

中國醫藥大學護理學系碩士班

碩士論文

運用危機理論探討家庭照顧者安置老人於
長期照護機構之經驗

Applying the Crisis Theory to explore family
caregivers' experiences of placing the elderly
in long-term care facilities

研究生：陳依敏

指導教授：陳玉敏副教授

中華民國 98 年 07 月

誌謝

首先，感謝我的指導教授陳玉敏老師盡心盡力的指導，尤其是用字遣詞部份，常讓她頭疼不已，非常感激她付出許多心力及精神，且犧牲假期指導我的碩士論文，讓我能在此兩年的研究所生涯順利畢業。另外，也感謝我的口試委員，中臺科技大學的林夷真主任，以及台中護專的曾月霞副教授，細心提供寶貴意見，並也鼓勵我，讓我能堅持完成論文。同時也感謝我的家人，忍受我的脾氣，常常因為論文的壓力，讓我無法靜下心與家人溝通，而造成彼此的摩擦及不愉快，謝謝你們體諒我的處境，也給我極大的心理支持。另外，也感謝我的先生，讓我不必擔憂經濟的負擔，也謝謝他時常用言語激勵我，督促我的論文，讓我未延遲論文期限。並也謝謝彰化基督教醫院的素猜督導、適芬護理長，以及高仁愛病房的同事們，給我打氣及幫忙，讓我能碩士畢業後立即歸隊。最後，感謝彰化市的三家照護機構之主管，願意讓我進入機構收案，並且提供許多的幫助及協調，讓我收案過程順利，完成論文。

再次感謝在我研究所的兩年生涯中，所有幫助過我的人。誠心的跟你們說：謝謝你們一切的協助及幫忙，我會永遠謹記在心！感謝你們！

於 2009.7.28 陳依敏

摘要

本研究目的為以 Hoff 的危機理論為架構，探討家庭照顧者將老人安置於長期照護機構過程中的經驗。採質性研究法，以立意取樣選取三家長期照護機構共 19 位老人的家屬。訪談資料乃依據 Tesch 所建議之分析步驟進行內容分析，並以危機理論做為分析架構，包括危機來源、個人危機表現、危機結果三個面向。關於危機來源部份，可分為情境來源、轉化狀態來源和文化及社會架構來源。有關個人的危機表現，包括面對現實情境的無能為力及無奈、親情難割離的不捨情緒、期待機構安置可使老人獲得妥善的專業照護、對機構安置的抉擇之不確定感。當老人安置在機構後的危機結果包含正、負向。正向危機結果為家庭成員與老人互動頻率增加、肯定老人在機構獲得比在家更佳的照護品質、照顧負擔緩解的輕鬆感、閒暇時間增加。負向危機結果則為對老人在機構的生活懷著不確定感而感到擔憂、不滿機構的照護品質、虧欠老人的愧疚感、家庭成員對分擔機構費用的計較。藉由此研究結果可使健康照護人員了解家庭照顧者的安置經驗，進而提供照護對象情緒支持及實質協助，以維持其家庭系統的持續性，方能促成家庭成員參與老人在機構的照顧，以提升老人的身心適應及照護品質。

關鍵字：家庭照顧者、老人、長期照護、危機理論

Abstract

The purpose of this study was to apply the Crisis Theory to explore family caregivers' experiences of placing the elderly in long-term care facilities. Qualitative research with in-depth interview was used. Purposive sampling was performed to recruit nineteen family caregivers from three long-term care facilities. Data were analyzed according to the data analyzing steps proposed by Tesch. The major structures of Crisis Theory was used as a framework to guide the analysis, including crisis origins, personal crisis manifestations, and crisis outcomes. Crisis origins included: situational origins, transitional state origins, and cultural and social-structural origins. Personal crisis manifestations included helpless and compromises from the real life context, reluctance of the detachment of kinship, looking forward to elders acquiring the optimum professional care in the facilities, and uncertainty regarding placement decision. After placing elders in long-term care facilities, crisis outcomes consisted of positive and negative dimensions. Positive outcomes included higher frequency of interaction between family members and elders, affirmation of better elderly care quality, relaxation from alleviating care burden, and increase in leisure times. On the other hand, worry about elders of uncertainty living in the facilities, dissatisfaction with the quality of facility care, guilty feelings toward elders, and argument regarding institution fee within family members were negative outcomes. The findings of this study could enable health professionals to understand family caregivers' experiences of placement, and provide

emotional support and substantive help to their clients'. Health professionals could maintain the continuity of family system and facilitate family members participating elders' care to promote physical and psychological adaption as well as quality of care of elders in the facilities.

Key word: family caregiver, elderly, long-term care, crisis theory



目錄

誌謝.....	I
中文摘要.....	II
英文摘要.....	III
目錄.....	V
第一章 緒論	
第一節 研究背景與重要性.....	1
第二節 研究目的.....	5
第三節 名詞界定.....	5
第二章 文獻查證	
第一節 危機理論.....	6
第二節 老人家庭照顧之衝擊.....	10
第三節 安置老人於機構的決策過程.....	13
第四節 安置老人於機構後家庭照顧者的衝擊及適應.....	16
第三章 研究方法	
第一節 研究設計.....	21
第二節 研究對象.....	21
第三節 資料收集與分析.....	22
第四節 研究之信賴價值度.....	24

第五節 研究倫理.....	27
第四章 研究結果	
第一節 個案描述.....	29
第二節 研究發現-類別及編碼.....	34
第三節 家庭照顧者安置老人於長期照護機構的危機來源.....	36
第四節 家庭照顧者安置老人於長期照護機構的危機表現.....	46
第五節 家庭照顧者安置老人於長期照護機構的危機結果.....	51
第五章 討論	
第一節 家庭照顧者安置老人於長期照護機構的危機來源.....	61
第二節 家庭照顧者安置老人於長期照護機構的危機表現.....	66
第三節 家庭照顧者安置老人於長期照護機構的危機結果.....	68
第六章 結論與建議	
第一節 結論.....	74
第二節 研究限制.....	74
第三節 研究應用與建議.....	75
參考文獻.....	77
附錄一 研究同意書.....	94
附錄二 研究問卷.....	95
附錄三 人體試驗計畫同意書.....	98

圖表目錄

表一 個案基本資料.....	30
表二 個案基本屬性分佈.....	31
表三 老人基本資料.....	32
表四 老人基本屬性分佈.....	33
表五 以危機理論架構分析家庭照顧者安置老人於機構的經驗之類別、次類別及編碼.....	35



第一章 緒論

第一節 研究背景與重要性

人類平均壽命延長，人口結構快速老化，高齡化社會是目前全世界面臨的共通議題。我國在 1993 年正式邁入老人國，老年人口突破總人口數的 7%。隨著逐年增加，截至 2008 年 7 月底，老年人口數已佔總人數的 10.31%，且老人的平均壽命及平均餘命也隨之延長（內政部統計處，2008）。隨著老化社會的現象，需警覺到老化過程中衍伸的慢性退化性疾病，以及可能面臨到身體失能等健康問題。國民健康局（2008）在 2007 年「中老年身心社會生活狀況長期追蹤調查」發現，有 88.7% 的老人自述至少罹患一項確定診斷之慢性病，而有 51.3% 的老人有三項以上的慢性病。內政部社會司（2007）在臺灣地區長期照顧服務需求人口調查指出，在 2007 年底，推估每十位老人就有一位是失能者，而重度失能者占達 59.6% 的比率。因此，老人慢性病所引發身體活動功能障礙其長期照護的管理是刻不容緩的議題。

中國人在儒家孝養的社會觀念「知為人子者，然後可以為人」、「以己之所有盡事其親，孝之至也」（葉、楊，2008），以及佛教以父母為重的孝道文化薰陶下，照顧至親乃是根深蒂固、天經地義的家庭傳統。內政部統計處（2005）台灣老人狀況調查指出，老人同住人口家庭組成情形以三代同堂為主，佔 37.87%，其次為兩代同堂或是與配偶（同居人）同住，各佔 22.49% 及 22.20%。當被問到自認為理想的生活方式時，近 60% 老人表示與子女同住（含配偶、子女配偶及孫子女）為最佳選擇，僅有 0.96% 的老人可以接受住在安養、養護機構或護理之家。對於未來住進長期照護機構的意願，66.85

%的老人表示不願意，即便健康不佳需住進養護機構或護理之家，仍有 46.39%表達不願意。因此，家庭在老人長期照護中扮演舉足輕重的角色。對於台灣老人或是家屬而言，東方文化注重的家庭和諧完整以及血脈相連的牽掛，促使長者照顧多以家庭照護為優先考量（陳、吳，2006）。然而，隨著工業化及都市化的快速發展，社會經濟結構變遷，人力資源需求提增，已不再是過去「男主外，女主內」的家庭角色分工模式，加上現今台灣社會嚴重少子化情形，使得分擔照顧人力的輪替性不足，家屬無法提供老人完善的家庭照護品質，而不得不將老人送進長期照護機構。

除人力不足外，另一方面許多研究指出長期照顧功能障礙的老人，對家庭照顧者而言，最主要的感受是面臨壓力及負擔。照顧壓力的程度受到老人依賴程度影響（Yeh, Johnson, & Wang, 2002），往往需要投入不少精神及體力照顧老人，而長期下來承受身心、社會各方面沉重負荷（林、白，2006；孫、陳、邱，2006；洪、賴、許，2004；許、邱，2004；邱、許、吳，2002；黃、張，2006；陳、陳、陳、徐，2005；Almberg, Grafstrom, Krichbaum, & Winblad, 2000; Kao & McHugh, 2004; Lichtenberg, 2007; Majerovitz, 2007; Yeh et al., 2002），家庭照顧者對長期照護機構的使用意願，也常因沉重的照顧負荷而增加（陳、吳，2006；Aneshensel, Pearlin, Mulln, Zarit, & Whitlatch, 1995）。而在決定將老人送至機構與否的過程中，壓力、痛苦及衝突的交錯情緒，也常會油然而生（Berg-Klug & Forbes-Thompson, 2008; Butcher, Holkup, Park, & Maas, 2001; Iecovich, 2000; Kao & Stuifbergen, 1999; Kellett, 1999; Lichtenberg, 2007; Penrod & Dellasega, 2001; Strang, Koop, Dupuis-Blanchard, Nordstrom, & Thompson, 2006），當抉擇安置老人於機構時，容易促成

家庭危機的發生 (Andersson, Pettersson, & Sidenvall, 2007)。然而，老人安置在機構後，雖然少數研究指出家庭照顧者因隨著照顧重擔的減輕，會感到解脫、放鬆，並重新定位自己的角色，以面對新的處境 (王、陳，2004；Andersson et al., 2007; King, Collins, Given, & Vredevooged, 1991; Liken, 2001)。但多數文獻提到家庭照顧者在將老人安置於機構後，會出現矛盾、罪惡、傷心、羞愧等感受 (黃、張，2006；Kellet, 1999; Lichtenberg, 2007; Majerovitz, 2007; Park, Butcher, & Maas, 2004; Penrod & Dellasega, 2001; Strang et al., 2006; Voutilainen, Backman, Isola, & Laukkala, 2006)。另有學者指出，家庭成員會因而減少探視老人 (Gualer, Anderson, Zarit, & Pearlin, 2004; Voutilainen, Backman, Isola, & Laukkala, 2006)，或因受到內心衝突痛苦，會增加探視老人以減輕自己的罪惡感 (Strang et al., 2006)。Port 等人 (2003) 提到當家屬無法投入參與照顧，會影響老人在機構中的生活品質。而對於家庭照顧者而言，面臨角色的轉折調適是最困難及具不確定感 (Friedemann, Montgomery, Rice, & Farrell, 1999; Lichtenberg, 2007; Strang, et al., 2006)，在這樣的處境下，易使家庭照顧者陷入危機當中 (Lichtenberg, 2007)。由以上得知，家庭照顧者長時間照顧依賴性高的老人，身、心的疲憊負荷，會促成家庭照顧者選擇將老人送至長期機構的照護，然而，家庭照顧者從決定、等待至老人進入機構的過程中，持續承受既衝突又矛盾的痛苦情緒，每一個環節都可能會促成危機的發生。

危機是指當壓力已經超過個人能力所能應付，無法用過去習慣的方式解決問題，會有極度焦慮、功能無法發揮及混亂的行為出現 (Delaune & Ladner, 2002)。危機理論 (crisis theory) 著重整體性瞭解危機發生來源、個人對事件感受、因應方法以及最終的

結果 (Hoff, 2001)。危機理論曾經被運用在臨床實務上，引導不同的照護情境，如產婦經歷嬰兒猝死 (Lowman, 1979)、社區健康中心護理人員面臨經濟短缺 (Patrick, 1979)、可能會被留級的學生 (Nelson, 1994)、家屬安置失智老人於機構 (Liken, 2001)、暴力倖存者 (Horne, 2003) 其危機經歷過程。並也有學者以危機理論為研究架構，探討危機發生的處置，研究對象包括乳癌患者 (Youssef, 1984)、早產兒父母 (Beaton, 1984; Eriksson & Pehrsson, 2002)、重症孩童的父母 (LaMontagne, Johnson, & Hepworth, 1995)、癌症兒童之父母 (Hendericks-Ferguson, 2000)、末期腎臟病患 (Siegal, Calsyn, & Cuddihee, 1987)、精神病患者 (McGuire, 1988)、承受壓力的民眾 (Holahan & Moos, 1990)、重症病患的家屬 (Woolley, 1990)、接受家人安樂死的親屬 (Beder, 1998)，這些研究結果均支持危機處置的重要性，以及藉由適切的危機照護及資源運用，可有效地使危機消除，幫助個案重獲身心平衡，並促進人際關係的整合。

危機處置不只可以幫助個人回復平衡，且可預防危機負面結果及增強個人成熟發展 (Hoff, 2001)。Polit 和 Beck (2008) 提到運用理論有助於將現象之間的相互關聯提供系統性的解釋，並有明確的概念基礎引導調查及詮釋所獲得的資訊。因此，本研究以危機理論為研究架構，採用質性研究法探究家屬將老人安置於機構過程中的經驗，包括決定老人安置在機構的因素、決定安置老人在機構當時的感受，以及安置過後的因應及調適。家庭關係間的情感依賴及支持，對於老人在機構的生活調適影響極大。希望藉由此研究能使健康照護人員日後在遇到相同情境時，能以家庭整體之危機照護，協助家庭網絡的調整，引導與協調家庭成員共同參與老人在機構生活之照護，才能維持老人親情

間的緊密互動，並參與照顧，達成家庭完整及功能持續，以提升老人在機構中的身心適應，進而提升照護品質。

第二節 研究目的

本研究目的為運用危機理論探討：

1. 家屬決定將老人安置於長期照護機構的因素。
2. 家屬決定安置老人在長期照護機構當時的經驗及感受。
3. 家屬安置老人在長期照護機構過後的結果。

第三節 名詞界定

1. 長期照護機構：機構式照護類型包括護理之家、養護機構、安養機構及榮民之家，其服務對象為因某些疾病因素或因疾病引起失能狀況而需依賴他人協助完成基本日常生活照顧者，由機構負責住民一切日常生活之所需，服務內容主要包括醫療、護理、復健、個人生活照顧及社會性服務等（宋，2008）。
2. 老人：指六十五歲及以上者。
3. 家庭照顧者：指老人仍住在家中時，負責其大部分的基本日常生活照顧，為家庭中花費最多時間照顧的親屬。
4. 危機：是指由於受到情境、轉化狀態或社會文化因素影響所引起的急性情緒混亂，且導致個人無法用過去有效的問題解決方法因應（Hoff, 2001）。

第二章 文獻查證

依據本研究目的，文獻查證包括四大部分：(一) 危機理論，(二) 老人家庭照顧之衝擊，(三) 安置老人於機構的決策過程，(四) 安置老人於機構後家庭照顧者的衝擊及適應。以下分別敘述：

第一節 危機理論

危機理論是整合心理學、社會學、精神醫學及社區預防醫學的跨學科理論(Aguilera, 1994; Hoff, 2001)。Lindemann 是首先提出危機概念架構者，並著重在情緒危機方面。他認為生命過程中會發生一些不可避免的事件，這些事件會使個人處在危險情境中，讓人感到壓力及情緒緊張，並出現一連串的因應機制去控制情境，但是當危險仍舊無法解決時，會造成更多功能的持續損傷(Aguilera, 1994)。Caplan (1961) 延續 Lindemann 的理論架構，提出危機的發展過程，並建議危機處置之技巧，著重維持個人生理、心理、社會三態的平衡，避免危機的發生及預防破壞性的結果。Caplan 的理論架構，是奠定日後學者以此危機概念衍伸發展之基石。其中以 Aguilera (1994) 及 Hoff (2001) 的危機理論較常被運用在臨床層面。Aguilera (1994) 的危機理論著重解決危機問題之處置方法，並提出會影響壓力情境及問題解決的三個平衡因子，包含個人對壓力事件的感受、可利用的情境支持以及個人的因應機轉。這些平衡因子的強弱影響危機是否產生，如果缺乏一個或多於一個以上的平衡因子，會導致問題無法解決，使失衡狀態持續，因而產生危機，個人會出現極度焦慮、身心崩潰的負向反應。反之，平衡因子若充足，則能有效應付問題，不會發生危機，視為正向的結果。Aguilera 提出的問題解決方法之目標為

個人能尋求協助，以重新建立情緒平衡狀態，而回復到危機前或更好之程度。另一位學者 Hoff (2001) 所發表的動態性危機理論，其重心在了解危機從一開始到結束的危機經驗。Hoff 強調即使危機已經發生，但可能會有正、負向之結果。正向的結果會使個人成熟發展，負向結果則會使身心持續混亂，最終功能瓦解等。這兩位危機理論學者對危機發生之後的結果，提出不同看法。Aguilera 認為只要危機發生，視為不可逆的負面結果。Hoff 則認為人可能在危機過程中受到激發，尋求新的解決方法，最終朝向成熟發展之正向結果。Hoff 的危機理論對危機過程發展提出整體的詳述，有助於臨床照護人員依個人不同的危機因應，提供個別化的照護資源以符合需求，促進個案往正向發展之結果。故本研究以 Hoff 的危機理論為架構，探討家屬安置老人於長期照護機構之經驗，期藉此可全盤瞭解安置過程當中家屬的感受及因應調適。

Hoff (2001) 認為人的生命歷程中，總不免會經歷不同的壓力事件或突發狀況，而引起個人情緒急劇混亂。但這些事件的本身，不一定會導致危機發生，可能加上其他因素促成，例如受到不同文化背景因素、個人價值觀、社會支持等，當這些因素相加連，個人會感到極度壓力及緊張，危機因而一促即發。但人不會永遠處在危機中，危機有時限性，最終會結束，其結果可能會是危險或是機會。危機照護目標在於事先了解即將發生的危險事件，並提早做預防準備，以避免危機的發展，及促成個人心理社會的成熟發展。特別是在現代的照護觀念強調預防勝於治療之準則，健康照護人員若能在危機發生之前，清楚明瞭危機開始的過程，予適當介入處置，可提升達成危機照護之理想目標。以下針對 Hoff 的危機理論中，其危機來源、個人的危機表現以及危機結果，依序說明。

一、危機來源：來源是指危機的根源，亦指其現象的開始。當個人開始感到壓力及困境時，可能會促使危機發生，所以要去審視是哪些來源造成危機的發生。危機來源分為情境來源、轉化狀態來源，及文化及社會架構來源三方面。在情境來源方面，其包括三個因素，分別為環境或物質因素，如意外、災難等；其次為個人或身體因素，如致命疾病、心臟病、意外或疾病導致的肢體缺失、毀容等；以及第三個為人際間或社會因素，如離婚、失去摯愛等。而情境來源常是無法預測，因此個人往往無法事先做預防準備。

第二個方面為轉化狀態來源，又分為普遍性及非普遍性兩種類型。普遍性意指人生發展階段中必經歷的危機。每個人在各自特別發展階段時，易遭受獨特壓力源，且需要完成各自的任務挑戰，若任務失敗，會阻礙個人成長。在此轉化狀態常會面臨到自我角色、身體心像、性別特徵等之轉變，此刻會使內心感到慌張及慌亂，因此需要他人支持及資源協助，當成功完成階段性任務，會使個人感受到自我控制及目標達成。反之，若未能獲得相關資源等，其發展過程會受到壓迫及混亂，而影響未來負向的成長過程。另一種類型為非普遍性，是指轉化狀態的轉折點，與普遍性轉化狀態來源的差別是，非每個人皆會經歷，例如由學生畢業後踏入職場的角色改變、或是踏入婚姻轉為家庭主婦之角色，遷移居所、工作退休等。不過，這兩種的轉化狀態來源常伴隨生命歷程，並且會影響危機結果是趨向正向或負向。最後是文化及社會架構來源，此類危機來源源自於所處的文化價值及社會架構，例如工作的失去，是因性別、種族、年齡或身障之歧視等，此項危機來源常無法單純僅以自己的行動解除（Hoff, 2001）。

二、個人的危機表現：當危機發生後，個人會出現對壓力事件的主觀感受，包括

情緒及身體、認知、行爲各方面的改變。當出現這些變化，此時若有他人支援協助，可避免負向的危機結果。首先為情緒及身體的反應，常見的反應為嚴重的情緒創傷，如高度焦慮及緊張；失落或空虛的感受，尤其是當失去健康的身體及其他物質、自尊及社交關係受到威脅時；害怕、生氣，通常是因失去自我控制感所出現的反應，如無法掌控生活，或是有意義他人離去的感受；罪惡及困窘，這些常為在生氣之後出現的反應，尤其是發生自認為不可原諒之事；羞愧，例如當自己被所愛的人暴力虐待的情緒反應。其次為認知反應，包含個人對事件的想法、知覺及解釋。因嚴重的情緒創傷會衝擊到人的知覺及思考過程，會把注意力放在令個人極震驚和痛苦的感受，且焦點著重放在零碎事項，而干擾平常記憶及理解模式，無法對問題做判斷及處理。隨著焦慮越加提升，認知功能則會越加混亂，更無法解決問題，不過當危機解除時，認知功能會快速回歸正常。最後，第三個為行爲反應，行爲反應是因受到情緒、認知反應所影響，最明顯的是無法再擔任過去的角色職務，如無法再繼續工作或專心讀書等，有些則是社交行爲上的改變，個人不再與社會互動，拒絕他人協助及接觸等，或是出現心理感受與言語行爲表現不一致的情形（Hoff, 2001）。

三、危機結果：當一連串的危機過程下來，個人會去採取行動以減輕痛苦，可能會出現正向或負向的危機結果。個人可能會回到危機之前的狀態，當問題能有效的解決，可能是因受到個人足夠的內在強度、價值及社會支持，或是在危機經驗中找到新的資源及問題解決法，使個人在這當中成熟發展，此危機的結果則為正向。相反地，當個人缺乏積極的問題解決法，焦慮無法緩解時，會出現破壞及退化性行爲，如退縮、猜疑、

憂鬱等情形，最後甚至發生心理或精神疾病，形成負向的危機結果（Hoff, 2001）。

綜合以上得知，危機會影響個人身、心、社會各方面的平衡，而危機來源及個人的危機表現，會相互影響危機狀態的持續及危機最終不同的結果，影響人生不同的轉折。Hoff（2001）認為臨床健康照護人員若能了解個人經歷的危機過程，可預防危機的發生，並使個人返回身心整體之平衡成長，是為最理想之照護目標。

