

台灣北部地區失能老人家庭照顧品質 及相關因素之探討

林秀純 徐亞瑛* 姚開屏** 吳淑瓊***

摘 要

本研究之目的旨在探討目前接受居家照顧之失能老人家庭照顧品質現況及其相關因素。研究架構是以徐(民84)質性研究所建構的「尋找平衡點：影響失能老人家庭照顧品質之照顧過程模式」為依據，再根據本研究之目的修改而成。研究工具乃使用徐氏依其研究結果所衍生發展而成的相關量表，包括「照顧相關因素量表」、「尋找平衡點之照顧過程量表」及「家庭照顧品質量表」，上述量表在本研究中經測試證實有可接受的信、效度。本研究為描述性相關性研究，採結構式問卷調查法，由台灣北部地區11個居家護理機構之收案對象進行立意選樣，共訪得有效樣本97對65歲以上失能老人及其主要照顧者。所得資料採用SPSS統計軟體進行描述性統計及複迴歸等分析。結果顯示，整體家庭照顧品質，包含「失能老人需求被滿足程度」、「家庭受影響程度」、「照顧者之照顧回饋與負荷」三個次量表，為中等程度。在影響家庭照顧品質的重要預測變項方面發現：「照顧者性別」為女性、「照顧者不須放棄工作」、「照顧者與失能老人的關係品質」愈好、「照顧困難度」愈低，以及在「尋找平衡點之照顧過程」中愈能兼顧互相競爭之需求的照顧者，整體家庭照顧品質愈好，相關因素的總解釋變異量達45%。

關鍵詞：失能老人、家庭照顧品質、尋找平衡點之照顧過程。

前 言

台灣地區民國82年65歲以上老年人口為7.1%，正式邁入高齡化社會，民國85年底更攀升至7.9%，計有169萬人。資料顯示老年人口的失能比率逐年增加，有5.3%之老人罹患慢性疾病無法自行料理生活，需人照顧，而這些無自顧能力之老人當中，住醫院、安養及療養機構者，僅佔10.3%；近九成均係有賴家庭之照護功能（行政院主計

處，民86）。對失能老人而言，能接受好的家庭照顧以滿足其需要對其健康及生存影響極大（Phillips & Rempusheki, 1986）。對照顧者而言，能提供好的家庭照顧以滿足失能老人及照顧者本身之需要，亦影響照顧者及家庭之健康與生活。對居家護士而言，能瞭解並評估家庭照顧的品質有助於採取有效並適宜之護理服務措施（徐、許，民84）。老

長庚護專講師 長庚大學護理研究所副教授* 國立台灣大學心理學系副教授** 國立台灣大學公共衛生學系副教授***

受文日期：87年3月12日 修改日期：87年6月16日 接受刊載：87年7月28日

通訊作者地址：徐亞瑛 桃園縣龜山鄉文化一路259號

電話：(03) 3283016-5275

人家庭照顧品質是一個動態的過程，受到許多因素的影響，目前國內相關研究非常少，本研究之目的是希望探討目前接受居家照護之失能老人家庭照顧品質現況及影響之相關因素，以促進居家護理服務並幫助相關專業人員評估和判斷家庭提供照顧的能力及狀況。

文獻探討

(一)失能老人家庭照顧品質之相關研究

1.國外相關文獻方面：

國外有關失能老人家庭照顧品質之研究，大部份為 Phillips 等學者所做。Phillips 等 (1990a, 1990b) 在發展評估老人家庭照顧品質之 QUALCARE 量表時，提出“滿足老人需求與否”的概念，也就是“需求的管理”(needs management)——老人可觀察到的需求能被滿足的程度。量表項目包括環境、身體、醫療處置、心理社會、人權和經濟六個範圍，且經研究證實有良好的信、效度，是具有使用及參考價值的量表 (Phillips et al., 1990a, 1990b)。

2.國內相關文獻方面：

台灣目前只有 3 篇相關於家庭照顧品質的報告 (陳、戴、楊、王、鄭，民 84；徐、許，民 84；林、邱，民 84)。

戴、楊、王、鄭 (民 84) 所發展之家庭照顧品質不良指標，乃根據居家護理經驗發展而成，測量家庭照顧是否能滿足老人在飲食、排泄、衣著、身體清潔、服藥及皮膚完整六個項目的身體需要，尚無相關信、效度之結果報告。

林、邱 (民 84) 對南台灣 70 位中風病人之家庭照顧品質做探討，便參考 Phillips (1990a, 1990b) 的 QUALCARE 量表測量方式，以 Maslow 的生理及安全低層次需要為架構，設計家庭照顧品質量表。研究結果發現，照顧品質多為一般水準以上，而且中風

病人有保險者、和照顧者關係良好者、中風時間較短者，及照顧者心理負荷較輕者，所接受之照顧品質較佳。

上述老人照護品質量表，都只提到失能老人被照顧的情形，並未包括照顧者或家庭的狀況。徐及許 (民 84) 在其對台灣地區失能老人照顧品質之質性研究所發展的「尋找平衡點：影響家庭照顧品質的照顧過程模式」中，便將失能老人需求被滿足的程度、照顧者之回饋與負荷、家庭受影響的程度，均涵蓋在家庭照顧品質的範圍內。也就是說，好的家庭照顧品質必須是在照顧過程中能維持或達成照顧及家庭互動上的和諧及平衡，並且除了失能老人身體基本需要及情緒需要被滿足之外，也必須無「照顧者疲累」。在考慮家庭有限的資源及人力下能兼顧老人、照顧者及家庭的福利 (徐，民 84)。

吾人也認為從失能老人、照顧者及家庭三個層面加以評估，較能看出長期的家庭照顧品質狀況。因此在本研究之理論架構中所探討的家庭照顧品質將包括「失能老人需求被滿足的程度」、「照顧者之照顧回饋與負荷」、「家庭受影響程度」三部份。

