如此精彩具代表性（失智症），且用她的智慧值得讓人學習。

三、他們是誰？主要照顧者與其餘家屬關係的重新定位

家庭是本篇研究的主軸，是一切關係的開始，也是維繫各種關係（親子、配偶、婆媳）的場域，將長者送至機構是一危機壓力事件，每種關係的運作都影響這件事「入住機構」變成危機或是轉機。

第五章 結論與建議

本研究主旨為探討長期照顧機構住民主要照顧者的照顧經驗、並將此經驗還原，以家庭作為主體解釋。本章將依據第四章呈現的研究結果分析，歸納出本研究之結論，並依據研究中發現提出實務工作上建議。以作為將來相關研究之參考。

第一節 研究發現

本研究為對 22 位機構住民主要照顧者進行深度訪談與田野觀察，並依照訪談文本、訪談日誌及田野觀察文本，針對本研究之研究目的，歸納出以下三項結論：

一、孝道思維模式下，照顧專業已被優先考量

這群受訪者接受訪談時，被照顧者皆以入住機構一段時間，所以訪談所得知的決策過程，已是既定事實，是回朔記憶，且研究者發現會因機構住民的生理變化或狀況，去影響決策者或共同決策的家人，對當初的判斷作出評價，所以當家庭照護功能嘗試改變了照護策略，家屬仍無法勝任繁重的照顧工作，長期的冗重負荷仍無法獲得紓解，加上某些失能的老人需要複雜護理專業技術的照顧，家屬體會到在這個層面上家庭照護的無能為力。進而尋求機構專業照顧。

本次研究結果和文獻作一應證可以發現，孝道思維仍是左右著主要照顧者選擇照顧模式的因素之一，但更多的照顧者已會從被照顧者的角度思考，檢視自己或是家庭能提供的照顧，是否能滿足被照顧者的需要，新孝道的模式已然產生，讓合適的專業角色擔任照顧工作，讓自己由其他的方式，如花錢購買照顧服務，來提供家人更適切的照顧。

二、尚未覺醒的非正式照顧者

訪談中多位受訪者在提到被照顧者護入住機構自己的改變時，多數出現停頓思考或是「答非所問」現象，站在研究者，角色中立立場並未多加引導，但是在詢問其他家庭成員或家庭中是否有出現改變現象，這些受訪者又可以侃侃而談，並明確的指出家庭或其他成員的改變，研究者也在田野觀察中發現相同現象，如照顧者會在住民入住一段時間後，分享自己新增加的活動嗜好，或表示時間可易自由安排的喜悅，所以代表入住機構後，確實對照顧者生活造成改變，但是這樣的改變常不自覺，或是否被刻意忽略，是因為這樣的改變讓照顧者感到愧疚感所致，或是因為將受照顧者送至機構的決策還有自責想法。

三、何處是我「家」？家庭角色的重新定位

由以上訪談資料分析，當被照顧者住機構後，多位受訪者分享到住民從他們曾經共享的「生活」中缺席，這樣的缺席讓它們覺得「家」，不在了，被破壞了，或是說不出來如何解釋這樣的感覺。

雖然是相同的成員，但是因為依附關係的改變，原本熟悉的臉孔不再熟悉，機構工作人員取代了平日照顧者的角色，「還能為他做什麼？」，這是多位受訪者訪談中皆有提到的困擾，田野觀察中也有相同發現，部分受訪者在探視時會協助住民，按摩、餵食、推至戶外散步等簡易照顧工作，也會主動協助工作人員為住民進行照顧工作，可以發現這群照顧者還是希望藉由照顧工作維繫或表達對住民的關心。

第二節 研究限制

檢討本篇研究發現限制如下：

一、研究者身為此次機構之工作人員，雖然已經盡量注意，並預防工作人員身分影響受訪者回答內容，但還是發現部分受訪者在受訪完的隔日或數日，主動詢問研究者，當天回答是否交代清楚，或是對自己當天回答想再做出補充，有部分受訪者甚至返家後，還會對研究者所提出問題，使用書面呈現，交給研究者，理由是怕當天未交代清楚，發現這些書面補充，可以讓當日訪談所得資料更為豐富；但還是不可忽略研究者的角色地位有無對研究造成影響。

