

第一章 緒論

第一節 研究背景

由於科技醫藥的進步，使得國民平均壽命延長，加上生育率長期大幅下跌，造成台灣人口老化的速度加快。根據內政部（2003）統計資料顯示，民國 92 年 65 歲以上人口佔全國總人口數的 9.07%，預估到民國 120 年時，老年人口可望達全國人口數的五分之一左右（內政部人口政策委員會，1999），在未來的二、三十年內，老年人口將超過一倍以上的成長，在此趨勢下，高齡化社會所衍生的種種現象與問題，自當受到重視與探討。

在高齡化的社會裡，老年人的需求以健康醫療的服務為主，老年人由於身體器官的衰退或者罹患慢性疾病因而喪失自我照顧能力，而需要依賴別人的照顧，根據內政部統計處（2002）「民國八十九年台閩地區老人狀況調查報告摘要分析」顯示：有約 65% 左右的老人至少罹患一種慢性病，且其中每十位就有一人無法自行料理生活，需要長期照護。當家中老人因殘病而無法執行日常生活功能時，家人親屬通常擔負起照顧的責任。在過去的中國人傳統農業社會中，是以「家族」為經濟及社會生活運作的單位，因而家人親屬自然而然擔負家中老人的照護，加以中國文化「孝道」的規範，家屬照顧殘病的老人是天經地義，根深蒂固的傳統。在家庭照護體系

中，提供照護者大多為女性，包括：受照顧者的妻子、媳婦、成年的女兒等（郝，1998）。然而時代的變遷，台灣已從農業社會轉為工商社會，在以個人為生活運作單位的工商社會中，除了社會文化與價值的變遷及家庭結構的改變，女性勞動參與率逐漸上升、家庭結構核心化、生育率降低、離婚、單親家庭等問題，均使擔任家庭內照護工作之主要人力萎縮，傳統由家中女性負擔之居家照護模式將面臨困境（王、曾，1999）。

這種家庭照護模式困境的存在下，長期照護機構順勢而起，儼然是一種順應時代需求的替代方式，然而人類親情及倫理的因素使然，Townsend 研究指出，家屬在做決定是否將父母或自己的老年配偶安排入住機構時仍有 52% 的子女，以及 89% 的配偶，相信這是他們所面對過最困難的問題與抉擇（引自 Johnson, 1990）。在一項台灣民眾對老人長期照護安排之態度的研究報告中（吳、朱，1995）顯示，民眾認為一般家庭有照護老人的需求時，58.1% 會選擇居家式照護，選擇社區式照護為 31.8%，而選擇機構式照護為 10.1%，傳統居家式的照護方式最能被接受。這除了親情因素之外，中國文化受「孝道」的影響深遠，使得中國人對長期照護機構產生愛恨交加的矛盾情感，在家庭照護負荷過大的情境下，機構式照護替家庭照護者解決一部分的負擔，然而，胡、郭、王（1996）指出，不論照護品質如何，社會文化都加了「標籤」- 「家庭照護」象徵「子媳孝順」，而「送機構照護」象徵了「子女不孝」、「老人被遺棄」的意義。在一個以孝為社會道德

重心的文化體系中，這個抉擇，對於老人及家人都出現了巨大的壓力，成為國內發展長期照護體系的文化困境（胡、郭、王，1996）。因而許多機構老人家屬、子女不願意讓別人知道自己將年老父母送往機構，或者在前往探視老人時，經歷複雜無奈的情緒煎熬。

長期照護機構體制的建構上，只要訂定政策，投入人力、物力，加上市場需求，即可持續發展，但是由長期照護機構所衍生的情感、倫理困境及文化意涵的衝突，卻少有人願意去碰觸，然而這個層面對機構老人及其家屬的衝擊是最大的。

第二節 研究動機與目的

人口老化的趨勢在各個先進國家都是非常鮮明的公共政策問題，它所帶來的影響，除了需耗費龐大的醫療服務及急需建構完整的社會福利外，其對家庭的衝擊所產生的社會問題，也是老人相關議題中一個重要的焦點。老人的照護，在過去是家庭問題，它是家庭的傳統職責之一；而經歷社會變遷及家庭結構改變的現代社會中，老人照護的工作，隨著家中子女數變少、成年子女外出工作的普遍等因素，而使得家庭成員的負擔沉重。台灣地區於 1961 年時，老人扶養比約 5%，即每 20 位年輕人扶養 1 位老人，至 1988 年扶養比約 12.5% 即每 8 位年輕人需扶養 1 位老人，推估至 2030

年，每 3 位年輕人即必須扶養一位老人（行政院經濟建設委員會，2002），台灣老人照護問題與社會負擔愈形沉重，很難由家庭單獨來負擔。

如前所述，有約 65 % 左右的老人至少罹患一種慢性病，且其中每十位就有一人無法自行料理生活，需要長期照護（內政部，2002）。目前台灣現有的長期照護供給體系包括：（1）衛生醫療服務體系：以慢性醫療及技術性護理照護為主，如慢性病醫院、護理之家、居家護理、日間照護等長期照護機構；（2）社會福利老人服務體系：提供一般日常生活照顧服務為主，如：安養及養護機構、在宅服務、日間托老等長期照護機構；（3）行政院國軍退除役官兵輔導委員會之老人服務體系：包括公費及自費安養榮家（林、蔡，2000）。這些長期照護體系的建立與推行，需要大量的護理人力參與其中，護理照護強調全人的關懷，除了個案本身，照護的範圍涵蓋個案的家庭、自然環境、社會人文等，護理界對長期照護的重視與發展隨著時代的腳步與日俱增，在此領域的護理研究中，除了探討個案本身接受長期照護面臨的種種相關議題之外，漸漸的，研究的觸角也延伸至個案家屬。

回顧國內過去文獻，探討有關機構住民家屬的主題，大部分著重在老人被安排入住機構前，「主要照顧者」的「壓力」、「負荷」、「生活品質」等變項（李、吳，1998；徐、張，1992；湯、毛、周、陳、劉，1992），然而關於探討入住機構後，家屬的心理衝突與適應的研究及文章則相當有限。許（2001）在評析台灣老人家庭照顧之相關研究一文中，亦指出過去國內

幾乎沒有任何研究從家庭整體的觀點，同時探討對住進安養機構老人的主觀感受、家人作此決策的過程，以及家人對此決策的感受。國內對於家屬安置親人於長期照護機構的相關議題，雖已有葉（2002）藉由回顧國外相關文獻對此現象做描述與歸納，然而相關的研究卻仍尚未起步。

許多關於國內機構式長期照護的文獻論述中，都提到了「機構式照護」在中國傳統社會道德體系中負面的文化意涵（吳、賴、江，1994；胡、郭、王，1996；徐、吳，1998；許，2001；簡、吳，1999；Smith & Hung, 2001），而且絕大部份都涵括了「孝道」的思考層面，在機構式長期照護發展的路程上，這個議題經常被提及，文化道德禁忌之下的思維方式，確實形成了機構式長期照護發展的困境（胡、郭、王，1996），然而國內對此種困境探討的相關文獻並不多。

關於家屬安置老人於護理之家的經驗與感受，國外的相關研究已有不少著墨。歐美西方國家，並無明顯的「孝道」文化氛圍，然而其家屬在安置老人於長期照護機構之經驗的相關研究結果中，卻也顯示許多負面的意象，此種經驗包含了煎熬的決策過程、失落感、罪惡感、無奈與不忍等（Johnson, 1990; Kellett, 1999; Krause, Grant, & Long, 1999; Lundh, Sandberg, & Nolan, 2000; Nay, 1996; Ross, Rosenthal, & Dawson, 1993; Ryan & Scullion, 2000）。研究者於臨床情境中，亦常常觀察到在護理之家某個場景中，家屬在探視老人時，呈現複雜的情緒反應，這種情緒背後該是有許多的意義！

這引發了研究者的動機，究竟此種人們生活中的「負面經驗」、「不愉快經驗」的內涵為何？文化的影響如何？西方文化下所探討出的研究結果，是否與中國文化影響下所得的結果有所差異？

本研究的目的是探討家屬安置家中老人於長期照護機構之經驗。

期望經由本研究質性訪談的過程，深入瞭解並加以描述，透過此種瞭解，可有助於護理人員對家屬在安置老人入住機構時給予情緒上的支持，以及提供實質的協助，以維持其家庭系統的持續性，也期望此種涵括家庭的全人照護模式，能鼓勵家屬對機構照護的參與，以提昇照護品質。除此，期望此研究的結果，能做為相關研究建構的參考。

第三節 名詞界定

- (1) 長期照護機構：合格立案之護理之家、安養中心及養護機構。
- (2) 老人：指 65 歲以上者。
- (3) 家屬：指居住於機構中老人的配偶、子女、媳婦、女婿。

第二章 文獻查證

第一節 老化社會與長期照護需求

一、人口老化

“下一世紀中所會出現的危機名單讀起來有一長串，而且大多數我們也都耳熟能詳了。這包括了核子的增加、生化武器、高科技的恐怖主義、致命的超級病毒、極端的氣候轉變、全球化之後金融、經濟和政治的影響，以及不穩定、新的民主政體所導致的種族和軍事的暴動。除此之外，還有一個鮮為人知的挑戰—那就是已開發國家人口的老化現象- 這或許比起上面所描述的例子，更能重新形塑我們共同的未來”（王，2000，p. 2）。

人口老化指的是老年人口占總人口的比例上升，或是人口平均年齡的增長（陳，1997）。測度人口老化有許多不同的指標，如老年人口佔總人口的比例、老年依賴比（aged dependency ratio）及老化指數（index of aging）等，都是學者與政府規劃單位經常使用的，其中老年人口佔總人口的比例是最常使用的人口老化指標，也是聯合國定義老化國家的依據（楊、涂、陳，1997）。

王（2000）指出，已開發國家的人口老化，大致有三項主要原因：（1）

醫學進步以及在公共衛生、營養以及安全方面的富庶與不斷的改進，這些都提高了人類的平均壽命 (life expectancy); (2) 戰後嬰兒潮龐大的人口數逐漸步入了中年 ; (3) 生育率 (fertility rate) 的降低。二十世紀科技及醫學的進步，使得人類的壽命前所未見的延長。第二次世界大戰之後，全球的平均壽命已經從原先的 45 歲提升到 65 歲。同時，已開發國家的平均壽命，從大約 65 歲一直攀升到 75 歲的頂峰。預估，在未來的 30 年中，全球的平均壽命將會再提昇 7 歲或 8 歲，光是這個因素就會使得老人的數目大約增加三分之一。在第二次世界大戰之後，許多已開發國家出現嬰兒潮，特別是美國，嬰兒潮導致戰後初期「人口過剩」的焦慮，但是到了 1970 年代，在已開發國家中的生育率卻快速滑落。當嬰兒潮的世代變成老年潮的世代時，它將會加快整個老化的速度。而長期低生育率的情況，主要因為逐漸增加的財富、女性大量就業、晚婚以及能輕易的進行生育控制及墮胎。1960 年代，全球的生育率平均為 5.0，目前約為 2.7，在已開發國家，生育率自 1960 年代初期至目前，從 2.7 跌落至 1.6 (王，2000)。

目前全球的老年人口比例，約為 14.7 % (已開發國家)，而到了 2030 年，約為 23.7 %。根據聯合國的估算，從西元 2000 年到 2050 年之間，整個地球上年齡從 65 歲到 84 歲的人口，將會從 4 億人增加到 13 億人 (增加 3 倍左右)，而年齡在 85 歲及以上的人口將會從 2600 萬增加到 1 億 7500 萬 (增加了 6 倍)，因此人口老化在世界各地是無法逃避的趨勢 (王，2000)。

台灣在經歷了標準的「人口轉型」(demographic transition) 歷程，人口自高出生率與高死亡率的均衡狀態轉變為低出生率與低死亡率的均衡狀態，在轉型過程中，因死亡率先於出生率而下跌，乃至大幅度的人口成長，後期則因出生率隨後下降而使人口增加的速度趨於緩和（楊、涂、陳，1997）。台灣地區約在 20 年代起出現死亡率下降的長期趨勢，約在 50 年代初出現出生率降低的現象，到了 80 年代末的時候，出生率及死亡率都降到低水準，逐漸完成人口轉型的階段。之後，台灣地區亦將如日本、新加坡等國先例，人口老化加速進行（陳、王、陳，1986）。

根據台灣地區人口統計的資料顯示：民國 50 年，台灣地區 65 歲以上老年人口比例為 2.45 %，民國 70 年為 4.34 %，民國 90 年已達 8.8 %（內政部，2002），預估到民國 120 年時，老年人口可望達全國人口數的五分之一左右（內政部人口政策委員會，1999）。台灣人口老化的速度在世界名列前茅，法國在 1865 年進入老齡國（老年人口比例為 7 %），125 年後，其老年人口才達到 14 %。瑞典在 1890 年進入老齡國，經過 80 年其老年人口才加倍。老年人口比例從 7 % 到 14 %，德、英要 45 年，美國要 65 年，而日本才花 25 年，台灣也只需 26 年（曾，2002）。快速的人口老化使得扶養與照顧的負擔加重，台灣地區於 1961 年時，老人扶養比約 5 %，即每 20 位年輕人扶養 1 位老人，至 1988 年扶養比約 12.5 % 即每 8 位年輕人需扶養 1 位老人，推估至 2030 年，每 3 位年輕人即必須扶養一位老人（行政院經濟建設委員

會，2002)。上述統計數字所帶來的意義並非只是數字上的變化，數字背後所隱藏的是對社會各個層面，包括經濟、社會、文化、醫療以及家庭的衝擊。

二、人口老化與長期照護

醫療科技的進步，延長了人類的壽命，但隨著生命延長，人類面臨更多重的老化。老化會造成器官系統的變化及維持身體恆定狀態(homeostasis) 功能降低，而產生一些慢性疾病。如在(1)心血管系統—動脈硬化、心臟肥厚、心輸出量減少，(2)呼吸系統—肺彈性降低、呼吸驅動遲鈍，(3)消化系統—味、嗅覺接受體數目減少、消化液分泌減少、胃排空機能降低、肝解毒能力減少，(4)肌肉骨骼系統—骨及肌肉質量減少、關節退化，(5)泌尿系統—腎元數目減少、維持身體水分及電解質平衡能力降低，(6)神經系統—腦耗氧量減少、感官功能衰退，(7)內分泌系統—荷爾蒙分泌降低、血糖調控機轉衰退等(曾，2002)。此外，因而產生的慢性病遍佈各個器官系統，如惡性腫瘤、冠狀動脈疾病、慢性阻塞性肺疾病、慢性肝病及肝硬化、慢性關節炎、慢性腎炎、膀胱失調、高血壓、帕金森氏症、糖尿病等(李，1998)。

根據內政部統計處(2002)「民國八十九年台閩地區老人狀況調查報告摘要分析」顯示：約65%左右的老人至少罹患一種慢性病，且其中每十位

就有一人無法自行料理生活，需要長期照護。慢性病的病理過程是不可逆的，為一永久性的疾病，它可能造成某部分身體殘障，或自我照顧的能力減低，而需要特殊的復健訓練，或長期的監測與照顧，以維持其身體功能及預防進一步的失能（王，1992；胡，1994）。

長期照護一般泛指需長期性提供之整體健康照護服務。Kane 及 Kane 對長期照護的定義為：長期照護是由健康照護、個人照顧與社會生活照護等三類生活照護組合而成，對失去或永遠無法執行某些身體功能的病人提供長期性的照護服務，其所服務的領域將廣及社會照顧與醫療照顧層面（引自吳、陳，2000）。中華民國長期照護協會（1993）清楚界定長期照護服務對象與範圍，針對殘障、失能或老衰者及家庭照顧者提供生活照顧、醫療、護理、復健與社會支持等之服務，以協助慢性病患者或失能者維持其最起碼的基本健康與福祉（吳、陳，2000）。

台灣地區長期照護的發展以 1980 年彰化基督教醫院之居家訪視服務為開端，同一年，老人福利法公佈實施後，開始設置老人福利機構。1987 年推展居家護理服務，1993 年公佈護理人員法之護理機構設置標準，始有正式立案之護理之家的設立。自 1994 年起台灣才開始進入長期照護的建立期（阮，1999）。1995 年全民健保開辦之初，亦開始給付居家照護，並辦理「安寧居家療護納入健保給付試辦計劃」；1997 年修訂老人福利法，其中長期照護機構設置標準作了修訂，並輔導許多機構的立案。行政院衛生署於 1998

年核定「老人長期照護三年計劃」，以應時代所需，其內容為：普及機構式照護措施，增加居家護理服務量，提供每年 1000 人的機構式喘息服務，成立 15 家日間照護中心以提供 300 人服務，鼓勵試辦長期照護資源管理中心，推動單一窗口和個案管理制度，統籌社區資源，建立管理式服務模式。除了法案的支持，政府亦配合相當的經費投入，使得長期照護在近十年有蓬勃的發展。台灣長期照護設施狀況如表一所呈現。

由表中資料可看出，機構式長期照護設施的發展最為顯著，估計以此發展趨勢，在未來的幾年內，機構式照護床位將超過四萬床，即每百位老人具有 2.2 床的機構資源，此一水準已與英國相似（吳、陳，2000）。

表一 台灣長期照護設施狀況：1990--2000

長期照護設施	1990	1995	2000
社政體系			
養護機構	9 (989)	13 (1527)	385 (12239)
長期照護機構	--	--	5 (250)
* 日間托老	1,210	66,251	277,946
* 居家服務	1,656	61,851	893,175
* 營養送餐服務	--	48,210	988,213
緊急通報系統	--	--	5,512
衛政體系			
慢性病床	5,471	5,075	5,028
護理之家	--	9 (580)	149 (6838)
日間照護	--	5 (139)	20 (353)
居家照護	--	92	259
出院準備服務	--	4	23

註：1. * 項目以服務人次計算

資料來源：吳、陳（2000）。

2. () 內為床位數

長期照護在理念的設計上，強調「連續性照護」(continuum of care)的觀念，老人長期照護體系一般分為：(1) 家庭照護 (或稱非正式照護)：係指由家人、親友所提供的照護，(2) 社區照護 (居家照護、日間照護)，(3) 機構式照護等三大類型，每種類型都有其優缺點，而且隨著老人年齡的增長，身體功能損害程度的擴大及依賴度逐漸增加，所需要的照顧方式也不同，這是連續性照護的理念 (謝，1993)。家庭照顧與長期照護機構是連續性照護的兩極，在家庭結構仍能提供老人適當照顧的時候，家庭照護是最理想的方式，而社區照護的提供，不但可使老人留在社區中生活，在親友對老人照護感到壓力時，便可利用社區照護的資源，提供照護者獲得休息的機會；最後，當老人身體功能、生活功能嚴重障礙，再加上親屬已無法忍受長期照顧所產生的生理、心理、社會壓力時，長期照護機構就可發揮功能。

第二節 家屬於家庭照護的角色

一、家庭的照護功能

家庭可被視為「自足的單位」，它藉由成員間的相互連結及重要的資源分配而結合在一起。它是主要的、自然的照護供應來源之一，它在整體照護體制中，具有舉足輕重的地位，老人的照顧是漢人家庭文化傳承之一。

在面對人口老化、疾病慢性化的既定趨勢下，「家庭照護」(family care) 成為一種主要的老人長期照護方式 (郝，1998；Farran, 2002)。家庭照護不僅能幫助老人較人性化生活品質的維持，使其在老病之餘仍能享受尊嚴獨立之生活、家庭之溫暖及家人的情緒支持，並可減少長期照護公共費用之支出，是十分重要的照護資源 (簡、吳，1999)。

家庭的功能為：生育、情感、社會化、保護、娛樂及經濟等，其中的保護功能特別強調家庭具有保護、防衛家庭成員，使其免受疾病、保障生命及財產的安全，尤其是對家中老人、病患、幼小之照顧。然而，因為時代的變遷，家庭結構產生變化，生育率降低，大家庭之沒落，加上離婚、單親家庭呈現的不穩定，職業婦女增加所衍生出的小孩撫養和教育，以及老人安養等問題，都使得家庭在保護的功能上顯得無能為力。但是另一方面，家庭的情感功能是現代家庭獨特的功能，人際關係越來越冷漠、競爭激烈，社會的疏離感使得人們越來越需要家庭成員間的情感支持，彼此的分享過去、現在與未來，親子關係的情感交流，及提供家庭成員的避風港，家庭是工業社會中，唯一能讓人們找到信任及愛的場所 (黃、黃、蘇、唐、李，1995)。

家庭照護對老人的協助是多方面的，但主要來說以「情感支持」最多，其它像「問題的建議」、「相關資訊的提供」也佔有相當高的比例。對長期臥床或行動不便老人的照顧，其工作更為瑣碎零散，照顧的壓力也較大，

內容有：洗澡、餵食、穿衣、洗衣、清潔、如廁、備餐、陪病患就醫、金錢協助等（謝，1993）。家庭對於一個面臨老化的社會而言是相當重要的，許多老人及家屬都喜歡居家照顧，且嘗試盡最大的努力將老人留在家庭中照顧，而不願將老人送到護理之家（許，2001）。胡、郭、王（1996）研究結果顯示約 80% 的慢性重症患者採「居家家人照護」，僅 8.4% 僱看護工，13.7% 送安養院。在一項關於民眾對老人長期照護安排之態度的社會意向調查中，認為一般家庭在有照護老人的需求時，58% 會選擇居家式的照護，而選擇社區與機構等照護方式的比例分別為 31.8% 與 10.1%（吳、朱，1995），由上述文獻可發現家庭照護為台灣老人長期照護中最主要的照護方式。

二、家庭照顧者的負荷

朱（1999）經文獻的回顧對家庭照顧的定義區分三個層面探討：1. 情感意涵：對被照顧者提供身體上、物質上、精神上的照料，且強調彼此之間情感上的連結，是情感的接受與給予的過程；2. 責任意涵：照顧的過程，除了愛與情感的關係，還有一部分是基於道德和責任；3. 工作意涵：照顧是一種同時具備工作與感覺的活動，在此意涵中，認為「照顧」不應私化為情感與責任的領域，因會使家庭照顧的無酬性變得理所當然，它應該是一種親屬、社會與政府的共同責任與義務。

國內外許多研究探討家庭照顧者的特質。一項針對 5788 個癡呆症病患家庭照顧者的研究統計：照顧者的年齡平均為 63 歲，女性占 72 %，與病患關係上，配偶為 48 %、女兒或女婿為 32 %、兒子或媳婦為 8 %（Yaffe et al., 2002）。Gold, Reis, Markiewicz 及 Andres（1995）的研究中關於家庭照顧者特性也顯示類似的結果：平均年齡為 63 歲，配偶為 60 %，女性照顧者約佔 70 % 等，相似的研究統計亦見於 Sulkava 等（2001）的報告中。國內關於家庭照顧者的相關研究中，顯示照顧者中七成為女性，近五成的女性老人由媳婦照顧，而將近一半的男性老人由配偶照顧（吳林，1999）邱陳（1997）回顧歷年各項研究關於家庭照顧者特性的分析，發現：女性占 7-8 成，年齡在 60 歲以上者佔 3 成 5 至 4 成 5，照顧時間多在 2 年以上，照顧者關係依序為配偶、媳婦、子女。

