

家庭疾病照顧與婦女角色之研究

李瑋珠 張 珏 胡幼慧* 李 蘭 楊志良

為了解家庭疾病照顧的型態，尋找疾病照顧分工的影響因素，特別探討婦女在家庭疾病照顧中所扮演的角色，本研究在台灣北部地區使用依照人口比率之機率集束抽樣法，抽出 50 個地段，每地段再抽出 40 戶，以問卷訪視進行調查，總共完成 1590 戶（完成率 79.5%），包含 5857 個個人資料，其中有 862 個家庭成員在訪視指定期間曾經患病，佔全部 5857 人的 14.7%。資料分析係針對此 862 人，先以卡方檢定，再以逐步對數複迴歸法（stepwise multiplll logistir regression），分析各種社區、家庭，及個人的特徵，如何影響其所得疾病照顧的分工。為使結果明確易懂，並配合我國注重家庭的文化特色，特將疾病照顧的分工分成自我照顧、性別分工，及輩份分工三個角度來看。本研究的主要發現為，在家庭層次 95% 以上的疾病照顧由同住家人完成，在個人層次，控制其他有顯著影響的變項後，與擴大家庭相比，離散期前核心家庭有較多由病人自我照顧的情形。勝算比為 1.42，且無論離散期前或期後的核心家庭，均比擴大家庭，有較多由家中上一代照顧者，勝算比分別為 3.42 及 4.34；孩童與青年相比，較多由上一代，且係由妻子母親照顧，（前者勝算比 19.68，後者 20.17），老人受到他人照顧的程度則遠不及孩童。妻子、母親雖然在孩童照顧中扮演主要照顧者的角色。但當其本身需要照顧時，本研究並未發現其有被忽視而更須自我照顧的情形。最後，本研究從理論及測量上討論了這些結果，並對醫療保健政策提出建議。

Key words : family, health cari, womens' role

（中華衛誌 1992；11（1）：1-12）

前 言

自古至今，無論何種型態的社會，「家庭」總是其最基本的組成單位，行使著它生物、心理與社會上的基本功能，也自然成為健康行為與觀念的發源地，及醫療保健照顧

的第一線場所。許多學者都肯定家庭為健康照顧的基本單位，如 Litman [1]，Young [2]，Shapiro [3] 等均有此看法，而另外如 Crawford [4]，Good and Good [5]，和 Doherty and McCubbin [6]，更嘗試依照疾病的型態、階段、照顧的場所等，界定家庭的照顧工作，並探討可能遭遇的問題及解決對策。但是也有少數學者持相反的看法，如早期的 Parsons and Fox [7] 認為現代社會都市化的結果，核心家庭盛行，家中可用人力少而人際關係脆弱，與親屬聯繫亦差，以致照顧功能不足，應由醫療機構

國立台灣大學公共衛生研究所

* 國立陽明醫學院公共衛生研究所

聯絡人：李瑋珠

台大醫學院公共衛生研究所

負起照顧病人之責；而晚近的反對者，如 Schwent and Hughes [8]，和 Pless [9]，則多在討論視家庭為一個整體的可行性，及家庭醫學的定位。在實證研究方面，在美國不同地區作過的研究中，幾乎均可發現只靠核心家庭同住的成員，在健康照顧上的確有所不足，大多數的家庭須依賴不同住的擴大家庭成員 [10-12]，老人更須藉助效率及滿足感較低的正式安養機構的照顧 [13]；Jones and Vetter [14] 在英國的研究卻仍發現同住家人具有重要地位，而 Finerman [15] 在厄瓜多爾的印地安族所作的田野調查則發現家庭是完整的健康照顧單位，母親就是主要照顧者，且此一存在多年的固有體系和現代化的醫院經常發生衝突。國內的研究，無論是幼兒照顧 [16, 17]，一般病人照顧 [18, 19]，癌症及慢性病人照顧 [20-22]，均顯出同住家人的重要性。

談及家庭健康照顧必須討論婦女角色。Graham [23] 認為婦女為「隱藏的照顧者」，在家庭中扮演照顧的供給者，求醫時的諮商者與媒介者，但由於男性及父權文化的剝削，她們自己在健康照顧上的需要卻最被忽視。Pizuriki [24] 在聯合國世界衛生組織的專書中，亦強調無論「正式」（醫療衛生機構）、「非正式」（家庭）的健康照顧，婦女都承擔了相當重的責任。Litman [1] 綜合各方研究，亦指出妻子、母親是家中的主要健康照顧者，若她們生病，對家庭將有相當大的影響，因此其病人角色經常會被否定或拖延。實證研究方面，前面提過的幾篇有關家庭健康照顧的研究，無論國外 [12-15]，國內 [16-22]，均探討到婦女角色的問題，大部分均指出婦女，尤其是妻子、母親（含祖母）扮演了主要照顧者的角色，但劉向援 [20]、張珏等 [21] 兩篇針對乳癌病人的研究卻顯示了婦女患病時，配偶的支持力量。另外，Carpenter [25] 分析了美國 1978 年男女請假天數，發現男性平均一年請假 0.6 天，女性 21 天，女性請假天數