二、本次研究計畫將訪問一位住民的多位家屬，但實際執行時會遭遇部分家屬無法配合或拒絕，理由有 1.有代表說明即可，自己沒有意見或與其意見相同(2 位)；2.自覺在照顧上沒有做什麼，所以也不知道自己要說什麼(1 位)；3.因工作或其他理由訪談時間無法協調(2 位)，這也是後續研究可以努力溝通協調方向。

三、研究者在收案過程中，部分住民因生理或疾病因素過世，基於研究倫理考量，未將其主要照顧者訪談資料，放入本論文作研究討論，但觀察發現到這些主要照顧者對於住民死亡的哀傷，遠遠超過他們之前所預期的，部分受訪者在會談中有提及，若遇住民往生都已做好心理準備，但實際發生時，照顧者的哀傷表現卻讓人感到如此心疼不捨，如其中一位照顧者表示，不願意再返回機構領取住民平日用物，交給機構全權處理，之後就再也不接聽電話；另外一位主要照顧者表示，自訴要再次回到機構其實有一種「近鄉情怯」的感覺，再次踏進機構眼睛都不知道要看哪裡，爸爸平日坐的位子，有人坐了。研究者發現主要照顧者重新找到的「平衡點」，又再次失去協調。親人的死亡其是也是這群主要照顧者必須在照顧歷程中所經歷的階段，當初研究目的未設定到此階段，期待後續研究可以針對「機構住民死亡，對主要照顧者所引起的哀傷反應」再做更進一步研究。

第三節 研究建議

(一)、主要照顧者方面

研究發現主要照顧者在被照顧者入住機構後，仍需面臨著一連串未知的壓力和不斷轉換角色關係的挑戰，建議可以重新安排自己可利用的時間，並將因接受機構照顧，而擁有的空閒時間做妥善安排，增加生活及交友空間，參與機構協助照顧住民的活動，重新建立發現新的照顧關係。

(二) 專業人員方面

期待本研究結果，能協助照護機構的專業人員，瞭解主要照顧者心聲，在機構住民新入住時，多些體諒，並將關心拓展到主要照顧者，提供所需的心理支持，以抒解主要照顧者負荷與壓力，亦盼藉此關懷住民及其家庭的「全家」照護模式，能提昇主要照顧者對機構照護的參與動機，以提供更好、更全面的照護。

(三) 未來研究方面

研究者將針對 1.研究對象及 2.研究機構兩方面提出建議：

1.研究對象方面：

本篇研究的受訪者與機構住民互動佳或頻繁，且對住民照顧表現積極關心，時間應用上，大部分受訪者已退休，時間運用可以較彈性自由。但研究者觀察發現還有兩類照顧此次無法收案研究，一、為時間配合不便，表示因工作或是家中另有需要照顧者，無法參與研究，此類住民家屬可以配合機構協助照顧住民，例如協助領藥看診，但探視時總是感覺來去匆忙，是否可以推估此類照顧者，可能有更大適應的危機或照顧壓力，留待後續研究再作討論。第二類家屬為極少探視，只有繳費或接到通知時才會到機構，但並不一定會探視住民，只是完成機構交代事項即離去，這樣的照顧者雖然不多，但是也不容忽視，因為

演變成這樣的代間關係是什麼原因？也值得探討研究，但這群照顧者收案不易，且是否能藉由訪談，真正瞭解這種關係的面貌，也是後續研究的一大挑戰。

親人的死亡其是也是這群主要照顧者必須在照顧歷程中所經歷的階段，研究者發現主要照顧者重新找到的「平衡點」，又因住民的死亡而再次失去協調。當初研究目的未設定到此階段，期待後續研究可以針對機構住民死亡對主要照顧者所引起的悲傷反應再做出更進一步研究，更期盼能針對主要照顧者的悲傷情緒提供支持輔導。

2.研究機構方面

本次研究機構型態為養護型，收容安置的對象較護理之家之失能者症狀輕微（護理之家可收容三管鼻胃管、導尿管及氣切個案），且需要專業照顧較無護理之家複雜，所以是否護理之家的照顧者決策時的心理壓力較少，或是更能明顯的感到生活狀態改善，留待後續研究討論。