第二節 老人家庭照顧之衝擊

老化是每個人生命的最後階段，也是每個家庭必經的過程（許，2000）。人在邁入老年期，生理及認知功能會逐漸退化，且隨著年紀增長，慢性病及失能的發生率會增加（Townsend, 2008）。而慢性病的多寡，也與失能程度成正比例提高（Bauer & Nay, 2003; Guccione et al., 1994）。因此，成為老人社會的台灣，失能慢性病老人的照顧是不可忽視的一環。家庭照顧對於老人生活的品質具關鍵核心（王、何、呂、葉，2007；邱等，2002），老人出現依賴需求時，需要家屬能提供相關的知識及技能照護（呂，2005；許，2001；劉、蘇、謝，1998；Hung, Liu, Hung, & Kuo, 2003; Townsend, 2008）。此時，家屬即成為照顧者的角色，承擔照顧重任（Redmond, 2008）。

家屬通常不會認為自己是照顧者角色，只是在做到配偶，或兒女應該盡的職務（Hill, 2008）。國內針對家庭照顧者研究發現，配偶、子女及媳婦（林、徐、姚、吳，1999；林、歐、吳，1997；高、盧、葉、劉，1999；邱、陳、陳，2004；陳、吳，2006；陳等，2005；Kao & McHugh, 2004）為主要的家庭照顧者。長久的照顧壓力下，會使家屬感到沉重負荷，難以支撐下去。Etters, Goodall及 Harrison（2008）提到，照顧負荷會受到社

會環境因素以及親屬間的關係影響。此外，隨著老人失能程度的嚴重性，照顧負荷也隨之增加（Almberg et al., 2000; Okamoto, Hasebe, & Harasawa, 2007）。Hill（2008）指出家屬在照顧過程中，健康會逐漸消損，最終可致身心耗竭。因此，家屬照顧老人的過程中，所承擔的不僅是身體的疲乏痛苦，更是意志力長期的消磨。

照顧負荷，指在照顧期間，經歷生理、心理、情緒、社會及經濟的壓力源，因而出現的各方面感受（Kasuya, Polgar-Bailey, & Takeuchi, 2000）。國內、外針對照顧者的研究中，發現皆有類似的照顧負荷（呂，2005；林、白，2006；孫等，2006；洪等，2004；許、邱，2004；邱等，2002；陳、吳，2006；陳等，2005；Alspaugh, Stephens, Townsend, Zarit, & Greene, 1999; Boland & Sims, 1996; Bower, 1987; Dellasega, 1990; Dennis, O'Rourke, Lewis, Sharpe, & Warlow, 1998; Ethers et al., 2008; Garity, 2006; Kao & McHugh, 2004; Mannion, 2008; McFall & Miller, 1992; Redmond, 2008; Rinaldi et al., 2005; Rowles & High, 1996; Sansoni, Vellone, & Piras, 2004; Szabo & Strang, 1999; Zabalegui et al., 2008）。在生理方面，因長久照顧老人翻身、清潔、協助沐浴等工作內容，開始出現一些健康問題，常見主訴有頭痛、緊張、失眠、體重減輕或增加，以及不正常的嗜睡情況，或是使原先存在的疾病加速惡化。心理方面，因對照顧責任的使命感、家人責任分工不均，以及長期照顧下導致的疲憊不堪，會感到心力交瘁、沮喪、失落、無力、委屈無奈、孤單、罪惡感、焦慮，及出現憂鬱情形等。社會文化方面，面對家庭照顧責任及工作職責兩方困境和角色衝突，以及照顧時間的佔據，使社交、休閒活動減少。最後在經濟方面，長期的醫療保險開銷，或是決定專心照顧老人而辭去工作，皆會影響家屬的經濟負

擔。邱等人（2002）回顧國內家庭照顧者研究文獻統整發現，多數的家屬以心理負荷及社交方面的負荷感到最為嚴重。

性別也會影響照護的關係及照顧的負荷程度（Etters et al., 2008）。大部份的家庭照顧者以女性角色居多（Majerovitz, 2007; Okamoto et al., 2007; Voutilainen et al., 2006; Zabalegui et al., 2008）。研究發現，男、女性對照顧負荷感受會有不同，男性照顧者通常會缺乏正向的看法，需要社會的支持，女性照顧者則是身體功能及心理上出現問題（Almberg, Jansson, Grafstrom, & Winblad, 1998）。也有類似研究發現女性的健康問題及憂鬱情形會高於男性（Almberg et al., 1998; Gallicchio, Siddiqi, Langenberg, & Baumgarten, 2002; Mannion, 2008）。邱等（2002）統整過去十年的文獻發現，台灣的家庭主要照顧者以女性為主，因此也承擔較多的壓力及負荷。不過，洪等（2004）瀏覽過去國內失能老人的家庭相關文獻，發現當家庭照顧者為男性時，對家庭會是比較大的負面程度，推測可能是台灣男性具有權威及決策者的角色，少處理家庭事務及照顧家人，會使在照顧角色之擔任，感到困難及不適應。

當照顧困難處境持續存在並未得到解決（Neufeld & Harrison, 2003），如再加上社會支持及資源缺乏時（Almberg, Grafstrom, & Winblad, 1997），家庭衝突隨即產生。此時，家庭照顧者會嘗試去應付壓力及負荷，當缺少足夠的社會支持援助時，照顧者會出現失去控制、無能的感受（Johnson, 1990; Lundh, Sandberg, & Nolan, 2000），而這些感受會影響家屬提早將老人移置到長期照顧機構之決定（Etters et al., 2008; Gaugler, Leach, Clay, & Newcomer, 2004; Hosaka & Sugiyama, 2003）。許多其他學者亦指出家庭照顧者的問題及

處境，可以預測老人送至機構的可能性（Okamoto et al., 2007; Pillemer & Suito, 2006; Tsuji, Whalen, & Finucane, 1995）。

以上所知，家庭照顧者在照顧慢性病失能老人，承受身、心、社會、經濟各方面的折磨及耗損，性別差異也會影響照顧責任壓力感受有所不同。當家庭照顧者無法繼續負荷此負擔，其所採取解決照顧困境的策略，常會考慮以機構式照護做為老人長期照護之選擇。當從原先的家庭照顧到不得不選擇機構照顧時，照顧者面對自我內心交戰及矛盾衝突，常感到痛苦萬分，而陷入危機情境。

第三節 安置老人於機構的決策過程

對家庭照顧者而言，在萬不得已下，必須放手將老人轉由長期照護機構人員照護，而在決定將老人安置於機構的這段時間的過程往往讓他們備受煎熬（Almberg et al., 1997; Butcher et al., 2001）。從決定至機構的等待過程，家庭照顧者會面臨許多不同以往的壓力、道德衝突，並且會出現情緒混亂、生氣、失落、罪惡等痛苦的情緒（Bauer & Nay, 2003; Iecovich, 2000; Penrod & Dellasega, 2001），這會使照顧者感到危機的發生，並難以掌控（Strang et al., 2006; Szabo & Strang, 1999）。McAuley, Travis 及 Safewright（1997）指出，不論對家庭照顧者或是老人而言，決定機構照護之選擇是件重大的事件，而家庭照顧者本身也認為是最困難之決定（Farran, 2002）。Lundh 等人（2000）的研究發現，家屬通常是在缺乏完善計劃及專業人員的指引下進行機構安置的決策過程，而使得家屬在安置老人於機構的決策過程中，出現極劇複雜的心理糾葛反應，並產生負向的情緒感受，其中以無力感和即將與家人分離的空虛感，為最強烈之感受。

黃及張（2006）指出家屬在決策過程中，同時經歷情感面及現實面的兩大壓力，在情感面的壓力方面，多數家屬會認為是在不得已、非預期下的選擇，並感到羞愧、罪惡感之未善盡孝道責任與現實考量之兩難；而另一現實面之壓力，則是對於機構的可供選擇有限、尋求相關資源不足、照護品質、經濟考量等，使家屬對於機構的選擇感到困難。Nolan 等人（1996）也指出家庭的主要照顧者對於將老人安置於長期照護機構，其負向衝擊是高於其他家人的兩倍。對於家庭主要照顧者而言，最困難的事實是，要去接受自己所愛的人有進入長期照護機構之需求，這使其不僅要經歷情緒上的衝擊，而最重要的影響面是必須放棄照顧者的角色（Dellasega & Nolan, 1997）。而機構化的照護決定，常會使家屬擔負社會所標籤的失敗觀感，進而造成老人及家屬對照護機構的排斥情緒（Zarit & Whitlach, 1992）。

Strang 等人（2006）探討 29 位家庭照顧者安置老人於機構的等待及變遷過程，並將家庭照顧者在等待機構安置的經驗歸類出四個主題。第一個主題為，當家庭照顧者決定將老人安置於機構時，危機即便開始，此感受獲得許多家庭照顧者的強烈共鳴，並也表達當自己在下此決策時，通常內心的感受是相當地不情願。而其次主題為，家庭照顧者希望於決定安置老人於機構照護時，能立即進住機構，以減少家屬及老人等待的時間。第三個主題是，家庭照顧者對此時的處境會產生失控、勢不可擋的感受，並且會藉由觀察機構的環境及品質，以保有對此情境的控制感。最後主題為，家庭照顧者會受到過去與老人的關係，而影響對目前照護情境的感受，因而，當家庭照顧者及老人對機構的安置選擇不一致時，會使家庭照顧者面臨更多、更複雜的問題。因此可知，家庭照顧

者在安置老人於機構的決策過程中充滿著不確定、失控之感受，同時會盡能力想去維持及掌控情境，也因而造成在現實的情境中感到艱辛困難。

Penrod 及 Dellasega (2001) 探究家庭照顧者於做抉擇及安置老人於機構的經驗，發現共有六個階段。其中在第二個階段是有關安置機構的抉擇，起初，家庭照顧者會立即有短暫的緩解之感受，但是內心卻也知道，未來有更多艱辛的路要走，因此他們會盡量努力去對安置機構的決策保持正向的想法，尤其是當老人的健康狀況難以預測時，會更加支持他們對機構安置的選擇。當決定機構照護後，家庭照顧者會立即尋找適當的照顧機構，但在尋找機構的過程中，家庭照顧者會感到資源的缺乏及獲得極少的支持，而此刻也必需同時地扮演照顧者、尋求者、掌管自己的多種角色。然而此時，家庭照顧者可能亦會面臨照護機構床位的不足以及費用的限制之考量。此外，對於家庭照顧者而言，安置老人於機構是為長期或僅是短暫，也會讓他們感到矛盾不已。

家庭照顧者在安置老人於機構的決策過程中，正、負向的情緒交錯其中。Davies (2005) 的質性研究調查家屬在決定安置老人於機構的經驗中，歸類出五個主題：(1) 在做決定的當時，有部分的家屬感到需立即下決定，因為以符合、隱藏自己所期待將老人安置於機構內，而感到壓力。但也有部分的家屬並不覺得處在壓力下，會覺得在做自己期待要做的事，並也做好準備；(2) 資源方面，部分的家屬認為在照顧老人時，缺乏相關的資訊而不知如何扮演自己及照顧者的角色。不過也有家屬表示，知道如何取得有用的資源，適當地扮演其角色；(3) 在與健康照護人員的互動層面，有些家庭成員會覺得與照護人員之間存有障礙，但是也有一些家屬自覺可以與其維持良好互動，並確保老

人獲得最佳的照護；(4) 在安置老人於機構的決定之感受方面，部分家屬提到會有失控感，並自覺再也無法干預老人照護的相關事件之感受。不過也有部分的家屬會覺得，能保有對自己及家人其未來的控制感；(5) 在其他家屬支持的部份，有些家屬會覺得對於安置老人於機構後的結果，是無法獲得其他家人支持。但也有家屬認為，藉由此次的經驗中，會點醒其他家人的重視，而使家屬共同主動參與及分享。

由上述可知，家庭照顧者在安置老人於機構的決策過程中，不但原先存有的照顧責任並未完全泯除，還另外需尋求社會資源，以尋得適當的照護機構，而也可能在這過程裡，承受外界社會輿論的眼光，及親友的指責壓力。即便在確定照護機構的院所時，家庭照顧者仍需仔細評估機構是否可使老人獲得妥善之照顧。在做決定的當下，可能會獲得短暫的負擔解除感，但隨即而來的卻會在角色轉折的調適、情緒的矛盾、衝突、不確定感等之中備受煎熬，而受限的資源則更使得家庭照顧者更易陷入危機的情境，不易跳脫。

第四節 安置老人於機構後家庭照顧者的衝擊及適應

當老人送至機構後，家庭照顧者原先所期待的是身心的負荷及壓力能減輕，使疲憊不堪的感受得以解除。而確實也有數篇研究提到，部分的家庭照顧者隨著老人安置在機構過後的責任減輕，會感到身心負荷獲得緩解。Stull, Cosby, Bowman及McNutt(1997)的研究指出，家屬在將老人安置於機構後，身心整體的過勞指數明顯減少，而在體力上的負荷、社交活動的受限、人際間的緊張關係及時間約束上，皆有明顯的減低，且較少出現情緒不滿的感受及憤怒。Liken(2001)的研究也發現，家庭照顧者會感受能擁有

自己的生活。此外，因著多餘的時間空出，自由及空間增加，家庭照顧者的飲食及睡眠情況皆獲得改善（Farran, 2002）。在這樣的情況之下，家庭照顧者自覺身體健康狀況比老人仍在家照顧時來的佳（Zarit & Whitlatch, 1992）。再者，Andersson等人（2007）提到，家屬也會受到老人對機構環境的滿意度越高，對決定安置機構的感受，更能持正面的想法。

然而，也有多篇研究指出，即使在將家中老人安置機構後，家庭照顧者仍承擔個人的獨特的壓力及調適過程（Lichtenberg, 2007）。Ogland-Hand與Florsheim（2002）提到將老人安置在機構後，家屬依舊持續擔任照顧者之角色，而家人也會認為與老人間深切的緊密關係依舊存在且未改變（Strang et al., 2006）。他們認為自己的照顧角色與責任有三點，第一點為監督照護人員提供給老人的照護內容及品質，並視此為家屬最基本的責任。其次是告知照護人員老人過去的背景及習性，使照護人員熟悉老人的需求。最後渴望能盡自己的能力，期待維持家庭間的彼此連結（Bern-Klug & Forbes-Thompson, 2008）。Garity（2006）的研究也有類似發現，他比較家庭照顧者在安置老人於機構前、後的照顧責任，結果指出未有明顯差異，家屬在安置老人於機構後，仍要定期探視老人、協助老人在機構的日常生活並參與活動、負擔經濟方面的醫療保險及機構費用，以及定期陪伴至醫院看診領藥。由此可知，家庭照顧者的角色、責任及家人間的親密關係，即使在安置老人於機構後，仍是無法割捨、分離。但在同時，老人入住機構後，照顧者最感到困難的是不易清楚界定自己在機構中的角色和責任，會有未準備、不確定之感受（Butcher et al., 2001; Friedemann et al., 1999; Strang et al., 2006）。他們面臨相關知識及可

利用資源的缺乏，以評估此機構的照護是否合乎老人之需求(Butcher et al., 2001)。Garity (2006) 的研究發現當老人在機構中，家庭照顧者因隨著照顧責任方向的轉變，會使工作重擔及家庭關係出現失衡、與配偶的感情破裂、使原先的工作及計劃受到攪亂，因而出現角色擾亂的情形。尤其是家庭照顧者對自我的照顧角色信念更加執著時，會使個人因應能力減低(Garity, 2006)，以及角色調適更加困難(Ogland-Hand & Florsheim, 2002)。

當家庭照顧者面臨角色因應、調適的困境，其所產生的衝擊面也會造成不同之影響。Majerovitz (2007) 發現家庭照顧者的痛苦情緒在安置老人於機構後仍未結束，其壓力感受包括對機構照護的不滿意、轉為機構照護型態下的角色轉變等，舉凡與家屬有關的工作任務皆會增加照顧者的負荷，特別是年紀越老以及健康狀況越差的家庭照顧者，負荷程度更大，進而使照顧者的憂鬱情形增高。此外，當家庭照顧者無法完成當初自己所下的照顧承諾，且須放棄原先的照顧責任，則會越受挫、失敗、懊悔等感受，特別是當初決定將安置老人於機構的主要決定者感受更深(Farran, 2002)。隨著角色的糾葛衝突，進而造成家庭照顧者更多不利之傷害(Bern-Klug & Forbes-Thompson, 2008)。此時家庭照顧者出現痛苦、罪惡、生氣、傷心、憂鬱、焦慮等衝突的情緒反應(Bauer & Nay, 2003; Kellet, 1999; Park et al., 2004; Whitlatch, Schur, Noelker, Ejaz, & Looman, 2001)。這樣反覆交錯的感受經歷，會讓照顧者會開始懷疑自己是否做了錯誤的決定(Kellett, 1999)，並且擔心家庭關係從此破裂(Park et al., 2004)。此時，家庭照顧者會主動地去努力維持彼此間的關係以掌控這一切，但卻會有無能為力之感受(Kellett, 1999; Strang et al., 2006)。Strang等人(2006)提到，有些家庭照顧者未必有二十四小時的照

顧責任得到緩解之感受。當家庭照顧者負面的情緒反應未獲得解決，會使家屬的情緒出口轉向機構照護人員，對照護人員充滿敵意感，並會採懷疑及不合作的態度應對，使彼此的關係交惡，進而影響老人的照護品質 (Iecovich, 2000)。Garity (2006) 也發現有四個因素會減低家庭照顧者的因應能力，包括角色定位的擾亂、在安置過程中的罪惡感、對未來的不確定感，以及與老人、親友、護理人員、其他支持團體的互動減低，這些皆會提高家庭照顧者的負荷程度。

當家庭照顧者面臨內心衝突以及角色與責任的變化時，會去區辨這樣的轉變過程，而發現自我內心的矛盾感，並採取策略以對付改變 (Strang et al., 2006)。此時需要面臨到新的角色調適 (Kammer, 1994; Majerovitz, 2007; Penrod & Dellasega, 2001)。當家庭照顧者以正向因應其變遷過程，會重新定位自己的角色、責任，並參與照護，維持與老人頻繁接觸 (Lundh et al., 2000)，或是隨著與機構人員關係越密切，對機構的照護品質滿意度提高 (Gaugler, Davey, Pearlin, & Zarit, 2000)。Strang等人 (2006) 提到若能在安置老人的決定過程中，由多位家人決定，更容易共同去掌控情境及調適，以及加上家屬與老人親密的互動關係程度越緊密，亦使其成效更加提昇。這不僅有助於減緩老人住在機構的痛苦及不適應 (Bauer & Nay, 2003)，並可提增老人心理、社會層面的健康 (Gladstone, 1995)。最重要的基本因應原則在於家庭照顧者需發自內心照護老人的需求，才是最有效的因應策略 (Strang et al., 2006)。而當老人與家屬有不良的互動時，家屬會減少探視老人 (Fukahori et al., 2007; Port et al., 2001; Strang et al., 2006)，並有較多的情緒困擾及負面的表達，減少與照護人員的互動 (Lundh et al., 2000)。進而影響老人

對機構中的生活品質以負面觀感居多 (Bern-Klug & Forbes-Thompson, 2008)，最終可造成家庭關係破裂、瓦解，導向負向互動不良之交錯關係。

綜合相關文獻得知，家庭照顧者在照顧老人的過程中承擔身、心、社會多方的壓力來源，造成其沉重的照顧負荷，會考慮將老人安置於機構內。此外，家庭照顧者對安置機構的決定，有不同的正、負向觀感。老人住進機構後，家庭照顧者立即感受照顧負荷的緩解，產生輕鬆自在的正向感受，但也有可能需面臨照顧角色的轉折及因應調適，以維持與老人在機構的互動關係，若是家庭照顧者未能重新定位自己在照顧機構的角色及責任時，可能影響與照護人員的關係，更甚進而造成雙方關係交惡，導致負向結果之不利傷害，此時專業照護人員更居關鍵角色。



第三章 研究方法

本章共分五節，分別為研究設計、研究對象、資料收集與分析、研究之信賴價值、研究倫理，茲分析敘述如下。

第一節 研究設計

本研究採質性研究法。質性研究法主要著重個人生活經驗的感受，及其代表之意義 (Polit & Beck, 2008)。Speziale 及 Carpenter (2005) 也提到藉由質性研究，可以幫助探索並了解現象或事件的意義及詮釋，且以開放性的問題訪談，有助於研究對象全盤描述其感受。由於家庭照顧者安置老人於長期照護機構的經歷中，涉及許多生理、心理、社會等多方面的主觀感受，其經驗的感受非以用幾個變數，即可量化說明。故本研究以 Hoff 的危機理論為架構，採半結構式深度訪談方式，探究家庭照顧者將老人安置於長期照護機構過程之經驗，包括決定老人安置在機構的原因、決定安置老人在機構當時的經驗及感受，以及安置過後的結果。藉由透過此質性研究法，能整體了解家庭照顧者對其經歷的感受及詮釋，並明瞭真正的內涵意義。

第二節 研究對象

本研究採立意取樣，收集彰化市之長期照護機構老人之主要家庭照顧者為對象。選樣條件為：(1) 六十五歲及以上機構老人的家屬，(2) 能使用國台語溝通，(3) 認知功能正常，(4) 家中老人被安置於照護機構三個月至一年內。研究對象來源取得，乃透過與研究者服務的醫院有合作關係之長期照護機構，並接洽機構負責人，向其告知研究目的、方法、取樣條件等相關事宜。透過機構負責人的引薦，找尋符合收案條件的個案，

並與個案進行接洽，進一步確認是否符合收案標準。當經過充分的說明研究目的及相關權利等，個案若同意參加此研究，即予簽署研究同意書，正式收案。

研究過程初期先以兩位機構老人之家庭照顧者的訪談，做為先驅研究（pilot study）。藉由先驅研究可以更加精確地把重心放在研究者關心的議題（Maxwell, 2005），並可使之後執行研究的可行性增高（Polit & Beck, 2008）。本研究藉由先驅研究，確認訪談指引的適當性，修正訪談技巧，及預估在執行研究過程中，可能會遭遇的困難，以事先解決，提升對情境的控制及處理能力。樣本數依訪談內容分析結果而定，以資料飽和（data saturation）為考量原則。當新資料無法再提供新的資訊時，則表示樣本數已足夠（Speziale & Carpenter, 2005）。

第三節 資料收集與分析

本研究資料收集方法以基本資料問卷及開放性訪談問題指引為主。基本資料問卷內容包括老人及家庭照顧者方面，老人的資料包含：性別、年齡、婚姻狀況、子女數、入住機構時間、居住機構名稱、疾病診斷、入住機構前的生活狀況、日常生活活動功能狀態，其中日常生活活動功能是以巴氏量表來測量，其項目包含進食、如廁、大小便失禁、穿脫衣物、沐浴、個人衛生、移位、上下樓梯以及平地上行走共 10 項，每一個項目分為二到四個等級，每個等級 5 分，總分 100 分。得分 100 分為完全獨立、91-99 分為輕度依賴、61-90 分為中度依賴、21-60 分為嚴重依賴、0-20 分為完全依賴（戴、羅，1996）。另一方面，家庭照顧者的資料分別為：性別、年齡、婚姻狀況、教育程度、宗教信仰、職業、與老人的關係、本身的疾病狀況、自覺照顧老人之後的身體健康狀況情