(二)影響家庭照顧品質之相關因素

Phillips 等 (1995) 認為對於失能老人家庭照顧品質的描述，應考慮情境背景 (situational context) 與互動過程 (interactional process) 的因素。情境背景因素影響老人照顧品質的方式是以挫敗—攻擊性 (frustration—aggression) 及社會學習理論來解釋的。所謂情境背景因素包括：失能老人之特性、主要照顧者之特性、結構的因素及照顧者與失能老人之關係品質 (Hickey & Douglass, 1981a, 1981b; Phillips, 1995)。然而有關失能老人和主要照顧者特質與照顧品質的關係大多是不一致的。Pedrick-Cornell 及 Gelles (1982) 曾對此不一致的結果提出許多解釋，包括樣本同質性的問題 (例如缺乏照顧品質不佳的樣本)、測量的問題及缺乏對照組等。

徐及許（民84）在其探討台灣地區家庭照顧品質的質性研究中提到「照顧相關因素」會影響照顧的過程及結果。「照顧相關因素」包括照顧資源、照顧原則、照顧者對失能老人之瞭解程度以及照顧任務之困難程度，因此建議居家護士協助增加照顧者的資源，增進照顧者對失能老人的瞭解，減低照顧任務的困難程度，並設定實際的照顧原則，以協助照顧者在不同需求之間找到平衡點以促進照顧品質。

Phillips 及 Rempusheski（1986）曾提出以互動過程（interactional process）來解釋老人照顧的品質，認為兩個行動者（照顧者和老人）對於人際關係或互動意義的詮釋會影響其行為。Cartwright, Archbold, Stewart 和 Limandri（1994）提出的豐富照顧過程的理論（theory of enrichment），認為在照顧過程中若能平衡常規（customary）與創新的非常規（innovative）照顧工作，藉由照顧者或老人的過去經歷、互動的方式、彼此之關係品質及運用照顧情境，增加日常照顧活動的刺激與意義，將可產生豐富的過程（enrichment process），有助於照顧者與老人之關係品質，提昇老人的自尊，使老人從中感到舒適，也可促進並維持照顧者對照顧工作的認同，從照顧工作中獲得有意義的報償。徐及許（民84）於質性研究的結果中提出「尋找平衡點：影響家庭照顧品質之照顧過程模式」，認為照顧者在照顧過程中，會不斷面對許多「互相競爭的需求」（competing needs），而「尋找平衡點」則是照顧者採用的過程，以維持或達成照顧上及家庭互動上的和諧及平衡。「尋找平衡點」的照顧過程會影響照顧者的負荷、失能老人的照顧品質及家庭的功能。當照顧者愈能滿足互相競爭的兩種需要，結果則愈趨向平衡，家庭照顧品質則愈好。反之，當照顧者無法滿足競爭需求之一或兩者均無法滿足，結果愈趨不平

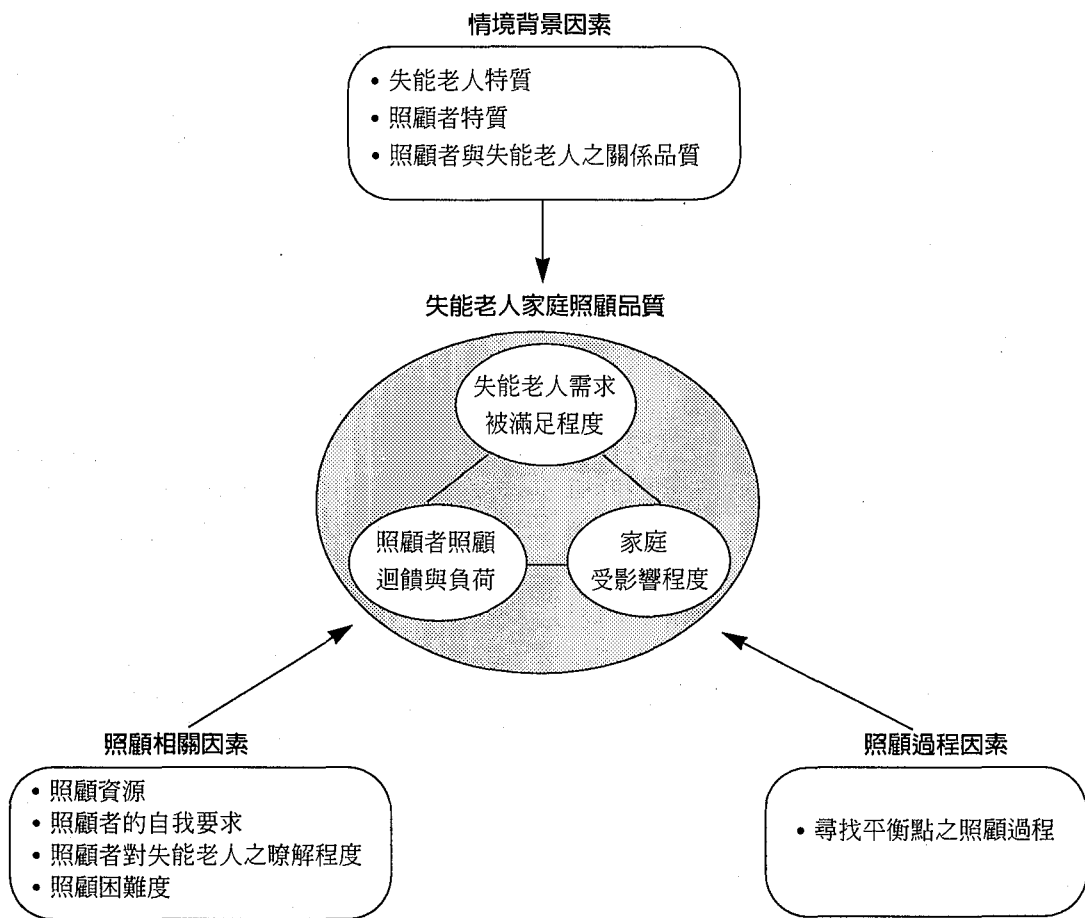
衡，家庭照顧品質愈差（徐、許，民84）。以「尋找平衡點」為家庭照顧品質的主要變項在其他文獻中尚未被驗證，然而從實際的家庭訪視經驗中，已深切體驗其重要性，因此本研究將針對此一影響因素加以探討。