附錄一

機構參與研究同意書

感謝貴 機構_____，

協助配合參與「長期照顧機構住民非正式照顧者照顧歷程之研究」，本研究計畫訪問貴機構住民之主要照顧者，藉由訪談並搭配田野觀察紀錄，將這群主要照顧者的深刻又寶貴的照顧經驗紀錄，研究過程均經過當事人同意且遵照研究倫理，若有需要中途退出研究，絕對依照其意願處理，且所有訪談資料絕對只作為研究用途，並注意機構住民及受訪者個人隱私，再次感謝您的配合。

南華大學生死學研究所

研究生：張小雯

附錄二

研究參與同意書

邀請您來參加「長期照顧機構住民非正式照顧者照顧歷程之研究」，因為我相信您能提供這份研究，所需要珍貴的照顧經驗歷程，每次時間約為 0.5~1 小時，訪談地點將依您的意願與方便來選定，為能便於能將您提供資料做妥善整理，並於日後整理分析、訪談過程請容許我全程錄音，錄音與謄寫抄本關於您所提供的研究資料，保證僅提供本人與研究團隊(包括指導教授、口試委員)之分析討論，並在我的研究分析有初步結果時，將請您閱讀及提供意見，至於論文撰寫或未來有其他公開發表、出版機會，需要討論或引用這些資料時，我會謹守研究倫理將個人和家庭的隱私資料保密，並以化名或匿名方式呈現。

提醒您在參與本研究的歷程中，可能會有揭露您個人內心深處所不願碰觸的事件，或有一些尷尬、不舒服的感覺，您隨時可終止話題或退出本研究。或願意與我真誠分享，讓您珍貴的個人生活經驗本質，及其背後豐富意涵能詳實呈現，分享給未來與您遭遇類似的照顧者，使其獲得專業的幫助。謝謝您對本研究的興趣和關注，並細心閱讀此同意書，如果還有任何疑問，請隨時跟我連繫。再次感謝您對本研究的配合。

本人**不同意**參與研究 本人**同意**參與研究

研究參與者：_____ 簽名、研究者：_____ (簽名)

個案及住民基本資料 受訪日期:103 年 月 日

(一) 性別: 男女 (二) 年齡: __ 歲, 民國 __ 年出生.

(三) 教育程度: 不識字小學國(初)中高中(職)專科大學碩士以上.

(四) 婚姻狀況: 有配偶未婚鰥寡離異其他

(五) 您照顧老人的期間已多久? 大約 年 個月.

(六) 您與住民關係: 媳婦女兒兒子配偶兄弟姐妹孫子(女)親戚

附錄三 訪談文本分析

逐字稿	意義
編碼解釋：研：研究者 H3 住民 H 的的 3 位受訪者	
<p>研：可以說說看媽媽住進機構後，你和家庭有甚麼變化嗎？</p> <p>H3：有當然有。</p> <p>研：那可以說說有哪些變化？</p> <p>H3：就是<u>少了家的感覺</u>！</p> <p>研：家的感覺？您可以再舉例說明嗎？</p> <p>H3：<u>媽媽不在啦，以前下班回家吃飯，現在是下班來這裡（機構），不一樣啦，沒有家的感覺。</u></p> <p>H3：<u>反正就是不一樣，我也說不上來。</u></p>	<p>少了家的感覺</p> <p><u>媽媽不在了</u></p>
編碼解釋：研：研究者 I2 住民 I 的的 2 位受訪者	
<p>研：可以說說看爸爸住進機構後，你和家裡有甚麼變化嗎？</p> <p>I2：<u>當然變化很大，像以前爸爸身體好的時候放假都和媽媽去爬山或一起外出，小朋友學校有活動也都會參加。</u></p> <p>I2：<u>爸爸要清醒真的是不太可能，但是還是會想，就像之前過節，大家一起圍爐吃飯。</u></p> <p>I2：<u>還好媽媽很堅強，沒有跟著倒下去，不知道如果媽媽也倒了怎麼辦。這次回台北陪媽媽回診看病，帶我坐捷運，現在捷運變好多，我還在看要怎麼轉車，媽媽已經身手敏捷帶著我快速進入對面車箱，媽媽不會開車、騎車要去哪都是爸爸帶她去。</u></p>	<p>住民（爸爸）由之前的居家活動中缺席： <u>和媽媽去爬山；小朋友學校有活動也都會參加；之前過節，大家一起圍爐吃飯。</u></p> <p>媽媽的改變： <u>媽媽很堅強；學會了新的生活技能（可自己搭乘交通工具）。</u></p>