形，以及老人入住機構後，自覺身體健康狀況有無差別。

在開放性訪談問題指引方面，採用 Hoff 的危機理論為架構，且查證過去家庭照顧者長期照顧老人之負荷，及安置老人於機構後家庭照顧者的衝擊及因應等相關文獻，並與指導教授反覆討論及修正後擬定。本研究訪談問題指引為：

1. 什麼情形讓您（們）決定安排老人住進長期照護機構？
2. 當決定將老人送至長期照護機構時，您和家人如何安排老人安置過程？您（們）當時的感受如何？
3. 老人住進長期照護機構後，您（們）覺得自己的生活和老人還在家照顧時，比較起來有什麼不同？這些不同的地方帶給您什麼感受？有哪些特別處需要讓您去處理的？您又是如何去處理？

訪談地點選擇以家庭照顧者自覺最舒適的場地為主，在不受干擾及自在的環境下進行。訪談過程均予知情同意下錄音，以及運用訪談指引與溝通技巧如：可以談談看、可以詳細說明、然後之類的相關字句，並在過程當中，注意家庭照顧者的非語言表達，以澄清、確認家庭照顧者的真正感受。本研究資料的分析，是同時在資料收集過程中，同時進行的。在訪談過後，四十八小時內將錄音的內容，予電腦打字撰寫為逐字稿之形式，以避免遺漏。並利用逐字稿內容進行資料分析。資料分析的過程依據 Tesch（1990）建議的步驟進行，依序如下：

1. 仔細的閱讀訪談逐字稿，並在閱讀過程中，將所出現的想法皆記錄下來，以獲得整體性之感受，但在此階段並不急於做分析。

2. 再次將訪談內容仔細閱讀，並著重在分析個案陳訴內容所隱含的涵義，以將之列為分析主題（也就是編碼），並註記在訪談稿之邊緣處。
3. 當完成上述的工作後，將所有的編碼列成表格，並將意義相同的編碼歸類。
4. 運用上述列出的編碼重新分析訪談逐字稿，且注意有無新的編碼出現。
5. 當前四項步驟完成後，再次檢視編碼的歸類是否需做修正，以及各類別間的關連性。
6. 當完成所有的分析編碼工作後，將屬於同一類別之下的訪談內容彙整在一起，並確認這些內容的共通性，以發現這些內容是否有歸類不當。
7. 必要時，可將現存的資料重新編碼。當完成分析後，研究者可以反思這些類別是否可將研究結果明確概念化。

本研究在資料收集及分析過程中，藉由安排放鬆的情境、開放性問題訪談以利個案能暢談內心感受，並在事後撰寫逐字稿內容中，包括個案當時的言語及非言語的表達之互動。在內容分析過程裡，研究者對現象的感受和反思日誌皆填寫在空白備錄區，藉由不斷地檢視，以確實呈現家屬在安置老人於機構之經驗。

第四節 研究之信賴價值度

本研究採 Lincoln 與 Guba（1985）提出的信賴價值度（trustworthiness）做為整體研究過程之參考依據。信賴價值度主要著重在如何說服讀者，此篇研究是具有價值性（Polit & Beck, 2008）。質性研究若達到信賴價值度，可使嚴謹度提高，研究結果更加準確無誤（Speziale & Carpenter, 2005）。Lincoln 與 Guba（1985）信賴價值度的四個參照標準分為別：

一、確實性 (credibility)：為資料的可信度，指研究結果能真實地反映研究對象之主觀經驗及感受，等同於量性研究的內在效度。研究者可以藉由下列的技巧，以增加研究結果的確實性，包括長期參與以和個案建立關係、持續觀察、三角交叉法、運用適宜的參考工具及資料、藉由同儕辯證以重新檢視比較自我的想法及資料、讓個案檢視分析結果是否與其感受一致等。此外，Rew, Bechtel 及 Sapp (1993) 提到研究者本身即為研究工具，因而研究者本身的經驗及訓練也會影響研究結果的確實性。

爲了能提增此研究的確實性，研究者利用下列方式。首先，在研究者本身即為研究工具的部份，研究者在研究所課程中修習老人相關的科目及實習，以及完成質性研究的訓練課程，且本身已具有內科病房五年以上之工作經驗。其次，在運用適宜的參考資料方面，研究者在執行研究之前，會閱讀研究主題相關的文獻及研究，以獲得對研究現象的普遍了解，並會藉由先驅研究來修正訪談指引。除此之外，爲了避免研究者個人偏見，將訪談逐字稿與指導教授不斷地對資料分析進行討論，以達到同儕辯證，檢視自我的想法及資料。最後，研究者在執行研究的開始，先在機構管理者引薦下接觸個案，並以誠懇的態度自我介紹、說明研究的目的，以建立彼此信賴關係。

二、可轉移性 (transferability)：是指研究的結果，可以廣泛適應於其他的情境及族群身上。加強可轉移性的方法，可藉由立意取樣，取得具代表性的個體，並且選擇背景相異的個案，以提高樣本的異質性。此可讓研究結果的廣度增加，以及提供厚實的描述，均能增加資料的可轉移性。因此，在可轉移性方面，本研究採立意取樣，設立明確之收案標準，且收案的對象在老人疾病診斷、罹病時間，及家屬的性別、角色、年齡、

職業等有差異性，這樣可使資料更具代表性及豐富性。研究者也會提供厚實的內容描述，以供讀者判斷資料結果是否具可轉移性。

三、可信賴性 (dependability)：意指資料的穩定性，在相同的參與者及情境下，同樣地訪談，是否能得到一致性的結果。此可藉由建立審查軌道 (audit trail)，將原始資料、資料轉檔、分析譯碼紀錄及分析結果皆確實保留，使研究過程有可依循，更能提高資料的可信賴度。因此，在可信賴度方面，本研究從資料收集、錄音、轉檔逐字稿、重複校正其確認內容、分析資料及結果，由研究者本人擔任，且將所有的資料內容皆確實妥善保留，以做為日後審查之管道依據。

四、可確認性 (confirmability)：指研究過程中，要排除研究者個人的偏見，使資料保持客觀及中立。當資料的確實性、可轉移性、可信賴性皆建立時，即可達到確認性。Polit 及 Beck (2008) 提到當達到確認性，表示研究結果必能反映個案的聲音及情境，且不會帶有研究者的個人偏差、動機及觀點。陳 (2002) 並提到可運用反思日誌之重要性，研究者除了對看到及聽到的事實進行描述以外，並且需要反思自己在觀察過程中所經歷的感受，此反思活動的特點在於研究者要不斷地反思自己與研究對象的關係，並注意這一關係對研究的進程與結果產生的影響。

故本研究為了能達到可確認性，研究者不斷提醒自己保持開放性的態度接受個案表達的感受，再深入本質，以客觀、中立的角度分析個案的主觀經驗，並藉由反思日誌釐清自己在訪談過程中的觀點、態度，以及是否因受到與個案間的互動，進而影響資料分析過程的解釋以及研究結果，並藉由不斷地檢視資料的確實性、可轉移性及可信賴

性，以達到研究之可確認性。

第五節 研究倫理

由於質性研究的焦點在探索、檢視、描述個人及環境之間的關係，因此極有可能觸碰倫理困境問題。研究者依據 Polit 及 Beck (2008) 提出的研究倫理規範，遵守其相關原則研究倫理，其主要三個道德標準，分別為利益原則、維護人類尊嚴原則，和公正原則 (Polit & Beck, 2008)。在這三項的倫理準則中，又以利益原則裡所強調的不傷害原則為主軸 (Orb, Eisenhaur, & Wynaden, 2001)。

首先，利益原則方面，研究者有義務將參與者在研究過程當中的傷害降到最低，而參與者在身體、心理、社會，或是經濟等方面，必定不會受到非必要性的傷害或不舒適感受，且能確保提供此研究的相關資訊 (Polit & Beck, 2008)。此外，Orb 等人 (2001) 提到研究者在訪談過程中，需隨時保持敏感性，警覺可能是衝突性的議題時，需避免繼續會談，減少傷害。因此，在利益原則方面，研究者在執行研究之前，已先通過中國醫藥大學人體試驗委員會之審核 (No.DMR98-IRB-019, 附錄三)。另，研究內容的訪談指引，以非涉及個人潛在傷害為首要，並在與個案訪談前，先與指導教授相互討論。在訪談過程中，個案可能是分享自己痛苦萬分的經歷，告知個案當有任何不舒服的感受存在時，皆可隨時提出中斷或停止參與研究。所有訪談的錄音及逐字稿等資料，皆不會在學術研究以外之公開，書面內容完全是以編碼呈現，不會顯示個案的基本資料。

其次是維護人類尊嚴原則，參與者有權決定是否自願參加不具風險的研究，必定讓參與者完全了解研究之特性，知情同意下才執行，並依個人意願，隨時拒絕繼續參與

(Polit & Beck, 2008)。Orb 等人 (2001) 提到參與者不僅有權決定是否願意分享經驗，且研究者也須釐清自己的角色責任，勿將個人感受放入其中。因此，本研究爲了能達到維護人類尊嚴原則，在開始執行選樣時，會告知研究對象關於此研究的內容及權利，在確定個案完全知情才執行研究，並且提供研究者的身分及聯絡方式，以利參與者有任何問題可隨時提出，以獲得解答。研究者會密切與指導教授討論分享與個案訪談的互動過程，使指導教授做爲旁觀者的角色，釐清研究者的職責有無不當。

最後在公正原則方面，必須避免研究者及參與者兩方的不對等，且參與者在研究過程中可能獲得的潛在利益，需公正合理分配。參與者有權利維護個人隱私，研究人員亦不可去隱瞞、欺騙，違反誠信原則。因此，研究者在執行研究過程的始末，皆秉持中立、客觀、雙方對等的平台，與研究對象進行訪談，並且尊重個案的選擇，當個案有任何不舒適，或是可能潛在精神疾病發生時，會替個案尋求適當的解決方法，並尋求相關人員進行轉介，例如研究者服務的醫學中心設有心身內科門診，或是各縣市社會局之諮詢管道，以維護個案的利益。

第四章 研究結果

第一節 個案描述

依據研究選樣標準，本研究共訪談 19 位個案，來自彰化市三家登記立案之長期照護機構的老年住民之家屬，其中男性 9 位，女性 10 位。與老人的親屬關係，以子女最多，8 位為兒子，7 位為女兒，其次為配偶及媳婦，各佔 2 位。年齡分佈介於 40 至 72 歲之間，平均為 56 歲（標準差為 8.35 歲）。婚姻狀況以 16 位為已婚（84.2%）居多。教育程度從不識字至碩士學歷皆有，以大專（學）學歷者居多，佔 7 位（36.8%）。在就業的情況當中，有 12 位（63.2%）個案仍在職。老人生病後的居家照顧時間，平均為 3.6 年（標準差為 2.9 年）。而老人入住機構後，以每天去探視老人的個案居多，佔 14 位（73.7%），其餘的個案（26.3%）則是大約每週兩次。關於個案的基本資料詳見表一，其基本屬性分佈詳見表二。

在機構老人的屬性部份，以女性居多佔 12 位（61%），平均年齡為 82.9 歲（標準差為 7.3 歲），介於 70 至 100 歲之間。老人的主要疾病診斷，以腦中風居多（52.6%）。在身體活動功能情形中，完全臥床者佔 63.2%，輪椅代步者佔 26.3%，僅 10.5% 老人可自行行走。其中入住機構的時間，平均為 9.4 個月（標準差為 2.9 個月）。關於老人的基本資料詳見表三，其基本屬性分佈詳見表四。

表一 個案基本資料

代號	性別	年齡	婚姻狀況	教育程度	親屬關係	探視頻率	老人生病後的照顧時間
1	男	58	已婚	大專	大兒子	每日一次	8年
2	女	51	已婚	小學	二女兒	每日一次	3年
3	女	58	已婚	大專	媳婦	一週兩次	2年
4	女	72	已婚	小學	配偶	一週兩次	3個月
5	男	68	已婚	大專	二兒子	每日一次	4年
6	女	47	已婚	國中	三女兒	每日一次	4年6個月
7	男	58	已婚	高中	小兒子	每日一次	9年
8	女	54	未婚	大學	小女兒	每日一次	3個月
9	男	53	未婚	大學	大兒子	一週兩次	4個月
10	男	60	已婚	小學	三兒子	每日一次	8年
11	男	56	已婚	小學	大兒子	每日一次	1年
12	女	58	已婚	大學	大媳婦	一週兩次	4年
13	女	53	已婚	小學	大女兒	每日一次	2年
14	女	42	已婚	碩士	小女兒	每日一次	4年
15	男	69	已婚	小學	配偶	每日一次	1年6個月
16	男	56	已婚	大專	小兒子	一週兩次	4年
17	男	40	未婚	高中	小兒子	每日一次	3年
18	女	64	已婚	不識字	大女兒	每日一次	9年
19	女	47	已婚	高中	小女兒	每日一次	6個月

表二 個案基本屬性分佈

變項	分組	人數	百分比 (%)
性別	男	9	47.4
	女	10	52.6
親屬關係	配偶	2	10.5
	兒子	8	42.1
	媳婦	2	10.5
	女兒	7	36.9
年齡 (歲)	40-64	16	84.2
	65 及以上	3	18.8
婚姻狀況	已婚	16	84.2
	未婚	3	15.8
教育程度	不識字	1	5.2
	小學	6	31.6
	中學	1	5.2
	高中	3	15.9
	大專 (學) 及以上	8	42.1
就業狀況	在職	12	63.2
	非在職	7	36.8
老人生病後的照顧時間	未滿 1 年	4	21.1
	1 年以上至未滿 3 年	4	21.1
	3 年以上至未滿 6 年	7	36.7
	6 年以上	4	21.1
探視頻率	每日 1 次	14	73.7
	1 週 2 次	5	26.3

表三 老人基本資料

編號	性別	年齡	婚姻	主要疾病診斷	身體活動情況	入住機構時間
1	男	85	喪偶	糖尿病 高血壓 慢性阻塞肺部疾病	自行行走	1 年
2	女	81	喪偶	糖尿病 高血壓	輪椅代步	8 個月
3	女	88	喪偶	糖尿病	完全臥床	1 年
4	男	73	已婚	腦中風	完全臥床	9 個月
5	女	93	喪偶	腦中風	完全臥床	1 年
6	男	81	已婚	腦中風	完全臥床	9 個月
7	女	81	喪偶	腦中風	完全臥床	3 個月
8	女	86	已婚	腦中風	完全臥床	6 個月
9	男	75	已婚	腦中風	完全臥床	3 個月
10	女	91	喪偶	冠狀動脈心臟疾病	完全臥床	10 個月
11	男	79	喪偶	腦中風	完全臥床	1 年
12	女	76	喪偶	躁鬱症	輪椅代步	10 個月
13	女	79	喪偶	糖尿病 高血壓	輪椅代步	11 個月
14	女	80	喪偶	腦中風 憂鬱症 失智症	完全臥床	11 個月
15	男	70	已婚	腦中風	完全臥床	6 個月
16	女	89	喪偶	高血壓	輪椅代步	1 年
17	男	78	喪偶	腦中風	完全臥床	11 個月
18	女	100	喪偶	失智	自行行走	1 年
19	女	88	喪偶	脊椎神經壓迫	輪椅代步	10 個月

表四 老人基本屬性分佈

變項	分組	人數	百分比 (%)
性別	男	7	36.8
	女	12	63.2
年齡 (歲)	70-84	11	57.9
	85 及以上	8	42.1
婚姻狀況	已婚	5	26.3
	喪偶	14	73.7
身體活動情況	自行行走	2	10.5
	輪椅代步	5	26.3
	完全臥床	12	63.2
入住機構時間	3 個月至未滿 6 個月	2	10.5
	6 個月至未滿 9 個月	2	10.5
	9 個月至 12 個月	15	79.0



第二節 研究發現-類別及編碼

訪談資料的內容分析依據 Hoff 的危機理論架構，進行分析及歸類。分析結果依危機來源、個人的危機表現，及危機結果三個部份呈現。在危機來源方面，依據理論內容分為情境來源、轉化狀態來源，和文化及社會架構來源，總共八個編碼。而在個人的危機表現方面，總共四個編碼。另外在危機結果的部份，分為正向或負向的結果，其各自包含四個編碼。分析結果共二十個編碼，類別及編碼列於表五。



表五 以危機理論架構分析家庭照顧者安置老人於機構的經驗之類別、次類別及編碼

類別／次類別	編碼
危機來源／情境來源	老人健康狀況惡化超過照顧者照護能力 工作及照顧責任無法兼顧 家庭成員間的照顧角色分配推託
危機來源／轉化狀態來源	自身難保的老化階段 需兼顧照顧上下兩代的夾心中年期
危機來源／文化及社會架構來源	傳統孝道責任的使命感 社會文化對女兒角色義務的看待 家庭結構變遷下的分散人力
個人危機表現／情緒、認知反應	面對現實情境的無能為力及無奈 親情難割離的不捨情緒 期待機構安置可使老人獲得妥善的專業照護 對機構安置的抉擇之不確定感
個人危機表現／行為反應	家庭成員共同討論安置決策
危機結果／正向結果	家庭成員與老人的互動頻率增加 肯定老人在機構獲得比在家更佳的照護品質 照顧負擔緩解的輕鬆感 閒暇時間增加
危機結果／負向結果	對老人在機構的生活懷著不確定感而感到擔憂 不滿機構的照護品質 虧欠老人的愧疚感 家庭成員對分擔機構費用的計較

第三節 家庭照顧者安置老人於長期照護機構的危機來源

在中國人的傳統觀念裡，將老人安置在長期照護機構視為不孝行為。家庭照顧者因受到倫理價值觀的影響，期望盡量以家庭為中心照顧老人，讓老人老有所終，安享天年。然而，當家庭照顧者照顧一段時間後，可能會面臨老人本身的疾病及身體衰退情況難以預料，或是自身的因素，包括工作、家庭情形，或是身體功能等狀況，這些原由會使家庭照顧者無法堅持家庭照護的承諾。而時代的快速變遷，傳統價值觀的衝突，以及工商社會下家庭結構的轉變，亦使家庭照顧者面臨在家照顧老人的困境。

依據 Hoff 的危機理論架構，將家庭照顧者安置老人於長期照護機構的危機來源分類，情境來源的編碼包括「老人健康狀況惡化超過照顧者照護能力」、「工作及照顧責任無法兼顧」、「家庭成員間的照顧角色分配推託」；轉化狀態來源的編碼包括「自身難保的老化階段」、「需兼顧照顧上下兩代的夾心中年期」；文化及社會架構來源的編碼包括「傳統孝道責任的使命感」、「社會文化對女兒角色義務的看待」、「家庭結構變遷下的分散人力」。

一、情境來源

Hoff 的危機理論（2001）提到，情境來源包括外在的環境或事件、個人本身的情況，以及人際關係因素。家庭照顧者在照顧老人的過程中，常會希望能以己之力，盡到最大的責任及義務在家裡照顧長輩，也期待能讓老人在最後的歲月中，安享餘年。但隨著老人無法自主的身體老化，或者是原先疾病其病情的加速惡化，使得家庭照顧者過去提供的照護，無法滿足老人的照護需求，也因著照顧責任的加重，耗費的時間及體力更

甚以往。另外，無法同時在工作與照顧責任兩方兼顧，常是家庭照顧者感到為難的處境，而家庭關係的不和諧，手足之間對於照顧責任的分擔計較及埋怨，皆為家庭照顧者面臨安置老人於長期照護機構的情境危機來源。

（一）老人健康狀況惡化超過照顧者照護能力

許多家屬起初在擔任照顧者的角色時，老人多半仍可以執行部分自我照顧工作，因而不需要花費過多的體力與時間照護老人。但當老人的身體狀況每況愈下，病情反覆發作及加速惡化，或是病況產生令人措手不及的變化，而使老人的身體活動依賴程度提高，此時家庭照顧者不僅需要學習較複雜的照顧技巧，且照顧困難度也比以往提高，長久下來，常讓家庭照顧者感到沉重的身心負荷。他們表示：

「我的原因是狀況發生的話（指老人呼吸喘發作），我沒辦法處理，外勞是菲律賓人，你打電話給他，他語言也不通...，他有辦法晚上幫我看顧嗎？老人家晚上狀況發生很多，要是真的發生，我婆婆會來不及搶救。發生事情，急救的方面，我們沒有辦法！住在家裡的時候，我會怕我婆婆出狀況，她老人家一下子腹瀉，一下子這裡痛，...每天在家裡哎喲喊『我好痛，我肚子痛、頭痛。』我看她講這些話，我又沒辦法幫她。」（個案3）

「我爸爸是96年那時，他有中風過，但他從來沒有發生過癲癇，那一次不知道怎麼搞的，他好像是情緒上比較激動，還是怎樣，發生癲癇大發作，整個眼白都吊上來，手跟腳都不能彎曲，就趕快送去X醫院。那時候他就被全身的氧氣罩罩著...，他癲癇那時已經插鼻胃管，沒辦法由嘴巴吃東西，要用灌食的，我媽媽說我爸這樣子，如果回家，她沒辦法照顧她沒辦法顧。最主要是我爸爸要灌食，鼻胃管我們不會灌，而且那個時候，我們隨時要幫他清大便，我們都不會啊！所以那時候想說如果出院，就送到這邊（指機構）。他如果發生什麼事情，就只有我跟我媽一定沒辦法弄的，就只有兩個人，沒辦法弄他。我媽媽畢竟也有年紀，沒有辦法拖動我爸爸，因為爸爸如果一生病，他就整個人放給你，就是整個人沒力氣，沒辦法起來。爸爸如果一發作起來，我在家裡處理，我都緊張得發抖。他之前真的是很頻繁，常常送醫院，我那時真的是快受不了，很累！那時主要是精神壓力很大，所以決定送來。」（個案6）

「爸爸五年前也是有小中風，行動上不方便，但沒有完全臥床，後來就根本看不見了，有夜盲症，生理方面，走路動作很遲緩，這一次是因為跌倒，他比較大的血管整個阻塞了，所以現在就變成整天昏睡，但是你如果叫他，他會有回應，但他就是不能清醒這樣子。他現在完全不能吃，都要用鼻胃管灌牛奶，現在他只能喝液體...，現在完全不行，而且以前他的痰自己會咳出來，現在也完全不行了，要靠抽痰。現在的狀況跟之前是不一樣，因為之前他還不會不醒人事，而且固體食物還可以吃，還可以嚼，現在是都完全不行，甚至還要注意他的血糖、血氧濃度，這些我沒辦法做到，我也不會。」(個案 9)