歸納以上的文獻，女性成了家庭照顧者的代言人。傳統的社會價值體系將女性定義為「照顧者」，照顧工作不僅切割了女性的時間，它更限制了女性的思想與行動，進而造成女性在經濟的弱勢而被迫成為依賴者，縱使在社會進步的今日，女性走向職場，有了新的社會角色，然而，對女性傳統角色的期待卻依然存在（許，2001）。另一值得關切的是，從文獻中可發現東西方女性照顧者角色的不同。西方國家以女兒為主，而東亞國家則以媳婦為主。Bould 認為，女兒奉獻其黃金年華於家庭老人照顧的原因是母女間的情感連結（emotional bond）（引自許，2001）。而東亞各國，儒家思想

尊崇「百善孝為先」，社會與文化價值觀對媳婦角色的定義，已深植人心，「孝道」的規範及社會壓力，使得媳婦將照顧侍奉公婆內化為己身的責任與義務（徐、吳，1998）。

家庭照顧者經常被視為「隱藏的受害者」，不僅需擔起長期全責的照顧工作，並承受照顧老人所帶來的壓力及負荷（許，2001）。賴及盧（1998）採民族誌研究法，探討居家失能病患之女性照顧者的生活經驗，將訪談結果歸納為五個文化性主題：（1）被動性酬賞：女性需以自我犧牲的方式承擔照顧責任，才能獲得善盡職責、表現孝道及有面子等社會酬賞，進而肯定自己；（2）女性的自我觀：女性往往把自己與她的社會角色及地位所伴隨而來的權利與義務緊密的結合，呈現是無我的女性特質；（3）命定論：照顧者陳述著艱辛的照顧過程，終歸是自己的「命」，及是前世的業報因果；（4）孤獨的歷程：在照顧的過程中，照顧者常需獨自面對種種困境，缺乏他人的支持，及面臨社交上的種種限制，使得照顧者感到孤立、無助的走過艱辛且漫長之照顧歷程；（5）持續照顧工作之策略：照顧者在過程中發展控制照顧情境之策略，使它不再處於混亂的狀態，而能得心應手的執行及持續照顧工作。

照顧失能的老人對家庭來說是個重大的挑戰。老人的障礙、問題行為、日常生活的依賴等，伴隨著老化的過程，形成照顧者越來越沉重的負擔，甚至造成照顧者健康狀況變差（許，2001）。關於家庭照顧者的負荷，相關

研究結果對照顧工作的描述多為負向的感受，如：家庭照顧者的社會活動嚴重受到限制、有 18.6% 的家庭有一人必須辭掉工作以便照顧病患（戴、余、連，1990）；24 小時的照顧工作常使得照顧者覺得被綁住、家庭生活常規混亂（湯、毛、周、陳、劉，1992）；體力耗盡、沒有自己的時間（徐、張，1992）；家庭內部的衝突與不和諧、家庭角色往往為了因應照顧的需求而產生角色混亂的現象（Perel, 1998）；疲倦、食慾不振、心情煩悶、無助、感覺被過度依賴、社會孤立及經濟負擔加重（朱，1999）；照顧者會隨著病患身體功能的改變而改變其生活型態、婚姻以及由於經歷害怕、憂鬱、憤怒、緩解及認命等各種情緒的大起大落，而使個人情緒穩定性的改變（Kievman & Blackman, 1989）。當老人的健康情況越來越差、家庭間的衝突擴大，或者照顧者無法再承受照顧負荷時，家庭照顧需尋找替代方案來解決家庭的危機，此時家庭成員常選擇長期照護機構來安置老人（林、歐、吳，1997；胡、郭、王，1996；許，2001）。

第三節 長期照護機構對家庭及社會文化的衝擊

一、長期照護機構的源起與發展

由上述文獻可知長期照護機構在長期照護體系發展的現況，而至於長期照護機構的發展史則在美國最早約開始於 1890 年，為了安置無家可歸的

老人或殘障者，地方上成立了救濟院（poorhouses） 養老院（almshouses）等機構，提供食、衣、住等基本的生活照顧。而在 1935 年，美國國會通過「社會安全法」（The First Social Security Act），只對住於私立救濟院及養老院之院民發放救濟金，致使私人營利機構快速成長，並迫使公立機構迅速萎縮，對機構住民的照護與生活品質影響甚深（阮，1999）。

而在中國人的社會裡，類似機構式長期照護的模式，在古代就有宗教性的安養機構，一般信徒（居士）年老入住寺院之內，靜休養老，某些宗教團體也興辦安養機構來安養貧苦老人（關，1996）。台灣在民國 69 年，「老人福利法」正式公佈實施，第七條明定應設四類老人福利機構：扶養機構、療養機構、休養機構和服務機構，依此可成立仁愛之家、安養、養護中心等社會福利機構，以收住孤苦無依或需長期照護的老人，給予生活上的照料（阮，1999）。綜合以上文獻，機構式長期照護發展的初期，濟貧撫孤的慈善色彩相當濃厚，使得一般民眾對它的觀感常與「貧苦無依」做連結，所以，入住老人機構常被認為是「遭家人遺棄」、「子女不孝」的象徵，這在重視家庭的中國社會裡，更加深了對機構式照護負面的印象。

我國在 1997 修訂之「老人福利法」中將福利機構分為五種：(1) 安養機構：以安養自費老人或留養無撫養義務之親屬或扶養義務之親屬無扶養能力之老人為目的；(2) 養護機構：以照顧罹患長期慢性病或癱瘓老人為目的；(3) 文康機構：以舉辦老人休閒、康樂、文藝技藝及聯誼活動為目

的；(4) 服務機構：以提供老人就業資訊、志願服務、在宅服務、餐飲服務、社區日間照顧服務、短期保護及安置等綜合性服務為目的；(5) 長期照護機構：以照顧罹患長期慢性並且需要醫療服務之老人為目的（賈，2001）。

而關於長期照護機構近年的發展，依行政院衛生署「老年長期照護三年計劃」（1998）指出：至 1997 年底，台灣老年人口有 172 萬多人，達人口總數之 8%，並估算需長期照護人數約 10 萬 6 千多人，對機構式照護之提供，設定 30% 為其發展目標，若依此目標比率推算，預估需要機構式照護人數約 31,800 人，這一需求量將隨人口老化程度的增加而加劇（陳，2001）。表二說明機構式長期照護需求情況。

由表中可看出，長期照護機構床位至 93 年床位將逾四萬床，據此估算我國每百位老人具有 2.2 床的機構資源，此一資源配備水準和英國相似，較日本每百位老人具有 2.8 床的配備亦相差不遠，我國機構式照護資源已十分充裕。機構式照護資源的問題不在數目的不足，而是設立與管理的問題，這也是未來關注的重點（吳、陳，2000）。

檢視文獻中所敘述，機構式長期照護的發展初期，撫孤濟貧的色彩濃厚，影響了人們對它的觀感與印象，再加上中國人傳統的家族觀，及孝道的文化規範，使得家屬在安置家中老人於機構時，必須面臨「子女不孝」、「未盡奉養伺候之責」等文化標籤的考驗。

亦如在第二節中所述，家庭的情感功能對家中每一位成員的重要性。當家中的殘病老人，無法再由家庭照顧負荷，而必須考慮安置於機構中時，親情的衝突，對親人的不捨與無奈，也是機構式長期照護發展中除了孝道的文化意涵之外，另一個敏感的困境。

表二 機構式長期照護需求推估表

	86年	89年	90年	93年(預估)
需求數				
需長期照護人數	106,211	110,150	118,531	127,068
需機構式長期照護人數	31,863	33,135	35,559	38,120
機構式供給數(立案數)				
護理之家床	1,120	7,917	11,430	13,520
一般慢性病床	4,691	5,027	5,027	5,027
社政養護床	4,237	14,968	15,968	16,968
榮民之家床	2,151	2,151	2,151	2,151
合計	12,199	30,275	34,576	37,666
供需差距數	-19,664	-2,860	-983	-454

資料來源：譚(2001)。

二、長期照護機構發展對孝道文化的衝擊

在長期照護機構中談論「孝道」，是相當沉重的，甚至在某些情境下，是個禁忌的話題。幾千年來，傳統的中國社會一直是農業社會的型態，以農業為重心的經濟生活與社會生活，「家族」是主要的運作單位，因而形成了強烈的家族主義，在這種家族主義色彩的影響下，為了維護階層式的父權家族的壯大、和諧與延續，子女必須要傳宗接代，要奉養父母，要依順父母，要隨伺父母不遠遊。在社會化的過程中，要子女養成這些觀念、意願和行為，即必須提倡及強調一套包含這些心理與行為要素的意識型態，這便是「孝」或「孝道」(楊、葉、黃，1989)。

孝是人類本能的道德化，影響中國人社會最深遠的儒家思想，將這種本能道德化藉文字書寫出來，並加以提倡，其對「孝」的論述甚多甚廣：
<孝經 庶人>：「用天之道，分地之利，謹身節用，以養父母，此庶人之孝也」；<論語 學而>：「弟子入則孝，出則弟，謹而信，泛眾愛，而親仁」；<孟子 離婁>：「事，孰為大？事親為大」；<孟子 離婁>：「仁之實，事親是也」；<禮記 內則>：「曾子曰：『孝子之養老也，樂其心，不違其志，樂其耳目，安其寢處，以其飲食忠養之，孝子之身終』」(賴、黃，1992)；<曾子大孝>云：「孝有大孝尊親，其次不辱，其下能養」，中國傳統社會視奉養雙親為孝的基本，古代更有政府頒布詔令不准百姓違背這項社會良俗，唐肅宗乾元元年(西元 758 年)詔令：「百姓中有事親不孝，

別籍異財，沾污風俗，虧敗名教，先決六十，配隸磧西；有官品者，禁身聞奏」。〈明律?戶律〉：「凡祖父母、父母在，而子孫別立戶籍，分異財產者，杖一百（須祖父母父母親告，乃坐）」（引自葉，1997）。傳統的中國社會裏，孝道的影響無遠弗界，它是最重要的善行與德行，是一切道德的根本，一切教化的來源，是事親、治家、治國、平天下的極則，是中國文化最突出的特色（楊，1988），而「奉養雙親」又是孝的最根本，這樣濃厚的民族傳承與深遠的文化淵源，若要改變孝道中「奉養雙親」的認知與行為，必要面臨漫長及苦痛的各種困境。

時代的變遷，使得台灣從農業社會轉為工商社會，農業社會是以家庭為運作單位；而工商社會是以個人為運作單位，除了社會型態、經濟型態的轉變，隨之轉變的還有社會價值、社會文化、社會認知及社會行為。很顯然的，傳統孝道在過去農業社會所扮演促進家庭與社會的和諧、團結與延續的功能已逐漸沒落，孝道必將重新組形，以符合現代社會的價值與文化。楊（1988）闡述由傳統孝道蛻化而來的新孝道，會強調親子（女）雙方的價值、尊嚴及幸福，會尊重親子（女）雙方的獨立、自主及自動。然而縱使新孝道的逐漸成形，台灣民眾對於「奉養雙親」、「感念親恩」、「尊敬雙親」以及「親自奔喪」等四項具體孝道內容，仍有相當程度的重視，而「榮耀雙親」、「保護雙親」、「陪同在側（婚後同住）」、「傳宗接代」及「抑己順親」則是逐漸式微的孝道觀念（葉，1997）。「奉養雙親」與「孝道」

的連結如此根深蒂固，除了道德禮教的影響之外，人類自然的親情依附應是最大的推手，可以想見的，將年老父母送進安養機構，所面臨的倫理困境，除了背負「不孝」的罪名，更須經臨心靈上的衝突與煎熬。

孝的核心意義大致可界定為：子女盡心盡力的侍奉雙親，並滿足雙親合於道理、不悖人倫的要求。在中國社會裡，為了回報親恩，身為子女負有奉養父母及盡力滿足父母需求的責任。但在下述的情境下，常會造成子女行孝的困境：(1) 當父母的要求或行為違反道德或悖於人倫，(2) 父母的要求或行為與子女期待的價值目標相衝突時，(3) 父母的要求超出子女的條件或能力所能負擔時，(4) 對父母的責任或義務與自己其他角色的責任或義務相衝突時，和(5) 當父母彼此之間意見不合或爭吵時(葉，1995)。在上述的孝道困境中，第(4)項的情境常發生在奉養問題上，在價值取向愈趨多元化的現代社會中，子女若要隨伺在父母身邊奉養父母，常伴隨著對個人追求自我成就與理想的壓抑與放棄。然而，相反的角度來看，若是因考慮個人的能力、健康、工作等因素，而無法親自照顧父母，而不得不將父母安排至長期照護機構。長期照護機構一方面替代部分家庭老人照顧的重擔，同時也形成家庭反思家人關係及角色的借鏡，老人安置的主題突顯了家庭在「社會文化價值觀」與「現實情境」間的兩難，因而造成了家屬多重複雜的情緒反應(許，2001)。

三、長期照護機構的安置問題對親情之衝突

“入機構的那一天，他拒絕下車，他一點也不喜歡那地方看起來的樣子，有四位機構的工作人員試著與我爸爸溝通，有一度他幾乎要下車，但隨即又改變心意。後來我媽媽含淚簽了入院同意書，醫生的醫囑使得爸爸被帶入了機構內，他坐在一張椅子上，沒有講任何話，也沒有任何的掙扎，那是我這輩子最痛苦的一天”（Sorrells, 1991, p. 237）。

雖說長期照護機構可因應社會變遷需求，彌補家庭照顧功能的不足，但是當家庭在面對安置親人於機構中，所面臨情感層面的衝擊是相當大的。關於機構的安置（placement），國外對這個議題的探討已有一段時日，許多研究採深度訪談的質性研究法，探討人們面臨安置親人於機構中的經驗（Johnson, 1990; Kellett, 1999; Krause, Grant, & Long, 1999; Lundh, Sandberg, & Nolan, 2000; Nay, 1996; Ross, Rosenthal, & Dawson, 1993; Ryan & Scullion, 2000）。其中以機構老人配偶（Lundh, Sandberg, & Nolan, 2000; Ross, Rosenthal, & Dawson, 1993）或女兒（Johnson, 1990; Krause, Grant, & Long, 1999; Ryan & Scullion, 2000）為研究對象，也有以其它家屬成員為研究對象（Kao, & Stuijbergen, 1999; Kellett, 1999; Nay, 1996）。

這些研究結果呈現的主題大致可歸納為：（1）受親情倫理與現實問題兩難處境煎熬的決策過程（Johnson, 1990; Kellett, 1999; Lundh, Sandberg, & Nolan, 1996; Nay, 2000; Ross, Rosenthal, & Dawson, 1993; Ryan & Scullion,

2000),(2)照顧者角色喪失所帶來的失落感(Kellett, 1999; Krause, Grant, & Long, 1999; Ryan & Scullion, 2000),(3)罪惡感(Johnson, 1990; Kellett, 1999; Krause, Grant, & Long, 1999; Nay, 1996; Ryan & Scullion, 2000),(4)對機構中親人現況的無奈與不忍 (Kellett, 1999; Krause, Grant, & Long, 1999),(5)照顧者角色重新定位的掙扎 (Krause, Grant, & Long, 1999; Lundh, Sandberg, & Nolan, 2000;),(6)規則探視, 持續參與照護(Ross, Rosenthal, & Dawson, 1993),以及(7)對機構中親人健康及生命的不確定感(Krause, Grant, & Long, 1999; Nay, 1996)。

邏輯上來說, 當老人被安置在長期照護機構之後, 家屬照顧者應該會感到放鬆, 然而研究的結果卻顯示, 家屬需經歷如此的心路歷程, 雖然在安置老人於機構後, 照顧者的生理壓力減輕, 但是在健康問題、心理壓力、精神上的症狀及藥物的使用是增加的 (Johnson, 1990)。自己所愛的人需入住長期照護機構, 對家屬來說是生活中一個重大的壓力, 對照顧者而言, 更是「失敗」的象徵 (Dellasega, 1991)。在送走老人之後, 家庭的照顧者大多呈現情緒困擾、愛恨交集的矛盾情緒, 以及角色重新定位的掙扎, 這些強烈的情緒很少被專業人員所察覺, 而照顧者必須返家獨自處理自己的情緒 (許, 2001 ; Nay, 1996)。

長期照護機構因應社會變遷趨勢, 提供了老人照護困境的解決之道, 然而是否任何的收穫就需要付出代價? 「孝道困境」與「親情衝突」是這權

宜替代方式的痛，就如前文所述，孝道是中國人社會中淵源已久的文化，它已深植人心，要改變是如此的沉重；親情倫理更是人類天性的自然流露，對親人的愛與照顧，受到失敗，經歷到失落，其情感層面的落差是相當巨大的。

以護理人性關懷的理念來看待這個議題，長期照護機構除了在政策與體制的建構外，隨之而來關於機構中老人及其家屬，在社會文化層面的衝擊亦應是我們關切的重點。

第四節 質性研究

Denzin 和 Lincoln (1998) 對質性研究的描述為：在自然的情境下，透過各種方法，收集人類生活經驗或現象，並進一步瞭解及說明其所產生之意義。質性研究自 1900 年開始在西方社會科學界萌芽，經過數個時期的演變，在各自歷史背景的時空交錯下，呈現不同的內容與意義(胡，1996)。

Denzin 和 Lincoln (1998) 將這些時期的演變史劃分為五期：

(1) 第一期：傳統期 (the traditional period) - 1900-1950。這時期的質性研究仍以對「殖民社會」的田野經驗，進行所謂實證主義典範的「客觀描述」為理念，其研究對象 (the other) 相對於研究者都是陌生的、奇特的、遙遠的人們。

(2) 第二期：現代期 (the modernist phase) - 1950-1970。這是質性研究的黃金期。此期傳統期的影響還在，但是方法上則較具體，對象也不限殖民的社會，資料的收集與分析也經過「標準化」的設計。「後實證主義論」 (postpositivism) 是這時期重要的知識典範，現象學、茁根理論、女性主義論都在這時期受到重視與討論。

(3) 第三期：領域模糊期 (blurred genres) - 1970-1986。此期因文化人類學者 Geertz 提出社會科學與人文科學之領域界線不應明顯區分，領域模糊論因而產生。人文領域的視角開始引進，文本 (text) 分析、敘說分析 (narrative analysis)、語意方法 (semiotic method) 進入質性研究的空間 (引自胡，1996)。

(4) 表達的危機期 (crisis of representation) - 1986-1990。此期出現了一些對質性研究的批判的著作，Marcus 和 Fischer (1986) 認為「研究」和「寫作」本身即是性別、社會階層、種族之反射 (reflexive)，過去傳統研究的標準受到批判。

(5) 目前發展 - 1990-迄今。傳統疏離的研究者 (aloof researcher) 的概念已經被摒棄。更多行動研究 (action research) 和行動主義導向 (activist-oriented) 之研究開始發展，傳統習慣上龐大的研究說辭 (grand narratives) 正被針對專一問題、專一情境的小型理論說辭所取代 (胡，1996)。

Boyd (2001) 歸納，質性研究大致有幾項共同的特徵：以整體性的方

式探究研究問題，研究的焦點是人類的經驗，在自然的情境中收集資料以及重視研究對象的生活脈絡，研究者高度地介入研究對象的生活情境中，通常使用參與式觀察法或深度訪談，研究結果通常為關於人們在此經驗中的敘述性資料 (narrative data)。

Bryman 亦指出質性研究的特性，應有以下幾個標準：

(1) 透過被研究者的眼睛看世界：研究者必須掌握被研究者個人的解釋與觀感，才能明瞭真正的內涵。

(2) 詳細的描述事件及情景發生的背景：幫助研究者瞭解研究主體的解釋。

(3) 了解研究問題在社會脈絡中的意義：在了解事件及行為時，須將事件放在其發生場景或脈絡中去看，才能對事件作完整瞭解，而事件也才能顯現其真實的意義。

(4) 重視時間與過程：質的研究者認為社會生活是動態的、進行的，是一系列且相互關聯的活動，因此重視事件背後的過程機轉。

(5) 採開放及非結構式的研究設計：研究時採開放或非結構方式，讓資料呈現它自己的面貌與意義。

(6) 避免在研究的初期就有概念或理論的形成：應讓資料本身解釋整個現象的意義，而非用理論或概念去引導資料的呈現 (引自 Silverman, 1994)。

歸納來說，正如 Merriam (1988) 所說質性研究在探討人們對生活經驗或現象的感受與此經驗帶給他們意義，研究者以本身為研究工具，透過與

研究對象的互動過程，收集研究對象對此經驗或現象的語言、文字或行為，以歸納的原則，真實的描述這些過程中所產生的意義與瞭解。

本研究的目的是探討 - 家屬安置老人於長期照護機構之經驗，重點在於自然情境中的互動關係以及當事人對其經驗世界的詮釋。此種研究問題的本質，唯有透過質性研究中對情境脈絡的敏感以及以具深度、彈性的研究方式，才能完整地瞭解研究對象對此經驗的真實意義與面貌。

第三章 研究方法

第一節 研究設計

本研究之主題為探討家屬在安置家中老人於長期照護機構的經驗，國內關於此經驗的研究相當有限，而國外的文獻顯示此經驗多涉及許多內心感受的陳述。此外，此種生活經驗著重被研究者對經驗的主觀感受，而且經驗的本質並非幾個變數可以進行測量與說明，而必須瞭解在其生活脈絡中，被研究者對此種經驗所領受到的意義，以及對此生活經驗所作的詮釋。基於以上的因素，對於此研究問題的探索，必須經由研究者透過深度訪談的方式，收集研究主題相關的資料，故採質性研究方式來進行。

第二節 研究對象

本研究的抽樣方法是採取立意取樣(purposive sampling)方式來選取樣本。立意取樣的邏輯是在策略上及目的上選取資訊豐富(information-rich)的個案，個案類別及個案數的選取依研究目的而決定(Patton, 2002)。Polit 及 Hungler (1999) 說明立意取樣的樣本數決定於資訊上的考量，當新樣本已不能再提供新的資訊，即表示樣本數已足夠，「資料飽和」(data saturation)

是選樣的指導原則。為了確保資料的飽和，在資料達飽和後，再多訪 2-3 位個案。

本研究的目的是在探討家屬安置老人於長期照護機構之經驗，研究對象為長期照護機構中 65 歲以上老人的家屬。樣本來源為台中縣市的長期照護機構。研究者曾在台中市及台中縣的兩家護理之家進行「高級成人護理學」的實習，以研究對象的可近性來說，由於研究者與這兩家護理之家在實習期間建立良好的關係，所以一開始的選樣以這兩家護理之家老人的家屬為優先考量。

研究者在選擇樣本時，先與護理之家的負責人說明研究的目的、收案標準、期望的個案類型（如住民老人的女兒、兒子或配偶等），以及研究的過程，在取得該機構負責人同意之後，研究者透過負責人的介紹，與個案進行接洽，在適當充分的說明研究相關過程之後，個案若是同意參與此研究，則簽下研究同意書，並與個案約定訪談時間。

本研究之取樣，初期訪談一至兩位機構老人之家屬，作為前趨研究。前趨研究的試訪，可以讓研究者發現原本並不清楚或甚至忽略的層面與問題，還可使研究者測試訪談指引的問題是否能收集到與研究主題相關的資料，並精練研究者的訪談技巧及情境控制的能力（Denzin & Lincoln, 1998）。