附錄三 訪談文本分析

逐字稿	意義
編碼解釋：研：研究者；D1 住民 D 的的 1 位受訪者	
<p>研：對於媽媽的照顧你的看法？</p> <p>D1：「媽媽就交給妳們顧，<u>有事有狀況就通知我</u>，我再來處理，反正人活到這個歲數夠本了，<u>開開心心就好</u>，<u>想吃就給她吃</u>反正也不是每天都吃這樣，<u>有幻想已經很久都這樣</u>，反正活的高興就好，藥也不是什麼好東西，<u>能不吃就不要吃。</u>」</p>	<p>授權給機構先處理，有需要再出面。</p> <p>活夠本了，開心最重要。</p>
編碼解釋：研：研究者；G1 住民 G 的的 1 位受訪者	
<p>研：可以說說看是什麼原因讓你照顧太太這麼長的一段時間嗎？</p> <p>G1：我們於民國 00 年 0 月 00 日結為夫妻，<u>而我在軍中職位低，薪水少，但她從無怨言，反而對我愛更深更親切，使我內心感到安慰和幸運，有了孩子之後，更盡己所能刻苦耐勞，家中的一切事務做得井然有序，而且兩個兒子也照顧得很恰當和完善，…….使我不但得到一位賢慧的好妻子，給我生了兩個好兒子，也給我一個又溫暖又幸福的家，因此本人發之內心的感激和感謝，心中默默發誓，今後家中無論發生什麼事，對內人一定要更加愛護和照顧，直到永遠，永遠。</u></p>	<p>年輕時溫馨的夫妻感情生活，讓 G1 可以用感激感恩的心情，擔負起照顧工作十幾年。</p>

參考文獻

中文部分

- 丁雪茵、鄭伯堦、任金剛（1996）。《本土心理學研究》，1996年12月，第6期，第354~376頁。
- 王文芳、陳玉敏(2004)。家屬安置老人於長期照護機構之經驗。《長期照護雜誌》，8(3)，1327-344。
- 王玉女（1997）。失能老人家庭尋找平衡點，的照顧過程及相關因素探討。長庚醫學暨工程學院護理學研究所碩士論文。
- 王德睦（2009）社會學與台灣社會。瞿海源、王振寰主編。臺北市：巨流，2009，01。329-354。
- 內政部統計處（2010）。內政部統計處2009年台灣地區老人狀況調查。2014年3月3日取自<http://sowf.moi.gov.tw/stat/week/week9811.doc>
- 內政部統計處(2010).內政部統計處2009年台灣地區老人狀況調查。2014年3月3日，取自http://www.mohw.gov.tw/cht/DOS/Statistic.aspx?f_list_no=312
- 內政部（2011）。內政部社會司2010年底台灣地區老人福利機構資源分布表。2014年3月3日，取自<http://sowf.moi.gov.tw/04/07/07.htm>
- 內政部（2011）。內政部社會司2008年我國長期照顧十年計畫—大溫暖社會福利套案之旗艦計畫。2014年3月3日，取自<http://sowf.moi.gov.tw/newpage/tenyearsplan.htm>
- 內政部統計處(2011)。內政部統計處2010年「老人居住安排與長期照顧選擇之探討」。2014年3月3日，取自<http://sowf.moi.gov.tw/stat/week/week9936.doc>
- 內政部統計處（2011）。內政部統計處2010年「老人居住安排與長期照顧選擇之探討」。取自<http://sowf.moi.gov.tw/stat/week/week9936.doc>
- 內政部統計處民國98年老人狀況調查結果摘要分析，2014年3月15日，取自<http://www.moi.gov.tw/stat/survey.aspx>

內政部(2011)。內政部社會司2010年底台灣地區老人福利機構資源分布表。2014年3月3日取自<http://sowf.moi.gov.tw/04/07/07.htm>

內政部統計處(2014)。103年第3週內政統計通報(102年底人口結構分析)，2014年4月3日取自http://www.moi.gov.tw/stat/news_content.aspx?sn=8057