「因為媽媽之前都有行動能力，所以就住在家裡，那時候雖然她的情緒不穩定，但是我們覺得還可以照顧，後來一直到她臥床，也就是她第二次中風之後，她沒有辦法走路，我想說可能在家裡，大概我也沒有辦法照顧，或是她在家裡時，可能需要請一個看護，那時候想說這樣有點複雜。一方面我自己還蠻了解機構的情形，所以我那時候想說把我媽送過來，我還算比較放心！...像我媽第一次中風時，我們很緊張，但是那時候她還可以走路，我們可以扶著她上車，但是她第二次中風就很糟糕，意識很不清楚，我們要把她弄上車是一件很困難的事了！我們那時候沒有叫救護車...，所以我先生把我媽媽抱起來，面對面這樣抱著，抱到車上...，那時候她沒有穿尿褲，到進電梯，她就尿尿了，所以她不僅把我先生尿了一身，還把電梯的地都弄濕了。那時可能我照顧媽媽也有壓力，因為媽媽晚上會尿床、會怎麼樣，有各式各樣的問題。...那時候壓力很大(語帶哽咽)...，那就造成很多的不定期的炸彈，因為什麼時候會發作，你不曉得！」(個案 14)

家庭照顧者提到老人無法預期的病況發生，造成他們的照護困難處境，承受極大之

壓力。他們陳述：

「媽媽就是突然發生中風，中風之後，肢體一邊癱瘓，需要復健，而且也變成沒辦法自己吃，還插了鼻胃管，在醫院住了十幾天後，我們考慮很多問題，沒辦法回家顧。我一個人要承擔她這樣，覺得好像會太累，因為她本身有糖尿病，需要幫她打胰島素，然後她又插鼻胃管...，需要有醫療行為的幫助，要有幫手。她有一些照護的問題，就是我們有一些醫療行為不會，她中風的時候，老是重插鼻胃管，因為她常把鼻胃管拔掉，拔掉之後，我們不會幫她插！我們想說也不知道怎麼顧，因為連抱她的力氣都沒有，連抱她都沒辦法，她已經整個身體都沒有辦法支撐，沒辦法靠自己本身的力量去扶她。」(個案 8)

「因為我太太中風的時候，大小便都不會通，都要插尿管，或者要插鼻胃管...，她大概有 5、6 個月有回去家裡住過，但常常就是回去後又去住院，又去掛急診，因為

血糖過高控制不了再住院...。她常常就是今天才回去，明天又去掛急診。情況不是很穩定，回去家裡好像也沒有住在家裡一樣，有時候今天早上回去，晚上又再去住院，血糖低就會暈倒這樣子。一開始我們是想要請外勞，但是申請外勞出來，都要好幾個月，那沒辦法，所以我們先送到這裡（指機構）住。當初她常常剛出院又入院那一段日子，不太穩定的時候，是很恐怖、很可怕的，精神上的壓力很大！」（個案 15）

（二）工作及照顧責任無法兼顧

當老人的病情狀況，需要家庭照顧者花費更多的時間及精神照顧時，照顧者面臨工作與照顧的兩方困境。家庭照顧者一方面要負擔照顧老人的重責，另一方面需要工作，考慮經濟來源的重要性，在這樣的照護情境下，家庭照顧者常感到兼顧兩方的為難，面臨只能抉擇其一的困境。而有時不僅限於照顧者本身的工作因素，還包括其他的家庭成員，也因各自工作忙碌，或是居住外地，無法分擔照顧老人。

家庭照顧者提到自己同時面臨要工作，且又得需照顧老人的困難。他們敘述：

「我是壽險業，...我的考量就是說我上班時間不一定，吃飯時間我不一定回來，我先生那時候還在台中上班，我沒有辦法照顧我婆婆。我和我先生都要上班，我們沒有辦法照顧老人家，半夜若出了什麼事，我先生是職業軍人，不在家裡，我一個人怎麼處理。還有我們住在公寓不方便，老人家生病，我沒辦法幫忙送到醫院，養護中心說可以幫忙送。」（個案 3）

「同時我先生工作也很忙，如果我媽有這樣的狀況（指癲癇發作），那會影響到我們的工作，因為我自己工作也很忙，所以我想想還是放在這邊（指機構）。」（個案 14）

「因為媽媽現在這種情況，也不可能說什麼事情自己處理，一定要有人幫她處理，但是我也是礙於一些時間問題，也沒有辦法 24 小時在她身邊，也是要找一個最有辦法照顧她的方式來處理...。你說又要上班...，又要有其他的時間跟精力來照顧另外一個人，我覺得這是很不可能！」（個案 19）

或是其他家庭成員也因各有工作，無人力分擔照顧。他們說：

「因為現在我二弟他也不行（指照顧爸爸），他（二弟）得 cancer 末期了。...他自己能照顧自己就不錯了，後來這幾年就我和我小弟兩個在照顧。...假如長住我那邊的話，可能我老婆也會有點意見，要長住我小弟那邊的話，也不方便。因為家裡都沒有人，他們（小弟）也很少開伙！像我老爸以前住在他（小弟）那邊，都是叫自助餐送便當去。...因為我爸也八十幾歲了，身體狀況也越來越不好，...如果爸爸在家總是要有人隨時看，像我們也是常常不在家，因為我們要跑道場，常常不在家。...那時候本來是有想說要買一個氧氣機，...後來想說因為我們兄弟白天都在上班，家裡都沒有人啊！...我是有想把爸爸接回去，但是考慮到老婆、兄弟，因為各自的環境都不同，像我老弟，兩個夫妻白天都要工作，我老弟他是國小校長，他老婆是在國小教書，兒子、女兒現在都在上高中，白天都沒人在。」（個案 1）

「我媽媽就跌倒，現在的工業社會，都沒有人可以照顧她，而且我爸爸在 85 年過世之後，就剩下她和我們老四（小弟）住，我們老四精神有點異常，所以我們就覺得她跟他一起在家裡，我們是比較不能放心。...我二哥、二嫂都在上班，我大哥身體也不是很好，大嫂也要出去工作，她的兒子有自己的工作要做，三嫂那裡住的房子是跟人家租一個房間的，也沒辦法，說來就是缺乏人手照顧。後來就想說這樣，所以把她安頓在那裡（指機構），有專人在照顧她，我們也比較放心啦！像我們嫁出去的，像我嫁在台中，我二姐是在宜蘭，...想說她都沒有人照顧，我們比較不能安心，她本身又有病，又跟我們老四住在一起，...大家都是討生活，為了生活忙碌！」（個案 13）

「我先生在醫院住院的時候，我要上班，所以就請人照顧，只有星期六、星期日，我沒上班，才能去照顧他。後來那時候 X 醫院說不能再繼續住後，就把他轉來這裡（指機構），我那時候還在上班，沒空照顧他。...我們都在上班，不然還能怎麼辦？你說請外勞回去，家裡也沒人，小孩大家都在外面，所以沒有請外勞，沒人在家...。在家裡，你想說每個孩子都離開了，就是他們在賺錢，他們在外面，你當然常叫他們在身邊也不行，他們也要賺錢。如果像之前我在上班，你說要我常回來照顧老人有辦法嗎？也不能離開，也不能...。所以這怎麼講，每個人有每個人的想法，我不會去怨嘆說孩子不回來啦，對不對？他們的事業...，也是沒空。年輕人都在外面，一個在台北，一個在台中。」（個案 4）

（三）家庭成員間的照顧角色分配推託

隨著老人所需的照顧需求增加，可能會加速家庭成員間對於分擔照顧責任的計較。家庭照顧者最常面臨的是，其他家庭成員表達照顧老人感到困難之怨言，而不願繼續照護；或是家庭照顧者本身及其他家庭成員，對於照顧老人的責任不均，感到不合理。

有些個案提到因為照護老人的困難度增加，而其他家庭成員各自表態不願繼

續照顧老人的說詞，他們說：

「媽媽就自己說要去住養老院，結果住了不是她想像的，她說要搬回來，那我說：『好吧！我也沒照顧過...，我就接她上去台北，就跟我住。』我兄弟姐妹都不願意把她接回去。在我這裡住了四年多後，她說她想要去小兒子家住，就是這個原因，她才回去弟弟那邊住，沒想到住了三個月又不一樣了，跟住在我那邊又不一樣。我弟媳就說要做生意，她還要再照顧一個老人家...，她在做菜市場的生意，中午的時候，她就在菜市場講，她就在抱怨。其實在那三、四年的時候，我太太也會抱怨，就是有很多住在一起的時候，才發現到生活習慣的格格不入！...沒辦法啊！大家都沒有人有辦法要顧！因為她既要回到弟弟這邊，我小弟跟他太太就是沒有辦法，我這邊的話，我太太覺得要照顧一個老人家，覺得很累，我們也覺得兄弟間要照輪吧！」(個案 5)

「我弟媳婦她是在 XX (工作機關名稱)，她對於這種老人問題或多或少都清楚，她是滿認同，也希望這麼做 (指安置老人在機構)。...怎麼講，在我們中國的傳統，做人家的媳婦，就是不管是義務也好，習慣也好，一定要對上一代有某一種程度的表現，但他們始終沒有。後來我也跟我老弟講，要是這樣沒辦法的話，一個人輪一個禮拜嘛！老弟就講了一句很奇怪的話，說家裡房間很少，沒地方住，我只好笑笑，我能說什麼？...大家都說嫁很遠，一點關係都沒有！大家說話都這樣，說自己都娶完、嫁完了，都沒有關係，他們 (兄弟姐妹們) 都沒有考慮到別人！他們本來就都沒有跟媽媽住在一起，最大的受害者就是我們這一家...，你說我們有多可憐。...兄弟姊妹之間要有那個體諒之心，不是說我都默默不講話，就要永遠當值日生。難免媽媽有什麼事情時，你們是要來滅火，不是來加油添醋，不要煽風點火...。」(個案 12)

「我爸爸過世後，我媽就去我那邊住了一年多，住了一年多後，我想說照顧不來，乾脆送來這裡 (指機構)，沒有人要就是送來這裡而已啊！兄弟是有三個啦，每個都是在上班沒空，那些媳婦有的在教書，都沒有空，沒時間，沒時間只好送到這裡來了。這裡的費用都是她那些兒子，大家一起出的，她在我那裡一年多，都是我在出的，後來我是想說乾脆換那些男生顧，他們 (兒子們) 說不要，建議說要送來這裡，送來這裡就送來這裡啊，我沒有辦法顧了！」(個案 18)

「我在上班，叫我每天這樣跑，因為不是住在隔壁，畢竟還很遠，我這樣跑我也沒辦法，我大哥他現在是退休了，可是他就是沒帶過小孩，就是沒家庭觀念，都不會照顧，他說他都不會。我二哥也說他也沒辦法，那我大哥就說送來這裡 (指機構)。...二哥跟媽媽就都沒有在互動，...他 (二哥) 不聞不問，他只有要父母的財產！因為我二哥不聞不問，大哥他也沒辦法，...他 (大哥) 沒有結婚，沒有家庭磨練，比較不會照顧人。我大哥是出錢他會出，但是這個照顧能力方面，他就沒辦法。我大哥有時候也會很不平衡，

都會說兩個兒子，為什麼他（二哥）就都不聞不問！」

二、轉化狀態來源

Hoff（2001）提到轉化狀態的危機來源，可分為普遍性及非普遍性兩種類型。普遍性的危機來源，與艾瑞克森提出的心理社會發展階段之八大任務雷同，而非普遍性的危機來源，可能是職業異動或是角色的轉折。家庭照顧者可能會面臨自身老化的情形，身體功能逐漸衰退，或是本身罹患慢性疾病，又得同時需要照顧老人，在這種情況下，常令家庭照顧者感到自身難保，無力再照顧老人。而中年階段的家庭照顧者，可能面臨的情況則是，同時需照顧老人及養育小孩，加上經濟需求的三方壓力，而使家庭照顧者面臨照顧困難的處境。

（一）自身難保的老年階段

多數的家庭照顧者角色，是老人的配偶或是子女。然而，隨著平均壽命的延長，子女的年紀也常正處在中、老年階段，開始進入老年階段。此時不論是配偶或是子女照顧者，最常出現的問題是本身生理功能逐漸衰退、體力不支，或是慢性疾病纏身。家庭照顧者對於同時要照顧老人，而衡量自己的身體狀況並非可以負擔，表達自顧不暇的無奈感嘆。他們敘述：

「照顧病人沒有這麼簡單！你又要照顧這邊，又要照顧...，那你也是要休息，我們又不是還年輕，對不對？自己身體也沒有很好，我也有高血壓，現在也在吃藥控制。要照顧他（先生），照顧到變成我們自己都不能休息，所以自己的身體也要照顧好。」（個案 4）

「我們兩個夫妻照顧媽媽，也無能為力！假使只有我們兩個人，還可以 OK，家裡多一個老的，又不一样了，多一個老人，就要多出很多很多的時間跟精神。我們年紀這

麼大了，能夠看顧好她嗎?對不對?體力能夠負荷嗎?」(個案 5)

「大家都是老夫妻，老了當然要照顧她，照顧上精神壓力比較重，那是免不了的，精神上各方面多多少少都會影響。最近幾年來，因為我的身體也差一點了，我太太好幾年前就生病了，她這樣子，當然我老人家本身情緒上受到打擊，體力上的付出，加上各種方面都是比較多消耗，在家照顧的時候，體力上會透支，我們這種年齡來說，一年接著一年都是會差一點，今年的身體就比不上前年，多多少少有差一點。」(個案 15)

(二) 需兼顧照顧上下兩代的夾心中年期

依據行政院主計處(2008)公告 96 年收支調查報告書中，其年齡組別在 40 歲至 65 歲是家庭主要的收入來源群。中年階段的家庭照顧者，常是家庭的經濟支柱，此時家庭照顧者面臨到孩子的教養支出，或是長輩的醫療花費，更讓他們認為維持經濟穩定是必備要素。因此，家庭照顧者同時面臨照顧老人、養育小孩以及維持經濟穩定的多方負擔。個案 16 表達自己如同夾心三明治的感受。他說：

「如果說我們不是有四個兄弟，經濟上一定會有壓力，...這裡(指機構)的價位算是蠻高的。你想，家裡只有一、兩個在負擔的話，長期下來，絕對負擔不起，這個是一個很大的壓力！何況現在家裡的老人不只只有一個吧?!...以我們這一代的話，才是做『夾心餅乾』！因為現在小孩的教育環境...，你要投入一個相當的心力、投入一個相當的教育經費，那反過來，年紀大的，你要讓他比較舒服，你自己也比較輕鬆愉快的話，一定要交給照護中心，你才有可能比較輕鬆，但是就會造成經濟壓力，你這邊底下(指照顧小孩)也有經濟壓力，上面(指照顧長輩)也有經濟壓力，那自己本身你未來退休的時候，又要有所準備，你有多少能力!？」

三、文化及社會架構來源

社會倫理的價值觀會受傳統文化影響，過去長達二千多年的儒家思想，已使家庭倫理被視為孝道的基本守則。因此，家庭照顧者視奉養父母為必備的責任及義務，期望能盡己之力、反哺報恩的心，全力照顧老人。然而，過去男女有別，並未隨著時代變遷

而有很大的改變，女兒與兒子角色義務的不同看待，仍存於台灣傳統社會的價值觀。此外，農業社會勢微，工商社會的快速轉型，使得居住環境及人口結構的改變，造成人力分散的情況發生，此時家庭照顧者面臨的危機來源，非以己之力能解決問題。

（一）傳統孝道責任的使命感

孝道傳承一直被視為中國傳統文化的美德，家庭照顧者認為奉養父母是晚輩應盡的孝道責任，並也是義務，所以再辛苦也要持續下去。不只僅限於家庭照顧者認為，其他的家庭成員也提出飲水思源的重要性。他們說：

「起初不想給人家講話啊！...不要說親戚，就我們自己兄弟姐妹會認為我是爸爸的兒子，本應當要照顧爸爸，把爸爸送到養護中心，會被說不孝子。...像我們這一代還算是比較傳統，會覺得應該要孝順父母、要照顧父母的責任，不是像現在的新新人類，我們的思想會比較老舊一點，一開始還是會覺得爸爸要在家裡，...因為我們的觀念比較保守，奉養父母是我們的責任。」（個案 1）

「每個人照顧父母這個都是必經的過程，因為還有老人，一定就是子女要照顧她的...。畢竟我媽生我們，把我們養大，想到這一點，你就覺得說我們也該回饋。有時候也是想說：『唉...不然要怎麼樣？我也不會把她丟著，畢竟大家都有血緣關係，而且我們也要養育下一代，我們也不能這樣，總是要給下一代做模範看啊！』」（個案 2）

「像我們人老了，我們都是晚輩，一定要照顧長輩，這是一定的道理。...所以我們不可能想到養老院這樣的字！...我弟弟一開始也反對，他（弟弟）也是說怕人家說話，他怕人家說你怎麼把你老爸送到養老院，那很不孝。我就跟他說，你不要想那麼多，...現在趨勢就是這樣子。...我媽媽也跟我弟說：『你想想看，我如果三更半夜把你叫來，你上班上了一整天，你回家後，三更半夜還把你叫過來，你也會很生氣。爸爸如果跌倒還是怎樣，一定會打電話跟你講，或是半夜送去醫院時，也會打電話跟你講，這樣是你很累!』」（個案 6）

（二）社會文化對女兒角色義務的看待

傳統文化的影響，養兒防老的觀念早已深植人們心中，兒子被認定是最適當的照

顧來源，且需善盡照顧老人之責，而女兒多半採以情感上的支持為主。如果當老人必需接受女兒的照顧時，老人或其兒子會認為不妥當，並較難以接受。他們提到：

「在媽媽還沒有中風以前，是住在我小妹那裡，我小妹嫁出去了，只是她們住樓上，我們住樓下。媽媽中風之後，我小妹想說把家裡面的房間重新改建，讓媽媽方便，我跟小妹說：『這樣不行，妳不行，不能這樣子。』其實這個東西，完全是一種兄弟姐妹之間的認知，她（小妹）並沒有我嫁出去了...之類的想法，台灣的禮俗是會認為女兒嫁出去了，比較不用插手理娘家的事情，但是媽媽大部分的時間還是住在小妹那裡，沒有人這樣做的。」（個案 7）

「之前我跟她說：『媽媽，到我們那邊住。』我姐姐也曾經跟她講，她就是不要。她就說：『女兒嫁出去的，就是潑出去的水。』她就說不要。她又有一種觀念，她有兒子，去女兒家住，會讓人說閒話。我們中國人的觀念就是，兒子應該養父母是理所當然的，其實那只是一個觀念問題而已，可是這一點她就是沒有辦法！她就是很傳統的想法，她就會覺得女兒再好、女婿再好，覺得還是要回她自己的窩好！這點也是溝通不來的。所以有時候我覺得那種觀念太傳統，很傳統，也是很傷腦筋！」（個案 19）

「不然我也想說要把媽媽帶來住在家裡，就是樓下再隔一個房間，然後請個外勞。是有人跟我說：『妳是做人家女兒的，把媽媽帶到家裡來，萬一有什麼事情，妳沒有辦法負責。』後來想想還是不要...也是有人會講說你們把長輩丟在那裡（指機構），不會被說什麼嗎？我們也是沒辦法，我們也不要這樣啊！問題是我們做女兒的，兒子就不想帶去自己家裡，如果我們把她帶來我家，萬一有什麼狀況，我不曉得要怎麼說。要不然我大嫂是叫我帶回來，但是我媽媽她就不願意來我家，她說：『女兒家住久了，會被人家說話。』...我說：『女兒也是自己的孩子，對不對？一樣都是你養大的，為什麼會被說？』她會說：『不是啊，女兒是不會說，但是女婿會說啊！』」（個案 13）

（三）家庭結構變遷下的人力分散

社會都市化造成家庭結構的異動，原先的大家庭生態，已轉變成各居其所的核心家庭，成年子女在外縣市工作，照顧人力分散在外，使得家庭照顧者有著無人力替換照顧工作的無奈。他們說：

「其實現在的社會跟以前不一樣了，以前的人生很多小孩，都是大家庭，如果結

婚後，大家都是要跟自己的父母親住在一起，可是現在不一樣了，大家結婚後都要搬出來，太太也都不喜歡跟公婆住在一起，我大哥、二哥，還有我都是結完婚後就搬出來了，連住在一起過都沒有。現在的社會就是這樣，個人各一代，都是自己組織一個家庭跟小孩住，父母就住在老家，假日時才回去探望，所以說也沒辦法。大家都是小家庭，現在的景氣不工作不行，要照顧父母，根本人手都不足!不像以前都是大家庭，大家住在一起可以互相幫忙、互相照應，現在根本就沒辦法。」(個案 10)

「對，照護老人是家庭的責任，但那是在農業社會的時候，可能大家都住在一起，大家可以分工來照顧，因為有很多子女。但現在已經是工商社會，很多都是小家庭，小家庭很多都是雙薪，兩個人都要上班的，那怎麼可能再去照顧，對不對？我個人是覺得把這個照顧丟給家庭，會製造更多的社會問題，大家都會壓力很大。」(個案 14)

第四節 家庭照顧者安置老人於長期照護機構的危機表現

家庭照顧者面臨實際照顧的困難時，可能會考量機構安置做為老人後續的照護選擇。當家庭照顧者經過一段時間，對有些照顧者而言，甚至是經歷了一段長時間採家庭照護，但最終的照護結果卻是決定將老人安置在機構，此時內心不免感到無能為力及無奈。除外，家庭照顧者面對老人即將離開家中的此刻，不捨分離的情緒交錯其中。但另一方面，家庭照顧者也期望安置機構的選擇，能使老人獲得比家裡更妥善的專業照顧，以不枉自己所費的苦心。不過，照護機構良莠不齊，也讓家庭照顧者對機構安置的抉擇感到擔憂及不確定感。而最後安置機構的決策，多半是由家庭成員共同討論後的決定。

(一) 面對現實情境的無能為力及無奈

心有餘而力不足，常是家庭照顧者面臨無法解決照顧困境時的心情寫照。家庭照顧者在照顧老人過程中，儘可能維持家庭照護模式，但隨著老人病情的不穩定及變差，讓家庭照顧者已無法執行過去的照顧方式，而如要滿足老人的照護需求，必需學習新的專業照護技能。且當尋求其他家庭成員協助照護時，卻無人能伸出援手，家庭照顧者面

臨實際的照護困境難以解決，有既無奈又無力的感受。

有些個案提到因老人的照護需求提高，讓他們無能為力因應。他們說：

「不然還能怎麼樣？自己一個人沒辦法照顧。想要帶我先生回去，我們又沒辦法，他在沙發坐，我們就沒辦法把他抱去躺啊，不然如果回到家裡，電視開著，他自己就會看了，他也在椅子上坐著，就是沒辦法去抱他，幫他幹麻，抱不動啊！...我也是沒辦法照顧，當然要兩方面都顧全也沒辦法！」(個案 4)

「想說如果我有能力的話...，可以請個人照顧他不是更好嗎？可是我就是沒有這個能力啊！就是指金錢的能力方面，一定得請一個人來照顧他，不可能是我們來照顧，他現在幾乎都是躺的，你要幫他全身翻身，我們也沒辦法，沒辦法幫他全身翻身。」(個案 6)

「心裡的感覺，是...無可奈何，自己根本沒有那個能力可以照顧媽媽。那時候是想說，看能不能復健，讓她能夠走路，這樣我就有辦法去照顧她，但是就沒有辦法啊！如果她沒有辦法走路，我就沒有辦法去照顧她。當時就是她已經癱瘓在床上，我們就是沒有辦法去幫她處置，換尿片那些都沒有辦法，鼻胃管的話，也不會餵。」(個案 8)