方 法

一、研究架構

依據文獻查證，本研究架構是以徐等（民84）探討台灣地區失能老人家庭照顧品質之質性研究所建構的家庭照顧品質模式為依據，並根據本研究之目的修改而成（如圖一），探討(1)失能老人家庭照顧品質的現況；(2)「情境背景因素：失能老人之特性、照顧者之特性，以及照顧者與失能老人之關係品質」，「照顧相關因素：包括照顧者對失能老人的瞭解程度、照顧困難度、照顧資源、照顧者的自我要求」及「尋找平衡點之照顧過程」三方面因素對於家庭照顧品質的影響。

「照顧相關因素」對於家庭照顧品質的影響，在徐等（民84）的研究中首次被提出。其中「照顧資源」是指照顧者所擁有的支持、能力、技巧、力量。資源可分為兩個層面，一是來自家人和朋友的資源，如支持、供給、個人力量和經濟；一是來自照顧者本身的態度、能力和技巧，即所謂個人資源。「照顧者的自我要求」是指照顧者在照顧上的目標及標準，包括(1)對照顧的期待一對照顧者態度、行為或照顧標準的期望；(2)對失能老人需求的認定一對失能老人之需求及需求優先次序之相關信念。「照顧者對老人之瞭解程度」是照顧者因照顧經驗而對失能老人情況之熟悉度（徐、許，民84）。「照顧困難度」是指照顧情況的無法預測、老人不合作、無法控制的外在因素、家庭照



圖一 情境背景因素、照顧相關因素、尋找平衡點之照顧過程為影響失能老人家庭照顧品質的可能因素

顧者之間的不同意見、吃重需體力的工作及長時間的照顧等。照顧任務的困難通常會改變照顧的原則及標準。

二、名詞定義

(一)家庭照顧品質：

指照顧者提供家庭失能老人照顧之結果，能夠滿足失能老人的需要並同時兼顧照顧者及家庭福利的程度。本研究以「家庭照顧品質量表」測量。

(二)家庭照顧品質—失能老人需求被滿足程度：

指照顧者在提供照顧時，能滿足失能老人生理、心理及安全需要的程度。本研究以「家庭照顧品質量表」之「失能老人需求被滿足程度」次量表測量。

(三)家庭照顧品質—照顧者之照顧回饋與負荷：

指照顧者在提供照顧時，能從照顧活動中得到個人成長、物質和精神上的安慰與報酬，以及身、心功能與工作受影響的程度，是從最好可能正面影響到最差可能負面影響的連續線。本研究以「家庭照顧品質量表」之「照顧者之照顧回饋與負荷」次量表測量。

(四)家庭照顧品質—家庭受影響程度：

指照顧者在提供照顧時，家庭成員的需求、健康、關係、社交活動、居住環境、情緒、工作，以及家庭互動和經濟狀況受影響的程度。本研究以「家庭照顧品質量表」之「家庭受影響程度」次量表測量。

三、研究工具

(一)基本資料問卷

包括失能老人特性、主要照顧者特性以及照顧者與失能老人之關係品質三部份。其中「失能老人之日常生活功能程度」採翻譯之原版巴氏量表 (Barthel's Index) (陳等, 民 84) 調查失能老人自我照顧及活動能力, 總分由 0—100 分 (完全依賴—完全獨立)。失能老人之「認知狀況」是由居家護士以專業角度評估老人認知狀況的一題 5 分 Likert's scale 評量, 分數愈高表示認知功能愈好。「照顧者自覺健康狀況」以照顧者主觀感覺健康好壞之一題 5 分 Likert's scale 評量, 分數愈高表示照顧者自覺健康狀況愈好 (邱、呂、許、朱、劉, 民 77; 劉, 民 81)。照顧者與失能老人之關係品質以一題由居家護士評估失能老人與主要照顧者關係品質的 5 分 Likert's scale 評量, 分數愈高表示關係品質愈好。

(二)照顧相關因素量表

本量表是徐氏根據其質性研究結果 (徐、許, 民 84) 自擬發展而成, 包括四個次量表, 各次量表總分之獲得均採平均分數計算。量表採內容效度, 參考十位資深居家護理師及老人護理學專家所提供的意見修改內容, 並測得 89% 項目之專家百分比同意度高於 80% 之內容效度指標 CVI (Context Validity Index) (Lynn, 1986)。

1. 「照顧者對失能老人之瞭解程度」次量表

此次量表是為瞭解照顧者自評對失能老

人之瞭解程度, 共 10 題, 採 5 分之 Likert's scale 評分法, 分數愈高表示照顧者自覺對失能老人的瞭解程度愈多。本量表之信度 (Cronbach's α) 為 0.74。

2. 「照顧困難度」次量表

此次量表是為瞭解照顧者認為照顧任務困難的程度, 共 6 題, 採 5 分 Likert's scale 評分法, 分數愈高表示照顧困難度愈高。本量表之信度 (Cronbach's α) 為 0.55。

3. 「照顧資源」次量表

此次量表是為瞭解照顧者在照顧病人時的資源多寡, 共 17 題, 採 3 分 Likert's scale 評分法, 每題均具體列出評分指標, 分數愈高表示照顧資源愈多。本量表之信度 (Cronbach's α) 為 0.64。

4. 「照顧者的自我要求」次量表

共 9 題, 採 2 分評分法, 其中照顧者自覺「要求過高」及「要求過低」均以 0 分計算, 「要求合乎實際」以 1 分計算, 分數愈高表示照顧者認為其自我要求愈實際。本量表之信度 (KR-20) 為 0.77。

(三)尋找平衡點之照顧過程量表

此量表是徐氏根據其質性研究結果 (徐, 民 84) 自擬發展而成, 為要評估照顧者自覺在照顧情境中面臨「互相競爭需求」情況時, 能經由「尋找平衡點之照顧過程」兼顧互相競爭需求的程度。專家效度結果, 全部項目之專家百分比同意度均高於 80%。共計 20 項, 採 4 分之 Likert's scale 評分, 每一題由 0 至 3 分, 得分愈高表示照顧者愈能在照顧情境中找到平衡點。