如此之高，是因為除了自己生病外，尚須在家人生病時，從事「陪同求醫」及「居家照顧」的工作。Coverman and Sheley [26] 則發現 1965-75 年。美國男性的「工作」時間減少了，但其「參與家務」及「孩童照顧」的時間並未增加，增加的是「休閒活動」，因此家務及孩童照顧仍未因社會的現代化而由女性轉移至男性。

重視家庭及父權文化是中國社會的特色 [27-29]，但近百年來中國的社會的確經歷了重大的變革 [27]，近四十年來台灣地區的現代化更使世界譽為奇蹟，其間不僅生活方式、經濟水準及健康問題越來越接近西方 [30]。家庭關係 [31] 和婦女角色 [32, 33] 也與過去不同，而呈傳統與現代交替的現象。在此變遷之下，家庭的健康照顧將呈現何種型態？健康照顧的分工受到那些因素的影響？而婦女角色在家庭的健康照顧上又將具有何種特色？無論對學術研究，或是衛生政策的制訂，都有相當重要的意義。本研究的目的即在於探討上述問題，並對衛生政策作出具體的建議。研究架構見圖一，研究假說根據過去文獻整理如表一。而本研究的初步重點放在家人生病時，疾病照顧的分工。

材料與方法

本研究的母群體（population）為台灣北部地區平地鄉鎮市區的全部家庭，採「按人口比率機率集束抽樣法」（proportional probability sampling to size with clusters），在北部地區屬於平地的鄉鎮市區中，抽出 50 個集束（地段），每一集束 40 戶，共 2000 戶。由受過標準化訓練的 16 位村里衛生護士擔任訪視員，分地段對每一家戶進行駐村問卷訪視，並由研究者分組輔導。訪視時先核對家庭及每位成員的基本資料，每週同住四天及以上者方予列入，單身戶則不訪問，再由在家中的一位

圖 1：研究架構

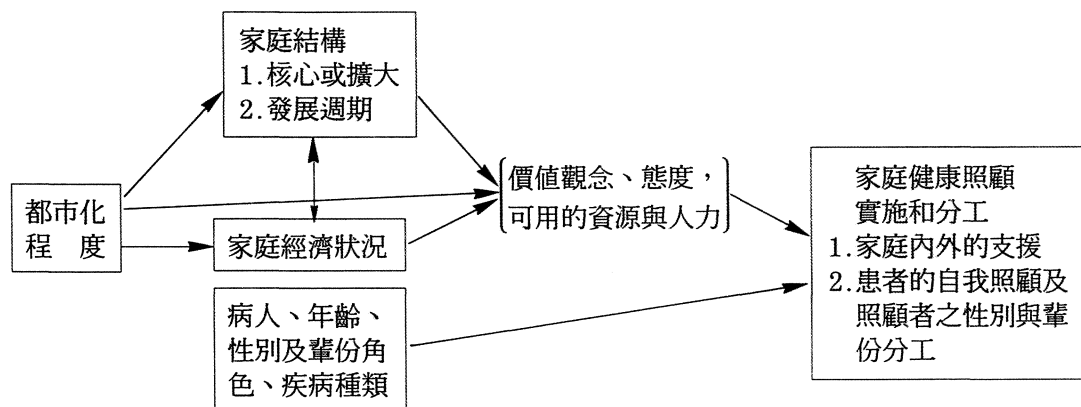


表 1：研究假說—照顧分工預測表

	自我照顧	妻母照顧	上一代照顧
社區特性			
都市化程度	高	低	高
家庭特性			
家庭結構	核心	擴大	核心
發展週期	離散期前	離散期後	離散期前
經濟狀況	佳	差	佳
病人特性			
年齡	年輕成人	孩童	孩童
輩份	上一代	不一定	不一定
妻母角色	妻	母	不一定
疾病種類	常見急性病	慢性病	常見急性病

成人逐一敘述每位家庭成員過去一個月有無生病，過去一年有無重大疾病住院治療，有無慢性病或殘障狀況，再針對「有」上述情況者，一一詢問其家庭參與疾病照顧的方式，三訪未遇方予放棄，同一戶若有二人以上生病的情形，則採以個人為單位的方式，分別詢問及分析。研究之重要變項及其定義見表二。全部訪視工作自民國 77 年 2 月至 4 月，歷時三個月完成。