「我感覺每個將父母送來這裡（機構）的家屬都是很願意的，但實在是我們不是專業人員，若有心要照顧也顧不好。對一個重度傷殘的人說，家裡若是沒有一個有護理經驗的人來照顧，會把他顧的越痛苦。我們把他送來這裡，雖然對親情來說是一種割捨，但能讓他得到更好的照顧。本來就是要有得必有失啦！」(個案 11)

且尋求其他家庭成員，也因各自工作忙碌無法支援照護的現實困境。他們說：

「把媽媽放在那裡，我們當然覺得那個，但是這是無可奈何的！對不對？這要怎麼說，個人有個人的...，會讓她住在那裡是無可奈何，我們也不想這樣，一個人一個環境，沒辦法啦！不然我們也希望她能在我們身邊，有這些子孫，也比較那個...。我三嫂她的房子也是跟人家租的，只有一個房間，你說要把媽媽送過去三嫂那裡，也是沒辦法。那我大嫂她都要出去工作，她兒子也有自己的工作要做，這樣還有誰可以照顧？所以說，會去住那裡實在是沒有辦法，逼不得已，不然也是不願意讓她去住那裡！...但是這就沒有辦法顧全親情，你要想給她一個比較舒適的生活，又有專人給她照顧，也只能這樣。」(個案 13)

「當然沒有我們家裡好，但是不得已啊！都沒人有辦法顧，因為媽媽既然要回到

弟弟這邊來，弟弟又沒有辦法，媳婦又沒有辦法接受。又踢回去我那邊，我又不能夠...，我太太...，我們覺得兄弟應當大家輪流的吧！我大哥沒辦法，他七十幾歲了，大嫂也七十幾歲了，他們一個兒子又重聽，都在學校裡頭當校工，聾啞學校畢業的，那有辦法處理這個，要輪流都沒有辦法！天底下家家有本難念的經，並不是不要父母親，並不是不要，但都無能為力。」(個案 5)

(二) 親情難割離的不捨情緒

家庭照顧者往往為老人關係最密切，也是陪伴最久的家庭成員，因此老人與家庭照顧者的互動多為緊密的關係。當家庭照顧者面臨照顧許久的老人，期許自己能盡在家照顧老人，但因多方現實面的考量，無法繼續照顧，必須將老人安置於機構，而有捨不得分開的情緒感受。他們說：

「那種抉擇的痛... (停頓 3 秒，個案眼眶微濕)，是爸爸難過，我們家屬也難過，是痛苦的抉擇！所以我一直強調，那種割捨親情的痛！這是一種親情的割捨，割捨不下，你說要當做沒有這個爸爸，把他丟在這裡，每個月來繳錢就好，這樣我做不到。」(個案 11)

「其實...那時要送媽媽來時，我心裡感覺很...，心裡放不下... (眼眶紅)，很難過，心裡真的很難過，很捨不得媽媽。畢竟也是原先在家裡照顧她一段時間了，突然要把她送來這裡，那種分開的感受很難形容，就是...不太捨得她。媽媽以前年輕時照顧我們很辛苦，好不容易她可以在家享清福了，但是就突然中風...，沒辦法住在家裡，要來這裡讓別人照顧，我感覺媽媽很不值得，很難過... (傷心的搖頭，一直掉眼淚)。」(個案 8)

「把親人送到養護機構，自己心裡感覺也是會比較不忍啦，不忍心 (微哽咽)！...總是有點不捨，心裡會有點過意不去、不自在，家裡面明明可以住，為什麼把他 (爸爸) 送到養護機構去！」(個案 1)

「我覺得很心酸，因為如果人老了走到這個地步，真的很心酸，人老了會希望子女陪在身邊，像我爸這樣躺著，我真的會想哭！那時決定要把爸爸送來機構時，我想哭，因為...捨不得。突然間，平常住在一起那麼久，忽然他要離開，我們就一定會捨不得。」(個案 6)

(三) 期待機構安置能使現況好轉

家庭照顧者安置老人於機構的決定中，有多數的原因，是因為自己無法妥善照顧老人，在此情況下，家庭照顧者做出安置老人於機構的決定時，是期盼能使老人得到較佳的照護。安置機構的決定，不只彌補家庭照顧者本身的能力不足，且照護機構內，因有專業照護人員可以立即處置老人的不穩定病況，或是協助緊急送醫治療，故家庭照顧者期待機構安置的決定，能對老人的照護品質有正面影響。他們敘述：

「心裡覺得只有來這裡（指機構），我才可以照顧得到。...我也跟我媽說：『不然就先暫時來這裡住，...要不然妳這樣沒人幫你洗澡，而且妳三餐又沒辦法自理。』我也是覺得我媽如果在安養中心的話，可能會活的比較好。因為我媽媽在家裡吃飯也是有問題，雖然在家是每天有看到她孫子，心理上、精神上或許比較好，可是她一般的生活條件一定很差。像我媽她平時走路不方便，我們在她房間放一個有活動的馬桶，因為她到廁所比較遠，但那個馬桶都是沒人倒，都是我休息回去才倒的。」（個案 2）

「因為爸爸的身體狀況可以說是差別很大，他現在變成這種狀況，我們沒有辦法照顧，請看護來照顧，我們也不放心，因為還要監控他很多東西，例如血壓、血糖、血氧什麼都要監控好，我看請看護大概專業也有問題，來這裡（指機構）的話，他們有看護在看，但有狀況這裡有護理人員，就是比較專業一點。因為他的情況，氧氣也不夠，要監控很多東西，至少在這邊的話，我們要的設備，他們都有，急救方面的話，他們可以馬上送我爸爸到醫院。我們有想過如果把他放在家裡，我們不是一天到晚都要送醫院嗎？而且在家裡的話，我們不知道他的情況到底需不需要送醫院，可能就會變成一天到晚都要送，就會變成有這些狀況發生！」（個案 9）

「那時候我發現我媽媽有狀況的時候，感覺是很無助！就是說我不知道要怎麼幫助她（語帶哽咽）...，感覺會有危機，感覺上你會覺得她會不會在發病過程中出什麼狀況，因為那時候醫生是說，她有第一次中風，就會有第二次中風，但是其實我媽媽的血壓一直都很正常，所以我們都沒有料到她還會中風，因此那時候就會有那種壓力。我的感覺如果要把我媽媽放在家裡，會有這個危機，在這邊（指機構），他們（機構人員）馬上就可以做專業的醫療行為，那我在家裡，我就沒有辦法！」（個案 14）

「在這邊（指機構），有醫護人員可以看著媽媽，還是說有什麼事情可以馬上處理。你說在家裡，像我們出去、上班，還是做什麼事情的話，沒有一個人她身邊，還是要請一個人看她，但是這也不是專業人員，反而我們會不放心，這邊是比較專業。我們都是門外漢，人家專業人員...，他們（機構人員）能夠處理。所以我們當初送來這邊，就

是這種想法。」(個案 19)

(四) 對機構安置的抉擇之不確定感

家庭照顧者雖然是在多方衡量後，方做出將老人安置在機構的決定，但仍會有不確定的感受。此不確定感來自於，除了擔心老人是否能夠接受入住機構，另外需衡量機構的照護品質，擔憂若選擇了照護品質不良的機構，則反而使老人受苦。他們說：

「我那時候會想一些蠻多困擾的問題...，就是說媽媽她自己可不可以接受（指入住機構）？去機構那裡，人家（機構人員）有沒有辦法像我們自己女兒照顧媽媽這樣子？只是差在他們是專業，我們不是專業，照顧方式會不一樣，差這樣子而已。」(個案 19)

「那時我一直在想到底把媽媽送進安養院是好還是不好，因為我一些朋友也是有些不得已情況下，把父母送到安養中心，但是他們都說安養中心照顧的品質不好，有一些人也說一開始住進去人是好的進去，結果躺的出來，或是常常哪裡感染，還是屁股壓久了，變成很大的壓瘡，照顧很不好，我那時感覺不曉得這樣做是不是對的？」(個案 10)

(五) 家庭成員共同討論安置決策

當家庭照顧者發現照護困境依舊無法解決時，此時將開立家庭會議，與其他家庭成員討論老人日後的照護問題，最後由家庭成員們共同做出安置老人於機構之重要決策。他們提到：

「媽媽跟我講她手麻麻的，我第一個感覺說：「啊，她要中風了」，就趕快把她送到 XX (A 醫院名)，大概過了一個月更嚴重了，我就從台北趕下來，醫生說我媽已經中風了，我說：『那這樣不行，趕快轉院。』之後就把她送到 XX (B 醫院名)，在 XX (B 醫院名)我就陪她復健，我就從台北搬來彰化住在我弟弟這邊專心照顧她，由我來照顧，接送去復健。到最後她考量到我們這樣不方便，我們也很累，所以就三個兄弟、姐妹一起共同討論說：『不然就送到安養院！』」(個案 5)

「本來是想說如果可以，就把媽媽送回家裡，陪她走....這是一種感受啦！顯然她的情況還是必需由機構照護。當時我們兄弟姐妹都先討論過，我們討論過了，包括剛從

美國回來的，他們都有回來，大家一起討論決定來這裡（指機構）。」（個案 7）

「就是全家共同商量，我們兄弟三個，並不是我能做主，我不能每件事都越矩，也是我媽媽以及三個兄弟都同意後，決定來這裡的（指機構）。」（個案 11）

第五節 家庭照顧者安置老人於長期照護機構的危機結果

當機構安置成爲家庭照顧者照護困境之解決途徑，並隨著老人入住機構後，產生不同的正、負向結果。在正向結果方面，照顧者感受到其他家庭成員會認爲老人是住在非家中的環境，會擔心機構的照顧品質，因而增加探視老人，與老人的互動頻率比在家中時高；其次部分的照顧者認爲自己照顧能力的不足，期望機構安置能使老人獲得妥善照護，而結果也真的讓他們肯定老人在機構後，確實獲得比在家中更佳的照護品質；另外，家庭照顧者因隨著老人在機構後，其照護責任轉在機構人員身上，故照顧者會有負擔減緩的輕鬆自在感；有些家庭照顧者則是，因已不需要 24 小時在旁協助照護，使得閒暇時間增加。另一方面，在負向結果方面，家庭照顧者因無法像過去採家庭照護般，可隨時在老人的身旁，了解老人的任何突發情況，因此家庭照顧者對老人在機構的生活會有不確定感；有些家庭照顧者觀察到老人住進機構後，不如自己預期想像的照護水準，而對機構感到不滿；或者是家庭照顧者對於自己無法親自照顧老人，將老人安置在機構的做法，內心懷著虧欠及愧疚感。

一、正向結果

（一）家庭成員與老人互動頻率增加

老人住在長期照護機構後，家庭成員會擔憂老人的身體狀況，以及在機構的適應

情形，並因機構離住家遠，更加不放心老人在機構的生活，或者會認為機構似醫院的照護體系需前往關心老人。這些情況會促使家庭成員增加探視的次數，而使互動頻率增加。他們提到：

「我常說我爸來住這邊也好，因為像以前在我們那邊輪流住的話，我的兄弟姐妹比較少來看我老爸，他來住這邊（機構）的話，他們反而時常來，反而不錯。像我姐妹們會認為來這邊就好像住院一樣，她們的思想都這樣…。像我最小的妹妹，她兩、三天就來一次。來這邊反而對我老爸來講，跟兒女見面的機會比較高。」（個案 1）

「對我來講，有最多的差別應該是我比較常回來看爸爸，我的弟弟妹妹也會比較常回來看他，不然之前我們都一個月回來一次，我弟弟更久，因為他比較忙，有時三個月才回來一次，但是現在我弟也都是盡量撥空回來，大概一個月回來一次，能回來就盡量回來看爸爸的狀況，看他有沒有好一點。」（個案 9）

「我媽送去安養院後，不管是我的哥哥們，還是其他的姐妹都會利用時間去安養中心看媽媽。因為原先媽媽是住在他們自家附近，要看就隨時看的到，如果沒事的話，就不用去看，但是因為媽媽現在到安養中心，離家裡比較遠，所以會比較常來看媽媽。像我大姐跟小妹也會擔心說媽媽這麼老了，第一次住安養中心會不習慣，所就會盡量有空就來看媽媽，順便看看照顧的情形如何。...會問媽媽住的、吃的怎麼樣，有沒有習慣之類的，會比之前媽媽住在家裡時，較常跟媽媽聊天講話等等。...大家會比較了解媽媽的狀況，不然媽媽之前如果身體哪裡出事情，有些姐妹會覺得是我照顧不好的問題，其實我也不知道如何跟他們解釋才好。」（個案 10）

（二）肯定老人在機構獲得比在家更佳的照護品質

家庭照顧者將老人安置於機構的原由，多數的個案表示現實情況下的無能為力，尤其是老人病重所需的照護技巧困難度提高時，會使家庭照顧者更希望機構安置能解決照顧上的困境。因此，當老人住進機構後，家庭照顧者觀察發現老人在機構的生活情況或病情狀況，機構人員確實能妥善處置及應變處理，家庭照顧者對機構的照護品質持肯定態度。有些個案提到機構能妥善維護老人的基本生活需求，感到放心。他們陳述：

「總之一句話就是說，來機構之後，我們很多問題都幫我們解決掉了，就是發生狀況，機構就把她直接送醫院。在這裡都營養師幫她搭配，什麼時候吃，怎麼弄，非常非常的放心！還有一樣，她的大小便，我實在不會處理，我看了就害怕，...還有洗澡，我們也不會洗，拿捏力道不準，還有洗澡，以前我們幫她洗，她都不高興，一下子弄到她眼睛，我們不可能每天幫她洗，因為我沒有時間，又怕把她洗的不好，她哪裡痛...等等。來這裡照顧，我們也比較放心，包括說醫療、飲食，且有 24 小時照顧，大小便，我們全部放心。...很輕鬆，講一句不該講的話，很开心，就讓她有專門的人照顧她，我來看她的時候，我沒有內疚。」(個案 3)

「當然媽媽的身體狀況來這裡，跟在家裡比較，她來這裡是比較好。因為她這種情形在家裡，我可能沒有辦法。只是洗個澡，我就沒辦法抱她，我們家裡自己的環境，我們自己知道...，但那個部份沒辦法克服。還有一點就是她如果臨時有什麼狀況，很快的有人可以在這裡，這是一個很大的優點。」(個案 7)

「我有看到他們（機構人員）蠻用心照顧，比如說他們會幫我爸爸剪指甲，還蠻用心照顧，餵他吃點心，都照顧的很好，每天也幫他餵飯、換尿布、體溫，所以我就這樣慢慢放心，有時候會用輪椅推他去看電視，我爸爸那時候還會在唱歌呢！」(個案 6)

有些個案提到，他們會注意老人在機構的相關醫療照護情形，以確定老人獲得適切的照顧而感到心安。他們說：

「我們每天來都會問，我爸爸就會講。而且血糖他自己也有在記，機構的護理長也會記！我們來都有看那個紀錄單。我們也有把血壓計帶來，假如感覺不舒服的話，他會自己量。他們這邊（指機構）也有在量，那是手臂式的。...假如爸爸狀況比較不好的話，我們會特別交待機構的護理人員，注意一下他的狀況。他們這邊的護理人員不錯。...來這裡會比較放心啊！假如爸爸身體方面有問題的話，我上班也會打電話來這邊問看看。」

「在那裡（指機構），我們覺得很滿意的部份是，因為媽媽她有糖尿病，然後導致腳組織壞死，...醫生說要截肢，我不同意截肢。...後來就是只有爛掉那個指頭而已，右腳的大拇指、二拇指、三拇指，開始的時候就是變黑，變黑以後指甲會硬，到現在脫落掉，...就算正常人的傷口，也沒有辦法痊癒得這麼美麗，媽媽的傷口真的顧得很好！他們（機構人員）把我媽顧得很好。我們會同意讓她在那裡住，是因為他們照顧得很好，我們把媽媽放在那裡，我們能夠放心！如果住家裡，我們沒有辦法說很專業去照顧她，畢竟年紀很大了，又有病，因為要處理什麼事，我們都比較不會，他們是比較專業，就會覺得還是讓她在那裡，我們比較安心。」(個案 13)

「我太太現在住在這裡蠻好的！她住這裡（指機構），我比較安心！不錯啦，像她精神、記憶都有恢復，以前她的血糖一下過高，一下過低，現在都控制得很好。這裡的醫生都很好，小姐服務得也很親切，都會跟她開開玩笑，談談話什麼的，我是覺得有比較放心一點。來這裡不比家裡差，護士小姐都是專業的，住在這裡是方便，如果鼻胃管被扯下，這邊都還有護士小姐，我們在家裡都不會用...，她現在情形好很多了。送來這裡也是為她好，因為在家裡不一定比這裡更好。她住在這邊，看醫生也方便，人家專業照護也方便，對她的身體也有幫助。」（個案 15）

「至於說醫療方面，再怎麼樣講，我媽媽在這邊（指機構），比她在家裡面應該好一點。...我是比較放心一點！當然啦，這邊有狀況，他們（指機構人員）會緊急處理。」（個案 16）

（三）照顧負擔緩解的輕鬆感

老人住在機構後，不只機構人員可協助照顧老人，且當老人發生危險病況時，機構人員會快速應變，立即執行專業處置，使家庭照顧者不需像在家中，勞累體力照顧老人的生活起居，或是整天提心吊膽擔心老人的不定時病況無法處理，此時會讓家庭照顧者感到如釋重負的放鬆自在。他們說：

「那時候在家裡照顧很累，後來來機構後就比較好。因為我上班時就順道來，我媽媽要吃什麼，我就買給她吃，...但她在家裡，我都要利用我休息時間，那我們平常在上班，休息就要休息，還在往娘家這樣跑，也很累！有時候不只娘家，我們家也需要打掃...。我媽現在住機構，我休息時，我就輕鬆，在這裡我不是不會這麼勞累嗎！...那現在我是覺得我媽來這裡住，對我來說輕鬆很多！...我比較不用這麼勞累回去幫她整理家裡。...她來機構，有什麼事不是全部都要我做，...他們（機構人員）只會問我的意見，我說 OK，他們就做，他們來執行，不用都是我在勞累啊！」（個案 2）

「我的想法是覺得我輕鬆很多！我沒有壓力！不用擔心我婆婆還沒吃飯，她怎麼樣...，或者是說要關心她哪裡不舒服，或者怕發生什麼事！來這裡（指機構），...我們怕的都交給他們（機構人員），我什麼都不用管，我只來看她就好了。...差別就是我們輕鬆多了，我們的壓力沒那麼大，也不用這麼去照顧她（婆婆）。」（個案 3）

「現在是比較放心了，最主要是說心情上也比較放鬆，而且如果發生什麼事情，他們（機構人員）就會處理。...最主要那個緊張過程，我都比較不會那麼緊張。之前爸

爸如果發生什麼狀況，大家都是很緊張，...等到送到醫院之後，我還要一個人在那邊照顧我爸，又想到我要接小孩，...我還拜託同學的媽媽幫忙...。送來這邊（指機構），我就不需要擔心接小孩的事情，也不用擔心爸爸如果發生什麼事情，我要兩邊跑。他來機構後，對我而言會比較好，因為他們（機構人員）一定會先做一個處理，...我們趕過去的時候，他們都處理完了。...當然是差很多，以前照顧上真的很累，精神、體力上都很疲累，現在比較好，現在就只要來看他就好。感覺有差，至少我精神上壓力沒有那麼大！因為爸爸如果在家裡發生什麼事情，好像都是要我一個人扛，這樣壓力會很大，所以像現在我精神壓力就會比較放鬆點。」（個案6）

「實際上我們輕鬆很多，負擔減輕了，不會很擔心爸爸突然有臨時狀況，不知道要怎麼處理，或是找不到人來幫忙等等，而且媽媽的身體也會比較好。雖然我們要比較常跑來這裡看爸爸，但至少我們照顧的壓力減輕很多，心裡不會時常擔心他哪裡又要出狀況，會不會來不及處理這一些，在這個部份，我感覺是真的有差，會比較輕鬆。」（個案9）

「在家裡照顧媽媽的負擔跟現在相比，當然是有差別啊！像她來這裡（指機構），我花在她身上的時間就沒有那麼多，我只是稍微來看看她，稍微給她肢體按摩一下，不要僵硬掉。感覺來這裡，我的負擔是比較輕，比較沒那麼大。心理上的壓力，應該是比較小，送來這邊我們比較...，如果說是送來比較好的機構，我們會比較放心啊！」（個案8）

（四）閒暇時間增加

因家庭照顧者過去花費許多時間在照顧老人身上，而造成較少時間與外界接觸，但隨之老人入住機構後，家庭照顧者已不需像過去整日陪伴在老人身旁，而能有更多的閒暇時間參與活動。他們說：

「他（先生）給機構照顧，我們家裡的人就比較有辦法去做其它的事情，像我在家裡無聊，就能出去外面，有間聖德佛堂，我都去那裡。不然在家裡無聊啊。」（個案4）

「我的時間多了很多，以前我照顧我媽的時候，有時台南市政府會辦一些晚會邀請樂手去古蹟表演，我就沒辦法去。...大都是樂器的表演...，像我的一些朋友會一起約去那裡表演讓人家聽，我是很喜歡去，也很想要去，但是那時我要照顧我媽就沒辦法！現在的話，就可以去了。因為不用24小時在旁邊照顧，我的時間多出很多，比較可以去朋友家喝茶聊天，或是去表演樂器等。...時間較空閒呀，可以安排自己的事情，不會

被綁死!」(個案 10)

「我比較能出去啦!我比較能到處出外走走,我媽媽之前住我那裡,我比較不能到處出外走走。」(個案 18)

二、負向結果

(一) 對老人在機構的生活充滿不確定感而感到擔憂

家庭照顧者常是家庭中最主要關心老人生活情況者,當老人入住機構後,家庭照顧者會面臨無法像過去在家照顧老人時,能立即得知老人的生活情形,尤其是當老人的病況常處在不穩定的情況下,更讓家庭照顧者心繫機構中的老人,擔憂老人在機構的情況。他們說:

「我會想會來看我婆婆,因為看一天算一天,哪天會怎樣我不知道,我很怕造成遺憾。假設我一禮拜沒看她,後來她發生什麼事,我會很怕,我怕說我沒去看她,讓她這樣去(死去)。」(個案 3)

「像我每天過來看我爸爸白天好好的,但晚上就發燒起來了!有時候就想這樣,會有壓力。只希望他能平平安安就好,不要再發生什麼任何狀況。如果一發生什麼狀況,心裡一股莫名的壓力會壓在身上。...壓力上有減輕,但有時偶而會擔心。像爸爸如果在機構出了什麼狀況,我都會留我的手機,叫他們(機構人員)打給我。自己的爸爸,每天都要過來看他,如果沒過來看,就會覺得怪怪的,就是覺得說沒有去看爸爸不知道會不會發生什麼事情...!」(個案 6)

「這裡白天有人在照顧,我是比較不會擔心什麼。是擔心晚上時,因為他們(機構人員)晚上照顧的人沒有那麼多,算比較沒有那麼仔細妥善,老人家晚上都沒什麼在睡,我媽媽她不重眠,她睡不著會起來走!就是擔心晚上!」(個案 18)