(四)家庭照顧品質量表

此量表也是徐氏根據其質性研究結果 (徐、許, 民 84) 自擬發展而成, 部份關於失能老人的生理與安全需求照護品質項目, 乃參考林及邱 (民 84) 所設計之「家庭照顧品質量表」。專家效度結果, 97% 項目之專家百分比同意度均高於 80%。量表之目的是

為評估失能老人家庭照顧的品質，包括：「失能老人需求被滿足程度」、「照顧者之照顧回饋與負荷」及「家庭受影響程度」三個次量表。由於研究者認為三個次量表均同樣重要，因此「家庭照顧品質」之總分則是由上述三個次量表的平均分數經等比例加權後相加而得，也就是說將其中一個 3 分量表的平均分數乘以 5，而其他兩個 5 分量表的平均分數各乘以 3，相加之後即為總量表之分數。

1. 「失能老人需求被滿足程度」次量表

由居家護士填寫，共 25 項 3 分 Likert's scale 評量，得分愈高表示失能老人需求被滿足程度愈高。各題均具體列出照顧品質之評分標準。本量表之信度 (Cronbach's α) 為 0.85。

2. 「家庭受影響程度」次量表

由研究者於家庭訪視中與主要照顧者進行結構式訪談收集資料，共計 10 題，採 5 分 Likert's scale 評分，分數愈高表示家庭因照顧病人所受的負面影響愈小，正面影響愈多。本量表之信度 (Cronbach's α) 為 0.66。

3. 「照顧者之照顧回饋與負荷」次量表

由主要照顧者填答，共計 16 題，採 5 分 Likert's scale 評分，分數愈高表示照顧者由照顧工作所得之回饋愈多、負荷程度愈小。本量表之信度 (Cronbach's α) 為 0.65。

(五) 社會反應趨向量表

本研究使用 Marlow-Crowne Social Desirability Scale (M-C SDS) (Strahan & Gerbasi, 1972) 的 10 個項目間歇安插於各研究工具的次量表內，以測量研究對象是否有社會期望之反應偏差。本研究以超過 8 項目有傾向社會期望回答方式為刪除個案之標準，結果刪除 3 個個案後，所得有效問卷為 97 個個案。

四、研究對象與資料收集的方法

本研究採結構式問卷調查法，由研究員

對主要照顧者以面談方式取得基本資料問卷、「照顧相關因素量表」、「尋找平衡點之照顧過程量」及「家庭照顧品質量表」之「家庭受影響程度」次量表及「照顧者之照顧回饋與負荷」次量表資料，另由負責照護之居家護士填寫「家庭照顧品質量表」之「失能老人需求被滿足程度」次量表。

研究對象是經由台灣北部地區 11 個居家護理機構進行立意取樣 100 對符合收案條件並同意接受訪問之失能老人與主要照顧者，以及提供其照護之居家護士共 19 人。收案標準：(1)失能老人—65 歲以上，日常生活需受人協助，並接受居家護理服務至少二個月；(2)主要照顧者—18 歲以上，能以國語或閩南語溝通，且為花費最多時間照顧失能老人的家人（未聘用照顧人員）；(3)居家護士—提供參與研究之老人及主要照顧者至少二個月照護的居家護士。

在家庭訪視調查方面，除由研究者本身收集資料外，另請兩位研究員協助，在前驅研究之前共同訪視 6 個個案家庭，同時進行評分與討論，以進行訪員訓練。前驅研究由 28 個樣本所得之訪員一致性有 93% 題項 ICC 值超過 0.7。正式研究前再次進行訪員訓練並熟悉流程。為建立資料收集方式之一致性，並製作問卷訪談手冊。在居家護士方面，參與研究之居家護士須接受兩次訓練課程，以取得居家護士間的一致性。

五、資料之統計分析方法

採 SPSS 統計分析軟體，進行描述性（人數、百分比、最小值、最大值、平均值、中位數、標準差、變異數）及推論性分析（複迴歸分析）。

結 果

一、情境背景因素

(一)失能老人特質

性別方面男女約近各半，男性佔47.4%，女性52.6%。年齡介於65—96歲間，平均為 76.9 ± 7.7 歲。教育程度以不識字者(44.4%)居多，高中以上畢業最少(20.6%)。主要疾病診斷多為腦中風(75.3%)，其他主要疾病有失智症(5.2%)、脊椎疾患(3.1%)、癌症(2.1%)等。患病時間介於3—192個月，中位數(median)為24個月，此項資料因差距過大，故在分析與此變項有關的資料時，將超過84個月的4個樣本剔除，以避免受極端值的影響。日常活動功能(Barthel's scale)多數為完全依賴者(94.8%)，少數為嚴重或顯著依賴(3%)，僅2%為輕度依賴。認知狀況方面意識正常者佔29.9%，輕度與中度意識障礙者分別為7.2%及15.5%，嚴重意識障礙者有26.8%，完全無意識有20.6%。

(二)主要照顧者特質

性別方面以女性居多(72.2%)，男性較少(27.8%)。年齡介於18—86歲間，以40—60歲最多(54%)，平均為 53.8 ± 14.9 歲。教育程度以中、小學程度最多(57.7%)，不識字最少(12.4%)。職業狀況沒改變者最多(64%)，因照顧而須放棄工作者(從有到無)次之(35.1%)。照顧者與病人之關係以配偶居多(37.1%)，女兒(18%)及媳婦(18%)次之。照顧時間介於3—192個月，其中以13—48個月最多(47%)，中位數(median)為20個月，超過84個月的4個樣本也予以剔除。照顧工作以固定者居多(69.1%)，輪流照顧情形較少(30.9%)。親友協助照顧情形以偶爾有親友協助者最多(52.6%)。大多數照顧者並未聘僱人員照顧(94.8%)，有僱人照顧者佔5.2%。