接著進入正式訪談階段，此階段針對機構中老人家屬在安置老人的經驗作開放性深度的訪談。訪談之後立刻進行資料分析，當這些主題未再發

現新的特質，則停止收案。

本研究研究對象之選擇標準如下：

1. 居住在長期照護機構之 65 歲以上老人的家屬。
2. 能使用國、台語溝通且意識清楚者。

第三節 資料收集與分析

一、資料收集

本研究的資料收集方法是以深度訪談 (in-depth interview) 為主。透過深度訪談，研究者可以進入受訪者的主觀世界中，瞭解受訪者對某個主題或某個經驗的感覺、想法或意象。質性訪談有三種方式：非正式的會話訪談 (the informal conversational interview) 一般性的訪談指引法 (the general interview guide approach) 及標準化開放性訪談法 (the standardized open-ended interview) (Patton, 2002)。

本研究採一般性的訪談指引法，即在訪談前，研究者先針對研究主題擬妥訪談大綱，在訪談中可依據訪談大綱的內容，進行深度訪談。訪談大綱的內容除了與指導教授仔細反覆討論之外，亦經過老人護理專家的審核。訪談大綱主要的目的是可幫助確信所有相關主題均被涵括。訪談大綱不預先寫下任何標準化的問題，研究者必須在真實訪談情境中，就當時受訪者的反應、訪談過程的氣氛等，而調整問題的字句與順序。訪談大綱主

要的問題為：能否請您談談您安排您的家人住進長期照護機構這整個過程的經驗？

訪談的地點幾乎都在長期照護機構中的會議室或庭院的角落，只有一位個案在家中受訪。訪談過程均予錄音，每一次訪談時間約 60-90 分鐘，每位個案訪談一次，訪談過後，立即謄寫逐字稿，以確保完整的資料收集，避免有所遺漏。

二、資料分析

質性研究的資料收集與分析是同時間進行的。在收集資料的過程中，針對收集到的資料進行分析，分析後再決定下一次的資料收集，依此步驟，不斷反覆，直到資料飽和 (Patton, 2002 ; Polit & Hungler, 1999)。

本研究的資料處理，主要是依據訪談錄音之逐字稿來做分析。研究者於訪談後 48 小時內將錄音帶內容，以電腦打字成逐字稿的型式，仔細閱讀這些原始資料，進行分析，持續不斷的檢視、歸納，發現資料內潛在的意義，並歸納產生，進而賦予概念性的類屬。這些編碼或概念性的類屬可作為下一次訪談收集資料參考的方向。如此經過不斷重複這些過程，產生其他新的概念性類屬，直到資料飽和後，即不再收集資料。資料分析的步驟如下(Tesch, 1990)：

(1) 將訪談過程之錄音內容，寫成逐字稿。仔細並重複閱讀逐字稿內

容當有某些想法時寫下摘記，以對整體全盤瞭解。

- (2) 將謄寫的訪談內容經一再的閱讀之後，自我反思此內容代表了什麼？思考並在旁寫下資料內容所隱含之意義。
- (3) 當完成數篇訪談內容之上述工作後，將所有呈現出的意義列出，相似的意義則歸類在一起。
- (4) 將上述歸類後的意義轉為編碼 (codes)，並將這些編碼歸到適當的原始文字內容中，並檢視是否有新的編碼出現。
- (5) 將性質相似的編碼組成類屬 (categories)。
- (6) 列出所有的編碼與類屬。
- (7) 將屬於各類屬之資料歸於其下。
- (8) 現存資料必要時可重新編碼。

期能經由不斷重複又重複比較所登錄的類屬及編碼，描繪出家屬於長期照護機構的經驗與感受。

三、研究之信任價值度 (trustworthiness)

本研究之信任價值度運用 Lincoln 及 Guba (1985) 所提出四項質性研究信任價值度之評量標準來控制：

- (1) 確實性 (credibility)：是指資料的可信度，真實的程度。所謂具有「確實性」的資料，是指研究結果能真實反應研究對象的主觀經驗感受

及其文化脈絡，有相同經驗的人們能立即確認研究結果就是他們的對於此經驗的感受。研究者可以下列方法提高確實性，包括：延長在研究場域的時間（prolonged engagement）、持續的觀察（persistent observation）、同儕辨證（peer debriefing）、個案檢核（member check）等。

研究者在資料收集時，先與研究對象接觸 1-2 次，建立信賴關係，以收集到真實的資料。研究者曾修習過老人護理課程，並在護理之家實習 6 學分，對研究主題具有相關的經驗，研究者亦曾接受質性研究法之訓練。當資料收集後，與同儕以及指導教授不斷就資料分析進行討論，以達資料的確實性。

（2）可轉移性（transferability）：指資料適用性及廣泛應用性。亦即研究結果在其它相似的情境中是否可被應用。Lincoln 和 Guba（1985）建議盡可能提高個案的異質性（variation sampling），在立意選樣時，選擇背景資料相異的個案，可使資料的廣度增加，而增加其可轉移性。因為在選樣時，若沒有考慮個案的異質性，可能有所謂的「精英偏見」（elite bias）以及「整體謬誤」（holistic fallacy）等現象，而威脅研究的效度（Sandelowski, 1986）。此外，研究者在研究報告中有義務提供豐富足夠的描述資料，以供讀者檢視其資料的可轉移性。

（3）可靠度（dependability）：是指研究結果的穩定性、可重複性、一致性等。Lincoln 和 Guba（1985）指出「可審查性」（auditability）是檢視

質性研究一致性的指標。「可審查性」指研究過程中將原始資料、分析資料等確實保留，並清楚說明研究過程相關步驟與決策，使研究過程有跡可循，建立所謂「審查管道」(audit trail)，可提高研究之可靠度。

(4) 可確認性(confirmability): 指研究者在研究過程中能排除偏見，而維持中立(neutrality)。當確實性、可轉移性、可靠度被建立時，可確認性即可達到(Lincoln & Guba, 1985; Sandelowski, 1986)。

研究過程中，研究者要求自己保持「客觀」、「中立」的態度，隨時紀錄資料收集過程中研究者自身的心得、想法、情緒、態度，以作為資料分析時澄清的參考。並妥善保存研究過程中的資料，供日後審查之依據(Appleton, 1995)。

第四節 研究倫理考量

相關於質性研究的研究倫理議題，包括：研究同意書的簽寫、研究對象的尊嚴以及隱私權的確保、研究對象之自願參與權及免受傷害原則等(Holloway & Wheeler, 1995)。

本研究中訪談法之研究設計，並不涉及醫療上或生命上的危險。研究對象有權拒絕參與訪談，即使同意參與，亦有權利隨時可以退出研究過程或拒絕回答研究者的問題。

在研究訪談進行前，先說明研究目的、過程，徵得研究對象之口頭同意，再約定時間簽寫研究同意書，若研究對象完全瞭解同意書上的各項說明，並簽寫同意書，則開始進行研究之訪談。研究同意書見附錄一。

訪談錄音所得的內容之逐字稿中，完全刪去研究對象之姓名，以編號來取代，研究結束之後，所有錄音帶予以銷毀，原始訪談之書面資料，妥為保存並嚴格保密，只作為論文分析之用。

第四章 研究結果

第一節 個案描述

依據研究選樣原則，本研究共訪談 11 位個案，個案來自台中縣市四家私人立案護理之家的家屬，其中男性 6 位，女性 5 位。年齡大多以 40-60 歲中年人為主（70%），另外有一位為老人的配偶，年齡為 69 歲，另有一名受訪者為老人之養子，年齡為 21 歲。教育程度從不識字到碩士都有。與老人之關係中，兒子 5 位，媳婦 1 位，女兒 4 位，配偶 1 位。

個案 1 為老人的長子，在老人 4 年前中風之後，就負擔起照護的責任，但是他一方面還要做生意，所以常常必須家裡、工作場所兩頭奔波，這樣的照護在老人入機構前持續了 2 年，後來因為老人的健康狀況變差，才決定將老人送入機構中照護。

個案 2 為老人的長媳，嫁入夫家後，與公婆同住 30 年，老人（個案的婆婆）15 年前開始有躁鬱症的情形，1 年半前情況變差，其行為以及精神上的症狀，已非家庭照護所能處理，因此在其他家人的決定下安排入住機構。

個案 3 為老人的長子，他與個案 2 為夫妻，一同接受訪談。

個案 4 為老人的長女，老人之前與四子同住新竹的老家。2 年前老人在

家中跌倒之後，行動不便，需人照護。然而個案的四弟患有精神疾病，個案不放心老人與四弟同住，於是與二位哥哥商量之後，決定將老人安置在機構中，有專人照護，他們比較放心。

個案 5 為老人的三女，老人有四個女兒，在老人的先生過世之後，老人與四女兒住在美國，後來因為老人出現失智以及憂鬱症的現象，四女婿覺得無法照顧，因此個案將老人接回同住，而隨著老人情況變差，家庭照護上越來越困難，個案與其他姊妹商量之後，將老人安排入住機構。

個案 6 為老人的先生，老人 1 年半前中風，雖然三兒子與他們夫婦倆住很近，但是因為兒子的工作繁忙，平常都是由個案與一位外傭負責照料老人。由於中風之後，老人的血壓及血糖值一直不穩定，出入醫院的情況頻繁，後來兒子們以及個案決定將老人安排在醫院的護理之家療養。

個案 7 為老人的養子，因為老人的先生早逝，留下他們孤兒寡母相依為命，在個案即將升高中的那一年，老人中風，個案因此曾經休學兩年在家照顧老人。後來因為親戚幫他們詢問到有關低收入戶，安置須長期照護老人的相關補助措施，才得以讓他暫時卸下照顧的重擔，回到學校繼續學業。

個案 8 為老人的么子，老人其他三個兒子都住在台北，還有一位女兒住雲林，而個案居住在台中，距離老人最近。老人不願干擾兒女們的生活，堅持獨居，平常都由個案經常的探視老人的生活起居，然而因為老人的健

康狀況隨著年歲漸大而走下坡，尤其高血壓的問題，常常使得老人緊急住院，個案不放心老人獨居，徵求老人的同意之後，決定將老人送到機構中，由專業人員來照顧。

個案 9 為老人的么子，老人中風之後，他們兄弟考量老人照顧工作的艱困，決定將老人送入機構。而根據個案的敘述，因為他未婚，工作上時間的調配比較有彈性（開計程車），所以平常他都會每天來探望老人。

個案 10 為老人的長女，老人患有失智症，而老人的兒子媳婦們因為工作關係，無法照顧老人，個案於是將老人接回家中照顧，但因個案本身年紀也大了，無法負荷沉重的照顧工作，在兄弟姊妹們的商量之下，將老人送入機構。

個案 11 為老人的二女兒，老人原本獨居，但是半年前老人因為疾病造成行動上的不便，老人唯一的兒子本身亦患有慢性病，需人照顧，而個案與姊姊都因工作關係亦無法照顧老人，同時也因為老人需要較高技術的護理照護，所以她們決定將老人送入機構中，使老人得到妥善的照護。

入機構的老人都有主要的醫療問題，以腦中風的診斷居多（60%），老人罹病期有長達 15 年的，最短的為一個半月。而老人入住長期照護機構的時間，最長的為 8 年，最短的為 1 個半月。老人的活動功能，以長期臥床者居多。有關受訪個案及其老人的基本資料詳見表三。

表三 受訪個案及其老人的基本資料

個案編號	性別	年齡	教育程度	職業	與老人之關係	之前是否與老人同住	老人年齡	老人性別	老人診斷	老人罹病期	入住期	老人行動狀況
1	男	56	小學	魚販	長子	是	76	男	腦中風	4年	2.5年	臥床
2	女	58	大學	教師	長媳	是	79	女	躁鬱症	15年	1.5年	輪椅
3	男	60	碩士	教師	長子	是	79	女	躁鬱症	15年	1.5年	輪椅
4	女	53	小學	職員	長女	否(與四子同住)	82	女	腦中風	2年	2年	臥床
5	女	42	碩士	工程師	三女	是	80	女	腦中風 憂鬱症 失智症	4年	2.5年	臥床
6	男	69	小學	退休	配偶	是	70	女	腦中風	1.5年	0.5年	輪椅
7	男	21	大學	學生	養子	是	70	女	腦中風	6年	4年	輪椅
8	男	50	大專	金融業	么子	否(老人獨居)	89	女	高血壓	4年	2年	輪椅
9	男	40	高中	計程車司機	么子	是	78	男	腦中風	3年	2年	輪椅
10	女	64	不識字	家管	長女	是	100	女	失智症	9年	8年	走路
11	女	47	高中	家管	次女	否(老人獨居)	88	女	脊椎壓迫神經	1.5月	1.5月	輪椅

第二節 研究發現 - 類別與編碼

經由質性深入訪談的資料收集、資料分析，家屬安置老人於長期照護機構的經驗，主要可分為兩個部份來描述：入長期照護機構前以及入住長期照護機構後。這兩個部份有不同的類別與編碼，如下所述。

入長期照護機構前

類別	編碼
盡己所能的家庭照護	孤獨感 失序的生活 沉重的身心負荷 嘗試改變照護策略 家庭照護功能的無能為力
時代轉換中的家庭照護	傳統孝道的堅持 兒子女兒的角色劃分 家庭手足之間老人照顧工作分配的“難” 三代不同堂 夾縫的中年
煎熬的決策過程	迫不得已的抉擇 選擇合適的長期照護機構 與老人討論安置問題 隱瞞老人
矛盾的決定	親情之割捨 機構的負面標籤 對護理專業照護的尋求

入住長期照護機構後

類別	編碼
百感交集	罪惡感 卸責後的輕鬆 擔憂與不忍老人在機構的生活 正面看待機構照護
積極面對老人的機構生活	對老人的情緒安撫 頻繁的探視 心態的重新調適 對機構照護的要求與監督 持續的參與照護工作 親情的再連結

第三節 入長期照護機構前

當家中老人因殘病衰老無法執行日常生活功能時，家庭通常負起照顧的責任。照顧自己年長的父母，或生病的配偶，是家庭的義務與責任，許多家屬在安置老人入機構前，大多數已採取一段時間的家庭照護，而這一段入長期照護機構前，家庭照護維持的時間，每個個案的情況不一，有的 1 年，有的 2 年，也有長達 15 年的，端視老人的健康狀況，以及家庭照護者的個人情況（如：健康、經濟、家族間的支持系統等）。然而由於社會變遷的種種因素，使得家庭照護在這樣的時代背景下，產生了一些執行上的困

難，而讓家庭照護者在家庭照護的歷程中倍感艱辛，甚至感到無能為力，而且當老人的健康情況越來越差，家庭間的衝突擴大，或者照顧者無法再承受長期及沉重的照顧負荷時，家庭照護需尋找替代方案解決家庭的危機，將老人安置於長期照護機構，理論上可以輕鬆解決家庭照護的困境，並使老人獲得較專業的照護，但是這決定的過程中卻是暗潮洶湧，其背後的內涵是文化與親情的衝擊。

本節即在闡述家屬安置老人入機構前，家庭照護的面貌與內涵，從研究資料中歸納出四個主要的類別，即「盡己所能的家庭照護」、「時代轉換中的家庭照護」、「煎熬的決策過程」，以及「矛盾的決定」。

一、盡己所能的家庭照護

家屬在安置老人於長期照護機構前的家庭照護，本於親情，而有捨我其誰的照顧義務，然而隨著老人身體的衰弱、病情的加重，日復一日不停歇的照顧工作，除了打亂了照顧者的日常生活作息、加重身心的負荷，照顧者更可能因無時無刻的照顧工作，而犧牲了自己的社交生活而形成孤立感，或者因缺乏支持系統，而孤獨承受辛苦的照顧責任。當照顧的壓力越來越大，照顧者為了持續家庭照護，嘗試改變照護的策略，盡自己最大的努力照顧家中殘病的老人，但是當老人的身體狀況越來越差，需要他人協助的日常活動越來越多，照顧者莫不深深感觸家庭照護的無能為力。

孤獨感

受訪個案 5 及 7，在陳述將家中老人送入機構前的家庭照護，因為沒有兄弟姊妹的分擔，以及社會支持系統的困乏，使照顧過程顯得孤單無助：

那時候我姐姐在美國，我有壓力的時候，我沒有人可以講話，該怎麼講，……，應該說我沒有談心事的對象，……，那你在工作場合，如果有朋友，他們也不太能夠體會。（No.5）

我幾乎沒有什麼娛樂，也和朋友沒什麼聯絡，因為我幾乎沒有辦法抽身去那裡啊，如果說非得要出外的話，也僅限於去菜市場買東西，或者是在住家附近辦一點事情，那時候我又還沒滿 18 歲，也沒有摩托車什麼的，蠻不方便的。就是一寸步不離的照顧我媽吧！…… 因為我家房子是租的，而且是在眷村，那裡之前，就是在比較早年的時候，人還蠻多，然後還蠻熱鬧的。就是你平常下午或放假的時候，很多老人家在樹下乘涼，然後小孩子四處嬉鬧之類的。現在的話，因為房子每年折舊啊，眷村也蠻破了吧，有錢的一些老榮民就搬走，然後現在感覺上就變得蠻荒涼或殘破的吧！我個人是這麼覺得，可是可能是沒那麼慘吧。然後那個時候我媽她生病，然後就可能脾氣又不是很好，而且我家就是，我和我媽就變得很少跟人家接觸，除了一些就是比較熟絡的鄰居之外，所以那段時間我覺得我媽她變得蠻孤僻的吧。（No.7）

失序的生活

因為老人疾病的關係，疾病本身造成的症狀，除了磨難老人之外，照顧者及整個家庭中的成員都會受到影響，並嚴重地打亂了家庭原有的生活次序與模式，讓家屬倍感照顧工作的艱辛。個案 3 的媽媽為躁鬱症患者，因為老人混亂的情緒及行為問題，嚴重的干擾他們正常的生活步調：

她就是說應該是有點躁症，躁鬱症的情況蠻不好處理的。她在家裡的一些情緒及行為會影響到我們的作息。連我老爸要過世之前，說一句蠻不好聽的話，都還不得安寧。我老爸那時候蠻洩氣的就說一句話，「乾脆我死了算了，我眼不見為淨。」……真的沒辦法，晚上大概 12 點開始，我大概都 11 點睡覺，那她 12 點就開始有狀況，比如說，「我存摺那麼多張有沒有掉？」啊我說「怎麼知道你存摺那麼多張有沒有掉？」那她還要我幫她對數目，怎麼樣的，一天來一個症狀，所以我那時候，真的受不了，所以那時候，我就給她撂下一個狠話，我說你再這樣給我鬧下去，因為我孩子都還很小，都還沒有成家，沒關係，我搬出去，我去外面租套房，我晚上能睡好覺就好。（長吸一口氣）但是，還是沒有改善。（No.3）

那陣子就是會常常說要自殺，就這樣一直鬧一直鬧，啊神志都搞不清楚，那個微波爐很燙，她也去摸，皮都燙得起水泡，每3分鐘、5分鐘就一直叫你要給她點藥，擦好了還要再擦，擦好了還要再擦，一直反覆這樣，搞得晚上就一直到我們房間去叫我們給她看，就不曉得怎麼辦！.....所有房間的衣服都把他搜出來，搞了一整個屋子，汗一直流一直流，然後在屋子裡一直走一直走，她要是病發起來就是這樣。(No.2)

她經常生活都是要依照她的方式來過，以前有一次，她剛好有事去小姑那裡住幾天，她不在，那天我們吃早餐，那時候孩子還很小，一下來，就叫：「媽，我們今天怎麼這麼棒，可以吃這樣！」就是長期這樣，別人的孩子可以，我們的孩子就不行！(No.2)

個案5的媽媽為憂鬱症患者，亦是因為情緒的不穩定，影響個案的小孩與外婆的關係：

因為她有憂鬱症，所以有時候她就有妄想啊，就是有時候情緒不穩定，就會隨便發脾氣。那當然如果她正常的時候，那就沒有問題，那同時我們家有小孩嘛，那我兒子那時候是念幼稚園中班左右，那比如說我兒子很頑皮，那她就會直接罵，她就會說你不乖，要打要怎麼樣的，那我小孩就會很生氣，那後來我都會跟我兒子說，婆婆生病了，所以婆婆講的話你就不要理她就好了，然後你在婆婆面前要乖一點，那我就是這樣跟他講。那其實她很愛我小孩，但是她就是沒有辦法像一個正常的人，那個情緒很穩定的情況這樣子。(No.5)

個案7為了照顧從小孤寡相依的媽媽，休止學業兩年，使得自己的生活及整个人生的規劃必須有所改變。

就是我國中畢業沒有多久，那時候正要上高職，我媽就中風了。然後我就開始在家裡照顧我媽，所以就沒有上學，大概照顧我媽一至兩年左右吧。(No.7)

沉重的身心負荷

因為照護工作沒有時限，複雜瑣碎的工作內容，有時又需兼顧家庭及工作，而照顧的對象更是自己的親人，除了體力上的付出之外，擔憂的心情也使情緒上飽受煎熬，家庭照護常造成照顧者生理上、心理上的沉重負荷。

躺在地上鬧（指她婆婆），我這個責任有多大，我是該怎麼辦？對不對？很可怕！真的好可怕，他把整個臉塗得都黑黑的，然後叫你幫她洗，喔，很難講，那個心路歷程（說話有點哽咽）.....你知道那個心境、那個歷程，喔，真的是心力交瘁！實在不曉得怎麼辦？長期這樣子，我們沒辦法，那一陣子，我自己也快要倒下去了！（No.2）

我跟她說，我今天不行了，我上班很忙，我今天還要辦一個大規模的教學觀摩（個案為學校教師），不要再吵、不要再鬧了，我受不了了。（眼框微濕、嘴角顫抖），你怎麼講...，很孝順的兒子也被她搞成這樣！真的是滿臉豆花，不曉得該怎麼辦！（No.2）

我媽媽剛開始來我家住的時候，我剛好工作性質也有一些轉變，一下調整不過來，那時候我自己都還有憂鬱症。就是說，我那時候憂鬱症我自己都不知道，因為那時候大家對憂鬱症好像不是很重視，我是事後我才知道我是憂鬱症。那時候我是運氣很好，我不是很嚴重我就...，我就是...，我每天大概 11、12 點我就睡覺，但是我 1、2 點就醒過來，然後我就跟我先生說：「怎麼辦！我都快要呼吸不過來了！」就覺得吸進去的氧氣好像不夠用，那種感覺，然後你就覺得你的心跳好像很快，但是你真正去量你的心跳又正常，就是那種好像心悸的感覺，然後那時候我就覺得我是不是有病。.....那時候我可能照顧我媽媽也有壓力，因為我媽媽晚上會尿床，會怎麼樣的，有各式各樣的問題。其實我媽住在我們家也跌過兩次，她跌得頭都破掉了。.....她可能就是，都睡不好，半夜都起來走，所以她的房間我都開燈，連廁所的燈我都開著，然後還有這麼多問題。然後我全家舖軟墊，就怕她跌倒，然後牆上都舖泡棉，後來。然後，就那時候，壓力很大（語帶哽咽）。（No.5）