「我們會隨時擔心媽媽的病痛隨時又發作,雖然我們是把她放在這邊(指機構),但是我們不可能把她放在這邊,心裡面就放心去做別的事情,還是會時時刻刻擔心她今天不知道好不好,還是說她今天又哪裡不舒服了,會這樣子。剛開始送來的時候,我們還會想說她喝茶喝得那麼頻繁,這樣子人家(機構人員)會不會有辦法接受她,會不會討厭她?我們也是會這樣子想,一定會多少有一些擔心,說沒有是騙人的啦!隨時我們

會擔心，她的狀況有沒有比較嚴重？還是說她現在的狀況，她不吃藥、不打針，不要醫護人員的治療的時候，藥怎麼辦？又考慮到她更不舒服的時候，是不是要送醫院？那時候又要怎麼辦？」(個案 19)

(二) 不滿機構的照護品質

老人住在機構後，當家庭照顧者發現結果卻非預期想像的情況，也就是老人並未獲得較妥善的照護品質，會使家庭照顧者對機構照護感到不滿。他們說：

「想說我先生來這裡(指機構)，機構人員說會帶去復健，結果那時候也沒有去復健！在這裡復健就比較方便而已，照 X 光這樣而已，這種復健是比較沒有什麼用啦。他們(機構人員)都沒有在動我先生，他們沒有像在醫院復健這樣！...在安養中心照顧的話，他們是負責一個身體，如果生命還在的話，他們就有錢了，所以這怎麼講，他們也不會幫我先生運動，所以這是我們自己送來的嘛，你這會說給他們聽嗎？...他在這裡都常躺著，比較容易有痰，他的痰現在是從氣切那裡咳出來，嘴巴可能也比較沒有在洗，說話稍微臭臭的，所以他們照顧是讓他生命維持著，說一句我們在講的，他們只要讓他維持生命，他們就有錢了！」(個案 4)

「來這邊(指機構)是很可憐，這個是叫人間煉獄，你不知道阿?這是地獄耶！來這邊就是求之不得，什麼都不得，不能回家。一個人會走路的話還好，不能的話，他們(機構人員)就把你綁起來。為什麼呢？怕你跌倒要負責任，要喝個茶水也不能倒。你不要看他們這樣，這是表面，是應付，他們只是在賺錢！我早晨來這裡...，他們哪管家屬，家屬自己弄就好了，吃藥、喝水，誰管你們。中午十二點餐點送來，十二點半拿回去，有沒有吃，這就是你的事情。你在這邊待一、兩天，在這邊看，你就知道這是人間煉獄，人間地獄啊，這邊是待死中心，等死中心啊！沒有辦法，無奈啊！」(個案 5)

「以前我爸爸剛送來時，都是台灣人在顧，照顧得不錯，現在外勞來，換外勞顧，有的時候洗澡連手都沒有洗，甚至曾經脖子的地方，整個都是痰，都沒洗掉，那時候我爸才剛洗完澡。很多事情就變成分台灣跟外勞的工作，外勞可能工作分配較多，做事就比較潦草...，外勞又比較不能溝通，我就直接去跟三樓的行政中心講，讓他們去說。他們要知道家屬把老人家送來這裡，你要有義務跟人家講，不是想說有錢可收就好了...，權利與義務應該永遠是對等的...。」(個案 11)

更令家庭照顧者反感的是，當自己對機構人員提出意見時，機構方面卻未做正面回應，會讓家庭照顧者更氣憤不已。個案 13 說：

「我媽媽在那裡（指機構），我有一點很反感的部份，就是他們（機構人員）都會把她的手腳綁起來，用手套套子把她的手套住，...她如果吃都會吐出來，他們就把她插鼻胃管，如果不綁手，她就會去拔鼻胃管，我問他們為什麼要將媽媽插鼻胃管，他們是解釋如果她不插鼻胃管，她吃東西無法進食，...插鼻胃管也是逼不得已，還有插一個導尿管。他們長期都把她的手套在手套裡，筋骨沒有活動，現在變成她的手只能彎這樣而已，筋都已經硬掉了，他們跟我說：『這沒有辦法，因為我們是護理，我們要做的事情已經很多了，沒有復健師，可以每天幫媽媽復健，我們護理該做的事，我們一樣不少，就是因為我們沒有復健師在這裡，沒辦法。』」

個案 17 敘述曾因為發現照護機構的品質不佳，因而立即決定將老人轉至其它機構。他說：

「那間不好啦！我爸去的時候人是清醒的，住大約兩個禮拜後，連我都不認識了。那間的服務又不好，比如講，我幫我老爸選擇靠窗的床位，空氣比較好...，結果有一個陰天，我想說會下雨，我還吩咐他們（機構人員），窗戶幫我們關起來，結果都沒有，...後來我爸已經被雨水潑到。...我爸來這邊住，我們家屬交代的事，必須要能做到，要不然我花這個錢要做什麼？他們都沒有做到！再來，夏天很熱、很悶，我說窗戶要打開，如果還是很悶，電風扇稍微打開，但是都沒有做到！...然後他住了之後，人都變得昏昏沉沉的，他們好像有拿藥給我爸吃。之後換來這裡（指老人目前居住的機構）一個多禮拜，人就清醒多了，現在說什麼，他都知道。所以說，一間一間顧得都不同。...唉，我們送去是要讓他輕鬆、舒服的，不是要來這裡受苦的。」

（三）虧欠老人的愧疚感

在傳統孝道觀念中，安置機構的行為，常被外人視為拋棄老人的不孝行為。但家庭照顧者因為實際照護的困難情境，也只好將老人安置於機構，此時家庭照顧者表達因現實面的無奈，而做的不得已選擇，同時也有著未盡孝道的愧疚。他們說：

「有時我心裡會覺得虧欠她啦！因為畢竟我一開始就一直照顧她，想不到到後來把媽媽送到安養中心裡面，心裡上覺得...怪怪的。...就是虧欠她啊！沒辦法一直在家裡照顧，畢竟照傳統來說，心裡感覺會有對不起她，沒有做到兒子該盡的義務那種感受。」
（個案 10）

「就是一種莫名其妙的感覺，會覺得怪怪的，很空虛，很愧疚，為什麼我們就不能自己顧，要送去給人家顧，畢竟雖然我是自由業，沒去做，也是沒有收入，所以有時工業社會，高消費，人要認真去賺錢，才有飯吃...，我們不能說又要為一家來拼，又要照顧父母，就是要有割捨。」(個案 11)

「媽媽住到機構後，剛開始吵要回家，我聽到時，心裡感覺很難過，有時候會幫她用輪椅推回去家裡看看，就只是回去看一看，家裡沒有適當的設備，沒有辦法住下來，也沒有辦法照顧她。像上禮拜，她精神比較好的時候，她看其他老人回家，她會在那邊哭，哭好幾個小時，我們也沒看到，我聽到這件事時，也是會很捨不得，其實有時候無可奈何，沒有辦法接她回去啊！有時候會覺得對她也是有一點愧疚。」(個案 8)

「有一部分覺得有罪惡感，覺得自己不能親自去照顧媽媽，要把她送到外面的機構，會覺得去外面找一個好的機構，找好的護理人員，好像反而是替自己找藉口，反正別人照顧得比我好！」(個案 14)

個案 4 對於夫妻多年的感情，自己卻無力照顧，表達遺憾及不捨。她說：

「我看到他這樣...，要怎麼講，心就要狠一點得把他丟在這裡。我就說：『你不要怨嘆，我沒辦法抱你，沒辦法幹麻...』想到這裡，心裡就是會不捨，我就沒辦法照顧啊！他的肢骸還很好，就不能走，也不能說話，就來這裡拖，讓機構綁住，不能在家裡跟我們見面。...這是對不起他啊！我們夫妻那麼多年了，就是沒辦法帶他回來照顧，就是我最大的遺憾了！我們也知道說對他這樣很...，想說他這樣而已，就把他丟在這邊，也是可憐。」

(四) 家庭成員對分擔機構費用的計較

當老人住進機構後，與過去家庭照護不同點之一為額外的機構照護費用支付。當家庭成員間彼此計較機構照護費用的支出，尤其是經濟能力反而較佳的家庭成員卻如此計較時，更讓家庭照顧者心生不滿。她說：

「我大哥就出六千塊，以前我媽自己還有存一點點，大哥說不是那些要全部花完，要每個月從那裡(指老人過去存款)拿三千塊，六千塊老人年金，叫我再付，還有我妹，因為我大姐經濟比較不允許，叫我跟我妹多少要分擔一些，...他出 4500，我台北妹就 3000，我出 2000。這是我們自己的家內事，說出來真的很丟臉，沒辦法！因為我也很納

悶，他每個月退休金領那麼多，而且也沒有什麼家庭經濟，為什麼只有一個媽媽，怎麼計較那麼多？想不到我媽老了也沒人...，雖然也不是百分之百落在我們這些女兒，可是我們也要共同分擔，但是我們有結婚，而且有家庭，我又有公婆，而且我是小孩比較多...。他用電話向我跟我妹這樣說，我跟我妹就覺得很不平衡！...我哥就一直說叫我們要分擔我媽在這裡(機構)的生活，就是安養費用。我跟大哥說：『你這樣不是很奇怪?!』我哥就說：『那老二(二哥)他都不出!』我說：『那是你們兄弟的事啊!』...我們已經結婚了，我哥他叫我們幫他付這個安養費，就是都要分攤，這個我就聽了很不平衡。有時候心裡真的很不平衡，但是又能怎樣？自己的媽媽，總不能讓他老了生活都覺得很沒有依靠，還是都被子女遺棄了，畢竟兒子不孝順，已經對她(老人)很大的打擊，對不對?...像我哥拿安養費來，他一定拿不夠的！他是拿給我，不是直接去繳，他就只拿他負責出的部份。...心情很不平能怎麼樣？兄妹啊！總不能這樣鬧到檯面上！那大家都鬧起來也沒什麼結果，這樣是傷感情而已！」



第五章 討論

本研究結果，將家庭照顧者安置老人於長期照護機構過程之經驗，依據危機理論架構，將內容分析結果歸類成三個部份，包括家庭照顧者安置老人於長期照護機構面臨的危機來源；其次為家庭照顧者安置老人於長期照護機構的危機表現；最後是家庭照顧者安置老人於長期照護機構的危機結果，並以分節討論如下。

第一節 家庭照顧者安置老人於長期照護機構面臨的危機來源

在照顧老人過程中，家庭照顧者可能會面臨許多不同的情境，讓他們身心俱疲、無力負荷，而無法堅持原先家庭照護的承諾。本研究的結果依據 Hoff (2001) 的危機理論，將家庭照顧者遭逢的危機來源分為情境來源、轉化狀態來源，以及社會文化架構來源，並依序討論。

一、情境來源

本研究分析發現，老人健康狀況不佳造成的照護問題，常令多數的家庭照顧者感到措手不及，老人從原先可自理生活或僅部份協助，到最後需要家屬完全協助照護，這對家庭照顧者而言，承擔極大的照顧壓力，此結果與 Okamoto 等人 (2007) 的研究發現相同。且因著老人的照護需求提高，迥異於過去的照護情況，使家庭照顧者感受到專業照護能力不足，需學習新的照護技能之必要性。Butcher 等人 (2001) 的研究也提到，隨著老人失能情況越嚴重，照顧者需承擔的新責任將與以往不同，可能包括照護技巧的困難度，或是照護層面更加廣泛。而當這些照護技巧的困難度及廣泛的照護層面，讓家庭照顧者感到困難重重，超乎個人所能負荷的程度時，他們感到沉重的照顧負擔。此與

van den Heuvel, de Witte, Schure, Sanderman 及 Meyboom- de Jong (2001) 探討家庭照顧者照顧中風病患的負荷因子之發現結果相同。此外，老人不同的病況，也會使家庭照顧者感到的負荷程度有所差異，並有相關的研究指出，當老人發生認知功能障礙 (Beerl, Werner, Davidson, & Noy, 2002; Gaugler, Duval, Anderson, & Kane, 2007)、情緒焦躁或躁動 (Okamoto et al., 2007)、活動功能受限及大小便失禁 (黃、張, 2006; Buhr, Kuchibhatla, & Clipp, 2006; Kao & Stuifbergen, 1999)，或是老人出入醫院頻繁 (Kao & Stuifbergen, 1999) 等，均讓照顧者感到沉重的負荷。本研究結果中，多數的個案表示當老人的認知功能及活動功能出現問題，可能需由家庭照顧者完全協助照護老人的生活時，最讓他們感到困擾不已。

而當照護困境持續未得改善，家庭照顧者終感到無法再因應時，會考慮將老人送入機構，與許多研究提到的結果一致 (Armstrong-Esther, Hagen, Sandilands, Williams, & Smith, 2005; Bern-Klug & Forbes-Thompson, 2008; McFall & Miller, 1992; Montgomery & Kosloski, 1994; Tsuji et al., 1995)。其中，值得注意的一點是，家庭照顧者也會衡量自己的整體狀況並做取捨，有相關研究指到，照顧者的壓力及負荷是影響老人能否繼續在家照護的主要關鍵因素 (黃、張, 2006; Buhr et al., 2006; Gaugler, Kane, Clay, & Newcomer, 2003; Gold, Reis, Markiewicz, & Andres, 1995)。而本研究中，有些個案表達因長時間的照顧老人，造成自己體力耗支及健康狀況變差，認為自己可能也需優先顧好自己，故在這樣的情況下，將老人安置於機構。這與 McCullagh, Brigstocke, Donaldson 及 Kalra (2005) 的研究發現當照顧者自覺生活品質越差時，可能會考慮機構安置選擇的結果相

同。由此可知，不論是老人的照護需求問題，或是照顧技巧的困難度，以及照顧者自我負荷的感受，於相互交錯影響下，使家庭照顧者感到無力負荷，因而決定將老人送入機構。

工作與照顧責任無法兼顧，是本研究中許多個案表達現實情況的困境之一，他們提到當老人因為不佳的健康狀況，導致照護需求提升，需時時刻刻在旁看顧老人，但另一方面又與工作時間相牴觸，而使他們發現必需在工作及照顧老人兩者之間做選擇。此項結果與 Kao 及 Stuijbergen (1999) 的研究發現是一致。本研究中的個案會以工作需求做為優先衡量，他們認為維持經濟的穩定更是迫切重要，尤其是在現今不景氣的經濟環境下，會選擇保有工作為首要考量。此項結果亦與 Zabalegui 等人 (2008) 的研究結果類似，Zabalegui 等人並進一步指出，家庭照顧者若選擇在家照顧老人，也會擔心家中經濟無人維持，造成無人支出老人及家庭的生活費用。

另外，家庭成員間的互動，也影響機構安置之決定。本研究中部份的個案提到，家庭成員的紛爭，手足對照顧責任的互相推託，造成家庭照顧者獨力苦撐照顧老人，而當家庭照顧者感到無力負荷時，期望其他家庭成員能輪流協助照護，但卻無人願意的情況下，最後只好決定將老人安置在機構。此與黃及張 (2006) 的研究結果雷同，他們提到當家屬在決策安置機構的過程中，會深受家庭間的溝通及權力基礎相互抗衡，因而決定是否採取長期照護服務之依據。而王 (2003) 也指出，台灣家庭結構的轉型，會使家庭成員承擔更多家庭以外的角色，而對傳統互助的觀念產生疏離。此外，子女與父母的關係也深刻影響機構安置之決定，在劉及莊 (2006) 的研究提到，家人關係是決策過程

中最重要的影響因素，當老人過去對子女付出越多，子女願意付出越多，會盡可能在家照顧老人。但在本研究中有不同的發現，有個案提到即使老人過去對兒子的付出比女兒還多，結果卻是兒子不願照顧，反而是由女兒付出心力照顧老人，故並未有相等比例之互惠關係的結果。

二、轉化狀態來源

根據本研究結果，家庭照顧者因隨著年齡增長，面臨老化的過程以及身體的衰退，讓他們自感沉重的體力照顧負荷。McGarry 及 Arthur (2001) 的研究訪談老年照顧者在照顧老人的經驗，其研究個案對於時常搬動老人、協助翻身，以及需要較專業的照護技巧時，感到執行上的困難，也感到耗竭。而本研究的個案雖非全為老年照顧者，大部分是正邁入中老年階段的照顧者，但他們也有相同的感受，他們皆表達老人照護的需求，超乎他們的負擔。Mannion (2008) 探討失智症老人其家庭照顧者之研究發現，年紀越大與健康狀況不佳具相關性，年紀大於 80 歲以上，有三分之一的老年照顧者是健康狀況不佳的情形，年齡介於 49 歲至 63 歲的照顧者，僅有 12.5% 的人表達良好的健康狀況，本研究個案年齡介於 58 至 72 歲之間，他們也有提到自己健康狀況的不佳，而無法再負荷照顧老人的責任。因身體衰退、健康狀況不佳，而加重照顧負荷，研究中的個案表達，這一些情況都是讓他們決定將老人安置在機構的原因。此與陳與吳 (2006) 及 McCullagh 等人 (2005) 的研究結果符同。

本研究結果中，中年階段的個案表達自己處在奉養老人、養育小孩，及同時兼顧工作，維持經濟穩定的夾心世代，此與 Farran (2002) 的研究中結果相一致。而曾 (2005)

也指出此階段的照顧者常被稱為三明治的世代，他們不僅需要滿足老人的照顧需求，且要顧及子女，及兼顧自己的工作及未來考量，此時面臨角色與處境的衝突抉擇，本研究中的個案也表達對此情境，必需做出取捨的決定。

三、文化及社會架構來源

本研究的個案具自認的孝道使命感，並表示照顧長輩是理所當然的家庭責任，此如同 Williams (2007) 的研究中，家庭照顧者自認的孝道使命感認定自己對家人有照顧的承諾，其中照顧家人是永久性的責任；以及許與邱 (2004) 也提到，家庭照顧者會有捨我其誰的照顧責任使命感，是與本研究結果相同。Kao 及 Stuijbergen (1999) 質性訪談 9 位家屬對於決定安置老人於機構的感受，他們認為自己是打破和諧的關係，未盡應盡的孝道責任及義務，本研究中部分的個案提到過去老人養育辛勞子女，但子女卻未能做相同回報時，將背負不孝的標籤。也因著家庭照顧者因承受傳統價值觀念下，讓他們感到當無法繼續照護老人時，深感極大的壓力存在，此與 Liu 與 Tinker (2001) 的研究結果相同。

受到社會文化觀之影響，不同性別的家庭照顧者，其照顧責任及義務會有所不同。本研究結果發現，兒子被認為是優先照顧老人的主要提供者，此與劉及莊 (2006) 的研究發現相同，在傳統觀念裡，女兒的角色地位位居權力邊陲。劉及莊並進一步說明，已婚及未婚的女兒承擔的照顧責任更不相同，未婚女兒在照顧的工作量是比兒子多，然而已婚女兒則會尋求替代資源協助照護，因為在台灣傳統重男輕女的觀念裡，已婚的女兒在娘家是較沒有決策能力。而在本研究中，身為老人的已婚女兒者表達自己不被外界認

定的照護人選，即使她們想照護，但也無法獲得老人或是男性手足的支持，其結果與劉及莊相同。另外有個案提到，因需承擔道德的輿論壓力而不敢介入照護，此與許及邱（2004）的研究相同，女兒照顧者在照護老人過程中，會因承受他人的眼光，感到擔心及壓力。

受到時代變遷，社會人口結構的變動，使得核心家庭興起，照護人力的外移，不論男女皆外出工作以維持經濟穩定，造成無充足人力可分擔家庭照顧者的照顧負擔。郝（1998）指出台灣的社會家庭型態核心化是目前的趨勢，但也使原先家庭具有多重的功能，面對社會經濟的急遽變遷，家庭功能逐漸式微，再加上人口老化嚴重，當失能的老人需要他人照料生活起居時，更造成家庭成員極為困頓的局面。此與本研究中的結果雷同，個案表達當無法再繼續照顧老人，因而尋求其他家庭成員的協助時，卻因家庭照護人力分散各地，遙遠的照護距離問題，而無法協助支持性照護，此時唯一選擇只能將老人送入機構安置。

第二節 家庭照顧者安置老人於長期照護機構的危機表現

家庭照顧者受到不同情境的危機來源，造成他們在情緒、認知或行為上，會有不同的個人危機表現。本研究的個案當面對老人的健康狀況惡化，卻無法滿足老人的照護需求時，會有強烈的無能為力感，此分析結果與過去相關研究相同（Butcher et al., 2001; Farran, 2002; Lundh et al., 2000; Penord & Dellasega, 2001; Strang et al., 2006）。在傳統孝道文化思想的東方社會，將老人送入機構被視做為拋棄長輩之不孝行為，但最終，家庭照顧者因受限於照護困境，必需做機構安置的選擇時，他們表達掙扎的痛苦感受，並與

相關研究結果相似（許，2001；Butcher et al., 2001; Lundh et al., 2000）。而 Penord 和 Dellasega（2001）的研究指出，家庭照顧者不僅發生情緒的衝突，可能會引發個人情緒波動，並也會出現身體的症狀，而本研究中的個案，多數表達情緒的衝突感受。此外，Kellett（1999）的研究也指出，家庭照顧者會認為機構安置並非是拒絕老人，而是無法提供家庭照護的最後孤注一擲，本研究中有個案也表達相似的感受，他們認為是在束手無策下的決定，一種無能為力但又得接受事實的無奈感。

對於家庭照顧者而言，當老人必需進入陌生的照護環境，與其他不相識的人同住時，其不忍分離的情緒難以言喻。本研究結果發現，家庭照顧者與老人的依附關係緊密時，對於老人即將離開家中至不熟悉的環境，會有錯綜複雜的不捨情緒。這與 Strang 等人（2006）研究發現家庭照顧者與老人的親密關係程度，深刻影響照顧者對機構安置決定的感受，而關係越親密者，不捨分離的情緒會更加強烈其結果相同。Lundh 等人（2000）提到，當家庭照顧者知道分離的事實越明確，照顧者會對現況感到無力及空虛感，甚至自我譴責，未善盡之責。研究中有部分個案提到當老人確定將離開家裡時，自己卻仍無法挽回的無力感，並認為自己未做好子女照顧長輩的責任。也有相關研究進一步發現，家屬除了不捨分離的感受，更是擔心親密關係將受改變（Park et al., 2004）。而 Kellett（1999）指出除了擔心關係破裂，家庭照顧者對當下情境亦會感到失落、失控的焦慮感。

本研究中發現，當個案因照護能力不足，感到無力負荷照顧，並且發現無法讓老人獲得良好的生活照護時，他們會期望機構安置，能使老人獲得妥善的照護，他們認為這或許是一個轉機，此與 Fjelltn, Henriksen, Norberg, Gilje 與 Normann（2009）及 Kao 與