(三)照顧者與失能老人之關係品質

照顧者與失能老人之關係品質是以一題5分Likert's scale評量，由居家護士予以評量，從「關係很好」至「關係很不好」，分數越高表示關係品質越好。結果以「關係好」最多(46.4%)，其次是「關係很好」(27.8%)、「不好不壞」(23.7%)，「關係不好」(2.1%)的狀況較少，「關係很不好」的狀況在本研究中並未出現。

二、照顧相關因素

(一)照顧者對失能老人的瞭解程度

總平均值為 4.41 ± 0.50 (計分範圍1—5)，顯示大多數主要照顧者對於失能老人的情況及需求瞭解程度很高。

(二)照顧困難度

總平均值為 2.10 ± 0.67 (計分範圍1—5)，大致而言主要照顧者認為照顧困難程度在中等以下。

(三)照顧資源

總平均值為 2.34 ± 0.19 (計分範圍1—3)，整體而言照顧者之照顧資源為中等程度。

(四)照顧者的自我要求

計分範圍0—1，平均值為 0.78 ± 0.30 ，顯示照顧者自覺對照顧的自我要求大部份是合乎實際的。

三、尋找平衡點之照顧過程

總平均值為 2.45 ± 0.39 (計分範圍0—3)，顯示大部份照顧者能夠兼顧互相競爭的需求。

四、失能老人家庭照顧品質

(一)失能老人需求被滿足程度

本次量表之總平均值為 2.57 ± 0.22 (計分範圍1—3)，整體而言「老人需求被滿足程度」多在中上程度。各項目平均值方面，平均值最高的是「每日進食的餐數」(2.98)及「身體無受傷的跡象」(2.98)，其次是「無跌倒意外」(2.93)、「每日進食的食物

種類及調製方式」(2.91)，顯示大部份失能老人在這些項目的需求被滿足程度很高。而平均值最低的是「維持關節的活動度」(1.66)，顯示大部份老人在維持正常之關節活動度及肌肉彈性上的需求被滿足程度較低。

(二)家庭受影響程度

本次量表之總平均值為 2.72 ± 0.39 (計分範圍 1—5)，整體而言家庭的各方面(如健康、社交活動、居住環境...等)在照顧老人後，多受到輕微程度的負面影響。比較各項目平均值方面，「家庭成員間的感情及互相幫助的情況」(3.20)平均值最高，其次是「家庭解決問題的能力」(3.09)。顯示家庭成員間的感情和互相幫助的情況，以及家庭解決問題的能力在老人生病後有些微改善。其餘項目平均得分都在 3 分以下(表示屬於負面影響)，平均值最低的是「家庭的經濟狀況」(2.34)及「家庭成員的社交活動」(2.45)。顯示照顧老人對於家庭經濟及社交活動狀況的負面影響最嚴重。

(三)照顧者之照顧回饋與負荷

整體而言照顧者因照顧工作而得到的回饋及負荷均屬於中等程度，總平均值分別為

3.66 ± 0.43 及 3.48 ± 0.40 (計分範圍 1—5)。單項平均方面，照顧者回饋以「因病人病況穩定或有進步而得到安慰」(4.64)的平均值最高；平均值最低的是「因照顧病人而有金錢上的報酬」(2.15)。顯示照顧者所得之回饋多來自病人病況之穩定或進步，以及維持病人身體功能而得到心理安慰，而來自金錢上的實質回饋最少。照顧者負荷以「心情沈悶的程度」平均值最低(2.34)，顯示照顧者的心理負荷較大。

(四)家庭照顧品質總量表

「家庭照顧品質總量表」得分來自上述三個次量表之總平均經加權後相加而得。結果總平均為 31.54 ± 2.24 (計分範圍 11—45)，顯示包含「失能老人需求被滿足程度」、「家庭受影響程度」、「照顧者之照顧回饋與負荷」三個次量表的整體家庭照顧品質為中等程度。

五、影響家庭照顧品質之因素

使用複迴歸分析 (multiple regression) 預測影響家庭照顧品質之因素，結果顯示 (見表一)：當第一步驟先放入「情境背景

表一 預測整體家庭照顧品質之複迴歸分析表 (N=97)

預測變項名稱	Mode 1 Beta	Mode 2 Beta	Mode 3 Beta	Mode 4 Beta
情境背景因素 I				
照顧者性別	0.34***	0.36***	0.37***	0.37***
是否須放棄工作	0.24*	0.22*	0.23**	0.20*
照顧時間	0.18	0.13	0.12	0.09
情境背景因素 II				
照顧者與老人之關係品質		0.32***	0.28**	0.29**
照顧相關因素				
照顧者對失能老人之瞭解程度			0.14	0.09
照顧困難度			- 0.21*	- 0.15*
照顧資源			0.06	0.03
照顧者之自我要求			0.14	0.08
照顧過程因素				
尋找平衡點之照顧過程				0.23*
R ²	0.22***	0.33***	0.41***	0.45***

*p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001

因素」中，失能老人與照顧者特質與「家庭照顧品質」在兩變項相關分析中有顯著或重要相關的變項，包括「照顧者性別」、「是否須放棄工作」及「照顧時間」等三個變項，可解釋 22% 的變異量。第二步驟放入「照顧者與失能老人之關係品質」變項，解釋量增加 11%。當控制了上述「情境背景因素」後，第三步驟再放入「照顧相關因素」，包括「照顧者對失能老人之瞭解程度」、「照顧困難度」、「照顧資源」及「照顧者之自我要求」，則解釋變異量再增加 8%，其中「照顧困難度」之預測能力達顯著水準。控制了以上變項後，第四步驟放入「尋找平衡點之照顧過程」變項，解釋量再增加 4%，且預測能力達顯著水準。以上變項之總解釋變異量為 45% ($\text{Adj } R^2: 40\%$)。綜合以上結果，「整體家庭照顧品質」的重要預測變項包括「照顧者性別」、「照顧者是否須放棄工作」、「照顧者與老人之關係品質」、「照顧困難度」及「尋找平衡點之照顧過程」。