資料分析先使用交叉列表及卡方檢定，分析單一變項對健康照顧分工的影響力，再使用逐步對數複迴歸法 (stepwise multiple logistic regression) 找出最適合的解釋模型，並估計每一具有顯著影響力的變項，在控制其他變項後的調整勝算比 (adjusted

odds ratio)。理論架構中的各個變項，除價值觀念、態度、可用人力較難測量外，均列入問卷。

結 果

一、調查完成率與健康問題分佈

本研究共有 1590 戶完成調查，佔全部樣本 (2000 戶) 的 79.5%，未能完成的主要原因為空戶、單身戶、三訪未遇、外出甚久、住址不詳，及拒訪等。因許多基本資料訪視時才得以確認及更正，故無法由基本資料得知完成與未完成家戶的差異，唯一一項比較可靠的指標是都市化程度，依照本研究的標準，鄉村地區的完成率為 82.3% (428/520)，衛星 (及小型) 城市者為 80.7% (678/840)，大都市 (本研究中即台北市) 則為 75.6% (484/640)。

1590 戶中，共得 5857 個家庭成員的記錄，平均一戶 3.68 人。其中有符合本研究標準之健康問題者為 862 人，佔 14.7%。各種疾病的罹患率分別為：(僅有) 常見急性病 6.4% (375/5857)，慢性病 5.0% (295/5857)，重大疾病 1.6% (97/5857)，殘障狀態 0.9% (55/5857) 及綜合二種以上 0.6% (40/5857)，其中多為急性病及慢性病。

862 位患者的基本變項分佈見表三。

表 2：重要變項定義

家庭：每週同住四天以上的家庭成員，包含親人及非親人。
社區都市化程度：吳水源（1986）發表之地方建設，人口，產業結構等綜合指標。〔34〕

家庭結構：1.核心家庭。

2.擴大家庭。

家庭發展週期：1.離散期前：新婚、生育、學童、青少年期。

2.離散期後：離散、空巢、老化期。

家庭經濟狀況：15 項家庭設備的總數，再分為：

1.7 項及以下。

2.8 項以上。

健康問題：

1.常見急性病：指一般常見，多可自愈，或只需門診照顧者（期限為訪視前一個月內）。如上呼吸道感染。

2.慢性疾病：指代謝性、退化性、或超過三個月，須長期治療之疾病。如高血壓、糖尿病、消化性潰瘍。

3.重大疾病：指須住院、手術或急診照顧之疾病（期限為訪視前一年內）。

4.殘障：指身體、心理出現不可逆之功能不足狀態者，如腦血管疾患而半身不遂、小兒麻痺、智能不足等。

照顧類別——指主要提供此項照顧的人。

1.照顧方式決定者：求診場所與求診對象選擇者。

2.求診陪同者：陪同或攜帶患者求診的人。

3.協助治療者：協助或提醒服藥，及執行其他醫囑的人。

4.照顧起居者：患者休養期間，照顧其生活起居的人。

5.費用負擔者：負擔此次患病求診費用的人，有保險者算作自己負擔。

照顧者分類：由 18 種家庭角色及其組合中，區分出自我照顧、性別分工與輩份分工，再由是否係同住家人照顧區分家內外分工。

1.自我照顧：選“自己”為提供照顧者。

他人照顧：選其他項目者。

2.性別分工：

妻母照顧：選“妻子母親”、“媳婦”、“已婚女兒”等。

非妻母照顧：選其他項目看。

3.輩份分工：

上代照顧：選（最高代）“丈夫、父親”、“妻子、母親”者。

下代照顧：選其他項目者。

4.家庭內外分工：

家庭內：選“自己”及其他同住家人者。

家庭外：選不同住家人及專業人員者。

二、家庭內外的疾病照顧分工

扣除部分資料不全者之後，疾病照顧由「自己或同住家人」負擔的百分比，在「照顧方式決定者」為 96.4%（776/805），「求診陪同者」為 96.1%（765/796），「協助治療者」為 97.5%（774/794），「照顧起居者」97.0%（767/791），「費用負擔者」97.0%（778/802）。即使所有資料不全者均非由同住家人照顧，各項工作完全由自己或同住家人負擔的百分比也高達 88% 以上。也正因為大部分的疾病照顧均由同住家人從事，有關家庭內外的分工便不再作進一步分析。

三、工作別疾病照顧者的分佈

不同的疾病照顧工作，在「自我照顧」、「性別分工」，與「輩份分工」上，是否

呈現不同的型態？表四為工作別的疾病照顧者分佈。在「自我照顧」方面，五種工作表現相當一致，即大約 40% 可由家中的上一代照顧（包含患者自己為上一代的情形）。變化比較大的是「性別分工」一項，五種工作可分為三大類：稍偏妻母的工作—「協助治療」與「照顧起居」，稍偏夫父的工作—「照顧方式之決定」與「求診陪同」，以及以夫父為主的工作—「費用負擔」。其中稍偏妻母與稍偏夫父的工作均只在 45~56% 中間變化，但以夫父為主的工作則十分明顯，只有 20.1% 由妻母負責。