Stuifbergen (1999) 探討照護者對於照護機構的需求之研究結果相同。而當家庭照顧者在尋找機構的過程中，會考量機構人員在專業照護方面是可以符合老人的需求，與 Zarit 與 Whiltatch (1992) 其研究結果一致。但研究結果中也發現到，個案因受到外界對機構照護觀感不佳影響下，會對機構照護品質持不放心，擔憂老人未來住在機構的生活遭受傷害，此外，也對照護人員是否可以提供老人像親人般的照顧感到憂心，因此，對自己在下此安置決定時，有強烈的不確定感。而在相關文獻中有些研究者，提到類似的矛盾或掙扎的感受，如 Strang 等人 (2006) 認為此為矛盾感受，照顧者表示不知道是否做正確的決定，可使老人得到適當之照護。

第三節 家庭照顧者安置老人於長期照護機構的危機結果

家庭照顧者安置老人於長期照護機構的危機結果，分為正向結果及負向結果。正向結果包括，家庭成員與老人的互動頻率增加、肯定老人在機構獲得比在家更佳的照護品質、照顧負擔緩解的輕鬆感、閒暇時間增加。另外負向結果包括，對老人在機構的生活充滿不確定感而感到擔憂、不滿機構的照護品質、虧欠老人的愧疚感、家庭成員對照顧責任的計較。以下依正向及負向結果討論。

一、正向結果

當老人入住機構後，部分家庭成員反而比過去老人仍在家中時，更常去探視老人，並與老人的互動頻率增加，其結果與 Berg-Klug 及 Forbes-Thompson (2008) 之研究發現雷同，他們認為即使老人已不在家中，但彼此的親密關係依舊存在，會參與老人在機構的生活。而 Port 等人 (2001) 也提到家庭的情感關係為影響家庭成員探視頻率的主因。

此外，影響家庭照顧者探視老人的因素中，Fukahori 等人（2007）研究發現，老人照護需求較高、老人出現認知功能問題、未婚的女性家庭成員，以及照護機構距離家庭成員越近，則會比較頻繁探視老人。而在本研究中，有些個案是因為老人的病況比在家更差，故家庭成員會較常去探視老人。但照護機構的遠近，與本研究結果比較，並非絕對，本研究中有的家庭成員是因為老人初次入住機構，擔心老人在機構的生活不適應，因而常去探視老人。

對於家庭照顧者而言，老人在機構的生活以及機構人員的照護品質，是他們最關心的事情。本研究結果發現，老人進入機構後，家庭照顧者會藉由平常探視老人，觀察機構人員的照護品質，此與 Berg-Klug 及 Forbes-Thompson（2008）研究結果一致。家庭照顧者關注機構的照護品質，包括一般的生活照顧方面及專業醫療照護方面。在一般的生活照顧上，會特別注意老人的身體清潔照護。此與 Berg-Klug 與 Forbes-Thompson（2008）及 Terri, Välimäki, Katajisto 與 Leino-Kilip（2007）及研究結果相同。而機構照護人員的態度，也是影響家庭照顧者對照護機構評價的要素，本研究中，有些個案提到照護人員每次會主動打招呼，或是會記住個案的名字，會讓照顧者對機構人員的信賴感提高，此與 Butcher 等人（2001）研究結果相同。在醫療專業照護的提供方面，多數的家庭照顧者將老人送入機構，是因為老人需要專業醫療照護及突然病況的處置，當老人在機構後，確實得到妥善的醫療照護，會讓家庭照顧者感到安心。但在相關研究中，多數照顧者提到肯定機構對老人的身體照護，而較少肯定關於機構的專業照護部份（Terri et al., 2007）。另外有研究指出，機構人員若能提供老人隱私及安全的部份，會讓家庭照

顧者感到更對機構更加信賴 (Andersson et al., 2007)。不過在本研究中的個案，並未提到此點，多數的個案是比較關心機構照護技能部分。

本研究結果發現，家庭照顧者表示老人送入機構後，轉由機構人員負責照護老人的生活一切時，家庭照顧者會感到責任的減輕，此與 Strang 等人 (2006) 的研究結果相同。當照顧責任減輕，疲憊及壓力也跟著緩解，照顧者的身體健康狀況也往往因而獲得改善 (Mannion, 2008; Zarit & Whitlatch, 1993)。陳等 (2005) 探討失能老人的主要照顧者負荷研究發現，機構式喘息服務是可以有效減輕主要照顧者的身體負荷，並促進正向的心理健康。本研究中，部分個案表達自己的身體健康狀況，確實隨著老人住進機構後獲得改善。另外，且因老人入住機構後，家庭照顧者已不需像過去 24 小時在旁看顧老人，因時間的空出，家庭照顧者也可以主動參與其它活動，此與 Mannion (2008) 研究結果一致。

二、負向結果

老人住進機構後，家庭照顧者並未因照護工作之轉變而認為責任已解除，他們認為自己具監督照護機構的角色，需要時常去機構探視老人的生活情形。依據本研究結果發現，因為老人病況的不穩定，會使家庭照顧者對於老人在機構的生活感到不安，且他們無法像過去在家照護時，可以立即性了解老人的病況，會使他們更擔憂老人在機構的生活。這與 Majerovitz (2007) 探討家庭照顧者當老人在機構後，其負荷的發現雷同。Majerovitz 指出，家庭照顧者會對機構人員是否確實可符合老人的照護需求，而感到不放心，因此會常去探視，並由自己去執行對機構照護不放心的技巧方面，家庭照顧者認

為即使老人到機構後，自己仍承受沉重負荷。雖然本研究中的個案，並未因此改由自己執行照護，但他們表達內心的不安感。另外，Garity（2006）提到，當家庭照顧者發現此機構的照護人員素質及人事異動頻繁，會使他們對老人在機構的生活更加擔憂。本研究中的一位個案，提到本籍及外籍的人員照護品質不同，讓他感到不放心，需要常去探視老人的生活情況。

部份的個案表示，當老人住進機構後，結果卻不完全符合預期般，會對機構照護產生衝突的情緒，此與 Vinton 及 Mazza（1994）探討家庭成員對機構人員不滿之原因的研究發現相同。Iecovich（2000）提到即使老人已經入住機構，家庭照顧者仍認為自己對老人有強烈的責任感，與本研究中結果相似。而當家庭照顧者對於老人入住機構前的照護需求，是他們最在乎的事情，但機構卻未能提供妥善照護，會讓家庭照顧者感到不滿，與 Voutilainen 等人（2006）探討家庭成員對照護機構品質的感受結果一致。本研究其中一位個案提到，當他三番兩次請照護機構做改善，卻未得正面回應，使他決定讓老人搬離該機構，不過也因如此，對下次選擇機構時，會更加注意機構的照護情形。

老人住在機構後，照顧者生理的負荷或許得到緩解，但心理的壓力卻可能仍持續存在，此與 Lundh 等人（2000）研究關於照顧者對機構安置的經驗其結果相同。而相關研究指出，家庭成員從決定機構安置當時的負向情緒，例如失落、罪惡感等，直到送入機構後仍是持續存在，並未消失（Gaugler, et al., 2000; Nolan & Dellasega, 1999）。就如本研究的個案，他們表達在做機構決定時，即對老人感到不捨及無能為力之無奈，而當老人入住機構後，他們有更強烈的愧疚、罪惡感。不過也有其他研究指出，負向的情緒

感受是在老人入住機構後 10 週才開始出現 (Johnson, 1990)。然而，對於家庭照顧者，罪惡感隱藏的涵義是因自覺背叛老人、打破親人間的承諾及義務 (Garity, 2006)，或是放棄了照顧主控權力，而有自我失敗的感受 (Bauer & Nay, 2003)。如同本研究結果的個案提到自己未盡孝道的責任，或是在替自己找藉口。當家庭照顧者其負向情緒未獲得解除時，隨著老人入住時間越久，他們會感到越來越痛苦 (Gaugler, 1999)，且憂鬱情形也更加容易發生 (Majerovitz, 2007)。就如同本研究的一位個案，在訪談中提到關於安置老人於機構的過程，情緒激動，淚流滿面訴說自己內心痛苦的情緒，苦處由自己承受，不敢向親人訴說的心酸，故由此可知，家庭照顧者的情緒狀況是不容忽視的問題。

Iecovich (2000) 表示家庭內常見難以解決的衝突，會在老人進住機構後爆發出來，其家庭衝突可能是來自於照顧者的負荷、手足之間不公平的照護責任、老人虐待、經濟糾紛，或繼承問題，這些情況皆可能造成家庭成員間發生衝突。在本研究中，原是由個案擔任家庭的主要照顧者，但因老人住進機構後，對於機構費用的支出分擔，而使家庭成員衝突一促即發。Iecovich 進一步指出，若當衝突未獲得解決，家庭成員可能會對機構照護人員出現挑釁的行為。此結果在本研究並未見著，可能是因家庭照顧者本身是此機構的看護服務員。由此可知，當危機來源未獲得解除，可能會使家庭和諧受到破壞，此時協助家庭網絡的調整，及維持老人親情間的互動，更是迫切之重要。

本研究藉由以危機理論架構之分析，有助於系統性了解家庭照顧者安置老人於機構的危機來源、個人的危機表現，以及老人安置在機構後的危機結果。當專業照護人員未來面臨類似的處境，可依循危機理論的架構，在不同的危機階段提供適切的危機照

護，及深入釐清危機原由，並訂制個別性的照護目標，避免個人的負向傷害發生。



第六章 結論與建議

第一節 結論

本研究運用質性研究法，以 Hoff（2001）危機理論做為分析架構，將家庭照顧者安置老人於機構的經驗，分為危機來源、個人危機表現，以及危機結果。危機來源又分為情境來源、轉化狀態來源，及社會文化架構來源。家庭照顧者安置老人於機構之情境來源包括老人健康狀況惡化超過照顧者照護能力、工作及照顧責任無法兼顧，及家庭成員間的照顧角色分配推託。轉化狀態來源包括自身難保的老化階段，及需兼顧照顧上下兩代的夾心中年期。文化及社會架構來源包括傳統孝道責任的使命感、社會文化對女兒角色義務的看待，及家庭結構變遷下的分散人力。而家庭照顧者安置老人於機構其個人的危機表現，包含面對現實情境的無能為力及無奈、親情難割離的不捨情緒、期待機構安置可使老人獲得妥善的專業照護，及對機構安置的抉擇之不確定感。最後在安置機構後的危機結果，其正向結果包含家庭成員與老人的互動頻率增加、肯定老人在機構獲得比在家更佳的照護品質、照顧負擔緩解的輕鬆感，以及閒暇時間增加。另外在負向結果，則為對老人在機構的生活懷著不確定感而感到擔憂、不滿機構的照護品質、虧欠老人的愧疚感，以及家庭成員對分擔照顧責任的計較。

第二節 研究限制

本研究個案皆來自於彰化市三家養護機構，故無法全然代表住在機構的老人其家屬的經驗感受。其次，因研究者選擇的樣本，是家屬前來探視老人時，研究者詢問同意之後接受訪談，可能會遺漏掉探視頻率少的家屬，或許他們有不同的經驗感受。此外，

在負向危機結果中，家庭成員對分擔照顧責任的計較之編碼，只有一位個案，或許是因爲在台灣民眾的觀念，會認爲家醜不可外揚，也可能是在訪談者與個案的關係建立不深之下，個案不想提及，故而無法豐富此編碼。最後，此研究是以理論做爲引導，運用危機理論之架構發展半結構式訪談指引及分析訪談資料，在此情況下，可能會侷限個案所表達的老人安置機構之經驗。

第三節 研究應用及建議

近年台灣人口快速老化，但生育率卻大幅減少，可預知未來面臨老人的照護問題會更加嚴重，而選擇長期照護機構，是多數家屬認爲最能快速改善當前的照護困境。基於本研究所發現家庭照顧者面臨的危機困境、決定機構安置當下的危機感受，以及老人進入機構後的危機結果，對未來護理臨床及護理研究提出建議，並分述如下。

一、護理臨床應用

(一) 臨床照護人員應主動了解老人出院後的安置問題，並妥善做好適切的出院準備照護計畫，以使家庭成員增加照護技巧的熟練度，或是可以掌控對病情了解，以及後續安排的準備。

(二) 照護資源的資訊傳播不足，使家屬認爲只有安置機構照護一途。因此臨床照護人員需主動了解家屬的照護困難，並整合專業醫療團隊，共同與社工師等相關人員討論合適於老人及家屬的需求之計畫，並協尋社會福利資源以及提供長期照護服務之轉介，以提供家屬多方面的長期照護服務選擇。

(三) 當老人初入機構，臨床照護人員可以邀請家庭成員共同參加家庭會議，對老人未

來在機構生活，共同設定照護目標，並且同時了解雙方對照護的需求及要求，建立共識，讓老人獲得良好的生活品質。

(四) 主動關心家屬的近況，並利用觀察、傾聽等專業護理技巧，發現家屬的情緒需求，並給予肯定及支持，著重以身、心、靈的整體性照護。

(五) 鼓勵家屬共同投入機構活動，並參與老人的照護決策，以使老人在機構後，家屬仍具照顧者的掌控權力及責任。

(六) 舉辦機構內的家庭支持團體，由住在同間機構內的家屬，一同分享心路歷程，互相鼓勵，有助於減少家屬的心理困擾，獲得情緒及社會的支持。

(七) 臨床照護人員可主動評估老人及家庭成員間關係互動，如有必要時，需成為家庭溝通的橋樑媒介，做為適當的引導者，使維持家庭正向的緊密關係。

二、護理研究應用

現今國內研究並未有人以危機理論架構探討家庭照顧者安置老人於機構的經驗，多數是以質性研究探討其經驗，而本研究以此理論將安置機構過程分類成危機來源、危機表現、危機結果，呈現家庭照顧者在安置機構的經驗中，系統性的了解家屬在安置過程的衝突、轉折之不同經驗。期望未來可以此發展相關的評估工具，能及時發覺家屬照護的困境，或是在不同危機階段發展相關措施，亦可衍伸相關性研究，例如性別角色不同的家庭照顧者與機構安置的結果相關性，以提供未來合宜的個別化處置。

參考文獻

- 王卓聖 (2003) · 家庭結構變遷與婦女福利之思惟 · *社區發展季刊*, 101, 248—255。
- 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), 327—344。
- 王麗雪、何美瑤、呂桂雲、葉淑惠 (2006) · 照顧者社會支持、照顧評價和失能老人家庭照顧品質的相關性探討 · *實證護理*, 3 (3), 177—187。
- 內政部社會司 (2007 年, 3 月) · 大溫暖社會福利套案之旗艦計畫: 我國長期照顧十年計畫 · 2008 年 9 月 15 日取自 sowf.moi.gov.tw/newpage/tenyearsplan.htm
- 內政部統計處 (2005 年, 8 月) · 老人狀況調查摘要分析 · 2008 年 9 月 15 日取自 <http://sowf.moi.gov.tw/stat/Survey/94old.doc>
- 內政部統計處 (2008 年, 3 月 8 日) · 國人平均餘命 · 2008 年 8 月 25 日取自 <http://sowf.moi.gov.tw/04/07/1/1-07.htm>
- 行政院主計處 (2008) · 96 年家庭收支調查報告 · 台北: 作者。
- 呂如分 (2005) · 中風病患主要照顧者生活品質及其相關因素之探討 · *長期照護雜誌*, 9 (2), 152—170。
- 宋惠娟 (2008) · 長期照護服務之型態 · 於陳清惠等合著, *長期照護* (四版, 8—14 頁) · 台中: 華格那。
- 林淑錦、白明奇 (2006) · 失智症病患主要照顧者的壓力—以家庭生態觀點論之 · *長期照護雜誌*, 10 (4), 412—425。

- 林秀純、徐亞瑛、姚開屏、吳淑瓊（1999）·臺灣北部地區失能老人家庭照顧品質及相關因素之探討·*護理研究*，7（1），15—28。
- 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—86。
- 孫宗慧、陳淑銘、邱金菊（2006）·協助一位主要照顧者減輕身、心、社會、經濟負荷的照顧經驗·*長期照護雜誌*，10（2），167—177。
- 高淑芳、盧孳豔、葉淑惠、劉雪娥（1999）·探討家庭功能、社會支持與社區殘病老人照顧者負荷之關係·*護理研究*，7（2），172—182。
- 洪湘綾、賴欣宜、許怡娟（2004）·影響家庭照顧者照顧失能老人意願的文獻探討·*銀樺學誌：中臺醫護技術學院論文選集*，3（1），23—35。
- 許敏桃（2001）·臺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：人文及社會科學*，11（2），167—177。
- 許淑敏、邱啓潤（2004）·主要照顧者對居家護理人員的互動需求及其相關因素之探討·*護理雜誌*，51（5），53—60。
- 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（4），273—290。
- 邱啓潤、陳武宗、陳宜品（2004）·慢性病病患家屬照顧者支持系統之研究·*長期照護雜誌*，9（3），245—262。
- 國民健康局（2008年，10月9日）·*研究顯示：五成老人有三種以上慢性病*·2008年

10月16日取自

<http://www.bhp.doh.gov.tw/BHPnet/Portal/PressShow.aspx?No=200810090004>

曾櫻瑾 (2005) · 從老年的家庭照顧支持系統思考老年人口照顧問題 · *社區發展季刊* , 110 , 274—283 。

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* , 54 (4) , 58—64 。

郝溪明 (1998) · 老人長期照護中家庭功能之初探 · *社區發展季刊* , 83 , 265—273 。

葉光輝、楊國樞 (2008) · *中國人的孝道：心理學的分析* · 台北：國立台灣大學。

劉雅文、莊秀美 (2005) · 探討失能老人家庭選擇長期照護福利服務之決策過程：老人自主權之分析研究 · *東吳社會工作學報* , 14 , 91—123 。

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 · *長期照護雜誌* , 2 (2) , 31—47 。

陳正芬、吳淑瓊 (2006) · 家庭照顧者對長期照護服務使用意願之探討 · *人口學刊* , 32 , 83—121 。

陳向明 (2002) · *社會科學質的研究* · 台北：五南。

陳美妙、陳品玲、陳靜敏、徐亞瑛 (2005) · 機構式喘息服務對失能老人主要照顧者負荷之影響 · *長庚護理* , 16 (2) , 152—165 。

戴玉慈、羅美芳 (1996) · 身體功能評估的概念與量表 · *護理雜誌* , 43 (2) , 63-68 。

Aguilera, D.C. (1994). *Crisis intervention: Theory and methodology* (7th ed.). Boston:

Mosby.

- Almberg, B., Grafstrom M., Krichbaum, K., & Winblad, B. (2000). The interplay of institution and family caregiving: Relations between patient hassles, nursing home hassles and caregivers' burnout. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 15*(10), 931-939.
- Almberg, B., Grafstrom M., & Winblad, B. (1997). Caring for a demented elderly person: Burden and burnout among caregiving relatives. *Journal of Advanced Nursing, 25*(1), 109-116.
- Almberg, B., Jansson, W., Grafstrom, M., & Winblad, B. (1998). Differences between and within genders in caregiving strain: A comparison between caregivers of demented and non-caregivers of non-demented elderly people. *Journal of Advanced Nursing, 28*(4), 849-858.
- Alspaugh, M. E., Stephens, M. A., Townsend, A. L., Zarit, S. H., & Greene, R. (1999). Longitudinal patterns of risk for depression in dementia caregivers: Objective and subjective primary stress as predictors. *Psychology and Aging, 14*(1), 34-43.
- Andersson, I., Pettersson, E., & Sidenvall, B. (2007). Daily life after moving into a care home-experiences from older people, relatives and contact persons. *Journal of Clinical Nursing, 16*(9), 1712-1718.
- Aneshensel, C. S., Pearlin, L. I., Mulln, J. T., Zarit, S. H., & Whitlatch, C. J. (1995). *Profiles in caregiving: The unexpected career*. San Diego, CA: Academic Press.

- Armstrong-Esther, C., Hagen, B., Sandilands, M., Williams, R., & Smith, C. (2005). A longitudinal study of home care clients and their informal carers. *British Journal of Community Nursing, 10*(6), 284-291.
- Bauer, M., & Nay, R. (2003). Family and staff partnerships in long-term care: A review of the literature. *Journal of Gerontological Nursing, 29*(10), 46-53.
- Beaton, J. L. (1984). A systems model of premature birth: Implications for neonatal intensive care. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing, 13*(3), 173-177.
- Beder, J. (1998). Bereavement after a physician-assisted suicide: A speculation based on theory. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 28*(3), 302-308.
- Bern-Klug, M., & Forbes-Thompson, S. (2008). Family members' responsibilities to nursing home residents: "She is the only mother I got". *Journal of Gerontological Nursing, 34*(2), 43-52.
- Beeri, M. S., Werner, P., Davidson, M., & Noy, S. (2002). The cost of behavioral and psychological symptoms of dementia in community dwelling Alzheimer's disease patients. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 17*(5), 403-408.
- Boland D. L., & Sims, S. L. (1996). Family care giving at home as a solitary journey. *Journal of Nursing Scholarship, 23*(1), 55-59.
- Bowers, B. J. (1987). Intergenerational caregiving: Adult caregivers and their aging parents. *Advances in Nursing Science, 9*(2), 20-31

- Buhr, G. T., Kuchibhatla, M., Clipp, E. C. (2006). Caregivers' reasons for nursing home placement: Clues for improving discussions with families prior to the transition. *Gerontologist, 46*(1), 52-61.
- Butcher, H. K., Holkup, P. A., Park, M., & Maas, M. (2001). Thematic analysis of the experience of making a decision to place a family member with Alzheimer's disease in a special care unit. *Research in Nursing & Health, 24*(6), 470-480.
- Caplan, G. (1961). *An approach to community mental health* (5th ed.). New York: Grune & Stratton.
- Davies, S. (2005). Meleis's theory of nursing transitions and relatives' experiences of nursing home entry. *Journal of Advanced Nursing, 52*(6), 658-671.
- Delaune, S. C., & Ladner, K. (2002). *Fundamental of nursing: Standards & Practice* (2nd ed.). New York: Thomson Delmar Learning.
- Dellasega, C. (1990). The relationship between caregiving and employment: A study of stress in employed and unemployed caregivers of elderly persons. *Official Journal of the American Association of Occupational Health Nurses, 38*(4), 154-159.
- Dellasega, C., & Nolan, M. (1997). Admission to care: Facilitating role transition amongst family carers. *Journal of Clinical Nursing, 6*(6), 443-451.
- Dennis, M., O'Rourke, S., Lewis, S., Sharpe, M., & Warlow, C. (1998). A quantitative study of the emotional outcome of people caring for stroke survivors. *Stroke, 29*(9), 1867-

1972.

Eriksson, B. S., & Pehrsson, G. (2002). Evaluation of psycho-social support to parents with an infant born preterm. *Journal of Child Health Care, 6*(1), 19-33.

Etters, L., Goodall, D., & Harrison, B. H. (2008). Caregiver burden among dementia patient caregivers: A review of the literature. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners, 20*(8), 423-428.

Farran, C. J. (2002). Family caregivers: A critical resource in today's changing healthcare climate. *Chart, 99*(4), 4-6.

Friedemann, M. L., Montgomery, R., Rice, C., & Farrell, L. (1999). Family involvement in the nursing home. *Western Journal of Nursing Research, 21*(4), 549-567.

Fjelltun, A. S., Henriksen, N., Norberg, A., Gilje, F., & Normann, H. K. (2009). Nurses' and carers' appraisals of needs of nursing home placement for frail older in Norway. *Journal of Clinical Nursing, 23*(1), 57-66.