中華民國家庭照顧者關懷總會(2008)。2007年第二屆家庭照顧者日家庭照顧者調查。台北市:中華民國家庭照顧者關懷總會。

中華民國家庭照顧者關懷總會。2014年5月15日，取自<http://www.familycare.org.tw>
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。

白惠婷()

行政院內政部社會司老人福利法。2014年3月3日取自
http://sowf.moi.gov.tw/104102/02_1

行政院經濟建設委員會人力規劃處，中華民國台灣地區民國 87 年至 140 年人口推計，台北：行政院經建會，1998。

朱育瑩(2005)。老年失智症家庭照顧者於照顧過程中角色衝擊與變化之初探。私立長庚大學護理研究所碩士論文，未出版，桃園縣。

朱偉仁(2011)。孝道文化下照顧困境與出口—以入住機構老人的主要照顧者為例。私立實踐大學家庭研究與兒童發展學系碩士論文，未出版，台北市。

吳尹冬(2009)。嘉義縣安養護及長期照護機構老人生活適應樣貌。國立中正大學社會福利所碩士論文，未出版，嘉義縣。

吳肖琪(2003)。台閩地區失能老人機構照護供需資源分布狀況調查研究。台北：中華民國長期照護專業協會。

吳炳鍾主編(1996)。大陸簡明英漢辭典(第八版)。台北市：大陸書店。

吳淮平(2005)。失能親人安養於機構的照顧者家庭之適應經驗。私立臺北醫學大學護理學研究所碩士論文，未出版，台北市。

- 吳淑瓊，江東亮（1995）。台灣地區長期照護的問題與對策。中華衛誌，1995:(3): 246-55。
- 吳淑瓊、徐慧娟、莊英智、張明正（1996）。功能評估在估計台灣社區老人長期照護需要之應用。中華衛誌，15(6)，533-45。
- 吳聖良、林豐雄、張瑛珺、姚克明(1992)。台灣省社區殘病老人主要照顧者之壓力需求之調查研究。老人與健康。新莊：台灣省公共衛生研究所。
- 呂紅平、李振綱(2008)。孔子孝道觀與家庭養老方式。人口研究，32(2)，81-86。
- 呂寶靜（1997）。台灣地區老人日間照護方案功能之初探：從老人使用者及其家屬的觀點出發。國立政治大學社會學報，27，89-120。
- 呂寶靜(2001)。老人照顧：老人、家庭、正式服務。台北：五南。
- 李欣慈、吳淑貞、黃川芳、吳郁梅、鄭淑貞（2013）。長期照護機構之老年緩和照護需長期照護雜誌，17(3)，331-343。
- 周宛柔（2012）。新遷居安養或長期照顧機構的老年人社會適應現況之研究。私立東海大學社會工作學系碩士論文，未出版，台中縣。
- 宋冀寧、宋麗玉（2001）。社會福利機構服務品質相關因素探討之研究—以老人自費安養護機構為例。社會政策與社會工作學刊，5（2），175-222。
- 卓春英（2001）。頤養天年—台灣家庭老人照護的變遷（初版）。台北：巨流。
- 車慧蓮（2002）。主要照顧者參與照顧過程中自我充能之初探—以失智症為例。國立台北護理學院護理研究所碩士論文，未出版，台北市。
- 長期照護專業協會（2009）。我國長期照護資源供給調查。行政院經濟建設委員會委託研究。
- 汪曉薇（2013）
- 林如萍（2000）。老年父母與其最親密的成年子女對代間連帶。中華家政學刊，29，32-58。
- 林金定、嚴嘉楓、陳美花(2005)。「質性研究方法：訪談模式與實施步驟分析」。身心障礙研究，第3卷第2期。