討 論

一、家庭照顧品質現況的分析

(一)老人需求被滿足程度

1. 失能老人需求被滿足程度較高的項目與林、邱 (民 84) 的研究結果相似，因此可瞭解上述項目的照顧品質在台灣北部及南部地區均是相似的。另外，僅在本研究中評估的「舒適程度」及「沒有發生跌倒意外」需求滿足程度所得分數也是相當高。

2. 「病人睡眠的空間」及「關節活動度」兩項是老人需求被滿足程度較低的項目，在林及邱 (民 84) 的研究中也同樣都是得分較低的項目。由訪視過程中可發現照顧者為了方便兼顧其他的家庭或個人需求，而

讓老人睡在客廳、走道、飯廳等地方。「關節活動度」是需求被滿足程度最差的項目，89% 的老人有一個或以上的肢體關節活動度減少或僵硬，常見的原因如下：(1) 在病人剛出院時，照顧者對於照顧工作尚感覺手忙腳亂而忽略了肢體運動，等渡過了適應期，卻發現病人肢體已經僵硬了；(2) 照顧者覺得幫病人做運動好累，常忙完了一定得做的照顧工作，就覺得沒有心力再幫他做關節運動；(3) 照顧者認為病人不會好起來，故沒有執行關節活動的必要；(4) 做運動時病人會呻吟，覺得心疼又不知道該怎麼辦，只好放棄了。從上述原因可瞭解許多照顧者並不瞭解如何掌握時機並給予正確的復健運動以降低老人的依賴程度，因此有待護理人員再思考如何協助及指導照顧者正確又易於執行的復健運動計畫。此外，對於「娛樂活動的安排與參與」的得分偏低，顯示照顧者較少注意到老人心理層面之需求。護理人員可多於此方面瞭解原因並給予適當的指導、提醒。

3. 有人認為認知功能及自我照顧能力逐漸變差是失能老人不可避免且無法掌握的發展趨勢，故質疑「認知功能變化」及「自我照顧能力變化」是否為反應家庭照顧品質的指標。本研究的結果發現，約 80% 之家庭受照顧老人可維持與以前相同的「自我照顧能力」及「認知功能」，3-5% 有進步的情況，且此二題項均與總次量表有中等程度的正相關 ($r=0.24$ 及 $r=0.37$)。顯示照顧者提供好的照顧，對於維持或促進老人的自我照顧能力與認知功能是有正面影響的。故「自我照顧能力」與「認知功能」仍可被視為反應家庭照顧品質的重要指標。

(二)家庭受影響程度

1. 「家庭受影響程度」中大部份項目均呈現負面影響。較沒有改變或改變趨於正向的項目為「家庭成員間感情及互相幫助的情況」和「家庭解決問題的能力」。此與戴等

(民 79) 的研究結果不同，其研究發現家庭關係在出院後三個月反而有惡化的趨勢，導因於部份家庭中出現一些不易解決的衝突，如照顧責任及經濟分擔的意見不一致。然而在本研究的訪視過程中，部份照顧者的描述是：「當家庭遭遇親人生病的壓力，為了讓病人得到比較好的照顧、生活的不便減到最低，大家變得比以前團結，也會一起商量解決問題。」產生上述差異的原因可能是戴等(民 79) 探討的時間是在中風病人出院後三個月，而本研究收案對象的患病時間較長，至少為三個月，因此家庭可能有較長的時間克服困難與適應，進而能衍生出成長的力量。

2. 在負面的影響方面，較顯著的是「家庭成員的社交活動」及「家庭的經濟狀況」，此與過去諸多研究的結果相同(邱等，民 77；戴等，民 79；Livingston, 1989)。其中原因可能是本研究之取樣對象為無雇人照顧的主要照顧者，且在目前社區的長期照護資源品質及近便性尚未提昇的情況下，主要照顧者多靠其他家庭成員的協助以獲得短暫的休息或外出，致使家庭成員的社交活動受到較多的負面影響。在經濟影響方面，雖然目前的全民健保制度已減輕家庭在醫療方面的負擔，但是各種消耗性用材的支出對於許多家庭而言仍是一種負擔，加上許多照顧者是放棄工作在家照顧老人，收入自然減少，因此對經濟造成負面的影響。

(三) 照顧者的照顧回饋與負荷

1. 照顧者所得的回饋多是由「病人病況穩定或有進步」、「能維持病人身體功能」及「能讓病人覺得很舒服」而得到的安慰。獲得最少的回饋是「金錢上的報酬」。可見照顧者常獲得的回饋是來自心理層面而非物質層面。

2. 照顧者所受的負面影響以「休閒活動受影響程度」及「心情沈悶程度」最為嚴

重。此與邱等(民 77)、戴等(民 79)、徐等(民 81)及 Silliman(1986)發現心理及社會負荷大於身體負荷的研究結果相似。

(四) 家庭照顧品質總量表

包含失能老人、家庭、照顧者三層面的整體家庭照顧品質為中等程度，由各次量表的得分比率可發現，老人需求被滿足的同時，家庭及照顧者多受到負面的影響，亦即做了某些程度的犧牲。以上涵蓋此三層面為架構所評估而得的家庭照顧品質，較單從失能老人需求被滿足程度來探討家庭照顧品質，所得的結果及所能提供的訊息層面應是更完整的。

二、影響家庭照顧品質相關因素之分析

(一) 性別不同，會使家庭受影響程度、照顧者之照顧回饋與負荷、整體家庭照顧品質均有顯著差異。本研究發現，男性照顧者(通常為配偶或兒子)之家庭受負面影響程度較大，照顧者感受的照顧回饋較少、負荷較大，整體家庭照顧品質較差。此與許多研究的發現不同(Barusch & Spaid, 1989；Zarit et al., 1986)，可能與文化差異有關。本國男性在家庭中通常處於權威及決策者的角色，較少處理家務及照顧家人(Chang, Li, & Wolf, 1989)，因此在照顧工作的執行及角色適應上較困難。是否如此，仍有待進一步研究加以探討。