當初她常常剛出院又入院那一段日子，不太穩定的時候，是很恐怖的，很可怕的，精神上的壓力很大！（No.6）

蠻辛苦的！因為我就跟我媽一起生活，我就要料理她的三餐，然後大小便之類的。那我媽脾氣又比較暴躁，那我常常就那一段時間，我幾乎都，..睡眠都不好就對了，因為我媽她只要一有什麼事情的話，她就會，就把我搖醒啊，就會說，我要上廁所，我要什麼什麼之類的。.....我覺得我照顧我媽，就是你 24 小時要照顧一位病人，蠻辛苦的。對啊，而且我覺得真的很累啦！就是真的蠻累的。（No.7）

她就是嘴巴一直碎碎念、碎碎念，啊她也不是在罵我們，但是那些年輕人（指個案的子女）比較受不了，啊然後家裡房間裡要是有什麼東西，就一直搜、一直找，一隻手停不了，啊拿到袋子就一直包、一直裝，喔，家人受不了！所以我就說她就是沒有人要！（No.10）

嘗試改變照護策略

艱辛的家庭照護過程，照顧者不得不嘗試著改變照護的模式，或者尋求可行的替代方式，讓家庭的照顧功能能夠繼續，盡最大的努力留老人於家中。所採用的策略大部份為僱請看護人員，來減輕家庭照顧者的負荷，

或者是家中兄弟姊妹輪替老人的照護工作。

我們也曾經請過外勞，請一年而已，我爸爸住院的次數很高，外勞在醫院顧，把我爸爸丟著自己跑掉。當然請外勞，在家裡我們又看的到，又不用這樣跑，很輕鬆。但是我們不在家時，他有沒有幫我們顧我們不知道。然後我爸爸住院時他就跑掉了。很多人建議，請外勞一萬多你不請，甘願來這裡花三萬多。外勞在顧，我不能說每個都不好，但是我們請到的就是這麼壞，所以我堅持不再請外勞。(No.1)

那我跟他(個案的爸爸)講，你一定要請看護，萬一有什麼閃失，你住在我這裡，我擔代不起。我說，錢的問題，我出，那後來我老爸也勉強同意，同意那階段，大概前前後後換了有七個到八個看護，只有其中的一個她是待的最久，那本來我跟她講是不是24小時看護，她說她試試看。.....那時候我們在家裡也請居家看護，居家看護還是每日一薪，沒有辦法長期來做。(No.3)

有一段時間我是跟她說，不然我帶你到我們家，啊她就是跟我們老四(個案家的四弟患有精神疾病)在家習慣了，人少比較安靜，啊我們家三四個孫子會吵啊，啊她就跟我說，我不要去你們家，你們家很吵，啊小孩子總是會吵，你不能叫他們靜靜的，有啦，她如果來就是大約一個禮拜或10天左右，然後就會吵著要回去，她待不住!(No.4)

之後一直到，我媽又開始她那個憂鬱症，情緒越來越不穩定，我妹妹的先生不太能接受(個案的媽媽原本住在她妹妹家)，那就說媽不要住他們家，我就說，好啊，那就來住我們家。結果來住我們家之後，那時候我就有開始考慮她後續的安置，如果有一天，她的狀況越來越嚴重，等於說，那時候只有請個小姐陪她，然後中午弄個飯菜給她吃，但後面，如果不是這麼簡單的時候，我就會考慮，要在家裡請一個看護來照顧，要24小時，那或者是要送到護理之家。(No.5)

我們就好啊，順著她的意(個案的媽媽堅持要自己住，不去子女家)，請一個人，像外勞或什麼都可以，跟你住在一起，但是她不同意。那後來就是說，她自己煮的時候，都蠻吃力的，後來就答應說，我們也是到處去打聽啦，後來在一個門諾醫院還是什麼的，它應該是屬於基督教團體的，它就是說，你只要設籍在台中市，它就給你送餐服務，我們就打電話要它跟我們送餐。.....曾經，我們也跟她說，要不然你去西螺，我大姐那邊，她也同意去，去那邊住沒多久，出現一個傾向，那是第一次，我們也不曉得，後來醫生是診斷說，是憂鬱症還是躁動症?....(No.8)

家庭照護功能的無能為力

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

自己顧，顧到後來，921 地震那年，可能受到了風寒，後來就變氣切，氣切我們算說不是專業的護理人員，就沒有辦法自己顧，算說以前我們自己在顧的時候，就已經不搭不七，無法像專業的護理人員，說有一個完整的照顧。.....畢竟在家裡顧，把他顧得一會兒這裡傷，一會兒那裡傷，所以我們沒有護理專業的人，我們是土法煉製，如果把老爸顧得出問題，我們實在沒有辦法承擔。(No.1)

她目前的情況，就她的病情來講有點反反覆覆，似乎有點週期性，但是這個週期不是很明顯，她這個症狀在我們家庭來講，處理上似乎有困難，尤其在我父親要過世的前兩三個月，症狀特別明顯，所以沒有辦法，那時候我們在家裡也請居家看護，居家看護還是每日一薪，沒有辦法長期來做，那並且她的行為會影響我們的作息。我自己，說真的，年紀漸漸大了，所以在體力、精神上的負荷蠻重的，所以後來，我們那弟媳婦就決定要把她送到那個地方去，這是沒辦法的事。(No.3)

因為我媽媽 30 幾年前就有糖尿病，你知道如果有糖尿病，有傷口或什麼的都比較麻煩，啊我們也比較不會處理，而且是說，我爸爸在 85 年過世之後，就剩下她和我們老四（指個案的弟弟），啊我們老四，吱...，精神有點..異常，啊所以在家裡我們就覺得她跟他在一起，我們是比較不能放心，所以把她安頓在護理之家，那有專人在照顧她，我們比較放心。(No.4)

比方過年我們會考慮是不是要把她接回家，我知道要把我媽媽接回家蠻複雜的，我可能連個病床都沒有，那我以前工作單位個主管，他的爸爸跟我媽情形很像，他爸爸是住在 * * 醫院的護理之家，然後我們兩個會常常溝通我們當家屬的心得，然後他最後是把他爸爸接回去，請一個外勞 24 小時照顧。他會跟我說，你可以去買病床，可以去買氣墊床，然後可以補助多少，這些我們都搞得很清楚，那我那時候考慮的是，接回去唯一的危機是，如果她又生病了怎麼辦？因為像我媽她第一次中風，我們就很緊張，但是那時候她還可以走路，我們就扶著上車，但是她第二次就很糟糕，意識就很不清楚，就是我們要把她弄上車，是一件很困難的事了！我們那時候沒有叫救護車，那....，當然也可以叫啦，但後來我們是沒有叫，所以就是，我先生就把我媽媽這樣抱起來，面對面這樣抱著，然後這樣一直抱到車上，然後那時候我會給媽媽穿尿褲，但是只有晚上睡覺的時候，那平常都沒有穿嘛，平常那時候她都還可以自理，所以那時候也都沒有給她穿尿褲，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。所以那時候我就會覺得，我發現我媽媽有狀況的時候，我那感覺是很無助！就是說，我不知道要怎麼幫助她（語帶哽咽），那當然我們第一個想法就是要趕快送到醫院，可是那個過程，我到現在回想起來，就覺得...，感覺就是有危機，感覺上你會覺得，她會不會在那個過程中....出什麼...狀況，所以我的感覺是如果要把我媽媽放在家裡會有這個危機。(No.5)

我也想過要帶他回家去照顧，啊，想想又覺得沒辦法照顧啦，啊又想想啦，如果帶回家，家裡的格局全部都要改，「戶登」(門檻)啦、浴室啦，通通要改！不然沒辦法啊，你像一些樓梯啊，如果沒有電梯的，要用抱的吶！你 100 次，不堪一次讓他跌下來，這個一定都要考慮到，這些家庭因素啊，對不對，是不是這樣？(No.9)

二、時代轉換中的家庭照護

農業社會轉型為工商社會的時代巨輪中，帶動了許多改變。當家中老人殘病，需要他人的照顧，家庭自然而然負擔起照顧的責任，過去的農業社會，因著家庭運作的模式與型態，總能恰如其分的扮演好家庭照護的角色。而社會的變遷也改變了家庭在照護功能上的運作能力，如三代不同堂、家庭手足各有各的工作崗位與家庭、職業婦女的增多，這些蛻變中的社會現象，都衍生了許多家庭照護的問題，甚至使家庭照護陷入困境。然而，雖然家庭與社會的結構在變，某些深植於人心的傳統價值與信念，卻仍受到一定程度的重視，時代轉換中的家庭照護，呈現出一幅傳統與現代交錯的景象，也因這樣新舊的交錯，使家庭照護處於兩難的掙扎之中。

傳統孝道的堅持

孝道是我國根深蒂固的文化，雖然隨著社會變遷，某些社會價值已經有所改變，然而孝道中的某些信念仍受到相當的重視。個案 2 為老人的媳婦，遵守奉養服侍是為人媳的義務與責任，是盡孝道的表現，而堅持了 15 年的家庭照護。

像我老婆，他三十年如一日，大概就是說每天早上要上班之前，五點半起床，七點出門，她就把午餐、晚餐都準備好。但是怎麼說，她（指他媽媽）就是蠻會挑剔的！.....因為，摠....做媳婦..，在我們中國的傳統，做媳婦就是說，義務也好，習慣也好，一定要對上一代有某一種程度的表現，但她（指他弟媳婦）始終沒有。（No.3）

對啊，你怎麼能講出來你叫她去（入住護理之家）！對啊，也是女兒安排說要帶她去，我都不敢帶她去！都是女兒她們講好，說要帶她去。要帶去的時候，就跟另外一個

媳婦，她就是從來也都不管的，他們帶她去啊。(No.2)

我們就是怕她生氣啊，就把她服侍得很好，你不知道，她以前都躺在床上，我都在床上給她洗頭、洗澡的，她那時候心情不好的時候都是這樣，啊哪知道她是這種病！啊後來又說心臟不好，就怕她生氣，說什麼都順她啊，不能怎樣就怎樣啊，不能怎樣就怎樣啊，就是這樣啊！啊我們中國總是有一個美德啊，忍耐就是了，哪知道忍到後來變成這種結局！唉你知道真的很笑話！忍到最後說變成這樣！.....沒有一個人知道我們承擔很多，自古以來就是這樣，然後以前比較好的時候，還會叫你來清算鬥爭，三不五時就來一次，啊我們那時候不知道，想說她是父母啊，就陪她啊，就會說：「啊，媽你不要這樣，不然我跟你對不起！」(No.2)

我嫁到他們家，怎麼都藥罐藥袋一個一個的，都不曾間斷！啊什麼事情都弄得你好緊張，啊我又不知道她的個性，每天都忙得我團團轉！(No.2)

兒子女兒的角色劃分

受到傳統中國父系社會規範價值的影響，兒子與媳婦在家庭照護的角色中，顯得比女兒來的密切與重要。許多老一輩的傳統觀念，若是老人有兒子，而卻是女兒負起老人家庭照護的責任，常會招致曖昧的解讀，造成女兒立場的尷尬，或導致家庭間的糾紛。

我是做人家女兒的，你把媽媽帶到家裡來，萬一有什麼事情，你沒有辦法負責，想想還是不要。.....問題是我們做女兒的，啊兒子就不想帶去家裡，啊如果我們把她帶來家裡，萬一有什麼，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。以前我媽媽都有一個觀念，她如果來都比較那個，啊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。(No.4)

有的時候人家會問，你媽媽沒有兒子嗎？但是兒子就是這樣子，啊又是一個獨生子，沒有辦法，就是這樣子！.....之前，我跟她說，「媽媽，到我們那邊住。」我姐姐也曾經跟她這樣講，她就是不要。她就說，女兒是嫁出去的，就是潑出去的水，她就說不要，她又有一種觀念，她說她有兒子，去女兒家住，會讓人家說閒話。我們是跟她講說，其實女兒跟兒子都是一樣，都是你生的、你養的，只是說，我們中國人的觀念就是，唉，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啦，可是這一點她就是...沒有辦法！之前她還沒生病的時候，我們就跟她講說，要不然到我們那邊住好不好？她說，你們也是要侍奉婆婆啊，等於說她去那邊，就變得說，不自在了啦。人家侍奉婆婆是應當的，人家住在你那邊也是應當的，那...那她不是啊，她會有那種觀念，她思想也是不會很...但是就是這一點，她就是很傳統的想法。所以有時候，我覺得那種觀念太傳

統，很傳統也是很傷腦筋！就是說，我住女兒那邊，好像有點不自在，畢竟那是女婿，不是兒子，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！就有那種感覺啦，所以這點也是溝通不來的。（No.11）

家庭手足之間老人照顧工作分配的“難”

在工商社會中，家族中的兄弟姊妹可能因各自的工作，而有各自不同的居住地，在父母尚無出現生活自理能力問題時，這樣的模式尚不至於造成家庭間的困擾，但是當父母年歲漸大，需要家人照顧時，這卻造成了家庭手足間為了老人照顧工作分配的困境，甚至損害到家人間的感情。

算說有時間的人就顧比較多一點，顧老父不能以那個時間來衡量，不是每個兄弟都有一樣多的時間，不能說照輪啦，照怎樣啦，有時候有的人住較遠，有的人工作時間較久，啊，我算是自由業，時間比較多。有空的人就多做一點，不能以時間來衡量。……個人個人心理的想法不一樣啦！有的人比較忙，有的人住較遠，啊我就比較有時間，心肝隨人想，去說人家怎樣，是不厚道啦！我時間比較多，自己的父母，多做一些，不會比較失敗啦！（No.1）

因為以前我跟我老弟講我媽媽的那種反應情形，我承受不了，那我老弟他不相信，那我老弟是有點很會迴避責任的人……後來我也跟我老弟講，那要是這樣沒辦法的話，那一個人輪一個禮拜嘛，那我老弟就講了一句話，很奇怪，啊我們家房間很少，沒地方住，啊我只好笑笑，我能說什麼？那是不是送過去（送入護理之家）是幫我弟弟、弟媳婦解套呢？還是怎麼樣呢？這個我就不是很清楚。……這個問題大家要有共識嘛，如果帶回家裡來的原則就是說，大家要公平，啊誰來照顧，啊怎麼分攤，啊怎麼把它合理化，啊當然你說你嫁出的女兒，你不用分攤，我沒有話講，我們的習俗就是這個樣子嘛，啊你做兒子的你怎麼做，總是要有一個對等的條件，不能說都我來攬的時候，啊你們都沒事，那你做人家的兒子是在做什麼？（No.3）

兄弟姊妹之間要有那個體諒之心，不是說人家都默默不講話，就要永遠當值日生。難免會有什麼事情的時候，你要來打火，你知道嗎，你要來滅火，你不是來加油添醋，你不要煽風點火，那這樣就會搞得像她（指她婆婆）這樣！真的很可憐！……對啊！他們（指她公婆）本來就都沒有跟她住在一起，最大的受害者就是我們這一家，你說她在家裡的時候，我都請看護，那個每日一薪，你說我們有多可憐！（No.2）

顧到後來，一定都翻臉的，你相信嗎？啊大家都會「輕分」（互相計較）啦，咱們不要相騙啦！你不要說什麼多好的兄弟情，啊一定都會啦！對不對，是不是這樣講！（No.9）

他們兩個老的相依為命，啊小孩子都搬出去了，他們這樣住好幾十年了，後來我爸

爸過世，她就去我那邊住了一年多，住了一年多，我就想說照顧不來，麻煩乾脆送來這裡，啊沒有人要就是送來這裡而已啊！那些媳婦不要啊，大家都不要啊！.....啊每個都是在上班沒空，啊那些媳婦，有的在教書，都沒有空，沒時間啦！啊沒時間只好送到這裡來了啊，啊這裡的錢都是他那些兒子大家出的，啊在我那裡一年多，是都我在出的，後來我是想說，乾脆換那些男的顧，他們說他們不要，建議說要送來這裡（護理之家），啊送來這裡就送來這裡啊！我沒有辦法顧了啊。（No.10）

三代不同堂

家中子女在成家時，因為工作的考量，或生活價值觀與父母間有差異，亦或獨立自主的需求性，大部分選擇不與父母同住。而部份老人也感悟到時代思潮的不同以往，寧願獨居也不願干擾子女的生活，三代不同堂已成社會的普遍現象。但是若回歸到老人需要家人照顧這樣的處境上，三代不同堂確實限制了家庭的照護功能，增加了日後老人入住機構的機率。

像我們嫁出的嫁出，像我嫁在台中，啊我們老二是在宜蘭，我二哥是在台中，你也知道，老人家有一個習慣，她住習慣的地方，你要叫她換地方，她一定不要，啊她以前在新竹，她都自己煮自己什麼的，想說她都沒有人照顧喔，我們比較不能安心。（No.4）

因為家裡大家都很忙，沒有辦法！年輕人個人有個人的家庭！（No.6）

她原本還自己住在西屯那邊的話，她堅持是說她自己一個人住，叫她到各個兄弟那邊去，她也不願意，問她為什麼不願意，她說不願意麻煩子女，除非她沒辦法。（No.8）

她之前就已經一個人住了。她就習慣等於說，...其實我覺得她的想法也很配合現在的時代，她是想說...之前我哥哥他們請她過去住的時候，她也不要，她說年輕人有年輕人的生活方式，啊老人家有人家的生活方式，比如說老人家她想睡覺睡到幾點，她起來，人家年輕人已經吃飽了。又要等你一個的話，又很麻煩，不等你的話，你又沒得吃，啊又要幫你準備留著。她就會有這種想法，我乾脆不要麻煩，我能夠動，我就什麼都自己弄，所以她就想自己住，就是這樣子。.....其實之前她還沒生病的時候，我哥也還沒生病的時候，就要接她過去住，她也不要，她就說不要，我這邊我有一些老朋友，我要去走動我都很自如，那我去你那邊，我什麼都不熟，我比較不方便，況且不要說什麼，光去一個廚房，處理一些事情，如果是她自己的家她熟，她什麼都很方便，那你們年輕人這邊，..等一下把你們弄髒了、弄黑了，對不對？她會有這種想法。不管你家裡多舒適，我也不要去，我就是窩在自己的地方！就是有這種感覺。就像有時候我們去人家家裡，比如說想要去廚房幫忙，結果是越幫越忙，所以等於說，你已經習慣那種方式了。（No.11）

夾縫的中年

現代人晚婚的趨勢，使得中年時，子女都尚未成家，尚未獨立自主。高教育時代以及面臨了愈加複雜和難以控制的各種日新月異的社會現象，父母對養育子女投注的心力與財力，不可同日而語。中年世代的父母也逐漸進入了老年，生活、經濟方面都需要子女的協助，家中「老」、「小」的照顧都責無旁貸，夾在中間的中年世代在家庭照護的責任上倍感沉重。

到底這種工業社會，專心一個人來顧老爸，還可以。但是你要想還有後一代，三、四個小孩，所以很苦啦。孩子的註冊費，一期 20 萬不夠，現在是高教育社會，你說除非家裡很有錢，要不然又要養兩個重度傷殘的長輩，又要養這群小孩，實在是沒有辦法，所以有時候說，很不得已。……所以有時工業社會，高消費，人要認真去賺錢，才有飯吃，我們不是共產黨，大家都有飯吃，我們不能說又要為一家來拼，又要照顧父母，就是要有割捨。(No.1)

現在小孩的教育環境，已經不是像以前那個樣子了，你要讓他有起碼的一個競爭力，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，你要給他比較舒服的話，你自己也比較輕鬆愉快的話，你一定要交給這個照護中心，你才有可能比較輕鬆，但是就會造成經濟壓力，你這邊底下也有經濟壓力，上面也有經濟壓力，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！？那你一定會意識到，將來年老的時候一定會帶給小孩同樣的問題嘛！（No.8）

三、煎熬的決策過程

前面的努力已盡過，仍然不能使老人得到妥善的照顧，不能使照顧者減輕肩上的重擔，心力交瘁感使得家屬不得不開始考慮將老人安置於合適的長期照護機構，在決定的當下，試著與老人溝通安置問題，徵求老人的同意，或者用隱瞞的方式，讓老人能入住機構。

迫不得已的抉擇

在部份受訪個案的思考邏輯上，安置老人於長期照護機構是一個最後的選擇，是家屬在不得已情境下所做的考量，這個考量交織著許多的掙扎與無奈。

我感覺說每個將父母送來這裡的家屬都是很不願意的啦，但實在是，我們不是專業人員，你若有心要顧，也顧不好細（妥當）。這是這樣的問題才把他送來這裡。……他（指他爸爸）應該是稍微知道啦，甚至送來那天，他眼淚都流下來。但是那種抉擇的痛…（停頓 3 秒，受訪者眼眶微濕）（訪問者眼眶微濕），是病人難過，我們家屬也難過，是痛苦的抉擇！（No.1）

我們也不願意她變這樣啊！她應該是好好的這樣啊！對不對！人家三孀、四孀也是丈夫都先死啊，人家也都沒有這樣，啊我們的怎麼搞成這樣！我們都不要她這樣啊（眼眶紅、聲音顫抖）！（No.2）

這要怎麼說，個人有個人的那個，會讓她住在那裡是無可奈何啦，我們也不想這樣啊，一個人一個環境啊，沒辦法啦！啊不然我們也希望說，她能在我們身邊，有這些子孫，也比較那個。會去住那裡實在是沒有辦法，逼不得已啦，不然也是不願意讓她去住那裡！（No.4）

要不然你如果說，在平常的話，當然如果說能夠的話，當然是在自己家比較好啊。啊可是…也是真的掙扎了一段時間啦！我們姊妹也是掙扎了一段時間！啊可是…也是沒有辦法想出一個更好的辦法！對啊，就只能這樣子啊！……人家以前古時候說什麼「長病沒孝子」（台語）有沒有？那個「久病無孝子」，其實有時候我覺得是迫於無奈，也並不是說我們要給她放在那邊讓人家照顧她，其實有時候那種無奈真的是沒有辦法，因為你事實就是要這樣子，啊你說今天真的家裡有一個，不管是長輩還是晚輩啦，有一個親人躺在那邊需要你照顧的時候，真的有些事情是迫於無奈去做的啦！（No.11）

選擇合適的長期照護機構

因為安置老人這樣的決定，不像是安排住院療養，只要具備某些醫療條件即可。機構有可能是老人人生最後的落腳處，即使不能親自照顧家中老人，家屬相信選擇一家合適的長期照護機構，可以讓老人得到妥善照顧，讓自己安心將親人交給機構照顧。所以多半在決策的過程中，家屬就會不斷的尋找適合老人的處所，以及符合自己心中標準的長期照護機構來安置

老人。

我小叔、弟媳婦他們都去看了很多家的安養中心，那發現那邊的環境好像還不錯，事實上也是不錯。……因為我自己本身的媽媽住過好多家安養中心，最後的時候也是這樣啊，都沒有這家好，我覺得這家是最好，乾淨、寬敞還有制度、照顧各方面，我覺得很滿意。(No.2)

我二哥是覺得說它這家的護理中心設備蠻不錯的，因為它是一整棟的，好像看起來比較現代化啦！因為他找了很多家，看看這家，因為這家和* * (護理之家名)是同一位老闆，都是一位*醫師開的，他就問我們說把她安置在那裡，你們同意嗎？(No.4)