- 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。私立高雄醫學大學行為科學研究所碩士論文，未出版，高雄市。
- 林婉婷(2004)。機構失智症住民性問題行為及照顧者困擾與處置。國立陽明大學臨床護理研究所碩士論文，未出版，台北市。
- 林麗嬋、歐美、吳肖琪(1997)。長期照護中主要照顧者之家庭功能社會支持與情緒。《護理研究》，5(1)，77-87。
- 邱美汝、陳玉敏、李月萍(2007)。長期照護機構老人的生活適應及影響因素。《實証護理》，3(2)，119-128。
- 邱啓潤、王秀紅(1987)。老年人自我照顧能力及其相關因素之探討。《高雄醫學科學雜誌》，3(2)，69-78。
- 邱啓潤、許淑敏、吳瓊滿(2002)。主要照顧者負荷、壓力與因應之國內研究文獻回顧。《醫護科技學刊》4卷4期，273-290。
- 洪百薰(1995)。台灣省社區殘障老人主要照顧者之壓力與需求之調查研究。一九九五老人學術研究年鑑，351-362。
- 胡幼慧(1995)。三代同堂--迷思與陷阱。台北：巨流。
- 胡幼慧、王孝仙、郭淑珍(1995)。家人照護失能老人的困境：一項質化與量化的研究。《公共衛生》，22(2)，99-114。
- 胡幼慧、郭淑珍、王孝仙(1996)。老人長期病患照顧者對取代方案之考量潛在需求與困境之分析。《中華公共衛生雜誌》，15(4)，275-288。
- 胡幼慧(1996)。質性研究的分析與寫成。載於胡幼慧主編，質性研究理論、方法與本土女性研究實例(159-170頁)。台北：巨流。
- 胡幼慧、姚美華(2002)。一些質性方法上的思考：信度與效度？如何抽樣？如何收集資料、錄與分析？載於胡幼慧主編，質性研究理論、方法與本土女性研究實例(一版四刷)(141-170頁)。台北：巨流。
- 范力尹、王天佑(2009)。老人入住養護機構的生活適應經驗之探討。載於李明政(主編)，新興福利國家與高齡化社會(131-173)。台北市：松慧。

- 范力尹(2008)。老人入住養護機構的生活適應經驗之研究。私立玄奘大學社會福利學系碩士班碩士論文，未出版，新竹市。
- 徐玉雪(2009)。安養機構老人對服務品質的感受及其生活適應之研究。國立師範大學社會教育與文化行政碩士學位班碩士論文，未出版，台北市。
- 徐亞瑛(1989)。對老年癡呆患者家庭的評估及護理措施。護理雜誌，36(2)，25-34。
- 徐亞瑛(1996)。茁根理論介紹—「以台灣地區殘病老人家庭照護品質研究為例」。護理研究，4(3)，263-271。
- 徐宗福、許國敏(1994)。某醫院日間照護室收案病患及其家庭狀況之研究。中華公共衛生雜誌，13(3)，229-240。
- 高淑清(2008)。質性研究的18堂課--首航初探之旅。臺北市：麗文文化事業出版。
- 柯麗嫩(2004)。養護機構住民生活品質及相關因素之探討。臺北：國立臺灣大學醫學院護理學系研究所碩士論文。未出版，台北市。
- 蔡佳容、蔡榮順、李佩怡(2012)。失智症家庭照顧者的內疚經驗。亞洲高齡健康休閒及教育學刊，1(1)，59-79。
- 張珍珍、徐亞瑛、邱逸榛、陳明岐(2009)。影響失智症家庭照顧者其照顧酬賞與照顧品質的相關因素探討。長庚護理，20(2)，155-166。
- 曾昭容(1998)。居家式與機構式照護病人型態及照護費用之比較研究。高雄醫學院公共衛生學研究所碩士論文，未發表。高雄市。
- 陳人瑜(2005)。失能老人入住養護機構之過程—以生命歷程之敘說分析出發。國立政治大學社會學研究所碩士論文，未出版，台北市。
- 陳月枝、戴玉慈、楊清姿、王祖琪、鄭雅心(1995)。長期照護服務對象功能評估量表彙編。行政院衛生署委託計畫附錄。
- 陳向明(2007)。社會科學質的研究。台北市：五南。
- 陳柏仁(2013)。民法第1118條之1於老親撫養之司法實證研究。國立台灣大學社會科學院國家發展研究所碩士論文，未出版，台北市。