(二) 本研究發現照顧者須放棄工作者，照顧者感受的照顧回饋較少、負荷較大，整體家庭照顧品質較差。此可能是照顧工作較原本職業所得之實質回饋及成就感少，且縮小了照顧者的生活空間及社交範圍，對情緒也就易產生負面的影響。Archbold(1982)質性研究也發現，直接照顧的親屬照顧角色(親自提供被照顧者身體上的協助)所付出的代價較繼續工作而聘人照顧的照顧管理者角色(提供的是心理及社會支持、環境安排、照

顧者的教育等)嚴重,包括喪失自由、喪失隱私權、固定不變的生活刺激及產生內疚感。

(三)照顧者與失能老人之關係品質愈好,失能老人需求被滿足程度愈高,整體家庭照顧品質愈好。此結果與文獻中諸多研究的發現是一致的(Carwright et al., 1994; Phillips & Rempusheski, 1986; Phillips et al., 1995; 徐、許,民84;林、邱,民84)。

(四)照顧者愈覺得照顧任務困難,其所提供的照顧愈無法滿足失能老人之需求,家庭受影響的程度愈嚴重,整體家庭照顧品質也愈差。此結果印證了徐(民84)的研究發現。

(五)徐等(民84)模式中的核心概念—「尋找平衡點之照顧過程」對於家庭照顧品質影響的重要性,在本研究中已獲得證實,顯示照顧者若能妥善兼顧照顧過程中互相競爭的需求,則對於整體家庭照顧品質會有顯著的正面影響。

研究限制

本研究採立意取樣,以致有部份個案無法納入(如未接受居家照護或照顧品質很差的個案),影響研究結果推論至所有失能老人及其主要照顧者。再者,家庭照顧品質的「家庭受影響程度」次量表問卷是由主要照顧者填答,可能未完全符合其他家庭成員的意見,建議未來也能由家庭成員處獲得資料。

結 論

整體家庭照顧品質,包含「失能老人需求被滿足程度」、「家庭受影響程度」、「照顧者照顧回饋與負荷」三個次量表,為中等程度。「照顧者性別」為女性、「照顧者不須放棄工作」、「照顧者與失能老人的關係品質」愈好、「照顧困難度」愈低,以及在「尋找平衡點之照顧過程」中愈能兼顧

互相競爭之需求的照顧者,整體家庭照顧品質愈好。相關因素的解釋變異量達45%。

建 議

(一)針對家庭照顧品質現況

1.關節活動度是需求被滿足程度最差的項目。居家護士可與復健師合作,共同設計一套能利用居家環境現有硬體設施,並能兼顧照顧者的體力與時間負荷的正確居家復健活動方案,使照顧者能持續提供失能老人適切的復健活動。

2.家庭的經濟狀況是較顯著的家庭負面影響。居家護士應隨時評估家庭的經濟情況,並主動提供可利用之社會福利及醫療補助相關訊息。

3.照顧者所受的負面影響以「休閒活動受影響程度」及「心情沈悶程度」最為嚴重。家庭成員及照顧者面對長期的照顧工作,非常需要心理支持及休息的時間。居家護士除了應加強關心家庭成員及照顧者的心理壓力,並給予支持鼓勵之外,也可協助其選擇及利用合適的暫托照護(respite care)機構,使家庭及照顧者都能有獲得休息的機會。

(二)針對影響家庭照顧品質之因素

1.照顧者與失能老人之關係品質:居家護士也可協助照顧者改變原有的互動方式,及利用照顧情境增加日常照顧活動的新鮮感與意義,使照顧者能經驗到滿足及自我價值感的提昇,進而對增加照顧品質有所幫助。

2.男性照顧者及須放棄工作之照顧者:居家護士宜特別留意評估這些照顧者的身心負荷狀況及對家庭各層面的影響,提供照顧技能的教導、適當之支持、諮詢與社會資源協助。專業人士可集結政府與民間資源,成立以社區為單位的照顧者支持團體,使照顧者能夠在相似的團體中交換經驗心得,獲得安慰與支持。

3.照顧困難度：居家護士應定期評估照顧者對照顧工作的困難感受，協助減輕照顧工作的困難程度及發展克服的方法，例如傳授由經驗累積或從其他家屬處學得的照顧訣竅、利用環境的安排及適當的輔助物來減省照顧者的時間和體力、教導其評估老人病況的方法及相關因應措施以減輕因不瞭解及無法預測所造成的困難感受等等。

4.尋找平衡點的照顧過程：居家護士除了個案本身的居家照護，也應隨時評估主要照顧者所面臨的互相競爭需求及兼顧情形。對於無法找到平衡點的競爭需求，除了可協助其事先辨認並模擬權衡輕重的後果之外，更重要的是應提供實際且有效的策略運用選擇，使照顧者能兼顧老人、家庭及自身的各種需求。同時，可透過研習會、在職教育、學校課程、出院衛教等方式，讓居家護士、學習老人護理者及老人照顧者認識「尋找平衡點之照顧過程模式」及如何運用此模式於提昇老人家庭照顧品質。

(三)護理研究方面

再經修改後的「家庭照顧品質量表」，可成為居家護士評估失能老人、照顧者及家庭三層面照顧品質的有效工具。未來研究也可根據本研究中已確立之照顧品質指標，發展相關促進照顧品質措施之研究，並可用類實驗法進行。此外，針對照顧品質過差的家庭應可作相關因素及可行措施之探討。

誌 謝

此篇研究的完成，特別要感謝吳玲娟督導、杜敏世董事長、林美娜技佐、邱啓潤副教授、林麗嬋副教授、高淑芬主任、陳惠姿副教授、葉莉莉講師、劉淑娟副教授、戴玉慈副教授（依筆畫順序排列）對問卷內容作效度的評量。在資料收集過程更感謝大台北居家護理所、台北市立慢性病防治院、國立