我媽媽回台灣的第二年吧，我姊姊和我妹妹他們就已經開始在看了，因為我們家住台北，所以她們就先去看* * (醫院名稱)的護理之家，那個很有名，她們就跑去看，然後看過之後，她們就覺得很好。然後，因為我們是基督徒，他們還有去看好像是個教會的，那我姊姊她那個同學就說台中這個不錯，因為我是住台中，搞不好可以考慮。不過就是要跑來台中這邊看，所以看了之後，她們當時就有跟秘書還有副院長他們就談過了，我妹妹就覺得，……，其實我們如果自己照顧過老人家的話，你跟人家在溝通的時候，他談的話，你就知道他有沒有概念。……我覺得這個醫院它還有一個很重要的，就是它的復健。就是說，這個部分也是當時在我們評估時，一個很重要的部分。(No.5)

來這邊，也是有貨比三家啦。價錢是另外一回事，也要看環境啊什麼的，這裡的醫生都很好，小姐服務得也很親切，都會跟阿媽開開玩笑，談談話什麼的。(No.6)

選擇護理之家時，我們也是看了幾家才決定，是考量到說，第一個，大家來看她的話，至少要方便，你稍微遠一點沒關係，你來的話，你說市區，你市區你停車停哪裡去啊？啊第二個，當然就看它環境，看它環境怎麼樣，那它的醫療和照護，是不是能夠配合病人，家人要來看她，你方便！當然最後你也會去考慮它整個收費的情形。(No.8)

我們當初在選擇護理之家那時候我們是想說，環境啦，它的環境啦，還有衛生方面，還有說照顧的人員啦，我們是都會去考慮這些啦，這些跟你這個病人比較會有切身的關係，因為你...如果說推她下來散散步的時候，即便她現在不能自己下來，就是他坐輪椅下來的時候，說不定看到外面這個環境舒適的話，心情也許會好一點。(No.11)

與老人討論安置問題

有的家屬在安置前會與老人討論，徵求老人的同意，目的在讓老人的心理上有所準備與調適，讓老人了解這個決定的考量，減低彼此間的心防，也讓老人在機構的生活較安心，不致有被遺棄的感覺。

我就問她說：「你來這邊休養好不好？」因為她以前曾經有來這邊過，好不容易她答應，答應我就趕快把她送到這邊來，送過來之後，就覺得，情緒就好像漸漸平穩，就

一直維持到現在。她這個現象，是在大概幾個月前吧，她跟我說，唉，這個地方好像還好啊！..... 目前是說，你要希望她目前過的比較平穩一點話，當然要尊重她的意願啦，她意願不要的話，你認為比較好，她不這麼認為的話，那你...難以長久啦！（No.8）

我爸要來住的時候他就有說，「你們不能把我放在這裡，就不來看我！」啊這種我看到很多，就是把父母親放著，就不曾來過了！啊我爸他算說也是會怕這樣，就說不能把他放著就不管。所以我就要常常來看看他，要不然就等於說把他放著不管，感覺上很沒有那種...依靠！..... 就像他要來這裡，我們也是要經過他同意，不然他來會情緒不穩定啊，會「亂」啦，一定都會「亂」啦，但是我們可以先跟他講，然後常常來看他，他這樣情緒比較能穩定，然後就會覺得說也等於在家裡一樣。（No.9）

就好幾天前就已經一直在跟她溝通，但是她還是不接受啦，問題是說，我們就跟她講說，你先暫住一段時間，如果情況好的話，改善的話，我們就把你接回來。因為畢竟你現在的情況，是都需要人在你身邊，啊你說沒有人在你身邊的時候，我們也不放心！那不放心的話，我們什麼事都不能做了，對不對？啊那如果你在這邊的話，至少有人幫你處理一些該處理的事情，就這樣子跟她講。啊她是後來才慢慢是可以接受，可是也是會情緒化啦！（No.11）

隱瞞老人

當家屬試過所有的照護策略，對老人的家庭照護無能為力，安排老人入機構是唯一的策略，有的家屬擔心若是說明事實，老人不願意住進機構，於是選擇用隱瞞的方式，協助老人入住的這個過程。

後來就在決定的過程，當初不曉得用了什麼話語把她騙上車，是我妹妹來用車子把她帶過去的，那我弟媳婦還有我一個妹妹，3個人護著她一個人去。她不去，怎麼騙麼哄也不知道，因為那時候我父親正是在忙的時候，她去應該不是說很清楚，當然，她要去之前，做了很多次的就是說，心理教育，「啊，我帶你去給醫生看，」啊去了又回來，第二次又「啊，我帶你去給醫生看」，啊去了再回來，所以等於就是說要去那個地方有一個前置作業，對她來講沒有一個蠻「馬上」的不良反應。（No.3）

那時候她頭腦還很好，那時我都跟她說，你說你要去你兒子那裡住，啊這間是你兒子開的，你兒子跟人家合夥開的，你儘管給它住，沒關係，這不用錢，都要這樣騙她啊。（No.10）

四、矛盾的決定

家屬在決定要將家中老人安置在長期照護機構時，心裡面有兩股力量在拉鋸，一方面是親情與文化的考量，割捨親情，忍受機構的負面文化意涵；另一方面則是現實情境的考量，機構照護有專業人員，可以使老人得到妥善的照顧，並減輕家屬的照顧負荷。然而孰輕孰重？這樣的權衡，應是在家屬心中的天秤擺盪不已！

親情之割捨

對於將老人送入機構，某些層面上是解決了照護的問題，但畢竟是自己的父母，對於不能親自照顧父母，必須做某個程度的割捨，對家屬來說，是心理上的痛！

我們把他送來這裡，雖然對親情來說是一種割捨，但我們有辦法讓他得到更好的照顧，是這個情形。(No.1)

啊我二哥是說，如果要請外勞來顧，同樣也是差不多要那些錢，因為要包括她雜雜總總的，吃、住等，想說這樣算一算沒有比較省，所以就把它放在那裡，只是說..，她得不到親情啦，沒有辦法說常常在她身邊。.....啊那裡他們把我們照顧的很好，只是說她就欠缺親情。因為我們要看她的時間，比較不能隨時隨地啦，也是要我們有時間才有辦法，大家都是在討生活，為了生活忙碌！(No.4)

有時候我們想說很不忍心，因為剛開始我們也是很忍心，因為想說她在這邊，好像都沒有親人在身邊，只有說我們有空才有辦法過來。(No.11)

機構的負面標籤

由於長期照護機構發展的初期，撫孤濟貧的慈善色彩濃厚，再則因為傳統的孝道文化規範，使得長期照護機構常與「孤苦無依」、「子女不孝」

「遭家人遺棄」等標籤作連結，家屬在送老人入機構時，常常必須接受這些負面標籤的考驗。

剛開始都會，剛開始親戚朋友都會有一些流言流語，這是免不了的。就是，這些孩子真不對，自己不顧，送去給別人顧，有一種得不到諒解的感覺。(No.1)

也是有人會講啦，講說啊你們把「習大人」丟在那裡，啊不會被說什麼嗎？啊要怎麼說，我們也是沒辦法啊！(No.4)

我們就嘗試想說讓她過來，但是她對這個就是很排斥啦，在她觀念就是說，嗯.....怎麼講，在她們這種年紀的話，這種好像就是說，....一個等死的地方！(No.8)

老一輩的，他們覺得這種是...把他放著，不管他了！所以我爸那時候要來這裡住的時候，就跟我說，我不能把他放著，說我們不能把他放著，一定要來看他，... 他會覺得說，像電視在看的，一些老人院的，都給他放著，然後就不管他了，都是很多這樣啊，孤苦無依啊，啊都沒有人來關心啊什麼的。.....我跟我第二個哥哥，還有我姐姐，剛開始對這個都有一個印象，就好像說送來這裡，就是在....等死！(No.9)

但是有時候在外人的眼裡，比如說今天像我們這樣子送來，說不定也有人會說，唉，你們怎麼會把媽媽送去那個地方？但是我們也是很無奈啊。(No.11)

對護理專業照護的尋求

家屬將老人安置於機構中，最大的趨力應是對護理專業照護的尋求。

會考慮將老人送入機構，多半是老人的自我照顧功能嚴重受損，以及老人的病症需要專業知識與技術來處理，在這樣的前提下，家屬對護理專業照護有著強烈的需求。

他算說不是個輕患者，他是一個重度的患者，對一個重度傷殘的人說，家裏若是沒有一個有護理經驗的人來顧，會把他顧得越艱苦。(No.1)

我個人是比較 prefer 就是說，有這麼一個狀況，不管什麼樣的狀況，處理事情的過程中，遇到狀況，就是尊重專業，這個一定就是要尊重專業，不能說自己在那邊吹牛，要不然人家專業是在做什麼？(No.3)

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，啊又有病啦，啊因為要處理什麼事，我們都比較不會啦，啊他們是比較專業，就會覺得還是讓她在那裡，我們比較安心啦。.....我二哥他說，我媽媽要是要多活幾年，就要去護理之家給人家照

顧，他說住在那裡，人家把我們顧得好好的，啊如果在家裡，我們自己不會照顧。(No.4)

專業的事情讓專業來做，嗯，比方你是設計師，那你就設計的專業，像我是工程師，就有工程師的專業，那我們從來沒有想過，我們的心靈也需要專業，台灣的社會比較還沒有重視到這個，其實他們（指機構中的護理人員）也相對的在治療我。如果我跟他們沒有那麼多的互動，我可能到現在還很想不開。(No.5)

我還是覺得我媽有一個專門的安養機構比較好，畢竟...畢竟我不是正統的醫護人員啊，有些事情我處理得...，我是按照我一些經驗，我認為應該對的來處理，我並不是正統的醫護人員，這也不是很好啊。而且如果是要接受一些比較好的照護和醫療，我覺得應該是交給院方比較好吧。(No.7)

在這邊有醫護人員可以看著他，還是說有什麼事情可以馬上處理。啊你說在家裡，像我們出去啦，我們上班啦，還是做什麼事情的話，還是沒有一個人他身邊，還是等於要請一個人看她，但是這也不是專業人員，反而我們會不放心，啊這邊是比較專業啦，所以那時候就這樣子啦。.....因為他們有醫生有護士小姐啊，雖然照顧是另外的人照顧，但是你等於說，平常就是有醫護人員在，比如說有什麼事情啊，都看得到這樣子！至少也比我們來的懂一些啦！我們都是門外漢嘛，人家專業人員，他看你稍微不一樣，他們能夠處理，這樣子。所以我們當初送來這邊，就是這種想法。(No.11)

從訪談內容中，受訪者描述關於入長期照護機構前的家庭照護，艱辛的照顧工作，盡己所能的持續家庭照護，而在這整個過程中，家屬深深感受社會在蛻變，老人和家庭間的關係跟著改變，在這個變遷的局面中，對於老人的照護，許多家庭顯得力不從心。而面臨老人決定入住長期照護機構的決定時，雖經歷了煎熬的決策過程，然而現實生活的考量，雖然不捨老人沒有親人在身邊，但也需要專業的協助來解決家庭照護的困境，使得家屬懷著矛盾的心做了這個不得已的決定。

第四節 入住長期照護機構後

將老人安置長期照護機構後，並不代表照顧工作及責任的結束，而是另一段新生活的開展。本節描繪家屬在老人入住機構後的生活經驗與感受，經由訪談資料的分析，歸納出兩個類別，即「百感交集」以及「積極面對老人的機構生活」。

一、百感交集

老人入長期照護機構，除了對老人本身造成很大的衝擊，對家屬情緒上的煎熬亦是相當明顯。雖然家庭照顧工作的卸下，身心負荷得到一定程度的紓解，然而將老人送入機構的罪惡感卻油然而生。沒有親人在旁，家屬擔憂老人在機構的生活種種，也不忍老人因為身體殘病所導致的病痛，卻也不斷用正面的態度來看待機構照護。家屬心中複雜的情緒交集在一起，正反思緒的自我對話，希望能尋求內心的平衡點。

罪惡感

許多家屬對於不能親自照顧老人，認為自己沒有盡到為人子女的責任，沒有在老人需要照顧的時候讓他們享受到親情，感到內疚。

就是一種莫名其妙的感覺，怎麼覺得怪怪的，很空虛，很愧疚，為什麼我們就不能自己顧，要送去給人家顧。.....我如果一天沒有來，睡覺時就會覺得心臟跳得特別快，所以我沒有理由推託時，就一定會來，如果那天沒來，又沒有理由推託，我那晚在睡覺時，就會覺得心悸，睡不著覺。就是覺得我一定會去做的，啊為什麼沒有去做，一種自責感。(No.1)

一開始的時候，會覺得，憑良心講有點罪惡感，但是我想想，罪惡歸罪惡，現實的問題應該擺在優先，孩子都還沒成家，我自己也很忙，... (No.3)

那個時候的壓力，我覺得有一部分，當然比例可能不是很高，就是有一部分覺得有罪惡感，覺得自己不能親自去照顧她，然後要把她送到外面，然後那時候會覺得，你去外面找一個好的醫院，找好的護理人員，好像反而是替自己找藉口，啊反正，別人照顧得比我好嘛，所以可能我覺得那是一種個人的罪惡感。(No.5)

卸責後的輕鬆

某些家屬在家庭照顧工作卸下後，因為繁重的身心負荷獲得緩解，感到輕鬆。受訪個案 3 表示，他的媽媽因為有躁鬱症，之前在家時，家人的情緒都很緊繃，生活的模式也都受到壓抑，而在媽媽進到護理之家後，這些問題都不再存在。

以前我們的孩子蠻被壓抑的，就是說她那種躁鬱症的情形就是說都不能有聲音，我們小孩很可憐，如果她在樓下，我們看電視都把那個 volume 調到最低，以前我都不准他們在這裡（一樓）看電視。.....原來我們的生活模式，我們跟孩子教育的過程當中，你應該怎麼樣、怎麼樣，就是她在的時候，沒有辦法去實現，啊後來她去住 * *（護理之家名稱），好像這個問題變得不存在。(No.3)

有些受訪個案因為老人住進護理之家後，除了身心負荷的情形減輕之外，也擁有較多自己的時間及生活空間。

照顧我媽媽的責任卸下來之後我覺得就變得很輕鬆吧，那天睡覺就睡得特別好，因為不會有我媽突然把我叫醒，說要做什麼什麼的。(No.7)

最近來這邊已經超過一年半了，這一年半的話，...至少，..我因為她臨時出狀況而請臨時休假的天數比較少，啊她在這邊的話，我還可以打點一下，唉，我什麼時候比較有空，我來這邊看她。(No.8)

她來住這邊以後，我比較能出去，我比較能「啪啪走」(可以隨心所欲出門)，她之前住我那裡，我比較不能「啪啪走」。(No.10)

擔憂與不忍老人在機構的生活

安置老人於長期照護機構雖然使家屬的生理及時間壓力減緩，但是心理上對老人的擔心與牽掛卻有增無減。因為畢竟不是在自己家裡，照顧人員也非親人，家屬最擔心的除了老人在機構的適應情形，就是照護人員的態度以及所提供的照護品質。而老人入住長期照護機構，多半患有慢性病症，家屬在前往探視時，對於老人在機構中受病痛的折磨、日漸衰老的現況，以及因為某些醫療處置所引起的痛苦，感到於心不忍。

那但是可能是我個性的問題，我覺得我的個性之前可能是那種求好心切，那我就會擔心說，...我媽媽在醫院可能會怎樣怎樣的（語帶哽咽）。（No.5）

我覺得這邊基本上也是照顧得不錯啊，就是有些看護小姐，他們自己照顧很多病患，有時候情緒也不是那麼穩就對了，偶爾可能就會念念我媽，然後我媽又蠻敏感的啊，然後她就會想...想說這裡的人對她不好。（No.7）

以我自己來講的話，你說照顧得周到不周到，因為任何一個地方不可能十全十美啦，啊再加上我媽媽的個性，她能夠做的，她就自己會做，比如講要上廁所，你比較沒辦法，你腳比較沒力量，我一再跟她講，你就請他們來幫忙，但是她就不願意！她說這樣怕麻煩，所以在這邊跌倒了兩次，來這邊以後。（No.8）

最擔心的是顧的人，看護啦，看護要是好的，那就很好，要是遇到不好的，我是覺得啦，同一班在顧的話，最好是一個外勞、一個台灣的，這樣話語才會通啦！（No.9）

那時候我才剛帶來兩、三個月的時候（指入住護理之家），我跟他們小姐說，我帶來的時候是幾公斤，我有跟她磅，啊現在喔，我跟她磅，減少了三公斤喔，所以我就把她帶回去，帶回去一個月，我是想說，如果可以，就不要讓她再回來。但是一個月後，他們這裡的一個小姐，就去我們家訪問，然後她就又說要把我媽媽帶回這裡，我就想說，你人都來到家裡了，要帶你就帶回去照顧啦，所以就又回到這裡。那時候是說，她一下子瘦三公斤，她在我這邊我把她照顧得肥肥，她在這裡，我都一天準備五餐給她吃，像下午的時間，我都還會用水果、麵包之類的給她吃。（No.10）

我會擔心晚上時，因為他們晚上照顧的人沒有那麼多，晚上的照顧算說比較沒有那麼「精」（完整妥善），啊老人家晚上都沒什麼在睡，她不重眠（睡眠時間不長）啊，她睡不著啊，她會起來走啊，人家也要做事情啊，也沒辦法叫人家把她「顧著著」（小心翼翼的看顧著）啊！啊就是擔心晚上而已啦！（No.10）

個案 11 的媽媽入住護理之家才一個半月，老人與家屬都處於不適應期，在訪談的過程中，明顯感受到，個案對媽媽的擔心比其他受訪者來的深刻：

她有時候吃一顆藥就不吃了，她會這樣子。啊可是來這邊都不吃，我們現在也很擔心說她這樣不吃藥的話，又會...因為她之前是用藥控制，控制她的病情，那現在不吃的話，我們也很擔心她病情又會不好這樣子，這樣的話就會更糟糕！怎麼溝通都沒有用！（No.11）

因為我們會隨時擔心她的病痛會隨時又起來了啊，因為雖然我們是把她放在這邊，但是我們不可能說把她放在這邊，我們心裡面就放心去一些別的事情，還是會時時刻刻擔心說，唉，她今天不知道好不好啊，還是說，今天哪裡又在不舒服了啊，對啊，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的次數，還會想說，這樣子人家會不會有辦法接受她，會不會討厭她？我們也是會這樣子想啦，因為畢竟我們跟自己的媽媽用，我們會比較不勝其煩啦。（No.11）

我把她帶來這邊，說不定有人照顧她，我會比較放心。但是你另一個想法，唉，不曉得人家對她好不好？你又很難過了！但是這種正反面的想法，大家都會有，都會有！不管說在這邊多長的時間或多短的時間，只要你放在這邊，我們都多少會有啦！（No.11）

我們會擔心，因為畢竟以前她沒有這些病痛，就算有，也是小毛病，不像現在，隨時我們會擔心，唉，她的狀況有沒有比較嚴重啊？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怎麼辦？啊又考慮說，更不舒服的時候，是不是要送醫院？那時候又要怎麼辦？因為在這邊，我們是盡量抽時間過來陪她，那你如果在醫院的時候，又要家人陪了！那個時間又很難去處理了！啊你說她有病痛在醫院，你又不可能不去照顧她，這是一定要照顧她的啊，對不對，這是我們做子女應盡的啊！她如果說肯配合醫護人員的一些治療方式的話，可能這個就會減輕啦，她的疼痛啊、她的不舒服啦，所以說我們這些擔憂可能就會減輕啦。啊她現在就是說，拒人於千里之外的話，就擔心的會更多！（No.11）

受訪個案 4 不忍媽媽因為插鼻胃管而要接受約束，並進而因長期約束，造成手部的肌肉及關節攣縮：

她在那裡，我有一點很反感就是說，他們都會把她手腳綁起來，用那個手套套子把她的手套住，啊有時候想說她是插鼻胃管，她沒有辦法自己嚥食，現在她如果自己吃，不曉得是久沒吃了還是怎樣，她如果吃都會吐出來，啊他們就把她插鼻胃管，插鼻胃管喔，如果不綁手，她就會去拔鼻胃管，啊我跟他們建議，為什麼要把我們插鼻胃管，他們是解釋說，如果不把她插鼻胃管，她吃東西無法進食，就是她的水分還有養分都不夠，啊是說把她插鼻胃管也是逼不得已啦！.....我有跟他們護士小姐說，因為他們長期都把

她的手套在手套裡，啊筋骨沒有活動，現在變做說她的手只能彎這樣而已，那個筋都已經硬掉了。(No.4)

她已經沒有辦法走，可以坐輪椅啦，但是她現在已經都瘦得「無肉無體」，要不然她以前也不算瘦，現在都瘦得剩一層皮包一層骨，像她這樣要做輪椅也坐不久，一下子就會滑下來。(No.4)

個案 10 表示，媽媽在機構中跌倒受傷讓她覺得心疼：

有一次，在這裡摔倒，摔得這樣...我很「不甘」(心疼)，現在床已經用得比較低了，那個是怎麼跌的，我也不知道啦，這一「瘤」(指前額)，這一「瘤」(指右顳)，這「瘤」就流血，我就想，是怎麼跌的。可能是她先撞到牆壁，然後爬起來，又昏昏的，結果又往前跌，撞到地上。(No.10)

個案 11 的媽媽因為脊椎壓迫到神經，造成無法自行解尿，需插導尿管，家屬不忍媽媽除了下半身酸痛的折磨，還要忍受插導尿管的不適。

她現在就是壓迫到神經，等於說影響到她的膀胱嘛，那就是不能解，不能解之後，是不是要插導尿，來幫忙她解尿。要不然之前就是她漲得都有「一粒球」，啊後來才跟她插導尿管，結果她現在就是一直很排斥導尿管，因為導尿管，又要兩個禮拜就要整個都換過嘛，一個禮拜換那個袋子而已，兩個禮拜就是連管都要重新插過。也是很痛啦！插那個導尿管真的很辛苦！..... 就算我們每天來看她，也不能減輕她的病痛啊！也幫不上忙，只是說讓她看到自己的家人而已啦，不然你說病痛上，也沒有幫助到。像有時候看她痛起來，在那邊呻吟，我們自己也很不忍心，啊那種病痛，我們又沒有辦法代替的。你說，唉，事情我可以幫你做，那病痛怎麼代替？(No.11)

正面看待機構照護

罪惡感、擔心、不忍等負面情緒的壓力，在尋求平衡及紓解的考量上，家屬嘗試用正面的思考方式來看待機構的照護，包括機構的專業照護、老人病情的穩定及身體功能的進步，讓家屬覺得至少有值得寬慰的地方。

來這裡，比以前在家裡還好，至少不用讓他一個人孤伶伶在家。(No.1)

他們把我們顧得很好。我們會同意讓她住那麼久，是說他們把她照顧得很好，啊我們將媽媽放在那裡，我們能夠放心！(No.4)