- 陳芷如、徐亞瑛(2000)。承命生根之過程--臺灣機構化失能老人遷居的心路歷程。
護理研究，18 (6) .614-628。
- 陳俊全 (1997)。台灣地區老年健康狀況與醫療費用之長期推估。國立中正大學
社會福利研究所博士論文。嘉義市。
- 陳雪姝、蔡淑鈴、黃欽印(2009)。長期照護機構住民醫療利用分析--以中部四縣
市為例。*臺灣公共衛生雜誌*，28 (3)，175-183。
- 陳思伯 (2009)。從親密感探討失智症照顧者面對疾病的歷程。台北大學社會工
作學系，未出版，新北市。
- 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。
- 曾怡萍(2011)。護理之家老年住民不施行心肺復甦術之決策意向影響因素探討。
臺北：國立臺灣大學醫學院護理學系研究所碩士論文。
- 許芳綺 (2002)。機構中老人進住動機之研究-以彰化老人養護中心為例。私立
南華大學生死學研究所碩士論文，未出版，嘉義縣。
- 黃正平 (2006)。失智症之行為精神症狀。*台灣精神醫學*，20 (1)，3-18。
- 黃何明雄、周厚萍(2003).老年父母照顧者的孝親研究. *香港必會學學報*,4, 115-134.
- 黃秀梨 (2004)。由生態學觀點看老人遷居至機構之調適。*長期照護雜誌*，8(4)，
440-450。
- 黃秀梨、張媚(2006)。機構安置決策過程研究之剖析及應用：以家庭為中心的視
角。*護理雜誌*，53(4),58-64。
- 黃秀梨、陳月枝、熊秉荃(2006)·從社會批判理論角度看台灣的喘息服務·*護理
雜誌*，53(1)，72-79。
- 黃秀梨 (2009)。失智老人機構安置之家庭決策過程探討。國立台灣大學護理研
究所士論文，未出版，台北市。
- 黃惠玳 (2009)。失智症家人陪伴經驗之心路歷程。南開科技大學福祉科技與服
務管理所碩士論文，未出版，南投縣。

- 黃斯聖(2007)。老年失智症之照顧者的負荷及憂鬱的相關因素探討。中山醫學大學醫學碩士論文，未出版，台中市。
- 黃曉黎(1997)。老年失智症照顧者之行爲處置與其疾病知識、態度及社會支持等相關因素之探討。長庚醫學暨工程學院護理研究所碩士論文。未出版，桃園縣。
- 楊嘉玲、孫惠玲(2003)。「照顧者負荷」概念分析。馬偕學報，3，15-27。
- 葉光輝(1995).孝道困境的消解模式及其相關因素.中央研究院民族學研究所集刊, 79(1), 87-118.
- 葉光輝(1997a)。臺灣民眾之孝道觀念的變遷情形.載於張笠雲等編,90年代的台灣社會(pp.171-214)。台北，中央研究院社會研究所。
- 葉光輝(1997b)。年老父母居住安排的心理學研究:孝道觀點的探討中央研究院民族學研究所集刊 83,121-168。
- 葉光輝(2005).孝道的心理與行爲.於楊闕樞、楊光國楊中芳編著,華心理學(上)(293-329頁).台北:遠流.
- 葉莉莉(2002)。接受機構照護個案其家屬亦需專業人員關心。長庚護理，13(2)，152-158。
- 郭欣怡(2007)。失智症與憂鬱症家庭照顧者之疾病負荷與憂鬱症狀的相關研究。長庚大學護理學研究所碩士論文，未出版，桃園縣。
- 郭銀漢、黃松林(2012)。台灣長期照顧機構供給面之分析研究。社會發展研究學刊，2012年11月，第十二期，41-54。
- 賴惠玲、吳淑瓊、江東亮(1996)·城鄉及兩代間對護理之家看法的前驅性研究。護理雜誌，43(1)，55-63。
- 傅中玲(2008)。台灣失智症現況。台灣老年醫學暨老年學雜誌，3，169-181。
- 隋安莉(2007)。阿茲海默症與奈米生物感測技往，儀新新知，157，15-26。
- 劉志文(1999)。安養機構老人生活適應之調查研究。國立彰化師範大學輔導研究所碩士論文，未出版，彰化市。