台北護理學院附設醫院、林口長庚醫院、台北市立中興醫院、亞東醫院、敏盛醫院、敏盛醫院龍潭分院、省立台北醫院、聖保祿醫院、財團法人景仁醫院等居家護理單位的鼎力協助。

參考文獻

- 行政院主計處（民86），中華民國八十五年老人狀況調查報告（pp. 6-11），台北：行政院主計處。
- 林美娜、邱啓潤（民84），居家中風老人之家庭照顧品質，護理研究，3（2），138-148。
- 邱啓潤、呂淑宜、許玉雲、朱陳宜珍、劉蘭英（民77），居家中風病人之主要照顧者負荷情形及相關因素之探討，護理雜誌，35（1），69-83。
- 徐亞瑛、許木柱（民84），台灣地區殘病老人家庭照顧品質之探討，行政院衛生署委託計畫。
- 陳月枝、戴玉慈、楊清姿、王祖琪、鄭雅心（民84），長期照護服務對象功能評估表彙論，行政院衛生署84年度委託研究計劃。
- 劉雪娥（民81），影響照顧親人評價之因素的探討，護理雜誌，39（4），65-76。
- 戴玉慈、余玉眉、連倚南（民79），罹患中風對家庭的衝擊，公共衛生，17（2），171-180。
- Archbold, P. G. (1982). An analysis of parent caring by women. Home Health Care Services Quarterly, 3(2), 5-26.
- Barusch, A. S., & Spaid, W. M. (1989). Gender differences in caregiving: Why do wives report greater burden? The Gerontologist, 29(5), 667-675.
- Cartwright, J. C., Archbold, P. G., Stewart, B. J., & Limandri, B. (1994). Enrichment processes in family caregiving to frail elders. Advances in Nursing Science, 17(1), 31-43.
- Chang, K. C., Li, K. C., & Wolf, A. P. (1989). Anthropological studies of the Taiwan area. Department of Antropology of National Taiwan University.

Hickey, T., & Douglass, R. (1981a). The mistreatment of the elderly in the domestic setting: An exploratory study. American Journal of Public Health, 71, 500-507.

Hickey, T., & Douglass, R. (1981b). Neglect and abuse of older family members: Professionals' perspectives and care experiences. The Gerontologist, 21, 171-176.

Livingston, M. (1987). How illness affects patient's families. British Journal of Hospital, 3(1), 51-53.

Lynn, M. (1986). Determination and quantification of content validity. Nursing Research, 35, 382-385.

Nunnally, J. (1978). Psychometric theory. New York: McGraw-Hill.

O'Malley, T. A., Everitt, D. E., O'Malley, H. C., & Campion, E.W. (1983). Identifying and preventing family-mediated abuse and neglect of elderly persons. Annals of International Medicine, 98(6), 998-1005.

Pedrick-Cornell, C., & Gelles, R. (1982). Elder abuse: The status of current knowledge. Family Relations, 31, 457-465.

Phillips, L. R., Morrison, E. F., & Chae, Y. M. (1990a). The QUALCARE scale: Developing an instrument to measure quality of home care. International Journal of Nursing Studies, 27(1), 61-75.

Phillips, L. R., Morrison, E. F., & Chae, Y. M. (1990b). The QUALCARE scale: Testing of a measurement instrument for clinical practice. International Journal of Nursing Studies, 27(1), 77-91.

Phillips, L. R., & Rempusheski, V. F. (1986). Caring for the frail elderly at home: Toward a theoretical explanation of the dynamics of poor quality family caregiving. Advances in Nursing Sciences, 8(4), 62-84.

Phillips, L. R., Morrison, E., Steffl, B., Chae, Y. M., Cromwell, S. L., & Russell, C. K. (1995). Effects of the situational context and interactional process on the quality of family caregiving. Research in Nursing & Health, 18, 205-216.

Silliman, R. A. (1986). Families of elderly stroke patient effects of home care. Journal of American Geriatric Society, 34(9), 634-648.

Strahan, R., & Gerbasi, K. C. (1972). Short, homogeneous versions of Marlow-Crowne social desirability scale. Journal of Clinical Psychology, 28, 191-193.

Zarit, S. H., Todd, P. A., & Zarit, J. (1986). Subjective burden of spouses and wives as caregivers: A longitudinal study. The Gerontologist, 26(2), 260-266.



The Quality of Family Caregiving to Frail Elders and Related Factors in Northern Taiwan

Shue-Chun Lin • Yea-Ing Shyu* • Kai-Ping Yao** • Shwu-Chong Wu***

ABSTRACT

The purpose of this study was to explore the quality and its related factors of family care to frail elders receiving home nursing services. The conceptual framework of this study was modified from Shyu's (1995) model of family care quality. The instruments used in the study were developed from Shyu's qualitative data. Acceptable reliability and validity of these instruments were found. Ninety-seven frail elders and their caregivers from eleven home care agencies in Northern Taiwan received one-time structured interviews. Descriptive statistics and multiple regression were used to analyze the data. Findings revealed that three parts of family care quality, i.e. "the degree of the elders' needs being met", "the degree of family being affected by caregiving" and "caregiver's burden and rewards" were above average. Female caregivers, caregivers who had not quit their job, caregivers having a better relationship with frail elders and caregivers being better at finding a balance point reported more positive overall caregiving consequences. The variance of overall caregiving consequences accounted for by related factors was 45%. Findings of this study provide nurses with knowledge about the current status of family care quality of frail elders and its related factors. These findings can provide a base for developing effective home health nursing interventions. Instruments developed in this study can be used by home care nurses as an effective assessment tool for evaluating family care quality.

Key words: frail elder, quality of family caregiving, the caregiving process of finding a balance point.

MSN, RN, Instructor, Chang Gung Institute Nursing School; *PhD, RN, Associate Professor, Graduate Institute of Nursing, Chang Gung University; **PhD, Associate Professor, Department of Psychology, National Taiwan University; ***PhD, Associate Professor, Department of Public Health, National Taiwan University.

Received: March 12, 1998 Revised: June 16, 1998 Accepted: July 28, 1998

Address correspondence to: Yea-Ing Shyu, 259, Wen-hwa 1st Rd., Kwei-shan, Tao-yuan, Taiwan, ROC.