四、疾病照顧分工影響因素之分析

為了進一步分析可能影響疾病照顧分工的各項因素，對於自我照顧、性別分工，與輩份分工的影響力，本研究挑選了五項照顧工作中，最具居家照顧特性的「照顧起居」

表 3：患病者基本變項分佈

都市化程度 (n=862)		
鄉村	209	24.2%
衛星城市	344	39.9%
大都市	309	35.8%
家庭結構與發展週期 (n=860)		
核心家庭離散期前	458	53.3%
後	181	21.0%
擴大家庭 (均離散期後)	221	25.7%
經濟狀況 (n=858)		
設備 7 項及以下		25.2%
設備 8 項及以上		74.8%
性別 (n=859)		
男性	441	51.3%
女性	418	48.7%
妻母角色 (n=861)		
非妻母	573	66.6%
妻母	288	33.4%
年齡 (n=855)		
孩童 (<20 歲)	214	25.0%
青年 (20-39 歲)	180	21.1%
壯年 (40-64 歲)	318	37.2%
老年 (≥65 歲)	143	16.7%
輩份 (n=861)		
上代	543	63.1%
下代	318	36.9%

表 4：工作別健康照顧者之分佈

	自我照顧			性別分工			輩份分工		
	總數	(+)人數	%	總數	(+)人數	%	總數	(+)人數	%
照顧方式之決定	801	329	41.1	812	367	45.2	827	652	78.8
求診陪同	792	281	35.5	810	387	47.8	819	632	77.2
協助治療	790	360	45.6	808	429	53.1	817	649	79.4
照顧起居	787	318	40.4	805	451	56.0	817	644	78.8
費用負擔	798	335	42.0	814	164	20.1	822	631	76.8

註：自我照顧 (+) = 由病人自己提供照顧

性別分工 (+) = 單由妻母提供照顧

輩份分工 (+) = 單由上代提供照顧

，先就研究架構中各項社區、家庭，與病人的個人特徵，進行單一變項的卡方檢定，見表五，再將諸變項以逐步對數複迴歸法（Stepwise multiple logistic regression）加以分析，找出控制其他變項後，仍具有顯著影響的變項，並估計其調整勝算比（adjusted odds ratio），見表六。

綜合表五和表六的結果，可以整理出以下六點特色：

1. 都市化程度及家庭經濟狀況沒有顯著影響。
2. 與擴大家庭相比，離散期前的核心家庭成員較多自我照顧，勝算比 1.79（95%信賴區間 1.16—2.78）；而無論離散期前或離散期後的核心家庭，均多由家中的上一代照顧，離散期後的勝算比為 3.42（95%信賴區間 1.97—5.92），離散期前的勝算比為 4.34（95%信賴區間 2.52—7.47）。
3. 在病人特徵方面，年齡是一個最重要的變項，與青年（20—39 歲）相比，孩童（20 歲以下）多由他人照顧，其自我照顧的勝算比僅 0.02（95%信賴區間 0.01—

- 0.04）；而由性別分工看來，他們確實較多由妻母照顧，勝算比 20.17（95%信賴區間 10.72—37.94）；由輩份分工看來，則較多由上一代照顧，勝算比 19.68（95%信賴區間 9.22—42.01）。相形之下，中老年的照顧分工就不似孩童明顯：只有中年（40—64 歲）比青年略多自我照顧，勝算比 1.70（95%信賴區間 1.10—2.63），以及老年（65 歲以上）較多由下代照顧，其由上代照顧的勝算比為 0.20（95%信賴區間 0.07—0.55）。控制年齡後，輩份的影響便不明顯，只有上一代比下一代較多由妻母照顧，勝算比為 2.12（95%信賴區間 1.14—3.94）。
4. 妻子、母親雖為孩童的主要照顧者，但當自己生病時，並未出現較多自我照顧的情形，反而在輩份分工上大略傾向於由下一代照顧。
 5. 慢性病及其他較嚴重的狀況，與常見急性病相比，較多由他人照顧，其自我照顧的勝算比為 0.47（95%信賴區間 0.31—0.70）。
 6. 「性別分工」中出現妻母比非妻母多由妻

表 5：社區、家庭及個人特徵對健康照顧分工影響之流計考驗結果（卡方檢定 P 值）

都市化程度	均無顯著性	年齡	
家庭結構		自我照顧	<0.001
輩份分工	<0.001	性別分工	<0.001
發展週期		輩份分工	<0.001
自我照顧	0.042	輩份角色	
性別分工	0.001	自我照顧	<0.001
輩份分工	<0.001	性別分工	0.002
經濟狀況	均無顯著性	輩份分工	<0.001
		妻母角色	
		自我照顧	<0.001
		性別分工	<0.001
		疾病種類	
		自我照顧	0.002
		性別分工	0.001
		輩份分工	0.034