Fukahori, H., Matsui, N., Mizuno, Y., Yamamoto-Mitani, N., Sugai, Y., & Sugishita, C. (2007). Factors related to family visits to nursing home residents in Japan. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 45*(1), 73-86.

Gallicchio, L., Siddiqi, N., Langenberg, P., & Baumgarten, M. (2002). Gender difference in burden and depression among informal caregivers of demented elders in the community. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 17*(2), 154-163.

- Garity, J. (2006). Caring for a family member with Alzheimer's Disease: Coping with caregiver burden post-nursing home placement. *Journal of Gerontological Nursing*, 32(4), 39-48.
- Gaugler, J. E., Davey, A., Pearlin, L. I., & Zarit, S. H. (2000). Modeling caregiver adaptation over time: The longitudinal impact of behavior problems. *Psychology and Aging*, 15 (3), 437-450.
- Gaugler, J. E., Duval, S., Anderson, K.A., & Kane, R. L. (2007). Predicting nursing home admission in the US: A meta-analysis. *BioMed Central Geriatrics*, 7(13), 1-14.
- Gaugler, J. E., Kane, R. L., Clay, T., & Newcomer, R. (2003). Caregiving and institutionalization of cognitively impaired older people: Utilizing dynamic predictors of change. *Gerontologist*, 43(2), 219-229.
- Gaugler, J. E., Leach, C. R., Clay, T., & Newcomer, R. C. (2004). Predictors of nursing home placement in African Americans with dementia. *Journal of American Geriatrics Society*, 52(3), 445-452.
- Gladstone, J. W. (1995). The marital perceptions of elderly persons living or having a spouse living in a long-term care institution in Canada. *Gerontologist*, 35(1), 52-60.
- Gold, D. P., Reis, M. F., Markiewicz, D., & Andres, D. (1995). When home caregiving ends: A longitudinal study of outcomes for caregivers of relatives with dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, 43(1), 10-16.

Guccione, A. A., Felson, D. T., Anderson, J. J., Anthony, J. M., Zang, Y., Wilson, P. F.,

Kelly-Hayes, M., Wolf, P. A., Kreger, B. E., & Kannel, W. B. (1994). The effects of specific medical conditions on functional limitations of elders in the Framingham study. *American Journal of Public Health, 84*(3), 351-358.

Hendricks-Ferguson, V. L. (2000). Crisis intervention strategies when caring for families of children with cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing, 17*(1), 3-11.

Hill, M. (2008). Caring about carers: Valuing their role. *British Journal of Neuroscience Nursing, 4*(7), 348.

Hoff, L. A. (2001). *People in crisis: Clinical and public health perspectives* (5th ed.). San Francisco: Jossey-Bass.

Holahan, C. J., & Moos, R. H. (1990). Life stressors, resistance factors, and improved psychological functioning: An extension of the stress resistance paradigm. *Journal of Personality and Social Psychology, 58*(5), 909-917.

Horne, C. (2003). Families of homicide victims: Service utilization patterns of extra and intrafamilial homicide survivors. *Journal of Family Violence, 18*(2), 75-82.

Hosaka, T., & Sugiyama, Y. (2003). Structured intervention in family caregivers of the demented elderly and changes in their immune function. *Psychiatry and Clinical Neurosciences, 57* (2), 147-151.

Hung, L., Liu, C., Hung, H., & Kuo, H. (2003). Effects of a nursing intervention program on

- disabled patients and their caregivers. *Archives of Gerontology & Geriatrics*, 36(3), 259-272.
- Iecovich, E. (2000). Sources of stress and conflicts between elderly patients, their family members and personnel in care setting. *Journal of Gerontological Social Work*, 34(2), 73-88.
- Johnson, M. A. (1990). Nursing home placement: The daughter's perspective. *Journal of Gerontological Nursing*, 16(11), 6-11.
- Kammer, C. H. (1994). Stress and coping of family members responsible for nursing home placement. *Research in Nursing & Health*, 17(2), 89-98.
- Kao, H. F, & McHugh, M. L. (2004). The role of caregiver gender and caregiver burden in nursing home placement for elderly Taiwanese survivors of stroke. *Research in Nursing & Health*, 27(2), 121-134.
- Kao, H. F., & Stuijbergen, A. K. (1999). Family experiences related to the decision to institutionalize an elderly member in Taiwan: An exploratory study. *Social Science & Medicine*, 49(8), 1115-1123.
- Kasuya, R. T., Polgar-Bailey, P., & Takeuchi, R. (2000). Caregiver burden and burnout: A guide for primary care physicians. *Postgraduate Medicine*, 108(7), 119-123.
- Kellett, U. M. (1999). Transition in care: Family carers' experience of nursing home placement. *Journal of Advanced Nursing*, 29 (6), 1474-1481.

- King, S., Collins, C., Given, B., & Vredevooged, J. (1991). Institutionalization of an elderly family member: Reactions of spouse and nonspouse caregivers. *Archives of Psychiatric Nursing, 5*(6), 323-330.
- LaMontagne, L. L., Johnson, B. D., & Hepworth, J. T. (1995). Evolution of parental stress and coping process: A framework for critical care practice. *Journal of Pediatric Nursing, 10*(4), 212-218.
- Lichtenberg, P. A. (2007). Assisting urban caregivers after nursing home placement: Results from two preliminary programs. *Clinical Gerontologist, 30*(2), 65-77.
- Liken, M. A. (2001). Caregivers in crisis: Moving a relative with Alzheimer's to assisted living. *Clinical Nursing Research, 10*(1), 52-68.
- Lincoln, Y. S., & Guba, G. E. (1985). *Naturalistic inquiry*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Liu, L., Tinker, A. (2001). Factors associated with nursing home entry for older people in Taiwan, Republic of China. *Journal of Interprofessional Care, 15*(3), 245-255.
- Lowman, J. (1979). Grief intervention and sudden infant death syndrome. *American Journal of Community Psychology, 7*(6), 665-677.
- Lundh, U., Sandberg, J., & Nolan, M. (2000). I don't have any other choice: Spouses' experiences of placing a partner in a care home for older people in Sweden. *Journal of Advanced Nursing, 32*(5), 1178-1186.
- Mannion, E. (2008). Alzheimer's disease: The psychological and physical effects of the

- caregiver's role. *Nursing Older People*, 20 (4), 32-38.
- Majerovitz, S. D. (2007). Predictors of burden and depression among nursing home family caregivers. *Aging & Mental Health*, 11(3), 323-329.
- Maxwell, J. A. (2005). *Qualitative research design: An interactive approach* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- McAuley, W. J., Travis, S. S., & Safewright, M. P. (1997). Personal accounts of the nursing home search and selection process. *Qualitative Health Research*, 7(2), 236-254.
- McCullagh, E., Brigstocke, G., Donaldson, N., & Kalra, L. (2005). Determinants of caregiving burden and quality of life in caregivers of stroke patients. *Stroke*, 36 (10), 2181-2186.
- McFall, S. & Miller, B. H. (1992). Caregiver burden and nursing home admission of frail elderly persons. *Journal of Gerontology*, 47(2), S73-S79.
- McGarry, J., & Arthur, A. (2001). Informal caring in late life: A qualitative study of the experiences of older carers. *Journal of Advanced Nursing*, 33(2), 182-189.
- McGuire, T. J. (1988). A time-limited dynamic approach to adolescent inpatient group psychotherapy. *Adolescence*, 23(90), 373-382.
- Montgomery, R. J., & Kosloski, K. (1994). A longitudinal analysis of nursing home placement for dependent elders cared for by spouses versus adult children. *The Journal of Gerontology*, 49(2), S62-S74.
- Nelson, S. L. (1994). Applying crisis intervention methodology to the retention of students: A

- case study. *Official Journal of the Association of Black Nursing Faculty*, 5(6), 161-163.
- Neufeld, A., & Harrison, M. J. (2003). Unfulfilled expectation and negative interactions: Nonsupport in the relationships of women caregivers. *Journal of Advanced Nursing*, 41(4), 323-331.
- Nolan, M., & Dellasega, C. (1999). 'It's not the same as him being at home': Creating caring partnerships following nursing home placement. *Journal of Clinical Nursing*, 8(6), 723-730.
- Nolan, M., Walker, G., Nolan, J., Williams, S., Poland, F., Curran, M., & Kent, B. C. (1996). Entry to care: Positive choice or fait accompli? Developing a more proactive nursing response to the needs of older people and their carers. *Journal of Advanced Nursing*, 24(2), 265-274.
- Ogland-Hand, S. M., & Florsheim, M. (2002). Family work in a long-term care setting. *Clinical Gerontologist*, 25(1&2), 105-123.
- Okamoto, K., Hasebe, Y., & Harasawa, Y. (2007). Caregiver psychological characteristics predict discontinuation of care for disabled elderly at home. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(11), 1110-1114.
- Orb, A., Eisenhauer, L., & Wynaden, D. (2001). Ethics in qualitative research. *Journal of Nursing Scholarship*, 33(1), 93-96.
- Park, M., Butcher, H. K., & Maas, M. L. (2004). A thematic analysis of Korean family

- caregivers' experiences in making the decision to place a family member with dementia in a long-term care facility. *Research in Nursing and Health*, 27(5), 345-356.
- Patrick, J. (1979). Staff reactions to the closing of a community mental health center. *Hospital & Community Psychiatry*, 30(4), 259-262.
- Penrod, J. & Dellasega, C. (2001). Caregivers' perspectives of placement: Implications for practice. *Journal of Gerontological Nursing*, 27(6), 28-36.
- Pillemer, K., & Suitor, J. J. (2006). Making choices: A within-family study of caregiver selection. *The Gerontologist*, 46(4), 439-448.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (8th ed.). Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.
- Port, C. L., Gruber-Baldini, A. L., Burton, L., Baumgarten, M., Hebel, J. R., Zimmerman, S. I., & Magaziner, J. (2001). Resident contact with family and friends following nursing home admission. *The Gerontologist*, 41(5), 589-596.
- Port, C. L., Hebel, J. R., Gruber-Baldini, A. L., Baumgarten, M., Burton, L., Zimmerman, S., & Magaziner, J. (2003). Measuring the frequency of contact between nursing home residents and their family and friends. *Nursing Research*, 52(1), 52-56.
- Redmond, I. (2008). The care conundrum. *Working with Older People: Community Care Policy & Practice*, 12 (3), 23-26.
- Rew, L., Bechtel, D., & Sapp, A. (1993). Self-as-instrument in qualitative research. *Nursing*

Research, 42(5), 300-301.

Rinaldi, P., Spazzafumo, L., Mastroforti, R., Mattioli, P., Marvardi, M., Polidori, M. C.,

Cherubini, A., Abate, G., Bartorelli, L., Bonaiuto, S., Capurso, A., Cucinotta, D., Gallucci, M.,

Giordano, M., Martorelli, M., Masaraki, G., Nieddu, A., Pettenati, C., Putzu, P., Tamaro, V.

A., Tomassini, P. F., Vergani, C., Senin, U., & Mecocci, P. (2005). Predictors of high level of

burden and distress in caregivers of demented patients: Results of an Italian multicenter study.

International Journal of Geriatric Psychiatry, 20(2), 168-174.

Rowles, G. D., & High, D. M. (1996). Individualizing care: Family roles in nursing home

decision-making. *Journal of Gerontological Nursing*, 22(3), 20-25.

Sansoni, J., Vellone, E., & Piras, G. (2004). Anxiety and depression in community-dwelling,

Italian Alzheimer's disease caregivers. *International Journal of Nursing Practice*, 10(2),

93-100.

Siegal, B. A., Calsyn, R. J., & Cuddihee, R. M. (1987). The relationship of social support to

psychological adjustment in end-stage renal disease patients. *Journal of Chronic*

Disease, 40(4), 337-344.

Speziale, H. J., & Carpenter, D. R. (2005). *Qualitative research in nursing: Advancing the*

humanistic imperative (4th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Strang, V. R., Koop, P. M., Dupuis-Blanchard, S., Nordstrom, M., & Thompson, B. (2006).

Family caregivers and transition to long-term care. *Clinical Nursing Research*, 15(1),

27-45.

Stull, D. E., Cosbey, J., Bowman, K., & McNutt, W. (1997). Institutionalization: A

continuation of family care. *Journal of Applied Gerontology*, *16*(4), 379-402.

Szabo, V., & Strang, V. R. (1999). Experience control in caregiving. *The Journal of Nursing*

Scholarship, *31*(1), 71-75.

Terri, S., Välimäki, M., Katajisto, J., Leino-Kilpi, H. (2007). Maintaining the integrity of older

patients in long-term institutions: Relatives' perceptions. *Journal of Clinical Nursing*,

16(5), 918-927.

Tesch, R. (1990). *Qualitative research: Analysis types and software tool*. New York: Falmer.

Townsend, M. C. (2008). *Essentials of psychiatric mental health nursing* (4th ed.).

Philadelphia, PA: F. A. Davis.

Tsuji, I., Whalen, S., & Finucane, T. E. (1995). Predictors of nursing home placement in

community-based long-term care. *Journal of American Geriatrics Society*, *43*(7),

761-766.

van den Heuvel, E. TP., de Witte, L. P., Schure, L. M., Sanderman, R., & Meyboom-de Jong,

B. (2001). Risk factors for burn-out in caregivers of stroke patients and possibilities for

intervention. *Clinical Rehabilitation*, *15* (6), 669-677.

Vinton, L., & Mazza, N. (1994). Aggressive behavior directed at nursing home personnel by

residents' family members. *Gerontologist*, *34*(4), 528-533.

- Voutilainen, P., Backman, K., Isola, A., & Laukkala, H. (2006). Family members' perceptions of the quality of long term care. *Clinical Nursing Research, 15*(2), 135-149.
- Williams, L. A. (2007). Whatever it takes: Informal caregiving dynamics in blood and marrow transplantation. *Oncology Nursing Forum, 34*, 379-387.
- Whitlatch, C. J., Schur, D., Noelker, L. S., Ejaz, F. K., & Looman, W. J. (2001). The stress process of family caregiving in institutional settings. *The Gerontologist, 41*(4), 462-473.
- Woolley, N. (1990). Crisis theory: A paradigm of effective intervention with families of critically ill people. *Journal of Advanced Nursing, 15*(12), 1402-1408.
- Yeh, S. H, Johnson, M. A., & Wang, S. T (2002). The change in caregiver burden following nursing home placement. *International Journal of Nursing Studies, 39*(6), 591-600.
- Youssef, F. A. (1984). Crisis intervention: A group-therapy approach for hospitalized breast cancer patients. *Journal of Advanced Nursing, 9*(3), 307-313.
- Zabalegui, A., Bover, A., Rodriquez, E., Cabrera, E., Diaz, M., Gallart, A., González, A., Gual, P., Izquierdo, M. D., López, L., Pulpón, A. M., & Ramírez, A. (2008). Informal caregiving: Perceived needs. *Nursing Science Quarterly, 21*(2), 166-172.
- Zarit, S., & Whitlatch, C. (1992). Institutional placement: Phases of the transition. *The Gerontologist, 32*(5), 665-672.

附錄一：研究同意書

您好：

我是中國醫藥大學護理系碩士班研究生陳依敏，目前正進行「運用危機理論探討家屬安置老人於長期照顧機構之經驗」的論文研究。研究目的在於了解家屬在安置老人於機構的經驗及感受為何。希望藉由此研究，能提供健康照護人員的參考，日後可提供家屬在經歷過程中的支持及協助。

本研究採訪談方式，爲了能完全了解您的經歷及感受，會以錄音筆記錄所說的內容，訪談內容僅供學術研究，只有我和指導教授能聽取其錄音內容，並且不會將您的資料公開，希望能獲得您的幫忙，分享您的寶貴經驗。

如果在訪談過程中，您有任何不舒適的感受，都可隨時提出中止或退出此研究。或是有任何的疑問，皆可在訪談後提出，我願意提供極盡能所之回答。

如果您願意參與研究，請您在下方的同意書上簽名，並且您與我都將各有相同一份的同意書。同意書附有我的聯絡方式，有任何問題可與我聯絡。非常感謝您的參與！

敬祝 平安

中國醫藥大學護理系碩士班研究生 陳依敏 敬

研究同意書

本人_____，經過中國醫藥大學護理系碩士班研究生陳依敏說明研究目的及個人權利後，同意參與此研究。在研究過程中，本人瞭解可以隨時退出此研究。

立同意書人：_____ 年 月 日

研究者：_____ 年 月 日

中國醫藥大學護理系碩士班研究生：陳依敏

聯絡電話：0918296075

電子信箱：alin.cute@msa.hinet.net

附錄二：研究問卷

基本資料

此部份是想了解您與家中長者的基本資料，請在您認為適合的框格中打☑，或是填入資料。

第一部份：(老人)

1.性別：男 女

2.年齡：_____歲（民國_____年_____月出生）

3.婚姻：已婚 喪偶 分居 離婚

4.子女數：_____個（_____男 _____女）

5.入住時間：民國_____年_____月

6.居住機構名稱：_____

7.疾病診斷：(可複選)

- | | | | |
|----------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 痛風 | <input type="checkbox"/> 關節炎或風濕病 | <input type="checkbox"/> 高血壓 | <input type="checkbox"/> 腦中風 |
| <input type="checkbox"/> 心臟病 | <input type="checkbox"/> 慢性支氣管炎 | <input type="checkbox"/> 結核病 | <input type="checkbox"/> 氣喘 |
| <input type="checkbox"/> 糖尿病 | <input type="checkbox"/> 膽囊或膽道疾病 | <input type="checkbox"/> 肝病 | <input type="checkbox"/> 貧血 |
| <input type="checkbox"/> 腎臟疾病 | <input type="checkbox"/> 泌尿道疾病 | <input type="checkbox"/> 攝護腺肥大 | <input type="checkbox"/> 巴金森氏症 |
| <input type="checkbox"/> 聽力障礙 | <input type="checkbox"/> 白內障 | <input type="checkbox"/> 青光眼 | <input type="checkbox"/> 老年癡呆症 |
| <input type="checkbox"/> 腸胃疾病 | <input type="checkbox"/> 癌症或惡性腫瘤 | <input type="checkbox"/> 椎間盤突出 | <input type="checkbox"/> 骨質疏鬆 |
| <input type="checkbox"/> 其他_____ | | | |

8.老人入住機構前的生活狀況：獨居 與配偶同住 與子女同住

與配偶及子女同住 與兄弟姐妹同住 其他_____

9.日常生活活動功能：(請勾選下列問題)

- (1) 用餐時：可自行用筷子進食
需要餵食
需別人協助或只能用湯匙進食
- (2) 上廁所時：可自行獨立完成
需人協助維持姿勢、穿脫褲子或拿衛生紙等
完全依賴他人協助
- (3) 上下樓梯時：可自行上下樓梯
需稍微幫忙或口頭指導
無法上下樓梯
- (4) 穿脫衣服時：可自己穿脫衣服、鞋子
需別人協助
完全依賴他人協助
- (5) 大便時：不會失禁，灌腸塞劑也自己處理
偶而會失禁（每週不超過一次），灌腸塞劑需人協助
失禁
- (6) 小便時：日夜都不會失禁，而且能自己處理
偶而會尿失禁（每週不超過一次）或尿急失禁，或需他人協助處理尿套
完全需別人處理
- (7) 修飾儀容方面：可自己完全洗臉、洗手、刷牙、梳頭髮
需別人協助
- (8) 洗澡時：可自己進出浴室，完成洗澡動作
需別人協助
- (9) 下床活動方面：可自己走路或使用助行器行走
需人稍微扶著或口頭指導
無法走路，但可自己操作輪椅
使用輪椅，需他人推動
- (10) 上下床或輪椅方面：可自己上下床或輪椅
需人稍微扶起或口頭指導
可自己從床上坐起，移位時仍需別人協助
需人幫忙才可坐起來

第二部份：(家屬)

1.性別：男 女

2.年齡：_____歲（民國_____年_____月出生）

3.婚姻：已婚 未婚 喪偶 分居 離婚

4.教育程度：不識字 識字但未受正式教育 小學

國（初）中 高中（職） 大專（含）以上

5.宗教信仰：無 佛教 道教 一般民間信仰 一貫道

基督教 天主教 其他_____

6.職業：無 有，職稱為_____

7.與老人關係：配偶 兒子 女兒 媳婦 其他_____

8.自己有哪些方面的疾病問題（可複選）：

- | | | | |
|----------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 痛風 | <input type="checkbox"/> 關節炎或風濕病 | <input type="checkbox"/> 高血壓 | <input type="checkbox"/> 腦中風 |
| <input type="checkbox"/> 心臟病 | <input type="checkbox"/> 慢性支氣管炎 | <input type="checkbox"/> 結核病 | <input type="checkbox"/> 氣喘 |
| <input type="checkbox"/> 糖尿病 | <input type="checkbox"/> 膽囊或膽道疾病 | <input type="checkbox"/> 肝病 | <input type="checkbox"/> 貧血 |
| <input type="checkbox"/> 腎臟疾病 | <input type="checkbox"/> 泌尿道疾病 | <input type="checkbox"/> 攝護腺肥大 | <input type="checkbox"/> 巴金森氏症 |
| <input type="checkbox"/> 聽力障礙 | <input type="checkbox"/> 白內障 | <input type="checkbox"/> 青光眼 | <input type="checkbox"/> 老年癡呆症 |
| <input type="checkbox"/> 腸胃疾病 | <input type="checkbox"/> 癌症或惡性腫瘤 | <input type="checkbox"/> 椎間盤突出 | <input type="checkbox"/> 骨質疏鬆 |
| <input type="checkbox"/> 其他_____ | | | |

9.自己覺得在照顧老人之後，身體健康狀況情形為何：變好 未有差別

變差，哪方面_____

10.當老人入住機構後，自覺身體健康狀況情形為何：變好 未有差別

變差，哪方面_____

附錄三：人體試驗計畫同意書



中國醫藥大學附設醫院

CHINA MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

台灣省台中市北區育德路 2 號

No.2 Yuh Der Road Taichung Taiwan R.O.C.

TEL: (04)22052121

人體試驗委員會人體試驗計畫同意書

Tel: 886-4-22052121 ext: 1925 Fax: 886-4-2207-1478

中國醫藥大學附設醫院 台中市北區育德路 2 號

中國醫藥大學健康照護學院護理學系陳玉敏副教授所提臨床試驗「運用危機理論探討家屬安置老人於長期照護機構之經驗」之研究案已獲同意。

本院編號：DMR98-IRB-019; Proposal version date: Jan. 15, 2009; Informed Consent Form Version Date: Mar. 04, 2009。

中國醫藥大學附設醫院人體試驗委員會已審查通過上述為期十二個月的研究案。

計畫有效期限從 2009 年 03 月 12 日至 2010 年 03 月 11 日為止。在有效期屆滿之前，研究計畫主持人應向人體試驗委員會報告研究計畫的進行狀況。若屆時尚未完成，應重新申請。

該計畫任何部分若欲更改，需向人體試驗委員會重新提出申請。計畫主持人對受試者任何具有危險而且未能預期之問題，例如：對藥物、放射性元素或對醫療器材產生不良反應等，需立即向人體試驗委員會主任委員提出書面報告。



主任委員 傅茂德

中 華 民 國 九 十 八 年 三 月 十 三 日