有一次是我媽媽發生事情，醫院行政體系就出面，秘書還有主任，跟我就有一些 meeting 這樣子，然後就會先瞭解一下我心裏到底在想什麼，那其實我覺得，相對的，他們也有在治療我，(語帶哽咽)，就是說，他們知道我的壓力很大，然後所以那個秘書、主任，都會來安慰我，感覺上就是他們蠻有那個同理心，那種同理心不是說在照顧我媽媽上面，而是他們能夠體會我的心境這樣子。.....他們蠻能用家屬的角度來跟我溝通，好像不會有的時候，人家跟你溝通根本是雞同鴨講，因為他如果沒有進入狀況的話，他沒有辦法體會到我的感受！那我覺得他們還蠻能夠體會我的感受！.....那那個時候，*副院長還有*主任也常跟我說，他說，你不要給自己那麼多壓力啊，你給專業的照顧，反而更好啊，你媽媽可以獲得更好的照顧啊！或是讓她更舒服，更適合她，就是說，你把自己搞成那樣子，可能最後的結果是兩敗俱傷！（No.5）

我媽住在這邊的時候，也有過幾次，比方說癱瘓啊，不舒服啊，醫生跟護士都在旁邊，要有什麼急救啊，都在旁邊。那當然我是有跟醫院講就是說，說我媽就不要插管，說如果有什麼的話，就讓她走（語帶哽咽）....。那所以在這邊，他們馬上就可以做專業的醫療行為，那我在家裡我就沒有辦法！（No.5）

我媽在這邊做的復健，我覺得做得還不錯，雖然沒有很多專業的復健可以讓她做，但是，以我媽的狀況，我是沒有期望她可以再站起來走路，但是我們是希望說，她只要不要僵硬，不要硬化，有動一下就可以了。（No.5）

像她精神啦，記憶啦，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。她之前血糖高，那個眼睛也都看不清楚，現在喔，看那個時鐘都看得很清楚。過年的時候有回去，房間掛那個鐘，她都看得到，她之前血糖高的時候，那個眼睛都看不到。（No.6）

來這邊之後她..，雖然說同樣都是老人家，也沒有什麼交談之類的，但至少她接觸的人群多了，然後這裡的護士小姐也會適時的關懷說，啊奶奶，你吃飽了沒？我覺得這樣她的心胸就比較開一點吧，至少比起以前我照顧她，然後悶在家裡看電視這樣好多了。（No.7）

後來來這裡，這也是人家介紹的，我跟我嫂子來看的，之後來這裡一個多禮拜，人就清醒多了，啊現在說什麼，他都知道！所以說，一間一間顧得都不同。....所以說，這一間是說還不錯，還有在管理啦！要不然實在說，中風的人一定都要人家照顧啊！.....這裡場所比較方便，啊如果要去門診，他這邊又有車子，你又可以指定好，看是要去**、**、**（皆為醫院名），他又會幫我們掛好號，就是他們如果發現有一些問題，或者如果我們自己發現問題可以跟他們說！（No.9）

二、積極面對老人的機構生活

安置老人入機構後，為了幫助老人也幫助自己盡快適應機構的生活，

對於老人的不適應，家屬給予情緒上的安撫，將難處與考量說給老人聽。另外也藉由規則頻繁的探視，安撫老人擔心受遺棄的情緒，也對自己內心的愧疚感找到化解的出口。家屬慢慢也願意調整心態，重整自己的照顧者角色，以新的角度看待新生活，並積極以不同形式參與照護，對機構照護提出適當的要求與監督，期望機構提供一定的照護品質，以使老人能得到妥善照顧。對於老人在機構生活中欠缺的親情，家屬也積極嘗試用不同方式來彌補。

對老人的情緒安撫

老人入住機構時，會經歷一段不適應期，畢竟許多老人通常在一個他熟悉的地方居住了幾十年，在生命的晚年，在身心都需依靠家人的時候，要落腳在一個完全陌生而且沒有親人在旁的地方，對老人來說是一個很大的衝擊，各種不適應的狀況是可預期的。個案 2 讓老人熟悉的居家看護跟著她到機構，協助她度過這一段時期：

那當要去的時候，我們那個 * * 小姐（看護名），她是帶過去的，將近待了 10 天左右，她跟著她，她不在那裡的時候，她就是不想待在那裡。那因為醫院有醫院的院規跟行規，我想這個你應該很清楚啦，她應該不屬於醫院裡的人，有點佔地盤搶飯碗，我們也很清楚，那我們也跟醫院那邊溝通說這是短期的，讓她能夠跟著她在那邊，這樣就比較好辦，院方後來也同意，就待了大概 10 天左右，到底幾天也不清楚，反正也那麼久了，我們也不是很在意。那後來 * * 小姐（看護名）就偷偷的溜走。之後她有大概兩個禮拜的不適應，天天在叫 * *（看護名）的名字。（No.2）

有的家屬將現況分析給老人聽，並說明這一切的難處與考量，希望老人能夠明白。個案 3 因為擔心媽媽與家中患有精神病的老四同住，安排媽

媽入住護理之家，她也將這樣的考量讓媽媽知道：

因為她那時候跌倒嘛，啊不能走啊，不能走我們就把她安頓在那裡，當初的時候是一直吵著要回去，我們也是不能安心說她在家裡沒有人可以照顧，啊我就跟她說，你要是想回去沒有關係，但是你也要身體顧好一點再回去，啊我是跟她說，你若是住這裡，人家三餐煮好好的給你吃，啊你住家裡我都很不能安心，我們老四精神有點問題，如果發作起來是一下子的功夫，啊然後就大小聲，啊我是怕我媽媽在家裡，萬一有什麼閃失，我們大家都不知道。(No.4)

個案 10 以半哄帶騙的方式，說服老人能適應機構的生活：

那時候剛帶來的時候，常常也吵著要回去，常常都說，「啊，你來，我跟你一起回去，你喔，一個人坐計程車是那些錢，啊我跟你兩個人也是那些錢，我跟你回去。」她都還會說這樣，啊我會跟她說，你要回去哪裡？她就說，「就是嘛，就有路沒厝，要回去哪裡我也不知道！」我就說，「對啊，你在這裡很好啦，這裡是你兒子開的啦！這是你兒子開的，啊你就住著，沒關係！」我就要這樣騙她，不然她不肯住在這裡！(No.10)

個案 11 的媽媽入機構才一個半月，各方面仍處於不適應的狀態，身體的病痛，加上環境的陌生及親情的割離，使得老人常常出現情緒不穩的情形，在訪談的內容中，個案不斷提及對老人情緒安撫的壓力好大，卻又有些力不從心：

我們就跟她講說，你先暫住一段時間，如果情況好的話，改善的話，我們就把你接回來。因為畢竟你現在的情況，是都需要人在你身邊，啊你說沒有人在你身邊的時候，我們也不放心！那不放心的話，我們什麼事都不能做了，對不對？啊那如果你在這邊的話，至少有人幫你處理一些該處理的事情，就這樣子跟她講。啊他是後來才慢慢是可以接受，可是也是會情緒化啦！總是人嘛，總是會想說，唉，至少親人在身邊，會比別人在身邊，會覺得有安全感。……像我們之前如果帶個什麼東西過來，她就會說：「你當作是一直要住在這裡嗎？」她就會這樣講。那我就跟她說，「但是你現在住這邊，有些東西也是要拿過來啊」，反正你要是拿東西過來，她就會反問你，你一直要我住在這邊的意思喔，她就會這樣講。我有時候也跟她講說，等你好一點我們就可以回家了啊！我也不曉得要怎麼回答，有時候就是盡量安撫她而已啦！(No.11)

她有時候會情緒化，說，「你們都不理我，把我丟在這裡，都沒有人要理我」！啊像我姊跟他講說，啊如果我們沒人要理你，我們幹嘛每天來看你！然後她會再說，「啊每天來看，看一看你們就走了啊！」她現在想法就變成這樣子啊！啊其實有時候想說，要怎麼去安撫？真的是很難！……她前幾天還跟我講，不曉得是人不舒服還是怎樣，她就說：「你們都把我丟在這裡，都不理我！」她還是會發牢騷這樣子講。啊有時候我就

會帶我那個小孫子來這邊，來這邊陪她吃飯啊，等於說她如果休息的時間，沒有上課的時間，我就帶他陪她在這邊吃飯，吃個晚餐啊，還是吃個中餐，時間會拖得很長，有時候來這邊 3、4 個小時陪她，啊可是有時候她還是....再怎麼講，她是沒有辦法接受她現在躺在這裡，這是最重要的一個關鍵。(No.11)

頻繁的探視

家屬在將老人送入機構後，擔心老人會有被遺棄的感覺，擔心老人在機構的生活，雖然不能親自照顧，但至少可以常常來看看老人，一方面讓老人安心，一方面減少自己對老人的愧疚感，並瞭解老人在機構的生活狀況。

沒有辦法全程顧他，在我的思想就是說，至少要抽出那麼一點時間，來把他摸一摸，看一看，隨便走走也好。不一定說要表現的怎麼樣，抽出一點時間來看他，比什麼都好。.....心裡面覺得有牽掛時，我那天都 6、7 點就起床，趕快跑來看看，把他摸一摸，裡面走兩三圈這樣也好，然後才跟人家出去。除非有什麼重要事情，要不然都不放棄那天要來看他。(No.1)

我有時如果下班，因為我在工業區上班，所以如果下班我就會過去，啊不過都晚了，然後她就會說，「啊這麼晚了，你來幹什麼，趕快回去！」(No.4)

有時候 1、2 天沒來，心裡也是覺得怪怪的，我也是盡量都來看她。(No.6)

就那一段時間，剛送來，我還沒讀書，也沒工作什麼，我記得那時候我還蠻頻繁來看我媽吧，幾乎天天來吧。(No.7)

因為我住得比較近，所以我會常來看她，那時間不需要說多長，當然這時候你不來看她，等到她退化到誰都不認識了，那時候來的話，已經沒有什麼意義了！(No.8)

你如果說把她送來這邊，很久都不過問，那她當然會有被遺棄的感覺，所以有時候說遺棄不遺棄的話，應該是看個人啦！你不能說把她放到那邊去，就說你這事了了，如果說你這樣的話，.....那要看個人啦！我會維持固定的時間會來看她，其實是怕她這個樣子，她情緒的問題，也就是說，你不能說像父母把小孩丟到學校去，那全部都是學校的問題，這樣的話，我看是不會成功啦！她會有被遺棄的感覺，一定是說，你把我丟在這邊，一年到頭都不來看我，有嗎？有啊，一定有啊，忙啊，怎麼樣啊，不來看啊！你大概也不能期望每一個人都會來看她，別人其他什麼志工來看她，都不能取代她子女來看她！那是沒辦法取代的，那不一樣嘛！至於那個，不是她們的問題，是下一代的問題！那就看那人倫觀念了，你把她放這邊，都不來看她的話，她情緒會..... (No.8)

像我有時候在「跑車」(開計程車),人家要是把我叫車,我如果跑比較遠,我會打電話來,要他們跟我爸爸說我沒辦法走,算說我沒來要先跟我爸爸報告,我來習慣了,我如果沒來,我爸會念我,就會說啊我怎麼還沒來!啊我姐姐都一個禮拜來一次,如果不來也是不行,因為他老人家都會念!.....像我在「跑車」,我如果早上,我都是從家裡出門我就到這邊來了,啊下午「跑車」跑到3點左右,3點一到,我的車自動都向這邊來,已經習慣了,沒來就覺得好像不可以!真的啊,都習慣了。感覺上時間一到,就是要來。所以人家說,你會不會時間上怎樣...,我覺得都是自己去調配的,看有沒有心而已啦。(No.9)

剛來的時候,啊我常常來看她,因為她是吃素,啊吃素算說來到這裡,好像說變得沒什麼東西好吃,人家這邊是團體的,你不可能要求人家幫你另外煮,所以就好像沒什麼東西吃,啊我就會另外煮一些東西給她。(No.10)

我們幾乎都是每天,除非說有重要的事走不開,還是說我今天人不在台中,沒有辦法過來。要不然幾乎我都是每天會過來,只是說我過來的時間,沒有辦法固定。(No.11)

心態的重新調適

要積極面對老人在機構的生活,家屬的心理也須經過一段時間的調適,先前的掙扎與罪惡感、不忍與不捨,必須重新換個角度思考,才能繼續陪著老人走另一段人生的旅程。

當初在那種情況下,我有考慮到說我不能垮,我一垮,可能這個家也就散掉了,所以慢慢也就釋懷了。我老婆當初也是經常有這種罪惡感,但是對於現實的狀況,這個就變得不是罪惡了,現實可能要比罪惡,假如量化來講,可能是大於又大於。後來我們也想想就是說,這個可能是人生的過程,應該是要這樣的話,才不會拖垮大家。(No.3)

他們那個主任還有秘書,就跟我說,喔,我看你講話的時候,就知道你壓力很大,他們就會盡量的跟我講說,要我要看淡一點,要我...,要我不要給自己那麼多壓力(語帶哽咽),就是把一些東西丟給醫院他們,應該說丟給專業的人去做,應該是這樣,所以,跟他們談完,他們會了解到我的感受。然後就是說,以前跟她還有溝通的時候,一直到目前跟她的互動越來越少,可能我現在的心態是,....比較釋然一點!不然之前都很難過。.....我現在就是,可能心態調整到說,只要她不要受很多苦...,就是說,像我現在有一個姊姊已經調回台灣了,那但是她住台北,她大概兩三個禮拜會來看我媽一次,然後我們..,因為我媽現在這樣子,我們就覺得她好像又變成小孩子了,然後只要她不要有什麼嚴重的狀況,比方說褥瘡,只要不要有這些不要讓她不舒服的情況,我大概就是覺得還可以接受。(No.5)

對機構照護的要求與監督

家屬將老人送入機構中，最主要的原因就是希望老人可以得到專業的照護，所以對機構的照護品質相當重視。因為照護人員是與老人最直接相關的照護品質，尤其近幾年，台灣長期照護機構中，僱請許多外籍看護人員，這樣的現象，頗令家屬憂心。

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，有的時候洗澡連這手都沒有洗，甚至曾經這脖子的地方整個都是痰，都沒洗掉，那時候才剛洗完澡。很多事情就變成台灣跟外勞這工作，外勞可能工作分配較多，做事就比較潦草。台灣人工作分配比較沒有那麼多，所以他在做就比較那個。外勞又比較不能溝通，就變成我就直接從三樓（行政中心）那邊講，讓他們去說。（No.1）

個案 9 陳述前一所護理之家的照護品質不佳，後來才將爸爸轉到目前的護理之家：

他們負責顧的人，他們是請那些外勞，大陸的，**護理之家那邊啊，他們雖然能說國語，但是我不能放心啦！我去，他身上常常都濕濕的，裡面悶得都流汗啊，我都跟他們說，拜託一下，早上我都 7 點多去，他們裡面都很悶，我拜託他們窗戶打開，電風扇也打開讓他空氣流通，他們都沒有這樣做，我如果去看他，他全身都濕濕的。我就把他扶坐起來，跟他換個褲子，全身幫他擦一擦，啊幫他抓抓癢。啊你說，這樣我會放心嗎？唉，我們送去是要讓他輕鬆、舒服的，不是要來這裡受苦的。啊我每次去，他都身體濕濕黏黏的，就是我們平常人，如果身上這樣濕濕的，是不是覺得很不舒服？（No.9）

個案 1 及 9，對機構照護人員無法達到家屬的要求，感到氣憤。個案 1 也表示他會定期要求看照護人員的工作紀錄，以了解是否達到一定的照護標準。

他們把我爸爸顧不好，我可以把他們叫來講，可以跟他們據理力爭，你們為什麼沒有把他弄好，比如，尿袋已經滿了，為什麼還沒換？衣服摸起來濕濕的，為什麼沒有換？..... 因為有好幾次我想把他帶到別的護理之家，好幾次想把他移到那裡去，但是他的身體，想說移來移去不是辦法，乾脆就是都跟他們說，啊有說就有改進，像現在因為他手心都會流汗，他們就捲一條棉的毛巾給他握著，像這以前都沒有。我一旦發覺他們有什麼疏忽的地方，我就會跟他們說。有的時候，大概一個月兩次，我就會看一下他們

的作業紀錄，看他們是不是真的有這樣在進行，這也是一個家屬關心的地方。畢竟我這家屬是沒有辦法顧，不是說放棄這個親人，我自己如果能顧，我也是照起工（規則按照程序）在顧。而這是一大筆錢，對家屬來說，我是付出了一大筆錢，我有需要瞭解我這老人家來這裡是不是得到妥善的照顧。（No.1）

我都幫我老爸選擇靠窗的床位，空氣比較好，我想說他們這種已經自己很不方便了，選一個空氣比較流通的位置。結果呢！有一個陰天，我想說會下雨，我還吩咐他們，拜託一下，窗戶幫我們關起來！結果都沒有啦！我看下雨了，我就又衝過去，結果我爸已經被雨水潑到！我們來這邊住，我們家屬交代的事，必須要做到，要不然我花這個錢要做什麼？啊他們這個都沒有做到！啊再來，夏天很熱嘛，很悶，我就說早上來，他們大約 7:30 就上班了嘛，我說窗戶跟他打開，啊如果還是很悶，電風扇稍微打開，但是都沒有啦！（No.9）

持續的參與照護工作

家屬在老人入機構後，並不因此覺得照顧工作已了，而會持續的參與老人的照護，使老人家覺得與家屬的依附關係仍然存在，也使家屬覺得自己在老人的照護上仍是具有價值及貢獻的。

早上比較不會感覺很深，但是下午，剛開始不習慣，時間到了還傻傻的開著車子回家，久了覺得習慣以後，我就是盡量抽出時間來這裡幫他復健，推他到處走，毫無目標也好。（No.1）

因為我爸爸在吃比較慢，啊他們看護比較忙，啊也是不放心，我爸又沒有裝牙齒，所以東西一定要攪得細細的、爛爛的，啊他們在攪的，我比較不放心，因為有的人比較沒有那個細心。啊我也是想說，東西如果攪得不夠碎，常常這樣吃，會去傷到胃，因為他東西都直接這樣下去，那個胃磨久了會出問題。如果三不五時是沒關係，啊但是常常這樣不行！....我有時候都還會去買餅乾啦、蛋糕啦，來給他當早餐啦、點心的。（No.9）

我昨天幫她剪指甲嘛，我都會幾天就幫她剪手跟腳的指甲，因為這邊的人可能沒有那個空，啊我就都會幫她剪。（No.11）

親情的再連結

雖然老人不在家中，出於不捨以及彌補的心理，家屬與老人間親情的連結更加緊密。個案 1 希望雖然自己的爸爸在機構中由別人照顧，孫子們

也不能忽視與阿公的這份親情，也希望在老人風燭殘年的時日裡，還能享受親情的溫暖。

要讓小孩子知道說他還有一個阿公還在這兒，不能讓他說回到家少一個阿公無所謂，你至少做人家的孫你也要知道還有一個阿公還在這個世上，這個是很重要啦。他們來，我就會督導他們推阿公出去散步，有的捏手，有的捏腳，有的捏頭。要了解阿公就是我們的長輩。我常常跟他們講，你們就像是太陽初升，阿公就像夕陽西沉，這時間的差距很長，你們要再看他，看不久。我一再強調還有一個阿公給人家顧，我們不是要逼孩子怎樣，是要讓他知道有親情在。(No.1)

每年除夕我會把他接回家過年 2 至 3 天，喔那時後就親戚朋友聚集一整間房子，他們會覺得最快樂的就是那一天。我老爸他們那些兄弟、朋友，都會撥個下午去跟他坐一坐，看一看他，雖然沒有辦法跟他講話，那時候一整天都很熱鬧。(No.1)

家屬在安置老人入機構後，必須經臨相互衝突的情緒，卸責的輕鬆感卻伴隨著內疚與罪惡感。雖然嘗試用機構照護的「好」來說服自己，卻仍對老人的機構生活有著擔憂與不忍。心理上縱然是百味雜陳，仍要積極面對老人在機構的事實，頻繁的探視、對機構照護的要求、持續的照顧角色，都是家屬尋求內心衝突化解的實際行動，他們也相信這樣可以幫助老人盡快適應機構生活，也幫助自己減輕情緒上的壓力。

家屬安置老人於長期照護機構之經驗的詮釋，分別在安置前、安置後呈現了不同的面貌。時代變遷下，盡己所能的提供家庭照護，然而終究難以承受照顧的身心負荷，不得不做此困難的決定，入機構後，百感交集的煎熬，非當事人，恐難體會個中滋味！

第五章 討論

研究結果歸納出這兩個階段各有其編碼以及類別，本章將依資料分析所得之七個類別分別作討論：盡己所能的家庭照護、時代轉換中的家庭照護、煎熬的決策過程、矛盾的抉擇、百感交集，以及積極面對老人的機構生活。

一、盡己所能的家庭照護

當家中老人逐漸衰老、殘病，需要他人協助日常生活功能時，家庭照護常是第一選擇。根據內政部 85 年老人生活狀況調查發現，老年人認為最理想的養老居住方式為：與子女同住或隔鄰而居者佔 69.7%，次為與配偶同住者佔 13.3%，可了解大多數的老年人認為最理想的老年居住方式是在家裡（內政部，2003）。陳、鍾所作「老人福利提供與需求評估」研究中問及「當無法照顧自己時，希望由誰來照顧？」，研究結果中有 83.8% 的老人希望居住在家中，由家人負責照顧；4.5% 認為住在家中，請專人照護；有 1.1% 希望住在家中參加日間托老（引自郝，1988）。胡、郭、王（1996）的研究中顯示：在 262 位出院慢性病重症患者中，以家人照顧佔最多數，為 78.9%。許多的數據均顯示家庭照護在長期照護體系的重要性。

個案 1 在老人入機構前的一年半中，因為還要兼顧做生意，於是每兩

個鐘頭就要回家一趟，照顧中風躺床的爸爸。個案 2 與婆婆同住 30 年，15 年前婆婆開始出現躁鬱症的情況，身為長媳，奉守傳統孝道，責無旁貸的照顧了 15 年。個案 4 為老人的三女兒，因為老人無兒子，而且其他兩個女兒都住國外，所以都由三女兒負責照料媽媽的生活，在入機構前的一年多，女兒因為要工作，所以請白天看護來協助自己的家庭照護。個案 5 為老人的配偶，個案表示因為兒子們都有自己的家庭與工作，太太中風之後，多半都是由他與一位外傭在照顧。個案 6 為老人的養子，媽媽中風時，他才剛從國中畢業，因為從小他就與媽媽相依為命，媽媽生病了，他只好放棄升學，負擔起照顧的責任，2 年後，他們的親戚幫他詢問有關低收入戶，安置老人於機構的補助措施，才得以讓他暫時放下照顧的重擔，繼續升學。個案 7 的母親在入機構前堅持獨居，個案因為不放心媽媽的情況，時常要兩頭跑，也因為媽媽血壓的情形不穩定，更擔心隨時會接到醫院急診室的電話。個案 9 為老人的長女，她表示家中的兄弟不願照顧媽媽，她只好接回家照顧了一年半，但因為她自己年紀也大了，身心無法負荷沉重的照顧工作，所以在家人商量下將老人送入機構。

研究結果中，受訪者描述在整個入機構前的家庭照護，是一段漫長艱辛的過程，基於親情之依附，他們有義務也有責任照顧生病的親人。Farran (2002) 訪問家庭照護者對於家庭照護者角色的看法，許多受訪者回答：“我們都是家庭的一部份，而那正是家庭成員間彼此該做的”。黃等 (1995)

說明家庭的功能包含：生育、情感、社會化、保護及經濟等，其中的情感功能在現代家庭中更顯重要，因為人際關係的冷漠、社會的疏離感，使得人們越來越需要家庭成員間的情感依附與支持。