表 6：『照顧起居者』相關變項逐步對數複迴歸分析結果

變 項	迴歸係數	標準誤	係數／標準誤	調整勝算比	95%	信賴區間
自我照顧						
離散後核心／擴大	0.35217	0.2286	1.540	1.42	0.91	- 2.23
離散前核心／擴大	0.58456	0.2233	2.618	1.79	1.16	- 2.78**
孩童／青年	-4.1996	0.4926	-8.525	0.02	0.01	- 0.04**
中年／青年	0.53120	0.2228	2.384	1.70	1.10	- 2.63*
老年／青年	0.03283	0.2855	0.1150	1.03	0.59	- 1.81
慢性病等／急性病	-0.76340	0.2097	-3.640	0.47	0.31	- 0.70**
性別分工（妻母照顧）						
孩童／青年	3.0042	0.3223	9.320	20.17	10.72	- 37.94**
中年／青年	-0.11590	0.2507	-0.4623	0.89	0.54	- 1.46
老年／青年	-0.04517	0.2960	-0.1526	0.96	0.54	- 1.71
上代／下代	0.75067	0.3170	2.368	2.12	1.14	- 3.94*
妻母／非妻母	1.8743	0.1938	9.673	6.52	4.46	- 9.53**
輩份分工（上代照顧）						
離散後核心／擴大	1.2284	0.2808	4.375	3.42	1.97	- 5.92**
離散前核心／擴大	1.4670	0.2773	5.290	4.34	2.52	- 7.47**
孩童／青年	2.9797	0.3869	7.702	19.68	9.22	- 42.01**
中年／青年	-0.76775	0.4737	-1.621	0.46	0.18	- 1.17
老年／青年	-1.6120	0.5168	-3.119	0.20	0.07	- 0.55**
上代／下代	4.1535	0.5198	7.991	63.66	22.98	-176.32**
妻母／非妻母	-0.51647	0.2644	-1.953	0.60	0.36	- 1.00

*P<0.05 **P<0.01

母照顧，「輩份分工」中出現上代比下代多由上代照顧的情形，應係照顧分工由三種角度重複分類所致。

討 論

以下將分研究的限制、研究結果的意義，及政策上的參考價值及期望對本研究加以討論。

一、研究的限制

在研究題材方面，有關家庭與健康的研究範圍甚廣，由健康習慣的養成到病人的照

顧、復健，有相當多的題材可以探討〔1,4-6〕，本研究主要針對生病後的病人照顧，在研究的母群體選擇方面，本研究只涵蓋了台灣北部地區的平地鄉鎮市區，對於山地鄉及其他地區尚待進一步的研究來加以了解。而在樣本的選取及其代表性方面，抽樣方法使用「按人口比率機率集束抽樣法」，唯一會影響代表性的是其集束效應（cluster effect），但若考慮訪視的方便性，及進一步研究追蹤的可行性，則祇得在此點上稍作犧牲。本研究在家庭層次的完成率為 79.5%，算是相當高，因為訪員係採駐村方式日夜與社區接觸，三訪未遇才放棄，未能完成

的家庭可相信是真的無法訪到。由於家庭的基本資料訪到後才完全得以確認，故無法計算完成與未完成訪問的家庭在基本資料上的差距，唯一較可靠的資料是都市化程度，都市化程度越高，訪問的完成率越低。因此，可能高都市化程度的家庭會發生代表性較低的情形。此外，由訪員的記錄看來，此種基於戶籍的抽樣法，對於住址與戶籍長期不一致，或經常流動的家庭及個人，根本無法找得到，也因而形成了此一類型研究的最大死角。家中若有二人以上生病，則大家庭特徵將會重複出現，亦可能影響推論。自述罹病的狀況，也容易造成一些偏失；比較嚴重，需要長期住院或安養的家庭成員就可能因無法與家人同住而被刪除，殘障及精神疾病患者的家庭，亦可能基於不願別人知道的理由而隱藏部分事實；再者，民衆一般而言較缺乏定期檢查早期發現，早期治療的觀念，對一些初期而尚無症狀的慢性病，亦可能因忽視而未加以敘述。但採用自述性健康狀態的方法，亦並非沒有意義，健康行為及健康照顧的方式，都直接決定於個人及家庭主觀上的認知，在許多有關健康行為的研究上都十分強調這個測量方法，對於其上述可能的缺點，則須另謀補救之道。總之，此一方法仍應被肯定。而由家人代述的部分則更可能因為家人溝通不夠，故意隱瞞某些疾病而有偏差，此實有待更深入的研究加以追查、核對以求準確。

在測量上，本研究也有一個相當大的限制；雖然研究架構中考慮到價值觀念、態度等抽象的概念，但根據前驅研究的經驗，國人對於具體的事實在回答上較無問題，但若牽涉到抽象觀念的測量，則變得十分困難，因此本研究暫且只藉問卷詢問具體的特質及行為表現。也正因為此一顧慮，使得許多可能的影響因素無法在本研究中被界定及測量，這也是以後的研究中，所應努力突破的障礙。此外對於急性常見疾病，急性期和恢復期所需要的人力亦不同，此點亦應在更進一步的研究中詳細區分。