- 劉弘煌(23(2002)).老人家庭照顧期待之代間落差.實踐學報 33.67-91
- 劉嘉文(2002)。家庭內老人虐待之研究。國立嘉義大學家庭教育未發表的碩士論文
- 劉碧素(2006).探討影響世代孝道行為之相關因素。國立台北護理學院護理研究所未碩士論文,
- 劉欣怡(2000)。居家失能老人主要照顧者生活品質及其相關因素之探討。國立台灣大學護理學研究所碩士論文。未出版，台北市。
- 劉淑娟、蘇秀娟、謝美娥(1998)。北市失能老人其主要照顧者資源需求之初探。長期照護(2)，31-47。
- 劉愛嘉(2000)。年老的社會建構與老人照護困境之探討。國立中正大學心理學研究所碩士論文，未出版，嘉義市。
- 劉碧素、黃惠璣(2009)。綜觀老人家庭照護與孝道。護理雜誌 56 卷 4 期。83-88。
- 蕭世槐、邱亨嘉、劉宏文(1995)。老年人日常活動能力之階層性評估--高屏地區老年人研究之結果。老人學學術研究年鑑。325-336。
- 張弘樺(1996)。無自願能力老人療養現況與未來療養需求推估。中正大學社會福利研究所碩士論文。
- 許敏桃(2001)。台灣老人家庭照顧研究之評析：護理人類學的觀點。國家科學委員會研究彙刊。11(2)。167-177。
- 章英華(1994)。變遷社會中的家戶組成與奉養態度-台灣例子。台灣大學社會學刊。23，1-34。王文芳(2004)。家屬安置老人的長期照護機構之經驗。長照雜誌，8，327。
- 畢恆達(2005)。教授為什麼沒有告訴我：論文寫作的枕邊書。台北市：學富文化。
- 陸洛、陳欣宏(2002).台灣變遷社會中老人的家庭角色調適及代間關係之初探。應用心理學研究。14。221-249。

- 謝美娥(2000)。成年子女照顧者照顧失能父母之影響與因應經驗。臺大社會工作學刊，(3)， 1+3-36。
- 謝美娥(2001)。成年子女與照顧失能老年父母之影響——一個量化的探討並以台北市為例。社會政策與社會工作學刊，5(2)， 57-112。
- 謝美娥(2002)。失能老人與成年子女照顧者對失能老人遷居的歷程與解釋：從家庭到機構。社會政策與社會工作學刊，6(2)， 7-63。
- 謝美娥(2004)。失能老人的資源、居住安排、居住決定的掌控力與生活品質：一個量化的初探。社會政策與社會工作學刊，8(1)， 1-49。
- 謝美娥(2013)。社區失能老人的社會融合：一個質化研究的初探。臺灣社會工作學刊，(11)， 1+3-48。
- 盧秀杏（2011）。未婚女性主要照顧者照顧經驗之探析--以接受安寧療護家庭為例。南華大學生死學研究所碩士論文。未發表。嘉義縣。
- 戴玉慈、陳美津、陳蕙姿、王祖琪、楊清姿、劉紋妙（1988）。老人護理學。台北：國立空中大學。
- 潘淑滿（2006）。質性研究：理論與應用。台北市：心理。
- 羅德興、王明雯(2012)。從社會科學研究典範看質性研究的效度。中華科技大學學報，(53)， 105-122。

英文部分

- Boaz, R. F. and C. F. Muller (1991) 'Why do some caregivers of disabled and frail elderly quit?' Health Care Financing Review, 13(2):41-47.
- Brody.E (1977) .Long-term care of older people: A practical Guide. New York:Human Sciences Press.
- Dellasega, C., & Mastrin,K (1995) .The process and consequences of instistitutionalizing an elder.Western Journal of Nursing Research.17 (2) ,123-136.

- Dellasega, C,& Nola, M. (1997). Admission to care: Facilitating role transition amongst family carers. *Journal of Clinical Nursing*, 6(6), 443-451.
- Jost, D.A.(1993). *The American Heritage College Dictionary*. (3rd ed.) Boston :Houghton Mifflin Company.
- Janis, I., & Mann, L.(1977). *Decision making: A psychological analysis of conflict, choice, and commitment*. New York: Free Press.
- Montgomery, R.J.V, & Kosloski, K. (1994) .A longitudinal analysis of nursing home placement for dependent elders cared for by spouses vs adult children. *Journal of Gerontology*, 49 (2) , 62-74.
- Wilson, H. S. (1989) .Family caregiving for a relative with Alzheimer' s dementia : Coping with negative choices. *Nursing Research*. 38 (2) , 94-98.