家庭照護使得家庭的情感功能得以存續以及發揮，然而家庭照護者卻需付出相當的心力。本研究結果中，家屬描述在安置老人入機構前的家庭照護經驗，承受孤獨的感受，並常因老人的問題行為以及繁雜的照顧工作，造成生活的失序，長期下來，使身心承受沉重的負荷。這些結果與過去國內外探討有關家庭照顧者負荷的文獻所描述之內容極為相似（朱，1999；徐、張，1992；許，2001；湯、毛、周、陳、劉，1992；賴、盧，1998；戴、余、連，1990；Kievman & Blackman, 1989; Perel, 1998）。

家庭照顧者在沉重負荷的情境下，試著改變照護策略，希望能減輕負荷。家屬採取的策略，最主要為僱請居家看護人員。胡、郭、王（1996）一項針對老人長期病患照顧者對取代方案之考量的研究中統計：家庭照護者對於其他長期照護的替代方式選擇，有 41.7% 曾經考量請居家看護；對於曾有送安養院考量的比率為 29.8%，顯示家庭照護者在嘗試改變照護策略時，以僱請居家看護為優先考量。家屬改變照護策略，希望在某個程度之下維持家庭照護的模式，然而這種努力，常隨著老人健康日漸惡化、照顧負擔愈加沉重而無法再繼續，家屬體會到負荷之大，已無力再扛起 McFall 和 Miller（1992）指出：有 68% 的家屬認為老人的健康狀況變差是入機構

的主要原因，另外照顧者負荷越大，老人入機構的機率也越大。Gold, Reis, Markiewicz 及 Andres (1995) 針對 157 個老人癡呆症家庭照顧者的調查亦顯示，81% 家屬認為老人入機構的主因是老人的情況日漸惡化。其他類似的敘述也見於國內相關文獻 (林、歐、吳，1997；胡、郭、王，1996；許，2001)。

入機構前，家屬表達了盡己所能維持家庭照護的心情與企求，在照顧負荷雖大，仍覺親情難捨的心境下，承擔孤獨的照顧責任，忍受生活的失序，嘗試改變照護策略，盡力維持家庭照護模式，然而，當老人的健康越來越差，照顧者無法再承受照顧負荷，或家庭間的衝突擴大，家屬體會到家庭已無能為力再提供老人照護的功能。

二、時代轉換中的家庭照護

人類為了生存，社會必須不斷變遷。家庭是社會的基本單位，自然隨著社會的變遷而改變，而在結構和功能上有所調整 (朱，1981)。過去許多文獻談到社會的變遷，大致包括了幾個現象：工商社會的來臨、家庭制度的核心化、女性就業率上升、生育率降低等 (王、曾，1999；季、楊，1989；胡，1999；施，1994)，這些社會變遷使得家庭照護在本質上產生蛻變。本研究結果中關於此類別所萃取的意涵，包括傳統孝道的堅持、兒子女兒的角色劃分、家庭手足之間老人照顧工作分配的“難”、三代不同堂、以及夾縫

的中年。可以看出蛻變中的家庭照護，其文化思潮層面的改變，似乎沒有社會結構層面的改變來得快。過去傳統文化的影響仍在，然社會結構改變的腳步太快，使得家庭照護夾雜著傳統與現代的色彩，造成許多蛻變中的痛。

賴及盧（1998）在「居家失能病患之女性照顧者的經驗」研究結果中，在這家庭照護經驗中，許多女性照顧者認為這是善盡責任、孝道實踐的表現。本研究結果中，個案 2 對於傳統孝道堅持的影像最鮮明，她是老人的長媳，在傳統的父亲思想以及孝道規範下，婆媳被理所當然的視為主 - 從關係，侍奉公婆更是傳統女性的責任與義務。胡（1999）認為傳統媳婦的角色處於家人定義上的灰色地帶，女性嫁入夫家，以事夫家舅姑為志，但在公婆及其他夫家人的眼中，仍是一個外人，不受信任，並常成為家庭不合的代罪羔羊。

另一個值得探討的女性角色 - 女兒。在中國父系家庭規範下，女兒的經濟效益不但在「養兒」防老上，無法回饋父母，成為家庭經濟的賠錢貨，且因「孝養職責」的夫家轉移，斷隔了其對父母之情緒及服務性支持。「嫁出去的女兒、潑出去的水」，女兒的親情價值也被家庭制度剝奪了（胡，1999）。本研究結果中，有四位受訪者為老人的女兒，其中三位都提到了自己或媽媽在這種傳統觀念上的執著，認為老人的家庭照護是兒子媳婦的職責，女兒是要去侍奉公婆的，女兒若是介入娘家父母的家庭照護，不但會

引人非議,在責任的擔負上,角色也顯得尷尬模糊。Kao 和 Stuijbergen(1999) 探討台灣家庭在安置老人入機構的決策過程研究中亦指出,台灣家庭視照顧年邁父母為兒子媳婦的責任,女兒嫁出去之後,就算是家中的客人,沒有義務與立場參與照顧工作與決策過程。

但在西方國家,女兒和親生父母間的親情凝聚力更表現在年老父母病弱之際,許多研究顯示,女兒是配偶以外的最主要照顧者(Johnson, 1990; Krause, Grant, & Long, 1999; Ryan & Scullion, 2000)。在台灣社會經過變遷之後,西方國家的觀念及情形也慢慢成為趨勢。人類學家崔依蘭在其論文「嫁出去的女兒都是潑出去的水嗎?」中指出,教育和工作已經改變了這種觀念,這些高教育的職業婦女,不論在婚前婚後都曾幫助過娘家經濟。並且認為,奉養父母,兒子的擔當程度雖然較高,但是常來自於責任感,而非出自於親密性情感。女兒就不一樣,他們對父母比較以感情出發,而非基於社會制度的責任感(引自胡, 1999)。

社會變遷中的各種現象,對家庭照護衝擊最大的莫過於家庭制度的核心化。成年子女成家之後,多半選擇搬出父母家,而年老父母常成了獨居的狀態,三代同堂的景況漸漸沒落。本研究結果中,許多老人在入機構前,獨居或只與配偶同住的情形蠻普遍,如個案 4、6、8、10、11 的父母。Yaffe 等(2002)在一項針對老人癡呆症患者及主要照顧者對安置於護理之家情形的大型研究中統計:老人獨居(lives alone)對入住護理之家風險(risk of

nursing home placement)的多變量統計模式中的 β coefficient 為 0.55, Hazard Ratio 為 1.74, 說明了老人的獨居成了老人入住護理之家的重要影響因子。國內吳、賴及江(1994)的研究中亦指出, 社區老人對護理之家居住意願中, 「無子女同住」, 亦是居住意願的顯著影響因子之一。

家庭核心化, 家中兄弟姊妹因各自的工作崗位常散居各地, 以往農業社會的大家庭制度已不復見。當家中老人病弱需要子女的照顧時, 不是缺乏照顧人手, 就是由離父母家最近的子女, 負擔起主要照顧者的角色。然而家庭照護的工作常伴隨著許多個人的犧牲, 包括: 時間的受縛、體力的付出、精神的緊繃、經濟的負擔等等, 如果家中其他兄弟姊妹都因距離遙遠或工作繁忙, 或個人的意願而沒有提供照顧上的支持, 長期下來, 難免造成手足間對父母照顧工作的計較心理, 甚至造成手足間的衝突, 損害彼此的關係。本研究受訪者中有幾位提到了家庭手足間對於老人照護工作分配上的艱難處境, 甚至有一位受訪者認為兄弟間的感情與關係已因此而深受打擊。Johnson(1990)針對16位安置母親於護理之家的女兒作質性訪談的結果中描述, 入機構前的家庭照護, 通常提供照顧支持的是她們的配偶或子女, 而非手足。簡及吳(1999)研究「影響子女照顧失能父母意願之因子」一文中, 顯示: 有無兄弟姊妹照護支持對於子女提供家庭照護之意願有顯著影響, 也就是說, 若是兄弟姊妹間對父母的照顧態度是大家分工合作或是彼此互相支持及提供「換手」的幫忙的話, 對於子女提供照護之

意願將有正面的影響。因此文章中也進一步建議，政府若能提供一些支持方案（如金錢補助、日間照護或喘息式服務）來幫助家庭照護，可使子女不會因無兄弟姊妹的照顧支持而無法獨立負擔照顧父母的工作。

除了以上所提家庭照護在時代變遷中的各種困境，另一個很突顯的主題是，有幾位男性受訪者（特別是老人的兒子）提到在照護老人工作的同時，他們還兼負養育下一代的責任，處在中年的他們，父母親逐漸進入老年，體力的衰退，病痛的出現正是需要他們照顧的開始，而下一代大致上是處於青少年時期，經濟上尚無法獨立，消費上高等教育的投資也正是開始的階段，上下兩代的照顧及經濟需求，常令他們感慨夾心餅乾的處境難為。而美國類似的報告：家庭照護者中，有 41% 家中有 18 歲以下子女需要照護，更有 77% 受雇在外工作。可見中年家庭照護者經常是處於身兼多重角色與責任的狀態下（Farran, 2002）。

這樣的結果中，值得探討的是，過去的研究與文獻中，有關夾縫的中年，常常是描述中年女性（胡，1999；賴、盧，1998），婦女在中年時期，除了擔任照顧工作外，亦須負擔子女養育、職業婦女等角色，中年的這一代，在照顧老小的社會期望下，同時也經歷了價值觀的差異和世代間問題的困境。本研究與過去文獻的差異，或許在於中年這一代不管男女都存在有這種「夾心餅乾」的為難處境，然而過去文獻中的研究對象主要是婦女，而本研究中有多位男性家庭照護者，所以夾縫中年的心境描述，也自然而

然在此次訪談中顯露出來。

在安置老人入機構前，許多家庭已經歷了一段時期的家庭照護，在他們的描繪中，這是一段盡了力的辛苦過程，現代社會所衍生出的各種家庭照護的困境，更加深了家庭照護持續的困難度。

三、煎熬的決策過程

體認到家庭照護的種種困境後，家庭照護者開始面臨將老人送入長期照護機構中的考量。本研究結果中，許多受訪者表示，將老人送入機構是迫不得已之下，最後的選擇。仔細思索這「別無選擇」的心境，背後的意涵到底為何？從許多角度來看，入住機構都不是理想的選擇。家屬的角度來看，安置老人入機構，有家屬認為自己像是背叛了照顧義務與責任(Lundh, Sandberg, & Nolan, 2000)，也象徵了照顧者的失敗(Dellasega, 1991)。而老人本身則對入住機構有很大的恐懼與擔心(許，2001)，對新環境的不確定感，擔心被家人遺棄，擔心孤獨的感覺等等。然而縱使選擇長期照護機構有種種的負面考量，在家庭照護無能為力的處境下，它卻是如此實際的切合家屬的迫切需要，也因此，這成了別無選擇之下的唯一選擇！Lundh, Sandberg 及 Nolan (2000) 探討配偶安置老伴於機構中之經驗的研究中，亦顯示多數的受訪者認為，關於這個決定他們「別無選擇」(I don't have any other choice)！而根據徐及吳(1998)研究「提供社區式家庭支持方案能

否減少機構式長期照護服務之使用意願？」顯示：目前使用機構照護的家庭，有兩成到三成願意以家庭支持方案替代機構照護的使用，當初送入機構可能是在缺乏選擇之下不得已的決定。家庭照顧者努力維持「理想照顧者」(the ideal caregiver) 意象下的思考邏輯，加深了做此決策的困難度，以及更複雜化決策者內心的衝突 (Ryan & Scullion, 2000)。

至於誰做此決策，Oberleder 認為老人參與決策的過程，可以保有老人的自我控制感、減少怨恨，以及增加老人的合作度 (引自 Dellasega & Mastrian, 1995)。本研究中，個案 7、8 及 10 的老人，在入住前，家屬曾經徵詢他們的意見，家屬亦是基於能夠讓老人安心、能夠增加老人合作度這樣的考量。然而個案 1、4、5、6 及 7 的老人，因為要入住機構時，已有某種程度意識上的障礙，家屬在老人入住前並沒有特別告知老人；而個案 2 及 10 的老人，家屬則採取隱瞞的方法，採取隱瞞的策略考量，可能是因為擔心在這種迫不得已的情境下，若是將實情告訴老人，老人除了不願意配合之外，情緒也會大受影響。Reinhardy (1992) 的研究亦指出，入住護理之家的老人，有一半以上都是由別人來做此決定。而老人方面願意入住的原因，有研究報告 (Ryan & Scullion, 2000) 顯示是因為老人考量自己的狀況，以及出於「利他」的想法，為了他們的照顧者、子女設想。而本研究中，因為受訪者沒有特別提及，亦無對老人做這一方面的訪談，並沒有相關資料可供分析。

在面臨老人入住機構的需要後，縱使心中仍有煎熬，在行動上，家屬努力積極尋找合適的長期照護機構，期望能使老人得到妥善的照顧，也期望能平衡及化解在決策過程中的煎熬與掙扎。在多數受訪者的描述中，他們在尋找的過程中，會考慮許多因素，包括：是不是適合老人？家人探視的方便性如何？空間的規劃好不好？環境是否整潔清爽？價錢是否能負擔等等？Johnson (1990) 以及 Kao 和 Stuijbergen (1999) 的研究中，關於家屬選擇護理之家的考量標準，也有類似的結果。合適的長期照護機構能使家屬安心的將老人安置其中，這也是在這個決策過程中一項有利的支持因素。

四、矛盾的決定

雖然已決定將親人安置在長期照機構中，但家屬心裡面對這樣的決定仍是充滿掙扎與矛盾。因為家庭照護的無能為力，尋求護理專業照護的需求強化了這個決定的正當性與必要性。然而另一方面，家屬卻考量著這樣的安排，造成家庭親情的分割，而老人在孱弱需人照顧時，卻沒有親人在旁，情何以堪。而機構一直以來給人的負面印象，更是讓人怯步。過去的研究中，Townsend 也認為，安置老人入機構的決策是一個矛盾的過程，這樣的決定，有某部份解決了家屬的其他照顧競爭需求（如：子女），也舒緩了家庭照顧者的負荷；但是另一方面，這樣的安排，並沒有完全卸除照顧者的責任與心理壓力，反而帶來了新的、不同形式的挑戰（引自 Dellasega &

Mastrian, 1995)。

本研究中 10 位受訪者中，有 7 位提到安置老人入機構主要原因是對護理專業照護的尋求，這些受訪者的老人，因為疾病的關係，大部份需要高度護理技術提供照護，有些是因為銜接急性住院出院之後的照護需求，如：鼻胃管護理、氣切護理、傷口護理、導尿管護理等等。Dellasega 及 Mastrian (1995) 亦指出，急性住院會催化家屬將老人送入機構的決策過程。

另外，值得探討的是，本研究資料中，幾乎沒有家屬提到，在決策過程中，曾經接受專業照護人員的建議與轉介。然而國外文獻 (Dellasega & Mastrian, 1995; Ryan & Scullion, 2000) 提到安置老人入機構的決策過程中，專業人員會有某種程度的介入，Gold, Reis, Markiewicz 及 Andres (1995) 的研究中統計：家屬在做此決策時，決策者會與家中其他家人 (58%)，朋友 (7%)，專業照護人員 (73%) 討論。這些論述與本研究的結果有很大的不同，這其中的差異仍有值得探討之處。而或許隨著近年來，國內許多醫院對「病患出院準備服務」的倡導，會使這樣的現象有所改變。「病患出院準備服務」的目的在幫助病患家屬能夠勝任出院後的居家照護，以及增進病患自我照顧的能力，對於無法由家人照護的個案，也與家屬討論建議轉介適當的照護機構，專業人員在決策過程中適當的介入，提供相關訊息與評估，可以讓家屬在決策過程中，以比較理性及客觀的態度做決定。

決策過程中，許多家屬提到在決定安置老人於長期照護機構時，多多

少少會顧慮機構的負面標籤。譬如，「這些孩子真不對，自己不顧，要送去給人家顧」、「孤苦無依的老人」、「一個等死的地方」等等，這些負面的指責與印象，讓家屬做此決定時，更感矛盾與遲疑。而胡、郭、王（1996）亦指出，不論機構照護品質如何，文化都加了「標籤」-「家庭照護」象徵「子媳孝順」，而「送機構照護」象徵了「子女不孝」、「老人被遺棄」的意義。許多關於國內機構式長期照護的文獻論述中，都提到了「機構式照護」在中國傳統社會道德體系中負面的文化意涵（吳、賴、江，1994；胡、郭、王，1996；徐、吳，1998；許，2001；簡、吳，1999；Smith & Hung, 2001）。

很明顯的，安置老人於長期照護機構的決策過程是矛盾的（ambivalent）兩難的（dilemma）（Johnson, 1990; Kellett, 1999; Krause, Grant, & Long, 1999; Lundh, Sandberg, & Nolan, 2000; Nay, 1996; Ross, Rosenthal, & Dawson, 1993; Ryan & Scullion, 2000），本研究的訪談資料中，受訪者也同樣深切的表達出這種心境。

五、百感交集

家屬描述關於安置老人入住機構之後的經驗，首先很鮮明的主題浮現：交替的正面、反面感受，複雜的交集在一起。部份受訪者提到在安置老人入機構後，雖然感覺照顧的沉重負荷減輕不少，然而對老人的愧疚感，

以及自責的罪惡感卻同時產生。老人不在身邊，本於親情的連結，家屬開始擔憂老人在機構的生活種種，前往探視時，面對老人日漸孱弱，或是因為某些醫療處置引起老人受苦，更是覺得不忍心。但是另一方面，家屬也會正面看待機構照護，他們看到了老人健康的進步，老人的社交活動比較豐富，以及專業照護可以及時適當的做危機處理，他們了解這些都是家庭照護沒有辦法提供的。雖有罪惡感、擔憂以及不忍等負面情緒的壓力，家屬同時存在對機構照護正面的感受，就像個案 11 所說，“不管說在這邊多長或多短的時間，只要是將老人放在這邊（護理之家），這種正反面的想法，一直都會存在”。

本研究的訪談資料顯示：受訪者卸下老人的照顧工作之後，時間的受縛、體力的負荷、家庭間的衝突，以及混亂的生活步調，這些曾經擺脫不了的問題，在老人入住機構後都不復存在。Krause, Grant 及 Long (1999) 的研究，也描述女兒對父母入住機構後的感受，有部份受訪的女兒覺得安置老人入機構後，可以讓她們在照顧角色上得到喘息的機會，亦可以重拾自我在工作中、學校或各種領域的社會角色。Farran (2002) 也提到，安置家中癡呆症老人入機構後，家庭照顧者感覺到自由，睡眠與飲食品質都有明顯改善。然而卸責後的輕鬆感，伴隨而來的卻是罪惡感。家屬自責為何不能自己照顧老人，而要將老人送到機構中？Dellasega 及 Mastrian (1995) 訪談 7 位家屬對安置老人入機構後的經驗顯示，情緒紛擾 (emotional

turmoil) 是他們共同的感受，這些情緒包含罪惡、難過、孤獨、挫折、擔憂、怨恨和放鬆。其他的研究中，關於老人入機構後，家屬的感受，也都呈現了此種正負面情緒交替的結果 (Johnson,1990; Nay, 1996; Ryan & Scullion, 2000; Ross, Rosenthal, & Dawson, 1993)。

老人入住機構後，使得家屬從主要照顧者的角色中，成為探視者，除了對角色的失落感外，亦會擔心老人在機構中的生活，擔憂的問題包括：老人的適應情形，老人的情緒問題，照護人員與照護品質等等，其中家屬最擔憂的是照護品質，這是與老人最直接相關的部份。照護人員的態度、照護人員的照護模式這些都會影響老人在機構生活的品質。Johnson(1990) 的研究中，探討女兒對父母入住機構的經驗，有受訪者甚至擔心照護人員對老人會有虐待的情形，其他的擔憂還包括，入住機構後，老人的自主性及自我決定權也因為機構的團體模式而被剝奪。

前往探視老人時，若是老人的身體狀況每況愈下，或者老人因為某些醫療處置而受苦時，會令家屬覺得不忍心。Krause, Grant 及 Long (1999) 的研究中，女兒對父母入機構後日漸衰退的健康情況，有很深的悲傷及失落感。研究者在護理之家實習時，亦觀察到有些家屬探視老人時，似乎有很複雜的情緒，甚至紅著眼眶，應該是對老人情況的不忍吧！

在許多的負面情緒下，為了有繼續機構照護的理由與動機，家屬也會嘗試去感受機構照護的優點，但似乎家屬有這樣的感受是在老人對機構生

活有某種程度的適應之後，而或許家屬本身對老人入機構的生活也經過了一番調適，在這樣的情境下，家屬會比較老人過去在家與現在在機構的狀況，找出機構照護比家庭照護好的點，來說服自己，平衡負面情緒 Ryan 及 Scullion (2000) 的研究中也顯示，有部份家屬表示老人在機構中的生活品質比在家裡來的好，這讓他們感到放心。

家屬在安置老人入機構後，心中混雜了許多的感受，正、反面想法不斷的交替，老人入機構，除了老人本身，對家屬心理上的衝擊亦是相當大的。

六、積極面對老人的機構生活

家屬安置老人入機構以後，雖然卸下了家庭照顧者的角色，然而另一個新角色的責任與任務才剛剛開始。Nolan 及 Dellasega (1999)認為，當家屬體認到家庭照護終究是無能為力，照顧者的角色即將到達終點(reaching the end)的時候，通常是老人的健康相關狀況的危機(如：急性住院)，倉促的催化了安置老人於機構的決定，所以家屬必須在很短的時間適應角色的卸下與轉移 - 從「照顧者」到「探視者」。而這樣的角色轉變過程是很困難的，通常會感覺失去控制感(lose their sense of being in control) 以及失落感。本研究資料中，受訪者認為，積極面對老人的機構生活，才能幫助老人盡快適應機構，也能盡快適應自己的新角色。

在這個「積極面對老人的機構生活」的類別下，家屬提到了安置問題後，老人常有情緒不穩的現象，或者要求要回家、或者抱怨家人不理他，所以對老人的情緒安撫，在情感上的提供支持，成了新角色的重要工作之一。其他的情感支持，還包括親情的再連結以及頻繁的探視。老人入住機構後，在某些家屬的心裡感覺，老人已經缺乏某個形式的親情，基於愧疚或補償的心理，與老人的親情連結會比以往更加緊密，而更珍惜與老人間相聚的時間。

頻繁的探視，一方面減輕家屬對老人在機構生活的擔心，如果心裡面有什麼不放心的地方，去看看老人總是比較安心。而另一方面，讓老人覺得還是可以常常看到家人，減少老人擔心被遺棄的恐懼感。本研究中所謂「頻繁的探視」，在受訪者的描述中，有的是每天來（如個案 1、5 & 10），有的是至少一星期會探視一至兩次。本研究礙於研究設計，並沒有針對探視頻率做次數上的統計。而國外的文獻中，根據美國 National Nursing Home Survey 的統計：護理之家住民被探視的頻率，一星期中至少有一次的為 61%，27%少於一星期一次，而有 12%的住民則是從來沒有被探視過（引自 Ross, Rosenthal, & Dawson, 1993）。而有研究也統計：機構住民被探視的頻率，一星期至少一次的為 79%，而 93%也表示過去的兩個禮拜中，曾經被探視過（Linsk, Miller, Pflaum, & Vicik, 1988）。而每次探視的時間，大約為 3-4 小時，在週末則有 6 小時。機構住民的老年妻子的探視時間通常最久，