二、研究結果的意義

在家庭內外的分工上，五種照顧工作一致地有 95% 以上均由患者自己或同住家人提供。這一點發現與美國的許多研究〔10—13〕有很大的差距，同住家人照顧的比率也比英國的報告〔14〕為高，倒是和厄瓜多爾的情況〔15〕類似，也和國內過去的研究〔16—22〕相符合。如此亦肯定了 Litman 所說的話：「家庭是健康照顧的基本單位。」〔1〕為什麼本研究會發現有如此高的比率是由同住家人及自己提供照顧？除了文化的因素〔27—29〕外，也要注意以下幾點：第一，在選擇樣本時已將單身戶除去，受訪的家戶已是有兩人以上同住的家庭；第二，正如前述，比較嚴重的病人可能已不在訪問之列，家外支援的需要性自然降低；第三，社區樣本的特色是大多數疾病均為常見急性病或症狀較輕的慢性病，所以出現近乎 40% 的「自我照顧」。但無可否認，同住家人仍是一般社區常見疾病的主要照顧者，此一事實一方面提醒了我們對本國文化特質的重視，一方面也暗示我們在醫療保健政策制訂上應將「家庭」視為一完整的單位。

不同的照顧工作為何出現不同的「性別分工」？本研究的結果發現五種照顧工作可分為稍偏妻母、稍偏夫父，及主由夫父提供三型，「協助治療者」與「照顧起居者」屬第一型，「照顧方式決定者」與「求診陪同者」屬第二型，「費用負擔者」屬第三型。回顧相關的文獻，大部分均指出家庭中的健康照顧主要是婦女的工作，但除了 Carpenter〔25〕及張珣〔18〕外，並未對「照顧」註加分工，尤其未提及費用負擔的問題，也許是國外健康保險較為普及所致。如果將「健康照顧」視為一種權力與責任的分配，本研究發現之分工方式是否也顯示出夫妻雙方在家務分工上的一般原則呢？換言之，是否丈夫擁有較多的經濟權、決定權，與對家人的責任，妻子則負擔較直接的病人照顧？這背後的涵義，值得進一步探討。

在影響家庭疾病照顧分工的因素方面，

本研究針對「照顧起居」一項的分析，有下列幾點值得討論：

第一，為什麼都市化程度和家庭經濟狀況沒有出現預期的影響？假說中對此二變項影響力的預測，出於對現代化社會的假設，都市化程度高，經濟狀況佳的家庭較尊重個人，夫妻及上下代之間權力比較平等〔30-33〕，因此預測疾病照顧的分工較偏向由自我照顧、夫父照顧，及上一代照顧。但研究結果卻未發現此一傾向。可能的原因之一是，指標選擇不當，台灣地區現代化快速而普及〔33〕，交通與媒體發達，這兩個指標已不宜使用。另外，是否現代化理論在台灣地區不完全適用呢？則需要更深入的研究。

第二，家庭結構與發展週期的影響，反映出什麼涵義？研究假說中的預測，一方面是基於可用人力的考慮。研究結果在「自我照顧」及「輩份分工」上與假說大致符合，但在「性別分工」上，卻未出現預期的情況。此一結果似乎暗示了現代化與平權的說法較缺乏支持，可用人力的考慮較為可能一核心家庭人力較缺乏，而且可以提供照顧的多為家中的上一代。自然較多自我及上代照顧，與權力的平等無直接關係。此外，有關家庭結構與週期的影響，還牽涉到測量上的兩個問題，第一是中國式的擴大家庭在發展週期上甚難認定，（發展週期的分類基礎為核心家庭），本研究只得將兩個變項合併，成為「家庭結構週期」，來比較離散期前核心、離散期後核心，及擴大家庭之不同。第二是輩份的認定，其實離散期前核心家庭中的正一代與擴大家庭中的下一代均為年輕的成人，由研究中也顯示他們是照顧工作的中堅，也是社會上的主要生產者。由上述兩個問題看來，要對中國式的家庭健康照顧有深刻而貼切的描述誠非易事。

第三，有關婦女的角色及地位，前人的研究中，不但多指出婦女是家庭健康照顧的主力〔12-22〕，亦發現當她們自己有健康上的問題而需要照顧時，卻往往因父權文化

的剝削，及本身對家庭中「別人」健康的責任，而忽視或壓抑自己的需要〔1,23〕。研究假說也根據前人的研究而設定。結果發現，妻子、母親當家中其他人—特別是「孩童」需要照顧時，她們果真扮演「供給者」的角色；但另一方面，並無證據顯示，她們自己需要照顧時，會被忽視或壓抑—至少，並無較多的「自我照顧」。是不是我們的家庭中，女性的地位仍十分受到尊重和愛護？這在是一個值得欣慰的現象。但是，也應小心的是，高度父權文化影響之下，婦女會一會已自我壓抑或忽視而不自知？從事婦女研究的學者可對此深入探討，也許會發掘出意想不到的豐富資料。

最後，關於孩童和老人所受到的照顧，及年輕成人的責任。孩童、老人都是家中需要照顧的群體，本研究以 20-39 歲年輕成人為基準，比較孩童（20 歲以下）、中年（46-64 歲），以及老年（65 歲以上）受到照顧的情形，結果發現孩童果真受到成人，特別是母親的照顧，但相形之下，老年人就沒有那麼幸運了，其自我照顧的比率並不比年輕成人為低，也許這是控制「疾病別」的結果—慢性病人較多受到他人照顧，但在「性別分工」、「輩份分工」上，亦均未如孩童般受到其他家人照顧。今後人口日益老化，慢性疾病增加〔30〕此一發現亦可謂一隱憂。此外，正如前述，年輕成人中，特別是婦女，無論在何種型態的家庭中，都是提供照顧的主力，而「照顧者」也是要承受極大壓力的。至於孩童與老人個別而言受到照顧的情形，及其反映的問題，本研究只是概述，仍需針對二者作更深入的研究加以探討。

三、政策上的參考價值及建議

首先，本研究證實了「家庭」在健康照顧（至少是疾病照顧）上的重要性，今後無論在學術研究上，還是醫療保健制度上，都應重視家庭的影響力，並把家庭視為健康照

顧的基本單位。

實際的作法上，一方面要找出家庭健康照顧的高危險群，不但如過去一樣注意「被照顧者」（病人），也要注意「照顧者」的負擔、壓力及需要，例如核心家庭較缺乏人力資源，有孩童、老人、或慢性病患者的家庭負擔亦較重；年輕成人是提供照顧的主力，其中的婦女，特別是職業婦女，往往有更重的負擔。醫療保健服務除了對患者加以治療及教育外，亦應對家中負責照顧的人提供適當的教育和支持，並透過政策上的努力，保障陪病假及請假期間的權益，另一方面，社會資源的整體運用也是不可或缺的，當家庭健康照顧人力、財力有所不足時，醫療院所、學校、安養機構，和社區的各項居家服務。都是可用的資源，應善加規劃，使之與家庭內的資源相互配合，發揮最大的效果。未來家庭生育子女數減少，人口快速老化，社區資源在今日趨重要，宜及早加以重視。

本研究只是一個開始，有關於家庭健康照顧的問題，無論學術研究或是政策制訂，都還有許多有待努力開拓的空間。中國的家庭有其傳統文化與現代生活方式交互作用下的特色，在此一變遷迅速的社會中，有極為豐富的題材可以檢討，建立本土的研究觀點與決策模式，實為本研究所衷心期望的。

誌 謝

本篇由台大公共衛生研究所之博士論文濃縮改寫而成。承蒙行政院衛生署撥款補助並協調各項行政事務，省衛生處支援訪視人員，台大、師大、國防、陽明醫學院諸位師長專家提供寶貴意見，本研究歷任助理韓嘉如、王貴芳、施金水、陳春君、凌坤楨、符春美、王琪諸君及同學們的大力協助，使本研究順利完成，謹此致謝！

參考文獻

1. Litman TJ. The family as a basic unit in health and medical care: a social-behavioral overview. *Soc Sci Med* 1974; 8: 495-519.
2. Young RF. The family-illness intermesh, theoretical aspects and their application. *Soc Sci Med* 1983; 17: 395-8.
3. Shapiro J. Family relations and coping strategies in response to the physically ill or handicapped child: a review. *Soc Sci Med* 1983; 17: 913-31.
4. Crawford CO. Health and the family, a medical-sociological analysis of interface dynamics. In: Crawford ed. *Health and the family*, chapter 6. New York: The McMillan Co., 1971; 113-25.
5. Good BH, Good MD, Burr BD. Impact of illness on the family: disease, illness, and the family illness trajectory. In: Taylor RB. ed. *Family Medicine principles and practice*. 2nd ed., chapter 6. New York: Springer-Verlag. 1983; 32-45.
6. Doherty WJ, McCubbin HI. Families and health care: an emerging area of theory, research, and clinical intervention. *Family Relations* 1985; 34: 5-11.
7. Parsons T, Fox R. Illness, therapy and the modern urban American family. *J Soc Issue* 1952; 8: 31-44.
8. Schwenk TL, Hughes CC. The family as patient in family medicine. *Soc Sci Med* 1983; 17: 1-16.
9. Pless JB. The family as a resource unit in health care: changing patterns. *Soc Sci Med* 1984; 19: 385-9.
10. Bell W, Boat M. Urban neighborhoods and informal social relations. *Am J Social* 1957; 62: 391-8.
11. Sussman MB. The isolated nuclear family: fact or fiction. *Social problems* 1959; 6: 333-40.
12. Litman TJ, et al. Health care and the family, a three generational study. *Med care* 1971; 9: 67-81.
13. Greene VL. Substitution between formally and informally provided care for the impaired elderly in the community. *Med Care* 1983; 21(6): 609-19.
14. Jones DA, Vetter NJ. A survey of those who care for the elderly at home: their problems and their needs. *Soc Sci Med* 1984; 19(5): 511-4.
15. Finerman RD. Experience and expectation: conflict and change in traditional family health care among the Quichua of Saraguro. *Soc Sci Med*, 1983; 17: 1291-8.
16. 李鍾祥。中國嬰幼兒生長、發展及教育之縱式研究。台北：醫學文摘出版社，1981。
17. 江昭興、季瑋珠、陳健仁、楊志良。四湖鄉民衆對小兒麻痺。預防接種知識態度實行之調查研究。中華衛誌，1983；3：63-83。