而且這種模式並不因為時間而改變(引自 Ross, Rosenthal, & Dawson, 1993)

此外，在老人入住機構一段時日後，除了老人逐漸適應機構的生活，而家屬在內心許多衝突之下，也會調整自己的心態，用另一種角度看待此事，理性考量現實情境下，老人入住機構，是一個對大家都好的決定。而因老人日漸孱弱，家屬除了無奈與不忍，也只能調整對老人健康的期望，只希望老人身體不要再受苦。心態上的調整有助於家屬更能正向積極面對老人入住機構的事實，以及適當的作角色的自我調整。

家屬從家庭的照顧者角色，轉變為探視者角色，在本研究受訪者的描述中，家屬的角色不單只是探視老人，「探視」的意義與內涵還包括對照護工作的持續參與，以及對機構照護的要求與監督。雖然家屬參與簡單的照護工作，如推老人出去散步、餵食、修剪指甲等，但是這些工作的背後，家屬提供了親情交流與情感支持，而這些也是機構照護人員無法提供的，這樣的照護角色，對機構中的老人來說，相信是他們生活中的最大的意義。過去的研究中，關於老人入機構後，家屬持續參與照護工作的論述，亦出現在許多文獻中(Brody, Dempsey, & Pruchno, 1990; Lundh, Sandberg, & Nolan, 2000; Nolan & Dellasega, 1999; Ross, Rosenthal, & Dawson, 1993)。除了參與照護工作之外，家屬對機構的照護也有所監督與要求，這可能因為過去家屬的照顧者角色，累積了許多照顧的經驗，家屬覺得這些照顧經驗是最適合自己的親人，因而希望在機構中的照護人員能夠達到他們所要求

的期望。然而，這樣的要求與監督，如果處理不好，很容易導致家屬與機構照護人員間的衝突，國外的文獻中亦提到這一點，他們鼓勵機構照護人員能多了解家屬的感受與心情，定期的與家屬進行雙向溝通，覺察家屬在照護老人過程中的重要性，以及共同擬訂照護內容與計畫 (Ross, Rosenthal, & Dawson, 1993)。

家屬在「積極面對老人的機構生活」的角色上，除了頻繁的探視，對老人的情緒安撫，親情的再連結等情感支持外，也經歷本身心態的再調整，以正面態度以及實際行動再參與老人的照護工作，也對機構照護有所要求與監督，老人入住機構後，家屬雖然卸下了家庭照護的沉重負擔，新角色與新生活卻是另一項挑戰！

第六章 結論與建議

第一節 結論

本研究採質性研究，經由深度訪談的過程進行資料收集、資料分析，呈現出「家屬安置老人於長期照護機構之經驗」的全貌，包含三個面向，分別是入長期照護機構前、面臨決定入長期照護機構時，以及入住長期照護機構後。在安置前，家屬通常採家庭照護，然而時代變遷的種種現象，限制了家庭照護的功能，加深了家庭照護的困境。在不得已，別無選擇的心境下，面臨將老人送入機構的煎熬決策，矛盾兩難的決定，使得家屬將老人送入機構後，仍是百感交集，內心縱有再多感觸，也須以積極的態度面對老人在機構的生活，才能幫助老人度過未來的日子，也幫助自己開展另一段新生活。

第二節 研究限制

本研究限制包括：

一、針對「頻繁的探視」這個研究結果，研究者也曾經思考，或許因

為研究設計採立意取樣，而研究者在選擇樣本時，通常是在機構中尋找願意受訪的個案，這樣的方式，尋找到的個案本身就是經常在機構中出現的家屬，而自然而然就出現這樣的編碼，所以是否因為選樣的方式，直接影響到編碼的呈現，有待商榷。

二、因為本研究是採深度訪談的方式來收集資料，資料的提供，端視受訪者的陳述方式，而每個人論述一件事情的觀點與態度不一，有人習慣正面說辭，有人則習慣負面說辭，所以研究資料收集方式，若能再加入參與性觀察，應該有助於資料的完整性。

三、選擇研究樣本時，通常是在機構中接觸前來探視的家屬，並徵求他們受訪的意願，研究者所接觸的家屬中，以兒子與女兒最多，或許因為兒子女兒與父母親情的連繫較密切，所以探視的頻率較高，以致在受訪者角色的分佈上較不均。與老人的關係為兒子的有 4 位，女兒也有 4 位，而媳婦與配偶則各只有 1 位，以致某些關於媳婦或配偶經驗的研究結果較少，無法提供豐富足夠的描述資料。

第三節 研究建議

經由研究的過程，瞭解了家屬在安置老人於長期照護機構的經驗，在安置前、面臨安置決定時、安置後，都顯現了負面感受多於正面感受的心

路歷程。瞭解這樣的經驗之外，期望能從中獲得啟示，因此，護理專業對家屬安置老人入機構的過程，應該有改善及努力的空間，以下將針對護理臨床應用、未來護理研究及護理理論應用提出建議：

一、護理臨床應用

（一）由研究結果及過去國內外相關文獻顯示，家庭照護是一般民眾最能接受及最優先採用的長期照護方式，然而，卻也是困境最多的方式，許多家庭照護的無能為力，大多由於社會支持系統的不足。長期照護的服務模式中，居家護理能夠讓個案在家中接受後續醫護服務，亦能協助個案及家屬維持家庭完整及保持家庭功能。目前的居家護理雖然已經推行多年，但成效似乎還有待評估。建議建立更完整的居家護理服務的網絡，培訓更多專業居家護理師投入這個領域，積極宣導居家護理的角色與功能，增加民眾對此的認識及利用率。

（二）日間照護中心可緩解家庭照顧者的壓力，又可讓老人享受親情，符合國情文化，然而目前日間照護中心的設置並不普遍，所以建議增加社區式日間照護中心的設置。社區式的日間照護中心應能符合利用上的可近性，又能符合現代家庭的結構與型態，滿足老人的生理、心理、社會需求，以及滿足家庭完整性的需求。

（三）居家護理或臨床護理人員，應主動評估家庭照護的情形，當老

人有需要入住機構時，提供長期照護機構的相關資訊，以及客觀的評估與建議，協助家屬處理關於老人安置的問題，以減少其決策過程中的茫然與摸索。

（四）關於家屬安置老人入機構之經驗的相關主題，應涵括在機構照護人員的在職教育課程中，讓機構照護人員能了解家屬感受與需求，以幫助機構照護人員能正確覺察家屬的負面情緒，而能適當提供協助與支持。

（五）老人入住機構前，可針對家屬舉辦說明會，說明家屬可能會出現的情緒反應和將會面臨的問題，以及機構照護工作內容，老人的活動規劃等等，減低家屬因不確定感所帶來的擔憂。

（六）老人剛入住機構時，應鼓勵家屬盡可能做頻繁之探視，以減少老人擔心被遺棄的感覺，並能盡快協助老人及家屬本身對機構生活的適應。

（七）老人入住機構後，針對機構照護人員及其老人家屬，定期舉辦溝通會，交換彼此照護經驗，照護人員亦應將家屬所提供的重要意見或照護經驗，納入照護計畫中。

（八）老人入住機構後，鼓勵家屬對老人的探視以及參與老人的照護工作，當家屬認為自己在老人照護工作中仍有一定的角色與功能時，可減輕其負面情緒。

二、護理研究應用

國內研究相對於家屬安置老人於長期照護機構之經驗的探討，仍屬於起步階段，本研究以質性研究之過程，建構此經驗的概括面貌，期望將來可針對某些重要因子作相關性的研究，如：家庭照護者的負荷程度與老人入住機構的相關性，或家屬的探視頻率與機構老人憂鬱程度的相關性等。而更進一步可設計介入性的護理措施，做類實驗或實驗性研究，以達到預測以及控制改善作用，如：安置前家屬衛教課程對安置後家屬的壓力減輕成效之探討。

三、護理理論應用

本研究結果為家屬對於此經驗的心路歷程，研究結果的呈現類似一個具有時間性的進程，接近紮根理論的精神，將來可由不同研究者進行類似研究，比較驗證研究結果，求得對家屬安置老人於長期照護機構之經驗的全貌，進而發展中度範圍理論（middle-range theory）。

參考文獻

王文玲 (1992) 與慢性病共存 - 慢性病患者家庭的需要 護理雜誌, 39 (3), 25-30。

王正、曾薺霓 (1999) 倫理與價值：長期照護財物機制之理念與原則 社會政策與社會工作學刊, 3 (2), 101-130。

王晶 (2000) 老人潮 台北：聯經。

內政部 (2002, 9月6日) 民國八十九年台閩地區老人狀況調查報告摘要分析 內政部統計資訊服務網 摘自

<http://www.moi.gov.tw/W3/stat/home.asp>

內政部 (2003, 4月30日) 中華民國八十五年老人狀況調查摘要分析 內政部統計資訊服務網 摘自 <http://www.moi.gov.tw/W3/stat/home.asp>

內政部人口政策委員會 (1999) 人口政策資料彙集 台北：作者。

行政院經濟建設委員會人力規劃處 (2002, 9月19日) 台灣地區工作與依賴人口推計數及結構 - 民國 91 至 140 年 行政院經濟建設委員會網路 摘自 <http://www.cepd.gov.tw/people/統計表.pdf>

行政院衛生署 (1998) 老人長期照護三年計劃 (核定本) 台北：作者。

朱岑樓 (1981) 中國家庭組織的演變 於朱岑樓編著, 我國社會的變遷與發展 (pp. 255-287) 台北: 東大。

朱素真 (1999) 老來伴? 老來絆? - 兩性在照顧失能配偶的角色與心態歷程之探討研究 未發表的碩士論文, 台北: 國立台灣大學。

李淑霞、吳淑瓊 (1998) 家庭照顧者負荷與憂鬱之影響因素 護理研究, 6 (1), 57-67。

吳淑瓊、賴惠玲、江東亮 (1994) 影響社區老人對護理之家居住意願的因素 中華衛誌, 13 (5), 388-394。

吳淑瓊、陳正芬 (2000) 長期照護資源的過去、現在與未來 社區發展季刊, 29, 19-31。

吳淑瓊、朱昭美 (1995) 民眾對老人長期照護安排之態度: 1994 台灣地區社會意向調查之發現 中華衛誌, 14 (4), 369-382。

吳淑瓊、林惠生 (1999) 台灣功能障礙老人家庭照護者的全國概況剖析 中華衛誌, 18 (1), 44-53。

吳淑瓊、莊坤洋 (2001) 在地老化: 台灣二十一世紀長期照護的政策方向 台灣衛誌, 20 (3), 192-201。

邱啟潤、陳武宗 (1997) 誰來關懷照顧者? 護理雜誌, 44 (6), 25-30。

李世代 (1998) 老年人的健康與醫療照護 長期照護, 2 (1), 1-6。

阮玉梅 (1999) 長期照護的沿革 於阮玉梅、陳心耕、陳惠姿、林麗嬋、田玫、徐亞瑛、王祖琪等合著, 長期照護 (pp. 15-43) 台北: 國立空中大學。

林正介、蔡長海 (2000) 二十一世紀台灣人的健康挑戰—台灣地區的老人健康照顧問題 一元醫訊, 106, 23-25。

林麗嬋、歐美、吳肖琪 (1997) 長期照護中主要照顧者之家庭功能、社會支持與情緒 護理研究, 5 (1), 77-87。

季瑋珠、楊志良 (1989) 台灣地區 1946-86 年家庭與社會機構間病人、幼兒與老人照顧責任的相互轉移 中華衛誌, 9 (3), 138-146。

胡月娟 (1994) 慢性病患者所承受的衝擊與因應行為 護理研究, 2 (2), 140-151。

胡幼慧 (1996) 轉型中的質性研究: 演變、批判和女性主義研究觀點 於胡幼慧編著, 質性研究—理論、方法及本土女性研究實例 (pp. 7-25) 台北: 巨流。

胡幼慧、郭淑珍、王孝仙 (1996) 老人長期病患照顧者對取代方案之考量: 潛在需求與困境之分析 中華衛誌, 15 (4), 275-288。

施教裕 (1994) 老人和家庭政策: 家庭關係的內涵及意含之探討 社區發展季刊, 68, 84-95。

徐亞瑛、張媚（1992） 都市型及鄉村型社區中居家殘病中老人家庭照顧者之照顧工作及照顧工作感受之探討 護理雜誌，39（4），99-106。

徐慧娟、吳淑瓊（1998） 提供社區式家庭支持方案能否減少機構式長期照護服務之使用意願？中華衛誌，17（4），326-336。

郝溪明（1998） 老人長期照護中家庭功能之初探 社區發展季刊，83，265-173。

黃迺毓、黃馨慧、蘇雪玉、唐先梅、李淑娟（1995） 家庭概論 台北：國立空中大學。

許敏桃（2001） 台灣老人家庭照顧研究之評析：護理人類學的觀點 國家科學委員會研究彙刊，11（2），167-177。

陳敏雄（2001） 長期照護之機構管理 於阮玉梅、高淑芬、李怡娟、賈淑麗、李明德、陳敏雄、潘依琳、張家琦、劉淑芳合著，長期照護概論（pp. 137-182） 台北：華杏。

陳寬政（1997） 台灣地區的人口變遷與人口學的新領域 於孫得雄、齊力、李美玲合著 人口老化與老年照護（pp. I- ） 台北：巨流。

陳寬政、王德睦、陳文玲（1986） 台灣地區人口變遷的原因與結果 台灣大學人口學刊，9，1-22。

葉光輝（1995） 孝道困境的消解模式及相關因素 中央研究院民族學研究所集刊，79，87-118。

葉光輝(1997) 年老父母居住安排的心理學研究：孝道觀點的探討
中央研究院民族學研究所集刊，83，121-168。

葉莉莉(2002) 接受機構照護個案其家屬亦需專業人員關心 長庚護理，13(2)，152-158。

曾淵如(2002) 21世紀之老年醫學的展望—老年人之長壽、活躍及幸福的期望 台灣醫界，45(9)，488-491。

湯麗玉、毛家齡、周照芳、陳榮基、劉秀枝(1992) 癡呆症老人照顧者的負荷及其相關因素之探討 護理雜誌，39(3)，89-98。

賈淑麗(2001) 長期照護之服務模式 於阮玉梅、高淑芬、李怡娟、賈淑麗、李明德、陳敏雄、潘依琳、張家琦、劉淑芳合著，長期照護概論 (pp. 33-70) 台北：華杏。

楊國樞、葉光輝、黃麗莉(1989) 孝道的社會態度與行為：理論與測量 中央研究院民族學研究所集刊，65，171-227。

楊國樞(1988) 中國人之孝道的概念分析 於楊國樞著 中國人的蛻變 (pp. 31-64) 台北：桂冠。

楊嘉玲(2000) 護理之家機構住民照護品質指標之探討 - 從住民家屬立場談起 長期照護，4(2)，33-41。

楊靜利、涂肇慶、陳寬政(1997) 台灣地區的人口轉型與人口老化

速度之探討 於孫得雄 齊力 李美玲著, 人口老化與老年照護 (pp. 15-38)
台北：巨流。

劉愛嘉 (1999) 年老的社會建構與老人照護困境之探討 未發表的
碩士論文，嘉義：國立中正大學。

賴炎元、黃俊郎注譯 (1992) 新譯孝經讀本 台北：三民。

賴豐美、盧孳艷 (1998) 居家失能病患之女性照顧者的經驗 護理
研究, 6 (5), 372-382。

簡雅芬、吳淑瓊 (1999) 影響子女照顧失能父母意願之因子 中華
衛誌, 18 (3), 189-198。

戴玉慈、余玉眉、連倚南 (1990) 罹患中風對家庭的衝擊 公共衛
生, 17 (2), 171-180。

謝美娥 (1993) 老人長期照護相關議題之探討 於老人長期照護的
相關議題 (pp. 1-46) 台北：桂冠。

譚開元 (2001, 7月) 台灣長期照護服務供給面之探討 - 台灣老人健
康照護體系之建議 於台中健康暨管理學院、中國醫藥學院附設醫院主
辦, 長期照護暨經營管理學術研討會講義 台中：中國醫藥學院附設醫院。

關華山 (民 85) 台灣老人自費安養機構之類別 於台灣老人的居住
環境 (pp. 55-76) 台北：田園城市文化。

Appleton, J. V. (1995). Analysing qualitative interview data: Addressing

issues of validity and reliability. Journal of Advanced Nursing, 22, 993-997.

Boyd, C. O. (2001). Philosophical foundations of qualitative research. In P. L. Munhall (Eds.), Nursing research—A qualitative perspective (3rd ed., pp. 65-89). Boston: Jones and Bartlett .

Brody, E., Dempsey, N., & Pruchno, R. (1990). Mental health of sons and daughters of the institutionalized aged. The Gerontologist, 30, 212-219.

Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (1998). Strategies of qualitative inquiry. Thousand Oaks, CA: Sage.

Dellasega, C. (1991). Caregiving stress among community caregivers for the elderly: Does institutionalization make a difference? Journal of Community Health Nursing, 8(4), 197-205.

Dellasega, C., & Mastrian, K. (1995). The process and consequences of institutionalizing an elder. Western Journal of Nursing Research, 17(2), 123-140.

Farran, C. J. (2002). Family caregivers: A critical resource in today' s changing health-care climate. Excellence in Clinical Practice, 3(3), 1-3.

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, 10-16.

Holloway, I., & Wheeler, S. (1995). Ethical issues in qualitative nursing

research. Nursing Ethics, 2(3), 111-120.

Johnson, M. A. (1990). Nursing home placement: The daughter's perspective. Journal of Gerontological Nursing, 16(11), 6-11.

Kao, H. F., & Stuifbergen, A. K. (1999). Family experiences related to the decision to institutionalize an elderly member in Taiwan: An exploratory study. Social Science & Medicine, 49, 1115-1123.

Kellett, U. M. (1999). Transition in care: Family carers' experience of nursing home placement. Journal of Advanced Nursing, 29(6), 1474-1481.

Krause, A. M., Grant, L. D., & Long, B. C. (1999). Sources of stress reported by daughters of nursing home placement. Journal of Ageing Studies, 13(3), 349-364.

Kievman, B., & Blackman, S. (1989). Handling change: The family caregiver's perspective. Caring, 8(12), 4-8.

Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). Naturalistic inquiry. Newbury Park, CA: Sage.

Linsk, N., Miller, B., Pflaum, R., & Vicik, A. (1988). Families, Alzheimer's disease, and nursing homes. The Journal of Applied Gerontology, 7(3), 331-349.

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.

McFall, S., & Miller, B. H. (1992). Caregiver burden and nursing home admission of frail elderly persons. Journal of Gerontology: Social Science, 47(2), S73-S79.

Merriam, S. B. (1988). Case study research in education: A qualitative approach. San Francisco: Jossey-Bass.

Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994). Qualitative data analysis (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.

Morse, J. M., & Field, P. A. (1995). Nursing research: The application of qualitative approaches. Thousand Oaks, CA: Sage.

Nay, R. (1996). Nursing home entry: Meaning making by relatives. Australian Journal on Ageing, 15(3), 123-127.

Nielsen, J., Henderson, C., Cox, M., William, S., & Green, P., (1996). Characteristics of caregivers and factors contributing to institutionalization. Geriatric Nursing, 17, 124-127.

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.

Patton, M. Q. (2002). Qualitative research and evaluation method (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.

Perel, V. D. (1998). Psychosocial impact of Alzheimer disease. Journal of the American Medical Association, 279(13), 1038-1039.

Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1999). Nursing research: Principle and method (6th ed.). Philadelphia: Lippincott.

Reinhardy, J. (1992). Decisional control in moving to a nursing home : Post-admission adjustment and well being. Gerontologist, 32, 96-103.

Ross, M. M., Rosenthal, C. J., & Dawson, P. G. (1993). Spousal caregiving following institutionalization: The experience of elderly wives. Journal of Advanced Nursing, 18, 1531-1539.

Ryan, A. A., & Scullion, H. F. (2000). Nursing home placement: An exploratory of the experiences of family carers. Journal of Advanced Nursing, 32(5), 1187-1195.

Sandelowski, M. (1986). The problem of rigor in qualitative research. Advances in Nursing Science, 8(3), 27-37.

Silverman, D. (1994). The logic of qualitative methodology. In Interpreting qualitative data—Method for analysis talk, text and interaction (pp. 20-29). London: Sage.

Smith, S., & Hung, L. C. (2001). A cross-culture analysis: The effect of eastern philosophy on the elderly Chinese in American and Taiwan and the problem of long-term care. Journal of Mei Ho Institute of Technology, 19, 221-231.

Sorrells, V. L. (1991). Nursing home fears...what families say worried them most. Geriatric Nursing, 12(5), 237.

Sulkava, U. E., Notkola, I. L., Hentinen, M., Kivela, S. L., Sivenius, J., & Sulkava, R. (2001). Effects of supporting community-living demented patients and their caregivers: A randomized trial. Journal of the American Geriatrics Society, 49, 1282-1287.

Yaffe, K., Fox, P., Newcomer, R., Sands, L., Lindquist, K., Dane, K., & Covinsky, K. E. (2002). Patient and caregiver characteristics and nursing home placement in patients with dementia. Journal of the American Medical Association, 287(16), 2090-2097.

附錄一： 研究同意書

您好：

我是中國醫藥學院護理研究所碩士班研究生，我目前正進行一項研究，主題是關於「家屬安置老人於護理之家的經驗」。為了更了解家屬在安置過程的經驗、感受與需求，我們非常需要您的幫忙，需要您接受訪談提供相關訊息。

本研究採訪談的方式，想請您談談關於您在安置家中老人於護理之家的經驗，請您依照自己的想法暢所欲言。為了不遺漏訪談過程中的重要訊息，以及能完整清晰的紀錄下來，供研究分析之用，我將用錄音機錄下訪談的內容，並妥為保管錄音帶，只有我本人及我的指導教授能夠聽錄音帶的內容。有關於您個人的名字、年齡、職業等相關資料都不會出現在錄音帶、書面報告上。錄音帶的內容也將在研究結束之後予以銷毀。

研究報告的結果可讓機構照護人員更了解家屬在安置過程中的經驗與感受，而盡可能給予更多的協助與體諒。另外也可讓有相同經驗的家屬在安置老人於護理之家的過程中，有相關的資訊可參考，減輕在過程中的茫然與摸索。

如果您已經瞭解我的說明，您可以決定是否參加這項訪談。即使您已經參與了訪談，您也可以隨時停止訪談或拒絕回答我的問題而不受任何影響。

如果您願意參與研究，請您在下面的同意書上簽名，同意書上並附我的連絡方式，我將影印一份留給您，非常感謝您的參與！

中國醫藥學院護理研究所研究生 王文芳 敬

上

本人_____，經中國醫藥學院護理研究所研究生王文芳說明研究之目的及本人權利之保護後，同意參與此研究，本人可由××××××與研究者聯絡，詢問與研究或自身權益有關的問題，本人亦可在中途退出研究而不受任何影響。

立同意書人_____ 92年__月__日
研究者 _____ 92年__月__日