18. 張珣。台灣漢人的醫療體系與醫療行為、中央研究院民族學研究所集刊，1983；5629-58。
19. 季瑋珠、楊志良。社會變遷與家庭健康照顧型態之研究。中華衛誌 1980；8：12-27。
20. 劉向援。接受乳房根除手術之婦女，於住院期間有關「身體心象改變」與「調適」之探討。國防醫學院護理研究所碩士論文，1986。
21. 張珣、黃梅羹、林弘崇。乳癌病人的壓力與調適初步探討，中華衛誌，1988；8（2）：109-24。
22. 田玫、季瑋珠、張智仁、張珣。台北縣貢寮鄉糖尿病尿病人疾病壓力與調適之研究，中華衛誌，1988；8(3)150-60。
23. Graham H. Providers, negotiators, and mediators: women as the hidden carer. In: Lowin, E. and Olesen, V. ed. Women, health and healing, toward a new perspective. New York: Tavistock publications. 1985.
24. Pizuriki H, et al. Women as provider of health care. Geneva: WHO. 1987.
25. Carpenter ES. Children's Health Care and changing Role of Women, Medical care, 1980; 18: 1208-10.
26. Coverman S, Sheley JF. Change in men's house-work and childcare time, 1965-75, Journal of Marriage and the Family, 1986; 48: 413-22.
27. Levy MJ. The family revolution in modern China. New York: Octagon Books. 1949, reprinted 1971.
28. Wolf M. Women and the family in rural Taiwan. Stanford, California: Stanford University Press. 1972.
29. Baker HD. Chinese family and kinship. New York: Columbia University Press. 1979.
30. 行政院衛生署。中華民國台灣地區公共衛生概況，1987。
31. 朱岑樓：中國家庭組織的演變，在朱岑樓：我國社會的變遷與發展，中華民國建國七十年紀念叢書，台北：東大圖書公司，1981：255-87。
32. Chiang LH, Ku Y. Past and current status of women in Taiwan. Taipei: Women's research program, Population Studies Center, National Taiwan University, 1986.
33. Hu TL. My Mother in law's village, rural industrialization and change in Taiwan. Institute of ethnology, Academia Sinica Monograph Series B No. 13, 1984.
34. 吳水源。統計專題研究報告—台灣地區市鎮鄉都市化程度之研究。行政院主計處，1986。

A STUDY ON FAMILY HEALTH CARE AND WOMEN'S ROLE

WEI-CHU CHIE, CHEUH CHANG, YOW-HWEY HU,
LEE-LAN YEN, CHIH-LIANG YAUNG

For the purpose of understanding the style of influencing factors identifying the high risk groups who might need more social support, and testing sociological theories, one cross-sectional studies were carried out in Taipei area in 1987.

A proportional probability sampling with clusters was done to obtain 50 clusters, 1590 households and 862 cases with self-reported illness. A Structured questionnaire interview with home visit was performed. The influences of the characteristics of the community, the family and the patients themselves were analysed with Chi-square test and stepwise multiple logistic regression. The main results were:

At the family level, over 95% of the health care works were performed by the family members living together. At the individual level, after controlling all other variables, the

influence of urbanization was not significant, patients in nuclear families before the stage of launching tended to take care of themselves, (odds ratio 1.42), those in nuclear families both before and after the stage of launching tended to be cared by the upper generation (odds ratio 3.42 and 4.34); children tended to be cared by the upper generation, actually, mothers (odds ratio 19.68 and 20.17), while the elderly did not get the same level of care as children. Mother-wives did play an important role in family health care, however, when they only needed others' care their needs were not found to be neglected or postponed.

The issues in theoretical basis, concept and measurement, as well as the policy implication were also discussed. (*J Natl Public Health Assoc (ROC)*: 1992;11(1):1-12).

Key Words: Parents of Mental Retarded, Eugenic, Family Planning

* Institute of Public Health, National Taiwan University